

12th HA National Forum Proceedings

C 19

เครือข่าย โรงพยาบาลชุมชน ห่างไกลแต่ไม่ไร้วิชา

18 มีนาคม 2554 เวลา 08.30 - 10.00 น.

ห้อง Supphire 9



นพ.ปราโมทย์ สีแก้ว (โรงพยาบาลบึงโขงหลง)

นพ.อเนก หล้าเพชร (โรงพยาบาลบึงกาฬ)

นพ.วิทยา พลศิลา (โรงพยาบาลบ้านตาก)

พญ.ศิริวรรณ เชาวโน (โรงพยาบาลบ้านตาก)

เกศราภรณ์ กันพันภัย (โรงพยาบาลบ้านตาก)

การอ้างอิง

เกศราภรณ์ กันพันภัย และคณะ. “เครือข่าย โรงพยาบาลชุมชนห่างไกล แต่ไม่ไร้วิชา.”

12th HA National Forum Proceedings. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

(องค์การมหาชน), www.ha.or.th, 2554.

เกศราภรณ์ กันพันธ์ (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

แนะนำวิทยากร

สวัสดีตอนเช้านะคะ บรรยากาศเช้าๆ สบายๆ อย่างนี้นะคะ เราคงมาพูดถึงเรื่องสบายๆ วันนี้แฟนคลับคงเข้ามาอีกนะคะ เช้าวันนี้คะ ท่านจะเห็นว่าขึ้นมาจากหลายที่นะคะ ไม่ว่าจะเป็นเหนือตอนล่าง ทางตะวันตกนะคะ แล้วก็อีสานตอนบนนะคะ 2 จังหวัดนี้มาเจอกันได้อย่างไร แล้วขึ้นเวทีนี้ได้อย่างไรนะคะ เดียวก็คงจะชวนทีมคุณะคะก่อนที่จะคุณะคะ ขอแนะนำทีมก่อนนะคะ ช่ายมือสุดนะค่ะมาจากแดนไกลค่ะ ไกลมากๆ เลยค่ะ **คุณหมอปราโมทย์ สีแก้ว** ผอ. รพ.บึงโขงหลง ส่วนลำดับถัดมานะค่ะ **คุณหมอเนก กล้าเพชร** อายุรแพทย์ รพ.บึงกาฬจากหนองคายทั้งคู่ นะค่ะ ส่วนขวามือสุดของดิฉันนะค่ะ **พญ.ศิริวรรณ เชาวโน** แพทย์ประจำจาก รพ.บ้านตาก นะค่ะ แล้วก็ถัดมานะค่ะ **นพ.วิทยา พลศิลา** ผอ. รพ.บ้านตากคะ

คะวันนี้เราจะมาคุยกันประเด็นเรื่อง เครือข่ายโรงพยาบาลห่างไกล แต่ไม่รู้วิชา ถึงแม้เราจะห่างไกลแต่ไม่รู้วิชา ยังมีอะไรติดไม้ติดมือให้เราดูแลไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วย หรือคนในองค์กร หรือชุมชน

วันนี้เรามาเล่าสู่กันฟัง ว่าเค้ามายังขนาดไหนถึงมาได้แบบนี้ ยิ่งคุณหมอปราโมทย์ เป็นโรงพยาบาลชุมชนก็จริง แต่ไปประสานงานกับทางมหาวิทยาลัยได้อย่างไร ไปทำงานร่วมกับโรงพยาบาลบึงกาฬได้อย่างไร เดียวเรามาคุยกัน

ก่อนอื่นขอแนะนำตัวเอง เกศราภรณ์ กันพันธ์ วันนี้มาเป็น Modulator และผู้สรุปงานโรงพยาบาลบ้านตากด้วย เริ่มแรกขอเริ่มด้วย โรงพยาบาลบ้านตากว่าวันนี้ โรงพยาบาลบ้านตากมีอะไรติดไม้ติดมือมาเล่าให้พี่น้อง ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลอื่นๆที่อยู่ในที่นี้ได้รับฟัง

บริบทโรงพยาบาลบ้านตาก

โรงพยาบาลบ้านตากเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 60 เตียง ก่ออยู่ภาคเหนือ ตอนล่างแถบตะวันตกติดกับพม่า วันนี้มีอะไรมาเล่าให้ฟัง สาเหตุที่ต้องเป็นคนเชื่อมโยงในวันนี้ เนื่องจากเป็นคนเก่าที่อยู่ในโรงพยาบาล คุณหมอผู้อำนวยการยังมาอยู่ได้ไม่ถึงปีเลยคะ ประมาณ 9 เดือน คุณหมอแพทย์ประจำของเราก็ตกอยู่ประมาณ 1 ปี เหมือนกันคะ จึงจำเป็นต้องมีศูนย์คุณภาพมาเชื่อมโยง เราทำอะไรกับการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลบ้านตากผ่านประเมินตั้งแต่ปี 47 Re-Ac รอบแรกไปหมดอายุประมาณเกือบ 1 ปี กำลัง Re-Accredit รอบที่ 2 สาเหตุที่มันเป็นความจำเป็นว่าทำไมเราต้องเชื่อมงานต่างๆมาสู่ผู้อำนวยการคนใหม่ และหมอประจำนะคะ

เนื่องจากอยู่ศูนย์คุณภาพก็เลยนึกว่า มีความรู้สึกเวลาเราทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพทำตอนแรกๆ Accredited เหมือนเราเรียนปริญญาตรีคะ แต่ตอนเรา Re-Accredit เหมือนเราต้องเรียนปริญญาโท ปัญหาเหมือนกันตอนเรา Re-Accredit ครั้งแรกเนี่ย ถูกอาจารย์จาก สรพ. ว่า “ไม่ได้เนะ เรารู้ Point แล้ว ต้องแกะ Point ให้เจอเพราะเรามีกระบวนการที่ยิ่งใหญ่แล้ว”

ก็เลยมีความรู้สึก เราจะต่อกับแพทย์ได้อย่างไร พอเราไปคุยกับแพทย์ แพทย์เวลา Review อะไรก็ตาม เวลายกอะไรมาก็ตาม จะยกมาเป็นก้อน “พี่หนูจะเอาอย่างนี้” ยกวิชาการมาเลย “ไม่ใช่หมอ โรคแบบนี้เราเจอ Point อย่างนี้เราจะแกะยังไง” หมอบอกว่า “พี่หนูหมดมุขแล้ว” นี่คือสภาพโรงพยาบาล Accredited แล้ว Re-Accredit “หนูหมดมุขแล้ว เพราะหนูไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญ”

สภาพปัญหา

สภาพปัญหา

ความเสี่ยง

- โรคที่เป็นปัญหาในชุมชน DM ,COPD
HT, MI ,DHF,TB พบความรุนแรง เช่น จำนวน
เพิ่มขึ้น ,นอนโรงพยาบาลบ่อย ,เสียชีวิต
กลับมารักษาบ่อยขึ้น ผู้ป่วย/ญาติไม่สามารถดูแลตนเองได้
- อัตราการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย 40-50% (HHC)
- ปัญหาไม่ได้เชื่อมประสานกับชุมชน ,ท้องถิ่น
อสม
- กำลังบุคลากรไม่เพียงพอ
- งบประมาณการดูแลสูงขึ้น - ผู้ป่วยและญาติเครียด

ดังนั้นสิ่งที่เราเจอปัญหาในโรงพยาบาล ก็คือว่า เราพบโรคที่เป็นปัญหาจาก
เรา Review ไม่ว่าจะเป็น เวชระเบียน สถิติต่างๆ ความเสี่ยงต่างๆ เราพบความ
รุนแรงอยู่ 6 โรค ไม่ว่าจะเป็น เขาเสียชีวิต เขานอนโรงพยาบาลบ่อย จำนวนเพิ่มขึ้น
ญาติผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตัวเองได้

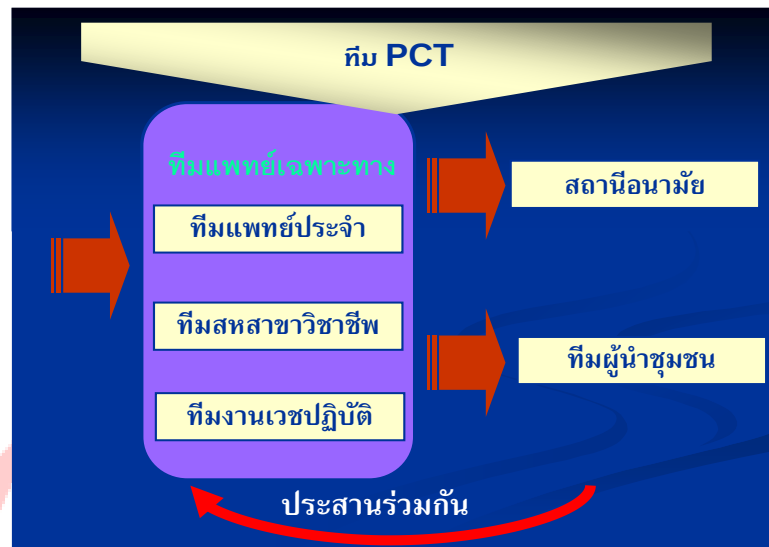
อัตราการเยี่ยมบ้านทำได้น้อย เพราะจำนวนมันเยอะขึ้น ปัญหาก็คือไม่ได้เชื่อมโยงกับท้องถิ่นและชุมชน ตัวชี้วัดก็ Swing ขึ้นๆลงๆ เกือบตัวชี้วัดไปเถอะ ยิ่งไงก็ขึ้นๆลงๆ ปีนี้ดี เดือนนี้ดี ขึ้นๆลงๆ กำลังบุคลากรก็ไม่เพียงพอ เพราะเราต้องทำทั้งอำเภอ งบประมาณการดูแลผู้ป่วยก็สูงขึ้น นี่คือสภาพ

แนวคิดการเปลี่ยนแปลง



ดังนั้น แนวคิดของศูนย์คุณภาพ ทำอย่างไรก็ได้ต้องเชื่อมโยงให้หมด ให้เห็นทั้งหมด เมื่อก่อนเราคือ ผู้ป่วย โรงพยาบาล สถานีนามัย เราทำได้ เดียวนี้ไม่พอแล้วค่ะ Re-Accredit ไม่ว่าจะเป็นรอบ 1 รอบ 2 ต้องมาแล้ว อบต. ชุมชน สถานีนามัย อสม. ยังไม่พอค่ะ ยังต้องมีแพทย์เฉพาะทางเกิดขึ้นสำหรับโรงพยาบาล Re-Accredit เพราะเราต้องเตรียมเรียนปริญญาโท นี่คือเรา

แนวคิดทีม PCT



หลังจากนั้นแนวคิด PCT ก็เลยเปลี่ยน ศูนย์คุณภาพเห็นมาตั้งหลายปี แต่ Connect กับทีมแพทย์ไม่ได้ ทีมผู้บริหารไม่ได้ ดังนั้นเจอผู้อำนวยการใหม่ แพทย์มาใหม่ รับเข้าไปเลยคะ หมอ PCT ของเราต้องประกอบด้วย แบบนี้นะคะ ต้องมี แพทย์เฉพาะทาง แพทย์ประจำ มีทีมสหสาขาวิชาชีพ ทีมเวช แล้วยังไม่พอต้องมี สถานีนามัย ผู้นำชุมชน ตอนนี้ชุมชนเราไปเตรียมแล้วคะ เราคิดว่าฝันของเรา CPG ของเราต้องมี กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน มาช่วยตอบ ต้องมีคนในชุมชน มาช่วยเป็นทีม PCT ในโรงพยาบาลด้วย นี่คือการพยายามจะฝันไปถึงตรงนี้นะคะ นี่คือการประเด็นที่ศูนย์คุณภาพเห็น

หลังจากนั้นจะขอเชื่อมโยงไปยังผู้อำนวยการนะคะ คุณหมอวิทยา พลศิลา ก็อยากจะเรียนถาม คุณหมอว่า แล้วคุณหมอเข้ามาตรงนี้ รับรู้ปัญหาตรงนี้ แล้วคุณหมอดำเนินการอย่างไรในองค์กร คะ

การเกิดเครือข่ายกัลยาณมิตร

นพ.วิทยา พลศิลา

จากที่ผมได้ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลบ้านตาก ก็ระยะเวลาประมาณ 9 เดือน เริ่มต้นเองผมต้องเริ่มศึกษาบริบทขององค์กรที่นี้ ว่าลักษณะการทำงานพื้นที่เป็นอย่างไร ก่อนอื่นก็อยากแนะนำตัว ในส่วนตัวโรงพยาบาลบ้านตากด้วยว่าบริบทของโรงพยาบาลบ้านตากเป็นโรงพยาบาลที่ตั้งมานานพอสมควร 30-40 ปี แล้วที่ผ่านมาแพทย์ประจำ ก็ไม่เคยมี แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ก็เป็นแพทย์ทั่วไป ปัจจุบันมีแพทย์อยู่ทั้งหมด ที่เป็นแพทย์ประจำรวมทั้งผู้อำนวยการก็ประมาณ 5 ท่าน แล้วสภาพเองก็เป็นโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้ตัวอำเภอเมืองมากที่สุด ก็คือห่างจากตัวจังหวัด 21 กิโลเมตร ระยะเวลาการเดินทางประมาณ 15 นาที ผมเองก็ได้เห็นโอกาสตรงนี้ แล้วก็โรงพยาบาลประจำจังหวัด คือ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ซึ่งถือว่าเป็นศูนย์การแพทย์ศาสตร์ศึกษา สาขาของมหาวิทยาลัยนเรศวร ก็ได้เห็นโอกาสตรงนี้ ก็ได้เริ่มเลยตั้งแต่ผมมาครั้งแรก

ทำอย่างไรให้ศักยภาพของโรงพยาบาลมีมากขึ้น เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลที่มีแพทย์ประจำ เป็นแพทย์ทั่วไป แล้วรอบของโรงพยาบาลเป็น 2.1 แต่ขนาด 60 เตียง ยกฐานะขึ้นมาได้เกือบ 10 ปี แล้ว ก็อยากจะยกศักยภาพตรงนี้ขึ้น

แล้วก็พื้นฐานเดิมของโรงพยาบาลที่นี้ ก็ทำเรื่องของคุณภาพ คือ HA แล้วก็ผ่านการ Re-Accredit ครั้งที่ 1 เมื่อปี 50 แล้วในช่วงที่ผมมา ช่วงกลางปี 53 เมื่อเดือนมิถุนายน ซึ่งครบรอบการ Re-Accredit ครั้งที่ 2 แล้วพบปัญหาทางตัน เพราะต้องเจาะลึกเข้าไปในรายการกลุ่มโรคที่เป็นปัญหา

แต่ว่าสุดท้ายไม่ได้ข้อสรุปที่ชัดเจน แน่นนอน เราจึงมีแนวความคิดว่าทำอย่างไร เราคิดจะได้แพทย์เฉพาะทางมาช่วยในการวิเคราะห์ หรือยกระดับศักยภาพ จึงได้หาเครือข่าย สร้างเครือข่ายกัลยาณมิตรเกิดขึ้น ผมจึงได้ประสานไปยังโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ซึ่งเค้ามียุทธศาสตร์เฉพาะทางครบในสาขาหลัก ซึ่งถือว่าครบทั้งหมด

แต่ว่าเราก็ต้องปรับระบบภายในว่าการที่แพทย์เฉพาะทางมาที่โรงพยาบาลของเรา จะรองรับได้อย่างไร ก็ได้รับความกรุณาอย่างดีจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล

สมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ว่าถ้าไม่เป็นการกระทบกับการให้บริการของโรงพยาบาลก็ยินดีที่จะช่วยสนับสนุนแพทย์ แต่ต้องติดต่อประสานงานกันเอง ผมก็ได้ติดต่อประสานงานกับแพทย์เฉพาะทางในเรื่องระบบการช่วยตรวจรักษา ในเรื่องบริการ เรื่องวิชาการที่จะสอนน้องที่เป็นแพทย์ประจำทั้ง 4 ท่าน

แต่ว่าการเกิดเครือข่ายกัลยาณมิตรไม่ใช่จะเกิดได้ชั่วข้ามวันข้ามคืน ต้องอาศัย Connection ที่ดี ไม่ว่าจะจากแพทย์ประจำของเราเองซึ่งผ่านการปฏิบัติงานเป็นแพทย์ฝึกหัดมาก่อน หรือว่าจากเพื่อนถึงเพื่อน อันนี้ต้องขอขอบคุณคุณหมออเนก ถึงแม้จะอยู่จังหวัดใหม่ จังหวัดบึงกาฬ เค้าก็มีเครือข่ายที่เป็นอายุรแพทย์ด้วยกัน ที่อยู่ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จึงได้เกิดเรื่องนี้เกิดขึ้น ที่ได้พูดถึงในหลายๆสาขา แต่ที่หลักๆ เราได้วิเคราะห์แล้ว ปัญหาส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่มาได้รับการรักษา โรงพยาบาลชุมชน โดยเฉพาะโรงพยาบาลบ้านตากเป็นผู้ป่วยในกลุ่มโรคทางอายุรกรรม ซึ่งเป็นปัญหาหลักๆ คือ DM, Hypertension, COPD โดยเฉพาะ COPD ถือว่าเยอะพอสมควรในเขตพื้นที่นี้ เนื่องจากว่ามีโรงหินแกรนิต แล้วก็สภาพดั้งเดิมของพื้นดิน ผู้หญิงก็ยังสูบบุหรี่โดยเฉพาะอายุมากกว่า 50 ปี ขึ้นไป ก็เป็นปัญหาของเรา

แต่การเกิดเครือข่ายกัลยาณมิตรตรงนี้ ที่จะเกิดขึ้นได้ มันต้องมีความสัมพันธ์ที่ดีเดิมในอดีต ต้องอาศัยต้นทุนเดิมของบุคลากรในโรงพยาบาล แล้วก็ต้นทุนเดิมของโรงพยาบาลด้วย ที่ผมได้เอ่ยถึงบ่อยๆ คือ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช เกิดขึ้นตรงนี้ได้ยังไง ก็คือตั้งแต่ผมมาทำงานที่โรงพยาบาลในสัปดาห์แรก ผมได้ไปสวัสดีฝากเนื้อฝากตัวกับทางผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช แต่ผมไปผมไม่ได้ไปคนเดียวครับ ผมไปพร้อมกับทีมงาน แต่ทีมงานที่ไปกับผมก็เคยทำงานร่วมกับท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช แล้วอาศัยความคุ้นเคยเดิม แล้วชื่นชมเค้า เนื่องจากท่านเคยเป็นอดีตผู้อำนวยการโรงพยาบาลนี้ เมื่อ 30 ปีที่แล้ว ก็อาศัยตรงนี้ คือว่าเราเป็นน้องแล้วก็ไปโรงพยาบาลเก่าที่ท่านเคยปฏิบัติงาน ก็น่าจะช่วยพัฒนาตรงนี้

แต่ถ้าเครือข่ายที่ผมขอพูดถึง ก็มีหลายๆ แห่ง ไม่ว่าจะเป็นที่โรงพยาบาลค่าย
วชิระปราการ เกิดตรงนี้ขึ้นได้อย่างไร ก็โดยเฉพาะ ศูนย์คุณภาพ ไม่ว่าจะเป็นคุณ
เกศราภรณ์ ไปช่วยเค้า ในการพัฒนาคุณภาพตั้งแต่บัดขึ้นที่ 1 ขึ้นที่ 2 จนกระทั่ง
ของ Ac-Credit เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ ที่ผ่านมา ก็ไปช่วยตลอด ซึ่งที่นั่นก็มีแพทย์
เฉพาะทาง โดยเฉพาะสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลอื่นๆ อันนี้ก็อาศัยสายสัมพันธ์เดิม
เพราะผมก็จบมาในช่วงระยะเวลาที่นานพอสมควร ซึ่งก็จะมีเพื่อนที่เป็นแพทย์
เฉพาะทาง ซึ่งเค้าได้ปฏิบัติงานในสถานที่ต่างๆ ก็ถือว่าเครือข่ายครบทั้ง 4 ภาค ซึ่งก็
จะมีภาพในช่วงท้ายๆ ที่จะเชื่อมโยงในส่วนโรงพยาบาลบึงโขงหลงด้วย ว่าเขามาช่วย
อย่างไร อย่างเช่นโรงพยาบาลพุทธชินราช ที่จังหวัดพิษณุโลก ก็มีเพื่อนของเพื่อนเข้า
มาช่วยที่เป็นจิตแพทย์ และอายุรแพทย์ทางด้านโรคทรวงอก ก็เข้ามาช่วยในการ
จัดตั้งคลินิก COPD กับ Asthma Clinic

ในตรงนี้จะทำได้ต้องอาศัยต้นทุนเดิมของบุคลากรที่อยู่ในหน่วยงาน ต้นทุน
เดิมของผู้บริหาร แล้วก็โรงพยาบาลนั้นที่มีเครือข่าย เพราะโรงพยาบาลบ้านตาก
เองก็ไปช่วยในหลายๆ โรงพยาบาล ในการพัฒนาในเรื่องของคุณภาพ ที่ได้
โรงพยาบาลบึงโขงหลงมาช่วย โดยเฉพาะ คุณหมอปราโมทย์ สีแก้ว ซึ่งเป็นทั้งสูตินรี
แพทย์แล้วก็ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ก็มาช่วยทุกรอบ 3 เดือน แต่ในส่วนเรื่องการ
ผ่าตัด

เนื่องจากว่าของเราเป็นโรงพยาบาลอยู่ใกล้เมือง แล้วก็เรื่องของการดูแลหลัง
ผ่าตัดอาจมีปัญหาได้ จึงไม่ได้ทำในส่วนนี้ ก็จะดูใน Case เฉพาะที่เป็น OPD Case
ก็ได้เข้ามาในเรื่องของการปรับปรุง CPG ให้เข้ากับบริบทของเรา

ที่นี้ขอพูดเจาะลึกลงไปในเรื่องของว่าที่เห็นภาพชัดในโรงพยาบาลบ้านตาก
ปัจจุบันเรามีแพทย์เฉพาะทางมาช่วยตรวจในวันอังคารและพฤหัสบดี ทุกสัปดาห์
ในช่วงครึ่งเช้า โดยเฉพาะอายุรแพทย์ ที่นี้เราต้องปรับระบบภายในของเรา มาใช้ว่า
เชิญเค้ามางั้นๆ คือ ตั้งแต่พนักงานขับรถ จะต้องปรับตัว คือต้อง Set เป็นตาราง
รับ-ส่ง เนื่องจากแพทย์ที่มาปฏิบัติงาน ไม่ใช่แพทย์เพียงท่านเดียว มีหลายท่าน ต้อง
ปรับตั้งแต่บริหาร ในเรื่องของผู้ช่วยเหลือคนไข้ ต้องเตรียมแม้กระทั่ง Break เรื่อง

ของอาหารมือเที่ยง เรื่องไปรับ-ส่ง แล้วน้องที่เป็นแพทย์ประจำต้องปรับตัว ในเมื่อมีแพทย์เฉพาะทางมาแล้ว ก็จะต้องมี Case ต้อง Consult ไม่ว่าจะเป็น Case ที่ ER Case ที่ OPD เอง หรือ Case ที่อยู่ในตึกไม่ว่าจะเป็น ตึกหญิง ตึกชาย นะครับ เพราะถ้าเค้ามามีแล้วไม่มี Case consult แล้ว ไม่คุ้มค่า ไม่สมกับศักยภาพที่เค้าออกมา

