



รอยพลัก

HA

UPDATE 2014



เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี

การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ครั้งที่ 15

“ความผูกพันเพื่อคุณภาพ” (Engagement for Quality)

11-14 มีนาคม 2557 ศูนย์การประชุมอิมแพ็คฟอรัม เมืองทองธานี

จัดโดย สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

ร้อยพลีก



UPDATE 2014



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)



ร้อยละ HA (HA Update 2014)

ผู้เขียนและบรรณาธิการ: อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

จัดพิมพ์โดย:

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

เลขที่ 88/39 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ชั้น 5

กระทรวงสาธารณสุข ซอย 6 ถ.ติวานนท์

ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทร. 0-2832-9400 โทรสาร 0-2832-9540

www.ha.or.th

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

ฉบับพิมพ์ครั้งแรก: มีนาคม 2557

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

ร้อยละ HA (HA Update 2014).--นนทบุรี : สถาบันรับรอง

คุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2557.

184 หน้า.

1. โรงพยาบาล--การประเมิน. I. ชื่อเรื่อง.

362.110684

ISBN 978-616-91681-2-6

ออกแบบ, พิมพ์: บริษัท หนังสือดีวัน จำกัด

คำนำ

ในโอกาสที่สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ได้รับการรับรองในระดับองค์กรและระบบงานจาก ISQua (International Society for Quality in Health Care) เมื่อเดือนกันยายน 2556 ที่ผ่านมา นับว่าเป็นความภาคภูมิใจอย่างยิ่งสำหรับประเทศไทยและคนไทย ผู้เยี่ยมชมสำรวจของ ISQua ได้กล่าววาระบบงานที่ปรากฏให้เห็น แสดงให้เห็นถึงความพยายามที่สั่งสมมาเป็นเวลายาวนาน มีการปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับสถานการณ์ในแต่ละช่วงเวลา สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลจึงถือโอกาสนี้ทบทวนแนวคิดและแผนงานริเริ่มที่สานต่อกันมาตั้งแต่เริ่มโครงการจนถึงปัจจุบัน เพื่อนำเสนอเป็นนิทรรศการในการประชุม HA National Forum ครั้งที่ 15

จากการทบทวนเอกสารและสื่อการเรียนรู้ต่างๆ ทำให้พบว่าแนวคิดและแผนงานริเริ่มเหล่านั้น เป็นรากฐานที่ยังคงมีความสำคัญต่อการขับเคลื่อนการพัฒนาในปัจจุบัน เป็นเสมือนผลึกความคิดที่สองประกายให้เห็นทิศทาง เป็นเสมือนอิฐก้อนแล้วก้อนเล่าที่ปูวางเรียงให้ขบวนทัพคุณภาพสถานพยาบาลได้เคลื่อนไปควรค่าแก่การที่จะนำมาเรียงร้อย นำมาทบทวน นำมาใคร่ครวญ และนำสู่การปฏิบัติให้เกิดผลสัมฤทธิ์ที่ทุกฝ่ายต้องการ นอกจากการเรียงร้อยผลึกความคิดในอดีตแล้ว ยังได้สรุปแนวคิดของแผนงานริเริ่มที่กำลังเริ่มปฏิบัติในปีที่ผ่านมาเข้ามาต่อเชื่อมด้วยให้เกิดความสมบูรณ์ ผลการเรียงร้อยดังกล่าวจึงปรากฏออกมาในชื่อ “ร้อยผลึก HA” หรือท่านที่คุ้นเคยกับ series ของ HA Update อาจถือได้ว่าเป็นเสมือน HA Update ประจำปี 2014

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลหวังว่าผลึกความคิดต่างๆ ที่นำมาเรียงร้อยกันนี้ จะทำให้กัลยาณมิตรร่วมเส้นทางคุณภาพอันไม่สิ้นสุดนี้ ได้เห็นภาพรวมของการขับเคลื่อนที่ผ่านมา และจินตนาการไปสู่ภาพฝันในอนาคต

ช่วยกันเติมเต็มให้กับสายน้ำการพัฒนาของมวลมนุษยชาติ เพื่อเป็นการตอบแทน
สรรพสิ่งที่ทำให้เราได้อยู่ดีมีสุขตลอดช่วงชีวิตที่ผ่านมาของเรา

อหวิวัฒน์ ศุภชุติกุล
สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
กุมภาพันธ์ 2557

หมายเหตุ การใช้ชื่อหน่วยงานในเอกสารชุดนี้ ใช้ชื่อขณะที่เกิดกิจกรรมหรือ
เครื่องมือดังกล่าวขึ้น ในบางเรื่องอาจจะใช้ชื่อสถาบันพัฒนาและ
รับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ซึ่งส่วนใหญ่ยังคงสืบเนื่องมาใช้
ภายใต้สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ด้วย

สารบัญ

คำนำ	iii
1. ฐานรากที่มั่นคง	1
2. TQM: Total Quality Management	5
● ทำความ	5
● ความหมายที่ซ่อนใน TQM	6
● หลักการของ TQM/CQI	7
● องค์ประกอบของ TQM (GOAL/QPC)	7
● เครื่องมือพัฒนาคุณภาพ	8
3. การใช้ศาสตร์ด้านอ่อน (Soft Science) เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนา	13
● ทำความ	13
● Facilitation Skill (2540)	13
● หมวกหกสี (2540)	14
● GROW Model (2543)	16
● การพัฒนาที่สมดุล (2543)	17
● ธรรมะกับคุณภาพ (2544)	18
● วรรณกรรมกับคุณภาพ (2546)	22
● เรื่องเล่า เจ้าพลัง (Springboard Storytelling) (2547)	23
● Systems Perspective (2547)	25
● AI: Appreciative Inquiry (2548)	26
4. กระบวนการ HA	29
● ทำความ	29
● คำและความหมาย	31
● หลักการและแนวคิด	32
● ภาพรวมพัฒนาการของกระบวนการ HA ในประเทศไทย	36

● คำนิยมและแนวคิดหลัก	38
5. มาตรฐาน HA และการขยายความ	43
● ทำความ	43
● มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาฏจนากิเชก (2539): แนวทางการพัฒนาคุณภาพโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง	44
● มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับบูรณาการ (2543)	47
● บันไดสามชั้น (2545)	48
● มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี (2549)	52
● ISQua Accredited Standards (2553)	56
● จาก SA สู่ SPA (2552)	58
● SPA in Action (2556)	61
● การรับรอง Advanced HA (2556)	68
● Program & Disease Specific Certification	75
6. ขั้นตอนและเครื่องมือการพัฒนา	79
● PDCA วงล้อแห่งการพัฒนาและการเรียนรู้	79
● 3P Basic Building Block ของการพัฒนา	80
● Service Profile: 3P ในระดับหน่วยงาน	83
● การตามรอย	84
● มิติคูณภาพ	91
● Lean	93
● เพิ่มคุณค่าให้กระบวนการ	97
● แนวทางการพัฒนาให้ได้ครบถ้วนทุกองค์ประกอบ	100
● THIP: Thai Hospital Indicator Project	105
7. ความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย	111
● ทำความ	111
● ปี 2545: เริ่มต้นด้วยกิจกรรมทบทวนคุณภาพ	112
● ปี 2546: 4 th HA National Forum: Best Practices in Patient Safety	113
● ปี 2549: 1 st Patient Safety Goals	114
● ปี 2550: Trigger Tools	115

● ปี 2551: 2 nd Patient Safety Goals	118
● ปี 2555: ชุมชนนักปฏิบัติ (CoP) หน่วยงานความเสี่ยงสูง	120
● ปี 2556: Patient Safety Curriculum	121
8. ผลิต SHA: Spiritual Healthcare Appreciation	123
● SHA	124
● SHA CUP	130
● ก้าวต่อไปของ SHA	136
9. ร้อยผลิต HA National Forum	139
● การประชุมครั้งที่ 1 (2541)	
เส้นทางสู่... การพัฒนาคุณภาพบริการ เพื่อประชาชน	140
● การประชุมครั้งที่ 2 (2543)	
บนเส้นทางสู่สังคมแห่งการเรียนรู้ในกระแสปฏิรูปบริการสุขภาพ	141
● การประชุมครั้งที่ 3 (2545)	
Simplicity in a Complex System (ความเรียบง่ายในระบบที่ซับซ้อน)	142
● การประชุมครั้งที่ 4 (2546)	
Best Practice for Patient Safety	143
● การประชุมครั้งที่ 5 (2547)	
Knowledge Management for Balance of Quality (การจัดการความรู้เพื่อคุณภาพที่สมดุล)	144
● การประชุมครั้งที่ 6 (2548)	
Systems Approach: A Holistic Way to Create Value (การจัดการเชิงระบบ: วิถีสองด้วรวมเพื่อการสร้างคุณค่า)	145
● การประชุมครั้งที่ 7 (2549)	
Innovate, Trace & Measure (นวัตกรรม ตามรอย และวัดผลคุณภาพ)	146
● การประชุมครั้งที่ 8 (2550)	
Humanized Healthcare การดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์	147
● การประชุมครั้งที่ 9 (2551)	
Living Organization (องค์กรที่มีชีวิต)	148
● การประชุมครั้งที่ 10 (2552)	
Lean & Seamless Healthcare	149

● การประชุมครั้งที่ 11 (2553)	
Flexible & Sustainable Development (การพัฒนาที่ยืดหยุ่นและยั่งยืน)	150
● การประชุมครั้งที่ 12 (2554)	
Beauty in Diversity (ความงามในความหลากหลาย)	152
● การประชุมครั้งที่ 13 (2555)	
The Wholeness of Life (เรียนรู้บูรณาการ งานกับชีวิต)	153
● การประชุมครั้งที่ 14 (2556)	
High Reliability Organization (HRO) องค์กรที่น่าไว้วางใจ	154
10. Engagement for Quality	155
● 7 อุปนิสัยเพื่อสร้างชีวิตที่มีความสำเร็จและความสุข	156
● ชีวิตบูรณาการ	158
● องค์กรที่มีชีวิต	160
● Employee Engagement	163
● การสร้างความผูกพันกับลูกค้า Customer Engagement	166
● Patient Engagement	167
● Community Engagement	171
บทส่งท้าย	173



ฐานรากที่มั่นคง

เราต้องสร้างระบบของตัวเองมีคติความเป็นไทย 4 อย่างที่ควรเอามาใช้

1. **ศรัทธา**ต่อวงการแพทย์จะช่วยป้องกันไม่ให้เราเข้าไปสู่อันตรายจากการฟุ้งร้อง เราต้องรับผิดชอบด้วยความเมตตากรุณา
2. ใช้ความเป็น**กัลยาณมิตร**มาแก้ปัญหาความเกรงใจกลับอกเพื่อทำให้ดีขึ้น
3. **สัมมาคารวะ** อาศัยผู้มีสถานะและความเป็นผู้ใหญ่ ทำให้เกิดอะไรได้กว้างขวางมากขึ้น
4. ไม่เขินหมา ใช้การ**ให้อภัย** อย่าตั้งระบบลงโทษ ใครผิดก็ให้อภัยเท่าที่จะทำได้ ช่วยให้เขาพ้นจากทุกข์

ศ.นพ.จรัส สุวรรณเวลา

10 มีนาคม 2540

ยุทธศาสตร์ในการทำเรื่องยากๆ อำนาจต่างๆ ใช้ไม่ได้ผล แนวคิดหลักคือ การสร้างพลังทางสังคม มาร่วมมือกัน พลังทางสังคมต้องการองค์ประกอบ 3 อย่าง คือพลังทางจริยธรรม พลังของการเรียนรู้ พลังของการจัดการ

ศ.นพ.ประเวศ วะสี

13 มีนาคม 2540

สร้างการมีส่วนร่วมให้เกิดขึ้นตลอดทางระหว่าง คนคิด คนทำ คนรับประโยชน์
องค์กรนี้จะต้องทำหน้าที่ empower & enabling สร้างคน เป็นองค์กรอิสระ
ส่งเสริมสนับสนุนมากกว่าควบคุมบังคับบัญชาหรือสั่งการ

ธรรมรักษ์ การพิศิษฐ์

13 มีนาคม 2540

เมื่อไรที่อำนาจมาประเมิน การประเมินนั้นไม่ศักดิ์สิทธิ์ ให้คนอื่นประเมิน
แล้วผู้ที่มีอำนาจใช้ข้อมูลนั้นในการให้คุณให้โทษ

ในระดับ mass ควรประเมินแบบกว้างๆ อีกกลุ่มหนึ่งเป็นหัวรถจักร ประเมิน
อย่างละเอียดลึกซึ้ง

เริ่มด้วยการวัดก่อน แล้วสร้างแรงจูงใจให้เหมาะสม คุณภาพก็อาจจะเกิด
ขึ้นได้โดยไม่ต้องให้คำแนะนำ

ดร.วุฒิพงศ์ เปรียบจรรย์วัฒน์

11 พฤศจิกายน 2540

ขอให้ทุกท่านสัญญากับตัวเองว่าจะต้องปรับปรุงมาตรฐานของตัวเองขึ้นไป
คงจะไม่ดีนักถ้ามีคนมาขีดเส้นให้ท่านเดินโดยที่ท่านไม่ได้ร่วมคิดร่วมทำด้วย
ที่เราทำทั้งหมดเป็นบวกรั้งแต่ลงมือทำ รางวัลที่สูงกว่าเราทำไปสักพักก็ได้ ค่อยๆ
ขยับทำขึ้นไปอีก ทำต่อไป ทำอย่าเลิก อย่าไปเอามาตรฐานของฝรั่งมาบีบคั้น
ตัวเองให้เกิดความเครียดโดยไม่จำเป็น

นพ.ปรากรม วุฒิพงศ์

16 ธันวาคม 2540

พลังความรักจะเกิดได้ต่อเมื่อทุกฝ่ายปฏิบัติต่อกันด้วยความเคารพในคุณค่า
ของกันและกัน มีความเท่าเทียมกัน ถือว่าทุกฝ่ายเป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญ
ต่อระบบใหญ่ เมื่อพลังนี้เกิดขึ้น เราไม่จำเป็นต้องใช้พลังอำนาจก็สามารถก่อให้เกิด
ความสำเร็จได้ และอาจจะสำเร็จมากกว่าการใช้พลังอำนาจ เพราะพลังอำนาจ
ก่อให้เกิดความไม่เท่าเทียมกัน ก่อให้เกิดความรู้สึกต่อต้าน กระตุ้นให้แย่งชิงความ
เป็นใหญ่และตามมาด้วยความบาดหมาง

ความรักต่อผู้ป่วย คือพื้นฐานสำคัญของบริการที่มีคุณภาพ ความรักต่อเพื่อนร่วมงาน คือพื้นฐานสำคัญของการทำงานเป็นทีม

ความรักต่อเพื่อนร่วมงานจะเกิดได้อย่างไรหากท่านยังสวมหัวโขนและเครื่องทรง หัวโขนคือตำแหน่งบริหาร เครื่องทรงคือความรู้สึกในวิชาชีพของตนเอง สวมเครื่องทรงเช่นไรก็ต้องเล่นไปตามบทบาทเช่นนั้น หากถอนเครื่องทรงเสียได้ ทุกคนก็คือเพื่อนร่วมงานซึ่งมีความเท่าเทียมกัน ความรักที่ท่านแผ่ให้กับคนอื่น จะส่งผลกลับมาสู่ท่านมากมายมหาศาลเกินกว่าจะคาดคิด จะเป็นเกราะคุ้มครองท่านเมื่อท่านประสบปัญหา จะทำให้ท่านไม่ต้องเหนื่อยกับแรงต้านที่ไม่จำเป็น จะทำให้ท่านกล้าที่จะก้าวเข้าไปสู่ดินแดนแห่งความไม่แน่นอนด้วยความมั่นใจ

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

25 กุมภาพันธ์ 2543 (2nd HA National Forum)

ระบบสร้างภูมิปัญญาของชาติ ต้องเป็นระบบที่ประกอบไปด้วยการเรียนรู้ ทุกคนในสังคมเป็นคนเรียนรู้ ต้องทำเพื่อลดกิเลสไม่ใช่สนองกิเลสทำเพื่อแบ่งปัน ไม่ใช่ตักตวงทำเพื่อกระจายความมั่นคงไม่ใช่กระจุกตัวทำเพื่อเชื่อมโยงภูมิปัญญาไว้รากให้เป็นภูมิปัญญาท้องถิ่น ที่ช่วยกันและตอบสนองเป็นประโยชน์ต่อทั้งคนไทยและสากล

การสร้างวัฒนธรรมปัญญา จะต้องสร้างสมดุลในสิ่งต่อไปนี้ การพึ่งตนเองกับการใช้ความรู้จากคนอื่น การสร้างกับการเสพ สามัญสำนึกกับสูตรสำเร็จ ข้อมูลความรู้กับความรู้สึก การสร้างสรรค์กับการลอกเลียนแบบ

เครื่องมือในการสร้างปัญญา มีมากมาย เช่น เครือข่าย ข้อมูล กระบวนการ แลกเปลี่ยน การเปิดรับ ยอมรับว่าไม่รู้ การเปลี่ยนแปลง การทำงาน คุณภาพ ประสิทธิภาพ

เครื่องมือในการดับปัญญาที่มีอำนาจสูงคือวัฒนธรรมแห่งอำนาจ การทำตามคำสั่งผู้บังคับบัญชาโดยไม่ต้องคิด การเรียกร่องหาสูตรสำเร็จการเริ่มต้นด้วยความเชื่อไม่เริ่มต้นด้วยการตั้งคำถาม ความประมาทคิดว่าหน่วยงานตัวทำที่อยู่แล้ว

ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช

กุมภาพันธ์ 2543 (2nd HA National Forum)

คนไทยทุกคนควรปรับจิตสำนึก วิธีคิด เราต้องรับรู้อะไรที่ลึกๆ คิดลึกๆ แล้ว เราจะเห็นความเชื่อมโยงของสรรพสิ่งถ้ามองแบบตื้นๆ เร็วๆ หยาบๆ เราจะรู้แบบ แยกส่วน คิดถึงแต่ผลประโยชน์เฉพาะตัว เข้าไม่ถึงความจริง

เมื่อรู้เชื่อมโยงเราจะเกิดความกตัญญูในจิตใจ กตัญญูต่อทุกสิ่งทุกอย่าง เมล็ดข้าว ชานา เพื่อนมนุษย์ ลมฟ้าอากาศ แสงอาทิตย์ จะเกิดการเชื่อมโยงไปสู่การอยู่ร่วมกันด้วยสันติ ปลอดภัยเราไปสู่อิสรภาพ

ถ้ารู้ผิวเผินจะแยกส่วน บีบคั้นทั้งตนเองและคนอื่น เราต้องปรับจิตสำนึก ปรับวิธีคิด ฟังอย่างลึกๆ ไม่ฟังผิวเผินแล้วไปกระทบกัน เราจะฉลาดขึ้น รู้ความจริงมากขึ้น

ศ.นพ.ประเวศ วะสี

8 กันยายน 2547

2

TQM: Total Quality Management

เก๋าความ

เมื่อปี 2535 นักศึกษาไทยคนหนึ่งถ่ายเอกสารหนังสือ TQM จากห้องสมุดของ London School of Hygiene and Tropical Medicine กลับมาเมืองไทย ขณะนั้นคำว่า “บริหารคุณภาพ” ยังไม่มีใครใช้กันและถูกมองด้วยสายตาประหลาดเมื่อนำคำนี้มาใช้

ต่อมาไม่นานมีคนไทยสามคนไปอบรมเรื่อง TQM/CQI ที่สิงคโปร์ ได้พบกับวิทยากรคนหนึ่งซึ่งรับการถ่ายทอดวิทยุศาสตร์มาจาก Dr.Deming คือ Mr.Kai Roland 2536-2539 มีการทำวิจัยดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการสาธารณสุขโดยใช้แนวคิด TQM ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 8 แห่ง โดยมี Mr.Kai Roland มาเป็นที่ปรึกษาให้แก่โครงการในช่วงต้น สรุปบทเรียนอยู่ในรายงาน “ก้าวแรกของ TQM/CQI ในโรงพยาบาล”¹

2539 จากการไปดูงาน HA ในแคนาดา ได้เห็นมาตรฐานฉบับปี 1995 มีการนำแนวคิด CQI เข้ามาบรรจุไว้ในมาตรฐาน จึงได้นำแนวคิดดังกล่าวบรรจุไว้ในมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาญจนาภิเษก และมีคำขยายความมาตรฐานฉบับนี้ว่า “แนวทางพัฒนาคุณภาพโดยมุ่งผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง”

2540-2542 ในช่วงการนำมาตรฐาน HA สู่การปฏิบัติ แนวคิดและเครื่องมือ TQM เป็นพื้นฐานของการพัฒนาที่สำคัญ

¹ อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และคณะ. (พ.ศ. 2541) ก้าวแรกของ TQM/CQI ในโรงพยาบาล. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

GOAL/QPC ซึ่งเป็นองค์กรด้านการวิจัยและฝึกอบรมเกี่ยวกับ TQM ให้คำจำกัดความของ TQM ไว้ว่า “เป็นระบบที่มีแบบแผน เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมทั่วทั้งองค์กร ในการวางแผนและดำเนินการปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง เพื่อตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของลูกค้า”

หากจะถอดความหมายที่ซ่อนอยู่ในคำจำกัดความนี้ ก็จะได้ดังต่อไปนี้:

ใคร: ทุกคนมีความมุ่งมั่น ร่วมมือทำงานเป็นทีม

ทำอะไร: ใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์และความคิดสร้างสรรค์ เพื่อปรับปรุงระบบงานขององค์กร

เพื่ออะไร: เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยและลูกค้า เพื่อความอยู่รอดขององค์กร

ในสิ่งแวดล้อมอย่างไร: มีเป้าหมายร่วมกัน ได้รับการเสริมพลัง มีวัฒนธรรมของการเรียนรู้และพัฒนาไม่หยุดยั้ง

Total: คน - ทุกคน ทุกหน่วยงาน ทุกระดับ, ร่วมมือเป็นทีมในหน่วยระหว่างหน่วย ระหว่างวิชาชีพ, ร่วมมือระหว่างผู้บริหารกับปฏิบัติ **งาน** - ทุกระบบ ทุกขั้นตอน **ลูกค้า** - ทุกคน ทุกความต้องการ **สรุป** ทุกลมหายใจ

Quality: ไม่มีปัญหา ลูกค้าพอใจ ได้มาตรฐาน สานสู่ความเป็นเลิศ

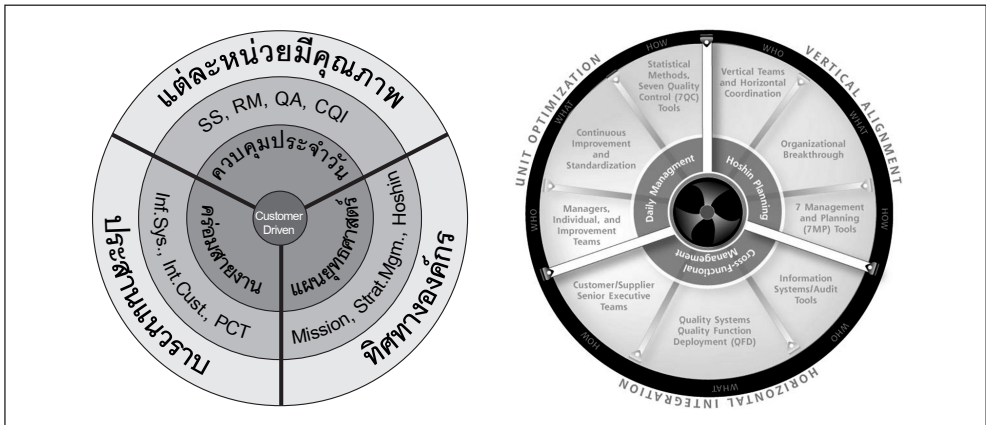
Management: คือการนำแนวคิดการบริหารต่างๆ ที่หลากหลาย มาใช้พร้อมๆ กัน เช่น strategic planning, corporate culture, organization development, achievement motivation, scientific management, training & development

ย่อให้สั้นที่สุด TQM คือการเอาทีม มาปรับปรุงระบบ เพื่อแก้ปัญหาของลูกค้า

หลักการของ TQM/CQI²

ลูกค้าสำคัญที่สุด	Customer Focus
จุดความฝันร่วมกัน	Common Vision
ทีมงานสัมพันธ์	Teamwork & Empowerment
มุ่งมั่นกระบวนการ	Process Improvement
สานด้วยอริยสัจสี่	Problem Solving Process
ดีที่ผู้นำ	Leadership Support
ทำดีไม่หยุดยั้ง	Continuous Improvement

องค์ประกอบของ TQM (GOAL/QPC)



ภาพที่ 2.1 (ซ้าย) วงล้อ TQM ที่นำมาประยุกต์กับโรงพยาบาลตั้งแต่ทำโครงการนำร่อง (ขวา) TQM Wheel บน web-site ของ GOAL/QPC ในปัจจุบัน

ศูนย์กลางของ TQM คือแผนแม่บทซึ่งมีลูกค้าเป็นแรงขับเคลื่อน ล้อมรอบด้วยองค์ประกอบสำคัญที่ต้องพัฒนาควบคู่กันไป 3 ประการ ได้แก่:

1. แต่ละหน่วยมีคุณภาพ (Unit Optimization) เป็นการจัดการงานประจำวันเพื่อให้เกิดการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องหรือสร้างระบบคุณภาพในแต่ละหน่วยงาน ซึ่งมีทั้งการบริหารความเสี่ยง (RM) การประกันคุณภาพ (QA) และการพัฒนา

² หลักการนี้ได้รับการร้อยเรียงไว้เพื่อสื่อสารกับผู้เกี่ยวข้องในโครงการ TQM/CQI ในโรงพยาบาลรัฐ และยังคงใช้การได้อยู่

คุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) โดยมีการกระจายทรัพยากรและภาระงานอย่างเหมาะสมระหว่างหน่วยงานต่างๆ

2. ทิศทางองค์กรหรือการจัดทิศในแนวตั้ง (Vertical Alignment) เป็นการทำให้ทั้งองค์กรสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน โดยอาศัยวิสัยทัศน์ พันธกิจ แผนยุทธศาสตร์ และเข็มมุ่ง เป็นตัวขับเคลื่อนให้เกิดนวัตกรรมในทุกหน่วยงาน (ในโครงการวิจัย TQM ได้มีการทดลองนำ A-I-C มาใช้สร้างวิสัยทัศน์ร่วมขององค์กร)

3. การประสานในแนวนอน (Horizontal Integration) เป็นการทำงานในลักษณะคร่อมสายงาน ผ่านทีมสหสาขาวิชาชีพ ระบบสารสนเทศ รวมถึงการตอบสนองความต้องการของลูกค้าภายใน เพื่อให้เกิดผลในลักษณะ synergy

เครื่องมือพัฒนาคุณภาพ³

ความสำเร็จในการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพประกอบด้วยความเข้าใจในเรื่องแนวคิด/ปรัชญา กระบวนการแก้ปัญหาหรือพัฒนาที่เป็นระบบ และการใช้เครื่องมือที่เหมาะสมกับแต่ละสถานการณ์ เครื่องมือพัฒนาคุณภาพมีทั้งเครื่องมือที่เกิดจากกระบวนการพัฒนาคุณภาพโดยเฉพาะ และเครื่องมือที่เกิดจากกระบวนการเรียนรู้ในสาขาต่างๆ ทั้งด้านสังคมศาสตร์และวิทยาศาสตร์ การพัฒนาทักษะในการใช้เครื่องมือเหล่านี้คือการทดลองทำด้วยตนเอง ทดลองใช้เครื่องมือหลายๆ อย่างที่อาจมีวัตถุประสงค์คล้ายคลึงกัน แล้วเปรียบเทียบดูว่าเครื่องมือใดตอบสนองความต้องการของผู้ใช้มากที่สุด

เครื่องมือสนับสนุนการทำงานของทีม

เครื่องมือสำหรับการนำเสนอความคิด ได้แก่ การระดมสมอง (brainstorming), กลุ่มเสียงผึ้ง (buzz groups)

เครื่องมือสำหรับการจัดกลุ่มความคิด ได้แก่ แผนภูมิกลุ่มความคิด (affinity diagram), แผนภูมิระบบ (systematic diagram) หรือแผนภูมิต้นไม้ (tree diagram), แผนภูมิเหตุและผล (cause & effect diagram)

³ อนุวัฒน์ ศุภชุตินุกูล. เครื่องมือพัฒนาคุณภาพ. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543.

เครื่องมือสำหรับการตัดสินใจ ได้แก่ การลงคะแนนพหุ (multivoting), การเรียงลำดับโดยกลุ่ม (nominal group technique), การลงคะแนนตามเกณฑ์ถ่วงน้ำหนัก (criteria weighting, prioritization matrix), การหาความเห็นร่วมโดยใช้บัตรสี (consensus card method), เทคนิคเดลไฟ (Delphi technique), เปรียบเทียบทางเลือกทีละคู่ (paired-choice matrix), ตารางวิเคราะห์ทางเลือก (proposed option matrix)

เครื่องมือสำหรับปรับปรุงการทำงานของทีม ได้แก่ การทบทวนกระบวนการประชุม (meeting critique)

เครื่องมือสำหรับการทำความเข้าใจกับปัญหาหรือตัวระบบ

ได้แก่ ข้อความปัญหาคุณภาพ (quality gap statement), แผนภูมิคะแนนปัญหา (attribute rating map), คำจำกัดความสำหรับเก็บข้อมูล (operational definition), แผนภูมิการไหลของงาน (flow chart), การบ่งชี้ลูกค้า (customer identification), แผนภูมิความต้องการของลูกค้าและเครื่องชี้วัด (customer requirement & indicator worksheet), ตารางเป็นปัญหา/ไม่เป็นปัญหา (is/is not matrix), แผนภูมิความสัมพันธ์ของเหตุและผล (relation diagram), การวิเคราะห์แรงหนุนแรงต้าน (force field analysis)

เครื่องมือสำหรับรวบรวมและนำเสนอข้อมูลเชิงปริมาณ

ได้แก่ แบบบันทึกความถี่ (check sheet), การสุ่มตัวอย่าง (sampling), แผนภูมิพาเรโต (Pareto diagram), กราฟต่อเนื่อง (run chart), กราฟควบคุม (control chart), แผนภูมิการกระจาย (scatter diagram)

กราฟควบคุม (Control Chart): The Best Tool for Quality Indicator

กราฟควบคุมคือกราฟเส้นแสดงระดับของข้อมูลตามลำดับที่เกิดเหตุการณ์ พร้อมกับนำเสนอค่าสถิติสำหรับเปรียบเทียบ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (mean) และระดับควบคุม (control limit) สำหรับวิเคราะห์ variation และ stability ของระบบหรือกระบวนการ

กราฟควบคุม นำข้อมูลทุกเหตุการณ์มาเสนอ ทำให้เห็นภาพ variation ของระบบได้ดีที่สุด ต่างจากการนำเสนอค่าสรุปซึ่งละทิ้งรายละเอียดต่างๆ ไปหมด

กราฟควบคุมทำให้สามารถแยกแยะเหตุการณ์ผิดปกติซึ่งเกิดจากสาเหตุพิเศษออกจาก variation เนื่องจากสาเหตุที่ฝังอยู่ในระบบ การวิเคราะห์หนึ่งจะนำไปสู่การตัดสินใจว่าจะวางแนวทางแก้ปัญหาพิเศษโดยตัวผู้ปฏิบัติงาน หรือการปรับปรุงระบบซึ่งเป็นความรับผิดชอบของผู้บริหาร

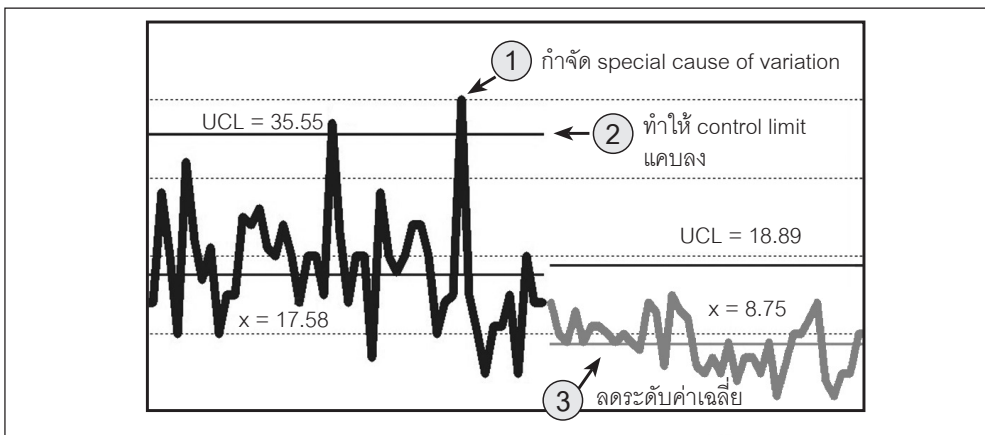
ค่าสถิติ กราฟควบคุมที่ใช้บ่อยคือ x-chart สำหรับข้อมูลจากการวัด และ p-chart สำหรับข้อมูลจากการนับ ซึ่งมีค่าสถิติดังภาพ:

	x-chart	p-chart
ลักษณะข้อมูล	variable, continuous ข้อมูลจากการวัด	attribute, discrete ข้อมูลจากการนับ
ค่าเฉลี่ย (Mean)	\bar{x}	\bar{p}
ระดับควบคุม Control Limit	$\bar{x} \pm 3 SD$	$\bar{p} \pm 3\sqrt{\frac{\bar{p}(1-\bar{p})}{n}}$

ภาพที่ 2.2 ค่าสถิติของกราฟควบคุม

ถ้ามีข้อมูลใดอยู่นอก control limit จะตัดข้อมูลนั้นออกแล้วคำนวณค่า mean และ control limit ใหม่ ทำซ้ำจนกว่าจะไม่มีค่าใดอยู่นอก control limit อีก จึงจะถือว่าค่าที่คำนวณได้เป็นค่าสถิติที่แท้จริงของระบบ อย่างไรก็ตาม ในการเขียนกราฟจะนำข้อมูลทุกเหตุการณ์เข้ามา plot

เป้าหมายของการปรับปรุงแก้ไข



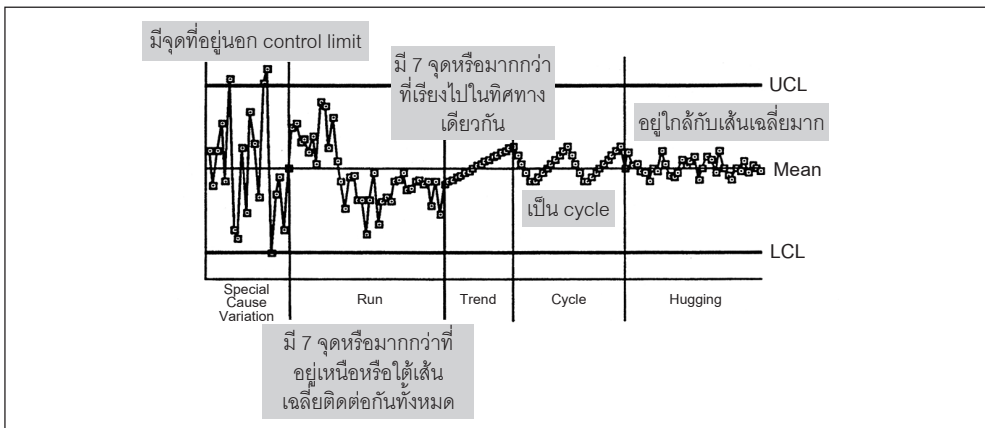
ภาพที่ 2.3 เป้าหมายของการปรับปรุงแก้ไข

เป้าหมายของการปรับปรุงแก้ไขระบบตามลำดับคือ

1. **กำจัดสาเหตุพิเศษ** (special cause of variation) คือเหตุการณ์ที่อยู่นอก control limit ถือว่าเกิดจากสาเหตุพิเศษ ซึ่งควรจะหาคำอธิบายได้ชัดเจน และวางแนวทางป้องกันมิให้มีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้นซ้ำ

2. **ทำให้ control limit แคบลง** คือการลด variation ในระบบ เช่น การปรับปรุง flow หรือลดการทำงานในลักษณะ batch การมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน และมีสิ่งอำนวยความสะดวกที่ทุกคนปฏิบัติเหมือนกัน

3. **ลดระดับค่าเฉลี่ย** ซึ่งจะเกิดได้เมื่อมีการตัดขั้นตอนบางอย่างที่ไม่จำเป็น ออก เพิ่มจุดบริการให้เพียงพอ หรือออกแบบระบบใหม่ทั้งหมด



ภาพที่ 2.4 ลักษณะของ unstable process

นอกจากนั้น ควรพิจารณาว่ามีลักษณะของ unstable process อื่นๆ หรือไม่ หากพบก็ให้ตรวจสอบความถูกต้องของการบันทึกข้อมูล ตลอดจนสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงไป

3

การใช้ศาสตร์ด้านอ่อน (Soft Science) เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนา

เถ้าถ่าน

กระบวนการพัฒนาคุณภาพเป็นการใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ ใช้ข้อมูล เพื่อปรับปรุงกระบวนการต่างๆ แต่การทำงานกับคนที่เข้ามาร่วมในกระบวนการพัฒนานั้นจำเป็นต้องเข้าใจความรู้สึกนึกคิด จิตวิทยา การจูงใจ การสื่อสาร ความเชื่อ การเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ กระบวนการ HA ได้นำศาสตร์ด้านอ่อนต่างๆ มาใช้เพื่อส่งเสริมการทำงานของทีม ให้เป็นเครื่องมือของผู้นำและผู้เยี่ยมสำรวจ เช่น facilitation skill, การคิดแบบหมวกหกสี, GROW model สำหรับการเป็นโค้ช, การใช้ธรรมะ, การนำวรรณกรรมมาเปรียบเทียบ, การใช้เรื่องเล่า, การคิดเชิงระบบ, การค้นหาแก่นบวกในองค์กรหรือ Appreciative Inquiry (AI)

Facilitation Skill (2540)

การมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน และการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ เป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างยิ่งสำหรับการเปลี่ยนแปลงที่ประสบความสำเร็จสูง การที่จะทำให้ทีมได้รับการเสริมพลังและมีส่วนในการพัฒนาคุณภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ต้องอาศัย facilitation skill ของผู้นำและผู้ทำหน้าที่เอื้ออำนวยแก่ทีม (facilitator)

Facilitator คือ ผู้จัดเตรียมและผู้สื่อสารซึ่งมีความเชี่ยวชาญพิเศษในเรื่อง

พลวัตของกลุ่ม เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าจะมีวัฒนธรรมของการมีส่วนร่วมด้วยการสื่อสาร 2 ทางภายในทีม คือการฟังอย่างตั้งใจและการแสดงความคิดเห็นที่น่าเชื่อถือ facilitator เป็นผู้กระตุ้นให้ทีมเกิดการวางแผน การจัดองค์กร การมีวินัย และการติดตามกิจกรรมของทีม บทบาทของ facilitator คือการจัดโครงสร้างและชักจูงให้ทีมเห็นจุดเน้นโดยไม่ยุ่งกับเนื้อหา การวางตัวเป็นกลางในเนื้อหาของ facilitator มีความสำคัญต่อการพัฒนาศักยภาพของทีม การมีส่วนร่วม ความไว้วางใจ และการคุยกันอย่างเปิดใจ

การจัดโครงสร้าง คือ การตอบคำถาม “อย่างไร” เช่น จะจัดการกับหัวข้อและประเด็นในการประชุมอย่างไร จะจัดวาระการประชุมอย่างไร จะดำเนินการประชุมอย่างไร จะให้มีการอภิปรายกันอย่างไร จะใช้ flip chart และทำให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างไร จะจัดสถานที่ประชุมอย่างไร

การมุ่งเนื้อหา คือ การตอบคำถาม “อะไร” เช่น อะไรเป็นประเด็นในการประชุม อะไรคือปัญหา อะไรคือการวิเคราะห์ อะไรคือข้อเสนอแนะ อะไรคือข้อมูลสนับสนุน

Facilitator อาจจะเป็นตำแหน่งของสมาชิกในทีม มีหน้าที่ชักจูงเพื่อให้ความพยายามของกลุ่มไปสู่เป้าหมาย ถ้าหัวหน้าร่วมอยู่ในทีม อาจจะทำหน้าที่เป็น facilitator ผู้นำ หรือสมาชิกทีมก็ได้ facilitator อาจจะเป็นคนเดียวกับหัวหน้าทีม หรือคนละคนก็ได้ ในองค์กรที่มีขนาดใหญ่จะมี facilitator ทำงานเต็มเวลาเพื่อช่วยเหลือทีมต่างๆ โดย facilitator ที่ทำงานเต็มเวลา 1 คนจะสามารถดูแลทีมได้ 6-8 ทีม

ทักษะที่สำคัญของ facilitator คือ การตั้งคำถาม การฟัง และการสะท้อนกลับ เมื่อเริ่มต้นโครงการ HA ในปี 2540 การฝึกอบรมที่เป็นหัวใจสำคัญคือการเรียนรู้ facilitation skill เพื่อไปช่วยเหลืออำนวยความสะดวกให้เกิดการพัฒนา แม้ว่าจะมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของ facilitator ให้รับผิดชอบในการดูแลกระบวนการของการทำงานเป็นทีม แยกออกจากประธานซึ่งดูแลในด้านเนื้อหาของการประชุม แต่ก็มุ่งหวังให้สมาชิกทุกคนมีทักษะดังกล่าวและนำไปใช้ในการทำงานร่วมกัน

ทศกสิ (2540)

Edward de Bono เป็นผู้เสนอว่าความคิดของคนเรานั้นอาจเปรียบเทียบกับการใส่หมวกสีต่างๆ 6 สี การเปรียบเทียบความคิดกับการใส่หมวกทำให้เรา

สามารถเปลี่ยนวิธีการคิดได้เหมือนกับการเปลี่ยนหมวก ทำให้ไม่เกิดการเสียหน้า หากจะขอร้องให้มีการเปลี่ยนหมวกสีในที่ประชุม การบอกกับสมาชิกว่า “ใจเย็นๆ อย่าใช้อารมณ์” อาจจะเป็นการใส่เชื้อเพลิงให้มากขึ้น แต่การใช้คำพูดว่า “ในช่วงนี้ขอพวกเรามาใช้หมวกสีขาวกันดีกว่า” จะทำให้สมาชิกปรับเปลี่ยนอารมณ์และวิธีการประชุมได้

การจดจำหมวกสีไม่ใช่ของยากหากเปรียบเทียบกับสิ่งที่คุ้นเคย เช่น สีแดง คือสีหน้าของคนที่มีอารมณ์โกรธ, สีขาวคือสีแห่งความบริสุทธิ์ เป็นกลาง, สีเหลือง คือสีของพระอาทิตย์ยามเช้าซึ่งสดชื่นน่ารื่นรมย์, สีดำคือสีแห่งความมืดมนมองไม่เห็นทางไป, สีเขียวคือสีของยอดอ่อนของหน่อกล้วยซึ่งแตกทะลุขึ้นมา เสมือนความคิดสร้างสรรค์, สีฟ้าคือสีของท้องฟ้า หรือจักรวาล ที่ครอบคลุมทุกสิ่งทุกอย่าง

หมวกสีทำให้ความคิดที่เป็นคู่ตรงข้ามมีโอกาสแสดงออกอย่างสมดุลและสันติ แดง-ขาว คือคู่ของอารมณ์และเหตุผล/ข้อเท็จจริง ดำ-เหลือง คือคู่ของความคิดลบและความคิดบวก

การสรุปผลต่อที่ประชุมว่ามีการใช้หมวกสีประเภทใดมากในการประชุม จะทำให้ที่ประชุมพยายามลดการใช้หมวกสีที่ไม่เหมาะสมลง เช่น สีแดง สีดำ และพยายามใช้หมวกสีขาวย สีเหลือง สีเขียว ให้มากขึ้น

บางครั้งการใช้หมวกสีดำและสีแดงก็มีประโยชน์ เช่น ใช้หมวกสีดำเพื่อวิเคราะห์แรงต้านต่อการเปลี่ยนแปลง ใช้หมวกสีแดงเพื่อให้ทุกคนได้ระบายความรู้สึก

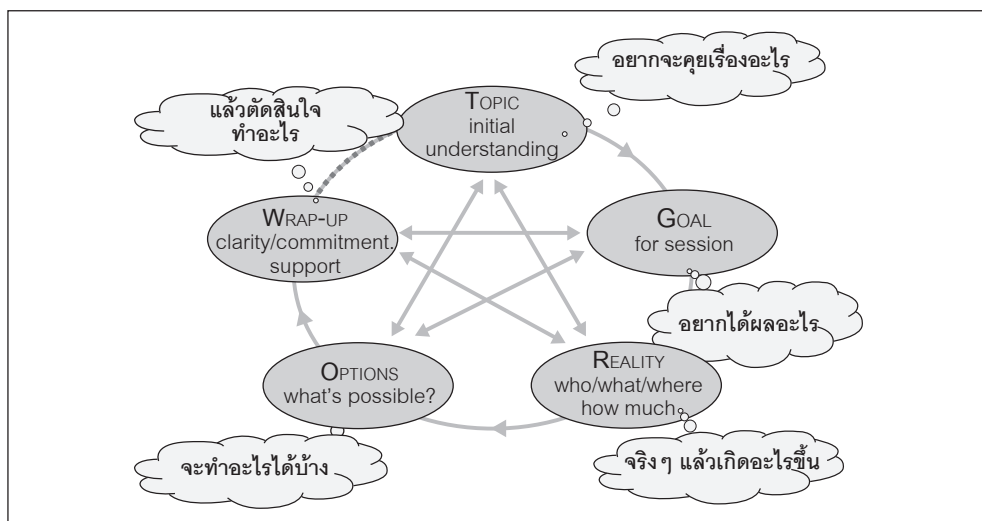
กรอบที่ 3.1 หมวกหกสี

หมวกสี	เป็นตัวแทนของ	การประยุกต์ใช้เมื่อเกิดอุบัติเหตุ
แดง	อารมณ์	“เจ้าหน้าที่ไม่รับผิดชอบ ควรลงโทษ”
ขาว	เหตุผล ข้อมูล	“อะไรคือสาเหตุ มีข้อมูลอะไรที่ควรค้นหา”
ดำ	ความคิดลบ	“คงหาความร่วมมือยากในการป้องกัน”
เหลือง	ความคิดบวก	“เป็นสัญญาณเตือนว่าระบบของเรายังไม่เหมาะสม”
เขียว	สร้างสรรค์	“วิธีนี้น่าสนใจ น่าจะลองนำมาปฏิบัติ”
ฟ้า	รวบยอด	“นี่คือแผนงานที่เราจะทำต่อไป”

ทักษะการเป็นโค้ชมีความสำคัญสำหรับผู้รับผิดชอบงานคุณภาพในโรงพยาบาล ผู้บริหาร และผู้เยี่ยมสำรวจ บทบาทหลักของการเป็นโค้ช คือการทำให้เกิด focus attention เพื่อลดตัวกวนที่จะทำให้การปฏิบัติงานไม่เต็มศักยภาพ เช่น ความหวาดกลัว ไม่มั่นใจ ว้าวุ่นใจ หงุดหงิด หรือแม้แต่ความพยายามที่มากเกินไป

การโค้ชคือศิลปะในการช่วยให้ผู้อื่นมีผลงานที่ดีขึ้น โดยที่ผู้ถูกโค้ชมีความสามารถที่จะคิดด้วยตนเอง โค้ชต้องไม่คิดว่าตัวเองมีคำตอบที่ถูกต้อง แต่ช่วยให้ผู้ถูกโค้ชสำรวจตรวจสอบ ทำความเข้าใจ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่ดีกว่า

ทักษะการโค้ชมี spectrum ตั้งแต่ลักษณะของ directive เช่น การบอก การสอน ไปถึง non-directive เช่น การปรับคำพูด การรับฟัง การสะท้อนความเห็น การถาม เป็นทักษะสำคัญของโค้ช การถามที่มีเป้าหมายและลำดับขั้นที่ชัดเจน ช่วยให้การโค้ชประสบผลสำเร็จได้ดีขึ้น จึงเป็นที่มาของ GROW model ที่จัดเรียงลำดับของการตามไว้ตามภาพ:



ภาพที่ 3.1 GROW Model

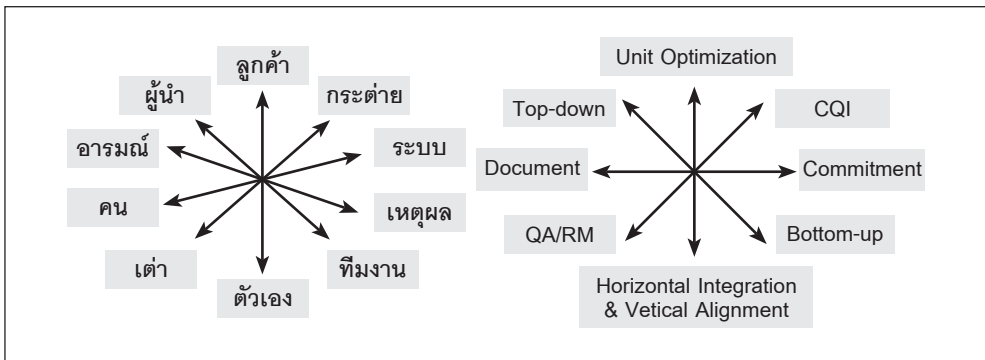
นอกจากคำถามตามขั้นตอนหลักๆ ทั้งสี่แล้ว ในแต่ละขั้นตอนยังมีคำถามย่อยอีกจำนวนมาก เช่น ในการถามเพื่อกระตุ้นการคิดทางเลือกต่างๆ นั้น โค้ช

อาจจะตั้งเงื่อนไขให้กับผู้ถูกโค้ช เช่น มีทางเลือกอะไรบ้างในการที่จะแก้ปัญหา ดังกล่าว, จะทำอะไรอย่างอื่นได้อีก, ถ้ามีเวลามากขึ้นสำหรับเรื่องนี้ จะพยายามทำอะไร, ถ้ามีเวลาน้อยลง จะมีอะไรเป็นตัวกดดันให้ต้องพยายามมากขึ้น, จินตนาการว่าเรามีพลังมากขึ้น มีความมั่นใจมากขึ้น จะพยายามทำอะไร, ถ้าเรื่องเงินไม่เป็นปัญหา จะพยายามทำอะไร, ถ้ามีอำนาจควบคุมได้เบ็ดเสร็จ จะพยายามทำอะไร

การใช้หมวกสี อาจมาสัมพันธ์กับ GROW model ได้ เช่น ใช้หมวกสีเหลืองในช่วงการกำหนด goal, ใช้หมวกสีแดง ดำ ขาว ในช่วงการค้นหา reality, ใช้หมวกสีเหลืองและเขียว ในช่วงการหา option, และใช้หมวกสีฟ้าในช่วง wrap-up

การพัฒนาที่สมดุล (2543)

เมื่อเริ่มต้นพัฒนาคุณภาพกันมาได้ระยะหนึ่ง เริ่มมีความคิดและข้อสงสัยว่าควรจะมุ่งเน้นไปทางไหนดี บ้างก็อ้างอิงถึงทฤษฎีของบางคน บ้างก็เอาความนิยมส่วนตนเป็นตัวตั้ง จุดมุ่งเน้นที่เป็นชั่วคราวข้ามไม่เป็นผลดีต่อการพัฒนา จึงได้นำชั่วคราวข้ามเหล่านี้มาแสดงให้เห็นและชวนกันหาทางพัฒนาโดยใช้ประโยชน์จากความคิดทั้งสองชั่ว หลอมรวมให้ใช้ร่วมกันอย่างสมดุลแทนที่จะทำลายหรือละเลยด้านหนึ่งด้านใด ต่อมาในปี 2547 คุณภาพที่สมดุลก็เป็น theme ของการจัดประชุม HA National Forum ครั้งที่ 5



ภาพที่ 3.2 สมดุลระหว่างชั่วต่างๆ ของการพัฒนา

สมดุลของการพัฒนาแบบเต่ากับกระท่ายคือการใช้ทั้ง re-engineering ที่ก้าวกระโดด ควบคู่กับ CQI ที่ค่อยเป็นค่อยไป

สมดุลของการพัฒนาคนกับระบบ คือการพัฒนาคนควบคู่กับการพัฒนา ระบบ พัฒนาคนเพื่อไปพัฒนาระบบ ระหว่างที่สร้างงานก็สร้างคนไปด้วย

สมดุลของอารมณ์กับเหตุผล คือการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลูกอารมณ์อยาก ทำงาน ขณะที่ตัดสินใจโดยใช้ข้อมูลและเหตุผล ควบคู่กับความรู้สึกของผู้เกี่ยวข้อง หมวกหกสีเป็นตัวอย่างของเครื่องมือที่ทำให้เกิดสมดุลทางความคิด

