

HA UPDATE 2019



เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี HA National Forum ครั้งที่ 20
“Change & Collaboration for Sustainability”
12-15 มีนาคม 2562 ศูนย์การประชุมอิมแพ็คฟอรัม เมืองทองธานี
จัดโดย สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

HA UPDATE 2019



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

HA UPDATE 2019

บรรณาธิการ: ทรวง พิลาลัย

จัดพิมพ์โดย:



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

เลขที่ 88/39 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ชั้น 5

กระทรวงสาธารณสุข ซอย 6 ถ.ติวานนท์

ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทร. 0-2832-9400 โทรสาร 0-2832-9540

www.ha.or.th

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

ฉบับพิมพ์ครั้งแรก: มีนาคม 2562

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

HA Update 2019.--นนทบุรี : สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
(องค์การมหาชน), 2562.

116 หน้า.

1. โรงพยาบาล -- การบริหาร. 2. โรงพยาบาล -- มาตรฐาน.

I. ชื่อเรื่อง.

362.110684

ISBN 978-616-8024-23-2

ออกแบบ, พิมพ์: บริษัท หนังสือดีวัน จำกัด

คำนำ

ตลอดช่วงปีที่ผ่านมา มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นมากมาย ทั้งด้าน เศรษฐกิจ สังคม และการเมือง การเปลี่ยนแปลงมีมากจนถึงระดับที่เรียกว่า การเปลี่ยนแปลงแบบพลิกโฉม (disruptive change) โดยมีความเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงแบบพลิกโฉมนี้จะเข้ามาสู่วงการบริการสุขภาพในไม่ช้า

เมื่อพูดถึง การเปลี่ยนแปลง สิ่งหนึ่งที่พึงรับรู้คือ การพัฒนาจะเกิดขึ้น ไม่ได้ ถ้าไม่มีการเปลี่ยนแปลง ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงจึงเป็นหลักสำคัญหนึ่งของกระบวนการพัฒนา แต่การเปลี่ยนแปลงจริงๆ ไม่ใช่เรื่องง่าย คงต้องเรียนรู้ที่จะประยุกต์ใช้การเปลี่ยนแปลงต่างๆ และมีการจัดการที่ดีที่สุด เพราะฉะนั้น โอกาสที่องค์กรใด องค์กรหนึ่งเพียงองค์กรเดียว จะสามารถขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงให้เป็นไปตามที่ต้องการจึงไม่ใช่เรื่องง่าย ถ้าหวังผลอยากให้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมีผลอย่างยั่งยืน ต้องเข้าใจกระบวนการทั้งการเปลี่ยนแปลงและเครือข่ายความร่วมมือที่เกิดขึ้น ใคร่ครวญว่าจะทำอย่างไรให้การเปลี่ยนแปลงไม่ใช่เรื่องฉาบฉวย หรือเป็นแค่พฤติกรรมที่แสดงออกเป็นครั้งคราว และให้การเปลี่ยนแปลงเข้าไปสู่ตัวตนของบุคคลที่ทำงานจริง ทำอย่างไรให้เครือข่ายความร่วมมือเป็นเครือข่ายที่มีความร่วมมือโดยสมัครใจ ไม่ใช่ด้วยเพียงการสั่งการ ดังนั้นปัจจัยเหล่านี้จะเป็นตัวแปรสำคัญที่จะทำให้ การเปลี่ยนแปลงและการพัฒนาที่คาดหวังมีความยั่งยืน

การสร้างความร่วมมือเพื่อการเปลี่ยนแปลง (change & collaboration) จึงเป็นเสมือนกุญแจแห่งความสำเร็จของระบบบริการสุขภาพในยุคปัจจุบัน ซึ่งทุกภาคที่เกี่ยวข้องล้วนมีความสำคัญที่จะมาร่วมเรียงร้อยเป็นหนึ่งเดียวกัน สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนที่เข้มแข็ง เพื่อให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่มี คุณภาพ มาตรฐาน และความปลอดภัย

ดังนั้น ในการประชุมวิชาการประจำปี HA National Forum ครั้งที่ 20 ระหว่างวันที่ 12-15 มีนาคม 2562 ณ ศูนย์การประชุม IMPACT Forum เมืองทองธานี ภายใต้แนวคิด “Change & Collaboration for Sustainability” พร้อมเป็นเวทีกลางที่เปิดกว้างให้นักพัฒนาคุณภาพ (quality improver) ที่รักการเปลี่ยนแปลงอย่างสร้างสรรค์ ร่วมกันขับเคลื่อนเครือข่ายการพัฒนาเพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่ระบบบริการสุขภาพที่ยั่งยืนและส่งมอบคุณค่าให้กับทุกคน

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

มีนาคม 2562

สารบัญ

คำนำ	iii
ตอนที่ 1 Change & Collaboration for Sustainability	1
1.1 การเปลี่ยนแปลง (Change)	4
1.1.1 การเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพโลก (Global health system change)	4
1.1.2 การเปลี่ยนแปลงในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย	10
1.1.3 การบริหารการเปลี่ยนแปลง (change management)	13
1.2 ความร่วมมือ (Collaboration)	18
1.2.1 ความร่วมมือกับตัวเราเอง	19
1.2.2 ความร่วมมือกับเพื่อนร่วมงาน	20
1.2.3 ความร่วมมือในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย	22
1.3 ความยั่งยืน (Sustainability)	24
1.3.1 แนวคิดและปัจจัยความยั่งยืนของระบบบริการสุขภาพ	24
1.3.2 ความยั่งยืนจากการพัฒนาคุณภาพที่หน้างาน	28
1.3.3 ความยั่งยืนของสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วยและระบบสนับสนุนบริการ	29
ตอนที่ 2 Quality transformation	33
2.1 Transformation ระดับที่ 1: การทบทวนในงานประจำ	35
2.1.1 คำถามพื้นฐาน การพัฒนาคุณภาพ	35
2.1.2 การเรียนรู้จากความผิดพลาด	36
2.1.3 การวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้า	37
2.1.4 จาก RCA สู่ ทะเบียนจัดการความเสี่ยง	39
2.1.5 เชื่อมโยงกิจกรรมวิชาการด้วยระบบบริหารความเสี่ยง	40
2.1.6 ตัวส่งสัญญาณความเสี่ยง และการทบทวนข้างเตียง	40

2.2 Transformation ระดับที่ 2: การบริหารจัดการระบบคุณภาพ	41
2.2.1 แนวคิดคุณภาพพื้นฐาน 3P กับทุกพื้นที่การพัฒนา	41
2.2.2 Ensure consistency of practice	44
2.3 Transformation ระดับที่ 3: แนวทางมาตรฐานการบริหารจัดการระบบคุณภาพ	46
2.3.1 การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4	46
2.3.2 System approach to implement HA Standard (3C-PDSA)	67
2.4 Transformation ระดับที่ 4: ผลการดำเนินงานที่เป็นเลิศ	70
2.4.1 Driver diagram	70
2.4.2 Benchmarking	72
2.4.3 Moving with spirituality	76
ตอนที่ 3 บทเรียนการพัฒนาจากพื้นที่	83
3.1 บทเรียนการพัฒนาจากเครือข่ายความร่วมมือ	85
ตอนที่ 4 HA Direction & Focused area	91
4.1 ยุทธศาสตร์ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) พ.ศ. 2562-2566	93
4.2 Value of HA recognition program	97
4.3 2P-Safety: Change and Collaboration for Sustainability	102
บทส่งท้าย	109

ตอนที่
1

**Change & Collaboration
for Sustainability**

ตอนที่ 1

Change & Collaboration for Sustainability

ในโลกยุคปัจจุบันที่การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นแบบพลิกโฉม (disruptive change) จนผู้เชี่ยวชาญบางท่านเรียกว่าเราอยู่ในยุคของ VUGA World ได้แก่

- 1) Volatility เป็นการเปลี่ยนสภาพข้ามขั้นโดยฉับพลัน จากสภาพหนึ่งไปสู่อีกสภาพหนึ่ง
- 2) Uncertainty มีความไม่แน่นอนสูง
- 3) Complexity มีความสลับซับซ้อนสูง
- 4) Ambiguity มีความคลุมเครือ มองสถานการณ์ได้ไม่ชัดเจน

โดยสิ่งที่เราได้รับรู้ คือ การล้มหายไปของธุรกิจหลายด้านที่เคยเป็นธุรกิจที่ยิ่งใหญ่ในยุคหนึ่ง เช่น เทปคาสเซ็ท ฟิล์มถ่ายรูป และโทรศัพท์มือถือที่ไม่ใช่ smart phone ขณะเดียวกัน เราก็กำลังเห็นการถดถอยอย่างรุนแรงของธุรกิจใหญ่ๆ เช่น ธุรกิจสิ่งพิมพ์ โทรทัศน์ การศึกษาในระดับมหาวิทยาลัย เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ เป็นผลจากเทคโนโลยีที่มีความก้าวหน้า ซึ่งส่งผลต่อรูปแบบการดำเนินชีวิตของคนทั่วโลก และเป็นสัญญาณบ่งชี้ว่าบริการสุขภาพก็难免จะมีการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่เกิดขึ้นในไม่ช้าเช่นเดียวกัน เพียงแต่การเปลี่ยนแปลงอาจไม่รุนแรงแบบพลิกโฉมเท่าธุรกิจอื่นที่กล่าวมา เพราะบริการสุขภาพยังเป็นการบริการที่ยังต้องพึ่งพิงความสัมพันธ์ระหว่างคนกับคนเป็นหลัก ซึ่งเทคโนโลยีในปัจจุบันยังไม่สามารถพัฒนาเข้ามาแทนที่ได้ทั้งหมด

คำถามที่ต้องการคำตอบร่วมเพื่อรับมือต่อการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นคือ

“เราจะสร้างพลังการเปลี่ยนแปลงในระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพอย่างยั่งยืน ร่วมกันได้อย่างไร?”

1.1 การเปลี่ยนแปลง (Change)

1.1.1 การเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพโลก (Global health system change)

การเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวกับสุขภาพกำลังเกิดขึ้นในทุกพื้นที่ของโลก เป็นผลจากสิ่งแวดล้อมและสภาวะต่างๆ ที่เปลี่ยนไป จึงเกิดการปรับตัวของระบบบริการสุขภาพที่มีความซับซ้อนในเชิงระบบ เพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ซับซ้อนมากขึ้น เกิดวิธีการรักษาโรคโดยนำเทคโนโลยีมาช่วยในการรักษา รวมถึงต้นแบบและรูปแบบการรักษาที่ตอบโจทยความท้าทายของโรคอุบัติใหม่และมีความซับซ้อนมากขึ้น จากความตั้งใจของวงการสาธารณสุขที่ปรารถนาจะทำให้การรักษาโรคมีผลลัพธ์ที่ดีขึ้น แต่เมื่อเพิ่มความซับซ้อน ความแปลกใหม่ และความหลากหลาย ก็มีโอกาสดังกล่าว ความไม่ปลอดภัย ดังนั้น **คุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย จึงเป็น "A large and growing global public health challenge"** และเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างความไว้วางใจในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นำมาสู่ความยั่งยืนตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals) ขององค์การอนามัยโลก

ภาระโลกที่เกิดจากอันตรายจากการรักษาพยาบาล (Global burden of patient harm in healthcare)

การประเมินภาระโลกด้วยดัชนีปีสุขภาวะที่ปรับด้วยความบกพร่องทางสุขภาพ (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) ที่เกิดจากการดูแลรักษาที่ไม่ปลอดภัย ทำให้การสูญเสียดัชนีสุขภาวะ สูงถึง 64 ล้านปี ส่งผลให้ **ความไม่ปลอดภัยจากการรักษาพยาบาลที่เกิดจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (adverse event) ถูกจัดเป็น 1 ใน 10 อันดับแรกของสาเหตุการเสียชีวิตและการพิการในระบบบริการสุขภาพ¹** โดย 2 ใน 3 ของ adverse event เกิดในประเทศที่มีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง สูงถึง 134 ล้านเหตุการณ์ และมีการเสียชีวิต 2.6 ล้านรายต่อปี² ในขณะที่ผู้ป่วย 1 ใน 10 คนที่นอนรักษาตัวในสถานพยาบาลของประเทศที่รายได้สูงก็เกิด adverse event เช่นเดียวกัน ตัวอย่างที่สำคัญได้แก่³

1) **Healthcare-Associated Infections (HAI):** พบความชุกของการติดเชื้อในโรงพยาบาล ร้อยละ 7.6 ในประเทศที่มีรายได้สูง และร้อยละ 10 ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง⁴ นอกจากนี้ยังพบปัญหาเชื้อดื้อยาที่เพิ่มขึ้นในแต่ละประเทศ องค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญในการป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ โดยประกาศให้ **“Clean Care is Safer Care”** ที่มุ่งเน้นให้การล้างมือเป็นกลไกสำคัญในการลด HAI เป็น **The first WHO Global Patient Safety Challenge** ในปี 2005¹

2) **Unsafe surgical care:** พบว่า 1 ใน 4 ของภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดทั่วโลก เป็นภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ โดยแต่ละปีมีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเกิดภาวะแทรกซ้อนประมาณ 7 ล้านคน และประมาณ 1 ล้านคนเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ดังนั้น WHO จึงประกาศให้ **“Safe Surgery Saves Lives”** เป็น **The second WHO Global Patient Safety Challenge** ในปี 2008 โดยมีเป้าหมายลดความเสี่ยงจากการผ่าตัด ด้วยการใช้ WHO Surgical Safety Checklist

3) **Medication errors:** ถูกจัดเป็นอันดับหนึ่งของอันตรายจากการรักษาพยาบาลที่ป้องกันได้ในระบบบริการสุขภาพทั่วโลก ดังนั้น WHO จึงประกาศให้ **“Medication Without Harm”** เป็น **The third WHO Global Patient Safety Challenge** ในปี 2017 โดยมีเป้าหมาย คือ ลดระดับความรุนแรงและอันตรายที่ป้องกันได้ที่เกี่ยวข้องกับยา ร้อยละ 50 ภายในระยะเวลา 5 ปี¹

4) **Diagnostic errors:** มากกว่าครึ่งของการวินิจฉัยที่คลาดเคลื่อนนำไปสู่ severe harm ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยตลอดชีวิต โดยปัจจุบันเป็นประเด็นมุ่งเน้นในการเพิ่มสมรรถนะ ทั้งด้านความรู้และทักษะของนักศึกษาทางการแพทย์ รวมถึงการศึกษาต่อเนื่องในผู้ปฏิบัติงาน

5) **Sepsis:** จากข้อมูลการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต ประมาณ 31 ล้านคนทั่วโลก พบว่าการวินิจฉัยที่ล่าช้ายังเพิ่มโอกาสสูญเสียของผู้ป่วย รวมถึงเกิดปัญหาเชื้อดื้อยาที่เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้แต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากภาวะ sepsis ถึง 5 ล้านคน

นอกจากนี้ภาระทางสุขภาพที่สำคัญ คือ ความไม่ปลอดภัยในการดูแลรักษาคนไข้ในบริการปฐมภูมิ (primary care) ซึ่งเป็นการดูแลที่ใกล้ชิดกับประชาชน โดยพบว่าครึ่งหนึ่งของ global burden of patient harm เกิดขึ้นใน

การดูแลระดับปฐมภูมิ และ ambulatory care (ประมาณร้อยละ 80 ของ harm ที่เกิดขึ้นเป็น preventable harm) โดยปัจจุบันรูปแบบของการดูแลระดับปฐมภูมิขยายไปถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน, การดูแลแบบ acute care, chronic care, long term care, palliative care

การศึกษาภาระทางการเงินในระบบบริการสุขภาพเกี่ยวกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์พบว่าส่งผลกระทบในทุกประเทศ โดยพบว่าร้อยละ 15 ของ hospital expenditure โรงพยาบาลสูญเสียไปกับการไม่ปลอดภัยจากการรักษาพยาบาล รวมไปถึงการสูญเสียความไว้วางใจ (trust) ของโรงพยาบาล และระบบบริการสุขภาพของประเทศ ซึ่งการปรับแก้เชิงระบบและการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเป็นหนึ่งในประเด็นสำคัญที่ช่วยลดความสูญเสียดังกล่าว ด้วยการออกแบบโดยนำหลักการ Human Factor Engineering มาปรับปรุงระบบ การกำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (เช่น กลุ่มผู้ป่วยเด็ก กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช เป็นต้น) เพื่อวางมาตรการป้องกันเชิงระบบที่รัดกุม และให้ความสำคัญกับการสื่อสาร การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยและการรายงานอุบัติการณ์เพื่อการเรียนรู้ เป็นต้น อย่างไรก็ตามปัจจุบันพบว่า การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการ (patient engagement strategy) เช่น ใช้ประสบการณ์ผู้ป่วยมาพัฒนาระบบบริการ (patient experience) หรือการส่งเสริมให้ประชาชนมี health literacy สามารถลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ร้อยละ 15 รวมถึงได้สร้างกลไกการเป็นเจ้าของระบบบริการสุขภาพร่วมกัน

New impetus for global action to improve quality and safety

ระบบบริการสุขภาพที่ทันสมัย (modern healthcare system) จำเป็นต้องมีการปรับตัวให้สอดคล้องกับสถานการณ์โลกที่เปลี่ยนแปลง เรียกรูปแบบใหม่นี้ว่า “complex adaptive system” ซึ่งต้องอาศัยมุมมองการพัฒนาเชิงระบบ (system-based view) ดังนี้

1) **Knowledge gap:** ช่องว่างระหว่างความรู้ของตัวบุคคล ระบบ และพื้นที่ โดยความรู้ที่เหมาะสมกับสถานที่หนึ่ง อาจไม่เหมาะสมกับอีกสถานที่หนึ่ง ความรู้ของผู้ดูแลคนไข้ระดับปฐมภูมิกับตติยภูมิในโรคเดียวกันอาจแตกต่างกัน ความรู้ที่เคยใช้รักษาโรคในอดีต อาจแตกต่างจากความรู้ที่ใช้รักษาโรคใน

ปัจจุบัน ทำให้ช่องว่างของความรู้ชั้นซับซ้อนนี้ อาจก่อให้เกิดความไม่ปลอดภัยในการรักษา ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยข้อมูลเชิงระบบและงานวิจัยช่วยในการวิเคราะห์และวางระบบ เพื่อการปรับตัวสู่ระบบบริการสุขภาพที่ทันสมัย

2) **Policy gap:** ช่องว่างของนโยบายที่ไม่สอดคล้องกับความเป็นไปในพื้นที่ เป็นนโยบายแบบแยกส่วนตามสถานการณ์ที่ไม่เชื่อมโยงและการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจำเป็นต้องทบทวนนโยบายโดยอาศัยความเข้าใจสถานการณ์จริง การเปลี่ยนแปลง และมีความยืดหยุ่น ให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการที่ต่างกันของพื้นที่ เพื่อลดช่องว่างของการนำนโยบายสู่การปฏิบัติและสร้างการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

3) **Design gap:** ช่องว่างของการออกแบบระบบ จากข้อจำกัดที่การออกแบบต้องสอดคล้องกับนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการนำไปปฏิบัติ ภายใต้ข้อจำกัดด้านทรัพยากรที่เป็นจริงของแต่ละพื้นที่ ทำให้ระบบบริการสุขภาพที่ออกแบบอาจไม่สัมฤทธิ์ผล เกิดปัญหา inadequate application หากไม่คำนึงถึงปัจจัยร่วมที่ครอบคลุม และนำมาซึ่งคุณภาพและความปลอดภัยในระบบบริการที่ลดลง

4) **Delivery gap:** ช่องว่างในการให้บริการสุขภาพในสถานพยาบาลที่พบข้อแตกต่างของการไปรับการรักษาในโรงพยาบาลเดียวกัน แต่กลับได้รับบริการที่ต่างกันในแต่ละแผนก นำมาซึ่งโอกาสของความไม่ปลอดภัยและความไม่ไว้วางใจ การลดช่องว่างดังกล่าวสามารถทำได้ด้วยการทำงานเป็นทีม, การฝึกอบรม, การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ, และการวางระบบแนวทางปฏิบัติที่ทุกคนมีส่วนร่วม

5) **Communication gap:** เป็นช่องว่างสำคัญที่ทุกองค์กรควรคำนึงถึงและวางแผนทางแก้ไข การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ได้ข้อมูลสำคัญครบถ้วนเกิดความเข้าใจ ทั้งเพื่อการรักษา การส่งต่อข้อมูล หรือการเจรจาไกล่เกลี่ยโดยการลดช่องว่างระหว่างผู้รับกับผู้ส่งสารด้วยกลไกที่เห็นพ้องด้วยกัน

โดยผลจากการวิเคราะห์ช่องว่างในประเด็นต่างๆ เป็นการสร้างความเข้าใจสถานการณ์ที่เป็นจริง นำมาสู่การวางระบบ เพื่อการเปลี่ยนแปลงสู่ความยั่งยืนโดยเน้นขับเคลื่อนประเด็นสำคัญ ดังนี้

5.1) **Strengthening healthcare systems** สร้างความเข้มแข็งให้กับระบบบริการสุขภาพที่นำมาซึ่งความไว้วางใจและการมีส่วนร่วม

5.2) **Patient safety at primary care level** มุ่งเน้นการพัฒนา เพื่อการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยในระดับปฐมภูมิ

5.3) **Translation research** ผลักดันให้การทำงานพัฒนาขับเคลื่อนและการกำหนดนโยบายจากข้อมูลการศึกษาวิจัยที่แตกต่างกันตามบริบท

5.4) **Patients, families and communities** ส่งเสริมให้ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน มีส่วนร่วมในระบบบริการ (co-producer of healthcare) ยึดหลัก People-centred care โดยสถานพยาบาลควรสร้างพื้นที่ (platform) ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการ

5.5) **Effective leadership and availability of a competent and compassionate workforce:** ควรมีการกำหนดให้แนวคิดและหลักการ patient safety เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรมทางคลินิก, ระบบการศึกษา, และการพัฒนาความเชี่ยวชาญอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มั่นใจในระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและปลอดภัย

5.6) **Availability of information:** สร้างระบบการรายงาน การเรียนรู้ การติดตาม การประมวลผล คุณภาพทางคลินิกและความปลอดภัยทางการรักษา ที่พร้อมต่อการเข้าถึงและใช้ประโยชน์เชิงระบบ

5.7) **Application of digital technologies:** ใช้กลไกที่ทันสมัยช่วยพัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพ ทั้งคุณภาพที่พึงพอใจ (attractive quality) และคุณภาพที่คาดหวัง (expected quality) ทั้งในส่วนผู้ให้และผู้รับบริการ

5.8) **Patient safety culture:** การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยด้านต่างๆ ในองค์กร เช่น วัฒนธรรมการทำงานเป็นทีม การรายงานอุบัติการณ์ และการสื่อสาร แต่สิ่งสำคัญที่สุด คือการสร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้และพัฒนาเชิงระบบ (system improvement and learning) ซึ่งจะนำมาสู่การพัฒนาคุณภาพทั้งในระดับองค์กรและประเทศ

5.9) **Global co-ordination mechanism:** ใช้กลไกประสานขับเคลื่อนความร่วมมืออย่างยั่งยืน โดยปัจจุบัน มีการเสนอประเด็น global action on patient safety ที่ขอความร่วมมือทุกประเทศให้ดำเนินการ ดังนี้ (1) Implement minimum standards for patient safety, (2) Share

information-based on analysis of major patient safety incidents,
(3) Learning and disseminate patient safety best practice

การเปลี่ยนแปลงสถานการณ์การขับเคลื่อนระดับโลก เป็นประเด็นที่ควรทำความเข้าใจ นำมาปรับให้เหมาะสมและสอดคล้องกับการพัฒนาคุณภาพของประเทศไทย เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายการขับเคลื่อนระดับโลก โดยประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่สามารถขับเคลื่อนประเด็นสากลที่ตอบสนองปัญหาของประเทศ และเกิดประโยชน์อย่างแท้จริงในระบบบริการสุขภาพของไทย

Reference

1. Presentation at the “Patient Safety-A Grand Challenge for Healthcare Professionals and Policymaker Alike” a roundtable at the Grand Challenge Meeting at the Bill & Malinda Gates Foundation, 18 October 2018 (<https://globalhealth.harvard.edu/qualitypowerpoint>, accessed 5 November 2018).
2. Jha AK, Larizgoitia I, Audera-Lopez C, et al. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. *BMJ Qual Saf* Published Online First: 18 September 2013.
3. Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N. The economics of patient safety: strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. Paris: OECD; 2017.
4. Aitken M, Gorokhovich L. Advancing the Responsible Use of Medicine: Applying Levers for Change. Parsippany(NJ): IMS Institute for Healthcare Informatics; 2012.
5. Report on the Burden of endemic health care-associated infection worldwide. Geneva: World Health Organization: 2011.
6. WHO guidelines for safe surgery 2009: safe surgery saves lives. Geneva: World Health Organization: 2009.
7. Singh H, Meyer AN, Thomas EJ. The frequency of diagnostic errors in out patient care: estimate from three large observational studies

involving US adult populations. BMJ Qual Saf. 2014, 23(9): 727-31.

8. Fleischmann C, Scherag A, Adhikari NK, et al. Assessment of Global Incidence and Mortality of Hospital-treated Sepsis. Current Estimates and Limitation. Am J Respir Crit Care Med 2016; 193(3): 259-72.
9. Woods D, Thomas EJ, Holl JL, Weiss KB. Ambulatory care adverse events and preventable adverse events leading to hospital admission. Qual Saf Health Care. 2017; 16; 127-131.
10. Slawomirski L. Aaraaen A. Klazinga N. The Economics of Patient Safety in Primary and Ambulatory Care: Flying blind, Paris: OECD; 2018.
11. Forrester JW. Counterintuitive behaviour of social system. Cambridge. United States: Alumni Association of the Massachusetts Institute of Technology; 1971.

1.1.2 การเปลี่ยนแปลงในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย

องค์กรใดๆ จะดำรงอยู่ได้ก็ด้วยคุณค่าที่เกิดจากความสามารถในการส่งมอบให้กับลูกค้าและผู้รับผลงานอื่นที่ไม่ใช่ลูกค้าโดยตรง ได้แก่ เจ้าของกิจการ (shareholders), ผู้ปฏิบัติงานในองค์กร, พันธมิตร/ผู้จัดส่งวัตถุดิบ (partners/suppliers) และสังคม โดยองค์กรต้องสามารถบริหารจัดการงานภายใน และจัดการความสัมพันธ์กับหน่วยงานภายนอกได้อย่างเหมาะสม กลมกลืนกับปัจจัยแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกองค์กร

ปัจจัยภายนอกสำคัญที่ส่งผลต่อความคาดหวังที่มีต่อโรงพยาบาลในอนาคต ได้แก่

- 1) ปริมาณความต้องการการรักษาพยาบาลที่จะเพิ่มขึ้น จากการที่
 - 1.1) ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (aged society) คือ สังคมที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปี เกินกว่าร้อยละ 20) ในปี พ.ศ. 2564 ซึ่งจะก่อให้เกิดปัญหาในการจัดการสวัสดิการสังคมและบริการสุขภาพที่หลีกเลี่ยงได้ยาก จากข้อมูลของ

กระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2557 แสดงว่า เตียงของโรงพยาบาลทั่วประเทศ มีประมาณ 150,000 เตียง ซึ่งตามการคาดการณ์จำนวนเตียงที่จะเพิ่มขึ้น ไม่น่าจะรองรับความต้องการของผู้สูงอายุในอนาคตที่จะมีจำนวนเพิ่มขึ้น และจะมีการเจ็บป่วยที่ต้องการเตียงมากขึ้นได้

- 1.2) ประเทศไทยมีความเป็นสังคมเมืองมากขึ้น จากการอพยพของ คนวัยทำงานเข้าสู่เขตเมืองและเขตเศรษฐกิจพิเศษ เพื่อมาทำงานที่มีเฉพาะในเขตเมืองใหญ่เท่านั้น ซึ่งจะส่งผลให้สถานพยาบาลในเขตเมืองต้องรองรับผู้ป่วยจำนวนมากขึ้น และเพิ่มความแออัดที่มีมากอยู่แล้วให้แออัดมากยิ่งขึ้น อันจะส่งผลต่อเนื่องไปถึงคุณภาพและความปลอดภัยของการให้บริการสุขภาพ
- 1.3) นโยบายการเป็นศูนย์กลางของบริการสุขภาพในภูมิภาค (medical hub) ข้อมูลในปี พ.ศ. 2558 แสดงว่า ธุรกิจบริการสุขภาพในประเทศไทยสำหรับชาวต่างชาติ มีมูลค่าไม่ต่ำกว่า 107,000 ล้านบาท และมีการเติบโตอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้บริการสุขภาพมีการแข่งขันและการพัฒนาคุณภาพในระดับสากล แต่ในขณะเดียวกัน ก็จะทำให้ความต้องการด้านบริการสุขภาพโดยรวมของประเทศไทยมีมากขึ้น และเกิดการถ่ายเททรัพยากรบุคคลจำนวนหนึ่งจากภาครัฐ (ที่มีจำกัดมากอยู่แล้ว) ไปสู่ภาคเอกชน เพื่อรองรับการให้บริการผู้ป่วยต่างชาติ

2) ความต้องการคุณภาพบริการในระดับที่สูงขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพเศรษฐกิจและสังคม ส่งผลให้ประชาชนไทยมีรายได้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นตลอดจนเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ที่คาดหวังจะเห็นประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรงและจิตใจเข้มแข็ง ได้รับสิทธิและประโยชน์จากการบริหารจัดการและการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ และสะดวกทัดเทียมกัน ซึ่งเป้าหมายดังกล่าว สะท้อนเจตจำนงที่จะยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยของบริการสุขภาพให้สูงขึ้น

ความต้องการและความคาดหวังที่มีต่อระบบบริการสุขภาพ และโรงพยาบาลที่กำลังเปลี่ยนแปลง

เป็นโจทย์สำคัญที่ทำนายการบริหารจัดการของระบบสุขภาพทั้งระบบ และการบริหารจัดการของโรงพยาบาล การเปลี่ยนแปลงที่น่าจะเกิดขึ้นกับระบบบริการสุขภาพและโรงพยาบาล เพื่อรองรับบริบทที่กำลังมีการเปลี่ยนแปลง ที่กล่าวถึงในเวทีการประชุมวิชาการระดับนานาชาติ ได้แก่

1) การเพิ่มจำนวนเตียงให้บริการผู้ป่วย โดยในประเทศไทย การขยายตัวส่วนใหญ่จะอยู่ในภาคเอกชน ซึ่งมีนักลงทุนทั้งรายเดิมและรายใหม่เข้าสู่ธุรกิจบริการสุขภาพมากขึ้น เพราะเป็นธุรกิจที่มีการพยากรณ์ว่าจะมีการขยายตัวอย่างต่อเนื่อง

2) การจัดตั้งสถานพยาบาลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate care) มากขึ้น ซึ่งอาจอยู่ในรูปแบบสถานฟื้นฟูสภาพ เพื่อพักฟื้นผู้ป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาล ก่อนที่จะกลับไปที่บ้าน สถานดูแลผู้สูงอายุ เพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วยที่ญาติไม่สามารถดูแลเองที่บ้านได้ แต่โรงพยาบาลก็ไม่มีเตียงรับได้ และสถานดูแลแบบ palliative care ซึ่งสถานพยาบาลเหล่านี้จะมีเพิ่มขึ้นทั้งในภาครัฐและเอกชน เพื่อรองรับปริมาณผู้ป่วยสูงอายุที่มีความต้องการการดูแลรักษาในลักษณะที่ต่างกันไป

3) การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาของโรงพยาบาล เพื่อลดความจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องเดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาล หรือนอนที่โรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน โดยใช้ประโยชน์จากความก้าวหน้าในทางเทคโนโลยีทางการแพทย์และการสื่อสาร เช่น Telemedicine, Wearable medical devices, Hand-held medical devices, Artificial Intelligent (AI) เป็นต้น โดยรูปแบบการดูแลรักษาใหม่ๆ ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ได้แก่

3.1) การพัฒนาคลินิกที่กระจายตัวอยู่ทุกมุมเมือง โดยคลินิกเหล่านี้ติดตั้งเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจร่างกาย มีเครื่องอ่านผลเลือดและปัสสาวะแบบ test kits ที่มีความถูกต้องแม่นยำ บันทึกข้อมูลทั้งหมดเข้าสู่เครือข่ายคอมพิวเตอร์ เพื่อใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการวินิจฉัยโรคและสั่งยา แล้วมีระบบขนส่งยามาให้ถึงที่บ้าน

3.2) การสร้างผู้ดูแลเพื่อการดูแลผู้สูงอายุในเขตชนบท ส่วนในเขตเมืองที่เจริญมากน่าจะมีการใช้หุ่นยนต์หรือเครื่องมือเข้ามาช่วยในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน และการว่าจ้างผู้ดูแลเข้ามาดูแลผู้สูงอายุที่บ้านในช่วงเวลาที่จำเป็น ผ่านเครือข่ายบริการในลักษณะคล้าย Grab Taxi

3.3) การใช้ *Minimal invasive procedures, Precision medicine, New medicine*, ปัญญาประดิษฐ์, *Big data* และ *Telemedicine* เข้ามาดูแลผู้ป่วยและบริหารจัดการโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยใช้เวลานอนโรงพยาบาลสั้นลง

1.1.3 การบริหารการเปลี่ยนแปลง (Change management)

