



นวัตกรรม ตามรอย และ วัดผลคุณภาพ

เอกสารแนวคิดสำหรับการประชุม

7th HA National Forum

นวัตกรรม ตามรอย และวัดผลคุณภาพ

14-17 มีนาคม 2549

ณ ศูนย์การประชุมอิมแพค เมืองทองธานี



เอกสารแนวคิดสำหรับการประชุม
7th HA National Forum
“นวัตกรรม ตามรอย และวัดผลคุณภาพ”

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

คำนำ

การเติบโตของเมล็ดพันธุ์มาเป็นต้นกล้า งอกงามเป็นลำต้นที่แข็งแรง ออกดอกออกผล เป็นสิ่งที่สังเกตได้ไม่ยาก

การเติบโตของกระบวนการพัฒนา กว่าจะเห็นผล ต้องใช้เวลานานกว่า ต้องใช้ความเพียรพยายามอดทนของผู้คนจำนวนมาก แต่ก็สามารถสัมผัสได้ ดังเสียงสะท้อนที่ได้รับจากสาธารณสุข

การเติบโตของความคิดและวิถีคิดของแต่ละคน เป็นสิ่งที่ยากจะสังเกตเห็น แม้แต่ตัวผู้เป็นเจ้าของ การแลกเปลี่ยนและการตรวจสอบความคิดอย่างสม่ำเสมอเป็นระยะ จึงเป็นสิ่งที่มีความจำเป็น

เวที HA National Forum เป็นเวทีของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นเวทีของการตรวจสอบความคิด เป็นเวทีของการจุกปรายความคิดจากความหลากหลาย

การจัดประชุม HA National Forum ครั้งที่ 7 ในระหว่างวันที่ 14 - 17 มีนาคม 2549 ภายใต้อาณาเขต theme ว่า “นวัตกรรม ตามรอย และวัดผลคุณภาพ” เป็นโอกาสที่ผู้ปฏิบัติงานในระบบบริการสาธารณสุขจะได้มอญย้อนไปข้างหน้า ประมวลความคิดและประสบการณ์ต่างๆ คัดเลือกเอาสิ่งที่มีคุณค่าและค้ำค่าเอาไว้เป็นทุนสำหรับการเดินทางต่อ ขณะเดียวกันก็มอญไปข้างหน้า มอญหาโอกาสและแนวคิดใหม่ๆ ควบคู่ไปกับการชิมชั้บพลังแห่งความตั้งใจและความตื่นตัวของกันและกัน

“นวัตกรรม” มิได้เกิดด้วยพรสวรรค์เท่านั้น แต่สามารถจัดการให้เกิดได้ นวัตกรรมมิได้มีเพียงสิ่งประดิษฐ์ นวัตกรรมที่เปลี่ยนแปลงระบบการทำงานส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้มากกว่า การสร้างนวัตกรรมจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงวิถีคิดพื้นฐานที่ใช้อยู่และต้องได้รับการสนับสนุนอย่างจริงจังจากผู้บริหาร

“ตามรอย” เป็นการติดตามเรื่องเล็กๆ อย่างเกาะติดและต่อเนื่อง ทำให้เห็นความสัมพันธ์เชื่อมโยงของระบบที่ซับซ้อน จนเห็นภาพทั้งหมดของระบบ เห็นทั้งจุดแข็งและจุดอ่อน เห็นทั้งกระบวนการพัฒนาและเนื้อหาการพัฒนา เห็นทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน

“clinical tracer” เป็นแนวคิดที่ได้รับการตอบรับจากโรงพยาบาลต่างๆ เป็นอย่างดี ช่วยให้เห็นภาพของการพัฒนาที่ชัดเจน เกิดความร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพเพิ่มมากขึ้น เนื้อหาของการนำเสนอในการประชุมครั้งนี้จำนวนหนึ่งจึงเป็นการนำเสนอประสบการณ์ในการนำไปปฏิบัติ

“วัดผล” คือกระจกที่จะส่องให้เห็นว่าเราทำได้ดีเพียงใด เรื่องของการวัดผลเป็นเรื่องที่ทุกประเทศกำลังแสวงหาวิธีที่ดีที่สุดและเหมาะสมที่สุด ซึ่งเริ่มเห็นแนวทางที่ชัดเจนขึ้นเรื่อยๆ

“นวัตกรรม ตามรอย และวัดผลคุณภาพ” คือรูปธรรมของการนำแนวคิดเชิงระบบ (systems approach) ที่เป็น theme ของการประชุม HA National Forum ครั้งที่ผ่านมามาสู่การปฏิบัติ

ความคิดและความรู้เป็นสิ่งที่งอกงามได้ดั่งเมล็ดพันธุ์พืช หากอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ได้รับการเอาใจใส่ดูแลอย่างสม่ำเสมอ พันธุ์ไม้ที่อยู่รวมกันย่อมสร้างความร่มรื่นและอุดมสมบูรณ์ให้แก่พื้นที่นั้น หวังว่าเวทีแห่งนี้จะช่วยให้เกิดการแพร่ขยายเมล็ดพันธุ์แห่งความตั้งใจและความตื่นตัวที่จะกระทำการทุกวิถีทางเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยของผู้รับบริการอย่างกว้างขวาง

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

มีนาคม 2549

สารบัญ

ตอนที่ 1 ชีวภาพเมือง	1
1. ว่าด้วยความหมายและความสำคัญ.....	2
2. ว่าด้วยเรื่องความเชื่อมโยง	4
3. ลายแทงคุณภาพ	9
ตอนที่ 2 นวัตกรรม	14
4. ว่าด้วยนวัตกรรม	15
5. The Directed Creativity Cycle: แบบจำลองของการกระตุ้นความคิดสร้างสรรค์	19
6. ตัวอย่างนวัตกรรมเชิงระบบ	22
ตอนที่ 3 การตามรอย	30
7. ว่าด้วยเรื่องการตามรอย.....	31
8. ตัวตามรอยทางคลินิก (Clinical Tracer)	33
9. สุนทรียสนทนา: ตามรอยความคิดและความสัมพันธ์ของกลุ่ม	43
10. Appreciative Inquiry: ตามรอยความดีงามรอบๆ ตัว	48
11. Human Factor Engineering: ตามรอยความสัมพันธ์ระหว่างคนกับโลกรอบตัว	52
12. Soft Systems Methodology (SSM): ตามรอยระบบที่คลุมเครือ	56
13. การจัดทำแผนที่ผลลัพธ์: ตามรอยพฤติกรรมของภาคีหุ้นส่วน	67
ตอนที่ 4 การวัดผล	75
14. ว่าด้วยแนวคิดเกี่ยวกับการวัด (Measurement)	76
15. แนวทางและเครื่องมือเกี่ยวกับตัวชี้วัด	84
16. สมดุลของการวัด	92
17. การวัดผลด้านการดูแลผู้ป่วย.....	97
ส่งท้าย.....	106

ตอนที่ 1 ชีวภาพเมือง

1. ว่าด้วยความหมายและความสำคัญ

1.1 นวัตกรรม (Innovation)

คุณภาพมาจากการออกแบบที่ดี การออกแบบนี้อาจจะหมายถึงการออกแบบระบบงาน การออกแบบวิธีการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม หรือการออกแบบเครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้งาน ผลลัพธ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบันขึ้นอยู่กับวิธีการออกแบบที่เกิดขึ้นในอดีต ถ้าเราต้องการผลลัพธ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เราต้องออกแบบระบบงานใหม่ (redesign) การออกแบบระบบงานใหม่ต้องการความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรม

ความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรมจะช่วยเพิ่มอัตราเร่งของการเปลี่ยนแปลงให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้เกี่ยวข้องได้ทัน ถ้าพลังความคิดสร้างสรรค์อย่างเดียวไม่เพียงพอ ต้องนำไปสู่การลงมือทำด้วยจึงจะเกิดนวัตกรรมและการเปลี่ยนแปลง

เมื่อทำงานไปจนมีประสบการณ์ระดับหนึ่ง เรามักจะติดกับความคิดของเราเอง ร่องความคิดของเราลึกมากขึ้นจนคิดวิธีอื่นไม่เป็น เราจึงต้องฝึกที่จะกระโดดข้ามร่องความคิดหรือเชื่อมต่อร่องความคิด

“นวัตกรรม” คือการหาทางออกเพื่อให้ดีขึ้นด้วยวิธีการที่ชาญฉลาด

1.2 ตามรอย (Trace)

คุณภาพมีความเป็นนามธรรม การใช้สิ่งที่เป็นรูปธรรมเพื่อติดตามคุณภาพขององค์ประกอบต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง จะช่วยให้เข้าใจประเด็นคุณภาพได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

การตามรอย เป็นการติดตามสิ่งที่เป็นรูปธรรมจับต้องได้ ซึ่งดูเหมือนเป็นเรื่องเล็กๆ ในระบบ เป็นการติดตามด้วยความอยากรู้อยากเห็น และอย่างชนิดกัดไม่ปล่อย

การตามรอย ทำให้เห็นภาพและเกิดความเข้าใจระบบใหญ่ที่ซับซ้อนได้ ทำให้เห็นความเชื่อมโยงขององค์ประกอบต่างๆ และคุณภาพของแต่ละองค์ประกอบ เป็นการนำแนวคิดเชิงระบบ (systems approach มาสู่การปฏิบัติ)

การตามรอยคุณภาพเป็นการมองความสำเร็จควบคู่ไปกับการหาโอกาสพัฒนา

การตามรอยคุณภาพอาจจะตามได้ทั้งในกระบวนการทำงาน กระบวนการพัฒนาคุณภาพ และองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนั้นๆ

การใช้สภาวะทางคลินิกเพื่อตามรอยคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ช่วยให้วิชาชีพต่างๆ มีโอกาสร่วมมือกันมากขึ้นในการสรุปบทเรียนและพัฒนาต่อเนื่อง ติดตามวัดระดับคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย เห็นการเชื่อมต่อระหว่างการรักษากับการสร้างเสริมสุขภาพ และการเชื่อมต่อระหว่างในโรงพยาบาลกับชุมชน

สิ่งที่ดูเป็นสิ่งธรรมดาสามัญในชีวิตประจำวัน อาจจะใช้เป็นตัวตามรอยคุณภาพที่สร้างการเปลี่ยนแปลงที่ยิ่งใหญ่ได้

1.3 วัดผล (Measure)

การวัดผลนำมาสู่การรับรู้และยกระดับคุณภาพ

การวัดผลที่เหมาะสม จะเป็นตัวกระตุ้นการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าการวัดนั้น วัดในประเด็นสำคัญ วัดในสิ่งที่สะท้อนถึงความพยายามในการเปลี่ยนแปลง และวัดเป้าหมายที่ต้องการบรรลุ

การวัดผลที่เหมาะสม จะเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นวิชาชีพและสังคมภายนอกเห็นคุณภาพ และความพยายามในการพัฒนาคุณภาพที่กำลังกระทำอยู่

การวัดผลควรจะควบคู่ไปกับการประเมินเชิงคุณภาพ หรืออาจจะต้องเริ่มต้นด้วยการประเมินที่ไม่ใช้ตัวเลขก่อน

1.4 ประสานทั้งสามเรื่องเป็นหนึ่งเดียว

การตามรอยก็ดี การวัดผลก็ดี การสร้างนวัตกรรมก็คือ ล้วนเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบบริการสุขภาพ นำมาสู่คุณภาพและประสิทธิภาพของบริการที่พึงประสงค์ของทุกคน

2. ว่าด้วยเรื่องความเชื่อมโยง

2.1 ความเชื่อมโยงกับ “ห้าคำถามพื้นฐาน”

คำถามคือสิ่งที่กระตุ้นความคิดให้องกาม

การพัฒนาคุณภาพเริ่มต้นด้วยคำถามพื้นฐาน ห้าคำถาม ได้แก่

1. ทำไมต้องมีเรา
2. เราทำอะไรบ้าง
3. สิ่งที่ทำนั้น ทำไปเพื่ออะไร
4. เราทำได้ดีหรือไม่
5. จะทำให้ดีขึ้นได้อย่างไร

ห้าคำถามนี้ สามารถใช้ได้ในทุกะดับของการทำงาน สะท้อนการมองในระดับที่แตกต่างกัน

ตารางที่ 2.1 การใช้ห้าคำถามพื้นฐานในระดับต่าง ๆ

	บุคคล	หน่วยงาน/ทีมงาน	การดูแลผู้ป่วย	องค์กร
ทำไมต้องมีเรา	เป้าหมายชีวิต	ความมุ่งหมาย (Purpose Statement)	เป้าหมายของ การดูแลผู้ป่วย	พันธกิจ (Mission)
เราทำอะไรบ้าง	กิจกรรมหลัก	กระบวนการหลัก	กระบวนการดูแล ผู้ป่วย	ระบบงานหลัก
ทำไปเพื่ออะไร	เป้าหมายของ กิจกรรม	เป้าหมายของ กระบวนการ	เป้าหมายของ กระบวนการ	เป้าหมายของ ระบบงาน
ทำได้ดีหรือไม่	ไต่ตรง ทบทวน ผลงานของตนเอง	ทบทวนผลงานของ หน่วยงาน/ทีมงาน	ตามรอยกระบวนการ ดูแลผู้ป่วย	ทบทวนผลงานของ องค์กร
จะทำให้ดีขึ้นได้ อย่างไร	ปรับปรุงตนเอง	CQI, Innovation	Clinical CQI	บริหารเชิงกลยุทธ์

การตามรอยและการวัดผล คือการตอบคำถามว่า “เราทำอะไร ทำไปเพื่ออะไร ทำได้ดีหรือไม่”
นวัตกรรม คือการตอบคำถามว่า “จะทำให้ดีขึ้นได้อย่างไร”

2.2 ความเชื่อมโยงกับ “Systems Approach”

การใช้มุมมองเชิงระบบ (Systems Approach) คือการมองสถานการณ์อย่างเป็นองค์รวม ไม่แยกส่วน ให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์หรือความเชื่อมโยงขององค์ประกอบต่างๆ

การมองเชิงระบบ จะทำให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้น นอกเหนือจากความสนใจว่า “เกิดเหตุการณ์อะไร” แล้ว ยังสนใจต่อไปว่า “แบบแผนและแนวโน้มของสถานการณ์” เป็นอย่างไร และลงลึกต่อไปอีกว่า “สาเหตุหรือแรงผลักดัน” ที่ทำให้เกิดแบบแผนและแนวโน้มดังกล่าวคืออะไร มองสาเหตุหรือแรงผลักดันทั้งที่ชัดเจน (เช่น แผนงาน แรงจูงใจ) และไม่ชัดเจน (เช่น โลกทัศน์และความเชื่อของแต่ละคน)

การตามรอย คือภาคปฏิบัติของการใช้มุมมองเชิงระบบ

การตามรอย จะทำให้เห็นองค์ประกอบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่เราสนใจ

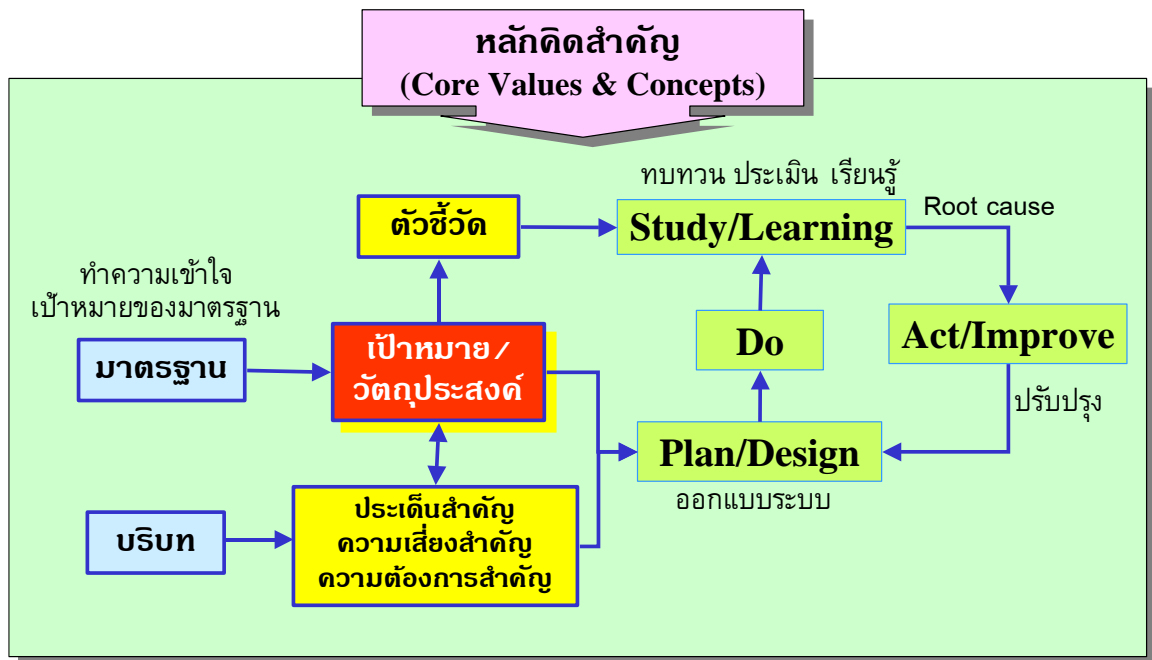
การตามรอย จะทำให้เห็นความเชื่อมโยงสัมพันธ์กันขององค์ประกอบต่างๆ ไม่เกิดการแยกส่วน

การวัดผลอย่างต่อเนื่อง จะทำให้เห็นแบบแผนและแนวโน้มของสถานการณ์

การตามรอยลึกลงไปด้วยการใช้เครื่องมือพัฒนาบางอย่าง เช่น Soft System Methodology หรือ Outcome Mapping จะทำให้เกิดความเข้าใจถึงความเชื่อมโยงของกิจกรรมและพฤติกรรมของสมาชิก เนื่องมาจากเครื่องมือพัฒนาดังกล่าวอยู่บนพื้นฐานของการใช้มุมมองเชิงระบบ

ในระบบที่มีความไม่แน่นอนสูง หรือ Soft System ยังต้องการแนวคิดใหม่ๆ ในการจัดการ นั่นคือการสร้างนวัตกรรมขึ้นเพื่อแก้ปัญหาในระบบ

2.3 ความเชื่อมโยงกับ “3C-PDSA”



ภาพที่ 2.1 3C-PDSA กรอบความคิดรวบยอดในการพัฒนาคุณภาพ

3C-PDSA คือ กรอบความคิดรวบยอดในการพัฒนาที่เรียบง่ายที่สุด

PDSA คือวงล้อของการสร้างคุณภาพและการเรียนรู้ เริ่มตั้งแต่การออกแบบ การนำไปปฏิบัติ การติดตาม/ทบทวน/ตรวจสอบ/เรียนรู้ และการปรับปรุงให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นเรื่องของ “การลงมือทำ”

3C คือ “ตัวกำกับ” หรือ “ตัวรู้” ที่จะกำกับให้การลงมือทำนั้นเป็นสิ่งที่เกิดประโยชน์ บรรลุเป้าหมายอย่างเหมาะสม ซึ่งได้แก่ “หลักคิด” (Core values & Concepts), บริบท (Context), และ เกณฑ์หรือมาตรฐาน (Criteria/Standards)

การตามรอยและการวัดผล คือ Study/Learning

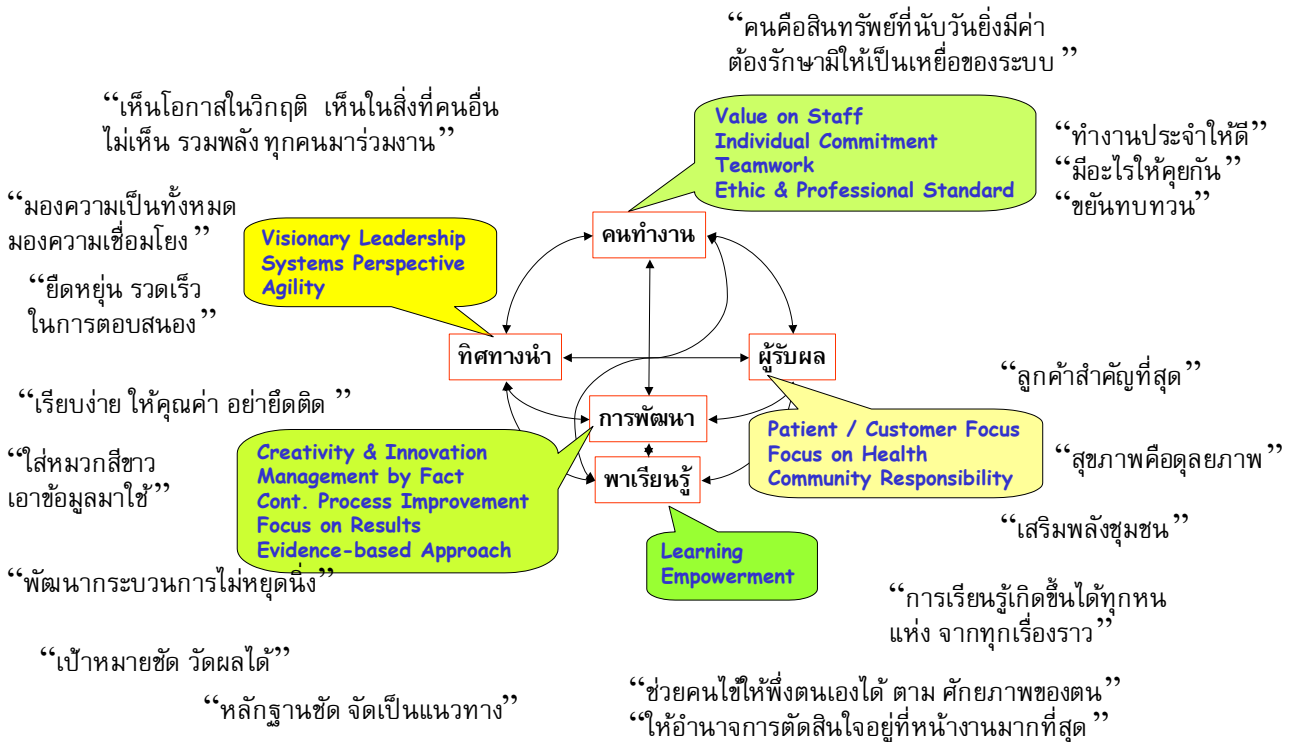
นวัตกรรม ถูกนำมาใช้ทั้งในขั้นตอนของการออกแบบ (Plan/Design) และการปรับปรุง (Act/Improvement)

การตามรอยที่เกิดประโยชน์ จะต้องเริ่มต้นด้วยการทำความเข้าใจบริบท

การตามรอยโดยใช้มาตรฐานเชิงระบบ จะทำให้เห็นองค์ประกอบต่างๆ ได้ครบถ้วน และความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบเหล่านั้น

2.4 ความเชื่อมโยงกับ “Core Values & Concepts”

กระบวนการ HA เป็นกระบวนการที่ปรับตัวอย่างต่อเนื่อง สนับสนุนให้นำสิ่งที่มีคุณค่ามาประยุกต์ใช้กับโรงพยาบาล Core Values & Concepts ที่นำมาใช้ในปัจจุบัน คือการผสมผสานสิ่งที่เป็นค่านิยมของเกณฑ์สู่ความเป็นเลิศของรางวัลคุณภาพแห่งชาติ แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ เข้ากับแนวคิดของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งมีพื้นฐานมาจากแนวคิด TQM



ภาพที่ 2.2 Core Values & Concepts สำหรับโรงพยาบาลคุณภาพ

Core Values & Concepts เหล่านี้ คือสิ่งที่ยอมรับกันว่าเป็นสิ่งที่มีคุณค่า จะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อองค์กร ผู้ปฏิบัติงาน และผู้รับผลงาน

Core Values & Concepts เหล่านี้ ผังอยู่ในการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลต่างๆ อยู่แล้ว จะโดยรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ตาม อาจจะมีมากบ้าง น้อยบ้าง

การรวบรวม Core Values & Concepts ไว้อย่างเป็นระบบ จะช่วยให้ง่ายในการทบทวนตนเอง ว่าสิ่งที่เราได้ทำลงไปนั้น มีพื้นฐานของสิ่งที่มีคุณค่าเหล่านี้อยู่มากเพียงใด และจะมีโอกาสนำมาใช้ให้มากขึ้นได้อย่างไร

เราอาจจะปรองรอมของการใช้ Core Values & Concepts ในระหว่างการตามรอยการทำงานของเรา หรือเราอาจจะตั้งใจตามรอยการใช้ Core Values & Concepts

นวัตกรรม ตามรอย และวัดผล เป็นการดึงเอา Core Values & Concepts บางประเด็นออกมา
เน้นย้ำให้เกิดความตื่นตัว

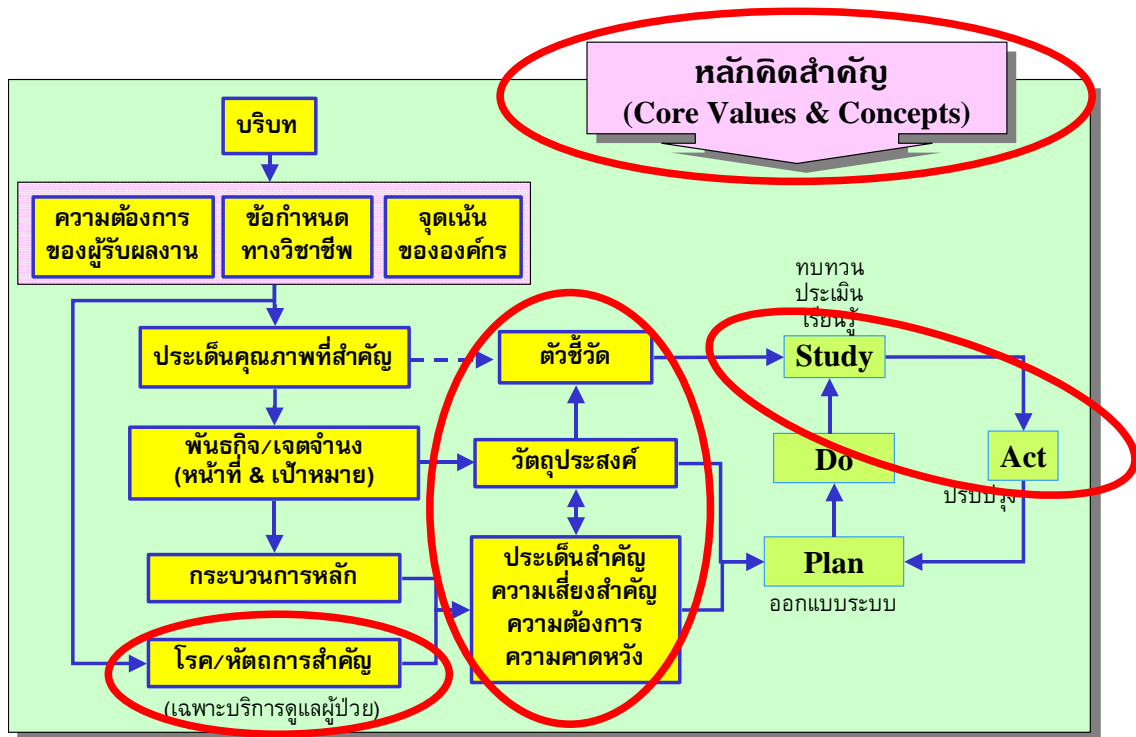
นวัตกรรม ก็คือ Creativity & Innovation

ตามรอย ก็คือ Learning & Continuous Process Improvement รวมทั้ง Patient & Customer

Focus

วัดผล ก็คือ Management by Facts & Focus on Results

3. ลายแทงคุณภาพ¹



ภาพที่ 3.1 ลายแทงคุณภาพจาก Service Profile ของหน่วยงาน/ทีมงาน

3.1 ลักษณะของลายแทง

จากการรับทราบปัญหาของการบรรลุพัฒนาคุณภาพที่ไม่บรรลุเป้าหมายของทีมงานต่างๆ จากแนวคิดเชิงระบบที่มุ่งเน้นภาพรวมและความเชื่อมโยงขององค์ประกอบต่างๆ (ที่สรุปออกมาเป็น 3C-PDSA) ตลอดจนข้อคิดที่ได้จากการจัดอบรมผู้เยี่ยมสำรวจของ พรพ. ทำให้ได้แผนภูมิที่ต่อยอดไปจาก 3C-PDSA เพื่อช่วยให้หน่วยงาน/ทีมงานต่างๆ ใช้สำรวจตัวเอง และให้ผู้เยี่ยมสำรวจใช้เป็นเครื่องมือในการวางแผนการเยี่ยมสำรวจ

แผนภูมินี้เป็นการสรุปภาพของ Service Profile หรือภาพรวมของการให้บริการของหน่วยงาน/ทีมงานต่างๆ (ที่เปลี่ยนมาใช้คำว่า Service Profile แทน Unit Profile ก็เพื่อให้ครอบคลุมการทำงานของทุกสาขาวิชาชีพที่ให้บริการผู้ป่วย ณ จุดบริการแห่งนั้น มีใช้เฉพาะงานของเจ้าหน้าที่ที่ประจำอยู่ ณ จุดนั้น)

¹ อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล. ลายแทงคุณภาพ. ตีพิมพ์ครั้งแรกใน Medical Times ปีที่ 7 ฉบับที่ 151 (1-15 กุมภาพันธ์ 2549) และ 152 (16-28 กุมภาพันธ์ 2549)

ขอเรียกแผนภูมินี้ว่า “ลายแทงคุณภาพ” เป็นลายแทงเพื่อค้นหาสิ่งที่อยู่ในตัวเราเอง สิ่งดีๆ ที่เราให้บริการแก่ผู้ป่วย ลายแทงนี้จะช่วยให้เราตรวจสอบความสมบูรณ์และความเชื่อมโยงของสิ่งต่างๆ ที่เรามีอยู่

เริ่มต้นด้วยการนำข้อมูลทั้งหมดที่มีอยู่มาสรุปรวมในแผนภูมิแผ่นเดียว ที่ต้องย้ำว่าแผนภูมิแผ่นเดียว หรือกระดาษแผ่นเดียว (ใหญ่เท่าไรก็ได้) ก็เพื่อให้สามารถมองความเชื่อมโยงของส่วนต่างๆ ได้โดยง่าย การมองเห็นความเชื่อมโยงนี้เป็นหัวใจสำคัญมากที่จะเติมเต็มให้กับสิ่งที่ทีมงานได้ทุ่มเทพัฒนาเอาไว้

การบันทึกข้อมูลในแผนภูมิลายแทงนี้จึงต้องเป็นข้อมูลสรุปที่สำคัญจริงๆ

แหล่งข้อมูลที่จะนำมาวิเคราะห์ ส่วนมากแล้วจะอยู่ใน Unit Profile (ซึ่งต่อไป พรพ.จะแนะนำให้ใช้คำว่า Service Profile) ที่มีอยู่แล้ว แต่อาจจะใช้ข้อมูลจากแหล่งอื่นๆ เพิ่มเติมได้ไม่จำกัด

ส่วนมากเมื่อเห็นความเชื่อมโยงของข้อมูลที่บันทึกไว้ในแผนภูมิลายแทงนี้แล้วก็จะร้อง “อ้อ รู้แล้วว่าทำไมเรายังไปไม่ถึงไหน ประเด็นคุณภาพของเราที่ไม่ชัด วัตถุประสงค์ก็ไม่สอดคล้องหรือไม่ครอบคลุมประเด็นสำคัญที่วิเคราะห์ไว้ การวิเคราะห์ความเสี่ยงสำคัญก็มองเฉพาะในบางแง่มุม ไม่เห็นความเสี่ยงที่กำลังคุกคามอยู่ ตัวชี้วัดก็ไม่สอดคล้องกับเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ วัดผลแล้วก็ได้ไม่ได้ เอาไปวิเคราะห์ศึกษาให้เห็นแนวทางว่าจะปรับปรุงอย่างไรต่อไป ฯลฯ”

วงกลมที่วงไว้เป็นเครื่องเตือนใจว่าจุดไหนบ้างที่ควรจะให้มีความสำคัญสูง

1. ประเด็นสำคัญ/ความเสี่ยงสำคัญ วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด มีความสอดคล้องกันหรือไม่ สมบูรณ์หรือไม่
2. มีการทบทวน ประเมิน และเรียนรู้ เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงอย่างต่อเนื่องตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่
3. มีการใช้ Core Values & Concepts ที่เหมาะสมหรือไม่
4. ในหน่วยบริการผู้ป่วยนั้น ได้นำเอาโรคหรือเหตุการณ์ที่มีความสำคัญสูงมาทบทวนเป้าหมายและการบรรลุเป้าหมายหรือไม่

ทำได้อย่างนี้ ชุมทรัพย์ที่อยู่ในงานของเราก็จะค่อยๆ ปรากฏขึ้นมา

3.2 จุดเริ่มของการหมุน PDSA

ทางด้านซ้ายสุดของภาพซึ่งประกอบด้วย ความต้องการของผู้รับผลงาน ข้อกำหนดทางวิชาชีพ จุดเน้นขององค์กร และโรค/เหตุการณ์สำคัญ ทั้งสี่ส่วนนี้ต่างก็เป็น subset ของบริบทสำหรับบริการนั้นๆ นั้นเอง (อาจจะมียุทธศาสตร์เฉพาะอื่นๆ ที่เรียกว่าเป็นบริบทอีกก็ได้ เช่น ศักยภาพและข้อจำกัดของการให้บริการ)

ความต้องการของผู้รับผลงานที่แท้จริงมีทั้งสิ่งที่ผู้รับผลงานแสดงออก (explicit need) สิ่งที่ไม่แสดงออก (implicit need) และสิ่งที่ตัวผู้รับผลงานเองไม่รู้ จึงต้องอาศัยข้อกำหนดทางวิชาชีพหรือวิชาการมาช่วย

การนำทิศทางนโยบายขององค์กรมาพิจารณาในส่วนที่เกี่ยวข้องด้วยก็เพื่อให้เกิดความสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันทั้งองค์กร (alignment)

ความต้องการและจุดเน้นเหล่านี้จะสามารถสรุปออกมาได้เป็นประเด็นคุณภาพที่สำคัญซึ่งเป็น key word สั้นๆ เช่น ประสิทธิภาพ รวดเร็ว เพียงพอ ปลอดภัย

ประเด็นสำคัญเหล่านี้จะถูกแตกย่อยออกไปเป็นประเด็นย่อยต่างๆ ที่ใช้ตรวจสอบความเหมาะสมของวิธีการทำงานและประเมินความสำเร็จได้ เช่น ประสิทธิภาพของบริการซักฟอก อาจจะครอบคลุมเรื่องการใช้น้ำยา อายุใช้งานของผ้า การบำรุงรักษาเครื่องมืออุปกรณ์ การใช้พลังงาน และ การใช้น้ำยาฆ่าเชื้อที่มีผลต่อระบบบำบัดน้ำเสีย

ประเด็นสำคัญเหล่านี้ควรจะเชื่อมโยงกับตัวชี้วัดที่หน่วยงาน/ทีมงานใช้ monitor ตนเอง อาจเรียกได้ว่าเป็นทางลัดในการกำหนดตัวชี้วัด หรือเป็นวิธีการตรวจสอบตัวชี้วัดที่มาจากการจัดทำแผนปฏิบัติการตามหน้าที่และเป้าหมายของหน่วยงาน/บริการ และตัวชี้วัดที่มาจากการวิเคราะห์กระบวนการทำงานอย่างละเอียด

เมื่อแตกย่อยออกไปเป็นแต่ละกระบวนการหรือแต่ละโรค เราสามารถระบุประเด็นสำคัญหรือความเสี่ยงสำคัญ นำมาสู่การกำหนดเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด และออกแบบระบบงาน ในแต่ละกระบวนการหรือแต่ละโรคได้ เป็นเสมือนแผนภูมิหลายๆ แผนซ้อนกันอยู่

3.3 ข้อคิดเพื่อการหมุน PDSA ให้เกิดผล

เมื่อถึงวงล้อ PDSA มีข้อคิดที่จะช่วยให้ทีมงานประสบความสำเร็จได้ดีขึ้นดังนี้

Plan/Design (การออกแบบระบบ) ควรใช้หลัก “รู้ความเสี่ยง เลี่ยงความยาก มากคุณค่า อย่างยัดติด” คู่กับ “เป้าหมายชัด วัตถุประสงค์ได้”

“รู้ความเสี่ยง” นั้นต้องรู้ถึงขั้นที่จัดลำดับความสำคัญได้เหมาะสม เพื่อจะได้ไม่เสียเวลากับเรื่องเล็กๆ น้อยๆ ที่ไม่จำเป็น ไม่เสียเวลาอยู่กับเรื่องฟุ้งๆ ที่ทุกคนรู้อยู่แล้ว ทำอยู่แล้ว

“เลี่ยงความยาก” คือการใช้หลักความเรียบง่าย ใช้สามัญสำนึก ใช้ความคิดสร้างสรรค์ ไม่ติดรูปแบบ ไม่ติดกรอบ เรียนรู้ความสัมพันธ์ของผู้ทำงานกับสิ่งแวดล้อม/เครื่องมือ และออกแบบเพื่อช่วยให้ทำงานสะดวกโดยไม่ผิดพลาด

“มากคุณค่า” คือการใส่ใจกับสิ่งที่จะทำว่าจะมีคุณประโยชน์ต่อผู้รับผลงานอย่างไร อยากเห็นอะไร จะเกิดสิ่งที่ยากเห็นหรือไม่ และจะทำให้เกิดคุณค่าโดยที่ผู้รับไม่ต้องร้องขอหรือเกิดคุณค่ามากกว่าที่ผู้รับต้องการได้อย่างไร ตัวอย่างเช่นการสอดแทรกแนวคิดเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพหรือการเสริมพลังเข้าในการให้บริการที่ทำอยู่ทุกวัน

“อย่างยัดติด” คืออย่าติดรูปแบบ อย่าเลียนแบบโดยไม่เข้าใจ ให้พยายามใช้ความคิดสร้างสรรค์ กล้าที่จะทดลองทำในสิ่งใหม่ที่ไม่ติดกรอบ

“เป้าหมายชัด” ต้องชัดทั้งสิ่งที่อยู่ในกระดาษคือแผนภูมิลายแทงนี้ และชัดในใจของคนทำงาน ทุกเวลานาที หมั่นถามตัวเองว่าทำสิ่งนี้ไปเพื่ออะไร

“วัดผลได้” เมื่อเป้าหมายชัดเจนก็พยายามหาทางวัดการบรรลุเป้าหมาย ซึ่งเป็นเรื่องละเอียดอ่อน ก่อนที่จะวัดต้องเข้าใจก่อนว่าสิ่งที่ต้องการหรืออยากเห็นคืออะไร ควรใช้วิธีการเชิงคุณภาพประเมินในภาพรวมก่อน จึงค่อยหาตัวชี้วัดที่เป็นตัวเลขมายืนยัน การออกแบบที่ดีจึงควรคำนึงถึงการวัดและประเมินผลไปควบคู่กัน

Do/Action (การนำไปปฏิบัติ) เป็นสิ่งที่มีความสำคัญสูงมาก แต่มักจะได้รับความสนใจน้อย นำมาบอกเล่าก็ยาก หัวใจสำคัญของเรื่องนี้คือการ “ติดตาม” และ “AAR”

“ติดตาม” อะไร ติดตามทางปัญญาด้วยการสื่อสาร ให้ข้อมูล ผูกอบรม, ติดตามเพื่อลงมือทำงานด้วยการสนับสนุนทรัพยากร เวลา อำนาจการตัดสินใจ, ติดตามเชิงเชื้อเพลิงด้วยการให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง

“AAR” หรือ After Action Review คือการทบทวนหลังเสร็จสิ้นภาระกิจย่อยๆ ทุกครั้งที่เราบรรลุสิ่งที่ตั้งใจไว้หรือไม่ อะไรคือสิ่งดีที่ควรเอาไปใช้ต่อให้มากขึ้น อะไรคือสิ่งที่ควรปรับปรุงในครั้งต่อไป ผ่าตัดผู้ป่วยรายหนึ่งก็ AAR กันในที่นี้ได้ ทำ Grand Round ครั้งหนึ่งก็ AAR ได้ ถ้าทำ AAR เป็น ทุกคนจะมีความสุข อยากมาร่วมงานกันอีก แต่ถ้าทำไม่เป็น ทุกคนจะเกิดความเครียด มีแต่เรื่องต่อว่าและทะเลาะกัน

Study/Learning หรือการทบทวน ตรวจสอบ ประเมิน เรียนรู้ เป็นหัวใจของการขับเคลื่อนให้วงล้อหมุนต่อไป ถ้าเรียนรู้ไม่เป็นก็หยุดนิ่ง

เรียนรู้จากอะไรบ้าง

1. แลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อดึงเอาความรู้จากการปฏิบัติหรือศิลปะในการปฏิบัติงานของแต่ละคนออกมา ให้รู้กันให้มากขึ้น ใช้กันให้มากขึ้น

2. เอาข้อมูลต่างๆ ที่มีการจัดเก็บอยู่แล้วมาวิเคราะห์ แปลความหมาย ทำความเข้าใจ เพื่อพัฒนาระบบการวัดและจุดประกายการพัฒนา

3. ทำกิจกรรมทบทวนคุณภาพกันจนเป็นวิถีชีวิตปกติประจำ ถามคำถามพื้นฐานว่าเราจะตอบสนองผู้รับผลงานของเราให้ดีขึ้นได้อย่างไร ทำให้เพื่อนของเราทำงานง่ายขึ้นอย่างไร ทำให้พรุ่งนี้ดีกว่าวันนี้อย่างไร รับรู้เสียงสะท้อนของผู้รับผลงานทั้งภายนอกและภายใน

4. เรียนรู้ด้วยการตามรอยคุณภาพทางคลินิก

5. ตรวจสอบการบรรลุเป้าหมายของหน่วยงาน/ทีมงาน/โรงพยาบาล

6. ประเมินระบบงานในภาพใหญ่ของทั้งโรงพยาบาล ดูว่าไปเกี่ยวข้องกับขั้นตอนใด หน่วยงานใด ระบบงานใด แล้วประเมินระบบงานใด แล้วประเมินภาพทั้งหมด

7. ตรวจสอบระดับการนำมาตรฐานโรงพยาบาลมาสู่การปฏิบัติ โดยใช้ scoring guideline เพื่อให้เห็นโอกาสการยกระดับกระบวนการพัฒนา

Act/Improvement (การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง) เมื่อมีการประเมินและเรียนรู้ ย่อมเห็นโอกาสพัฒนา การพัฒนาที่ดีคือการประสานแนวคิดและเครื่องมือการพัฒนาทุกอย่างมาใช้พร้อมๆ กัน “เป้าหมายชัด, วัดผลได้, ให้มาช่วยกันดูหลายๆ มุม (multidisciplinary team), รุมดูแลแบบองค์รวม (holistic care), สวมความรู้วิชาการ (evidence-based practice), ใช้อุบัติการณ์มาวิเคราะห์ (RCA from incidence), เจาะหาจุดอ่อนจากข้างเตียงและบันทึก (bedside/medical record review) ศึกษาจากผู้เยี่ยมยุทธ์ (benchmarking), จุดประกายความคิดสร้างสรรค์ (creativity)”