บทบาทของผู้นำและทีมงาน ลงตัวตรงที่ว่า ผู้นำ “say what” อะไรคือ เป้าหมายสำคัญที่ต้องการปรับปรุง ทีมงาน “say how” ค้นหาวิธีการปรับปรุงด้วย ตนเองเพราะเป็นคนรู้ปัญหาดีที่สุด

สมดุลระหว่างลูกค้ากับตัวเอง คือการทำให้ได้ประโยชน์จากการพัฒนาทั้ง คู่ ลดความคิดว่าทำคุณภาพเพื่อลูกค้าแล้วตัวเองต้องเหนื่อยมากขึ้น มองหาแง่คิด ว่าไม่ว่าจะทำอะไร ตัวผู้ทำนั้นได้ผลตอบแทนเสมอ

สมดุลระหว่าง top-down กับ bottom-up คือมีหัวข้อการพัฒนาทั้งที่มาจาก นโยบายของผู้นำและที่ทีมงานร่วมกันกำหนดเพื่อแก้ปัญหาหน้างาน

สมดุลระหว่าง CQI กับ RM/QA คือการเชื่อมประสานกระบวนการพัฒนา ทั้งหมดเข้าด้วยกัน เมื่อเกิดปัญหาก็ปรับปรุงแก้ไข เมื่อเห็นโอกาสแม้จะไม่ใช่ ปัญหาก็นำไปพัฒนา แก้ไขและพัฒนาแล้วก็วางแนวทางเป็นหลักประกันที่จะมีการ ปฏิบัติอย่างคงเส้นคงวาตามระบบที่วางไว้

สมดุลระหว่าง document & commitment คือใส่ใจกับการมีความตั้งใจ ทำงานอย่างมีคุณภาพและมีสติที่หน้างาน กับการมีระบบเอกสารที่จำเป็นเพื่อสร้าง หลักประกันของการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและสอดคล้องกันทั้งองค์กร

สมดุลระหว่าง unit optimization กับ horizontal integration/vertical alignment คือการที่แต่ละหน่วยงานพัฒนาคุณภาพของตน ขณะเดียวกันก็ให้ความ ร่วมมือกับหน่วยงานอื่นและปฏิบัติตามทิศทางที่องค์กรกำหนด

ธรรมาภิบาลคุณภาพ (2544)⁴

ในช่วงเริ่มต้น เอกสารของ พรพ. มักจะออกมาในเชิงของความรู้ด้านตะวันตกเป็นส่วนใหญ่ ในโอกาสปีใหม่ พ.ศ.2545 พรพ. จึงได้ทบทวนศาสตร์ด้านตะวันตก

⁴ อนุวัฒน์ ศุภชุตินุกูล. ธรรมาภิบาลคุณภาพ. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2544

ออกที่ได้นำมาใช้ หรือพยายามใช้ หรือควรจะนำมาใช้ โดยนำธรรมะมาวิเคราะห์ และตีความหมายเพื่อการใช้ประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพ เพื่อเป็นพื้นฐานของการบรรลุเป้าหมายของชีวิตที่สูงขึ้นไปเป็นลำดับขั้น เนื้อหาส่วนใหญ่เป็นคำสอนที่ท่านพุทธทาสภิกขุและท่านเจ้าคุณพระธรรมปิฎกหรือพระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต) เป็นผู้นำมาถ่ายทอด

กรอบที่ 3.2 การนำธรรมะมาประยุกต์ใช้กับการพัฒนาคุณภาพ

ธรรมะ	คุณภาพ
ศาสนา คือ ระบบแห่งการสังเกตและการกระทำ ชนิดที่ทำให้เกิดการผูกพันระหว่างมนุษย์กับสิ่งสูงสุด (พุทธทาสภิกขุ)	การพัฒนาคุณภาพเป็นระบบแห่งการสังเกต และปฏิบัติ เป้าหมายของการพัฒนาคุณภาพคือการบรรลุพันธกิจหรือหน้าที่ขององค์กร
ตัวแท้ของศาสนานั้นเป็นสิ่งที่จะรู้จักได้ด้วยการปฏิบัติลงไปจริงๆ เท่านั้น เหมือนกับขึ้นต้นไม้ไปจากโคน (พุทธทาสภิกขุ)	ยิ่งเรียนรู้จากตำราและฝึกอบรมมากเท่าไร ก็ยิ่งไม่รู้ตัวแท้ของคุณภาพ เพราะไม่ยอมลงมือปฏิบัติ หรือดูถูกการเรียนรู้ด้วยการปฏิบัติ ที่ร้ายกว่านั้นคือการรอคำตอบสำเร็จรูปจากผู้อื่น เมื่อไรที่กล้าลงมือลองดู ลงมือทำ สังเกตผล ปรับปรุงให้ดีขึ้น ก็จะเข้าถึงตัวแท้ของคุณภาพมากขึ้น
สุดยอดของมนุษย์คือพุทธะ แก่นแท้ของธรรมชาติคือธรรมะ จุดหมายของสังคม คือ สังฆะ (พระธรรมปิฎก)	ให้ความสำคัญกับศักยภาพของผู้ปฏิบัติงานทุกคน ทำความเข้าใจและปฏิบัติให้ถูกต้องตามหลักความจริงของธรรมชาติ สร้างองค์กรที่เราทำงานอยู่ให้เป็นชุมชนอุดมคติ
สรุปพระพุทธวจนะทั้งสิ้นให้เหลือเพียงประโยคเดียว คือ “ธรรมทั้งหลายทั้งปวง อันใครๆ ไม่ควรเข้าไปยึดมั่นถือมั่นด้วยความเป็นตัวตนหรือโดยความเป็นของๆ ตน” (พุทธทาสภิกขุ)	นี่คือการเปลี่ยนกระบวนทัศน์อันยิ่งใหญ่ของมนุษยชาติ ซึ่งเราสามารถนำมาใช้ในระดับใดๆ ได้ การลดอัตราในฐานะผู้ให้บริการจะนำไปสู่การเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานเป็นศูนย์กลาง การลดอัตราในฐานะผู้บริหารจะนำไปสู่การเสริมพลังทีมงาน การลดอัตราของวิชาชีพจะนำไปสู่การทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ

กรอบที่ 3.2 การนำธรรมะมาประยุกต์ใช้กับการพัฒนาคุณภาพ (ต่อ)

ธรรมะ	คุณภาพ
<p>กระบวนการของชีวิตที่เคลื่อนไหวไปนั้นแยกเป็น 3 ด้าน คือ พุทธกรรม จิตใจ และปัญญา เราก็พัฒนาชีวิตทั้ง 3 ด้านนี้ขึ้นไปให้ทำอะไรได้สำเร็จตามต้องการ องค์ประกอบทั้ง 3 ต้องพึ่งพาอาศัยกันและกัน (พระธรรมปิฎก)</p>	<p>ในระดับองค์กรก็ต้องมีการพัฒนาพฤติกรรม จิตใจ และปัญญา องค์กรมีดีด้วยการที่สมาชิกมีวินัย ปฏิบัติตามนโยบาย กฎ ระเบียบ ข้อตกลง คู่มือ องค์กรมีจิตตั้งมั่นด้วยความร่วมมือร่วมใจ เพียรพยายาม มีสติรู้ว่าตรงไหนเป็นจุดแข็ง ตรงไหนเป็นจุดอ่อน องค์กรมีการพัฒนาทางปัญญาด้วยการร่วมมือกันพัฒนาและเรียนรู้จากผลการทำงาานั้น</p>
<p>หลักธรรมเพื่อแก้วิกฤติของสังคม 1) หลักกรรมและความเพียร 2) หลักไตรสิกขาเพื่อพัฒนาตน 3) หลักไม่ประมาท ขวนขวายสร้างสรรค์สิ่งที่ดีงาม 4) หลักพึ่งตนเองและเผื่อแผ่ (พระธรรมปิฎก)</p>	<p>มีความชัดเจนว่าเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการพัฒนาคุณภาพขององค์กร</p>
<p>ธรรมะหรือศาสนานี้ ึ่งใช้อย่างกับว่าเป็นแพสำหรับข้ามฟาก (พุทธทาสภิกขุ)</p>	<p>การพัฒนาคุณภาพ หากยึดติดในเครื่องมือหรือรูปแบบทั้งหลายมากเกินไปแล้ว ก็ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่ต้องการได้</p>
<p>มนุษย์สามารถทำการงานสนุกสนานโดยไม่มี ความทุกข์เลย แต่ต้องรู้จักปรับปรุงจิตใจให้ สนุกสนานในการทำงาน ทำอะไรก็ให้มันเป็นศิลปะ (พุทธทาสภิกขุ)</p>	<p>หากจะทำให้ผู้คนมาร่วมทำในสิ่งที่ถูกต้องจะต้องทำให้เป็นศิลปะ เป็นศิลปะภายในจิตใจ ทำจิตใจให้รู้จักสิ่งทั้งปวงตามความเป็นจริง แล้วปรับจิตใจให้สนุกสนานกับงานที่ทำ</p>
<p>ชีวิตมนุษย์ควรถูกลากด้วยวัฒนธรรมฝ่าย วิญญาณและฝ่ายวัตถุ โดยมีฝ่ายวิญญาณเป็น ฝ่ายนำ วิญญาณหมายถึงทิวฐิ ความคิด ความ เห็น ความเข้าใจ สติปัญญา รู้จักทุกสิ่งตามที่เป็นจริง แล้วปฏิบัติถูกต้องตามที่เป็นจริง</p>	<p>การที่ทีมดูแลผู้ป่วยไปตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกัน อย่างสม่ำเสมอ พยายามใช้ศักยภาพในวิชาชีพของตนช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเต็มที่ ตระหนักในคุณค่าของตนเองและคุณค่าของวิชาชีพอื่น หนไม่ ได้ที่จะเห็นผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานทั้งที่มีโอกาส ได้รับสิ่งที่ดีกว่าที่เป็นอยู่ ขยายบทบาทของที่มีออกไปทำงานเชิงรุกนอกโรงพยาบาล มีความสุข สนุก และพึงพอใจกับการได้ทำประโยชน์เพื่อส่วนรวม และพัฒนาจิตใจของตนเอง ถือว่ามีวัฒนธรรมทางจิตวิญญาณ</p>

กรอบที่ 3.2 การนำธรรมะมาประยุกต์ใช้กับการพัฒนาคุณภาพ (ต่อ)

ธรรมะ	คุณภาพ
<p>การที่รู้จักชีวิตมากขึ้น คือผลดีที่ได้จากการทำงาน ธรรมชาติได้เลื่อนขั้นให้ในตัวการทำงานนั้น</p> <p>จุดหมายปลายทางเราต้องเป็นผู้อยู่เหนือปัญหา</p> <p>1) เมื่อประสบความสำเร็จ ไม่โง่ ไม่หลง ไม่ถึงโถด</p> <p>2) เมื่อไม่ประสบความสำเร็จ ก็ไม่เศร้าโศกเสียใจ</p> <p>3) เมื่อประสบความสำเร็จวิเศษใหญ่หลวงตามธรรมดา โลก ก็หัวเราะได้</p>	<p>เมื่อมีคำถามว่า “พัฒนาคุณภาพแล้วตัวคนทำได้อะไร” คำตอบนี้น่าจะชัดเจนที่สุด และมีคุณค่าที่สุด</p>

หลังจากนั้น ได้มีข้อคิดในการนำธรรมะมาประยุกต์ใช้กับการทำงานคุณภาพเพิ่มเติมขึ้นดังนี้:

ธรรมะ	คุณภาพ
<p>โพชฌงค์ 7 คือ องค์ธรรมแห่งความสำเร็จ เป็น สนามปฏิบัติทางปัญญา: สติ ธมฺมวិจย วิริย ปิติ ปุทฺสฺสฺส ทิ สมาริ อุเปกฺขา</p>	<p>2547: นำสนามปฏิบัติทางปัญญามาใช้ในการพัฒนาคุณภาพ 1) รู้รอบ รู้ทั่ว 2) เลือกสรรให้เหมาะสม 3) พากเพียร กล้าหาญ 4) อุ่มใจในงานทุกชั้น 5) ปรับประสานให้เข้ารูป 6) จิตตั้งมั่น ว่องไว 7) นิ่งดูผล</p>
<p>สติปฏิฐาน 4 คือ การเจริญสติใน กาย เวทนา จิต ธรรม (physical, emotion, goal, ultimate truth)</p>	<p>2550: การเจริญสติในงานประจำเพื่อให้เกิดคุณภาพ คือ การตื่นรู้ในสิ่งต่อไปนี้ 1) สิ่งที่ทำและเหตุผล 2) การปฏิบัติตามกระบวนการที่ออกแบบไว้ 3) ผลลัพธ์ 4) ความเป็นเหตุปัจจัยของกันและกัน</p>
<p>มรรค 8 ทางดำเนินชีวิตอันประเสริฐสู่ความหลุดพ้น สมฺมาทิฐิ สมฺมาสงกฺกปฺป สมฺมากมฺมมฺนุต สมฺมาอาชีวิ สมฺมาวาจา สมฺมาวายาม สมฺมาสติ สมฺมาสมาธิ</p>	<p>2556: เส้นทางสองศักราชที่น่าไว้วางใจ ประกอบด้วย เชื่อว่านี่คือสิ่งที่ควรทำ เชื่อว่าเป็นหน้าที่ของเรา, มุ่งมั่นตั้งใจที่จะทำ, วางระบบงานที่รัดกุม ปฏิบัติตามระบบที่วางไว้, พัฒนาอย่างพอเหมาะพอควร ไม่เบียดเบียนกัน, เอื้อน ให้การสื่อสารอย่าง สร้างสรรค์ที่ผลิตออกนอกผล, อด พยายามทำอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ดีขึ้น ทำให้มากขึ้น ทำให้คุ้มค่า, ตื่น สมาชิกรู้ตนเอง องค์รู้ตนเอง รับผิดชอบต่อตัว, รู้จัก อดใคร่ครวญเพื่อให้เกิดปัญญา</p>

ชีวิตที่สมดุลเป็นสิ่งที่พึงปรารถนา สมดุลอาจเกิดจากการจัดวางในตำแหน่งที่พอดี, นำสิ่งตรงข้ามมาถ่วงกัน, การมองหลายมุมประกอบกัน ผู้ทำงานคุณภาพอ่านตำราหน้าๆ มามากแล้ว จึงฝากข้อคิดจากเรื่องเบาๆ มาอ่านเป็นการผ่อนคลาย เพื่อสุขภาพ สมดุลแห่งชีวิตและการงาน เป็นของขวัญปีใหม่ 2547

โมโม่ สูดยอด facilitator

โมโม่เป็นเด็กหญิงพเนจรไม่รู้หัวนอนปลายเท้าซึ่งพลัดหลงมาอยู่ที่โรงละครโบราณร้างแห่งหนึ่ง ไม่นานนักก็มีแต่เสียงพูดกันว่า “ไปหาโมโม่สิ”

ความสามารถพิเศษของโมโม่คือการฟังเป็น พอได้พูดต่อหน้าโมโม่ คนโง่กลับมีความคิดดีๆ ขึ้นมาได้ เธอเพียงแต่นั่งฟังผู้นั้นพูดด้วยความตั้งใจและอย่างเอาใจใส่ ขณะที่เธอมองเขาด้วยนัยน์ตาดำขลับ คนพูดก็จับความคิดขึ้นมาได้ ซึ่งเขาก็ไม่เคยรู้ว่ามันมีอยู่ในหัวสมองของเขา

เมื่อเธอฟังคนที่ดูเหมือนหมดปัญญาหรือว่าลึกลับใจ เขาก็คิดขึ้นมาได้ว่าควรทำอะไรแล้วตัดสินใจได้ในทันที แม้คนชั่วร้ายก็กลายเป็นคนกล้า คนไหนเป็นทุกข์กลับรู้สึกสุขใจถ้าได้พูดให้เธอฟัง คนที่น้อยเนื้อต่ำใจว่าตัวเองไม่มีความหมายก็เกิดมีกำลังใจและรู้สึกได้ว่าเขาก็มีเอกลักษณ์ มีความสลักสำคัญ

เป็ปโป่ เพื่อนของโมโม่ เป็นคนกวาดถนน เล่าให้โมโม่ฟังว่า “เราจะต้องไม่คิดถึงถนนทั้งสายในครั้งเดียว จะต้องคิดถึงแต่ก้าวต่อไป ลมหายใจต่อไป การกวาดครั้งต่อไป แล้วจึงคิดถึงครั้งต่อไปอีก ครั้งแล้วครั้งเล่า แล้วจะมีความสุขใจแล้วในทันใด ถนนที่ว่ายยาวได้ถูกเดินผ่านแล้วโดยไม่ทันสังเกตว่าทำได้อย่างไร”

ดวงตาระต่าย ดวงตาระจ่างแห่งความรู้และความเข้าใจ

เท็จโซ เป็นเด็กกำพร้าที่อาศัยอยู่กับตาในบ้านพักคนงานโรงขยะ สัตว์เลี้ยงของเท็จโซคือแมลงวันในขวดแก้วจำนวนมาก ไม่ค่อยมีใครมาคบหากับเท็จโซ เพราะเห็นว่าเป็นเด็กสกปรก ซ้ำยังพากันเรียกว่าไอ้พวกบ้านขยะบ้าง บ้านตึกแดนบ้าง ครูโคทานก็เลยส่งเสริมให้เท็จโซวิเคราะห์แยกพันธุ์แมลงวัน วาดภาพแมลงวัน

⁵ อนุวัฒน์ ศุภชุตีกุล. วรรณกรรมกับคุณภาพ. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2546

พันธุ์ต่างๆ ทดลองอาหารแมลงวัน ต่อด้วยวงจรชีวิตและการวางไข่ วันหนึ่งมีโทรศัพท์จากโรงงานหมูแฮมว่าโรงงานมีแมลงวันมากผิดปกติทั้งที่ระวังเรื่องความสะอาดอย่างยิ่ง ปรีक्षाเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแล้วก็ยังไม่ได้ผล ครูก็พาเทจโซไปเยี่ยมโรงงาน เทจโซก็อุทานว่า “แมลงวันบ้านนี้ น่าแปลกจัง” แล้วก็ปีนขึ้นไปบนรั้วของโรงงานและตะโกนสุดเสียง “นั่นไง” ช่างนอกมีกองปุ๋ยคอกของชาวนาอยู่ 6 กองใหญ่ ตอนนี้เป็นบทเรียนสำหรับการไม่ด่วนสรุปในสิ่งที่ยังคลุมเครือ การแก้ปัญหาต้องเกิดจากความรู้ที่จริงจังและรู้สึก ไม่นำมาตรการต่างๆ ไปมาใช้โดยไม่พิจารณาให้รอบคอบ

ครูอะตะจิ มีวิธีการสอนเรียงความแบบพริบตาเดียว โดยบอกว่าในเรียงความ มีตัวเดียวกับตัวเลขบนกันอยู่ ถ้าหาตัวเลขให้พบแล้วไล่มันออกไป ก็จะเหลือแต่ตัวดี เป็นเรียงความที่ใช้ได้ ครูเอาตัวอย่างความเรียงมาให้ให้นักเรียนอ่านแล้วก็ให้กากบาทลงบนสิ่งที่ทำ ส่วนสิ่งที่ดู สิ่งที่อยู่ สิ่งที่เกิด สิ่งที่เกิด สิ่งที่เกิด ให้เขียนวงกลมรอบ นี่ก็เป็นบทเรียนสำหรับการสรุปบทเรียนที่ สรพ.พยายามส่งเสริมให้ ทบทวนเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในช่วงของการประเมินตนเอง ปัญหาที่คือส่วนมากจะเขียนเฉพาะสิ่งที่ทำ ไม่มีสิ่งที่รู้สึก สิ่งที่เกิด สิ่งที่เกิด จึงไม่เกิดการเรียนรู้เท่าที่ควร

เรื่องเล่า เ้าพลั่ง (Springboard Storytelling) (2547)



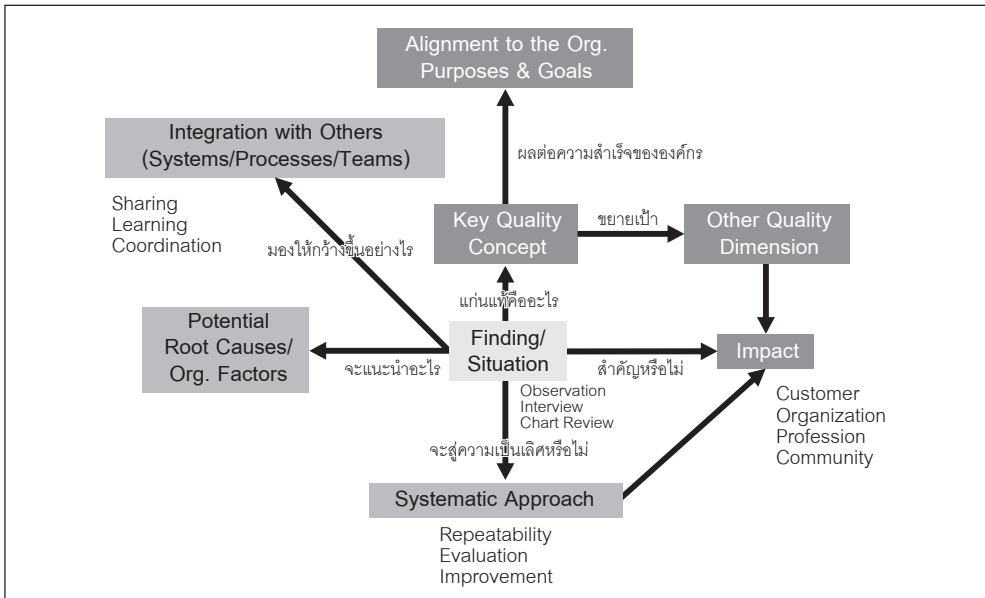
ภาพที่ 3.3 เรื่องเล่าทำให้เกิดจินตนาการในความคิดของผู้ฟัง เป็นการเ้าพลั่ง

ในการประชุม HA National Forum ครั้งที่ 5 “Knowledge Management for Balance of Quality” เมื่อปี 2547 ทาง พรพ. ได้ส่งจดหมายถึงวิทยากรพร้อมเอกสารสองชุดคือ “การจัดการความรู้ไม่ทำไม่รู้” ของ ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช และ “เรื่องเล่าเร้าพลัง” ซึ่งถอดความมาจาก “The Springboard: How story telling ignites action in knowledge-era organizations” ของ Stephen Denning, Program Director Knowledge Management, World Bank พร้อมข้อความว่า:

เนื่องจาก theme ของการประชุมคือเรื่องของการจัดการความรู้ ทางสถาบันฯ ได้ร่วมกับสถาบันจัดการความรู้เพื่อสังคม (สคส.) ซึ่งมี ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช เป็นผู้อำนวยการ จัดให้มีการนำเสนอผลงานสร้างสรรค์จากพื้นที่เพื่อคัดเลือกผลงานมานำเสนอในที่ประชุม ทำให้เห็นแนวทางและประโยชน์ของการเน้นในส่วนที่เป็นความรู้ที่ฝังลึก (tacit knowledge) ซึ่งมีประโยชน์ต่อการทำงาน และเป็นเรื่องยากที่จะถ่ายทอดออกมาเป็นลายลักษณ์อักษร และจากการสืบค้นแหล่งข้อมูลด้านการจัดการความรู้ทำให้พบว่าการใช้เทคนิคบอกเล่าเรื่องราวเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากในการกระตุ้นให้ผู้ฟังสร้างเรื่องราวของตนเองขึ้นมา และนำไปสู่การปฏิบัติได้มากกว่า ตามเอกสารที่ได้แนบมาด้วยนี้

ทางสถาบันฯ เห็นว่าข้อมูลดังกล่าวน่าจะมีประโยชน์ในการที่จะทดลองนำมาปฏิบัติอย่างกว้างขวาง และหากวิทยากรท่านใดสามารถที่จะปรับการนำเสนอโดยการสอดแทรกการบอกเล่าเรื่องราว ให้ข้อมูลในส่วนที่เป็นความรู้ที่ฝังลึกให้มากขึ้น ลดการนำเสนอส่วนที่เป็นทฤษฎี แผนภูมิ ที่ซับซ้อนเข้าใจยากให้เหลือเท่าที่จำเป็น ก็จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งแก่ผู้เข้าร่วมประชุมในครั้งนี้

นับแต่นั้นมาการใช้เรื่องเล่าเพื่อเร้าพลังผู้คน ก็เป็นแนวทางหลักในการจัดประชุม HA National Forum เรื่อยมา



ภาพที่ 3.4 แนวคิดเชิงระบบเพื่อเชื่อมโยงจุดเล็กๆ ที่พบไปสู่ภาพใหญ่

ในการประชุมผู้เยี่ยมสำรวจเมื่อวันที่ 30 มีนาคม 2547 ที่เขาใหญ่ ได้มีการพูดคุยกันถึงเรื่องการมองเชิงระบบกับการเยี่ยมสำรวจ โดยยกตัวอย่างว่าจากเหตุการณ์เล็กๆ ที่เกิดขึ้นนั้นจะนำไปสู่การมองภาพใหญ่หรือระบบที่เกี่ยวข้องได้อย่างไร อันจะนำไปสู่การให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อองค์กร

สิ่งใกล้ตัวที่นำมาคุยกันก็คือ จากเหตุการณ์ที่พบว่าอ่างล้างมือใน ICU ดันจะนำไปสู่การมองประเด็นคุณภาพสำคัญในองค์กรนั้นได้อย่างไร เช่น การสื่อสาร การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ระบบบำรุงรักษาอาคารสถานที่ เป็นเรื่องของการมองให้กว้างขึ้น ไปเชื่อมโยงกับระบบหรือกระบวนการอื่นๆ

หรือจากกรณีที่พบว่ามีการแยกทิ้งขยะไม่ถูกต้อง ทำให้เกิดคำถามว่าแก่นแท้ของเรื่องนี้คืออะไร เป็นเรื่องของประสิทธิภาพหรือความปลอดภัยจากการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ ถ้าเป็นเรื่องประสิทธิภาพจะเชื่อมโยงไปสู่เป้าหมายหลักขององค์กรอย่างไร ประเด็นประสิทธิภาพที่สำคัญขององค์กรมีอะไรบ้าง นอกเหนือจากมิติเรื่องประสิทธิภาพแล้ว มิติคุณภาพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบนี้มีอะไรอีก เช่น มิติความปลอดภัยของผู้ป่วย

ในการที่จะให้ข้อเสนอแนะ จะต้องพิจารณาผลกระทบของปัญหาเรื่องนั้นว่ามีขนาดไหนเมื่อเทียบกับเรื่องอื่นๆ จะต้องทำความเข้าใจกับ root cause ที่เป็นไปได้เพื่อให้ข้อเสนอแนะนั้นเป็นประโยชน์ที่สุด และต้องพิจารณาการทำงานอย่างเป็นระบบที่สามารถทำซ้ำ ประเมินและปรับปรุงได้อย่างต่อเนื่อง

แล้วโมเดลข้างบนนี้ก็ค่อยๆ ก่อรูป ได้รับการปรับแต่งจนสมบูรณ์ มีการตีความหมายเพื่อให้เกิดความเข้าใจซ้ำแล้วซ้ำอีก จนเป็นแนวทางที่ผู้เยี่ยมสำรวจใช้อยู่ในปัจจุบัน

AI: Appreciative Inquiry (2548)

AI เป็นวิธีการที่จะทำให้ HA เป็นสมบัติที่มีคุณค่าของสังคมไทย

Appreciate หมายถึง การให้คุณค่า การรับรู้สิ่งดีที่สุดในผู้คนหรือในโลกที่อยู่รอบตัวเรา การเห็นพลังในจุดแข็ง ความสำเร็จ และศักยภาพที่ผ่านมาและที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน และการสำนึกในสิ่งต่างๆ ที่ให้ชีวิตชีวาแก่ระบบที่มีชีวิต

Inquire หมายถึง การสำรวจและค้นหา การตั้งคำถาม เปิดใจเพื่อมองหาศักยภาพและความเป็นไปได้ใหม่ๆ

ระบบที่มีชีวิตทุกระบบ มีสิ่งดีๆ เรื่องบวกๆ ซึ่งให้ความหวังและมีคุณค่า ที่ยังไม่ได้ถูกนำมาใช้อีกมากมาย AI มีเป้าหมายเพื่อค้นหาศักยภาพในอดีตและปัจจุบันขององค์กร มองเห็นจิตวิญญาณส่วนลึกขององค์กร นำไปสู่สภาพฝันของอนาคตที่มีคุณค่าและเป็นไปได้ ศักยภาพดังกล่าวนั้นอาจจะเป็น ความสำเร็จ ทรัพย์สิน ศักยภาพที่หลบซ่อนอยู่ นวัตกรรม จุดแข็ง ความคิดที่เหนือชั้น โอกาส การเป็นตัวเทียบเคียงช่วงเวลาหัวใจของโต ค่านิยมที่อยู่ในชีวิตจริง ประเพณี สมรรถนะเชิงกลยุทธ์ เรื่องเล่า การแสดงออกซึ่งปัญญาญาณ (wisdoms)

ขั้นตอนในการนำ AI มาใช้เพื่อพัฒนาองค์กรได้แก่ 1) Discovery: ค้นหาสิ่งที่เป็นแก่นเชิงบวก (positive core) ขององค์กร 2) Dream: จินตนาการในสิ่งที่เป็นไปได้เมื่อองค์กรสามารถทำได้ดีที่สุด 3) Design: ออกแบบ สร้างข้อเสนอที่กระตุ้นช่วย ประกอบด้วยวิสัยทัศน์ร่วมของการตัดสินใจที่ได้รับการเสริมพลัง “เราเสริมพลังให้ท่านทำในสิ่งที่ไม่ธรรมดา โดยดูจากศักยภาพที่อยู่ในห้องนี้” 4) Destiny: จุดหมายปลายทาง ช่วยผู้นำพัฒนาทักษะที่จำเป็น วางโครงสร้างพื้นฐาน ระบบงาน เพื่อเคลื่อนไปข้างหน้า

ตัวอย่างคำถาม

ตัวอย่างคำถามเริ่มต้น: เริ่มทำงานกับองค์กรตั้งแต่มื่อไร มีสิ่งดึงดูดหรือเหตุจูงใจอะไร? สิ่งที่มีความประทับใจมากที่สุดใ้องค์กรคืออะไร? ที่นี้แตกต่างจากที่อื่นอย่างไร และทำให้คุณแตกต่างจากคนอื่นอย่างไร?

ตัวอย่างคำถามเกี่ยวกับการสร้างความแตกต่าง: ขอให้คิดถึงช่วงเวลาที่คุณรู้สึกประสบความสำเร็จที่สุด มีส่วนกับความสำเร็จบางอย่างที่มีความสำคัญ หรือสามารถทำงานได้ผลเกินกว่าที่คาดคิดไว้ ส่งผลทำให้รู้สึกภูมิใจ อิ่มเอมใจ เกิดเหตุการณ์อะไรขึ้น? อะไรทำให้มีความรู้สึกที่ดีต่อเหตุการณ์ครั้งนั้น? มีส่วนร่วมอย่างไรในเหตุการณ์ครั้งนั้น สิ่งที่ทำเหล่านี้ส่งผลให้เกิดความสำเร็จอย่างไร? คนอื่นมีบทบาทอย่างไร มีผลต่อความสำเร็จอย่างไร? ภาวะผู้นำ ความร่วมมือ ระบบ องค์กร มีปัจจัยอะไรบ้างที่ช่วยให้เกิดความสำเร็จขึ้นมาได้ ช่วยอย่างไร?

ตัวอย่างคำถามเกี่ยวกับความร่วมมือ: ขอให้คิดถึงโครงการหรือช่วงเวลาที่เป็นส่วนหนึ่งของความพยายามในการสร้างความร่วมมือและการสร้างเครือข่ายที่ส่งผลให้เกิดความสำเร็จอย่างใหญ่หลวง เล่าเรื่องและแชร์ความรู้สึกว่าอะไรทำให้สิ่งนี้เกิดขึ้นได้

ตัวอย่างคำถามเกี่ยวกับภาพอนาคต: การเปลี่ยนแปลงในสิ่งเล็กๆ (single small change) ที่เราสามารถทำได้ทันทีเพื่อให้เกิดผลกระทบที่ยิ่งใหญ่ในการเคลื่อนไหวองค์กรไปสู่อุดมคติคืออะไร? การเปลี่ยนแปลงสำคัญ (bold change) ที่เราสามารถทำได้และเกิดผลกระทบที่ยิ่งใหญ่ที่จะทำให้องค์กรปรับเปลี่ยนไปในอนาคตคืออะไร?

พรพ. ได้นำ AI ในขั้นตอนของ Discovery มาใช้ฝึกอบรมผู้เยี่ยมชมสำรวจเพื่อค้นหาแก่นเชิงบวกขององค์กร ตั้งแต่ปี 2548 และเป็นความท้าทายสำหรับสถานพยาบาลและ สรพ.ที่จะร่วมกันใช้กระบวนการนี้ในการพัฒนาในส่วนที่แต่ละฝ่ายรับผิดชอบให้ได้ผลยิ่งขึ้น

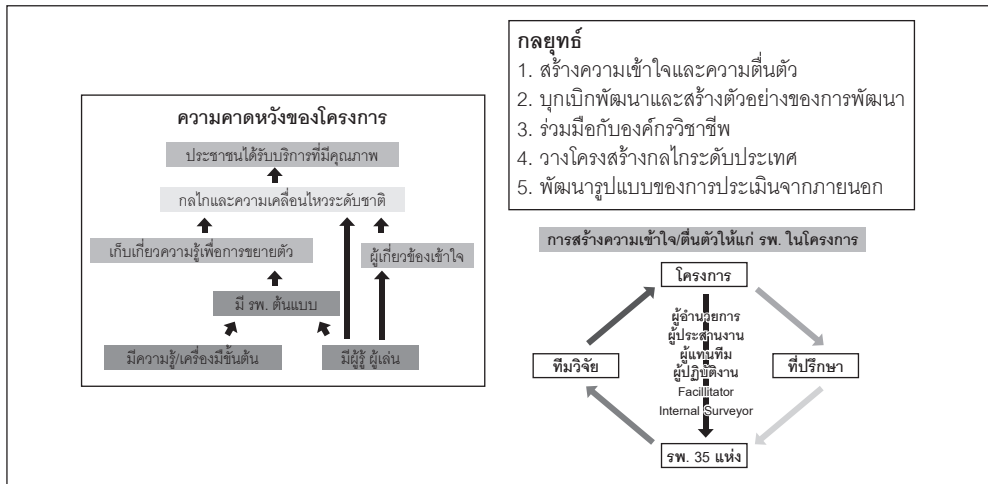
4

กระบวนการ HA

เก้าอี้ความ

2527 นพ.บรรลุ ศิริพานิช รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น ได้ริเริ่มให้มีการประเมินขีดความสามารถของโรงพยาบาลในระดับต่างๆ ทั้งในด้านบริหาร บริการ และวิชาการ โดยใช้แนวคิด Hospital Accreditation ซึ่งเป็นที่รู้จักกันในชื่อ “โครงการติดตามโรงพยาบาล”

2533 พ.ร.บ. ประกันสังคม นำมาสู่ความตระหนักของผู้เกี่ยวข้องที่จะต้องสร้างระบบประกันคุณภาพในโรงพยาบาล และความตื่นตัวของโรงพยาบาลต่างๆ ที่จะต้องพัฒนาคุณภาพ ในช่วงปี 2535-2539 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้เข้าไปมีส่วนในการจัดทำเครื่องมือประเมินสถานพยาบาลคู่สัญญาตามมาตรฐานที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดขึ้น การศึกษากลไกประกันสุขภาพระบบ บริการสุขภาพในประเทศต่างๆ การทดลองนำแนวคิด TQM มาใช้ในโรงพยาบาล และสนับสนุนให้มีการจัดทำมาตรฐานโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพขึ้น



ภาพที่ 4.1 โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA Project) 2540-2542

ปลายปี 2539 มาตรฐานโรงพยาบาลได้รับการจัดทำเสร็จเรียบร้อย คณะกรรมการที่ปรึกษาเสนอให้นำมาตรฐานดังกล่าวไปทดลองปฏิบัติเพื่อเรียนรู้คุณค่าที่เกิดขึ้นและสร้างการยอมรับผ่านการปฏิบัติจริง โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ได้เริ่มต้นตั้งแต่ต้นปี 2540 โดยได้รับทุนสนับสนุนร่วมจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) เป็นเวลาสามปี โดยมี ศ.นพ.จรัส สุวรรณเวลา เป็นหัวหน้าโครงการ นอกจากจะศึกษาวิธีการทำงานของกระบวนการ HA แล้ว สวรส.ยังมุ่งหวังที่จะได้รูปแบบของการบริหารจัดการองค์กรด้วย ในปีที่สามของโครงการมีการออกข้อบังคับ สวรส.ให้จัดตั้งสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) เป็นส่วนงานหนึ่งของ สวรส. ที่มีอิสระในการดำเนินงานโดยการกำกับดูแลของคณะกรรมการบริหารที่ สวรส. แต่งตั้ง

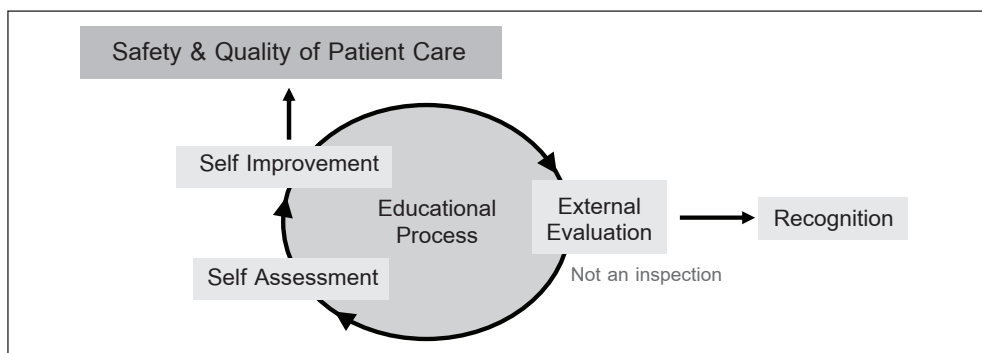
Anthony Wagemakers ที่ปรึกษาอาสาสมัครชาวแคนาดา เป็นผู้ซึ่งช่วยแสดงให้เห็น ชี้แนะ ให้กำลังใจ เชื่อมประสานกับผู้คน สร้างความเข้าใจเพื่อให้เกิดมุมมองที่มีคุณค่า เป็นเวลานานนับสิบปีตั้งแต่เริ่มต้นโครงการ

Credit หมายถึง ความน่าเชื่อถือ ความไว้วางใจ

Accreditation คือ การรับรองว่าองค์กรใดองค์กรหนึ่ง มีคุณสมบัติที่น่าเชื่อถือ ไว้วางใจ

เมื่อนำคำว่า HA: Hospital Accreditation เข้ามาใช้ในประเทศไทย เราใช้คำภาษาไทยว่า “การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล” เพื่อเน้นให้เห็นความสำคัญของการพัฒนา ศ.นพ.จรัส สุวรรณเวลา กล่าวไว้ในปีแรกของการดำเนินงานโครงการว่า “ต่างประเทศเริ่มต้นด้วยการให้การรับรองแล้วผ้นมาสู่การพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาล เราคงจับของดีของเขามาใช้ด้วยการเริ่มต้นด้วยการพัฒนาภายในโรงพยาบาล ความสำเร็จต้องมองให้เลยไปจากการได้รับการรับรอง ความสำเร็จที่แท้จริงคือการทำที่โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพอย่างไม่หยุดยั้งไปเรื่อยๆ สามารถยกระดับคุณภาพเดิมไว้

เมื่อมีการรับรองเกิดขึ้น เกิดคำถามว่าจะบอกกับสังคมว่า HA รับรองอะไร HA ไม่อาจรับรองคุณภาพของบริการหรือผลผลิตของแต่ละโรงพยาบาลได้ ขณะที่ ISO 9000 รับรองระบบคุณภาพ แต่ HA เลือกใช้คำว่า “รับรองกระบวนการคุณภาพ” ซึ่งสื่อให้เห็นถึงกระบวนการทำงานที่มีคุณภาพ และการมีกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเป็นวัฒนธรรมขององค์กร



ภาพที่ 4.2 องค์ประกอบของกระบวนการ HA

แปลตามศัพท์ HA คือการรับรองว่าโรงพยาบาลมีองค์ประกอบของคุณภาพครบถ้วนตามที่กำหนดไว้

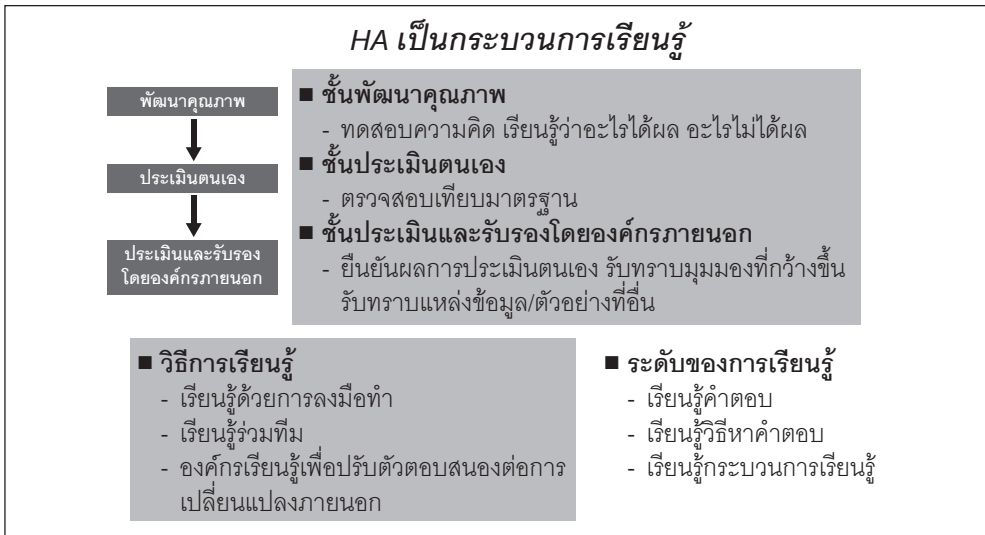
แปลตามการปฏิบัติ HA ครอบคลุมทั้งการพัฒนา การประเมิน และการรับรอง

แปลตามความมุ่งหมาย HA คือกลไกกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาโรงพยาบาล ทั้งองค์กรอย่างมีทิศทางและอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยการรับรองเป็นแรงจูงใจ ทำให้องค์กรเกิดการเรียนรู้ มีการประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่คุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย

ปัจจุบัน Hospital Accreditation ได้รับการปรับมาเป็น Healthcare Accreditation เพื่อให้ครอบคลุมระบบบริการสุขภาพได้กว้างขวางมากขึ้น ไม่จำกัดเฉพาะสำหรับโรงพยาบาล

หลักการและแนวคิด

HA เป็นกระบวนการเรียนรู้ไม่ใช่การตรวจสอบ



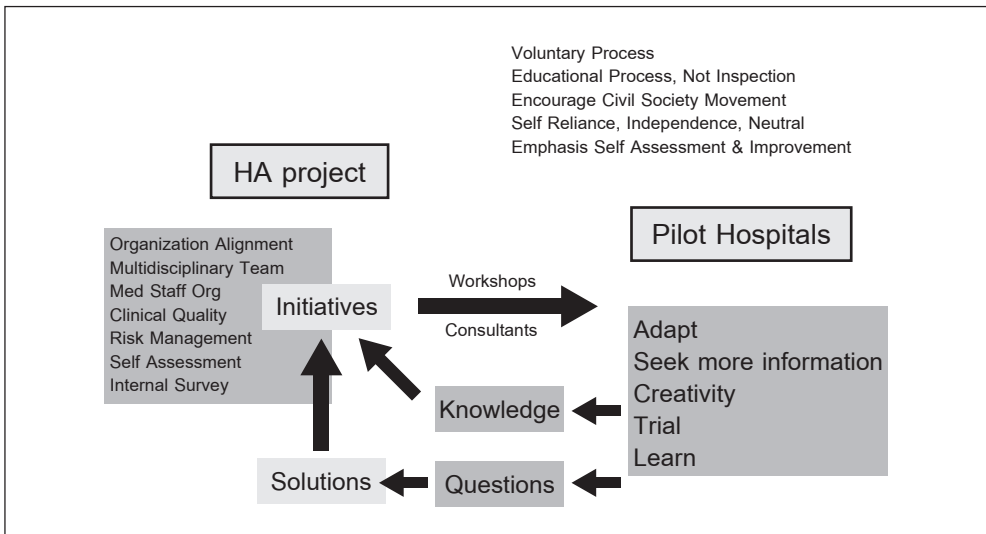
ภาพที่ 4.3 กระบวนการเรียนรู้ใน HA

Anthony Wagemakers ใช้ประสบการณ์จากแคนาดา เน้นย้ำกับพวกเรา อยู่ตลอดเวลาว่า “*accreditation is an education process, not an inspection*” พวกเราใคร่ครวญแล้วก็เห็นด้วยว่าแนวคิดนี้น่าจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อ

การพัฒนา และพยายามที่จะทำให้ได้ตามนั้น คอยเตือนกันที่จะหลีกเลี่ยงการใช้ audit mode และพยายามใช้ learning mode ให้มากที่สุด เพื่อให้ทีมงานของโรงพยาบาลมีความสบายใจที่จะนำจุดอ่อนของโรงพยาบาลมาพูดคุยกันอย่างสร้างสรรค์ และเห็นทางออกสำหรับการพัฒนาที่ยั่งยืน

การเรียนรู้เกิดตั้งแต่การเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ การมีอิสระที่จะกำหนดประเด็นสำคัญในการพัฒนาตามบริบทขององค์กรร่วมกับประเด็นที่ผู้เกี่ยวข้องในระบบบริการสุขภาพบ่งชี้ การประเมินและปรับปรุงตนเอง การรับฟังมุมมองของผู้เยี่ยมสำรวจ การวางแผนเพื่อตอบสนองข้อเสนอนะของผู้เยี่ยมสำรวจ ไปจนถึงการทบทวนวิธีการทำงานและการพัฒนาที่ผ่านมา

เครื่องมือต่างๆ สำหรับการพัฒนาคุณภาพและการประเมินตนเอง ที่ HA แนะนำสถานพยาบาลต่างๆ มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ เป็นเครื่องมือเพื่อการส่องกระจกให้เห็นระบบงานของตนเอง หากทีมงานในสถานพยาบาลใช้เครื่องมือเหล่านี้ด้วยความเข้าใจ จะทำให้องค์กรมีวุฒิภาวะด้านคุณภาพเพิ่มขึ้น สามารถบ่งชี้โอกาสพัฒนาได้ด้วยตนเองและฟังฟังผู้ประเมินหรือคำแนะนำจากภายนอกลดลง แต่หากใช้เครื่องมือเหล่านี้ด้วยความไม่เข้าใจ จะกลายเป็นภาวะเป็นทุกข์ และทำในสิ่งที่เกินจำเป็นโดยไม่เข้าใจว่าทำไปเพื่ออะไร



ภาพที่ 4.4 การนำแนวคิดใหม่ๆ มาสู่การปฏิบัติและการเรียนรู้ในช่วงโครงการนำร่อง

HA เห็นการพัฒนาต่อเนื่อง ไม่มุ่งหวังความสมบูรณ์ในทันที

มี dilemma เกิดขึ้นตลอดเวลาที่ HA/พรพ./สรพ. พยายามที่จะก้าวข้ามข้อจำกัดด้านทรัพยากร หรือความคิดที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงในสิ่งที่เป็นไปได้ให้มากที่สุด ขณะที่การรับรองเป็นแรงจูงใจ แต่เงื่อนไขที่จะได้รับการรับรองก็อาจจะเป็นปัจจัยบั่นทอนกำลังใจ

นพ.ปรากรม วุฒิพงศ์ อดีตปลัดกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า “ขอให้ทุกท่านสัญญากับตัวเองว่าจะต้องปรับปรุงมาตรฐานของตัวเองขึ้นไปที่เราทำทั้งหมดเป็นบวกตั้งแต่ลงมือทำค่อยๆ ขยับทำขึ้นไปอีก ทำต่อไป ทำอย่าเลิก อย่าไปเอามาตรฐานของฝรั่งมาบีบคั้นตัวเองให้เกิดความเครียดโดยไม่จำเป็น”

นี่คือตัวอย่างข้อจำกัดหรือแนวคิดบางอย่างที่ HA พยายามก้าวข้าม ขอเพียงการเปลี่ยนแปลงวันละน้อยในทุกจุด ก็เชื่อว่าระบบบริการโดยรวมขององค์กรและประเทศจะดีขึ้น

กรอบที่ 4.1 การก้าวข้ามความคิดที่จำกัดกรอบในกระบวนการ HA

ความคิดที่เป็นข้อจำกัด	การก้าวข้าม
ทรัพยากรไม่เพียงพอ	ใช้หลัก “คุณภาพไม่ได้ขึ้นกับทรัพยากร” เราไม่รวยเท่ากันหมด แต่เป็นคนดีได้ทุกคน การเน้นทรัพยากรทำให้เกิดข้ออ้างที่จะไม่ทำการพัฒนา ด้วยทรัพยากรที่จำกัด เราสามารถกำหนดขอบเขตงานของตนเองให้เหมาะสม ทำให้ดีที่สุดภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่ และเป็นหน้าที่ของผู้บริหารต้องจัดลำดับความสำคัญ
มาตรฐานของโรงพยาบาลแต่ละขนาด แต่ละประเภทไม่ควรเหมือนกัน	มาตรฐานโรงพยาบาลยึดหลักของข้อกำหนดในเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติคือ non prescriptive มีความชัดเจนในเป้าหมาย และใช้ข้อความที่ระบุกระบวนการอย่างกลางๆ ซึ่งสามารถใช้เครื่องมือหรือวิธีการที่เหมาะสมกับบริบทขององค์กรได้
ไม่บรรทัดที่วัดต้องเป็นมาตรฐานเดียวกัน	ในการประเมินกระบวนการพัฒนา สิ่งที่ยึดถือคือเป้าหมาย การรับรู้ผลงาน การพัฒนาและการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น สิ่งที่ปฏิบัติอาจจะแตกต่างกัน แต่ให้ความมั่นใจว่าจะมุ่งไปสู่เป้าหมายเดียวกัน

กรอบที่ 4.1 การก้าวข้ามความคิดที่จำกัดกรอบในกระบวนการ HA (ต่อ)

ความคิดที่เป็นข้อจำกัด	การก้าวข้าม
HA เน้นกระบวนการ ไม่เน้นผลลัพธ์ vs ควรสร้างหลักประกันในเรื่องผลลัพธ์ด้วย	HA มุ่งที่เป้าหมายมากกว่าวิธีการ เนื่องจากสถานการณ์ในแต่ละที่มีความแตกต่างกัน ทางออกมีหลากหลาย และธรรมชาติมนุษย์ไม่ชอบถูกบังคับ ดังนั้น HA จึงกำหนดมาตรฐานเชิงเป้าหมาย แล้วให้โอกาสสำหรับการประเมินในลักษณะอัตโนมัติ วิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสปรับปรุง ด้วยตนเอง การประเมินของ HA เน้นการประเมินกระบวนการที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ รพ. มีอิสระในการเลือกตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่เหมาะสม เรียนรู้ที่จะวัดผลให้มีความน่าเชื่อถือและใช้ประโยชน์จากตัวชี้วัดดังกล่าว การมีผลลัพธ์ที่ดีจะเป็นคะแนนบวกเพิ่มในลักษณะ reward