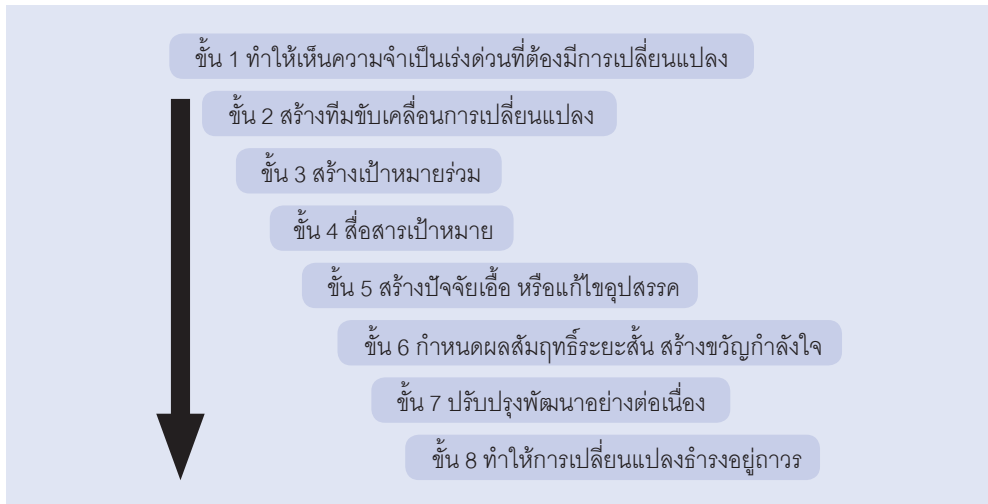
การเปลี่ยนแปลงภายในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับผู้คน มักเผชิญกับแรงต้านการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเสมอ เพราะโดยธรรมชาติขององค์กรส่วนใหญ่ องค์กรมักจะจัดกระบวนการภายในให้มีความคงที่ เพื่อให้สามารถเชื่อมโยงขั้นตอนที่อยู่ในส่วนย่อยต่างๆ เข้าด้วยกัน โดยใช้พลังการทำงานไม่มากนัก การเปลี่ยนแปลงใดๆ ที่กระทบกระบวนการหรือสภาพแวดล้อมเดิม มักมีผลกระทบต่อสมดุลเดิมที่เป็นอยู่

โดยทั่วไป ผู้ที่รับรู้ว่าการจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงมักเป็นบุคลากรที่ทำงานสัมผัสกับโลกภายนอกองค์กรค่อนข้างมาก เพราะบุคลากรเหล่านี้จะรับรู้ถึงปัจจัยภายนอกที่กำลังเปลี่ยนแปลงและจะคุกคามองค์กร และก็รับรู้ว่ามีคิดและกระบวนการภายในที่เป็นอยู่ไม่สามารถรองรับปัจจัยภายนอกที่จะเปลี่ยนแปลงไปได้ ซึ่งผู้ที่สัมผัสกับโลกภายนอกค่อนข้างมากมี 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้บริหารระดับสูง และผู้นำองค์กร แต่ผู้บริหารระดับสูงไม่มีอำนาจและบารมีเพียงพอที่จะเหนี่ยวนำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ ผู้นำองค์กรจึงมักจะเป็นผู้มีบทบาทสูงในการเหนี่ยวนำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในองค์กรส่วนใหญ่

การเปลี่ยนแปลง ต้องใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์ของผู้ขับเคลื่อน โดยการเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นได้ยาก ถ้าทีมงานส่วนใหญ่รู้สึกทุกอย่างที่เป็นอยู่ดีอยู่แล้ว และรู้สึกปลอดภัยกับสภาพแวดล้อมการทำงานแบบเดิม ยิ่งถ้าไม่มีแรงจูงใจหรือแรงบังคับใดๆ มากระตุ้นการเปลี่ยนแปลงก็ยากจะเกิดขึ้นได้ นอกจากนี้ ผู้ขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงต้องคิดว่า อยากให้การเปลี่ยนแปลงเป็นไปอย่างค่อยเป็นค่อยไป ซึ่งมักใช้เวลาานาน หรือเป็นแบบพลิกโฉมซึ่งใช้

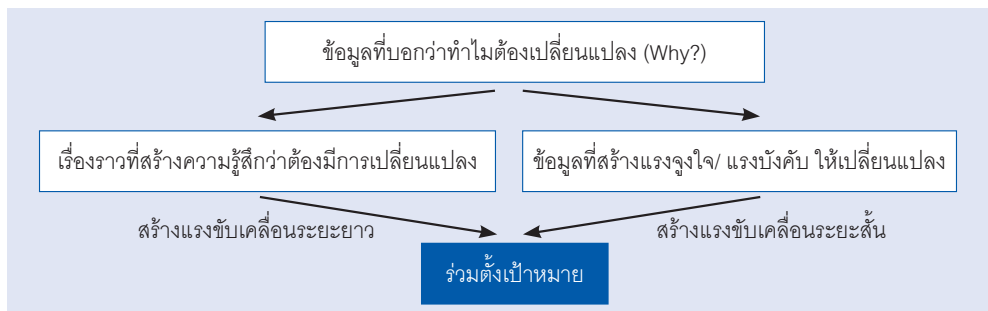
เวลาไม่นาน และมักจะเกิดขึ้นภายใต้สถานการณ์ที่บีบคั้นรุนแรง ต้องใช้อำนาจ และพลังในการขับเคลื่อนสูงมาก และมักมีผลข้างเคียงตามมาสูง ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงส่วนใหญ่จึงมักเกิดแบบค่อยเป็นค่อยไป

John Kotter ได้เสนอแนะขั้นตอนในการขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โดยแบ่งเป็นขั้นตอนสำคัญ 8 ขั้นตอน คือ



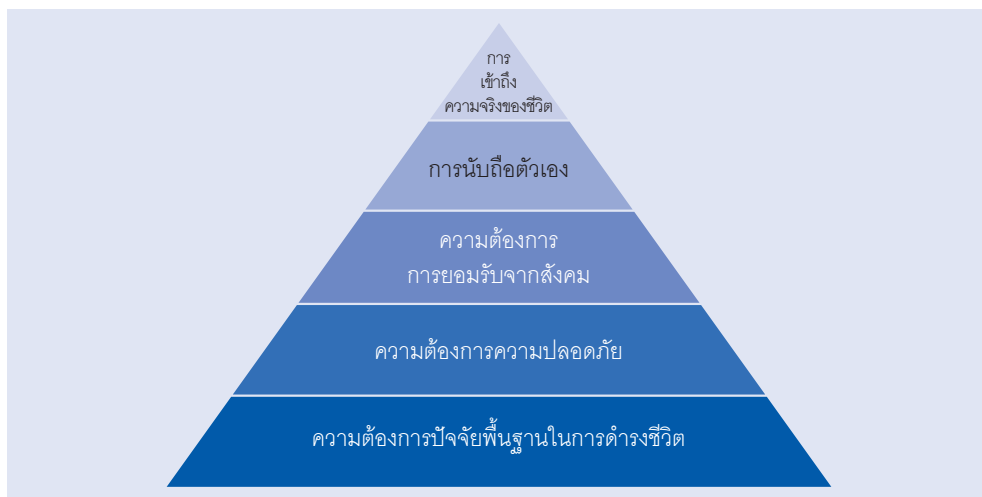
กรอบที่ 1.1 ขั้นตอนการขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โดย John Kotter

การทำให้คนในองค์กรเห็นความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลง มักใช้ข้อมูลที่ทำนายภาพในอนาคตที่จะเกิดขึ้นหากองค์กรไม่เปลี่ยนแปลง ร่วมกับการสร้างสภาพแวดล้อมที่เกื้อหนุนการเปลี่ยนแปลง ทั้งในลักษณะของ แรงจูงใจหรือแรงบังคับให้เปลี่ยนแปลง



กรอบที่ 1.2 แผนผังเชื่อมโยงการใช้ข้อมูลเพื่อสร้างแรงขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลง

การสร้างแรงจูงใจควรมีการปรับให้เหมาะสมกับความต้องการของบุคลากรแต่ละกลุ่ม การเข้าใจพีระมิตความต้องการพื้นฐานในชีวิตของ Maslow ว่าเจ้าหน้าที่แต่ละส่วนงานที่มีอายุ ประสบการณ์ชีวิต และตำแหน่งทางสังคม ที่ต่างกัน ย่อมมีความต้องการพื้นฐานในชีวิตที่ต่างกัน จะช่วยให้ผู้ขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงจัดทำข้อมูลรวมถึงวิธีชี้แจงที่เหมาะสมในการสร้างแรงจูงใจให้เกิดขึ้นในเจ้าหน้าที่แต่ละกลุ่ม



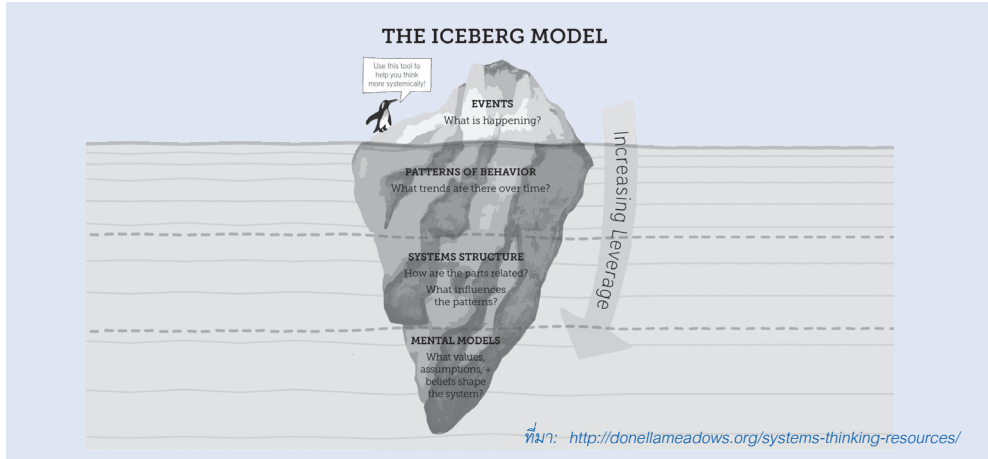
กรอบที่ 1.3 พีระมิตความต้องการพื้นฐานในชีวิตของ Maslow

เมื่อมีการสร้างบรรยากาศจนทำให้คนส่วนใหญ่ขององค์กรเห็นความจำเป็นที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงแล้ว ขั้นตอนถัดไป คือ การหาแนวร่วมเพื่อมาสร้างทีมขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลง เพื่อช่วยกันผลักดันงานในช่วงถัดไป

เมื่อได้ทีมขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงแล้ว ควรมีการร่วมกันกำหนดเป้าหมายที่จะใช้ชีวิตความสำเร็จ แล้วสื่อสารสิ่งเหล่านี้ออกไปให้รับรู้ร่วมกันทั้งองค์กร นอกจากนี้ ทีมขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงควรมีความชัดเจนว่าคาดหวังการเปลี่ยนแปลงในตัวเจ้าหน้าที่ถึงลงไปถึงระดับใด คือ

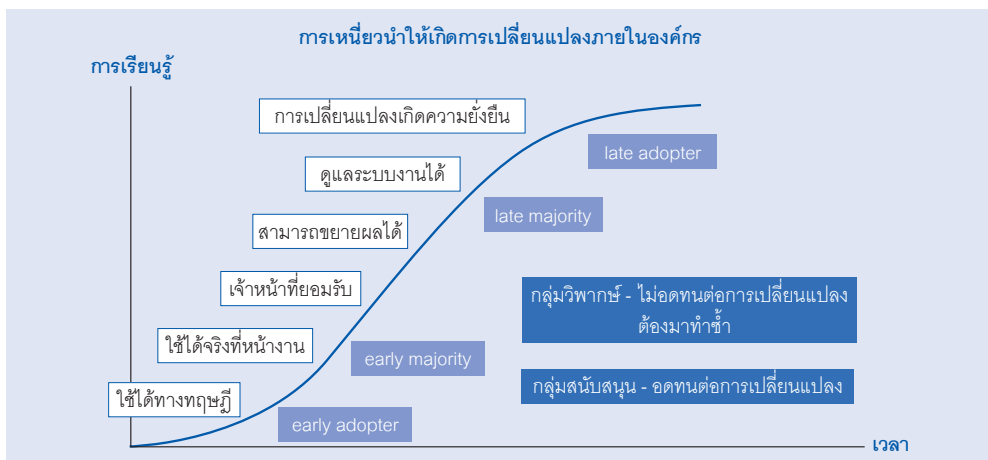
- 1) ต้องการให้เกิดกิจกรรมร่วมกันสักครั้งหนึ่ง เช่น การณรงค์ร่วมกัน
- 2) ต้องการเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานของเจ้าหน้าที่หรือกระบวนการงาน
- 3) ต้องการปรับโครงสร้างการทำงานและสภาพแวดล้อมการทำงานที่เอื้อให้การเปลี่ยนแปลงในเจ้าหน้าที่ในระยะยาว

- 4) ต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับความเชื่อ ค่านิยม ทัศนคติ และวัฒนธรรมการทำงานของเจ้าหน้าที่ ซึ่งจะช่วยให้การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นอย่างถาวร



กรอบที่ 1.4 ทฤษฎีภูเขาน้ำแข็ง (The Iceberg Model)

การเลือกหน่วยงานนำร่องและผู้เข้าร่วมการเปลี่ยนแปลงกลุ่มแรกมีความสำคัญมากต่อการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลง คนกลุ่มนี้จะมักจะเป็นคนกลุ่มแรกที่รับการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วิถีงานประจำ (early adopter) และเป็นกำลังสำคัญในการขยายผลการเปลี่ยนแปลงในช่วงต่อไป



กรอบที่ 1.5 การเหนี่ยวนำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในองค์กร

การสร้างปัจจัยเอื้อหรือการแก้ไขอุปสรรค มักต้องใช้มุมมองใหม่หรือนวัตกรรมเข้ามาช่วยในการจัดการ ซึ่งนวัตกรรมในบริการสุขภาพมักจะไม่ใช่ว่าสิ่งที่เกิดขึ้นใหม่อย่างสิ้นเชิง แต่มักเป็นการบูรณาการงานบริการต่างๆ ที่มีอยู่เข้าด้วยกัน เพื่อนำมาสร้างขั้นตอนหรือรูปแบบงานบริการใหม่ ให้สอดคล้องกับความต้องการของลูกค้ามากที่สุด เครื่องมือสำคัญในยุคปัจจุบันที่จะช่วยในการสร้างนวัตกรรมในงานบริการสุขภาพ คือ เทคโนโลยีสารสนเทศ (information technology) ด้าน Big data และปัญญาประดิษฐ์

การกำหนดผลสัมฤทธิ์ระยะสั้นและได้บรรลุผลสัมฤทธิ์นั้น จะช่วยให้เกิดพลังในการขับเคลื่อนให้ผลสำเร็จขยายตัวออกไปครอบคลุมทั้งองค์กร โดยอาจจะมีรางวัลหรือคำชื่นชมให้กับหน่วยนำร่องตลอดจนทีมขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงเพื่อเป็นขวัญกำลังใจในการขยายผลในระยะต่อไป

การเรียนรู้จากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นและนำมาปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ตามวงจร Plan-Do-Study-Act (PDSA) จะช่วยให้การขยายผลมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น และควรใช้การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการจัดการความรู้อย่างเป็นระบบ ในการหล่อหลอมวัฒนธรรมการทำงานใหม่ที่รองรับการเปลี่ยนแปลงนี้ เพื่อให้การเปลี่ยนแปลงธำรงอยู่อย่างยั่งยืน

Big data และ Blockchain

จากการที่คอมพิวเตอร์มีสมรรถนะสูงขึ้นเรื่อยๆ ประกอบกับความสามารถในการเชื่อมโยงข้อมูลจากแหล่งต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัยในระดับสูง ทำให้เกิดความร่วมมือของเครือข่ายในการจัดเก็บข้อมูลและใช้ประโยชน์จากข้อมูลร่วมกันที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงกว่าในอดีตมาก

Big data ถูกพัฒนาขึ้นมาเพื่อช่วยในการจัดการข้อมูลจำนวนมากและซับซ้อนเกินกว่าโปรแกรมจัดการฐานข้อมูลที่มีอยู่เดิม โดย Big data จะนำข้อมูลที่ได้รับ มาประมวลผลเพื่อใช้ในการทำนายเหตุการณ์หรือพฤติกรรมที่น่าจะเป็นของกลุ่มเป้าหมาย โดยทั่วไปการได้มาซึ่งข้อมูลจำนวนมากและซับซ้อน มักจะเกิดจากความร่วมมือกันของเครือข่ายที่มีเป้าหมายบางอย่างร่วมกัน ในทางการแพทย์ Big data ถูกคาดหวังว่าจะนำมาใช้ร่วมกับปัญญาประดิษฐ์ เพื่อช่วยในการตรวจวินิจฉัยโรคและทำนายแนวโน้มของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยหรือกลุ่มประชากร

Blockchain เป็นการออกแบบการจัดเก็บและจัดการฐานข้อมูลที่ไม่มีหน่วยศูนย์กลางเหมือนที่ผ่านมา แต่ออกแบบให้สมาชิกของเครือข่ายทุกคนมีส่วนร่วมในการจัดเก็บและจัดการฐานข้อมูล โดยผู้เขียนโปรแกรมมีการออกแบบการกรอกข้อมูล การเข้ารหัสข้อมูล การจัดเรียงรายการ การตรวจสอบความถูกต้องของรายการ การแก้ไขข้อมูล และการประมวลผลข้อมูลที่รัดกุม ยากแก่การถูกบุกรุกจากภายนอก ในทางการแพทย์ Blockchain ถูกคาดหวังว่าจะนำมาใช้ในการเปลี่ยนวิธีการจัดเก็บข้อมูลในเวชระเบียนของผู้ป่วย ซึ่งอยู่ใน server ของแต่ละโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา มาเป็นอยู่บน cloud ที่เข้าถึงได้ด้วยตัวผู้ป่วยเอง และโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยอนุญาตให้เข้าถึง ซึ่งถ้าเกิดขึ้นได้จริง ก็จะเป็นการเปลี่ยนแปลงแบบพลิกโฉมของการจัดการประวัติการรักษาของผู้ป่วย และก่อให้เกิดการไหลของข้อมูลผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาล อันจะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทำได้สะดวกขึ้น

1.2 ความร่วมมือ (Collaboration)

ความร่วมมือ (Collaboration) เป็นการสร้างความสัมพันธ์กับเครือข่ายต่างๆ ทั้งที่เป็นกำลังคนของโรงพยาบาล ผู้มารับบริการ ผู้มีส่วนได้เสีย และองค์กรพันธมิตรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ต้องสร้างบนพื้นฐานของความไว้วางใจ นำไปสู่การเกาะเกี่ยวเป็นสายใยที่เสริมพลังในการขับเคลื่อน ซึ่งมีทั้งความสัมพันธ์ในรูปแบบที่เป็นทางการ หรือรูปแบบที่มีเป้าหมายร่วมและขับเคลื่อนสู่เป้าหมายเดียวกันโดยไม่มีข้อผูกมัดที่เป็นลายลักษณ์อักษรแต่ผูกพันด้วยใจร่วมกันสร้างความเปลี่ยนแปลงที่มีคุณค่าและมีความหมายในระบบบริการสุขภาพ ก็จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน

เราอาจแบ่งลำดับขั้นของความร่วมมือ ดังนี้

- 1) ความร่วมมือกับตัวเราเอง
- 2) ความร่วมมือกับเพื่อนร่วมงาน
- 3) การเชื่อมโยงระหว่างระบบงาน
- 4) ความร่วมมือระหว่างองค์กร
- 5) ความร่วมมือระหว่างภาคส่วน

เพื่อให้เกิดความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพ เราสามารถนำแนวคิดคุณภาพมาตั้งคำถามที่เพิ่มคุณค่าให้กับความร่วมมือ ได้แก่

- 1) อะไรคือเป้าหมายของความร่วมมือ?
- 2) อะไรคือสาเหตุที่ร่วมมือกันไม่ได้ ทำไมถึงทำงานเป็นทีมร่วมกันไม่ได้ เราเข้าใจไหมว่าเกิดอะไรขึ้น?
- 3) อะไรคือเครื่องมือหรือกระบวนการทัศนที่ก่อให้เกิดความร่วมมือ?

1.2.1 ความร่วมมือกับตัวเราเอง

เคยรู้สึกไหมว่าตัวเราเองขัดแย้งกันเอง เกิดความไม่ร่วมมือกันภายใน มีความคิดด้านลบด้านลบขัดแย้งกันอยู่ภายใน สิ่งที่เกิดขึ้นเป็นธรรมชาติภายในตัวเรา เรามักถูกสอนให้กดในสิ่งที่ป็นด้านลบภายในตัวเรา บางทีการกดที่มากเกินไปส่งผลลบต่อตัวเรา ทำให้รู้สึกเครียดอยู่ข้างในแล้วไม่มีโอกาสปลดปล่อย นักจิตวิทยาพยายามจะทำให้เราตระหนักว่าเรามีทั้งสองด้านอยู่ในตัวเรา แล้วเราอย่าระบออยู่ระหว่างข้อทั้งสองข้าง ขึ้นกับจังหวะในแต่ละช่วงเวลา ทำอย่างไรให้เรารู้ตัว ยอมรับและควบคุมมันได้ นั่นคือความร่วมมือในตัวเราเอง

การเปลี่ยนแปลง.. เริ่มต้นจากตัวเอง

...เริ่มต้น..

ใครหลายคนมักถามว่า จะเริ่มต้นอย่างไร

ใครเป็นแรงบันดาลใจในการเริ่มต้น

หรือเราจะหาแรงบันดาลใจจากที่ไหน เพื่อมาเป็นจุดเริ่มต้น..

การเปลี่ยนแปลงจะเริ่มต้นได้อย่างไรกับคนที่ยังไม่คิด และไม่รู้สึกรู้ว่าต้องเปลี่ยนแปลง

การเปลี่ยนแปลงที่แท้จริง จึงกล่าวได้ว่า..

สามารถเริ่มต้นได้จากคนที่มีความคิด ความรู้สึกอยากเปลี่ยนแปลงเท่านั้น

การตระหนักถึงความต้องการเปลี่ยนแปลง หาใช้รูปของความคิดที่เกิดจากความเบื่อหน่าย

หากหมายถึงความคิด ความรู้สึกจริงๆ ที่เราต้องการเปลี่ยนแปลงไปสู่คุณค่า ความหมายที่ดีกว่า

และการตระหนักในความต้องการเปลี่ยนแปลง ก็จะไปสู่การค้นหาวิธีการ รวมถึงแรงบันดาลใจ

โดยอาจกล่าวได้ว่า หากเราไม่ได้ตระหนักในความต้องการเปลี่ยนแปลง ต่อให้พบแรงบันดาลใจขั้นดี หรือวิธีการชั้นเลิศ ก็ไร้ประโยชน์สำหรับคนที่ไม่มีความคิดที่จะเปลี่ยนแปลง

ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงที่แท้จริง จึงมีอาจเริ่มจากใครอื่นได้ นอกจากตัวเราเอง..

1.2.2 ความร่วมมือกับเพื่อนร่วมงาน

ในการทำงานร่วมกันระหว่างบุคคล ในระดับทีมงาน มีปัจจัยที่กำหนดความสำเร็จของการทำงานร่วมกันอยู่ 3 ปัจจัยหลัก คือ โอกาส (opportunity), ความเต็มใจ (willingness), และความสามารถ (ability)

โอกาส เป็นปัจจัยด้านโครงสร้าง ที่ส่งเสริมให้เกิดการทำงานร่วมกัน ทั้งโครงสร้างทางกายภาพ เช่น เวลา และสถานที่ในการทำงาน รวมไปถึงโครงสร้างขององค์กร ได้แก่ การแบ่งสายงาน ลำดับชั้นบังคับบัญชา ที่ส่งผลต่อการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ ความห่างเหินที่เกิดขึ้นโดยโครงสร้างทั้งกายภาพ และระบบงาน เป็นอุปสรรคสำคัญในการทำงานร่วมกัน

ปัจจัยด้านจิตใจ เป็นตัวกำหนดทัศนคติ และพฤติกรรมในการทำงานร่วมกัน โดยเฉพาะในระดับทีมงานที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด ซึ่งต้องมีความไว้วางใจ และเคารพซึ่งกันและกัน (trust and respect) ซึ่งพบว่าปัญหาหลักในการทำงานร่วมกัน ส่วนหนึ่งเกิดจากผู้ทำงานในทีมที่เป็นวิชาชีพที่มีความชัดเจน มีความเป็นตัวตนสูง ทำให้จดจ่ออยู่กับเป้าหมายส่วนตน จนหลงลืมเป้าหมายร่วมกันของทีม แก้ไขได้ด้วยการเต็มใจที่จะใช้เวลาในการเรียนรู้การทำงานร่วมกัน และมุ่งเน้นที่เป้าหมายเดียวกัน คือการดูแลผู้ป่วย ให้ความสำคัญของบทบาทแต่ละคนในทีม (role valuing) ทำให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย (safety) ในการทำงานร่วมกัน

สุดท้าย คือ **ปัจจัยด้านความสามารถ** ความรู้และความสามารถ ประกอบไปด้วย ความสามารถในการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย และทักษะการใช้ภาษาในการสื่อสารอย่างเหมาะสม ล้วนเป็นทักษะที่ต้องพัฒนา เพื่อให้ทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพเราอาจเปรียบเทียบ

ความร่วมมือกับเพื่อนร่วมงาน เหมือนกับการร่วมมือกันของทีมนักกีฬาที่มุ่งสู่ความสำเร็จในเป้าหมายเดียวกัน ส่วนประกอบสำคัญในการทำให้ทีมประสบความสำเร็จมี ดังนี้

1) Role clarity บทบาทของทุกคนในทีมต้องมีความชัดเจน แต่ละคนไม่เพียงแต่รู้ว่าตนเองและผู้อื่นมีหน้าที่อะไร แต่ต้องตระหนักถึงความสำคัญของหน้าที่นั้นต่อความสำเร็จของทีมด้วย

2) Trust and confidence ความไว้วางใจและความเชื่อมั่นที่มีต่อกัน ต้องเกิดจากการทำงานร่วมกันอย่างประจำสม่ำเสมอ ทุกคนในทีมต้องให้ความสำคัญในการใช้เวลาร่วมกัน และใช้ความสามารถของตนเองเพื่อสร้างความไว้วางใจในทีม

3) The ability to overcome adversity ความสามารถในการก้าวข้ามอุปสรรค ซึ่งเกิดจากการใช้เป้าหมายเป็นที่ตั้งหลัก แม้จะเกิดปัญหา หรือความท้าทายใหม่ๆ เกิดขึ้น แต่ทุกคนในทีมล้วนมีเป้าหมายเดียวกันและไม่ละทิ้งเป้าหมายนั้น

4) The ability to overcome personal differences เราและเพื่อนร่วมงาน อาจ会有ความแตกต่างด้านความคิด ความเชื่อ ประสบการณ์ ซึ่งมักก่อให้เกิดความขัดแย้งในการทำงานได้ ทีมที่ประสบความสำเร็จจะมีความสามารถในการก้าวข้ามความขัดแย้ง หรือความแตกต่างทางความคิด โดยระลึกเสมอว่าเรามีเป้าหมายเดียวกัน คือการดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุด มองความแตกต่างหรือความหลากหลายทางความคิดว่าเป็นจุดแข็ง ที่เราดึงมาใช้เพื่อส่งเสริมให้ทีมมีการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

5) Collective leadership ทุกคนมีความรับผิดชอบร่วมกันในความสำเร็จของทีม มีแนวคิดที่ชัดเจนว่าตัวเราไม่ใช่เพียงแค่ผู้ทำตามคำสั่งเท่านั้น แต่เรามีส่วนในการนำ และมองเพื่อนร่วมงานในทีมเป็นผู้นำทีมที่ร่วมรับผิดชอบในการทำให้เป้าหมายสำเร็จร่วมกัน

ความร่วมมือกับเพื่อนร่วมงานอย่างประสบความสำเร็จ จึงไม่สามารถเกิดขึ้นได้ในวันเดียว เมื่อทีมงานรวมตัวกันด้วยเป้าหมายเดียวกันแล้ว ต้องไม่ลืมจุดเริ่มแรกที่ทำให้ทุกคนเข้ามาทำงานร่วมกัน นั่นคือเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและความปลอดภัยสูงสุดในการดูแลผู้ป่วย การให้เกียรติ ไว้วางใจ และใช้เวลาร่วมกันกับเพื่อนร่วมงาน จะสามารถสร้างความร่วมมือสู่เป้าหมายเดียวกันได้อย่างยั่งยืน

1.2.3 ความร่วมมือในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย

ระบบบริการสุขภาพในยุคปัจจุบันมีความซับซ้อนสูงมากจนเกินกว่าที่หน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งจะสามารถบริการได้แบบเบ็ดเสร็จครบวงจร และบ่อยครั้งที่การตั้งเป้าหมายที่จะสร้างการเปลี่ยนแปลงให้เกิดขึ้นกับโรงพยาบาล จำเป็นต้องคำนึงถึงการวัดความสัมพันธ์กับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ดังนั้น การทำงานที่เคยใช้การสั่งการตามสายการบังคับบัญชาในรูปแบบเดิม จึงต้องปรับเปลี่ยนไปตามความสัมพันธ์ในรูปแบบใหม่ ทั้งความสัมพันธ์ในเชิงคู่สัญญาทางธุรกิจ และความสัมพันธ์ในเชิงเครือข่ายความร่วมมือที่มีเป้าหมายและประโยชน์ร่วมกัน

กรอบที่ 1.6 รูปแบบความร่วมมือในระบบบริการสุขภาพ

	ภายในองค์กร	คู่สัญญาทางธุรกิจ	เครือข่ายความร่วมมือ
พื้นฐานความสัมพันธ์	การจ้างงาน	การแลกเปลี่ยน	การมีเป้าหมายร่วมกัน
ความสัมพันธ์	การสั่งการ	การซื้อขาย	การช่วยเหลือกัน
ความเกี่ยวข้องกัน	ตามสายบังคับบัญชา	ผูกพันตามสัญญา	ตามบทบาทที่ตกลงกัน
การติดตามงาน	การนิเทศ ประชุม รายงาน	งวดงาน งวดเงิน	การพบปะ แจ้งข่าวสาร
วิธีจัดการความขัดแย้ง	กฎ ระเบียบ	การฟ้องร้อง	การเจรจา

ความร่วมมือระหว่างภาคส่วนจะชัดเจนมากขึ้น ถ้าเรานำโจทย์ที่ยากจะบรรลุได้โดยการทำงานของภาคสาธารณสุขเพียงลำพัง และต้องอาศัยความร่วมมือมาร่วมกันพิจารณาในการหาวิธีการขับเคลื่อน เช่น อาหารในชุมชน สารเสพติด การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น สารเคมีการเกษตร อุบัติเหตุ จราจร มลพิษกับสิ่งแวดล้อม พัฒนาการเด็ก เป็นต้น

ความท้าทายในการขับเคลื่อนประเด็นเหล่านี้ ได้แก่

- 1) การอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน
- 2) เห็นการเปลี่ยนแปลงได้ช้า วัดผลสำเร็จยาก
- 3) ยังไม่มีคำตอบที่ได้ผลว่าต้องทำอย่างไร
- 4) ขาดความรู้ความชำนาญ
- 5) ชุมชนไม่ให้ความสำคัญ เพราะสนใจเรื่องปากท้องมากกว่า

แม้จะยังไม่ชัดเจนในวิธีการที่มีประสิทธิผล แต่เราอาจเริ่มจากการใช้ความรู้จากการเข้าไปรับรู้รายละเอียดเจาะลึกในแต่ละกรณี ทำความเข้าใจไม่รีบร้อนว่าเรารู้คำตอบแล้ว ไปเรียนรู้ปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหามากขึ้น แล้วนำความรู้มาใช้ประโยชน์ เป็นจุดเริ่มต้นที่เราจะมองเห็นคำตอบได้

ในปฏิบัติการที่ยุ่งยากซับซ้อน รูปแบบความสัมพันธ์มักเป็นรูปแบบผสม เพราะมีหน่วยงานเกี่ยวข้องจำนวนมาก แต่หัวใจหลักที่ทำให้ทั้งองค์การพหุทำงานได้อย่างสอดคล้องประสานกัน คือ การมีเป้าหมายที่ยิ่งใหญ่ร่วมกัน และแต่ละส่วนเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเอง ตลอดจนรับผิดชอบงานในบทบาทของตนอย่างเต็มที่ กรณีตัวอย่างชัดเจนที่สุด คือ การช่วยเหลือ 13 หมู่ป่าออกจากถ้ำหลวงขุนน้ำนางนอน

แนวคิด Value-Based Healthcare ของ Michael E. Porter แสดงความสำคัญของการทำงานในลักษณะเครือข่ายว่าเป็นปัจจัยหลักตัวหนึ่งที่จะช่วยให้เกิดการส่งมอบบริการสุขภาพที่มีคุณค่าและไร้รอยต่อให้กับผู้รับบริการ ซึ่งสิ่งที่จะช่วยให้เกิดการบูรณาการของกระบวนการดูแลผู้ป่วยของแต่ละสถานพยาบาล คือ การมีเป้าหมายร่วมกันที่ตัวผู้ป่วย (people-centred care) และการร่วมกันวิเคราะห์การไหลของกระบวนการที่เชื่อมถึงกัน หรือทำอยู่ในขั้นตอนเดียวกันแต่ต่างสถานพยาบาล แล้วปรับปรุงกระบวนการทั้งหมดให้มีมาตรฐานทัดเทียมกัน (standardized process) และเชื่อมโยงกันอย่างไร้รอยต่อ (seamless care) โดยมีจุดควบคุม (check point) ที่จะใช้ในการวัดประเมินผลเพื่อตรวจสอบว่าการเชื่อมต่อดีหรือไม่

ผู้ป่วยในฐานะเครือข่ายร่วมพัฒนาคุณภาพ

การขับเคลื่อนงานคุณภาพและความปลอดภัยที่เป็นกระแสสากลในปัจจุบัน คือ การมองผู้ป่วยและครอบครัว ไม่ใช่เพียงในฐานะผู้รับบริการ แต่มองรวมไปถึงว่าผู้ป่วยและครอบครัวเป็นเครือข่ายสำคัญของการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 ได้ให้ความสำคัญของการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในกระบวนการดูแลรักษาอยู่หลายจุด ตัวอย่างหนึ่ง ได้แก่ “ในการรับผู้ป่วยไว้ดูแล มีการให้ข้อมูลที่เหมาะสมและเข้าใจง่ายแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว เกี่ยวกับ สภาพการเจ็บป่วย, การดูแลที่จะได้รับ, ผลลัพธ์และค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้น องค์กรทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วย/ครอบครัว ได้รับข้อมูลที่จำเป็นอย่าเพียงพอด้วยความเข้าใจ และมีเวลาพิจารณาที่เพียงพอที่จะตัดสินใจ”

