

The Challenges and Complexity of Healthcare Leadership

1. Professor Apichati Sivayathorn, M.D.
2. ดร. ยุวดี เกตุสัมพันธ์
3. ภก. ลีรัตน์ อนุรัตน์พานิช
4. ผศ.นพ.ก่อพงศ์ รุกขพันธุ์ ผู้ดำเนินการอภิปราย ปจบ ผช.ผอ.รพ.กรุงเทพตราด

ผศ.นพ.ก่อพงศ์ รุกขพันธุ์ :

ภาวะผู้นำที่เราจะมาคุยกันในวันนี้ คงจะแตกต่างจากภาวะผู้นำที่เราเคยอ่านกันมา หลายท่านอาจจะนึกถึง Guru ของ Leader ไม่ว่าจะเป็นตั้งแต่สมัยขงเบ้ง อเล็กซานเดอร์มหาราช หรือแม้กระทั่งค่ายของภาวะผู้นำ John Maxwell หรืออื่นๆ แต่ผู้นำในทางHealthcare ที่เราจะมาคุยกันในวันนี้ ดูซีว่ามีความหลากหลายอย่างไร และมีความท้าทายกับพวกเราอย่างไร

ก่อนอื่นขอสำรวจผู้ฟังในห้องประชุมนี้ เป็นใครอย่างไร :-พยาบาล – เยอะมาก, แพทย์/ทันตแพทย์-พอสมควร, เภสัชกร – มีมือ, รังสีเทคนิค – ไม่มี, เทคนิคการแพทย์ – มีมือเยอะ, กายภาพบำบัด – มีมือบ้าง

วันนี้ถือว่าเป็นความหลากหลายที่สวยงาม ขออนุญาตแนะนำวิทยากรทั้ง 3 ท่าน

ท่านแรก : ศ.อภิชิต ศรีวิทยาทร นายกสมาคมพัฒนาผู้นำด้านบริการสุขภาพแห่งประเทศไทย
(Healthcare Leader Development Association of Thailand)

ท่านที่สอง : ดร. ยุวดี เกตุสัมพันธ์ กรรมการก่อตั้งสมาคม และอุปนายกฯ

ท่านที่สาม : ภก. ลีรัตน์ อนุรัตน์พานิช กรรมการบริหารและวิชาการฯ

วันนี้เรามาทบทวนของสรพ. มีคำ 2 คำที่เราจะมาคุยกันในวันนี้ ก็คือ “Challenges” and “Complexity”

สำหรับในรอบแรกจะต้องถาม Speaker ของเรานำก่อนว่า

Q : ทำไมจะต้องมี Health Care Leaderมันแตกต่างจาก Leaderที่เราเรียนตามหนังสือ หรือทฤษฎีต่างๆนั้นอย่างไร
รอบแรกขอท่านนายกสมาคมฯ อ.อภิชิต ตอบครับผม

ศ.อภิชิต ศรีวิทยาทร : ในนามของสมาคมพวกเราน้องใหม่ เพิ่งจัดตั้งเมื่อส.ค. 53 ซึ่งมีโอกาสมาประชาสัมพันธ์ตัวเรา ต้องขอขอบพระคุณ อ.อนุวัฒน์ เป็นอย่างยิ่ง ขอนำเสนอมุมมองในเรื่องของการพัฒนาผู้นำให้ทุกท่านได้รับทราบ จริงๆแล้ว

วันนี้ตกลงแล้วว่าจะใช้สไลด์ให้น้อย ใช้การพูดคุยเสวนาเป็นหลัก ซึ่งก็เป็นแนวทางของ Healdat อยู่แล้ว ในเรื่องของ Leader เรายังไม่ได้คิดจะทำอะไรที่วิริสมาลามาก แต่ในขณะเดียวกันเราก็มาดูกรอบของการพัฒนา ในส่วนตัวฐานะที่มีประสบการณ์กับ HA/TQA มาพอสมควร ผมยังคงคิดว่ากรอบมาตรฐานของทั้งสองอันนี้ ก็ยังเป็นเกณฑ์หลักซึ่งพวกเราได้ดำเนินการมา เรายังคงจะยึดถือเป็นแนวทางในการพัฒนาต่อไป

จริงๆแล้วในแง่พัฒนาการของ HA โดยเฉพาะในมาตรฐานล่าสุดก็ได้บูรณาการเอากรอบของ TQA เข้าไปอยู่ในแนวคิดของ HA แล้ว เพราะฉะนั้นเวลาเราพูดถึง TQA / HA นั้น จึงเป็นเรื่องเดียวกัน เพียงแต่ว่าระดับความเข้มข้นที่จะได้รับการรับรอง ก็คงจะแตกต่างกันไป HA จะเอาแนวคิดของ TQA เข้าไปในมาตรฐานของตัวเอง HA เอง แต่ว่าการที่องค์กรจะก้าวขึ้นไปจาก HA สู่ TQA ก็ยังคงต้องเดินทางไกลอีกเยอะ ที่นี่ย้อนกลับมาคิดเดียวในเรื่องของกรอบ TQA เป็นหลัก คือเรามองว่าในเรื่องของการพัฒนาองค์กร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องทางด้านสุขภาพ จะเห็นว่า HA นั้นได้เดินทางมาแล้ว 12 ปี และได้สร้างพื้นฐานที่เข้มแข็งให้กับองค์กรสุขภาพทั้งหลาย ต้องบอกว่าเป็น Track Record ที่น่าชื่นชมมาก แล้วก็มีการซึ่งได้ HA / Reac แล้ว ก็มีแนวคิดที่จะพัฒนาต่อไปถึง TQA ซึ่งผมคิดว่าเป็นแนวคิดที่ถูกต้อง

ที่นี้ส่วนที่ Healdat มองคืออะไร มองว่าในการเดินทางเหล่านี้ ถ้าเราเอาไปนั่งคุยกับองค์กรต่างๆ จะพบว่าการเดินทางเหล่านี้มันมีความยากลำบาก จาก HA บันไดขั้นหนึ่ง สู่ ขั้นสอง ไป Acc → Reac → TQC → TQA คือเวลาพูดอย่างนั้นมันง่าย แต่เวลาทำจริงๆมันลำบาก แล้วก็การเดินทางที่ผ่านมา พวกเราทั้งหลาย ผมเชื่อว่าเป็นนักปฏิบัติ เราก็คงรู้ว่าเวลาเดินทาง องค์กรไม่ได้ขึ้นไปเป็นแนว มีขึ้นมีลง แล้วพอใกล้ๆ Accreditation มันก็จะขึ้นไปอีกที แล้วก็ลงอีกเมื่อเสร็จกลับไป อาจจะมีข้อยกเว้นในบางองค์กรซึ่งสามารถที่จะ Sustain แล้วก็พัฒนาตนเองต่อไปเรื่อยๆ แต่ในองค์กรส่วนใหญ่เราต้องเผชิญกับความเป็นจริง ท่านกล้าบอกมั๊ยครับว่า องค์กรของท่านได้พัฒนาต่อเนื่องขึ้นมาเรื่อยๆ

เค้าบอกว่าหนทางเหล่านี้เป็นหนทางที่ยากลำบาก แล้วก็จากการที่ผมได้ออกมาพูดคุย เยี่ยมกับองค์กรต่างๆ เราเห็นเลยว่า สุดท้ายแล้วในการพัฒนามันก็จะมีกราฟขึ้นๆลงๆแบบนี้ เสร็จแล้วเป็นอย่างไรรีบ คนทำงานเหนื่อย เหนื่อย แล้วก็ท้อ งานวิจัยจำนวนมาก ซึ่งผมก็มีลูกศิษย์ที่ทำ ป.เอก แล้วหากท่านไปดูงานวิจัย ป.โท ป.เอก เกี่ยวกับเรื่องของ HA Accreditation ผมเชื่อเลยว่าทั้งหมดมันตายที่ Leader Critical Success Factor อาจจะ identify ได้ 5 หรือ 6 อันว่า การที่องค์กรจะพัฒนาได้ มันมีอะไรบ้าง แต่ว่าสุดท้ายแล้วมันก็จะกลับมาครับว่า Impact ที่มีต่อองค์กร มาจาก Leader ทั้งนั้นเลย

เพราะฉะนั้นในวันนี้ สิ่งที่เราอยากจะทำ คือว่าเราทำมาเติมในส่วนซึ่ง ในอดีตก็มีคนพูดถึง Leadership ว่าเป็นเรื่องสำคัญ แต่ว่าคนที่ address หรือจัดการกับเรื่องนี้อย่างจริงจัง อาจจะยังไม่มีรูปธรรมที่ชัดเจน แนวคิดในวันนี้ที่เราอยากจะทำว่าทำอย่างไรที่ Leader จะเป็น Leader ตัวจริง การพัฒนาคุณภาพในหลายๆองค์กรนั้นถูกมอบหมายให้ผู้นำระดับรองลงมา อาจจะเป็นรองอันดับ 2, 3, 4 หรือในหลายๆรพ. ให้ผู้จัดการคุณภาพ ซึ่งอาจเป็นพยาบาลท่านหนึ่ง

เป็นผู้ดำเนินการ แล้วก็บอกว่า OK เรา Support แต่เธอไปทำ คือแค่ท่านให้ไปคุยกับแพทย์ก็จบแล้ว มันไปไม่รอด เพราะฉะนั้นจริงๆแล้ว ผมคิดว่า Leader ในวันนี้จำเป็นต้องลงมามีส่วนร่วมกับทีมงานอย่างจริงจัง อันนี้เป็นประเด็นหนึ่ง ซึ่งถ้าเราดูตาม Criteria TQA เราจะเห็นว่าบทบาทของ Leader คืออะไร ก็คือการวางแผนการ deploy make sure ว่ามันเกิด แต่ว่าก็เขียนไว้กว้างๆนะครับ

ผมคิดว่าในบริบทของเรา Leader ถ้า serious แล้วเรามี best practice ให้เห็นในหลายๆพ.ฯ Leader ต้องลงมาคลุก อันนี้ก็คือเรื่องของปัจจัยภายใน อีกอันหนึ่งซึ่งผมคิดว่าในขณะนี้ ซึ่งมันคือถ้าหากว่าเราทำงานประจำของเราไปเรื่อยๆ คำเรียกว่าเป็น Transactional Leader ก็คือทำงานแก้ไขไปวันๆให้องค์กรไปได้ แต่ว่า Leadership อีกแบบหนึ่งคือ Leadership ซึ่งนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงจริงๆเรียกว่า Transformational Leadership จำเป็นต้องมีคุณสมบัติมากกว่านั้นเยอะ สิ่งที่เราจะต้องมานั่งมองดูก็คือ Competency ของ Leader เราพูดถึง Competency ของ Work Force เราพูดถึง Competency ของใครต่อใครเยอะแยะไปหมด เคยมีใคร Challenge มั้ยครับว่า Leader เองมี Competency มากน้อยแค่ไหน เพราะฉะนั้นสิ่งเหล่านี้ เป็นสิ่งซึ่งเรากำลังจะ address แล้วก็คิดว่าตรงนี้จะคงจะเป็นส่วนส่งเสริมให้การพัฒนาองค์กรไปสู่ความสำเร็จได้ครับ

ผศ.นพ.ก้องศักดิ์ รุกขพันธุ์ :