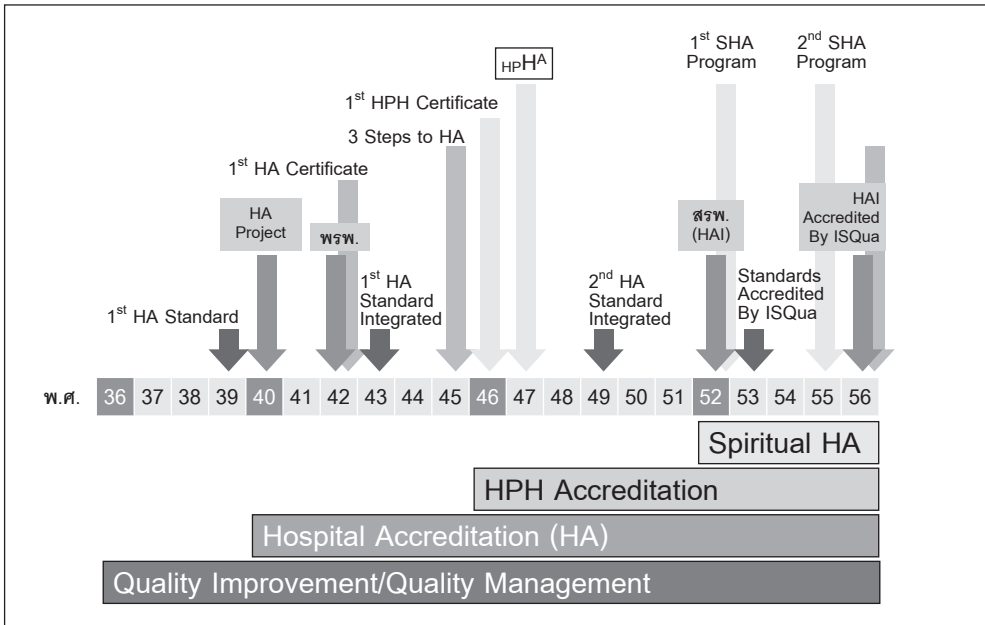
HA เป็นส่วนย่อยในระบบใหญ่ ระบบเปิดที่พร้อมปรับตัวและเชื่อมโยง

การพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในระบบบริการเป็นเรื่องใหญ่ เป็นเรื่องที่หลากหลายที่ต้องร่วมมือกัน ด้วยความตระหนักว่า HA เป็นเพียงกลไกเล็กๆ อันหนึ่งในระบบ ทำให้ พรพ./สรพ. พยายามที่จะทำงานในลักษณะเครือข่ายความร่วมมือ เพื่อให้พลังต่างๆ มาร่วมประสาน เกื้อหนุนกันและกัน ตัวอย่างของความร่วมมือที่เกิดขึ้น เช่น การร่วมมือกับองค์กรวิชาชีพในการพัฒนาระบบงาน การร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการให้การรับรอง การร่วมมือกับองค์กรผู้จ่ายเงินในการสร้างแรงจูงใจ การร่วมมือกับผู้สัถยภาพในพื้นที่ในการเป็นพี่เลี้ยงการพัฒนา (HACC, QLN) การร่วมมือกับสถาบันการศึกษาในการพัฒนาระบบการเรียนการสอน การร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุขในการกำหนดเป้าหมายการรับรอง เป็นต้น

การเป็นระบบเปิด ทำให้ HA ได้รับรู้ความต้องการของโรงพยาบาลและระบบบริการสุขภาพในแต่ละช่วง แล้วนำข้อเสนอแนะต่างๆ มาสู่การปรับปรุงเพื่อให้กระบวนการ HA เกิดคุณค่าต่อสังคมมากที่สุด ความเป็นพลวัตนี้ด้านหนึ่งก็ทำให้เกิดเสียงบ่นว่า HA มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ในอีกด้านหนึ่งก็คือการมองภาพของ HA ที่ไม่ตรงตามความเป็นจริงในแต่ละขณะ เนื่องจากการรับรู้ที่เกิดขึ้นอาจจะเป็นการรับรู้ในช่วงอดีต ไม่เข้าใจความแตกต่างระหว่างเป้าหมายที่ค่อนข้างเป็นนามธรรม และกับการปฏิบัติภายใต้ข้อจำกัดและความคาดหวังต่างๆ

ตัวอย่างของการเชื่อมโยงและบูรณาการกับระบบต่างๆ ได้แก่ 1) การเชื่อมโยงกับ “การสร้างเสริมสุขภาพ” ในด้านแนวคิด เนื้อหา มาตรฐาน การประเมิน และรับรอง ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยมุ่งหวังให้โรงพยาบาลบูรณาการการเสริมพลัง ให้ผู้ป่วยรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองได้เข้าไปในงานประจำ 2) การนำแนวคิด ค่านิยม โครงสร้างและข้อกำหนด แนวทางการให้คะแนน ของ “รางวัลคุณภาพแห่งชาติ” มาใช้ ซึ่งปรากฏในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติ แนวคิด 3C-PDSA รวมทั้ง HA scoring guideline 3) การบูรณาการการขับเคลื่อนการพัฒนาสถานพยาบาลในลักษณะของการพัฒนาสามขา คือ ด้านระบบคุณภาพ (ศีล) ด้านจิตวิญญาณ (สมาธิ) และด้านความรู้ (ปัญญา) 4) การให้ความหมายแก่นของกระบวนการพัฒนาต่างๆ ว่าคือ 3P หรือ PDSA ทำให้เห็นความเหมือนของเครื่องมือการพัฒนาที่มาในชื่อเรียกที่แตกต่างกัน

ภาพรวมพัฒนาการของกระบวนการ HA ในประเทศไทย



ภาพที่ 4.5 พัฒนาการของกระบวนการ HA ในประเทศไทย

ในด้านมาตรฐาน: 1) มีการประกาศ “มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปี ภาณูจนากิเชก” เมื่อปี 2539 และปรับปรุงเป็น “มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับ บูรณาการ” ในปี 2543 2) มาตรฐานโรงพยาบาลได้รับการปรับปรุงและประกาศ เมื่อปี 2549 โดยใช้ชื่อว่า “มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับ เจริมพระเกียรติจลองสิริราชสมบัตินครบ 60 ปี” 3) มาตรฐานโรงพยาบาลและ บริการสุขภาพฯ ได้รับการรับรองจาก ISQua ว่าเป็นมาตรฐานที่เป็นไปตามหลัก การและข้อกำหนดสากลเมื่อปี 2553 และรับรองซ้ำในปี 2557

ในด้านองค์กรและการจัดการ: 1) ดำเนินการในลักษณะโครงการวิจัย และพัฒนาในช่วงปี 2540-2542 2) ก่อตั้งภาคีความร่วมมือเพื่อการพัฒนาและ รับรองคุณภาพโรงพยาบาลเมื่อปี 2541 3) ปรับรูปแบบการทำงานในลักษณะ โครงการมาเป็นสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ภายใต้ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเมื่อปี 2542 4) จัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถาน พยาบาล (สรพ.) เป็นองค์การมหาชน โดยถ่ายโอนภารกิจมาจาก พรพ. เมื่อปี 2552 5) สรพ. ได้รับการรับรองจาก ISQua ว่ามีระบบงานเป็นไปตามมาตรฐาน สากลที่ ISQua กำหนดเมื่อ 24 กันยายน 2556

ในการรับรอง: 1) มีการประกาศรับรอง HA ให้แก่โรงพยาบาลชุดแรก 4 แห่งเมื่อปี 2542 2) มีการนำบันไดสามขั้นสู่ HA มาใช้เมื่อปี 2545 และเริ่มให้ กิตติกรรมประกาศในบันไดขั้นที่ 1 และ 2 เมื่อปี 2547 3) มีการประกาศรับรอง HPH (Health Promoting Hospital) ร่วมกับกรมอนามัยตั้งแต่ปี 2546 4) มีการรวม การประเมินและรับรอง HA และ HPH ไว้ในครั้งเดียวกันตั้งแต่ปี 2550 5) เริ่มมีการ ประเมินและรับรอง Advanced HA และ Disease Specific Certification ตั้งแต่ ปี 2556

การพัฒนาเพื่อเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย: 1) การกำหนดให้ กิจกรรมทบทวนคุณภาพเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาในมาตรฐานโรงพยาบาล ฉบับปีภาณูจนากิเชก ตั้งแต่ปี 2539 2) การเน้นย้ำความสำคัญของการทบทวน คุณภาพและนำมาปรับปรุงเพื่อป้องกันปัญหาในบันไดขั้นที่ 1 สู่ HA ตั้งแต่ปี 2545 3) การนำเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยมาเป็น theme ในการประชุม HA National Forum ครั้งที่ 4 “Best Practice for Patient Safety” เมื่อปี 2546 4) ประกาศ 1st Patient Safety Goals เมื่อปี 2549 5) ส่งเสริมการนำ trigger tools มาใช้ในการ คัดเลือกเวชระเบียนมาทบทวนเมื่อปี 2550 6) ประกาศ 2nd Patient Safety Goals:

SIMPLE เมื่อปี 2551 7) เชิญชวนผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูงมารวมกันเป็นชุมชนนักปฏิบัติ (CoP) เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้เชิงปฏิบัติตั้งแต่ปี 2555

การพัฒนามิติด้านจิตวิญญาณ: 1) มีการนำเสนอแนวคิดเรื่อง Humanized Healthcare ครั้งแรกในการประชุม HA National Forum ครั้งที่ 7 เมื่อปี 2549 โดย ศ.นพ.ประเวศ วะสี และ นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ 2) การประชุม HA National Forum ครั้งที่ 8 ในปี 2550 ใช้ชื่อ theme ว่า “คืนหัวใจให้ระบบสุขภาพ” เพื่อสร้างความตื่นตัวอย่างต่อเนื่อง 3) นำกระบวนการ HA มาส่งเสริมการ HPH โดยได้รับทุนจาก สสส. ภายใต้โครงการ “Sustainable Healthcare & Health Promotion by Accreditation & Appreciation” ซึ่งคลี่คลายมาเป็นโครงการ SHA (Spiritual HA) ที่เน้นมิติด้านจิตวิญญาณ มาเติมเต็มให้กับการทำงานด้วยพื้นฐานด้านความปลอดภัยและมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อระบบบริการสุขภาพที่ยั่งยืนโดยเน้นคนเป็นศูนย์กลาง 4) ขยายแนวคิด SHA มาสู่เครือข่ายบริการปฐมภูมิในปี 2555

ค่านิยมและแนวคิดหลัก

ปรัชญาหรือค่านิยมและแนวคิดหลักขององค์กร เป็นความเชื่อและพฤติกรรมที่ฝังลึกอยู่ในองค์กรที่มีผลการดำเนินการชั้นเลิศ องค์กรที่ต้องการยกระดับคุณภาพและผลการดำเนินงานของตน ควรพิจารณาค่านิยมและแนวคิดหลักซึ่งเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปมาทำความเข้าใจเพื่อให้เกิดการนำไปปฏิบัติอย่างจริงจังและทั่วถึง

ปรัชญาของ TQM

ปรัชญาหรือค่านิยมที่ใช้เป็นหลักในช่วงการทำโครงการ TQM นำร่อง (2536-2539) ได้แก่ **customer focus, common vision, teamwork & empowerment, process improvement, problem solving process, leadership support, continuous improvement**

ค่านิยมและแนวคิดหลักในช่วงแรกของ HA

แนวคิดพื้นฐานของมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกัญจนภิษกใช้ชุดแนวคิดการพัฒนาคุณภาพร่วมสมัย ซึ่งถือว่าผู้ป่วยและลูกค้าเป็นศูนย์กลางของ

กิจกรรมทั้งปวงของโรงพยาบาล เน้นการทำงานเป็นทีมเพื่อปรับปรุงระบบงานให้ตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้นำองค์กรให้การสนับสนุนอย่างแข็งขันและต่อเนื่อง

ในช่วงแรกของการทำ HA ซึ่ง Anthony Wagemakers มักจะกล่าวกับพวกเราอยู่ตลอดก็คือว่าแม้ว่า รพ.จะทำตามสิ่งที่เขียนไว้ในมาตรฐานทั้งหมด ก็ยังไม่เกิดคุณภาพหากปราศจาก 3 สิ่งต่อไปนี้: **individual commitment, team work, patient focus** พวกเราได้นำแนวคิดดังกล่าวมาสู่การปฏิบัติทั้งในการส่งเสริมการพัฒนาและการประเมิน

ค่านิยมและแนวคิดตามลำดับขั้นของการพัฒนา

เมื่อมีการพัฒนาตามลำดับขั้นเป็นบันไดสามขั้น ให้ได้ค้นพบหัวใจของการพัฒนาในแต่ละขั้น ดังนี้:

หัวใจหรือแนวคิดการพัฒนาสำหรับบันไดขั้นที่หนึ่ง: **ทำงานประจำให้ดี มีอะไรให้คุยกัน ขยันทบทวน** แนวคิดนี้เน้นย้ำการทำงานคุณภาพในงานประจำ การแก้ปัญหาหารือร่วมกัน และการทบทวนคุณภาพในรูปแบบต่างๆ และหาทางอุดช่องโหว่เหล่านั้น

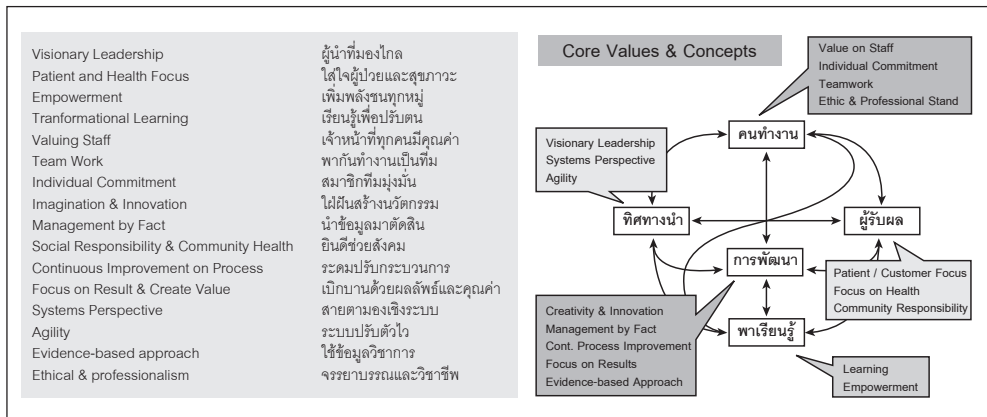
หัวใจหรือแนวคิดการพัฒนาสำหรับบันไดขั้นที่สอง: **เป้าหมายชัด วัดผลได้ ให้คุณค่า อายียดิตติ** แนวคิดนี้เน้นย้ำ 3P ในหน่วยงานและระบบงานต่างๆ คือ P-purpose มีเป้าหมายที่ชัดเจน โดยเน้นคุณค่าที่ผู้รับผลงาน, P-process ใช้ความคิดสร้างสรรค์ไม่ติดกรอบในการออกแบบระบบงาน, P-performance พยายามหาทางรับรู้ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

การเชื่อมโยงกับค่านิยมของ TQA

ในช่วงปลายปี 2546 มีการพิจารณา core values ที่จะใช้ในการขับเคลื่อนโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ ได้ร่างแรกมาประกอบด้วย **health focus, people & community empowerment, systematic approach & integration, process oriented, adult & transformational learning, fact-based decision, networking, imagination & knowledge management**

ต่อมาคณะกรรมการโครงการ HPH เสนอให้นำ core values TQA/MBNQA มาใช้ทั้งหมด โดยเพิ่มของ HA และ HPH เข้าไป รวมทั้งประเด็นเรื่อง ethic &

professional standard และ evidence-based approach ซึ่งคณะกรรมการและ
ผู้เยี่ยมชมสำรวจเห็นว่าเป็นมีความสำคัญ



ภาพที่ 4.6 (ซ้าย) Core Values ที่เป็นผลรวมจากแหล่งต่างๆ
(ขวา) จัดหมวดหมู่เป็น 5 กลุ่มและปรับให้เรียบง่าย

จาก core values จำนวน 17 ตัว ได้มีการจัดกลุ่มเพื่อให้ง่ายแก่การจดจำ
และนำไปใช้เป็น 5 กลุ่ม

กรอบที่ 4.2 ความหมายของ Core Values

	ความหมายทั่วไป	ความหมายที่อิงมิติจิตวิญญาณ
ทิศทางการนำ		
Visionary Leadership	เห็นโอกาสในวิกฤติ เห็นในสิ่งที่คนอื่นไม่เห็น รวมพลังทุกคนมาร่วมงาน	ผู้นำกล้าฝันที่จะสร้างองค์กรที่มีชีวิต ให้การดูแลด้วยหัวใจ ขับเคลื่อนด้วยความเชื่อมั่นในคุณค่าของสิ่งที่จะทำ
Systems perspective	มองความเป็นทั้งหมด มองความเชื่อมโยง	มองสรรพสิ่งอย่างเป็นองค์รวม ใช้หลักความเป็นเหตุเป็นปัจจัย (อิทัปปัจจยตา) ในการมองความเชื่อมโยงของสิ่งต่างๆ รวมทั้งปัจจัยด้านจิตใจ
Agility	ยืดหยุ่น รวดเร็วในการตอบสนอง	ยอมรับและอยู่ร่วมกับความเห็นที่แตกต่างหรือความไม่ชอบ

กรอบที่ 4.2 ความหมายของ Core Values (ต่อ)

	ความหมายทั่วไป	ความหมายที่อิงมิติจิตวิญญาณ
ผู้รับผล		
Patient & Customer Focus	รับรู้และตอบสนองความต้องการ ดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่ด้วยความระมัดระวัง เคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย	ค้นหาและตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม ของผู้ป่วย, ให้บริการด้วยสำนึกของการทำหน้าที่และความรักในเพื่อนมนุษย์
Focus on Health	สุขภาพคือคุณภาพ	เชื่อมั่นว่าศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเติมเต็มให้ผู้ป่วยมีสุขภาพ
Community Responsibility	เสริมพลังชุมชน	เคารพในภูมิปัญญาและศักยภาพของชุมชน
คนทำงาน		
Value on Staff	คนคือทรัพย์สินที่นับวันยิ่งมีค่า ความสำเร็จขององค์กรขึ้นกับบุคลากรที่มีความผูกพัน	เปิดโอกาสให้บุคลากรตีความหมายอย่างอิสระ และกำหนดเป้าหมายงานของตนเองภายใต้ทิศทางใหญ่ขององค์กร
Individual Commitment	ทำงานประจำให้ดี	ฝึกฝนพัฒนาตนเอง ให้ความรักโดยไม่มีเงื่อนไข เคารพผู้อื่น อดอดทนทำงานโดยไม่ปรารถนาใน “ผล” ของการกระทำ
Teamwork	มีอะไรให้คุยกัน	ใช้แนวคิดเครือข่ายที่มีชีวิต การสื่อสารที่ไม่เป็นทางการ
Ethic & Professional Standard	หมั่นทบทวนมาตรฐานและจริยธรรมของวิชาชีพ	เราใช้ความมั่งคั่งทางสติปัญญาจากคนรุ่นก่อน เราตอบแทนด้วยการส่งต่อแก่สังคม เสมือนงานไหลผ่านตัวเราและไม่ได้เกิดจากเรา
การพัฒนา		
Creativity & Innovation	เรียบง่าย ให้คุณค่า อย่ายึดติด	เปิดโอกาสให้จิตใต้สำนึกทำงานเพื่อให้เกิดความคิดสร้างสรรค์
Management by Fact	ใส่หมวกสีขาว เอาข้อมูลมาใช้	แสวงหาข้อเท็จจริงทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ใส่ใจข้อเท็จจริงที่เป็นความรู้สึก การแปลความ การให้คุณค่า ขณะที่ลดใช้ความรู้สึกของตนเอง
Continuous Process Improvement	พัฒนากระบวนการไม่หยุดนิ่ง	ใช้ธรรมะ เช่น อิทธิบาท 4, โพชฌงค์ 7, มรรค 8 ในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
Focus on Result	เป้าหมายชัด วัตถุประสงค์	มุ่งเป้าระยะยาวที่เกิดจากจินตนาการอันยิ่งใหญ่

กรอบที่ 4.2 ความหมายของ Core Values (ต่อ)

	ความหมายทั่วไป	ความหมายที่อิงมิติจิตวิญญาณ
Evidence-based Approach	ไม่ทำในสิ่งที่รู้ว่าไม่มีหลักฐานสนับสนุน พยายามทำในสิ่งที่หลักฐานบอกว่าได้ผลดี ชวนขยายหาหลักฐานในสิ่งที่ผลลัพธ์ไม่ดี	ใคร่ครวญรับรู้ผลกระทบที่เกิดขึ้นด้วยจิตใจที่เป็นกลาง
พาเรียนรู้		
Learning	การเรียนรู้เกิดขึ้นได้ทุกแห่ง จากทุกเรื่องราว การเรียนรู้ควรส่งผลดีต่อความผูกพันของบุคลากร และผลงานขององค์กร	หมั่นละทิ้งแนวคิดเดิมเพื่อเปิดรับแนวคิดที่ดีกว่า ใช้เรื่องเล่าเพื่อปลุกผู้ฟังให้มีจิตขึ้น
Empowerment	ให้โอกาสผู้อื่น มีความมั่นใจในผู้อื่นพร้อมให้ความช่วยเหลือเชื่อมโยงให้เกิดพลังร่วมกัน	ลดความเป็นเจ้าของ ลดความถือดีของตนเอง

5

มาตรฐาน HA และการขยายความ

เก้าอี้ความ

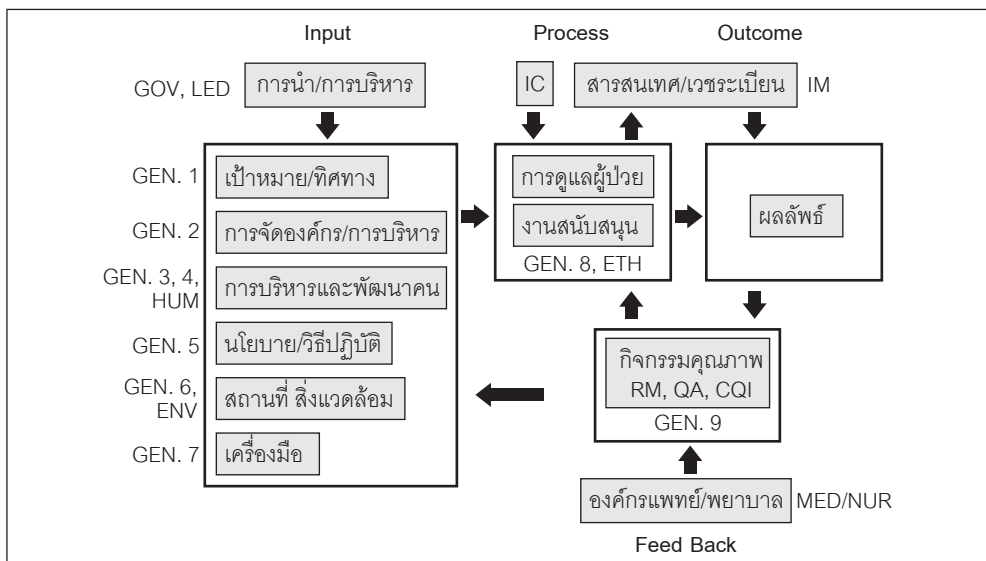
ด้วยช่องว่างระหว่างความคาดหวังของผู้รับบริการสุขภาพกับความสามารถในการตอบสนอง ทำให้เกิดความตื่นตัวในการสร้างหลักประกันคุณภาพของบริการสุขภาพ แพทยสภาเป็นสถาบันแรกที่ยพยายามดำเนินการในเรื่องนี้โดยจัดทำ “มาตรฐานโรงพยาบาล” ขึ้น มุ่งหวังให้มีการนำไปใช้ตรวจรับรองโรงพยาบาลทั่วไป ได้ ต่อมาสำนักงานประกันสังคมได้นำมาตรฐานดังกล่าวมาปรับปรุงเป็นมาตรฐานสถานพยาบาลประกันสังคม และใช้ในการตรวจรับรองสถานพยาบาลคู่สัญญามาจนถึงปัจจุบัน

ปลายปี 2537 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสถาบันวิชาการเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (มี นพ.มรกต กรเกษม เป็นประธานสถาบัน และ นพ.ปัญญา สอนคม เป็นรองประธานสถาบัน) ได้ร่วมกันดำเนินงาน “โครงการพัฒนามาตรฐานโรงพยาบาล” เพื่อ “เป็นแนวทางในการประเมินและพัฒนาคุณภาพด้วยตนเอง ของโรงพยาบาลทุกประเภท ทุกขนาด เพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้บริโภค ผู้จ่ายเงิน และผู้ให้บริการ ภายใต้อาชีพแวดล้อมของประเทศไทยในปัจจุบันและอนาคต”

**มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาญจนภิเชก (2539):
แนวทางการพัฒนาคุณภาพโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง**

มาตรฐานโรงพยาบาลชุดนี้ได้มาจากการทบทวนมาตรฐานของประเทศออสเตรเลีย สหรัฐอเมริกา แคนาดา และอังกฤษ มีการยกร่างและนำเสนอเพื่อรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้เกี่ยวข้องในแต่ละสาขา

จุดประสงค์: เพื่อให้โรงพยาบาลที่ต้องการพัฒนาคุณภาพของตนบนพื้นฐานของทรัพยากรที่มีอยู่ สามารถใช้เป็นแนวทางในการประเมินตนเองและพัฒนาในส่วนที่เป็นจุดอ่อนหรือข้อจำกัด โดยมีได้มุ่งหวังที่จะใช้เป็นเครื่องมือสำหรับตรวจสอบโดยหน่วยงานภายนอก หากมุ่งที่จะให้มีการใช้มาตรฐานนี้เป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันและก่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน อย่างไรก็ตาม กระบวนการเรียนรู้ นั้น การมีผู้เชี่ยวชาญหรือที่ปรึกษาจากภายนอกเข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ และให้ข้อคิดเห็น อาจจะช่วยให้เกิดการมองอย่างเป็นกลางและมีมุมมองที่กว้างขึ้น ซึ่งนอกจากจะเป็นการยืนยันผลการประเมินโดยโรงพยาบาลแล้ว ยังสามารถยืนยันกับสาธารณชนได้ว่าโรงพยาบาลมีระบบควบคุมคุณภาพที่สามารถให้ความไว้วางใจได้



ภาพที่ 5.1 ภาพเชิงระบบของโครงสร้างมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาญจนภิเชก

โครงสร้างของมาตรฐานแบ่งเนื้อหาเป็น 5 กลุ่ม 31 เรื่อง ดังนี้:

กลุ่มที่ 1 การนำขององค์กร มีมาตรฐาน 3 เรื่อง ได้แก่ สิทธิผู้ป่วย และจริยธรรมองค์กร (ETH), องค์กรบริหารสูงสุด (GOV), การนำและการบริหาร (LED)

กลุ่มที่ 2 มาตรฐานร่วมหรือมาตรฐานทั่วไป (GEN) ซึ่งทุกหน่วยงานหรือทุกบริการจะใช้เหมือนกัน มี 9 ข้อ ได้แก่ 1) พันธกิจ เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ 2) การจัดองค์กรและการบริหาร 3) การจัดการทรัพยากรบุคคล 4) การพัฒนาทรัพยากรบุคคล 5) นโยบายและวิธีปฏิบัติ 6) สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ 7) เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก 8) ระบบงาน/กระบวนการให้บริการ 9) กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

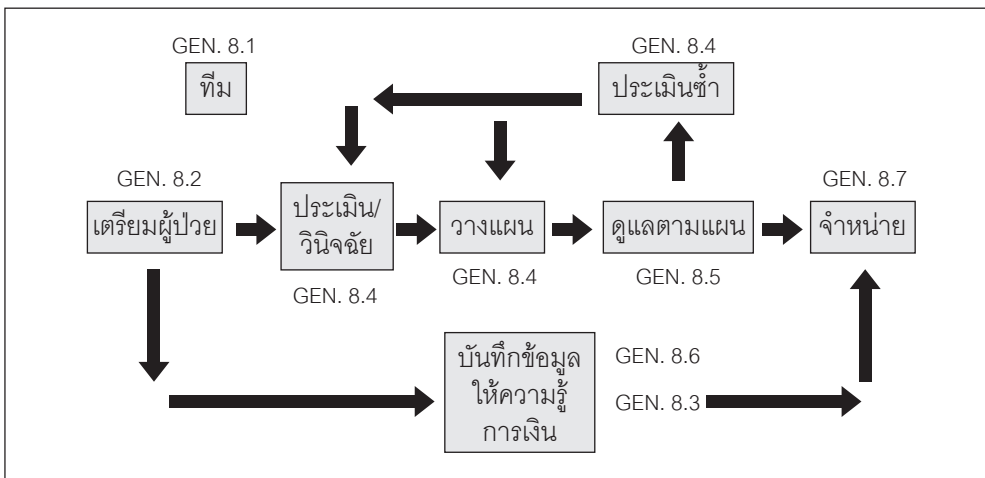
กลุ่มที่ 3 การบริหารระดับองค์กร มีมาตรฐาน 6 เรื่อง ได้แก่ โครงสร้างกายภาพ สิ่งแวดล้อม และความปลอดภัย (ENV), การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล (HUM), การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC), ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (IM), บริการทางการแพทย์/องค์กรแพทย์ (MED), บริการพยาบาล/องค์กรพยาบาล (NUR)

กลุ่มที่ 4 บริการทางคลินิก มีมาตรฐาน 17 เรื่อง ได้แก่ บริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (A&E), บริการวิสัญญี (ANE), บริการโลหิต (BLD), บริการผู้ป่วยวิกฤติ/หน่วยบำบัดพิเศษ (CRI), บริการสูติศึกษา (EDU), บริการผู้ป่วยใน (INP), บริการพยาธิวิทยาคลินิก/ชันสูตร (LAB), บริการทารกแรกเกิด (NS), บริการอาหารและโภชนาการ (NUT), บริการสูติกรรม (OBS), บริการผู้ป่วยนอก (OPD), บริการผ่าตัด/ห้องผ่าตัด (OPR), บริการพยาธิวิทยากายวิภาค (PAT), บริการเภสัชกรรม (PHA), บริการรังสีวิทยา (RAD), บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (REH), บริการสังคมสงเคราะห์ (SOC)

กลุ่มที่ 5 บริการสนับสนุนอื่นๆ มีมาตรฐาน 4 เรื่อง ได้แก่ งานรับผู้ป่วยใน (ADM), บริการจ่ายกลาง (CSS), บริการห้องสมุดและข้อมูลวิชาการ (LIB), บริการผ้า/ซักฟอก (LIN)

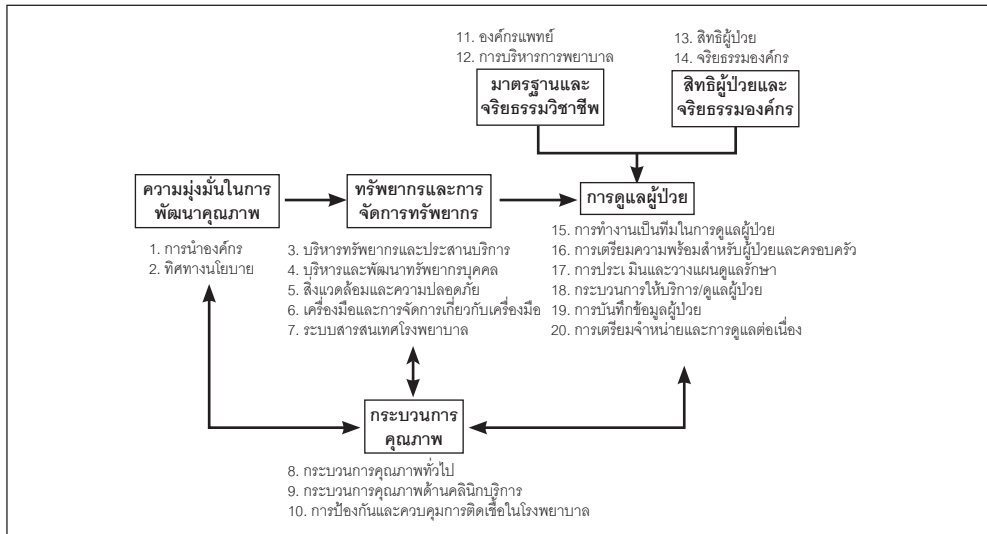
มาตรฐานสามกลุ่มหลังจะมีการแบ่งหัวข้อเป็น 9 ข้อ สอดคล้องกับมาตรฐานทั่วไป ที่สำคัญคือมาตรฐานว่าด้วยกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ซึ่งระบุว่าเป็นการกำหนดข้อมูลและสถิติที่ควรติดตามศึกษาเพื่อประเมินตนเอง นำมาสู่การคิดค้นหาวิธีการทำงานที่ดีขึ้น การประเมินอาจจะเป็นการตรวจสอบกับคู่มือการปฏิบัติงาน

ที่กำหนดไว้ การใช้ข้อมูลและสถิติเปรียบเทียบเพื่อกำหนดความผิดปกติที่ควรได้รับการปรับปรุง มาตรฐานข้อนี้เปรียบเสมือนกระจกสะท้อนการปฏิบัติงาน เป็นการตรวจสอบตนเอง เป็นองค์ประกอบสำคัญที่สุดที่จะทำให้มีหลักประกันว่างานที่ทำอยู่มีคุณภาพ คำถามที่ง่ายและมีประโยชน์ในการทำกิจกรรมข้อนี้คือ 1) เราทำสิ่งที่ทำอยู่ไปทำไม 2) เรารู้ได้อย่างไรว่าสิ่งที่ทำอยู่นั้นดีหรือไม่ วัดได้อย่างไร 3) เราจะปรับปรุงให้ดีขึ้นได้อย่างไร มาตรฐานข้อนี้เป็นผลของการเรียนรู้การปรับปรุง มาตรฐานของแคนาดาซึ่งบรรจุเรื่องการพัฒนาคุณภาพเข้าไปในมาตรฐานฉบับปี 1995 หรือ พ.ศ. 2538 เป็นครั้งแรกเราตามหลังแคนาดาเพียงหนึ่งปีเท่านั้น



ภาพที่ 5.2 มาตรฐานกระบวนการดูแลผู้ป่วยในมาตรฐานทั่วไปข้อ 8

มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับบูรณาการ (2543)



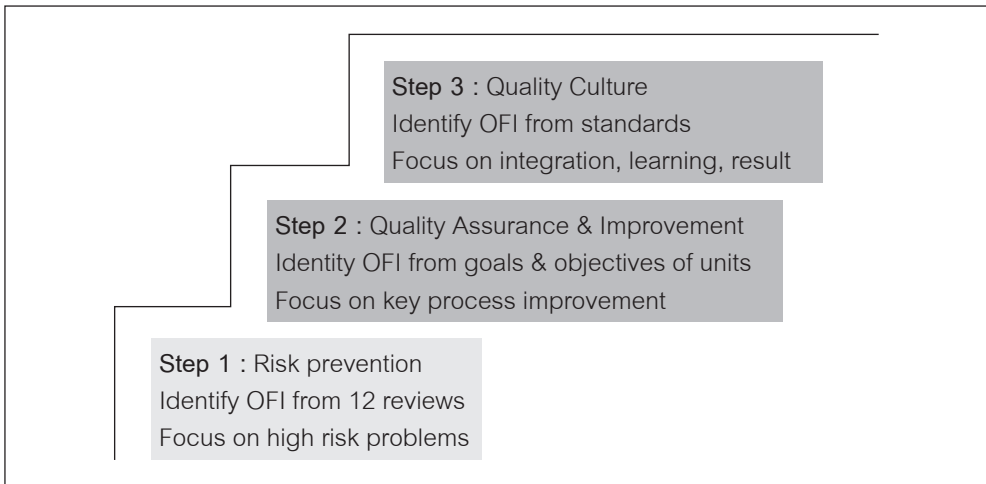
ภาพที่ 5.3 โครงสร้างของมาตรฐาน HA และเกณฑ์พิจารณา: บูรณาการภาพรวมระดับโรงพยาบาล

เนื่องจากมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาญจนานิกเชกนั้นมีความเชื่อมโยงกันตามมาตรฐานร่วมหรือมาตรฐานทั่วไป 9 ข้อ ในปี 2543 สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจึงได้นำมาตรฐานดังกล่าวมาเรียบเรียงใหม่เป็น 6 หมวด 20 บท เพื่อให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสามารถนำข้อกำหนดต่างๆ ไปใช้ได้สะดวกยิ่งขึ้น การเรียบเรียงครั้งนั้นยึดหลักการเชื่อมโยงข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องกันไว้ด้วยกัน ลดความซ้ำซ้อนของข้อกำหนดที่ใกล้เคียงกัน และเพิ่มเติมรายละเอียดที่เป็นประโยชน์ในการนำไปปฏิบัติมาเป็นส่วนขยายความ

มาตรฐาน HA และเกณฑ์พิจารณาฉบับนี้แนะนำให้ใช้ควบคู่ไปกับแบบประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA ซึ่งจะมีทั้งแบบการประเมินตนเองในภาพรวมระดับโรงพยาบาล และแบบการประเมินตนเองในระดับหน่วยงาน โดยการประเมินตนเองในระดับหน่วยงานนั้น จำเป็นต้องดูข้อกำหนดเฉพาะสำหรับแต่ละหน่วยงานในมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาญจนานิกเชกร่วมด้วย

มาตรฐานชุดนี้ยังใช้เป็นพื้นฐานสำหรับบันไดสามขั้นสู่ HA มาจนมีการปรับมาตรฐานเมื่อปี 2549 และเป็นพื้นฐานสำหรับการจัดโครงสร้างทีมที่ดูแลระบบงานต่างๆ ในระดับโรงพยาบาล

บันไดสามขั้น (2545)



ภาพที่ 5.4 สรุปภาพรวมของบันไดสามขั้นสู่ HA

เมื่อมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี 2544 ทางฝ่ายนโยบายต้องการให้โรงพยาบาลที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยในระบบนี้มีหลักประกันคุณภาพร่วมด้วยโดยมีแนวคิดที่โรงพยาบาลทุกแห่งน่าจะได้รับการรับรอง HA แต่ด้วยเห็นว่าโรงพยาบาลมีความพร้อมที่แตกต่างกันสำหรับการนำมาตราฐาน HA ไปปฏิบัติ การเร่งให้ได้การรับรองในระยะเวลาอันสั้นอาจจะไม่ได้คุณภาพที่แท้จริงและเป็นผลเสียต่อการพัฒนาคุณภาพในระยะยาว พรพ.จึงได้นำแนวคิดเรื่องการพัฒนาเป็นลำดับขั้นมาใช้ โดยแบ่งเป็นสามขั้นคือ บันไดขั้นที่ 1 สู่ HA, บันไดขั้นที่ 2 สู่ HA, และการได้รับการรับรอง HA

บันไดขั้นที่ 1 สู่ HA เน้นการป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญ ส่งเสริมการหาโอกาสพัฒนาจากกิจกรรมทบทวนคุณภาพต่างๆ **บันไดขั้นที่ 2 สู่ HA** เน้นการประกันคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพของกระบวนการสำคัญอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมการหาโอกาสพัฒนาจากเป้าหมายของหน่วยงาน การที่จะได้รับการรับรอง

HA นั้นจะต้องแสดงถึงการมีวัฒนธรรมคุณภาพ มีการพัฒนาเพื่อปฏิบัติตามข้อกำหนดในมาตรฐาน HA อย่างครบถ้วน มีบุคลากร การเรียนรู้ และแสดงให้เห็นผลลัพธ์สำคัญ

กล่าวอย่างง่าย ๆ: **ขั้นที่ 1** ใฝ่ลูกตรงไหน ตามไปดูตรงนั้น ป้องกันอย่าให้เกิดซ้ำ **ขั้นที่ 2** มองงานของตนเอง หาเป้า ใฝ่ดู ทำให้บรรลุเป้า **ขั้นที่ 3** มองมาตรฐาน เชื่อมโยง ประเมินผล เรียนรู้ ยกระดับ

ก้าวแรกที่เข้าใจ ก้าวต่อไปก็ไม่ใช่เรื่องยาก ที่สำคัญ กิจกรรมในบันไดขั้นที่ 1 และ 2 เป็นสิ่งที่ต้องเน้นย้ำทำตลอดเวลาเพื่อเป็นพื้นฐานของขั้นที่ 3

กรอบที่ 5.1 แสดงให้เห็นการเปรียบเทียบสาระสำคัญของบันไดแต่ละชั้น ในประเด็นภาพรวม, จุดเริ่ม, กระบวนการคุณภาพ, เครื่องชี้วัดความสำเร็จ, การใช้มาตรฐาน HA, การประเมินตนเอง และความครอบคลุมการพัฒนา

กรอบที่ 5.1 เปรียบเทียบสาระสำคัญของบันไดแต่ละชั้น

	ขั้นที่ 1	ขั้นที่ 2	ขั้นที่ 3
ภาพรวม	ใช้วิกฤติเป็นโอกาส	เชิงรุก	สร้างวัฒนธรรมคุณภาพ
จุดเริ่ม	นำปัญหามาทบทวนเพื่อแก้ไขป้องกัน	วิเคราะห์เป้าหมายและกระบวนการอย่างเป็นระบบ	ประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน HA
กระบวนการคุณภาพ	Check-Act-Plan-Do (RM/QA)	Plan-Do-Check-Act (QA) Check-Act-Plan-Do (CQI)	องค์กรเรียนรู้และพัฒนา
เครื่องชี้วัดความสำเร็จ	ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาที่กำหนด	QA/CQI ที่สอดคล้องกับเป้าหมายหลักของหน่วยงาน	เครื่องชี้วัดคุณภาพที่ดีขึ้น
มาตรฐาน HA	ยังไม่เน้นมาตรฐาน HA	มาตรฐาน HA ที่จำเป็นและปฏิบัติได้ไม่ยาก	มาตรฐาน HA ครบถ้วน
ประเมินตนเอง	เพื่อป้องกันความเสี่ยง (ไม่เน้นแบบฟอร์ม)	เพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา	เพื่อสังเคราะห์ความพยายามในการพัฒนาและผลที่ได้รับ
ความครอบคลุม	ครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิดขึ้น	ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด	เชื่อมโยงกระบวนการและระบบงาน

กรอบที่ 5.2 แสดงให้เห็นหัวใจของการพัฒนาและกิจกรรมการพัฒนาใน
บันไดแต่ละชั้น โดยเริ่มปูพื้นฐานจากการเตรียมการ และเรียนรู้แนวคิดคุณภาพ
พื้นฐานผ่านกิจกรรม “8 สัปดาห์หัวหน้าพาทำคุณภาพ”

กรอบที่ 5.2 หัวใจของการพัฒนาและกิจกรรมการพัฒนาในบันไดแต่ละชั้น

ชั้นที่	หัวใจของการพัฒนา	กิจกรรม
	เตรียมการ	การสร้างความตระหนักในทีมผู้บริหาร/ผู้นำ การทบทวนและเชื่อมต่อความพยายามในการพัฒนาคุณภาพ แต่งตั้งผู้ประสานงานคุณภาพ/ทีมสนับสนุนและประสานงาน วิเคราะห์บริบทรายกาศในการทำงาน และดำเนินการปรับปรุง
	พัฒนาและเรียนรู้ (หัวหน้าพาทำคุณภาพ)	สร้างความตระหนักแก่เจ้าหน้าที่, ฝึกฝนทักษะของทีม, คุณภาพเริ่ม ที่แต่ละคน คุณภาพคือการทำให้งานของเราดีขึ้น, คุณภาพคือการฟังฟังกัน และกัน, คุณภาพคือการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ, คุณภาพคือการทำหน้าที่ตามเป้าหมายอย่างสมบูรณ์
1	การทบทวนและ แก้ไขป้องกัน	ทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย, ทบทวนความคิดเห็น/คำร้องเรียนของผู้รับ บริการ, ทบทวนการส่งต่อ/ขอย้าย/ปฏิเสธการรักษา, ทบทวนการ ตรวจรักษาโดยผู้ที่มีชีพ, ค้นหาและป้องกันความเสี่ยง, ฝึ ะวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล, ฝึะวังความคลาดเคลื่อนทางยา, ทบทวนเหตุการณ์สำคัญ, ทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึกเวช ระเบียน, ทบทวนการใช้ความรู้ทางวิชาการ, ทบทวนการใช้ ทรัพยากร, การติดตามเครื่องชี้วัดสำคัญ
2	การประกันคุณภาพ และพัฒนาอย่าง ต่อเนื่อง	วิเคราะห์หน่วยงานอย่างเป็นระบบ, จัดทำคู่มือปฏิบัติงาน, ทบทวน ระบบบริหารความเสี่ยง, พัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง, โครงสร้าง การนำระดับกลาง, ประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA
3	การปฏิบัติตาม มาตรฐาน HA อย่างครบถ้วน	การปฏิบัติตามข้อกำหนดในมาตรฐาน HA, การปฏิบัติตาม มาตรฐานวิชาชีพ, การสร้างวัฒนธรรมคุณภาพและวัฒนธรรมการ เรียนรู้

จากพื้นฐานบันไดขั้นที่ 1 สู่การสร้างวัฒนธรรมและความยั่งยืน

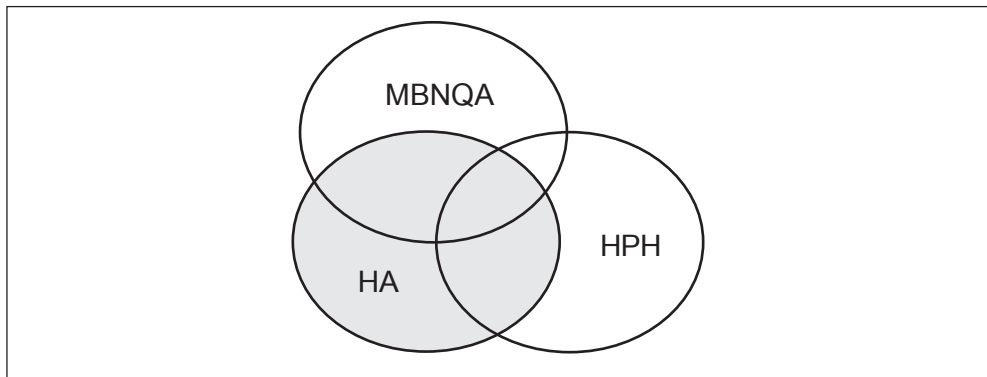
การทบทวนในบันไดขั้นที่ 1 มิใช่ทำแล้วเลิกเลย แต่ควรฝึกฝนทำซ้ำจน
ชำนาญ และพัฒนาต่อเนื่องจนเป็นวัฒนธรรมองค์กรเพื่อให้เกิดความยั่งยืน มีคำ
แนะนำที่ควรทบทวนนำไปสู่การปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ดังนี้:

1. จุดพลังส่งต่อเนื่อง
 - 1.1 ถามตนเองทุกวันด้วยคำถามพื้นฐาน: พรุ่งนี้จะทำอะไรให้ดีขึ้น, จะทำให้งานง่ายขึ้นอย่างไร, จะทำให้เพื่อนของเราทำงานง่ายขึ้นอย่างไร, จะเพิ่มคุณค่าให้ลูกค้าของเราอย่างไร, เราทำหน้าที่ตามเป้าหมายสมบูรณ์หรือยัง
 - 1.2 ทบทวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นทุกครั้ง
2. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
 - 2.1 ทบทวนข้างเตียง (C3THER) เป็นประจำทุกวัน
 - 2.2 รับฟังเสียงสะท้อนจากผู้ป่วยทุกวัน
 - 2.3 สำนวจความเสี่ยงทุกวัน
3. ปรับเปลี่ยนระบบงาน
 - 3.1 จากการตั้งรับสู่การป้องกันที่เป็นระบบ
 - เชื่อมโยงกับการพัฒนาระบบเฉพาะ (กรอบที่ 5.3)
 - พัฒนางานอย่างเป็นระบบ Purpose, Process, Performance
 - 3.2 จากการป้องกันความเสี่ยงสู่การเพิ่มคุณค่า ด้วยการคิดนอกกรอบ ใช้แนวคิดองค์รวม ใช้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ
 - 3.3 จากการทบทวนรายผู้ป่วยไปสู่การทบทวนและพัฒนาากลุ่มผู้ป่วย
 - 3.4 เชื่อมโยงการพัฒนาหน่วยกับทิศทางขององค์กร
 - 3.5 ทำงานนโยบายให้มีคุณภาพ
4. สร้างการเรียนรู้
 - 4.1 เรียนรู้ทุกครั้งที่ทำกิจกรรม
 - 4.2 นำเนื้อหามาใช้ประโยชน์ ผ่านกรณีศึกษา เรื่องเล่า การอ้างอิงในคู่มือ
 - 4.3 สร้างนวัตกรรมเพื่อการเรียนรู้
 - 4.4 ขยายการเรียนรู้ของบุคคลสู่กลุ่มและองค์กร
 - 4.5 เอาความรู้ฝังเข้าไปในงานและบริการ

กรอบที่ 5.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการทบทวนกับการวางระบบงาน

การทบทวนคำร้องเรียน/ข้อคิดเห็น	Complaint Management System
การทบทวนการส่งต่อ/การตรวจรักษาโดยผู้ชำนาญ	Competency Management System
การค้นหาความเสี่ยง, การทบทวนอุบัติการณ์	Adverse Event/Risk Management System
การทบทวนการติดเชื้อในโรงพยาบาล	Infection Control System
การทบทวนความคลาดเคลื่อนทางยา	Drug Management System
การทบทวนเวชระเบียน	Medical Record System
การทบทวนการใช้ทรัพยากร	Resource Management System (UR)
การทบทวนเครื่องชี้วัด	Measurement & Monitoring System
การทบทวนข้างเตียงผู้ป่วย (C3THER)	Patient care system/nursing process
การทบทวนการใช้ความรู้ทางวิชาการ	Clinical CQI

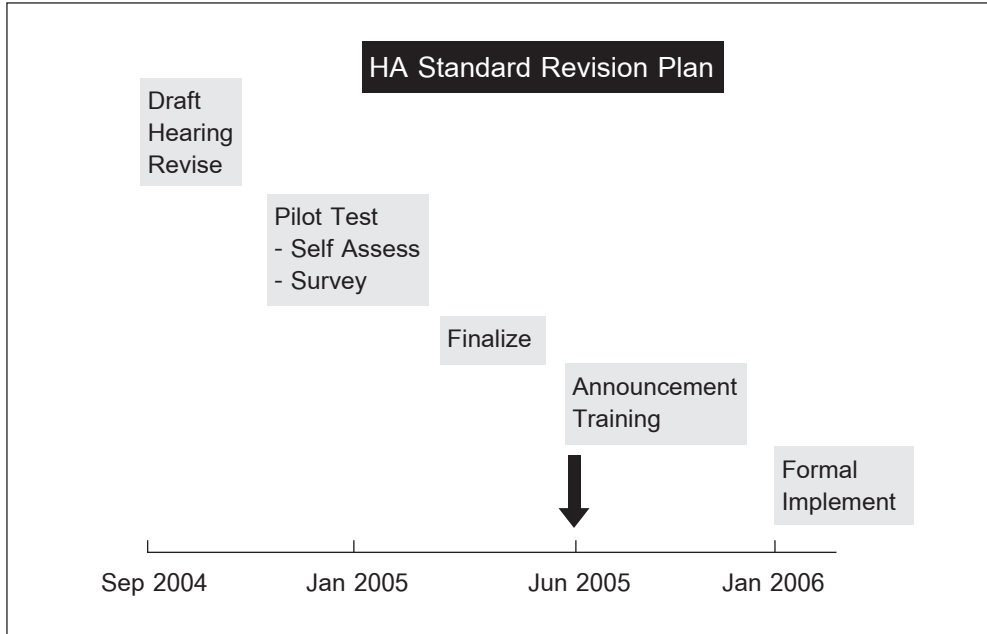
มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติ ฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี (2549)



ภาพที่ 5.5 ที่มาของมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฯ

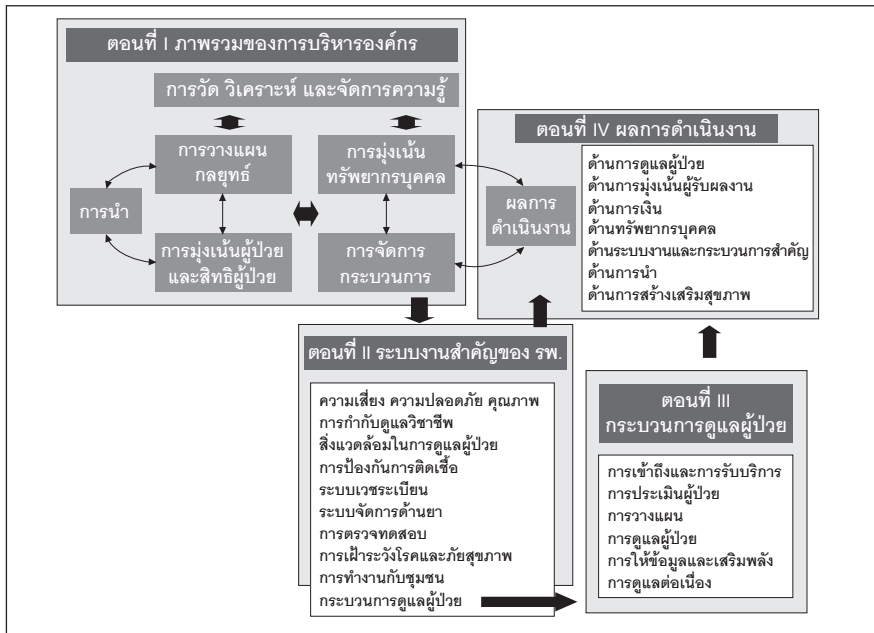
เท้าความ: เมื่อปี 2546 พรพ.ร่วมกับกรมอนามัยเริ่มให้การรับรองโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ (HPH) โดยใช้มาตรฐานของกรมอนามัย เมื่อดำเนินการมาได้ระยะหนึ่งได้รับเสียงสะท้อนว่าควรจะหาทางลดความซ้ำซ้อนเพื่อให้ง่ายขึ้นสำหรับโรงพยาบาล จึงเป็นที่มาของความคิดที่จะรวมมาตรฐานโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพเข้ากับมาตรฐาน HA ในขณะนั้น พรพ.ได้นำแนวคิดเรื่องของ

context & core values มาใช้ในกระบวนการพัฒนาภายใต้แนวคิด 3C-PDSA ร่วมด้วย ทำให้เห็นโอกาสที่จะบูรณาการมาตรฐานและเกณฑ์ทั้งสามเรื่องเข้าด้วยกันคือ HA, HPH, TQA/MBNQA



