



เก็บเกี่ยวและจุดประกายความรู้

**5th National Forum on Quality Improvement
& Hospital Accreditation**

“การจัดการความรู้เพื่อคุณภาพที่สมดุล”



คำนำ

โลกใบนี้ ดูเหมือนจะ
...หมุนเร็วขึ้นทุกที? (จนเราตามการเปลี่ยนแปลงไม่ทัน)
...หนักขึ้นทุกที? (จนป่าของเราจะแบกรับไม่ไหว)
...แกว่งมากขึ้นทุกที? (จนเราไม่แน่ใจว่าจะวางตัวเองอย่างไร)
หรือว่ายิ่งทำงานไป ยิ่งพัฒนาไป เรายิ่งหาจุดลงตัวที่สมดุลได้ยากขึ้น

National Forum

4 ครั้งแล้วที่ HA National Forum เป็นเวทีซึ่งเปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ได้รับทราบความสำเร็จของโรงพยาบาลอื่นๆ ได้มีโอกาสนำเสนอผลงานของโรงพยาบาล ได้พบปะกับผู้คนหลากหลายวิชาชีพ ได้เห็นความตื่นตัวและการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ได้รับทราบแนวคิดใหม่ๆ ที่จะพลังขับเคลื่อนให้หน้าไปพัฒนาต่อ

จาก “บนเส้นทางสู่สังคมแห่งการเรียนรู้” มาสู่ “ความเรียบง่ายในระบบที่ซับซ้อน” และ “ Best Practice in Patient Safety”

ในเดือนมีนาคม 2547 เป็นอีกครั้งหนึ่งที่จะมีการจัด National Forum ขึ้นในหัวข้อ “การจัดการความรู้เพื่อคุณภาพที่สมดุล” (Knowledge Management for Balance of Quality)

การจัดการความรู้ที่สมดุล

อะไรก็ตามที่ไม่สมดุลย่อมก่อให้เกิดปัญหา เกิดความเครียด เกิดความขัดแย้ง และไม่บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ แต่ก็เป็นเรื่องยากที่จะตัดสินว่าอะไรคือความสมดุล เรื่องที่ยากและซับซ้อนเช่นนี้ ไม่อาจหาคำตอบที่สำเร็จรูปได้ง่าย แต่หากช่วยกันค้นหา ก็จะมองเห็นทาง การจัดการความรู้เป็นกลไกหนึ่งที่จะช่วยให้ได้มาซึ่งแนวทางของการพัฒนาคุณภาพที่สมดุล

ความรู้ที่จะสร้างคุณค่าและมูลค่าให้แก่งานและองค์กร คือความรู้ที่นำไปสู่การปฏิบัติที่สำเร็จ ผล เป็นความรู้ที่เกิดจากการทำงาน ถ่ายทอดแลกเปลี่ยนระหว่างการทำงาน เพื่อให้ได้ผลงานที่ดีขึ้น เป็นความรู้ที่เกี่ยวข้องกับบริบทหรือสถานการณ์เฉพาะ

การถ่ายทอดความรู้เหล่านี้ต้องเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล พูดคุยแลกเปลี่ยนกัน โดยตรง สื่อสารกันทาง e-mail หรือปฏิสัมพันธ์ด้วยการสร้างจินตนาการของผู้ฟังระหว่างที่ได้รับฟังเรื่องราวออกเล่า (story telling)

HA National Forum เป็นเวทีเพื่อให้ท่านมาพบปะ แลกเปลี่ยน จุดประกาย เดิมพลังขับเคลื่อน สร้างจินตนาการ และวางแผนการทำงานของท่าน

อย่าลืมไปเยี่ยม “Kmart ตลาดความรู้”

เวที National Forum เป็นเวทีเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้
การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่ดีคือการมีปฏิสัมพันธ์ ชักถาม แลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นกับผู้มีส่วน
ประสบการณ์



ตลาดความรู้จัดขึ้นเพื่อตอบสนองความอยากรู้ และความอยากบอกเล่า ในห้องที่จุได้ขนาด 100-150 คน ซึ่งเหมาะที่จะพูดคุย ได้ถาม แลกเปลี่ยน กันได้

บางท่านอาจจะอยากรู้เทคนิควิธีการพัฒนาคุณภาพเฉพาะเรื่องจากผู้มีประสบการณ์

บางท่านอาจจะอยากซักถามคำถามที่ติดค้างอยู่ในใจ

บางท่านอาจจะอยากคุยกับโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองแล้ว

สิ่งที่ต้องจ่ายเพื่อแลกเปลี่ยนกับความรู้คือ เวลาและสมอง ที่จะคิดคำถามมาถาม

ไม่มีคำถาม ผู้เล่าก็จะบอกเล่าในสิ่งที่อยากเล่า สิ่งนั้นอาจจะไม่ตรงกับความต้องการของผู้ฟัง

ตลาดความรู้อยู่ชั้นล่างของอาคารศูนย์การประชุม

คู่ขนานไปกับช่วงเวลามี Parallel Session ของทุกวัน

มาฝึกถาม มาฝึกจินตนาการเรื่องราวของตนเอง เพื่อให้สามารถจัดการความรู้ของเราเองได้

เนื้อหาครอบคลุมเรื่องราวต่อไปนี้

- การสร้างเสริมสุขภาพ 1 ห้อง ทุกช่วงเวลา
- จับเข้าคุยกับโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง HA แล้ว รวมทั้ง พรพ.
- ประเด็นและเทคนิคต่างๆ ที่กำลังร้อนแรงหรือยังเป็นปัญหา
- เทคนิคการบริหารจัดการ จากสถาบันฝึกอบรมมืออาชีพ
- ฟังแนวคิดนวัตกรรมต่างๆ จากโรงพยาบาล ก่อนที่จะไปดูของจริง

รหัส จะจัดตัวเองเข้าห้องได้ง่ายขึ้น

รหัสตัวแรก คือวันประชุม อักษร A คือวันพุธที่ 17 มีนาคม, อักษร B คือวันพฤหัสบดี 18 มีนาคม, อักษร C คือวันศุกร์ที่ 19 มีนาคม

รหัสตัวที่สอง คือช่วงเวลาในแต่ละวัน เลข 1-3 คือช่วงเวลา 09.00-10.30, เลข 4 คือช่วงเวลา 11.00-12.30, เลข 5 คือช่วงเวลา 13.30-15.00 น., เลข 6 คือช่วงเวลา 15.30-17.00 น.

รหัสตัวที่สาม คือหมายเลขห้อง เลข 0 คือห้อง Grand Ballroom, เลข 1-3 คือห้อง Meeting 1-3, เลข 4-8 คือห้อง Meeting 7-11 (ให้อาเลข 3 บวกตัวเลขรหัสจะเป็นหมายเลขห้อง Meeting สำหรับ Kmart ตลาดความรู้)

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

มีนาคม 2547



สารบัญ

แผนที่

แผนภูมิสรุปเนื้อหาการประชุม

กำหนดการประชุม

กำหนดการประชุม “Main Forum”

กำหนดการประชุม “Kmart ตลาดความรู้”

ขอบเขตเนื้อหาและเรื่องย่อ

Main Forum

Kmart ตลาดความรู้

ประวัติวิทยากร



การจัดการความรู้เพื่อคุณภาพที่สมดุล.....	1
กำหนดการประชุม Main Forum.....	2
กำหนดการประชุม “Kmart ตลาดความรู้”	14
ขอบเขตเนื้อหาและบทคัดย่อ Main Forum	25
“A40: ยึดตามช่อง มอง HA”	26
“A41: เมื่อลูกค้าคือชุมชน และไม่เอาตัวเราเป็นศูนย์กลาง”.....	27
“A42: จิตวิญญาณของวิชาชีพ”	28
“A43: คุณภาพการเรียนการสอนกับงานบริการ”.....	36
“A50: ฮั้วบักัน ข้ามดอยมาหากัน”	40
“A51: การประกันคุณภาพโรงพยาบาลและโรงเรียน ไปทางเดียวกันหรือไม่?”.....	46
“A52 Efficiency & Effectiveness in Appropriate Technology & Supply Chain”.....	49
“A53 บทเรียนจากพื้นที่ 1”	55
“A60: สร้างชุมชน เพื่อสร้างความรู้”	66
“A61: ต่อยอด HA ด้วยกระบวนการ Benchmarking”.....	67
“A62: ใช้ความรู้ คู่การสร้าง”	77
“A63 บทเรียนจากพื้นที่ 2”	81
“B10: เคลื่อนไอยรา ขยับไม่หยุด จุดไม่อยู่”.....	94
“B20: หักมุมคิด พิชิตโรค ด้วยการป้องกัน”	95
“B11 สมดุลระหว่างกฎหมายกับสามัญสำนึก”	102
“B12 เก็บตกจากผู้เยี่ยมสำรวจ”	107
“B13 Best Practice in Infection Control”.....	108
“B40: บูรณาการ งานวิจัยกับการพัฒนาคุณภาพ”	112
“B41 การใช้ดุลยพินิจทางคลินิกอย่างสมเหตุสมผล”	123
“B42: เทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับระบบบริการสุขภาพ ศักยภาพและสิ่งที่ท้าทาย”.....	124
“B43: Best Practice in Diabetic Patient Empowerment”.....	125
“B50: แม้ชัดเจน ก็ไม่จนความคิด”.....	139
“B51: CRCN ข้อมูลคุณภาพเพื่อคุณภาพบริการ”.....	146
“B52 โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ”	147
“B53 บทเรียนจากพื้นที่ 3”.....	148
“B60: KPI วัตถุประสงค์ให้สมดุล”.....	159
“B61: กระบวนการสันติวิธีกับคุณภาพ”	164
“B62 Best Practice in Respiratory Care”.....	167
“B63 บทเรียนจากพื้นที่ 4”.....	174
“C10: เทคโนโลยี กับชีวิตจริยธรรม”.....	189
“C20 เรื่องเล่า เร้าพลัง”	192



“C30 เติมพลังให้สามสิบบาท”.....	195
“C11 นำกลยุทธ์สู่การปฏิบัติอย่างไรให้สำเร็จ”	199
“C12: สมดุลระหว่าง top down กับ bottom up”	200
“C13 พิทักษ์เด็กและสตรี คำตอบที่ได้จากชุมชน”.....	205
“C40: การจัดการความรู้และการทำงานกับชุมชน”	208
“C41: การจัดการความรู้เพื่อการพัฒนาคุณภาพ ความคุ้มค่าและความเป็นธรรมของบริการสุขภาพ”	209
“C42: บอกล่าเซลล์วิชา ฝ่าปัญหาอุปสรรค”	210
“C43: HA กับความสุขของคนทำงาน บทเรียนจากงานบำบัดรักษาผู้ติดยา”	211
“C5A: ผิดแล้วอย่าซ้ำ นำมาसारภาพ”.....	215
“C5B: สรรสารจาก HA”	218
ขอบเขตเนื้อหาและบทคัดย่อ “Kmart ตลาดความรู้”	219
A44: Utilization Management	220
A45: วิธีการรักษาแพทย์ที่มีอาการ "ผมยุ่ง....ไม่ชอบ HA "	224
A46: นวัตกรรม สิ่งประดิษฐ์.....	228
A56: แนวคิดในการจัดตั้งเครือข่ายโรงพยาบาลไทย	232
A64: KPIs ของฝ่ายการพยาบาล	233
B45 คุณภาพให้ทุกช่วงชีวิต ในเชิงรายประชาชนุเคราะห์	234
B46: STRATEGIC FRAMEWORK APPROACH FOR BALANCED OF QUALITY MANAGEMENT	241
B54-B64: Case Management.....	244
B56: Balanced scorecard & KPI เพื่อการพัฒนาสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้.....	245
B65: การวัดกับคุณภาพการดูแลผู้ป่วย HIV	247
C15: เส้นทางสู่ Clinical CQI รพ.สงขลา	249
C16: MLAB โปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพิ่มคุณภาพงานจุลชีววิทยา	251
C44: Patient Safety Goals	252
C45: สารพัดกลยุทธ์เพื่อความปลอดภัยในการให้ยา.....	255
C46 Evidence-Based Nursing Practice	256



5th National Forum on Quality Improvement & Hospital Accreditation
“Knowledge Management for Balance of Quality”

การจัดการความรู้เพื่อคุณภาพที่สมดุล

16-19 มีนาคม 2547 ณ ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี

เวลา	หัวข้อการประชุม	ห้องประชุม
วันที่ 16 มีนาคม 2547		
16.00-16.40	พิธีเปิด ▪ พระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าโสมสวลี พระวรราชาทินัดดามาตุ เสด็จเป็นประธานในพิธีเปิดการประชุม และประทาน ประกาศนียบัตรรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล	Grand ballroom
16.40-17.10	ปาฐกถาพิเศษ “คุณภาพของระบบบริการสุขภาพ” ▪ ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย องคมนตรี	Grand ballroom
17.10-17.40	ปาฐกถาพิเศษ “คุณภาพ: ความท้าทายที่ต้องร่วมมือ” ▪ ศ.นพ.อรุณ เฝ้าสวัสดิ์ ที่ปรึกษารัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข	Grand ballroom
17.40	อาหารว่าง	



กำหนดการประชุม Main Forum

เวลา	หัวข้อการประชุม	ห้องประชุม
วันที่ 17 มีนาคม 2547		
07.30-09.00	ลงทะเบียน	
08.30-09.00	นำเข้าสู่การประชุม	Grand ballroom, Meeting1-3
09.00-09.45	A1: ปาฐกถา “สมดุล ทางสายกลาง บูรณาการ” • ศ.นพ.ประเวศ วะสี คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล	Grand ballroom, Meeting1-3
09.45-10.30	A2: บรรยาย “การจัดการความรู้คืออะไร ไม่ทำ ไม่รู้” • ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช ผู้อำนวยการสถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม	Grand ballroom, Meeting1-3
10.30-11.00	พัก อาหารว่าง	Hall 10
11.00-12.30	A40: อภิปราย “ยึดตามช่อง มอง HA” • ศ.ร.ต.อ.วรงค์ จันทิศ เลขาธิการคณะกรรมการการอุดมศึกษา • ศ.ดร.ภักดี โพธิศิริ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข • นายสมพร ใช้บางยาง ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา • นางจุฑาทิพย์ เริงรณอาษา รองผู้ว่าการการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย • นพ.ปฐมพงษ์ ปรุโปร่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปทุมราชวงศา จ.อำนาจเจริญ • ศ.ดร.สมอจ วงษ์ขมทอง (ผู้ดำเนินการอภิปราย) สถาบันพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล	Grand ballroom
	A41: อภิปราย “เมื่อลูกค้าคือชุมชน และไม่เอาตัวเราเป็นศูนย์กลาง” • ดร.ยุวดี เกตสัมพันธ์ ผู้ช่วยคณบดี คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล • รศ.ดร.ศิริอร สิ้นธุ รักษาการคณบดี สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์	Meeting1



เวลา	หัวข้อการประชุม	ห้องประชุม
	A42: อภิปราย “จิตวิญญาณของวิชาชีพ” <ul style="list-style-type: none">▪ รศ.นพ.ปรีดา ทัศนประดิษฐ์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย▪ รศ.นพ.อรุณ โรจนสกุล คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	Meeting 2
	A43: อภิปราย “คุณภาพการเรียนการสอนกับงานบริการ” <ul style="list-style-type: none">▪ ศ.นพ.สุชาติ อินทรประสิทธิ์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล▪ รศ.พญ.พันธ์ทิพย์ สงวนเชื้อ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์▪ ศ.นพ.สุทธิพันธ์ จิตพิมลมาศ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น▪ รศ.นพ.สมศักดิ์ เชาววิศิษฐ์เสรี (ผู้ดำเนินการอภิปราย) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	Meeting 3
12.30-13.30	อาหารกลางวัน	Hall 10
13.30-15.00	A50: อภิปราย “ฮั้วบักัน ข้ามตอมมาหากัน” <ul style="list-style-type: none">▪ นพ.ปริทรรศ ศิลปกิจ โรงพยาบาลสวนปรุง จ.เชียงใหม่▪ น.ส.ประหยัด ประภาพรหม โรงพยาบาลสวนปรุง จ.เชียงใหม่▪ นพ.สุรัตน์ ปทุมบาล โรงพยาบาลวังเหนือ จ.ลำปาง▪ นางปนัดดา ธีระเชื้อ โรงพยาบาลวังเหนือ จ.ลำปาง▪ ทพญ.ภารณี ชาลวุฒิ (ผู้ดำเนินการอภิปราย) โรงพยาบาลสวนปรุง จ.เชียงใหม่	Grand ballroom



เวลา	หัวข้อการประชุม	ห้องประชุม
	<p>A51: อภิปราย “การประกันคุณภาพโรงพยาบาลและโรงเรียนไปทางเดียวกันหรือไม่”</p> <ul style="list-style-type: none">• ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช ผู้อำนวยการสถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม• นพ.ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและพัฒนาการเรียนรู้• ดร.นฤมล บุลนิม รองผู้อำนวยการสำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา• นพ.อำพล จินดาวัฒนะ ผู้อำนวยการสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ• รศ.นพ.อภิชาติ ศิวายธร (ผู้ดำเนินการอภิปราย) รองคณบดีคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล	Meeting 1
	<p>A52: อภิปราย “Efficiency & Effectiveness in Appropriate Technology and Supply Chain”</p> <ul style="list-style-type: none">• ศ.พญ.คุณหญิง กอบจิตต์ ลิมปพยอม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย• พญ.เพชรวรรณ พึ่งรัมย์ ศูนย์วิจัยโรคที่ 12 จ.ยะลา• ภญ.กรกมล รุกขพันธ์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	Meeting 2
	<p>A53: “บทเรียนจากพื้นที่1”</p> <ul style="list-style-type: none">• Birth Asphyxia Initiative นพ.สุจิต คุณประดิษฐ์ โรงพยาบาลลำพูน จ.ลำพูน• กิจกรรมคุณภาพเพื่อลด Birth Asphyxia นพ.ชัยวัฒน์ พัฒนาพิศาลศักดิ์ โรงพยาบาลสุโขทัย จ.นราธิวาส• ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก นางเกษร อีระธนาหนท์ โรงพยาบาลอุดรธานี จ.อุดรธานี• Trauma and Surgical Audit นพ.ไพโรจน์ มิตรมโนชัย โรงพยาบาลกำแพงเพชร จ.กำแพงเพชร• นพ.ปัญญา สอนคม (ผู้วิพากษ์) สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล	Meeting 3
15.00-15.30	พัก อาหารว่าง	Hall 10



เวลา	หัวข้อการประชุม	ห้องประชุม
15.30-17.00	<p>A60: อภิปราย “สร้างชุมชน เพื่อสร้างความรู้”</p> <ul style="list-style-type: none">• ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช ผู้อำนวยการสถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม• นพ.สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี รัฐมนตรีว่าการกระทรวงเทคโนโลยีและสารสนเทศ• นท.บดีนทร์ วิจารณ์ บริษัทแอดวานซ์ อินโฟร์ เซอร์วิส จำกัด• พญ.อารยา ทองผิว (ผู้ดำเนินการอภิปราย) นายกสมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน	Grand ballroom
	<p>A61: อภิปราย “ต่อยอด HA ด้วยกระบวนการ Benchmarking”</p> <ul style="list-style-type: none">• ศ.นพ.สงวนสิน รัตนเลิศ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์• นพ.ดำรงพันธ์ วัฒนะโชติ สภาคุณภาพ โรงพยาบาลกรุงเทพ• นพ.เจ็ดพันธ์ ภัทรพงศ์สินธุ์ โรงพยาบาลหนองบัวระเหว จ.ชัยภูมิ• ผศ.พญ.ยุวรีย์ วนาวณิชย์กุล (ผู้ดำเนินการอภิปราย) คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	Meeting 1
	<p>A62: อภิปราย “ใช้ความรู้ คู่การสร้าง”</p> <ul style="list-style-type: none">• รศ.นพ.ชเนนทร์ วนาภิรักษ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่• นพ.รังสฤษฏ์ กาญจนะวณิชย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่• รศ.นพ.จรัล กังสนารักษ์ (ผู้ดำเนินการอภิปราย) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	Meeting 2



เวลา	หัวข้อการประชุม	ห้องประชุม
	<p>A63: “บทเรียนจากพื้นที่ 2”</p> <ul style="list-style-type: none">▪ การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระบบประสาท นางชนิษฐา อรัญตร โรงพยาบาลหาดใหญ่ จ.สงขลา▪ การพัฒนาระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง นางกัญญาลักษณ์ ณ รังษี โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จ.นครราชสีมา▪ การพัฒนาการดูแลผู้ป่วย COPD พญ.ทิพยา แสนไชย โรงพยาบาลนครพิงค์ จ.เชียงใหม่▪ การจัดการผู้ป่วยรายกรณี นางวรางคณา มหาพรหม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จ.เชียงราย▪ โครงการบ้านหลังที่สอง นพ.สุเทพ หะยีและ โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ จ.นราธิวาส▪ พญ.อภิรมย์ เวชภูติ (ผู้วิพากษ์) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี	Meeting 3
วันที่ 18 มีนาคม 2547		
08.30-09.00	<p>B0: “เก็บมาเล่าขาน เรื่องเมื่อวานนี้”</p> <ul style="list-style-type: none">▪ นพ.วัชรพล ภูนวล โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จ.อุตรดิตถ์▪ นพ.กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ	Grand ballroom Meeting1-3
09.00-09.45	<p>B10: บรรยาย “เคลือบไอยรา ขยับไม่หยุด จุดไม่อยู่”</p> <ul style="list-style-type: none">▪ ศ.คลินิก นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาทร คณบดีคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล	Grand ballroom
09.45-10.30	<p>B20: บรรยาย “หักมุมคิด พิชิตโรค ด้วยการป้องกัน”</p> <ul style="list-style-type: none">▪ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นพ.เทพ หิมะทองคำ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเทพธารินทร์	Grand ballroom



เวลา	หัวข้อการประชุม	ห้องประชุม
09.00-10.30	B11: อภิปราย “สมดุลระหว่างกฎหมายกับสามัญสำนึก” <ul style="list-style-type: none">▪ รศ.แสวง บุญเฉลิมวิภาส คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์▪ นพ.เกียรติภูมิ วงศ์รจิต ผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์▪ นพ.กัมปนาท ตันสัจจบุตรกุล สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์▪ น.ส.เบญจวรรณ สามสาลี สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์	Meeting 1
	B12: อภิปราย “เก็บตกจากผู้เยี่ยมสำรวจ” <ul style="list-style-type: none">▪ นพ.ปัญญา สอนคม สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล▪ รศ.ภญ.ธิดา นิงสานนท์ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล▪ น.ส. เรเวดี ศิรินคร สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล	Meeting 2
	B13: อภิปราย “Best Practice in Infection Control” <ul style="list-style-type: none">▪ ผศ.นพ.กำธร มาลาธรรม คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล▪ ผศ.นพ.ขจรศักดิ์ ศิลปโภชากุล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์▪ นางวารภรณ์ ประทุมพันธ์ โรงพยาบาลขอนแก่น จ.ขอนแก่น▪ นพ.สุรัชย์ ปัญญาพฤกษ์พงศ์ (ผู้ดำเนินการอภิปราย) โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จ.นครราชสีมา	Meeting 3
10.30-11.00	พัก อาหารว่าง	Hall 10
11.00-12.30	B40: อภิปราย “บูรณาการ งานวิจัยกับการพัฒนาคุณภาพ” <ul style="list-style-type: none">▪ ศ.นพ.สงวนสิน รัตนเลิศ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์▪ นพ.สมเกียรติ โพธิ์สัตย์ สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์▪ รศ.นพ.อภิชาติ ศิวยาธร (ผู้ดำเนินการอภิปราย) รองคณบดี คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล	Grand ballroom
	B41: บรรยาย “การใช้ดุลยพินิจทางคลินิกอย่างสมเหตุสมผล” <ul style="list-style-type: none">▪ นพ.ชัยชนะ นิ่มนวล คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	Meeting 1



เวลา	หัวข้อการประชุม	ห้องประชุม
	<p>B42: อภิปราย “เทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับระบบบริการสุขภาพ ศักยภาพ และสิ่งที่ค้ำใจ”</p> <ul style="list-style-type: none">▪ รศ.นพ.ทองดี ชัยพานิช อาจารย์พิเศษ▪ นพ.บดีพันธ์ ทรัพย์สมบูรณ์ ผู้ช่วยคณบดี คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล▪ พญ.จามรี เชื้อเพชรโสภณ (ผู้ดำเนินการอภิปราย) รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์	Meeting 2
	<p>B43: อภิปราย “Best Practice in Diabetic Patient Empowerment”</p> <ul style="list-style-type: none">▪ นพ.วัฒนชัย สุแสงรัตน์ โรงพยาบาลขอนแก่น จ.ขอนแก่น▪ พญ.สิริเนตร กฤติยาวงศ์ โรงพยาบาลเทพธารินทร์▪ นางสุนทรี นาคะเสถียร สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน▪ นพ.ประเมษฐ์ กิ่งโก้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร▪ พญ.อารยา ทองผิว (ผู้ดำเนินการอภิปราย) นายกสมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน	Meeting 3
12.30-13.30	อาหารกลางวัน	Hall 10
13.30-15.00	<p>B50: อภิปราย “แม้ขัดสน ก็ไม่จนความคิด”</p> <ul style="list-style-type: none">▪ ทพญ.จิราพร ชีวาสุขถาวร โรงพยาบาลหนองบัวระเหว จ.ชัยภูมิ▪ นายอาคม มีเมล์ โรงพยาบาลวังเหนือ จ.ลำปาง▪ นพ.นำพล แดนพิพัฒน์ โรงพยาบาลพนมสารคาม จ.ฉะเชิงเทรา▪ นพ.สุวัฒน์ ธนกรนุวัฒน์ โรงพยาบาลเสาไห้ จ.สระบุรี▪ นพ.ชาติรี ดวงเนตร (ผู้ดำเนินการอภิปราย) ผู้อำนวยการด้านปฏิบัติการทางการแพทย์ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์	Grand ballroom



เวลา	หัวข้อการประชุม	ห้องประชุม
	<p>B51: อภิปราย “CRCN ข้อมูลคุณภาพเพื่อคุณภาพบริการ”</p> <ul style="list-style-type: none">• รศ.นพ.สมรัตน์ จารุลักษณะนันท์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย• นพ.เพชร รอดอารีย์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล• พท.ราม รังสินธุ์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า• ผศ.นพ.สุพจน์ ศรีมหาโชตะ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย• ศ.นพ.ปิยทัศน์ ทัศนวิวัฒน์ (ผู้ดำเนินการอภิปราย) รองคณบดีฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	Meeting 1
	<p>B52: อภิปราย “รอยยิ้มจากผู้ปฏิบัติงานโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ”</p> <ul style="list-style-type: none">• รศ.พญ.พันธ์ทิพย์ สงวนเชื้อ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์• นพ.ประจักษ์ เค้าสงวนศิลป์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลา จ.สงขลา• ผศ.ดร.ชะนวนทอง ธนะสุกาญจน์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล• พญ.นันทา อ่วมกุล (ผู้ดำเนินการอภิปราย) ผู้อำนวยการสำนักที่ปรึกษา กรมอนามัย	Meeting 2
	<p>B53: “บทเรียนจากพื้นที่ 3”</p> <ul style="list-style-type: none">• ออกซิเจนขาดน้ำ น.ส.ราตรี แก้วนพรัตน์ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จ.สงขลา• การควบคุมคุณภาพเพื่อลดการถ่ายภาพรังสีซ้ำ นายอนุชา นุ่นเส็ง โรงพยาบาลเชียรใหญ่ จ.นครศรีธรรมราช• ให้ความห่วงใยจากใจยามรักษาการณ์ นายไพศาล มาฟู โรงพยาบาลป่าแดด จ.เชียงราย• การลดลงของตะกอนในระบบบำบัดน้ำเสีย นายสมบูรณ์ ชันเมือง โรงพยาบาลพะเยา จ.พะเยา• พญ.เสาดิษฐ์ ยุทธสมภพ (ผู้วิพากษ์) โรงพยาบาลหาดใหญ่ จ.สงขลา	Meeting 3
15.00-15.30	พัก อาหารว่าง	Hall 10



เวลา	หัวข้อการประชุม	ห้องประชุม
15.30-17.00	<p>B60: อภิปราย “KPI วัดอย่างไรให้สมดุล”</p> <ul style="list-style-type: none">▪ นายเชษฐ เชษฐสันติกุล บริษัทชายเมทิส จำกัด▪ นพ.สันต์ ใจยอดศิลป์ โรงพยาบาลพญาไท2▪ พญ.สุวรรณา ตีระวนิชย์ โรงพยาบาลแพ่ง▪ นพ.ชูชาติ วินิตวัฒนกุล โรงพยาบาลกรุงเทพ▪ รศ.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (ผู้ดำเนินการอภิปราย) คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	Grand ballroom
	<p>B61: อภิปราย “กระบวนการสันติวิธีกับคุณภาพ”</p> <ul style="list-style-type: none">▪ ศ.นพ.วันชัย วัฒนศัพท์ ผู้อำนวยการศูนย์สันติวิธีและธรรมภิบาล สถาบันพระปกเกล้า▪ นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข	Meeting 1
	<p>B62: อภิปราย “Best Practice in Respiratory Care”</p> <ul style="list-style-type: none">▪ ศ.พญ. สุมาลี เกียรติบุญศรี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล▪ นางธิดิตา ชัยศุภมงคลลาภ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล▪ ผศ.นพ.ทันทชัย บุญบุรพงศ์ (ผู้ดำเนินการอภิปราย) คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล	Meeting 2



เวลา	หัวข้อการประชุม	ห้องประชุม
	<p>B63: “บทเรียนจากพื้นที่ 4”</p> <ul style="list-style-type: none">▪ รูปแบบการดูแลสุขภาพนิสิต มหาวิทยาลัยนเรศวร นพ.องอาจ เลิศจรสสิน มหาวิทยาลัยนเรศวร จ.พิษณุโลก▪ สมดุลของบริการเชิงรุกและเชิงรับ น.ส.วิลาวัลย์ หมอมูล โรงพยาบาลเชียงใหม่กลาง จ.น่าน▪ การพัฒนาคุณภาพบริการระดับปฐมภูมิในศูนย์สุขภาพชุมชน(PCU) นายอู่ทอง นามวงศ์ โรงพยาบาลภูกระดึง จ.เลย▪ เส้นทางสู่ PCU สู่คุณภาพ พญ.ชลลดา บุษยรัตน์ โรงพยาบาลขอนแก่น จ.ขอนแก่น▪ รศ.ภญ.ธิดา นิงสานนท์ (ผู้วิพากษ์) สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล	Meeting 3
วันที่ 19 มีนาคม 2547		
08.30-09.00	<p>C0: “เก็บมาเล่าขาน เรื่องเมื่อวานนี้”</p> <ul style="list-style-type: none">▪ นพ.วัชรพล ภูนวล โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จ.อุตรดิตถ์▪ นพ.กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ	Grand ballroom Meeting1-3
09.00-09.45	<p>C10: บรรยาย “เทคโนโลยี กับชีวิตริยกรรม”</p> <ul style="list-style-type: none">▪ นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ เลขาธิการมูลนิธิการุณยานุเคราะห์แห่งชาติ	Grand ballroom
09.45-10.05	<p>C20: บรรยาย “เรื่องเล่า ไร้พลัง”</p> <ul style="list-style-type: none">▪ นางสุห้วง พันธุ์ถาวรวงศ์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ จ.ชุมพร	Grand ballroom
10.05-10.30	<p>C30: บรรยาย “เติมพลังให้สามสิบบาท”</p> <ul style="list-style-type: none">▪ รศ.นพ.ปิยะ เนตรวิเชียร รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	Grand ballroom



เวลา	หัวข้อการประชุม	ห้องประชุม
09.00-10.30	<p>C11: อภิปราย “นำกลยุทธ์สู่การปฏิบัติอย่างไรให้สำเร็จ”</p> <ul style="list-style-type: none">• ผศ.นพ.สุธรรม ปิ่นเจริญ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์• รศ.นพ.วิรัตน์ วงศ์แสงนาค โรงพยาบาลลาดพร้าว• พอ.กฤษณ์ กาญจนฤกษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า• นอ.อนุตตร จิตตินันท์ (ผู้ดำเนินการอภิปราย) โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช	Meeting1
	<p>C12: อภิปราย “สมดุลระหว่าง Top down กับ Bottom up”</p> <ul style="list-style-type: none">• พล.ร.ต.วิโรจน์ รุธิรวัฒน์ โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ จ.ชลบุรี• นพ.พูลพงศ์ อธิพิงศ์ โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์• นพ.ปราโมทย์ นิลเปรม โรงพยาบาลไทยนครินทร์• พลโท ชายชาญ ตาตะนันท์ ที่ปรึกษากองบัญชาการทหารสูงสุด• นางดวงสมร บุญผดุง (ผู้ดำเนินการอภิปราย) รองผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล	Meeting2
	<p>C13: อภิปราย “พิทักษ์เด็กและสตรี คำตอบที่ได้จากชุมชน”</p> <ul style="list-style-type: none">• นายสนธยา เครือเวทย์ อัยการจังหวัดประจักษ์บุรี สำนักงานอัยการจังหวัดแม่ฮ่องสอน• น.ส. นิภา เชื้อมี สถาบันวิจัยหริภุญชัย จ.ลำพูน• พญ.พรพรรณ วรรณฤทธิ์ โรงพยาบาลลำพูน จ.ลำพูน	Meeting 3
10.30-11.00	พัก อาหารว่าง	Hall 10
11.00-12.30	<p>C40: อภิปราย “การจัดการความรู้ และการทำงานกับชุมชน”</p> <ul style="list-style-type: none">• นายทรงพล เจตนาวณิชย์ สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา• นายขวัญสรอง อติโพธิ์ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	Grand ballroom
	<p>C41: บรรยาย “การจัดการความรู้เพื่อการพัฒนาคุณภาพ ความคุ้มค่าและ ความเป็นธรรมของบริการสุขภาพ”</p> <ul style="list-style-type: none">• ศ.นพ.วิษณุ ธรรมลิขิตกุล คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล	Meeting 1



เวลา	หัวข้อการประชุม	ห้องประชุม
	C42: อภิปราย “บอกเล่าเคล็ดวิชา ฝ่าปัญหาอุปสรรค” <ul style="list-style-type: none">ศ.นพ.เกรียง ตั้งสง่า คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยนพ.เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	Meeting 2
	C43: อภิปราย “HA กับความสุขของคนทำงาน บทเรียนจากงานบำบัดรักษาผู้ติดยา” <ul style="list-style-type: none">นต.บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์ ผู้อำนวยการสถาบันยาเสพติดติดยูนิเวอร์ซิตีนพ.ลำซำ ลักขณาภิชนชัช สถาบันยาเสพติดติดยูนิเวอร์ซิตีน.ส. จงรักษ์ อินทร์เสวก สถาบันยาเสพติดติดยูนิเวอร์ซิตีทพ.ชุมพล ชมะโชติ (ผู้ดำเนินการอภิปราย) สถาบันยาเสพติดติดยูนิเวอร์ซิตี	Meeting 3
12.30-13.15	อาหารกลางวัน	Hall 10
13.15-13.45	มอบกิตติกรรมประกาศบัณฑิตชั้นที่ 1 สู่ HA โดย ศ.นพ.จรัส สุวรรณเวลา ประธานกรรมการบริหารสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล	Grand ballroom, Meeting 1-3
13.45-14.30	C5A: อภิปราย “ผิดแล้วอย่าซ้ำ นำมาสารภาพ” <ul style="list-style-type: none">นพ.ธานี จิตตรีประเสริฐ กรมพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์นพ.วัชรพล ภูนวล โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จ.อุตรดิตถ์พญ.อภิญา ชไมเชอร์ โรงพยาบาลควนเนียง จ.สงขลา	Grand ballroom, Meeting 1-3
14.30-15.00	C5B: สรุป “สรุสาระจาก HA” <ul style="list-style-type: none">นพ.อนุวัฒน์ ศุภชติกุล ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล	Grand ballroom, Meeting 1-3
15.00-15.45	C6: ปาฐกถา “การจัดการความรู้เพื่ออนาคตของประเทศไทย” <ul style="list-style-type: none">ศ.นพ.จรัส สุวรรณเวลา ประธานกรรมการบริหารสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล	Grand ballroom, Meeting 1-3
15.45	ปิดการประชุม	



กำหนดการประชุม “Kmart ตลาดความรู้”

ณ ห้องประชุม 7 - ห้องประชุม 11 ชั้น 1

ขนาดห้องประชุมสำหรับผู้เข้าประชุม 100-150 คน

เวลา	หัวข้อการประชุม	ห้อง/การนำเสนอ
	วันที่ 17 มีนาคม 2547	
11.00-12.30	A44: “Utilization Management” <ul style="list-style-type: none">• พญ.จิตรา อนุราษฎร์ งานบริหารทรัพยากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์• นางสิรินธร ลาภิกานนท์ งานบริหารทรัพยากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์	Meeting 7 Workshop
	A45: “ผม/ฉันยังไม่ชอบฮา (HA)” <ul style="list-style-type: none">• นพ.สมคิด เลิศสินอุดม โรงพยาบาลขอนแก่น จ.ขอนแก่น• นพ.สุรชัย ศิริพรอดุลยศิลป์ โรงพยาบาลขอนแก่น จ.ขอนแก่น• พญ.ฐิติพร สิริวิชัย โรงพยาบาลขอนแก่น จ.ขอนแก่น• ทญ.โชติกาชาติชัยทัศน์ โรงพยาบาลขอนแก่น จ.ขอนแก่น• น.ส.วัชรา ภูมิพระบุ (ผู้ดำเนินการอภิปราย) โรงพยาบาลขอนแก่น จ.ขอนแก่น	Meeting 8 อภิปราย
	A46: “นวัตกรรม สิ่งประดิษฐ์” <ul style="list-style-type: none">• ข้อหาเทียมแบบแกนใน นายสมบัติ บุญขวาง โรงพยาบาลตากสินมหาราช จ.ตาก• การประดิษฐ์นวัตกรรมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการถ่ายภาพรังสีผู้ป่วย วิกฤต นายกนกศักดิ์ สาเขตร์ โรงพยาบาลพุทธชินราช จ.พิษณุโลก	Meeting 9 นำเสนอผลงาน



เวลา	หัวข้อการประชุม	ห้อง/การนำเสนอ
	<p>A47: “จับเข่าคุยกับโรงพยาบาล HA”</p> <ul style="list-style-type: none">• อย่างก้าวสู่โรงพยาบาลคุณภาพ ภญ.ณัฐริส ศรีบุญเรือง โรงพยาบาลแม่ข่าย จ.เชียงใหม่• รวมเป็นหนึ่งเดียว หนองบัวระเหว นพ.เจ็ดพันธ์ ภัทรพงศ์สินธุ์ โรงพยาบาลหนองบัวระเหว จ.ชัยภูมิ• How to HA• นพ.สมเกียรติ วสุวิภูฏกุล โรงพยาบาลศิริราช• แบบประเมินตนเอง - ยามหม้อใหญ่ รศ.นพ.ครรชิตเทพ ต้นเผ่าพงษ์ โรงพยาบาลรามธิบดี	Meeting 10 HA Sharing
	<p>A48: “HPH : ชุมชนและโรงพยาบาลกับวงจรอาหารปลอดภัย”</p> <ul style="list-style-type: none">• นพ.สมคิด วิระเทพสุภรณ์ โรงพยาบาลสนามชัยเขต จ.ฉะเชิงเทรา• พญ.จำเนียร ยืนยง โรงพยาบาลพนมสารคาม จ.ฉะเชิงเทรา• นางนุสรา ประจันตเสน โรงพยาบาลขอนแก่น จ.ขอนแก่น• นพ.ชื่น เตชามหาชัย (ผู้ดำเนินการอภิปราย) กรมอนามัย	Meeting 11 อภิปราย
	อาหารกลางวัน	
13.30-15.00	<p>A54: “RCA แก้ปัญหากฎหมายและจริยธรรมได้อย่างไร”</p> <ul style="list-style-type: none">• พ.อ.อภิรักษ์ ปาลวัฒน์วิไชย โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า• พญ.สว่างจิตต์ สุระอมรกุล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล• น.ส.สุรางค์ สิงหะคเชนทร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์• พ.ท.ศ.ดุสิต สถาวร (ผู้ดำเนินการอภิปราย) โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า• นางเพ็ญจันทร์ แสนประสาน (ผู้ดำเนินการอภิปรายร่วม) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	Meeting 7 อภิปราย



เวลา	หัวข้อการประชุม	ห้อง/การนำเสนอ
	A55: “Six sigma” <ul style="list-style-type: none">▪ นพ.สิทธิศักดิ์ พฤษภัตติกุล เครือโรงพยาบาลพญาไท	Meeting 8
	A56: “แนวคิดในการจัดตั้งเครือข่ายโรงพยาบาลไทย” <ul style="list-style-type: none">▪ นางดอริส โกลด์ วิบูลศิลป์ สถาบัน NTU	Meeting 9 บรรยาย
	A57: “จับเข่าคุยกับโรงพยาบาล HA” <ul style="list-style-type: none">▪ การธำรงรักษาระบบ น.ส.อัจฉราภรณ์ ศิริวิวัฒนากุล โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์▪ Roadmap toward HA▪ นพ.อุดม ลีลาทวิวิฑูม โรงพยาบาลมิชชั่น กรุงเทพฯ▪ การนำองค์กร สู่เส้นทางคุณภาพ▪ นพ.สุรติ เล็กอุทัย โรงพยาบาลดำเนินสะดวก▪ ความสมบูรณ์ของเวชระเบียน พญ.ทิพย์สุดา วงศ์ภิรมย์สานต์ โรงพยาบาลอุทัยธานี	Meeting 10 HA Sharing
	A58: “HPH : บริการปฐมภูมิกับการส่งเสริมการออกกำลังกาย” <ul style="list-style-type: none">▪ ผศ.นพ.วิศาล คันธารัตนกุล คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล▪ นพ.สมชาย ลีทองอิน ผู้อำนวยการกองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย▪ นพ.ภักดี สืบอนุการณ์ โรงพยาบาลด่านซ้าย จ.เลย	Meeting 11 อภิปราย
15.00-15.30	อาหารว่าง	
15.30-17.00	A64: “KPI ของฝ่ายการพยาบาล” <ul style="list-style-type: none">▪ ดร.ยุวดี เกตสัมพันธ์ ผู้ช่วยคณบดี คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล▪ นางดารณี พิพัฒน์กุลชัย ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล▪ น.ส.เปรมจิตร์ คล้ายเพชร ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล	Meeting 7 อภิปราย
	A65: “BSC จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ” <ul style="list-style-type: none">▪ น.อ.อนุตตร จิตตินันท์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช	Meeting 8 บรรยาย



เวลา	หัวข้อการประชุม	ห้อง/การนำเสนอ
	A66: “Organizational Development: Maximizing Your Potential to Achieve Goals” <ul style="list-style-type: none">อภิญญา เถลิงศรี Managing Director, APM Group	Meeting 9 บรรยาย
	A67: “จับเข่าคุยกับโรงพยาบาล HA” <ul style="list-style-type: none">How to....ในโรงพยาบาลทหาร น.อ.ธาดา เวสารัชชพันธ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ จ.ชลบุรีเทคนิคการผลักดันกระบวนการคุณภาพให้สัมฤทธิ์ผลในโรงพยาบาลขนาดใหญ่<ul style="list-style-type: none">พ.อ.ผศ.ดุสิต สดาวร โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าKey Success Factors นางเจนจิรา แพงหลวง โรงพยาบาลเสาไห้ จ.สระบุรีKey Success ของ CQI นพ.ทง วีระพงษ์ โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จ.ศรีสะเกษ	Meeting 10 HA Sharing
	A68: “HPH : เด็ก เยาวชน ผู้ใหญ่ ‘ฟิต ไม่ฟิต’ รู้ได้อย่างไร” <ul style="list-style-type: none">นายกิตติพงษ์ สุวรรณวิบูล ร.ร.จิตรลดานพ.สมชาย ลีทองอิน ผู้อำนวยการกองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย	Meeting 11 อภิปราย
วันที่ 18 มีนาคม 2547		
09.00-10.30	B14: “สาระพันปัญหาเกี่ยวกับ HA” <ul style="list-style-type: none">นางดวงสมร บุญผดุง รองผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลนพ.เฉลิมชัย ชูเมือง สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลนางสงกรานต์ พุทธิขจร สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล	Meeting 7 HA Sharing
	B15:	Meeting 8
	B16: “การจัดการความรู้โดยวิธีธรรมชาติ” <ul style="list-style-type: none">ทีมโรงพยาบาลสงขลานครินทร์	Meeting 9 อภิปราย



เวลา	หัวข้อการประชุม	ห้อง/การนำเสนอ
	B17: “จับเข่าคุยกับโรงพยาบาล HA” <ul style="list-style-type: none">▪ เตรียมรับการเยี่ยมสำรวจ Re-Accreditation น.ส.ประกายแก้ว กำคำ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จ.เชียงราย▪ การดูแลแบบครบวงจร สำหรับผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งในสถานสงเคราะห์ โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพและองค์กรเอกชน นางสิริวรรณ เดียวสุรินทร์ โรงพยาบาลหาดใหญ่ จ.สงขลา▪ การเรียนรู้ทฤษฎีสู่การปฏิบัติ นพ.พิเชษฐ์ บัญญัติ โรงพยาบาลบ้านตาก จ.ตาก▪ นำทีม ทีมนำ ทำร่วมกัน นพ.สมยศ ศรีจารนัย โรงพยาบาลเขาวง จ.กาฬสินธุ์	Meeting 10 HA Sharing
	B18: “HPH : เสวนาชุมชนเข้มแข็ง” <ul style="list-style-type: none">▪ พ.อ.ชาญชัย ดิกชะปัญญา โรงพยาบาลค่ายสุรนารี▪ พ.ท.สุทิน เบญจวิไลกุล ชุมชนค่ายสุรนารี จ.นครราชสีมา▪ นพ.วิชัย อัครภาคย์ โรงพยาบาลน้ำพอง จ.ขอนแก่น▪ นางเพชรรัตน์ ศิริวงค์ ศูนย์อนามัยที่ 1 บางเขน	Meeting 11 อภิปราย
10.30-11.00	อาหารว่าง	
11.00-12.30	B44: “Case Management” <ul style="list-style-type: none">▪ พ.อ.กฤษณ์ กาญจนฤกษ์▪ พ.อ.หญิง อัญชัญ ไพบุลย์▪ ร.อ.หญิงจิราพร สิมากร▪ ร.อ.หญิงวรรณกร รักอิสระ▪ ร.อ.หญิงจำเรียง ภัทรธรรมภรณ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	Meeting 7 บรรยาย และ อภิปราย



เวลา	หัวข้อการประชุม	ห้อง/การนำเสนอ
	<p>B45: “คุณภาพให้ทุกช่วงชีวิต เชียงรายประชานุเคราะห์”</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Active Birth นพ.พิษณุ ธนดิพงษ์▪ การให้ยาต้านไวรัสในเด็กติดเชื้อเอชไอวี ให้ได้ความต่อเนื่องมากกว่า 95 % พญ.รวีวรรณ หาญสุทธิเวชกุล▪ การพัฒนางานสุขาภิบาลอาหารให้โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ นางชมนภา ปิติภากร นางเรวดี รุ้ยยาม▪ อบอุ่นใจในวันผ่าตัด นางจงกลณี กิตยากุล นางจงกลณี ดาววิจิตร▪ งานบริการผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานแบบสหสาขาวิชา นพ.วิทยา พงษ์สุระเชษฐ์	Meeting 8 HA Sharing
	<p>B46: “Strategic Framework Approach for Health Care”</p> <ul style="list-style-type: none">▪ นายณรงค์ จิวิงกูร ประธานกรรมการบริหารบริษัทโมเมมตัม คอนซัลติ้ง จำกัด	Meeting 9 บรรยาย
	<p>B47: “จับเข้าคุยกับโรงพยาบาล HA”</p> <ul style="list-style-type: none">▪ การสื่อสารภายในองค์กรที่มีประสิทธิภาพ รศ.นพ.วิรัตน์ วงศ์แสงนาค โรงพยาบาลลาดพร้าว▪ QA แบบพระรามเก้า นพ.วิโรจน์ โตควนิชย์ โรงพยาบาลพระราม9▪ เสริมแรงใจ สร้างสายใยรัก นางพจนา นาคน้ำ โรงพยาบาลธัญญารักษ์▪ การลดระยะเวลารอซักประวัติผู้ป่วยที่มารับการรักษารักษาโรงพยาบาล นางรัชณี ไพรสวัส โรงพยาบาลสวนปรุง จ.เชียงใหม่	Meeting 10 HA Sharing



เวลา	หัวข้อการประชุม	ห้อง/การนำเสนอ
	B48: “HPH : เครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ราชบุรี” <ul style="list-style-type: none">▪ นพ.ณรงค์ เห็นประเสริฐแท้ โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จ.ราชบุรี▪ น.ส.นิตยา มีสุข โรงพยาบาลสวนผึ้ง จ.ราชบุรี▪ นายสุชาติ มุ่งหมาย โรงพยาบาลจอมบึง จ.ราชบุรี▪ นพ.ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล (ผู้ดำเนินการอภิปราย) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 4 จ.ราชบุรี	Meeting 11 อภิปราย
12.30-13.30	อาหารกลางวัน	
13.30-15.00	B54: “Case Management” <ul style="list-style-type: none">▪ นางผ่องพรรณ ธนา สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล▪ นางสาวบุญเฉลา สุริยวรรณ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่▪ นางพรรณรัตน์ บุญโต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	Meeting 7 อภิปราย
	B55: “Internal Benchmarking” <ul style="list-style-type: none">▪ นางเพ็ญจันทร์ แสนประสาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์▪ น.ส.จิตรา จันชนะกิจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	Meeting 8 อภิปราย
	B56: “Balance Scorecard & KPI เพื่อพัฒนาสู่การเป็นองค์กรเรียนรู้” <ul style="list-style-type: none">▪ นายมนต์ชัย ฟินิจิตรสมุทร GP Business Consultant	Meeting 9 บรรยาย



เวลา	หัวข้อการประชุม	ห้อง/การนำเสนอ
	<p>B57: “จับเข่าคุยกับโรงพยาบาล HA”</p> <ul style="list-style-type: none">▪ การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดครบวงจรและการดูแลต่อเนื่องถึงบ้าน รศ.พญ.นิจศรี ชาญณรงค์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์▪ ประสานบริการอย่างไรให้ได้ถึงฝัน ผศ.นพ.ธวัช ชาญชฎานนท์ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จ.สงขลา▪ การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน นพ.สมศักดิ์ วสุวิฑิตกุล โรงพยาบาลละงู จ.สตูล▪ เส้นทางวิบาก ฝากให้ด้วยความรัก ร.อ.วรัญญู สัตยวงศ์ทิพย์ โรงพยาบาลด่านขุนทด จ.นครราชสีมา	Meeting 10 HA Sharing
	<p>B58: “HPH : จุดอ่อน ที่มองข้าม”</p> <ul style="list-style-type: none">▪ นายชาวลิต เมฆศิริกุล กองวิศวกรรมกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข▪ นายวิโรจน์ วัชรเกียรติศักดิ์ สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย	Meeting 11 อภิปราย
15.00-15.30	อาหารว่าง	
15.30-17.00	<p>B64: “Case Management”</p> <ul style="list-style-type: none">▪ นางผ่องพรรณ ธนา สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล▪ นางสาวบุญเจลา สุริยวรรณ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่▪ นางพรรณรัตน์ บุญโต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	Meeting 7 อภิปราย



เวลา	หัวข้อการประชุม	ห้อง/การนำเสนอ
	B65: “การวัดกับคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ HIV” <ul style="list-style-type: none">▪ นพ.สมศักดิ์ ศุภวิทย์กุล ศูนย์ความร่วมมือไทย- สหรััฐด้านสาธารณสุข▪ นางนิโคล ไชมอน ศูนย์ความร่วมมือไทย- สหรััฐด้านสาธารณสุข▪ น.ส.เสาวนีย์ สีสองสม ศูนย์ความร่วมมือไทย- สหรััฐด้านสาธารณสุข▪ นางอุบลศรี หาญเจริญกิจ โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า จ.เชียงราย▪ นางอำพร ชินะ โรงพยาบาลสันทราย จ.เชียงใหม่	Meeting 8 อภิปราย
	B66: “The Intregration of Leadership Development Gateway” <ul style="list-style-type: none">▪ นายอภิวุฒิ พิมลแสงสุริยา Executive Director, APM Group	Meeting 9 บรรยาย
	B67: “จับเข้าคุยกับโรงพยาบาล HA” <ul style="list-style-type: none">▪ การดูแลผู้ป่วยด้านกาย จิต สังคม นางประณีตศิลป์ เขาวนัลักษณ์สกุล โรงพยาบาลสันป่าตอง จ.เชียงใหม่▪ วัฒนธรรมองค์กรเกื้อหนุน ดันทุนแห่งการพัฒนา น.ส.อังคณา ลำปาววัน โรงพยาบาลวังเหนือ จ.ลำปาง▪ สบาย สบาย สไตล์บำรุงราษฎร์ นางสันทนา จันท์เนียม โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์▪ Multidisciplinary Team in Management of Childhood Obesity นพ.พิภพ จิรปัญญา โรงพยาบาลสมิติเวช	Meeting 10 HA Sharing
	B68: “HPH : ครบวงจรจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โรงเรียน วัด และชุมชน” <ul style="list-style-type: none">▪ นางสุรีย์ เจียมศุภฤกษ์ โรงพยาบาลสงขลา จ.สงขลา▪ นพ.ไกร ดาบธรรม โรงพยาบาลแม่เฒ่า จ.เชียงใหม่▪ นพ.दनัย ชีวันดา (ผู้ดำเนินการอภิปราย) ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 7 จ.อุบลราชธานี	Meeting 11 อภิปราย

วันที่ 19 มีนาคม 2547



เวลา	หัวข้อการประชุม	ห้อง/การนำเสนอ
09.00-10.30	C14: “สาระพันปัญหาเกี่ยวกับ HA” <ul style="list-style-type: none">นางดวงสมร บุญผดุง รองผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลพล.ต.หญิง วณิช วรรณพฤกษ์ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลนางสงกรานต์ พุทธิขจร สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล	Meeting 7 HA Sharing
	C15: “เส้นทางสู่ Clinical CQI รพ.สงขลา” <ul style="list-style-type: none">นพ.เฉลิมพงษ์ สุขนธผลพญ.พรรณิ อ้อสกุลพญ.ยุพเยาว์ เอื้ออารยาภรณ์นางพนิดา จันทรรัตน์นางดวงใจ นิยมนางจิตติมา ปลื้มใจ (ผู้ดำเนินการอภิปราย) โรงพยาบาลสงขลา จ.สงขลา	Meeting 8
	C16: “คนละชั่วของการจัดการข้อมูล” <ul style="list-style-type: none">การพัฒนา software เพื่อใช้ในห้อง Lab” นายสมศักดิ์ ราชกุล โรงพยาบาลราชวิถีการใช้กระบวนการกลุ่มในการถ่ายทอดข้อมูลและเรียนรู้ในกลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV และญาติ คุณอายุสิทธิ์ หะยีนิอาลี โรงพยาบาลยะลา จ.ยะลา	Meeting 9 นำเสนอ
	C17: “จับเข้าคุยกับโรงพยาบาล HA” <ul style="list-style-type: none">ทีมนำเข้มแข็ง หนทางสู่ความสำเร็จ นพ.เทียม อังสาชน โรงพยาบาลสระบุรี จ.สระบุรีบันไดสู่ HA นพ.ธวัช นาวิระ โรงพยาบาลลพบุรี จ.ลพบุรีเริ่มต้นที่เวชระเบียน พ.อ.ดิศต์ สิงหเสนี โรงพยาบาลอนันตมหิตล จ.ลพบุรีการวางแผนกลยุทธ์ด้านการรักษาพยาบาล นพ. สมเกียรติ ธรรมปรีชาไว โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จ.ชลบุรี	Meeting 10 HA Sharing



เวลา	หัวข้อการประชุม	ห้อง/การนำเสนอ
	C18: “แบบประเมินตนเอง” <ul style="list-style-type: none">น.ส.อาภากร สุปัญญา สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล	Meeting 11 บรรยาย
10.30-11.00	อาหารว่าง	
11.00-12.30	C44: “Patient Safety Goals” <ul style="list-style-type: none">นางเพ็ญจันทร์ แสนประสาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์นางวรรณิ บุญช่วยเหลือ ฝ่ายบริหารงานคุณภาพ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์	Meeting 7 อภิปราย
	C45: “สาระพัดกลยุทธ์เพื่อความปลอดภัยในการให้ยา” <ul style="list-style-type: none">ดร.ยุวดี เกตสัมพันธ์ ผู้ช่วยคณบดี คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาลนางอรสา อุณหเลขากะ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช	Meeting 8 อภิปราย
	C46: “Evidence Base in Nursing Practice” <ul style="list-style-type: none">น.ส.ทิพย์สุดา ชำนาญศรีเพ็ชร ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราชน.ส.ปองหทัย พุ่มระย้า โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีนางสุธาดา กัณหะ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	Meeting 9 อภิปราย
	C47: “จับเข้าคู่กับโรงพยาบาล HA” <ul style="list-style-type: none">How to integrate HA to routine life นพ.วิเชาว์ กอจรัญจิตต์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีการนำองค์การขนาดใหญ่ สู่การรับรอง นพ.สุนทร ไทยสมัคร โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จ.นครราชสีมาไม่มีเรื่องยากใน HA นพ.ยงยศ ธรรมวุฒิ โรงพยาบาลหลังสวน จ.ชุมพรปัจจัยแห่งความสำเร็จ ภก.ณรงค์ อาสายุทธ โรงพยาบาลแก่งคร้อ จ.ชัยภูมิ	Meeting 10 HA Sharing
	C48:	Meeting 11



ขอบเขตเนื้อหาและบทคัดย่อ Main Forum



“A40: ยึดตามช่อง มอง HA”

ที่มา

ทิศทางการพัฒนาองค์กรทั้งในภาครัฐและเอกชนเริ่มมีทิศทางที่สอดคล้องไปในแนวทางเดียวกัน คือการมุ่งผลสัมฤทธิ์ตามหน้าที่หลัก เพื่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ ดังปรากฏชัดเจนในนโยบายของรัฐบาลเรื่องการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี การพัฒนาระบบราชการไทย การพัฒนาผู้นำการบริหารการเปลี่ยนแปลง ตลอดจนการเป็นศูนย์กลางบริการสุขภาพมาตรฐานระดับโลก

กระบวนการ HA ได้กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในโรงพยาบาลต่างๆ สร้างวัฒนธรรมคุณภาพที่เน้นผู้รับผลงานเป็นศูนย์กลาง ความปลอดภัยของผู้ป่วย ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และมีดีอื่นๆ ของคุณภาพอย่างรอบด้าน นับว่าเป็นพื้นฐานที่ดีในการรองรับนโยบายและเป้าหมายต่างๆ ที่รัฐบาลมอบหมายให้ รวมทั้งสถานการณ์และความท้าทายที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าประชุมได้รับทราบประสบการณ์ ข้อคิด จากผู้เกี่ยวข้องในมุมมองต่างๆ ว่ามองเห็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการ HA อย่างไร มีสิ่งใดเป็นจุดแข็ง มีสิ่งใดที่สมควรเพิ่มเติมให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้เกี่ยวข้อง

เนื้อหาที่จะนำเสนอ

1. ทิศทางการพัฒนาระบบราชการและการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี มุมมองต่อ HA ในฐานะระบบประกันคุณภาพและการปูพื้นฐานการบริหารจัดการที่มุ่งผลสัมฤทธิ์และประสิทธิภาพ
2. สิ่งที่ได้รับจากกระบวนการ HA ในมุมมองของโรงพยาบาล ทั้งในด้านสุขภาพของประชาชน และในส่วนของผู้ให้บริการ
3. สิ่งที่ได้รับจากกระบวนการ HA ในมุมมองของผู้บริหารสาธารณสุขระดับจังหวัด ความคาดหวัง และทิศทางในอนาคต
4. ความคาดหวังของผู้ว่าราชการจังหวัด CEO ต่อระบบบริการสุขภาพ สิ่ง HA สามารถตอบสนองต่อความคาดหวังดังกล่าว
5. นโยบายการท่องเที่ยวและศูนย์บริการสุขภาพ การปรับตัวที่ต้องเกิดขึ้น และบทบาทที่ HA จะสนับสนุนนโยบายดังกล่าว

วิทยากร

ศ. ร.ต.อ.ว.รเดช จันทรรศ	เลขานุการคณะกรรมการอุดมศึกษา
นายสมพร ไซบางยาง	ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา
นางจุฑาทพร เริงรณอาษา	รองผู้ว่าการการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย
นพ.ปฐมพงษ์ ปรุปรอง	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปทุมราชวงศา จ.อำนาจเจริญ
ศ.ดร.สมอาจ วงษ์ขมทอง	สถาบันพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล



“A41: เมื่อลูกค้าคือชุมชน และไม่เอาตัวเราเป็นศูนย์กลาง”

ที่มา

หัวใจของคุณภาพคือการเน้นลูกค้าหรือผู้รับผลงานเป็นศูนย์กลาง การสร้างคุณค่าและคุณประโยชน์ให้แก่ลูกค้าหรือผู้รับผลงาน เมื่อมองในภาพกว้าง ลูกค้าของระบบบริการสุขภาพก็คือชุมชนหรือสังคม มิใช่ผู้ป่วยเป็นรายๆ

การจัดบริการสุขภาพเมื่อเริ่มต้นก็เริ่มจากความต้องการของผู้รับบริการว่ามีปัญหาอะไร แต่เมื่อเวลาผ่านไป ขอบเขตบริการต่างๆ มักจะเกิดจากสิ่งที่คุณให้บริการสามารถทำได้ หรืออยากจะทำ ในขณะที่สภาพสังคมเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ปัญหาและความต้องการสุขภาพของชุมชนก็เปลี่ยนไปด้วย ความเคยชินกับการทำงานที่เอาผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง ทำให้เกิดระบบบริการที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการ หรือไม่สามรถปรับตัวให้เข้ากับความต้องการของชุมชนได้

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าประชุมได้รับทราบแนวคิดหลักในการจัดบริการเพื่อตอบสนองความต้องการหรือปัญหาสุขภาพของชุมชน การประสานแนวคิดต่างๆ เข้าด้วยกัน รวมทั้งประสบการณ์จากการนำแนวคิดดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติ

เนื้อหาที่จะนำเสนอ

1. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพที่มุ่งตอบสนองความต้องการและปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยและชุมชน
2. การรับรู้ความต้องการของชุมชนที่เปลี่ยนแปลงไป และการมีส่วนร่วมของชุมชน
3. การตอบสนองความต้องการของชุมชนโดยการทำทรัพยากรและสิ่งดีๆ ที่มีอยู่ทั้งในองค์กร และความร่วมมือจากภายนอก มาสร้างคุณค่าเพิ่มให้เกิดงานบริการที่มั่นคง และทุกคนได้รับประโยชน์ในลักษณะ win-win
4. ตัวอย่างประสบการณ์จริงที่เกิดขึ้นในประเทศไทย ในโรงพยาบาลประเภทต่างๆ
5. ตัวอย่างการปฏิบัติในต่างประเทศ

วิทยากร

ดร.ยวดี เกตสัมพันธ์

ผู้ช่วยคณบดี คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล

รศ.ดร.ศิริอร สินธุ

รักษาการคณบดี สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์



“A42: จิตวิญญาณของวิชาชีพ”

ที่มา

ในระบบบริการสุขภาพ ผู้ประกอบวิชาชีพมีบทบาททั้งในฐานะที่จะใช้ความรู้ทางวิชาชีพในการให้บริการ ในการสร้างศักยภาพให้ผู้รับบริการสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ และบางครั้งต้องปฏิบัติหน้าที่ในฐานะผู้แทนของผู้รับบริการที่จะต้องตัดสินใจบางอย่าง หรือให้ข้อมูลและเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ คุณภาพของระบบบริการสุขภาพจึงขึ้นอยู่กับคุณภาพของผู้ประกอบวิชาชีพ ซึ่งนอกเหนือจากความรู้และทักษะทางวิชาชีพแล้ว ผู้ประกอบวิชาชีพยังต้องปฏิบัติงานด้วยสำนึกในจิตวิญญาณของวิชาชีพ มีจริยธรรม มีความรับผิดชอบ มีความเอื้ออาทร และมีความระมัดระวัง

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าประชุมเห็นแนวทางที่จะนำแนวคิดเรื่องจิตวิญญาณของวิชาชีพไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมทั้งในระดับบุคคล และในระดับส่วนรวม

เนื้อหาที่จะนำเสนอ

1. ความหมายและคุณค่าของวิชาชีพ
2. การดำรงคุณค่าและหลักการของวิชาชีพแพทย์ในระดับสากล
3. ธรรมนูญแพทย์สำหรับวิชาชีพแพทย์ในสหัสวรรษใหม่ หลักการพื้นฐาน ความรับผิดชอบ พันธสัญญา

วิทยากร

รศ. นพ. ปรีดา ทัศนประดิษฐ์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รศ. นพ. อรุณ โรจนสกุล คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



จิตวิญญาณของวิชาชีพ

รศ.นพ.ปรีดา ทศนประดิษฐ์, รศ.นพ.อรุณ ไวจนสกุล

จิตวิญญาณของวิชาชีพ ในบทความนี้หมายถึง จิตวิญญาณของวิชาชีพ แพทย์ ซึ่งครอบคลุมใช้ได้กับบุคลากรผู้ให้บริการทางสาธารณสุขทั้งหมด จากพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ได้ให้ความหมายของ จิต วิญญาณ และวิชาชีพ ดังนี้

จิต หมายถึง ใจ สิ่งที่มีหน้าที่รู้ คิดและนึก

วิญญาณ หมายถึง สิ่งที่เชื่อกันว่ามีอยู่ในกายเมื่อมีชีวิต เมื่อตายจะออกจากร่างกายล่องลอยไปหาที่เกิดใหม่; ความรับรู้; จิตใจ เช่น มีวิญญาณนักร้องก็คือมีจิตใจเป็นนักร้อง

วิชาชีพ หมายถึง วิชาที่จะนำไปใช้ในการประกอบอาชีพ

จิตวิญญาณของวิชาชีพแพทย์ จึงมีความหมายว่า มีจิตใจของวิชาชีพแพทย์ หรือมีความเป็นวิชาชีพแพทย์ โดยเขียนให้กระชับและเข้าใจได้ง่ายก็คือ มีจิตใจเป็นแพทย์ มีความเป็นแพทย์

คำว่า วิชาชีพตรงกับศัพท์ภาษาอังกฤษว่า professions คืออาชีพที่มีลักษณะเฉพาะ Cruess SR.¹ และคณะ ให้คำอธิบายว่า หมายถึง อาชีพที่ต้องทำงานโดยใช้วิชาความรู้ที่ซับซ้อน เป็นอาชีพที่ให้บริการแก่ผู้อื่น สมาชิกของวิชาชีพจะต้องอยู่ภายใต้กฎระเบียบทางจริยธรรม มีพันธสัญญาว่า ต้องมีความรู้ความสามารถ มีความซื่อสัตย์ มีศีลธรรม เห็นแก่ประโยชน์ของผู้รับบริการและส่วนรวมมากกว่าประโยชน์ส่วนตัว และให้ความช่วยเหลือสังคมในขอบเขตของวิชาชีพ จากปฏิสัมพันธ์ของวิชาชีพต่อสังคมดังกล่าว สังคมจะยอมให้วิชาชีพมีเอกสิทธิ์ในการใช้ความรู้เฉพาะทาง มีเสรีภาพในการปฏิบัติตน และมีสิทธิที่จะควบคุมดูแลตนเองในวิชาชีพนั้น ๆ แต่ยังคงถูกตรวจสอบโดยผู้รับบริการและสังคมได้

Gruen RL. และคณะ² ได้สรุปว่าอาชีพที่จัดเป็นวิชาชีพมีลักษณะ 4 ประการคือ

1. มีความเป็นเอกเทศในการใช้ความรู้ที่เป็นวิชาเฉพาะทางของตน
2. มีเสรีภาพในการทำวิชาชีพ และมีการควบคุมตนเองในหมู่สมาชิก
3. เห็นแก่ประโยชน์ของผู้รับบริการและสังคมมากกว่าประโยชน์ส่วนตัว
4. มีความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานให้ได้ตามมาตรฐาน และมีการพัฒนาด้านวิชาการและ

ทักษะในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง

ในปัจจุบันวิชาชีพหลาย ๆ วิชาชีพ ถูกวิพากษ์วิจารณ์ไปในทางลบ เกี่ยวกับการรับผลประโยชน์ที่มีความขัดแย้ง (conflicts of interest) คือ คำนี้ถึงผลประโยชน์ส่วนตัวมากกว่าประโยชน์ของผู้รับบริการ ทั้งทางตรงและทางอ้อม อีกประเด็นที่สังคมมีความแคลงใจในวิชาชีพคือ การที่ไม่สามารถรักษามาตรฐานทางวิชาชีพไว้ในระดับที่ดีและเหมาะสม วิชาชีพแพทย์ก็เช่นเดียวกันกับวิชาชีพอื่น ๆ แต่เนื่องจากวิชาชีพแพทย์เกี่ยวข้องกับทางร่างกายและจิตใจของมนุษย์โดยตรงมากกว่าวิชาชีพอื่น จึงดูเหมือนว่าสังคมจะให้เกียรติและยอมรับความเป็นวิชาชีพของแพทย์มากกว่าวิชาชีพอื่น อย่างไรก็ตามเนื่องจากความเจริญก้าวหน้าของสังคม ทำให้เกิดแรงกดดันจากหลาย ๆ ทาง เช่น ความเจริญก้าวหน้าทางวิชาการแพทย์อย่างรวดเร็ว การปรับเปลี่ยนระบบราชการ การเมือง เงินทุน การตลาด มีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ทำให้เปราะบางกว่าในอดีตที่ผ่านมา การที่วิชาชีพแพทย์จะยังคงดูแลผู้ป่วยและสังคมได้เป็นอย่างดี จึงต้องอาศัยการดำรงไว้ซึ่งคุณค่าและหลักการของวิชาชีพแพทย์ซึ่งมีประวัติสืบเนื่องมาอย่างยาวนาน ตั้งแต่สมัยของ Hippocrates เมื่อกว่า 2500 ปี



มาแล้ว ในยุคนี้แม้ว่า ปฏิญญาของฮิปโปเครติส (Hippocratic Oath) จะยังคงเป็นคำสอนที่มีคุณค่าสูง และเป็นหลักการที่สามารถยึดเป็นหลักปฏิบัติได้ดี แต่รายละเอียดปลีกย่อยซึ่งเกิดจากความเปลี่ยนแปลงของยุคสมัยนั้น มีมากเกินไปหลักคำสอนของฮิปโปเครติส ทำให้องค์กรแพทย์ในประเทศทางตะวันตกหลายองค์กรได้แก่ The American Board of Internal Medicine Foundation (ABIM), The American College of Physicians, American Society of Internal Medicine (ACP – ASIM), The European Federation of Internal Medicine ซึ่งมีแพทย์จากหลายประเทศ เช่น จากหลายมลรัฐของสหรัฐอเมริกา สวีเดน อังกฤษ สวิสเซอร์แลนด์ เนเธอร์แลนด์ ฝรั่งเศส อิตาลี แคนาดาและสเปน ได้ร่วมกันจัดทำโครงการ The Medical Professional Project (www.professionalism.org) ขึ้นในปลายปี ค.ศ. 1999 โดยองค์กรทั้งสามดังกล่าวได้แบ่งความรับผิดชอบให้คณะกรรมการร่วมกันร่าง ธรรมนูญ (charter) ขึ้น ซึ่งประกอบด้วย หลักการสำคัญ 3 ประการ ที่บุคลากรทางการแพทย์สมควรรับรู้และรับเป็นแนวทางปฏิบัติ ธรรมนูญนี้ ส่งเสริมให้แพทย์มีความพยายามที่จะดำเนินการให้วิชาชีพแพทย์มีพันธสัญญาที่จะรับผิดชอบ บำรุงสุขภาพผู้ป่วย ความเที่ยงธรรมต่อสังคม และมีความปรารถนาให้สามารถนำธรรมนูญนี้ไปประยุกต์ใช้ได้กับทุกสังคมทั่วโลก แม้ว่าจะมีความแตกต่างกันทางด้านวัฒนธรรมและการเมือง ผลการดำเนินการดังกล่าวทำให้ ในปี ค.ศ. 2002 ได้มีการตีพิมพ์บทความเรื่อง Medical Professionalism in the New Millenium : A Physician Charter ในวารสาร Annals of Internal Medicine³ และวารสาร The Lancet⁴ ซึ่งขอถอดความเป็นภาษาไทยดังต่อไปนี้

Medical Professional in the New Millenium : A Physician Charter

วิชาชีพแพทย์ในสหัสวรรษใหม่ : ธรรมนูญแพทย์

บทนำ

ความเป็นแพทย์ (Professionalism) เป็นพื้นฐานของความสัมพันธ์ระหว่างวิชาชีพแพทย์กับสังคม วิชาชีพแพทย์ต้องแสดงเจตจำนง ที่ยึดถือผลประโยชน์ของปวงผู้ป่วยเหนือผลประโยชน์ของแพทย์ มีการกำหนดมาตรฐานการรักษาและความเป็นเอกภาพของวิชาชีพ เป็นผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ แพทย์แก่สังคมในฐานะผู้ชำนาญการเรื่องสุขภาพ หลักสำคัญและความรับผิดชอบของวิชาชีพแพทย์ ต้องมีความชัดเจนทั้งฝ่ายแพทย์และสังคม แก่นแท้ของข้อผูกพันนี้ก่อให้เกิดความไว้วางใจของสังคมที่มีต่อแพทย์ในฐานะปัจเจกบุคคลและในฐานะองค์กรทางการแพทย์

ในปัจจุบัน วิชาชีพแพทย์ต้องเผชิญกับความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่รวดเร็ว พลังทางการตลาดที่แปรเปลี่ยน ปัญหาหลากหลายที่เพิ่มขึ้นในระบบบริการทางสุขภาพ การก่อการร้ายโดยใช้หลักวิชาทางชีวภาพ และภาวะโลกาภิวัตน์ ผลก็คือแพทย์มีความยากลำบากในการปฏิบัติตนตามความรับผิดชอบต่อผู้ป่วยและสังคม ในภาวะเช่นนี้ การเน้นย้ำพื้นฐานที่เป็นหลักปฏิบัติสากลและคุณค่าของวิชาชีพแพทย์ซึ่งยอมรับกันในทุกหมู่แพทย์จะเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากที่สุด

วิชาชีพแพทย์มีมาแต่ครั้งโบราณและได้ฝังลึก ในทุกวัฒนธรรม ธรรมเนียมของทุกชนชาติ แพทย์มีสถานะเป็นผู้ให้การรักษาโดยมีรากฐานย้อนกลับไปได้ตั้งแต่สมัยของฮิปโปเครติส โดยแท้จริงแล้ววิชาชีพแพทย์ควรพัฒนาไป แข่งกับความเปลี่ยนแปลงทางการเมือง กฎหมาย และแรงผลักดันทางการค้า



ยิ่งกว่านั้นยังมีความแปรปรวน ที่หลากหลายในการให้บริการทางการแพทย์ โดยที่หลักการพื้นฐานอาจแสดงออกในทิศทางที่ยุ่ยากและสับสน ทั้ง ๆ ที่มีความแตกต่างดังกล่าว แต่ก็มีหลักธรรมดาที่สำคัญซึ่งเป็นพื้นฐานของธรรมเนียมแพทย์ โดยมีหลักการพื้นฐาน 3 ประการประกอบเป็นชุดของความรับผิดชอบของวิชาชีพแพทย์ โดยเฉพาะ

หลักการพื้นฐาน (Fundamental Principles)

หลักการที่ยึดถือสุขภาพของผู้ป่วยเป็นสิ่งสูงสุด

(Principle of primacy of patient welfare)

หลักการข้อนี้มีพื้นฐานจากความมุ่งมั่นที่จะต้องรักษาผลประโยชน์ของผู้ป่วย การที่เห็นแก่ประโยชน์ของผู้ป่วยมากกว่าส่วนตนของแพทย์ (altruism) ทำให้เกิดความเชื่อถือต่อวิชาชีพแพทย์ ซึ่งเป็นหัวใจของความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย แรงดันจากการตลาด และแรงบีบคั้นจากสังคม และองค์กรบริหาร จะต้องไม่ขัดแย้งกับหลักการข้อนี้

หลักการ เสรีภาพของผู้ป่วย

(Principle of patient autonomy)

แพทย์ต้องเคารพในสิทธิเสรีภาพของผู้ป่วย แพทย์ต้องซื่อสัตย์ต่อผู้ป่วยและพยายามให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาของตนเอง การตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาของผู้ป่วยมีน้ำหนักมาก ตราบใดที่การเลือกวิธีการรักษานั้นไม่ขัดต่อจริยธรรม และหรือความต้องการการรักษาที่ไม่เหมาะสม

หลักการ ความยุติธรรมต่อสังคม

(Principle of social justice)

วิชาชีพแพทย์ต้องสนับสนุนความเสมอภาคในระบบการให้บริการทางสาธารณสุข ซึ่งหมายถึงรวมถึงการจัดสรรทรัพยากรทางสุขภาพที่ยุติธรรม แพทย์ต้องพยายามขจัดความเหลื่อมล้ำในการให้บริการทางสุขภาพ ในด้าน เชื้อชาติ เพศ เศรษฐกิจ ความเชื่อ ศาสนา และกฎเกณฑ์ทางสังคมอื่น ๆ

อนุกรมความรับผิดชอบของวิชาชีพแพทย์

(A Set of Professional Responsibilities)

พันธสัญญา ว่าด้วย การมีความสามารถทางวิชาชีพ

(Commitment to professional competence)

แพทย์ต้องมีพื้นฐานที่จะเรียนรู้ตลอดชีวิต แพทย์มีหน้าที่ต้องดำรงไว้ซึ่ง ความรู้ทางวิชาการ แพทย์ ความชำนาญทางคลินิก การทำงานเป็นทีม เพื่อพัฒนาการบริการให้มีคุณภาพ ในวงกว้าง สมาคมวิชาชีพแพทย์ต้องพยายามทำให้เหล่าสมาชิกมีความรู้และทักษะในการรักษาพยาบาล โดยการจัดหาวิธีดำเนินการเพื่อทำให้สมาชิกแพทย์บรรลุเป้าประสงค์นี้



พันธสัญญา ว่าด้วย ความซื่อสัตย์ต่อผู้ป่วย

(Commitment to honesty with patients)

แพทย์ต้องยึดถือแนวปฏิบัติของการบอกกล่าวกับผู้ป่วย ด้วยข้อมูลทั้งหมดที่พอเพียงก่อนที่ผู้ป่วยจะยินยอมเข้ารับการรักษาและภายหลังการรักษา ทั้งนี้ไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยต้องร่วมในการตัดสินใจในทุกช่วงเวลาการรักษา ผู้ป่วยควรมอบอำนาจในการตัดสินใจตลอดกระบวนการรักษามากกว่าแพทย์ต้องให้ความรู้ในในระบบบริการทางการแพทย์อาจจะเกิดความพลั้งพลาดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายได้ เมื่อใดก็ตามที่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยจากการรักษา ผู้ป่วยต้องได้รับการบอกให้ทราบโดยไม่ชักช้า การเพิกเฉยที่จะแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงความผิดพลาด จะเกิดผลเสียต่อความเชื่อถือของผู้ป่วยและสังคมอย่างมาก การรายงานความผิดพลาดและการวิเคราะห์หาสาเหตุของความผิดพลาดทางการแพทย์เป็นพื้นฐานของการแก้ไขความผิดพลาด และพัฒนากลไกการป้องกันความผิดพลาดที่เหมาะสม ควรพิจารณาการชดเชยที่พอเหมาะต่อผู้ป่วยที่ได้รับอันตรายจากความผิดพลาดด้วย

พันธสัญญา ว่าด้วย การรักษาความลับของผู้ป่วย

(Commitment to patient confidentiality)

การที่จะได้รับความเชื่อถือและความไว้วางใจจากผู้ป่วย จำต้องมีมาตรการในการรักษาความลับของผู้ป่วย หลักการข้อนี้ครอบคลุมถึงการรักษาความลับในการติดต่อกับตัวแทนของผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้การยินยอมรักษาได้ด้วยตนเอง การรักษาความลับของผู้ป่วยในปัจจุบันยากกว่าในอดีตมาก โดยเฉพาะระบบการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ และการนำข้อมูลของยีน (genetic information) ของมนุษย์มาใช้มากขึ้น แพทย์ต้องตระหนักว่าในบางกรณีพันธสัญญาที่จะรักษาความลับของผู้ป่วย ต้องมาที่หลังผลประโยชน์ของส่วนรวม ตัวอย่างเช่น เมื่อผู้ป่วยเป็นภัยคุกคามต่อบุคคลอื่น ก็จำเป็นต้องเปิดเผยข้อมูลนี้อาจก่อให้เกิดอันตรายนั้น

พันธสัญญา ว่าด้วย การดำรงไว้ซึ่งความสัมพันธ์ที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

(Commitment to maintain appropriate relations with patient)

ผู้ป่วยจัดเป็นกลุ่มบุคคลที่เปราะบางและต้องพึ่งผู้อื่น ความสัมพันธ์บางสถานะของผู้ป่วยและแพทย์เป็นสิ่งที่ต้องพยายามหลีกเลี่ยง เช่น แพทย์พึ่งไม่ล่วงละเมิดทางเพศต่อผู้ป่วย พึ่งไม่หาผลประโยชน์ทางการเงินส่วนตัวจากผู้ป่วย และไม่แสวงหาผลประโยชน์ส่วนตนอื่น ๆ จากผู้ป่วย

พันธสัญญา ว่าด้วย การรักษาคุณภาพของการรักษา

(Commitment to improving quality of care)

แพทย์ต้องมุ่งมั่นที่จะพัฒนาคุณภาพของการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง คำขยายของหลักปฏิบัติข้อนี้ ไม่ได้หมายถึงเฉพาะถึงการรักษามาตรฐานการดูแลผู้ป่วยทางคลินิกเท่านั้น แต่หมายรวมถึงการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ เพื่อลดความผิดพลาดทางยา เพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย ลดความฟุ่มเฟือยในการใช้ทรัพยากรทางสาธารณสุข และพยายามทำให้ผลลัพธ์ของการรักษาอยู่ในระดับที่ดีและเหมาะสม แพทย์ต้องมีส่วนร่วมในการพัฒนามาตรการวัดผลคุณภาพของการรักษา และการใช้วิธีวัดผลเพื่อประเมิน การปฏิบัติงานส่วนบุคคล สถาบัน และระบบการให้บริการทางสุขภาพ แพทย์ในฐานะปัจเจก



บุคคลและผ่านทางสมาคมวิชาชีพ ต้องรับผิดชอบในการจัดหา จัดสร้าง และบังคับใช้กลไกต่าง ๆ ที่ ออกแบบมาเพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

พันธสัญญา ว่าด้วย การพัฒนาการเข้าถึงการดูแลรักษาทางการแพทย์

(Commitment to improving access to care)

วิชาชีพแพทย์มีจุดประสงค์ที่เป็นรูปธรรมว่า ระบบการบริการทางสุขภาพต้องพร้อมที่จะ ให้บริการอย่างเป็นรูปแบบที่เหมือนกันตาม มาตรฐานวิชาชีพ แพทย์ต้องต่อสู้เพื่อลดกำแพงขวางกั้น เพื่อให้การบริการทางสุขภาพมีความเท่าเทียมกัน แพทย์ต้องพยายามขจัดอุปสรรคต่าง ๆ ในการเข้าถึง การบริการทางสาธารณสุข ได้แก่ การศึกษา กฎหมาย เงินทุน ภูมิประเทศ และการแบ่งแยกทางสังคม มีความมุ่งมั่นต่อความทัดเทียมโดยการส่งเสริม การสาธารณสุข เวชศาสตร์ป้องกัน และให้คำแนะนำต่อ สาธารณะตามความเชี่ยวชาญของแพทย์แต่ละคน โดยไม่คำนึงถึงผลประโยชน์ส่วนตนและผลประโยชน์ ของวิชาชีพ

พันธสัญญา ว่าด้วย ความยุติธรรมในการจัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด

(Commitment to a just distribution of finite resource)

ในเวลาเดียวกันการทำตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน แพทย์ยังต้องให้บริการทาง สาธารณสุขที่อยู่บนพื้นฐานของการบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด อย่างฉลาด มีประสิทธิภาพ และคุ้มค่า แพทย์ต้องสามารถทำงานร่วมกับแพทย์ท่านอื่น ๆ สถาบัน โรงพยาบาล และผู้รับผิดชอบ ค่าใช้จ่ายเพื่อพัฒนาแนวทางการรักษาที่เหมาะสม แพทย์มีความรับผิดชอบในการจัดสรรทรัพยากรและ การรักษาพยาบาล พยายามลดการสืบค้นทางการแพทย์ และหัตถการที่ฟุ่มเฟือย การจัดหาให้มีการ บริการที่ไม่จำเป็น นอกจากจะทำให้ผู้ป่วยต้องเสี่ยงอันตรายและเพิ่มค่าใช้จ่ายจากการรักษานั้น ๆ แล้ว ยังแย่งชิงทรัพยากรที่จำเป็นต่อการบริการอื่น ๆ ด้วย

พันธสัญญา ว่าด้วย ความรู้ทางวิทยาศาสตร์

(Commitment to scientific knowledge)

ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับสังคมมีพื้นฐานอยู่บนความเป็นเอกภาพ และความเหมาะสมของ การใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี แพทย์มีหน้าที่ต้องสนับสนุนมาตรฐานทางวิทยาศาสตร์ ส่งเสริมงานวิจัย สร้างองค์ความรู้ใหม่ และสนับสนุนให้มีการใช้ วิชาชีพแพทย์ต้องรับผิดชอบต่อความ เป็นหนึ่งเดียวของความรู้ที่มีพื้นฐานข้อมูลสนับสนุนและการสะสมจากประสบการณ์ของแพทย์

พันธสัญญา ว่าด้วย การดำรงไว้ซึ่งความเชื่อถือโดยการจัดการเรื่องผลประโยชน์ขัดแย้ง

(Commitment to maintaining trust by managing conflicts of interest)

วิชาชีพแพทย์ และองค์กรวิชาชีพของแพทย์ มีโอกาสที่จะทำให้เกิดความเสียหายต่อหน้าที่ของ วิชาชีพ โดยการแสวงหาผลประโยชน์ส่วนตนและผลกำไรส่วนบุคคล แพทย์อาจมีความสัมพันธ์กับกิจการ ต่าง ๆ ที่มีจุดประสงค์หลักเพื่อการทำการกำไร เช่น บริษัทเครื่องมือทางการแพทย์ บริษัทผู้ผลิตยา และ บริษัทประกันภัย อย่างไม่เหมาะสม โดยความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ได้เสมอ แพทย์มีหน้าที่ที่ต้องตระหนักถึง เปิดเผย และดำเนินการกับผลประโยชน์ขัดแย้งที่เกิดขึ้นในระหว่างการปฏิบัติหน้าที่และการทำกิจกรรม



อื่น ๆ ความสัมพันธ์ระหว่างบริษัทผลิตภัณฑ์สุขภาพและผู้นำทางความคิดของวิชาชีพ เช่น หัวหน้าโครงการวิจัย ต้องไม่เป็นการลับ โดยเฉพาะบุคคลที่เป็นผู้พิจารณาหลักเกณฑ์ของ การดำเนินการวิจัย การรายงานวิจัย การเขียนบทบรรณาธิการ และการจัดทำเกณฑ์การรักษา หรือเป็นบรรณาธิการของวารสารทางการแพทย์

พันธสัญญา ว่าด้วย ความรับผิดชอบต่อวิชาชีพ

(Commitment to professional responsibilities)

แพทย์ในฐานะของสมาชิกของวิชาชีพแพทย์ ถูกคาดหวังว่าต้องร่วมมือกันปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุด ต้องเคารพผู้ร่วมวิชาชีพ ต้องร่วมมือในกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมดูแลตนเอง ซึ่งรวมถึงการเยียวยาแก้ไขและกำกับสมาชิกที่ไม่ทำตามระเบียบของวิชาชีพ สมาคมวิชาชีพต้องบัญญัติและจัดตั้ง ระบบการศึกษา และมาตรฐาน สำหรับสมาชิกในปัจจุบันและสมาชิกในอนาคต แพทย์มีหน้าที่ต้องให้ความร่วมมือจัดกระบวนการดังกล่าว และยังคงยอมรับการตรวจสอบทั้งจากภายใน และจากภายนอก ในทุกแง่มุมของการปฏิบัติตนตามวิชาชีพ

บทสรุป

การประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ในปัจจุบันมีอุปสรรคและความท้าทายอย่างไม่เคยมีมาก่อนในอดีต ในทุกสังคมและวัฒนธรรม ความท้าทายที่หลากหลายนี้ได้แก่ ความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคนที่แตกต่างกัน ทรัพยากรที่จะตอบสนองต่อความต้องการที่มีอยู่อย่างจำกัด การเพิ่มขึ้นของแรงกดดันจากการตลาดที่ต้องการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพ สิ่งเข้ายวนแพทย์ ให้ละทิ้งธรรมเนียมปฏิบัติที่ยึดถือเอาผลประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่สุด การที่จางความไว้วางใจของสังคมที่มีต่อวิชาชีพ ในช่วงเวลาที่มีกระแสหมุนเวียนรุนแรงเช่นนี้ เหล่าแพทย์ต้องมีความมุ่งมั่น ที่จะปฏิบัติตามหลักการของวิชาชีพ โดยต้องตั้งปณิธานว่า จะยึดผลประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นที่หนึ่ง ต้องพยายามร่วมกันปรับปรุง ระบบบริการสุขภาพให้เกิดความผาสุกของสังคม ธรรมเนียมของวิชาชีพแพทย์นี้ มีจุดประสงค์เพื่อสนับสนุนความแน่วแน่ และส่งเสริมการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมของวิชาชีพแพทย์ ซึ่งมีเป้าประสงค์และบริบทที่เป็นสากล

บทความเกี่ยวกับ ความเป็นวิชาชีพแพทย์ (professionalism) โดยเฉพาะ A Physician Charter นั้นเป็นเรื่องที่แพทย์ทุกคนควรรับรู้ ให้การสนับสนุน และยึดถือเป็นแนวปฏิบัติ อีกทั้งแพร่หลาย ธรรมเนียมนี้สู่แพทย์และสังคมทุกหมู่เหล่า เพื่อจะจดจำข้อบัญญัติที่สำคัญที่สุดนี้ได้ง่ายขึ้น แพทย์หญิง อรวรรณ โรจนสกุล ได้ประพันธ์คำร้อยกรองเกี่ยวกับธรรมเนียมแพทย์ไว้ดังนี้

จิตวิญญาณวิชาชีพแพทย์ Medical Professionalism

วิชาชีพมีหลักการ	Fundamental Principles
สืบสานผู้ป่วยเป็นหนึ่ง	Principle of primacy of patient welfare
สิทธิเสรีคำนึง	Principle of patient autonomy
ยุติธรรมถึงสังคมชัด	Principle of social justice



ความสามารถมีครบถ้วน	Professional competence
ยึดมั่นล้นความซื่อสัตย์	Honesty with patients
ความลับรู้เก็บจัด	Patient confidentiality
เหมาะสมซัดความสัมพันธ์	Appropriate relations with patients
หมั่นพัฒนาคุณภาพ	Improving quality of care
เข้าถึงทราบรักษาทัน	Improving access to care
ทรัพยากรต้องจัดสรร	Just distribution of finite resources
ความรู้มั่นด้วยเชิงวิทย์	Scientific knowledge
พินิจผลประโยชน์ขัดแย้ง	Managing conflicts of interest
พึงสำแดงรับขอบผิด	Professional responsibilities
พันธสัญญาเรียงลิขิต	Professional commitment
นี่คือจิตวิญญาณเอย	Professionalism

อ้างอิง

1. Cruess SR, Johnston S, Cruess RL. Professionalism for medicine : opportunities and obligations. Med J aust 2002 ; 177 : 208-211.
2. Gruen RL, Cruess SR, Kirksey TD. Professionalism in Surgery. J Am Coll Surg 2003 ; 197 : 605-608.
3. Medical Professionalism Project. Medical professionalism in the new millennium : a physician charter. Ann Intern Med 2002 ; 136 : 243-246.
4. Medical Professionalism Project. Medical professionalism in the new millennium : a physician charter. The Lancet 2002 ; 359 : 520-522.



