



Quality care

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

ฉบับพิเศษ ๒

Suresh Kumar, M.D. Institute of Palliative Medicine, Kerala, India., รศ. พญ. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล คณะแพทยศาสตร์ ม.ขอนแก่น

Community Participation in Palliative Care

Palliative care เป็นการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายได้ ผู้ป่วยมีภาวะการเจ็บป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่อง เป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ผ่านการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องทั้งด้านกายภาพ จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เช่น การจัดการความปวด โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุดตามสถานการณ์

เป้าหมายของ Palliative care

1. การควบคุมอาการ การเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพ
2. การสนับสนุนด้านอารมณ์
3. การสนับสนุนทางสังคม
4. การสนับสนุนทางจิตวิญญาณ

“Palliative care เป็นการดูแลที่ต้องผสมผสานองค์ประกอบที่สำคัญ 3 อย่างคือ เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และการรักษา”

การดำเนินงานโครงการ Community Participation in Palliative Care ในเมืองประเทศอินเดีย

เหตุผลที่ต้องดำเนินงาน Palliative care ในชุมชน

1. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องการการดูแลต่อเนื่อง ในชีวิตที่เหลืออยู่ เมื่อออกจากโรงพยาบาล
2. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องการการสนับสนุนทางสังคม จิตวิญญาณ และการรักษาพยาบาล
3. การรักษาพยาบาลในชุมชนต้องมีความพร้อมของชุมชนที่จะเข้าร่วมในการดูแล
4. สังคมมีต้นทุนเพียงพอที่จะจัดการให้เกิดการดูแล ที่เป็นเครือข่ายที่มีความปลอดภัยต่อผู้ป่วย (Safety network)

การดำเนินงาน Palliative care ในชุมชน เป็นการดึงชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมโดยให้เป็นเสมือนเป็นเจ้าของการดำเนินงาน การเริ่มดำเนินการโดยการหาอาสาสมัคร อาสาสมัครคือบุคคลที่ต้องการเข้ามาช่วยในการลดความทุกข์ ทรมานของผู้ป่วย ตัวอย่างในชุมชน อาสาสมัครจะมีอยู่ 2 ระดับ





ระดับ 1 สรรหาโดยการทำการประชาสัมพันธ์ สื่อสารให้ชุมชนสมัครเข้าร่วม
ในการเป็นอาสาสมัคร เข้าร่วมในการเป็นผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน
ระดับที่ 2 เป็นอาสาสมัครที่ต้องผ่านการอบรมโดยมีการอบรมทฤษฎี 14 ชม.
และการฝึกปฏิบัติ 4 วัน โดยการอบรมทฤษฎีเน้นการสื่อสาร การให้ข้อมูลและ
การสนับสนุนทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม

การดำเนินงาน Community participation palliative care ใน Kerala จะ
ดำเนินการให้ผู้ป่วยทุกรายครบ 100 % เพราะงบประมาณได้รับการสนับสนุน
จากรัฐ 40 % ส่วนอีก 60% เป็นงบประมาณที่ได้รับจากการบริจาค จากชุมชน
ร่วมสนับสนุน ในประเทศไทยมีประชาชน 67 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตปีละ 4.4
แสนคน/ปี ในแต่ละปีมีประชากรเป็นผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ระบบสุขภาพของไทย
มีจุดแข็งคือ มีระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Health care) มีอาสาสมัคร
สุขภาพ แต่สิ่งที่สำคัญคือ การวางแผนระบบบริการระดับชาติ สำหรับการแพทย์
ทางเลือกในกลุ่มผู้ป่วยที่ยังสามารถเข้าถึงบริการได้

เครือข่าย Palliative care ในประเทศไทย (รศ. พญ. ศรีเวียง)

สถานการณ์ Palliative care ในประเทศไทย

1. การเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยีทางการแพทย์ รวดเร็วทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตมากขึ้น
2. การดูแล Palliative care ยังมีการพัฒนาไม่มาก ไม่มีการเรียนการสอนในโรงเรียน แพทย์
3. บุคลากรทางสุขภาพยังขาดความรู้และทักษะ Palliative care
4. ประชาชนยังมีความรู้เกี่ยวกับ Palliative care ไม่มาก
5. ยังขาดแหล่งศึกษาให้ความรู้
6. ขาดการสนับสนุนการดำเนินงานทางด้านงบประมาณทางด้านบุคลากร
7. ระบบ Palliative care ยังไม่มีในระบบสุขภาพ



การจะทำให้เกิดระบบ Palliative care ต้องประกอบด้วย

1. ระดับชาติต้องมีนโยบาย รวมทั้งการจัดงบประมาณ การจัดยาที่จำเป็น
2. การเข้าถึงยาที่จำเป็น : ยาที่ใช้ในการจัดการความเจ็บปวด เช่น opioid ระบบควบคุมการกระจายยา
3. การศึกษาอบรม เน้น การสื่อสารให้ความรู้แก่ชุมชน การจัดการฝึกอบรมให้แก่ผู้ปฏิบัติ การสร้างผู้เชี่ยวชาญ การฝึกอบรม care giver
4. การดำเนินงาน strategic Implement การกำหนดบทบาทของผู้ให้บริการในแต่ละระดับ specialist primary care และ PCU community อาสาสมัครทำหน้าที่ home care
5. การกำหนดนโยบาย Palliative care ต้องบูรณาการกับระบบสุขภาพ
6. กระทรวงสาธารณสุขต้องทำระบบการจัดการยาที่จำเป็น และจัดทาระบบในการควบคุมการสนับสนุนให้เพียงพอต่อปริมาณผู้ป่วย