ภาพที่ 5.6 แผนการทบทวนและปรับมาตรฐานซึ่งเริ่มต้นเมื่อปี 2547

กระบวนการยกร่าง: เริ่มในช่วงปลายปี 2547 และคาดว่าจะสำเร็จในช่วงกลางปี 2548 เพื่อเริ่มต้นใช้ได้ในปี 2549 แต่เมื่อดำเนินการเข้าจริง พบว่าต้องใช้เวลาในการทำความเข้าใจความหมายของมาตรฐานต่างๆ มีข้อเสนอให้ปรับเนื้อหาให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น รวมทั้งการยุบรวมข้อกำหนดที่ยาวเกินไปในบางหมวด มาตรฐานที่เพิ่มขึ้นอันเป็นผลจากความร่วมมือกับหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข คือ “การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ” ซึ่งมาจากความร่วมมือกับกรมควบคุมโรค ในช่วงของการยกร่างมีประเด็นที่ตัดสินใจยากลำบากก็คือจะแยกมาตรฐานเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพออกมาให้เห็นชัดเจนในแต่ละบท หรือจะบูรณาการให้เป็นเนื้อเดียวกันไปกับมาตรฐาน HA ทำอยู่ที่สุดก็ตัดสินใจเลือกใช้รูปแบบของการบูรณาการเข้าเป็นเนื้อเดียวกัน



ภาพที่ 5.7 โครงสร้างมาตรฐานและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี

โครงสร้างมาตรฐาน: อาศัยโครงสร้างเกณฑ์รางวัลคุณภาพซึ่งมี 7 หมวด เป็นแกนหลัก โดยนำ 6 หมวดของเกณฑ์เชิงกระบวนการมากำหนดเป็นมาตรฐาน ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร, แล้วขยายความในส่วนของการจัดการ กระบวนการมาเป็นมาตรฐานตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล, และ มาตรฐานตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย ส่วนในหมวดที่ 7 ของเกณฑ์รางวัล คุณภาพแห่งชาตินั้นแยกไปเป็นมาตรฐานตอนที่ IV ผลการดำเนินงาน ซึ่งเพิ่มผล การดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพเข้าไปด้วย

เป้าหมายของการใช้มาตรฐาน: เพื่อเป็นแนวทางในการออกแบบระบบ งานที่เหมาะสม และใช้ประเมินเพื่อหาโอกาสพัฒนา

ขอบเขตของมาตรฐาน: เป็นมาตรฐานสำหรับการพัฒนาและการประเมิน โรงพยาบาลทั้งองค์กร ซึ่งสามารถใช้ได้กับโรงพยาบาลทุกระดับ โดยครอบคลุม การทำหน้าที่สร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลไว้ด้วย

มาตรฐานฉบับนี้สามารถใช้กับสถานพยาบาลอื่นๆ นอกเหนือจาก โรงพยาบาลได้ โดยเน้นการนำข้อกำหนดในตอนที่ 1 และตอนที่ 4 มาใช้ และเลือก

ข้อกำหนดในตอนต้นที่ 2 และตอนต้นที่ 3 เท่าที่เกี่ยวข้องมาใช้

สิ่งที่ต้องใช้ควบคู่กับมาตรฐาน:

- 1) การพิจารณาบริบทขององค์กรและหน่วยงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปัญหา ความท้าทาย และความเสี่ยงที่สำคัญ
- 2) การใช้ค่านิยมและแนวคิดหลัก (Core Values & Concepts) ของการพัฒนาคุณภาพและการสร้างเสริมสุขภาพ:
 - ทิศทางนำ: visionary leadership, systems perspective, agility
 - ผู้รับผล: patient & customer focus, focus on health, community responsibility
 - คนทำงาน: value on staff, individual commitment, teamwork, ethic & professional standard
 - การพัฒนา: creativity & innovation, management by fact, continuous process improvement, focus on results, evidence-based approach
 - พาเรียนรู้: learning, empowerment
- 3) วงล้อการพัฒนาคุณภาพและการเรียนรู้ (Plan-Do-Study-Act หรือ Purpose-Process-Performance)
- 4) แนวทางการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (Scoring Guideline)

การใช้มาตรฐานที่ก่อให้เกิดคุณค่า

- 1) ทำความเข้าใจเป้าหมายและคำสำคัญ (key words) ของมาตรฐานให้กระจ่างชัด
- 2) เน้นการใช้เพื่อการเรียนรู้และยกระดับผลการดำเนินงาน
- 3) เน้นความเชื่อมโยงขององค์ประกอบต่างๆ ในแต่ละระบบ (ศึกษาและทำความเข้าใจเส้นที่เชื่อมต่อบริการประกอบต่างๆ ในแผนภูมิ) และการเชื่อมโยงระหว่างระบบงานต่างๆ
- 4) เน้นการนำมาตรฐานไปเรียนรู้และทบทวนการปฏิบัติในสถานการณ์จริงในที่ทำงาน ที่ข้างเตียงผู้ป่วย

- 5) เน้นการพัฒนาที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ (ระบบงาน กลุ่มผู้ป่วย หน่วยงาน) อย่างเชื่อมโยง
- 6) ประยุกต์ใช้มาตรฐานอย่างเหมาะสม เช่น ประยุกต์ใช้มาตรฐานตอนที่ 1 กับระดับหน่วยงานด้วย ประยุกต์มาตรฐานว่าด้วยการจัดการกระบวนการในทุกเรื่อง
- 7) เน้นการทบทวนประเมินผลในระดับภาพรวม และการบรรลุเป้าหมายของแต่ละระบบ

ISQua Accredited Standards (2553)

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี ได้รับการรับรองจาก ISQua ว่าเป็นมาตรฐานที่เป็นไปตาม International Principles for Healthcare Standards (3rd edition, 2008) โดยได้รับการรับรองครั้งแรกเมื่อ พ.ศ.2553 และได้รับการรับรองต่ออายุเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2557 การที่มาตรฐาน HA ได้รับการรับรองนี้เป็นการสร้างความมั่นใจให้แก่สถานพยาบาลต่างๆ ที่ได้รับการรับรองตามมาตรฐานนี้ ว่าเป็นไปตามหลักการสากล หลักการที่ใช้ในการประเมินประกอบด้วยหลัก 6 ประการต่อไปนี้ ซึ่งหลักการแต่ละข้อจะมีเกณฑ์รายละเอียดของการประเมินประกอบ

Principle 1 QUALITY IMPROVEMENT

Standards are designed to encourage healthcare organisations to improve quality and performance within their own organisations and the wider health-care system

มาตรฐาน HA เน้นการส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพมาตั้งแต่มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาญจนาภิเษก และมาตรฐานในฉบับปัจจุบันก็มีองค์ประกอบของ performance measurement system (I-4), process management (I-6), และ results (IV)ของเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ รวมทั้งการบริหาร ความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ (II-1) ประเด็นที่ได้มีการปรับเพิ่มเติมเพื่อให้เป็นไปตามข้อกำหนดได้แก่การให้ข้อมูลแก่สาธารณะเกี่ยวกับคุณภาพบริการ

Principle 2 PATIENT/SERVICE USER FOCUS

Standards are designed with a focus on patients/service users and reflect the patient/service user continuum of care or service

มาตรฐาน HA มีข้อกำหนดเกี่ยวกับ patient focus & patient right (I-3), การตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพของชุมชน การให้ข้อมูลและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย และคุณภาพการดูแลในทุกขั้นตอนของ patient care process (III) ประเด็นที่ได้มีการทำให้ชัดเจนขึ้นคือเรื่องของ cultural & spiritual sensitivities

Principle 3 ORGANISATIONAL PLANNING AND PERFORMANCE

Standards assess the capacity and efficiency of healthcare organisations

มาตรฐาน HA มีข้อกำหนดเกี่ยวกับการวางแผนและพัฒนาทรัพยากรบุคคล (I-5), การดูแลคุณสมบัติของวิชาชีพและการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน (II-2), การวางแผนโดยการมีส่วนร่วม การกำหนดเป้าหมายและติดตามผล (I-2), การทบทวนเพื่อให้มีการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ (II-1)

Principle 4 SAFETY

Standards include measures to protect and improve the safety of patients/service users, staff and visitors to the organisation

มาตรฐาน HA มีข้อกำหนดเกี่ยวกับกระบวนการบริหารความเสี่ยง ครอบคลุมการวางแผน การทบทวนและติดตาม การรายงาน (II-1), การดูแลสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร (I-5) ความปลอดภัยในด้านโครงสร้าง กายภาพและเครื่องมือ (II-3), การป้องกันความเสี่ยงทางคลินิก (II-1), การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (II-4), การส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวทางเพื่อความปลอดภัย (SIMPLE), เวชระเบียนที่สมบูรณ์ (II-5), ประเด็นที่ได้มีการปรับเปลี่ยนเพิ่มเติมเพื่อให้เป็นไปตามข้อกำหนดได้แก่การฝึกอบรมบุคลากรเพื่อใช้เครื่องมืออย่างปลอดภัย

Principle 5 STANDARDS DEVELOPMENT

Standards are planned, formulated and evaluated through a defined and rigorous process

กระบวนการจัดทำมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ได้มีการวางแผน ยกร่าง ทดสอบในพื้นที่ รับฟังข้อคิดเห็น โดยใช้เวลาในช่วง 2546-2549 เพื่อให้มั่นใจว่าเป็นข้อกำหนดที่มีคุณค่าและสามารถปฏิบัติได้

Principle 6 STANDARDS MEASUREMENT

Standards enable consistent and transparent rating and measurement of achievement

มาตรฐาน HA มีการจัดทำ scoring guideline โดยใช้คะแนน 5 ระดับที่มีความชัดเจนเพื่อประเมินการปฏิบัติตามมาตรฐาน ในลักษณะที่ส่งเสริมการประเมินและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

แม้ว่ามาตรฐาน HA ที่ใช้ในปัจจุบันจะประกาศใช้มาตั้งแต่ปี 2549 แต่เนื้อหา ก็ยังมีความทันสมัยเนื่องจากเป็นเนื้อหาในลักษณะที่ non-prescriptive สามารถปรับใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์และบริบทขององค์กร ขณะนี้ได้ริเริ่มขยายข้อกำหนดในส่วนที่จำเป็นในมาตรฐาน Advanced HA ซึ่งจะเป็พื้นฐานของการปรับปรุงมาตรฐานในรอบต่อไป

จาก SA สู่ SPA (2552)

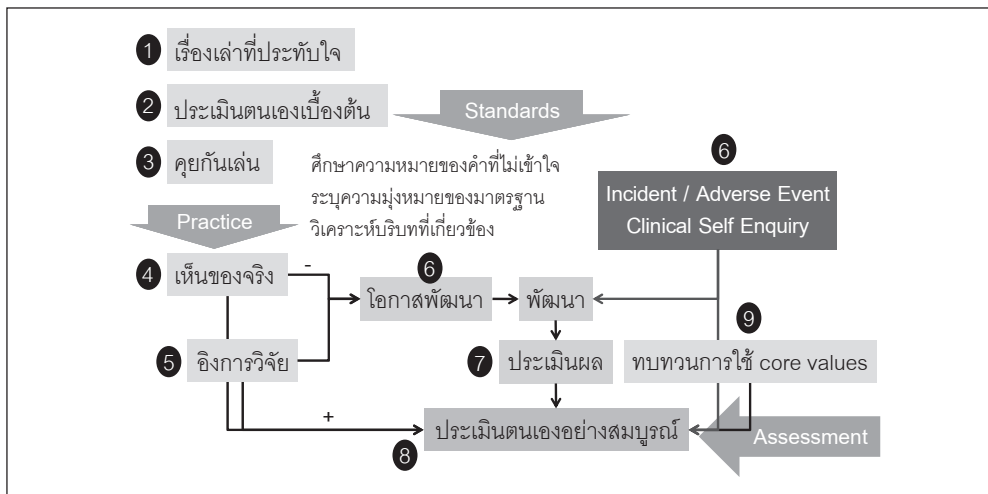
พรพ.เน้นการเรียนรู้ของโรงพยาบาลโดยมีเครื่องมือสำคัญอย่างหนึ่งคือการประเมินตนเอง (SA-self assessment) ทั้งการประเมินเพื่อหาโอกาสพัฒนา การประเมินความสำเร็จในการพัฒนา และการสรุปบทเรียนจากการพัฒนา การส่งเอกสารรายงานการประเมินตนเองเป็นสิ่งที่โรงพยาบาลได้รับการขอร้องให้ปฏิบัติ ก่อนที่จะมีการเยี่ยมสำรวจ โดยมีเป้าหมายว่าเป็นโอกาสให้ทีมงานของโรงพยาบาล ได้ทบทวนและเรียนรู้ร่วมกันในการพัฒนาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล ต่อมาเมื่อพบว่าโรงพยาบาลใช้เวลาค่อนข้างมากกับเอกสารเหล่านี้ แทนที่จะใช้เวลากับการพัฒนา และการทำเอกสารก็ไม่ได้เป็นประโยชน์ต่อการเรียนรู้ของทีมงาน พรพ. จึงจัดทำคู่มือขึ้นชุดหนึ่งเพื่อเน้นย้ำความสำคัญของการปฏิบัติ และลดการใช้เวลากับงานเอกสาร เรียกคู่มือชุดนี้ว่า SPA

SPA เป็นการเล่นคำเพื่อส่งสัญญาณในความหมายตัว P ที่เพิ่มเข้าไป ว่า

practice เป็นสิ่งที่สำคัญกว่าเอกสาร S คือ standards เป็นจุดตั้งต้นของการพัฒนา, P คือ practice เป็นการขยายรูปธรรมของการปฏิบัติตามมาตรฐานให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น, A คือ assessment เป็นการแนะนำว่าควรจะทำอะไรหลังจากการปฏิบัติตามมาตรฐานข้อนี้อย่างไรจึงจะกระชับตรงประเด็น

เนื่องจากมาตรฐานตอนที่ III เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยนั้นเป็นสิ่งที่ปฏิบัติกันแทบจะเป็นงานประจำและคิดว่าเรียบร้อยคืออยู่แล้ว SPA จึงเน้นไปที่การประเมินคุณภาพของกระบวนการเหล่านั้นโดยการทำวิจัยแบบง่าย ๆ นอกจากนั้นยังได้เพิ่มเติมมิติด้านจิตวิญญาณซึ่งได้จากการรับฟังเรื่องเล่าในพื้นที่เข้าไปในกระบวนการดูแลเหล่านี้ด้วย

สิ่งที่ระบุว่าเป็นแนวทางในการดำเนินการในเอกสารชุดนี้เป็นข้อเสนอให้ผู้นำและทีมงานของรพ.พิจารณาเท่านั้น ควรเลือกดำเนินการเฉพาะเท่าที่จะเป็นประโยชน์และเหมาะสม กับบริบทของ รพ. โดยอย่างน้อยควรนำมาสู่ข้อมูลที่จะตอบในประเด็นสำคัญที่ระบุไว้ได้



ภาพที่ 5.8 การใช้ SPA เพื่อการพัฒนาให้ได้ผล

การนำ SPA ไปใช้ในระดบที่เกิดการเรียนรู้และพัฒนาอย่างเต็มที่อาจประกอบด้วยกิจกรรมดังต่อไปนี้:

1. เริ่มจากสิ่งใกล้ตัวคือการเล่าเรื่องที่ประทับใจในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับมาตรฐานที่หยิบยกขึ้นมา

2. ประเมินตนเองเบื้องต้นว่าในระบบงานดังกล่าวนั้น มีจุดแข็งอะไร จุดอ่อนอะไร

3. นำข้อกำหนดของมาตรฐานมา “คุยกันเล่น” เพื่อทำความเข้าใจกับ มาตรฐาน เป้าหมายของมาตรฐาน และประเด็นสำคัญของเรา ประเด็นสำคัญของ เราคือคำถามว่า “what’s in it for me” ในมาตรฐานนี้ เราเห็นปัญหาหรือโอกาส พัฒนาที่เป็นเรื่องเฉพาะของเราอะไรบ้าง? ซึ่งประเด็นนี้ได้ถูกนำมาขยายความเป็น คำถามที่ชัดเจนมากขึ้นใน SPA-in-Action

4. “เห็นของจริง” เป็นการตามเข้าไปดูในพื้นที่จริงโดยอาศัยแนวทางที่อยู่ใน P-practice เพื่อเรียนรู้ว่าอะไรที่ทำแล้ว อะไรที่ยังไม่ได้ทำ เรียนรู้จากพนักงาน จากพื้นที่จริง มิได้นั่งคุยกันบนโต๊ะ

5. “อิงวิจัย” เป็นการรับรู้การปฏิบัติงานด้วยเครื่องมือที่มีความเที่ยงยิ่งขึ้น สำหรับกรณีที่ไม้อาจเห็นได้ขณะเข้าไปดูในพื้นที่จริง หรือต้องการเห็นภาพรวม ของการปฏิบัติ

6. นำโอกาสพัฒนาที่ได้จากการ “เห็นของจริง” “อิงวิจัย” รวมถึงการรายงาน เหตุการณ์และการวิเคราะห์ห้สืบค้นทางคลินิก มาดำเนินการพัฒนา (Plan & Do ใน PDCA)

7. ติดตามประเมินผลการพัฒนา (Check ใน PDCA)

8. นำผลการพัฒนาและบทเรียนที่เกิดขึ้นมาตอบในรายงานการประเมิน ตนเอง

9. ทบทวนการใช้ core values ที่เกิดขึ้นในระหว่างการพัฒนา

แนวทางการตอบแบบประเมินตนเอง:

- จุดเน้นในการตอบแบบประเมินตนเองคือ บทเรียนและผลลัพธ์ของ การนำมาตรฐานไปปฏิบัติ
- จัดทำอย่างกระชับ ตรงประเด็น ตามแนวทางใน SPA
- พร้อมทั้งจะนำเสนอคณะกรรมการรับรองได้
- แสดงให้เห็นประเด็นสำคัญของ รพ. และประสบการณ์จริงของ รพ.
- หลีกเลี่ยงการตอบเชิงทฤษฎี แต่แสดงให้เห็นประสบการณ์หรือบทเรียน จากการนำทฤษฎีมาสู่การปฏิบัติ
- หลีกเลี่ยงการคัดลอกเอกสารที่ รพ. ใช้มาใส่ในแบบประเมินตนเอง แต่

สรุปใจความสำคัญ ที่มาที่ไป และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

- พยายามนำเสนอผลการทำวิจัยง่าย ๆ ถ้ามี
- ทำแล้วอ่านกันในทีมงานให้ทั่วถึง วิชาการและปรับปรุง

SPA in Action (2556)

เกี่วกับความ

สรพ.ได้จัดทำ SPA (Standard-Practice-Assessment) เป็นเสมือนคำอธิบายขยายความการใช้มาตรฐาน HA โดยเน้นรูปธรรมของการนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติ และประเด็นสำคัญที่ควรสรุปผลการปฏิบัติในการประเมินตนเอง

การนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติ จำเป็นต้องพิจารณาให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล หรือตามปัญหาสำคัญของโรงพยาบาล การใช้คำถามง่าย ๆ เพื่อให้เห็นประเด็นที่ทำหายบางอย่างที่อาจมองข้ามไป จะช่วยให้โรงพยาบาลดำเนินการพัฒนาในประเด็นที่มีความสำคัญ และได้ประโยชน์จากมาตรฐานมากขึ้น

สรพ.ได้นำแนวคิดดังกล่าวมาจัดทำเป็นคู่มือขึ้นเรียกว่า SPA in Action โดยมีเป้าหมายเพื่อให้โรงพยาบาลใช้ประโยชน์จากมาตรฐาน HA อย่างสอดคล้องและตรงประเด็นปัญหาของโรงพยาบาล กลุ่มเป้าหมายแรกที่จะใช้คู่มือนี้ คือ โรงพยาบาลที่เตรียมขอการรับรอง HA และต่อมาพบว่าโรงพยาบาลที่ได้รับ HA แล้วก็ได้รับประโยชน์ในการพัฒนาเพิ่มเติม โรงพยาบาลที่จะต่ออายุชั้นที่ 2 ก็ได้รับประโยชน์ในการเตรียมตัวไปสู่ชั้นที่ 3

วัตถุประสงค์และความคาดหวัง

SPA in Action มีวัตถุประสงค์ เพื่อช่วยให้โรงพยาบาลสามารถกำหนดประเด็นการพัฒนาที่สำคัญซึ่งสอดคล้องกับมาตรฐาน HA และบริบทของโรงพยาบาล

ความคาดหวังในการใช้ SPA in Action ที่ได้ประโยชน์สูงสุดได้แก่

- (1) ทำความเข้าใจร่วมกันว่าเนื้อหาของ SPA กับ SPA in Action เป็นเรื่องเดียวกัน
- (2) มองว่าคำถามเป็นเครื่องมือเพื่อจุดประกายให้เห็นโอกาสพัฒนา ไม่พยายามตอบคำถามเพื่อส่ง สรพ.ในลักษณะการประเมินตนเอง

- (3) ใช้คำถามที่ สรพ.จัดทำเป็นตัวอย่างในการกระตุ้นให้ตั้งคำถามอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ไม่จำกัดอยู่เฉพาะคำถามที่อยู่ในคู่มือ
- (4) ไม่กังวลว่าจะตอบคำถามถูกหรือผิด คำถามเป็นเพียงตัวช่วยให้เห็นโอกาสพัฒนา แม้จะตอบไม่ตรงคำถาม แต่เห็นโอกาสพัฒนา ก็ถือว่าคำถามได้ทำหน้าที่ได้ผลแล้ว
- (5) เมื่อได้โอกาสพัฒนาแล้ว ต้องนำไปหมุนวงล้อ PDSA โดยใช้คำนิยามเรื่อง focus on result, continuous process improvement, creativity, management by fact ร่วมกัน
- (6) การตอบรายงานการประเมินตนเอง จะทำหลังจากที่ได้ผลการพัฒนาแล้ว โดยใช้แบบฟอร์มเฉพาะของการรับรองที่ต้องการ

ลักษณะของคู่มือ

สำหรับมาตรฐาน HA ในระดับ multiple requirement แต่ละข้อ จะมีคำถามเพื่อจุดประกายการพัฒนาในคอลัมน์ซ้าย และแนวทางการพัฒนาในประเด็นดังกล่าวในคอลัมน์ขวา

คำถามเพื่อจุดประกายพัฒนานั้นอาจจะมากเกินความจำเป็น หรืออาจจะน้อยกว่าปัญหาของโรงพยาบาล เนื่องจากแต่ละโรงพยาบาลมีบริบทที่ต่างกันไป ในการใช้จึงควรตระหนักในข้อจำกัดของคำถามที่กำหนดขึ้นมาในลักษณะกลางๆ แต่ก็พยายามที่จะคำนึงถึงปัญหาหรือโอกาสพัฒนาที่เคยพบในที่ต่างๆ

กรอบที่ 5.4 ตัวอย่าง SPA in Action III-1(1) การเข้าถึงบริการ

III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (ACN)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ง่าย, กระบวนการรับผู้ป่วยเหมาะกับปัญหาสุขภาพ / ความต้องการของผู้ป่วย ทันเวลา มีการประสานงานที่ดี ภายใต้ระบบและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

- (1) ชุมชนสามารถเข้าถึงบริการต่างๆ ที่เหมาะสมกับความต้องการของตน ทีมผู้ให้บริการพยายามลดอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ ในด้านกายภาพ ภาษา วัฒนธรรม และอุปสรรคอื่นๆ ทีมผู้ให้บริการตอบสนองต่อผู้รับบริการอย่างรวดเร็ว ระยะเวลารอคอยเพื่อเข้ารับบริการเป็นที่ยอมรับของชุมชนที่ใช้บริการ

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
บริการใดที่เป็นความต้องการสำคัญของชุมชนแต่โรงพยาบาลยังไม่สามารถจัดให้บริการได้	ทีมนำและผู้เกี่ยวข้องร่วมกันพิจารณาว่า รพ.ควรจัดบริการดังกล่าวหรือไม่ ถ้าไม่จะมีวิธีการให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้อย่างไร
โรคหรือบริการใดบ้างที่การสื่อสารและให้ข้อมูลผ่านเทคโนโลยี สามารถช่วยดูแลผู้ป่วยได้โดยไม่ต้องมา รพ.	จัดให้ระบบให้คำปรึกษาผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศตามความเหมาะสม
โรคใดบ้างที่ต้องการการดูแลอย่างเร่งด่วน แต่ผู้ป่วยในบางพื้นที่มีปัญหาในการเดินทาง	ประสานกับแหล่งทรัพยากรต่างๆ ในเรื่องการสื่อสารและการเดินทาง/ขนย้าย
ผู้ป่วยกลุ่มใดบ้างที่ไม่ยอมมารับบริการ ถูกหน่วงเหนี่ยวหรือไม่ถูกพามารับบริการ	จัดให้มีบริการเชิงรุกหรือร่วมมือกับชุมชนในการค้นหาผู้ป่วย เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม
อุปสรรคหรือข้อจำกัดต่อการเข้าถึงบริการในด้านกายภาพมีอะไรบ้าง	ปรับปรุงแก้ไขโครงสร้างกายภาพ
อุปสรรคต่อการเข้าถึงในด้านภาษามีอะไรบ้าง	จัดหาอุปกรณ์ช่วยสื่อสารหรือล่าม
อุปสรรคต่อการเข้าถึงในด้านวัฒนธรรมมีอะไรบ้าง	ทำความเข้าใจ บ่งชี้ ตอบสนอง
อุปสรรคต่อการเข้าถึงด้านอื่นๆ มีอะไรบ้าง	ปรับปรุงแก้ไขตามความเหมาะสม
ระยะเวลารอคอยก่อนที่จะได้รับการตรวจจากแพทย์ที่ OPD ของแผนกต่างๆ เป็นเวลานานเท่าไร	กำหนดเป้าหมายที่เหมาะสม ปรับปรุงระบบเพื่อบรรลุเป้าหมาย เช่น เพิ่มจุดบริการกระจายผู้ป่วยลดขั้นตอน
ระยะเวลารอคอยก่อนที่จะได้รับการตรวจจากแพทย์ที่ ER ในผู้ป่วยที่มีความเร่งด่วนต่างๆ เป็นเท่าไร (การตรวจขั้นต้น, การตัดสินใจส่งการรักษา)	กำหนดเป้าหมายที่เหมาะสม ปรับปรุงระบบเพื่อบรรลุเป้าหมาย
มีผู้ป่วยที่ต้องนัดคิวมาเข้ารับบริการตรวจวินิจฉัยหรือรักษาอะไรบ้าง ต้องรอคิวนานเท่าไร	ปรับปรุงเพื่อให้ระยะเวลารอคอยในคิวสั้นลง อาจพิจารณาการส่งต่อหรือการสร้างความร่วมมือ

หลักคิดสำคัญ

โรงพยาบาลที่จะขอต่ออายุบันไดขั้นที่ 2 สู่อำนาจ HA ควรทำความเข้าใจหลักคิดของการรับรองในขั้นที่ 2 ว่าเป็นการใช้ 3P ในระดับต่างๆ อันได้แก่ ระดับโครงการพัฒนา ระดับหน่วยงาน ระดับระบบงาน

เป้าหมายชัด คือ P-Purpose

วัดผลได้หรือรับรู้ผลได้ คือ P-Performance ถ้าสามารถวัดผลเป็นข้อมูลเชิงปริมาณได้ก็ดี ถ้าไม่สามารถวัดเป็นข้อมูลเชิงปริมาณได้ ควรพยายามหาทางรับรู้ผลด้วยวิธีการเชิงคุณภาพ

ให้คุณค่า **อย่ายึดติด** คือ P-Process พยายามปรับปรุงกระบวนการเพื่อให้เกิดคุณค่าแก่ผู้รับผลงาน โดยไม่ติดกรอบ ใช้ความคิดใหม่ๆ และวิธีการใหม่ๆ เพื่อแก้ปัญหาหรือทำให้ผลลัพธ์ดีขึ้นกว่าเดิม

วิธีการและจุดเน้นประจำปี 2557

ในการต่ออายุบันไดขั้นที่ 2 ประจำปี 2557 นั้น สรพ.จะปรับจากการทำ Provincial KM มาเป็นการรับฟังและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มโรงพยาบาล 4 แห่ง เพื่อส่งเสริมและทำให้มั่นใจในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยเลือกจุดเน้นสำหรับการนำเสนอผลงานการพัฒนาคุณภาพต่อไปนี้

- มาตรฐานตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วยทั้ง 6 หมวด เพื่อย้ำว่าการพัฒนาตามแนวทาง HA นั้นจะต้องส่งผลต่อคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรมให้มากที่สุด

- มาตรฐาน I-6 การจัดการกระบวนการซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญสำหรับระบบคุณภาพ

- การพัฒนาระบบที่มักจะเป็นจุดอ่อนของโรงพยาบาล 3 ระบบ ได้แก่ II-1 ระบบบริหารความเสี่ยง (รวมทั้ง Patient Safety Goals: SIMPLE), II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และ II-6ระบบการจัดการด้านยา

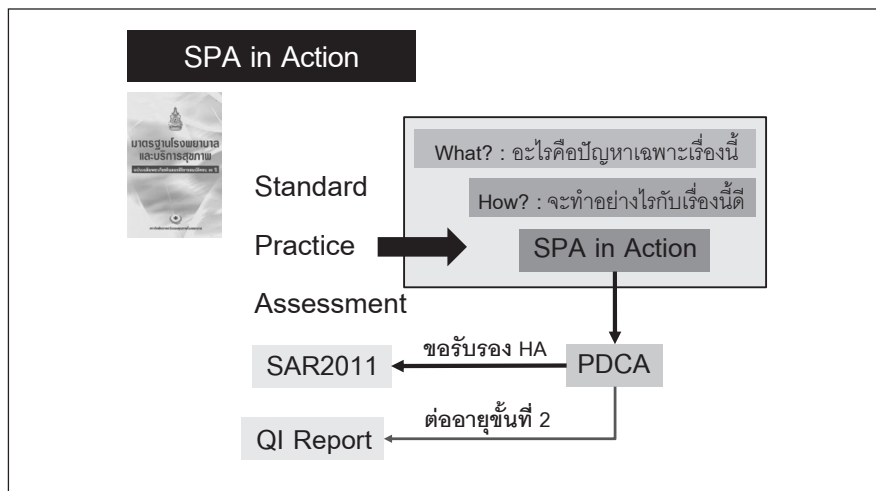
- ตัวชี้วัดเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลในจังหวัด

ทั้งนี้ไม่ได้หมายความว่าโรงพยาบาลจะละเลยมาตรฐานในหมวดอื่นๆ ที่ระบุไว้ หากโรงพยาบาลเห็นว่าประเด็นใดที่เป็นโอกาสพัฒนาของโรงพยาบาล ทำแล้วจะเกิดประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วย ก็สมควรดำเนินการพัฒนาโดยทันที หาก

โรงพยาบาลได้รับการเยี่ยม ผู้แทนของ สรพ. ก็มีสิทธิที่จะเยี่ยมสำรวจและให้ข้อเสนอแนะในประเด็นอื่นๆ ที่มีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยได้เช่นเดียวกัน

การใช้ SPA in Action

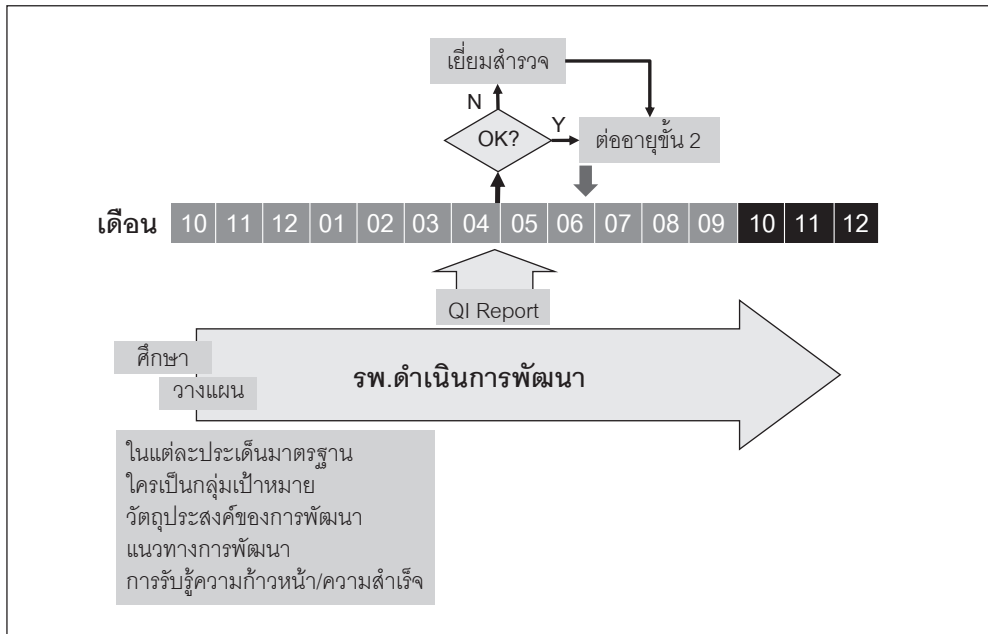
เป็นการใช้เพื่อหาโอกาสพัฒนา ด้วยการใช้คำถามใน SPA in Action เพื่อระบุว่าประเด็นสำคัญอะไรที่ควรได้รับการพัฒนาเพิ่มเติม ทั้งนี้โดยพิจารณาคำถามให้สอดคล้องกับ Scoring Guideline ซึ่งควรทำให้ได้ระดับ 2 เป็นอย่างน้อย และมุ่งให้ได้ระดับ 3 หากสามารถทำได้



ภาพที่ 5.9 SPA in Action เป็นเครื่องมือเพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา

ประเด็นสำคัญที่ต้องเน้นให้เกิดความเข้าใจร่วมกันคือ SPA in Action เป็นเพียงเครื่องมือเพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา คำตอบที่ได้มาว่าอะไรเป็นปัญหาหรือโอกาสพัฒนานั้น ต้องนำมาปรับปรุงอย่างสร้างสรรค์ หรือทำให้เกิด PDCA นั้นเอง จากนั้นจึงมานำเสนอเพื่อมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้และมั่นใจในความก้าวหน้าตาม template การนำเสนอที่ สรพ. ให้แนวทางไว้

กำหนดเวลา



ภาพที่ 5.10 กำหนดเวลาการต่ออายุการรับรองบันไดขั้นที่ 2

ด้วยเงื่อนไขเวลาที่ สปสข. กำหนดไว้ สรพ. วางแผนที่จะให้ รพ. ได้รับการ ขำรงบันไดขั้นที่ 2 อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะต้องต่ออายุโรงพยาบาลต่างๆ ภายในเดือน มิถุนายน 2557 จึงกำหนดให้เดือนเมษายนและพฤษภาคม เป็นเดือนที่จะมี การนำเสนอผลงานการพัฒนาคุณภาพ ควบคู่กับการสุ่มเยี่ยมในบางหน่วยงาน ของบางโรงพยาบาล

ในกรณีที่โรงพยาบาลมีความประสงค์จะขอต่ออายุบันไดขั้นที่ 2 แต่ไม่ได้ร่วม นำเสนอผลงาน หรือผลงานที่นำเสนอไม่ได้แสดงให้เห็นความก้าวหน้าในการพัฒนา เท่าที่ควร สรพ. ก็จะมีจัดทีมเข้าเยี่ยมโรงพยาบาลโดยโรงพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบ ค่าใช้จ่าย

แม้การนำเสนอผลงานและการต่ออายุการรับรองจะกำหนดเป็นช่วงเวลา ประจำปี แต่การพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลนั้นควรเป็นสิ่งที่ดำเนินการอย่าง ต่อเนื่องตลอดทั้งปี

Template การนำเสนอผลการพัฒนาคุณภาพ

เพื่อให้ง่ายในการนำเสนอ สรพ.ได้จัดทำ Powerpoint Template สำหรับการนำเสนอผลงานการพัฒนาเพื่อการต่ออายุใบอนุญาตชั้นที่ 2 ซึ่งมีลักษณะร่วมดังนี้

โอกาสพัฒนา	การปฏิบัติ/การปรับปรุง/ผลลัพธ์
Standard Precautions	
การทำลายเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อ	
การจัดการกับสิ่งที่ปนเปื้อนเชื้อโรค	
การส่งเสริมการล้างมือ	
การแยกพื้นที่ที่ต้องการความสะอาดจากพื้นที่ปนเปื้อน	
จุดที่มีโอกาสแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ	
การปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม	

ระบุประเด็นที่นำมาพัฒนาในเรื่องนั้นๆ

ระบุการปรับปรุงที่เกิดขึ้น รวมทั้งการปฏิบัติสำคัญที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน ระบุผลลัพธ์เชิงปริมาณหรือคุณภาพ (ถ้าสามารถทำได้) พยายามเขียนให้กระชับที่สุด เพื่อทบทวน และเรียนรู้ร่วมกันภายในทีม

ภาพที่ 5.11 ลักษณะร่วมของ Powerpoint Template เพื่อนำเสนอผลงาน

คอลัมน์ที่หนึ่ง เป็นการระบุองค์ประกอบสำคัญของมาตรฐานในเรื่องนั้น

คอลัมน์ที่สอง เป็นการระบุโอกาสพัฒนาที่มีความเฉพาะเจาะจง ซึ่งถูกจุดประกายโดย SPA in Action

เช่น ในเรื่อง Standard Precautions จะมีคำถามเพื่อการตรวจสอบตนเองว่า “การปฏิบัติตาม standard precautions และ isolation precautions มีปัญหา/โอกาสพัฒนาอะไรบ้าง มีสิ่งอำนวยความสะดวกเพียงพอหรือไม่ การจัดสถานที่เหมาะสมหรือไม่ ผู้ปฏิบัติเข้าใจหรือไม่ ปฏิบัติได้ครบถ้วนเพียงใด” หาก รพ.พบว่ายังมีปัญหาเรื่องการปฏิบัติไม่ครบถ้วนตามแนวทางที่กำหนดไว้ ก็ระบุในคอลัมน์ที่สองว่า “ความครบถ้วนในการปฏิบัติ”

คอลัมน์ที่สาม เป็นการระบุการปรับปรุงที่เกิดขึ้นและผลลัพธ์ที่เกิดจากการปรับปรุงนั้น

- ขอให้ระบุการปรับปรุงอย่างกระชับ เช่น “จัด CoP เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้, ทำการ์ดแนวทางปฏิบัติที่มองเห็นหรือหยิบใช้ได้ทันที ฯลฯ”
- ถ้าสามารถระบุผลลัพธ์ของการปรับปรุงได้ยิ่งดี เช่น “อัตราการปฏิบัติตาม SP & IP เพิ่มขึ้นจาก 50% (ธค. 56) เป็น 70% (มีค. 57)”
- กรณีที่ รพ.ทำเรื่องนี้ดีอยู่แล้ว หรือเคยปรับปรุงมาก่อนหน้านี้และมาตรการดังกล่าวยังคงมีปฏิบัติอยู่ก็ให้สามารถระบุไว้ในคอลัมน์ที่สามนี้ได้ ทั้งในส่วนของการปฏิบัติและผลลัพธ์ โดยไม่ต้องระบุโอกาสพัฒนาในคอลัมน์ที่สอง

ทีมงานที่เกี่ยวข้องควรนำผลการพัฒนาเหล่านี้มาทบทวนและเรียนรู้ร่วมกันให้มากที่สุด

การใช้เพื่อต่อยอดการพัฒนาสำหรับโรงพยาบาลที่ได้รับ HA แล้ว

โรงพยาบาลที่ได้รับ HA แล้วก็สามารถใช้ประโยชน์จาก SPA in Action เพื่อหาโอกาสพัฒนาได้เช่นเดียวกัน โดยใช้ควบคู่กับ Evaluation Framework ที่ออกแบบให้ใช้กับ Advanced HA

ต่อยอดการพัฒนาที่ได้ทำไปแล้ว โดยใช้แนวคิด “ง่าย มัน ดี มีสุข”

- จะทำให้ทำงานง่ายขึ้นได้อย่างไร เช่น การใช้หลัก visual management หรือ human factor engineering
- จะทำให้การพัฒนาและการเรียนรู้เป็นเรื่องที่สนุกได้อย่างไร เช่น การจัดทำบันทึกเรื่องราวต่างๆ เพื่อการเรียนรู้
- จะทำให้ได้ผลลัพธ์ที่ดี เป็นที่ไว้วางใจ ไม่ผิดหวังสักครั้งเดียว ตามแนวคิด high reliability organization ได้อย่างไร
- จะทำให้มีความสุขในการทำงานได้อย่างไร เช่น มีบันทึกข้อมูลหรือหลักฐานที่ต้องการโดยไม่เป็นภาระ

การรับรอง Advanced HA (2556)

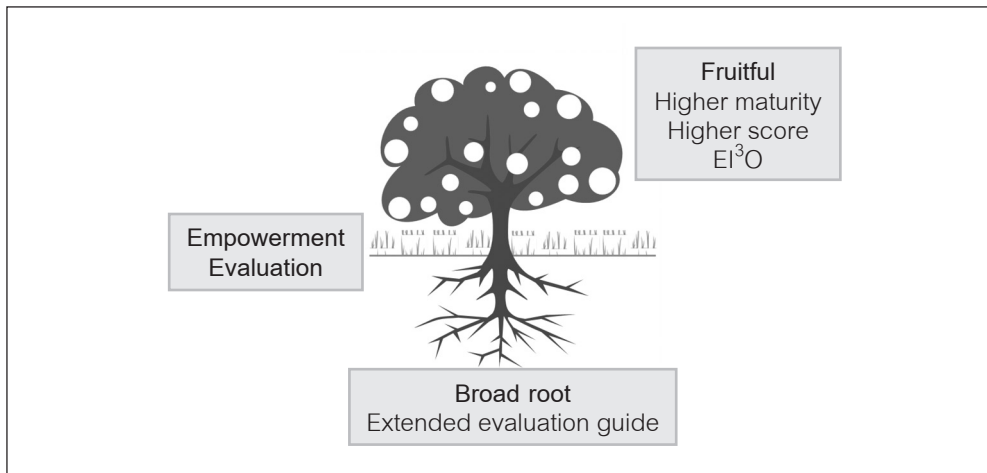
เป้าหมาย

โรงพยาบาลที่ได้รับ HA แล้วจำนวนหนึ่ง มีความตื่นตัวที่จะพัฒนาต่อเนื่อง บ้างก็มองถึงการก้าวไปสู่รางวัลคุณภาพแห่งชาติ บ้างก็มองถึงมาตรฐานอื่นๆ

สำหรับโรงพยาบาลที่มาจากต่างประเทศ ด้วยความร่วมมือระหว่าง สรพ.กับ ชมรมโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่มุ่งผลประโยชน์ส่วนตน (Non-profit Private Hospital Group) ตั้งแต่ปี 2554 ศึกษาข้อกำหนดของมาตรฐานต่างๆ และนำมาบูรณาการกัน ใช้ชื่อเรียกในช่วงต้นว่า HA Plus แล้วนำไปทดลองปฏิบัติ

ในส่วนของ สรพ.เอง ต้องการขับเคลื่อนกระบวนการประเมินและรับรองไปสู่ลักษณะที่เป็น **empowerment evaluation** ให้มากขึ้น เพื่อให้เกิดคุณค่าสูงสุดแก่โรงพยาบาลที่เข้าร่วมกระบวนการ HA ซึ่งหมายถึงการที่กระบวนการนี้จะไปส่งเสริมให้โรงพยาบาลมีศักยภาพมากขึ้นในการติดตามกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของตนเอง นำไปสู่การบรรลุเป้าหมายที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ และส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรมที่เหมาะสมกับบริบท เพิ่มเติมจากการปฏิบัติตามข้อกำหนดในมาตรฐาน, จึงได้พัฒนากระบวนการประเมินให้เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลกับ สรพ. ยกระดับความคาดหวังต่อระบบคุณภาพให้สูงขึ้น และเรียกการรับรองนี้ว่า **Advanced HA** หรือ การรับรองขั้นก้าวหน้า

ลักษณะสำคัญของการรับรอง Advanced HA



ภาพที่ 5.12 ลักษณะสำคัญของ Advanced HA

การรับรอง Advanced HA มีลักษณะสำคัญดังนี้:

- (1) ขยายฐานของการประเมินให้กว้างขึ้นในลักษณะของ extended evaluation guide ที่รวบรวมมาจากมาตรฐานต่างๆ
- (2) เป็นการประเมินที่ส่งเสริมความสามารถในการประเมินระบบของโรงพยาบาลด้วยตนเอง (empowerment evaluation)
- (3) คาดหวัง maturity ของระบบคุณภาพในระดับที่สูงขึ้น ผ่านการประเมินและพัฒนาอย่างเป็นระบบ นวัตกรรม และบูรณาการ แสดงให้เห็นระดับหรือแนวโน้มที่ดีขึ้นของผลลัพธ์

ลักษณะของมาตรฐาน Advanced HA

เนื่องจากเนื้อหาของมาตรฐานต่างๆ มีความใกล้เคียงกัน บางส่วนก็ขยายความให้แกกัน บางส่วนก็เพิ่มความสมบูรณ์ให้แกกัน มาตรฐาน Advanced HA จึงมีลักษณะดังนี้:

- (1) ใช้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี เป็นโครงสร้างหลัก ทั้งในส่วน of overall requirement และ multiple requirement เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงและต่อยอดจากฐานเดิม โดยมีการเพิ่มข้อกำหนดในส่วน multiple requirement เพียงเล็กน้อย
- (2) นำเกณฑ์ หรือข้อกำหนด หรือแนวทางจากแหล่งต่างๆ อันได้แก่ HA SPA, Patient Safety Goal: SIMPLE, TQA 2012-2013, 3rd edition JCI มาขยายความในลักษณะ extended evaluation guide เพื่อให้เห็นรูปธรรมของการปฏิบัติที่ชัดเจนยิ่งขึ้นสามารถประเมินและนำไปปรับปรุงได้ด้วยโรงพยาบาลเอง

กรอบที่ 5.5 ตัวอย่างมาตรฐาน Advanced HA ซึ่งมี Extended Evaluation Guide เป็นส่วนขยาย

II-4.1 ระบบการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (IC.1)

ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อขององค์กร ได้รับการออกแบบอย่างเหมาะสม ได้รับการสนับสนุนทรัพยากรเพียงพอ และมีการประสานงานที่ดี

ก. การออกแบบระบบ

- (1) มีการกำหนดเป้าประสงค์ วัตถุประสงค์ กลยุทธ์ และมาตรการในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Control-IC) ที่เหมาะสมกับขนาดขององค์กร บริการที่จัด และผู้ป่วยที่ให้บริการ

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.1n(11) เป้าประสงค์
			111 มีการกำหนดเป้าประสงค์ วัตถุประสงค์ที่วัดได้ และมีการทบทวนอย่างสม่ำเสมอ
			112 มีระบบ IC ที่ครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญ เพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพ
			113 ระบบ IC เหมาะสมกับขนาด ที่ตั้งทางภูมิศาสตร์ บริการ และผู้ป่วยของสถานพยาบาล
			114 ระบบ IC มีนโยบายและระเบียบปฏิบัติที่เหมาะสม

- (2) มีการกำหนดการติดเชื้อที่มีความสำคัญทางระบาดวิทยา รวมทั้งตำแหน่งที่มีการติดเชื้อ และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นจุดเน้นของการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.1n(21) จุดเน้นของการป้องกันและควบคุม
			211 มีการกำหนดการติดเชื้อที่มีความสำคัญทางระบาดวิทยาเพื่อเป็นจุดเน้นของการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
			212 องค์กรกำหนดจุดเน้นของระบบ IC โดยพิจารณาข้อมูลและโอกาสเกิดการติดเชื้อต่อไปนี้ ก) การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ข) การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ค) การติดเชื้อเนื่องจากอุปกรณ์ที่สอดใส่เข้าหลอดเลือด ง) การติดเชื้อแผลผ่าตัด จ) โรคและเชื้อโรคที่มีความสำคัญทางระบาดวิทยา เช่น เชื้อโรคที่ื้อยาหลายตัว การติดเชื้อที่รุนแรง ฉ) โรคติดเชื้ออุบัติใหม่และโรคติดเชื้ออุบัติซ้ำจากชุมชน
			213 มีการเก็บข้อมูลวิเคราะห์ และทบทวนเพื่อปรับจุดเน้นของระบบ IC อย่างน้อยปีละครั้ง

โรงพยาบาลที่จะขอการรับรอง Advanced HA

การรับรอง Advanced HA เป็นการรับรองต่อยอดที่เป็นทางเลือกให้แก่โรงพยาบาลที่มีความพร้อมและสมัครใจ ด้วยมุ่งหวังสร้างระบบคุณภาพที่เข้มข้นมากยิ่งขึ้นหรือมีแผนที่จะก้าวไปสู่การขอประเมินตามเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ, ทั้งนี้โดยมีเงื่อนไขว่าจะต้องเป็นโรงพยาบาลที่:

- (1) เคยได้รับการรับรอง HA จาก สรพ. หรือ
- (2) ได้รับการรับรองโดยองค์กรอื่นที่ได้รับการรับรองจาก International Society for Quality in Health Care (ISQua) เช่นเดียวกับ สรพ.