“A43: คุณภาพการเรียนรู้การสอนกับงานบริการ”

ที่มา

โรงพยาบาลขนาดใหญ่และโรงเรียนแพทย์ มีภารกิจในด้านการเรียนการสอน/ฝึกอบรม ควบคู่ไปกับการให้การ บริการที่มีคุณภาพเป็นตัวแบบที่ดีที่สุดสำหรับการเรียนการสอนที่มีคุณภาพ กระบวนการทำงานบางอย่างเป็นกระบวนการร่วมของงานทั้งสอง อย่างไรก็ตาม การพัฒนาหรือประกันคุณภาพของทั้งสองส่วนมักจะแยกจากกัน หรือบางครั้งเป้าหมายอาจจะขัดแย้งกัน ขณะที่การรับรู้และความต้องการของผู้รับบริการมีเพิ่มมากขึ้น การฝึกทักษะที่กระทำกับผู้ป่วยโดยตรงจำเป็นต้องมีความระมัดระวังมากขึ้น

บุคลากรของโรงพยาบาลเป็นทรัพยากรสำคัญที่จะมีผลต่อคุณภาพบริการ ระบบการเรียนรู้ของบุคลากรจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาคุณภาพ IOM เสนอ core competencies สำหรับ health professional ไว้ 5 ประการได้แก่ provide patient-centered care, work in interdisciplinary teams, employ evidence-based practice, apply quality improvement, utilize informatics พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะสำหรับผู้เกี่ยวข้องทั้งในส่วนการศึกษา องค์กรวิชาชีพ ผู้จ่ายเงิน วงการวิจัย มีส่วนในการส่งเสริมการพัฒนา core competencies ดังกล่าว ควบคู่กับการกำหนดตัวชี้วัดเพื่อให้มีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมตระหนักในสิ่งที่เป็นแนวคิดและเป้าหมายร่วมของการพัฒนาคุณภาพของงานบริการกับการศึกษา เพื่อให้ความพยายามในการพัฒนาคุณภาพของภารกิจทั้งสองเกื้อหนุนซึ่งกันและกัน ตลอดจนเห็นโอกาสใหม่ๆ ในการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ ทั้งในเรื่องการพัฒนาคุณภาพ และทักษะของวิชาชีพ

เนื้อหาที่จะนำเสนอ

1. ประสบการณ์ของโรงเรียนแพทย์ในการประสานการพัฒนาคุณภาพบริการกับการประกันคุณภาพการเรียนการสอน สิ่งที่สามารถทำร่วมกันได้ สิ่งที่ไม่สามารถทำร่วมกันได้ สาเหตุของความสับสนที่เกิดขึ้น
2. การเรียนการสอนเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ สิ่งที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ความพยายามในการพัฒนา รวมทั้งแนวคิดที่กำลังก่อตัวในต่างประเทศ เช่น การปฏิรูปการเรียนการสอนความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยเน้นการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพและ ที่ IOM เสนอ ข้อเสนอแนะที่ควรนำมาพิจารณาอย่างจริงจังน่าจะได้แก่อะไรบ้าง กลไกในการดำเนินงานควรเป็นอย่างไร
3. วิธีการสร้างสมดุลการเรียนการสอนซึ่งมีนักศึกษาแพทย์เป็นศูนย์กลาง กับการให้บริการสุขภาพที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การฝึกปฏิบัติทักษะทางคลินิกที่ต้องกระทำกับผู้ป่วย มีสิ่งใดควรพิจารณาให้เกิดความสมดุลระหว่างสิทธิผู้ป่วยกับผลสัมฤทธิ์ในการเรียนการสอนอย่างไร การเรียนการสอนทักษะของวิชาชีพที่ทำให้สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง รวมทั้งทางเลือกที่จะฝึกทักษะโดยไม่ใช้ผู้ป่วย เช่น การใช้ simulation



4. บทบาทของนักศึกษาแพทย์กับการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ/การจัดกระบวนการ quality round
5. ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากนโยบายการผลิตแพทย์เพิ่มขนานใหญ่ และทางออกเพื่อธำรงการเรียนการสอนที่มีคุณภาพ
6. การศึกษาต่อเนื่องของผู้ประกอบวิชาชีพ วิธีการที่ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยที่ปลอดภัยและมีคุณภาพดีขึ้น
7. จากประสบการณ์ของการเยี่ยมแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลต่างๆ มีข้อเสนอแนะอะไรต่อระบบการเรียนการสอนนักศึกษาแพทย์

วิทยากร

ศ.นพ.สุชาติ อินทรประสิทธิ์	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามารับดี มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.พญ.พันธ์ทิพย์ สงวนเชื้อ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ศ.นพ.สุทธิพันธ์ จิตพิมลมาศ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.นพ.สมศักดิ์ เชาว์วิศิษฐไสรี	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



ข้อคิดจาก รศ.พญ.พันธ์ทิพย์ สงวนเชื้อ

อาจารย์ในโรงเรียนแพทย์และโรงพยาบาลศูนย์ส่วนใหญ่ ซึ่งเป็นแพทย์ทางคลินิกต้องทำหน้าที่ในการเรียนการสอนการให้บริการ และพัฒนาความรู้และงานวิจัย งานบริการมักจะเป็นหน้าที่ซึ่งต้องรับในฐานะเป็นผู้เชี่ยวชาญโดยให้บริการผู้ป่วยซึ่งส่งต่อมาด้วยปัญหาที่ซับซ้อนและรุนแรง ต้องใช้เวลามาก ใช้ทีมงานในการดูแลและตรวจรักษาด้วยความเชี่ยวชาญและเทคโนโลยีสมัยใหม่ ต้องอิงหลักวิชาการที่ทันสมัยเพื่อประโยชน์ต่อผู้ป่วยและสร้างชื่อเสียงของโรงพยาบาล หน้าที่ที่จะละเลยไม่ได้คือการทำหน้าที่ในการสอนนักศึกษาแพทย์ แพทย์ใช้ทุน และแพทย์ประจำบ้าน รวมทั้งต้องทำวิจัยเพื่อสร้างความรู้ใหม่ๆ

อาจารย์แพทย์จะต้องเรียนรู้ติดตามให้ทันเทคโนโลยีทางการแพทย์และข้อมูลข่าวสาร การเรียนการสอนจะต้องปรับเปลี่ยนเพื่อเตรียมบัณฑิตแพทย์ที่สามารถจะปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมเพื่อที่จะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงระบบบริการสุขภาพในอนาคต

การศึกษาแพทยศาสตร์จะต้องประกอบด้วยทำให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็น มีเจตคติและรู้คุณค่าของวิชาชีพ ความรู้ที่เรียนในวันนี้อาจจะล้าสมัยหรือเปลี่ยนแปลงไปเมื่อนักศึกษาจบการศึกษา การฝึกฝนหรือการหาประสบการณ์จากผู้ป่วยโดยขาดการฝึกอบรมอย่างถูกต้องอาจจะเป็นอันตราย มีความเสี่ยงต่อผู้ป่วย เป็นการละเมิดสิทธิและผิดจรรยาบรรณที่อาจจะถูกฟ้องร้อง เจตคติและจรรยาบรรณ รวมทั้งการรู้คุณค่าของวิชาชีพจะต้องได้รับการหล่อหลอมจากอาจารย์แพทย์และสถาบัน

การเรียนแพทย์เป็นการศึกษาที่ทำให้นักศึกษาที่ผ่านหลักสูตรแล้วสามารถไปปฏิบัติหน้าที่แพทย์ ให้บริการผู้ป่วยในระดับต้นได้ ดังนั้น การแสวงหาและการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องจะต้องให้โอกาสในการฝึกฝนในหลักสูตร การฝึกทักษะที่จำเป็นที่อาจจะเป็นการรบกวนหรือเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจะต้องใช้หุ่นจำลองหรือสถานการณ์จำลอง สิ่งที่นักศึกษาจะได้เรียนรู้และซึมซับจากอาจารย์แพทย์ขณะเรียนในชั้นคลินิกคือเจตคติ จริยธรรม และคุณค่าของวิชาชีพ

การเรียนการสอนชั้นคลินิกมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการสร้างแพทย์ ดังนั้นการบริการที่มีคุณภาพจะสามารถสนับสนุนตอบสนองต่อการเรียนการสอนและการวิจัยที่มีคุณภาพ การบริการที่มีคุณภาพหมายถึงการบริการที่ถูกต้องตามหลักวิทยาศาสตร์ ทันสมัย และมีจริยธรรมวิชาชีพ มีการบันทึกเวชระเบียนที่ถูกต้องครบถ้วนจากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย การแจกแจงปัญหา การส่งตรวจ การวินิจฉัย การดูแลรักษาที่ถูกต้องทันสมัย มีการติดตามอย่างเป็นระบบ วิเคราะห์หาเหตุผลที่อธิบายการเปลี่ยนแปลง การบันทึกเหล่านี้เป็นพื้นฐานที่สำคัญ สามารถเรียนรู้และนำไปศึกษาวิจัยทางคลินิกได้

การเรียนการสอนในชั้นคลินิกเป็นการเรียนรู้จากผู้ป่วย เช่น ward round, bedside teaching และการเรียนการสอนที่คลินิกผู้ป่วยหรือห้องฉุกเฉิน อาจารย์แพทย์ต้องตระหนักตลอดเวลาว่าขณะที่ดูแลรักษาผู้ป่วยนั้น มีผู้รับบริการที่สำคัญอยู่ 2 ส่วน คือผู้ป่วยและญาติ นักศึกษา แพทย์ใช้ทุน และแพทย์ประจำบ้านที่กำลังเรียนรู้จากอาจารย์แพทย์ในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของทีมในการบริการผู้ป่วย doctor-patient relationship ด้วย หัวใจของสัมพันธภาพต่อผู้รับบริการทั้ง 2 ส่วนคือการสื่อสารซึ่งเป็นวาทกรรม และการบันทึกที่อ่านรู้เรื่อง ถูกต้องตามหลักวิชาการ โดยคำนึงถึงระดับของผู้เรียน และต้องเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้ ในการบริการผู้ป่วยจะต้องมีการอธิบายผู้ป่วยให้รับรู้และเข้าใจ ตอบข้อซักถาม สำหรับนักศึกษาแพทย์จะต้องมีการประเมินและ feed back ให้ผู้เรียน สรุปสาระสำคัญที่นักศึกษาควรจะเรียนรู้จากการดูแลรักษาผู้ป่วยในทุกๆ ด้าน ทั้งการสื่อสาร การดูแลรักษา การฝึกทักษะ และจริยธรรม



โดยสรุปแล้ว การเรียนการสอนเกิดขึ้นตลอดเวลาจากการบริการผู้ป่วย ซึ่งการเรียนรู้นั้นอาจจะเกิดกับผู้ป่วยและญาติ นักศึกษา แพทย์ใช้ทุน แพทย์ประจำบ้าน พยาบาล และตัวอาจารย์แพทย์เอง

ดังนั้น แพทย์จะต้องตระหนักว่าคุณภาพของการบริการจะส่งเสริมและสนับสนุนต่อการเรียนการสอน การฝึกอบรม และการวิจัยการพัฒนาวិชาการทางการแพทย์ จะแยกอย่างใดอย่างหนึ่งออกจากกันไม่ได้ และคุณภาพของการบริการนี้จะหล่อหลอมนักศึกษา แพทย์ใช้ทุน และแพทย์ประจำบ้าน ให้เป็นแพทย์ที่มีมาตรฐานและจรรยาบรรณในวิชาชีพ สามารถทำงานเป็นทีมโดยคำนึงถึงผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง



“A50: ฮั้วบักัน ข้ามดอยมาหากัน”

ที่มา

ลักษณะการเจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องการการดูแลที่ต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชนและจะเป็นภาระของโรงพยาบาลหากแก้ไขปัญหาเฉพาะในรั้วโรงพยาบาล

วิธีคิดที่จะแก้ปัญหาโดยทั่วไปมักจะมุ่งเน้นทำภายในองค์กรของตน ความร่วมมือกับภายนอกเกิดขึ้นน้อย หรือไม่ยั่งยืน หรือมักจะมีความขัดแย้ง

กรณีของ รพ.สวนปรุงมีความน่าสนใจหลายประเด็น ตั้งแต่มุมมองในการแก้ปัญหาที่เป็นการปฏิวัติวิธีคิดของคนโรงพยาบาล วิธีการในการทำงานที่นำเอาความรู้ทางวิชาการมากำหนดเกณฑ์ว่าเมื่อใดที่สมควรจะส่งผู้ป่วยออกไป การสร้างเครือข่ายและให้ความช่วยเหลือแก่โรงพยาบาลชุมชนซึ่งมีการทำงานอย่างต่อเนื่องและได้รับความร่วมมือ

วัตถุประสงค์

เพื่อนำประสบการณ์และความสำเร็จของ รพ.สวนปรุงในการสร้างเครือข่ายบริการผู้ป่วยจิตเวชกับโรงพยาบาลชุมชน มากระตุ้นให้ผู้เข้าประชุมเห็นประโยชน์ของวิธีคิดที่ไม่จำกัดการทำงานอยู่เฉพาะในรั้วโรงพยาบาล ซึ่งจะส่งผลประโยชน์ตั้งต่อผู้ปฏิบัติงานและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

เนื้อหาที่จะนำเสนอ

1. ที่มาของแนวคิด
2. จากแนวคิดมาสู่การปฏิบัติ ผ่านขั้นตอนในการทำความเข้าใจและต่อยอดกันอย่างไร ทั้งภายในโรงพยาบาลเอง และกับโรงพยาบาลชุมชน อะไรคือที่มาที่ทำให้โรงพยาบาลชุมชนให้ความร่วมมือ ปัญหาอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นและการแก้ไข
3. ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ทั้งในส่วนของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การเรียนรู้และมีส่วนร่วมของชุมชน ศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชน ภาระงานของโรงพยาบาลสวนปรุง ผลลัพธ์ในมิติต่างๆ ของคุณภาพและความสมดุลที่เกิดขึ้น (เช่น ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ความต่อเนื่อง ความเหมาะสม ความปลอดภัย ความพึงพอใจ)
4. กระบวนการจัดการความรู้และบทเรียนที่เป็นประโยชน์กับโรงพยาบาลอื่นๆ

วิทยากร

นพ.ปริทรรศ ศิลปกิจ	โรงพยาบาลสวนปรุง จ.เชียงใหม่
นส.ประหยัด ประภาพรหม	โรงพยาบาลสวนปรุง จ.เชียงใหม่
นพ.สุรรัตน์ ปทุมบาล	โรงพยาบาลวังเหนือ จ.ลำปาง
นางปนัดดา ธีระเชื้อ	โรงพยาบาลวังเหนือ จ.ลำปาง
ทพญ.ภาณี ขวาลวุฒิ	โรงพยาบาลสวนปรุง จ.เชียงใหม่



ฮั่วบ่กัน ข้ามดอยมาหากัน

โรงพยาบาลสวนปรุงเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เป็นโรงพยาบาลขนาด 700 เตียง รับผิดชอบประชากรในเขต 12 จังหวัด ภาคเหนือตอนบน ซึ่งได้แก่จังหวัดเชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง แม่ฮ่องสอน พะเยา เชียงราย แพร่ น่าน เพชรบูรณ์ พิษณุโลก อุตรดิตถ์ และกำแพงเพชร มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 8,043,324 คน และมีพื้นที่ทั้งหมด 8,724,565.866 ตารางกิโลเมตร

สภาพปัญหา: ตลอดระยะเวลา 60 ปี ที่โรงพยาบาลสวนปรุงได้ทำหน้าที่ในการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ส่งเสริมสุขภาพจิตของประชาชน ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติด รวมทั้งฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่อง พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มารับการบำบัดรักษามีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น

ในขณะที่ยอดผู้ป่วยเพิ่มขึ้น แต่บุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลสวนปรุง ยังคงขาดแคลนอยู่ และมีความขาดแคลนในภาพรวมของประเทศ

ดังนั้นเมื่อพิจารณาสัดส่วนบุคลากรในการให้บริการข้างต้น จะเห็นว่าการที่จะพัฒนาคุณภาพบริการให้ได้มาตรฐานนั้น เป็นเรื่องที่ทำได้ยาก จึงได้เริ่มหาแนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าวก่อน โดยเริ่มจากการรวบรวมข้อมูลปัญหาที่เกิดขึ้นในกระบวนการให้บริการทั้งหมด และได้พบปัญหาที่สำคัญคือ อัตราการกลับมารักษาค่าค่อนข้างสูง โดยพบว่าในปี พ.ศ. 2541 มีผู้ป่วยครึ่งรองที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน คิดเป็นร้อยละ 55 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยถูกถอดทิ้ง ล่ามโซ่ กักขังหรือดูแลกันตามยถากรรมอยู่ในชุมชน โดยไม่ได้รับการช่วยเหลือใดๆจากหน่วยงานของรัฐ

สาเหตุของปัญหา:

1. ญาติขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งอาจจะเกิดทั้งจากการที่บุคลากรในโรงพยาบาลไม่ได้ให้ความรู้แก่ญาติ หรือมีการให้ความรู้แล้ว แต่ญาติไม่เข้าใจ จึงไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้
2. ญาติมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วย
3. ผู้ป่วยและญาติอยู่ในพื้นที่ห่างไกล การคมนาคมไม่สะดวก มีความเดือดร้อนมากในการเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลสวนปรุง บางครั้งต้องจ้างเหมารถในราคาแพง (500-3,000 บาท) เพื่อมารับยามูลค่าเพียง 200 บาท เท่านั้น ทำให้ญาติผู้ป่วยต้องเดือดร้อน ในการที่จะดูแลให้ผู้ป่วยได้รับบริการอย่างต่อเนื่อง

ด้วยสาเหตุเหล่านี้ จึงมีผู้ป่วยบางส่วนที่ขาดการติดต่อกับโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมจากบุคลากรทางจิตเวช จึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล หรือไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม

กรมสุขภาพจิตได้ตระหนักถึงปัญหานี้เช่นกัน จึงมีนโยบายการพัฒนางานสุขภาพจิตตามทิศทางของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 โดยกรมสุขภาพจิตได้พยายามแก้ปัญหาโดยจัดให้มีการอบรมความรู้สุขภาพจิตและจิตเวช รวมทั้งถ่ายทอดเทคโนโลยีด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแก่บุคลากรทางสาธารณสุขทุกระดับ ซึ่งได้แก่แพทย์ พยาบาลของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชระดับปฐมภูมิ ในสถานบริการสาธารณสุข แต่พบว่างานสุขภาพจิตในระยะนั้นยังเป็นงานฝากและเป็นการเพิ่มภาระแก่



หน่วยงานอื่น และที่สำคัญ ผู้ป่วยจิตเวชและญาติส่วนใหญ่จะมีความเชื่อฝังใจว่าถ้าเจ็บป่วยทางจิตจะต้องรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชเท่านั้น จึงทำให้ผู้ป่วยจิตเวชและญาติยังประสบปัญหาเช่นเดิม

แนวคิดบริการเชิงรุก: โรงพยาบาลสวนปรุงได้พยายามหาทางแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยมีแนวคิดที่จะให้บริการเชิงรุก จึงจัดทำโครงการพัฒนาโรงพยาบาลเครือข่ายทางจิตเวชขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับบริการในเขตพื้นที่โรงพยาบาลเครือข่ายรับผิดชอบ ผู้ป่วยและญาติสามารถเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลเครือข่ายได้อย่างสะดวก ปลอดภัย ประหยัดเวลา และค่าใช้จ่าย ไม่ต้องเดินทางไกลมารับยาที่โรงพยาบาลสวนปรุง และส่งต่อผู้ป่วยในรายที่จำเป็น โดยโรงพยาบาลสวนปรุงเป็นพี่เลี้ยงช่วยเหลือในเรื่องคุณภาพการบริการ สนับสนุนยา ในระยะเริ่มแรก ประมาณ 6 เดือน หรือ 1 ปี สนับสนุนสื่อหรือคู่มือและเทคโนโลยีทางด้านสุขภาพจิต ตลอดจนจัดประชุม / อบรมพัฒนาคูกลากรของโรงพยาบาลเครือข่ายให้มีความพร้อมและมีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดผลดีแก่ผู้ป่วยจิตเวชที่จะได้รับบริการดูแลรักษาในโรงพยาบาลใกล้บ้าน และเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อโรงพยาบาลสวนปรุง ในการลดจำนวนผู้ป่วยของโรงพยาบาลด้วย

โรงพยาบาลสวนปรุงได้เริ่มพัฒนาโรงพยาบาลเครือข่ายสุขภาพจิตและจิตเวชในปีงบประมาณ 2542 โดยมีเป้าหมายในการพัฒนาปีละ 2 แห่ง ด้วยความสมัครใจของแต่ละโรงพยาบาลและโรงพยาบาลแห่งแรกที่สมัครเป็นโรงพยาบาลเครือข่ายคือ โรงพยาบาลแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ซึ่งโรงพยาบาลสวนปรุงได้จัดกิจกรรมสนับสนุน ดังนี้

- จัดอบรมบุคลากรเพื่อเตรียมความพร้อมให้จำนวน 30 คน
- สนับสนุนยา คู่มือและเทคโนโลยีสุขภาพจิตและจิตเวช
- ส่งแพทย์เป็นพี่เลี้ยง ในการตรวจรักษาผู้ป่วยทุก 3 เดือน
- รับ refer ผู้ป่วย
- นิเทศ ติดตาม ประเมินผล ปีละ 2 ครั้ง

จากการนิเทศติดตาม ประเมินผล พบว่า บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพจิตและจิตเวช ตลอดจนมีความพร้อมในการให้บริการผู้ป่วยสุขภาพจิตในพื้นที่ มีการเปิด OPD. ผู้ป่วยจิตเวช เดือนละ 1 ครั้ง และนัดผู้ป่วยมารับบริการ ผู้ป่วยจิตเวชในเขต อ.แม่สะเรียง และอำเภอใกล้เคียงได้รับบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีประสิทธิภาพ

โรงพยาบาลเครือข่าย:

โรงพยาบาลแม่ทา จังหวัดลำพูนเป็นโรงพยาบาลเครือข่ายอีกแห่งหนึ่ง ที่มีการพัฒนารูปแบบก้าวหน้ามากจนสามารถนำงานสุขภาพจิตและจิตเวชลงสู่ชุมชนในระดับสถานีอนามัย และเกิดกลุ่มช่วยเหลือกันเองของผู้ป่วยอย่างไม่เป็นทางการ จากความสำเร็จดังกล่าวจึงได้มีการขยายการพัฒนาโรงพยาบาลเครือข่าย โดยมีโรงพยาบาลสมัครเข้าเป็นโรงพยาบาลเครือข่ายเพิ่มขึ้น จนถึงปัจจุบัน จำนวน 21 แห่ง

มีโรงพยาบาลเครือข่ายที่มีความสามารถในการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ และมีผลงานเป็นที่ประจักษ์หลายโรงพยาบาล เช่น โรงพยาบาล วังเหนือ ซึ่งในปี พ.ศ. 2543 อำเภอวังเหนือ มีอัตราการฆ่าตัวตาย เป็นอันดับ 1 ของจังหวัดลำปางคือ 70/แสนประชากร ฆ่าตัวตายสำเร็จ 38.98/แสนประชากร สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อเอดส์ ปัญหาครอบครัวและความเครียด ได้ส่งพยาบาลเข้ารับการอบรมเรื่องการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย และกลับมาขยายเครือข่ายโดยการ



อบรมผู้นำชุมชน อสม. และแกนนำชุมชน และยังพบว่าบางตำบลมีผู้ป่วยจิตเวชเป็นจำนวนมาก แต่บริการผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลยังไม่ชัดเจน ขาดความรับผิดชอบหลักและยังไม่มีคลินิกจิตเวช จึงได้ประสานโรงพยาบาลสวนปรุง เพื่อสมัครเป็นโรงพยาบาลเครือข่ายในปี 2544 และได้รับการตอบรับจากนั้นจัด เจ้าหน้าที่พยาบาลรับผิดชอบงานชัดเจน และส่งเข้ารับทุนอบรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชหลักสูตร 4 เดือน ในฐานะเป็นโรงพยาบาลเครือข่ายที่โรงพยาบาลสวนปรุง

โรงพยาบาลวังเหนือได้ดำเนินการในสถานบริการและในชุมชนดังนี้

1. ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยจิตเวชในอำเภอวังเหนือ
2. แยกคลินิกผู้รับบริการสุขภาพจิตและจิตเวชจากผู้รับบริการผู้ป่วยนอก โดยให้บริการทุกวันพุธที่ 2 และ 4 ของเดือน และทุก 3 เดือนร่วมกับทีมจิตแพทย์โรงพยาบาลสวนปรุง ปัจจุบันพัฒนาเป็น One Stop Service
3. คัดกรองผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชโดยให้บริการรักษาเบื้องต้นก่อนพบจิตแพทย์กรณีฉุกเฉิน Refer ไปโรงพยาบาลสวนปรุง
4. สร้างเครือข่ายในสถานบริการสำหรับเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการต่าง ๆ ในโรงพยาบาล และสถานีอนามัยโดยอบรมการให้คำปรึกษาพื้นฐานสำหรับเจ้าหน้าที่พยาบาลทุกคน และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยครบทุกคน และส่งเสริมความรู้และทักษะในงานสุขภาพจิต มีการประชุมวิชาการสุขภาพจิต การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในเครือข่าย มีจิตเวชสัญจรจาก โรงพยาบาลลำปางปีละ 2 ครั้ง
5. ให้บริการปรึกษาด้านสุขภาพจิตในคลินิกทางโทรศัพท์ ทาง Internet และในผู้ป่วยคลินิก เรือธง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง
6. ให้บริการจิตเวชฉุกเฉินนอกสถานที่
7. การติดตามผู้ป่วยที่ขาดนัดและผู้ป่วยที่ Refer กลับจากโรงพยาบาลสวนปรุง โดยมีระบบการส่งต่อ
8. บริการเยี่ยมบ้านในรายที่มีปัญหาสุขภาพจิตและในผู้ป่วยเรือธงต่าง ๆ ร่วมกับทีมแพทย์พยาบาลของโรงพยาบาลสวนปรุง

จากการดำเนินงานดังกล่าวข้างต้น พบว่า ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจต่อบริการคลินิกจิตเวชโรงพยาบาลวังเหนือ เท่ากับร้อยละ 89.68 สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจมากที่สุดคือ การได้รับบริการใกล้บ้าน ประหยัดค่าใช้จ่าย ประหยัดเวลา ไม่ต้องเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลสวนปรุง และสามารถมารับบริการได้อย่างต่อเนื่อง สะดวก รวดเร็ว

ขณะดำเนินงานโรงพยาบาลวังเหนือได้พบปัญหาหลายอย่าง ซึ่งโรงพยาบาลได้แก้ปัญหาโดยมีรายละเอียดดังนี้

1. สำหรับยาที่ไม่มีในบัญชียาของโรงพยาบาลชุมชน ปี พ.ศ.2544 ยังไม่มีโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงใช้วิธีเบิกจากโรงพยาบาลสวนปรุง ปี พ.ศ. 2545 เมื่อมีโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกอบกับโรงพยาบาลลำปางเริ่ม refer ผู้ป่วยมาที่โรงพยาบาลชุมชน จึงเบิกยาจากโรงพยาบาลลำปาง โดยแนบสำเนาใบ refer ทุกครั้ง และมีการบริหารจัดการยาโดยเภสัชกร และยาบางอย่างสั่งซื้อเองในกรณีที่ต้องใช้อยู่ตลอด เนื่องจากคิดถึงความคุ้มค่าของการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับยาที่โรงพยาบาลสวนปรุงเอง หรือส่งไปรับยาที่โรงพยาบาลลำปาง

2. ความรู้และทักษะของแพทย์ มีการเพิ่มความรู้และทักษะ แนวทางการรักษาจากจิตแพทย์โรงพยาบาลสวนปรุง และโรงพยาบาลลำปาง ในกรณีที่มีปัญหาฉุกเฉินไม่สามารถตัดสินใจเรื่องการดูแล



หรือรักษาได้จะใช้วิธีการส่งต่อไปโรงพยาบาลสวนปรุง ถ้าไม่ฉุกเฉินจะใช้ยาทางจิตเวชตาม guideline หรือโรคที่สงสัยกันติดต่ออาการ และพบทีมจิตแพทย์จากโรงพยาบาลสวนปรุง

ผู้ป่วยและญาติมีความรู้สึกที่โรคทางจิตเวชเป็นตราบาปของผู้ป่วยและครอบครัวบางชุมชนยังรังเกียจและไม่ให้การยอมรับ เช่น กรณีผู้ป่วยถูกล่ามโซ่ ที่งานแก้ไขโดยการเตรียมครอบครัวและชุมชนและประสานกับโรงพยาบาลสวนปรุง เพื่อให้การรักษาจนผู้ป่วยสามารถกลับมาอยู่ในชุมชนได้โดยครอบครัวและชุมชนให้การยอมรับ คอยดูแล สำหรับการให้ความรู้ในการดำเนินกิจกรรมโครงการต่าง ๆ ในชุมชนดังกล่าวข้างต้น ในกลุ่มผู้นำชุมชน อสม. แกนนำชุมชน ญาติผู้ป่วย พระสงฆ์ ทำให้เกิดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพใจในชุมชนโดยชุมชนเอง เช่น กิจกรรมในผู้สูงอายุ, กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มเยาวชน ผลลัพธ์ที่ได้คือ ชุมชนให้ความสำคัญในงานสุขภาพจิตมากขึ้น ยอมรับ และให้ออกาสผู้ป่วยจิตเวชใช้ชีวิตและมีส่วนร่วมในชุมชน

วิธีดำเนินงานในการให้บริการเชิงรุกด้วยการพัฒนาโรงพยาบาลเครือข่าย

1. กิจกรรมการดำเนินโครงการการให้บริการสุขภาพจิตแบบครบวงจรในส่วนของโรงพยาบาลชุมชน

1.1 รับสมัคร รพท./รพช. เข้าร่วมเป็น รพ.เครือข่าย

1.2 จัดให้มีคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช และผู้รับผิดชอบใน รพ.เครือข่าย

1.3 ประสานกับทีมแพทย์ /พยาบาลจาก รพ.สวนปรุงไปตรวจและรับ Consult case ที่มีปัญหาทุก 3 เดือน

1.4 นิเทศการให้การบำบัดรักษาพยาบาลแก่บุคลากรผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชใน รพ.เครือข่าย

1.5 เยี่ยมบ้านในผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนและขาดการติดต่อ

2. กิจกรรมการดำเนินโครงการในส่วนของโรงพยาบาลสวนปรุง

2.1 จัดหอบุคลากรโรงพยาบาลเครือข่าย (Zone Ward)

2.2 จัดระบบ refer ไปพร้อมกับผู้ป่วยหลังจำหน่าย

- ส่งใบ refer ไปพร้อมกับผู้ป่วยหลังจำหน่าย

- สรุปผลการรักษาประจำเดือนไปยัง รพท./รพช. ที่ดูแลผู้ป่วย

- โทรศัพท์ติดต่อโดยตรงระหว่างหอบุคลากร รพ.เครือข่าย รพท./รพช./สอ. ฯลฯ

2.3 เยี่ยมบ้านในผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน เช่น re-admit บ่อย/ยุ่งยากในการรักษา

2.4 สนับสนุนการพัฒนาบุคลากรโดยจัดการอบรม สัมมนาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ตลอดจนการศึกษาต่อในระดับหลังปริญญา

สรุปผลการดำเนินงาน

1. ผลการดำเนินงานด้านบริหาร

จำนวนผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสวนปรุงเฉพาะที่มีภูมิลำเนาในโรงพยาบาลเครือข่ายลดลง (จำนวนผู้ป่วยระหว่าง 1 เมษายน 2544 – 31 มีนาคม 2545 เท่ากับ 10,379 ราย) เมื่อเทียบกับปีงบประมาณก่อนในช่วงเวลาเดียวกัน (ปี 2542 และ 2543 จำนวน 11,453 ราย และ 11,688 ราย ตามลำดับ)

2. ผลการดำเนินการด้านบริการ



- ร้อยละ 62.27 ของผู้ป่วยจิตเวชที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลสวนปรุงไปใช้บริการสุขภาพและ จิตเวชที่โรงพยาบาลเครือข่าย
- อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชที่ภูมิลำเนาในพื้นที่โรงพยาบาลเครือข่าย ลดลง (3 เดือน ร้อยละ 20.0 และ 6 เดือน ร้อยละ 4.26) เมื่อเทียบกับอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของโรงพยาบาล (3 เดือน ร้อยละ 26.37 และ 6 เดือน ร้อยละ 39.68)

จากผลการดำเนินงานดังกล่าว หากโรงพยาบาลสวนปรุงให้บริการเชิงรุก โดยการพัฒนาโรงพยาบาลเครือข่ายจนครบตามความรับผิดชอบ หรือตลอดช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 คาดว่าจะมีโรงพยาบาลเครือข่ายเพิ่มขึ้นและสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเวชในความรับผิดชอบมากขึ้นซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนของตนเอง และรับบริการในสถานบริการที่มีคุณภาพใกล้บ้านเมื่อจำเป็น ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายด้านการสาธารณสุขของชาติ



“A51: การประกันคุณภาพโรงพยาบาลและโรงเรียน ไปทางเดียวกันหรือไม่?”

ที่มา

สถาบันการศึกษาและสถานบริการสาธารณสุข มีบทบาทสูงต่อสังคมด้วยการสร้างสมาชิกที่มีความเข้มแข็งทั้งด้านร่างกายและความสมารถที่จะสร้างผลผลิตให้สังคม ระบบทั้งสองจำเป็นต้องสร้างหลักประกันในเรื่องคุณภาพให้แก่สังคม และต้องมีการพัฒนาต่อเนื่อง แม้วาระบบทั้งสองจะเริ่มต้นมาแตกต่างกัน แต่ก็สามารถเรียนรู้จากกัน มีโอกาสที่จะปรับตัวเข้าหากันและเกื้อหนุนกันได้

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าประชุมได้รับทราบแนวคิดและการดำเนินงานเกี่ยวกับการประกันคุณภาพในโรงเรียนและโรงพยาบาล ทั้งในส่วนที่เหมือนกันและส่วนที่แตกต่างกัน การนำบทเรียนจากระบบหนึ่งไปใช้กับอีกระบบหนึ่งและโอกาสที่จะเกื้อหนุนกันในอนาคต

เนื้อหาที่จะนำเสนอ

1. ส่วนร่วมและส่วนต่างของการประกันคุณภาพสำหรับโรงเรียนและโรงพยาบาล
2. การนำแนวคิดเรื่องระบบ ยุทธศาสตร์ ไปใช้กับโรงเรียน ผลงานของโครงการวิจัย
3. การนำบทเรียนจากการประกันคุณภาพการศึกษามาใช้กับโรงพยาบาล
4. ระบบที่จะเกิดขึ้นในอนาคตและแนวทางในอนาคตที่ทั้งสองส่วนจะเกื้อหนุนซึ่งกันและกัน

วิทยากร

ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช	ผู้อำนวยการสถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม
นพ.ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์	ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและพัฒนาการเรียนรู้
ดร.นฤมล บุณนิม	รองผู้อำนวยการสำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา
นพ.อำพล จินดาวัฒนะ	ผู้อำนวยการสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ
รศ.นพ.อภิชาติ ศิวารุ	รองคณบดี คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล



แนวคิดและกระบวนการประกันคุณภาพบริการการศึกษาและบริการสาธารณสุข

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ และคณะ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาแนวคิดและกระบวนการประกันคุณภาพบริการการศึกษาและบริการสาธารณสุข โดยสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้รับผิดชอบ และสัมมนาวิพากษ์ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้จุดร่วมของทั้งสองสายงานบริการคือต้องการพัฒนาคุณภาพในระบบบริการการศึกษาและบริการสาธารณสุขให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง จุดต่างคือการประกันคุณภาพการศึกษาใช้กฎหมายนำ เนื่องจากขอบเขตความรับผิดชอบทางการศึกษากว้างกว่ามาก ส่วนการประกันคุณภาพการสาธารณสุขใช้การวิจัยและพัฒนา

บทเรียนที่ได้จากการทำจริงที่จะให้การประกันคุณภาพบริการการศึกษาประสบความสำเร็จ ส่วนใหญ่คือปัจจัยภายในสถานศึกษาหรืออีกนัยหนึ่งคือการประกันคุณภาพภายในสถานศึกษาที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้การสนับสนุนเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพภายในอย่างต่อเนื่อง ส่วนการประกันคุณภาพบริการสาธารณสุข เกิดทั้งปัจจัยภายในโรงพยาบาลเองและปัจจัยภายนอกคือการตรวจเยี่ยมที่ใช้วัฒนธรรมความเป็นไทย และการสร้างกระแสผลักดันจากภายนอกเป็นตัวกระตุ้น การประกันคุณภาพการบริการทั้งสองระบบ ทำให้ผู้ที่ปฏิบัติงานเกิดความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงระบบหรือจากการเปลี่ยนแปลงความเคยชิน กลยุทธ์ที่ทำให้ความเครียดคลายลง คือการใช้เทคนิคความเป็นกัลยาณมิตร ซึ่งเป็นจุดเด่นของการประกันคุณภาพการบริการในระดับอุดมศึกษาและการสาธารณสุขที่เหมือนกัน ส่วนจุดต่างที่น่าสนใจคือการใช้ยุทธศาสตร์กฎหมายทำให้เกิดก้าวกระโดดครั้งสำคัญทางการศึกษา เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลกระทบโดยตรงกับสถานศึกษา ตรงกันข้ามกับกลุ่มเป้าหมายของการประกันคุณภาพการบริการสาธารณสุขจะสมัครใจเข้าโครงการเอง ส่วนจุดด้อยที่สำคัญของการประกันคุณภาพบริการการศึกษาที่ต้องตระหนักและระวังคือการถูกลดความน่าเชื่อถือของกระบวนการรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา ปัญหาอุปสรรคที่สำคัญในการประกันคุณภาพบริการการศึกษา มาจากการที่สถานศึกษายังไม่มีการเตรียมความพร้อมที่เหมาะสม ส่วนจุดด้อยของการบริการสาธารณสุขคือสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่เป็นหน่วยงานหลักไม่มีงบประมาณเพียงพอในการดำเนินงาน การขยายงานจึงเป็นไปได้ช้า

ข้อเสนอแนะและแนวโน้มน่าสนใจ ในอนาคตของการประกันคุณภาพบริการการศึกษาจากการวิจัยพบว่าควรจะทำให้การประกันคุณภาพบริการการศึกษาฝังอยู่ในวิถีชีวิตการทำงานจริงและต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องไม่หยุดยั้ง ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะในการประกันคุณภาพบริการสาธารณสุข ส่วนที่ต่างคือถ้าจะมีการตราเป็นกฎหมาย ควรใช้บทเรียนจากการศึกษาเป็นตัวอย่างและควรมีการทดลองปฏิบัติและปรับปรุงจนชัดเจนก่อน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ไม่ว่าการประกันคุณภาพบริการการศึกษาที่เริ่มต้นจากการตรากฎหมายหรือการประกันคุณภาพบริการสาธารณสุขที่เริ่มจากกระบวนการวิจัยและพัฒนา ไม่สามารถใช้วิธีการและมาตรการเดียวในการประกันคุณภาพการบริการได้ การประกันคุณภาพบริการการศึกษาที่ใช้กฎหมายกำหนดมาตรการบังคับ (regulation measure) อย่างเดียวไม่เพียงพอ ควรจะต้องเสริมด้วยมาตรการอื่นด้วย เช่น มาตรการสร้างการเรียนรู้ร่วมกัน มาตรการวิจัยและพัฒนา เป็นต้น สำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา ควรมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในการสนับสนุนให้เกิดการใช้มาตรการอื่นๆ ที่



กว้างขวางยิ่งขึ้น ไม่เพียงแต่ทำหน้าที่ประเมินคุณภาพสถานศึกษาจากภายนอกตามที่กฎหมายกำหนดเท่านั้น แต่ควรเพิ่มการสนับสนุนให้มีกระบวนการร่วมเรียนรู้และพัฒนาไปพร้อมกับการปฏิบัติ (interactive learning through action) ดังเช่นกระบวนการที่ดำเนินการอยู่ในระดับอุดมศึกษา ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์สำคัญของกระบวนการคุณภาพด้วย เช่นการสนับสนุนการสร้างงานวิชาการ การสนับสนุนเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพ เป็นต้น ส่วนการประกันคุณภาพบริการการสาธารณสุขที่เน้นการพัฒนาวิชาการ และการถักทอเรียนรู้ร่วมกัน โดยคำนึงถึงคุณค่าของความเป็นมนุษย์ (human value) เชื่อมโยงร้อยกันเป็นเครือข่าย นับว่าเป็นจุดเด่นในตัวเองอยู่แล้ว แต่มาตรการเหล่านี้ยังไม่เพียงพอ ยังไม่มีหลักประกันและไม่มีระบบที่จะบอกได้ว่า เมื่อใดการดำเนินงานจะครอบคลุมโรงพยาบาลได้ทั่วประเทศ และเมื่อใดจะครอบคลุมไปถึงสถานบริการสาธารณสุขอื่นๆ ที่ไม่ใช่โรงพยาบาลได้อย่างสมบูรณ์ สิ่งเหล่านี้ควรใช้มาตรการทางกฎหมายหรือมาตรการทางการบริหารจัดการ เพื่อเร่งความครอบคลุม แต่มีได้หมายความว่า จะใช้กฎหมายมาบังคับให้ปฏิบัติ ตรงกันข้ามควรใช้กฎหมายมาหนุนเสริมให้กระบวนการประกันคุณภาพบริการการสาธารณสุขสามารถทำได้อย่างครอบคลุมทั่วถึงในเวลาที่เหมาะสม ไม่นานเกินไป

2. ควรมีการสร้างกลไกเรียนรู้ร่วมกันระหว่างหน่วยงาน องค์กรที่ดูแลเรื่องการประกันคุณภาพบริการการศึกษาและการประกันคุณภาพบริการการสาธารณสุขอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เพื่อแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ ประสบการณ์ นำจุดเด่นของแต่ละระบบมาเสริมศักยภาพซึ่งกันและกัน โดยไม่ทำงานในลักษณะต่างคนต่างทำแบบแยกส่วนตายตัว เช่น การแลกเปลี่ยนผู้ทรงคุณวุฒิระหว่างกัน การมีกระบวนการทำงานร่วมระหว่างสองฝ่าย การเชิญชวนแต่ละฝ่ายเข้าร่วมในกระบวนการทางวิชาการ และในกระบวนการทำงานของแต่ละฝ่าย เป็นต้น

3. ทั้งการประกันคุณภาพบริการการศึกษาหรือการประกันคุณภาพบริการการสาธารณสุข สิ่งที่ยังให้ความสำคัญไม่มากเหมือนกัน คือการเปิดโอกาสให้ฝ่ายประชาชน ผู้ใช้บริการเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ทั้งในระดับการรับรู้ การร่วมเรียนรู้ การกำหนดนโยบายทิศทางการประกันคุณภาพบริการ การติดตามประเมินผลและพัฒนา เพื่อนำมาวางแผนและปรับปรุงกระบวนการประกันคุณภาพการบริการ โดยไม่จำเป็นต้องเข้าไปมีส่วนร่วมในระดับเทคนิควิธีการปฏิบัติแต่อย่างใด ในส่วนนี้ควรได้รับการส่งเสริมให้มากขึ้น

4. การประกันคุณภาพเป็นเรื่องใหม่ในวัฒนธรรมการทำงานของสังคมไทย ดังนั้น ระบบและกระบวนการประกันคุณภาพบริการการศึกษาและบริการการสาธารณสุข ควรมีเป้าหมายและการดำเนินการมุ่งไปให้ถึงขั้นสร้างวัฒนธรรมคุณภาพให้เกิดขึ้นในจิตสำนึกของคนในระบบและในคุณค่าของการเป็นองค์กรที่ดี เพื่อให้เกิดการตระหนักร่วมกันว่า กระบวนการคุณภาพเป็นความรับผิดชอบขั้นพื้นฐานที่เคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้ใช้บริการ



“A52 Efficiency & Effectiveness in Appropriate Technology & Supply Chain”

ที่มา

คุณภาพ ประสิทธิภาพ และประสิทธิภาพเป็นสิ่งที่ควบคู่กัน หากปราศจากซึ่งประสิทธิภาพแล้ว ก็ยากที่จะมีคุณภาพและประสิทธิภาพได้ บางครั้งเรามีความไว้วางใจในระบบมากเกินไปโดยมิได้เฉลียวใจในประสิทธิภาพของระบบ แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับยาอย่างถูกต้องตามที่แพทย์สั่ง แต่หากยานั้นเป็นยาที่เสื่อมคุณภาพ การรักษานั้นก็ไม่ได้ผล

เมื่อพูดถึงเรื่องประสิทธิภาพ เป็นเรื่องของการมองหาทางเลือกที่คุ้มค่าที่สุด เมื่อมีทางเลือกใหม่ๆ เข้ามา จะตัดสินใจอย่างไรว่าทางเลือกนั้นเหมาะสมที่จะนำมาใช้หรือไม่ เป็นเรื่องที่จะละเอียดอ่อน และต้องมองอย่างรอบด้าน

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าประชุมตระหนักในความสำคัญของมิติด้านประสิทธิภาพและประสิทธิภาพ ที่จะมีส่วนต่อคุณภาพและผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ และมีแรงบันดาลใจที่จะตั้งคำถามกับสิ่งที่ปฏิบัติอยู่ เพื่อนำไปสู่ความพยายามในการค้นหาคำตอบหรือพิสูจน์ให้ชัดเจน

เนื้อหาที่จะนำเสนอ

1. โครงการบริหารจัดการนำวิธีการตรวจมดลูกด้วยตาเปล่ามาคัดกรองหาโรคมะเร็งปากมดลูกและให้การรักษาด้วยการจี้เย็นทันทีเมื่อพบความผิดปกติในระยะ pre-invasive จะเปรียบเทียบประสิทธิภาพและประสิทธิภาพกับวิธีการที่เคยใช้อยู่เดิมอย่างไร มีข้อควรคำนึงอะไรบ้างในการที่จะนำวิธีการนี้มาใช้ในระดับองค์กรและในระดับชาติ
2. ประสบการณ์การศึกษาวิจัยเรื่องการใช้ DOT ในการรักษาวัณโรค อะไรที่ทำให้ผู้ป่วยกินยาหรือไม่กินยาอย่างสม่ำเสมอ เราเข้าใจวิถีชีวิตของผู้ป่วยเพียงใด
3. ยารักษาวัณโรคที่ใช้อยู่ที่สถานบริการสาธารณสุขต่างๆ มีคุณภาพเพียงใด จะตรวจสอบอย่างไร ความเหมาะสมของ supply chain เป็นอย่างไร
4. ข้อคิดเพื่อฝึกให้เป็นคนช่างสงสัย สงสัยให้ตรงประเด็น อยากรู้ อยากลอง ใช้ความสงสัยมากกว่าให้เกิดประโยชน์ในการแก้ปัญหาและพัฒนางาน

วิทยากร

ศ.พญ.คุณหญิง กอบจิตต์ ลิ้มปวยออม

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Project Director Cervicare Thailand

พญ.เพชรวรรณ พึ่งรัศมี

ศูนย์วัณโรคที่ 12 จ.ยะลา

ภญ.กรกมล รุกขพันธ์

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



Safety, acceptability and feasibility of a single-visit approach to cervical cancer prevention in rural Thailand : a demonstration project

ศ.พญ.คุณหญิงกอบจิตต์ ลิ้มปพยอม

บทนำ: มะเร็งปากมดลูกยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย มีการนำ Pap smear มา ใช้คัดกรองมะเร็งปากมดลูกมานานกว่า 20 ปีแล้ว แต่อุบัติการณ์และอัตราการตายจากมะเร็งปากมดลูกใน ประเทศไทยก็ยังอยู่ในระดับสูง มีการวิจัยพบว่าการดูปากมดลูกด้วยตาเปล่า (VIA) หลังจากป้ายด้วยน้ำส้อมสายชูเจือจางสามารถวินิจฉัยความผิดปกติของปากมดลูกได้ทันที มีความไว (sensitivity) ดีกว่า และความจำเพาะ (specificity) ใกล้เคียงกับ Pap smear และมีผลงานวิจัยที่สรุปผลได้ว่าการรักษาความผิดปกติของปากมดลูกที่เป็นระยะ pre invasive โดยการจี้เย็น (Cryotherapy) ได้ผลดีพอๆ กับวิธีอื่น แต่ทำได้ง่ายกว่า และมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่า คณะผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาความปลอดภัย การยอมรับ และความเป็นไปได้ในการนำ VIA/Cryotherapy มาใช้ในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกในจังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีการ: ได้ฝึกอบรมพยาบาลเวชปฏิบัติ 12 คน จาก 4 อำเภอในจังหวัดร้อยเอ็ด พยาบาลทั้ง 12 คน ได้ให้บริการ VIA/Cryotherapy ในสตรีอายุ 30-45 ปี จำนวน 5,999 คน ใน 4 อำเภอ ในจังหวัดร้อยเอ็ด ในระยะเวลา 7 เดือน โดยให้บริการทั้งในโรงพยาบาลชุมชน และสถานอนามัย การให้บริการ Cryotherapy จะทำทันที หลังจากได้ผลบวกในการทำ VIA

ผลการวิจัย: อัตรา VIA ให้ผลบวก 13.3% (798/5,999) ผู้ป่วย 609 จาก 618 ราย ที่ควรได้รับการรักษาโดยการจี้เย็นตกลงรับการจี้เย็นทันที มีผู้ได้รับการรักษาโดย Cryotherapy ทั้งสิ้น 756 คน 629 คน (83.2%) กลับมาติดตามผลการรักษา ซึ่งพบว่าไม่มีรายใดที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง มีเพียง 17 ราย (2.2%) ที่ต้องการการรักษาเพิ่มเติมเนื่องจากอาการข้างเคียงทั้ง VIA และ Cryotherapy ได้รับการยอมรับอย่างสูงจากผู้มารับบริการ (>95% แสดงความพอใจ) ในการติดตามผล 1 ปี หลังการรักษาพยาบาลสามารถตรวจพบ squamocolumnar junction ได้ และพบ VIA เป็นลบ 94.3%

สรุป: การทำ VIA/Cryotherapy ในครั้งเดียวกัน (single visit approach) มีความปลอดภัย เป็นที่ยอมรับและเป็นไปได้ในชุมชนประเทศไทย และน่าจะเป็นวิธีการป้องกันมะเร็งปากมดลูกที่ได้ผลในสถานการณ์ดังกล่าว



“เชื่อว่า ... DOT คือมาตรฐานของการรักษาวัณโรค

พญ.เพชรวรรณ พึ่งรัมย์

เหตุผล

มาตรฐานหรือแนวทางของเรื่องใดเรื่องหนึ่งถูกกำหนดขึ้นเพื่อให้เกิดการปฏิบัติตาม แต่การปฏิบัติจริงอาจแตกต่างไปจากมาตรฐานบ้าง ทั้งการไม่ได้ปฏิบัติตามมาตรฐานและการปฏิบัติตามมาตรฐานไม่ได้ เป็นสัญญาณเตือนว่าปัญหาอาจอยู่ที่ตัวมาตรฐานนั่นเอง

การรักษาวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยง (Directly Observed Treatment - DOT) เป็นตัวอย่างหนึ่งของมาตรฐานที่ไม่ได้รับการปฏิบัติตามอย่างกว้างขวางในประเทศไทย และเป็นตัวอย่างหนึ่งของมาตรฐานที่ถูกปรับเปลี่ยนรูปแบบไปจนลืมหายกที่แท้จริง การศึกษาวิจัยเรื่อง DOT สอนให้รู้ว่าคำตอบของเรื่อง DOT อยู่ที่การจัดการความรู้ที่ได้รับจากการปฏิบัติจริง

วัตถุประสงค์

- นำเสนอประสบการณ์การศึกษาวิจัยเรื่อง DOT
- เปิดมุมมองใหม่ในการทำงานประจำ
- ร่วมกระแสดูแลการจัดการความรู้เพื่อคุณภาพของงาน/บริการ

เนื้อหาที่จะนำเสนอ

- ปัญหาของ DOT ปัญหาหนึ่งคือคำจำกัดความของ DOT เอง
- ทำไมถึงเลือกทำเรื่อง DOT ทั้งๆที่ผู้รู้เตือนว่า “อย่าทำเลย มันยาก”
- DOT ไม่รู้ประวัติศาสตร์ของตัวเอง แต่เราควรรู้
- “เป็นมาตรฐานแล้ว.. ไม่จำเป็นต้องพิสูจน์ว่าได้ผลจริงหรือ?”
- ที่ปรึกษาจะมีชื่อที่ท่านก็ได้ แต่ขอให้ที่ปรึกษาจริงสักหนึ่ง
- “ไม่เข้าถ้าเสีย ฤา.. จะได้ลูกเสีย”
- “แปลผล” ไม่ใช่ “แปรผล”
- ความจริงเป็นสิ่งที่ไม่ตาย แต่ผู้พูดความจริง
- ทำเอง รู้เอง เป็นเอง



Efficiency & Effectiveness in Appropriate Supply chain: case study for anti-tuberculosis drug

อ.ภญ. กรกมล รุกขพันธ์

บทนำ

“Drug supply” เป็น 1 ใน 5 องค์ประกอบสำคัญของ DOTS (Directly Observe Treatment, Short course) กลยุทธ์สำคัญที่ WHO แนะนำให้ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกใช้ควบคุมวัณโรค นอกจากความสำคัญของยาวัณโรคที่เป็นอาวุธสำคัญของแพทย์ในการรักษาและตัดวงจรการแพร่กระจายของเชื้อโรคแล้ว ในปัจจุบันยังมีปัญหาเชื้อวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) ทำให้ระบบการสนับสนุนยาวัณโรค (Anti-TB drug supply) มีความสำคัญยิ่งขึ้น เพื่อให้ได้ยาที่มีคุณภาพดี ปริมาณเพียงพอเหมาะสม และคงคุณภาพและประสิทธิภาพจนกว่าจะถึงมือผู้ป่วย

ด้วยความสำคัญของยาสำหรับโรคติดเชื้อในการควบคุมและตัดวงจรการแพร่กระจายของเชื้อโรค กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายสนับสนุนยาสำหรับโรคติดเชื้อที่สำคัญ ให้ฟรีแก่ผู้ป่วย ซึ่งมียาวัณโรครวมอยู่ในรายการเหล่านี้ด้วย ในระบบเดิมกองวัณโรคจะจัดซื้อยาวัณโรคสำหรับโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั่วประเทศ แล้วกระจายยาผ่านสำนักงานควบคุมโรคติดต่อ ศูนย์วัณโรคเขต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลตามลำดับ เมื่อยาวัณโรคกระจายสู่โรงพยาบาลส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคจะเป็นผู้รับผิดชอบดูแลยา เนื่องจากเป็นยาที่ได้รับฟรี โรงพยาบาลจึงไม่มีนโยบายในการสุ่มยาส่งตรวจวิเคราะห์คุณภาพ และหน่วยที่จัดซื้อยา ก็ไม่มีระบบการสุ่มยาตรวจคุณภาพด้วยเช่นกัน

การวิจัยนำร่อง

ในปี 2543 มีรายงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนึ่งในภาคใต้ว่ามีอัตราการรักษาผู้ป่วยวัณโรคล้มเหลวสูงผิดปกติ ที่วิจัยจากหน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ได้รับการติดต่อให้ช่วยวิเคราะห์หาสาเหตุ จากการเข้าไปเก็บข้อมูลในพื้นที่ พบว่ามีจุดอ่อน 2 จุด คือ ระบบคุณภาพของห้องปฏิบัติการ (laboratory) และคุณภาพยาและการบริหารจัดการยา มีรายงานว่าพบยาวัณโรคเสื่อมที่ยายังไม่หมดอายุจากโรงพยาบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 11 แห่ง ผู้ป่วย 17% ที่สัมภาษณ์เคยพบยาวัณโรคมีลักษณะเปลี่ยนไป และ 1 ใน 3 โรงพยาบาล ที่ไปสำรวจไม่มีห้องเก็บยาเป็นสัดส่วน กล่องยาวางการจัดกระจายในห้องทำงานและบางส่วนวางอยู่ใกล้หน้าต่างที่มีแดดส่องถึง

ทำไมจึงทำวิจัยเรื่องนี้

ในขณะที่ยา มีความสำคัญยิ่งต่อการควบคุมโรค รายงานการดื้อยาที่ทวีความรุนแรงมากขึ้น โดยเฉพาะการดื้อยาหลายขนาน เป็นหลักฐานที่แสดงว่าอาวุธสำคัญกำลังด้อยประสิทธิภาพลง การได้รับรายงานจากโรงพยาบาลในภาคใต้ว่าพบยาวัณโรคเสื่อม การสำรวจพบปัญหาในการบริหารคลังยาวัณโรค และการขาดข้อมูลคุณภาพยาวัณโรค และประสิทธิภาพของระบบการสนับสนุนยา



วัณโรค (Anti-TB drug supply system) ทำให้เกิดความกังวลต่อคุณภาพและประสิทธิภาพของยามากยิ่งขึ้น ด้วยเหตุนี้จึงมีโครงการวิจัยที่ศึกษาคุณภาพยาและระบบการบริหารจัดการยาวัณโรค “การสร้าง ความเข้มแข็งในระบบบริหารจัดการยาวัณโรคของภาคใต้ตอนล่าง (เขต 12)”

วิธีคิดเป็นอย่างไร

การวิจัยนำร่องทำให้เกิดคำถามต่าง ๆ ตามมาคือ ที่โรงพยาบาลอื่น ๆ มียาวัณโรคเสื่อมอีกบ้างหรือไม่ มีมากน้อยเพียงใด ยาวัณโรคที่ใช้อยู่ในโรงพยาบาลมีคุณภาพเพียงใด ระบบการบริหารจัดการยา และการกระจายยาวัณโรคเป็นอย่างไร การบริหารจัดการยาที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์กับยาเสื่อมหรือไม่ และจะ พัฒนาระบบการจัดการยาในระยะยาวอย่างไร

วิธีทำงาน

การดำเนินโครงการนี้ให้สำเร็จต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญหลายด้านผู้วิจัยจึงต้องสร้างทีมสหสาขาวิชา อันประกอบด้วย ทีมวิเคราะห์ยา จากคณะเภสัชศาสตร์ และศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์สงขลา ทีมควบคุมวัณโรค ได้แก่ผู้อำนวยการ และแพทย์จากศูนย์วัณโรคที่ 12 ยะลา ทีมผู้ประสานงานวัณโรคระดับเขต และระดับจังหวัด ทีมวางแผนการวิจัยวิเคราะห์ข้อมูลและประเมินโครงการจากหน่วยระดับวิทยา และทีมเครือข่ายสนับสนุน ได้แก่ เภสัชกรจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา

มีการประชุมร่วมกันระหว่างทีมต่าง ๆ แต่ละทีมเพื่ออธิบายเหตุผล ความจำเป็นที่ทำวิจัย วิธีการทำวิจัยการเก็บข้อมูลและประโยชน์ที่หน่วยงาน ผู้ป่วย และสังคมจะได้รับจากการวิจัยเพื่อเชิญให้ทีมต่าง ๆ มาร่วมมือกันทำงานและติดตามความก้าวหน้าด้วยกัน มีการเสนอและรับฟังความคิดเห็นจากทีม และจากภายนอกเพื่อตรวจสอบความคิดและวิธีการของเรา เพื่อหาข้อสรุปด้วยกัน ค้นคิดวิธีแก้ปัญหาด้วยกัน และหาโอกาสใหม่ร่วมกันในการขยายผล

วิธีการเก็บข้อมูลในการวิจัยใช้หลายวิธีร่วมกันได้แก่ การศึกษาจากเอกสาร การสัมภาษณ์ ผู้เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการยา สัมภาษณ์ผู้ป่วย สังเกตการเก็บยาและคลังยาวัณโรค สุ่มยาหลักที่ใช้รักษาวัณโรค 4 ชนิด ได้แก่ Rifampicin, Ethambutol, Pyrazinamide และ Isoniazid เพื่อตรวจดูลักษณะทางกายภาพของเม็ดยา และสุ่มตัวอย่างยาเพื่อวิเคราะห์คุณภาพแหล่งที่เก็บข้อมูลได้แก่ กลุ่มวัณโรคของกรมควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา, ศูนย์วัณโรคที่ 12 ยะลา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 7 แห่ง โรงพยาบาล 49 แห่ง ในเขต 12

ผลการวิจัย

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการยาวัณโรค จากโรงพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 52 แห่ง มี 44 แห่ง รายงานว่าเคยพบยาวัณโรคที่เปลี่ยนไปจากเดิม ผู้ป่วย 44 จาก 288 คน (15%) เคยพบยาเสื่อม ผู้วิจัยสำรวจพบยาเสื่อมในโรงพยาบาลและหน่วยงานที่เก็บข้อมูล 28 แห่งและยาหมดอายุ 12 แห่ง ผลการวิเคราะห์คุณภาพยาทางห้องปฏิบัติการพบว่า ยา Rifampicin 62% , pyrazinamide 26% ไม่ผ่านเกณฑ์ dissolution test และ ยา Ethambutol 14% ไม่ผ่านเกณฑ์ assay test จุดอ่อนในระบบการบริหารยาวัณโรคได้แก่ การไม่มีระบบประกันคุณภาพยา การเก็บยาที่ไม่



เหมาะสมคือ มีแสงแดดส่องถึงชั้นที่เก็บยา (5 แห่ง) ห้องจ่ายยาวัคซีนโรคไม่ติดเครื่องปรับอากาศ (22 แห่ง) อุณหภูมิห้องจ่ายยาวัคซีนโรคมากกว่า 30°C (7 แห่ง) ความชื้นสัมพัทธ์ห้องจ่ายยามากกว่า 70% (24 แห่ง) มีอ่างล้างมือใกล้ชั้นเก็บยา (19 แห่ง) การบรรจุหีบห่อยาขณะขนส่งใส่ถุงพลาสติกแทนที่จะใส่กล่องมิดชิด (25 แห่ง) เคยมีการแกะเม็ดยาออกจาก Foil ก่อนจ่าย (16 แห่ง) และเคยมีการหักครึ่งเม็ดยา Ethambutol (15 แห่ง)

การดำเนินการที่ทำไปแล้ว

ให้ข้อมูลการเก็บยาที่ถูกวิธี และวิธีสังเกตยาเสื่อมแก่เจ้าหน้าที่คลินิกวัคซีน ผู้จ่ายยา และผู้ป่วย ประสานงานร่วมกับหน่วยงานที่รับผิดชอบสำรวจยาวัคซีนโรคในคลังยาของโรงพยาบาลเพื่อตรวจหา ยาเสื่อมและเรียกเก็บยาเสื่อมคืน เสนอกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ให้ยาวัคซีนโรคอยู่ในรายการยาติดตามคุณภาพ โดยจะสุ่มจากโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั่วประเทศมาวิเคราะห์คุณภาพที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ สงขลา และขณะนี้ดำเนินการวิเคราะห์ยาเรียบร้อยแล้ว นำเสนอผลการวิจัยเบื้องต้นแก่ผู้ให้ทุนคือ WHO กลุ่มวัคซีน มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ เพื่อเรียนปรึกษาแนวทางการแก้ไขและป้องกันปัญหาอย่างเป็นระบบ

นำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์อย่างไร

1. ผลจากการวิจัยจะใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการจัดสัมมนาเชิงปฏิบัติการเรื่อง การพัฒนาแนวทางการบริหารจัดการยาวัคซีนโรค เพื่อเชิญผู้เชี่ยวชาญ และผู้มีอำนาจในการตัดสินใจ และผู้บริหาร มาให้ข้อเสนอแนะ และร่วมพัฒนาแนวทางการบริหารจัดการยาวัคซีนโรค
2. ผู้เกี่ยวข้องเปลี่ยนนโยบายและปรับปรุงมาตรฐานการทำงานได้แก่ มาตรฐานการคัดเลือก การจัดซื้อยาวัคซีนโรค การประกันคุณภาพยา และการเก็บรักษาและบริหารคลังเวชภัณฑ์วัคซีนโรค

ถ้าจะทำใหม่จะทำอย่างไร

1. ขยายผลไปยังยาควบคุมโรคสำคัญอื่น ๆ เช่นโรคเอดส์
2. พัฒนาระบบประกันคุณภาพยา และทดสอบระบบ
3. ทำให้การประกันคุณภาพยาดำเนินการต่อไปได้อย่างยั่งยืนไม่ต้องพึ่งนักวิจัย โดยเภสัชกรโรงพยาบาลส่งยามา ตรวจที่ มอ. หรือศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์อย่างเป็นทางการเป็นประจำ

บทเรียนการวิจัย

กระบวนการตรวจสอบคุณภาพยามีสำคัญของประเทศไทยรวมทั้งการจัดการยาสำหรับโรคติดต่อยังไม่ดีพอ ต้องช่วยกันพัฒนา การวิจัยนี้เป็นเครื่องพิสูจน์ว่าการร่วมมือกันทำงานยาก ๆ สำเร็จได้



“A53 บทเรียนจากพื้นที่ 1”

ที่มา

พื้นที่ต่าง ๆ มีผลงานริเริ่มสร้างสรรค์เพื่อตอบสนองความต้องการและปัญหาในพื้นที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีคุณค่าควรแก่การนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเชิงกระบวนการทำงาน ปฏิสัมพันธ์และความรู้สึกของผู้คนที่เกี่ยวข้อง ที่มาของความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ต่าง ๆ

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าประชุมได้รับทราบประสบการณ์จากพื้นที่ ใช้จินตนาการของตนสร้างเรื่องราวของตน คู่ขนานไปกับของผู้นำเสนอ และนำไปใช้ในการวางแผนดำเนินงานของตน

เนื้อหาที่จะนำเสนอ

Birth Asphyxia Initiative	นพ.สุรจิต คุณประดิษฐ์ โรงพยาบาลลำพูน
กิจกรรมคุณภาพเพื่อลด Birth Asphyxia	นพ.ชัยวัฒน์ พัฒนาพิศาลศักดิ์ โรงพยาบาลสุโขทัย
ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไขเลือดออก	นางเกษร ธีระธนานนท์ โรงพยาบาลอุดรธานี
Trauma & Surgical Audit	นพ.ไพโรจน์ มิตรมโนชัย รพ.กำแพงเพชร

ผู้วิพากษ์

นพ.ปัญญา สอนคม สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล



Birth Asphyxia Initiative: Causes, Guidelines and Evaluation

น.พ.สุรจิต คุณประดิษฐ์

ความเป็นมา: สุขภาพอนามัยของทารกปรกติกำเนิด เป็นดัชนีชี้วัดการพัฒนาทางด้านสังคม และเศรษฐกิจ สุขภาพของทารกปรกติกำเนิดยังมีส่วนสำคัญต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนทั่วไป เพราะทารกปรกติกำเนิดเหล่านี้ก็คือผู้ใหญ่หรือหน่วยของสังคมในอนาคต หากทารกเหล่านี้แข็งแรงสุขภาพดีก็จะทำให้สุขภาพอนามัยของประชาชนในอนาคตดีขึ้นตามไปด้วย

ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ทารกวัยแรกเกิดเสียชีวิต และมีความพิการทางสมองที่เกิดขึ้นกับทุกประเทศ โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนา ในปี 2537 องค์การอนามัยโลกได้รายงานไว้ว่า ในแต่ละปีทั่วโลกจะมีทารกเสียชีวิตภายใน 7 วันแรกหลังคลอดประมาณ 7 ล้านราย ส่วนมากเกิดในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา ทารกประมาณ 4 ล้านรายมีปัญหขาดออกซิเจนในระดับปานกลางหรือรุนแรง ในจำนวนนี้ 8 แสนรายจะเสียชีวิตในระยะหลังคลอด และอีกประมาณ 8 แสนรายจะมีปัญหาตามมา เช่น โรคลมชัก, สมองพิการ, หรือไม่สามารถเรียนหนังสือได้

คะแนนการคลอดทั่วประเทศของไทยประมาณ 1 ล้านคนต่อปี อัตรา birth asphyxia (BA) ของประเทศไทยเท่ากับ 61 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ ในปี 2542 โดยโรงพยาบาลลำพูนมีอัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดสูงถึง 129.9 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพในปี 2541

วัตถุประสงค์ :

1. เพื่อหาสาเหตุ และแนวทางในการแก้ไขปัญหาอัตราภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด เพื่อลดอัตราป่วย ความพิการ และการตายของทารกแรกเกิด จากภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด
2. เพื่อพัฒนาบุคลากร ระบบ กระบวนการในการทำงาน ของบุคลากรให้มีความรู้ ความสามารถในการแก้ไขปัญหาภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดอย่างมีประสิทธิภาพ
3. เพื่อประเมินผลโครงการแก้ไขภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด และประเมินผลของการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ โดยการนับลูกดิ้น ต่อการลดการตายของทารกก่อนระยะคลอด

การปรับปรุงที่เกิดขึ้น

1. สร้างมาตรฐาน และพัฒนาคุณภาพการให้บริการ (set standard and good quality service)
 - 1.1 คัดกรองมารดาที่มีเกณฑ์เสี่ยงต่อ birth asphyxia (risk pregnancy screening) ให้แพทย์ดูแลโดยเฉพาะ
 - 1.2 ดูแลการคลอดอย่างมีแบบแผน (plan of management) และเป็นทีม(teamwork)
 - 1.3 พัฒนาบุคลากร (human resource development) ในด้านการดูแลมารดาในระหว่างการคลอด เพื่อให้การวินิจฉัย และการดูแลรักษาภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดอย่างมีประสิทธิภาพ ในเรื่องการใช้ กราฟดูแลการคลอด การฟังเสียงหัวใจทารก และประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ การช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด
2. จัดทำ Birth asphyxia and perinatal conference โรงพยาบาลลำพูน โรงพยาบาลชุมชน
3. ปรับปรุงระบบส่งต่อ ระบบให้คำปรึกษา(refer and consultation system) ระหว่างโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลลำพูน จัดทำคู่มือและข้อบ่งชี้ในการส่งต่อ



4. จัดทำคู่มือมาตรฐานในการให้บริการการฝากครรภ์ การคลอด สำหรับ โรงพยาบาลจังหวัด
โรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้การบริการมีมาตรฐาน และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน
5. สร้างการมีส่วนร่วมของหญิงตั้งครรภ์ในการดูแลตนเองร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ โดยมี
เอกสารโครงการ และเอกสารการนับลูกดิ้น ติดในสมุดฝากครรภ์

ผลลัพธ์: สาเหตุสำคัญของภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด คือ ปัจจัยจากการคลอด
รองลงมาคือปัจจัยจากทารก และปัจจัยจากมารดา โครงการช่วยลดอัตราภาวะขาดออกซิเจนในทารก
แรกเกิด จากอัตรา 129.9 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพในปีงบประมาณ 2540 เป็น 77.75, 33.48, 27.57 ต่อ
1,000 การเกิดมีชีพในปีงบประมาณ 2541, 2542 และ 2543 ตามลำดับ การตายปริกำเนิดจากภาวะขาด
ออกซิเจน (0-7 วัน) ลดลงจาก 1.9 ต่อ 1,000 การคลอดทั้งหมดในปี 2540 เป็น 0.5 และ 0.6 ในปี 2541,
2542 ตามลำดับ และไม่พบการตายทารกปริกำเนิดจากภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดในปี 2543
การแก้ไขปัญหาภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดของโรงพยาบาลลำพูน ไม่ส่งผลต่อการ
เพิ่มขึ้นของอัตราผ่าตัดคลอด (ร้อยละ 20.9, 20.1, 21.8 และ 20.8 ในปี 2540-2543 ตามลำดับ)

การประเมินผลโครงการ: พบว่า ประสิทธิภาพของการดำเนินงาน แก้ไขปัญหาภาวะขาด
ออกซิเจนในทารกแรกเกิด ประสบความสำเร็จ เมื่อประเมินจากวัตถุประสงค์ของโครงการ อัตราภาวะขาด
ออกซิเจนในทารกแรกเกิดโรงพยาบาลลำพูนในปี 2543 ต่ำกว่าเป้าหมายของงานอนามัยแม่และเด็กตาม
แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (2540-2544) การประเมินผลสัมฤทธิ์ของการฝึกอบรม
โดยเปรียบเทียบผลการประเมินความรู้ก่อนและหลังการฝึกอบรมสำหรับพยาบาลสูติกรรม วิทยาลัย
พยาบาล พยาบาลห้องผ่าตัด ในด้านการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด พบว่ามีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ด้วย paired t-test ทั้งหมด การประเมินผลการดำเนินงาน โครงการแก้ไขปัญหาภาวะ
ขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด โดยใช้การประเมินแบบการวิเคราะห์ต้นทุน-ผลได้ (cost-benefit
analysis) พบว่า โครงการช่วยลดความเจ็บป่วย การตายทารกปริกำเนิด และลดความสูญเสียจากค่า
รักษาพยาบาลประมาณปีละ 1 ล้านบาท โดยใช้งบประมาณในการพัฒนาบุคลากรเพียง 39,522.5 บาท
ในระยะเวลา 3 ปี การประเมินผลโครงการทางเศรษฐศาสตร์พบว่า โครงการมีความคุ้มค่าทาง
เศรษฐศาสตร์

ผลของการมีส่วนร่วมของหญิงตั้งครรภ์ ในการดูแลตนเอง โดยการนับ และ บันทึกลูกดิ้น ของ
หญิงตั้งครรภ์ พบว่าการแนะนำ และบันทึกการนับลูกดิ้น ของหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่อายุครรภ์ 30 สัปดาห์
ในปี 2543 การตายทารกในครรภ์ลดลงจากอัตรา 7.7, 5.8 และ 8.1 ต่อ 1,000 การคลอดทั้งหมด ในปี
2540, 2541 และ 2542 เป็น 3.9 ต่อ 1,000 การคลอดทั้งหมด ในปี 2543

กระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น จากการศึกษาครั้งนี้แสดงถึงบทบาทของการพัฒนาทรัพยากร
บุคคล ในด้านความรู้ ทักษะ ประสิทธิภาพโดยไม่เพิ่มบุคลากร การพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือระดับ
จังหวัดในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน การดำเนินการในโครงการมีการใช้งบประมาณตามความจำเป็น และ
ประหยัด ในโครงการนี้มีการสร้างการมีส่วนร่วมของหญิงตั้งครรภ์ให้ตระหนัก และมีบทบาทในการดูแล
ตนเอง ร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ มีเอกสารโครงการ และเอกสารการนับลูกดิ้นติดในสมุดฝากครรภ์
ผลจากการนับลูกดิ้น ของโครงการยังช่วยลดการตายทารกปริกำเนิดจากทารกตายเปื่อยยุ่ยลงได้
โครงการแก้ไขปัญหาภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด เป็นกิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับ
แนวทางการดำเนินการโรงพยาบาล "ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย" แนวทางการพัฒนา และรับรองคุณภาพ
โรงพยาบาล (Hospital Accreditation) และสอดคล้องกับ การสร้างสุขภาพ ตามนโยบายของรัฐบาล



แผนที่จะดำเนินการต่อไป: พัฒนาคอนอย่างต่อเนื่อง สร้างความเข้มแข็งของความร่วมมือระหว่าง รพ.ชุมชนและ รพ.จังหวัด และ ดำเนินโครงการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความยั่งยืน

สรุป: การดูแลการคลอดอย่างปลอดภัย โดยใช้กราฟดูแลการคลอดร่วมกับการฟังหัวใจทารกอย่างสม่ำเสมอและการใช้ fetal monitoring ในกรณีที่ทารกมีความเสี่ยงต่อภาวะนี้ ช่วยลดปัญหา birth asphyxia ลงได้ระดับหนึ่ง ประการสำคัญที่สุด คือ การช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดอย่างมีประสิทธิภาพ มีบทบาทสำคัญในการแก้ไขปัญหานี้ การพัฒนาบุคลากรเป็นสิ่งสำคัญ ร่วมกับการใช้เครื่องมือที่มีอยู่เดิมในโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ พัฒนาระบบและสร้างเครือข่ายความร่วมมือระดับจังหวัด สร้างจิตสำนึกให้บุคลากรเห็นความสำคัญ และตระหนัก ร่วมมือในการแก้ไขปัญหานี้ ทำให้ปัญหาการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดของโรงพยาบาลลำพูนลดลงได้ หญิงตั้งครรภ์ทุกคนควรที่จะนับและ บันทึกลูกดิ้น เพื่อเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยลดการตายทารกก่อนระยะคลอดลง โครงการแก้ไขปัญหามาภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด เป็นโครงการหนึ่งที่เป็นคำตอบของความพยายามในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาทางอนามัยแม่และเด็กเชิงรุก ที่มีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์



กิจกรรมคุณภาพเพื่อลด Birth Asphyxia ในโรงพยาบาลสุโขทัย

นพ.ชัยวัฒน์ พัฒนาพิศาลศักดิ์

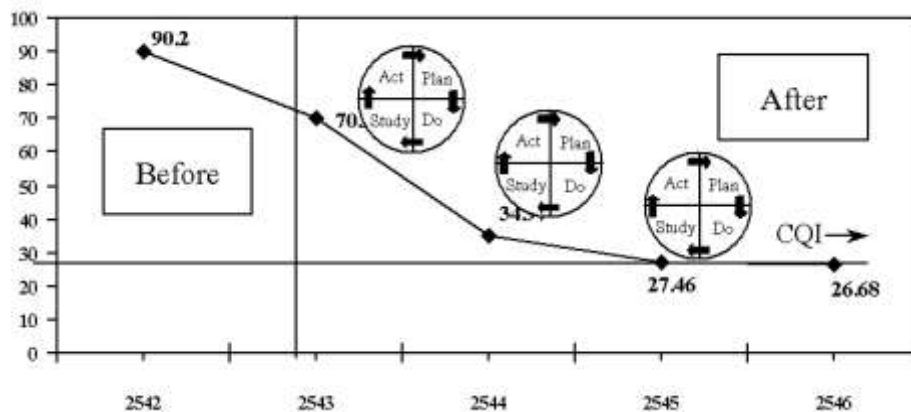
Neonatal Mortality และ Morbidity เป็นสิ่งสะท้อนถึงสภาวะสุขภาพอนามัยของมารดาและทารก และยังเป็นดัชนีชี้วัดการดูแลด้านสาธารณสุขของประชาชนในระดับประเทศ

ภาวะทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนเป็นสาเหตุหลักของ Neonatal Mortality และ Morbidity โดยโรงพยาบาลสุโขทัย พบสูงถึง 90.20 ต่อพันการเกิดมีชีพ ในปี 2542 ซึ่งมีสาเหตุสำคัญจากการคลอดโรคในมารดาและทารกในครรภ์ และมีปัจจัยเสริม คือ การส่งต่อผู้ป่วย อุปกรณ์การช่วยชีวิต ตลอดจนความรู้ ความสามารถของบุคลากร

ดังนั้น เพื่อให้ลด Neonatal Mortality และ Morbidity ดังคำขวัญของ PCT สุโขทัยของโรงพยาบาลสุโขทัยที่ว่า “แม่ลูก ผูกพัน ผักกรรมโดยตลอด ลูกเกิดรอด น้ำหนักดี มีสมองแจ่มใส แม่คลอดปลอดภัย สู้วันสดใส หญิงไทยสุขสม” ยังได้จัดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพเพื่อลดภาวะ Birth Asphyxia ดังกล่าวตั้งแต่ปี 2542 เป็นต้นมา

วัตถุประสงค์: เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน (Birth Asphyxia)

ผลลัพธ์:



การปรับปรุงที่เกิดขึ้น

ปัญหา	สาเหตุ	วิธีแก้ปัญหาและ Intervention	ลำดับ
บุคลากร (KAP)	Φ ทักษะ CPR	Φ อบรมวิชาการเชิงปฏิบัติการ 2 ครั้งต่อปี	1
		Φ Competency Check	2
	Φ Attitude	Φ จัดทีมแบบเกอูลแบบ DRG (Diamond-Ruby-Gold)	3
		Φ อบรมวิชาการประจำเดือน Perinatal Conference	1
	Φ ขาดความรู้	Φ แยกกลุ่ม High Risk ในห้องคลอด, ANC	2
		Φ ทบทวน (Peer Review) Chart, ผู้ป่วยและโรค Grand Round	3
Φ กระบวนการเตรียมผู้ป่วย ผ่าตัดคลอดซ้ำซ้อน, ลำช้า	Φ TQM เพื่อลดเวลาเตรียมจาก 27.43 เป็น 7.26 นาที	1	
	Φ ใช้แบบฟอร์มตรวจสอบคุณภาพก่อนมอบแต่ผู้รับผลงาน	2	
อุปกรณ์	Φ ไม่มี, ไม่เพียงพอ	Φ ใช้นาฬิกาจับเวลา Apgar ที่ 1, 5 นาที	1
		Φ เตรียมอุปกรณ์ CPR ให้พร้อมใช้เสมอ จาก 47.41% เป็น 80.37%	2
		Φ บรรจุการตรวจสอบอุปกรณ์ CPR เป็นส่วนหนึ่งของการส่งเวร	3



ปัญหา	สาเหตุ	วิธีแก้ปัญหาและ Intervention	ลำดับ
ระบบส่งต่อ	<ul style="list-style-type: none"> Φ ขาดการประสานงานก่อนส่งผู้ป่วย Φ ไม่มีการคัดกรองผู้ป่วยที่ดี 	Φ โทรศัพท์ติดต่อก่อนส่งผู้ป่วย	1
		Φ ใช้ใบ Referral Audit เป็นใบ Refer แทนแบบเดิม	2
		Φ ใช้ Sticker 3 สีแยกผู้ป่วยตามกลุ่มเสี่ยง (แดง + เหลือง + เขียว)	3
สาเหตุจากมารดา	<ul style="list-style-type: none"> Φ ผู้ป่วยไม่ตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อน Φ โรคและภาวะแทรกซ้อนของหญิงตั้งครรภ์ 	Φ โครงการแม่คุณภาพ	1
		Φ ทบทวนสาเหตุ BA ทุกรายใน Perinatal Conference	2
		Φ มีเกณฑ์การตามสูติแพทย์และกุมารแพทย์	3
		Φ แยกผู้ป่วย high risk ในห้องคลอด, ANC	4
		Φ ปฏิบัติตามเกณฑ์โรงพยาบาลลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย	
สาเหตุจากทารก		Φ ทบทวนวิชาการใน Perinatal Conference	1
		Φ ปฏิบัติตามเกณฑ์โรงพยาบาลลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย	2
		Φ Grand Round	3
		Φ Peer Review	4
สาเหตุจากการคลอด	<ul style="list-style-type: none"> Φ Prolonged labor Φ Abnormal labor 	Φ ใช้ Photograph ทุกราย	1
		Φ ทบทวนสาเหตุใน Perinatal Conference	2
		Φ ใช้ Risk Management ทุกราย เพื่อให้แพทย์เจ้าของไข้เป็นผู้หาแนวทางแก้ไขและป้องกัน BA	3
		Φ การคลอดภาคประชาชน	4

ปัจจัยที่ยังเป็นปัญหาต่อ BA คือ ผู้ป่วยเอง ยังนิยมการคลอดที่บ้านโดยผดุงครรภ์โบราณถึงร้อยละ 40 ตามแผนภูมิ

แนวทางดำเนินการ: ปฏิบัติการเชิงรุก สู้ชุมชน, สร้างทีม DRG ไปถึงสถานีอนามัย, สร้างเหตุจูงใจให้หญิงตั้งครรภ์มาคลอดในสถานบริการ (ปรับปรุงภูมิทัศน์ในห้องคลอด, พัฒนาคุณภาพบริการตามมาตรฐาน HA, พัฒนา Service Marketing)

Intervention และกิจกรรมคุณภาพในการแก้ปัญหาเรื่อง BA: Risk Management เพื่อหาโอกาสพัฒนา, Perinatal Conference เน้นการทบทวนหลังเกิดเหตุการณ์ BA, Grand Round เน้นการทบทวนก่อนเกิดเหตุการณ์ BA, Peer Review เน้นการทบทวน Chart ผู้ป่วย และโรค

นวัตกรรม: การตรวจสอบคุณภาพก่อนมอบแด่ผู้รับผลงาน, Referral Audit Form, จัดทีม DRG (Diamond-Ruby-Gold), การคลอดภาคประชาชน (Patient-Center Pregnancy Care), Sticker 3 สีแยกผู้ป่วยตามความเสี่ยง



ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจังหวัดอุดรธานี

เกษร วีระชนานนท์, กิตติยา เตชะไพโรจน์

ปัจจุบันโรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและพบว่ามีภาวะแทรกซ้อนอยู่เสมอ ซึ่งองค์การอนามัยโลกจัดให้โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อที่มีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ปี 2541 โรคไข้เลือดออกระบาดครั้งใหญ่ในประเทศไทย และในจังหวัดอุดรธานีมีอัตราการป่วย 313.15 ต่อแสนประชากร อัตราตายเท่ากับ 1.46 ต่อแสนประชากร สาเหตุที่เสียชีวิต ส่วนใหญ่เกิดจากภาวะช็อคหรือภาวะน้ำเกิน เนื่องจากการดูแลเบื้องต้นที่ไม่เหมาะสมก่อนที่จะส่งต่อมารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี

จากการประเมินพบว่าการดูแลรักษาโรคไข้เลือดออกในจังหวัดอุดรธานีมีปัญหาหลักที่สำคัญ คือ fail detection และ fluid overload โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่ส่งมาจากโรงพยาบาลชุมชน สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจาก 1) บุคลากรขาดความรู้และประสบการณ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย ทำให้วินิจฉัยโรคได้ช้า, detect อาการผิดปกติได้ช้าและดูแลรักษาช้าหรือไม่เหมาะสมในเบื้องต้น ทำให้ผู้ป่วย prolong shock, fluid overload มีภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วยทำให้มีความยุ่งยากในการรักษา 2) ใบส่งต่อมีข้อมูลที่ไม่เพียงพอในการรักษาต่อเนื่อง 3) แพทย์มีแนวทางการรักษาหลากหลาย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

จังหวัดอุดรธานีโดยโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นแกนนำในการพัฒนาระบบการป้องกัน ควบคุม และการดูแลโรคไข้เลือดออกร่วมกับหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและการรักษาโรคไข้เลือดออก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ป้องกันการระบาดของโรคไข้เลือดออก 2) ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง รวดเร็ว ลดอัตราการตาย โดยมีการดำเนินการในส่วนที่เป็นปัญหาหลักดังนี้ 1) ดำเนินการควบคุมและกำจัดลูกน้ำยุงลาย 2) การพัฒนาแนวทางในการรักษาโรค (CPG) ไข้เลือดออก ร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี มีการปรับปรุง CPG หลายครั้ง และขยายผลไปสู่โรงพยาบาลชุมชน 3) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร เพื่อให้มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก โดยจัดประชุมวิชาการโรคไข้เลือดออกในช่วงก่อนฤดูกาลระบาดแก่บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกทุกระดับในจังหวัดอย่างต่อเนื่องทุกปี 4) การเตรียมระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยไข้เลือดออกและการเตรียมหอผู้ป่วยเพื่อรองรับสถานการณ์ในช่วงระบาด 5) การจัดระบบบันทึกที่จำเป็น 6) กลุ่มงานกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลอุดรธานีเป็นที่ปรึกษาในเรื่องการดูแลรักษาโรคไข้เลือดออก และมีหมายเลขโทรศัพท์ (hot line) ของแพทย์ที่ปรึกษาที่สามารถติดต่อขอรับคำปรึกษาได้ตลอด 24 ชั่วโมง 7) การจัดวิชาการสัญจรสู่โรงพยาบาลชุมชนโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วยกุมารแพทย์และพยาบาล นักเทคนิคการแพทย์และนักวิชาการควบคุมโรค 8) การทำ dead case conference ทุกราย โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี 2544

จากการออกสัญจรเยี่ยมโรงพยาบาลชุมชนโดยทีมสหสาขาวิชาชีพโรงพยาบาลอุดรธานี ได้ช่วยโรงพยาบาลชุมชนประเมินและวางแผนจัดสถานที่เพื่อเตรียมรองรับผู้ป่วยไข้เลือดออกในสถานการณ์ระบาด และการจัดแบ่งกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังสังเกตอาการในหอผู้ป่วย (setting zone) เพื่อให้สามารถประเมินอาการผู้ป่วยได้รวดเร็ว การประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อช่วยการวินิจฉัยโรค การเปิด Hot Line พบว่าแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนมักจะใช้เพื่อขอคำแนะนำหรือปรึกษาในการรักษาผู้ป่วยไข้เลือดออกที่มีอาการหนักหรือมีปัญหาซับซ้อนช่วยให้สามารถลดการส่งต่อของผู้ป่วย หรือในรายที่มี



แนวโน้มจะมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำในการดูแลเบื้องต้นแล้วส่งต่อมารักษาที่โรงพยาบาลอุดรธานี จากการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและด้วยความร่วมมือของหลายหน่วยราชการภายในจังหวัดอุดรธานี ในการป้องกัน ควบคุม และรักษาโรคไข้เลือดออก พบว่าอัตราป่วยโรคไข้เลือดออก ตั้งแต่ปี 2544, 2545 และ 2546 เท่ากับ 65.62, 125.12 และ 40.50 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ เช่นเดียวกับ อัตราตายตั้งแต่ปี 2544, 2545 และ 2546 เท่ากับ 0.26, 0.13 และ 0.13 ต่อแสนประชากรก็มีแนวโน้มลดลง ในผู้ป่วยที่เสียชีวิตมีการเรียนทบทวน Dead case conference ทำให้ได้ข้อตกลงร่วมกัน 3 ประการในการดูแลรักษาโรคไข้เลือดออกคือให้ใช้หลัก 3E : early detect, early treatment และ early refer แนวทางการดำเนินงานดังกล่าว ช่วยให้ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมมากขึ้น ช่วงที่มีการระบาดที่มงานสามารถป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกและดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ



Trauma and Surgical Audit/Audit สัญจร โรงพยาบาลกำแพงเพชร

นพ.ไพโรจน์ มิตรมโนชัย

ความเป็นมา : โรงพยาบาลกำแพงเพชรเป็นโรงพยาบาลที่มุ่งมั่นสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัยและเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยสุด ซึ่งหน่วยงานศัลยกรรมได้ดำเนินการประเมินตนเองเพื่อค้นหาปัญหาในช่วงการศึกษาตั้งแต่ปี 2544-2545 โดยพบว่าผู้ป่วยอุบัติเหตุเสียชีวิตที่ป้องกันได้ (preventable death) สูงถึง 9.52% พบว่าการแก้ไขข้อผิดพลาดบางครั้งจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชนและยังพบว่าแนวโน้มผู้ป่วยอุบัติเหตุในจังหวัดกำแพงเพชรสูงขึ้น จึงเกิดแนวความคิดที่จะหากระบวนการทบทวนทางคลินิกของหน่วยงานเพื่อมาแก้ไขปัญหาดังกล่าวเพื่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการส่งผลให้เกิดการลดอัตราการเสียชีวิตที่ป้องกันได้ โดยเฉพาะกรณีผู้ป่วยอุบัติเหตุ (trauma case) แต่ยังไม่รวมถึงผู้ป่วยอื่นๆ (surgical case) ในหน่วยงานศัลยกรรม

วัตถุประสงค์ : เพื่อค้นหาปัญหาในด้านต่างๆ ที่เป็นสาเหตุของข้อผิดพลาดในเชิงสร้างสรรค์แล้วนำมาระดมความรู้และแลกเปลี่ยนกับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง (knowledge sharing/transfer) ทั้งภายในโรงพยาบาลกำแพงเพชรและโรงพยาบาลชุมชน เพื่อหาแนวทางการแก้ไขปัญหา แล้วนำไปปรับให้เข้ากับวัฒนธรรมองค์กรอย่างสมดุล ไม่ให้เกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการโดยมุ่งเน้นให้อัตรา preventable death ลดลง และให้เกิดการพัฒนากระบวนการต่างๆ อย่างต่อเนื่อง

ผลลัพธ์และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น : ในแง่การปรับปรุงระบบที่นำมาใช้ทบทวนเกิดขึ้นตั้งแต่ พ.ศ.2544-45 เริ่มมีการประเมินการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุโดยการใช้ความรู้พื้นฐานการทำ trauma audit โรงพยาบาลขอนแก่น ทำให้ได้ทราบข้อมูลที่เป็นปัญหาคือ preventable death ในโรงพยาบาลกำแพงเพชร มีอัตรา 9.52% รวมถึงข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นในส่วนต่างๆ ทั้งภายในโรงพยาบาลกำแพงเพชร และ โรงพยาบาลชุมชน และได้มีการขยายการทำ trauma audit ไปยังโรงพยาบาลชุมชนเป็น trauma audit สัญจร ในปี พ.ศ. 2545 เพื่อระดมความรู้จากผู้เชี่ยวชาญไปส่งเสริมให้แก่โรงพยาบาลชุมชน และร่วมกันพิจารณาถึงความเป็นไปได้ในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ตามข้อจำกัดของแต่ละโรงพยาบาลชุมชน ส่วนในปี พ.ศ.2545-46 มีการขยายการทบทวนเป็น trauma and surgical audit เพื่อให้เกิดความครอบคลุมของผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรมทั้งหมด

การจัดทำ trauma and surgical audit สามารถทบทวนพบข้อผิดพลาดต่างๆ แบ่งเป็น 3 ระบบคือ

1. การดูแลรักษาของวิชาชีพ ตรวจพบข้อผิดพลาด 111 จุด contribute to death 51 จุด
2. ระบบการทำงาน (system inadequacy) ตรวจพบข้อผิดพลาด 40 จุด contribute to death 13 จุด

3. Prehospital pitfall ตรวจพบข้อผิดพลาด 14 จุด contribute to death 8 จุด

ซึ่งจากข้อผิดพลาดทุกจุดจะมีการสร้าง recommendation ในการแก้ไขปัญหาทั้งหมด 151 จุด และได้นำ recommendation เหล่านั้นไปเผยแพร่ในหน่วยงาน และหลังจากที่ได้ดำเนินการ audit อย่างต่อเนื่อง ทำให้ข้อผิดพลาดลดลงจาก 109 จุดเหลือ 42 จุด

ปัญหาที่พบมากที่สุดในการดูแลรักษาของวิชาชีพ 3 เรื่องคือ hypovolemic shock, necrotizing fasciitis, และการดูแล ICD มีแนวโน้มลดลง โดยพบว่า pitfall ที่เคยเกิดขึ้นลดจำนวนลง



และ pitfall ที่เกิดขึ้นใหม่เป็นคุณละชนิดกับของเดิมจึงถือเป็นโอกาสพัฒนาต่อไปได้อย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกับข้อผิดพลาดของระบบการทำงานและ prehospital pitfall ก็มีแนวโน้มลดลงเช่นเดียวกัน แต่อย่างไรก็ตามไม่สามารถระบุได้ชัดเจนว่าการลดลงของข้อผิดพลาดของระบบหรือของการดูแลรักษาเป็นปัจจัยหลักเนื่องจากสภาวะของผู้ป่วยต่างกัน แต่สามารถบอกได้ว่ารายละเอียดของ pitfall ที่เคยเกิดขึ้นมีแนวโน้มลดลงซึ่งส่งผลให้ภาพรวมของอัตราการตายที่ป้องกันได้ลดลงด้วย

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในภาพรวมนั้นคือ แนวโน้มของอัตราการเสียชีวิตที่ป้องกันได้ลดลง จาก 13.23% เหลือ 5.4% ในระยะ 14 เดือนที่ทำการศึกษา ซึ่งเป็นผลจากการพัฒนาในระบบต่างๆ ที่เกิดขึ้น โดยไม่สามารถนำมาเปรียบเทียบกับอัตราการตายทั้งหมดได้เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยมีความหลากหลายของการศึกษา และถ้าจะศึกษาผลของการทำ trauma and surgical audit ในแต่ละกลุ่มที่มีความรุนแรงเท่ากันนั้น สามารถศึกษาจากผลการนำแนวทางที่เกิดจาก recommendation ของ pitfall ที่เกิดขึ้นแล้ว นำมาพัฒนาให้เป็นแนวการรักษาเช่น กลุ่มผู้ป่วย hypovolemic shock, กลุ่มผู้ป่วย necrotizing fasciitis, กลุ่มผู้ป่วยที่ใส่ ICD มาศึกษาได้ว่านำไปใช้หรือไม่ แล้วส่งผลให้ pitfall ในเรื่องเดิมลดลงจริงหรือไม่ โดยผลการศึกษากำลังอยู่ในระยะของการเก็บข้อมูล ตัวอย่างของการปรับปรุงที่เกิดขึ้นได้แก่

1. ด้านการดูแลรักษาของวิชาชีพ : เช่น เกิด recommendation ของปัญหาต่างๆแล้วนำไปพัฒนาให้เกิด CPG เรื่องใหม่ เช่น treatment of hypovolemic shock, เกิดการทบทวน CPG เก่า เช่น เรื่อง การดูแลผู้ป่วยใส่ ICD, เกิดการส่งเสริมให้มีการวิจัยถึงปัญหา necrotizing fasciitis

2. ด้านระบบการทำงานและการบริหารของโรงพยาบาล : เช่น เกิดการพัฒนากระบวนการ Consultation เช่น การปรึกษาศัลยกรรมจากห้องฉุกเฉินทันที, การปรึกษา orthopaedics ทันทีในกรณี fracture pelvis with unstable V/S ตั้งแต่ ER, การทบทวนการประสานงานกับคลังเลือดในการขอเลือดฉุกเฉิน, การส่งข้อมูลพื้นฐานของปัญหาไปยังฝ่ายบริหารเพื่อขออัตรากำลังเพิ่ม เช่น ศัลยแพทย์ระบบประสาท เป็นต้น

3. Prehospital pitfall : เกิดการพัฒนาการประสานงานเพื่อแจ้ง ER โรงพยาบาลกำแพงเพชร ก่อนส่งผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนเพื่อเตรียมความพร้อม, เกิดการพัฒนาในการรับรักษาผู้ป่วยจาก รพช. โดย ER จะเป็นผู้ประสานงานให้ก่อน, เกิดการพัฒนาระบบส่งต่อ (referral system) เช่น ความสมบูรณ์ของใบ refer, การดูแลเบื้องต้นของผู้ป่วยฉุกเฉินทางศัลยกรรมโดยการให้ความรู้ทางวิชาการ หรือ การเผยแพร่ CPG ที่เกิดจาก pitfall ที่เกิดขึ้น

การเรียนรู้ที่เกิดขึ้น :

1. เกิดการเรียนรู้ด้านการประเมินตนเอง โดยการระดมความคิดเห็นของสหสาขาวิชาชีพเพื่อ sharing knowledge and transfer เพื่อค้นหาปัญหาและมุมมองต่างๆ ในการแก้ไขปัญหาจนทำให้สมาชิกเกิดความใฝ่รู้ที่ต้องการนำปัญหาของหน่วยงานตนเองเข้าร่วมปรึกษาแก้ไข,

2. เกิดการเรียนรู้ด้านการปรับเจตคติต่อการเสียชีวิตที่ป้องกันได้ โดยการเน้นย้ำให้เกิดการทบทวนเชิงสร้างสรรค์และสมดุลและให้เห็นถึงผลความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยตามสิ่งที่ได้ร่วมค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาต่างๆ

3. เกิดการเรียนรู้การแก้ไขปัญหาเชิงรุก เช่นเมื่อทีมทราบถึงข้อดีของการทบทวนผู้ป่วย trauma จึงมีความคิดที่จะขยายการดูแลไปยัง surgical case อื่นๆ และที่สำคัญเกิดความคิดในการขยายทบทวนไปยังโรงพยาบาลชุมชนเนื่องจากพบปัญหาและข้อจำกัดต่างๆ ที่ไม่สามารถแก้ไขได้ภายในโรงพยาบาลกำแพงเพชรและทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติไปในทางที่ดีขึ้นเนื่องจากทราบถึงข้อจำกัดต่างๆ ของ



รพช. และความต้องการที่แท้จริงของ รพช. เช่น ความรู้ในส่วนต่างๆ หรือการประสานงานในการเป็นที่ปรึกษาในการดูแลผู้ป่วย

4. การเรียนรู้ในการใช้การทบทวนทาง clinic (audit) เป็นตัวเชื่อมการพัฒนาในระบบต่างๆ บนพื้นฐานของปัญหาที่เกิดขึ้นจริงมิใช่เกิดแต่การพัฒนาเฉพาะทางวิชาการ

ดังนั้นถ้าได้มีการดำเนินการเป็นประจำสม่ำเสมอ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยการระดมความคิดจากสหสาขาวิชาชีพแล้วนำมาปรับให้เกิดความสมดุลด้านคุณภาพ (Balance of Quality) ระหว่างแนวความคิดที่จะพัฒนากับวัฒนธรรมองค์กร ผู้ป่วยก็จะได้รับประโยชน์สูงสุดจากหน่วยงานที่มีคุณภาพ



“A60: สร้างชุมชน เพื่อสร้างความรู้”

ที่มา

การจัดการความรู้ที่จะก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ปฏิบัติคือการจัดการเพื่อให้ได้มาซึ่งความรู้ที่ตรงเป้าหมายที่ต้องการใช้ และส่วนใหญ่เป็นความรู้แฝงอยู่ในตัวบุคคล การรวมตัวกันอย่างไม่เป็นทางการของกลุ่มคนที่มีเป้าหมายในการทำงานอย่างเดียวกัน มีการแลกเปลี่ยนความรู้ ข้อคิดเห็น และประสบการณ์ ภายในกลุ่มอย่างต่อเนื่อง ที่เรียกว่า Community of Practice เป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าวได้

ขณะนี้กระทรวง ICT กำลังดำเนินการจัดตั้ง Thailand Knowledge Center ขึ้นเพื่อทูลเกล้าถวายสมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชินีนาถเนื่องในโอกาสมหามงคลที่ทรงมีพระชนม์มายุ 72 พรรษาในวันที่ 12 สิงหาคม 2547

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าประชุมได้เรียนรู้แนวคิดเรื่อง Community of Practice ที่จะมียุทธศาสตร์สูงต่อการจัดการความรู้ในอนาคต รวมทั้งโอกาสที่จะมีส่วนร่วมในการสร้าง Community of Practice โดยอาศัยเทคโนโลยีสารสนเทศซึ่งกระทรวง ICT กำลังดำเนินการอยู่

เนื้อหาที่จะนำเสนอ

1. แนวคิดเรื่อง Community of Practice และการนำมาประยุกต์ใช้กับการจัดการความรู้
2. ความเคลื่อนไหวของการจัดการความรู้เพื่อสังคม
3. ตัวอย่างการจัดการความรู้ในภาคเอกชน
4. นโยบายและการสนับสนุนของกระทรวง ICT ในการสร้าง Thailand Knowledge Center ความคาดหวังที่จะนำมาใช้ประโยชน์ในด้านบริการสุขภาพ
5. การเริ่มต้น Community of Practice ในแวดวงบริการสุขภาพ และตัวอย่างผลงานที่เกิดขึ้น
6. โอกาสและการเชิญชวนให้มีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง

วิทยากร

ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช	ผู้อำนวยการสถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม
นพ.สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี	รัฐมนตรีว่าการกระทรวงเทคโนโลยีและสารสนเทศ
นท.บดินทร์ วิจารณ์	บริษัทแอดวานซ์ อินโฟร์ เซอร์วิส จำกัด
พญ.อารยา ทองผิว	นายกสมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน



“A61: ต่อยอด HA ด้วยกระบวนการ Benchmarking”

ที่มา

พรพ.ได้ส่งเสริมให้มีการพัฒนาต่อเนื่องสำหรับโรงพยาบาลที่ได้รับ HA แล้ว โดยใช้กระบวนการ benchmarking มาค้นหาวิธีการปฏิบัติสู่ความเป็นเลิศ

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าประชุมได้รับทราบแนวคิด วิธีการดำเนินการ ประสบการณ์ ตัวอย่างการปฏิบัติที่เป็นเลิศ และเห็นโอกาสที่จะนำกระบวนการนี้มาใช้ในการเรียนรู้ในรูปแบบต่างๆ

เนื้อหาที่จะนำเสนอ

1. เกริ่นนำเกี่ยวกับแนวคิดพื้นฐานและขั้นตอนการดำเนินการของ benchmarking
2. วัตถุประสงค์ของโครงการ ซึ่งเน้นการเผื่อแผ่สำหรับโรงพยาบาลที่ไม่ได้เข้าโครงการด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การได้ตัวอย่าง best practice มาเผยแพร่ การเรียนรู้กระบวนการ benchmarking เพื่อนำไปใช้กับเรื่องอื่นๆ
3. ประสบการณ์สำคัญ เช่น ความสำคัญของการวัด result เพื่อเลือก best practice, การเตรียมตั้งคำถามก่อนเข้าเยี่ยม
4. ตัวอย่างการ best practice บางเรื่องที่น่าสนใจ
5. โครงการของ พรพ.ที่จะเชิญชวน รพ.ที่สนใจเข้าร่วมทำ benchmarking เฉพาะเรื่อง เช่น กระบวนการดูแลผู้ป่วยบางเรื่อง การดูแลทางคลินิกสำหรับโรคบางโรค

วิทยากร

ศ.นพ.สงวนสิน รัตนเลิศ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
นพ.ดำรงพันธ์ วัฒนะโชติ	สภาคุณภาพ โรงพยาบาลกรุงเทพ
นพ.เจ็ดพันธ์ ภัทรพงศ์สินธุ์	โรงพยาบาลหนองบัวระเหว จ.ชัยภูมิ
ผศ.พญ.ยุวรีย์ วนาวณิชย์กุล	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



โครงการต่อยอด HA ด้วยกระบวนการ Benchmarking

ผศ.พญ.ยุวรีย์ วนาวณิชย์กุล

เมื่อกลางปี 2546 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยได้มีโอกาสเข้าร่วมโครงการต่อยอด HA ด้วยกระบวนการ Benchmarking ที่จัดโดยสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติร่วมกับสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นผู้สนับสนุนโครงการ มีโรงพยาบาล 12 แห่งมาเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อนำกระบวนการ Benchmarking เพื่อนำไปปรับใช้ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่เป็นเลิศ

คืออะไร: Benchmarking คือกระบวนการในการวัดและเปรียบเทียบ ผลลัพธ์ บริการ และวิธีปฏิบัติกับองค์กรที่สามารถทำได้ดีกว่า เพื่อนำผลของการเปรียบเทียบมาใช้ในการปรับปรุงองค์กรของตนเอง เพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศในธุรกิจ หรืออาจแปลได้ว่าเป็นกระบวนการของการวัดหรือค้นหา Benchmark เพื่อนำไปสู่การได้มาซึ่งวิธีปฏิบัติที่ดีที่สุด (Best Practices) ที่จะนำมาประยุกต์ใช้เพื่อปรับปรุงตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุพันธกิจ/วิสัยทัศน์ และพัฒนาไปสู่ความเป็นเลิศ

กระบวนการ Benchmarking นำไปสู่การค้นหาผู้ที่เป็น Benchmark หรือผู้ที่ปฏิบัติได้ดีที่สุดว่าเป็นใคร และผู้ที่เป็น Benchmark สามารถตอบคำถามเราได้ว่า Best practices หรือวิธีการปฏิบัติที่ดีที่สุดที่นำไปสู่ความเป็นเลิศนั้นเขาทำกันอย่างไร

กระบวนการ Benchmarking ไม่ใช่การเปรียบเทียบกับคู่แข่งเท่านั้น ไม่ใช่กระบวนการเยี่ยมชมดูงาน ไม่ใช่การลอกเลียนแบบ และไม่ใช่การไปสืบความลับแต่มีความหมายครอบคลุมมากกว่านั้น

Benchmarking เป็นกระบวนการเรียนรู้วิธีปฏิบัติจากผู้อื่น ซึ่งเป็นการกระทำอย่างเปิดเผยเป็นระบบและมีจุดประสงค์ที่ชัดเจน ไม่ใช่การลอกเลียนแบบแต่เป็นการนำวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศที่ได้เรียนรู้มาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับองค์กรของเรา และกระบวนการ Benchmarking เน้นการเปรียบเทียบศึกษาวิธีปฏิบัติโดยใช้ตัววัดเป็นองค์ประกอบในการพิจารณา

ทำไม: Benchmarking เป็นเครื่องมือหนึ่งที่ทำให้องค์กรเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างก้าวกระโดด ให้ผลที่รวดเร็ว การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเป็นการปรับปรุงแบบค่อยเป็นค่อยไป ในขณะที่การทำ Benchmarking จะเป็นการปรับปรุงที่ก่อให้เกิดการประดิษฐ์คิดค้นใหม่ๆ ในองค์กร (Innovation) ซึ่งทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในระยะเวลายาวขึ้น

หัวใจสำคัญ: การทำ Benchmarking จะต้องตอบคำถามต่อไปนี้ให้ได้

- เราอยู่ที่ไหน (Where are we?) ซึ่งจะบอกได้โดยการใช้เครื่องชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator) มาเปรียบเทียบกับองค์กรอื่นเพื่อให้ทราบได้ว่า ใครทำได้ดีกว่ากัน เราอยู่ตรงตำแหน่งไหน
- ใครเป็นผู้ที่เก่งที่สุด (Who is the best?) เพื่อที่จะหา Benchmark โดยการใช้เครื่องชี้วัดที่เหมาะสม
- คนที่เก่งที่สุดเขาทำกันอย่างไร (How do they do it?) เพื่อหาแนวทาง กลยุทธ์ ขั้นตอนการปฏิบัติงานหรือกิจกรรมที่ทำให้เขาเก่งที่สุด (Best Practices)
- เราจะทำอย่างไรให้เก่งกว่าเขา (How can we do it better?) เป็นการนำ Best Practices มาประยุกต์ใช้เพื่อปรับปรุงองค์กรของเรา



ขอบเขต: การทำ Benchmarking สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ทั่วทั้งองค์กร ในทุกระบวนการ โดยเปรียบเทียบตั้งแต่ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ หรือผลลัพธ์ของกระบวนการ และกระบวนการ Benchmarking นอกจากจะเปรียบเทียบกับองค์กรภายนอกยังสามารถทำได้ภายในองค์กรเดียวกัน (Internal Benchmarking)

ขั้นตอน:

1. การวางแผน (Planning stage)

1.1 กำหนดเรื่องที่จะทำ Benchmarking การเลือกหัวข้อในการทำ Benchmarking ว่าเราควรปรับปรุงในเรื่องใดนั้นควรเริ่มต้นมาจากการประเมินองค์กรของเราก่อน การศึกษาความต้องการของลูกค้า วิเคราะห์หาปัจจัยแห่งความสำเร็จ(Critical Success Factors) หากกระบวนการที่มีผลกระทบต่อปัจจัยแห่งความสำเร็จ และคัดเลือกกระบวนการที่สำคัญเพื่อนำมาทำ Benchmarking

1.2 กำหนดผู้ที่ต้องการเปรียบเทียบด้วย

1.3 กำหนดวิธีการเก็บข้อมูล และเก็บข้อมูล มีวิธีการหลายแบบทั้งการใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ เยี่ยมชม

2. การวิเคราะห์ข้อมูล (Analysis stage)

2.1 การวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างเรากับองค์กรเปรียบเทียบ(gap Analysis)

2.2 การคาดคะเนช่วงห่างที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

3. การบูรณาการ(Integration stage)

3.1 การสื่อสารผลที่ได้จากการทำ Benchmarking ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบ

3.2 การตั้งเป้าหมาย

4. การปฏิบัติ (Action stage)

4.1 การจัดทำแผนปฏิบัติการ

4.2 การนำแผนไปสู่การปฏิบัติและติดตามผล

4.3 การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

เปรียบเทียบระหว่าง Benchmarking และ CQI

CQI	Benchmarking
1. หาโอกาสพัฒนา	1. กำหนดเรื่องที่จะทำ Benchmarking
2. ทำความเข้าใจระบบ	2. กำหนดผู้ที่ต้องการเปรียบเทียบด้วย
3. ประเมินสถานการณ์ปัจจุบัน	3. กำหนดวิธีการเก็บข้อมูลและเก็บข้อมูล
4. วิเคราะห์สาเหตุ	4. วิเคราะห์ความแตกต่างปัจจุบัน
5. วิเคราะห์ทางเลือก	5. ประมาณแนวโน้มความแตกต่างในอนาคต
6. ทดลองทางเลือก	6. สื่อสารผลการวิเคราะห์ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบ
7. ศึกษาผล	7. จัดตั้งเป้าหมาย
8. ปรับปรุงเป็นมาตรฐาน	8. จัดทำแผนปฏิบัติการ
9. วางแผนปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง	9. นำไปปฏิบัติและติดตามผล
	10. ปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง



ปัจจัยสู่ความสำเร็จ: ความมุ่งมั่นและการมีส่วนร่วมของผู้บริหาร, ความเต็มใจในการแลกเปลี่ยนข้อมูล, เน้นที่วิธีปฏิบัติมากกว่าตัววัด, มีกระบวนการที่ชัดเจน, ความมุ่งมั่นและความสามารถของทีมงาน, การนำ Best Practices ที่พบมาประยุกต์ใช้ให้ได้ผลอย่างจริงจัง, การตั้งใจทำอย่างต่อเนื่อง, การปฏิบัติตามจรรยาบรรณของการทำ Benchmarking (Code of conduct)

ขั้นตอนในการดำเนินโครงการ ต่อยอด HA ด้วยกระบวนการ Benchmarking

- การเลือกเกณฑ์ MBNQA Health Care Criteria เป็นเกณฑ์เปรียบเทียบ
- ฝึกอบรมเพื่อให้มีความรู้เบื้องต้นในเกณฑ์ MBNQA และกระบวนการ Benchmarking
- ทุกโรงพยาบาลประเมินตนเองตามเกณฑ์
- เปรียบเทียบคะแนนเพื่อหาองค์กรที่มี Best Practices
- แลกเปลี่ยน Best Practices เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจเลือกโรงพยาบาลที่จะไป Site Visit
- ฝึกอบรมหลักการทำ Site Visit
- เยี่ยมชม (Site Visit) โรงพยาบาลที่เลือกไว้เพื่อเจาะลึก Best Practices
- แต่ละโรงพยาบาลวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้
- จัดทำแผนปรับปรุงและนำเสนอ

การทำ Benchmarking เป็นการดำเนินงานที่เป็นระบบ การดำเนินงานต่างๆต้องมีความพร้อม การเตรียมทีมและการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นส่วนสำคัญของกระบวนการ แต่ปัจจัยแห่งความสำเร็จของกระบวนการ Benchmarking อยู่ที่การรู้จักที่จะให้และรับ (Give and Take) นอกจากนั้นผลลัพธ์ที่สำคัญอีกประการ คือการสร้างเครือข่ายระหว่างองค์กรเพื่อที่จะแลกเปลี่ยนและเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งจะทำให้การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเกิดการปรับปรุงอย่างก้าวกระโดด เกิดนวัตกรรม เพื่อผลลัพธ์ที่เป็นเลิศต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. เอกสารประกอบการสัมมนาโครงการต่อ ยอด HA ด้วยกระบวนการ Benchmarking
2. บุญดี บุญญาภิจ,กมลวรรณ ศิริพานิช.Benchmarking ทางลัดสู่ความเป็นเลิศทางธุรกิจ:สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ : 2546



ประสบการณ์โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ศ.นพ.สงวนสิน รัตนเลิศ

โครงการต่อยอด HA ด้วย benchmarking ทำให้รู้ถึงความสำคัญและหลักการทำ benchmarking รวมทั้งได้รับรู้รายละเอียดตามมาตรฐานของ MBNQA จากผู้ประเมินของ MBNQA โดยตรง

ขั้นตอนสำคัญของโครงการต่อยอด HA ด้วย benchmarking คือ การนำเสนอ Best Practice ของโรงพยาบาลให้กับโครงการ เพื่อจะได้คัดเลือกเข้านำเสนอในที่ประชุม ปัญหาที่ประสบ คือ ไม่รู้ว่ามี Best Practice อะไร และอะไรที่เรียกว่า best สำหรับกลุ่ม

สิ่งที่เป็นประโยชน์อีกอันหนึ่ง คือ การให้โรงพยาบาลดำเนินการสำรวจความรู้และความเข้าใจของการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐาน TQA ซึ่งโรงพยาบาลได้นำ Check List ของโครงการมาพิจารณาและปรับข้อความให้เป็นที่เข้าใจกันในหมู่สมาชิกของโรงพยาบาล รวมทั้งได้ดำเนินการแบ่งผู้ตอบออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ระดับทีมบริหารคณะ กลุ่มที่ 2 ทีมบริหารที่ร่วมรับทราบแผนการดำเนินงาน คือ หัวหน้าภาควิชา หัวหน้าฝ่ายต่างๆ กลุ่มที่ 3 คือ ระดับปฏิบัติ จากข้อมูลทำให้ได้ตัวเลขน่าสนใจ เป็นเครื่องชี้ถึงผลลัพธ์ของการ deploy กลยุทธ์ต่างๆ ที่น่าประทับใจ คือ หลายเรื่องเรามีความเห็นที่สอดคล้องกัน ส่วนในเรื่องก็เห็นไม่สอดคล้องกัน อาจขึ้นอยู่กับสิ่งที่ผู้ตอบนั้นประสบ เช่น ทีมบริหารคณะ จะรู้จักลูกค้าของโรงพยาบาลน้อยกว่าปฏิบัติ ทำให้เห็นว่าผู้รับบริการหรือลูกค้านั้นมีหลายหลากไม่สามารถจะชี้ลงไปได้ชัด เป็นข้อมูลที่จะนำมาวางแผน พัฒนางานและทำความเข้าใจในทีมต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ได้รับเกียรติให้เป็น host ของการทำ Site Visit ของสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติมาแล้วครั้งหนึ่ง เมื่อปี 2545 ประสบการณ์ครั้งนั้นทำให้เราได้เรียนรู้ว่าการทำ benchmarking เป็นอย่างไร และที่สำคัญ ที่แตกต่างไปจากงานทั่วไป คือ ผู้ถามมีประเด็นคำถามที่เตรียมมาแล้วล่วงหน้า มีวิทยากรที่คอยสรุป ชี้ให้เห็นถึงจุด ซึ่งผู้เข้าเยี่ยมชมดูงาน หรือผู้ทำ benchmarking ละเลยหรือไม่สามารถตั้งคำถามซักไซ้ให้ได้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการ ในส่วนของผู้ดูงานหรือ host ก็มีความลำบากใจบ้างต่อการเตรียม เนื่องจากยังไม่รู้ว่าจะถามอะไรชัดเจน แต่สำหรับโครงการต่อยอด HA ด้วยกระบวนการ Benchmarking นี้ ทีมงานซึ่งประกอบด้วย 12 โรงพยาบาลร่วมกับสถาบันผู้จัดได้จัดส่งแนวทาง หรือ ประเด็นคำถามไปยัง host เพื่อให้รับรู้ว่าผู้ดูงานมีประเด็นที่ต้องการทราบ เพื่อได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนแนวคิดและวิธีปฏิบัติไปปรับใช้ในโรงพยาบาลของตน

ตัวอย่าง Best Practice ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์: การจัดการสารสนเทศและความรู้

1. ความพร้อมใช้งานของข้อมูลและสารสนเทศ

โรงพยาบาลได้จัดเตรียมฐานข้อมูลที่สำคัญตามภารกิจหลักของโรงพยาบาลด้วยระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ในทุกจุดบริการ ข้อมูลเหล่านี้จะใช้สำหรับสนับสนุนการบริการ การเรียนการสอน การวิจัย ตลอดจนงานบริหาร ขณะเดียวกันได้มอบหมายให้แต่ละหน่วยงานจัดเก็บข้อมูลที่สำคัญตามภารกิจหลัก และดัชนีชี้วัด ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ ซึ่งจะมีระบบการติดตามรายงานผลเป็นประจำทุกเดือน ไตรมาส และประจำปี



สารสนเทศที่สำคัญทั้งหมด จะมีระบบสำรองข้อมูลหลายรูปแบบทั้งในส่วนที่อยู่ในฐานข้อมูล CD diskett และเอกสาร มีการแบ่งระดับการเข้าถึงสารสนเทศสำหรับผู้ใช้กลุ่มต่างๆ ตามลำดับหน้าที่และความรับผิดชอบ โดยไม่ละเมิดสิทธิส่วนบุคคลและสิทธิผู้ป่วย

2. ความมั่นใจเชื่อถือได้และความปลอดภัยของฮาร์ดแวร์และซอฟต์แวร์

ด้านฮาร์ดแวร์ มีระบบเครือข่าย ซึ่งประกอบด้วยเครื่องแม่ข่าย 2 ชุด มีทีมงานดูแลและพัฒนา ระบบจำนวน 8 คน ถูกฝึกให้มีความเชี่ยวชาญพร้อมดูแลระบบได้ตลอดเวลา มีระบบไฟสำรอง มีการบำรุงรักษาและตรวจสอบการทำงานประจำสัปดาห์ มีระบบประกันกรณีเครื่องขัดข้องให้สามารถใช้งานได้ภายใน 15 นาที เครื่องลูกข่ายใช้วิธีทำสัญญาเช่า กำหนดระยะเวลาใช้งานรุ่นละไม่เกิน 3 ปี เพื่อไม่ให้ล้าสมัย และมีระบบทดแทนให้สามารถใช้งานได้ทันทีโดยไม่ต้องรอซ่อม

ด้านซอฟต์แวร์ ใช้บุคลากรผู้เชี่ยวชาญพิเศษ ซึ่งเป็นทีมงานไม่ต่ำกว่า 8 คน เป็นผู้ศึกษา พัฒนา และออกแบบระบบ เพื่อสนับสนุนงานบริการและงานบริหาร โดยเชื่อมโยงประสานความต้องการของผู้ใช้ให้สอดคล้องกับนโยบาย การพัฒนาและออกแบบระบบโดยทีมงานภายใน ทำให้เกิดความยืดหยุ่น คล่องตัว จึงมีความจำเป็นต้องดูแลทีมงาน ให้สิ่งจูงใจ โดยจัดระบบค่าตอบแทนพิเศษ และจัดสวัสดิการให้ตามความเหมาะสม

ในส่วนความปลอดภัยของข้อมูล มีการกำหนดรหัสผ่าน ระบบบันทึกข้อมูลเพื่อตรวจสอบผู้เข้ามา เพิ่ม/ลบ/แก้ไข ตำแหน่งของ outlet จะถูกกำหนดไว้ในที่เปิดเผย เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ที่ไม่ประสงค์ดีแอบใช้และทำลายระบบ

3. การจัดการความรู้ขององค์กร

การแสวงหาความรู้ มีการจัดแหล่งความรู้ที่ทันสมัยจากห้องสมุดและคอมพิวเตอร์ที่สามารถสืบค้นข้อมูลได้ทั่วโลก ใช้กลไกของการประชุมวิชาการทุกระดับเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ ตั้งแต่ระดับภาควิชาไปถึงการประชุมกับนานาชาติ

การนำความรู้มาทบทวนและประยุกต์ใช้ ที่มรภสวพยบาลได้มีการทบทวนความรู้ที่ได้โดยการติดตามความก้าวหน้าทางวิชาการที่ทันสมัย นำมาบูรณาการ ประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์และทรัพยากร เช่น การควบคุมโรค SARS, การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง, การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน และยังเป็นต้นแบบของการจัดระบบประเมินผลการปฏิบัติงานของวิชาชีพแพทย์และการบริหารความเสี่ยง

การถ่ายทอดแลกเปลี่ยนความรู้และวิธีปฏิบัติ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มเพื่อนร่วมงาน ด้วยการจัดประชุมมหกรรมคุณภาพต่อเนื่องมาเป็นระยะเวลา 16 ปี จัดให้นำเสนอโครงการพัฒนาหน่วยงาน และรายงานผลการพัฒนาคุณภาพงานของภาควิชา ซึ่งนำเสนอทุก 3 เดือน ตั้งแต่ปี พ.ศ.2537 ถึงปัจจุบัน จัดระบบการเยี่ยมสำรวจภายใน คัดเลือกหน่วยงานที่มีคะแนนการประเมินความพึงพอใจผู้ป่วยสูงสุดในแต่ละด้านให้นำเสนอแนวทางวิธีการปฏิบัติงานที่ดี (best practice) โดยนำเสนอในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล เพื่อให้หน่วยงานอื่นได้มีโอกาสรับทราบ เรียนรู้ และนำไปเป็นแบบอย่างในการปฏิบัติ

Benchmarking เป็นกระบวนการที่ทำให้มีการก้าวกระโดดของการพัฒนาคุณภาพ และทำให้มองเห็นถึงโอกาสในกิจกรรมต่างๆ ที่สามารถดำเนินได้ภายใต้บริบทของโรงพยาบาล เช่น การนำไปเสริมระบบประกันคุณภาพของโรงพยาบาล จัดงานมหกรรมคุณภาพงาน หรือเรื่องของ Knowledge Management ที่กำลังดำเนินอยู่ในขณะนี้ รวมทั้งสามารถนำไปใช้ในเครือข่าย HACCP ที่โรงพยาบาลสงขลา



นครินทร์ได้ร่วมกับโรงพยาบาลขนาดใหญ่และโรงพยาบาลชุมชนต่างๆ ใน 5 จังหวัดภาคใต้ และ
แนวคิดนี้



ประสบการณ์โรงพยาบาลกรุงเทพ

นพ.ดำรงพันธ์ วัฒนะโชติ

หลังจากที่โรงพยาบาลกรุงเทพได้ผ่านการรับรอง HA คำถามที่ตามมาคือผู้บริหารและทีมชั้นนำคุณภาพจะมีวิธีการอย่างไรในการขับเคลื่อน และธำรงรักษามาตรฐานคุณภาพไว้ได้อย่างดีที่สุด ปี 2544-2546 โรงพยาบาลได้บูรณาการมาตรฐานคุณภาพ HA ร่วมกับ ISO9001:2000, ISO14001 ด้านสิ่งแวดล้อม และมอก.18001 ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ได้นำกลยุทธ์ Balanced Scorecard เข้ามาใช้ร่วมกันกับการติดตามผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน

ความหมายของ benchmarking คือกระบวนการในการวัดและเปรียบเทียบผลิตภัณฑ์ บริการ และวิธีการปฏิบัติกับองค์กรที่สามารถทำได้ดีกว่า เมื่อผ่านผลการเปรียบเทียบมาใช้ในการปรับปรุงองค์กรของตนเอง โดยกระบวนการ benchmarking เป็นกิจกรรมที่ต้องทำอย่างต่อเนื่อง

แรงจูงใจในการเข้าร่วมโครงการ benchmarking คือการใช้เป็นเครื่องมือกระตุ้นองค์กรและหน่วยงานให้สามารถพัฒนาคุณภาพได้อย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มเน้นที่กระบวนการวัดผล และเปรียบเทียบกับองค์กรที่สามารถทำได้ดีกว่า

ประสบการณ์ในการแลกเปลี่ยนและเลือก Best Practices

1. เรียนรู้หลักการเบื้องต้นของ benchmarking
2. เรียนรู้การประยุกต์ใช้มาตรฐาน MBNQA Healthcare Criteria, การใช้คำนิยามหลัก
3. เรียนรู้แนวทางการปฏิบัติที่ดีที่สุด (Best practices) ซึ่งหมายถึง วิธีปฏิบัติที่ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จจากการทบทวนมาตรฐาน และวิเคราะห์ดูว่าเท่าที่ผ่านมาองค์กรของเราได้นำคำนิยามหลักและเกณฑ์มาตรฐานทั้งหมดมาใช้ได้ในประเด็นใดบ้าง

โรงพยาบาลกรุงเทพได้รับการคัดเลือกให้เป็นที่สำหรับ Site Visit ใน 5 ประเด็น ตามเกณฑ์มาตรฐานย่อยหัวข้อ

- 2.1 การจัดทำกลยุทธ์ (Strategy Development)
- 2.2 การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ (Strategy Deployment)
- 5.1 ระบบงาน (Work System)
- 5.2 การเรียนรู้และแรงจูงใจพนักงาน (Staff Learning and Motivation)
- 5.3 ความผาสุกและความพึงพอใจของพนักงาน (Staff Well-Being and Satisfaction)

การเตรียมการ Site Visit ขั้นตอนที่สำคัญสำหรับโครงการนี้จะเป็นการเรียนรู้และวิธีการเตรียมทำ Site visit มีการกำหนดประเด็นที่สำคัญ Critical Issue การฝึกเตรียมคำถามสำหรับทีมผู้เข้าเยี่ยม (Visiting Team) และการเตรียมคำตอบสำหรับทีมที่เป็นผู้ถูกเยี่ยม (Host) ในทางปฏิบัติเป็นการเตรียมคำถามเพื่อสำหรับค้นหา Best Practice มากกว่า เรื่องที่สำคัญที่สุดน่าจะเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดนำมาเขียนรายงานและองค์กรที่ร่วมโครงการจะสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการนำไปทำแผนปฏิบัติการในการปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

โครงการ “ต่อยอด HA ด้วยกระบวนการ Benchmarking” เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เรียนรู้วิธีปฏิบัติที่ดีว่าดีที่สุดในปัจจุบันจากองค์กรอื่น กระทำอย่างเปิดเผย เป็นระบบวางอยู่บนจรรยาบรรณของการทำ Benchmarking ได้กัลยาณมิตรที่เป็นแนวร่วมของการเสริมสร้างแนวคิดของการพัฒนาคุณภาพจากมาตรฐาน HA และอื่นๆ โดยร่วมกันค้นหาวิธีปฏิบัติที่ดีกว่า สามารถนำมาประยุกต์ใช้



กับองค์กร ด้วยความตระหนักถึงคุณค่าของกระบวนการพัฒนาคุณภาพ เป็นสิ่งสำคัญในทุกะดับของการสร้างประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการบริการทางการแพทย์ สิ่งที่น่าสนใจในโครงการนี้มอบไว้ให้กับคณะกรรมการโครงการทั้งสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และเพื่อนๆ โรงพยาบาลร่วมในอุดมการณ์ ทำให้บรรยากาศของการสัมมนากลุ่มเป็นกันเองด้วยความเคารพในสิทธิและหน้าที่ซึ่งกันและกัน ทำให้เราได้มองเห็นแก่นแท้ของการทำBenchmarking ที่แท้จริง เมื่อที่มงานเราได้เก็บเกี่ยวสิ่งที่ดีงามเหล่านี้ ทางโรงพยาบาลคงเห็นพ้องกันว่าเป็นความสวยงามที่เราอยากจะนำไปขยายความรู้ และเล่าสู่กันฟังนำ Benchmarking กลับไปใช้ในองค์กรของเราในการบริหารจัดการ ซึ่งจะทำให้เราสามารถพัฒนาคุณภาพได้อย่างต่อเนื่องนั่นเอง



ประสบการณ์โรงพยาบาลหนองบัวระเหว

นพ.เจ็ดพันธ์ ภัทรพงศ์สินธุ์

โรงพยาบาลหนองบัวระเหว หลังจากได้รับการรับรองคุณภาพ HA เมื่อปี พ.ศ. 2545 เราได้มีการพัฒนางานด้านต่างๆ ที่จะทำให้งานของโรงพยาบาลบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ และเราเห็นโอกาสพัฒนาอีกหลากหลายในประเด็นและแง่มุมต่างๆ พวกเราพยายามเรียนรู้จากการทำงาน จากสอบถามผู้รู้ หรือจากเพื่อนๆ โรงพยาบาลต่างๆ ที่ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ได้ไปเยี่ยมโรงพยาบาลของเรา ซึ่งการได้แง่มุมประเด็นต่างๆ ที่นำมาพัฒนาโรงพยาบาลเราต่อไป พวกเราเชื่อว่าการพัฒนาน่าจะไม่มีที่สิ้นสุด เพราะในโลกของความเป็นจริงที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ฉะนั้นทางโรงพยาบาลได้พยายามแสวงหาความรู้ใหม่ๆ มาพัฒนา และปรับปรุงโรงพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น และมีความยั่งยืน

เมื่อประมาณกลางปี พ.ศ.2546 สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติได้จัดทำโครงการ "ต่อยอด HA" ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลของรัฐบาล โรงเรียนแพทย์ หรือ โรงพยาบาลเอกชน และร่วมกับโรงพยาบาลของเราที่เป็นโรงพยาบาลชุมชนด้วย เป็นโอกาสอันดีของเราที่จะมีโอกาสเรียนรู้ Best Practice ที่ดีๆ ของโรงพยาบาลต่างๆ ที่นำมาแลกเปลี่ยนกัน เป็นโอกาสที่โรงพยาบาลจะมีเครือข่ายในการเรียนรู้เพิ่มขึ้นทำให้มีมุมมองที่กว้างขึ้น โรงพยาบาลเราจึงสมัครเข้าร่วมโครงการนี้และได้รับการคัดเลือกซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่มีขนาดเล็กที่สุดในโครงการนี้ เข้ามาร่วมเรียนรู้ด้วยกระบวนการ Benchmarking โดยมีกรอบการเรียนรู้เปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานของ MBNQA/TQA

แม้ว่าโรงพยาบาลเราจะเป็นโรงพยาบาลเล็กๆ แต่เราได้เรียนรู้จากโรงพยาบาลใหญ่ๆ หรือโรงพยาบาลเอกชนและคิดว่าโรงพยาบาลต่างๆ คงได้ประโยชน์จากเราบ้าง เราได้นำสิ่งที่ได้เรียนในแต่ละเรื่องนำมาประยุกต์ในการพัฒนาของโรงพยาบาลเราเอง เรายังได้ความรู้ในกระบวนการ Benchmarking ในการขั้นตอนต่างๆ สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการค้นหา สิ่งที่ดีๆระหว่างหน่วยงานภายใน ร.พ. หรือจะนำไปใช้ในการหา Best Practice ในเรื่องอื่นๆ ที่จะนำไปพัฒนาระบบงาน เครื่องมือนี้สามารถจะนำมาประยุกต์ใช้ในการไปศึกษาดูงานเพื่อค้นหาประเด็นสำคัญของความสำเร็จให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เราได้เรียนรู้ขั้นตอนต่างๆ ในการทำการ Benchmarking การรู้จักว่าตัวเองอยู่ตรงไหน สิ่งที่ดีที่เราจะไปเรียนรู้อยู่ที่ไหน เราจะเตรียมตัวอย่างไรในการเป็นผู้เยี่ยมและผู้ถูกเยี่ยม กระบวนการนี้ทุกคนจะต้องเป็นทั้งผู้ให้ ผู้รับ และหลังจากสิ้นสุดการเยี่ยม (Site Visit) นำเอาความรู้มาปรับปรุงงานให้ดีขึ้นทำให้การพัฒนาเป็นแบบก้าวกระโดดได้สามารถนำความรู้ที่ได้มาประยุกต์ในการพัฒนาเป็นไปอย่างรวดเร็วต่อยอดในการงานต่างๆของร.พ.เพื่อบรรลุเป้าหมาย

อย่างไรก็ตามนอกจากความรู้ที่ได้จากการทำ Benchmarking แล้วยังได้เครือข่ายการเรียนรู้ที่กว้างขึ้นซึ่งจะนำไปสู่ความร่วมมือในการพัฒนางานต่างๆ ในอนาคต



“A62: ใช้ความรู้ คู่การสร้าง”

ที่มา

ที่คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีผลงานน่าสนใจ 2 เรื่อง คือ การดูแลผู้ป่วย Heart Failure โดยให้ความสำคัญกับการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเรื่องการดูแลตนเองและการใช้ยาซึ่งมักจะได้รับยาจำนวนมาก ต้องมีการสร้างทีมงานที่มีความเข้าใจและสามารถวินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายได้นอกจากนั้นยังพบว่าโดยทั่วไปแล้วมิได้มีการนำความรู้ที่พิสูจน์ประโยชน์แน่ชัดแล้วมาสู่การปฏิบัติเท่าที่ควร เช่น การใช้ยา beta blocker หรือ ACE inhibitor ที่น่าสนใจอย่างยิ่งก็คือการทำงานเรื่องนี้แม้จะมีได้ใช้เทคโนโลยีสูงมากนัก แต่ส่งผลดีต่อผู้ป่วยมหาศาล

การคัดกรองทารกในครรภ์เพื่อตรวจหา Thalassemia และตัดสินใจ terminate เมื่อมีข้อบ่งชี้ทำให้สามารถลดอัตราการเกิดโรคและอัตราการตายจากโรคนี้อย่างชัดเจน ในช่วงต้นมี debate กันพอสมควรถึงเทคนิคการตรวจเพื่อคัดกรอง แต่ด้วยความมุ่งมั่นและทดลองทำให้เห็นผล จึงได้รับการยอมรับและขยายผลเป็นโปรแกรมระดับชาติ

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าประชุมได้รับทราบ best practice ในการดูแลผู้ป่วยโรค heart failure และการคัดกรองโรค Thalassemia ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โอกาสที่จะประสานความร่วมมือเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติในทุกระดับ

เนื้อหาที่จะนำเสนอ

1. ความเป็นมา แนวคิด การดำเนินงาน ผลที่ได้รับจากโครงการดูแลผู้ป่วยโรค heart failure
2. ความเป็นมา แนวคิด การดำเนินงาน ผลที่ได้รับจากโครงการคัดกรอง Thalassemia ในระหว่างการตั้งครรภ์
3. อภิปรายว่ามีการใช้ความรู้ที่มีอยู่เดิมอย่างไร ต้องปรับใช้อย่างไรจึงจะเหมาะสม (เช่น วิธีการสื่อสารกับผู้ป่วย การตัดสินใจเลือกเทคโนโลยี การเลือกใช้ยา) ความรู้ใหม่ที่เกิดขึ้นคืออะไร ผู้เกี่ยวข้องควรมีทำอย่างไรจึงจะเกิดประโยชน์สูงสุด
4. อภิปรายว่าจะมีการขยายผลจากบทเรียนหรือแนวคิดที่พิสูจน์ว่าได้ผลไปสู่พื้นที่อื่น เรื่องอื่นบริบทอื่น อย่างไร

วิทยากร

รศ.นพ.ชเนนทร์ วานาภิรักษ์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
นพ.รังสฤษดิ์ กาญจนวณิชย์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รศ.นพ.จรัล กังสนารักษ์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



โครงการตรวจคัดกรอง Thalassemia เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่

นพ.ชเนนทร์ วานาภิรักษ์, คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ความเป็นมา

โรคธาลัสซีเมียเป็นโรคโลหิตจางเรื้อรังที่มีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม และเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญมากปัญหาหนึ่งของประเทศไทย ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของคนเป็นพาหะของยีนธาลัสซีเมียสูงถึงร้อยละ 30-40 โดยแบ่งเป็นพาหะของยีนชนิด α -thal-1, β -thalassemia และ HbE เท่ากับ 14 %, 3-9 % และ 13 % ตามลำดับ จึงมีโอกาที่ผู้เป็นพาหะจะสมรสกันและเป็นคู่สมรสที่มีความเสี่ยงในการมีลูกเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงได้ คณะอนุกรรมการผู้เชี่ยวชาญโรคเลือด ได้ประเมินสถานการณ์ของโรคธาลัสซีเมียในประเทศไทยจากความชุกของพาหะของธาลัสซีเมียว่า จะมีอุบัติการณ์ของผู้ป่วยใหม่โรคธาลัสซีเมียชนิดร้ายแรง ถึง 5,125 คน จากเด็กเกิดใหม่ทุกๆ หนึ่งล้านคน โดยแยกเป็นโรค β -thalassemia major จำนวน 625 คน โรค β -thalassemia/Hemoglobin E จำนวน 3,250 คน และภาวะ Hemoglobin Bart's hydrops fetalis จำนวน 1,250 คน มีการประเมินค่าใช้จ่ายโดยประมาณในการรักษาผู้ป่วยโรคโฮโมซัยกัสมิต้า-ธาลัสซีเมีย นับตั้งแต่ช่วงระยะเวลาแรกคลอดจนถึงอายุ 30 ปี ซึ่งประกอบไปด้วยการให้เลือด และให้ยาขับธาตุเหล็ก คิดเป็นเงินทั้งสิ้น 6,660,000 บาท ต่อคน ทำให้ในแต่ละปีรัฐต้องใช้งบประมาณในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้เป็นเงินจำนวนมหาศาล จึงควรวหาแนวทางที่จะต้องป้องกันและควบคุมโรคธาลัสซีเมีย เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยใหม่โรคธาลัสซีเมียชนิดร้ายแรงสำหรับในภาคเหนือ พบอุบัติการณ์ของพาหะของยีนธาลัสซีเมียสูงกว่าภาคอื่น ๆ ในประเทศไทย เมื่อคำนวณอุบัติการณ์ของผู้ป่วยใหม่โรคธาลัสซีเมีย จากความชุกของพาหะธาลัสซีเมียในจังหวัดเชียงใหม่ จะพบว่า จากทารกคลอดใหม่ทุกๆ 1,000 คน จะมีผู้ป่วยโรค β -thalassemia major จำนวน 1 คน โรค β -thalassemia /HbE จำนวน 3 คน และ Hb Bart's hydrops fetalis จำนวน 2 คน ถ้าคำนวณจากสถิติการคลอดของจังหวัดเชียงใหม่จะเห็นว่าถ้าไม่ได้รับการควบคุมและป้องกัน จะมีทารกโรคธาลัสซีเมียชนิดร้ายแรงเกิดใหม่ในจังหวัดเชียงใหม่ ถึงปีละประมาณ 120 คน และจากการเก็บข้อมูลที่ห้องตรวจพิเศษเด็ก 3 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่าในช่วง 6 ปีที่ผ่านมา (2540-2545) ยังคงพบผู้ป่วยเด็กกรายใหม่ของโรคธาลัสซีเมียชนิดร้ายแรงรวมทั้งสิ้นถึง 35 ราย

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ได้เริ่มดำเนินโครงการควบคุมและป้องกันโรคธาลัสซีเมียมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537 ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้ คือ

1. การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคแก่แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ และประชาชนทั่วไปเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย (education)

2. การให้คำแนะนำทางพันธุกรรม แก่คู่สมรสที่มาฝากครรภ์เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย การถ่ายทอดทางพันธุกรรม การดำเนินโรค การรักษาด้วยวิธีต่างๆ การพยากรณ์โรคและทางเลือกในการป้องกันโรค เมื่อคู่สมรสเข้าใจถึงลักษณะของโรคและการรักษาแล้ว และต้องการรับการตรวจกรอง จึงดำเนินการตรวจในขั้นต่อไป



3. การตรวจกรองหาพาหะธาลัสซีเมีย และตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมในรายที่ผลตรวจคัดกรอง ผิดปกติ เพื่อค้นหาเพื่อค้นหาคู่สมรสที่มีความเสี่ยงต่อการมีบุตรเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดร้ายแรง

4. คู่สมรสที่มีความเสี่ยงต่อการมีบุตรเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดร้ายแรง จะได้รับการให้คำปรึกษา และนำทางพันธุศาสตร์ (genetic counseling) ตลอดจนถึงทางเลือกในการวินิจฉัยก่อนคลอด

5. การให้บริการการตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ (prenatal diagnosis) ตลอดจนการเลือกยุติการ ตั้งครรภ์ในรายที่ตรวจพบทารกเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดร้ายแรง

ซึ่งในการดำเนินการตามขั้นตอนดังกล่าวข้างต้น จะต้องได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานต่าง ๆ ได้แก่ สูติแพทย์ กุมารแพทย์ อายุรแพทย์ นักเทคนิคการแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางด้าน สาธารณสุขทุกระดับ

ชเนนทร์ วานวิรักษ์ ได้ศึกษาความคุ้มค่าของโครงการควบคุมและป้องกันโรคธาลัสซีเมีย ณ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่าในช่วงเวลา 8 ปี (พ.ศ.2537-2545) มีการตรวจกรอง หญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด 21,975 ราย สามารถลดการเกิดผู้ป่วยรายใหม่ ของโรคธาลัสซีเมียร้ายแรงทั้งสาม ชนิดได้ จำนวน 80 ราย โดยสิ้นค่าใช้จ่ายทั้งหมดในโครงการ เป็นเงิน 3,091,000 บาท หากหญิง ตั้งครรภ์จำนวนนี้ไม่ได้ถูกตรวจกรอง รัฐจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยใหม่โรคธาลัสซีเมีย ดังกล่าวเป็นเงินทั้งสิ้น 222,961,250 บาท คิดเป็น Benefit : Cost ratio เท่ากับ 72 : 1

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าการควบคุมและป้องกันโรคธาลัสซีเมียชนิดร้ายแรงในระยะก่อนคลอดถือเป็น โครงการสำคัญที่ช่วยให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรง ช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนให้ดีขึ้น ทั้ง ยังช่วยให้สามารถประหยัดงบประมาณของรัฐในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยธาลัสซีเมียได้ อันจะส่งผลไป ถึงคุณภาพของประชาชนในสังคม และช่วยให้เศรษฐกิจของชาติในภาพรวมดีขึ้น

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 เป็นต้นมา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้ร่วมกับกรมอนามัย ขยายผลการดำเนินการโครงการควบคุมและป้องกันโรคธาลัสซีเมียตามรูปแบบดำเนินการของคณะ แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ไปยังจังหวัดต่าง ๆ ในประเทศไทย โดยได้มีการจัดฝึกอบรมความรู้ และการให้คำปรึกษาแนะนำแก่บุคลากรทางด้านสาธารณสุข จัดฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการ ตรวจกรองหาพาหะธาลัสซีเมียให้แก่เจ้าหน้าที่เทคนิคการแพทย์ รวมถึงการฝึกหัดผลการเพื่อการตรวจ วินิจฉัยก่อนคลอดโดยการเจาะสายสะดือทารกในครรภ์ให้แก่สูติแพทย์ที่สนใจ อย่างไรก็ตาม พบว่าในการ ดำเนินโครงการดังกล่าวมาแล้วมากกว่า 5 ปี ยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร เนื่องจากในบางพื้นที่ ยังคงพบทารกเกิดใหม่เป็นโรคธาลัสซีเมียจำนวนสูงอยู่ แม้แต่ในจังหวัดเชียงใหม่เองก็ยังคงพบทารกเกิด ใหม่เป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดร้ายแรงเฉลี่ยปีละ 4-5 ราย (เท่าที่สามารถจะหาข้อมูลได้ ซึ่งอาจจะน้อยกว่า ความเป็นจริงได้) จึงเห็นว่าควรที่จะศึกษาค้นหาปัญหาของการดำเนินโครงการนี้ในสถานบริการ สาธารณสุขระดับต่าง ๆ ว่าในทางปฏิบัติมีปัญหาแตกต่างกันอย่างไรบ้าง เพื่อจะได้หาแนวทางแก้ไขและ พัฒนาต่อเนื่อง อันจะทำให้โครงการควบคุมและป้องกันโรคธาลัสซีเมียสามารถดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่อง และยั่งยืน

ความรู้เดิม

เป็นการรวบรวมองค์ความรู้เดิม

1. เรื่องโรค ความรุนแรงของโรค ความทุกข์ทรมานจากโรค



2. เรื่องความเป็นโรคพันธุกรรม ก็ต้องมีที่มา ที่ไปและเป็นการถ่ายทอดที่มีแบบแผนชัดเจน
3. มีองค์ความรู้ด้านเทคนิคการตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ให้ทราบได้ว่ามีภาวะผิดปกติของทารกในครรภ์หรือไม่
4. มีองค์ความรู้เรื่องการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สามารถที่จะรองรับเรื่องนี้ได้

แนวคิด

เป็นการเอาความรู้เดิมที่มีอยู่มาใช้ประโยชน์

1. ถ้ารู้ว่าใครมีโอกาสที่จะมีลูกในท้องเป็นโรค เราสามารถตรวจได้
2. ใครที่ตั้งครรภ์มีโอกาสที่จะรู้ว่าลูกมีโอกาสนี้หรือไม่ด้วยการตรวจพ่อแม่และแม่เพื่อหาความเป็นพาหะ และคู่สมรสเสี่ยง
3. ตั้งนั้นก็อาจจะไปเริ่มต้นที่ ใครที่ตั้งครรภ์หรือกำลังวางแผนจะตั้งครรภ์ก็สามารถไปตรวจ ความเป็นพาหะของตัวเองและคู่สมรส เมื่อพบว่าเป็นพาหะทั้งคู่ก็มีทางเลือกที่จะมาตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด
4. การเห็นผลลัพธ์ของแนวทางนี้จะสามารถประเมินได้ภายในเวลาไม่นานนักเพราะหลัง 9 เดือนก็จะเห็นผลทันทีเพราะเด็กต้องคลอด

ความรู้	การสร้าง
<ul style="list-style-type: none"> - องค์ความรู้ทางวิชาการทุกแขนงที่เกี่ยวข้อง เช่น ทางอายุรศาสตร์ ทางสูติศาสตร์ ทางเทคนิค การแพทย์ ทางกุมารเวชศาสตร์ เทคนิคการให้คำปรึกษา ฯลฯ - ความรู้และความเข้าใจเรื่องวัฒนธรรมของท้องถิ่น การปฏิบัติตัว การดูแลซึ่งกันและกัน 	<ul style="list-style-type: none"> - รูปแบบความเชื่อมต่อของความรู้เหล่านี้ให้ครบวงจร - การสื่อความเข้าใจในเรื่องยากให้ผู้รับบริการซึ่งคือคู่สมรสได้เข้าใจจริงๆหรืออย่างน้อยต้องสามารถใช้ประกอบในการตัดสินใจได้ - การสร้างเครือข่ายของกระบวนการเหล่านี้ให้ครอบคลุมในบริบทต่างๆเช่นสถานีนอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลเอกชน การประเมินขีดความสามารถและเข้าใจสถานการณ์ของแต่ละที่จะช่วยให้การดำเนินการเรื่องนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ดูจะง่ายและลงตัวโดยไม่ยาก แต่ในการปฏิบัติจริง ขั้นตอนต่างๆต้องมีการปรับใช้ความรู้อย่างต่อเนื่อง เช่นสื่อสารเรื่องการถ่ายทอดให้ผู้ป่วยให้เข้าใจ และพร้อมที่จะตัดสินใจเลือกทางเลือกได้อย่างเหมาะสมได้อย่างไร เป็นสิ่งที่ท้าทายอย่างยิ่งของผู้ปฏิบัติ



“A63 บทเรียนจากพื้นที่ 2”

ที่มา

พื้นที่ต่าง ๆ มีผลงานริเริ่มสร้างสรรค์เพื่อตอบสนองความต้องการและปัญหาในพื้นที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีคุณค่าควรแก่การนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเชิงกระบวนการทำงาน ปฏิสัมพันธ์และความรู้สึกของผู้คนที่เกี่ยวข้อง ที่มาของความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ต่างๆ

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าประชุมได้รับทราบประสบการณ์จากพื้นที่ ใช้จินตนาการของตนสร้างเรื่องราวของตน คู่ขนานไปกับของผู้นำเสนอ และนำไปใช้ในการวางแผนดำเนินงานของตน

เนื้อหาที่จะนำเสนอ

การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระบบประสาท	นางชนิษฐา อรัญตร โรงพยาบาลหาดใหญ่ จ.สงขลา
พัฒนาระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง	นางกัญญาลักษณ์ ณ รังสี โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จ.นครราชสีมา
พัฒนาการดูแลผู้ป่วย COPD	พญ.ทิพยา แสนไชย โรงพยาบาลนครพิงค์ จ.เชียงใหม่
การจัดการผู้ป่วยรายกรณี	นางวรางคณา มหาพรหม โรงพยาบาลเขียงรายประชานุเคราะห์ จ.เขียงราย
โครงการบ้านหลังที่สอง	นพ.สุเทพ หะยีสะและ โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ จ.นราธิวาส

ผู้วิพากษ์

พญ.อภิรมย์ เวชภูติ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี
--------------------	------------------------------------



การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระบบประสาท โรงพยาบาลหาดใหญ่

ชนิดวิชา อรรถาธิบาย

ผู้ป่วยระบบประสาทที่รับดูแลในโรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ในปีงบประมาณ 2546 เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบหลอดเลือดสมอง (CVA) ที่ไม่ผ่าตัดจำนวน 884 ราย กลุ่มที่ต้องผ่าตัดจำนวน 65 ราย กลุ่มที่มีเนื้องอกในสมองจำนวน 38 ราย และบาดเจ็บศีรษะที่นอนโรงพยาบาลจำนวน 1,896 ราย มีจำนวนผู้ป่วยจำหน่ายที่มีความพิการหลงเหลือ / คาต่อหายใจรวม 78 ราย เป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแลที่ต่อเนื่อง ความพิการและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นบางส่วนเกิดจากพยาธิสภาพที่ไม่สามารถป้องกันได้ แต่บางส่วนก็เกิดจากสาเหตุที่ป้องกันได้

ได้มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน แบ่งการพัฒนาออกเป็น 3 ระยะเวลา
ระยะที่ 1 เป็นระยะที่อยู่ในช่วงก่อนนำแนวคิดพัฒนาคุณภาพมาใช้ (ก่อนปี พ.ศ. 2541)
ระยะที่ 2 เป็นระยะที่นำแนวคิด TQM มาใช้จนได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) (ปี พ.ศ. 2541 – 2545)

ระยะที่ 3 เป็นระยะหลังได้ HA (ปี พ.ศ. 2545 – ปัจจุบัน)

โดยแสดงให้เห็นถึงปัญหา / สถานการณ์และการพัฒนาระบบการดูแล ประกอบด้วยโครงสร้างการจัดหอผู้ป่วย กระบวนการปฏิบัติงาน และการประเมินวัดผลการปฏิบัติงาน ต่อไปนี้คือ

โครงสร้าง ระยะที่ 1 จัดผู้ป่วยแบบ Department Center ยึดผู้ปฏิบัติงานเป็นหลัก ผู้ป่วยกระจาย / ย้ายหลาย Ward **ระยะที่ 2 และระยะที่ 3** จัดผู้ป่วยแบบ Patient Center ยึดผู้รับบริการเป็นหลัก มีการรักษาต่อเนื่องในหอเดียวกัน และแยกหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาทเพื่อดูแลผู้ป่วยวิกฤตอย่างใกล้ชิด

กระบวนการดูแล ในระยะที่ 1 ปฏิบัติตามบทบาทวิชาชีพ ต่างคน ต่างทำ มีการดูแลให้การรักษาที่แตกต่างกันในวิชาชีพเดียวกัน แพทย์ตัดสินใจเลือกวิธีรักษาเอง ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมน้อย การดูแลไม่มีเป้าหมายชัดเจน เริ่มเน้นการดูแลตนเอง พยาบาลในหน่วยงานออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยหลังจำหน่าย (Home Health Care) มีการส่งเสริมการดูแลตนเองของกลุ่มการพยาบาล

ระยะที่ 2 สหสาขาวิชาชีพมีการร่วมกันหามองปัญหา เริ่มการทำงานเป็นทีม (แพทย์, พยาบาล, นักโภชนาการ, นักกายภาพบำบัด, เภสัชกร, Lab, X-Ray) ตั้ง PCT neuro (ปี 2543) จัดทำแผนการดูแล มีการกำหนดเป้าหมายการทำงาน เริ่มมีทิศทางเดียวกัน; ทำ CareMap CVA, mild head injury, ventriculostomy เชื่อมโยงจาก ER, CPG การรับผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ, CPG การทำ CT brain, CPG nutrition; นำระบบการดูแลแบบ case management มาใช้; มีระบบ admission round, grand roundm, ICU problem round; ญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจได้มากขึ้น; วางแผนจำหน่ายโดยสหสาขาวิชาชีพ; เวชกรรมสังคมมีส่วนร่วมในการเยี่ยม case ในรายกลับบ้านและส่งต่อ; มีกิจกรรมคุณภาพ เช่น ลดการติดเชื้อ VAP, ลดจำนวนผู้ป่วยหนักกลับเมื่อแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน, ลดเปอร์เซ็นต์ผู้ป่วยเกิดแผลกดทับ, ลดเปอร์เซ็นต์ผู้ป่วยตั้งท่อช่วยหายใจ, ลดจำนวนผู้ป่วยไม่สมัครอยู่, ลดจำนวนผู้ป่วย re-admission, ลดอัตราการครองเตียง, เพิ่มศักยภาพญาติในการเรียนรู้เพื่อดูแลผู้ป่วยระบบประสาทขณะอยู่บ้าน, ทบทวนการส่ง CT brain, ลดการติดเชื้อในผู้ป่วยผ่าตัด VAVP Shunt

ปัญหา : ขาดบริการเชิงรุก / ขาดการเชื่อมโยงการดูแลระหว่างหน่วยงาน และระหว่างหน่วยงานกับชุมชน / ขาดการประเมินผลการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชน แผนพัฒนา



ระยะที่ 3 เริ่มปี 2546 กำลังดำเนินการทำโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ เพราะเป็นกลุ่มผู้ป่วยจำนวนมาก และเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความพิการหลงเหลือ และเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งที่ป้องกันได้และป้องกันไม่ได้ อย่างต่อเนื่องใน 4 setting คือ ER ; Ward / ICU ; HHC และ OPD แบ่งกลุ่มผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่มคือ Mild HI ; Moderate ; Severe ใช้แนวคิด Discharge Plan และ Health Promotion มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยให้มีความต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและต่อเนื่องที่บ้าน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพทำความเข้าใจสถานการณ์ร่วมกัน ศึกษา Best Practice ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ร่วมกันหาวิธีแก้ปัญหาและกำหนดรูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลขนาดใหญ่ (อยู่ในระหว่างการปรับปรุงรูปแบบครั้งที่ 2) นอกจากนี้มีการเชื่อมโยงกิจกรรมระหว่าง PCT มากขึ้นเช่น รณรงค์ลดอุบัติเหตุร่วมกับ ER และ Ortho มีการให้บริการเชิงรุกโดยร่วมกับ PCU ในการค้นหากลุ่มเสี่ยงในโรกระบบหลอดเลือดสมองในชุมชน ทำกิจกรรมให้ความรู้และส่งเสริมสุขภาพ เพิ่มศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ใน PCU ให้มีความสามารถดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน โดยจัดอบรมแล้ว

ผลการดูแลรักษา : ในระยะที่ 1 คุณภาพงานวัดจากปริมาณงานที่ทำเช่นจำนวนผู้ป่วยที่ดูแล/กิจกรรมที่ทำ ไม่มีรูปแบบประเมินผลที่เกิดกับผู้ป่วย ระยะที่ 2 และ 3 วัดคุณภาพที่เกิดกับผู้ป่วยดังนี้

ตัวชี้วัดคุณภาพ	2541	2542	2543	2544	2545	2546
1. อัตราการติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนล่าง	36 % (LRI)	26 % (LRI)	-	17.56 (VAP)	14.60 (VAP)	11.23 (VAP)
2. จำนวนผู้ป่วยหนีกลับเมื่อแพทย์อนุญาต	-	-	-	11 คน	3 คน	18 คน
3. อัตราการเกิดแผลกดทับ	-	-	-	10.27 %	4.28 %	1.06%
4. เบอร์เชนต์ผู้ป่วยตั้งท่อช่วยหายใจ	-	-	-	7.31%	1.97 %	10.04%
5. เพิ่มศักยภาพญาติในการดูแลผู้ป่วย	-	-	-	26.66%	80%	-
6. อัตราติดเชื้แผลผ่าตัด	-	-	-	-	14.34	5.20
7. คะแนนความพึงพอใจ	-	-	-	-	85.11%	90.82%
8. ภาวะโภชนาการพร่องมาก	-	-	-	-	-	2.22 %

กระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น

1. การพัฒนาเกิดขึ้นได้จากบรรยากาศการทำงานที่ดีคือผู้บริหารเข้าใจธรรมชาติผู้ปฏิบัติ ยืดหยุ่นไม่เข้มงวดให้ความอิสระ ระหว่างวิชาชีพมีสัมพันธ์ภาพที่ดี มีการสื่อสารที่ดี มีความเอื้ออาทร ใส่ใจกันและกัน
2. หลายครั้งที่งานพัฒนาเกิดขึ้นจากการเดินคุย เกิดจากการเล่าประสบการณ์ที่ไปประชุม เกิดขึ้นระหว่างร่วมประชุม เกิดระหว่างเปลี่ยนที่รับประทานอาหาร แต่ทุกครั้งที่งานสำเร็จเกิดจากการทำงานเป็นทีม
3. การลด gap ความรู้ระหว่างวิชาชีพทำให้การสื่อสารและการทำงานสนุกขึ้น การสื่อสารที่ดีระหว่างวิชาชีพลด gap ความขัดแย้งทำให้งานง่ายขึ้น
4. การพัฒนาคุณภาพต้องอาศัยองค์ความรู้หลายศาสตร์ หลายที่ ผสมผสานกับประสบการณ์จริง ที่สำเร็จ นำมาร่วมกันวิเคราะห์มาประยุกต์ใช้ ให้เหมาะกับสถานการณ์ของเรา เป็นความรู้ใหม่ที่ใช้ได้จริง



การพัฒนาระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

นางกัญญาลักษณ์ ณ รัชย์ และคณะ

กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลมหาสารนครราชสีมา

ความเป็นมา: โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ก่อให้เกิดปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญยิ่ง เนื่องจากเป็นภาวะที่พบได้บ่อย เกิดความพิการได้สูง โดยส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว จากสถิติกลุ่มงานเวชกรรม ฟื้นฟู โรงพยาบาลมหาสารนครราชสีมา ปี 2542 - 2545 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการมีมากเป็นอันดับ 1 ของผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบประสาท เฉลี่ยปีละ 711 ราย และจากการศึกษาแบบระเบียบงาน สัมภาษณ์บุคลากรของกลุ่มงานฯ สัมภาษณ์และศึกษาสภาพแวดล้อมที่บ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครอบครัว พบว่าสถานการณ์บริการมีความไม่ครบถ้วนในหลายด้าน โดยผู้ป่วยและครอบครัวได้สะท้อนให้เห็นความต้องการระบบบริการที่ครอบคลุมกับสภาพปัญหามากกว่าที่เป็นอยู่

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

ผลลัพธ์:

ระบบการให้บริการเดิม	ระบบการให้บริการที่พัฒนา
1. ให้บริการครั้งแรกโดยหน่วยงานในกลุ่มงานที่ถูกระบุ โดยแพทย์ผู้ส่งปรึกษาเท่านั้น / ผู้ป่วยได้รับบริการ ไม่ครอบคลุมสภาพปัญหาและความต้องการ	1. รับผิดชอบโดยทุกหน่วยงานในกลุ่มงาน / ให้บริการโดยงานกายภาพบำบัดและงานกิจกรรมบำบัดไปพร้อม ๆ กัน / ทีมงานส่งปรึกษาหน่วยงานอื่น ๆ ในกลุ่มงานเมื่อต้องการบริการ
2. กลุ่มงานไม่มีระบบนัดหมาย เพื่อให้บริการ ต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล	2. กำหนดระบบนัดหมายพร้อมแพทย์อายุรกรรมเพื่อให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่อง
3. กิจกรรมบริการในกระบวนการฟื้นฟูฯ - ผู้ป่วยได้รับบริการไม่ครบถ้วน ไม่ครอบคลุมกับสภาพปัญหาและความต้องการ - องค์ความรู้ที่แนะนำให้กับผู้ป่วยไม่เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมที่แท้จริงของผู้ป่วย - คำแนะนำขาดการคำนึงถึงความรู้สึกและความต้องการของผู้ป่วย	3. พัฒนาคุณภาพการให้บริการ - จัดทำแนวทางปฏิบัติทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามมาตรฐานวิชาชีพ - จัดอบรมและพัฒนาความรู้แก่บุคลากร กลุ่มงานทุกคนที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ - จัดพิมพ์คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพให้ผู้ป่วยใช้เพื่อการฟื้นฟูฯ ต่อเนื่องที่บ้าน

ผลการพัฒนา:

1. ให้บริการโดยหน่วยงานหลักคืองานกายภาพบำบัดและงานกิจกรรมบำบัด มีความครบถ้วน การบริการตามมาตรฐานวิชาชีพเฉลี่ยร้อยละ 82.5

2. ผู้ป่วยมารับการบริการตามระบบการนัดหมายเฉลี่ยร้อยละ 40.5



3. สุ่มประเมินจากผู้ป่วย 15 รายพบว่าผู้ป่วยทุกรายได้รับการบริการที่คำนึงถึง ความรู้สึก ความต้องการ และคำแนะนำที่ได้รับมีความสอดคล้องกับสภาพแวดล้อมและบริบทของผู้ป่วย

4. ข้อมูลผู้ป่วยที่มารับบริการ 6 เดือนหลังดำเนินการ มีผู้ป่วยจำนวน 19 ราย บรรลุเป้าประสงค์ฟื้นฟูสมรรถภาพพระยะสั้น (เช่น เคลื่อนไหวบนเตียงได้อย่างอิสระ สวม-ถอดเสื้อผ้าได้ด้วยตนเอง ฯลฯ) ผู้ป่วยจำนวน 5 ราย บรรลุเป้าประสงค์การฟื้นฟูสมรรถภาพช่วยเหลือตนเองได้อย่างอิสระ

แผนการที่ดำเนินการต่อเนื่อง: การพัฒนาครั้งนี้เป็นการพัฒนาคุณภาพภายในกลุ่มงาน ฯ ดังนั้นกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูได้พัฒนาต่อเนื่องโดยการประสานกับหน่วยงานต่าง ๆ ดังนี้

1. ทีมงานกลุ่มงานเวชกรรมสังคม พัฒนาให้มีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในพื้นที่ที่กลุ่มงานเวชกรรมสังคมให้บริการอยู่ โดยกำหนดระบบการส่งต่อ จัดอบรมถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนความรู้ของสองกลุ่มงาน แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยในพื้นที่ (ดำเนินการไปแล้ว)

2. ทีม PCT อายุรกรรม นำเสนอปัญหาและร่วมกันวิเคราะห์และหาแนวทางแก้ไขปัญหาและร่วมกำหนดแนวทางการให้บริการที่เหมาะสม (อยู่ระหว่างดำเนินการ)

3. ศูนย์ประสานงานระบบบริการปฐมภูมิและการดูแลต่อเนื่อง อยู่ระหว่างการประสานงานกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น

1. องค์ประกอบของกระบวนการพัฒนา ผู้ร่วมรับผิดชอบกระบวนการพัฒนาคุณภาพครั้งนี้ประกอบด้วยแพทย์ นักวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ทุกคนในกลุ่มงาน ฯ โดยทุกคนมีส่วนร่วมตั้งแต่วางแผนศึกษาสถานการณ์ วิเคราะห์หาสาเหตุและนำข้อมูลที่ได้ไปแก้ไขและพัฒนากระบวนการ ทั้งนี้พื้นฐานที่สำคัญยิ่งคือความสัมพันธ์ส่วนตัวอันดีระหว่างบุคลากรทุกคนภายในกลุ่มงาน ฯ

2. การใช้ข้อมูลระดับพื้นที่ การสำรวจปัญหาทั้งจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการทำให้สามารถระบุปัญหาในแต่ละจุดของระบบบริการได้ ทำให้ผู้เกี่ยวข้องสามารถตัดสินใจพัฒนางานได้บนพื้นฐานข้อมูลที่มีอยู่จริง

3. การให้ข้อมูลป้อนกลับมีจุดมุ่งหมายและกระบวนการประชุมที่ชัดเจน การพัฒนาครั้งนี้เป็นช่วงเวลาเดียวกับที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมากำลังพัฒนาคุณภาพการบริการ ดังนั้นเมื่อทีมงานใช้ข้อมูลป้อนกลับที่ชัดเจน ผู้ร่วมประชุมจึงมีความเห็นว่ามีใช่เป็นการระบุง้อ บกพร่อง แต่เป็นปัญหา ร่วมกัน และเป็นไปตามนโยบายของโรงพยาบาล ซึ่งบรรยากาศในการประชุมเป็นไปด้วยดี ทำให้มีข้อสรุปในการพัฒนาระบบงานที่ชัดเจน



การพัฒนาการดูแลผู้ป่วย COPD

ผศ. ทิพย์ยา แสนไชย และทีมนำทางคลินิกด้านอายุรกรรม โรงพยาบาลนครพิงค์

ความเป็นมา :

โรงพยาบาลนครพิงค์เป็นโรงพยาบาลระดับจังหวัดที่ตั้งอยู่ในเขตอำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่ มีขนาด 531 เตียง เป็นจำนวนเตียงอายุรกรรม 135 เตียง มีอายุรแพทย์ 7 คน รับผู้ป่วยทั้งในเขต อำเภอและรับการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดและจังหวัดใกล้เคียง พบว่ากลุ่มผู้ป่วย COPD มีปริมาณมากอยู่ใน 10 อันดับโรคแรก ทั้งแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และห้องฉุกเฉิน เฉลี่ยปีละ 500 ราย / แผนก และเนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่มีโอกาสเกิดการกำเริบได้บ่อย มีผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อ ค่าใช้จ่ายด้านยาและเวชภัณฑ์ , อัตราการ Revisit / Readmission อัตราตาย คุณภาพชีวิต การสูญเสียรายได้ของสมาชิกในครอบครัวขณะผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล Work load ของบุคลากรทั้งที่ห้องฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอก และหอผู้ป่วย มีหลักฐานว่าการดูแลรักษาที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยอยู่ในระยะสงบ มีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมทั้งลดความเสี่ยงของปอดได้ และเมื่อมีโอกาสการกำเริบการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม จะช่วยให้อัตราตายลดลง ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลน้อยลง ทีมนำทางคลินิกด้านอายุรกรรมได้เล็งเห็นปัญหานี้ จึงนำมาเป็นประเด็นเพื่อพัฒนาคุณภาพ โดยเริ่มมองจากสภาพปัญหา

เป้าหมายและผลลัพธ์

เป้าหมายหลักของการพัฒนา เพื่อ

- ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล (Length of stay)
- ลดอัตราการ Readmit ภายใน 28 วันโดยมิได้นัดหมาย

ผลลัพธ์

- ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ลดลงค่าเฉลี่ยจาก 6.09 วัน เป็น 6.02 วันและ 4.8 วันตามลำดับ
- อัตราการ Readmit ภายใน 28 วันโดยมิได้นัดหมาย ลดลง (เฉลี่ยทุก 3 เดือน) จาก 10 ราย เป็น 7 รายและ 1 รายตามลำดับ

การปรับปรุงระบบเพื่อนำไปสู่เป้าหมาย

จากข้อมูลพบว่าผู้ป่วย COPD มารับการตรวจทั้งห้องฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ในสัดส่วนที่พอๆ กัน และรับการตรวจรักษาจากแพทย์ทุกระดับตั้งแต่ แพทย์ใช้ทุน แพทย์ประจำบ้าน แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป แพทย์เวรประจำห้องฉุกเฉิน และอายุรแพทย์ ทำให้อาจมีความแตกต่างในแนวทางการรักษา นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆที่มีผลต่อความสำเร็จของการรักษา เช่น การติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง ความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาและผลข้างเคียงของยาของยาชนิดต่างๆ โดยเฉพาะการใช้ยาขยายหลอดลมชนิดพ่นสูดซึ่งต้องมีเทคนิคที่ถูกต้องและมีราคาแพง เป็นต้น

การปรับปรุงระบบที่เกิดขึ้น (ระยะที่ 1)



หัวหน้าทีมมอบหมายให้อายุรแพทย์ 2 ท่าน นำ CPG ของสมาคมอุรเวชช์และสถาบันต่างๆ มาร่างเป็น CPG ของโรงพยาบาลนครพิงค์ จากนั้นอายุรแพทย์ทั้งหมดประชุมกันเพื่อปรับให้เหมาะสม เช่น ข้อบ่งชี้ในการ Admit การใช้ยา Steriod เป็นต้น สมาชิกที่มามีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้แก่ เกสัชกร พยาบาล ต่างทำแนวทางการดูแลและแนะนำผู้ป่วยและญาติ ในส่วนที่เกี่ยวข้อง จัดทำเป็นรูปเล่มและนำลงสู่ปฏิบัติ

การปรับปรุงระบบที่เกิดขึ้น (ระยะที่ 2)

หลังจากมี Guideline และคู่มือการดูแลผู้ป่วยแล้ว ทีมนำได้กำหนดให้มีกิจกรรมทบทวนทางคลินิกหลายรูปแบบตั้งแต่ Bedside round ซึ่งแต่ละหอผู้ป่วยสามัญ จะมีแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร Round ร่วมกัน และทุก 2 เดือนจะมี Grand round ซึ่งประกอบด้วยสหสาขาวิชาชีพรวมทั้งเจ้าหน้าที่เวชกรรมสังคม ซึ่งเป็นสมาชิกที่มามีบทบาท โดยหมุนไปตามหอผู้ป่วยเพื่อกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติได้เรียนรู้ร่วมกัน จากนั้นได้รวบรวมปัญหาที่พบมาวิเคราะห์ พบว่าผู้ป่วยหลายรายยังขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องการใช้ยา ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เรื่องการดำเนินโรคและการดูแลตนเองหลังจากออกจากโรงพยาบาล อีกทั้งยังไม่ได้รับการส่งปรึกษาจากกายภาพบำบัด ส่วนหนึ่งเกิดจากการขาดการต่อเนื่องในการประสานงาน ขาดการบันทึกและวางแผนการจำหน่าย ในส่วนของแพทย์ได้ทำ Gap analysis ได้ข้อสรุปการใช้ Antibiotic ที่เหมาะสม และทีมจึงได้ปรับระบบใหม่โดยกำหนดให้มี Case manager สำหรับผู้ป่วย COPD ทุกรายที่ Admit ทำหน้าที่ประสานงานกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง และวางแผนการจำหน่ายโดยวิธี DEMETHOD เกสัชกรประเมินความรู้ วิธีการใช้ยา กิน ยาพ่นสูด ทุกรายอย่างน้อย 2 ครั้ง เจ้าหน้าที่ HHC ขึ้นมาเยี่ยมผู้ป่วย และวางแผนเยี่ยมบ้านทุกรายที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ ส่วนผู้ป่วยที่เขตรอยต่อจะประสานให้ PCU ติดตาม

การปรับปรุงระบบที่เกิดขึ้น (ระยะที่ 3)

เพื่อให้การพัฒนาเป็นไปตามเป้าหมาย ทีมนำจึงได้เพิ่มมุมมองโดยการจับประเด็นการ Revisit ที่ ER มาทบทวน ระหว่างเดือน พค. – กค. 46 พบว่ามี 170 ราย มียอด Revisit 11 ราย คิดเป็น 6 % เมื่อวิเคราะห์ดูราย Revisit พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งมีข้อบ่งชี้ในการให้ Home O2 Therapy แต่มีปัญหา ด้านเศรษฐกิจ ทำให้ไม่สามารถจัดหาได้ ส่วนที่เหลือมีปัญหาคล้ายกับผู้ป่วยใน ในที่ประชุมทีม มีความเห็นร่วมกันในการริเริ่มโครงการ O2 เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเหล่านี้ และได้รับการสนับสนุน ด้วยดีจากผู้บริหาร

ผลการเยี่ยมบ้าน

ในการให้บริการออกซิเจนเอื้ออาทรโดยการจัดหาแก๊ส O₂ และถัง O₂ ให้ผู้ป่วยยืมใช้ ผ่านเจ้าหน้าที่ฝ่ายพัสดุการแพทย์และสอนวิธีการใช้ และเจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้านติดตามไปเยี่ยมเพื่อช่วยเหลือให้คำแนะนำ และนำปัญหาที่พบมาเข้าที่ประชุมระยะเริ่มต้นมีอุปกรณ์เพียง 5 ชุด ช่วยเหลือผู้ป่วยได้เพียง 5 ราย ปัญหาที่พบ 1 ราย มีปัญหาด้านสภาพบ้านและสมาชิกในครอบครัวรวมทั้งเศรษฐกิจ ทำให้ยังมา admit บ่อยแต่ห่างขึ้น ปัญหาค่าใช้จ่ายในการเติมออกซิเจน บางรายสามารถช่วยเหลือได้โดยติดต่อหาสถานที่ใกล้บ้านที่ให้เช่าอุปกรณ์ครบชุดพร้อมออกซิเจนในราคาถูก



แผนที่จะดำเนินการต่อไป

1. จัดหาชุดอุปกรณ์พร้อมถังออกซิเจนให้มากขึ้น ให้พอเพียงกับความต้องการของผู้ป่วย ถ้าไม่ได้จากโรงพยาบาล อาจเป็นรูปของการรับบริจาค
2. ขยายจุดบริการ/ร้านที่ให้เช่าออกซิเจนพร้อมถังราคาประหยัดให้ผู้ป่วย
3. ประสานงานกับสังคมสงเคราะห์หรือ อบต. ที่รับผิดชอบเพื่อช่วยสนับสนุน
4. ประสานกับ PCU ในเขตพื้นที่นอกความรับผิดชอบของโรงพยาบาล ในการติดตามเยี่ยมบ้าน
5. ขยายการประสานงานไปยังงานบริการสุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลชุมชนเพื่อติดตามและระบบตอบกลับ

สรุปกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น

ทีมได้เรียนรู้ว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จน่าจะอยู่ที่

1. การกำหนดประเด็นพัฒนาคุณภาพอย่างชัดเจน เป็นเข็มมุ่งของ PCT และทุกหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง มีการประเมินผลเป็นตัวชี้วัด ทั้งระดับหอผู้ป่วยและระดับทีม นำให้มีความสำคัญกับสมาชิกทีมทุกคนในการเสนอความเห็น ยอมรับและพร้อมต่อยอดความคิดของสมาชิก รวมทั้งยอมรับฟังอุปสรรคปัญหาและข้อเสนอแนะจาก Case manager ของแต่ละหอผู้ป่วย หลังจากเริ่มทดลองปฏิบัติมีการทบทวนอยู่ตลอดเวลา พร้อมปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติ
2. การพัฒนาคุณภาพด้านคลินิก จำต้องอาศัยความรู้จากตำรา วารสาร บทความ การประชุมทางวิชาการที่ทันสมัย ปรับประยุกต์ให้เข้ากับสภาพปัญหาของแต่ละทีมหรือโรงพยาบาล มองหาว่าปัจจัยใดบ้างที่อาจเป็นสาเหตุให้การรักษาไม่เป็นไปตามเป้าหมาย และจะปรับปรุงแก้ไขได้อย่างไรบ้าง
3. ทีมได้เรียนรู้ว่าการพัฒนาคุณภาพนั้นไม่มีวันจบ เมื่อได้พัฒนาและทำ PDCA การทดลองปฏิบัติแล้วยังมีประเด็นต้องติดตามเพื่อหาโอกาสพัฒนาต่อไป บางประเด็นอยู่นอกเหนือการควบคุมของทีมหรือโรงพยาบาล จึงต้องประสานกับองค์กรภายนอกต่อไป



การดูแลผู้ป่วยโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

Patient care by case management

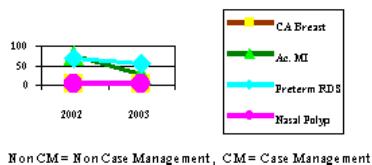
โรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์

ความเป็นมา: จากผลการดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์ พบว่าคุณภาพการบริการยังไม่เป็นไปตามผลลัพธ์ที่คาดหวังตามแนวทางในการรักษาผู้ป่วยในรูปแบบของแผนการดูแลผู้ป่วย (clinical pathway) นอกจากนี้ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคมทำให้จำเป็นต้องมีการบริหารจัดการ เพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงและความต้องการของผู้ใช้บริการสุขภาพ โรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์จึงได้นำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้เพื่อให้เกิดคุณภาพการดูแลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น และค่าใช้จ่ายเหมาะสม โดยมุ่งเน้นให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่กำหนดภายใต้ความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพซึ่งได้กำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันและมีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (case manager) เป็นผู้ประสานการดูแลตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

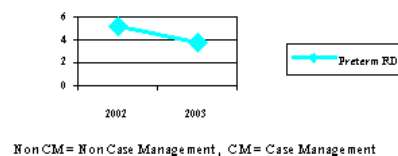
วัตถุประสงค์: เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่กำหนดตาม clinical pathway โดยใช้ทรัพยากรที่เหมาะสม ลดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงาน และเกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย

ผลลัพธ์: จากการศึกษาผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติตั้งแต่เดือนเมษายน 2544 ถึง มีนาคม 2545 จำนวน 414 คน เปรียบเทียบกับผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ตั้งแต่เดือนเมษายน 2545 ถึง มีนาคม 2546 จำนวน 418 คนซึ่งข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มได้นำมาเปรียบเทียบเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันโดยใช้สถิติไคสแควร์ หรือสถิติทดสอบ ที ตามลักษณะข้อมูล พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีส่วนใหญ่มีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน อัตราตาย อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำนวนวันนอน และค่ารักษาพยาบาลโดยเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนี้

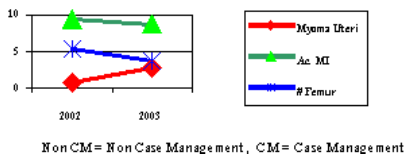
Complication Rate
between Non CM and CM



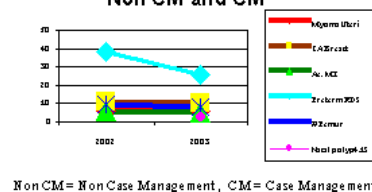
Mortality Rate between
Non CM and CM



Re-Admit Rate between
Non CM and CM

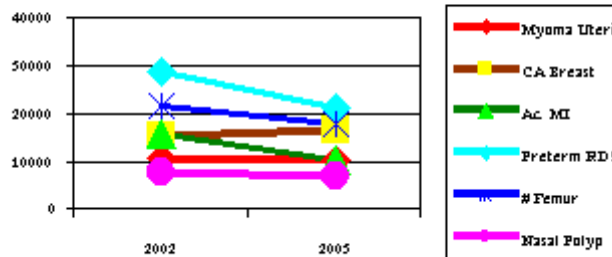


LOS (mean) between
Non CM and CM





COST (mean) between Non CM and CM



... Non CM = Non Case Management, CM = Case Management

การปรับปรุงที่เกิดขึ้น:

- เตรียมความพร้อมทีมผู้ให้การดูแล และบุคลากรทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับเรื่อง case management และการทำ clinical pathway เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ และความร่วมมือในการปฏิบัติ
- คัดเลือกผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี PCT ละ 1 คนโดยให้แพทย์ และพยาบาลของ PCT นั้นๆเป็นผู้คัดเลือก เพื่อให้เกิดการยอมรับ และการประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ
- แต่ละ PCT เลือกโรค 1 โรคเพื่อกำหนด clinical pathway โดยพิจารณาเลือกจากโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ ไม่มีแบบแผนการรักษาที่แน่นอน มีแผนการรักษาต่างกันมาก มีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง ใช้ระยะเวลาในการรักษานาน หรือโรคเรื้อรังที่กลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง
- ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ติดตามผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย เพื่อติดตามกำกับให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปตาม clinical pathway เกิดผลลัพธ์ของแต่ละช่วงเวลา และสามารถจำหน่ายได้ตามคาดหวัง ทั้งนี้ กิจกรรมที่สำคัญในการติดตามกำกับเพื่อให้เป็นไปตามแผนการดูแลคือ การบันทึกและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแล ผลลัพธ์ที่คาดหวัง และความแปรปรวนที่เกิดขึ้นให้สมบูรณ์ เพื่อใช้ข้อมูล ดังกล่าวในการประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพเมื่อเกิดความแปรปรวนขึ้น ซึ่งจะช่วยจัดการแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- ศึกษาผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติตั้งแต่เดือนเมษายน 2544 ถึงมีนาคม 2545 จำนวน 414 คน เปรียบเทียบกับผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ตั้งแต่เดือนเมษายน 2545 ถึงมีนาคม 2546 จำนวน 418 คนซึ่งข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มได้นำมาเปรียบเทียบเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันโดยใช้สถิติไคสแควร์ หรือสถิติทดสอบ ที ตามลักษณะข้อมูล
- ประเมินคุณภาพการดูแลรักษาในเรื่องอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน อัตราตาย อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำนวนวันนอนและค่ารักษาพยาบาลโดยเฉลี่ย



- แผนที่จะดำเนินการต่อไป ประสานงานกับโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายของโรงพยาบาล เชียงราย ประจวบคีรีขันธ์ ทั้ง 16 แห่งเกี่ยวกับการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

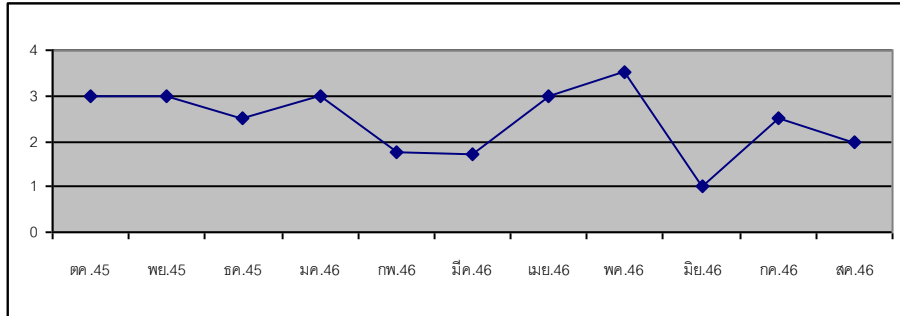
กระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น จากการทบทวนเอกสารทางวิชาการ และนำผลการวิจัยจากหลาย ๆ การศึกษามาประยุกต์ใช้ซึ่งมีหลักฐานทางวิชาการสนับสนุน รวมทั้งการทดลองปฏิบัติ และปรับปรุง clinical pathway เป็นระยะ ๆ ให้เหมาะสมพบว่าบุคลากรผู้ให้การดูแลและทีมสหสาขาวิชาชีพมีความเข้าใจ และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตาม clinical pathway และแก้ปัญหาเมื่อเกิดความแปรปรวนซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีส่วนใหญ่มีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน อัตราตาย อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำนวนวันนอนและค่ารักษาพยาบาลโดยเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



โครงการบ้านหลังที่ 2

ทีม PCT อายุรกรรม โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์

ความเป็นมาและปัญหาที่เกิดขึ้น ผลจากการทบทวน พบว่าอัตรา readmission ในสายอายุรกรรม ซึ่งครอบคลุมโรค CVA HT IHD DM เกินเป้าหมาย

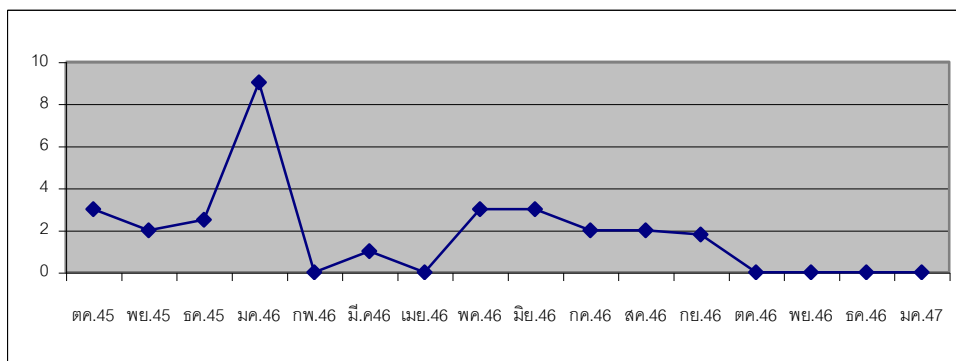


จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ส่วนใหญ่มักเกิดกับผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย จึงเกิดภาวะแทรกซ้อน แผลกดทับ ติดเชื้อทางเดินหายใจ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ข้อติดแข็ง และจากการเยี่ยมบ้าน พบว่า ผู้ดูแลไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วย รับประทานยาและปฏิบัติตามคำแนะนำไม่ถูกต้อง ทำให้ต้องกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำด้วยปัญหาเหล่านี้บ่อยครั้ง ซึ่งมีผลกระทบต่อครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม จากสภาพปัญหาดังกล่าว PCT อายุรกรรม จึงได้ร่วมกันหาแนวทางแก้ไข โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

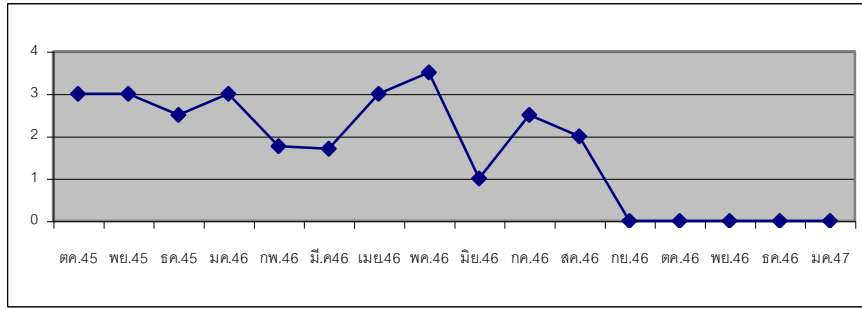
1. ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยมีผู้ดูแลที่มีประสิทธิภาพคอยดูแลทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน
2. ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ เช่น แผลกดทับ
3. ลดอัตราการ Readmission ของผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย
4. พัฒนาการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ

ผลลัพธ์ของโครงการ จากการดำเนินการตั้งแต่ 1 สิงหาคม 2546 – 31 มกราคม 2547 มีผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการรวม 8 ราย เพศชาย 6 ราย เพศหญิง 2 ราย การวินิจฉัยโรค CVA 8 ราย ผลสำเร็จของโครงการตามตัวชี้วัด ดังนี้

1. ผู้ดูแลมีความรู้และสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยได้ตามเป้าหมาย 100 %
2. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้: อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2 – 5



3. อัตราการ Readmission ของผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย



การปรับปรุงที่เกิดขึ้น

1. มีแนวทางการพลิกตัวของผู้ป่วยในโครงการร่วมกัน เนื่องจากพบว่าเมื่อเริ่มโครงการในเดือนสิงหาคม 2546 ยังมีการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยอยู่ ดังนั้นในเดือนกันยายน 2546 ได้มีการแบ่งกลุ่มผู้ป่วย โดยกลุ่มแรกมีการพลิกตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง กลุ่มที่ 2 พลิกตัวตามสูตร 1 – 2 – 3 ของนักกายภาพบำบัด พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่ 1 ยังคงมีแผลกดทับ 1.8 % แต่ผู้ป่วยในกลุ่มที่ 2 ไม่เกิดแผลกดทับ ดังนั้นทีมจึงเลือกวิธีการพลิกตัวผู้ป่วยโดยใช้สูตร 1 – 2 – 3 ของนักกายภาพบำบัด ผลลัพธ์ที่ได้ ผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับ

2. มีการพัฒนาแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยในโครงการเพื่อให้ใช้ร่วมกันทุกสาขาวิชาชีพ ผลลัพธ์ที่ได้ทำให้มีการส่งต่อข้อมูลได้ครบถ้วน

3. มีแนวทางการป้องกันการจัดยาผิดพลาดของผู้ดูแล โดยจัดหาตลับแยกมือยาทุกมือ เนื่องจากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องทานยาหลายชนิดผู้ดูแลจัดยาไม่ถูกต้อง เสี่ยงต่อการทานยาไม่ครบหรือทานยาผิด จึงได้จัดตลับยาที่มีช่องใส่ยาหลายมือให้ผู้ดูแลฝึกจัดยา ผลลัพธ์ที่ได้ ผู้ป่วยได้ยาครบ

4. ปรับปรุงระยะเวลาการเยี่ยมบ้านโดยกำหนดออกเยี่ยมบ้านภายใน 1 สัปดาห์หลังจากผู้ป่วยกลับบ้านเพื่อจะได้แก้ไขปัญหาของผู้ป่วยที่บ้านได้รวดเร็วขึ้น

5. ปรับปรุงการประสานงานของสหสาขาวิชาชีพโดยใช้ตรายาง “โครงการบ้านหลังที่ 2” ในแบบฟอร์มที่ใช้ประสานตามปกติ เช่น ใบเบิกอาหาร ใบส่งปรึกษาคุณภาพ ทำให้ทีมสหสาขาวิชาชีพได้รับข้อมูลว่ามีผู้ป่วยในโครงการชัดเจนและรวดเร็วขึ้น

กระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น

1. มีการแก้ไขปัญหาาร่วมกันในทีม PCT อายุรกรรม เช่น Readmission สูงเกินเป้าหมาย แก้ไขโดยใช้โครงการบ้านหลังที่ 2

2. เรียนรู้การแก้ไขปัญหาโดยใช้วงจร PDCA ในแต่ละช่วงของการดำเนินโครงการ เช่น การแก้ไขปัญหาแผลกดทับ การประสานของสหสาขาวิชาชีพล่าช้า แบบบันทึกที่มีความหลากหลายทำให้การส่งต่อข้อมูลไม่ครบถ้วน การจัดยาผิดพลาดเนื่องจากมียาจำนวนมาก ทำให้เกิดนวัตกรรมใหม่ ๆ ตามมา ได้แก่ แนวทางการพลิกตะแคงตัวโดยใช้สูตร 1 – 2 – 3 เป็นต้น

3. นำความรู้ที่ได้จากการดูงานมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมองค์กร เรียนรู้การทำงานเป็นทีม ผลที่ได้นอกจากผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากสหสาขาวิชาชีพแล้ว ยังทำให้เกิดสัมพันธภาพขึ้นระหว่างผู้ป่วย ญาติ และสมาชิกในทีมแต่ละสาขาวิชาชีพ ตลอดจนการอยู่ร่วมกันเป็นทีมโดยใช้หลักการยอมรับความคิดเห็นของกลุ่ม การแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระภายใต้ขอบเขตหรือกติกา กลุ่ม การบริหารความขัดแย้ง เป็นต้น



“B10: เคลื่อนไอยรา ขยับไม่หยุด จุดไม่อยู่”

ที่มา

ในองค์กรขนาดใหญ่ซึ่งมีความซับซ้อน มีผู้เชี่ยวชาญจำนวนมาก มีความเห็นที่หลากหลาย การจะทำให้มารวมตัวพัฒนาจะเป็นเรื่องยาก เป็นความท้าทายอย่างยิ่งสำหรับผู้นำ และยิ่งมีการพัฒนาโดยไม่หยุดนิ่ง มีความริเริ่มใหม่ๆ ออกมาอย่างต่อเนื่อง ก็ยิ่งน่าสนใจ น่าจะเป็นบทเรียนและกำลังใจให้กับองค์กรอื่นๆ ด้วย

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าประชุมได้รับทราบแนวคิดและประสบการณ์ในการนำองค์กรขนาดใหญ่ ที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง อันจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์กรของผู้เข้าประชุม

เนื้อหาที่จะนำเสนอ

1. ความสำเร็จที่เกิดขึ้น ปัจจัยและแนวคิดที่อยู่เบื้องหลังความสำเร็จเหล่านั้น
2. กลเม็ดเด็ดพลายที่ใช้ในการทำงาน ทั้งสิ่งที่ได้ผลและสิ่งที่ไม่ได้ผล
3. ความท้าทายในอนาคต ทั้งจากปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายใน และกลยุทธ์ที่จะใช้ดำเนินการต่อความท้าทายดังกล่าว
4. บทบาทในการสร้างสังคมแห่งการเรียนรู้เพื่อการพัฒนาคุณภาพของระบบบริการสุขภาพ

วิทยากร

ศ.คลินิก นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาทร

คณบดี คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล



“B20: หักมุมคิด พิชิตโรค ด้วยการป้องกัน”

ที่มา

โรคเรื้อรังจะเป็นภาระของสังคมและระบบบริการสุขภาพเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ การรักษาแบบตั้งรับและพึ่งการรักษาของแพทย์แต่อย่างเดียวยังเป็นสิ่งที่ได้ผลน้อย ไม่คุ้มค่า และไม่สามารถรองรับได้อย่างทั่วถึง การนำ scientific evidence มาปรับเปลี่ยนระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เป็นตัวอย่างหนึ่งของการจัดการความรู้ที่ได้ผล ซึ่งผู้ทำงานในระบบบริการสุขภาพควรได้ศึกษาเป็นบทเรียน

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าประชุมได้รับทราบแนวคิดที่เปลี่ยนแปลงไปในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การใช้ความรู้เป็นฐานในการเปลี่ยนแปลง และผลลัพธ์ที่ดีขึ้นและเกิดสมดุลมากขึ้น โดยใช้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานเป็นตัวอย่าง

เนื้อหาที่จะนำเสนอ

1. แนวคิดใหม่ ในการรักษาโรคเบาหวานที่มุ่งเน้นการป้องกันตั้งแต่ยังไม่เจ็บป่วย ไปจนถึงการรักษาและการฟื้นฟู บทบาทของทีมงานในสาขาต่างๆ ที่มาทำงานร่วมกัน
2. ผลลัพธ์ของการนำแนวคิดดังกล่าวไปปฏิบัติ ทั้งในด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายในการรักษา และภาระของสังคมโดยรวม มีความสมดุลเพิ่มขึ้นอย่างไร
3. การนำแนวคิดข้างต้นไปปฏิบัติให้ได้ผล จะต้องคำนึงถึงปัจจัยอะไรบ้าง ต้องเตรียมความพร้อมในด้านใดบ้าง ระบบบริการที่เป็นอยู่ในปัจจุบันควรจะปรับตัวอย่างไร
4. การประยุกต์ใช้แนวคิดดังกล่าวกับโรคเรื้อรังอื่นๆ
5. กระบวนการจัดการความรู้ที่เกิดขึ้นระหว่างการทำงาน

วิทยากร

ศ.เกียรติคุณ นพ.เทพ หิมะทองคำ

อายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเบาหวาน-ธัยรอยด์
โรงพยาบาลเทพธารินทร์



ถึงเวลาต้องใส่ใจเบาหวาน

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ เทพ หิมะทองคำ

อายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเบาหวาน-ธัยรอยด์ โรงพยาบาลเทพธารินทร์

เบาหวาน...ระบาด!

หนังสือนิตยสารไทม์ประจำอาทิตย์ที่ 9 ธันวาคม 2545 นี้ ลงหน้าปกเรื่องเบาหวานว่าเป็นโรคระบาดที่รุนแรงที่สุดในประวัติศาสตร์ของเอเชีย ทั้งนี้เพราะคนเอเชียกำลังมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมอย่างรวดเร็ว มีการรับอารยธรรมตะวันตกเข้ามาใช้ในการดำเนินชีวิตมากมาย

ในอดีต เราคิดว่าทุกอย่างจากทางตะวันตกซึ่งเจริญกว่าเราเป็นสิ่งที่ดี รวมทั้งเรื่องอาหารการกินด้วย แต่หารู้ไม่ว่าอาหารที่ทางตะวันตกรับประทานนั้น เป็นอาหารที่มีไขมันสูง คนตะวันตกทานไขมันสูงมาแต่ดั้งเดิมก็เพื่อต่อต้านอากาศที่หนาวเหน็บ แต่ก็แลกเปลี่ยนความเอร็ดอร่อยนั้นกับการเกิดโรคที่ตามมาอีกหลายโรค ซึ่งปัจจุบันการศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่า เป็นสิ่งที่คร่าชีวิตของคนทางตะวันตกไปมากที่สุด

โรคภัยแรกที่เห็นชัด คือ โรคอ้วน แต่คนผิวขาวเวลาเขาอ้วน เขามักอ้วนทั้งตัวไม่ลงมาที่พุงมากเท่าคนเอเชีย ความอ้วนลงพุงเป็นความอ้วนซึ่งทำให้เกิดโรคเบาหวานประเภทที่สอง เบาหวานประเภทนี้เกิดจากการดื้อต่ออินซูลิน นั่นคือตับอ่อนยังสร้างอินซูลินได้ แต่อินซูลินทำงานได้ไม่เต็มร้อยเปอร์เซ็นต์ เป็นผลทำให้ตับอ่อนต้องทำงานหนักขึ้น และค่อย ๆ เสื่อมสภาพลงไปมากที่สุด จนไม่สามารถหลั่งอินซูลินออกมาให้เพียงพอที่จะกำกับระดับน้ำตาลในเลือดได้

ปัญหาใหญ่ที่ตามมากับเบาหวาน คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด การศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่า คนที่เป็นเบาหวานประเภทที่สองนั้น เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดถึง 80% ฉะนั้นจึงไม่น่าแปลกใจที่คนทางตะวันตกโดยเฉพาะทางยุโรปเหนือ เช่น ประเทศฟินแลนด์ สวีเดน นอร์เวย์ เดนมาร์ก จึงมีโรคหลอดเลือดหัวใจมากและมีโรคเบาหวานมากด้วยเช่นกัน

คนเอเชียกินอาหารผักปลาเยอะ ไขมันต่ำ เพราะกินเนื้อสัตว์ใหญ่น้อยกว่าคนทางตะวันตก ประกอบกับยังทำงานชดเชยออกกำลังมากอยู่ แต่มาในช่วง 30-40 ปีที่ผ่านมา คนเอเชียหันมาทานอาหารไขมันสูงเหมือนทางตะวันตกมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นพิซซ่า แฮมเบอร์เกอร์ โดนัท มันทอด ไก่ทอด แล้วยังออกกำลังกายน้อยลง โดยเฉพาะเด็ก ๆ ที่เมื่อก่อนเล่นตีจ๊อบ วิ่งเปี้ยว แต่ปัจจุบันกลับมานั่งเล่นเกมส์ คอมพิวเตอร์ ทำให้ขาดการออกกำลังกาย ผลคือเด็กอ้วนกลายเป็นของปกติที่พบในเอเชีย

ความอ้วนก่อให้เกิดความดื้อต่ออินซูลินและเกิดเป็นเบาหวานขึ้น เบาหวานประเภทที่สองที่ในอดีตเกิดในผู้สูงอายุ ปัจจุบันเริ่มเกิดในเด็กวัยรุ่นที่อ้วนมากขึ้น แล้วทำไมคนเอเชียจึงจะเกิดเบาหวานมากกว่าคนผิวขาวซึ่งกินอาหารแบบเดียวกัน เขาอธิบายว่าคนเอเชียมีกรรมพันธุ์ที่เรียกว่ากรรมพันธุ์แห่งการประหยัด (Thrifty gene) กรรมพันธุ์ที่มีในคนเอเชียซึ่งยังพบกับการขาดอาหารเป็นระยะ ชื่อกรรมพันธุ์นี้จะพยายามสะสมไขมันในหน้าท้องเหมือนกับอาหารไว้ในธนาคารในยามที่อาหารมีมาก และได้ใช้เวลาเกิดข้าวยากมากแพง ปัจจุบันนี้ เหตุการณ์ข้าวยากมากแพงและอดอยากเกิดขึ้นน้อยมาก ทุกปีเรามีอาหารเพียงพอและอุดมสมบูรณ์ จึงเกิดการสะสมไขมันในพุง ไม่มีการใช้จ่ายออกไป คนเอเชียจึงเกิดการอ้วนที่พุงมากกว่าคนขาว โรคเบาหวานประเภทที่สองจึงตามมา



มีการทำนายว่าในช่วง 20 ปีข้างหน้า โรคเบาหวานประเภทที่สองจะเพิ่มในคนเอเชียถึง 170 เเปอร์เซ็นต์ ในขณะที่อัตราการเพิ่มในคนขาวมีเพียง 40 เเปอร์เซ็นต์ ผลก็คือโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งโรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูงจะเพิ่มขึ้นในเอเชียอย่างรวดเร็ว ด้วยเหตุนี้โรคเบาหวานจึงขึ้นหน้าปกเป็นโรคระบาดของเอเชีย

การระบาดของโรคเบาหวาน ไม่เพียงเป็นภัยรบกวนสุขภาพเท่านั้น แต่ยังเป็นต้นเหตุของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มมากขึ้นของประเทศ ในปี 2545 ประเทศสหรัฐอเมริกาต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานเป็นจำนวนถึง 132 พันล้านเหรียญดอลลาร์สหรัฐ

เบาหวาน...เชื่อมโยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

สาเหตุของการตื่นตัวเรื่องเบาหวานอย่างมากในปัจจุบัน คือ การพบว่าเบาหวานเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

นิตยสาร LANCET ปี 2002 วิเคราะห์ผู้ป่วยที่เป็นโรคเส้นเลือดตีบที่หัวใจ พบว่า 20% รู้ตัวว่าเป็นเบาหวาน ส่วนอีก 80% ซึ่งไม่คิดว่าตนเองมีโรคเบาหวาน เมื่อนำไปตรวจหาระดับน้ำตาลอย่างละเอียด ด้วยวิธี OGTT หรือการให้ทานน้ำตาล 75 กรัม และวัดระดับน้ำตาลในเลือด 2 ชั่วโมงหลังจากนั้น พบว่าอีก 30% เป็นเบาหวานแล้วแต่ไม่รู้ตัว และอีก 30% เป็น IGT (Impaired Glucose Tolerance) หรือ ที่เราเรียกเป็นภาษาไทยว่า มีความต้านทานน้ำตาลบกพร่อง กล่าวคือ มีระดับน้ำตาลในเลือดตอนเช้าปกติ แต่น้ำตาลหลังทานน้ำตาลระหว่าง 141-199 มก./ดล. เป็นระดับที่สูงกว่าคนปกติ แต่ยังไม่ถือว่าเป็นเบาหวาน สรุปได้ว่าในคนไข้ที่มีเส้นเลือดตีบที่หัวใจ มีเพียง 20% เท่านั้นที่ไม่พบว่าเป็นเบาหวาน หรือ อยู่ในภาวะใกล้จะเป็นเบาหวาน ด้วยเหตุนี้ เบาหวานจึงถือว่ามีข้องเกี่ยวอย่างใกล้ชิดกับโรคหัวใจและหลอดเลือด

การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดนั้น เราพบว่าเริ่มเกิดตั้งแต่ก่อนที่ระดับน้ำตาลจะผิดปกติ ด้วยเหตุนี้ การที่จะป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดให้ได้ตั้งแต่ต้นนั้น จึงจำเป็นต้องค้นหาบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน บุคคลเหล่านี้ คือ คนที่มีกรรมพันธุ์เป็นเบาหวาน คนที่อ้วน คนที่มีระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์สูงและไขมัน HDL ต่ำ และคนที่มีความดันโลหิตสูง

เบาหวาน...คุมให้ได้ดี ต้องเริ่มไว

การควบคุมเบาหวานให้ได้ผลดี ต้องควบคุมอย่างเคร่งครัดให้ระดับน้ำตาลในเลือด ทั้งก่อนอาหารและหลังอาหาร และระดับฮีโมโกลบินเอวันใกล้เคียงกับคนปกติมากที่สุด การศึกษา DCCT (Diabetes Control and Complication Trial) และ UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study) พบว่าการลดระดับฮีโมโกลบินเอวันลงไป 1% สามารถช่วยลดโรคแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้ 25% และถ้าลดลง 2% ก็จะช่วยลดโรคแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดเล็กลง 50-75%.

