

14th HA National Forum Proceedings

B4-201

Changing the Culture of Care (ตอนที่ 2)

14 มีนาคม 2556 เวลา 15.00-16.30 น.

ห้อง Sapphire 201



ผศ.พญ.ยุวเรศมคฺฐ์ สิริธัชชาญบัญชา คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามธิบดี
รศ.พญ.รพีพร โรจน์แสงเรือง คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามธิบดี
นศพ.ธยาน์ สิชนนาศัย คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามธิบดี
นศพ.ทริรักษ์ อาจอำนวยวิภาส คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามธิบดี
นพ.ธานินท์ โลเกศกระวี รพ.ลำปาง
นพ.ประกิจ สาระเทพ รพ.พังงา
นพ.ชวนนท์ อิ่มอาบ รพ.วัดเพลง (พิธิกร)

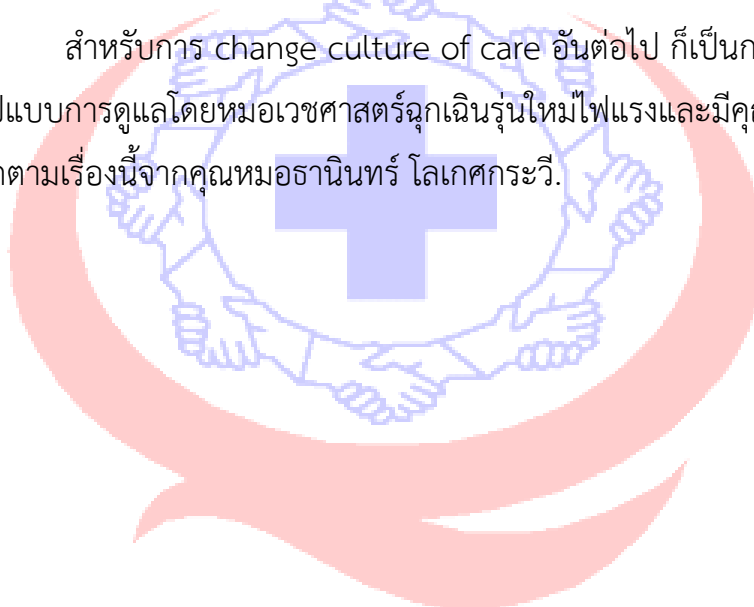
การอ้างอิง

ธานินท์ โลเกศกระวี, ยุวเรศมคฺฐ์ สิริธัชชาญบัญชา และคณะ. “Changing the culture of care (ตอนที่ 2): Stroke Fast Track.” 14th HA National Forum Proceedings. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), www.ha.or.th, 2556.



ผศ.พญ.ยุวเรศมคลัง สิทธิชาญบัญชา

สำหรับการ change culture of care อันต่อไป ก็เป็นการ change
รูปแบบการดูแลโดยหมอเวชศาสตร์ฉุกเฉินรุ่นใหม่ไฟแรงและมีคุณภาพของเรา, ไป
ติดตามเรื่องนี้จากคุณหมออานินทร์ โลเกศกระวี.



Stroke Fast Track



นพ.ธำนิษฐ์ โละเกษตรวิ

รู้สึกว่ามีสมาธิและความเครียด session แรกๆ นิพิตคาค music therapy จะทำให้เราผ่อนคลาย หลับ แต่นิพิตคาค พี่ๆ น้าๆ ทุกท่าน ตื่นตาคือใจอย่างมาก. ลองดูว่า session นี้จะทำให้หลับหรือตื่น มาดูกันว่า stroke fast track จะเปลี่ยนวัฒนธรรมการดูแลอย่างไร.

ที่มาของปัญหาและความสำคัญ

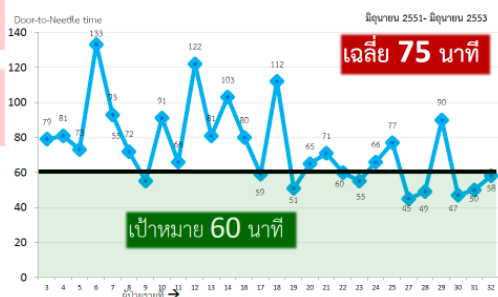
ที่มาของปัญหาและความสำคัญ

- ภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ที่มีอาการภายใน 3-4.5 ชั่วโมง
Rx : ➡ การให้ยาละลายลิ่มเลือด
- ICH : เป็นภาวะแทรกซ้อนที่กังวลมากที่สุด
- ยิ่งให้ยาละลายลิ่มเลือดช้า ➡ ยิ่งเกิดโอกาสแทรกซ้อนมาก
- AHA แนะนำ Door-to-Needle time ไม่ควรเกิน 60 นาที

American Heart Association
Learn and Live

การประชุม 14th HA National Forum 12-15 มีนาคม 2556 ศูนย์ประชุมอิมแพ็คฟอรัม เมืองทองธานี

Door-to-Needle time(นาที)

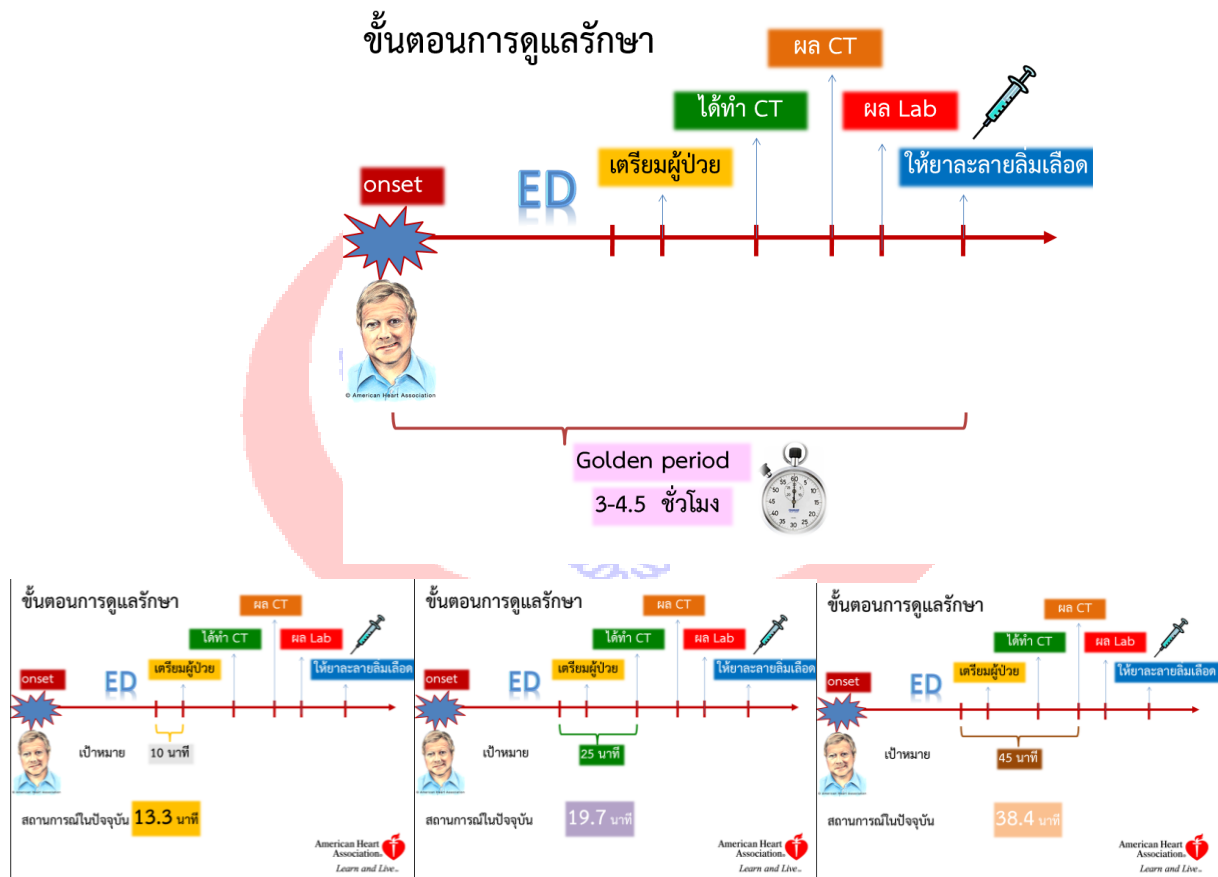


Stroke หรือโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการภายใน 3-4.5 ชั่วโมง การรักษาปัจจุบันคือการให้ rt-PA. สิ่งที่เรากังวลก็คือเลือดออกในสมอง ยิ่งให้ช้าโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนก็ยิ่งจะมาก, American Heart Association แนะนำว่า door-to-needle time ไม่ควรเกิน 60 นาที ถ้าเกินแล้วโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจะสูง. แล้วเราจะเปลี่ยนวัฒนธรรมอย่างไร? สถานการณ์ในปัจจุบันของเราอยู่ที่ 75 นาที

เส้นสีดำหมายถึง door-to-needle time ไม่ควรเกิน 60 นาที. มีผู้ป่วยหลายรายที่อยู่เหนือเส้นสีดำนี้ หมายความว่า door-to-needle time เกินกว่าที่กำหนดไว้.