2 คำ นะครับ จากรอบแรกของท่าน อ.อภิชาติ คือ Transactional กับ Transformational เราลองนึกดูนะครับ ว่าท่านไหนในห้องนี้ที่ไม่มีลูกน้องบ้าง แล้วในแต่ละวันที่เราเข้าพ.ฯ หรือไปทำงานนั้นเราเข้าไปทำอะไร องค์กรเราทำเหมือนปีที่แล้วที่เราทำกันหรือเปล่า มีอะไรเปลี่ยนไปบ้างในทางที่ดีขึ้น เนื่องจากเสียงในห้องส่วนใหญ่เป็นพยาบาล ขอ Pass ไมค์มาที่อ.ยุวดีว่าในมุมมองของพยาบาล Nursing Leader มองในมุมไหนบ้าง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของประเด็นการทำงาน หรือความเพียงพอ ขาดแคลน หรือวิชาชีพต่างๆ เรียนเชิญอ.ครับ

ดร. ยุวดี เกตุสัมพันธ์ :

ปัญหา

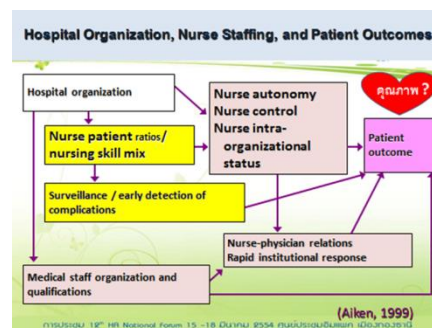
Nursing shortage ความรุนแรงจะมากขึ้น

- baby boomers age and the need for health care grows
- ผลิตพยาบาลไม่ทันความต้องการที่มากขึ้น

การประชุม 12th HR National Forum 15-18 ธันวาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

ประเด็นของพยาบาลก็คือว่า ตัวของ nurse เองถ้าพูดถึงในระดับบริหาร Leader ก็ถือว่าอยู่ในระดับสูง เค้าเรียกว่า.....(เซ็คคันเทียร์) แต่ในจริงๆแล้วในเรื่องของ Leaderของ Nursingที่ต้องมอง แล้วปัญหา Nurse ที่เป็น Leader สูงสุด เอา TOPแล้วกัน จะต้อง Face ไม่หนีปัญหาโลกแตก แล้วปัญหาพยาบาลขาดแคลน ซึ่งมันจะรุนแรงมากขึ้น รุนแรงมากขึ้น เราจะไม่ดูตัวเลขแล้วนะคะว่า ที่เค้า predict กันมาว่าทั้งโลกมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้น มีปัญหาทับซ้อนมาก ที่จะทำให้ปัญหานี้รุนแรงมากขึ้น ก็คือ Baby Boomers ไข่ม้อยคะว่ารุ่นพี่ๆจะไปแล้ว ในขณะที่เดียวกัน Need for Healthcare grow มันมากขึ้นไปเรื่อยๆ อันนี้ชัดเจน

อีกอันหนึ่งคือ ในส่วนของการผลิตพยาบาลไม่ทันกับความต้องการที่มีมาก ทั่วโลกเลยนะคะ เพราะฉะนั้นปัญหาที่ Challenge Leader อยู่ มันเป็นเรื่องเดิมมานานแล้ว แต่ทำไมมันเกิดอะไรขึ้น มันถึงยังคงอยู่ ไม่พอนะคะ



ลองดูใน slide นี้ จะเห็นชัดเจนว่าเป็นสไลด์ที่งานวิจัยปี 1999 แต่ยังเป็นวิจัยหรือปัจจัยที่มันยังคงเกี่ยวข้องอยู่ จนถึงปัจจุบัน แล้วจากงานวิจัยนี้ มันก็จะ Lead ไปสู่ Solution ของการจัดการเรื่อง Nursing ก็คือในเรื่องของ Magnet Hospital ซึ่งวันนี้เราคงไม่แตะ แต่ถ้าหลายท่านสนใจก็ลองไปดูว่าในนั้นมันมี Solutionในหลายๆเรื่อง เพราะในการแก้ปัญหา ไม่มีทางเลยที่จะแก้ได้ด้วยวิธีการเดียว เพราะฉะนั้น Leader ต้องรู้ในประเด็นปัญหาแล้วเชื่อมโยงให้ได้ ในสไลด์นี้ลองดูที่สี่เหลี่ยม ว่าทำไมละ ถ้าผู้นำระดับสูงที่เป็น TOP CEO ไม่เข้าใจ หรือว่าท่านอาจจะไม่ได้คลุก อย่งที่ อ. อภิชาติกล่าวมา ต้องคลุกแล้วคะ คลุกไม่พอ Leader ที่เป็น secondtier หน.พยาบาลต้องนำเสนอให้ชัดเจนว่า จริงๆแล้วในการขาดมันเกิดอะไรขึ้น ถ้า Staff Ratio เราต่ำ แน่นอนนะคะว่าพยาบาล จะมีเวลาไหมละที่จะไปดูแลผู้ป่วย จริงมั๊ยคะ? Surveillance ละ เดินดูผู้ป่วยแล้วก็สามารถ Detect อาการได้รวดเร็ว มันส่งผล outcome ได้ชัดเจน เพราะฉะนั้นปัญหาทุกวันนี้ outcome ที่มันเกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นเรื่องอะไรก็แล้วแต่ มันเกิดขึ้นมีผลมาจาก Staff แล้วก็ไม่ต้องโทษกันนะคะว่า เอ๊ะ ! เป็นเพราะพยาบาล หรือเป็นเพราะอะไร? มันเป็นเพราะระบบ ลองดูอีกประเด็น



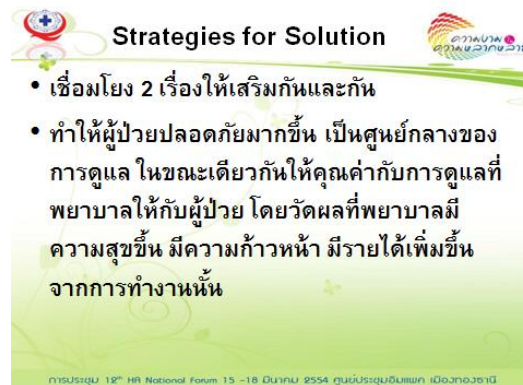
จากงานวิจัย คำบอกชัดเจนว่า ถ้าหากพยาบาลไม่เพียงพอ หรือว่า Staff Level ต่ำ มันจะเกิดอะไรขึ้น? มันจะเกิด Poor Outcome ดูนะคะ ดัง่ายๆ pneumonia, shock, cardiac arrest, and urinary tract infections นี่เป็นตัวที่วัดง่าย ๆ ยังมีตัวอื่นอีกมากมาย ที่เป็นเรื่องของ Disease Specific เพราะฉะนั้นในเรื่องนี้ ถ้าผู้บริหารเห็น มันจะชัดเจนเลย ซึ่งมันจะ link ไปสู่ Cost ของรพ. ด้วย



ทีนี้ลองมาดูกันนะคะ แล้วรวมกันล่ะ สุดท้าย Challenge of Nurse Leader มีอยู่ 2-3 ประเด็นที่สรุปมาให้ ไม่ว่าจะเป็นอีกก็ยุคก็ตาม มันเป็นเรื่องอยู่ 2 เรื่องก็คือในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยที่ปลอดภัยกว่าและเป็น Patients Center (ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง) นะคะว่าเราจะทำอย่างไร แล้วอีกเรื่องคือ การดึงดูดให้พยาบาลอยากเข้ามาทำงานไม่พอ อยากจะเรียนพยาบาลด้วย และดำรงรักษา พยาบาลไว้ให้นานที่สุด อันนี้เป็นหน้าที่ของ Healthcare Provider ทั้งหมด

ที่อเมริกา และองค์การอนามัยโลก บอกเลยว่า ไม่ใช่หน้าที่ของหัวหน้าพยาบาลคนเดียวนะ Healthcare Leader ต้องทำด้วย CEO ต้องมองให้เห็นชัด ทุกรพ. ต้องมาดูกัน เอ้อ! มันเกิดอะไรขึ้น สถานการณ์ในรพ. ทำไม่พยาบาลถึงไม่ Happy กับงาน เพราะว่ามันส่งผลถึง Quality ที่เค้าอยู่ ทำไมเค้าถึงอยู่? เค้าเป็น Front Line เค้าเป็นตัวที่จะต่อ Quality ทั้งหมดให้กับผู้ป่วย 90 % จะอยู่ในมือเค้า ฉะนั้น CEO ต้องลงมาดู ไม่ใช่ดูแต่ว่า 100% ไหนลด อัตราค่าลงสิ ! งานวิจัยใหม่เค้าاونเลยนะค่ะว่า อย่ามองแต่เรื่อง Finance อย่างเดียว ต้องดูอื่นๆ อีกด้วย เพราะฉะนั้นในเรื่องนี้จะทำอย่างไร สมมติในรพ. สถานการณ์ดีมากเลย จั๊นมาเรียนพยาบาลสิ คนที่ Humanized Care ก็อยากจะมา มีประสบการณ์ อย่างที่มันเกิดขึ้น

ในอเมริกาเค้ารวมเป็นวาระแห่งชาติ แล้วเค้าดูแลแม้กระทั่ง International Nurse ที่เข้าไปทำงาน เค้ามีโปรแกรมชัดเจน จึงเป็นความท้าทายที่มันจะเกิดขึ้น



Strategies for Solution

- เชื่อมโยง 2 เรื่องให้เสริมกันและกัน
- ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยมากขึ้น เป็นศูนย์กลางของการดูแล ในขณะที่เดียวกันให้คุณค่ากับการดูแลที่พยาบาลให้กับผู้ป่วย โดยวัดผลที่พยาบาลมีความสุขขึ้น มีความก้าวหน้า มีรายได้เพิ่มขึ้นจากการทำงานนั้น

การประชุม 12th HA National Forum 15 - 16 ตุลาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

ลองดู แล้ว Solution ละ เราก็รู้เรื่องของเหตุการณ์ Solutionมันมีเยอะ ก็เชื่อมโยง 2 เรื่องให้เสริมกันและกัน Leaderต้องเชื่อมโยงให้ได้ จะทำอะไร ก็ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยมากขึ้นสิ ทำให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการดูแล ในขณะที่เดียวกันก็ให้คุณค่ากับการดูแลที่พยาบาลให้กับผู้ป่วย โดยวัดผลที่พยาบาลมีความสุขมากขึ้น มีความก้าวหน้าขึ้น มีรายได้มากขึ้นจากการทำงานนั้น อันนี้เป็นSolution ชัด แต่ Solution นี้ดูเหมือนง่าย ลองดูนะคะ แคบกว่าให้คุณค่า ฉะนั้นความสุขเกิดขึ้นได้อย่างไร เดี่ยวพรุ่งนี้เราก็จะมี Session “Nurse ฝ่ายปฏิบัติจะสร้าง ดึงความสุขจากการทำงาน ของตัว แล้วจะให้ตัวอยู่ได้อย่างไรในองค์กร” Leader ต้องช่วย ต้องมองตรงนี้ด้วย

จะให้ทำอะไร เราบอกว่าให้พยาบาลดูแลผู้ป่วยแบบ Humanized care แต่ Top CEO พูดกับหัวหน้าพยาบาลแต่เรื่อง เงิน เงิน เงิน คัด คัด คัด คัด แล้วหัวหน้าพยาบาลก็พูดต่อกับใครคะ? Manager / Supervisorใช่มั้ย? แล้วManager / Supervisor จะไปต่อ feelingกับใครล่ะ? มันมีวิธีอื่นอีกมั๊ย? ในการที่จะพูดใน sense แบบนั้น แต่ให้มันเชื่อมโยงในเรื่องของ Quality ให้มันมากขึ้น

สไลด์นี้ สไลด์เดียวในโจทย์ของหัวหน้าที่เป็น Leaderพยาบาลทั้งหลาย เอาไปพิจารณาว่าในฐานะที่เป็น Leader เราจะทำอะไร เพราะผู้ป่วยแน่นอนต้องปลอดภัยกว่า ถ้า Under Staff แน่นนอนเวลาที่ผู้ป่วยอยู่กับพยาบาลน้อยมั๊ยคะ? น้อย มีเอกสารอีกมากมายที่ให้พยาบาลทำ ดึงพยาบาลออกจากเตียงคนไข้ ต้องช่วยกันคิดคะ หัวหน้าพยาบาลต้องสามารถที่จะรู้ Clinical Process ด้วย เมื่อก่อนเถียงนะคะว่าไม่จำเป็น เดี๋ยวนี้ ขอโทษ! รู้แต่ Finance ตายเปล่าข้างเตียง หัวหน้าพยาบาลต้องรู้วาระระบบ Nursing Document จะทำอะไร ให้พยาบาลไป Chart ที่เตียงผู้ป่วย คุณจะต้องจัดการรู้เรื่องถึง IT รู้ถึงเรื่องระบบ Nursing Nursing Model อะไรที่จะเสริมทำให้พยาบาลเข้าไปข้างเตียงคนไข้มากขึ้น กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยอย่างไร ? เช่น การให้ยาผู้ป่วยจะไปให้อย่างไร? เพราะฉะนั้นต้องพัฒนาระบบ Support ขยาย Idea ไปเพราะโจทย์คือพยาบาลต้องใช้เวลาผู้ป่วยมากขึ้น ผู้ป่วยต้องเป็นศูนย์กลาง แล้วจะอย่างไรที่จะให้พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้พยาบาลมีความสุขกับการที่เราได้รับผลพวงจากการดูแลผู้ป่วย เอาเรื่องนั้นๆที่ Top Hit มา

เป็นวาระจัดประชุม Leader ต้องนำก่อน และเวลาประชุมให้มันน้อยลง เดินไปที่ Ward ให้มากขึ้น ตั้งเป้าหมายของตัวเองให้ชัดเจน เอาเรื่องพฤติกรรมของตัวเองก่อนว่ามันจะมากหัวใจ ว่าเราจะต้องลงไปให้มันรู้ว่า เราเป็นอย่างไร ตอนนี้สิ่งที่เค้าวัดกัน(KPI) คือ ก็คือเวลาที่หัวหน้าลงไป Clinic วัดเป็นเปอร์เซ็นต์เลยว่า 20 %ต้องลงไปเพื่อการดูแลน้องพนักงาน

ผศ.นพ.ก้องศักดิ์ รุกขพันธุ์ :

ผมชอบใจ มีหลายคำ อยากถามพวกเรว่า เราเดินลงไป Ward OPD ER OR ครั้งสุดท้ายเมื่อไร? แล้วเราเคยตั้งเป้าหมายมั้ยว่า สัปดาห์หนึ่งเราจะลงไปสักกี่วันดี? ถ้าเราเดินลงไป เราจะไปทำอะไร? ลงไปทำอะไร? ถ้าท่านอ่าน Abstract ของหัวข้อ A 25 ในหนังสือ Guide Book ผมขอ Code คำพูดของ Peter Ducker ท่านบอกว่า “ปัญหาหรือสิ่งที่ผู้นำควรจะทำ ไม่ใช่ต้องการได้ยินคำตอบที่ถูก Getting the right answer แต่สิ่งที่ผู้นำควรจะทำก็คือ ควรจะถามคำถามที่ถูก ว่าเวลาเราเดินไปที่พนักงาน เราจะตั้งคำถามอย่างไร ว่าเอ๊ะ! ทำไมเราล้มประเด็นอะไรไปหรือเปล่า ในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย”และคำที่ผมชอบใจก็คือ Solution ที่อ.หนูได้พูดถึง เราหา Solutionให้กับผู้ป่วย หรือตัวเราเองหรือเปล่า? เมื่อไหร่ที่ท่านพูดถึง Financial อัตรากำลัง Work load และการนำ IT มาช่วย ไม่มีSolutionให้จากที่ไหน เพราะแต่ละคนมาจากต่างรพ.ต่างกัน ท่านต้องหาSolutionให้กับรพ.ของตัวเอง เนื่องจากในบริบทของแต่ละองค์กรนั้น Solutionที่เราจะมาร่วมกันให้Balanceระหว่าง Finance-Work force-Work load และPaper workต่างๆที่เชื่อมโยงเสริมกันและกัน กับอันที่สองคือ Outcome ที่ปลอดภัยกว่า ผมก็เพิ่งได้ยิน เรามักจะพูดถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย แต่วันนี้อ.หนูมาพูดว่า “เราจะให้ผู้ป่วยปลอดภัยกว่าได้อย่างไร” แต่ผมขออนุญาตใช้คำพูดว่า “เราจะดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยกว่าเมื่อวาน ปลอดภัยกว่า Case เมื่อไหร่ได้อย่างไร ” กับคำที่สาม ข้างเตียง ลองดูนะครับว่าถ้าเราลงไป ER Ward ว่าพยาบาลอยู่ข้างเตียงคนไข้สักกี่นาที? ต่อ หนึ่งวัน แล้วคุณค่าของการดูแลอยู่ที่ไหน?

ขอ passมาที่ ภก.ลือรัตน์ อ.มีประสบการณ์จากบริษัทข้ามชาติมาแทบจะทุกยี่ห้อ ท่านเขียนหนังสืออยู่Booth 67ชื่อ “Generation Y ร้ายจริงหรือ?” และท่านยังเป็นที่ปรึกษาให้อ.ยุวดี ฝ่ายการพยาบาลศิริราช จริงๆแล้วภาวะผู้นำที่อยู่ในสายงานอื่นๆ เกสซ์กรรม แม้กระทั่งแพทย์ ทันตแพทย์ สามารถนำองค์กรได้อย่างไร? สมมติ รพ.ที่มีพนักงาน 2,000 คน ปัจจุบันโชคดีหน่อยมี 180 คน ความแตกต่างตรงนั้น เราจะนำเค้าไปยังไงดีครับ? เราจะสร้างแรงจูงใจอย่างไร? เราจะสร้าง Comittment อย่างไร? ต้อง Rewardมั๊ย? ถ้าไม่มีสแตงค์จะทำอย่างไร?

ภก. ลือรัตน์ อนุรัตน์พานิช :

ก่อนอื่นขอเสนอแนวคิดต่อจากท่านอ.อภิชาติ ประเด็นสำคัญหนึ่งที่เราต้องเปลี่ยนจากตัว Transactional Leadership ไปเป็น Transformational Leadership โดยที่เริ่มตั้งแต่ตัวเราเอง เริ่มจากข้างใน ก่อนอื่นผมมีอะไรให้เราเล่นซุกเล็กน้อย เดี๋ยวผมให้พวกเราพูดคำว่า “หนู 30 ครั้ง”โดยที่ผมจะเป็นคนบอก กำกับเวลา จากนั้นนะครับ พอเสร็จ

สั้นคำว่าหนูที่ 30 ผมจะมีคำถาม 1 คำถาม ตั้งสติให้ดีๆ นะครับ เนื่องจากชั่วโมงนี้ภาวะผู้นำต้องใช้สติเป็นอย่างมาก ดังนั้น “สติมา ปัญญาเกิด สติเตลิดก็เกิดปัญญา สติมาหมาไม่กัด กุมสติไม่ถนัดก็กัดกับ.....” ดังนั้นวันนี้เราเริ่มกันมีสติก่อนมัยครับ พูดคำว่า หนู 30 ครั้ง พร้อมมัยครับ ถ้าพร้อมปรบมือ 1 ครั้ง OK นะครับพร้อมแล้วพูดคำว่า หนู...หนู...หนู...หนู...ครบ 30 แล้ว..... แมวก้าวอะไรครับ? มีเสียงตอบมาจากฟลอร์ เอ้า! แมวก้าวหนูหรือครับ? แมวก้าวอะไรครับ นึกดีๆ ...สุนัขหรือหมา เห็นมัยครับ เกมสันี้ลูกสาวผมมาเล่นกับผมเอง ว่าช่วงนี้พ่อคุมสติไม่ค่อยดี แมวก้าวอะไรพ่อ? ผมตอบว่า ก้าวหนู เฮ้ย! เราเฮ้ย! ทันที เคยมัยครับ บางครั้งเราเป็นผู้นำ เรารู้ว่าเราควรทำอะไร แต่ความเคยชิน ความเป็น Transactional Leader เราทำกลับกันหมดเลย เราทำสิ่งที่กลับด้าน กับสิ่งที่เราควรจะทำ เพราะว่าเราขาดสติ เห็นมัยครับนิดเดียวเอง ระหว่างสติมา กับสติไป

ทีนี้ประเด็นต่อ ถาม เอ๊ะ! แล้วความท้าทายในเชิงของผู้นำทั้งหมดมันคืออะไรบ้าง? ก่อนอื่นพวกเรารู้มัยครับ ว่า ความหมายของภาวะผู้นำ หรือ Leadership มันคืออะไร? ลองเข้าไปดูใน google นะครับ Leadership คืออะไร เราจะเจอเยอะมาก เป็นล้านเลยนะครับ แล้วพวกเราพอจะอธิบายได้มัยครับ คำว่า “Leader” มี Definition หรือคำนิยามว่าอย่างไร? เองง่ายๆ นะครับ วันนี้ภาวะผู้นำ รัช.....สัมมาพันธ์ พูดไว้ โดนใจผมมากกว่า ภาวะผู้นำคือ พลัง อันที่หนึ่งคือพลัง ผู้นำต้องมีพลัง ถ้าผู้นำไม่มีพลังเกิดอะไรขึ้น เรานำองค์กรไม่ได้ บางครั้งเรานำตัวเองไป Ward เรานำตัวเองไป รพ.ฯ เรายังเฉื่อยเลย เราไปพร้อม friction หรือครับ? ดังนั้นเราจะนำคนอื่นไม่ได้ นะครับ **เราต้องมีพลัง พลังในการขับเคลื่อนตนและกลุ่มคนเข้าไปสู่เป้าหมายขององค์กร** 3 จุดนี้แหละครับ 1.คือพลังของตัวเอง 2.ในการขับเคลื่อนคน หรือกลุ่มคนหรือระบบ 3. เข้าสู่เป้าหมายขององค์กร เอาแค่ 3 จุดหลักนี้แหละครับ นี่ก็คือภาวะผู้นำ

ทีนี้เป้าหมายของเราก็จะมีหลายเป้าหมายนะครับ อย่างที่อ.หนูพูด เป้าหมายทางการเงิน Finance เน้นอนสำหรับผมอยู่ใน Private Practice ในองค์กรเอกชน เงินเป็นตัวหนึ่งที่สำคัญ แต่ไม่ได้บอกว่าเงินเป็นตัวเดียวที่สำคัญ เงินเป็นตัวหนึ่งที่สำคัญ ทีนี้ถ้าจับหลัก เองง่ายๆ ต้องให้ครบ 4 ด้าน ตามหลักการของ Balance Score Card ก็คือด้าน Financial ด้านที่ 2 คือด้านลูกค้าปัจจุบันเราจะไม่เรียกว่าคนไข้ นะครับ หรือ Patient ซึ่งภาษาอังกฤษแปลว่า ออดทน ดังนั้นการที่ Patient มารพ.ฯ ต้องอดทนนะ ต้องอดทนมาก เวลาผมไปสอน ESB มี Case จริงๆ นะครับ รพ.ฯ แห่งหนึ่งบอกว่า “ลูกค้ามาก่อน : Customer is come First ” ลูกค้ายืนอยู่หน้าป้าย เพื่ออุทธรณ์ต่อผู้บริหารรพ.ฯ บอกว่าใช้ครับลูกค้ามาก่อนใครมาทีหลังครับ แพทย์ พยาบาล เภสัช มาหลังหมดเลย

นะครับ อย่างที่ศิริราช ขอแซวพี่หมูนิดนึง ผมเคยเจอลุงคนนึง แพทย์นัด 10 โมง มาถึงที่รพ.ฯ ประมาณ 6 โมง มาทำไมครับ มาก่อนมีสิทธิ์ก่อน ประมาณนั้น ดังนั้นประเด็นนี้เราต้องเปลี่ยนจาก Transactional Leader ไปเป็น Transformational Leader แล้วจะเปลี่ยนอย่างไรหรือครับ? ผมนำเสนอนิดนึงนะครับ ก่อนที่จะมาเรียนด็อกเตอร์ ผมทำ HR อยู่ที่ 3M เรียนด็อกเตอร์ ผมทำวิจัยเรื่องอะไรรู้มัยครับ ผมเจ็บปวดที่สุด ผมสายเผลอช นะครับ ทันทีที่มีตำแหน่ง

ว่าง เราจะหยิบเภสัชที่เก่งคนหนึ่ง ไปเป็นหน.กลุ่มงานเภสัช แล้วเราจะได้ Pharmacy Manager หลายๆมาหนึ่งคน แล้วเราก็เสีย Clinical Pharmacist ไป 1 คน และสิ่งนี้คือสิ่งที่ผมเจ็บปวดที่สุด ปวดหัวใจมาตลอดเวลา หลังจากที่ผมจบจากมหิดลมาเกือบ 20 ปีแล้ว ผมก็เลยทำ Thesis เรื่อง Human Resource Management Competency ของ Pharmacy Manager ซึ่งตอนนี้ผมกำลังออกแบบสอบถามไป พี่ๆที่เป็นผอ.รพ.ฯ หน.ฝ่ายการ แม้กระทั่งหน.กลุ่มงาน เภสัชกร ในรพ.ที่ได้รับการรับรอง Accredited จากสธ.แล้ว ช่วยตอบแบบสอบถามให้ผมหน่อยนะครับ

ผมกำลังจะศึกษา Competency ด้าน HRM ถ้าสูง มันจะทำให้เกิดความพึงพอใจของเภสัช แล้วตัวนี้จะเป็นตัวนำ ถ้าเรามีความสุขในการมารพ.ฯ คุณภาพไม่ต้องพูดถึงเลย แต่ทุกวันนี้เรามีความสุขมั๊ยครับ? เวลาไปรพ.ฯ ถ้าไม่มั่นใจ รพ.จ่ายเงินให้เรา เราจะไม่ไปเลยใช่มั๊ยครับ เราไปเพื่อเงินเห็นมั๊ยครับ โอเคเนอะครับ ประเด็นก็คือว่า ผมอยากจะทำทนายแบบนี้เนอะครับ เราไปตะวันตก ผมมุ่งตะวันตกตลอดเลยเนอะครับที่ทำ HR Practice มา ผมพบว่ามันถูกครึ่งหนึ่ง ที่ถูกครึ่งหนึ่งก็เพราะว่ามันต้องกลับมาตะวันออกแล้ว ทีนี้ Leadership ที่ผมศึกษามากที่สุดคือ เอามาจากคัมภีร์เต๋าครับ เต๋าเต็กเก็ง ของเหลาจื๊อ เรื่องนี้ไม่ใช่ผมค้นพบเอานะ ผมคุยกับ HRD – Leader Vice President ของ 3M เค้าพูดว่า “เมื่อไรที่คุณจะต้องขึ้นเป็นผู้นำ คุณ Lead จากข้างหลัง ให้คุณนำจากข้างหลัง” ผมฟังแล้วตกใจว่า เอ๊ะ! ผู้นำนำจากข้างหน้าไม่ใช่หรอ ทำไมต้องนำจากข้างหลัง มันเป็นผู้นำที่ซิกข์หรือเปล่า เป็นผู้นำที่ไม่กล้าเผชิญหน้าหรือเปล่า แต่เราก็นั่งฟังเค้านะ เค้าบอกว่าเค้านำความคิดมาจากเหลาจื๊อ เค้าเรียกว่า “Tao Eastsm” เค้าบอกว่ามีผู้นำ 4 แบบของเต๋า คือ **Level 1 ผู้นำที่ลูกน้องเกลียด** Outcome Base จะเป็นยังไงครับ และเลยใช่มั๊ยครับ ทีนี้ผู้นำที่ลูกน้องเกลียดมักเกิดจาก Competency เป็นยังไงครับ คือ Competency ที่เป็นแบบว่า เวลาเราทำเรื่อก็หาว่าลำหน้า ซ้าก็ว่าอึดอาด โง่ก็โดนตวาด พอฉลาดก็ถูกระแวง ทำก่อนบอกไม่ได้สั่ง ทำทีหลังบอกไม่รู้จักคิด อย่างงี้ไงครับ ลูกน้องมันจึงเกลียด เพราะฉะนั้นต้องเปลี่ยนใหม่แล้ว เปลี่ยนจาก Level 1 → Level 2 ตามผมมานิดนึงนะครับ **Level 2 ลูกน้องกลัว** เชื่อว่าในที่นี้ลูกน้องกลัว จากรังสีหน้า ผมสัมผัสได้ถึง Panel เลยเนอะครับ ถ้าผมเป็นลูกน้องท่าน ผมกลัวเหมือนกันนะครับ ลูกน้องกลัว Outcome เป็นไงครับ ได้ผลตามตัวชี้วัด แต่เมื่อไรที่เราไม่อยู่เป็นไงครับ แมวไม่อยู่ หนูร่าเริง นี่คือ Sustainability ต่ำมาก **Level 3 ลูกน้องรัก** อยู่ด้วยแล้วลูกน้องรัก ทำให้ ทำตายเลยลูกน้องศรัทธา แต่ลูกน้องก็ต้องฟังคำสั่งของเราเสมอๆ นี่คือจุดกับดักของผู้นำ ที่เราเจออยู่เนอะครับ ลูกน้องรักเรา เรา Happy แล้ว **Level 4 การเป็นผู้นำแบบอยู่ข้างหลัง** ลูกน้องทำเอง Empower ให้เค้าลองทำ แล้วอยู่ข้างหลังเค้า อยู่กับเค้า เพื่อให้เค้าเจอปัญหา แล้วเค้าอุ่นใจว่ามีเราอยู่ข้างหลัง หรือไปข้างหน้าบางครั้งตอนเค้าเจออุปสรรค ไป remove อุปสรรค แต่เค้าเดินด้วยตัวเองเนอะครับ Actiend ของเรื่องนี้ฝรั่งเค้าพูดว่า LOOK ! I did by myself. นี่คือระดับ 4 โอ้โฮ! สุดยอดเลยเนอะครับ ว่าเราไม่อยู่เค้าก็ทำได้ นี่ก็ต้องอยู่ที่ Competency ของผู้นำตรงนั้น Competency ต้องเปลี่ยน เปลี่ยนจากระบบ Directive Behavior คือสั่งทุกอย่าง จิก จิก สั่ง สั่ง พูดว่าเสียดแทง อะไรประมาณนี้ แต่ก็อาจจะต้องใช้บ้างในบางกรณีที่ลูกน้องใช้ไม่ได้ เราต้องมีอยู่ ไม่ใช่ใช้แต่พระคุณ พระเดชต้องมีอยู่ เราต้องสมดุลระหว่าง พระเดช-พระคุณ คือขณะเดียวกันก็ต้องใช้ Supportive Behavior

เรื่องของการเป็น Coach : Leading as a Coach ซึ่งจุดนี้จะทำให้มุ่งไปสู่ Level 4 ของภาวะผู้นำแห่งแท้ คือทำเอง Empowerให้เค้าทำ ผมขอจบตรงนี้ก่อน

ผศ.นพ.ก้องศักดิ์ รุกขพันธุ์ :

ขออนุญาตสรุปเป็นช่วงๆ ผมชอบใจอยู่คำหนึ่งที่อ.ลือรัตน์ พูดเมื่อกี้ คือ “ภาวะผู้นำที่ได้ที่พฤติกรรม” ถ้าท่านเคยอ่านหนังสือ HRทุกเล่ม ส่งพนักงานไปอบรม กลับมาพฤติกรรมเค้าเปลี่ยนไปหรือเปล่า ไม่ใช่เค้าได้ความรู้มาเพื่อเปลี่ยนครับ ความรู้เค้าได้มาแน่นอน แต่ทำเหมือนเดิม ก็ไม่รู้จะไปทำไม นะครับทั้ง 4 Level แสดงให้เห็นได้ด้วยพฤติกรรมของผู้นำที่ทำงานกับคนรอบข้างและลูกน้อง

ครับที่นี้ลองยกตัวอย่างให้เป็นรูปธรรมซักนิดนึง เราเตรียมมา 2 scenario แล้วบทบาทของผู้นำที่ใกล้ตัวพวกเราในเรื่องของ Hospital Acquire Infection เป็นเรื่องใกล้ตัวมากเลย ที่สามารถทำให้รพ. ถูกฟ้องร้องได้มหาศาลและโดนปิดได้ ที่อเมริกาเป็นเรื่องที่ติด Top 10 เป็น Concern ใน American Healthcare Executiveหรือในวารสาร ตปท.ทุกฉบับ เราปล่อยให้มันเป็นหน้าที่ของ ICN หรืออยู่ในกำมือของผู้นำแต่ละคน ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ PCT พยาบาล เภสัช อย่างไรก็ตาม? ผมขออนุญาต อ.อภิชาติ ว่าแล้วบทบาทในผู้นำดังตัวอย่างนี้ มีมุมมองอย่างไร?

ศ.อภิชาติ ศรีวิทยาทร :

ในเรื่องของ IC ในรพ.ฯ ผมคิดว่าเป็นตัวอย่างที่ดี ถ้าเราไปดูในมาตรฐานจะถือว่าเป็นเรื่องของระบบที่สำคัญอันหนึ่ง แต่ถ้าเราไปดูในเรื่องของการปฏิบัติในรพ.ฯต่างๆ ผมคิดว่าอย่างน้อยที่สุด มันมีข้อสังเกตอยู่ 2 ประการ ประการที่หนึ่ง ก็คือว่า IC ในรพ.ฯ ได้รับความสำคัญอยู่ในระดับที่ต่ำมาก ถ้าเทียบกับ Issue อื่นๆในการพัฒนารพ.ฯ ถ้าเราไปสัมภาษณ์รพ.ต่างๆเราจะพบว่า ผู้นำอาจจะให้ความสำคัญกับเรื่องอื่นๆเยอะแยะ แต่ว่าเรื่อง IC นั้นสำคัญเพราะมาตรฐานบอก แต่ความเป็นจริงแล้วตัวผู้นำเองให้ความสำคัญอยู่ในระดับต่ำมาก ทั้งนี้เป็นเพราะอะไรครับ? เพราะว่าอันนี้มันสะท้อนให้เห็น ผู้นำไม่มี Awareness ในเรื่องของ Future Thinking ไม่ได้ติดตามข่าวสารต่างๆ IC จะมีความสำคัญก็ต่อเมื่อ มันเกิดระบาดเช่น ZARs H1N1 แล้วทุกคนจะลุกขึ้นมา แต่ถ้าทุกๆวัน เรื่องของ MRSAต่างๆ ผมพนันได้เลยนะครับว่า ท่านไปสัมภาษณ์ผู้นำรพ.ตั้งแต่ CEO ผอ.ฝ่ายแพทย์ รองผอ. หรือแม้แต่หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ถามว่า “รู้มั๊ยว่า MRSA Rate ในรพ.ฯ หรือ HAI ในรพ.ของท่านเป็นอย่างไร? แล้วมีการ Monitor อย่างไร? ” ผมเชื่อจนमतานได้เลยว่ามากกว่า 90%จะไม่รู้ แล้วอาจจะรู้พร้อมกับ Surveyor ตอนที่มาตรวจ รพ.ฯ ช่วง IC นำเสนอสไลด์ ก็จะทำให้เห็นว่า rate ของรพ.ฯตัวเองเป็นอย่างไร ทำไมละครับ? ทำไมผู้นำไม่ลงมาเกี่ยวข้องตรงนี้ แล้วเราจะเห็น GAP ระหว่าง ICN กับผู้นำสูงมาก รพ. 500 เที่ยง อาจมี ICN เพียง 1 คนเท่านั้นเอง แล้ว ICN อาจจะมีอาจารย์แพทย์ซักหนึ่งท่านเป็นที่ปรึกษา หรือรพ.บางแห่งไม่มีผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อ ก็จะใช้เป็นข้อ เป็น Excuse ว่าเราไม่มี Expert ด้าน Infectious Disease Specialist ซึ่งจริงๆมันคนละเรื่องกันเลยนะครับ เพราะฉะนั้นสิ่งเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าผู้นำขาด Awareness

ผมกำลังพูดถึง Threat ที่กำลังรุกคืบเข้ามาทางองค์กรด้านบริการสุขภาพ Infectious Control ขณะนี้เป็น Issue เบอร์หนึ่งในอเมริกา Medicated-Medicare เดียวนี้เรียก CMS แล้ว คล้ายบัตรทองของเรา แต่เค้าให้กับคนแก่ที่ Heady cap เดียวนี้จะปฏิเสธการจ่ายภาวะซึ่งเกิดขึ้นที่พิสูจน์ได้ว่าเกิดจาก HAI ในอดีต Paradigm ของเราบอกว่า HAI นั้นเป็น สิ่งซึ่งเมื่อคุณเข้ามาในรพ.แล้วมันหลีกเลี่ยงไม่ได้ เราพยายามที่จะป้องกันให้ดีที่สุดแล้ว แต่ถ้ามันเกิดคุณต้องยอมรับ เพราะเราไม่ได้ตั้งใจ แต่งานวิจัยจำนวนมากพบว่า การที่มันบอกว่าเราป้องกันแล้ว ที่จริงมันไม่จริง เพราะว่าถ้าเราไปดู Complianceต่างๆ เอาง่ายๆแค่ Hand Washing อย่างเดียว ก็จะพบว่า Complianceต่ำมาก ฉะนั้นการที่รพ.ได้บอก ตัวเองว่าตัวเองป้องกันอย่างเต็มที่แล้ว แล้วไม่ต้องรับผิดชอบนั้น เป็น Paradigm ที่ผิด และสิ่งเหล่านี้ยังไม่ถึง Leader ยัง ส่งมาไม่ถึง Quality มันต่ำ เรายังไม่พูดถึง Threat อื่นๆอีกเยอะ มันสะท้อนถึงว่าขณะนี้ Leader ได้มองไปในอนาคต ได้ คาดการณ์อะไรต่างๆหรือเปล่า

ประการที่สอง เมื่อไม่ใส่ใจ คิดว่า Priorityมันต่ำ ก็ไม่ได้ลงมาดู ทั้งๆที่เป็นเรื่องที่น่าเสียดายอย่างยิ่ง เพราะว่า จริงๆแล้ว movement ของ IC ประเทศเราเข้มแข็งมาก ครั้งหนึ่งผมเคยได้รับเชิญไปเป็นวิทยากรพูดในที่ประชุมของ สมาคมที่เกี่ยวกับ ICN เชื้อมัยครบเค้ามักเต็มห้อง 800 ร้อยกว่าคน ผมก็ทำ check rating เหมือนขอ.ต่อ เมื่อก็นี้ ว่าใคร ที่ทำหน้าที่รับผิดชอบเรื่อง IC รพ.ฯ ปรากฏว่ายกมือกันพริบเต็มห้อง ใครเป็นแพทย์ มีอยู่ 4-5 มือ ใครเป็นผู้บริหารรพ.ฯ ไม่มีเลยครับ ใน 800 คนในการประชุมของ Infectious Control ไม่มีผู้บริหาร Attend เลย แล้วก็ผมไปเดินดู Booth ซึ่ง เค้ามียุคเทคโนโลยีใหม่ๆ ที่จะช่วยลดการติดเชื้อ หรือ Contaminate in ICU OR มีUVบ้าง Sprayบ้าง Foam อื่นๆ Technology เหล่านี้มัน Establish แล้ว แต่ว่ามาโชว์ให้ IC ดู มีประโยชน์อะไรครับ IC เค้ารู้อยู่แล้ว เค้านเสนอ Budget เพื่อซื้อสิ่งเหล่านี้มาใช้ในรพ.ฯ แล้วก็ซื้อขมกินได้เลยว่า Budget เหล่านี้ เสนอขึ้นไปก็โดนตัดแน่นอน เนื่องจากผู้นำไม่มี Awareness ไม่ได้คิดว่า Technology เหล่านี้จะมาช่วยลดการติดเชื้อในรพ.ฯ ก็ยัง rely on กระบวนการเก่าๆนี้แหละ ครับ การที่จะลด Infection ในรพ.นั้น องค์ความรู้มีอยู่แล้ว Technologyมีอยู่แล้ว สิ่งที่มีขนาดก็คือท่าน ท่านไม่รู้ในสิ่ง เหล่านี้ และในสิ่งที่คนของท่านรู้ด้วย ขอขอบคุณ

ผศ.นพ.ก่อพงศ์ รุกขพันธุ์ :

How to นะครับองค์ความรู้มีอยู่แล้ว คนในห้องนี้เป็น Leaderทั้งสิ้นนะครับ ความรับผิดชอบอาจจะมาน้อย ต่างกัน ผมเห็นผอ.หลายท่าน รองคณบดี ผช.คณบดี ดีใจมี HR Manager นั่งอยู่ด้วย มีสหวิชาชีพจากหลายสาขาจริงๆ เพราะฉะนั้นมันไม่ได้อยู่ที่เราไม่รู้ อยู่ที่ว่าเราใส่ใจมั๊ย ว่ามันจะส่งผลไปถึงคนไข้ของเรา ลองดูอีกตัวอย่างนะครับ Medication Safety อ.ลือรัตน์ครับ

ภก. ลือรัตน์ อนุรัตน์พานิช :

OK นะครับบทบาทผู้นำในการทำให้เกิด Medication Safety ในคนไข้ ประเด็นนี้เป็นประเด็นที่แหลมคมมาก ผมขออ้าง Dr. Peter F. Ducker ที่เป็นเจ้าพ่อด้าน PDCA PDCA พวกเราเข้าใจความรู้ด้านเครื่องมือคุณภาพหมดเลย เพียงแต่ว่าคนที่ทำงานคุณภาพ by in กับสิ่งนั้นมัย เป็นคนคุณภาพจริงๆมัย พอตีผมมี Background เป็น Six Sigma Black Belt ของ 3M ผมเป็น Black Belt Certified รุ่นแรกของ 3M ไปเรียนที่อเมริกา แล้วกลับมาทำโครงการหนึ่งร่วมกับอ.ยุวดีที่ศิริราช ทำเรื่อง “ลดจำนวนแผลกดทับในผู้ป่วยที่เป็น Incontinent” ซึ่งผลก็ออกมาดูดีมาก ได้นำมาเสนอกับอ.ยุวดีใน HA Forum 6th ซึ่งจริงๆมันไม่ได้อยู่ที่ว่าเราไม่รู้เครื่องมือ มันอยู่ที่ว่าเราไม่ by in กับตัวเครื่องมือมากกว่า เพราะฉะนั้นเวลาที่เรทำงาน คนที่ไม่ได้ by in คือไม่ได้เอาใจเข้าไปใส่ในงาน ผลจะเป็นยังไงรู้มั๊ยครับ ผมเคยไปที่องค์วิศวกรรมแห่งหนึ่ง ถามว่าพวกเรารู้มั๊ยว่า PDCA ย่อมาจากอะไร คนที่ไม่ได้ by in หรือเอาใจใส่ คำตอบผมว่าไม่รู้มั๊ยครับ PDCA ย่อมาจาก Please don't change again อย่าเปลี่ยนอีกเลย....อย่าอย่า....อย่า....คือภาวะผู้นำเนี่ย! ทำให้ลูกน้องบนขนาดนี้ ที่ทำอยู่ยังไม่ work เลย change อีกแล้วหรือ? ตอนที่เค้า Six Sigma ก็ Six Sigma ด้วย พอเค้า Lean ก็ Lean ด้วย ลูกน้องเลยบอกว่า Please don't change again

ประเด็นอยู่ที่ว่าต้องย้อนกลับมาที่ตัวผู้นำเลยนะครับในวันนี้ เราต้องย้อนกลับมาที่ตัวเราเองครับว่า เราเอาจริง เอาจังกับเรื่องนี้ เอาจริงเอาจังไม่ได้หมายความว่า ให้ KPI แล้วไปบู้ว่า KPI อันนี้ต้องออก อย่างนี้ยังเป็น Transactional Leader อยู่ ดังนั้นเราต้องใส่ความเป็น Transformational Leader ก็คือผมใช้คำว่า Walk the Talk หมายความว่า เราเป็นอย่างที่เราพูด เช่นถ้าเราบอกว่าเราอยากให้รพ.ฯของเรานั้นเป็นรพ.ฯคุณภาพ ตัวเราเองต้องเป็น Quality Manager ด้วย ผมชอบที่อ.อภิชาติพูดครับ ไป Forum 800 คน ไม่มีผู้บริหารเลย แล้วเหตุการณ์นี้ไม่ได้เกิดขึ้นที่เมืองไทยเท่านั้น มันเกิดขึ้นทั่วโลกนะครับ

ตอนที่อเมริกา Adopt เอาตัว Quality Cycle ไปใช้ใหม่ๆ องค์การของพวกเรา 3M ที่อเมริกาจัด Forum จากนั้น ประธานมาเปิดงาน President มาเปิดงานเชิญ Edward W. Deming ขึ้นมาพูด พอทันทีที่ President ลง Deming ทำ ยังไม่รู้มั๊ยครับ Deming เดินลงตาม President ครับ ลงตามเลยเหมือนกับตามเวลาที่เวลาประธานมาเปิดงานแล้วไม่ได้มาฟังเลยว่างานคุณภาพมันทำอย่างไร แล้ว Deming ก็บอกว่าคนที่ควรฟังมากที่สุดก็คือ President นั่นเอง เพราะไม่งั้นมันจะขับเคลื่อนไม่ได้ นี่คือเรื่องจริงครับ เค้าทำจริงๆ ดังนั้นเวลาคนที่เชิญผมไปพูด ผมก็ใช้วิธีนี้ ถ้าเบอร์ 1 ไม่อยู่ เบอร์ 2 ที่ได้รับ Empower ไม่อยู่ ผมไม่ไปครับ ไม่ไปจริงๆ มันเสียเวลาครับ ผมไปทำในที่ๆร่วมทำกันจริงๆจังๆ แล้วผู้จัดการเบอร์ 1 เป็น Quality Manager แล้วผมจะไม่เสียเวลา

ดังนั้นถ้าหัวหน้า by in เบอร์ 2 by in ผม Consultant ผมก็สบาย แต่ถ้าเบอร์ 1 ไม่ by in จะเกิดอาการปล้ำผี ลูก ปลุกผีนั่ง คือผีมันตายแล้วจับมันลุกป๊ิบ พอ Surveyor กลับ มันก็ลืมหืมเหมือนเดิม ปล้ำผีลุก ปลุกผีนั่งอยู่นั่น Cycle มันก็เลยไม่ไปไหน การที่จะ Walk the talk จะทำยังไง ไม่ยากครับ เรามีเครื่องมืออยู่แล้วที่เรียกว่า Performance

Management เราก็ถ่ายทอด KPI เช่นด้าน Medical Safety เช่นลดอัตราการติดเชื้อใน Clean Wound ลงมาเป็น KPI รายบุคคล → เป็น Individual KPI หรือเป็น Department KPI ที่ทุกคนร่วมกันทำ นี่ยังเป็น Transaction อยู่ แล้วเราจะ Transform ยังไงครับ ก็ต้องผ่าน Story Telling ผ่านการให้กำลังใจ ผ่านการเดิน ผมชอบที่อ.หนูพูดว่า มันต้องมี KPI ในการเดิน round เดินเข้าไปดู อย่างที่ผมอยู่ 3M Plant Manager หรือคนที่ขึ้นเป็น Manager / Supervisor ต้องเดิน เค้ เรียกว่า GEMBA Talk ลงไปดูเลยว่าแต่ละจุดต้องมีการแก้ไขอะไรบ้างเดินไปบิ๊บ เราจะรู้ว่ามีจุดที่ต้องพัฒนาได้ เรียกว่า GEMBA เดินคุยแบบ GEMBA เพราะถ้าเราไม่เดิน นั่งใน office เราก็ได้แต่พัฒนาคุณภาพใน office เราจะได้พัฒนาคุณภาพทั่วทั้งองค์กร

เห็นมั๊ยครับว่าหัวหน้าจะต้องนำ Walk the Talk แล้วก็ถ่ายทอด KPI มาเป็นตัวชี้วัดลงมาเป็น Department KPI จนกระทั่งถึงเป็นข้อตกลง Performance Agreement ระหว่างเรากับลูกน้อง ที่นั่นมันจะถึงจุดหนึ่งที่บอกว่า เมื่อไรอะไรที่ถูกวัด อันนั้นจะถูกจัดการ เหมือนกับที่ Ducker พูด “อะไรที่ถูกวัด สิ่งนั้นถูกจัดการ” ผมยังไม่เห็นคนที่ควบคุมน้ำหนัก โดยที่ไม่ได้เหยียบ scale ขนาดเราขึ้นชั่งน้ำหนักทุกวัน เรายังควบคุมน้ำหนักไม่ได้เลย เมื่อไรที่ถูกวัด เราจะรู้ว่าเรา Behind เป้าหมาย เรา Behind ตัวชี้วัดมากน้อยเพียงใด สรุป พอเราให้ตัวชี้วัดเสร็จ เราจะทำยังไงครับ คนที่ทำดีเราชมครับ ชื่นชมครับ เพราะคนที่ถูกชื่นชมมันจะมีแนวโน้มทำให้พฤติกรรมนั้นอยู่กับร่องกับรอย แล้ววิธีการชื่นชมไม่ต้องนึกถึงตัวเงิน ผมเชื่อว่าภาคราชการต้องติดเรื่องงบประมาณ วิธีการชื่นชม ผมอ่านเจอในหนังสือ Y site Business ผมเป็นคนที่ถนัด Gen Y มาก เค้ เรียกว่า Zero Investment Reward นั่นก็คือคำชม มันไม่ต้องลงทุนอะไรเลย เราชื่นชมเค้ เรามีวาระโอกาสในการชื่นชม ในที่ประชุมแผนก ในที่ประชุมรพ.ฯ แล้วคนชั่วไม่ตีละ ก็ต้องตี แต่ตีไม่ได้ตีก้ออากาศ ต้องตีเป็นรายบุคคล เป็น private อีกข้อหนึ่งที่เป็นบทสรุปใน session นี้ก็คือว่าต้องมีเวที (ผมยืมของอ.วิจารณ์มา) KMI ต้องมี Ba ต้องมีเวทีให้น้องได้ Show และ Share ไอ้สิ่งที่ Show และ Share จะทำให้พฤติกรรมของคนที่ทำดี มันมีความภูมิใจและอยากทำต่อไปนะครับ

ตอนที่ผมเป็น HRD ที่ 3M เวลาผมจะส่งคนอบรม ผมจะบอกเลยว่าคุณต้องกลับมา Train คนที่ Office เค้ชื่นชมนะครับว่ากลับมา เค้มีพื้นที่ที่จะถ่ายทอด แล้วย้อนกลับไปเมื่อเค้ไปเรียน/อบรม เค้ก็จะตั้งใจมาก เพราะเค้มีหน้าที่ เมื่อกลับมาจะต้องพูดให้คนทั้งรพ.ฟัง เราใช้สิ่งที่มีอยู่ให้เป็นประโยชน์ แล้วเราก็ต้องติดตาม คนดีเราก็ชม คนชั่วเราก็ตีเป็นรายบุคคลไป แล้วก็เปิดพื้นที่ให้เค้เล่น เลิกแล้วอย่ากระซปพื้นที่ ต้องเปิดพื้นที่นะครับ

ผศ.นพ.ก่อกองศ์ รุขพันธ์ :

ผมว่ามีเรื่อง Walk the Talk การวัด และการจัดการ หลายครั้งเราวัดเยอะเลย วัดแล้วเอาไปไว้ในไฟล์ ไว้ในเอกสาร แล้วเราได้จัดการกันหรือเปล่า เราได้เอามากระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือเปล่า? ในรอบนี้ผมขออนุญาตเรียนถามอาจารย์ 2 ท่าน ว่ามาถึงตรงนี้เราพยายามนำเสนอทุกท่านว่า มีความท้าทายกับพวกเราในเรื่องราวต่างๆ วันนี้

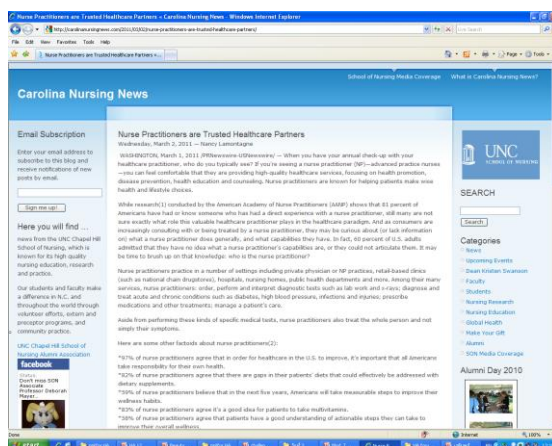
เราไม่ได้มาสอนว่า Infectious Control จะทำอะไร อ.ลือรัตน์ไม่ได้พูดแม้แต่คำเดียวว่า จะจัดการ Medication Management and Use ให้มันดีที่สุดได้อย่างไร แต่บทบาทผู้นำต่างหากที่จะสร้างระบบให้มันดีขึ้น ได้อย่างไร?

ถึงตอนนี้อากเรียนถามอาจารย์ 2 ท่าน ว่า “แล้วจากของจริงที่ผ่านมาในแต่ละวัน ที่อ.กลับบ้านไป นอนหลับมึนๆ คว้า หรือมีอะไรที่กังวลมึนๆ คว้า ในแต่ละคืน ในที่พึ่งเตียงที่ศิริราช จะมีลูกน้องอาจารย์ซัก 1 คนมึนๆ คว้า ที่ทำให้อาจารย์ฝันร้ายในคืนนี้ หรือว่ามีประเด็นอะไรบ้างที่เราอยากรู้ หรืออาจจะประเด็นที่เราไม่สามารถนอนหลับได้ในตอนกลางคืน”

ดร. ยุวดี เกตุสัมพันธ์ :

ก็เป็นเหมือนผู้นำทุกๆ ที่นะคะ ว่าเวลาเราไปรพ.ฯ เราเองยังไม่ไว้วางใจทั้งระบบ ไม่ใช่เฉพาะ Nurse หรืออะไรก็แล้วแต่ บางที่ได้ยามา เอ๊ะ! ยาถูกหรือเปล่า? หมอสั่งถูกหรือเปล่า? ในเรื่องนี้จริงๆ แล้วปัญหาใน Future เราเองถามผู้ที่มารับบริการ เค้าจะ Trust เรามั๊ย? อย่างที่เมื่อกี้ บอกว่า เอ๊ะ! เวลาที่เรากลับไปนอนที่บ้านเรารู้สึกยังไง เช่นเดียวกับ Provider เค้า Trust เราหรือเปล่า?

จากเรื่องเล่าต่างๆ จาก Internet เราทำตัวอย่างไว้แล้วแต่ก็ยังมึนประเด็นที่เค้าไม่ค่อยจะไว้วางใจเรา อันนี้เป็นภาวะ New Challenges ที่เราต้องหันมาคุยกันอย่างจริงจังแล้ว อย่างที่อเมริกาเอง ยกตัวอย่างของพยาบาล เวลาที่เค้าจะดูว่า Trust เราอย่างไร เค้าจะมีกลุ่ม Advance Nursing Practice หรือ Nurse Practitioner เค้าจะบอกเลยว่าเป็นกลุ่มที่จะทำให้เป็น Partner ของรพ.ฯ ที่ทำให้เกิดการ Trust ในการที่จะยอมรับ หรือพูดง่ายๆ ว่าเชื่อ





ที่นี้ถามว่าในเรื่องของ Healthcare ผู้นำทั้งหลายแน่นอนเห็นด้วยเลยว่า เหมือนการเล่นเกมหมากรุก ในเกมนี้ก็บอกว่าจริงๆแล้วเราทำทุกอย่าง ไม่ว่า Finance BSC ก็แล้วแต่ เป็นเกมซึ่งเราต้องเล่นให้ถูกเกม ต้องคาดเดาได้ แล้วผู้นำทำอะไรละ จริงๆแล้วผู้นำต้องสร้าง Trust ให้กับผู้ป่วย สังคม ชุมชน และพนักงานในองค์กร ตรงนี้สำคัญมาก ในการสร้าง Trust เราจะทำอย่างไร ให้พนักงานของเรา Trust เรา เวลาเราจะให้ความดีความชอบ คำจะ Trust เรามั้ย นะคะ ตรงนี้ยังเป็นปัญหา เมื่อไรที่จะเลื่อนขั้น เลื่อนเงินเดือน จะเป็นบรรยากาศที่ ถ้าส่งแบบสอบถามตอนนั้น จะรู้เลยว่ามันเกิดอะไรขึ้นในองค์กร คือเกิดบรรยากาศที่ไม่น่าอภิรมย์เลย จริงๆแล้วผู้นำควรจะทำอะไร ก็คือต้องพองค์กรผ่านคุณภาพ

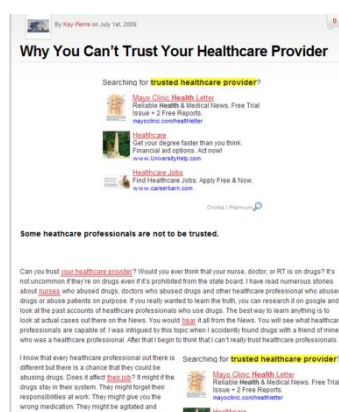


แล้วผู้นำจะทำอย่างไร ให้ Staff ทุกคนปฏิบัติเรื่อง Infectious Control ให้เกิดความน่าเชื่อถือทางคลินิก แพทย์ เภสัช พยาบาล จะสร้างอย่างไร ผู้นำจะจัดการตรงนี้อย่างไร เพราะมีความสำคัญมาก แม้แต่แพทย์เอง ตอนนั้นคนไข้ไม่เหมือนเดิมแล้วนะคนไข้ Trust เราหรือเปล่า มันเป็นเรื่องที่น่าสนใจ เป็นอะไรที่องค์กรต้องดูแลแล้วละ ในส่วนของพยาบาลเอง เราจะมองว่าสำคัญมาก มีการทำวิจัยในอเมริกา เรื่อง “Clinical Credibility” ซึ่งเมื่อก่อนไม่ค่อยได้ยิน แต่ปัจจุบันมาแล้ว เป็นความน่าเชื่อถือทางคลินิกในส่วนของพยาบาลเอง ที่สร้างคนพันธุ์ใหม่ หรือแม้แต่พยาบาลที่อยู่หน้างาน เป็นที่น่าไว้วางใจ ผู้ปฏิบัติหน้างานของเราต้องสร้างความน่าเชื่อถือทางคลินิก มิใช่แต่งตัวสวย ESB ไม่ใช่ะคะ อันนี้ miss lead เลย ไปทุ่มเงินกันมากมายกับเรื่องการ Train ให้พยาบาลพูดเพราะ แต่จริงๆไม่ใช่ เพราะว่าถ้าเราเข้าใจว่าในเรื่องของการนำ เราต้องให้ความสนใจกับความน่าเชื่อถือทางด้านคลินิก เราจะ support คำอย่างไร เราจะเล่าเรื่องราวอย่างไรให้คนที่คลินิกเห็นว่า นี่แหละคือความสวยงาม ผู้นำมีความสำคัญ เพราะว่าถ้าผู้นำมั่วแต่ ESB แล้วมันจะได้อะไร ไม่ว่าจะมากี่รอบๆ มันไม่ได้อะไรเลย ลองดูนะความน่าเชื่อถือทางคลินิก เป็นความประทับใจในการปฏิบัติงาน มัน

ไม่ใช่เรื่องของ ESB เลย พูดจาเพราะไม่ใช่ เป็นเรื่องของการที่เราให้การดูแลเค้า ซึ่งสร้างขึ้นโดยผู้รับบริการ หรือผู้ให้บริการอื่น หลังจากสังเกตเห็นเหตุการณ์นั้น หรือมีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาลในคลินิก

อันนี้น่าสนใจนะคะ ว่าผู้นำจะอย่างไร หากเห็นว่าเรื่องนี้สำคัญแล้วเราจะทำอะไรให้เกิดเหตุการณ์ต่างๆ เหล่านี้ขึ้น แล้ว Trust จะเกิดขึ้น เมื่อพยาบาลถูกประเมินสิ่งที่พยาบาลปฏิบัติ แล้วนำไปเปรียบเทียบกับภาพลักษณ์ที่เค้ามองเห็น นะคะ ที่มีอยู่ในใจของลูกค้า หรือผู้รับบริการทุกคน ซึ่งเรื่องนี้ไม่ใช่แค่ของพยาบาล แต่มันสามารถใช้ได้กับทุกวิชาชีพเลย เพราะถ้าเมื่อไร เราให้การดูแลผู้ป่วย โดยที่เราเป็นผู้ให้ แล้วอีกอันที่สำคัญ คือทุกคน ไม่ว่าจะเป็นหมอ พยาบาล เรากำลังอยู่บนเวทีคะ แม้เราพูดกับคนไข้ ญาติคนไข้ที่นั่งอยู่ เติงไหนก็แล้วแต่ เรากำลังแสดงละครหนึ่งเรื่อง เพราะฉะนั้นตรงนี้มีความสำคัญ เราจะทำอะไรให้สิ่งต่างๆ เหล่านี้มันเชื่อมโยงด้วยความฉลาดของผู้นำ ในการที่จะมองเห็นอย่างไร ไปสอนเค้าอย่างไร ให้เค้ารู้ อาจจะทำอะไรก็แล้วแต่ที่ท่านสามารถทำได้ แต่น่าสังเกตนะคะ เวลาเราแสดงละครมีคนจับตาดูเราอยู่ตลอดเวลา เหมือนกับเวลาเราดูละครที่รู้สึกซาบซึ้งกับนางเอก พระเอก ว่าเออ! เค้าพูดอะไร เราจำได้หมดเลย ก็เช่นเดียวกับที่เค้าจำได้เวลาที่หมอพูดกับเค้า

สุดท้ายความน่าเชื่อถือผู้นำจะอย่างไร ที่จะสร้างคนของเราให้เกิดความน่าเชื่อถือทางคลินิก อยากจะให้กลับมาเห็นตรงนี้ให้มากขึ้น ถ้ามองเรื่องหนึ่งไปตอบเรื่องหนึ่ง แต่งตัวสวย ยิ้ม แต่เวลาถูกถามกลับตอบว่าไม่ทราบคะ อย่างนั้นมันไม่ได้แสดงถึง Multidisciplinary Teamwork ทีมต้องคุยเรื่องเดียวกัน Diagnosis ไม่ใช่แพทย์คนเดียวที่บอก เดียวนั้นมันไม่ใช่แล้ว พยาบาลก็สามารถที่จะตอบได้ เช่นเดียวกันทีมต้องคุยกันให้รู้เรื่อง Credibility ก็เกิดขึ้น แล้วเจ้าหน้าที่ก็จะภูมิใจในตัวเอง คนไข้ก็จะศรัทธา ตรงนี้ก็จะย้อนกลับไปที่ อาจารย์ถามว่า Why you can't trust your healthcare provider?





Transformational leadership

- กล้าท้าทายต่อกระบวนการ (Challenging the process)
- สร้างแรงจูงใจต่อวิสัยทัศน์ร่วม (Inspiring a shared vision)
- เพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติงานให้ผู้อื่น (Enabling others to act)
- เป็นต้นแบบนำทาง (Modeling the way)
- กระตุ้นหัวใจ (Encouraging the heart)

การประชุม 18th HN National Forum 15 -16 มิถุนายน 2554 กรุงเทพมหานคร



Transformational leadership

1. Model the way แสดงความมุ่งมั่นในสิ่งที่ต้องการจะทำ เพื่อเป็นต้นแบบให้ผู้อื่น ได้ดำเนินไปในทิศทางเดียวกัน และทำให้วิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์ที่ กำหนดไว้เกิดผลสัมฤทธิ์อย่างแท้จริง
2. Inspire share vision เป็นนักคิดในการที่จะทำให้วิสัยทัศน์ขององค์กรประสบความสำเร็จ รวมไปถึงการถ่ายทอดวิสัยทัศน์ขององค์กรลงสู่วิสัยทัศน์ของ หน่วยงานในทุกระดับ เพื่อให้การดำเนินงานต่าง ๆ บรรลุวิสัยทัศน์และ ยุทธศาสตร์เดียวกัน
3. Challenge process ต้องเข้าใจว่ากระบวนการที่ใช้อยู่ในปัจจุบันไม่สามารถ ตอบสนองความต้องการของประชาชนได้ตลอดเวลา และท้าทายตนเองอยู่ ตลอดเวลาว่าจะต้องปรับเปลี่ยนพัฒนากระบวนการนั้น ๆ เพื่อเกิดการ บริการที่ดีขึ้นสำหรับประชาชน

การประชุม 18th HN National Forum 15 -16 มิถุนายน 2554 กรุงเทพมหานคร



Transformational leadership

4. Enable others to act ผู้บริหารในทุกระดับจะต้องสนับสนุนและพัฒนา ผู้บริหารในระดับรองลงมา ทั้งบุคลากรที่อยู่ในกำกับดูแลด้วย เพื่อให้ บุคลากรมีความสามารถในการปฏิบัติงานในความรับผิดชอบของตนได้ ซึ่ง หน้าที่ของผู้บังคับการ คือต้องทำให้ทุกคนมีความสามารถในการปฏิบัติงาน ในหน้าที่ของตนเองได้
5. Encourage the heart สร้างวัฒนธรรมองค์กร สร้างจิตใจที่ดีในการทำงาน มุ่งมั่นและผลักดันให้เกิดการทำงานร่วมกัน นำไปสู่การบรรลุวิสัยทัศน์และ ยุทธศาสตร์ขององค์กร ทั้งนี้ หน้าที่หลักของผู้บังคับการคือการสร้างความเข้าใจกับ เป้าหมายที่องค์กรกำลังจะเดินไป และสื่อสารให้คนในองค์กรรับทราบและ เข้าใจ

การประชุม 18th HN National Forum 15 -16 มิถุนายน 2554 กรุงเทพมหานคร

ผศ.นพ.ก่อกองศ์ รุกขพันธุ์ :

วันนี้พี่น้องพยาบาลในห้องนี้ กลับไปดูว่าวันนี้เราจะไปต่ออย่างไรดี Trust Healthcare Provider แปลว่าอะไรบ้าง ได้ HA แปลว่า trust แล้วหรือยัง JCI พอมั้ย หรือ TQA ต่อ แล้วใครทำให้เกิด จริงๆแล้วบทบาทของผู้นำที่เราพูดถึงเมื่อสักครู่ พวกเราคิดว่าผู้นำมีใครบ้างครับ ใครบ้างในรพ.ฯ ใครบ้างใน Healthcareของเราที่จะเป็นผู้นำ? ตรงนี้ขอให้อ.อภิชาติสรุป

ศ.อภิชาติ ศรีวิทยาทร :

ความจริงถ้าท่านฟังมาตั้งแต่ต้น สิ่งที่วิทยาการพยายามจะพูด มันก็ฟังดูดีนะ แต่มันจะ Ideal ไปหรือเปล่า แล้วจะหวังพึ่ง Leader มากเกินไปหรือเปล่า ทุกวันนี้ Leader เองก็มีภาระทำงานกันเต็มที่อยู่แล้ว แล้วจะแก้ปัญหาตรงนี้อย่างไร เรามองอย่างนี้ครับ เรามองว่าสุดท้ายการที่เราเป็นองค์กรด้านสุขภาพ เราต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี ได้รับการบริการที่ดี ได้รับการรักษาที่ถูกต้องตามมาตรฐาน เป็น Evidence Base อันนี้ทุกท่านทราบอยู่แล้ว ทีนี้ถ้าเราไล่ย้อนกลับไปเรื่อยๆ ว่าทำไมมันจึงไม่เกิด หรือว่าเกิดได้บางส่วน ถ้าเราทำ RCA เราจะพบว่า Root Cause ที่สำคัญอันหนึ่งก็

คือ Leader นั้นเอง แล้วก็ Root Cause ที่ Impact เยอะ แต่เราได้พยายามหลีกเลี่ยงที่จะ address ปัญหานี้ อย่างจริงจัง ในอดีตเราก็ไปพึ่งพาอาศัยกระบวนการอื่นๆ เช่น กระบวนการคุณภาพ กระบวนการของ PSG พยายามบอกให้คนในองค์กรทำในสิ่งเหล่านี้ แล้วตัว Leader เองล่ะ มีความสามารถในการที่จะนำสิ่งเหล่านี้ หรือว่าจะไปอยู่ข้างหลังแล้ว ผลักดันสิ่งเหล่านี้มาน้อยแค่ไหน? เพราะฉะนั้นสาเหตุหนึ่งซึ่งเราพบแล้วคิดว่าน่าจะเป็นจริงก็คือ ในประเทศไทยของเรา Leader ของเราไม่ใช่เป็น Leader มีอาชีพ อันนี้ผมขอภัยที่ฟังดูแล้วอาจจะดูเหมือนว่าเยาะเย้ย หรือว่าดูถูกท่านทั้งหลายที่เป็น Leader อยู่

Leader ของเราทุกวันนี้ มาจากวิชาชีพ ไม่ได้เรียนบริหารมาเลย เสร็จแล้ววันหนึ่ง เมื่อท่านอาวุโส หรือท่านมีแวว ท่านก็จะถูกตั้งเป็น Leader ถูกส่งไปอบรม ไปเรียน Mini Health บ้าง กลับมาก็ assume ว่าท่านอบรมมาแล้วนะ ท่านต้องมี Leadership แล้วนะ ซึ่งเรารู้ว่าไม่ใช่ กว่าจะเป็นหมอก็เก่ง กว่าจะเป็นพยาบาลก็เก่ง อบรมฝึกปรีวิทยา ยุทธมานานเท่าไร แล้วตอนนี้จะให้เป็นผู้บริหารที่เก่งหรือครับ เพราะฉะนั้น Conventional Method เหล่านี้ มันไม่ได้ช่วย ในต่างประเทศ ถ้าเราไปดู Best Practice เค้า Groom Leadership อย่างไร เช่น USA มี College of Physician Administrator, College of Healthcare Administrator แล้วคนที่จะมาบริหารรพ. ต้องสั่งสม credit เหล่านี้มาแล้วก็เอามาผสมผสานกับความสามารถส่วนตัว แล้วค่อยๆ พิสูจน์ตัวเอง พัฒนาขึ้นมา มี Career Path ชัดเจน แต่ในบ้านเรานั้นไม่มีอะไรในสิ่งเหล่านี้ นี่แหละครับเรามองว่า จุดหนึ่งที่เราต้อง Attack ก็คือ การเพิ่ม Competency และเพิ่ม Skill ให้กับ Leader เพราะไม่งั้นเรามัวแต่มานั่งฟังปัญหาว่าตรงนี้ก็ไม่ได้ทำ ตรงนั้นก็ไม่ได้ทำ แล้วถามว่าเมื่อเอาปัญหาเยาะๆ ไปให้คนที่ทำไม่ค่อยเก่งทำ แล้วมันจะออกมาอย่างไร?

วิธิตติ เราคิดว่าจริงๆ แล้วเราใช้หลักของ KM พวกเราที่นั่งอยู่ในที่นี่มีประสบการณ์ มีความรู้ ความสามารถ หลายท่านก็ไปฝึกอบรมต่างประเทศในเรื่องของ Management เรามีกลุ่มของผู้รู้จำนวนมาก แต่ไม่เคยมีเวทีให้ท่านเหล่านี้ได้มาแลกเปลี่ยนถ่ายทอดความรู้กัน อันนี้ประการที่หนึ่ง ประการที่สองจริงๆ แล้วมี Best Practice อยู่เยอะในประเทศของเรา เยอะมาก แล้วมันย่อยไม่ไหว ฉะนั้นปัญหาที่เราคุยกัน เรื่องของการ manage งานคุณภาพ คน IT เงิน ซึ่ง IT ก็เป็นเรื่องหนึ่งที่เทคโนโลยีก็ถึงแล้ว ระบบของการทำ Business Intelligence หรือการให้เกิด Information ที่มันทันการณ์ เพื่อ Leader จะตัดสินใจได้อย่างรวดเร็ว เราไปดูในอุตสาหกรรมอื่น เค้าใช้จนเป็นเรื่องปกติแล้ว แต่ใน Healthcare เวลาเราไปฟัง Lecture ในสิ่งเหล่านี้ Dash Board BSC มันยังเป็นตัวทฤษฎี มันยังเป็นความฝัน มันยังเป็นตัวตั้งที่เราบอกว่า เราพยายามที่จะไป แต่เรายังไปไม่ถึง ทำไมไอ้ก๊วยอย่างเหล่านี้มันจึงซ้ำเหลือเกิน เราบอกว่าเรื่องพวกนี้ต้องใช้เงิน ไม่จริงเลย เพราะถ้าเราไปดู Best Practice เราจะพบว่าหลายๆ องค์กรสามารถดำเนินการในสิ่งเหล่านี้ได้

สิ่งที่เราเชื่อก็คือความสามารถ หรือ Competency ของท่านที่ผ่านมา มันต้องพัฒนา มันไม่เพียงพอที่จะ Lead Organization ที่จะก้าวต่อไปในอีก 5 ปีข้างหน้า นี่คือนั่นที่เรากำลังคุยกันว่า เราไม่ได้มาบอกว่า Leadership จะต้องทำ

อย่างนั้น โน่น นี่ แล้วคนฟังก็เดินกลับออกไป แล้วบอกว่า เอ้อ! แล้วไง ก็รู้อยู่แล้ว พยายามทำอยู่แล้ว แต่มันทำไม่ได้ ได้แค่นี้ เรากำลังจะบอกว่า จริงๆแล้วท่านมีวิธีที่จะพัฒนา Competency ที่ Smart ขึ้น โดยการเรียนรู้ อาศัยความรู้ซึ่งเป็น Working Knowledge อ่านตัวเรามันก็ต้องอ่าน แต่ว่าอ่านแล้วนำมาปรับใช้ให้มันเกิดเป็นเรื่องเป็นรูปธรรม จะทำอย่างไร นี่คือบทบาทของ HEALDAT ซึ่งเรากำลังจะดำเนินการต่อไป วันนี้ก็เป็นการประชาสัมพันธ์ แต่เวลาเดียวกันเรากำลังบอกว่า มันมีเวทีแล้ว HEALDAT เป็นองค์กรที่ไม่แสวงหากำไร

ผมจะไขว่คว้า อยากให้ดูสมาคมเราเป็น Multidisciplinary ประธานเป็นแพทย์ อุปนายกเป็นเภสัช (ท่านเป็นนายกสมาคมเภสัชด้วย) อุปนายกอีกท่านเป็นพยาบาล กรรมการบริหารเป็นคนหนุ่มสาวอยู่ในภาคเอกชนเยอะหน่อย เราต้องยอมรับในเรื่อง Leadership เอกชนได้เดินล้ำหน้า มีการส่งผู้บริหารไปฝึกอบรมต่างประเทศใน College ต่างๆ คนเหล่านี้ทำงานใน Healthcare มานานพอสมควร มีประสบการณ์มากพอในการดำเนินการ กรรมการกลางเราพยายามที่จะดึงมาจากหลายๆภาคส่วน เพื่อที่มาส่งเสริม แม้กระทั่งคนที่อยู่นอก Healthcare จริงๆแล้วเราจัด Activity ไปเยอะ เรามี Conference ตอนเปิดตัว เรามีการทำ Dinner Talk ใน Topic ต่างๆ แต่มันยังอยู่ในวงแคบ ตอนนี้พยายามที่จะขยาย

กิจกรรมที่จะจัดคือ พยายามจัด Conference ใน Conference ก็จะมีเชิญวิทยากรที่มี Competency เป็นคนชลูกกับปัญหา Quality IT Finance HR เหล่านี้ แล้วแบ่ง Tract เป็นเรื่องของภาครัฐ ภาคเอกชน เพราะว่าบริบทต่างกัน เราพยายาม Customize Course ต่างๆเหล่านี้ เพื่อให้เหมาะกับบริบทของท่าน สิ่งเหล่านี้ก็คงเป็นสิ่งที่สมาคมของเราพยายามที่จะ Focus ลงไปว่า ทำอย่างไรที่ท่านจะมี Competency ที่สามารถนำองค์กรไปสู่ความเป็น Trusted Provider หรือเป็น Trusted Hospital ต้องเรียนว่าไม่ยาก แต่ Critical Success Factor อยู่ที่ตัวท่านเอง



ผศ.นพ.ก่อพงศ์ รุกขพันธุ์ :

เป็นเรื่องของการจัดการความรู้ที่มีอยู่ในตัวเรา ไปสอบถามข้อมูลได้ที่ Booth 67 อยากฝากพวกเรา จริงๆแล้วทุกท่านพอใจกับสิ่งที่เราเป็นอยู่หรือเปล่า? กับปัญหาที่เผชิญอยู่ แล้วเราวางแผนที่จะข้ามพ้นมันไปได้ได้อย่างไร มีสโลแกน

ว่า “ทำไม่ได้”หรือ “ไม่ได้ทำ” วันนี้เรามาเจอจุดต่างๆ ที่เราต้องเจออีกเยอะมากมาย ถึงเวลาแล้วที่ผู้นำจะได้มีเวทีได้มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน



Challenges & Complexity

1. External Environment
2. Healthcare Business Model
3. Customer Driven Healthcare
4. IT/IS Strategies
5. Organization Productivity & Employee Engagement
6. World Class Healthcare Quality
7. ... LEADERS...

การประชุม 18th HR National Forum 15 - 16 ธันวาคม 2554 กรุงเทพมหานคร โรงแรมแกรนด์ไฮแอท เอราวัณ