



หลักสูตรและ เกณฑ์การฝึกอบรม

ประกาศนียบัตรประกอบวิชาชีพเวชกรรม
ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการบริหารแบบประคับประคอง
พุทธศักราช ๒๕๖๑

ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย



หลักสูตรและเกณฑ์การฝึกอบรม

เพื่อประกาศนียบัตรวิชาชีพเวชกรรมด้าน

เวชศาสตร์ครอบครัวการบริหารแบบประคับประคอง

พ.ศ. ๒๕๖๑

โดย

ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

คำนำ

เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นสาขาเฉพาะทางการแพทย์สาขาหนึ่ง ที่มีการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านตั้งแต่ พ.ศ.๒๕๔๒ มีแพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวจำนวนหนึ่ง ที่ออกไปในชุมชนให้การดูแลประชาชนทุกกลุ่มวัย ตั้งแต่ระยะก่อนครรภ์มารดาสู่ระยะก่อนเชิงตะกอนซึ่งเป็นระยะสุดท้ายของชีวิต ประชาชนในทุกช่วงวัยมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ หากแต่พบว่าการดูแลประชาชนในชุมชนที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตยังขาดแพทย์ที่มีความรู้ความสามารถในด้านการดูแลแบบประคับประคองเพื่อคุณภาพชีวิต

ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล จึงได้จัดทำหลักสูตรการฝึกอบรมเพื่อประกาศนียบัตรวิชาชีพเวชกรรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการบริหารแบบประคับประคองขึ้น โดยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย วาระ พ.ศ.๒๕๕๘-๒๕๖๐ สมาชิกวิทยาลัยฯ และแพทยสภา แต่เนื่องจากการดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลที่ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญจากหลายสาขาวิชาชีพ และยังไม่เคยมีการฝึกอบรมสาขานี้มาก่อน ประกอบกับแพทยสภาได้ออกข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยเกณฑ์การออกประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.๒๕๖๐ ในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ ๑ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๐ เล่ม ๑๓๔ ตอนพิเศษ ๒๑๖ ง

ดังนั้นแพทยสภาจึงเสนอให้ราชวิทยาลัยฯ เปิดการฝึกอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการบริหารแบบประคับประคอง (palliative care in family medicine) โดยแพทยสภาจะร่วมกับราชวิทยาลัยในการออกประกาศนียบัตรให้แก่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ได้ผ่านการฝึกอบรมและสอบ และมีประสบการณ์หรือผลการปฏิบัติงานตามที่กำหนดไว้ในเกณฑ์หลักสูตร โดยมีระยะเวลาการฝึกอบรมและเก็บสะสมประสบการณ์ หรือผลการปฏิบัติงานรวมกันไม่น้อยกว่าหนึ่งปี

ในการดำเนินการเพื่อจัดทำหลักสูตรฯ ทางราชวิทยาลัยฯ ได้แต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อจัดทำหลักสูตรการฝึกอบรมฯ โดยการมีส่วนร่วมและความร่วมมือจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคองจากหลากหลายสาขาและสถาบันเป็นอย่างดี ทางราชวิทยาลัยฯ ต้องขอขอบพระคุณคณะกรรมการทุกท่าน ที่ได้ให้ความเห็นที่เป็นประโยชน์และร่วมกันพัฒนาเพื่อให้เกิดหลักสูตรการอบรมฯ มา ณ โอกาสนี้

รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงสมจิต พุกกะษิรตานนท์
ประธานราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

๒๙ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	๑
รายนามคณะอนุกรรมการเพื่อจัดทำหลักสูตรการฝึกอบรมประกาศนียบัตร	๔
วิชาชีพเวชกรรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการบริบาลแบบประคับประคอง	
รายนามคณะกรรมการผู้บริหารราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย	๖
วาระ ๒๕๕๘-๒๕๖๐	
บทนำ	๗
หลักสูตรและเกณฑ์การฝึกอบรมเพื่อประกาศนียบัตร	๙
วิชาชีพเวชกรรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการบริบาลแบบประคับประคอง	
ชื่อหลักสูตร	๙
ชื่อประกาศนียบัตร	๙
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	๙
พันธกิจของหลักสูตร	๙
ผลลัพธ์ของการฝึกอบรม/หลักสูตร	๑๐
แผนการฝึกอบรม/หลักสูตร	๑๑
วิธีการฝึกอบรม	๑๑
เนื้อหาของการฝึกอบรม/หลักสูตร	๑๗
จำนวนปีของการฝึกอบรม	๑๗
การบริหารการจัดการฝึกอบรม	๑๗
สถานะการปฏิบัติงาน	๑๗
การวัดและประเมินผล	๑๘
การรับและคัดเลือกผู้เข้ารับการฝึกอบรม	๒๐
คุณสมบัติของผู้เข้ารับการฝึกอบรม	๒๐
จำนวนผู้เข้ารับการฝึกอบรม	๒๐
อาจารย์ผู้ให้การฝึกอบรม	๒๑

หน้า

คุณสมบัติของประธานการฝึกอบรม	๒๑
คุณสมบัติและจำนวนของอาจารย์ผู้ให้การฝึกอบรม	๒๑
คุณสมบัติและสถานภาพของสถาบันฝึกอบรม	๒๒
คุณสมบัติทั่วไปของสถาบันฯ	๒๒
สถานภาพของสถาบันฝึกอบรม	๒๓
การขออนุมัติเป็นสถาบันฝึกอบรม	๒๔
ทรัพยากรทางการศึกษา	๒๔
การประเมินแผนการฝึกอบรม/หลักสูตร	๒๕
การทบทวน/พัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรม	๒๖
ธรรมาภิบาลและการบริหารจัดการ	๒๖
การประกันคุณภาพการฝึกอบรม	๒๗
การติดตามกำกับดูแลสถาบันฝึกอบรม	๒๗
อายุของประกาศนียบัตรวิชาชีพเวชกรรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการบริหาร	๒๘
แบบประคับประคองและหลักเกณฑ์ในการต่ออายุประกาศนียบัตรฯ	
ภาคผนวก ๑ เนื้อหาสังเขปของการฝึกอบรม	๒๙
ภาคผนวก ๒ หัตถการและ/หรือการปฏิบัติการ	๔๐
ภาคผนวก ๓ ความรู้ด้านกฎหมายและจริยธรรม และทักษะเชิงบูรณาการ	๔๑
ภาคผนวก ๔ ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยหลักเกณฑ์การออกประกาศนียบัตร ในวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.๒๕๖๐	๔๓
ภาคผนวก ๕ บทเฉพาะกาลเรื่องการพิจารณาให้ประกาศนียบัตรแก่แพทย์ที่มีคุณวุฒิหรือมี ประสบการณ์ในการทำงานด้านการบริหารผู้ป่วยแบบประคับประคอง	๔๕

รายนามคณะอนุกรรมการเพื่อจัดทำหลักสูตรการฝึกอบรม

ประกาศนียบัตรวิชาชีพเวชกรรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการพยาบาลแบบระดับประกาศนียบัตร

ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการฯ

- | | |
|-------------------------------------|---------------|
| ๑. ศาสตราจารย์แสง | บุญเฉลิมวิภาส |
| ๒. ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์พรเลิศ | ฉัตรแก้ว |
| ๓. นายแพทย์อุกฤษฏ์ | มิลินทางกูร |

คณะอนุกรรมการฯ

- | | | |
|-------------------------------------|----------------|------------------|
| ๑. รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงสมจิต | พฤกษ์รัตนานนท์ | ประธานอนุกรรมการ |
| ๒. รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงศรีเวียง | ไพโรจน์กุล | อนุกรรมการ |
| ๓. ศาสตราจารย์นายแพทย์อิศรางค์ | นุชประยูร | อนุกรรมการ |
| ๔. รองศาสตราจารย์นายแพทย์เต็มศักดิ์ | พึงรัศมี | อนุกรรมการ |
| ๕. นายแพทย์สกล | สิงหะ | อนุกรรมการ |
| ๖. รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงบุษยามาส | ชีวกุลยง | อนุกรรมการ |
| ๗. รองศาสตราจารย์นายแพทย์พีระศักดิ์ | เลิศระกานนท์ | อนุกรรมการ |
| ๘. ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์กฤษณะ | สุวรรณภูมิ | อนุกรรมการ |
| ๙. ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงปัทมา | โกมุทบุตร | อนุกรรมการ |
| ๑๐. แพทย์หญิงประถมาภรณ์ | จันทร์ทอง | อนุกรรมการ |
| ๑๑. แพทย์หญิงมนตร์ดี | เจนทวีพรกุล | อนุกรรมการ |
| ๑๒. นายแพทย์ภรเอก | มนัสวานิช | อนุกรรมการ |
| ๑๓. แพทย์หญิงปิยพร | ทิสยากร | อนุกรรมการ |
| ๑๔. นายแพทย์ศุภการ | เดชส์อนันต์ | อนุกรรมการ |
| ๑๕. นายแพทย์ปเนต | ผู้กฤตยาคามี | อนุกรรมการ |
| ๑๖. นายแพทย์พิชัย | จันทร์ศรีวงศ์ | อนุกรรมการ |
| ๑๗. แพทย์หญิงพรเพ็ญ | อัศวราชกูร | อนุกรรมการ |
| ๑๘. นายแพทย์โรจนศักดิ์ | ทองคำเจริญ | อนุกรรมการ |
| ๑๙. นายแพทย์ปกรณ์ | ทองวิไล | อนุกรรมการ |
| ๒๐. แพทย์หญิงมยุรี | พิทักษ์ศิลป์ | อนุกรรมการ |

๒๑. นายแพทย์อากาศ

พัฒนเรืองไล

อนุกรรมการ

๒๒. ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์กิติพล

นาควิโรจน์

อนุกรรมการและเลขานุการ

รายนามคณะกรรมการผู้บริหารราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

วาระ ๒๕๕๘-๒๕๖๐

ที่ปรึกษา

- | | |
|-------------------|-----------|
| ๑. นายแพทย์ขจิต | ชูปัญญา |
| ๒. นายแพทย์วินิต | รอดอนันต์ |
| ๓. นายแพทย์อติเรก | จีวะพงศ์ |

กรรมการ

- | | | |
|---|----------------|-----------------------|
| ๑. รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงสมจิต | พฤกษ์รัตนานนท์ | ประธาน |
| ๒. พลตรีผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์กัญญาพล | วัฒนกุล | รองประธาน |
| ๓. ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์เกษม | อุตวิชัย | รองประธาน/กรรมการกลาง |
| ๔. รองศาสตราจารย์นายแพทย์พิทยา | จรรพูนผล | เลขาธิการ |
| ๕. แพทย์หญิงวัสสนา | ศรีวิชัย | รองเลขาธิการ |
| ๖. แพทย์หญิงชลลดา | บุษยรัตน์ | เหรัญญิก |
| ๗. นาวาอากาศเอกนายแพทย์ชัยณรงค์ | ธีราทร | วิชาการและวารสาร |
| ๘. แพทย์หญิงสายรัตน์ | นกน้อย | ประชาสัมพันธ์ |
| ๙. ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์กฤษณะ | สุวรรณภูมิ | ปฏิคม |
| ๑๐. รองศาสตราจารย์นายแพทย์โยธิน | เบญจวัง | นายทะเบียน |
| ๑๑. นาวาอากาศเอก(พิเศษ)นายแพทย์ไกรสร | วรดิถี | กรรมการกลาง |
| ๑๒. ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์กอปรชุขณ์ | ตย์คานนท์ | กรรมการกลาง |
| ๑๓. แพทย์หญิงวิศิรี | วายุรกุล | กรรมการกลาง |
| ๑๔. นายแพทย์สุนทร | สุนทรชาติ | กรรมการกลาง |
| ๑๕. แพทย์หญิงอรรณ | ตะเวทิพงศ์ | กรรมการกลาง |