แต่ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ก็คือเดิมเราจะมีปัญหาเรื่องผู้ป่วยขาดความเชื่อมั่น ศรัทธา เนื่องจากอยู่ติดกับถนนใหญ่ คือถนนพหลโยธิน ระยะเวลาการเดินทาง 15 นาที เพราะฉะนั้น ผู้ป่วยส่วนหนึ่ง ก็ถือว่าเป็นส่วนใหญ่พอสมควร ยกเว้นหมู่บ้านมั่ง หมู่บ้านลีซอร์ ก็คงมาใช้บริการที่นี่ โดยเฉพาะกลุ่มที่เป็นประกันสังคมแล้วก็กลุ่มที่ใช้สิทธิเบิกจ่ายตรง ก็จะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ผลลัพธ์ที่เห็นก็คือว่า

1. ผู้ป่วยที่เคยรับการรักษาที่โน้นขอกลับมารักษาที่โรงพยาบาลบ้านตาก เนื่องจากเป็นแพทย์ท่านเดิมที่เคยรักษาอยู่ที่โน้น
2. ผู้ป่วยที่เคยขอส่งตัวไปรับการรักษา ตอนหลังเค้าก็จะถือว่าเป็นวันอังคารและพฤหัสบดี หรือไม่ มีความมั่นใจมากขึ้นว่า ถ้าเค้ามามีปัญหา เค้าก็จะได้รับการส่งต่อ รับคำปรึกษา โดยที่ไม่ต้องส่งตัวไปที่โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ส่วนโรงพยาบาลอื่นๆที่อยู่ใกล้เคียงกัน โรงพยาบาลแม่สอด เองก็จะช่วยในส่วนของการวิชาการ เราก็มองว่าเราได้ช่วยเค้า ถึงแม้เราจะไปเป็นโรงพยาบาลชุมชน เรายังมีทันตแพทย์ถึง 5 ท่านเป็นทันตแพทย์เฉพาะทาง 3 ท่าน พุดง่ายๆ คือ มีศักยภาพสูงมากกว่า โรงพยาบาลจังหวัดในหลายๆแห่ง ตรงนี้ก็เป็นการแลกเปลี่ยนกัน แชรกัน ตรงนี้เกิดอะไรขึ้นครับ เกิดการแชร์ในเรื่องของเครื่องมือ เครื่องมือ อุปกรณ์ต่างๆด้วย เพราะว่ามีความสัมพันธ์ที่ดี มีความคุ้นเคย มีการรู้จักกันมากขึ้น เครื่องมือไหนที่โรงพยาบาลนี้มีความจำเป็นต้องใช้ แต่อีกโรงพยาบาลหนึ่ง เป็นในลักษณะของเก็บไว้สำรองหรือว่าไม่อยากเสียค่าใช้จ่าย

ในการดูแลรักษา ก็จะต้องถ่ายไปให้โรงพยาบาลอื่นด้วย อย่างเช่นตอนนี้
โรงพยาบาลบ้านตากกับโรงพยาบาลอุ้งผาง ก็ช่วยเหลือกันเป็นอย่างดี ในเรื่อง
ของเครื่องมือเครื่องมือ หรือแม้กระทั่งการ Calibrate เครื่องมือ เครื่องมือที่เป็น
เครื่องมืออย่างง่าย ตอนนี้ส่ง Calibrate ที่โรงพยาบาลอุ้งผาง ไม่ได้ส่งที่ศูนย์
วิศวกรรมทางการแพทย์

3. ผลลัพธ์ต่อมาที่เกิดขึ้นเห็นได้ชัดที่จัดไป ก็คือเป็นการจัดประชุมวิชาการก็ถือว่าเป็นการจัดประชุมเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน ที่ใช้แพทย์เฉพาะทาง ทั้งแพทย์เฉพาะทางสาขาย่อย และประกอบด้วยแพทย์ที่มาจากภาคเอกชน ที่อยู่ใน กทม. สังกัดกรมการแพทย์บ้าง สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงบ้าง แล้วก็โรงพยาบาลที่มีจากเหนือ อีสาน ไม่ว่าจะเป็นจากโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จากมหาวิทยาลัยขอนแก่น โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จากโรงพยาบาลศูนย์ในภาคอีสาน ศูนย์ขอนแก่น ที่อุดรฯ แล้วก็โรงพยาบาลชุมชนที่เป็นแพทย์เฉพาะทางมาร่วมกันจัด ซึ่งให้พยาบาลสามารถเก็บหน่วยกิตได้ถึง 11 หน่วยกิต ซึ่งเพิ่งจัดไป เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ ที่ผ่านมา ในช่วงวันที่ 26-27 กุมภาพันธ์ ที่ผ่านมา ที่ได้จัดไปจะเห็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ผลลัพธ์จริงๆก็คือในเรื่องของความพึงพอใจที่มีต่อโรงพยาบาลมีมากขึ้น จากที่เราได้สร้างเครือข่ายกัลยาณมิตร ตรงนี้เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการบริการ เรื่องของวิชาการ และสุดท้ายก็อยู่ที่แพทย์ประจำ จะได้พูดว่า มันเกิดผลลัพธ์อะไรเกิดขึ้นในส่วนที่เป็นแพทย์ประจำ ที่อยู่เกี่ยวข้องกับคนไข้ รวมถึงในส่วนที่เป็นเจ้าหน้าที่ได้รับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นตรงนี้ครับ

เกศราภรณ์ กันพันธ์ (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

ต้องขอกราบพระคุณ คุณหมอวิทยา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านตาก ค่ะ
ทุกท่านคะ โรงพยาบาลนี้ไม่ธรรมดาเนอะ ตั้งแต่ปี 47 มาถึงปัจจุบันเปลี่ยน
ผู้อำนวยการไป 3 คน แล้ว นะคะ ในขณะที่เราประเมินการพัฒนาคุณภาพ จนจะ

Re-Accredit รอบ 2 เปลี่ยน ผู้อำนวยการไป 3 คน สิ่งผู้อำนวยการเล่าตอนนี้มี
แพทย์เฉพาะทางเกิดขึ้นในองค์กร แนวโน้มก็จะดีขึ้น

ก็คือว่า ค่าใช้จ่ายไม่ได้ใช้เงินของโรงพยาบาล น่าจะใช้เงินของท้องถิ่น เดี่ยว
ท้ายๆ เรามาคุยกันอีกทีว่าเป็นยังไง ถ้าอย่างนั้นพอจะสรุปได้ว่า คุณหมอวิทยาได้เล่า
ว่า ในขณะที่ทำงานเป็นเครือข่าย คุณหมอได้ใช้เทคนิคอะไรส่วนตัวอะไรบ้าง ไม่ว่า
จะเป็นความเป็นเพื่อน ไม่ว่าจะเป็นคุณหมอเอก เคยไปช่วยเราทบทุนเวชระเบียน
ปรับ CPC ซึ่งท่านเป็นแพทย์เฉพาะทาง

แล้วก็คุณหมอวิทยาเวลาไปติดกับผู้ำนวยการใหญ่ เครือข่ายแม่ข่ายของเรา
ในจังหวัด ไม่ไปคนเดียว พยายามนำทีมงาน แต่เป็นทีมงานที่เคยทำงานกับ
ผู้อำนวยการคนนี้มาแล้ว ได้เข้าไปคุยนี้คือวิธีดี และที่แน่ๆ สืบทราบมาว่า เวลาจะ
ไปไหนเทคนิคพราว ชอบสืบประวัติของคนที่จะไปหา ว่าเขาชอบเรื่องอะไร เขาชอบ
กินอะไร เขาชอบเล่นอะไร ก็จะไปคุยเรื่องนั้นก่อน จะไม่คุยเรื่องงานตรงๆ นี่คือ
เทคนิค

อีกเทคนิคหนึ่งที่คุณผู้อำนวยการใช้ก็คือว่า ใช้เครือข่ายของคนในโรงพยาบาล ที่
เคยไปทำงานให้กับคนอื่น แล้วดึงแพทย์ให้กลับมา เช่น คนที่กำลังพูดอยู่ คุณเกศรา
ภรณ์ เคยไปช่วยโรงพยาบาลไหน เราก็จะดึงทุนนั้นกลับมาที่โรงพยาบาล จนกระทั่ง
เกิดเครือข่ายทั้งในโรงพยาบาลเอง จะเห็นว่าเวลาแพทย์เฉพาะทางเข้าไปช่วย เวลา
เกิดเครือข่ายขึ้น น้องหมอก็จะหยิบ Chart ที่เห็นน่ารักมากเลยคะ บรรยากาศใน
โรงพยาบาลก็เปลี่ยน คุณหมอก็หยิบ Chart ขึ้นมา พี่คะๆ เนี่ยหนูมี Case อย่างนี้
ปรึกษา พี่ว่าอย่างไร

ถ้ามีแพทย์เฉพาะมาจะเกิดแบบนี้เกิดขึ้น แล้วศูนย์คุณภาพก็ติดกับแพทย์
เฉพาะทางทันที หมอช่วยลงใน Progress Note ด้วยนะ ว่าไปปรึกษาแพทย์เฉพาะ
ทางแล้วพบปัญหาอะไร แล้วหมอช่วยส่งต่อไปยังพยาบาลด้วยนะ เพื่อเขียน Nurse
Note นี่คือการสภาพการทำงานของเราที่เปลี่ยนไป

และผลที่ผู้อำนวยการ พูดมันก็จะเกิดการเรียนรู้ ไม่ว่าจะเกิดในองค์กร เกิด
แนวทางการดูแลผู้ป่วย แล้วเกิดวิชาการล่าสุดจัดมาหมาดๆ วันที่ 26-27 กุมภาพันธ์
พยาบาลเก็บหน่วยกิตได้ 11 หน่วยกิต ในโรงพยาบาลชุมชนเอง ซึ่งเราไป Connect
กับวิทยาลัยพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก นี่คือน้ำตาของโรงพยาบาลชุมชนที่
ห่างไกล แต่เราไม่ไร้วิชาแน่นอน เดียวขอส่งเวทีตรงนี้ให้แพทย์ประจำ ว่าแพทย์
ประจำในฐานะที่ศูนย์คุณภาพส่งปัญหาไปยัง ผู้อำนวยการ ให้เกิดเครือข่ายแบบนี้
แล้วแพทย์ประจำของเราทำอะไรบ้าง ขอเรียนเชิญ พญ.ศิริวรรณ เขาวโน ค่ะ ขอ
เวลาสักครู่ ค่ะ

นพ.วิทยา พลศิลา

ครับก็ขอเพิ่มเติมระหว่างนี้ การเกิดเครือข่ายกัลยาณมิตร ต้องใช้เวลา
พอสมควร โดยอาศัยต้นทุนเดิมและที่ที่เรา Connect เราไม่ได้ Connect เฉพาะ
โรงพยาบาลที่ผมพูดบ่อยๆ คือ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จริงๆมัน
มีหลายเรื่อง เพราะเราเริ่มต้นตั้งแต่ผู้หลักผู้ใหญ่ในกระทรวง ถ้าในกลุ่มข้าราชการ
ประจำสูงสุด คือ ท่านปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเราก้จัดเป็นปีที่ 2 แล้ว

ก็คือการเดินทางไปสวัสดิปีใหม่ท่าน โดยเฉพาะนายแพทย์ไพจิตร นวบุตร
ตอนแรกๆท่านก็ตกใจ ท่านก็ถามว่าสังกัดหน่วยงานใด เราก้บอกสังกัดหน่วยงาน
สาธารณสุข เพราะวันนั้นไป Uniform เต็ม เหมือนภาคเอกชน เมื่อสมัยตอนอยู่บุง
คล้า แล้วเราไปเราไม่ได้ไปโรงพยาบาลเดียว ไปเป็นเครือข่ายครับ ทั้งเครือข่ายจาก
จังหวัดหนองคาย จังหวัดบึงกาฬ แล้วก็จังหวัดตาก ไปกันเต็มห้องประชุมไม่ใช่เข้าไป
พบแค่คน 2 คน หรือตัวผู้อำนวยการเอง จนกระทั่งถึงผู้ตรวจราชการโลมาเป็นลำดับ
ในพื้นที่ผู้หลักผู้ใหญ่ ต้องไปรู้จักหมด ผู้ว่าราชการจังหวัด อย่างเช่น ขอเอ่ยถึง ผู้ว่าฯ
สามารถ ลอยฟ้า ก็ไปพบ แต่ผมไปพบก็ต้องมีหลักในการไปพบ

ถ้าเคยรู้จักมักคุ้นกับใครในโรงพยาบาล ก็มีครับ เขาคบกันตั้งแต่สมัยเป็น
หนุ่มสาวนะครับ เค้าจะได้เล่าเรื่องความหลังกันได้ครับ แล้วก็จะได้ช่วยเหลือเรา
แล้วก็คนที่เคยเป็นผู้บังคับบัญชาเขา เรายังต้องรู้จัก เขาจะได้มี Power ช่วย ผมขอ

ยกตัวอย่างครับ อาจจะได้ไม่ได้เกี่ยวกับวิชาการโดยตรง เรื่องของจิตอาสาในโรงพยาบาล ที่เรามีจิตอาสาอยู่ 100 กว่าคน ที่ไปดูแลผู้ป่วย ตรงนี้เขาก็เป็นอดีตผู้บังคับบัญชากรรยาผู้ว่าด้วย เราก็ไปของบ แล้วล่าสุดเราก็ได้งบประมาณอีก 2 แสน ก็จะเป็นอะไรที่ไม่ได้ช่วยแต่ในเรื่องการบริการ เรื่องวิชาการ

ในเรื่องเครื่องมือเครื่องมือก็เช่นเดียวกัน ผมได้รับการบริจาคเครื่องตรวจจอประสาทตามูลค่าประมาณ 1.2 ล้านบาท สมัยก่อนเอาไว้ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ตอนนี้จะให้เครือข่ายต่างๆยืมไป เพราะว่าเราถือว่า เราไม่ได้เป็นเจ้าของโดยตรง เพียงแต่เราเป็นผู้ดูแลรักษาส่งต่อ เพราะฉะนั้นผู้บริจาคเขาก็ยินดีที่จะให้ แต่ถ้ามาไว้ที่โรงพยาบาลใดโรงพยาบาลหนึ่งเป็นสมบัติ จะขอค่อนข้างยาก แต่ถ้าเราใช้ความเป็นเครือข่าย เขียนในโครงการไป ว่ามีแห่งไหนบ้างที่จะร่วมกับเรา ที่จะใช้เครื่องมือเครื่องมือนี้ แล้วจะเกิดประโยชน์กับพี่น้องประชาชนในพื้นที่อย่างไร ตรงนี้ก็จะ เป็นสิ่งที่ดี ที่เราจะได้รับความช่วยเหลือ เมตตาจากหน่วยงานต่างๆ จากผู้หลักผู้ใหญ่ครับ

เกศราภรณ์ กันพันภัย (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

เดี๋ยวก่อนที่จะถึงคุณหมอศิริวรรณ ในเมื่อผู้อำนวยการ แตะมาถึงตรงนี้ทำงานโดยไม่ใช้เงินตัวเอง ตั้งแต่ไปขอเครื่องมือเครื่องมือ ไปหาผู้ว่าฯ ได้เงินมา 2 แสนบาท สร้างอาคารจิตอาสา ไปหาผู้ใหญ่ได้อะไรติดไม้ติดมือ จัดวิชาการที่ผ่านมาไม่ได้ใช้เงินโรงพยาบาล หมดไปเกือบ 4 แสน ก็ได้งบประมาณจากผู้หลักผู้ใหญ่ในกระทรวง เกิดการทอดผ้าป่า คนเข้ามาประชุมวิชาการกับเราไม่ได้เก็บค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้น เลี้ยงอาหารด้วยกับ Brake นี่คือสภาพของโรงพยาบาล

ถึงแม้จะเป็นแพทย์เฉพาะทางเข้ามาตรวจในโรงพยาบาล เมื่อก็บอกแล้วว่า Connect กับเทศบาล ซึ่งเราทำ MOU กันมา 4 ปี เค้าให้เงินเรา 4 ปี แล้วนะค่ะ นี่คืองานของเรา ต่อไปก็เชิญคุณหมอศิริวรรณค่ะ จะเล่าอะไรต่อในฐานะที่เป็นแพทย์ประจำแล้วรับผลงาน ไม่ว่าจะเป็นจากศูนย์คุณภาพ สังเกตคุณนะค่ะ ว่าเรา

กำลังไล่เครือข่ายว่าตั้งแต่ศูนย์คุณภาพเริ่มทำอะไร ไปยังผู้อำนวยการเริ่มทำอะไร
ตอนนี้ถึงแพทย์ประจำ ได้ทำอะไรขณะรับรู้ปัญหา ค่ะ



จุดเริ่มต้นของการพัฒนาคุณภาพ

พญ.ศิริวรรณ เชาว์โน

รพ.ตสม.

รพ.
ตสม.

○ สร้างเวทีการเรียนรู้ร่วมกัน
“โครงการกระชับพื้นที่ พี่เยี่ยมน้อง”



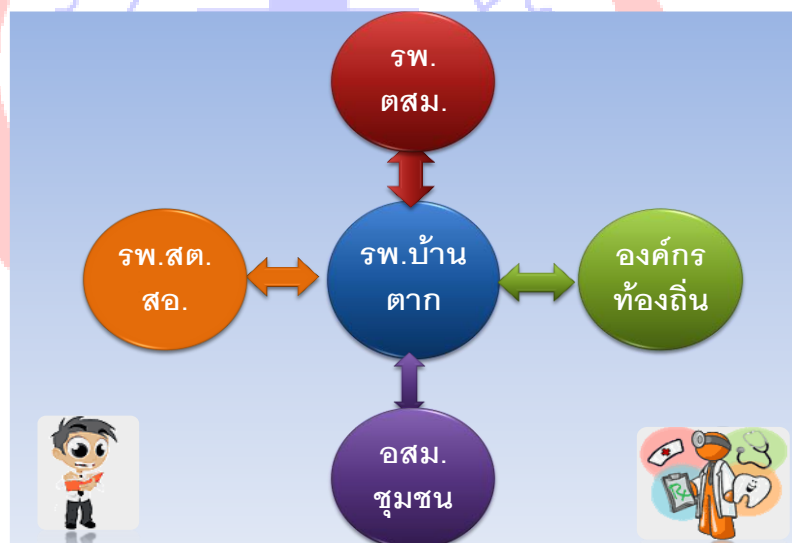
ในส่วนแพทย์ประจำของโรงพยาบาลนะค่ะแล้วก็หลังจากที่เราได้ทราบข้อมูลเรื่องจากทีมคุณภาพของโรงพยาบาล แล้วก็จากแนวคิดท่านผู้อำนวยการ ซึ่งตรงนี้อยู่ในทีมขององค์กรแพทย์เป็นประจำอยู่แล้วนะค่ะ เราก็ได้รับทราบข้อมูลและแนวทางจากตรงนี้มา ทำให้เราได้คิดว่างานคุณภาพกับการบริการด้านสุขภาพมันต้องเกี่ยวข้องและเชื่อมโยงต่อกัน

ซึ่งในทีมแพทย์ของเรา 4-5 คนเนี่ย ก็กระจายเข้าไปอยู่ใน PCT ที่เราจัดตั้งขึ้นมา ก็ทั้งหมดประมาณ 14 ทีม ซึ่งแพทย์เข้าไปมีส่วนร่วมทุกทีมนะค่ะ เนื่องจากว่าช่วงที่เราเข้าไปในโรงพยาบาลครั้งแรก ก็เป็นแพทย์จบใหม่ ก็ประกอบกับผู้อำนวยการคนใหม่ยกชุดทั้งทีม เราก็เลยต้องเข้าไปศึกษาข้อมูลพื้นฐานระบบการทำงานเดิมของโรงพยาบาลบ้านตาก ซึ่งเราก็ได้ทราบข้อมูลเบื้องต้นมาบ้าง จากชื่อเสียงของโรงพยาบาลที่ในชุมชนรอบนอกที่เราเคยทราบมา ก็หลังจากที่เราได้ทราบข้อมูลเบื้องต้นแล้วนั้น เรามีการนำมาทบทวน case ทบทวนเวชระเบียน

ทบทวน CPG เรียนรู้เรื่องงานคุณภาพ คือ เหมือนเราเป็นเด็กที่จบมาใหม่ เราก็เลยต้องมาเรียนรู้ทุกสิ่งใหม่หมดเลยนะค่ะ ก็เหมือนมาปูพื้นกันใหม่นะค่ะ

หลังจากที่เราได้คุยกัน ก็คือจะพบว่า โรคที่เราพบ 6 อันดับนะค่ะ ก็คือ เป็นโรคเรื้อรัง DM, Hypertension มีโรคเฉียบพลันพวก MI, Stroke แล้วก็โรคระบาดก็คือ TB dengue ก็คือเน้นว่าทางนี้คือ จะเห็นว่าส่วนใหญ่เป็นโรคทางอายุรกรรม ที่เป็นปัญหาส่วนใหญ่ในโรงพยาบาล เราก็เลยนำสิ่งที่ เป็นโรคหลัก 6 โรคเนี่ย มาคิดที่จะพัฒนาปรับปรุงก่อนเป็นอันดับแรกนะค่ะ โดยที่มีการเริ่มทบทวน case ทบทวนเวชระเบียน โดยผู้ที่ชำนาญกว่า

เครือข่ายโรงพยาบาลบ้านตาก



ครั้งแรกเรายังไม่มีเครือข่าย เราก็อาศัยเครือข่ายท่านผู้อำนวยการ คือเป็นเครือข่ายจากคุณหมอปราโมทย์ และพี่หมอนอก มาช่วยในการดูแลทบทวนเรื่องเวชระเบียน เรื่อง CPG เรื่องการดูแลคนไข้ต่างๆ ทำให้เราได้แนวทางการดูแลคนไข้นำมาปรับ CPG แล้วก็ปรับวิธีการดูแลคนไข้ แต่ว่าหลังจากที่เราปรับจากเครือข่ายแล้วนะค่ะ

เรายังมีการ มีแนวคิดการพัฒนาที่จะต่อยอดแบบยั่งยืนต่อไป ก็คือน่าจะ เป็นเครือข่ายโรงพยาบาลแม่ข่ายของเรา คือ โรงพยาบาลพระบาทสมเด็จพระเจ้า

ตากสินมหาราช ซึ่งตอนที่เป็นอินทรีน1 ก็คือได้ฝึกปฏิบัติในโรงพยาบาล
พระบาทสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ก็ทางอาจารย์ทั้งหลายก็ เราได้นำแนว
ทางตรงนี้ไปเสนอ อาจารย์เค้าก็เห็นว่า แนวคิดของเรา ทางโรงพยาบาลของเรา มัน
มีความเป็นไปได้ แล้วเค้าก็พร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือกับเรา เค้าเห็นความตั้งใจ
ในการที่เราจะพัฒนาคุณภาพตรงนี้นะคะ เค้าก็เลยให้ความช่วยเหลือตรงนี้ขึ้นมา ก็มี
การพูดคุยกันนอกรอบ พูดคุยกันโดยใช้ความสัมพันธ์ส่วนตัวที่เคยปฏิบัติงานมาก่อน
นะคะ แล้วก็นำไปทางท่านผู้อำนวยการ ในการประสานงานทางด้านบริหารนะ
คะ แล้วก็พบว่าทางโรงพยาบาลของเรา ส่วนที่คลาดแคลนแพทย์เฉพาะทางนะคะ
เราก็จะลดเรื่องปริมาณ Case Refer ได้นะคะ แล้วเราก็จะมีการ Management ที่
ดี ก่อนกร Refer Case ได้นะคะ ยังไงโรงพยาบาลพระบาทสมเด็จพระเจ้าตากสิน
มหาราช เราก็มีการสร้างเวทีการเรียนรู้ร่วมกัน มีโครงการกระชับพื้นที่ พี่เย็มน้อง
มีทั้งแผนก Ortho แผนกอายุรกรรม แล้วก็ ER นะคะ ที่มาเป็นพี่เลี้ยงให้
โรงพยาบาล คือ มาสอนมาแนะนำน้อง

รพ.ตสม. สร้างเวทีการเรียนรู้ร่วมกัน

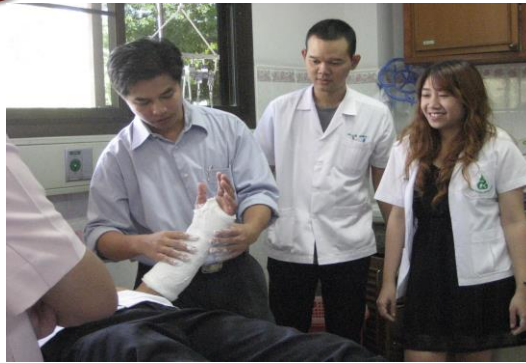
รพ.
ตสม.