ภาพที่ 3.2 แนวคิดและเครื่องมือคุณภาพที่ควรนำมาใช้พร้อมๆ กัน

การหมุน PDSA โดยผสมผสานหลักคิดสำคัญ (Core Values & Concepts) เข้าไปอยู่ตลอดเวลา จะทำให้เกิดคุณค่ามากยิ่งขึ้น จึงควรมีการทบทวนเป็นระยะว่าได้มีการนำหลักคิดดังกล่าวมาใช้มากน้อยเพียงใด และพยายามนำมาใช้ให้มากขึ้น

หวังว่าแผนที่ลายแทงคุณภาพนี้คงจะช่วยให้ทีมงานต่างๆ เห็นทิศทางในการค้นหาขุมทรัพย์ในตัวเองได้ง่ายขึ้น

ตอนที่ 2 นวัตกรรม

ลักษณะสำคัญของ "นวัตกรรม" นั้น ต้องมาจาก "ความตั้งใจ" ที่ต้องการให้เกิดขึ้น มากกว่าจะเกิดขึ้นโดยบังเอิญ และต้องมี "ความใหม่" และ "นำมาใช้ได้" ในขณะที่บางครั้งอาจจะไม่จำเป็นต้องใหม่ในระดับบุคคลที่สร้างนวัตกรรมนั้นๆ และมีเป้าหมายเพื่อสร้างผลประโยชน์ให้แก่องค์กร หรือก่อให้เกิดประโยชน์ให้แก่สังคมในวงกว้าง

นวัตกรรมจึงเป็น ยุทธศาสตร์ที่สำคัญในการสร้างศักยภาพความสามารถในการแข่งขันและการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยนวัตกรรมจะเป็นเสมือนหนึ่ง "เข็มทิศชี้หน้า" ในการสร้างความเข้มแข็งทางด้านพัฒนา การพัฒนานวัตกรรมจึงนับเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความเจริญก้าวหน้า และคุณภาพชีวิตของประเทศ และถือได้ว่าเป็นปัจจัยพื้นฐานของเศรษฐกิจและสังคมโลกยุคนี้ นอกเหนือจากความรู้ "นวัตกรรม ไม่ใช่งานวิจัย" แต่ต้องอาศัยพื้นฐานที่สำคัญจากผลงานวิจัย นวัตกรรมจึงเป็นข้อต่อที่สำคัญระหว่างความรู้และผลิตภาพ (productivity)

4. ว่าด้วยนวัตกรรม²

4.1 นวัตกรรมคืออะไร

นวัตกรรมเกิดจากการนำความคิดสร้างสรรค์ไปสู่การปฏิบัติ
ความคิดสร้างสรรค์คือการเชื่อมต่อและปรับเปลี่ยนความรู้ โดยใช้วิธีการคิดที่ยืดหยุ่น เพื่อสร้าง
ความคิดใหม่ๆ ที่เป็นประโยชน์
ลักษณะของความคิดสร้างสรรค์คือ เป็นความคิดใหม่ แปลก มีผู้เห็นว่ามีประโยชน์และมีคุณค่า

4.2 ทำไมต้องนวัตกรรม

เป็นที่ตระหนักโดยองค์กรธุรกิจชั้นนำว่านวัตกรรมเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับความสำเร็จ มีการ
นำนวัตกรรมมาใช้ในบริการสุขภาพบ้าง แต่ยังไม่การใช้อย่างเป็นระบบ ส่วนใหญ่คิดว่านวัตกรรมคือ
การสร้างสรรคสิ่งประดิษฐ์เพื่ออำนวยความสะดวกในการใช้งานหรือเพื่อประหยัดค่าใช้จ่ายเท่านั้น ยัง
ไม่พิจารณาไกลไปถึงการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพด้วยแนวคิดใหม่ๆ อัตราการพัฒนาที่เป็นอยู่
จึงไม่สามารถตอบสนองการเปลี่ยนแปลงที่เราต้องการได้ นวัตกรรมยังไม่ฝังเป็นวัฒนธรรมในองค์กร
ผลลัพธ์ของระบบที่เป็นอยู่ในปัจจุบันเกิดจากระบบที่ถูกออกแบบไว้ ถ้าเราต้องการผลลัพธ์ที่
แตกต่างออกไป เราต้องเข้าไปเปลี่ยนแปลงที่ระบบ นวัตกรรมหรือการทบทวนวิธีคิดของการทำงานที่
ผ่านมา จะเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องทำให้เป็นปกติประจำในการพัฒนาคุณภาพในช่วงเวลาต่อจากนี้ไป

4.3 แนวคิดสำคัญเกี่ยวกับนวัตกรรม

1. วิธีคิดหรือแบบจำลองความคิด (Mental Models)

นวัตกรรมเกิดจากความคิดสร้างสรรค์ ความคิดสร้างสรรค์เกิดจากการเปลี่ยนแปลงวิธีคิดหรือ
แบบจำลองความคิดที่อยู่เบื้องลึกในใจของเรา (underlying mental model)

แบบจำลองความคิด เป็นวิธีการที่แต่ละคนเรียนรู้ที่จะคิดเกี่ยวกับสรรพสิ่ง และคิดว่าสรรพสิ่ง
ควรเป็นอย่างไร ซึ่งเป็นสิ่งที่มีประโยชน์และเป็นพื้นฐานสำหรับการสื่อสาร เช่น เมื่อเราพูดถึง
intensive care เป็นธรรมชาติของเราที่จะคิดถึงภาพของสถานที่ ได้แก่ หอผู้ป่วยหนักซึ่งมีเตียง มี
เทคโนโลยี และมีบุคลากรซึ่งเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ

2. First- & Second-order change

² เรียบเรียงจากคำบรรยายของ Paul Plsek เรื่อง “Bringing Creativity and Innovation into Health Services” ใน
การประชุม European Forum on Quality Improvement in Healthcare ครั้งที่ 10 ณ กรุงลอนดอน วันที่ 14
เมษายน 2548

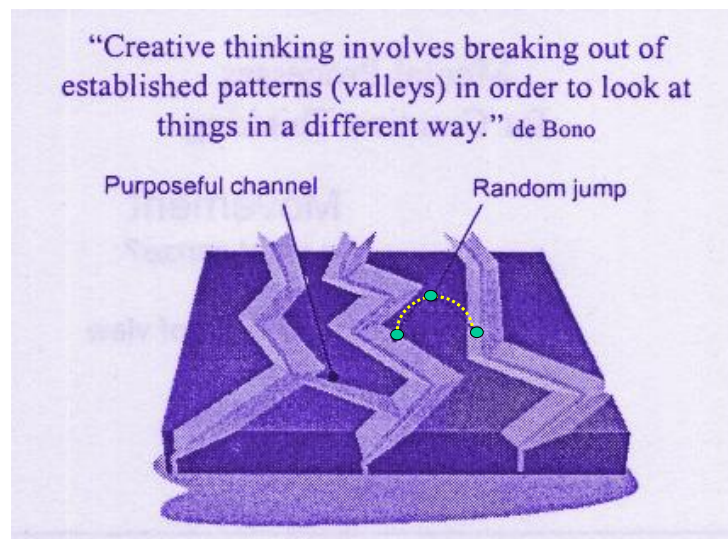
First-order change คือการเปลี่ยนแปลงที่ยังคงรักษาแบบจำลองความคิดพื้นฐานไว้อย่างเดิม หรือเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย ในขณะที่ Second-order change เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการ เปลี่ยนแบบจำลองความคิดอย่างถอนรากถอนโคน เป็นการสร้างวิธีคิดใหม่ขึ้น

ย้อนกลับไปดูที่ตัวอย่าง แบบจำลองความคิดของเราสำหรับ intensive care คือสถานที่ ด้วย วิธีคิดอย่างนี้ เราจะมองประเด็นปัญหา intensive care ว่าเป็นปัญหาของจำนวนเตียงที่มีอยู่ การ เปลี่ยนแปลงภายใต้วิธีคิดเหล่านี้ เช่น การเพิ่มทรัพยากร การจัดระบบเพื่อย้ายผู้ป่วยที่หนักกว่าเข้ามา เรียกว่า first-order change

อย่างไรก็ตาม ถ้าเราจะไม่ใช่แบบจำลองความคิดว่า intensive care เป็นสถานที่ แต่คิดว่า intensive care เป็นที่รวมของเทคโนโลยีและทักษะที่ประยุกต์กับผู้ป่วยที่ต้องการสิ่งเหล่านี้ ไม่ว่าจะ เกิดขึ้นที่ใด การเปลี่ยนวิธีคิดอย่างนี้จะเปิดโอกาสให้มีนวัตกรรมต่างๆ ขึ้นได้ ทำให้ทีมของวิชาชีพที่ เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติสามารถปฏิบัติงานที่ใดก็ได้ในโรงพยาบาล หรือแม้แต่ในชุมชน ด้วย การใช้เครือข่ายข้อมูลความเร็วสูง (high-speed data network) เราสามารถใช้ intensive care technology กับผู้ป่วยในสถานที่หนึ่ง ขณะที่ผู้ประกอบวิชาชีพที่เฝ้าดูเครื่องมืออยู่นั้นอาจจะอยู่อีกที่หนึ่ง ได้ การเปลี่ยนแปลงในลักษณะนี้คือ second-order change เนื่องจากไปปรับเปลี่ยนแบบจำลอง ความคิดที่อยู่เบื้องหลัง

หากเรายังติดอยู่กับแบบจำลองความคิดว่า intensive care เป็นสถานที่ เราก็ไม่สามารถเห็น โอกาสของการเปลี่ยนแปลงที่มากมายมหาศาลได้

3. de Bono's Mental Valleys Model



ภาพที่ 4.1 หุบเขาแห่งความคิด

de Bono เสนอว่าให้เรานึกถึงจิตใจเหมือนกับพื้นดินซึ่งประกอบด้วยเนินเขา หุบเขา และร่องน้ำที่อยู่เบื้องล่างของหุบเขา หุบเขาเป็นอุปมาของกระบวนการรับรู้และความทรงจำ การรับรู้เป็นเสมือนกับน้ำฝนที่ตกลงมาที่พื้นดินและถูกชักนำเข้าไปสู่แบบแผนความทรงจำที่มีอยู่ ทำนองเดียวกับน้ำฝนถูกชักนำไปรวมกันเป็นสายน้ำที่กั้นหุบเขา

ยิ่งเรารับรู้และเข้าถึงความทรงจำในเรื่องใดเรื่องหนึ่งบ่อยเท่าไร ก็จะเกิดการเขาะร่องของความทรงจำให้ลึกมากขึ้น ทำให้หน้าผาของหุบเขาชันมากขึ้น ความคิดของเราจะรวดเร็วและเป็นอัตโนมัติมากขึ้น

นี่คือคำอธิบายว่าทำไมจึงเป็นการยากที่จะเปลี่ยนนิสัยของเรา นิสัยที่นำไปสู่การเข้าถึงแบบแผนความคิดเดิมๆ ร่องลึก และหน้าผาที่ชัน ยากที่จะหลบหนีไปได้

ความคิดสร้างสรรค์เกิดจากการเปลี่ยนร่องความคิดไปสู่ร่องอื่นที่แตกต่างออกไป ซึ่งอาจจะเกิดขึ้นจากการเขาะร่องใหม่เพื่อต่อเชื่อม หรือการตั้งใจกระโดดข้ามไปสู่ร่องความคิดใหม่

เครื่องมือเพื่อกระตุ้นให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ ล้วนมีเป้าหมายเพื่อให้เราเปลี่ยนร่องความคิดที่ใช้อยู่เป็นประจำ

4. Plsek's Principle of Attention, Escape & Movement

Paul Plsek ตั้งข้อสังเกตว่าเทคนิคเพื่อกระตุ้นให้เกิดความคิดสร้างสรรค์จะเกี่ยวข้องกับกระบวนการความคิด (mental process) สามอย่างคือ การใส่ใจพิจารณา, การหลีกเลี่ยง, และการเคลื่อนต่อ

ก) การใส่ใจพิจารณา (Attention)

ความคิดสร้างสรรค์เริ่มด้วยการที่เรามุ่งเน้นความสนใจของเราที่บางสิ่งบางอย่าง ซึ่งมักจะไม่ใช่สิ่งที่ปกติเราจะให้ความสนใจ เช่น รูปลักษณะ คุณสมบัติ หมวดหมู่ สมมติฐาน แบบแผน กระบวนทัศน์ รวมไปถึง การเปรียบเทียบ การพิจารณาว่าสิ่งที่ได้ผล สิ่งที่ไม่ได้ผล

เราทำได้โดยสร้างสภาพสถานการณ์ซ้ำๆ ภายในใจแล้วดูว่าอะไรที่เรามองข้ามไป

ตัวอย่าง: เราให้ความสนใจกับความจริงที่ว่า หุบเขาความคิดของเราในปัจจุบัน

เกี่ยวกับ *intensive care* คือสถานที่ซึ่งนำผู้ป่วยเข้ามารับการดูแลโดยผู้ประกอบวิชาชีพที่

เชี่ยวชาญซึ่งมักจะประจำอยู่ที่หน่วย

ข) การหลีกเลี่ยง (Escape)

เมื่อมุ่งเน้นความสนใจที่เรื่องใดเรื่องหนึ่งแล้ว เราสามารถที่จะหลีกเลี่ยงออกจากหุบเขาความคิดของเราได้ การหลีกเลี่ยงเป็นกระบวนการความคิดที่มักจะเรียกว่า “การคิดนอกกรอบ”

การหลีกเลี่ยงจากอะไรบางอย่างที่ก่อให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ หลีกเลี่ยงจากแบบแผนวิธีคิดที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน, การด่วนตัดสินใจ, อุปสรรค, กฎเกณฑ์, ประสบการณ์ในอดีต

การหลีกเลี่ยงทำให้เราต้องจินตนาการถึงโลกที่แตกต่างออกไป

ตัวอย่าง: จะเกิดอะไรขึ้นถ้าผู้ป่วยยังคงอยู่ในที่เดิม และผู้ประกอบวิชาชีพออกไปให้
การดูแลนอก ICU

ค) การเคลื่อนต่อ (Movement)

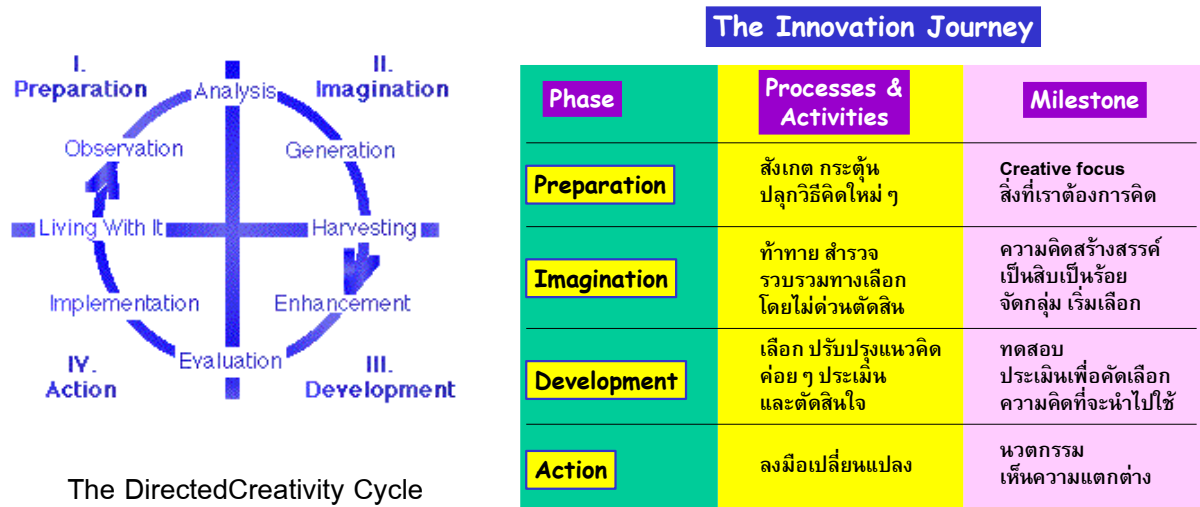
เมื่อกระตุ้นให้เราออกจากหุบเขาความคิดเดิม ความคิดของเรามักจะพยายามหวนกลับไปสู่ที่
เดิมซึ่งเป็นที่ที่สบายใจกว่า ปฏิกริยาตอบสนองนี้อาจจะเป็น “เป็นเรื่องไร้สาระ” “วิธีการนี้คงไม่ได้ผล”
ฯลฯ กระบวนการทางความคิดขั้นต่อไปจึงมีความสำคัญมาก การเคลื่อนตัวเป็นกระบวนการที่แขน
การตัดสินใจไว้ก่อน และเปิดโอกาสให้จินตนาการสำรวจความเป็นไปได้ต่อไป

ตัวอย่าง: ความคิดสร้างสรรค์จากการสำรวจดังกล่าวทำให้นักถึงทีมของ *intensive
care professional* พร้อมด้วยเครื่องมือซึ่งสามารถใช้ได้อย่างรวดเร็วที่ใดก็ได้ใน
โรงพยาบาล

ความหมายของความคิดสร้างสรรค์คือการเชื่อมโยงความรู้ภายในจิตใจที่เป็นอิสระ เราอาจ
กล่าวได้ว่ากระบวนการความคิดของ *attention, escape & movement* คือการชักนำหรือกระโดดออก
จากหุบเขาความคิดปกติของเรา และเชื่อมต่อกับความรู้ในหุบเขาความคิดอื่นๆ

ตัวอย่าง: แนวคิดเรื่องการให้ผู้ประกอบวิชาชีพพร้อมด้วยเครื่องมือเคลื่อนไปในสถานที่
ต่างๆ เป็นการเชื่อมโยงอย่างสร้างสรรค์ระหว่างหุบเขาความคิดของบริการสุขภาพกับหุบ
เขาความคิดของ *automobile mechanic*

5. The DirectedCreativity Cycle: แบบจำลองของการกระตุ้นความคิดสร้างสรรค์³



ภาพที่ 5.1 วงล้อของความคิดสร้างสรรค์และการสร้างนวัตกรรม

กระบวนการคิดอย่างสร้างสรรค์เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์อย่างมีเป้าหมาย การสร้างความคิดจากจินตนาการ และการประเมินอย่างระมัดระวัง กระบวนการทั้งหมดเป็นสมดุลระหว่างจินตนาการกับการวิเคราะห์

โมเดลดั้งเดิมมักจะอยู่บนพื้นฐานว่าความคิดสร้างสรรค์มาจากกระบวนการของจิตใต้สำนึก ขณะที่โมเดลสมัยใหม่เห็นว่าการสร้างความคิดใหม่ๆ เป็นสิ่งที่ผู้คิดสามารถควบคุมได้

Paul E. Plsek เป็นผู้นำเสนอ model “The DirectedCreativity Cycle” เพื่อให้เห็นภาพรวมการเชื่อมโยง ลำดับขั้น แบบแผน ในการกระตุ้นให้เกิดความคิดสร้างสรรค์

การคิดอย่างสร้างสรรค์เริ่มต้นด้วยการสังเกตโลกอย่างระมัดระวังควบคู่ไปกับการวิเคราะห์ว่าสิ่งต่างๆ ได้ผลและล้มเหลวได้อย่างไร กระบวนการความคิดนี้ก่อให้เกิดแนวคิดต่างๆ สะสมไว้ในความทรงจำของเรา เราสร้างแนวคิดที่แปลกใหม่เพื่อตอบสนองความต้องการเฉพาะจากสิ่งที่เหมาะสมไว้แล้วด้วยการค้นหาความสัมพันธ์ระหว่างแนวคิดต่างๆ ด้วยสมดุลระหว่างการชะลอกับการด่วนใช้ดุลยพินิจ เราก็จะเก็บเกี่ยวและยกระดับความคิดของเราก่อนที่จะทำการประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในขั้นสุดท้าย แต่ความคิดสร้างสรรค์เท่านั้นไม่เพียงพอ ยังไม่มีคุณค่าจนกว่าเราจะนำไปปฏิบัติ

³ เรียบเรียงจากคำบรรยายของ Paul Plsek เรื่อง “Bringing Creativity and Innovation into Health Services” ในการประชุม European Forum on Quality Improvement in Healthcare ครั้งที่ 10 ณ กรุงลอนดอน วันที่ 14 เมษายน 2548

ความคิดใหม่ๆ ที่นำไปสู่การปฏิบัติ (นวัตกรรม) เปลี่ยนโลกที่เราอาศัยอยู่ นำไปสู่การเริ่มต้นวงรอบใหม่ของการสังเกตและวิเคราะห์

Directed creativity หมายความว่าเราเคลื่อนความคิดของเราอย่างมีเป้าหมายเพื่อหลีกเลี่ยงหลุมพรางเกี่ยวกับการรับรู้และความเข้าใจของเราในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการนี้

ทางเดินสู่การสร้างนวัตกรรมหรือวงล้อของการกระตุ้นความคิดสร้างสรรค์ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ ขั้นเตรียมการ ขั้นจินตนาการ ขั้นพัฒนาแนวคิด และขั้นลงมือปฏิบัติ

5.1 ขั้นเตรียมการ

ขั้นนี้เป็นขั้นของการสะสมแนวคิดและมุมมองต่างๆ ในขั้นตอนนี้เป็นการสะสมความคิดไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยหรือนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ทันที มีเทคนิคหลากหลายที่จะช่วยสร้างร่องของการเชื่อมต่่วิธีคิดของเราให้มีความหลากหลายมากขึ้น เช่น

1) หยุดยั้งรอ ขอสังเกต (pausing & noticing) เราอาจจะสังเกตสิ่งที่ผ่านเข้ามาด้วยความบังเอิญ หรือจัดเวลาออกไปสังเกตสิ่งต่างๆ อย่างมีเป้าหมาย พยายามหาความหมายหรือแนวคิดของเหตุการณ์ที่พบเห็น แต่ไม่ต้องเคร่งเครียดเกินไป ควรจัดทำบันทึกความคิดไว้เพื่อกันลืม

2) มองจากมุมมองอื่น (seeing other points of view) อ่านและซึมซับข้อมูลจากสิ่งต่างๆ ที่หลากหลาย เช่น หนังสือ ศิลปะ, พูดคุยกับคนที่เราไม่รู้จักคุ้นเคย รับฟังอย่างตั้งใจ, พยายามทำความเข้าใจวิธีคิดของคนอื่น ทดลองคิดแบบคนอื่น อาจจะทดลองเล่นบทบาทสมมติ

3) ปรับจุดเน้นในหัวข้อประเด็นที่ต้องการปรับปรุง (refocusing the topic) เป็นการสร้าง creative insight ด้วยการใช้คำที่มีความหมายคล้ายคลึงกันมาทดแทนถ้อยคำที่เป็น key words หรือจัดทำลำดับขั้นของเป้าหมายด้วยการถามว่า “มีเป้าหมายที่กว้างกว่า เป้าหมายที่สูงกว่า หรือเป้าหมายอะไรอื่นอีกหรือไม่”

4) มองให้ใกล้เข้าไปและวิเคราะห์ (looking closer and analyzing) การวิเคราะห์ในที่นี้ไม่ใช่การค้นหาคำตอบที่ถูกต้อง แต่เป็นการถามคำถามเพื่อขยายความคิด วิธีการที่สามารถนำมาใช้ได้ ได้แก่ ก) ใช้คำถาม : ใคร อะไร เมื่อไร ที่ไหน ทำไม อย่างไร ข) ให้ฝึกฝนการคิดหลายๆ มุมมอง ด้วยหมวกหกสี ค) จัดทำบัญชีรายการสมมติฐาน กระบวนทัศน์ และกฎเกณฑ์ต่างๆ ที่เราใช้อยู่

5.2 ขั้นจินตนาการ

เป็นขั้นตอนของการกระตุ้นให้เกิดจินตนาการตามประเด็นหัวข้อที่ต้องการปรับปรุงที่กำหนดไว้ เทคนิคที่นำมาใช้ก่อให้เกิดความสนุกและง่ายในการเริ่มต้น เน้นที่การระดมความคิดให้ได้จำนวนมากที่สุด โดยไม่ด่วนที่จะปฏิเสธความคิดเร็วเกินไป ให้มองในเชิงบวกและเคลื่อนไปข้างหน้าเรื่อยๆ

เสียงหัวเราะและความงงงวย เป็นสิ่งแสดงว่าเรากำลังสำรวจการเชื่อมต่อกับความคิดซึ่งไม่ค่อยได้ใช้ และมีโอกาสที่จะเกิดความคิดสร้างสรรค์ที่สำคัญ

ตัวอย่างเทคนิคที่นำมาใช้

1) คิดตรงข้ามกับที่คิดด้วยวิธีปกติ

2) ใช้รูปภาพ วิดีทัศน์ วัตถุ ภาพวาด และคำศัพท์ประเภทต่างๆ เป็นจุดตั้งต้นในการกระตุ้น

3) ทบทวนว่าอะไรคือแนวคิดที่อยู่เบื้องหลังซึ่งคนส่วนใหญ่ยึดถือ แล้วทำลายแนวคิดดังกล่าว เพื่อสร้างทางเลือกใหม่

4) จินตนาการว่าอาชีพที่เราสุขขึ้นมาจะตอบสนองต่อสถานการณ์นี้อย่างไร ให้ความสำคัญกับอะไร จะจัดการอย่างไร

5) การปรับฉากทัศน์ โดยการใช้องค์ประกอบที่มีอยู่แล้วในเหตุการณ์ปกติ แต่ปรับเปลี่ยนการใช้ประโยชน์

6) ทบทวนกฎเกณฑ์ต่างๆ ที่อยู่เบื้องหลังระบบปัจจุบัน และสร้างจินตนาการว่าในโลกซึ่งไม่มีกฎเกณฑ์ดังกล่าว เราจะทำอะไรได้บ้าง

เมื่อได้ความคิดจากจินตนาการจำนวนมากแล้ว ก็นำมารวบรวมเป็นหมวดหมู่ จัดระบบอย่างเป็นอิสระ กล่าวคือไม่ต้องมีกฎเกณฑ์ตายตัวในการจัดหมวดหมู่ แต่การนำเสนอที่ง่ายต่อความเข้าใจ เช่น เป็นการนำเสนอตามขั้นตอนของของการทำงาน

จากนั้นก็จัดกลุ่มตามลำดับความสามารถในการนำไปใช้ประโยชน์ เช่น ความคิดที่สามารถนำไปใช้ได้ทันที, ความคิดที่เป็นประโยชน์ แต่ต้องมีการพัฒนาต่อ, ต้องคิดต่อเพื่อให้มีความชัดเจนขึ้น, และความคิดที่ยังไม่สามารถใช้ได้ในปัจจุบันหรือในเวลาอันใกล้

5.3 ขั้นพัฒนาแนวคิดและลงมือปฏิบัติ

เป็นการคัดเลือกความคิดที่เหลือจำนวนประมาณ 2 เท่าของที่จะนำไปปฏิบัติ โดยใช้เกณฑ์ง่ายๆ คือ ความเป็นไปได้ที่จะนำไปปฏิบัติ และ ความยอมรับของผู้เกี่ยวข้อง

จากนั้นเพิ่มคุณค่าให้กับความคิดที่เลือกไว้ด้วยคำถามในทำนองนี้

- เราจะปรับความคิดเพื่อรองรับข้อโต้แย้งที่จะนำไปสู่การปฏิเสธอย่างไร
- เราจะแปลงความคิดเพื่อให้เหมาะสมกับความต้องการของเราอย่างไร
- เราจะเพิ่มพลังหรือคุณค่าของความคิดได้อย่างไร
- เราจะทำอย่างไรเพื่อแก้ไขจุดอ่อน
- เราจะทำอย่างไรเพื่อให้เป็นไปได้ในการปฏิบัติ จะเกี่ยวข้องกับใคร
- ความคิดนี้เปรียบเทียบกับสิ่งที่จะไปทดแทนแล้วเป็นอย่างไร ควรจะปรับ ขยาย หรือถอย
- จะมีความผิดพลาดอะไรเกิดขึ้นจากความคิดนี้ เราจะป้องกันอย่างไร
- จะเกิดผลกระทบในระยะกลางและระยะยาวอย่างไร
- จะทดสอบความคิดนี้ในขนาดเล็กๆ ได้อย่างไร

แต่ละความคิด ควรได้รับการนำเสนอพร้อมด้วยข้อมูลประกอบ ได้แก่ ความคิด, ประโยชน์, จุดอ่อน, ข้อมูลสนับสนุน, และสรุปความรู้สึกต่อความคิดนี้

ผู้นำองค์กรมีหน้าที่ในการคัดเลือกความคิดสร้างสรรค์ที่จะนำไปใช้โดยใช้เกณฑ์ที่เหมาะสม, จัดสรรทรัพยากร, เชิญชวนและ empower ผู้เกี่ยวข้อง, สื่อสารให้เห็นการสนับสนุนของผู้นำ

6. ตัวอย่างนวัตกรรมเชิงระบบ

6.1 วัฒนธรรมความปลอดภัย (Safety Culture)⁴

คุณภาพที่แท้จริงมาจากการกระทำด้วยใจ ทุกลมหายใจของผู้เกี่ยวข้อง คุณภาพที่ยั่งยืนคือ การทำงานเป็นวัฒนธรรม ทำเป็นเรื่องปกติประจำ ทำจนวัฒนธรรมนั้นกลับมาหล่อหลอมทุกคนในองค์กร

วัฒนธรรมคุณภาพ วัฒนธรรมความปลอดภัย วัฒนธรรมการเรียนรู้ คือสิ่งที่พึงประสงค์ในองค์กรคุณภาพ

การสร้างวัฒนธรรมต้องใช้เวลา ต้องเพาะบ่ม ต้องสั่งสม วัฒนธรรมเกิดจากการเรียนรู้ร่วมกัน ในคุณค่าของสิ่งที่กระทำลงไป เกิดการเปลี่ยนแปลงในวิถีคิดของแต่ละคน และค่อยๆ เกิดความเห็นพ้องขึ้นภายในองค์กร

ความปลอดภัยคือศรัทธาร่วมของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

วัฒนธรรมความปลอดภัยคือกองทัพที่เข้มแข็งของผู้ให้บริการ

Institute of Healthcare Improvement (IHI) ของอเมริกา ได้ชี้ให้เห็นลักษณะของวัฒนธรรมความปลอดภัยว่า “เป็นสภาวะที่ทุกคนลงมือทำในสิ่งที่จำเป็นเพื่อความปลอดภัย ใครไม่ทำจะถูกตำหนิ มีแรงกดดันมาจากทุกทิศทาง ไม่มีช่องให้ใครบอกว่าความปลอดภัยไม่ใช่หน้าที่ของฉัน ผู้นำต้องแสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่นต่อการเปลี่ยนแปลง ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่แชร์ข้อมูลเรื่องความปลอดภัย สนับสนุนทรัพยากร การประเมินบรรยากาศของความปลอดภัยเป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์”

IHI ได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยไว้ สรุปได้ดังแผนภาพ เมื่อผนวกแนวทางทั้งหลายเข้าด้วยกัน อาจเรียกได้ว่าเป็นนวัตกรรมของระบบคุณภาพอันหนึ่ง



ภาพที่ 6.1 การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย

⁴ Institute of Healthcare Improvement: Develop a Culture of Safety. URL: www.ihl.org

1. มอบหมายผู้รับผิดชอบระบบความปลอดภัยของผู้ป่วย (Designate a Patient Safety Officer)

องค์กรที่มุ่งมั่นต่อความปลอดภัยอย่างเต็มที่จะมอบหมายให้มีบุคคลทำหน้าที่ Patient Safety Officer หรือ Patient Safety Manager ทำหน้าที่สร้างความตระหนัก จัดการฝึกอบรม และนำวิธีที่ได้ผลเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยมาสู่การปฏิบัติ บุคคลนี้ควรขึ้นตรงต่อผู้อำนวยการ มีอำนาจที่จะดำเนินการและขจัดอุปสรรคต่างๆ ต่อการเปลี่ยนแปลง ทำเรื่องนี้เป็นงานหลัก มีทีมงานเสริมจากงานประจำที่มีอยู่แล้ว

2. มีผู้รู้เรื่องความปลอดภัยในทุกหน่วย (Appoint a Safety Champion for Every Unit)

เป็นการมอบหมายให้มีอาสาสมัครสมาชิกในหน่วยงานทำหน้าที่ safety champion ทำหน้าที่ช่วยหัวหน้าหน่วยงานในการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับความปลอดภัย สร้างความเข้าใจกับทีมงานว่า safety champion เป็นแนวร่วมของทีม มิใช่สายลับหรือผู้คุมกฎ ทำให้เจ้าหน้าที่อื่นรู้สึกสะดวกใจมากขึ้นในการซักถามและแลกเปลี่ยนข้อมูล ทั้งนี้ champion จะต้องได้รับการฝึกอบรม มีทรัพยากรและได้รับอำนาจเพียงพอ

3. Conduct Patient Safety Leadership WalkRounds™

เป็นการเยี่ยมหน่วยงานต่างๆ โดยผู้นำระดับสูงทุกคน อย่างสม่ำเสมอ สัปดาห์ละหนึ่งชั่วโมง ไม่มีการยกเว้น เพื่อพูดคุยกับผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับประเด็นเรื่องความปลอดภัยโดยเฉพาะ ไม่มีเรื่องอื่นเข้ามาปะปน เป็นการแสดงให้เห็นความมุ่งมั่นของผู้นำในเรื่องความปลอดภัย และความต้องการของผู้นำที่จะเรียนรู้ประเด็นเกี่ยวกับความปลอดภัยในองค์กร

ในระหว่างการตรวจเยี่ยม ควรสื่อสารกับหัวหน้าหน่วยให้เข้าใจว่าทำไมผู้นำระดับสูงจึงไปเยี่ยมหน่วยงานของเขา ควรมีการสื่อสารสองทางอย่างเปิดใจและรับฟังอย่างตั้งใจ ถ้าหน่วยงานมีการทำ Safety Briefing อยู่แล้วจะช่วยให้มีข้อมูลที่จะเริ่มต้นคุยกัน ผู้นำระดับสูงควรติดตามและให้ feedback เกี่ยวกับประเด็นที่ได้จากการเยี่ยมชมรวมทั้งการตอบสนองที่เกิดขึ้น

ตัวอย่างคำถามง่ายๆ ที่แนะนำให้ผู้นำใช้กับหน่วยงานที่เข้าเยี่ยม

- ขอให้นึกถึงเหตุการณ์ในช่วง 2-3 วันที่ผ่านมาที่ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น
- มีอะไรที่เป็นเหตุการณ์เกือบพลาดซึ่งเกือบจะทำให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วย
- มีอุบัติการณ์อะไรที่เกิดผลต่อผู้ป่วย
- มีสิ่งแวดลอมอะไรบางอย่างที่อาจจะนำไปสู่อันตรายต่อผู้ป่วยได้อีก
- มีอะไรที่เราจะทำเพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ข้างหน้า
- ผู้นำจะทำอะไรได้บ้างเพื่อให้ทีมงานดูแลผู้ป่วยได้ปลอดภัยมากขึ้น
- จะสร้างวัฒนธรรมของการไม่กล่าวโทษกันได้อย่างไร

4. มีทีมเคลื่อนที่เร็ว ช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Create an Adverse Event Response Team)

เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ขึ้น Adverse Event Response Team มีหน้าที่เข้าไปช่วยรักษาบรรยากาศในหน่วยงานให้อยู่ในความสงบ ลดและป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ป้องกันการถ่วงลงโทษ ทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้น ให้กำลังใจครอบครัว เจ้าหน้าที่ และแพทย์ ทีมนี้จะต้องได้รับการฝึกอบรมให้ใช้วัฒนธรรมของการให้กำลังใจมากกว่าการตำหนิติเตียน

5. สร้างความตระหนักจากเหตุการณ์จริง (Reenact Real Adverse Events from Your Hospital)

เป็นการนำเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือเหตุเกือบพลาดที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลจัดทำเป็นเรื่องราวหรือวิดีโอโดยให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเป็นผู้แสดง เพื่อสร้างความตระหนักและให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และผู้บริหาร

6. สอนด้วยสถานการณ์จำลอง (Simulate Possible Adverse Events)

ใช้การจำลองสถานการณ์เพื่อสอนให้เจ้าหน้าที่ที่มีความสามารถในการตรวจจับปัญหาและเข้าใจผลของการตัดสินใจ ทำนองเดียวกับที่ธุรกิจการบินใช้อยู่ ซึ่งจะมีประโยชน์มากในการเตรียมเจ้าหน้าที่ที่จะต้องปฏิบัติงานในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง มีโอกาสเกิดความผิดพลาดได้ง่าย

7. คุยกันเป็นนิจ จิตตื่นตัว (Conduct Safety Briefing)

เป็นการนำประเด็นเกี่ยวกับเรื่องความปลอดภัยที่สังเกตพบระหว่างปฏิบัติงานมาพูดคุยกันภายในทีมงานโดยใช้เวลาเพียงเล็กน้อย แต่มีความถี่สูง ทำจนเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน ทำอยู่ตลอดเวลา เพื่อให้เกิดความตระหนักในกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน โดยที่ไม่จำเป็นต้องมีหัวหน้าหน่วยเข้าร่วมหรือคอยชี้แนะ และต้องเน้นย้ำว่าไม่มีการกล่าวโทษกันในการพูดคุย

8. ส่งเวรในประเด็นเรื่องความปลอดภัย (Relay Safety Reports at Shift Changes)

เป็นการระบุสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เช่น ผู้ป่วยที่มีชื่อคล้ายกัน การใช้เครื่องมือที่มีความซับซ้อนหรือไม่คุ้นเคย ในขณะที่รับส่งเวร เพื่อให้ผู้ที่รับเวรเกิดความตื่นตัวในเรื่องความปลอดภัย ซึ่งจะช่วยลดโอกาสเกิดความผิดพลาดและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างวิชาชีพและหน่วยงานต่างๆ มีการ monitor ประเด็นที่เป็นความเสี่ยงร่วมในหลายๆ หน่วยงาน

9. ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม (Involve Patients in Safety Initiatives)

ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถที่จะเป็นด่านป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อีกชั้นหนึ่ง และเป็นแหล่งข้อมูลที่ดีที่สุด นอกจากจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกมีคุณค่าแล้ว คำถามและข้อคิดเห็นของผู้ป่วยและครอบครัวมักจะบ่งชี้ถึงความคลาดเคลื่อนที่เป็นไปได้ สิ่งที่สามารถทำได้คือการเชิญผู้ป่วยและครอบครัวเข้าร่วมใน multidisciplinary rounds และถามความคิดเห็น อาจจะขอให้ผู้ป่วยและครอบครัวช่วย monitor compliance การปฏิบัติที่ปลอดภัย เป็นต้น

10. สร้างระบบรายงาน (Create a Reporting System)

เป็นการสร้างระบบรายงานโดยเจ้าหน้าที่ที่มีความตระหนักในเรื่องความปลอดภัยและมีอิสระที่จะรายงานสถานการณ์ซึ่งจะนำไปสู่เหตุเกือบพลาดหรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ การแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เปิดเผยนี้จะเป็นไปได้เมื่อผู้นำใช้ปรัชญาของการไม่ลงโทษ แต่จะให้รางวัลกับการรายงานความเสี่ยง

11. แจ้งให้ทราบถึงการตอบสนองต่อรายงาน (Positive Feedback to Front-Line Staff)

การแจ้งให้ปฏิบัติงานทราบว่าคุณนำตอบสนองต่อข้อเสนอแนะและรายงานอุบัติการณ์ต่างๆ อย่างสม่ำเสมอ เป็นการแสดงถึงการให้ความสำคัญและความมุ่งมั่นของคุณำเกี่ยวกับเรื่องความปลอดภัย ทำให้ปฏิบัติงานรับรู้ว่าคุณำได้ยินเสียงที่ตนส่งขึ้นไป ส่งเสริมให้มีกำลังใจในการรายงานอุบัติการณ์

จะเห็นว่าความพยายามที่จะทำให้เกิดความปลอดภัยขึ้นมาได้นั้นต้องอาศัยการพิจารณาหลายมิติ ต้องเปลี่ยนความคิดไปจากเดิมที่มักจะมุ่งเน้นเรื่องของการรายงานเป็นหลัก จริงอยู่ ระบบรายงานอุบัติการณ์มีความสำคัญ แต่จะไม่เกิดความปลอดภัยถ้าทุกคนที่เกี่ยวข้องยังไม่มี ความตื่นตัวที่จะค้นหาความเสี่ยงที่อยู่รอบตัวในทุกโอกาส จะไม่เกิดความปลอดภัยถ้าปฏิบัติงานยังรู้สึกยอมจำนนต่อการแก้ปัญหาเชิงระบบเนื่องจากผู้บริหารไม่ได้มาร่วมรับรู้ด้วย การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยคือการมองสถานการณ์ด้วยมุมมองที่แตกต่างออกไป และด้วยมุมมองที่แตกต่างออกไปนี้ เป็นจุดกำเนิดของนวัตกรรมที่มีคุณค่า

6.2 Rapid Response Team (Medical Emergency Team)⁵

การเสียชีวิตของผู้ป่วยในโรงพยาบาลเป็นเหตุการณ์ที่มีความสำคัญสูงและเสี่ยงต่อการถูกร้องเรียนจากญาติของผู้ป่วย โดยทั่วไปเรามักจะให้คำตอบว่าผู้ป่วยมีอาการหนักเกินกว่าจะสามารถแก้ไขได้ ซึ่งจะเป็นความจริงเมื่อพิจารณาจากสถานะของผู้ป่วยในช่วง 6 ชั่วโมงสุดท้ายของชีวิต แต่หากพิจารณาก่อนหน้านั้นขึ้นไป อาจจะพบว่าผู้ป่วยเริ่มมีอาการแสดงบางอย่างให้เห็น แต่ที่ทีมงานมีได้ต้นตัวที่จะตอบสนองต่ออาการดังกล่าว ส่วนหนึ่ง

ตัวอย่างของอาการแสดงที่ทำได้แก่

- Mean arterial pressure น้อยกว่า 70 หรือมากกว่า 130 mmHg
- อัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า 45 หรือมากกว่า 125 ครั้งต่อนาที
- อัตราการหายใจน้อยกว่า 10 หรือมากกว่า 30 ครั้งต่อนาที
- อาการเจ็บแน่นหน้าอก
- มีการเปลี่ยนแปลงในความรู้สึกตัวหรือการรับรู้

ความพยายามของโรงพยาบาลในการที่จะปรับปรุงประสิทธิภาพของการช่วยฟื้นคืนชีพหรือ CPR เป็นความพยายามที่ให้คุณค่าน้อย เพราะไฟได้ลุกไหม้ไปแล้ว การดับไฟป่าที่ลุกไหม้เป็นสิ่งที่ไม่สามารถป้องกันความเสียหายอันใหญ่หลวงได้ แต่หากเราเริ่มต้นตั้งแต่มิประกายไฟเกิดขึ้นในจุดเล็กๆ เราจะสามารถระงับไฟป่ามิให้ลุกลามไปได้