บทนำ

ปัจจุบันมีจำนวนผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นทุกปี ผู้ป่วยกลุ่มนี้บางรายอาจจะป่วยอยู่ในระยะที่ยังพอรักษาได้ ในขณะที่เดียวกันอีกกลุ่มหนึ่งอาจจะป่วยหนักจนกระทั่งความรู้ทางการแพทย์ในปัจจุบันก็ยังไม่สามารถรักษาให้หายขาด หลายคนมองว่าเป็น “ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้าย” หรือรู้สึกว่าจะไม่มีวิธีการรักษาใดๆ เพิ่มเติมที่จะให้แก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ ทั้งที่จริงแล้ว มีอีกหลายๆ อย่างที่บุคลากรทางการแพทย์สามารถทำได้ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญหน้ากับความตายและใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่าจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิต (Palliative care) ทางองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้นิยามว่า หมายถึงการดูแลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต ผู้ป่วยที่เป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดและมีแนวโน้มทรุดลงหรือเสียชีวิตจากโรคในอนาคตอันใกล้ หรือป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต โดยการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น เน้นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมมิติกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณของทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล โดยอยู่บนเป้าหมายหลักคือการเพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว อันที่จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ตลอดจนการดูแลครอบครัวและญาติภายหลังการจากไปของผู้ป่วย

ที่ผ่านมา มีหลายองค์กรของประเทศได้ให้การสนับสนุนในเชิงนโยบายเพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มนี้ เช่น สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ.๒๕๕๗-๒๕๕๙ ซึ่งหนึ่งในยุทธศาสตร์หลัก คือ การพัฒนาศักยภาพและกำลังคน ด้วยการเพิ่มจำนวนบุคลากรสาธารณสุขและเครือข่ายที่ผ่านการศึกษาและฝึกอบรม โดยมีการขับเคลื่อนให้มีศูนย์ฝึกอบรมที่เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในทุกภาคของประเทศ ทางกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๔ โดยให้ความสำคัญกับการพัฒนาจัดระบบบริการการดูแลแบบประคับประคองที่มีคุณภาพและมาตรฐาน หากแต่ประเทศไทย ยังมีความท้าทายเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนระบบบริการให้เป็นไปตามแผนยุทธศาสตร์ที่วางไว้ โดยเฉพาะวิชาชีพแพทย์เอง ยังคงขาดความรู้ เจตคติ และทักษะที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มนี้ เช่น การประเมินผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม การบำบัดอาการปวดและอาการอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างเพียงพอเหมาะสม การสื่อสารข้อมูลที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วย ครอบครัว และหรือผู้ดูแลได้ทราบ เพื่อช่วยให้เกิดการตัดสินใจและวางแผนการดูแลร่วมกัน การประสานทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ เป็นต้น นอกจากนี้

ทัศนคติของแพทย์บางส่วน ยังมองการดูแลเฉพาะโรคแยกส่วนออกจากการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งขัดกับหลักการสำคัญขององค์การอนามัยโลกที่แนะนำให้เป็นการดูแลควบคู่กันไป

“เวชศาสตร์ครอบครัว” เป็นศาสตร์สาขาเฉพาะทาง ซึ่งผสมผสานความรู้ในหลายสาขาวิชาการ เช่น ทักษะทางการแพทย์ วิทยาศาสตร์ ระบาดวิทยา จิตวิทยา มนุษยศาสตร์ และสังคมศาสตร์ เป็นต้น มาใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวให้มีประสิทธิภาพ เพื่อทำความเข้าใจถึงรูปแบบและปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลเกี่ยวข้องกับสุขภาพ การเจ็บป่วย และการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย บุคคลในครอบครัว และชุมชน ตลอดจนเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและครอบครัว ครอบครัวและสิ่งแวดล้อม รวมถึงพฤติกรรมกรดำเนินชีวิตของกลุ่มคนที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน มีหลักการสำคัญ คือ การดูแลสุขภาพที่ครบวงจร โดยให้การดูแลแต่แรก ทุกเรื่อง ทุกโรค และทุกวัย ตั้งแต่เกิดจนกระทั่งเสียชีวิต เน้นการดูแลแบบองค์รวม เป็นการดูแล “คน” ไม่ใช่ดูแล “โรค” มองผู้ป่วยทุกมิติทุกด้านที่มีผลกระทบต่ออาการเจ็บป่วยทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณี เศรษฐกิจสังคม สิ่งแวดล้อม บุคคล ครอบครัว และชุมชน การดูแลมีความต่อเนื่อง ผสมผสาน เชื่อมโยงกับสถานบริการแต่ละระดับ และมีความหลากหลายของการให้บริการเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทที่แตกต่างกัน จึงเห็นได้ว่าองค์ความรู้และทักษะด้านเวชศาสตร์ครอบครัว มีหลักการพื้นฐานสำคัญที่เหมาะสมต่อการนำมาต่อยอดเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นผู้ป่วยอีกกลุ่มที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวต้องให้การดูแล

ในปัจจุบัน ประเทศไทยยังไม่มีหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางด้านการบริหารผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ชัดเจน และรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ หมวดการปฏิรูปประเทศ มาตรา ๒๕๘ ข (ด้านอื่น ๆ) มีการระบุในข้อ ๕ ว่า “ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วน ที่เหมาะสม” จึงเป็นโอกาสในการยกระดับคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองในชุมชน โดยการจัดฝึกอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและแพทย์สาขาอื่นที่สนใจ ให้มีความรู้และทักษะที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งจะทำให้สามารถพัฒนาการบริการผู้ป่วยระยะประคับประคองของประเทศไทยให้มีมาตรฐาน ครอบคลุม และมีประสิทธิภาพในอนาคต

เกณฑ์หลักสูตรการฝึกอบรมเพื่อประกาศนียบัตรวิชาชีพเวชกรรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัว

การบริหารแบบประคับประคอง พ.ศ. ๒๕๖๑

๑. ชื่อหลักสูตร

(ภาษาไทย) หลักสูตรเพื่อประกาศนียบัตรวิชาชีพเวชกรรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการบริหารแบบประคับประคอง

(ภาษาอังกฤษ) Training Curriculum for Certificate of Medical Proficiency in Palliative Care in Family Medicine

๒. ชื่อประกาศนียบัตร

ชื่อเต็ม

(ภาษาไทย) ประกาศนียบัตรวิชาชีพเวชกรรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการบริหารแบบประคับประคอง

(ภาษาอังกฤษ) Certificate of Medical Proficiency in Palliative Care in Family Medicine

ชื่อย่อ

(ภาษาไทย) ป. เวชศาสตร์ครอบครัวการบริหารแบบประคับประคอง

(ภาษาอังกฤษ) Cert. in Palliative Care in Family Medicine

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

๔. พันธกิจของหลักสูตร

เพื่อผลิตแพทย์ที่มีความรู้ความชำนาญที่สามารถดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่มีความซับซ้อน ให้คำปรึกษาแก่แพทย์ทั่วไปหรือแพทย์สาขาอื่นในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง เป็นผู้นำในการประสานเครือข่ายการดูแลระหว่างโรงพยาบาล บ้าน และชุมชนเพื่อบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่มาใช้ให้เกิด

ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย พัฒนาทีมสุขภาพและอาสาสมัครให้มีความรู้และทักษะที่จำเป็นต่อการดูแล และปฏิบัติงานสอดคล้องกับความต้องการด้านสาธารณสุขของประเทศไทย

๕. ผลลัพธ์ของการฝึกอบรม/หลักสูตร

เมื่อสิ้นสุดการฝึกอบรม แพทย์ที่เข้าอบรมต้องมีคุณสมบัติและความรู้ความสามารถตามสมรรถนะด้านต่างๆดังต่อไปนี้

ด้านความรู้

- อธิบายความรู้ด้านวิทยาศาสตร์พื้นฐาน สรีรวิทยา พยาธิวิทยา และเภสัชวิทยาคลินิก ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง
- บอกนิยามและหลักการที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
- บอกข้อบ่งชี้ในการให้การดูแลรักษาหรือจัดการอาการต่างๆที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะประคับประคอง ทั้งการดูแลที่เป็นการใช้ยา เครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ การแพทย์ทางเลือกและแบบผสมผสาน และวิธีการดูแลอื่นๆที่จำเป็น โดยอ้างอิงจากเวชปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based medicine)
- อธิบายความรู้ทางด้านกฎหมายและหลักการทางจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
- บอกหลักการที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อผู้ป่วยใกล้จะเสียชีวิต (Impending death and peri-death management)
- บอกรูปแบบของการจัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เหมาะสมในแต่ละบริบท เช่น ในโรงพยาบาล ที่บ้าน (Home ward) สถานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Hospice) การดูแลด้วยเครือข่ายภายในชุมชน รวมทั้งวิธีการส่งต่อระหว่างระบบบริการและการจัดการทรัพยากรสุขภาพที่มีอยู่เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย

ด้านทักษะ

- ประเมินสุขภาพของผู้ป่วยระยะประคับประคองและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม ทั้งในด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ตลอดจนสามารถวินิจฉัยโรคหรือสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพที่พบในผู้ป่วยระยะประคับประคอง
- ดูแลปัญหาสุขภาพที่พบในผู้ป่วยระยะประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดตามบริบทของผู้ป่วยที่แตกต่างกัน จนกระทั่งเสียชีวิต โดยเป็นการบูรณาการทั้งการดูแลที่เป็นการใช้ยา เครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ การแพทย์แบบผสมผสาน และวิธีการดูแลอื่นๆที่จำเป็น รวมทั้งให้การป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่สำคัญ

- สื่อสารกับผู้ป่วยระยะประคับประคองและครอบครัวได้เป็นอย่างดี เพื่อให้เข้าใจความต้องการด้านสุขภาพ เป้าหมาย และความคาดหวังในการดูแลของผู้ป่วยหรือครอบครัว ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลรักษาของตนเอง รวมทั้งเพื่อวางแผนการดูแลทั้งในระยะสั้นและระยะยาวต่อเนื่องจนผู้ป่วยเสียชีวิต
 - สื่อสาร ประสานการทำงาน และวางแผนการดูแลร่วมกับสมาชิกของทีมสหวิชาชีพอื่น เพื่อให้การดูแลครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัว โดยคำนึงถึงความแตกต่างด้านสุขภาพ ความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรม และบริบททางสังคมที่ต่างกันของผู้ป่วยแต่ละราย
 - ประยุกต์ใช้ระบบบริการสุขภาพและทรัพยากรที่มีในชุมชน เช่น อาสาสมัคร องค์กรท้องถิ่น ผู้นำทางศาสนา หรือจิตวิญญาณ ฯลฯ เข้ามามีส่วนร่วมหรือสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเหมาะสม และสามารถปรับเปลี่ยนการดูแลรักษาผู้ป่วยให้เข้ากับบริบทของการบริการสาธารณสุขได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ
 - สนับสนุนการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแล หรือครอบครัวที่บ้านหรือในชุมชนได้อย่างเหมาะสม
 - ให้ความรู้แก่ทีมสหวิชาชีพและประชาชนทั่วไปในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง
 - ประเมิน ติดตาม และดูแลสมาชิกครอบครัวหรือผู้ดูแลที่มีภาวะเศร้าโศก รวมทั้งสามารถทำงานประสานกับจิตแพทย์หรือวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อเฝ้าระวัง ติดตามดูแลครอบครัวหรือผู้ดูแลที่มีภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติได้อย่างเหมาะสม
 - ประยุกต์ใช้ความรู้และหลักการที่สำคัญทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อเป็นรากฐานในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว
 - ใช้สารสนเทศเพื่อการแพทย์อย่างเหมาะสม
- ด้านเจตคติ**
- มีคุณธรรม จริยธรรม และเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วย ครอบครัวของผู้ป่วย ชุมชน และผู้ร่วมงานสหวิชาชีพ โดยคำนึงถึงหลักจริยธรรมแห่งวิชาชีพและกฎหมาย
 - มีนิสัยใฝ่เรียนรู้ ค้นคว้า เพื่อพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง

๖. แผนการฝึกอบรม/หลักสูตร

๖.๑ วิธีการฝึกอบรม

๖.๑.๑ ขอบเขตของการฝึกอบรม

สถาบันฝึกอบรมมีหน้าที่จัดเตรียมความพร้อมให้แพทย์ที่เข้าอบรมได้รับการหล่อหลอมให้มีคุณสมบัติและความรู้ความสามารถตามสมรรถนะที่ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวฯ กำหนด รวมถึงมีประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะประคับประคองและครอบครัวให้ครอบคลุมในบริบทที่แตกต่างกัน