HA Update & Clinic

อ.เรวดี ศิรินคร อ.ปรามินทร์ วีระอนันต์วัฒน์ อ.นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล



การใช้แบบประเมินตนเองโดยใช้ Scoring 2011 เป็นการใชทั้งโรงพยาบาล ผู้เยี่ยมสำรวจ และกรรมการ แบบประเมินตนเองที่ปรับใหม่นี้ มุ่งหวังที่จะให้โรงพยาบาลสามารถชี้ นำ กำหนดอนาคตตนเองได้มากขึ้น ผู้เยี่ยมสามารถวางแผนการเยี่ยมสอดคล้องกับความพยายามของโรงพยาบาล และต่อไปแบบประเมินตนเองจะเป็นภาคผนวกแนบ Recommendation ของผู้เยี่ยมสำรวจ เสนอกรรมการพิจารณา

Key word ที่โดนใจ

“การใช้แบบประเมินตนเองปัจจุบัน ส่งเสริมให้เป็นตัวของตัวเอง มากกว่าเป็นเด็กดีของ สรพ”

แนวคิดและบทเรียนที่ได้

- Overall Scoring Guideline ใช้เป็นแนวทางในการให้ระดับคะแนนตนเอง และใช้เป็นแนวทางในการสกัดข้อสงสัยในการใช้งาน
- หากกรรมการโรงพยาบาลให้ข้อมูลไม่ตรงกันควรมีข้อเสนอแนะ ผู้ให้คะแนนต่ำจะเห็นโอกาสพัฒนามาก ผู้ให้คะแนนสูงเห็นข้อดีมาก มีมุมมองเชิงบวก ฉะนั้นอาจต้องนำมา consensus นำส่วนดีมาเขียนใน Self Implement
- การให้คะแนนและระบุประเด็นพัฒนาในตอนท้ายของรายงานประเมินตนเองแต่ละบท จะเป็นประเด็นชี้ นำจากโรงพยาบาลให้ผู้เยี่ยมสำรวจ หากให้คะแนน 3 ควรมีประเด็นพัฒนาที่จะเข้าสู่คะแนน 4 หรือ 5
- สรพ.ได้ทำแบบฟอร์มในแต่ละ Part โดยระบุ Key/Core Value แต่ละข้อ
- ข้อมูล สถิติ ตัวชี้วัด 5 ปีย้อนหลัง
- บริบท ควรเพิ่มเติมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลรุนแรงที่สำคัญ
- กระบวนการดูแล
- ผลการพัฒนาที่สำคัญ

Score & ประเด็นพัฒนา

ตอนที่-III

- ให้นำสิ่งที่ทำจริงมาตอบอย่างกระชับในลักษณะ Bullet
- ตอบง่ายๆได้ใจความ ทำอะไร อย่างไร ผลเป็นอย่างไร
- คำตอบเป็นผลของการปฏิบัติตามแนวทางในSPA
- สิ่งให้เห็นทั้งในภาพรวมและรูปธรรมของการปฏิบัติในบางเรื่อง

ตอนที่IV

ใช้ข้อมูลจาก Clinical Highlight refer มาช่วยในการระบุมว่าดีขึ้น ให้พิจารณาจากภาวะแทรกซ้อนจะลดลง คุณภาพจะเพิ่มขึ้น Thailand Safety Goal ปัจจุบันมีประมาณ 30 กว่าตัวโดยคัดสรรให้ทุกโรงพยาบาลต้องมี 10 ตัว ส่วนโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเพิ่มอีก 7 ตัว

HA Plus เป็นโครงการนำร่องเพื่อการปรับปรุงมาตรฐานรอบต่อไป Self Evaluation Support เปลี่ยนจาก Audit mode เป็น Living Mode

มนทิชา อนุกุลวุฒิพงศ์ สรพ



Rama reality one stop service palliative care

การให้ไม่มีวันสิ้นสุด

พญ. รพีพร โรจน์แสงเรือง, ศากุน ปรีณวัฒน์, อุมารณณ์ ไพศาลสุทธิเดช, นงลักษณ์ ฉัตรชัยเวช,
ผศ. พญ. ยุวเรศมศรี สิริธัชชาญบัญชา (ผู้ดำเนินการอภิปราย)



ทีมพัฒนาเริ่มต้นจากการเห็นภาพของผู้ป่วยเสียชีวิตที่ห้องฉุกเฉิน เหตุเพราะที่นี่คือจุดสุดท้ายที่ผู้ป่วยกลุ่มต่างๆจะมา ทีมงานคือสิ่งสำคัญที่จะนำสู่การทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ค้นหาทีมที่เหมาะสม มีจิตอาสาพร้อมต่อการให้บริการ ทั้งเจ้าหน้าที่ปัจจุบัน ข้าราชการบำนาญ ผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์และพบปัญหา และสิ่งสำคัญคือมุมมองของแพทย์ที่จะเป็นหัวลูกศรสำคัญที่จะนำทีมงานสู่การที่สัมฤทธิ์ผล