สื่อสังคมออนไลน์

สื่อสังคมออนไลน์เข้ามามีบทบาทอย่างสูงในการเชื่อมโยงเครือข่ายต่างๆ เข้าด้วยกัน ทำให้การสื่อสารเป็นไปอย่างรวดเร็วและมีผลรวดเร็วสูงมาก โปรแกรม Line ได้ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายเพื่อการขอคำปรึกษาทางการแพทย์ การแจ้งข้อมูลข่าวสาร และการส่งรายงานที่สร้างโดย application ต่างๆ ให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ, โปรแกรม Facebook ถูกใช้อย่างแพร่หลายมากเพื่อการสื่อสาร ให้ความรู้ และสร้างกระแสสังคม การทำงานของเครือข่ายในยุคปัจจุบัน จึงดำเนินไปได้อย่างสะดวกรวดเร็ว โดยสมาชิกของเครือข่ายไม่จำเป็นต้องเดินทางมาพบปะกันโดยตรง อันเป็นการลดต้นทุนการบริหารจัดการเครือข่ายลงไปได้เป็นจำนวนมาก แต่สิ่งที่ต้องคำนึงถึงควบคู่กันไปด้วย ก็คือการดูแลรักษาไม่ให้เกิดการรั่วไหลของข้อมูลออกสู่บุคคลภายนอก

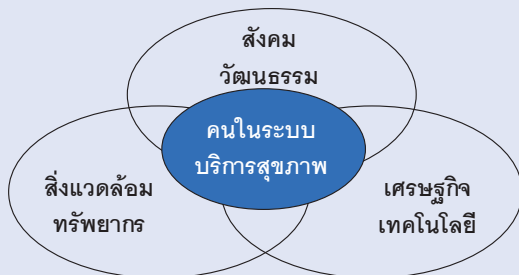
1.3 ความยั่งยืน (Sustainability)

1.3.1 แนวคิดและปัจจัยความยั่งยืนของระบบบริการสุขภาพ

“ความยั่งยืนที่ยิ่งใหญ่ คือ ความยั่งยืนของมนุษยชาติ”

ท่านพระพุทโธมหาราช (ป. อ. ปยุตโต) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการพัฒนาที่ยั่งยืน ประกอบด้วย 4 ปัจจัย ได้แก่ สังคมวัฒนธรรม, สิ่งแวดล้อม, เศรษฐกิจเทคโนโลยี, โดยมีมนุษย์เป็นศูนย์กลาง ในการขับเคลื่อนการพัฒนา

สังคม: สร้างบรรยากาศแห่งการช่วยเหลือเกื้อกูล ไม่เบียดเบียน เอื้อต่อการพัฒนาคน
สมาชิกในสังคมตระหนักในหน้าที่รับผิดชอบที่จะดูแลคุณภาพของตนเอง



ธรรมชาติ: การไม่เบียดเบียนเอาเปรียบธรรมชาติ
ใช้ทรัพยากรเท่าที่จำเป็น

เทคโนโลยี: การใช้เทคโนโลยีอย่างสมเหตุผล คุ่มค่า
เกื้อหนุนในการพัฒนาคนและระบบ

พระพุทโธมหาราช (ป. อ. ปยุตโต)

กรอบที่ 1.7 ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการพัฒนาที่ยั่งยืน

ปัจจัยที่ 1 คนในระบบบริการสุขภาพเป็นศูนย์กลาง การพัฒนาที่ยั่งยืน โดยคนเป็นแกนการพัฒนา เริ่มต้นด้วยการพัฒนาคนก่อน พัฒนาเพื่อเป็นคนที่ดี งาม เป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ ระบบสุขภาพที่ยั่งยืนครอบคลุมทั้งด้านพฤติกรรมที่สร้างสรรค์เกื้อกูล ไม่เบียดเบียน, จิตใจ ที่รักธรรมชาติ เมตตา สันโดษ มีสติ และปัญหาที่แหลมคมในการกระทำสิ่งต่างๆ อย่างรู้เหตุผลและคุณค่า บริโภค ด้วยปัญญา ความเชื่อ ค่านิยม ไม่ประมาท เข้าใจโลก

ปัจจัยที่ 2 สังคมวัฒนธรรม สร้างบรรยากาศแห่งการช่วยเหลือเกื้อกูล ไม่เบียดเบียน เอื้อต่อการพัฒนาคน สมาชิกในสังคมตระหนักในหน้าที่รับผิดชอบที่จะดูแลคุณภาพของตนเอง สร้างความร่วมมือกันทั้งในตัวเอง กับเพื่อนร่วมงาน ระหว่างองค์กร และภาคส่วนอื่นๆ

ปัจจัยที่ 3 เศรษฐกิจและเทคโนโลยี เป็นปัจจัยที่มีความซับซ้อน ทั้งด้าน เศรษฐกิจการเงินการคลังภาครัฐและภาคเอกชน และการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล คุ่มค่า เกื้อหนุนในการพัฒนาคนและระบบ รวมทั้งการวางท่าทีที่สมดุลต่อการนำปัญญาประดิษฐ์มาใช้ในระบบบริการสุขภาพ

ปัจจัยที่ 4 สิ่งแวดล้อมและทรัพยากร การไม่เบียดเบียนเอาเปรียบธรรมชาติ ใช้ทรัพยากรเท่าที่จำเป็น มีการใช้เทคโนโลยีและยาอย่างสมเหตุผล

NHS Scotland ได้สรุป 10 ปัจจัยความยั่งยืนของการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพ ดังนี้



กรอบที่ 1.8 ปัจจัยความยั่งยืนของการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพ

กรอบที่ 1.9 ตารางสรุปปัจจัยความยั่งยืนของการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพ

ปัจจัยขับเคลื่อน	ปัจจัยความสำเร็จ
การบริหารการเปลี่ยนแปลง (change management)	สนับสนุนให้ผู้คนเข้าใจปัญหา และใช้เป็นโอกาสที่จะ “เปลี่ยนแปลง” โดยใช้ความพยายามที่จะลงมือแก้ไข และนำผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้า ร่วมในการออกแบบ และทดสอบวิธีการแก้ปัญหาาร่วมกัน
วัฒนธรรมการพัฒนา คุณภาพ (culture)	ทำความเข้าใจบทบาทของการสร้างวัฒนธรรม ต่อพฤติกรรมและ ความสามารถในการส่งมอบการพัฒนาของเรา
ปัจจัยมนุษย์ (human factors)	ทำความเข้าใจสาเหตุของความผิดพลาดที่เกิดขึ้นเป็นประจำ และนำ มาใช้ในการปรับปรุงกระบวนการให้รัดกุม เพื่อป้องกันความผิดพลาด
นวัตกรรม (innovation)	รับรู้ประโยชน์ที่ชัดเจนและนวัตกรรม ที่ใช้ในการพัฒนา
การนำความรู้สู่การปฏิบัติ (knowledge into action)	ความรู้และทรัพยากรทุกประเภท สามารถเข้าถึงได้ ถูกนำมาใช้งาน ถูกแลกเปลี่ยน
ภาวะผู้นำ (leadership)	ผู้นำที่สามารถผสมผสานทักษะเทคนิคการพัฒนาคุณภาพ กับ การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีประสิทธิภาพ และทักษะเชิงสัมพันธ์
การวัด (measurement)	บุคลากรสามารถใช้ข้อมูลแบบเรียลไทม์ ในการขับเคลื่อนการพัฒนา
การประเมินผล (evaluation)	แผนพัฒนาที่เริ่มต้นจากความเข้าใจในความเชื่อมโยงระหว่าง กิจกรรม ผลผลิต และผลลัพธ์ เพื่อสร้างความมั่นใจว่ามีกระบวนการ เรียนรู้และช่องทางรับฟังเสียงสะท้อนในองค์กร
ความผูกพัน (engagement)	ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกระดับและทุกบทบาท สามารถส่งเสียงสะท้อน ให้กับทีมพัฒนา
การเสริมพลัง (empowerment)	มีการได้ยิน, การรับฟังและการตอบสนองต่อเสียงสะท้อนเพื่อ ปรับปรุงบริการ จากบุคลากร ผู้ป่วยและผู้ดูแล

ที่มา: *The Spread and Sustainability of Quality Improvement in Healthcare, NHS Scotland*

1.3.2 ความยั่งยืนจากการพัฒนาคุณภาพที่หน้างาน

การพัฒนาคุณภาพที่หน้างาน เพื่อส่งมอบบริการสุขภาพที่ปลอดภัย น่าไว้วางใจ ทันเวลา มีประสิทธิผล ประสิทธิภาพ ไม่เลือกปฏิบัติ และมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีความสำคัญต่อความยั่งยืนในระบบบริการสุขภาพ

หัวใจสำคัญของระบบบริหารผลการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพสูง (High Performance Management System: HPMS) ของการพัฒนาคุณภาพที่หน้างาน คือ **ความร่วมมือกันของ**

- 1) **ผู้ปฏิบัติหน้างาน (frontline staff)** มีส่วนร่วมในการออกแบบ ทดสอบ และนำมาตรฐานการทำงานลงสู่การปฏิบัติ มีส่วนสำคัญในการระบุ ปัญหาที่เกิดจากการปฏิบัติและวิเคราะห์สาเหตุราก ร่วมกันปรับปรุง
- 2) **หัวหน้างาน (unit manager)** ที่เข้าใจแนวคิดคุณภาพ มีทักษะและ มั่นใจในการนำลงสู่การปฏิบัติทั้งกระบวนการกำกับและพัฒนาคุณภาพ
- 3) **ทีมพี่เลี้ยงคุณภาพ (quality improvement specialist)** ที่มีบทบาท สำคัญในการโค้ชทีมผู้ปฏิบัติหน้างานอย่างใกล้ชิด กระตุ้นการสื่อสาร เช่น การประชุมทีม และการสื่อสารข้อมูลผลการดำเนินงานที่พร้อมต่อการเข้าถึง/ ใช้งาน ช่วยค้นหาโอกาสพัฒนามาสู่การปรับปรุง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ เครื่องมือพัฒนาคุณภาพ กระตุ้นการปรับปรุงที่รวดเร็ว ร่วมติดตามกำกับและ ขยายผลต่อยอด

“จากความก้าวหน้าอย่างรวดเร็วในด้านเทคโนโลยีและการเปลี่ยนแปลงแบบพลิกโฉมในธุรกิจหลาย ๆ ด้าน คงยากที่จะคาดเดาโลก ในอีก 5 ปีข้างหน้าว่าจะหน้าตาเป็นอย่างไร แต่สิ่งที่ทุกสถานพยาบาลน่าจะพอทำได้ก็คือ การเตรียมความพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงที่จะมาในทุกรูปแบบ และหาเครือข่ายความร่วมมือที่จะได้คลี่คลายการเปลี่ยนแปลงไปด้วยกัน ประคับประคองกัน เพื่อให้องค์กรอยู่รอดและสร้างคุณค่าให้กับสังคมไทยได้อย่างยั่งยืน”

1.3.3 ความยั่งยืนของสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วยและระบบสนับสนุนบริการ

ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงของสภาวะอากาศ การเมือง เศรษฐกิจ เทคโนโลยีและสังคม ส่งผลกระทบต่อการจัดการสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย และระบบสนับสนุนการให้บริการของโรงพยาบาลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เพื่อให้การพัฒนาสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วยและระบบสนับสนุนบริการให้มีคุณภาพ และมีความยั่งยืนนั้น ต้องได้รับการสนับสนุนจากผู้นำ การใส่ใจจากผู้ที่รับผิดชอบในการดูแลบำรุงรักษา มีแนวคิดที่ชัดเจน มีความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรฐาน และกฎหมายที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินการ

แนวคิดสำคัญในการพัฒนาสิ่งแวดล้อม อาคาร สถานที่ และระบบสนับสนุนบริการในโรงพยาบาล ได้แก่

- 1) Visual management เน้นการออกแบบจัดสิ่งแวดล้อมที่สามารถสัมผัสหรือรับรู้ผ่านการมองเห็น
- 2) Human-centred design เน้นการออกแบบจัดสิ่งแวดล้อม จัดระบบสนับสนุนบริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ/ผู้ป่วย/ญาติ
- 3) User-centred design เน้นการออกแบบจัดสิ่งแวดล้อม จัดระบบสนับสนุนบริการให้เอื้อต่อการใช้งานที่เหมาะสมในแต่ละกลุ่ม

มาตรฐาน กฎหมาย และแนวทางที่สำคัญในการพัฒนาสิ่งแวดล้อมและระบบสนับสนุนบริการภายในโรงพยาบาลที่ควรศึกษาเพื่อนำสู่การปฏิบัติ ได้แก่

- 1) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 ที่เกี่ยวข้องกับจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล คือ I-5.1 สภาพแวดล้อมของกำลังคน (ข). บรรยากาศการทำงานของกำลังคน, II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย, II-4.2 การปฏิบัติเพื่อการป้องกันการติดเชื้อ (infection prevention practice) (ก.) การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป (2)-(3), III-4.1 การดูแลทั่วไป (general care delivery) (2)

- 2) กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับ

2.1) อาคาร สถานที่และสิ่งแวดล้อม ได้แก่ พระราชบัญญัติสถานพยาบาลฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2559) และกฎกระทรวงที่เกี่ยวข้อง, พระราชบัญญัติควบคุมอาคาร พ.ศ. 2522 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2535 และกฎกระทรวงที่เกี่ยวข้อง, พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และกฎกระทรวงที่เกี่ยวข้อง

2.2) การป้องกันระงับอัคคีภัย ได้แก่ พระราชบัญญัติการป้องกันและระงับอัคคีภัย พ.ศ. 2542 และกฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานในการบริหารจัดการ และดำเนินการด้านความปลอดภัยอาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับการป้องกันและระงับอัคคีภัย พ.ศ. 2555

2.3) วัสดุอันตราย ได้แก่ พระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ. 2535 (แก้ไขปี 2551) และกฎกระทรวงแรงงานว่าด้วยการกำหนดมาตรฐานในการบริหารจัดการและดำเนินการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับสารเคมีอันตราย พ.ศ. 2556

2.4) การจัดการน้ำเสีย ได้แก่ พระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535 กฎกระทรวงและประกาศที่เกี่ยวข้อง

2.5) การจัดการขยะ ได้แก่ พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และฉบับที่ 2 พ.ศ. 2550, กฎกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 และกฎกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยลักษณะการจัดการมูลฝอยทั่วไป พ.ศ. 2560

2.6) อาชีวอนามัย ได้แก่ พระราชบัญญัติความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. 2554

3) ระบบ 5 ส. ที่ประกอบด้วย (1) ส.สะอาด เพื่อลดความสูญเปล่าแยกสิ่งที่ไม่จำเป็นออกจากระบบและเพิ่มสิ่งที่ยังไม่มี, (2) ส.สะดวก เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน, (3) ส.สะอาด เพื่อตรวจสอบความผิดปกติ, (4) ส.สร้างมาตรฐาน เพื่อลดความผันแปรของระบบการทำงาน, (5) ส.สร้างนิสัย เพื่อการรักษามาตรฐานปฏิบัติตามกฎหมายเกณฑ์จนเป็นนิสัย

4) 2P-Safety Goals มีส่วนที่เกี่ยวข้องและต้องนำสู่การปฏิบัติ ได้แก่ Patient Safety Goals: Safe surgery and invasive procedures, Personnel Safety Goals: Environment & Working conditions

5) Healing environment ที่ประกอบด้วย การสร้างความตระหนักและความสนใจในการพัฒนาสู่สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเยียวยา, การผสมผสานความต้องการของปัจเจกบุคคล ทั้งกาย จิต วิญญาณ, การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการโดยได้รับการสนับสนุนจากญาติ, มโนปณิธานชัดเจนให้เจ้าหน้าที่และทีมงานมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี, การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี, การผสมผสานการดูแลทั้งแพทย์สมัยใหม่และแพทย์

ดั้งเดิม, ผู้บริหารและทีมนำสร้างวัฒนธรรมที่ให้ความสำคัญกับการเยียวยาทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ, การจัดสภาพแวดล้อมที่ประสาธน์ผสมผสานของมนุษย์รับรู้ได้ ด้วยการสร้างสรรค์พื้นที่ที่เอื้อต่อการเยียวยา

ในการสร้างสิ่งแวดล้อมให้มีความยั่งยืนนั้น ปฏิเสธไม่ได้ที่ผู้นำระดับสูงและทีมที่เกี่ยวข้องต้องร่วมมือ มีบทบาทสำคัญในการดำเนินการ คือ

1) กำหนดนโยบายและเป้าหมายสำคัญในการพัฒนาที่เชื่อมโยงมาจากการกิจ บริบท ความต้องการของผู้รับบริการที่มารับบริการในโรงพยาบาล และสนับสนุนให้มีการนำมาสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม

2) ศึกษามาตรฐาน กฎหมาย กฎกระทรวง ประกาศ ข้อบังคับ ระเบียบ ต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อมาสู่การพัฒนาและปรับปรุงให้เป็นไปตามข้อกำหนด เพื่อเพิ่มความสะดวกสบายและปลอดภัย

3) สนับสนุนให้มีการออกแบบและการจัดแบ่งพื้นที่ใช้สอยให้เอื้อต่อความปลอดภัย เป็นไปตามมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง เหมาะสมตามประเภทของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยอุบัติเหตุ จุกเฉิน ผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้พิการ เป็นต้น

4) สนับสนุนให้มีแผนการบริหารจัดการพื้นที่ อาคาร และสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลรวมถึงแผนการตรวจสอบ แผนการบำรุงรักษา แผนปรับปรุงแผนการก่อสร้าง แผนการรักษาความปลอดภัย

5) สนับสนุนให้มีรวบรวมและวิเคราะห์อุบัติการณ์/ความเสี่ยง/โอกาสพัฒนา/ตัวชี้วัดต่างๆ นำสู่การวางแผนในการพัฒนาและปรับปรุงอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

ตอนที่ 2

Quality transformation

ตอนที่ 2

Quality transformation

2.1 Transformation ระดับที่ 1: การทบทวนในงานประจำ

การทบทวนในงานประจำ (review of daily activities) เป็นสิ่งที่เราทำเป็นประจำ โดยทบทวนกิจกรรมประจำวันที่เราทำอยู่ เป็นการทบทวนแบบลึกซึ้ง ก้าวหน้า เชื่อมโยงแนวคิดคุณภาพและเครื่องมือต่างๆ เข้าด้วยกัน และจำเป็นต้องทำสำหรับโรงพยาบาลในทุกระดับ

2.1.1 คำถามพื้นฐานการพัฒนาคุณภาพ

เราสามารถนำ 5 คำถามพื้นฐาน ใช้ใคร่ครวญในทุกขณะ เช่น ก่อนการทำงานที่ไม่คุ้นเคย งานที่ทำเป็นประจำโดยเลือกประเด็นน่าสนใจมาคุยกันในทีม หรือทบทวนเมื่อเกิดปัญหา เป็นต้น โดยทำเป็นประจำจนเป็นนิสัย

A simple set of questions

1. What are you doing?
2. Why are you doing that work?
3. How are you doing that work?
4. How well are you doing that work? How do you know?
5. How can you improve it?



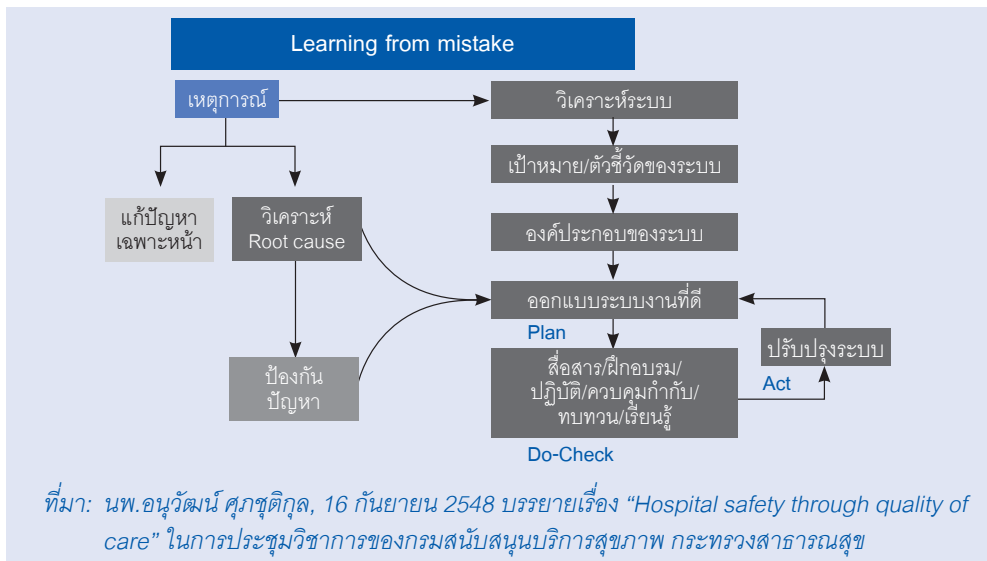
Anthony Wagemakers, A Canadian Consultant to HA Thailand

กรอบที่ 2.1 คำถามพื้นฐานการพัฒนาคุณภาพ (A simple set of questions)

5 คำถามพื้นฐานการพัฒนาคุณภาพ¹ (A simple set of questions) ที่ใช้ได้ในทุกระดับ

- 1) ทำอะไร? (What are you doing?)
- 2) ทำไปเพื่ออะไร? (Why are you doing that work?)
- 3) ทำอย่างไร? (How are you doing that work?):
- 4) ทำได้ดีหรือไม่? (How well are you doing that work?), รู้ได้อย่างไร?
(How do you know?)
- 5) จะทำให้ดีขึ้นได้อย่างไร? (How can you improve it?)

2.1.2 การเรียนรู้จากความผิดพลาด



กรอบที่ 2.2 การเรียนรู้จากความผิดพลาด (learning from mistake)

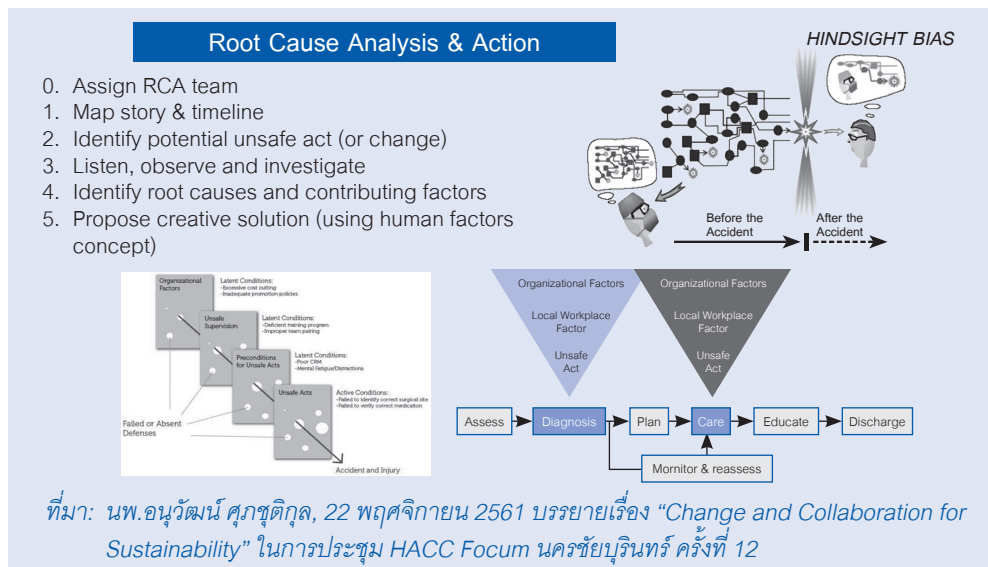
การเรียนรู้จากความผิดพลาด (learning from mistake) ถูกนำมาใช้ในการทบทวนอุบัติการณ์ โดยนำความผิดพลาดทั้งหลายที่เกิดขึ้นมาทบทวนเรียนรู้ และเตือนใจเพื่อจำไม่ทำให้เกิดเหตุการณ์ผิดพลาดเหล่านั้นซ้ำ ด้วยการวิเคราะห์กระบวนการ นำโอกาสพัฒนาจากความเสี่ยงมากำหนดเป้าหมายและตัววัด ร่วมกับใช้ผลการวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้าเชิงระบบของอุบัติการณ์และ

¹ Anthony Wagemakers, A Canadian Consultant to HA Thailand

มาตรการป้องกันที่มีประสิทธิภาพ นำมาสู่การออกแบบกระบวนการที่ดี มีการสื่อสารอบรม นำสู่การปฏิบัติ ควบคุมกำกับ ติดตามทบทวน เรียนรู้ และปรับปรุง

2.1.3 การวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้า

การวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้า (Root Cause Analysis : RCA) จะช่วยป้องกันปัญหาในอนาคตที่ได้ผลโดยการนำปัจจัยองค์กรมาพิจารณา และกำหนดมาตรการป้องกันสู่การปฏิบัติ โดยมุ่งเน้นการลงมือปฏิบัติด้วยมาตรการที่เข้มแข็ง (strong action) เช่น การใช้แนวคิด Human Factor Engineering ในการออกแบบระบบที่ทำให้คนสามารถทำในสิ่งที่ถูกต้องได้ง่ายขึ้น ซึ่งจำเป็นต้องใช้ความคิดสร้างสรรค์ในการออกแบบ



กรอบที่ 2.3 การวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้า (Root Cause Analysis and Action)

กระบวนการ: 5 ขั้นตอนของการทำ RCA

เริ่มต้นจากการมอบหมายที่วิเคราะห์ RCA

1) เรียงร้อยเรื่องราว (map story and timeline)

2) หาจุดเปลี่ยน (unsafe act): สมาชิกร่วมกันวิเคราะห์ว่าจุดเปลี่ยนที่มีโอกาสช่วยป้องกันปัญหาในอนาคตได้ หรือการกระทำ/การตัดสินใจ ที่อาจนำมาสู่ความไม่ปลอดภัย (unsafe act) มีอะไรบ้าง อาจจะมีได้มากกว่า 1 จุด

การเขียน flow chart ประกอบจะช่วยให้เกิดความเข้าใจที่ดีขึ้น

3) รับฟังคนทำงาน: สมาชิกบางคนสมมุติตนเองเป็นคนทำงาน (อาจจะสมมุติสถานการณ์ให้ใกล้เคียงความจริง) และให้เพื่อนในกลุ่มช่วยกันสัมภาษณ์เชิงลึก โดยอย่าให้มีบรรยากาศที่เป็นการกล่าวโทษและจับผิด เข้าไปรับฟัง สังเกต และทวนสอบ สร้างบรรยากาศที่ปลอดภัย naïve ตัวอย่างคำถาม ได้แก่ (1) สถานการณ์ขณะที่เกิดเหตุการณ์เป็นอย่างไร, (2) ได้รับข้อมูลอะไร, (3) แปลความหมายของข้อมูลอะไร, (4) มีข้อจำกัดในการทำงานอะไร, (5) ต้องการการสนับสนุนอะไร (6) ใช้คำถามว่า "ทำไม" ซ้ำหลาย ๆ ครั้ง

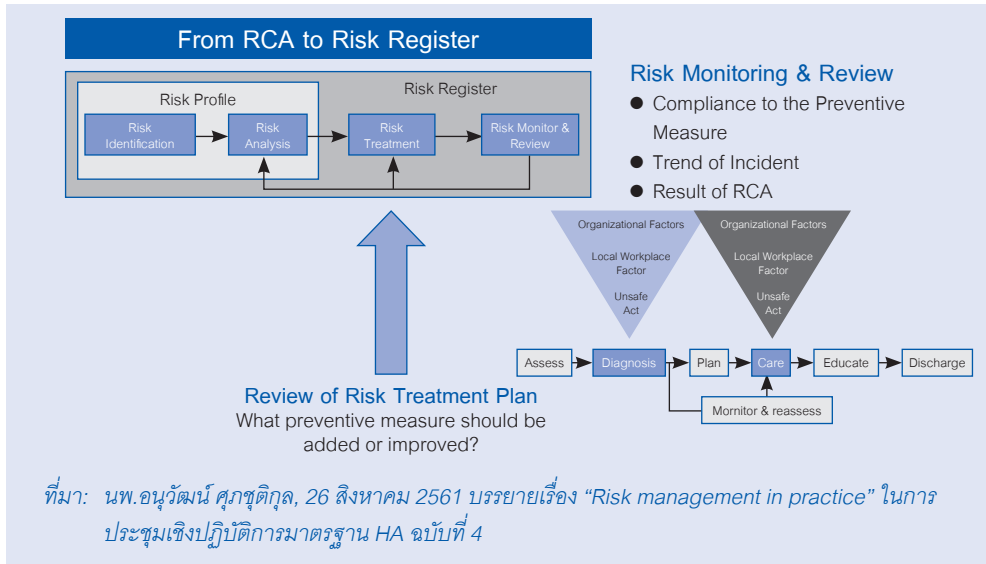
4) หาปัจจัยที่เป็น Workplace factors และ Organization factors: ให้ร่วมกันพิจารณาปัจจัยที่เป็น Workplace factors และ Organization factors ที่เกี่ยวเนื่องกับ unsafe act โดยพยายามไม่ให้สิ้นสุดเพียงปัจจัยจาก human errors เท่านั้น

กรอบที่ 2.4 ตัวอย่างคำถามเพื่อค้นหาปัจจัยที่เป็น local workplace factors และ organization factor

Local workplace factors	Organization factors
ลักษณะของผู้ป่วยมีผลต่อการเกิด AE หรือไม่	แนวทางอะไรที่ควรมีสำหรับผู้ป่วยที่มีลักษณะนี้
บุคลากรมีความเหนื่อยล้า เครียด เสียสมาธิ หรือไม่	การจัดระบบงานและสิ่งแวดล้อมอะไรที่จะป้องกันได้
บุคลากรมีความรู้และทักษะเพียงพอหรือไม่	การฝึกอบรมและการให้ข้อมูลอะไรบ้างที่จำเป็น ระบบเตือน (reminder system) อะไรที่จะช่วยได้
บทบาทหน้าที่ของสมาชิกในทีมชัดเจนหรือไม่	มีการมอบหมายงานอย่างไร
สมาชิกในทีมได้รับข้อมูลที่ชัดเจนหรือไม่	แนวทางการบันทึกข้อมูล การสื่อสารและส่งต่อข้อมูล ระหว่างสมาชิกที่จะช่วยป้องกันได้ควรเป็นอย่างไร
เครื่องมือ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ สถานที่ มีความพร้อมหรือไม่	ระบบการจัดการเครื่องมือ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ สถานที่/ สิ่งแวดล้อม อะไรที่จะช่วยได้ มีทรัพยากรอะไรที่ต้องการเพิ่ม
	ระบบการติดตามกำกับและตอบสนองเป็นอย่างไร
	การออกแบบระบบงานเพื่อการทำงานที่ปลอดภัยหรือไม่
	มีนโยบายอะไรที่เป็นอุปสรรคในเรื่องนี้
	วัฒนธรรมองค์กรเป็นอย่างไร

5) ออกแบบระบบด้วยความคิดสร้างสรรค์: ให้ร่วมกันพิจารณาว่าจะใช้แนวคิด Human Factor Engineering และความคิดสร้างสรรค์ในการออกแบบระบบงานเพื่อป้องกันปัญหาอย่างไร แล้วตั้งคำถามกลับว่าเมื่อทำอย่างนั้นแล้วจะป้องกันปัญหาได้จริงหรือไม่

2.1.4 จาก RCA สู่ ทะเบียนจัดการความเสี่ยง



กรอบที่ 2.5 ความสัมพันธ์ของการวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้า กับทะเบียนจัดการความเสี่ยง

วิธีการเชื่อมโยง RCA สู่ ทะเบียนจัดการความเสี่ยง (From RCA to Risk register)

1) Risk register คือ ส่วนขยายของ Risk profile ที่เน้นการป้องกันความเสี่ยง มีการกำกับติดตามและทบทวน (monitor and review) โดยการทำการ RCA คือ input ที่จะนำมาสู่การทบทวนมาตรการป้องกันความเสี่ยง (risk treatment) ที่สำคัญ

2) เริ่มต้นจากการนำบทเรียน RCA มาแลกเปลี่ยนกัน แล้วหมุนกลับไปว่าเราจะไปปรับมาตรการป้องกันเรื่องนี้อย่างไรบ้าง แล้วจึงสรุปเป็นทะเบียนจัดการความเสี่ยง Risk register

3) Risk register จึงไม่ใช่เอกสารที่ทำการบันทึกความเสี่ยง เพราะการบริหารความเสี่ยงเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตร โดยต้องกำหนดเจ้าภาพของความเสี่ยงแต่ละเรื่องให้ชัดเจน (risk owner), กำหนดความถี่ของวงรอบการทบทวน และการนำผลนำผลการทบทวนไปใช้ประโยชน์ในการปรับเปลี่ยนมาตรการป้องกัน นี่คือประโยชน์อันเป็นเนื้อแท้ของ Risk register

2.1.5 เชื่อมโยงกิจกรรมวิชาการด้วยระบบบริหารความเสี่ยง

การเชื่อมโยงกิจกรรมวิชาการ เช่น กิจกรรม morbidity & mortality conference หรือกิจกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยง แล้วเชื่อมโยงข้อมูลเข้าสู่ระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ทำให้ความเสี่ยงถูกพิจารณาอย่างครอบคลุมมากขึ้น

ข้อแนะนำสำหรับการสรุปประเด็นเชื่อมโยง ได้แก่

- 1) ระบุว่า มีการวินิจฉัยที่คลาดเคลื่อนเกิดขึ้นหรือไม่?
- 2) ระบุว่า เป็น Adverse Events (AE) หรือไม่?
- 3) ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิด Adverse Events (AE) คืออะไร?
- 4) ถ้าจะป้องกันไม่ให้เกิด Adverse Events (AE) จะมีข้อเสนอแนะหรือแนวทางอย่างไร?