○ สร้างเวทีการเรียนรู้ร่วมกัน
"โครงการกระชับพื้นที่ พี่เย็มน้อง"



รพ.
ตสม.

○ สร้างเวทีการเรียนรู้ร่วมกัน
“โครงการกระชับพื้นที่ พี่เยี่ยมน้อง”



คะอันนี้คุณหมอกกฤษดา นะคะ แผนก Ortho คะ ก็มาแนะนำน้อง ดูแล
คนไข้เบื้องต้นยังงี้ แบบไหนที่เราดูแลเองได้ แบบไหนไม่ไหวนะ ส่งไปก็ได้พี่ไม่ว่า
อย่างนี้คะ แต่ว่ามีการ Consult กันก่อนล่วงหน้า มีการส่ง Case กันก่อน แล้วพี่ก็
จะนัดให้ 1 อาทิตย์นะ 2 อาทิตย์นะ เนี่ยคะไม่ได้ว่าเราไม่ได้ เราต้อง Refer ทุก
Case ไม่ใช่คะ

แล้วก็มีบททบทวนรักษาโดยแพทย์เฉพาะทางของเครือข่าย แม่ข่าย คือ
โรงพยาบาลพระบาทสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช การUpdate วิชาการแนวทาง
ในการดูแลผู้ป่วย

รพ.ตสม.

รพ.
ตสม.

○ ทบทวนการรักษาโดยแพทย์เฉพาะทาง
○ **update** วิชาการ+แนวทางในการดูแลผู้ป่วย



อันนี้เป็นแพทย์ชื่อนั้นนั่นนะค่ะ ก็มาคุยกันเรื่อง Stoke, MI อย่างนี้ค่ะ เป็น
อายุรแพทย์ ที่โรงพยาบาลพระบาทสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช นะค่ะ

รพ.ตสม.

รพ.
ตสม.

- ทบทวนการรักษาโดยแพทย์เฉพาะทาง
- **update** วิชาการ+แนวทางในการดูแลผู้ป่วย



แล้วนี้เป็น นพ.ปรมินทร์ เป็นอายุรแพทย์ที่โรงพยาบาลพระบาทสมเด็จพระ
เจ้าตากสินมหาราช

รพ.ตสม.

รพ.
ตสม.

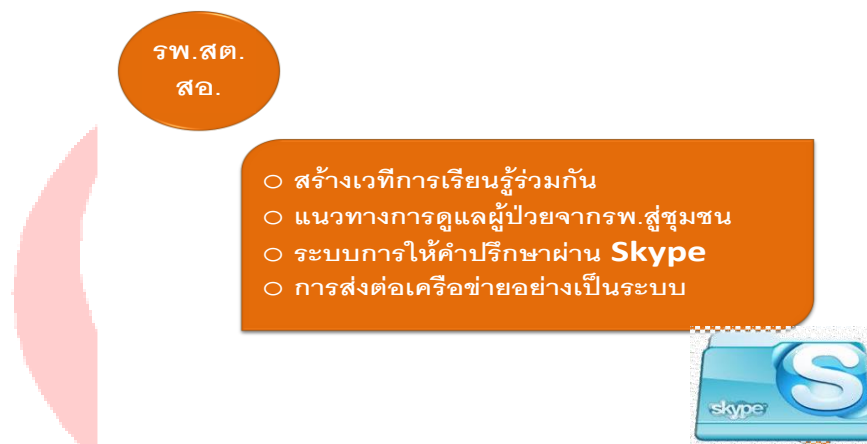
- **Clinic**เฉพาะโรค พบแพทย์เฉพาะทาง
วันอังคาร และวันพฤหัสบดี
- **consult interesting case**
- การส่งต่อเครือข่ายอย่างเป็นระบบ



ซึ่งอายุรแพทย์ 2 ท่าน ได้มาช่วยดูในการเป็นคลินิกเฉพาะทางทุกวันอังคาร
และพฤหัสบดี นะค่ะ แล้วก็มี Consult ใน Case Interesting Case หรือว่า Cevia

Case ต่างๆ เป็น Acute MI หรือเป็น Stoke หรือว่าเป็น Case ที่ Hoding อยู่ในโรงพยาบาลนานๆก็มีการ Consult ตรงนั้นะค่ะ ทำให้เกิด Management ที่เป็นระบบ ก็ดีมากขึ้นนะค่ะ มีการส่งต่อเครือข่ายอย่างเป็นระบบ บางครั้งเราใช้โทรศัพท์โทร Connection บางที่เราใช้ Skype ในการให้เห็นภาพเพิ่มเติมว่าลักษณะคนไข้เป็นแบบนี้ จะเห็นภาพด้วยค่ะ

รพ.สต.สอ.



ส่วนใน Connect ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสถานีนอนมัยที่เราพยายามมุ่งเน้นสู่ชุมชนนะค่ะ ก็ถือว่าเรามีการสร้างเวทีการเรียนรู้ร่วมกัน คือพยายามให้ชุมชนมองเห็นปัญหา มองเห็นสุขภาพของคนในชุมชนเองที่เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลนะค่ะ มีการปรับ CPG ร่วมกันของโรงพยาบาล และนำ CPG นี้ลงไปสู่แนวทางการรักษาผู้ป่วยในชุมชนนะค่ะ มีระบบการให้การปรึกษา การส่งต่อเครือข่ายอย่างเป็นระบบนะค่ะ มีการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นก่อนการนำส่งโรงพยาบาล แล้วก็เราสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกันนะค่ะ

องค์กรท้องถิ่น

องค์กร ท้องถิ่น

- แลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพสู่ชุมชน
- ค้นหาผู้ป่วยในชุมชน
- การป้องกันและควบคุมโรค
- ร่วมเป็นทีมเยี่ยมบ้าน
- สนับสนุนงบประมาณการคัดกรองสุขภาพ



ส่วนเรื่ององค์กรท้องถิ่นนะคะ เราก็มีการนำข้อมูลที่เป็นข้อมูลสุขภาพของทางโรงพยาบาล ลงไปสู่ให้รับทราบทราบถึง อบต. ถึงเทศบาลนะคะ ว่าในชุมชนมีปัญหานี้ นะ น่าจะได้มีการได้รับการแก้ไข โดยที่ทางชุมชน องค์กรท้องถิ่นเองก็เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผน ในการค้นหาผู้ป่วย วางแผนในการดูแลคนไข้ ซึ่งบางสิ่งบางอย่างทั้งสาธารณสุขเราเอง จะลงไปแก้ไขไม่ได้ ต้องให้ทางองค์กรท้องถิ่นส่วนร่วมในการพัฒนาพื้นที่ในชุมชนเค้าเองคะ แล้วก็ร่วมเป็นทีมเยี่ยมบ้าน แล้วก็มีส่วนที่สนับสนุนงบประมาณต่าง ๆ นะคะ อย่างเช่น เราให้ทีม อสม. หรือว่าทีมทางชุมชนอนามัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเนี่ย มีการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น บางครั้งเราไม่ได้ใช้งบประมาณจากส่วนกลางหรืองบประมาณของโรงพยาบาลนะคะ เป็นงบประมาณจากองค์กรท้องถิ่น จากเทศบาล จาก อบต. ในการให้การสนับสนุนในการเจาะเลือด ตรวจไขมัน วัดความดัน การเจาะน้ำตาล ตรวจเบาหวานคะ แล้วหลังจากนั้น คือ ส่งผลมาทางโรงพยาบาล ถ้าผิดปกติโรงพยาบาลจะเป็นคนดูแล ดำเนินการเรื่องการไต่ยา การให้สุขศึกษาเพิ่มเติมคะ

อสม. ชุมชน

อสม.
ชุมชน

- แลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพสู่ชุมชน
- ค้นหาผู้ป่วยในชุมชน คัดกรองสุขภาพ
- เครือข่าย อสม. และจิตอาสา
- ร่วมเป็นทีมเยี่ยมบ้าน



เครือข่ายของ อสม. และชุมชนนะคะ ตรงนี้ก็คือเข้ามามีส่วนร่วมในการรับทราบข้อมูลสุขภาพของชุมชน ร่วมค้นหาคนไข้ ผู้ป่วย ในชุมชน มีการจัดการเรื่องวัดความดันคนไข้ เจาะน้ำตาลคนไข้ ก่อนที่คนไข้จะมารับการรักษาในวันที่เรานัดไว้ในคลินิก DM, Hypertension ค่ะ แล้วก็มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆของโรงพยาบาล เช่น มีการลงเยี่ยมบ้าน ก็เป็นทีมเยี่ยมบ้านไปด้วย มีจิตอาสาในการดูแลผู้สูงอายุนะคะ ในการที่มาอยู่ห้องนวดหรือห้องผู้สูงอายุที่มาเป็นจิตอาสา ร่วมงานกับทางโรงพยาบาล ซึ่งตอนที่เรจัดประชุมวิชาการ ก็จะมีทีมของจิตอาสา มาช่วยในการจัด Brake จัดเตรียมอุปกรณ์ การประสานงานค่ะ ของโรงพยาบาลด้วยนะคะ

เกศราภรณ์ กันพันธ์ (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

ค่ะ ก็ขอขอบคุณ คุณหมอศิริวรรณนะคะ ก็จะเห็นว่าคุณหมอศิริวรรณกำลังเล่าในฐานะเป็นผู้รับผลงานที่เป็นแพทย์ประจำของโรงพยาบาลนะคะ สิ่งที่ศูนย์คุณภาพเห็นแล้วตกใจ ก็คือว่า โห้! ตอนคุณหมอเนก เข้าไปในโรงพยาบาลคุณหมอบอกว่า MI ที่นี้ Miss DX. น่ากลัวไหม ค่ะ แล้วคุณหมอบอกว่า เป็นเรื้อรัง ไม่อยากเข้าโรงพยาบาลนี้แล้ว เข้ามายังไงก็ตายอย่างเดียว คุณหมอเนกพูดอย่างนี้จริงๆ มีความรู้สึก ขนาดเป็นโรงพยาบาลที่ Re-accredit ไปรอบที่ 1 นะ จะรอ Re-

accredit รอบที่ 2 สภาพยังเป็นแบบนี้เนี่ย เพราะฉะนั้น เครือข่ายนี้จึงมีแพทย์เฉพาะทางเข้ามาในโรงพยาบาลนะคะ

สิ่งที่น่าสนใจ อีกอย่างหนึ่งที่คุณหมอศิริวรรณท่านพยายามเล่า ก็คือเรื่องของการส่ง Case จากที่เรามีแพทย์เฉพาะทางในโรงพยาบาลแม่ข่ายเราเข้ามาเนี่ย เวลาแพทย์เค้าจะส่ง case ไปให้โรงพยาบาลแม่ข่ายก็จะง่ายขึ้น หมอก็จะเริ่มไม่กลัวที่ที่อยู่โรงพยาบาลใหญ่แล้วค่ะ พี่ก็จะเริ่ม น้องมีอะไรให้พี่ช่วยไหมเนี่ย มันก็จะเกิดโครงการกระชับมิตรต่างๆ เข้ามานะคะ

แล้วก็อีกอันหนึ่ง ก็คือว่า เรื่องของเครือข่าย Refer ระหว่าง รพสต. กับ รพ. ก็ใช้ระบบ Skye ที่นี้ถ้าสนใจก็คือว่า ผู้อำนวยการให้พยาบาล NP รับผิดชอบ ดูแลเรื่องระบบ Skye นะคะ เรื่อง Refer แล้วก็ปรึกษาแพทย์ในโรงพยาบาลเรานะคะ แต่สิ่งที่ลงสู่ชุมชนเนี่ย ก็คือเรื่องของการเยี่ยมบ้านของ อสม. นะคะ

แล้วมีโครงการนำร่องใช้บของเทศบาล แล้วก็ มี อสม. 26 คน ไปเยี่ยมบ้าน 6 โรคหลักทางคลินิก ที่พบปัญหาในชุมชน ในโรงพยาบาลของเรา เราเชื่อมสู่ชุมชนโดยใช้งบประมาณของเทศบาลนะคะ อสม.จะมีทะเบียนเลย ในแต่ละบ้านว่า 6 โรคหลักมีใครบ้าง วันนี้ความดันเท่าไร อะไรเท่าไรเนี่ย เค้าจะมีหมดนะคะ แล้วเค้าจะ Refer ยังไงเนี่ย เค้าก็จะรู้เนาะค่ะ ที่แน่ๆก็คือว่า เวลาที่เยี่ยมบ้านตอนแรกๆ หยิบนายกเทศมนตรีไปเยี่ยมบ้านกับเราด้วย เค้าก็ได้ไปเห็น case ในชุมชนเป็นอย่างไรที่แน่ๆ มี case นึง น่าสนใจมากเลย

ชื่อลุงมา ตอนนี้อยู่ Death แล้ว ลุงมาเนี่ยนอนบนแคร่มา 5 ปี ไม่เคยได้ขึ้นบ้านเลยนะคะ ปรากฏว่าพอนายกไปถึงเนี่ยคะ ตอนนั้น อสม.ไปเยี่ยมแล้วหลายครั้ง ชัดขึ้นโคล่ปั่นตัวได้เป็นข้างเลย ปรากฏว่านายกถามว่า ลุงมาต้องการอะไรครับ ลุงมาบอกว่า นายกผมต้องการไปดูไฟลอยกระทง แทนที่ต้องการเรื่องเจ็บป่วย ลุงมากลับตอบว่าอยากต้องการไปดูไฟลอยกระทง นายกบอกว่า ปีนี้จะมีรถมารับ นี่คือเครือข่ายที่มันเห็นเกิดขึ้นในเรื่องสุขภาพนะคะ ที่อยากจะเล่าให้ฟังนะคะ ค่ะตอนนี้ไม่ทราบว่าผู้อำนวยการกระชับแล้วค่ะ ว่าอยากจะพูดอะไรเพิ่มสักหน่อยนะคะ เดี่ยวขอเวลา

ข้างนี้แป๊บหนึ่ง เดี๋ยวยังงี้ให้พูดแน่นอนคนละ 15 นาทีนะคะ ขอบคุณ หมอวิทยา
เพิ่มเติมอีกนิดนึงค่ะ คุณหมอต้องการพูดอะไรค่ะ



นพ.วิทยา พลศิลา

ครับก็คือ หลายท่านอาจจะสงสัยนะว่าเราได้สร้างแรงจูงใจยังให้กับแพทย์เฉพาะทาง ที่เขามาช่วยในเรื่องบริการ และก็เรื่องของวิชาการ

มันต้องเกิดจากความสัมพันธ์ที่ดีนะครับหรือว่าความเกรงอกเกรงใจ แต่อันนี้อาจจะไม่ได้เกรงใจในส่วนของผู้บริหาร อย่างเดียวครับ ก็คือในส่วนของคุณภาพของเราเอง หรือในกลุ่มของเพื่อน อย่างเช่นผมยกตัวอย่างนะครับ คุณหมอที่ได้นำเสนอภาพไป เช่น คุณหมอชญารินทร์เนี่ย ไม่ขอรับค่าตอบแทนเลยครับ เพราะเค้าถือว่าเค้าเคารพนับถือ คุณหมอเนกครับ เหมือนพี่ชายคนนึงครับ มันก็จะช่วยกันตรงนี้

แต่จริงๆแล้ว ไม่ใช่ในเรื่องค่าตอบแทนอย่างเดียวครับ แต่ในส่วนของโรงพยาบาลเอง ก็จะมีในเรื่องค่าตอบแทนให้ ถึงแม้จะไม่รับอย่างเช่นคุณหมอชญารินทร์ ผมก็ได้รับเป็นบริจาคเข้าโรงพยาบาล ก็คือให้รับก่อนแล้วบริจาคกลับคืน แล้วทำใบเสร็จให้ครับ

แต่ในส่วนของคุณหมอท่านอื่นเนี่ย ก็จ่ายเป็นค่าตอบแทนให้ ในอัตราที่เหมาะสมด้วยครับ ก็ต้องสร้างความเข้าใจกับงานการเงิน แล้วก็โรงพยาบาลที่เราติดต่อประสานงาน เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาตามมานะครับ แล้วก็ไม่ให้ผิดในเรื่องของระเบียบด้วย

เรื่องของงานชั้นสูตรเองก็ต้องปรับ เพราะว่า เพราะว่าถ้าเค้ามาแล้วต้องมีศักยภาพสูงขึ้น ไหนจะต้องตรวจได้มากขึ้น หรือจะต้องส่งเป็น Out Lab ว่าคราวต่อไปเค้ามาตรวจจะได้ติดตามผล Lab ได้

อีกเรื่องหนึ่งที่มันเป็นปัญหาสำคัญหลายๆโรงพยาบาล ก็ขึ้นอยู่กับผู้บริหารครับ ต้องมีความกล้าพอนะครับ ในเรื่องของการปรับบัญชีด้วยครับ แต่มันก็ต้องแต่งตั้งคณะกรรมการควบคุมการใช้จ่ายให้ถูกต้อง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องชนิด เรื่องของจำนวน ในเรื่องปริมาณนะครับ แล้วอันไหนจะต้องแจ้งว่าเป็นรายการยาที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเอง อันไหนที่ไม่สามารถเบิกจ่ายจากกรมบัญชีกลางได้ แล้วก็คณะกรรมการแพทย์ มีเงื่อนไขในการส่งใช้ อันนี้ต้องมีส่วยกลางในการควบคุม แต่ในขณะเดียวกัน

ก็ต้องมีช่องให้ทางทีมที่เค้าออกมาตรวจ ให้อ่า พุดง่าย ๆ ว่า ถ้าเป็นทหารก็ต้องมีอาวุธที่เหมาะสมกับเค้า มีกระสุนให้ นะครับ ก็เค้าต้องมีส่วนร่วมการที่จะจัดทำบัญชีรายการยาของทางโรงพยาบาล นะครับ ก็ตรงนี้แหละครับที่เป็นหัวใจสำคัญที่ทางแพทย์เค้าอยากจะออกมาให้บริการ

แล้วอีกส่วนหนึ่งก็คือ ในเรื่องของ การตอบรับจากบุคลากรภายใน นะครับ ก็ต้องมีความกระตือรือร้น ก็เริ่มต้นผมว่าอยากให้บุคลากรภายในมีความกระตือรือร้น คือ ต้องให้เค้าเห็นประโยชน์ เค้าได้รับประโยชน์ โดยเร็วด้วย นะครับ เช่น ตัวเค้าเอง มีโรคประจำ แทนที่เค้าจะต้องลา เพื่อไปตรวจรับการรักษา เค้าสามารถนัดแพทย์ไว้ล่วงหน้า แล้วกลับมา Full Up

ที่เห็นได้ชัด นะครับ คือหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลผมครับ จากเดิมแกเป็น เชื่องซึม เหนงหงอย เดินช้า นะครับ อายุรแพทย์ นะครับ คุณหมอเอกมาที่แรก DX. แกเป็นพากินสันเลย ครับ ทุกวันนี้แกยอมรับเลย ครับว่า แกกระปรี้กระเปร่าขึ้น เราได้หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลคนใหม่ขึ้นมา ครับ ทันที ครับ อันนี้เรื่องจริง ครับ ตอนหลัง แกก็เป็นคนใช้ที่ดี ที่น่ารัก หลังจากนั้น ก็ญาติเจ้าหน้าที่ ครับ เป็นพ่อ เป็นแม่ จะตามมาอีกเยอะ อันนี้แหละครับ ก็เค้ามีความภาคภูมิใจ สำหรับแพทย์ที่เค้ามาให้บริการ ครับ มีเพียงแค่นี้ ครับ

เกศราภรณ์ กันพันธ์ (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

คะ นี่ฟังในปากของโรงพยาบาลบ้านตากทั้งทีม จริงๆ ผู้อำนวยการบอกว่ามีเรื่องเล่านิดเดียวเอง ไม่เกิน 10 นาที ที่ไหนได้พามา ผมอีก นะคะ ตอนนี้อยากเวทีตรงนี้ไปอีกฟากหนึ่งคะ มาจากหนองคายทั้งทีมคะ แต่เมื่อก็แอบเห็นแล้วคะ ว่ามีทีมหนองคาย แฟนคลับมาเชียร์ด้วย พี่แดงทำบ่อนะคะ ไม่รู้ยู่ไหนคะ มีแฟนคลับมาเชียร์ทีมหนองคายของเราด้วยนะคะ ก็ต้องเริ่มที่คุรหมอเอก ซึ่งคนนั้นแหละคะ เป็นผู้มีพระคุณนะคะ จริงๆ แล้วทีมโรงพยาบาลบ้านตากน่าจะเตรียมพวงมาลัยมากราบคนนี้นะเนี่ย ทำให้เรามี CPG ที่แบบมีแพทย์เฉพาะทางเข้ามาชี้ point จริงๆ

มันเป็นศักดิ์ศรีของโรงพยาบาล Re-accredit ที่จะต้องได้แบบนี้ค่ะ ตอนนี้ก็ขอ
เชิญคุณหมออเนก ค่ะ

นพ.อเนก หล้าเพชร

ขอบคุณครับ ก็สวัสดิ์ทุกท่านนะครับ ชมเกินไปจนผมนั่งพูดไม่เป็น ปกติผม
จะไม่นั่งพูดนะครับ ก็แนะนำตัวเองนิดนึงครับ ผมอเนก หล้าเพชร นะครับ ก็เป็น
อายุรแพทย์ ถ้ามองว่าทำงานที่ไหนมาบ้างละ หลากหลายครับประมาณ 10 ที่ ตั้งแต่
จบเป็น พว.มาครับ ก็ได้มีโอกาสมาอยู่ ปักหลักอยู่ที่นี่ ก็จะกลายเป็นจังหวัดที่ 77 ใน
วันจันทร์ที่จะถึงนี้ จังหวัดบึงกาฬ



ยินดีต้อนรับสู่จังหวัดที่ 77 จ.บึงกาฬ



ก็สภาพโรงพยาบาลผมก็ประมาณอย่างนี้ครับ ดูสวยงาม ยิ่งใหญ่อลังการ
ครับ บริบทของผมกับที่บ้านตากนี่ต่างกัน

โรงพยาบาลบึงกาฬ

โรงพยาบาลบึงกาฬ

- โรงพยาบาลขนาด 90 เตียง(บริการจริง > 160 เตียง)
- กำลังยกฐานะเป็นโรงพยาบาลทั่วไป พร้อมกับจังหวัดนongใหม่
- รับผิดชอบดูแลประชาชนในพื้นที่อำเภอบึงกาฬ และอำเภอ
เซียงเคียง
- ระยะทางห่างจากอำเภอเมืองจังหวัดหนองคาย 136 กิโลเมตร
- การเดินทางโดยรถยนต์ส่วนบุคคล ประมาณ 2 ชั่วโมง รถ
โดยสารประจำทางประมาณ 3.5 – 4 ชั่วโมง