ขั้นตอนการดูแลรักษา

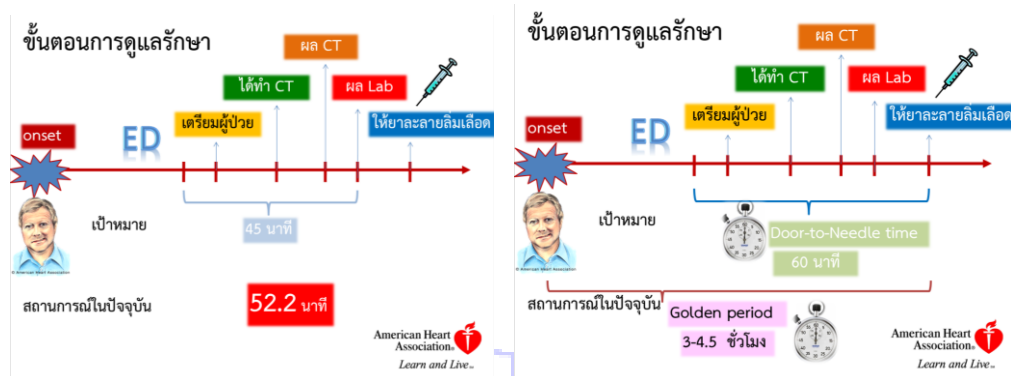
เราก็คงมาคิดว่าเราเสียเวลาที่ขั้นตอนไหน?



หลังจากที่มาที่ห้องฉุกเฉินแล้ว คนไข้ต้องทำอะไรบ้าง? ขั้นตอนแรกก็คือ การเตรียมผู้ป่วย เป้าหมายกำหนดว่าไม่ควรเกิน 10 นาที ของเราทำได้ 13.3 นาที เกินมา 3 นาที, 3 นาทีนี้มีความหมายไหมครับ มีนะครับ ทุกนาทีมีความหมายทั้งหมด.

ขั้นตอนที่สอง ผู้ป่วยควรได้รับการทำ CT, นับเวลาที่คนไข้ได้เข้าอุโมงค์ CT ไม่ใช่รออยู่หน้าห้อง CT แล้วนับ. เป้าหมายคือทำได้ใน 25 นาที สถานการณ์ปัจจุบันทำได้ 19.7 นาที แสดงว่าอันนี้เร็วอยู่แล้ว.

ผู้ป่วยควรได้รับผล CT ออกโดยรังสีแพทย์ภายใน 45 นาที, สถานการณ์ปัจจุบัน 38 นาที ซึ่งแปลว่าเร็วอยู่แล้ว.



แล้วเสียเวลาที่ไหน? ดูที่ผล lab, ผล lab เป้าหมายไม่ควรเกิน 45 นาที ปัจจุบันทำได้ 52 นาที ซึ่งก็เกิน. door to needle time ก็เลยกลายเป็น 75 นาที.

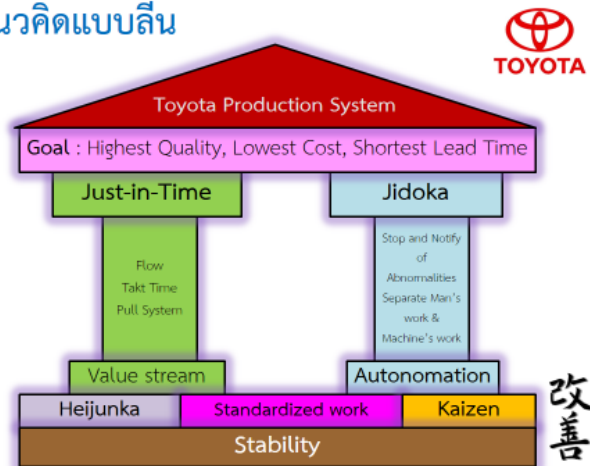
กระบวนการพัฒนา



Phase แรกในการเปลี่ยนวัฒนธรรมการดูแลก็ต้องสำรวจปัญหาในปัจจุบัน มีการประยุกต์ใช้แนวคิดแบบสปีด. เราจะลื่นอย่างไร HA ก็พูดเรื่องลื่นบ่อย เตือนนี้ อะไรก็ลื่นหมด กระบวนการทุกอย่างต้องลื่นหมด. ขั้นตอนแรกเป็นขั้นตอนสำรวจ และเริ่มพัฒนา.

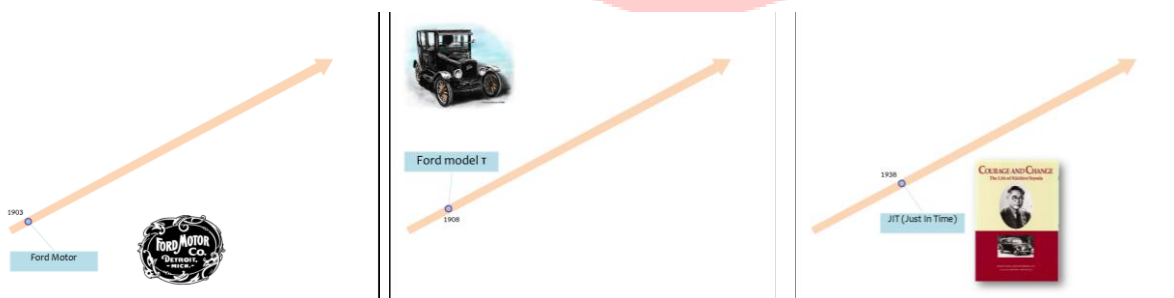
แนวคิดแบบลีน

แนวคิดแบบลีน



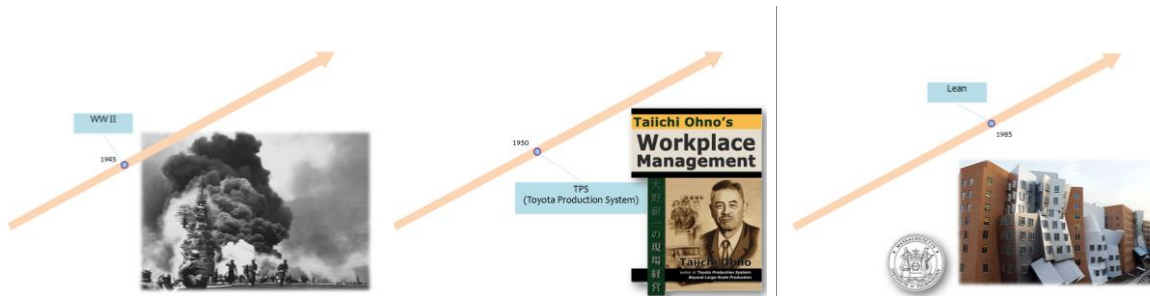
แนวคิดแบบลีนเริ่มต้นมาจากการผลิตรถยนต์โตโยต้า โดยใช้หลักการของ just-in-time หรือทันเวลาพอดี เพื่อให้การผลิตเป็นไปอย่างลื่นไหล ดังสายธารแห่งคุณค่า หรือ value stream. โดยให้การผลิตนั้นเป็นไปโดยอัตโนมัติหรือ jidoka, แต่ต้องคงไว้ซึ่งความเป็นมาตรฐาน (standardized work), heijunka ราบเรียบสม่ำเสมอ และ kaizen หรือ CQI การพัฒนาต่อเนื่อง. มีเป้าหมายเพื่อให้การผลิตมีคุณภาพสูงสุด มีต้นทุนต่ำสุด และใช้เวลาในการผลิตสั้นที่สุด.