๖.๑.๒ ระยะเวลาของการฝึกอบรม

การฝึกอบรมมีระยะเวลาทั้งสิ้น ๑ ปี โดยอนุญาตให้ลาพักก่อนได้ไม่เกิน ๑๐ วันทำการตลอดการศึกษาอบรม แพทย์ที่เข้าอบรมต้องได้รับการฝึกอบรมทั้งสิ้นไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐ ของระยะเวลาการอบรมทั้งหมด และเวลาของการฝึกอบรมในแต่ละส่วนย่อยของหลักสูตรต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ จึงจะมีสิทธิได้รับการประเมินเพื่อประกาศนียบัตร ในกรณีลาเกินกว่ากำหนด ต้องขยายเวลาฝึกอบรมให้ครบตามเกณฑ์ มิฉะนั้นจะมีสิทธิได้รับการประเมินเพื่อประกาศนียบัตร

สถาบันฝึกอบรมที่หน้าที่จัดเตรียมให้แพทย์ที่เข้าอบรมได้รับประสบการณ์การเรียนรู้ที่เหมาะสมตามสมรรถนะที่ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวฯ กำหนด

๖.๑.๓ การจัดการฝึกอบรม

๖.๑.๓.๑ แนวทางการฝึกอบรม เป้าหมาย และวัตถุประสงค์

สถาบันฝึกอบรมจะต้องมีแนวทางหรือคู่มือการฝึกอบรมที่สอดคล้องกับหลักสูตรของราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวฯ โดยในแต่ละส่วนย่อยของหลักสูตรจะต้องมีการกำหนดวัตถุประสงค์ การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ และวิธีการประเมินให้ชัดเจน สถาบันฝึกอบรมควรกำหนดสัดส่วนของการเรียนรู้จากการปฏิบัติงานและการเรียนรู้ในห้องเรียนให้เหมาะสม โดยสอดแทรกความรู้ทางด้านเจตคติ และเปิดโอกาสให้มีการเรียนรู้ด้วยตนเองไปตลอดหลักสูตร

เพื่อให้แพทย์ที่เข้าอบรมได้รับประสบการณ์ด้านการดูแลแบบประคับประคองอย่างพอเพียง สถาบันฝึกอบรมควรจัดให้แพทย์ได้มีเวลาฝึกปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองรวมกันตลอดหลักสูตรไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ของเวลาการฝึกอบรมทั้งหมด ซึ่งงานเวชปฏิบัตินี้ต้องประกอบไปด้วย

- การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองในลักษณะผู้ป่วยนอก เช่น คลินิก Palliative care เป็นต้น

- การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองในลักษณะผู้ป่วยใน เช่น การดูแลร่วมกันกับแพทย์เจ้าของไข้ การรับปรึกษาปัญหาเฉพาะ และการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อดูแลที่บ้านหรือในชุมชน
- การเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองภายในชุมชน
- การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่อยู่ในหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองเฉพาะ (Palliative care unit/bed) หรือสถานดูแลอื่นๆ เช่น Nursing home, Hospice เป็นต้น

๖.๑.๓.๒ การเรียนรู้จากการปฏิบัติงาน

การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองในลักษณะผู้ป่วยนอก

สถาบันฝึกอบรมควรจัดให้แพทย์ที่เข้าอบรมมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองในลักษณะผู้ป่วยนอกอย่างน้อย ๘๐ ชั่วโมงตลอดระยะเวลาของการอบรม ภายใต้การกำกับดูแลของอาจารย์ผู้ให้การฝึกอบรม และให้มีรูปแบบการทำงานร่วมกันเป็นทีมสหวิชาชีพในคลินิกผู้ป่วยนอก โดยมีเป้าหมายให้แพทย์ที่เข้ารับการอบรมมีความรู้และเกิดทักษะในเรื่องต่อไปนี้

- ประเมินสุขภาพของผู้ป่วยระยะประคับประคองและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม ทั้งในด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ตลอดจนสามารถวินิจฉัยโรคหรือสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพที่พบในผู้ป่วยระยะประคับประคองได้
- ให้การดูแลปัญหาสุขภาพที่พบในผู้ป่วยระยะประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด โดยคำนึงถึงบริบทของผู้ป่วยที่แตกต่างกัน เป็นการบูรณาการทั้งการดูแลที่เป็นการใช้ยา เครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ การแพทย์แบบผสมผสาน และวิธีการดูแลอื่นๆที่จำเป็นโดยอ้างอิงจากเวชปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based medicine) รวมทั้งให้การป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่สำคัญ
- สื่อสารกับผู้ป่วยระยะประคับประคองและครอบครัวได้เป็นอย่างดี เพื่อให้เข้าใจความต้องการด้านสุขภาพ เป้าหมาย และความคาดหวังในการดูแลของผู้ป่วยหรือครอบครัว ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลรักษาของตนเอง รวมทั้งเพื่อวางแผนการดูแลทั้งในระยะสั้นและระยะยาวต่อเนื่อง
- ทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ
- บันทึกเวชระเบียนอย่างถูกต้อง ทันเวลา ตามหลักทางการแพทย์และกฎหมาย

การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองในลักษณะผู้ป่วยใน

สถาบันฝึกอบรมควรจัดให้แพทย์ที่เข้าอบรมมีประสบการณ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยในไม่น้อยกว่า ๔ เดือน ตลอดระยะเวลาของการอบรม โดยมีเป้าหมายให้แพทย์สามารถประเมินสุขภาพของผู้ป่วยระยะประคับประคอง และครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม ตลอดจนสามารถวินิจฉัยโรคหรือสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพที่พบในผู้ป่วยระยะประคับประคองได้ สามารถให้การดูแลร่วมกันกับแพทย์เจ้าของไข้ ให้คำปรึกษาปัญหาเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง และการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อดูแลต่อที่บ้านหรือในชุมชน โดยการส่งเสริมให้แพทย์ที่เข้าอบรมได้มีโอกาสคิดด้วยตนเอง ในการวินิจฉัยโรคหรือสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพที่พบในผู้ป่วยระยะประคับประคอง สามารถตัดสินใจในการวางแผนการรักษาด้วยตนเองโดยคำนึงถึงความต้องการหรือบริบทของผู้ป่วยที่แตกต่างกัน และสามารถวางแผนในการจำหน่ายผู้ป่วยที่ตนเองดูแลอยู่ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ตลอดจนการส่งต่อ ภายใต้การกำกับดูแลของอาจารย์ผู้ให้การฝึกอบรม

การเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองภายในชุมชน

สถาบันฝึกอบรมควรจัดให้แพทย์ที่เข้าอบรมมีประสบการณ์ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยอย่างน้อย ๙๐ ชั่วโมง ตลอดระยะเวลาของการอบรม โดยมีการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการวางแผนการดูแลทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยสถาบันฝึกอบรมต้องจัดเตรียมอุปกรณ์จำเป็นสำหรับการเยี่ยมบ้าน ตลอดจนยานพาหนะในการออกเยี่ยมบ้าน มีแพทย์พี่เลี้ยงหรืออาจารย์ให้คำปรึกษา และจัดระบบการบันทึก การติดตามการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของแพทย์ที่เข้าอบรม

การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่อยู่ในหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองเฉพาะ (Palliative care unit/bed) หรือสถานดูแลอื่นๆ เช่น Nursing home, Hospice

สถาบันฝึกอบรมควรจัดให้แพทย์ที่เข้าอบรมมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่อยู่ในหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองเฉพาะ (Palliative care unit/bed) หรือสถานดูแลอื่นๆ เช่น Nursing home, Hospice เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า ๒ เดือนตลอดระยะเวลาของการอบรม โดยมีเป้าหมายให้แพทย์สามารถประเมินและให้การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยระยะประคับประคองและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวมในลักษณะที่เป็นแพทย์เจ้าของไข้ สามารถวินิจฉัยโรคหรือสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพที่พบในผู้ป่วยระยะประคับประคองได้ สามารถทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการวางแผนการดูแลทั้งในระยะสั้นและระยะยาว บอก

ข้อบ่งชี้ในการเลือกรับผู้ป่วยเข้าหรือจำหน่ายออกจากการดูแล และเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อดูแลต่อที่บ้านหรือในชุมชน ตลอดจนประสานงานและส่งต่อ ภายใต้การกำกับดูแลของอาจารย์ผู้ให้การฝึกอบรม

ประสบการณ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยในสาขาหลักที่มีความจำเป็นสำหรับการฝึกอบรมแพทย์เพื่อ

ประกาศนียบัตรวิชาชีพเวชกรรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการบริบาลแบบประคับประคอง

ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย กำหนดให้แพทย์ปฏิบัติงานเพื่อการสอบประกาศนียบัตรฯ หมุนเวียน (Rotation) ใน ๕ สาขา เป็นระยะเวลารวมไม่น้อยกว่า ๑๐ สัปดาห์ ดังนี้

- สาขาอายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา ๒ สัปดาห์
- สาขารังสีรักษา ๒ สัปดาห์
- สาขาจิตเวชศาสตร์ ๒ สัปดาห์
- สาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ๒ สัปดาห์
- สาขาการระงับปวด ๒ สัปดาห์

โดยระยะเวลาการฝึกอบรม ๑ สัปดาห์เทียบเท่ากับจำนวนการฝึกอบรม ๓๐ ชั่วโมง ในกรณีที่สถาบันฝึกอบรมไม่มีแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในสาขาใดสาขาหนึ่งข้างต้น อาจพิจารณาใช้สถาบันสมทบในการฝึกอบรมหรือให้แพทย์ที่เข้าอบรมปฏิบัติงานในสาขาอื่นที่สามารถจัดประสบการณ์การเรียนรู้สอดคล้องกับเนื้อหาและสมรรถนะที่พึงประสงค์ในสาขาหลักนั้น

การปฏิบัติงานเฉพาะทางที่จัดให้แพทย์ที่เข้าอบรม ควรมีจำนวนและประเภทของผู้ป่วยที่เหมาะสมควรจัดให้แพทย์ที่เข้าอบรมได้มีโอกาสดูแลผู้ป่วยนอกของสาขานั้น ๆ ในฐานะผู้รับผิดชอบเบื้องต้น และผู้ป่วยในตามความเหมาะสม

วิชาเลือกอิสระ (Elective)

วิชาเลือกอิสระมีระยะเวลา ๒ เดือน ราชวิทยาลัยฯ กำหนดให้แพทย์ที่เข้าอบรมมีโอกาสเลือกปฏิบัติงานในเรื่องที่สนใจ ภายใต้ดุลพินิจของสถาบันฝึกอบรมหลัก

๖.๑.๓.๓ การเรียนรู้ในห้องเรียน

สถาบันฝึกอบรมต้องจัดกิจกรรมให้แพทย์ที่เข้าอบรมมีการเรียนรู้ในห้องเรียนควบคู่ไปกับการเรียนรู้จากการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ และเพียงพอที่จะบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยราชวิทยาลัยฯ กำหนดให้มีการจัดกิจกรรมวิชาการมีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับ การดูแลผู้ป่วยระยะระดับประคองอย่างน้อยครั้งวันต่อสัปดาห์ กิจกรรมวิชาการที่ควรจัดมีดังต่อไปนี้

- การประชุมเพื่ออภิปรายปัญหาผู้ป่วย (Case discussion/conference/Morning report)
- การประชุมวารสารสโมสร (Journal club)
- การบรรยายพิเศษ
- การประชุมวิชาการ

๖.๑.๓.๔ การฝึกฝนหัตถการ

สถาบันฝึกอบรมมีหน้าที่สอนและแนะนำแพทย์ที่เข้าอบรมให้เกิดทักษะในการทำหัตถการที่จำเป็น โดยมีการติดตามอย่างสม่ำเสมอ

๖.๑.๓.๕ การเรียนรู้แบบอื่น

สถาบันฝึกอบรมควรจัดให้แพทย์ที่เข้าอบรมมีความรู้และเกิดทักษะในหัวข้อต่อไปนี้

- การสื่อสารกับผู้ป่วยระยะระดับประคอง ผู้ดูแล และครอบครัว (รายละเอียดดังภาคผนวก ๑)
- จริยธรรมและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะระดับประคอง (รายละเอียดดังภาคผนวก ๓)
- การปฏิบัติต่อเพื่อนร่วมวิชาชีพและสังคมโดยส่วนรวม ได้แก่ การรายงานแพทย์ที่บกพร่องต่อหน้าที่ การประชุมทบทวนผลการรักษาเพื่อพิจารณาปรับปรุงวิธีการรักษาอย่างต่อเนื่อง ข้อขัดแย้งในเรื่องผลประโยชน์ที่อาจเกิดขึ้นจากการประกอบวิชาชีพเวชกรรม การใช้ทรัพยากรทางการแพทย์อย่างคุ้มค่า และ ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมในการทำงานทางการแพทย์
- การศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมด้วยตนเองและสามารถประยุกต์ใช้ความรู้ใหม่เพื่อพัฒนาความรู้ของตนเองให้ทันสมัย
- การให้ความรู้แก่ทีมสหวิชาชีพในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลทางการแพทย์ในผู้ป่วยระยะระดับประคอง
- การให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไปเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะระดับประคอง

- การจัดระบบบริการสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย การประเมินคุณภาพ การปรับปรุงคุณภาพ การป้องกันความเสี่ยง และความคุ้มค่าของการรักษาพยาบาล
- การดูแลตนเองและสมาชิกของทีมสหวิชาชีพที่อาจเกิดภาวะเหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วย (caregiver burnout)

๖.๒ เนื้อหาของการฝึกอบรม/หลักสูตร

๖.๒.๑ เนื้อหาสังเขปของการฝึกอบรม ประกอบด้วย ความรู้พื้นฐาน และโรคหรือภาวะของผู้ป่วย (ภาคผนวก ๑)

๖.๒.๒ ทัศนคติและ/หรือการปฏิบัติการ (ภาคผนวก ๒)

๖.๒.๓ ความรู้ด้านกฎหมายและจริยธรรม และทักษะเชิงบูรณาการ (ภาคผนวก ๓)

๖.๓ จำนวนปีของการฝึกอบรม

๑ ปี

๖.๔ การบริหารการจัดการฝึกอบรม

สถาบันฯ ต้องมีคณะกรรมการซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบและอำนาจในการจัดการ การประสานงาน การบริหาร และการประเมินผล สำหรับแต่ละขั้นตอนของการฝึกอบรม รวมถึงการให้ผู้นมีส่วนได้ส่วนเสียที่เหมาะสมมีส่วนร่วมในการวางแผนการฝึกอบรม ประธานแผนการฝึกอบรม/หลักสูตรต้องมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในสาขานั้นมาแล้วไม่น้อยกว่า ๕ ปี และได้รับการรับรองจากราชวิทยาลัยที่กำกับดูแล

๖.๕ สถานะการปฏิบัติงาน

สถาบันฯ ต้องจัดสถานะการปฏิบัติงานดังต่อไปนี้

- ให้ผู้เข้ารับการอบรมเข้าร่วมกิจกรรมวิชาการ (รวมถึงการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ) ที่เกี่ยวข้องกับการฝึกอบรม ระบุกฎเกณฑ์และประกาศให้ชัดเจนเรื่องเงื่อนไขงานบริการและความรับผิดชอบของผู้เข้ารับการฝึกอบรม
- มีการกำหนดการฝึกอบรมทดแทนในกรณีที่ผู้เข้ารับการอบรมมีการลาพัก เช่น การลาคลอดบุตร การเจ็บป่วย การเกณฑ์ทหาร การถูกเรียกฝึกกำลังสำรอง การศึกษาดูงานนอกแผนการฝึกอบรม/หลักสูตร เป็นต้น
- จัดมีค่าตอบแทนผู้เข้ารับการฝึกอบรมอย่างเหมาะสมกับตำแหน่งและงานที่ได้รับมอบหมาย

- ควรมีการระบุชั่วโมงการทำงานที่เหมาะสม

๖.๖ การวัดและประเมินผล

การวัดและประเมินผลแพทย์ที่เข้าอบรม ประกอบด้วย

๖.๖.๑ การวัดและประเมินผลระหว่างการฝึกอบรม

การประเมินระหว่างการฝึกอบรม

สถาบันฝึกอบรมจะต้องจัดให้มีการประเมินแพทย์ที่เข้าอบรมระหว่างการฝึกอบรม ครอบคลุมทั้งด้าน ความรู้ ทักษะ เจตคติ และกิจกรรมทางการแพทย์ ใน ๕ มิติดังนี้

มิติที่ ๑ การประเมินกิจกรรมสมรรถนะตามที่กำหนดไว้ในหลักสูตร (ภาคผนวก ๑-๓)

มิติที่ ๒ การรายงานผลการสอบจัดโดยสถาบัน (ผ่าน/ไม่ผ่าน)

มิติที่ ๓ การรายงานประสบการณ์เรียนรู้ผู้ป่วยจากการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

มิติที่ ๔ การร่วมกิจกรรมวิชาการมีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง

มิติที่ ๕ การประเมินสมรรถนะด้านจริยธรรมและเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแล ผู้ร่วมงานเพื่อนร่วมวิชาชีพ และการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ โดยอาจารย์และผู้ร่วมงาน

การบันทึกข้อมูลการประเมินแพทย์ที่เข้าอบรมทำโดย

- ผู้เข้ารับการศึกษา/สถาบันฝึกอบรม ทำการบันทึกข้อมูลในส่วนที่เกี่ยวข้องลงในสมุดบันทึกการปฏิบัติงาน/แฟ้มสะสมงานตามที่ราชวิทยาลัยฯ กำหนด
- สถาบันฝึกอบรมทำการบันทึกข้อมูลการประเมินแพทย์ที่เข้าอบรมในมิติที่ ๑-๕ ทั้งรายบุคคลและรายสถาบัน เพื่อรายงานผลมายังคณะกรรมการฝึกอบรมและสอบฯ ตามที่กำหนด

ผลการประเมินจะนำไปใช้เพื่อพิจารณาคุณสมบัติผู้เข้าสอบเพื่อประกาศนียบัตรฯ

สถาบันฯควรมีการประเมินระหว่างการฝึกอบรมโดยสม่ำเสมอและแจ้งผลให้แพทย์ที่เข้าอบรมรับทราบ จะช่วยให้เกิดการพัฒนสมรรถนะหลักด้านต่าง ๆ ของผู้เข้ารับการศึกษาได้สมบูรณ์ขึ้น

๖.๖.๒ การวัดและประเมินผลเพื่อประกาศนียบัตรฯ

ในการประเมินเพื่อประกาศนียบัตรวิชาชีพเวชกรรมด้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวการบริบาลแบบ ประคับประคอง ผู้สมัครต้องเป็นสมาชิกราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย หรือเป็นผู้ได้รับ หนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาที่ได้รับระบุไว้ในข้อ ๗.๑ และได้ผ่านการอบรม ประกาศนียบัตรวิชาชีพเวชกรรมด้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวการบริบาลแบบประคับประคองครบตามหลักสูตร ของแพทยสภา โดยมีรายละเอียดดังนี้

๖.๖.๒.๑ คุณสมบัติผู้มีสิทธิเข้าสอบ

- ผ่านการฝึกอบรมครบตามหลักสูตร ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ของระยะเวลาการฝึกอบรม และเวลาของการฝึกอบรมในแต่ละส่วนย่อยของหลักสูตรต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐
- สถาบันฝึกอบรมเห็นสมควรให้เข้าสอบ

๖.๖.๒.๒ เอกสารประกอบ

- เอกสารรับรองประสบการณ์ภาคปฏิบัติจากสถาบันฝึกอบรมตามที่กำหนด
- รายงานผู้ป่วยที่ตนเองรับผิดชอบฉบับสมบูรณ์จำนวน ๒ ฉบับ
- เอกสารรับรองการปฏิบัติงานตามสมุดบันทึกการปฏิบัติงาน/แฟ้มสะสมงาน

๖.๖.๒.๓ วิธีการประเมินประกอบไปด้วย

- การสอบข้อเขียน โดยการสอบปรนัย (Multiple Choice Question; MCQ) คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๖๐
- ประเมินภาคปฏิบัติ โดยการสอบ Objective Structured Clinical Examination (OSCE) คิดเป็น สัดส่วนร้อยละ ๔๐
- ผลการปฏิบัติงานจากสถาบันฝึกอบรม เช่น สมุดบันทึกการปฏิบัติงาน(logbook)/แฟ้มสะสมผลงาน (portfolio) รายงานผู้ป่วยที่ตนเองรับผิดชอบ โดยพิจารณาใช้เกณฑ์ ผ่าน/ไม่ผ่าน

เกณฑ์การพิจารณาตัดสินผลการประเมินใช้อิงเกณฑ์จากคะแนนรวมของการสอบข้อเขียน การสอบ ภาคปฏิบัติ และผลการปฏิบัติงานจากสถาบันฝึกอบรม โดยเกณฑ์ผ่านจะต้องประกอบไปด้วย ๒ ข้อดังต่อไปนี้

- ได้คะแนนรวมของการสอบข้อเขียนและการสอบภาคปฏิบัติอย่างน้อยร้อยละ ๖๐ และคะแนนการสอบ ในแต่ละส่วนย่อยต้องผ่านเกณฑ์อย่างน้อยร้อยละ ๕๐ หรือโดยอยู่ในดุลยพินิจของคณะกรรมการ ฝึกอบรมและสอบฯ

- ผลการปฏิบัติงานจากสถาบันฝึกอบรม เช่น สมุดบันทึกการปฏิบัติงาน/แฟ้มสะสมผลงาน และ รายงานผู้ป่วยที่ตนเองรับผิดชอบอยู่ในเกณฑ์ผ่าน

๗. การรับและคัดเลือกผู้เข้ารับการฝึกอบรม

๗.๑ คุณสมบัติของผู้เข้ารับการฝึกอบรม

แพทย์ที่เข้าอบรมจะต้องมีหลักฐานแสดงการได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม และวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากแพทยสภา ในสาขาใดสาขาหนึ่งดังต่อไปนี้

- สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว
- สาขาจิตเวชศาสตร์
- สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา
- สาขาอายุรศาสตร์และอนุสาขา
- สาขาวิสัญญีวิทยา
- สาขาสูตินรีเวชวิทยา
- สาขาศัลยศาสตร์
- สาขากุมารเวชศาสตร์
- สาขาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์
- สาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู
- สาขาอายุรศาสตร์โรคเลือด

สาขาทางคลินิกอื่นๆ ให้ยื่นเสนอต่อราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทยเพื่อขอพิจารณาเป็นกรณีไป

๗.๒ จำนวนผู้เข้ารับการฝึกอบรม

ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย กำหนดให้สถาบันฝึกอบรมรับผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้ในสัดส่วนที่กำหนดตามตารางต่อไปนี้

จำนวนผู้เข้ารับการอบรมชั้นปีละ	๑ คน	๒ คน	๓ คน	๔ คน
จำนวนอาจารย์ผู้ให้การฝึกอบรม	๑ คน	๒ คน	๓ คน	๔ คน
จำนวนผู้ป่วยระยะท้ายรายใหม่ที่ให้บริการต่อปี โดยนับรวมทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน	๒๐๐	๒๕๐	๓๐๐	๔๐๐

๘. อาจารย์ผู้ให้การฝึกอบรม

๘.๑ คุณสมบัติของประธานการฝึกอบรม

ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้รับประกาศนียบัตรวิชาชีพเวชกรรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการบริบาลแบบประคับประคอง และปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองอย่างน้อย ๕ ปีภายหลังจากได้รับประกาศนียบัตรฯ ยกเว้นในช่วง ๕ ปีแรกที่เริ่มเปิดการฝึกอบรม ให้ยกเว้นหลักเกณฑ์ด้านระยะเวลาปฏิบัติงาน

๘.๒ คุณสมบัติและจำนวนของอาจารย์ผู้ให้การฝึกอบรม

๘.๒.๑ คุณสมบัติของอาจารย์ผู้ให้การฝึกอบรม

ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้รับประกาศนียบัตรวิชาชีพเวชกรรมด้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวการบริบาลแบบประคับประคอง และมีประสบการณ์ปฏิบัติงานด้านการบริบาลแบบประคับประคองอย่างน้อย ๒ ปีภายหลังจากได้รับประกาศนียบัตรฯ ยกเว้นในช่วง ๕ ปีแรกที่เริ่มเปิดการฝึกอบรม ให้ยกเว้นหลักเกณฑ์ด้านระยะเวลาปฏิบัติงาน