การประชุม 12th HA National Forum 15 - 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

เราเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ 90 เตียง นะครับ แต่บริการจริง
มากกว่าหรือเท่ากับ 160 เตียง มี ICU มีไตเทียม นะครับ แต่จริงๆแล้วก็เกิน 160
แน่นอนครับ แต่ละวันที่คนไข้นอนโรงพยาบาล

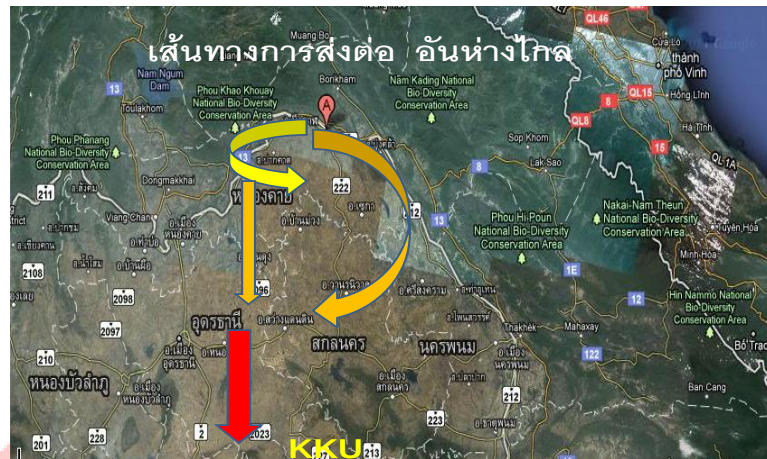
ตอนนี้เราก็พร้อมที่เป็นโรงพยาบาลจังหวัดแล้วนะครับ พร้อมกับความเป็น
จังหวัดน้องใหม่ จังหวัดที่ 77 ของประเทศไทยนะครับ หน้าทีรับผิตชอบของพวกผม
ก็คือพื้นที่ในบึงกาฬเอง และก็อำเภอข้างเคียงประมาณ 6-8 อำเภอ นะครับ ก็ถามว่า
อยู่ห่างไกลไหม ถ้าเทียบแต่จังหวัดหนองคาย อำเภอเมือง 136 กิโลเมตร ขับรถยนต์
ส่วนตัวของผมเองใช้เวลาประมาณชั่วโมงครึ่ง ความเร็วประมาณ 120-140 นะครับ
ชั่วโมงครึ่ง แต่ถ้าเกิดรถบัส 24 หน้าต่าง 2 ประตู นะครับ ก็ 4 ชั่วโมง ก็คิดสภาพว่า
มันไกลกันจริงๆ ในการส่งต่อผู้ป่วยนะครับ

จังหวัดบึงกาฬ



นี้ถ้าถามว่าจังหวัดบึงกาฬ โครงสร้างมันก็ที่ทางกรมการปกครองเค้าพยายาม
ที่จะแบ่งแยกออกมา ประกอบด้วยอำเภอต่างๆ ดังต่อไปนี้ นะครับ อ.ปากคาด, อ.โซ่
พิสัย, อ.บึงกาฬ, อ.เซกา นี่ก็เป็นอำเภอของ อาจารย์ปราโมทย์นะครับ อ.บึงโขงหลง

เส้นทางการการส่งต่อ อันห่างไกล



ถ้าเรามองตาม GPRS นะครับ อันนี้ไม่ใช่ชีนามิ นะครับ ไม่ใช่อยู่แถวญี่ปุ่นนะ
ครับ บึงกาฬอยู่ตรงนี้ เวลาเรา Refer คนใช้นะครับ จะ Refer ไปที่ไหนบ้าง ก็จะมา
ที่หนองคาย 136 กิโลเมตร มาที่ศูนย์อุดรฯ ก็ต่อมามาก 50 กิโลเมตร ก็เป้าหมาย
จริงๆ คนใช้ของเราอยากไปไหน ไปโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ขอนแก่น ห่างไปอีก
200 กิโลเมตร นะครับ และอีกบางส่วนถ้าเกิดมาทางโซน อาจารย์ปราโมทย์ ก็ต้อง
มาที่สกลนคร ถ้ามองว่ากระบวนการส่งต่อผู้ป่วยของเราไกลไหม ไปถ้าเทียบกับบ้าน
ตากมากรุงเทพฯ ก็สูสีกัน แต่พวกผมไปแค่ 2 จังหวัดนะครับ สูสีกันครับระยะทาง
ครับ

ผู้นำด้านสุขภาพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ



แต่สิ่งที่ผมฝันอันนี้คือเป้าหมายของคนไข้จะครับ คือ ถ้าเป็นผู้นำสุขภาพใน
เขตอีสานอยู่แล้ว ก็คือคณะแพทยศาสตร์ศรีนครินทร์ ซึ่งผมก็จับตั้งแต่อันแต่อด
มาจนจบผู้เชี่ยวชาญมาก็ยังจบจากที่นี่ครับ

สิ่งที่ฝันในการส่งต่อ



แต่สิ่งที่เราฝันไกลขนาดนั้น เราอยากฝันมีฮอลิคอปเตอร์ครับ ผมหวังว่า
คนไข้ MI Adtract ขึ้นมา 30 นาที น่าจะถึงศูนย์หัวใจสิริกิติ์ หรือโรงพยาบาลศรี
นครินทร์

ทำไมต้องมีเครือข่ายวิชาการทางคลินิก

 **ทำไมต้องมีเครือข่ายวิชาการทางคลินิก**

ความจริงที่พบเจอ

- มีผู้ป่วยที่มารับบริการปริมาณมากขึ้น
- ผู้ป่วยใน ที่ admit ด้วยโรคที่ไม่จำเป็นต้องนอนรักษามาก จนเป็นเหตุ 10 อันดับโรคแรกที่ต้องพัฒนา ซึ่งในจำนวนผู้ป่วยเหล่านี้ประมาณ 50 % เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในอำเภอข้างเคียง
- โรคเรื้อรังกลุ่ม metabolic syndrome ยังได้รับการดูแลและค้นหาผู้ป่วยรายใหม่น้อย พบภาวะแทรกซ้อนทั้งระยะสั้น และระยะยาวยังมากอยู่
- ภาวะไตวายไตเสื่อมได้รับการดูแลที่ยังไม่เหมาะสม ผู้ป่วยต้อง admit ไม่มีการเตรียมตัวเพื่อการบำบัดทดแทน

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี

แต่ความฝันไม่มีทางเป็นความจริงไปได้ ถ้าอย่างนั้น เอ๊ะ! ต้องสร้างเครือข่ายแล้วหละ ว่าเราจะทำยังไง ให้คนไข้เราไม่ตายหรือได้รับการบริการที่รวดเร็ว และปลอดภัยมากที่สุด อันนี้คือความจริงที่ผมมาทำงานที่โรงพยาบาลบึงกาฬได้ 3 ปี นะครับ

เราเจอว่าสถิติประกันสุขภาพครอบคลุม 100% คนไข้ก็มากขึ้น อันที่ 2 คนไข้ที่ Admit นะครับครึ่งหนึ่งของโรงพยาบาลบึงกาฬ 10 อันดับโรคแรกที่ได้ Admit นะครับ เป็น 10 อันดับโรคแรกที่ สรพ. เวลาไปประเมิน HA ชั้นที่ 1 ชั้นที่ 2 ก็บอกว่าคุณควรที่จะพัฒนา มี CPG นะ แต่เบอร์ 1 ผมว่าทุกโรงพยาบาล จะเหมือนผมแน่นอน Diaria ใช้ไหมครับ AGE, Acute Frever, ผมก็เอ๊ะ มันเป็นโรคที่ต้องพัฒนายังไงเนี่ย Diaria มันเป็นโรคที่ต้อง Prevention มันไม่ใช่โรคที่ต้องพัฒนาทางคลินิก

ผมก็เลยมานั่งวิเคราะห์ของผมต่อเนะครับ แล้วคอยมานั่งทบทวนเวชระเบียนไป ก็เจออีกว่าครึ่งหนึ่งเนี่ย คือคนไข้ต่างอำเภอ ก็คือคนไข้ที่อยู่ในเครือข่ายของผม ฉะนั้น ถ้าการพัฒนาโรคพวกนี้เนะครับ ผมต้องดูแลเครือข่ายผมด้วย

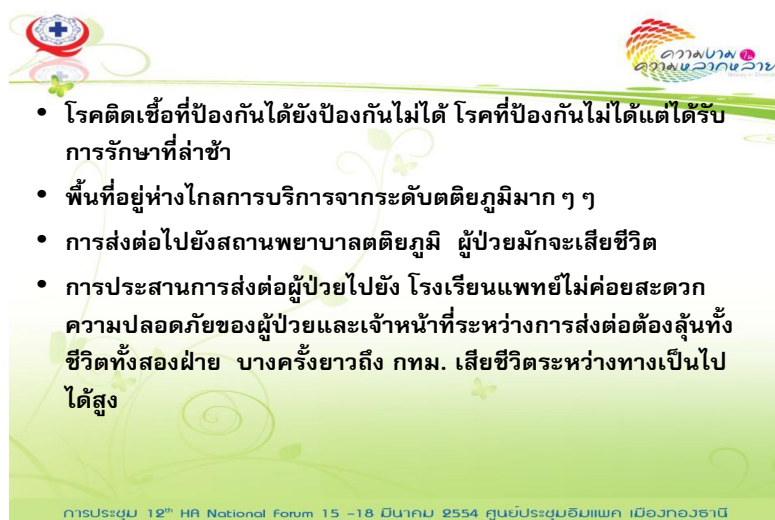
ส่วนโรคเรื้อรังกลุ่ม Metabolic Syndrome ประกอบด้วย เบาหวาน ความดัน อ้วนลงพุง ไขมันในเลือดสูง นะครับ โรคกลุ่มนี้เป็นโรคปัญหาเรื้อรัง สาเหตุของ

การตายของโรคเลือดอุดตันทั้งหลายนี้ ซึ่งทาง WHO เอาก็ตาม กระทรวงของเราก็กำลังเล่นโรคนี้อยู่ ซึ่งผมว่าแม้กระทั่งในพื้นที่บึงกาฬเอง การค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ แม้กระทั่งโรงพยาบาลชุมชนข้างๆเอง ก็ยังไม่รู้จักโรคพวกนี้

ฉะนั้น ผมต้องมองหาโรคพวกนี้ให้ได้ แล้วก็สอนน้องๆให้รู้จักให้ได้นะครับ เพราะวาระยสั้น ระยะยาว Complication เนี่ย เราก็รู้อยู่ว่ามันเกิดได้ทุกเมื่อครับ ที่จริงเรา DeLay คนไข้เท่าไร Complication ระยะยาวยิ่งเกิดขึ้น ผมก็เลยต้องมองหา

และสุดท้ายผม พอตีผมได้มีโอกาสดูแลเรื่องโรคไต และก็เห็นเครือข่ายหมอโรคไตภาคอีสาน ผมก็เจอว่าคนไข้โรคไตที่ขึ้นทะเบียนกับผม 1,102 คน เยอะไหม เยอะเฉพาะในเขตบึงกาฬ ไม่รวมอำเภออื่นๆที่อยู่ในเครือข่าย ผมเดาได้เลยว่าไม่ต่ำกว่า 3,000 คน ในเครือข่าย ฉะนั้นก็เป็นหน้าที่ของผมอีกต้องดูแลเพราะว่าการดูแลรักษาผู้ป่วย CKD โรคไตเสื่อมเนี่ยครับ ยังให้การดูแลที่ไม่ถูกต้อง คนไข้ก็ต้องได้ Admit จากน้ำท่วมปอดหรือเป็น Uremia และไม่เคยได้เตรียมตัวเพื่อบำบัดรักษาทดแทนไตเนี่ยครับ นี่คือปัญหาที่เราเจอเนี่ยครับ

ทำไมต้องมีเครือข่ายวิชาการทางคลินิก



- โรคติดเชื้อที่ป้องกันได้ยังป้องกันไม่ได้ โรคที่ป้องกันไม่ได้แต่ได้รับการรักษาที่ล่าช้า
- พื้นที่อยู่ห่างไกลการบริการจากระดับตติยภูมิมาก ๆ
- การส่งต่อไปยังสถานพยาบาลตติยภูมิ ผู้ป่วยมักจะเสียชีวิต
- การประสานการส่งต่อผู้ป่วยไปยัง โรงเรียนแพทย์ไม่ค่อยสะดวก ความปลอดภัยของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ระหว่างการส่งต่อต้องลุ้นทั้งชีวิตทั้งสองฝ่าย บางครั้งยาวถึง กทม. เสียชีวิตระหว่างทางเป็นไปได้สูง

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

และก็โรคติดเชื้อที่ป้องกันได้ ก็ยังป้องกันไม่ได้เหมือนเดิม อย่างเช่น
ไข้เลือดออกนะครับ ก็ยังเจอเยอะอยู่เหมือนเดิมในบึงกาฬ หรือโรคติดเชื้อที่ป้องกัน
ไม่ได้ แต่ได้รับการรักษาล่าช้า อย่างโรคติดเชื้อ ในท้องถิ่นของเรา อีสานบ้านเราก็คือ
เมดูลอยดูซีส อย่างนี้เป็นต้น หรือแม้กระทั่ง พูรี TB นะครับ เป็นโรคติดเชื้อที่รักษา
ได้แต่ Delay ในการรักษา เหมือนที่ผมไปพบทวนอยู่บ้านตากให้ ก็เจอว่าคนไข้
หลายๆ case ที่ ซูพีเดีย มา Consult ผม พอเรามองย้อนหลังไป 2-3 ปี फिल्मเป็น
TB แต่ผมก็ถามน้องๆว่าทำไมไม่ได้รับการรักษา AH B Negative พวกเรารักษาแต่ AH B
Positive วันนี้ผมมี Session เรื่อง TB เห็น Session เรื่อง TB ด้วย ไม่รู้เค้าพูดเรื่อง
นี้ด้วยรีเป่านะครับ ฉะนั้นผมก็เลยมาเล่นเรื่องพวกนี้อีก โรคติดเชื้อที่ป้องกันได้
ทำไมยังป้องกันไม่ได้ โรคติดเชื้อที่ต้องการไม่ได้ แต่คุณต้องรีบให้การรักษา คนไข้เรา
จะไม่ตายนะครับ แล้วก็พวกเรา อันนี้คือความจริง พวกเราอยู่ไกล พูดไปแล้วนะครับ
การส่งต่อ พยาบาลไปส่งต่อคนไข้ MI 1 คน ไปศรีนครินทร์ เพื่อไปทำ
Ballon หรือทำ Cardiac Cath Lab นะครับ ไป-กลับ 1 เวร กลับมาก็สว้อย คำ
ว่าสว้อย คือ ภาษาอีสานนะครับ คือ มินึง งงวายไปหมด ไม่รู้จะทำอะไร อยู่เวรต่อ
ไม่ได้

ผมเคยตามไปส่งคนไข้ ซึ่งเป็นญาติเจ้าหน้าที่ เป็น Acute MI ซึ่งไปส่งที่ศูนย์
อุดรฯเองนะครับ ตอนแรกกะจะไปถึงศรีนครินทร์ลองนั่งปรับ เครื่องบีทีบีเรเตอร์ ไป
เรื่อยๆเนี่ยครับ เพราะว่าคนไข้เป็นหัวใจเต้นผิดจังหวะ ผมต้องเป็นคนกระตุ้นหัวใจ
คนไข้ไปเรื่อยๆ ลองนั่งอยู่ท้ายรถก็เรียนรู้เลย เข้าใจความรู้สึกของพยาบาล Refer
เลยว่า สุดแสนทรมาณ ไหนเท้าจะเหยียบ ไม่ใช่เหยียบครับ ขออนุญาตพูดผิด
เพราะว่าคนไข้จะดิ้น ใส่ tube ก็จะมีดิ้นๆ ไหนเท้าต้องล็อกขา มือต้องจับ Tube
Ambul ก็ต้องบีบ พูดสงสารมาก พอเห็นสภาพอย่างนั้น ก็เลย เอ๊ะ ! จริงๆแล้วการ
Refer คนไข้ 1 คน สำหรับพยาบาล 1 คนเนี่ยมันสุดแสนจะลำบากลำบาก อันนี้ก็
เป็นที่มาที่ผมจะมาพัฒนาเครือข่ายนะครับ แล้วก็การประสานส่งต่อไปยังโรงเรียน
แพทย์หรือ Tertiary care หมอแต่ละท่านอย่างที่ว่าอาจารย์นิตยา บอกไปแล้ว รู้สึกอึด
อัดนะครับ ว่าเราจะประสานพี่ๆ เค้ายังงั้นนะครับ แล้วคนไข้ของผมบางคน เฉพาะ

คนไข้ได้กะครับ บางครั้งต้องไปไกลถึงกรุงเทพฯ เพราะศรึนครินทร์ก็ไม่รับ เติง
เต็ม ศูนย์ขอนแก่นก็เติงเต็ม โคราชก็เต็ม สุดท้ายก็จบที่กรุงเทพฯ รวม 1 วัน 1 คืน
ครับในการส่งต่อ อันนี้เป็นปัญหาให้ผมต้องมาพัฒนาเครือข่ายนะครับ

วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา



วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา



- ความอ่อนแอ ทางวิชาการ
- ยังตามองค้ความรู้ที่เปลี่ยนแปลงในปัจจุบันล่าช้า
- ยังทำตามที่เคยเห็นเขาพาทำ เขาพูดว่า ได้ยินเขาเล่ามา
- มีการประสานงานกันระหว่างสถานพยาบาลในแต่ละระดับ น้อยมาก
- การคิดนอกกรอบนอกเหนือจากนโยบายที่สั่งการน้อย รอวิ่งแต่เก็บข้อมูลตามคำสั่งเบื้องบน ไม่มีการวิเคราะห์ข้อมูลที่มีในพื้นที่ตนเองอะไรคือปัญหาจริง ๆ และแก้ไขตามบริบท
- ทฤษฎีเลิศ ปฏิบัติยาก (ฝอยมากไปหน่อย)

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี

โอเค นะครับ พอผมมานั่งวิเคราะห์ดูว่าเครือข่ายผมมีปัญหาอะไร ผมก็มา
เจอว่ามันมีความอ่อนแอในด้านวิชาการนะครับ มีความอ่อนแอทางด้านวิชาการอ่อน
อย่างไร ก็คือโลกเค้าไปถึงดาวอังคารกันแล้ว พวกเรายังย่ำกันอยู่บึงกาฬเหมือนเดิม
นะครับ

แล้วก็สิ่งที่ผมเจอก็คือ เค้าพาผมทำ เค้าพาหมอทำ พยาบาลก็บอกว่าคุณ
หมอคนโน้นพาทำ ได้ยินเค้าพูดว่าเป็นอย่างโน้น รักษาอย่างนี้นะ แล้วเค้าก็เล่ามาว่า
ควรจะรักษาแบบนี้แบบนี้ อันนี้ก็เป็นสิ่งที่เคยได้เคยฟังมานะครับ แต่ไม่ยอมตามว่า
ปัจจุบันเค้าทำอะไรกันนะครับ

แล้วก็กระบวนการประสานงานระหว่างสถานพยาบาลในแต่ละระดับมีน้อย
นะครับ ผมไปอยู่ผมเคยอยู่ที่หนองคายมา 10 ปีแล้วละครับ แต่ย้ายไปย้ายมาเฉยๆ
นะครับ ก็คือการประสานงานในแต่ละสถานพยาบาลมีน้อยมานะครับ

การคิดนอกกรอบอันนี้เป็นสิ่งที่สำคัญ ก็คือไม่เคยเกิด คือเกิดขึ้นน้อยมากนะ ครับ รอแต่คำสั่งจากกระทรวงนะครับ แล้วก็วิ่งตามเก็บข้อมูลส่งเบื้องบน แต่วิ่งส่งไป แล้วก็ไม่ได้กลับมาวิเคราะห์ว่า แล้วปัญหาของเราอยู่ในพื้นที่ของเรา แล้วจะแก้ ยังไงนะครับ แล้วจะแก้ยังไง อย่างเช่น ปัจจุบันนะครับ สมมุติเนอะ ปัจจุบันเนี่ย อย่างเบาหวานเนี่ย โรงพยาบาลบึงกาฬเองจะมีปัญหาว่าคนไข้คุณ A วัน C ไม่ได้เลย 8, 9, 10, 11 ตลอด ไม่มีใครต่ำกว่า 7 เลย

อาชีพที่สำคัญ ผมก็เลยทำวิจัยออกมาอีกแล้ว 1 งานวิจัย ก็คือคนไข้ที่คุณ A วัน C ไม่ได้ก็คือ คนไข้ที่มีอาชีพกรีดยางพารา นี่ก็เป็นงานวิจัย R2R ที่ผมกำลังจะ เผยแพร่แล้วครับ เพราะว่าคนไข้ที่กรีดยางพารา ทำไมเค้าถึงคุมเบาหวานไม่ได้ ตื่นเช้าขึ้นมาตอนตี 1 ต้องไปกรีดยาง ก็กาแฟสำเร็จรูป 1 ซอง ตอนสายๆ สักหน่อย ก็ขนม พอกินข้าวเช้าก็กินข้าวเช้าตอน 9 โมง ขณะที่ยาเบาหวานก็กินตามปกติ กิน ข้าวเช้าตอน 9 โมง ท่านคิดดูยาออกฤทธิ์สูงสุดตอน 7 โมงเช้า ฝึบอบทั้งแม่สับแม่ หยิบแม่หยอบก็เข้าสิงร่าง ข้าวเหนียว 1 กะติ๊บ กินยังไงก็ไม่เพียงพอ อันนี้คือความจริงที่เราเจอ ฉะนั้น A วัน C ต่อให้คุณปรับยาอย่างไรก็ตาม ปรับโดยที่คุณไม่ถามคนไข้ ว่ากินข้าวแต่ทำงานยังงั้นเนี่ยมันก็แก้ปัญหาเค้าไม่ได้ อันนี้เป็นสิ่งที่ผมต้องมาแก้ไข ตามบริบทที่มันควรจะเป็น

ถามว่าผมเอาไปเผยแพร่ในเครือข่ายไหม ก็เอาไปเผยแพร่ แล้วตอนนี้พวกเราทำ Multicenter ในเครือข่ายแหละครับ วิจัยเรื่องการบริโภคอาหารและก ิพฤติกรรมการดำรงชีวิต แล้วก็การควบคุมเบาหวานนะครับ

แล้วก็สิ่งที่ผมเจอก็คือ ทฤษฎีเลิศปฏิบัติยาก คือ มีแต่ฝอยอะครับ อันนี้คือ ความจริง หลายๆสิ่ง หลายๆอย่าง งานคุณภาพของโรงพยาบาลเอง ผมไม่ได้เอาของ ตัวเองมาขายนะครับ คือ บางคนก็ฝอยฝอย จักไปฝอยอะไรหนักหนา พวกเรารู้จัก ฝอยไหมครับ ผมเห็นครั้งหนึ่งเป็นแฟนคลับมาจากอีสาน ฝอยก็คือขี้ไม้ครับ ไม้ไป มาก คือ ได้แต่ทฤษฎี ไม่ได้ปฏิบัติจริงนะครับ อันนี้คือความจริงที่เราเจอ