ทีมงานทุกคนขับเคลื่อนการดำเนินงานกิจกรรมต่าง ๆ ตามบทบาทหน้าที่ของตน และเป็นการทำงานอย่างมีความสุข ภายใต้ความมุ่งมั่น ตั้งใจพร้อมต่อการให้บริการ เกิดการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน สู่ความสัมพันธ์ที่ดีของคนในทีม และมีผลงานหลักธรรมในการทำงาน ทุกเรื่องราว ความรู้สึก ถูกถ่ายทอดผ่านคำพูด คำบรรยายจนผู้ฟังสัมผัสและรับรู้ได้ เกิดเป็นความยินดีร่วมกันระหว่างการฟัง

การพัฒนาที่ผ่านมาเริ่มต้นจากการไม่มีอะไร แต่ด้วยความมุ่งมั่นที่จะลดขั้นตอนการดำเนินงานให้มีผู้มีปัญหาสามารถเข้าถึงได้ง่ายที่สุด และสนับสนุนการทำงานของหน่วยงานอื่น ทำให้เกิดศูนย์ดูแลแบบประคับประคอง ภายใต้การดำเนินงานของทีมงานที่เข้มแข็งและพร้อมบริการด้วยหัวใจ ทำให้การดำเนินงานที่ผ่านมาได้รับการยอมรับมากขึ้น เห็นผลทั้งทางด้านจิตใจ (ผ่านเรื่องเล่า) และผลทางด้านการบริหารที่เกิดประโยชน์ต่อองค์กร ผู้ป่วยและครอบครัว เช่น ลดค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาล ลดการเดินทางมาโรงพยาบาล (ค่าใช้จ่าย เวลาทำงาน ความสะดวก) สิ่งที่ดีขึ้นเหล่านี้ทำให้ทีมงานมีแรงและกำลังในการทำงานอย่างต่อเนื่อง

“การให้ไม่มีวันสิ้นสุด จนกว่าจะวันสุดท้ายของเรา”

“ให้ร่างเราเป็นประโยชน์ แต่งตัวให้ดูดี เป็นสินค้าตัวอย่าง และเป็นเพื่อนขณะเสียชีวิต”

“เหนื่อยกายพักผ่อนก็หาย แต่สุขใจหาที่ไหนไม่ได้ ถือเป็นรางวัลให้กับชีวิต”

“ทำอย่างเต็มที่ ใจเกิดความสงบ ตัวเราก็มีความสุข”

“การรักษาซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วยและจิตอาสาผู้ดูแล ยิ่งทำยิ่งต่อชีวิตจนสามารถอยู่กับโรคมะเร็งได้อย่างเข้าใจ”

หลากหลายมิติ กับผู้สูงอายุและโรคเรื้อรัง

เจนจิรา พงษ์หลวง, อันทิกา คระระวานิช, รุ่งนภา ศรีดอกไม้ ชู ชู



เจนจิรา

ความทุกข์ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นความทุกข์จากระดับการเจ็บป่วย ความเสื่อมของร่างกาย ความกลัวว่าสุขภาพของตนเองจะทรุดลง การพึ่งพาลูกหลานเพื่อให้เข้าถึงระบบบริการสุขภาพเป็นความทุกข์ยากในเชิงปัจเจกและเป็นความทุกข์ทางสังคมที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญอยู่ แต่การปฏิบัติทางศาสนา ความเชื่อหรือการมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจจะช่วยส่งเสริมให้เกิดพลังในการเยียวยาตนเอง เกิดการยอมรับกับภาวะสุขภาพและปรับเปลี่ยนความคาดหวังต่อตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังยังคงความสมดุลทางสุขภาพได้

ประเด็นที่สำคัญ

1. การยอมรับถึงความเจ็บป่วย การดำเนินชีวิตอย่างมีความหมาย การปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา ช่วยให้ผู้สูงอายุ สามารถเผชิญกับความทุกข์ และมีความสุขมากขึ้น
2. ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีรอยต่อและซับซ้อน ทำให้ซ้ำเติมให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความทุกข์และความยากลำบากมากขึ้น
3. การส่งเสริมการทำงานของ อสม. ในลักษณะของจิตอาสาสมัครภาพบำบัดทำให้อสม. เห็นคุณค่าของงานที่ทำ มีการทำงานอย่างต่อเนื่อง อย่างยั่งยืนขึ้น

Key word ที่โดนใจ

1. สิ่งสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ คือ การสร้างคุณค่าให้กับตัวผู้สูงอายุแต่ละคน
2. การเจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ก่อให้เกิดความทุกข์ทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ให้บริการ

3. โรคเรื้อรังของ จ.ตราด ไม่เหมือนที่อื่น เกิดจากอุบัติเหตุตกต้นเงาะ เพราะคนชอบกินเงาะที่เป็นพวง ต้นเงาะมีรากยื่นออกมา “การตกลงบนรากเงาะ ทำให้เกิดความพิการทุกราย”