ประวัติศาสตร์ของ Toyota Production System



1903 ก่อตั้ง บริษัท Ford Motor, 1908 Ford ผลิตรถยนต์รุ่น model T ซึ่งได้รับความนิยมอย่างมากในอเมริกา. ต่อมา Toyoda Kiichiro ซึ่งเป็นลูกชายของเจ้าของโรงงานทอผ้า ไปดูงานที่ บริษัท Ford แล้วก็เอามาประยุกต์ผลิตรถยนต์ของตัวเอง ช่วงแรกก็ระหกระเหิน กระท้อนกระแท่น. หลังจากนั้นเขาก็ใช้หลักการของ JIT (Just in Time) หมายถึงทันเวลาพอดี ผลิตเมื่อต้องการ ถ้าไม่ต้องการก็ไม่

ผลิต. แต่ถ้ามี order มาเยอะๆ แล้วผลิตไม่ทันก็มีปัญหาอีก, เขาก็พยายามใช้แนวคิดของ Just in Time ทำอย่างไรก็ได้ให้ทันเวลาพอดี ไม่ค้างสต็อก.



แต่แล้วปี 1945 ก็เกิดสงครามโลกครั้งที่สองขึ้น บ.โตโยต้าก็พังคลืน. ต่อมา Taiichi Ohno ก็ทำให้โตโยต้ากลับมาอีกครั้งหนึ่ง ครั้งนี้ใช้หลักการ Toyota Production System มีการใช้ Just in Time และใช้แนวคิดแบบสีนเพิ่มเข้าไป. ปี 1985 สถาบัน MIT ของอเมริกา ได้นำแนวคิดของ Toyota Production System มาเรียกชื่อสั้นๆ ว่าแนวคิดแบบสีน.



ต่อมาปี 1990 ได้มีการประยุกต์ใช้แนวคิดแบบสีนในโรงงานอุตสาหกรรมอื่นๆ. แล้วในปี 2002 มีการนำแนวคิดแบบสีนมาใช้ในการสาธารณสุขหรือ Lean Hospital.

แล้วเราจะเปลี่ยนวัฒนธรรมอย่างไร จะเริ่มอย่างไรดี ?

แนวคิดแบบเส้นทางผู้ป่วย

แนวคิดแบบเส้นทางผู้ป่วย

- ลดระยะเวลารอคอย , เพิ่มความพึงพอใจในผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน
- ลดระยะเวลารอคอย , เพิ่มความพึงพอใจในแผนกผู้ป่วยนอก
- ลดระยะเวลาผลเลือด , เพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน ในห้อง Lab กลาง

Ng D, Voil G, Thomas S, Schmidt N. Applying the Lean principles of the Toyota Production System to reduce wait times in the emergency department. CEM 2010 Jan;12(1):50-7.
Stacy E.F, Molantern, MD, PhD, Ellen M. Applying Lean Toyota Production System Principles to Improve Radiology Patient Satisfaction and Workflow. AM J Clin Pathol. 2009;132(9):914-919
Joe Rutledge, MD, Min Xie, MD, PhD. Application of the Toyota Production System Improves Core Laboratory Operations. Am J Clin Pathol. 2010;133:26-31

การประชุม 14th HA National Forum 12-15 มีนาคม 2556 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี

การอบรมวิชาการเชิงปฏิบัติการ Lean Healthcare

Lean Implementation

ข้อมูลจากการประชุม

Value Stream Mapping : รศ. นพ. กิตติ ลิ้มอภิชาติ

Lean Concept : Application & Simulation ใน Health care 16 ธันวาคม 2552

คณะกรรมการ LEAN โรงพยาบาลสุพรรณบุรี : ห้องประชุม ๑ โรงพยาบาลลำปาง

เนื่อนาบุญ

มีการวิจัยพบว่าการประยุกต์ใช้แนวคิดแบบเส้นทางผู้ป่วย ทำให้ลดระยะเวลารอคอย เพิ่มความพึงพอใจ ทั้งผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยนอก และในห้อง lab กลาง.

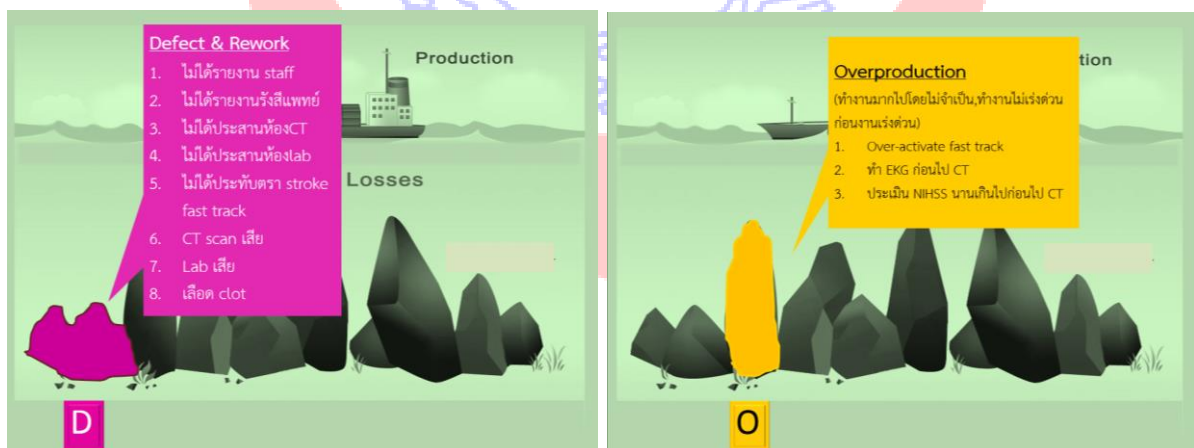
โรงพยาบาลลำปางได้เชิญเจ้าพ่อลีน คือ อ.กิตติ ลิ้มอภิชาติ จาก มอ. มาสอนและทำเป็น workshop โดยกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพหรือ พรส.ของโรงพยาบาล เมื่อวันที่ 16 ธันวาคม 2552.



มีการสร้าง value stream mapping ขึ้นมา, เริ่มจากขั้นตอนปัจจุบัน
ทั้งหมดที่เราทำในการดูแลผู้ป่วย stroke จนเสร็จสิ้นได้รับยา rt-PA ปรากฏว่ามี
อย่างน้อย 48 ขั้นตอน.



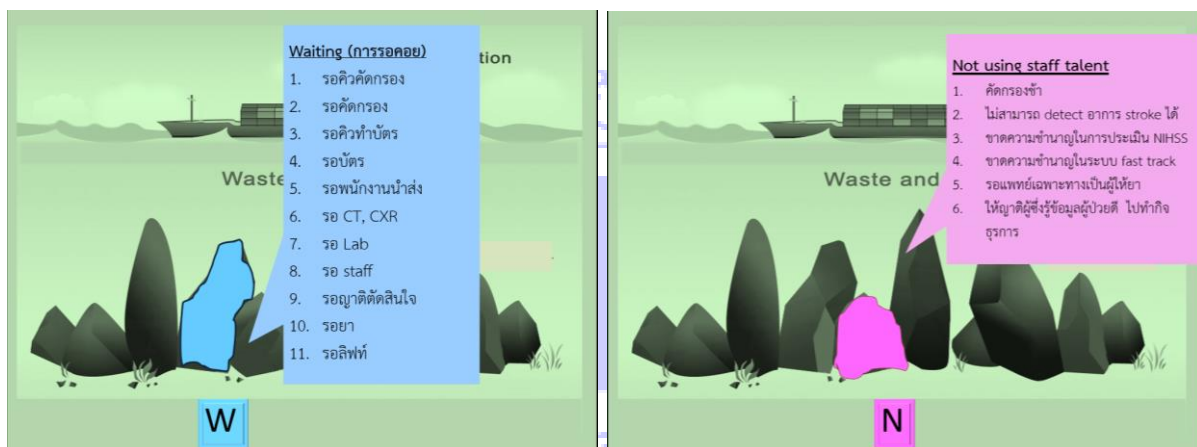
อันดับแรกเราต้องวิเคราะห์ waste หรือความสูญเสียเปล่าก่อน ว่าเราสูญเสีย
อะไรไปกับการดูแลคนไข้บ้าง ซึ่งมีตัวอย่งดังต่อไปนี้:



(1) Defect & Rework คือความบกพร่อง เช่น ไม่ได้แจ้ง ไม่ได้รายงาน
เครื่อง CT เสีย lab เสีย.