วัตถุประสงค์การสร้างเครือข่ายวิชาการ



วัตถุประสงค์การสร้างเครือข่ายวิชาการ

- พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางสาธารณสุขในด้านวิชาการให้ทันสมัย กระตุ้นให้มีการค้นคว้าหาองค์ความรู้ (Imagine greater)
- เพื่อค้นหาและวิเคราะห์ความเสี่ยงทางคลินิกของแต่ละพื้นที่
- หาแนวทางป้องกันทั้งระดับปฐมภูมิ ทดทุยภูมิ ตติยภูมิ ทั้งในเชิง รุก รับ พันฟูและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทุกระดับ
- เพิ่มสัมพันธภาพของบุคลากรทางการแพทย์ในเครือข่ายทั้งแบบ เป็นทางการและไม่ทางการ
- ผู้ป่วยปลอดภัย เจ้าหน้าที่ไม่เครียด
- สร้างองค์ความรู้ในที่สัมพันธ์กับบริบท หรือวิถีของประชากรในพื้นที่

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี



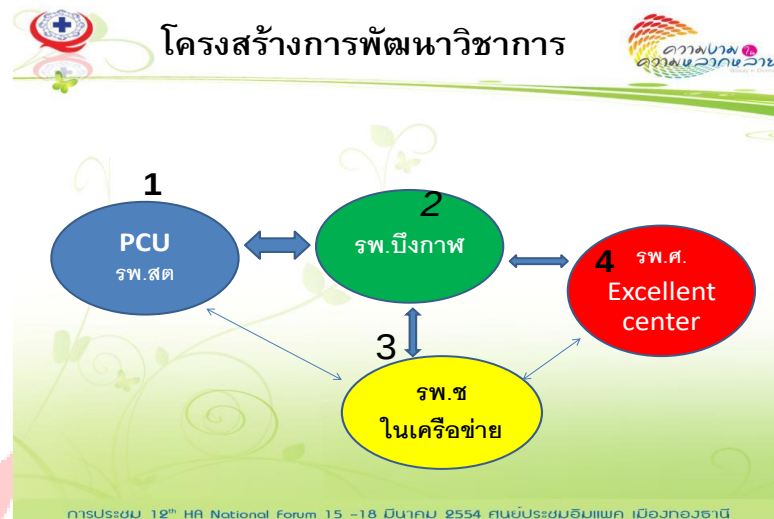
ฉะนั้นผมก็ต้องมาวางแผนว่าผมจะแก้อย่างไรไหมครับ ผมก็ต้องพัฒนาศักยภาพครับ ผมก็ต้องพัฒนาศักยภาพกระตุ้นให้มีการค้นหาความรู้ พอเมื่อคืนนี้นั่งดูหนังช่อง Site five ครับ ว่า Imagine grater จินตนาการยิ่งใหญ่ ต้องมีการจินตนาการที่ยิ่งใหญ่ถึงจะแก้ปัญหาวงนี้ได้

เราก็ต้องพากันมาวิเคราะห์ความเสี่ยงของคลินิก ทางคลินิกของแต่ละพื้นที่ เหมือนที่อาจารย์วิทยาเค้าเชิญผมไปวิเคราะห์ความเสี่ยงในคลินิกให้คำแนะนำครับ และเราก็ต้องมีแนวทางการปฏิบัติตั้งแต่ระดับ Primary, Secondary, Tertiary นะครับ ทั้งรุก รับ พันฟู แล้วก็ต้องมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเครือข่ายนะครับ

แล้วก็เพิ่มสัมพันธภาพ สมรรถนะของบุคลากรในเครือข่ายทั้งแบบเป็นทางการ และแบบไม่เป็นทางการให้ได้ เพื่อเป้าหมายของเราก็คือ ผู้ป่วยปลอดภัยนะครับ

สุดท้ายเจ้าหน้าที่ต้องไม่เครียดนะครับ คนไข้เดิมอดีตกาลก่อนที่ผมจะเปลี่ยนแปลงระบบสร้างเครือข่ายขึ้นมา 1 เวิร์ พยาบาลแผนกอายุรกรรม CPR คนไข้เวิร์ละ 2-3 คน ปัจจุบัน CPR คนไข้ครั้งสุดท้าย จำไม่ได้แล้วค่ะอาจารย์ตั้งแต่เมื่อไหร่ แตกต่างเลยครับ แตกต่างกันอย่างลิบลับเลยนะครับ คือ อย่างมากก็อาทิตย์ละ 1 ครั้งที่ได้ CPR หรือไม่ก็คนไข้ NR เราก็ไม่ CPR นะครับ

โครงสร้างการพัฒนาวิชาการ



เพราะฉะนั้นการพัฒนาของผม ผมก็ต้องพัฒนา ตอนแรกผมต้องมาวิเคราะห์พัฒนาตนเองก่อน คือ ตัวในโรงพยาบาลให้ได้รับ วิชาการในโรงพยาบาล แล้วก็โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ หรือ PCU ก็โรงพยาบาลน้อยๆ ในเครือข่ายนะครับ แต่ Tertiary care และ Excellence Center ผมคงไม่มีปัญหาไปพัฒนาเค้า มีแต่จะไปหลอกล่อเค้ามาอยู่กับผมได้ยังไง อันนั้นเป็นสิ่งที่ผมควรจะทำนะครับ

วิชาการที่ดำเนินการสร้างเครือข่าย

วิชาการที่ดำเนินการสร้างเครือข่าย

- โรคกลุ่มอาการเมตาบอลิก metabolic syndrome เบาหวาน ความดันโลหิตสูงแบบองค์รวม
- วัณโรคปอด
- โรคติดเชื้อในท้องถิ่น (Melioidosis) กลุ่มอาการไขข้ออักเสบ กล้ามเนื้อ
- ภาวะแทรกซ้อนจากการตีบตันหลอดเลือด จาก metabolic syndrome
- โรคไตเสื่อมและไตวายระยะสุดท้าย การบำบัดทดแทนไต
- การทบทวนภาวะเสี่ยงทางคลินิกระหว่างโรงพยาบาล

interhospital conference , Journal club , great lecture

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี

ที่นี้การสร้างเครือข่ายพัฒนาอะไรบ้าง ผกคือว่ามันเป็นปัญหาของผมทั้งหมด ผมก็จัดไม่ว่าจะเป็นจัดกระบวนการวิชาการในเรื่องพวกนี้แหละครับ ไม่ว่าจะเป็นเรื่อง Metabolic Syndrome เรื่อง TB เรื่อง เมทออยโนซิส เรื่องโรคปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ โรคภาวะแทรกซ้อนจากภาวะกล้ามเนื้อตึงตั้นะครับ แล้วก็ไต่เส้นไต่สาย และก็การทบทวนความเสี่ยงระหว่างโรงพยาบาล Inter Hospital Conference Journal Club, Grate lecture อันนี้ทำจริงนะครับ ไม่ได้โม้ อันนี้พวกผมทำกันจริงๆ ก็คือเอา case ต่างๆมาคุยกัน เดี่ยวอาจารย์ปราโมทย์จะคุยอีกทีนะครับ เพราะว่าจะได้เชื่อมโยงกับคุณหมอปราโมทย์เค้าเนะครับ

รูปแบบการดำเนินการ



รูปแบบการดำเนินการ

- จัดประชุมวิชาการ ทั้งวิทยากรภายใน และภายนอก
- จัดประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการเช่นการกำหนดอาหาร อาหารบำบัดสำหรับโรคเรื้อรัง
- การทำการทบทวน death case , Bedside teaching Grand round , inter hospital conference , Journal club , MM
- การร่วมกำหนด clinical tracer ตามบริบทของโรงพยาบาลในเครือข่ายเช่น ACS , renal failure

การประชุม 12th HA National Forum 15 –18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

รูปแบบการดำเนินการของพวกเราคือประชุมวิชาการนะครับ ก็มีประชุมวิชาการใหญ่ประจำปีของเครือข่าย แล้วก็ประชุมวิชาการภายในโรงพยาบาลบึงกาฬเอง อันนี้คือผมพัฒนาในเครือข่ายของผม ใน Part ของผมเองแล้วก็เชิญวิทยากรที่ตัวผมเอง แล้วก็จากภายนอกนะครับ แล้วก็จัดประชุมเชิงปฏิบัติการสำหรับเครือข่าย เช่น การรักษาด้วยอาหารนะครับ ซึ่งผมว่าเป็นสิ่งที่สำคัญมาก แม้กระทั่ง American ไดไซติส แอดโซเอชั่นเอง ปี 2011 ก็ออกมาแล้วนะครับว่า โภชนบำบัดเนี่ย เค้ากำลังจะเล่นเรื่องนี้แล้วนะ ฉะนั้นตามให้ทันนะครับ โภชนบำบัดกำลังจะออกมา กำลังจะเป็นเรื่องดัง อาหารระดับเอเชียของพวกเราเนะครับ Asian Style เป็นอาหารบำบัดรักษาโรคเนะครับ

การทบทวน Death Case การ เบสไซทิสซึ่ง Grand Round Inter hospital MM อย่างนี้ะครับ แล้วก็ร่วมกันทำ Clinical Tracer ตามบริบท โรงพยาบาลในเครือข่าย เช่น Acute very Syndrome หรือ **เดเนียวแพเรีย** อันนี้เป็นสิ่งที่พวกเราทำกันไปนะครับ

ให้ความรู้และติดตามระดับปฐมภูมิ



พอผมดูแลภายในตัวบริบทของโรงพยาบาลบึงกาฬ ผมก็ต้องไปดูแลที่ปฐมภูมิเอง ผมก็ต้องเอาเค้ามานั่งฟัง Lecture เหมือนกัน

สาธิตและแสดงจริงกับชุมชน



สาธิตและแสดงจริงกับชุมชน



การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี

แล้วก็ติดตามเยี่ยมครับ ก็ไปสอบถามว่าปัญหาว่าเจออะไรไหม ค้นหาแล้วเจอปัญหาในการดูแลยังไง ก็ตามน้องๆ เค้าดูแม้กระทั่งคนไข้เอง เจ้าหน้าที่พยาบาลผมนะครับ ถึงจะหน้าตาดูอึ้น อึ้น นะครับ แต่ก็ไม่รู้หรอกว่า คนไข้แบบเนี้ยเค้าจะกินยังไง ผมก็พา เนี้ยโภชนาการของผม นะครับ อันนี้ก็เป็นเจ้าหน้าที่ รพสต. ผมก็พาไปผมก็ถามว่า เอากะติปข้าวมาให้หมอดูหน่อย

ผมก็ถามว่า 1 กระติปกินกี่มื้อ เค้าก็บอกว่า 2 มื้อ ตกใจเลยครับ ผมก็ Show Off แสดงจริงให้เค้าดูเลยว่า 1 คำ เท้าหัวแม่มีอนะ เจ้าอย่าเกิน 8 คำ แล้วเจ้าจะคุมเบาหวานได้ดี ผลลัพธ์ของคนไข้คนนี้ A วัน C อีก 3 เดือนต่อมาก็ถึง Goal ก็คือน้อยกว่า 7% แต่ถามว่าเค้าลำบากลำบากไหม เค้าอึดอัดใจมากเลยเพราะหุ่นเค้าอย่างนี้ แล้วเป็นเบาหวานทั้งตระกูลทำได้ยากมากนะครับ อันนี้ก็ไปแสดงจริงในพื้นที่

รับฟังและสะท้อนกลับการพัฒนาคุณภาพระดับปฐมภูมิกับเจ้าหน้าที่



รับฟังและสะท้อนกลับการพัฒนาคุณภาพระดับปฐม
ภูมิกับเจ้าหน้าที่



การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี

อันนี้ก็ต้องรับฟังปัญหาของน้องๆ มันเหมือนกับว่า เวลาเราสร้างเครือข่ายไปยัง รพ
สต. มันจะไม่เหมือนกับบ้านตากนะครับ เพราะที่นี้ไม่เคยมีการเปลี่ยนแปลงแบบนี้
นะครับ

แลกเปลี่ยนและทบทวนข้างเตียง



พอไปถึง เค้าก็จะรู้สึกเครียด ว่า เอ๊ะ ! ทำไมเอาการเอางานมาให้ทำ
เยอะเยอะไปหมดเลย อันนี้คือความเครียดของเจ้าหน้าที่ใน รพสต.ของผม ผมก็ต้อง
ฟัง ๆ ๆ ฟังแล้วก็เอาไปเถียงกับเจ้านายเค้าให้ อันนั้นคือหน้าที่ของผม เป็นผู้เถียงให้
นะครับ

Grand round สหสาขาวิชาชีพ



แล้วก็ เบสไฮทิสซิ่ง ก็คือ Grand Round หลายๆโรงพยาบาลอาจจะคิดว่า เอ๊ะ! ระดับโรงพยาบาลบึงกาฬเอง มี Grand Round ได้ด้วยหรือ ก็มีนะครับ พวกเรามี Grand Round ทั้งแพทย์ พยาบาล ก็เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพนะครับ พวกเราก็จะนั่งคุยทบทวนใน Death Case ใน MN Case หรือใน Case ที่ Re Admit หรือใน Case ที่มี Hyper- Hypo Glycemia ที่หลายๆโรงพยาบาลอยากทำ HA เรื่อง Hypo Hyper Glycemia โรงพยาบาลผมไม่มีแล้วนะครับทุกวันนี้ เราไม่คุยกันเรื่องนี้แล้วนะครับ เราคุยกันเรื่องที่ Advance กว่านั้นแล้วนะครับ

เจาะลึกความจริงข้างเตียง



แล้วก็บางอย่างความจริงต้องลงลึกจากคนไข้ข้างเตียง คืออย่างน้องๆแพทย์ก็ถามไม่เป็น ต้องถามว่า อย่างคนไข้คนนี้เป็น COPD นะครับ รู้ไหมว่าทำไมเค้า COPD Ad trace ตลอดๆ จริงๆคนไข้มีโรค Heart ร่วมด้วย ก็ต้องมาสอนว่าคนไข้มีโรค Heart ร่วมด้วยนะ แล้วคนไข้กินอาหารประเภท High คาร์โบไฮเดรต เราก็ต้องมาปรับเรื่องอาหารให้คนไข้ คนไข้ก็ไม่ค่อยได้ Admit อีก คนไข้ก็ปลอดภัย Safety นะครับ

ทุกคนมีส่วนร่วมตามความสามารถวิชาชีพตน



อันนี้เป็นโภชนาการซึ่งหนีจากผมมาแล้ว ผมก็จะให้เขามีความสามารถ
บทบาทของเขาผมก็จะกระตุ้นให้เขา Shoe Off เต็มที่นะครับ อาหารก็ต้องสอนไป
เต็มที่นะครับ

Grand round ทุกวันพุธ



อันนี้ก็เป็น Grand Round นะครับ

ประยุกต์เทคโนโลยีที่มี เพื่อประโยชน์สูงสุดในการรักษา



เทคโนโลยีถึงพวกเราจะอยู่ห่างไกลเทคโนโลยี พวกเราก็ไม่ได้ไฮโซอะไรครับ อันนี้เป็นเครื่อง Ultrasound ธรรมดา แต่เนื่องจากต้องดูแลโรคหัวใจด้วย โรคไต ด้วย เราก็มา Apply ทำ แอ็คโค่ เพื่อปรับยาให้มันเหมาะสมนะครับ นี่ก็คือการจัดประชุมวิชาการในโรงพยาบาลบึงกาฬเอง เราก็เชิญอาจารย์จากโรงพยาบาลเอกชน แห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ นะครับ

วิทยากรผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน มาสอนในพื้นที่



วิทยากรผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านมา สอนในพื้นที่



การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี

อันนี้คือชุดฟอร์มของอายุรกรรมนะครับ

วิทยากรผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน มาสอนในพื้นที่



วิทยากรผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านมา สอนในพื้นที่



การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี

อันนี้ก็นั่งฟัง Lecture ไปนะครับ

ทบทวนในเครือข่าย : MM



ที่นี่ก็จะเชื่อมโยงไปถึงเครือข่ายว่าเราทำอะไรบ้าง ก็ทำ MM นะครับ ใน
MM อาจารย์ปราโมทย์ เดี่ยวอาจารย์ปราโมทย์ก็จะนำเสนอเหมือนกัน

Blood transfusion review

 **Blood transfusion review** 



ข้อชี้แนะการใช้ PRC

- กรณีมีภาวะโลหิตจาง Hb < 6 → dyspnea
- กรณีมีภาวะโลหิตจาง > 55 ปีเป็นต้นมา Hb < 7g/dl ; old age , heart disease , COPD , stroke , trauma keep Hb 10-12 g/dl
- กรณีมี PRC ไม่ดี ไม่สามารถรับ

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี

Discussion and brain storming

 **Discussion and brain storming** 



การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี

Discussion and brain storming



ก็คือเรื่องการให้ Blood tranfusion นะครับ คนไข้เกือบ Death นะครับ
เราก็มานั่งคุยกัน ทบทวนด้วยความสนุกสนานนะครับ

สิ่งที่เปลี่ยนแปลง

สิ่งที่เปลี่ยนแปลง

- โรคที่ admit ด้วยเหตุไม่สมควรลดลง ลำดับโรคผู้ป่วยใน 10 ลำดับแรกเปลี่ยนแปลง
- ผู้ป่วยที่มีอาการหนักจนถึงขั้นระดับการหายใจหรือหัวใจล้มเหลวลดลง
- อัตราการ CPR ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาล บึงกาฬลดลง น้อยกว่า 1 รายต่อสัปดาห์ จากวันละอย่างน้อย 3 ราย

สิ่งที่เปลี่ยนแปลงหลังจากที่เราสร้างเครือข่ายแล้วก็มีการเติมเต็มวิชาการในพื้นที่ 4 อันดับโรคเปลี่ยนแปลงไปครับ จาก Diaria มาเป็นอันดับ 1 คือ ACS แทนนะครับ เป็น MI เข้ามาแทนอันดับ 1 เลยนะครับ แล้วก็ในกลุ่มไตวายแทน ก็คือ

เป็นกลุ่มโรคที่ควรจะเป็นนะครับ มันก็เปลี่ยนแปลงไปนะครับ ที่สำคัญที่สุดคือ เนี่ย
ครับ แทบจะไม่ได้ใส่ tube ในคนไข้ Cevia นิวโมเนีย หรือ Cevia COPD เลยนะ
ครับ เพราะว่าอะไร เพราะว่าเราดูแลผู้ป่วยแบบเครือข่ายแล้วก็สอนน้องมาดีนะครับ
แทบไม่ได้ใส่ tube เลย พยาบาลจนจะช่วยผมใส่ tube ไม่เป็นแล้วนะครับ แล้ว
CPR อย่างที่ผมบอก แต่ก่อนเวอร์ละ 3 รายนะครับ อย่างน้อย ทุกวันนี้อาทิตย์ละราย
ยังหายาก เราไม่ CPR เฉพาะคนไข้ที่ NRN of life Care นะครับ

TB and infection disease



แล้วแม้กระทั่ง TB และ Infectial Disease ผมก็ตระเวนสอนนะครับ เดี่ยว
อาจารย์ปราโมทย์จะคุยอีกที อันนี้ก็จะซ้ำกับอาจารย์ปราโมทย์

Demonstration case



Demonstination case



ก็คือเราไปสอนแบบ Demonstination Case ด้วย คนไข้เราก็เอามาคุยกัน
จริงๆนะครับ

สิ่งที่เปลี่ยนแปลง



สิ่งที่เปลี่ยนแปลง

- การส่งต่อในเครือข่ายลดลง การให้บริการปรึกษาโดยใช้เทคโนโลยีปัจจุบันมีมากขึ้น ลดความสิ้นเปลืองของผู้ป่วย รักษาใกล้ชิด ใกล้เคียง ใกล้ใจ ใกล้บ้าน ด้วยความมั่นใจมากขึ้น
- เกิดงานวิจัย องค์ความรู้ทางคลินิกที่สัมพันธ์กับบริบทในพื้นที่มากขึ้น
- ความสัมพันธ์กับ tertiary care ไปในทิศทางที่ช่วยน้อง เกิดการเรียนรู้กันมากขึ้น

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี

การส่งต่อผู้ป่วยลดลง อันนี้เราเห็นชัดเจนนะครับ เกิดงานวิจัยที่สัมพันธ์กับบริบทในพื้นที่เรานะครับ แล้วก็สัมพันธ์กับ Tertiary care ไปในทางที่พี่ช่วยน้องมากขึ้น เกิดการเรียนรู้ร่วมกันนะครับ

Routine to research การการประชุมใหญ่ของเครือข่าย



Routine to research ในการ ประชุมใหญ่ของเครือข่าย



การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี



Routine to research ในการ ประชุมใหญ่ของเครือข่าย



การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี



อันนี้ก็เป็นการประชุมวิชาการใหญ่ของเครือข่ายเรา อันนี้พอตีผมเอาครั้งที่ 2
มานำเสนอนะครับ ก็จะมีการ Present Paper นะครับ เป็น Routine 2 Research
นะครับ ท่านอาจารย์ศิริวัตร ท่านรองปลัดก็ให้เกียรติไปเปิดงานนะครับ เดี่ยว
อาจารย์ปราโมทย์จะพูดอีกทีนะครับ

ห้องประชุมเต็ม



อันนี้ก็เป็น Tertiary care เข้ามาช่วยสอนนะครับ อันนี้ก็คนหนาแน่นนะ
ครับ หนาแน่นกว่าวันนี้อีก อันนี้ถึงพวกเราจะเต็มแต่ก็มีถ่ายทอดวงจรปิดเดี๋ยว
อาจารย์ปราโมทย์จะพูดอีกที

การประชุมใหญ่ของเครือข่าย



อันนี้ก็เป็น Staff ที่มาพูดในงานวิชาการของพวกเราเนาะครับ

การเชื่อมโยงไปยังสถานบริการระดับตติยภูมิ Excellent center



สรุปว่ามันก็เป็น การเชื่อมโยงไปๆ มาๆ เนาะครับ เป็นเครือข่ายที่น่ารัก แบบบ้านนอกของพวกเราเนาะครับ

Directed contact to staff cardiologist



แล้วก็มี Staff ศูนย์หัวใจมาคุยให้

การใช้เทคโนโลยีให้เกิดประโยชน์

การใช้เทคโนโลยีให้เกิดประโยชน์

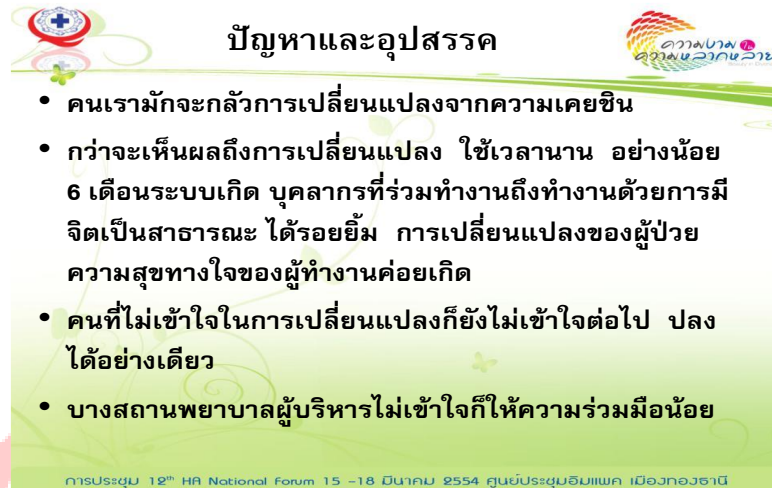
- เพื่อการปรึกษา ที่ทันเหตุการณ์ และรวดเร็ว เช่น social network (face book , twitter)
- อุปกรณ์สื่อสารที่ทันสมัย แม้จะยังไม่มี 3G ก็รวดเร็วกว่าเครื่องแฟกซ์