ในการวิจัย DCCT นี้มีการติดตามผู้เข้าร่วมการวิจัยในระยะยาว 10ปีหลังจากตีพิมพ์ผลการวิจัยครั้งแรกไปในปีค.ศ. 1993 โดยผู้ป่วยเบาหวานถูกจัดแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มด้วยกัน ได้แก่ กลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างเคร่งครัดมาโดยตลอด กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการควบคุมอย่างไม่เคร่งครัดในช่วงต้นแล้วถูกจัดให้ได้รับการควบคุมอย่างเคร่งครัดในภายหลัง นั่นคือ เปลี่ยนจากการฉีดยาเพียงวันละ 2 ครั้ง เป็นวันละ 4-5 ครั้ง และมีการเจาะเลือดเพื่อตรวจน้ำตาลก่อนและหลังอาหารตลอดวัน วันละ 4-5 ครั้ง และกลุ่มสุดท้ายคือกลุ่มผู้ป่วยที่คุมระดับน้ำตาลอย่างเคร่งครัดมาก่อน แต่มาหย่อนการคุม



ในช่วง 10 ปีหลังนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาและเปรียบเทียบโรคแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดเล็ก คือ ตา ตา และปลายประสาท ในผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่มดังกล่าว

ผลการศึกษาเป็นที่น่าสนใจอย่างยิ่ง กลุ่มผู้ป่วยกลุ่มที่ 2 ที่หย่อนการควบคุมในช่วงต้นของการเป็นโรค ถึงแม้จะเปลี่ยนการควบคุมโรคเป็นแบบเคร่งครัดในช่วง 10 ปีหลัง โรคแทรกซ้อนก็มิได้ลดน้อยลง ทั้งยังมีมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ 3 ซึ่งมีการควบคุมโรคที่ดีมากในช่วงต้นแต่หย่อนการควบคุมในระยะหลัง และแน่นอนที่สุด ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างเคร่งครัดมาโดยตลอด มีการเกิดโรคแทรกซ้อนน้อยที่สุด

การศึกษานี้บ่งชี้ว่า การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในระยะต้นนั้นมีความสำคัญอย่างมากต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนของหลอดเลือดในระยะหลัง เป็นอุทาหรณ์ให้เราตระหนักว่า การป้องกันโรคแทรกซ้อนของเบาหวานทำได้โดยการค้นพบเบาหวานเสียแต่เนิ่น ๆ เพื่อเริ่มทำการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างเคร่งครัดให้เร็วที่สุด ยิ่งเราชะลอการควบคุมโรคอย่างเคร่งครัดไปนานเท่าไร โอกาสที่จะเกิดโรคแทรกซ้อนในภายหลังก็จะมากขึ้นเท่านั้น การกลับตัวหันมาควบคุมโรคอย่างเคร่งครัดต่อเมื่อโรคได้ดำเนินไประยะหนึ่งแล้ว ไม่ช่วยทำให้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนลดน้อยลงเท่าที่ควร นั่นคือ ความผิดปกติที่มีในหลอดเลือดระยะต้นอาจไม่ประจักษ์ชัดแจ้ง แต่จะมาปรากฏในช่วงหลังได้ และกระบวนการเกิดความผิดปกติของหลอดเลือดคงเปรียบเสมือนหินกลิ้งลงจากภูเขา พอเริ่มกลิ้งลงมาก็ยิ่งเกิดโมเมนตัม (momentum) ซึ่งจะหยุดได้ยาก

เบาหวาน...ยาพัฒนาไกล

การพัฒนาการรักษาเบาหวานได้ก้าวมาไกลมาก ปัจจุบันพบว่ามียาใหม่หลายชนิดที่มีศักยภาพในการป้องกันโรคเบาหวานได้ เช่น ยากลุ่ม Thiazolidione และยากลุ่ม ACE-I ยาทั้งสองชนิดนี้กำลังอยู่ระหว่างการศึกษาวินิจฉัยว่ามีศักยภาพป้องกันโรคเบาหวานในผู้ที่มีความเสี่ยงสูงได้หรือไม่ การศึกษานี้จะเสร็จสิ้นในอีก 2 ปีข้างหน้า

นอกจากนั้น ปัจจุบันยังมียาชนิดใหม่ซึ่งกำลังอยู่ระหว่างการทดลองในมนุษย์อยู่ ยานี้เป็นฮอร์โมนที่หลั่งออกมาจากเซลล์ที่ผนังลำไส้ เรียกว่า GLP-1 ยากลุ่มนี้นอกจากจะสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดลงได้แล้ว ยังสามารถกระตุ้นให้เบต้าเซลล์เติบโตขึ้นได้ และยังทำให้ลดความอยากอาหารลงอีกด้วย โดยชะลอการเคลื่อนไหวของอาหารจากกระเพาะมาสู่ลำไส้ ทำให้การดูดซึมน้ำตาลเข้าสู่เลือดช้าลง คุณสมบัติพิเศษของยานี้คือสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดเมื่อสูง แต่ไม่มีฤทธิ์ในการลดระดับน้ำตาลหากน้ำตาลอยู่ในระดับปกติ ดังนั้น จึงลดความเสี่ยงในการเกิดอาการน้ำตาลต่ำ ข้อด้อยของยานี้คือ ยังไม่มีออกมาในรูปแบบของยารับประทาน มีเพียงยาฉีดเท่านั้น

เบาหวาน...กระจายองค์ความรู้ ต้องการทีมงาน

วิทยาการและความก้าวหน้าของการดูแลโรคในปัจจุบันนี้ ทำให้โรคต่างๆ ที่ให้ยาบำบัดหายป่วย เช่น โรคติดเชื้อ หรือ โรคซึ่งรักษาอาการปวดเมื่อยต่างๆ เป็นต้น ก็ค่อยๆ หายไป โรคที่เราคาดเดาแลกันในปัจจุบันนี้มักจะเป็นโรคซึ่งเรามองไปสู่นาคตเป็นการป้องกันเสียเป็นส่วนใหญ่แล้ว การที่จะดูแลโรคเหล่านี้ให้ได้ประสิทธิภาพและประสิทธิผลดีที่สุดจะต้องมีการทำงานเป็นทีมของบุคลากรทางการแพทย์หลาย ๆ สาขาด้วยกันหรือที่เราเรียกว่าการรักษาแบบสหสาขาวิชาชีพ โรคเบาหวานก็เช่นเดียวกัน

วิทยาการผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน จะเป็นผู้ที่สอนให้ความรู้ในเรื่องของสาเหตุของโรค รวมไปถึงเรื่องของการแทรกซ้อนต่าง ๆ ด้วย สอนปฏิบัติในการฉีดยา ในการเจาะเลือด ในการดูแลเท้า และจัด



กิจกรรมเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยในการรับประทานอาหาร ให้ความรู้เรื่องอาหารพื้นฐาน ความรู้พื้นฐานของวิทยาการผู้ให้ความรู้โรคเบาหวานอาจจะเป็นพยาบาล เป็นนักกำหนดอาหาร หรืออาจจะเป็นวิทยาศาสตร์ชีวภาพอย่างอื่นซึ่งมาได้รับการฝึกฝนและอบรมในเรื่องของการเป็นผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน

นักกำหนดอาหาร หรือ นักโภชนาการ คือ ผู้ซึ่งสอนเรื่องของความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับอาหาร สามารถที่จะสอบพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยแต่ละราย และสามารถที่จะให้คำแนะนำในเรื่องของอาหารสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งอาจจะมีผลตบคตของร่างกาย ของเลือด และของโรคแตกต่างกันออกไป นักกำหนดอาหารมีความสามารถที่จะกำหนดอาหารเรื่องของเบาหวาน เรื่องของโรคไต โรคอ้วน โรคขาดอาหาร โรคมะเร็ง โรคเอดส์ อาหารคนท้อง อาหารผู้สูงอายุ เป็นต้น นักกำหนดอาหารเหล่านี้เป็นผู้ซึ่งเชี่ยวชาญเรื่องของอาหารและยังต้องเข้าใจในเรื่องของอิทธิพลของอาหารที่มีต่อโรคต่าง ๆ เพราะฉะนั้นนักกำหนดอาหารต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคต่าง ๆ ที่เขาเป็นคนที่จะช่วยในการรักษาผู้ป่วยทางโภชนาบำบัด การรักษาทางอาหารนอกจากการโภชนาบำบัดแล้วยังสามารถที่จะป้องกันโรคได้อีกด้วย ในอนาคตอาหารจะเป็นสิ่งสำคัญมากในการที่จะช่วยทำให้ชะลอการเกิดโรคหรือทำให้โรคนั้นไม่เกิดเลยก็ได้

ผู้เชี่ยวชาญเรื่องของการดูแลเท้า จะเริ่มต้นตั้งแต่พยาบาลซึ่งสนใจในเรื่องของเท้า เรื่องความเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้า เพราะว่าเท้าขาดความรู้สึกหรือชา มีความรู้ในการที่จะช่วยในการที่จะทำแผลด้วยวิธีการที่ถูกต้อง ทำรองเท้าให้ผู้ป่วยเหยียบลงไปลงน้ำหนักที่อื่น ดูแลในเรื่องของการตัดเล็บ ขูดหนังที่หนา เพื่อที่จะไม่ให้เกิดแผลขึ้น แล้วก็ทำการติดต่อต่อเนื่องกับผู้ซึ่งมีความเชี่ยวชาญในการทำรองเท้าซึ่งอาจจะเป็นนักกายภาพบำบัดก็ได้

ผู้เชี่ยวชาญเรื่องการออกกำลังกาย การออกกำลังกายในปัจจุบันนี้กำลังจะเป็นศาสตร์อันใหม่ขึ้นมาในการที่จะสั่งให้ออกกำลังกายให้เหมาะสมกับโรคต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยเป็น ตามอายุของผู้ป่วย ตามภาวะโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ผู้ที่สอนการออกกำลังกายจำเป็นที่จะต้องรู้พยาธิสภาพของโรคในผู้ป่วยด้วย

นี่แหละคือทีมงานที่เข้ามาช่วยผู้ที่ดูแลโรคเบาหวานนอกเหนือจากแพทย์ ปัจจุบันนี้นอกจากบุคลากรเหล่านี้แล้ว เราอาจจะต้องเอาผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องของการอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อนำมาสร้างเป็นหลักสูตรในการที่จะช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนผู้ป่วยให้เป็นไปตามที่ควรด้วย

บุคลากรทั้งหมดดังกล่าวข้างต้น คือ บุคลากรที่ยังไม่มีการผลิตในประเทศไทย และเราจำเป็นต้องวางแผนการผลิตให้ได้ปริมาณมากพอ เพื่อที่จะสามารถต่อต้านการขยายตัวอย่างรวดเร็วของโรคเบาหวานได้ทันทั่วทั้งที่

เบาหวาน...ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมนุษย์ ศิลปะที่ต้องพัฒนา

คุณสมชาย เพศชาย อายุหกสิบ มีประวัติเป็นเบาหวานมาแล้วสิบปี รูปร่างท้วม สมอปราดเปรื่อง การศึกษาและหน้าที่การงานอยู่ระดับแนวหน้า คุณสมชายหมั่นมาพบแพทย์เพื่อดูเบาหวานตามนัดค่อนข้างสม่ำเสมอ แต่ถึงกระนั้น ผลการควบคุมน้ำตาลก็ยังไม่สู้ดีนัก ทุกครั้งที่มาพบแพทย์ แพทย์จะหมั่นสอนหมั่นย้ำให้คุณสมชายระวังการรับประทานอาหารและให้ออกกำลังกายให้มากขึ้น แล้วยังส่งตัวคุณสมชายไปนั่งคุยกับทั้งนักกำหนดอาหารและวิทยาการเบาหวานเป็นระยะอีกด้วย คุณสมชายต่างกับผู้ป่วยเบาหวานอีกมากมายตรงที่ไม่อดอดหรือปฏิเสธการเข้าพบสองวิชาชีพผู้ทำหน้าที่เสริมกำลังแพทย์เบาหวานนี้



วิทยาการเบาหวานต้องหาวิธีการสร้าง “ความอยาก” ในการชวนขยายหาความรู้และต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของลูกค้า ธรรมชาติของมนุษย์คือการรักสนุก ไม่ชอบการถูกบังคับ ไม่ชอบสิ่งที่ซ้ำซากจำเจ ฉะนั้น วิทยาการเบาหวานจะต้องใช้ความคิดสร้างสรรค์ในการสร้าง “ความอยาก” นี้ให้เกิดขึ้นในกลุ่มลูกค้า

บทความเรียบเรียงโดย ธัญญา หิมะทองคำ โรงพยาบาลเทพธารินทร์



“B11 สมดุลระหว่างกฎหมายกับสามัญสำนึก”

ที่มา

กฎหมายเป็นสิ่งที่ผู้ประกอบการวิชาชีพไม่อาจจะหลีกเลี่ยงได้ แม้จะไม่เต็มใจนัก กฎหมายแต่ละฉบับย่อมมีเจตนารมณ์เพื่อความถูกต้อง ความเป็นธรรม และความสงบของสังคม บางครั้งการตีความตามตัวอักษรโดยไม่เข้าใจเจตนารมณ์นำมาสู่ความหวาดระแวงและการปฏิบัติที่เบี่ยงเบนไปจากที่ควรด้วยความเกรงกลัวว่าจะผิดกฎหมาย เช่น การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยจิตเวชและนิติจิตเวช เป็นกลุ่มพิเศษที่น่าศึกษาว่าควรมีวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมอย่างไร

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าประชุมเข้าใจแง่มุมทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องด้วยความเข้าใจในเจตนารมณ์ของกฎหมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยจิตเวช กระบวนการทางนิติจิตเวช และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

เนื้อหาที่จะนำเสนอ

1. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยจิตเวช ข้อควรระวังในการประกอบวิชาชีพเพื่อมิให้กระทำผิดเพราะความไม่รู้กฎหมาย
2. บทบาทหน้าที่ของสถาบันกัลยาณิราชนครินทร์ กระบวนการทางนิติจิตเวช ประเด็นที่ยุ่ยากในการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยนิติจิตเวช
3. ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติ/ทัศนคติต่อผู้ป่วย และแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยนิติจิตเวชขณะรับไว้ในโรงพยาบาล
4. ประเด็นการบำบัดดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่พบปัญหาทางกฎหมาย และการปฏิบัติที่ไม่ขัดต่อจริยธรรมวิชาชีพ (สามัญสำนึก) โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
5. การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมวิชาชีพ การยุติการช่วยฟื้นคืนชีพที่ไม่ขัดต่อกฎหมายและจริยธรรมวิชาชีพ
6. สามัญสำนึกในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาโรคทางกาย

วิทยากร

รศ.แสวง บุญเฉลิมวิภาส	คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
นพ.เกียรติภูมิ วงศ์รจิต	ผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณิราชนครินทร์
นพ.กัมปนาท ดันสิถบุตรกุล	สถาบันกัลยาณิราชนครินทร์
นส.เบญจวรรณ สามสาลี	สถาบันกัลยาณิราชนครินทร์

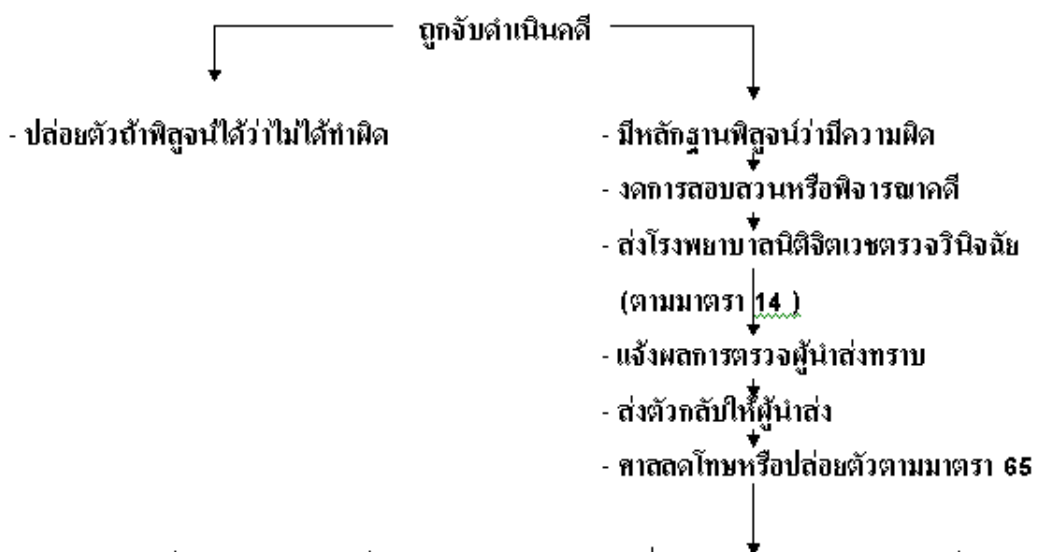


กระบวนการนิติจิตเวช

สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ (โรงพยาบาลนิติจิตเวช) มีหน้าที่หลักในการให้บริการจิตเวช ตติยภูมิในพื้นที่สาธารณสุขเขต 4 และจังหวัดสุพรรณบุรี กรุงเทพมหานครบางส่วน และให้เป็นบริการนิติจิตเวชทั่วประเทศ รวมทั้งเป็นศูนย์กลางวิชาการด้านนิติจิตเวช โดยมีกระบวนการทางนิติจิตเวช ดังนี้

บุคคลที่สงสัยว่าวิกลจริตหรือมีปัญหาสุขภาพจิตประกอบคดี



กรณีได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคจิต จิตบกพร่อง จิตฟั่นเฟือนขณะประกอบคดีไม่รู้ผิดชอบหรือไม่สามารถบังคับตนเองได้และได้รับการยกเว้นโทษทางกฎหมายตามมาตรา 65 หากปล่อยตัวออกไปจะไม่ปลอดภัยต่อสังคม ศาลจะส่งตัวมาคุมไว้ในสถานพยาบาลจนกว่าจะปลอดภัยต่อสังคมตามมาตรา 48

ซึ่งผู้ป่วยนิติจิตเวชนั้นเป็นผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต โรคจิตเวชและเกี่ยวข้องกับกฎหมาย เช่น เป็นผู้ต้องหา นักโทษ เป็นต้น ทีมผู้ดูแลที่เป็นผู้รักษา จำเป็นต้องรู้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเหล่านี้ เพื่อนำไปประกอบการปฏิบัติงานที่จำเป็น เช่น

ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65

ผู้ใดกระทำความผิดในขณะที่ไม่สามารถรู้ผิดชอบหรือไม่สามารถบังคับตนเองได้เพราะจิตบกพร่อง โรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน ผู้นั้นไม่ต้องรับโทษสำหรับความผิดนั้น

แต่ถ้าผู้กระทำความผิดยังสามารถรู้ผิดชอบอยู่บ้าง หรือยังสามารถบังคับตนเองได้บ้าง ผู้นั้นต้องรับโทษสำหรับความผิดนั้น แต่ศาลจะลงโทษน้อยกว่าที่กฎหมายกำหนดไว้สำหรับความผิดนั้นเพียงใดก็ได้



ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 14

ในระหว่างทำการสอบสวน ใต้วงมูลฟ้องหรือพิจารณา ถ้ามีเหตุควรเชื่อว่าผู้ต้องหา หรือจำเลยเป็นผู้วิกลจริต และไม่สามารถต่อสู้คดีได้ ให้พนักงานสอบสวนหรือศาลแล้วแต่กรณีสั่งให้ พนักงานแพทย์ตรวจผู้นั้น เสร็จแล้วให้เรียกพนักงานแพทย์ผู้นั้นมาให้ถ้อยคำ หรือให้การว่าตรวจได้ผล ประการใด

ในกรณีที่พนักงานสอบสวนหรือศาลเห็นว่า ผู้ต้องหา หรือจำเลยเป็นผู้วิกลจริต และไม่สามารถ ต่อสู้คดีได้ ให้งดการสอบสวน ใต้วงมูลฟ้อง หรือพิจารณาไว้จนกว่าผู้นั้นหายวิกลจริตหรือสามารถ ต่อสู้คดีได้ และให้ส่งตัวผู้นั้นไปยังโรงพยาบาลโรคจิต หรือผู้อื่นที่เต็มใจไปดูแลรักษาก็ได้ ตามแต่จะ เห็นสมควร

กรณีที่ศาลงดการใต้วงมูลฟ้องหรือพิจารณา ตั้งบัญญัติไว้ในวรรคก่อน ศาลจะสั่งจำหน่าย คดีเสียชั่วคราวก็ได้

วิธีการเพื่อความปลอดภัย

ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 48

ถ้าศาลเห็นว่า การปล่อยตัวผู้มีจิตบกพร่อง โรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือนซึ่งไม่ต้องรับโทษ หรือได้รับการลดโทษตามมาตรา 65 จะไม่เป็นการปลอดภัยแก่ประชาชน ศาลจะสั่งให้ส่งไปคุมไว้ใน สถานพยาบาลก็ได้ และคำสั่งนี้ศาลจะเพิกถอนเสียเมื่อใดก็ได้

ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 49

ในกรณีที่ศาลพิจารณาลงโทษหรือพิพากษาว่ามีความผิด แต่รอการกำหนดโทษหรือรอการ ลงโทษบุคคลใด ถ้าศาลเห็นว่าบุคคลนั้นกระทำความผิดเนื่องกับการเสพยาเป็นอาชญาหรือการเป็นผู้ติดยาเสพติดให้โทษ ศาลจะกำหนดในคำพิพากษาว่าบุคคลนั้นจะต้องไม่ดื่มสุรา ยาเสพติดให้โทษอย่างใด อย่างหนึ่ง หรือสองอย่าง ภายในระยะเวลาไม่เกินสองปี นับแต่วันพ้นโทษ หรือวันปล่อยตัวเพราะรอ การกำหนดโทษ หรือรอการลงโทษก็ได้

ในกรณีที่บุคคลดังกล่าวในวรรคแรก ไม่ปฏิบัติตามที่ศาลกำหนด ศาลสั่งให้คุมตัวไว้ใน สถานพยาบาลเป็นเวลาไม่เกินสองปีก็ได้

กฎหมายที่เกี่ยวกับบุคคลที่ดูแล

ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 269

ผู้ใดในการประกอบกรงานในวิชาแพทย์ กฎหมาย บัญชี หรือวิชาชีพอื่นใดทำคำรับรองเป็น เอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่นหรือประชาชน ต้องระวางโทษจำคุกไม่ เกินสองปี หรือปรับไม่เกินสี่พันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

ผู้ใดโดยทุจริต ใช้หรืออ้างคำรับรองอันเกิดจากการกระทำความผิดวรรคแรก ต้องระวางโทษ เช่นเดียวกัน



ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 307

ผู้ใดมีหน้าที่ตามกฎหมาย หรือตามสัญญาต้องดูแลผู้ซึ่งพึ่งตนเองมิได้ เพราะอายุ ความเจ็บป่วย ภายพิการหรือจิตพิการ ทอดทิ้งผู้ซึ่งพึ่งตนเองมิได้นั้น โดยประการที่น่าจะเป็นเหตุให้เกิดอันตรายแก่ชีวิต ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 323

ผู้ใดล่วงรู้ หรือได้มาซึ่งความลับของผู้อื่น โดยเหตุที่เป็นเจ้าพนักงานผู้มีหน้าที่ โดยเหตุที่ ประกอบอาชีพแพทย์ เกษัตริกร คนจำหน่ายยา นางผดุงครรภ์ ผู้พยาบาล นักบวช หมอความ ทนายความ หรือผู้สอบบัญชี หรือโดยเหตุที่เป็นผู้ช่วยในการประกอบอาชีพนั้นแล้ว เปิดเผยความลับนั้น ในประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้หนึ่งผู้ใด ต้องระวางโทษ จำคุกไม่เกินหกเดือนหรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

ผู้รับการศึกษาบรมในอาชีพนางกล่าวในวรรคแรก เปิดเผยความลับของผู้อื่นอันตนได้ล่วงรู้หรือ ได้มาในการศึกษาบรมนั้น ในประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้หนึ่งผู้ใด ต้องระวางโทษ เช่นเดียวกัน

ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 373

ผู้ใดควบคุมดูแลบุคคลวิกลจริต ปล่อยปลละเลยให้บุคคลวิกลจริตนั้นออกเที่ยวไปโดยลำพัง ต้องระวางโทษปรับไม่เกินห้าร้อยบาท

ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 430

ครูบาอาจารย์ นายจ้าง หรือบุคคลอื่น ซึ่งรับดูแลผู้ไร้ความสามารถอยู่เป็นนิตย์ก็ตีชั่วคราวก็ดี จำต้องรับผิดชอบร่วมกับผู้ไร้ความสามารถในการละเมิด ซึ่งเขาได้กระทำลงในระหว่างที่อยู่ในความดูแลของตน ถ้าหากพิสูจน์ได้ว่าบุคคลนั้น ๆ มิได้ใช้ความระมัดระวังตามสมควร

จากกฎหมายที่เกี่ยวข้องดังกล่าว ทำให้ทีมการรักษาต้องใช้ความระมัดระวังในการปฏิบัติงาน เพื่อป้องกันความยุ่งยากทางกฎหมายที่อาจเกิดขึ้น ผู้ปฏิบัติงานด้านนิติจิตเวชนอกจากมีความรู้ด้านการแพทย์จิตเวชกฎหมายที่เกี่ยวข้องแล้ว จำเป็นจะต้องเป็นผู้ที่มีทัศนคติที่ดีต่องาน ต่อผู้ป่วยนิติจิตเวช เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชในระยะแรกหรือขณะยังมีอาการทางจิต ไม่สามารถหยั่งรู้ตนเอง (poor insight) และการตัดสินใจเสีย (poor judgement) การปกป้องสิทธิของตนเองการบอกถึงปัญหาความต้องการของตนเองไม่สามารถระบุได้จากพยาธิสภาพของโรค กรณีดังกล่าวถ้าผู้ดูแลและเลย ไม่คำนึงถึงความต้องการที่แท้จริง (implicit need) ขาดการวิเคราะห์ moplicit need และจัดกิจกรรม การบำบัดให้สอดคล้องปัญหา ก็จะละเลยสิทธิผู้ป่วยโดยไม่รู้ตัว ทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนาน เสียสิทธิการใช้ชีวิตในสังคมภายนอก กิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ผู้ป่วยไม่สามารถบอกความต้องการได้ แต่ผู้ดูแลสามารถนำมาวิเคราะห์และตอบสนองได้

นอกจากนี้ กฎหมายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแล เช่น



กฎหมายอาญามาตรา 373 เกี่ยวกับการหลบหนีของผู้ป่วยยังทำให้ผู้ดูแลบางคนกักขังผู้ป่วย ไม่กล้าให้ทำกิจกรรมในสถานที่เปิด ซึ่งสามัญสำนึกของวิชาชีพผู้ดูแลต้องคำนึงถึง ใจเขา ใจเรา และ ควรกำหนดระบบการตรวจสอบผู้ป่วยว่าให้อยู่ในสายตา และทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ เช่นเดียวกับผู้ป่วย จิตเวชทั่วไปและที่มักพบได้เสมอ ได้แก่ การละเมิดสิทธิผู้ป่วยโดยขาดสามัญสำนึก บางครั้งละเมิด เพราะไม่รู้กฎหมาย เช่น การทำการรักษาด้วยไฟฟ้าโดยผู้ป่วยและญาติไม่ยินยอม หรือกรณีไม่ชัดเจน ในกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เช่น การเปิดเผยความลับของผู้ป่วยที่มีผล HIV เป็นบวก ไม่กล้าแจ้ง ผู้เกี่ยวข้องซึ่งกำลังจะได้รับอันตราย หากไม่เปิดเผยกรณีเช่นนี้ผู้ปฏิบัติได้ใช้ดุลยพินิจและสามัญสำนึก ประกอบกับการพิจารณาข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เพื่อประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ใช้บริการ



“B12 เก็บตกจากผู้เยี่ยมสำรวจ”

ที่มา

การเยี่ยมสำรวจเป็นขั้นตอนหนึ่งของการประเมินการปฏิบัติตามมาตรฐานซึ่งจะนำไปสู่การจัดทำรายงานเสนอคณะกรรมการรับรองคุณภาพเพื่อตัดสินใจให้การรับรอง การเยี่ยมสำรวจมีจุดประสงค์เพื่อยืนยันผลการประเมินตนเองและกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาต่อเนื่อง บ่อยครั้งที่โรงพยาบาลซึ่งเตรียมรับการเยี่ยมสำรวจพยายามที่จะเตรียมตัวมากเกินไป พยายามที่จะคาดเดาว่าผู้เยี่ยมสำรวจต้องการอะไร แท้ที่จริงแล้วสิ่งที่ผู้เยี่ยมสำรวจต้องการคือการที่โรงพยาบาลทำงานอย่างมีคุณภาพอยู่ในชีวิตประจำวัน บอกเล่าประสบการณ์จริงที่เกิดขึ้นให้แก่ผู้เยี่ยมสำรวจได้รับทราบ การโรยผักชี ถ้ามากเกินไปจะกลายเป็นการไม่ซื่อตรงต่อตนเอง และเป็นการไม่นับถือตัวเอง และด้วยการมองจากหลักฐานทุกด้านเข้ามา ความจริงย่อมเป็นที่ปรากฏ

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าประชุมได้รับทราบว่าผู้เยี่ยมสำรวจคาดหวังอะไรจากโรงพยาบาล โรงพยาบาลควรคาดหวังอะไรจากผู้เยี่ยมสำรวจ

เนื้อหาที่จะนำเสนอ

1. ประสบการณ์และข้อคิดที่ได้จากการเยี่ยมสำรวจ ตัวอย่างดีๆ ที่เกิดขึ้น ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนของโรงพยาบาล
2. ตอบคำถาม ข้อสงสัยของผู้เข้าประชุม

วิทยากร

นพ.ปัญญา สอนคม

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

รศ.ภญ.ธิดา ینگสานนท์

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

นส.เรวดี ศิรินคร

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล



“B13 Best Practice in Infection Control”

ที่มา

การติดเชื้อในโรงพยาบาลยังคงเป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดความสูญเสีย ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และทรัพยากรในระบบบริการสุขภาพ แม้จะมีองค์ความรู้ในเรื่องนี้ที่ชัดเจนมากพอสมควร และมีการนำมาปฏิบัติเพื่อลดปัญหาดังกล่าว แต่ในบางส่วนก็ยังมี การปฏิบัติในสิ่งที่ไม่จำเป็น ไม่มีการปฏิบัติในสิ่งที่เป็นจำเป็น มีข้อสงสัยในวิธีปฏิบัติ ตลอดจนมี ปัญหาใหม่ๆ ที่ท้าทายเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าประชุมได้รับทราบความสำเร็จและประสบการณ์การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

เนื้อหาที่จะนำเสนอ

1. กลยุทธ์สำคัญในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
2. การใช้ข้อมูลเพื่อประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
3. มาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่ควรปฏิบัติ และที่ควรเลิกปฏิบัติ
4. IC กับ SARS เรื่องที่ยังวางใจไม่ได้
5. การพัฒนาบุคลากรที่มสุขภาพในระดับจังหวัด

วิทยากร

ผศ.นพ.กำธร มาลาธรรม	คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามธิบดี
ผศ.นพ.ขจรศักดิ์ ศิลปโภชากุล	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
นางวราภรณ์ ประทุมพันธ์	โรงพยาบาลขอนแก่น จ.ขอนแก่น
นพ.สุรัชย์ ปัญญาพฤทธิ์พงศ์	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จ.นครราชสีมา



การควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล

ผศ. นพ. กำธร มาลาธรรม

ประธานคณะกรรมการควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญประการหนึ่งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คือการติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับการทำหัตถการหรือการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ชนิดต่าง ๆ เพื่อช่วยชีวิตหรือช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติที่สุด การติดเชื้อเหล่านี้ แม้ไม่สามารถป้องกันได้อย่างสมบูรณ์ แต่ก็สามารถทำให้ลดน้อยลงได้หากมีกระบวนการควบคุม และป้องกันที่ดี อิงข้อมูลหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ ตลอดจนมีการติดตามให้มีการปฏิบัติตามคำแนะนำที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง

การดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลให้ได้ผลดี เริ่มจากการมีเป้าหมายที่ชัดเจน เป้าหมายที่สำคัญที่สุดของการควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล คือ การลดอัตราการติดเชื้อของผู้ป่วยเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลให้มากที่สุด การสร้างเสริมความปลอดภัยจากการติดเชื้อจากผู้ป่วยของบุคลากร และประการสุดท้าย คือ ดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว ด้วยวิธีการที่มีประสิทธิภาพสูง คู่มาพร้อมกับทรัพยากรที่ใช้ไป

การจะบรรลุเป้าหมายสำคัญนี้ได้ ฝ่ายบริหาร ต้องมีนโยบายการสนับสนุนอย่างจริงจัง โดยมุ่งประเมินผลการดำเนินงานจากการบรรลุเป้าหมายของงานเป็นหลัก ให้ผู้ปฏิบัติงานมีอิสระและอำนาจในการกำหนดกระบวนการทำงานตามความเหมาะสม มีการจัดตั้งโครงการปฏิบัติงาน ที่สอดคล้องกับภาระงาน โดยคำนึงถึงการประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล แต่ต้องไม่เป็นองค์กรที่มีขนาดใหญ่โตจนกระทั่งเป็นอุปสรรคต่อการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่มีความเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา คณะกรรมการควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล ควรมีกำลังเจ้าหน้าที่เพียงพอ เช่น พยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลตามความเหมาะสมกับขนาดของโรงพยาบาลและความซับซ้อนของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีเจ้าหน้าที่ธุรการและอุปกรณ์สำนักงานที่เพียงพอ ตลอดจนการเชื่อมโยงข้อมูลข่าวสารกับหน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยการอาศัยเครือข่ายอิเล็กทรอนิกส์ และเครือข่ายอื่น ๆ ที่เหมาะสมกับสถานการณ์ของโรงพยาบาลนั้น ๆ

ยุทธศาสตร์สำคัญประการต่อมาจากการจัดตั้งองค์กรการปฏิบัติงาน คือการมีกระบวนการเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพ ตอบสนองต่อปัญหาของผู้ป่วย การวิเคราะห์ข้อมูลจากการเฝ้าระวังเพื่อนำไปสู่การกำหนดแนวทางพัฒนาการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ การอบรม ให้ความรู้แก่บุคลากรของโรงพยาบาล การติดตามให้มีการปฏิบัติตามนโยบาย การประเมินผลการดำเนินงานโดยใช้ตัวชี้วัดที่ชัดเจน ไม่ทำให้บุคลากรรู้สึกว่าการกำลังถูกจับผิด แต่ใช้ข้อมูลจากการเฝ้าระวัง เพื่อชี้ให้เห็นผลสำเร็จของการดำเนินงาน ซึ่งทำให้เกิดขึ้นได้ โดยไม่มุ่งเน้นการตรวจสอบกระบวนการปฏิบัติในรายละเอียด แต่วัดที่ผลการปฏิบัติงาน เช่น ติดตามอัตราการติดเชื้อ อัตราการเกิดอุบัติเหตุ และทรัพยากรที่ใช้เพื่อการดำเนินงาน ตัวชี้วัดเหล่านี้ จะเป็นสิ่งที่สะท้อนผลสำเร็จ หรือจุดอ่อนของการดำเนินงานได้ดี โดยบุคลากรไม่เกิดความอึดอัดใจมากนัก และอาจแปรข้อมูลเกี่ยวกับจุดอ่อนของการดำเนินงาน เป็น “โอกาสพัฒนา” ในความรู้สึกของบุคลากรได้จริง ๆ อันจะนำมาสู่ความร่วมมือในการพัฒนางานควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างยั่งยืนต่อไป



ในอดีต มีความพยายามที่จะทำการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในผู้ป่วยทุกราย ทุกหอผู้ป่วย และคิด
อัตราการติดเชื้อ เป็นร้อยละของผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทำให้เห็น “ภาพรวม” ของการติด
เชื้อในโรงพยาบาล แต่ข้อจำกัด คือ ไม่เห็นรายละเอียดของปัญหา ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นต้นแบบ
ของงานควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลประเทศหนึ่ง ก็เคยใช้วิธีการดังกล่าวมาเป็นเกณฑ์ในการ
ประเมินคุณภาพของโรงพยาบาลมาก่อน แต่เกิดปัญหาว่าไม่สามารถเปรียบเทียบคุณภาพของการ
ให้บริการได้อย่างเหมาะสม เพราะลักษณะผู้ป่วยและความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของโรงพยาบาลต่าง ๆ นั้น
แตกต่างกันมาก ศูนย์ควบคุมโรคแห่งสหรัฐอเมริกา จึงได้ยกเลิกการเฝ้าระวังแบบนี้อย่างเป็นทางการ
ตั้งแต่ปีค.ศ. 1999 และแนะนำให้ เฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลแบบจำกัดกลุ่มเป้าหมาย (targeted
surveillance) โดยเลือกเฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงเป็นหลัก ทำให้ใช้ทรัพยากรน้อยลง
ในการเฝ้าระวัง และประเมินคุณภาพของการบริการได้ดีขึ้น

โดยแนวคิดนี้ targeted surveillance จึงสามารถประยุกต์ใช้ได้ สถานบริการทุกระดับ เช่นใน
โรงพยาบาลขนาดเล็ก ย่อมมีผู้ป่วยที่ซับซ้อน มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ จำนวนไม่มาก ถ้าทำการเฝ้า
ระวังแบบเดิม จะต้องใช้ทรัพยากรมากเมื่อเทียบกับทรัพยากรที่มีอยู่ ถ้าเฝ้าระวังการติดเชื้อใน
โรงพยาบาลแบบจำกัดกลุ่มเป้าหมาย จะใช้ทรัพยากรได้อย่างเหมาะสมกับที่มีอยู่

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้เลือกใช้กลยุทธ์การเฝ้าระวังการติดเชื้อใน
โรงพยาบาลแบบจำกัดกลุ่มเป้าหมาย มาตั้งแต่ปีพ.ศ. 2543 โดยเฝ้าระวังการติดเชื้อเฉพาะผู้ป่วยที่มี
ความเสี่ยงสูง ได้แก่ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก เน้นการสำรวจการติดเชื้อ 3 ตำแหน่งที่สำคัญ คือการ
ติดเชื้อในกระแสเลือดที่เกี่ยวข้องกับการใช้สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง การติดเชื้อที่ระบบทางเดิน
หายใจ และการติดเชื้อที่ทางเดินปัสสาวะ ส่วนการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดนั้น เลือกเฝ้าระวังการติดเชื้อหลัง
การผ่าตัดทางเดินน้ำดีและตับ และการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ เนื่องจากการติดเชื้อที่พบบ่อย การคิด
อัตราการติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ คิดเป็นจำนวนครั้งของการติดเชื้อ ต่อ
ระยะเวลาของการใช้เครื่องมือที่เกี่ยวข้อง เทียบเป็น 1000 วันของการใช้เครื่องมือ นั้น ๆ เพื่อให้สามารถ
เปรียบเทียบกับต่างประเทศได้ แทนการคิดอัตราการติดเชื้อต่อจำนวนผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจาก
โรงพยาบาลแบบเดิม ซึ่งไม่สามารถชี้ชัดได้ว่าปัญหาการติดเชื้อที่มีความสำคัญนั้นคืออะไร

จากการดำเนินงานในระยะแรก พบว่า การติดเชื้อในทุกตำแหน่งมีอัตราค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับ
ข้อมูลของต่างประเทศ เช่น การติดเชื้อในกระแสเลือดที่เกี่ยวข้องกับการใช้สายสวนหลอดเลือดดำ
ส่วนกลางในหอผู้ป่วยหนักทางอายุรกรรม สูงเป็น 20 เท่าของอัตราการติดเชื้อตำแหน่งเดียวกันในหอ
ผู้ป่วยอายุรกรรม ตามฐานข้อมูลของศูนย์ควบคุมโรคแห่งสหรัฐอเมริกา เป็นต้น

เนื่องจากการติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นการติดเชื้อที่มีความสำคัญ มีอัตราการตายสูง และหอ
ผู้ป่วยหนักทางอายุรกรรม มีจำนวนผู้ป่วยไม่มาก บุคลากรที่เกี่ยวข้องไม่มาก การลดอัตราการติดเชื้อ
ดังกล่าวนี้ มีความเป็นไปได้ที่จะดำเนินการเป็นโครงการนำร่อง คณะกรรมการควบคุมโรคติดเชื้อ คณะ
แพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี จึงได้ร่วมกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง และบุคลากรใน
หอผู้ป่วยหนักทางอายุรกรรมดำเนินการแก้ไขปัญหาการติดเชื้อในกระแสเลือดที่เกี่ยวข้องกับการใช้สาย
สวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง โดยการจัดอบรมบุคลากรทั้งแพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล เกี่ยวกับ
ความสำคัญของการติดเชื้อในกระแสเลือด เทคนิคการใส่และการดูแลสายสวนอย่างถูกต้อง และมีการ
ติดตามให้ทุกฝ่ายมีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้อย่างเคร่งครัด ตลอดจนการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง
มีการนำเสนอข้อมูลให้บุคลากรในหอผู้ป่วยทราบตลอดเวลา ผลจากการดำเนินการดังกล่าว ทำให้อัตรา



การติดเชื้อลดลงจาก 20.7/1000 CVC-day ในปีพ.ศ. 2543 มาเป็น 7.7/1000 ในปีพ.ศ. 2544 10.6/1000 ในปีพ.ศ. 2545 (มีการปรับปรุงหอผู้ป่วยเป็นเวลา 4 เดือน มีความแออัดในหอผู้ป่วยมากขึ้น) และ 5.1/1000 ในปีพ.ศ. 2546 ตามลำดับ

ข้อมูลการดำเนินงานชุดนี้ ได้มีการนำเสนอให้บุคลากรในหอผู้ป่วยทราบตลอดเวลา ในช่วงต้น คณะกรรมการได้ติดตามนิเทศงานอย่างใกล้ชิด แต่ในระยะหลัง หอผู้ป่วยสามารถปฏิบัติการได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง ทำให้คณะกรรมการ สามารถขยายผลไปสู่หอผู้ป่วยหน้าอื่น ๆ ในโรงพยาบาลได้กว้างขวางยิ่งขึ้น ผ่านการแจ้งข้อมูลผลการเฝ้าระวังให้แต่ละหอผู้ป่วยได้รับทราบ ทำให้เกิดความตื่นตัว ต้องการพัฒนาคุณภาพการบริการในด้านนี้อย่างทั่วถึง หอผู้ป่วยบางแห่ง ได้ดำเนินการด้วยตนเอง โดยมีต้องอาศัยการช่วยเหลือเพิ่มเติมจากคณะกรรมการ นอกเหนือจากการเฝ้าระวังการติดเชื้อและป้องกันข้อมูลย้อนกลับตามปกติ สิ่งที่เกิดขึ้น นอกจากการลดอัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดแล้ว ยังได้มีความพยายามที่จะลดอัตราการติดเชื้อที่ระบบอวัยวะอื่น ๆ ด้วย ส่งผลให้การติดเชื้อลดลงอย่างต่อเนื่อง (ตาราง) การคำนวณโดยใช้อัตราการติดเชื้อในปีพ.ศ. 2545 พบว่า ด้วยปริมาณการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ชนิดต่าง ๆ ในอัตราของปีพ.ศ. 2546 การดำเนินการตามแนวทางของคณะกรรมการ ควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี สามารถป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือด การติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจ และการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ ในหอผู้ป่วยหน้าทุกแห่ง ได้ถึง 137 ครั้ง คิดเป็นค่าพยาบาลวิชาชีพที่ประหยัดได้ ถึงอย่างน้อย 2,740,000 บาท ในระยะเวลา 1 ปี



“B40: บรูณาการ งานวิจัยกับการพัฒนาคุณภาพ”

ที่มา

งานวิจัยกับการพัฒนาคุณภาพมีส่วนคล้ายกันค่อนข้างมากทั้งในด้านกระบวนการและความมุ่งหมาย อาจจะมีระเบียบวิธีในรายละเอียดและความเคร่งครัดที่แตกต่างกัน ขณะเดียวกันก็มีส่วนเกี่ยวพันกันและกัน การบูรณาการทั้งสองเรื่องเข้าด้วยกัน น่าจะเป็นการเร่งกระบวนการพัฒนาคุณภาพควบคู่ไปกับการสร้างองค์ความรู้ใหม่ที่มีความเฉพาะสำหรับสังคมไทย และเพิ่มศักยภาพของบุคลากรไปพร้อมกัน

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าประชุมเห็นความเป็นไปได้และมีความตื่นตัวที่จะนำการวิจัยไปใช้ในชีวิตประจำวัน ควบคู่กับการพัฒนาคุณภาพ โดยเริ่มจากการวิจัยง่าย ๆ รวมทั้งเห็นความจำเป็นที่จะต้องจัดให้มีระบบสนับสนุนที่เหมาะสม

เนื้อหาที่จะนำเสนอ

1. แรงจูงใจซึ่งเป็นที่มาของความพยายามที่จะผสมผสานการวิจัยกับการพัฒนาคุณภาพเข้าด้วยกัน
2. การดำเนินงานเรื่องนี้ในโรงเรียนแพทย์ต่างๆ มีการกำหนดเป้าหมาย โครงสร้าง วิธีดำเนินงาน แรงจูงใจ สิ่งสนับสนุน อย่างไรบ้าง
3. ตัวอย่างผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และเป้าหมายในอนาคต
4. ความเป็นไปได้ในการนำแนวคิดนี้ไปประยุกต์กับโรงพยาบาลที่ไม่ใช่โรงเรียนแพทย์ เช่น ในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป

วิทยากร

ศ.นพ.สงวนสิน รัตนเลิศ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
นพ.สมเกียรติ โภชิสต์ย์	สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์
รศ.นพ.อภิชาติ ศิวารุ	รองคณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล



บูรณาการการวิจัยกับงานพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ศ.นพ.สงวนสิน รัตนเลิศ

ทำไมต้องบูรณาการ

เพราะสังคมของเราซับซ้อน โลกที่ไร้พรมแดน ข้อมูลที่มีมากและเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ความคาดหวังที่สูงขึ้นของสังคมต่อระบบสาธารณสุข ภาระงานของอาจารย์แพทย์มีหลายด้าน ทั้งเพื่อการเรียน การสอน การวิจัย และเพื่อชี้นำสังคม ในความซับซ้อนหลากหลายนี้ แพทย์จะแบ่งตนเองเพื่อทำกิจกรรมสนองแต่ละภาระงาน คงจะทำให้เกิดผลสำเร็จได้ยาก โดยเฉพาะภายใต้ทรัพยากรเวลาที่มีอยู่จำกัด ฉะนั้น การวางแผนกิจกรรมหนึ่งให้สามารถตอบสนองภาระงานได้ 1, 2 หรือ 3 ภาระงานพร้อมกันย่อมเป็นทางเลือกที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ของกิจกรรมที่น่าพึงพอใจ ทนต่อความเปลี่ยนแปลงทางสังคม และสามารถนำไปใช้ปรับปรุงงานได้หลายด้าน ดังสุภาษิตที่ว่า ยิ่งปืนที่เดียวได้นกสองตัว

งานวิจัยใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการได้อย่างไร

ปัญหาของการพัฒนาคุณภาพ คือ จะพัฒนาอะไร พัฒนาแล้วรู้ได้อย่างไรว่าดีขึ้น ผลลัพธ์ของการพัฒนาสามารถแสดงเป็นรูปธรรมได้อย่างไร หัวข้อเหล่านี้ล้วนอาศัยวิธีคิดและกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ นำสถิติมาใช้ให้เป็นประโยชน์ ทั้งในด้านผลลัพธ์และการบอกแนวโน้มของการพัฒนา นั่นคือทีมพัฒนาคุณภาพควรใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์หรือการวิจัย มาใช้ในการวางแผน ติดตาม รวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอผลลัพธ์จากการวิเคราะห์ ซึ่งอาจเป็นตัวเลขหรือกลุ่มดัชนีชี้วัดที่เชื่อถือได้ และนำไปใช้ประโยชน์ต่อได้ เพื่อการปรับปรุงงาน

ข้อมูลที่มีอยู่แล้วจากงานวิจัยอาจเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนา เช่น การนำเทคโนโลยีที่เหมาะสมที่ผ่านการวิเคราะห์วิจัยแล้ว มาใช้ในการตรวจวินิจฉัยรักษากฎผู้ป่วย การนำข้อถกเถียงในวงการวิจัยเรื่องใดเรื่องหนึ่ง มาทำการวิเคราะห์ร่วมกันในทีม เพื่อหาแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับโรงพยาบาลและทรัพยากรที่มีอยู่ หรือการวางข้อถกเถียงเหล่านี้ให้อยู่ในดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญที่ทำการรักษาผู้ป่วยแต่ละราย จะได้มีข้อสรุปในการวางแนวทางปฏิบัติ กรณีที่เรื่องเดียวกันสามารถปฏิบัติได้หลายวิธี

การพัฒนาคุณภาพบริการมีส่วนช่วยงานวิจัยอย่างไร

สิ่งที่กล่าวกันโดยทั่วไปคืองานวิจัยที่ทำอยู่ในประเทศไทยนั้น ไม่สามารถนำไปใช้ได้ทั้งทางปฏิบัติ หรืออยู่ในสถานะที่เรียกว่า “ขึ้นหิ้ง” หรือ “อยู่บนยอดหอคอยงาช้าง” ฉะนั้น การพัฒนาคุณภาพบริการที่เน้นผลลัพธ์ที่มีต่อผู้ป่วยจึงมีโอกาสนิดที่ผลงานวิจัยต่างๆ ที่ได้จัดทำขึ้น ได้ถูกนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ ขึ้นตอนต่างๆ ของการนำผลงานวิจัยเข้าสู่กระบวนการพัฒนางาน อันได้แก่ วงล้อคุณภาพ Plan Do Study Act เริ่มตั้งแต่ขั้นตอนการวางแผน PCT จำเป็นต้องค้นหาหลักฐานข้อมูลทางวิชาการต่างๆ ที่มีอยู่ เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการจัดทำ practice guideline หรือ CareMap หรือ Protocol ซึ่งอาจจะรวมมาตรฐานวิชาชีพต่างๆ ประมวลเข้าหากัน เพื่อหาวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมต่อบริบทของโรงพยาบาลนั้นๆ เมื่อทีมได้พิจารณาจัดทำเป็นแผนงานหรือจัดวางระบบต่างๆ หรือจัดตั้ง CareMap ก็เป็นโอกาสที่จะนำข้อมูลต่างๆ เหล่านั้น (ซึ่งได้มาจากการวิจัย) เข้าไปสู่การปฏิบัติต่อผู้ป่วย ซึ่งอยู่ในขั้นตอน Do ขั้นตอนต่อมาคือ Study ศึกษาหาข้อมูลและประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติ ข้อมูลงานวิจัย



หรือข้อมูลหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่ได้รับรวมจัดทำแนวทางปฏิบัติและ CareMap จะได้นำมาวิเคราะห์ดูว่ามีความเป็นไปได้เพียงใดต่อการปฏิบัติ และมีผลลัพธ์ที่ดีอย่างไรต่อผู้ป่วย ขั้นตอนต่อไปคือ Act เมื่อมีการ Study แล้วก็จะมีผลของการวิเคราะห์ การปฏิบัติเพื่อหาโอกาสพัฒนา ซึ่งในจุดนี้เองก็จะมี การสร้างผลงานหรือรายงานที่สามารถนำเสนอออกมาเป็นบทความวิจัยหรือบทความวิชาการ (review article) ได้เช่นเดียวกัน

ตัวอย่างผลงานวิจัยจากกิจกรรมคุณภาพในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ซึ่งได้นำลงตีพิมพ์ในสงขลานครินทร์เวชสาร เช่น การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, ประสิทธิภาพของโครงการส่งเสริมการบริหารตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน, ความคลาดเคลื่อนในระบบการจ่ายยาผู้ป่วยนอก, Problems and factors of information misconception in orthopedic patients, การประเมินผลโครงการอบรมบุคลากรด้านหน้าเรื่องการสร้างความประทับใจแก่ผู้รับบริการ, อาหารทางสายให้อาหารของโรงพยาบาล จากห้องปฏิบัติสูงานบริการ, คุณภาพการให้ยาของพยาบาล, ผลการประเมินผลสี่เหลี่ยมต่อการลดความเจ็บปวดขณะได้รับการฉีดยาคล็อกซาซิลลินในผู้ป่วยเด็ก

ตัวอย่างโครงการพัฒนางานจากกิจกรรมคุณภาพของฝ่ายการพยาบาล เช่น ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อของพยาบาล, การปฏิบัติกิจกรรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของพยาบาล, คุณภาพการบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก

กล่าวโดยสรุป การพัฒนาคุณภาพและการวิจัยต่างมีเป้าหมายเดียวกัน คือ การแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น วิธีการต่างหากที่แตกต่าง งานวิจัยได้มีการพัฒนามาเป็นเวลานาน ในขณะที่คุณภาพการบริการนั้น ได้ถูกพัฒนากระบวนการซ้ำๆ มักจะไปมุ่งเน้นอยู่ที่การเป็นผู้เชี่ยวชาญมากกว่าการนำไปปฏิบัติจริงๆ การบูรณาการงานวิจัยกับงานพัฒนาคุณภาพเข้าด้วยกันจึงเป็นโอกาสอันดีในการที่จะสร้างงานที่ดีทั้งงานต่อผู้ป่วย และงานวิจัยดีๆ ที่เป็นผลงานทางวิชาการให้ผู้อื่นหรือโรงพยาบาลอื่นได้นำไปศึกษาทดลองปฏิบัติ ซึ่งจะส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อสังคมส่วนรวมต่อไป

กิจกรรมการวิจัยกับการพัฒนาคุณภาพงานบริการด้านประสาทศัลยศาสตร์

เมื่อเริ่มนำ HA เข้ามาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ตั้งแต่ปี 2540 โรงพยาบาลเองก็ยังคงงงๆ กับคำว่า Patient Care Team ในขณะเดียวกัน ภาระงานด้านหนึ่งของอาจารย์คือการสร้างงานวิจัย ผู้เขียนได้จัดทำโครงการวิจัยไว้ตั้งแต่ปี 2539 ซึ่งเป็นโครงการวิจัยที่กระทำในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะซึ่งอาจจะโชคดีซึ่งเมื่อได้จัดตั้ง PCT ขึ้น PCT ได้เลือกเรื่องบาดเจ็บที่ศีรษะมาเป็นหัวเรื่องในการพัฒนางาน เพราะมีผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะประมาณ 100 รายต่อเดือน ฉะนั้น เมื่อมีเรื่องที่ตรงกัน มีกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นเป้าหมายเดียวกัน ข้อมูลต่างๆ จึงสามารถจัดทำเข้ามาใน package เดียว และที่สำคัญคือจะได้ผู้ช่วยวิจัยซึ่งใช้เงินโครงการวิจัยมาดูแลข้อมูล ซึ่งบางส่วนจะแตกต่างจากงานวิจัยตรงที่เป็นข้อมูลที่จัดทำเครื่องชี้วัดด้านคุณภาพงานผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ เมื่อได้จัดทำ CPG และ CareMap ก็พบว่า ในข้อมูลต่างๆ ด้านวิทยาศาสตร์ยังมีความสับสนหรือถกเถียงอยู่ในบางจุด จุดที่มีความสำคัญจะนำมาสร้างงานวิจัยต่อไป โครงการวิจัยที่ได้กระทำอยู่และรายงานเป็นครั้งคราวต่อคณะไปแล้ว คือ ข้อมูลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ การแบ่งกลุ่มผู้ป่วยใหม่ (New Classification in Head Injury Management) ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยเข้าสู่อุบัติการณ์ประมาณ 4000 ราย



บทความวิจัยที่ได้รายงานจากกิจกรรม PCT แล้ว ประกอบด้วย Compliance of physician to the CareMap for uncomplicated minor head injury และ Implementation of CPG for minor head injury

ข้อมูลต่าง ที่มีจากกิจกรรม PCT กลุ่มดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ได้นำเป็นข้อมูลประกอบการเขียนบทความในหนังสือ “บาดเจ็บที่ศีรษะ: การดูแลตามระบบคุณภาพ HA”

โดยประสบการณ์แล้ว ข้อจำกัดอันหนึ่งของการทำงานด้านบริการ คือ ทรัพยากรด้านงบประมาณซึ่งจะต้องถูกตัดทอนน้อยลงเรื่อยๆ หรือข้อจำกัดบางประการที่จะขยายงานในด้านบริการในทางตรงกันข้าม รัฐมุ่งเน้นที่จะพัฒนางานด้านวิจัย และมีงบวิจัยสนับสนุนลงมา ฉะนั้น เมื่อเรามีการพัฒนากลุ่มบริการต่อผู้ป่วย จุดต่างๆ ซึ่งเป็นปัญหา จุดต่างๆ ซึ่งยังเป็นข้อถกเถียงกันในหมู่แพทย์หรือพยาบาล จึงมีความสำคัญและมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนา เพื่อสร้างข้อมูลที่สามารถนำมาใช้ได้จริง หรือที่เรียกว่าเหมาะสมต่อบริบทของโรงพยาบาลนั้นๆ



บูรณาการงานพัฒนาคุณภาพกับการจัดการความรู้และการวิจัยในโรงพยาบาลศิริราช

รศ.นพ.อภิชาติ ศิวาธร

ภายหลังการรับรอง HA คณะกรรมการดำเนินการพัฒนาระบบคุณภาพของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลได้ทบทวนแนวทางการพัฒนาคุณภาพ โดยคำนึงถึงพันธกิจที่สำคัญของคณะฯ 3 ด้าน คือ การดูแลรักษาผู้ป่วย การเรียนการสอน และการวิจัย จึงได้กำหนดนโยบายพัฒนาคุณภาพ ปี พ.ศ. 2545-2547 ไว้ 5 ประการ ดังนี้

1. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพสูงสุด
2. ทุกหน่วยงานมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
3. ขยายการพัฒนาคุณภาพให้ครอบคลุมทุกระบบบริการของโรงพยาบาล
4. ดำเนินการพัฒนาระบบคุณภาพให้ผสมผสานกับพันธกิจด้านอื่นๆ ของคณะฯ
5. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลเป็นผู้นำและแบบอย่างของการพัฒนาคุณภาพ

การพัฒนากระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยไปสู่การวิจัย

ในการพัฒนากระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพสูงสุด อาศัยทีมดูแลผู้ป่วยหน้างาน (care team) ซึ่งมีการสัมผัสกับผู้ป่วยโดยตรงเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนา การนำระบบบริหารจัดการงานวิจัยมาใช้ในการบริหารข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยของทีมดูแลผู้ป่วยหน้างาน ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น บุคลากรในทีมจะได้พัฒนาตนเองและเข้าใจการนำงานวิจัยมาประยุกต์ใช้ในงานประจำวัน ข้อมูลที่ได้จะเกิดประโยชน์ต่อการสร้างผลงานทางวิชาการ ขยายผลนวัตกรรมผ่านเครือข่ายและการแลกเปลี่ยนความรู้ ได้กำหนดเป้าหมายหลักไว้ดังนี้

1. สร้างและพัฒนาทีมดูแลผู้ป่วยที่เป็นสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary care team) โดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered) และพัฒนาองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยไปให้ถึงระดับ Best Practice
2. ดำเนินการพัฒนาคู่มือและองค์ความรู้อย่างเป็นระบบโดยมุ่งเป้าที่ องค์รวม การเป็นแบบอย่าง องค์ความรู้ใหม่และนวัตกรรม
3. พัฒนาเครือข่ายในการถ่ายโอนความรู้และนวัตกรรม มุ่งให้เกิดระบบการจัดการความรู้ การวิจัยระบบบริการสุขภาพ การขึ้นระบบสุขภาพในระดับชาติและนานาชาติ



แผนภูมิที่ 1 บูรณาการงานพัฒนาคุณภาพและงานวิจัยบนฐานของภาคดูแลผู้ป่วย



การพัฒนาทีมดูแลผู้ป่วย (Care team)

ในการพัฒนาระบบคุณภาพตามมาตรฐาน HA รอบแรก โรงพยาบาลได้จัดตั้งทีมนำทางคลินิก (Clinical Lead Team - CLT) ในแต่ละภาควิชา ทำให้เกิดการประเมินคุณภาพในระดับภาควิชาได้ชัดเจน แต่ผลการพัฒนายังลงไปไม่ถึงทีมดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค (care team) จึงได้กระตุ้นให้ทีมนำทางคลินิกต่างๆ พัฒนา care team ให้เป็นรูปธรรม โดยทางโรงพยาบาลส่งเสริมในด้านการให้ความรู้และสร้างเครือข่าย

การดำเนินการโดยทางโรงพยาบาลให้แต่ละ CLT ส่ง care team นำร่อง มารับการอบรม เพื่อให้มีความเข้าใจกระบวนการดูแลผู้ป่วย (care process) ตามมาตรฐาน HA ให้ดียิ่งขึ้น (แผนภูมิที่ 2) และเข้าใจเป้าหมายในการที่จะทบทวน care process ของตน ตั้งเป้าหมายของกระบวนการดูแลรักษาให้ชัดเจน โดยมุ่งเป้าไปที่ผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดกับกลุ่มผู้ป่วยที่ทีมดูแลอยู่ และนำปัญหาที่ต้องการปรับปรุงแก้ไขมาทำการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (continuous quality improvement ; CQI) จนถึงระดับที่ทีมพอใจ (แผนภูมิที่ 3) โดยให้พยายามศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของทีมกับผลลัพธ์ของโรงพยาบาลอื่นทั้งในและนอกประเทศ (benchmarking) เพื่อที่จะให้เกิดกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ดี (good หรือ best practice) และสามารถเป็นตัวอย่าง (role model) ได้



แผนภูมิที่ 2 รายละเอียดของ care process ตามมาตรฐาน HA โดยแสดงตัวเลขบทที่ของมาตรฐานไว้ในวงเล็บ



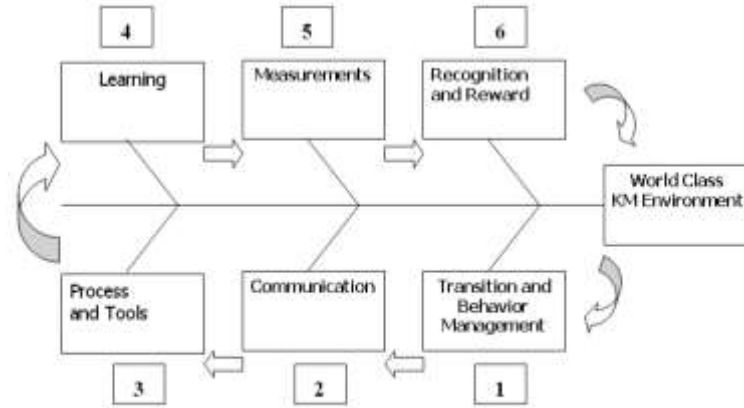
แผนภูมิที่ 3 การพัฒนา care process อย่างต่อเนื่อง

การให้ทีมพยายามหาข้อมูลเปรียบเทียบผลการรักษาเช่นนี้ กระตุ้นให้ทีมต้องศึกษาและทบทวนวรรณกรรม เป็นการส่งเสริมให้มีการนำ evidence-based medicine ลงสู่การปฏิบัติ อีกทั้งยังทำให้เป็นการกระตุ้นให้เกิดการถามคำถามที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ อันจะนำไปสู่การสร้างนวัตกรรมหรือการวิจัย เพื่อให้ได้วิธีดูแลรักษาผู้ป่วยที่ดีขึ้นเรื่อย ๆ

การดำเนินการในรอบปี พ.ศ. 2546 ทางโรงพยาบาลได้ให้การอบรม care team ไป 3 รุ่น จำนวน 34 ทีม และทีมต่าง ๆ เหล่านี้ได้ไปขยายผลโดยการพัฒนาทีมอื่น ๆ ใน CLT ของตนเองมีจำนวนทีมทั้งโรงพยาบาลประมาณ 80 ทีมในขณะนี้

การจัดการความรู้ (Knowledge Management)

การจัดการความรู้ในองค์กร (Knowledge Management) หรือเรียกย่อๆ ว่า KM เป็นกระบวนการที่จะช่วยให้มีการสร้าง รวบรวม จัดระบบ เผยแพร่ ถ่ายโอน ความรู้ที่เป็นประโยชน์เพื่อให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ทันเวลา และทันเหตุการณ์ จะส่งผลให้การปฏิบัติงานของคนในองค์กรมีคุณภาพ และมี ประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้นได้อย่างรวดเร็ว KM เป็นแนวคิดในการบริหารองค์กรแบบใหม่ ซึ่งโรงพยาบาลศิริราชได้นำมาต่อยอดและเชื่อมโยงกับการพัฒนาคุณภาพที่ผ่านมา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาวิธีการในการจัดการองค์ความรู้ภายในองค์กรที่เหมาะสมกับระบบบริหารและวัฒนธรรมองค์กร สามารถนำความรู้ในองค์กรมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นกลไกสำคัญอย่างหนึ่งที่จะพัฒนาไปเป็นองค์กรเรียนรู้อย่างแท้จริงในอนาคต



แผนภูมิที่ 4 กรอบแนวคิดในการดำเนินการ KM

โรงพยาบาลศิริราชได้เข้าร่วมในโครงการ "การจัดการองค์ความรู้ในองค์กร" ของสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ โดยผลที่คาดว่าจะได้รับ คือ เป็นองค์กรที่มีการจัดการองค์ความรู้ และขยายการจัดการองค์ความรู้ไปให้ครอบคลุมทั้งองค์กร และสามารถนำประโยชน์ของการจัดการองค์ความรู้มาใช้เพิ่มศักยภาพในการแข่งขันเพื่อพัฒนาองค์กรไปสู่ความเป็นเลิศได้ รวมทั้งเป็นต้นแบบในการขยายผลไปยังองค์กรอื่นๆ ในประเทศไทยต่อไป

ในการนำกระบวนการ KM มาต่อยอดในการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย จึงได้เลือกหัวข้อขององค์ความรู้เรื่อง "การทำ CQI (continuous quality improvement) ทางคลินิก" มาบริหารจัดการตาม model ของโครงการ (แผนภูมิที่ 4) เหตุผลที่เลือก CQI ทางคลินิก เพราะโรงพยาบาลมีนโยบายการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก และที่ผ่านมาทีมดูแลผู้ป่วยเกือบทุกทีมต่างมีโครงการพัฒนาคุณภาพของตนเพื่อประโยชน์แก่ผู้ป่วย แต่น่าเสียดายที่รู้เฉพาะในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานกลุ่มเล็กๆ ดังนั้นการเปิดเวทีให้ทีมต่างๆ นำองค์ความรู้มาแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน จะทำให้การดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลศิริราชมีการพัฒนารวดเร็วขึ้นมาก โดยตั้งเป้าหมายหลักของโครงการ (desired state) ไว้ดังนี้ : "มีระบบเครือข่ายของการถ่ายโอนความรู้ (ด้าน CQI ทางคลินิก) เพื่อให้มี best practice ในการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลศิริราช" โดยมีแนวทางในการดำเนินการหลักๆ อยู่ 3 อย่าง ได้แก่

1. ขอความสนับสนุนจากผู้บริหารคณะฯ และชี้แจงประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรในองค์กรได้ตระหนักถึงความสำคัญ และเข้าใจว่าตนเองจะเข้ามามีส่วนร่วมในโครงการนี้ได้อย่างไร
2. ใช้ระบบสารสนเทศที่มีอยู่ เช่น ระบบ intranet ของโรงพยาบาล (SiNet) เป็นสื่อกลางในการรวบรวมและแลกเปลี่ยนความรู้อย่างเป็นระบบให้มากขึ้น
3. สร้างชุมชนแห่งความรู้ (Community of Practice ; CoP) ทาง CQI โดยชักชวนบุคลากรที่มีความสนใจจะทำกิจกรรม CQI และสมาชิก care team ให้มารวมตัวกันหรือจัดเป็นเครือข่าย เพื่อให้มีการช่วยเหลือ แนะนำ และให้คำปรึกษาในการนำ CQI มาช่วยการพัฒนากระบวนการ ดูแลรักษาผู้ป่วยให้มีผลดียิ่งขึ้น รวมทั้งขยายผลความรู้หรือผลที่ได้จากการทำ CQI ให้กว้างขวางออกไป และได้จัดทำแผนปฏิบัติการของ CoP ใน 4 ด้านคือ

- การจัดเก็บ รวบรวมความรู้
- ให้ความรู้ เป็นที่ปรึกษา ประสานงานและอำนวยความสะดวกการแลกเปลี่ยนความรู้
- ค้นหา พิจารณา และเผยแพร่ best practice



- ดำเนินการผลักดันและสร้างเครือข่ายให้เกิดชุมชนแห่งการเรียนรู้ในด้านอื่น ๆ

การพัฒนางานวิจัยด้าน Health Care Research

เพื่อพัฒนาระบบการบริหารจัดการการวิจัยที่เข้มแข็งและต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมาย 3 ประการ คือ

1. รวบรวม วิเคราะห์ปัญหา และกำหนดประเด็นงานวิจัยที่สำคัญ
2. เกิดโครงการวิจัยที่มีคุณภาพสอดคล้องกับแผนและประเด็นสำคัญ เชื่อมโยงกันทั้งองค์กร เพื่อให้เกิดการใช้ประโยชน์อย่างจริงจัง

3. เผยแพร่ความรู้ และใช้ประโยชน์จากการวิจัย ในการกำหนดแนวทางแก้ปัญหาและพัฒนา บริการ

เพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายข้างต้น จึงมีแนวคิดที่จะจัดตั้ง “ศูนย์วิจัยระบบบริการสุขภาพ (health care research center)” ขึ้นเป็นกลไกบริหารจัดการงานวิจัยที่มีประสิทธิภาพ โดยมีแนวทางในการทำงานของดังนี้

- เชื่อมโยงการทำงานของฝ่ายวิจัยและฝ่ายพัฒนาคุณภาพงาน พร้อมทั้งขอความสนับสนุนจากฝ่ายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดสรรทรัพยากร ผลักดันให้เกิดการทำงานที่มีเป้าหมายชัดเจนเป็นเอกภาพ ต่อยอดระบบเดิม ใช้ศักยภาพที่มีอยู่ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด
- ประสานงานกับ care team ต่าง ๆ ที่มีอยู่ รวบรวมองค์ความรู้และวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น นำมาสังเคราะห์เชื่อมโยงและจัดทำภาพรวมของงานวิจัยในแต่ละด้าน (research mapping) เชื่อมโยงประเด็นการวิจัยที่จะสามารถนำไปสู่การแก้ปัญหาได้โดยตรง และวางแผนพัฒนาศักยภาพทางการวิจัยในแต่ละกลุ่ม
- จัดกระบวนการสนับสนุนทางวิชาการและการวิจัยในรูปแบบต่าง ๆ โดยประสานจัดหาวิทยากร/ผู้ทรงคุณวุฒิ มีเป้าหมายเพื่อพัฒนางานวิจัยที่สามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ได้ ดำเนินงานสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง และพัฒนาเป็นลำดับไปพร้อมกับศักยภาพของทีมดูแลผู้ป่วยแต่ละทีม
- จัดกระบวนการพิจารณาโครงสร้างการวิจัย โดยผู้ทรงคุณวุฒิ โดยเน้นในเรื่องการพัฒนาบุคลากร และประสานจัดหางบประมาณที่เหมาะสมให้แก่โครงการวิจัยที่มีคุณภาพ
- จัดกระบวนการติดตาม และให้การสนับสนุนทางวิชาการ
- จัดกระบวนการนำเสนอผลการศึกษาของโครงการเป็นระยะ

สรุป

การบูรณาการงานพัฒนาคุณภาพกับการจัดการความรู้และการวิจัย ต้องวางอยู่บนฐานของการมุ่งประโยชน์ต่อผู้ป่วย การเรียนรู้จากการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง การนำศักยภาพแฝงในองค์กรมาจัดการให้เกิดประโยชน์สูงสุด รวมทั้งการสร้างเครือข่ายของการเรียนรู้เพื่อการขยายผลอย่างต่อเนื่อง



การประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์: เครื่องมือช่วยการตัดสินใจทางคลินิก

นพ. สมเกียรติ โพรคัสต์

เทคโนโลยีทางการแพทย์ในปัจจุบันได้พัฒนาและเปลี่ยนแปลงก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องติดตามมาอย่างมากมาย การประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Health Technology Assessment: HTA) เป็นแนวทาง หรือเครื่องมือหนึ่งสำหรับช่วยการตัดสินใจทางคลินิก และการบริหารโรงพยาบาล นำมาใช้เป็นข้อมูลประกอบในการเลือกรับ จัดซื้อ จัดหาเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องมาใช้ให้เกิดความเหมาะสม และคุ้มค่า นำไปสู่ประสิทธิภาพในการบริหาร และการใช้เทคโนโลยีอันเป็นผลต่อคุณภาพบริการสุขภาพที่ดีขึ้นสู่ประชาชน

วัตถุประสงค์การนำเสนอ

1. อธิบายความหมายของการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์
2. ความสัมพันธ์ระหว่างการพัฒนาคุณภาพกับการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์
3. วิธีการในการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์
4. แหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์

เทคโนโลยีทางการแพทย์ หมายถึง “เครื่องมือ ยา วัสดุ อุปกรณ์ วิธีการ ที่ใช้ในบริการสุขภาพ โดยรวมถึงระบบการบริหารจัดการ และระบบสนับสนุน ที่เป็นองค์ประกอบของการดูแลทางการแพทย์”

การตัดสินใจที่จะเลือกใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ ในปัจจุบันจำเป็นต้องรู้เท่าทัน และเลือกใช้ให้สอดคล้องกับสภาพทางเศรษฐกิจ และระบบสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ประกอบกับข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ มีการขยายตัวอย่างกว้างขวาง เพื่อให้แน่ใจว่าเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ควรเลือกใช้นั้น มีความปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และมีความเหมาะสม ได้มีการพัฒนาเครื่องมือที่ช่วยในการตัดสินใจ เรียกว่า **การประเมินเทคโนโลยี** หมายถึง “การศึกษาเชิงนโยบาย โดยพิจารณาองค์ประกอบด้านต่างๆ เช่น ความปลอดภัย สมรรถิผล ประสิทธิผล ประสิทธิภาพ ตลอดจนผลกระทบที่เกิดจากการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ เพื่อช่วยผู้ตัดสินใจในการเลือกใช้ การจัดหา การจัดสรรทรัพยากร การเบิกจ่าย ให้เหมาะสมตามสถานการณ์หนึ่งๆ”

ซึ่งองค์ประกอบด้านต่างๆ นั้นมีหลายด้าน เช่น

- การประเมินทางคุณสมบัติทางเทคนิค
- การประเมินความปลอดภัยทางคลินิก
- การประเมินสมรรถิผล (Efficacy) และประสิทธิผล (Effectiveness)
- การประเมินทางเศรษฐศาสตร์ หรือการประเมินประสิทธิภาพ (Efficiency)
- การประเมินทางจริยธรรม
- การประเมินทางกฎหมาย สังคม และอื่นๆ

วิธีการในการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์: กระบวนการในการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์เป็นการอิงความรู้และข้อมูลเป็นพื้นฐาน (Evidence-based information) และการมีส่วนร่วม เป็นเครือข่ายของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในทุกๆระดับ ผลการประเมินเทคโนโลยี ต้องปราศจากอคติ เชื่อถือได้ เป็นประโยชน์ต่อกลุ่มต่างๆ เปิดเผยแสดงรายละเอียดซึ่งหากกระทำซ้ำก็ควรได้ผลเช่นเดิม



เทคโนโลยีที่ควรได้รับการประเมิน: มีอัตราการใช้สูง, เสี่ยงต่อการเกิดอันตราย, มีราคาและค่าใช้จ่ายสูง, มีความแตกต่างหลากหลายในเวชปฏิบัติที่ใช้ในเทคโนโลยีนั้นๆ โดยเทคโนโลยีที่จะประเมินนั้น จะต้องต้องมีข้อมูลเบื้องต้นเพียงพอต่อการประเมินด้วย

แหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์:

กลุ่มที่ 1 ฐานข้อมูลกลุ่ม **healthcare technology assessment publication** เป็นผลรายงานการประเมินเทคโนโลยีที่ประเมินเสร็จแล้ว หรืออยู่ระหว่างการประเมิน โดยองค์กรหรือหน่วยงานที่ทำการประเมินเทคโนโลยี เช่น

- INAHTA (International Network of Agencies of Health Technology Assessment) (<http://www.inahta.org/>)
- HSTAT (Health Services Technology Assessment Text) (<http://hstat.nlm.nih.gov/>)
- The National Coordinating Centre for Health Technology Assessment (<http://www.hta.nhsweb.nhs.uk/>)
- The National Health and Medical Research Council (NHMRC) (<http://www.health.gov.au/nhmrc/>)
- NZHTA (New Zealand Health Technology Assessment) (<http://nzhta.chmeds.ac.nz/>)

กลุ่มที่ 2 ฐานข้อมูลกลุ่ม **systematic review** หรือ **evidence-based medicine** เป็นการสังเคราะห์มาจากข้อมูลปฐมภูมิ เช่น

- COCHRANE Library (<http://www.cochrane.org/>)
- NHS Centre for reviews & Dissemination (NHS CRD) (<http://www.york.ac.uk/inst/crd/welcome.htm>)
- Clinical Evidence (<http://www.clinicalevidence.com>)

กลุ่มที่ 3 อื่น ๆ

- PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi>)
- องค์กร สมาคมวิชาชีพ แต่ละ specialty มักจะมีแหล่งข้อมูลของสาขานั้นๆ
- Internet โดย search engine



“B41 การใช้ดุลยพินิจทางคลินิกอย่างสมเหตุสมผล”

ที่มา

ในการดูแลผู้ป่วย ผู้ประกอบวิชาชีพมักจะต้องเผชิญกับทางเลือกต่างๆ ซึ่งจะต้องมีการตัดสินใจ การตัดสินใจที่เหมาะสมย่อมนำมาสู่ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี ความปลอดภัย และรวมถึงความคุ้มค่าของการใช้ทรัพยากร คุณภาพและประสิทธิภาพเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นควบคู่กันได้ด้วยการตัดสินใจอย่างสมเหตุสมผล ซึ่งจะต้องอาศัยข้อมูลวิชาการที่แสดงประสิทธิผลของทางเลือกต่างๆ ข้อมูลค่าใช้จ่ายของแต่ละทางเลือก ประกอบกับคุณค่าที่ผู้รับบริการต้องการ รวมไปถึงการเลือกใช้อุปกรณ์ที่สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย ประเด็นทางกฎหมายและจริยธรรม หรือการเลือกที่จะให้คำแนะนำกับประสบการณ์ ทั้งหมดนี้ จำเป็นที่ผู้ประกอบวิชาชีพจะต้องใช้ดุลยพินิจในการตัดสินใจ

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าประชุมทราบแนวทางในการใช้ดุลยพินิจทางคลินิกอย่างสมเหตุสมผล โดยอาศัยข้อมูลที่เกี่ยวข้องอย่างรอบด้าน สมดุล ด้วยความเข้าใจข้อจำกัดต่างๆ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับการปฏิบัติงานของตนได้

เนื้อหาที่จะนำเสนอ

Decision analysis is an approach to rational decision making under uncertainty. It is concerned with the situation in which alternatives actions are available and where some chance of an undesirable outcome exists even though the right decision has been made. Decision analysis decomposed any decision problems into discrete components and provides a procedure for synthesizing these components into an overall measure of the value of each possible action its expected utility-so that the optimal strategy can be select. Two types of data are required- measure of uncertainty and measure of desirability. Uncertainties are expressed as probabilities and desirabilities as utilities. As the medical knowledge and technology grow, paradoxically the uncertainty seems to be increased. Physicians face more complex and difficult clinical tasks. Clinical judgments are not isolated cognitive events. They can be me meaningful only in relation to task and that task will of necessity occur in context. Economic, legal and ethical issues are therefore taken into account every time clinical decision has to be made.

วิทยากร

นพ.ชัยชนะ นิมานวล

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



“B42: เทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับระบบบริการสุขภาพ ศักยภาพและสิ่งที่ค้ำใจ”

ที่มา

เทคโนโลยีสารสนเทศมีบทบาทต่อประสิทธิภาพและคุณภาพของระบบบริการสุขภาพและการจัดการความรู้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ขณะเดียวกันก็มีปัญหาข้อโต้แย้งที่ยังไม่ลงตัวและความพยายามที่จะกำหนดมาตรฐานเพื่อป้องกันปัญหาต่างๆ รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าประชุมได้รับทราบถึงศักยภาพของเทคโนโลยีสารสนเทศที่จะนำมาปรับปรุงประสิทธิภาพและคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ปัญหา ข้อโต้แย้ง และความพยายามในการพัฒนามาตรฐานของการนำระบบสารสนเทศมาใช้ในการบริการสาธารณสุข รวมทั้งข้อจำกัดที่ควรระวัง

เนื้อหาที่จะนำเสนอ

1. การพิจารณาเตรียมการเพื่อรองรับเทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับระบบบริการสุขภาพ
2. Electronic medical record, Personal medical record, Online decision support system : Technology ปัจจุบัน, การกำหนดมาตรฐาน, ปัญหาและข้อโต้แย้ง ปัญหาการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย
3. ศักยภาพของระบบและเทคโนโลยีสารสนเทศในการเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยประสบการณ์ที่นำมาใช้แล้วและโอกาสที่จะนำมาใช้ในอนาคต
4. เกณฑ์พิจารณาความเหมาะสมในการลงทุนสำหรับโรงพยาบาลขนาดต่างๆ การพิจารณาด้าน ROI (return of investment)

วิทยากร

รศ.นพ.ทองดี ชัยพานิช	อาจารย์พิเศษ
นพ.บดินทร์ ทรัพย์สมบูรณ์	ผู้ช่วยคณบดี คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
พญ.จามรี เชื้อเพชรโสภณ	รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์



“B43: Best Practice in Diabetic Patient Empowerment”

ที่มา

ประเทศไทยมีผู้ป่วยเป็นเบาหวานประมาณร้อยละ 5 หรือ 2-3 ล้านคน และคาดว่าอีก 20 ปีข้างหน้าจะเพิ่มเกือบเท่าตัว มีข้อมูลเชิงประจักษ์ว่าการควบคุมเบาหวานให้อยู่ในเกณฑ์จะสามารถลดอัตราการเกิดโรคแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดเล็กได้ถึง 60% มีรายงานว่า การปรับพฤติกรรมของผู้ที่มี impaired glucose tolerance สามารถลดอัตราการเป็นเบาหวานเต็มขั้นได้ นับว่าเบาหวานเป็นโรคที่ป้องกันได้

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าร่วมรับทราบประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานซึ่งเน้นการ empower ผู้ป่วยให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและดูแลตนเองได้ ปัญหาอุปสรรคในการทำงาน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

เนื้อหาที่จะนำเสนอ

1. ปัญหาเบาหวาน ผลกระทบ และประสิทธิภาพของการดูแลรักษาที่เป็นอยู่ในระบบปัจจุบัน
2. แนวคิดที่ปรับเปลี่ยนไปเพื่อการดูแลที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการ empower ให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้
3. ประสบการณ์ของทีมงานผู้ดูแลโรคเบาหวานใน setting ต่างๆ (โรงพยาบาลเฉพาะทาง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน) ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นทั้งในด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายในการดูแล รวมทั้งผลต่อการใช้บริการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เปรียบเทียบกับวิธีการเดิมที่เคยใช้อยู่ (เช่น สามารถลดจำนวนผู้ป่วยที่มา รพ.ขนาดใหญ่ได้เพียงใด สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้นเพียงไร)
4. สรุปแนวคิดเพื่อการประยุกต์ใช้กับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆ

วิทยากร

นพ.วัฒน์ชัย สุแสงรัตน์	โรงพยาบาลขอนแก่น
พญ.สิรินทร กฤติยวงศ์	โรงพยาบาลเทพารินทร์
นางสุนทรี นาคะเสถียร	เลขาธิการสมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน
นพ.ประเมษฐ์ กิ่งโก้	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร
พญ.อารยา ทองผิว	นายกสมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน



กว่าจะมาเป็นสมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน

สุนทรี นาคะเสถียร เลขาธิการสมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน

“ผมคิดว่า เราต้องพยายามรวมกลุ่มผู้ที่ทำงานเกี่ยวกับการให้ความรู้ผู้เป็นเบาหวานให้ได้ แล้วตั้งเป็นชมรม เพื่อที่จะเชิญมาร่วมในงาน pre-congress จึงจะประสบความสำเร็จ” เป็นแนวคิดที่เกิดจากการถกแถลงของศาสตราจารย์ นายแพทย์เทพ หิมะทองคำ หลังได้รับมอบหมายจากที่ประชุมคณะกรรมการสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทยให้ดูแลในส่วนของงาน pre-congress : AFES (Asian Federation Endocrine Society) ซึ่งจะจัดขึ้นในอีก 2 ปีต่อมา ณ ประเทศไทย (งาน AFES เป็นงานประชุมวิชาการด้านต่อมไร้ท่อ ซึ่งจัดขึ้นทุก 2 ปี โดยหมุนเวียนไปตามประเทศต่างๆ ในกลุ่มสมาชิกอาเซียน ครั้งนั้นจะเวียนมาจัดในประเทศไทย วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2542 หรือปี ค.ศ.1999 โดยเรารู้ตัวล่วงหน้าก่อน 2 ปี)

ในครั้งนั้นมีการกำหนด theme ให้ pre-congress จัดเรื่องเกี่ยวกับ education ซึ่งจะต้องจัดผู้สนใจเข้าร่วมฟังราว 400 คน เป็นโจทย์ข้อใหญ่ที่อย่างไรจะต้องดึงบุคลากรผู้ทำงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้เป็นเบาหวานให้สนใจเข้าร่วมการประชุมระดับนานาชาติ ซึ่งแน่นอนต้องใช้ภาษาอังกฤษทั้งหมด เป็นที่มาของคำพูดตอนต้นเรื่องทีศาสตราจารย์ นายแพทย์เทพ กล่าวไว้

ภารกิจของทีมงานของศาสตราจารย์ นายแพทย์เทพ จึงเริ่มต้นด้วยการส่งหนังสือเชิญประชุมไปยังบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้เป็นเบาหวานผ่านทางผู้อำนวยการโรงพยาบาลต่างๆ เพื่อเชิญร่วมหารือการจัดตั้งชมรมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวานขึ้น ความคาดหวังขณะนั้น คือ หากมีผู้สนใจสัก 80-100 ก็พอใจแล้ว แต่เหตุการณ์ไม่คาดฝันก็เกิดขึ้น เมื่อมีผู้แสดงความจำนงเข้าร่วมประชุมกว่า 200 คน จนจำเป็นต้องทำหนังสือปฏิเสธบางส่วนกลับไป เนื่องจากห้องประชุมของโรงพยาบาลเทพธารินทร์ไม่สามารถรองรับได้คงไว้ประมาณ 120 คน ร่วมหารือการจัดตั้งเป็นชมรมได้สำเร็จ ใช้ชื่อว่า “ชมรมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน” โดยศาสตราจารย์ นายแพทย์เทพ ได้รับเลือกให้เป็นประธานชมรมฯ และมีสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทยให้การสนับสนุน

กิจกรรมของชมรมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน ได้รับความสนใจอย่างมากจากบุคลากรทางการแพทย์ทั้งภาครัฐและเอกชน มีผู้สนใจสมัครสมาชิกจากแทบทุกสาขาวิชาชีพ ซึ่งเป็นแรงขับเคลื่อนให้เกิดแรงใจในกลุ่มกรรมการชมรมฯ ให้ดำเนินอย่างต่อเนื่อง แม้ว่ากรรมการทุกคนภารกิจมากอยู่แล้วความเติบโตที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้ชมรมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวานสามารถปรับสถานะจากชมรมเป็นสมาคมได้ในปี พ.ศ 2546 และเลือกตั้งคณะกรรมการชุดใหม่มี พญ.อาญา ทองผิว เป็นนายกสมาคมฯ โดยศาสตราจารย์ นายแพทย์เทพ ยังคงเป็นที่ปรึกษาและให้การสนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

ปัจจุบันสมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวานมีสมาชิกดังนี้ แพทย์ 93, พยาบาล 242, นักโภชนาการ 88, นักวิชาการสาธารณสุข 19, นักกายภาพบำบัด 6, เกษัชกร 29, อื่น 12

กิจกรรมที่ได้ดำเนินมาแล้ว:

1. การจัดอบรมวิชาการ อบรมหลักสูตรพื้นฐาน 6 ครั้ง, การเพิ่มประสิทธิภาพการให้โภชนาบำบัดในผู้ป่วยเบาหวาน 3 ครั้ง, เทคนิคการเป็นผู้ให้คำปรึกษาที่ดี 1 ครั้ง, ประชุมวิชาการประจำปี 5 ครั้ง, Diabetes Foot Care 2 ครั้ง, Health Promotion and Nutrition Care 2 ครั้ง



2. การจัดทำเอกสารเผยแพร่เรื่องต่างๆ ได้แก่ โรคแทรกซ้อนจากเบาหวาน, ความรู้ทั่วไปเรื่องโรคเบาหวาน, การดูแลสุขภาพเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน, การดูแลสุขภาพทั่วไปและการดูแลตนเองในภาวะพิเศษ, เป้าหมายการควบคุมเบาหวาน การติดตามและการประเมินผล, การออกกำลังกายกับโรคเบาหวาน, อินซูลิน, ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทาน, การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

3. การจัดทำจดหมายข่าว “แสงเทียน” ทุก 3 เดือน ปัจจุบันเผยแพร่แล้วเป็นเวลา 5 ปี (ฉบับที่ 20)

การแพร่ระบาดของโรคเบาหวานในประเทศแถบอาเซียน เป็นปัจจัยเกื้อหนุนให้ทุกฝ่ายต่างให้ความสนใจ และหาแนวทางดูแลแก้ไข ปัญหามากมายรออยู่ข้างหน้า รอให้พวกเรา ผู้ทำงานดูแลผู้เป็นเบาหวานหาทางแก้ไข แต่อะไรจะดีไปกว่าการแก้ปัญหาคือต้นตอ หรือการป้องกันซึ่งดีกว่าการแก้ไข ดังนั้นจึงเป็นงานหนักที่ทำทำให้พวกเราพร้อมใจช่วยกัน แล้วความสุขใจจะเกิดขึ้นเมื่อเราพบว่าผู้เป็นเบาหวานในความดูแลไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ก่อให้เกิดทุพพลภาพหรือถึงแก่ชีวิต ผู้มีความเสี่ยงที่จะเป็นเบาหวานกลายเป็นเบาหวานน้อยลง ประชาชนทั่วไปมีสุขภาพแข็งแรง ลดอัตราเสี่ยงของการเกิดเบาหวาน

แผนการดำเนินงานของสมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน:

1. ด้านการเรียนรู้ : จะมีการปรับปรุงหลักสูตรการอบรมให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ทำหน้าที่ให้ความรู้โรคเบาหวาน เพื่อให้สามารถไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้เป็นเบาหวานอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเน้นให้ผู้เป็นเบาหวานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างยั่งยืน

2. ด้านการผลิต : เร่งรัดการผลิตสื่อการสอนให้เหมาะสมและพอเพียงกับความต้องการของผู้ทำหน้าที่ให้ความรู้โรคเบาหวาน

3. ด้านการประสานงานระหว่างมวลสมาชิก : จะนำปัญหาและประสบการณ์ต่างๆ ของสมาชิกมาพิจารณาหาทางแก้ไขและสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการทำงานในพื้นที่ปฏิบัติงาน

4. เพิ่มจำนวนสมาชิก : ขยายเครือข่ายการทำงานให้ครอบคลุมทั่วทั้งประเทศ ในปัจจุบันมีผู้ให้ความสนใจมารับการอบรมจากสมาคมฯ เกือบทั่วประเทศ (ขาดเพียง 9 จังหวัด)

5. ประสานงานกับภาคอุตสาหกรรมและองค์กรด้านสาธารณสุขที่มีแผนงานสนับสนุนการป้องกันโรค : โดยสมาคมฯ ยินดีรับข้อเสนอแนะ และร่วมงานกับเครือข่ายคุณภาพเพื่อพัฒนางานการดูแลรักษาป้องกันรวมทั้งส่งเสริมสุขภาพของผู้เป็นเบาหวานอย่างต่อเนื่อง

สิ่งท้าทายของการดำเนินงานสมาคมฯ: จากการเยี่ยมสมาชิกผู้ให้ความรู้โรคเบาหวานในพื้นที่ต่างๆ หลายจังหวัด พบปัญหาไม่มีตำแหน่งงานนักกำหนดอาหารในโรงพยาบาลทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลชุมชนเป็นผลให้การให้ความรู้ด้านโภชนาการยังไม่สัมฤทธิ์ผลตามที่สมาคมฯ คาดหวัง ซึ่งเป็นเรื่องท้าทายที่สมาคมฯจะมีบทบาทกระตุ้นส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้บริหารเห็นความสำคัญในบทบาทนักกำหนดอาหารซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญในการดูแลผู้เป็นเบาหวานผู้มีความเสี่ยงหรือแม้แต่ประชาชนทั่วไป



Diabetic Patient Empowerment

พ.ญ.อารยา ทองผิว นายกสมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน

1. ปัญหาเบาหวานในปัจจุบัน

ระบาดวิทยาของโรคเบาหวาน: ปี 2003 ผู้เป็นเบาหวาน 189 ล้านคน ร้อยละ 2.5 ของประชากรทั่วโลก คาดว่าในปี 2025 จะเพิ่มเป็น 324 ล้านคน ประเทศกำลังพัฒนามีอัตราเพิ่มสูงกว่าประเทศพัฒนาแล้วเท่าตัว พบเบาหวานประเภทที่ 1 ร้อยละ 5

จากการวิจัยพบว่าน้ำตาลปกติควรใช้ตัวเลขเพียง 100 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และเกณฑ์เบาหวานใช้ตัวเลข 126 มิลลิกรัม/เดซิลิตร น้ำตาลหลังอาหารควรรักษาไม่เกิน 180 มิลลิกรัม/เดซิลิตร เพื่อป้องกันมิให้เกิดความเสียหายต่อ endothelium ที่บุภายในหลอดเลือดทั่วร่างกาย ทั้งหลอดเลือดขนาดเล็กและหลอดเลือดขนาดใหญ่

โรคแทรกซ้อนของเบาหวาน เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงของเยื่อหลอดเลือด (endothelium) ซึ่งเกิดได้ทั้งหลอดเลือดขนาดใหญ่และเล็กทั่วร่างกาย จึงมีผลกระทบได้ตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า ผู้เป็นเบาหวานมีความเสี่ยงที่จะเป็น acute MI ได้มากเท่ากับผู้ที่เคยมีประสบการณ์ acute MI มาก่อนหน้าแล้ว เบาหวานประเภทที่ 2 นั้น แม้ในระยะที่เพิ่งจะวินิจฉัย หรือพบว่าเป็นเบาหวาน ผู้ป่วยก็มี retinopathy 20 %, albuminuria 8 %, neuropathy 9 %, และมี cardiovascular disease ได้ถึง 50 % จึงเป็นสิ่งท้าทายที่จะให้ผู้ดูแลต้องพยายามที่จะหาทางวินิจฉัยโรคตั้งแต่เนิ่น ๆ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ส่วนเบาหวานประเภทที่ 1 จะมีอาการอย่างรวดเร็ว จึงยังไม่แสดงอาการของโรคแทรกซ้อนให้เห็นในระยะแรกวินิจฉัย

ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวานจะมีอัตราการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล 5 เท่าของคนปกติ มีค่าใช้จ่ายสูงจากการมีโรคแทรกซ้อนทางหลอดเลือดหัวใจ การใช้ยาลดไขมันในหลอดเลือด ยาควบคุมความดันโลหิต ทั้งหมดนี้จะอยู่ราวร้อยละ 80 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด การดูแลรักษาโรคเบาหวานมีค่าใช้จ่ายแพงเป็นอันดับสองรองจากการรักษาโรคมะเร็งต่าง ๆ รวมกัน

ประสิทธิภาพของการดูแลรักษาในปัจจุบัน

- การปรับระดับของเกณฑ์วินิจฉัยเบาหวานให้ใช้น้ำตาล 126 mg /dl นั้น ทำให้พบผู้เป็นเบาหวานในประเทศไทยจำนวนมากขึ้นคือร้อยละ 4.8
- เบาหวานประเภทที่ 2 เพิ่มขึ้นในวัยรุ่นที่อ้วน มีอุบัติการณ์มากถึง ร้อยละ 15 ในเขตเมือง
- จำนวนแพทย์ไม่พอเพียงที่จะดูแลรักษาได้ทั่วถึง
- การดูแลรักษาโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ จะทำได้ดีในโรงพยาบาลที่มีแพทย์ที่ปรึกษาเฉพาะทาง
- ขาดการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย บ่อยครั้งผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนต้องรักษาเบาหวานต่อเนื่อง และไม่ตระหนักถึงภัยเงียบของโรคแทรกซ้อนจากเบาหวาน บางรายไม่เข้าใจว่าผู้ที่มิพบอาการสำคัญในการรักษาคือตัวผู้เป็นเบาหวานเองจะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงมาเป็นพฤติกรรมที่ทำให้เกิดคุณภาพชีวิต สำหรับญาติสายตรงของผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูลว่าตนอยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่จะเป็นเบาหวาน จึงมิได้สนใจดูแลสุขภาพและไม่ได้รับการตรวจคัดกรองเบาหวาน
- วงจรเลวร้ายของการเพิ่มยา ทำให้ผู้ป่วยหิวมากขึ้น จึงรับประทานอาหารมาก น้ำตาลจะเพิ่มอีก แพทย์จะเพิ่มยาซ้ำอีก วนเวียนหาจุดจบไม่ได้



- สิ่งที่ไม่สอน จากการมีเวลาน้อยแพทย์จะสั่งให้ปฏิบัติตัวอย่างนี้ อย่างนี้ แต่ไม่มีการสอนวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมว่า ทำอย่างไรจึงลดน้ำหนัก ไม่สอนวิธีเลือกอาหาร ไม่สอนวิธีออกกำลังกาย และไม่สอนวิธีดูแลรักษาเท้า

2. การปรับเปลี่ยนแนวคิดเพื่อการดูแลที่มีประสิทธิภาพด้วย **EMPOWERMENT**

โรคเบาหวานเป็นตัวอย่างที่ดีสำหรับการดูแลโรคเรื้อรัง ด้วยมีการพัฒนารูปแบบของการดูแลรักษา ตั้งแต่ยุคก่อนคริสต์ศักราช ผู้ป่วยเบาหวานจะเสียชีวิตเป็นส่วนใหญ่จากภาวะ ketoacidosis จนถึงยุคที่มีการค้นพบอินซูลิน ทำให้มีอัตราการตายน้อยลง

เราแบ่งการรักษาเป็น 4 ยุค

- ยุคที่หนึ่ง ค.ศ.1921 ค้นพบอินซูลินช่วยลดอัตราการตายจากภาวะ ketoacidosis
- ยุคที่สอง ค.ศ.1945 ค้นพบยาปฏิชีวนะช่วยลดอัตราการตายจากโรคติดเชื้อรุนแรง เช่น
- แผลเบาหวาน
- ยุคที่สาม ค.ศ.1972 เป็นยุคที่เริ่มมี Evidence – based สำหรับประโยชน์ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ซึ่งนำโดยนายแพทย์ Leona Miller ได้รายงานว่าการให้ความรู้แก่ชาวเม็กซิกัน – อเมริกัน ใน ลอสแอนเจลิส จำนวน 6,000 ราย พบว่าสามารถลดอัตราการนอนโรงพยาบาลของผู้เป็นเบาหวาน จาก 5.4 วันต่อคนต่อปี ให้เหลือเพียง 1.7 วันเท่านั้น เทียบกับคนปกติจะมีวันนอน 1.2 วันแล้วถือว่าดีมาก นับเป็นครั้งแรกที่มีการแสดงผลลัพธ์ของการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยว่ามีผลดีจริง แม้ว่า nurse educator คนแรกจะได้รับการยอมรับมาตั้งแต่ ค.ศ. 1950 แล้วก็ตาม
- ยุคที่สี่ ตั้งแต่ ค.ศ.1993 เป็นต้นมา มีการศึกษาเรื่องการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างเคร่งครัด ทำให้สามารถลดโรคแทรกซ้อนทั้ง microvascular และ macrovascular complication ได้ (DCCT, UKPDS, Kumamoto)

ผลของการดูแลเข้มงวดเกิดจากทีมงานได้สอนวิธีการดูแลตนเองให้แก่ผู้ป่วย และมีการกำหนดเวลาในการรายงานตัวของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เป็นระยะเวลายาวนานนับสิบปี ตัวอย่างเช่น การติดตามผู้ป่วยใน Diabetes Control and Complication Trial Research group นั้น ได้กำหนดให้ผู้ป่วยรายงานผลน้ำตาลให้แก่ทีมงานทุก 2 สัปดาห์ และมีนักจิตวิทยาช่วยทางด้านกำลังใจ ช่วยกระตุ้นการควบคุมเป็นระยะนั่นเอง

ฉะนั้นแนวทางที่จะดูแลรักษาให้ผู้เป็นเบาหวานมีสุขภาพดีได้นั้นประกอบด้วยการ Empower 2 ขั้นตอนคือ

1. Empower ให้ Diabetes Educator มีความรู้พื้นฐานของโรคเบาหวาน, การใช้ medical nutrition therapy, วิธีออกแบบการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับผู้ป่วย การดูแลรักษาเท้า วิธีการเป็นผู้ให้คำปรึกษาที่ดี เป็นต้น

2. ต่อด้วย Empower ผู้ป่วยโดยการสอนการดูแลด้วยตนเอง และปรับพฤติกรรมเสี่ยงให้กลายเป็นพฤติกรรมนำสุขภาพดี

หลักการให้ความรู้

1. ต้องเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ให้โอกาสผู้ป่วยแจ้งปัญหา และ ตอบสนองปัญหาของผู้ป่วย



2. ต้องให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าโรคเบาหวานนั้นเป็นโรคที่ไม่หายขาดอย่าไขว้เขว การไม่ดูแลรักษาจะเกิดผลเสียหายร้ายแรง คือ อาจพิการและเสียชีวิต
3. ผู้ให้ความรู้จะต้องเป็นผู้นำเสนอข้อมูลตรงไปตรงมา ไม่กำกวม สิ่งที่ไม่ใช่ข้อมูลแน่ชัดไม่ควรแจ้งให้ผู้ป่วยเกิดความขงใจ ต้องสื่อสารด้วยภาษาที่ผู้ป่วยเข้าใจ มีกลยุทธ์ในการโน้มน้าวจิตใจและให้กำลังใจ
4. ในที่สุด เสนอทางเลือก ให้ผู้ป่วยตัดสินใจรับพฤติกรรมและรับผิดชอบตนเอง ฟังตนเองได้ หากมีข้อสงสัยสามารถติดต่อทีมงานได้ และมีแหล่งค้นหาข้อมูลได้
5. จุดสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติ มาจากความไว้วางใจก่อนที่จะยอมรับข้อเสนอแนะ ดังนั้นผู้ให้ความรู้จะต้องโน้มน้าวให้ผู้ป่วยเห็นความจำเป็นของการดูแลตนเอง
6. ต้องให้ความรู้ต่อเนื่อง มีข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลเปลี่ยนใหม่ต้องแจ้งให้ทราบ ฉะนั้นผู้ให้ความรู้ต้องศึกษาหาข้อมูลต่อเนื่องด้วย
7. ญาติและผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วย เป็นทีมงานของการรักษา เพื่อช่วยเหลือเป็นกำลังใจ อีกทั้งญาติสายตรงจะมีโอกาสรับกรรมพันธุ์ของเบาหวานประเภท 2 จึงต้องได้รับการคัดกรองด้วยในเวลาที่เหมาะสม

3. THERAPEUTIC PATIENT EDUCATION

การให้ความรู้คือการรักษาโรคเรื้อรัง หลักการดูแลผู้ป่วยเป็นเบาหวานที่กล่าวมาแล้ว ใช้เป็นตัวอย่างของการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆได้เป็นอย่างดี แท้จริงแล้วการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเฉียบพลันนั้นเป็นผลจากความสามารถของแพทย์และทีมงานผู้รักษาร่วมกับการใช้เทคโนโลยี แต่การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังนั้นเป็นผลงานของผู้ป่วยโดยตรง ทีมงานเพียงแต่แนะนำ และติดตามการรักษาเท่านั้นหลักการนี้ได้รับการตั้งชื่อจากองค์การอนามัยโลกว่า THERAPEUTIC PATIENT EDUCATION หรือ TPE

ปัจจุบันมีโรคเรื้อรังจำนวนมากที่ใช้ TPE ช่วยในการดูแลตนเอง ได้แก่

- การติดสารเสพติดต่าง ๆ เช่น บุหรี่ แอลกอฮอล์
- การสูญเสียแขน – ขา การผ่าตัดที่ต้องมี ostomy
- ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
- โรคติดเชื้อ เช่น วัณโรค ภูมิคุ้มกันบกพร่องจำเป็นต้องได้ยาตามเวลาที่กำหนด
- โรคอ้วน ซึ่งจัดว่าเป็นโรคเรื้อรังเพราะว่าเมื่อคนไข้ลดน้ำหนักได้ระยะหนึ่ง ถ้าไม่มีการติดตามต่อเนื่องจะกลับไปอ้วนอย่างเดิม
- โรคทางระบบประสาท เช่น ลมชัก พาร์กินสัน
- มะเร็งต่าง ๆ
- หูหนวก ตาบอด ต้องรู้จักวิธีการดูแลตนเอง
- โรคกระดูกพรุน
- โรคถุงลมโป่งพอง
- โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท
- โรคข้อเสื่อม



- การดูแลในระยะตั้งครุภ การเจริญเติบโตของเด็ก ความเสี่ยงของวัยชราแม้ว่าจะมีใช้โรค แต่ต้องการความเอาใจใส่ตลอดเวลาเพื่อป้องกันเหตุอันไม่พึงประสงค์

4. มาตรฐานของการให้ความรู้

การที่โรคเบาหวานได้รับเลือกให้เป็นตัวอย่างของ TPE เนื่องจากมีตัวชี้วัดที่ติดตามได้ชัดเจน คือมี clinical outcome indicator ที่วัดได้สะดวก แม่นยำ และมีความไว เช่น การติดตามน้ำตาลในเลือด การวัดความดันโลหิต การเจาะเลือดหาระดับน้ำตาลทั้งก่อนและหลังอาหาร การวัดระดับฮีโมโกลบิน A1c ระดับไขมันในเลือด การติดตามหน้าที่ไต จากตัวชี้วัดเหล่านี้จะนำไป benchmark ผลงานกับสถาบันอื่นได้

ในด้านการคัดกรองโรคแทรกซ้อน มี process indicator ที่จะต้องติดตาม ได้แก่ การตรวจจอตาเพื่อดู retinopathy, การตรวจ microalbuminuria ดู nephropathy, การตรวจทางระบบประสาทดู neuropathy, การตรวจเท้าเพื่อป้องกันการมีแผลเรื้อรังและการถูกตัดขา

ตัวชี้วัดทางด้านผลไม่พึงประสงค์ เช่น hypoglycemia, hyperglycemia, การติดเชื้อต่าง ๆ, การ admit โดยมีสาเหตุจากเบาหวานและโรคแทรกซ้อนทางหัวใจ ทางสมอง

สำหรับเครื่องชี้วัดด้านโครงสร้างของการจัดการให้ความรู้ (structural indicator) จะต้องประกอบด้วยการจัดองค์กรในการบริหาร การจัดบริการแก่ผู้ป่วย และต้องมีหลักสูตรของการให้ความรู้ที่ครอบคลุมทั้งความรู้ทั่วไปขั้นพื้นฐาน การรู้จักเลือกอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การดูแลระยะที่มีโรคแทรกซ้อน การดูแลรักษาเท้า และทราบวิธีการเป็นผู้ให้คำปรึกษาที่ดี

ทั้งหมดนี้จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนอย่างจริงจัง จากผู้บริหารทั้งด้านบุคลากร สถานที่ และงบประมาณที่จำเป็นที่จะได้มีการดูแลต่อเนื่อง ผลประโยชน์จะตกอยู่กับผู้ป่วยและเศรษฐกิจของประเทศชาติในที่สุด

5. LEARNING PROCESS

กระบวนการให้ความรู้ประกอบด้วย การให้องค์ความรู้ ฝึกทักษะ สร้างเจตคติที่ดีต่อการดูแลรักษาตนเอง

การสอนมีหลายรูปแบบ วิธีที่ใช้อยู่มีข้อดี ข้อเสียต่างกันดังนี้

- สอนเป็นรายบุคคล จะเข้าถึงปัญหาเฉพาะราย เช่น การกำหนดปริมาณอาหาร การฉีดยา แต่สำหรับเรื่องทั่วไปนิยมให้เข้า class เพื่อประหยัดเวลาของผู้สอนและป้องกันความเบื่อหน่าย
- CLASS การจัดชั้นเรียน ทำให้ได้ฟังปัญหาของผู้อื่นซึ่งยังมีได้เกิดกับผู้ป่วย และการเรียนรู้โรคแทรกซ้อนจากตัวอย่างของจริง ผู้เรียนมีโอกาสแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นกับสมาชิกอื่น ๆ
- CLUB การรวมตัวเป็นชมรม เพื่อค้นหาความต้องการเฉพาะกลุ่มและมีโอกาสนำเสนอข้อคิดเห็นที่สามารถทำเป็นนโยบายสำหรับองค์กรที่ดูแล เป็นโอกาสดีที่สมาชิกมาพบปะแลกเปลี่ยนประสบการณ์ รวมทั้งการให้กำลังใจ และเป็นตัวอย่างที่ดีแก่กันและกัน
- CAMP การจัดค่าย คือการรวมกลุ่มสมาชิกและทีม มาพบปะกันเพื่อการเรียนรู้ร่วมกัน และมีโอกาสปรับพฤติกรรมที่ผู้สอนสังเกตจากการได้ใช้เวลาใกล้ชิดกัน อาจจะเป็นระยะสั้นเพียงหนึ่งวัน หรือมีการเดินทางไกลไปค้างแรมพร้อมกับกิจกรรมสันทนาการ walk rally เพื่อให้ได้ทั้งสาระและบันเทิง