แม้จะมีความก้าวหน้าในการรักษาผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้น แต่มีเพียงร้อยละ 17 ของผู้ป่วยดังกล่าวที่สามารถรอดชีวิตจนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ การมีกลไกที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยเริ่มส่งสัญญาณเตือน จึงเป็นสิ่งที่น่าจะได้ผลคุ้มค่ามากกว่าการทำ CPR ที่มีประสิทธิภาพ

ประเด็นปัญหาเชิงระบบที่นำมาสู่การเสียชีวิตของผู้ป่วยที่น่าจะป้องกันได้ มีดังนี้

- 1) ปัญหาการวางแผนดูแลผู้ป่วย (รวมถึงการประเมิน การรักษา และเป้าหมาย)
- 2) ปัญหาการสื่อสาร (ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ ระหว่างผู้ให้บริการ ระหว่างแพทย์กับวิชาชีพอื่น)
- 3) ปัญหาการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย

Institute of Healthcare Improvement ได้ชักชวนให้โรงพยาบาลต่างๆ ในสหรัฐอเมริกา ปรารถนาคเพื่อลดจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตโดยไม่สมควร ประมาณว่า ปีละแสนรายต่อปี โดยได้เสนอมาตรการในการลดการเสียชีวิตไว้หลายเรื่อง มาตรการที่สำคัญที่สุดและจะลดจำนวนการเสียชีวิตได้มากที่สุดคือการจัดตั้ง ทีมเคลื่อนที่เร็ว (Rapid Response Team - RRT) หรือทีมฉุกเฉินทางการแพทย์ (Medical Emergency Teams) ซึ่งจัดได้ว่าเป็นนวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอีกเรื่องหนึ่ง เป้าหมายคือการป้องกันการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ยอยู่นอก ICU และมีอาการทรุดลงอย่างต่อเนื่อง

⁵ Institute of Healthcare Improvement: Getting Started Kit: Rapid Response Team. URL: www.ihl.org

ทีมเคลื่อนที่เร็ว (RRT) หรืออาจเรียกว่าทีมฉุกเฉินทางการแพทย์ (Medical Emergency Teams) คือ

โรงพยาบาลที่นำ RRT ไปปฏิบัติรายงานการลดลงของอัตราการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นและการเสียชีวิต รวมทั้งการลดลงของวันนอนใน ICU และวันนอนโรงพยาบาลในผู้ที่รอดชีวิตจากภาวะหัวใจหยุดเต้น พยาบาลที่หอบผู้ป่วยทั่วไปมีความรู้สึกมั่นใจมากยิ่งขึ้นในการช่วยเหลือผู้ป่วยก่อนที่จะประสบปัญหาวิกฤติเกินแก้ไข

RRT ช่วยได้อย่างไร

RRT คือทีมซึ่งประกอบด้วย clinicians ซึ่งนำความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยวิกฤติไปที่ข้างเตียงผู้ป่วยเมื่อมีความต้องการ เป็นทีมที่พร้อมจะมาให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยวิกฤติ ก่อนที่จะเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อื่น ๆ ซึ่งจะถูกตามเมื่อใดก็ได้ โดยใครก็ได้ในโรงพยาบาล

RRT มีบทบาทสำคัญหลายประการ ได้แก่ การช่วยเหลือทีมงานที่ดูแลผู้ป่วยในการประเมินและช่วย stabilize ผู้ป่วย เรียบเรียงข้อมูลที่จะสื่อสารกับแพทย์เจ้าของไข้ ให้กำลังใจและให้ความรู้แก่ทีมงานโดยอาศัยการประมวลข้อมูลต่างๆ เข้าด้วยกัน นอกจากนี้ RRT จะให้ความช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยถ้าจำเป็น

ประโยชน์ของ RRT

- สามารถประเมินผู้ป่วยวิกฤติได้อย่างรวดเร็วตลอด 24 ชั่วโมง
- มีการสื่อสารที่ชัดเจนและกระชับโดยใช้แบบแผนที่ชัดเจน
- ลดภาวะหัวใจหยุดเต้นนอก ICU, ลดการย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดเข้า ICU ฉุกเฉินและการเสียชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้, ลดภาวะหัวใจหยุดเต้นก่อนที่จะย้ายเข้า ICU
- การตามทีม CPR และการเสียชีวิตลดลง

ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องที่อาจเกิดขึ้นได้ก็คือ ความเข้าใจที่ว่า RRT จะมาทดแทนความรับผิดชอบของแพทย์เจ้าของไข้ โดยเจตนาที่คือ RRT เข้ามาช่วยผู้ป่วยในช่วงที่มี clinical instability และ RRT จะช่วยให้มีการสื่อสารกับแพทย์ผู้รับผิดชอบและแพทย์ผู้เกี่ยวข้องได้ดียิ่งขึ้น

ข้อพิจารณาในการจัดตั้ง RRT

ก่อนที่จะนำ RRT มาทดลองใช้ โรงพยาบาลจะต้องพิจารณาหรือเตรียมการในประเด็นต่อไปนี้

1) การสนับสนุนจากผู้นำระดับสูง

จะต้องมีความมุ่งมั่นและนโยบายที่ชัดเจนขององค์กรในการจัดตั้ง RRT ผู้นำจะต้องเป็นผู้กล่าวว่า “เรากำลังจะทำเรื่องนี้ เรื่องนี้มีความสำคัญ และเป็นสิ่งถูกต้องที่เราจะทำเพื่อผู้ป่วยของเรา” จะต้องมีการสื่อสารที่ชัดเจนจากผู้นำระดับสูงไปยังผู้เกี่ยวข้องอย่างกว้างขวาง

2) โครงสร้างของทีม

ทีมควรประกอบด้วยพยาบาล ICU และแพทย์ซึ่งมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ สมาชิกของทีมจะต้องสามารถตอบสนองได้ทันทีเมื่อถูกตาม และไม่มีข้อจำกัดด้วยภาระงานสำคัญอื่น (available), จะต้องอยู่ประจำในที่ทำงานและสามารถเข้าถึงได้ (accessible), จะต้องมีความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยวิกฤติเพียงพอที่จะประเมินและดูแลได้ (able)

3) การให้ความรู้และฝึกอบรม

ให้ความรู้แก่แพทย์เกี่ยวกับประโยชน์ของ RRT และแก้ไขความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง สมาชิกของ RRT ได้รับการฝึกอบรมในด้าน advanced critical care training (ACLS), ทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับสถานะผู้ป่วย รวมทั้งการตอบสนองอย่างมืออาชีพด้วยความเป็นมิตร พยาบาล ได้รับการฝึกอบรมในด้านเกณฑ์และวิธีการในการตาม RRT, ทักษะการสื่อสารและการทำงานเป็นทีม, การใช้ SBAR และทักษะการใช้ภาษาในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ

4) เกณฑ์และกลไกในการตาม RRT

ตัวอย่างเกณฑ์ที่ใช้ในการตาม RRT เช่น

- ทีมงานรู้สึกกังวลเกี่ยวกับผู้ป่วย
- มีการเปลี่ยนแปลงอัตราการเต้นของหัวใจอย่างเฉียบพลันไปที่ระดับน้อยกว่า 40 หรือ มากกว่า 130 ครั้งต่อนาที
- มีการเปลี่ยนแปลงระดับความดันโลหิต systolic อย่างเฉียบพลันไปที่ระดับน้อยกว่า 90 mmHg
- มีการเปลี่ยนแปลงอัตราการหายใจอย่างเฉียบพลันไปที่ระดับน้อยกว่า 8 หรือมากกว่า 28 ครั้งต่อนาที
- มีการเปลี่ยนแปลงระดับ O2 saturation อย่างเฉียบพลันไปที่ระดับต่ำกว่า 90%
- มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกอย่างเฉียบพลัน
- มีการเปลี่ยนแปลงปริมาณปัสสาวะอย่างเฉียบพลันเหลือน้อยกว่า 50 ml ต่อ 4 ชั่วโมง

5) โครงสร้างการสื่อสารและบันทึก

IHI ได้จัดทำแบบบันทึกข้อมูล ซึ่งเรียกง่าย ๆ ว่า SBAR ประกอบด้วย Situation, Background, Assessment และ Recommendation

ตอนที่ 3 การตามรอย

การตามรอยที่เป็น "ปรัชญา"

การตามรอยนั้นมี "แก่น" คือ PDSA มีความเป็นปรัชญาตรงที่พยายามจัดระบบให้กับความซับซ้อนยุ่งเหยิง เพื่ออธิบายปรากฏการณ์หรืออ้างอิง "ระบบ" ที่วางไว้ประกอบด้วยการมองภาพในลักษณะที่เป็นองค์รวม เลือกลงใจในประเด็นที่มีความสำคัญสูงเพื่อให้สามารถจัดการได้ มีเป้าหมาย และมีเส้นทางเดินสู่เป้าหมาย ยิ่งการตามรอยเพื่อให้ถึงประเด็นเสี่ยงที่สำคัญเพื่อหามาตรการป้องกันแก้ไขเชิงระบบ ดูเผินๆ จะเป็นเสมือนเป็นไปไม่ได้ แต่จริงๆ แล้วถือว่าเป็นกฎที่ไม่สั่นคลอนและเป็นสัจธรรม

การตามรอยที่เป็น "ภาคปฏิบัติ"

การตามรอยเรียกร้องว่าผู้ศึกษา "ต้องปฏิบัติด้วยตนเอง" อย่างเพียรพยายาม กัดติด ซอกแซก และด้วยศรัทธาเท่านั้นจึงจะเข้าใจ ความ "เข้าใจและเข้าถึง" การตามรอยนั้นไม่อาจเกิดได้โดยไม่มี การลงมือกระทำ สังเกตผล สังสม บ่มเพาะ ความเข้าใจ และกลไกต่างๆ ด้วยตนเอง กล่าวได้ว่า การศึกษา "แห้ง" นั้น ไม่ได้อยู่ในวิธีการ "ฝึก" ของการตามรอย ฉะนั้นจะเป็นการทำในห้องประชุม อ่านจากหนังสือ หรือการอภิปรายถกเถียงเรื่องราวจะมีแค่การส่งเสริมในส่วน cognitive (ปัญญาพิสัย) แต่สิ่งเหล่านี้ไม่สามารถนำผู้ปฏิบัติไปสู่ "แก่น" หรือ "หัวใจ" ของการตามรอยได้

การตามรอยไม่ใช่เพียงระบบนามธรรมของความคิด หรือศึกษาเพื่อเสริมสร้างสติปัญญา แต่เป็นเสมือน "แผนที่" ที่ผู้ใช้ต้องเดินไปตามแผนที่นั้นด้วย

7. ว่าด้วยเรื่องการตามรอย

7.1 การตามรอยกับ Systems Approach

“การตามรอย” (tracing) คือภาคปฏิบัติ หรือรูปธรรมของการใช้ systems approach นั้นเอง เป็นทั้งการประยุกต์ใช้ systems approach และขณะเดียวกัน ก็ทำให้เข้าใจ systems approach ได้ดีขึ้น

การตามรอยคือการที่เราเลือกติดตามสิ่งที่เราคุ้นเคย ติดตามไปตลอดว่าสิ่งนั้นไปสัมพันธ์กับองค์ประกอบใดบ้างในระบบ ทำให้เราเกิดความเข้าใจความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ ในระบบ เข้าใจขอบเขตของระบบ เข้าใจความเป็นองค์รวมของระบบ เข้าใจความเป็นเครือข่ายและการรวมตัวเป็นชั้นๆ ของระบบ

เนื่องจากระบบมีความซับซ้อนและมีการผุดบังเกิดของสิ่งใหม่ๆ ขึ้นอยู่ตลอดเวลา การทำความเข้าใจกับระบบโดยพยายามมองทุกสิ่งทุกอย่างในระบบจึงเป็นเรื่องยาก หากเราเลือกติดตามเฉพาะบางสิ่งบางอย่างที่มีความชัดเจนและเราคุ้นเคย จะทำให้เรามีจุดเน้นของติดตามและเรียนรู้

เพื่อให้เรียกง่ายขึ้น จะสมมติชื่อเรียกสิ่งที่เราติดตามว่า “ตัวตามรอย” (tracer) เป็นการตามรอยพฤติกรรมขององค์ประกอบต่างๆ ในระบบ

การเรียนรู้จากตัวตามรอยนี้ แม้ว่าจะเป็นการเรียนรู้เพียงบางส่วนของระบบ แต่ก็สามารถนำไปทำความเข้าใจหรือขยายความกับระบบได้ระดับหนึ่ง แต่ต้องทำด้วยความระวังและรู้จักข้อจำกัดว่าเรากำลังทำความเข้าใจด้วยการติดตามเพียงบางส่วนของระบบ ขณะเดียวกันก็ต้องระวังที่จะไม่ให้ตัวตามรอยมาดึงเราออกไปจากระบบจนเกิดการคิดแบบแยกส่วน

การตามรอยมิใช่ตามไปดูเฉยๆ แต่ไปดูเพื่อประเมินแล้วนำมาปรับปรุง การตามรอยไปดูเพื่อประเมิน คือดูว่า 1) มีอะไรหรือมีการทำอะไรบ้าง 2) สิ่งที่มีหรือสิ่งที่ทำนั้นดีหรือไม่ มีความสัมพันธ์กับสิ่งอื่นอย่างไร

การจะดูว่าดีหรือไม่ ก็คือการดูจากมิติคุณภาพที่เกี่ยวข้องนั่นเอง โดยพื้นฐานน่าจะดูที่ 1) ได้ผลเพียงใด - effective 2) คุ่มค่าเพียงใด - efficient 3) ครอบคลุมเพียงใด - coverage ส่วนมิติอื่นๆ คงนำมาพิจารณาเสริมตามความเหมาะสม เช่น ความปลอดภัย ความพึงพอใจ ความเหมาะสม

7.2 ประสบการณ์ในการใช้ตัวตามรอย

1. ใช้เพื่อการวินิจฉัยโรค

ในวงการแพทย์ มีการใช้สาร I_{131} เพื่อศึกษาการทำหน้าที่ของต่อมไทรอยด์ ด้วยการฉีดสารนี้เข้าไปในร่างกาย แล้วติดตามดูว่าสารนี้ไปสะสมอยู่ในใด ในช่วงเวลาต่างๆ

2. ใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพให้ครบทุกประเด็น

เมื่อโรงพยาบาลถามว่าจะพัฒนาคุณภาพให้เห็นการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนได้อย่างไร คำตอบหนึ่งที่ได้รับก็คือให้จับเรื่องอะไรสักเรื่องหนึ่ง เช่น เลือดที่ใช้ในโรงพยาบาล ศึกษาติดตามกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนั้นทั้งหมด เราจะพบว่า มีขั้นตอนมากมายกว่าเลือดจะมาถึงตัวผู้ป่วย และมี

มาตรการอีกมากมายที่ได้รับการออกแบบไว้เพื่อให้เกิดความปลอดภัยขึ้นในทุกชั้นตอน ความย่อหย่อนในชั้นตอนใดเพียงชั้นตอนเดียว อาจจะนำมาสู่ความเสียหายที่ไม่ต้องการก็ได้ การพัฒนาคุณภาพในระบบเลือดของโรงพยาบาล คือการศึกษาให้เห็นความสำคัญในแต่ละชั้นตอน คุณภาพที่ถูกฝังเข้าไปในแต่ละชั้นตอน จุดอ่อนหรือช่องโหว่ ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขในส่วนที่เป็นจุดโหว่ และสร้างความมั่นใจว่าทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องปฏิบัติตามมาตรการสำคัญที่กำหนดไว้ ยิ่งขอเขตการตามรอยของเราสมบูรณ์มากขึ้นเท่าไร เราก็มั่นใจในคุณภาพของระบบนั้น

3. ใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพด้วยเครื่องมือที่หลากหลายพร้อม ๆ กัน

การพัฒนาคุณภาพของทีมงานต่าง ๆ บางครั้งจะยึดเอาเครื่องมือการพัฒนาเป็นตัวตั้ง ทำให้เกิดการพัฒนาที่แยกส่วน เกิดความซ้ำซ้อน เกิดความสับสน เป็นการสูญพลังที่จำกัดโดยไม่จำเป็น จึงได้เสนอแนวคิดมาให้ทุกฝ่ายมาร่วมกัน ใช้เครื่องมือและแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพทุกอย่างที่มีอยู่ มาใช้กับปัญหาเรื่องใดเรื่องหนึ่ง จนเห็นผลการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน จุดร่วมก็คือเอาปัญหาสุขภาพหรือเอาโรคเป็นตัวตั้งต้น เมื่อทำไปแล้วก็กลับมาทบทวนดูว่าได้ใช้เครื่องมือและแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนามาใช้ประโยชน์เต็มที่แล้วหรือยัง ครบถ้วนหรือยัง ถ้ายังก็นำมาใช้เพิ่มเติมเพื่อให้เกิดการพัฒนาเรื่องนั้นดียิ่งขึ้นไปอีก

4. ใช้เพื่อการเยี่ยมชมสำรวจอย่างเป็นระบบ

เมื่อเข้าไปเยี่ยมชมสำรวจโรงพยาบาล เพื่อให้ง่ายในการสำรวจให้ครอบคลุมประเด็นสำคัญต่าง ๆ ผู้เยี่ยมชมสำรวจจะตามรอยสิ่งที่เป็นรูปธรรมที่เคลื่อนไปในระบบ เช่น ตัวผู้ป่วย เอกสาร สิ่งส่งตรวจ ผ้ายา ขยะ หรืออาจจะตามรอยขั้นตอนการปฏิบัติงานไปที่ละชั้นเพื่อดูว่ามีความรัดกุมหรือมีความเสี่ยงอย่างไร

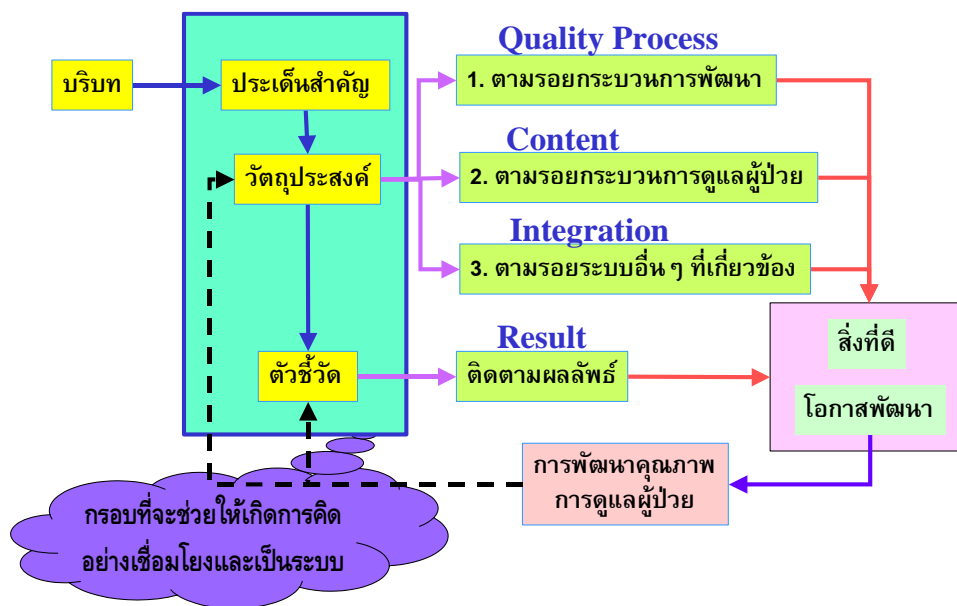
5. ใช้เพื่อให้เห็นการประยุกต์ใช้มาตรฐานที่เป็นรูปธรรม

ในการเยี่ยมชมสำรวจหน่วยงานทางคลินิก การนำประเด็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญขึ้นมาสักเรื่องหนึ่ง เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมองตีบ โรคหอบหืด ผู้ป่วยถูกงูกัด และตามดูว่าแต่ละจุดที่ให้บริการนั้นทำอย่างไรกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ จะทำให้เราเห็นภาพของควมมีคุณภาพหรือช่องโหว่ต่าง ๆ ได้ชัดเจนขึ้นกว่าการพูดคุยเฉพาะเรื่องกระบวนการดูแลผู้ป่วยในแต่ละชั้นตอน การที่ทีมงานของโรงพยาบาลบอกว่าจัดระบบให้มีการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจในผู้ป่วยที่มีอาการของโรคหัวใจขาดเลือดหรือน่าสงสัย การจัดระบบให้สามารถตรวจคอมพิวเตอร์สมองเพื่อแยกแยะว่ามีเส้นเลือดสมองตีบหรือแตก การปรับขนาดยาตามระดับความรุนแรงของการหอบหืด การซักประวัติและการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่บอกว่าไม่รู้ว่าจะถูกตัวอะไรกัด ทำให้เราเห็นควมมีคุณภาพได้ชัดกว่าการพูดถึงระบบการประเมิน การวางแผน การดูแลตามแผน โดยไม่มีการประยุกต์ใช้กับปัญหาสุขภาพที่สำคัญ

8. ตัวตามรอยทางคลินิก (Clinical Tracer)⁶

8.1 Clinical Tracer คืออะไร

Clinical Tracer หรือตัวตามรอยทางคลินิก คือสภาวะทางคลินิกที่ใช้ติดตามประเมินคุณภาพในแง่มุมต่างๆ สภาวะคลินิกเหล่านี้อาจจะเป็น โรค หัตถการ ปัญหาสุขภาพ หรือกลุ่มเป้าหมายก็ได้ การตามรอยคุณภาพให้ครอบคลุม ครอบคลุมทั้งในด้านกระบวนการพัฒนา, กระบวนการดูแลผู้ป่วย หรือกระบวนการทำงานในเรื่องนั้น, และองค์ประกอบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพ เช่น การพัฒนาบุคลากร ระบบสารสนเทศ เครื่องมือ สิ่งแวดล้อม ระบบยา การทำงานกับชุมชน เป็นต้น (สรุปแล้วคือสามารถตามรอยได้ในทุกองค์ประกอบของมาตรฐานโรงพยาบาล)



ภาพที่ 8.1 กรอบแนวคิดเรื่องการตามรอยทางคลินิก

จะตามรอยในลักษณะใด

การตามรอยจะมองทั้งในแง่ค้นหาสิ่งดีๆ และค้นหาโอกาสพัฒนา โดยควรจะเริ่มด้วยการค้นหาสิ่งดีๆ ที่มีอยู่แล้วเป็นอันดับแรก จากนั้นจึงทบทวนเทียบกับเป้าหมายว่ามีอะไรที่สามารถพัฒนาให้ดีขึ้นได้

การตามรอยกระบวนการพัฒนาคุณภาพ จะทำให้เห็นโอกาสที่จะใช้เครื่องมือหรือวิธีการที่อาจจะถูกละเลยไป

⁶ อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล. Clinical Tracer. ตีพิมพ์ครั้งแรกใน Medical Times ปีที่ 7 ฉบับที่ 144 (15-30 ตุลาคม 2548), ฉบับที่ 145 (1-15 พฤศจิกายน 2548) และ ฉบับที่ 146 (16-30 พฤศจิกายน 2548)

8.2 Tracer กับสิ่งที่เรารู้จักคุ้นเคย

1. Clinical Tracer กับ Clinical CQI

Clinical Tracer เปรียบเสมือน Clinical CQI Story ที่สะสมเรื่องราวจากอดีตถึงปัจจุบัน เป็นการบันทึกเรื่องราวการเกี่ยวกับคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยในแง่มุมมองต่างๆ ที่สำคัญ ซึ่งช่วยให้ผู้จัดทำเข้าใจจุดแข็งจุดอ่อนของตนเอง ช่วยให้ผู้อ่านเกิดความมั่นใจในคุณภาพการดูแล

ถ้าเปรียบเทียบ Clinical CQI กับ Clinical Tracer จะเห็นแง่มุมที่แตกต่างกันบ้าง ดังนี้

ตารางที่ 8.1 เปรียบเทียบ Clinical CQI กับ Clinical Tracer

Clinical CQI	Clinical Tracer
โอกาสพัฒนาเป็นจุดตั้งต้นของการทำ CQI	โอกาสพัฒนาเป็นผลจากการตามรอย
เริ่มต้นจากปัญหาหรือสิ่งที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	เริ่มต้นจากประเด็นสำคัญ และถามหาสิ่งดีๆ ที่มีอยู่
เลือกปัญหาหรือโอกาสพัฒนาบางประเด็นขึ้นมาปรับปรุง	ทบทวนดูประเด็นสำคัญทุกประเด็นที่เกี่ยวข้อง
CQI แต่ละเรื่องแยกกันโดดๆ	เรียงร้อย CQI ที่เกี่ยวข้องมาเป็นเรื่องเดียวกัน
มุ่งเน้นที่ผลลัพธ์ของการปรับปรุง	มุ่งเน้นผลของ CQI ที่ยังฝังอยู่ในการปฏิบัติปกติ

2. Clinical Tracer กับ Case Management

Clinical Tracer อาจจะใกล้เคียงกับ Case Management แต่จะมีรายละเอียดในวิธีการปฏิบัติกับผู้ป่วยน้อยกว่า มุ่งเน้นการตอบคำถามว่าประเด็นสำคัญคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้คืออะไร ทำให้ดีได้อย่างไร ทำได้ดีเพียงใด Clinical Tracer มุ่งเน้นการประเมินและเรียนรู้ (Learning & Improvement) เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงระบบ ในขณะที่ Case Management มุ่งเน้นการปฏิบัติตามระบบที่วางไว้ (Deployment/Action)

3. Tracer กับ Service Profile

การตามรอยทำให้เห็นความชัดเจนขึ้นในการนำแนวคิด 3C-PDSA มาสู่การปฏิบัติ ทำให้บางท่านอยากจะใช้แนวทางนี้ในการพัฒนาคุณภาพในระดับหน่วยงานด้วย

จึงเกิดคำถามว่า การวิเคราะห์หน่วยงานด้วย Unit Profile กับการใช้ tracer สำหรับหน่วยงานนั้น จะทำเป็นเรื่องเดียวกันได้หรือไม่ หรือจะเปลี่ยน Unit Profile มาใช้ tracer ดีหรือไม่

Unit Profile หรือที่ปัจจุบันแนะนำให้เรียกว่า Service Profile เพื่อให้ครอบคลุมขอบเขตของงานทุกเรื่องในการให้บริการผู้ป่วย ณ จุดนั้น เป็นเครื่องมือสำหรับการวิเคราะห์บริบท ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ หน้าที่ เป้าหมาย วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด กระบวนการและความเสี่ยงสำคัญ เพื่อนำไปสู่วงล้อของการเรียนรู้และการพัฒนาคุณภาพ PDSA

โดยขอบเขตข้างต้น Service Profile กับ Tracer จึงอยู่บนพื้นฐานแนวคิดเดียวกัน

จุดที่แตกต่างมีเพียงว่า Service Profile เอาหน้าที่และเป้าหมายของหน่วยงาน/บริการ เป็นตัวตั้ง ขณะที่ Tracer เอาสิ่งที่เคลื่อนไปสัมผัสกับองค์ประกอบต่างๆ ในระบบเป็นตัวตั้ง ยกตัวอย่างโรงซักฟอกกับระบบผ้า จะเห็นได้ชัดเจน

โรงซักฟอกมีหน้าที่ในการเปลี่ยนผ้าที่ใช้งานแล้วไปเป็นผ้าที่สะอาดพร้อมใช้งาน ขอบเขตของงานเริ่มจากการรับผ้าที่ใช้แล้วจากจุดต่างๆ ไปจนถึงการส่งมอบผ้าสะอาดให้กับหน่วยงานผู้ใช้ ประเด็นคุณภาพที่สำคัญของโรงซักฟอก คือ ความพอเพียง ความสะอาดน่าใช้งาน ประสิทธิภาพในการซักฟอก เป็นต้น การวิเคราะห์กระบวนการทำงาน การวิเคราะห์จุดเสี่ยงต่างๆ เพื่อนำมาสู่การออกแบบระบบ ออกแบบการควบคุมกำกับ จะใช้เครื่องมือที่เรียกว่า Service Profile

ถ้าเราตามรอยผ้าในโรงพยาบาล เราจะพบว่าเราได้เรียนรู้เกี่ยวกับระบบงานในโรงพยาบาลกว้างขวางมากขึ้นกว่าโรงซักฟอก เริ่มตั้งแต่ต้นนโยบายของผู้บริหาร การประมาณความต้องการใช้ การจัดซื้อจัดหา การเก็บสำรอง การใช้ การซักฟอก การทำให้ปราศจากเชื้อในผ้าบางชนิด การซ่อมแซม และการจำหน่าย เราจะได้เรียนรู้ว่าระบบทั้งหลายเหล่านี้มีส่วนเกื้อหนุนต่อการบรรลุเป้าหมายของระบบผ้า (ผ้าพอเพียง พร้อมใช้) อย่างไร เป็นการประเมินมิติคุณภาพต่างๆ ของระบบงานที่เกี่ยวข้องกับผ้า

Service Profile กับ Tracer ซึ่งเป็นเครื่องมือคุณภาพที่ใช้ร่วมกันได้ โดยในระดับหน่วยงาน และระดับทีมนำทางคลินิก Service Profile จะเป็นเครื่องมือหลักหรือพื้นฐานในการพัฒนา เสริมด้วย Tracer ที่จะแสดงรูปธรรมของคุณภาพให้ชัดเจน

8.3 Clinical Tracer มีประโยชน์อย่างไร

โรคหรือหัตถการเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน การใช้ Clinical Tracer ช่วยให้ทีมงานสามารถหยิบจับสิ่งที่เป็นรูปธรรมชัดเจนมาพิจารณาคุณภาพที่เกี่ยวข้องได้ดีกว่าการพิจารณากระบวนการดูแลผู้ป่วยซึ่งมักจะมีลักษณะกว้างๆ ที่ใช้กับผู้ป่วยหลายประเภท

ด้วยความชัดเจนกับสิ่งที่สัมผัสในชีวิตการทำงานประจำวัน Clinical Tracer จึงเป็นการง่ายที่ผู้ประกอบวิชาชีพจะเข้ามาร่วมพิจารณาทบทวน และเมื่อทบทวนแล้วเห็นโอกาสพัฒนา ก็จะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพด้านคลินิกได้โดยง่าย

สภาวะทางคลินิกเรื่องใดเรื่องหนึ่งก็สามารถตามรอยคุณภาพได้ในทุกองค์ประกอบเกี่ยวกับคุณภาพ ทั้งกระบวนการดูแลผู้ป่วย กระบวนการพัฒนาคุณภาพ และองค์ประกอบอื่นๆ โดยที่น้ำหนักการมุ่งเน้นอาจจะแตกต่างกันไปสำหรับแต่ละสภาวะทางคลินิก ซึ่งจำเป็นต้องใช้หลายสภาวะเข้ามาเสริมกัน

8.4 Clinical Tracer กับ มุมมองเชิงระบบ

1. Clinical Tracer คือเครื่องมือในการขับเคลื่อนการหมุนวงล้อ PDSA ด้วยการวัดผลลัพธ์หรือการบรรลุเป้าหมาย เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

2. Clinical Tracer เน้นความเข้าใจบริบทหรือตัวตนของเราเกี่ยวกับสภาวะทางคลินิกที่นำมาศึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในประเด็นที่มีผลต่อการออกแบบวิธีการทำงานให้ได้คุณภาพ

3. Clinical Tracer เน้นการใช้ Core Values & Concepts ที่สำคัญ เช่น Patient & Health Focus, Teamwork, Learning & Improvement, Management by Fact, Focus on Result, Evidence-based & Professional Standard, Creativity & Innovation การพิจารณา Clinical Tracer ช่วยให้เห็นว่าเราใช้ Core Values & Concepts ในชีวิตจริงโดยธรรมชาติอยู่แล้วอย่างไร และช่วยให้เราเห็นโอกาสที่จะใช้ Core Values & Concepts เหล่านี้ให้มากขึ้น

4. Clinical Tracer ตามรอยคุณภาพในมาตรฐานทุกองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับสถานะทางคลินิกนั้นๆ เช่น กระบวนการดูแลผู้ป่วย กระบวนการพัฒนาคุณภาพ และองค์ประกอบอื่นๆ

5. Clinical Tracer ช่วยให้เราชุดักวิถีการปฏิบัติต่างๆ ซึ่งอาจจะเป็น tacit knowledge

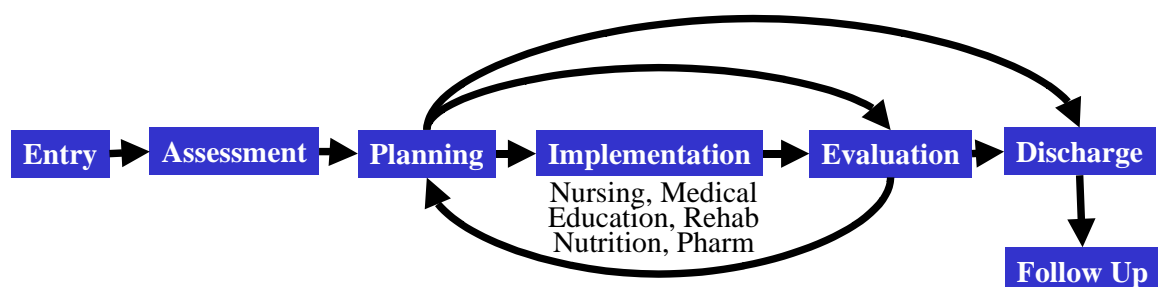
8.5 จะตามรอยอะไร ตามอย่างไร

1) การตามรอยกระบวนการคุณภาพ

แนวคิดและเครื่องมือพัฒนาคุณภาพที่หลากหลาย หากนำมาใช้ร่วมกัน จะทำให้เกิดความสมบูรณ์และความสมดุล ตัวอย่างความสมดุล เช่น ระหว่าง evidence-based ที่เป็นรูปธรรมแต่อาจจะค่อนข้างแข็ง กับ holistic ที่ค่อนข้างเป็นนามธรรม ระหว่างการนำปัญหาภายในมาพิจารณากับการเรียนรู้สิ่งดีๆ จากภายนอก ระหว่างการจัดการกับสิ่งที่ไม่พึงประสงค์กับการมุ่งสร้างคุณค่า (ดูภาพ 3.2)

ทีมงานสามารถทบทวนได้ว่าแนวคิดและเครื่องมืออะไรที่นำมาใช้แล้ว ใช้แล้วได้ผลเป็นอย่างไร เกิดบทเรียนอะไรบ้าง แนวคิดและเครื่องมืออะไรที่ยังไม่ได้นำมาใช้ จะวางแผนนำมาใช้

2) การตามรอยกระบวนการดูแลผู้ป่วย



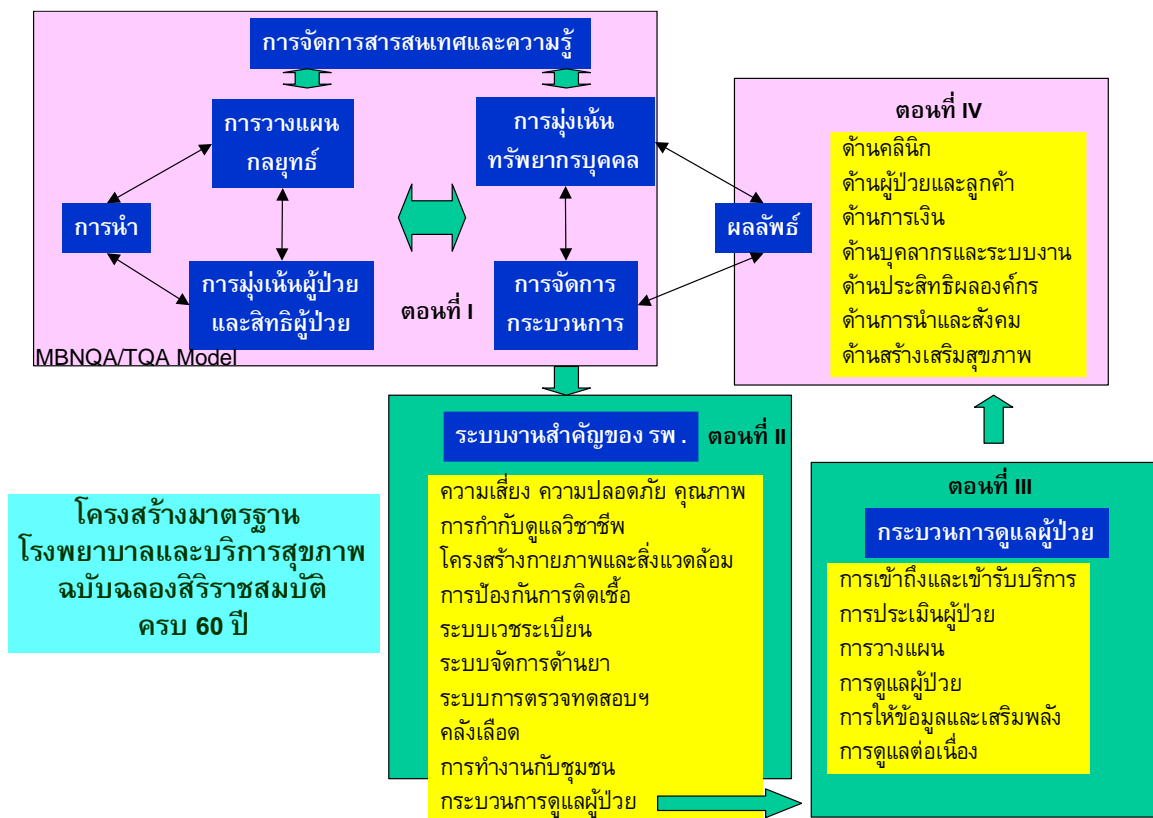
ภาพที่ 8.2 กระบวนการดูแลผู้ป่วย

พิจารณาว่าขั้นตอนใดที่มีความสำคัญสูงเป็นพิเศษในการดูแลภาวะ/โรคนั้น ขณะนี้มีวิธีการในการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างดีที่สุดอย่างไร มีระบบการควบคุมอย่างไรเพื่อให้เป็นไปตามที่ออกแบบไว้ มีโอกาสพัฒนาอะไรบ้าง

ในระหว่างการทบทวน ให้นำเสนอข้อมูลให้เพื่อนสมาชิกรับทราบและให้เพื่อนสมาชิกตั้งประเด็นคำถามรายละเอียดเชิงปฏิบัติในบางเรื่องที่มีความสำคัญหรือน่าสนใจ ตลอดจนชี้ประเด็นให้เห็นความเสี่ยงที่ยังมีอยู่

ขั้นตอนต่างๆ ล้วนมีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยทั้งสิ้น ในผู้ป่วยแต่ละกลุ่มจะมีขั้นตอนบางขั้นตอนที่สมควรได้รับการใส่ใจมากเป็นพิเศษ เช่น ในผู้ป่วยอุบัติเหตุ ขั้นตอนที่สำคัญมากคือการประเมินและการดูแลเบื้องต้น ในขณะที่ผู้ป่วยเบาหวานคือการสื่อสาร แลกเปลี่ยนข้อมูล และเสริมพลัง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ เป็นต้น

3) การทบทวนระบบและองค์ประกอบอื่น ๆ



ภาพที่ 8.3 โครงสร้างมาตรฐานเพื่อใช้ตามรอยระบบที่เกี่ยวข้อง

สามารถใช้โครงสร้างมาตรฐานข้างต้นเพื่อพิจารณาว่ายังมีระบบหรือองค์ประกอบสำคัญอื่น ๆ อะไรบ้างที่จะช่วยสนับสนุนกระบวนการดูแลผู้ป่วยให้ได้ผลดี เช่น การพัฒนาบุคลากร ระบบสารสนเทศ การกำกับดูแลวิชาชีพ

8.6 ข้อคิดในการตามรอย

1) Clinical Tracer ควรเป็นหน้าที่ของใคร

เป็นหน้าที่ของผู้ที่เกี่ยวข้องโดยตรงในการดูแลสถานะทางคลินิกนั้น จะเป็นระดับใดก็ได้ ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ซึ่งมีการจัดตั้งหน่วยเฉพาะทางเพื่อดูแลผู้ป่วยเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เช่น หน่วย Hemodialysis หน่วยนั้นก็สามารถใช้ hemodialysis เป็น clinical tracer ได้ หรือ เป็นหน้าที่ของ Patient Care Team ซึ่งมีอยู่เพียงทีมเดียวในโรงพยาบาลชุมชน หรือในโรงพยาบาลขนาดกลางซึ่งมี Clinical Lead Team ที่ดูแลคุณภาพของบริการในสาขาหลักๆ อาจจะมอบหมายให้ทีมย่อยๆ รับผิดชอบ Clinical Tracer แต่ละตัว

2) การเลือกประเด็นและจำนวน

อาจจะเริ่มต้นด้วยทีมที่ทำงานร่วมกัน หรือเลือกด้วยสถานะทางคลินิกก่อนก็ได้ สถานะทางคลินิกที่เลือกขึ้นมา ควรเป็นเรื่องที่ทีมมีความเข้าใจดี และมีความสำคัญพอสมควร อาจจะเป็นสิ่งที่ทีมทำได้ดี หรือเป็นสิ่งที่มีความเสี่ยงสูง หรือเป็นสิ่งที่มีโอกาสพัฒนาอีกมาก เช่น ผลลัพธ์ไม่ดี ต้องมีการประสานกัน หรือมีความยืดหยุ่นในการดูแลผู้ป่วย

เมื่อทำเสร็จแล้ว ให้ถามว่ามีเรื่องอะไรที่สำคัญกว่าเรื่องที่ทำไปแล้วอีกบ้าง เพื่อคัดเลือกเรื่องเหล่านั้นมาทำต่อ ถ้าไม่มีก็เลือกเรื่องที่มีความสำคัญรองลงมา

จำนวนเรื่องเป็นเรื่องที่ต้องพิจารณาความสมดุลของประโยชน์ (ครอบคลุมผู้ป่วยและมุมมองคุณภาพ) กับภาระงาน

3) การใช้ Clinical Tracer ตามรอยคุณภาพอย่างง่าย ๆ

ให้พิจารณาตามลำดับขั้นต่อไปนี้เชื่อมโยงกัน

1. โรค/หัตถการ/กลุ่มเป้าหมาย/สิ่งของ/ข้อมูล อะไร
2. เรื่องนี้กับ รพ.ของเรา มีอะไรน่าสนใจ
3. ประเด็นสำคัญของเรื่องนี้ 2-5 ประเด็น
4. เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้/งานนี้ (ตามประเด็นสำคัญ)
5. ตัวชี้วัดสำคัญ (ตามเป้าหมาย)
6. กระบวนการพัฒนาคุณภาพ ใช้แนวคิดและเครื่องมืออะไรไปบ้าง อะไรยังไม่ได้ใช้ ควรจะนำมาใช้หรือไม่ อย่างไร
7. กระบวนการดูแลผู้ป่วยเพื่อบรรลุเป้าหมาย ขั้นตอนใดสำคัญมาก ทำได้ดีหรือไม่ ดีอย่างไร จะทำให้ดีขึ้นได้อย่างไร
8. ระบบหรือองค์ประกอบอื่นๆ ที่สำคัญเพื่อบรรลุเป้าหมาย มีอะไร ควรปรับปรุงอย่างไร