กระบวนการขอรับรอง Advanced HA

โรงพยาบาลที่ประสงค์จะขอรับการรับรอง Advanced HA ควรดำเนินการดังนี้:

- (1) ศึกษา extended evaluation guide ในมาตรฐาน Advanced HA โดยละเอียด ประเมินและพัฒนาตามโอกาสพัฒนาที่พบ
- (2) แสดงความจำนงที่จะขอรับการรับรองดังกล่าวโดยปฏิบัติตามแนวทางสำหรับการขอรับรอง HA และระบุให้ชัดเจนว่าต้องการขอการรับรอง Advanced HA
- (3) ร่วมมือกับ สรพ. ในกระบวนการ Compliance Review (การทบทวนการปฏิบัติตาม extended evaluation guide) ซึ่งเน้นการสร้างความเข้าใจร่วมกันและเติมเต็มความเข้มแข็งของระบบคุณภาพโดยไม่เป็นภาระ
- (4) จัดเตรียมข้อมูลที่สำคัญเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้เยี่ยมชมสำรวจในการประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติตามข้อกำหนด (Performance Review)

เกณฑ์การตัดสิน

โรงพยาบาลที่จะได้รับการรับรอง Advanced HA จะต้องมีผลการประเมินดังนี้:

- (1) ผลการประเมิน Compliance Review ในแต่ละหมวด จะต้อง มีข้อที่ได้ Met ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 และข้อที่ Not Met ไม่เกินร้อยละ 20 ผลการประเมินนี้ได้จากการทบทวนร่วมกันในชั้นเตรียมตัว การรายงานความก้าวหน้าของโรงพยาบาล และการเยี่ยมยืนยันโดยผู้เยี่ยมชมสำรวจในบางประเด็น

- (2) คะแนนการประเมินในแต่ละหมวดจะต้องไม่ต่ำกว่า 3 จากคะแนนเต็ม 5 ยกเว้นในหมวด II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ และ II-9 การทำงานกับชุมชน อนุโลมให้ได้ไม่ต่ำกว่า 2.5

การเตรียมตัวของโรงพยาบาล

กระบวนการและเครื่องมือสำคัญซึ่งโรงพยาบาลที่จะขอการรับรอง Advanced HA นำมาใช้ในการเตรียมตัวได้แก่:

- (1) Compliance Review: ประเมินตนเองตามระดับ NPM เพื่อกำหนดประเด็นที่ต้องปรับปรุงเพิ่มเติม นำประเด็นที่เป็นโอกาสพัฒนาร่วมมาแชร์กันในกลุ่ม
- (2) ใช้คำถาม SPA in Action เพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของการปฏิบัติที่สอดคล้องกับบริบทของ รพ.
- (3) Trace: จัดการเยี่ยมสำรวจหรือตามรอยเพื่อสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติจริง
- (4) Collect Information for Performance Evaluation เตรียมข้อมูลสะท้อนผลลัพธ์และการ monitor ระบบงานเพื่อนำเสนอในการเยี่ยมสำรวจ

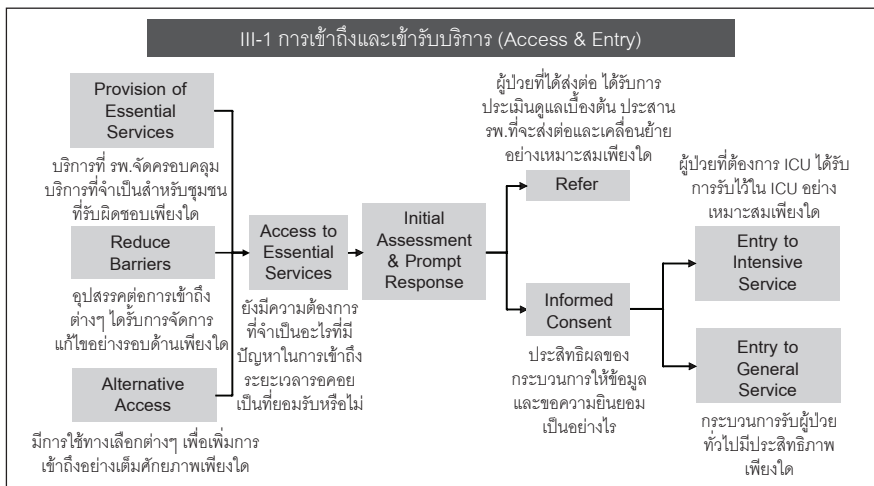
แนวทางการทำ Compliance Review

- (1) ทำความเข้าใจกับทีมที่รับผิดชอบประเมินในแต่ละหมวดว่าเป็นการทบทวนเพื่อพัฒนาระบบงานและระบบคุณภาพให้เข้มแข็ง
- (2) ทีมที่รับผิดชอบแต่ละหมวดอ่านและทำความเข้าใจกับข้อกำหนดของมาตรฐานและ extended evaluation guide อย่างละเอียดทุกตัวอักษร รวมทั้ง footnote
- (3) ให้ความสำคัญกับวิธีการที่เป็นระบบ (systematic approach) ร่วมกับการนำไปปฏิบัติ (deployment) โดยวิธีการที่เป็นระบบคือการใช้หลัก PDCA และการคำนึงถึงกิจกรรมหรือขั้นตอนที่จำเป็นทั้งหมดในการปฏิบัติให้ได้ผล เช่น การมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน การฝึกอบรม/ทำความเข้าใจ การติดตามกำกับ
- (4) ในกรณีที่ extended evaluation guide มีลักษณะ all or none การประเมินว่า Met หรือ Not Met จะไม่เป็นปัญหามากนัก แต่ในกรณีที่

อาจจะมีการ spectrum ของการปฏิบัติ หรือความครอบคลุมของการปฏิบัติ ที่แตกต่างกัน อาจใช้หลัก 1 ใน 3 เป็นแนวทางตัดสินใจ คือ น้อยกว่า 1 ใน 3 เป็น Not Met, ระหว่าง 1 ใน 3 ถึง 2 ใน 3 เป็น Partially Met, และมากกว่า 2 ใน 3 เป็น Met

แนวทางการเตรียมข้อมูลสำหรับ Performance Evaluation

- (1) ทำความเข้าใจกับทีมที่รับผิดชอบเตรียมข้อมูลในแต่ละหมวดว่า เป็นการเตรียมข้อมูลที่เน้นคุณภาพหรือผลลัพธ์ของการพัฒนาในแต่ละขั้นหรือแต่ละองค์ประกอบ รวมทั้งการนำผลดังกล่าวไปใช้ในส่วนต่อไปของระบบ
- (2) ใช้ evaluation framework ที่ สรพ. จัดทำขึ้นเป็นแนวทางในการกำหนดประเด็นการประเมิน ร่วมกับการกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญของโรงพยาบาลในเรื่องนั้นๆ
- (3) พิจารณาวិธีการใช้ข้อมูลเพื่อการประเมินที่หลากหลาย ตั้งแต่การสนทนากลุ่มเพื่อรับฟังความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้อง การสุ่มเก็บข้อมูลขนาดเล็ก การวิเคราะห์ข้อมูลที่มีอยู่แล้ว การใช้ระเบียบวิธีวิจัยที่เหมาะสม เลือกใช้วิธีการที่เป็นไปได้ง่ายที่สุดและเร็วที่สุดก่อน และใช้วิธีการอื่นๆ เพิ่มเติมในโอกาสที่เหมาะสม
- (4) เตรียมนำเสนอข้อมูลโดยใช้ powerpoint ในลักษณะที่กระชับที่สุด เช่น หนึ่ง slide ต่อหนึ่งประเด็น



ภาพที่ 5.13 Evaluation Framework III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ

คืออะไร

เป็นการเปิดเวทีให้สถานพยาบาลนำระบบงานหรือระบบการดูแลผู้ป่วยซึ่งให้ผลดีมาแบ่งปัน โดยใช้การยกย่องเชิดชูเฉพาะเรื่องเพื่อการคัดเลือกและสรรหา

ที่มา

จากการเยี่ยมสถานพยาบาลเพื่อการรับรอง HA หรือบันไดขั้นที่สองสู่ HA ผู้เยี่ยมสำรวจได้พบแบบอย่างที่ดีในการทำงานเฉพาะเรื่อง เฉพาะระบบ เฉพาะโรค ซึ่งน่าจะได้รับการยกย่องเชิดชูให้เป็นที่มั่นใจและภาคภูมิใจของทีมงาน เป็นแหล่งเรียนรู้และเป็นแบบอย่างสำหรับสถานพยาบาลอื่นๆ

กลุ่มเป้าหมาย

สถานพยาบาลที่ได้รับการรับรอง HA หรือบันไดขั้นที่สองสู่ HA มีระบบงานหรือระบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะเรื่องที่มีความโดดเด่นทั้งในส่วนกระบวนการและผลลัพธ์

ลักษณะสำคัญของระบบงานหรือระบบการดูแลผู้ป่วยที่จะได้รับกิตติกรรมประกาศ

1. แสดงให้เห็นการจัดการกระบวนการ (process management) อย่างเป็นระบบมีการวิเคราะห์กระบวนการสำคัญที่ครอบคลุมทั้งสายธารแห่งคุณค่า (value stream), ข้อกำหนดสำคัญของกระบวนการที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้เกี่ยวข้อง, การออกแบบกระบวนการตามข้อกำหนด, การนำสู่การปฏิบัติ, การควบคุมให้เป็นไปตามข้อกำหนดและการติดตามผลลัพธ์, ตลอดจนการปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง
2. แสดงให้เห็นผลลัพธ์ที่ดีถึงดีมาก และแนวโน้มที่ดีขึ้นมีการใช้ข้อมูลเทียบเคียงที่ทำทนาย
3. แสดงให้เห็นการประเมินและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ระบบงานที่มีบูรณาการ การสร้างนวัตกรรม และ/หรืองานวิจัยจากงานประจำ หรือการสร้างองค์ความรู้ที่สำคัญ

4. แสดงให้เห็นกระบวนการพัฒนาที่จัดความสูญเปล่า ป้องกันความเสี่ยง ใช้หลักฐานทางวิชาการ รวมถึงการสร้างเสริมสุขภาพ และมีจิตด้านจิตวิญญาณ

ขอบเขตของการขอรับรองและเผยแพร่ข้อมูล

ระบบงานหรือระบบการดูแลผู้ป่วยที่ขอรับรองอาจจะเป็นอย่างไรอย่างหนึ่งต่อไปนี้

1. การดูแลผู้ป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่งตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุด หรือตลอดธรรมชาติของการดำเนินโรค
2. การผ่าตัดหรือการบำบัดรักษาซึ่งส่งผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิกที่สำคัญ
3. ระบบงานสำคัญ

แนวทางปฏิบัติในการรับรอง

1. สถานพยาบาลเลือกสรรระบบงานหรือระบบการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในข่ายที่จะได้รับการรับรอง และจัดเตรียมข้อมูลต่อไปนี้ส่งให้ สรพ.
 - a. บริบท ความท้าทาย/ประเด็นสำคัญ เป้าหมาย
 - b. แผนภูมิสายธารแห่งคุณค่า (value stream map) หรือ process flow chart ในระดับที่เหมาะสมสำหรับการทำความเข้าใจ
 - c. การวิเคราะห์ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ (รวมทั้งความเสี่ยงและโอกาสพัฒนา) ในแต่ละขั้นตอน คุณลักษณะที่พึงประสงค์ (requirement) ในแต่ละขั้นตอน บทเรียนของการพัฒนาและแนวทางปฏิบัติเพื่อบรรลุคุณลักษณะดังกล่าว (เช่น แนวคิด กลยุทธ์ แบบฟอร์ม การสื่อสาร เครื่องมืออุปกรณ์ สิ่งประดิษฐ์) ในลักษณะที่พร้อมเผยแพร่ให้หน่วยงานที่สนใจสามารถศึกษาและนำไปปฏิบัติได้
 - d. ข้อมูลผลการดำเนินการทั้งในส่วนของกระบวนการ (process indicator) และผลลัพธ์ (outcome indicator) อย่างน้อย 3 ปี พร้อมทั้งข้อมูลเทียบเคียง (benchmark) โดยนำเสนอผลการดำเนินการทั้งหมดในลักษณะของตาราง และเลือกข้อมูลบางด้านมานำเสนอด้วยกราฟตามความเหมาะสม และขอให้ระบุว่าข้อมูลใดที่ยินดีเปิดเผยต่อสาธารณะ ข้อมูลใดยินดีนำเสนอเฉพาะกราฟที่เป็นแนวโน้ม

โดยไม่ระบุค่าตัวเลข และข้อมูลใดที่ไม่ต้องการให้เปิดเผย

2. สรพ.จะส่งผู้แทนเข้าร่วมรับรู้ แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับทีมงานที่รับผิดชอบ รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะเพื่อประโยชน์แก่สถานพยาบาล
3. สรพ.จะพิจารณาให้กิตติกรรมประกาศรับรองกระบวนการคุณภาพ สำหรับระบบงานหรือระบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค หากสถานพยาบาล แสดงให้เห็นคุณลักษณะสำคัญทั้ง 4 ประการข้างต้น
4. กิตติกรรมประกาศรับรองกระบวนการคุณภาพสำหรับระบบงานหรือระบบการดูแลผู้ป่วยมีอายุ 3 ปี โดยในแต่ละปี สถานพยาบาลจะต้องปรับปรุงข้อมูลให้ทันสมัยทั้งในส่วนกระบวนการและผลการดำเนินการ บน web-site ที่สรพ. จัดให้เป็นเวที่เผยแพร่และแลกเปลี่ยนเรียนรู้
5. กรณีที่มีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น สถานพยาบาลจะดำเนินการสืบสวนและวิเคราะห์หามูลเหตุ (root cause analysis) ดำเนินการแก้ไข และหามาตรการป้องกันเชิงรุก และแจ้งให้ สรพ.ทราบเป็นระยะ

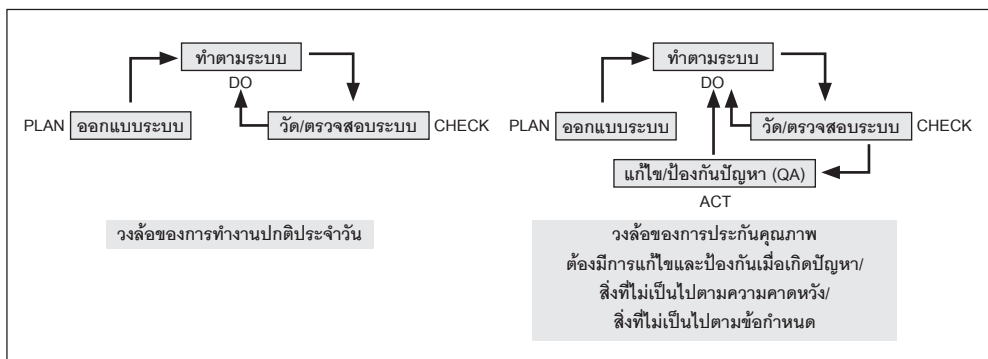
ในปี 2556 สรพ.ได้มีความร่วมมือกับสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย จัดทำเกณฑ์ประเมินและให้การรับรองศูนย์โรคหลอดเลือดมาตรฐาน (Comprehensive Stroke Center)

6

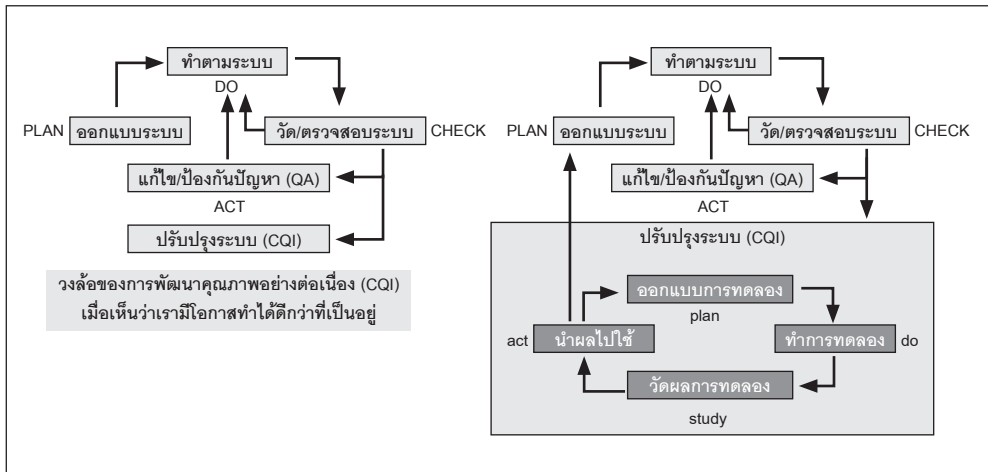
ขั้นตอนและเครื่องมือการพัฒนา

PDCA วงล้อแห่งการพัฒนาและการเรียนรู้

PDCA (Plan-Do-Check-Act) หรือ PDSA (Plan-Do-Study-Act) เป็นวงล้อแห่งการพัฒนาและการเรียนรู้ซึ่งเสนอโดย Shewhart ถือว่าเป็นพื้นฐานสำคัญของการแก้ปัญหาหรือการพัฒนา ในช่วงแรกๆ ของการพัฒนา มีความสับสนในการนำ PDCA มาใช้กับการประกันคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพ ทางโครงการ HA จึงได้ใช้แผนภูมิอธิบายดังภาพ



ภาพที่ 6.1 (ซ้าย) วงล้อของการทำงานปกติประจำวัน (ขวา) วงล้อของการประกันคุณภาพ

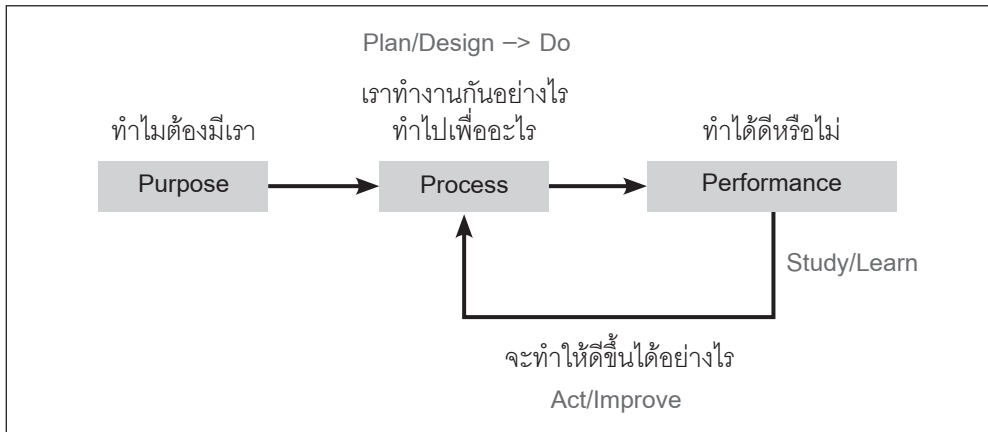


ภาพที่ 6.2 วงล้อของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องที่ทำงานร่วมกับการประกันคุณภาพ

3P Basic Building Block ของการพัฒนา

พรพ.ได้เสนอเครื่องมือในการวิเคราะห์โอกาสพัฒนาระดับหน่วยงานที่เรียกว่า Service Profile และการวิเคราะห์โอกาสพัฒนาทางคลินิกที่เรียกว่า Clinical Tracer เมื่อทบทวนวิธีการพัฒนาคุณภาพที่ใช้ในบริบทต่างๆ แล้ว จะพบว่าสิ่งที่เป็นพื้นฐานร่วมกันสามารถสรุปอยู่ได้ที 3P คือ Purpose-Process-Performance กล่าวคือการทำงานหรือการพัฒนาทุกเรื่องประกอบด้วยเรามีเป้าหมายที่ชัดเจน มีกระบวนการที่ดีเพื่อบรรลุเป้าหมาย และมีการรับรู้การบรรลุเป้าหมาย เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงให้ดีขึ้น การใช้แนวคิดหรือหลักการร่วม เหมือน basic building block ทำให้ง่ายในการทำความเข้าใจกับการพัฒนาคุณภาพ หรือการประเมินว่าการพัฒนาคุณภาพนั้นเป็นไปอย่างเหมาะสมเพียงใด

การใช้โมเดลที่เรียบง่าย ทำให้ตัดสิ่งฟรุ้งฟริ้งหรืองานเอกสารที่ไม่จำเป็นออกไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสิ่งแวดล้อมที่ทุกคนต้องรับภาระงานประจำมาก 3P เป็นสิ่งง่ายแก่การจดจำและการนำไปใช้และยังสอดคล้องกับ 5 คำถามพื้นฐานเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนา คือ ทำไมต้องมีเรา เราทำงานกันอย่างไร แต่ละขั้นตอนนี้ทำไปเพื่ออะไร ทำได้ดีหรือไม่ จะทำให้ดีขึ้นได้อย่างไร

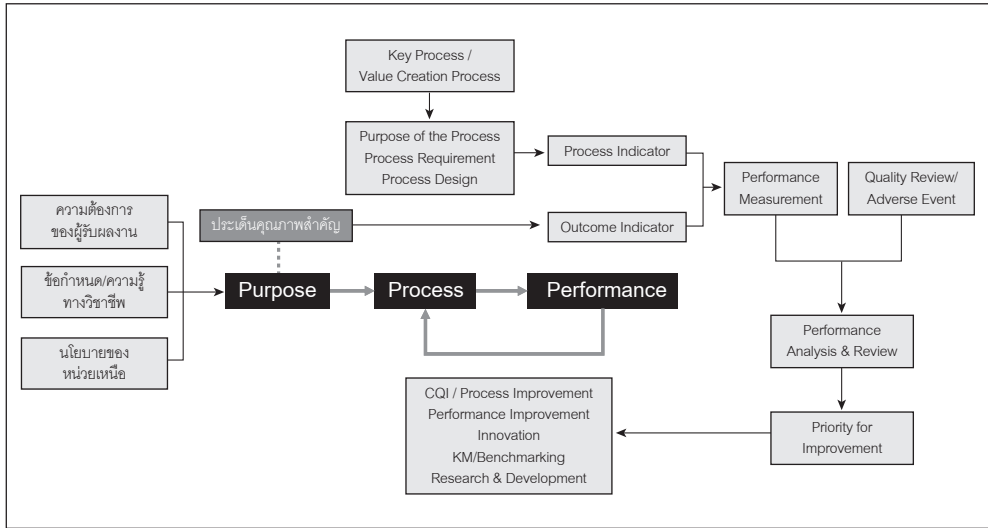


ภาพที่ 6.3 3P กับ 5 คำถามเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนา และความเชื่อมโยงกับ PDSA

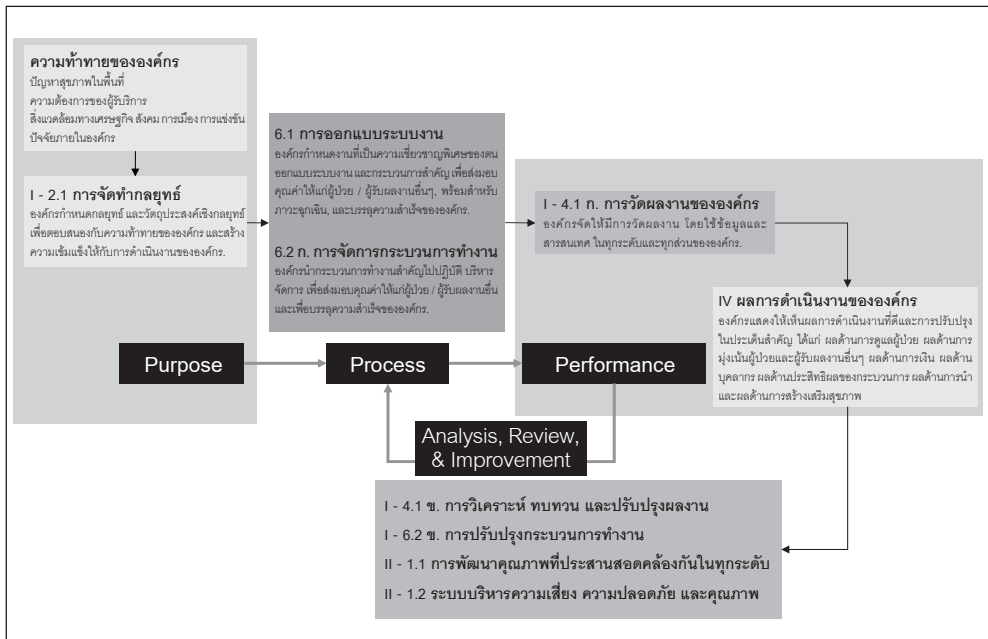
3P สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ในทุกระดับ (กรอบ 6.1)

กรอบที่ 6.1 การประยุกต์ใช้ 3P กับการพัฒนาในระดับต่างๆ

	Purpose	Process	Performance
กิจกรรมประจำวัน	เป้าหมายของกิจกรรม	ขั้นตอนการทำงาน	รับรู้ผลอย่างง่าย ๆ
โครงการพัฒนา คุณภาพ	เป้าหมายของโครงการ	กระบวนการที่เกี่ยวข้อง	ผลลัพธ์ของโครงการ
หน่วยงาน	เป้าหมายของหน่วยงาน	กระบวนการหลักของ หน่วยงาน	KPI ของหน่วยงาน
การดูแลผู้ป่วย	เป้าหมายการดูแลผู้ป่วย	กระบวนการดูแลผู้ป่วย	KPI ในการดูแลผู้ป่วย
ระบบงาน	เป้าหมายของระบบงาน	กระบวนการหลักในระบบ งาน	KPI ของระบบงาน
ยุทธศาสตร์องค์กร	พันธกิจและวัตถุประสงค์ เชิงกลยุทธ์	แผนงาน/โครงการที่สำคัญ	KPI ของแผนยุทธศาสตร์

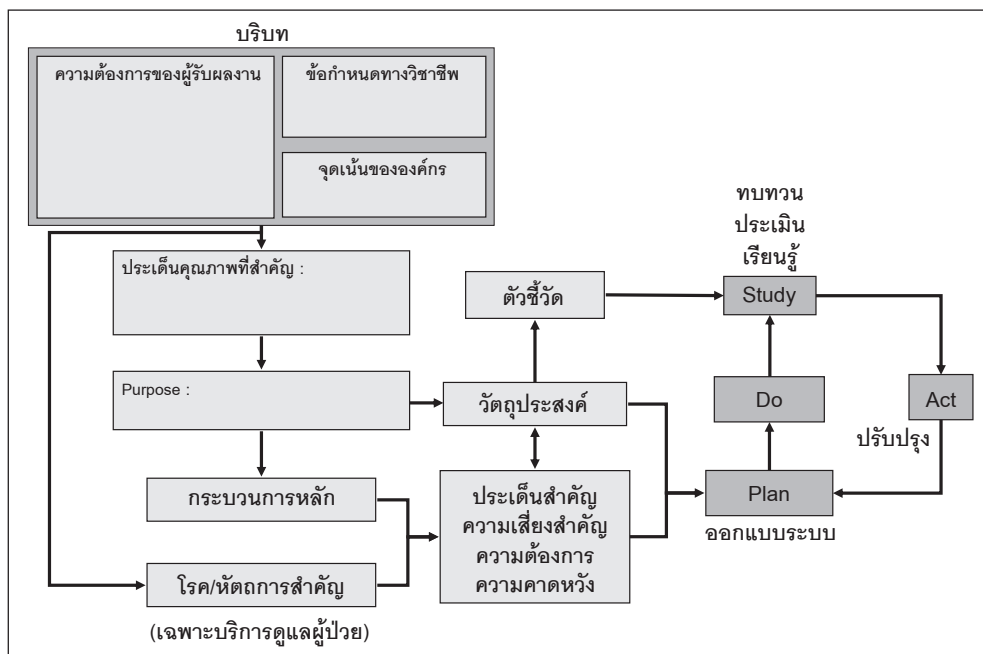


ภาพที่ 6.4 3P ที่ขยายความด้วยข้อกำหนดตามมาตรฐาน Process Management



ภาพที่ 6.5 3P กกับการพัฒนาในภาพรวมของทั้งองค์กร

Service Profile: 3P ในระดับหน่วยงาน



ภาพที่ 6.6 องค์ประกอบของ Service Profile

Service Profile เป็นเครื่องมือในการทำความเข้าใจหน้าที่สำคัญของหน่วยงาน เครื่องมือวิเคราะห์ประเด็นสำคัญและโอกาสพัฒนา เครื่องมือวางแผน เครื่องมือติดตามความก้าวหน้าเครื่องมือในการสื่อสารและเรียนรู้ รวมทั้งบันทึกผลงานของหน่วยงาน

สรพ. แนะนำให้หน่วยงานต่างๆ จัดทำ Service Profile เพื่อใช้ประโยชน์ในการบริหาร การพัฒนา และการเรียนรู้ร่วมกันในหน่วยงาน หรือหากจะไม่ใช่เครื่องมือนี้ ก็ขอให้มั่นใจว่าหน่วยงานมีเครื่องมือสำหรับการวางแผน ควบคุมกำกับ สื่อสาร และเรียนรู้ ที่ไม่ด้อยกว่า Service Profile

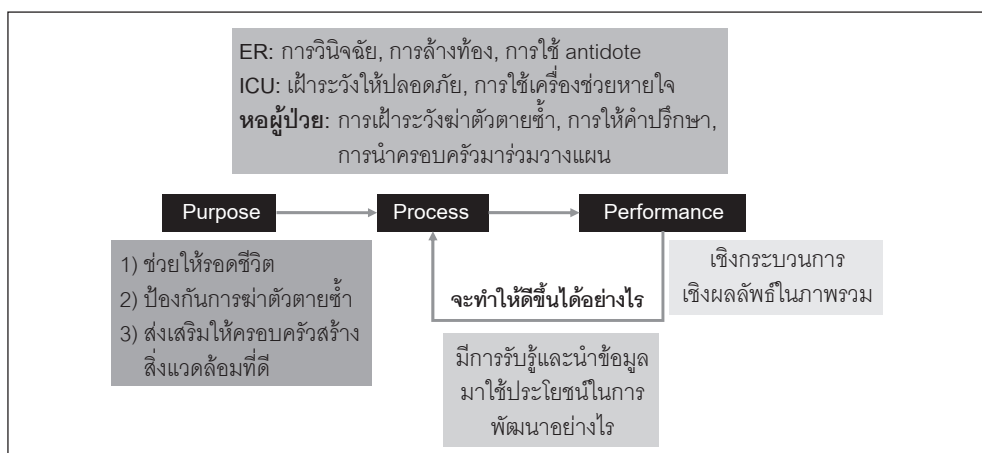
เมื่อเข้าใจเป้าหมายของการใช้ สิ่งที่ต้องวิเคราะห์ในแต่ละประเด็น การเชื่อมโยงระหว่างประเด็นต่างๆ ทีมงานก็สามารถกำหนดรูปแบบของการจัดทำ Service Profile ที่เหมาะสมกับตนเองได้

Tracer

การตามรอยสิ่งที่คุ้นเคยอย่างตั้งใจทำให้มองเห็นสิ่งที่ถูกละเลยและเห็นการเชื่อมต่อภายในระบบที่ซับซ้อน พรพ. ได้แนะนำให้โรงพยาบาลต่างๆ นำการตามรอยมาใช้เมื่อปี 2548 และในปีต่อมาได้นำมากำหนดเป็น theme ของการประชุม 7th HA National Forum (14-17 มีนาคม 2549) “นวัตกรรม ตามรอย และวัดผลคุณภาพ” นับว่าเป็นการเชื่อมต่อกับหัวข้อการประชุมครั้งก่อนหน้านั้นคือ “แนวคิดเชิงระบบ”

ที่มาของแนวคิดเรื่องการตามรอย: (1) ในการเยี่ยมชมสำรวจจะเห็นรูปธรรมของคุณภาพ ได้ชัดเจน เมื่อมีตัวเดินเรื่องซึ่งอาจจะเป็น โรค หัตถการ สิ่งของหรือปัญหา (2) การตามรอยทำให้เห็นสภาพแวดล้อม ความเป็นไปได้ ข้อจำกัด ความเข้าใจ ความรู้สึกของผู้คน และการปฏิบัติจริง (3) การพัฒนาคุณภาพที่ได้ผลเต็มที่คือการนำเครื่องมือและแนวคิดคุณภาพที่หลากหลายมาใช้พร้อมๆ กันกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง

การตามรอยอย่างเรียบง่าย คือ การใช้หลัก 3P (ภาพที่ 6.7) ได้แก่ พิจารณาเป้าหมายของเรื่องที่จะตามรอย เข้าไปดูในพื้นที่จริงเพื่อให้เห็นการปฏิบัติในขั้นตอนสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมาย รับรู้ผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้น และติดตามว่ามีการนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาอย่างไร



ภาพที่ 6.7 การตามรอยโดยใช้หลัก 3P ในผู้ป่วยกินยาฆ่าตัวตาย

ประโยชน์ของการตามรอย ได้แก่ (1) เป็นรูปธรรมที่เห็นชัดเจน (2) เชิญชวนผู้ประกอบการวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเข้ามาร่วม (3) ตามรอยคุณภาพได้ทุกองค์ประกอบ (4) นำไปสู่ CQI กระตุ้นให้ใช้เครื่องมือคุณภาพที่หลากหลาย (5) การตามรอยแต่ละกลุ่มผู้ป่วย ช่วยเสริมมุมมองที่แตกต่างกัน ทำให้มองเห็นระบบในภาพรวมได้สมบูรณ์ขึ้น (6) นำ core values & concepts ที่สำคัญมาใช้อย่างเป็นธรรมชาติโดยเฉพาะ patient focus, management by fact, focus on result, evidence-based

เพื่อให้ได้ประโยชน์ข้างต้น ควรมุ่งตามรอยเพื่อสร้างความรู้ด้วยการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลมีการตั้งคำถามจากข้อมูลที่ได้มีการค้นหาความรู้เพิ่มเติม หัวใจสำคัญของการตามรอยอยู่ที่การกักไม่ปล่อย กัดไม่ปล่อยจนกว่าจะเห็นองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องทั้งหมดจะเห็นทางออกใหม่ๆ ที่สร้างสรรค์ และจะเห็นผลลัพธ์ของการเปลี่ยนแปลง

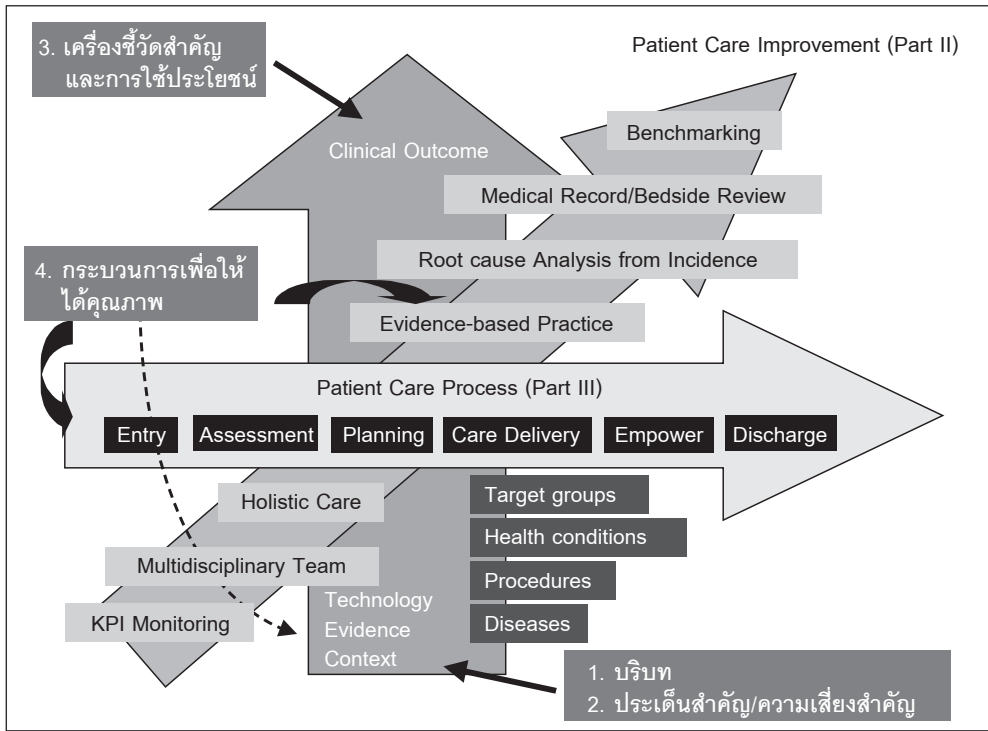
Clinical Tracer

Clinical tracer (การตามรอยทางคลินิก) เป็นเครื่องมือพัฒนาคุณภาพสำหรับกลุ่มประชากรทางคลินิกแต่ละกลุ่ม โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ สถานะทางคลินิกที่ใช้ติดตามอาจจะเป็นโรคหัตถการ ปัญหาสุขภาพกลุ่มเป้าหมาย

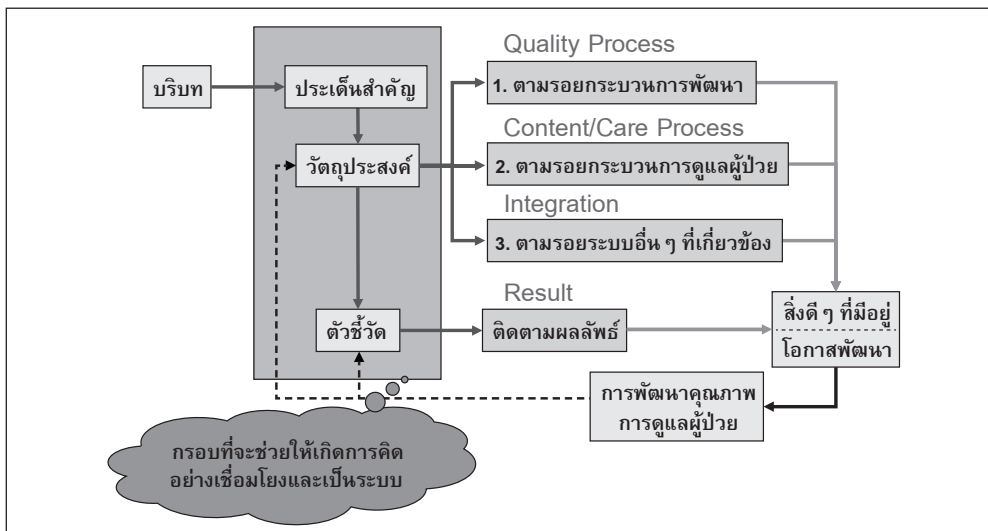
กลุ่มประชากรทางคลินิก (clinical population) หมายถึงกลุ่มผู้ป่วยหรือกลุ่มบุคคลซึ่งมีสภาพปัญหาสุขภาพคล้ายคลึงกัน สามารถวิเคราะห์ความต้องการได้ชัดเจน สามารถกำหนดเป้าหมายและวัดผลได้ชัดเจน ทำให้สามารถนำ core values เรื่อง patient focus ไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมได้

การตามรอยทางคลินิกจะส่งเสริมให้เกิดการดูแลผู้ป่วยในลักษณะ clinical population oriented คือการดูแลโดยเน้นผู้ป่วยที่เป็นทั้ง “คน” “คนไข้” และ “ครู” มิได้เน้นที่การรักษาโรคเพียงอย่างเดียว แต่พิจารณาความต้องการของผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม และกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่องตามความจำเป็น

องค์ประกอบของการตามรอยทางคลินิก เป็นการติดตามประเมินคุณภาพหรือวิเคราะห์สถานการณ์ในแง่มุมต่างๆ ได้แก่ (1) กระบวนการดูแลผู้ป่วย (patient care process) (2) ผลการดูแลผู้ป่วย (patient care result) (3) กระบวนการพัฒนาคุณภาพ (quality improvement process) (4) ระบบงานหรือองค์ประกอบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนั้น (ภาพที่ 6.8 และ 6.9)

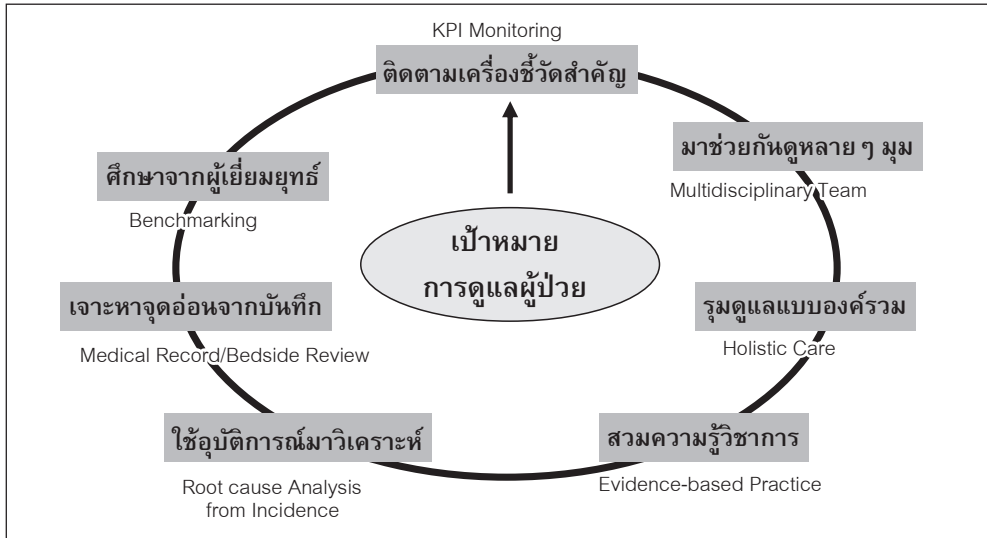


ภาพที่ 6.8 ภาพแรกที่ใช้อธิบายแนวคิดเรื่องการตามรอยทางคลินิก



ภาพที่ 6.9 กรอบความคิดการตามรอยที่ได้รับการปรับปรุงให้เห็น 4 องค์ประกอบของการตามรอย

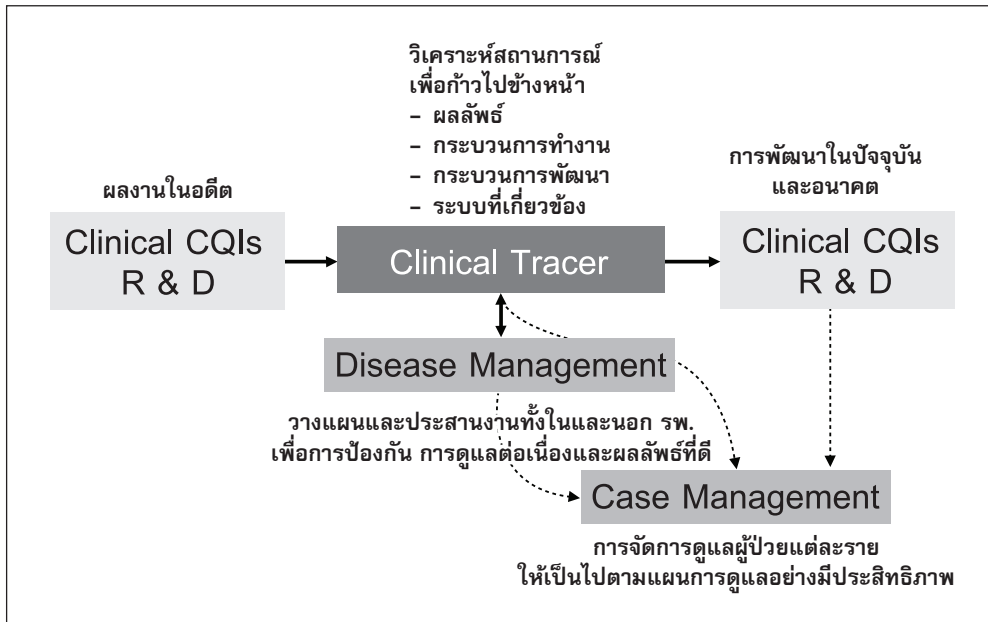
การตามรอยกระบวนการพัฒนาคุณภาพ คือการทบทวนว่าทีมงานได้ใช้เครื่องมือและแนวคิดการพัฒนาคุณภาพอะไรมาแล้วบ้าง มีโอกาสที่จะใช้เครื่องมือและแนวคิดอะไรเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดได้อีก (ภาพที่ 6.10)



ภาพที่ 6.10 การตามรอยกระบวนการพัฒนาคุณภาพ

การพัฒนาคุณภาพที่จะให้ประโยชน์สูงสุด ควรนำเครื่องมือและแนวคิดการพัฒนาคุณภาพหลายๆ วิธีมาใช้พร้อมๆ กัน ซึ่งจะก่อให้เกิดความสมดุล เช่น สมดุลระหว่างการใช้ข้อมูลวิชาการ (เน้นทางด้านเทคนิค) กับการดูแลแบบองค์รวม (เน้นด้านจิตวิญญาณ) สมดุลระหว่างการทบทวนจุดอ่อนของตนเอง (จากอุบัติการณ์บันทึก ช่างเตียง) กับการเรียนรู้สิ่งดีๆ ของคนอื่น (benchmarking) การตามรอยกระบวนการพัฒนาคุณภาพ นอกจากจะช่วยสรุปบทเรียนของความสำเร็จแล้วยังช่วยให้เห็นว่ายังมีเครื่องมือและแนวคิดได้อีกบ้างที่สามารถนำมาใช้ประโยชน์เพิ่มขึ้น

การตามรอยทางคลินิกในฐานะเป็นตัวเชื่อม ระหว่างอดีตกับอนาคต ระหว่างการปฏิบัติกับการประเมิน และระหว่างการประเมินกับการพัฒนา (ภาพที่ 6.11)



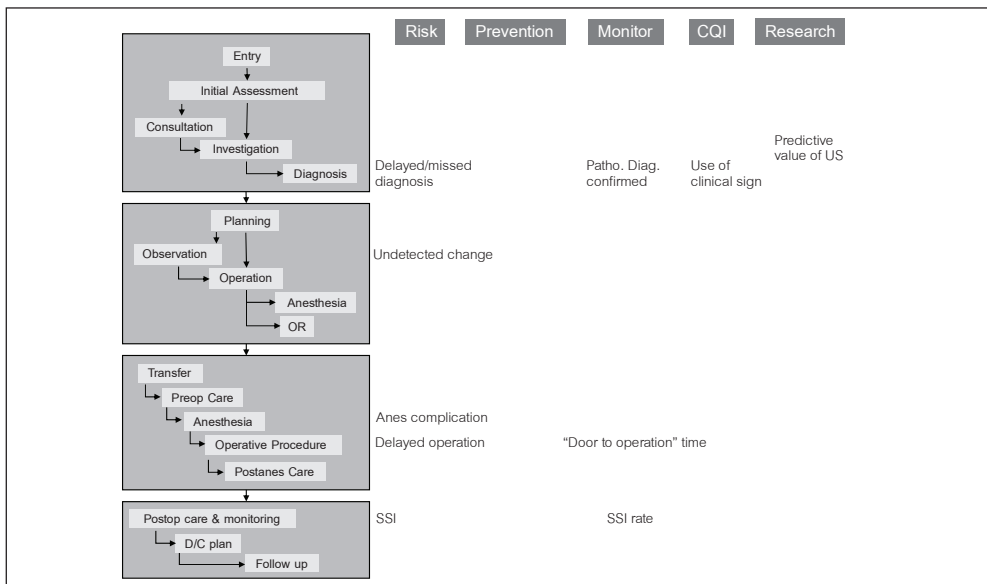
ภาพที่ 6.11 การตามรอยในฐานะเป็นตัวเชื่อม

การตามรอยทางคลินิกเป็นเพียงกิจกรรมหนึ่งในกระบวนการพัฒนาคุณภาพ เป็นการประเมินหรือวิเคราะห์สถานการณ์และนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์เพื่อวางแผนพัฒนา (1) การตามรอยทางคลินิกไม่ใช่กิจกรรมพัฒนาคุณภาพทางคลินิก แต่เป็นการร้อยเรียงกิจกรรมพัฒนาที่เคยเกิดขึ้นในอดีตมาทบทวนดูส่วนขาด แล้ววางแผนพัฒนาต่อสำหรับอนาคต (2) การตามรอยทางคลินิกไม่ใช่การจัดทำแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย แต่เป็นการทบทวนว่าทีมงานได้ใช้ข้อมูลวิชาการในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมแล้วหรือยัง เพื่อให้มีการพัฒนาต่อไป (3) การตามรอยทางคลินิกไม่ใช่ **disease management** ซึ่งเป็นการลงมือปฏิบัติการในการวางแผนและประสานงานสำหรับการดูแลผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม แต่การประเมินสถานการณ์อาจนำไปสู่การก่อกำเนิดหรือปรับปรุงระบบดังกล่าว (4) การตามรอยทางคลินิกไม่ใช่ **case management** ซึ่งเป็นการลงมือปฏิบัติการในการจัดการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายให้เป็นไปตามแผนการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ แต่การทบทวนปฏิบัติการดังกล่าวจะนำไปสู่การปรับปรุง case management ให้ดีขึ้น

เทียบเคียงกับการตามรอยของต่างประเทศ: สรพ.เน้นการตามรอยในลักษณะของการประเมินสถานการณ์ในภาพรวมของการดูแลผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม ใกล้เคียงกับงานวิจัยเล็กๆ ชิ้นหนึ่งโดยมีการตามรอยผู้ป่วยแต่ละรายและการตามรอยระบบที่เกี่ยวข้องเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินสถานการณ์ในภาพรวม Tracer methodology ของ JCAHO เน้นการตามรอยผู้ป่วยแต่ละรายโดยเริ่มจากเวชระเบียนของผู้ป่วยรายนั้น ร่วมกับการตามรอยระบบที่เกี่ยวข้อง การตามรอยทั้งคู่อยู่บนหลักการเดียวกัน คือ เป็นการใช้ systems approach เพื่อการประเมินผลด้วยการติดตามกระบวนการดูแลผู้ป่วย ประเมินความสัมพันธ์ของผู้เกี่ยวข้อง ประเมิน performance ของกระบวนการ

เครื่องมือที่ใช้ในการตามรอย

1. One page summary เครื่องมือสำหรับการวิเคราะห์



ภาพที่ 6.12 One Page Summary

One page summary คือการสรุปข้อมูลสำคัญทั้งหมดไว้ในกระดาษหน้าเดียว โดยใช้ process flowchart หรือ Value Stream Mapping เป็นฐาน พร้อมระบุความเสี่ยง กลยุทธ์ในการป้องกัน วิธีการหรือตัวชี้วัดที่ใช้กำกับติดตาม การพัฒนา

คุณภาพและการวิจัยที่เคยทำไว้ สำหรับแต่ละขั้นตอน One page summary ที่อยู่บน Powerpoint สามารถใช้เชื่อมโยงเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้ เช่น แนวทางปฏิบัติ ผลการพัฒนาคุณภาพแต่ละเรื่อง ทำให้เกิดความเข้าใจในองค์ประกอบทั้งหมดสำหรับการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพได้ง่ายขึ้น

2. ปฏิบัติการตามรอย 5P

ในการตามรอยให้ครอบคลุม อาจวางแผนและปฏิบัติการตามรอยในองค์ประกอบต่อไปนี้:

- 1) **Purpose** เป้าหมายของระบบ การดูแลผู้ป่วย ประเด็นความปลอดภัยหรือมาตรฐาน ที่ต้องการตามรอย
- 2) **Pathway** เส้นทางที่จะตามรอย พิจารณาจาก object และเส้นทางที่ object นั้นเคลื่อนไป object ที่ใช้ตามรอยอาจจะเป็นผู้ป่วย ข้อมูลข่าวสาร ยา สิ่งส่งตรวจ หรือสิ่งอื่นๆ ควรพิจารณาเส้นทางที่จะตามรอยให้ครอบคลุมตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดของกระบวนการหรือสายธารแห่งคุณค่า ในกรณีโรคเรื้อรังหรือโรคที่ต้องกลับมารักษาต่อเนื่อง ควรพิจารณาเส้นทางของการตามรอยในลักษณะที่เป็น loop ครอบคลุมการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยและช่วงเวลาที่ผู้ป่วยดูแลตนเองด้วย เมื่อไรที่มีระบบอื่นๆ มาเกี่ยวข้อง การเตรียมการและส่งมอบที่มีคุณภาพจากระบบดังกล่าวก็อยู่ในเส้นทางที่จะต้องตามรอยด้วย
- 3) **Process** กระบวนการที่มีการปฏิบัติจริง ควรพิจารณาวิธีการทำงานเพื่อบรรลุข้อกำหนดหรือความต้องการของผู้เกี่ยวข้องในขั้นตอนนี้ การป้องกันความเสี่ยงหรือความสูญเปล่าที่เกิดขึ้นในขั้นตอนนี้ การสื่อสารและการส่งมอบจากจุดก่อนหน้านั้นและสู่จุดต่อไป
- 4) **Preparedness** การเตรียมพร้อมรับสถานการณ์ไม่ปกติที่มีโอกาสเกิดขึ้น เช่น กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเฉพาะ ช่วงเวลาบางช่วง สิ่งแวดล้อมที่ไม่พร้อมหรือไม่เป็นไปตามคาด อุบัติการณ์ที่เคยเกิด
- 5) **Performance & learning** การเรียนรู้จากผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้น เป็นการพิจารณาผลลัพธ์ของระบบในภาพรวม เช่น ผลการดูแลผู้ป่วยทั้งกลุ่ม หรือบางส่วนของกลุ่ม มิใช่เฉพาะรายที่ตามรอย เป็นการตามรอยว่ามีการติดตามผลลัพธ์และนำมาใช้ประโยชน์อย่างไร กระบวนการนี้เป็นกระบวนการที่สำคัญมากสำหรับองค์กรที่ต้องการสร้าง maturity

ในการพัฒนา การตามรอย performance ในองค์กรที่มีความก้าวหน้า
ควรตามในระดับมิติคุณภาพต่างๆ เพื่อให้เห็นคุณภาพอย่างรอบด้าน

3. Clinical tracer highlight สรุปผลการตามรอย

ข้อมูลที่ได้รับจากการตามรอยอาจจะมีปริมาณมาก เพราะเกี่ยวข้องกับ
เอกสาร ข้อมูล สถิติ ที่ใช้ในการปฏิบัติงานประจำวัน รวมทั้งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
จากการเข้าไปดูในสถานที่ปฏิบัติงานจริง และการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม ข้อมูล
เหล่านี้สามารถเชื่อมโยงผ่าน one page summary เพื่อให้สามารถสืบค้นได้ง่าย
หรืออาจนำมาเรียบเรียงเป็นเอกสารวิชาการที่มีคุณค่าได้