6. การประเมินผล เมื่อผ่านการฝึกอบรม วิทยากรต้องประเมินผลงานดังนี้ 1) ประเมินความรู้ที่ได้รับในหัวข้อต่าง ๆ 2) ให้แสดงวิธีทำให้ผู้สอนตรวจสอบ 3) ประเมินผลการรักษา จากตัวชี้วัดด้านสุขภาพ จำนวนน้ำตาล ไขมัน และ HbA1c เพื่อเก็บเป็นหลักฐานว่าได้ปฏิบัติตามสัมฤทธิ์ผลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้



การบูรณาการระบบบริการผู้เป็นเบาหวานในยุคปฏิรูประบบสุขภาพ

นพ. วัฒนชัย สุแสงรัตน หัวหน้ากลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น

โรงพยาบาลขอนแก่นเป็นโรงพยาบาลศูนย์ ให้บริการผู้ป่วยของจังหวัดขอนแก่นและจังหวัดใกล้เคียง พบว่าสถิติการตรวจรักษาผู้เป็นเบาหวานมีแนวโน้มสูงขึ้นเป็นลำดับ และจากการสำรวจปัญหาพฤติกรรมสุขภาพเมื่อปี 2540 สำรวจจากจำนวนผู้ป่วย 220 รายพบปัญหาว่าผู้ป่วยปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง 154 ราย คิดเป็นร้อยละ 70

มีเสียงสะท้อนจากผู้ป่วยว่าการมารับบริการมีหลายขั้นตอนรอนานและไม่สะดวก ดังนั้นทีมสุขภาพจากสาขาวิชาชีพจึงพัฒนารูปแบบบริการการดูแลผู้เป็นเบาหวานแบบบูรณาการ โดยมีเป้าหมายให้ผู้เป็นเบาหวานปลอดภัยจากโรคแทรกซ้อน สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาระบบคลินิกบริการผู้เป็นเบาหวานแบบองค์รวม มีการดูแลรักษา ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคแทรกซ้อนด้วยการ empower ให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองด้วยความรู้ที่ทีมงานให้ ข้อมูล, พัฒนาระบบบริการทั่วไปให้สะดวก รวดเร็ว ด้วยการใช้ One stop service, ส่งเสริมความร่วมมือของทีมสุขภาพในการดูแลรักษาผู้เป็นเบาหวานจากโรงพยาบาลขอนแก่น ศูนย์แพทย์ชุมชน และศูนย์สุขภาพชุมชนใกล้บ้านทำให้มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยสู่บริการใกล้บ้าน, เผื่อระวังและค้นหากลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในชุมชนเพื่อคัดกรองผู้เป็นเบาหวานรายใหม่เพื่อการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ และ empower ให้เครือข่ายชมรมเบาหวานมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง

คณะทำงานพัฒนาคุณภาพบริการผู้เป็นเบาหวาน เน้นการมีส่วนร่วมของทีม เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและพัฒนาต่อเนื่องเริ่มตั้งแต่ พ.ศ.2540 โดยจัดบริการคลินิกเบาหวานแบบ One stop โดยทีมสุขภาพจากสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วยแพทย์อายุรกรรม พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด และนักศึกษาศึกษา ได้ร่วมกันวางแผนพัฒนาคุณภาพบริการโดยผู้ป่วยจะได้รับบริการ ณ จุดเดียว ตั้งแต่รับบัตร เจาะเลือด รับประทานอาหาร ชักประวัติ การตรวจจากแพทย์ ปรึกษา และการให้คำแนะนำสุขภาพแก่ผู้ป่วยเบาหวาน และการจัดกิจกรรมกลุ่มในผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง (FBS 150 mg % ขึ้นไป) ผลลัพธ์การดำเนินงาน พบว่าผู้ป่วยได้รับบริการที่สะดวก รวดเร็ว สามารถลดขั้นตอนในการมารับบริการ แต่ยังมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมนัก โดยเฉพาะการรับประทานอาหาร การปฏิบัติตน และตระหนักในภาวะแทรกซ้อน จึงได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดย การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของทีมสุขภาพแบบองค์รวม เชื่อมต่อการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยจัดทำ Flow chart การดูแลผู้ป่วย, ปรับปรุงบริการคลินิกเบาหวาน โดยจัดบริการเชิงรุก การบริการผู้ป่วยเบาหวานในศูนย์สุขภาพชุมชน ตลอดจนพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้ป่วยและการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรักษาต่อในศูนย์สุขภาพชุมชนใกล้บ้านและจัดบริการคลินิกเบาหวาน One stop service เหลือ 1 วัน ซึ่งพบว่าผู้เป็นเบาหวานมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองเพิ่มสูงขึ้น มีความคิดเห็นต่อการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี มีการปฏิบัติตามแผนการรักษาดีขึ้น และมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับในระดับดีมากร้อยละ 73.33 ในด้านการเข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ในระดับดีมากร้อยละ 80 และต่อพฤติกรรมบริการของทีมสุขภาพในระดับดีมากร้อยละ 76.70 นอกจากนี้ผู้ป่วยได้รับการเผื่อระวังภาวะสุขภาพตามมาตรฐานการดูแลผู้เป็นเบาหวาน ซึ่งส่งผลให้ผู้เป็นเบาหวานตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและชะลอการเกิด



ภาวะแทรกซ้อน โดยพบว่า BMI อยู่ในเกณฑ์ปกติเท่ากับ ร้อยละ 64 และผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยเท่ากับ 156.57 mg%

เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการแก่ผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่อง จึงแต่งตั้งให้มีคณะทำงานพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลขอนแก่นและมีการดำเนินงานโดยจัดอบรมบุคลากร “การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง”, การพัฒนางานบริการผู้ป่วยเบาหวานคลินิก One stop service โดยเชื่อมโยงข้อมูลข่าวสารและพัฒนาคุณภาพบริการ ตามบทบาทหน้าที่ของตน

มีการจัดประชุมคณะทำงานพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยเบาหวาน 2 –3 เดือนต่อครั้ง ประเมินติดตามปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานซึ่งพบว่าผลการดำเนินงานโดยรวม มีการพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น และเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมถึงการดูแลแบบองค์รวม จึงได้มีการพัฒนาเครือข่ายการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานด้วยการจัดตั้งชมรมเบาหวานเฉลิมพระเกียรติ 72 พรรษา เพื่อเป็นการเชื่อมโยงกับโครงการอื่น ๆ ในชุมชน

นอกจากนี้มีการเฝ้าระวังและค้นหากลุ่มเสี่ยงผู้เป็นเบาหวานในชุมชนในเขตเทศบาลนครขอนแก่นโดยเรียกชื่อโครงการว่า โครงการรักษาสุขภาพ 4 มุมเมือง(พ.ศ.2544)

กล่าวโดยสรุป การพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยเบาหวาน เป็นกระบวนการบริหารจัดการโดยระดมทรัพยากรที่มีอยู่มาร่วมกันพัฒนาระบบการทำงาน เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ประชาชน จนทำให้เกิดการเรียนรู้ การปรับปรุงงานอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ดูแลรักษา และฟื้นฟูสภาพ แบบครบวงจร โดยความร่วมมือของทีมนิสิตสาขาวิชาชีพและผู้รับบริการ จนทำให้เกิดผลลัพธ์ที่มีคุณภาพ ทุกฝ่ายได้รับประโยชน์ร่วมกันคือผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติงานโรงพยาบาล สังคม และประเทศชาติ จึงถือได้ว่าเป็นการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลและการส่งเสริมสุขภาพอย่างแท้จริง



ทีมดูแลผู้เป็นเบาหวานโรงพยาบาลเทพารินทร์

พญ.สิรินทร กฤติยาวงศ์

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังและหากไม่ได้รับการควบคุมน้ำตาลและปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ จะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ซึ่งทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิตตามมาได้ ปัจจัยที่สำคัญอย่างมากที่ทำให้การรักษาเบาหวานประสบผลสำเร็จคือ ความรู้ความเข้าใจของผู้ที่เป็นเบาหวานโดยเฉพาะความเข้าใจและความสามารถนำไปปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง ดังนั้นกระบวนการที่จะสร้างสิ่งเหล่านี้ให้กับผู้ป่วยได้จะต้องอาศัยทีมงานสหสาขาวิชาชีพ เพื่อดูแลรักษาผู้เป็นเบาหวานให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน เกิดโรคแทรกซ้อนน้อยที่สุด และรักษาฟื้นฟูโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม

ทีมประกอบด้วย แพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะด้านต่างๆ พยาบาลผู้ทำหน้าที่ให้ความรู้ (วิทยากรเบาหวาน) นักกำหนดอาหาร ที่ปรึกษาด้านโภชนาการ และนักกายภาพบำบัดซึ่งช่วยดูแลเรื่องการออกกำลังกาย และผู้เชี่ยวชาญด้านรองเท้าและอุปกรณ์เสริมสำหรับเท้า

โรงพยาบาลเทพารินทร์ มองเห็นความสำคัญของการให้ความรู้ในการดูแลผู้เป็นเบาหวาน ส่งเสริมสนับสนุนให้มีทีมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน จนกระทั่งเจริญเติบโตขึ้นจากหน่วยบริการการศึกษาและวิจัย และปัจจุบันเป็นฝ่ายบริการการศึกษาและวิจัย ส่งเสริมให้มีการศึกษาพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่องแก่ทีมงาน เป็นผลให้ทีมงานมีความรู้ความสามารถ มีความมั่นใจที่จะถ่ายทอดความรู้ให้แก่ผู้ป่วย ญาติ และยังสามารถถ่ายทอดความรู้ให้แก่บุคลากรอื่นๆ ด้วย

โรงพยาบาลเทพารินทร์ได้เริ่มทำผ่าตัดต่อเส้นเลือดแดงส่วนปลาย (distal bypass) มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536 การผ่าตัดเส้นเลือดประสบความสำเร็จ โดยสามารถ save limb ได้ประมาณ 90% และมีการจัดตั้งคลินิกสุขภาพเท้าเพื่อให้การดูแลอย่างครบวงจรขึ้นมาเป็นแห่งแรกในประเทศไทย เริ่มเปิดดำเนินการในปี พ.ศ.2544 ร่วมกับการนำเวชศาสตร์ไฮเปอร์แบริกมาใช้เป็นทางเลือกเสริมอันหนึ่งเพื่อรักษาแผลเบาหวาน คลินิกสุขภาพเท้าตั้งขึ้นมีวัตถุประสงค์ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในการดูแลสุขภาพเท้าเพื่อป้องกันการเกิดแผล ดูแลรักษาแผล และที่สำคัญคือการจัดหา footwear ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเป็นเบาหวานแต่ละราย

การดูแลผู้ป่วยใน มีการประสานงานกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการสื่อสารกันที่ชัดเจนในเวชระเบียนเพื่อการเชื่อมโยงข้อมูลถึงกัน ตัวอย่างการดูแลผู้ป่วยในที่ซับซ้อนได้แก่การดูแลผู้ป่วยที่มีแผลที่เท้า และต้องได้รับการผ่าตัดต่อเส้นเลือดแดงส่วนปลาย (distal bypass) รวมทั้งมีแนวทางแก้ปัญหากรณีผู้ป่วยฉุกเฉิน ตัวอย่างเช่น จัดทำ clinical guideline ในการดูแลผู้เป็นเบาหวานที่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในโรงพยาบาล และมีการติดตามประเมินผลกรณีที่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ การหมดสติขึ้นโคม่า การเกิดอุบัติเหตุ หรือเกิดปอดบวมจากการสำลัก เป็นต้น นอกจากนี้ทีมผู้ดูแลผู้เป็นเบาหวานควรมีการวางแผนร่วมกันในการจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตที่บ้านได้อย่างมีคุณภาพ ผลการประเมินตัวชี้วัด พบว่าอัตราการเก็บรักษาขา (limb salvage) ภายหลังจากการผ่าตัดต่อเส้นเลือดแดงส่วนปลาย เท่ากับ 91%, ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงอันเกิดจากน้ำตาลในเลือดต่ำขณะผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล เท่ากับ 0 และอัตราการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพเท่ากับ 59-82%



นอกจากนี้ได้มีการวางแผนการจำหน่ายโดยแต่ละสาขาวิชาชีพ มีแผนงานที่จะพัฒนาช่องทางสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้ง่ายต่อการสื่อสารร่วมกัน นอกจากนี้ยังพิจารณาตัวชี้วัดอื่นๆ เพื่อประโยชน์ในการดูแลผู้เป็นเบาหวานให้ดียิ่งขึ้น เช่น ติดตามพิจารณาสาเหตุการเสียชีวิตของผู้เป็นเบาหวานและวิเคราะห์สาเหตุ ติดตามผู้ป่วยที่มี hypoglycemia แล้วได้รับความรู้เรื่องการปฏิบัติตนไป แล้วว่ามี readmission ด้วยปัญหา hypoglycemia ซ้ำอีกหรือไม่ เป็นต้น

ในงานบริการผู้ป่วยนอกได้มีการวางระบบให้วิทยากรเบาหวานพบผู้ป่วยใหม่ที่เป็นเบาหวาน โดยใช้เวลาระหว่างรอผลเลือด ในการซักประวัติ และให้คำแนะนำ โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของตนเองและครอบครัว ในการเรียนรู้เรื่องโรคเบาหวาน มีการประเมินการดูแลผู้ป่วยของแพทย์ โดยพิจารณาจากการตรวจ HbA1c, lipid profile, creatinine, การตรวจตาโดยจักษุแพทย์, การตรวจชีพจรเท้า และการประเมินเส้นประสาทด้วย monofilament, การให้คำปรึกษาของวิทยากรเบาหวาน และให้บริการผู้ป่วยนอกโดยประสานงานร่วมกับแพทย์ในการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย มีการประเมินผลหลังการสอนชนิดอินซูลิน, การให้คำปรึกษาของนักกำหนดอาหาร และเน้นการออกกำลังกายร่วมกับการควบคุมอาหาร เป็นต้น มีการติดตามผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารภายหลังการให้ความรู้, การรับปรึกษาทางโทรศัพท์ และการแจ้งผลการตรวจ HbA1c พร้อมการแปลผลและให้คำแนะนำ

ผลการประเมินตัวชี้วัด มีดังต่อไปนี้ มาตรฐานในการดูแลผู้เป็นเบาหวาน เท่ากับ 65.95%, ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาล HbA1c เท่ากับ 8.2%, ผลการประเมินความถูกต้องในการชนิดอินซูลินเท่ากับ 100% และ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้นของผู้ป่วยภายหลังการเรียนรู้เรื่องอาหารเท่ากับ 50% มีการจัดตั้งทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมดูแลสุขภาพเท้าของผู้เป็นเบาหวาน ทั้งที่เป็นแผลและให้การดูแลเพื่อป้องกันปัญหาที่อาจเกิดกับเท้า โดยจัดตั้งคลินิกสุขภาพเท้าขึ้น เริ่มเปิดดำเนินการในปี พ.ศ.2544 ร่วมกับการนำเวชศาสตร์ไฮเปอร์แบริกมาใช้ เป็นอีกหนึ่งทางเลือกของการเสริมการรักษาแผลเบาหวาน โดยการให้บริการของคลินิกสุขภาพเท้าประกอบด้วย การให้คำแนะนำการดูแลเท้า การดูแลแผล การทำ felted foam dressing เพื่อลดการกดทับของแผล การทำ lengthening tendon เพื่อลดการผิดรูปหิ้งงอของนิ้วเท้า ทำให้แผลหายและลดการเกิดแผลซ้ำ การตัดเล็บ ตัดตาปลา รวมไปถึงการจัดหา footwear ที่เหมาะสมกับผู้เป็นเบาหวานแต่ละราย ผลการดำเนินงานพบว่าอัตราการหายของแผลภายหลังการใช้ felted foam dressing เท่ากับ 78.4% และ อัตราการหายของแผลภายหลังการทำ lengthening tendon เท่ากับ 87.5%

มีกิจกรรมการให้ความรู้เสริม “3 C” ได้แก่ DM Class, DM Club และ DM Camp การติดตามผลการควบคุมเบาหวานด้วยค่า HbA1c หลังจากผู้ป่วยกลับจากค่ายในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2543-2545 จำนวน 39 คน ซึ่งติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอเป็นเวลา 18 เดือน พบว่าก่อนไปค่ายเบาหวาน ผู้ป่วยมีระดับ HbA1c เท่ากับ 8.4% หลังกลับจากค่าย ผู้ป่วยมีระดับ HbA1c ลดลงเรื่อยๆและมีค่าเท่ากับ 7.9% ณ เวลา 1 ปี ซึ่งลดลงเมื่อเทียบกับระดับ HbA1c ก่อนไปค่าย แต่เมื่อติดตามต่อเป็นเวลา 18 เดือน พบว่าระดับ HbA1c จะเริ่มสูงขึ้น

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นชัดว่า กิจกรรมค่ายเบาหวานสามารถกระตุ้นให้ผู้เป็นเบาหวานเห็นความสำคัญและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่จะต้องได้รับการกระตุ้นอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเพื่อให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนี้เป็นสิ่งที่ยู่กับผู้ป่วยอย่างถาวร ซึ่งเป็นช่องทางในการพัฒนาให้ผู้เป็นเบาหวานสามารถรักษาระดับ HbA1c ได้อย่างต่อเนื่อง

ในปี พ.ศ.2546 กิจกรรมค่ายได้รับรางวัล BUPA Blue Cross Clinical Excellence Award



เบหาหวาน ปฏิรูปจากความท้อแท้สู่ความหวัง

นายแพทย์ประเมษฐ์ กิ่งโก้ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

เนื่องจากในปัจจุบันคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นเบาหวานของจังหวัดสกลนครไม่เป็นที่พึงพอใจ ทั้งใช้ และผู้ให้บริการ เนื่องจากแพทย์ต้องดูแลผู้ป่วย 200-500 คนต่อวัน ทำให้แพทย์มีเวลาในการดูแลผู้ป่วยได้น้อย ผู้ป่วยต้องรอคอยแพทย์นานทำให้สุขภาพของผู้ป่วยไม่ดี ทั้งผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และผู้ป่วยหนักที่ต้องการการดูแลจากแพทย์อย่างใกล้ชิด ดังนั้นจึงมีแนวคิดในการปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้ปลอดภัยไร้แทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการหาวิธีการที่จะทำให้ผู้ป่วยลดการมาใช้บริการที่โรงพยาบาลลง โดยใช้นโยบายกระจายอำนาจให้มีการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในระดับ Primary care unit ได้

พ.ศ.2541 มีการจัดฝึกอบรมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวานจากชมรมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน โดยสอนการดูแลแบบบูรณาการ หลังจากนั้นทีมสหสาขาวิชาชีพ แพทย์ พยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรม เกสัชกร, เจ้าหน้าที่ชันสูตร, นักโภชนาการ, เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย, นักกายภาพบำบัด ร่วมกัน ปฏิบัติงานเป็นทีมที่ชัดเจนโดยใช้ระบบ One – stop service แยกบริเวณจาก OPD ทัวไปแล้วดูแลเชื่อมโยง OPD กับชุมชน, ผู้ป่วย – ญาติ และชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ และกำหนดรูปแบบของการดูแลในโรงพยาบาล และ PCU นอกโรงพยาบาล

จากการทำกิจกรรมกลุ่ม ซึ่งผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วม ทำให้ผู้ป่วยหลายราย จะได้รับการฝึกอบรมให้เป็นวิทยากร, ผู้ป่วยได้รับข้อมูลด้วยสมุดประจำตัวที่ออกแบบเดียวกันทั้งจังหวัดสามารถเห็นผลการ รักษา และมองเห็นแนวทางแก้ไขด้วยตนเอง และเพื่อทำแบบประเมินความรู้ พบว่าผู้ป่วยมีความรู้ดีขึ้น ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลควบคุมได้ดี ใช้เกณฑ์ < 140 mg/dl และลดอาการ hypoglycemia ,hyperglycemia ควบคุมความดันโลหิตได้, Body mass index ลดลง มีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น ลดการใช้ยาได้ และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ลดลง

ปี พ.ศ.2546 จังหวัดสกลนครได้จัดตั้งคณะทำงานระดับจังหวัด โดยนำผลงานพัฒนาในเบื้องต้น ตามที่กล่าวแล้วไปขยายผล โดยส่งพยาบาลอำเภอละ 2 คน จากทุกอำเภอ รวม 17 อำเภอ ไปฝึกอบรมจากสมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวานในหลักสูตรพื้นฐาน หลักสูตรการเพิ่มประสิทธิภาพในการให้โภชนบำบัด หลักสูตรการเป็นผู้ให้คำปรึกษาที่ดี การดูแลรักษาเท้า และการประชุมประจำปี

ผลการดำเนินงานปี 2546 พบว่าทุก PCU มีการให้บริการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน มีการติดตามที่เป็นระบบมีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานทุกอำเภอ รวม 16,297 รายเก่า จากประชากร 1,074,089 คน คิดเป็นร้อยละ 1.52, การพัฒนาบุคลากร มีบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมตามเกณฑ์ของสมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน และมีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ในรอบเดือนตุลาคม ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2546 ได้คัดกรองกลุ่มเสี่ยง 23,932 คน จากทั้งหมด 31,685 คน คิดเป็นร้อยละ 75.5 พบมีภาวะเบาหวาน ร้อยละ 9.6 เมื่อส่งต่อให้แพทย์วินิจฉัย พบผู้ป่วย 1,154 คน จาก 1,778 คน คิดเป็นผู้ป่วยใหม่ ร้อยละ 4.8 การคัดกรองประชาชนทั่วไป ที่อายุ 40 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองเบื้องต้น 144,904 คน จากจำนวนทั้งหมด 312,798 คน คิด เป็นผู้ได้รับการคัดกรองร้อยละ 46.3 พบผู้สงสัยเบาหวาน 9,019 คน คิดเป็นร้อยละ 6.2 แต่ส่งต่อให้แพทย์พบเบาหวานรายใหม่ 3,304 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.3

ผลการดูแลรักษาได้ตั้งเกณฑ์ว่าน้ำตาลไม่เกิน 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ติดต่อกัน 3 ครั้ง ให้เป็นเกณฑ์ควบคุม พบว่าจากผู้ป่วย 15,735 ราย ได้รับการควบคุมตามที่กำหนดร้อยละ 42.7 เทียบ



กับการควบคุมจากการรายงานของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลได้ทำร่วมกัน 5 สถาบันพบว่าอยู่ในเกณฑ์เดียวกัน พบอัตราการตายของผู้เป็นเบาหวานจำนวน 139 คน คิดเป็น 12.9 รายต่อประชากร 1 แสนคน

การส่งต่อและติดตาม จากวัฒนธรรมของชาวชนบททำให้เกิดการช่วยเหลือกัน ช่วยเตือนผู้ที่ต้องไปตรวจในวันเดียวกันมิให้ขาดนัด ถ้าขาดการติดต่อ เพื่อนบ้านจะแจ้งชื่อให้เจ้าหน้าที่ ติดตามไปเยี่ยมบ้าน

การให้สุขศึกษาทำตามแผนการหมุนเวียนให้ความรู้ ครั้งละหนึ่งเรื่อง เมื่อผู้ป่วยไม่ตรวจตามนัด จะได้รับความรู้จนครบตามวัตถุประสงค์

สิ่งที่เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จได้แก่ ผู้บริหารมุ่งมั่น มีการกระจายอำนาจอย่างเหมาะสม บุคลากรได้รับความรู้ที่มีมาตรฐานเดียวกัน มีกำลังใจ สามารถสื่อสารและถ่ายทอดความรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม ทีมงานยังพบปัญหาและอุปสรรคที่จะต้องพัฒนา ได้แก่ องค์ความรู้ โดยเฉพาะในเรื่องอาหารท้องถิ่น ผลไม้ตามฤดูกาล การขาดแคลนบุคลากร ระบบข้อมูลสารสนเทศ และการคัดกรองในประชาชนทั่วไปที่ยังทำได้ไม่ครบตามเป้าหมาย



“B50: แม้ขาดสน ก็ไม่จนความคิด”

ที่มา

โรงพยาบาลจำนวนหนึ่งประสบกับปัญหารายได้ที่ลดลงเนื่องจากการปรับเปลี่ยนระบบการเงิน การคลังเพื่อสุขภาพ แม้กระนั้นโรงพยาบาลก็ยังสามารถพัฒนาคุณภาพได้ประสบความสำเร็จ เพราะมองเห็นโอกาสและทรัพยากรอื่นๆ ที่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้ เช่น รพ.หนองบัวระเหว เน้นการพัฒนาคนและการสร้างเครือข่ายเพื่อนำทรัพยากรมาพัฒนา รพ.เส้าไห้ ฯลฯ

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าประชุมได้เห็นว่า การขาดแคลนทรัพยากรไม่ใช่อุปสรรคของการพัฒนา หากมีความมุ่งมั่นและมองหาโอกาสต่างๆ ที่อยู่รอบตัวแล้วจะมองเห็นทางออก เนื้อหาที่จะนำเสนอ

เนื้อหาที่จะนำเสนอ

1. วิสัยทัศน์ที่จะเอาชนะปัญหา (เห็นว่าเราจะมีมุมมองอย่างไรที่แตกต่างออกไปเพื่อที่จะจัดการกับสิ่งที่เหนือความคาดหมายได้)
2. การชักชวนให้ผู้อื่นเห็นด้วยกับวิสัยทัศน์และทิศทางดังกล่าว
3. ความสำเร็จที่เกิดขึ้น และปัจจัยสู่ความสำเร็จ ความท้าทายที่ยังมีอยู่
4. บทเรียนที่ได้รับ มุมมองหรือวิธีคิดที่ควรจะไปด้วยความเชื่อมั่น

วิทยากร

ทพญ.จิราพร ชีวาสุขถาวร

โรงพยาบาลหนองบัวระเหว จ.ชัยภูมิ

นายอาคม มีเมล์

โรงพยาบาลวังเหนือ จ.ลำปาง

นพ.นำพล แดนพิพัฒน์

โรงพยาบาลพนมสารคาม จ.ฉะเชิงเทรา

นพ.สุวัฒน์ ฐานกรนุวัฒน์

โรงพยาบาลเส้าไห้ จ.สระบุรี

นพ.ชาติรี ดวงเนตร

ผอ.ฝ่ายปฏิบัติการด้านการแพทย์ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์



ประสบการณ์จากโรงพยาบาลหนองบัวระเหว

ในช่วงเวลาประมาณ 3 – 4 ปี ที่ผ่านมา ท่ามกลางกระแสความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทั้งนโยบาย กฎหมายรัฐธรรมนูญ เศรษฐกิจ สังคม ฯลฯ รวมทั้งกระแส -การพัฒนาคุณภาพด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น ISO HA HPH PSO HCA ESB OD TQM ซึ่งก่อให้เกิดความสับสนแก่หน่วยงานต่างๆ และ ผู้ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลหนองบัวระเหวได้ใช้กลยุทธ์เพื่อลดความสับสนในกระบวนการพัฒนาโดยให้ เจ้าหน้าที่มองที่จุดหมายเดียวกันคือ การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการและมุ่งสู่เป้าหมายของ องค์กรซึ่งกำหนดไว้อย่างชัดเจน เพื่อพัฒนาไปในแนวทางเดียวกัน ใช้แนวความคิดการพัฒนาคุณภาพซึ่งมีชื่อ เรียกต่างๆ มากมาย (HA HPH ISO ฯลฯ) เป็นเครื่องมือที่จะเลือกใช้ให้เหมาะสมต่อ

กระบวนการพัฒนาโรงพยาบาล - พยาบาลสู่โรงพยาบาลคุณภาพ

ท่ามกลางความสับสนโรงพยาบาลยังพบกับภาวะความขัดสนไม่ว่าจะเป็นคน เงิน ของ แต่ โรงพยาบาลมีความเชื่อมั่นว่าบุคลากรที่มีทักษะ มีศักยภาพ มี การทำงานเป็นทีม และพลังความร่วมมือ ของเครือข่ายจะสามารถปรับระบบการทำงานเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลง บรรลุเป้าหมายขององค์กร และสามารถฝ่าฟันปัญหาอุปสรรคความขัดสนได้

จากแนวคิดดังกล่าว โรงพยาบาลได้กำหนดกลยุทธ์ในการพัฒนาโดยเน้นการพัฒนาศักยภาพ ของบุคลากรทั้งเครือข่ายบริการให้คิดดี คิดเป็น ทำเป็น เน้นการสร้างพันธมิตรและเครือข่ายในการ ทำงานเป็นทีมที่มีได้มองเฉพาะในโรงพยาบาล แต่มีทั้งทีมหน่วยงานในโรงพยาบาล ทีมเครือข่ายบริการ และ ทีมเครือข่ายองค์กรท้องถิ่น ชุมชน องค์กรเอกชน ได้ร่วมกันพัฒนางานสาธารณสุขเพื่อบรรลุ เป้าหมายสภาวะสุขภาพที่ดีของประชาชน



ประสบการณ์จากโรงพยาบาลวังเหนือ

ประเด็นความขัดสนของโรงพยาบาลวังเหนือ เกิดกรณีขัดแย้งที่ไม่พึงปรารถนาพอจะแบ่งได้เป็นประเด็นดังนี้

1. การเงิน เกิดจากการปรับเปลี่ยนรูปแบบสวัสดิการของรัฐบาลทางด้านการรักษาพยาบาล มาเป็นระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า งบประมาณในการสนับสนุนไม่สม่ำเสมอ ไม่เพียงพอ ตลอดจนถึงนโยบายต่างๆ ยังมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอด ส่งผลต่อการพัฒนาโรงพยาบาล สวัสดิการของบุคลากรที่ควรได้รับ

2. ด้านบุคลากร กลุ่มวิชาชีพหลักมีการเปลี่ยนแปลงบ่อยมาก ส่งผลต่อความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพในการดูแลรักษา

ผลกระทบที่เกิดจากความขัดสน

1. ด้านบุคลากร เกิดความสับสนในบทบาทหน้าที่ ขาดความมั่นคงทางด้านการงานและการเงิน เพราะส่งผลถึงสิทธิและสวัสดิการของบุคลากรที่ควรได้รับ และเกิดความเบื่อหน่าย เหนื่อยล้าในภาระหน้าที่ บุคลากรมีไม่เพียงพอ

2. ด้านการเงิน ส่งผลต่อการพัฒนาโรงพยาบาล หลายอย่างต้องหยุด บัณฑิตอนุปริญญาการศึกษาทำงานขององค์กร

3. ด้านระบบบริการ ประชาชนขาดความเชื่อมั่นในการให้การรักษาพยาบาล มาตรฐานการรักษาไม่ไปในทางเดียวกัน และขาดความร่วมมือจากหน่วยงานราชการและประชาชน

แนวทางการพัฒนา จากแนวคิดดังกล่าวโรงพยาบาลวังเหนือกำหนดแนวทางในการพัฒนา โดยตัดสินใจเลือกพัฒนาโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HA เนื่องจากเห็นว่าเหมาะสมกับองค์กร มีแนวทางในการพัฒนา คือ

1. เคารพหน้ากับสถานการณ์ ยอมรับและปรับตัว สื่อสารให้บุคลากรตื่นตัวและเข้าใจในข้อจำกัดต่างๆ เพื่อให้เจ้าหน้าที่มีการปรับตัว/ยอมรับรวมทั้งการเตรียมพร้อมสำหรับภาระงานที่ต้องเพิ่มขึ้น กำหนดเป้าหมายร่วมกัน การสร้างทีมหน้าที่เข้มแข็ง กำหนดโครงสร้างและบทบาทในการพัฒนาคุณภาพ ให้โอกาส/ส่งเสริมเจ้าหน้าที่ที่มีศักยภาพได้แสดงความสามารถของตนเอง ใช้วัฒนธรรมองค์กรที่มีอยู่เป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพ สร้างความตื่นตัว/กระตุ้น/สนับสนุนให้มีการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ โดยเน้นทำงานแบบเรียบง่าย สร้างขวัญและกำลังใจให้เจ้าหน้าที่เกิดความภูมิใจและเป็นเจ้าขององค์กร เตรียมพร้อมและพัฒนาบุคลากรเพื่อตอบสนองภาระหน้าที่ในการให้บริการ

2. พัฒนาระบบการทำงานและจัดการด้านการเงิน มีการวางแผนระบบบริหารจัดการด้านทรัพยากรไว้อย่างรัดกุม เช่น กำหนดนโยบายประหยัด ให้โอกาสหน่วยงาน/ผู้ใช้งานได้มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนจัดซื้อ เพิ่มความสะดวกแก่ประชาชนในการรับบริการด้านสาธารณสุข มีการกระจายผู้ป่วยที่สามารถดูแลตนเองได้ตามเกณฑ์สู่ PCU สนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพไปปฏิบัติงานที่สถานีอนามัย

ความรู้สึกรู้สึกของบุคลากรที่เปลี่ยนแปลงไปในช่วงเวลาต่างๆ สับสนไม่เห็นความแตกต่างระหว่างการพัฒนาขององค์กร เมื่อเทียบกับองค์กรอื่นที่ไม่พัฒนาองค์กรในแง่การสนับสนุนจากหน่วยระดับสูงขึ้นไป และในแง่ของขวัญกำลังใจ



แหล่งทรัพยากรที่รอการค้นพบที่จะนำมาใช้ และวิธีการที่จะได้มาซึ่งทรัพยากรดังกล่าว

1. เงิน ได้ประชาสัมพันธุ์ให้รับทราบบทบาทหน้าที่ของโรงพยาบาล และข้อขัดสนที่มีผลต่อการพัฒนาเพื่อตอบสนองความต้องการของชุมชน และบทบาทองค์กรส่วนท้องถิ่น หรือของชุมชนที่ต้องมีส่วนเกี่ยวข้องกันในงานสาธารณสุข และขอรับความช่วยเหลือสนับสนุนงบประมาณในกิจกรรมที่ส่วนท้องถิ่นไม่สามารถดำเนินการเองได้

2. คน มีอยู่ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มสายวิชาการ การใช้ทรัพยากรบุคคลเหล่านี้ต้องให้ความสำคัญในการทำงานเพื่อส่วนรวม การเปิดใจยอมรับความแตกต่าง ระหว่างบุคคล และกลุ่มสายปฏิบัติ การใช้ทรัพยากรกลุ่มนี้ต้องใช้หลักการกระตุ้นให้รับทราบความเปลี่ยนแปลง หรือนวัตกรรมใหม่ ช่วยผลักดันองค์กร

3. วิชาการ ได้วิเคราะห์สภาพปัญหาที่มีผลกระทบต่อประชาชนและสามารถหาแหล่งสนับสนุนได้

การใช้ทรัพยากรเชิงปัญหาเพื่อแก้ปัญหาความขัดสน

1. ได้กำหนดวิสัยทัศน์ และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในทิศทาง ความคาดหวัง กลยุทธ์, ความรู้ การรับรู้ นวัตกรรม และการสื่อสาร การจูงใจ การเสริมพลัง การเป็นแบบอย่าง การโค้ช

2. การสร้างความมุ่งมั่น ชัดเจนเป็นรูปธรรมเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ มีการตรวจสอบแล้วแก้ไขเมื่อพบข้อบกพร่อง

3. การสร้างขวัญและกำลังใจ เพิ่มพูนความรู้/ทักษะ ความก้าวหน้าและแรงจูงใจในการทำงาน และการให้คุณค่าแก่เจ้าหน้าที่

4. การเรียนรู้ในองค์กร/วัฒนธรรมองค์กร ปรับตัวรับการเปลี่ยนแปลง ปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง หมุนวงล้อ PDCA เชื่อมโยงงานคุณภาพกับงานประจำ แลกเปลี่ยนความรู้ทั้งภายในหน่วยงาน ระหว่างวิชาชีพ และระหว่างสายงาน สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงาน

การใช้นวัตกรรมเพื่อสร้างบริการที่ก่อให้เกิดรายได้หรือสร้างงานโดยมีค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด จากสภาวะความขัดสนทั้งเรื่องงบประมาณและด้านบุคลากร ภาระหน้าที่ในการให้บริการต่อประชาชนนั้นต้องทำให้ดีที่สุด โรงพยาบาลได้ค้นหาหนทางเพื่อเพิ่มรายได้ และลดรายจ่าย โดยมีกิจกรรม 3 ด้านคือ

1. ลดรายจ่าย ได้กำหนดนโยบายประหยัด ประสานการใช้ทรัพยากรที่สามารถใช้ร่วมกันได้

2. เพิ่มรายได้ ได้จัดทำโครงการตรวจสุขภาพประจำปี ไปยังส่วนราชการต่างๆ ทำให้เกิดรายได้ให้พอสมควร พัฒนาระบบการเรียกเก็บเงิน

3. สร้างงานโดยท้องถิ่นและชุมชน ทำความเข้าใจในการสร้างความตื่นตัวให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการดูแลตนเองจึงจัดกิจกรรมสุขภาพ การดำเนินงานให้บริการด้านกายภาพบำบัด นวดแผนไทย การจัดกิจกรรมกลุ่มสุขภาพจิต การขอรับการช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่นที่มีศักยภาพในการให้บริการสูง ได้สมัครเป็นโรงพยาบาลเครือข่ายจิตเวชของโรงพยาบาลสวนปรุง ได้ขอรับการช่วยเหลือจากแพทย์เฉพาะทางจากโรงพยาบาลศูนย์ลำปางมาดูแลรักษาผู้ป่วยทางด้านระบบหัวใจและหลอดเลือดสูง แทนการส่งผู้ป่วยไปรับการรักษา การขอรับการสนับสนุนในการแก้ปัญหาโรคเอดส์ จากหน่วยงานราชการต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

สิ่งที่เป็ความหนักใจหรือยังแก้ปัญหาไม่ได้ ได้กำหนดแนวทางในการพัฒนาเพิ่มเติม คือ จัดทำแผนปฏิบัติงานร่วมกัน และมีการติดตามและประเมินผลทุก 3 เดือน จัดกิจกรรมการพัฒนาความรู้ทางด้านการพัฒนาคุณภาพร่วมกัน จัดกิจกรรมที่ไม่เป็นทางการร่วมกัน กำหนดแนวทางการพัฒนา



ทางด้านวิชาการให้แก่สถานเอนามัย สร้างทีมงานรับผิดชอบงานร่วมกันและมีการประเมินผลในการประชุม

การเปลี่ยนแปลงเชิงระบบในระดับประเทศที่ควรเกิดขึ้น พัฒนาโรงพยาบาลที่อยู่ห่างไกล ให้มีศักยภาพในการพึ่งตนเองได้ในระดับหนึ่ง พัฒนาระบบบริหารจัดการโรงพยาบาลของรัฐ การใช้ระบบคุณภาพที่มีอยู่ในปัจจุบันให้มีนโยบายชัดเจน และเน้นการพัฒนาระบบบริการตามสภาพปัญหาและความต้องการของท้องถิ่น



ประสบการณ์จากโรงพยาบาลพนมสารคาม

โรงพยาบาลพนมสารคาม เป็นโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง ได้รับการยกฐานะเมื่อปี 2538 โดยเป็นการยกฐานะด้วยตนเอง ในปี 2537 โรงพยาบาลพนมสารคามตกอยู่ในภาวะไร้ผู้นำ ซึ่งเกิดขึ้นเนื่องจากผู้อำนวยการคนเดิมลาออกจากการเป็นผู้อำนวยการ แต่ยังคงปฏิบัติงานอยู่ที่เดิม หลังจากนั้นได้มีแพทย์ประจำอีกท่านหนึ่งได้ขึ้นเป็นผู้อำนวยการแทน แต่เป็นได้ประมาณ 3 เดือนก็ลาออกจากการเป็นผู้อำนวยการ หลังจากนั้นต้องใช้ ทันแพทย์บ้าง แพทย์โรงพยาบาลข้างเคียงบ้างมาเป็นผู้อำนวยการแทน ในช่วงเวลา 2 - 3 ปี นั้นก่อให้เกิดปัญหาที่สะสมมากมาย เช่น ปัญหาการเงินมีเงินบำรุงอยู่ 1 ล้านบาท ขณะที่หนี้สินบำรุงถึง 2 ล้านบาท ปัญหาการแบ่งกัก - เหล่า ของเจ้าหน้าที่ ปัญหาการขาดผู้นำ ซึ่งทั้งหมดก่อให้เกิดภาวะการขาดศรัทธาจากประชาชน และส่งผลให้ประชาชนไม่มารับบริการที่โรงพยาบาลพนมสารคาม นอกจากที่คนจนจริงๆที่ไม่มีทางเลือก

ในปี 2539 ได้มีผู้อำนวยการคนใหม่เข้ามาปฏิบัติงาน (นพ.นำพล แดนพิพัฒน์) และได้ใช้กลยุทธ์ต่างๆ เพื่อแก้ปัญหา รวมทั้งความขัดสนด้านการเงินของโรงพยาบาลโดยใช้นโยบายหลัก คือ เพิ่มรายได้ ลดรายจ่าย และพัฒนาคุณภาพ ในส่วนของการพัฒนาคุณภาพได้พยายามพัฒนาคนเป็นหลัก โดยควบคู่ไปกับการปรับสภาพภูมิสถาปัตยกรรมของโรงพยาบาล เนื่องจาก สภาพภูมิสถาปัตยกรรมเป็นเรื่องที่ประชาชนจะสามารถรับทราบความเปลี่ยนแปลงได้โดยง่าย เวลาผ่านไปหลังจากที่มีการพัฒนาคน ได้มีการสร้างทีมบริหารที่เข้มแข็ง และเสียสละ ซึ่งเป็นทีมนำในการพัฒนาคุณภาพในเวลาต่อมา ด้วยหลักการที่ว่า การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล จะเป็นการสร้างรายได้ให้กับโรงพยาบาลในระยะยาวทางผู้อำนวยการและทีมงานจึงได้นำระบบคุณภาพต่างๆมาใช้ ถึงแม้ว่าฐานะการเงินในขณะนั้นยังไม่ดีนักก็ตามซึ่ง ทางโรงพยาบาลก็ได้พัฒนาจนประสบความสำเร็จโดยผ่านการรับรองคุณภาพ ISO9001, ISO14001, Healthy workplace และ HA ตามลำดับ

จากการพัฒนาคุณภาพตลอดมา และการบริหารหารายได้เพิ่ม และลดรายจ่ายได้ทำให้ฐานะการเงินของโรงพยาบาลในขณะนี้อยู่ในฐานะที่มั่นคง คือมีเงินบำรุงประมาณ 25 ล้านบาท และมีหนี้สินประมาณ 3 ล้านบาท จากการวางแผนที่ดี ไม่ว่าโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคจะมีการเปลี่ยนแปลงการจัดสรรเงินเดือนอย่างไร โรงพยาบาลก็ได้ผลกระทบมากนัก



ประสบการณ์จากโรงพยาบาลเสาไห้

ประเด็น: คน เงิน อุปกรณ์ / เครื่องมือ

ภายใต้การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล มีความจำเป็นต้องมีการวางแผนกลยุทธ์ ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ในมุมมองต่าง ๆ ในแง่การพัฒนาคนให้มี IQ และ EQ, การมีวัสดุอุปกรณ์ที่เพียงพอ, อาคารสถานที่ที่พร้อมให้บริการ, ขวัญและกำลังใจของเจ้าหน้าที่และอื่น ๆ ล้วนแล้วแต่ต้องใช้จ่ายเงินในการสนับสนุนทั้งสิ้น ภายใต้งบประมาณที่จำกัด การพัฒนาคุณภาพไม่ราบรื่น ซึ่งสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล ที่มีแผนการเงิน การบัญชีและการตลาด เป็นส่วนองขา 2 ข้าง (แผนยุทธศาสตร์เป็นรูปตัวคน) ที่จะทำให้แผนต่าง ๆ สามารถพัฒนาต่อไปได้อย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ โรงพยาบาลได้พยายามรวบรวมระดมเงินจากภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาโรงพยาบาล ซึ่งตลอดระยะเวลา 6 ปีที่ผ่านมา ได้เงินบริจาคมาสร้างอาคารผู้ป่วยใน, อาคารแพทย์แผนไทย, ปรับปรุงภูมิทัศน์, อาคารบ้านสุขภาพ, ถนน, อุปกรณ์การแพทย์, ค่ายาและอื่น ๆ (รวมประมาณ 30 ล้านบาท) ซึ่งประโยชน์จากการได้เงินบริจาคมนี้ ยังมีประโยชน์อื่น ๆ อีก คือ

1. ประชาชน มีความรู้เป็นส่วนหนึ่งของโรงพยาบาล มีความสนใจ ร่วมมือกับโรงพยาบาลดีขึ้น
2. เป็นตัวชี้วัดด้านความพึงพอใจของโรงพยาบาล ได้เป็นอย่างดี
3. เจ้าหน้าที่ได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริการ จากผู้ให้บริการเป็นส่วนใหญ่ เน้นผู้รับบริการเป็นส่วนใหญ่
4. ช่วยรัฐบาลในด้านงบประมาณ

นอกจากนี้ การฝึกบุคลากรให้มีประสิทธิภาพ รู้จักเรียนรู้อย่างสม่ำเสมอ ทำให้บุคลากรมีความสามารถเพิ่มมากขึ้น ทำงานได้ดีขึ้น มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลมากขึ้น โดยมีการเสริมแรงเป็นระยะ ๆ ให้บุคลากรมีขวัญ กำลังใจในการทำงาน

สรุป คือ ในยามขัดสน ต้องทำให้บุคลากรได้ใช้ความคิด ความสามารถให้มากที่สุด เรียนรู้ และปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงานให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพมากขึ้น ภายใต้งบประมาณที่เพียงพอ



“B51: CRCN ข้อมูลคุณภาพเพื่อคุณภาพบริการ”

ที่มา

Clinical Research Collaborative Network (CRCN) เป็นเครือข่ายความร่วมมือในการทำงานวิจัยทางคลินิกซึ่งได้รับทุนสนับสนุนจาก สวรส. และ มูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ มีการจัดทำโครงการ disease registry ต่างๆ 7 โครงการ เพื่อพัฒนาฐานข้อมูลที่มีคุณภาพสำหรับงานวิจัย เช่น การบันทึกภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึก โดยได้รับความร่วมมือจากองค์กรวิชาชีพต่างๆ เป็นอย่างดี มีโอกาสที่จะพัฒนาต่อไปในเรื่องของเครื่องชั่งวัดทางคลินิกเฉพาะโรคและการจัดทำ evidence-based CPG

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าประชุมได้รับทราบความพยายามที่จะจัดทำฐานข้อมูลที่มีคุณภาพ ประโยชน์ที่จะได้รับ โอกาสที่จะเข้าร่วมกับโครงการ ทิศทางการดำเนินงานของเครือข่ายในอนาคตที่จะมีผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

เนื้อหาที่จะนำเสนอ

1. ความเป็นมา และเป้าหมายของเครือข่าย
2. การประกันคุณภาพข้อมูล
3. ตัวอย่างโครงการที่มีความก้าวหน้า และแผนหรือการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์
4. โอกาสที่จะขยายตัวในเรื่อง disease registry ออกไปสู่โรงพยาบาลอื่นๆ ที่มีความสนใจ
5. แผนการในเรื่องการจัดทำเครื่องชั่งวัดที่เหมาะสมและ evidence-based CPG สำหรับโรคต่างๆ การได้รับการสนับสนุนจาก สปสช. ความร่วมมือกับ พรพ.

วิทยากร

รศ. นพ. สมรัตน์ จารุลักษณะนันท์	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
นพ. เพชร รอดอารีย์	วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
พท. ราม รังสินธุ์	วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า
ผศ. นพ. สุพจน์ ศรีมหาโชตะ	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ศ. นพ. ปิยะทัศน์ ทัศนาวัดน์	รองคณบดีฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



“B52 โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ”

ที่มา

แนวคิด “สร้างนำซ่อม” หรือ “สร้างคู่ซ่อม” เป็นความหวังของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีความสามารถและมีความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง และใช้บริการสุขภาพเมื่อมีความจำเป็น โรงพยาบาลในฐานะที่มีทรัพยากร มีศักยภาพที่จะสร้างความรู้ความเข้าใจให้แก่ประชาชน เป็นที่เชื่อถือศรัทธาของประชาชน และเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพ อยู่ในโอกาสที่เหมาะสมที่จะมีบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพ ด้วยการบูรณาการเข้าไปในระบบงานปกติ เชื่อมโยงเครือข่ายต่างๆ เข้ามาทำงานร่วมกัน และทำงานเชิงรุกเข้าไปในชุมชน

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ได้ร่วมมือกับกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ในการประเมินและรับรองโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ (HPH) ได้รับการสนับสนุนทางวิชาการจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เพื่อนำกระบวนการ HA เข้ามาสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพโดยโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าประชุมได้รับทราบแนวคิดและประสบการณ์ที่จะเป็นประโยชน์ในการสอดแทรกการสร้างเสริมสุขภาพเข้าไปในงานบริการปกติของโรงพยาบาล และการขยายบทบาทของโรงพยาบาล

เนื้อหาที่จะนำเสนอ

1. รูปธรรมของการนำแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพไปสู่การปฏิบัติ ปัญหาที่พบบ่อยและข้อเสนอแนะ
2. ประสบการณ์การดำเนินงานโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ
3. ความคาดหวังระยะสั้นและระยะยาวต่อการดำเนินงานโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ
4. ระบบการสนับสนุนการดำเนินงานโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ

วิทยากร

รศ.พญ.พันธ์ทิพย์ สงวนเชื้อ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
นพ.ประจักษ์ คำสงวนศิลป์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลา จ.สงขลา
พญ.นันทา อ่วมกุล	ผู้อำนวยการสำนักที่ปรึกษา กรมอนามัย
ผศ.ดร.ชชนวนทอง ธนะสุกาญจน์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



“B53 บทเรียนจากพื้นที่ 3”

ที่มา

พื้นที่ต่าง ๆ มีผลงานริเริ่มสร้างสรรค์เพื่อตอบสนองความต้องการและปัญหาในพื้นที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีคุณค่าควรแก่การนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเชิงกระบวนการทำงาน ปฏิสัมพันธ์และความรู้สึกของผู้คนที่เกี่ยวข้อง ที่มาของความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ต่าง ๆ

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าประชุมได้รับทราบประสบการณ์จากพื้นที่ ใช้จินตนาการของตนสร้างเรื่องราวของตน คู่ขนานไปกับของผู้นำเสนอ และนำไปใช้ในการวางแผนดำเนินงานของตน

เนื้อหาที่จะนำเสนอ

ออกซิเจนขาดน้ำ	นส.ราศี แก้วนพรัตน์ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จ.สงขลา
การควบคุมคุณภาพเพื่อลดการถ่ายเอกซเรย์	นายอนุชา นุ่นเส็ง โรงพยาบาลเชียรใหญ่ จ.นครศรีธรรมราช
ให้ความหวังใจจากใจยามรักษาการณ์	นายไพศาล มาฟู โรงพยาบาลป่าแดด จ.เชียงราย
การลดลงของตะกอนในระบบบำบัดน้ำเสีย	นายสมบุญ ชันเมือง รพ.พะเยา จ.พะเยา

ผู้วิพากษ์

พญ.เสาดิษฐ์ ยุทธสมภพ โรงพยาบาลหาดใหญ่ จ.สงขลา



ออกซิเจนขาดน้ำ

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มีวิสัยทัศน์ที่เป็นฝ่ายบริการชั้นนำของประเทศ มีแผนกลยุทธ์ที่จะพัฒนาบุคลากรให้มีศักยภาพสูงในการปฏิบัติงาน เป้าหมายหนึ่งคือการส่งเสริมงานวิจัยในฝ่าย มีโครงการประยุกต์งานวิจัยเพื่อพัฒนางานบริการ และกิจกรรมหนึ่งที่ทำคือ Research Club ปีละ 4 ครั้ง

กรอบในการดำเนินงานประกอบด้วย Plan: เลือกผลงานวิจัยที่จะมาประยุกต์ใช้, Do: วิพากษ์วิเคราะห์แลกเปลี่ยนความรู้ สรุปหารูปแบบใช้ใน U.B. Check: ติดตามประเมินผลการทดลอง Act: นำแนวทางปฏิบัติประกาศใช้ในองค์กร

คณะกรรมการ Research Club ดำเนินการคัดเลือกผลงานวิจัยโดยใช้เกณฑ์พิจารณาดังนี้: ผู้ป่วยได้รับประโยชน์ ผลงานมีคุณค่าน่าเชื่อถือ สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม มีความเป็นไปได้ใน 3 ประเด็น (risk, resource, readiness)

ได้ดำเนินการคัดเลือกผลงานวิจัย จากทั้งหมด 5 เรื่อง คือ 1) การเลิกใช้ humidifier ในการใช้ O₂ cannula 2) เทคนิคการลดไข้ 3) pressure sore 4) การใช้ antiseptic 5) การใส่สายสวนปัสสาวะไม่ให้เกิด UTI และเลือกเรื่องที่ 1 มาดำเนินการต่อ โดยเชิญพยาบาลจากหอผู้ป่วยต่างๆ รวมทั้งอาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ที่สัมพันธ์ กับผลงานวิจัยที่เลือก นำผลงานวิจัย 2 เรื่องและเอกสารวิชาการ 11 เรื่อง มาพิจารณา

ในการแลกเปลี่ยนความรู้ ผู้เชี่ยวชาญได้กล่าวถึงการให้ O₂ ข้อควรระวังในการใช้ O₂ cannula กรรมการเสนอผลงานวิจัย สรุปได้ว่า

- การใช้ humidifier หรือไม่ใช้ humidifier ในผู้ป่วยที่ได้รับ O₂cannula ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
 - จากผลการทดลอง ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ไม่มีอาการไอ เหนื่อย แน่นหน้าอก
- พยาบาลผู้เข้าร่วมประชุมจากหอผู้ป่วยต่างๆ ได้เล่าประสบการณ์ และเสนอแนวคิดจากการไม่ใช้ humidifier พบว่า ไม่มีอาการไอ เหนื่อยหอบและ เปอร์เซ็นต์ O₂ ไม่ลดลง

จากการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ของผู้เข้าร่วม (tacit knowledge) และจากเอกสารผลงานวิจัย บทความ ตำรา คู่มือปฏิบัติการพยาบาล (explicit knowledge) กำหนดแนวทางปฏิบัติการให้ O₂ cannula ดังนี้

- การให้ O₂ cannula ที่มีอัตราการไหลของ O₂ ไม่เกิน 4 ลิตร/นาที ความเข้มข้นของ O₂ ประมาณ 24-40 % ไม่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์เพิ่มความชื้น (humidifier)
- การให้ O₂ ในผู้ป่วยที่ต้องการความเข้มข้นของ O₂ เปอร์เซ็นต์สูงกว่า 24 -40% ควรเปลี่ยนเป็น O₂ mask แทน
- กรณีผู้ป่วยเด็กทารก ควรปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเรื่องโรคระบบทางเดินหายใจในทารก หอผู้ป่วย 6 หน่วยเสนอเป็นหน่วยงานนำร่อง ในการเลิกใช้ humidifier กับ O₂ cannula และรายงานผลการประเมินเมื่อครบ 1 เดือน จากผลการทดลองนำร่อง พบว่า ผู้ป่วยไม่มีความเสี่ยงจากการ



ได้รับ O₂ Cannula without humidifier ลดทรัพยากร ค่าใช้จ่ายไม่เพิ่ม เจ้าหน้าที่ที่มีความพร้อมในการปฏิบัติ

ฝ่ายบริการพยาบาล ได้ทบทวนมาตรฐานการพยาบาล จากประสบการณ์ของ เจ้าหน้าที่ และ ผลงานวิจัย เอกสารทางวิชาการต่างๆ มาปรับมาตรฐาน การพยาบาล เรื่อง “การให้ออกซิเจนทาง nasal cannula” เพิ่มเติม และประกาศใช้ทั่วทั้งองค์กร

ประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยคือ ผู้ป่วยได้รับ O₂ รวดเร็วขึ้น, เคลื่อนย้ายสะดวก, เด็กลดความหวาดกลัวจากอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์, ลดค่าใช้จ่ายการซื้อ humidifier เมื่อต้องมีการให้ O₂ cannula ต่อที่บ้านหลังจำหน่าย, ผู้ป่วยอาจได้รับ O₂ น้อยลง เมื่อใช้ O₂ cannula with humidifier, ผู้ป่วยสุขสบายจากไม่มีหยดน้ำเกาะที่ช่องจมูก

ประโยชน์ต่อองค์กรคือ การเตรียม O₂ cannula รวดเร็วขึ้น, ลดการสั่งซื้อ humidifier, ลดเวลาลดขั้นตอนการทำงานของเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย เกสซักร CSSD, ลดค่าใช้จ่าย ค่าอบ gas ของ humidifier 1 ชิ้นราคาประมาณ 48.50 บาท ค่าน้ำกลั่นปราศจากเชื้อ รวมทั้งค่าใช้จ่ายแฝงอื่นๆ ที่ไม่ได้คำนวณ, ประหยัดพื้นที่จากการจัดเก็บ humidifier และ น้ำกลั่น, เจ้าหน้าที่พึงพอใจ

จากการนำผลการวิจัยมาวิเคราะห์สู่การปฏิบัติเรื่องแรก ทำให้เกิดความมั่นใจของบุคลากร และได้กำหนดเรื่องที่จะดำเนินการต่อไปดังนี้ เทคนิคการลดไข้ วิธีไหนดีที่สุด, คุณภาพเป็นเลิศแน่ ถ้าไม่มีแผล pressure sore, ความหลากหลายในการเลือกใช้ antiseptic, Catheter - Associated UTI ป้องกันได้จริงหรือ



การควบคุมคุณภาพเพื่อลดการถ่ายภาพรังสีซ้ำ

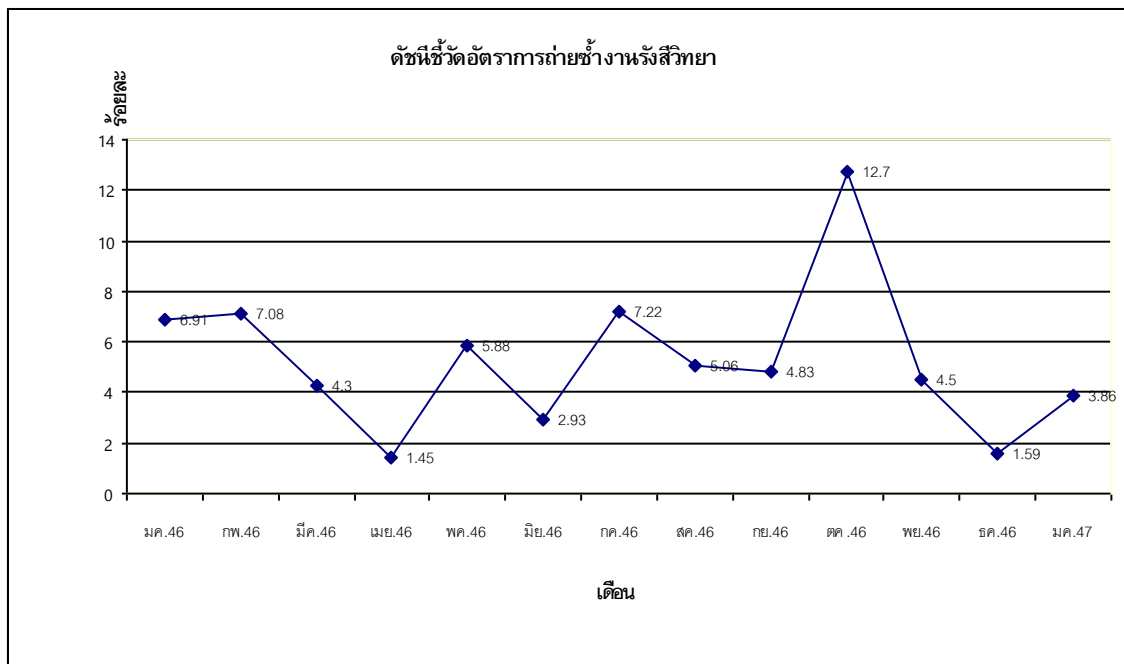
ทีมรังสีวิทยา งานรังสีวิทยา โรงพยาบาลเชียงใหม่

ความเป็นมา: ภาพรังสีที่เหมาะสมสำหรับการวินิจฉัยจะต้องมีคุณภาพได้มาตรฐาน มีรายละเอียดเพียงพอต่อการวินิจฉัย ผู้รับบริการพึงพอใจ บนค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม หากภาพรังสีที่ได้ไม่มีคุณภาพเพียงพอต่อการวินิจฉัยแล้ว จะต้องถ่ายซ้ำ

วัตถุประสงค์: เพื่อลดอัตราการถ่ายซ้ำในงานรังสีวิทยา และลดความเสี่ยงอื่นๆ ที่เป็นผลต่อเนื่อง เช่น ผู้รับบริการได้รับรังสีเพิ่ม เจ้าหน้าที่รับรังสีกระจาย สิ้นเปลืองทรัพยากร ความพึงพอใจลดลง อายุการใช้งานของอุปกรณ์ลดลง การวินิจฉัยของแพทย์ผิดพลาด

ดังนั้นหากสามารถควบคุมและลดอัตราการถ่ายซ้ำได้สามารถที่จะควบคุมและพัฒนากิจกรรมคุณภาพ อื่นควบคู่กันไปในเวลาเดียวกันด้วย

ผลลัพธ์: การควบคุมคุณภาพการบริการ เพื่อลดการถ่ายซ้ำ เริ่มดำเนินการและเก็บข้อมูลตั้งแต่ปลายปี 2545 ซึ่งดัชนีชี้วัดการถ่ายซ้ำในงานรังสีวิทยาพอที่จะสรุปได้ดังนี้



สรุปผล: การดำเนินงานการควบคุมคุณภาพการบริการ เพื่อลดการถ่ายซ้ำ เนื่องจากมีการเพิ่มกิจกรรมคุณภาพอื่นแทรกเข้ามาระหว่างการทำกิจกรรมทำให้ค่าดัชนีชี้วัดมีการปรับเปลี่ยนตลอด และได้จัดทำกระบวนการคุณภาพเพื่อควบคุม ทำให้ดัชนีชี้วัดลดลงอยู่ในภาวะที่ยอมรับได้ในระยะเวลาอันรวดเร็ว ซึ่งพอที่จะสรุปพอสังเขปได้ดังนี้

ระยะแรก ม.ค.46 – เม.ย.46 เป็นระยะเริ่มแรกของการทำกิจกรรม ได้มีการกำหนดแบบและวิธีการจัดเก็บข้อมูลจัดทำวิธีปฏิบัติการคัดกรอง ควบคุมดัชนีชี้วัดให้ลดลงอยู่ในเกณฑ์ของหน่วยงาน

ระยะที่สอง พ.ค.46 – มิ.ย.46 เพิ่มกิจกรรมคุณภาพลดปริมาณรังสี ต้องปรับเปลี่ยนเทคนิคที่ใช้ ปรับตารางเทคนิค จัดทำวิธีปฏิบัติ การทบทวนคุณภาพฟิล์ม, การบันทึกอุปกรณ์



ระยะที่สาม ก.ค.46 – ก.ย.46 เพิ่มกิจกรรมคุณภาพระยะเวลาการรับบริการ เทคนิคที่ใช้ เปลี่ยน ปรับปรุงตารางเทคนิค แยกละเอียด เพิ่มขนาด ,ทำ QC เครื่องมือ ทบทวนหาสาเหตุการถ่ายซ้ำ เพื่อได้แก้ไขปัญหาถูกต้อง

ระยะที่สี่ ต.ค.46 – ม.ค.47 เพิ่มกิจกรรมคุณภาพตามมาตรฐานกองรังสี เปลี่ยนเครื่องเอกซเรย์ ใหม่ขนาด 300 Ma 125 kv เทคนิคที่ใช้เปลี่ยน มีอุปกรณ์เสริม ปรับใช้กระบวนการควบคุมคุณภาพแนว เดิมที่เคยปฏิบัติและสามารถแก้ปัญหา ลดอัตราถ่ายซ้ำได้ มาปฏิบัติให้เข้ากับเหตุการณ์และด้วยความ รับผิดชอบยิ่งขึ้น

แผนที่จะดำเนินการต่อไป เมื่อได้ภาพรังสีที่มีคุณภาพ มีรายละเอียดเพียงพอต่อการวินิจฉัย ผู้รับบริการพึงพอใจ บนค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม แล้วภาพรังสีที่ถ่ายบนอวัยวะเดียวกัน ผู้รับบริการราย เดียวกันแต่คนละช่วงเวลากันหากได้ภาพรังสีที่ไม่ได้มาตรฐานเดียวกันจะทำให้การติดตามพัฒนาการของ โรคเป็นไปได้ยาก หากได้ภาพรังสีที่ถ่ายบนอวัยวะเดียวกัน ผู้รับบริการรายเดียวกันแต่คนละช่วงเวลากัน ได้ภาพรังสีที่มีมาตรฐานเดียวกันจะทำให้การติดตามพัฒนาการของโรคเป็นไปได้ง่ายและแพทย์สามารถ วินิจฉัยได้ง่ายขึ้น จะเป็นผลดีต่อผู้รับบริการโดยตรง

กระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น

กระบวนการกลุ่มและสัมพันธภาพ สมาชิกในกลุ่มมีบทบาทที่พร้อมที่จะตรวจสอบซึ่งกันและกัน และนำข้อเสนอแนะจากการตรวจสอบ มาหารือในกลุ่ม เพื่อกำหนดเป็นวิธีปฏิบัติและมีการปรับปรุง ต่อเนื่อง

แหล่งความรู้เดิมที่นำมาประยุกต์ใช้โดยนำมาจากประสบการณ์จากการปฏิบัติงานจริง,จาก อุปนิสัยทั่วไปของคนไทย มาปรับให้เข้ากับเหตุการณ์และสถานการณ์

ความรู้ใหม่ที่เกิด การพัฒนาคุณภาพในหน่วยงานหากมีการเพิ่มกิจกรรมคุณภาพ จะมี ผลกระทบต่อกระบวนการคุณภาพอื่นอยู่บ้างไม่มากก็น้อยขึ้นอยู่กับว่าจะเกี่ยวพันกันโดยตรงหรือไม่ ฉะนั้นหากจะ พัฒนาหรือเพิ่มกิจกรรมคุณภาพใด ๆ เข้าไปในกระบวนการคุณภาพของหน่วยงานก็ควรที่จะพิจารณาถึง กระบวนการคุณภาพอื่น ๆ ว่าจะกระทบมากน้อยแค่ไหน เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับ กระบวนการคุณภาพอื่น ๆ ที่ปฏิบัติอยู่และมีคุณภาพอยู่แล้วมิให้เกิดผลกระทบมากนัก



โครงการให้ความห่วงใยจากใจยามรักษาการณ์

หน่วยงานรักษาความปลอดภัย โรงพยาบาลป่าแดด อ.ป่าแดด จ.เชียงราย

ปัญหา: ญาติเยี่ยมตึกผู้ป่วยในอยู่กินเวลาและเผ่าไข้กินจำนวนที่กำหนด

ความเป็นมา: เนื่องจากมีหนังสือร้องเรียนผ่านทางตู้รับความคิดเห็น จากญาติผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ด้วยไม่พึงพอใจต่อบริการของโรงพยาบาลที่ปล่อยให้ญาติเยี่ยมจำนวนมากและอยู่เยี่ยมเกินเวลาที่กำหนด ญาติส่งเสียงดังทำให้ ผู้ป่วยถูกรบกวนไม่ได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอ ผู้ป่วยและญาติเตียงใกล้เคียงไม่พึงพอใจเพราะถูกรบกวน เจ้าหน้าที่ทำงานได้ไม่สะดวกและไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากมีญาติอยู่เป็นจำนวนมาก

หลังจากได้รับทราบปัญหา หน่วยงานรักษาความปลอดภัยจึงได้วิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา และพัฒนาระบบการเชิญญาติเพื่อแก้ไขปัญหานั้นภายใต้ชื่อโครงการ “ ให้ความห่วงใยจากใจยามรักษาการณ์ ”

วัตถุประสงค์: 1) เพื่อลดจำนวนญาติผู้ป่วยที่มาเยี่ยมเกินเวลาและจำนวนที่กำหนด 2) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอและหายจากการเจ็บป่วยได้เร็วขึ้น 3) เพื่ออำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงานให้เจ้าหน้าที่ตึกผู้ป่วยใน

ผลลัพธ์: จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าญาติผู้ป่วยเยี่ยมไข้ภายในเวลาและจำนวนที่กำหนดอย่างชัดเจนทำให้เกิดความสะดวกในการปฏิบัติงานทั้งเจ้าหน้าที่ตึกผู้ป่วยในและเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยรวมถึงประชาชนรับทราบระเบียบและระยะเวลาการเยี่ยมไข้และพึงพอใจต่อบริการของโรงพยาบาลมากขึ้น สามารถลดความขัดแย้งระหว่างเจ้าหน้าที่ ญาติและผู้ป่วยเป็นอย่างดี ดังรายละเอียดผลการปฏิบัติงานตามตารางข้างล่าง

การปรับปรุงที่เกิดขึ้น:

1. พัฒนาคู่มือปฏิบัติงานรักษาความปลอดภัย

- กำหนดผู้ประสานงานหลักของหน่วยงานเพื่อทำหน้าที่ประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ
- พัฒนาคู่มือปฏิบัติงานในการเชิญญาติ โดยฝึกบุคลากรภายในหน่วยงานด้วยตนเอง

2. พัฒนาระบบงาน

- กำหนดระเบียบวิธีปฏิบัติในการเชิญญาติที่ชัดเจนและเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยปฏิบัติ ตามอย่างเคร่งครัดเพื่อลดปัญหาการเกรงใจญาติและคนที่รู้จักในพื้นที่
- ชี้แจงญาติให้ทราบระเบียบการเยี่ยมไข้ก่อนให้นอนโรงพยาบาลทุกราย โดย พยาบาลที่ admit center
- แจ้งญาติให้ทราบล่วงหน้าก่อนหมดเวลาเยี่ยมโดยเจ้าหน้าที่ รปภ. และชี้แจงให้ญาติได้เห็น ความสำคัญของการพักผ่อนอาจหายจากการเจ็บป่วยได้เร็วขึ้น

3. พัฒนาด้านการประชาสัมพันธ์แก่ผู้ป่วยและญาติ

- เพิ่มป้ายประชาสัมพันธ์จำนวนมากขึ้นติดตามจุดที่จำเป็นให้ญาติทราบกำหนดเวลาเยี่ยมที่ชัดเจน
- ประชาสัมพันธ์ผ่านเสียงตามสายในโรงพยาบาลถึงกำหนดเวลาเยี่ยม



- ประสานงานกับผู้นำชุมชน และทีมชุมชนสัมพันธ์เพื่อแจ้งให้ประชาชนได้รับทราบ กำหนดการเยี่ยมไข้ของโรงพยาบาล โดยประชาสัมพันธ์ผ่านเสียงตามสายในหมู่บ้านและทุกครั้ง ทีมชุมชนสัมพันธ์ของโรงพยาบาลออกชุมชน (การออกเชิงรุกในชุมชนทำให้ประชาชนได้รับทราบโดยทั่วถึงส่งผลให้ผลลัพธ์ดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจนในเดือนท้ายๆ)

สรุปกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น: 1) ทีมงานได้เรียนรู้กระบวนการพัฒนาคุณภาพของงาน 2) ทีมงานได้มีการพัฒนาทักษะพื้นฐานในการทำงาน 3) ทีมงานรู้จักประสานงานอย่างเป็นระบบทั้งในและนอกหน่วยงาน 4) หน่วยงานมีการทำงานเป็นทีมมากขึ้น 5) ทีมงานได้เรียนรู้การแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ



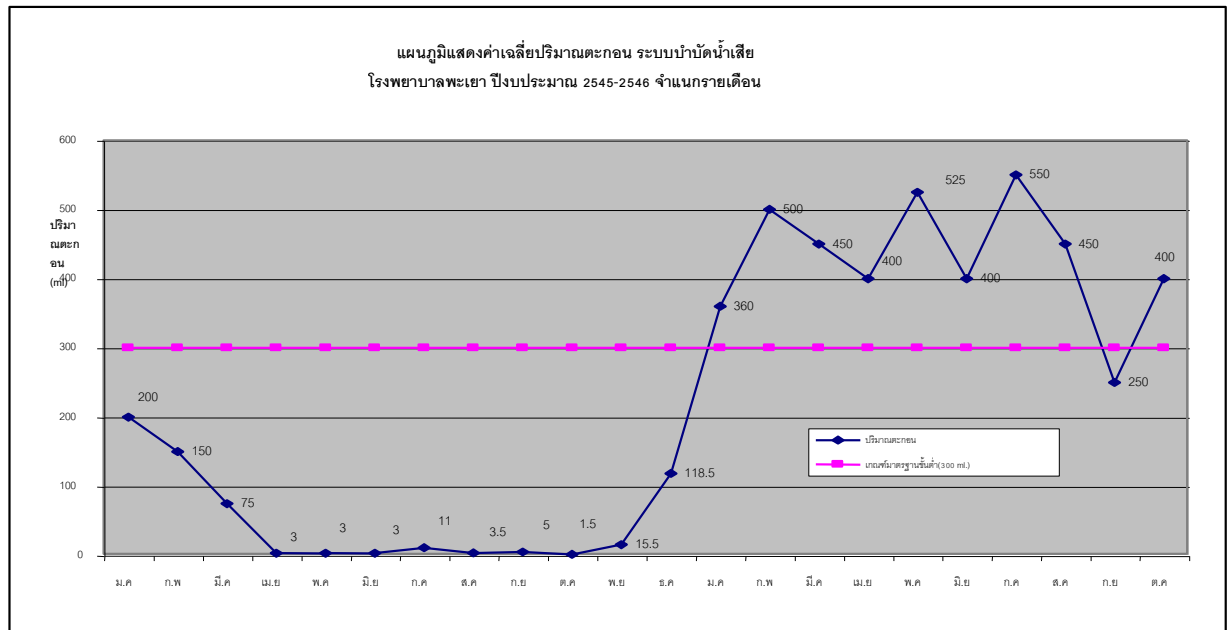
ปัญหาการลดลงของตะกอนในระบบบำบัดน้ำเสีย โรงพยาบาลพะเยา

นายสมบูรณ์ ชันเมือง

ความเป็นมา: โรงพยาบาลพะเยาเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 373 เตียง มีการระบายน้ำเสียสู่แหล่งน้ำสาธารณะประมาณวันละ 500 ลบ.ม/วัน โรงพยาบาลพะเยาได้ให้ความสำคัญในการบำบัดน้ำเสียให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานก่อนที่จะระบายสู่กว๊านพะเยา อย่างไรก็ตามในเดือนมกราคม 2545 ได้เกิดเหตุการณ์ปริมาณตะกอนในระบบบำบัดน้ำเสียมีแนวโน้มลดลงและลดต่ำมากในระหว่างเดือน เมษายน ถึงเดือนกันยายน ซึ่งส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการบำบัดของระบบบำบัดน้ำเสีย ทำให้การกินทำลาย ย่อยสลาย ดูดซับ หรือเปลี่ยนรูปมลสารต่างๆ ลดลง

วัตถุประสงค์: 1) เพื่อเพิ่มปริมาณตะกอนในระบบบำบัดน้ำเสียให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน (250 - 300 ml) 2) เพื่อให้ระบบบำบัดน้ำเสียทำงานเป็นปกติ มีประสิทธิภาพในการบำบัดน้ำเสียสูงสุด 3) 不给น้ำเสียจากโรงพยาบาลส่งผลกระทบต่อชุมชน และสิ่งแวดล้อม

ผลลัพธ์: จากการแก้ไขปัญหาที่บูรณาการหลายด้าน ได้แก่แหล่งกำเนิดน้ำเสีย ระบบการดูแลพัฒนาเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล ตลอดจนการประสานงานความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ในเดือนธันวาคม 2545 ปริมาณตะกอนได้มี แนวโน้มเพิ่มขึ้นตามลำดับจนอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน



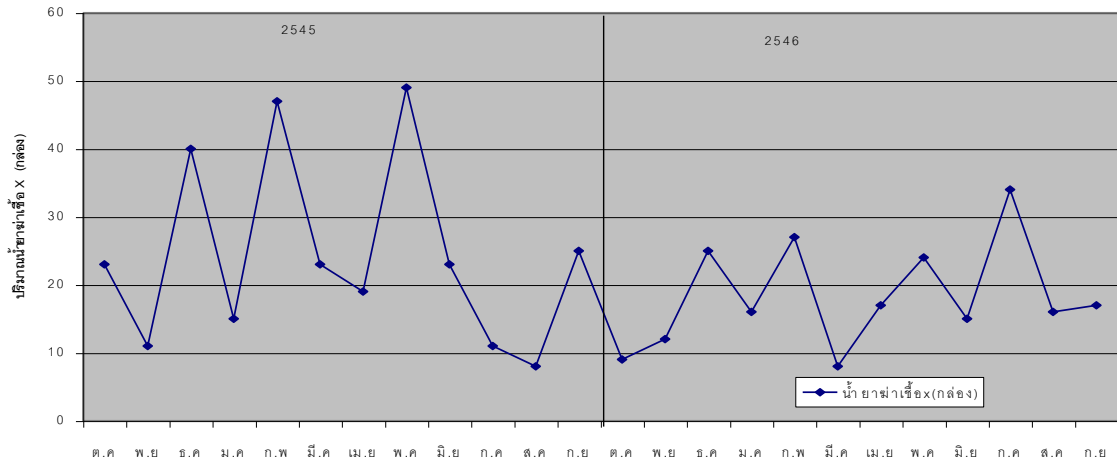
การปรับปรุงที่เกิดขึ้น: งานอนามัยสิ่งแวดล้อม กลุ่มงานเวชกรรมสังคม ได้ประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้อง/ปรึกษา ผู้เชี่ยวชาญในการร่วมกันวิเคราะห์หาสาเหตุและดำเนินการแก้ไขปัญหาสรุปได้ดังต่อไปนี้

ระหว่างเดือน ม.ค- พ.ค 45 ปริมาณตะกอนได้ลดลงอย่างต่อเนื่อง ในช่วงดังกล่าวมีการใช้น้ำยาฆ่าเชื้อชนิดหนึ่งมากขึ้นชัดเจน ซึ่งน้ำยาฆ่าเชื้อชนิดนี้มีความคงตัวสูง เมื่อละลายน้ำจะให้ available chlorine มีฤทธิ์ฆ่าเชื้อได้ตลอดอายุการใช้งาน 24 ชั่วโมง มีฤทธิ์ฆ่าเชื้อ broad spectrum ซึ่งจากปริมาณ



การใช้และคุณสมบัติของน้ำยาฆ่าเชื้อโรคดังกล่าวย่อมมีผลต่อจุลินทรีย์ของระบบบำบัดน้ำเสีย จากการวิเคราะห์คุณภาพน้ำเสีย พบว่าปริมาณออกซิเจนละลายน้ำ (DO) มีแนวโน้มลดลงอยู่ในระดับที่ต่ำกว่า

แผนภูมิแสดงปริมาณการใช้ยาฆ่าเชื้อ x โรงพยาบาลพะเยา ปีงบประมาณ 2545-2546 จำแนกรายเดือน



มาตรฐาน

ได้มีการประสานไปยังเทศบาลเมืองพะเยาในการนำเอาสิ่งปฏิกูลมาใส่ใน คลองวนเวียนฯ จำนวน 4 คันรถเพื่อเพิ่มจุลินทรีย์ในระบบ มีการปรับระดับของประตูน้ำคลองวนเวียนให้สูงขึ้นเพื่อให้ระดับน้ำในคลองวนเวียนสูงขึ้นใบพัดเติมอากาศก็จะสัมผัสผิวน้ำได้มากขึ้นทำให้ปริมาณออกซิเจนในคลองวนเวียนเพิ่มมากขึ้น และสำรวจการใช้สารเคมีและขอความร่วมมือในการลดการใช้ยาฆ่าเชื้อโรคชนิดนี้ และมีการติดตามนิเทศงานผู้ดูแลระบบอย่างสม่ำเสมอ

ระหว่างเดือน มิ.ย- ส.ค 45 ได้เกิดเหตุการณ์ฝนตกหนักในเดือน มิ.ย น้ำฝนได้เอ่อท่วมเข้ามาในระบบบำบัดจำนวนมาก ส่งผลให้ปริมาณตะกอนยังไม่เพิ่มขึ้น แม้จะว่าปริมาณการใช้ยาฆ่าเชื้อดังกล่าวจะลดลง และปริมาณออกซิเจนละลายน้ำ (DO) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ยังอยู่ในระดับที่ต่ำกว่ามาตรฐาน)

การดำเนินการได้มีการสำรวจแนวท่อต่างๆของระบบบำบัดน้ำเสีย พบว่าในบางจุดที่มีการก่อสร้างอาคารบ้านพักมีการถมบ่อพิกระบบบำบัดน้ำเสีย และบางจุดมีการต่อท่อระบายน้ำฝนเข้าระบบบำบัดน้ำเสีย ได้ประสานงานกับฝ่ายบริหารงานทั่วไปในการแก้ไข และได้ประสานงานไปยังศูนย์อนามัยสิ่งแวดล้อมเขต 10 ลำปาง เพื่อขอคำแนะนำในการแก้ไขปัญหา และทางศูนย์อนามัยสิ่งแวดล้อมได้ส่งนักวิชาการมาศึกษาและให้คำแนะนำว่าน่าจะมีสาเหตุจากการใช้สารเคมีและการที่น้ำฝนเอ่อท่วมเข้าระบบ ในด้านการพัฒนาเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลได้มีการประชุมผู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบบำบัดน้ำเสีย เพื่อพิจารณาหาทางแก้ไขปัญหา และที่ประชุมได้มีการสรุปว่าเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลระบบต้องปฏิบัติงานอย่างเคร่งครัด โดยได้มีการจัดทำตารางการดูแลประจำวัน , สัปดาห์, เดือน, ปี

นอกจากนี้ยังได้ส่งเจ้าหน้าที่ที่มาประจำแผนกบำบัดน้ำเสียใหม่ไปศึกษาดูงานการดูแลระบบบำบัดน้ำเสีย ณ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ระยะเวลา 5 วัน อันจะทำให้เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลระบบมีความรู้และทักษะในการดูแลระบบบำบัดน้ำเสีย ในเดือนก.ค 2545 งาน IC กลุ่มงานการพยาบาล



ได้นำเอาเทคโนโลยีชีวภาพคือจุลินทรีย์ EM มาใช้ในหอผู้ป่วยต่างๆ แทนน้ำยาฆ่าเชื้อต่างๆทำให้ลดปริมาณการใช้สารเคมี และยังเป็น การเพิ่มปริมาณจุลินทรีย์ในระบบบำบัดน้ำเสีย

ระหว่างเดือน ก.ย 45 - ม.ค 46 เดือน ก.ย 45 ได้ประสานไปยังศูนย์อนามัยสิ่งแวดล้อมเขต 10 ลำปางเพื่อขอคำแนะนำในการแก้ไขปัญหาและทางศูนย์อนามัยสิ่งแวดล้อมได้ส่งนักวิชาการมาศึกษาสภาพปัญหาอีกครั้งหนึ่ง และได้แนะนำว่าระบบอาจจะต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นตัวระยะหนึ่ง ในปลายเดือน พ.ย 45 เจ้าหน้าที่งานอนามัยสิ่งแวดล้อมได้แนะนำให้ เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลระบบบำบัดน้ำเสีย ปิดประตูน้ำเข้าคลองวนเวียนคลองที่ 1(7 วัน)เพื่อให้ น้ำเสียผ่านเข้าคลองวนเวียนที่ 2 และให้สูบตะกอน ส่วนเกินจากบ่อตกตะกอนในคลองที่ 2 เพียงคลองเดียวเพื่อเพิ่มปริมาณตะกอนให้มากขึ้นในขณะที่ ปริมาณน้ำเสียเท่าเดิม สถานการณ์เริ่มดีขึ้นปริมาณตะกอนในคลองที่ 2 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ใน ต้นเดือน ธ.ค 45 ได้เปิดให้น้ำไหลผ่านทั้ง 2 คลอง ปริมาณตะกอนทั้ง 2 คลองได้เพิ่มขึ้นเล็กน้อย 9 ธ.ค 45 ใบบัดเติมอากาศของคลองที่ 1 ชำรุด จึงปิดคลองที่ 1 ไปประมาณ 1 เดือน เพื่อซ่อมแซม โดยให้น้ำเสีย ผ่านคลองที่ 2 เพียงคลองเดียวปริมาณตะกอนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ (60-400 ml) จนกระทั่ง 17 ม.ค 45 ใบบัด คลองที่ 1 ซ่อมเสร็จจึงเปิดให้น้ำเสียผ่านทั้ง 2 คลอง ปริมาณตะกอนได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั้ง 2 คลอง จนถึงปัจจุบัน(300-600 ml)

สรุป: สาเหตุของปัญหาน่าจะมาจากมีการใช้สารเคมีมากเกินไปจนกระทั่งส่งผลต่อจุลินทรีย์ในระบบบำบัดน้ำเสีย ส่วนกลวิธีที่แก้ไขปัญหาที่สำคัญคือการลดการใช้สารเคมีโดยมีการสำรวจและขอความร่วมมือจากทุกฝ่าย มีการนำเอาจุลินทรีย์ (EM) มาใช้แทนน้ำยาฆ่าเชื้อซึ่งนอกจากจะเป็นการลดสารเคมีแล้วยังเป็นการเพิ่มจุลินทรีย์ให้แก่ระบบบำบัดน้ำเสีย ในขณะเดียวกันก็มีการสำรวจแนวท่อ/ปรับปรุงแก้ไขไม่ให้ น้ำฝนเข้ามาในระบบ พัฒนาความรู้/ทักษะของผู้ดูแลระบบ ตลอดจนการประสานงานระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องของทั้งภายในและนอกหน่วยงาน

แผนที่จะดำเนินการต่อไป:

1. การบริหารจัดการสารเคมีในหน่วยงาน โดยมีผู้รับผิดชอบชัดเจน, มีฐานข้อมูลสารเคมีของหน่วยงาน ตลอดจนมีการประสานงานระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องในการซื้อ/ใช้/ผู้บำบัด
2. การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ข้อมูลระบบบำบัดน้ำเสีย แก่ทุกคนในหน่วยงาน/ชุมชน ให้มีความรู้ความเข้าใจในกระบวนการบำบัดน้ำเสียของหน่วยงาน ตลอดจนการปฏิบัติที่ถูกต้องในการที่จะส่งเสริมสนับสนุนให้ระบบบำบัดน้ำเสียมีประสิทธิภาพ
3. การรณรงค์ปลูกฝังจิตสำนึก ค่านิยม ทศนคติและความตระหนักในการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เช่น การรณรงค์ให้มีการประหยัดน้ำ และรักษาความสะอาดภายในหน่วยงาน ควรมีการรณรงค์จุดกระแสในเรื่องดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการปฏิบัติในเรื่องเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมมักจะขึ้นอยู่กับกระแสในหน่วยงาน/ชุมชน/สังคมมักจะปฏิบัติตามกลุ่มคนในชุมชน

กระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น:

จะเห็นได้ว่าการแก้ไขปัญหาการลดลงของตะกอนในระบบบำบัดน้ำเสีย ต้องมีการประสานความร่วมมือทั้งในระดับบุคคลไม่ว่าจะเป็นผู้ที่เป็นแหล่งกำเนิดน้ำเสีย, ผู้มีหน้าที่ดูแลระบบ ตลอดจนการบริหารจัดการที่ดี ทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องภายในองค์กรในเรื่องของความรู้, ทักษะ ตลอดจนเข้าใจบทบาทหน้าที่ซึ่งกันและกัน มีความสัมพันธ์กันมากขึ้น สิ่งเหล่านี้เกิดขึ้นเนื่องจากทุกคนยึดปัญหาเป็นหลัก และให้ความร่วมมือมีการดำเนินการในลักษณะผสมผสาน รวมทั้งการ



ประสานงานกับหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง โดยมีคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมเป็นผู้ประสานงานทำให้การแก้ไขปัญหาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ในส่วนของ การเรียนรู้ระหว่างหน่วยงานได้มีการประสานงาน/ให้ความช่วยเหลือด้านความรู้, ทักษะ เป็นแหล่งศึกษาดูงานและเรียนรู้ร่วมกันในด้านต่างๆของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น เทศบาล, โรงพยาบาลใกล้เคียง, ศูนย์อนามัยสิ่งแวดล้อม(สำนักงานสิ่งแวดล้อม) เป็นต้น

นอกจากนี้ยังมีการนำเอาแนวคิดอื่นๆมาประยุกต์ใช้ในการแก้ปัญหา เช่น “แนวคิดแมว” จากหนังสือ "ไอเดียเด็ดๆ & เคล็ดลับ สร้างธุรกิจใหม่ ในสไตล์ของคุณเอง" แปลโดย บัณฑิต ประดิษฐาณรงค์ จาก "Jibun Size no Business o Tsukuru Me no tsukedomo oshiemasu" เขียนโดย Nobuhiko Aikawa ว่ากันว่าเขตแดนของแมวเท่ากับรัศมี 500 เมตร ภายในขอบเขตนี้แมวจะมีข้อมูลต่างๆ อย่างครบถ้วน เช่น มีอาหารอยู่ตรงไหน ตรงไหนปลอดภัย ภายในเขตแดนของตนนั้น แมวจะต้องรู้แม้กระทั่งเรื่องเล็กๆ น้อยๆ อย่างถั่ว เพราะเป็นสัญชาตญาณในการที่จะป้องกันตัวและเพื่อความอยู่รอดของตนเอง เป็นแนวคิดธุรกิจที่จำกัดพื้นที่ ต้องสำรวจพื้นที่หรือเขตแดนของตัวเองให้ละเอียด ก็อาจจะพบธุรกิจที่สามารถตอบสนองความต้องการของลูกค้าได้ ซึ่งสามารถนำมาใช้ในการศึกษาสภาพปัญหาต่างๆ ของระบบบำบัดน้ำเสียได้เป็นอย่างดี

จากผลการแก้ไขปัญหาในครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า ปัญหาการลดลงของตะกอนในระบบบำบัดน้ำเสีย เป็นปัญหาเชิงระบบมีความละเอียดอ่อนต้องมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพราะระบบบำบัดน้ำเสียเป็นระบบที่มีการทำงานทางชีวภาพ หากเกิดปัญหาขึ้นในระบบแล้วไม่รีบดำเนินการแก้ไขก็จะทำให้เกิดผลกระทบต่อเนื่องกันเป็นระบบ และกว่าจะดำเนินการแก้ไขให้ระบบกลับสู่ภาวะปกติได้ต้องใช้เวลาอัน จึงจำเป็นต้องมีการปรับกระบวนการใน การแก้ไขปัญหาของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหา ทั้งในระดับบุคคล และในระดับหน่วยงาน จากแนวคิดที่มองปัญหาแก้ปัญหาแบบแยกส่วน ขาดการมองปัญหาอย่างเชื่อมโยง ขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงานทั้งภายในภายนอกหน่วยงาน ต่างคนต่างทำ และมักปิดความรับผิดชอบไปให้ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง อีกทั้งกลวิธีในการแก้ปัญหาก็จะมีการเน้นไปทางใดทางหนึ่ง ขาดการผสมผสานไปสู่การมองปัญหาโดยยึดหลักการบูรณาการใช้กลวิธีหลายๆวิธีร่วมกัน (integrated) มองปัญหาในลักษณะองค์รวม(holistic) ยึดปัญหาและการมีสุขภาพอนามัยที่ดีและสิ่งแวดล้อมเป็นหลักเนื่องจากทุกส่วนทุกระดับมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงส่งผลกระทบซึ่งกันและกัน ดังคำกล่าวที่ว่า”เด็ดดอกไม้สะเทือนถึงดวงดาว



“B60: KPI วัดอย่างไรให้สมดุล”

ที่มา

การวัด KPI ที่เหมาะสมมีความสำคัญต่อการพัฒนาองค์กรไปในทิศทางที่ต้องการ ขณะนี้โรงพยาบาลต่างๆ มีปัญหาการคัดเลือก KPI และการนำไปใช้ประโยชน์ บางโรงพยาบาลนำแนวคิด BSC มาใช้แต่ไม่สามารถเชื่อมโยงเข้ากับหน้าที่หลักของตนคือการดูแลผู้ป่วยได้ มิได้นำเอา health outcome เข้ามาพิจารณา เพราะไปเลียนแบบ model ทางธุรกิจซึ่ง customer perspective จะเน้นที่ความพึงพอใจและ royalty เป็นหลัก ขณะเดียวกันการวัดในส่วนที่เกี่ยวข้องกับเจ้าหน้าที่ก็ยังมีสิ่งที่ชี้ทิศทางของการพัฒนาได้ชัดเจน นอกจากนี้ยังไม่มีระบบที่จะเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลเพื่อเป็นแรงกระตุ้นการพัฒนา

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าประชุมได้เห็นแนวทางที่จะเชื่อมโยงการวัดใน model หรือระบบต่างๆ ของโรงพยาบาลเข้ามาเป็นระบบเดียวกันอย่างสมดุล เห็นคุณค่าของการวัดที่การนำไปใช้ประโยชน์ และเห็นความสำคัญของการเปรียบเทียบหรือ benchmark กันระหว่างโรงพยาบาล

เนื้อหาที่จะนำเสนอ

1. แนวคิดการวัดที่สมดุล ตัวอย่างความสมดุลการวัดใน model ต่างๆ เช่น CCHSA, MBNQA, BSC, Intellectual Capitals
2. ตัวอย่างวิธีการและการใช้ประโยชน์จากการวัด Intellectual Capitals ในภาคเอกชน (นำเสนอโดยคุณเชษฐ)
3. ตัวอย่างการวัดในมิติต่างๆ จากโรงพยาบาลและการนำไปใช้ประโยชน์
4. ข้อเสนอในการรวม model เหล่านั้นเข้าด้วยกัน และใช้เป็นแนวทางสำหรับโรงพยาบาลในการ monitor performance ของตน (อาจจะใช้ BSC เป็นหลักและปรับให้กว้างขึ้น เช่น customer perspective ครอบคลุม health outcome เข้าไปด้วย, learning & growth ครอบคลุม intellectual capitals เข้าไปด้วย, financial perspective ครอบคลุมให้ใหญ่ขึ้นเพื่อครอบคลุม social responsibility & governance ด้วย เป็นต้น)
5. การเชิญชวนให้โรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการ share ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบ KPI ซึ่งจะช่วยให้ทราบว่าตนเองอยู่ตรงไหนเทียบกับผู้อื่น

วิทยากร

นายเชษฐ เชษฐสันติกุล	บริษัทชายเมทิส จำกัด
นพ.สันต์ ใจยอดศิลป์	โรงพยาบาลพญาไท 2
พญ.สุวรรณา ตีระวนิชย์	โรงพยาบาลแพร์
นพ.ชูชาติ วินิตพัฒนกุล	โรงพยาบาลกรุงเทพ
รศ.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



วัดคุณภาพอย่างสมดุล

รศ.นพ. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์

การวัดหรือประเมินคุณภาพของงานหรือบริการการดูแลสุขภาพที่เราให้แก่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ เป็นหัวใจสำคัญประการหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพ ด้วยเหตุที่การวัดคุณภาพช่วยให้เราทราบถึง สถานะปัจจุบันของระบบการทำงาน ตลอดจนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาคุณภาพ ซึ่งเหตุผล ประการหลังจะเอื้ออำนวยให้เกิดการเรียนรู้ของทีมงานและองค์กร ตามวงล้อ P-D-C-A ยิ่งไปกว่านั้น เรามองว่าการสร้างเครื่องชี้วัด (indicator) ยังเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการกำหนดจุดเน้นและสร้างรูปธรรม ของเป้าหมายในการพัฒนา เข้าทำนองที่ว่า “ถ้าวัดไม่ได้ ก็บริหารไม่ได้” ดังนั้น การวัดจึงกลายเป็น เครื่องมือที่สำคัญ ทั้งเพื่อการวางแผน การนำสู่การปฏิบัติ การประเมินผล และการชำระมาตรฐานของการทำงาน

การใช้เครื่องชี้วัดเป็นเครื่องมือเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลอย่างเต็มที่ ใน กระบวนการพัฒนาคุณภาพ จำเป็นต้องคำนึงถึงสมดุลในเรื่องต่อไปนี้

- การถ่ายทอดรูปธรรมของยุทธศาสตร์หรือเป้าหมายของการพัฒนา ซึ่งสะท้อนจุดเน้นที่ต้องการทำให้ ดียิ่งขึ้น และการติดตามการทำงานประจำวัน ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในการธำรงรักษาสิ่งที่ทำไว้ดีอยู่แล้ว
- การประเมินผลลัพธ์ ที่เป็นสิ่งบอกถึงผลสุดท้ายที่เกิดขึ้นกับผู้รับผลงาน และ การประเมิน กระบวนการทำงาน ซึ่งเป็นสิ่งบ่งบอกถึงการกระทำหรือกิจกรรมของผู้ให้บริการ
- ผลลัพธ์ด้านคุณภาพที่เกิดขึ้น และผลลัพธ์ด้านการเงินที่บรรลุ ต้นทุนหรือทรัพยากรที่ต้องใช้ไป ซึ่งมี ผลต่อความอยู่รอดและความยั่งยืนขององค์กร
- สิ่งที่เป็นความสำเร็จที่เป็นรูปธรรม ซึ่งเป็นการประเมินผลสำเร็จที่ผ่านมา และการประเมินศักยภาพ ของระบบและทีมงาน อันเป็นตัวประเมินการเรียนรู้และการพัฒนา ซึ่งช่วยผลักดันองค์กรไปสู่ ความสำเร็จในอนาคต
- การวัดสิ่งที่สำคัญให้ได้ตรงประเด็น และความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ทำให้การวัดอาจไม่สามารถ ทำได้โดยตรง อาจใช้ตัวแทน (proxy) ซึ่งไม่สมบูรณ์แบบ

การวัดคุณภาพจึงต้องไม่ใช่เพียงการนำระบบชี้วัดหรือเครื่องชี้วัดที่มีผู้อื่นใช้หรือกำหนดให้มาใช้ แต่ต้องเลือกและประยุกต์ให้สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงขององค์กร



สมดุลของตัวชีวิต

เชษฐ เชษฐสันติคุณ

ในเศรษฐกิจฐานความรู้ ความมั่งคั่งและการเจริญเติบโตจะถูกผลักดันจากสินทรัพย์ที่เป็นนามธรรม (Intangible Assets) หรือทุนทางปัญญา (Intellectual Capital) ตัวอย่างขององค์กรฐานความรู้ที่มักจะได้รับยกย่องถึงอยู่เสมอได้แก่ บริษัทแกแล็กโซ สมิธไคลน์ และไมโครซอฟท์

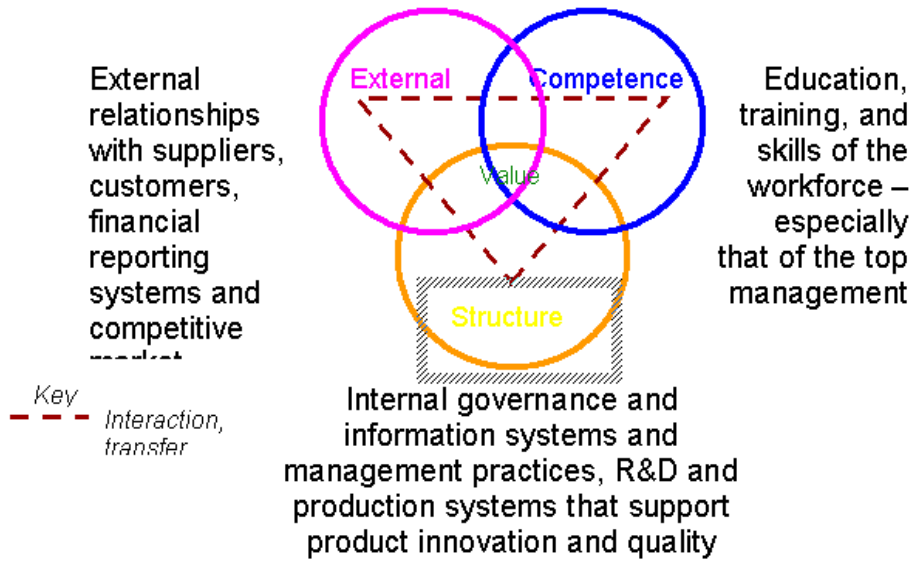
งานวิจัยหลายชิ้นแสดงให้เห็นว่า มูลค่าของธุรกิจในปัจจุบันมีสัดส่วนของสินทรัพย์ถาวรน้อยลง ซึ่งสอดคล้องกับการเติบโตของเศรษฐกิจฐานความรู้ ขณะที่มูลค่าสินทรัพย์ของแกแล็กโซ สมิธไคลน์ตามบัญชีมีอยู่ประมาณ 9 พันล้านปอนด์ มูลค่าของบริษัทตามราคาในตลาดหลักทรัพย์สูงถึง 120 พันล้านปอนด์ ส่วนล้ำมูลค่าทางบัญชีดังกล่าว สะท้อนให้เห็นถึงความเชื่อมั่นของตลาดในความสามารถในการทำกำไรในอนาคต ทักษะการบุคคล และมูลค่าในอนาคตของงานวิจัยและพัฒนาผลิตภัณฑ์ใหม่ ๆ

ในยุคของการแข่งขันที่ไร้พรมแดน องค์กรความรู้ขององค์กร ความเชี่ยวชาญ และขีดความสามารถที่ยากต่อการเลียนแบบ เป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างความสามารถในการแข่งขัน ซึ่งทำให้องค์กรธุรกิจสามารถที่จะสร้างข้อได้เปรียบในการแข่งขันจาก monopolistic rent หรือ economies of scale และ economies of scope

ความเข้าใจเรื่องสินทรัพย์ที่เป็นนามธรรมได้มีการพัฒนาไปอย่างก้าวกระโดด นับแต่กลางทศวรรษที่ 1980 เมื่อคาร์ล-อริค สวีบี ได้ให้นิยามของสินทรัพย์ที่เป็นนามธรรมแก่ผู้บริหารในกลุ่มประเทศในยุโรปตอนเหนือและสแกนดิเนเวีย หลังจากนั้น ได้มีการเสนอแนวคิดใหม่ ๆ ทางบัญชีเพื่อให้จำกัดความ วัดมูลค่า และเพื่อบริหารจัดการสินทรัพย์เหล่านี้ นอกจากวิธีการของคาร์ล-อริค สวีบี และ ลีฟ เอ็ดวินสัน ก็ยังมีแนวคิดเรื่อง Balanced Scorecard ซึ่งถูกเสนอขึ้นมาโดยนอร์ตันและแคปแลน