8.7 จากความคิดสู่ตัวอักษร

กระบวนการตามรอย (tracing) เป็นปฏิบัติการภาคสนามที่นำไปสู่ความเข้าใจ และเห็นโอกาสที่จะทำให้อะไรดีขึ้น ภาคสนามในที่นี้เป็นทั้งสนามจริงในการปฏิบัติงาน และสนามความคิด

การบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร เป็นเพียงส่วนเล็กๆ ของกระบวนการตามรอยเพื่อใช้ในการตรวจสอบว่าเราได้พิจารณาประเด็นต่างๆ ครบถ้วนแล้วหรือไม่ เพื่อใช้สื่อสารภายในทีมงานทั้งปัจจุบันและที่จะมีมาในอนาคตว่านี่คือความรู้ที่เราสะสมไว้และใช้ยึดถือปฏิบัติกันอยู่ และเพื่อใช้สื่อสารกับบุคคลภายนอกอื่นๆ ให้เกิดความมั่นใจในคุณภาพที่เราทำ

ความเข้าใจเป้าหมายของการบันทึก จะทำให้เราสร้างบันทึกที่เป็นประโยชน์ ได้ใช้ประโยชน์ และคุ้มค่ากับพลังที่ใช้ในการจัดทำ

บันทึกการตามรอยที่ดีคือบันทึกที่อ่าน และผู้อ่านได้เรียนรู้ เป็นการเผยถึงประเด็นสำคัญที่อาจไม่ได้รับความสนใจมาก่อน เป็นการเผยถึงกลยุทธ์ในการปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดคุณภาพ

การนำเสนอหรือเชื้อเชิญให้ผู้อื่นได้อ่านบันทึกการตามรอยของเรา จึงเป็นวิธีการที่ดีในการตรวจสอบคุณภาพของบันทึกที่เราจัดทำขึ้น

หัวข้อหลักในการทบทวนได้แก่ 1) บริบท 2) ประเด็นสำคัญ 3) เป้าหมายและเครื่องชี้วัดสำคัญ 4) กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ 5) แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

การเขียนควรใช้คำพูดธรรมดาให้คนทั่วไประดับที่มีการศึกษาเข้าใจ ในกรณีที่เรื่องนี้ทำได้ดีแล้ว ควรบรรยายให้ผู้อ่านเกิดความมั่นใจในคุณภาพของโรงพยาบาล โดยทั้งหมดควรมีความยาวประมาณ 2-3 หน้า

หัวข้อที่กำหนดให้เขียนมีดังนี้

1. บริบท (Context)

บริบทของ clinical tracer ควรแสดงถึงลักษณะเฉพาะของตัวตามรอยในสถานการณ์ที่เราต้องเผชิญอยู่อย่างชัดเจน สามารถนำเสนอได้อย่างน้อย 3 มุมมอง ได้แก่

ก) ลักษณะสำคัญหรือลักษณะที่น่าสนใจของสภาวะทางคลินิกนี้โดยสรุป ลักษณะเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาล สาเหตุที่สภาวะนี้มีความสำคัญในพื้นที่

ข) ลักษณะของกลุ่มผู้รับบริการ (เช่น ระดับความรู้ เศรษฐกิจสังคม ความรุนแรง) ความต้องการของผู้รับบริการ ปริมาณผู้รับบริการ

ค) ความสามารถและข้อจำกัดในการจัดบริการของโรงพยาบาล เช่น ระดับการจัดบริการที่โรงพยาบาลสามารถจัดได้ ความสัมพันธ์กับสถานบริการสาธารณสุขอื่น จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่มีเครื่องมือพิเศษหรือเทคโนโลยีที่มีใช้

บริบทอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงได้เมื่อเวลาเปลี่ยนไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่เป็นศักยภาพขององค์กร ซึ่งอาจจะมีการบุคลากร ความเชี่ยวชาญ หรือเทคโนโลยีที่เพิ่มขึ้นหรือลดลง หรือลักษณะของผู้ป่วยที่อาจจะมีมากขึ้น

ความยาวในส่วนนี้ไม่ควรเกินครึ่งหน้า

2. ประเด็นสำคัญ/ความเสี่ยงสำคัญ (Critical issues/risks)

ระบุว่าสภาวะนี้มีประเด็นที่ผู้รับบริการและผู้ประกอบวิชาชีพให้ความสำคัญอะไรบ้าง รวมทั้งมีความเสี่ยงสำคัญอะไร ซึ่งประเด็นเหล่านี้ควรไปปรากฏอยู่ในเป้าหมาย เครื่องชี้วัดสำคัญ กระบวนการ เพื่อให้ได้คุณภาพ และการพัฒนาต่อเนื่องด้วย

ควรเป็นประเด็นที่สำคัญจริงๆ และมีจำนวนไม่มากเกินไป ควรนำเสนอในลักษณะของ bullet มากกว่าการพรรณนา (เพราะได้พรรณนาไว้แล้วในส่วนของบริษัท) ควรมีประเด็นสำคัญในมุมมองเชิงระบบร่วมอยู่ด้วย (มักจะเป็นประเด็นที่ไม่ชัดเจนในสายตาของคนทั่วไปหรือไม่ค่อยได้นึกถึง แต่เมื่อก้าวออกมาแล้วทุกคนจะเห็นด้วย) ไม่ควรเป็นประเด็นเล็กๆ น้อยๆ หรือประเด็นที่ปลีกย่อยเกินไป

3. เป้าหมาย เครื่องชี้วัดสำคัญ (Purposes & Key indicators)

ในส่วนของเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ ควรเป็นเป้าหมายที่เน้นคุณค่าที่ผู้รับผลงานจะได้รับตามประเด็นสำคัญที่ได้ระบุไว้ จะต้องใช้ความพยายามในการเชื่อมต่อเป้าหมายกับประเด็นสำคัญอย่างสมเหตุสมผล มิใช่ละเลยจนเกิดความแยกส่วนไปคนละทิศคนละทาง หรือมิใช่เชื่อมต่อโดยมิได้พิจารณาความหมาย

เครื่องชี้วัดที่มิใช่ในการ monitor ความก้าวหน้าของการพัฒนาและความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ควรจะสอดคล้องกับเป้าหมาย ครอบคลุมประเด็นสำคัญหรือความเสี่ยงสำคัญ ควรเป็นตัวชี้วัดที่มีความไวต่อการปรับเปลี่ยนวิธีการทำงาน และควรมีตัวชี้วัดในระดับผลลัพธ์อยู่ด้วย

ที่ต้องให้ความสำคัญมากที่สุดคือการนำเสนอผลของตัวชี้วัดออกมาในรูปแบบของกราฟที่เหมาะสม (run chart หรือ control chart) แสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงหรือแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งคำอธิบายว่าการเปลี่ยนแปลงในแต่ละช่วงนั้นเกิดจากปัจจัยหรือการปรับปรุงอะไร

4. กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ (Key processes for quality)

เนื้อหาส่วนนี้ควรเป็นส่วนที่ยาวที่สุด อธิบายรายละเอียดให้เกิดความมั่นใจที่สุด ใช้ศัพท์เทคนิคเท่าที่จำเป็น และควรบรรจุความรู้ที่เป็นความรู้จากประสบการณ์ที่อยู่ในตัวคน (tacit knowledge) ให้มากที่สุด

4.1 การตามรอยกระบวนการคุณภาพ ระบุว่ามีการใช้แนวคิดและเครื่องมือสำหรับการพัฒนาคุณภาพอะไรบ้าง ได้รับบทเรียนอะไรจากการพัฒนา

ควรสรุปอย่างกระชับ ไม่จำเป็นต้องบอกเล่าเนื้อหาหรือผลลัพธ์ของการพัฒนาเพราะจะไปปรากฏอยู่ในส่วนต่อไป แต่ควรแสดงให้เห็นความต่อเนื่องของการพัฒนาที่เกิดขึ้นเป็นลำดับขั้น หากระบุแหล่งอ้างอิงของความรู้ที่นำมาใช้ได้ก็ยิ่งมีความน่าเชื่อถือขึ้น เช่น องค์กรที่ไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้วย แหล่งข้อมูลวิชาการที่นำมาใช้จัดทำ CPG

4.2 การตามรอยกระบวนการทำงาน ระบุว่าทีมงานดำเนินการอย่างไรเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพ มีโอกาสเกิดความเสี่ยงน้อยที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในจุดสำคัญหรือจุดวิกฤติของกระบวนการดูแล มีการประสานกับหน่วยงานหรือทีมงานอื่นอย่างไร

ควรแสดงให้เห็นว่าวิธีการทำงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบันเป็นอย่างไร มีความรัดกุมอย่างไร สร้างคุณค่าแก่ผู้รับผลงานอย่างไร ส่วนนี้เป็นส่วนที่ควรจะเป็นเนื้อหาหลัก และควรมีการจัดระบบการ

เรียงเรียงที่ดี ซึ่งอาจจะเป็นการแบ่งตามช่วงเวลาหรือลำดับขั้นของการให้บริการ หรืออาจจะเป็นการสรุปตามประเด็นสำคัญแต่ละประเด็น

เนื้อหาที่บันทึกในส่วนนี้ ควรมียละเอียดมากพอที่จะทำให้เห็นภาพของระบบงานที่มีคุณภาพ (สะท้อนถึงความคิดที่รอบคอบของทีมงาน) ไม่จำเป็นต้องบันทึกข้อมูลเพื่อความสมบูรณ์ (เช่น กิจกรรมการปฏิบัติงานตามปกติซึ่งเป็นที่รับรู้กันโดยทั่วไป) แต่ควรขยายความในส่วนที่มีความเสี่ยงหรือมีความละเอียดอ่อนของการปฏิบัติ หรือเป็นศิลปะของการนำมาตรการที่กำหนดไว้ไปสู่การปฏิบัติ ให้มีความชัดเจน ควรนำเอาผลงาน CQI ทั้งหลายมาเรียงร้อยให้เห็นเป็นภาพเดียวกัน

4.3 การตามรอยความเชื่อมโยงระหว่างระบบ ระบุว่าระบบหรือองค์ประกอบสำคัญอื่นๆ ที่จะช่วยสนับสนุนกระบวนการดูแลผู้ป่วยให้ได้ผลดีมีอะไรบ้าง และได้มีการปรับปรุงหรือนำมาเกื้อหนุนกันอย่างไร

ควรแสดงให้เห็นทั้งอดีต (การเกื้อหนุนที่ระบบเหล่านั้นมีต่อการพัฒนาของเรา) และอนาคต (ความประสงค์หรือความใฝ่ฝันที่จะให้ระบบเหล่านั้นมาเกื้อหนุนเรามากยิ่งขึ้น) ควรแสดงให้เห็นถึงความเข้าใจความพึ่งพิงกันและกัน (interdependence) ระหว่างระบบต่างๆ ในองค์กร และควรแสดงให้เห็นอย่างเป็นรูปธรรมว่าระบบที่เกี่ยวข้องนั้นถูกสร้างขึ้นมาเพื่อประโยชน์ต่อผู้รับผลงานได้จริงๆ

5. แผนการพัฒนา (Plan for Continuous improvement)

ควรแสดงให้เห็นถึงลำดับความสำคัญของสิ่งที่ทีมงานจะดำเนินงานต่อไป เป้าหมายที่ต้องการบรรลุในแต่ละช่วงเวลาซึ่งสามารถใช้ในการประเมินความสำเร็จได้

ความสำคัญของการเรียงลำดับแนวคิดอย่างเป็นระบบ

อาจมีข้อสงสัยว่าสิ่งที่เราได้พัฒนามาแล้วมิได้เรียงลำดับตามหัวข้อที่ให้ไว้ เช่น อาจจะมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยไปแล้วโดยที่มิได้พิจารณาบริบทก่อน ในการใช้ clinical tracer เพื่อตามรอยคุณภาพ จำเป็นหรือไม่ที่จะต้องพิจารณาตามลำดับหัวข้อที่ให้ไว้

คำตอบคือควรอย่างยิ่งที่จะพิจารณาตามลำดับ บริบท -> ประเด็นสำคัญ -> เป้าหมายและเครื่องชี้วัดสำคัญ -> กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ เพราะจะทำให้เกิดความคิดที่เรียงร้อยกันอย่างเป็นระบบ ทำให้สรุปเป้าหมายที่สอดคล้องกับสถานการณ์ได้ชัดเจน ทำให้เข้าใจเหตุผลของการตัดสินใจที่ผ่านมา และทำให้เห็นโอกาสพัฒนาเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่สมบูรณ์

8.8 การใช้ Clinical Tracer ในสถานการณ์ต่าง ๆ

1. การใช้ Clinical Tracer ในเรื่องที่มีความซับซ้อนมาก

การดูแลผู้ป่วยบางกลุ่มอาจมีความซับซ้อนมาก หากที่ผู้ที่ไม่คุ้นเคยกับเรื่องนั้นจะเข้าใจได้สมควรจะนำมาใช้ clinical tracer หรือไม่ มีสิ่งที่น่าสนใจจะพิจารณา 3 ประเด็น คือ

1) ยิ่งโรคหรือการดูแลมีความซับซ้อนมากขึ้นเท่าไร ยิ่งมีความเสี่ยงมากขึ้น ยิ่งเป็นหน้าที่ของทีมผู้ดูแลจะต้องทบทวนว่าอะไรคือความเสี่ยง มาตรการที่ใช้อยู่ที่มีความรัดกุมเพียงพอหรือไม่ การ

ใช้ clinical tracer จะช่วยให้เห็นประเด็นเหล่านี้ชัดเจนยิ่งขึ้น และควรจะสื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องที่มีได้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงได้รับทราบถึงความเสี่ยงและความพยายามในการป้องกันความเสี่ยงเหล่านั้น

2) ประเด็นที่อาจจะเป็นปัญหาคือเรื่องของการสื่อสาร การใช้ศัพท์เฉพาะทางเทคนิคมากเกินไปอาจจะยากที่จะเข้าใจสำหรับผู้ที่ไม่คุ้นเคย แต่หากสื่อสารในระดับแนวคิดแล้วน่าจะเป็นที่เข้าใจได้ ซึ่งเรื่องนี้ต้องอาศัยเวลาและการเรียนรู้ที่จะปรับจากการสื่อสารด้วยศัพท์เฉพาะทางเทคนิคที่เราคุ้นเคย มาเป็นการสื่อสารในระดับแนวคิด

3) ฟังระวังที่จะไม่ตกหลุมไปสู่การเขียนเอกสารวิชาการเรื่องเทคนิคการดูแลผู้ป่วย สิ่งที่น่าสนใจในที่นี่คือเรื่องกระบวนการคุณภาพ เป็นเรื่องที่จะแสดงให้เห็นภาพรวมของการดูแลผู้ป่วยว่าสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเพียงใด ประเด็นคุณภาพและความเสี่ยงที่สำคัญคืออะไร ระบบการทำงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและหลีกเลี่ยงความเสี่ยงได้รับการออกแบบไว้อย่างไร มีการควบคุมอย่างไร มีการติดตามประเมินผลอย่างไร ผลลัพธ์เป็นอย่างไร นำผลมาใช้ปรับปรุงต่อเนื่องอย่างไร มีการใช้เครื่องมือและแนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างไร เป็นต้น

2. การใช้ Clinical Tracer กับสิ่งที่ทำได้ที่อยู่แล้ว

เรื่องที่โรงพยาบาลทำได้ดี ยิ่งเป็นเรื่องที่สมควรนำมาสรุปเพื่อให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องได้รับทราบสิ่งดีๆ ที่โรงพยาบาลมีอยู่ ทำให้เกิดความมั่นใจในคุณภาพของโรงพยาบาล เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้มีการพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น

3. การใช้ Tracer กับงานสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย

แนวคิดเรื่อง Tracer คือการหาอะไรสักอย่างหนึ่งที่เคลื่อนไปตามกระบวนการ ไปสัมพันธ์กับสิ่งต่างๆ แล้วตามรอยสิ่งนั้นไปเพื่อดูคุณภาพและประสิทธิภาพของการทำงานหรือองค์ประกอบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกัน

การเงินอาจจะตามรอยการเบิกจ่ายเงินบางประเภท ธุรการอาจจะตามรอยงานสารบรรณของเอกสารบางอย่าง จ่ายกลางอาจจะตามรอยวัสดุอุปกรณ์บางอย่าง โภชนาการอาจจะตามรอยอาหารเฉพาะโรค เภสัชกรรมอาจจะตามรอยยาบางตัว เช่น ยาเคมีบำบัด ห้องปฏิบัติการอาจจะตามรอยการตรวจการตรวจชั้นสูตรบางอย่าง

การตามรอยมิใช่การวิเคราะห์ระบบงานทั้งระบบ แต่เอามาใช้เสริมการวิเคราะห์ระบบงานเพื่อให้เห็นความเชื่อมโยง เห็นรายละเอียดของคุณภาพในจุดที่มีความสำคัญ เป็นการมุ่งเน้นสิ่งที่สัมผัสได้อันเป็นผลลัพธ์จากการปฏิบัติจริงมากกว่าการออกแบบระบบ

9. สนทนา: ตามรอยความคิดและความสัมพันธ์ของกลุ่ม

9.1 สนทนาคืออะไร

สนทนา (Dialogue) คือรูปแบบของการมีความสัมพันธ์อย่างอิสระของกลุ่ม เพื่อทำความเข้าใจและสำรวจความคิดร่วมกัน เปิดโอกาสให้สมาชิกได้ตรวจสอบ ฐานคติ อคติ และแบบแผนความคิดของตน โดยไม่มีเป้าหมายอื่นที่กำหนดไว้ล่วงหน้า (การมีเป้าหมายของงานทำให้ไม่เกิดพื้นที่อิสระ ไม่เกิดความเข้าใจใหม่ๆ เกิดขึ้น)

เป็นเทคนิคที่พัฒนาขึ้นโดย David Bohm, Donald Factor และ Peter Garrett ตั้งแต่ปี 1983 สมาชิกซึ่งมีจำนวน 10-40 คนจะนั่งล้อมวงสนทนากันเป็นเวลา 2-3 ชั่วโมงหรือ 2-3 วัน ในระหว่างการสนทนา สมาชิกจะห้อยแขวนความคิด เหตุผล แรงกระตุ้น และการตัดสินใจไว้ก่อน แต่จะสำรวจและพยายามคิดร่วมกัน เวทีนี้จะเอื้อต่อการคิดร่วมกันอย่างเสมอภาค ไม่มีการถกเถียงโต้แย้ง แต่จะตั้งใจฟังอย่างลึก ฟังอย่างมีคุณภาพ

David Bohm ใช้คำว่า "dialogue" ในความหมายที่แตกต่างจากที่ใช้โดยทั่วไป คำคำนี้มีรากศัพท์มาจากคำกรีกว่า DIALOGOS ซึ่ง LOGOS หมายความว่า "ถ้อยคำ" หรือในที่นี้คือ "ความหมายของถ้อยคำ" DIA หมายความว่า "ทะลุผ่าน" รวมความหมายเข้าด้วยกันคือกระแสรของความหมายที่ไหลเลื่อนเคลื่อนที่ ถ่ายเทไปหากันโดยปราศจากการปิดกั้นของสิ่งสมมติที่มนุษย์สร้างขึ้น ทำให้เกิดความเข้าใจใหม่ๆ ที่สร้างสรรค์ขึ้น ความหมายร่วมนี้เป็น "กาว" หรือ "ซีเมนต์" ที่เชื่อมโยงผู้คนและสังคมเข้าด้วยกัน

9.2 ทำไมต้องสนทนา

การทำงานคุณภาพควรเป็นเรื่องของการเรียนรู้ ควรทำให้เกิดความสุข ควรเต็มไปด้วยความคิดสร้างสรรค์ ควรเกิดจากความสมัครใจด้วยเห็นความจำเป็น ควรหลุดพ้นจากวิถีคิดแบบทวิภาวะ (dualism) หรือวิถีคิดแบบตายตัวที่ต้องเลือกเอาอย่างใดอย่างหนึ่ง ไม่ควรสร้างความเครียดหรือความหงุดหงิดเนื่องจากมีรูปแบบที่ตายตัว ไม่ควรเกิดจากการสั่งให้ทำโดยที่ทั้งผู้สั่งและผู้รับคำสั่งต่างก็ไม่เข้าใจว่าทำไปเพื่ออะไร ไม่ควรติดกรอบที่จะต้องเลือกไม่อย่างใดก็อย่างหนึ่ง

ผู้ประสานงานคุณภาพจำนวนมากตกอยู่ในความทุกข์ และไม่เข้าใจว่าตัวเองเกิดความทุกข์จากอะไร ไม่เข้าใจว่าตัวเองสร้างความทุกข์ให้แก่ผู้อื่นอย่างไร ไม่สามารถรับรู้และเข้าใจความคิดหรือความรู้สึกของคนอื่น

สนทนา อาจจะใช้เป็นเวทีเพื่อตามรอยกระบวนการพัฒนาคุณภาพในระดับองค์กร และกระบวนการบริหารจัดการของทีมผู้นำระดับสูง

หากผู้ประสานงานคุณภาพและทีมผู้นำระดับสูงของโรงพยาบาล สามารถเข้าใจความคิดของกันและกัน มีกลไกที่จะรับรู้ความคิดและความรู้สึกของสมาชิกในโรงพยาบาลอย่างกว้างขวาง มีการฟังอย่างลึกจนเกิดความเข้าใจ จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานและวิธีการพัฒนาคุณภาพที่สามารถฝ่าฟันวิกฤตออกไปได้

9.3 สุนทรียสนทนา ทำอย่างไร

Prof. Bal Krisna Passi นักการศึกษาชาวอินเดีย ซึ่งมาเป็นที่ปรึกษาด้านการเรียนรู้ให้กับมหาวิทยาลัยพระจอมเกล้า ธนบุรี ให้ข้อแนะนำเกี่ยวกับสุนทรียสนทนาไว้ว่า

1) หัวใจสำคัญคือการสร้างความสัมพันธ์ซึ่งเริ่มต้นด้วย physical touch สร้างความรักและความไว้วางใจต่อกัน

2) ต้องมีคนพูด เป็นการพูดที่ออกมาจากหัวใจและความรู้สึก เรื่องที่นำมาพูดต้องเป็นเรื่องจากภายในกลุ่ม มิใช่เรื่องจากข้างนอก

3) การฟังมีความสำคัญมากกว่าการพูด ต้องรับฟังอย่างลึก (deep listening) ฟังให้เข้าใจว่าคนพูดพูดอะไร รู้สึกอย่างไร ทำไมจึงรู้สึกอย่างนั้น

4) กระบวนการนี้ควรเป็นการสร้างคำตอบที่เป็นของใหม่ มิใช่ค้นหาคำตอบจากอดีต ควรส่งเสริมให้ได้คำตอบที่เป็น wisdom solution ซึ่งมาจาก subconscious รับฟังแล้วไม่ด่วนตัดสินใจ กลับเอาไปนอนคิด ตอนหลับ subconscious จะทำงาน และเกิด wisdom solution ขึ้น

5) ต้องไม่คาดหวังการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว กระบวนการนี้อาจจะต้องใช้เวลาเป็นปีหรือสองปีจึงจะเกิดการเปลี่ยนแปลงให้เห็นได้ ความถี่ของการทำไม่ควรจะบ่อยกว่าเดือนละครั้ง แต่ครั้งใช้เวลาไม่น้อยกว่าสามชั่วโมง เพราะการทำแต่ละครั้งจะต้องสร้างบรรยากาศ และจะต้องไม่เร่งรีบ

5) ในช่วงแรกๆ อาจจะต้องมี facilitator แต่เมื่อทุกคนรู้บทบาทแล้วก็ไม่จำเป็นต้องมี facilitator

6) ลำดับขั้นตอนที่จะเกิดขึ้นคือ เริ่มจากการพูดด้วยคำพูดที่ดี (sweet talk) ต่อมาเริ่มมีความแตกต่างทางความคิดในกลุ่ม (tough dialogue) ตามมาด้วยการทำความเข้าใจว่าคนพูดพูดอะไร มีความรู้สึกอย่างไร (reflective dialogue) และการสนทนาที่สร้างคำตอบใหม่ (generative dialogue)

David Bohm ให้ข้อแนะนำเกี่ยวกับแนวทางการทำสุนทรียสนทนาดังนี้⁷

1) ทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดเบื้องหลังของการทำสุนทรียสนทนาให้ทะลุ ว่าเป็นกระบวนการเชื่อมโยงความคิดที่กระจัดกระจายเพื่อให้เกิดพลัง

2) รื้อถอนสมมุติบัญญัติ ปลดปล่อยตนเองจากสิ่งต่างๆ ที่ห่อหุ้มตัวตนด้วยความสมัครใจของตนเอง

3) สังเกตอารมณ์ ความรู้สึกของตนเอง ในขณะที่ได้ยินได้ฟังสิ่งต่างๆ แล้วจัดการห้อยแขวนไว้ เพื่อให้สามารถรับรู้ความจริงตามธรรมชาติได้

4) วงสนทนา จะนั่งล้อมเป็นวงกลมให้ทุกคนสามารถมองเห็นหน้ากันได้ทั้งหมด ตั้งกติกาการพูดคุยไว้อย่างหลวมๆ เช่น หลีกเลี่ยงการเสนอแนะ การโต้แย้ง การผูกขาดเวที การทำให้ผู้อื่นเสียหน้า

⁷ โสภส ศิริไสย์. Bohmian Dialogue “สุนทรียสนทนา” เพื่อการคิดร่วมกันอย่างเป็นธรรมชาติ: แนวคิดและวิธีการจัดการ. สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเพื่อพัฒนาชนบท มหาวิทยาลัยมหิดล.

พูดให้สั้น หลังจากพูดแล้ว ควรรอให้คนอื่น ๆ ได้มีโอกาสพูดผ่านไปก่อนสองหรือสามคน ค่อยกลับมาพูดอีก

5) ไม่หวังผลว่าจะต้องมีสิ่งนั้นสิ่งนี้เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วภายหลังจากสุนทรียสนทนา ควรหลีกเลี่ยงการสรุปแบบรวบยอด เพราะอาจมีการนำข้อสรุปไปเป็นเครื่องมือบีบบังคับให้คนอื่นทำตามความต้องการของตนเองในภายหลัง การสรุปควรถือเป็นหน้าที่ของแต่ละคนที่เข้าร่วมกระบวนการสุนทรียสนทนา ซึ่งสามารถหยิบประเด็นที่เป็นประโยชน์แก่ตนเองได้ตามความสนใจของแต่ละคนซึ่งไม่เหมือนกัน

วิศิษฐ์ วัชวิญญู ได้สรุปหลักสำคัญของการสนทนาซึ่ง William Isaacs ได้ให้ไว้ ดังนี้

1) การเคารพ (respecting) คือการเปิดพื้นที่ ไม่ก้าวท้าว มองหาสิ่งสูงสุดที่สุด ดีที่สุด ในตัวบุคคลคนหนึ่ง ศรัทธาหรือเชื่อมั่นในคุณงามความดีของผู้คน ปฏิบัติต่อผู้คนอย่างกับว่าพวกเขาเป็นส่วนหนึ่งของทั้งหมด และเป็นส่วนหนึ่งของตัวตนของเรา รับฟังทั้งหมดโดยไม่เลือกว่าจะฟังเฉพาะส่วนที่ชอบ

2) การฟังอย่างลึกซึ้ง (deep listening) ฟังจนเข้าใจเนื้อหาที่สื่อออกมาอย่างชัดเจน รวมไปถึงบริบทหรือสภาพแวดล้อมของผู้พูด ข้อจำกัดหรือสถานการณ์อันบีบบังคับของผู้พูด ซึ่งสามารถฝึกฝนได้โดยใช้เทคนิคการฟังอย่างเป็นกระเจกเงา คือฟังแต่ละช่วงของการพูดแล้วพูดกลับไปว่าเราได้ยินเขาพูดอย่างไรในความเห็นของเรา โดยให้อีกฝ่ายหนึ่งสามารถแก้ไขได้ที่เราสรุปความถูกต้องหรือเปล่า

3) การห้อยแขวน (suspending) หมายถึงการห้อยแขวนสิ่งต่าง ๆ หรือระงับการกระทำที่จะทำให้อำนาจครอบงำความคิด เช่น การตรวจสอบ สมมติฐาน การตัดสิน เพื่อก้าวพ้นมุมมองอันจำกัดที่แต่ละคนถือครองอยู่ ก้าวพ้นคู่ขัดแย้งที่เป็นขั้วทั้งหลาย เปิดมุมมองใหม่ที่อาจรวบความเข้มแข็งในคู่ขัดแย้งเข้ามาไว้ในมุมมองเดียวกัน

4) เปิดเผยเสียงจากภายใน (voicing) เป็นการพูดเมื่อได้ยินเสียงเพรียกจากภายในให้พูด เมื่อพูดออกไป มันจะพร่งพรูออกมา ทำให้เราได้สัมผัสถึงพลังถ้อยคำของเราเอง แต่ถ้าไม่พูด เสียงภายในก็ค่อย ๆ แผ่วลงไป

9.4 ข้อคิดเกี่ยวกับสุนทรียสนทนาของ David Bohm⁸

- ความคิดถือเป็นสมบัติกลาง ไม่มีใครเป็นเจ้าของความคิด ทุกคนสามารถคิดในเรื่องเดียวกันได้
- ในขณะที่คิดร่วมกันอยู่นั้น ความคิด คำพูดของคนหนึ่งอาจไปช่วยกระตุ้นให้อีกคนหนึ่งนึกอะไรขึ้นมาได้ และสิ่งนั้นอาจเป็นสิ่งที่มีความหมาย สามารถนำไปแปลงลงสู่การปฏิบัติได้ในอนาคต

⁸ URL: <http://thinkg.net>

- เมื่อคนหนึ่งพูด อีกคนหนึ่งตอบสนอง คนแรกจะสังเกตเห็นความแตกต่างระหว่างคำสนทนาทั้งสอง ทำให้มองเห็นสิ่งใหม่ๆ เกิดขึ้น เมื่อทำกลับไปกลับมาอย่างนี้ จะเกิดเนื้อหาใหม่ๆ ซึ่งเป็นเนื้อหาร่วมของคู่สนทนา
- ทั้งสองฝ่ายไม่ได้พยายามที่จะทำให้ความเห็นบางอย่างที่ตนรู้อยู่แล้วเป็นความเห็นร่วมของทั้งสองฝ่าย (make common in certain idea) แต่เป็นการสร้างสิ่งใหม่ๆ ร่วมกัน (make something in common)
- ลักษณะดังกล่าวจะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อคู่สนทนาสามารถรับฟังกันและกันอย่างอิสระ ไม่มีอคติ ไม่มีความพยายามที่จะแทรกแซงคู่สนทนา ทั้งคู่ต่างสนใจในความจริงและความเป็นเหตุเป็นผล พร้อมทั้งจะละทิ้งความคิดและความตั้งใจเดิมของตน พร้อมทั้งจะเปลี่ยนแปลงเมื่อจำเป็น
- ในการที่จะทำงานร่วมกันนั้น ต้องมีความสามารถในการสร้างบางสิ่งร่วมกันจากการพูดคุยและลงมือทำ มีใช้การรับคำสั่งจากกัน
- ถ้าเราต้องการอยู่อย่างประสานกลมกลืนกับตัวเองและธรรมชาติ เราต้องมีความสามารถที่จะสื่อสารอย่างอิสระและสร้างสรรค์ โดยที่ไม่มียึดมั่นหรือปกป้องความคิดของตัวเอง
- หลังจากการคิดร่วมกันในวงสนทริยสนทนา จะงอกเงยได้อย่างไม่สิ้นสุด ขอเพียงปลดปล่อยให้มันหลุดพ้นจากสิ่งที่ห่อหุ้ม ทั้บถมมันอยู่อย่างแน่นหนาเท่านั้น
- ความคิดที่ดี เกิดจากการฟังที่มีคุณภาพ การตั้งใจฟังกัน คือการเท่าใจมารวมกัน มีสมาธิอยู่กับตัวเองและสิ่งที่ได้ยิน ไม่สรวลเสเฮฮา ไม่วอกแวกแยกวงคุย แต่จะให้ความสนใจกับเสียงของคนอื่น แม้กระทั่งเสียงของความเงียบ
- บางครั้งเราจะปิดกั้นตัวเองจากคำถามบางอย่างซึ่งไม่อยากจะตอบด้วยไม่อยากจะเผชิญหน้ากับความขัดแย้งในตัวเอง จำเป็นอย่างยิ่งที่เราจะต้องตื่นตัวต่อการปิดกั้นในตัวเอง ด้วยการสังเกตว่าคำถามลักษณะใดที่ทำให้เราเกิดความกลัว คำพูดใดที่เราพอใจจะรับฟัง เพื่อที่จะพัฒนาให้เราสามารถในการฟังอย่างอิสระ อิสระจากการปิดกั้นของตัวเอง
- ในการทำสนทริยสนทนา ไม่มีใครพยายามที่จะเอาชนะ ทุกคนจะชนะถ้ามีใครคนหนึ่งชนะ จิตวิญญาณของการทำสนทริยสนทนาไม่ต้องการทำแต้มให้กับตัวเอง ไม่ต้องการให้มุมมองของตัวเองไปครอบงำคนอื่น เมื่อไรที่พบความผิดพลาดในส่วนของใครก็ตาม ทุกคนจะได้กำไร เป็นสถานการณ์ ที่ทุกคนชนะร่วมกัน ไม่มีใครแพ้
- สนทริยสนทนามุ่งไปที่กระบวนการคิดที่เป็นองค์รวม (the whole thought process) และเปลี่ยนแปลงวิถีของกระบวนการคิดร่วมกัน
- การให้ความหมายร่วมกันเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก ความคิดของกลุ่มมีพลังมากกว่าความคิดของแต่ละคน ส่วนใหญ่ความคิดของแต่ละคนเป็นผลจากความคิดของกลุ่มและการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น

- พลังของกลุ่มเป็นสิ่งที่สะสมให้เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว เปรียบได้เหมือนกับแสงเลเซอร์ที่สามารถทำลายสิ่งหลายอย่างที่แสงธรรมดาทำไม่ได้ เนื่องมาจากลำแสงเข้มข้นที่มีทิศทางเดียวกัน
- ในกลุ่มสุนทรียสนทนา เราจะไม่ตัดสินใจว่าจะทำอะไร การทำเช่นนั้นจะทำให้เราไม่เป็นอิสระ เราจะต้องมีที่ว่างซึ่งไม่ผูกพันกับสิ่งใดๆ ไม่ต้องมีข้อสรุป เป็นที่ว่างเปล่าๆ ที่ใครก็ได้สามารถจะเข้ามาร่วม เมื่อจบแล้วก็กลับว่างเปล่าดังเดิม ไม่มีการสะสมอะไร ดังที่กฤษฎมูร์ติกกล่าวว่า "the cup has to be empty to hold something"
- ในสุนทรียสนทนา เราจะไม่มีวาระการประชุม เราจะไม่พยายามทำให้บรรลุเป้าหมายที่เป็นประโยชน์ เพราะการทำเช่นนั้นจะทำให้เราต้องมีสมมติฐานว่าอะไรเป็นประโยชน์ จะสมมติฐานนั้นจะจำกัดเรา แต่ละคนจะคิดถึงความเป็นประโยชน์ที่แตกต่างกัน และนั่นจะนำไปสู่ปัญหา
- ในกระบวนการสุนทรียสนทนา เมื่อถึงจุดหนึ่งอาจจะเกิดการเปลี่ยนแปลง แต่ละฝ่ายจะเริ่มเห็นว่าถ้ายังคงยึดติดกับความเห็นของตนเอง ก็จะไม่เกิดอะไรขึ้น นามาสู่การตั้งคำถามว่า "มันเป็น absolute necessity จริงหรือ" อาจจะทำให้เราเริ่มคลายความเชื่อของเราลง และกล่าวว่า "มันอาจจะไม่ใช่ absolute necessity ก็ได้" ซึ่งจะทำให้การคิดทั้งหมดกลายเป็นเรื่องง่าย แลปล่อยให้ความขัดแย้งสลายไป และสำรวจความเห็นอื่นๆ อย่างสร้างสรรค์ต่อไปว่าอะไรคือสิ่งที่เป็นความจำเป็น

9.5 การประยุกต์ใช้

ผู้ที่มีทักษะและประสบการณ์ในการเป็น facilitator สามารถนำแนวคิดและเทคนิคเหล่านี้ไปใช้กับกลุ่มที่ตนทำงานร่วมด้วยได้ โดยยึดหลักของการมีความรักและเคารพต่อกัน สร้างอิสรภาพเพื่อปลดปล่อยความคิดออกจากสิ่งยึดเหนี่ยวทั้งปวง รับฟังอย่างลึกเพื่อรับรู้ปัญหาความยากลำบากของสมาชิก และร่วมกันสร้างความคิดใหม่ที่เป็นของกลุ่ม

ด้วยวิธีการอย่างนี้จะทำให้กระบวนการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล เป็นกระบวนการที่สร้างความสุข

10. Appreciative Inquiry: ตามรอยความดีงามรอบ ๆ ตัว⁹

10.1 Appreciative Inquiry (AI) คืออะไร

Appreciative หมายถึง การให้คุณค่าต่อสิ่งดี ๆ ในผู้คนหรือในโลกรอบตัว

Inquiry หมายถึงการสำรวจ ค้นหา ถามหาศักยภาพและโอกาสใหม่ๆ

AI เป็นการค้นหาสิ่งที่ดีที่สุดในตัวคน ในองค์กร และในโลกรอบตัว ซึ่งให้ความมีชีวิตต่อองค์กร ส่งผลให้ทำงานได้ผลดีและสร้างสรรค์มากที่สุด ในทุกแง่มุม

AI เป็นศิลปะในการใช้คำถามต่อผู้คนจำนวนมาก เพื่อให้เกิดความเข้าใจในศักยภาพของระบบ และโอกาสพัฒนา

AI เป็นเรื่องของจินตนาการและนวัตกรรม

AI เป็นการค้นหาเพื่อสร้างความเป็นหนึ่งเดียวกันในความรู้สึกทั้งในอดีตและปัจจุบันของทุกคน

AI ค้นหาสิ่งที่ผู้คนแสดงออกในเรื่องต่อไปนี้: ความสำเร็จ, สิทธิประโยชน์, ศักยภาพที่ซ่อนเร้น, นวัตกรรม, จุดแข็ง, ความภาคภูมิใจ, โอกาส, ตัวเทียบเคียง, ความสำเร็จสูงสุดขององค์กร, ค่านิยมที่มีชีวิต, ประเพณี, ความสามารถเชิงกลยุทธ์, เรื่องราว, การแสดงออกถึงภูมิปัญญา, จิตวิญญาณขององค์กร, วิสัยทัศน์สำหรับอนาคตที่มีคุณค่า

AI เริ่มต้นจากสิ่งที่เรียกว่าเป็นแก่นของความดีงาม (positive core) ซึ่งทุกองค์กรมีอยู่แล้ว และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่เหนือความคาดหมาย

10.2 ทำไมต้อง Appreciative Inquiry

การมุ่งเน้นแก้ปัญหา มักจะได้ผลเพียงเล็กน้อย และก่อให้เกิดความรู้สึกเชิงลบว่าปัญหาเป็นสิ่งที่แก้ไขได้ยาก ไม่ได้รับความร่วมมือ สาเหตุของปัญหาก็ซับซ้อนและอยู่นอกเหนืออำนาจที่จะจัดการได้ เมื่องานไม่ประสบความสำเร็จ ยิ่งเกิดความเครียดต่อผู้รับผิดชอบ และยิ่งกดดันคนรอบตัว สร้างบรรยากาศที่เป็นลบให้มากขึ้น มีการกล่าวโทษกันและกัน

ความรู้สึกเชิงลบร่วมกับปริมาณปัญหาที่เราต้องเผชิญ ทำให้เรารู้สึกว่ายากที่จะทำอะไรได้ และมีแต่ความสิ้นหวัง

AI มิได้เริ่มต้นจากปัญหา แต่มีได้ละเลยต่อปัญหา เพียงแต่เริ่มต้นจากอีกด้านหนึ่ง ด้านที่เป็นความดีงามในสิ่งต่างๆ ซึ่งจะก่อให้เกิดพลังในการเปลี่ยนแปลงได้ดีกว่า

⁹ Appreciative Inquiry Common. Introduction to AI. URL: <http://appreciativeinquiry.case.edu/intro/default.cfm>

10.3 ขั้นตอนในการทำ Appreciative Inquiry

ขั้นตอนในการทำ AI มุ่งไปสู่การเปลี่ยนแปลงบนพื้นฐานของแก่นของความดีงามที่มีอยู่แล้วในองค์กร ซึ่งอาจจะมองว่ามีขั้นตอน 7 ขั้นตอน หรือมองว่าประกอบด้วย 4 D's ก็ได้

ตารางที่ 10.1 ขั้นตอนในการทำ Appreciative Inquiry

4 D's	7 Steps
1. Discovery: ค้นหาแก่นของความดีงาม (the positive core) ภายในองค์กร	1. เลือกหัวข้อที่เป็นประเด็นเชิงบวก (positive topic) เพื่อเป็นจุดเน้นในการสำรวจ
	2. สร้างคำถามเพื่อสำรวจประเด็นที่เลือกไว้
	3. ใช้คำถามเข้าไปสัมภาษณ์หรือแบ่งปันเรื่องราวเกี่ยวกับประเด็นที่เลือกไว้
	4. สรุปกระแสหลัก (theme) ที่ปรากฏในเรื่องราวต่างๆ
2. Dream: สร้างจินตนาการว่าถ้าองค์กรอยู่ในภาวะที่ดีที่สุด อะไรจะเกิดขึ้น	5. จากกระแสหลักเหล่านี้ สร้างภาพอนาคตร่วมกัน อาจจะใช้ข้อความกระตุ้น
3. Design: สร้างข้อความกระตุ้น (provocative propositions)	
4. Destiny: พัฒนาทักษะที่จำเป็น จัดโครงสร้างองค์กร เพื่อเคลื่อนไปสู่เป้าหมาย	6. ค้นหาวิธีการใหม่ๆ ในการสร้างอนาคตดังกล่าว
	7. ใช้ข้อความกระตุ้นและกลวิธีต่างๆ เพื่อชี้นำพฤติกรรมของบุคคล กลุ่ม และองค์กร

10.4 หลักการพื้นฐานของ Appreciative Inquiry

1) หลักการสร้าง (The Constructionist Principle)

ผู้นำที่ประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงต้องมีศิลปะในการทำความรู้จักองค์กร AI เป็นวิธีการสร้างความรู้เกี่ยวกับความจริง ความดีงาม และความเป็นไปได้ ด้วยมิติที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้น ให้ความสำคัญกับความรู้สึกรวมมากกว่าโครงสร้างของสิ่งที่ไม่มีชีวิตต่างๆ

2) หลักการเกิดขึ้นควบคู่กัน (The Principle of Simultaneity)

การค้นหาและการเปลี่ยนแปลงเป็นความเคลื่อนไหวที่เกิดขึ้นควบคู่ไปด้วยกัน คำถามที่เราใช้คือเมล็ดพันธุ์ของการเปลี่ยนแปลง ซึ่งจะเติบโตกลายเป็นคำพูดและเรื่องราวสำหรับการสร้างอนาคต