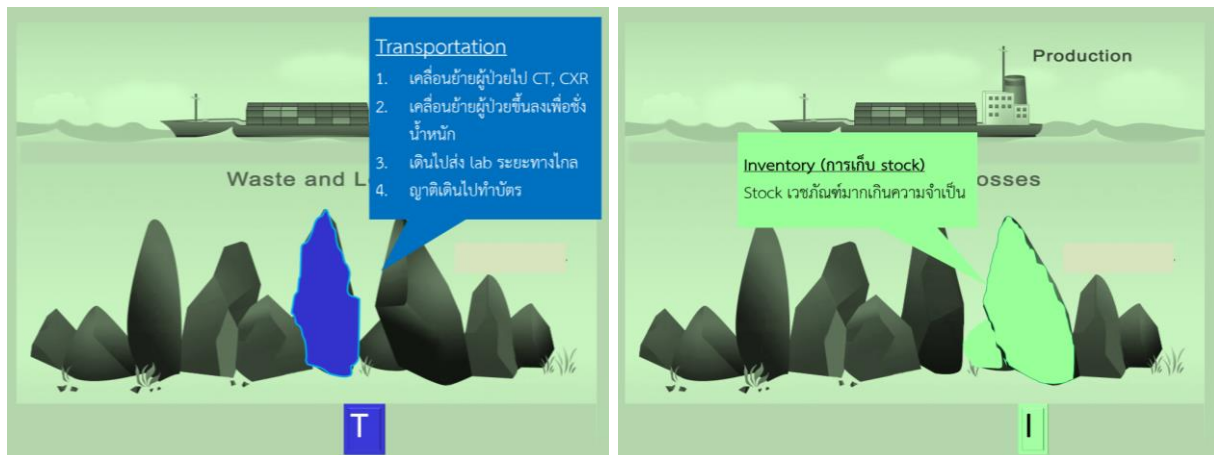
(2) Overproduction ทำงานมากเกินไปโดยไม่จำเป็น หรือทำงานไม่
เร่งด่วนก่อนงานเร่งด่วน เช่น ระหว่าง EKG กับ CT เราควรจะทำอะไรก่อน ใน
stroke fast tract? น่าจะทำ CT ก่อนใช่ไหม เพราะเราอยากรู้ผลว่า hemorrhage
หรือไม่, ถ้าไม่ hemorrhage เราจะทำอะไรต่อไป EKG เราอาจจะมาทำทีหลังได้.

หรือการประเมิน NIHSS นานเกินไปก่อนไปทำ CT, NIHSS มี item เยอะแยะเต็มหน้ากระดาษ. เราอาจจะประเมินคร่าวๆ ได้ว่าคนนี้น้อยกว่า 4 มากกว่า 25, inclusion หรือ exclusion. ถ้าประเมินละเอียดนานเกินไป มีการวิจัยพบว่าโดยเฉลี่ยใช้เวลาประเมินประมาณ 7 นาที ซึ่งก็ค่อนข้างนาน. ของ รพ.ลำปาง เลยใช้คร่าวๆ ก่อน ถ้าดูแล้วเกินก็มาดูว่าเกินจริงหรือเปล่า. แต่ถ้าอยู่ในช่วงที่เหมาะสมก็รีบส่งไป CT ก่อนค่อยมาประเมินละเอียดอีกครั้งหนึ่ง



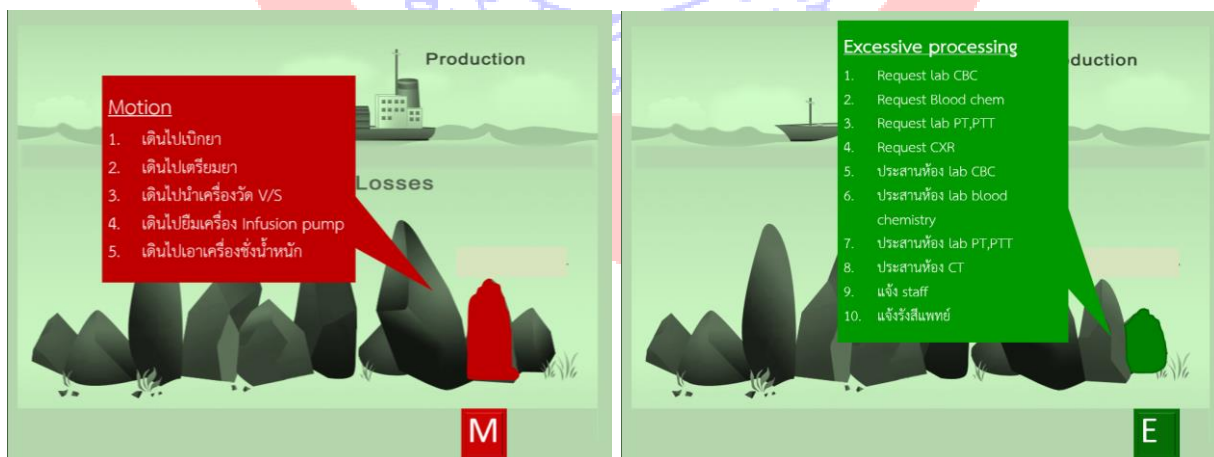
(3) Waiting การรอคอย รอคิว รอคัดกรอง รอบัตร รอพนักงาน รอ lab รอญาติ รอยา รอลิฟท์ เป็นต้น

(4) Not using staff talent ไม่สามารถใช้เจ้าหน้าที่ หรือพนักงาน หรือบุคลากรทางการแพทย์ได้อย่างเต็มที่ เช่น ถ้าต้องทำ CT แล้วไม่มีเปลสีกคนเดียว. ในอดีตเราก็บอกว่าต้องรอเปล แต่เราเปลี่ยนเป็นบุคคลอื่นที่พอจะทำงานทดแทนกันได้ เช่น ใช้พี่คนงานซึ่งปกติส่ง lab หรือใช้ nurse aid เป็นคนเข็น. เรื่องของการขาด neurologist ในระบบ กว่าจะตามมาให้ rt-PA ได้ก็เป็นเวลานาน ทำให้เราเปลี่ยน culture of care อีกอันหนึ่ง.



(5) Transportation มีการเคลื่อนย้าย ระยะทางอยู่ไกล ห้องเอกซเรย์อยู่ไกล ตรงนี้อาจจะเป็นตัวแปรที่เปลี่ยนแปลงยาก.