ในหนังสือเรื่อง The New Annual Report คาร์ล-อริค สวีบี ได้เขียนไว้ในปี 1988 ว่าสินทรัพย์ที่เป็นนามธรรมของบริษัทนั้น มีองค์ประกอบอยู่สามประการ ซึ่งภายหลัง ได้มีการนำเอาแบบจำลองนี้ไปใช้กันอย่างแพร่หลายในสแกนดิเนเวีย และในสหรัฐอเมริกาและแคนาดา องค์ประกอบทั้งสามนั้นได้แก่

- ความสามารถเฉพาะตัวของพนักงาน (Individual Competence) ได้แก่ ระดับการศึกษา การฝึกอบรม และทักษะความชำนาญของพนักงาน เฉพาะอย่างยิ่ง พนักงานในระดับบริหารและกรรมการบริษัท)
- โครงสร้างภายใน (Internal Structure) อาทิเช่น บรรษัทภิบาล ระบบสารสนเทศและระบบการบริหารจัดการ การวิจัยและพัฒนา และระบบการผลิตที่ส่งเสริมนวัตกรรมและคุณภาพ ลิขสิทธิ์ และทรัพย์สินทางปัญญา)
- โครงสร้างภายนอก (External Structure) ได้แก่ ความสัมพันธ์กับลูกค้า ลูกค้า ตรายี่ห้อและความรู้เกี่ยวกับตรายี่ห้อ



จากมุมมองของการบริหารสินทรัพย์ที่เป็นนามธรรม พลวัตระหว่างองค์ประกอบทั้งสามประการ ซึ่งจะเกิดขึ้นได้จากการไหลเวียนของความรู้ (Knowledge Flow) ในองค์กรและวัฒนธรรมแห่งการเรียนรู้ สามารถที่จะเปลี่ยนให้เป็นการมีความมั่งคั่ง และความสามารถในการแข่งขันในเศรษฐกิจฐานความรู้

องค์กรที่มีความสามารถในการสร้างให้เกิด synergy ระหว่างองค์ประกอบทั้งสาม และความสามารถในการใช้ประโยชน์จากการไหลเวียนของความรู้ (Knowledge Flow) จะเป็นปัจจัยที่สำคัญในการสร้างมูลค่าเพิ่มที่ยั่งยืนแก่องค์กรในอนาคต

การสร้างตัวชี้วัด เพื่อประเมินสถานภาพของสินทรัพย์ที่เป็นนามธรรมทั้งสามประการ จึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับกระบวนการจัดการความรู้ เพื่อสร้างความสามารถในการแข่งขันในระยะยาว นวัตกรรมของสินค้าและบริการ และการสร้างมูลค่าให้กับองค์กรในระยะยาว

สมดุลย์ของตัวชี้วัด จึงมีความสำคัญ เพราะองค์รวมของตัวชี้วัด เป็นภาพสะท้อนแนวคิดด้านกลยุทธ์ การจัดการ และทิศทางของการพัฒนาองค์กร ดังนั้น การวัดประสิทธิภาพเพียงมิติเดียว จึงไม่น่าจะเพียงพอ

เนื้อหาวิชาการที่จะนำเสนอ เป็นการพิจารณาแนวทางการกำหนดตัวชี้วัด ที่เสนอโดยศาสตราจารย์ คาร์ล-อีริค สวีบี และการเชื่อมโยงตัวชี้วัดเข้ากับกลยุทธ์องค์กรที่ตั้งอยู่บนฐานความรู้



การพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพระดับโรงพยาบาลโดยใช้การวิเคราะห์หลายมุมมองแบบสมดุล (Balanced Scorecard)

พญ.สุวรรณา ตีระวนิชย์ โรงพยาบาลแพร์

เป้าหมายของการพัฒนาคือ พัฒนาเครื่องชี้วัดผลงานระดับโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพในช่วงเริ่มต้นได้นำความรู้ในการพัฒนาเครื่องชี้วัดผลงานของโรงพยาบาล จาก พรพ.มาใช้ 1 ปี ในระหว่างการพัฒนา มีการปรับเครื่องชี้วัดและปรับรายละเอียดการจัดเก็บข้อมูลให้เหมาะสมกับสภาพโรงพยาบาล ซึ่งปัจจุบันอุปสรรคคือไม่สามารถเชื่อมโยงไปถึงหน่วยงานย่อยได้ หน่วยงานไม่รับรู้และตระหนักถึงความสำคัญ การจัดเก็บข้อมูลไม่สามารถเชื่อมโยงจากฐานข้อมูลโดยตรงทำให้เป็นภาระของหน่วยงาน อีกทั้งไม่สามารถบอกถึงการบรรลุเป้าหมาย พันธกิจ วิสัยทัศน์โดยรวมของโรงพยาบาลได้ ตัวชี้วัดบางตัวไม่มีความไว ไม่สะท้อนถึงคุณภาพ จึงได้มีการปรับ เช่น อัตราการเกิด ADR ซ้ำ การเกิดปฏิกิริยาจากการให้เลือด ตลอดระยะที่เฝ้าระวัง พบว่าไม่เกิดขึ้นเลย เปลี่ยนมาเป็นอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา อัตราการเกิด Near miss matching แทน ซึ่งได้นำข้อมูลเครื่องชี้วัดมาวิเคราะห์นำเสนอและนำไปใช้ในการพัฒนางานได้

แม้มีการเปลี่ยนการเฝ้าระวังและวิเคราะห์เครื่องชี้วัดกลุ่มใหม่แล้วก็ตาม ยังพบว่ายังไม่ครอบคลุมการบรรลุพันธกิจของโรงพยาบาลทั้งหมด จึงมีการทบทวนเป้าหมายและนำมาสู่การใช้การวิเคราะห์หลายมุมมองแบบสมดุล (Balanced Scorecard) เกิดเครื่องชี้วัดตามวัตถุประสงค์ทุกมุมมอง และใช้เป็นการพยากรณ์ความสำเร็จของโรงพยาบาลในการบรรลุเป้าหมาย ในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา มีการเชื่อมโยงเครื่องชี้วัดระดับหน่วยงานเข้าร่วมเป็นเครื่องชี้วัดระดับโรงพยาบาล โดยหน่วยงานนำเครื่องชี้วัดจาก Balanced Scorecard ของโรงพยาบาลไปดำเนินการให้สอดคล้อง เพื่อผลักดันให้โรงพยาบาลสามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ มีแผนพัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลของเครื่องชี้วัดให้มีความรวดเร็ว ถูกต้องเพิ่มขึ้นด้วยระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

จากการประเมินผลการดำเนินงานตามเครื่องชี้วัดในไตรมาสแรก พบว่าโรงพยาบาลยังขาดผลลัพธ์ในมุมมองการเรียนรู้และพัฒนา ที่บอกว่าบุคลากรมีความสามารถอย่างไร องค์กรมีการเติบโตอย่างไร เนื่องจากการวัดอัตราการพัฒนาบุคลากรจากการอบรมที่ทำอยู่ ไม่สามารถบอกได้ชัดเจนว่าบุคลากรนั้นมีทักษะหรือความสามารถที่ต้องการจริงหรือไม่ และตรงตามประเด็นที่องค์กรต้องการหรือไม่ อย่างไรก็ตามโรงพยาบาลได้วัดปัจจัยอื่นที่จับต้องไม่ได้แต่เกิดคุณค่าแก่องค์กร เช่น การวัดบรรยากาศองค์กร เป็นต้น และจะต้องมีการศึกษาตัวชี้วัดเพิ่มเติมในเรื่อง Intellectual Capital ต่อไป



“B61: กระบวนการสันติวิธีกับคุณภาพ”

ที่มา

การเปลี่ยนแปลงและปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ส่งผลให้เกิดความขัดแย้งมากขึ้น ทั้งที่ซ่อนตัวและที่ปรากฏชัดเจน ทั้งระหว่างผู้ให้บริการด้วยกันเอง และระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ ความขัดแย้งดังกล่าวมีผลกระทบต่อคุณภาพการให้บริการ มีแนวคิดที่จะนำกระบวนการสันติวิธีมาใช้จัดการกับความขัดแย้งในระบบสุขภาพโดยเริ่มต้นในลักษณะงานวิจัย

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าประชุมได้รับทราบแนวโน้มของความขัดแย้งในระบบสุขภาพ การวินิจฉัย แนวคิดเรื่องกระบวนการสันติวิธี และโอกาสที่จะนำมาใช้ในการแก้ไขความขัดแย้งในระบบสุขภาพ

เนื้อหาที่จะนำเสนอ

1. แนวคิดเรื่องความขัดแย้ง ความรุนแรง สันติวิธี
2. แนวโน้มความขัดแย้งในระบบสุขภาพ กรณีตัวอย่าง คำอธิบายความรุนแรงที่เกิดขึ้น
3. พัฒนาการการใช้กระบวนการสันติวิธีที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพทั้งในและต่างประเทศ
4. ประสบการณ์การแก้ไขความขัดแย้งที่ผ่านมาของโรงพยาบาล และข้อเสนอแนวทางการนำกระบวนการสันติวิธีมาใช้กับกรณีดังกล่าว

วิทยากร

ศ.นพ.วันชัย วัฒนศัพท์	ผู้อำนวยการศูนย์สันติวิธีและธรรมาภิบาล สถาบันพระปกเกล้า อดีตคณบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์	สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ



“ทางออกของทางตันแห่งหลักประกันการบริการการแพทย์”

ศ.นพ.วันชัย วัฒนศัพท์

ความพยายามในการจัดการบริการสาธารณสุขเพื่อตอบสนองประชาชนให้เป็นไปตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 คือ รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง (ม.82) จึงทำให้มีมาตรการต่าง ๆ ออกมาเพื่อสร้างหลักประกันและมาตรฐาน นับตั้งแต่การจัดให้มีการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล นโยบายสามสิบบาทรักษาทุกโรค พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

อย่างไรก็ดี มาตรการทั้งหลายก็มักจะก่อให้เกิดความขัดแย้งทั้งภายในองค์กร ระหว่างองค์กร และระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการ ซึ่งก็เกือบไม่ต่างกับประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา ความพยายามจัดให้มีระบบบริการสุขภาพต่าง ๆ ไม่ได้ทำให้ประชาชนรู้สึกว่าคุณภาพของการบริการสุขภาพดีขึ้น หรือตรงข้ามกลับลดลง ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในตัวของมันเอง ยิ่งอาจก่อให้เกิดความสูญเสียที่แพงยิ่งกว่าการลงทุนให้เกิดการบริการที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นหลายครั้ง เกิดขึ้นเพราะการขาดการสื่อสารและสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างกัน ไม่ว่าจะผู้รับบริการกับผู้ให้บริการ หรือภายในองค์กร หรือระหว่างองค์กร

หลักของการป้องกันและแก้ปัญหาความขัดแย้งที่เกิดจากความไม่พอใจการให้บริการไม่ใช่เพียงมอง “ผลลัพธ์” ของการบริการว่ารอดหรือตายหายหรือพิการ แต่ “กระบวนการ” ของการให้บริการที่ผู้รับบริการและญาติของผู้รับบริการเฝ้าติดตามตรวจสอบอยู่ตลอดเวลาระหว่างการรักษาพยาบาล รวมไปถึง “ความสัมพันธ์” ที่เกิดขึ้นระหว่างกัน ในรูปแบบใด เป็นโจทย์ที่จะต้องนำเข้าไปพิจารณาอย่างละเอียดถี่ถ้วนในระบบประเมินรับรองคุณภาพด้วยหรือไม่ แม้โรงพยาบาลที่มีการรับรองคุณภาพแล้วก็ยังมีปัญหาฟ้องร้องกันเป็นเพราะอะไร

การตัดสินใจจ่ายหรือไม่จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 ของพ.ร.บ.หลักประกันฯ จะใช้วิธีการการลงมติเสียงข้างมาก (Voting) เฉย ๆ หรือจะใช้กระบวนการพูดคุยกัน (Dialogue) ด้วยหลักของการเจรจาไกล่เกลี่ยคนกลาง (Mediation) ที่ไม่ใช่การเกลี้ยกล่อม อย่งใดจะเหมาะสมกว่าที่จะนำไปสู่การเจรจาทางออกที่ยั่งยืนและสันติแทนการไปฟ้องร้องกันต่อ เป็นอีกโจทย์ใหญ่ที่จะต้องพิจารณา

ในกระบวนการที่จะรักษาเยียวยาผู้ป่วยทั้งหลาย เราจะดูแลเพียงเยียวยารักษาร่างกายที่เกิดพยาธิสภาพหรือรวมถึงการเยียวยารักษา “ความสัมพันธ์” ด้วยหรือไม่

“การใช้กระบวนการสันติวิธีและการจัดการความขัดแย้งในระบบสุขภาพ”

สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

สถานการณ์ ความสำคัญ และสิ่งที่จำเป็นต้องดำเนินการเพื่อสร้างวัฒนธรรมสันติวิธีขึ้นในระบบสาธารณสุขและการแพทย์มีดังนี้

1. แนวโน้มโดยทั่วไปของสังคม ปัญหาความขัดแย้งที่กลายเป็นความรุนแรงมีมากขึ้นในทุกระดับจนน่าเป็นห่วง ทั้งในระดับโลก ระหว่างประเทศ ระหว่างชาติและชาติพันธ์ต่าง ๆ ระหว่างรัฐกับ



ชุมชนท้องถิ่น รวมทั้งภายในชุมชน ในหน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ รวมทั้งในครอบครัว จนทำให้ขั้นตอนการอยู่ร่วมกันที่ดีของมนุษย์

2. ในระดับสังคมไทยมีแนวโน้มในลักษณะดังกล่าวที่ชัดเจน ทั้งในแง่ของทิศทางการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคมที่เน้นการเติบโตและการพัฒนาทางวัตถุ มีการแก่งแย่งแข่งขันกัน ทำให้ขาดความไว้วางใจกันและการร่วมทุกข์ร่วมสุขกัน เกิดช่องว่างระหว่างส่วนต่างๆ พัฒนาการดังกล่าวมีแนวโน้มทำให้เกิดความขัดแย้งและนำไปสู่ความรุนแรงมากขึ้น

3. ในระบบสุขภาพ โดยเงื่อนไขของการปฏิรูปในช่วงที่ผ่านมาทำให้เกิดการคาดหวังสูงขึ้นของประชาชน และความพยายามเร่งรัดให้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการพัฒนาคุณภาพบริการให้เป็นจริงในช่วงเวลาที่ค่อนข้างสั้น ทำให้เกิดความขัดแย้งมากขึ้น ในขณะเดียวกัน บุคลากรทั้งในระดับบริการและระดับบริหารไม่มีทักษะในการแก้ปัญหาด้วยสันติวิธี แต่คุ้นเคยกับการใช้อำนาจในการแก้ปัญหา ทำให้การปฏิรูประบบบริการและการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปสู่ความรุนแรงมากขึ้นทั้งในระบบบริหารจัดการและในระบบการให้บริการแก่ประชาชน

4. ความสำคัญของแนวทางสันติวิธีมีใช้เพียงเทคนิควิธีการที่ทำให้ความขัดแย้งและความรุนแรงในการให้บริการคลี่คลายไปได้โดยไม่เกิดการฟ้องร้อง แต่การที่ระบบการแพทย์ให้ความสำคัญกับสันติภาพและสันติวิธีนั้นยังจะเห็นการแสวงหาวิธีการที่ลดความรุนแรงให้กับสังคมในบริบทที่กว้างขวางขึ้นด้วย เพื่อให้สังคมเห็นความเป็นไปได้หรือเห็นศักยภาพของวิธีการแก้ปัญหาด้วยวิธีการหรือกระบวนการแบบสันติวิธี แต่ทั้งนี้ปัญหาความขัดแย้งและความรุนแรงเฉพาะหน้าก็นับเป็นสิ่งที่ท้าทายความเป็นไปได้ที่จะนำเอาแนวคิดแบบสันติวิธีเพื่อช่วยคลี่คลายความขัดแย้งต่าง ๆ

5. เป้าหมายของกระบวนการสันติวิธีไม่ได้แยกขาดจากกันกับวิธีการ หมายความว่าทั้งเป้าหมายและวิธีการต้องสอดคล้องไปด้วยกัน การใช้ความรุนแรงเพื่อสร้างสันติภาพจึงเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ ในขณะเดียวกันคนที่ทำงานด้านสันติภาพก็ต้องมีสันติภาพในตนและมีศรัทธาอย่างแท้จริงต่อสันติวิธีด้วย

6. กระบวนการสันติวิธีมีวิธีการที่หลากหลาย แต่ละวิธีการจะเหมาะสมกับบริบทหรือเงื่อนไขที่ไม่เหมือนกัน การดำเนินแนวทางสันติวิธีไม่จำเป็นต้องมีรูปแบบที่ตายตัวในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง แต่จำเป็นต้องมีความหลากหลายของรูปแบบ ในขณะที่วิธีการแก้ไขความรุนแรงมีอยู่มากมาย เรื่องของความขัดแย้งที่มีแนวโน้มที่จะเคลื่อนตัวไปสู่ความรุนแรงก็มีหลายระดับและมีความหลากหลายในหลายรูปแบบเช่นเดียวกัน ตั้งแต่เป็นความรุนแรงในเชิงโครงสร้าง ความรุนแรงในระดับวิถีคิด ความรุนแรงเชิงสัญลักษณ์ทั้งที่ปรากฏออกให้เห็นและที่แฝงเร้น จึงจำเป็นต้องการความเข้าใจในรูปแบบและลักษณะความเป็นไปได้ในการคลี่คลายของความขัดแย้งในลักษณะต่าง ๆ กันให้ชัดเจน

7. เงื่อนไขของทั้งระบบบริหารและระบบบริการทางการแพทย์เท่าที่เป็นอยู่ ทำให้ความรุนแรงและความขัดแย้งในระบบสุขภาพมีลักษณะเป็นคู่กรณีอยู่มากกว่าระหว่างแพทย์หรือผู้ให้บริการกับผู้ป่วย แต่คู่กรณียังมีฝ่ายนโยบาย สื่อมวลชน นักการเมืองทั้งระดับชาติและระดับท้องถิ่น รวมทั้งภาคธุรกิจเข้ามาอยู่ในสมการความขัดแย้งด้วย จึงจำเป็นต้องมีกระบวนการที่ประสานเชื่อมโยงและส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันของทุกส่วน



“B62 Best Practice in Respiratory Care”

ที่มา

ผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจมักจะเป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย และภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินหายใจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่พบบ่อยสาเหตุหนึ่ง โรงพยาบาลไม่อาจมีคุณภาพได้หากไม่สามารถจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจให้ดี ปัจจัยสำคัญในเรื่องนี้มีทั้งการบริหารจัดการที่ดี ความตระหนักของผู้เกี่ยวข้อง ความรู้และทักษะของผู้ปฏิบัติงาน รวมทั้งความพร้อมของทรัพยากรและการสนับสนุนจากผู้บริหาร

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าประชุมได้รับทราบตัวอย่างการจัดการและการปฏิบัติที่ดีเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจ และเห็นโอกาสที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลของตน

เนื้อหาที่จะนำเสนอ

1. การบริหารจัดการระบบ Respiratory/Critical Care
2. Pediatric Respiratory Home Care Program
3. เทคนิคการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจที่ควรใส่ใจและทำให้ถูกต้อง เช่น suction technique

วิทยากร

ศ.พญ.สุมาลี เกียรติบุญศรี

นางธิติดา ชัยสุขุมงคลลาภ

ผศ.นพ.ทนนชัย บุญบุรพงค์

คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามธิบดี, ภาควิชาอายุรศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามธิบดี, ภาควิชากุมารเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามธิบดี, ภาควิชาวิสัญญีวิทยา



การบริหารจัดการระบบ Respiratory/Critical Care

ศาสตราจารย์สุมาลี เกียรติบุญศรี หัวหน้าหน่วยโรกระบบการหายใจและเวชบำบัดวิกฤต
ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

ความเป็นมาและประเด็นปัญหา: ภาควิชาอายุรศาสตร์เริ่มมีหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) ตั้งแต่ พ.ศ.2523 จำนวน 6 เตียง (โดยใช้พื้นที่บางส่วนของหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2) ทำให้อัตราส่วนจำนวนเตียงผู้ป่วยหนัก : จำนวนเตียงผู้ป่วยในเท่ากับ 0.45:10 ซึ่งต่ำกว่าการบริการระดับมาตรฐานสากล ต่อมา ใน พ.ศ.2532 ภาควิชาฯ จึงได้ขอพื้นที่แห่งใหม่ และปรับขยายการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเป็น ICU 8 เตียง และ CCU 6 เตียง รวมอัตราส่วนจำนวนเตียงผู้ป่วยหนัก : จำนวนเตียงผู้ป่วยในขณะนั้น เท่ากับ 1 : 10 ซึ่งยังเป็นอัตราส่วนที่ต่ำสำหรับโรงเรียนแพทย์และโรงพยาบาลที่เป็น tertiary care ก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ดังนี้

1) ผู้ป่วยหนักจำนวนวันละ 15-20 ราย ไม่สามารถรับไว้ใน ICU หรือ CCU แต่ต้องนอนกระจายรักษาในหอผู้ป่วยสามัญทั่วไป หอละ 5-10 ราย

2) การสร้างและปรับปรุงมาตรฐานของ intensive care และ respiratory care ของภาควิชาอายุรศาสตร์แบบองค์รวม กระทำไม่ได้ ผู้ป่วยหนักที่นอนในหอผู้ป่วยสามัญ จึงไม่ได้รับการดูแลที่ได้มาตรฐาน

3) การมีผู้ป่วยหนัก และผู้ป่วยสามัญ (ไม่หนัก) ปะปนในหอผู้ป่วยเดียวกัน ก่อให้เกิดความยากลำบากในการจัดอัตรากำลังคน (โดยเฉพาะอย่างยิ่งฝ่ายพยาบาล) และการกำหนดหน้าที่ภาระงาน ตลอดจนการให้การศึกษาคือเนื่องแก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

4) ผู้ปฏิบัติงานสับสนในภาระหน้าที่ ขาดขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน นำไปสู่การผลัดเปลี่ยนหมุนเวียน ลาออกจากงานของเจ้าหน้าที่พยาบาลจำนวนมาก จนภาควิชาต้องยุบจำนวนเตียงผู้ป่วยในลงจำนวน 6-10 เตียง

ขั้นตอนการแก้ปัญหา: อาจารย์หน่วยโรกระบบการหายใจและเวชบำบัดวิกฤต ได้นำเสนอต่อภาควิชาฯ เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว โดยการรวบรวมผู้ป่วยหนักทั้งหมดซึ่งนอนรักษาในหอผู้ป่วยสามัญมาไว้ในหอผู้ป่วยเดียวกัน เพื่อง่ายต่อการบริหารจัดการและพัฒนาการดูแลตัว Respiratory/Critical Care ให้ได้มาตรฐานยิ่งขึ้น ตั้งแต่ พ.ศ.2532 แต่ก็ได้รับการคัดค้านทั้งจากฝ่ายอาจารย์แพทย์และพยาบาล อย่างไรก็ตามหน่วยโรกระบบการหายใจฯ ก็ได้หยุดยั้งและดำเนินขั้นตอนการพัฒนา ดังนี้

1) ประเมินศักยภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยหนักที่รับไว้ใน ICU และ CCU โดยใช้เกณฑ์การประเมินตามมาตรฐานสากล คือ APACHE II Scoring system และเปรียบเทียบสัดส่วนอัตราตายจริง : อัตราตายตามคาด (actual death : predicted death ratio) พบว่าในผู้ป่วยจำนวน 334 ราย ได้ค่า actual death : predicted death = 1.1.17 (ค่ามาตรฐานสากล 1:1 – 1:1.18) แสดงว่าศักยภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยหนักใน ICU, CCU ของภาควิชาฯ ได้ระดับมาตรฐานสากล

2) ประเมินจำนวนผู้ป่วย/อันที่ต้องพึ่งเครื่องช่วยหายใจ และควรจะได้รับรักษาใน ICU แต่กลับได้นอนรักษาอยู่ตามหอผู้ป่วยสามัญ ในระยะเวลา 18 เดือนที่รวบรวมข้อมูล พบว่ามีผู้ป่วยเฉลี่ยจำนวน 15-20 ราย ทุกวันที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ แต่ไม่ได้รับการรักษาใน ICU



3) ช่วงปี พ.ศ.2538 – 2540 ปัญหาค้นเกิดจากการขาดแคลนบุคลากรด้านพยาบาล และการยุบเตียงผู้ป่วยในสภุมถึงขั้นวิกฤต ฝ่ายการแพทย์และพยาบาลของภาควิชาอายุรศาสตร์ จึงได้ตกลงเห็นด้วยในหลักการที่นำเสนอโดยหน่วยโรคระบบการหายใจ และอนุมัติให้จัดตั้งหอผู้ป่วย intermediate care unit (IMW) ขึ้น สำเร็จในปี 2541 โดยใช้พื้นที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 เดิม แต่ลดจำนวนเตียงจาก 30 เหลือ 20 เตียง แล้วทำการโยกย้ายผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่นอนรักษาตามหอผู้ป่วยสามัญอื่น ๆ มาไว้ใน IMW เป็นผลให้สัดส่วนจำนวนเตียงผู้ป่วยหนัก : จำนวนเตียงผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นเป็น 2.5:10

การบริหารจัดการระบบ Respiratory/Critical Care

1) ผู้ป่วยในของภาควิชาอายุรศาสตร์ แบ่งระดับการรักษาผู้ป่วยหนัก และไม่หนักออกจากกัน อย่างชัดเจน โดยการตั้งเกณฑ์รับผู้ป่วยดังนี้: ผู้ป่วยหนักมาก (วิกฤตที่สุด) รับไว้ใน ICU, ผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ รับไว้ใน CCU, ผู้ป่วยกึ่งวิกฤตทุกโรค รับไว้ใน IMW

2) อบรมเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มทักษะความรู้การดูแลผู้ป่วยหนัก

3) สร้างระบบการใช้/การบริการ/การดูแลรักษาเครื่องเฝ้าติดตามต่าง ๆ และ respiratory therapy equipments อย่างครบวงจร

4) ดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นทีม (อาจารย์, แพทย์ประจำบ้าน, พยาบาล, นักศึกษาแพทย์, เสมีเยน) และแบบองค์รวม

5) ติดตามประเมินรายวันและรายเดือน เพื่อยกระดับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยให้ได้ระดับสากล (ตามดัชนีชี้วัดต่าง ๆ ที่ตั้งไว้) ติดตามแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ตลอดจนจรรยาบรรณการป้องกัน

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

1) ผลลัพธ์ทางรูปธรรม

- จำนวนวันครองเตียง (length of stay) ของผู้ป่วยในภาควิชาอายุรศาสตร์ ลดลง 20%
- อัตราตายของผู้ป่วยในภาควิชาอายุรศาสตร์ลดลง 40%
- อัตราส่วน Actual death/Predicted death ลดเหลือ 1:0.76

2) ผลลัพธ์ทางนามธรรม

- บุคลากรมีความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต/กึ่งวิกฤต มีความชำนาญในการใช้เครื่องมือ ทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ดี และยืดอายุการใช้งานของเครื่องมือต่าง ๆ
- สร้างรูปแบบบรรยากาศที่ดีต่อการเรียนการสอนแบบองค์รวมที่สมบูรณ์แบบ ทั้งระดับแพทย์ประจำบ้าน นักศึกษาแพทย์ และนักศึกษาพยาบาล
- แนวทางการบริหารจัดการอย่างมีทิศทาง ทำให้ง่ายต่อการจัดกำลังคนและภาระงาน
- บุคลากรปฏิบัติหน้าที่อย่างมีขวัญและกำลังใจ



Pediatric Respiratory Home Care Program

รศ.พญ.อรุณวรรณ พุทธิพันธ์, ศ.นพ.ธีรชัย ฉันทโรจน์ศิริ, ศ.เกียรติคุณสุภรী สุวรรณจุฑะ, อ.นพ. บัณฑิต ชี้อตรง, อ.นพ.ธีรชัย บรรณาลัย, จีราพร พงศาสนองกุล, จงรักษ์ อุตราชต์กิจ, ธิดิตา ชัยศุภมมงคลลาภ, มาลินี ฤกษ์พูนทวีพร, อัญชลี มนูญธรรม, วรรณาทองเพ็งจันทร์, เมตตา ขำอินทร์

เหตุผลและความสำคัญของปัญหา: เนื่องจากเทคโนโลยีทางการแพทย์ด้านการดูแลรักษาทางระบบหายใจมีมากขึ้น ทำให้จำนวนผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยที่รุนแรงมีมากขึ้น และมีผู้ป่วยอีกจำนวนไม่น้อยที่กลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่จำเป็นต้องอาศัยเครื่องมือและการดูแลเป็นพิเศษในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน อันก่อให้เกิดผลกระทบที่เป็นผลเสียทั้งต่อตัวผู้ป่วยเองและครอบครัวของผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นเรื่องของความเสียต่อการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อนในโรงพยาบาล ตลอดจนผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวแล้ว ยังทำให้โรงพยาบาลซึ่งมีเตียงอยู่อย่างจำกัดไม่สามารถรับผู้ป่วยหนักเจ็บป่วยที่มีความจำเป็นมากกว่าได้

ในปัจจุบันนวัตกรรมในการออกแบบเครื่องมือทางระบบหายใจ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยนำกลับไปใช้ที่บ้านได้มากขึ้น แต่การดูแลตนเองด้วยเทคโนโลยีที่มีความซับซ้อน จำต้องอาศัยระบบการเอื้ออำนวยให้ครอบครัวสามารถใช้นวัตกรรมเหล่านี้ได้อย่างถูกต้อง มีความมั่นใจ ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ โครงการ Pediatric Respiratory Home Care จึงได้กำเนิดขึ้นจากความร่วมมือกันระหว่างหน่วยโรคระบบหายใจ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ และงานการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ ในปี พ.ศ. 2538 เพื่อร่วมกันพัฒนาระบบการวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ในกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาซับซ้อนทางระบบหายใจ และต้องพึ่งพาเทคโนโลยีอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน

วัตถุประสงค์และวิธีดำเนินการ

1. พัฒนาระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาซับซ้อนทางระบบหายใจที่ต้องพึ่งพาเครื่องมือและอุปกรณ์ตลอดจนเทคโนโลยีต่าง ๆ ให้สามารถกลับบ้านไปดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างปลอดภัย และคุ้มค่า
 2. พัฒนาระบบบริหารจัดการและการประยุกต์เครื่องมือเครื่องใช้ทางระบบหายใจ สำหรับการใช้ที่บ้านให้เกิดประโยชน์สูงสุดและมีความปลอดภัย
 3. ติดตามปัญหาการดูแลตนเองที่บ้านโดยประสานงานกับหน่วยประสานงานระหว่างบ้านและโรงพยาบาลในการเยี่ยมบ้าน และนัดตรวจที่ Home Care Clinic และติดต่อผู้ป่วย/ครอบครัวทางโทรศัพท์
 4. ขยายเครือข่ายการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องแก่โรงพยาบาลที่รับส่งต่อผู้ป่วยทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ
 5. ครอบครัวและผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเมื่อเทียบกับการอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน
- ตัวชี้วัดผลสำเร็จของโครงการ / กิจกรรม**
1. จำนวนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน
 2. อัตราการให้ข้อมูลและการวางแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
 3. อัตราการนำแผนการดูแล (Clinical Practice Guideline) ไปใช้
 4. อัตราการกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน



5. อัตราการกลับเข้มารักษาในโรงพยาบาลซ้ำจากการติดเชื้อทางระบบหายใจ
6. อัตราตาย

ผลการดำเนินการที่มีผลลัพธ์จนสามารถเป็นแบบอย่างได้ (Best Practice)

1. มีการวางแผนการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องโดยใช้ระบบของการบริหารจัดการเฉพาะกรณี (Case Management) เพื่อตอบสนองความต้องการและการแก้ปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวที่เฉพาะรายโดยเป็นการวางแผนร่วมกันจากทีมผู้ดูแลสหสาขาวิชาชีพ ทำให้ครอบครัวและผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนผ่าน (Transition) จากโรงพยาบาลไปสู่บ้านได้โดยง่าย

แผนการดูแลจะมีแนวทางปฏิบัติของการดูแลทางระบบหัวใจเด็ก มี care process ซึ่งได้แก่การประเมินผู้ป่วยและครอบครัว, ประเมินการดูแลที่จำเป็นต้องมีความต่อเนื่องตลอดจนความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองที่บ้าน, พิจารณาแหล่งประโยชน์ที่เกื้อหนุนการดูแลตนเองที่บ้าน และวางแผนการดูแลที่เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของครอบครัวโดย multidisciplinary plan of care แผนการดูแลนั้นมีข้อมูลความรู้ในเรื่องการปฏิบัติการ ดูแลตนเองที่เป็นทั้งคู่มือ หนังสือ แผ่นพับ และวิดีโอเทป มีการให้ข้อมูลและการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยด้วยตนเองให้แก่ผู้ดูแลและครอบครัวอย่างเป็นขั้นตอน พร้อมการประเมินความสามารถของผู้ดูแลโดยมี Discharge Teaching Checklist เพื่อช่วยการพัฒนาทักษะการดูแล ผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ และมีความปลอดภัย

2. มีการติดตามการดูแลผู้ป่วยด้วยตนเองที่บ้าน โดยการประสานงานกับทีมพยาบาลจากหน่วยประสานงานระหว่างบ้านและโรงพยาบาล ให้ติดตามเยี่ยมบ้าน พร้อมทั้งมีระบบการรับปรึกษาปัญหาทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมง ไม่เว้นวันหยุดราชการ

3. สร้างระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยที่พึ่งพาเครื่องช่วยหายใจที่บ้าน เพื่อการติดตามประเมินผลสุขภาพและความก้าวหน้าหน้าหน้าของผู้ป่วยและครอบครัว

4. สร้างระบบการดูแลรักษาเครื่องมือ และเครื่องช่วยหายใจที่ใช้ที่บ้านเพื่อป้องกันความเสี่ยงอันตรายจากการใช้ที่บ้าน

5. สร้างระบบการส่งต่อผู้ป่วยและครอบครัวแก่โรงพยาบาลใกล้บ้านที่ผู้ป่วยและครอบครัวอาศัยอยู่ ตามโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค เพื่อให้การติดตามดูแลที่ต่อเนื่องและเป็นแบบอย่างที่จะช่วยในการขยายบทบาทความรับผิดชอบในการดูแลต่อเนื่องให้แก่โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและปฐมภูมิ



Best Practice in Respiratory Care: Tracheal Suction

ผศ. นพ. ทนชัย บุญบุรพวงค์

เหตุผล: การดูดเสมหะในหลอดลม (tracheal suction) ถ้าทำไม่ถูกวิธีอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนถึงแก่ชีวิตในระหว่างที่ดูดเสมหะนั้น หรือทำให้เกิดการติดเชื้อหรือภาวะแทรกซ้อนอื่นซึ่งมีผลต่ออัตราการตายและคุณภาพในเวลาต่อมา ซึ่งพบเห็นได้ตามโรงพยาบาลต่างๆ ทั่วประเทศไทย แพทย์และพยาบาลมักไม่ได้อ่านไม่ได้เรียนทฤษฎีเกี่ยวกับการดูดเสมหะ เพียงทำตามที่เห็นๆ ทำกันมาก่อนเท่านั้น แพทย์และพยาบาลเกือบทุกคนที่คิดว่าดูดเสมหะเป็น แต่มักจะทำการอย่างไม่มีประสิทธิภาพและเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน

หน่วยช่วยหายใจ ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้กำหนดแนวทางปฏิบัติในการดูดเสมหะ เพื่อใช้ในหน่วยช่วยหายใจและหอผู้ป่วยหนักศูนย์การแพทย์ศิริกิติ์ ซึ่งน่าจะใช้เป็นตัวอย่างสำหรับโรงพยาบาลอื่นๆ ได้

วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้เข้าประชุมรับทราบเทคนิคการดูดเสมหะที่ถูกต้อง มีประสิทธิภาพปราศจากภาวะแทรกซ้อน

เนื้อหาที่จะนำเสนอ

1. การดูดเสมหะในหลอดลมในผู้ป่วยที่มีท่อทางเดินหายใจ นอกจากจะทำเมื่อมีหลักฐานว่ามีเสมหะในหลอดลมหรือท่อทางเดินหายใจแล้ว ควรมีการดูดเสมหะเป็นปกติวิสัย (routine suction) โดยกำหนดระยะเวลาที่จะดูดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายไป
2. ถ้ามีเสมหะที่รบกวนการหายใจ ไม่มีข้อห้ามของการดูดเสมหะ แต่ในผู้ป่วยที่เสี่ยงอันตรายจากการดูดเสมหะมากกว่าปกติ เช่น unstable hemodynamic, severe hypoxemia ควรปรับวิธีการดูดให้เหมาะสม เช่น ระยะเวลาดูด, hyperinflation, การให้ PEEP ระหว่างดูดเสมหะ เป็นต้น
3. ควรใช้บุคลากรอย่างน้อย 2 คนเสมอ คนหนึ่งทำหน้าที่ดูด อีกคนหนึ่งทำหน้าที่ขยายปอด, ให้ออกซิเจน, ไล่เสมหะออกมา, หยอด normal saline, และจับท่อทางเดินหายใจให้ อาจมีผู้ช่วยทำ percussion และ vibration อีกคนหนึ่ง
4. ต้องยึดหลักปราศจากเชื้อ (aseptic technique) ตลอดเวลา
5. เลือกใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสม ควรเป็นชนิดปรับแรงดูดได้, ใช้ finger-tip control แทนการหักสาย, สายดูดเสมหะควรมีขนาดไม่เกิน 2/3 ของเส้นผ่าศูนย์กลางภายในท่อทางเดินหายใจ ทำด้วยวัสดุที่ไม่เกาะติดกับพลาสติก ควรมีรูมากกว่า 1 รูและออกแบบให้แรงดูดส่งไปถึงรูปปลายได้
6. มีการเตรียมการก่อนดูดเสมหะ เตรียมผู้ป่วยให้เห็นความสำคัญและช่วยไอขณะผู้บีบ bag ปลดปล่อยให้ก๊าซออกจากปอด, ถ้าใช้ heated humidifier อยู่ ควรปิดเครื่องหรือกดปุ่มหยุดการทำงานของ heater ก่อน เพื่อป้องกันไม่ให้ heater ทำความร้อนขึ้นมากขณะที่ปลดวงจรเครื่องช่วยหายใจจากผู้ป่วย
7. ขยายปอดและให้ออกซิเจนก่อนและหลังการดูดแต่ละครั้ง ควรต่อ reservoir bag เข้ากับ manual resuscitator เพื่อให้ได้ FIO₂ 1.0 พิจารณาต่อ PEEP valve ในรายที่จำเป็น การขยายปอดควรบีบด้วย flow ช้าๆ ให้ได้ปริมาตรสูง บีบคาไว้ 2-3 วินาทีแล้วปล่อยให้ก๊าซออกจากปอดอย่างรวดเร็ว หลีกเลี่ยงการใช้ความดันสูงเกิน 40 ซม.น้ำ ไม่มีบับตันกับผู้ป่วย ไม่มีบับเร็วจนเกิด hyperventilation (PaCO₂ ต่ำ)



8. ใช้เทคนิคการดูดเสมหะที่ถูกต้องวิธี ปรับแรงดูดให้เหมาะสม ผู้ใหญ่ 120-150 มม.ปรอท เด็ก 80-120 มม.ปรอท ทารก 60-80 มม.ปรอท, สอดสายดูดเสมหะลงไปอย่างนุ่มนวล, ไม่ออกแรงดันเมื่อติด, เมื่อติดแล้วให้ดึงขึ้นมา 1-2 ซม.ก่อน แล้วจึงออกแรงดูด, ค่อยๆ ดึงสายดูดเสมหะขึ้นมาพร้อมกับหมุนไปมารอบแนวเส้นผ่าศูนย์กลางสายดูด, ระยะเวลาที่ดูดไม่ควรเกิน 15 วินาที, สังเกตความลึกของสายดูดเสมหะว่าผ่านท่อทางเดินหายใจลงไปถึงหลอดลมหรือไม่ ถ้าไม่ผ่านอาจเกิดจากผู้ป่วยกัด ท่อหักงอ ปลายท่อยันกับผนังหลอดลม หรือเสมหะแห้งติดที่ขอบในของปลายท่อ ให้แก้ไขตามสาเหตุ ถ้าคิดหรือสงสัยว่าเสมหะอุดตันให้เปลี่ยนท่อทางเดินหายใจอันใหม่

9. เผื่อระวังภาวะแทรกซ้อนขณะดูดเสมหะ โดยสังเกตสภาพของผู้ป่วย, HR, BP, mental status, cyanosis, SpO₂

10. เมื่อพบว่าสายดูดเสมหะแห้งสนิท หรือมีเสมหะเป็นก้อนเกาะติดอยู่ที่สายดูดเสมหะ บ่งว่าเสมหะแห้งเกินไป ควรหยุดด้วย normal saline solution ครั้งละ 0.1 มล./น้ำหนักตัว 1 กก. จากนั้นขยายปอดอีก 4-5 ครั้ง แล้วจึงดูดเสมหะใหม่ ทำซ้ำได้จนพบว่าลักษณะเสมหะเหลวใสไม่แห้งเหนียวเป็นก้อน

11. หลังดูดเสมหะเสร็จ ล้างมือให้สะอาด บันทึกผลการปฏิบัติงาน การเปลี่ยนแปลง compliance ของปอด ลักษณะและปริมาณของเสมหะ และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น



“B63 บทเรียนจากพื้นที่ 4”

ที่มา

พื้นที่ต่าง ๆ มีผลงานริเริ่มสร้างสรรค์เพื่อตอบสนองความต้องการและปัญหาในพื้นที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีคุณค่าควรแก่การนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเชิงกระบวนการทำงาน ปฏิสัมพันธ์และความรู้สึกของผู้คนที่เกี่ยวข้อง ที่มาของความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ต่าง ๆ

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าประชุมได้รับทราบประสบการณ์จากพื้นที่ ใช้จินตนาการของตนสร้างเรื่องราวของตน คู่ขนานไปกับของผู้นำเสนอ และนำไปใช้ในการวางแผนดำเนินงานของตน

เนื้อหาที่จะนำเสนอ

รูปแบบการดูแลสุขภาพนิสิตมหาวิทยาลัย นเรศวร	นพ.องอาจ เลิศขจรสิน มหาวิทยาลัยนเรศวร จ.พิษณุโลก
สมดุลงานบริการเชิงรุกและเชิงรับ	นส.วิลาวัลย์ หมอมมูล โรงพยาบาลเชียงใหม่ จ.น่าน
การพัฒนาคุณภาพบริการระดับปฐมภูมิ ใน ศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) เส้นทางสู่ PCU สู่คุณภาพ	นายอู่ทอง นามวงศ์ โรงพยาบาลภูกระดึง จ.เลย พญ.ชลลดา บุษยรัตน์ โรงพยาบาลขอนแก่น จ.ขอนแก่น

ผู้วิพากษ์

รศ.ภญ.ธิดา นิงสานนท์	สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
----------------------	-------------------------------------



รูปแบบการดูแลสุขภาพนิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวร

นพ.องอาจ เลิศจรสสิน

ความเป็นมา: จากนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาลที่มุ่งเน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ สู่แนวคิดและนโยบายของผู้บริหารมหาวิทยาลัยที่มุ่งเน้นการผลิตบัณฑิตที่มีคุณภาพทั้งทางด้านวิชาการ ควบคู่ไปกับการมีสุขภาพที่ดี เพื่อเมื่อนิสิตสำเร็จการศึกษาไปจะได้เป็นบุคลากรที่มีประสิทธิภาพของประเทศ ดังนั้นมหาวิทยาลัยจึงมอบหมายให้สถาบันวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ดูแลรับผิดชอบดำเนินงานศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพนิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวร ถึงสภาพปัญหา และความต้องการบริการด้านสุขภาพ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพนิสิตในอดีต คือการให้การรักษาและปฐมพยาบาลเบื้องต้นภายในห้องพยาบาล เฉพาะการดูแลนิสิตที่อยู่ในระหว่างการเจ็บป่วยเล็กน้อยเท่านั้น ไม่มีบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค อีกทั้งที่ตั้งของมหาวิทยาลัยอยู่ห่างไกลจากตัวเมือง และสถานพยาบาลเป็นระยะทางประมาณ 20 กิโลเมตร จึงเกิดความไม่สะดวกและทำให้เกิดผลกระทบต่อเวลาเรียนของนิสิตเมื่อต้องไปรับบริการ นอกจากนี้แล้วจากการศึกษาปัญหาด้านสุขภาพในนิสิตพบว่ามีความแตกต่างจากปัญหาสุขภาพที่พบในชุมชน ดังนั้นจึงสมควรจัดให้มีการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่มีลักษณะเฉพาะและตรงตามความต้องการของนิสิตอย่างแท้จริง โดยมุ่งเน้นที่การส่งเสริมศักยภาพในการดูแลตนเองของนิสิต ซึ่งถ้านิสิตได้รับความรู้ ทักษะคิด ค่านิยมที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพตั้งแต่ระยะเริ่มต้นในขณะที่อยู่ในมหาวิทยาลัยแล้ว คาดว่าจะสามารถช่วยลดปัญหาทางด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตทั้งกับตัวนิสิตเองและบุคคลที่อยู่รอบข้างได้อันเป็นพื้นฐานของการสร้างสุขภาพดีถ้วนหน้าอย่างยั่งยืนต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์: 1) เพื่อจัดตั้งหน่วยงานที่รับผิดชอบการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพนิสิต ตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน โดยมุ่งเน้นนิสิตเป็นศูนย์กลาง 2) เพื่อให้ นิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวรได้รับบริการด้านสุขภาพ โดยให้นิสิตมีส่วนร่วมทั้งด้าน ส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู อย่างเป็นองค์รวม และ ต่อเนื่อง

ผลลัพธ์: ศูนย์สุขภาพมหาวิทยาลัยนเรศวร ได้ดำเนินงานและพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพนิสิตในมหาวิทยาลัยนเรศวร โดยมีกลุ่มเป้าหมายที่นิสิตปริญญาตรี ภาคปกติ จำนวน 13,009 คน (ปีการศึกษา 2546) ผลงานที่ได้ดำเนินการแล้วเสร็จ ดังต่อไปนี้

1. จัดทำแฟ้มสุขภาพนิสิต เพื่อคัดกรองปัจจัยเสี่ยง ในนิสิตชั้นปีที่ 1 จำนวน 899 คน (จากจำนวนนิสิต 2,724 คน) และได้จำแนกนิสิตออกเป็น 3 กลุ่ม ตามสภาพปัญหาและความต้องการบริการด้านสุขภาพ ดังนี้ คือ
 - 1.1 นิสิตกลุ่มปกติ จำนวน 202 คน โดย เน้นให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพ
 - 1.2 นิสิตกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยง จำนวน 464 คน ซึ่งหมายถึงนิสิตที่มีบุคคลในครอบครัวซึ่งเป็นญาติสายตรงเจ็บป่วยด้วยโรคที่ถ่ายทอดได้ทางพันธุกรรมหรือมีโอกาสดังโรคได้มากกว่าครอบครัวที่ไม่มีโรค โดยจัดกิจกรรมให้ความรู้ เกี่ยวกับโรคในครอบครัว การป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค



- 1.3 นิสิตกลุ่มที่มีโรคประจำตัว จำนวน 233 คน โดยโรคที่พบบ่อยอันดับแรกคือโรคภูมิแพ้ โรคกระเพาะอาหารอักเสบ โรคหอบหืด โรคธาลัสซีเมีย และโรคไตรอยด์ ตามลำดับ โดยเน้นให้นิสิตมีความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ และปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง
2. งานสุขภาพจิต ได้จัดให้มีบริการให้คำปรึกษาทั้งนิสิตที่มารับบริการด้วยตนเองและนิสิตที่แพทย์รับไว้ในโรงพยาบาล จำนวน 21 ครั้ง พบว่าปัญหาของนิสิตส่วนใหญ่คือ ภาวะเครียดจากการทะเลาะกับแฟน ปัญหาด้านการเรียน ปัญหาการปรับตัวในกลุ่มเพื่อนปัญหาด้านสุขภาพและวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค โดยพบว่าส่วนใหญ่มีหลายปัญหาเกิดขึ้นพร้อมกันทำให้ไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้ด้วยตนเอง
3. บริการติดตามเยี่ยมนิสิตที่เจ็บป่วย เพื่อดูแลและให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวระหว่างเจ็บป่วย รวมถึงแนวทางการป้องกันการเกิดโรคซ้ำ จำนวน 78 ราย โดยพบว่า
 - นิสิตป่วยด้วยโรกระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 14.04
 - นิสิตป่วยด้วยโรกระบบทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 9.36
 - นิสิตป่วยด้วยปัญหาด้านสุขภาพจิต ร้อยละ 8.58
 - นิสิตป่วยด้วยโรกระบบทางเดินอาหาร ร้อยละ 7.8
4. จัดโครงการส่งเสริมสุขภาพ และโครงการรณรงค์ต่างๆ ตามนโยบายของรัฐบาล/มหาวิทยาลัย เช่น โครงการรณรงค์ป้องกันโรคไข้เลือดออก โครงการรณรงค์ป้องกันปัญหา ยาเสพติด โครงการรณรงค์ใช้รถไฟฟ้าในมหาวิทยาลัย เป็นต้น
5. จัดอบรมอาสาสมัครนิสิตเพื่อสุขภาพ เพื่อเป็นแกนนำในการให้ความรู้ในการดูแลตนเอง รวมถึงบุคคลรอบข้างและเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ ซึ่งได้จำนวนอาสาสมัครแล้วทั้งสิ้น 95 คน และมีแผนที่จะดำเนินงานต่อเนื่องให้มีอาสาสมัครนิสิตครบทุกชั้นปี
6. โครงการยิวทูตสุขภาพ เพื่อคัดสรรนิสิตที่มีผลการเรียนดี ควบคู่ไปกับการดูแลรักษาสุขภาพ และทำตนให้เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม เพื่อเป็นแกนนำในการปลุกกระแสค่านิยมรักและใส่ใจในสุขภาพ

การปรับปรุงที่เกิดขึ้น: ปัญหาที่พบจากการปฏิบัติงาน เนื่องจากนิสิตติดภารกิจในการเรียน อีกทั้งตารางเรียนของนิสิตแต่ละคณะไม่ตรงกัน ทำให้นิสิตไม่สามารถมารับบริการ หรือมาเข้าร่วมกิจกรรมได้ในเวลาราชการ หรือมาร่วมกิจกรรมได้ไม่พร้อมกัน และบางกิจกรรมมีนิสิตเข้าร่วมน้อย ได้ดำเนินการแก้ไขดังนี้

1. ปรับปรุงเวลาในการปฏิบัติงาน โดยจัดให้มีบริการนอกเวลาราชการตั้งแต่ 16.00-20.00 ทำให้มีจำนวนนิสิตมารับบริการ มากขึ้น
2. ปรับปรุงการจัดกิจกรรม โดยเพิ่มจำนวนครั้งของแต่ละกิจกรรม ให้มีหลายรอบ เพื่อให้นิสิตได้มีโอกาสจัดสรรเวลาเข้ามาเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างทั่วถึง
3. จัดให้นิสิตเข้ามามีบทบาทตั้งแต่ในระยะแรกเริ่มโครงการ เช่น กำหนดโครงการและรูปแบบกิจกรรมโดยกลุ่มนิสิตเอง เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมและตอบสนองความต้องการด้านบริการอย่างแท้จริง
4. ปรับเปลี่ยนรูปแบบการประชาสัมพันธ์ จากเดิมที่ส่งเอกสารให้กับทางคณะเป็นประชาสัมพันธ์เชิงรุกทั้งจากเจ้าหน้าที่และแกนนำนิสิต โดยเลือกสถานที่ที่เป็นแหล่งรวมของนิสิต เช่น อาคารเรียนรวม ตลาดนัด เป็นต้น ซึ่งจากแบบประเมินพบว่านิสิตได้รับข่าวสารจากวิธีนี้มากที่สุด



แผนที่จะดำเนินการต่อไป: นอกจากการดำเนินงานตามกิจกรรมหลักเพื่อพัฒนาคุณภาพและปรับปรุงรูปแบบการให้บริการในกลุ่มนิสิตเป็นไปตามมาตรฐานของศูนย์สุขภาพชุมชนแล้ว ยังมีแผนดำเนินโครงการเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องเป็นผลงานคุณภาพดังนี้

1. ประชาสัมพันธ์ให้นิสิตเห็นความสำคัญและรับบริการจัดทำแฟ้มสุขภาพเพื่อคัดกรองปัจจัยเสี่ยงให้ได้รับยาละ 80 ของจำนวนนิสิตรับใหม่
2. โครงการอาสาสมัครนิสิต จะจัดให้มีกิจกรรมที่ต่อเนื่อง และมีบทบาทในการดูแลสุขภาพในชุมชนนิสิตชัดเจน และสามารถประเมินผลได้
3. จัดให้มีบริการเชิงรุก เช่น การจัดให้บริการนอกพื้นที่หมุนเวียนตามคณะเพื่อให้นิสิตเข้าถึงบริการมากขึ้น
4. จัดรูปแบบในการติดตามการเปลี่ยนแปลงของนิสิต รวมทั้งรูปแบบการประเมินผลให้ชัดเจนและมีคุณภาพ

กระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น: ศูนย์สุขภาพมหาวิทยาลัยนเรศวร เกิดขึ้นจากการนำแนวคิดและแนวนโยบายทั้งจากรัฐบาลและผู้บริหารของมหาวิทยาลัยร่วมกับผู้บริหารสถาบันวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพที่ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและผสมผสานซึ่งนิสิตควรได้รับตั้งแต่ในระดับมหาวิทยาลัย จากแนวคิดดังกล่าว ทำให้สมาชิกในทีมร่วมกันศึกษาค้นคว้าพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมเพื่อให้บริการกับนิสิต โดยการศึกษาฐานในศูนย์สุขภาพชุมชนที่ต่าง ๆ รวมถึงประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในชุมชน ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การทำงานเป็นทีม นอกจากนี้ยังต้องอาศัยการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการเนื่องจากผู้รับบริการก็ยังไม่คุ้นเคยกับรูปแบบการให้บริการเช่นนี้มาก่อน ซึ่งภายหลังการปฏิบัติงานกับกลุ่มนิสิตแล้วเกิดความรู้ใหม่คือ

- ความรู้เดิมที่ว่านิสิตส่วนใหญ่มีสุขภาพดี แต่ภายหลังจากการทำแฟ้มสุขภาพนิสิตกลับพบว่ามีนิสิตส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ทั้งในด้านของพันธุกรรมและในด้านของพฤติกรรม หากนิสิตได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพตั้งแต่ระยะเริ่มแรก คาดว่าจะช่วยลดปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในภายหลังได้เป็นอย่างดี
- กิจกรรมจะประสบความสำเร็จได้ต้องอาศัยความร่วมมือของนิสิต เพราะนิสิตเป็นสื่อกลางที่ดีที่สุด เนื่องจากนิสิตส่วนใหญ่อยู่ในวัยที่ใกล้เคียงกัน มีค่านิยมในการเลียนแบบและคล้อยตามเพื่อน ซึ่งถ้าสามารถสร้างค่านิยมในการรักษาสุขภาพให้กับกลุ่มนิสิตที่เป็นผู้นำได้ จะทำให้การปฏิบัติงานประสบความสำเร็จได้เป็นอย่างดี
- การสร้างแรงจูงใจ มีส่วนสำคัญในการดึงดูดให้นิสิตสนใจและเข้าร่วมกิจกรรมเพิ่มมากขึ้น ซึ่งแรงจูงใจได้แก่ การให้ของรางวัล หรือนำบุคคลที่วัยรุ่นชื่นชอบมาเป็นสื่อสร้างแรงจูงใจให้นิสิตเข้าร่วมกิจกรรมนั้น ๆ
- การจัดระบบการติดตามเยี่ยม ต้องทำด้วยความรอบคอบ เนื่องจากนิสิตชอบความเป็นส่วนตัว ดังนั้นรูปแบบการติดตามเยี่ยมที่บ้านหรือหอพักจึงไม่ได้ผล แต่วิธีที่ใช้ได้ผลดี คือ การติดตามทางโทรศัพท์ หรือสอบถามข้อมูลจากเพื่อนสนิทและการติดตามเยี่ยมขณะที่นิสิตได้รับการรักษาในโรงพยาบาล



สมดุลบริการเชิงรุกและเชิงรับ

ร.พ. เชียงกลาง จ.น่าน

ความเป็นมา: จากการทบทวนข้อมูล พบว่าผู้ป่วย NCD รายใหม่ในอำเภอมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ มีโรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพในสถิติ 10 อันดับโรคที่มารับบริการผู้ป่วยนอก ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และ COPD จึงเริ่มมีการปรับเปลี่ยนแนวคิดเจ้าหน้าที่ให้ทุกคนตระหนักว่างานสร้างสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคนต้องช่วยกัน เจ้าหน้าที่ไม่ได้มีหน้าที่เพียงดูแลรักษาเท่านั้นแต่ต้องส่งเสริมและป้องกันโรคด้วย หากประชาชนมีภาวะการเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น เจ้าหน้าที่ จะต้องทำงานหนักมากขึ้น ทำให้แย่งตัวกันทั้งโรงพยาบาลและประชาชน

วัตถุประสงค์: เพื่อลดอัตราการเกิดโรคและอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในโรคที่มีผลจากพฤติกรรมสุขภาพ (HT , DM ,COPD)

กิจกรรม: มีการประชุมวางแผนร่วมกันระหว่างทีม PCT และ PCU และระดับ สถานีอนามัย เพื่อกำหนดยุทธศาสตร์ร่วมกัน เชื่อมโยงเป้าหมายในการพัฒนางานเข้าด้วยกัน นั่นก็คือ คุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน

ในระยะเริ่มต้น ไม่มีข้อมูลพื้นฐานภาวะสุขภาพของประชาชนอยู่เลย มีเพียงสถิติการเจ็บป่วยของประชาชน แยกตามรายโรคเท่านั้น แล้วจะอย่างไร คำตอบคือต้องสร้างทีมงาน และ ปรับโครงสร้างของทีมงานกันใหม่

จากการวิเคราะห์หัตถ์ดีด ทำให้เห็นปัญหาว่าเจ้าหน้าที่แต่ละฝ่ายแต่ละงานต่างคนต่างทำงาน แต่ละคนไม่สนใจในงาน กิจกรรมของคนอื่น ทีมรักษามีหน้าที่รักษาโรค ทีมส่งเสริมสุขภาพมีหน้าที่ออกหมู่บ้าน เมื่อมีปัญหาต่างฝ่ายต่างโทษกันไปมา อัตรากำลังเจ้าหน้าที่งานบริการเชิงรุกไม่เพียงพอ (5คนรับผิดชอบ 6หมู่บ้าน)

แล้วจะอย่างไร

- ระดับอำเภอพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ สอ.โดยกำหนดเป็นแผนยุทธศาสตร์ ทั้ง สอ. และโรงพยาบาลมีแนวการทำงานเดียวกัน
- ในโรงพยาบาล รับสมัคร/เชิญชวนเจ้าหน้าที่เป็นสมาชิกทีม PCU โรงพยาบาลเชียงกลาง โดยไม่จำกัดจำนวน โดยมีเจ้าหน้าที่ในกลุ่มงานเวชฯ ทั้งหมดแบ่งกันหัวหน้าบ้านผู้สมัครจากหน่วยงานอื่นเป็นสมาชิกในทีม
- ลงสำรวจชุมชนร่วมกันทุกทีม โดยแบ่งรับผิดชอบเป็น ครบ 100% หลังคาเรือน
- คัดกรองสุขภาพโดยใช้เครื่องมือวัดสมรรถภาพร่างกาย และรวบรวมข้อมูลแยกเป็นกลุ่ม ตามสภาวะสุขภาพ ได้ 74.73 % ของ ปชช ในเขตรับผิดชอบ PCU นั่นคือ พบกลุ่มโรค 23% กลุ่มเสี่ยง 29% กลุ่มสุขภาพดี 48%

การปรับโครงสร้างการทำงาน: เกิดจากการวิเคราะห์ความล้มเหลวในอดีต ซึ่งเป็นการทำงานตามนโยบาย เป้าหมายไม่ชัดเจน ไม่มีพลังขับเคลื่อน ได้นำมาสู่การปรับเปลี่ยนโดยมองนโยบายเป็นโอกาสพัฒนา วางเป้าหมายจากข้อมูลจริงในพื้นที่ นำเครื่องมือทางมานุษยวิทยามาใช้ เชื่อมโยงเป้าหมายกับนโยบาย สร้างพลังขับเคลื่อนทั้งในส่วนของเจ้าหน้าที่ (สอ.และ รพ.) และชุมชน



ได้จัดเรียงลำดับ top ten จากข้อมูลจากข้อมูลโรคเรื้อรังที่ป้องกันได้เพิ่มมากขึ้น งานบริการทางคลินิกโดย PCT พยายามที่จะพัฒนาศักยภาพของการดูแลรักษาเพื่อให้มีคุณภาพมาตรฐานมากยิ่งขึ้น แต่ยิ่งพัฒนา ปริมาณผู้ป่วยก็ไม่ลด กลับเพิ่มปริมาณมากยิ่งขึ้น จึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์และวางแผนร่วมกัน โดยตั้งเป้าที่ 1) โรคเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้ 2) โรคเรื้อรังที่มีอัตราการรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง 3) โรคเรื้อรังที่พบอัตราการป่วยมากในพื้นที่ 4) โรคที่มีอัตราค่าใช้จ่ายในการให้บริการแต่ละครั้งที่มา visit/admit สูง

ได้กำหนดกลยุทธ์และแผนกิจกรรมร่วมกัน (ทั้งโรงพยาบาลและสอ. รวม เป็นภาพ CUP)

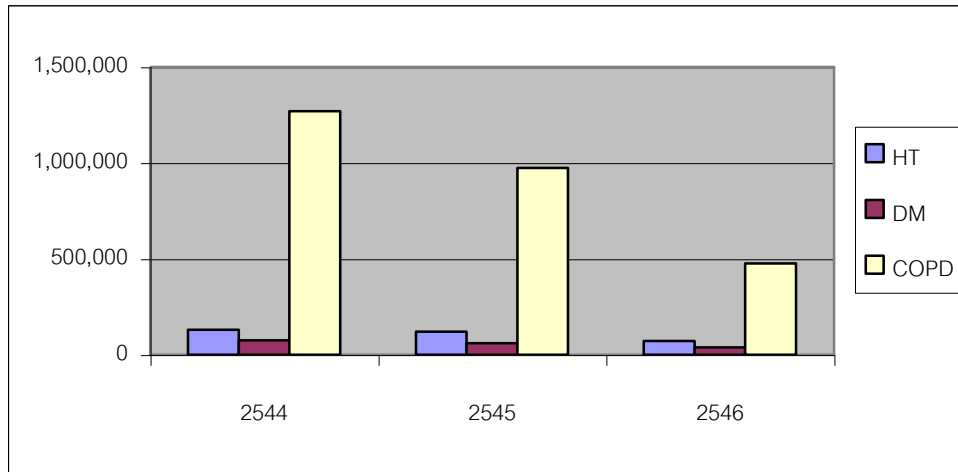
โรค	งานบริการรักษาในเชิงรับ	งานบริการ/กิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในเชิงรุก
HT	-แนวทางการรักษาผู้ป่วย HT -กิจกรรมทบทวน / พิ่มความรู้เรื่อง HT และภาวะแทรกซ้อน -จัดคลินิก HT	-สร้างกลุ่มและจัดนาร่องคลินิก HT ในชุมชน -จัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจใน กลุ่มญาติผู้ป่วย HT เพื่อลดภาวะเสี่ยง -เยี่ยมบ้านรายใหม่และรายที่มีภาวะแทรกซ้อน -จัดกิจกรรมลดความอ้วน
DM	-จัดคลินิก DM ในสถานบริการแยกออกจาก OPD ปกติ	-จัดกิจกรรมเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในกลุ่มญาติผู้ป่วย DM เพื่อลดภาวะเสี่ยง จัดกิจกรรมลดความอ้วน
COPD	-ทำ COPD CareMap -คลินิกเลิกบุหรี่	-COPD self health group -กิจกรรมรณรงค์เรื่องพิษภัยบุหรี่

สำหรับกลุ่มสุขภาพดี และกลุ่มเสี่ยงทั่วไป จัดกิจกรรมรณรงค์และมหกรรมเพื่อสร้างกระแสของการสร้างสุขภาพด้วยการออกกำลังกาย และการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ปลอดภัย

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น: เกิดชมรมออกกำลังกายต่าง ๆ ขึ้น ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากเทศบาล, มีกิจกรรมลดความอ้วนทั้งในชุมชนและในโรงพยาบาล มีการติดตามผลการลดน้ำหนักในกลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรม

ผลการใช้เครื่องมือทางมนุษยวิทยา การที่ทีมงานได้ร่วมทำแผนที่เดินดิน เห็นสภาพที่แท้จริงของชุมชน พบกลุ่มครอบครัวที่ยากไร้ ได้มีการช่วยเหลือประสานงานให้ช่วยเหลือทางสังคม เช่น ประสานงานช่วยเหลือครอบครัวที่เป็นโรคจิต ทีมงานได้ประเมินหลังลงชุมชนว่าเข้าใจชีวิตผู้คนมากขึ้น เรียนรู้วิถีชุมชนมากขึ้น เกิดความกระตือรือร้นในการทำงานและได้เรียนรู้การทำงานเป็นที่ร่วมกับสหวิชาชีพ

ภาพรวมทั้งอำเภอ ยังคงพบผู้ป่วย NCD รายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคที่มีผลจากพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยที่มานอนรักษาด้วยโรค HT, DM, COPD มีแนวโน้มลดลง ค่าใช้จ่ายรวมในสำหรับดูแลรักษาผู้ป่วยในมีแนวโน้มลดลง (ดังภาพ)



สรุปบทเรียน: จุดคานงัดที่ได้เรียนรู้คือ งานเชิงรุกจะขับเคลื่อนต้องมีผู้นำระดับสูงสนับสนุน ตัวเจ้าหน้าที่เอง ต้องได้รับแรงจูงใจในการทำงานที่ดี ตัวเจ้าหน้าที่ต้องมีศักยภาพมีข้อมูลเชิงลึกเพื่อขยาย สาธารณะให้ตื่นขึ้นมามีส่วนร่วมกับการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น



การพัฒนาคุณภาพบริการระดับปฐมภูมิ ในศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) ในเขตอำเภอภูกระดึง และกิ่งอำเภอนองหิน จังหวัดเลย

หน่วยคู้สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (CUP) โรงพยาบาลภูกระดึง จังหวัดเลย

ปัญหาความต้อยคุณภาพของบริการสุขภาพในมุมมองของผู้ให้บริการคือ ความไม่เสมอภาคในการเข้าถึงบริการของประชาชน ความไม่มีประสิทธิภาพของการบริหารจัดการระบบสุขภาพ และไม่มีคุณภาพของบริการที่ให้แก่ประชาชน อันหมายถึง บริการที่ไม่ตรง ไม่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนนั่นเอง เพื่อแก้ไขปัญหาคความต้อยคุณภาพดังกล่าว โรงพยาบาลภูกระดึง ในฐานะ CUP ได้นำแนวคิดเรื่องบริการระดับปฐมภูมิ ซึ่งเป็นหัวใจที่จะทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี การสร้างบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่มีมาตรฐาน สอดคล้องตรงกับความต้อยของประชาชน และวิถีชุมชน CUP ภูกระดึงจึงดำเนินการพัฒนาคุณภาพระบบบริการดังกล่าว อย่างต่อเนื่องตลอดมา สรุปกระบวนการพัฒนาออกเป็นระยะต่าง ๆ ดังนี้

ระยะที่ 1 ปรับกระบวนทัศน์

เป้าหมาย สร้างความรู้ ทศนคติ และทักทักษะการปฏิบัติงานบริการสุขภาพในชุมชน แก่พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทุกคนในโรงพยาบาลภูกระดึง

กิจกรรมการพัฒนา มอบหมายให้เจ้าหน้าที่ทุกคนในโรงพยาบาล ออกปฏิบัติงานในชุมชน โดยกำหนดภารกิจหลัก 2 ส่วนใหญ่ ๆ คือ ให้บริการสุขภาพแบบผสมผสาน และองคร่วม และการศึกษาชุมชน ตามแนวคิดและหลักการของ นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ

ระยะเวลาดำเนินการ เมษายน 2543 ถึง ธันวาคม 2544

ประสบการณ์และการเรียนรู้ที่ได้รับ จากการประชุมรับฟังความรู้สึกและความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ พบว่าในระยะเริ่มแรก เจ้าหน้าที่รู้สึก ไม่พอใจ ถูกบังคับ วิตกและกลัวการออกชุมชนไม่รู้ว่า จะอะไร จะทำอะไร ต้องการให้ยกเลิก และพบว่าความรู้สึกดังกล่าวค่อย ๆ ลดลงเป็นลำดับ เมื่อสิ้นสุดโครงการ พบว่าเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่บอกว่ารู้สึกผูกพันกับชุมชน แต่ถ้าเลือกได้ ก็จะเลือกไม่ออกชุมชน อย่งไรก็ตามยังรู้สึกห่วงใยชุมชน และเรื่องราวต่าง ๆ ที่ได้ดำเนินการผ่านมา (พบว่าระยะต่อมาแม้จะจบโครงการ และเจ้าหน้าที่บางส่วนได้เลิกออกหมู่บ้านไปแล้ว แต่ก็ยังคงไปมาหาสู่ในชุมชน และเมื่อประชาชนในหมู่บ้านที่เคยรับผิดชอบมาโรงพยาบาล ก็ยังให้การต้อนรับดูแลอย่างอบอุ่นคุ้นเคยอยู่เสมอ มา) สุดท้ายทุกคนไม่กลัวการออกหมู่บ้าน และรู้ว่าจะทำอะไร

ในด้านของประชาชน จากการประเมินโดยแบบสอบถาม พบว่า มากกว่าร้อยละ 80 พึงพอใจในระดับมาก ถึงมากที่สุด ส่วนใหญ่ต้องการพบเจ้าหน้าที่ที่บ้านของตนเอง ในเวลาที่ตนอยู่บ้าน ซึ่งกิจกรรมของประชาชน จะอยู่บ้านในเวลาเช้าตรู่ และเวลาเย็น ที่เหลือจะอยู่เฉพาะช่วงเช้า หรือเย็น ส่วนความต้องการในเนื้อหาการบริการพบว่า ส่วนมากจะเป็นด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น รองลงมาคือกลุ่มกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และพบว่าประชาชนส่วนใหญ่ไม่ได้คาดหวัง ตั้งเป้าหมายว่าจะได้รับการบริการรูปแบบนี้ ซึ่งเป็นโอกาสที่จะทำให้การดำเนินงานในระยะต่อไปไม่ยุ่งยากนัก ที่จะทำให้ประชาชนเกิด ความต้อย อย่งไร และชื่นชมงานของเรา

ระยะที่ 2 นำความรู้และประสบการณ์ สู่การปรับโครงสร้างการบริการ



เป้าหมาย จัดโครงสร้างองค์กรให้เอื้ออำนวยต่อการจัดบริการให้มีคุณภาพสอดคล้อง และตรงกับความต้องการของประชาชน

กิจกรรมการพัฒนา

1. จัดแพทย์ และบริการอื่น ๆ ครบวงจร พร้อมให้บริการใน รพ. ให้ตรงกับเวลาว่างของประชาชน คือ 08.00 - 24.00 น. ทุกวันไม่มีวันหยุด "ไม่มีเวลาราชการ มีแต่เวลาราชการ"
2. ขยายบริการ OPD ที่มีคุณภาพเดียวกับโรงพยาบาล (ทุกวัน 08.00-16.00) สู่อ. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชน ลดต้นทุนด้านสุขภาพในมุมมอง ของประชาชน
3. จัดพื้นที่รับผิดชอบหมู่บ้าน ของแต่ละ PCU โดยยึดความสะดวกของประชาชนเป็นหลัก ไม่ได้ยึดตามเขตการปกครอง
4. ส่งพยาบาล (ผลผลิตของระยะที่ 1) ลง อ. และหมู่บ้าน
5. กำหนดหมู่บ้านในความรับผิดชอบของ จนท. แต่ละคน อย่างชัดเจน และดูแลประชากรไม่เกิน 1000-1500 คน ต่อ เจ้าหน้าที่ 1 คน
6. กำหนดตารางออกหมู่บ้านของเจ้าหน้าที่ อย่างชัดเจน อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์
7. กำหนดกิจกรรม/เครื่องชี้วัดผลงาน ที่ชัดเจน และวิธีการประเมินผลงานโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัย
8. กำหนดการจ่ายค่าตอบแทน ตามคุณภาพของผลงาน

ระยะเวลาดำเนินการ เมษายน 2545 ถึง กันยายน 2546

ความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับ ในด้านผู้ป่วย ผู้ป่วยที่เคยหายไปในช่วงเวลาราชการและวันหยุด พบว่าได้กลับมาใช้บริการจากจนท.เกือบเท่ากับผู้ป่วยในเวลาราชการ โดยที่ก่อนการปรับ 36146 ครั้งหรือประมาณเกือบครึ่งของผู้ป่วยจะได้รับการตรวจรักษาโดยผู้ไม่ใช่แพทย์ แต่หลังปรับกระบวนการพบว่ามีเพียง 315 ครั้งหรือประมาณ สามในพันครั้งของผู้ป่วยนอกเท่านั้นที่ได้รับการตรวจรักษาโดยผู้ไม่ใช่ เป็นการจัดการเพื่อเพิ่มคุณภาพที่เห็นผลได้ชัดเจน ในด้านประชาชน พบว่ามีความพึงพอใจระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 2.77 จากคะแนนเต็ม 3) เกิดการรับรู้และเข้าใจ ความต้องการและทวงถามหาบริการ เมื่อไม่ได้รับ แสดงออกให้เห็นว่าห่วงหาพันบริการแบบนี้ (กลุ่มพลังต่าง ๆ ขานรับ)

สำหรับในด้านเจ้าหน้าที่จากการประเมินพบว่าส่วนใหญ่เข้าใจและมีความรับผิดชอบต่อการกิจที่ต้องทำ (มากกว่าครึ่ง ทำผลงานรวมทุกด้านได้มากกว่าร้อยละ 60 ของเป้าหมาย) สามารถใช้เครื่องมือต่าง ๆ เช่น แฟ้มสุขภาพครอบครัวช่วยในการทำงานของตน (แฟ้มครอบครัวมากกว่าร้อยละ 90 ของครัวเรือน) และจากการประชุมรับฟังความรู้สึกและข้อคิดเห็น พบว่า ส่วนใหญ่รู้สึกผูกพันกับประชาชน และชุมชนที่ตนรับผิดชอบ มั่นใจในกระบวนการทำงานในชุมชน ต้องการรับผิดชอบประชาชนจำนวนมากขึ้น และหลายคนสามารถสร้างกระบวนการทำงานของตนให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน เจ้าหน้าที่ที่ดูแลประชาชนในหมู่บ้านที่ตนเองเกิดหรืออาศัยอยู่ สามารถสร้างผลงานได้ดีกว่า ปัญหาที่น่าสนใจคือเจ้าหน้าที่ส่วนหนึ่งยังไม่อยู่ในสภาพที่น่าพึงพอใจดังที่กล่าวมา หลายคนดูแลประชากรมากเกินไป ทำให้บริการไม่ทั่วถึง

ระยะที่ 3 สร้างประสิทธิภาพและคุณภาพ

กิจกรรมการพัฒนา

1. ลดจำนวนประชากรต่อเจ้าหน้าที่แต่ละคน
2. ลดจำนวนวันออกหมู่บ้าน
3. กำหนดให้เจ้าหน้าที่ดูแลประชาชนในบ้านเกิดของตนเอง



4. จัดแบ่งกลุ่มงานในโรงพยาบาลใหม่
 5. กำหนดแผนเพิ่มพูนวิชาการแก่เจ้าหน้าที่
 6. ประสานท้องถิ่นด้านการจัดทรัพยากรสนับสนุนการสร้างสุขภาพ
- ระยะเวลาดำเนินการ ตั้งแต่ ตุลาคม 2546 เป็นต้นมา
- ประสบการณ์และการเรียนรู้ อยู่ระหว่างดำเนินการ



เส้นทางสู่ PCU สู่คุณภาพ เครือข่ายโรงพยาบาลขอนแก่น

ชลลดา บุษยรัตน์, นพวรรณ ดวงหัตถ์, กาญจนา บุญรักษา, ศรีล่ายอง สังข์สิริ

โรงพยาบาลขอนแก่นเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 714 เตียง ประกอบด้วยกลุ่มงาน, ฝ่าย, งานสนับสนุนและหน่วยงานพิเศษจำนวน 34 หน่วยงาน รับผิดชอบในการจัดบริการสุขภาพสำหรับประชาชนในเขตจังหวัดขอนแก่นและจังหวัดใกล้เคียง มีการบริหารภายใต้วิสัยทัศน์และพันธกิจด้วยทรัพยากรด้านต่างๆ จนได้ผลงานบริการด้านสุขภาพที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และได้ผ่านการรับรองเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ (Hospital Accreditation) จากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ (พรพ.) เมื่อวันที่ 10 มกราคม 2545 และเข้าร่วมเป็นโรงพยาบาลนาร่อง 1 ใน 26 แห่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

จากนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งภารกิจหลักที่สำคัญคือ การจัดเครือข่ายบริการระดับปฐมภูมิหรือ PCU ซึ่ง CUP โรงพยาบาลขอนแก่นมีเครือข่าย PCU จำนวน 23 แห่ง คือ ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 3 แห่งดำเนินการโดยโรงพยาบาลขอนแก่น ดูแลรับผิดชอบในพื้นที่ในเทศบาลนครขอนแก่น และ PCU 20 แห่งหรือสถานีอนามัยเดิม ดูแลรับผิดชอบพื้นที่อำเภอเมืองในส่วนนอกเขตเทศบาลนครขอนแก่น

บทนำ: ศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) เป็นหน่วยบริการด่านแรกที่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด และเป็นทางออกของระบบบริการสุขภาพในกระแสการปฏิรูประบบสุขภาพในปัจจุบัน กล่าวได้ว่า PCU คือหัวใจสำคัญของกระแสการปฏิรูประบบสุขภาพ รวมทั้งการนำแนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาดำเนินการได้จริง การที่จะให้ประชาชนเข้าสู่ระบบสุขภาพที่กำหนดด้วยความเต็มใจนั้น ประชาชนจะต้องมีความมั่นใจว่า PCU นั้น จะสามารถให้บริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐาน สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพได้เขียนแนวคิดพื้นฐาน HA ไว้ว่า คือการกระตุ้นให้เราทำหน้าที่ตามเป้าหมายขององค์กรได้อย่างสมบูรณ์ หัวใจการทำงานเพื่อบรรลุเป้าหมาย ตามแนวทางของ HA คือ (ก) ตอบสนองความต้องการหรือการเห็นผู้รับผลงานเป็นศูนย์กลาง (customer focus) (ข) การทำงานร่วมกันเป็นทีม (ค) การทบทวนประเมินตนเองในทุกระดับ เพื่อให้เกิดการปรับปรุงวิธีการทำงานอย่างต่อเนื่อง ซึ่งได้มีกลวิธีหลากหลายในแต่ละระดับโรงพยาบาลใน การบรรลุ HA ของโรงพยาบาล ได้มีการสร้างกระบวนการเรียนรู้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพด้วยวิธีการลัดและเห็นความสำเร็จเป็นลำดับขั้นของการประเมินและรับรองในหน่วยงานก่อนและสามารถนำมาปฏิบัติได้จริง โดยดำเนินการตามบันได 3 ขั้นสู่ HA ซึ่งการที่จะบรรลุความสำเร็จตามบันไดขั้นที่ 1 ควรนำกิจกรรมหัวหน้าพาทำคุณภาพ และหัวหน้าพาทบทวนคุณภาพมาใช้ ซึ่งได้มีการดำเนินการในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลชุมชนหลายๆ แห่ง

ในการเริ่มกระบวนการการพัฒนาคุณภาพ PCU เพื่อการรับรองคุณภาพ (HCA : Health Center Accreditation) นั้น CUP โรงพยาบาลขอนแก่นได้นำแนวทางการสร้างกระบวนการเรียนรู้ในกิจกรรมหัวหน้าพาทำคุณภาพ และหัวหน้าพาทบทวนคุณภาพมาใช้ โดยปรับเนื้อหาบางส่วนให้เหมาะสมกับ PCU ใช้ชื่อกิจกรรมว่า “8 สัปดาห์ศูนย์สุขภาพชุมชนพากันทำคุณภาพ” และ “ศูนย์สุขภาพชุมชนพากันทบทวนคุณภาพ” ตามลำดับ

วัตถุประสงค์: 1) เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวทาง “ 8 สัปดาห์ศูนย์สุขภาพชุมชนพากันทำคุณภาพ” ในการสร้างกระบวนการเรียนรู้ และความตระหนักของทีมงานใน PCU 2) เพื่อศึกษาผลของ



การใช้แนวทาง “ศูนย์สุขภาพชุมชนพากันทบทวนคุณภาพ “ ในการสร้างกระบวนการตรวจสอบ (Check) ตนเอง เพื่อหาโอกาสพัฒนาของ PCU

วิธีการศึกษา:

1. เลือก PCU นำร่อง 5 แห่ง (ในเขตเทศบาล 1 แห่ง, นอกเขตเทศบาล 4 แห่ง)
2. สร้างกระบวนการเรียนรู้ พร้อมการปฏิบัติจริง ใน PCU ด้วยกิจกรรม “8 สัปดาห์ ศูนย์สุขภาพชุมชนพากันทำคุณภาพ” ประกอบด้วยการประชุมเชิงปฏิบัติการ การทำกิจกรรม การติดตาม การสรุปผล
3. เข้าสู่บันไดขั้นที่ 1 คือการทบทวน “ศูนย์สุขภาพชุมชนพากันทบทวนคุณภาพ” ประกอบด้วย การประชุมเชิงปฏิบัติการ การทำกิจกรรม การติดตาม การสรุปผล
4. ประเมินผลการดำเนินงานทั้ง 2 กิจกรรม ดูผลความพร้อมของศูนย์สุขภาพชุมชนในการพัฒนาคุณภาพที่เป็นรูปธรรม

ผลการศึกษา:

กิจกรรม “8 สัปดาห์ศูนย์สุขภาพชุมชนพากันทำคุณภาพ”

กิจกรรม	ผล
สัปดาห์ที่ 1 ทบทวนความสำเร็จและจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลง	-ทุกคนได้มีโอกาสได้พูดและแสดงความคิดเห็นกันมากขึ้น -เกิดการยอมรับความคิดเห็นในที่ทำงาน -ได้แนวคิดการทำงานเป็นทีม เกิดความสามัคคีในหมู่คณะ
สัปดาห์ที่ 2 เชื่อมโยงความสำเร็จและสร้างบรรยากาศที่ดี	-ทุกคนร่วมกันทำกิจกรรม 5 ส., 3S มาใช้ร่วมกับการทำงาน เป็นทีม และทำให้เกิดความต่อเนื่องเป็นประจำ -มีแผนการใช้ทรัพยากรด้านบุคลากรร่วมกันในการให้บริการคลินิกเรื้อรัง, ออกอนามัยโรงเรียน, ปฏิบัติงานในพื้นที่ ซึ่งผลตอบรับจากผู้รับบริการพึงพอใจและให้การยอมรับการทำงานเป็นทีมของ เจ้าหน้าที่มากขึ้น -นัดรับประทานอาหารร่วมกัน บริเวณสนามหญ้าใน PCU บ่อยขึ้น -จัดกิจกรรมแสดงความยินดี เมื่อเพื่อนร่วมงานประสบความสำเร็จ เช่น สำเร็จการศึกษา
สัปดาห์ที่ 3 คุณภาพเริ่มที่แต่ละคน	-ร่วมกันคิดว่าจะทำให้งานที่ทำมีคุณภาพมากขึ้นกว่าเดิมและมีความสุขในการทำงาน และพัฒนาหน่วยงานของตนเองให้เป็นที่ยอมรับ -หัวหน้า PCU สร้างขวัญและกำลังใจแก่ทีมงาน -การให้บริการแก่ผู้รับบริการ: มือเอี่ยม ปากอ้า หน้าที่ยิ้ม -มีการค้นพบศักยภาพของ บุคลากรทุกระดับมากขึ้น เช่น ลูกจ้างทำความสะอาด เป็นต้น
สัปดาห์ที่ 4 คุณภาพคือการให้งานของเราง่ายขึ้น	-ได้มีโอกาสวิเคราะห์ร่วมกัน พบว่า งานที่ซ้ำซ้อน คือการลงรายงานต่าง ๆ งานที่ซับซ้อนยุ่งยากมากที่สุดคือ การวิเคราะห์ผังเครือญาติ ฯลฯ -การลดความซ้ำซ้อนของการรายงาน มีการนำโปรแกรมคอมพิวเตอร์มาใช้ (KTIS) -แลกเปลี่ยนเพิ่มพูน ความรู้ซึ่งกันและกันในการวิเคราะห์ผังเครือญาติ เป็นต้น
สัปดาห์ที่ 5 คุณภาพคือการฟังกันแลกัน	-มีการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ส่งมอบและผู้รับผลงานในระดับต่างๆคือระหว่าง PCU – CUP, PCU – PCU, PCU –ผู้รับบริการใน



กิจกรรม	ผล
	พื้นที่ ทำให้เกิดสัมพันธภาพและการประสานงานที่ดีในระหว่าง PCU และ CUP/ชุมชน
สัปดาห์ที่ 6 คุณภาพคือการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ	-ทีมงานช่วยคิดและตอบคำถามว่า ผู้รับบริการคือ ประชาชน, CUP, PCU อื่นๆ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง, ช่องทางที่รับรู้ของผู้รับบริการในปัจจุบันไม่เพียงพอ ต้องเพิ่มการปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการและชุมชนมากยิ่งขึ้น ปัญหาการทำตามใจตัวเองของผู้ป่วย เช่น อยากฉีดยาให้หน้าเกลี้ยงโดยไม่จำเป็น ขอ condom เวลา 5 หุ่มาที่หลังอยากตรวจก่อน เป็นต้น ซึ่งปัญหาเหล่านี้ที่ทีมงานช่วยกันคิดว่าจะตอบสนองความต้องการเหล่านี้ อย่างเป็นบ้าง เช่น กรณีของความต้อการของประชาชน จะต้องมีการแก้ไข ปัญหาตามสถานการณ์เป็นรายๆ ไปและพูดคุยทำความเข้าใจกับ ผู้รับบริการให้มากขึ้นกว่าเดิม เป็นต้น
สัปดาห์ที่ 7 คุณภาพคือการทำหน้าที่ตามเป้าหมายที่สมบูรณ์	-มีการทบทวนเป้าหมาย,บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบร่วมกัน -เกิดการจัดระบบการทำงานให้มีขั้นตอน ถูกต้อง รวดเร็ว ประหยัดเวลา -ทุกคนต้องมีความสุขในการทำงาน และประชาชนได้รับประโยชน์สูงสุด
สัปดาห์ที่ 8 สรุปการดำเนินงานพัฒนาในระดับหน่วยงาน	-นำผลการทบทวน เป็นแนวทางในการพัฒนาให้ดีขึ้น ได้แก่ CQI การให้บริการใน PCU, งานส่งเสริมสุขภาพ, กิจกรรม 5 ส., การพัฒนาระบบ MIS/family folder, การพัฒนาบุคลากร, การประเมิน HCA, การพัฒนาอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อม -นำผลการทบทวนเชื่อมโยงกับแผน ของ PCU

กิจกรรม “ศูนย์สุขภาพชุมชนพากันทบทวนคุณภาพ”

กิจกรรม	ผล
กิจกรรมที่ 1 การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย	จากการใช้แนวทางทบทวนการดูแลผู้ป่วยโดย C3THER พบว่าทีมงานมีโอกาสนในการพัฒนางานและเรียนรู้ร่วมกันว่าเราทำอะไร โดยเฉพาะด้านการบริการที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน การสื่อสาร, การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง, การพัฒนาบุคลากร, สิ่งแวดล้อม และการทำงานเป็นทีม
กิจกรรมที่ 2 การทบทวนความคิดเห็น/คำร้องเรียนของผู้รับบริการ	-สัมพันธภาพที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่ PCU และผู้รับบริการ/ชุมชนทำให้แทบจะไม่มีเรื่องร้องเรียนหรือถ้ามีก็สามารถแก้ไขปัญหาได้ทันที ณ จุดที่เกิดเหตุ -ทีมงานคิดหาวิธีการร่วมกันที่จะทราบความต้องการของชุมชนมากกว่ารอคำร้องเรียน เช่น การลงทำ FF, ประชุมร่วมกับ อบต, แกนนำชุมชน, กลุ่มต่างๆ
กิจกรรมที่ 3 การทบทวนการส่งต่อ/ขอย้าย/ปฏิเสธการรักษา	-มีการบันทึกการส่งต่อในแบบ บส. 08 แต่ยังคงขาดการทบทวน แนวทางแก้ไขคือให้มีการทบทวน case ที่ ส่งต่อโดยประสาน CUP ด้านวิชาการ -ร่วมกันหาวิธีแก้ไขปัญหาปฏิเสธการรักษาเนื่องจากรอนาน เช่น ขอบุคลากรเสริมจาก PCU เครื่องช่วยมาช่วยในวันที่มีผู้มารับบริการมาก
กิจกรรมที่ 4 การทบทวนการตรวจ	-ขาดการทบทวน แนวทางการแก้ไข ประสาน CUP ช่วยเหลือด้าน



กิจกรรม	ผล
รักษาโดยผู้ที่ไม่ใช่แพทย์	วิชาการ
กิจกรรมที่ 5 การค้นหาและป้องกันความเสี่ยง	-จากการทบทวน พบว่าทีมงานยังขาดความเข้าใจในเรื่องของความเสี่ยง -กำหนดแนวทางในการค้นหาและป้องกันความเสี่ยงโดย CUP จัดอบรม ด้านวิชาการให้
กิจกรรมที่ 6 การป้องกันและเฝ้าระวังการติดเชื้อใน PCU	-วิเคราะห์ปัญหาการติดเชื้อเนื่องจากการให้บริการที่ PCU เช่นมีการติดเชื้อของแผล -มีการพัฒนาด้าน sterile technique -ทบทวนการดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐาน IC ของ CUP โรงพยาบาลขอนแก่น ซึ่ง PCU บางแห่งพบว่าดำเนินการได้ไม่ครบถ้วนซึ่ง จะดำเนินการพัฒนาต่อไป
กิจกรรมที่ 7 การป้องกันและเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา	-ยังไม่มีการทบทวนความคลาดเคลื่อนทางยา และเป็นความรู้ใหม่ ใน PCU ต้องการการสนับสนุนความรู้จาก CUP -การที่มี เกสซ์กรลงปฏิบัติงานที่ PCU ทำให้มีการทบทวน เรื่องของ dead stock, การจัดเก็บเวชภัณฑ์ -การจ่ายยาผิดแก่ผู้ป่วยมีน้อยมากหรือไม่มีเลยเนื่องจากการให้บริการไม่ แออัด
กิจกรรมที่ 8 การทบทวนการดูแลผู้ป่วยจากเหตุการณ์สำคัญ	-มีการทบทวนและวิเคราะห์ปัญหาแต่เป็นลักษณะคุยกันอย่างไม่เป็น ทางการและขาดการบันทึกข้อมูล -PCU มีความต้องการความรู้วิชาการและทักษะในการปฏิบัติงานจาก CUP
กิจกรรมที่ 9 การทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนต่างๆ	-มีการบันทึกใน family folder, KTIS แต่ยังไม่ครบถ้วน สมบูรณ์ มีระบบรายงานจำนวนมากถึง 56 รายงานหลักต่อเดือนและรายงานด่วน ตามนโยบายอีกจำนวนมาก -บุคลากรขาดความชำนาญในการใช้โปรแกรม KTIS แนวทางแก้ไข -ใช้โปรแกรม KTIS เข้ามาช่วยในการบันทึกข้อมูล -ฝึกทักษะในการใช้โปรแกรม และ CUP เข้ามาสนับสนุนและช่วยเหลือ
กิจกรรมที่ 10 การทบทวนการใช้ความรู้ทางวิชาการ	-มีการทบทวนโดยพูดคุยกันแบบไม่เป็นทางการเฉพาะ case ที่มีปัญหา และไม่ได้มีการบันทึกข้อมูลไว้เป็น หลักฐาน -มีความต้องการทบทวนการใช้ความรู้ทางวิชาการและฝึกทักษะจาก CUP
กิจกรรมที่ 11 การทบทวนการใช้ทรัพยากร	-เรื่อง UR เป็นความรู้ใหม่ยังไม่เคยทำ ซึ่ง CUP ได้จัดประชุม ชี้แจงให้ ความรู้ แต่ปัจจุบันที่ทีมงาน PCU ยังไม่ได้ลงมือทำ
กิจกรรมที่ 12 การติดตามเครื่องชีวิตที่สำคัญ	-เครื่องชีวิตที่พัฒนาขึ้นโดย PCU เองยังไม่มี แต่ใช้ตามมาตรฐานของ กระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้ -จากการคิดและทบทวนร่วมกัน PCU จะพัฒนาเครื่องชีวิตของ PCU ขึ้นมาเองโดยใช้สภาพปัญหาในพื้นที่ แผนปฏิบัติการและความต้องการ ของผู้รับบริการเป็นหลัก



ความเห็นของสมาชิก PCU ในการทำกิจกรรมคุณภาพ การดำเนินงาน HCA มีผู้เห็นด้วย 73 ราย (ร้อยละ 82.02), ไม่เห็นด้วยหรือไม่แน่ใจ 16 ราย (ร้อยละ 17.98)

อภิปราย:

1. กิจกรรม 8 สัปดาห์ศูนย์สุขภาพชุมชนพากันทำคุณภาพ เมื่อได้นำไปใช้จริงที่ PCU พบว่า ใน PCU นาร่องทั้ง 5 แห่ง สามารถนำไปใช้ได้ดี และทำให้เกิดความเข้าใจของทีมงานตรงกันในเรื่องของการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน สมาชิกทุกคนของ PCU เกิดความตระหนักว่าเป็นบทบาทของทุกคน มีบรรยากาศของการเรียนรู้ร่วมกัน มีการทำงานเป็นทีม ทีมงานพูดคุยกันมากขึ้น และจากการเรียนรู้และทบทวนร่วมกันทำให้ทุกคนรับรู้ร่วมกันว่า “คุณภาพ เริ่มที่แต่ละคน”

2. กิจหัวหน้าพาทบทวนคุณภาพ พบว่า บางกิจกรรมเป็นเรื่องใหม่และยังไม่เห็นความจำเป็นที่จะต้องนำมาใช้ใน PCU เช่น เรื่อง UR, ความคลาดเคลื่อนทางยา แต่เรื่องที่ร่วมกันทบทวนแล้วเกิดการปรับปรุงคุณภาพการทำงานมากที่สุดคือเรื่อง การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย (C3THEER), การป้องกันและเฝ้าระวังการติดเชื้อใน PCU

3. การพัฒนาคุณภาพใน PCU ในรูปแบบของ Health Center Accreditation (HCA) ถือได้ว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงที่จะมีผลต่อบุคลากรที่ปฏิบัติงานใน PCU ทั้งด้านบวกและด้านลบ มีทั้งคนสนับสนุนและคัดค้านในเวลาเดียวกัน ดังนั้น CUP โรงพยาบาลขอนแก่นเป็นผู้รับผิดชอบจะต้องคำนึงถึงการพัฒนาคุณภาพใน PCU ซึ่งเป็นพันธกิจที่จะต้องดำเนินต่อไป

4. Health Center Accreditation จะดำเนินการไปตามลำพังไม่ได้ สิ่งสำคัญคือความร่วมมือร่วมใจของบุคลากรใน CUP และ PCU ที่มุ่งให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HCA อย่างเหมาะสม และเป็นรูปธรรม ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และองค์กรที่เกี่ยวข้องได้ให้ความสำคัญและสนับสนุนกับเรื่องนี้เป็นอย่างมาก

สรุป: การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่เป็นการศึกษาเฉพาะ PCU นาร่อง 5 แห่ง เพื่อเตรียมการและแสวงหาความร่วมมือ เพื่อเข้าสู่การวางแผนการปฏิบัติและดำเนินการให้ครอบคลุม PCU เครือข่ายโรงพยาบาลขอนแก่นให้ครบทุกแห่ง มิใช่เป็นการศึกษาเชิงกว้างแต่ก็สามารถให้บทเรียนและองค์ความรู้บางส่วน ที่สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพ PCU อย่างจริงจังและเป็นระบบต่อไป



“C10: เทคโนโลยี กับชีวจริยธรรม”

ที่มา

เทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขมีแนวโน้มของการพัฒนาอย่างก้าวกระโดดในอนาคต โดยเฉพาะจากพื้นฐานความรู้เรื่อง bioinformatic ซึ่งจะทำให้เกิด intervention ใหม่ๆ ที่อาจจะคาดเดาไม่ได้ ขณะเดียวกันก็มีโอกาสที่จะเกิดผลกระทบทางลบอื่นๆ ควบคู่กันไปด้วย เช่น เทคโนโลยีดังกล่าว อาจจะมีราคาสูงมากและเข้าถึงได้เฉพาะผู้ป่วยบางกลุ่ม แต่มีผลกระทบต่อคนส่วนใหญ่ที่เหลือ รวมทั้งระบบสุขภาพโดยรวมซึ่งผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายจะต้องมีมุมมองเกี่ยวกับผลเหล่านี้้อย่างรอบด้าน จึงจะสามารถใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีได้อย่างเหมาะสมและคุ้มค่า

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าประชุมได้รับทราบความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งจะมีผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพในอนาคต เตรียมพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม เพื่อให้เกิดสมดุลและความอยู่รอดของระบบบริการสุขภาพ

เนื้อหาที่จะนำเสนอ

1. ความก้าวหน้าและแนวโน้มของเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่จะเกิดขึ้นในช่วง 3-5 ปีข้างหน้า โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความก้าวหน้าในเรื่องพันธุวิศวกรรม, ชีวสารสนเทศ, เทคโนโลยีจีโนม และผลที่จะเกิดขึ้นต่อระบบบริการสุขภาพ ในด้านกฎหมาย จริยธรรม และสังคม (legal, ethical, social implication – LESI) รวมทั้งประสิทธิภาพ ประสิทธิผล การเรียนการสอนและการฝึกอบรม
2. ข้อเสนอต่อระดับต่างๆ เพื่อให้สามารถรองรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรู้เท่าทันและเหมาะสม รวมทั้งการประยุกต์แนวคิดมาใช้ภายใต้ข้อจำกัดของทรัพยากร ทั้งในด้านระบบใหญ่ของประเทศ และการเตรียมตัวของผู้ประกอบการวิชาชีพ

วิทยากร

นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์

เลขาธิการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ



เทคโนโลยีสมัยใหม่ ชีวจริยธรรม และการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์

สังคมที่สลับซับซ้อนขึ้น เป็นผลมาจากปริมาณผู้คน que เพิ่มจำนวนมากขึ้นเป็ขัจจยหนึ่ง แต่สิ่งที่สำคัญกว่าคือการรับรู้ และการเรียนรู้ที่เพิ่มขึ้น และเชื่อมต่อกันได้ง่ายขึ้น ความซับซ้อนของสังคมสะท้อนผ่านความคิดเห็นและปฏิกริยาที่หลากหลายต่อปรากฏการณ์อย่างเดียวกัน และยังสะท้อนออกในรูปของความต้องการและความคาดหวังที่เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา พัฒนาการของวิทยาศาสตร์ และความรู้สมัยใหม่ที่ก่อเกิดขึ้นภายใต้สภาพสังคมที่สลับซับซ้อนมากขึ้น ย่อมมีคุณลักษณะที่แตกต่างจากในอดีตไม่ว่าจะในส่วนของการค้นพบความรู้ใหม่ การนำความรู้ไปพัฒนาเป็นเทคโนโลยี รวมทั้งการนำเทคโนโลยีไปใช้ให้เกิดประโยชน์ ในภาพรวมกระบวนการสร้างความรู้ใหม่และนำความรู้ไปใช้ประโยชน์จะต้องคำนึงถึงแง่มุมทางด้านสังคมมากขึ้น ความสำเร็จของการถอดรหัสพันธุกรรมมนุษย์นำไปสู่การสร้างควมตื่นตัวและให้ความสนใจกับแง่มุมทางด้าน จริยธรรม กฎหมายและสังคม (Ethical Legal and Social Implication :ELSI) ในหมู่นักวิทยาศาสตร์ และผู้ที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการของความรู้สมัยใหม่อย่างกว้างขวาง นักวิทยาศาสตร์ถูกเรียกร้องให้คำนึงถึงผลกระทบที่จะตามมาจากความรู้ที่เพิ่มขึ้น โดยไม่คิดเพียงว่าความรู้ใหม่ทุกอย่างล้วนเป็นสิ่งสำคัญ และความทุ่มเทเพื่อศึกษาเรียนรู้อย่างจริงจัง และการนำความรู้ไปใช้ในทางที่ไม่เหมาะสมเป็นเรื่องที่นักวิทยาศาสตร์สามารถปฏิเสธความรับผิดชอบได้

ผู้ให้บริการสุขภาพมีหลักจริยธรรมของวิชาชีพเป็นเครื่องมือกำกับการทำงานในการดูแลความเจ็บป่วย และลดความทุกข์ทรมาน พร้อมกับเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับประชาชน หลักการด้านจริยธรรมได้ขยายจากหลักจริยธรรมของวิชาชีพ (professional ethics) ไปสัมพันธ์กับหลักชีวจริยธรรม (bioethics) แต่หลักการสำคัญต้องถูกนำมาประยุกต์ใช้ภายใต้ข้อเท็จจริงที่มีความรู้ และเทคโนโลยีใหม่ๆเพิ่มขึ้น และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เทคโนโลยี และประชาชนผู้จะได้ประโยชน์จากเทคโนโลยีเหล่านั้นมีความสลับซับซ้อนมากขึ้นตามการเปลี่ยนแปลงของสังคม หากผู้ให้บริการประสงค์จะรักษามาตรฐานการปฏิบัติหน้าที่ให้ได้ตามหลักการที่พึงประสงค์ จำเป็นจะต้องการมีความรู้ความเข้าใจทั้งในส่วน of ความรู้ใหม่ๆที่เกิดขึ้น กับบริบทที่ความรู้เหล่านั้นถูกนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์แก่กลุ่มเป้าหมายต่างๆ พร้อมกับควมริว่าด้วยหลักจริยธรรมสำคัญที่นอกเหนือจากการช่วยให้ผู้ป่วยพ้นทุกข์ เช่นหลักการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หลักการเรื่อง of สิทธิส่วนบุคคล หลักการเรื่องการรักษาความลับ เป็นต้น