พงษ์หลวง

อันทิกา คระระวานิช



ชู ชู รุ่งนภา ศรีดอกไม้

แนวคิดและบทเรียนที่ได้

1. บางครั้งความกลัวของผู้สูงอายุ ก็เป็นแรงจูงใจ ให้สามารถเผชิญกับความทุกข์ ต่างๆที่เกิดขึ้นได้
2. การจัดระบบบริการ ให้สอดคล้องกับผู้สูงอายุแต่ละราย และเน้นด้านมิติทางจิตวิญญาณ ควบคู่กับการดูแลทางด้านร่างกาย เช่น “การลดระยะเวลารอคอยเพราะการคอยนานๆ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความอ่อนล้า และทำให้เกิดความทุกข์กับผู้สูงอายุมากขึ้น” ทำให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตร่วมกับโรคเรื้อรัง และความเสื่อมของร่างกาย ได้อย่างมีความสุขมากขึ้น
3. การลดรอยต่อของระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และการส่งเสริมให้ระบบสุขภาพชุมชนมีศักยภาพ และมีส่วนร่วมจะทำให้ช่วยลดความทุกข์ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมากขึ้น



Tacit in Sepsis, Integrate the Silo

ประสบการณ์ศิริราช

ศ.พญ.ดวงมณี เลหาประสิทธิ์พร, ศ.พญ.สุณิรัตน์ คงเสรีพงศ์, รศ.นพ.ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล, นพ.ชาวยุฒิ สววิบูลย์ และ ดร.ยวดี เกตสัมพันธ์ เป็นผู้ดำเนินการอภิปราย

ข้อมูลกลุ่มผู้ป่วยที่มีการเสียชีวิตจาก sepsis ได้ทำการทบทวนโดยใช้ evidence base มีผลงานการพัฒนามาประมาณ 3 ปี ประเด็นสำคัญคือการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย sepsis ทุกอย่าง รักษาให้จบที่ ER มีการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนการค้นหาและยืนยันผู้ป่วยตามข้อบ่งชี้ ขั้นตอนแจ้งให้ sepsis team ทราบ ขั้นตอน Modified early goal directed therapy และขั้นตอน survival sepsis campaign guideline 2008



กลุ่มผู้ป่วย septic shock เป็นกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตที่มีอัตราการตายสูง มีค่าใช้จ่ายสูง มีหลักฐานว่าวิธีการรักษาที่อาจจะลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย ได้แก่ การปรับภาวะพลศาสตร์การไหลเวียนโลหิตให้อวัยวะต่างๆ ของร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอภายในเวลาไม่เกิน 6 ชั่วโมง การให้ยาปฏิชีวนะที่ครอบคลุมเชื้ออย่างรวดเร็ว และการให้การรักษาระดับประคองการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในปี 2546 หน่วยเวชบำบัดวิกฤต ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ได้เสนอแนวทางการรักษาระยะ septic shock การให้การ resuscitation ผู้ป่วยด้วยการให้สารน้ำและยา vasopressors แก่ผู้ป่วยอย่างเหมาะสมและรวดเร็ว เพื่อให้ได้ adequate tissue perfusion ภายใน 6 ชั่วโมง จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วย septic shock ของหน่วยเวชบำบัดวิกฤตระหว่างปี พ.ศ. 2547-2548 จำนวน 104 ราย พบอัตราการรอดอยู่ 52-59 โดยอัตราการเสียชีวิตมีความสัมพันธ์แบบผกผันกับปริมาณสารน้ำที่ได้รับในชั่วโมงแรกหลังการวินิจฉัย ผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำมากกว่า 800 มิลลิลิตรใน 1 ชั่วโมงแรก จะมีอัตราการเสียชีวิตประมาณร้อยละ 42 ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับสารน้ำในชั่วโมงแรกน้อยกว่า 800 มิลลิลิตร มีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 76 และผู้ป่วยกลุ่มที่ใช้ septic shock guideline มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 48.5 ขณะที่ผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้ใช้ guideline มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 75 จากการเยี่ยมสำรวจเพื่อเฝ้าระวังโดยสรรพ. เมื่อเดือนมิถุนายน 2552 ไม่พบการใช้แนวทางการรักษาระยะ septic shock ในภาควิชาอื่น จึงได้ทำการพัฒนาต่อยอดจากระบบเดิม และมีการนำลงสู่การปฏิบัติที่ครอบคลุมมากขึ้น