พวกเราที่ใช้เทคโนโลยีประสานให้เป็นประโยชน์นะครับ Social Network สำคัญมากนะครับ facebook, twister แม้กระทั่ง MMS หลายนๆเครือข่ายเขากำลังจะบอกว่า MI นะ You ต้องมีเครื่อง FAX FAX อยู่ ER FAX EKG ไป Consult Staff แล้ว EKG แค่ว่าโทรกริ่งกลับมา ของผมไม่แล้วครับ ผ่าน facebook เลยครับ พวกผมผ่าน facebook เลย ขึ้นฟรีเลย โทรไปบอกอาจารย์มี Case สงสัย MI

Consult EKG นะครับ เอาขึ้น facebook มาเลย เดี่ยวจะเปิดดู ไม่ถึง 10 วินาที นะ
ครับ ได้ ตอบได้เลย ถึงพวกเราจะไม่มี 3G แต่ก็เร็วกว่าเครื่อง FAX นะครับ



ปัญหาและอุปสรรค



ปัญหาและอุปสรรค

- คนเรามักจะกลัวการเปลี่ยนแปลงจากความเคยชิน
- กว่าจะเห็นผลถึงการเปลี่ยนแปลง ใช้เวลานาน อย่างน้อย 6 เดือนระบบเกิด บุคลากรที่ร่วมทำงานถึงทำงานด้วยการมีจิตเป็นสาธารณะ ใ้รอยยิ้ม การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ความสุขทางใจของพนักงานค่อยเกิด
- คนที่ไม่เข้าใจในการเปลี่ยนแปลงก็ยังไม่เข้าใจต่อไป ปลูกได้อย่างเดียว
- บางสถานพยาบาลผู้บริหารไม่เข้าใจก็ให้ความร่วมมือน้อย

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี

ปัญหาหรืออุปสรรคที่ผมเจอนะครับ ตอนแรกๆนะครับ ในช่วง 6 เดือนแรกที่ผมไปทำงานที่บึงกาฬแล้วพยายามสร้างเครือข่ายพวกนี้ก็คือ พวกเรากลัวการเปลี่ยนแปลงจากการที่เราเคยชินนะครับ แต่สิ่งที่เราเห็นก็คือใช้เวลานานมากกว่าจะเห็นว่าผลที่เรา เกิดจากการทำงานอย่างเป็นระบบเนี่ย บุคลากรได้ยิ้ม ได้ทำงานด้วยความมีจิตสำนึกสาธารณะ มีรอยยิ้ม มีการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย มีสุขทางใจนะครับ ก็ดีขึ้นเรื่อยๆนะครับ

บางสถานพยาบาลนะครับในเครือข่ายเองก็ไม่ค่อยเข้าใจในสิ่งที่เครือข่ายพวกผมทำ สร้างก็ให้ความร่วมมือบ้าง นะครับ มันก็จะยุบเหลือ 4 เครือข่ายด้วยกันนะครับ ตอนนี้

จุดเด่นและต้องขอบคุณ



จุดเด่นและต้องขอบคุณ

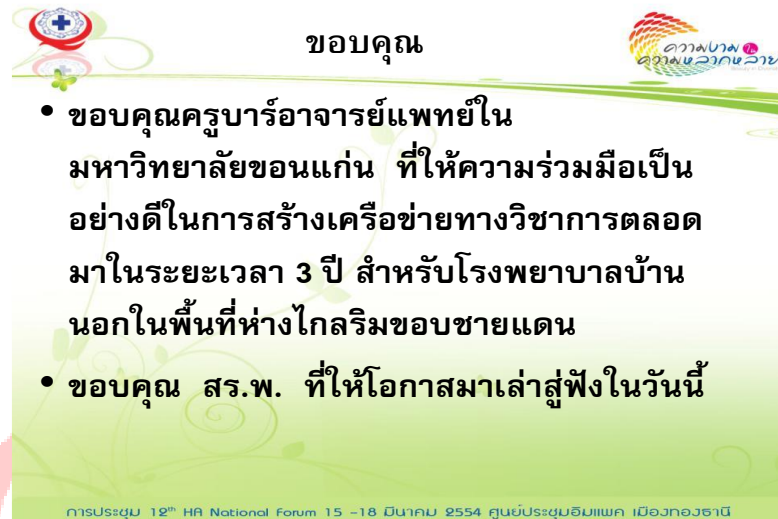


- ท่านผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ท่านอาจารย์
นิทัศน์ รายะวา และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
อุดรธานี ที่ให้โอกาสได้เป็นอาจารย์พิเศษสอน
หลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว (NP) ทำให้
เครือข่ายกระจายแนวคิดในการสร้างเสริม การ
ป้องกัน การดูแล และฟื้นฟูผู้ป่วยและประชาชนได้
ครอบคลุมมากขึ้น ทั้งภาคอีสานตอนบน

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี

จุดเด่นก็ต้องบอกเลยนะครับว่าจุดเด่นอันนี้ก็คือ ขอบคุณท่านผู้ตรวจมาเลย
นะครับ อาจารย์นิทัศน์ มากเลยนะครับ วิทยาลัยพยาบาลอุดรฯ เพราะว่าเปิด
โอกาสให้ผมเป็นอาจารย์สอน NP เกือบทุกรุ่นนะครับ แล้วที่นี้มันเกิดอะไรขึ้น NP ก็
ต้องอยู่ทุก รพสต. ทุกโรงพยาบาลอำเภอ ทั้งหมดอีสานตอนบนเป็นลูกศิษย์ ผมหมด
ทั้งหมดทั้งอีสานตอนบนเป็นลูกศิษย์ผมหมด ผมก็ยึดอำนาจได้ทั้งอีสานตอนบน ถาม
ว่าผมจะสร้างเครือข่ายตอนนี้สบายมากเลย ไม่ได้ครอบคลุมทั้งจังหวัดบึงกาฬแล้ว
ครอบคลุมอีสานตอนบนหมด ลูกศิษย์ผมก็จะโชว์ ใน Facebook Consult Case
ใน facebook facebook หมอลำสุดหล่อรุ่งลำเพลินนะครับ ก็จะมี Consult มาใน
facebook นี่นะครับ ทุกคนก็จะสนุกสนาน ทำงานไปด้วยความ

ขอบคุณ



ขอบคุณ

- **ขอบคุณครูบารัอาจารย์แพทย์ในมหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการสร้างเครือข่ายทางวิชาการตลอดมาในระยะเวลา 3 ปี สำหรับโรงพยาบาลบ้านนอกในพื้นที่ห่างไกลริมขอบชายแดน**
- **ขอบคุณ สร.พ. ที่ให้โอกาสมาเล่าสู่ฟังในวันนี้**

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี

และก็ขอบคุณอาจารย์โรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ครับที่สอนให้ผมอยู่บ้านนอก แล้วก็ขอบคุณ สรพ. ครับที่ให้ผมมาเล่าวันนี้ ถ้าไม่ได้มาเล่าวันนี้ พวกเราก็ไม่รู้ว่ายูโกลชายแดน ชายแดนพม่าใช้ไหมครับ แต่ผมชายแดนลาว จะได้มีโอกาสมาพูดในวันนี้ ขอบคุณมากครับ

เกศราภรณ์ กันพันธ์ (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

ค่ะ เป็นไงค่ะ เรื่องราวจากจังหวัดน่านใหม่ งามจริงนะคะ ตรงกับ them ของ สรพ. พอดีนะคะ ความงามที่หลากหลายนะคะ บนความหลากหลาย คุณหมอเอกนี้ อ้อ! เค้าไชรูบค่ะ เป็นพระเอกหมอลำด้วยนะคะ



นพ.อเนก หล้าเพชร

ไม่ได้แสดงเรื่องรักนะสารคาม นะครับ อันนี้ก็เบียดสีสั้นเวลาเราเครียดจาก
งานเฉยๆครับ

เกศราภรณ์ กันพันภัย (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

คนกลางนั้นก็คือคุณหมออเนกนะคะ เนี่ย นี่กว่าพระเอกลิเก ค่ะ คุณหมอ
อเนกค่ะ เรื่องธรรมดาไม่คุยแล้ว พวกเราเรียกว่าอเนกไฮโซนะคะ ฉะนั้นใครจะลง
facebook ต้องหาคุณอเนกไฮโซนะคะ

ก็จะเห็นนะคะลำดับการแก้ปัญหาของคุณหมอนะคะ จากโรงพยาบาลชุมชน
90 เติงนะคะพบปัญหาเสร็จปุ๊บเนี่ย เค้าก็จะมีการทบทวน case ที่ต่อเนื่อง มี
การทำงานวิจัย มีการจัดประชุมวิชาการ ที่แน่ๆที่น่าประทับใจนะคะ เยี่ยมยายเปิด
กระต๊อบข้าว กินได้ 8 คำ นะคุณยาย อะไรอย่างเนี่ย ปกติจะหาหมอแบบเนี้ยยากนะ
ค่ะ ก็เลยทำให้แกมีแฟนคลับเยอะมากที่บึงกาฬค่ะ เพราะฉะนั้นใครจะไปบึงกาฬนะ
ค่ะ เทียวจังหวัดที่ 77 จะต้องติดต่อ นพ.อเนก นะคะ เดี่ยวหมอลำด้วย

ผอ.ขอบแซวให้ค่ะว่า ถ้าติดต่อเล่นหมอลำได้ อ้อ ลืมไปค่ะ ถ้าใครจะแค้น
ใครบนอะไรไว้ ถ้าบนด้วยหมอลำ บนเลยคะเดี๋ยวหมออเนกจะแค้นให้ฟรีนะคะ ถ้า
ฟรีคะ เพราะฉะนั้นรายสุดท้ายนะคะ คงต้องมาจากแดนไกลที่สุดของอีสานละคะ

ห่างจากตัวเมืองหนองคาย ทราบว่าเป็น 200 กิโลเมตร อยู่ได้ยังไงก็ไม่ได้ ถ้าบ้านเราทาง
เหนือนี้แทบไปได้ 3 จังหวัดแล้วค่ะ เท่ากับ ตาก เชียงใหม่ นะคะ ค่ะขอเชิญคุณหมอ
ปราโมทย์ สีแก้ว ค่ะ

นพ.ปราโมทย์ สีแก้ว

ครับ สวัสดิ์นะครับ มีเวลาให้ผม 15 นาที ไข่มุข ครับ นั่งพูดแล้วลำบากครับ
ขอขาน คือจริงๆเป็นหมอบ้านนอกนะครับ เหมือนพระป่าแหละครับขึ้นธรรมมาสน์ที่
ไร ก็มาขึ้นอยู่ในพระอารามหลวง กลัวไม่ถูกพิธีนะครับ ต้องขอภัยไว้ก่อนนะครับ



อำเภอบึงโขงหลงอยู่ที่แห่งใด



บึงโขงหลงอยู่ตรงไหนเนี่ยครับ อยู่ตรงเนี่ยครับ แล้วก็จริงๆหนองคายต้องอยู่ตรงนี้นะครับ มาตรงนี้อยู่ที่ 230 มาอุดรฯ 200 มาสกลฯ 120 มานครพนม 110 มันก็เลยไกลไปหมดนะครับ

ที่นี้บริบทของเราคือ มันด้วยที่ไกลเนี่ยมันก็เลยทำให้ตัวเองเนี่ย ต้องพึ่งตัวเองให้ได้เนี่ยครับ เป็นโรงพยาบาล 30 เตียง คนไข้ก็ยากจน เดินทางก็ลำบาก รวดโดยสารประจำทางก็ไม่มี คนไข้จะ Refer ไปที่เนี่ย ถ้าไป OPD ต้องต่อรถ 5 ครั้งนะครับ ต่อรถ 5 จุด

โรงพยาบาลอยู่ริมบึงนี้เอง



เพราะฉะนั้น เรามีบึง ตรงนี้ นะครับ เป็นพื้นที่ชุ่มน้ำโลก ตรงนี้เป็นแม่น้ำโขง
นะครับ อันนี้ฝั่งลำนะครับ เราก็มาเรื่อยๆ ตอนแรกผมไปไม่ถูกนะครับ ผมต้องหา
ใน Google ก่อน ว่าผมจะไปโรงพยาบาลอย่างไร เพราะว่าโดนส่งไปเมื่อ 2 ปีที่แล้ว
นะครับ

บึงโขงหลงอยู่ที่ไหน



อันนี้โรงพยาบาลเราอยู่นี้ครับ ตรงนี้ก็ เป็นป่า อยู่กลางเมืองเลยนะครับ

เห็นแต่ทางเข้าไม่เห็นตัวอำเภอ



เดินทางมาเรื่อยๆครับ เห็นแต่ป้าย ตายห่าละโรงพยาบาลอยู่ที่ไหนเนี่ย ฉิบ
หายแล้ว

ตัวอำเภอมีแค่เนี้ย



เรามาถึงตรงนี้เห็นป้อมตำรวจอยู่ตรงนี้ ถ้ามตำรวจตรงนี้ครับ เข้า
โรงพยาบาลถูกอยู่

บริบททางสาธารณสุข

บริบททางสาธารณสุข

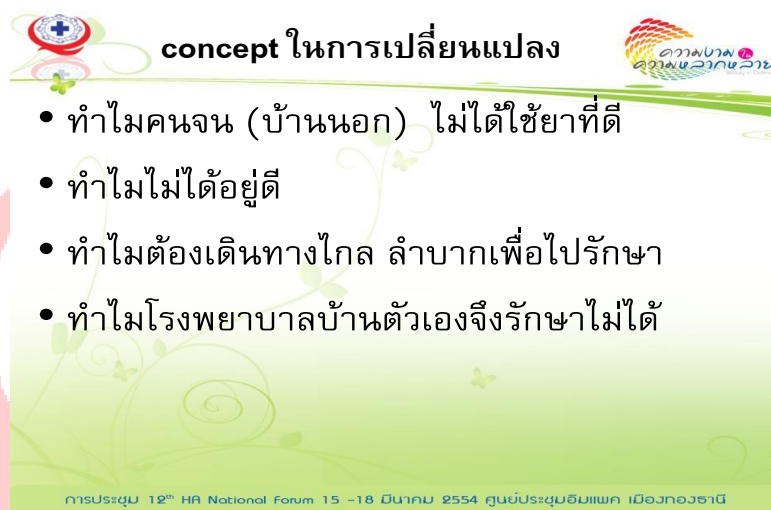
- ยากจน
- เดินทางลำบาก
- ไกล
- เจ้าหน้าที่จำนวนน้อย ไม่มีใครเอาชีวิตมาเสี่ยง
- ชาวบ้านขาดศรัทธา รักษาอะไรก็ได้ มีแต่ Refer

การประชุม 12th HA National Forum 15 - 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี

บริบทมันเป็นอย่างนี้ครับ ของบึงโขงหลงจะไม่เหมือนบ้านตาก บ้านตากอยู่
ใกล้ ตสม. บึงกาฬก็เป็นโรงพยาบาลใหญ่อยู่ บึงโขงหลงไปไหนก็ไกลครับ ลูกน้องผม
ขอค่าเวร Refer เพิ่มขึ้นครับ บอกต้องขึ้นนะ 1.5 เท่าของกระทรวง ก็ได้บอก
เรียบร้อยแล้วครับ ของเราเดินทางไกลครับ แล้วก็เดินทางลำบากครับ รถโดยสาร

ประจำทางมันน้อย เจ้าหน้าที่ก็น้อยด้วย ไม่มีใครอยากมาเสี่ยงชีวิตที่นั่นะครับ
เรียบร้อยแล้วก็ชาวบ้านก็ขาดศรัทธานะครับ เพราะว่าตรงนี้เป็นพื้นที่อะไรไม่รู้ แต่
ว่าชอบประท้วงนะครับ ความเสี่ยงมันก็มีแค่นี้แหละครับ ที่พยายามปรับโรงพยาบาล
แล้วก็แก้ไข สร้างเครือข่ายให้ตัวเองอยู่ได้

Concep ในการเปลี่ยนแปลง



concept ในการเปลี่ยนแปลง

- ทำไมคนจน (บ้านนอก) ไม่ได้ใช้ยาที่ดี
- ทำไมไม่ได้อยู่ดี
- ทำไมต้องเดินทางไกล ลำบากเพื่อไปรักษา
- ทำไมโรงพยาบาลบ้านตัวเองจึงรักษาไม่ได้

การประชุม 12th HA National Forum 15 -18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

ก็คือทำไมคนบ้านนอกใช้ยาดีไม่ได้ ทำไมคนบ้านนอกอยู่ดีไม่ได้เหมือน
โรงพยาบาลในกรุงเทพฯ นะครับ ทำไมคนบ้านนอกต้องเดินทางไกล รักษาโรงพยาบาล
บ้านตัวเองไม่ได้เหอ

ภูมิทัศน์ด้านหน้า



ภูมิทัศน์ด้านหน้า



การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี

เราก็ปรับก่อน ปรับด้านหน้านะครับ เอาให้สวยๆ แต่ก่อนเป็นป่ามะพร้าว เป็นป่าอยู่หน้าโรงพยาบาลเนี่ยครับ ป่าตรงนี้ ทาสีใหม่ ก็มีคนถามผมบอกว่า สถานที่ราชการมันต้องเป็นสีขาวไม่ใช่หรอค่ะ ผมบอกก็ช่างมันเถอะ เราก็ทำไปเรื่อยๆ นะครับ

ปฏิรูปทัศน์ด้านหลัง 19 ไร่



19 ไร่ เมื่อถึงหลังโรงพยาบาลที่มันเป็นป่าเราก็ไถออกให้หมดนะครับ ปลุกทุ่ง
ทานตะวันซะปีนี้ว่าจะปลูกยางแต่ราคายาง กล้ายางมันสูงมากนะครับ 40 บาทนะ
ครับ ซื่อไม่ไหว ไม่ต้องซื้อมาปลูกมัน ปีหน้าว่ากัน ตอนนี้ราคายางกำลังตกนะครับ
19 ไร่เราก็จะมีสวนยาง

คนของเรา



ปรับเจ้าหน้าที่ครับ โรงพยาบาลเอกชนเอาชุดสวย เราก็ดูได้เหมือนกันนะ
ครับ อันนี้ผู้ช่วยเหลือคนไข้ผมจะครับเหมือนนกแอร์ เพียงเปลี่ยนแต่สี พยาบาลสุทสี
ฟ้า เจ้าหน้าที่อื่นสีน้ำเงินจะครับ หมอสุทสีขาว เราก้เปลี่ยนโรงพยาบาลเรานะครับ

OPD เราก้มี Gallery



อันนี้ส่วน OPD เรานะครับ เราก้มี Gallery นะครับ มี Gallery พุทธ
ประวัติเต็มหมด เอาให้สะอาดสะอ้าน เรามีหลวงตาไว้ให้วันะครับ

เราทำห้องน้ำผู้ป่วยมากกว่าห้องน้ำ ผอ.รพ.อีก



ห้องน้ำห้องประชุม



ห้องน้ำก็ต้องเปลี่ยนเอาให้หรูนะครับ ไม่หรูเนี่ยลำบาก ทำไมชาวบ้านอยู่
แบบหรูไม่ได้เนาะครับ ถึงแม้จะอยู่ไกลๆ เราก็เปลี่ยนให้เหมือนกันเอาหรูนะครับ

คลินิกพิเศษ



เราก็เพิ่ม Spacial Clinic เอาให้สะดวกสบาย ชิลๆ นะครับ
จัดห้องประชุมให้ทันสมัยเหมือน สรพ.





เราก็อยากประชุมวิชาการใหญ่ๆเหมือนกัน ถ้านั้นก็เอาให้หรูๆ ดีๆ เหมือนกัน
ห้องประชุมใหญ่ ห้องประชุมเล็ก มีเหมือนกันนะ กับ สรพ.เนี่ย กับห้องรับรอง
วิทยากร เตรียมสไลด์ เราก็ทำให้มันมีนะครับ

ปรับหน้า ปรับตา



เราก็ปรับหน้าตาของเจ้าหน้าที่ด้วยนะครับที่สำคัญ หมอเอาให้สวยๆ นะ
พยาบาลก็ต้องสวย หน้าตาเราดูดีขึ้นนะครับ

เพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาล



เพิ่มศักยภาพนะครับ อันนี้เวรแปลมมนะครับ อันนี้ผู้ช่วยเหลือคนไข้ หัวหน้า
OPD ผ่าตัดได้ ผ่าตัด กว่าจะฝึกได้นะครับเป็นปีนะครับ

แพทย์แผนไทยหัตถุ แล้วแม่หมอกี้ให้ดูได้หน่อย



อันนี้ก็ปรับแพทย์แผนไทย แม่หมอกี้ต้องให้สายนะครับ เหมือนในกรุงเทพ

บริเวณโดยรอบ

บริเวณโดยรอบ

หอพระสุตclassic



มีพื้นที่นิตนอยก็จัดสวนได้



อันนี้เราก็ปรับ พื้นที่โดยทั่วไปก็ให้ดูดีอยู่สบาย

พัฒนาวิชาการและการจัดการ



พัฒนาวิชาการและการจัดการ ดังต่อไปนี้จะทำอย่างไร



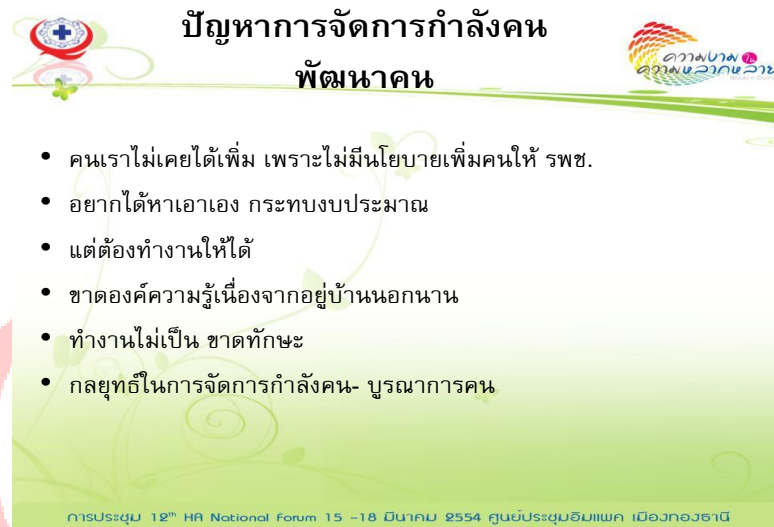
- Cardio clinic
- Warfarin clinic
- COPD/Asthma clinic
- TB clinic
- อายุรกรรมทั่วไป
- จิตประภัสสร(mental health and psychiatric disease)
- นภาลัย(NAPHA Clinic)
- ร็กตหนักไต(CKD Clinic)
- DM/HT metabolic syndrome clinic

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี

ที่นี้ปัญหาของเราคือถ้าเราไม่ยอมส่งต่อเราก็ต้องจัด พัฒนาศักยภาพเหล่านี้
ให้ได้ อันนี้คือโจทย์ของเรา เราปรับโครงสร้าง เราปรับบริการแล้ว แต่วิชาการปรับ
คนเนี่ยมันปรับยากนะครับ ฉะนั้นทำยังไงถึงจะปรับได้ พวกนี้ทั้งหลายเหล่านี้จะต้อง