2.1.6 ตัวส่งสัญญาณความเสี่ยง และการทบทวนข้างเคียง

นอกจากการใช้ตัวส่งสัญญาณความเสี่ยง (trigger tools) ในการค้นหาเวชระเบียนเพื่อนำมาทบทวน ปัจจุบันมีการนำแนวคิดเรื่องตัวส่งสัญญาณความเสี่ยง มาใช้ในการทบทวนข้างเคียง (concurrent review) ทำให้ทีมสหวิชาชีพสามารถร่วมกันแก้ไขปัญหาหรือลดผลกระทบจากข้อผิดพลาดที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ทันทั่วทั้งที่ ได้แก่

1) การติดตามอุบัติการณ์ประจำวัน (monitoring of daily incidents) เช่น การพลัดตกหกล้ม การเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อ ความคลาดเคลื่อนทางยา เป็นต้น

2) การกำหนดตัวส่งสัญญาณความเสี่ยง สำหรับการทบทวนข้างเคียง โดยหน่วยงานต่างๆ สื่อสารข้อมูลในประเด็นที่ถูกกำหนดเป็นตัวส่งสัญญาณให้กับแผนกที่ดูแลผู้ป่วย แล้วนำมาทบทวนข้างเคียงเกี่ยวกับการเกิด adverse

events แล้วดำเนินการแก้ไขป้องกันผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้อย่างทัน
ท่วงที

3) การทบทวนการรักษาที่ล้มเหลว (review of treatment failure) เช่น
ER re-visit, 30 day re-admission, ICU re-admission, Repeat surgery, Refer
to higher level of care, Death เป็นต้น

4) การทบทวนด้วย 12 กิจกรรมทบทวน ซึ่งส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับทาง
คลินิก (ดูไข) โดยเพิ่มเติมการทบทวนประสบการณ์และข้อร้องเรียนผู้ป่วย (ดูคน)
และ ทบทวนความคุ้มค่าของการใช้ทรัพยากรและกระบวนการทำงาน เพื่อให้
ครอบคลุมมิติสำคัญใน Value-based healthcare

2.2 Transformation ระดับที่ 2: การบริหารจัดการระบบคุณภาพ (Quality Management System: QMS)

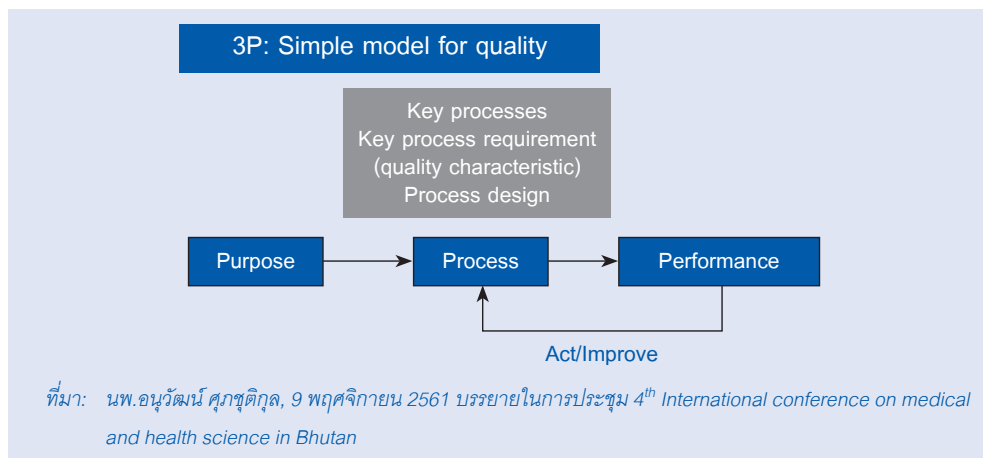
2.2.1 แนวคิดคุณภาพพื้นฐาน 3P กับทุกพื้นที่การพัฒนา

พื้นที่การพัฒนา 4 วง คือ การนำแนวคิด total ที่หมายถึงทุกคน
ทุกระบบ และผู้ป่วยทุกกลุ่ม มาสู่การปฏิบัติ ซึ่งอาจจะมีบางส่วนทับซ้อนกัน
บ้างก็ให้พิจารณามุ่งเน้นตามความเหมาะสม



กรอบที่ 2.6 แนวคิดคุณภาพในทุกพื้นที่การพัฒนา

การใช้แนวคิดคุณภาพพื้นฐาน 3P (Purpose-Process-Performance) กับทุกพื้นที่การพัฒนา เริ่มจากการวิเคราะห์เป้าหมายของแต่ละพื้นที่ ได้แก่ หน่วยงาน กลุ่มผู้ป่วย ระบบงาน และองค์กร แล้วดำเนินการทำงานประจำและงานพัฒนาเพื่อไปสู่เป้าหมายนั้น



กรอบที่ 2.7 แนวคิดคุณภาพพื้นฐาน 3P

Purpose - เป้าหมายชัด

What: เป้าหมายคือ สิ่งที่ต้องการบรรลุ เป็นผลของการเปลี่ยนสภาพปัญหาจากลบเป็นบวก

Why: เป้าหมายที่ดี ทำให้ผู้คนมีแรงจูงใจและมีพลัง, ทำให้มีความเข้าใจตรงกันชัดเจน, เป็นเครื่องมือในการตรวจสอบให้หลักประกันว่าผลลัพธ์จะดีขึ้น ดังนั้น การแก้ปัญหา/พัฒนาทุกเรื่อง ต้องมีเป้าหมายไว้เป็นที่เกาะ เป็นที่ตรวจสอบ ถ้าไม่มีอาจจะหลงประเด็นและสูญเสียเวลาเปล่า

How: วิธีการกำหนดเป้าหมายที่ดี ควรชัดเจนตรงประเด็นกับสิ่งที่ต้องการบรรลุ และชัดเจนในการเปลี่ยนแปลงที่ต้องการให้เกิด อาจมีการระบุปริมาณและเวลาที่จะบรรลุถ้าเป็นไปได้ (กรณีที่เป็นเป้าหมายของการพัฒนา), วิเคราะห์ปัจจัยขับเคลื่อนและมิติคุณภาพสำคัญ, และใช้ baseline data มาช่วยกำหนดค่าเป้าหมาย โดยการมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายร่วมกันของผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ เป็นสิ่งที่จะทำให้เป้าหมายเป็นที่ยอมรับ

Process management - การออกแบบบริการและกระบวนการ

การออกแบบบริการและกระบวนการ² ประกอบด้วย

- 1) การระบุข้อกำหนดของบริการสุขภาพที่สำคัญ
- 2) การระบุกระบวนการทำงานที่สำคัญ และข้อกำหนดที่สำคัญของกระบวนการเหล่านี้
- 3) การนำหลักฐานทางวิชาการ แนวทางปฏิบัติของวิชาชีพ เทคโนโลยี ความรู้ขององค์กร คุณค่าในมุมมองของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น ความคล่องตัว ความปลอดภัย และมีคุณภาพต่าง ๆ มาใช้ในการออกแบบบริการสุขภาพและกระบวนการ

กรอบที่ 2.8 ตารางแสดงหลักการวิเคราะห์การออกแบบบริการและกระบวนการ

Process	Process requirement	Measure	Process design
	การระบุ process requirement (สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ) ที่ชัดเจน ทำให้มีหลักในการออกแบบกระบวนการทำงาน และใช้กำหนดตัววัดเพื่อให้มั่นใจว่างานส่งผลตามที่ควรจะเป็น		
	การวิเคราะห์ process requirement อาจทำได้โดยใช้ NEWS		
	N Needs	ความต้องการของผู้รับผลงาน	
	E Evidence	ข้อมูลหลักฐานทางวิชาการ	
	W Waste	ความสูญเปล่า	
	S Safety	ความปลอดภัย/ความเสี่ยง	

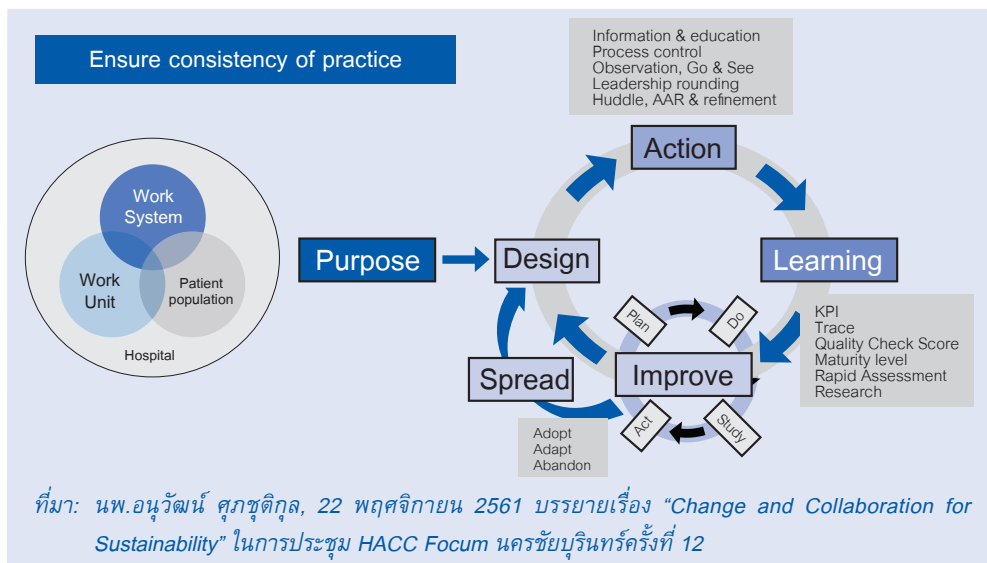
การระบุข้อกำหนดที่สำคัญ (process requirement) หรือ สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ หรือ คุณลักษณะคุณภาพ ที่ชัดเจน ทำให้มีหลักในการออกแบบกระบวนการทำงาน และใช้กำหนดตัววัด เพื่อให้มั่นใจว่ากระบวนการส่งผลตามที่ควรจะเป็น โดยการวิเคราะห์ process requirement อาจทำได้โดยใช้หลัก NEWS

² มาตรฐาน I-6.1 ก. (1)-(3) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

การออกแบบกระบวนการ (process design)

- 1) ระบุปัญหา กลุ่มเป้าหมาย ขั้นตอนที่เป็น priorities
- 2) ระบุความรู้สำคัญที่ยังไม่ได้นำมาใช้ หรือ ความรู้จากบุคคลที่ทำได้ดีที่สุด
- 3) ใช้หลักการออกแบบที่เน้นคน/ผู้ใช้เป็นสำคัญ เช่น Simplicity, Visual management, Human Factor Engineering, Human-centred design
- 4) ในการออกแบบกระบวนการ
 - 4.1) ระบุขั้นตอนการปฏิบัติ : ใคร ทำอะไร อย่างไร
 - 4.2) ระบุเงื่อนไขการปฏิบัติ ว่าถ้ามีทางเลือกในการปฏิบัติ จะใช้เกณฑ์อะไรในการตัดสินใจ
 - 4.3) ถ้ามีความเสี่ยงสำคัญ ให้พิจารณาว่าจะป้องกันอย่างไร
 - 4.4) ระบุว่าในสถานการณ์ที่แตกต่างไปจากปกติ หรือเกิดเหตุไม่คาดฝัน จะมีแนวทางใช้ดุลยพินิจอย่างไร
 - 4.5) ระบุการมี feedback loop ระหว่างขั้นตอนสำคัญ เพื่อให้มั่นใจว่ามีการส่งต่อระหว่างขั้นตอนตามที่คาดหวังไว้

2.2.2 Ensure consistency of practice



กรอบที่ 2.9 การสร้างความมั่นใจการปฏิบัติที่มีความสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการที่ออกแบบไว้

การสร้างเชื่อมั่นในการปฏิบัติที่มีความสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการที่ออกแบบไว้ (ensure consistency of practice) เพื่อส่งมอบคุณภาพบริการสุขภาพที่มีความปลอดภัย น่าไว้วางใจ ทันเวลา มีประสิทธิผล ประสิทธิภาพ ไม่เลือกปฏิบัติ และมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีความสำคัญต่อความยั่งยืนในระบบบริการสุขภาพ

หัวหน้าหน่วยงาน/ผู้จัดการ มีบทบาทสำคัญในการนำแนวทางปฏิบัติที่มีการออกแบบสื่อสารสู่การปฏิบัติและกำกับควบคุมคุณภาพ เพื่อสร้างเชื่อมั่นว่าการปฏิบัติมีความสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการที่ออกแบบไว้ ส่งผลให้สามารถธำรงระบบและมีผลลัพธ์การดำเนินการดีขึ้น

การควบคุมคุณภาพระบบการจัดการ (quality control) เป็นหนึ่งในปัจจัยขับเคลื่อนหลักของการพัฒนาที่มีคุณภาพสูง³ (primary driver of high-performance management system at the frontline) ทำให้ระบบการจัดการมีการจัดการเฝ้าระวังและการค้นหาข้อบกพร่อง, ชำรงเสถียรภาพการทำงาน, และตอบสนองต่อความผิดปกติได้อย่างทันทั่วทั้งที่ ควบคู่ไปกับการขับเคลื่อนการบริหารระบบพัฒนาคุณภาพ (manage quality improvement) และการสร้างวัฒนธรรมการจัดการที่มุ่งผลสัมฤทธิ์การดำเนินการ (establish a culture of high-performance management) โดยการสร้างความสัมพันธ์เชิงบวก และความเชื่อมั่น ส่งเสริมและธำรงความผูกพันของบุคลากรผู้ปฏิบัติหน้างานในการควบคุมและการพัฒนาคุณภาพ

การควบคุมคุณภาพกระบวนการ มีองค์ประกอบสำคัญ ดังนี้

1) Standardization มีกระบวนการกำหนดและเผยแพร่มาตรฐานการทำงาน (ทำอะไร, ทำอย่างไร) โดยหัวหน้างานกำหนดมาตรฐานการทำงานประจำวัน ประจำสัปดาห์ ประจำเดือน ประจำปี ให้ชัดเจน และสร้างความมั่นใจในการนำมาตรฐานไปปฏิบัติที่หน้างาน มีการสื่อสารขั้นตอนและการกำกับ (เช่น check-list ประจำวัน, กระดานสื่อสาร, การฝึกอบรม, อินทราเน็ต)

2) Accountability มีกระบวนการในการทบทวนการนำมาตรฐานการทำงานสู่การปฏิบัติ โดยการติดตามกำกับการทำงานตามมาตรฐาน มอบหมายและจัดทำข้อตกลงการปฏิบัติงานที่ชัดเจน การตามรอยเพื่อหา

³ Key Driver of High Performance management at the frontline (IHI 2016)

โอกาสพัฒนามาปรับปรุงกระบวนการทำงาน และการประเมินผลการดำเนินงานของบุคลากร

3) Visual management มีกระบวนการสื่อสารสารสนเทศผลการดำเนินงานทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ระบุกระบวนการขั้นตอนสำคัญที่กระทบต่อผลลัพธ์ สื่อสารอย่างเป็นรูปธรรมเป็นประจำ เช่น การทำ Huddle พร้อมสำหรับประสานความตั้งใจของพนักงานและมีการเสนอแนะแนวทางในการปฏิบัติที่เป็นปัจจุบัน

4) Problem solving มีวิธีการในการเผชิญหน้าและแก้ปัญหาที่สามารถจัดการได้ทีละขั้นตอน และเพื่อพัฒนาความสามารถในการจัดการที่มากขึ้น โดยการเรียนรู้และนำเครื่องมือการพัฒนาคุณภาพและเพิ่มผลผลิตมาประยุกต์ใช้ที่หน้างาน เช่น Lean, RCA, PDSA, Cause-effect diagram เป็นต้น

5) Escalation ผู้ปฏิบัติหน้างานสามารถระบุประเด็นปัญหาและเพิ่มแนวทางการจัดการกับปัญหาที่รบกวนมากขึ้น เช่น แนวการตอบสนองเมื่อเกิดอุบัติเหตุรุนแรงที่หน้างาน เป็นต้น

6) Integration มีการบูรณาการ เป้าหมายขององค์กร มาตรฐานการทำงาน และ เป้าหมายของโครงการพัฒนาคุณภาพ ทุกระดับขององค์กร และมีการประสานงานระหว่างหน่วยงาน

2.3 Transformation ระดับที่ 3: แนวทางมาตรฐานการบริหารจัดการระบบคุณภาพ

2.3.1 การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

มาตรฐาน คือ กรอบความคิดที่สื่อให้เห็นถึงองค์ประกอบสำคัญของสถานพยาบาลที่มีคุณภาพ (อย่างยั่งยืน) และความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบเหล่านั้น โดยหลักการใช้มาตรฐาน HA เป็นการขยับไปสู่กระบวนการทัศน์ใหม่ของการใช้มาตรฐาน ด้วยการประเมินเพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนากระบวนการภายในของโรงพยาบาล ให้มีการพัฒนาอย่างเป็นระบบและทั่วทั้งองค์กร ทำให้องค์กรเกิดการเรียนรู้ มีการประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 เป็นเครื่องมือสำคัญของกระบวนการ HA ที่เป็นข้อกำหนดแนวทางในการออกแบบระบบงานที่เหมาะสม ใช้ประโยชน์เพื่อหาโอกาสพัฒนาสำหรับสถานพยาบาล โดยมาตรฐานมีความเป็นสากล ได้รับการรับรองจาก The International Society for Quality in Health Care (ISQua) ซึ่งเป็นองค์กรที่ประเมินรับรองหน่วยงานที่ให้การรับรองโรงพยาบาลทั่วโลก สอดคล้องกับ ISQua International Principles for the Development of Health and Social Care Standards, 4th Edition ซึ่งมีระยะเวลาการรับรองตั้งแต่ เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 โดยได้นำมาใช้ในการประเมินรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2561 เป็นต้นมา



กรอบที่ 2.10 มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 ได้รับการรับรองจาก The International Society for Quality in Healthcare (ISQua)

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 มีเนื้อหาสำคัญที่มีการเปลี่ยนแปลงและเพิ่มเติมจากเดิม สรุปสาระสำคัญ ดังนี้

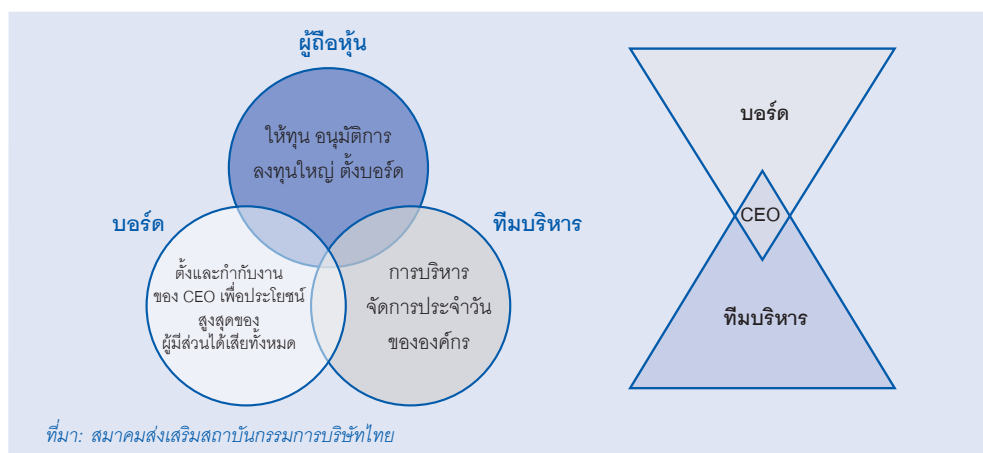
การเปลี่ยนแปลงสำคัญในมาตรฐาน ตอนที่ 1

การกำกับดูแลทางคลินิก (clinical governance)

คำว่า Governance เป็นคำที่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหลายแห่งโดยเฉพาะในโรงพยาบาลภาครัฐไม่คุ้นชิน ดังนั้น จึงขออธิบายความหมายของคำว่า Governance ก่อน

ในมาตรฐานฉบับที่ 4 ในบทการนำ ได้กำหนดว่า องค์กรมีระบบการกำกับดูแลกิจการที่มีความรับผิดชอบ ปฏิบัติตามกฎหมาย มีจริยธรรม มีความรับผิดชอบต่อสังคม ซึ่งผู้ที่มีบทบาทหลักในการกำกับดูแลองค์กร ในภาษาพูดที่ใช้กันทั่วไปก็คือ บอร์ด

สมาคมส่งเสริมสถาบันกรรมการบริษัทไทย (Institute of Director-IOD) ได้สรุปบทบาทและความสัมพันธ์ระหว่าง ผู้ถือหุ้น บอร์ด และทีมบริหาร ไว้ตามแผนภาพด้านล่าง



กรอบที่ 2.11 สรุปบทบาทและความสัมพันธ์ระหว่าง ผู้ถือหุ้น บอร์ด และทีมบริหาร

โรงพยาบาลภาครัฐส่วนใหญ่ ผู้ที่ทำหน้าที่บอร์ดจะไม่ชัดเจนเหมือนภาคเอกชน ดังนั้น ผู้ที่อาจถือว่าทำหน้าที่กำกับดูแลโรงพยาบาลภาครัฐในลักษณะบอร์ด ได้แก่ กรรมการที่มีองค์ประกอบจากภายนอกร่วมด้วย (เช่น ตัวแทน

จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น หรือภาคประชาชน) แต่ถ้าไม่มีกรรมการในลักษณะนี้เลย ก็ให้ถือว่ากรรมการบริหารโรงพยาบาลทำหน้าที่บอร์ดโดยอนุโลม

ในมาตรฐานฉบับที่ 4 ระบุว่า การกำกับดูแลทางคลินิก คือ “กรอบที่สถานพยาบาลใช้เพื่อแสดงความรับผิดชอบในการธำรงคุณภาพและมาตรฐานในงานบริการ ตลอดจนยกระดับคุณภาพงานบริการอย่างต่อเนื่อง โดยใช้การจัดการงานคลินิกบริการอย่างเหมาะสม และการสร้างสภาพแวดล้อมที่ช่วยเสริมสร้างงานบริการที่เป็นเลิศ”

ผู้ที่ทำหน้าที่กำกับดูแลทางคลินิก ควรเป็นบอร์ดของโรงพยาบาลนั้น ไม่ใช่ทีมดูแลทางคลินิก ซึ่งถือเป็นหน่วยปฏิบัติมากกว่าหน่วยกำกับดูแล



กรอบที่ 2.12 องค์ประกอบสำคัญของการกำกับดูแลทางคลินิก

จากกรอบดังกล่าว มีการกล่าวถึงการศึกษ/ ฝึกอบรม/ ผลิต อยู่ด้วย ซึ่งโรงพยาบาลหลายแห่งเข้าใจว่า หน่วยงานของตนไม่ใช่โรงพยาบาลของโรงเรียนแพทย์ จึงไม่เกี่ยวข้องกับการศึกษา/ ฝึกอบรม/ ผลิต แต่ที่จริงแล้ว ในปัจจุบันโรงพยาบาลทุกแห่งมีนักศึกษาฝึกงาน และมีการเรียนการสอนซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการรักษาและความปลอดภัยของผู้ป่วยได้ ดังนั้นทุกโรงพยาบาลจึงเกี่ยวข้องกับการศึกษา/ ฝึกอบรม/ ผลิต

อีกประเด็นหนึ่งที่มักมีคำถาม คือ การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวอะไรด้วยการ
การกำกับดูแลทางคลินิก ซึ่งอธิบายได้ว่า แนวคิดปัจจุบันเชื่อว่าการเปิดเผย
ข้อมูลโรงพยาบาลต่อผู้ป่วยและสาธารณะ จะกระตุ้นให้โรงพยาบาลต้องทบทวน
ตนเองบ่อยๆ ซึ่งจะเป็นการช่วยยกระดับคุณภาพงานบริการ และเสริมสร้าง
การมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาของผู้ป่วยและญาติ ตัวอย่างเช่น การเปิดเผย
หรือแสดงข้อมูลบริการสุขภาพ การแสดงผลลัพธ์การรักษาโรคต่างๆ บน
website ของโรงพยาบาล การจัดให้มีช่องทางรับฟังความคิดเห็นหรือรับเรื่อง
ร้องเรียน เป็นต้น

การจัดการประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ (ethical dilemma)

ในบทการนำ ของมาตรฐานฉบับที่ 4 ได้มีการกำหนดเกณฑ์ข้อใหม่ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นทางจริยธรรม คือ “องค์กรจัดให้มีกลไกเพื่อการรับรู้และจัดการกับประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ ด้วยวิธีการและระยะเวลาที่เหมาะสม”

ตัวอย่างประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ เช่น ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าการรับเลือดจากผู้อื่นเป็นบาป แต่แพทย์วางแผนการรักษาว่าต้องให้เลือดกับผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยเสียเลือดมาก, ผู้ป่วยติดเชื้อ HIV ห้ามแพทย์บอกภรรยา เพราะเกรงภรรยาจะตีจาก แต่การที่แพทย์ไม่บอกภรรยา ก็อาจทำให้ภรรยาติดเชื้อ HIV ไปด้วย เป็นต้น

วัตถุประสงค์ของเกณฑ์ข้อนี้ ไม่ได้คาดหวังว่าโรงพยาบาลจะมีคำตอบที่ตายตัวสำหรับทุกประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ แต่เป็นการชี้แนะให้โรงพยาบาลกำหนดกลไกการทำงานที่เอื้อให้ประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ มีการจัดการด้วยวิธีการและระยะเวลาที่เหมาะสม ขั้นตอนที่จะนำมาพิจารณาใช้ในการจัดการ ได้แก่

- 1) โรงพยาบาลสร้างกลไกช่วยเหลือทีมผู้รักษาพยาบาลในกรณีที่ทีมอาจมีความลังเลในการตัดสินใจ กลไกเหล่านี้ เช่น แหล่งข้อมูลคำแนะนำของสภาวิชาชีพ รายชื่อแพทย์ที่มีประสบการณ์และพร้อมที่จะให้คำปรึกษา แหล่งข้อมูลทางกฎหมายที่ง่ายต่อการสืบค้น ชื่อผู้มีบารมีในชุมชนที่จะช่วยมองปัญหาและพูดคุยกับผู้ป่วย

2) ส่งเสริมให้ทีมผู้รักษาพยาบาลมีความไวต่อการรับรู้ว่าจะเกิดประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจขึ้น

3) จำแนกประเด็นทางจริยธรรมที่ขัดแย้งกันออกมาให้ชัดเจนว่าคือประเด็นอะไรบ้าง

4) ค้นคว้าข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เพิ่มเติมอย่างรอบด้านเพื่อประกอบการตัดสินใจ ถ้ายังไม่มั่นใจควรประสานทีมให้คำปรึกษาที่พร้อมจะให้คำแนะนำ

5) ทีมผู้รักษาพยาบาลตัดสินใจให้การดูแลรักษาบนพื้นฐานของเหตุผลและสภาพแวดล้อมที่รับฟังได้

6) จัดกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ว่าการตัดสินใจดังกล่าวนำไปสู่ผลลัพธ์อะไร และถ้าเผชิญกับประเด็นลักษณะดังกล่าวอีกในอนาคต ควรต้องมีข้อมูลใดเพิ่ม และต้องคำนึงถึงอะไรเพิ่มเติม ก่อนการตัดสินใจหรือไม่ และควรตัดสินใจในลักษณะเดิมหรือไม่

ผู้ป่วย/ ผู้รับผลงาน

มีประเด็นใหม่ที่ต้องสร้างความเข้าใจ ดังนี้

1) การพัฒนาองค์กรอย่างยั่งยืนนั้น ผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญที่ต้องคำนึงถึง แต่ต้องไม่ลืมคำนึงถึงผู้รับผลงานอื่นๆ ด้วย ได้แก่ ชุมชน กองทุนที่เป็นผู้จ่ายเงินด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข สังคมโดยรวม บริษัทผู้ค้า และเจ้าหน้าที่

2) มาตรฐานให้ความสำคัญกับกระบวนการรับฟังผู้ป่วย/ ผู้รับผลงานมากขึ้นเพราะการที่โรงพยาบาลจะสามารถดำรงอยู่ได้อย่างยั่งยืน ขึ้นอยู่กับการจัดการที่ตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย/ ผู้รับผลงานได้เป็นอย่างดี

3) การรับฟังผู้ป่วย/ ผู้รับผลงาน จำแนกเป็นผู้ป่วย/ ผู้รับผลงาน ในปัจจุบันและอนาคต เพราะทั้งสองกลุ่มอาจมีความคิดและความคาดหวังที่ไม่เหมือนกันได้ เช่น ในเขตเศรษฐกิจพิเศษ จะมีการอพยพแรงงานเข้ามาทำงานในโรงงานต่างๆ โรคภัยไข้เจ็บและความคาดหวังต่อการบริการสุขภาพของผู้คนในพื้นที่ในอนาคตก็จะเปลี่ยนตามไปด้วย

4) การเน้นถึงเป้าหมายของการจัดการเรื่องราวเรียนที่ชัดเจนขึ้น กระบวนการดังกล่าวต้องนำไปสู่การเรียกความเชื่อมั่นของผู้ป่วย/ ผู้รับผลงาน

กลับคืนมา และต้องสร้างความมั่นใจว่าจะไม่เกิดเหตุการณ์ซ้ำ ซึ่งเป้าหมายนี้จะบรรลุผลได้ โรงพยาบาลต้องมีการวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้า (root cause analysis) ที่นำไปใช้ในการพัฒนางานอย่างจริงจัง

การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้

เนื้อหาที่มีการเพิ่มเติมเข้ามาใหม่ คือ **รักษาความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูลส่วนบุคคลจากการถูกโจมตีจากภายนอก** ตัวอย่างเช่น ในช่วงที่ผ่านมา มี malware ชื่อ WannaCry โจมตี server ของโรงพยาบาลหลายแห่งในประเทศไทยเพื่อเรียกค่าไถ่ โดย malware นี้จะแทรกแซงการทำงานของสารสนเทศของโรงพยาบาลจนใช้งานไม่ได้ และต้องมี password ซึ่งต้องจ่ายเงินให้ผู้บุกรุกก่อน เพื่อถูกระบบสารสนเทศให้กลับมาทำงานเป็นปกติ

นอกจากนี้ ยังมีประเด็นเรื่อง **การใช้สื่อสังคมออนไลน์** เช่น Line application ในการปรึกษาเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งต้องคำนึงถึงการรักษาความลับของผู้ป่วยควบคู่ไปกับการป้องกันไม่ให้เกิดการระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด ซึ่งในปัจจุบัน โรงพยาบาลจำนวนมากมีการปรึกษาการดูแลผู้ป่วยทาง Line แต่ส่วนใหญ่ยังไม่ได้ระวังว่าข้อมูลที่ปรึกษากันทาง Line (ไม่ว่าจะเป็น X-ray, EKG, ผล lab) จะถูกสำเนาแล้วเผยแพร่ต่อกันไปในสื่อสังคมออนไลน์ แล้วทำให้เกิดการเปิดเผยความลับของผู้ป่วย ซึ่งอาจตามมาด้วยการฟ้องร้อง แต่ถ้าเจ้าหน้าที่ที่กลัวเรื่องการเปิดเผยความลับจนเกินไป ก็อาจทำให้เกิดการระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดได้

การปฏิบัติการ-การจัดการห่วงโซ่อุปทาน

ในมาตรฐานฉบับใหม่ ได้มีการกล่าวถึงขั้นตอนที่เหมาะสมในการจัดการห่วงโซ่อุปทาน ทั้งนี้ เพื่อให้มั่นใจว่าโรงพยาบาลจะได้รับผลิตภัณฑ์และบริการที่มีคุณภาพสูง “การจัดการห่วงโซ่อุปทาน” เป็นเรื่องที่ทุกโรงพยาบาลต้องเข้าไปเกี่ยวข้อง ทุกรายใดที่โรงพยาบาลต้องมีผู้ส่งมอบ (supplier) ที่จะส่งมอบสินค้าหรือบริการ (input) ให้โรงพยาบาล เพื่อนำไปจัดกระบวนการดูแลรักษา (process) แล้วเกิดเป็นบริการสุขภาพ (outputs) ที่โรงพยาบาลจะส่งมอบให้ผู้ป่วย/ ผู้รับผลงาน (customer) ซึ่งการไหลของห่วงโซ่อุปทานมีชื่อรู้จักกันในนาม SIPOC Model ตัวอย่างผลิตภัณฑ์ที่โรงพยาบาลต้องนำเข้า เช่น ยาและ

เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ทางการแพทย์ น้ำยาตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ ส่วนตัวอย่างบริการที่โรงพยาบาลต้องนำเข้า เช่น งานทำความสะอาด งานรักษาความปลอดภัย งานบริการอาหาร เป็นต้น

สาเหตุที่ต้องเพิ่มเติมเรื่องการจัดการห่วงโซ่อุปทานในมาตรฐาน เนื่องจากในระยะเริ่มต้นของการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลมุ่งความสนใจไปที่การจัดกระบวนการภายในองค์กร) ให้ถูกหลักวิชาการและมีประสิทธิภาพสูงสุด แต่เมื่อโรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพมาถึงระดับหนึ่งแล้ว การควบคุมผลิตภัณฑ์และบริการที่เป็นปัจจัยนำเข้า (input) ให้มีคุณภาพด้วย ก็จะเป็นตัวช่วยเสริมความมั่นใจว่าบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลจะมอบให้ผู้ป่วย/ ผู้รับผลงาน มีคุณภาพดี

การเปลี่ยนแปลงสำคัญในมาตรฐาน ตอนที่ II

ระบบบริหารความเสี่ยง

มีการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่เกี่ยวกับระบบบริหารความเสี่ยงอยู่หลายประการ สรุปได้ดังนี้

1) ให้โรงพยาบาลมองความเสี่ยงในกรอบที่กว้างกว่าเดิม คือ ความเสี่ยงที่ครอบคลุมทั้งด้านยุทธศาสตร์ (เช่น โรงพยาบาลเอกชนเปิดคลินิกใหม่ แต่มีลูกค้าต่ำกว่าเป้าหมาย) ด้านคลินิก (เช่น วินิจฉัยผิดพลาด) ด้านปฏิบัติการ (เช่น เลื่อนผ้าตัดบอย) ด้านการเงิน (เช่น โรงพยาบาลขาดสภาพคล่อง) และด้านอันตรายต่างๆ (เช่น โจรกรรม)

2) กำหนดให้โรงพยาบาลมีทะเบียนการจัดการความเสี่ยง (risk register) ที่บันทึกข้อมูลความเสี่ยงที่ครอบคลุมความเสี่ยงสำคัญที่องค์กรกำหนด มีการวิเคราะห์เพื่อจัดลำดับความเสี่ยงที่สำคัญตามระดับความรุนแรงและโอกาสเกิดผลกระทบต่องค์กร มีแผนการป้องกัน/หลีกเลี่ยง/ควบคุมความเสี่ยง มีการกำกับติดตามความเสี่ยง และปรับปรุงข้อมูลให้เป็นปัจจุบันเสมอ

3) กำหนดรายการความเสี่ยงทางคลินิกที่ต้องมีการจัดการความเสี่ยง ได้แก่ ความคลาดเคลื่อนทางยา, การพลัดตกหกล้ม อุบัติเหตุ การบาดเจ็บ, การควบคุมการติดเชื้อ, การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด, การสื่อสารที่ผิดพลาด, ความเสี่ยงทางโภชนาการ, ความเสี่ยงจากการใช้เครื่องมือทางการแพทย์, ความเสี่ยงจากแผลกดทับ

4) กำหนดขั้นตอนในการให้ข้อมูลกับผู้ป่วย/ ผู้รับบริการ ที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