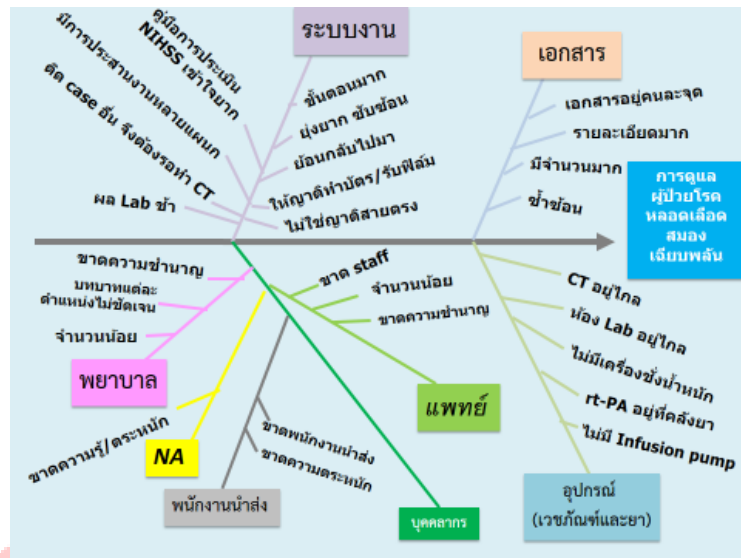
(6) Inventory สต็อกยามาเกินไป. rt-PA อย่างมากใช้ 2 ขวด ถ้าเราเก็บสต็อก 10 ขวดก็มากเกินไป ต้องคอยมานั่งเช็คยา เช็ควันหมดอายุ. การเช็ควันหมดอายุ ดูเหมือนจะใช้เวลาแป๊บเดียว แต่ถ้า 10 ขวดก็ใช้เวลานานพอสมควร.



(7) Motion การเคลื่อนไหวของเรา กว่าจะเดินไปเบิกยา ไปเตรียมยา ไปเอาเครื่อง. ก็เปลี่ยนเอายาจากห้องยามาไว้ที่ห้องฉุกเฉิน 2 ขวด เก็บไว้ในลิ้นชักที่มีกุญแจล็อก.

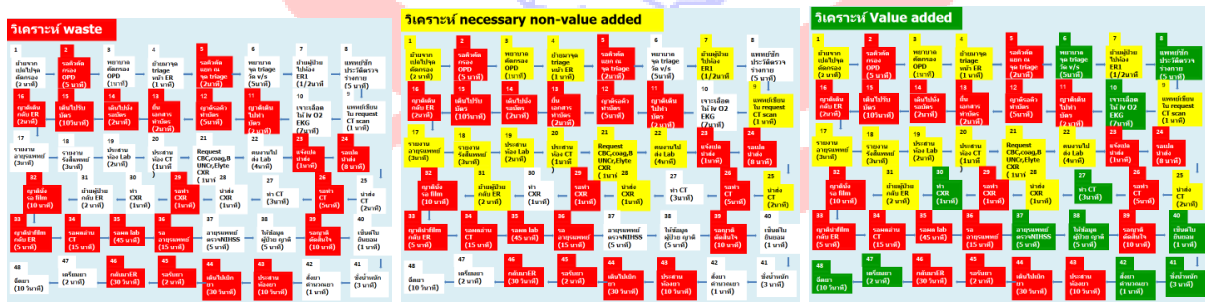
(8) Excessive processing เช่น การทำงานซ้ำซ้อน การประสานงานซ้ำซ้อน การแจ้งพนักงานเจ้าหน้าที่ซ้ำซ้อน.

ตัวย่อทั้งหมดคือ DOWNTIME



หลังจากนั้นเอามาทำเป็นแผนภูมิแกงปลา.

หลังจากนั้นก็มาประชุมทีมงานทำ value stream mapping เอกระดาฯ post-it แปะไปแปะมา. อันนี้ก่อนได้ไหม อันนี้ทำหลังได้ไหม บางอย่างเอามา รวมกันได้หรือเปล่า?



วิเคราะห์ waste โดยใช้สัญลักษณ์เป็นสีแดง. หลังจากนั้นก็วิเคราะห์ necessary non-value added กิจกรรมแม้จะไม่เกิดคุณค่าแก่ผู้ป่วย แต่ก็ต้องทำอยู่ เช่น การประสานงาน การรายงาน การคัดกรอง (ใช้สีเหลือง). จากนั้นเราก็วิเคราะห์สีเขียวหรือ value-added เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ เช่น ผู้ป่วยได้รับการทำ CT, ผล CT ออก, ผู้ป่วยได้รับการตรวจจากแพทย์, ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด เป็นต้น.

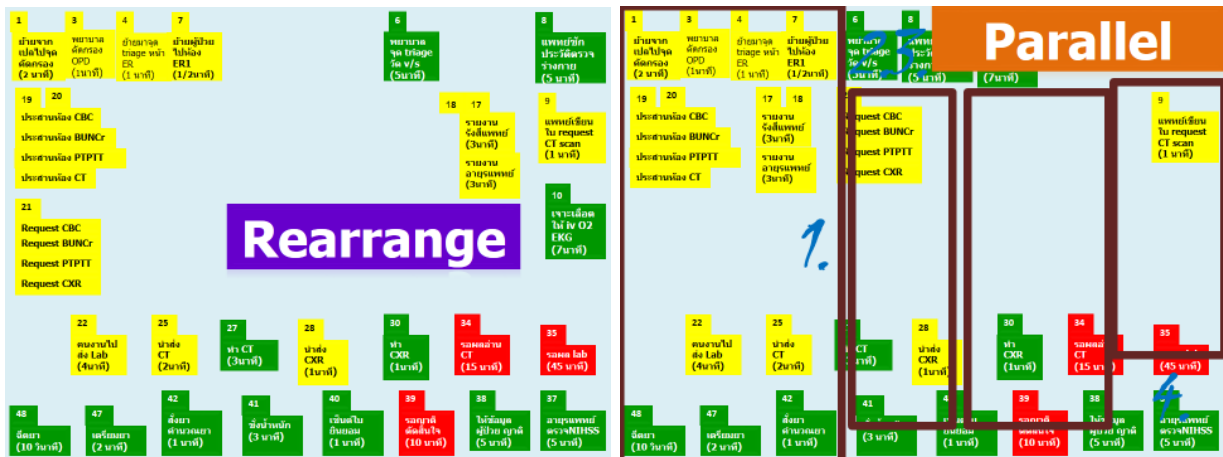


จากนั้นก็ใช้เครื่องมืออื่น



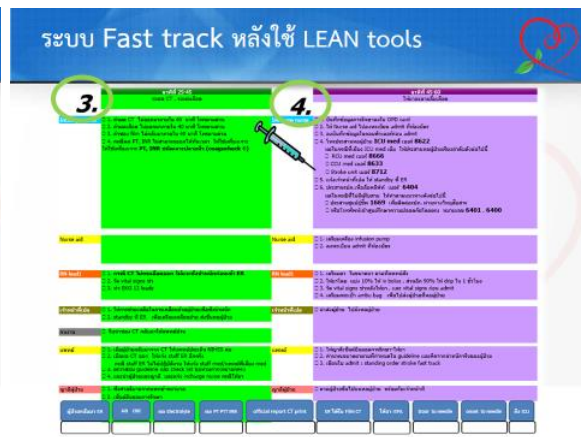
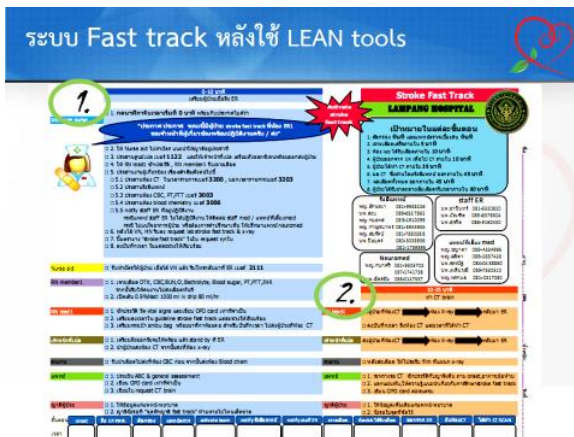
Elimination อันดับแรกก็ตัดสีแดงออกก่อน ตัดได้หมดไหม บางอย่างก็ตัดไม่ได้ เช่น รอ lab รอผล EKG รอญาติตัดสินใจ บางอย่างต้องรอแต่ทำให้สั้นลงได้. รอญาติตัดสินใจ ตรงนี้จะเปลี่ยนรูปให้คำแนะนำก่อนที่จะไป CT.

Combine หมายถึงการรวบกิจกรรมที่เข้ากันได้เข้าด้วยกัน เช่น การประสานห้อง lab ก็ประสานครั้งเดียว, การ request lab ปกติต้อง request ทีละใบ ก็ให้ IT ทำ package เพื่อการประสานครั้งเดียว แล้วก็พิมพ์ออกมาทั้งหมด.