๘.๒.๒ จำนวนอาจารย์ผู้ให้การฝึกอบรม

๘.๒.๑.๑ สถาบันการฝึกอบรมจะต้องมีอาจารย์ผู้ให้การฝึกอบรมเต็มเวลาอย่างน้อย ๒ คน หากมีจำนวนอาจารย์ผู้ให้การฝึกอบรมเต็มเวลาไม่พอ ต้องจัดให้มีอาจารย์แบบไม่เต็มเวลาได้ไม่มากกว่าร้อยละ ๕๐ ของจำนวนอาจารย์ทั้งหมด และภาระงานของอาจารย์แบบไม่เต็มเวลาเมื่อรวมกันหมดจะต้องไม่น้อยกว่าภาระงานของจำนวนอาจารย์ผู้ให้การฝึกอบรมแบบเต็มเวลาที่ขาดไป ในกรณีที่หลักสูตรการฝึกอบรมเป็นแบบที่มีสถาบันร่วมฝึกอบรม หรือมีสถาบันฝึกอบรมสมทบ ให้อนุโลมใช้หลักเกณฑ์ที่กำหนดดังกล่าวสำหรับการกำหนดจำนวนอาจารย์ในแต่ละสถาบันฝึกอบรม โดยทอนเป็นสัดส่วนตามเวลาที่สถาบันฝึกอบรมนั้นๆมีส่วนร่วมในการฝึกอบรม

ผู้ให้การฝึกอบรมแบบเต็มเวลา หมายถึง ข้าราชการ พนักงานมหาวิทยาลัย ลูกจ้างประจำรวมทั้งอาจารย์ที่เกษียณอายุราชการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล คณะแพทยศาสตร์หรือหน่วยงานที่ปฏิบัติเต็มเวลา และได้รับเงินเดือนในอัตราเต็มเวลา

ผู้ให้การฝึกอบรมแบบไม่เต็มเวลา ได้แก่ พนักงานมหาวิทยาลัยหรือลูกจ้างประเภทบางเวลาอย่างน้อยครึ่งเวลา และได้รับเงินเดือนตามสัดส่วนงาน ให้นับเวลาตามสัญญาจ้าง ผู้ที่ปฏิบัติงานอยู่ที่สถาบันอื่น แผนกอื่น หรืออาจารย์เกษียณอายุมาช่วยสอนบางเวลาให้คิดเวลาปฏิบัติงานเฉพาะที่มาปฏิบัติงานสำหรับการเรียนการสอนแพทย์หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพเวชกรรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการบริหารแบบประคับประคองรวมทั้งไม่นับเวลาที่สอนนักศึกษา/นิสิตแพทย์และแพทย์ในหลักสูตรอื่น

๘.๒.๑.๒ สถาบันการฝึกอบรมต้องกำหนดและดำเนินนโยบายการสรรหาและคัดเลือกอาจารย์ผู้ให้การฝึกอบรมให้สอดคล้องกับพันธกิจของแผนการฝึกอบรม/หลักสูตร ระบุคุณสมบัติของอาจารย์ผู้ให้การฝึกอบรมที่ชัดเจน โดยครอบคลุมความชำนาญที่ต้องการ ได้แก่ คุณสมบัติทางวิชาการ ความเป็นครู และความชำนาญทางคลินิก

๘.๒.๑.๓ สถาบันการฝึกอบรมต้องระบุหน้าที่ความรับผิดชอบ ภาระงานของอาจารย์ และสมดุลระหว่างงานด้านการศึกษา การวิจัย ของอาจารย์ต่อผู้เข้ารับการฝึกอบรมให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่แพทยสภากำหนดไว้ อาจารย์จะต้องมีเวลาเพียงพอสำหรับการให้การฝึกอบรม ให้คำปรึกษา และกำกับดูแล นอกจากนี้อาจารย์ยังต้องมีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องทั้งทางด้านการแพทย์และด้านแพทยศาสตรศึกษา

๘.๒.๑.๔ สถาบันการฝึกอบรมต้องจัดให้มีการพัฒนาอาจารย์อย่างเป็นระบบ และมีการประเมินอาจารย์เป็นระยะ

๘.๒.๑.๕ ในกรณีที่สัดส่วนของอาจารย์ต่อผู้เข้ารับการฝึกอบรมลดลงกว่าที่ได้รับอนุมัติไว้ สถาบันควรพิจารณาลดจำนวนแพทย์ที่เข้าอบรมลงตามความเหมาะสมเพื่อคงคุณภาพการฝึกอบรมไว้

๙. คุณสมบัติและสถานภาพของสถาบันฝึกอบรม

๙.๑ คุณสมบัติทั่วไปของสถาบันฯ

๙.๑.๑ สถาบันฝึกอบรมต้องผ่านการรับรองมาตรฐานการฝึกอบรมตามเกณฑ์ที่กำหนดขึ้นของราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย และระบบการฝึกอบรมต้องอยู่ในการดูแลและแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการยอมรับจากราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

๙.๑.๒ มีหน่วยงานเทียบเท่าภาควิชาในคณะแพทยศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์ สำนักวิชาแพทยศาสตร์ หรือแผนกในโรงพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการ โดยผู้บริหารของคณะแพทยศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์ หรือโรงพยาบาลที่รับผิดชอบดำเนินการต้องไม่มีผลประโยชน์ส่วนตัวที่อาจขัดขวางการบริหารงานและการพัฒนาการฝึกอบรมหลักสูตรฯ

๙.๑.๓ ประธานการฝึกอบรมและอาจารย์ผู้ให้การฝึกอบรมต้องมีคุณสมบัติตามที่กำหนดโดยราชวิทยาลัย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

๙.๑.๔ มีปณิธานและพันธกิจระบุไว้ชัดเจนว่ามุ่งผลิตแพทย์ที่มีความรู้ความสามารถและคุณสมบัติ สอดคล้องกับหลักสูตรฯ

๙.๑.๕ มีระบบบริหารงานที่ชัดเจนเพื่อสนับสนุนการจัดการฝึกอบรมให้บรรลุตามปณิธาน ได้แก่ การบริหารงาน ทั่วไป การบริหารการศึกษา เป็นต้น ระบบบริหารงานดังกล่าวให้ทำเป็นระเบียบของคณะแพทยศาสตร์ วิทยาลัย แพทยศาสตร์ สถาบันทางการแพทย์ หรือโรงพยาบาล และประกาศให้ผู้เกี่ยวข้องทราบทั่วกัน

๙.๑.๖ สถาบันฝึกอบรมต้องมีอาจารย์แพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีคุณสมบัติครบถ้วนอย่างน้อย ๒ คน ที่ได้รับการ ยอมรับจากราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ทำหน้าที่รับผิดชอบในสาขาที่ฝึกอบรม และในสาขาที่เกี่ยวข้อง และมีความมุ่งมั่นเต็มใจในการเป็นอาจารย์ประจำหลักสูตรฝึกอบรมผู้ให้การฝึกอบรม

๙.๑.๗ ก่อนเปิดดำเนินการฝึกอบรม คณะแพทยศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์ สำนักวิชาแพทยศาสตร์ สถาบันทางการแพทย์ หรือโรงพยาบาล จะต้องดำเนินการให้ราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวรับรอง หลักสูตรของสถาบันฝึกอบรมเพื่อให้ผู้สำเร็จการฝึกอบรมมีสิทธิ์เข้าสอบเพื่อประกาศนียบัตรฯ และจะต้องมีความ พร้อมในการจัดการฝึกอบรมและทรัพยากรต่างๆ โดยเฉพาะอาจารย์ สื่อการศึกษา และอุปกรณ์การฝึกอบรม ครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนด

๙.๒ สถานภาพของสถาบันฝึกอบรม

สถาบันฝึกอบรมอาจมีสถานภาพหลายอย่าง ตามบทบาทหน้าที่ในการฝึกอบรม ดังนี้

๙.๒.๑ สถาบันฝึกอบรมหลัก ได้แก่ สถาบันฝึกอบรมที่ดำเนินการจัดทำหลักสูตรการฝึกอบรมฯ และได้รับ อนุมัติจากราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวฯ ให้เปิดเป็นสถาบันฝึกอบรม โดยจัดให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรม ได้รับประสบการณ์จากสถาบันฝึกอบรมตลอดหลักสูตร หรือเป็นเวลาไม่ต่ำกว่าระยะเวลา ๒ ใน ๓ ของหลักสูตร

๙.๒.๒ สถาบันฝึกอบรมสมทบ ได้แก่ สถาบันฝึกอบรมที่ได้รับอนุมัติจากราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ ครอบครัวฯ ให้เป็นสถาบันฝึกอบรมสมทบกับสถาบันหลัก เพื่อจัดการฝึกอบรมแพทย์ที่เข้ารับการฝึกอบรมใน หลักสูตรฯ ในส่วนที่สถาบันหลักไม่สามารถจัดประสบการณ์ได้ โดยกิจกรรมดังกล่าวเมื่อรวมกันแล้วต้องมีระยะเวลา รวมกันไม่ต่ำกว่า ๓ เดือน และไม่เกิน ๑ ใน ๓ ของระยะเวลาของหลักสูตร

๙.๒.๓ สถาบันร่วมฝึกอบรม ได้แก่ สถาบันฝึกอบรมตั้งแต่ ๒ แห่งขึ้นไปเพื่อดำเนินการจัดทำหลักสูตรการฝึกอบรมฯและได้รับอนุมัติจากราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวฯให้เปิดเป็นสถาบันฝึกอบรมร่วมกัน โดยจัดให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้รับประสบการณ์จากทุกสถาบัน โดยแต่ละแห่งมีเวลาไม่ต่ำกว่า ๑ ใน ๓ ของระยะเวลาของหลักสูตร และในสถาบันสมทบต้องมีแพทย์ที่ได้รับประกาศนียบัตรวิชาชีพเวชกรรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัว การบริหารแบบประคับประคองอย่างน้อย ๑ คน

๙.๒.๔ สถาบันฝึกอบรมกิจกรรมเลือก ได้แก่ สถาบันฝึกอบรมที่ได้รับความเห็นชอบจากราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวฯ ให้เป็นสถาบันฝึกอบรมที่จัดประสบการณ์เพิ่มเติมให้กับผู้เข้ารับการฝึกอบรมที่สนใจได้ในลักษณะของกิจกรรมเลือก (Elective) โดยมีระยะเวลาไม่เกิน ๒ เดือน หลักสูตรอาจจัดให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้รับประสบการณ์เพิ่มเติมจากสถาบันฝึกอบรมกิจกรรมเลือกได้ โดยจะต้องมีระยะเวลาารวมกันตลอดหลักสูตรไม่เกินระยะเวลาที่ราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวฯ กำหนด

๙.๓ การขออนุมัติเป็นสถาบันฝึกอบรม

คณะแพทยศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์ สำนักวิชาแพทยศาสตร์ สถาบันทางการแพทย์ หรือโรงพยาบาลใดที่มีความประสงค์จะเปิดเป็นสถาบันฝึกอบรมในหลักสูตรฯ ถ้าเป็นการจัดการฝึกอบรมที่มีหรือไม่มีสถาบันฝึกอบรมสมทบ ให้สถาบันฝึกอบรมหลักเป็นผู้ดำเนินการจัดทำข้อมูล หากเป็นการจัดการฝึกอบรมในลักษณะที่มีสถาบันร่วมฝึกอบรม ให้ทุกสถาบันฝึกอบรมร่วมรับผิดชอบเป็นผู้ดำเนินการจัดทำข้อมูลตามเกณฑ์หลักสูตรการฝึกอบรม เพื่อส่งให้ราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ตรวจสอบรองการเปิดเป็นสถาบันฝึกอบรม และกำหนดศักยภาพของสถาบันฝึกอบรมหลักและสถาบันสมทบ(ถ้ามี) หรือสถาบันร่วมฝึกอบรมตามเกณฑ์หลักสูตรฯ แล้วเสนอให้แพทยสภาอนุมัติต่อไป

๑๐. ทรัพยากรทางการศึกษา

สถาบันฯ ต้องกำหนดและดำเนินนโยบายเกี่ยวกับทรัพยากรการศึกษาให้ครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้

๑๐.๑ สถานที่และโอกาสในการเรียนรู้ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ การเข้าถึงแหล่งข้อมูลทางวิชาการที่ทันสมัย สามารถใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารได้อย่างเพียงพอ มีอุปกรณ์สำหรับฝึกอบรมภาคปฏิบัติและมีสิ่งแวดล้อมทางการศึกษาที่ปลอดภัย

๑๐.๒ การคัดเลือกและรับรองการเป็นสถานที่สำหรับการฝึกอบรม จำนวนผู้ป่วยเพียงพอและชนิดของผู้ป่วยหลากหลายสอดคล้องกับผลลัพธ์ของการเรียนรู้ที่คาดหวัง ทั้งการดูแลผู้ป่วยนอก การดูแลผู้ป่วยใน การดูแลผู้ป่วยที่บ้านและชุมชน การเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกทางคลินิกและการเรียนภาคปฏิบัติที่พอเพียงสำหรับสนับสนุนการเรียนรู้