ความพยายามที่จะสร้างความรู้และเทคโนโลยีสมัยใหม่เพื่อเข้าใจเรื่องพันธุกรรมในมนุษย์ซึ่งเชื่อกันว่าเป็นหน่วยพื้นฐานของชีวิตที่กำหนดความเป็นตัวตนของแต่ละบุคคล (ซึ่งเริ่มอย่างจริงจังจากโครงการ human genomes project) ไม่ว่าจะเป็นการถอดรหัสพันธุกรรม ไปจนถึงความพยายามจะหาความหมายของรหัสพันธุกรรมโดยใช้เทคนิคสมัยใหม่เช่น bioinformatics, micro arrays, proteomics, etc เมื่อประกอบกับความรู้และเทคโนโลยีเกี่ยวกับการกำเนิดของชีวิต และวิธีช่วยให้เกิดการปฏิสนธิ นอกมดลูกที่มีวิวัฒนาการเพิ่มขึ้นมากกว่า 25 ปีแล้ว ก่อให้เกิดความกังวลในการพัฒนาและใช้ความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ และแนวโน้มของการสร้างสุขภาพ การป้องกันโรค และการรักษาพยาบาลรวมทั้งการฟื้นฟูสภาพที่จะเปลี่ยนไปอันเนื่องมาจากความรู้ใหม่ๆที่มีทั้งแง่มุมที่เป็นประโยชน์ พร้อมกับโอกาสที่จะสร้างสิ่งที่ไม่พึงประสงค์(ตามมาตราฐานความคิด ความเชื่อ และความเป็นจริงของสังคมอย่าง que เห็น และเป็นอยู่ในปัจจุบัน) ความรู้ที่ด้วยพันธุกรรมมนุษย์ และความสัมพันธ์กับ



ลักษณะต่างๆทางร่างกาย (เช่น ภาวะการเป็นโรค ความสูง สีผิว) และสุขภาพจิต (เช่น ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคจิต)รวมทั้ง พฤติกรรมและการแสดงออกต่างๆ (เช่น ความโกรธ การสูบบุหรี่) น่าจะมีประโยชน์ต่อการสร้างสุขภาพ และการรักษาพยาบาลความเจ็บป่วย แต่ก็สร้างความวิตกว่าจะเกิดการใช้ความรู้ไปเพื่อการกีดกัน แยกแยะ (discrimination) โดยใช้พื้นฐานทางพันธุกรรม (เช่นในการจ้างงาน การรับเข้าศึกษา การประกันสุขภาพ) ในขณะที่เดียวกันเทคโนโลยีด้านการเจริญพันธุ์ร่วมกับความรู้ทางด้านพันธุกรรมก็อาจนำไปสู่การก่อกำเนิดของชีวิตในรูปแบบใหม่ๆที่อาจจะเป็นความต้องการและความจำเป็นของปัจเจก (เพื่อให้ได้ลูกที่มีลักษณะพึงประสงค์) แต่สร้างความกังวลต่อสังคมในภาพรวมว่ามีความเหมาะสมเพียงไร และอาจจะเป็นการสร้างความเป็นธรรมในสังคม

ในภาพรวมความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนำไปสู่ความจำเป็นที่บุคคลากรผู้ให้บริการจำเป็นต้องมีความละเอียดอ่อนเพิ่มขึ้นในการพิจารณาตัดสินใจในเรื่องต่างๆ พร้อมทั้งกับความจำเป็นที่จะต้องใส่ใจให้ทันความรู้และเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งประเด็นเชิงจริยธรรม และสังคมที่จะเกิดตามมาอันเนื่องมาจากการใช้ความรู้ และเทคโนโลยีโดยขาดการพิจารณาอย่างถี่ถ้วน ในปัจจุบันมีกลไกต่างๆทั้งในระดับสากล และระดับประเทศที่จะช่วยกำหนดหลักการ หรือแนวทางปฏิบัติ ต่างๆทั้งสำหรับกระบวนการสร้างความรู้ (โดยนักวิทยาศาสตร์ และนักวิจัย) และการใช้เทคโนโลยีรวมทั้งข้อมูลที่เกิดขึ้นจากการใช้เทคโนโลยี (โดยบุคคลากรวิชาชีพ และส่วนอื่นๆในสังคม)

โดยเฉพาะข้อมูลว่าด้วยสถานะภาพทางพันธุกรรม และความหมายของคำว่าบริการที่มีคุณภาพ ก็อาจจะต้องครอบคลุมแง่มุมอื่นๆที่กว้างขวางมากกว่าเพียงการช่วยให้ผู้ป่วยหายจากความเจ็บป่วย หรือได้รับบริการที่ได้มาตรฐานทางเทคนิคที่กำหนดจากกรอบของวิชาชีพแต่เพียงอย่างเดียว



“C20 เรื่องเล่า ไร้พั้ง”

ที่มา

การดูแลแบบองค์รวม เป็นการดูแลบุคคลที่ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ สิ่งแวดล้อม โดยคำนึงถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคลที่มีจุดมุ่งหมายในชีวิต มีความรู้ ความคิด ความเชื่อ ศาสนา ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม สภาพสังคมเศรษฐกิจ และรูปแบบของการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน

การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมเป็นหัวใจสำคัญของศาสตร์ทางการแพทย์มาช้านาน พยาบาลต้องมียุทธศาสตร์ความรู้ในการทำความเข้าใจมิติต่าง ๆ ของผู้ป่วย มีทักษะ มีประสบการณ์ และความสามารถสูงเป็นงานยากและซับซ้อนต้องอาศัยเวลา ความอดทน ความจริงใจเป็นมิตร ความมั่นคงทางอารมณ์ มีเจตคติที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น ตระหนักในตนเอง มีความละเอียดอ่อน การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยผ่านพ้นความทุกข์ไปได้ด้วยดี เป็นหน้าที่และบทบาทอิสระของพยาบาลที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัวและสังคม

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าประชุมเห็นวิธีการสร้างความตระหนักให้แก่ผู้ประกอบวิชาชีพในเรื่องการประเมินปัญหาสุขภาพ/ผลกระทบ การดึงความรู้ แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ จากบุคคลและทรัพยากรมาประยุกต์ใช้ในการนำกระบวนการพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้องมาใช้แก้ปัญหา

เนื้อหาที่จะนำเสนอ

ตัวอย่างการนำเสนอกรณีศึกษาในลักษณะการบอกเล่าเรื่องราวที่ไร้พั้ง

วิทยากร

นางสุห้วง พันธุ์ถาวรวงศ์

โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ จ.ชุมพร



การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม แนวคิดจากนามธรรมสู่รูปธรรม นำลงสู่การปฏิบัติ

นางสุหวิง พันธุ์ถาวรวงศ์

กรณีที่ 1 ดวงใจย่า

สภาพผู้ป่วย: (1) ผู้ป่วยอายุ 64 ปี กระจกสีโครงหัก ใส่ ICD ข้างขวา กระจกซ้ายหัก มีแผลฉีกขาดที่คอ มีแผลผ่าตัดหน้าท้อง (2) ผู้ป่วยไม่ค่อย ambulate ไม่มีกำลังใจเพราะสามีเสียชีวิตจากอุบัติเหตุครั้งนี้ ก่อนหน้านี้ไม่นานบุตรชายเพิ่งเสียชีวิต (3) หอผู้ป่วย semi ICU Surg ห้ามเด็กอายุต่ำกว่า 8 ปีเข้าเยี่ยม

ความคาดหวัง: ญาติต้องการให้ผู้ป่วยหาย ผู้ป่วยมีกำลังใจ สามารถเผชิญหน้ากับการสูญเสีย และปรับตัวต่อความเครียดได้อย่างเหมาะสม

“สิ่งยึดเหนี่ยวที่มีคุณค่าในจิตใจของมนุษย์สามารถสร้างแรงบันดาลใจให้ลุกขึ้นต่อสู้กับอุปสรรคได้ ดังนั้น คุณต้องหาให้พบ”

กรณีที่ 2 น้ำเอียน้ำใจ

สภาพผู้ป่วย: ผู้ป่วยมีแผล enterocutaneous ที่ท้องด้านขวา ไม่ได้อาบน้ำมา 4 เดือนแล้ว ร่างกายซูบผอม อ่อนเพลีย ผิวหนังศีรษะสกปรกมาก อยู่กันตามลำพัง 2 คน สามีต้องออกไปทำงาน ตั้งแต่เช้าถึงค่ำ สามีไม่มีความรู้ในการทำความสะอาดร่างกาย กลัวแผลภรรยาถูกน้ำ แพทย์ไม่ได้ส่งต่อผู้ป่วยไปยัง รพ.ศูนย์ตามที่ผู้ป่วยต้องการ

ความคาดหวัง: ผู้ป่วยและสามีต้องการการดูแลรักษาที่ดีจากโรงพยาบาล ต้องการให้แพทย์ผ่าตัดปิดรูแผลที่รั่ว เพื่อลดกลิ่นเหม็น ต้องการการยอมรับ ไม่เป็นที่รังเกียจของผู้อื่น

“คนทุกคนมีศักดิ์ศรีเท่าเทียมกัน ต้องการการยอมรับ ความรัก ความเอื้ออาทร เหมือนๆ กัน”

กรณีที่ 3 ทำไหนดี

สภาพผู้ป่วย: ผู้ป่วยกระจกสีโครงหักทั้งซ้ายและขวารวม 10 กว่าซี่ ใส่ ICD ทั้งสองข้าง มี hemopneumothorax จำนวนมากกว่า 1000 cc ตะแคงตัวไม่ได้เลยเพราะปวดแผลมากเวลาเคลื่อนไหว

ความคาดหวัง: ผู้ป่วยอยากทำตามที่พยาบาลบอกให้ลุกนั่งบ่อยๆ อยากให้เราทราบयरายทรงออกออกเร็วๆ ไม่อยากเป็นภาระคนอื่น

“อย่าเอาแต่สั่ง ถามผู้ป่วยบ้าง ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตัวเองด้วย”

กรณีที่ 4 ผมชอบเพลงเพื่อชีวิตครับ

สภาพผู้ป่วย: ผู้ป่วยผ่าตัดสมอง GCS9T-10T รู้เรื่องแต่ไม่ทำตามคำสั่ง ชอบดิ่งสายทุกอย่าง ต้องมัดแขน ขา ไว้ตลอด เพราะตื่นมาก เคยดิ่งสายสวนปัสสาวะจนท่อปัสสาวะฉีกขาด ตาสองข้างมองแทบไม่เห็น เจาะคอ ใส่เครื่องช่วยหายใจ สื่อสารกับผู้อื่นไม่เข้าใจ เครียดมาก

ความคาดหวัง: มารดาและพี่สาวอยู่เฝ้าไข้ 2 คนต้องการให้ผู้ป่วยหาย ตามมองเห็น ไม่เกิดอันตรายจากท่อปัสสาวะฉีกขาด แต่งงานและมีบุตรได้ พยาบาลต้องการให้ผู้ป่วยสงบ ไม่ดิ่งสายทุกชนิดออกจากตัว ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลบกพร่อง

“การผ่อนคลายความเครียดเป็นเรื่องสำคัญ สำหรับผู้ป่วยหนักที่รู้สึกตัว กรณีสื่อสารไม่ได้ ให้หาข้อมูลจากญาติใกล้ชิด”



กรณีที่ 5 โทโรจิตจากแม่สู่ลูก

สภาพผู้ป่วย: ผู้ป่วยผ่าตัดตมอมอง GCS3T มีโอกาสรอดชีวิตน้อย มีอาการเกร็งแบบ abnormal extension ตลอด แพทย์ได้คุยกับมารดา การพยากรณ์โรคไม่ค่อยดี ผู้ป่วยที่มี GCS ต่ำๆ มักจะมีภาวะแทรกซ้อนมาก ดูแย่มาก

ความคาดหวัง: มารดามีบุตร 2 คน ทำใจต่อการสูญเสียบุตรไปไม่ได้ ขอให้รอดแม้พิการก็รับได้ มารดาลังเลอยากนำบุตรไปรักษาที่ กรุงเทพ/รพ.เอกชน

“ปาฏิหาริย์เกิดขึ้นได้เสมอ เรื่องไม่น่าเป็นไปได้บางครั้งก็เป็นไปได้ ขอเพียงอย่าหมดหวังกำลังใจ ความผูกพันสื่อผ่านด้วยใจ”

กรณีที่ 6 สีมิตี + HHC

สภาพผู้ป่วย: อุบัติเหตุจักรยานยนต์ GCS 5T-6T มีเลือดออกในสมอง เส้นผ่าศูนย์กลาง 1 ซม. ใส่ท่อช่วยหายใจอยู่ 2 สัปดาห์ เสี่ยงต่อ IICP มารดากลัวบุตรชายเสียชีวิต พิจารณาไม่สามารถรอดกลับมาใช้ชีวิตอย่างเดิมได้ เพราะแขนขาขวาเกร็งตลอด

ความคาดหวัง: ให้บุตรชายรอดชีวิตแม้พิการก็รับได้ อยากได้รับการดูแลและคำแนะนำที่ดีๆ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามอัตภาพ

“ถ้าคุณดูแลผู้ป่วยครบทั้งการรักษา ป้องกัน ส่งเสริม ฟันฟู รวมถึง HHC คุณจะได้อีก 1 ชีวิต ที่มีคุณภาพกลับคืนสู่สังคม สุขใจทั้งคู่ให้ และผู้รับ”

กรณีที่ 7 คืนชีวิตให้น้อง

สภาพผู้ป่วย: ผู้ป่วยผ่าตัดตมอมอง GCS10T มีปัญหาหยาเครื่องช่วยหายใจไม่ได้ เอกซเรย์ปอดมี RML, RLL atelectasis พี่ชายและผู้ป่วยเป็นชาวเขมรมีปัญหาการสื่อสาร การดูแลผู้ป่วยไม่มีลักษณะสหสาขาวิชาชีพ

ความคาดหวัง: ผู้ป่วยและพี่ชายต้องการได้ล่ามหรือวิธีสื่อภาษาที่พยาบาลเข้าใจ อยากหายจากภาวะเจ็บป่วย แพทย์และพยาบาลสามารถหาวิธีให้ผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจได้

“การดูแลผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาล และรวบรวมองค์ความรู้จากสหสาขาวิชาชีพ มาใช้ในกระบวนการแก้ปัญหาเป็นสิ่งสำคัญ”

กรณีที่ 8 รักหนูต้องรู้ใจ

สภาพผู้ป่วย: ผู้ป่วยอายุ 4 ปี ประสบอุบัติเหตุจักรยานยนต์ GCS 7T-9T ใส่ท่อช่วยหายใจ กระสับกระส่าย สื่อภาษาเข้าใจเป็นบางเรื่องตามอายุ เป็นลูกคนเดียว บิดา มารดาและญาติ วิตกกังวลมาก ถอดท่อช่วยหายใจไม่ได้ ต้องใส่ใหม่ 3 ครั้ง

ความคาดหวัง: บิดา มารดา อยากให้ถอดท่อช่วยหายใจให้ได้ ให้ลูกปลอดภัย พยาบาลอยากให้เด็กไม่มีภาวะแทรกซ้อน/upper airway obstruction/tracheal stenosis

“อย่าลืมนิสัยของเด็ก การเล่นของเด็กคือการทำงานของผู้ใหญ่ ดูแลผู้ป่วยแล้วอย่าลืมนุ้ดูแลคนข้างเคียงด้วย แล้วอย่าลืมน d/c plan”



“C30 เต็มพลังให้สามสิบบาท”

ที่มา

สถานพยาบาลทุกแห่งที่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่างต้องเผชิญปัญหาหลายประการ ได้แก่ การบริหารงบประมาณ ภาระงานของบุคลากรที่เพิ่มขึ้น การเผชิญหน้าระหว่างแพทย์และบุคลากร กับประชาชนผู้ขอรับบริการ การควบคุมมาตรฐานและคุณภาพในการรักษาพยาบาล ซึ่งล้วนแต่ทำให้เกิดความรู้สึกบั่นทอนโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องขวัญกำลังใจ

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าประชุมเห็นแนวทางในการแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และรับทราบความพยายามของหน่วยงานที่รับผิดชอบ

เนื้อหาที่จะนำเสนอ

1. แนวทางการปรับวิกฤติให้เป็นโอกาสสำหรับโรงพยาบาล
2. ความพยายามของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการแก้ปัญหา

วิทยากร

รศ.นพ.ปิยะ เนตรวิเชียร

รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



เติมพลังให้ 30 บาท

นพ.ปิยะ เนตรวิเชียร

รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้แก่ประชาชน เป็นนโยบายที่สำคัญยิ่งของรัฐบาล ที่เกิดขึ้นตามที่ระบุไว้ในรัฐธรรมนูญราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ในมาตรา 52 และ 58 ให้ประชาชนมีสิทธิในการเข้ารับบริการด้านสาธารณสุขที่มีมาตรฐานโดยรัฐเป็นผู้จัดให้ ซึ่งเป้าหมายสำคัญ คือ- การสร้างสุขภาพที่ดีให้กับประชาชน โดยครอบคลุมถึงการ ส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย การบรรลุเป้าหมายนี้จะทำให้ภาพรวมเรื่องสุขภาพของประชาชนดีขึ้นและเมื่อประชาชนมีสุขภาพที่ดีย่อมเป็นกำลังสำคัญในการร่วมพัฒนาประเทศ

เป้าหมายอีกประการหนึ่ง คือ การปฏิรูประบบประกันสุขภาพ ซึ่งประกอบไปด้วย 5 ประเด็นหลัก อันได้แก่ การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของประชาชน ความเท่าเทียมและเป็นธรรมในการได้รับบริการ การจัดบริการที่มีคุณภาพ การบริหารงานที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนการกระจายทรัพยากรด้านสุขภาพให้ครอบคลุมและทั่วถึงในทุกพื้นที่

จะเห็นได้ว่าคุณภาพของระบบบริการสาธารณสุขถูกหยิบยกขึ้นมาเป็นเรื่องสำคัญ ซึ่งได้รับการตอกย้ำในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยในโครงสร้างของการบริหารจัดการได้กำหนดให้มีคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขซึ่งถูกกำหนดให้มีบทบาทหน้าที่ในการ ควบคุม กำกับ กำหนด ทั้มาตรฐาน และมาตรการที่เกี่ยวกับการส่งเสริมคุณภาพ และมาตรฐานของหน่วยบริการ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งรับผิดชอบโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือที่ชาวบ้านรู้จักกันดีในชื่อ “30 บาท รักษาทุกโรค” มีบทบาทในการดำเนินการด้านการพัฒนาคุณภาพโดยได้ร่วมสนับสนุนกำกับและติดตามกระบวนการพัฒนาคุณภาพ โดยในส่วนของพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล สำนักงานฯ ได้สนับสนุนงบประมาณให้กับกรมสนับสนุนระบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ และสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในการพัฒนาโรงพยาบาลระดับอื่นๆ ทั้งของภาครัฐและเอกชน

เปลี่ยนวิกฤติ 30 บาทให้เป็นโอกาสได้อย่างไร

สถานพยาบาลทุกแห่งที่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่างต้องเผชิญปัญหาหลายประการ ได้แก่ การบริหารงบประมาณ ภาระงานของบุคลากรที่เพิ่มขึ้น การเผชิญหน้าระหว่างแพทย์และบุคคลากร กับประชาชนผู้รับบริการ การควบคุมมาตรฐานและคุณภาพในการรักษาพยาบาล ซึ่งล้วนแต่ทำให้เกิดความรู้สึกบั่นทอนโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องขวัญกำลังใจ แต่หากวิเคราะห์ถึงประเด็นดังกล่าว ก็เห็นว่าหากนำแนวทางของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมาใช้ ก็จะสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ในทุกประเด็นปัญหาที่กล่าวมาแล้ว

การบริหารงบประมาณ



การนำกระบวนการวางแผนที่ดีโดยมีการกำหนดแผนงาน เป้าหมาย ตัวชี้วัด และงบประมาณที่จะนำมาใช้ โดยถอดแผนมาจากวิสัยทัศน์และพันธกิจที่ผู้บริหารและบุคลากรได้ร่วมกันจัดทำ จะทำให้การบริหารงบประมาณเป็นไปได้ดีขึ้นถึงแม้ว่าจะมีข้อจำกัดในเรื่องของงบประมาณ และหากนำกระบวนการ Utilization Review & Management มาใช้ร่วมด้วยก็จะทำให้การควบคุมรายจ่ายดำเนินการไปได้เป็นอย่างดี เช่น การควบคุมปริมาณยาที่เหมาะสมที่ควรมีอยู่ในสต็อกของสถานพยาบาล การกำหนดแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะ การจัดทำแนวทางในการรักษาผู้ป่วยซึ่งเชื่อมโยงไปถึงการใช้วัสดุและอุปกรณ์การแพทย์ ตามมาตรฐานที่ยอมรับได้เหล่านี้ เป็นต้น

ภาระงานของบุคลากรเพิ่มขึ้น

เป็นผลมาจากการที่ประชาชนสามารถจะเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้ดีขึ้นทั้งนี้เนื่องจากไม่ต้องคำนึงถึงข้อจำกัดทางด้านการเงิน ทำให้จำนวนผู้ใช้บริการในฐานะผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่า ซึ่งหมายความว่าภาระงานของบุคลากรในสถานพยาบาลที่เพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่าเช่นกัน ถึงแม้ว่าการปรับระบบบริการอาจจะไม่สามารถลดภาระงานได้จริง แต่อาจจะทำให้สภาพแวดล้อมขณะปฏิบัติงานดีขึ้นได้จากการนำกระบวนการคุณภาพมาใช้ เช่น การจัดเวลาดูหมายผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่ติดตามการรักษาเพื่อกระจายผู้ป่วยออกไปยังช่วงเวลาต่างๆ การคัดกรองผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังและสามารถควบคุมการดำเนินของโรคได้ดีแล้ว เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ให้กลับไปใช้บริการกับสถานพยาบาลระดับล่าง เช่น โรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย หรือหน่วยบริการปฐมภูมิ การจัดทำแนวทางการรักษาผู้ป่วยทำให้ลดภาระในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้เช่นเดียวกัน

การเผชิญหน้าระหว่างแพทย์และบุคลากร กับประชาชนผู้ขอรับบริการ

ความตระหนักและส่งเสริมให้บุคลากรสาธารณสุขเข้าใจในเรื่องของสิทธิผู้ป่วยโดยการสื่อสารและทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติ ในเรื่องสิทธิของผู้ป่วย ข้อมูลของการเจ็บป่วย ตลอดจนขั้นตอนและวิธีการที่ใช้ในการรักษา โดยมีการดำเนินการด้วยความเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน การจัดบริการซึ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางให้เกิดความสะดวกในการเข้ารับบริการอย่างเหมาะสม ก็จะช่วยลดปัญหาดังกล่าว และนอกจากนี้การบันทึกเวชระเบียนที่ดีก็จะทำให้แพทย์ พยาบาล ตลอดจนบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่อยู่ในกระบวนการให้การรักษาสสามารถใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายในการที่จะปกป้องตนเอง ในกรณีที่เกิดการฟ้องร้องขึ้นได้

การควบคุมมาตรฐานและคุณภาพในการรักษาพยาบาลเพื่อหลีกเลี่ยงการฟ้องร้อง

สถานพยาบาลที่เข้าร่วมในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ถูกกำหนดให้มีมาตรฐานในเรื่องของโครงสร้างทางกายภาพ เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่พึงมี จำนวนบุคลากรที่เหมาะสมเพียงพอ ซึ่งถือเป็นเกณฑ์มาตรฐานเบื้องต้นที่ได้รับการรับรองอยู่แล้ว หากนำแนวทางของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมาใช้เพิ่มเติมเช่นการจัดทำแนวทางการรักษาพยาบาล การจัดทำแนวทางในการดูแลผู้ป่วย การบันทึกเวชระเบียนที่เหมาะสมมาใช้ ก็จะทำให้ผู้ใช้บริการมีความเชื่อมั่นในสถานพยาบาลมากยิ่งขึ้น



ในปี 2547 นี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะได้จัดให้มีการประชุมหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประจำปี โดยเป็นการประชุมครั้งที่ 1 ซึ่งในปีนี้จะมีการมอบรางวัลให้กับสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิของทุกอำเภอทั่วประเทศ อำเภอละ 1 รางวัล ที่เป็นตัวอย่างของหน่วยบริการปฐมภูมิในฝัน โดยจัดเป็นเงินรางวัลเพื่อนำกลับไปพัฒนาหน่วยบริการให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น และยังจัดให้มีการมอบรางวัลให้กับหน่วยบริการที่มีผลงานนวัตกรรม ด้านหลักประกันสุขภาพดีเด่น โดยเรียกรางวัลนี้ว่า UCIA (Universal Coverage Innovative Award) โดยจะได้รับเกียรติจาก ฯพณฯ นายกรัฐมนตรี พันตำรวจโท ดร. ทักษิณ ชินวัตร เป็นผู้มอบรางวัลให้

การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเป็นการสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชนผู้ใช้บริการไม่ว่าโรงพยาบาลแห่งนั้นจะเข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือไม่ การที่รัฐบาลจัดให้มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งเป็นที่ดีแก่ประชาชนจึงไม่ควรถือว่าเป็นภาระต่อโรงพยาบาลในการที่จะพัฒนาคุณภาพ แต่ควรจะเป็นโอกาสสำคัญยิ่งในการที่สถานพยาบาลจะพิสูจน์ตัวเองว่าหากมุ่งมั่นในการที่จะพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างแท้จริงแล้วยอมไม่มีสิ่งใดเป็นอุปสรรค ในการที่จะนำไปสู่ความสำเร็จเพื่อเป็นที่พึงที่ติของประชาชนต่อไป



“C11 นำกลยุทธ์สู่การปฏิบัติอย่างไรให้สำเร็จ”

ที่มา

วิธีคิดเชิงกลยุทธ์และการบริหารเชิงกลยุทธ์ นับวันจะมีความสำคัญต่อโรงพยาบาลซึ่งต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ อย่างรวดเร็ว มีความคาดหวังสูงที่ต้องทำให้ได้มากขึ้นโดยใช้ทรัพยากรน้อยลง โรงพยาบาลต่าง ๆ ได้ผ่านการลองผิดลองถูกในเรื่องนี้มากก่อนข้างมาก สมควรที่จะสรุปบทเรียนว่าจะทำอย่างไรให้นำกลยุทธ์มาสู่การปฏิบัติเป็นผลสำเร็จ ป้องกันการหลงทางหรือทำในสิ่งที่ไม่จำเป็น และมุ่งเน้นในสิ่งที่ควรทำให้มากขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าประชุมได้รับทราบแนวคิดและประสบการณ์เกี่ยวกับวิธีคิดเชิงกลยุทธ์ การวางแผนกลยุทธ์ และการนำแผนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติให้ประสบความสำเร็จ

เนื้อหาที่จะนำเสนอ

1. แนวคิดพื้นฐาน ความท้าทาย ความสับสน วิธีคิดเชิงกลยุทธ์คืออะไร องค์กรจำเป็นต้องมีวิธีคิดเชิงกลยุทธ์หรือไม่ เมื่อไรที่กลยุทธ์มีความจำเป็นสำหรับองค์กร ประเด็นที่มักจะถูกละเลยในการพัฒนาช่วงแรกๆ
2. ประสบการณ์ในการจัดทำแผนกลยุทธ์ การทำแผนในรอบแรกกับในปัจจุบันมีลักษณะแตกต่างกันอย่างไร วิธีคิดที่เปลี่ยนไปคืออะไร เงื่อนไขของความสำเร็จคืออะไร มีข้อคิดที่จะเป็นตัวช่วยหรือเป็นทางลัดอะไรบ้าง เช่น คำถามพื้นฐานที่ควรใช้ จะลอกเลียนได้มากน้อยแค่ไหน
3. มีสมดุอะไรบ้างที่ต้องคำนึงถึงในการวางแผนกลยุทธ์ เช่น การวางแผนกับการใช้แผน แผนระยะสั้นกับแผนระยะยาว แผนบูรณาการภาพรวมกับแผนเฉพาะเจาะจง แผนที่ชัดเจนกับแผนที่คลุมเครือ การวางแผนในกลุ่มเล็กกับการมีส่วนร่วมของประชาคม
4. ปัญหาสำคัญที่พบในการวางแผนกลยุทธ์
5. ปัจจัยสู่ความสำเร็จ ทั้งในขั้นการวางแผนและขั้นการปฏิบัติ ตัวอย่างที่เป็นรูปธรรม การวัดผลความสำเร็จ
6. สรุปบทเรียนและแง่มุมมองที่ไม่เคยคิดถึงมาก่อน

วิทยากร

ผศ. นพ. สุธรรม ปิ่นเจริญ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์
รศ. นพ. วิรัตน์ วงศ์แสงนาค	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลาดพร้าว
พอ. กฤษณ์ กาญจนฤกษ์	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
นอ. อนุตตร จิตตินันทน์	โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช



“C12: สมดุลระหว่าง top down กับ bottom up”

ที่มา

การบริหารที่ประสบความสำเร็จจะต้องผสมผสานระหว่างนโยบายและการปฏิบัติอย่างสมดุล การพัฒนาคุณภาพที่ได้ผลจะต้องมีทิศทางนโยบายที่ชัดเจน มีการสนับสนุนจากผู้บริหาร ควบคู่กับความเข้าใจผู้ปฏิบัติงาน การใส่ใจ และการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน ทั้งนี้บริบทขององค์กรอาจจะมีส่วนสำคัญในการกำหนดกลยุทธ์ในการดำเนินงาน แต่ละองค์กรมีประสบการณ์การเปลี่ยนแปลงกลยุทธ์ในการทำงานซึ่งน่าจะเป็นบทเรียนสำคัญให้กับผู้ที่กำลังดำเนินการพัฒนา

ความเข้าใจบทบาทที่ชัดเจนว่าผู้บริหารมีหน้าที่กำหนด WHAT (สิ่งที่ต้องการบรรลุ) และผู้ปฏิบัติมีหน้าที่คิดค้น HOW (วิธีปฏิบัติ) น่าจะทำให้เกิดความชัดเจนระหว่าง top down กับ bottom up

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าประชุมได้เรียนรู้ประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพที่นำไปสู่ความสำเร็จโดยผสมผสานแนวทาง top down และ bottom up อย่างสมดุล และเข้าใจความสอดคล้องกับบริบทของแต่ละองค์กร

เนื้อหาที่จะนำเสนอ

1. ประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพซึ่งผสมผสานแนวทางเรื่อง top down และ bottom up โดยผู้แทนของโรงพยาบาล 4 แห่งนำเสนอแต่ละ 15 นาที ในประเด็นต่อไปนี้
 - ภูมิหลังของโรงพยาบาล
 - สรุปหลักการและประสบการณ์
 - จุดเปลี่ยน
 - บทเรียนสำคัญ
2. การสรุปประเด็นร่วมที่ได้รับจากบทเรียนของโรงพยาบาลที่นำเสนอ และเจาะลึกต่อในบางประเด็น เช่น การมีส่วนร่วมของแพทย์
3. การอภิปรายซักถามโดยผู้ร่วมประชุม

วิทยากร

พลโท ชายชาญ ตาตะนันท์	ที่ปรึกษากองบัญชาการทหารสูงสุด
พล.ร.ต.วิโรจน์ รุธิรวัฒน์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์
นพ.พูลพงศ์ อธิพิงศ์	โรงพยาบาลเซ็นหลุยส์
นพ.ปราโมทย์ นิลเปรม	โรงพยาบาลไทยนครินทร์
นางดวงสมร บุญผดุง	สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล



ประสบการณ์จากโรงพยาบาลเซ็นหลุยส์

นพ. พูลพงศ์ อธิพิพงศ์

ในการที่โรงพยาบาลตัดสินใจนำกระบวนการพัฒนาระบบคุณภาพโรงพยาบาล (HA) มาใช้ในโรงพยาบาลจนได้รับการรับรองเมื่อวันที่ 10 มกราคม ค.ศ. 2003 นั้น สิ่งสำคัญที่สุดสิ่งหนึ่งที่จะเป็นตัวกำหนดว่าจะประสบความสำเร็จหรือไม่นั้น คือ โรงพยาบาลต้องมีความสมดุลของระบบบริหารระหว่าง Top Down กับ Bottom up โดยหนังสือที่เกี่ยวกับ HA ทุกเล่ม ล้วนแต่เน้นว่าผู้บริหารจะต้อง “ได้ใจ” ของผู้ร่วมงานมาร่วมกันทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพนี้ ผลงานจึงจะออกมาดีและประสบความสำเร็จ ถึงแม้ว่าจะเป็นคำแค่ 2 คำ แต่ในทางปฏิบัติกลับพบว่าไม่ใช่สิ่งที่ง่ายนักที่จะ “ได้ใจ” ของพนักงานทุกคน ในฐานะที่ผู้เขียนมีประสบการณ์ตรงจากที่เป็นทั้งผู้บริหารระดับสูง , หัวหน้าทีมนำทางคลินิก และ หัวหน้าหน่วยงานในเวลาเดียวกัน จึงอยากแบ่งปันประสบการณ์ถึงกลยุทธ์และเคล็ดลับในการบริหาร เพื่อให้ได้ใจของผู้ร่วมงานอันจะนำไปสู่ความสำเร็จในการทำ HA

การที่โรงพยาบาลหนึ่งจะสามารถประสบความสำเร็จในการทำกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) นั้น สิ่งที่สำคัญที่สุดประการหนึ่งคือโรงพยาบาลนั้นจะต้องมีระบบการบริหารจัดการที่ดี รวมถึงการสื่อสารที่ดีระหว่างระดับบนสู่ระดับล่าง และระดับล่างสู่ระดับบน HA ไม่สามารถทำสำเร็จได้เพียงคำสั่งของผู้บริหาร แต่ผู้บริหารหรือผู้นำสูงสุดจะต้องแสดงความมุ่งมั่นที่อยากพัฒนาคุณภาพตามแนวทาง HA และต้องประกาศความมุ่งมั่นอย่างเป็นทางการให้บุคลากรทุกระดับรับทราบ และคัดเลือกคณะบุคคลที่จะรับผิดชอบการพัฒนาคุณภาพ และเจ้าหน้าที่ทุกระดับรับทราบและเข้าใจบทบาทของตัวเอง

ผู้บริหารระดับสูงจะต้องคัดเลือกคณะบุคคลที่เหมาะสม ที่จะมาเป็นตัวขับเคลื่อนกระบวนการของ HA ให้ประสบความสำเร็จ ดังจะเห็นได้จากตัวอย่างขององค์กรหลาย ๆ แห่งซึ่งไม่ประสบความสำเร็จ เพราะเลือกคนที่ไม่เหมาะกับงานมาทำ ดังคำกล่าวที่ว่า “Put The Right Man On The Right Job” ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญ ผู้นำทุกระดับโดยเฉพาะระดับกลาง จะเป็นผู้ที่สำคัญที่จะกระตุ้นให้คนในองค์กร เห็นความสำคัญและประโยชน์ของการทำ HA

ผู้บริหารระดับสูงต้องให้ภาพที่แท้จริงของการทำ HA ว่าไม่ใช่สิ่งที่จะได้มาง่าย ๆ แต่ถ้าทำสำเร็จถือเป็นสิ่งที่สวยงามที่ทุกคนควรจะร่วมกันภูมิใจ ยกตัวอย่างของผีเสื้อกลางคืนซึ่งเป็นแมลงที่สวยงามที่สุดในแมลงตระกูลเดียวกัน มันมีปีกกว้างที่สยายอย่างเต็มที่เมื่อโฉบบิน แต่ก่อนที่จะเติบโตเป็นผีเสื้อกลางคืนมันต้องเป็นดักแด้เสียก่อน ความเป็นจริงที่น่าสนใจเกี่ยวกับดักแด้ คือ มันจะมีคอช่วงบนที่แคบมาก เพื่อที่จะกลายเป็นผีเสื้อกลางคืนที่สวยงาม ตัวอ่อนของผีเสื้อต้องบีบรัดตัวเองออกจากคอแคบ ๆ นั้น วันหนึ่งเมื่อเห็นเจ้าผีเสื้อน้อยกำลังบีบรัดตัวเองออกมาจากรังดักแด้ นักวิทยาศาสตร์ผู้ “อารี” ตัดสินใจช่วยโดยการใช้มีดกรีดคอดักแด้ให้กว้างขึ้น เพื่อให้ผีเสื้อหลุดออกมาได้ง่ายขึ้น แต่ปรากฏว่าผีเสื้อนั้นไม่อาจบินได้ มันเพียงแต่คลานอยู่กับพื้นไม่กี่วันต่อมามันก็ตาย ขณะที่กำลังคลานอยู่แทนที่จะสยายปีกบินไปอย่างสมศักดิ์ศรี ภายหลังจึงพบว่าเพื่อให้ผีเสื้อสามารถบินได้ มันจำต้องผ่านขบวนการดิ้นรนและบีบรัดตัวเองขณะออกจากรังดักแด้เพราะขบวนการ “บีบรัด” นี้เองที่ทำให้ “สารเหลว” ในร่างกายของมันสูบฉีดขึ้นไปเลี้ยงเส้นเลือดที่ปีก และทำให้มันบินได้เมื่อมันออกจากรังดักแด้ เปรียบเสมือน HA ซึ่งถึงแม้ว่าเป็นสิ่งที่ได้มายากแต่ก็เป็นสิ่งที่สวยงามสำหรับทุก ๆ คน



สำหรับผู้เขียนเองไม่ได้มีโอกาสร่วมทำ HA กับผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลชุดก่อน เพราะไม่เห็นด้วยกับระบบบริหารที่มีแต่ Top Down แต่ไม่มี Bottom Up ซึ่งก็ปรากฏว่าทำอยู่หลายปีก็ไม่มีความคืบหน้าเท่าที่ควร จนมีการเปลี่ยนผู้บริหารระดับสูงชุดใหม่ซึ่งก็เปลี่ยนระบบบริหารแบบ Top Down อย่างเดียว มาเป็นบริหารแบบให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็น และให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนางานของแต่ละหน่วยงาน ส่วนตัวผู้เขียนเองได้รับการเลือกให้ดำรงตำแหน่ง รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้จัดการฝ่ายการแพทย์ ประธาน PCT ศัลยกรรม หัวหน้าแผนกศัลยกรรม ประธานคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC) และ ประธานคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

หน่วยงานที่ผู้เขียนมีความภูมิใจที่ทำให้ระบบ HA ดำเนินไปได้คือ “คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC)” เนื่องจากก่อนมารับงานมีผู้มาร่วมประชุมครั้งละประมาณ 3-4 คน แต่หลังจากมาทำมีผู้มาร่วมประชุมครั้งละประมาณ 10-20 คน โดยจะประกอบด้วยสหสาขาวิชาชีพตั้งแต่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัช พยาบาล โภชนากร นักเทคนิคการแพทย์ และพนักงานของโรงพยาบาล โดยการประชุมของผู้เขียนจะเน้น “3ส” คือ

1) สนุก บรรยากาศการประชุมต้องไม่เครียด ไม่มีการกล่าวโทษกันแต่จะหยิบยกปัญหา และช่วยกันคิดแก้ปัญหาและวางระบบเพื่อป้องกัน ไม่ให้เกิดปัญหาอีกโดยยึดหลักสุภาษิตช่างตัดผมที่ว่า “หลายหัวดีกว่าหัวเดียว” เราจะเคารพความคิดเห็นของทุก ๆ คน

2) สาระ การประชุมทุกครั้งจะมีสาระและกระชับ

3) สามัคคี เราจะร่วมกันคิดและแก้ปัญหา รวมถึงการวางระบบป้องกันปัญหาอย่างสามัคคีกัน ไม่มีการกล่าวโทษกัน ทุกคนรู้สึกสนุกที่ได้มาร่วมประชุมและทุกคนรับฟังความเห็นของแต่ละคนอย่างให้เกียรติซึ่งกันและกัน

ดังนั้น วงล้อของ “PDCA” ก็เกิดและพัฒนาไปเรื่อย ๆ จนได้รับประกาศนียบัตรรับรอง กระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ในที่สุด มีคำกล่าวว่า “โรงพยาบาลที่ดีที่สุดในโลกมีแต่ยังไม่ได้สร้าง” และ “หโมที่ดีที่สุดในโลกมีแต่ยังไม่เกิด” แต่ถึงแม้เราจะไม่มีโรงพยาบาลที่ดีที่สุดในโลก หรือ ไม่มีหโมที่ดีที่สุดในโลก ก็ตามแต่เราก็มีระบบ “HA” ที่จะทำให้เราสามารถพัฒนาโรงพยาบาลของเราให้ดีขึ้นเรื่อย ๆ จนสามารถสร้างความอบอุ่นใจให้กับประชาชนที่มาใช้บริการได้



ประสบการณ์จากโรงพยาบาลอานันทมหิดล

พลโท ชัยชาญ ตาตะนันท์

เหล่าทหารแพทย์ เป็นเหล่าหนึ่งของกองทัพ จัดอยู่ในเหล่าสนับสนุนการรบ ภารกิจหลักคือเตรียมพร้อมทางการแพทย์เพื่อสนับสนุนหน่วยรบในสนาม ภารกิจรองคือการดูแลครอบครัวทหาร เพื่อลดความห่วงใย เพื่อขวัญกำลังใจแก่กำลังพลในสนาม ตลอดจนการให้บริการแก่ประชาชนทั่วไปอย่างจำกัด เหล่าทหารแพทย์อยู่ภายใต้กฎระเบียบวินัยทหารเช่นเดียวกับเหล่าอื่นๆ ในกองทัพ โรงพยาบาลอานันทมหิดล (500 เตียง) มีขนาดเป็นอันดับ 2 รองจากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า มีอายุกว่า 60 ปี เก่าแก่กว่าโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าประมาณ 10 ปี

การพัฒนาสู่โรงพยาบาลคุณภาพ ใช้เวลาประมาณ 8 ปี เริ่มในสมัย พลตรี สวง ไพบุลย์ (2539-2541) จากนโยบาย Organization Development ต่อเนื่องในสมัย พลตรี ชัยโรจน์ ธรรมสารทูล (2542-2544) ได้ส่งเสริมบุคลากรหลักหมุนเวียนเข้ารับการอบรม และมีส่วนร่วมในการพัฒนา

สรุปหลักการในการบริหาร: ใต้ใจ, สร้างความเข้าใจ, ทำทำไม ทำแล้วได้อะไร, ขอความร่วมมือ (ไม่สั่ง), ติดตาม ดี -> ชมเชย/สิ่งจูงใจ มีปัญหา -> ให้กำลังใจ/จัดที่ปรึกษา/พี่เลี้ยง (ไม่มีการตำหนิ)

ประสบการณ์

- ต้องศึกษาสิ่งที่ได้ทำไปแล้ว สิ่งที่กำลังทำอยู่ และสิ่งที่จะต้องทำ ของผู้บริหารเดิม
- ค้นหาปัญหาของหน่วย
- เรียงลำดับความสำคัญของปัญหา และแก้ไขให้เร็วที่สุด ถ้าทำได้ ทำให้มากที่สุด
- การแยกคุยแต่ละกลุ่ม จะมีการแสดงออกมากขึ้น ได้ข้อมูลมากขึ้น
- ใช้สื่อที่มีอยู่ในหน่วยให้เป็นประโยชน์ เช่น เสียงตามสาย ในการสร้างความเข้าใจ ขอความร่วมมือ
- ต้องมีที่ปรึกษา พี่เลี้ยง
- ผู้บริหารสูงสุด (ผู้อำนวยการ) จะต้องกระจายอำนาจความรับผิดชอบและติดตามให้การสนับสนุนอย่างใกล้ชิด
- ผู้บริหารสูงสุด (ผู้อำนวยการ) จะต้องย้ายอยู่เสมอว่า ทำทำไม ทำแล้วได้อะไร รวมทั้งเรื่องศักดิ์ศรีของหน่วยงาน ถ้าไม่สามารถผ่านการรับรองคุณภาพ

จุดเปลี่ยนสำคัญ คือการเป็นโรงพยาบาลนำร่องในการปรับโครงสร้างการบริหารภายใน และการกำหนดจุดเน้นการพัฒนาคุณภาพในเรื่องความปลอดภัย ประสานและเชื่อมโยงเรื่องความปลอดภัยให้ชัดเจน

บทเรียนสำคัญ

- ความสำเร็จต้องเริ่มจาก bottom up จากรากหญ้า
- ใช้ระเบียบวินัยทหารอย่างนุ่มนวลในการ top down ในผู้บริหารระดับกลาง (โดยเฉพาะแพทย์) พยายามสร้างความเข้าใจ ขอความร่วมมืออย่างค่อยเป็นค่อยไป แต่หนักแน่น จริงจังและจริงใจอย่างต่อเนื่อง



ประสบการณ์จากโรงพยาบาลไทยนครินทร์

นพ.ปราโมทย์ นิลเปรม

ประสบการณ์ในการพัฒนาคุณภาพของ รพ. เอกชน ขนาดกลาง อาจจะแตกต่างไปจาก รพ. อื่นๆ เช่น รพ.รัฐ เช่น การมุ่งพัฒนาคุณภาพ อย่างได้ผลจริงจั่ง จะทำให้ ยอดผู้ป่วยเพิ่ม งานมากขึ้น ค่าตอบแทนก็มากตาม ทำให้ทุกคนมีความสุข ต่างจาก รพ.รัฐ ที่เมื่อมีคุณภาพสูงขึ้น ผู้ป่วยให้ความศรัทธา มาใช้บริการมากขึ้นงานจะหนักขึ้น และพนักงานจะเหนื่อยกว่าเดิม แต่ผลตอบแทนส่วนตัวจะเท่าเดิม

รพ.ไทยนครินทร์ ประสบปัญหาฟ้อง訴 เช่นเดียวกัน ยอดผู้ป่วยตกลง งานน้อยลง แต่ไม่ได้ตัดสินใจปลดพนักงานออก ได้หันมาเพิ่มงานด้านพัฒนาคุณภาพแทน เพื่อให้พนักงาน ที่ล้นเกินงานนั้นมีงานทำ และจากการทำมาหลายๆปี ในตอนนี้ ยอดผู้มาใช้บริการกลับมาสูงเกินกว่าสมัยฟ้อง訴ยังไม่แตกไปแล้ว

ผลสำเร็จส่วนหนึ่ง มาจากโครงสร้าง ที่มี ผู้บริหารระดับกลางที่เข้มแข็ง ซึ่งเป็นตัวกลางที่ทำให้ top down และ bottom up สมดุลกันได้ แม้ที่มำจะมีนโยบายอย่างไร ที่ดีอย่างไร แต่ถ้ามีการสั่งการลงมาจากที่มำโดยตรง หรือการลงมาปฏิบัติเอง ของที่มำ ก็อาจก่ออุปสรรค ไม่เข้าใจ และไม่ได้รับความร่วมมือเต็มที่จากทั้งองค์กรได้ แต่การปฏิบัติและการจัดการที่เข้มแข็งของผู้บริหารระดับกลาง จะทำให้แผนงานของทั้งหมดประสบความสำเร็จได้ โดยไม่ใช่ดูเหมือนเป็นการ top down ลงมาเพียงอย่างเดียว และที่สำคัญคือแม้องค์กรจะขาดพนักงานระดับล่างแต่ด้วยผู้บริหารระดับกลางที่แข็งแกร่งก็จะสามารถแก้ปัญหาได้ โดยการลงมาควบคุมฝึกสอน คนใหม่ขึ้นมาทดแทนได้



“C13 พิทักษ์เด็กและสตรี คำตอบที่ได้จากชุมชน”

ที่มา

การดูแลผู้ป่วยที่เป็นองค์รวมต้องคำนึงถึงมิติทางสังคมของผู้ป่วยด้วย การแก้ปัญหาสังคมไม่อาจจะที่จะทำได้สำเร็จหากจำกัดขอบเขตอยู่เฉพาะในรั้วโรงพยาบาล หรือทำเฉพาะในคนกลุ่มเล็กๆ จำเป็นต้องสร้างเครือข่าย สร้างแนวร่วมกับผู้ทำงานด้านนี้อยู่แล้ว

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าประชุมได้รับทราบผลการสร้างเครือข่ายการทำงานเพื่อพิทักษ์เด็กและสตรีในจังหวัดลำพูน

เนื้อหาที่จะนำเสนอ

1. ความเป็นมา วัตถุประสงค์ เป้าหมาย แนวทางการดำเนินงานของศูนย์ประสานงานเพื่อพิทักษ์สิทธิเด็กและสตรีจังหวัดลำพูน
2. กรณีตัวอย่างการดูแลปัญหาทางสังคม
3. สรุปบทเรียนที่ได้รับ ความสำเร็จเกิดจากการเชื่อมโยงและประสานเครือข่าย

วิทยากร

นายสนธยา เครือวิทย์	อัยการจังหวัดประจำกรม สำนักงานอัยการจังหวัดแม่ฮ่องสอน
นส.นิภา เชื้อมี	ผู้ประสานงานเครือข่ายเด็กและเยาวชนจังหวัดลำพูน
พญ.พรพรรณ วรรณฤทธิ์	หัวหน้ากลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลลำพูน

ศูนย์ประสานงานเพื่อพิทักษ์สิทธิเด็กและสตรีจังหวัดลำพูน (ศป.พตส.ลพ.)

ความเป็นมา

คณะทำงานศูนย์ประสานงานฯ ประกอบด้วยบุคลากรจากหลากหลายอาชีพที่มีใจรัก สนใจที่จะร่วมมือในการป้องกัน แก้ไขปัญหาเด็กและเยาวชน เช่น นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ แพทย์พยาบาล นักกฎหมาย อัยการ ตำรวจ ครู อาจารย์ องค์กรพัฒนาเอกชน เป็นต้น โดยมีการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ พัฒนาและขยายความร่วมมือเพื่อให้เกิดการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อรณรงค์เผยแพร่ความรู้ด้านการพิทักษ์สิทธิเด็กและสตรี
2. เป็นศูนย์ประสานงานความร่วมมือ สนับสนุน เชื่อมโยงเครือข่ายระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน สังคม ชุมชน เพื่อคุ้มครองสวัสดิภาพเด็กและสตรี

เป้าหมาย

1. เด็กมีพัฒนาการสมวัยเต็มศักยภาพ เติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ



2. เด็กและสตรีมีความปลอดภัยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ
3. เด็กและสตรีทั่วไปรับทราบสิทธิของตนเอง มีการปรับตัวที่ดีในสภาวะแวดล้อมต่าง ๆ ช่วยเหลือตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี

แนวทางการดำเนินงาน

เชิงรุก(ก่อนและหลังเกิดปัญหา)

1. ตั้งศูนย์ประสานงานรับข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการกระทำทารุณกรรมต่อเด็กและสตรี
2. ให้ความรู้เกี่ยวกับสิทธิเด็กและสตรีตามกฎหมาย
4. รณรงค์เพื่อลดการกระทำที่รุนแรงต่อเด็กและสตรี
5. แสวงหาแนวร่วมเพื่อลดปัญหาการกระทำอันไม่เป็นธรรมแก่เด็กและสตรี
6. วิจัยสาเหตุของปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อเด็กและสตรีเพื่อนำผลการศึกษาวិจัยไปสู่การแก้ไขปัญหาได้อย่างเป็นรูปธรรม

เชิงรับ(กรณีเมื่อมีปัญหากเกิดขึ้นแล้ว)

1. เพื่อให้เด็กและสตรีได้รับการคุ้มครอง ช่วยเหลือ และสามารถยุติปัญหาได้อย่างรวดเร็ว
2. เพื่อให้หน่วยงานที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง สามารถแก้ไขปัญหาได้โดยตรง
3. เพื่อให้หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องสามารถประสานงานกันอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน
4. เพื่อป้องกันการกระทำซ้ำต่อเด็กและสตรี ทั้งเป็นผู้ถูกกระทำและผู้กระทำ
5. เพื่อเด็กและสตรีสามารถดำรงตนอยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี

ตัวอย่างกรณีปัญหาที่ได้รับการช่วยเหลือจากศูนย์ประสานงานฯ

1. เด็กอยู่กับแม่ในเรือนจำจังหวัดลำพูน 2 ราย ขณะทำงานประกอบด้วย ทำนอัยการ ทีมสหสาขาวิชาชีพโรงพยาบาลลำพูน เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยริมปิง และเจ้าหน้าที่สถาบันวิจัยหรือศูนย์ฯ ได้เข้าเยี่ยมผู้ต้องขังหญิงและเด็กที่อยู่กับแม่ในเรือนจำ

พัฒนาการของเด็กเป็นอย่างไร ? เด็กจะอยู่ในเรือนจำได้ถึงเมื่อไร ? ศูนย์ประสานงานฯ จะช่วยอย่างไรได้บ้าง?

2. น้องผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์/พฤติกรรมไม่เหมาะสม ท้องก่อนทำบัตรประจำตัวประชาชน 3 เดือน อยู่กับย่าอายุ 84 ปีซึ่งต้องดูแลปู่ที่สมองฝ่อ แพนไม่รับเป็นพ่อของเด็ก เด็กจึงมาขอความช่วยเหลือเพื่อต้องการทำแท้งจากป้าศรีนวล ประธานโครงการสตรีและเยาวชนจังหวัดลำพูน ซึ่งได้นำเรื่องนี้เข้าทำ Case Conference ในการประชุมของศูนย์ประสานงานฯ

การทำแท้งเป็นเรื่องผิดกฎหมาย จะทำอย่างไรดี?

3. น้องนักเรียนชั้น ม.2 ผลกระทบจากโรคเอดส์/พฤติกรรมไม่เหมาะสม ชอบคบแต่เพื่อนผู้ชาย ไม่ยอมเรียนหนังสือ ลุงจึงไม่สามารถดูแลได้

จะทำอย่างไรในเมื่อเด็กไม่สามารถอยู่ในชุมชนของตนเองได้?



4. เด็กยากจนขาดทุนการศึกษา
ศูนย์ประสานฯ จะช่วยเหลือได้อย่างไร?

5. พี่น้องอายุ 11 และ 9 ปี ผลกระทบจากโรคเอดส์อยู่กับยายอายุ 84 ปี ยายต้องการยกที่ดิน
ผืนเล็ก ๆ เป็นมรดกให้หลานทั้งสอง ญาติ ๆ ผู้ใหญ่ซึ่งมีหลายคนก็ต้องการที่ดินแปลงนี้เช่นกัน (แต่ไม่
ต้องการหลาน)

ศูนย์ประสานฯ จะช่วยเหลือได้อย่างไร?

6. ขอความเป็นธรรม สามี ภรรยาถูกคนร้ายดักยิง ภรรยาเสียชีวิต สามีบาดเจ็บสาหัสตั้งแต่ปี
พ.ศ. 2539 ตำรวจจับตัวคนร้าย มีการชดเชยผู้จ้างวานและผู้เกี่ยวข้องซึ่งเป็นนักการเมืองท้องถิ่น

ศูนย์ประสานฯ จะช่วยเหลือได้อย่างไร?

7. เด็กผู้หญิงอายุ 1 ปี พ่อ แม่ อยู่ในเรือนจำคดียาเสพติด ญาตินำมาฝากเลี้ยงกับผู้แทน NGO
วันที่ 4 หลังจากรับเลี้ยง ภรรยาของผู้แทน NGO พบว่าเด็กมีอวัยวะเพศบวมแดง ผู้แทน NGO มีความ
กังวลใจเป็นอย่างมาก

ศูนย์ประสานฯ จะช่วยเหลือได้อย่างไร?

บทสรุปอยู่ที่การค้นหาและประสานความเชื่อมโยงของสังคมและชุมชน

เมื่อพิจารณาในพื้นที่แต่ละหมู่บ้าน ตำบล โรงเรียน จะพบว่าไม่ได้มีเพียงเราเท่านั้นที่ทำงาน
เกี่ยวกับเด็ก ยังมีบุคคล องค์กร กลุ่มคน ที่มีใจรักเด็ก มีการทำงานทั้งเชิงรุกและเชิงรับ เช่น โครงการ
สร้างความเข้มแข็งแก่เด็กและเยาวชน โครงการสิทธิเด็ก โครงการโรงเรียนเพื่อนเด็ก โครงการเสียงเด็ก
จากมุมมืด (Children Voice From Dark Sites Project) โครงการประสานความร่วมมือเพื่อเสริมสร้าง
ศักยภาพของโรงเรียนและชุมชนในการป้องกันยาเสพติดและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศแก่เด็กและเยาวชน
โครงการเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส โครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ชมรม/กลุ่มกิจกรรมขององค์กร
ส่วนท้องถิ่น เป็นต้น

จะทำอย่างไรให้มีการประสาน เชื่อมโยงเครือข่ายต่าง ๆ เหล่านี้ ไม่ต้องเป็นการเริ่มต้นใหม่ทุก
เรื่อง มีการบูรณาการเข้าด้วยกัน โดยยึดเด็กและเยาวชนเป็นศูนย์กลาง

เราทุกคนเป็นส่วนหนึ่งที่มีคุณค่าของสังคม เริ่มต้นจากตัวเราเห็นความสำคัญของเด็กและ
เยาวชน มีจิตที่รักคิดแต่จะให้เมตตาและกรุณา อยาปล่อยให้มีเด็กด้อยโอกาสในครอบครัวและญาติของ
เรา สังคมและชุมชน ชีวิตนี้ก็จะเป็ชีวิตที่อยู่อย่างมีคุณค่า สร้างสรรค์สังคม



“C40: การจัดการความรู้และการทำงานกับชุมชน”

ที่มา

โรงพยาบาลมีบทบาทในการสร้างสุขภาพที่ดีให้แก่ชุมชนควบคู่ไปกับการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย โรงพยาบาลจำเป็นต้องรู้จักชุมชน เข้าใจวิถีชีวิตและศักยภาพของชุมชน มีการทำงานร่วมกันด้วยความรู้สึกเป็นเจ้าของของชุมชน และ empower ให้ชุมชนสามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตนเองในที่สุด

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าประชุมได้เรียนรู้ประสบการณ์การทำงานกับชุมชนในรูปแบบที่มีได้ใช้สุขภาพเป็นจุดเริ่มต้น แต่สามารถบรรลุผลในด้านสุขภาพได้เช่นเดียวกัน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล

เนื้อหาที่จะนำเสนอ

1. ประสบการณ์จากโครงการเสริมสร้างการเรียนรู้เพื่อชุมชนเป็นสุข โดยให้บัณฑิตคืนถิ่นเข้าไปเรียนรู้จากชุมชน การทำหน้าที่เป็น change agent ที่จะพาชุมชนเรียนรู้ การทำให้ชุมชนสามารถวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา เพื่อนำไปสู่การร่วมกันแก้ปัญหา และแนวคิดเรื่องกลไกการจัดการความรู้ในชุมชน
2. ประสบการณ์การทำงานในโครงการเมืองนำอยู่ แนวคิดสำคัญของการทำงาน ผลลัพธ์ที่เกิดจากการปลูกให้เกิดสำนึกรักบ้านเกิด เทคนิคการกระตุ้นให้เกิดความตระหนักในปัญหาและความผูกพันที่จะทำงานร่วมกัน รวมทั้งผลกระทบต่อสุขภาพ
3. วิทยากรทั้งสองท่านร่วมกันอภิปรายให้ข้อเสนอแนะว่าโรงพยาบาลควรนำแนวคิดที่ได้จากโครงการทั้งสองไปประยุกต์ใช้ในการทำงานกับชุมชนอย่างไร

วิทยากร

นายทรงพล เจตนาวณิชย์

สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา

นายขวัญสรวง อติโพธิ์

คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



“C41: การจัดการความรู้เพื่อการพัฒนาคุณภาพ ความคุ้มค่าและความเป็นธรรม ของบริการสุขภาพ”

ที่มา

Health knowledge management is defined as the active and systematic process of organizing the use of existing knowledge (information/data) to generate or enhance the quality, efficiency and equity of health care.

Health knowledge includes scientific and indigenous knowledge. Scientific knowledge refers to primary studies, systematic reviews and clinical practice guidelines. Health knowledge can be local knowledge and/or international knowledge. Health knowledge will be identified, verified, validated, disseminated, implemented and shared. This knowledge will be provided to responsible health professionals, policymakers and consumers in order to provide them with efficient, high quality health care with equity.

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าประชุมตระหนักในความสำคัญและความเป็นไปได้ในการนำความรู้ทางวิชาการมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดสมดุลระหว่างคุณภาพ ประสิทธิภาพ ความเหมาะสม ความปลอดภัย และความเป็นธรรมไปพร้อมกัน

เนื้อหาที่จะนำเสนอ

Experiences in managing health knowledge that promoted the translation of research into evidence-based policy and practice in Thailand will be presented. The presentation will cover six major issues i.e. the creation of a local clinical research database, the establishment of a national clearing house for clinical practice guidelines, surveillance and implementation of valid and applicable knowledge, knowledge gap management, the impact on knowledge management on national policy and the establishment international links.

It is hoped that this presentation will encourage the audience to recognize the importance of using the valid and applicable knowledge in health care service in order to meet the challenge made by US congressman John Porter who said, *“What we really want to get at is not how many reports have been done, but how many people’s lives are being bettered by what has been accomplished. In other words, is it being used, is it being followed, is it actually being given to patients? What effect is it having on people?”*.

วิทยากร

ศ.นพ.วิษณุ ธรรมลิขิตกุล

ภาควิชาอายุรศาสตร์และสถานส่งเสริมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล



“C42: บอกเล่าเคล็ดลับวิชา ฝ่าปัญหาอุปสรรค”

ที่มา

การพัฒนาคุณภาพด้านคลินิกมีวิธีการได้หลากหลาย ที่สำคัญจะต้องประสานเชื่อมโยงกับวิธีคิด วิธีการสื่อสารกับผู้เกี่ยวข้อง และกิจกรรมที่ได้ดำเนินการอยู่แล้ว การทบทวนปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการพัฒนา และย้อนดูว่าทีมงานสามารถฝ่าปัญหาอุปสรรคต่างๆ ดังกล่าวมาได้อย่างไร น่าจะเป็นข้อมูลสำคัญเพื่อให้ผู้ที่เริ่มต้นพัฒนาได้เห็นแนวคิดและทางเลือกที่จะไปกำหนดแนวทางที่เหมาะสมสำหรับตนเองได้

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าประชุมได้เรียนรู้ประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพด้านคลินิกที่ประสบความสำเร็จ และสามารถนำไปกำหนดแนวทางดำเนินงานของตนเองได้

เนื้อหาที่จะนำเสนอ

1. การพัฒนาคุณภาพที่เป็นพื้นฐานโดยทั่วไปที่หน่วยงานต่างๆ มีอยู่แล้ว
2. ปัญหาที่เกิดขึ้นเมื่อพยายามจะจัดให้เป็นระบบขึ้น เช่น ปัญหาในด้านวิธีคิด ปัญหาในด้านคำพูดที่ใช้เพื่อการสื่อสารให้เข้าใจตรงกัน ฯลฯ และวิธีการที่จะฝ่าฟันปัญหาเหล่านั้น
3. คุณค่าสำคัญที่ได้จากการเพิ่มเติมความพยายามบางอย่างเข้าไป
4. ข้อเสนอแนะสำหรับผู้เริ่มต้น เพื่อให้สามารถพัฒนาคุณภาพได้อย่างมีความสุข คุ่มค่า ไม่หลงทาง ไม่เป็นภาระ

วิทยากร

ศ.นพ.เกรียง ตั้งสง่า

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นพ.เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



“C43: HA กับความสุขของคนทำงาน บทเรียนจากงานบำบัดรักษาผู้ติดยา”

ที่มา

ปัญหาเสพติดเป็นปัญหาเรื้อรังของประเทศมาเป็นเวลานาน ในรอบปีที่ผ่านมาได้มีการดำเนินการปราบปรามและบำบัดรักษากันอย่างจริงจัง ในการดำเนินงานดังกล่าวได้มีการนำแนวคิด HA เข้าไปประยุกต์ใช้ทั้งในระดับของยุทธศาสตร์ชาติและในระดับหน่วยบริการสุขภาพ การพัฒนาคุณภาพบริการโดยแนวคิด HA ทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความภูมิใจ เห็นคุณค่าในงานที่ตนปฏิบัติ และมีความสุขในการทำงานเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าประชุมได้ทราบถึงการนำแนวคิด HA ไปประยุกต์ใช้กับการบำบัดรักษาผู้ติดยา ซึ่งเป็นประยุกต์ปรัชญาคุณภาพในระดับกว้าง และได้รับทราบประสบการณ์ในการสร้างสมดุลระหว่างคนกับงาน หรือการตอบสนองความต้องการของผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ

เนื้อหาที่จะนำเสนอ

1. การประยุกต์ปรัชญาคุณภาพกับยุทธศาสตร์การปราบปรามและบำบัดรักษาเสพติดในระดับชาติ ที่มาของนวัตกรรมต่างๆ
2. การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพในหน่วยบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด
3. ผลกระทบของการสร้างคุณค่าในงานที่ทำ กับความสุขของผู้ปฏิบัติงาน
4. การประเมินประสิทธิผลของการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด
5. ความท้าทายที่ยังมีอยู่และข้อพึงระวัง

วิทยากร

น.ต. นพ.บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์	ผู้อำนวยการสถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์
นพ.ล้ำชา ลักขณาภิชนชัช	สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์
นส.จรงค์ อินทร์เสวก	สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์
ทพ.ชุมพล ชมะโชติ	สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์



ทำงานอย่างไรให้ผู้ร่วมงานพึงพอใจและมีความสุข

น.ต.นพ.บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์

ผู้อำนวยการสถาบันวิทยุญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

สิ่งที่จะนำเสนอคือประสบการณ์จากการมาเป็นผู้บริหารที่สถาบันวิทยุญารักษ์ และทำให้สถาบันเฉพาะทางด้านยาเสพติดแห่งนี้เป็นสถาบันที่มีคุณภาพ ได้รับการรับรองตามมาตรฐาน Hospital Accreditation เป็นสถาบันแรกของกรมการแพทย์ เป็นหลักในการบริหารที่เกิดจากการปฏิบัติจริง มีเลือดเนื้อชีวิตจิตใจ

การจะคว่าผู้บริหารสามารถทำให้ผู้ร่วมงานพึงพอใจหรือยัง และทราบได้อย่างไรว่าผู้ร่วมงานมีความรักองค์กร เมื่อดูข้อมูล/หลักฐานจะพบว่าตัวชี้วัดคุณภาพด้านการบริหารงาน (Management Quality Indicators) ตัวหนึ่งของสถาบัน จากการประเมินบรรยากาศในการทำงานของเจ้าหน้าที่ทั้งสถาบัน พบว่า เจ้าหน้าที่ที่มีความพึงพอใจต่อการทำงานร้อยละ 85.98 และการมีส่วนร่วมของบุคลากรในกิจกรรมต่างๆของสถาบันอยู่ที่ร้อยละ 89.93 สำหรับด้านการรักองค์กรข้อนี้คณะผู้เยี่ยมสำรวจให้เป็นจุดเด่นข้อหนึ่งของสถาบันวิทยุญารักษ์เลยทีเดียว

สุดยอดของการบริหาร หรือ การบริหารที่แท้จริง ผู้บริหารต้องไม่ทำให้ผู้ร่วมงานรู้สึกว่าถูกบริหาร ก็คือผู้บริหารต้องมีความสามารถในการดึงบุคลากรให้เข้ามามีส่วนร่วมอย่างทั่วถึง (Total Participation) โดยให้เข้ามามีส่วนร่วมทั้งในด้านการกำหนดเป้าหมายร่วมขององค์กร การทำกิจกรรมส่วนรวมขององค์กรต่างๆ

การดึงบุคลากรให้มีส่วนร่วมพัฒนาองค์กร พอสรุปแนวทางในการดึงบุคลากรให้เข้ามามีส่วนร่วมพัฒนาองค์กร ดังนี้

1. มีการสร้างเป้าหมายร่วมกัน การกำหนดวิสัยทัศน์-พันธกิจขององค์กรต้องชัดเจน และเป็นของส่วนรวม ที่สถาบันผมให้บุคลากรทุกคนมีส่วนร่วมในการกำหนดวิสัยทัศน์-พันธกิจของสถาบัน ด้วยกระบวนการ A-I-C (Appreciation Influence Control) ทุกคนมาร่วมกันแสดงความคิดเห็นถึงภาพของสถาบันที่ทุกคนอยากให้เป็น ทุกคนจึงรู้สึกว่าเป็น Commitment ที่ต้องทำร่วมกันและพยายามช่วยกันทำให้บรรลุเป้าหมายนั้น บางแห่งกำหนดเป้าหมายร่วมขององค์กรโดยผู้บริหารหรือคนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเท่านั้น จึงทำให้บุคลากรในองค์กรไม่ได้มาร่วมมือกัน และเป็นเหตุทำให้บรรลุเป้าหมายช้ามากหรือไม่บรรลุเป้าหมายเสียที

2. ในส่วนของผู้บริหาร ก็มีบทบาทสำคัญในการดึงให้บุคลากรเข้ามามีส่วนร่วมกันพัฒนาองค์กร ดังนั้นผู้บริหารจึงควรที่จะ

- ร่วมเรียนรู้งานกับผู้ปฏิบัติ
- Management by walk around ไม่นั่งอยู่แต่บนหอคอยงาช้าง การเข้าไปตรวจเยี่ยมหน่วยงานเป็นประจำ ไม่เพียงแต่จะเห็นปัญหาหน้างานและร่วมแก้ไขปัญหาดังกล่าวแล้ว ยังรวมถึงการเกิดขวัญ กำลังใจให้กับผู้ปฏิบัติงานด้วย
- เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น / ไม่ใช่แบบสั่งการ (Top-down) ควรมีช่องทาง หรือเวทีให้เจ้าหน้าที่ได้แสดงความคิดเห็นอย่างทั่วถึง



3. สร้างระบบการสื่อสารทั่วทั้งองค์กรที่ดี ที่สถาบันรัฐธรรมูร์เรามีเวทีพบปะกันระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน (การประชุมผู้บริหารพบเจ้าหน้าที่) อย่างสม่ำเสมอ

การวางระบบงานที่มีประสิทธิภาพ การวางระบบงานที่ดีและมีประสิทธิภาพจะช่วยสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ปฏิบัติงานได้อย่างมาก ระบบงานที่ดีต้องมีการประเมินและตรวจสอบประสิทธิภาพการทำงาน และปรับปรุงแก้ไขอย่างต่อเนื่อง

เมื่อมีการวางระบบงานที่มีประสิทธิภาพแล้ว ต้องดำเนินการในสิ่งเหล่านี้ควบคู่ไปด้วย

1. สร้างจิตสำนึกและพัฒนาระบบงานขององค์กร
2. มีการวิเคราะห์ห้องค์กร / ประเมินตนเองอย่างสม่ำเสมอ และปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสถานการณ์

3. มีการกำหนดกลยุทธ์ / แผนการดำเนินงาน / ทีมผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน

4. มีการติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานโดยผู้บริหารอย่างต่อเนื่อง

ผู้บริหารต้องมีหลักธรรมของนักปกครอง (ทศพิธราชธรรม หรือ ราชธรรม 10)

การเป็นผู้บริหารสิ่งที่สำคัญคือการใช้หลักธรรมในการบริหารงาน และบริหารบุคลากร ซึ่งเรียกว่าหลักธรรมของนักปกครอง หรือ ทศพิธราชธรรม หรือราชธรรม 10 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ทาน : การให้ คือ การสละทรัพย์สินของ บำรุงเลี้ยง ช่วยเหลือประชาราษฎร์ และบำเพ็ญสาธารณประโยชน์
2. ศีล : ความประพฤติดีงาม คือ สรรวมกายและวจีหวาร ประกอบแต่การสุจริตรักษากิตติคุณ ให้ควรเป็นตัวอย่าง และเป็นทีเคารพนับถือของประชาราษฎร์มิให้มีข้อที่ใครดูแคลน
3. บริจาคะ : การบริจาค คือ เสียสละความสุขสำราญ เพื่อประโยชน์สุขของประชาชน และความสงบเรียบร้อยของบ้านเมือง
4. อาชชวะ : ความซื่อตรง คือ ซื่อตรงทรงสัตย์ ไร้มาया ปฏิบัติภารกิจโดยสุจริต มีความจริงใจ ไม่หลอกลวงประชาชน
5. มัททวะ : ความอ่อนโยน คือ มีอัธยาศัย ไม่เย่อหยิ่งหยาบคายกระด้างถือตน มีความสง่างาม ท่วงทีกิริยาสุภาพนุ่มนวล ละมุนละไม ให้ได้ความรักภักดีแต่มีขาดยำเกรง
6. ตปะ : ความทรงเดช คือ แผดเผากิเลสตัณหามิให้เข้ามารอบงำ ระวังยับยั้งข่มใจได้ ไม่ยอมให้หลงไหลหมกมุ่นในความสุขสำราญและความปรนเปรอ มุ่งมั่นบำเพ็ญเพียรทำกิจให้สมบูรณ์
7. อักโกธะ : ความไม่โกรธ คือ ไม่กริ้วกราด ลุอำนาจความโกรธ จนเป็นเหตุให้วินิจฉัยความและกระทำการต่างๆผิดพลาด
8. อวิหิงสา : ความไม่เบียดเบียน คือ ไม่บีบบั่นกดขี่ ไม่หลงระเริงอำนาจ ขาดความกรุณา
9. ขันติ : ความอดทน คือ อดทนต่อตองานที่ตรากตรำ ไม่ท้อถอย ไม่หมดกำลังใจ ไม่ยอมละทิ้งกรณีย์บำเพ็ญโดยชอบธรรม
10. อวิโรธนะ : ความไม่คลาดธรรม คือ วางตนหนักแน่นในธรรม คงที่ไม่เอนเอียงหวั่นไหว มีสติมั่นในธรรมทั้งส่วนยุติธรรม คือ ความเที่ยงธรรม นิติธรรม คือ ระเบียบแบบแผนหลักการปกครอง และขนบธรรมเนียมประเพณีอันดีงาม

ผู้บริหารต้องเป็นแบบอย่างที่ดี (Good Model)

การนำองค์กรที่จะสร้างความพึงพอใจและความรักองค์กรให้กับผู้ร่วมงาน ส่วนหนึ่งอยู่ที่ตัวผู้บริหารเอง ผู้บริหารต้องเป็นแบบอย่างที่ดี ในด้านต่อไปนี้



1. ความซื่อสัตย์ / โปร่งใส
2. ความเสียสละ ท่วมเท อุทิศตน ทำอย่างจริงจัง ปฏิบัติให้เห็นเป็นตัวอย่าง
3. เรียบง่าย ติดดิน
4. เข้าถึงคนทำงาน
5. ร่วมรับผิดชอบ (Responsibility) ร่วมทุกข์ ร่วมสุขไปกับผู้ร่วมงาน

สร้างบรรยากาศการทำงานให้มีความสุข การสร้างบรรยากาศในการทำงานให้มีความสุข เป็นหัวใจของการบริหารงานให้ผู้ร่วมงานเกิดความพึงพอใจและรักองค์กรเลยทีเดียว ผมมีแนวทางในการสร้างบรรยากาศการทำงานให้มีความสุขหลายประการ ดังนี้

1. มีการสร้างพลังใจ (Empowerment) ให้กับผู้ร่วมงานอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจ(Self-esteem) ใคร / หน่วยงานใดทำดีต้องชื่นชมให้ทราบทั่วกัน

2. เอื้ออาทร ใส่ใจความเป็นอยู่ของผู้ร่วมงาน

“ถ้าเราอยากให้ผู้ร่วมงานมีความรักองค์กร องค์กรก็ต้องแสดงให้เห็นว่าองค์กรก็รักเขา เช่นกัน”



“C5A: ผิดแล้วอย่าซ้ำ นำมาसारภาพ”

ที่มา

เป้าหมายการดูแลผู้ป่วยที่ปลอดภัยเป็นเป้าหมายสำคัญของทุกฝ่าย ในปัจจุบันยังมีภาวะแทรกซ้อนหรือภาวะที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นอยู่มาก การเรียนรู้จากเหตุการณ์ดังกล่าวให้เข้าใจ root cause และนำมาสู่การปรับปรุงระบบเพื่อป้องกันปัญหานั้นจะช่วยให้อุบัติการณ์ได้รับการดูแลที่ปลอดภัยขึ้น ทั้งนี้ผู้เกี่ยวข้องต้องเข้าใจแนวคิดที่จะนำ system approach มาใช้แก้ปัญหา มากกว่า human approach การที่จะให้ผู้แทนของโรงพยาบาลเป็นผู้นำเสนอเหตุการณ์ของตนเองอาจจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อโรงพยาบาลนั้นๆ ได้ จึงใช้วิธีบอกเล่าเรื่องราวโดยคนอื่นแทน ในบรรยากาศที่สนุกสนาน

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าประชุมตระหนักในความสำคัญของการเรียนรู้จากกรณีผู้ป่วยที่ปรากฏขึ้นในรูปแบบต่างๆ และเห็นแนวทางที่จะปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อปกป้องผู้ทำงานให้อยู่ในระบบที่เอื้อต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และให้คุณค่าแก่ผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

เนื้อหาที่จะนำเสนอ

- กรณีตัวอย่างผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการ สถานการณ์ที่ล่อแหลม ความเสี่ยง โอกาสเกิดปัญหา
- การทดลองใช้ human approach หรือ conventional approach ในการแก้ไขปัญหา
- การใช้ system approach และ holistic approach ในการป้องกันปัญหา

วิทยากร

นพ.ชำนาญ จิตตรีประเสริฐ

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

นพ.วัชรพล ภูวนล

โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จ.อุตรดิตถ์

พญ.อภิัญญา ชไมเซอร์

โรงพยาบาลควนเนียง จ.สงขลา



ผิดแล้วไม่ซ้ำ หนูนามาสารภาพ

พญ.อภิัญญา ชไมเซอร์

ในการบริการผู้ป่วยแต่ละวันของโรงพยาบาลมีความบกพร่องที่เกิดจากการกระทำของแพทย์พยาบาลหรือทีมงาน ที่หลายครั้งอาจส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งถูกมองข้ามไป และความบกพร่องนั้นก็เกิดขึ้นครั้งแล้วครั้งเล่าโดยที่ไม่ถูกคนในองค์กรตระหนักหรือไม่มีการสร้างวัฒนธรรมที่เอื้อให้เกิดความตระหนักเพื่อสร้างมาตรการป้องกันจากบทเรียนแห่งความผิดพลาด ดังเช่นที่โรงพยาบาลควนเนียง เราพบว่าในอดีตก่อนที่จะมีการทำ HA มีการบ่นถึงปัญหาทั้งเชิงบริการและเชิงคลินิก ซึ่งเป็นการบ่นและบ่นแล้วก็สลายไปกับกาลเวลา แต่เมื่อนำเอาแนวคิดการบริหารความเสี่ยงผ่านการทบทวน 12 กิจกรรมโดยทีมงานอย่างต่อเนื่อง เราพบบทเรียนทางคลินิกมากมายที่เราสามารถทำได้ดีกว่านี้ได้ในครั้งนี้ต่อไป บางครั้งเราพบว่าความบกพร่องเกิดจากการขาดความรู้ ขาดทักษะ หรือขาดการประสานงานที่ดี หรือบางครั้งเพราะขาดทรัพยากรที่เหมาะสม และในหลาย ๆ ครั้งเกิดจากการวางระบบที่ไม่มีประสิทธิภาพที่ทำให้ไม่สามารถป้องกันเชิงรุกได้ ดังนั้นทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลควนเนียง จึงมีความตื่นตัว และเปิดใจที่จะเรียนรู้จากข้อผิดพลาดทางคลินิก ซึ่งต้องอาศัยความกล้าหาญทางใจของทีมงานอย่างยิ่งในการที่กล้าจะบอกกับคนอื่นว่าสารารถทำให้ดีขึ้นกว่านี้ได้อย่างไรในบทบาทของตนเอง นั้นหมายถึงการต้องสละอัตตาแห่งตนเพื่อเห็นแก่ประโยชน์สุขของผู้ป่วยโรงพยาบาลควนเนียง ได้ทบทวนการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 100 รายในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา และเราได้รวบรวมบทเรียนผู้ป่วยอย่างน้อยประมาณ 17 รายไว้อย่างเป็นระบบเพื่อให้คนในองค์กรได้ศึกษาทั้งในแง่ของศิลปะในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ในแง่ของเหตุการณ์เกือบพลาด หรือพลาดไปแล้ว โดยตั้งชื่อเรื่องให้ดึงดูดใจ ให้คนในองค์กรจดจำเหตุการณ์เป็นเรื่องที่สนใจได้ เช่น “กว่าจะรู้ยาเกิน” ให้ผู้ป่วยเบาหวานนำไปสู่การปรับปรุงระบบบริการของผู้ป่วยเบาหวาน “หนูลืมคะ” นำไปสู่การวางระบบของงาน AIDS ในแม่และเด็ก “order by tel” กับการสูญเสีย” นำไปสู่ระบบการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์รวมถึงการส่งต่อเวรของแพทย์ในผู้ป่วยอาการหนัก และความรอบคอบในการดูแลผู้ป่วยของทีมงาน “คุณวิเชียร และพวกเราทีมผู้รักษากับสายสัมพันธ์ที่มากกว่าการให้บริการ” ทั้งทีมงานได้เรียนรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทั้งด้านศาสตร์และศิลป์ด้วยกระบวนการที่เป็นธรรมชาติอย่างยิ่ง “เหตุสุดของบนรางรถไฟ” เราได้พบการดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุของเราไม่ดีพอ รวมถึงทักษะการรับข่าวเมื่อได้รับแจ้งเหตุ นำไปสู่การทำ SPWI เกี่ยวกับเรื่องนี้ “ไม่คลอดเสียที” เราพบว่าทักษะการแปลผล pathograph ของพยาบาลยังทำได้ไม่ดี จึงมีการฟื้นฟูความรู้เรื่องนี้ เพื่อลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น หรือใน “มะเร็งทางตันที่ยากผ่าน” เราได้เรียนรู้ศิลปะของการพูดความจริง ผลเสียของการไม่พูดความจริง เป็นต้น

ทีมงานของโรงพยาบาลควนเนียงพบว่า การที่เราสามารถสร้างวัฒนธรรมการมุ่งประโยชน์สุขของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการให้บริการจะลดความขัดแย้งขององค์กรและสร้างความสามัคคีของทีมงานได้อย่างยั่งยืน และวัฒนธรรมเปิดใจเรียนรู้จากข้อผิดพลาดเป็นความกล้าหาญทางจริยธรรมของคนในองค์กรที่สมควรส่งเสริมและศรัทธา ทีมงานค้นคว้าหาข้อมูล และองค์ความรู้มากขึ้น เพื่อใช้ดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ช่องว่างของทีมงานค่อย ๆ หดหายไป ความขัดแย้งกลายเป็นความสร้างสรรค์และหลากหลายสร้างองค์ความรู้ สร้างความผูกพัน เพราะมีประโยชน์สุขของผู้ป่วยเป็นตัวเชื่อมอยู่ระหว่างกลาง



ข้อพึงระวังในการนำบทเรียนจากข้อผิดพลาดมาอภิปรายร่วมกันต้องทำอย่างมีศิลปะอย่างมีเมตตา และเป็นกัลยาณมิตรต่อกัน และสิ่งสุดท้ายคือศิลปะของการวางอุเบกขาอย่างสร้างสรรค์ และใช้กรอบของวิสัยทัศน์ พันธกิจ ของโรงพยาบาลเป็นเป้าหมายที่ทุกคนร่วมกันสร้างเพื่อไปให้ถึงในการให้บริการผู้ป่วย



“C5B: สรรสาระจาก HA”

ที่มา

การทำงานของ พรพ. จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากโรงพยาบาลต่างๆ ซึ่งควรเกิดขึ้นด้วยเห็นคุณค่าของกิจกรรมหรือแผนงานริเริ่มต่างๆ สมควรที่จะมองเห็นภาพรวมและมีเป้าหมายร่วมกันจึงจะสามารถดำเนินงานได้อย่างราบรื่น

วัตถุประสงค์

เพื่อนำเสนอมุมมองของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมกระบวนการ HA เกี่ยวกับคุณค่าสำคัญที่ได้รับจาก HA ทิศทางการเดินไปข้างหน้าสำหรับกระบวนการ HA ซึ่งทั้งโรงพยาบาลและ พรพ. ควรมีจุดยืนร่วมกัน รวมทั้งให้ผู้เข้าประชุมรับทราบคุณค่าจุดยืนของ พรพ. ในปัจจุบันและในอนาคต เข้าใจที่มาของแผนงานริเริ่มต่างๆ ที่ พรพ. กำลังดำเนินงานอยู่และพร้อมที่จะเดินทางร่วมกัน

เนื้อหาที่จะนำเสนอ

1. นำเสนอสรุปคุณค่าที่ได้รับจากกิจกรรมหรือกลยุทธ์ที่เป็นประโยชน์ในมุมมองของโรงพยาบาล
2. สิ่งที่เป็นจุดเน้นในการดำเนินการในช่วง 1-2 ปีข้างหน้า แผนงานริเริ่มต่างๆ และความร่วมมือที่ต้องการให้เกิดขึ้น เช่น การใช้บันไดขั้นแรกให้เกิดประโยชน์สูงสุด งานสร้างเสริมสุขภาพ การปรับมาตรฐาน การจัดการความรู้ เครื่องชี้วัดเปรียบเทียบ

วิทยากร

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล



ขอบเขตเนื้อหาและบทคัดย่อ “Kmart ตลาดความรู้”



A44: Utilization Management

ศ. พญ.จิตรา อนุราษฎร์, UR Physician Advisor, ร.พ.บำรุงราษฎร์

สรินทร์ ลามิกานนท์, Manager of UR unit, ร.พ.บำรุงราษฎร์

Course Objectives:

เพื่อเรียนรู้ถึงการทบทวนและการบริหารการใช้ทรัพยากรสุขภาพใน Acute healthcare settings (Hospital IPD)

Course Outlines:

- I. Overview of the integration of utilization management (UM) in different settings of healthcare delivery system.
- II. การจัดตั้ง Utilization review (UR) และ Case management programs in acute care settings (hospital IPD)
 - A. UR team: characteristics and responsibility:
 - UR nurses:
 - Characteristics:
 - ปริญญาตรี หรือ โท ทางด้าน nursing
 - Board knowledge of medicine
 - Good communication and interpersonal relationship skills
 - Inquiring mind
 - Tact
 - Awareness of resources
 - Computer skills
 - Responsibility:
 - Review the appropriateness of medical services
 - Collect data and maintain data profiles
 - Assign the patient to appropriate level of cares
 - Interact with care providers and paying agencies
 - Refer patient to social worker or a discharge planner
 - Serve as a resource to the medical record department concerning the assignment of the principal and secondary diagnoses
 - Serve as resource for alternative financial resource for patient
 - Watch for risk management cases

UR Physician:



Characteristics:

- MD with board knowledge of medicine and clinical practice guidelines
- Good interpersonal skills and tact
- Awareness of resources

Responsibility:

- Final review of appropriateness of medical services provided to a patient
- Interact with care providers and paying agencies
- Interact with hospital administration
- Education for peers on utilization management concepts

B. UR Committee:

Membership:

- Physicians from different subspecialty: Medicine, Surgery, OB/GYN, Pediatrics, and others
- UR team: nurses and physician advisor
- Representatives from different hospital departments: eg. OPD, IPD, Pharmacy, Laboratory, Radiology, Accounting/billing, Social services, Information Systems, Marketing, etc.
- Ex-officio: from hospital administration

C. Utilization Review Process

- Types of reviews:
 - Prospective
 - Concurrent
 - Retrospective
- Data Collection: Inappropriateness of:
 - Hospital admission,
 - Hospital stay (LOS),
 - Laboratory tests and imagings,
 - Treatment,
 - Surgery and procedures
- Screening criteria for non-physician reviewer:
 - InterQual criteria
 - Milliman and Robertson's ORG (Optimal Recovery Guidelines)
 - Texas Medical Foundation Screening Criteria
 - American College of Radiologist Criteria for CT scan and MRI
- Determination of appropriateness:



Need to meet at least 1 SI and 1 IS criteria.

- Severity of Illness (SI) ,
- Intensity of Service (IS)
- Discharge (D) criteria
- Consultation with UR physician:
 - Use of clinical judgment and clinical practice guidelines
- Data Collection and statistics
- UR Committee :
 - presentation of data
 - recommendation for hospital policy
- Medical Executive Committee
 - Hospital policy and practice changes
 - Care providers behavioral changes

III. Case Management and Managed Healthcare

- A. Prospective Payment System (PPS) and managed healthcare
- B. Case Management (CM) team and responsibility of case managers

Team:

- Case Managers (RNs)
- Social Workers
- Health Educators
- Data Collectors and statisticians
- Physician advisor

Responsibility:

- Prospective review and preauthorization/precertification
- Utilization review and large case management
- Coordination of care and communication with care providers,
- Discharge planning
- Patient education
- Communication with patients and family
- Communication with paying agencies
- Communication with medical supplies vendors

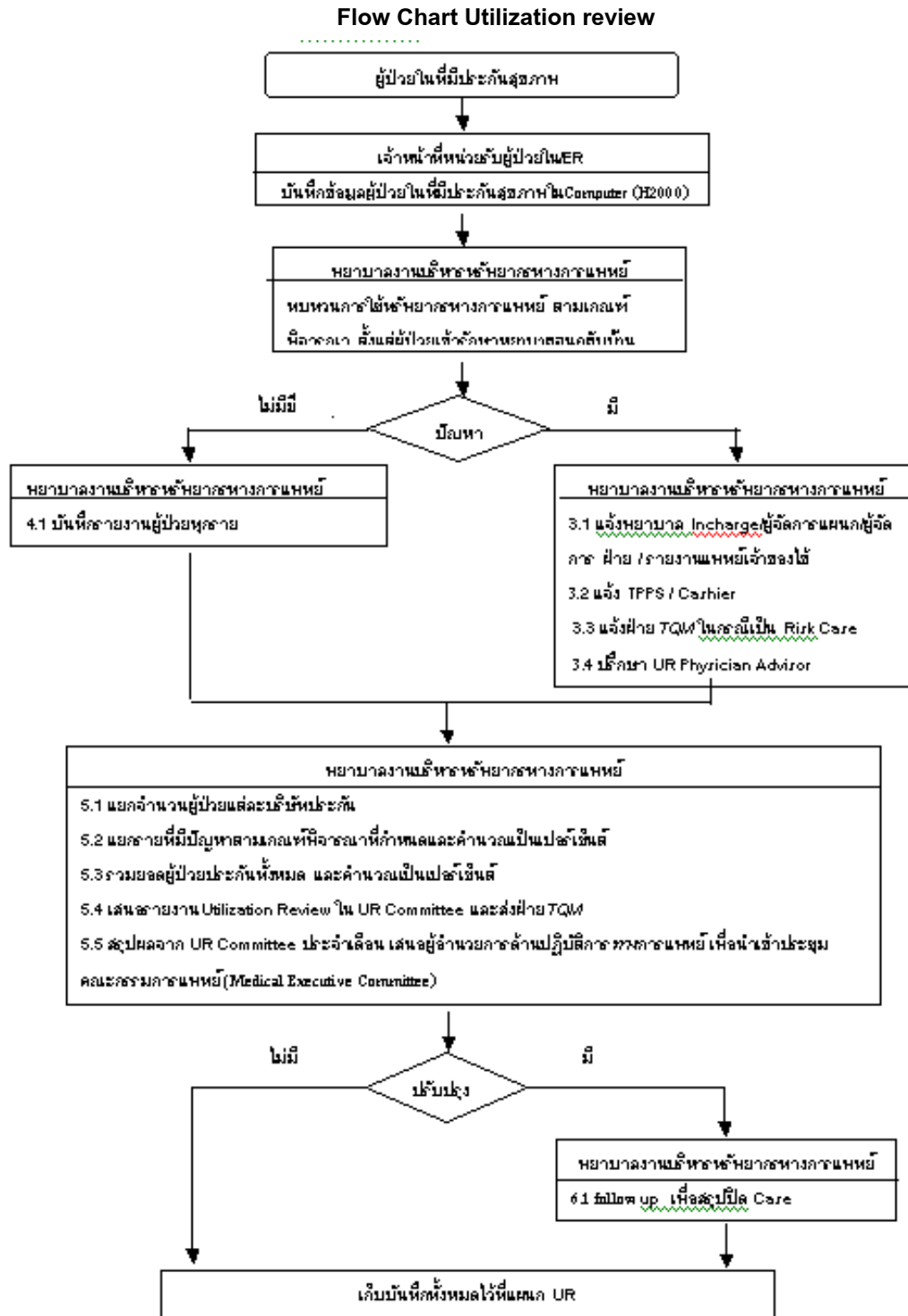
IV. Utilization Review at Bumrungrad Hospital: Practical aspects

- See Attachment 1.