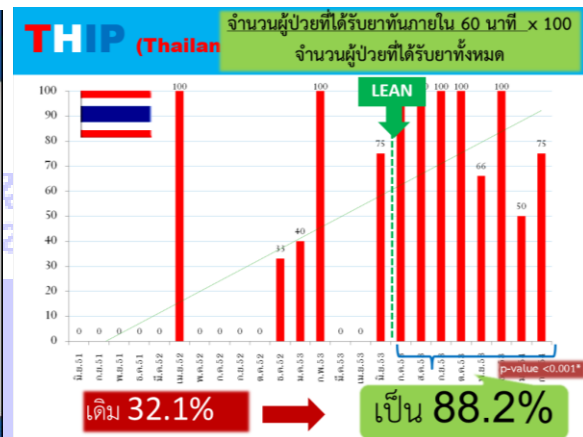
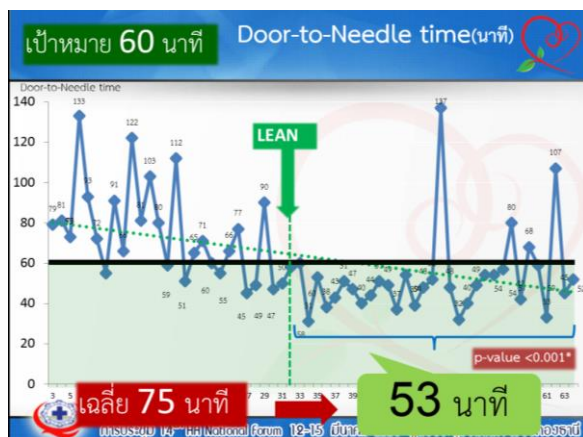
Rearrange หรือการสับเปลี่ยนความสำคัญของหน้าที่ อะไรสำคัญให้ทำก่อน อะไรสำคัญน้อยกว่าให้ทำทีหลัง.

Parallel การทำงานคู่ขนานไปด้วยกัน เช่น แพทย์มีหน้าที่ของแพทย์ก็ทำไป พยาบาลก็ทำหน้าที่ของพยาบาล, เพลก็ทำหน้าที่ของเพล, ญาติก็ทำหน้าที่ของญาติ. แต่ก่อนญาติไม่ทำหน้าที่ของตัวเอง เพราะญาติเป็นห่วงคนไข้ ไปทำ CT ก็ตามไป แล้วก็นั่งรถ CT ญาติเฝ้าผล CT กลับมาที่ ER บางทีหายไปเลย ไปนั่งโทรศัพท์ข้างนอกเพราะไม่รู้ว่าจะรอผล CT. ปัจจุบันใช้ระบบ PACS แล้ว. ญาติก็ยังมีความสำคัญ ต้องทำหน้าที่ คือระหว่างคนไข้ไป CT ญาติต้องมาฟังคำแนะนำของแพทย์. ให้คำแนะนำ risk-benefit ตั้งแต่แรก, ถ้า hemorrhage ก็ยกเลิก ไม่เป็นไร. ถ้า no hemorrhage ก็ให้คำแนะนำเพิ่มอีกนิดหน่อยแล้วฉีดยาเข้าเส้นเลย. เหลือขั้นตอนในการดูแลรักษาผู้ป่วย 4 ขั้นตอน



หลังจากนั้นก็มีการเติมรายละเอียดเพิ่มเติมเพื่อทำเป็น practice guideline ให้ทำเป็น routine. มีการใส่เบอร์โทรศัพท์ไว้ในนี้ เพราะบางทีหาเบอร์โทรศัพท์ของหมอเฉพาะทางยาก. เวลาที่บันทึกในแต่ละขั้นตอนก็จะอยู่ทางด้านล่าง.

ผลลัพธ์หลังการพัฒนา



ลด door-to-needle time จาก 75 นาทีเหลือ 53 นาที ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ, ในรายที่เกิน 60 นาที พบว่าคนไข้มี hypertension ร่วมด้วย ต้องรอให้ยาออกฤทธิ์ก่อน. ตัวชี้วัดของ สรพ.อีกตัวหนึ่งในโครงการ THIP (Thailand Hospital Indicator Project) ก็คือจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาทันภายใน 60 นาที หากด้วยจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาทั้งหมดโดยคิดเป็นรายเดือน, 0 แปลว่าไม่ดี, 100% หมายถึงเดือนนั้นทันทุกราย. ในอดีตพบว่าทันบ้างไม่ทันบ้าง, หลังการพัฒนา ก็พบว่าดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เป็น 88%.

ตัวชี้วัด Lean			
ตัวชี้วัด	Pre-Lean (n=28)	Post-Lean (n=34)	p-value
Value-Added Time (นาฬิกา)	35.0 ± 5.5	35.5 ± 2.4	0.613
Total Cycle Time (นาฬิกา)	193.7 ± 15.6	144.5 ± 11.6	<0.001*
Process Cycle Efficiency (ร้อยละ)	18.0 ± 1.8	24.7 ± 2.3	<0.001*
Door-to-needle time (นาฬิกา)	75.0 ± 22.4	53.0 ± 20.5	<0.001*
THIP (ร้อยละ)	32.1	88.2	<0.001*

Process Cycle Efficiency = Value-Added Time (นาฬิกา) / Total Cycle Time (นาฬิกา)

ติดต่อสอบถาม : tharindes@gmail.com

การประชุม 14th HA National Forum 12-15 มีนาคม 2556 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

ผลการดำเนินงาน Post-Lean			
ผลการดำเนินงาน	Pre-Lean (n=28)	Post-Lean (n=34)	p-value
Door-to-General assessment (นาฬิกา +/-SD)	13.3 +/- 9.3	8.1 +/- 4.1	0.008 *
- สัดส่วนที่ทำได้ตามเป้าหมาย (THIP)	50%	80.0%	0.025 *
Door-to-CT brain (นาฬิกา +/- SD)	19.7 +/- 8.9	14.2 +/- 5.4	0.006 *
- สัดส่วนที่ทำได้ตามเป้าหมาย	84.6%	96.7%	0.172
Door-to-CT Result (นาฬิกา +/-SD)	38.4 +/- 16.7	26.7 +/- 8.3	0.003 *
- สัดส่วนที่ทำได้ตามเป้าหมาย	68.2%	100.0%	0.002 *
Door-to-Lab Result (นาฬิกา +/-SD)	52.2 +/- 17.0	40.1 +/- 8.9	<0.001 *
- สัดส่วนที่ทำได้ตามเป้าหมาย	32.1%	76.5%	0.001 *
Onset-to-needle time (นาฬิกา +/-SD)	150.6 +/- 26.4	147.7 +/- 46.5	0.771

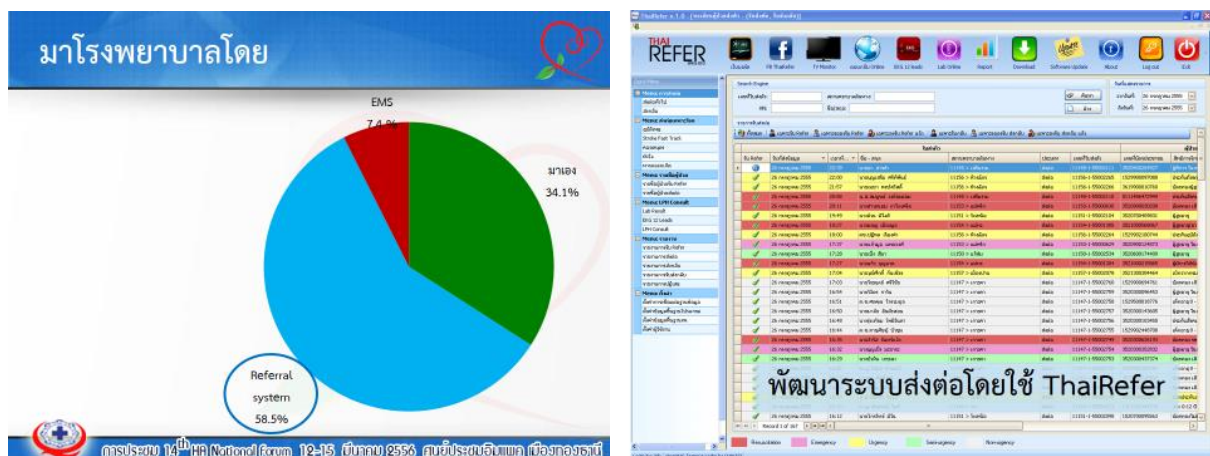
ติดต่อสอบถาม : tharindes@gmail.com

การประชุม 14th HA National Forum 12-15 มีนาคม 2556 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

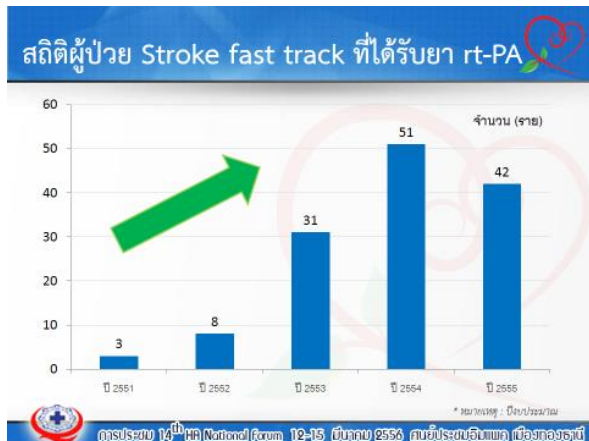
กระบวนการการพัฒนาระยะที่ 2 & 3



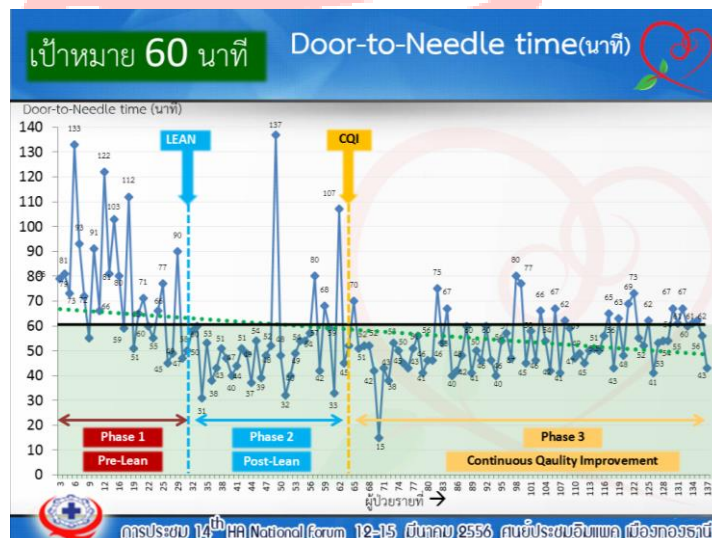
การพัฒนาระยะที่ 2 & 3 เป็นการพัฒนาต่อยอด เป็นการพัฒนาเครือข่ายของจังหวัด, เอาคนไข้ที่อยู่ไกลๆ มาให้ทันเวลาเพื่อที่จะให้ได้รับการรักษาทันเวลา. ระยะที่ 3 เป็นการทำ COI เพื่อให้เกิดความยั่งยืน.



พบว่ามากกว่า 50% คนไข้มาโดยระบบส่งต่อ, เป็นกำลังสำคัญอย่างยิ่งของระบบ fast track. มีการจัดประชุมในเครือข่าย มีการพัฒนา IT โดยใช้โปรแกรม ThaiRefer.

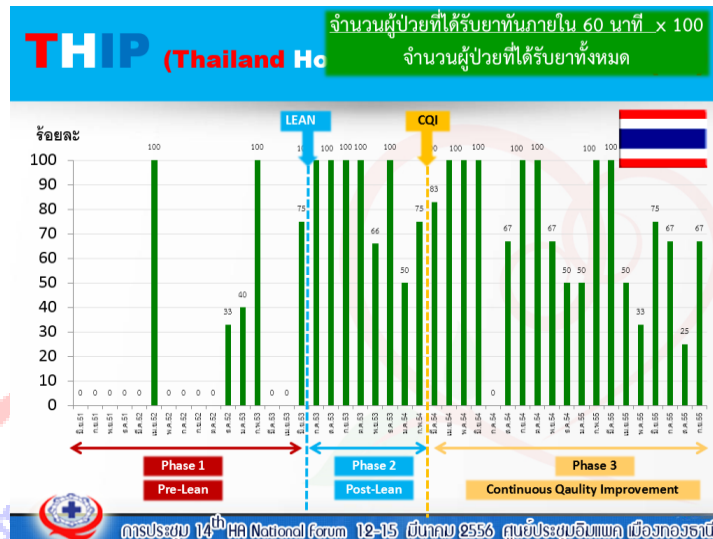


สถิติผู้ป่วยก็เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จากการ recruit ผู้ป่วยจาก รพ.ในเครือข่าย. จังหวัดลำปางเหนือสุด 116 กม. ได้สุด 113 กม. จากเหนือสุดถึงใต้สุดก็ 200 กว่า กม. อำเภอเมืองโขงที่อยู่ตรงกลาง. ทุกอำเภอก็มีโอกาสได้รับยาละลายลิ่มเลือดทันทุกอำเภอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งวังเหนือ เส้นทางคดเคี้ยวเป็นป่าเป็นเขา ก็ยังทันถึง 7 ราย ต้องขอบคุณทาง รพ.วังเหนือมากๆ.

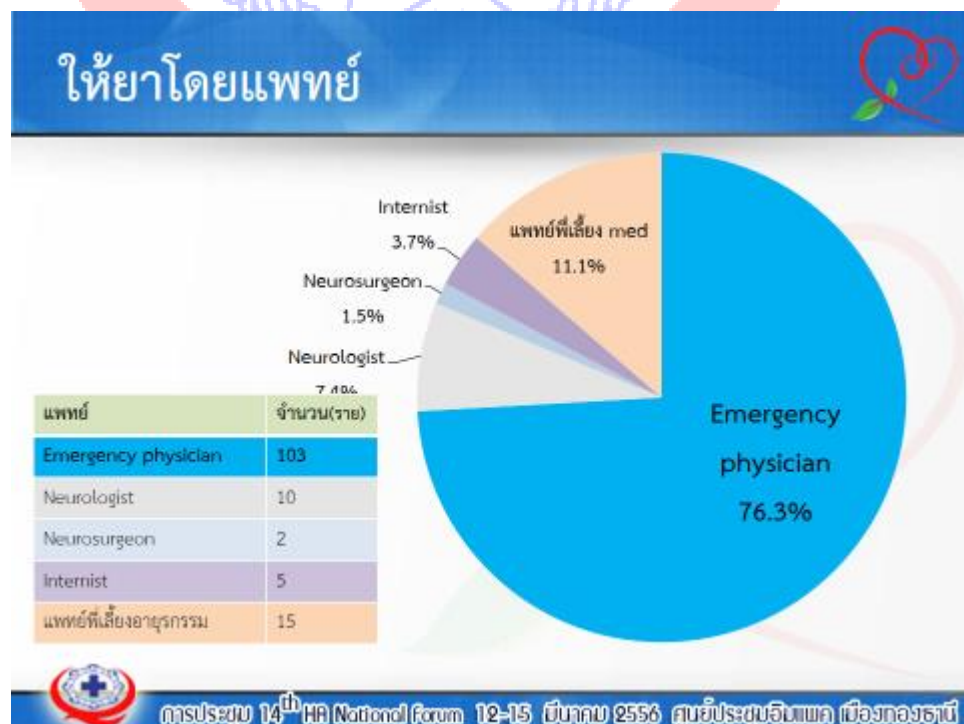


ผลการพัฒนา พบว่าหลังจาก phase 2 เข้าสู่ phase 3, door-to-needle time ก็ยัง 53 นาทีอยู่ ก็มีหลายรายเฉียดฉิวมาเหมือนกัน.

ตรงนี้ประมาณ 80% เกิดจาก hypertension อีก 10-20% เกิดจากระบบ.
เกินไปหนึ่งนาทีก็ถือว่าไม่ทัน สิ่งสำคัญคือเรื่องของ CQI.



ตัวชี้วัด THIP ก็เช่นกัน ดีขึ้นแต่ช่วงหลังเริ่ม drop ลง ทางทีมงาน stroke ก็
อยู่เฉยไม่ได้ มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง.



มีการเปลี่ยน culture of care จากเดิมให้ยาโดย neurologist เปลี่ยนมา
เป็นการให้ยาโดยแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 76% ปัจจุบันให้ไปทั้งหมด 137 ราย.

ทั้งนี้ทั้งนั้นไม่ได้เพื่อกลุ่มงานใดกลุ่มงานหนึ่ง ไม่ได้เพื่อต้นทางหรือปลายทาง แต่เพื่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ดีขึ้น.



ยุทธศาสตร์: ในวันนี้เรามารวมกัน พูดถึง changing culture หลายๆ รูปแบบ ตั้งแต่เรื่องของ music, aroma, การเปลี่ยนมุมมองจากเรื่องที่เราพบ มาจนถึงการเปลี่ยนระบบโดยใช้สิน. แนนอน ทุกท่านคงทราบดีแล้วว่าทำไมเราต้อง change culture of care, เพื่อนำไปสู่ high reliability organization เพื่อที่เราจะสามารถให้บริการแก่ผู้ป่วยของเราให้เข้าถึงได้ง่าย ให้การดูแลอย่างเหมาะสม ได้ผลดี ปลอดภัย โดยความเท่าเทียมกัน ใส่ใจทุกความต้องการ และทันการณด้วย.

ในวันนี้เราจะเห็นว่าการ change culture หลายรูปแบบที่มุ่งหวังที่จะส่งมอบการดูแลที่ดีที่สุดให้แก่ผู้ป่วย บรรลุความเป็น high reliability organization.

ปรัชญาในการเดินทางบอกว่า “จุดหมายปลายทางอาจจะไม่สำคัญเท่ากับเรื่องราวระหว่างทาง” เพราะมันคือก้าวอย่างที่เราอาจถูกวางไว้ให้พบกับ

ประสบการณ์ที่มีคุณค่า ที่เป็นการทำงานของชะตาชีวิต หรือแม้แต่สิ่งที่เรียกกันว่า พรหมลิขิตก็ตาม.

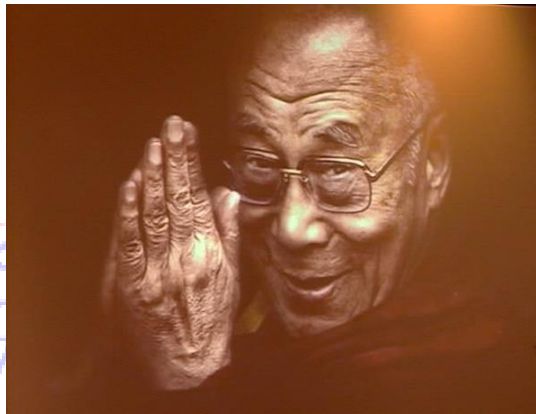
วันนี้เราอยากให้ทุกท่าน ก่อนไปทำงาน คงไม่ต้องใช้หลักการนี้: ตั้งนะโม 3 จบ ก่อนท่องคาถา “อามี...เซ้งบ้าง...ในบางครั้ง อามี....เปือกกันบ้าง...ในบางหน อามี...เหม็นขี้หน้า...กับบางคน พยายามอดทน...ทำงานไป..เพราะได้ตั้งค์.” วันนี้ เราจะ change culture เปลี่ยนมุมมองของเราเพื่อให้เราทำงานได้อย่างมีความสุข ด้วย.

มีคนพูดถึงความพึงพอใจและความผูกพัน. ความพึงพอใจเป็นสิ่งที่ไม่เสถียร นัก แต่มีการศึกษาแล้วว่าความผูกพันนั้นหรือความภักดี มีผลต่อความสำเร็จของ องค์กรอย่างแท้จริง. ความผูกพันอาจจะสะท้อนมาโดยการที่มีการบอกต่อ มีเรื่อง ความประทับใจในการให้บริการ แล้วกลับมาใช้บริการต่อ. แต่ความพึงพอใจนั้น บางครั้งอาจจะมีตกหล่นไปบ้าง, อย่างที่รามาริบัติ เราพบว่าคนไข้หลายคนเขียน ความไม่พึงพอใจมาเยอะเลย, แต่คนไข้ยังคงกลับมา ยังคงบอกต่อ, ฉะนั้นเราคงต้อง ศึกษาเรื่องความพึงพอใจและความผูกพันควบคู่ไปด้วยกัน.

เรา change ทุกสิ่งทุกอย่างได้, การ change culture นั้นไม่จำเป็นต้องใช้ เงินหรือมูลค่ามหาศาล. ใน ICU แห่งหนึ่ง มีอาจารย์แพทย์ผู้หนึ่งที่คร่ำเคร่งและ เคร่งเครียดมาก, เดินมาสั่ง order ให้คนไข้รายหนึ่ง, หลังจากนั้นก็ปิดชาร์ต. พยาบาลรับ order สักพักหนึ่งก็มีรอยยิ้มบนใบหน้า. order นี้เกิดขึ้นในวันที่ 1 มกราคม 2556 เขียนว่า Happy New Year 2013 ตามด้วย Glucophage 500 mg. 1 tab. พยาบาลที่รับ order นี้มีความประทับใจมาก อาจจะเป็นการ breakthrough หรือประทับใจมากกว่า ส.ค.ส. หนึ่งใบเสียอีก. อยากจะเชิญชวน ทุกท่านให้ change culture โดยรูปแบบที่ท่านถนัดตามบริบทของท่าน. Bill Gates กล่าวไว้ว่า เขามักจะเลือกคนที่ชี้แจงที่สุดมาทำงานที่ยากที่สุด เพราะคน พวกนี้มักจะเจอวิถีทางในการทำงานที่ง่าย, อันนี้ก็เป็นการเล่นมุมมอง.

ย้อนกลับมาเรื่องของเรานี้ อันนี้เป็น Hamburger model ของ TQA ซึ่งปรับ ได้กับ HA เช่นกัน. เราเริ่มต้นด้วยความต้องการของลูกค้าในหมวดที่ 3 ซึ่งต้องการ

ความปลอดภัย ต้องการคุณภาพ, นำไปสู่การนำองค์กร การวางยุทธศาสตร์เพื่อจะตอบสนองความต้องการ และควรจะเหนือกว่าความต้องการ, เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์แห่งความปลอดภัย ความพึงพอใจ ความผูกพัน และสอดคล้องกับมาตรฐานทั้ง 4 ตอนของ HA เช่นกัน.



วันนี้เรากลับไป ขอให้เราเปลี่ยนมุมมองใหม่. ลองดูคำพูดคำพูดหนึ่งที่ประทับใจ: “เวลาที่ฉันพูดกับใครเกี่ยวกับความรัก ความเมตตาปราณี, ฉันไม่ได้คิดว่าฉันเป็นพระ, ไม่ได้คิดว่าฉันเป็นชาวธิเบต. เวลาฉันพูดกับใคร ฉันรู้สึกว่าเขาเป็นเพื่อนมนุษย์, ไม่ใช่เพราะเขาเป็นคนอเมริกัน เป็นคนแคนาดา เพราะสิ่งที่มันติดตัวเขามานอกเหนือจากนี้มันเป็นเรื่องราวลงไป” นี่คือคำพูดของท่าน ทะไล ลามะ.

ขอให้ทุกท่านได้มี concept ของการ change เล็กๆ น้อยๆ, เริ่มต้นจากที่บ้านเราก่อนก็ได้ แล้วนำไปสู่ changing culture of care เพื่อส่งมอบคุณค่าของบริการที่ดีที่สุดให้กับคนไข้ของเรา. ขอขอบคุณค่ะ.