สุนารี เนาว์สุข สรรพ



Information Management in Hospital Pharmacy

ภก. คมกฤษ ศรีไสว รศ. ดร. ณธรร ชัยญาคุณาพฤกษ์ ภก. ดำรงเกียรติ ตั้งเจริญ



มีการนำประสบการณ์การนำ Information Technology มาเชื่อมโยงกับมาตรฐานระบบยาโดยวางระบบเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้ยา ตั้งแต่ การเข้าถึงข้อมูลบัญชียา on line ของบุคลากร มีการ identify เม็ดยาให้มั่นใจว่าจะได้ยาถูกชนิด กรณีที่มีการปรับเปลี่ยนบริษัทยา ใช้สื่อสารกับทีมที่เกี่ยวข้องถึงสาเหตุของยาขาด หรือสถานะของยาที่จัดซื้อกรณีพิเศษ ยังนำมาใช้เพื่อลดความเสี่ยงในการใช้ยา เช่น alert เรื่องแพ้ยา, drug interaction, ยาที่ต้องระมัดระวังสูง หรือกรณี reconcile ได้ ทำให้เห็นประวัติเดิมผู้ป่วย จัดพิมพ์รายการยาเดิม ยาที่ปรับเปลี่ยนไป และยาที่แพทย์ทบทวน สามารถประยุกต์เพื่อให้ข้อมูลที่จำเป็นในการบริหารยาแก่พยาบาล (การผสมยา อัตราเร็วการบริหารยา เสร็จไขการใช้ยาแต่ละชนิด) และทำให้เข้าถึงข้อมูลที่จำเป็นของผู้ป่วยเพื่อจะนำมาวิเคราะห์ค้นหา ป้องกันปัญหาจากการใช้ยาได้เบื้องต้น นำมาใช้ลดความคลาดเคลื่อน เช่น จัดทำ preprinted order online การจัดเตรียมนำ bar code หรือ drug map ที่จะช่วยการบริการจัดจ่ายยาได้ถูกต้องมากขึ้น และมีการประยุกต์เพื่อใช้รายงานความคลาดเคลื่อนทางยา การเรียกดูรายงาน การติดตามข้อมูลแบบ real time เพื่อตอบสนองผู้บริหารให้เกิดการแก้ปัญหา นอกจากนี้ยังใช้ในการบริหารจัดการ ใช้วิเคราะห์ภาระงานของเจ้าหน้าที่และประเมิน competency ได้อีกด้วย

ในประเด็นการนำข้อมูลมาใช้ได้เรียนรู้ถึงประโยชน์ของการใช้ฐานข้อมูล เช่นการศึกษาทางคลินิก การศึกษาลักษณะการใช้ยา และมุมมองการวิเคราะห์ข้อมูลอันจะนำไปสู่ R2R2P นั่นคือ routine to research to practice or policy แต่การจะดำเนินการได้นั้น ต้องมี **แรงสนับสนุน**จากหัวหน้า หรือ ทีมแพทย์ และ **แรงสมอง**จากการเชิงการตั้งคำถาม ประเด็นการศึกษาที่เป็นประโยชน์ และเชิง IT ในการดึงข้อมูลครบถ้วน เชิงวิเคราะห์นำข้อมูลมาจัดเรียงรูปแบบเริ่มจากการเข้าถึงข้อมูลที่ต้องจัดทำกันอยู่แล้วเช่น 12 แพ้มข้อมูล 18 แพ้มข้อมูลที่จะมี field ข้อมูลอยู่ ตัวอย่างเช่น ประเด็นคำถามผู้ป่วยไตไม่ตี มีการปรับขนาดยาหรือไม่ ถ้าปรับขนาดยาเหมาะสมจะประหยัดเงินมากน้อยเพียงใด หรือหากเปลี่ยนยาต้นแบบเป็นยาสามัญประหยัดค่าใช้จ่ายหรือไม่ ผู้ป่วยเบาหวาน วารัฟาริน คุม น้ำตาล INR ได้ดีมากน้อยเพียงใด เป็นต้น แล้วไปดูว่าจากคำถามที่เราสงสัย เรามี field ข้อมูลที่จะนำมาจัดเรียงรูปแบบ และนำมาวิเคราะห์ หรือเริ่มจากปัญหาในการปฏิบัติงานของเราหรือปัญหาของคนอื่นที่สงสัย แล้วกำหนดเกณฑ์คัดกรอง กรองข้อมูล กำหนดเป้าหมาย แล้วนำไปพัฒนา เช่น ใช้ morphine นานๆ แล้วท้องผูกมากน้อยขนาดไหน ก็ ไปดึง field ข้อมูลยา morphine กับ morphine และยาระบาย นำมาเปรียบเทียบกัน หรือ “คนไข้ที่ใช้ oral hypoglycemic ที่ไตไม่ดีควรเปลี่ยนยา รพ. เราเป็นไง” ก็ไปดึงข้อมูลผลการตรวจการทำงานของไตและยาที่อยู่ในกลุ่มยาเบาหวาน หรือ “การใช้ Statin “key criteria” ใช้ simvastatin ก่อน ไม่ได้ผล จึงขยับ ดูว่าสถานการณ์เป็นอย่างไร หรือสถานการณ์การใช้ Proton pump inhibitor เป็นอย่างไร

ภญ. วิชชุณี พิตรากุล สรุปร



Medication Review: A-MUST-DO TASK

ภญ. รศ. ดร. สุวีณา จุฬาวัฒนทล, ภก. พัทยา สุ่มแก้ว



“ การทบทวนใช้ยาหรือคัดกรองปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาให้แก่ผู้ป่วย โดยเภสัชกรที่อยู่ในงานประจำนั้น สามารถป้องกันปัญหาจากการใช้ยาได้ บทบาทนี้จึงเป็นภาระรับผิดชอบที่เภสัชกรทุกคนพึงปฏิบัติ อันจะส่งผลให้การให้การบริบาลทางเภสัชกรรมของเภสัชกรบรรลุเป้าหมาย คือ การใช้ยาของผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและมีความปลอดภัย **“ต้องเลิกจ่ายยาตามสั่งเท่านั้น”** ”

สิ่งที่เป็นตัวส่งสัญญาณที่อาจจะสะท้อนถึงความผิดปกติของการใช้ยาอาจเป็นได้ตั้งแต่ มีการเพิ่มยาใหม่ มีการหยุดยาที่ใช้ประจำ มีการปรับเปลี่ยนขนาดยา ฯลฯ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่เอื้อที่ทำให้สามารถดำเนินการได้แก่ การพัฒนาระบบเวชระเบียนเพื่อให้เภสัชกรเข้าถึงข้อมูลได้มากไม่ว่าจะเป็น การตรวจร่างกาย อาการสำคัญที่คนไข้มา การวินิจฉัย การวางแผนการดูแลผู้ป่วย ประวัติการใช้ยาผู้ป่วย อาหารที่ผู้ป่วยได้รับ ประวัติเบื้องต้นผู้ป่วยเช่น อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ฯลฯ และยังมีการพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่สามารถดึงข้อมูลจำเป็นของผู้ป่วย ซึ่งทางโรงพยาบาลได้ดำเนินการ ลงประวัติการแพ้ยา ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (BUN, Cr, Electrolyte) อาการสำคัญ วินิจฉัย นอกจากนี้ช่วยลงข้อมูลจำเป็นสำหรับการคัดกรองและการบริหารยาได้แก่ ขนาดยาที่ควรได้รับยาที่ต้องปรับขนาดในผู้ป่วยที่ภาวะตับ ไต ผิดปกติ ยาที่ห้ามบด อัตราเร็วการบริหารยา ความคงตัวการให้ยา ข้อควรระวังหลังให้ยา ฯลฯ มีการใช้ข้อมูลที่ได้รับนำมาพัฒนาระบบเช่น พบว่าผู้ป่วยไม่ได้รับยาระหว่างผู้ป่วยพักรักษาตัว ทำให้ต้องพัฒนาระบบ Medication Reconciliation และขยายผลการส่งต่อข้อมูลไปยังสถานพยาบาลอื่นๆ สำหรับรูปธรรมเชิงผลลัพธ์การเข้าถึงข้อมูลได้แก่ ในรอบปีที่ผ่านมาจากการเข้าถึงข้อมูล น้ำหนัก อายุ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการทำให้คัดกรองเรื่องขนาดยาไม่เหมาะสมร้อยละ 40 จากการเห็นภาพรวมการใช้ยาทำให้คัดกรองเรื่องอันตรายกิริยา ได้ร้อยละ 10.64 การได้รับยาซ้ำซ้อน ร้อยละ 8.51 การเข้าถึงการวินิจฉัยและ progress note ทำให้คัดกรองเรื่องการใช้ยาไม่เหมาะสมกับโรค หรือ แบบแผนการให้ยาไม่เหมาะสม หรือผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ควรได้รับ ร้อยละ 8.27, 6.38 และ 5.44 ตามลำดับ

นอกจากนี้ยังได้เรียนรู้เพิ่มเติมถึงปัจจัยอื่นๆ ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพของการวิเคราะห์ใบสั่งยา ได้แก่ การจัดการระบบยา ความรู้ของเภสัชกร ทักษะในการสื่อสารของเภสัชกร การบริหารงานบุคคล และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย

ภญ. วิชชุดิ พิตรากุล สรุปร



Colorful Diversity for Creativity and Innovation

น.อ. บดินทร์ วิจารณ์

การสร้างสรรค์ (Creativity) และนวัตกรรม (Innovation) เป็นองค์ประกอบสำคัญขององค์กรที่มีคุณภาพ และช่วยนำพาองค์กรให้เติบโตก้าวหน้าอย่างยั่งยืน ผู้นำองค์กรจึงต้องมีบทบาทในการสร้างนวัตกรรมและบรรยากาศให้ทุกคนในองค์กรมีโอกาสสร้างนวัตกรรม ด้วยการสร้าง Inno leader, Inno culture และ Inno people ประสานด้วยความคิดที่หลากหลาย สนับสนุนการนำความคิดไปปฏิบัติเพื่อสร้างคุณค่า ให้แก่องค์กร

ความหลากหลายของคนในองค์กรเป็นส่วนหนึ่งซึ่งส่งผลโดยตรงต่อประสิทธิภาพและผลการดำเนินการขององค์กร ไม่ว่าจะเป็นความหลากหลายในมิติหลัก (primary dimension) ซึ่งมีมาแต่กำเนิด ได้แก่ เชื้อชาติ ชาติพันธุ์ และความสามารถทางกายภาพ หรือความหลากหลายในมิติรอง (secondary dimension) ได้แก่ การศึกษา ความเชื่อทางศาสนา ประสบการณ์ การทำงาน การสมรส ซึ่งล้วนแต่มีผลกระทบต่อการทำงาน แรงจูงใจ การมุ่งต่อผลสำเร็จ และปฏิสัมพันธ์ของคนในองค์กร

บุคคลในองค์กรมีความหลากหลายเนื่องจากปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ การศึกษา เชื้อชาติ ประสบการณ์ อาจจัดแบ่งเป็นกลุ่ม Baby Boomer (Gen BB) , กลุ่ม X-generation (Gen X) และกลุ่ม Y-generation (Gen Y) ซึ่งทำให้มีฐานการมอง และมีวิธีการมองที่แตกต่าง และความขัดแย้งที่ไม่เป็นผลดีต่อองค์กร ดังนั้น ผู้นำองค์กรนอกจากจะต้องสร้างวัฒนธรรมและบรรยากาศให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ และนวัตกรรมแล้ว ยังต้องสร้างกลไก การประสานต่อยอดให้เกิดการยอมรับในความหลากหลาย นำมารวบรวมสู่การปฏิบัติ ที่เกิดผลดีต่อองค์กรด้วย เทคนิคการเสวนาอย่างสร้างสรรค์ ด้วยการใช้ Dialogue คือการเสวนาอย่างไม่เป็นทางการให้เกิดวงจร 4 D (4-D Cycles) ได้แก่ Discover, Dream, Design, Destiny และสร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ 4 Lean คือ Lean to lean, Lean to share (KM), Lean to connect (COP) และ Lean to innovation (INNO) เพื่อนำไปสู่คุณภาพและความก้าวหน้าขององค์กร

นพ. วิชาญ เกิดวิชัย สรูป

“การเสวนาที่สร้างสรรค์แบบไม่จับผิด จะช่วยสร้างบรรยากาศให้องค์กร และสังคมไทยเกิดความร่วมมือ นำอยู่พร้อมต่อการก้าวและวิ่งไปข้างหน้าด้วยกัน”





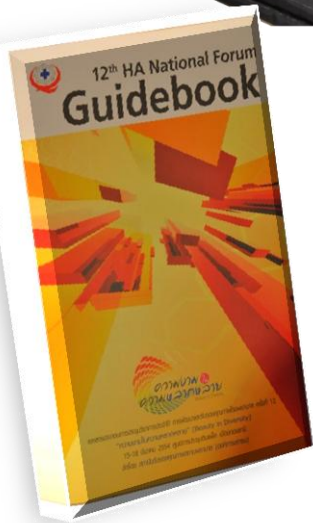
Beauty in Diversity





เสน่ห์อย่างหนึ่งและเป็นสิ่งสำคัญของการประชุม HA National forum ทุก ๆ ครั้งคือ ความงาม เรื่องเล่าผ่านวิทยากรในแต่ละห้อง และความรู้ที่อัดแน่นในรูปแบบอักษรที่หลากหลาย เรียงร้อยเป็นความงามขององค์ความรู้ที่พร้อมให้ สืบค้น อ้างอิง และ นำลงสู่การปฏิบัติ

แหวกเบ้ เเท้ซิมิ...



Guidebook: 12th HA National Forum

อัดแน่นด้วยความรู้ในรูปแบบบทคัดย่อ (ที่มากที่สุดในโลกเลย อี้) เรียงร้อยเป็นห้อง ๆ และช่วงเวลาให้สามารถสืบค้นได้ เปิดเรื่องไหน ได้ทุกเรื่อง “รู้ใหม่ว่าประชากรผู้ใหญ่หนึ่งในสี่ของโลก สูบบุหรี่ วิ้าวว และ ¼ ต้องการเลิก แต่เข้าไม่ถึงบริการ หรือไม่มีบริการให้” “บริการเลิกบุหรี่ก็ไม่ต่างไปจากปรุงอาหารให้อร่อย” อู้ววว “ระหว่างการพลัดพรากแบบจากเป็นกับพลัดพรากแบบจากตาย อย่างไหนจะรู้สึกสะเทือนใจมากกว่ากัน” อือมมมม
 “...และแล้วสิ่งที่ไม่คาดฝันก็ปรากฏให้เห็น ... ทุกคนพูดขึ้นมาพร้อม ๆ กันว่า เขายิ้มให้เราด้วย... ฉนั้นขลุ่ย...ภาพที่ฉนั้นเห็น มันเหมือนเช่นนั้นจริง ๆ หน้าตาของเขาไม่ได้ดูน่ากลัวเลย เขายิ้มให้กับพวกเราจริง ๆ...” (รอยยิ้มบนตราบน้ำตา หน้า 298)

SHA movement ก้าวอย่าง...บนเส้นทางแห่งความงาม

หนังสือเล่มน้อยสีส้ม น่ารัก น่าซึ้ง ที่อ่านแล้วไม่ซาแน่นอน เพราะเป็นแหล่งรวบรวมเรื่องเล่าที่สวยงาม แต่นิดนึงผู้สูงวัยต้องใช้ความพยายามสักเล็กน้อยในการอ่านเพราะอักษรกลิ้งไปกับความงามของพื้นที่หนังสือ

“การเปลี่ยนแปลงในองค์กรจะเริ่มขยายมาจากการเปลี่ยนแปลงในระดับบุคคล และมีการสนับสนุนอย่างชัดเจนจากระดับนโยบาย จึงไม่พ้นการหนุนจากผู้นำและองค์กรภายนอก” ชัดเจนคร้าบบบบบบบบ

“สายตาท่านเพ่งมองบนร่างวีรวิญญาน มือซ้ายยกขา ๆ ลูบศีรษะและไหล่ซ้าย ๆ อย่างทะนุถนอมเท่าที่พอจะทำต่อลูก เป็นครั้งสุดท้ายได้ และตบลงบนลำตัวอย่างหนักแน่น.. ประหนึ่งจะบอกถึงความภูมิใจ ความรักต่อลูกชายคนหนึ่ง” ซึ่งง๊ะ....

“...หากวันนั้นผมด่วนตัดสินใจโดยที่ไม่ได้มองเห็นถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณที่แท้จริงของสุริยา และไม่คิดว่าสิ่งที่เขาหวังนั้นมันมีค่ามากมายเหลือเกินต่อคนที่เขารัก ...”