๑๐.๓ สื่ออิเล็กทรอนิกส์สำหรับการเรียนรู้ที่ผู้เข้ารับการฝึกอบรมสามารถเข้าถึงได้ มีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสารให้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรมอย่างมีประสิทธิภาพและถูกหลักจริยธรรม

๑๐.๔ การจัดประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเป็นทีมร่วมกับผู้ร่วมงานและบุคลากรวิชาชีพอื่น

๑๐.๕ ความรู้และการประยุกต์ความรู้พื้นฐานและกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ในสาขาวิชาที่ฝึกอบรม มีการบูรณาการ และสมดุลระหว่างการฝึกอบรมกับการวิจัยอย่างเพียงพอ

๑๐.๖ การนำความเชี่ยวชาญทางแพทยศาสตรศึกษามาใช้ในการจัดทำแผนการฝึกอบรม การดำเนินการฝึกอบรม และการประเมินการฝึกอบรม

๑๐.๗ การฝึกอบรมในสถาบันอื่นทั้งในและนอกประเทศตามที่ระบุไว้ในหลักสูตร ตลอดจนระบบการโอนผลการฝึกอบรม

๑๑. การประเมินแผนการฝึกอบรม/หลักสูตร

สถาบันฯ ต้องกำกับดูแลการฝึกอบรมให้เป็นไปตามแผนการฝึกอบรม/หลักสูตรเป็นประจำ มีกลไกสำหรับการประเมินหลักสูตรและนำไปใช้จริง การประเมินแผนการฝึกอบรม/หลักสูตร ต้องครอบคลุม

- พันธกิจของแผนการฝึกอบรม/หลักสูตร
- ผลลัพธ์การเรียนรู้ที่พึงประสงค์
- แผนการฝึกอบรม
- ขั้นตอนการดำเนินงานของแผนการฝึกอบรม
- การวัดและประเมินผล
- พัฒนาการของผู้รับการฝึกอบรม
- ทรัพยากรทางการศึกษา
- คุณสมบัติของอาจารย์ผู้ให้การฝึกอบรม
- ความสัมพันธ์ระหว่างนโยบายการรับสมัครผู้รับการฝึกอบรมและความต้องการของระบบสุขภาพ
- สถาบันฯ ร่วม

- ข้อควรปรับปรุง

สถาบันฯต้องแสวงหาข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับการฝึกอบรม/หลักสูตร จากผู้ให้การฝึกอบรม ผู้เข้ารับการฝึกอบรม นายจ้างหรือผู้ใช้บัณฑิต และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก รวมถึงการใช้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติงานของแพทย์ผู้สำเร็จการฝึกอบรม ในการประเมินการฝึกอบรม/หลักสูตร

๑๒. การทบทวน/พัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรม

สถาบันฯต้องจัดให้มีการทบทวนและพัฒนาคุณภาพของหลักสูตรฝึกอบรมเป็นระยะๆ หรืออย่างน้อยทุก ๕ ปี ปรับปรุงกระบวนการ โครงสร้าง เนื้อหา ผลลัพธ์ และสมรรถนะของผู้สำเร็จการฝึกอบรม รวมถึงการวัดและการประเมินผล และสภาพแวดล้อมในการฝึกอบรม ให้ทันสมัยอยู่เสมอ ปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องที่ตรวจพบ มีข้อมูลอ้างอิง และแจ้งผลการทบทวน และพัฒนาให้ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทยรับทราบ

ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย เป็นผู้รับผิดชอบดูแลการฝึกอบรมและทบทวน/พัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมเป็นระยะ ๆ หรืออย่างน้อยทุก ๕ ปี และแจ้งผลการทบทวน/พัฒนาให้แพทย์สภารับทราบ

๑๓. ธรรมเนียมปฏิบัติและการบริหารจัดการ

- สถาบันฯต้องบริหารจัดการหลักสูตรให้สอดคล้องกับกฎระเบียบที่กำหนดไว้ในด้านต่างๆ ได้แก่ การรับสมัครผู้เข้ารับการฝึกอบรม (เกณฑ์การคัดเลือกและจำนวนที่รับ) กระบวนการฝึกอบรม การวัดและประเมินผล และผลลัพธ์ของการฝึกอบรมที่พึงประสงค์ การออกเอกสารที่แสดงถึงการสำเร็จการฝึกอบรมในแต่ละระดับ หรือหลักฐานอย่างเป็นทางการอื่นๆ ที่สามารถใช้เป็นหลักฐานแสดงการผ่านการฝึกอบรมในระดับนั้นได้ทั้งในประเทศและต่างประเทศ
- สถาบันฯ ต้องกำหนดหน้าที่รับผิดชอบและอำนาจในการบริหารจัดการงบประมาณของแผนการฝึกอบรม/หลักสูตรให้สอดคล้องกับความจำเป็นด้านการฝึกอบรม
- สถาบันฯ ต้องมีบุคลากรที่ปฏิบัติงานและมีความเชี่ยวชาญที่เหมาะสม เพื่อสนับสนุนการดำเนินการของการฝึกอบรมและกิจกรรมอื่นๆที่เกี่ยวข้อง การบริหารจัดการที่ดีและใช้ทรัพยากรได้อย่างเหมาะสม
- สถาบันฯ ต้องจัดให้มีให้มีจำนวนสาขาความเชี่ยวชาญทางการแพทย์และหน่วยงานสนับสนุนด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้องครบถ้วน สอดคล้องกับข้อบังคับและประกาศของแพทย์สภาในการเปิดการฝึกอบรม

- สถาบันฝึกอบรมต้องมีระบบในการรับประกันการมีส่วนร่วมของผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆที่เกี่ยวข้องในการอบรมประกาศนียบัตรฯ เช่น สาขามะเร็งวิทยา สาขารังสีรักษา สาขาการระงับปวด และสาขาจิตเวชศาสตร์ เป็นต้น
- สถาบันฝึกอบรมได้รับการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล หรือกำลังดำเนินการพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพ
- สถาบันฝึกอบรมต้องมีระเบียบการรับผู้เข้ารับการฝึกอบรมที่แสดงถึงความเสมอภาค
- สถาบันฝึกอบรมต้องมีการเผยแพร่ผลลัพธ์การเรียนรู้ที่พึงประสงค์ ของการฝึกอบรมแก่สาธารณชน เช่น การประกาศในเวปไซต์ แผ่นพับ เป็นต้น
- ในกรณีที่เป็นสถาบันฝึกอบรมภาคเอกชน นอกจากจะต้องมีคุณสมบัติข้างต้นแล้ว จะต้องไม่แสวงหากำไรจากการฝึกอบรม โดยให้จัดตั้งมูลนิธิหรือกองทุนที่มีทุนสำรองเพียงพอในการดำเนินการระยะยาว และให้มีผู้แทนจากราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ที่ได้รับการรับรองจากแพทยสภา เป็นกรรมการของมูลนิธิหรือกองทุนโดยตำแหน่ง

๑๔. การประกันคุณภาพการฝึกอบรม

ราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย กำหนดให้สถาบันฝึกอบรมที่จะได้รับการอนุมัติให้จัดการฝึกอบรม จะต้องผ่านการประเมินความพร้อมในการเป็นสถาบันฝึกอบรม และสถาบันฝึกอบรมจะต้องจัดให้มีการประกันคุณภาพการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่องดังนี้

๑๔.๑ การประกันคุณภาพการฝึกอบรมภายในสถาบันฝึกอบรมจะต้องจัดให้มีระบบและกลไกการประกันคุณภาพการฝึกอบรมภายใน อย่างน้อยทุก ๑ ปี

๑๔.๒ การประกันคุณภาพการฝึกอบรมภายนอก สถาบันฝึกอบรมจะต้องได้รับการประเมินคุณภาพจากคณะอนุกรรมการฝึกอบรมและสอบฯ อย่างน้อยทุก ๕ ปี

๑๕. การติดตามกำกับดูแลสถาบันฝึกอบรม

หากคณะอนุกรรมการฝึกอบรมและสอบฯ พบว่าสถาบันฝึกอบรมหลักหรือสถาบันร่วมฝึกอบรมใดไม่มีผู้สมัครเข้ารับการฝึกอบรมในหลักสูตรฯติดต่อกันเกิน ๕ ปี ให้ “พัก” การประกาศรับสมัครแพทย์สำหรับหลักสูตรนั้นของสถาบันฝึกอบรมหลักหรือสถาบันร่วมฝึกอบรมนั้นไว้ก่อน จนกว่าราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทยจะได้ประเมินสถาบันฝึกอบรมนั้นว่ายังมีความพร้อมในการฝึกอบรมตามเกณฑ์ที่กำหนด

หากราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย พบว่าสถาบันฝึกอบรมหลักหรือสถาบันร่วมฝึกอบรมใดไม่มีผู้สมัครเข้ารับการฝึกอบรมในหลักสูตรใดติดต่อกันเกิน ๑๐ ปี ให้ “ยกเลิก” การเป็นสถาบันฝึกอบรมของสถาบันฝึกอบรมหลักหรือของสถาบันร่วมฝึกอบรมกลุ่มนั้น และนำเสนอแพทยสภาเพื่ออนุมัติต่อไป

๑๖. อายุของประกาศนียบัตรวิชาชีพเวชกรรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการบริหารแบบประคับประคองและหลักเกณฑ์ในการต่ออายุประกาศนียบัตรฯ

ให้ประกาศนียบัตรวิชาชีพเวชกรรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการบริหารแบบประคับประคองมีอายุไม่เกิน ๕ ปี นับจากวันที่ได้รับประกาศนียบัตรฯ ผู้ประสงค์จะขอต่ออายุประกาศนียบัตรฯ ต้องมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

๑๖.๑ มีการทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายไม่น้อยกว่า ๑๔๐ ชั่วโมงต่อปี โดยมีเอกสารรับรองจากผู้บังคับบัญชา/หัวหน้าหน่วยงานที่สังกัด ยกเว้นระยะเวลาที่ลาศึกษาต่อ ชั่วโมงการทำงานไม่นับเวลาของการอยู่เวรนอกเวลาราชการและการเข้าร่วมประชุมวิชาการหรือการอบรมเชิงปฏิบัติการ

๑๖.๒ มีการเพิ่มพูนความรู้ ความสามารถทางวิชาชีพ หรือวิชาการตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทยเป็นผู้กำหนด

ภาคผนวก ๑

เนื้อหาสังเขปของการฝึกอบรม

เกณฑ์การแบ่งระดับของสมรรถนะของผู้สำเร็จการอบรมหลักสูตรประกาศนียบัตรฯ

ระดับความสามารถ (Levels of supervision) ของกิจกรรมสมรรถนะของหลักสูตรฯ

ระดับ	ความสามารถ
1	ไม่อนุญาตให้ปฏิบัติกิจกรรมสมรรถนะองค์รวม (Not allowed to practice)
2	ปฏิบัติได้ภายใต้การดูแลจากผู้เชี่ยวชาญ (Practice with full supervision)
3	ปฏิบัติได้ แต่ต้องการการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญในบางเรื่อง (Practice with supervision on demand)
4	ปฏิบัติได้ด้วยตนเอง (“Unsupervised” practice allowed)
5	อาจได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้อื่น (Supervision task may be given)

ความรู้พื้นฐานและการประเมินผู้ป่วยและครอบครัว

- i. Describe general physiology and pathophysiology of cancer and non-cancer palliative care. (level 4)
- ii. Pharmacology in palliative care patients
 - Describe the indications, clinical pharmacology, alternate routes, equianalgesic conversions, appropriate titration, toxicities, and management of common side effects for opioids. (level 4)
 - Describe appropriate opioid prescribing, monitoring of treatment outcomes and toxicity management in chronic, urgent and emergency pain conditions. (level 4)
 - Describe the role of opioid prescribing for pain control in different clinical settings: home, nursing home, hospital etc. (level 4)
 - Describe the concepts of addiction, pseudoaddiction, dependence and tolerance, and their significance in pain management. (level 4)
 - Describe opioid accessibility and availability (level 4)
 - Identify the indications, clinical pharmacology, alternate routes, appropriate titration, toxicities, and management of common side effects for: acetaminophen,

aspirin, NSAIDs, corticosteroids, anticonvulsants, anti-depressants, anti-psychotics, laxatives and local anesthetics used in the treatment of pain and non-pain symptoms. (level 4)

- Describe common drug interactions in palliative care patients. (level 4)

iii. Palliative care concepts and principles

- Understand the meaning of life-limiting and life-threatening illness. (level 4)
- Describe the current definition, essential key elements and philosophies of palliative care. (level 4)
- Understand the role of palliative care in co-management of patients with potentially life-limiting illness at all stages of disease. (level 4)
- Explain the role of multidisciplinary team in palliative care (level 4)

iv. Comprehensive assessments

- Understand the range of assessment tools, and ways of gathering information including taking patient history, appropriate physical examination and relevant investigations. (level 4)
- Describe the advantages and disadvantages/limitations of commonly-used assessment tools in palliative care e.g. Edmonton Symptom Assessment System (ESAS), Palliative Performance Scale (PPS), delirium screening tools etc. (level 4)
- Demonstrate how to perform comprehensive palliative care assessment in different settings such as home visit, home ward, inpatient unit visit, outpatient clinic visit, and hospice. (level 4)
- Perform regular assessment and care planning that includes discussion about current and future care, using patient-centered approach and taking account of physical, psychological, spiritual, social and religious needs and preferences. (level 4)
- Ensure that all patient assessments are holistic (level 4), including:
 - i. Background information
 - ii. Current physical health/disease status
 - iii. Prognostication

- iv. Social/occupational well-being
- v. Psychological and emotional well-being
- vi. Religion and/or spiritual well-being, where appropriate
- vii. Culture and lifestyle, goals and priorities
- viii. Patient safety
- ix. The needs of families and friends, including caregiver assessments.
- Contribute to multidisciplinary assessment and information sharing. (level 4)
- Describes common issues in the palliative care assessment of pediatric and geriatric patients and their families, which differ from caring for adult patients. (level 4)
- v. Patient and family-oriented care
 - Understand the significance of the physical, psychological, social (e.g. family dynamics and relationship), and spiritual issues that affect people with life-limiting conditions and their families. (level 4)
 - In partnership with other team members, including the patients and their family, develop a palliative care plan which balances disease-specific treatments with other interventions and support that meet the needs of the patients and their family. (level 3)
 - Implement, monitor and review the palliative care plan as mentioned above. (level 4)
 - Recognize the potential value to patients and their family members of completing personal affairs/unfinished business. (level 4)
 - Recognize and support family carers in their tasks as caregivers, identifying those who may be at risk of experiencing undue distress or burden. (level 4)
 - Develop strategies within the care team to manage family conflicts. (level 4)

โรคหรือภาวะที่สำคัญและพบได้บ่อย

- i. Symptom palliation

- Be aware that symptoms have many causes, including the disease itself, its treatment, a concurrent disorder, including depression or anxiety, or other psychological issues. (level 4)
- Understand the significance of the patient's own perception of their symptoms and its impact on choosing appropriate interventions. (level 4)
- Understand that the underlying causes of a symptom will have an impact upon how care should be delivered. (level 4)
- Describe the etiology, pathophysiology, associated symptoms and signs, diagnostic options useful in differentiating among different etiologies of pain and non-pain symptoms (level 4 all items), listed below.
 - Pain
 - Describes the concept of "Total pain"
 - Dyspnea
 - Anorexia and cachexia
 - Asthenia/Fatigue
 - Nausea and vomiting
 - Constipation and diarrhea
 - Mucositis, Thrush
 - Hiccup
 - Pruritus
 - Delirium
 - Malignant ascites and effusion
 - Impending death and peri-death management
 - Malignant wound care
- Describe the management and range of therapeutic options (both pharmacological and non-pharmacological e.g. home ventilator) available for those symptoms, using evidence-based practice. (level 4 all items)

- Drug administrations in palliative care: oral, intravenous, subcutaneous, sublingual and rectal routes.
 - Opioid rotation/switching
 - Explain the roles and indications for non-pharmacologic symptom interventions such as surgical interventions, radiotherapy, nutritional support, physical therapies, rehabilitation, complementary therapies, counseling or other psychological interventions. (level 4)
 - Demonstrate how to perform prognostication in palliative care and apply the result for individual patient care. (level 3)
 - Identifies clinical indications for referral to other specialties for pain and non-pain symptom management, and be able collaborates patient care appropriately. (level 4)
 - Define “refractory symptoms” which are the indications for palliative sedation. (level 5)
 - Describe the role of palliative sedation in managing those symptoms and the appropriate criteria for deciding to institute palliative sedation. (level 4)
 - Explain ethical arguments for and against palliative sedation and its use in palliative care patients. (level 4)
 - Describe the appropriate practice of palliative sedation (e.g. preferred medications and dosage, how to monitor patients who undergo palliative sedation). (level 4)
- ii. Palliative care emergencies
- Describe the etiology, pathophysiology, associated symptoms and signs, diagnostic options, and appropriate initial management in common palliative care emergencies (level 4 all items):
 - Pain crisis
 - Spinal cord compression
 - Airway obstruction
 - Bowel obstruction
 - Bleeding
 - Hypercalcemia

- Seizure
- SVC obstruction

- Describe the management and range of therapeutic options (both pharmacological and non-pharmacological) available for those palliative care emergencies. (level 4)
- Identifies clinical indications for referral to other specialties when needed. (level 4)

iii. Impending death and peri-death management

- Recognize signs and symptoms of impending death. (level 5)
- Provide appropriate patient assessment and symptom management for the imminently dying patient appropriately. (level 4)
- Explain potential benefits and harms of given monitoring and treatments (e.g. nutritional support, parenteral fluid, pharmacological treatments) (level 4)
- Discontinuation of any treatment with potential harm and/or without benefit in a timely manner with good psychological support. (level 3)
- Prepare family, caregivers, and other health care professionals for the patient's death. (level 4)
- Recognize the potential importance and existence of post-death rituals and describe how to facilitate them. (level 4)
- Provide support to family members at the time of death and immediately after. (level 3)

iv. Psychological care

- Describe concepts of coping styles, psychological defenses, and developmental stages relevant to the evaluation and management of psychological distress. (level 4)
- Demonstrate how to provide basic supportive counseling and to strengthen coping skills. (level 4)
- Describe the basic science, epidemiology, clinical features, natural course, stages, and management options for normal and pathologic grief. (level 4)
- Describe the basic science, epidemiology, clinical features, natural course, stages, and management options for depression and anxiety in palliative care. (level 4)

- Provide appropriate initial assessment and interventions, with ongoing evaluation of patients' psychological symptoms, considering their prognosis, personal wishes and care settings. (level 4)
- Facilitate short-term bereavement counseling if considered appropriate. (level 4)

v. Communication skills,

- Communicate to patients, their families and friends about their concerns related to the end of life and provide information and support, using the core components of effective communication which are: (level 4 all items)
 - Active listening
 - Non-judgmental and respect
 - Empathic
 - Reflection
 - Collaborative
 - Supportive
- Use verbal communication skills such as: naming, affirmation, normalization, reflection, silence, listening, self-disclosure, and humor in an effective and appropriate manner. (level 4)
- Use non-verbal communication skills such as: touch, eye contact, open posture, and eye-level approach in an effective and appropriate manner. (level 4)
- Interpret the different types of communication (for example, verbal, non-verbal, formal and informal) of patients and family carers appropriately. (level 4)
- Assess patient/family wishes regarding the amount of information they wish to receive and the extent to which they want to participate in clinical decision-making. (level 4)
- Assess patients and family members' decision-making capacity, and other strengths and limitations of understanding and communication. (level 3)
- Describe the indications for referral to other specialties to assess patient's decision-making capacity where appropriate. (level 4)

- Present information in a range of formats, including written and verbal, as appropriate to the circumstances and patient context. (level 4)
- Adapt language to the different phases of the illness, be sensitive to cultural issues and avoid the use of medical jargon. (level 4)
- Express awareness of own emotional state before, during, and after patient and family interviews. (level 4)
- Reflect on own emotions after patient and family encounter or related event.(4)
- Develop and maintain communication with patients and their families about difficult and complex matters or situations related to palliative care e.g.
 - Breaking bad news (level 4)
 - Dealing with conspiracy of silence (level 4)
 - Discussing patient wishes for inappropriate or “futile” care at the end-of-life (level 4)
 - Addressing patient/family emotional distress about talking about death and dying, and end-of-life issues (level 4)
 - Conducting family meetings (level 4)
 - Setting goals of care and facilitating transition from a curative and/or life prolonging focus to palliative care (level 4)
 - Communicating prognosis (level 4)
 - Advance care planning (level 4)
 - Conflict resolution (level 4)
 - Discussion on withdrawal of life-sustaining therapies and palliative sedation (level 3)
 - Communicate to children with dying parents (level 3)

vi. Social and spiritual care

- Recognize common social problems/needs experienced by patients and families facing life-threatening conditions and describe elements of clinical assessment and management. (level 4)

- Recognize and support family carers in their tasks as caregivers. (level 4)
- Identify those who may be at risk of experiencing undue distress or burden. (level 4)
- Develop strategies within the care team to manage family conflicts. (level 3)
- Recognize the needs of minor children when an adult parent or close relative is seriously ill or dying, and provides appropriate basic counseling or referral. (level 3)
- Be conscious of the boundaries that may need to be respected in terms of cultural taboos, values and choices, systematically and skillfully. (level 4)
- Provide opportunities for patients and families to express the spiritual and/or existential dimensions of their lives in a supportive and respectful manner. (level 4)
- Integrate the patients' and families' spiritual, existential and religious needs in the care plan. (level 4)

vii. Ethics and law

- Explain the legal and regulatory issues surrounding opioid prescribing. (level 4)
- Demonstrate awareness and understanding of the legal status and implications of the advance care planning process including living will. (level 4)
- Foster patients' autonomy, in balance with other ethical principles such as benevolence, non-maleficence and justice. (level 4)
- Demonstrate knowledge of ethics and law that should guide care of patients, including special considerations around these issues in palliative care, including:
 - Informed consent (level 4)
 - Confidentiality (level 4)
 - Decision-making capacity (level 4)
 - Decision-making for children and adolescents, and older patients with dementia (level 2)
 - Limits of surrogate decision-making (level 4)
 - Truth-telling (level 4)
 - Withholding life-sustaining treatment (level 4)
 - Medical futility (level 4)

- Use of artificial hydration and nutrition (level 4)
- Use of palliative sedation (level 4)
- Physician-assisted suicide and Euthanasia (level 4)
- Principle of double effect (level 4)
- Organ donation (level 3)
- Conflicts of interest (level 4)

viii. Disease specific palliative care

- Cancers

- Recognize the presentation and management of common cancers, including their epidemiology, evaluation, prognosis, treatment, patterns of advanced or metastatic disease, emergencies, complications, associated symptoms, and symptomatic treatments. (level 4)
- Describe the roles of palliative cancer treatments (e.g. palliative chemotherapy, palliative radiotherapy, surgical interventions) and those treatment side effects. (level 4)

- Non-cancer diseases

- Describe the principles and roles of palliative care management in patients with common non-cancer life-threatening conditions. (level 4)

These conditions include:

1. Renal diseases
2. Pulmonary diseases
3. Cardiac diseases
4. Neurological diseases
5. Liver diseases
6. HIV

ix. Geriatric palliative care

- Describe common issues in the palliative care management of geriatric patients that differ from caring for adult patients, in regard to the major age-related changes in physiology and their vulnerabilities. (level 4)
 - Identify the palliative care needs of frail older persons and persons with dementia. (level 4)
 - Prescribe appropriate palliative care drug use in geriatric patients considering: (1) age-related changes in renal and hepatic function, body composition, and central nervous system sensitivity (2) common side effects in light of a patient's comorbidities, functional status, and other medications (3) drug-drug interactions. (level 4)
- x. Pediatric palliative care
- Describe common issues in the palliative care management of pediatric and their families that differ from caring for adult patients, in regard to physiology, vulnerabilities, and developmental stages. (level 4)
 - Appreciate developmental perspectives on illness, grief, and loss. (level 4)

ภาคผนวก ๒

หัตถการและ/หรือการปฏิบัติการ

- Subcutaneous route administration (level 4)
- Drug administration via syringe driver (level 4)
- Ultrasound-guided interventions e.g. abdominal tapping, pleural tapping. (level 3)

ภาคผนวก ๓

ความรู้ด้านกฎหมายและจริยธรรม และทักษะเชิงบูรณาการ

๑. จริยธรรมทางการแพทย์

- การยึดถือประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นหลัก
- การรักษามาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ดีที่สุด
- การเคารพเพื่อนร่วมวิชาชีพ เพื่อนร่วมงาน ผู้ป่วย และญาติ
- การปรับตนเองให้เข้ากับสภาวะหรือเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดไว้ก่อน
- การสื่อสารต่อผู้ป่วย ญาติและผู้ร่วมงาน
- การหลีกเลี่ยงรับผลประโยชน์ส่วนตัว
- การนับถือให้เกียรติสิทธิผู้ป่วย
- การปฏิบัติในกรณีผู้ป่วยไม่เห็นด้วยหรือปฏิเสธการรักษา
- การปฏิบัติในกรณีที่ผู้ป่วยตัดสินใจเองไม่ได้
- การปฏิบัติในกรณีผู้ป่วยร้องขอการรักษาที่ไม่มีประโยชน์หรือมีอันตราย

๒. กระบวนการทางคลินิก

- การบันทึกเวชระเบียนให้ครบถ้วนถูกต้อง
- ทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรทางการแพทย์
- การให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคหรือภาวะความเจ็บป่วยต่างๆโดยใช้เวชปฏิบัติเชิงประจักษ์ (evidence-based medicine)

๓. ความรู้ทางด้านกฎหมาย

- พ.ร.บ.วิชาชีพเวชกรรมและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ
- กฎหมายอาญาและแพ่งที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์
- พ.ร.บ. การประกอบโรคศิลป์
- การเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย
- ความรู้ทางกฎหมายและจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
- การขอความยินยอมจากผู้ป่วยในการดูแลรักษาและทำหัตถการ
- การเขียนใบรับรองการตาย
- พ.ร.บ. ยาเสพติด

- พ.ร.บ. วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท

๔. การจัดระบบบริการสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

- บอกรูปแบบและการจัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เหมาะสมในแต่ละบริบท เช่น ในโรงพยาบาลที่บ้าน (Home ward) สถานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Hospice) การดูแลด้วยเครือข่ายภายในชุมชน
- อธิบายวิธีการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพที่มีอยู่ให้มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย
- อธิบายวิธีการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการด้านการดูแลแบบประคับประคองได้มากขึ้น

๕. การทำงานร่วมกันเป็นทีมสหวิชาชีพ

- เข้าใจบทบาทและกรอบของวิชาชีพของตนเองในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของทีมสหวิชาชีพ
- สามารถบอกบทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบของสมาชิกคนอื่นในทีมสหวิชาชีพในการประสานการทำงานเพื่อวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัว
- อธิบายหลักการที่สำคัญของกระบวนการทำงานในลักษณะของทีมสหวิชาชีพ บอกปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จของทีม รวมทั้งบอกวิธีการแก้ไขอุปสรรคในการทำงานร่วมกันเป็นทีมได้
- ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเองและสมาชิกของทีมสหวิชาชีพที่อาจเกิดภาวะเหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วย (caregiver burnout) และสามารถให้คำปรึกษาเบื้องต้นแก่สมาชิกที่มีภาวะดังกล่าวเพื่อรับการดูแลอย่างเหมาะสมต่อไป

ภาคผนวก ๔

ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยหลักเกณฑ์การออกประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.๒๕๖๐

หน้า ๕๔

เล่ม ๑๓๔ ตอนพิเศษ ๒๑๖ ง

ราชกิจจานุเบกษา

๑ กันยายน ๒๕๖๐

ข้อบังคับแพทยสภา

ว่าด้วยหลักเกณฑ์การออกประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรม

พ.ศ. ๒๕๖๐

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๑ วรรคหนึ่ง (๓) (ค) (ฉ) และมาตรา ๒๙ โดยความเห็นชอบของสภานายกพิเศษแห่งแพทยสภา ตามมาตรา ๒๕ วรรคหนึ่ง (๑) แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๒๕ คณะกรรมการแพทยสภาออกข้อบังคับแพทยสภาไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ข้อบังคับนี้เรียกว่า “ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยหลักเกณฑ์การออกประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๖๐”

ข้อ ๒ ข้อบังคับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในข้อบังคับนี้

“ประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรม” หมายความว่า หนังสือแสดงวุฒิอื่น ๆ ในวิชาชีพเวชกรรม ด้านหนึ่งด้านใด ที่ไม่ใช่หนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาต่าง ๆ ซึ่งแพทยสภาหรือราชวิทยาลัยออกให้แก่ผู้ผ่านการฝึกอบรมและสอบ รวมทั้งผ่านการประเมินประสบการณ์หรือผลการปฏิบัติงานด้านนั้น

“เกณฑ์หลักสูตร” หมายความว่า ข้อกำหนดที่แพทยสภารับรองให้แหล่งฝึกอบรมใช้เป็นเกณฑ์ในการจัดทำหลักสูตรในการฝึกอบรมและสอบ รวมทั้งการประเมินประสบการณ์หรือผลการปฏิบัติงาน ด้านหนึ่งด้านใด เพื่อการออกประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรมด้านนั้น

“ราชวิทยาลัย” หมายความว่า วิทยาลัยวิชาชีพเวชกรรมสาขาต่าง ๆ ที่จัดตั้งขึ้นตามมาตรา ๒๑ (๓) (ฉ) แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๒๕

ข้อ ๔ แพทยสภามีอำนาจออกประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรมด้านหนึ่งด้านใด ให้แก่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ได้ผ่านการฝึกอบรมและสอบ รวมทั้งมีประสบการณ์หรือผลการปฏิบัติงาน ในด้านนั้นได้ตามที่กำหนดไว้ในเกณฑ์หลักสูตร โดยมีระยะเวลาการฝึกอบรมและเก็บสะสมประสบการณ์ หรือผลการปฏิบัติงานรวมกันไม่น้อยกว่าหนึ่งปี ทั้งนี้ ให้ใช้แบบประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรม ตามแบบที่กำหนดไว้ในประกาศแพทยสภา

ให้ประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรมตามวรรคหนึ่งมีอายุตามที่กำหนดไว้ในเกณฑ์หลักสูตรนั้น แต่ไม่เกินห้าปี และให้ต่ออายุได้ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในเกณฑ์หลักสูตรนั้น

ข้อ ๕ ราชวิทยาลัยมีสิทธิเสนอให้แพทยสภารับรองเกณฑ์หลักสูตรเพื่อประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรมที่ราชวิทยาลัยนั้นจัดทำขึ้นเองหรือจัดทำร่วมกับหน่วยงานหรือองค์กรอื่นได้ โดยต้องจัดทำตามแบบที่แพทยสภากำหนด

เมื่อแพทยสภาให้การรับรองเกณฑ์หลักสูตรตามวรรคหนึ่งแล้ว จึงเริ่มดำเนินการฝึกอบรมได้

ให้มีการปรับปรุงเกณฑ์หลักสูตรตามวรรคหนึ่งตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ในเกณฑ์หลักสูตรนั้น เพื่อเสนอให้แพทยสภารับรอง แต่ต้องไม่เกินกว่าห้าปีนับแต่วันที่แพทยสภาให้การรับรอง

ข้อ ๖ วิธีการสมัครเข้ารับการฝึกอบรม การรับรองเกณฑ์หลักสูตร การรับรองสถาบันฝึกอบรมหรือสถานที่ปฏิบัติงาน รวมทั้งรายละเอียดอื่นที่เกี่ยวข้อง ให้เป็นไปตามประกาศแพทยสภา

ข้อ ๗ ค่าธรรมเนียมในการฝึกอบรม และหรือค่าธรรมเนียมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการออกประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรมตามข้อบังคับนี้ ให้เป็นไปตามข้อบังคับแพทยสภา

ข้อ ๘ แพทยสภามีอำนาจมอบหมายให้ราชวิทยาลัยแห่งหนึ่งหรือหลายแห่งร่วมกัน ควบคุมดูแลและรับรองคุณภาพการฝึกอบรมและสอบเพื่อประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรมให้เป็นไปตามเกณฑ์หลักสูตรนั้น

ข้อ ๙ ให้นายกแพทยสภารักษาการและมีอำนาจวินิจฉัยการปฏิบัติตามข้อบังคับนี้ และให้ถือเป็นที่สุด

ประกาศ ณ วันที่ ๑๗ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

นายแพทย์ประสิทธิ์ วัฒนาภา

นายกแพทยสภา

ภาคผนวก ๕

บทเฉพาะกาล

เรื่อง การพิจารณาให้ประกาศนียบัตรวิชาชีพเวชกรรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการบริบาลแบบ
 ประคับประคองแก่แพทย์ที่มีคุณวุฒิหรือมีประสบการณ์ในการทำงานด้านการบริบาลผู้ป่วยแบบ
 ประคับประคอง

เนื่องจากเวชศาสตร์ครอบครัวการบริบาลแบบประคับประคอง เป็นสาขาใหม่ที่ยังไม่เคยมีการฝึกอบรมมาก่อน เพื่อให้สถาบันการฝึกอบรมสามารถมีจำนวนอาจารย์ผู้ให้การฝึกอบรมที่เพียงพอต่อการเปิดการฝึกอบรม ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทยกำหนดให้ในช่วง ๕ ปีแรก นับตั้งแต่ที่แพทยสภานุมัติให้เริ่มเปิดการฝึกอบรม ราชวิทยาลัยฯเสนอพิจารณาให้ประกาศนียบัตรแก่แพทย์ที่มีคุณวุฒิหรือมีประสบการณ์ในการทำงานด้านการบริบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยมีหลักเกณฑ์ ๓ ประเภท ดังต่อไปนี้

๑. แพทย์ที่มีสิทธิ์ยื่นขอรับประกาศนียบัตรวิชาชีพเวชกรรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการบริบาลแบบประคับประคอง โดยไม่จำเป็นต้องมีการสอบ ได้แก่

๑.๑ แพทย์ที่ได้รับวุฒิบัตร หนังสืออนุมัติ ประกาศนียบัตร หรือปริญญาสาขาการบริบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care / Palliative medicine) ที่มีหลักสูตรการอบรมเต็มเวลาอย่างน้อย ๑ ปี จากสถาบันในต่างประเทศ โดยการพิจารณาของราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวฯ และมีประสบการณ์การทำงานด้านการบริบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองในประเทศไทยอย่างน้อย ๑ ปีหลังสำเร็จการศึกษานั้น

๑.๒ แพทย์ที่มีประสบการณ์ทำงานด้านการบริบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองตั้งแต่ ๕ ปีขึ้นไป ที่ได้รับการยอมรับเป็นวงกว้างในระดับประเทศว่ามีผลงานทางด้านวิชาการที่มีคุณค่าต่อสาขานี้ พิจารณาโดยราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

๒. แพทย์ที่มีสิทธิ์ขอเข้ารับการสอบสัมภาษณ์เพื่อรับประกาศนียบัตรวิชาชีพเวชกรรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการบริบาลแบบประคับประคอง ได้แก่

๒.๑ แพทย์ที่ได้รับวุฒิบัตร หนังสืออนุมัติ ประกาศนียบัตร หรือปริญญาสาขาการบริบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care / Palliative medicine) ที่มีหลักสูตรการอบรมเต็มเวลาอย่างน้อย ๑ ปี จากสถาบันในต่างประเทศ โดยการพิจารณาของราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวฯ แต่มีประสบการณ์การทำงานด้านการบริบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองในประเทศไทยน้อยกว่า ๑ ปีหลังสำเร็จการศึกษานั้น

๓. แพทย์ที่มีสิทธิ์เข้าสอบเพื่อรับประกาศนียบัตรวิชาชีพเวชกรรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการพยาบาลแบบ
ระดับประกาศนียบัตร

แพทย์ที่ผ่านหลักสูตรการอบรมด้านการพยาบาลผู้ป่วยแบบระดับประกาศนียบัตรอื่น ๆ ที่ได้รับการรับรองจากราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย และมีประสบการณ์การทำงานด้านการพยาบาลผู้ป่วยแบบระดับประกาศนียบัตรในประเทศไทยไม่น้อยกว่า ๒ ปีหลังสำเร็จการฝึกอบรมนั้น สามารถมีสิทธิ์สอบเพื่อได้รับประกาศนียบัตรวิชาชีพเวชกรรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการพยาบาลแบบระดับประกาศนียบัตร ตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และวิธีการที่ราชวิทยาลัย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทยเป็นผู้กำหนด โดยให้อิงกับสมรรถนะและผลลัพธ์ของแพทย์ที่สำเร็จการอบรมตามที่ระบุไว้ในเกณฑ์หลักสูตรการฝึกอบรมประกาศนียบัตรวิชาชีพเวชกรรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการพยาบาลแบบระดับประกาศนียบัตร