V. Examples of Utilization Review as requested by third party payors (TPP)

- Case 1: Ruptured appendicitis
- Case 2: Severe low back pain





A45: วิธีการรักษาแพทย์ที่มีอาการ "ผมยุ่ง.....ไม่ชอบ HA "

ทีมแพทย์ ทันตแพทย์ โรงพยาบาลขอนแก่น

เหตุผล

บุคลากร ในโรงพยาบาลโดยเฉพาะแพทย์มักบ่นว่าไม่ค่อยมีเวลา เนื่องจาก ภาระงานประจำ มาก จึงไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ผู้ การรับรองคุณภาพตามกระบวนการ HA จึงเป็นปัญหาที่สำคัญของโรงพยาบาลทุกโรงพยาบาล เพราะแพทย์ถือว่าเป็นตัวจักรที่สำคัญในการ ผลักดันหรือขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล แพทย์จึงถูกมองว่าเป็นบุคคลที่ทำให้ โรงพยาบาลไม่ได้รับการรับรองคุณภาพ แต่แท้ที่จริงแล้ว ไม่ได้เป็นอย่างที่คิด ซึ่งกว่าจะผ่านด่านที่สำคัญนี้ จึงเป็นเรื่องที่น่าสนใจว่าทางโรงพยาบาลขอนแก่นผ่านจุดนี้ได้อย่างไร และมีวิธีการอย่างไรที่ทำให้ แพทย์ อดทนสูงยอมร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพทุกจุดในโรงพยาบาล ไม่ว่าเรื่องการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู และกิจกรรมอื่นๆ อีกมากมาย

วัตถุประสงค์

- เพื่อนำเสนอบทเรียนถึงวิธีการทำให้แพทย์เข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล
- เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ร่วมอภิปรายและผู้เข้าร่วมฟังการอภิปราย

เนื้อหาที่จะนำเสนอ

1. แพทย์แต่ละสาขาในโรงพยาบาลขอนแก่นนำเสนอปัญหาในการชักชวนแพทย์เข้าร่วมกิจกรรมคุณภาพ
2. แนวทางหรือวิธีการแก้ปัญหานั้น ๆ ในกลุ่มแพทย์แต่ละประเภท
3. เสนอผลลัพธ์จากการชวนแพทย์เข้าร่วมกิจกรรม
4. แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้เข้าร่วมประชุม

สถานการณ์

ความร่วมมือของแพทย์และทันตแพทย์ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ช่วงระยะเริ่มต้นการพัฒนาคุณภาพ มักจะมีปัญหาคือไม่ให้ความร่วมมือ ปฏิเสธและมีข้ออ้างต่างๆ นาๆ เกิดความเสียใจ ความด้อยคุณภาพ ไม่ได้มาตรฐานและไม่ทำตามระบบ ทำให้หัวหน้างานและเพื่อนร่วมงานเกิดความเหนื่อย ท้อแท้ในการที่จะกระตุ้นให้เกิดทีมอย่างแท้จริง ด้วยเหตุผลที่แพทย์หรือทันตแพทย์มักใช้เพื่อหลีกเลี่ยง การพัฒนาคุณภาพตามกระบวนการ HA

1. ไม่มีเวลาทำงาน HA เพราะเวลาส่วนใหญ่ต้องการดูแลรักษาผู้ป่วย
2. ต้องดูแลลูกที่ยังเล็กอยู่ หรือต้องให้เวลากับลูก
3. งานในหน้าที่ยุ่งอยู่แล้ว ไม่อยากรับงานเพิ่ม ชักชวนเมื่อไรตอบว่าผมยุ่งตลอดเวลา
4. ไม่เข้าใจว่า HA ต้องทำแค่ไหน ทำไม่เสร็จ เปลี่ยนรูปแบบบ่อย เชื่อมโยงไม่ถูก งุนงง
5. เบื่องาน HA ต้องประชุมบ่อย ไม่มีเวลาทำงานอย่างอื่น
6. บางคนชอบแสดงความคิดเห็น เมื่อมอบหมายงานให้รับผิดชอบ กลับกลายเป็นภาระยาวนาน



7. แพทย์หรือทันตแพทย์ ที่เป็น Facilitator รับผิดชอบอยู่แล้วก็ให้ Facilitator ทำต่อไป อย่ามายุ่งกับผม/ฉัน
8. บางคนเต็มใจช่วยทำงาน แต่ชอบบ่นว่าไม่มีเวลา
9. บางคนรู้สึกว่า Facilitator ไม่เข้าใจถึงแก่น HA พาทำคุณภาพแบบวกวน ไปไม่ถึงไหน
10. แพทย์หรือทันตแพทย์ ที่เป็น Facilitator รุ่นน้อง มักจะได้ยินรุ่นพี่บอกว่า "อย่ามาสั่งให้ทำ"

วิธีการชักชวนเพื่อนแพทย์มาทำงานคุณภาพ

การชักชวนแพทย์ในโรงพยาบาลเข้าร่วมทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพให้ประสบผลสำเร็จได้นั้น ต้อง อาศัยศาสตร์และศิลป์ในการบริหารบุคคลเป็นอย่างมาก โดยจะสรุปเป็นข้อๆ ดังนี้

1. โรงพยาบาลต้องมีบุญเก่าหนุน คือการมีพื้นฐานของโรงพยาบาลที่ดีอยู่แล้วในระดับหนึ่ง เจ้าหน้าที่ (หัวหน้างาน) ให้การสนับสนุนและเป็นตัวอย่างที่ดี มีสิ่งแวดล้อมและกระแสในการผลักดันไปในแนวทางของคุณภาพ

2. ทำงานอย่างมีแผน เป็นระบบและต่อเนื่อง
3. อย่าคาดหวังสูง ไม่ท้อ มองโลกในแง่ดี
4. หาเวทีที่จะพูดคุยบ่อยๆ ใช้นิติที่ประชุมเป็นตัวผลักดันงาน
5. อย่าทำคนเดียว หาผู้ร่วมทางเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ
6. ไม่ใช่พระเดชและพระคุณ แต่ใช้ระบบ (บีบ)
7. เคารพความคิดเห็นของแพทย์ เมื่อเราเคารพเขา เขาจะเคารพเรา
8. ปรับตัวตามสถานการณ์
9. อื่น ๆ (แล้วแต่ที่ประชุมจะเสนอขึ้นมา)

สรุป การทำงานกับแพทย์โดยส่วนใหญ่ แพทย์เป็นบุคคลที่มีอัตราสูง เป็นสิ่งที่ยากแต่ก็ไม่เกินความสามารถถ้าตั้งใจจริง และมีความตั้งใจดีโดยให้ช่วยกันบอกว่าผลดีที่เกิดขึ้น จะมีถึงผู้ป่วยมากกว่าจะทำให้โรงพยาบาลผ่านการรับรอง HA หรือผู้บริหารมีหน้าตา

วิธีการชักชวนทันตแพทย์มาร่วมทำกิจกรรมคุณภาพ

กลุ่มที่ไม่มีเวลา/เวลาน้อย

1. จับเข้าคุยกัน เรื่องการจัดสรรเวลา โดยได้ข้อสรุปว่าให้คาบในการทำงาน 1 คาบต่อสัปดาห์ทุกคน ช่วงครึ่งวัน (เช้าหรือบ่าย) เป็นเวลาในการทำงานที่ตนเองรับผิดชอบหรือใช้เป็นคาบวิชาการ เพิ่มเติมความรู้วิชาการ ขึ้นอยู่กับการบริหารจัดการ
2. ปรึกษากันในทีมทันตแพทย์ จัดสรรเวลาเพิ่มในงานบางประเภท เช่น การประเมินตนเอง
3. ส่งเสริมให้ทุกคนฝึกบริหารเวลาให้คุ้มค่าใน 1 วัน (ใช้เวลาในโรงพยาบาลให้คุ้มค่า) เช่น ช่วงพักรับประทานอาหารกลางวัน ช่วงระหว่างการรักษาและ การเปลี่ยน case ช่วงก่อนเลิกงาน (15.30 - 16.30) และในที่ประชุม

กลุ่มที่ไม่ให้ความร่วมมือ/ไม่ยอมทำ/ไม่ยอมเป็นรับผิดชอบงาน

1. ผู้ที่รู้สึกว่า facilitator ไม่มีประสิทธิภาพจึงไม่ร่วมมือ สิ่งที่ต้องทำคือ facilitator ประเมินตนเอง โดยการเปิดใจกว้าง รับฟัง /นิ่ง/ ไม่โกรธ พัฒนาตนเองในจุดที่บกพร่อง ปรึกษาผู้รู้และทำความเข้าใจให้ชัดเจน ศึกษาตำรา เข้าประชุมร่วมกับ facilitator ของโรงพยาบาล ฝึกให้เป็นคนช่างสังเกต จดจำ บันทึกทุกอย่าง เช่น บันทึกความคิดเห็นต่างๆ ของสมาชิกจากหลายสถานการณณ์ บันทึกสิ่งที่ได้ทำ



ไปแล้ว สิ่งที่ได้มอบหมาย กำหนดติดตาม บันทึกสิ่งที่น่าทำ สิ่งที่ได้คิดได้คิดออกในเวลานั้นเพื่อกันลืม
บันทึกสิ่งที่ได้เรียนรู้จากแหล่งต่างๆ ฝึกประมวลผลและประยุกต์ ประมวลแก่นแท้ของHA ให้ได้
เชื่อมโยงงานที่ทุกคนรับผิดชอบในหน่วยงานเข้าสู่ HA โดยไม่ให้แยกส่วน แปรทฤษฎีเป็นกิจกรรม
รูปธรรม สรุปภาพรวม HA ของหน่วยงาน ความก้าวหน้า สิ่งที่จะต้องทำต่อไป ให้ทุกคนในหน่วยงาน
รับทราบทุกระยะ และในการบริการ facilitator ก็ต้องทำให้เป็นตัวอย่างที่ดี โดยการดูแลผู้ช่วยที่ยืดผู้ช่วย
เป็นศูนย์กลางจริงๆ ให้อใจผู้ช่วยก่อน สิ่งดีๆ ก็จะตามมาอย่างอัตโนมัติ ใช้เวลาให้คุ้มค่าในช่วงที่ว่าง

2. ผู้ที่ไม่อยากทำเพราะไม่เข้าใจ ก็ต้องอธิบายทำความเข้าใจบทบาทของผู้ที่รับผิดชอบแต่ละ
เรื่องอย่างละเอียด ให้ทุกคนทราบจุดยืนของตนเอง เชื่อมโยงงานให้ได้ ปรับโครงสร้างการทำงานให้ง่าย
ชัดเจน ให้สามารถเชื่อมโยงและประสานงานกันง่ายขึ้น รู้ที่มาและรู้ที่ไปของแต่ละงาน ให้ผู้ที่รับผิดชอบ
แต่ละงานเข้ามามีส่วนร่วม สร้างระบบสื่อสารให้มีประสิทธิภาพ เน้นให้มีการพูดคุยและประสานงานกัน
โดยตรง สร้างบรรยากาศการสื่อสารในที่ประชุม มีบอร์ดสื่อสารป้องกันการลืมและใช้ทบทวนกิจกรรม

3. ผู้ที่ไม่อยากทำเพราะกลัวเป็นภาระหนักไม่มีเวลาส่วนตัว ต้องสร้างทีมทำงานช่วยกัน
รับผิดชอบ แบ่งงานกันชัดเจน เพื่อไม่ให้รู้สึกทำงานคนเดียว

4. ผู้ที่เบื่อการประชุมบ่อย ๆ วิธีการคือ ต้องลดวาระการประชุมอย่างเป็นทางการให้เหลือเดือน
ละครึ่ง จัดการประชุมให้กระชับที่สุด เนื้อหาชัดเจน ติดตามวาระสำคัญ มีวาระประจำเดือนชัดเจน ฝึก
ให้สมาชิกทำการบ้าน ใช้เวลาในกลุ่มย่อยก่อนประชุมใหญ่ โดยบริหารเวลา ให้คุ้มค่า เรื่องอื่นๆที่ไม่
จำเป็นต้องเข้าวาระ HA ใหญ่ ในกลุ่มงาน แต่ใช้วิธีการแทรกอย่างไม่เป็นทางการ จัดให้มีกิจกรรม 5 ส.
และร่วมรับประทานอาหาร ในระหว่างนั้นก็แทรกการพูดคุยเรื่องกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ให้ทันตแพทย์
และผู้ช่วยทันตแพทย์ทราบ

5. ผู้ที่เข้าใจว่าเป็นหน้าที่ของ facilitator คนเดียว วิธีการคือ ต้องอธิบายให้สมาชิกเข้าใจว่า HA
คืออะไร การทำงานต้องอาศัยคนในองค์กร ทุกคน ทุกงาน มีความสำคัญ ที่ทำให้เกิดคุณภาพใน
หน่วยงาน และชี้แจงให้ผู้บริหารเข้าใจในหน้าที่บทบาทของ facilitator พร้อมทั้งผู้บริหารช่วยส่งเสริม
และกระตุ้นให้ทุกคนเห็นความสำคัญ

6. ผู้ที่เข้าใจว่า facilitator มักมอบงานให้ผู้อื่นทำ วิธีการ คือ ทำให้เป็นตัวอย่าง โดยเฉพาะงาน
ในด้านการบริการผู้ป่วย แสดงให้ผู้อื่นเห็นว่าเป็นผู้ดูแลภาพรวมของหน่วยงาน สรุปและติดตาม ดูแล
แผนพัฒนาคุณภาพ เป็นที่ปรึกษาให้กลุ่มย่อย ให้ความช่วยเหลือ ดูแลภาพรวมกิจกรรม CQI
รับผิดชอบ 1-2 เรื่องที่เป็นเรื่องหลัก ทบทวนกิจกรรม 12 กิจกรรม เสี่ยงสะท้อนของผู้ป่วยและการ
ประเมินตนเองของหน่วยงาน การมอบหมายงานให้ผู้อื่น ต้องชี้แจงให้ผู้รับมอบหรือเจ้าของงานนั้นเข้าใจ
ในบทบาทอย่างชัดเจน และให้แสดงความคิดเห็นร่วมด้วย

7. ผู้ที่ไม่อยากทำงานคุณภาพเพราะคิดว่าไม่มีใครเห็นความดีของตน วิธีการคือ เน้นการสร้าง
ระบบช่วยคน ไม่โทษบุคคลเมื่อเกิดปัญหา ชมเชยบ่อย ๆ เมื่อทำได้ดี ให้กำลังใจและบอกเขาว่าถ้าไม่มี
เขาทันตกรรมก็ไปสู่คุณภาพไม่ได้ ชี้แนะแนวทางในการทำ HA อย่างง่าย ๆ สอบถามถึงความสุขในการ
ทำงานอย่างสม่ำเสมอ

8. ผู้ที่ไม่อยากทำเพราะ Facilitator อายุต่ำกว่า รู้สึกไม่ชอบให้สอนผู้ใหญ่ วิธีนี้ ต้องมีความ
เคารพ นอบน้อมผู้ใหญ่ เข้าหาผู้ใหญ่ ไม่แสดงอาการเก่งกว่าผู้ใหญ่ รับฟังการสะท้อนของผู้ร่วมงานและ
นำมาปรับตนเอง การมอบหมายงานต้องใช้วิธีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ที่สำคัญหัวหน้าหน่วยงาน
หรือผู้บริหารต้องเข้าใจ และให้การสนับสนุนการทำงานของ Facilitator



ผลลัพธ์

ผลที่เกิดขึ้นจากการที่แพทย์/ทันตแพทย์ เข้าร่วมทำกิจกรรมคุณภาพโรงพยาบาล แพทย์
รับผิดชอบงานคุณภาพตามที่ได้รับมอบหมายในหน่วยงานทุกคน ตั้งแต่หัวหน้ากลุ่มงาน จนถึงแพทย์จบ
ใหม่ ทุกกลุ่มงาน ทำให้บรรยากาศการทำงานดีขึ้น เพื่อร่วมงานพอใจ และแพทย์ที่เป็นแกนหลักใน
ทีม อาจไม่ใช่หัวหน้ามีความเข้าใจในประเด็นคุณภาพ สื่อสารให้กับแพทย์คนอื่นๆ ได้มากขึ้น มีการแบ่ง
งานกัน มีผลงานหลายอย่างทางด้านคลินิก เช่น การแก้ปัญหาต่าง ๆ มีการปรับแนวคิดและพฤติกรรม
ของแพทย์ ยอมรับร่วมมือในเรื่องคุณภาพ เช่น ให้ข้อมูลก่อนการลงนามยินยอมด้วยตนเอง

พยาบาลในหน่วยงาน ทุก PCT มีความพึงพอใจในความร่วมมือของแพทย์ จะเห็นได้จาก แพทย์
ได้สรุปผลการประชุมของแพทย์สื่อสารให้พยาบาลและวิชาชีพอื่นรับทราบ เดิมไม่มีการสื่อสาร และทีม
พูดคุยกันง่าย ช่วยกันดูแลเรื่องคุณภาพ แพทย์เป็นแกนนำและเป็นพี่ปรึกษาให้กับทีม PCT เดิม
พยาบาลเคยบอกว่า PCT ไม่มีแพทย์มาร่วมงานเลย ทำ work shop ก็ไม่มา แต่ปัจจุบัน แพทย์ให้ความ
ร่วมมือทุกกลุ่มงาน



A46: นวัตกรรม สิ่งประดิษฐ์

1) ข้อหาเทียมแบบแกนใน

โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก

ความเป็นมา: ในปัจจุบัน การผลิตขาเทียมที่มีอยู่ในประเทศไทย เป็นการผลิตโดยใช้ไม้เป็นอุปกรณ์ทำขาเทียมให้กับผู้พิการ เนื่องจากมีราคาถูก ซึ่งพบปัญหาว่าไม้ผุได้ง่ายเนื่องจากความชื้นของน้ำที่ซึมเข้าไปในเนื้อไม้ ทำให้ขาเทียมนั้นมียอายุการใช้งานไม่นาน (ประมาณ 3 เดือน)

ขาเทียมที่มีคุณภาพดีกว่าหรือขาเทียมแบบแกนใน ซึ่งเป็นข้อที่ต้องนำเข้าจากต่างประเทศ มีราคาแพง ทำให้ผู้พิการไม่สามารถใช้ขาเทียมดังกล่าวได้อย่างทั่วถึง

วัตถุประสงค์: เพื่อผลิตชิ้นส่วนขาเทียมขึ้นใช้ภายในประเทศในราคาประหยัดและมีคุณภาพทัดเทียมมาตรฐานสากล เป็นการเพื่อลดต้นทุนการผลิตและทดแทนการนำเข้าจากต่างประเทศ

ประดิษฐ์กรรม: ข้อหาเทียมแบบแกนใน ซึ่งเป็นข้อสำหรับเอนเอียงในการจัดแนว (alignment) ให้กับผู้ป่วย/ผู้พิการ สามารถปรับเอนเอียงได้รอบทิศทาง และผู้ป่วย/ผู้พิการสามารถปรับแนวได้เองโดยไม่ต้องเสียเวลามาโรงพยาบาล, ใช้ stainless steel และอลูมิเนียม เป็นวัสดุหลักในการผลิต ซึ่งมีคุณสมบัติไม่เป็นสนิม มีความคงทน มียอายุการใช้งานมากขึ้น และสามารถรับน้ำหนักผู้ป่วย/ผู้พิการได้ดี,

ควบคุมการปรับด้วยสกรู 4 ตัว จะทำให้การปรับหาแนวที่ต้องการได้อย่างละเอียดเพราะสามารถปรับได้ในขณะที่ผู้ป่วยใส่ขาเทียมยืนอยู่โดยไม่ต้องถอดออกไปปรับ, สามารถนำไปประกอบเข้ากับส่วนต่างๆ ของขาเทียมที่ปรับหาแนวในการจัดแนว เช่น ข้อเท้า ข้อเข่าส่วนล่าง ข้อเข่าส่วนบน และข้อต่อสำหรับติดกับเท้าขาเทียม

ผลลัพธ์: ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น เจ็บ stump ในระหว่างใส่ขาเทียม, ต้นทุนการผลิต 3,500 – 4,000 บาท (ของต่างประเทศราคา 27,000 – 30,000 บาท)

ระยะเวลาในการเปลี่ยนอุปกรณ์จากการทดลองใช้ 1 ปี ฟองน้ำ 9-12 เดือน, เป้า 6-12 เดือน, สายเข็มขัด 4-8 เดือน, ฝ่าเท้า 1 เดือน, ข้อหาเทียม ไม่ต้องเปลี่ยน

แผนที่จะดำเนินการต่อไป: ปรับปรุงคุณภาพของข้อหาเทียมแบบแกนในทางด้านเทคนิคการผลิต เช่น ทำให้สามารถโยก เคลื่อนไหวได้เหมือนข้อเท้าจริง, ประยุกต์ใช้เป็นต้นแบบในการผลิตให้กับโรงพยาบาล / สถาบันต่างๆ ที่สนใจทั่วประเทศ, ถ้าสามารถทำวิจัยและผลิตนำออกจำหน่ายในระดับอุตสาหกรรม จะเป็นสินค้าส่งออกได้ ลดต้นทุนการสั่งซื้อจากต่างประเทศได้นับร้อยล้านบาท

กระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น: ความคิดริเริ่มเกิดจากช่างกายอุปกรณ์ที่คิดว่าน่าจะมีการพัฒนาการผลิตข้อหาเทียมขึ้นเองได้ในราคาถูก เพื่อขยายโอกาสให้แก่ผู้ป่วย / ผู้พิการที่มีฐานะยากจนได้ใช้อุปกรณ์ขาเทียมได้ทั่วถึงมากขึ้น โดยนำความรู้หลักการจากตำรามาใช้



2) มาตรการ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการถ่ายภาพรังสีผู้ป่วยหนักและผู้ป่วยฉุกเฉิน

สมบัติ บุญขวาง (นักรังสีการแพทย์), พญ.ศุภร เจียรพิรพงศ์ (รังสีแพทย์), พญ. บุญกอบแก้ว (นักรังสีการแพทย์), ประเสริฐ ไมตรีจิตร์ (ช่างกายอุปกรณ์)

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

ความเป็นมา:

1. ปัญหาการให้บริการผู้ป่วยหนักและผู้ป่วยฉุกเฉินที่บาดเจ็บหลายระบบ มีความล่าช้า อาจเกิดอันตรายเพิ่มขึ้น อัตราฟิล์มเสียมากกว่าห้องถ่ายภาพรังสีทั่วไป

2. ปัญหาที่เกิดขึ้นในการถ่ายภาพรังสีผู้ป่วยหนักและผู้ป่วยฉุกเฉินที่ใช้รถเปลนอน ต้องเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 4 ครั้ง ต้องใช้เจ้าหน้าที่ 3-4 คนเพื่อจัดทำและถอดอุปกรณ์ที่มากับผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ได้รับรังสีโดยไม่จำเป็น ใช้เวลา 13-15 นาทีต่อรายในการถ่ายภาพหลายระบบ

จุดประสงค์ในการแก้ปัญหา: ลดการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ลดเวลา ลดอัตราฟิล์มเสีย ลดการใช้แรงงานเจ้าหน้าที่ ลดการได้รับรังสีเอกซเรย์ของเจ้าหน้าที่

แนวคิดการประดิษฐ์: ประดิษฐ์รถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่สามารถถ่ายภาพรังสีได้บนรถ มีอุปกรณ์ยึดตรึงฟิล์มในตำแหน่งที่ต้องการได้โดยไม่ต้องใช้คนจับ มีลักษณะโปร่งใสสามารถเห็นตำแหน่งที่วางฟิล์มได้ ถอดล้างทำความสะอาดได้ง่าย ราคาไม่แพง

วิธีดำเนินการ: ศึกษาปัญหาการถ่ายภาพรังสีผู้ป่วยวิกฤตที่ปฏิบัติอยู่ ออกแบบรถเปลนอนและรถนั่งซึ่งสามารถถ่ายภาพรังสีบนรถได้ เลือกว่าวัสดุอุปกรณ์และกำหนดสิ่งที่ใช้ในการประดิษฐ์ โดยยึดหลักความโปร่งรังสี พื้นใส มีความแข็งแรง และน้ำหนักไม่มาก สร้างรถตามแบบ สาธิตการใช้งาน ทดลองใช้งาน ประเมินประสิทธิภาพ และความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ต่ออุปกรณ์ ประเมินผลและแก้ไขข้อบกพร่อง

ผลลัพธ์การเปรียบเทียบการใช้งาน:

แบบเก่า (บนรถเปลนอนทั่วไป)	แบบใหม่ (บนรถเปิดตรวจรังสี)
เสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บเพิ่ม ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลายครั้ง	ลดความเสี่ยง เนื่องจากไม่ต้องเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลายครั้ง
ใช้เจ้าหน้าที่ 4 - 5 คนต่อผู้ป่วย 1 ราย	ใช้เจ้าหน้าที่เพียง 1 คน ต่อผู้ป่วย 1 ราย
ใช้เวลาเฉลี่ย 13-15 นาทีต่อราย ในการถ่ายภาพหลายส่วน ทำให้บริการล่าช้า	ใช้เวลาเฉลี่ย 3-5 นาทีต่อราย ทำให้การบริการรวดเร็ว และสามารถรองรับจำนวนผู้ป่วยได้มากขึ้น
โอกาสการเกิดฟิล์มเสีย จาก grid เอียง หรือวางแผ่นฟิล์มผิดตำแหน่ง ทำให้ต้องถ่ายภาพซ้ำสูง	ไม่เกิดฟิล์มเสีย จาก grid เอียง หรือวางแผ่นฟิล์มผิดตำแหน่ง
ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ได้รับรังสีจำนวนมาก	ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ได้รับรังสีน้อยลง



3) สิ่งประดิษฐ์อื่น ๆ ในโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

“เสาดิ่ง SB-tube” ใช้กับผู้ป่วยโรค UGIH ที่ต้องใส่ Seng Staken Brakemore tube

เป็นเสาดิ่งสำหรับแขวนรอกที่จะใช้ดึงถ่วงน้ำหนักสาย SB-tube ซึ่งช่วยแก้ปัญหาการลัมของเสาดิ่ง น้ำเกลือที่ใช้แขวนถ่วงน้ำหนักโดยทั่วไป ลดปัญหาการเจ็บปวดของผู้ป่วยเนื่องจากการเคลื่อนย้ายเสาดิ่ง มีขนาดเล็ก กะทัดรัด ติดตั้งสะดวกและเคลื่อนย้ายง่าย

ชิ้นส่วนเครื่องช่วยหายใจ

จัดทำชิ้นส่วนเครื่องช่วยหายใจ Bird ส่วนที่เป็นพลาสติกที่เสียบ่อยขึ้น โดยใช้โลหะสแตนเลส เพื่อให้สามารถใช้ทดแทนได้ด้วยคุณภาพคงเดิมสามารถทำให้ปราศจากเชื้อได้ไม่จำกัดจำนวนครั้ง และมีความคงทนไม่เสียหาย

ชิ้นส่วนที่จัดทำได้แก่ ข้อต่อสแตนเลสสำหรับสาย high pressure รูปตัว T/รูปตัว I, ข้อต่อสแตนเลส สำหรับอากาศและออกซิเจน รูปตัว T, ขาดัง Bird ซึ่งนำอากาศและออกซิเจนด้วย, หัวต่อสามทาง สำหรับเสียบ pipeline และสามารถต่อสาย Bird และ flow meter

การทำชิ้นส่วนต้องมีขนาดทุกอย่าง รูทึกรู เท่าของจริง, บางชิ้นส่วนที่การทำงานต้องมีความแม่นยำสูงไม่ควรทำขึ้นใช้เอง เช่น expiratory valve สปริงต่าง ๆ, ชิ้นส่วนบางอย่างสามารถดัดแปลงให้เรียบง่ายขึ้นโดยยังคงคุณสมบัติเหมือนเดิม, ความเชื่อถือของบุคลากรจะเกิดขึ้น เมื่ออุปกรณ์ที่ผลิตขึ้นสามารถใช้งานได้ดีในระยะเวลาที่ยาวนานและเห็นประโยชน์ชัดเจน (ประหยัดค่าใช้จ่าย)

Walker ชนิด 4 ขา ที่พับและปรับเป็นเก้าอี้หนึ่งได้

เป็น walker 4 ขา ทำด้วยอลูมิเนียมหนา 1.2 มิลลิเมตร เมื่อกางออกจะล้อคตัวเองไม่ให้ walker หุบลง เมื่อต้องการเก็บจะสามารถปลดล็อก และพับได้ เพื่อความสะดวกในการจัดเก็บและเคลื่อนย้าย จัดทำแผ่นรองนั่งที่สามารถพับลงมาเป็นที่นั่งได้ ทำให้ผู้ใช้มีเก้าอี้หนึ่งได้ทุกขณะและทุกสถานที่เมื่อต้องการ

มีแผ่นที่จะเปลี่ยนวัสดุที่ใช้ผลิตเป็น Dura - aluminum ซึ่งจะมีความแข็งแรงมากขึ้น

เข็มขัดยึดตรึงข้อมือ-ข้อเท้า

เป็นอุปกรณ์ยึดตรึงผู้ป่วยที่นำแนวคิดเข็มขัดนิรภัยของรถยนต์มาประดิษฐ์เข็มขัดยึดตรึงข้อมือ-ข้อเท้า ซึ่งมีคุณสมบัติ ยึดตรึงได้แน่นหนา ไม่หลุดง่าย แกะออกสะดวกรวดเร็ว ปรับระดับ/ระยะห่างในการผูกตรึงได้ สวยงาม ไม่ทำให้เกิดการบาดเจ็บขณะยึดตรึง



Face shield 2547

เป็นอุปกรณ์ป้องกันสัมผัสสารคัดหลั่ง เลือด ประสิทธิภาพการใช้งานสูง โดยใส่ ง่าย สะดวก รวดเร็ว ใส่ไม่เป็นผ้าม้วน น้ำหนักเบา ราคาถูก ผลิตได้เอง

อุปกรณ์บังรังสีเอกซเรย์ เพื่อการถ่ายภาพรังสีอวัยวะที่มีความทึบรังสีต่างกัน

เป็นอุปกรณ์ซึ่งสามารถบังรังสีได้บางส่วน ใช้บังอวัยวะที่มีความทึบน้อย ช่วยให้การถ่ายภาพรังสีอวัยวะที่มีความทึบต่างกัน ได้ภาพถ่ายรังสีของอวัยวะทุกส่วนที่ต้องการชัดเจนโดยใช้ฟิล์มแผ่นเดียว และถ่ายภาพรังสีเพียงครั้งเดียว

แผ่นยึดตรึงเด็กสำหรับการถ่ายภาพรังสี

เป็นแผ่นยึดตรึงเด็กสำหรับการถ่ายภาพรังสีซึ่งสามารถยึดเด็กให้อยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้องและไม่ ต้องใช้คนจับยึดเด็ก มีช่องสำหรับใส่ตลับฟิล์ม และมีแถบผ้าสำหรับยึดตรึงเด็กโดยใช้แถบ velcro สามารถใช้ถ่ายภาพรังสีได้ทั้งทรวงอก และท้อง

แผ่นยึดตรึงนี้น่าจะสามารถนำไปใช้ในการถ่ายเปลี่ยนเลือดเด็ก (exchange transfusion) ได้ และ หากปรับแผ่นยึดตรึงให้มีขนาดเล็กลง จะใช้เป็นแผ่นรองในตู้อบเด็กและสามารถสอดฟิล์มเอกซเรย์เข้าไป ได้

กระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น:

ความสำเร็จเกิดจากความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ กระบวนการกลุ่ม และความสัมพันธ์ในกลุ่ม ซึ่ง ประกอบด้วย ช่างเชื่อม ช่างกายอุปกรณ์ ศูนย์คุณภาพ และผู้ใช้

ความคิดริเริ่มต่างๆ เกิดขึ้นโดย ผู้ปฏิบัติงานที่ประสบปัญหาในการทำงานประจำ การหาความต้องการของผู้ใช้ผลิตภัณฑ์ ทำให้กำหนดคุณลักษณะของผลิตภัณฑ์ที่ดีกว่าเดิม

ปัจจัยเกื้อหนุนคือมีเจ้าหน้าที่ช่างกายอุปกรณ์ที่เก่งมาก ให้คำปรึกษา และสนใจที่จะแก้ปัญหา ร่วมกัน

การประเมินผลของผู้ใช้ นำมาสู่การปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น โดยนำความรู้เชิงช่างและความรู้ด้านวัสดุ มาปรับปรุง



A56: แนวคิดในการจัดตั้งเครือข่ายโรงพยาบาลไทย

นางดอริส วิบูลศิลป์, สถาบัน NTU

การเสริมสร้างมาตรฐานของโรงพยาบาลให้มีคุณภาพและเป็นที่ยอมรับของประชาชน เป็นเรื่อง
ที่โรงพยาบาลควรให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง และในการพัฒนาคุณภาพด้านการรักษาพยาบาล ความ
สะอาด การบริการ และอุปกรณ์ต่างๆ นั้น บุคลากรจึงควรได้รับฝึกอบรมอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ
แต่เนื่องจากการจัดการอบรมในรูปแบบเดิม ไม่สามารถทำได้อย่างทั่วถึง และทันเหตุการณ์ เพราะมี
โรงพยาบาลอยู่เป็นจำนวนมากและกระจายอยู่ทั่วทุกภูมิภาคของประเทศ ดังนั้นการส่งพนักงานเข้า
ส่วนกลางเพื่อรับการฝึกอบรม หรือรับนโยบาย จึงเป็นเรื่องที่สิ้นเปลืองมากทั้งในเรื่องค่าใช้จ่ายในการ
เดินทาง และเวลาในการทำงาน

ปัจจุบันมีเทคโนโลยีที่ช่วยลดปัญหาดังกล่าว ด้วยการส่งความรู้นั้นไปถึงผู้เรียนโดยตรง ซึ่งเป็น
เทคโนโลยีที่ง่าย สะดวก มีประสิทธิภาพและได้ประสิทธิผล สามารถนำมาใช้ในการจัดการอบรมหรือ
การประชุมเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลพร้อมๆ กันทั่วประเทศ โดยไม่จำเป็นต้องลงทุนมากจนเกินไป
เทคโนโลยีการฝึกอบรมดังกล่าวคือการถ่ายทอดสดผ่านดาวเทียม ซึ่งเทคโนโลยีที่เครือข่ายฝึกอบรม
ประเทศไทย (The Thailand Training Network-TTN) ได้ใช้ในการดำเนินการอบรมและประชุมทางไกล
ให้กับหน่วยงานภาครัฐและเอกชนมาแล้วกว่า 3 ปี และด้วยประสบการณ์นี้ TTN จึงเล็งเห็นว่า หาก
โรงพยาบาลได้ร่วมมือกันจัดเครือข่าย ก็เป็นทางเลือกใหม่ที่จะใช้ในการฝึกอบรม และเผยแพร่ความรู้
ข่าวสาร เพื่อการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลและบุคลากร

ในการเสนอข้อคิดเห็นดังกล่าวในที่ประชุมที่จะจัดขึ้นในเดือนมีนาคมนี้ TTN จะยกตัวอย่าง
ของการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีและตัวอย่างโครงการที่เป็นไปได้ในการจัด



A64: KPIs ของฝ่ายการพยาบาล

ดร.ยุวดี เกตสัมพันธ์; ผู้ช่วยคณบดี คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล

การวัดมีบทบาทสำคัญมากสำหรับฝ่ายการพยาบาลๆ ที่จะทำให้การบริหารงานการบริการพยาบาล มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ มีประสิทธิผล และบรรลุผลสัมฤทธิ์ตามที่กำหนด ดังคำกล่าวที่ว่า “ถ้าคุณไม่สามารถวัดสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้ คุณก็ไม่มีวันเข้าใจมันได้ ถ้าคุณเข้าใจมันไม่ได้ คุณก็ไม่สามารถที่จะควบคุมมันได้ และถ้าคุณควบคุมมันไม่ได้ คุณก็ไม่มีทางจะปรับปรุงมันได้” ดังนั้น การวัดจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ฝ่ายการพยาบาลฯ ต้องมีการดำเนินการอย่างชัดเจน เป็นรูปธรรม

เพราะเมื่อมีการวัดตามแนวทางอย่างถูกต้อง ก็จะทำให้มีความเข้าใจสถานะการให้บริการพยาบาลในปัจจุบัน และสามารถที่จะวางแผนปรับปรุงการบริหารการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้นไปในอนาคต

การวัดผลการดำเนินงานของฝ่ายการพยาบาลฯ ควรวัดอย่างรอบด้านโดยใช้ Balanced Scorecard ซึ่งครอบคลุมมุมมองทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการเรียนรู้และเติบโต (Learning and Growth) ด้านกระบวนการภายใน (Internal Process) ด้านลูกค้า (Customer Perspective) และด้านการเงิน (Financial Perspective) แต่เนื่องจากฝ่ายการพยาบาล เป็นหน่วยงานราชการที่ไม่แสวงผลกำไร จึงมีมุมมองด้านการเงิน เป็นด้านประสิทธิผลการบริการที่สนองต่อเป้าหมายและพันธกิจ (Mission Perspective)

การกำหนดตัวชี้วัดในแต่ละมุมมอง ต้องมีการกำหนดวิธีวัดเพื่อให้มีความเหมาะสมและครอบคลุม สามารถสนองตอบความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับการดำเนินการของฝ่ายการพยาบาล โดยกำหนดเครื่องชี้วัดที่สามารถสะท้อนวัตถุประสงค์ของแต่ละด้าน เช่น

- มุมมองด้านประสิทธิผลการบริการพยาบาลที่มุ่งเน้นให้ผู้ใช้บริการมีความปลอดภัย และเกิดความพึงพอใจสูงสุด ตัวชี้วัดที่สะท้อนมุมมองนี้ได้แก่ อัตราการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาล อุบัติการณ์ตก/หกล้มของผู้ป่วย อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา เป็นต้น
- มุมมองด้านลูกค้าที่มุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวให้เกิดความพึงพอใจนั้น ตัวชี้วัดได้แก่ ความพึงพอใจของผู้ป่วย/ครอบครัวต่อบริการพยาบาล จำนวนข้อร้องเรียนของผู้ใช้บริการ
- มุมมองด้านกระบวนการภายในที่มุ่งวัดวิธีดำเนินการภายในที่มีผลต่อคุณภาพการบริการพยาบาล ตัวอย่างเครื่องชี้วัดได้แก่ อัตราส่วนของพยาบาลต่อผู้ป่วย สัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพต่อเจ้าหน้าที่พยาบาลระดับอื่น ความสามารถในการผลิต (Productivity)
- ส่วนมุมมองสุดท้าย ด้านการเรียนรู้และเติบโต ซึ่งเกี่ยวข้องกับการพัฒนาองค์การ ระบบบุคลากร และสิ่งแวดล้อมให้มีความพร้อมและความสามารถในการให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ เครื่องชี้วัดที่สะท้อนวัตถุประสงค์ของมุมมองนี้ ได้แก่ อัตรา/จำนวนบุคลากรที่ได้รับการอบรมตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวนงานวิจัย/นวัตกรรม/ผลงานทางการพยาบาล ความพึงพอใจในงานของบุคลากร เป็นต้น



B45 คุณภาพให้ทุกช่วงชีวิต ในเชิงรายประชาชนเคราะห์

โครงการส่งเสริมการคลอดด้วยตนเอง (Active Birth)

นพ.พิษณุ ชันติพงษ์

นายแพทย์ 9 หัวหน้ากลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม ประชาชน MCH Board จังหวัดเชียงราย

หลักการและเหตุผล: การคลอดเป็นกระบวนการที่ทารก รก และน้ำคร่ำเคลื่อนตัวจากโพรงมดลูกผ่านช่องคลอดสู่ภายนอก เป้าหมายการดูแล มีใช้เพียงเพื่อลดอัตราการตายของมารดาและทารกเท่านั้น ควรเตรียมความพร้อมในการปรับตัวสู่บทบาทของมารดา สัมพันธภาพระหว่างมารดา บิดา ทารก สมาชิกอื่นๆในครอบครัว และการปรับตัวในสังคม

การคลอดที่ยืดผู้คลอดและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง คำนึงถึงสิทธิของผู้รับบริการและการมีส่วนร่วมในการคลอด จะทำให้ผู้คลอดและสามี มีความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพและมีส่วนร่วมในการวางแผนการคลอดของตนเอง สามารถคลอดเองได้มากขึ้นและใช้เวลาอยู่ใน ร.พ. น้อยลง ลดค่าใช้จ่าย ลดการใช้ยาที่ไม่จำเป็น และลดการผ่าตัดคลอด

แต่ปัจจุบันนั้นสามีและญาติจะถูกกันออกจากการมีส่วนร่วมในประสบการณ์การคลอด ผู้คลอดต้องเผชิญกับเหตุการณ์สำคัญในชีวิตท่ามกลางบุคคลแปลกหน้าและสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย การส่งเสริมการคลอดด้วยตนเอง โดยผู้ให้บริการจะเป็นเพียงผู้สนับสนุนการดูแล แทนการเป็นผู้ดูแลทั้งหมด มีการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้คลอด ครอบครัวและเจ้าหน้าที่ ให้มีความไว้วางใจกัน ทำให้ผู้คลอดสามารถคลอดได้เองตามธรรมชาติ ได้รับความปลอดภัย รู้สึกว่าตนมีคุณค่า และพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด

วัตถุประสงค์: ส่งเสริมการคลอดด้วยตนเอง สร้างสัมพันธภาพและความอบอุ่นในครอบครัว ลดอัตราการผ่าตัดทำคลอดทารกออกทางหน้าท้อง ลดค่าใช้จ่ายทั้งในส่วนของสถานพยาบาลและผู้คลอด

ผลการดำเนินงาน (ก.พ. 45 – ก.ย.46) มีผู้เข้าร่วมโครงการ 163 คู่ คลอดแล้ว 88 คู่

1. ผู้คลอดทั้งหมด 88 คน พบว่าประสบผลสำเร็จในการคลอดด้วยตนเอง(N/D) มากกว่าร้อยละ 80 ได้รับความบรรเทาอาการปวดเพียง 6 ราย ได้รับความรุนแรงคลอด 11 ราย ผู้คลอดส่วนใหญ่ครรภ์แรก และได้รับการช่วยเหลือตัดฝีเย็บ

2. ระยะเวลาคลอดปกติ อยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีภาวะ Prolong Labour

3. ทารกแรกคลอด APGAR Score และน้ำหนักแรกคลอดอยู่ในเกณฑ์ปกติ

4. C/S น้อยกว่าร้อยละ 15

5. จำนวนวันนอนกรณีนี N/D สูงกว่าค่ามาตรฐานเล็กน้อย แต่ไม่มีนัยยะสำคัญทางสถิติ

6. ค่าใช้จ่ายไม่รวมค่าห้องพัก มีค่าน้อยกว่าค่ามาตรฐาน แต่ไม่มีนัยยะสำคัญทางสถิติ

7. ร้อยละ 83.45 มีความพึงพอใจในการเข้าอบรมระดับ ดีมาก โดยมีความประทับใจในวิทยากรที่เป็นกันเอง ได้รับข้อมูลการดูแลบุตรและบทบาทการเป็นพ่อแม่ บรรยากาศไม่เครียด

แผนที่จะดำเนินต่อไป: เทคนิคการบรรเทาปวด การให้กำลังใจ การเสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อการคลอด, ขยายบริการเพิ่มเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการลด LOS ลดค่าใช้จ่าย และลดอัตราการทำ C/S



การให้ยาต้านไวรัสในเด็กติดเชื้อเอ็ดส์ให้ได้ Adherence > 95%

พญ.รวิวรรณ หาญสุทธิเวชกุล

PCT กุมภาพันธ์ 2547

ปัญหา: เอ็ดส์มีรายงานเป็นครั้งแรกในจังหวัดเชียงราย เมื่อปี 2531 หลังจากนั้นมีการแพร่กระจายเข้าสู่ชุมชนและครอบครัวและระบาดเข้าสู่เด็กโดยการถ่ายทอดเชื้อจากมารดาสู่ทารก ปัญหาเอ็ดส์ในเด็กได้ถูกจัดการแก้ไขอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ จนปัจจุบันการติดเชื้อในหญิงตั้งครรภ์ลดลงจากจุดสูงสุด ที่ 8% เป็น 2% และอัตราการถ่ายทอดเชื้อในมารดาสู่ทารกลดลงตามลำดับคือ จาก 42% เป็น 21% เมื่อให้นมผสมแทนนมแม่ ลดเป็น 6-8% เมื่อให้ยาต้านไวรัส AZT แก่มารดาและทารกร่วมด้วย และเป็น 2% เมื่อเพิ่มการให้ยาต้านไวรัสเป็น 2 ชนิด (AZT, Niverapine)

ขณะนี้ ประเทศไทยเข้าสู่ยุคแห่งการให้ยาต้านไวรัส แก่ผู้ป่วยติดเชื้อเอ็ดส์ แต่จุดสำคัญมากของการให้ยา คือ การที่ผู้ป่วยต้องกินยาอย่างถูกต้อง, ตรงเวลา (Adherence) เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ดีที่สุด และเกิดการดื้อยาน้อยที่สุด

การจะได้ Adherence ที่เหมาะสมเป็นปัญหามากโดยเฉพาะในเด็ก อีกทั้งผู้ดูแลมักจะเป็นผู้สูงอายุ จึงขอเสนอตัวอย่างการให้ยาต้านไวรัส เพื่อให้ได้ Adherence > 95% ของทีมซึ่งประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาล ทีมเยี่ยมบ้าน เครือข่ายผู้ติดเชื้อ ผู้ปกครอง ทำงานประสานกันอย่างเป็นระบบ

วิธีการดำเนินงาน: ผู้ปกครองและเด็กจะได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน โดยจะเริ่มให้ยาในผู้ป่วยและญาติที่ได้รับการเตรียมและประเมินว่ามีความพร้อมแล้วเท่านั้น ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับ Adherence จะได้รับการแก้ไขทันทีที่เกิดขึ้น และมีการนำเอาเทคนิคต่าง ๆ จำนวนมากมาย เช่น การมีคู่มือการทำงานที่ชัดเจน, การเพิ่มทักษะของทีมดูแล, การประสานและสื่อสารระหว่างทีม, อุปกรณ์ต่าง ๆ (มีดตัดยา, นาฬิกาปลุก, กล้องเตรียมยา ฯลฯ) การถ่ายทอดทักษะการให้ยาแก่ผู้ปกครองและเด็ก (การประชุมกลุ่มก่อนจ่ายยา การฝึกจัดยา การเข้าค่ายผู้ป่วย)

ประสบการณ์:

ปี 2545 เริ่มยาเด็ก 8 ราย ในครึ่งปีแรก และ 18 ราย ในครึ่งปีหลัง

ปี 2546 เริ่มยาเด็ก 82 ราย

ปี 2547 เริ่มยาเด็ก ประมาณ 10 ราย / เดือน

ผู้ป่วยเด็กทุกรายที่ได้รับยาต้านไวรัสอยู่ขณะนี้ มี Adherence > 95%

วิธีการนี้ได้นำเสนอให้แก่ทีมให้ยาต้านไวรัสของทุกอำเภอในจังหวัดเชียงราย ทีมจากทุกโรงพยาบาลในเขต 1 ภาคเหนือ (8 จังหวัด), ทีมวิจัย PHPT จาก 37 โรงพยาบาลจังหวัด และเริ่มกระจายไปทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยการรับเชิญไปบรรยายและการมาดูงานที่รพ. เชียงรายฯ



การพัฒนางานสุขาภิบาลอาหารในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

นางชนมภา ปิติภากร พยาบาลวิชาชีพ 7

นางเรวดี รุ้ยยาม โภชนากร 6

ความเป็นมา: จากการเฝ้าระวังการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร ในโรงเรียนเขตพื้นที่รับผิดชอบ จำนวน 6 แห่ง พบโคลิฟอร์มแบคทีเรียร้อยละ 17.64 ถึง 88.23 ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหารของนักเรียน การแจ้งให้ผู้บริหารโรงเรียนทราบไม่ได้ผล จึงจัดประชุมชี้แจงปัญหา พร้อมระดมสมองเพื่อหาปัญหาและแนวทางแก้ปัญหาพร้อมกันระหว่าง ครูอนามัยโรงเรียน ทีมชุมชน PCU รพศ. และ นักโภชนาการ พบสาเหตุที่สำคัญของการเกิดปัญหาคือ ครูผู้ดูแลและผู้ประกอบอาหารขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการสุขาภิบาลอาหาร ทั้งในด้านอาคารสถานที่ อาหารและเครื่องดื่ม ภาชนะอุปกรณ์ ขยะและน้ำโสโครก รวมทั้งสุขลักษณะของผู้ประกอบอาหาร

วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ประกอบการและผู้ที่เกี่ยวข้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหารและสามารถผลิตอาหารได้อย่างถูกสุขลักษณะ, ให้นักเรียนได้รับอาหารที่มีคุณภาพ สะอาดและปลอดภัย, ป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อในระบบทางเดินอาหารในครูและนักเรียน

การดำเนินงาน: ร่วมกันวางแผนพัฒนางานสุขาภิบาลอาหารในโรงเรียน สรุปแผนให้ผู้บริหารโรงเรียนทราบพร้อมขอรับการสนับสนุน โดยเริ่มตั้งแต่การอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนางานสุขาภิบาลอาหารร่วมกับการให้ความรู้เรื่องกิจกรรม 5 ส. แก่ครูผู้รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียน ครูผู้ควบคุมดูแลสถานที่และการผลิตอาหาร ผู้ประกอบการร้านอาหารในโรงเรียน แม่ครัว และผู้ช่วยแม่ครัว จำนวนรวมทั้งสิ้น 84 คน, ครูผู้ดูแลเป็นผู้ประเมินตนเองด้านสุขาภิบาลอาหารโดยใช้เกณฑ์มาตรฐานกรมอนามัย 30 ข้อและมีการประเมินซ้ำโดยนักโภชนาการ, การติดตามประเมินผลพร้อมเป็นพี่เลี้ยงในการพัฒนางานเป็นระยะ ๆ เพื่อเป็นการกระตุ้นให้มีการพัฒนางานสุขาภิบาลอาหารในโรงเรียนอย่างต่อเนื่อง, สรุปผลการดำเนินงาน ชี้แจงปัญหาที่พบและแนะนำแนวทางในการแก้ไขให้ผู้บริหารรับทราบทุกครั้งของการตรวจเยี่ยม

ผลลัพธ์: ผลจากการพัฒนางานสุขาภิบาลอาหารในโรงเรียนเป็นระยะเวลา 1 ปี ตั้งแต่ เดือนมกราคม 2546 - มกราคม 2547 พบว่า

- ผู้เข้าร่วมการอบรมมีความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารเพิ่มขึ้น จาก 53 % เป็น 85 %
- ไม่พบโรคระบาดในระบบทางเดินอาหาร
- โรงเรียนทุกเรียนที่ได้มีการพัฒนางานสุขาภิบาลอาหารและผ่านเกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร ได้ป้ายรับรอง Clean Food Good Taste

การปรับปรุงที่เกิดขึ้น:

1. เป็นการปฏิบัติงานเชิงรุกในรูปแบบสหสาขา ระหว่างทีมสุขภาพและบุคลากรในโรงเรียนที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนางานสุขาภิบาลอาหาร ทำให้เกิดการพัฒนางานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน
2. ใช้วิธีการแก้ปัญหาที่ต้นเหตุ
3. การศึกษาดูงานครัวที่ผ่านมาตรฐาน ทำให้กลุ่มผู้ดำเนินงานอาหารในโรงเรียนเกิดแนวคิดในการนำไปปรับปรุงพัฒนางานสุขาภิบาลอาหารในโรงเรียน



4. เริ่มต้นการพัฒนาโดยใช้กิจกรรม 5 ส. ทำให้ผู้ปฏิบัติได้สัมผัสกับการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น เกิดการพึงพอใจและยอมรับการพัฒนางานต่อไป

5. การใช้กระบวนการกลุ่ม (focus group) ระหว่างทีมพี่เลี้ยง, แม่ครัวและครูผู้ดูแล สามารถค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหาและหาแนวทางในการแก้ไขด้วยตัวของปฏิบัติเอง ทำให้เกิดความร่วมมือร่วมใจในการพัฒนางาน

6. การให้ผู้บริหารระดับสูงของโรงเรียนเห็นความสำคัญของปัญหา รับทราบปัญหา ผลการแก้ไขปัญหาและการสนับสนุนกิจกรรมต่าง ๆ

7. การติดตามประเมินผลโดยครูผู้ดูแลและทีมงานสุขภาพ และการศึกษาดูงานระหว่างโรงเรียนช่วยกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

แผนการที่จะดำเนินการต่อไป: แลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างโรงเรียน ติดตามประเมินผลเป็นระยะ ขยายการดำเนินงานในโรงเรียนในเขตพื้นที่รับผิดชอบเพิ่มขึ้น

กระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น: กระบวนการกลุ่มทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน และสามารถนำไปสู่การปฏิบัติให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด, กิจกรรมพัฒนาเกิดขึ้นได้จากแนวคิดของทีมสุขภาพและนำแนวคิดการพัฒนาไปสู่ผู้เกี่ยวข้องตั้งแต่ผู้บริหารระดับสูง จนถึงระดับปฏิบัติ, แหล่งความรู้มาจากโภชนาการนำความรู้และประสบการณ์การพัฒนาสุขภาพิบาลอาหารของงานโภชนาการในโรง

พยาบาลมาเป็นแนวทางในการพัฒนาระดับโรงเรียน, การพัฒนาที่ยั่งยืนต้องให้ผู้ปฏิบัติเกิดทักษะและสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม



อบอุ่นใจในวันผ่าตัด

นางจงกลณี กิตยากุล วิทยาลัยพยาบาล 7

นางจงกลณี ดาววิจิตร วิทยาลัยพยาบาล 7

ความเป็นมา: โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ มีการนัดผู้ป่วยศัลยกรรมเด็กมาผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก (day case surgery) แต่ยังมีผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกและนอนพักค้างคืนในโรงพยาบาลจำนวนมาก

โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์จึงได้พัฒนาการให้บริการระงับความรู้สึกแบบผู้ป่วยนอก โดยกลุ่มงานวิสัญญีเป็นผู้ดำเนินการประสานงานกับ ศัลยแพทย์เด็ก พยาบาลประจำแผนกห้องตรวจเด็ก (ผู้ป่วยนอก) พยาบาลห้องผ่าตัด วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล จัดให้มีโครงการเยี่ยมและประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนผ่าตัด & หลังผ่าตัดทางโทรศัพท์โดยไม่จำเป็นต้องให้ผู้ป่วยนอนพักค้างคืนในโรงพยาบาลภายหลังการผ่าตัดโดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 เดือนมกราคม 2547

วัตถุประสงค์: เตรียมความพร้อมผู้ป่วยศัลยกรรมเด็กที่นัดผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก (day case surgery) เยี่ยมและติดตามอาการก่อนและหลังผ่าตัดทางโทรศัพท์ โดยทีมงานสหสาขาวิชาชีพ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดความวิตกกังวล เพิ่มความพึงพอใจ ลดค่าใช้จ่าย ลดอัตราการติดเชื้อ

การดำเนินงาน:

1. เยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัดผู้ป่วยศัลยกรรมเด็กที่เข้ารับการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกและติดตามทางโทรศัพท์ก่อนเข้ารับการผ่าตัดล่วงหน้าหนึ่งวัน โดยใช้บัตรโทรศัพท์ที่ใช้โทรได้กับเครื่องโทรศัพท์ในหน่วยงาน (สามารถตรวจสอบและควบคุมค่าใช้จ่ายในการโทรศัพท์ได้ง่าย)
2. เตรียมบุคลากรและประสานงานทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง
3. ประชาสัมพันธ์โครงการให้ทั่วถึง
4. จัดทำเอกสารและแผนผังความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดเพิ่มเติมสำหรับญาติ/ผู้ป่วย
5. จัดแนวทางปฏิบัติและการประสานงานโดย
 - 5.1. ศัลยแพทย์นัดผู้ป่วยผ่าตัด เจ้าหน้าที่แผนกตรวจผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก โทรแจ้งเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดและแนะนำผู้ป่วยและญาติขึ้นมาพบวิสัญญีที่ห้องผ่าตัด
 - 5.2. เมื่อผู้ป่วยและญาติมาถึงห้องผ่าตัด ให้เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดโทรแจ้งวิสัญญีพยาบาล
 - 5.3. วิสัญญีพยาบาลผู้รับสาย หรือ วิสัญญีพยาบาลผู้ว่าง หรือผู้ที่ถูกมอบหมายงานในขณะนั้นเป็นผู้ Pre-visit ผู้ป่วย
 - 5.4. วิสัญญีพยาบาล Pre-visit ผู้ป่วยและญาติ พร้อมทั้งให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด ตาม Flow chart รูปภาพ (มีภาพประกอบการให้คำแนะนำ)
 - 5.5. วิสัญญีพยาบาลบันทึกข้อมูลผู้ป่วยลงในใบการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และสมุดการ pre-visit by phone ในเรื่องประวัติการแพ้ยา , ประวัติโรคประจำตัว , ประวัติการผ่าตัด , ปัญหาของผู้ป่วยที่ตรวจพบ , การวินิจฉัยโรคการผ่าตัด , NPO time , เบอร์โทรศัพท์ , ชื่อบุคคลที่สามารถติดต่อได้
 - 5.6. ก่อนการผ่าตัด 1 วัน วิสัญญีพยาบาลประจำห้องเด็ก ตรวจดูกระดานและใบการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด พร้อมทั้งโทรศัพท์ Pre-visit ผู้ป่วยและญาติ โดยมีข้อความสำคัญ คือ เตือนผู้ป่วยเรื่อง



วันนัดผ่าตัด, สอบถามและย้ำเตือนเรื่องการงัดน้ำ งดอาหาร ก่อนผ่าตัด, ชักถามอาการผิดปกติ เช่น ไข้ ไอ น้ำมูก ที่อาจจะ มี หรือไม่มีในขณะนั้น ถ้าพบว่าเด็กไม่สบาย ให้วิสัญญีพยาบาล ปรึกษาวิสัญญีแพทย์ เพื่อให้การรักษาหรือพิจารณาเลื่อนผ่าตัด แล้วแต่กรณี

5.7. เจ้าหน้าที่ห้องพักรักษาตัว และให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังการให้ยาระงับความรู้สึก

5.8. ประเมินผลความพึงพอใจ และความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด โดยให้ ผู้ปกครองหรือญาติ ตอบแบบสอบถามที่ห้องพักรักษาตัว

6. จัดหาของเล่นและรูปภาพประกอบหรืออุปกรณ์ที่เหมาะสมสำหรับเด็กในห้องรอผ่าตัด

ผลลัพธ์: แพทย์เริ่มมีแนวโน้มไม่ admit ผู้ป่วย OPD หลังการผ่านออกจากห้องผ่าตัดไม่ได้เพราะ พยาธิสภาพของผู้ป่วย, ตัดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการ ให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป 0%, อัตราการติดเชื้อจากการผ่าตัด 0%, ความวิตกกังวลของผู้ป่วยและ ญาติลดลง, ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจ, ค่าใช้จ่ายลดลงเมื่อเทียบกับค่ารักษาชนิดผู้ป่วยใน

การปรับปรุงที่เกิดขึ้น:

1. ประชาสัมพันธ์โครงการให้ทั่วถึงเพื่อลดความขัดแย้งในการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด ร่วมกัน

2. จัดทำเอกสารและแผนผังความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดเพิ่มเติมสำหรับญาติ/ ผู้ป่วย

3. จัดระบบการประสานงานให้ดีขึ้นโดยปรับปรุงระบบการประสานงานในการนำผู้ป่วยและญาติ มาพบที่วิสัญญีในวันที่มาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก, ปรับปรุงระบบการปรึกษาภายในหน่วยงานเมื่อพบ ปัญหา

แผนที่จะดำเนินการต่อไป: ขยายขอบเขตบริการในผู้ป่วยเด็กทุกแผนกที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ ผู้ป่วยนอก, พัฒนาและปรับปรุงให้มีห้องรอผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยเด็กเพื่อให้เป็นสัดส่วนและสวยงาม เหมาะสม กับวัยวัย, การสร้างภาพลักษณ์ในการให้บริการการผ่าตัดและระงับความรู้สึกลงสู่ชุมชนให้ เป็นไปด้วยความประทับใจและพึงพอใจ

กระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น:

- มีการพิจารณาและวิเคราะห์กระบวนการหลักของหน่วยงานว่ากระบวนการใดสามารถนำมา ปฏิบัติในเชิงรุกอย่างเป็นรูปธรรมเพื่อเชื่อมความสัมพันธ์กับชุมชนโดยคำนึงถึงสายสัมพันธ์ ระหว่างพ่อ แม่ ลูก เนื่องจากการปฏิบัติงานแบบเดิมเป็นการตั้งรับในหน่วยงานหรือภายใน โรงพยาบาล
- มีการทำงานเป็นทีมและแบ่งหน้าที่การทำงานอย่างเป็นระบบ เช่น การติดต่อประสานงาน ระหว่างแพทย์ศัลยกรรมเด็กและวิสัญญีแพทย์ ทีมพยาบาลห้องตรวจผู้ป่วยนอก ทีมห้องผ่าตัด ทีมวิสัญญี
- เมื่อเกิดปัญหาในระหว่างการปฏิบัติงาน มีการแก้ไขและปรับปรุงระบบใหม่หลายครั้งเพื่อให้ สอดคล้องกับการสถานการณ์จริงโดยนำปัญหามาวิเคราะห์และแก้ไขแบบผังภูมิคุ้มกัน
- ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์เกิดขึ้นได้จากการปฏิบัติงานประจำวันที่เป็นภารกิจหลักของหน่วยงาน
- การพัฒนาคุณภาพไม่จำเป็นต้องทำแต่ในโรงพยาบาลแต่สามารถทำได้โดยไม่จำกัดสถานที่



การพัฒนางานบริการผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานแบบสหสาขา

นพ.วิทยา พงษ์สุระเชษฐ์

PCT อายุรกรรม

ปัญหา: ผู้ป่วยเบาหวานที่มาตรวจที่โรงพยาบาลมีจำนวนมากเกิน, ผู้ป่วยเบาหวานส่วนหนึ่งขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน, ผู้ป่วยส่วนหนึ่งยังควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีพอ ทำให้มีการเกิดโรคแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์: ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการลงทะเบียยนทุกราย, ผู้ป่วยเบาหวานได้รับความรู้ในการดูแลตนเอง ความรู้ในเรื่องควบคุมอาหาร การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำรงชีวิต การออกกำลังกาย การคลายเครียด และการใช้ยาได้อย่างถูกต้อง, ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ใกล้เคียงปกติอยู่เสมอ, ลดอัตราการเกิดโรคแทรกซ้อนจากเบาหวานทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง คลินิกพิเศษโรคเบาหวาน

Patient care team: แพทย์ผู้รักษา พยาบาลประจำห้องตรวจ คลินิกส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ นักวิชาการสุขศึกษา โภชนากร พยาบาลจิตเวช นักกายภาพบำบัด

ก่อนปีงบประมาณ 2543: ผู้ป่วยใหม่เบาหวานทุกราย จะถูกส่งให้นักวิชาการสุขศึกษา เพื่อให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

ปีงบประมาณ 2543: มีโครงการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี และไม่มีโรคแทรกซ้อนรับยาที่สถานีอนามัยที่มีที่ตรวจน้ำตาลในเลือด, มีการอบรมเจ้าหน้าที่พยาบาลประจำสถานีอนามัยที่จะรับผู้ป่วยส่งต่อ, มีการทำแนวทางปฏิบัติอย่างง่ายให้แก่เจ้าหน้าที่พยาบาลประจำสถานีอนามัย, สามารถส่งผู้ป่วยรับยาที่สถานีอนามัยได้จำนวน 349 ราย

ปีงบประมาณ 2544: มีการจัดกิจกรรมกลุ่มเรื่องการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย จำนวนกลุ่มละ 3 ครั้ง โดยนักวิชาการสุขศึกษาร่วมกับโภชนากรและนักกายภาพบำบัด, ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรม 34 ราย, ผู้ป่วยหลังเข้ากลุ่มมีผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น

ปีงบประมาณ 2545-2546: จัดกิจกรรมกลุ่ม โดยพยาบาลคลินิกพิเศษ โภชนากร เภสัชกร และนักกายภาพบำบัด มีเป้าหมายที่กลุ่มผู้ป่วยรายใหม่ และผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดี กลุ่มละ 10 คน กลุ่มละ 1 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง ดัชนีชี้วัด - ระดับน้ำตาลในเลือดหลังเข้ากลุ่มเป็นเวลา 1 ปี, ส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมร่วมกันโดยการตั้งเป็นชมรมเบาหวานได้สำเร็จ

การพัฒนาต่อเนื่องปีงบประมาณ 2547: ดงการทำกิจกรรมกลุ่ม แต่มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบให้เหมาะสมยิ่งขึ้น, เพิ่มการเจาะระดับน้ำตาลในเลือดเป็นระยะกลับบ้านอย่างน้อยเดือนละหนึ่งครั้ง, เพิ่มการให้ความรู้หน้าห้องตรวจโดยแพทย์เป็นระยะ ครั้งละ 15 นาที, ตัวชี้วัด - ผู้ป่วยที่คุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดีลดลงปีละไม่ต่ำกว่า 10 % โดยอาศัย ค่า FBS และ HbA1c, ประเมินโรคแทรกซ้อนทั้งระยะเฉียบพลันและเรื้อรังที่เกิดขึ้นในแต่ละปี



B46: STRATEGIC FRAMEWORK APPROACH FOR BALANCED OF QUALITY MANAGEMENT

การบริหารเชิงกลยุทธ์สำหรับผู้บริหารโรงพยาบาล

ณรงค์ จิวังกูร

ประธานกรรมการบริหารบริษัท โมเมนตัม คอนซัลติ้ง จำกัด

เหตุผล :

“รัฐบาลมีความปรารถนาที่จะพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางทางการรักษาพยาบาลในภูมิภาค หรือ MEDICAL HUB เพราะมีจำนวนแพทย์ศัลยกรรมและเจ้าหน้าที่ไทยจำนวนมาก รวมถึงโรงพยาบาลที่มีมาตรฐานระดับโลก” คำประกาศของนายกรัฐมนตรี พ.ต.ท. ดร. ทักษิณ ชินวัตร ในระหว่างการบรรยายพิเศษในการประชุมวิชาการของสมาคมแพทย์ทรวงอก และหลอดโลหิตหัวใจแห่งเอเชีย ครั้งที่ 16 เมื่อวันที่ 17 พฤศจิกายน 2546 กรุงเทพมหานคร เป็นสัญญาณสะท้อนให้สถานพยาบาล โรงพยาบาล ทั้งภาครัฐและเอกชน ต้องเร่งปรับกลยุทธ์การบริหารจัดการ เพื่อยกระดับการบริหารงานให้เกิดความคล่องตัว มีประสิทธิภาพสูงสุด ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ ทั้งผู้ป่วย ครอบครัว ญาติมิตร และชุมชน

วัตถุประสงค์

เพื่อนำเสนอ กรอบการบริหารเชิงกลยุทธ์ (STRATEGIC FRAMEWORK APPROACH) แก่ผู้บริหารสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน ให้สามารถนำไปปฏิบัติใช้ในองค์กร เพื่อให้เกิดการเจริญเติบโตอย่างยั่งยืน

เนื้อหาที่จะนำเสนอ

สิ่งที่ท้าทายสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาลปัจจุบัน

- ทำอย่างไรจึงจะสามารถสร้างโรงพยาบาลให้ได้อย่างต่อเนื่อง
- ทำอย่างไรจึงจะขยายฐานผู้ให้บริการภายใต้ Brand Name ของโรงพยาบาล
- ทำอย่างไรจึงจะชิงบประชาสัมพันธ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- ทำอย่างไรจึงจะมีการบริการที่มีคุณภาพและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- ทำอย่างไรจึงจะบริหารบุคลากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- ทำอย่างไรต้นทุนการบริการจึงจะต่ำลงอย่างต่อเนื่อง
- ทำอย่างไรจึงจะบริหารค่าใช้จ่ายอย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้บริหารจะบริหารจัดการอย่างไรเพื่อแก้ปัญหาข้างต้น

แนวทาง STRATEGIC FRAMEWORK เป็นแนวทางการพัฒนาธุรกิจให้ได้อย่างต่อเนื่องที่มีองค์กรชั้นนำระดับโลกนำไปใช้ในการพัฒนาธุรกิจให้ได้อย่างต่อเนื่องและประสบความสำเร็จมาแล้ว

STRATEGIC FRAMEWORK เป็นแนวทางการพัฒนาองค์กร 4 ด้านไปพร้อม ๆ กัน เพื่อให้วงล้อธุรกิจขององค์กรที่ประกอบด้วยหน่วยงานต่าง ๆ เคลื่อนตัวไปในทิศทางเดียวกัน ด้วยอัตราเร่งที่



สามารถพุ่งตัวไปล่าหน้าคู่แข่งตลอดเวลา และมีกำลังสนับสนุนคอยผลักดันไม่ให้แรงขับเคลื่อนของวงล้ออ่อนกำลังลง

การนำแนวทาง STRATEGIC FRAMEWORK ไปพัฒนาใช้ในองค์กรธุรกิจใดต้องเริ่มจากการกำหนดวิสัยทัศน์ ภารกิจ และเป้าหมายขององค์กรให้ชัดเจน และสื่อสารให้พนักงานเข้าใจ และรับรู้ ร่วมกันว่าองค์กรกำลังขับเคลื่อนตัวไปในทิศทางใด และมีจุดหมายที่ใด จากนั้นจะกระจายความรับผิดชอบต่อวิสัยทัศน์ ภารกิจ เป้าหมาย ลงไปที่กรอบการพัฒนา องค์กรทั้ง 4 ด้านคือ

1. ความเป็นผู้นำด้านการตลาด (Market Excellence)
2. ความเป็นผู้นำด้านนวัตกรรมผลิตภัณฑ์ / บริการ (Product Leadership)
3. ความเป็นเลิศของทีมงาน (Wining Team)
4. ความเป็นเลิศของกระบวนการปฏิบัติงาน (World Class Operation)

ความเป็นผู้นำด้านการตลาด :

เพิ่มส่วนแบ่งการตลาดด้วยกลยุทธ์การตลาดที่สร้างสรรค์และมีประสิทธิภาพ พัฒนาแบรนด์ของสินค้า / บริการให้ผู้ใช้บริการจดจำ สร้างความแข็งแกร่งทางการตลาดของผลิตภัณฑ์ / บริการด้วยการมีพันธมิตรที่ดี พัฒนาผลิตภัณฑ์ / บริการโดยสะท้อนเสียงของผู้บริโภคและผู้ใช้บริการ

ความเป็นผู้นำด้านนวัตกรรมผลิตภัณฑ์และบริการ:

พัฒนากระบวนการวิจัยและพัฒนาผลิตภัณฑ์ / บริการ ให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

ความเป็นเลิศของทีมงาน :

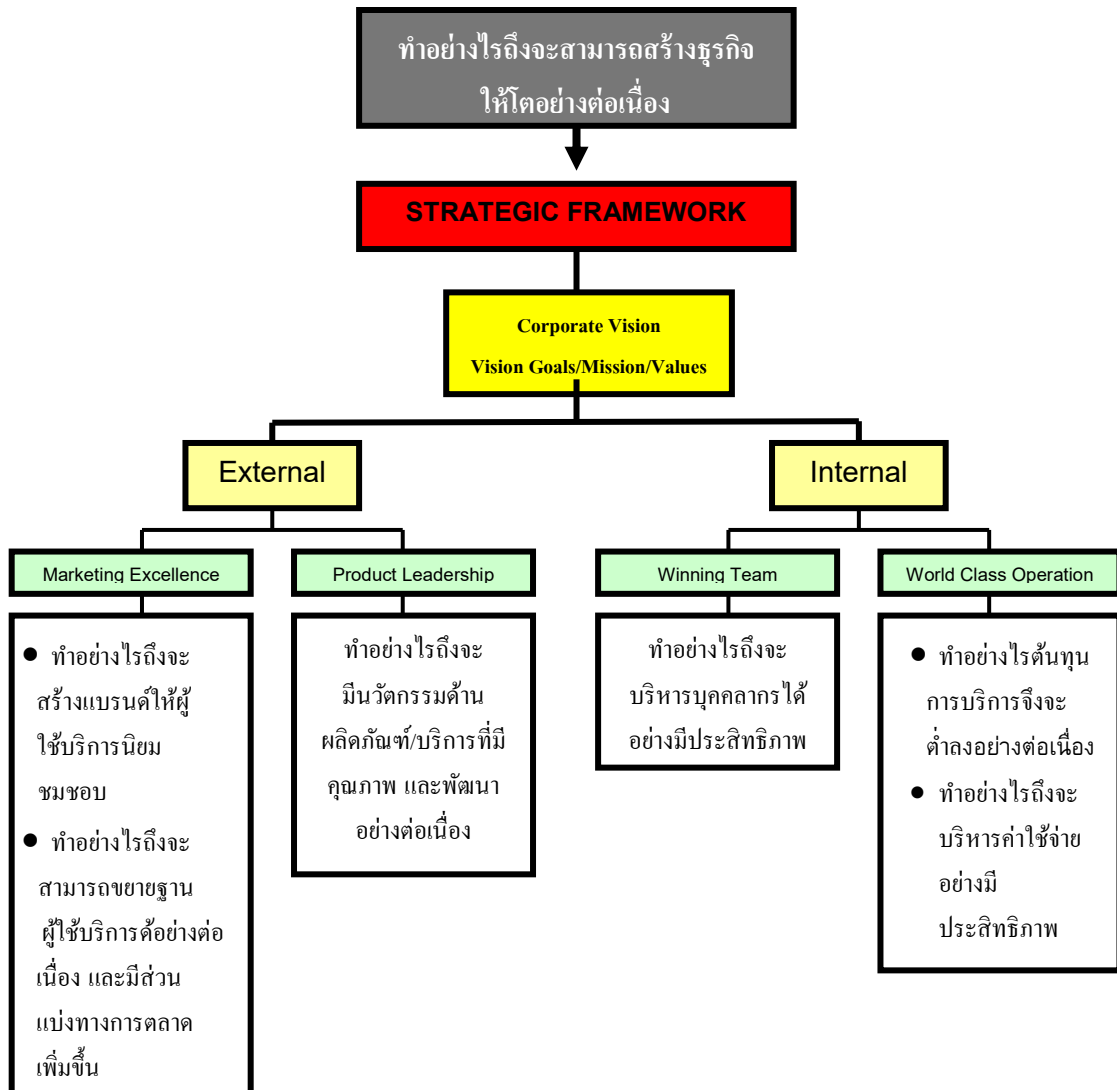
สร้างวัฒนธรรมองค์กรที่เชื่อมโยงกับคุณค่าของบุคลากรเพื่อให้ทำงานเป็นหนึ่งเดียวกัน กำหนดการประเมินผลการปฏิบัติงานบนเป้าหมายขององค์กรและของพนักงานแต่ละคนอย่างชัดเจน และอิงกับการตอบแทนอย่างเป็นรูปธรรม จัดโครงสร้างองค์กรให้เกิดการบริหารจัดการและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพสูงสุด พัฒนาบุคลากรให้เติบโตไปพร้อมกับการพัฒนาองค์กร และพัฒนาดัชนีความพึงพอใจของพนักงาน

ความเป็นเลิศของกระบวนการปฏิบัติงาน :

พัฒนาปรับปรุงกระบวนการธุรกิจหลักขององค์กร และกระบวนการสนับสนุนให้สามารถตอบสนองความต้องการลูกค้าได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ บริหารต้นทุนและค่าใช้จ่ายอย่างมีประสิทธิภาพ และพัฒนาดัชนีความพึงพอใจของลูกค้า



STRATEGIC FRAMEWORK





B54-B64: Case Management

ผ่องพรรณ ธนา, บุญเฉลา สุริยวรรณ, พรรณรัตน์ บุญไถ

Case Management is a collaborative process which assesses, plans, implements, coordinates, monitors and evaluates options and services to meet an individual's health needs, through communication and available resources to promote quality, cost-effective outcomes. (CMSA 1995)

The important strategies to enhance case management practice, first effective interviewing techniques, secondly gaining the physician/nursing support, thirdly social service and supportive services.

Coordination of service delivery is part of Case Management Concept, to reduce fragmentation and costs also for continuum of Care. Therefore discharge planning is very important process in arranging for appropriate care after discharge. Discharge planning has three models. Nursing Model, Case Management Model and Social Worker Model.

Case Management has three models, Hospital – Based, Unit-Based and Population or Community – Based.



B56: Balanced scorecard & KPI เพื่อการพัฒนาสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้

กรณีตัวอย่าง ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

มนต์ชัย พิณีจิตรสมุทร

แนวคิดหลัก

ระบบการวัดผลงานขององค์กร ด้วย Balanced scorecard เป็นการบริหารงานอย่างมุ่งผลสำเร็จ (Result-based Management) เป็นการผสมรวมระบบบริหารงาน ระบบคุณภาพ และระบบประเมินผลงาน เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ด้วยการวัดผลที่ไม่มุ่งเน้นแต่ผลลัพธ์ระยะสั้นเพียงอย่างเดียว แต่เป็นการเสริมสร้างศักยภาพอย่างต่อเนื่องในระยะยาว อันที่จะส่งผลสำเร็จในวิสัยทัศน์และกลยุทธ์ (Vision and Strategy) ขององค์กร ระบบการวัดผลที่กระจาย และเชื่อมโยงอย่างชัดเจนจากระดับองค์กร ฝ่ายงาน สู่ระดับบุคคล และเป็นการใช้ตัวชี้วัดผลงาน (Key Performance Indicator-KPI) ในการประเมินสำเร็จของงานของแต่ละบุคคล กลไกระบบวัดผลงานที่ครบสมบูรณ์เช่นนี้จึงเป็นพื้นฐานสำคัญที่จะสร้างให้เกิดพลังขององค์กรในด้านต่างๆ โดยเฉพาะทางด้านการศึกษาและเติบโต อันเป็นแสดงถึงศักยภาพในอนาคตขององค์กร

ด้านการศึกษาและเติบโต ซึ่งเป็น 1 ใน 4 ด้านการวัดผลใน Balanced scorecard ที่มีความสำคัญอันเนื่องมาจากการเป็นด้านที่ขับเคลื่อนแผนกลยุทธ์ หรือแผนทิศทางการพัฒนาการไกลที่สำคัญในการสร้างให้เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องขององค์กร คือการมุ่งไปที่ศักยภาพการเรียนรู้ (Learning Capabilities) ของแต่ละคน และข้อจำกัดของการเรียนรู้ (Limit to Growth) ภายในองค์กร ระบบวัดผลจะต้องแสดงหรือป้องกันให้เห็นถึงสิ่งเหล่านี้ได้

การบรรยายนี้เป็นการแสดงให้เห็นถึงกลไกระบบวัดผลงานที่เป็นฐานการสร้างให้เกิดการเรียนรู้ภายในองค์กร และพัฒนาไปสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ตามกรอบ วินัย 5 ประการของ Dr.Peter M. Senge (Shared Vision, Personal Mastery, Mental Model, Team Learning and System Thinking) แสดงความสัมพันธ์ของการวัดผลในด้านการศึกษาและเติบโต ของ Balanced scorecard และหลักการของ Learning Organization ซึ่งเป็นวิธีการเชิงปฏิบัติ ในการสร้างการเรียนรู้ทั้งในด้านของทักษะความรู้ และทัศนคติ โดยการแสดงตัวอย่างของ Balanced scorecard ของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับระบบการวัดผล Balanced scorecard และการกระจายเป็น KPI เพื่อการประเมินผลงาน
2. เพื่อสร้างความเข้าใจในกลไกการวัดผล เพื่อมุ่งสู่ Learning Organization และความสัมพันธ์ของปฏิบัติการเรียนรู้ แสดงสู่การวัดผล
3. เพื่อให้เข้าใจถึงการกำหนดวิสัยทัศน์ร่วม (Shared Vision), การใช้ผังกลยุทธ์ (Strategy Map) การกำหนดวัตถุประสงค์เป้าหมายร่วม และการแปลงสู่เป้าหมายการปฏิบัติงาน
4. เพื่อสร้างความเข้าใจในหลักการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization)



หัวข้อการบรรยาย

- ระบบการวัดผลงาน Balanced scorecard และการกระจาย KPI สู่ระดับการประเมินผลงานบุคคล
- ผังกลยุทธ์ และพลวัตขององค์กร (Strategy Map and System Dynamic)
- ปัจจัยสำคัญ, วัตถุประสงค์ และเป้าหมาย (Key Success Factor, Objectives and Target)
- แนวทางการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ และหลักของวินัย 5 ประการ (Learning Organization and Disciplines)
- ตัวอย่าง Balanced scorecard ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

รูปแบบการบรรยาย

- เป็นการบรรยาย และแสดงตัวอย่าง Balanced scorecard ของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์



B65: การวัดกับคุณภาพการดูแลผู้ป่วย HIV

“Integrating HIV/AIDS Performance Measurement into HA Program”

Organization presenting: Thai MOPH-US CDC Collaboration (TUC)

Presenters:

Dr. Somsak Supawitkul, M.D., Director, Care and Counseling Section, TUC
Saowanee Srisongsom, R.N., HIV coordinator, Care and Counseling Section, TUC
Suchin Chanwimaleung, Programmer, TUC
Nicole Simmons, M.H.S., Policy Consultant, TUC
Ubonsri Hanjaroenkit, R.N., HA coordinator, Wiang Pa Pao District Hospital, Chiang Rai
Amporn Teena, R.N., Sansai District Hospital, Chiang Mai

Summary:

As hospitals move forward in the accreditation process, they will need to focus on particular clinical care areas, develop performance indicators in those areas, and set goals for improvement. HIV/AIDS care is an appropriate clinical focus area because of the high burden caused by this disease, the need for coordination of care within the hospital and the district, and the rapid expansion of anti retroviral therapy and associated services planned by the government over the next five years.

The Thai MOPH – US CDC Collaboration’s Global AIDS Program has developed a model integrated performance measurement and quality improvement system for HIV/AIDS care, including a computer software program designed to automate assessment of performance indicators. In this session, TUC staff will provide an overview of this model system, hospital officials will provide examples of how they have implemented the model, and participants will discuss how HIV/AIDS performance measurement can be integrated into hospitals’ HA programs.

Outline:

1. Overview of Model HIV/AIDS Performance Measurement System
Dr. Somsak Supawitkul and Saowanee Srisongsom., 15 minutes

TUC, in collaboration with the New York State (USA) AIDS Institute, is supporting a project to pilot a model HIV/AIDS performance measurement system in 12 Thai hospitals. We have developed key quality indicators for adult HIV/AIDS ambulatory care in 6 clinical areas: antiretroviral therapy and OI prophylaxis, HIV monitoring, TB screening and prophylaxis, syphilis screening, and gynecological care. We plan to further develop indicators in the areas of prevention of mother-to-child transmission of HIV and day care centers for people living with HIV/AIDS.

At each pilot hospital, the HIV/AIDS performance measurement and quality improvement system must be directed by a QI committee, which will be responsible for setting the program’s policy, reviewing results of performance measurement, selecting areas for quality improvement, and monitoring and evaluating results of QI. In hospitals pursuing HA, the HA committee could fill this role. Each year, the hospital will prepare a comprehensive list of all adult outpatients who have been diagnosed with HIV and visited the facility two or more times during that year. Hospital staff will collect data needed to calculate the performance indicators from a random sample of the patients on this list. They will abstract data from the patients’ medical records into a computer software program called HIVQUAL-T. The HIVQUAL-T program will



automatically calculate the performance indicators, and the QI committee will review the results and select areas for QI.

2. Demonstration of HIVQUAL-T Software, Suchin Chanwimaleung, 10 minutes
3. A district hospital's experience with HIVQUAL and the performance measurement system Amporn Teena, 15 minutes
4. HIV/AIDS Quality Improvement projects, Nicole Simmons, 10 minutes
Upper northern Thailand (Region 10) is experiencing a mature HIV epidemic, and the region has been developing a continuum of care services for HIV/AIDS for over a decade. Under a TUC-sponsored project, health care officials in Chiang Rai, Chiang Mai and Phayao provinces have been collecting data to analyze their care systems and identify areas for improvement. Over 20 different HIV/AIDS QI projects are underway, and 3 have reported impressive interim results.

Most of these QI projects involve coordination between the hospitals, health centers (PCUs) and district health offices. They could serve as model efforts for those hospitals that have received their initial two-year accreditations, and are ready to pursue accreditation at the network level, in which each hospital will be responsible for assuring the quality of care in the PCUs in its district.

5. Example of QI project: "Improvement of the quality of services for prevention of *Pneumocystis carinii* pneumonia in health centers in Wiang Pa Pao District, Chiang Rai"
Ubonsri Hanjaroenkit, 15 minutes
6. Audience discussion, 25 minutes.



C15: เส้นทางสู่ Clinical CQI รพ.สงขลา

ประเด็นอภิปราย

จาก Service management CQI มาเป็น Clinical CQI
การบริหารความเสี่ยงทางคลินิก ที่น่าพอใจ
ทำอย่างไรเพื่อให้การทบทวน 12 กิจกรรม เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น
การทบทวนอุบัติการณ์ด้วย RCA ให้เป็นวัฒนธรรมองค์กร
ตัวอย่าง Clinical CQI ที่น่าภูมิใจของสหสาขาวิชาชีพ

เรื่องย่อ

โรงพยาบาลสงขลาได้ก้าวเข้าสู่เส้นทางสายคุณภาพมาเป็นระยะเวลายาวนาน การดำเนินการในขั้นเริ่มต้นอยู่ในรูปแบบของต่างคนต่างทำ ทิศทางการพัฒนาคุณภาพไม่ชัดเจน การเชื่อมโยงคุณภาพระหว่างสาขาวิชาชีพและระหว่างหน่วยงานไม่ปรากฏผลอย่างเป็นรูปธรรม แต่ละหน่วยแต่ละสาขาวิชาชีพมักพูดเป็นเสียงเดียวกันว่า ตนเองทำงานได้อย่างมีคุณภาพดีแล้ว ทำให้การดำเนินงานคุณภาพไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนดอย่างที่ทุกคนคาดหวังและตั้งใจ ทุกคนที่เข้าร่วมงานคุณภาพเริ่มเหน็ดเหนื่อยต่อการทำกิจกรรมคุณภาพที่ไม่เห็นผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น

ทุกครั้งที่มีผู้เยี่ยมสำรวจจาก พรพ. มาประเมินคุณภาพขององค์กรจะได้รับข้อเสนอแนะในเรื่องของการเชื่อมโยงการทำกิจกรรมคุณภาพแบบสหสาขาวิชาชีพ เพื่อพัฒนาให้เกิดผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ดี แต่เราจะเริ่มต้นเชื่อมโยงอย่างไร ? คำตอบของเราคือ “ Patient Center ” ที่แต่เดิมเราจะมุ่งเน้นความต้องการของลูกค้า (Patient's Want) ทุกครั้งที่มีการสอบถามความต้องการของลูกค้า ผลที่สรุปได้ คือ ความต้องการทางด้าน Service ซึ่งไม่ได้นำพาเราเข้าสู่การพัฒนาทางคลินิกแต่อย่างใด

การทบทวนกิจกรรมทางคลินิกเดิมที่กำหนดให้ที่มำทางคลินิกดำเนินการในการตอบแบบประเมินตนเองได้ดำเนินการตามรูปแบบที่กำหนดในแบบฟอร์มทั้งสิ้น

การทบทวนกิจกรรมทางคลินิกที่กำหนดในแบบประเมินตนเองของที่มำทางคลินิก ถูกนำมาดำเนินการเพื่อให้การตอบแบบประเมินตนเองอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ โดยไม่ได้ให้ความสนใจที่จะนำมาผลการทบทวนมาพัฒนาหรือปรับปรุงแนวทางการดำเนินการที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม ซึ่งเสมือนกับการทำงานโดยไม่คาดหวังผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ทำให้การทบทวนกิจกรรมทางคลินิกไม่ค่อยเป็นที่น่าสนใจและยกมาเป็นประเด็นสำคัญในการประชุม PCT ทำให้ได้โอกาสการพัฒนาคุณภาพทางคลินิกมีน้อย

เมื่อกลางปี 2546 ทีมที่ปรึกษา (ICV) เข้ามาประเมินความพร้อมในการเตรียมรองรับรองคุณภาพโรงพยาบาลให้ข้อเสนอแนะให้เราหันมามุ่งเน้น ในเรื่องของการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้มากขึ้นกว่าการพัฒนาคุณภาพบริการและการบริหารจัดการ เพื่อให้ผลลัพธ์การทำงานขององค์กรเกิดขึ้นกับผู้ป่วยอย่างแท้จริง โดยเฉพาะในด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างไรให้เกิดความปลอดภัย การเฝ้าระวังความเสี่ยงทางคลินิกที่สำคัญของผู้ป่วยแต่ละราย / แต่ละโรค ซึ่งเป็นก้าวแรกของการเปลี่ยนเส้นทางพัฒนาคุณภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีส่วนผลักดันให้แพทย์เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการเฝ้าระวังความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรคโดยไม่ติดกรอบของคำว่า “ HA ” ทำให้การดำเนินงานในเรื่องการ



เผื่อระวังความเสี่ยงทางคลินิกเริ่มไหลลื่น และพัฒนาเข้าสู่การกำหนด Clinical Indicator ของแต่ละ PCT ที่มีเป้าหมายมากขึ้น สามารถเก็บข้อมูลเพื่อการพัฒนาได้อย่างชัดเจน และนำสู่ Clinical CQI ในที่สุด

จากจุดเปลี่ยนดังกล่าวทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพโดยปราศจากอคติ และเกิดความร่วมมือร่วมใจกันในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจนเกิดผลลัพธ์สุดท้ายที่ดีที่สุดคือ ผู้ป่วยปลอดภัย และพึงพอใจ สามารถกลับไปดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุขโดยปราศจากภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์



C16: MLAB โปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพิ่มคุณภาพงานจุลชีววิทยา

งานจุลชีววิทยา เป็นระบบงานที่เกี่ยวข้องกับการแยกชนิดของเชื้อที่เป็นสาเหตุของโรคติดเชื้อ รวมทั้งการทดสอบหายาด้านจุลชีพ ที่เหมาะสมสำหรับแพทย์ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการรักษาผู้ป่วย ได้แก่ การตรวจโดยกล้องจุลทรรศน์ เช่น Gram Stain, AFB Stain, Modified AFB Stain, Wet Preparation, KOH Preparation, India Ink Preparation การเพาะเชื้อแบคทีเรียชนิดแอโรบัส การเพาะเชื้อแบคทีเรียชนิดแอนแอโรบัส การเพาะเชื้อมัยโคแบคทีเรีย การเพาะเชื้อรา การเพาะเชื้อแบคทีเรีย อื่นๆ ที่ต้องการสภาพแวดล้อมพิเศษ

ลักษณะงานจะมีความซับซ้อน ต้องอาศัยความละเอียดถี่ถ้วน ตลอดจนประสบการณ์ความชำนาญเฉพาะตัวค่อนข้างมาก เพื่อให้ได้คุณภาพงานที่ดี จึงได้ทำการพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์ Mlab เพื่อช่วยจัดเก็บและบันทึกข้อมูลให้มีระบบ โดยมีรากฐานจากระบบ software FoxPro ซึ่งสามารถเก็บสะสมข้อมูลจำนวนมากที่มีรายละเอียดและมีความสัมพันธ์กัน โปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่พัฒนาขึ้นนี้ สามารถนำมาเพิ่มคุณภาพงานจุลชีววิทยา ได้หลายด้าน ทั้งคุณภาพบริการ คุณภาพวิชาการ ช่วยในการบริหาร และเป็นแหล่งข้อมูลสำหรับพัฒนาคุณภาพ

โปรแกรมคอมพิวเตอร์มีระบบอัตโนมัติช่วยควบคุมจัดการ เอื้ออำนวยให้การปฏิบัติงานเป็นไปอย่างคล่องตัว รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ เพิ่มขีดความสามารถในการปฏิบัติงาน สร้างความมั่นใจให้ผู้ปฏิบัติ เพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูล ทำให้เกิดผลรับแก่ผู้ใช้บริการโดยตรง เช่น การรายงานผลที่รวดเร็ว ตามผลได้สะดวก ผู้ปฏิบัติสามารถให้บริการในปริมาณงานที่มีจำนวนมากได้ มีระบบที่ช่วยให้การลงทะเบียนข้อมูลที่มีรายละเอียดที่มีประโยชน์ได้โดยสะดวก

สามารถช่วยในการบริหารจัดการระบบการใช้อาหารเลี้ยงเชื้อ สารต้านจุลชีพ และวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ มีการบันทึกรายละเอียดการใช้ ทำให้สามารถคาดเดาปริมาณการใช้และกำหนดการสั่งซื้อของได้อย่างเหมาะสม

ด้านการพัฒนาบุคลากร ได้ทำการสะสมข้อมูลทางจุลชีววิทยาที่มีแหล่งอ้างอิงเชื่อถือได้และนำมาแทรกในโปรแกรมการตรวจสอบผลเพื่อเพิ่มความถูกต้องเป็นไปได้อิงข้อมูลและเพิ่มพูนความรู้แก่บุคลากร

คุณภาพเชิงวิชาการ สามารถช่วยตรวจสอบผลย้อนหลังได้รวดเร็วและสะดวก โดยนำผลเก่ามาเปรียบเทียบ และเตือนในกรณีที่มีผลแตกต่างไปจากเดิม ตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของเชื้อและผลยาด้านจุลชีพ มีระบบการวิเคราะห์ข้อมูล ทำให้แพทย์สามารถสืบค้นข้อมูลในอดีตของผู้ป่วย และเป็นแนวทางในการเลือกใช้สารต้านจุลชีพในการรักษา การสะสมผลการทดสอบความไวของเชื้อในแต่ละปี ซึ่งมีประโยชน์ในการศึกษาแผนความไวของเชื้อในแต่ละท้องถิ่น และเป็นแนวทางในการเลือกใช้สารต้านจุลชีพให้เหมาะสม ลดความฟุ่มเฟือยในการใช้ที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งรวมถึงทรัพย์สินที่ไหลออกนอกประเทศ ผู้ปฏิบัติงานสามารถใช้โปรแกรมนี้ในการศึกษาทางระบาดวิทยา ศึกษาอุบัติการณ์ของเชื้อดื้อยา หรือเชื้อต่างๆ ที่มีปัญหาก่อให้เกิดการแพร่กระจายการติดเชื้อในโรงพยาบาล ทำให้การสอบสวนโรคเป็นไปอย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ และสามารถแก้ไขได้ทันเวลา จะเห็นได้ว่า Mlab สามารถนำมาใช้เพื่อการพัฒนากระบวนการทางจุลชีววิทยาทั้งในด้านงานบริการ และงานวิจัย ก่อให้เกิดการพัฒนาในองค์กรรวมของระบบงานสาธารณสุขได้



C44: Patient Safety Goals

Patient Safety Goals กรณีศึกษาโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์

วรรณิ บุญช่วยเหลือ RN MBA; ผู้อำนวยการฝ่ายบริหารงานคุณภาพ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์

Joint Commission, ประเทศสหรัฐอเมริกา มีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาความปลอดภัยให้ผู้ป่วยและบุคลากรในสถานพยาบาล กระบวนการรับรองคุณภาพเป็นกระบวนการที่ลดความเสี่ยง การทำตามมาตรฐานจะเป็นการลดความเสี่ยงของเหตุการณ์รุนแรง ความเสียหายของเหตุการณ์ที่ไม่คาดหมายที่เกิดขึ้น ซึ่งทาง JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) ได้แสดงให้เห็นถึงเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยหลายเรื่อง เช่น มีการจัดตั้ง National Patient Safety Goals ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 , การประกาศ Sentinel Event Alert ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 และอีกหลายโครงการ

เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2545 JCAHO ได้อนุมัติ National Patient Safety Goals ชุดแรกมีทั้งหมด 6 เป้าหมาย ซึ่งมีข้อเสนอแนะ 11 ข้อ ข้อเสนอแนะทั้งหมดพัฒนามาจาก กลุ่ม Sentinel Event Alert Advisory ทางกลุ่มได้นำฐานข้อมูลข้อเสนอแนะต่างๆ ซึ่งได้มาจากการวิเคราะห์เหตุการณ์ความเสี่ยงที่มีความรุนแรงสูง (Sentinel Event) และมีข้อเสนอแนะในการป้องกันให้แก่โรงพยาบาลต่างๆ

National Patient Safety Goals ปี พ.ศ.2546 มีผลบังคับใช้ ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2546 โรงพยาบาลจะถูกตรวจในเรื่องของการนำไปประยุกต์ใช้ในองค์กร และในเดือนกรกฎาคม ของทุกๆปีจะมีการทบทวน National Patient Safety Goals เพื่อประกาศใช้ในปีถัดไป ในปี พ.ศ. 2547 National Patient Safety Goals มีทั้งหมด 7 เป้าหมายซึ่งมีข้อเสนอแนะ 13 ข้อ

โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ได้รับการรับรองมาตรฐาน JCIA (Joint Commission International Accreditation) เมื่อวันที่ 2 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2545 จาก JCI (Joint Commission International) ซึ่งเป็นฝ่ายให้การรับรองมาตรฐานในต่างประเทศ ของ JCAHO ในมาตรฐาน JCIA ฉบับแรกเริ่มใช้ปี พ.ศ. 2541 ได้กำหนดมาตรฐานในหมวด Quality Management and Improvement และเปลี่ยนเป็นหมวด Quality Improvement and Patient Safety แทนในมาตรฐาน JCIA ฉบับปรับปรุงปี พ.ศ. 2546 ดังนั้นทางโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์จึงได้นำ National Patient Safety Goals มาประยุกต์ใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 ซึ่งได้ดำเนินการจัดตั้ง Patient Safety Committee และมีกลุ่มย่อยรับผิดชอบในการกำหนดมาตรฐานของแต่ละเป้าหมาย และนำไป Implement โดยให้ความรู้พนักงานทั้งโรงพยาบาลเพื่อให้พนักงานปฏิบัติอย่างถูกต้อง

เป้าหมายที่ 1 พัฒนาการถูกต้องในการบ่งชี้ตัวผู้ป่วย

(Improve the accuracy of patient identification.)

1. มีการกำหนดมาตรฐานในการบ่งชี้ตัวผู้ป่วย ซึ่งแต่ละแผนกต้องระบุ 2 ตัวบ่งชี้ ซึ่งมีคำขวัญที่ว่า “ 2 ตัวบ่งชี้ ชีวิตปลอดภัย” เช่นแผนกลงทะเบียน ต้องบ่งชี้ (1) ชื่อ – นามสกุลผู้ป่วย (2) วัน- เดือน- ปีเกิด OPD Procedure ต้องบ่งชี้ (1) ชื่อ – นามสกุลผู้ป่วย (2) ตรวจสอบป้ายชื่อมือผู้ป่วย



2. มีการทำ “Time Out” ก่อนทำหัตถการ เพื่อ ตรวจสอบว่า ทำหัตถการ ถูกข้าง ถูกผู้ป่วย ถูกหัตถการ

เป้าหมายที่ 2 พัฒนาประสิทธิผลของการสื่อสารระหว่างผู้ให้การดูแลผู้ป่วย

(Improve the effectiveness of communication among caregivers.)

1. มีการพัฒนามาตรฐานขั้นตอนในการรับคำสั่งทางวาจา รับคำสั่งทางโทรศัพท์ รายงานผลวิเคราะห์วิกฤตต่างๆซึ่งทั้งหมดนี้ต้องมีการ “ทวนกลับ หรือ ทวนซ้ำ” เพื่อยืนยันความถูกต้องความเข้าใจที่ตรงกัน เราเน้น “Read Back”
2. โรงพยาบาลมีการกำหนดมาตรฐานคำย่อ และสัญลักษณ์ต่างๆ มีรายการคำย่อและสัญลักษณ์ที่ยอมรับได้ มีรายการคำย่อและสัญลักษณ์ที่มีความเสี่ยง ไม่แนะนำให้ใช้ โดยนำมาตรฐานคำย่อใส่ไว้ใน Online Document ซึ่งสามารถ Search หาคำย่อได้ คำแนะนำไม่ควรใช้คำย่อแต่ถ้าจำเป็นให้ใช้ได้เฉพาะคำย่อที่มีในมาตรฐานคำย่อ เท่านั้น

เป้าหมายที่ 3 พัฒนาความปลอดภัยของการใช้ยาที่มีโอกาสเสี่ยงสูง

(Improve the safety of using high-alert medications.)

1. ยกเลิกการเก็บ สารละลายอิเล็กโทรไลต์ที่มีความเข้มข้นสูงในหอผู้ป่วยได้แก่ โปแตสเซียมคลอไรด์, โปแตสเซียมฟอสเฟต และ โซเดียมคลอไรด์ที่มีความเข้มข้นเกิน 0.9%
2. พิจารณากำหนดมาตรฐานและจำกัดจำนวนยาที่มีความเข้มข้นสูงในหน่วยงาน ลดจำนวนรายการยาเดียวกันที่มีหลายความแรงให้เหลือน้อยที่สุด และเป็นไปในแนวทางเดียวกันในทุกหอผู้ป่วย มีการระบุยาที่มีความเสี่ยงสูง มี Heparin, Anticoagulant & Thrombolytic Agent, Antineoplastic & Chemotherapeutic Drug, Insulin, Electrolyte, Narcotics Drug, Cardiac Drug
 - จัดบอร์ด ยาความเสี่ยงสูงให้กับทุกแผนกที่เกี่ยวข้อง
 - ทบทวนรายการยาที่สำรองไว้ทุกแผนกเพื่อลดรายการและ/หรือปริมาณยาที่มีความเสี่ยงสูง
 - ปรับปรุงการจัดเก็บยาที่สำรองไว้
 - จัดทีม Round แผนกต่างๆเพื่อกระตุ้นให้เกิดความตระหนักเรื่องความปลอดภัยในการใช้ยา

เป้าหมายที่ 4 กำจัดการผ่าตัดผิดข้าง ผิดคน ผิดประเภท

(Eliminate wrong – site, wrong –patient , wrong -procedure surgery.)

1. มีขั้นตอนการตรวจสอบข้อมูลและชี้แจงผู้ป่วย มีการตรวจสอบใบยินยอม ใบบันทึกพยาบาล ก่อนเข้าผ่าตัด ประวัติและการตรวจร่างกาย คำสั่งแพทย์ ชนิดของการผ่าตัด



2. มีการเขียนตำแหน่งที่จะทำการผ่าตัด (Marking the operative site) ใน Right/Left distinction เช่นขาขวา ขาซ้าย, Multiple Structure เช่นนิ้วมือ นิ้วเท้า, Multiple Level เช่น Spinal Procedure
3. ยืนยันความถูกต้องครั้งสุดท้ายก่อนการทำหัตถการ (Time Out) มีการขอเวลานอกเพื่อตรวจสอบครั้งสุดท้ายก่อนทำผ่าตัด

เป้าหมายที่ 5 พัฒนาความปลอดภัยในการใช้เครื่องควบคุมอัตราการไหลของสารน้ำ

(Improve the Safety of using infusion pumps.)

ต้องมั่นใจว่า เครื่องควบคุมอัตราการไหลของสารน้ำทั้งแบบทั่วไปและเครื่องควบคุมความปวดที่ใช้ในโรงพยาบาลมีระบบการป้องกันการไหลอิสระ (Free Flow Protection)

1. มีการกำหนดมาตรฐานของเครื่อง Infusion Pump ที่อนุญาตให้ใช้ในโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์
2. เครื่อง Infusion Pump ทุกรุ่นมี ระบบ Free Flow Protection
3. ในโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์กำหนดให้ใช้เพียง 5 รุ่นเท่านั้น และมีป้ายคำอธิบายการใช้เครื่อง Infusion Pump ทุกรุ่น

เป้าหมายที่ 6 พัฒนาระสิทธิภาพของระบบสัญญาณเตือนทางคลินิก

(Improve the effective of clinical alarm system.)

1. กำหนดมาตรฐานระบบสัญญาณเตือนทางคลินิกเพื่อให้มั่นใจได้ว่าเครื่องมือหรือระบบที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยกับผู้ป่วยได้รับการบำรุงรักษาและทดสอบระบบสัญญาณเตือนอย่างสม่ำเสมอ ทางโรงพยาบาลได้กำหนดมาตรฐานระบบสัญญาณเตือนทางคลินิก มีตารางบำรุงรักษาอุปกรณ์ทางการแพทย์อย่างชัดเจนและมีการทดสอบระบบสัญญาณเตือนในขณะที่เข้าไปบำรุงรักษา
2. ตั้งระบบสัญญาณเตือนไว้ในระดับที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถได้ยินสัญญาณเตือนอย่างชัดเจน พร้อมทั้งเน้น “ ห้ามปิดหรือลดเสียง Alarm”

เป้าหมายที่ 7 การลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล

(Reduce the risk of hospital-acquired infections.)

1. มีการจัดทำแนวทางการล้างมือตาม CDC guidelines และสอนพนักงานทั้งหมด
2. มีการดำเนินต่อภาวะเสี่ยงสูงสุดระดับสูงสุดของโรงพยาบาล (Sentinel event) ทั้งที่เสียชีวิต ทุพพลภาพโดยไม่ได้คาดการณ์มาก่อน

เมื่อทางโรงพยาบาลได้นำเอา National Patient Safety Goals ของ JCAHO มาประยุกต์ใช้ ซึ่งเป็นมาตรการในการป้องกันความเสี่ยงเชิงรุก (Proactive) นั้น ทำให้โรงพยาบาลมั่นใจในการสร้างความปลอดภัยให้ผู้ป่วยมากขึ้น



C45: สารพัดกลยุทธ์เพื่อความปลอดภัยในการให้ยา

ดร.ยุวดี เกตสัมพันธ์; ผู้ช่วยคณบดี คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล

ความปลอดภัยในการให้ยาผู้ป่วยยังคงเป็นความท้าทายของทีมสุขภาพ และดูเหมือนว่าการที่จะประกันไม่ให้เกิดความผิดพลาดจากการให้ยาเลยนั้น เป็นสิ่งที่เป็นไปได้ยาก ถ้าทราบใดกระบวนการให้ยายังตกอยู่ในมือของมนุษย์ เพราะมนุษย์ไม่ใช่เครื่องจักรที่สามารถควบคุมความพลั้งเผลอได้อย่างสมบูรณ์ อย่างไรก็ตามการจัดการให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยสูงสุดยังมีโอกาสที่จะทำได้ ถ้าผู้ที่เกี่ยวข้องกับ การให้ยาทำสิ่งที่ถูกต้อง ด้วยวิธีการที่ถูกตั้งแต่ครั้งแรก

มีงานวิจัยและการปฏิบัติที่เป็น Best Practices ที่บางเรื่องมีการนำประสบการณ์ขององค์กรนั้น มาประยุกต์ ใช้ ทำให้เกิดกลยุทธ์มากมายในการป้องกันความพลั้งเผลอ หรือความผิดพลาดของผู้ที่จะให้ ยาผู้ป่วยวิธีการดังกล่าวได้แก่

1. การออกแบบกระบวนการให้ยาที่สามารถลดโอกาสที่จะเกิดความผิดพลาด เช่น การกำหนด วิธีการให้ยาที่ไม่อาจจะทำผิดพลาดได้เลย การลดขั้นตอน การใช้ใบบันทึกการให้ยาแทน Card ยา การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม เป็นต้น

2. การจัดระบบงานให้ส่งเสริมความปลอดภัย เช่น ไม่ให้มีการรบกวนพยาบาลที่กำลังให้ยา มีระบบเตือนภัยถ้าให้ยาผิด การออกแบบ Check list ตามกระบวนการสำคัญ

3. การนำเครื่องมือมาใช้อำนวยความสะดวก เช่น รถจัดยาที่สามารถนำยาไปให้ผู้ป่วยที่เตียง นอกจากนี้ ยังมีกลยุทธ์อื่นๆ ที่จะช่วยทำให้การให้ยาผู้ป่วยมีความผิดพลาดน้อยลง เช่น การสร้างความตระหนักให้ผู้ให้ยาใช้หลักการให้ยา 7R คือ Right patient, Right drug, Right dose, Right time, Right route, Right reason และ Right documentation หรือกำหนดลิสต์ 6 ข้อสำหรับผู้ให้ยาผู้ป่วยในการที่จะเสริมความปลอดภัย

กลยุทธ์ทั้งหมดนี้จะช่วยป้องกันให้ความพลั้งเผลอของผู้ให้นายน้อยลงจนไม่เกิดความผิดพลาด หรือถ้าจะผิดพลาดก็ไม่มีผลเสียหายร้ายแรงจนทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย



C46 Evidence-Based Nursing Practice

การส่งเสริมการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ทิพย์สุดา ชำนาญศรีเพ็ชร

ความเป็นมา: ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการกลืนลำบากได้ร้อยละ 51-73 เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดการติดเชื้อที่ปอด และเป็นเหตุให้ผู้ป่วยพื้นตัวช้า สาเหตุของการกลืนลำบากเกิดจากการทำลายศูนย์ควบคุมการกลืนของประสาทสมองส่วนที่ควบคุมกล้ามเนื้อลายของคอและหลอดอาหารส่วนบน การกลืนลำบากยังมีผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์ เช่น ซึมเศร้า กลัวโดดเดี่ยว ถูกแยกออกจากครอบครัวเพราะไม่สามารถรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่นได้ตามปกติ และอายุเนื่องจากไม่สามารถควบคุมอาหารในปากได้ มีผลกระทบทางสังคม เศรษฐกิจ ต่อผู้ดูแล

การทบทวนแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้อยู่: ไม่มีรูปแบบการประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ไม่มีการทดสอบการกลืนก่อนที่จะให้ผู้ป่วยเริ่มรับประทานอาหาร ไม่มีแผนปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาดังกล่าว

การสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง: คำสำคัญที่ใช้สืบค้นคือ dysphagia, deglutition, eating difficulty, swallowing difficulty, nursing intervention, stroke, cerebrovascular disease

ได้วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลืนลำบาก ได้ประเด็นหลัก 3 ประเด็นคือ

1. การประเมินผู้ป่วยควรประเมินภายใน 24 ชั่วโมงหรือก่อนที่จะเริ่มให้อาหารทางปากแก่ผู้ป่วย การประเมินการกลืนได้แก่ gag reflex, swallowing reflex, การไอ, คุณภาพการใช้เสียง, ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหน้า, ความสามารถในการใช้ลิ้นและเพดานอ่อน, การปิดปาก, ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเกี่ยวกับการเคี้ยว

2. แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการกลืนอย่างปลอดภัย ได้แก่ การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนที่จะเริ่มการกลืน การฝึกการกลืน การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยกลืนได้อย่างปลอดภัย

3. การประเมินผลการกลืนที่ปลอดภัย

การสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลและนำไปใช้: ได้สร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการกลืนอย่างปลอดภัย นำไปตรวจสอบความตรงเชิงภาษาและเนื้อหา นำไปใช้กับผู้ป่วยจำนวน 10 ราย พบว่าในมืออาหารมือแรกก่อนให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติ ผู้ป่วยมีคะแนนการกลืนลำบากระหว่าง 3-6 คะแนน หลังให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติ ผู้ป่วยทุกรายมีคะแนนการกลืนลำบากลดลงตั้งแต่มือที่ 2 และลดลงเป็น 0 คะแนนในมือที่ 9 ปริมาณโຈ็กที่รับประทานได้เพิ่มขึ้นจาก 90 มล. ในมือที่ 2 เป็น 275 มล. ในมือที่ 9 อัตราการรับประทานเพิ่มจาก 4.5 มล. ต่อนาทีในมือที่ 2 เป็น 14.9 มล. ต่อนาทีในมือที่ 9

ขณะกลืนผู้ป่วยไม่มีอาการสำลัก ไม่มีน้ำหรืออาหารไหลออกทางมุมปากและหลังกลืน ไม่มีอาการไอ จุกแน่น หายใจลำบาก ไม่มีเสียงน้ำในลำคอ ไม่รู้สีกว่ามืออาหารติดในคอ

สรุป: การปฏิบัติการพยาบาลในปัจจุบัน จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องหาแนวทางแก้ปัญหาโดยใช้ข้อมูลหลักฐานที่ได้จาก evidence เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพและมีมาตรฐาน