

Lean R2R (เวลา ๑๕.๐๐ – ๑๖.๓๐ น.)

ค่ะ สวัสดิ์ท่านผู้เข้าร่วมประชุมในงานวิชาการ Forum ครั้งที่ 12 ของ สรพ. นะคะ สำหรับใน Section นี้ได้รับความสนใจเป็นอย่างมากนะคะ เป็น Section ในหัวข้อเรื่อง Lean six sigma สู่ lean R 2 R ต่อไปนี้ จะได้พบกับผู้ดำเนินการอภิปราย หลายๆท่านได้เห็นอาจารย์คงรู้จักเป็นอย่างดี ปัจจุบันท่านเป็น รักษาอธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดลฝ่ายพัฒนาคุณภาพ เป็นผู้ช่วยคณบดีฝ่ายพัฒนาคุณภาพคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล และยังเป็นคณะกรรมการบริหารทรัพยากรทางการแพทย์ตามแนวคิดแบบ Lean ท่านเป็นอาจารย์ของ Lean อย่างแท้จริงนะคะ แล้วก็ยังเป็นอาจารย์ที่เป็นเกียรติแก่ สรพ. ที่เปิดหลักสูตร lean เป็นแห่งแรกด้วยค่ะ ของเรียนเชิญท่านผู้เข้าประชุมพบกับ รศ.นพ.เชิดชัย นพณิจำรัสเลิศ ค่ะ ขอเสียงปรบมือด้วยค่ะ

ครับสวัสดิ์ทุกๆท่านครับ ในช่วงบายนี้นี้เป็นเวลาที่ยากลำบากทั้งผู้พูดและผู้ฟังเล็กน้อยนะคะและห้องนี้ ก็ได้รับความรู้เรื่อง lean ตั้งแต่เข้ามาค่อนข้างแน่น จากตัวอย่างที่แล้วมาเป็นตัวอย่างที่ดีมากๆ จากทาง รพ.สงขลา นครินทร์นะคะ วันนี้เราจะมาพูดคุยกันในเรื่องของการทำงานที่เราเอา lean กับ Six Sigma แล้วเราก็แปลมาเป็น lean R 2 R ว่ายังได้จากประสบการณ์ของ รพ.ศิริราช ผมเองอยากจะขออนุญาตแนะนำวิทยากรร่วมในวันนี้ ท่านแรกคืออาจารย์ นพ.อัครินทร์ นิมนานิตย์ จบแพทยศาสตรศิริราชด้วยเกียรตินิยมอันดับ ๑ และศึกษาต่อ Master of Science Health Methodology ที่ Mac-University ปัจจุบันอาจารย์ดำรงตำแหน่งเป็นผู้จัดการ R 2 R ศิริราชและผู้ช่วยคณบดีฝ่ายพัฒนาคุณภาพนะคะ อาจารย์อัครินทร์ นิมนานิตย์ ครับ

ท่านที่ 2 เป็นพยาบาลที่หอผู้ป่วยอัมพาต ๖ เหนือและเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย และท่านเองก็ได้รับการอบรมเรื่อง lean และได้ศึกษาดูงานที่ประเทศสิงคโปร์ด้วย และได้ มาดำเนิน Project เรื่อง lean ในหน่วยงานของท่านจนได้รับรางวัลจากคณะกรรมการพัฒนาระบบข้าราชการ กพร.ใน ได้รับรางวัลดีเด่นรับรางวัลจากท่านนายก คุณเพ็ญใจ กิจนาคัพภ์ ครับ อีกท่านหนึ่งก็เป็นพยาบาลเช่นเดียวกัน พยาบาลวิชาชีพระดับ ๘ ทำงานที่หอผู้ป่วย CCU นะครับ ท่านเป็น Cluster Facilitator ของโครงการ R 2 R ที่ศิริราช ท่านได้นำโครงการ R 2 R นำเสนอในวันนี้ครับ คือคุณ เสาวนีย์ เนาวพานิชย์ครับ

วันนี้ผมเองจะกล่าวในนาม Concept กว้างๆนะคะเกี่ยวกับ lean กับ Six Sigma นั้นเป็นอย่างไร ประมาณ ๑๕-๒๐ นาที จากนั้น อ.อัครินทร์ จะมาพูดถึงแนวคิดที่ว่าทำไม R 2 R กับ Six Sigma มันถึงคล้ายๆกัน แล้วเราทำอะไรบ้าง และจากนั้นท่านก็จะได้รับฟังตัวอย่างของ lean และ R 2 R ว่าเป็นอย่างไร เพื่อมา Share แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผมขออนุญาตเริ่มเลยนะคะ

Lean six sigma หรือ lean R 2 R ใน Health care ว่าจะมาผสมผสานกันอย่างไร ท่านเองก็คงได้ทราบแล้วว่านี่คือวิวัฒนาการของเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพนะคะ เริ่มต้นที่ Strategic Control Chart ซึ่งเป็นเครื่องมือวิเคราะห์สถิติแยกระหว่าง Common Cost กับ Special cost variation และเป็นเครื่องมือที่อยู่คงกระพันจนถึงวันนี้แล้วก็มีการใช้อย่างแพร่หลายต่อมาก็เป็นเรื่อง lean มี ISO มี Six sigma และสุดท้าย lean Six Sigma นะ

ครับ แต่ประเทศไทยเรามองว่า lean Six Sigma และ R2R นั้นเป็น Concept ที่คล้ายๆกันแล้วก็เราค้นเคยกันกับ R2R มากกว่า เราคิดว่า lean R2R น่าจะเป็นอะไรที่น่าสนใจอย่างมากนะครับ

ถ้าเราพูดถึงเรื่อง lean ผมคิดว่ามันเป็นเครื่องมือหรือแนวคิดที่ยอดเยียมมาก lean ก็คือการแปรเปลี่ยนความสูญเปล่าหรือ waste ให้เป็นคุณค่าหรือ Value ในมุมมองของผู้รับบริการและกระทำการอย่างไม่มีที่สิ้นสุด ผมคิดว่า ที่ผ่านมาระหว่างกันค่อนข้างเยอะอยู่แล้ว แล้วเราก็มารู้ตัวว่าเราจะพัฒนาคุณภาพเพื่อให้ได้งานเพิ่มขึ้นและมันทำให้มีคุณภาพเพิ่มขึ้น เราจะรู้สึกค่อนข้างจะอึดอัดเล็กน้อย เพราะงานที่เราได้อยู่ค่อนข้างตึงตัว แต่ lean มาบอกเราว่างานที่ ท่านทำอยู่นะ มี Waste เยอะก่อนที่จะใส่อะไรลงไปเนี่ยต้องเอาของเสียออกมาก่อนเถอะ เอาความสูญเปล่าออกมาก่อนเถอะ เมื่อนั้นแหละ Value มันจะเกิดขึ้นมาเอง ผมคิดว่าเป็นมุมมองที่น่าสนใจมากๆ เมื่อเรายังทำไปเรื่อยๆ เราจะรู้เลยว่า อ้อ ! จริงๆ เราต้องการที่จะพัฒนาเราแค่มองหา Waste ให้เจอแล้ว ขจัดมันไปเรื่อยๆ แค่นั้นเองนะครับ แล้ว Waste นั้นก็แปลในมุมมองของผู้รับบริการ ผมคิดว่าท่านได้ฟังมาทั้งวันว่า Waste ที่เราเห็นอยู่ ถ้ายังออกมาก็คือ Down time มีอะไรบ้าง มีตั้งแต่ Defect rework มี Over production มีการรอคอย มีการใช้ภูมิความรู้ขอบบุคลากรอย่างไม่เต็มที่ มีการเดินทาง มีการ Transfertation มากเกินความจำเป็นมีการสะสมวัสดุคงคลัง มีการเคลื่อนไหว ขั้นตอนต่างๆมากเกินไปใน ระบบที่เราอยู่ ฉะนั้นถ้าเราจะ Improve ทั้งหลายเหล่านี้ สิ่งแรกคือ ไปหา มันให้เจอแล้วลดมันซะแล้ว Value มันก็จะเกิดขึ้นมาเองนะครับ

มันมีอันหนึ่งที่ผมคิดว่า เราพบบ่อยๆ คือ Defect กับ Accessive Process ในระบบของเราเนี่ย พอเรามี Defect เราก็มักจะคิดวิธีด้วยการ switches Model ก็คือมีกระบวนการ ๒-๓-๔ เพื่อมาดักจับความผิดพลาด ซึ่ง Concept เนี่ย มันไม่ใช่ Concept ที่ผิดแต่มันคือ กำลังเกิดอะไรขึ้น เช่น เราพบว่ากระบวนการหนึ่งมีปัญหา เช่น ผิดพลาดประมาณ ๕% สมมุติว่า ๑๐% เราต้องมีกระบวนการที่ ๒-๓-๔ มาคอยดักจับ แต่ ๒-๓-๔ ก็มีความผิดพลาดอีกเช่นเดียวกัน แต่ด้วย Switches Model แปลว่า โอกาสที่ความผิดพลาดในแต่ละช่องนั้นนะที่มันจะตรงกันแล้วเมื่อเราฉายไฟฉายผ่านกระบวนการในรุ่นนี้อาจจะน้อยมากที่จะถูกตัวผู้ป่วย โอกาสน้อยมากที่จะถูกดักจับ เช่น ถ้ากระบวนการนี้ผิด ๑๐% ผิด ๓% และผิด ๑๐% โอกาสที่ความผิดพลาดจะไม่ถูกดักจับเลยได้มีแค่ ๑๕% ในแสนเท่า นั้นเอง ซึ่งดูแล้ว เออ! มันดีเนอะการเช็คนี้ดูเหมือนจะดี แต่มันต้องแลกมาด้วยการที่เราต้อง Rework และมี Accessive Process มี Waste ตามมาอีกมหาศาล แนวคิด lean จึงบอกว่าจะต้อง Error Improving จะต้องทำอย่างไรให้เมื่อมีความผิดพลาดเกิดขึ้นมีสัญญาณเตือนและเรา Stop แล้วแก้ไขทุกอย่าง Correct ให้ดีกว่าที่สิ่งต่างๆ จะตามาในระบบต่อไป เพราะฉะนั้นแนวคิดตรงนี้ทำให้เราไม่อยากใช้วิธีเดิมๆ อีกแล้วก็คือมีกระบวนการที่มาเช็คเช็ค แล้วก่อให้เกิด Accessive Process แต่ในทางเดียวกันเราบอกว่าเรามีขั้นตอนเยอะเพื่อดักจับความผิดพลาด แต่เมื่อมี ขั้นตอนเยอะ ผิดพลาด ๒๐% ๓% ๕% ๑๐% เหมือนเมื่อไหร่ที่เราจะพบเลยครับว่ามีเพียงแค่ ๗๔% เท่านั้นของ กระบวนการทั้งหมดที่ถูกต้อง โดยไม่ต้องซ่อมแซมเพราะฉะนั้นจะเห็นว่ามันขัดแย้งกันโดยสิ้นเชิง มันขัดแย้งกันเรามี ขั้นตอนเยอะก็จริงดักจับแต่ในขณะเดียวกันมันก็ก่อให้เกิด Defect มาก และโอกาสที่จะถูกต้องทั้งกระบวนการบนสาย ธารมันน้อยลง น้อยลง สุดท้ายมีส่วนที่จะต้องมาก Defect work แล้วถ้าเราไม่ออกแบบระบบที่ดีกว่านี้เราก็ต้องอยู่

ภาพนี้ไปเรื่อยๆ มีคนบอกว่า Waste อยู่มากกับเรา ๓๐-๔๐% ผมคิดว่าบางที่อาจจะมากกว่านั้นนะครับ Concept ของ lean คือ Team Work มีเสาหลัก ๒ ข้างคือ ๒ กับ Error prove บนพื้นฐานของรากฐานที่สำคัญคือ Stability กับ Standardization

เป้าหมายคือเรื่องของคุณภาพ เน้นบนความเร็ว เราก็อยากได้แต่นั้นไม่ใช่เรื่องทั้งหมดต้องดูที่ Quality และ Safety และ Cost และสุดท้าย Moral ซึ่งตอนเช้าเราได้เห็นแล้วว่า บุคลากรที่ทำมี Quality เพิ่มขึ้น Defect น้อยลง Moral ของบุคลากรก็มีความสุขด้วยนะครับ แต่ที่สำคัญคือ Team work และ PDCA ถ้าใน Value Stream ไม่มานี้คิดว่าโอกาสจะสำเร็จน้อยมาก และเมื่อเรากลือออกดูก็จะมีเครื่องมือหลากหลาย ไม่ว่าจะเป็น Cell Concept Pic set up Continuous Flow set up เรา Check ดู track ตาม Cycle time work load Leveling pool system หรือ Error Proving หรือการที่มี Andrawn หรือการใช้ภาพและสีเพื่อ Identified สิ่งผิดพลาดได้เร็วก็แก้ไขได้อย่างรวดเร็วแต่อยู่บนพื้นฐานของ Standing Standardize Work ในเรื่องของ Clean chigenbutsu ไปดูสถานที่จริง การดู Value stream ตลอดทั้งสายธารและการใช้ ๕ visual Management สิ่งเหล่านี้จะทำให้ Waste ที่กล่าวนั้นลดลงนะครับ นี่เป็นมุมมองที่เพิ่มเติมที่หลังจากที่เรียนรู้เรื่องแนวคิดของ lean แต่ทั้งหมดนี้เค้าพบว่า จะทำให้ลด Waste และใช้ เครื่องมือที่กล่าวนั้นแล้วจะทำให้ Waste ลดลงมี Value เพิ่มขึ้นมีแนวคิดหลักที่ต้องสอดคล้องไปด้วยก็คือว่า เราต้องหาให้เจอเช่นเดียวกันว่า กิจกรรมที่เราทำนั้น Value คืออะไร เราก็พยายามๆ เหมือนกันนะครับ ว่า งานบางอย่างที่เราทำ ถ้าเราไม่มองให้เห็นทั้งสายธาร เรามักจะคิดว่า นั้น Value แต่จริงแล้วนั้นอาจจะเป็น Waste ก็ได้ เพราะฉะนั้นตรงนี้น้อยครั้งที่เรามองทั้งสายธารแล้วจะรู้เลยว่างานของเราบางครั้งไม่มี Value ในมุมมองของผู้รับบริการ เดียวจะมีตัวอย่างให้คุณนะครับ

อันที่ ๒ ต้องมองให้เห็น Value stream ซึ่งนั่นหมายถึงต้องมองให้เป็นตลอดทั้ง Flow และเราจะต้อง Control ทั้ง Flow ไม่ใช่แค่เป็นจุดๆ ไม่เช่นนั้น Value ที่สุดท้ายผู้รับบริการจะไม่ได้ นั่นแปลว่าเราต้องดูตั้งแต่ต้นจนจบกระบวนการ เพียงแต่ว่า Value stream ของเราอาจไม่ต้องยาวก็ได้ อาจจะเป็นช่วงสั้นในเบื้องต้น แต่มันต้องจิกจอร์ต่อให้เห็นภาพใหญ่แล้วเราก็จะ lean ได้มากขึ้น

อันที่ ๓ แล้วทำอย่างไรให้ Value ใน Value stream ไหลต่อเนื่องอย่างไม่ติดขัด ผมคิดว่าหลายท่านคงจะเห็นภาพนี้ดีเรามี Value Stream เรื่องการตรวจผู้ป่วยนอกเวลาคนไข้เดินเข้ามาภาพที่เราเห็นอยู่เป็นประจำก็คือว่า ในกระบวนการเหล่านี้คนไข้จะต้องชั่งตวงอย่างช่วงแล้วการติดขัดนั้นก็ทำให้ท้ายสุดผู้รับบริการไม่ได้ Value อย่างที่เราต้องการ และมี Waste อยู่ใน ระบบการตรวจส่วนใหญ่ OPD จะติดที่หมอ ก็คือตรวจซ้ำถ้าเรามองไม่เห็น Value stream นี้ เวลาเราจะแก้ปัญหาโดยพัฒนากระบวนการเราอาจจะไปแก้ที่จุดนี้จุดนี้ให้เร็วขึ้นแต่สุดท้ายก็มารอดูที่แพทย์ ก็ทำให้คนไข้ไม่ได้กลับบ้านเร็วอยู่ดี สุดท้ายทำให้เรารู้สึกว่า เฮ้! พัฒนาคุณภาพแล้ว Value ไม่เกิด แถมมีเสียงบ่นมากขึ้นก็คือ แก้อีรอตตรวจไม่พอ พยาบาลก็ถูก Disturb จากญาติตลอดเวลาว่าเมื่อไหร่จะได้ตรวจ สุดท้ายมันไม่เกิด Value เพราะเรามองไม่เห็น Picture ตรงนี้ว่า เราไม่สนใจหรือกว่าที่ใดจุดใดจะเร็ว แต่ขอให้ Value stream ทั้ง

สายธารนั้นเราปรับ Resource แล้วมานี้คือว่า Capacity ที่ดีที่สุดที่เราทำได้ใน Resource เรามีสิ่งที่เราอยากเห็นคือ เป็นอย่างนี้ครับ

เราปรับให้ Cycle time ใน Value stream นั้นสอดคล้องประสานอย่างเหมาะสมคงที่และเท่ากันตลอดทั้งสายธาร และเราก็ปรับ Tag time โดยการนัดผู้รับบริการให้มาอย่างสอดคล้องกับ Cycle Time ของเรา ถ้าเราทำได้เช่นนี้ ไม่มีการต้องรอ ไม่มี Waiting ไม่ต้องมีพื้นที่นั่งรอ พยาบาลก็ทำงานอย่างสะดวกสบายนี้คือ Concept ของ Continuous flow ส่วน Pool system เป็น Concept ที่น่าสนใจว่าเป็นระบบที่ดึงความต้องการผู้รับบริการนี้ที่ต้องการอะไร จะดึง Input จาก system คำต้องการอะไร ปริมาณแค่ไหน เวลาตรงไหนโดยใช้ผู้รับบริการเป็นตัวดึงจะไม่มีการทำอะไรเพื่อ และสำรองไว้ ยกตัวอย่างเช่น แนวคิดง่ายๆ เรามียาถ้าใน Stock ของเรา เรา stock ของไว้มากมันก็เป็น Waste นี้คือ แนวคิด very Basic ว่าเรามีการวางการ์ด เช่นเรามียาตัวหนึ่ง เรามี stock เล็กๆอันหนึ่ง เรามีการดวงเสียใบว่าถ้า เหลือ ๓ อันนะเราก็จะไปเบิกนั้นแปลว่าถ้าเราใช้ไปแค่นี้ยังไม่ต้องเบิก แต่พอถึงจุดๆหนึ่งคนก็เอามาใส่ไว้ในกล่อง จากนั้นไอ้ใบนี้แหละซึ่งเรียกว่า การ์ดจะระบุรายละเอียดว่าต้องเบิกอะไรที่ไหน จำนวนเท่าไรแล้วก็มาเบิกที่ stock ใบนี้ก็จะมาปรากฏเป็นคำสั่งสุดท้ายก็เอานี้ไปเติม มันก็จะหมุนเวียนไปเรื่อยๆ แล้วที่นี้ ตัวนี้ก็จะไปถึงบริษัทหรืออะไรก็ แล้วแต่ที่จะต้องเอาของมาใส่ใน stock เรา ฉะนั้น แนวคิด Tool ก็จะทำให้เรา stock ของน้อย ถ้าดีที่สุดไม่ต้องมี Stock ในโรงพยาบาลเราแต่ให้ stock ไปอยู่ที่บริษัท เราใช้เท่าไร เราถึงไปตรงนั้นเรียกเค้ามา แต่แน่นอนเราก็ต้อง เพื่อความฉุกเฉิน ในภาวะที่เค้าส่งไม่ได้หรือภาวะอะไรต่างๆ มีในระดับหนึ่งแต่เพียงพอที่เราใช้ได้นะครับ

จะเห็นว่าทั้งหมดนี้ก็เป็นแนวคิดที่ทำให้เราลด Waste อีกอันหนึ่งก็คือเรื่อง Perfection คือทำอย่างไรให้ ค้นหา waste อยู่ตลอดเวลา แล้วลด Waste เพื่อให้ได้แต่ Value ทำไปเรื่อยๆ นะครับ เปรียบเสมือนการขึ้นบันได คือ ทำทีละขั้น ทีละขั้น ตามความสุขตามความเหมาะสมของแต่ละบริบท แต่เรามองหาเรื่อยๆ นะครับ

แล้วมาดูที่ Six Sigma เนี่ย Six Sigma จะอยู่บนแนวคิดตรงนั้นครับว่า มี Defect และ Variation ที่เกิดขึ้นอยู่ในระบบทำอย่างไรที่เราจะ Identify สาเหตุของ Defect Best on data และ fact คือ การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบ เพื่อท้ายที่สุดจะได้ Variation และ Defect เพื่อให้ได้ High Quality Minimum Variation และ Good Process Flow เพราะฉะนั้นถ้า ๒ อันนี้มารวมกันก็จะทำให้ Waste น้อย Variation น้อย Quality เยอะและ Waste น้อยด้วย ถ้าจะมีคนให้นิยามว่า Six Sigma คืออะไรก็จะบอกว่าคุณแฮร์รี่บอกว่า **Disprint Method**

จะเห็นว่านั่นเป็นระบบที่ค่อนข้างจะซับซ้อนและยุ่งยากกว่าจะต้องมีการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบเพื่อค้นหา Defect และ Variation แล้วทำไมต้องเรียก Six Sigma ถ้าท่านย้อนกลับไปสมัยตอนที่เรียนชั้นมัธยมซึ่งที่ผ่านมาไม่นานนี้เองนะฮะ ถ้าท่านลองดูนะครับว่าถ้าเป็น Normal Distribution Z score และแบ่งเป็น Sigma ๒ Sigma และ ๓ Sigma ถ้า ๒ Sigma level เป็นไงครับ ก็จะ Cover ประมาณ ๙๕% ของพื้นที่ใต้กราฟทั้งหมด เพราะฉะนั้น P-value ๐.๕ ก็มาจากที่นี้ว่าโอกาสผิดพลาด ๕% แต่ถ้า ๓ Sigma ก็ประมาณ ๙๙.๗% ถ้า ๖ Sigma แปลว่าน้อยกว่า 3.4 ในล้านเท่านี้ที่อยู่นอกจาก ๖ Sigma เป็นอย่างนี้ถ้าเราบอกว่า ผลลัพธ์ของการบริการ

อยู่ใน lower กับ Upper และผลการให้บริการของเรา พื้นที่ทั้งหมดผลลัพธ์ของการให้บริการ คำนวณ Sigma level แล้วครอบคลุมถึง ๖ Sigma ที่อยู่ในกรอบของความพึงพอใจแสดงว่าออกนอกกรอบความพึงพอใจน้อยมาก ฉะนั้น โอกาสผิดพลาดจึงเพียงแค่ ๓.๔ ในล้านครั้งนะฮะ มันมีความหมายอย่างไร มันมีความหมายว่าถ้าเรายอมรับแค่ ๓ Sigma เนี่ย เราจะพบว่ามี ๒.๒ ล้านครั้งในการผ่าตัดในอเมริกาที่ผิดพลาด แต่ถ้าเรายอมรับที่ Six Sigma มีแค่ ๑๑๑ ครั้ง/ปี ที่ผ่าตัดผิดพลาด ซึ่งจะเป็นว่า Six Sigma นี่มันเป็น level คุณภาพที่ที่เราอยากได้เนะครับ มันมี Frame work ที่น่าสนใจคือ Define Measure Analyze Improve แล้วก็ Control จะเห็นว่า Define คืออะไรครับ ค้นหาปัญหาพอ รู้แล้วว่าปัญหาสำคัญคืออะไร เลือกเรื่องเหมือนเลือกโจทย์วิจัยว่าดี จากนั้นมาเก็บข้อมูล เก็บอย่างเป็นระบบและ วิเคราะห์ วิเคราะห์อย่างเป็นระบบด้วย สถิติที่น่าเชื่อถือและเชื่อถือได้ จากนั้นนำผลของการวิเคราะห์ ต้นเหตุคืออะไร นำไปปรับปรุง Improve ให้ Service ดีขึ้นและต้อง Control ว่ามันคืออย่างนั้นอยู่เรื่อยๆ จะเห็นว่ามันคล้ายๆ Concept R๒R เดียวอาจารย์จะอธิบายตรงนี้ให้ฟัง แต่ตรงนี้จะเห็นว่ามันเพิ่มเติมจากงานวิจัยที่เราทำคือ พอเราทำวิจัย ถ้าถึงตรงนี้จบเราก็จบละ เราไม่พูดถึงการ Improve และ Control แต่พอเป็น Six Sigma lean R to R เราจะทำให้ มันมองว่าปัญหาที่น่าสนใจ นำมาวิจัยใช้ เอาไปใช้ แล้วก็ Control ว่ามันยังได้อยู่เช่นนั้นต่อไป และการวิเคราะห์ทาง Analyze มันเป็นลักษณะของ Y อยู่ใน Function ของ X ซึ่งเป็นสถิติที่ซับซ้อนมาก เรามองเลยครับว่า Six Sigma นั้น ไม่ต่างอะไรกับงานวิจัย สุดท้ายก็จะเป็นลักษณะยังจี้ครับ lean R๒R ทำงานร่วมกันเริ่มต้น สิ้นสุดในกระบวนการ Value stream มีทั้งส่วนที่เป็นสีแดงและสีเขียว สีแดงนั้นเป็น Waste สีเขียวนั้นเป็น Value ใน waste ง่ายๆ เราใช้ lean ใช้แนวคิดของ lean เข้าก่าจัดได้ แต่มันยังมี Defect และ Variation บางอย่างที่ยังซับซ้อนต้องอาศัยการ วิจัยเข้ามาช่วยซึ่งผมคิดว่าตรงนี้ R2R จะเข้ามาจัด Variation และ Defect ที่ซับซ้อนได้แล้วทำให้ Value streamนี้ ทำได้ดีที่สุดมีแต่ส่วนที่เป็นสีแดง ให้มีแต่ส่วนที่เป็นสีเขียว สีแดงลดลงและผลลัพธ์ก็คือ Faster Cycle time และ Better Quality นะครับ

ผมคิดว่าผมจะขออนุญาตจบใน Section lean เมื่อจับมือคู่กันกับ R๒R โดยใช้แนวคิดของ Six Sigma แล้ว ผมคิดว่ามันน่าจะเป็นคู่ผสมที่เหมาะสมและเหมาะสมในระบบบริการของเรา และท่านจะได้รับฟังว่า ตัวอย่างที่แท้จริง ที่เราทำนั้นเป็นอย่างไรบ้าง แล้วก็ อ.อัครินทร์ ก็จะมาพูดเพิ่มเติมว่า แล้ว R2Rละ กับ Six Sigma เมื่อไหร่มันมีแนวคิด คล้ายกันอย่างไรบ้าง ขอเชิญ อ.อัครินทร์ครับ

ต้องขอบขอบพระคุณ อ.เชิดชัย นะฮะ แล้วก็ อ.เชิดชัย ก็ทำให้เราเห็นภาพชัดเจน ของเรื่อง Process ในการ ทำงานในเรื่องของ lean แล้วก็ยังต่อยอดไปอีกว่า lean นี้ก็มีเครื่องมือประกอบชุดหนึ่งที่เค้าเอามาใช้กันบ่อยๆ นั่นคือ lean กับ Six Sigma นะครับ ทั้งนี้ตัว R2R นี่มันมาเกี่ยวอะไร ผมก็ขออนุญาตคงจะเล่าเป็น ๒ เรื่องสำคัญนะครับ

อันแรกคงจะเป็นเรื่องความคล้ายกันความเหมือนกันระหว่างการทำงานแบบ Six Sigma กับการทำวิจัย โดยเฉพาะการทำวิจัยแบบ R2R นะครับ แล้วก็ความเชื่อมโยงกันระหว่าง lean เราจะเอา lean มาใช้งานกับ R2R อย่างไรดี นะครับ

ขออนุญาตท้าวความนิดนึงนะครับ ตัว R2R นี้ก็เกิดขึ้น เราเรียกกันครั้งแรกที่คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เมื่อ ๗ ปีที่แล้วนะครับ ท่านที่ตั้งชื่อ R2R คือ.ท่าน ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช โดยตอนนั้นเรามีความคิดที่ว่า คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลอยากจะสนับสนุนการทำงานวิจัยจากการทำงานประจำ ที่นี้ผมอยากให้ดูตรงนี้นิดหนึ่งครับ ในตัวพันธกิจของคณะแพทยศาสตร์คงจะเหมือนกันทุกคณะแพทย์ อันดับแรกเลยถ้าพูดถึงศิริราชคนจะคิดถึงเราเป็นโรงพยาบาล เราให้บริการ ในขณะที่เดียวกันเราเป็นโรงเรียนแพทย์ด้วยนะอะ ก็มีการฝึกบัณฑิต Train บัณฑิตแพทย์และบุคลากรทางสาธารณสุข และอย่างที ๓ ที่เราขาดไม่ได้เลยคือ เรื่องการทำวิจัยเพื่อสร้างความรู้ใหม่ๆ นะครับ ที่นี้ผมอยาก Refer ถึงลายพระหัตถ์ของสมเด็จพระราชบิดา ผมคิดว่า ทุกท่าคงเคยได้ยินอันนี้เป็นลายสแกน ลายพระหัตถ์ของพระองค์ท่านจริงๆ The true Success in the learning but in it Application to the benefit office to the mankind นะอะ ถ้าเราเห็นตรงนี้แล้ว แล้วเรามา Apply มาใช้กับงานวิจัย เราบอกว่างานวิจัยก็เป็นพันธกิจของการคณะแพทย์นะ นะอะ งานวิจัยแบบไหนล่ะที่เราอยากจะได้ ก็ควรจะต้องเป็นงานวิจัยที่มี Application to the benefit of mankind คืองานวิจัยที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์พัฒนาเราได้จริงๆ เป็นประโยชน์ตกกับผู้ป่วยและคนทำงานจริงด้วย ตัวR๒R เราก็เลยคิดว่าเราน่าจะมา Serve ตรงนี้ได้

ที่นี้มีการพูดกันเยอะมากเกี่ยวกับเรื่องการทำวิจัยนี้ ผมคิดว่าประเทศในโซนเอเชียเท่าที่ผมรู้จักมาทั้งหมดนี้เมื่อพูดถึงงานวิจัยคนจะเริ่มหวาดกลัวรู้สึกหวาดระแวง งานวิจัยมันต้องดูซับซ้อนวุ่นวายนะครับ และอีกอันหนึ่งก็จะมีคนพูดบ่อยๆว่า เอ๊ะ! งานวิจัยทำเสร็จแล้วมีคนทำงานวิจัยเยอะแยะเลยแต่งานวิจัยมันนำไปเปลี่ยน ปรับเปลี่ยนอะไรของ ทำให้สภาพของเรามันดีขึ้นบ้างหรือเปล่านะครับ

อันนี้ผมอยากให้ดูนิดเดียวครับอันที่เค้าตีพิมพ์ในวารสารองค์การอนามัยโลก ตั้งแต่ปี ๒๐๐๓ โทษนะครับ ๒๐๐๗ เราจะพูดถึงว่าทำยังไงให้งานวิจัยมันนำไปสู่การใช้ประโยชน์ได้บ้างนะครับ เค้าบอกอย่างนี้คิดเลยนะครับ เค้าบอกว่าเราก็ต้องทำยังไงให้งานประจำของเรามันเป็นงานวิจัยให้ได้นะอะ..คำพูดที่เค้าทำสนใจมากเลยโดยปกติแล้วนี้การวิจัยกับการนำไปใช้ประโยชน์นี้มันหย่าขาดจากกันนะครับ คิดถึงสภาพตัวเองนะ ถ้ามีคนถามว่าเคยทำงานวิจัยมาบ้างหรือเปล่า ผมเชื่อว่า ยกมือกันพริบ เกือบทั้งห้องนะครับ แต่พอถามว่า..นะอะ..ท่านไหนที่มันใจได้บ้างว่า งานวิจัยที่ท่านทำเสร็จแล้วนำไปปรับเปลี่ยนนำไปใช้ประโยชน์อะไรบ้าง ผมคิดว่าเหลือไม่ถึงครึ่งห้องนะครับ อาจจะเหลือไม่ถึง ๑ ใน ๔ ด้วยซ้ำไปนะ ผมคิดว่าน่าจะเหมือนกันทั้งโลกนะครับ WHO ยัง Address ส่งนี้ไว้เลย เค้าก็บอกต่อว่า เอ๊ะแล้วจะทำยังไงล่ะ งานวิจัยมันนำไปสู่การใช้ประโยชน์เนี่ย เค้าบอกว่าการวิจัยกับการพัฒนาคุณภาพ Research กับ Program development should be link ต้องเชื่อมโยงไปด้วยกัน เราจะพัฒนาคุณภาพโดยที่ไม่ได้ดู ข้อมูล ไม่ได้มีการทำวิจัยก็คงไม่ดี หรือการทำวิจัยโดยที่ไม่ได้ดูว่า เป้าหมายในการพัฒนาในตอนนั้นของเรามีประเด็นที่เป็นปัญหาของเราคืออะไร ก็คงจะไม่ได้เหมือนกันครับ แล้วก็วิธีหนึ่งที่เค้าแนะนำเลย เค้าบอกว่า วิธีที่จะทำให้สำเร็จน่าจะเป็นการที่เราทำให้คนที่อยู่หน้างานสามารถทำวิจัยเพื่อที่จะแก้ปัญหาของตัวเองให้ได้ ถ้าทำอย่างนั้นได้หลังจากงานวิจัยเสร็จก็จะมั่นใจในระดับหนึ่งว่า งานวิจัยนี้จะนำไปสู่การใช้ประโยชน์นะครับ ซึ่งตอนนี้เราก็ตีพิสูจน์มาแล้วที่คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ว่างานวิจัยที่เสร็จมาแล้วที่ของ R2R โดยใช้แนวคิด R2R เนี่ยนะครับที่เสร็จมาแล้ว ๘๐-๙๐

โครงการนี้สามารถที่จะกลับนำมาใช้ประโยชน์ได้จริงๆ นะครับ อันนี้เป็นตัวพันธกิจของโครงการ R2R ที่เราเริ่มต้นขึ้นตั้งแต่ ๗ ปีที่แล้วและเราเป็นหน่วยบริหารจัดการงานวิจัยเพื่อที่จะพัฒนางานประจำนะครับ แล้วมีการจัดการความรู้แบบพุ่งเป้า จัดการความรู้ เพื่อที่จะทำให้คนสามารถสร้างความรู้จากงานประจำสร้างงานวิจัยจากงานประจำให้ได้นะครับ ทั้งนี้ตอนจุดเริ่มต้นมันก็จะเริ่มเข้ามาเกี่ยวกับงานคุณภาพแล้วตรงนี้นะครับ บุคลากรตอนที่เราริเริ่มทำงานเนี่ยมีบุคลากรที่ศิริราชประมาณ ๑๒,๐๐๐ กว่าคน เราก็เลยต้องมานั่งดูกันก่อนว่า ถ้าเราจะเริ่มต้นเราคงต้องไปเริ่มตรงไหนที่มันมี Potential ที่เรียกว่า เป็นต้นทุนเดิมของคณะนะครับอันนี้เป็น Philosophy เลยการบริหาร ปรัชญาในการบริหารให้เกิดงาน R2R นี่อันดับแรกเลยเราจะทำยังไงให้ R๒R มันไม่ได้เป็นของแปลก มันไม่ใช่เป็นของเล่นใหม่ๆของผู้บริหารที่เข้ามาเท่านั้นเพราะเราเชื่อเลยว่าคนส่วนใหญ่เนี่ย เรามี Comfort Zone กันเยอะ เรารู้สึกสบายในงานที่เราทำอยู่...ไม่เชื่อลองไปถามกันเอาดูนะ ถ้าง่ายๆนะ ลองหันไปหาเพื่อนคนข้างๆ ว่าทำงานมามีปัญหาอะไรบ้างส่วนใหญ่ตอบไม่มีทั้งนั้นเลย เพราะจะชินกับปัญหาที่เราเผชิญอยู่ทุกวัน ตรงนี้เราทำยังไง เราต้องทำให้เห็นว่า R๒R มันไม่ใช่สิ่งที่มันแปลกแยกไปจากงานเดิมนะครับ รากฐานทางคุณภาพที่เค้าเคยทำอยู่มันเป็นส่วนต่อຍกระดับงาน CQI ที่เค้าทำอยู่ Continuous Quality Improvement แล้วก็ทำยังไงที่ทำให้ R2R มันเป็นการลงทุน อาจจะหนักหน่อยตอนแรก แล้วก็การทำ lean ก็เป็นการลงทุนด้วยมันไม่ใช่ภาระ เพราะฉะนั้นสิ่งหนึ่งที่เราต้องทำเลยคือทำให้เห็นว่า . ถาอยากจะทำงานวิจัย R2R ต้องสมัครใจทำเองนะครับ ถ้าโดนบังคับมาไม่ทำให้ทำเลย แต่ว่ามันก็ต้องมีนโยบายนะฮะ.ก็เห็นหลายๆที่เหมือนกันนะ ผู้บริหารบางท่านในหน่วยงาน บางส่วนมีการบังคับกันนิดๆ.บังคับอย่างเหมาะสมเนี่ยออกมาแล้วก็สามารถกระตุ้นให้หน่วยงานมีการสร้างงานได้อย่างดีทีเดียว แล้วก็ทำยังไงจะเอาชนะความรู้สึกที่หวาดกลัวหรือหวาดระแวงกับการทำงานวิจัย เราทำให้เห็นนะว่างานวิจัย R2R มันไม่จำเป็นต้องเป็นงานที่ซับซ้อนวุ่นวายนะ ต้องใช้ระเบียบวิธีวิจัยที่ซับซ้อน วุ่นวาย ยุ่งยากมากแล้วเราก็ต้องทำให้เห็นว่า R2R นี่ไม่ใช่ทำได้เฉพาะคนที่มีการศึกษาในระดับสูงเท่านั้น ปัจจุบันเรามีตัวอย่างแม้กระทั่ง รพก.ทำงานวิจัย เราต้องขอรับรองจริยธรรมงานวิจัยในคนนะฮะก็ทำได้ ตรงนี้เราทำยังไง เราใช้ประโยชน์จากการจัดการความรู้เข้าไปเยอะมากนะครับ

ที่เรามองไป เราจะมองอย่างนี้ครับว่า งาน CQI ทุกอย่าง หรือที่เราคุ้นเคยกัน Plan Do Check Act เนี่ยมันเป็นรากฐาน รากฐานในการพัฒนาหน่วยงานพัฒนา โรงพยาบาล พัฒนาคณะโดยที่ Quality Criteria ต่างๆ เนี่ยมาตรฐานที่เราที่มีที่เราต้องเดินตาม บางส่วนที่เราใช้งาน HA, JCIA หรือแม้กระทั่ง TQA นะครับ ตัวนี้คือรากฐานของเรา ในขณะที่เป็นรากฐานให้คลินิกงานทางฝั่งคลินิกในส่วนที่เป็น Front office แล้วก็ Back office ด้วย หน่วยงานสนับสนุน CQI เป็นรากฐานเลยตรงนี้ เป็นฐานต่อยอดเป็นส่วนใหญ่นะครับ เราจะทำยังไงให้การทำงานของเราคอนอยู่หน้างานสามารถที่จะสร้างความรู้ สร้างความรู้และใช้ความรู้ได้อย่างเหมาะสม R๒R เป็นส่วนต่อยอดขึ้นไปต่อยอดขึ้นไปจากงาน CQI ขึ้นไป การทำอย่างนี้เราต้องการเป้าหมายคืออะไร เป้าหมายเพื่อให้การบริการของเรานี้เป็นเลิศ ในขณะเดียวกันคนทำงานของเรา Human Capital 8๐ทำงานของเราก็เราก็เป็นคนทำงานที่มีความรู้ สามารถสร้างความรู้และใช้ความรู้ในตัวเองได้อย่างเหมาะสม และในขณะเดียวกันเราได้ Site line เราได้ Innovation นวัตกรรมใหม่ๆ เราได้ผลงานวิจัยตีพิมพ์ด้วย ซึ่งก็เป็นตัวที่เผยแพร่.และสร้างชื่อเสียงให้กับคณะต่อไปอีกนะครับ

อันนี้ผมขออนุญาตเอามาโชว์ให้ดูนิดหนึ่งครับ Professor folich to เป็น CEO ของ ต้นอ้อกเซตที่สิงคโปร์ เค้ามาดูงาน lean กับ R2R ที่ศิริราชเราเมื่อเดือนที่แล้ว เคื่อบอกว่าทำวิธีทำแบบนี้ก็ดีเหมือนกันนะ มันเหมือนเคื่อบอกว่ามันเป็นประชาธิปไตยดี เคื่อบอกแบบนี้ละ เคื่อบอกว่าแบบเดิมนี่ละ จากผู้กำหนดนโยบาย สั่งลงไปยังผู้รับนโยบาย เราทำกันแบบนี้ครับ แต่การทำงาน lean และ R2Rนี้ มันสามารถที่จะทำให้คนผู้รับนโยบายนี้เราสามารถจะสร้างความรู้ และใช้ความรู้ได้อย่างเหมาะสม เคื่อบอกอย่างนี้นะละว่า แล้วความรู้มันก็จะกลับขึ้นไปทำให้ผู้กำหนดนโยบายสามารถกำหนดนโยบาย ผู้บริหารสามารถกำหนดนโยบายได้อย่างเหมาะสมด้วย การทำแบบนี้เคื่อบอกมันเหมือนประชาธิปไตยดีนะ แล้วเคื่อบอกยังงี้ว่า เคื่อบอกมันเหมือนพีระมิดหัวกลับเลย แต่จากเดิมเป็นการ Top Down ลงมาตอนนี้มันเหมือน Bottom up 80ที่อยู่หน้างานก็สามารถจะสร้างความรู้เพื่อจะแก้ปัญหาของตัวเองให้ได้ แล้วก็สามารถช่วยกำหนดนโยบายได้อย่างเหมาะสมด้วย งานวิจัยที่เราเรียกว่าเป็น R2R อยู่ที่ ๔ อย่างนะครับ

อันแรก...คำถามวิจัยต้องมาจากปัญหางานประจำ ผู้ทำงานวิจัยก็ต้องเป็นผู้เผชิญปัญหาอยู่ตรงนั้นซึ่งจริงๆ เรามีนางเอกมาอยู่ ๒ ท่าน เดี่ยวจะได้ฟัง เรื่องราวดีๆต่อไป

การวัดผลลัพธ์ ต้องวัดที่ระดับว่าผู้ป่วยหรือการบริการของเรามันดีขึ้นจริงๆ

อันที่ ๔ คือการใช้ประโยชน์ งานวิจัยถ้าจะเรียกเป็น R๒R ได้เราเน้นที่ใช้ประโยชน์มากกว่าการได้ผลงานวิจัยตีพิมพ์เท่านั้น นะครับ ต้องใช้ประโยชน์ให้ได้ ซึ่งการใช้ประโยชน์เนี่ย เราก็จะบอกว่าเนื่องจากจริงๆ เราเป็นหน่วยงานที่ให้ทุนวิจัยด้วย เราก็จะมองส่วนที่สำคัญ ๒ ส่วนตรงนี้แหละละ

คำถาม วิจัยเป็นปัญหาของเคื่้าหรือเปล่าละครับ .ท่านที่เคยทำงานวิจัยอาจจะเคยเจอประสบการณ์มีคนเข้ามาปรึกษาหรือเข้ามาถามว่า เอ๊ะ จริงๆระหว่างทำงานวิจัยมันเก็บ case ไม่ได้ ไม่มี N เคยได้ยินมัย ไม่พยกหน้ากันเลย ไม่ทำกันเลยหรือครับ ไม่มี N เลย เวลาเราฟังเราก็แปลกใจนะ ถ้ามันเป็นปัญหาของท่านจริงๆ มันไม่มี N ได้อย่างไหนขณะที่ทำวิจัยยังเก็บ Case ไม่ได้เลยทำวิจัยเสร็จจะไปใช้กับใครละ....ก็น่าคิดนะ

แล้วคนที่ทำงานวิจัยนี้ก็ต้องเป็นคนที่จะเผชิญปัญหาอยู่ที่ตรงนั้นด้วย พอเคื่้าทำวิจัยเพื่อแก้ปัญหาของเคื่้าเองแล้ว เคื่้าจะไม่กล้าใช้งานวิจัยเขียวหรือ เราก็ดูที่ ๔ ส่วนสำคัญนะครับ

แล้วเมื่อก็อย่างที อ.เชิดชัย เล่าให้ฟังละ Six Sigma ประกอบด้วย Process หลักในการทำงานอยู่ ๕ อย่าง ไข่ม้อยครับ Define หาปัญหา Measure เราวัดมีการวัดว่าปัญหามันอยู่ที่ไหน วัดว่าการแก้ปัญหาแล้วเป็นอย่างไรด้วย Analyze ต้องมีการวิเคราะห์ข้อมูล มีการ Improve เอากลับมาใช้งานแล้วก็มี control ต่อไปด้วยว่าให้การแก้ปัญหามันอยู่ต่อเนื่องต่อไป

ถ้าเราจะมาเปรียบเทียบกันจะเห็นว่ามันใกล้เคียงกันมากเลย CQI ที่พวกเราคุ้นเคยกันดีประกอบด้วย ๔ ส่วนหลักไข่ม้อยครับ Plan Do Check Act นะ ในช่วง Plan.ที่เราวางแผนกันถ้าเทียบกับ Six sigma มันคืออะไร มันก็คือการที่เราหาคำถาม หาปัญหาดูสิว่าปัญหาในการทำงานของเรามันคืออะไร เราไปวัดดูว่า มันมีปัญหาหนึ่ มันมากน้อยขนาดไหน หาตัวชี้วัด เสร็จแล้วมาดูต่อมาวิเคราะห์ต่อ วิเคราะห์วัดมาแล้วก็มาวิเคราะห์ต่อ วิเคราะห์. พอเรารู้แล้วว่าปัญหามันอยู่ตรงไหน เราก็ออกแบบวิธีการทำงานใหม่ๆ แบบใหม่ที่ดีกว่า ปิด gap ทั้งหลายถ้าเทียบกับงานวิจัย

R2R มันก็คือการอยู่ในช่วงการตั้งคำถามวิจัยนั่นเอง ตั้งคำถามวิจัยไปทบทวนดูสิว่า ที่อื่นทำอย่างไรบ้างมีใครเคยตอบคำถามเรื่องนี้ไปแล้ว ถ้ามีใครเคยทำไปแล้วผมก็แนะนำว่า อย่าทำวิจัยซ้ำเลย เสียเวลาเอาเค้ามาใช้เลยดีกว่านะครับ แล้วเราก็คงนี่ก็เป็นช่วงที่เราวางแผนที่เราจะปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงานของเราด้วย ในช่วง CQI Do หรือลงมือทำเนี่ยถ้าเทียบกับ Six Sigma มันก็คือ Improve เราลองเอามาใช้งานละ วิเคราะห์เราวัด วิเคราะห์มาทั้งหลายหาปัญหามาได้ละ .เราก็มานำมาปรับปรุงกระบวนการทำงานของเรา ถ้าเทียบกับงานวิจัยก็คือขั้นตอนกระบวนการทำงานวิจัย ลงมือทำงานวิจัยนั่นเอง Check เรามาตรวจสอบผลใน Six Sigma มันก็คือการวิเคราะห์ผลดูอีกครั้งหนึ่งว่าสิ่งที่เราปรับเปลี่ยนไปแล้วมันไปในทิศทางที่เราอยากให้มันเป็นจริงหรือเปล่า แล้วมันเป็นจริงมั๊ย ในการวิจัยมันก็คือการ Analyze วิเคราะห์ผลการวิจัยกับการตีพิมพ์ผลงานวิจัยนั่นเอง เสร็จปุ๊บ Check ถ้าได้ผลเราก็มานำ Act ใช่มั้ยครับ เราลงมือทำลงมือเอามาใช้ เปลี่ยนมาตรฐานในการทำงานของเรา Set Standard of Practice ใหม่ SOP ใหม่ ถ้าเทียบกับ Six Sigma มันก็คือการ Improve แล้วก็ Control ต่อไปนั่นเอง เทียบกับการวิจัยก็คือ Implementation เอางานวิจัยมาใช้ประโยชน์ เราดูแล้วมันเหมือนกันมากเลย เราเลยบอกได้เลยว่า จริงๆ lean กับ R2R lean กับ Six Sigma นี่มันพอประมาณได้ฮะ วิธีการทำงานทั้งหลายของ Six Sigma ที่ อ.เชิดชัย บอกมันก็เทียบได้กับการทำงาน R2R นี่

ผมอยากให้ดูรูปนี้ครับ นะถ้าเราดู Value Stream เราเอา Value stream มาคลี่ในการทำงานนะสายธารแห่งคุณค่าเนอะครับ เราจะเจอว่ามันมี waste อยู่ได้หลายๆที่เนอะครับ Waste บางส่วนใช้ lean ใช้เครื่องมือของ lean เข้ามาแก้ปัญหาละ เราทบทวนปุ๊บ เราดูทำ CQI ใช้เครื่องมือของ lean เข้ามาช่วยตรงนี้แก้ปัญหาก็ได้เลย แต่บางส่วนของที่เราไม่แน่ใจว่าทิศทางมันควร จะไปทางไหน อันนี้จะต้องใช้ R2Rเข้ามาช่วย และผมจะมีตัวอย่างนิดหนึ่งเพื่อให้เห็นภาพได้ชัดขึ้น

และในขณะเดียวกันผมยังเจอว่ามีหลายๆ งานที่มีการปรับกระบวนการทั้งหมด leans ทั้งหมดเลย และต้องการวัดผลการทำ leans ทั้งสายธาร ตรงนี้ เราก็มองมันเป็น R2R ระดับหนึ่งเลยนะ เป็น R2R ของการปรับทั้ง System ใหญ่เลย เพราะฉะนั้นโอกาสที่จะทำวิจัยโอกาสที่จะใช้วิจัยเข้ามาสร้างประโยชน์ตรงนี้นี่มหาศาล ยกตัวอย่างงานด้วยละกัน

หลายท่านอาจจะเคยฟังมาตรงนี้แล้ว แต่ผมอยากให้เห็นภาพอีกครั้งว่าถ้าเราพูดถึงเรื่อง lean นี้เอง lean มาใช้งานนี้นะครับ ถ้าการตรวจอัลตราซาวด์ทางนรีเวช เวลานั้นตรวจ Value stream คือ ยังงี้ใช่มั้ยครับ คนไข้เรานัดตรวจ ตรวจเสร็จปุ๊บคนไข้มาที่หน่วยตรวจ ผมเขียน Value stream ใหม่ๆ Process ต่างๆใหม่ๆ มาลงทะเบียนรอตรวจ เข้าห้องตรวจ แพทย์ตรวจและรายงานผล อันนี้คือ Common ทั่วไป แต่สิ่งหนึ่งที่เรานำเข้าไปดูกันทั้ง Value stream นี้แล้วคิดว่าเป็นปัญหา มันมี Waste เกิดขึ้นเยอะคือช่วงนี้ช่วงรอยต่อ ตรงนี้การเข้าห้องตรวจนี่มันเกิดอะไรขึ้นบ้างตรงนี้ มันเกิด Defect Rework มหาศาลเลย Defect Rework ตรงนี้คืออะไรมีอยู่ 2 กรณีใช่มั้ยครับ เค้าจะให้ตีม้น้ำเยอะๆ ใช่มั้ยครับ เวลาที่ไปตรวจอัลตราซาวด์ทางนรีเวชเนอะครับ ตีม้น้ำให้ใครครับใครที่เคยโดนตรวจ เท้าให้ร่นะ พันนิ่งเลยหรือ พันนิ่งนี้ลึกรึ้นนะเยอะมากๆ นะฮะ เค้าให้ตีม้น้ำให้ใครไม่แน่ใจ ไม่ค่อยรู้เหมือนกัน ให้รอนานแค่ไหนก็

ไม่รู้ มันก็เลยนำมาซึ่งความไม่พร้อม ปัญหาเรื่องคนไข้พร้อมอยู่ ๒ อย่างนะครับ อันดับแรกเลยคือ คุณหมอพร้อมตรวจแล้วไข่ม้อยะ แต่คนไข้ยังไม่พร้อมยังไม่ปวดปัสสาวะเต็มทีนะครับ พอคุณพยาบาลไปถามคนไข้ คนไข้ส่วนใหญ่ก็จะบอกร้อยละเกือบร้อยก็จะบอกว่าปวดแล้วทั้งนั้นเลย กว่าที่รู้ว่าไม่พร้อมตรวจนี่คือเมื่อไหร่ละ ต้องเข้าไป Expose คนไข้เรียบร้อยแล้วไข่ม้อยะ ตรวจอัลตราซาวด์ไป เอ้าตรวจไม่ได้ ตรวจไม่ได้แล้วทำไมครับ เออ! เชิญลง จริงๆ แล้วก็นำมาซึ่ง คุณหมอก็มองหน้าคุณพยาบาลก่อน ปล่อยเข้ามาได้ยังไงหรือเปล่า มียังงี้มัย คุณพยาบาลอาจจะขัดคนไข้ต่อ คุณป้าทำไมหลอกหนูเค้าบอกว่ามีประจำแต่พอลงไปซักพักคุณป้าลงไปตึมน้ำเตรียมเต็มที่แล้ว คราวนี้คุณป้าพร้อมเต็มที่ละ แต่คุณหมอยังตรวจ case อื่นอยู่ ทำไมดิครับ ไปปัสสาวะก่อน สิ่งที่เราแนะนำจริงนะ ไม่ทราบว่ามีที่ทำอยู่ในห้องนี้ด้วยหรือเปล่าครับ เค้าแนะนำคนไข้ที่ศิริราชเราแนะนำให้คนไข้ไปปัสสาวะออกไปครึ่งหนึ่งนะ มั่น.. ลองคิดเอาเองแล้วกันนะว่ามันทำได้หรือเปล่า ความไม่รู้ของเราอยู่ตรงไหนบ้าง ตรงนั้นละ ความไม่รู้คืออะไรครับต้องตึมน้ำเท่าไรไข่ม้อยะ แต่ต้องรอนานเท่าไรเราก็เลยมีงานวิจัยต้องเปรียบเทียบกันทำเป็น Randomize control study แบ่งคนไข้เป็น ๓ กลุ่ม ตึมน้ำ ๓๐๐, ๔๐๐ และ ๕๐๐ cc. ตอนนี้เราได้ข้อมูลมาแล้วครับว่าการตึมน้ำ ๓๐๐, ๔๐๐ และ ๕๐๐ ใน ๑ ชม. ถ้าคนไข้ได้ตรวจได้ทุกคน หลังจากเราได้ความรู้ตรงนี้มา เราเอามาใช้งานได้เลยครับ ในคิวนัดตรวจเราบอกคนไข้แนะนำปริมาณน้ำได้เลยว่าต้องตึมน้ำเมื่อไหร่ ตึมน้ำเท่าไร คิวมันก็เลย Smoot ไปมากเลย ถามว่าอย่างนี้เครื่องมือ lean ช่วยได้มัย อันนี้คงจะยากนิดนึง เครื่องมือ lean นี้เองมาช่วย Identified ปัญหาไข่ม้อยะ Defect ในการทำงาน คอขวดอยู่ตรงไหน แต่ถ้าจะแก้อย่างนี้เสี่ยงไม่ได้คงต้องทำวิจัยด้วยซึ่งงานวิจัยนี้ตีพิมพ์ International journal ด้วยได้ทุนวิจัยไป ผมเข้าใจว่ายังใช้เงินทุนแค่ ๓ หมื่นกว่าบาทเท่านั้นเอง ได้ตีพิมพ์ในระดับ journal ที่ดีมากของทาง Guyne ของ Figo เลยนะละ คนที่ทำ Statching Criteria ทั้งหลายนะครับ นี่ก็เป็นตัวอย่างหนึ่งจริงๆ เราก็มียตัวอย่างหลายอันแต่ผมคิดว่า เวลามันบีบหัวใจนิดนึงผมขออนุญาตไปเร็วๆ

ที่นี่ยากให้ดูว่าเป้าหมายในการทำ R2R ที่เราดูกันอยู่ท่านอาจารย์วิจารณ์ ท่านฝากไว้เสมอว่ามันคือ สปก. นะฮะ

ส. แรก เราทำ R2R เราต้องมีความสุข สนุกกับงานถ้ายังทำไปยิ่งเครียดขึ้นเรื่อยๆ เรามาผิดทางละนะครับ
ป. ประเด็นปัญหา ทำวิจัยกันเสร็จแล้วมันควรจะต้องรู้ลึกกว่าตัวเองฉลาดขึ้นนะฮะ อย่างน้อยคุณจะต้องรู้ลึกกว่าเราฉลาดขึ้น

ก. คือ ก้าวหน้า หน่วยงานต้องก้าวหน้าเราก็ก้าวหน้าด้วยนะครับ

แล้วอันนี้เป็นข้อสรุปของผมครับ Lean กับ R2R เราเอามาใช้กันยังไงนะฮะ R2R CQI และ Lean มันควรเป็นเครื่องมือที่เราใช้ด้วยกัน เราใช้ lean ในการมองภาพรวมเชื่อมโยงกระบวนการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเข้าด้วยกันและเป็นตัวอย่างที่ดีมากเลยนะครับ lean ช่วยให้เรา Identified waste หาของเสียในระบบการทำงานของเราเพื่อที่เราจะรู้ว่าเราควรจะเข้าไปจัดการยังไง ตรงไหนดี แล้วจะจัดการด้วย CQI จัดการด้วย Tool ของ lean เครื่องมือของ lean หรือจะต้องจัดการด้วยการวิจัย เราใช้ CQI ในการพัฒนางานโดยทั่วไป ไม่ซับซ้อนมากอย่างที่ อ.เจดชัยบอกเมื่อสักครู่ แล้วเราใช้ R2R ในการพัฒนางานที่เป็นปัญหาที่สำคัญที่ซับซ้อนกว่านะครับ และยังไม่เคยมี Best practice ที่ไหนนะครับ

อันนี้เป็น Slide ที่ อ.เจดชัย ได้โชว์ไปแล้ว ผมอยากเล่าให้ฟังนิดนึงนะฮะ แกนกลางของการทำงาน lean นี้คือ CQI นะครับ แต่เราจะเห็นว่าส่วนที่อยู่ข้างบนเลยที่เป็นเสาทั้ง ๒ ข้าง ของการทำ lean ที่ศิริราชเรานี้เพื่อให้ได้มาซึ่งความปลอดภัยการทำงานที่ปลอดภัยมากขึ้น คุณภาพที่ดีขึ้นนะครับ ต้นทุนที่ถูกลง ขวัญกำลังใจคนทำงานต้องมีความสุขนี้เราจะประกอบไปด้วยการทำ R2R ด้วยเสมอนะครับ ก็ขออนุญาตส่งคืนท่าน.....

ขอบคุณ อ.อักรินทร์ อ.อักรินทร์เคลียร์ให้เห็นภาพชัดว่า R2R Six Sigma จริงๆแนวคิดมันก็คล้ายกันโดยใช้การวิเคราะห์เชิงวิจัยระดับหนึ่ง เพียงแต่ว่างานโดยส่วนใหญ่ทั้ง Value stream ๘๐-๙๐% ใช้แนวคิด lean เครื่องมือของ lean ก็สามารถที่จะลด Waste และ Defect ได้ แต่มันก็มีบางส่วนที่มีความจำเป็นจะต้องใช้การวิจัยเชิงวิจัยซึ่งก็คล้ายกับ Six sigma ในการตอบเพื่อให้ Value stream นั้น ยังมีแต่ Value และ Waste น้อยลง น้อยลง

ทีนี้เรามาลองดูว่าตัวอย่างของความเป็นจริงที่ใช้เป็นยังงัยบ้าง เราอยากให้เห็นที่ Project lean ก่อนว่าบาง Project แค่นี้แนวคิด lean แล้ว Effect เป็นอย่างไรบ้าง ขอเรียนเชิญคุณเพ็ญใจ จิตนาทรัพย์ มาแสดงตัวอย่างนิดนึงว่าที่หอผู้ป่วยอักษณาค์ ๖ เหนือ หรือ Onco หรือ Ward onco ได้ปรับกระบวนการโดยใช้แนวคิด lean เพิ่ม Value ให้กับผู้ป่วยบริการอย่างไร ขอเชิญเลยครับ

สวัสดีค่ะผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่าน วันนี้ขอเป็นตัวแทนของทีมนะค่ะ มา Share ความรู้ในเรื่องการใช้ lean กับโครงการเรื่องรับผู้ป่วยเข้ารับยาเคมีบำบัดในหอผู้ป่วยอักษณาค์ ๖ เหนือ-ใต้ หออักษณาค์ ๖ เหนือ-ใต้ เป็นหอผู้ป่วยซึ่งปรับเปลี่ยนให้เป็นหอผู้ป่วยเฉพาะทางที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดนะค่ะ ซึ่งในการทำงานเรื่องของ lean คุณภาพก็ต้องมีเรื่องของการทำงานเป็น Team นะค่ะ ตรงนี้ในทีมของเรา เรามีที่ปรึกษาเป็นอาจารย์แพทย์ ๒ ท่านคือ รศ.พญ.นราภรณ์ ประยูรวิวัฒน์ ซึ่งท่านเป็นประธานคณะกรรมการผู้ป่วยในนะค่ะ และ ผศ.นพ.วิเชียร ศรีมนิมิตร ซึ่งท่านเป็นหัวหน้าหน่วยสาขาเคมีบำบัด นอกจากนั้นสมาชิกของทีมยังต้องประกอบด้วยพยาบาลพยาบาลประสานงานของหน่วย On call พยาบาล OPD แล้วก็เภสัชกรซึ่งผสมมาให้เรานะค่ะ

วัตถุประสงค์ของโครงการ เพื่อลดเวลาของกระบวนการทำงานตั้งแต่การสั่งให้เข้ารับการรักษาจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลนะค่ะ อีกอันหนึ่งเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาตามกำหนด นะค่ะ. ระยะเวลาของเราก็เริ่มตั้งแต่ปรับเปลี่ยนบอร์ดมาตั้งแต่เดือน ก.พ.๒๕๖๒ – ม.ค. ๒๕๖๓ นะค่ะ การที่เราจะดูว่าคนไข้ของเราจุดมุ่งหมายของเราก็คือว่ารับคนไข้เพราะเค้ามารับยาเคมีบำบัด แต่ Value stream ของเราที่เราจะศึกษานี้ต้องดูก่อนนะค่ะว่าจริงๆ แล้วคนไข้ของเราก่อนที่เค้าจะมารับยาเคมีบำบัดที่เรา เค้าต้องเผชิญกับอะไรบ้างนะค่ะ เราก็ตามไปดูตั้งแต่คนไข้อยู่ที่ OPD มา คนไข้ทุกรายที่มารับยาเคมีบำบัดคนไข้ต้องมาตรวจที่ OPD 200 ซึ่งต้องรอผลเลือด รอคิวตรวจ เมื่อได้ผลเลือด ได้คิวตรวจก็จะได้รับการตรวจจากแพทย์ หลังจากนั้นเมื่อมีความพร้อมทั้งผลเลือดและร่างกายก็จะถูกให้ Admit ในกระบวนการตรงนี้เองที่คนไข้จะต้องรอนะค่ะ คือรอฟังเตียง ซึ่งจากการศึกษาข้อมูลเราพบว่าผู้ป่วยจำนวน ๔๕% ซึ่งมีการ Delay คำสั่งการรักษาออกไปนะค่ะ เราจึงได้กลับมาดูว่า เออ! จริงๆแล้วใน ๔๕% ที่ Delay คำสั่งการรักษาออกไปเนี่ย ในกระบวนการฟังเตียงของเราในอดีตมันมีอะไรบ้างนะค่ะ เราก็พบว่าถ้าสมมุติว่ามีเตียงในโครงการอันเดิม ก็คือต้องมีการประสานงานระหว่างพยาบาล OPD กับหอผู้ป่วยนะค่ะ ก็จะรับเข้าหอผู้ป่วย แต่ถ้าไม่มีเตียงล่ะ ผู้ป่วย

ต้องทำยังไงบ้าง ผู้ป่วยจะต้องกลับไปแล้วก็มาฟังเสียงใหม่ทุกวันนะคะ จนกว่าจะได้เสียงก็จะมาตั้งแต่วันอังคาร มาแล้วไม่ได้เสียงกลับไปวันพุธ วันพฤหัสบดี วันศุกร์ จนกระทั่งถึงวันศุกร์ถ้ายังไม่ได้เสียงอีกก็ต้องเข้าสู่ On clinic เข้าวันจันทร์เหมือนเดิมนะคะ จากตรงนี้เองซึ่งเราเคยเก็บข้อมูลจะพบว่าผู้ป่วยต้องมาฟังเสียงถึง ๑๖ ครั้ง ซึ่งแต่ละครั้งในการมาฟังเสียงเนี่ย เราพบว่าคนไข้ต้องเสียเวลาในการมาฟังเสียงจากเช้าถึงเย็น และเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ซึ่งคนไข้ของเราที่อยู่ทั่วราชอาณาจักรของประเทศไทยนะคะ ซึ่งในระยเวลานั้นที่เราเก็บข้อมูลพบว่า ค่าเฉลี่ยประมาณ ๓๓๙ บาท/การเดินทางมา ๑ ครั้ง หรือ ๑ วัน แล้วก็มีความยากลำบากใจของพยาบาล OPD มากเพราะว่าถึงเวลา ๓ โมงเย็น พยาบาล OPD ต้องออกมาบอกคนไข้ว่า วันนี้ไม่มีเสียงนะคะ กลับบ้านไปก่อนเถอะคะ มันเป็นความเศร้าใจของคนไข้และพยาบาลด้วย เมื่อเราเห็นปัญหาตรงนี้เราก็เลยแก้ไขโดยการอันเดิมคือ ถ้ามีเสียงเราก็รับคนไข้เข้าหอบุคลากร แต่ถ้าไม่มีเสียงเราก็ใช้เทคโนโลยีในการช่วยนะคะ ก็คือผู้ป่วยรับใบนัดคำแนะนำไปแล้วกลับไปนอนรออยู่ที่บ้านส่วนพยาบาลประสานงานก็จะส่งรายชื่อผู้ป่วยเข้าไปในหอบุคลากรเมื่อมีเสียงว่างพยาบาลก็จะโทรตามให้ผู้ป่วยมารับยาได้เลย เข้ามาที่หอบุคลากรไม่ต้องผ่านกระบวนการฟังเสียงที่ OPD อีกแล้ว หลังจาก Admit มาแล้วคนไข้ต้องมาเจอปัญหาอะไรอีกคุณค่าที่คนไข้จะได้รับคือการได้รับยาเคมีบำบัด เมื่อเข้ามาแล้วคนไข้จะต้องมานอนรอเนื่องจากว่าใบคำสั่งการรักษายังไม่ได้ถูกเขียนการรักษายาเคมีบำบัดนี้จะต้องได้รับการเขียนจากอาจารย์แพทย์เท่านั้น เพราะฉะนั้นต้องรออาจารย์นะคะ นอกจากนั้นยาเกินหมื่นก็ต้องรออนุมัติจากผู้อำนวยการและรออนุมัติจากเภสัชอีก ฉะนั้นเราเลยต้องมาศึกษาดู เอ๊ะ! กระบวนการเดิมที่บอกว่าต้องรออาจารย์ตรวจเสร็จที่ Onco clinic ทุกวันจันทร์ แล้วก็จะมีคนไข้รอตรวจ ๒๐๐ คน ๓๐๐ คน กว่าอาจารย์จะตรวจเสร็จก็เย็น อันนั้นอาจารย์ต้องกลับมาตรวจในหอบุคลากรซึ่งเป็นการทำงานซ้ำซ้อน เราเลยขอความร่วมมือจากทีมสหสาขาในการเขียน Order จาก OPD

อันนี้จะเห็นว่าเนื่องจากว่า เรายังไม่มีเทคโนโลยีในระบบ Front line เหมือนอย่างของสงขลานครินทร์ที่พูดเมื่อเช้า เค้ามีการส่ง Order ทางคอมพิวเตอร์ แล้วมันสามารถจะยิงได้เลย แต่ว่าทางเรายังไม่มี Front line ตรงนั้น ก็เลยขอให้อาจารย์เขียน Order จาก OPD แต่ถามว่า เอ๊ะ เราให้อาจารย์เขียน Order จาก OPD ตรงนั้นแล้วมันจะมีปัญหาให้คนไข้อีก ๒๐๐ คน ที่ไม่ต้องรอ Order รอคอยหรือเปล่า นั้นเราก็มีเรื่องของ การนำ Standard Order ขึ้นมาเพื่อประหยัดเวลาในการที่อาจารย์ไม่ต้องมาเสียเวลาในการ Order แค่อ่าน Dose ยา ของคนไข้ แล้วก็เขียนลงไปเลยในขณะเดียวกันเมื่อมาถึงหอบุคลากรก็จะพบว่า การรับคำสั่งการรักษายาเคมีบำบัดนี้เป็นอะไรที่ค่อนข้างจะยุ่งยากมาก มียาอะไรก่อนหลังเพราะฉะนั้นยาจะมีการพิมพ์ Medication Record ตาม Protocol ของแพทย์ นอกจากนั้นก็ยังมีการประสานงานจากพยาบาล Onco เค้ามีการที่จะส่งรายชื่อผู้ป่วยเข้ามาหาเราว่ามีจำนวนมากน้อยเท่าไรเพื่อให้เรารองรับคนไข้ที่จะมาในวันจันทร์นะคะ นอกจากนั้นเรื่องของยาที่เกินหมื่น ทุกครั้งที่มีการเกินหมื่นบาท เราจะต้องผ่านการอนุมัติจากผู้อำนวยการทุกครั้ง ซึ่งพบว่าเราต้องใช้เวลาประมาณอย่างน้อยก็ครึ่งชั่วโมง บางรายก็หนักเข้าไปถึง ๒ ชั่วโมง ฉะนั้น เราก็เลยได้ปรึกษากับผู้บริหารว่า เอ๊ะ! จะลดขั้นตอนนี้ได้ยังไง เนื่องจากผู้ป่วยที่มาได้รับยาเคมีบำบัดนี้จะต้องมารับอย่างน้อยในสูตรเดิมอย่างน้อย ๓-๖ ครั้ง เพราะฉะนั้นเราก็เลยกำหนดขออนุมัติจากผู้บริหารว่า ขอเป็นระยะเวลาในการรักษาได้มัย ถ้าเป็นครั้งแรกผ่านไป แล้วเราก็จะมีแนวทางปฏิบัติออกมาจาก

ผู้บริหารว่า ถ้าเราขอเป็นระยะเวลาแล้วก็มีตราปั๊มใน OPD card และ Doctor order sheet หลังจากนั้นที่อนุมัติไปแล้วเราก็มีการประสานงานกับเภสัชกรในการที่จะลง Record ในคอมพิวเตอร์ เพราะฉะนั้นในครั้งต่อไปคนไข้ก็จะไม่ต้องเสียเวลารอคอยการอนุมัติจากผู้อำนวยการอีก

นอกจากนั้นเมื่อเข้ามาถึงใน Ward ก็ยังมี Flow เมื่อถึง Ward ว่า เจ้าหน้าที่แต่ละคนทำอะไร แพทย์ทำอะไร RN1 ทำอะไร ตามที่เราเขียน Flow ไว้เนาะคะ

นอกจากนั้นเมื่อคนไข้ได้รับยาเคมีบำบัดครบแล้ว ก็ปรากฏว่า สิ่งที่เราพบก็คือ ในเรื่องของขั้นตอนการจำหน่ายคนไข้ก็ต้องรอนะคะ เช่น รอใบนัด รอยากกลับบ้าน รอใบส่งตัวหรือสิ่งต่างๆที่คนไข้ต้องการเนื่องจากเราไม่มีการเตรียมพร้อม

ในเรื่องของการวางแผนการจำหน่าย เรามีเอกสารที่จะแนะนำผู้ป่วยที่มารับยาเคมีบำบัดประจำอยู่ที่เตียงทุกเตียง เรื่องของการให้ข้อมูลว่าคนไข้จะต้องรับยาเคมีบำบัดกี่วัน มีการสื่อสารให้ญาติได้รับรู้ว่าวันไหนคนไข้จะได้กลับบ้าน เพื่อที่จะได้เตรียมญาติให้มารับกลับบ้าน แล้วก็เอกสารต่างๆที่เคา์ควรจะได้รับมีอะไรบ้าง

วันที่ ๒ D/C Plan ward จะเห็นว่าเดิมที่เราปรับเปลี่ยนนำ lean มาใช้เราจะใช้กับคนไข้สาขา onco กับสาขา Heamato ปัจจุบันเราได้นำ lean มาใช้ทั้ง ๒ หน่วยแล้ว ก็คือ สีฟ้า Magnet สีฟ้า จะแสดงด้วยผู้ป่วย Onco ส่วนสีชมพูจะแสดงด้วยคนไข้ Heamato นอกจากนั้น กระดานบอร์ดที่จะสื่อให้ทีมได้รู้ว่าขั้นตอนของคนไข้ต่างๆไปไหนแล้ว เคาก็จะมีบอกว่า บอกว่าคนไข้ผู้ป่วยรายนี้ได้รับยาเคมีบำบัด Day ที่เท่าไรแล้ว แล้วก็ Magnet สีเหลือง ที่ท่านเห็นอยู่นี้ก็จะเป็นสิ่งต่างๆ ที่ผู้ป่วยต้องการเมื่อต้องกลับบ้านนะคะ แล้วเมื่อไหร่ที่มีเรื่องของการวางแผนการจำหน่ายเราก็จะพบว่า ถ้าพຽ່งนี้คนไข้จะจำหน่ายแล้ว Magnet จะต้องถูกเปลี่ยนเป็นสีเขียวทันทีนะคะ เพราะทีมก็จะได้มองไปที่กระดาน ก็จะเห็นว่า เอ๊ะ คนไข้กลุ่มนี้จะกลับบ้านแล้วทุกอย่างพร้อมแล้วเมื่อยาหมดกลับบ้านได้ทันที ไม่ต้องเสียเวลารอคอยอีก นอกจากนั้นก็ยังมีการประชุม Care team ทุกวันพุธ นะคะ ซึ่งนอกจากนั้นก็ยังมีการใช้ Visual management ต่างๆ การเตรียมเตียงให้พร้อมสำหรับการรับผู้ป่วย นอกจากนั้นอย่างที่ว่า Value stream Mapping ที่เราชี้ให้เห็นว่าคนไข้ต้องรอคิวตรวจที่ OPD ที่ใบนัดหลังจากนัดครั้งต่อไป เราก็จะติดสติ๊กเกอร์สีส้มเพื่อที่จะสื่อให้ พยาบาล OPD ข้างนอกได้รู้ว่า ผู้ป่วยรายนี้จำเป็นต้องได้รับการตรวจและ Admit เข้ามาในหอผู้ป่วยโดยเร็ว เนื่องจากว่าห้องยาผสมยาเคมีบำบัดจะผสมยาถึงแค่ ๓ โมงเย็นถ้าผู้ป่วยเค้ามายัง ๓ โมงเย็นนั้นนั่นหมายความว่าคนไข้จะไม่ได้รับยาเคมีบำบัดในวันนั้นนะคะ

อันนี้ก็คือใบนัด ใบ lab ต่างๆที่จดหมายติดต่อ สิทธิต่างๆ ที่เราเตรียมพร้อมสำหรับผู้ป่วยที่จะได้กลับบ้านนะคะ ซึ่งผลลัพธ์จากการพัฒนาตรงนั้น เนี่ยเราก็สามารถลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลได้ไป ๑ วัน ก็คือระยะวันแรก เพราะเนื่องจากว่า order chemo ถูกส่งเข้ามาพร้อมกับผู้ป่วย ผู้ป่วยไม่ต้องนอนรอเสียเวลา ๑ วัน เพราะฉะนั้นในกรณีที่ไม่ต้องได้รับสารน้ำแล้วได้ยา ๓ วัน Length of stay ก็จะเหลือ ๓ วัน แต่กรณีที่ต้องได้สารน้ำก่อนได้รับเคมีบำบัดถ้าได้รับยาเคมีบำบัด ๔ วัน Length of stay จะอยู่ที่ ๕ วันแต่ถ้าให้ ๓ วัน Length of stay ก็จะอยู่ที่ ๔ วัน นอกจากนั้นคือผู้ป่วยก็ได้รับยาเคมีบำบัดตามแผนการรักษา ๑๐๐% แล้วก็ประหยัดค่าใช้จ่าย คนไข้ไม่ต้องเดินทางมา

ฟังตัวเอง แล้วก็ลดเวลาการรอคอยตั้งแต่อาทิตย์จนกระทั่งถึงได้รับยาลง ๘-๑๘ ชั่วโมง แล้วก็ lean บอกว่าการทำคุณภาพนั้นนอกจากเร็วแล้วก็ต้องมีความปลอดภัยด้วย ก็จะต้องมีเรื่องของอุบัติการณ์แพ้ยาเคมีบำบัดต้องเป็นศูนย์ ครั้ง แล้วสุดท้ายก็คือความพึงพอใจของผู้รับบริการต้องมากกว่า ๙๕% นะคะ

นอกจากการใช้กระบวนการต่างของ lean เข้ามาในการพัฒนาคุณภาพแล้ว พยาบาลในฐานะที่เป็นเจ้าของบ้านเป็นแม่บ้านนั้น งานบริหารจัดการข้าวของเครื่องใช้ต่างๆ เพื่อให้มีพอใช้ไม่มากจนเกินไปจากกราฟนี้จะให้ดูว่าที่เก็บเต็มแล้วเค้าก็เบิกมาเยอะเกินความจำเป็นเพราะว่ากลัวจะไม่มีใช้ ก็ทิ้งไว้ทางโน้นข้างทางนี้บ้าง

หลังฐานการทำ lean นำเครื่องมือมาใช้ก็คือ Visual Management เมื่อท่านเห็นตัวเลขนะคะ เมื่อสิ่งที่เราตรงนี้ก็ไม่ต้องเสียเวลาในการสื่อสารให้เสมียนได้รับรู้ว่าเราเบิกเท่าไร เมื่อถึงวันที่จะต้องเบิกก็จะรู้ว่าไอ้สิ่งของที่มันหายไปนะ ตรงสิ่งของที่มันหายไปตามรูปก็คือถุงมือเคมีบำบัด เลข ๔ ถ้าเห็นเลข ๔ ก็นั่นหมายความว่าเราเบิก ๔ กล่องหรือเข็มเบอร์ ๒๓ ถ้าหายไปเห็นเลข ๔ ก็คือ ๔ กล่องได้ตามนั้นโดยที่เราไม่ต้องเสียเวลาในการสื่อสารนะคะ แล้วก็ไม่ต้องเบิกเยอะจนเกินไป อีกอันหนึ่งก็จะเป็นเรื่องของ to be system To be system นั่นก็คือ เป็นการที่หน่วยงานทุกหน่วยงานต้องกำหนดข้าวของเครื่องใช้ว่าเรามีความจำเป็นในการให้อุปกรณ์ต่างๆ มากน้อยแค่ไหนนะคะ ลักษณะของ To be system ก็คืออุปกรณ์ชิ้นหนึ่ง จะมีอยู่ ๒ กระบะให้เห็นเป็นเลข.๑ กับ เลข ๒ ในรูปนี้คือเป็น กระบะ set ของ IV นะคะ เมื่อพยาบาลหยิบ Set IV IV Setสุดท้ายไปใช้ในแต่ละกระบะก็จะมีเรื่องของกำบังการ์ด ในกำบังการ์ดนี้ก็จะมีความหมายว่า แต่ละกำบังการ์ดแต่ละอันมันจะมีชื่อว่าอุปกรณ์นั้นคืออะไร ก็จะถ่ายรูปเอาไว้ก็จะมีรหัส แชนฟ แล้วก็จะจำนวนที่จะต้องเบิกเท่าไร เมื่อนำ Set สุดท้ายไปใช้ก็ต้องนำกำบังการ์ด เข้ามาใส่ในตะกร้าเพื่อที่จะให้เสมียนนำไปเบิก หลังจากนั้นก็นำกระบะที่ 2 ขึ้นมาใช้เพื่อให้มีการหมุนเวียนอย่างเพียงพอ นะคะ แล้วก็ไม่ต้องมากจนเกินไป เพราะฉะนั้น แต่ละหน่วยงานต้องรู้ความจำเป็นว่าตัวเองต้องไปมากน้อยขนาดไหน อันนี้ก็จะ เป็นลักษณะของกำบังการ์ดอีกอันหนึ่ง เนื่องจากกระบวนการของขวด sterile ต่างต้องผ่านการนำไปส่ง sterile ซึ่งต้องมีระยะเวลา อันนี้กำบังการ์ดก็จะเป็น..เครื่องเตือนให้รู้ว่าถึงเวลาแล้วนะที่เราจะต้องมีการบริหารจัดการสิ่งเหล่านี้โดยที่ไม่หลุดไปหรือไม่มีของใช้นะคะ

นี่เป็นลักษณะของกำบังการ์ดต่างๆ ซึ่งสามารถนำมาใช้กับสิ่งของ ข้าวของเครื่องใช้ที่เราใช้อยู่ในหอผู้ป่วย รวมทั้งยาที่เราใช้อยู่ในหอผู้ป่วยด้วยนะคะ

อันนี้จะใช้ลักษณะของสีแทน Set ต่างที่เราใช้อยู่ เนื่องจาก Set ๒ Set ถ้าเราใช้จากการที่ใช้งานเราจะพบว่า หลังการใช้ Set ทั้ง ๒ Set นี้จะเหลือทั้งถาด ๑ ใบ กับถ้วยstandless ๑ ใบ เพราะฉะนั้นจากชีวิตการทำงานที่เป็นจริง คือน้องผู้ช่วยพยาบาลที่ทำหน้าที่แลก Set จากหน่วย CSSC จะไม่รู้ว่ Set ทั้ง ๒ นี้มีความแตกต่างกันอย่างไรจะเบิกอย่างละเท่าไร เราก็ใช้ลักษณะของคลิปลีแทน ก็จะเห็นว่า คลิปลีชมพูแทน set ฉีดยาเคมีบำบัด สีเขียวแทน set ฉีดยา แล้วก็จะมีจำนวนคงที่ปกติพยาบาลก็จะเจอปัญหากับการที่จะต้อง OK ของให้ครบว่า set นี้มี ๒๐ set set นี้มี ๑๐ set นะคะ จะต้องเบิกให้ครบนะคะก็จะมีตัวเลขและลักษณะของการหมุนเวียนใช้ First-in First-out สมมุติเรามี set อยู่ ๒๐ set ใช้ไป ๑-๕ set เลข ๑ ถึง ๕ จะหายไป เลข ๖ จะขึ้นมาแทนที่เพราะฉะนั้น ๑-๕ set ถ้าเบิกมาแล้วก็

จะถูกซ้อนไว้ข้างล่างตัวเลขจะมีการหมุนเวียนโดยที่มีการข้าม ถ้ามีการข้ามนั้นหมายความว่ามีการ First-in First-out ของคุณจะมีติดไปแล้วนะค่ะ

เพราะนั่นก็คือถ้าเรา set ไปใช้เนี่ย โดยขั้นตอนก็คือจะนำคลิปสี่ใส่กล่องไม่ว่าจะเป็น set อะไรก็ใส่รวมกันหมด ถึงเวลาที่ PN ไปเบิกก็จะเขียนใบเบิกได้ หลังจากนั้นเมื่อคนงานแลก set มาแล้วเราก็เอาคลิปกลับติดเข้าไปที่เดิมถ้ามันมีคลิปอันไหนที่ยังเหลืออยู่เนี่ยหมายความว่าเกิด Defect ในการทำงานขึ้นแล้วก็คือ คนงานแลก set มาไม่ถูก แลก set มาไม่ครบ เราสามารถตรวจจับได้ทันทีนะค่ะ

แล้วก็ทำสิ่งที่ถูกต้องได้ทันทีนะค่ะ นอกจากนั้นก็จะมีการเรื่องการถ่ายรูปใน set ยากต้องตามจำนวนที่มีอยู่นะค่ะ เช่นสมมุติว่า.ยานั้นถูกนำไปใช้แล้วมันก็จะขาดหายไป มองปุ๊บก็รู้ได้โดยทันทีว่าไม่ต้องมีการนับกัน นอกจากนั้นก็ยังใช้กับอุปกรณ์ต่างๆ ได้มากมายนะค่ะ ก็คือเป็นเรื่องของ Visual management ซึ่งจากการทำงานตรงเนี่ยเองนะค่ะ เราก็ขอขอบคุณทีมงานซึ่งช่วยกันคิดกระบวนการใหม่ๆ ขึ้นมาทำให้เกิดการบริการที่ดีขึ้นนะค่ะ เกิดคุณภาพที่ดีแล้วก็นำมาซึ่ง ความภูมิใจของหน่วยงาน ความภูมิใจของโรงพยาบาลศิริราชซึ่งได้รางวัลคุณภาพการให้บริการประชาชนจาก กพร. ประเภทรางวัลดีเด่นรายการกระบวนการ ขอขอบคุณค่ะ

ครับ ก็เป็นตัวอย่างของ ward ๆ หนึ่ง ซึ่งจริงๆดูแล้วคนไข้ที่ ward แต่ก็ได้เห็น Value stream ตั้งแต่ที่ OPD จนกระทั่งกลับบ้าน มองหาว่ามี waste อะไรบ้างที่จะต้องทนทุกขุทธานแต่แล้วก็พยายามขจัด Waste แต่ละตอนๆ ทำสุดคนไข้ก็จะได้ Value อย่างเต็มที่ และมีการใช้แนวคิด และ Tool ต่างๆ ทำให้บุคลากรเองทำงานด้วย Waste ที่น้อยลงๆเช่นเดียวกัน ครับก็เป็นตัวอย่างที่น่าสนใจเกี่ยวกับการใช้แนวคิด lean มาปรับปรุงกระบวนการ

ต่อไปเราจะมีอีกทีมหนึ่งที่จะมาเล่าให้ท่านฟังว่า แล้วงานประจำที่ดูแลผู้ป่วยหลังจากที่ทำ Catch คือให้การรักษาแล้วจะกลับบ้าน มียา ต่างๆ ครบถ้วนหรือไม่ และถ้ามันไม่ครบจะเกิดอะไร ทำอย่างไรให้ออกมาเป็นรูปวิสัยที่สามารถทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการ ได้รับยาครบถ้วนจาก คุณเสาวนีย์ เนาวพานิชย์ ขอเชิญครับ

ขอบคุณค่ะ อ.เจตชัย ขอขอบคุณที่ให้ทุกคนสุดท้ายนะค่ะ พอดี คือคงคิดว่าใช้เวลาไม่ค่อยนานมาก วันนี้คงมาเล่าให้ฟังในสิ่งที่เราทำในโรงพยาบาลศิริราช ก็วันนี้คงจะมาคุยในเรื่องเกี่ยวกับการวิจัยที่ทำ เรื่อง การใช้แบบติดตามพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ท่า PCI

ก่อนอื่นจะพูดให้ฟังคร่าวๆ ก่อนนะค่ะว่า ในคนไข้ที่เป็น CAD หรือ โรคหลอดเลือดหัวใจ เนี่ยส่วนใหญ่เราจะรู้อยู่แล้วละค่ะว่ามันเป็นโรคค่อนข้างอันตรายและเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ ในประเทศไทยและต่างประเทศ ก็ส่วนใหญ่สาเหตุของการเกิดโรค CAD ก็คือ มีทั้งปัจจัยที่แก้ไขได้และแก้ไขไม่ได้ ทั้งเพศ อายุ กรรมพันธุ์ พันธุกรรม อะไรพวกนี้นะค่ะ แล้วก็เรื่องเกี่ยวกับความดัน การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหาร มีหลายสถานที่ที่ยอมจะปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อให้ได้มาตรฐาน คำว่ามาตรฐานนี้ของที่เราที่ผ่านมาในคนไข้ที่เป็น CAD เนี่ย เรามองว่าการดูแลคนไข้ที่ได้มาตรฐานนี้คำว่ามาตรฐานนี้คืออะไร เราก็ถึงคืดที่มาตรฐาน American Heart Association Guideline ที่เป็น

Secondary prevention มาตรฐานการดูแลผู้ป่วย CAD จะประกอบไปด้วย ๗-๘อย่างนะค่ะ

อย่างแรก ก็พวกคนไข้จะต้องกิน Aspirin หรือ โคพิโดเทล ยากลุ่ม Metabloger แล้วก็ยากลุ่ม ACEI หรือ ARB ยากลุ่ม Statin สุดท้าย คือคำแนะนำเรื่องการออกกำลังกายนะคะ งดสูบบุหรี่ และการควบคุมอาหารจากการทำงานที่ผ่านมาจะพบว่าปัญหาในโรงพยาบาลศิริราช ซึ่งจากที่ตัวเองทำคลินิก Tracer MI คือการตามรอยในคนไข้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจนี้ และจากการทำ Care team round ไม่น่าเชื่อว่าจริงๆ แล้วที่ผ่านมาในศิริราชเจอปัญหา บางปัญหาที่เราคาดไม่ถึงว่าจะเจอนะคะ ก็จากการทำ Care team round และ Clinical Tracer นี่คือการบอกว่าเราต้องให้ยาคนไข้ตามมาตรฐานแต่พอไปดูจริงๆ แล้วก็ไม่ได้ตามมาตรฐานอย่างที่เราตั้งใจไว้ เราเจอว่าอย่าง Aspirin นี่เราได้รับยาตามมาตรฐานคือ ๑๐๐% ส่วน Statin นี่คือ ๘๕% ส่วนกลุ่ม ACEI หรือ ARB ได้ประมาณ ๗๖% สิ่งที่สำคัญก็คือว่ายากลุ่ม Meta blocker นี่ก็น่าใจหายว่าพบเพียง ๖๐% เท่านั้น แต่ที่ศิริราชเราเป็นมาตรฐานอยู่แล้ว พอเราไปเก็บข้อมูลเรามีแค่ ๖๐% เท่านั้นที่ได้รับยาตามมาตรฐาน

คำถามก็คือว่า เราจะทำอย่างไรที่จะทำให้คนไข้ได้รับยาและคำแนะนำตามมาตรฐาน เราก็มานั่งคิดกันว่าแต่ก่อนที่เราจะบอกว่าเราทำยังไง เรามาดูก่อนว่าสาเหตุจริงๆ คือจากอะไร

คือ ๑. เป็นเพราะศิริราช เป็นโรงพยาบาลใหญ่ด้วยหรือเปล่า ภาระงานเยอะ

๒. หรือว่าศิริราช เป็นโรงเรียนแพทย์มีแพทย์ประจำบ้านหรือ Resident มีการหมุนเวียนตลอดเวลา ก็เปลี่ยนจาก ward นี้ไปอีก ward หนึ่ง ทำให้มีการสื่อสารระหว่างผู้ดูแลไม่เป็นระบบหรือขาดการประสานงานเป็นทีมหรือเปล่า

หลังจากที่เราหาสาเหตุแล้วนี้ว่าเกิดจากสาเหตุอะไร เราก็เลยมาคิดกันว่าเอ๊ะ เราจะทำยังไงจะทำให้การดูแลคนไข้ให้ได้รับยาและคำแนะนำที่บอกว่าตามมาตรฐาน

อย่างแรกเลยเราก็เลยมาลองคุยกันว่าเป็นไปได้มั้ยที่เราอยากจะบอกกันว่า อย่างพยาบาลคอยเตือนหมอ ได้มั้ยว่าหมออย่าลืมนะ หมออย่าลืมนะ ซึ่งไม่มีทางเป็นไปได้ ที่เราจะเป็นคนคอยเตือนเค้าจริงๆ เค้ารู้ เค้าเก่งกว่าเราต้องเป็นไปได้ อันนี้คือตัดไปเลย

พออันที่ ๒ เราก็มานั่งคิดว่าเป็นไปได้มั้ยที่เราจะ Train คือเรามานั่งคุยกันว่าเป็นไปได้มั้ยที่เราจะมานั่ง Train Resident หรือแพทย์ประจำบ้านให้ต่อยอดใหม่จริงๆ ก็ถามว่าได้มั้ย ได้อยู่แล้วเพียงแต่ถ้าเรามีการหมุนเวียนกันตลอดเราต้องมานั่ง Train กันทุกรายคงทำได้ยากนะคะ แล้วก็ปกติเวลาแพทย์เค้าเรียนกัน เค้าก็จะเรียนเรื่องมาตรฐาน ACC AHA อยู่แล้ว ซึ่งถามว่าเค้ารู้มั๊ย เค้ารู้เดิมอยู่แล้ว

อันที่ ๓ ก็คือว่าเราก็มานั่งคิดกันหรือว่าเราจะเอา Guideline ของ American Heart เลยไปติดตามในจุดที่เห็นชัดเจน ที่เคาน์เตอร์ที่หมอเค้ายืนตรงนั้น ไปติดได้กระจกอะไรยังงั้นนะ แต่ก็เจอปัญหาอีกถ้าสมมติคนไข้ Move จาก Ward ๑ ไปอีก Ward ๑ ไข่มั้ยคะ มาตรฐานนี้ก็ไม่ได้ตามคนไข้ไปอีก เราก็จะเจอปัญหาอีกคนไข้อาจจะเจอความผิดพลาดหรือการ Error ขึ้นได้

ทีนี้เอามาคิดอันที่ ๔ วัน ว่าเราจะมามีวิธีการหรือกระบวนการอย่างไรที่จะทำให้ระบบตรงนี้เข้ามาจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น เราก็เลยคุยกันว่า เราจะจัดการกับปัญหาดังนี้อย่างไร เราก็มานั่งคุยกันว่าเราจะทำอย่างไร ตอนนั้นก็

เลยไปนั่ง Review Literature เกิดขึ้น เราก็ไปเจอของคุณ อแลนด เอ็ม วอลท์กับคุณสมิธ เจอว่าซึ่งในประเทศไทยยังไม่มี แต่ว่าอันที่ยกตัวอย่างให้เป็นในต่างประเทศนะคะ ยกตัวอย่างมาให้ ๒ อย่าง

อย่างของคนแรกเค้าทำในออสเตรเลีย เค้าจะทำเป็น Check list เป็นตัวคอยเตือนความจำของ Team ผู้ดูแลคนไข้ที่เป็น Astivate MI หรือกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

ส่วนของคุณสมิธนี่เค้าทำในคนไข้ที่เป็น Acute palary syndrome ส่วนนี้ทำเหมือนกันเป็น Guideline เป็นตัวช่วยเตือนความจำอีกทีหนึ่ง แต่ทั้ง ๒ paper นี้ คือในต่างประเทศระบบมาตรฐานของเค้าดีมาก เค้าจะมีการเชื่อมต่อเรื่องในทีมของเค้า ward ๑ ไปถึง Ward ๑ แล้วก็เวลาลงข้อมูลเค้าก็จะลง Data ใน คอมพิวเตอร์ ซึ่งจาก Ward นี้ก็จะไปโชว์ให้อีก Ward ๑ ถ้าว่าเรานี้คงทำไม่ได้ เพราะว่าระบบคอมพิวเตอร์เรายังไม่ได้รองรับขนาดนั้น

เราก็เลยมานั่งคุยกันว่าเป็นไปได้มั้ยที่เราจะมาทำเป็น Standardize ออกมา ที่ทำในรูปแบบ Check list นะคะ ซึ่งพอเราบอกว่าเป็น Standard หรือ Check list ออกมานี้เราก็มานั่งคุยกันอีกว่าจริงๆ จำเป็นหรือเปล่าที่จะต้องทำเป็นงานวิจัย หรือว่าเราอยากจะพิสูจน์ว่า Check list มันมีผลต่อการได้รับยาของคนไข้หรือเปล่า อยากจะให้ดู Flow กาดูแลผู้ป่วยคนหนึ่ง คนไข้คนๆหนึ่งๆ เวลาเดินเข้ามาที่หอผู้ป่วย CCU นี้ Flow เค้าจะเป็นอย่างไรบ้าง

คนไข้เมื่อเข้ามา CCU .ปั๊บ .เค้าก็จะได้รับการดูแลมีการส่งต่อข้อมูลเมื่อคนไข้ย้ายไป ward นี้แพทย์ที่อยู่ Ward ๒ ก็จะเป็นผู้ Review Treatment ก็ให้การดูแล หลังจากนั้นแพทย์ D/C ไปกลับบ้านนี้ระหว่างที่คนไข้ได้รับการดูแลเค้าจะเกิด Error หรือความผิดพลาดในการสื่อสารตรงไหนบ้าง

เราจะเห็นว่าทุกจุดเลยที่คนไข้จะเกิดการ Error ความผิดพลาดได้ซึ่งระหว่างที่อยู่ CCU และมีการส่งต่อบางครั้งพยาบาลไม่ได้ส่งต่อข้อมูล แพทย์ไม่ได้เขียนใน Progress note ก็อาจจะทำให้คนไข้ไม่ได้รับยาไป จนคนไข้กลับบ้านไป เป็นไปได้มั้ยที่เราจะนำ Standardize work หรือตัว Check list นี้เข้ามาช่วยให้ทุกจุดสามารถที่จะใช้ Standard ตรงนี้เข้าไปจับกระบวนการลดความผิดพลาดที่เกิดขึ้นได้ ดังนั้นเราก็เลยนำตัว Checklist หรือ standardize work เข้ามาทำเป็นงานวิจัยโดยวัตถุประสงค์ของงานวิจัย เพื่อจะทราบของแบบ Check list ว่ามีผลต่อการดูแลได้รับยากับคำแนะนำของคนไข้อย่างไรบ้าง

Study Protocol. ของเราจะเป็นแบบ Prospective แล้วก็ Histogycol Cohort control โดยแบ่งคนไข้เป็น ๒ กลุ่ม คือกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มควบคุมนี้เราจะเป็นการ Review chart ดู chart ย้อนหลังแล้วก็ในกลุ่มทดลองนี้เราจะนำแบบติดตามหรือแบบ Check list เข้าไปอยู่เวชระเบียนให้เลย ส่วนทั้ง ๒ กลุ่มนี้ เราจะเป็นการเก็บคำแนะนำเรื่องสุขภาพและยาโดยเก็บที่ ๒๔ ชั่วโมง ก่อน D/C แล้วก็ติดตามที่ ๖ เดือนหลังจากนั้น

ลักษณะแบบ check list ที่มีก็จะเป็นหน้าตาก็คือจะเป็นแบบนี้คะ แบบนี้เก็บที่ ๒๔ ชั่วโมง

อันนี้เก็บก่อน D/C แล้วก็จะมีการให้เซนต์ด้วยว่าใครเป็นผู้ให้ข้อมูลนะคะ ให้คำแนะนำหรือว่าตรงยา

ก็จะมีบอกว่าให้ได้มั้ยไม่ได้เพราะอะไร คุณหมอก็จะต้องเขียนสาเหตุด้วยว่าเพราะอะไร

อันนี้เป็นก่อน D/C กลับบ้านนะคะ นี่ลักษณะหน้าตาแบบ Checklist .หรือแบบติดตามจะเป็นแบบนี้คะ เราก็ใส่ไว้ในเวชระเบียน เมื่อคนไข้ย้ายไป จากที่ที่หนึ่งเค้าจะติดตัวคนไข้ไปตลอด จนกระทั่ง D/C กลับบ้าน

ผลที่ได้ก็คือว่า กลุ่มตัวอย่างที่เราศึกษา ๑๖๐ ราย กลุ่ม Control ๗๙ ราย กลุ่มทดลอง ๘๑ ราย

ผลจากการศึกษาก็คือว่าทั้ง ๒ กลุ่มนี้ Demographic data ไม่มีความแตกต่างกันเหมือนๆ กันทั้ง ๒ กลุ่มแต่คนได้รับยาใน ๒๔ ชั่วโมง หลัง PCI ผลเป็นอย่างไรระยะ

ในกลุ่ม control หรือควบคุมที่เราเก็บย้อนหลังไปนี้เราเจอว่า Meta blocker ได้แค่ ๖๐% ส่วน ACI ได้ประมาณ ๗๐% แต่หลังจากเรานำแบบติดตามหรือ check list มาใช้นี้เราพบว่าผู้ป่วยได้รับยาเกือบ ๑๐๐% ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value เท่ากับ < 0.001 ค่ะ

อันนี้เป็นก่อน D/C ก็เหมือนกันค่ะ Metablocker กับ ACI ซึ่งเป็นปัญหาหลักเพราะว่าในคนไข้ที่เป็น CAD นี้พบปัญหาว่าทั้งคนไข้จะมีปัญหาเรื่อง Hemodynamic อย่างบางที คนไข้ตอนเข้ามาแรกรับ มีความดันต่ำ HR ช้า ก็ให้ไม่ได้ บางทีคุณหมอก็สับสนในการที่จะให้ต่อไป เราก็เลยเจอปัญหาว่า เปอร์เซนต์การให้ไม่ได้ค่อนข้างเยอะ พอหลังจากที่เราทำแบบติดตามนี้มาใช้ก็พบว่า ได้เกือบ ๑๐๐% นะคะ อันนี้เป็นการติดตามที่ ๖ เดือนหลังจาก D/C ไปแล้ว ว่ายังได้รับครบอยู่หรือไม่ อันนี้ก็ยังได้รับเกือบครบอยู่เกือบ ๑๐๐% อยู่

ทีนี้หลังจากที่เราติดตามที่ ๖ เดือนไปแล้วเราก็พบว่า กลุ่ม Intervention หรือกลุ่มทดลองที่เราทำแบบ Check list ติดตามมาใช้อยู่นี้ มีการ Re-Admission น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้วย ซึ่งสาเหตุของการ Re-Admission คือ Heart failure หรือ Acute coronary syndrome

หลังจากที่เราทำการวิจัยไปแล้วนี้ เราก็เลยคิดว่าจริงๆ แล้ว พอวิจัยเสร็จแล้วไม่รู้ว่าผลวิจัยจะจบไปกับการวิจัยหรือเปล่า เรายังมีการควบคุมคุณภาพอยู่เพราะเราเจอหลายงานวิจัยมากที่บางทีพอเสร็จงานวิจัยเสร็จแล้วก็จบในตรงนั้นเลย ก็ไม่ได้มาติดตามงานต่อ หลังจากนั้นเรายังได้มีการติดตามคุณภาพของงานที่เราทำอยู่นะคะ ว่าการที่เราใช้แบบ Check list อันนี้ยังมีประโยชน์อยู่หรือไม่เราก็พบว่าในกลุ่มคนไข้ ๒๔ ชั่วโมง ยังมีประโยชน์อยู่ค่ะ ยังได้ ๑๐๐% อยู่ทั้ง ๒ กลุ่มนะคะ หลังจากที่เราทำงานวิจัยตรงนี้เสร็จสิ้นแล้ว เราได้รับการตีพิมพ์ เรียบร้อยแล้ว และอีกอย่างที่สำคัญก็คือว่าเราได้รับการไปนำเสนอที่ประเทศเนเธอร์แลนด์นะคะ ขอขอบคุณค่ะ

ครับขอบคุณมากครับ ๒ ตัวอย่างนี้อยากให้ท่านเห็นว่า การนำเอาแนวคิดเรื่องของ lean และ R2R มาใช้ร่วมกันนั้นมันก่อให้เกิดประโยชน์ อย่างมากนะคะ ขออนุญาตนิดหนึ่งมันมี Project ที่เห็นเป็น Value Stream ประมาณ 5 นาที ที่จะ Share ให้กับท่าน เรื่อง Lean R2R คือเรื่อง Breast Feeding ว่าทาง R2R ทาง Lean และทางทีม Breast Feeding เค้าได้ไปทำ Workshop แล้วมานั่งดู Value stream ทั้งหมด เพราะว่า Breast Feeding ก็เป็น Area Excellence ของศิริราช เราก็มานั่งดูว่า Breast Feeding นี้ เราตั้งเป้าว่าผู้ป่วยต้องได้รับการเลี้ยงด้วยนมแม่ ๖ เดือน ผู้ที่เกี่ยวข้อง คือ P-value มี Stake Holder เกี่ยวข้องเยอะมากมันไม่ใช่เพียงแค่หน้าที่ของรัฐ Mother clinic เท่านั้น เช่น ANC ท่านต้องมี Critical to quality อย่างไรในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พอถึงห้องคลอดต้องทำอะไร Port Partum ต้องทำอะไรและแล้วถ้าเด็กป่วยต้องทำอย่างไร เตรียมแม่อย่างไร แล้วมีปัญหา Mother clinic ทำอย่างไร Newborn OPD ต้องทำอย่างไร Screen อย่างไร ทุกคนต้องมีส่วนที่เกี่ยวข้อง เพราะฉะนั้นใน Value Stream นี้ถ้าทุกคนไม่มาร่วมกันผลลัพธ์ที่บอกต้องการให้แม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ๖ เดือน คงจะเป็นไปได้ยาก เค้ากำหนดได้ว่า

Critical to quality เมื่อแม่มาผ่านแต่ละจุดเป็นอย่างไร คำที่มานั่งดูกันว่าอะไรบ้างที่เป็น Activity ที่เมื่อก่อนเคยทำ แต่ไม่ Serve to Critical to quality ก็ตัดออกไป ก็พบว่าเราตัด Activity หลายอย่างซึ่งไม่เป็น Value แต่หลงเชื่อว่าเป็น Value มาช้านานจากนั้นในแต่ละจุดก็รู้ว่าเอ๊ะ มันยังมีองค์ความรู้อะไรที่ขาดอยู่ ก็ทำเป็นวิจัยไปเราจะได้ set วิจัย ค่อยข้างเยอะมากเลยที่ตอบสนองต่อ Value stream นี่เชื่อมทำให้แม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ๖ เดือน เช่น มีการดูว่าความผิดปกติของหัวนมแม่ ที่ latic clinic เป็นอย่างไรก็% และเป็นประเด็นแบบไหนแล้วก็มีคำถามว่า เอ๊ะ ลักษณะหัวนมแม่อาจจะเปลี่ยนแปลงดีขึ้นเป็นปกติก็ได้ในระหว่างตั้งครรภ์เราไม่ต้องทำอะไรก็ได้ อย่างนั้นหรือเปล่า หรือ เอ๊ะ ถ้าผิดปกติใช้ปั๊มแก้วกับไม่ได้ทำอะไรเลยมันจะแตกต่างกันมั้ย เอ๊ะ มันมีประโยชน์มั้ยก็เป็นงานวิจัยไป และมีนวัตกรรมในการสอนแม่ให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ วิธีการวัดหัวนมแม่อย่างมีประสิทธิภาพและน่าเชื่อถือ และผลิตมาตอนน่า แจ็คเก็ตนี้ยังไม่รู้ว่าได้ลิขสิทธิ์หรือยังนะครับ คือสอนนมแม่ขณะที่ลูกยังไม่คลอดนะครับ พอปั๊มแรงๆ ก็มีน้ำออกมาด้วยนะครับ

เอ๊ะ แล้วแม่ที่คลอดลูกโดยใช้ Pethidine ลูกอาจจะสับสนสละสลือ เราจะทำอย่างไร First suggling ทำให้เร็วที่สุด เอ๊ะ การใช้กระตุ้นด้วยนิ้วจะช่วยมั้ยก็มีงานวิจัยออกมา เอ๊ะ ขนาดเต้านมของแม่ แม่ฝรั่ง แม่ไทย ขนาดเต้านมไม่เหมือนกัน ตกลงน้ำนมออกมาเท่ากันหรือไม่ ปรากฏว่าเท่ากันขนาดไม่ใช่เรื่องสำคัญ คลอดออกมาลูกมีลิ้นติด มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หรือไม่ ก็พบว่ามีผลและพบเยอะเหมือนกันพบถึง ๑๖% ที่มีทางไทม์ และ ๓๗% มีปัญหาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ก็นำไปสู่งานวิจัย ว่า เอ๊ะ! ถ้าตัดละจะช่วยมั้ย ก็พบว่าถ้าตัด ๑๐๐% ดูนมแม่ได้ ถ้าไม่ตัด ๔๒% ดูนมแม่ไม่ได้ เอ๊ะ ต้องดมยาหรือแค่ Local สุดท้ายก็ local ก็พอ พอ load กิจงานเข้าจาก ๒ วัน/ ๒ ราย/ เดือน เป็น ๒๐๐ ราย สุดท้ายก็ผลิต ต้องมาคิดว่า ที่ศิริราชทำ Tile Score เพื่อประเมินว่าลักษณะแบบไหนที่ Conservative ได้ สุดท้ายก็พบว่าถ้าคะแนนออกมาน้อยกว่า ๘ ก็จำเป็นต้องผ่าตัดเพราะไม่จั้นลูกจะดูนมแม่ไม่ได้ ก็ตัดเท่าที่จำเป็น และมาดูเรื่อง lean คือในระบบการ Transfer ต่างๆ คำก็มี Project lean ที่จะลด Waste ด้วย ที่ดีเป็นตัวอย่างของทั้งหมด Value stream ว่าถ้าเราใช้ Lean เพื่อให้ดู Value stream ทั้งหมดมองหา Waste แล้ว R2R มาช่วย ใน Project วิจัยมันยุ่งยาก และใช้องค์ความรู้ธรรมดาไม่ได้จะต้องทำงานวิจัย

สุดท้ายผมขอภาพนี้ ภาพนี้นายพลกำลังสู้รบโดยใช้ฟันดาบกัน มีทหารมาเรียกนายพลว่า ท่านนายพลมีนายคนหนึ่งมาขายปืนกล ท่านจะไปคุยกับเค้าหน่อยมั้ย นายพลก็บอกว่า ฉันไม่มีเวลา เธอไม่เห็นหรือ ฉันยุ่งจะตายอยู่แล้วกำลังรบอยู่มาให้ฉันไปคุย มาคุยกับเซลล์แมนขายปืนกลทำอะไร เพราะฉันยุ่งมาก ท่านรู้สึกอย่างไรกับนายพลท่านนี้ ท่านก็อาจจะรู้สึกสงสาร สมเพช หรือไม่ก็สมน้ำหน้าใจมั้ยครับ แต่ขณะเดียวกันถ้ามีคนมาขายไอเดียว่ามาทำ lean R2R กันเถอะ หัวหน้าพยาบาลบางคนก็บอกว่า อาจารย์ที่ก็ยุ่งจะตายอยู่แล้วกับงานประจำ อาจารย์มาให้พี่ทำอะไร lean R2R อีก ผมคิดว่าท่านนายพลท่านนี้เอาเวลาชกนิตไปดูว่า ปืนกลมันทำยังไงสงครามครั้งนี้ก็อาจจะจบอย่างรวดเร็ว และในขณะเดียวกันก่อนที่จะท่านจะปฏิเสธท่านอาจจะลองใช้เวลาชกนิตมาดูว่า lean R2R มันเป็นอย่างไร อาจจะช่วยให้งานประจำที่จะต้องทนทุกข์ ทรมานจนเกษียณแล้วค่อยหมดทุกข์ อาจจะแก้ได้ในเวลาเพียงไม่นานก็ขอฝากไว้ท่านนี้ขอบคุณครับ.