การตามรอยทางคลินิกเป็นการรวบรวมผลการพัฒนาคุณภาพในอดีต สิ่ง
ที่ปฏิบัติในปัจจุบัน และผลลัพธ์ในภาพรวมไว้อย่างดี เป็นข้อมูลประกอบที่จะทำให้
ผู้เยี่ยมชมสำรวจและคณะกรรมการมีความเชื่อมั่นในคุณภาพการดูแลผู้ป่วยของ
โรงพยาบาล สรพ. จึงได้นำข้อมูลส่วนนี้เป็นภาคผนวกประกอบรายงานการเยี่ยม
สำรวจ เพื่อมิให้เป็นภาระแก่โรงพยาบาลมากเกินไป สรพ.จึงขอให้โรงพยาบาลจัด
ทำรายงานส่วนนี้ให้ครอบคลุมโรคสำคัญในสาขาต่างๆ ในจำนวนที่เหมาะสม โดย
สรุปอย่างย่อที่สุดที่จะเห็นภาพการพัฒนา และเรียกเอกสารชุดนี้ว่า clinical tracer
highlight ที่ใช้คำว่า highlight ก็คือ การดึงเฉพาะประเด็นสำคัญมาสรุปเพื่อสื่อสาร
อย่างกระชับ มิใช่การเลือกโรคน้อยโรค หรือเลือกบางขั้นตอนของการดูแล การ
สรุป highlight ไม่ควรสรุปเฉพาะสิ่งที่พัฒนาในปีล่าสุด แต่ควรสรุปให้เห็นภาพรวม
ของการปฏิบัติในปัจจุบันที่เป็นประเด็นสำคัญของการดูแลที่มีคุณภาพ ที่สำคัญ
เอกสารรายงานชุดนี้ควรเป็นผลของการตามรอยที่ตามเข้าไปดูในสถานที่จริง ไม่ใช่
การตามรอยกันแต่ในห้องประชุม

ปิดคุณภาพ

เนื่องจากคุณภาพหรือผลการดำเนินงานของบริการสุขภาพเป็นเรื่องใหญ่
มองได้หลายแง่มุม การมองให้รอบด้านจำเป็นต้องอาศัยมิติที่หลากหลายเข้ามา
พิจารณา มิติคุณภาพสำหรับบริการสุขภาพที่รวบรวมไว้ได้มีดังนี้:

กรอบที่ 6.2 มิติคุณภาพบริการสุขภาพ

มิติคุณภาพ		ความหมาย
Acceptability	การยอมรับ	สิ่งที่จัดให้เป็นที่ยอมรับของผู้รับบริการ ประเมินจากความพึงพอใจ
Accessibility	การเข้าถึง	สามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้
Appropriateness	ความเหมาะสม	บริการที่จัดมีความเหมาะสมตามหลักวิชาการ
Competency	ความสามารถ	ความสามารถของสถานพยาบาลที่จะตอบสนองปัญหาสุขภาพของชุมชน
Continuity	ความต่อเนื่อง	ความต่อเนื่องในการดูแลระหว่างช่วงเวลา ระหว่างหน่วยบริการในสถานพยาบาล ระหว่างสถานพยาบาลด้วยกัน และระหว่างสถานพยาบาลกับบ้าน
Coverage	ความครอบคลุม	ความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย
Effectiveness	ประสิทธิภาพ	การเปรียบเทียบระหว่างผลได้กับทรัพยากรและเวลาที่ใช้
Efficiency	ประสิทธิผล	การบรรลุผลตามเป้าหมายที่ต้องการ
Equity	ความเป็นธรรม	การได้รับบริการที่จำเป็นตามข้อบ่งชี้ โดยไม่มีข้อจำกัดด้วยความสามารถที่จะจ่ายหรือระบบประกันสุขภาพที่คุ้มครอง
Holistic	ความเป็นองค์รวม	การดูแลโดยคำนึงถึงความต้องการในด้านอารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ ควบคู่กับความต้องการด้านร่างกาย
Responsiveness	การตอบสนอง	การใส่ใจและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม
Safety	ความปลอดภัย	การดูแลด้วยความระมัดระวังเพื่อมิให้เกิดผลข้างเคียงหรือผลที่ไม่พึงประสงค์
Timeliness	ความทันการณ์	การตรวจวินิจฉัยและให้การดูแลรักษาในเวลาที่เหมาะสม

การใช้มิติคุณภาพ

มิติข้างต้นอาจนำมาใช้ในขั้นตอนหรือกิจกรรมต่างๆ ต่อไปนี้ โดยพิจารณา มิติที่เหมาะสมกับแต่ละกรณี

1. การกำหนดเป้าหมายการพัฒนาซึ่งสามารถใช้ได้ในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับแผนยุทธศาสตร์ขององค์กร ระบบงาน การดูแลผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม ไปจนถึงเป้าหมายของหน่วยงาน
2. การกำหนดตัวชี้วัดสำคัญเพื่อวัดการบรรลุเป้าหมาย
3. การตามรอยระบบหรือการดูแลผู้ป่วย เพื่อทบทวนความสำเร็จและโอกาสพัฒนา

4. การมองหาโอกาสพัฒนาที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้น (ดูตัวอย่างจากเรื่อง Lean กรอบที่ 6.3)

Lean

ความหมาย

Lean คือการจัดความสูญเปล่าทุกชนิดออกจากระบบงาน Lean ในระดับปัจเจก คือการลดความมีตัวตนลง (self-less) Lean ในระดับองค์กร คือการปรับปรุงผลิตภาพขององค์กรให้มีประสิทธิภาพสูงสุดและได้คุณภาพควบคู่ไปด้วย Lean ในระดับชาติ คือการจัดความสูญเปล่าของการใช้ทรัพยากรโดยรวม ซึ่งจะสอดคล้องกับแนวคิดเรื่อง seamless การบริการที่ไร้รอยต่อ

ตัวอย่างของระบบบริการที่ไร้รอยต่อ เช่น การประสานการดูแลระหว่างสถานพยาบาลระดับต่างๆ อย่างแนบสนิทเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องไร้รอยต่อ ตลอด episode หรือ course ของการเจ็บป่วย การดูแลที่ไร้รอยต่อระหว่าง bio-medical approach กับ mind-body approach หรือระหว่าง western medicine กับ complementary/alternative medicine

หัวใจของ Lean

หัวใจของ Lean คือการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องโดยการทำงานเป็นทีม เพื่อวัตถุประสงค์ในการส่งมอบสิ่งที่มีคุณค่าแก่ลูกค้าในด้านความปลอดภัย คุณภาพ การส่งมอบ ต้นทุน รวมถึงขวัญกำลังใจของทีมงาน โดยมีพื้นฐานสำคัญคือ operation stability และมีเสาหลักคือการทำให้อุปกรณ์ไหลต่อเนื่อง (continuous flow) และคุณภาพที่ฝังในระบบ (built-in quality) (ภาพที่ 6.13)

Lean ไม่ใช่เรื่องของการทำงานให้หนักขึ้นหรือเร็วขึ้น แต่เป็นการค้นหา waste และเปลี่ยนให้เป็น value ที่ผู้รับผลงานของเราต้องการ



ภาพที่ 6.13 House of Lean

แนวคิดสำคัญของ Lean

1. คุณค่า (value) กับความสูญเปล่า (waste) แนวคิด Lean พิจารณาคุณค่าของสินค้าและบริการในมุมมองของลูกค้า ทั้งลูกค้าภายนอกและลูกค้าภายใน ใช้ความเต็มใจที่จะจ่ายของลูกค้าเป็นตัวทดสอบคุณค่า มุ่งที่จะขจัดความสูญเปล่าและแปรเปลี่ยนให้เป็นคุณค่า ด้วยเครื่องมือหลายๆ อย่าง เช่น visual management, pull system, cell concept

2. สายธารแห่งคุณค่า (value stream mapping) สร้างสายธารแห่งคุณค่าในทุกๆ ขั้นตอนการดำเนินงาน เพื่อพิจารณาว่ากิจกรรมใดที่ไม่เพิ่มคุณค่าและเป็นความสูญเปล่า สายธารแห่งคุณค่าเป็นการมองการไหลเลื่อนอย่างต่อเนื่องของการสร้างคุณค่าตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดเมื่อผู้รับผลงานได้รับคุณค่าอย่างสมบูรณ์ มิได้จำกัดเฉพาะงานของเราทุกคนต้องมองภาพใหญ่ของ value stream ร่วมกัน เมื่อเห็นภาพเดียวกัน จึงจะไร้รอยต่อ การใช้สายธารแห่งคุณค่า ทำให้เราหันเหจาก “มุมมองและการพัฒนาเรื่องเดียวๆ” มาสู่ “การไหลเลื่อน” แสดงความเชื่อมโยงระหว่างการไหลเลื่อนของสารสนเทศ และการไหลเลื่อนของผู้ป่วย/สิ่งของ, ช่วยให้เรามองเห็นคุณค่า กับความสูญเปล่า เป็นพื้นฐานสำหรับแผนดำเนินการ หรือพิมพ์เขียวสำหรับการนำ lean ไปสู่การปฏิบัติ

3. การไหลอย่างต่อเนื่อง (continuous flow) ทำให้กิจกรรมต่างๆ ที่มีคุณค่าเพิ่มสำหรับลูกค้า ดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่องโดยปราศจากการติดขัด การอ้อม การย้อนกลับ การคอย หรือการเกิดของเสีย ซึ่งอาจทำได้โดย การใช้ทีมที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การจัดเตรียมที่รวดเร็ว การปรับระดับภาระงานให้ใกล้เคียงกัน การปรับอุปสงค์ให้สอดคล้องกับอุปทาน การลด batching

4. ใช้ระบบการดึง (pull system) ให้ความสำคัญเฉพาะสิ่งที่ลูกค้าต้องการเท่านั้น ผลิตตามความต้องการของลูกค้าสำรองและส่งมอบสิ่งของเท่าที่จำเป็นต้องใช้ ให้ทันเวลา

5. พัฒนาสู่ความสมบูรณ์แบบ (perfection) พัฒนาอย่างต่อเนื่องด้วยใจประสานกับเครื่องมือ ในทุกๆ วันเจ้าหน้าที่ แพทย์ พยาบาล ทุกคน คิดว่าจะออกแบบระบบงานใหม่เพื่อยกระดับคุณค่าให้แก่ผู้รับผลงานได้อย่างไร จะลดระดับของ defect หรือทำให้มี reliability มากขึ้นได้อย่างไร

การประยุกต์ใช้ Lean ในภาคบริการ

มีข้อคิดดังนี้: ภาคบริการเป็น manpower intensive ต้องได้รับการฝึกอบรมอย่างดี ควรใช้ความคิดสร้างสรรค์หาคำตอบก่อนที่จะลงทุนซื้อของราคาแพง ต้องการความเร็ว ไม่ต้องรอจนได้คำตอบที่ดีที่สุด 80% ของงานที่ทำอยู่เป็นความสูญเปล่า “เวลา” เป็นมิติที่สำคัญของ Lean การมีส่วนร่วมของทั้งองค์กรข้ามพ้นสายการบังคับบัญชา bias for action (ลุยลุยเดียว) แม้กระบวนการที่ดีที่สุดก็ยังมีโอกาสพัฒนา ผู้รับผลงานก็อาจจะสร้างความสูญเปล่า กระบวนการในภาคบริการมักจะมองไม่เห็นและขาดเจ้าของ การทำแค่บางจุดเป็นความสูญเปล่าเพิ่มขึ้น ข้อบกพร่องเล็กน้อยในแต่ละจุด อาจรวมกันเป็นความสูญเปล่ามหาศาล

การมองโอกาสพัฒนาในบริการสุขภาพ

มองเชิงปัญหาของระบบ: การดูแลสุขภาพที่เป็นอยู่มีลักษณะมาใช้บริการเป็นครั้งคราว (episodic) เมื่อเกิดปัญหา ต้องให้ผู้ป่วยเป็นผู้เริ่ม การประสานงานไม่ดี (ผู้ป่วยและแพทย์) การสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่แบบกระต่อนกระแท่น ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยแบบกระต่อนกระแท่น กระบวนการดูแลมีความไม่แน่นอน ขับเคลื่อนการตัดสินใจโดยความเห็นของ clinicians ระบบไม่ช่วยป้องกันความผิดพลาด ไม่มีการวัดผลลัพธ์ แพ่ง

มองความทุกข์ใจของคนทำงาน: ภาระงานเนื่องจากการทำในสิ่งที่ไม่จำเป็น ความบกพร่องในกระบวนการทำงาน ปัญหาความขัดแย้งและความสัมพันธ์ การพัฒนาที่แยกส่วน ขวัญกำลังใจคนทำงาน

มองจากความสูญเปล่า (DOWNTIME): defects rework (การทำงานซ้ำเพื่อแก้ไขข้อบกพร่องหรืออุบัติเหตุ) overproduction (การผลิต/บริการมากเกินไป) waiting (การรอคอย) not using staff talents (ไม่ใช้ภูมิรู้ของเจ้าหน้าที่) transportation (การเดินทาง) inventory (วัสดุคงคลัง) motion (การเคลื่อนที่) excessive processing (กระบวนการที่มากเกินไป)

มองจากสิ่งที่พบเป็นประจำในโรงพยาบาล: คิวรอคอย กฎระเบียบเงื่อนไข flow ของผู้ป่วยใน การเกิดอุบัติเหตุ การส่งต่อ ความเก่งของคนที่มาดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินคนแรก การใช้คนเก่งทำงานทั่วไปที่ให้คนอื่นทำได้ ความทันการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง การรับส่งเวร การบันทึกเวชระเบียน

มิติคุณภาพของบริการสุขภาพกับ Lean

ด้วยแนวคิดและเครื่องมือของ Lean สามารถพิจารณาว่ามีความสอดคล้องกับมิติคุณภาพของบริการสุขภาพได้อย่างไร นอกจากการพิจารณาในชั้นพื้นฐาน ซึ่งเป็นที่เข้าใจโดยทั่วไปแล้ว ยังสามารถเชื่อมโยงกับแนวคิดการพัฒนาคุณภาพที่มีความเฉพาะของบริการสุขภาพได้อีกด้วย (กรอบที่ 6.3)

กรอบที่ 6.3 การประยุกต์ใช้ Lean เพื่อตอบสนองของคุณภาพบริการสุขภาพในมิติต่างๆ

มิติคุณภาพ	การตอบสนองขั้นพื้นฐาน	การตอบสนองขั้นก้าวหน้า
Accessibility, coverage, equity	การพิจารณา takt time (rhythm of customer demand) คือความพยายามที่จะตอบสนองความต้องการของตลาดหรือสังคมโดยรวม	การมองหา unmet need ซึ่งจะมากำหนด rhythm of customer demand คือการเพิ่มการเข้าถึง เพิ่มความครอบคลุม เพิ่มความเป็นธรรม
Appropriateness, effectiveness	จากคุณค่าในมุมมองของผู้รับผลงานสู่การกำหนด function requirement -> product/service requirement	ความเหมาะสมทางวิชาชีพประกอบด้วย evidence-based & good clinical judgement ไม่มากเกินไป ไม่น้อยไป
Efficiency	การขจัด waste ในแง่มุมต่างๆ คือการเพิ่มประสิทธิภาพ	ประสิทธิภาพของระบบใหญ่คือการเชื่อมโยง การสื่อสาร ไม่แยกส่วน ไม่ซ้ำซ้อน

กรอบที่ 6.3 การประยุกต์ใช้ Lean เพื่อตอบสนองของคุณภาพบริการสุขภาพในมิติต่างๆ (ต่อ)

มิติคุณภาพ	การตอบสนองขั้นพื้นฐาน	การตอบสนองขั้นก้าวหน้า
Responsiveness	ตอบสนองคุณค่าในมุมมองของผู้รับผลงาน	ตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ
Safety	ออกแบบเพื่อป้องกันความผิดพลาด (error proof design); งานที่เป็นมาตรฐาน (standardized work); Jidoka: detect, stop, fix, prevent; การไม่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ คือ การลด defect rework	วิเคราะห์และป้องกันความเสี่ยงใน value stream, เรียนรู้จากความผิดพลาดและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์, ใช้ Human Factor Engineering ออกแบบเพื่ออำนวยความสะดวกในการทำงาน
Timeliness	กระจายภาระงาน (workload leveling) ลดเวลารอคอย, เตรียมทุกอย่างให้พร้อม (rapid set up)	การสื่อสารแบบกระชับ (SBAR), การตอบสนองแบบจับพัดัน (Early Warning Signs & Rapid Response)

เพิ่มคุณค่าให้กระบวนการ

การวิเคราะห์กระบวนการแล้วพิจารณาหาโอกาสพัฒนา เป็นพื้นฐานสำคัญของการพัฒนาคุณภาพ ยิ่งใช้มุมมองที่รอบด้านมากขึ้น ก็ยิ่งเห็นโอกาสพัฒนามากขึ้น ความคิดที่ส่งเสริมในการวิเคราะห์โอกาสพัฒนาจากกระบวนการมีดังต่อไปนี้:

Unit optimization การวิเคราะห์โอกาสพัฒนาของหน่วยงานจะตั้งคำถามว่าอะไรคือประเด็นคุณภาพที่สำคัญ (key quality issues) ของหน่วยงานหรือของกระบวนการ

หัวหน้าพาทำคุณภาพ จะมีคำถามให้หัวหน้าหน่วยงานชวนสมาชิกในหน่วยงานคุยว่า งานของแต่ละคนมีเป้าหมายหรือคุณค่าอะไร จะทำให้ดีขึ้นได้อย่างไร จะทำให้งานของเราดีขึ้นได้อย่างไร (ปรับปรุงเรื่องที่ซ้ำซ้อน ซับซ้อน สูญเปล่า สูญหาย เสียเวลา เสียโอกาส) จะรับรู้และตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการให้ดีขึ้นได้อย่างไร

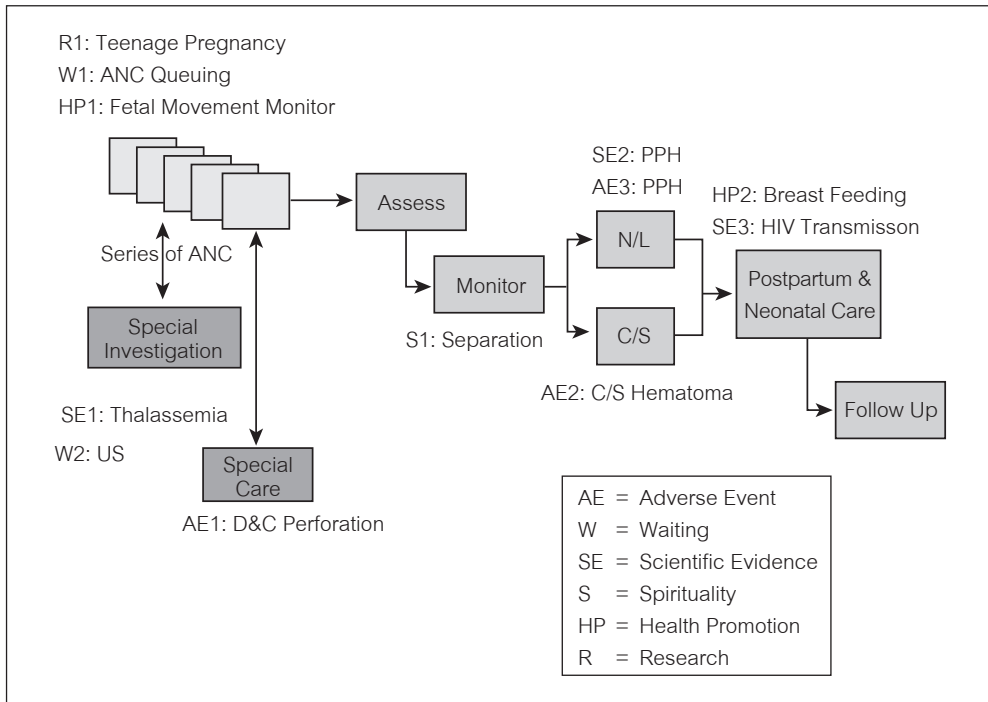
Humanized healthcare ทำให้เกิดแนวคิด 3S เพื่อถามตัวเองโดยพิจารณาคุณภาพเป็น 3 ชั้นคือ safety, standards, & spirituality **Safety** มองในประเด็น

ที่เสี่ยงหรือไม่ปลอดภัยเพื่อปิดช่องโหว่ **Standards** มองในประเด็นที่เป็นมาตรฐานวิชาชีพและข้อมูลวิชาการที่ทันสมัย **Spirituality** มองในประเด็นความต้องการด้านจิตวิญญาณเพื่อเติมเต็มให้เป็นการดูแลด้วยหัวใจ

Lean in Healthcare ทำให้เห็นความสำคัญของการเปลี่ยนความสูญเปล่าไปสู่คุณค่า ในทุกขั้นตอนของสายธารแห่งคุณค่า การเรียนรู้แนวคิด Lean ทำให้จุดประกายที่จะเชื่อมโยงทุกแนวคิดที่มีประโยชน์ในการหาโอกาสพัฒนาเข้าด้วยกัน เป็นเสมือนการจัดทำพิมพ์เขียวของการพัฒนาในแต่ละเรื่อง โดยอาศัย Value Stream Mapping หรือ detailed process flowchat เป็นฐานสำหรับการวิเคราะห์ในการประชุม 12th HA National Fom “ความงามในความหลากหลาย” เมื่อปี 2554 สรพ. จึงได้เสนอผู้ช่วยเจ็ดคน หรือปัจจุบันอาจเรียกได้ว่า เจ็ดคุณชายผู้ช่วย เพื่อตั้งคำถามในทุกขั้นตอนของสายธารแห่งคุณค่า แล้วนำโอกาสพัฒนาดังกล่าวมาวางแผนดำเนินการพัฒนาไปพร้อมๆ กัน (กรอบที่ 6.4 และภาพที่ 6.14)

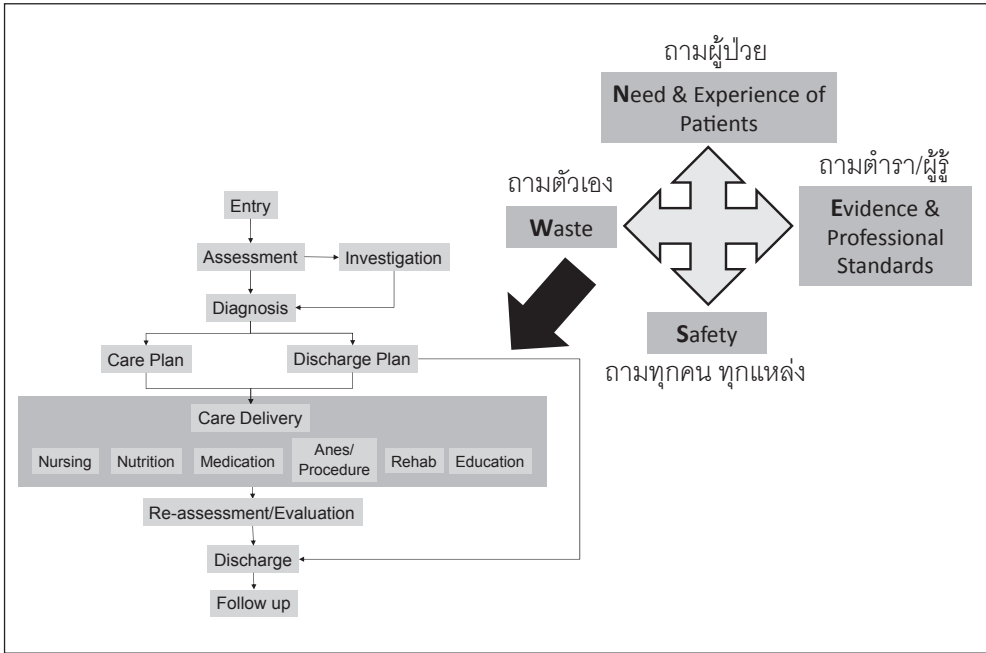
กรอบที่ 6.4 เจ็ดคุณชายผู้ช่วยเพื่อวิเคราะห์โอกาสพัฒนา

เจ็ดคุณชายผู้ช่วย		คำถามเพื่อหาโอกาสพัฒนา	NEWS
คุณโมฆะ	Mr.Waste	มีความสูญเปล่าในขั้นตอนใดบ้าง	W
คุณอุบัติเหตุ	Mr.Incident	ในแต่ละขั้นตอน มีความเสี่ยงอะไรที่เคยเกิดหรือมีโอกาสเกิด	S
คุณเสริม	Mr.Health Promotion	มีโอกาที่จะเสริมพลังให้ผู้ป่วยรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองอย่างไร	N
คุณวิชา	Mr.Evidence	มีหลักฐานวิชาการอะไรบ้างที่ควรนำมาใช้	E
คุณจิตต์	Mr.Spiritual	ผู้ป่วยมีความต้องการด้านจิตวิญญาณอะไรบ้าง	N
คุณปัญญา	Mr.Wisdom	มีโอกาที่จะทำให้คนทำงานมีปัญญา เห็นความจริง ทำความดี สร้างความงาม อะไรบ้าง	W
คุณวิจัย	Mr.Research	มีโอกาหรือความจำเป็นที่จะต้องหาหรือสร้างความรู้ใหม่อะไรบ้าง	E



ภาพที่ 6.14 การวิเคราะห์โอกาสพัฒนาในการฝากครรภ์และการคลอด

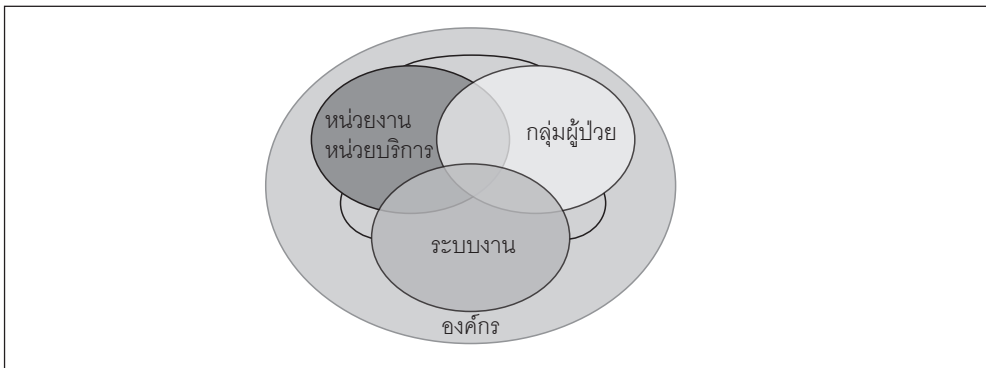
คืนสู่ความเรียบง่ายด้วย **NEWS** เพื่อให้ง่ายในการนำไปปฏิบัติสำหรับผู้เริ่มต้น ในปี 2556 สรพ.จึงได้ปรับการตั้งคำถามสำหรับการวิเคราะห์โอกาสพัฒนาให้เหลือ 4 ประเด็น เรียกว่าย่อด้วย 4 ทิศ คือ **NEWS N-need** คือการรับรู้ความต้องการและประสบการณ์ของผู้ป่วย ครอบคลุมถึงความต้องการด้านอารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ และโอกาสที่จะเสริมพลังให้ผู้ป่วยมีความสามารถและความมั่นใจในการรับมือต่อสุขภาพของตนเอง **E-evidence** คือข้อมูลวิชาการและมาตรฐานวิชาชีพที่ควรนำมาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย รวมไปถึงโอกาสที่จะสร้างความรู้ใหม่ๆ **W-waste** คือความสูญเปล่าในขั้นตอนต่างๆ ที่สมควรขจัดออกไป และนำทรัพยากรมาสร้างคุณค่าให้แก่ผู้ป่วยให้มากขึ้น **S-safety** คือการป้องกันความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้น เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย



ภาพที่ 6.15 การวิเคราะห์โอกาสพัฒนาด้วย NEWS

แนวทางการพัฒนาให้ได้ครบถ้วนทุกองค์ประกอบ

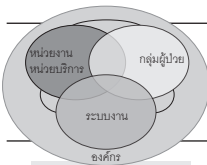
การพัฒนาให้ได้ครบถ้วนทุกองค์ประกอบสามารถสรุปได้เป็น 4 วง 6 track 8 การตามรอย ซึ่งมีความสัมพันธ์กัน แม้ว่าการก่อกำเนิดของแนวคิดสำหรับแต่ละเรื่องจะเกิดขึ้นคนละช่วงเวลา



ภาพที่ 6.16 พื้นที่การพัฒนา 4 วง

พื้นที่การพัฒนา 4 วง เป็นแนวคิดที่เกิดขึ้นตั้งแต่ช่วงแรกๆ ของการส่งเสริมการพัฒนา ซึ่งในช่วงนั้นโรงพยาบาลต่างๆ จะมุ่งเน้นที่การพัฒนาในระดับหน่วยงานเป็นสำคัญ เพื่อให้เกิดความสมดุลในการพัฒนาและนำมาตราฐานโรงพยาบาลไปสู่การปฏิบัติได้อย่างครบถ้วน พรพ.จึงวาด domain หรือพื้นที่การพัฒนาคุณภาพหลักๆ ออกมาเป็น 4 วง สามวงในประกอบด้วยการพัฒนาในระดับหน่วยงาน การพัฒนาการดูแลสำหรับผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรคซึ่งมีลักษณะเฉพาะ และการพัฒนาระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล วงนอกสุดเป็นการพิจารณาการพัฒนาทั้งองค์กร (ภาพที่ 6.16) พื้นที่วงในทั้งสามวงนั้นจะมีพื้นที่ทับซ้อนกัน แสดงให้เห็นว่าจะต้องมีการประสานงานกันในส่วนที่ทับซ้อน ด้วยบริบทที่แตกต่างกัน การทับซ้อนอาจจะมีระดับแตกต่างกัน เช่น หน่วยงานห้องคลอด กับการดูแลมารดาคลอดปกติ จะมีส่วนทับซ้อนกันสูงมาก ขณะที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม จะต้องประสานกับพื้นที่การดูแลผู้ป่วยแต่ละโรคจำนวนมาก

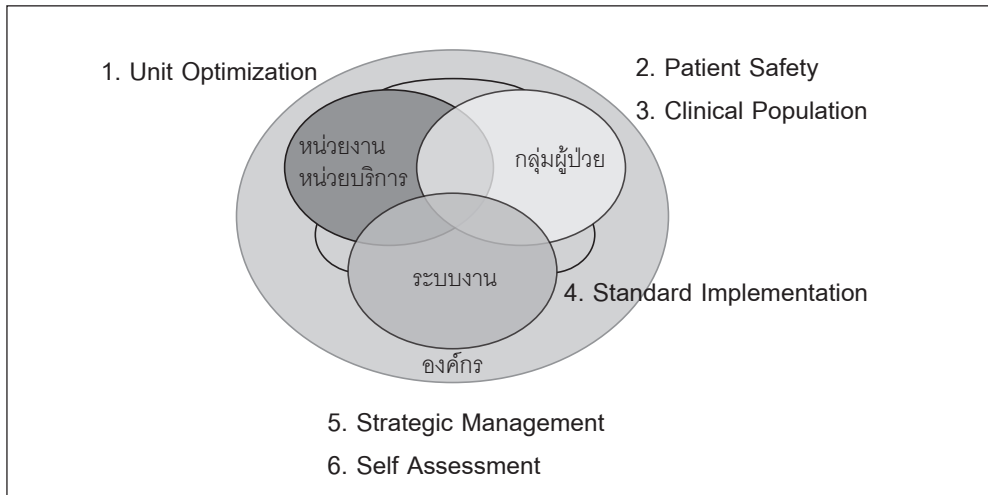
พื้นที่การพัฒนาแต่ละวง จะมีความสัมพันธ์กับมาตรฐานโรงพยาบาลแต่ละส่วนอย่างชัดเจน และสามารถพัฒนาขึ้นต้นด้วยกิจกรรมง่ายๆ ไปสู่การใช้เครื่องมือที่เป็นระบบยิ่งขึ้น และต่อยอดไปสู่การออกแบบเชิงนวัตกรรม (ภาพที่ 6.17)



	มาตรฐาน	ขั้นต้น	ขั้นกลาง	ขั้นก้าวหน้า
หน่วยงาน	I-6, II-1	หัวหน้าพาทำ ทบทวน	Service Profile	Innovative Design
กลุ่มผู้ป่วย	II-1.2, III	ทบทวน	Clinical Tracer & CQI	Clinical Research
ระบบงาน	I, II	ทบทวน	PDSA	Innovative Design
องค์กร	I	สร้างทีม ได้ใจ	Strategic Management	Innovative Management

ภาพที่ 6.17 ความสัมพันธ์ของพื้นที่การพัฒนา 4 วง กับมาตรฐาน และลำดับขั้นของการพัฒนา

เส้นทางการพัฒนา 6 เส้นทาง เกิดขึ้นเพื่อช่วยเป็นแนวทางให้โรงพยาบาลที่เลี้ยงไปให้คำแนะนำกับเครือข่ายโรงพยาบาลในพื้นที่ที่ต้องการพัฒนาคุณภาพ ด้วยเวลาที่จำกัดและต้องการเห็นสัมฤทธิ์ผลของการให้คำแนะนำ จึงสรุปเส้นทางการพัฒนาที่ควรดำเนินการคู่ขนานโดยทีมต่างๆ และกำหนดกิจกรรมว่าที่ปรึกษาควรเข้าไปเริ่มต้นอย่างไร ติดตามอย่างไร



ภาพที่ 6.18 เส้นทางการพัฒนา 6 เส้นทาง

เส้นทางการพัฒนาทั้ง 6 นั้นก็อยู่บนพื้นฐานของพื้นที่การพัฒนา 4 วงนั่นเอง, เพียงแต่ขยายในส่วนของการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยออกมาเป็นเส้นทางเรื่อง patient safety และ clinical quality และขยายส่วนของการพัฒนาองค์กรออกมาเป็นเส้นทางเรื่อง strategic management และ self assessment (ภาพที่ 6.18)

ขยายความการพัฒนา 6 เส้นทาง ศึกษาได้จากกรอบที่ 6.5

กรอบที่ 6.5 กิจกรรมการพัฒนา 6 เส้นทาง

Track	กิจกรรมการพัฒนา
1. Unit Optimization	<ul style="list-style-type: none"> - แนวคิดพื้นฐาน คือการใช้ 3P และ หัวหน้าพาทำคุณภาพ - ทบทวนกิจกรรมคุณภาพพื้นฐานต่างๆ ระบบข้อเสนอแนะ 5ส. ESB ศูนย์ยีสันทนา KM - ใช้ Service Profile เป็นเครื่องมือสำหรับวางแผนและติดตามการพัฒนาคุณภาพ - ใช้กิจกรรมทบทวนคุณภาพ เป็นกระจกส่องตัวเอง เป็นเครื่องมือในการหาโอกาสพัฒนา - ทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพตามโอกาสพัฒนาที่พบ - ทบทวนการบรรลุเป้าหมาย เชื่อมโยงกับ Performance Management System - ทบทวนการเชื่อมโยงกับระบบงานสำคัญ
2. Patient Safety	<ul style="list-style-type: none"> - เติบโตเต็มความครอบคลุมของกิจกรรมทบทวนและใช้ประโยชน์จากกิจกรรมทบทวน - ฝึกฝนการทำ RCA และสร้างระบบงานที่เป็นมาตรฐานโดยใช้แนวคิด HFE - ตามรอย SIMPLE และดำเนินการปรับปรุง - ทบทวนและวางระบบบริการความเสี่ยงขององค์กร - ส่งเสริมให้มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงและดำเนินการป้องกันในทุกหน่วยงาน/ระบบงาน - ใช้ trigger tools เพื่อคัดกรองเวชระเบียนมาทบทวน และปรับปรุงระบบเพื่ออุดช่องโหว่ - บูรณาการข้อมูลและระบบบริหารความเสี่ยง
3. Clinical Population	<ul style="list-style-type: none"> - วิเคราะห์โรคสำคัญ เป้าหมาย ประเด็นสำคัญ (ประมาณ 20 โรคสำหรับ รพ.ชุมชน) - ใช้การตามรอยทางคลินิกเพื่อหาโอกาสพัฒนา แล้วนำมาดำเนินการพัฒนา - สรุปผลการพัฒนาและการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคดังกล่าวใน clinical tracer highlight
4. Standard Deployment	<ul style="list-style-type: none"> - กำหนดโครงสร้างทีมในระดับกลาง - ทีมที่เกี่ยวข้องศึกษาแนวทางใน SPA และ SPA in Action นำไปตามรอยเพื่อเห็นของจริง - ดำเนินการพัฒนาระบบโดยเชื่อมโยงกับหน่วยงานต่างๆ และระบบอื่นๆ - สรุปรายงานการประเมินตนเองตามมาตรฐานตอนที่ I-IV

กรอบที่ 6.5 กิจกรรมการพัฒนา 6 เส้นทาง (ต่อ)

Track	กิจกรรมการพัฒนา
5. Strategic Management	<ul style="list-style-type: none"> - ทบทวนความท้าทายเชิงกลยุทธ์ขององค์กร ทบทวนแผนกลยุทธ์และตัวชี้วัด - เก็บข้อมูลตัวชี้วัดที่เป็น baseline และถ่ายทอดตัวชี้วัดสู่ระดับต่างๆ - ติดตามตัวชี้วัดและปรับแผนตามความเหมาะสม
6. Self Assessment	<ul style="list-style-type: none"> - จัดทำ Hospital Profile และเรียนรู้การใช้ประโยชน์ - ประเมินตนเองเบื้องต้นด้วย overall scoring - เรียนรู้ประเด็นสำคัญในการประเมินตนเองจาก SPA และรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินตนเอง - สรุปข้อมูลรายงานการประเมินตนเองและจัดเวทีเรียนรู้ร่วมกัน - ผักซ้อมการนำผู้เกี่ยวข้องสำรวจตามรอยระบบงานและระบบการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาล ให้เห็นคุณภาพ ความปลอดภัย ความรัดกุมของระบบงานที่วางไว้ รวมถึงการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมของการดูแลผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม

การตามรอย 8 ลักษณะ เป็นการเข้าไปดูในพื้นที่จริงเพื่อให้มั่นใจในการปฏิบัติ สร้างการเรียนรู้ร่วมกัน สื่อสารแนวคิด และตัดสินใจแก้ปัญหาที่ยังติดขัดอยู่ (กรอบที่ 6.6)

กรอบที่ 6.6 การตามรอย 8 ลักษณะ

Track	กิจกรรมการพัฒนา
1. Unit Optimization	- ตามรอยคุณภาพของแต่ละหน่วยงานตาม Service Profile
2. Patient Safety	<ul style="list-style-type: none"> - ตามรอยการทบทวนอุบัติเหตุการณ์และการปฏิบัติตามมาตรการที่มีการปรับปรุง - ตามรอยการปฏิบัติตามแนวทางใน PSG: SIMPLE
3. Clinical Population	<ul style="list-style-type: none"> - ตามรอยทางคลินิกในกลุ่มผู้ป่วยทั้ง 4 องค์ประกอบ (กระบวนการดูแลผู้ป่วย กระบวนการพัฒนา ระบบงานที่เกี่ยวข้อง ผลลัพธ์) - ตามรอยทางคลินิกในผู้ป่วยแต่ละราย
4. Standard Deployment	<ul style="list-style-type: none"> - ตามรอยการปฏิบัติตามมาตรฐานและแนวทางใน SPA - ตามรอยการปรับปรุงตามโอกาสพัฒนาที่ระบุจาก SPA in Action
5. Strategic Management	- ตามรอยความก้าวหน้าในการปฏิบัติตามแผนกลยุทธ์
6. Self Assessment	- ตามรอยการประเมินตนเอง นำประเด็นสำคัญที่ตอบในรายงานไปดูการปฏิบัติจริง

เท่าความ

เมื่อปี 2549 ได้มีการพูดคุยกันในวงประชุมเครือข่ายโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ (UHospNet) เพื่อยกระดับคุณภาพในการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลให้เทียบเท่าสถาบันในต่างประเทศ โดยการเทียบเคียงผลการดำเนินงานกับสถาบันในและต่างประเทศ มีการศึกษาการทำงานของ International Quality Indicator Project (IQIP) ซึ่งเป็นเครือข่ายเครื่องชี้วัดที่มีโรงพยาบาลต่างๆ ในนานาชาติเข้าร่วมเป็นจำนวนมากเกือบ 1000 แห่งทั่วโลก เกิดการทำงานร่วมกันระหว่างสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ในขณะนั้น และกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย เพื่อพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์สู่ความเป็นเลิศระดับสากล มีการประสานงานไปยัง IQIP เพื่อศึกษาข้อมูล ร่างข้อตกลง มีการประชุมร่วมกันในการวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันอย่างกว้างขวาง สุดท้ายมีความเห็นว่าการเข้าร่วมเป็นสมาชิกกับ IQIP จะปิดกั้นการพัฒนาระบบของประเทศไทยในระยะยาวรวมถึงเงื่อนไขผูกมัดในการใช้ทรัพย์สินทางปัญญา ในที่สุดได้ข้อสรุปว่าจะพัฒนาระบบเครือข่ายการเทียบเคียงผลการปฏิบัติงานด้วยเครื่องชี้วัดซึ่งเป็นของประเทศไทยเอง โดยความร่วมมือของ สถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทยและ พรพ.

THIP I

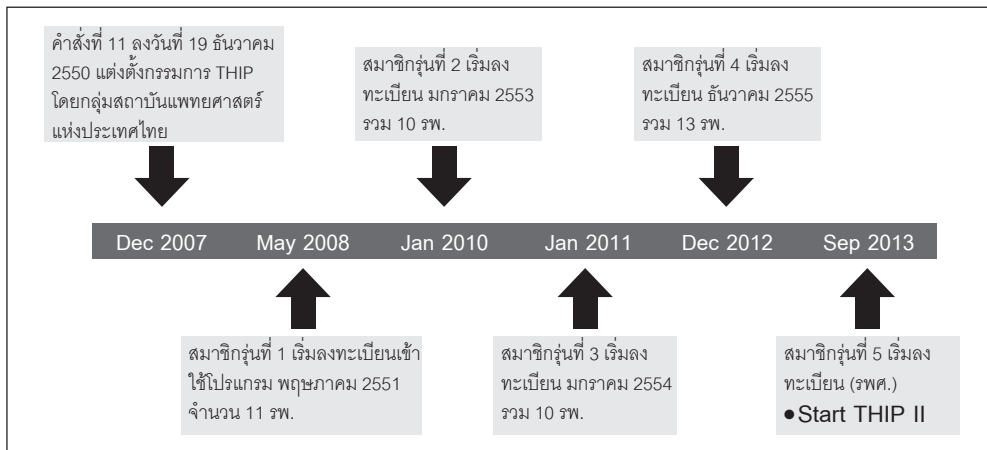
ปี 2550 เกิดโครงการพัฒนาระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล (Thai Hospital Indicator Project: THIP) โดยมีโรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการจำนวน 11 โรงพยาบาลคือ (1) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (2) โรงพยาบาลศิริราช (3) โรงพยาบาลรามธิบดี (4) โรงพยาบาลศรีนครินทร์ (5) โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (6) โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ (7) โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (8) โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ (9) โรงพยาบาลวชิรพยาบาล (10) โรงพยาบาลราชวิถี (11) โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

มีการทำงานร่วมกันในรูปแบบของคณะกรรมการ โดยมีตัวแทนจากทุกโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการเป็นคณะกรรมการและ พรพ. เป็นทีมเลขานุการ ดำเนินการคัดเลือกตัวชี้วัดที่สำคัญ กำหนดค่านิยามมาตรฐาน (KPI Dictionary)

พัฒนาระบบบันทึกข้อมูลและรายงานผลเปรียบเทียบเพื่อให้โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการนำไปใช้ประโยชน์ ซึ่งมีการพัฒนาตัวชี้วัดเริ่มต้น 75 ตัวชี้วัด 7 หมวด ในเบื้องต้น

“ความมีคุณค่าของการใช้ตัวชี้วัดนั้นจะช่วยให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพไปสู่ความมีมาตรฐานและเกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วยได้ในที่สุด”

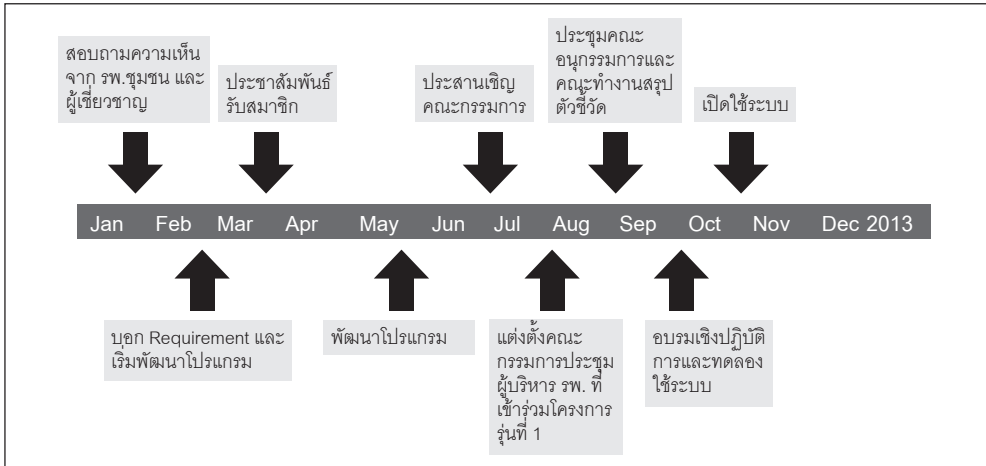
ศ.พญ. สุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์
ประธานคณะกรรมการโครงการ



ภาพที่ 6.19 การดำเนินงานโครงการ THIP I

THIP II

ปีพ.ศ. 2552 ได้มีแนวคิดขยายการใช้ประโยชน์เรื่องตัวชี้วัดเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนมีการพัฒนาชุดของตัวชี้วัดมาเรื่อยๆ และมาลงตัวในปี 2556 สามารถประกาศตัวชี้วัดของโครงการ THIP II ได้



ภาพที่ 6.20 การดำเนินงานโครงการ THIP II

โครงการ THIP II ปัจจุบันมีตัวชี้วัด 218 ตัวชี้วัด แบ่งเป็น 4 หมวด มีโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ 120 โรงพยาบาล โดยผนวกตัวชี้วัดที่โรงพยาบาล เก็บอยู่แล้วในระบบของกระทรวงสาธารณสุข และสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อการพัฒนาต่อยอด โรงพยาบาลสามารถเลือกเปรียบเทียบได้ตามกลุ่มโรงพยาบาลที่มีศักยภาพใกล้เคียงกัน เป็นการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วมของสมาชิกในโครงการโดยใช้กระบวนการ Knowledge Management เป็นส่วนหนึ่งของการขับเคลื่อน โดยมุ่งหวังให้โรงพยาบาล ใช้ประโยชน์จากตัวชี้วัดในการพัฒนาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางปฏิบัติที่ดีร่วมกันในกลุ่มสมาชิก

เงื่อนไขการเข้าร่วมโครงการ

- 1) โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการจะเห็นข้อมูลของตัวชี้วัดเฉพาะที่ตนรายงานเข้ามาในระบบเท่านั้น
- 2) โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการจะต้องใช้คำจำกัดความของตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับที่ระบบกำหนดไว้
- 3) โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการจะต้องสร้างระบบให้มั่นใจว่าข้อมูลที่จัดเก็บเป็นข้อมูลที่น่าเชื่อถือ
- 4) โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการจะต้องบันทึกข้อมูลตัวชี้วัดเข้าในระบบในเวลาที่กำหนดไว้ โดยบันทึกรายงานตัวชี้วัดเป็นรายปี

- 5) โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการจะต้องแก้ไขข้อมูลที่ถูกรายงานว่าเป็น outlier ที่เกินความเป็นไปได้ ซึ่งจะมีผลให้ข้อมูลของกลุ่มเป็นข้อมูลที่ไม่น่าเชื่อถือ

การแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ทุก ๆ ปี ในงานประชุมวิชาการประจำปี HA National Forum จะเป็นเวทีให้โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการได้มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีการคัดเลือกโรงพยาบาลที่มีผลลัพธ์ของตัวชี้วัดที่เป็น Best in Class ในผลลัพธ์ตัวชี้วัดต่างๆ นำเสนอผลงานการพัฒนา วิธีการและแนวทางปฏิบัติที่สามารถทำให้ผลลัพธ์เป็นที่โดดเด่น การนำเสนอดังกล่าวเป็นกระบวนการ knowledge sharing ที่มากคุณค่าและปฏิบัติได้จริง โรงพยาบาลต่างตื่นตัวที่จะใช้กระจกแห่งตัวชี้วัดสะท้อนการพัฒนาในด้านต่างๆ

หานาทัศนะกับคุณค่าจากตัวชี้วัดที่สะท้อนจากผู้ใช้งานจริง

“นำตัวชี้วัดเปรียบเทียบไปใช้เพื่อหาโอกาสพัฒนา โดยนำผลลัพธ์ที่ได้จากตัวชี้วัดเปรียบเทียบไปชวนทีมตามรอยกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ผลลัพธ์บริการยังไม่ดีเมื่อเทียบกับที่อื่น เช่นผลลัพธ์การดูแล stroke เสียชีวิตในอัตราที่ค่อนข้างสูง อายุรแพทย์ระบบประสาทลงมาดูแลเองเพราะเมื่อที่อื่นยังทำผลลัพธ์ได้ดี จึงน่าจะมีโอกาสพัฒนาให้ได้ จนพบโอกาสในการพัฒนากระบวนการประเมินและรักษา รวมถึงระบบการรับส่งต่อที่รวดเร็วนำไปสู่การประสานเครือข่ายทั้งภายในภายนอกโรงพยาบาล ส่งผลให้แนวโน้มผลลัพธ์ตัวชี้วัดดีขึ้นอย่างก้าวกระโดดเมื่อมีตัวเปรียบเทียบ”

“นำระบบตัวชี้วัดเปรียบเทียบมากำหนดเป้าหมายในการพัฒนา โดยไปต่อยอดในการเตรียมงาน เตรียมคน เตรียมข้อมูล ตั้งแต่เข้าร่วมโครงการ ส่งผลให้เมื่อเข้าร่วมโครงการจึงมีความพร้อมและความตื่นตัว”

“นำตัวชี้วัดไปบูรณาการการทำงานร่วมกับ PCT โดยใช้เป็นแนวทางการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยในองค์กรและติดตามเทียบกับโรงพยาบาลระดับเดียวกันหากพบว่าผลลัพธ์ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานหรือต่ำกว่าค่าเฉลี่ยโรงพยาบาลระดับเดียวกันจะกระตุ้นให้ PCT เร่งพัฒนาการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนั้นซึ่งประโยชน์ส่งผลต่อผู้ป่วยโดยตรงเมื่อพัฒนา”

“KPI สามารถช่วยให้ผู้บริหารติดตามการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการต่างๆ ภายใต้งค์กรได้อย่างน่าเชื่อถือ และนำไปสู่การพัฒนาองค์กรสู่ความเป็นเลิศและ นำไปไว้วางใจต่อไป”

“ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นสะท้อนความเป็นจริงไม่ใช่สิ่งอื่นไม่ว่าทีมจะซ่อนภาพ (ความล้มเหลวของระบบ) หรือจะสร้างภาพ (ที่สวยงามเลิศหรูของกระบวนการ) แต่ผลลัพธ์เป็นตัวเฉลยทุกอย่าง”

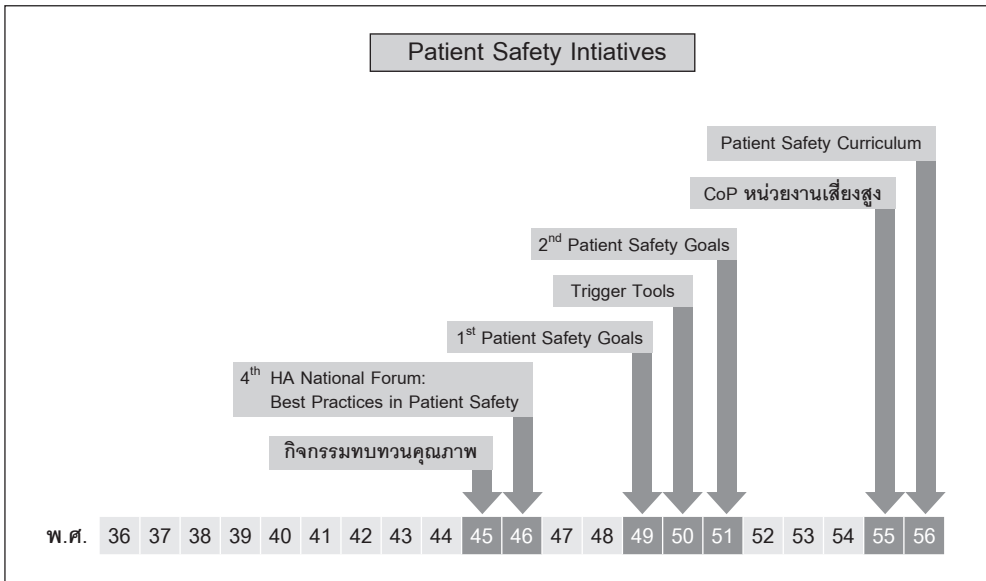
7

ความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย⁶

เป้าหมาย

การพัฒนาระบบเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) เป็นมิติคุณภาพที่เป็นความต้องการทั้งผู้ให้และผู้รับบริการทางสาธารณสุข สรพ.ให้ความสำคัญกับประเด็นความปลอดภัยและขับเคลื่อนเรื่องนี้อย่างมียุทธศาสตร์และต่อเนื่อง สนับสนุนให้โรงพยาบาลตระหนักและเห็นความสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ที่มุ่งหวังให้ประเทศไทยมีบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐาน เป็นที่ไว้วางใจของสังคม โดย สรพ. มีบทบาทในการส่งเสริมการขับเคลื่อนวัฒนธรรมคุณภาพ (change catalyst)

⁶ เรียบเรียงโดย พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ



ภาพที่ 7.1 ภาพรวมของแผนงานริเริ่มเกี่ยวกับความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย

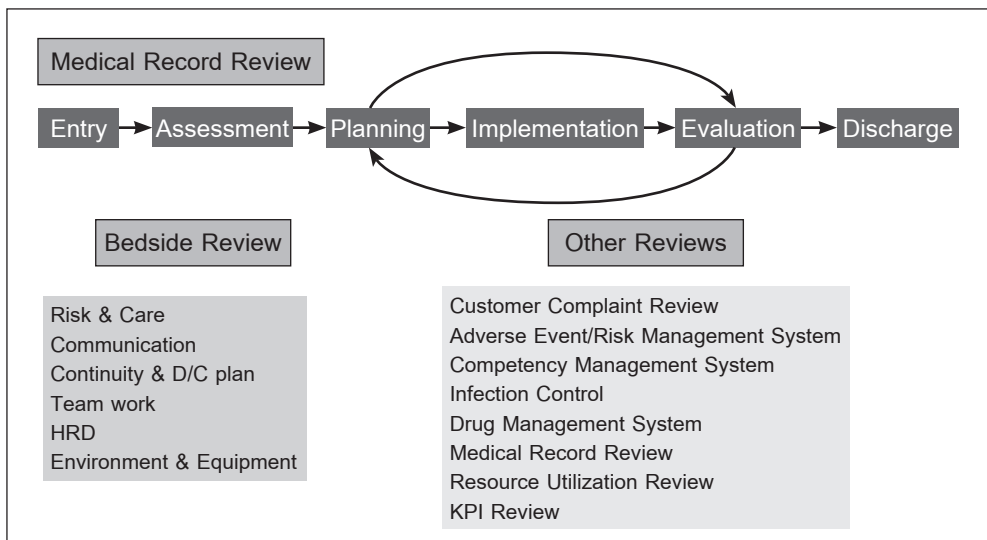
ปี 2545: เริ่มต้นด้วยกิจกรรมทบทวนคุณภาพ

กระบวนการพัฒนาคุณภาพของ HA เป็นกระบวนการเรียนรู้โดยการประเมินตนเองเพื่อหาโอกาสพัฒนา กิจกรรมทบทวนคุณภาพเป็นกิจกรรมที่ทำให้โรงพยาบาลได้ประเมินตนเองกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริงในโรงพยาบาลด้วยหัวข้อเรื่องต่างๆ ที่เป็นกลวิธีที่ทำให้โรงพยาบาลพัฒนาเพื่อความปลอดภัยอย่างเป็นธรรมชาติ เป็นการเริ่มต้นการพัฒนาเรื่อง patient safety ที่เรียบง่ายและกลืนในงานประจำ หากทุกเรื่องที่น่ามาทบทวนพูดคุยเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลนั้นคือการหาโอกาสพัฒนาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยจากเหตุการณ์จริง ที่สำคัญการทบทวนนั้นจะนำไปสู่การวางระบบใน 3 ประเด็น:

1. การออกแบบระบบเพื่อป้องกันความผิดพลาด ปรกการป้องกันที่มีอยู่เพียงพอต่อการป้องกันโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนได้ดีเพียงใด?
2. ออกแบบวิธีปฏิบัติให้สามารถเห็นความผิดพลาด ระบบการติดตาม การควบคุมที่มีอยู่สามารถที่จะตรวจพบความคลาดเคลื่อนได้หรือไม่?
3. การบรรเทาผลของความผิดพลาดนั้น มีระบบหรือกิจกรรมอะไรที่สามารถหรือบรรเทาความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น?

การทบทวนมีได้หลายรูปแบบ เช่นการทบทวนข้างเตียงที่สามารถทำได้เป็นประจำทุกวัน การทบทวนเวชระเบียนซึ่งเป็นการทบทวนที่เห็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยตลอดเส้นทางตั้งแต่เข้าถึงโรงพยาบาลจนกลับบ้าน กิจกรรมทบทวนนับเป็นกิจกรรมขั้นต้นเกี่ยวกับเรื่อง patient safety ที่ง่ายทำได้โดยกับทุกคนและทุกที่ในงานที่ทำ สอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาคุณภาพขั้นที่ 1 “ทำงานประจำให้ดี มีอะไรให้คุยกัน ชยันทบทวน”

“ทำให้การทบทวนเป็นเรื่องปกติประจำ
ทำได้ง่าย ๆ เกิดคุณภาพที่สมดุลในทุกส่วนเป็นคุณภาพที่ยั่งยืน”



ภาพที่ 7.2 กิจกรรมทบทวนคุณภาพ

U 2546: 4th HA National Forum: Best Practices in Patient Safety

ประเด็นของความปลอดภัยได้นำมาสู่เวทีของการพูดคุยในการประชุมวิชาการประจำปี HA National Forum ครั้งที่ 4 ซึ่งเป็นการสื่อสารในมุมมองเชิงบวกในการค้นหาแนวทางปฏิบัติที่ดีที่นำไปสู่ความปลอดภัยของผู้ป่วยเพื่อเป็นต้นแบบหรือแบบอย่างให้เกิดการปฏิบัติ

การนำแนวคิดเรื่อง “ความปลอดภัย” เข้ามาใช้ ทำให้เห็นความสำคัญของการเปลี่ยนวิธีคิดและวัฒนธรรมองค์กร ที่จะต้องก้าวไปให้พ้นจากบรรยากาศของ

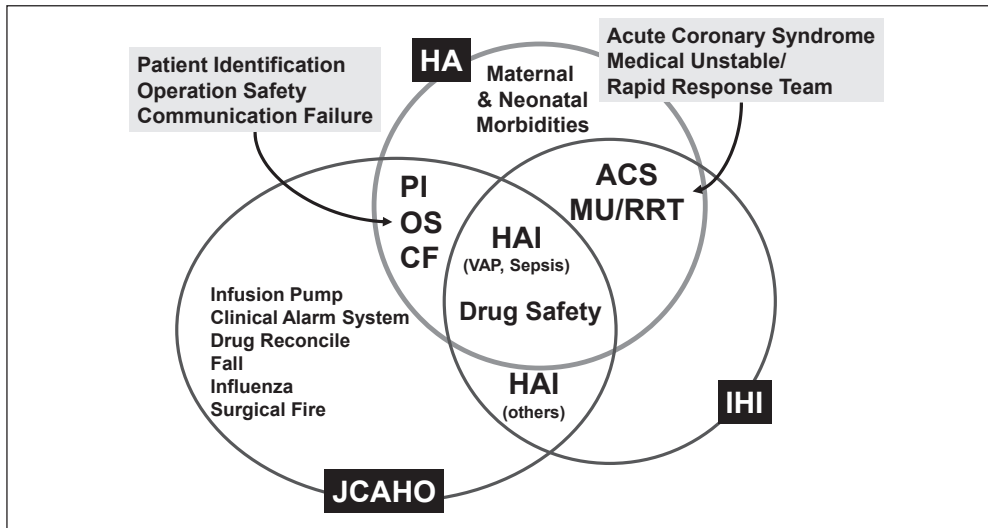
การกล่าวโทษหรือหาตัวผู้กระทำผิด มาสู่การยอมรับความจริง การให้อภัย แต่ไม่หยุดที่จะสืบสาวให้ถึงรากของปัญหาที่ฝังอยู่ในระบบใหญ่ขององค์กร

ปี 2549: 1st Patient Safety Goals

ความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยจะเกิดขึ้นได้เมื่อองค์กรสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยขึ้นในทุกจุดของการปฏิบัติงานประจำ ซึ่งจะต้องเป็นความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงาน และผู้รับผิดชอบระบบความปลอดภัยของผู้ป่วย สรพ. ได้รวบรวมความเสี่ยงสำคัญมาสู่เป็นประเด็นและเชิญชวนโรงพยาบาลมาแลกเปลี่ยนหาแนวทางปฏิบัติและพัฒนาหมุนวงล้อ PDCA เพื่อผู้ป่วยปลอดภัยจากความเสี่ยงนั้น

ในการประชุม HA National Forum ครั้งที่ 7 (พ.ศ. 2549) สรพ. ได้นำเสนอ Thai Patient Safety Goals 2006 เพื่อชักชวนให้โรงพยาบาลต่างๆ กำหนดเป้าหมายความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญและมีความเป็นไปได้ในการลดระดับของปัญหา

การกำหนด Patient Safety Goals นั้น สรพ. ได้ทบทวนประเด็นความปลอดภัยที่สำคัญของ Institute for Healthcare Improvement (IHI) และ The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) โดยเลือกประเด็นที่สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทยเพื่อนำมากระตุ้นเชิญชวนโรงพยาบาลเรียนรู้ที่จะทำให้เกิดความตระหนักร่วมกันและหาโอกาสพัฒนา



ภาพที่ 7.3 1st Patient Safety Goals

Thai Patient Safety Goals 2006 ประกอบด้วย: (1) patient identification (JACHO) (2) operation safety (JACHO) (3) communication failure (JACHO) (4) drug safety (JACHO, IHI) (5) healthcare associated infection (VAP, Sepsis) (JACHO, IHI) (6) acute coronary syndrome (IHI) (6) medical unstable/rapid response team (IHI) (7) maternal & neonatal morbidities

ปี 2550: Trigger Tools

ความปลอดภัยของผู้ป่วยนั้นจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่างๆ ได้ถูกนำมาทบทวนและพัฒนาวางระบบเพื่อป้องกัน การค้นหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (adverse event - AE) ที่เกิดขึ้นจริงจึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาและชุมชนทรัพยากรที่มีค่าสำหรับการค้นหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เพื่อสร้างความปลอดภัยคือเวชระเบียน

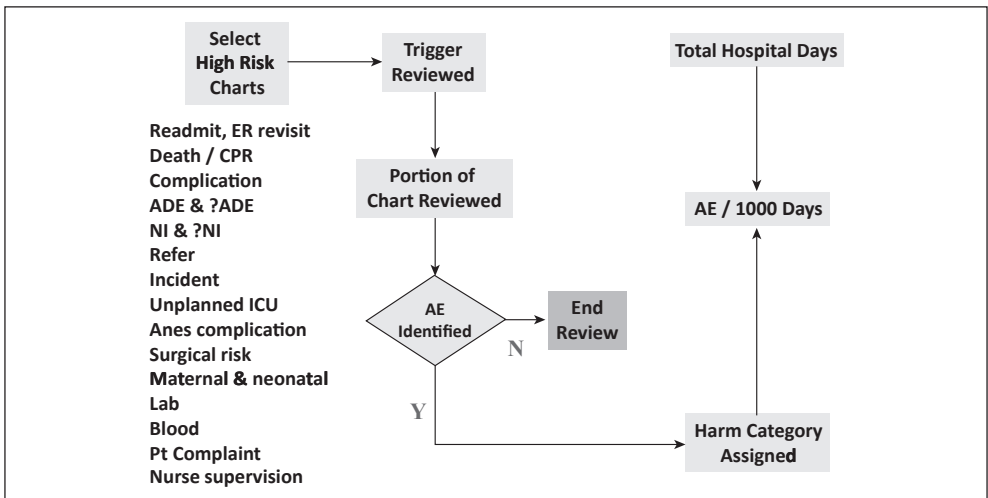
สรพ. ได้ดำเนินโครงการวิจัยเพื่อศึกษาการทบทวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากเวชระเบียน โดยใช้เครื่องมือที่เรียกว่า trigger tools กับโรงพยาบาลนาร่อง 11 แห่ง โดยเห็นว่าการทบทวนเวชระเบียนโดยใช้เครื่องมือนี้น่าจะเป็นประโยชน์สำหรับโรงพยาบาล

Trigger: ตัวส่งสัญญาณเพื่อตรวจสอบ และพิจารณาว่ามีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นหรือไม่

Adverse Event: การบาดเจ็บ อันตราย หรือภาวะแทรกซ้อนที่เป็นผลจากการดูแลรักษา มิใช่กระบวนการตามธรรมชาติของโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น หรืออวัยวะในร่างกายต้องสูญเสียการทำงานที่

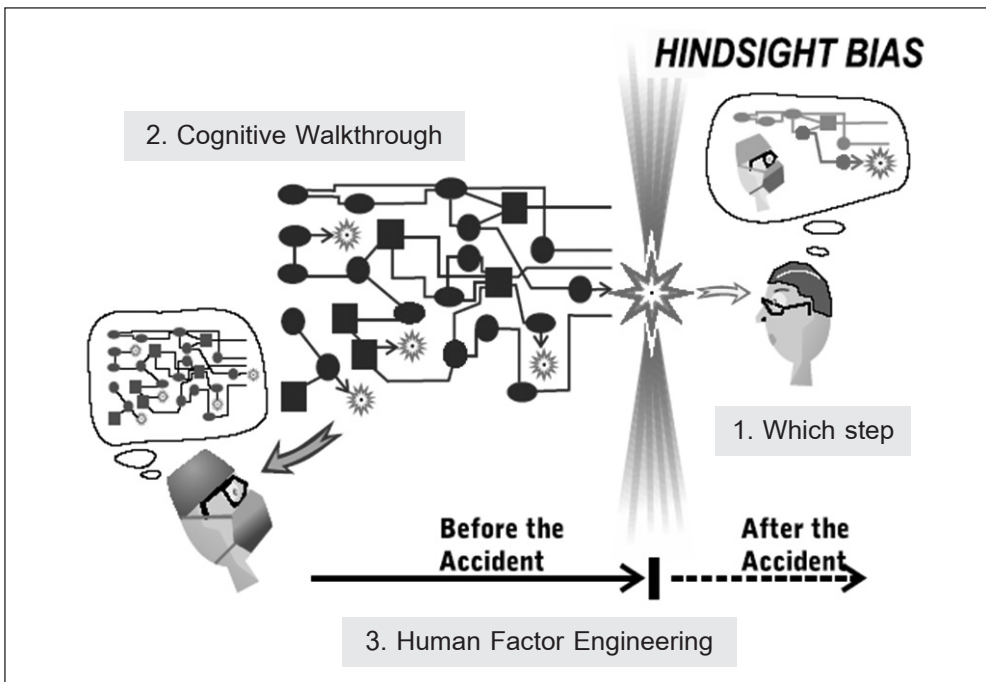
เมื่อทดลองนำไปปฏิบัติ เริ่มต้นพบว่าจำนวนเวชระเบียนที่พบเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์มีน้อย จึงปรับวิธีการใหม่โดยใช้ trigger เป็นเพียงตัวคัดกรองเวชระเบียนที่จะทบทวน เพื่อให้ได้สัมผัสกับเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์มากขึ้น และเรียกเครื่องมือตัวนี้ว่า triggered chart review คือทบทวนเวชระเบียนที่ได้รับการคัดเลือกมาจาก trigger criteria

ซึ่งผลจากการวิจัยในโครงการพบว่า โรงพยาบาลจะมีเครื่องมือส่งสัญญาณ หรือ trigger ให้ทราบว่าควรนำเวชระเบียนเล่มใดมาทบทวน และหากกำหนดแนวทางให้ผู้ทบทวนที่ประกอบด้วยสาขาวิชาชีพต่างๆ ร่วมกันค้นหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ปรากฏอยู่ในเวชระเบียนทำให้สามารถค้นหาและประเมินอัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้ใกล้เคียงกับการศึกษาด้วยวิธีอื่นๆ และยังสามารได้จำนวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มาพัฒนาได้จำนวนมากและหลากหลายครอบคลุมผู้ป่วยส่วนใหญ่ในโรงพยาบาล ทำให้เข้าใจปัญหาความไม่ปลอดภัยของระบบการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้ดีขึ้น



ภาพที่ 7.4 การใช้ Trigger Tool เพื่อคัดกรองเวชระเบียนมาทบทวน

จากเป้าหมายเริ่มต้นในการค้นหาอัตราการเกิดเหตุไม่พึงประสงค์ ปรับสู่ปัจจุบันเป็นค้นหา AE จากเวชระเบียนเพื่อหาโอกาสพัฒนา เพราะทุกเหตุการณ์ที่ตัดกรองได้จากเวชระเบียนต่างเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในโรงพยาบาล Trigger tool จึงเปรียบเสมือนเครื่องมือที่ช่วยค้นหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ซ่อนอยู่ในชมุทรีพย์และจะเป็นการค้นหาที่มีคุณค่าหากนำเหตุการณ์นั้นมาทบทวนและพัฒนาาระบบเพื่อป้องกันมิให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์นั้นซ้ำ หากเมื่อใดเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขึ้นแล้วบุคลากรต่างตระหนักนำมาทบทวนและวางระบบหรือแนวทางพัฒนาทันทีก็จะป้องกันและลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้



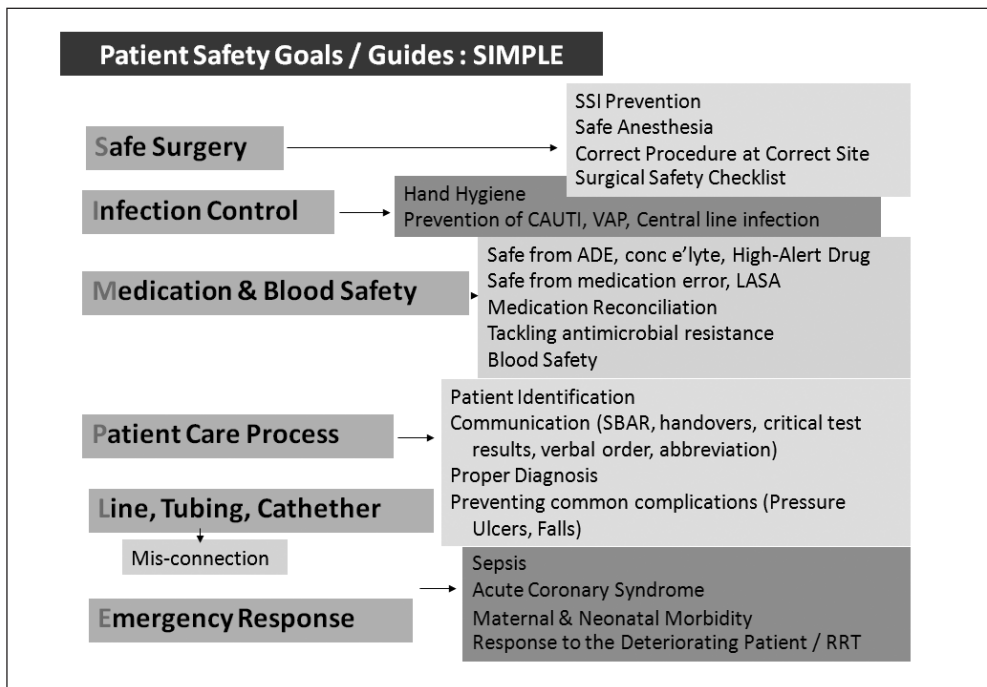
ภาพที่ 7.5 การทำ Root Cause Analysis

การทำ Root Cause Analysis ที่นำไปสู่การป้องกันอุบัติการณ์อย่างตรงประเด็น เป็นการใช้ประโยชน์จากความได้เปรียบของการมองย้อนหลัง (hindsight bias) คือ (1) มองย้อนหลังแล้ววิเคราะห์ว่าขั้นตอนใดที่หากปรับเปลี่ยนแล้วจะมีโอกาสป้องกันปัญหาได้ (2) การคุยกับผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์หรือเคยมีประสบการณ์เดียวกันเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้รับ การรับรู้ ความต้องการ ข้อจำกัดในการปฏิบัติงาน

ภายใต้บรรยากาศของความไว้วางใจ (3) นำข้อมูลที่ได้รับมาออกแบบระบบงาน โดยใช้แนวคิด Human Factor Engineering คือการออกแบบโดยคำนึงถึงความสะดวกและง่ายในการปฏิบัติที่ต้องการ

ปี 2551: 2nd Patient Safety Goals

ในปี 2551 สรพ.และคณะทำงานจากโรงพยาบาลซึ่งนำ Patient Safety Goals ไปปฏิบัติ ได้ร่วมกันรวบรวมและประมวลแนวทางเกี่ยวกับความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ Global Patient Safety Challenges และ Patient Safety Solutions ที่ประกาศโดยองค์การอนามัยโลกรวมถึง Patient Safety Goals ที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศ และที่ สรพ.ได้เสนอไว้เดิมเมื่อปี 2549 มาจัดทำเป็นหมวดหมู่ที่จดจำได้ง่ายและพร้อมที่จะรองรับ Patient Safety Goals ที่จะมีความในอนาคต ภายใต้ชื่อที่จดจำง่ายๆ ว่า SIMPLE



ภาพที่ 7.6 2nd Patient Safety Goals

SIMPLE คืออักษรย่อของหมวดหมู่ใหญ่ๆ สำหรับ Patient Safety Goals เพื่อความง่ายในการจดจำ และรองรับเป้าหมายหรือความท้าทายใหม่ๆ

S = Safe Surgery (2nd Global Patient Safety Challenge)

I = Infection Control (Clean Care ใน 1st Patient Safety Challenge)

M = Medication Safety

P = Patient Care Process

L = Line, Tube, Catheter

E = Emergency Response

Patient Safety Goals - PSG เป็นเป้าหมายความปลอดภัยที่เชิญชวนให้พิจารณานำไปสู่การปฏิบัติอย่างจริงจัง ควบคู่กับการติดตามผลโดยมีการศึกษาข้อมูล ที่มีหลักฐานทางวิชาการ รวมถึงปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ เพื่อวางแนวทางปฏิบัติที่จะนำไปสู่ความปลอดภัย และเสนอแนวทางปฏิบัติ 35 เรื่อง แต่ละโรงพยาบาลสามารถเลือกรื่องที่ไปตั้งเป็นเป้าหมายความปลอดภัยรวมถึงนำแนวทางปฏิบัติที่สรรพ.เสนอเปรียบเสมือน Patient Safety Guide ไปประยุกต์เป็นแนวทางในการปฏิบัติและติดตามการปฏิบัติตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล

การนำ Patient Safety Goals ไปสู่การปฏิบัติ อาจทำได้ผ่านวิธีการต่างๆ คือ

- 1) Gap analysis วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างสิ่งที่อยู่ในข้อเสนอแนะและสิ่งที่ปฏิบัติจริง แล้วพยายามลดความแตกต่างดังกล่าว
- 2) ใช้การตามรอยเพื่อดูการปฏิบัติจริงในพื้นที่อย่างสม่ำเสมอ
- 3) ใช้แนวคิด Human Factor Engineering เพื่อออกแบบระบบให้สะดวกต่อการปฏิบัติ
- 4) ใช้การวิจัยจากงานประจำ (R2R) เพื่อให้เข้าใจสภาพปัญหาในการปฏิบัติ

โรงพยาบาลสามารถแสดงถึงการนำ SIMPLE ไปสู่การปฏิบัติอย่างจริงจังได้ดังนี้:

- 1) สรุปแนวทางปฏิบัติที่ดีหรือเคล็ดลับของการนำ SIMPLE ไปสู่การปฏิบัติอย่างได้ผล
- 2) นำเสนอตัวชี้วัดที่แสดงถึงกระบวนการ (การปฏิบัติตามแนวทางที่แนะนำ) หรือผลลัพธ์ (การลดลงของปัญหา) ถ้าสามารถทำได้
- 3) นำเสนอผลการทำวิจัยหรือ R2R ในกรณี que เห็นว่ายังต้องการข้อมูล

เพิ่มเติมเกี่ยวกับสถานการณ์ของปัญหา สาเหตุของปัญหา หรือการ
ประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

ปี 2555: ชุมชนนักปฏิบัติ (CoP) หน่วยงานความเสี่ยสูง

แนวคิด: กระบวนการพัฒนาคุณภาพคือการเรียนรู้ มีการเรียนรู้และ
แนวทางปฏิบัติที่ดีๆ จากงานประจำโดยเฉพาะการเรียนรู้จากความเสี่ยที่เกิดขึ้น
การรวบรวมแนวทางปฏิบัติจากผู้ปฏิบัติหน้างาน ผ่านเวทีแลกเปลี่ยนที่เป็นพื้นที่
ปลอดภัยไว้ใจและเข้าใจกัน จะช่วยขยายผลของบทเรียน ยกระดับความปลอดภัย
และเกิดวัฒนธรรมของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบธรรมชาติ สรพ.ได้เชิญผู้ปฏิบัติ
งานในหน่วยงานที่มีความเสี่ยสูงมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันในลักษณะของชุมชน
นักปฏิบัติ หน่วยงานทั้งสี่ได้แก่ ห้องฉุกเฉิน (ER) ห้องคลอด (LR) ห้องผ่าตัด (OR)
และหน่วยงานดูแลผู้ป่วยวิกฤต (ICU)

ลักษณะสำคัญของชุมชนนักปฏิบัติ: เป็นกลุ่มคนที่สนใจเรื่องเดียวกัน
มารวมตัวกัน (knowledge domain) มีความสัมพันธ์อันดีช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
(community) มาพัฒนาแลกเปลี่ยนความรู้ร่วมกัน สร้างฐานข้อมูล ความรู้ หรือ
แนวทางปฏิบัติร่วมกัน (practice) มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นระยะๆ และต่อเนื่อง

คุณสมบัติของสมาชิก: สมาชิกที่จะเข้าร่วมชุมชนนักปฏิบัติหรือ CoP
นั้น จะมีคุณสมบัติที่สำคัญดังนี้ (1) เป็นกลุ่มคนที่สนใจเรื่องเดียวกัน (2) เป็นกลุ่ม
คนที่มีเป้าหมายเรื่องเดียวกัน (3) เป็นกลุ่มคนที่ทำงานอยู่ในพื้นที่ ลงมือปฏิบัติ
ในเรื่องนั้นจริงๆ

กิจกรรม: สมาชิกของชุมชนจะมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อหา
แนวทางปฏิบัติที่ดีในการป้องกันความเสี่ยซึ่งมีความหลากหลายตามบริบท เป็น
ความรู้จากการปฏิบัติ (tacit knowledge) เติมเต็มด้วยองค์ความรู้ทางวิชาการ
(explicit knowledge) โดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ความรู้ที่ได้สามารถนำไป
ประยุกต์ใช้ ต่อยอด หรือขยายผลเป็นงานวิจัย

การต่อยอด: “โครงการ 1,500 ชีวิตพิชิตติดเชื้อ” เกิดจากพยาบาล
ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจังหวัดได้เล่าเรื่องราวใน CoP ICU ถึงวิธีการดูแล
ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) ภายใต้ข้อจำกัดที่ไม่สามารถปฏิบัติตาม
มาตรฐานที่ต่างประเทศกำหนดได้ทั้งหมด มีการปรับแนวทางให้เหมาะสมและ

สามารถปฏิบัติได้จริงในบริบทที่เป็นอยู่ เมื่อผู้เชี่ยวชาญมาติดตามพิสูจน์แนวทางปฏิบัติดังกล่าว พบว่ามีผลลัพธ์ที่ดีกว่าจริง เป็นที่มาของการเกิดโครงการรณรงค์เพื่อให้ผู้นำแนวทางดังกล่าวไปปฏิบัติในขอบเขตที่กว้างขวางขึ้น รวมทั้งเกิดความคิดต่อยอดในชุมชนนักปฏิบัติว่าอาจต้องพัฒนาแนวทางปฏิบัติตามบริบทประเทศไทยและสอดคล้องกับหลักวิชาการในเรื่องอื่นๆ ต่อไป

การขับเคลื่อนในปี 2557: เริ่มมีการขับเคลื่อนโดยผู้ปฏิบัติของชุมชนร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ โดย สรพ.เป็นผู้ประสานงาน มีทิศทางที่จะต่อยอดไปสู่การพัฒนาและประเมินผล มีการกำหนดประเด็นหลักในการขับเคลื่อน เช่น CoP LR กำหนดประเด็นเรื่อง postpartum hemorrhage, CoP ER กำหนดประเด็นเรื่อง triage, CoP OR กำหนดประเด็นเรื่อง surgical safety checklist, CoP ICU ขยายผลเรื่อง sepsis และ SOS นอกจากนี้เริ่มมีการขยายเครือข่ายสู่ภูมิภาคให้สามารถสร้างกระบวนการดังกล่าวได้เอง สร้างความร่วมมือกับองค์กรวิชาชีพต่างๆ ต่อยอดนำแนวทางปฏิบัติมาพัฒนาสู่งานวิจัย R2R หรือขยายสู่การทดลองปฏิบัติในภาพกว้าง

CoP เป็นพื้นที่แห่งความสุขและปลอดภัยของคนทำงาน เป็นหนึ่งในการขับเคลื่อนแนวราบของสรพ. เพื่อสร้างความตระหนักเกิดแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม ให้กำลังใจกันและกัน เกิดแรงบันดาลใจ เกิดเสน่ห์ของการแลกเปลี่ยนอย่างมีคุณค่าเห็นช่องทางในการป้องกันในมุมที่แตกต่างออกไป

“สิ่งสำคัญที่พี่ได้จาก CoP คือ

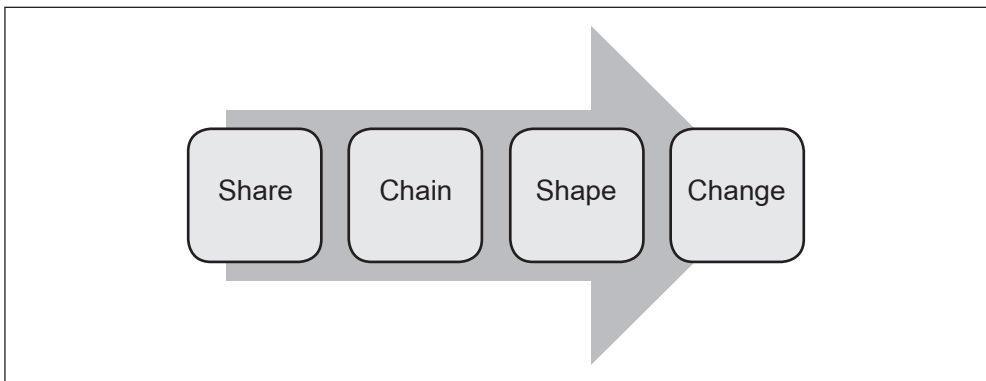
**พี่ไม่อายุที่จะเล่าความเสี่ยงที่เกิดขึ้นเป็นบทเรียนเพื่อหาโอกาสพัฒนา
เหมือนที่หมอบอกเสมอ AE เป็นที่มาของ Best practice”**

ปี 2556: Patient Safety Curriculum

เป้าหมาย: ความรับผิดชอบในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง นับแต่วันแรกที่นักศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพเริ่มต้นปฏิบัติงานกับผู้ป่วย ไปจนถึงตลอดอายุการทำงานที่ในวิชาชีพ ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานรุ่นพี่ ต่างตระหนักในความสำคัญและเรียกร้องให้มีการศึกษาในเรื่องนี้ตั้งแต่ในสถาบันการศึกษาให้มากพอ องค์การอนามัยโลก (WHO) ก็ตระหนักในความสำคัญดังกล่าวเช่นเดียวกัน จึงได้รวบรวมแนวทางที่ประเทศออสเตรเลียและ

แคนาดา กำหนดหลักสูตรเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยสำหรับนักศึกษา และนำมาจัดทำเป็น Patient Safety Curriculum ขึ้น เพื่อให้ประเทศสมาชิกนำไปเป็นแนวทางในการสอนนักศึกษา สิ่งที่ต้องการอนามัยโลกได้ดำเนินการมาแล้ว คือจัดทำ WHO Multi-professional Patient Safety Curriculum Guide และการประชุมฝึกอบรมให้แก่ผู้สอน ทั้งนี้มีแผนงานที่จะพัฒนาการเรียนรู้อินรูปแบบ e-learning และ Patient Safety Guide for Leader ในเร็วๆ นี้

สิ่งที่ดำเนินการไปแล้ว: สรพ.ขออนุญาตจากองค์การอนามัยโลกเพื่อแปลคู่มือหลักสูตรดังกล่าวเป็นภาษาไทย ขณะนี้อยู่ระหว่างการบรรณาธิกรณ มีการประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นและวางแนวทางการดำเนินงานร่วมกับสถาบันการศึกษาและองค์กรวิชาชีพต่างๆ จัดประชุมเพื่อแนะนำหลักสูตรโดยผู้เชี่ยวชาญจากองค์การอนามัยโลก



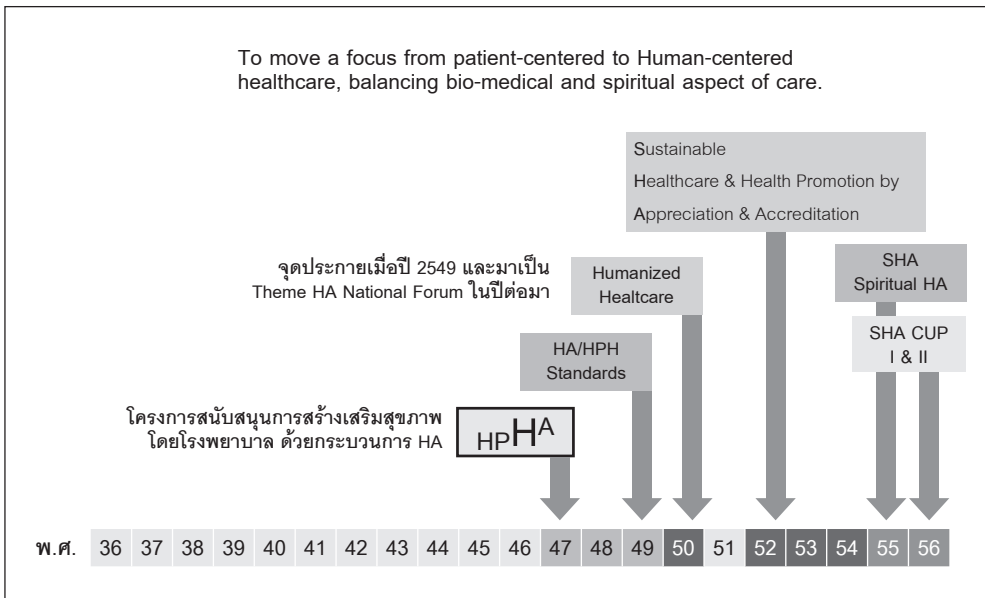
ภาพที่ 7.7 ยุทธศาสตร์ในการดำเนินงาน Patient Safety Curriculum

สิ่งที่ จะดำเนินการต่อไป: จัดให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของแต่ละสถาบันการศึกษาและแต่ละวิชาชีพซึ่งครอบคลุม แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล (share) จากนั้นสร้างเครือข่ายความร่วมมือร่วมคิดร่วมทำในลักษณะ Multi-professional (chain) มีการศึกษาข้อมูลวิธีการและเรียนรู้เพื่อวางรูปแบบการเรียนการสอนร่วมกันให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละที่ (shape) เมื่อเริ่มมีการเรียนการสอนแล้วต้องมีการติดตามประเมินผลว่านำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยหรือไม่อย่างไร (change)

ปัจจุบันมีสถาบันและองค์กรที่สนใจเข้าร่วมโครงการนี้ 115 แห่ง

8

พลิก SHA: Spiritual Healthcare Appreciation⁷



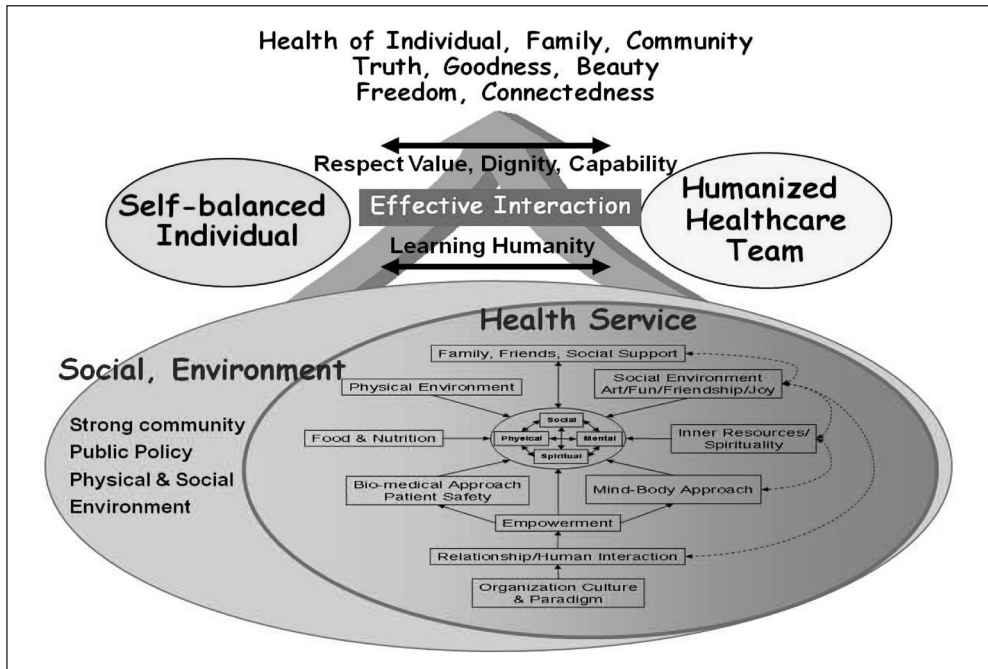
ภาพที่ 8.1 ก้าวย่างของ SHA

⁷ เรียบเรียงโดย วราภรณ์ สักกะโต

ผลึกของ SHA เป็นผลึกแก้วใสรูปหัวใจ สะท้อนให้เห็นถึงความดีงามในระบบบริการสุขภาพที่แสดงถึงเอกลักษณ์ของความเป็นไทยออกมาได้อย่างชัดเจนระหว่างเส้นทางการขับเคลื่อนแนวคิดเปรียบเสมือนการผ่านขั้นตอนของการเจียรระไน จนตกผลึกในการทำงานที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

แนวคิดในการผสมผสานมิติจิตใจหรือจิตปัญญาในการพัฒนาคุณภาพ เริ่มขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2547 โดยสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยมีอาจารย์ดวงสมร บุญผดุง เป็นแกนหลักในการนำกระบวนการคุณภาพ HA มาบูรณาการกับแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ ส่งเสริมให้นำแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพมาปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยอย่างกลมกลืนกับงานประจำภายใต้โครงการ “Sustainable Healthcare & Health Promotion by Accreditation & Appreciation” โครงการนี้ นำมาสู่การบูรณาการมาตรฐานเป็น “มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี” นับว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงแนวคิดการทำงาน จากการรักษาพยาบาลเพียงอย่างเดียว ไปสู่การเชื่อมโยงการสร้างเสริมสุขภาพการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่ม ผู้ป่วย ญาติ เจ้าหน้าที่และชุมชน นอกจากนี้ยังทำให้โรงพยาบาลสามารถทำงานร่วมกับชุมชนได้อย่างชัดเจนมากขึ้น

ในปีพ.ศ. 2549 มีการนำเสนอแนวคิดเรื่อง Humanized Healthcare เป็นครั้งแรกในการประชุม HA National Forum ครั้งที่ 7 และในปีต่อมากำหนด theme ของการประชุม HA National Forum ครั้งที่ 8 ว่า “คืนหัวใจให้ระบบสุขภาพ” เพื่อสร้างความตื่นตัวอย่างต่อเนื่อง



ภาพที่ 8.2 กรอบแนวคิด Humanized Healthcare

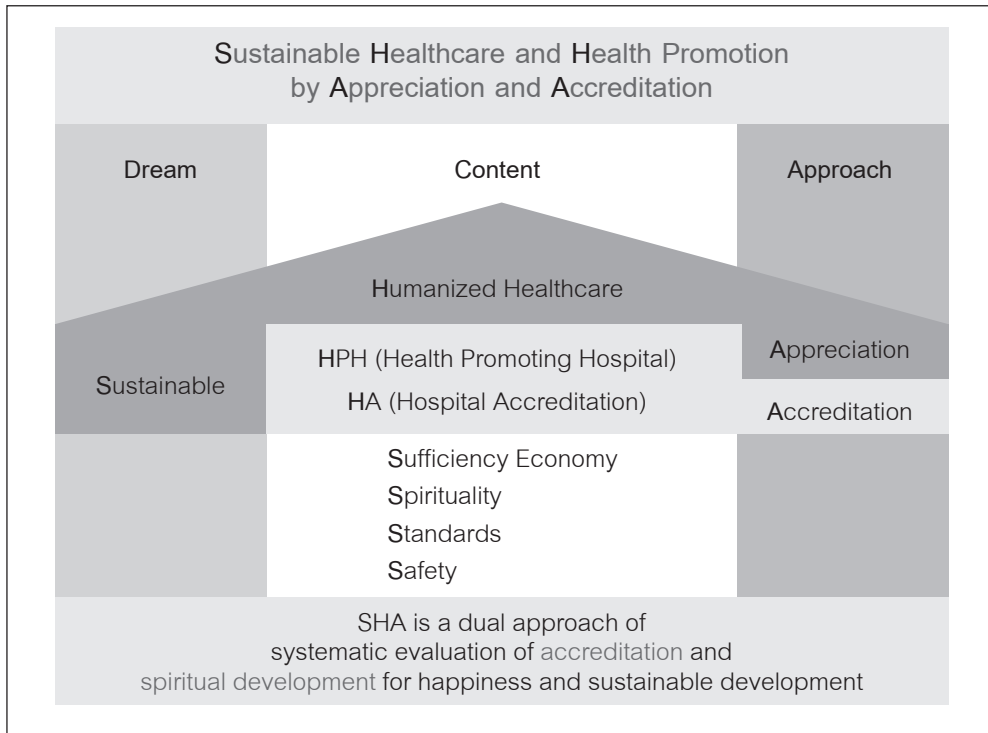
ในปี พ.ศ. 2551 พรพ. ได้นำแนวคิด Humanized Healthcare มานำร่อง ในสถานพยาบาล 6 แห่ง ได้แก่ ละงู ตาคลี เสาให้ บ้านเหลื่อม เขาวง และลำพูน เพื่อพัฒนาระบบบริการที่มีพื้นฐานของมิติจิตใจ มีความรัก ความเมตตา ความเกื้อกูลระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการสามารถแสดงให้เห็นเป็นรูปธรรมได้ ทำให้กระบวนการดูแลรักษาพยาบาล มีความประณีต มีความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น ในขณะที่เดียวกันผู้ให้บริการเองก็มีความสุขและเกิดความปิติ มีสติในการทำงาน สามารถสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย เกิดระบบงานที่มีจิตตปัญญา เนื่องจากเห็นคุณค่าของตนเอง และเห็นคุณค่าของผู้อื่นในขณะที่เดียวกัน นอกจากนี้ยังได้ค้นหาผู้ที่เป็นแบบอย่าง เพื่อรับ Humanized Healthcare Award ทั้งในระดับบุคคลและระดับองค์กรในเวทีการประชุม HA National Forum ครั้งที่ 8

หลังจากนั้นในปี พ.ศ. 2551 -2552 พรพ. ได้ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในการดำเนินการ “โครงการการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลด้วยรัก” นำร่องในโรงพยาบาลจำนวน 20 จังหวัด เพื่อใช้มิติจิตใจ

ผสมผสานในงานบริการงานพัฒนาคุณภาพ เกิดเวทีการเรียนรู้การฟัง กระตุ้นการใช้ความคิดเชิงบวกและความคิดสร้างสรรค์ รวมทั้งสร้างพลังขับเคลื่อนให้การทำงานมีคุณภาพอย่างมีความสุขมากขึ้น

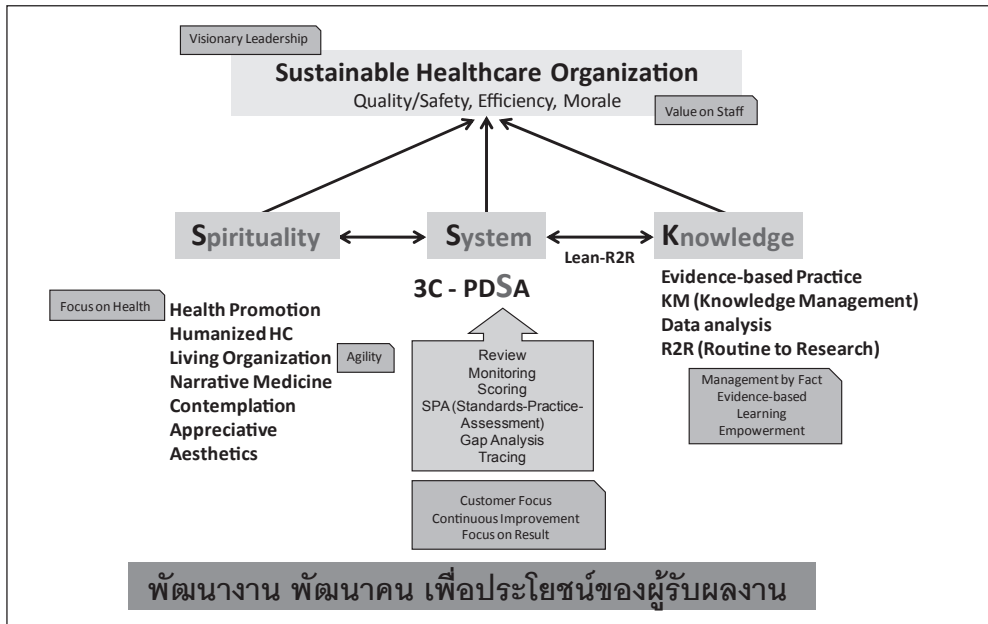
ในปี พ.ศ. 2552-2553 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) สานต่อแนวคิดมิติจิตวิญญาณโดยจัดทำโครงการ “การสร้างเสริมสุขภาพผ่านกระบวนการคุณภาพเพื่อการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน” (Sustainable Health Care and Health Promotion by Appreciation and Accreditation-SHA) ที่นำมิติด้านจิตวิญญาณ มาเติมเต็มให้กับการทำงานด้วยพื้นฐานด้านความปลอดภัยและมาตรฐานวิชาชีพในโรงพยาบาลที่สมัครใจ จำนวน 124 แห่ง เป้าหมายของโครงการคือระบบบริการสุขภาพที่ยั่งยืน ซึ่งเน้นคนเป็นศูนย์กลาง ผสมผสานแนวคิดด้วยมิติจิตใจ ใช้มุมมองที่ละเอียดอ่อน เติมความหมายและคุณค่าของชีวิตเข้าไปในระบบบริการอย่างเป็นรูปธรรม สอดรับกับแนวคิดการพัฒนาคุณภาพแบบ “ง่าย มัน ดี มีสุข”

“มีสุข” คือการพัฒนาจิตตปัญญา (spirituality) ในสามระดับ คือ บุคคล ทีมงาน และองค์กร **ในระดับบุคคล**นั้นเป็นการฝึกทำแพ่งสู่ความมีจิตใจที่งดงาม เมตตา รับผิดชอบ สมานฉันท์ เกื้อกูลกัน สามารถปลดปล่อยคุณค่าในตัวเองออกมาได้โดยปราศจากเครื่องกีดกัน คุณค่าในตนเองมาจากจิตใจที่สงบ ด้วยวิธีง่ายๆ คือการกลับมาอยู่กับลมหายใจของตัวเอง **ในระดับทีมงาน** คือ การฟังกันอย่างลึกซึ้งจนเข้าใจกันและกัน การมองเชิงบวกและการสะท้อนความคิดอย่างไม่มีอคติ ขณะที่จิตตปัญญา**ในระดับองค์กร** คือ การมีค่านิยมร่วม เป็นค่านิยมที่มาจากส่วนลึกของทุกคน มาจากการปฏิบัติจริงที่ผ่านมา มิใช่ค่านิยมที่เป็นคำพูดที่พยายามแต่งให้สวยหรู แต่ขาดความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับประสบการณ์ของคนทำงาน



ภาพที่ 8.3 องค์ประกอบของโครงการ SHA

แนวคิด SHA เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ผสมผสานและสมดุลทั้งด้าน hard science และ soft science เป็นการใช้หัวใจ สมองและสองมืออย่างสมดุล ในการพัฒนางาน พัฒนาคน ด้วยแนวคิดและเครื่องมือที่หลากหลาย เช่น การแพทย์ที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์ (humanized healthcare) เรื่องเล่ากับการเยียวยา (narrative medicine) สิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยา (healing environment) การใช้เครื่องมือชุมชน Salutogenesis การวิจัยกับงานประจำ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (palliative care) ศิลปะเพื่อการเยียวยา (art of healing) สนทนาหรือสนทนา (dialogue and deep listening) รวมทั้งการนำมิติทางจิตตปัญญาเข้ามาประยุกต์ใช้กับการให้บริการในลักษณะต่างๆ อย่างบูรณาการ



ภาพที่ 8.4 สมดุลของการพัฒนาสามแนวทาง เปรียบเสมือนการวิ่งสามขา

ด้วยเวลามากกว่า 5 ปีของการขับเคลื่อนระบบสุขภาพแบบค่อยเป็นค่อยไป ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่ระบบบริการที่ตอบสนองต่อทุกมิติคุณภาพ อันประกอบด้วยความปลอดภัย การเข้าถึงบริการ ความเหมาะสม ความสามารถขององค์กร ความต่อเนื่อง ความครอบคลุม ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ ความเป็นธรรม การดูแลแบบองค์รวม ความรวดเร็วทันการณ์ เกิดบทเรียนระหว่างเส้นทางไปสู่ระบบสุขภาพที่ยั่งยืนมากมาย ซึ่งได้มาจากการทุ่มเทของบุคลากรด้านสุขภาพทุกแห่งหนในประเทศไทย ด้วยจิตใจอันเสียสละและทุ่มเทของผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถแสดงให้เห็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงในระดับบุคคล ระบบงาน และองค์กร อย่างเป็นรูปธรรม

องค์ประกอบของ SHA เกิดขึ้นจากการเรียนรู้ ทดลองทำ ร่วมกับการนำ evidence based เข้ามาร่วมใช้เป็นกลยุทธ์ในการขับเคลื่อน สังเคราะห์เป็นองค์ประกอบของ SHA ที่ส่งเสริมให้สถานพยาบาลต่างๆ นำไปนำไปประยุกต์ใช้ตามบริบทของสถานพยาบาลแต่ละแห่งดังนี้:

- Mindfulness หรือการตื่นรู้ ตระหนักรู้ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่มีสติตื่นรู้อยู่เสมอ คือสภาวะที่นำพาชีวิตของตนเองให้ดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข รับผิดชอบ

รู้ความจริงในปัจจุบัน มีสติกับปัจจุบันอย่างรู้เท่าทัน

- **Human interaction** ส่งเสริมให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ จะทำให้ผู้ให้บริการได้รับรู้ถึงความหวัง ความรัก เป้าหมายชีวิต เกิดความผูกพัน ความศรัทธา และการเคารพซึ่งกันและกันมากขึ้น สิ่งเหล่านี้ทำให้กระบวนการรักษาพยาบาลมีคุณค่าและมีความหมายมากยิ่งขึ้นต่อผู้ป่วย
- **Safety และ Standard** การทำงานบนพื้นฐานของความปลอดภัยมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ทำงานที่มีมาตรฐาน มีระบบงานที่ดี มีคุณภาพ เป็นที่ยอมรับได้ ทั้งด้านวิชาการ และด้านวิชาชีพ
- **Family & Social Support** เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล การวางแผนการรักษา ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจตามความเหมาะสม ขึ้นกับความต้องการของผู้ป่วย จัดให้มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวและทางสังคมที่ยืดหยุ่น
- **Healing environment** สิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยาประกอบด้วย สิ่งแวดล้อมจากตัวผู้ให้บริการเอง และสิ่งแวดล้อมจากการปรับปรุงระบบภายนอกที่สามารถแสดงออกมาให้เห็นเป็นรูปธรรมได้ ซึ่งจะแสดงให้เห็นคุณค่าและการเคารพศักดิ์ศรีของทั้งผู้ที่ทำงาน และผู้มารับบริการ ภายใต้การนำขององค์กรที่ชัดเจน ได้แก่ แสดงให้เห็นความใส่ใจ ตอบสนองความต้องการ ของผู้ป่วย
- **Nature, art and music therapy** ผัสสะและสุนทรียภาพ ใช้ธรรมชาติ ศิลปะ ความงาม และดนตรี เป็นส่วนหนึ่งของการเยียวยาที่ควบคู่กับการรักษาพยาบาล จัดสถานที่อำนวยความสะดวกสำหรับผู้ป่วยและคนทำงานสามารถสัมผัสกับธรรมชาติได้เพื่อลดภาวะความเครียดและเกิดความสงบ
- **อาหารสุขภาพ** ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงทางเลือกอาหารสุขภาพซึ่งมีทางเลือกที่เป็นไปตามความประสงค์สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย แต่ละราย รวมถึงข้อจำกัดด้านอาหาร ความเชื่อ และบรรทัดฐานทางวัฒนธรรมผู้ป่วยมีโอกาสที่จะมีส่วนร่วมในการวางแผน
- **Patient experience & communication, information** การรับฟังเสียงสะท้อนของผู้ป่วยและญาติ เพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการให้สอดคล้อง