ความเข้าใจผิดสำคัญประการหนึ่งคือ คิดว่าการวิเคราะห์และการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงเป็นคนละขั้นตอนกัน ที่จริงแล้วทุกคำถามจะสร้างการเปลี่ยนแปลงขึ้นในเชิงสัมพันธ์ภาพของมวลสมาชิก ทำให้เกิดบทสนทนาเกี่ยวกับสิ่งที่ดี สิ่งที่ดีกว่า และสิ่งที่เป็นไปได้ โดยไม่สำคัญว่าคำถามจะนำมาสู่คำตอบอะไรหรือได้รับการตอบสนองอย่างไร

3) หลักความงามแห่งบทกวี (The Poetic Principle)

องค์กรมีลักษณะเหมือนหนังสือที่เปิดโอกาสให้ทุกคนเป็นผู้ประพันธ์ได้ตลอดเวลา อดีต ปัจจุบัน อนาคต เป็นแหล่งเรียนรู้ที่ไม่สิ้นสุดและเป็นบ่อเกิดของความหวัง เราสามารถศึกษาเรื่องราวเกี่ยวกับประสบการณ์ของมนุษย์ได้ทุกเรื่อง ไม่ว่าจะอยู่ในระบบหรือองค์กรใดๆ การตั้งคำถามที่หลากหลาย สอดคล้องกับเป้าหมายของการค้นหาและบริบทขององค์กร จะก่อให้เกิดการเรียนรู้อย่างไม่สิ้นสุด

4) หลักการคาดการณ์ (The Anticipatory Principle)

จินตนาการร่วมของมวลสมาชิกเกี่ยวกับอนาคต คือทรัพยากรที่ไม่จำกัดในการเปลี่ยนแปลงองค์กรอย่างสร้างสรรค์ ภาพฝันสำหรับอนาคตจะเป็นตัวชี้นำพฤติกรรมในปัจจุบัน การตั้งคำถามที่นำมาสู่ภาพฝันเชิงบวกร่วมกันคือความสำเร็จของ AI ภาพฝันเชิงบวกจะนำไปสู่การกระทำเชิงบวก เป็นการนำอนาคตมาขับเคลื่อนปัจจุบันอย่างมีพลัง

5) หลักพลังเชิงบวก (The Positive Principle)

การสร้างโมเมนตัมของการเปลี่ยนแปลงจำเป็นต้องใช้ความผูกพันและพลังเชิงบวก เช่น ความหวัง ความตื่นตัว ความเอื้ออาทร ความสนิทสนม ความรู้สึกเป็นเรื่องเร่งด่วน และความสนุกในการสร้างสิ่งที่มีความหมายร่วมกัน ยิ่งใช้คำถามเชิงบวกมากเท่าไร การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นยิ่งประสบความสำเร็จและความยั่งยืนมากกว่า

10.5 ตัวอย่างคำถามที่ใช้ใน Appreciative Inquiry

คำถามต่อไปนี้เป็นแนวทางเพื่อให้เห็นวิธีการค้นหาสิ่งที่ดีงาม ในการค้นหาจริง อาจจะใช้คำถามเหล่านี้ร่วมกับคำถามเฉพาะตามประเด็นที่องค์กรต้องการพัฒนา

1) คำถามเพื่อเรียนรู้เกี่ยวกับการเริ่มต้นทำงาน

- คุณมาเริ่มทำงานที่องค์กรนี้เมื่อไร มีสิ่งดึงดูดหรือเหตุจูงใจอะไร
- สิ่งที่คุณมีความประทับใจมากที่สุดในองค์กรของคุณคืออะไร
- องค์กรนี้แตกต่างจากที่อื่นอย่างไร และทำให้คุณแตกต่างจากคนอื่นอย่างไร

2) คำถามเพื่อเรียนรู้ในช่วงเวลาที่ประสบความสำเร็จที่สุด

- เกิดเหตุการณ์อะไรขึ้น
- อะไรทำให้คุณมีความรู้สึกที่ดีต่อเหตุการณ์ครั้งนั้น
- คุณมีส่วนร่วมอย่างไรในเหตุการณ์ครั้งนั้น สิ่งที่ทำเหล่านี้ส่งผลให้เกิดความสำเร็จอย่างไร?
- คนอื่นมีบทบาทอย่างไร มีผลต่อความสำเร็จอย่างไร

- ภาวะผู้นำ ความร่วมมือ ระบบ องค์กร มีปัจจัยอะไรบ้างที่ช่วยให้เกิดความสำเร็จขึ้นมาได้ ช่วยอย่างไร

3) ภาพในอนาคตขององค์กร

สมมติว่าหลังจากที่คุณเข้าอนคินนี้แล้ว กลับสนิทไป 3 ปี เมื่อตื่นขึ้นมาและมาถึงที่ทำงาน คุณพบว่าองค์กรของคุณได้ปรับเปลี่ยนไปอย่างหน้ามือเป็นหลังมือ เป็นองค์กรที่คุณเคยฝันไว้ ทั้งด้าน ผู้คน การมีปฏิสัมพันธ์ พลังในการทำงาน

- ขอให้บรรยายในสิ่งที่คุณเห็น ภาวะผู้นำในแต่ละระดับเป็นอย่างไรบ้าง
- การเปลี่ยนแปลงในสิ่งเล็กๆ ที่เราสามารถทำได้ทันทีเพื่อให้เกิดผลกระทบที่ยิ่งใหญ่ในการเคลื่อนองค์กรไปสู่อุดมคติคืออะไร
- การเปลี่ยนแปลงสำคัญที่เราสามารถทำได้และเกิดผลกระทบที่ยิ่งใหญ่ที่จะทำให้องค์กรปรับรูปไปในอนาคตคืออะไร

4) คุณค่าที่ต้องสานต่อ

องค์กรที่มีประสิทธิผลจะมีการเปลี่ยนแปลงและสร้างนวัตกรรม ในการเคลื่อนไปสู่อนาคตในฝัน จะมีการรักษาสิ่งที่เป็น “positive core” ที่องค์กรทำได้ดีที่สุดไว้ และปล่อยสิ่งที่ไม่จำเป็นไป

- ขอให้ระบุจุดแข็ง ค่านิยม คุณภาพ วิธีการทำงาน ที่คุณอยากเก็บรักษาไว้เพื่อให้องค์กรเคลื่อนไปสู่อนาคตในฝันมาสัก 3 ประการ

11. Human Factor Engineering: ตามรอยความสัมพันธ์ระหว่างคนกับโลกรอบตัว¹⁰

11.1 Human Factor Engineering คืออะไร

Human Factor Engineering (HFE) หรือการยศาสตร์ (Ergonomics) คือการศึกษาทำความเข้าใจลักษณะของมนุษย์ และวิธีการที่มนุษย์มีปฏิสัมพันธ์กับโลกรอบตัว เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการออกแบบระบบที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ สะดวกสบาย

การออกแบบระบบที่วุ่นวาย ครอบคลุมกว้างขวางมาก ได้แก่ อุปกรณ์ เครื่องมือ ที่ทำงาน สถาบันตยกรรรม งาน กระบวนการ สิ่งแวดล้อมในการทำงาน ระบบคอมพิวเตอร์ แบบฟอร์ม ฯลฯ

ด้วยโอกาสที่สามารถประยุกต์ใช้ได้อย่างกว้างขวางเช่นนี้ จึงเป็นแนวคิดที่น่าสนใจที่จะนำมาใช้ในการตามรอยคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย นั่นคือการตามไปดูว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับโลกรอบตัวที่มีอยู่นั้นเอื้อหรือขัดขวางต่อการทำงานที่มีคุณภาพ ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ

การนำแนวคิด HFE มาใช้ จะช่วยให้เราเห็นความสำคัญของการออกแบบระบบงาน ช่วยให้เราหลุดพ้นจากความเคยชินเดิมๆ ที่พยายามค้นหาบุคคลผู้กระทำผิดพลาด มาสู่การค้นหาความล้มเหลวในระบบ ซึ่งนำไปสู่การปรับปรุงระบบงานและการแก้ปัญหาที่ยั่งยืน

นอกจากนั้น HFE ยังช่วยให้เราหลุดพ้นจากการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่ไม่ถึง root cause แต่เราก็มักจะเรียกกันบ่อยๆ ว่าเป็นการทำ root cause analysis เพราะระบบงานที่มีปัญหาคือ root cause อย่างหนึ่ง แต่เราไม่รู้วิธีที่จะศึกษาว่าระบบงานนั้นมีปัญหาอย่างไร และจะหาจุดในการปรับปรุงได้อย่างไร

เราจะเข้าใจความสำคัญของการออกแบบระบบที่เข้าใจปฏิสัมพันธ์ของมนุษย์กับโลกรอบตัวมากขึ้น ด้วยการย้อนดูความผิดพลาดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ทบทวนดูว่าการออกแบบที่เป็นอยู่มีส่วนก่อให้เกิดความผิดพลาดได้อย่างไร ตัวอย่างเช่น การออกแบบแป้นพิมพ์ที่ไม่เป็นมาตรฐานในเครื่องคอมพิวเตอร์ notebook ทำให้เกิดความผิดพลาดในการกดปุ่มที่ต้องการ, การออกแบบที่ทำให้เข้าใจทิศทางผิด (ตั้ง-ต้น, ซ้าย-ขวา, บน-ล่าง, ทวนเข็ม-ตามเข็ม), ความสับสนเมื่อมีจำนวนมากกว่าหนึ่ง (สับสนตำแหน่ง, สับสนหน้าที่), ขนาดและตำแหน่งของป้าย (เช่น ป้ายบอกทางเข้ากระทรวงสาธารณสุขทางด้านซอยอัคนีซึ่งติดตั้งไว้ห่างจากปากซอยในระยะที่เหมาะสมกับรถที่วิ่งด้วยความเร็วปกติ แต่สำหรับการจราจรบนถนนงามวงศ์วาน ระยะดังกล่าวเป็นระยะที่ไกลเกินไป ประกอบกับปากซอยที่รุ่งรังจันดูไม่ออกว่าเป็นซอย ทำให้ผู้ที่ไม่คุ้นเคยขับรถเลยผ่านไป)

¹⁰ JCAHO. Using Human Factors Engineering to Improve Patient Safety. Chicago, JCAHO, 2005.

11.2 ข้อจำกัดและความสามารถของมนุษย์

มนุษย์มีทั้งข้อจำกัดและความสามารถ ซึ่งในการออกแบบจะต้องพิจารณาปัจจัยเหล่านี้ เพื่อให้เกิดความสะดวกในส่วนที่เป็นข้อจำกัด และใช้ประโยชน์จากความสามารถที่มีอยู่ (ตารางที่ 11.1)

ตารางที่ 11.1 ข้อจำกัดและความสามารถของมนุษย์

	ข้อจำกัด	ความสามารถ
กายภาพ	<ul style="list-style-type: none"> • ความอ่อนล้าจากการทำงานต่อเนื่องกันนานๆ หรือทำงานหนัก • การอดนอนทำให้สมรรถนะในการทำงานลดลง • ท่าทางบางท่าทำให้เกิดความเมื่อยล้าหรือเจ็บปวด • ปัจจัยสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่ทำให้การทำงานด้อยลง เช่น เสียง แสง ความสั่นสะเทือน อุณหภูมิและความชื้นในอากาศ • ต้องเลือกระหว่างความรวดเร็วกับความถูกต้อง 	<ul style="list-style-type: none"> • สามารถเรียนรู้การเคลื่อนไหวที่ซับซ้อน
การรับรู้	<ul style="list-style-type: none"> • การรับรู้เมื่อมีสิ่งรบกวนจะลดลง • ความแตกต่างของสี รูปร่าง ถ้อยคำ มีส่วนต่อการรับรู้ 	<ul style="list-style-type: none"> • สามารถรับรู้สิ่งที่ระมัดหูระมัดตา • สามารถรับรู้แนวโน้มเมื่อนำเสนอข้อมูลเป็นกราฟ • สามารถแยกแยะและบ่งชี้สัญญาณภาพหรือเสียงที่แตกต่างกัน
การคิด/ตัดสินใจ	<ul style="list-style-type: none"> • การจดจำ • การแปลความหมายข้อมูล • การเชื่อมโยงข้อมูลจากแหล่งที่มาซึ่งแตกต่างกัน 	<ul style="list-style-type: none"> • สามารถเข้าใจความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนและให้การวินิจฉัย • สามารถวางแผนและดำเนินการแก้ปัญหาเป็นขั้นเป็นตอน • สามารถแก้ปัญหาเมื่อเผชิญสถานการณ์ใหม่ๆ • สามารถประสานงานและร่วมมือ

11.3 วิธีการศึกษาของ HFE

1) Field Observation

เป็นการสังเกตและจดบันทึกวิธีการทำงานที่เกิดขึ้น ทำอย่างไร ใครทำ ใช้อะไร มีปฏิสัมพันธ์กับใคร บังคับสิ่งแวดล่อมมีอะไรบ้าง ดังตัวอย่างข้างท้าย

2) Simulation or Bench Test

จำลองกระบวนการทำงานโดยใช้ฉากทัศน์ที่แตกต่างกัน เป็นการเน้นการค้นหาว่าผู้ปฏิบัติงานต้องการข้อมูลอะไรในการทำงานแต่ละขั้นตอน รู้ได้อย่างไรว่าจะต้องทำอะไรในขั้นต่อไป

3) Heuristic Evaluation

เป็นการประเมินว่า software ที่จัดทำนั้นตอบสนองความต้องการใช้และเอื้อต่อความสะดวกของผู้ใช้ได้ดีเพียงใด ปุ่มต่าง ๆ ได้จัดกลุ่มอยู่ด้วยกันอย่างเป็นเหตุเป็นผลหรือไม่ มีระบบป้อนข้อมูลย้อนกลับเพื่อบอกให้ผู้ใช้ทราบว่าทำงานถูกต้องแล้วหรือไม่ ชัดเจนหรือไม่ว่าผู้ใช้จะต้องทำอะไรต่อไป

4) Cognitive Walkthrough

ผู้ปฏิบัติจะถูกขอให้ทำงานตามขั้นตอนต่าง ๆ หรือใช้เครื่องมือที่จะศึกษา และขอให้พูดออกมาดัง ๆ ว่ากำลังทำอะไรอยู่ กำลังคิดอะไรอยู่ มีความต้องการอะไร รู้สึกติดขัดอย่างไร เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปสู่การปรับปรุงปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนกับระบบงาน

วิธีการนี้เป็นวิธีที่น่าสนใจมาก สามารถนำไปใช้ทำความเข้าใจและปรับปรุงระบบงานเพื่อป้องกันความเสี่ยงทั้งหลายได้เป็นอย่างดี

11.4 การฝึกสังเกต

เราสามารถฝึกสังเกตเพื่อค้นหาประเด็นเกี่ยวกับ HFE ได้ไม่ยาก (ตารางที่ 11.2)

ตารางที่ 11.2 ตัวอย่างการฝึกสังเกตเพื่อค้นหาประเด็นเกี่ยวกับ HFE

การทำงานทั่วไป	การจดยา
ผู้ทำงานใช้อุปกรณ์ เครื่องมือ หรือแบบฟอร์มอย่างไร	
มีการใช้วิธีลัดบ้างหรือไม่ ทำไม	
ในที่ทำงานมีอะไรเป็นอุปสรรคต่อการทำงาน	
	ต้องเลือกหาจากที่ package
ผู้ทำงานดูตรงไหนระหว่างทำงาน	มองหาตรงไหนของที่เก็บ ทำไม
มีการจัดระเบียบเครื่องมืออุปกรณ์อย่างไร ทำไม	มีการจัดระเบียบที่เก็บยาอย่างไร มีลักษณะคงเดิมหรือไม่
มีข้อมูลบางอย่างสูญหายหรือถูกซุกซ่อนอยู่หรือไม่ ผู้ทำงานแก้ไขสถานการณ์อย่างไร	มีการวางยาผิดตำแหน่งหรือไม่ เพราะเหตุใด
	มีผู้ใช้ยาจากที่เก็บนี้กี่คน บ่อยเพียงใด
	หีบห่อที่บรรจุยามีความคล้ายกันเพียงใด

เครื่องหมาย ฉลาก คำเตือน อ่านได้ง่ายหรือไม่	ตำแหน่งของข้อมูลบนหีบห่อที่บรรจุยามีความแตกต่างกันอย่างไร
	ต้องเอียงหน้าอ่านฉลากที่เขียนบนหีบห่อหรือไม่
	อักษรบนฉลากของข้อมูลที่ต้องใช้มีขนาดใหญ่หรือเล็ก เปรียบเทียบกับอักษรของข้อมูลที่เป็นน้อยกว่า
	ความแตกต่างระหว่างสีของตัวอักษรกับพื้นหลังเพียงพอหรือไม่
	ลักษณะของหีบห่อทำให้ดูยุ่งเหยิงหรือไม่
	ผู้ทำงานดูที่ส่วนใดของหีบห่อก่อน (ข้างหน้า ข้างบน ข้างหลัง) ทำไม เหมือนกันทุกห่อหรือไม่
มีแสงเพียงพอหรือไม่	สภาพแสงเป็นอย่างไร
มีเสียงรบกวนในที่ทำงานเพียงใด	
มีการขัดจังหวะในการทำงานบ่อยเพียงใด	มีการขัดจังหวะบ่อยเพียงใด
ช่วงเวลาของการขึ้นเวรนานเท่าใด	มีความเร่งรีบหรือไม่
	มีความพยายามที่จะทำงานอื่นอีกก็อย่างในเวลาเดียวกัน

การใช้ประโยชน์ของความเข้าใจเรื่อง HFE คือนำมาสู่การออกแบบ HFE จึงเป็นทั้งการตามรอยและนวัตกรรม

เราสามารถออกแบบสิ่งต่อไปนี้เป็นพื้นฐานความเข้าใจเรื่อง HFE: การเขียนฉลาก, สัญลักษณ์เตือน, โปรแกรมคอมพิวเตอร์, การนำเสนอข้อมูล, แบบฟอร์ม, การไหลเวียนของงาน, สถานที่ทำงาน, การฝึกอบรม/ให้ความรู้, ตัวช่วยในการคิดและตัดสินใจ, นโยบายและระเบียบปฏิบัติ

12. Soft Systems Methodology (SSM): ตามรอยระบบที่คลุมเครือ¹¹

12.1 ลักษณะของสถานการณ์ปัญหา

ปัญหาที่เราต้องเผชิญมีสองลักษณะ คือปัญหาที่ชัดเจน กับปัญหาที่คลุมเครือ

Soft System Methodology เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมาสำหรับปัญหาหรือระบบของสังคมที่มีความคลุมเครือ

ปัญหาที่ชัดเจน (hard problems) คือปัญหาที่สามารถกำหนดลักษณะและขอบเขตของปัญหาได้ชัดเจน มีคำตอบที่ชัดเจน สามารถกำหนดเป้าหมายของการแก้ปัญหาได้ สามารถระบุได้ถึง “สิ่งที่ต้องปฏิบัติ” (what) และ “วิธีการปฏิบัติ” (how) ตั้งแต่ระยะแรกๆ ของการแก้ปัญหา

ปัญหาที่คลุมเครือหรือปัญหาที่ไม่ชัดเจน (soft problems) เป็นปัญหาที่ยากจะกำหนดขอบเขต มักจะมีองค์ประกอบทางด้านสังคมและการเมืองรวมอยู่ค่อนข้างมาก เรามักจะระบุได้เพียงสถานการณ์ของปัญหา เรารู้ว่าสิ่งต่างๆ ไม่เป็นไปตามที่เราปรารถนา แต่ไม่สามารถบอกได้ชัดว่าเป็นเพราะเหตุใด หรือจะแก้ไขปัญหานั้นได้อย่างไร

12.2 แนวคิดเรื่อง SSM

Soft Systems methodology ถูกพัฒนาขึ้นโดย Peter Checkland ด้วยเป้าหมายที่จะจัดการกับปัญหาที่ไม่ชัดเจน จากประสบการณ์การทำงานในอุตสาหกรรมซึ่งมักจะพบแต่ปัญหาที่ชัดเจน เขาพบว่าประสบการณ์เหล่านั้นไม่เพียงพอที่จะจัดการกับปัญหาในองค์กรที่ซับซ้อน มีองค์ประกอบทางสังคมอยู่ค่อนข้างมาก มีความคลุมเครือ เขาจึงหันกลับไปทำการวิจัยมหาวิทยาลัย Lancaster และได้พัฒนา "Soft Systems Methodology" ประยุกต์ ปรับใช้ และได้เผยแพร่เบี่ยงวิธีนี้ตั้งแต่ปี 1981

วิธีการเชิงระบบสำหรับระบบที่ชัดเจนกับระบบที่คลุมเครือ มีความแตกต่างกันดังตารางที่ 12.1

ตารางที่ 12.1 ความแตกต่างในการทำงานกับระบบที่ชัดเจนกับระบบที่คลุมเครือ

การทำงานกับระบบที่ชัดเจน	การทำงานกับระบบที่คลุมเครือ
มองโลกที่เป็นระบบ (systematic world)	อาศัยจิตใจที่เป็นระบบ (systematic mind)
เน้นเป้าหมายและวิธีการ	เน้นการมีส่วนร่วม การถกเถียง
พึงพอใจกับการได้คำตอบที่ดีที่สุด	พึงพอใจกับการเรียนรู้
มุ่งเน้นที่เนื้อหา	มุ่งเน้นที่กระบวนการ
อาศัยแบบจำลองที่เห็นชัดว่าได้ผล	อาศัยการแปลความหมาย
ทำด้วยวิธีการที่ถูกต้อง	ทำในสิ่งที่ถูกต้อง

¹¹ Dale Coupric et al. Soft System Methodology. URL:

<http://sem.ualgary.ca/courses/seng/613/F97/grp4/ssmfinal.html#TOP>

SSM เป็นเครื่องมือหนึ่งที่สามารถใช้ในการตามรอยเพื่อทำความเข้าใจปัญหาและแก้ปัญหาที่มีลักษณะคลุมเครือ ซึ่งเรามักจะพบเสมอในระหว่างการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลและความพยายามที่จะสร้างการเปลี่ยนแปลงให้เกิดขึ้น

ในประเทศไทย ศ.นพ.อำนาจ ศรีรัตนบัลล์¹² นำ SSM เข้ามาใช้วิจัยเรื่อง “การใช้กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการพัฒนาบทบาทด้านการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล” ซึ่งท่านได้ทบทวนองค์ความรู้เรื่อง SSM ไว้ในรายงานดังกล่าวไว้ดังนี้

การคิดแบบองค์รวม (Holistic thinking) มีมาแต่อดีตกาลมาแล้ว ภายหลังเมื่อเกิด General Systems Theory ในปี 1954 จึงเกิดการคิดอย่างเป็นระบบ หรือการคิดเชิงระบบ (Systems thinking) เป็นการคิดแบบองค์รวมที่มีรูปแบบชัดเจนและใช้กันแพร่หลาย ต่อมาในการคิดเชิงระบบมีการใช้คำว่าระบบแบบ ‘แข็ง (Hard)’ กับระบบที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทางเทคนิค ซึ่งมีลักษณะเป็นระบบชัดเจน และคำว่าระบบแบบ ‘อ่อน (Soft)’ กับระบบที่เป็นปัญหาเกี่ยวข้องกับมนุษย์และวัฒนธรรมซึ่งมีลักษณะเป็นระบบไม่ชัดเจน อย่างไรก็ตาม คำว่า ‘Soft Systems’ ที่ใช้ในระเบียบวิธีการวิจัยปฏิบัติการ (Action research methodology) ที่เรียกว่า Soft Systems Methodology (SSM) นี้มีความหมายเฉพาะแตกต่างไปจาก ‘Soft systems’ ที่ใช้กันทั่วไป จำเป็นต้องทำความเข้าใจประเด็นนี้ด้วย⁽²³⁾

SSM มีกำเนิดมาจากประสบการณ์ที่มหาวิทยาลัยแลงแคสเตอร์ ประเทศอังกฤษ ภายหลังการก่อตั้งแผนก Systems Engineering เมื่อกลางทศวรรษ 1960 จากความร่วมมือระหว่างมหาวิทยาลัยกับองค์กรภายนอกได้แก่บริษัท ICI โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะ “หาหนทางทำความเข้าใจและแก้ไขปัญหายากในการทำงาน ทั้งในระดับบุคคลและระดับกลุ่ม เพื่อ ‘ปรับปรุง’ สถานการณ์ที่เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาในชีวิตประจำวัน” Peter Checkland มีส่วนเกี่ยวข้องมาตั้งแต่นั้น จึงขอทบทวนโดยการอ้างจากถ้อยคำโดยตรงเป็นส่วนมากดังต่อไปนี้

“ในวิศวกรรมเชิงระบบ (Systems engineering) คำว่า ‘ระบบ’ ใช้สำหรับระบุสิ่งที่มีอยู่ในโลกนอกตัวเรา โดยมีข้อยึดถือว่าโลกประกอบด้วยระบบต่างๆที่มีความสัมพันธ์กัน หากระบบใดทำงานได้ไม่ดี เราก็อาจเข้าไปหาทางจัดการ (Engineer) ให้ดีขึ้นได้... “องค์กรก็เป็นระบบที่ประกอบด้วยระบบย่อยต่างๆ ซึ่งเราสามารถเข้าไปศึกษาได้ จากความรู้ที่ได้ เราก็จะออกแบบระบบแล้วนำไปใช้ เพื่อให้การทำงานในสถานการณ์จริงดีขึ้น อย่างไรก็ตาม เหตุการณ์ที่ตามมามิได้ดำเนินไปอย่างที่คิดไว้”..... “เราพบว่า...สถานการณ์การบริหารจัดการที่เราเข้าไปทำงานด้วย มีความซับซ้อนเกินกว่าที่จะนำแนวทางวิศวกรรมเชิงระบบเข้าไปประยุกต์ได้ แม้แต่การตอบคำถามง่ายๆว่า: เรากำลังเกี่ยวข้องกับระบบอะไร? และวัตถุประสงค์คืออะไร? ก็เป็นปัญหาเสียแล้ว.....จากการได้คิดใหม่ ในที่สุดก็นำไปสู่ความแตกต่างระหว่างแนวคิดเชิงระบบแบบ ‘อ่อน’ และแบบ ‘แข็ง’...”

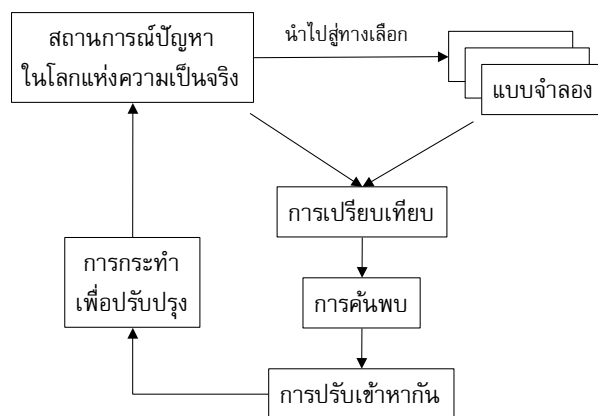
“เราได้เปลี่ยนจากการคิดเรื่อง ‘ปัญหาที่ชัดเจน’ (Obvious problem) ที่ต้องการการแก้ไข ไปเป็นการคิดเรื่องสถานการณ์ (Situation) ที่คนมองว่าเป็นปัญหาไม่ว่าด้วยเหตุผลใดก็ตาม เราได้

¹² อำนาจ ศรีรัตนบัลล์และคณะ (2548) รายงานการวิจัยเรื่อง “การใช้กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการพัฒนาบทบาทด้านการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล” โดยได้รับทุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

พัฒนาแนวคิดเรื่องการสร้างแบบจำลองกิจกรรมที่มีเจตจำนง (Models of concepts of purposeful activity)... โดยรู้ตัวอยู่ว่ากิจกรรมที่มีเจตจำนงที่ว่าเป็นเพียงความคิด มิใช่สิ่งที่มีอยู่จริงในโลก..... แล้วนำมาใช้ตั้งคำถามต่อสถานการณ์จริง จึงเกิด SSM ขึ้นเป็น ระบบการเรียนรู้... นำไปสู่ความรู้และความคิดใหม่เกี่ยวกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหา ทั้งยังทำให้เกิดความคิดเพิ่มเติมสำหรับแบบจำลอง จึงเห็นได้ว่าโดยหลักการแล้ว กระบวนการเรียนรู้ดำเนินไปได้เรื่อยๆ การจะยุติหรือการจะนำไปใช้งาน ขึ้นอยู่กับการปรับตัว (Accommodation) ของผู้ที่อยู่ในสถานการณ์ ที่จะเห็นร่วมกันว่าเรื่องบางอย่างวิเคราะห์ดูแล้วควรทำ (Desirable) และพิจารณาจากแง่มุมด้านความเป็นมา ความสัมพันธ์ วัฒนธรรม และความใฝ่ฝันของคนในองค์กรแล้วน่าจะทำได้ (Feasible)”

“ดังนั้นคำว่า ‘ระบบ’ ในกรณีนี้ไม่ได้ใช้กับโลก แต่นำมาใช้กับกระบวนการที่เราจัดการกับโลก การเปลี่ยนความเป็นระบบ (Systemicity or ‘systemness’) จากของโลกมาเป็นของกระบวนการ สืบค้นนี้แหละ คือความต่างเชิงความคิดที่สำคัญ ระหว่างรูปแบบการคิดเชิงระบบแบบ ‘แข็ง’ และแบบ ‘อ่อน’...”

สรุปกระบวนการของ SSM ได้ตามภาพที่ 12.1



ภาพที่ 12.1 กระบวนการของ Soft System Methodology

หลักการ

- โลกแห่งความเป็นจริง : มีความสัมพันธ์ที่ซับซ้อน
- ความสัมพันธ์: อาจเข้าไปสำรวจโดยอาศัยแบบจำลอง
- ใช้แบบจำลองเป็นแหล่งคำถามเพื่อการค้นหา
- ‘การกระทำเพื่อปรับปรุง’ อาศัย ‘การค้นพบ’ สถานการณ์ที่อยู่ด้วยกันได้โดยไม่ขัดแย้งเพื่อนำไปสู่ ‘การปรับเข้าหากัน’
- การค้นหา โดยหลักการ ไม่มีวันสิ้นสุด

“การวิจัยที่ให้น่าสนใจ SSM เริ่มมาจากพื้นฐานทางวิศวกรรมเชิงระบบ แสดงให้เห็นว่าเป็นประเภทการวิจัยที่มุ่งไปที่สถานการณ์ที่คนพยายามจะปรับปรุงการทำงาน ตั้งแต่เริ่มต้นผู้วิจัยจึงมิได้ทำหน้าที่เพียงสังเกตการทำงานในฐานะบุคคลภายนอก แต่เข้าไป มีส่วนร่วม ในกระบวนการเปลี่ยนแปลงการทำงานด้วย การเปลี่ยนแปลงและวิธีนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง เป็นเรื่องที่อยู่ในเป้า

หมายความสนใจของผู้วิจัย การวิจัยนี้จึงตรงกับ ‘การวิจัยปฏิบัติการ (Action research)’ ในความหมายตามแนวความคิดของ Kurt Lewin ที่ให้ไว้ตั้งแต่ยุค 1940 ว่าปรากฏการณ์ทางสังคมไม่อาจศึกษาได้ในห้องทดลอง”

แต่ “...ผลการค้นพบจะได้รับการยอมรับว่าเป็น ‘ความรู้ทางวิทยาศาสตร์’ ต้องเป็นผลที่ทำให้เกิดซ้ำได้ ซ้ำแล้วซ้ำอีกโดยผู้อื่นที่มีใช้ผู้คนพบคนแรก”

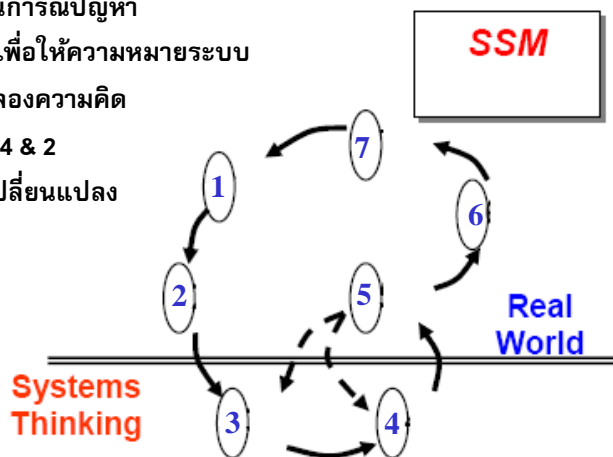
“อย่างไรก็ตาม การค้นพบที่เห็นได้ เกี่ยวกับสถานการณ์มนุษย์ เป็นเรื่องที่ไม่อยู่นิ่ง และสถานการณ์ที่เกี่ยวกับมนุษย์แม้จะเกิดซ้ำได้ก็ไม่เหมือนเดิมเสียทีเดียว จึงไม่อาจใช้เกณฑ์ที่เข้มข้นเช่นนี้ได้... เรื่องที่เกี่ยวกับมนุษย์ เป็นเรื่องทาง ‘สังคมศาสตร์’ การค้นพบมีลักษณะที่ต่างออกไป เกณฑ์ที่ใช้ในการพิจารณาจึงต้องต่างออกไปด้วย...”

“Emile Durkheim ผู้ให้กำเนิดคำว่า ‘sociology’ แนะนำไว้ว่า ‘วิทยาศาสตร์ทางสังคม’ แบบใหม่นี้ควรเป็นเรื่อง ‘ข้อเท็จจริงทางสังคม (Social fact)’... แต่การวิจัยปฏิบัติการในสถานการณ์เฉพาะที่ มิได้ดำเนินการเกี่ยวกับข้อเท็จจริงทางสังคม แต่เป็นการศึกษาเรื่องที่คนและกลุ่มคน มองโลกและเข้าใจโลกจากความเชื่อ (Myth) และการตีความตามความเข้าใจของแต่ละคนแต่ละกลุ่ม... ข้าพเจ้าเคยได้ยินนักสังคมศาสตร์กล่าวแย้งว่า เกณฑ์ที่ใช้ในการพิจารณาเรื่องทางสังคมนั้นควรดูเพียงว่ามีความเป็นไปได้: ดูว่าการค้นพบนั้นน่าเชื่อถือหรือเปล่า?”

“...ระหว่างสองมุมมองของเกณฑ์ที่เข้มข้นว่าต้องทำ (ให้เกิดเหตุการณ์) ซ้ำได้ และเกณฑ์เบาๆ แต่เป็นไปได้ เรา (Peter Checkand and Howell, 1998) เสนอว่าการวิจัยปฏิบัติการ ควรทำในลักษณะที่กระบวนการทั้งหมดสามารถ ฟื้นคืนได้ (Recoverable) ในภายหลัง ถ้ามีผู้สนใจจะตรวจสอบการวิจัยนั้นในเชิงวิจารณ์ (Critical) หมายความว่า ต้องแสดงกรอบความคิดและกระบวนการที่ใช้ให้ชัดเจนตั้งแต่เริ่มต้นการวิจัย เพื่อที่จะทำให้สามารถนิยามความรู้ที่ได้จากการวิจัย การแสดงที่มาของความรู้ (Epistemology) ของการวิจัยเช่นนี้ จะช่วยให้บุคคลภายนอกสามารถติดตามการวิจัยแล้วบอกได้ว่า เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับสิ่งที่พบ ถ้าไม่เห็นด้วยก็จะสามารถนำไปสู่การอภิปรายหรือการโต้ตอบด้วยความเข้าใจซึ่งกันและกันได้ (Well-informed discussion and debate)...”

12.3 ขั้นตอนของ SSM

1. ระบุสถานการณ์ปัญหา
2. นำเสนอสถานการณ์ปัญหา
3. เลือกแนวคิดเพื่อให้ความหมายระบบ
4. สร้างแบบจำลองความคิด
5. เปรียบเทียบ 4 & 2
6. กำหนดการเปลี่ยนแปลง
7. ลงมือปฏิบัติ



ภาพที่ 12.1 ขั้นตอนของ Soft Systems Methodology

ขั้นที่ 1: ระบุสถานการณ์ปัญหา (Problem situation unstructured)

ในขั้นแรก เป็นการที่ผู้บริหาร และ/หรือผู้ปฏิบัติงาน (เจ้าของปัญหา) คิดว่าอาจจะมีปัญหาหรือช่องทางที่จะปรับปรุงให้ดีขึ้น ตัดสินใจว่ามีความจำเป็นต้องทบทวนหรือเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงานที่เป็นอยู่

คำว่า “สถานการณ์ปัญหา” (the problem situation) หมายถึงมีปัญหามากกว่าหนึ่งปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขไปพร้อมๆ กัน

ขั้นที่ 2: นำเสนอสถานการณ์ปัญหา (Problem situation expressed)

เป็นการรวบรวมข้อมูล จัดระบบ และหาวิธีการนำเสนอสถานการณ์ปัญหา

ข้อมูลที่มองหาได้แก่ โครงสร้างองค์กร กระบวนการทำงานหรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระบบ ความรู้สึกและการแสดงออกของผู้คน

เทคนิคที่ใช้ในการเก็บข้อมูลอาจจะมีได้ตั้งแต่แบบไม่เป็นทางการไปถึงแบบที่เป็นทางการ มากๆ เช่น การสังเกต (งาน เครื่องมือ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนกับระบบ ผู้มีส่วนร่วม), การจัดทำบันทึก “วันหนึ่งในชีวิตการทำงานของฉัน”, วาดภาพโครงสร้าง/แผนผัง, บันทึกกวีตีทัศน์, เก็บตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้จัดการกับข้อมูล, การสัมภาษณ์ (ให้บอกเล่า ให้ตอบคำถามปลายเปิด ให้ตอบตามแบบสอบถาม), การประชุมเชิงปฏิบัติการ เป็นต้น

ในขั้นตอนที่ 1 และ 2 นี้ เป็นความพยายามในการที่จะทำเสนอภาพสถานการณ์ปัญหาที่ให้ความหมายครบถ้วนมากที่สุดที่เป็นไปได้ (the richest possible picture)

มีความสำคัญมากที่จะไม่ด่วนจำกัดขอบเขตของการศึกษาด้วยการเลือกวิธีการที่แข็งตัวมากในช่วงเริ่มต้น เช่น การใช้แบบสอบถามที่มีตัวเลือก (เป็นวิธีที่พวกเราเมื่อใหม่มักจะชอบใช้) ดังนั้นจึงเป็นการดีกว่าที่จะใช้เทคนิคซึ่งไม่มีรูปแบบโครงสร้างตายตัวมากเกินไปในช่วงแรก และใช้เทคนิคที่มีรูปแบบโครงสร้างมากขึ้นหลังจากที่เริ่มรับรู้รายละเอียดของปัญหาพอสมควรแล้ว เนื่องจากระบบที่เรา กำลังมองหาเป็นระบบที่คลุมเครือ ข้อมูลเกี่ยวกับระบบจึงน่าจะเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพมากกว่าข้อมูลเชิงปริมาณ

CATWOE Analysis

การวิเคราะห์สถานการณ์และผู้เกี่ยวข้องสามารถทำได้โดยการวิเคราะห์ CATWOE ดังตารางที่ 12.2 และ 12.3

ตารางที่ 12.2 การวิเคราะห์ CATWOE

Clients	ใครคือผู้ที่ได้รับประโยชน์หรือถูกกระทบไม่ว่าทางใดก็ตาม
Actors	ใครคือผู้กระทำ (อาจจะเป็นบุคคลหรือองค์กร)
Transformations	มีการเปลี่ยนแปลงจากปัจจัยนำเข้าสู่ผลลัพธ์อย่างไร
World-view	มุมมองจากโลกภายนอกทำให้กระบวนการเปลี่ยนแปลงมีความหมายในบริบท

	นั้นๆ
Owners	ใครเป็นเจ้าของ หรือผู้ควบคุม หรือผู้สนับสนุนสูงสุดของระบบนี้, มีการใช้อำนาจอย่างไร
Environment	แนวโน้ม เหตุการณ์ แรงกดดันทางการเมือง กฎหมาย เศรษฐกิจ สังคม ประชากร เทคโนโลยี จริยธรรม การแข่งขัน ทรัพยากรธรรมชาติ ที่เป็นบริบทของสถานการณ์

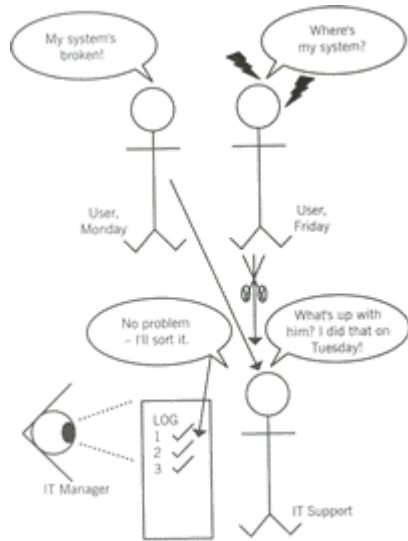
ตารางที่ 12.3 ตัวอย่างการวิเคราะห์ CATWOE โดย CLT ทีมหนึ่ง

Clients	ผู้ป่วย ญาติ
Actors	แพทย์ พยาบาล และทีมดูแลผู้ป่วยอื่นๆ
Transformations	กระบวนการดูแลผู้ป่วย (ประเมิน วางแผน ดูแล ติดตามผล จำหน่าย) และกระบวนการทบทวนการดูแลผู้ป่วย
World-view	ผู้ป่วยและญาติต้องการได้รับการดูแลที่ดีที่สุด เป็นมาตรฐาน คิดว่าทุกอย่างมีความแน่นอน ถ้ามีปัญหาควรมีผู้ได้รับการลงโทษเป็นเยี่ยงอย่าง สังคมเริ่มไม่มั่นใจในระบบการควบคุมตรวจสอบโดยองค์กรวิชาชีพ บริการสุขภาพต้องเผชิญอยู่กับความไม่แน่นอนตลอดเวลา ต้องตั้งสมมติฐาน ต้องทดลองปฏิบัติ ติดตามผลและปรับเปลี่ยน รวมทั้งเรียนรู้จากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น การมุ่งเน้นลงโทษตัวบุคคลจะไม่ช่วยแก้ปัญหา แต่จะทำให้ปัญหาสะสม
Owners	CLT, ผู้อำนวยการ
Environment	การเข้าถึงบริการง่ายขึ้น ภาระงานมากขึ้น ทรัพยากรตึงตัวมากขึ้น มีอัตราการหมุนเวียนของบุคลากรสูง ประชาชนมีความตื่นตัวเรื่องการรักษาข้อมูลและสิทธิต่างๆ มีการฟ้องร้องแพทย์มากขึ้น มีการตรวจสอบจากภายนอกมากขึ้น