5) กำหนดว่าโรงพยาบาลควรเรียนรู้ประเด็นความเสี่ยงสำคัญตามที่องค์การอนามัยโลกกำหนด (เช่น Medication Without Harm (2017)) ตลอดจนเรียนรู้เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ของประเทศไทย (Patient & Personnel Safety Goals) ซึ่ง สรพ. ได้มีการปรับปรุงหนังสือ SIMPLE ใหม่ เป็น SIMPLE 2018 เพื่อให้สอดคล้องกับ Patient & Personnel Safety Goals ของประเทศไทย

การบริหารความเสี่ยงช่วย change culture: แนวทางทำให้การบริหารความเสี่ยงเกิดการเปลี่ยนแปลงในองค์กร อาจจะเริ่มจากการเปลี่ยนแปลงรายบุคคลไปสู่การเปลี่ยนแปลงระบบงาน ที่มุ่งงาน จนถึงวัฒนธรรมองค์กรที่คำนึงถึงคุณภาพและความปลอดภัย ที่เป็นความคาดหวังสูงสุดของการบริหารองค์กร เพราะวัฒนธรรมความปลอดภัย คือเจตคติ ความเชื่อ การรับรู้ ค่านิยม และการปฏิบัติซึ่งบุคลากรขององค์กรมีส่วนร่วมเกี่ยวกับความปลอดภัยในองค์กร และเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมองค์กร

เริ่มเปลี่ยนแปลงด้วยความเข้าใจความเป็นมนุษย์

นำหลักการของการยึดคนเป็นศูนย์กลาง (Person-centred care) 4 ข้อ ได้แก่ 1) ความเป็นเฉพาะของแต่ละคน, 2) ต้องการการประสานความร่วมมือการมีส่วนร่วม, 3) มีความสามารถในการกระทำใดๆ ได้ด้วยตนเอง, 4) ความต้องการการยอมรับนับถือ มีศักดิ์ศรี มีตัวตน มาประยุกต์ใช้ในการดูแลคนไข้และใช้ในการทำงานเมื่อต้องทำงานกับคน ซึ่งการเข้าใจในความเป็นคนสามารถนำหลักการ Human Factor Engineering มาใช้ในการออกแบบวิธีการทำงาน ด้วยการทำความเข้าใจข้อจำกัดของคน เช่น ความทรงจำ ความอ่อนล้า การใช้สมองในการประมวลผล เป็นต้น

The four principles of person-centred care

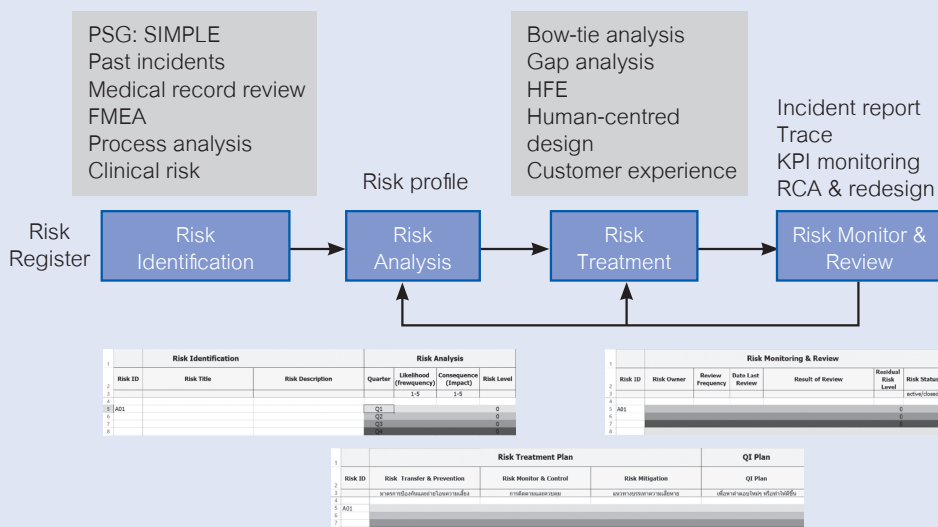


<http://personcentredcare.health.org.uk/overview-of-person-centred-care/what-person-centred-care>

กรอบที่ 2.13 หลักการของการยึดคนเป็นศูนย์กลาง (Person-centred care)

ทำความเข้าใจในการนำสู่การปฏิบัติ ด้วยการนำเครื่องมือคุณภาพหรือแนวคิดคุณภาพที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการกระบวนการบริหารความเสี่ยง (proactive risk management) เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพของการบริหารความเสี่ยง ดังนี้

Proactive risk management โดยใช้ Risk register ร่วมกับเครื่องมือคุณภาพต่างๆ



ที่มา: นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 13 กุมภาพันธ์ 2561

กรอบที่ 2.14 Proactive risk management โดยใช้ Risk register ร่วมกับเครื่องมือคุณภาพต่างๆ

1) **Risk identification** การค้นหาความเสี่ยงด้วยวิธีการต่างๆ เช่น SIMPLE การรายงานอุบัติการณ์ที่เคยเกิดขึ้น การทบทวนเวชระเบียน การวิเคราะห์กระบวนการทำงานหรือความเสี่ยงทางคลินิก รวบรวมไว้ในทะเบียนจัดการความเสี่ยง (Risk register)

2) **Risk analysis** การวิเคราะห์ความเสี่ยงเพื่อจัดลำดับความสำคัญ ตัวอย่างเครื่องมือ เช่น Risk profile

3) **Risk treatment** การรับมือความเสี่ยง วางแผนมาตรการป้องกัน นำไปสู่ปฏิบัติ ตัวอย่างเครื่องมือเช่น Bow-tie technique, GAP analysis, Human-centred designs, Human factor engineering

4) **Risk monitor and review** การติดตามและทบทวน ตัวอย่างเครื่องมือที่เกี่ยวข้องเช่น การวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้า (RCA) การตามรอย การติดตามตัวชี้วัด เป็นต้น

Risk register เป็นเครื่องมือต่อยอดจาก Risk profile ที่โรงพยาบาลดำเนินการอยู่แล้ว เพิ่มการมุ่งเน้นการจัดการในภาพรวม ทำให้เห็นภาพรวมของความเสี่ยงทั้งองค์กร เป็นเครื่องมือเพื่อให้บริหารความเสี่ยงได้อย่างสมบูรณ์และเป็นระบบมากขึ้น

จุดเริ่มต้นที่ได้ผล

1) นำรายการ Patient Safety Goals (SIMPLE) มาจัดทำบัญชีรายการความเสี่ยง เพิ่มเติมด้วยอุบัติการณ์สำคัญที่เคยเกิดขึ้นในโรงพยาบาล, เพิ่มเติมด้วยความเสี่ยงที่ได้จากการวิเคราะห์ระบบงานสำคัญ เช่น ระบบสารสนเทศ การบริหารกำลังคน อาชีวอนามัย สิ่งแวดล้อม การเงิน

2) ประเมินระดับความเสี่ยงโดยการกำหนดเป็นสีแดง (กลุ่มที่สำคัญสูง), ส้ม-เหลือง (กลุ่มที่สำคัญปานกลาง), และ เขียว (กลุ่มทั่วไป) จากการคาดการณ์โอกาสและความรุนแรงที่จะเกิดขึ้น ไม่ต้องกังวลที่จะกำหนดเป็นตัวเลขในขั้นตอนแรกๆ

3) กำหนด risk owner ของแต่ละความเสี่ยงตามความเหมาะสม ซึ่ง risk owner อาจจะเป็นคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องหรือตัวบุคคลก็ได้

4) ศึกษาสถิติการเกิดเหตุการณ์และการวิเคราะห์สาเหตุของเหตุการณ์แต่ละครั้ง แนวโน้มการเกิดเหตุการณ์เป็นอย่างไร ควรกำหนดเป้าหมาย

ปรับปรุงที่ทำหาย; ถ้าไม่มีอุบัติการณ์ แน่ใจหรือไม่ว่าการปฏิบัติของเรารัดกุมเพียงพอ?; ถ้ามีอุบัติการณ์ ให้รวบรวมผลการทำ RCA มาทบทวนมาตรการป้องกันว่ามีความครอบคลุมสาเหตุรากของปัญหานั้นหรือยัง; ถ้ายังไม่มี ควรใช้หลัก human factor engineering มาออกแบบมาตรการ; ถ้ามีมาตรการอยู่แล้ว ยังเกิดอุบัติการณ์ ควรเพิ่มเติมหรือปรับปรุงให้ง่ายต่อการปฏิบัติที่ได้ผล; ถ้าไม่มีการทำ RCA ควรเลือกอุบัติการณ์来做 RCA เพื่อเรียนรู้

5) นำมาตรการที่ปรับปรุงฝังเข้าไปในระบบด้วยการจัดทำคู่มือ เผยแพร่ฝึกอบรม ออกแบบ ฯลฯ

6) ทำกิจกรรมในข้อ (4) ซ้ำเมื่อครบรอบเวลา ด้วยวิธีนี้ โรงพยาบาลจะสามารถจัดการความเสี่ยงทุกรายการได้หนึ่งรอบภายในเวลาสามเดือน

บทบาทของหน่วยงานกับ Risk Register

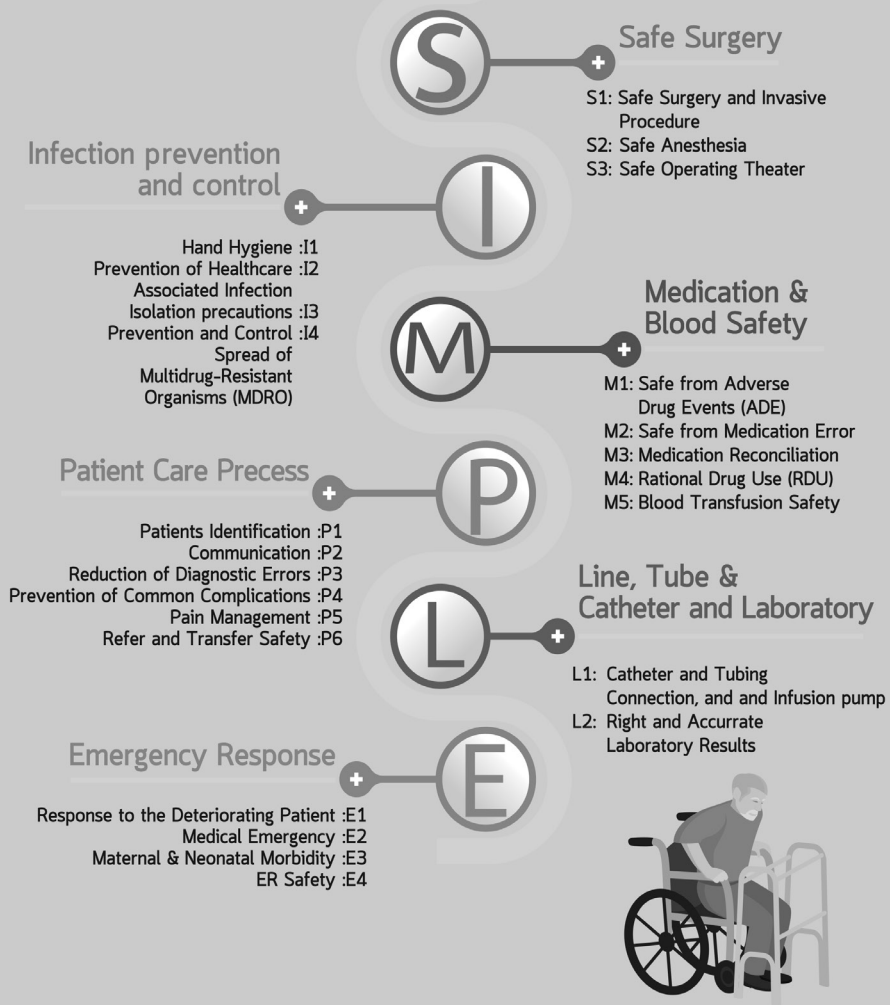
- 1) หน่วยงานทบทวนบัญชีความเสี่ยง (unit risk profile) เลือกความเสี่ยงจากบัญชีความเสี่ยงกลางของโรงพยาบาลมาวิเคราะห์เพิ่มเติม
- 2) ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้
- 3) รายงานและทำ RCA เมื่อเกิดอุบัติการณ์
- 4) ทำหน้าที่เป็น risk owner เพื่อทบทวนมาตรการป้องกัน

SIMPLE 2018

ในปี พ.ศ. 2551 สรพ. ได้จัดทำหนังสือ SIMPLE 2008 เพื่อชี้แนะให้โรงพยาบาลกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Goals) ที่เป็นหมวดหมู่และมีความชัดเจน ซึ่ง SIMPLE 2008 ได้เสนอแนะแนวปฏิบัติเพื่อเสริมสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วยที่รวบรวมองค์ความรู้มาจากแหล่งต่างๆ ทั่วโลก

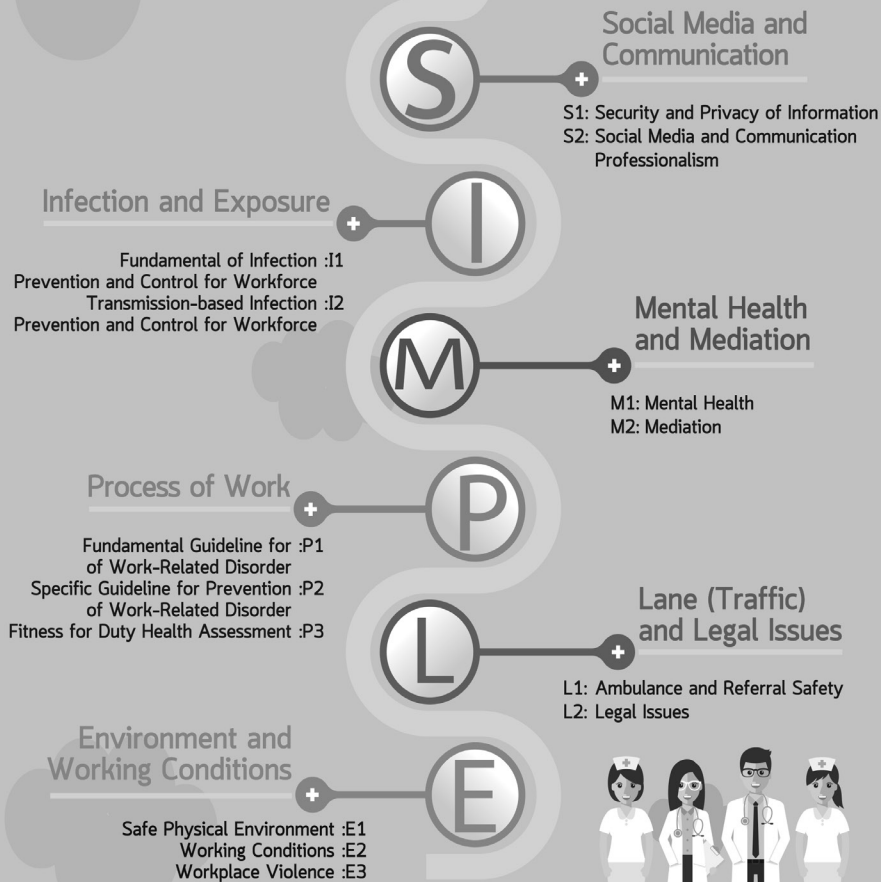
ในปี พ.ศ. 2561 สรพ. ได้ออก SIMPLE ฉบับใหม่ สอดคล้องกับนโยบาย Patient & Personnel Safety Goals (2P Safety) ของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็น SIMPLE 2018 โดยร่วมมือกับผู้เชี่ยวชาญและสมาชิกวิชาชีพด้านสุขภาพ ดำเนินการทบทวนและปรับปรุงเนื้อหาใน Patient Safety Goals ให้มีความทันสมัยมากขึ้น ตลอดจนจัดทำ Personnel Safety Goals ขึ้นเป็นครั้งแรกในประเทศไทย

Thailand Patient Safety Goals



กรอบที่ 2.15 Thailand Patient Safety Goals

Thailand Personnel Safety Goals



กรอบที่ 2.16 Thailand Personnel Safety Goals

ประเด็นใหม่เพิ่มเติมเข้ามาในส่วน **Patient Safety Goals** ได้แก่

- 1) **Safe surgery:** Enhanced Recovery After Surgery (ERAS); Venous Thromboembolism (VTE) Prophylaxis; Safe operating room
- 2) **Infection prevention and control:** Isolation Precautions; Prevention and Control; Spreading of Multidrug-Resistance Organisms (MDRO)
- 3) **Medication & Blood safe:** Safe from preventable Adverse Drug Reactions (ADR); Safe from fatal drug interactions; Safe from using medication; Rational Drug Use (RDU)
- 4) **Patient care process:** Reduction of diagnostic errors; Pain management; Refer and transfer safety
- 5) **Line, Tube, and Catheter & Laboratory:** Right and accurate laboratory result
- 6) **Emergency response:** Acute ischemic stroke; Post-Partum Hemorrhage (PPH); Safe labour at community hospital; Birth Asphyxia; ER safety

สิ่งแวดล้อมเพื่อการดูแลผู้ป่วย

ประเด็นสำคัญในการพัฒนาสิ่งแวดล้อมเพื่อการดูแลผู้ป่วย กำกับติดตามให้มีการดูแลบำรุงรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีความเพียงพอ มีความพร้อมในการให้บริการหรือการจัดการเมื่อเกิดเหตุ ได้แก่

- 1) การปรับปรุงอาคาร สถานที่และจัดสิ่งแวดล้อมให้มีความสะดวกในการเคลื่อนย้าย ลดความแออัด มีการระบายอากาศที่ดีโดยเฉพาะพื้นที่ในการดูแลผู้ป่วยนอก ห้องอุบัติเหตุ ผู้สูงอายุ ผู้พิการ
- 2) ระบบการป้องกันและระงับอัคคีภัย ในการจัดเตรียมอุปกรณ์ในการป้องกัน การแจ้งเตือนเส้นทางหนีไฟ ป้ายบอกทางหนีไฟ การฝึกซ้อมการระงับอัคคีภัยและการเคลื่อนย้ายร่วมกับหน่วยงานภายนอกทั้งในอาคารสูงและอาคารทั่วไปอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
- 3) การจัดระบบเครื่องมือแพทย์ ให้มีความพร้อมในการให้บริการด้วยการตรวจสอบเตรียมความพร้อมใช้ประจำวัน การสอบเทียบ การบำรุงรักษา

เชิงป้องกัน การจัดหาให้มีความเพียงพอในการให้บริการ

4) การจัดระบบประปาและระบบการสำรองน้ำใช้ให้มีความเพียงพอในการใช้งานกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินไม่น้อยกว่า 24 ชั่วโมง มีการตรวจคุณภาพของน้ำประปาอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง และนำผลมาปรับปรุงให้มีคุณภาพตรงตามมาตรฐานที่กำหนด

5) การจัดระบบไฟฟ้าสำรอง ให้มีการดูแล บำรุงรักษา ตรวจสอบประจำสัปดาห์ และจัดระบบให้สามารถจ่ายกระแสไฟฟ้าได้ไม่น้อยกว่า 24 ชั่วโมงกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน

6) การจัดระบบก๊าซทางการแพทย์และระบบสำรองด้วยการตรวจสอบ การบำรุงรักษาระบบและจัดให้มีการสำรองที่ใช้การได้ไม่น้อยกว่า 24 ชั่วโมงหลังเกิดขัดข้อง สถานที่ติดตั้งถูกต้องตามมาตรฐาน

7) การจัดระบบลิฟท์ให้มีการดูแลบำรุงรักษาโดยช่างของโรงพยาบาล อย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง บำรุงรักษาเชิงป้องกันโดยช่างภายนอกอย่างน้อยเดือนละครั้ง วางระบบการช่วยเหลือกรณีลิฟท์เสีย/ลิฟท์ค้างให้รวดเร็วและปลอดภัย และดำเนินการฝึกซ้อมการช่วยเหลืออย่างน้อยปีละครั้ง

8) การจัดระบบบำบัดน้ำเสีย ให้มีการประเมินความจุของระบบกับปริมาณน้ำที่เข้าระบบและปรับปรุงให้เพียงพอ ดำเนินการดูแล บำรุงรักษาและตรวจน้ำทิ้งประจำวัน ส่งตรวจภายนอก (โรงพยาบาลภาครัฐ ปีละ 4 ครั้ง, โรงพยาบาลภาคเอกชน ควรตรวจทุกเดือน)

การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ-การใช้วัสดุและอุปกรณ์ทางการแพทย์ซ้ำ

ปัจจุบัน ประเทศไทยมีฐานะทางเศรษฐกิจที่ดีขึ้น จึงไม่น่าจะมีโรงพยาบาลใดใช้เข็มฉีดยาและกระบอกฉีดยาซ้ำ อย่างไรก็ตาม ในบางกรณีจำเป็นต้องใช้ยาใน vial หลายครั้ง ต้องใช้วัสดุและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีราคาแพงซ้ำ ข้อเสนอแนะในการใช้วัสดุและอุปกรณ์ทางการแพทย์ซ้ำ ดังนี้

1) ใช้งานวัสดุและอุปกรณ์ทางการแพทย์ซ้ำ ภายใต้เงื่อนไขที่สอดคล้องกับคำแนะนำการใช้งานจากผู้ผลิตและมาตรฐานการปฏิบัติที่เป็นที่ยอมรับได้สำหรับประเทศไทย

- 2) โรงพยาบาลควรมีข้อกำหนดการใช้ที่ครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้
- 2.1) ชนิดของวัสดุอุปกรณ์ที่อนุญาตให้ใช้งานซ้ำได้ และวัสดุอุปกรณ์ที่ห้ามใช้ซ้ำ
 - 2.2) จำนวนครั้งสูงสุดที่จะใช้ซ้ำได้ (ถึงแม้จะไม่มีร่องรอยชำรุดให้เห็น) ข้อมูลนี้ควรมาจากการศึกษาทางวิชาการ แต่ถ้าไม่สามารถหาได้ อาจอนุโลมให้ใช้ความเห็นของผู้มีประสบการณ์จริงในการใช้งานวัสดุอุปกรณ์เหล่านี้ไปก่อนได้
 - 2.3) ลักษณะทางกายภาพที่บ่งชี้ว่าวัสดุอุปกรณ์นั้นไม่ควรนำมาใช้ซ้ำแล้ว
 - 2.4) กระบวนการทำความสะอาดวัสดุอุปกรณ์แต่ละชนิด
 - 2.5) ระบบเฝ้าระวังความปลอดภัยในการใช้งานวัสดุอุปกรณ์เหล่านั้น เช่น การสุ่มตรวจสภาพจริงที่หน่วยงาน รายงานเร่งด่วนและมาตรการเมื่อเกิดผลกระทบจากการใช้วัสดุอุปกรณ์เหล่านั้น

ระบบการจัดการด้านยา-การใช้ยาอย่างสมเหตุผล

มีการเพิ่มข้อกำหนดเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ดังนี้

“องค์กร (โดย PTC) ดำเนินการแผนงานใช้ยาสมเหตุผล (Rational Drug Use Program) และแผนงานดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial Stewardship Program) ด้วยมาตรการร่วมกันหลายประการ เพื่อส่งเสริมการใช้ยาต้านจุลชีพและยาอื่นๆ อย่างเหมาะสม”

การใช้ยาอย่างสมเหตุผล หมายถึง การจัดวางระบบและกระบวนการงานจัดการด้านยา ที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับข้อบ่งชี้ทางคลินิก ในปริมาณที่สอดคล้องกับความต้องการของแต่ละบุคคล ในระยะเวลาที่เพียงพอต่อการรักษาโรคนั้น และเกิดความคุ้มค่าสูงสุดทั้งต่อตัวผู้ป่วยและต่อสังคม ดังนั้น การใช้ยาอย่างสมเหตุผลจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับ value-based healthcare และ patient safety และจะเกิดขึ้นในโรงพยาบาลได้ ด้วยความร่วมมือจากทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา

ในส่วนการใช้ยาต้านจุลชีพ มีมาตรการเพิ่มเติมที่เพื่อส่งเสริมการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างสมเหตุผล ได้แก่

- 1) การกำหนดนโยบายเรื่องการใช้ยาต้านจุลชีพเป็นลายลักษณ์อักษร โดยนโยบายดังกล่าวมุ่งสร้างกรอบการจัดการปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างเป็นระบบและบูรณาการ
- 2) พัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรในด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ
- 3) กำหนดมาตรการที่สำคัญในเรื่อง
 - 3.1) การกำหนดเชื้อดื้อยาที่ต้องเฝ้าระวัง เช่น *A.Baumannii* และการวางกระบวนการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยา
 - 3.2) การคัดกรองและการแยกผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพ
 - 3.3) การบูรณาการการจัดการเชื้อดื้อยาระหว่างหน่วยงานห้องปฏิบัติการ ทีมดูแลผู้ป่วย (patient care team) และทีมนำระบบงานที่เกี่ยวข้อง
 - 3.4) การกำกับติดตามและประเมินผล การจัดการเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพในสถานพยาบาล

การเปลี่ยนแปลงสำคัญในมาตรฐาน ตอนที่ III

การเข้าถึงและเข้ารับบริการ

1) เน้นการคัดแยก (triage) ภายในระยะเวลาอันรวดเร็ว ทั้งเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างทันท่วงทีตามสภาพความเจ็บป่วย และก็เพื่อจำแนกกลุ่มผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อที่อาจจะทำให้เกิดการแพร่ระบาดในโรงพยาบาลได้ เพื่อแยกการดูแลออกไปตามขั้นตอนที่วางไว้

2) กำหนดลักษณะของบริการหรือกิจกรรมที่ต้องมีการบันทึกความยินยอมจากผู้ป่วย (informed consent) ได้แก่ การทำผ่าตัดและหัตถการ รุกไล่ การระงับความรู้สึก การทำให้สงบระดับปานกลาง/ลึก บริการที่มีความเสี่ยงสูง; การเข้าร่วมในงานวิจัยหรือทดลอง การถ่ายภาพหรือกิจกรรมประชาสัมพันธ์ ทั้งนี้ หัวใจสำคัญของ informed consent อยู่ที่การให้ข้อมูลที่เพียงพอแก่ผู้ป่วย ไม่ใช่การให้ผู้ป่วยเซ็นใบยินยอมโดยไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอ

3) เน้นการบ่งชี้ผู้ป่วยที่ถูกต้อง การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก ในประเทศไทยก็มีการเกิดเหตุการณ์นี้อยู่เป็นระยะ การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดนั้นรวมถึงการระบุสิ่งส่งตรวจจากตัวผู้ป่วยและชิ้น

เนื้อที่ผิดพลาดด้วย ความผิดพลาดนี้นำมาสู่การวินิจฉัย การให้ยา และการให้การรักษาที่ผิดพลาด

แนวทางการป้องกันการระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด ที่ปรับปรุงจากหนังสือ Patient Safety Goals : SIMPLE 2018 มีดังนี้

1) ใช้ตัวบ่งชี้อย่างน้อย 2 ตัว (เช่น ชื่อ-นามสกุล, และวันเกิด) เพื่อยืนยันตัวบุคคลในทุกจุดที่มีการส่งมอบผู้ป่วยให้จุดบริการถัดไปหรือจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

2) กำหนดให้วิธีการบ่งชี้ผู้ป่วยเป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งองค์กร เช่น ใช้ป้ายข้อมือสีขาวซึ่งมีรูปแบบมาตรฐานที่สามารถเขียนข้อมูลเฉพาะลงไปได้ หรือใช้ biometric technology หรือใช้ระบบ barcode

3) ไม่ถามนำ เช่น ชื่อ “สมศักดิ์” ไซ้ไหมคะ แต่ให้ผู้ป่วยระบุชื่อ-นามสกุลด้วยตนเอง

4) วิธีปฏิบัติที่ชัดเจนในการบ่งชี้ผู้ป่วยซึ่งไม่มีตัวบ่งชี้ การแยกแยะผู้ป่วยที่มีชื่อซ้ำกัน การบ่งชี้เด็กแรกคลอดที่ผู้ปกครองยังไม่ได้ตั้งชื่อ รวมทั้งแนวทางการบ่งชี้ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวหรือสับสนจนไม่สามารถตอบคำถามเจ้าหน้าที่ได้

5) ทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติว่าทำไมต้องถามชื่อซ้ำในทุกจุด และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของกระบวนการบ่งชี้ผู้ป่วย

6) เขียนฉลากที่ภาชนะสำหรับใส่เลือดและสิ่งส่งตรวจอื่นๆ ต่อหน้าผู้ป่วย

7) มีวิธีปฏิบัติที่ชัดเจนในการรักษา identity ของสิ่งส่งตรวจของผู้ป่วยตลอดกระบวนการตรวจวิเคราะห์ตั้งแต่ pre-analytical, analytical และ post-analytical process

8) มีวิธีปฏิบัติที่ชัดเจนในการสอบถามเมื่อผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือการตรวจอื่นๆ ไม่สอดคล้องกับประวัติหรือสภาวะทางคลินิกของผู้ป่วย

9) ตามรอยการปฏิบัติจริงที่หน้างานเป็นระยะ

10) ในกรณีที่เป็นการผ่าตัด ควรนำ Surgical safety checklist ของ WHO มาใช้อย่างจริงจัง

การประเมินผู้ป่วย

1) ควรมีการประเมินความชอบส่วนบุคคลของผู้ป่วย ทั้งนี้ เพื่อให้ทีมงานสามารถจัดบริการได้อย่างสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย การตอบสนองความชอบส่วนบุคคลมักจะทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลายกับบรรยากาศในโรงพยาบาลมากขึ้น ตัวอย่างความชอบส่วนบุคคล เช่น การเรียกตำแหน่งตัวผู้ป่วย เสื้อผ้า อาหาร/เครื่องดื่ม มื้ออาหาร การให้คนเข้าเยี่ยม แต่เรื่องนี้ ไม่ได้คาดหวังว่าโรงพยาบาลจะต้องไปสร้างแบบฟอร์มใหม่ ให้เป็นภาระของเจ้าหน้าที่ในการกรอกข้อมูล แต่มุ่งหวังให้เจ้าหน้าที่มีความไวมากขึ้นในการรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย

2) ควรให้ความสำคัญกับการลดความผิดพลาด/ความล่าช้า ในการวินิจฉัยโรค เนื่องจากประเด็นนี้กระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และยังเป็นปัญหาสำคัญของโรงพยาบาล คลินิก และงานบริการสุขภาพ ของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก

การจัดการความปวด

มีการปรับปรุงรายละเอียดของการจัดการความปวดให้ชัดเจนมากขึ้น กล่าวคือ

1) ทีมผู้ดูแลให้ความสำคัญกับการคัดกรองและประเมินความปวดอย่างครอบคลุม ทั้งความปวดเฉียบพลันและความปวดเรื้อรัง ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

2) ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงโอกาสและความรุนแรงของความปวดที่จะเกิดจากการดูแลรักษา การทำหัตถการ หรือการตรวจพิเศษ และผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการความปวดอย่างเหมาะสม เช่น การคลอด ซึ่งอาจเลือกใช้การคลอดทางช่องคลอด การผ่าตัดคลอดโดยการดมยา หรือการผ่าตัดคลอดโดยการให้ยาชาเข้าทางไขสันหลัง ผู้ป่วยควรรู้ว่าแต่ละวิธีจะมีผลอะไรตามมาบ้าง ความปวดของแต่ละวิธีจะมีมากขนาดไหน และจะมีวิธีจัดการความปวดได้อย่างไร

การดูแลต่อเนื่อง-ยานพาหนะเพื่อการส่งต่อ

มาตรฐานกำหนดว่า “ยานพาหนะที่ใช้ในการส่งต่อผู้ป่วยได้มาตรฐานความปลอดภัย มีอุปกรณ์การแพทย์และเวชภัณฑ์ที่พร้อมตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย”

ความปลอดภัยของยานพาหนะที่ใช้ในการส่งต่อผู้ป่วยต้องครอบคลุมทั้งความปลอดภัยของผู้ป่วยและความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ ซึ่งใน SIMPLE 2018 Personnel Safety ได้มีการกล่าวถึงความปลอดภัยของรถพยาบาลและขั้นตอนการรับส่งต่อผู้ป่วยไว้ โดยมีรายละเอียดสำคัญ คือ

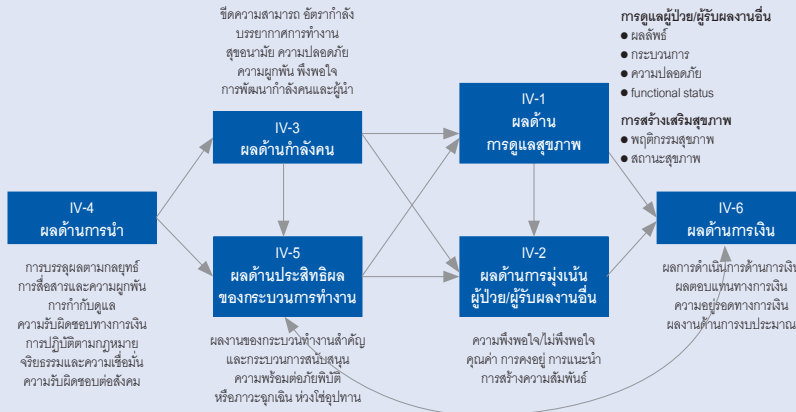
- 1) มาตรฐานความปลอดภัยของรถพยาบาล มีข้อแนะนำว่า ตัวถังรถเตียงผู้ป่วย เครื่องมือ และอุปกรณ์ต่างๆ ต้องมีการยึดตรึงให้สามารถทนแรงทุกทิศทางได้ 10 g (แรงขนาด 10 เท่าของน้ำหนักของวัตถุนั้นๆ)
- 2) มีการติดตั้งเข็มขัดนิรภัยและอุปกรณ์ความปลอดภัยต่างๆ ที่ได้มาตรฐาน
- 3) การจัดวางอุปกรณ์การแพทย์ต้องเอื้อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติงานได้โดยไม่ต้องถอดเข็มขัดนิรภัย เพื่อเอื้อมไปหยิบอุปกรณ์ต่างๆ
- 4) การปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของทุกคน เช่น การกำหนด danger zone, การวางกรวย ณ จุดเกิดเหตุ, ตำแหน่งที่จะจอดรถพยาบาล, การใส่ชุดปฏิบัติงานที่มีแถบสะท้อนแสง
- 5) แนวปฏิบัติที่ดีสำหรับพนักงานที่ขับรถพยาบาล

การเปลี่ยนแปลงสำคัญในมาตรฐาน ตอนที่ IV

มาตรฐานฉบับที่ 4 ในส่วนผลลัพธ์ได้แบ่งผลลัพธ์เป็น 6 ด้าน คือ ด้านการดูแลสุขภาพ ด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น ด้านกำลังคน ด้านการนำ ด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ และด้านการเงิน โดยผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วย และผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ได้ถูกนำมา รวมกันเป็นผลลัพธ์ด้านการดูแลสุขภาพ ในมาตรฐานฉบับที่ 4

ตอนที่ IV พลัฟร์

องค์กรแสดงให้เห็นผลการดำเนินงานที่ดีและการปรับปรุงในประเด็นสำคัญ ได้แก่ ผลด้านการดูแลสุขภาพ (รวมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ) ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น ผลด้านกำลังคน ผลด้านการนำ ผลด้านประสิทธิภาพของกระบวนการทำงาน และผลด้านการเงิน.

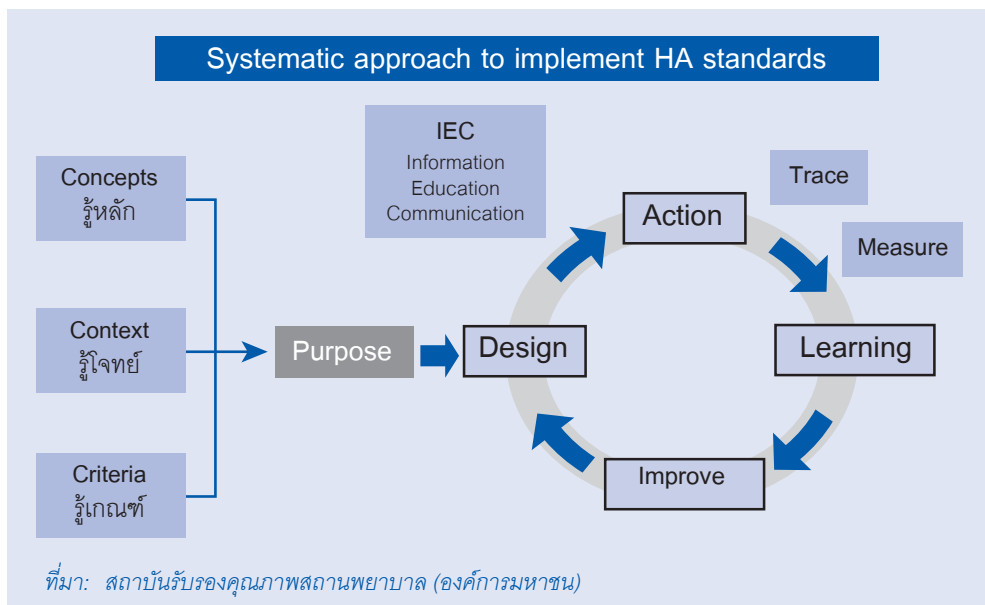


กรอบที่ 2.17 มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 ตอนที่ IV พลัฟร์

2.3.2 Sytem approach to implement HA standards (3C-PDSA)

การนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติ (HA standard implementation) มีสิ่งที่ต้องใช้ควบคู่กับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 ได้แก่

- 1) การพิจารณาบริบทขององค์กรและหน่วยงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปัญหา ความท้าทาย และความเสี่ยงที่สำคัญ
- 2) การใช้ค่านิยมและแนวคิดหลัก (HA Core values & Concepts) ของการพัฒนาคุณภาพและการสร้างเสริมสุขภาพ
- 3) วงล้อการพัฒนาคุณภาพและการเรียนรู้ (Plan-Do-Study-Act หรือ Design-Action-Learning-Improve หรือ Purpose-Process-Performance)
- 4) แนวทางการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (HA scoring guideline 2018)



กรอบที่ 2.18 System approach to implement HA standards

2.3.2.1 Standard & Context

การพิจารณาบริบทขององค์กรและหน่วยงานโดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาความท้าทาย และความเสี่ยงที่สำคัญ การทำความเข้าใจโจทย์ขององค์กรให้ชัดเจน จะทำให้ออกแบบระบบงานได้อย่างเหมาะสม ตรงประเด็น และปัญหาสำคัญได้รับการแก้ไขเป็นลำดับต้นๆ โดยหลักในการดูโจทย์ขององค์กร ได้แก่

1) ระบุกลุ่มเป้าหมาย target population

1.1) Who: ปัญหาเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือบุคลากรกลุ่มใดเป็นพิเศษหรือไม่

1.2) Where: ปัญหาเกิดขึ้นกับจุดบริการใดเป็นพิเศษหรือไม่

1.3) When: ปัญหาเกิดขึ้นในช่วงเวลาใดเป็นพิเศษหรือไม่

2) ระบุมาตรฐานที่ยังปฏิบัติได้ไม่สมบูรณ์ (standard gap) หรือต่อเชื่อมระหว่างขั้นตอนที่ขาดหายไป

2.3.2.2 HA Core values & Concepts

ใช้ค่านิยมและแนวคิดหลักของการพัฒนาคุณภาพและการสร้างเสริมสุขภาพ การพิจารณาว่ามาตรฐานที่กำลังจะนำไปใช้นั้น ควรนำค่านิยมและแนวคิดหลักในข้อใดมาหนุนเสริม ทำให้การปฏิบัติตามมาตรฐานเป็นไปอย่างลึกซึ้ง ทำให้ค่านิยม แนวคิดหลักฝังลึกเป็นวัฒนธรรมของทีมงาน

2.3.2.3 แนวทางการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (HA scoring guideline 2018)

“การใช้ HA scoring guideline สำหรับการพัฒนาระบบงานของสถานพยาบาล ควรมุ่งเพื่อยกระดับ maturity ของระบบงานในองค์กรให้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มิใช่เพียงคาดหวังการผ่านเกณฑ์การรับรองเท่านั้น การใช้มาตรฐาน HA จึงจะเกิดประโยชน์อย่างแท้จริง”

แนวทางการให้คะแนนการปฏิบัติตามมาตรฐาน HA แบ่งคะแนนเป็น 5 ระดับ ระดับความคาดหวังสำหรับการใช้มาตรฐานที่เกิดคุณค่าต่อองค์กรและผู้รับบริการ คือ คะแนนตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไป โดยเกณฑ์ในการตัดสินรับรองนั้น ขึ้นอยู่กับการประกาศของคณะกรรมการในแต่ละช่วงเวลา การหมุนวงจร PDSA อย่างต่อเนื่องจะทำให้กระบวนการและผลลัพธ์ขององค์กรค่อยๆ ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

HA scoring guideline 2018 มีการเปลี่ยนแปลงจากเดิม 89 ข้อ ซึ่งมีการให้คะแนนเฉพาะในส่วนของกระบวนการตอนที่ I-III โดยเพิ่มเติมการให้คะแนนในส่วนผลลัพธ์รวมเป็น 101 ข้อ ได้แก่ ผลลัพธ์ตอนที่ IV ผลลัพธ์การดูแลตามมิติคุณภาพ, SIMPLE, และ clinical tracer ในส่วนการผลลัพธ์ มุ่งเน้นการวิเคราะห์และใช้ประโยชน์จากตัววัดที่องค์กรใช้ติดตามเป็นสำคัญ โดยมีเงื่อนไขว่าต้องติดตามตัววัดที่สำคัญและตรงประเด็นให้ครบถ้วน แม้ว่าผลลัพธ์จะยังไม่ดี แต่หากมีการนำผลการวิเคราะห์ไปกำหนดประเด็นในการพัฒนาและดำเนินการพัฒนานักเป็นที่ยอมรับได้ หากพัฒนาแล้วมีผลลัพธ์ที่ดีขึ้นเป็นลำดับระดับคะแนนก็จะเพิ่มจาก 3 เป็น 4

กรอบที่ 2.19 หลักการที่ใช้ใน HA scoring guideline 2018

หลักการที่ใช้ใน HA scoring guideline 2018					
หลักการที่ใช้กับมาตรฐานทุกข้อ	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
ตอนที่ I - III	เริ่มมีการนำมาตรฐานไปปฏิบัติ (เช่น มีการกำหนดโครงสร้างที่เกี่ยวข้องวางแผน วางแนวทางปฏิบัติ)	แนวทางปฏิบัติที่กำหนดมีความเหมาะสมกับการนำแนวทางไปสู่การปฏิบัติ	มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดอย่างครอบคลุมและได้ผลบรรลุเป้าหมายของมาตรฐาน	มีการประเมินและปรับปรุงกระบวนการสำคัญ มีการเชื่อมโยงกับกระบวนการ/ระบบงานที่เกี่ยวข้อง	เป็นแบบอย่างที่ดี มีการใช้นวัตกรรมที่ส่งผลดี
ตอนที่ IV ผลลัพธ์ตามมิติคุณภาพ/PSG	มีการออกแบบการวัดผล	มีการติดตามตัวชี้วัดสำคัญตรงประเด็น	มีการวัดที่ตรงประเด็นครบถ้วน และมีการใช้ประโยชน์จากการติดตามตัววัด	ตัววัดสำคัญส่วนใหญ่ อยู่ในระดับที่ดีกว่าค่าเฉลี่ยหรือมีแนวโน้มดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง	ตัววัดสำคัญอยู่ในระดับ Top Quartile
Clinical Tracer (CLT/PCT)	มีการวิเคราะห์จัดลำดับกลุ่มโรคที่สำคัญ	มีการวิเคราะห์กระบวนการของกลุ่มโรคสำคัญ	มีการออกแบบกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ดีในกลุ่มโรคสำคัญ มีการติดตามตัวชี้วัดที่ตรงประเด็น ครบถ้วน และ มีการใช้ประโยชน์จากการติดตามตัววัด	มีการปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตัววัดสำคัญส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ดีกว่าค่าเฉลี่ยหรือมีแนวโน้มที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง	มีกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่เป็นต้นแบบให้กับผู้อื่นได้ ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับ Top Quartile

HA scoring guideline 2018, สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), กรกฎาคม 2561

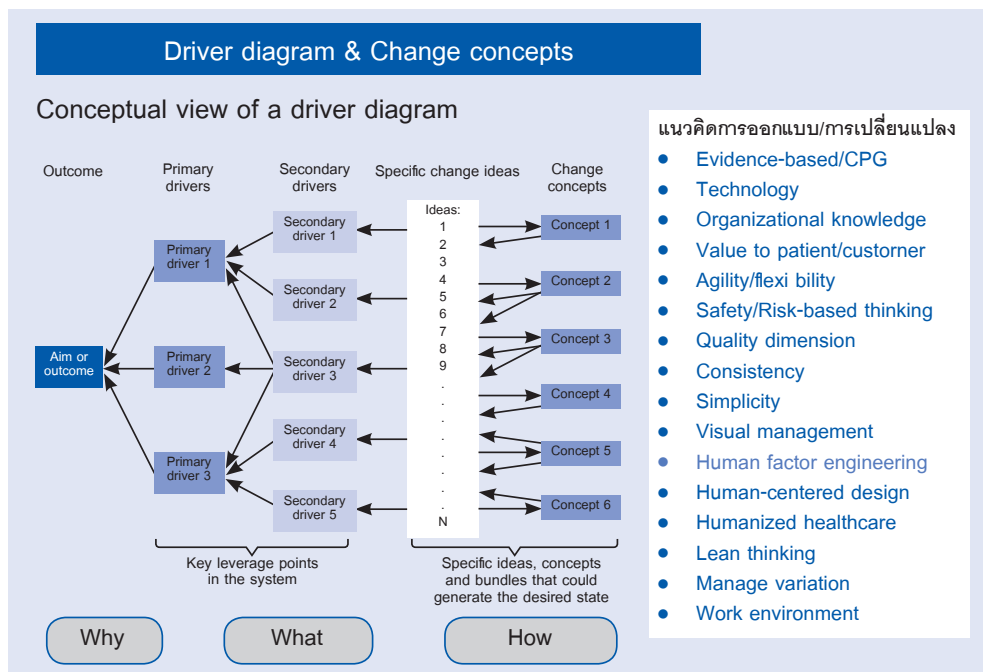
2.4 Transformation ระดับที่ 4: ผลการดำเนินงานที่เป็นเลิศ (performance excellence)

2.4.1 Driver diagram

Driver diagram คือ แผนภูมิที่แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยที่จะมีผลต่อความสำเร็จตามเป้าหมาย โดยจำแนกเป็นลำดับชั้นจากปัจจัยขับเคลื่อนไปสู่แนวทางการปรับเปลี่ยน

Driver diagram ช่วยให้เห็นความสัมพันธ์ของปัจจัยที่จะมีผลต่อความสำเร็จตามเป้าหมาย ทำให้เห็นภาพรวมของแนวทางการพัฒนาที่จะเกิดขึ้น

ช่วยตรวจสอบความสมบูรณ์ของสิ่งที่จะทำ ช่วยกำหนดเป้าหมายและตัววัดความก้าวหน้าของการพัฒนาในแต่ละองค์ประกอบ



กรอบที่ 2.20 Driver diagram and Change concepts

Driver diagram เป็นเครื่องมือการแสดงวิธีคิด การบรรจุเป้าหมายในระดับผลลัพธ์ของเรื่องนั้น เชื่อมโยงกับสิ่งที่เป็แรงขับเคลื่อนหลัก (primary driver) ที่ช่วยให้เป้าหมายบรรจุ และแรงขับเคลื่อนรอง (secondary driver) ที่ช่วยส่งเสริมแรงขับเคลื่อนหลัก ซึ่งเมื่อทิมเห็นเป้าหมายรวมและความเชื่อมโยงที่ชัดเจน จะสามารถใช้ driver diagram เป็นเครื่องมือค้นหาแนวคิดและเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงานใหม่ๆ (changes ideas)

How⁴: ขั้นตอนการทำ driver diagram ได้แก่

- 1) รวบรวมภาคีและผู้เกี่ยวข้อง เข้ามามีส่วนร่วมในการระดมสมอง
- 2) เริ่มด้วยการร่วมกัน 'กำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน' โดยควรชัดเจนในการเปลี่ยนแปลงที่ต้องการให้เกิด อาจมีการระบุปริมาณ และเวลาที่จะบรรลุได้เป็นไปได้

⁴ nhsi.act@nhs.net

3) ระดมสมองว่า ‘สิ่ง/ปัจจัยสำคัญที่จะทำให้บรรลุความสำเร็จตามเป้าหมายคืออะไร?’ โดยอาจยังไม่ต้องพยายามระบุจำแนกว่าอะไรเป็นปัจจัยขับเคลื่อนที่เป็น primary หรือ secondary driver

4) ร่วมกันทบทวนปัจจัยขับเคลื่อนให้มีความชัดเจน เช่น การระบุการเปลี่ยนแปลงที่เป็นรูปธรรม การใช้คำคุณศัพท์ หรือมิติคุณภาพ เป็นต้น ที่ทำให้ข้อความชัดเจนและมีความเป็นไปได้ในการวัดผล

5) ขยายกลุ่มความคิด

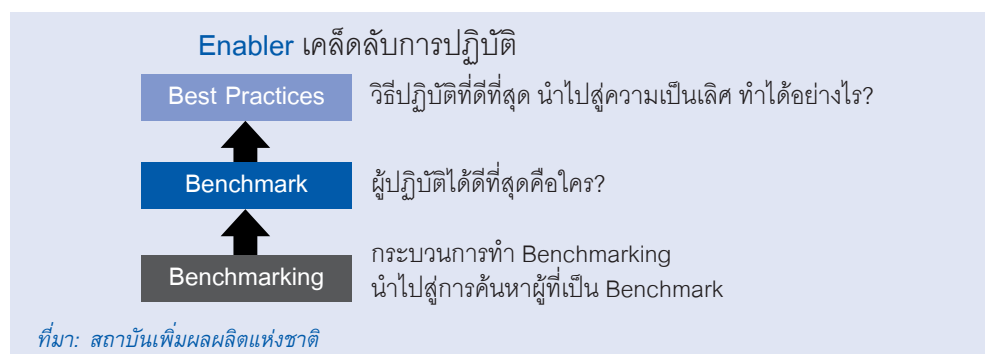
6) เชื่อมโยงปัจจัยขับเคลื่อน โดยการใช้ template ในลักษณะของ tree diagram หรือ mind map

7) ระดมสมองว่าในแต่ละ driver มีแนวทางการปรับเปลี่ยนหรือ action อะไรบ้าง

8) ร่วมกันตัดสินใจจัดลำดับความสำคัญ ปัจจัยขับเคลื่อนและโครงการ/กิจกรรม รวมถึงกำหนดตัววัดที่เหมาะสม

2.4.2 Benchmarking

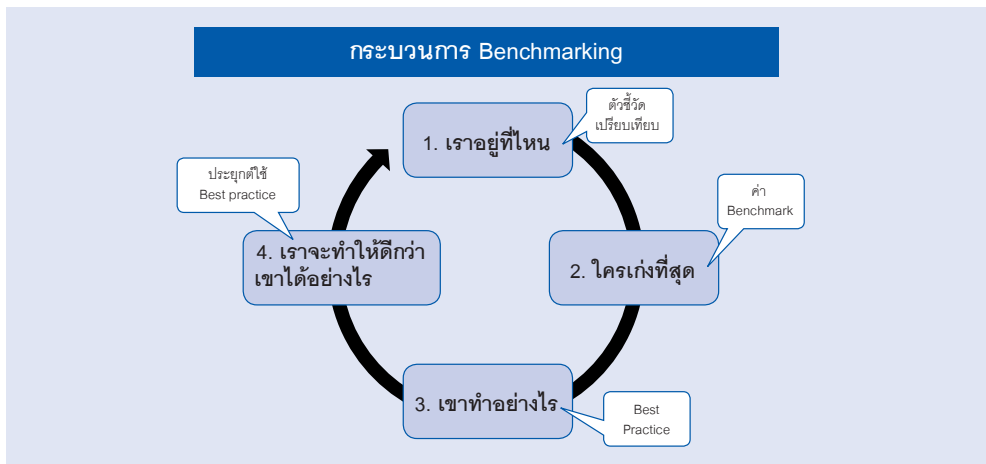
Benchmarking คือ วิธีการในการวัดและเปรียบเทียบ ผลลัพธ์ที่บริการ และวิธีการปฏิบัติกับองค์กรที่สามารถทำได้ดีกว่า เพื่อนำผลของการเปรียบเทียบ พัฒนามุ่งสู่ความเป็นเลิศ โดยกระบวนการ benchmarking นำไปสู่การค้นหาผู้ที่เป็นต้นแบบที่ผู้อื่นจะใช้วัดเพื่อเปรียบเทียบความสามารถของตนเอง (benchmark) เรียนรู้วิธีการปฏิบัติที่ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ หรือ นำให้องค์กรสู่ความเป็นเลิศ



กรอบที่ 2.21 ความสัมพันธ์ระหว่าง benchmarking, benchmark และ best practice

ขั้นตอนในการพัฒนาโดยใช้การเทียบเคียง (benchmarking)

- 1) กำหนดประเด็นที่จะพัฒนาและเป้าหมาย
- 2) คัดเลือกองค์กรที่จะเทียบเคียง
- 3) กำหนดผู้รับผิดชอบ
- 4) ศึกษาการปฏิบัติของเราในปัจจุบัน
- 5) ศึกษาจากองค์กรที่เทียบเคียงด้วย
- 6) วิเคราะห์ gap
- 7) จัดลำดับความสำคัญ
- 8) จัดทำแผนปรับปรุงและทำการปรับปรุง



กรอบที่ 2.22 กระบวนการ benchmarking

ขั้นตอนการเตรียมความพร้อม

- 1) ความมุ่งมั่นจริงจังของผู้บริหารสูงสุด
- 2) ผู้บริหารให้การสนับสนุนในเรื่องทรัพยากร
- 3) การแต่งตั้งผู้รับผิดชอบระดับสูง
- 4) การให้การฝึกอบรมผู้ที่เกี่ยวข้อง
- 5) การเลือกวิธีการในการ benchmarking
- 6) ความพร้อมของทีมงาน
- 7) เข้าใจและปฏิบัติตามจรรยาบรรณของการทำ benchmarking
- 8) การประชาสัมพันธ์ภายในองค์กร

การใช้ประโยชน์จาก best practice ผ่านการเทียบเคียงผลลัพธ์กับองค์กรที่เป็นที่ยอมรับ

best practice เพื่อ 1) ใช้ประโยชน์ในการพัฒนา, 2) ใช้ประโยชน์ในการเพิ่มอัตราเร่งของความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้, 3) ใช้ประโยชน์ในการสร้างนวัตกรรม และการสร้างคุณค่าแก่ลูกค้า, 4) หลีกเลี่ยง reinventing the wheel

เราควรใช้ best practice เป็นสปริงบอร์ดหนุนสู่ความสำเร็จ และเป็นตัวเพิ่มอัตราเร่งสู่ความสำเร็จ โดยยกระดับคุณภาพของสิ่งที่ทำอยู่ ช่วยสร้างของใหม่โดยที่ไม่จำเป็นต้องเริ่มต้นใหม่ทั้งหมด แต่เริ่มจากสิ่งที่ผ่านการพิสูจน์ผลมาแล้ว และช่วยให้เราสามารถสร้างนวัตกรรมได้โดยพยายามเทียบเคียงกับ best practice และหาทางทำให้ดีกว่าอย่างฉับพลัน

ระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล (Thailand Hospital Indicator Program : THIP)

เป็นกลไกเครื่องมือสนับสนุนการเปรียบเทียบตัวชี้วัดคุณภาพของโรงพยาบาลที่ผู้รายงานจะได้ทราบค่าของตนเปรียบเทียบกับค่า percentile ของกลุ่ม เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านต่างๆ กับโรงพยาบาลอื่นที่มีลักษณะเดียวกันทราบว่าตนเองอยู่ตรงไหนเมื่อเทียบกับกลุ่ม เป็นการใช้อ้างอิงที่สร้างแรงจูงใจให้เปลี่ยนแปลง กระตุ้นการพัฒนาที่พลัง และสามารถค้นหาองค์กรที่มี good practice และนำมาแลกเปลี่ยนกัน

บันได 3 ขั้นของการยกระดับผลลัพธ์ด้วยการ benchmark

ขั้นที่ 1 เข้าใจ: มีการควบคุมกระบวนการด้วยข้อมูลทางสถิติ เพื่อศึกษาแนวโน้มและความแปรปรวนในกระบวนการของตนเอง

ขั้นที่ 2 Benchmark: มีการเปรียบเทียบข้อมูลที่มีบริบทใกล้เคียงกันว่าอยู่ในช่วงระดับ percentile ที่เท่าไร แล้วตั้งเป้าหมายเพื่อทำให้ผลลัพธ์ดีขึ้น

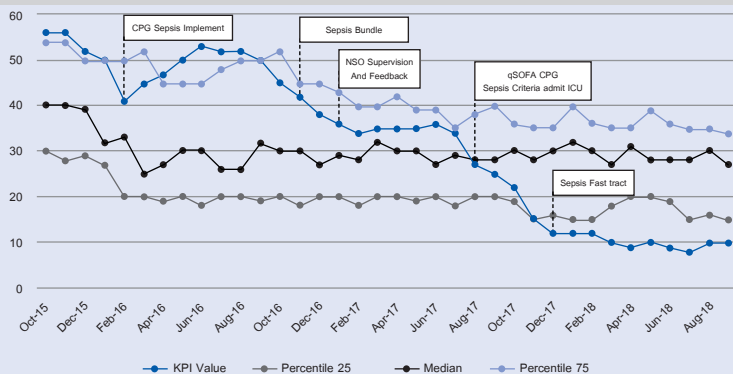
ขั้นที่ 3 พัฒนา: วิเคราะห์กระบวนการด้วยแผนผังสายธารแห่งคุณค่า (value stream mapping) โดยใช้หลักการกำจัดความสูญเปล่าออกจากกระบวนการ (waste) หรือ มองให้กว้างขึ้นเพื่อปรับปรุงกระบวนการ โดยใช้หลัก NEWS (Needs, Evidence-based, Waste, Safety) ในการทบทวน

วิธีใช้ข้อมูลโปรแกรม THIP ในการเปรียบเทียบ

- 1) ให้ใช้เส้นเปรียบเทียบ 3 เส้นคือ percentile 25, percentile 50 (median), percentile 75 ส่วนเส้น min, max, mean นั้นให้ตัดทิ้งไป เพื่อง่ายในการดู
- 2) พิจารณาว่าเราอยู่ตรงไหนใน 4 zone คือ <25, 25-50, 50-75, >75
- 3) ดูแนวโน้มที่ผ่านมามีเป็นอย่างไร
- 4) หากอธิบายเมื่อกราฟแสดงถึงระบบที่ไม่เสถียร เช่น มีแนวโน้มที่ดีขึ้นหรือลดลงอย่างต่อเนื่อง

THIP Benchmark Performance Graph

KPI NAME : CI0101 Fatality Rate of Sepsis (ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยในจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต)
Comparison Group : โรงพยาบาลภาคภูมิ/ เขตภาคเหนือ/ ขนาด 400 เตียงขึ้นไป/ HA ชั้น 3 ขึ้นไป
Hospital Name : โรงพยาบาล XXX



Date Report : 16 December 2018

Reference : Thailand Hospital Indicator Program (THIP)

กรอบที่ 2.23 ตัวอย่าง benchmark performance graph จากข้อมูลโปรแกรมระบบสารสนเทศเปรียบเทียบ
วัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล (THIP)

2.4.3 Moving with Spirituality

**“เมล็ดพันธุ์ต้นไม้แสนงาม มีคุณค่าราคาแพง หากขาดการหล่อเลี้ยง
รดน้ำบำรุง ย่อมเป็นการยากที่จะเจริญเติบโตได้... ฉะนั้น
เมล็ดพันธุ์ ความดีงามที่อยู่ในคนทำงาน หากขาดการหล่อเลี้ยง บ่มเพาะ
ก็ย่อมเป็นการยากที่จะมีจิตวิญญาณในการทำงาน ฉะนั้น”**

“การส่งเสริมจิตวิญญาณในการปฏิบัติ ณ หน่วยงาน เป็นการยกระดับ
จิตใจของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีเมล็ดพันธุ์แห่งความดีงามอยู่แล้ว ที่ต้อง
ปฏิบัติงานอย่างฝ่าฟันและมีความอดทนในการดูแลผู้ป่วยท่ามกลาง
วิกฤติการณ์ที่ขาดแคลนอัตรากำลัง ขาดแคลนอุปกรณ์การแพทย์ ประกอบกับ
ภาระงานที่มีเป็นจำนวนมาก ให้มันคงอยู่ได้ จึงไม่ใช่เพียงแค่ทนต่อความเหนื่อย
ยากเท่านั้น แต่บุคลากรทางการแพทย์จะสามารถให้บริการต่อผู้ป่วยอย่างมี
คุณภาพด้วยความพร้อมและเต็มใจที่จะให้ความหวังกับผู้ป่วย และญาติอันส่งผล
ให้เกิดความสุขในการทำงานอย่างยั่งยืน”.....

สพ. ริเริ่มนำแนวคิดจิตวิญญาณในการทำงาน มาทดลองดำเนินการ
ในโรงพยาบาลที่มีความสมัครใจ เริ่มในปี พ.ศ. 2547 เพื่อบ่มเพาะให้บุคลากร
ทางการแพทย์ เกิดการรับรู้ถึงการทำงานที่มีคุณค่า มีความหมาย มีประโยชน์
ต่อชีวิตผู้อื่นและสังคม ส่งผลให้การปฏิบัติงานมีความประณีตอ่อนโยนต่อผู้ป่วย
และญาติ เห็นคุณค่าของตนเอง มีเป้าหมายในชีวิต มีศักดิ์ศรีแห่งความเป็น
มนุษย์ แต่อย่างไรก็ตาม แนวคิดเรื่องจิตวิญญาณในการทำงาน ยังมีความเป็น
นามธรรมเข้าใจนำไปปฏิบัติ และวัดผลได้ยาก

ด้วยความพยายาม มาเนื่อบากัน ที่ต้องการนำแนวคิดนี้มาใช้ได้อย่าง
เป็นรูปธรรม ในปี พ.ศ. 2561 มาตรฐาน Spiritual Healthcare Appreciation
(SHA) ได้ถูกยกย่องขึ้นเป็นครั้งแรก โดยผู้บริหาร ผู้เยี่ยมสำรวจ และนักวิชาการ
จาก สพ. ได้ร่วมพลังกันในการระดมความคิดบนพื้นฐานการวิจัยอย่างเต็ม
รูปแบบ โดยศึกษาเอกสารทางวิชาการจากต่างประเทศ และการเยี่ยมของ
ผู้เยี่ยมสำรวจเพื่อประเมินตามบริบทของประเทศไทยในโรงพยาบาลขนาดต่าง ๆ
ภายใต้บริบทวัฒนธรรมไทยที่หลากหลาย มีการปรับปรุงเนื้อหาความ
ครอบคลุม (coverage), ความน่าเชื่อถือ (reliability), ความเที่ยงตรง (validity)
คู่ขนานไปพร้อมกับการสร้างการเรียนรู้ให้กับกลุ่มผู้เยี่ยมสำรวจชุดแรก

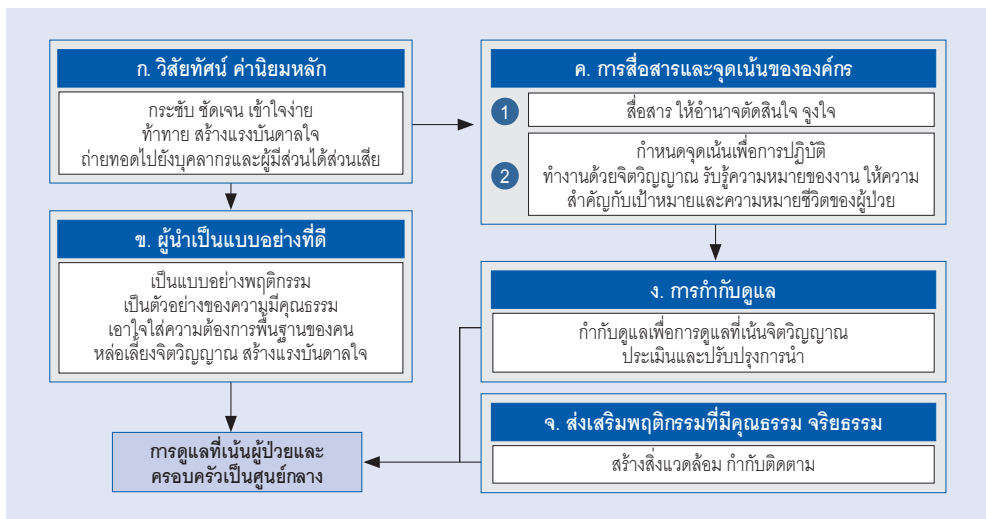
ที่มีความเข้าใจพื้นฐานแนวคิดจิตวิญญาณในการทำงาน เข้าร่วมในการดำเนินงาน

จากการดำเนินงานอันเป็นนามธรรมที่ยึดระเบียบการวิจัย ผสมผสานการใช้หลักจิตคุณภาพในการพัฒนาเชิงระบบหมุนวงล้อ 3C-PDSA อย่างต่อเนื่องทำให้สามารถจัดหมวดหมู่มาตรฐานเป็น 3 ด้านให้สอดคล้องกับมาตรฐาน HA ได้แก่

2.4.3.1 การนำ:

I-1 การนำและการกำกับดูแล

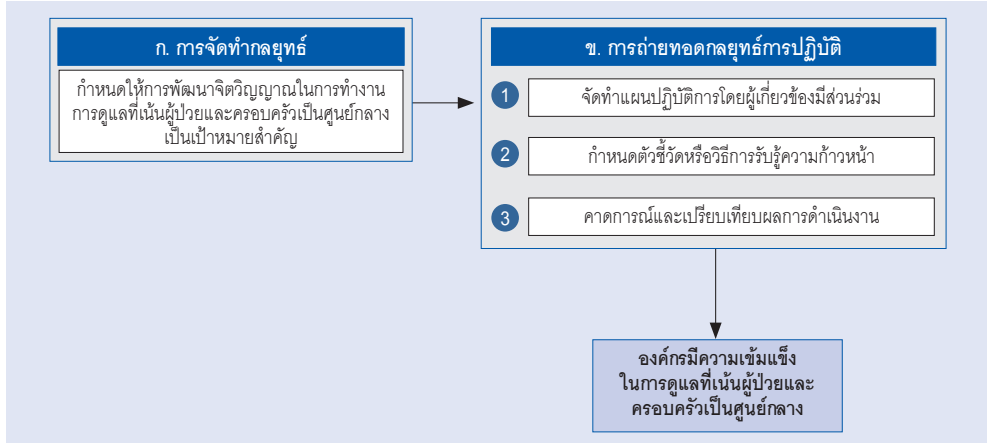
1) การนำ ผู้นำชี้นำค่านิยมทางจิตวิญญาณ ผ่านวิสัยทัศน์ วัฒนธรรมการทำงาน และระบบงานที่ยึดหยุ่น สื่อสารและสร้างสิ่งแวดล้อม เพื่อเอื้อต่อการทำงานมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ผู้นำเป็นแบบอย่างที่ดี มีระบบกำกับดูแลที่ดี



กรอบที่ 2.24 ร่าง มาตรฐาน SHA I-1 การนำและการกำกับดูแล

I-2 กลยุทธ์

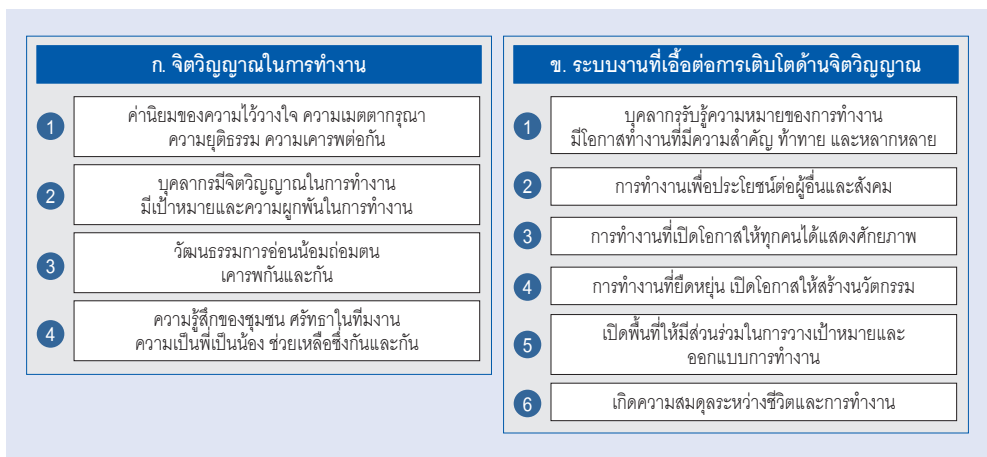
องค์กร จัดทำกลยุทธ์เพื่อส่งเสริมจิตวิญญาณในการทำงาน การดูแลที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัว เป็นศูนย์กลาง และนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ



กรอบที่ 2.25 ร่าง มาตรฐาน SHA I-2 กลยุทธ์

I-3 วัฒนธรรมองค์กร

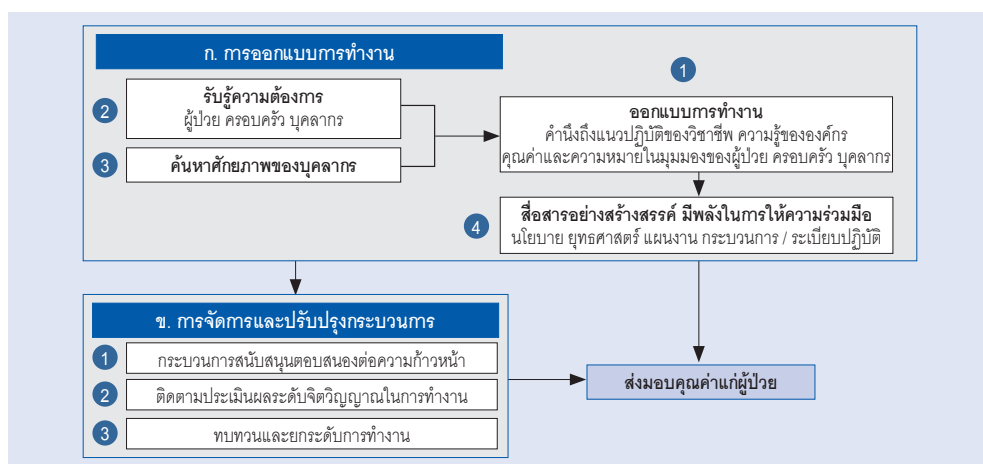
องค์กรมีการนำแนวคิดพื้นฐานของจิตวิญญาณมาบูรณาการในการสร้าง วัฒนธรรมองค์กร และการสร้างวัฒนธรรมการทำงานที่เอื้อต่อการเติบโตทาง จิตวิญญาณของบุคลากร



กรอบที่ 2.26 ร่าง มาตรฐาน SHA I-3 วัฒนธรรมองค์กร

I-4 การจัดการและออกแบบการทำงาน

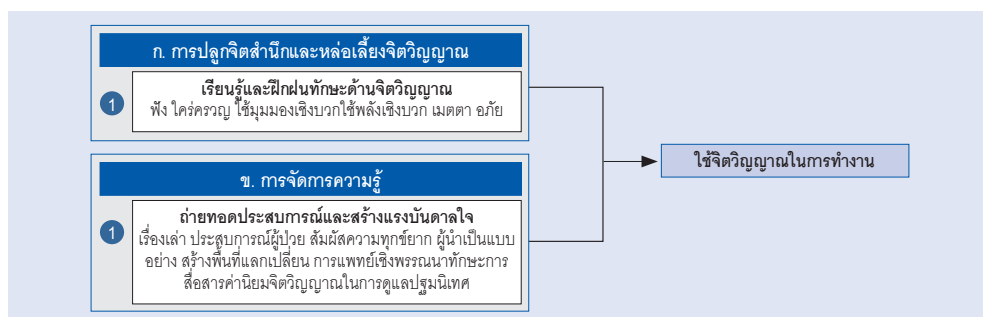
องค์กรมีการออกแบบ จัดการ และปรับปรุงบริการสุขภาพ/ กระบวนการทำงานที่สำคัญ เพื่อส่งมอบคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น และเพื่อบรรลุความสำเร็จขององค์กร โดยพนักงานมีส่วนร่วมและการออกแบบงานสอดคล้องกับความต้องการของพนักงาน รวมทั้งรับรู้คุณค่าและความหมายของงาน



กรอบที่ 2.27 ร่าง มาตรฐาน SHA I-4 การจัดการและออกแบบการทำงาน

2.4.3.2 การส่งเสริมจิตวิญญาณในการทำงานของทีมผู้ให้บริการ

II-1 องค์กรมีการส่งเสริมจิตวิญญาณในการทำงานให้กับบุคลากร มีกระบวนการปลูกฝังจิตสำนึก ฝึกฝนให้บุคลากรเติบโตด้านใน หรือรับรู้ชีวิตด้านใน สามารถทำงานด้วยความตระหนัก ในคุณค่าและความหมายของงาน มีการจัดการความรู้ เพื่อสร้างแรงบันดาลใจ จากเรื่องเล่า สัมผัสความทุกข์ยาก



กรอบที่ 2.28 ร่าง มาตรฐาน SHA II-1 การส่งเสริมจิตวิญญาณในการทำงานของทีมผู้ให้บริการ

II-2 องค์ประกอบ จิตวิญญาณในการทำงาน บุคลากรได้รับการปลูกฝังให้รับรู้องค์ประกอบของจิตวิญญาณในการทำงาน ได้แก่ การรับรู้ชีวิตด้านในการทำงานที่มีความหมาย สำเนักร่วมความเป็นชุมชน และการเชื่อมโยงกับสิ่งที่มีพลังเหนือกว่า และสามารถประเมิน หรือ วัดระดับจิตวิญญาณในการทำงานของบุคลากรได้

การรับรู้ชีวิตด้านในหรือคุณค่าภายใน	การทำงานที่มีความหมาย
1 เอาจใจใส่ใจต่อจิตใจและคุณค่าของคนทำงาน	1 ส่งเสริมให้ค้นพบศักยภาพของตน
2 มีอิสระในการแสดงข้อคิดเห็น	2 สร้างขวัญกำลังใจ ยกย่อง
3 รับรู้เป้าหมายของการมีชีวิต	3 เข้าใจคุณค่า ทิศทาง เป้าหมายองค์กร
4 รับรู้คุณค่าของตัวเอง	4 รับรู้ความมีเหตุผลของการปฏิบัติหน้าที่
5 ส่งเสริมให้รับรู้คุณค่าผ่านงานประจำ	5 ปลื้มปิติ ศรัทธาในการทำงาน

จิตสำนึกร่วมความเป็นชุมชน	เชื่อมโยงกับสิ่งที่มีพลังหรือศรัทธา
1 กิจกรรมสร้างความเชื่อมโยงสัมพันธ์	1 เติบโตสิ่งที่มีพลังหรือศรัทธา
2 แสดงความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์	2 สร้างสมดุลในการทำงานผ่านกิจกรรมที่บุคลากรศรัทธาในบื้อ
3 มีความเป็นกลุ่มก้อน ดูแล ห่วงใยกันและกัน	
4 เคารพไว้วางใจกันและกัน	
5 หลอมรวมชีวิตด้านในตัวเองกับผู้อื่น	

กรอบที่ 2.29 ร่าง มาตรฐาน SHA II-2 องค์ประกอบ จิตวิญญาณในการทำงาน

จากการเรียนรู้กับพื้นที่ยังพบประเด็นสำคัญอื่นๆ ที่ทำให้ SHA สามารถแบ่งบานในองค์กร

1) ผู้นำ/ทีมหน้าด้านจิตวิญญาณ เป็นปัจจัยสำคัญที่สุดของการสร้างจิตวิญญาณในการทำงานขององค์กร ผู้นำที่ให้ความสำคัญและเห็นคุณค่าของบุคลากร ทั้งในด้านการดำรงชีวิต ครอบครัว การงาน พื้นฐานการเลี้ยงดู และเป้าหมายของชีวิต เป็นผู้นำที่นำค่านิยมจิตวิญญาณมาใช้กับบุคลากร (focus on staff) อย่างมืออาชีพ เป็นแบบอย่างที่ดี มีวิสัยทัศน์ที่มีคุณค่า ชัดเจนและมีพลัง สร้างแรงบันดาลใจให้กับบุคลากร ส่งเสริมวัฒนธรรมองค์กรที่มีจิตวิญญาณเป็นพื้นฐาน เช่น ค่านิยมความรัก ความเมตตา ความเกื้อกูลต่อกัน ค่านิยมการทำประโยชน์ให้กับผู้อื่น นำมาซึ่งความรัก สามัคคี และความผาสุกในองค์กร ส่งผลลัพท์การทำงานที่ดีและยั่งยืน

2) การออกแบบการจัดการโครงสร้างภายในองค์กร การออกแบบงานที่มีความยืดหยุ่น สมดุล ระหว่างการทำงานและการดำรงชีวิต การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งด้านขีดความสามารถและการเรียนรู้ทักษะจิตวิญญาณ ซึ่งนับวันยิ่งมีความสำคัญมากขึ้น ออกแบบโครงสร้างให้ทีมงานและทีมงานได้ปฏิสัมพันธ์กันอย่างแนบแน่น จนเกิดความรัก ความผูกพัน ความเชื่อมั่นศรัทธาในทีมงาน พร้อมสนับสนุนกันและกันอย่างจริงใจ ส่งผลให้คนในองค์กรเป็นเหมือนคนในครอบครัวเดียวกัน ที่พร้อมยืนเคียงข้างกันในทุกสถานการณ์

3) การสื่อสารในองค์กรอย่างทั่วถึง ให้บุคลากรทุกระดับเป็นผู้ที่มีความหมายและมีส่วนร่วมในการรับรู้ เป้าหมาย ทิศทางขององค์กร เพื่อสร้างส่วนร่วมในการแก้ไข ร่วมเป็นเจ้าขององค์กร และร่วมชื่นชมยินดีเมื่อประสบความสำเร็จทั้งระดับบุคคลและองค์กร เป็นการเพิ่มพลังความดี เห็นคุณค่าของกันและกัน

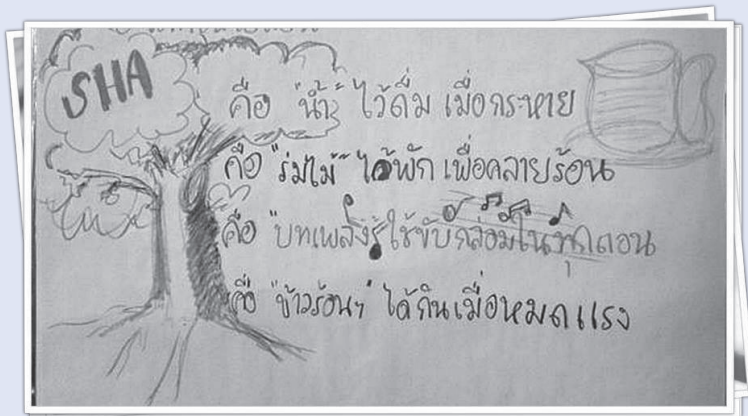
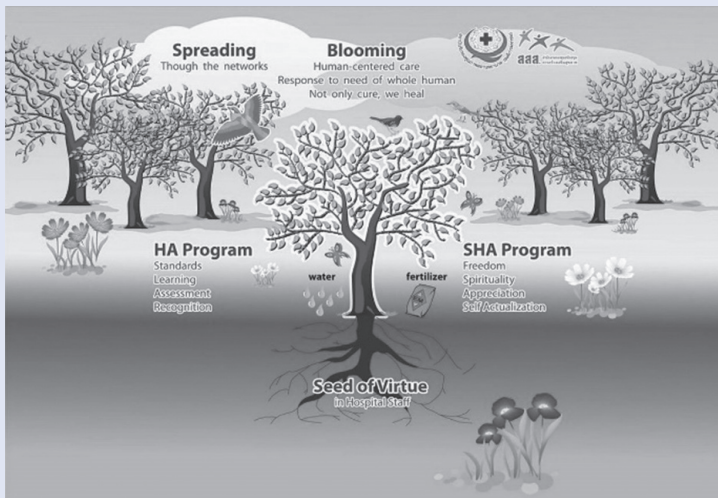
4) การสร้างจุดเปลี่ยนในองค์กรให้เกิดจิตวิญญาณในการทำงาน เกิดจากการเรียนรู้ ทักษะด้านจิตวิญญาณ หรือการเรียนรู้จากความเป็นมนุษย์ของคน เช่น การได้ลงไปสัมผัสความทุกข์ยากของผู้คน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากผู้ป่วย จากผู้ร่วมงานจะทำให้เกิดการเรียนรู้ชีวิตจริง มีความเข้าใจอย่างถ่องแท้ เห็นว่างานที่ทำมีความหมายและมีประโยชน์ต่อผู้อื่นแล้ว อยากให้ผู้อื่นพ้นทุกข์ นวัตกรรมการทำงานใหม่ๆ ที่เกิดจากกระบวนการเรียนรู้เช่นนี้ จะสามารถสร้างจุดเปลี่ยนที่สำคัญและปลูกจิตวิญญาณในการทำงาน SHA ขึ้นมา นำสู่การเปลี่ยนแปลงชุดความคิดใหม่ (mindset) ที่กลับมามองเห็นคุณค่าความเป็นมนุษย์

อาจารย์ดวงสมร บุญผดุง ผู้ทรงคุณวุฒิ สรพ. ได้ตกผลึกมาตรฐาน SHA และถ่ายทอดแนวคิดอันประณีต งดงาม เปิดรับความคิด ความต้องการที่เป็น inner life ของผู้คน ใช้มุมมองทัศนคติเชิงบวก ความเมตตาและการให้อภัย ขัดเกลาทีมผู้เยี่ยมสำรวจให้เกิดมุมมองที่อ่อนโยน สร้างพลังใจแก่บุคลากร เพื่อสืบสานเจตนารมณ์การนำมิติจิตวิญญาณสู่การประเมินและรับรองได้อย่างเป็นสากลในอนาคต โดยการก้าวต่อไปของ SHA คือ

1) การนำมาตรฐานที่ได้จัดทำออกเผยแพร่สู่โรงพยาบาลที่มีความสนใจ/โรงพยาบาลนาร่อง

- 2) พัฒนากิจกรรมการฝึกอบรมส่งเสริมความเข้าใจในการนำมาตรฐาน SHA สู่การปฏิบัติ
- 3) พัฒนารูปแบบการเยี่ยมประเมิน/ชื่นชม
- 4) พัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจในมิติจิตวิญญาณ

การชงชาให้เข้ากับมาตรฐาน HA อย่างมีเสน่ห์ คือ การพัฒนาจากข้างใน
เป็นการพัฒนาคุณภาพที่มีใช้การะ แต่เป็นการเพิ่มคุณค่าของกำลังคน
เพื่อเป็นที่พึ่งที่ดีของประชาชน
“SHA คือยารักษาจิตวิญญาณที่บอบช้ำ”



ตอนที่
3

บทเรียนการพัฒนาจากพื้นที่

ตอนที่ 3

บทเรียนการพัฒนาจากพื้นที่

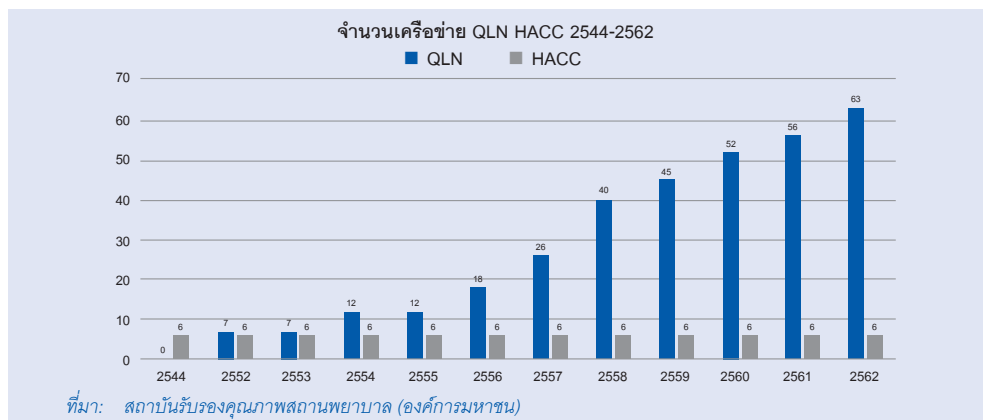
3.1 บทเรียนการพัฒนาจากเครือข่ายความร่วมมือ

สรพ. มีกลยุทธ์ในการขยายแนวคิดการพัฒนาคุณภาพและการรับรองกระบวนการคุณภาพ HA ไปสู่ส่วนภูมิภาคทั่วประเทศไทย โดยความร่วมมือกับสถาบันโรงเรียนแพทย์ ก่อตั้ง **ศูนย์ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation Collaborating Center: HACC)** จำนวน 6 แห่ง⁵ ในปี พ.ศ. 2544 ทำหน้าที่ส่งเสริม กระตุ้นการพัฒนาคุณภาพสำหรับสถานพยาบาลในระดับภูมิภาค ให้เข้าถึงความรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพ และมาตรฐาน HA โดยร่วมกำหนดทิศทางการขับเคลื่อนเชิงนโยบายร่วมกับ สรพ.

ในปี พ.ศ. 2552 มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนที่ผ่านการรับรอง HA อาสาช่วยเป็นพี่เลี้ยงในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในจังหวัดที่สมัครใจ และมีความพร้อมให้เข้าสู่กระบวนการรับรอง ก่อตั้งเป็นทีม High Performance Node ส่งผลให้โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการสามารถเข้าสู่กระบวนการรับรองได้ทั้งหมด ดังนั้น สรพ. จึงเล็งเห็นความสำคัญของบุคลากรของสถานพยาบาลที่มีความเข้าใจบริบทพื้นที่ มีจิตอาสา มีศักยภาพเป็นพี่เลี้ยง และเป็นแม่ข่ายให้กับโรงพยาบาลอื่นๆ ทำให้เกิดความร่วมมือและแรงบันดาลใจในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลอย่างกว้างขวาง โดย สรพ. ทำหน้าที่เสริมความรู้และพัฒนาทักษะการเป็นพี่เลี้ยง ขยายสู่ความร่วมมือกับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ที่สนใจร่วมกันเป็น **เครือข่ายพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ด้วยระบบพี่เลี้ยง หรือ Quality Learning Network (QLN)** ที่มีการ

⁵ ศูนย์ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล 6 แห่ง ได้แก่ HACC คณะแพทยศาสตร์ ม.เชียงใหม่ HACC คณะแพทยศาสตร์ ม.นเรศวร HACC คณะแพทยศาสตร์ ม.ขอนแก่น HACC โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ HACC ภาคใต้ และ HACC นครชัยบุรินทร์

ดำเนินการต่อเนื่องและขยายจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 20 เครื่องข่ายในปี พ.ศ. 2554 เป็น 63 เครื่องข่ายในปี พ.ศ. 2562



กรอบที่ 3.1 กราฟแท่งแสดงจำนวนเครือข่าย QLN และ HACC ปี พ.ศ. 2544-2562

บทเรียนจากการขับเคลื่อนการพัฒนาด้วยเครือข่ายความร่วมมือ

1) **Shared purpose** การมีเป้าหมายที่ยิ่งใหญ่ร่วมกัน เป็นหัวใจหลักที่ทำให้เครือข่ายทำงานได้อย่างสอดคล้องประสานกัน มีการวางเป้าหมายและแผนการทำงานร่วมกันต่อเนื่องทุกปี เข้าใจบทบาทหน้าที่และรับผิดชอบต่อการดำเนินงานของตนอย่างเต็มที่ ทั้งในระดับผู้จัดการเครือข่าย พี่เลี้ยงคุณภาพ และที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ

2) **Context-based learning** การเรียนรู้และพัฒนาร่วมกันของเครือข่ายบนพื้นฐานความเข้าใจบริบท เข้าใจผู้บริหาร เข้าใจและรับรู้ความทุกข์ของคนทำงาน เข้าใจความต้องการของผู้รับบริการ นำมาสู่การพัฒนาที่ตอบสนองความต้องการของพื้นที่ และเข้าใจธรรมชาติการทำงานในพื้นที่ที่ต่างกัน

3) **Empowerment** ทำงานบนฐานคิดเสริมพลังในทุกระดับ เครือข่ายมีการทำงานเสริมพลังกันและกัน ตั้งแต่ระดับที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพเสริมพลังให้กับพี่เลี้ยง ระดับพี่เลี้ยงเสริมพลังพลังให้โรงพยาบาลในเครือข่าย มีความเข้าใจข้อจำกัดของกันและกัน ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมวางแผน และติดตามผลร่วมกัน

4) **Appreciative Inquiry** ใช้มุมมองเชิงบวก เรียนรู้กับพื้นที่โดยแลกเปลี่ยนแนวทางปฏิบัติที่ดี (good practice) นำมาประยุกต์ใช้ ขยายผลต่อยอด และขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพร่วมกัน

5) **ทัศนคติที่ดีต่อการพัฒนาคุณภาพ** ไม่มองว่าการพัฒนาคุณภาพ เป็นการแข่งขัน มองเห็นปัญหาเป็นโอกาสพัฒนา สร้างความผูกพัน ศรัทธาใน ความดีความงามของมนุษย์ มีจิตอาสาโดยไม่หวังสิ่งตอบแทน เป็นการทำงาน ที่เกิดจากการเห็นคุณค่ากันและกัน

6) **ขับเคลื่อนการพัฒนาด้วยความรู้** ใช้มาตรฐาน HA อย่างเข้าใจ สื่อสารด้วยคำพูดที่เข้าใจง่าย รู้ว่าเครื่องมือคุณภาพสำคัญนั้นสำคัญมีเพื่อรู้และ ใช้อย่างเข้าใจ

กรอบที่ 3.2 ปัจจัยความสำเร็จของเครือข่ายที่มีผลงานเด่น

ผู้นำ Node manager	การมีผู้จัดการเครือข่าย และผู้บริหารของเครือข่าย ให้การสนับสนุนและ เข้าร่วมในกิจกรรมที่จัดขึ้น โดยเฉพาะ QLN ที่มี นายแพทย์สาธารณสุข จังหวัด เข้ามามีส่วนร่วม
พี่เลี้ยงเครือข่าย	1. พี่เลี้ยงที่ทำงานด้วยใจ มีความตั้งใจ มีจิตอาสา เสียสละทำงานนอก เวลางานประจำ และไม่ยึดติดกับเอกสารหรือทรัพยากรอื่นๆ 2. พี่เลี้ยงได้รับการพัฒนาต่อเนื่อง ในด้านความรู้ มาตรฐาน HA และ เครื่องมือคุณภาพ 3. การพัฒนาคนในการเป็นพี่เลี้ยงคุณภาพรุ่นต่อรุ่น
ที่ปรึกษากระบวนการ คุณภาพประจำ เครือข่าย	ที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพประจำเครือข่ายที่เกาะติดใกล้ชิด มีการ วางแผนร่วมกัน มีการจัดการเรียนรู้ กิจกรรมแลกเปลี่ยนในเครือข่าย และ เน้นการลงมือฝึกปฏิบัติในการเพิ่มพูนความรู้ทักษะการเป็นที่เลี้ยง
กิจกรรมกระตุ้น เครือข่าย	1. กิจกรรมที่เครือข่ายจัดขึ้น เพื่อกระตุ้นการแลกเปลี่ยนและเรียนรู้ ให้กับ สถานพยาบาลในเครือข่าย 2. การเยี่ยมกระตุ้นโรงพยาบาล โดยที่ปรึกษาเครือข่าย และการพัฒนาพี่เลี้ยง
ระบบงาน	1. มีเป้าหมายที่ชัดเจนในการทำงาน มีแผนการทำงานที่ชัด 2. มีการทำงานเป็นทีมในเครือข่าย 3. การบูรณาการทำงานเครือข่ายกับงานประจำ หรืองานพัฒนาคุณภาพอื่นๆ ได้แก่ Service plan, DHSA, PNC เพื่อความเป็นระบบและไร้รอยต่อ 4. การบริหารจัดการขยายเครือข่ายออกไปนอกพื้นที่จังหวัด 5. มีการวางแผนงานเพื่อต่อยอดไปข้างหน้า เช่น การขอการรับรอง PNC 6. การสนับสนุนจาก สรพ.ด้านงบประมาณ ระบบการกำกับติดตาม รายงานความก้าวหน้า

แนวทางการดำเนินการขับเคลื่อนความร่วมมือเครือข่าย

ปี พ.ศ. 2562 เป็นปีที่ 18 ของการขับเคลื่อนความร่วมมือ การพัฒนาคุณภาพในรูปแบบเครือข่าย มีแผนดำเนินการขยายเครือข่ายครอบคลุม 77 จังหวัด โดยกำหนดจุดเน้นที่สำคัญ ได้แก่ (1) เพิ่มความเข้มแข็งของพี่เลี้ยงเครือข่าย ผู้จัดการศูนย์คุณภาพ และที่ปรึกษาประจำพื้นที่, (2) เพิ่มการประสานความร่วมมือของทุกภาคส่วนในการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลให้มากขึ้น, (3) นำเทคโนโลยีมาสนับสนุนการเข้าถึงองค์ความรู้ แนวคิด และนโยบายที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล



กรอบที่ 3.3 ขั้นตอนสำคัญในการดำเนินเครือข่ายความร่วมมือ

- 1) **Shared vision** เป็นการประชุมสื่อสารทิศทางการทำงาน โดยจัดเวทีการสื่อสารทั้งรูปแบบการประชุมอย่างเป็นทางการและเพิ่มช่องทางการเข้าถึงด้วยระบบการสื่อสารทางไกล มีเป้าหมายเพื่อกำหนดทิศทาง รับรู้ความคาดหวังระหว่างกัน กำหนดกลยุทธ์ วิธีการทำงาน ตลอดจนการสนับสนุนทรัพยากรด้านวิชาการ ได้แก่ องค์ความรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพ และที่ปรึกษาประจำพื้นที่
- 2) **Training** การฝึกอบรมเพื่อพัฒนาเครือข่ายและพี่เลี้ยง เพื่อพัฒนาศักยภาพ องค์ความรู้และทักษะในการทำหน้าที่พี่เลี้ยงเครือข่าย และที่ปรึกษาประจำพื้นที่

3) **Activity** กิจกรรมการขับเคลื่อน ได้แก่

3.1) กิจกรรมการลงพื้นที่ทำงานกับเครือข่าย เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมการทำงานเครือข่าย รับรู้ความต้องการ ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ตลอดจนชื่นชมเสริมพลังเครือข่ายที่มีผลงานที่ดี

3.2) กิจกรรมการเยี่ยมโรงพยาบาลโดยที่ปรึกษา และพี่เลี้ยงเครือข่าย เพื่อส่งเสริมและกระตุ้นการพัฒนาสถานพยาบาลในพื้นที่ สร้างการเรียนรู้ ยกระดับการพัฒนาสู่ระดับที่สูงขึ้น

3.3) กิจกรรมมหกรรมคุณภาพ HA Regional Forum และ การจัดการอบรมเฉพาะเรื่องตามมาตรฐาน HA เพื่อส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาสถานพยาบาลในภูมิภาค ใช้เป็นเวทีแลกเปลี่ยนการเรียนรู้ ยกระดับการพัฒนาคุณภาพ

4) **Monitoring and assessment** ติดตามความก้าวหน้า สรุปผลงาน และถอดบทเรียน เพื่อติดตามประเมินผล สรุปบทเรียน ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคในการทำงานเครือข่าย และแลกเปลี่ยนเรียนรู้การกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลสู่การรับรอง HA ด้วยระบบเครือข่าย

แม้ว่าการทำงานร่วมกับเครือข่ายความร่วมมือของ สรพ. ได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง จนสามารถขยายความร่วมมือใกล้จะครอบคลุมทั้ง 77 จังหวัดทั่วประเทศไทยแล้ว แต่ด้วยการเปลี่ยนแปลงหลายด้านที่สถานพยาบาลกำลังเผชิญ เช่น การโอนย้าย ลาออก เกษียณอายุของผู้รับผิดชอบหรือด้วยปัจจัยการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง รวมทั้ง generation ที่เปลี่ยนไป อาจส่งผลต่อการยึดโยงกันของเครือข่ายได้ ซึ่งเป็นความท้าทายของ สรพ. ในการขับเคลื่อนการสร้างความร่วมมือเครือข่ายที่เข้มแข็ง จึงต้องอาศัยการทำงานที่เป็นความร่วมมือด้วยคุณงามความดี โดยเห็นคุณค่าซึ่งกันและกันต่อไป เพื่อให้ "ระบบบริการสุขภาพมีคุณภาพและไว้วางใจได้ด้วยมาตรฐาน HA"

ตอนที่ 4

HA Direction & Focused area

ตอนที่ 4

HA Direction & Focused area

4.1 ยุทธศาสตร์ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) พ.ศ. 2562-2566

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หรือ สรพ. เป็นหน่วยงานของรัฐในรูปแบบองค์การมหาชน ก่อตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติการจัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) พ.ศ. 2552 มีภารกิจหลักในการดำเนินการประเมินระบบงานและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล รวมทั้งกำหนดมาตรฐานของสถานพยาบาล เพื่อใช้เป็นแนวทาง การประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล

คณะกรรมการบริหารสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ได้กำกับให้ สรพ. จัดทำแผนยุทธศาสตร์ ระยะ 5 ปี พ.ศ. 2562-2566 โดยทบทวนสถานการณ์ ภายใต้บริบทของสังคมไทยและกระแสโลกในปัจจุบัน รวมถึงความท้าทายใน อนาคตที่มีความเกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย เพื่อตอบสนองการเปลี่ยนแปลงและความคาดหวังของสังคม แผนยุทธศาสตร์นี้ จึงมีความสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 ยุทธศาสตร์ ชาติระยะ 20 ปี และแผนการดำเนินงานสำคัญของประเทศ เพื่อสร้างคามยั่งยืน ให้องค์กร และให้ สรพ. เป็นหนึ่งในองค์กรที่ร่วมขับเคลื่อนประเทศไทยให้มีการ พัฒนาอย่างยั่งยืน ตามเป้าหมาย Sustainable Development Goals ที่มุ่งหมาย ให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ

แผนยุทธศาสตร์ฉบับนี้ มีการปรับเปลี่ยน วิสัยทัศน์ ประเด็นยุทธศาสตร์ เป้าหมาย กลยุทธ์ และตัวชี้วัดการดำเนินงาน โดยมุ่งเน้นผลลัพธ์คุณภาพ บริการ นำไปสู่ความไว้วางใจของประชาชนต่อสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรอง มาตรฐาน HA โดยการขับเคลื่อนมีทิศทางสำคัญ ดังนี้

วิสัยทัศน์

“ระบบบริการสุขภาพมีคุณภาพและไว้วางใจได้ด้วยมาตรฐาน HA”

เป็นการปรับวิสัยทัศน์ที่ทำให้ สรพ. ต้องมุ่งมั่นในการใช้กระบวนการประเมินและรับรองที่สร้างคุณค่า และการสร้างองค์ความรู้วิชาการต่างๆ ที่สะท้อนให้เห็นถึงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและสถานพยาบาล โดยใช้มาตรฐาน HA นำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงให้ระบบบริการนั้นมีคุณภาพและประชาชนไว้วางใจ

เป้าหมายสำคัญที่ถูกกำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ คือ การสร้างให้ “สัญลักษณ์ HA สัญลักษณ์แห่งคุณภาพและความไว้วางใจ” โดยมีตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ที่สะท้อนจากประชาชนที่เข้ารับบริการสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรอง HA ว่ามีความเชื่อมั่นในระบบบริการดังกล่าวมากน้อยเพียงใด โดยวัดผลเป็น “ร้อยละของผู้รับบริการมีความเชื่อมั่นในระบบบริการสุขภาพของสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรอง HA”

แผนยุทธศาสตร์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) พ.ศ. 2562-2566

วิสัยทัศน์ : ระบบบริการสุขภาพมีคุณภาพและไว้วางใจได้ด้วยมาตรฐาน HA

พันธกิจ :

- 1) พัฒนาและกำหนดมาตรฐานเพื่อประเมินรับรองคุณภาพสถานพยาบาลและจัดทำข้อเสนอแนะ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล ด้วยการรวบรวม ศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลจากการประเมินรับรอง
- 2) ส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดกลไกในการพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพและความปลอดภัยอย่างเป็นระบบ โดยการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐและเอกชน ทั้งในประเทศและต่างประเทศ เกี่ยวกับการประเมิน การพัฒนา และการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล
- 3) ส่งเสริมสนับสนุนและดำเนินการเพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ รวมทั้งจัดหลักสูตรฝึกอบรมให้เจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลและหน่วยงานต่างๆ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการประเมินตนเอง และพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล

ค่านิยม	Professional & Self Development	มีอาชีพ และเร่งรีบพัฒนาตน
PDLA	Discipline Integrity & Responsibility	สร้างกรอบวินัยและคุณภาพมีความรับผิดชอบ
	Leadership & Teamwork	มีภาวะผู้นำ ทำงานเป็นทีม
	Altruism & Respect	อุทิศตน และให้เกียรติผู้อื่น

เป้าหมายหน่วยงาน : สัญลักษณ์ HA สัญลักษณ์แห่งคุณภาพและความไว้วางใจ

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ :

- 1) โรงพยาบาลทุกแห่งเข้าสู่การรับรองกระบวนการคุณภาพตามมาตรฐาน HA
- 2) สถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพตามมาตรฐาน HA สามารถแสดงผลลัพธ์บริการที่มีคุณภาพและความปลอดภัย
- 3) สัญลักษณ์ HA เป็นสัญลักษณ์ของบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ได้รับการยอมรับและไว้วางใจจากสังคม
- 4) สรพ. เป็นองค์กรที่มีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพเพื่อความมั่นคงและยั่งยืน

ที่มา: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

กรอบที่ 4.1 แผนยุทธศาสตร์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) พ.ศ. 2562-2566

นับเป็นความท้าทายในการขับเคลื่อนการพัฒนาของ สรพ. ที่ยังคงรักษาปรัชญาพื้นฐาน การประเมินและรับรองตามกระบวนการ HA ของไทย เป็นกระบวนการเรียนรู้ (Accreditation is an educational process) ที่มีคุณค่าในหัวใจคนทำงานคุณภาพ อันนำไปสู่การเรียนรู้ด้วยการหมุนวงล้อ (Plan-Do-Study-Act) ของการเรียนรู้ ด้วยการวางแผนและออกแบบไปสู่การเปลี่ยนแปลงเชิงระบบ และเรียนรู้ผลลัพธ์ของการเปลี่ยนแปลงไปสู่การพัฒนาต่อเนื่องที่ยั่งยืน โดยการเรียนรู้ทั้งจากสถานพยาบาลและการเรียนรู้เชิงระบบด้วยการศึกษาวิจัย ภายใต้การบริหารจัดการองค์กรของ สรพ. ที่มีความเข้มแข็ง ทันสมัย และยั่งยืน ผ่าน 3 ยุทธศาสตร์สำคัญ ที่ขับเคลื่อนเสมือนเฟืองจักรสำคัญที่เกื้อหนุนเสริมซึ่งกันและกัน ได้แก่



กรอบที่ 4.2 ภาพความสัมพันธ์ของยุทธศาสตร์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

พ.ศ. 2562-2566

ยุทธศาสตร์ที่ 1: สัญลักษณ์ HA เป็นสัญลักษณ์ของบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ได้รับการยอมรับและไว้วางใจจากสังคม (valued HA brand and accreditation)

มีเป้าหมายที่สำคัญคือ

- 1) กระบวนการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA มีมาตรฐานในระดับสากล
- 2) สถานพยาบาลเห็นคุณค่าและได้รับประโยชน์จากการประเมินรับรองตามมาตรฐาน HA
- 3) ผู้รับบริการเชื่อมั่นสถานพยาบาลที่มีสัญลักษณ์ HA
- 4) ผู้มีส่วนได้เสียที่สำคัญ (key stakeholder) เห็นคุณค่าและให้ความสำคัญกับสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองตามมาตรฐาน HA

เป็นการสร้างการยอมรับและไว้วางใจ โดยการพัฒนามาตรฐาน HA ของประเทศไทยให้เป็นมาตรฐานที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล จาก International Society for Quality in Healthcare หรือ “ISQua” ซึ่งเป็นองค์กรสากลที่ให้การรับรองหน่วยงานที่รับรองสถานพยาบาลในประเทศต่างๆ ทั่วโลก ครอบคลุมทั้งกระบวนการเยี่ยมสำรวจ การบริหารจัดการ และกระบวนการสร้างและพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจ เมื่อสถานพยาบาลที่ได้รับการประเมินรับรองตามมาตรฐาน HA เห็นคุณค่าและได้รับประโยชน์ เกิดการเปลี่ยนแปลงในองค์กรที่มีคุณภาพ ทั้งคุณภาพที่พึงพอใจ (attractive quality) และคุณภาพตามที่คาดหวัง (expected quality) จะนำมาซึ่งความเชื่อมั่นของผู้รับบริการต่อสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองตามมาตรฐาน HA และผู้มีส่วนได้เสียสำคัญ เช่น กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม ให้คุณค่ากับสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน HA

ยุทธศาสตร์ที่ 2: พัฒนาองค์กรให้มีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล เพื่อความมั่นคงและยั่งยืน (organization development for effectiveness, efficiency and sustainability)

มีเป้าหมายสำคัญ คือ ให้สถาบันมีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ ในด้านกำลังคน งบประมาณ และเทคโนโลยีสารสนเทศ โดยเป็นไปตามมาตรฐานสากล เพื่อสามารถขับเคลื่อนงานขององค์กร ภายใต้ทรัพยากรที่เหมาะสม

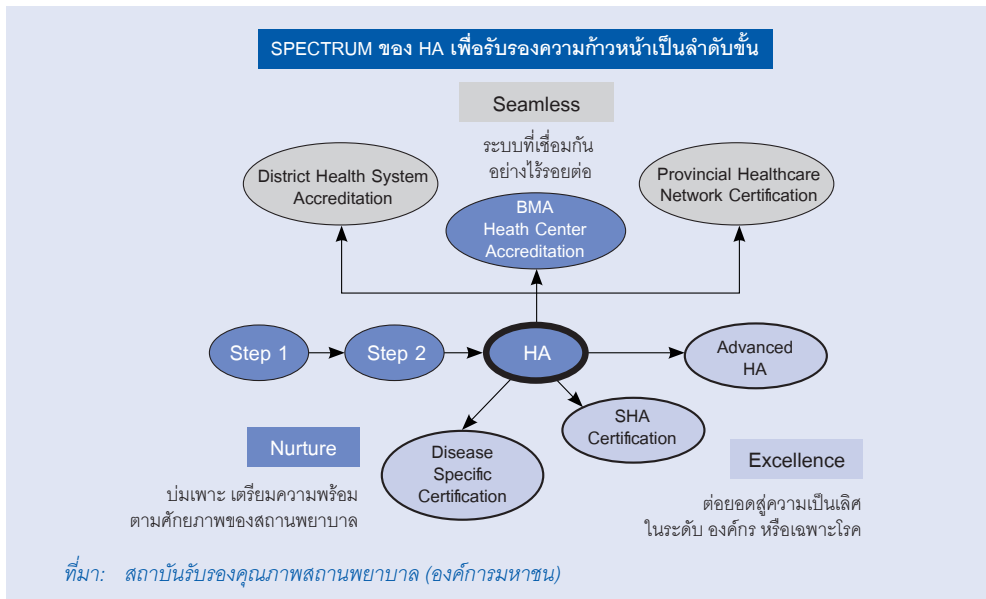
ยุทธศาสตร์ที่ 3: สนับสนุนการขับเคลื่อนและร่วมมือกับเครือข่ายในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและปลอดภัย (advocacy and collaboration for quality and safety in healthcare system)

มีเป้าประสงค์สำคัญ คือ

- 1) สร้างความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล ร่วมกับหน่วยงาน องค์กร เครือข่าย ในประเทศและต่างประเทศ
- 2) พัฒนากลไกและสร้างองค์ความรู้ ในการสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายที่เสริมสร้างระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและปลอดภัย

4.2 Value of HA recognition program

มาตรฐาน HA เป็นหนึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินและรับรองสถานพยาบาล แต่ที่ผ่านมาสถานการณ์ต่างๆ มีการปรับเปลี่ยน ทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมีผลต่อความไม่แน่นอนของการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล สรพ. เข้าใจถึงการพัฒนาคุณภาพในบริบทและสถานการณ์ที่แตกต่างกัน จึงได้พัฒนารูปแบบของการประเมินที่หลากหลาย (value of HA recognition program) เพื่อกระตุ้นให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน ภายใต้บทบาทหน้าที่ตามพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งองค์กร ที่กำหนดให้การรับรองคุณภาพ หมายความว่า การรับรองว่าสถานพยาบาลมีองค์ประกอบของการปฏิบัติงานและการพัฒนาคุณภาพที่เชื่อได้ว่าจะสามารถให้บริการด้านสาธารณสุขที่ดีและมีคุณภาพตามมาตรฐานที่คณะกรรมการกำหนด โดยเป็นการรับรองระบบการดำเนินงานของสถานพยาบาล มิใช่การรับรองผลการรักษาผู้ป่วยแต่ละราย สถาบันได้ขยายการรับรองคุณภาพที่หลากหลาย แต่เป็นการพัฒนาระบบที่มีฐานเริ่มจากสถานพยาบาล ดังแผนภูมิข้างล่างดังนี้



กรอบที่ 4.3 Spectrum ของ HA เพื่อรับรองความก้าวหน้าเป็นลำดับขั้น

ผลลัพธ์สำคัญของการพัฒนาคุณภาพ คือ สถานพยาบาลมีระบบการให้บริการที่ทำให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ ปลอดภัย เกิดความไว้วางใจ ซึ่งเป็นความคาดหวังที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของ สรพ. ที่กล่าวว่า “ระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและไว้วางใจด้วยมาตรฐาน HA” ดังนั้น ตราสัญลักษณ์ HA ที่สถานพยาบาลได้รับ จะเป็นเครื่องหมายที่แสดงถึงคุณภาพและความไว้วางใจ

กระบวนการ HA เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ให้ความสำคัญกับการเสริมพลังแก่สถานพยาบาลในการยกระดับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ด้วยวิธีการประเมินตนเองแบบ self-evaluation and improvement ร่วมกับการประเมินจากภายนอกด้วยวิธีการ empowerment evaluation and recognition โดยระยะ 5 ปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นของสถานพยาบาลได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพด้วยมาตรฐาน HA จำนวนสะสม 589, 686, 762, 759 และ 794 แห่ง ในปี 2557-2561 ตามลำดับ นอกจากนี้ ได้ขยายรูปแบบการพัฒนาและรับรองคุณภาพที่มีฐานจากโรงพยาบาลเป็นการรับรองในรูปแบบที่หลากหลาย เช่น การรับรองเครือข่าย การรับรองระบบการดูแลเฉพาะโรค เป็นต้น เพื่อเพิ่มคุณค่าและแสดงถึงศักยภาพของโรงพยาบาลในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ดังนี้

กรอบที่ 4.4 ตารางแสดงรูปแบบการรับรองกระบวนการคุณภาพที่หลากหลายของ HA

รูปแบบการรับรอง Certification หรือ Accreditation		คุณค่าของการรับรอง
Appreciation	ขั้นที่ 1 (Step 1)	การรับรองเพื่อชื่นชมและให้กำลังใจสถานพยาบาลที่เริ่มพัฒนา จากการทบทวนและปรับปรุงกระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ แต่ยังไม่ชัดเจนในการออกแบบระบบและการนำไปใช้อย่างครอบคลุม ในกรณี โรงพยาบาลที่เคยได้รับการรับรอง HA แต่ขาดความต่อเนื่องหรือไม่สามารถธำรงระบบได้ ก็จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการลดขั้นการรับรองมาเป็น Step 2 ได้เช่นกัน
	ขั้นที่ 2 (Step 2)	
Accreditation	Hospital Accreditation (HA) / Re-accreditation (RS)	การรับรองกระบวนการคุณภาพ ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 ซึ่งประกาศใช้เมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม 2561 Hospital Accreditation (HA) คือกลไกกระตุ้นให้เกิดการพัฒนากระบวนการภายในของโรงพยาบาล โดยมีการพัฒนาอย่างเป็นระบบ และพัฒนาทั้งองค์กร ทำให้องค์กรเกิดการเรียนรู้ มีการประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง เป้าหมายของการพัฒนาที่แท้จริงอยู่ที่คุณภาพบริการซึ่งผู้ป่วยจะได้รับ
	Advanced HA	การรับรองกระบวนการคุณภาพขั้นก้าวหน้า มุ่งเน้นให้สถานพยาบาลแสดงผลลัพธ์คุณภาพของการพัฒนากระบวนการคุณภาพอย่างเป็นระบบ ที่มีผลลัพธ์เหนือกว่าค่าเฉลี่ย (score > 3) เป็นการพัฒนาที่มี multiple cycle of CQI ใช้วิธีการประเมินด้วย empowerment evaluation, มีการบูรณาการแผนการดำเนินงาน กระบวนการ และการปฏิบัติ อย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้ค่านิยม กำกับการพัฒนาเพื่อให้เกิดความยั่งยืน

รูปแบบการรับรอง Certification หรือ Accreditation		คุณค่าของการรับรอง
Accreditation	DHSA (District Health System Accreditation)	การรับรองกระบวนการคุณภาพเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ ที่ส่งเสริมการขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุข โดยการรับรอง DHSA เพื่อส่งเสริมและให้ความมั่นใจว่าโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการในพื้นที่อำเภอ มีความร่วมมือกันในการจัดบริการตามความต้องการของประชาชนในพื้นที่ และใช้แนวคิดคุณภาพในการขับเคลื่อน มีประเด็นสำคัญในการสร้างคุณค่า ได้แก่ 1. ประสิทธิภาพการบริหารจัดการเครือข่ายระดับอำเภอ (effective network management) 2. การดูแลไร้รอยต่อ (seamless healthcare) 3. บูรณาการการดูแลแบบองค์รวม (integrated people-centred care) 4. ระบบสนับสนุนบริการสำคัญที่รัดกุมในเครือข่าย (strengthening supportive systems) 5. เสริมพลังคนทำงาน (workforce empowerment) 6. มุ่งเน้นมิติการส่งเสริมป้องกัน ลดปัจจัยเสี่ยงภัยสุขภาพ
	BMA Health Center Accreditation	มาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นมาตรฐานที่ใช้ในการพัฒนาและประเมินกระบวนการคุณภาพของหน่วยบริการสุขภาพประเภทที่ไม่ได้รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน โดยมีขอบเขตครอบคลุมทั้งด้านการบริหาร การรักษายาบาลแบบผสมผสาน การฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรค

รูปแบบการรับรอง Certification หรือ Accreditation	คุณค่าของการรับรอง
Certification	DSC (Disease Specific Certification) / PDSC (Program & Disease Specific Certification) การรับรองกระบวนการคุณภาพเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ ที่ส่งเสริมให้สถานพยาบาลพัฒนาความสามารถความเชี่ยวชาญเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ DSC จะเป็นเครื่องมือยกระดับการพัฒนาของระบบการดูแลผู้ป่วยรายโรค ที่มีผลลัพธ์ที่ดีอย่างต่อเนื่อง สามารถใช้เป็นเครื่องมือกระตุ้นระบบการดูแลผู้ป่วยรายโรคที่เมื่อรวบรวมได้หลายโรค/หลายระบบ จะก้าวสู่การขอรับรอง Advanced HA ได้ต่อไป สรพ. มีการร่วมมือกับกับผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในการพัฒนามาตรฐานการประเมินและรับรอง DSC HIV/STI และ ความร่วมมือกับสมาคมโรคหลอดเลือดสมอง ในการจัดทำมาตรฐาน Primary Stroke Center และอยู่ระหว่างการพัฒนามาตรฐานสำหรับประเมินและรับรอง Comprehensive Stroke เพื่อให้สถานพยาบาลที่สนใจนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาและเตรียมพร้อมขอรับการประเมิน DSC นอกจากนี้ยังมี มาตรฐาน DSC ที่เป็นมาตรฐานกลาง สำหรับโรคอื่นๆ อีกด้วย
	PNC (Provincial Network Certification) การรับรองเครือข่ายบริการสุขภาพระดับจังหวัด ส่งเสริมการให้บริการที่ไร้รอยต่อในระบบบริการสาธารณสุข โดยมุ่งเน้นหลักสำคัญ คือการพัฒนาระบบภายในจังหวัดที่ไร้รอยต่อ (seamless) มีการบริหารจัดการแบบเครือข่าย (network management) มุ่งเน้นเรื่องความปลอดภัย (patient safety) ผลลัพธ์การพัฒนาเป็นภาพรวมของประชากรในจังหวัด (population-based)
	SHA (Spiritual Healthcare Certification) การรับรองกระบวนการคุณภาพที่เพิ่มคุณค่าด้วยการบูรณาการด้านจิตวิญญาณ เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการใช้แนวคิดมิติจิตวิญญาณในการให้บริการผู้ป่วย เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

ปัจจุบัน สรพ. กำลังพัฒนามาตรฐานที่ตอบสนองต่อความต้องการของสถานพยาบาลที่มีการเปลี่ยนแปลงตามกระแสโลกและสังคม เช่น มาตรฐานในการประเมินสถานพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุ มาตรฐานในการประเมินสถานพยาบาลในการดูแลด้านการแพทย์แผนไทย เป็นต้น

4.3 2P–Safety: Change and Collaboration for Sustainability

สรพ. ดำเนินการตามวัตถุประสงค์การจัดตั้งองค์กร ตามที่กำหนดใน มาตรา 7 (5) แห่งพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) พ.ศ. 2552 ที่กำหนดให้ สรพ. ทำหน้าที่ “ประสานความร่วมมือ กับหน่วยงานของรัฐ องค์กรหรือหน่วยงานในประเทศหรือต่างประเทศ และ ภาคเอกชนที่ดำเนินการเกี่ยวกับการประเมิน การพัฒนาและการรับรอง คุณภาพของสถานพยาบาล และส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดกลไกในการพัฒนาระบบการให้บริการที่ดีมีคุณภาพและมาตรฐานความปลอดภัยของสถานพยาบาลอย่างเป็นระบบ” โดยหนึ่งในกลไกสำคัญที่ สรพ. ประสานความร่วมมือ คือ การร่วมกันผลักดัน “นโยบายขับเคลื่อนความปลอดภัยของผู้ป่วย และบุคลากรสาธารณสุข (Patient and Personnel Safety: 2P Safety)” ที่ประกาศโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2560 ร่วมกับ 16 องค์กรภาคีเครือข่าย ในรูปแบบคณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขของประเทศไทย ซึ่งมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการ และ สรพ. ทำหน้าที่เป็นทีมเลขานุการฯ โดยขับเคลื่อนผ่านยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข ระยะ 4 ปี (พ.ศ. 2561-2564) เพื่อพัฒนาไปสู่เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงที่นำไปสู่ระบบบริการสุขภาพที่ยั่งยืนตามทิศทางขององค์การอนามัยโลก ดังนี้

กรอบที่ 4.5 วิสัยทัศน์และเป้าหมายยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2561-2564

วิสัยทัศน์: ประเทศไทยมีระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและความปลอดภัยสำหรับทุกคน (Healthcare systems with quality and safety for all)

เป้าหมาย: ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรทางสาธารณสุข (Patient and Personnel (2P) Safety)

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

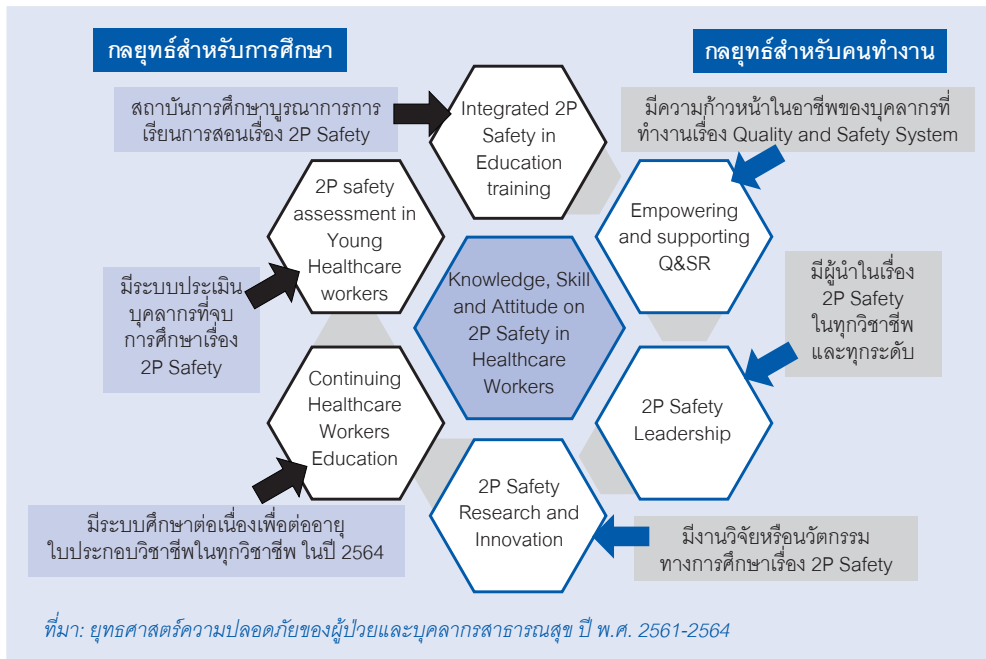
1. ร้อยละของอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกที่ป้องกันได้และได้รับการแก้ไขเชิงระบบ
2. ร้อยละค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนทางการแพทย์และการรักษาพยาบาลที่ป้องกันได้
3. ร้อยละความพึงพอใจต่อระบบบริการสุขภาพเพื่อความปลอดภัยของผู้ให้และผู้รับบริการสุขภาพ
4. ร้อยละของสถานพยาบาลที่มีการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัย (safety culture survey) เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
5. ร้อยละของสถานพยาบาลที่มี “ระบบบริหารความเสี่ยงที่มีคุณภาพ”

ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2561-2564 ประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ ขับเคลื่อนผ่านอนุกรรมการ ขับเคลื่อนความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 3 ชุด ได้แก่

คณะอนุกรรมการ ชุดที่ 1

ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ที่ 1 การสร้างบุคลากรสาธารณสุขให้มีศักยภาพและความตระหนักในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย

เป้าประสงค์: เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ ความตระหนัก เจตคติ และสมรรถนะที่ดีในการดูแลผู้ป่วยและประชาชนอย่างมีคุณภาพและปลอดภัย โดยมีกลยุทธ์ที่ให้ความสำคัญทั้งการสร้างบุคลากรทางสาธารณสุขให้มีความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรทางสาธารณสุข และให้ความสำคัญกับบุคลากรทางสาธารณสุขที่ปฏิบัติหน้าที่เพื่อคุณภาพและความปลอดภัยในระบบบริการทั้งระดับผู้นำและผู้ปฏิบัติในสถานพยาบาล และเน้นให้เกิดองค์ความรู้หรืองานวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและความปลอดภัยสำหรับทุกคนเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาต่อยอด



กรอบที่ 4.6 กลยุทธ์เพื่อสร้างบุคลากรสาธารณสุขให้มีศักยภาพและความตระหนักในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย

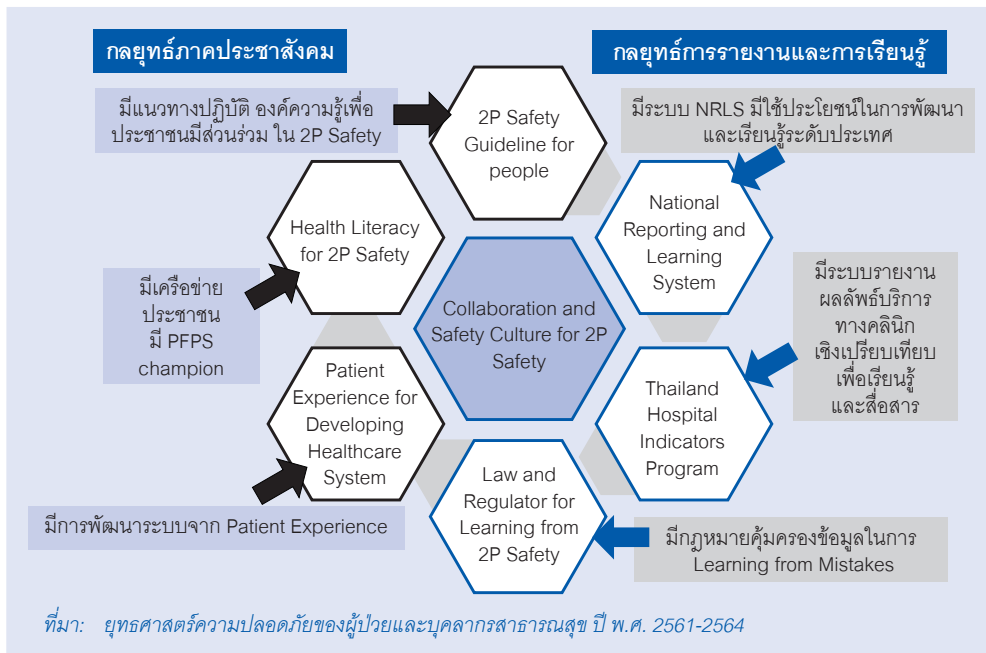
คณะอนุกรรมการชุดที่ 2

ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ที่ 2 สร้างความร่วมมือกับเครือข่ายภาคประชาสังคม ผู้ป่วย และองค์กรต่าง ๆ ในระบบบริการสุขภาพ

เป้าประสงค์: เพื่อให้เกิดความร่วมมือและการมีส่วนร่วมระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพและความปลอดภัย โดยพัฒนาแนวทางปฏิบัติภาคประชาชนหรือสื่อต่างๆ เพื่อสร้างความตระหนักว่าประชาชนเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างความปลอดภัยในระบบบริการสาธารณสุข health literacy หรือผู้แทนภาคประชาชน รวมถึง Patients for Patient Safety Champion ตามโครงการขององค์การอนามัยโลกร่วมสื่อสารทำความเข้าใจและเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยในสถานพยาบาล รวมถึงการนำประสบการณ์ของผู้ป่วยมาพัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพและความปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง

ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างระบบรายงาน เรียนรู้ และวัดผลลัพธ์ บริการสุขภาพที่มีคุณภาพและความปลอดภัย

เป้าประสงค์: เพื่อให้เกิดวัฒนธรรมการรายงานและการเรียนรู้เรื่อง
คุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขในการพัฒนา
ระบบบริการสุขภาพ โดยพัฒนาระบบ National Reporting and Learning
System (NRLS) สำหรับรายงานอุบัติการณ์จากสถานพยาบาล และเกิดการ
แลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อพัฒนาเชิงระบบของประเทศด้วยความเข้าใจและการมี
ส่วนร่วม รวมถึงมีระบบรายงานผลลัพธ์บริการทางคลินิกเชิงเปรียบเทียบเพื่อ
เรียนรู้และสื่อสาร โดยมีการวางระบบกฎหมายในการคุ้มครองข้อมูลสำหรับ
การทบทวน

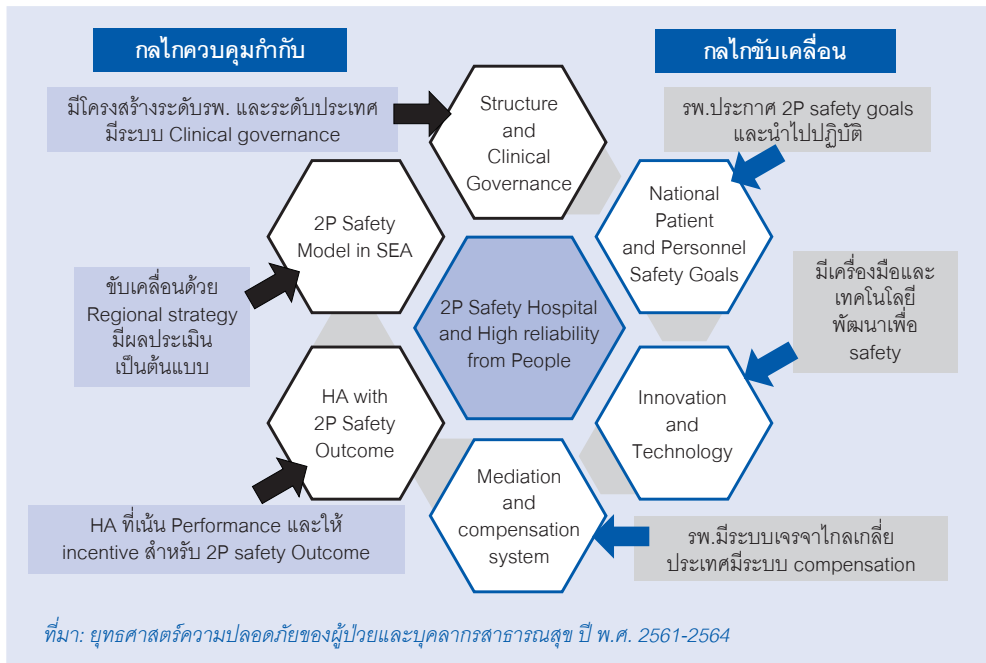


กรอบที่ 4.7 กลยุทธ์เพื่อสร้างความร่วมมือกับเครือข่ายภาคประชาสังคมและสร้างระบบรายงาน เรียนรู้ และวัดผลลัพธ์บริการสุขภาพ

คณะอนุกรรมการชุดที่ 3

ผนวกการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ที่ 3 และ 5 เป็น การพัฒนากลไก และระบบสนับสนุนที่จำเป็นต่อคุณภาพและความปลอดภัยของระบบ บริการสุขภาพ และเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุม กำกับ ตรวจสอบ และ อภิบาลระบบบริการสุขภาพ

เป้าประสงค์: เพื่อให้สถานพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีศักยภาพ ในการดูแลผู้ป่วยและประชาชนให้มีคุณภาพและความปลอดภัย มีความพึงพอใจ และมั่นใจในระบบบริการสุขภาพ ด้วยการขับเคลื่อนสถานพยาบาลที่สมัครใจ ประกาศเป้าหมายความปลอดภัยที่สอดคล้องกับ National Patient and Personnel Safety Goals เป็นโรงพยาบาล 2P-Safety ที่จะมีการขับเคลื่อน วัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล ตั้งแต่ผู้บริหารถึงผู้ปฏิบัติ และวาง ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล มีระบบ เจรจาไกล่เกลี่ยที่ดี และมีนวัตกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยใน โรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 ที่นำประเด็น Patient and Personnel Safety Goals บูรณาการไว้ในมาตรฐาน โดยการประเมินและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลจะนำไปสู่ผลลัพธ์เรื่องความ ปลอดภัยที่สำคัญสอดคล้องกับบริบทโรงพยาบาล รวมถึงมีการวางระบบการ กำกับทางคลินิกในรูปแบบต่างๆ เพื่อให้ประเทศไทยเป็นต้นแบบในการพัฒนา เรื่อง Patient and Personnel Safety ในประเทศสมาชิก WHO-South East Asia Region



กรอบที่ 4.8 กลยุทธ์การพัฒนาหลักและระบบสนับสนุนที่จำเป็น และการควบคุมกำกับ ตรวจสอบ อภิบาล ระบบบริการสุขภาพ

การพัฒนากระบวนการสุขภาพของประเทศไทยเป็นการพัฒนาทั้งรูปแบบแนวราบโดยความร่วมมือกับองค์กรที่เกี่ยวข้องในด้านวิชาการและการพัฒนาระบบด้วยกลไกและเครื่องมือต่างๆ และรูปแบบแนวตั้งจากการกำหนดนโยบาย ประเด็นสำคัญ และทิศทาง รวมถึงการกำกับติดตาม และการให้คุณค่ากับสถานพยาบาล ที่สามารถพัฒนาการเปลี่ยนแปลงจนเกิดเป็นรูปธรรมอันเป็นประโยชน์กับประชาชนผู้ใช้บริการ ซึ่งการขับเคลื่อนที่ประสานการทำงานร่วมกันทั้งสองแนวนั้น เป็นการสร้างความร่วมมือ ที่ส่งผลให้เกิดพลังบวก ในการเปลี่ยนแปลงที่มีผู้เกี่ยวข้องมากมาย และมีผู้ได้รับผลของการเปลี่ยนแปลงจำนวนมาก ซึ่งต้องอาศัยการบริหารการเปลี่ยนแปลง แบบมีส่วนร่วม เพื่อทำให้เกิดการร่วมเป็นเจ้าของในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและความปลอดภัยสำหรับทุกคน นำมาสู่ระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างยั่งยืน

บทส่งท้าย

“กระแสน้ำทำให้เรานึกถึงอะไรบ้าง?”

ความเป็น การไหลเลื่อนอย่างต่อเนื่อง

การไหลลงสู่ที่ต่ำโดยไม่ถือสาว่าตนเองจะไปอยู่ที่ต่ำที่สุด

การปรับตัวเข้ากับทุกสิ่งทุกอย่างที่เป็นภาวะบรรจ

การที่ผิวน้ำที่เรียบสามารถสะท้อนถึงความเป็นจริงให้เราได้เห็นเงา

ตนเองในกระแสน้ำ

การที่กระแสน้ำสามารถชำระล้างความสกปรก ความไม่ดีทั้งหลายทำให้เกิดความสะอาด

“กระแสน้ำ” ทำให้เรานึกถึงสิ่งที่จะใช้เป็นคติเตือนใจ ในการเปลี่ยนแปลง และสร้างความร่วมมือ เพื่อความยั่งยืน พร้อมปรับตัวเข้ากับทุกสิ่งทุกอย่างที่เป็นภาวะบรรจ ดังเช่นที่ “กระแสน้ำ” เตือนใจให้เราได้นึกถึง หลายสิ่งรอบเรากำลังเปลี่ยนแปลงทั้งผู้คน เป้าหมาย บทบาท หน้าที่ วิธีการทำงาน การวัดผล รวมถึงความผูกพันที่ร้ายราเป็นจังหวะที่มีทั้งขึ้นลง ระหว่างผู้คน การงาน และชีวิต ไม่เพียงแค่ “กระแสน้ำ” แต่เราสามารถใช้ทุกสิ่งที่เราประสบพบพาน ความทรงจำที่เรานึกถึง สรรพสิ่งที่อยู่รายล้อมตัวเรา มาใคร่ครวญคิด ใช้เป็นคติเตือนใจ ที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงและสร้างความร่วมมือ เพื่อความยั่งยืน

บรรณาธิการและผู้เรียบเรียง

ที่ปรึกษา

อนันต์ คุชชิตกุล

บรรณาธิการ

ทรง พิลาลัย

ผู้เรียบเรียง

กิตติพันธ์ อนรรฆมณี

โกเมธ นาควรรณกิจ

จักรณา ปัญญาชีวิน

ชัยพร นำประทีป

ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ

ดวงกมล นำประทีป

ดวงสมร บุญผดุง

รัชดาภรณ์ ทูมมาสุทธิ์

วราภรณ์ สักกะโต

สุภาเพ็ญ ศรีสดีใส

ศุภชัย อินสุข

อาภากร สุปัญญา

การพัฒนาจะเกิดขึ้นไม่ได้ ถ้าไม่มีการเปลี่ยนแปลง
การเปลี่ยนแปลง จึงเป็นหลักสำคัญหนึ่งของกระบวนการพัฒนา
แต่การเปลี่ยนแปลงจริงๆ ไม่ใช่เรื่องง่าย
เราต้องเรียนรู้ที่จะประยุกต์ใช้การเปลี่ยนแปลงต่างๆ และมีการจัดการที่ดีที่สุด
เพราะโอกาสที่องค์กรใด องค์กรหนึ่ง เพียงองค์กรเดียว
จะสามารถขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงให้เป็นไปตามที่ต้องการไม่ใช่เรื่องง่าย
ถ้าหวังผลอยากให้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมีผลอย่างยั่งยืน
ต้องเข้าใจกระบวนการทั้งการเปลี่ยนแปลงและเครือข่ายความร่วมมือที่เกิดขึ้น
ทำให้การเปลี่ยนแปลงเข้าไปสู่ตัวตนของบุคคลที่ทำงานจริง
ทำให้เครือข่ายความร่วมมือเป็นเครือข่ายที่มีความร่วมมือโดยสมัครใจ ไม่ใช่ด้วยการสั่งการ
ปัจจัยเหล่านี้จะเป็นตัวแปรสำคัญที่จะทำให้
การเปลี่ยนแปลงและการพัฒนาที่ภาคหวัง มีความยั่งยืน (Sustainability)
การสร้างความร่วมมือเพื่อการเปลี่ยนแปลง (Change & Collaboration)
จึงเป็นเสมือนกุญแจแห่งความสำเร็จของระบบบริการสุขภาพในยุคปัจจุบัน

ISBN 978-616-8024-23-2



9

786168024232

ราคา 120 บาท