Refer ให้หมดนะครับ เอาให้อยู่ เพราะฉะนั้นเราต้องหาภาคีเครือข่ายเข้ามาช่วยนะ
ครับ

ปัญหาการจัดการกำลังคน พัฒนาคน



**ปัญหาการจัดการกำลังคน
พัฒนาคน**

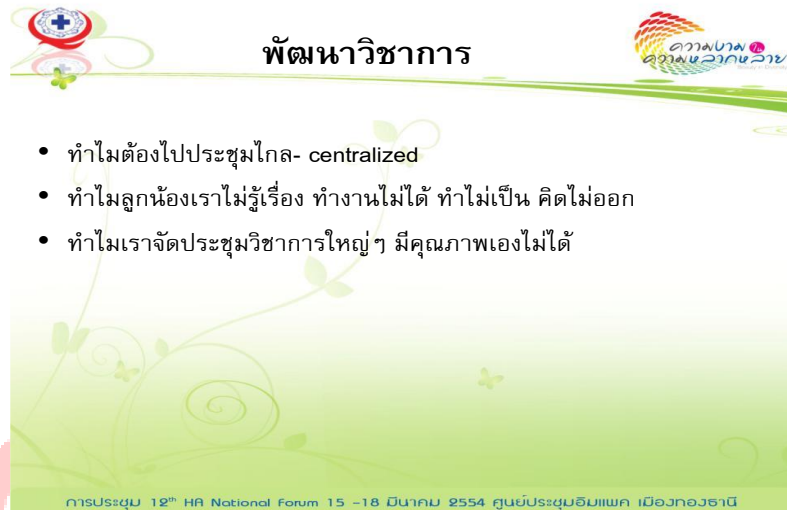
- คนเราไม่เคยได้เพิ่ม เพราะไม่มีนโยบายเพิ่มคนให้ รพช.
- อยากได้หาเอง กระทบงบประมาณ
- แต่ต้องทำงานให้ได้
- ขาดองค์ความรู้เนื่องจากอยู่บ้านนอกนาน
- ทำงานไม่เป็น ขาดทักษะ
- กลยุทธ์ในการจัดการกำลังคน- บุคลากรคน

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

เอาอย่างนี้พัฒนาคนอันที่ 1 คือ หาคนเพิ่มไม่ได้หรอก พยาบาลผม 29 คน
ยังงั้นมันก็ต้อง 29 รวมหัวหน้าฝ่ายการด้วยนะครับ หาได้เท่านั้นแหละนะครับ ที่นี้
เจ้าหน้าที่พยาบาลทั้งหมด ลง รพ.สต.หมด เป็นนโยบายกระทรวง ของเราก็ต้องหา
เอาเองนะครับ ไม่มีเงิน

เจ้าหน้าที่ขาดทักษะ ขาดทักษะ ขาดองค์ความรู้ เนื่องจากอยู่บ้านนอกมา
นาน เหมือนครู ป.1 ครับ สอน ป.1 ความรู้ก็เหลืออยู่ ป.1 นั้นแหละ พยาบาลผมก็
เหมือนกันครับ อยู่ รพช. ก็เหลืออยู่แค่นั้นจริงๆ ครับ เพราะฉะนั้นก็ต้องเพิ่มแล้ว เรา
ก็บอกถ้าจั้นก็ต้องหาคนมาเพิ่มแล้วแหละ

พัฒนาวิชาการ



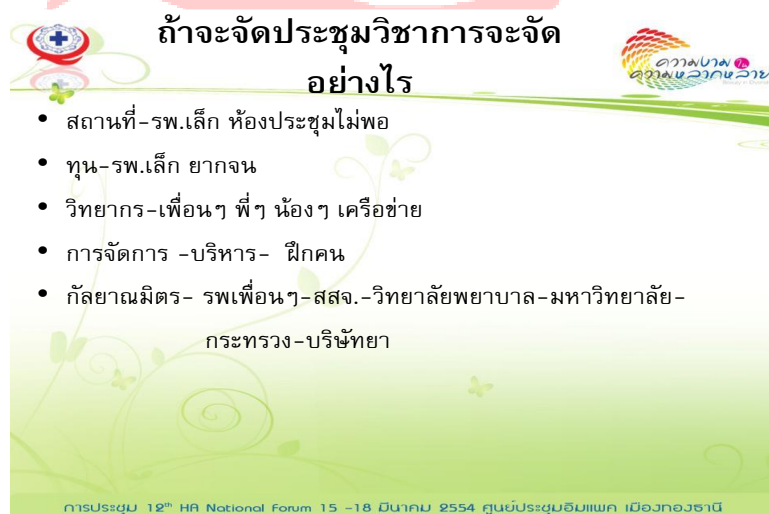
พัฒนาวิชาการ

- ทำไมต้องไปประชุมไกล- centralized
- ทำไมลูกน้องเราไม่รู้เรื่อง ทำงานไม่ได้ ทำไมไม่เป็น คิดไม่ออก
- ทำไมเราจัดประชุมวิชาการใหญ่ๆ มีคุณภาพเองไม่ได้

การประชุม 12th HA National Forum 15 –18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

ทำไมก็จัดประชุมวิชาการซะนะครับ พยายามจัดบ่อยๆ เรื่องอะไรที่เราต้องพัฒนา ก็จัดครับ เพราะฉะนั้นทำไมเราต้อง Centralized ส่งพยาบาล 1 คน เพื่อให้ได้ 10 หน่วยกิต CNEU เนี่ย เราเสียเงินประมาณหมื่นหนึ่งนะครับ เพราะฉะนั้นเราก็ Local life บ้าง

ถ้าจะจัดประชุมวิชาการจะจัดอย่างไร



ถ้าจะจัดประชุมวิชาการจะจัดอย่างไร

- สถานที่-รพ.เล็ก ห้องประชุมไม่พอ
- ทุน-รพ.เล็ก ยากจน
- วิทยากร-เพื่อนๆ พี่ๆ น้องๆ เครือข่าย
- การจัดการ -บริหาร- ฝึกคน
- กัลยาณมิตร- รพ.เพื่อนๆ-สสจ.-วิทยาลัยพยาบาล-มหาวิทยาลัย-กระทรวง-บริษัทฯ

การประชุม 12th HA National Forum 15 –18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

จัดประชุมวิชาการใหญ่ซะเลยนะครับ มันก็มีโจทย์ ถ้าจัดมันมีอะไรบ้างที่เป็นข้อจำกัดของเรา โรงพยาบาลเล็ก ห้องประชุมไม่พอ ยากจนนะครับ

เพื่อนๆ พี่น้องในเครือข่ายมาเป็นวิทยากรให้เราได้ไหม บริหารจัดการฝึกคน
หากัลยาณมิตร ทั้งหมดเลยนะครับ กัลยาณมิตรเรา เพื่อนๆ โรงพยาบาลใน
โรงพยาบาล รพช. สสจ. วิทยาลัยพยาบาล มหาวิทยาลัย ผู้ใหญ่ในกระทรวงนะครับ
บริษัทฯ เอาจามาหมดเพื่อที่จะมาช่วย

การประชุมวิชาการครั้งที่ 1

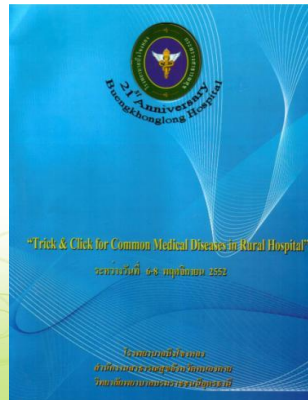


เราก็เริ่มจัดครั้งแรก ตั้งแต่ปี 52 ผมเริ่มมาอยู่ปีแรกเลยครับ จัดเลยหลังจาก
ที่เราปรับหน้าปรับตาทั้งโรงพยาบาล ทั้งเจ้าหน้าที่ด้วยนะครับ ที่นี้ก็ปรับความรู้ะ
นะครับ

หนังสือสำหรับประชุมวิชาการเล่มแรกของเรา



หนังสือสำหรับประชุมวิชาการเล่ม แรกของเรา



การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

เราก็เขียนหนังสือเล่มแรกของเราเลยนะครับ โรงพยาบาลเล็กๆ นี่แหละ 30
เตียงนะครับ เราก็ทำหนังสือซะ



การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

ท่านผู้ตรวจท่านก็มาเป็นประธานนะครับ คุณหมอวิทยาทานยังเป็น
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบุงคล้าอยู่นะครับ เชิญท่านมาแล้วก็มาเปิแพทย์แผนไทย
ด้วยซะเลยนะครับ เอาให้ได้หลายๆ

Present งานวิจัยในโรงพยาบาลเครือข่าย



อันนี้ครับ Present งานวิจัยในเครือข่ายเราก็โอ เค นะ งานวิจัยเรา นี่กว่า
เพื่อนๆ พี่ๆ น้องๆ ไม่ทำ เค้าก็ทำเยอะนะครับ เกือบ 10 paper นะครับ มา
present ให้เรา

นิทรรศการเราก็อินเตอร์



นิทรรศการเราก็อินเตอร์อยู่นะ



การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี

นิทรรศการเราก็อินเตอร์นะครับ เหมือน สรพ.เลยนะครับ เราก็อัดได้
อาจารย์อเนกกำลังคุยม้อยู่ครับ

ผู้เข้าร่วมประชุมก็พอสมควร



ผู้เข้าร่วมประชุมก็พอสมควร



การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี

จัดปีแรกคนเข้าประชุมก็พอสมควร 170 นะครับ

วิทยากรเกียรติเกาหลี่



วิทยากรเราก็หาหน้าตาแบบดีๆ หน่อยนะครับ อินเทอร์เน็ตมาดีเยี่ยม
นะครับ ถ้าฉันเดียวไม่อยู่ฟังนะครับ

บูรณาการจัดทุกที่ของโรงพยาบาล



เราก็บูรณาการจัดทุกส่วน อันนี้ห้องประชุมใหญ่ ประชุมเล็กนะครับ

Dinner Symposium เราก็จัดเหมือนประชุม International

 Dinner Symposium เราก็จัดเหมือน
ประชุม International 

รศ.นพ.ธงชัย ปฏิภาณวัฒน์ ประชุมด้วยอิมแพ็คด้วยเราก็จัดทำเป็น



การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี

เราก็จัดไปเรื่อยๆ Dinner Symposium เราก็จัดเหมือน International เลย
นะครับ เราก็จัดไปอยู่เชิฐบริษัทยาเอาเงินมาเลี้ยงข้าวเย็นเราชะดีๆ เลยครับ แล้วก็เชิญ
อาจารย์ธงชัยนะครับ เป็นอาจารย์ที่มหาลัยขอนแก่น คณะแพทย์ มาช่วยเรื่อง
Dinner Symposium ให้เรานะครับ

สรุปบทเรียนจากการประชุมวิชาการใหญ่ครั้งที่ 1

 สรุปบทเรียนจากการประชุม
วิชาการใหญ่ครั้งที่ 1 

- CNEU 10 unit-ล้มเหลวเรื่องหน่วยกิจเพราะไม่รู้ Trick
- ประสบความสำเร็จเรื่องการจัดการ-ครั้งแรก
- ได้ประสบการณ์ พบข้อบกพร่อง การจัดการทุกเรื่อง สถานที่ การ
ถ่ายทอดสด จัดลำดับวิทยากร ไฟฟ้า อาหารไม่ถูกปาก
- หาทุนได้บ้าง คว้าเงินตัวเองบ้างแต่ก็คุ้ม
- ประชุมฟรี หนังสือฟรี กินฟรี ตลอดการประชุม 170 คน จากรพ.ใน
จังหวัดหนองคาย 14 รพ. สสอ 17 แห่ง

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี

ที่นี้ถามว่าประสบการณ์ตรงนี้ มันคืออะไรได้ 10 หน่วย ทำเยอะๆ CNEU ได้
10 หน่วยนะครับ ลงทุนไป 3 แสนกว่าบาท ล้มเหลวนะครับ หน่วยเนี้ยล้มเหลว

แต่ว่าอันที่ได้ประสบการณ์มากก็คือ จัดครั้งแรกนะครับ ได้เห็นข้อบกพร่อง
ทั้งหมดเลยนะครับ ที่เราได้ประสบการณ์มานะครับ ก็คือเรื่องการจัดการสถานที่
การถ่ายทอดสด เราถ่ายทอดสดด้วยนะครับ จัดไฟฟ้า วิทยากร อาหารไม่ถูกปาก มี
แต่คนตินะครับ มากินฟรีอยู่ฟรีนะครับ ก็ยังมาติเรอีกนะครับ

เรียบร้อยแล้วก็ เราก็ไปหาขอเงินเค้าได้มา 2 แสน พาร่วมกับเงินตัวเองอีก
แสนหนึ่งนะครับ โอเค ไม่เป็นไรครั้งต่อไป ค่อยว่ากันอีกทีนึ่ง

การประชุมวิชาการครั้งที่ 2

การประชุมวิชาการครั้งที่ 2

- Modern Rural Hospital and Networking
- CNEU 25 unit
- Network รพสต รพท รพศ มหาวิทยาลัย
- ทอดผ้าป่าเรือนแพกัญยาดี

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

การประชุมวิชาการใหญ่ประจำปี ครั้งที่ 2

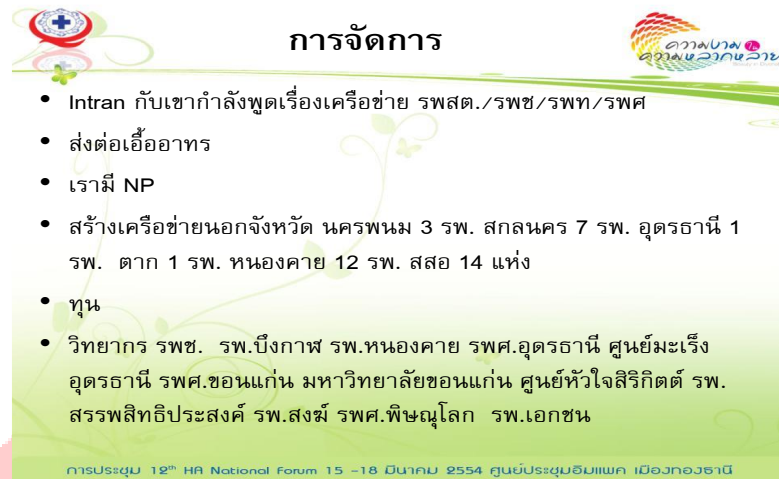
ประชุมวิชาการประจำปี 2553
Modern Rural Hospital & Networking

ระหว่างวันที่ 27-29 พฤษภาคม 2553
ณ ศูนย์ประชุมอิมแพค
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา
ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

เราก็จัดประชุมครั้งที่ 2 นะครับ ครั้งที่ 2 ก็เพิ่งผ่านมานะครับ อันนี้คือการ
ประชุมครั้งที่ 2 เพิ่มผ่านมาตอนพฤศจิกายนนะครับ โอเค ทำไมเราต้องจัดประชุม
วิชาการครั้งที่ 2

การจัดการ



การจัดการ

- Intran กับเขากำลังพูดเรื่องเครือข่าย รพสต./รพช/รพท/รพศ
- ส่งต่อเอื้ออาทร
- เรามี NP
- สร้างเครือข่ายนอกจังหวัด นครพนม 3 รพ. สกลนคร 7 รพ. อุตรธานี 1 รพ. ตาก 1 รพ. หนองคาย 12 รพ. สสอ 14 แห่ง
- ทูม
- วิทยากร รพช. รพ.บึงกาฬ รพ.หนองคาย รพศ.อุตรธานี ศูนย์มะเร็ง อุตรธานี รพศ.ขอนแก่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ รพ. สรรพสิทธิประสงค์ รพ.สงฆ์ รพศ.พิษณุโลก รพ.เอกชน

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี

เรามีเครือข่ายตรงนี้เพิ่มขึ้นครับ รพ.สต.เรามี NP เรามีส่งต่อเอื้ออาทร ซึ่งมีปัญหามากนะครับ โรงพยาบาลใหญ่ก็ไม่อยากเอา มันอาทรตรงไหนก็ไม่รู้ครับ เราก็ต้องบังคับขู่เชิญ ขู่ไปเรื่อยนะครับว่า ถ้าไม่เอาผม ผมจะรายงานผู้ตรวจแล้วนะ ก็ต้องบังคับขู่จนกว่าเค้าจะรับเราได้นะครับ

เพราะฉะนั้นก็เชิญเค้ามาเป็นวิทยากรซะเลย เค้าก็จะได้รับรางวัลๆ ครับ ทั้ง รพช. อันนี้วิทยากรเรานะครับ โรงพยาบาลหนองคาย ศูนย์อุดร ศูนย์มะเร็ง อุดร ศูนย์ขอนแก่น มหาลัยขอนแก่น หัวใจสิริกิติ์ สรรพสิทธิประสงค์ โรงพยาบาลศูนย์ เราก็ตีกันมาถึงนี้ครับ ศูนย์พิษณุโลกนะครับ เอามาหมดเลยนะครับ

เราก็เริ่มด้วยการทอดผ้าป่า เรือนพักญาติเราก่อน



เราก็เริ่มด้วยการทอดผ้าป่า เรือนพักญาติเราก่อน



การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี

ก็เชิญท่านรองปลัดไปเป็นประธานทอดผ้าป่าด้วยชะเลยนะครับ ผ้าป่าเรือน
พักญาตินะครับ

ลงทะเบียนก็คึกคักไม่แพ้ สรพ.



ลงทะเบียนก็คึกคักไม่แพ้ของสรพ.



การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี



พะจริงใหม่



การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี

จริงๆ ลงทะเบียนเราก็ศึกษากันนะ ไม่แพ้ สรพ. นะครับ นี่ครับเราก็ โอเค



ทำนองปลดสารณสุขข้อมูลโรงพยาบาลก่อน



ดูข้อมูลก่อนนะครับ ทำนองปลด
งานวิจัยปีนี้มีหลากหลาย



งานวิจัยปีนี้ก็หลากหลายครับ เพราะว่าลูกน้องเราก็เริ่มทำงานวิจัยเก่งขึ้นนะ
ครับ ก็คือ R2R อยู่ในโรงพยาบาลนั้นแหละครับ

รองปลัด บรรยาย เราดูแนวโน้ม นโยบาย



ฟังท่านรองปลัด เราก็แอบๆ ฟังนะครับ เพราะว่าจะได้รู้แนวโน้มของ
กระทรวงเป็นยังไง เราก็จะรีบชิงทำก่อนนะครับ ก่อนที่เค้าจะสั่งลงมาครับ

คนเข้าฟังก็ใกล้เคียงกับ Forum ครั้งนี้



ปีนี้แน่นครับ คนมาร่วมประชุมแน่นนะครับ เพราะ 200 กว่าๆ นะครับ

รูปแบบเรากี้อินเตอร์



รูปแบบของการจัดประชุมของเรากี้อินเตอร์อยู่นะครับ มี Moderator มี Speaker ก็ต้องมีสาขาวิชาชีพ โอเค เรากี้อาประสบการณ์จากปีที่แล้วมาจัดครับ

เรากี้อถ่ายทอดสดจากห้องประชุมเหมือนกัน



เรากี้อมี Tele conference ถ่ายทอดสดเหมือนกันเลยครับ กับที่นี้ ของที่นี้
เค้าทำได้ เรากี้อทำได้ครับ เรากี้อใช้ IT เรายื่นแหละครับ ทำไมไม่เป็นเรากี้อต่อ ทำไปทำไม
เดี๋ยวกี้อเป็นเองนะครับ

ชักภาพผู้ใหญ่ไว้เป็นหลักฐาน



ครับอันนี้ก็ชักภาพผู้ใหญ่วีเป็นหลักฐานนะครับ อันนี้ท่านรองปลัดนะครับ
อาจารย์ชุมชัย อาจารย์นิทัศน์ ผู้ช่วยผู้ตรวจนะครับ

ตั้งอกตั้งใจจริง ๆ



เราตั้งอกตั้งใจดีครับ จนถึงวันสุดท้ายนะครับ

คนฟังแน่นจนวันสุดท้ายได้เหมือนกัน



คนฟังแน่นจนวันสุดท้ายได้ เหมือนกัน



การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

อันนี้อาจารย์เอกลักษณ์ทิพย์ มข. นะครับ มาพูดถึงเรา เราก็เอา Highlight อะไรที่เป็น Highlight เอาไว้ชั่วโมงสุดท้าย คนฟังจะหนีหมดนะครับ ก็ยังแน่นอยู่ จนถึงวันสุดท้ายนะครับ

จบการประชุม



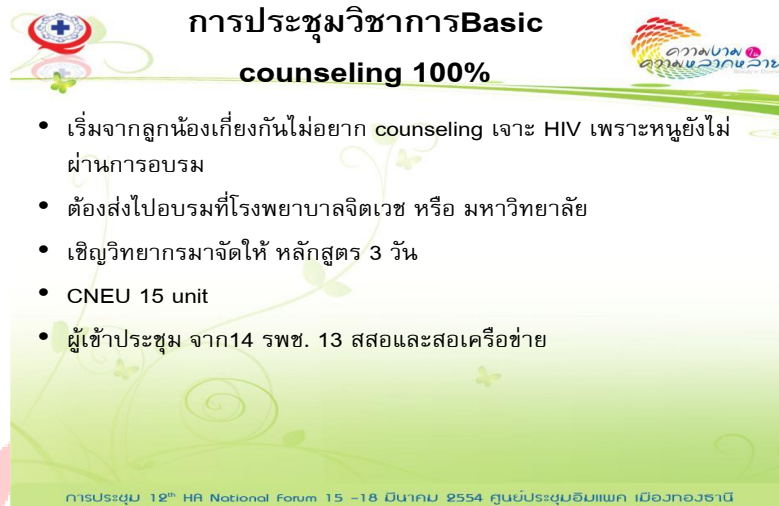
จบการประชุม



การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

เราก็ซักรูปไว้ จบงานประชุมนะครับ

การประชุมวิชาการ **Basic counseling 100%**



**การประชุมวิชาการ Basic
counseling 100%**

- เริ่มจากลูกน้องเกียจกันไม่อยาก counseling เจาะ HIV เพราะหนูยังไม่ผ่านการอบรม
- ต้องส่งไปอบรมที่โรงพยาบาลจิตเวช หรือ มหาวิทยาลัย
- เชิญวิทยากรมาจัดให้ หลักสูตร 3 วัน
- CNEU 15 unit
- ผู้เข้าประชุม จาก 14 รพช. 13 สสอ และ สอเครือข่าย

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี

ตรงนี้เราได้อะไรบ้าง เราได้เครือข่ายเราเพิ่มขึ้นจาก 14 โรงพยาบาลใน
หนองคาย 7 โรงพยาบาลในสกลนคร 3 โรงพยาบาลของนครพนมที่มาร่วมประชุม
กับเรา 25 หน่วยนะครับ จากครั้งที่แล้ว 25 หน่วยกิต ของ CNEU นะครับ เรารู้
Trick แล้วว่า เขียนยังไงถึงจะได้เยอะนะครับ หลอกล่อเราไม่ได้แล้วนะครับ ลูกน้อง
ผมตอนนี้หน่วยเต็มแล้วนะครับ

ที่อื่นอันที่เป็นปัญหา เราก็จัดได้อย่างเช่น Basic counseling ลูกน้องผม
บอกว่า พอจะเจาะ HIV ตอนกลางคืน หนูยังไม่ผ่านค่ะ ผอ.ก็เริ่มฉุน ต้องไปตามคนที่
ไม่อยู่เวรมา counseling ให้ เพราะฉะนั้นทำให้พยาบาลผ่าน Basic counseling
100% ซะเลย

ลงทะเบียน 17-19 มีนาคม 2553



ลงทะเบียน 17-19 มี.ค.2553



การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

อบรมเชิงปฏิบัติการ



อบรมเชิงปฏิบัติการ



การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

ฝึกปฏิบัติได้แล้ว



สำเร็จวิชาจากพระอาจารย์



เราก็เชิญวิทยากรจากโรงพยาบาลจิตเวชนะครับ จากโรงพยาบาลจิตเวช
ขอนแก่นมา แล้วก็ได้น่วยด้วย เราก็เลยมาทำนะครับ เชิงปฏิบัติการก็ทำกันจริงๆ
ก็ โอเค ครับ อันนี้ก็ผ่านอย่างรวดเร็วครับ

การประชุมการจัดการเลือดในเครือข่าย

**การประชุมการจัดการเลือดใน
เครือข่าย**

- เลือดขาดแคลน
- การให้บริการเลือดที่ไม่ปลอดภัย
- การดูแล ฝักระวังในการให้ผลิตภัณฑ์เลือด
- ผู้เข้าร่วม 6 รพช. เครือข่าย

การประชุม 12th HA National Forum 15 –18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี

นำเสนอกรณีตัวอย่าง



การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

อันนี้ประชุมให้เลือดครับ เราให้เลือดผิวดครับ ถ้างั้นก็จัดประชุมทั้งเครือข่ายเลย วางแผนเลย เลือดเราก็ไม่พอนะครับ อยู่ห่างไกลกว่าจะได้เลือดมาแต่ละยู นะครับ เรียบร้อยแล้วเรายังให้ผิวดอีก คนไข้เกือบตาย เพราะฉะนั้นก็เอามาคุยในเครือข่ายทั้งหมดนะครับ เพื่อที่จะสร้างองค์ความรู้ใหม่และการจัดการทั้งหมด เราก็แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งกันและกัน

นำเสนอมาตรฐาน



การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

เราก็จัด Standing Order

ฟังด้วยความสุข

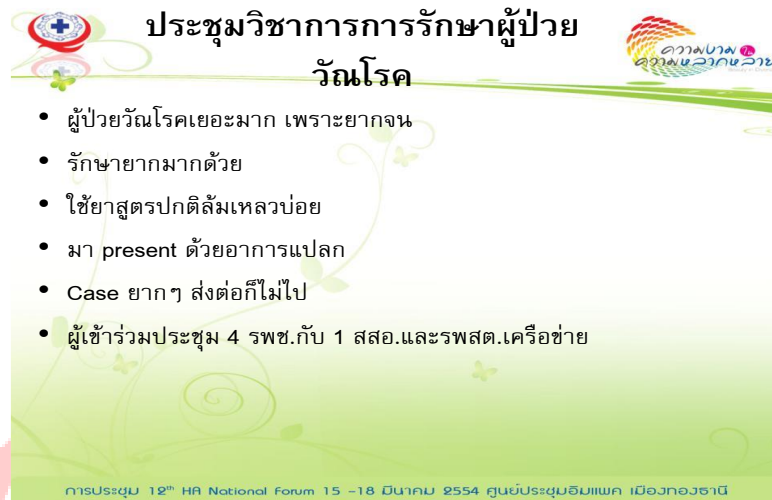


แลกเปลี่ยนเรียนรู้ จัดระบบในเครือข่าย



เราก็จัดทั้งหมด ของเครือข่ายเรา

ประชุมวิชาการ การรักษาผู้ป่วยวัณโรค



ประชุมวิชาการการรักษาผู้ป่วยวัณโรค

- ผู้ป่วยวัณโรคเยอะมาก เพราะยากจน
- รักษายากมากด้วย
- ใช้ยาสูตรปกติล้มเหลวบ่อย
- มา present ด้วยอาการแปลก
- Case ยากๆ ส่งต่อกี่ไม่ไป
- ผู้เข้าร่วมประชุม 4 รพช. กับ 1 สสอ. และรพสต. เครือข่าย

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี

เนี้ย วัณโรค ของบึงโขงหลงเจอเรื่อง วัณโรค ค่อนข้างเยอะมาก วัณโรคของเรา

อันที่1 เนี้ย งานวิจัยจากอเมริกาบอกว่า ถ้ายากจนจะเป็นวัณโรค ตอนนี้ราคาอย่างมันขึ้น เราก็รวยขึ้น เราก็คิดว่าวัณโรคเราจะน้อยลงนะครับ เพราะว่าบึงโขงหลงเนี้ย ช่วงหลังมานี้ร่ำรวยนะครับ เดือนหนึ่ง 50ล้านจากค่าขายพาราทั้งอำเภอ นะครับ

อันที่ 2 ก็คือ ของเรารักษายากมาก แพ้ยากี่เยอะ ใช้สูตรยาปกติไม่ได้ล้มเหลวครับ มาด้วยอาการแปลกๆนะครับ Case ยากๆส่งต่อกี่ไม่ไปอีก สุดท้ายก็เชิญอาจารย์อเนกครับ เจ้าเก่ามากคุยกับเราทั้งเครือข่าย งวดนี้เรามา 4 รพ.ครับ

ประชุมเชิงปฏิบัติการเหมือนกัน



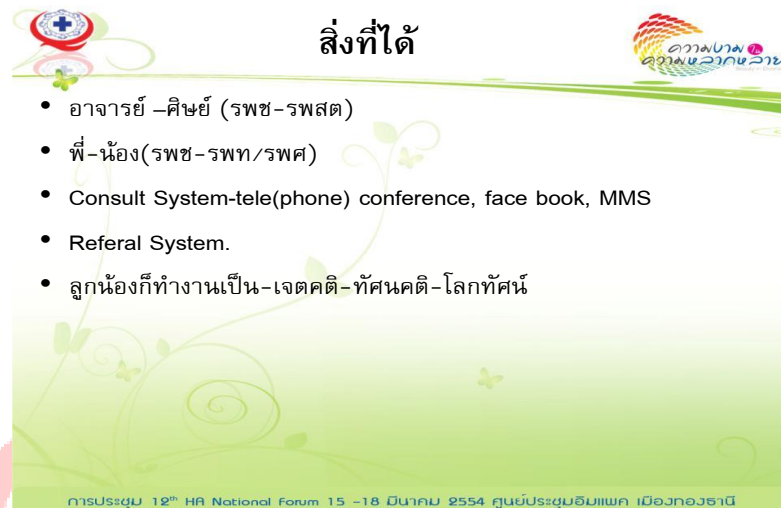
คุยกันให้เป็นประชุมเชิงปฏิบัติการ

เอา Case จริง ๆ มาให้ดู



แล้วเอา Case แต่ละ Case มา ที่มัน interesting case ที่แปลกๆ
อะไรแปลกๆ มาเล่า แล้วก็มาคุยกันเรื่องสูตรยาแปลกๆ แล้วก็เอาคนไข้จริง
มา Demonstation case เลยครับ ว่าคนไข้คนนี้มีปัญหาจริงๆ คืออย่างไร นะ
ครับ Case นี้ ทะล่อนๆ แค TB อย่างเดียว ไป 3 รพ.แล้ว จนสุดท้ายก็รักษา
กับเราจนหาย แต่ต้องใช้สูตรยาพิศดาร ตามสูตรของกระทรวงไม่ได้

สิ่งที่ได้



สิ่งที่เราได้จากการทำเครือข่ายทั้งหมดเนี่ย คือ เราได้ตรงนี้ครับ ได้ศิษย์ กับ อาจารย์ ระหว่างโรงพยาบาลกับ รพ.สต. อันนี้ Consult กันง่ายมาก ได้พี่กับน้อง รพช. รพท. รพค. โรงพยาบาลมหาลัยเวลา

เรา Consult เนี่ย ผ่าน facebook พี่รับ Case ผมด้วยนะครับ อันนี้ นายอำเภอผมเป็น MI เดี่ยวจะส่งไปแล้วหาเตียงไว้ให้ด้วย อันนี้เราได้แน่ๆ ครับ ระบบ Consult ที่อาจารย์เเนกเล่าให้ฟัง เรากำลังรอ 3G อยู่แต่ตอนนี้เราผ่าน facebook ไปก่อนกับ MMS นะครับ

เสร็จแล้วก็ Referral System ตอนนี้เราเร็วแล้ว เราก็ปรับตรงนี้ครับ เจตคติ ทัศนคติ โลกทัศน์ของลูกน้องของเรา ทำงานเพื่อคนไข้จริงๆ เพื่อชาวบ้านจริงๆ เรา ทำกันแบบนี้ครับ

ผู้รับผล



ผู้รับผล



นั่งๆ นอนๆ ทุกคลินิก แบบ outdoor



นั่งรอตรวจแบบชีวิ๊วๆ ตามได้ หาว เป็นดาว
เดือน



การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี

อันนี้ผลลัพธ์นะครับ อย่างนี้คนไข้เราก็ไม่แออัดเท่าเดิมนะครับ ก็คุยกันไป
หาวกันไปนะครับ ถ้ามสารทุกข์สุขดิบ นั่งรอตรวจไม่มีปัญหานั้นครับ ไม่วุ่นวาย
เหมือนเดิมตั้งแต่ก่อน ตั้งแต่ก่อนมีแต่มาบ้หมอ ว่าเมื่อไหร่ มันจะเสร็จสักที มันจะได้
ตรวจสักทีนะครับ

คลินิกพิเศษ



คลินิกพิเศษ



คลินิก	ปี 2551	ปี 2552	ปี 2553
DM	625	670	688
HT	828	1048	1574
asthma	161	138	156
COPD	141	121	125
CKD	157	136	166
Heart/warfarin	3	33	87/19
NAPHA	40	48	61
counseling	53	784	10,161
Mental health	723	1795	2894
Gairetic Medicine	NA	NA	เริ่มปี 2554
รวม	2731	4773	18,912

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี

สิ่งที่เราฝันไว้ทั้งหมดนะครับ ว่าเราจะจัดแบบนี้ให้ได้ ตัวเลขนะครับในแต่ละปีขึ้นมาปริมาณคนไข้เราก็ออยู่กับเรามากขึ้นนะครับ แต่จริงๆที่มันเป็นหมิ่นเนี่ย Counseling ครับ จากที่เสรา counseling ได้ 100% แล้วนะครับ พยาบาลเรา

นอกนั้นก็ เป็น DM, Asthma, COPD, CKD เราก็ดูแลเองนะครับ Heart/warfarin Clinic เราก็ดูแลเองต่อ เจาะ **พีที พีอาร์ไอเอ็นที** ของเราเองนะ ครับ ปรับยาเอง Consult ไปที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์หรือที่อาจารย์เอกก็ได้ counseling, NAPHA, Mental health อันนี้คือ **NTT เมเจอร์อินเพนซีป ดีสออเดอร์** ของเราตอนนี้ได้เป้าแล้ว ก็คือประมาณ 7% ของประชากรนะครับ ตอนนี้ไม่มีใครฆ่าตัวตายแล้วครับอยู่ในบึงโขงหลง ก่อนหน้านี้ฆ่าตัวตายไปแล้ว 4 รายนะครับ ตอนนี้เราเอาได้หมดแล้วนะครับ

งานวิจัย

งานวิจัย

- ความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี VIA (Visual inspection with acetic acid) และการรักษาความผิดปกติในระยะก่อนเป็นมะเร็งด้วยการจี้เย็น (Cryotherapy) ของสตรีอายุ 30 – 45 ปี ในเขตอำเภอเขาคา จังหวัดหนองคาย ปี 2546 – 2550
- มะเร็งปากมดลูกในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ
- การใช้ Misoprostol ในการชักนำการคลอดในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ
- ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมายในอำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

 **งานวิจัย** 

- อุบัติการณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลบึงโขงหลง
- การศึกษาเปรียบเทียบการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทโดยมีผู้ควบคุม
- การศึกษาความสัมพันธ์ของระดับ TSH ในกระแสเลือดของหญิงตั้งครรภ์และระดับ TSH ของทารกโดยวิธีเจาะส้นเท้า
- การศึกษาเปรียบเทียบทักษะของการใช้ยาพ่นขยายหลอดลมโดยการใช้วิธีทัศนช่วยสอนกับการสอนโดยเภสัชกร
- การศึกษาเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดหลังจากการทำหมันโดยการฉีดยาชาใต้ rectus sheet กับวิธีมาตรฐาน

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี

 **งานวิจัย** 

- พฤติกรรมการบริโภคอาหารต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานเกษตรกรรมสวนยางพารา ในอำเภอบึงโขงหลง
- อุบัติการณ์ของอายุครรภ์ผิดในหญิงตั้งครรภ์ที่จำประจำเดือนครั้งสุดท้ายได้แม่นยำในโรงพยาบาลบึงโขงหลง
- อุบัติการณ์ของผลอัลตราซาวด์ทารกผิดปกติเมื่ออายุครรภ์ 18-20 สัปดาห์ ในโรงพยาบาลบึงโขงหลง
- อุบัติการณ์ความผิดปกติของระดับ meliod titer ในผู้ป่วยเบาหวานในรพ.บึงโขงหลง
- ภาวะ macroalbuminuria ในผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลบึงโขงหลง

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี

งานวิจัยเราก็ทำอย่างนี้ครับ ตอนนี่เราก็ก้าวไปสู่ให้ลูกน้องทำ R2R แล้ว นะครับ ตอนนี่ยังค้างอยู่งานวิจัยที่กำลังทำอยู่ ตอนนี่ก็คือ ตรงนี้เสร็จแล้วนะครับ หน้า 1 กับหน้า 2 เสร็จหมดแล้ว เหลืออยู่หน้าสุดท้ายเนี่ยครับยังทำไม่เสร็จ กำลังอยู่เดี๋ยวก็คงได้พิมพ์ ขอขอบคุณครับ

เกศราภรณ์ กันพันธ์ (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

ค่ะเป็นไงค่ะ ได้ฟังโรงพยาบาลสุดท้ายนะคะ ต้องบอกว่างามจริงๆ ทุกโรงพยาบาล ทุกมิติ เทียบกันไม่ได้เลยต้นไม้ต้นนี้ สีสนต่างกันกันโดนสีนึ่งนะคะ หมอปราโมทย์เนี่ย สายรายงานมาว่า เป็นผู้อำนวยการที่ชุมชนขอร้องไห้มาอยู่

เพราะฉะนั้นภาระกิจของเค้าก็คือ 1 ทำยังไงก็ได้ให้เรียกศรัทธาคืนมา ไม่ว่าจะปรับโครงสร้างโรงพยาบาล บุคลากรแต่งตัวเหมือนนกแอร์นะค่ะ มีคนอยากย้ายไหมคะ ในนี้ และที่ที่แน่ๆ คือ บทบาทของเค้าไม่อยากส่งต่อ เพราะไกลเหลือเกินนะค่ะ ไกลมากนะค่ะ เริ่มต้นก็คือภาคีเครือข่ายกัลยาณมิตร จะเห็นว่าโรงพยาบาลนี้เน้นวิชาการ วิชาการ ลูกน้องฉันต้องมีความรู้ ลูกน้องฉันต้องมีความรู้ จากวันนั้นที่ไปเห็นนะค่ะ โอโห้ ! ถ้าใครผิคนี้อยู่คุณหมอให้คัดเลยนะค่ะ ลูกน้องสอนวิชาการไปผิด คัดส่งผม ต้องรู้ให้ได้ อะไรอย่างนี้ เค้าจะเน้นวิชาการเนื่องจากว่าไกลปืนเที่ยง มันเป็นความจำเป็นนะค่ะ สุดท้ายก็คือว่า ซึ่งทำอะไรก่อนที่เค้าจะสั่งมา เหมากเลยนะค่ะ ซึ่งทำอะไรก่อนที่กระทรวงจะสั่ง ไปแอบ Search ในเน็ต เค้าว่าไปแอบดูว่าตอนนี้กระทรวงเล่นอะไร สั่งมา ยังไม่ต้องสั่งหรอก ฉันทำก่อนนี่คือโรงพยาบาลบึงโขงหลงของคุณหมอปราโมชญ์นะค่ะนี่คือ 3 รพ.ที่มีความหลากหลาย ไม่ทราบว่า สรพ.มีเวลาให้อีกเปล่าคะ หมดแล้วหรอคะ ออ เค้าบอกหมดแล้ว เพราะฉะนั้น ก่อนที่จะหมดนะค่ะ ขอคนละ 1 ประเด็น ว่าทั้ง 4 ท่านนะค่ะ วิทยากรของเราทั้ง 4 ท่านต้องการพูดอะไรทั้งทำให้คนในนี้ว่า ถ้าจะทำแล้วต้องคำนึงถึงตรงนี้นะถึงจะสำเร็จอย่าทำแบบนี้ละ เคยทำอย่างนี้มาแล้วมันล้มเหลวค่ะ เริ่มตั้งแต่คุณหมอปราโมชญ์ก่อนเลยแล้วกันนะค่ะ คนล่าสุดค่ะ

นพ.ปราโมชญ์ สีแก้ว

คือจริงๆอยากจะฝากมากกว่าครับ ก็คือว่าหลายท่านมาจากโรงพยาบาลชุมชนนะครับ เราเสี่ยงบประมาณกับการที่เก็บหน่วยของพยาบาลค่อนข้างเยอะต่อปีนะครับ ของโรงพยาบาลผม 3 แสนต่อปี ฉะนั้นเรามีศักยภาพที่จะจัดได้ เราต้องกล้าเพียงต้องกล้านะครับ อยากจะจุดประกายนระครับว่า โรงพยาบาลเล็กๆยังทำได้นะครับ หลายท่านที่นี้โรงพยาบาลใหญ่มากนะครับ สามารถที่จะทำได้เพียงแต่เราต้องรู้เทคนิคนะครับ แล้วก็ต้องมีความคิดที่อยากจะทำนะครับ ถ้าทำเนี่ยมันทำได้และเกิดประโยชน์จริงๆ อันนี้คืออามาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ว่า เราทำแล้วเกิดประโยชน์กับชาวบ้าน กับเจ้าหน้าที่เราจริงๆนะครับ ขอขอบคุณครับ

นพ.อเนก หล้าเพชร

สำหรับผมผมเป็น Connector ที่ หมอวิทยาจะเชื่อว่าผู้มีอำนาจมืดในวงการแพทย์นะครับ จริงๆแล้วไม่ใช่ ความเป็น Connector สำคัญที่สุดในการสร้างเครือข่ายแบบนี้ ถ้าเกิดเรารู้เขารู้เราสำคัญมาก ลุงสอนผมมา คุณลุงของหมอปราโมทย์สอนมาว่า รู้อะไรไม่สู้รู้จักกันนะครับ รู้อะไรไม่สู้รู้วิชาอันนี้ตกอันดับไปแล้วนะครับ เรา รู้จักกันเนี่ยสำคัญมากกว่าอันนี้ฝากไว้ครับ ขอขอบคุณมากนะครับ

เกศราภรณ์ กันพันธ์ (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

เชิญคุณหมอจุ่มค่ะ

พญ.ศิริวรรณ เชาวโน

ค่ะในส่วนแพทย์ปฏิบัติที่ประจำอยู่โรงพยาบาลเล็กๆ แห่งหนึ่งนะค่ะ ก็คิดว่า การพัฒนาไม่ได้ขึ้นอยู่กับระดับของโรงพยาบาล ไม่ขึ้นอยู่กับขนาดของโรงพยาบาล ซึ่งอย่างในทีมของเรา ก็ถือว่าเป็นทีมใหม่ แต่เราก็เรียนรู้ เราสามารถปรับได้ ตอนนี้เราก็มีการสร้างที่มีระบบการ Consult แพทย์เฉพาะทาง มีการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ การดูแล การส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อเป้าหมายของเราก็คือการที่ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัยที่สุดค่ะ

นพ.วิทยา พลศิลา

สำหรับผมก็คงไม่มีอะไรมาก ก็อยู่ในฝั่งที่ต้องบริหารจัดการครับ ก็คืออันดับแรกผู้บริหารองค์กรต้องมีความกล้า นะครับ ต้องกล้าในเรื่องของการเปลี่ยนแปลงครับ เพราะการเปลี่ยนแปลงย่อมมีการต่อต้าน เพราะฉะนั้นต้องเข้มแข็งเด็ดเดี่ยวครับ ต้องใช้ใจเป็นประธานครับ แต่ต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของความสุจริตนะครับ ต้องแสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่นตั้งใจของผู้บริหาร เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่ทางที่ดีนะครับ

แล้วที่สำคัญก็เหมือนคุณหมอเอกพุดนะครับ รู้อะไรไม่สู้รู้จักกันนะครับ แต่ขอให้รู้เถาะครับว่าคนนี้เค้าทำอะไรได้ เค้าทำอะไรเด่น เค้าเก่งเรื่องอะไร ต้องไม่เป็นน้ำล้นแก้วครับ ต้องยอมรับเสมอ พร้อมทั้งจะไปศึกษาดูงาน สอบถาม ขอคำแนะนำ และยอมอ่อนเข้าหานะครับ ถึงจะเห็นผมเป็นบุคลิกอย่างนี้ครับ แต่เวลาไปผมก็ต้อง

อ่อนน่ะครับ เจอน้องต้องดูแลให้ทีน่ะครับ เจอพี่ก็ต้องไหว้ครับ แล้วก็เรื่องของ
กัลยาณมิตร นี่ก็สำคัญที่สุด ไม่ใช่เห็นประโยชน์เค้า เฉพาะตอนที่ต้องการให้เค้า
ทำงาน เพราะฉะนั้นตั้งแต่วันแรกเจอยังไง วันหลังก็ต้องอย่างนั้น และก็เป็นอย่าง
สม่ำเสมอ เรื่องนี้ท่านจะได้รับความเมตตาโดยเฉพาะจากทางผู้ใหญ่ครับ ผมเนี่ย
จากที่ทำอะไรในหลสบๆเรื่องเนี่ย ไม่ได้รู้อะไร ไม่ได้เก่งอะไร อาศัยเพื่อน อาศัยพี่
อาศัยผู้หลักผู้ใหญ่ครับ ที่ให้ความเมตตาามาโดยตลอดครับ ขอขอบคุณมากครับ



เกศราภรณ์ กันพันภัย (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

ทั้ง 4 ท่านก็มีข้อคิดที่จะฝากไว้นะคะ เริ่มตั้งแต่คุณหมอปราโมทย์ ทำอะไรต้องกล้าเรียนรู้เทคนิค ผิดพลาดนำมาแก้ไขนะคะ ส่วนคุณหมอเนกต้องบอกว่า connecter เนี่ยสำคัญรู้อะไรไม่สู้รู้จักกัน วันนี้ฟังคำคมนี้นะนำไปใช้มันนะคะ ส่วนคุณหมอศิริวรรณนะคะบอกว่า การพัฒนาไม่ขึ้นกับขนาดของโรงพยาบาลทุกอย่างปรับได้ ส่วนท่านสุดท้ายคุณหมอวิทยา ผอ.โรงพยาบาลบ้านตากนะคะ บอกว่าผู้บริหารต้องกล้าที่จะเปลี่ยนแปลงนะคะ ต้องใช้ใจนานะคะ ใช้ใจนำเท่านั้น

อันนี้คือข้อคิด ไม่ทราบว่าจะพอจะให้สด 1 คำถามจาก ฟอร์ โหมะคะ มีท่านใดจะถามคำถามไหมคะ มีไหมคะ ไม่มีใช้ไหมคะ แสดงว่า ไม่เป็นไรคะ ตามไปถามที่โรงพยาบาลนะคะ มีเปิดเบอร์โทรศัพท์นะคะ ถ้าท่านสนใจมูมใด ประเด็นใด นะคะ ช่วงนี้เราต้องฝากข้อคิด ทุกอย่างเป็นเรื่องเล่า อย่าเชื่อว่าเป็นจริงหรือไม่จริง ต้องลองว่าสนใจประเด็นไหนแล้วเอาไปลองทำดู แล้วกลับมาเล่าต่อนะคะ ขอบคุณคะในวันนี้คะ ขอบคุณมากคะ