HA update 2011

จัดเป็นไฟท์บังคับที่ต้องมีกันทุกปี เริ่มกันด้วย scoring guideline 2011 เป็นแนวทางการให้คะแนนการปฏิบัติตามมาตรฐาน เพื่อให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และหลักฐานมากที่สุด ลดความแตกต่างหลากหลายระหว่างผู้ประเมินให้มากที่สุด

เรื่องที่มีการพูดกันมากในการประชุมปีนี้หัวข้อหนึ่งคือ การตามรอย ในเล่มก็จะมีแนวคิดและแนวทางการปฏิบัติครอบคลุมหลักการ 5P ได้แก่ Purpose, Pathway, Process: normal, Preparedness, Performance-learning เทคนิคการทำ mini-research โดยมีเป้าหมายนำค่านิยมหลักเรื่องการจัดการบนพื้นฐานข้อมูลจริง มาสู่การปฏิบัติ เพื่อบ่มเพาะความเป็นนักวิจัยให้กว้างขวางที่สุด หาที่ยืนให้คนที่มิใช่ แต่ยังไม่มั่นใจที่จะทำวิจัยเต็มรูปแบบ

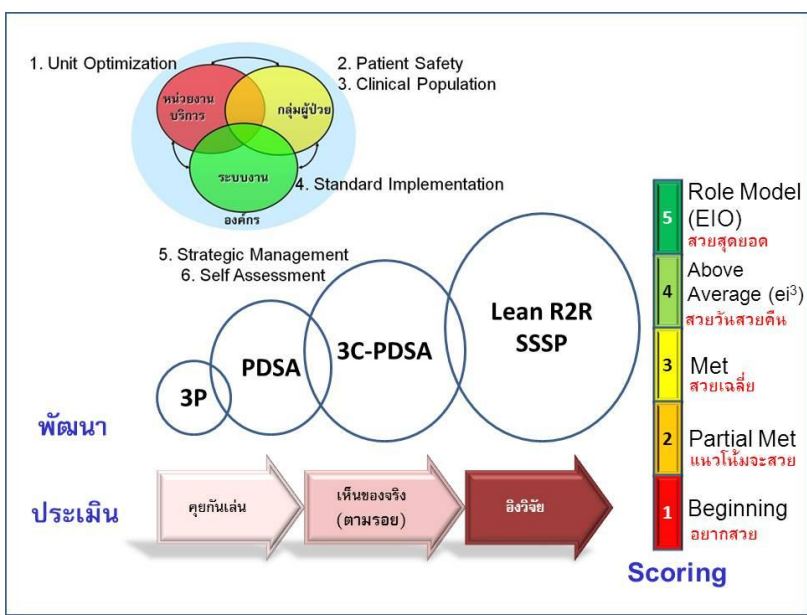


มอง ความสำเร็จ

ท่ามกลางความหลากหลายของผู้เข้าร่วมประชุม ความงามของเรื่องเล่า
ความสำเร็จที่ร้อยเรียงเป็นอักษร ความสุขที่ได้พบคนบนเส้นทาง
คุณภาพ แนวคิดที่ได้รับการตักตวงสู่การนำลงปฏิบัติที่ประสบ
ความสำเร็จ เสียงหัวเราะของผู้เข้าร่วมประชุม และกิริยาแอบปาดน้ำตา
กับเรื่องเล่าที่ประทับใจ สิ่งเหล่านี้ไม่สามารถเกิดขึ้นได้หากปราศจาก
ผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่านที่เป็นส่วนหนึ่งของบันทึกความสำเร็จ ความ
เสียสละของวิทยากร ทีมงาน บุคลากรและผู้ดำเนินการทุกระดับ ใน
ความสำเร็จดังกล่าวผู้หนึ่งที่อยู่ทั้งเบื้องหน้า และเบื้องหลังของ
ความสำเร็จคือ นายแพทย์ อนุวัฒน์ ศุภชุตินุกูล ท่านเป็นหนึ่งในผู้ริเริ่มที่
นำระบบคุณภาพสู่ประเทศ คงไม่มีใครปฏิเสธว่าท่านเป็นนักคิด
นักเขียนที่ได้รับการยอมรับระดับประเทศ

ขอเป็นตัวแทนทุกท่านที่อ่าน Quality Care ฉบับนี้ เป็นตัวแทนของคน
คุณภาพ และสถานพยาบาลทุกแห่งที่มีการพัฒนาคุณภาพ กล่าว
ขอบคุณ ด้วยความเชื่อมั่นและศรัทธา

“พายุฟ้าครืนข่มคุกคาม
เดือนลับยามแผ่นดินมืดมน
ดาวศรัทธายังส่องแสงเบื้องบน
ปลุกหัวใจ ปลุกคนอยู่มิวาย”



แผนภูมิภาพ ความคิดที่ตักตวงการพัฒนาคุณภาพที่ยั่งยืน

รายชื่อทีมงาน Quality care และการจัดทำ VCD Clip Beauty in Diversity
ในงาน 12th HA National forum 15-18 มีนาคม 2554

มังกร ประพันธ์วัฒน์ พิชญสิทธิ์ อุดมสุขทรัพย์ ปัทมวรรณ โกสุมา พิจิตรา หงษ์ประสิทธิ์ ทรงศักดิ์ ทองสนิท สาลินี ชัยวีระไทย
วรุฒิ เกรียงไกร ศรีณย์ มงคลพร กาลัญญู เปี่ยมลาภโชติกุล และกลุ่ม REPE