Rich Picture

การนำเสนอด้วยภาพอันอุดม (rich pictures) จะช่วยให้รับรู้สถานการณ์ได้อย่างลึกซึ้ง (ยังไม่ใช่แบบจำลองของระบบซึ่งจะจัดทำขึ้นภายหลัง) สามารถแสดงออกด้วยศิลปะอย่างอิสระของแต่ละคน อาจจะเป็นภาพการ์ตูนก็ได้ ไม่มีผิดหรือถูก ไม่ต้องมีกฎเกณฑ์ แนวทางกว้างๆ ก็คือนำเสนอข้อมูลที่ศึกษามา แสดงถึงวิธีการมองและวิธีการคิดของผู้วิเคราะห์ที่มีต่อระบบ (ผู้คนหรือสถานที่ที่เกี่ยวข้อง เป้าหมายของแต่ละคน ความต้องการและความหวาดหวั่น สิ่งแวดล้อม ความสัมพันธ์ ความปรองดองหรือความขัดแย้ง)

เป้าหมายของการวาด rich picture คือการนำเสนอภาพอันประกอบด้วยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาอย่างครบถ้วนรอบด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์ประกอบที่เกี่ยวกับการเมือง เจตคติ และอารมณ์ อาจจะใช้เฉพาะสำหรับนักวิเคราะห์ในการเพิ่มพูนความเข้าใจหรืออาจจะนำเสนอต่อผู้บริหารเพื่อสื่อสารสิ่งที่นักวิเคราะห์ค้นพบ



ภาพที่ 12.2 ตัวอย่าง Rich Picture

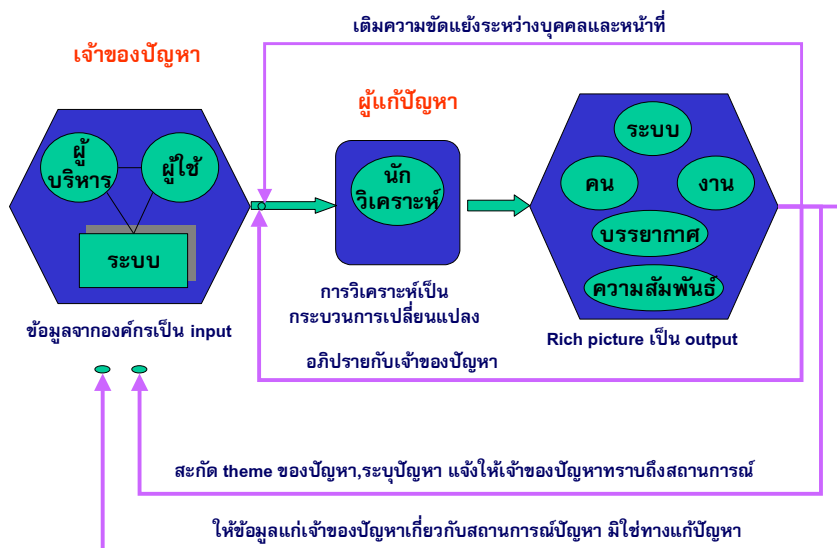
ภาพที่ 12.2 แสดงปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ใช้คอมพิวเตอร์และช่างเทคนิค รวมทั้งเนื้อหาอารมณ์ของการสื่อสาร ภาพตาบไขว้จากผู้ใช้มาที่ช่างเทคนิคในวันศุกร์ เป็นสัญลักษณ์ทั่วไปของความขัดแย้ง ภาพลูกตาของผู้จัดการแผนก IT แสดงถึงการกำกับติดตาม

ไม่มีการกำหนดมาตรฐานสัญลักษณ์ที่ตายตัว แต่สิ่งที่มักจะใช้กับก็คือ เส้นทางการสื่อสาร การเก็บรักษาเอกสาร ผู้กระทำ กิจกรรมการติดตามกำกับ อารมณ์ ความขัดแย้ง อุปสรรคในการสื่อสาร เจตคติโดยทั่วไปของผู้เกี่ยวข้อง เป็นการผสมผสานมุมมองต่อปัญหาทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการเพื่อให้เห็นภาพสถานการณ์ปัญหาอย่างรอบด้าน

ในการจัดทำ rich picture ควรมีการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในประเด็นต่อไปนี้

- 1) ประเด็นที่ผู้เกี่ยวข้องคิดว่าเป็นปัญหา
- 2) บทบาท พฤติกรรม ค่านิยม ที่ใช้กันอยู่ทั่วไปในองค์กร
- 3) การได้มา การใช้ และการส่งต่ออำนาจ

ภาพที่ 12.3 แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2 ของ SSM โปรดสังเกตว่าภาพนี้เน้นการวิเคราะห์โดยผู้แก้ปัญหาหรือนักวิเคราะห์ เนื่องจาก SSM เป็นระบบที่คิดขึ้นโดยที่ปรึกษา



ภาพที่ 12.3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการระบุปัญหากับการเสนอสถานการณ์ปัญหา

ขั้นที่ 3: เลือกแนวคิดเพื่อให้ความหมายระบบที่เกี่ยวข้อง (Naming Of Relevant Systems)

Root definition เป็นการให้ความหมายหรือตั้งชื่อระบบที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความเข้าใจระบบได้อย่างง่าย ๆ และนำไปใช้ในการสร้างแบบจำลองความคิดในขั้นต่อไป

Root definition สามารถใช้ศึกษามุมมองหรือความเชื่อของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแต่ละคนใน rich picture แต่ละคนอาจมีมุมมองที่แตกต่างกันว่าทำไมองค์กรจึงทำอย่างนั้น หรือว่าลำดับความสำคัญควรเป็นอย่างไร เช่น ขณะที่แพทย์พยาบาลให้ความสำคัญสูงกับการดูแลผู้ป่วย ผู้บริหารอาจจะให้ความสำคัญกับการลดค่าใช้จ่าย ทั้งสองมุมมองนี้มีโอกาสที่จะเกิดความขัดแย้งกัน แต่ก็ถูกต้องสำหรับบทบาทที่แต่ละฝ่ายต้องรับผิดชอบ ซึ่งผู้วิเคราะห์จะต้องรับรู้และยอมรับมุมมองทั้งสองด้าน

Root definition คือประโยคสั้น ๆ ที่บ่งบอกถึงกิจกรรมที่สมาชิกใช้เวลาทำร่วมกันมากที่สุด เช่น

“เรานำเครื่องบินลงจอดอย่างปลอดภัย ณ สนามบินทุกแห่งที่มีเครื่องมือและอุปกรณ์ทันสมัย แม้จะมีการจราจรคับคั่งก็ตาม”

“เราพยายามทำความเข้าใจความหมาย รวมทั้งข้อดีข้อด้อยของ Business Process Re-engineering”

“เราเป็นผู้จ้างงานเต็มเวลาให้แก่คนพื้นที่ในเมืองนี้”

“เราให้ข้อมูลผลการสอบแก่นักศึกษา โดยให้ความสำคัญกับสิทธิส่วนบุคคลของนักศึกษาด้วย”

หากนำผลการวิเคราะห์ CATWOE มาประกอบด้วย จะทำให้การเขียน root definition มีความสมบูรณ์ขึ้น ดังตัวอย่าง

‘เจ้าหน้าที่ IT ภายใต้การนำของผู้จัดการ IT มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลระบบคอมพิวเตอร์ของผู้ใช้ เพราะฉันและผู้ใช้คนอื่น ๆ ต้องการระบบคอมพิวเตอร์ที่พร้อมใช้เพื่อทำงานของเรา ในท่ามกลางสิ่งแวดล้อมที่มีการแข่งขันสูงเช่นนี้ ธุรกิจของเราจะเสียหายถ้าเราไม่สามารถให้คำตอบได้อย่างรวดเร็ว’

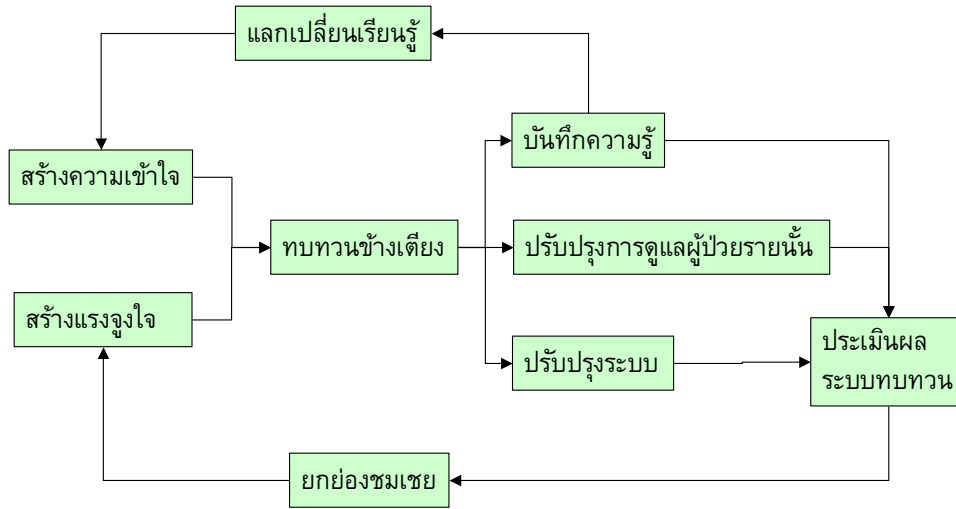
“ที่งานสหสาขาวิชาชีพ ภายใต้การสนับสนุนของ CLT ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะรุนแรงปานกลางถึงวิกฤติ และครอบครัวของผู้ป่วยซึ่งมีความหวังกังวลในอาการของผู้ป่วย ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ประชาชนตื่นตัวในสิทธิของการได้รับบริการที่มีมาตรฐานและการได้รับข้อมูลที่ครบถ้วน”

ขั้นที่ 4: สร้างแบบจำลองความคิด (Conceptual Models)

แบบจำลองความคิดของระบบประกอบด้วยกิจกรรมหลัก (core activity) และกิจกรรมที่จำเป็นให้เกิดกิจกรรมหลัก และควรเสริมด้วยระบบติดตามกำกับที่จำเป็น การวัดผลในระบบติดตามกำกับควรพิจารณาอย่างน้อย 3E ได้แก่ Efficacy - ได้ผลหรือไม่, Efficiency - คุ่มค่าหรือไม่, Effectiveness - บรรลุเป้าหมายหรือไม่

ตัวอย่างแบบจำลองความคิดของการทบทวนข้างเตียงผู้ป่วย แสดงในภาพที่ 12.4

การทบทวนข้างเตียงผู้ป่วย



ภาพที่ 12.4 แสดงแบบจำลองความคิดของการทบทวนข้างเตียงผู้ป่วย

แนวคิดที่อยู่เบื้องหลังของแบบจำลองนี้มีอะไรบ้าง ความรับผิดชอบและ autonomy ของผู้ประกอบวิชาชีพ, การดูแลผู้ป่วยเป็นศิลปะของการประกอบวิชาชีพ และมีโอกาสที่จะพบกับความไม่แน่นอน, ผู้ป่วยแต่ละรายคือครูของผู้ประกอบวิชาชีพ, การเรียนรู้เกิดขึ้นได้ในทุกโอกาส ไม่ว่าจะเป็นเรื่องเล็กหรือเรื่องใหญ่, จากปัญหาที่พบในผู้ป่วยเพียงหนึ่งราย สามารถนำไปสู่การปรับปรุงระบบที่กว้างขวางได้, การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อมีแรงจูงใจที่ดี

ต้องสร้างความเข้าใจกับทีมงานว่าแบบจำลองความคิดนี้คือแบบจำลองในอุดมคติ ยังไม่ถึงขั้นที่จะพิจารณาว่าสามารถปฏิบัติได้หรือไม่

โปรดสังเกตว่าสิ่งที่อยู่ในกรอบจะเป็นกิจกรรมที่คนกระทำ (human activities) และจำนวนกรอบในแบบจำลองความคิดนี้จะไม่มีมากเกินไป (แนะนำว่าควรมีประมาณ 7 กิจกรรม บวกลบ 2) หากมีรายละเอียดในบางกิจกรรมมากขึ้น อาจจะไปขยายเป็นแบบจำลองอีกระดับหนึ่ง

ขั้นที่ 5: เปรียบเทียบแบบจำลองความคิดกับความเป็นจริง (Comparing Conceptual Models with Reality)

เป็นขั้นตอนที่กลับเข้ามาสู่โลกของความเป็นจริง โดยนำแบบจำลองความคิดที่สร้างขึ้นในขั้นที่ 4 มาเปรียบเทียบกับโลกของความเป็นจริงในขั้นที่ 2 เพื่อนำส่วนต่างไปอภิปรายถึงการเปลี่ยนแปลงที่พึงประสงค์

การเปรียบเทียบอาจทำได้หลายวิธี

1. ถ้าแบบจำลองความคิดกับโลกแห่งความเป็นจริงมีความแตกต่างกันมากอย่างชัดเจน ก็ใช้แบบจำลองความคิดเป็นฐานสำหรับการตั้งคำถามเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

2. ทบทวนลำดับการเกิดเหตุการณ์ในอดีตและเปรียบเทียบกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นถ้า นำแบบจำลองความคิดไปปฏิบัติจริง จะได้ประโยชน์สำหรับการศึกษาศาสตร์ของ ความล้มเหลว
3. การเปรียบเทียบภาพรวมทั่วไป ดูว่าแตกต่างกันอย่างไร เพราะเหตุใด
4. สร้างแบบจำลองซ้อนทับ โดยสร้างแบบจำลองที่สองจากแบบจำลองความคิดที่ปรับเปลี่ยนเฉพาะในส่วนที่แตกต่างจากโลกแห่งความเป็นจริง เมื่อวางซ้อนกันจะเห็นความแตกต่างที่จะเป็นจุดเริ่มของการพูดคุย

ขั้นที่ 6 กำหนดการเปลี่ยนแปลงที่เป็นไปได้และพึงประสงค์

ถ้าระบบในปัจจุบันเป็นระบบที่ไม่สมบูรณ์ อันเป็นเหตุผลที่เราเริ่มต้นวิเคราะห์ เมื่อถึงขั้นตอนนี้ก็เป็นช่วงเวลาที่เราจะหาข้อตกลงร่วมกันเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่พึงประสงค์ ซึ่งน่าจะทำให้เราเข้าใจสถานการณ์ในอุดมคติมากยิ่งขึ้น

ให้ทบทวนขั้นตอนการวิเคราะห์ที่ได้ทำมาแล้ว ประเมินความเข้าใจที่ได้รับจากแต่ละขั้นตอน ตรวจสอบว่าข้อเสนอของเรามีผลต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างไร จะเป็นที่ยอมรับเพียงใด การเปลี่ยนแปลงในประเด็นที่ยังมีความเห็นไม่ตรงกันจะก่อให้เกิดปัญหาอย่างไร

ผลลัพธ์ของขั้นตอนนี้คือการมีข้อตกลงร่วมกันในบางประเด็น เพื่อให้สามารถเริ่มต้นขยับได้ การเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นมีสามลักษณะ คือ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง การเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงาน การเปลี่ยนแปลงเจตคติและพฤติกรรม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงอย่างหลังเป็นเรื่องยากที่สุด จะต้องมีการติดตามการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง

ลักษณะสำคัญของ SSM คือการใช้เป้าหมายเป็นตัวขับเคลื่อน โดยเน้นที่ระบบที่พึงประสงค์ และวิธีการทำให้เกิดระบบดังกล่าวขึ้น ระบบที่พึงประสงค์ต้องมาจากความเข้าใจอย่างลึกซึ้งที่เกิดขึ้นจากการเลือก root definition และการสร้างแบบจำลองความคิด และจะต้องมีความเป็นไปได้ในสถานการณ์ที่เป็นอยู่

ขั้นที่ 7 ลงมือปฏิบัติ (Implementing 'Feasible and Desirable' Changes)

เราไม่อาจคาดเดาผลลัพธ์ที่จะเกิดได้ การลงมือปฏิบัติคือกิจกรรมใหม่ของสมาชิก เป็นการรวมขอมในระดับใหม่ ถ้า root definition และการวิเคราะห์ทางเลือกต่างๆ ยังคงไม่ชัดเจน และผู้มีอำนาจไม่ตระหนักในความเป็นเจ้าของ ทุกอย่างก็จะกลับไปตั้งต้นใหม่อีกครั้ง ผลลัพธ์สุดท้ายจะไม่เหมือนกับแผนที่วางไว้ แต่น่าสนใจว่ามันเข้าใจลึกซึ้งมากขึ้นเพียงใด

SSM เป็นระเบียบวิธีที่น่าสนใจสำหรับการนำไปใช้ตามรอยระบบหรือปัญหาที่คลุมเครือ ไม่ชัดเจน ซึ่งมักจะพบอยู่เป็นประจำในการพัฒนาคุณภาพ เป็นปฏิบัติการทางสังคมที่เข้าใจข้อจำกัดที่เป็นอยู่ ขณะที่มีแบบจำลองความคิดในอุดมคติที่ชัดเจน แต่ก็มีคามอดทนที่จะนำมาปฏิบัติอย่างสอดคล้องกับความเป็นจริง

หากเราตามรอยกระบวนการพัฒนาคุณภาพโดยใช้ SSM กันให้มากขึ้น จะทำให้เกิดความรู้
มากมายมหาศาล ที่จะป็นคำตอบสำหรับสถานการณ์ปัญหาที่โรงพยาบาลต่างๆ เผชิญอยู่

13. การจัดทำแผนที่ผลลัพธ์: ตามรอยพฤติกรรมของภาคีหุ้นส่วน

13.1 การจัดทำแผนที่ผลลัพธ์ (Outcome Mapping - OM) คืออะไร¹³

การจัดทำแผนที่ผลลัพธ์ เป็นเครื่องมือการวางแผน ติดตามกำกับ และประเมินผลที่ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ในโครงการพัฒนาต่างๆ ศึกษาว่ากิจกรรมของโครงการมีส่วนต่อผลลัพธ์อย่างไร เป็นเครื่องมือที่ใช้เสริมการประเมินในรูปแบบอื่นโดยเน้นที่การศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้เกี่ยวข้อง

เครื่องมือนี้พัฒนาขึ้นโดยศูนย์วิจัยและการพัฒนาระหว่างประเทศ (IDRC) ซึ่งมีประสบการณ์เกี่ยวกับโครงการพัฒนาในประเทศต่างๆ จำนวนมาก บนพื้นฐานความเชื่อว่าการติดตามและประเมินผลจะช่วยให้แผนงาน / โครงการ มีกระบวนการเรียนรู้และพัฒนาตัวเองได้ดีขึ้น

การจัดทำแผนที่ผลลัพธ์ เป็นเครื่องมือที่น่าสนใจในการประเมินผลโครงการเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งมักจะพบว่ามีปัญหาในการประเมินผลกระทบของการสร้างเสริมสุขภาพ ขณะเดียวกันเป็นเครื่องมือที่ดีสำหรับการตามรอยความพยายามในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลซึ่งต้องเผชิญกับปัจจัยที่ไม่แน่นอนจำนวนมาก และคาดหวังให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างกว้างขวาง

13.2 ทำไมต้องจัดทำแผนที่ผลลัพธ์

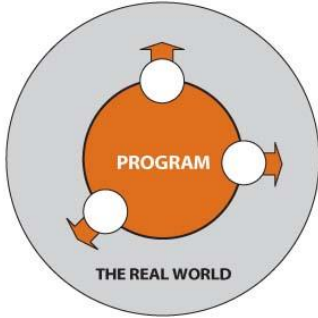
แผนที่ ทำให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจว่าเราเริ่มต้นที่ตรงไหน ปัจจุบันอยู่ที่ไหน และเป้าหมายปลายทางอยู่ที่ไหน มีเส้นทางเดินอย่างไร มีความสัมพันธ์ของกิจกรรมและผลลัพธ์อย่างไร ทำให้เกิดความมั่นใจในระหว่างการเดินทางซึ่งมีความสำคัญไม่น้อยกว่าการบรรลุจุดหมาย นอกจากนั้นแผนที่ยังช่วยลดความยุ่งยากในการประเมิน ช่วยไม่ให้หลงทาง ช่วยไม่ให้ตกลงไปในหุบเหวของความไม่แน่นอนและข้อมูลที่กองสูงเป็นภูเขา ช่วยสร้างมาตรฐานตัวชี้วัดโดยที่ไม่ละเลยคุณค่าของกรณีศึกษา

การมุ่งเน้นผลลัพธ์ เป็นการถอยมาจากการประเมินผลกระทบของโครงการซึ่งมักจะประสบปัญหายากลำบากในการประเมิน เนื่องจากผลกระทบเป็นสิ่งที่อยู่ห่างไกลจากกิจกรรมในโครงการ มีความซับซ้อนและถูกแทรกแซงด้วยปัจจัยต่างๆ ค่อนข้างมาก สิ่งที่เห็นความสัมพันธ์กับกิจกรรมของโครงการได้ชัดเจนกว่าและมีส่วนต่อผลกระทบคือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความสัมพันธ์ กิจกรรมหรือการกระทำ ของผู้มีส่วนได้เสีย ซึ่งอาจจะเป็นบุคคล กลุ่มบุคคล และองค์กรที่เข้าร่วมโครงการ สิ่งเหล่านี้เรียกว่าเป็นผลลัพธ์ของโครงการ

¹³ Sarah Earl, Fred Carden, and Terry Smutylo. OUTCOME MAPPING: Building Learning and Reflection into Development Programs. Ottawa, IDRC, 2001.

13.3 การจัดทำแผนที่ผลลัพธ์มีหลักคิดสำคัญอะไร

การพัฒนาเป็นเรื่องความสัมพันธ์ของบุคคลกับบุคคลและบุคคลกับสิ่งแวดล้อม การพัฒนาสำเร็จได้โดยบุคคลและเพื่อบุคคล การจัดทำแผนที่ผลลัพธ์จึงเน้นที่บุคคล



บุคคล กลุ่มบุคคล องค์กร ที่มาร่วมงานกับโครงการหรือโครงการมีปฏิสัมพันธ์ด้วยโดยตรง ถือว่าเป็นกุญแจสำคัญในการสร้างการเปลี่ยนแปลง ซึ่งจะเข้ามาร่วมตั้งแต่การวางแผนไปจนถึงการเรียนรู้ผ่านการประเมินผล เรียกว่าเป็น **ภาคีหุ้นส่วนที่เกี่ยวข้องในระดับแนวหน้า (boundary partner)** เป็นแนวหน้าเพราะเป็นผู้ที่รับแนวคิดจากโครงการไปสู่การปฏิบัติในโลกของความเป็นจริง เป็นผู้ควบคุมการเปลี่ยนแปลง ขณะที่โครงการทำหน้าที่เป็นเพียง **facilitator** ให้คู่พันธมิตรสามารถเข้าถึงข้อมูล ความคิด โอกาส ทรัพยากรใหม่ๆ

การมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนที่ผลลัพธ์มีความสำคัญเพื่อส่งเสริมความเป็นเจ้าของและการใช้ผลการประเมิน การจัดทำแผนที่ผลลัพธ์จึงเป็นเครื่องมือในการสร้างความตระหนัก การหาความเห็นร่วม และการเสริมพลังอำนาจ

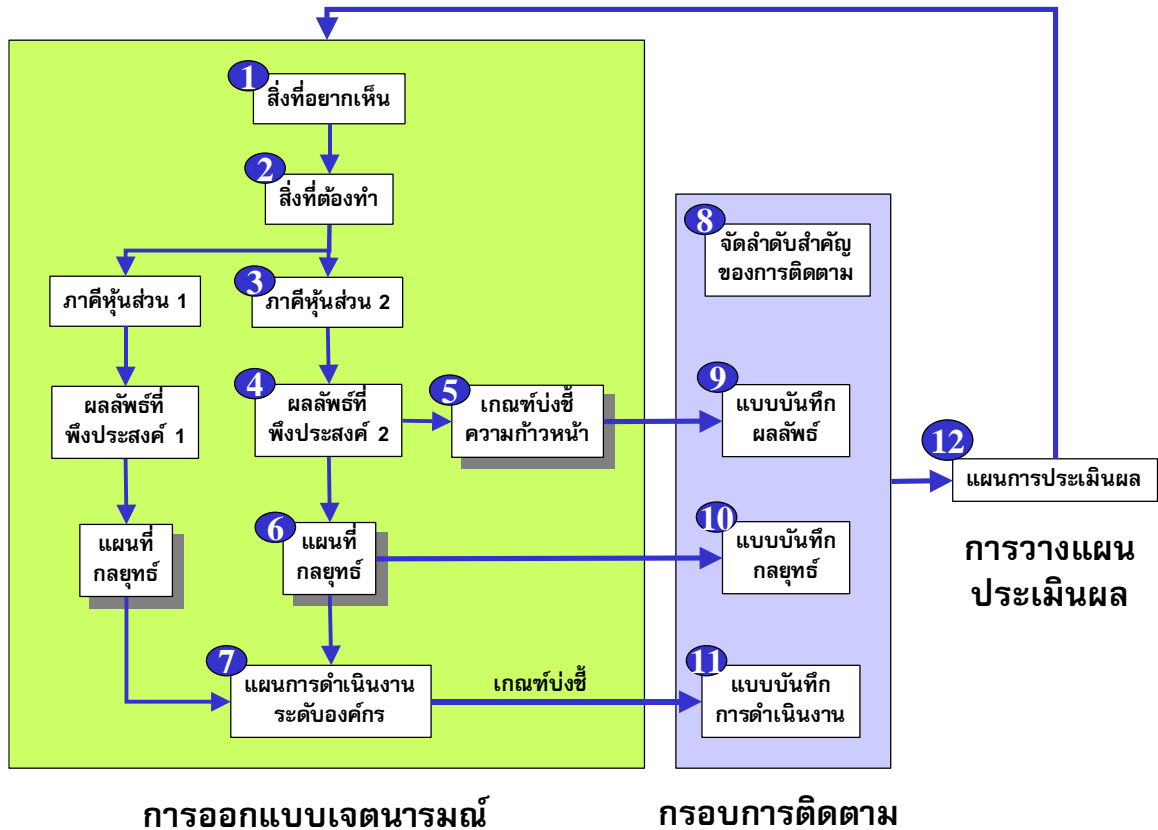
การจัดทำแผนที่ผลลัพธ์จะนำประเด็นเรื่องการติดตามกำกับและการประเมินผลมาพิจารณาตั้งแต่ในขั้นตอนการวางแผนโครงการ เป็นการรวมการประเมินผลกระบวนการและผลลัพธ์เข้าด้วยกัน

การจัดทำแผนที่ผลลัพธ์เป็นการกำหนดเป้าหมายโดยรวมและกลยุทธ์ ติดตามว่ากลยุทธ์มีผลต่อผลลัพธ์อย่างไร เพื่อกำหนดจุดสำคัญที่จะต้องมีการประเมินผลโดยละเอียด การจัดทำแผนที่ผลลัพธ์ทำให้เกิดการคิดเชิงระบบและการคิดเชิงกลยุทธ์ว่าโครงการจะบรรลุผลได้อย่างไร การนำภาคีหุ้นส่วนเข้ามาร่วมในกระบวนการติดตามประเมินผล เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องได้แสดงออกว่าแต่ละฝ่ายทำอะไรบ้างเพื่อบรรลุเป้าหมายและความลึกของการเปลี่ยนแปลง

ประโยชน์ที่จะได้จากการจัดทำแผนที่ผลลัพธ์คือ การนำผู้มีส่วนได้เสียเข้ามาในกระบวนการติดตามประเมินผล การส่งเสริมการเรียนรู้ของสังคมและองค์กร การสร้างความเข้มแข็งให้แก่ภาคีหุ้นส่วนที่เกี่ยวข้องและแนวร่วม การสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่เปิดกว้าง ทำให้เกิดความเข้าใจความซับซ้อนของการเปลี่ยนแปลงทางสังคม และนำไปสู่การวัดการเปลี่ยนแปลงได้

13.4 ขั้นตอนของการจัดทำแผนที่ผลลัพธ์

การจัดทำแผนที่ผลลัพธ์ประกอบด้วยขั้นตอนหลัก 3 ขั้นตอนคือ การออกแบบเจตนารมณ์ (Intentional Design), การติดตามผล (Outcome & Performance Monitoring), และการวางแผน



ประเมินผล (Evaluation Planning)

จะเห็นว่าขั้นตอนทั้งหมดเป็นเรื่องของการวางแผนโดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด แล้วนำไปสู่การปฏิบัติในโครงการ

1. การออกแบบเจตนารมณ์ (Intentional Design) เป็นการสร้างเป้าหมายร่วมกันในภาพรวม ด้วยการร่วมกันตอบคำถาม ทำไม ใคร อะไร อย่างไร

ทำไม: ทำไมต้องเปลี่ยนแปลง สิ่งที่ต้องการเห็นในวันข้างหน้าคืออะไร (วิสัยทัศน์ พันธกิจ)

ใคร: มีใครบ้างที่จะเป็นผู้ควบคุมการเปลี่ยนแปลง (ภาควิชาส่วนที่เกี่ยวข้อง)

อะไร: การเปลี่ยนแปลงในเชิงพฤติกรรมที่ต้องการคืออะไร (ผลลัพธ์ที่ทำหาย ตั้ววัด

ความก้าวหน้า

อย่างไร: โครงการจะมีส่วนต่อกระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างไร (แผนที่กลยุทธ์)

2. การกำหนดกรอบการติดตามผลงาน (Outcome & Performance Monitoring) เป็นกรอบสำหรับติดตามความก้าวหน้าโดยการประเมินตนเองอย่างเป็นระบบ ด้วยเครื่องมือในการวัด outcome, strategy และ performance ขององค์กร

3. การวางแผนประเมินผล (Evaluation Planning) เป็นการระบุลำดับความสำคัญในการประเมินผลและจัดทำแผนการประเมิน

13.5 ตัวอย่างการจัดทำแผนที่ผลลัพธ์กับงานสร้างเสริมสุขภาพ

<u>ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดกรอบการพัฒนา</u>		<u>ขั้นตอนที่ 2 การติดตามผล</u>
คำถาม	ตัวอย่าง ¹⁴	
1. <u>สิ่งที่ต้องการเห็นคืออะไร</u>	คนไทยเป็นผู้มีจิตสำนึก เพียรสร้างเสริมสุขภาพของตนเองและครอบครัว รู้จักระวังป้องกัน ขจัดโรค และสภาวะแวดล้อมที่เป็นภัยสุขภาพ	
2. <u>สิ่งที่ต้องทำคืออะไร</u>	สร้างสังคมเข้มแข็ง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของสมาชิกในสังคม	
3. คน กลุ่มคน องค์กร (<u>ภาคีหุ้นส่วน</u>) ที่สำคัญที่สุดที่ต้องทำงานด้วยคือใคร	ประชาชนทั่วไป ผู้ที่เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ชุมชน	8 <u>จัดลำดับความสำคัญของการติดตามงาน</u> เลือกเอาภาคีหุ้นส่วนจำนวนหนึ่ง หรือกลยุทธ์บางตัวมาติดตาม
4. ภาคีหุ้นส่วนต้องมีพฤติกรรมอย่างไร (<u>ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์</u>)	แผนงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ต้องการที่จะเห็นสมาชิกในชุมชนมีจิตสำนึก รักสุขภาพ มีศรัทธาที่จะปรับปรุงเปลี่ยนแปลง, มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับพื้นฐาน, รู้จักใช้มาตรการทางเทคนิคและสังคม, มีส่วนร่วมในการพัฒนาและมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้	

¹⁴ ตัวอย่างในขั้น 1, 2 และ 4 มาจาก Roadmap to Health Promotion โดย นพ.อมร นนทสูต

<p>5. อะไรคือหลักหมายหรือ<u>เกณฑ์</u>บ่งชี้ <u>ความก้าวหน้า</u></p>	<p><u>ระดับที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้น:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● สมาชิกเข้าร่วมประชุมอย่างสม่ำเสมอ ● คิดช่องทางในการร่วมมือกับภาคีหุ้นส่วนอื่น ๆ ● ได้ความรู้ความชำนาญใหม่ๆ ● ร่วมลงแรงและงบประมาณ <p><u>ระดับที่อยากจะให้เกิดขึ้น:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● สามารถแสดงวิสัยทัศน์ของชุมชน ● ขยายเครือข่ายให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ● แสวงหาผู้เชี่ยวชาญมาให้คำปรึกษา ● สาธิตและเผยแพร่ประโยชน์ <p><u>ระดับที่ถ้าเกิดขึ้นได้ก็ดี:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● ชุมชนมีบทบาทนำในการจัดการ, ● แบ่งปันบทเรียนและประสบการณ์กับชุมชนอื่น ๆ, ● สามารถมีอิทธิพลต่อนโยบายของชาติ 	<p>9. <u>แบบบันทึกผลลัพธ์</u> (Outcome Journals) แบบบันทึกผลลัพธ์สร้างขึ้นมาเพื่อติดตามความก้าวหน้าของภาคีหุ้นส่วนโดยอิงตามเกณฑ์บ่งชี้ความก้าวหน้าที่สร้างขึ้นมาในขั้นตอนย่อยที่ 5 โดยแสดงให้เห็นถึงระดับการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่ ต่ำ กลาง สูง ซึ่งเป็นการแสดงให้เห็นว่าภาคีหุ้นส่วนกลุ่มใดมีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด ข้อมูลนั้นจะอธิบายเหตุผลของการเปลี่ยนแปลง คน สิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง หลักฐานเชิงประจักษ์ การเปลี่ยนแปลงที่ไม่ได้คาดการณ์ล่วงหน้า และบทเรียนของโครงการเพื่อประโยชน์ในการวิเคราะห์หรือการประเมินผลต่อไป</p>
<p>6. จะทำงานให้ได้มากที่สุดอย่างไรโดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ จะช่วยภาคีหุ้นส่วนก้าวผ่านอุปสรรคต่างๆ ได้อย่างไร (<u>แผนที่กลยุทธ์</u>)</p>	<p><u>กลยุทธ์มุ่งคน/องค์กร</u> พัฒนาทักษะในการดูแลสุขภาพ ปรับทัศนคติและบทบาทของผู้เกี่ยวข้อง สร้างเครือข่ายหนุนเสริม เอื้อให้เกิดการพึ่งตนเอง</p>	<p>10 <u>แบบบันทึกกลยุทธ์</u> (Strategy Journal) แบบบันทึกกลยุทธ์นี้ ใช้บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับกลยุทธ์ที่ใช้กระตุ้นการเปลี่ยนแปลงในภาคีหุ้นส่วน ซึ่งจะบันทึกจากการประชุมติดตามการทำงานแต่ละครั้ง</p>

	<p><u>กลยุทธ์มุ่งสิ่งแวดล้อม</u> นโยบาย แรงจูงใจ มาตรการทางสังคม สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อ, เผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร สร้างเครือข่ายการเรียนรู้</p>	<p>โดยทั่วไปจะให้ความสำคัญกับการติดตามในประเด็นต่อไปนี้ 1) การจัดสรรทรัพยากร 2) กิจกรรมที่กำลังทำ 3) ประสิทธิภาพของการทำงาน 4) ผลผลิตที่ได้ 5) ความต้องการในการติดตามงานต่อไป</p>
<p>7. <u>การดำเนินงานระดับองค์กร</u></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ค้นหา สำรวจความคิด โอกาสและทรัพยากรใหม่ๆ 2. ฟังเสียงสะท้อนจากผู้รายงานหลัก หรือผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญ 3. หากการสนับสนุนจากผู้มีอำนาจสูงสุด 4. ทบทวนระบบและการดำเนินงานอยู่เสมอ 5. ตรวจสอบสิ่งที่มีอยู่เพื่อเพิ่มคุณค่าของสิ่งเหล่านั้น 6. แลกเปลี่ยนความรู้ที่ได้กับโลกภายนอก 7. ทดลองสิ่งใหม่ๆ อยู่เป็นประจำ 8. มีเวลาให้การสะท้อนความเห็นในการทำงานขององค์กร 	<p>11 <u>แบบบันทึกการดำเนินงาน (Performance Journal)</u> แบบบันทึกการดำเนินงาน เป็นเครื่องมือที่ใช้บันทึกในการประชุมติดตามงาน บันทึกข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ หรือทั้งสองแบบผสมกัน หากรวบรวมอย่างเป็นระบบและสม่ำเสมอ จะช่วยในการติดตามว่าแผนงานได้ใช้ความพยายามอย่างเต็มที่ เพื่อให้บรรลุผลลัพธ์แล้วหรือยัง มีการปรับปรุงเพื่อให้ได้ประโยชน์สูงสุดจากการเรียนรู้หรือไม่</p>
		<p><u>ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนประเมินผล</u> แผนการประเมินผล ประกอบด้วย ผู้ที่จะใช้ผลการประเมิน ใช้อย่างไร ใช้เมื่อไร, คำถามที่ใช้ในการประเมิน, แหล่งข้อมูล, วิธีการประเมินผล, ผู้ประเมิน, ช่วงเวลาของการประเมิน, งบประมาณ</p>

ตัวอย่างข้างต้นเป็นเพียงตัวอย่างที่ทำให้เรียบง่ายที่สุดเพื่อการทำความเข้าใจความเชื่อมโยง กระบวนการทั้งหมดของการจัดทำแผนที่ผลลัพธ์ ในการปฏิบัติจริงจะมีเนื้อหาที่ต้องตอบคำถามต่างๆ มากมาย

แม้ว่าโครงการอาจจะไม่ได้เริ่มต้นวางแผนโดยใช้เครื่องมือนี้ตั้งแต่ต้น แต่ก็อาจจะได้ประโยชน์ หากจะนำไปปฏิบัติโดยใช้แนวคิดพื้นฐานของการประเมินผลลัพธ์ที่พฤติกรรมของภาคีหุ้นส่วนที่สำคัญ จัดว่าเป็นทั้งการตามรอยและการวัดผลไปด้วยกัน

ผู้สนใจรายละเอียดของเครื่องมือชิ้นนี้ สามารถศึกษาได้จากหนังสือ “แผนที่ผลลัพธ์” ซึ่งแปลมาจาก Outcome Mapping: Building Learning and Reflection into Development Programs โดย ศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาาระหว่างประเทศ (IDRC) โดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จัดให้มีการแปลเป็นภาษาไทย และโครงการเสริมสร้างการเรียนรู้เพื่อชุมชนเป็นสุข (สรส.) เป็น ผู้จัดพิมพ์เผยแพร่

ตอนที่ 4 การวัดผล

การวัดผลจะมีประสิทธิภาพ เมื่อ

ประการแรก วัดให้ตรงกับวัตถุประสงค์ ในการวัดผลแต่ละครั้ง ถ้าผลของการวัดไม่ตรงกับคุณลักษณะที่เราต้องการจะวัดแล้ว ผลของการวัดจะไม่มี ความหมายและก่อให้เกิดความผิดพลาดในการนำไปใช้

ประการที่สอง ใช้เครื่องมือดีมีคุณภาพ ถ้าหากเครื่องมือที่ใช้วัดมีคุณภาพไม่ดีพอแล้วการวัดนั้นก็ให้ผลที่ไม่เกิดคุณค่าใดๆ ยิ่งกว่านั้นถ้านำผลจากการวัดโดยใช้เครื่องมือที่มีคุณภาพไม่ดีไปใช้ในการตัดสินใจใด ๆ ก็อาจทำให้การตัดสินใจนั้นผิดพลาด อาจเกิดผลเสียต่อสิ่งที่เป็นผลกระทบจากการประเมินนั้นได้

ประการที่สาม มีความยุติธรรม ไม่มีการลำเอียง

ประการที่สี่ แปลผลได้ถูกต้อง

ประการสุดท้าย ใช้ผลการวัดให้คุ้มค่า ไม่เช่นนั้นวัดมาก็สูญเปล่า สิ้นเปลือง

14. ว่าด้วยแนวคิดเกี่ยวกับการวัด (Measurement)

14.1 การวัดที่เราคุ้นเคย

เราทุกคนคุ้นเคยกับตัวเลข คุ้นเคยกับตัวเลขที่ได้มาจากการนับ ชั่ง ตวง วัด จับเวลา นี่คือวิธีการวัดในทางกายภาพที่เราใช้อยู่ในชีวิตประจำวัน

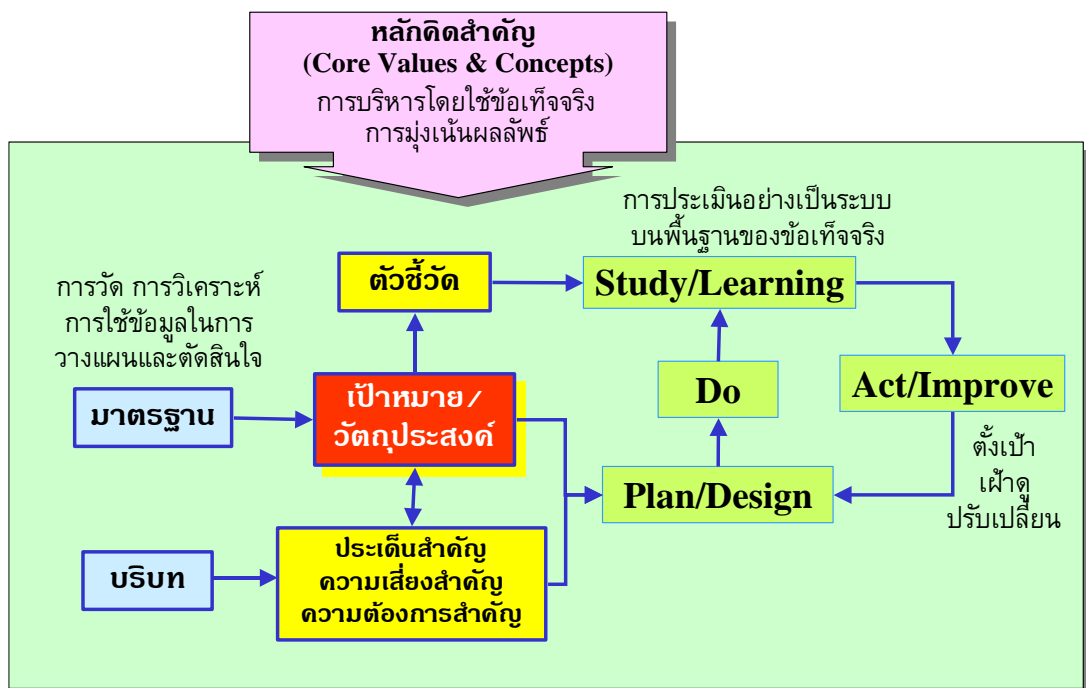
อาจกล่าวได้ว่า “การวัด” คือการกำหนดค่าตัวเลขให้กับสิ่งที่เราสนใจ ทำให้เราสามารถเปรียบเทียบคุณลักษณะระหว่างสิ่งต่างๆ ได้ เช่น เวลา ความยาว พื้นที่ ปริมาตร ความดัน มวล แรง พลังงาน ความเร็ว

ในการวัดจะต้องมีเครื่องมือสำหรับวัด เครื่องมือจะทำหน้าที่เปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานที่ยอมรับทั่วไป ทำให้ทราบค่าของสิ่งที่เราต้องการวัด

ในการพัฒนาคุณภาพหรือการบริหารองค์กร สิ่งที่เราต้องการวัดคือสิ่งที่เกี่ยวข้องกับผลงานขององค์กร วัดเพื่อให้รู้ว่าเราอยู่ตรงไหน วัดเพื่อที่จะกำหนดเป้าหมายในอนาคต

นอกเหนือจากการวัดทางกายภาพที่เราคุ้นเคยแล้ว เราอาจจะวัดหรือกำหนดตัวเลขให้กับปรากฏการณ์ เหตุการณ์ ระบบ พฤติกรรม ความเข้าใจ ความมั่นใจ เจตคติ ฯลฯ ได้

14.2 การวัดสอดแทรกอยู่ทั่วไป



ภาพที่ 14.1 แสดงให้เห็นการวัดที่สอดแทรกอยู่ในส่วนต่างๆ ของ 3C-PDSA

การวัดสอดแทรกอยู่ในแนวคิดการพัฒนาทั่วไป: บริบท-ตั้งเป้า-เฝ้าดู-ปรับเปลี่ยน (context-aim-measures-change)

การวัดสอดแทรกอยู่ในแนวคิดการจัดการเชิงกลยุทธ์: วางแผน-ดำเนินการ-ติดตามประเมินผล

การวัดสอดแทรกอยู่ใน **3C-PDSA** การวัดผลจะเกี่ยวข้องกับทั้ง core values, criteria, context และ study/learning

core values ที่เกี่ยวข้องกับการวัดผลคือ management by facts และ focus on results

criteria ที่เกี่ยวข้องกับการวัดผลคือ การวัดและการวิเคราะห์ผลงาน รวมทั้งผลการดำเนินงาน และการนำไปใช้ในการวางแผน

context แม้จะไม่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการวัดผล แต่เป็นตัวที่จะกำหนดเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่มีความเฉพาะเจาะจง ซึ่งจะนำไปสู่การวัดผลความสำเร็จ

study/learning ทำได้ทั้งการใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพและข้อมูลเชิงปริมาณ การประเมินผลอย่างเป็นระบบบนพื้นฐานของข้อมูลที่น่าเชื่อถือคือการแสดงถึง maturity ของระบบคุณภาพ ซึ่ง HA scoring guidelines ให้ความสำคัญของการเรียนรู้ในลักษณะนี้ไว้ที่ระดับ 4 จาก 5 และ MBNQA ให้ความสำคัญไว้ที่ band 4 -6 คือ 50%-100%

14.3 จะเลือกวัดหรือเลือกที่จะพรรณนา

มักจะมีคำพูดว่า “ถ้าวัดไม่ได้ ก็จัดการไม่ได้” เป็นคำพูดที่เหมาะสมสำหรับสถานการณ์ที่ผู้คนไม่ใส่ใจกับการวัดผล เพื่อกระตุ้นให้เห็นความสำคัญ แต่หากยึดถืออย่างจริงจังจะสร้างปัญหาและความยุ่งยาก

การวัดผลเป็นส่วนหนึ่งของการติดตามประเมินผล ซึ่งการติดตามประเมินผลอาจจะใช้ทั้งข้อมูลเชิงพรรณนา และข้อมูลเชิงปริมาณ ตารางที่ 14.1 เปรียบเทียบข้อดีข้อเสียของการใช้ข้อมูลทั้งสองประเภท

ตารางที่ 14.1 เปรียบเทียบข้อดีข้อเสียของการใช้ข้อมูลเชิงพรรณนาและการใช้ข้อมูลเชิงปริมาณ

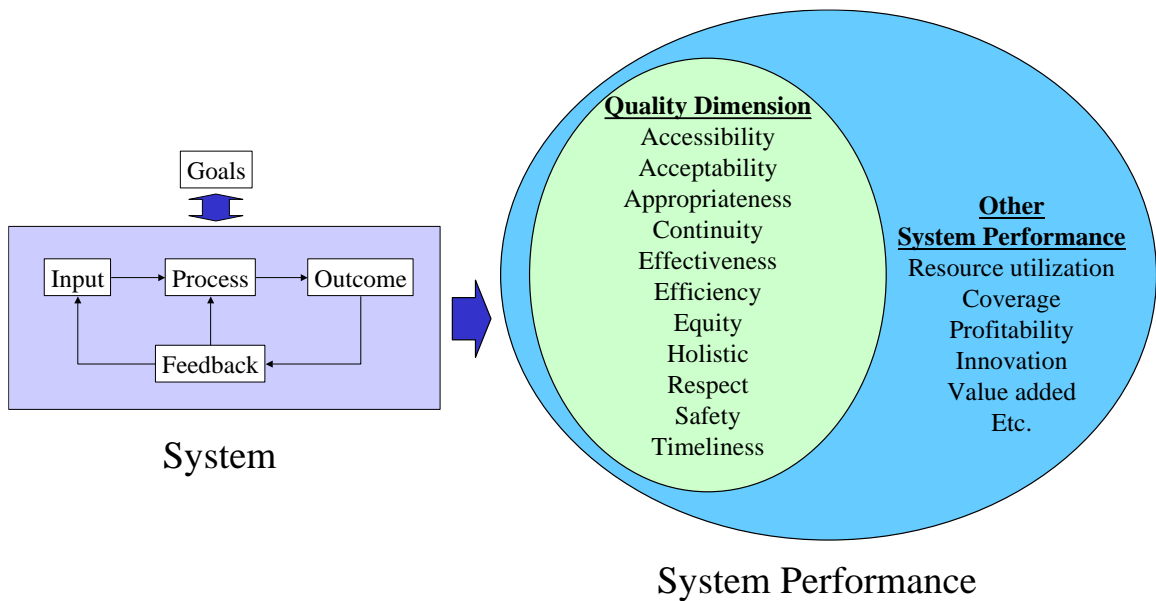
	การใช้ข้อมูลเชิงพรรณนา	การใช้ข้อมูลเชิงปริมาณ
ข้อดี	ทำได้ง่าย มองเห็นภาพรวมได้ดีกว่า	ลดการใช้ความรู้สึกของผู้ประเมิน สามารถเปรียบเทียบหรือติดตามแนวโน้มได้ดีกว่า
ข้อเสีย	ขึ้นกับความรู้สึกของผู้ประเมิน	ยุ่งยาก มองภาพได้เพียงบางส่วน

จะเป็นการง่ายและคุ้มค่าหากเริ่มต้นการประเมินด้วยข้อมูลเชิงพรรณนา เช่น จุดแข็งจุดอ่อนของการดำเนินงาน ประเด็นที่บรรลุความสำเร็จ/ไม่สำเร็จและเหตุผล

การประเมินด้วยข้อมูลเชิงพรรณนา จะทำให้เห็นความจำเป็นว่าต้องใช้ข้อมูลเชิงปริมาณอะไร เพื่อยืนยัน

อย่างไรก็ตาม ข้อมูลเชิงพรรณนาหรือข้อมูลเชิงคุณภาพ กับข้อมูลเชิงปริมาณนั้นมีความสัมพันธ์กัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการวิจัยทางสังคมศาสตร์ การสร้างมาตรวัดซึ่งเป็นข้อมูลเชิงปริมาณเกิดจากการใช้ qualitative judgments นับครั้งไม่ถ้วน และข้อมูลเชิงคุณภาพก็อาจจะนำเสนอหรือปรับเปลี่ยนด้วยการใช้ตัวเลข

14.4 จะวัดอะไร



ภาพที่ 14.2 แสดงกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการวัด Performance ของระบบงาน

งานแต่ละอย่างที่เราทำเป็นส่วนหนึ่งของระบบ ทุกระบบล้วนมีเป้าหมายและความคาดหวัง การวัดผลงานที่ควรจะเป็น คือการวัดเปรียบเทียบกับเป้าหมายและความคาดหวัง ถ้าเป้าหมายเป็นปริมาณที่ชัดเจน เราก็สามารถวัดการบรรลุเป้าหมายได้ง่าย เช่น จะทำงานให้ได้กี่ชิ้น จะตรวจคนไข้กี่คน จะทำให้แล้วเสร็จในเวลาเท่าไร

เป้าหมายอีกส่วนหนึ่งมีลักษณะเป็นนามธรรม

สิ่งที่เป็นนามธรรมเหล่านั้น บางครั้งเรียกว่ามิติคุณภาพ (quality dimension) เช่น การเข้าถึง การยอมรับ ความเหมาะสม ความต่อเนื่อง ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ ความเป็นธรรม ความเป็นองค์รวม ความเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรี ความปลอดภัย ความทันสมัย

ประเด็นเหล่านี้หากนำมาพิจารณาเพื่อกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดของระบบ ก็จะได้ตัวชี้วัดจำนวนมากอยู่แล้ว

อย่างไรก็ตาม ยังมีแง่มุมอื่นๆ ที่สมควรวัดในฐานะเป็นผลงานของระบบ แต่ไม่สามารถเรียกว่าเป็นแง่มุมด้านคุณภาพได้เต็มปาก เช่น การใช้ทรัพยากร ความครอบคลุม ผลกำไร นวัตกรรม คุณค่า

เพิ่ม จึงมีการนำคำว่า performance¹⁵ เข้ามาใช้เพื่อครอบคลุมสิ่งที่เป็นคุณลักษณะและผลของการปฏิบัติงานทั้งหมด (ภาพที่ 14.2)

คำว่า performance improvement ถูกนำมาใช้แทน quality improvement เพื่อให้ครอบคลุมการพัฒนาในแง่มุมที่กว้างขวางขึ้น

คำว่า performance indicator จึงมีความหมายกว้างกว่า quality indicator แต่ quality indicator ก็ยังเป็นส่วนประกอบหลักของ performance indicator (พึงตระหนักว่า เมื่อมีการใช้คำว่า performance ทำให้เราไม่ต้องกังวลมากนักว่าสิ่งที่เราวัดนั้นจะสามารถเรียกว่าคุณภาพได้หรือไม่)

โดยสรุปแล้ว performance หมายถึงลักษณะของระบบที่เป็นผลหรือแสดงออกให้เห็นจากการทำงานของระบบ ซึ่งอาจจะเป็นการวัดระดับโดยตรง เช่น ระดับของทรัพยากรที่ใช้ ระดับของผลผลิตที่เกิดขึ้น หรือเป็นการวิเคราะห์เปรียบเทียบทำให้เห็นแง่มุมที่เป็นนามธรรมของระบบ

เมื่อแยกแยะลงไปตามระดับต่างๆ เราอาจจะวัด performance ในระดับบุคคล กระบวนการ ระบบงาน ผลิตภัณฑ์/บริการ แผนงาน โครงการ หรือองค์กรก็ได้

และต้องไม่ลืมว่า คุณภาพก็เป็นส่วนหนึ่งของ performance

14.5 จะเรียกสิ่งที่วัดได้ว่าอะไร: Measures, Indicators, Metrics

Clinical Topic	Metric	Treatment/intervention
Tobacco Cessation:	% of patients	screened annually for use of tobacco

ภาพที่ 14.3 วิธีการเรียกชื่อตัวชี้วัดทางคลินิกที่ AHRQ กำหนด

Agency for Healthcare Research and Quality¹⁶ แนะนำให้ใช้วิธีเรียกตัวชี้วัดทางคลินิกที่เป็นมาตรฐาน ประกอบด้วย clinical topic, metric, treatment/intervention/outcome (ภาพที่ 14.3)

metric ก็คือลักษณะของตัวเลขที่ได้จากการวัด เช่น ร้อยละ, คะแนนเฉลี่ย, ระยะเวลา

ส่วนขยายจาก metric จะทำให้ทราบชัดเจนถึงสิ่งที่เราวัด ซึ่งอาจจะเป็นวิธีการรักษา (process) หรือผลลัพธ์จากการรักษา (outcome)

¹⁵ คำว่า performance ในภาคอุตสาหกรรมแปลว่า “สมรรถนะ” โครงการรางวัลคุณภาพแห่งชาติใช้คำว่า “ผลการดำเนินการ” ขณะที่คำว่าภาคราชการแปล competency ว่า “สมรรถนะ” ซึ่ง competency กับ performance ก็มีความแตกต่างกันอยู่ บางท่านแนะนำให้ใช้คำว่า “สมรรถภาพ” ก็อาจจะเกิดความสับสนหากแปลกลับไปเป็นภาษาอังกฤษ ที่จะไปพบกับคำว่า fitness สำหรับสมรรถภาพทางร่างกาย หรือคำว่า capability ซึ่งก็จะสับสนกับ competency อีก ครั้นจะใช้คำว่า “ผลการดำเนินการ” ก็เห็นว่าไม่ตรงความหมายเสียทีเดียว เพราะจะเข้าใจผิดว่ามุ่งเน้นที่ผลลัพธ์โดยไม่ได้มองลักษณะของการปฏิบัติ ผู้เขียนจึงขอใช้ทับศัพท์ว่า performance โดยไม่แปลเป็นไทย

¹⁶ URL: www.qualitymeasures.ahrq.gov

คำว่า “ตัววัด” (measures) กับ “ตัวชี้วัด” (indicators) สามารถใช้ทดแทนกันได้ ความพยายามที่ให้สรวงคำว่า “ตัววัด” ไว้ใช้กับการวัด performance โดยตรงหรือการวัด performance ที่สำคัญ อาจจะสร้างความยุ่งยากมากกว่าที่จะให้ประโยชน์

ตัววัดและตัวชี้วัดอาจจะเป็นตัววัดเดี่ยวหรือตัววัดที่เป็นตัววัดผสม (composite measure)

14.6 ระดับของการวัด (Level of Measurement)

มีการแบ่งระดับของการวัดออกเป็น 4 ระดับ ตามความสัมพันธ์ของตัวเลข (ตารางที่ 14.2) ซึ่งในการใช้ตัวเลขแสดงชื่อที่เรียก (nominal) นั้น ตัวเลขไม่ได้ถูกใช้ในการวัด

ตารางที่ 14.2 ระดับของการวัด (Level of Measurement)

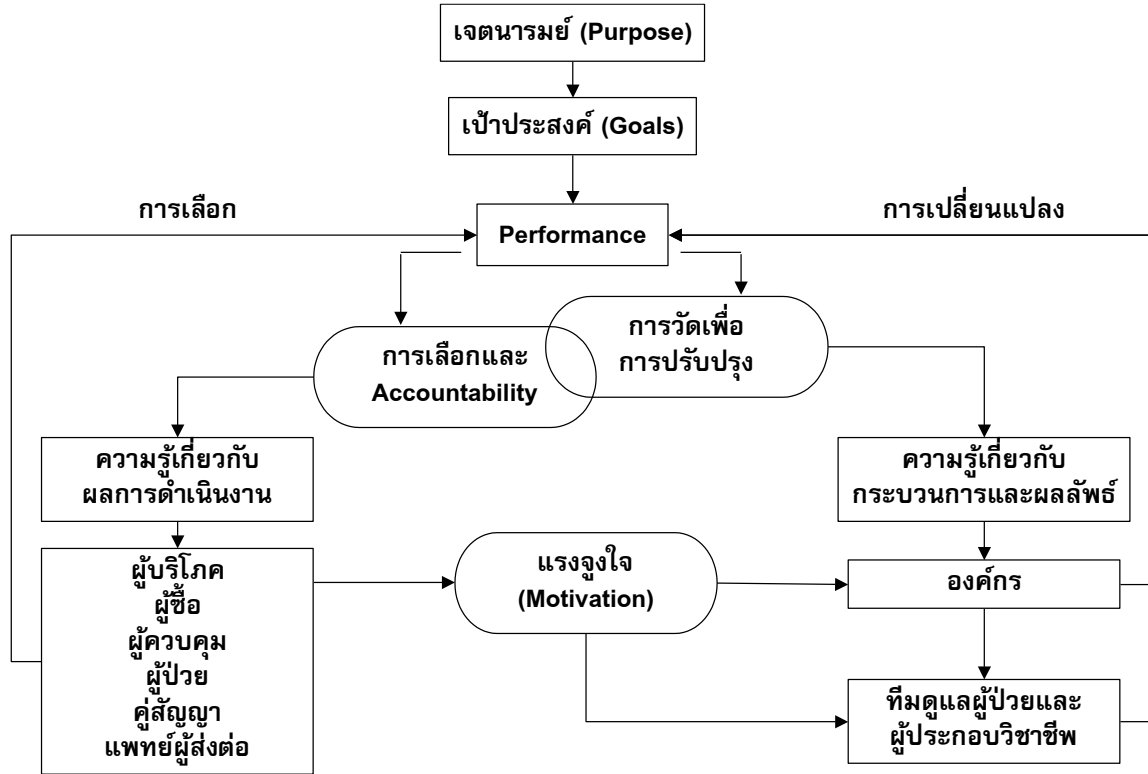
Level	ความหมายในการวัด			ตัวอย่าง
	เรียงลำดับ	ระยะห่าง	Absolute zero	
Nominal	✗	✗	✗	ชื่อหมู่บ้าน 1, 2, 3, 4
Ordinal	✓	✗	✗	ความฉลาด: 1=น้อย, 2=กลาง, 3=มาก
Interval	✓	✓	✗	ระดับความฉลาดทางปัญญา (IQ)
Ratio	✓	✓	✓	ร้อยละของทารกที่เป็น neonatal hypothyroidism

ความสำคัญของการทำความเข้าใจระดับของการวัดมีอย่างน้อย 2 ประการ ได้แก่

1) เพื่อให้เราสามารถใช่วิธีการทางสถิติที่เหมาะสมได้ เช่น การวัดที่เป็น ordinal scale นั้น บอกได้เพียงการเรียงลำดับ ไม่สามารถบอกระยะห่างได้ การคำนวณค่าเฉลี่ยของการวัดที่เป็น ordinal scale จึงเป็นการคำนวณที่ไม่ถูกต้องด้วยเหตุผล ซึ่งก็จะทำให้เราต้องมาพิจารณาว่าสิ่งที่เราตั้งใจวัดนั้นเป็น scale ประเภทใดกันแน่ เราหลอกตัวเองหรือถูกหลอกโดยไม่รู้ตัวหรือไม่ ถ้าเราจัดกลุ่มของความพึงพอใจเป็น น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด ทุกคนคงยอมรับว่าอันนี้เป็น ordinal scale แต่ถ้าเราปรับเปลี่ยน scale นี้เป็นตัวเลข 1, 2, 3, 4, 5 คู่กับคำบรรยายว่าจากน้อยที่สุดถึงมากที่สุด แล้วจะบอกได้หรือไม่ว่า 1-5 นี้ เป็น interval scale

2) การวัดในระดับที่สูงขึ้น จะเพิ่มความน่าเชื่อถือมากขึ้น เราอาจจะเริ่มด้วยการวัดแบบ ordinal scale ในระยะเริ่มแรกเพื่อความง่าย และค่อยๆ พัฒนาต่อไปสู่ interval scale เมื่อเรามีประสบการณ์และความมั่นใจมากขึ้น หรือในทางตรงข้าม ถ้าการวัดเดิมใช่วิธีการที่ซับซ้อน ยุ่งยาก ไม่สามารถทำได้อย่างต่อเนื่อง เราอาจจะถอยกลับลงมาสู่การวัดในระดับพื้นฐานที่สุดคือการวัดที่เป็น ordinal scale

14.7 การใช้ประโยชน์จากตัวชี้วัด¹⁷



ภาพที่ 14.4 สองเส้นทาง จากการวัด สู่การพัฒนาคุณภาพ

1. ใช้เพื่อการพัฒนาคุณภาพภายในองค์กร เช่น ใช้ค้นหาปัญหา, ใช้ประเมินระดับผลงานก่อนการปรับปรุง, ใช้ติดตามผลการพัฒนาหรือติดตามแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง, ใช้ตรวจสอบความสามารถในการควบคุมให้เป็นไปตามที่ออกแบบหรือคาดการณ์ไว้

2. ใช้เพื่อแสดงความรับผิดชอบต่อสังคมและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เช่น การให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการและสาธารณะเพื่อประกอบการตัดสินใจ การรายงานต่อผู้ควบคุม ผู้ซื้อ หรือผู้ประเมินคุณภาพ ซึ่งการใช้ตัวชี้วัดเพื่อวัตถุประสงค์นี้ จำเป็นต้องมีการกำหนดมาตรฐานของข้อมูลและการจัดการข้อมูล การรับรู้โดยบุคคลภายนอกโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้บริโภคและผู้ซื้อ จะมีส่วนสำคัญต่อการเลือกใช้บริการ และการสร้างแรงจูงใจในการพัฒนา

3. ใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัย จำเป็นต้องใช้จำนวนตัวอย่างที่มากพอ เก็บข้อมูลต่อเนื่อง มีวิธีการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ที่น่าเชื่อถือ ในปัจจุบันมีความพยายามที่จะเชื่อมโยงการพัฒนาคุณภาพกับการวิจัยเข้าด้วยกันในหลายๆ สถาบัน

¹⁷ www.qualitymeasures.ahrq.gov

14.8 ความท้าทายในการวัดผลงาน

Jerod Leob¹⁸ ได้กล่าวถึงความท้าทายในเรื่องการวัดผลงานบริการสุขภาพ ซึ่งเราควรนำมาพิจารณาและหาทางออกที่เหมาะสม ดังต่อไปนี้

1. ทุกคนต้องการให้มีการวัดผล แต่ไม่มีใครอยากวัดผลงานของตัวเอง และความต้องการของผู้ใช้แต่ละกลุ่มก็แตกต่างกันออกไป ความต้องการบางอย่างก็อาจจะใช้ตัวชี้วัดร่วมกันได้
2. การตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลวิชาการมีความแตกต่างกันในแต่ละสถาบันที่ให้การดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผลลัพธ์สำคัญแตกต่างกันด้วย ความท้าทายอยู่ที่การทำให้เกิดการยอมรับข้อมูลวิชาการและนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วย
3. ไม่มีจุดเน้นหรือปรัชญาที่ยอมรับร่วมกันในเรื่องการวัด มีวิธีการที่แตกต่างกันมากในการวัด จะใช้ข้อมูลที่มีอยู่แล้วให้เกิดประโยชน์มากที่สุดได้อย่างไร ข้อมูลจากแต่ละแหล่งควรมีข้อดีและข้อจำกัดในตัวเอง
4. ไม่มีข้อสรุปว่าควรวัดอะไร การวัดทำให้เกิดการบิดเบือนจากการสังเกต สภาวะทางคลินิกบางเรื่องมีความซับซ้อนสูง และต้องพิจารณาให้ดีว่าควรวัดอะไร เช่น สำหรับ coronary heart disease ตัวชี้วัดที่ดีคือตัวชี้วัดโอกาสที่จะป้องกัน disease progression
5. ตัวชี้วัดเดียวไม่เพียงพอ มองได้เพียงบางส่วน จำเป็นต้องมีตัวชี้วัดหลายตัวเพื่อให้เห็นภาพทั้งหมดของคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในแต่ละสภาวะ
6. คุณภาพของข้อมูลมีความสำคัญ คุณภาพของการเก็บข้อมูลแตกต่างกันไปตามการแปลความหมาย มีตัวชี้วัดน้อยตัวที่ได้รับการทดสอบอย่างเพียงพอ มีคำถามว่าใครควรเป็นผู้สร้างตัวชี้วัดระหว่างผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดผลงานซึ่งมีความรู้ค่อนข้างมากเกี่ยวกับการแพทย์กับผู้เชี่ยวชาญด้านคลินิกซึ่งมีความรู้ค่อนข้างมากเกี่ยวกับการวัดผลงาน
7. การจัดปรับข้อมูลตามระดับความเสี่ยง ยังคงเป็นคำถามอยู่ว่าจะปรับหรือไม่ จะปรับอย่างไร ปรับแล้วจะทำให้เกิด false security จะนำข้อมูลเฉพาะตัวของผู้ป่วยแต่ละรายเข้ามาพิจารณาเชื่อมโยงกับผลลัพธ์อย่างไร
8. ลำดับชั้นของการวัด การวัดผลงานของบริการสุขภาพอาจจะวัดได้ในระดับผู้ประกอบวิชาชีพ, องค์กร, เครือข่ายองค์กร/แผนประกันสุขภาพ, กลุ่มประชากรทางภูมิศาสตร์ การวัดในระดับใดจึงจะเป็นประโยชน์ที่สุด
9. จะวิเคราะห์ข้อมูลอย่างไร จะเปรียบเทียบอย่างไร จะดูแนวโน้มอย่างไร การใช้ค่าเฉลี่ยรายปีอาจจะไม่ช่วยในการตัดสินใจ ขณะที่ข้อมูลอัตราเป็นรายเดือนที่น่าเสนอแนวโน้มช่วยในการตัดสินใจได้ดีกว่า
10. จะนำเสนอข้อมูลอย่างไร ยังไม่มีข้อสรุปว่าจะนำเสนอข้อมูลอย่างไร จะใช้ report card แบบไหน ทำอย่างไรให้สารสนเทศที่เกิดขึ้นนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้มากที่สุด

¹⁸ นำเสนอในการประชุม Clinical Quality Forum ที่สิงคโปร์ เมื่อวันที่ 7 ตุลาคม 2548

11. การวัดผลงานทำให้เกิดค่าใช้จ่าย ต้องแสดงคุณค่าของการวัดผลงานว่าทำให้เกิดการปรับปรุงบริการสุขภาพที่สัมผัสได้ได้อย่างไร มีการตัดสินใจที่ดีขึ้นอย่างไร

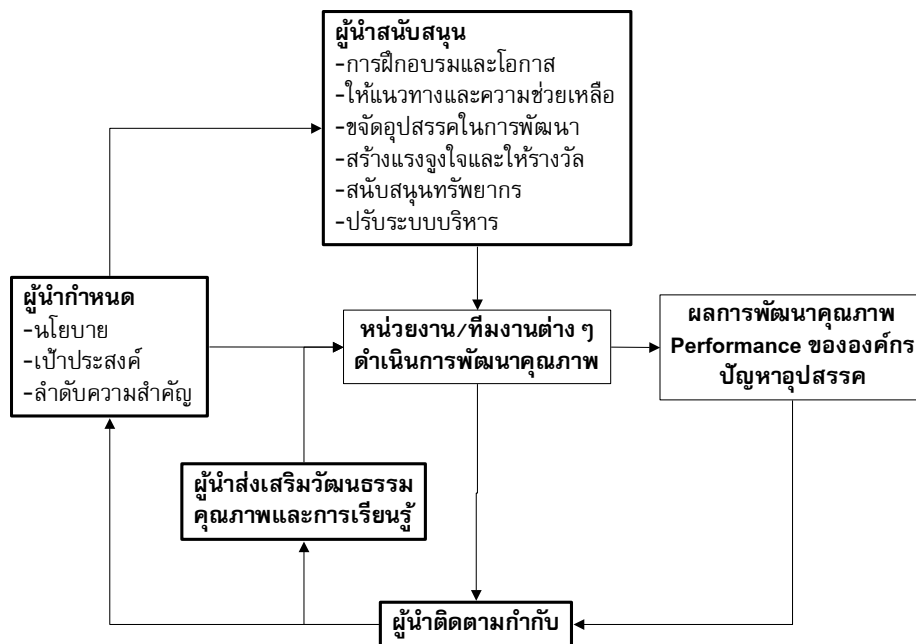
แม้จะเป็นคำถามที่ตอบยาก เป็นคำถามที่ชวนให้ปวดหัว แต่ก็เป็นที่ทุกท่านพึงตระหนักไว้ในใจตลอดเวลา เพื่อที่ว่าจะไม่ทำอะไรในลักษณะที่เอาแต่ง่ายเชื่อว่า ขณะเดียวกันก็ไม่ละเลยที่จะหาโอกาสพัฒนาวิธีการวัดและการนำไปใช้เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด

15. แนวทางและเครื่องมือเกี่ยวกับตัวชี้วัด

15.1 แนวทางในการกำหนดตัวชี้วัด

1. ต้องมองภาพรวมของเรื่องราวทั้งหมด

ตัวอย่างการกำหนดตัวชี้วัดเกี่ยวกับการสนับสนุนของผู้นำต่อการพัฒนาคุณภาพ ควรจะวางกรอบความเป็นไปได้ทั้งหมดว่าผู้นำจะมีบทบาทต่อการพัฒนาคุณภาพอย่างไรบ้าง ซึ่งอาจจะใช้มาตรฐาน HA เป็นกรอบในการพิจารณาก็ได้ (ภาพที่ 15.1)



ภาพที่ 15.1 บทบาทของผู้นำต่อการพัฒนาคุณภาพ (ตามมาตรฐาน HA 2006)

2. เลือกประเด็นที่มีความสำคัญสูง

การวัดที่มีประโยชน์คือการวัดในส่วนที่มีความสำคัญสูง มีโอกาสที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้เกี่ยวข้อง และควรจะวัดคุณภาพของเรื่องนั้นๆ มากกว่าการวัดเชิงปริมาณ

ตัวอย่างในเรื่องบทบาทของผู้นำต่อการพัฒนาคุณภาพ เราควรพิจารณาว่าบทบาทต่างๆ ได้แก่ การกำหนดนโยบาย/ลำดับความสำคัญ, การสนับสนุน, การติดตามกำกับ, การส่งเสริมวัฒนธรรมคุณภาพและการเรียนรู้ นั้น อะไรคือประเด็นที่มีความสำคัญสูงที่ควรค่าแก่การวัด นั้นหมายความว่าเรื่องนั้นมีระดับการปฏิบัติอยู่ในช่วงปานกลางและมีโอกาสที่จะพัฒนาได้อีกมาก ซึ่งแต่ละโรงพยาบาลอาจจะมีคำตอบที่แตกต่างกัน

3. กำหนดตัวชี้วัดที่ตรงประเด็น

ความตรงประเด็นคือตัวชี้วัดนั้นสามารถวัดในสิ่งที่เราต้องการวัดได้

การพิจารณาความตรงประเด็นอาจทำได้โดย

1) ใช้ความรู้สึกตัดสินโดยดูภาพรวมๆ ซึ่งสามารถทำให้เป็นระบบได้มากขึ้นโดยการสอบถามความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญหลายๆ คน (face validity)

2) พิจารณาองค์ประกอบสำคัญที่เกี่ยวข้องในเรื่องนั้น และพิจารณาว่าตัววัดนั้นสามารถวัดผลในจุดสำคัญเหล่านั้นหรือไม่ (content validity)

3) พิจารณาความสามารถต่างๆ ของตัววัด เช่น ความสามารถในการแยกแยะระหว่างสิ่งที่ดูเหมือนกันจะคล้ายคลึงกัน (concurrent validity), ความสามารถในการตรวจจับการเปลี่ยนแปลง (predictive validity) ถ้าเราบอกว่าจะทำโครงการพัฒนา แต่ตัวชี้วัดที่ใช้ในโครงการไม่ได้แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลจากการพัฒนาได้ ตัวชี้วัดนั้นก็ไม่ได้ตรงประเด็นกับโครงการพัฒนานั้น

ถ้าเราเห็นว่าการติดตามกำกับของผู้นำมีความสำคัญ และเราเลือกที่จะวัดอัตราการเข้าร่วมประชุมสมัชชาคุณภาพของผู้บริหาร เราต้องถามตัวเองว่าตัวชี้วัดนี้สะท้อนการติดตามกำกับที่เราต้องการหรือไม่ จะมีวิธีการวัดอะไรที่สะท้อนคุณภาพการติดตามกำกับได้ดีกว่าการวัดปริมาณการเข้าร่วมประชุมหรือไม่ เช่น การตอบสนองต่อแผนงาน/โครงการที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย

การวัดในบางเรื่อง เช่น การสนับสนุนของผู้นำอาจจะต้องใช้ composite score คือวัดหลายๆ ด้านแล้วเอาคะแนนมารวมกันโดยมีการถ่วงน้ำหนักอย่างเหมาะสม

สำหรับการเลือกตัวชี้วัดทางคลินิก อาจจะเริ่มด้วย

1) การเลือกสภาวะทางคลินิกที่มีความสำคัญสูง ด้วยการพิจารณาว่าสภาวะทางคลินิกอะไรบ้างที่มีความสำคัญ เช่น มีปริมาณมาก มีความเสี่ยงสูง มีค่าใช้จ่ายสูง มีโอกาสเกิดปัญหาบ่อยๆ

2) การทำ clinical logic mapping เพื่อดูภาพรวมของสภาวะทางคลินิกนั้นทั้งหมด ตั้งแต่ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยง ไปจนถึงการเจ็บป่วยในระดับต่างๆ และเข้าสู่สภาวะของการพักฟื้นจากการเจ็บป่วยซึ่งอาจจะมีหลายลักษณะ (คือการพิจารณาบริบทของโรค)

3) การกำหนดประเด็นสำคัญในแต่ละช่วงเวลาหรือขั้นตอนของการดูแลรักษา เป้าหมายที่ต้องการ และตัวชี้วัดที่จะวัดการบรรลุเป้าหมายนั้น (เป็นแนวทางที่แนะนำไว้ในการทำ clinical tracer)

ดูตัวอย่างความสัมพันธ์ระหว่างประเด็นสำคัญ เป้าหมาย และตัวชี้วัดในตารางที่ 15.1

ตารางที่ 15.1 แสดงตัวอย่างความสัมพันธ์ระหว่างประเด็นสำคัญ เป้าหมาย และตัวชี้วัด¹⁹

IOM Aims	Priority Areas			
	Breast Cancer	Lung Cancer	Pain & Palliative Care	Patient Experience
	Goal: Reduce mortality from breast cancer	Goal: Reduce the proportion of the population at risk for developing lung cancer	Goal: Increase the proportion of patients with advance stage cancer who receive appropriate care at the end of life	Goal: Enhance the experience of patients undergoing treatment for cancer
Safe	Measure: Proportion of patients treated in systems with automated order entry for prescriptions, including chemotherapy (cross cutting).			
Effective	Measure: rates of mammography screening	Measure: % of smokers receiving advice to quit	Measure: % of patients reporting adequate pain control	
Patient-centered	Measure: Proportion of patients reporting excellent experiences in communicating with their physicians about the treatment of their cancer (cross cutting).			
Timely	Measure: time to follow-up of an abnormal mammogram	Measure: time from referral to receipt of smoking cessation treatment	Measure: time from referral to receipt of hospice care	Measure: % of patients reporting no delays in receiving needed care
Equitable	Measure: rates of screening by SES, geography, race/ethnicity	Measure: % of smokers receiving advice to quit by SES, race/ethnicity, geography	Measure: % of patients reporting adequate pain control by SES, geography, race/ethnicity	Measure: % of patients reporting excellent communication by SES, geography, race/ethnicity
Efficient	Measure: average risk adjusted expenditure for initial treatment of cancer (cross cutting).			

4. พิจารณาความเหมาะสมของตัวชี้วัด

ควรพิจารณาในประเด็นต่างๆ ต่อไปนี้

- ตัวชี้วัดนั้นน่าจะนำไปสู่การปรับปรุงให้ดีขึ้น คือยังมีปัญหาอยู่ สามารถที่จะทำให้ดีขึ้นได้ ตัวชี้วัดนั้นจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
- ตัวชี้วัดนั้นน่าจะเป็นไปได้ในการเก็บข้อมูลที่ไม่เป็นภาระมากเกินไป สามารถประมวลผลและนำเสนอผลได้ในเวลาที่ต้องการ

¹⁹ Elizabeth A. McGlynn. Applying the Strategic Framework Board's Model to Selecting National Goals and Core Measures for Stimulating Improved Quality for Cancer Care (Background Paper #1). RAND Health. August 21, 2002

- ตัวชี้วัดนั้นน่าจะมีข้อมูลวิชาการมารองรับ เช่น หลักฐานแสดงถึงประสิทธิผลของ intervention ที่เราจะวัด, วิธีการจัดกลุ่มชั้นต่างๆ

15.2 เครื่องมือในการวัดสิ่งที่ดูเหมือนวัดยาก

เรามักประสบปัญหาการวัดในสิ่งที่เป็นนามธรรม เช่น เจตคติ พฤติกรรม ความสะอาด การมีส่วนร่วม การเสริมพลัง ทำให้เป้าหมายเหล่านี้มักจะไม่ถูกประเมินอย่างจริงจัง ทำให้ไม่ทราบว่าคุณภาพในการพัฒนานั้นได้ผลเพียงใด หรือยังมีปัญหาที่ทำทลายอยู่อีกมากเพียงใด

1. การใช้ Ordinal Scale

วิธีการที่ง่ายที่สุดคือการจัดตะกร้าอย่างน้อย 3 ใบไว้รองรับกลุ่มประชากรที่ศึกษา โดยแบ่งการบรรจุเป้าหมายด้วยความรู้สึกของเรา (ใช้ implicit criteria หรือเกณฑ์ที่อยู่ในใจเป็นเครื่องตัดสิน) เช่น แบ่งระดับของชุมชนตามบทบาทในเรื่องการสร้างสุขภาพเป็น 3 ระดับ คือ น้อย ปานกลาง มาก แล้วนำจำนวนชุมชนที่อยู่ในกลุ่มต่างๆ จะทำให้เห็นภาพกว้างของชุมชนทั้งหมด เมื่อเวลาผ่านไปแล้วเรากลับมาประเมินซ้ำ จะสามารถบอกได้ว่าการเปลี่ยนแปลงในสัดส่วนของระดับทั้งสามอย่างไร หากต้องการวัดให้ละเอียดมากขึ้น อาจกำหนดระดับมากขึ้น พร้อมทั้งมีคำจำกัดความกว้างๆ สำหรับแต่ละระดับเพื่อเป็นมาตรฐานในการประเมิน

2. การใช้ Interval Scale

การสร้างเครื่องมือเพื่อวัดสิ่งที่ เป็นนามธรรมเหล่านี้ อาจจะเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องศึกษาและทดลองปฏิบัติกันให้มากขึ้น Thurstone²⁰ ได้แนะนำวิธีการที่เรียกว่า Equal-Appearing Intervals ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. กำหนดจุดเน้นของสิ่งที่ จะวัด เช่น “ให้สร้างข้อความที่ระบุเจตคติที่ผู้คนอาจจะมีต่อผู้ป่วยเอดส์”
2. สร้างข้อความที่จะใช้ทดสอบ เช่น “ผู้ที่เป็นเอดส์เป็นคนไม่ดี”, “ผู้หญิงไม่เป็นเอดส์”, “คนเป็นเอดส์คือคนจริง”, “เอดส์สามารถติดต่อได้จากการมีเพศสัมพันธ์กับเพศตรงข้าม” โดยให้มีจำนวน 80 - 100 ข้อความ
3. ขอความเห็นจากคณะบุคคล ให้คะแนนข้อความแต่ละข้อความตามระดับความเห็นพ้อง (favorable) กับจุดเน้นที่จะวัด โดยให้คะแนนตั้งแต่ 1-11 คะแนน 11 คือเห็นพ้องมากที่สุด (extremely favorable) คะแนน 1 คือไม่เห็นพ้องมากที่สุด (extremely unfavorable) การให้คะแนนนี้เป็นการวัดความเห็นพ้องกับจุดเน้น หรือเป็นการให้น้ำหนักต่อความเห็นแต่ละความเห็นนั่นเอง
4. คำนวณคะแนนสำหรับแต่ละข้อความที่จะใช้ตรวจสอบ โดยใช้ median เป็นหลัก
5. เลือกข้อความที่จะนำมาใช้ในเครื่องมือ ให้ครอบคลุมพิสัยของคะแนนทั้งหมด เช่น เลือกมาจากระดับคะแนนละ 1 ข้อความ

²⁰ William M. Trochim. URL: <http://www.socialresearchmethods.net/kb/scalthur.htm>

6. นำไปสร้างเครื่องมือโดยให้ผู้รับการทดสอบให้ความเห็นว่า “เห็นด้วย” หรือ “ไม่เห็นด้วย” กับข้อความในชุดทดสอบนั้น และหัวข้อที่ตอบเห็นด้วยมาจำนวนคะแนนเฉลี่ย โดยใช้คะแนนน้ำหนักของแต่ละหัวข้อที่ได้จากข้อ 3 มาเฉลี่ยกัน

กระบวนการจัดทำเครื่องมือนี้มีความน่าสนใจตรงที่จะต้องคิดถึงมุมมองในการวัดอย่างรอบด้าน ซึ่งเกิดขึ้นในขั้นตอนของการสร้างข้อความที่จะใช้ทดสอบจำนวนมาก การมองอย่างรอบด้านจะช่วยลดการใช้ความรู้สึกหรืออคติในการประเมินลงได้

หากมีเครื่องมือที่เป็นมาตรฐานในการวัดจะช่วยโรงพยาบาลต่างๆ ได้มาก แต่ในช่วงที่ยังไม่มีเครื่องมือดังกล่าว โรงพยาบาลต่างๆ น่าจะเริ่มพัฒนาเครื่องมือในลักษณะนี้ขึ้นมาใช้เพื่อการเรียนรู้ของตนเอง

ทั้งนี้ต้องตระหนักว่า ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการวัดนั้นมีความคุ้มค่ากับเวลาและทรัพยากรที่ได้ลงทุนไป

15.3 การวิเคราะห์ข้อมูล

การนำเสนอข้อมูลส่วนใหญ่มักจะเป็นการนำเสนอสถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ข้อมูลยังเป็นจุดอ่อน เนื่องจากไม่ได้เริ่มต้นด้วยคำถามหรือความอยากรู้ ความพยายามที่จะตอบคำถามทำให้เราต้องใช้วิธีการทางสถิติเพิ่มเติมเพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ของข้อมูล หรืออาจจะต้องเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติม (ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ)

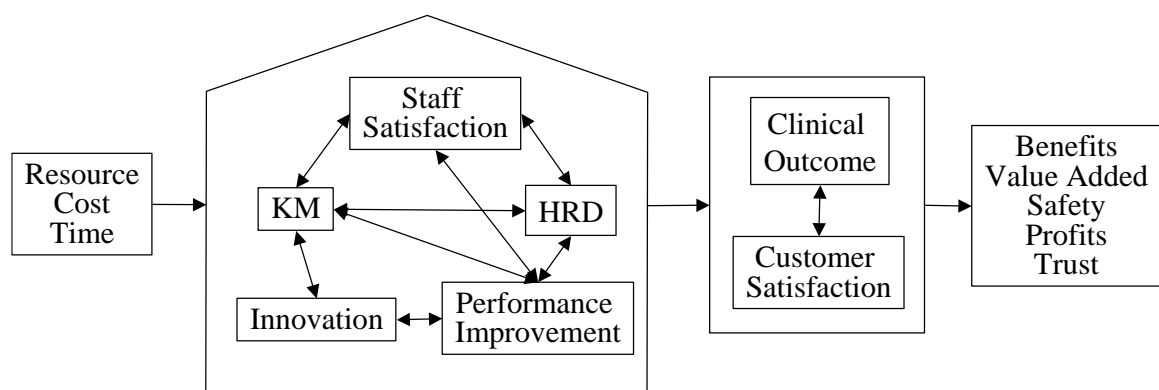
ลำพังข้อเท็จจริงและข้อมูลเดี่ยวๆ ไม่สามารถเป็นพื้นฐานที่ดีสำหรับการจัดลำดับความสำคัญหรือการตัดสินใจได้ จำเป็นต้องนำข้อมูลเหล่านั้นมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์เพื่อให้เกิดความเข้าใจในมิติต่างๆ ของ performance ตลอดจนที่มาที่ไปของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

วิธีการวิเคราะห์ของแต่ละองค์กรมีความแตกต่างกันไป ขึ้นกับประเภท ขนาดขององค์กร และสิ่งแวดล้อมในการแข่งขัน

แนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่

- การวิเคราะห์แนวโน้ม หรือการเปรียบเทียบผลงานปัจจุบันกับผลงานที่ผ่านมา
- การคาดการณ์หรือการพยากรณ์ โดยพิจารณาจากผลงานที่ผ่านมาและความพยายามในการปรับปรุง
- การเปรียบเทียบทั้งภายในองค์กรและระหว่างองค์กร
- การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล
- การพิจารณามิติคุณภาพในด้านต่างๆ

ตัวอย่างการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ ซึ่งอาจจะจับคู่ภายในแต่ละส่วนหรือเชื่อมโยงระหว่างต้นท่อนไปถึงประโยชน์ที่เกิดขึ้นในกิจกรรมต่างๆ (ภาพที่ 15.2)



ภาพที่ 15.2 แสดงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ ที่สามารถนำมาเป็นกรอบในการวิเคราะห์ข้อมูล

ตัวอย่างการใช้มิติคุณภาพเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูล แสดงในตารางที่ 15.2

ตารางที่ 15.2 การใช้มิติคุณภาพเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูล

มิติคุณภาพ	การวิเคราะห์ข้อมูล
ประสิทธิภาพ	<p>เปรียบเทียบระหว่าง output กับ input เช่น ต้นทุนราย DRG ต้องวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนผู้ป่วยในแต่ละกลุ่ม DRG เทียบกับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนั้น ซึ่งอาจจะต้องมีการกระจายต้นทุนในส่วนที่เป็น overhead cost และต้นทุนที่เกิดขึ้นจากการรับบริการในหน่วยต่างๆ</p> <p>การเปรียบเทียบ cost-effectiveness หรือ cost-benefit ของ intervention ต่างๆ เพื่อดูว่าวิธีการใดที่ให้ผลคุ้มค่ากว่ากัน</p>
ความปลอดภัย	<p>เปรียบเทียบอุบัติการณ์หรือผลที่ไม่พึงประสงค์ กับผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะดังกล่าว เช่น อัตราการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยง ซึ่งจะต้องมีการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนผู้ป่วยที่มีแผลกดทับกับจำนวนผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในระดับต่างๆ</p>
ความครอบคลุม	<p>เปรียบเทียบจำนวนผู้ที่เข้าถึงบริการหรือได้รับบริการกับจำนวนกลุ่มเป้าหมายที่ควรจะเป็น เช่น อัตราการตรวจตาประจำปีโดยจักษุแพทย์ในผู้ป่วยเบาหวาน อัตราการตรวจมะเร็งปากมดลูก ปัญหาที่มักจะเกิดในเรื่องนี้คือการมีอคติเนื่องจากศักยภาพที่ไม่สามารถตอบสนองได้ทั้งหมด ทำให้กลุ่มเป้าหมายที่ควรจะเป็น กลายเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สามารถปฏิบัติได้</p>
ความเป็นธรรม	<p>เปรียบเทียบความใกล้เคียงกันของการได้รับบริการในส่วนที่เป็นความจำเป็นทางการแพทย์ (medical necessity) ในกลุ่มคนที่ได้รับความคุ้มครองภายใต้ระบบการเงินที่แตกต่างกัน, กลุ่มคนที่มีระดับเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา แตกต่างกัน</p>

16. สมดุลของการวัด

การวัดเป็นการสร้างจุดเน้นของความสนใจ

การวัดที่สมดุลในหลายมิติจะทำให้เกิดการจัดการต่อมิติที่หลากหลายอย่างสมดุล

16.1 สมดุลของการวัดในที่ต่าง ๆ

สมดุลของการวัดที่เรารู้จักกันดีคือ **Balanced Scorecard** ซึ่งขยายมุมมองจากเรื่องการเงินเพียงด้านเดียว มาสู่มุมมองด้านลูกค้า, ด้านกระบวนการภายใน, ด้านการเรียนรู้และเติบโต รวมด้วย **CCHSA** ซึ่งเป็นองค์กรที่ให้การรับรองสถานพยาบาลในแคนาดาให้ความสำคัญกับสมดุลในด้านการสนองตอบ, ศักยภาพของระบบ, การมุ่งเน้นผู้ป่วย, คุณภาพชีวิตของผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งก็จะใกล้เคียงกับมุมมองใน BSC แตกต่างกันเพียงขยายมุมมองด้านลูกค้าออกมาเป็นการมุ่งเน้นผู้ป่วยและการสนองตอบ (ตารางที่ 16.1)

ตารางที่ 16.1 สมดุลในการประเมินคุณภาพของ CCHSA

Responsiveness	Availability, Accessibility, Continuity, Equity, Timeliness
System Competency	Alignment, Appropriateness, Competency, Effectiveness, Efficiency, Legitimacy, Safety
Patient Focus	Communication, Confidentiality, Involvement, Respect
Work-life	Decision-making, Learning Environment, Open Communication, Role Clarity, Well-being

เกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (MBNQA/TQA) ให้ความสำคัญกับคะแนนในส่วนของผลการดำเนินงานไว้สูงมาก คือ MBNQA มีคะแนนผลลัพธ์ 45% และ TQA มีคะแนนผลลัพธ์ 40% โดยครอบคลุมด้านผลิตภัณฑ์และบริการ, ด้านการมุ่งเน้นลูกค้า, ด้านการเงินและตลาด, ด้านทรัพยากรบุคคล, ด้านประสิทธิผลขององค์กร, ด้านการนำองค์กรและความรับผิดชอบต่อสังคม

16.2 มาตรฐาน HA2006

มาตรฐาน HA2006 ซึ่งเริ่มต้นใช้ในปีฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี ได้นำเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติมาบูรณาการกับมาตรฐาน HA และ HPH ที่ใช้อยู่เดิม พร้อมทั้งเพิ่มมิติของผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพเข้าไปด้วย

ผล (result) ในความหมายที่กว้างคือสภาวะการเปลี่ยนแปลงที่บรรยายได้หรือวัดได้ เป็นผลจากความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล เป็นการวัด performance ของระบบงานซึ่งครอบคลุมมิติคุณภาพต่างๆ

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ตอนที่ 4 ผลการดำเนินงานขององค์กร
องค์กรแสดงให้เห็นผลการดำเนินงานและการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีในประเด็นสำคัญ ได้แก่ ผลด้านการดูแลผู้ป่วย ความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น ๆ ผลด้านการเงิน ผลด้านบุคลากรและระบบงาน ผลด้านประสิทธิผลขององค์กร ผลด้านการนำและความรับผิดชอบต่อสังคม ผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

IV-1 ผลด้านการดูแลผู้ป่วย

(1) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญด้านการดูแลผู้ป่วย ในกลุ่มผู้ป่วยสำคัญ

IV-2 ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น

(1) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับความพึงพอใจ, ความไม่พึงพอใจ, คุณค่าที่ผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น ๆ รับรู้, การคงอยู่ การเพิ่มขึ้น หรือการสูญเสีย ผู้รับบริการ, และการสร้างความสัมพันธ์กับผู้รับผลงาน²¹

IV-3 ผลด้านการเงิน

(1) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญด้านการเงิน²².

IV-4 ผลด้านทรัพยากรบุคลากร

- (1) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับ performance และประสิทธิผลของระบบงาน
- (2) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับการเรียนรู้และการพัฒนาของบุคลากร²³
- (3) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับความผาสุก และความพึงพอใจของบุคลากร²⁴

²¹ เช่น เวลาที่ผู้นำระดับสูงใช้กับผู้รับผลงาน

²² เช่น รายได้, กำไร, การใช้ทรัพย์สิน (asset utilization), สภาพคล่อง (liquidity), อัตราส่วนหนี้สินต่อทุน (debt-to-equity ratio), มูลค่าเพิ่มต่อจำนวนบุคลากร

²³ เช่น อัตราเข้าเรียนและนวัตกรรมการ, การเข้ารับอบรมครบหลักสูตร

IV-5 ผลด้านประสิทธิผลองค์กร

- (1) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับ performance ของกระบวนการที่สำคัญ²⁵

IV-6 ผลด้านการนำและความรับผิดชอบต่อสังคม

- (1) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับการบรรลุผลตามกลยุทธ์ขององค์กร²⁶
- (2) องค์กรแสดงให้เห็นผลงานด้านจริยธรรม ความเชื่อมั่นในผู้นำระดับสูงและการกำกับดูแลกิจการ²⁷
- (3) องค์กรแสดงให้เห็นผลงานด้านความรับผิดชอบต่อทางการเงิน (fiscal accountability) ทั้งภายในและภายนอก²⁸
- (4) องค์กรแสดงให้เห็นผลงานเกี่ยวกับการปฏิบัติตามกฎหมาย กฎระเบียบ
- (5) องค์กรแสดงให้เห็นผลงานเกี่ยวกับการสนับสนุน ความร่วมมือและความรับผิดชอบต่อชุมชน

IV-7 ผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

- (1) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพของบุคลากร
- (2) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพของกลุ่มผู้รับบริการสุขภาพที่สำคัญ
- (3) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพของประชากรในชุมชน

การใช้มาตรฐาน HA2006 เกี่ยวกับผลการดำเนินงาน มีประเด็นที่ควรทำความเข้าใจดังต่อไปนี้

1) จุดเน้นของ HA คือการปูพื้นฐานให้โรงพยาบาลมีความพร้อมได้ก้าวไปบนเส้นทางสู่ความเป็นเลิศ แต่ในการประเมินนั้นมิได้ตัดสินด้วยผลงานที่เป็นเลิศ ในส่วนของผลการดำเนินการจึงมุ่งเน้นที่ความเข้าใจและการใช้ประโยชน์ในเรื่องการวัดผลในมุมมองด้านต่างๆ การจำแนกผลการดำเนินการด้านต่างๆ ให้เห็นชัดเจนเพื่อให้โรงพยาบาลสนใจที่จะวัดผลในด้านต่างๆ เหล่านั้น ซึ่งโรงพยาบาลสามารถเชื่อมโยงกับระบบการวัดผลของโรงพยาบาลที่อาจจะมีเทคนิคหรือพื้นฐานที่แตกต่างกันได้

²⁴ เช่น ความปลอดภัย, การขาดงาน, turnover, ความพึงพอใจ, ค่าจ้างเรียน

²⁵ ครอบคลุมทั้ง productivity, ระยะเวลา, ประสิทธิภาพ และประสิทธิภาพ ตามความเหมาะสม; ความพึงพอใจกับกระบวนการจัดทำกลยุทธ์, จำนวนแผนปฏิบัติการที่ดำเนินการได้ตามกำหนดเวลา, อัตราการสร้างนวัตกรรม, การลดของเสียและการนำกลับมาใช้ใหม่, ระดับพึงพอใจ, การลดค่าใช้จ่าย, ความพึงพอใจต่อระบบสารสนเทศ

²⁶ เช่น การบรรลุกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการที่ไม่ถูกครอบคลุมด้วยหัวข้ออื่น

²⁷ เช่น รายงานการตรวจสอบและทบทวนทางด้านจริยธรรม, การให้คะแนนหรือจัดอันดับระบบกำกับดูแลกิจการในด้าน ความรับผิดชอบต่อสังคม (accountability) การมีส่วนร่วม การคาดการณ์ได้ ความโปร่งใส

²⁸ เช่น รายงานการตรวจสอบทางการเงิน

2) ผลด้านการดูแลผู้ป่วยหรือตัวชี้วัดด้านคลินิก เป็นส่วนที่ HA ให้ความสำคัญมากที่สุด ตัวชี้วัดด้านการดูแลผู้ป่วยควรครอบคลุมทั้งส่วนที่เป็น process & outcome indicator ควรมีทั้งตัวชี้วัดในการดูแลผู้ป่วยทั่วไป เช่น ภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึกหรือการทำหัตถการต่างๆ, การตกเตียง, การติดเชื้อในโรงพยาบาล, อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบางกลุ่ม และตัวชี้วัดเฉพาะสำหรับกลุ่มโรคหรือหัตถการที่สำคัญ เช่น ตัวชี้วัดในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน, ตัวชี้วัดในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, ตัวชี้วัดในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมอง อาจกล่าวได้ว่าทุกหน่วยหรือทุกทีมที่ให้การดูแลผู้ป่วยควรคัดเลือกสถานะทางคลินิกที่สำคัญในความรับผิดชอบของตนขึ้นมามาติดตามตัวชี้วัด แล้วจึงมาคัดเลือกอีกครั้งหนึ่งว่าตัวชี้วัดใดที่จะใช้ในการติดตามหรือนำเสนอในระดับโรงพยาบาล

3) ผลด้านประสิทธิผลองค์กร เทียบเคียงได้กับการวัดผลในมุมมองด้านกระบวนการภายในของ BSC เพราะประสิทธิผลในระดับสูงซึ่งระบุไว้ในเป้าหมายเชิงกลยุทธ์จะไปปรากฏอยู่ในหัวข้อ IV-6 (1) และจะสอดคล้องกับเป้าหมายของหน่วยงานหรือระบบงานต่างๆ ซึ่งต่างเป็นผู้รับผลงานภายในซึ่งกันและกัน ตัวชี้วัดของหน่วยงาน/ทีมงาน/ระบบงานต่างๆ ที่มาจากเป้าหมายใน service profile ของหน่วยงาน/ทีมงาน/ระบบงานเหล่านั้น จึงอยู่ในข่ายที่จะนำมาพิจารณาว่าจะเป็นตัวชี้วัดด้านประสิทธิผลขององค์กร เช่น turnaround time ในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ, อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน อาจจะมีความสับสนหรือซ้ำซ้อนในส่วนของผลด้านประสิทธิผลองค์กรกับผลด้านการดูแลผู้ป่วย ซึ่งควรใช้หลักว่าอะไรก็ตามที่เกิดผลโดยตรงกับผู้ป่วย ควรจะไปรวมไว้ในผลด้านการดูแลผู้ป่วย

4) ตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับการบรรลุผลตามกลยุทธ์ขององค์กร IV-6 (1) เป็นการเก็บตกในส่วนที่ไม่มีรายงานไว้ในส่วนอื่นๆ โรงพยาบาลจะต้องตรวจสอบว่าวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ขององค์กรมีเรื่องอะไรบ้าง มีการรายงานผลการดำเนินงานในเรื่องนั้นๆ ไว้ในที่ใดบ้าง และนำผลการดำเนินการส่วนที่ยังไม่มีรายงานมาใส่ไว้ในส่วนนี้ เช่น โรงพยาบาลมีวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย การพัฒนาทรัพยากรบุคคล การสร้างเสริมสุขภาพ การสร้างความร่วมมือระหว่างรัฐ-เอกชน ในการรายงานผลการดำเนินการตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ 3 เรื่องแรกจะปรากฏอยู่ในผลด้านการดูแลผู้ป่วย, ด้านทรัพยากรบุคคล และด้านการสร้างเสริมสุขภาพอยู่แล้ว จึงเหลือเพียงผลด้านการสร้างความร่วมมือระหว่างรัฐ-เอกชน ที่จะรายงานไว้ในหัวข้อนี้

5) ผลการดำเนินการเรื่องอื่นๆ ในหัวข้อผลการนำและความรับผิดชอบต่อสังคม เช่น จริยธรรม การกำกับดูแลกิจการ ความรับผิดชอบต่อด้านการเงิน การปฏิบัติตามกฎหมาย การสนับสนุนชุมชน อาจจะมีปัญหาในการกำหนดตัวชี้วัดที่เป็นตัวเลข โรงพยาบาลสามารถนำเสนอในลักษณะของการระบุเหตุการณ์หรือข้อมูลเชิงพรรณนาได้ แต่ควรพยายามหาทางพัฒนาตัวชี้วัดที่เหมาะสมควบคู่ไปด้วย

6) ผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ควรแสดงให้เห็นความเข้าใจแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ ที่มุ่งเน้นไปที่การเสริมพลังให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถพึ่งตนเองได้ จึงควรพยายามวัดในส่วนของ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ ศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัว และอ้างอิงหรือเชื่อมโยงกับผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยในหัวข้อ IV-1

การใช้ clinical tracer เพื่อเรียนรู้คุณภาพและหาโอกาสพัฒนาคุณภาพควรผสมผสานมิติของการสร้างเสริมสุขภาพเข้าไปด้วย จะทำให้ได้ตัวชี้วัดทั้งด้านการรักษาและการสร้างเสริมสุขภาพไปพร้อมกัน

7) การนำเสนอข้อมูลตัวชี้วัด หากสามารถนำเสนอในลักษณะของกราฟ (อาจจะเป็นกราฟเส้นหรือกราฟแท่ง) จะทำให้เห็นแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงได้ดีขึ้น อีกทั้งสามารถแสดงระดับเทียบเคียงที่โรงพยาบาลใช้อยู่ และแสดงถึงเป้าหมายในอนาคตที่เปลี่ยนแปลงไปตามระดับความสามารถของโรงพยาบาล ซึ่งจะช่วยกระตุ้นให้มีความพยายามในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

จำนวนข้อมูลที่จะนำมาทำเป็นกราฟให้เห็นแนวโน้ม ควรมีข้อมูลอย่างน้อย 3 จุด ช่วงเวลาของแต่ละจุดอาจจะเป็นปี เป็นงวด เป็นเดือน แล้วแต่ความรวดเร็วของการเปลี่ยนแปลง และความพร้อมของข้อมูลที่มีอยู่

8) สำคัญมากที่สุดคือการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ ใช้ข้อมูลเป็นตัวประสานเชื่อมโยงองค์ประกอบต่างๆ ของโรงพยาบาลเข้าด้วยกัน ใช้เป็นตัวสะท้อนกลับไปสู่การวางแผนและกำหนดเป้าหมายในรอบต่อไปทั้งในระดับกลยุทธ์ของโรงพยาบาล และระดับการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในแต่ละกลุ่ม

17. การวัดผลด้านการดูแลผู้ป่วย

การวัดผลด้านการดูแลผู้ป่วย เป็นหัวใจสำคัญที่สุดของโรงพยาบาล เพื่อให้สามารถมองเห็นภาพของการดูแลผู้ป่วยแต่ละกลุ่มได้ชัดเจน ควรจะมีการวัดทั้งในส่วน ของกระบวนการดูแล และผลลัพธ์ของการดูแล อาจจะต้องมีตัวชี้วัดมากกว่า 1 ตัวสำหรับแต่ละกลุ่มโรค

ความพยายามที่จะหาระบุว่าตัวชี้วัดอะไรบ้างที่ควรนำมาใช้ในการประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาล เป็นความพยายามที่หาคำตอบร่วมกันได้บางส่วน แต่ละชุดของตัวชี้วัดล้วนมีจุดยืนที่แตกต่างกันไป

17.1 บทบาทขององค์กรต่าง ๆ

1. International Quality Indicator Project (IQIP)²⁹

IQIP เป็นโปรแกรมที่เริ่มต้นจากการทำงานของ Maryland Hospital Association ในการช่วยโรงพยาบาลต่าง ๆ หาโอกาสพัฒนาคุณภาพ ปัจจุบัน IQIP ให้บริการแก่โรงพยาบาลต่าง ๆ ทั่วโลกในการประมวลผลข้อมูลตัวชี้วัดคุณภาพเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลและค่าเฉลี่ยของโรงพยาบาลในแต่ละภูมิภาค กำหนด acute care indicators ไว้ 16 กลุ่ม สรุปได้ดังตารางที่ 17.1

ตารางที่ 17.1 ตัวชี้วัดของ International Quality Indicator Project

	General	ICU	OR/Surg	Labor
Mortality	3. Inpatient		5. Perioperative 11. CABG	4. Neonatal
Infection		1. Device-Associated	2. SSI	
Unscheduled	7. Readmission 8. Admission following OPD Procedure	9. Return to ICU	10. Return to OR	
Other Complication	12. Physical Restraint 13. Documented Fall 14. Following Sedation & Anesthesia 15. Pressure Ulcers in Acute IP		16. Deep Vein Thrombosis and Pulmonary Thromboembolism Following Surgery	6. Management of Labor

จะเห็นว่าส่วนใหญ่แล้วเป็นตัวชี้วัดที่เกี่ยวกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และมาตรการสำคัญเพื่อป้องกันเหตุการณ์ดังกล่าวควบคู่กันไปเท่าที่จะทำได้ เช่น ตัวชี้วัดเกี่ยวกับการติดเชื้อแผลผ่าตัดและการใช้ยาต้านจุลชีพเพื่อป้องกันการติดเชื้อ, ตัวชี้วัดเกี่ยวกับ deep vein thrombosis และการป้องกัน เป็นต้น

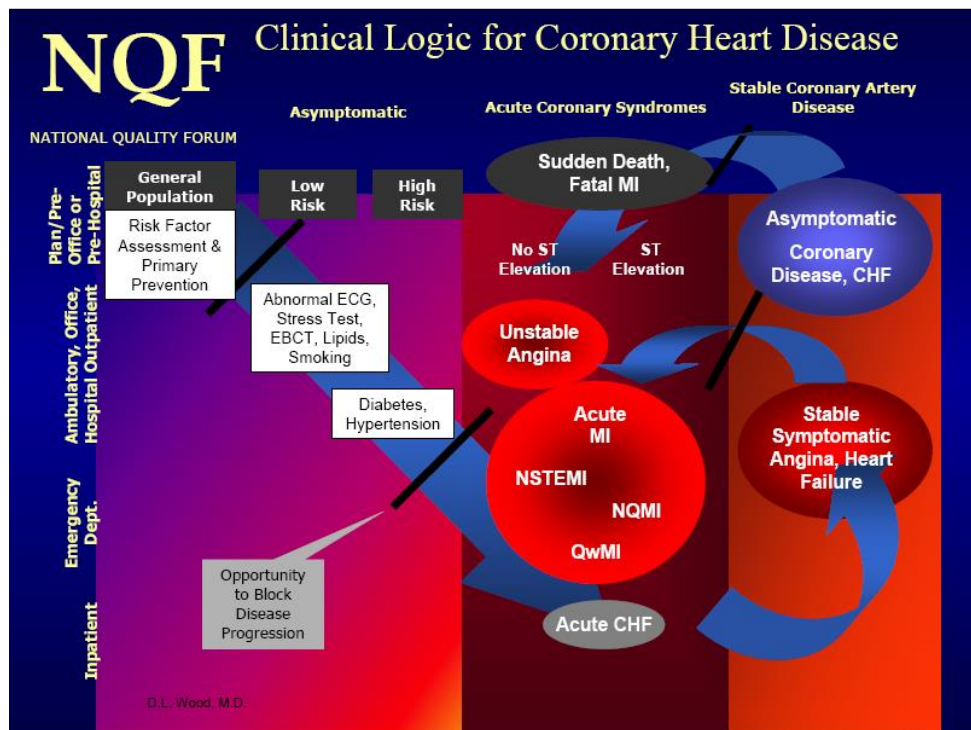
²⁹ IQIP. URL: <http://www.internationalqip.com/>

ชุดของตัวชี้วัดในลักษณะนี้ทำให้เห็นขอบเขตชัดเจนของการวัดในประเด็นที่เป็นปัญหา คุณภาพสำคัญในภาพรวม ส่วนใหญ่ไม่ใช่ตัวชี้วัดเฉพาะโรคใดโรคหนึ่ง อย่างไรก็ตาม จุดอ่อนของชุดของตัวชี้วัดชุดนี้คือเป็นตัวชี้วัดในด้านลบเป็นส่วนใหญ่ ทำให้อาจมีปัญหาในการนำเสนอต่อสาธารณะ และเป็นตัวชี้วัดที่เป็นตัวชี้วัดตาม (lagging indicators) เป็นส่วนใหญ่ ประโยชน์ในการนำมาใช้คือการชี้ให้เห็นปัญหามากกว่าการทำให้เห็นแนวทางปรับปรุง

2. National Quality Forum (NQF)³⁰

NQF เป็นองค์กรที่จัดตั้งขึ้นเพื่อจัดทำ consensus ในเรื่องตัวชี้วัดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเพื่อนำไปใช้ด้วยความสมัครใจ โดยเชิญชวนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและมีประสบการณ์ในการสร้างและใช้ตัวชี้วัดมาร่วมกันพิจารณา มีการใช้ clinical logic map เพื่อทำความเข้าใจเป้าหมายและบริบทของการดูแลโรคนั้นๆ ด้วยการถามคำถามว่าองค์ประกอบที่สำคัญของการดูแลในแต่ละขั้นคืออะไร ผู้ป่วยเคลื่อนผ่านไปในระบบการดูแลอย่างไร จุดตัดสินใจที่สำคัญคืออะไร จุดที่สามารถมีการวัดผลได้มีอะไรบ้าง

ตัวอย่าง clinical logic map ในภาพแสดงให้เห็นธรรมชาติของการดำเนินโรคซึ่งมีความเป็นไปได้ต่างๆ ซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายจะค่อยๆ เคลื่อนไปตามการดำเนินโรคนั้น และอาจจะมีเส้นทางของการดำเนินโรคที่แตกต่างกัน ความเข้าใจในความแตกต่างนี้ทำให้สามารถระบุได้ว่าในแต่ละจุดของการดำเนินโรค ประเด็นสำคัญในการดูแลผู้ป่วยคืออะไร ตัวชี้วัดที่มีความสำคัญน่าจะเป็นอะไร



ภาพที่ 17.1 แสดง clinical logic map สำหรับโรคหลอดเลือดหัวใจ

³⁰ NQF. URL: <http://www.qualityforum.org/>

ตัวอย่างของตัวชี้วัดที่ NQF ซึ่งเป็น initial core measure สำหรับโรงพยาบาลได้แก่ตัวชี้วัด สำหรับการดูแลผู้ป่วย acute coronary syndrome, heart failure, pneumonia, pregnancy / childbirth / neonatal conditions, surgical complications, pediatric condition, smoking cessation ซึ่งในแต่ละกลุ่มจะมีทั้งการวัดที่กระบวนการ (ตามข้อมูลวิชาการเกี่ยวกับการรักษาที่ได้ผล) และการวัดที่ผลลัพธ์

3. The Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)³¹

AHRQ เป็นหน่วยงานของรัฐบาลอเมริกาซึ่งทำหน้าที่สนับสนุนการวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพ บริการสุขภาพ ได้จัดทำตัวชี้วัดเกี่ยวกับโรงพยาบาลขึ้น 3 ชุด คือ 1) Preventive Quality Indicators 2) Inpatient Quality Indicators และ 3) Patient Safety Indicators

4. Physician Consortium for Performance Improvement ของ American Medical Association³²

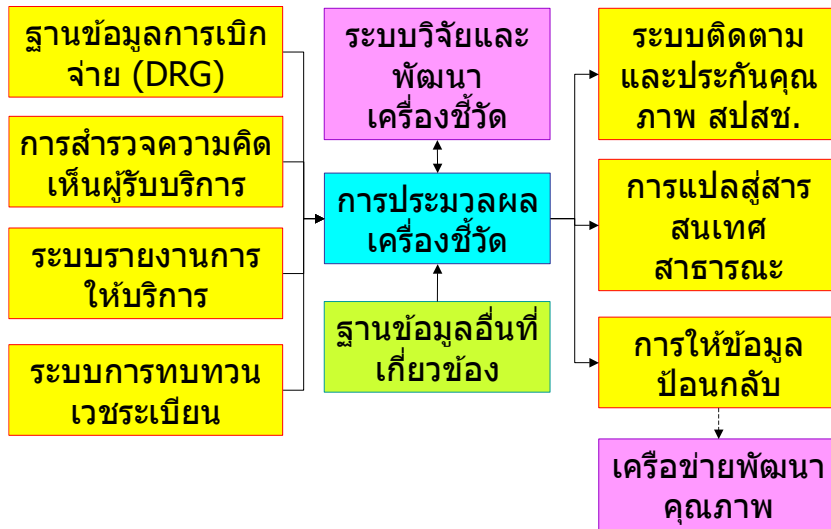
PCPI ได้จัดทำ Clinical Performance Measures ของโรคต่างๆ ได้แก่ Chronic Stable Coronary Artery Disease, Heart Failure, Osteoarthritis, Asthma, Diabetes - Adult, Hypertension, Major Depressive Disorder, Prenatal Testing, Preventive Care and Screening ซึ่งจะเน้นกระบวนการดูแลที่มีพื้นฐานของข้อมูลวิชาการที่ชัดเจน มีการออกแบบบันทึกข้อมูลสำหรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ และสามารถเก็บข้อมูลไปได้พร้อมกัน ขณะนี้ได้พัฒนาไปถึงขั้นที่กำหนดคุณลักษณะสำหรับบริษัทผู้เขียนโปรแกรมบันทึกข้อมูล เพื่อให้ใช้เป็นแนวทางเดียวกัน

³¹ AHRQ. URL: <http://www.qualityindicators.ahrq.gov>

³² www.ama-assn.org/go/quality

5. ระบบเครื่องชี้วัดคุณภาพภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เป็นระบบที่กำลังอยู่ระหว่างการพัฒนาโดย ศ.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของระบบ กลไก และเครื่องมือเพื่อการเฝ้าระวังและติดตามผลการดำเนินงาน (Health service performance surveillance-HePS) ของหน่วยบริการในการคัดกรองประเด็นที่อาจสะท้อนถึงคุณภาพของการให้การดูแล และบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและเครือข่ายในพื้นที่



ภาพที่ 17.2 ระบบเครื่องชี้วัดภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

17.2 ตัวชี้วัดเกี่ยวกับการเสียชีวิต

ตัวชี้วัดเกี่ยวกับการเสียชีวิต เป็นตัวชี้วัดที่เห็นชัดเจนและวัดง่าย แต่มีปัญหามากในการแปลความหมายว่าเป็นผลมาจากคุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้ดีเพียงใด

อัตราการเสียชีวิตในภาพรวมของโรงพยาบาล เป็นตัวชี้วัดที่แทบจะไม่มี ความหมายใดๆ การวัดอัตราการเสียชีวิตจึงต้องมีความเฉพาะเจาะจงว่าเป็นการเสียชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มใด

ตัวแปรสำคัญที่มีผลต่ออัตราการเสียชีวิตคือความรุนแรงของการเจ็บป่วย ซึ่งหากจะวัดคุณภาพของการดูแลจะต้องนำปัจจัยตัวนี้เข้ามาพิจารณาด้วยการวัดอัตราการเสียชีวิตของแต่ละระดับชั้นของความรุนแรง ซึ่งเป็นวิธีการที่ค่อนข้างซับซ้อนและต้องการข้อมูลประกอบมากขึ้น

วิธีการที่จะลดความซับซ้อนดังกล่าวคือการเปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิตในแต่ละกลุ่มโรคระหว่างโรงพยาบาลที่มีลักษณะงานใกล้เคียงกัน เพื่อเป็นแรงกระตุ้นให้เกิดความตื่นตัวในการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย

เพื่อให้ได้แนวทางว่าตัวชี้วัดเกี่ยวกับการเสียชีวิตน่าจะมีอะไรบ้าง จึงได้นำข้อมูลที่หน่วยงานต่างๆ แนะนำไว้มาเปรียบเทียบให้เห็นดังตารางที่ 17.2 และ 17.3 ซึ่งหากโรงพยาบาลจะนำมาใช้เป็นแนวทาง ควรพิจารณาเพิ่มเติมการเสียชีวิตของมารดาจากการคลอดเข้าไปด้วย

ตารางที่ 17.2 แสดงเครื่องชี้วัดเกี่ยวกับการเสียชีวิต (อัตราตายรายโรค) ตามที่องค์กรต่าง ๆ
แนะนำ

Diagnosis	IQIP	AHRQ	NQF
Acute MI		✓	✓
Congestive Heart Failure	✓	✓	
GI hemorrhage	✓	✓	
Neonatal	✓		✓
Pneumonia	✓	✓	
Stroke	✓	✓	
COPD	✓		
Hip fracture		✓	
HIV with major related condition	✓		
Renal failure	✓		
Septicemia	✓		

ตารางที่ 17.3 แสดงเครื่องชี้วัดเกี่ยวกับการเสียชีวิต (อัตราตายรายหัตถการ) ตามที่องค์กร
ต่าง ๆ แนะนำ

Procedures	IQIP	AHRQ
CABG	✓	✓
Perioperative mortality	✓	
Abdominal aortic aneurysm repair		✓
Craniotomy		✓
Esophageal resection		✓
Hip replacement		✓
Pancreatic resection		✓
Patients use ventilator support	✓	
Pediatric heart surgery		✓

17.3 ตัวชี้วัดเกี่ยวกับการติดเชื้อ

การเก็บตัวชี้วัดเกี่ยวกับการติดเชื้อที่มีความสำคัญสูงที่ IQIP แนะนำจะเป็นการติดเชื้อของผู้ป่วยใน ICU ที่มีการสอดใส่อุปกรณ์ ได้แก่ การติดเชื้อในกระแสโลหิตในผู้ป่วยที่ใส่ central line (CLBSI), การติดเชื้อปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP) และการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ใส่สายสวนคา (CAUTI) ซึ่งระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อใน 3 ตำแหน่งนี้ ได้รับการปฏิบัติมาจนเข้าที่แล้ว สามารถคำนวณอัตราการติดเชื้อต่อพันวันของการสอดใส่อุปกรณ์ และมีการปรับปรุงให้การติดเชื้อต่างๆ ลดต่ำลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการติดเชื้อปอดอักเสบ

ตัวชี้วัดเกี่ยวกับการติดเชื้อที่ IQIP แนะนำอีกตัวหนึ่งคือการติดเชื้อแผลผ่าตัด (SSI) สำหรับการผ่าตัด CABG, การผ่าตัดเปลี่ยนข้อต่อสะโพกและข้อเข่า, การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง

ปัญหาการเก็บข้อมูลอัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัดในประเทศไทย เกิดจากการที่มุ่งเก็บเฉพาะการติดเชื้อในแผลผ่าตัดสะอาดและมีได้มีการแยกแยะอัตราการติดเชื้อตามหัตถการต่างๆ ทำให้ตัวเลขที่ได้เป็นตัวเลขที่ไม่มีความหมายและใช้ประโยชน์ได้น้อย โรงพยาบาลต่างๆ ควรให้ความสนใจในการเก็บอัตราการติดเชื้อรายหัตถการโดยไม่จำกัดที่จะเก็บเฉพาะการผ่าตัดแผลสะอาด แต่ควรที่จะเก็บในแผลทุกประเภท และหาวิธีการในการจำแนกโอกาสของการติดเชื้อแผลผ่าตัดในผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่ง NNIS ได้ทำไว้เป็นตัวอย่าง โดยแบ่งระดับ risk index category ตาม wound class, ระยะเวลาการผ่าตัด และ ASA score

โรงพยาบาลสามารถเลือกหัตถการที่มีการทำบ่อยและเห็นว่ามีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูงมาติดตามอัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด โดยอาจจะใช้ข้อมูลของ NNIS เป็นแนวทางในการจัดกลุ่มและดูโอกาสของการติดเชื้อ เช่น การผ่าตัดลำไส้ใหญ่, การผ่าตัดกระเพาะอาหาร, การผ่าตัดลำไส้เล็ก, การผ่าตัดดัดหลอด, การผ่าตัดมดลูก, การผ่าตัดกระดูกสันหลัง, การผ่าตัด CABG, การผ่าตัดใส่ตั้ง, การตัดแขนขา, การผ่าตัดถุงน้ำดี, การผ่าตัดตามกระดูก, การผ่าตัดตมอม (เรียงตามลำดับโอกาสการติดเชื้อในกลุ่มที่มี risk index category สูงสุดในหัตถการแต่ละประเภท)

17.4 ตัวชี้วัดเกี่ยวกับการกลับมารักษาซ้ำและการนอนโรงพยาบาลที่ควรจะเลี่ยงได้

1. การกลับมารักษาซ้ำ

การกลับมารักษาซ้ำ เช่น การผ่าตัดซ้ำ, การกลับมานอนในหอผู้ป่วยวิกฤติหรือการเข้านอนในหอผู้ป่วยวิกฤติโดยไม่ได้วางแผน, การรับไว้นอนโรงพยาบาลเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนของหัตถการที่ OPD, การนอนโรงพยาบาลซ้ำ เป็นตัวชี้วัดที่โรงพยาบาลต่างๆ มีความคุ้นเคยดีพอสมควร

มีประเด็นที่น่าพิจารณาก็คืออัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ ควรวิเคราะห์จำแนกตามกลุ่มโรคที่พบว่าการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำบ่อยๆ จึงจะได้อัตราที่มีความหมาย มิฉะนั้น ด้วยจำนวนผู้ป่วยในที่สูงมาก จะทำให้ตัวหารสูงเกินไปและแปลความหมายอะไรไม่ได้

IQIP แนะนำให้เก็บตัวชี้วัดการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 15 และ 31 วัน ในโรคต่อไปนี้: respiratory infections, COPD, pneumonia, heart failure & shock, angina pectoris or chest pain

การกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 15 วัน สะท้อนถึงคุณภาพการดูแลของโรงพยาบาล ขณะที่การกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำที่นานกว่านั้น 31 สะท้อนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว

หัตถการที่มีการทำที่ OPD และมีโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ต้องนอนโรงพยาบาลหรือรับไว้สังเกตอาการ ซึ่งควรเก็บเป็นตัวชี้วัดที่ IQIP แนะนำ ได้แก่ การใส่สายสวนหัวใจ, การส่องกล้องตรวจในระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินหายใจ หรือระบบทางเดินปัสสาวะ, และการผ่าตัดต่างๆ

2. การนอนโรงพยาบาลที่ควรหลีกเลี่ยงได้

การรับไว้นอนโรงพยาบาลด้วยภาวะบางอย่างที่ไม่ควรเกิดขึ้น ควรจะป้องกันได้ เป็นตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอีกกลุ่มหนึ่งซึ่ง AHRQ แนะนำไว้ ดังนี้

1. ผู้ป่วยเบาหวาน: อัตราการรับไว้เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนระยะสั้น, ภาวะแทรกซ้อนระยะยาว, ภาวะที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้, และอัตราการตัดขา
2. ผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ: อัตราการรับไว้ด้วยโรคปอดอักเสบติดเชื้อแบคทีเรีย, โรค COPD, โรคหอบหืดในผู้ใหญ่
3. ผู้ป่วยโรคระบบหลอดเลือดและหัวใจ: อัตราการรับไว้ด้วยโรคความดันโลหิตสูง, ภาวะหัวใจล้มเหลว
4. ผู้ป่วยอื่นๆ: อัตราการแรกเกิดมีน้ำหนักตัวต่ำ, อัตราการรับไว้ด้วยภาวะขาดน้ำ (dehydration), อัตราการรับไว้ด้วยภาวะใส่ตั้งทะเล, อัตราการรับไว้ด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

17.5 ตัวชี้วัดเกี่ยวกับความปลอดภัย

ตัวชี้วัดทางคลินิกเฉพาะโรคต่างๆ มักจะมีตัวชี้วัดเกี่ยวกับความปลอดภัยร่วมอยู่ด้วยเสมอ ในส่วนนี้จึงเป็นการรวบรวมตัวชี้วัดเกี่ยวกับความปลอดภัยโดยทั่วไปที่ไม่จำเพาะเจาะจงกับผู้ป่วยโรคใดโรคหนึ่ง (ตารางที่ 17.4)

ตารางที่ 17.4 แสดงตัวชี้วัดเกี่ยวกับความปลอดภัย

Complication	IQIP	AHRQ	NQF
Accidental puncture and laceration		✓	
Birth trauma -- injury to neonate		✓	
Complication following Sedation & Anesthesia	✓		
Complications of anesthesia		✓	
Documented Fall	✓		✓
Failure to rescue		✓	
Foreign body left in during procedure		✓	
Iatrogenic pneumothorax		✓	
Obstetric trauma		✓	✓
Postop deep vein thrombosis and pulmonary thromboembolism	✓	✓	
Postop hemorrhage/hematoma		✓	
Postop physiologic & metabolic derangement		✓	
Postop respiratory failure		✓	
Postop wound dehiscence in abdominopelvic surgical patients		✓	
Pressure Ulcers	✓	✓	
Transfusion reaction		✓	

17.6 Core Measure Set

แนวคิดสำคัญของเรื่องนี้คือในสภาวะทางคลินิกแต่ละอย่างนั้น ตัวชี้วัดเพียงตัวเดียว ไม่สามารถสะท้อนคุณภาพของการดูแลสภาวะนั้นได้อย่างรอบด้าน จำเป็นต้องใช้ตัวชี้วัดหลายตัวไปควบคู่ไปพร้อมๆ กัน ซึ่งจะมีทั้งตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์และตัวชี้วัดเชิงกระบวนการ

ตัวอย่าง เช่น Core Measure Set สำหรับโรคปอดอักเสบประกอบด้วย การประเมินระดับออกซิเจนในหลอดเลือดแดงภายใน 24 ชั่วโมงของการรับไว้, การคัดกรองและให้ pneumococcal vaccine แก่ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป, การเพาะเชื้อในเลือดกระแสเลือดภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากรับไว้ และก่อนที่จะให้ยาต้านจุลชีพ, การให้คำปรึกษาเพื่องดบุหรี่, ระยะเวลาของการให้ยาต้านจุลชีพขนานแรก, การให้ยาต้านจุลชีพตามแนวทางที่กำหนดไว้, การคัดกรองและให้ influenza vaccine แก่ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปที่รับไว้ใน รพ. ในช่วงเดือน ตุลาคมถึงกุมภาพันธ์

ผู้สนใจสามารถค้นหาข้อมูลเพิ่มเติมได้จาก website ของ NQF, JCAHO, AMA

ในปี 2549 นี้ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ร่วมกับ โครงการพัฒนาแนวทางการบริการสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข จะจัดทำตัวชี้วัดสำหรับโรคที่มีความสำคัญสูงซึ่งทางโครงการโดยการสนับสนุนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้จัดทำ healthcare guideline สำหรับโรคเหล่านี้ไว้แล้ว เพื่อที่จะส่งเสริมให้มีการใช้ตัวชี้วัดในการค้นหาโอกาสพัฒนา และสามารถเปรียบเทียบ performance ระหว่างโรงพยาบาลด้วยความสมัครใจ

ส่งท้าย

เมื่อตามรอยคุณภาพเพื่อค้นพบจุดแข็งจุดอ่อนในระบบของเราเองแล้ว ก็ขอฝากให้ตามรอยในอีกนัยยะหนึ่ง คือการน้อมนำเอาแบบอย่างของการพัฒนาตนเองของพระบรมศาสดา เพื่อบรรลุสิ่งประเสริฐในชีวิตที่มนุษย์จะพึงมี

เมื่อถึงเกียรติ เกียรติศักดิ์ รักสงบ	ก็จะพบ นิพพานได้ ดั่งไชยาน
ตัวท่านแหละ รู้ชัด อุบัติการณ์	ว่าตัวท่าน เองถึง ซึ่งวิมุตติ
จงดำเนิน ตามรอย พระพุทธองค์	บากบั่นมุ่ง รางวัล อันเอกอุตม์
แน่ตั้งอา-ทิตยอุทัย ไม่มีทรุด	ท่านจะยุติ วิมุตติได้ ไม่เปล่าเอย

พุทธทาส ภิกขุ

สวนโมกขพลาราม อ.ไชยา จ.สุราษฎร์ธานี