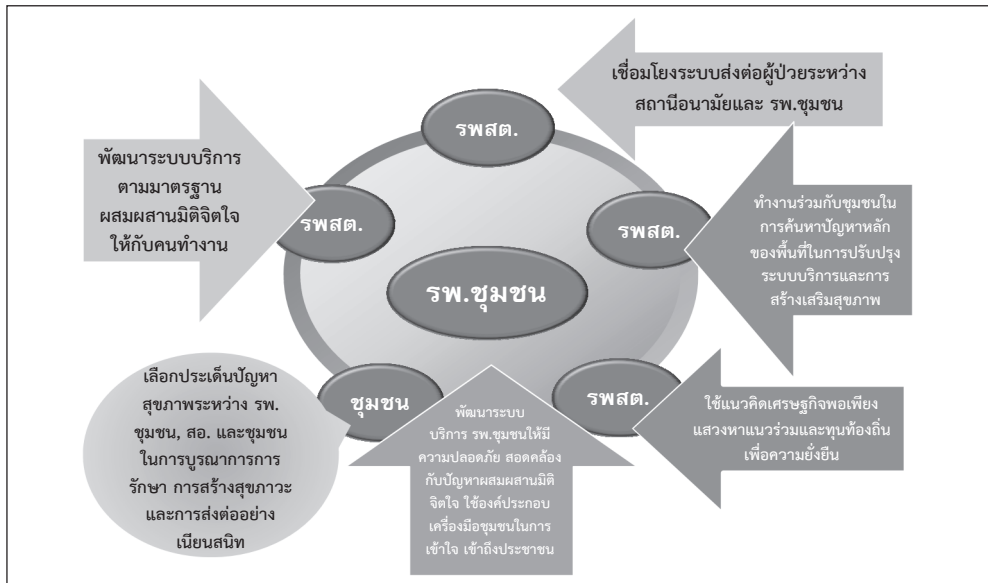
กับความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด จึงทำให้ระบบงานที่วางไว้นั้น มีคุณค่า มีความหมายและมีคุณธรรมต่อผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

- Living organization การสร้างองค์กรให้มีชีวิต ความมีชีวิตขององค์กร คือ ความสามารถขององค์กรในการรับรู้ เรียนรู้ ยืดหยุ่นในการปรับตัว มีศักยภาพในการสร้างสรรค์ มีมิติทางจิตวิญญาณหรือความรู้สึกนึกคิดขององค์กรและมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา
- Health promotion การเข้าใจอย่างลึกซึ้งถึงวิถีชีวิต สภาวะแวดล้อม ความเชื่อ เป้าหมายของชีวิตแตกต่างกันออกไปในแต่ละคน เสริมพลังให้แก่ผู้ป่วยในทุกโอกาส
- Humanized healthcare การมีเมตตาต่อตัวเอง ต่อเพื่อนรอบข้าง มองข้อดีของคนรอบข้างให้มากที่สุด มองเห็นความเป็นมนุษย์ เห็นความลำบาก เห็นความทุกข์ยาก และมองเห็นองค์รวม
- Narrative medicine การใช้เรื่องเล่าในการเข้าถึงคุณค่าและความหมายที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของผู้เล่า พิจารณากับรายละเอียดต่างๆ มากขึ้น ทำให้เราซึ้งลงในการแปลความและตัดสินใจ เรื่องเล่าทำให้เราสามารถถ่ายทอดประสบการณ์และความรู้สึกต่างๆ ออกมาให้ผู้อื่นได้รับทราบอย่างกว้างขวางยิ่งขึ้น ทำให้มีอิสรภาพในการนำเสนอและสลายกรอบที่คับแคบในการทำงาน สร้างการเปลี่ยนแปลง การรับรู้ที่ละเอียดลึกซึ้ง เรื่องเล่าจึงเป็นทั้งการสร้างแรงบันดาลใจและการเยียวยา
- Appreciation การมีมุมมองเชิงบวก ให้คุณค่า สำรวจและค้นหาเรื่องราวด้านบวก เปิดใจมองหาศักยภาพและความเป็นไปได้ใหม่ๆ นำเรื่องราวดีๆ ที่ให้ความหวังและคุณค่าใหม่ๆ มาใช้ประโยชน์

SHA CUP

ในปี 2555 จนถึงปัจจุบัน สรพ.ได้ขยายแนวคิด SHA ลงไปสู่พื้นที่เฉพาะ ได้แก่ SHA CUP การเสริมสร้างมิติจิตใจในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ จำนวน 4 แห่ง เป็นการขยายแนวคิด SHA มาสู่เครือข่ายบริการปฐมภูมิเพื่อเชื่อมโยงการดูแลโดยผู้เชี่ยวชาญ สู่สถานพยาบาลใกล้บ้าน ครอบครัวและชุมชน และในสถานพยาบาลสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ (SHA southern) เป็นการขยายแนวคิด SHA ลงใน

พื้นที่พหุวัฒนธรรมและมีความไม่สงบของสถานการณ์ในสถานพยาบาลสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยมีแนวคิดในการทำงานดังภาพ



ภาพที่ 8.5 กรอบแนวคิด SHA CUP

ผลการดำเนินงานเกิดการดำเนินงานเชื่อมโยงระหว่างสถานพยาบาลกับเครือข่าย รพ.สต. และชุมชนในการดูแลในกลุ่มโรคสำคัญร่วมกัน เกิดความรักความสามัคคีระหว่างทีมงาน จนในที่สุดสามารถเป็นศูนย์การเรียนรู้ที่ผสมผสานจุดเด่นของการทำงานคุณภาพและการใช้มิติจิตใจในการทำงานเครือข่ายใน 4 model ดังนี้:

■ SHA CUP หนองวัวซอ โรคเบาหวานที่ไร้รอยต่อ

ออกแบบระบบพัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนเพื่อให้เกิดบริการแบบไร้รอยต่อ มีทั้งการดูแลสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกของชุมชน การเสริมพลังในชุมชนในการสร้างกระแสนการป้องกันการเกิดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่และพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานรายเก่าได้อย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับวิถีชุมชน ระบบดังกล่าวทำให้ประชาชนเกิดความตระหนักในการค้นหาและเฝ้าระวังสภาวะสุขภาพของตนเอง มีการจัดระบบบริการเชิงรุกในการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานอย่างที

ผู้ป่วยเบาหวานต้องการและพึงพอใจ โดยเป็นการจัดกระบวนการบริการที่เริ่มด้วย มิติด้านจิตใจ ส่งผลต่อกระบวนการทำงานที่สร้างการเรียนรู้ในการดูแลมาตรฐาน เดียวกันแต่เพิ่มความสุข ในการทำงานและพลังของการทำงานเป็น 2 เท่า เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ครอบคลุมมากขึ้น ทั้งๆ ที่เป็นงานประจำที่ คิดว่าทำได้ดีที่สุดแล้ว กลับสร้างมุมมองใหม่ในคุณค่าของงาน คุณค่าของทีมงาน และคุณค่าของผู้ป่วยและชุมชน

■ SHA CUP ท่าวังผา การดูแลโรค COPD ร่วมกับชุมชน

ผลจากการดำเนินงานทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับบริการตาม มาตรฐานในทุกสถานบริการสาธารณสุขของอำเภอท่าวังผาเกิดการดูแลผู้ป่วยแบบ มีส่วนร่วมของทุกภาคีเครือข่ายทั้งชุมชน ครอบครัว บุคคล ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพ ชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากนี้ยังใช้มาตรการทางสังคมในการป้องกันการเกิดโรคโดยการ ลดจำนวนนกสูบบุหรี่ใหม่และจัดการสิ่งรบกวนที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการของโรค ขยาย การทำงานให้เกิดระบบการทำงานเชิงรุกลงไปในชุมชนโดยให้ความสำคัญกับการ คัดกรองภาวะสุขภาพของประชาชนที่อยู่ในชุมชน และส่งเสริมการจัดการตนเอง ให้ประชาชนในชุมชนมีสุขภาพดีในทุกกลุ่มประชาชน เน้นการมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่าย โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการสุขภาพของตนเอง ตามความเหมาะสมของโรค เพราะสุขภาพเป็นเรื่องของบุคคล โดยรุกเข้าไปใน ชุมชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังต่างๆ

■ SHA CUP ยางตลาด ประเด็นกลุ่มโรคเบาหวาน

ผลการดำเนินงาน เกิดการพัฒนากระบวนการดูแลโรคเบาหวานอย่าง ต่อเนื่อง เกิดการทำงานเป็นทีมแบบพี่น้อง และกระตุ้นให้ทีมอื่นอยากทำงาน ร่วมด้วย ทำให้เกิดการเชื่อมต่อการทำงานคุณภาพทั้ง 4 ระดับ โดยดึงชุมชนมา เป็นแกนในการทำงานเชื่อมโยงกับเครือข่ายทำงานจากรากหญ้าบนพื้นฐาน ของปัญหา โดยใช้นโยบายป่าล้อมเมืองจากข้างนอกเข้ามาข้างใน และเน้นการ สร้างความผูกพันมากกว่าความสัมพันธ์

■ SHA CUP เส้าให้ เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา

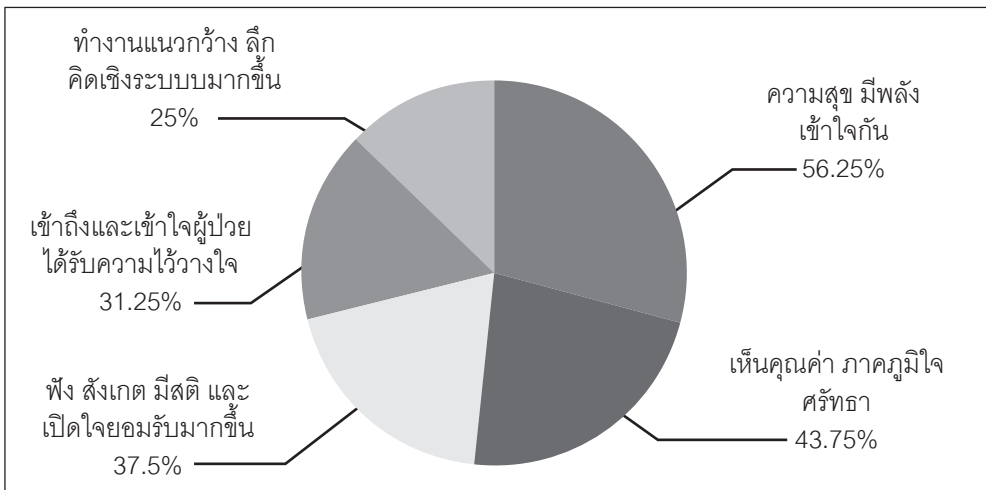
นำแนวคิด SHA มาใช้ร่วมกับการสร้างระบบแม่ข่าย ลูกข่าย ในกลุ่มโรค สำคัญในกลุ่มโรคเรื้อรัง ทำให้เกิดการดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายทั้ง สสอ. และ รพสต. ทำให้การทำงานระหว่างเครือข่ายมีความเข้าใจกันมากขึ้น สามารถปรับทิศทางการ ทำงานให้เป็นไปในทางเดียวกัน โดยมีเป้าหมายร่วมกัน มีมาตรฐานการดูแล

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นตัวเชื่อมการดูแลจากโรงพยาบาล ถึง รพสต. ถึง ครอบครัว ผู้ป่วย ทำให้เกิดประชาคมที่สร้างโอกาสการพบปะพูดคุยกับประชาชน องค์กร ท้องถิ่น เพื่อทำความเข้าใจในการดูแลสุขภาพชุมชน โดยชุมชนเพื่อชุมชน

นอกจากนี้ทีมงานได้ศึกษาทริเียนของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการนำมิติจิตใจ หรือจิตวิญญาณไปใช้ในงานประจำ โดยการใช้แบบสอบถาม สัมภาษณ์ และสนทนากลุ่ม ซึ่งสามารถสะท้อนให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของบุคลากร ที่เข้าร่วมโครงการ การเปลี่ยนแปลงของทีมงานและองค์กร ดังนี้⁸

การเปลี่ยนแปลงในระดับบุคคล พบสิ่งที่เปลี่ยนแปลงเรียงลำดับ ดังนี้

- 1) มีความสุขมีพลังในชีวิตและการทำงาน และเข้าใจกันมากขึ้น ร้อยละ 56.25
- 2) เห็นคุณค่า เกิดความภาคภูมิใจ และศรัทธาในตัวเองและงานที่ทำร้อยละ 43.75
- 3) รู้จักฟังมากขึ้น สังเกตมากขึ้น มีสติมากขึ้น และเปิดใจยอมรับกันมากขึ้น ร้อยละ 37.5
- 4) เข้าถึงและเข้าใจผู้ป่วย ได้รับความไว้วางใจ ร้อยละ 31.25
- 5) มีการทำงานแนวกว้างและลึก คิดเชิงระบบมากขึ้น ร้อยละ 25



ภาพที่ 8.6

⁸ การสนทนากลุ่มบุคลากรที่เข้าร่วมโครงการ SHA จำนวน 40 คน ในวันที่ 13-16 สิงหาคม 2556 ณ รร.รามการ์เด้นส์ กรุงเทพฯ

การเปลี่ยนแปลงของระบบงานพบว่าระบบงานที่สำคัญมีการเปลี่ยนแปลง
ดังนี้

- เกิดการปรับและจัดระบบบริการที่ดีและเหมาะสมกับผู้ป่วย มุ่งเน้นการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย มีการตั้งจริยธรรมวิชาชีพที่เกี่ยวข้องมาเป็นเครื่องมือในการสร้างความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย การจัดการความเสี่ยง การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยาเป็นต้น
- สามารถลดความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน เนื่องจากความใส่ใจและความละเอียดอ่อนในการดูแลผู้ป่วยที่มากขึ้น
- เกิดช่องทางหรือเวทีในการรับฟังเสียงสะท้อนจากผู้ป่วยแล้วนำมาปรับระบบบริการที่ช่วยเยียวยา อำนาจความสะอาด ลดความตึงเครียดของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่
- เกิดพันธมิตรทำงานในลักษณะภาคีเครือข่ายที่เชื่อมประสานแบบไว้วางใจมากขึ้นด้วยการมีสัมพันธภาพที่ดี จนเกิดการกำหนดเป้าหมายการทำงานร่วมกัน จนถึงติดตามผลงานร่วมกัน
- การประสานส่งต่อที่เอื้อต่อการเข้าถึงระบบบริการมากขึ้น เกิดระบบการประสานส่งต่อที่ยืดหยุ่นและเป็นมิตร ไว้วางใจ ได้รับความรู้สึกดี ๆ และตอบสนองความต้องการผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง เกิดการเสริมพลังและกำลังใจ ทำให้ผู้ป่วยมาตามนัดทุกครั้ง
- ระบบที่เกื้อหนุนต่อครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน มีการสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยเหลือฟื้นฟูต่าง ๆ เกิดแนวทางการประสานและส่งต่อให้ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือ ทั้งจากโรงพยาบาลและชุมชน ทำให้ชุมชนตระหนักในการจัดการสุขภาพด้วยตนเอง

การเปลี่ยนแปลงในระดับองค์กร พบว่าบรรยากาศองค์กรเปลี่ยนไป เจ้าหน้าที่มีความสุขมากขึ้น เกิดกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในระดับองค์กร

และจากการถอดบทเรียนของนักวิชาการอิสระ พบปัจจัยของความสำเร็จของ SHA⁹ จากสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ ได้แก่

- SHA ทำให้เกิดการสร้างวัฒนธรรมเชิงสร้างสรรค์วัฒนธรรมของครอบครัว และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การจัดการความรู้ในองค์กร

⁹ จตุพร วิศิษฎ์โชติอังกูร และกิตติศักดิ์ ม่วงมิตร. รายงานการถอดบทเรียนโครงการ SHA ปี 2553.

เกิดความสุขจากการแบ่งปันความดีจากการทำงานจนเกิดเป็นวัฒนธรรมเป็นการจัดการความสัมพันธ์ของมนุษย์กระบวนการเรียนรู้ที่ทำให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาอย่างมีพลัง

- การทำงานเป็นทีมที่แท้จริง ทีมที่เกิดจากความสัมพันธ์ คิดด้วยกันทำด้วยกันอย่างแท้จริง
- การผสมผสานแนวคิดคุณภาพที่สำคัญ เช่น LEAN R2R อย่างเข้าใจ และหลอมรวมเป็นเรื่องเดียวกัน
- ทัศนคติที่แน่วแน่มหาชิกขององค์กรหรือเครือข่ายมุ่งหวังร่วมกันในการใช้ความรู้เป็นพลังในการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมาย เพื่อผลประโยชน์ขององค์กร เครือข่าย และสังคม
- การจัดการยุทธศาสตร์ขององค์กรที่สอดคล้อง ทำท่าย และพอเหมาะพอดีในการขับเคลื่อนองค์กร
- การทำงานในรูปแบบของเครือข่าย โดยที่สำคัญคือเครือข่ายนอกโรงพยาบาล การขยายการทำงานจากโรงพยาบาลออกไปนอกโรงพยาบาลมากยิ่งขึ้น
- ความสอดคล้องกับวิถีชีวิต และต้นทุนเดิมของโรงพยาบาล ในการนำแนวคิด SHA ไปใช้อย่างได้ผลจนองค์กรบรรลุผลสำเร็จ โรงพยาบาลมีต้นทุนในด้านบุคลากร องค์กรความรู้ แนวคิดเครื่องมือหรือ ทักษะด้านจิตวิญญาณ
- ผู้นำองค์กร การปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ของผู้นำ มุมมองของการพัฒนาคุณภาพมีส่วนสำคัญมากต่อการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพสู่ความยั่งยืน
- การบูรณาการระหว่าง งานส่งเสริมคุณภาพและงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล งานส่งเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลมีทิศทางที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น
- ความสำเร็จต้องใช้เวลา SHA ให้ทั้งโอกาสและพื้นที่ พร้อมกับเอื้อให้มีการสร้างพลังความดีงาม ขยายออกไปเรื่อยๆ ความสำเร็จที่เห็นประจักษ์จึงไม่ได้เกิดขึ้น จากการทำงานระยะสั้นๆ แต่โรงพยาบาลได้ส่งเสริมวัฒนธรรมการทำงานคุณภาพผ่านเครื่องมือที่หลากหลายมาระยะหนึ่ง

จากประสบการณ์ที่สั่งสมมาเป็นระยะเวลายาวนาน เป็นที่เด่นชัดในการพัฒนาคุณภาพตามวิถีไทยด้วยมิติจิตวิญญาณ ซึ่งพบว่า มีจุดเด่นและสิ่งที่ดีที่ควรเรียนรู้จากชาวตะวันตก ซึ่งสรว.จะนำมาปรับปรุงวิธีการขับเคลื่อนทางจิตวิญญาณให้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

สิ่งที่ประเทศไทยทำได้ดีกว่าตะวันตกในเรื่องจิตวิญญาณได้แก่ คนไทยมีความเอื้ออาทร การใช้ความเชื่อทางจิตวิญญาณของคนตะวันออกมาใช้รวมถึงวิถีวัฒนธรรมที่เอื้อต่อการนำมิติจิตวิญญาณมาใช้ที่กว้างขวาง

สิ่งที่เราน่าจะได้เรียนรู้จากตะวันตกได้แก่ การคิดอย่างเป็นระบบการทำงานอย่างมีระบบการใช้เทคโนโลยีการนำวิชาการมาประยุกต์ใช้การทำวิจัยเพื่อเนื้อหาวิชาการมาอ้างอิงในการทำงาน

แนวคิดที่ สรว.จะส่งเสริมให้สถานพยาบาลทั่วประเทศที่สนใจ ดำเนินการในปี 2557 ได้แก่

การประยุกต์แนวคิด patient - centered care จากสถาบัน Planetree ด้วยการเพิ่มแนวคิด patient - centered care ในมาตรฐานให้สถานพยาบาลได้นำไปปรับใช้ในการพัฒนาที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น เพียงสถานพยาบาลต่างๆ นำจุดเน้นเรื่อง patient - centered care เข้าไปเป็นจุดเน้นของการทำงานในมาตรฐาน HA หัวข้อต่างๆ ก็เท่ากับเป็นการบูรณาการมิติด้านจิตวิญญาณเข้ากับการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA

ส่งเสริมให้สถานพยาบาลเรียนรู้จากประสบการณ์ผู้ป่วยโดยใช้แบบสอบถาม HCAHPS (Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems) เพื่อนำมาปรับระบบบริการให้มากยิ่งขึ้น

การพัฒนาองค์ความรู้ด้านจิตวิญญาณ เช่น การศึกษาวิจัยผลการเปลี่ยนแปลงจากการนำมิติจิตวิญญาณมาใช้ในการทำงาน การออกแบบเครื่องมือในการประเมินทางด้านจิตวิญญาณที่เป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น

การพัฒนาคุณภาพที่มีคุณภาพและบูรณาการ การทำงานบนพื้นฐานของระบบงานที่ดี มีมาตรฐาน มีความปลอดภัยและการทำกิจกรรมเหล่านั้นด้วยใจที่เบิกบานเป็นสุขจากการทำสิ่งที่ดีที่สุดในเนื้อหาของตนเอง SHA จึงเป็นการทำงานและการทำความดีไปพร้อมๆ กัน เพราะเป็นการทำความดีบนพื้นฐานแห่งความรู้ทางวิชาการ ความรู้ของวิชาชีพอันภาคภูมิใจ จึงนับว่าเป็นเส้นทางแห่งการทำความดี เพราะการทำงานคุณภาพนั้น เป็นงานที่มีคุณค่า ต่อตนเองและผู้อื่น มีความหมายต่อการดำรงอยู่ของเพื่อนมนุษย์และการเห็นคุณค่าและประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์เป็นกิจที่หนึ่ง วิถีของ SHA จึงก่อให้เกิดความมั่งคั่งมั่งเป็นอย่างยิ่ง (ดวงสมร บุญผดุง)



ร้อยพลีก HA National Forum

กระบวนการ HA ของไทยเป็นระบบที่มีเอกลักษณ์ของตนเอง อาศัยแนวคิดเชิงบวก เน้นการเรียนรู้ มีการปรับตัวอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ทันกับความต้องการและความคาดหวังต่อระบบสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ผสมผสานมิติเรื่องจิตวิญญาณเข้ากับระบบคุณภาพและการจัดการความรู้ กระบวนการครอบคลุมกว้างขวาง ได้รับการยอมรับและความร่วมมือในระดับที่น่าพอใจ เป็นการเตรียมองค์กรให้มีความพร้อมที่จะรับการพัฒนาในเป้าหมายที่ท้าทายยิ่งขึ้นเรื่อยๆ และเป็นส่วนหนึ่งของการเพิ่มภูมิคุ้มกันให้กับทุกวิชาชีพที่ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย

การจัดประชุมวิชาการประจำปีของ HA ถือเป็นปุมบันที่กพัฒนาการทางความคิดและการเคลื่อนไหวของ HA ในแต่ละช่วงเวลา เป็นการเชื่อมต่อกระแสโลกกับความสนใจของผู้คนในระบบสุขภาพของไทย เราจัดประชุมวิชาการโดยเน้นให้มีความสนุกและจุดประกายผู้คน ผ่านเรื่องเล่าและความสำเร็จในที่ต่างๆ ควบคู่กับการชี้ชวนให้สนใจมองระบบด้วยแว่นหรือมุมมองที่ต่างออกไป เพื่อให้เกิดพลังที่จะก้าวออกจากจุดที่เป็นอยู่ เราเปิดรับข้อเสนอของทุกฝ่ายที่อยากมีส่วนร่วม เราทำให้ผู้เข้าประชุมรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของการจัดประชุม จากผู้เข้าร่วมประชุม 1,000 คนในการประชุมครั้งแรก เพิ่มมาเป็น 8,000 คนในการประชุมครั้งที่ 14 เมื่อต้นปีนี้

จะขอย่อนและย่อเวลาเพื่อให้เห็นพัฒนาการของความคิดดังกล่าวว่ามีที่มาที่ไปอย่างไร และจะมีส่วนต่อการสร้างภูมิคุ้มกันสำหรับวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างไร



ภาพที่ 9.1 1st HA National Forum

เกือบสองปีที่ได้ดำเนินการโครงการ Hospital Accreditation มีการแผ่ขยายแนวความคิดเรื่องกระบวนการเรียนรู้และกัลยาณมิตรออกไป มีความร่วมมือก่อตัวขึ้นอย่างซ้าๆ ผู้คนในโรงพยาบาลลุกขึ้นมาทำการเปลี่ยนแปลงด้วยตนเอง เริ่มเห็นผลลัพธ์ของการพัฒนาที่ผู้บริหารต้องหันมาใส่ใจและให้การสนับสนุน ไม่เพียงแต่โรงพยาบาลนำร่องเท่านั้นที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโรงพยาบาลอื่นๆ ซึ่งได้ยินได้ฟังก็สนใจและเริ่มต้นพัฒนาคุณภาพโดยอาศัยแนวคิดเดียวกัน คือการมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง ด้วยความมั่นใจในทิศทางที่ได้เดินมา จึงได้จัดประชุม National Forum on Hospital Accreditation ครั้งแรกขึ้น เพื่อเผยแพร่ แลกเปลี่ยนแนวคิด และประสบการณ์ อันจะนำไปสู่การขยายตัว เป็นการเลียนแบบการประชุม IHI National Forum on Quality Improvement ซึ่งจัดมาก่อนประมาณสิบปี เนื้อหาหลักเป็นการประมวลแนวคิดและประสบการณ์ในการพัฒนาคุณภาพในช่วงสองปีแรกของโครงการ

การประชุมครั้งที่ 2 (2543) บนเส้นทางสู่สังคมแห่งการเรียนรู้ในกระแสปฏิรูปบริการสุขภาพ



ภาพที่ 9.2 2nd HA National Forum

ในช่วงนั้นกำลังมีกระแสเรื่องการทำกับดูแอลงค์กรที่ดี คุณภาพ ประสิทธิภาพ และการตรวจสอบจากสังคม ซึ่ง Hospital Accreditation ก็เป็นความเคลื่อนไหวที่ได้รับความสนใจจากผู้เกี่ยวข้องมากขึ้นเป็นลำดับ จุดเน้นก็คือการดำเนินการในลักษณะของการเรียนรู้ก่อให้เกิดก้าวอย่างที่มีพื้นฐานมั่นคง มีการปรับตัวเพื่อให้อสอดคล้องกับสถานการณ์และสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น รวมถึงการชี้ให้เห็นความจำเป็นที่จะต้องเร่งกระบวนการเรียนรู้ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เนื่องจากตระหนักว่าสิ่งที่เรารู้นั้นเป็นเพียงส่วนเดียวของความรู้ที่มีอยู่

การประชุมครั้งนี้มีการมอบช่อดอกไม้แสดงความยินดีกับโรงพยาบาล 4 แห่งแรกที่ผ่าน HA คือ รพ.บำรุงราษฎร์, รพ.เสนา, รพ.ค่ายประจักษ์ศิลปาคม และ รพ.ราษฎร์ยินดี มีปาฐกถาพิเศษ เช่น คุณภาพกับการปฏิรูประบบสุขภาพ โดย ศ.นพ.ประเวศ วะสี, ความเป็นไททางภูมิปัญญาของชาติ โดย ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช, ทิศทางการจัดการองค์กรในทศวรรษหน้า โดย รมว.ประจำสำนักนายกรัฐมนตรีฯ พณฯ อภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ, การใช้ความรู้เพื่อพัฒนาสังคมไทย โดย ศ.นพ.จรัส สุวรรณเวลา

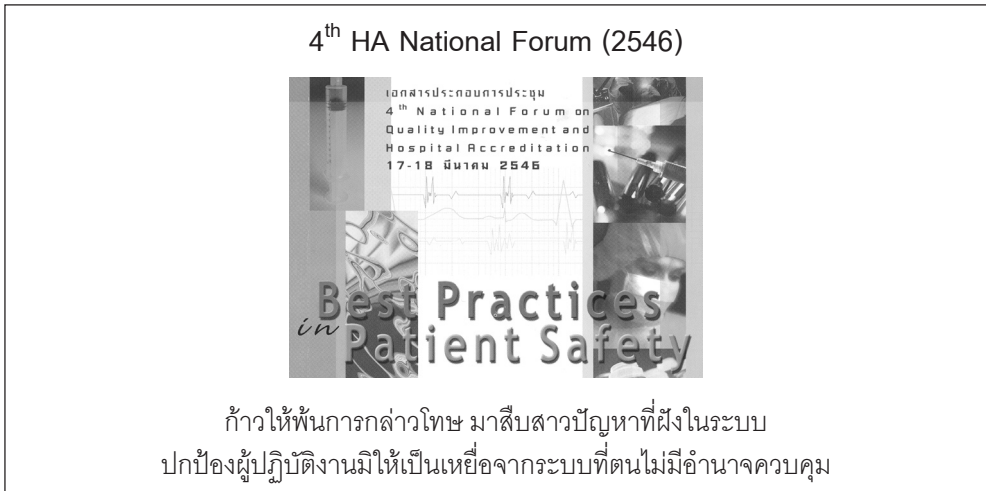
การประชุมครั้งที่ 3 (2545) Simplicity in a Complex System
(ความเรียบง่ายในระบบที่ซับซ้อน)



ภาพที่ 9.3 3rd HA National Forum

เป็นช่วงที่แนวคิดเรื่อง complex adaptive system ระบบซับซ้อนที่ปรับตัวได้ กำลังเป็นที่สนใจของประเทศตะวันตก แต่ระบบที่ซับซ้อนนั้นทำงานภายใต้ simple rule วิธีการทำงานที่ยุ่ยากซับซ้อนนั้นไม่มีวิธีการที่เรียบง่ายกว่าเสมอหากจะพยายามค้นหา แต่บ่อยครั้งที่ยิ่งแก้ปัญหา เรายิ่งทำให้ระบบซับซ้อนมากขึ้น

ระบบจะปรับตัวได้ต้องเป็นระบบเปิดที่จะรับรู้การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมภายนอก ระบบของเราที่เกี่ยวข้องกับสังคม จำเป็นต้องเป็นระบบเปิดที่จะรับรู้และตอบสนองความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ระบบที่ปรับตัวไม่ได้ จะไม่สามารถอยู่รอดได้ ข้อนี้เป็นอุทาหรณ์สำคัญที่พวกเราต้องตระหนัก เมื่อเกิดความสูญเสียขึ้น สังคมต้องการความมั่นใจว่าจะไม่เกิดเหตุซ้ำมากกว่าคำอธิบาย เป็นความท้าทายที่เราจะให้ความมั่นใจนั้นแก่สังคม



ภาพที่ 9.4 4th HA National Forum

เป็นการเกาะติดสถานการณ์ที่มีการประชุมนานาชาติเรื่อง patient safety ที่สิงคโปร์ในปีก่อนหน้านั้น เป็นโอกาสให้มีการทบทวนและเรียนรู้แนวคิดเกี่ยว patient safety ซึ่งนับว่าเป็นเรื่องใหม่ในขณะนั้น ควบคู่กับวิธีการในการค้นหาและใช้ประโยชน์จาก best practice เพื่อให้เราสามารถเดินได้เร็วขึ้น ถึงเป้าหมายได้เร็วขึ้น

การนำแนวคิดเรื่อง “ความปลอดภัย” เข้ามาใช้ ทำให้เห็นความสำคัญของการเปลี่ยนวิธีคิดและวัฒนธรรมองค์กร ที่จะต้องก้าวไปให้พ้นจากบรรยากาศของการกล่าวโทษหรือหาตัวผู้กระทำผิด มาสู่การยอมรับความจริง การให้อภัย แต่ไม่หยุดที่จะสืบสาวให้ถึงรากของปัญหาที่ฝังอยู่ในระบบใหญ่ขององค์กร

เป็นการจุดประกายให้เกิดความพร้อมใจในการเคลื่อนไปในทิศทางที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมไทย และเพื่อปกป้องผู้ปฏิบัติงานมิให้เป็นเหยื่อของการถูกกล่าวหาจากความบกพร่องของระบบซึ่งตนเองไม่มีอำนาจควบคุม อีกทั้งเพื่อเป็นจุดเริ่มต้นในการทำความเข้าใจกับสังคมว่าการกล่าวโทษ ฟ้องร้อง ลงโทษ ด้วยหวังให้เกิดความหลาบจำและมีความระมัดระวังมากขึ้นนั้น มิได้ก่อให้เกิดประโยชน์ใดๆ แต่กลับจะทำให้กระบวนการปรับปรุงเพื่อแก้ไขที่ต้นเหตุของปัญหากลายเป็นเรื่องยาก

เป็นหน้าที่ของเราทุกคนที่จะแสดงให้เห็นความมุ่งมั่นที่จะปรับปรุงระบบบริการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในลักษณะที่ยั่งยืน ไม่ฉาบฉวย เต็มใจ

ที่จะซุดเข้าไปปรับรื้อระบบซึ่งเป็นรากเหง้าของปัญหา ขณะเดียวกันให้ข้อมูลแก่
สาธารณะเพื่อให้เกิดความเข้าใจธรรมชาติที่แท้จริงของบริการสุขภาพ ซึ่งเต็มไปด้วย
ด้วยความไม่แน่นอน ความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ และบทบาท
ของผู้รับบริการในการป้องกันสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ดังกล่าว

การประชุมครั้งที่ 5 (2547) Knowledge Management for Balance of Quality (การจัดการความรู้เพื่อคุณภาพที่สมดุล)

5th HA National Forum (2547)

KM for Balance of Quality การจัดการความรู้เพื่อคุณภาพที่สมดุล

เน้นความสำคัญของความรู้เชิงปฏิบัติ ใช้เรื่องเล่าเร้าพลัง
สมดุล คือ การมองความเป็นทั้งหมด เป็นหนึ่งเดียว ไม่แยกส่วน
ไม่สุดโต่ง ใช้ประโยชน์จากความเป็นคู่

ภาพที่ 9.5 5th HA National Forum

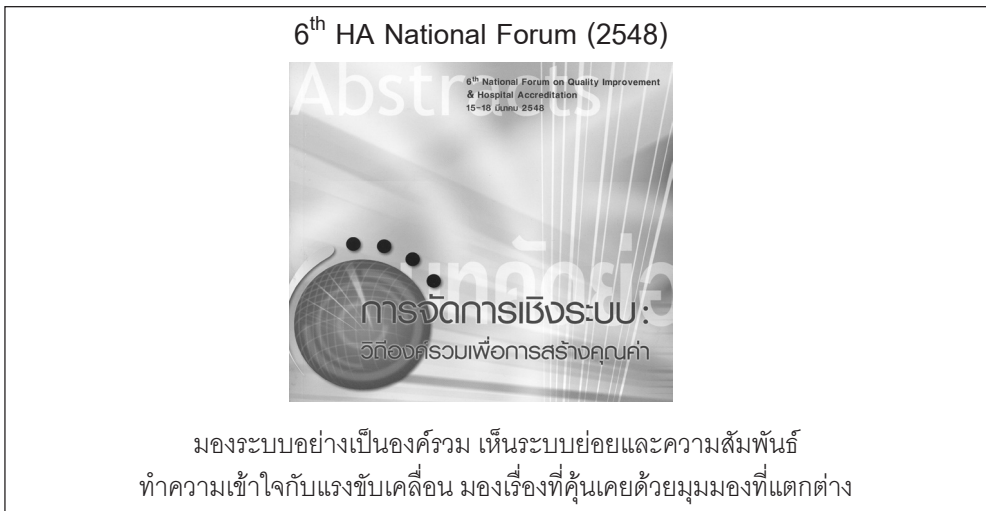
การจัดการความรู้เป็นกระแสที่กำลังก่อตัวขึ้นในช่วงนั้น เป็นการให้คุณค่า
กับความรู้ที่เกิดจากการปฏิบัติควบคู่กับการประยุกต์ใช้ความรู้ที่มีหลักฐานพิสูจน์
รองรับ โดยมีเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพที่สมดุลในมุมมองและความคาดหวัง
ต่างๆ ทั้งประสบการณ์ของผู้ป่วย ข้อกำหนดของวิชาชีพและคุณภาพของการ
บริหารจัดการ

การประชุมครั้งนี้เป็นจุดเริ่มต้นที่ทำให้เราส่งเสริมให้มีการใช้ “เรื่องเล่าเร้า
พลัง” (springboard storytelling) ในการนำเสนอของวิทยากรต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน
และกระตุ้นให้ผู้ฟังสร้างเรื่องที่สองของตนเองไปด้วยขณะรับฟัง

เหตุที่หยิบยกเรื่องคุณภาพที่สมดุลขึ้นมา เพราะถ้าไม่สมดุลแล้วจะเกิดเป็น
ภาวะสุดโต่ง ยากที่จะทนทาน เกิดสิ่งเป็นพิษสะสม เกิดความเอียง ไม่สมบูรณ์
ทรงตัวอยู่ไม่ได้

สมดุลคือการมองเห็นความเป็นทั้งหมด ความเป็นหนึ่งเดียว ไม่แยกส่วน
ถ้ามีของคู่ อย่างยึดถือแบบสุดโต่งไปด้านใดด้านหนึ่ง ใช้ประโยชน์จากความเป็นคู่
แทนที่จะทำลายหรือละเลยด้านหนึ่งด้านใด เปิดใจรับฟังและพยายามทำความเข้าใจ
เข้ากับความคิดของผู้อื่นเพื่อนำจุดรวมมาใช้ในการทำงาน

การประชุมครั้งที่ 6 (2548) Systems Approach: A Holistic Way to Create Value (การจัดการเชิงระบบ: วิถีองค์รวมเพื่อการสร้างคุณค่า)



ภาพที่ 9.6 6th HA National Forum

Systems approach คือการมองระบบอย่างเป็นองค์รวม เห็นระบบย่อยและความสัมพันธ์ของระบบย่อยภายในระบบใหญ่ เห็นทั้งสิ่งที่สัมผัสได้ชัดเจนและสิ่งที่เป็น intangible ทำความเข้าใจระบบตามสภาพความเป็นจริงที่เป็นอยู่, ทำให้เข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นว่ามีแรงขับเคลื่อนอะไรอยู่เบื้องหลังต่อความสำเร็จหรือความไม่สำเร็จ ว่าไปแล้วก็เป็นสิ่งที่ต่อเนื่องจากคุณภาพที่สมดุล คือการมองเห็นความเป็นทั้งหมด ความเข้าใจจะนำไปสู่การมองเห็นโอกาสที่จะจัดเหตุปัจจัยให้เอื้อต่อการนำองค์กรของเราไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ เป็นการจัดการหรือดำเนินงานที่ผ่านการวิเคราะห์อย่างรอบด้าน เพื่อไม่ให้เกิดการแก้ปัญหาที่ตามมา หรือเกิดผลกระทบในทางลบต่อส่วนอื่นๆ เกิดการเปลี่ยนแปลงในลักษณะของ

การเสริมแรง คือยิ่งทำยิ่งเบาแรง มิใช่ยิ่งทำยิ่งต้องออกแรงมากขึ้น การใช้มุมมองเชิงระบบ เป็นการมองเรื่องที่เราคุ้นเคยด้วยมุมมองที่แตกต่างออกไป เพื่อหาโอกาสและวิธีการใหม่ๆ ในการทำงาน

การประชุมครั้งที่ 7 (2549) Innovate, Trace & Measure (นวัตกรรม ตามรอย และวัดผลคุณภาพ)



ภาพที่ 9.7 7th HA National Forum

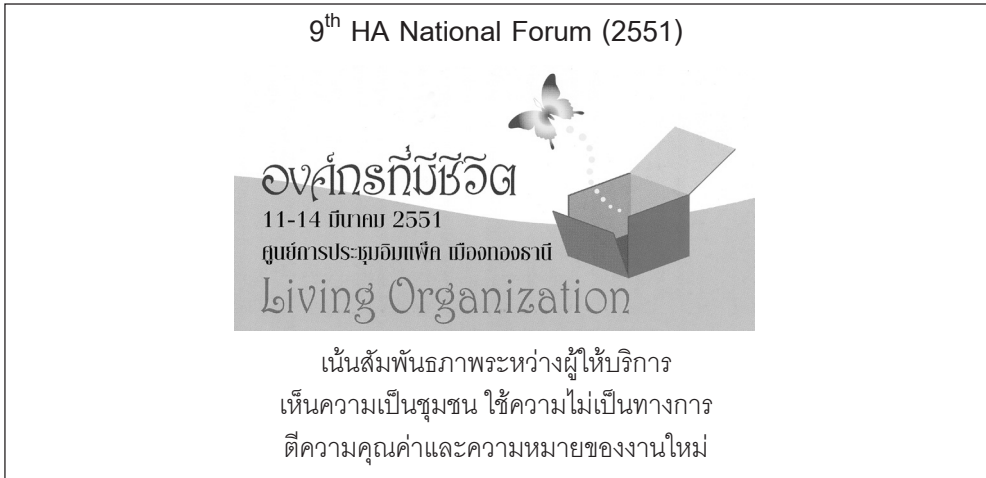
เป็นการเติมจุดอ่อนของการพัฒนาให้มุ่งเน้นไปที่การคิดค้นนวัตกรรมเชิงระบบ การวัดผล และนำแนวคิดเชิงระบบมาขยายผลสู่การปฏิบัติด้วยการตามรอยตามเข้าไปดูสถานการณ์จริง ตามรอยเพื่อให้เห็นความเชื่อมต่อของกระบวนการทำงานที่ออกแบบไว้จนเห็นภาพทั้งหมดของระบบ เห็นทั้งจุดแข็งและจุดอ่อน เห็นทั้งกระบวนการพัฒนาและเนื้อการพัฒนา เห็นทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน

การประชุมครั้งที่ 8 (2550) Humanized Healthcare การดูแลด้วยหัวใจ
ของความเป็นมนุษย์



ภาพที่ 9.8 8th HA National Forum

เป็นสิ่งที่ได้รับการจุดประกายจาก ศ.นพ.ประเวศ วะสี และ ดร.นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ จากการประชุมในปีที่ผ่านมา โดยกระตุ้นให้พวกเราสร้างยุคที่ 2 ของการสาธารณสุขไทย ต่อเนื่องจากยุคที่ 1 คือระบบบริการสุขภาพที่ทันสมัยมาสู่ระบบบริการสุขภาพที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ นำพระบรมราโชวาทเรื่อง “ความเป็นคน” มาพิจารณาอย่างลึกซึ้งและคลี่ออกไปเป็นการปฏิบัติ มองเห็นทั้ง “ไข้” และ “คน” ทั้งนี้โดยถือว่าทุกคนมีเมล็ดพันธุ์แห่งความดีอยู่ในหัวใจที่เมื่อความดีไปสัมผัสเข้า จิตจะขึ้น เกิดความปลานปล้ำมยินดี และอยากร่วมมือทำสิ่งดี ๆ ที่เรียกว่าทำให้เยียวยาโลกได้



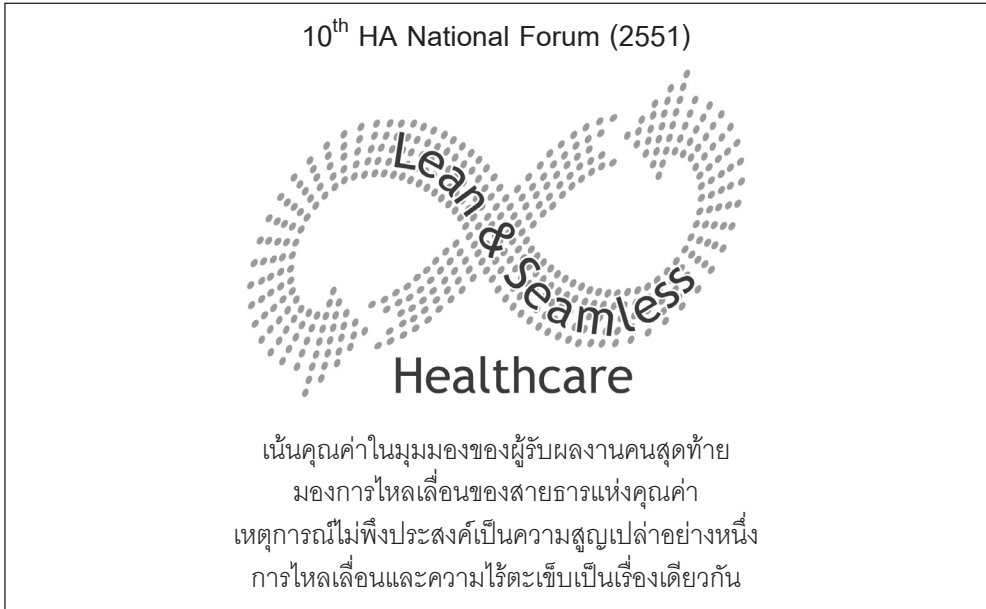
ภาพที่ 9.9 9th HA National Forum

องค์กรที่มีชีวิตมีความต่อเนื่องกับเนื้อหาหลักของการประชุมครั้งที่ผ่านๆ มา เป็นมิติทางจิตวิญญาณทั้งสองเรื่อง จากการมุ่งเน้นสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วย มาสู่การมุ่งเน้นสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการด้วยกัน เป็นการเติมเต็มให้กับกระบวนการพัฒนาคุณภาพ ให้มีความละเอียดอ่อนและเข้าถึงหัวใจของการพัฒนาได้ดียิ่งขึ้น ทำให้เห็นความสัมพันธ์และความเป็นชุมชนภายในองค์กรที่จะต้องใช้ความไม่เป็นทางการเข้ามาเติมเต็มให้เกิดความหมายแต่ผู้ทำงานให้มากขึ้น ในด้านการสร้างจิตวิญญาณและการเรียนรู้ขององค์กร เพื่อให้เป็นองค์กรที่มีคุณค่า มีความหมาย และมีความยั่งยืน

กระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของประเทศไทยได้ก้าวเข้ามาสู่จุดที่ทำนายที่สุด ที่จะสร้างสมดุลระหว่างการพัฒนาจากกรอบคิดของประเทศที่พัฒนาแล้ว กับการพัฒนาที่มีมิติทางจิตวิญญาณซึ่งมีรากฐานมาจากปรัชญาตะวันออก ผู้ที่อยู่ร่วมในกระบวนการจะต้องมีความเชื่อมั่นในทิศทางนี้ สร้างบทเรียนด้วยตนเอง และช่วยกันเติมเต็มให้แก่กันและกัน ด้วยตระหนักว่าแต่ละคน แต่ละองค์กร แต่ละภาคส่วน ล้วนมีความไม่สมบูรณ์ในตนเอง หากยอมรับความไม่สมบูรณ์นั้น และร่วมมือกันพัฒนา ความไม่สมบูรณ์นั้นก็ค่อยลดลง เราอาจจะไม่สามารถเป็นผู้นำโลกได้หากจะต้องใช้ทุนที่เป็นสิ่งของ เงิน เทคโนโลยี แต่เราสามารถเป็นผู้นำ

โลกได้ด้วยปัญญา ด้วยการสอดใส่มิติทางจิตวิญญาณ มิติที่เป็นนามธรรม เข้าใน
กระบวนการพัฒนาของเรา

การประชุมครั้งที่ 10 (2552) Lean & Seamless Healthcare



ภาพที่ 9.10 10th HA National Forum

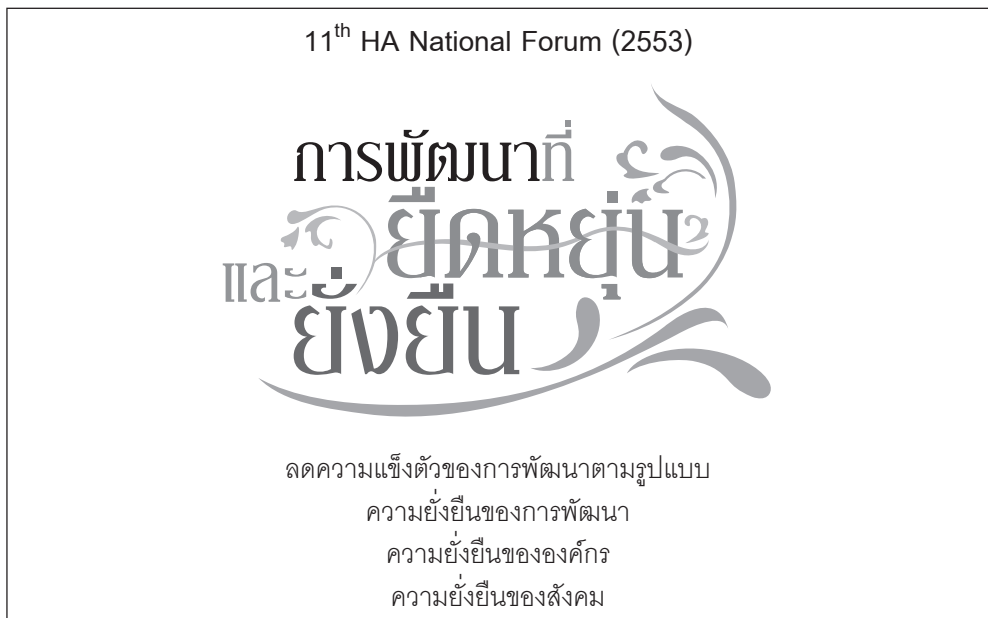
Lean & Seamless Healthcare มีความน่าสนใจในแนวคิดที่เน้นคุณค่า
ในมุมมองของผู้รับผลงานคนสุดท้าย ไปไกลกว่าความพึงพอใจ ไกลกว่ามาตรฐาน
วิชาชีพ ก้าวข้ามการแยกส่วนในองค์กรและระหว่างองค์กร แต่ต้องมองให้ออก
ถึงการไหลเวียนของสายธารที่สรรสร้างคุณค่าเพื่อให้เกิดผลิตภัณฑ์หรือยกระดับ
สถานะสุขภาพของผู้รับบริการไปสู่สภาวะที่ใกล้เคียงกับอุดมคติให้มากที่สุด
โดยไม่มีอุปสรรคขัดขวางต่อการไหลเวียนดังกล่าว ไม่มีความล่าช้า ไม่มีความ
สูญเปล่า

ในช่วงนั้นมีการทำโครงการนำร่องในการประยุกต์ใช้แนวคิด Lean กับ
บริการสุขภาพ เป็นโอกาสให้โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการได้เข้าใจความหมาย
ของการมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางที่แท้จริง เมื่อนำเอามิติของความสูญเปล่า

เข้ามาพิจารณา เปลี่ยนจากการปรับปรุงในส่วนที่เป็นกระบวนการที่สร้างคุณค่ามา เป็นการขจัดกระบวนการที่ไม่สร้างคุณค่าออกไปจากระบบงานของเรา ยิ่งเราทำให้ Lean หรือขจัดสิ่งที่ไม่เกิดประโยชน์ได้มากเท่าไร เราก็ยังสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้มากขึ้น ความสูญเปล่าส่วนหนึ่งก็คือการแก้ไขภาวะไม่พึงประสงค์หรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น นอกจากการลดเวลารอคอย การปรับปรุง flow การใช้ visual management เพื่อให้ทุกคนทำงานได้อย่างถูกต้อง การป้องกันความเสียหายก็เป็นส่วนหนึ่งของ Lean เมื่อนำมาประยุกต์ใช้กับโรงพยาบาล

ส่วนเรื่อง seamless เป็นเสียงเรียกร้องของผู้ที่ทำงานในส่วนภูมิภาคที่ต้องการเป็นระบบส่งต่อระหว่างบริการระดับต่างๆ ดีขึ้น จึงได้นำคำว่า seamless healthcare มาปลุกความสนใจ และในที่สุดก็พบว่าการไหลเลื่อนใน Lean และความไร้ตะเข็บ (seamless) เป็นเรื่องที่ส่งเสริมและเกื้อหนุนกันและกันแทบจะกลายเป็นเรื่องเดียวกัน

การประชุมครั้งที่ 11 (2553) Flexible & Sustainable Development
(การพัฒนาที่ยืดหยุ่นและยั่งยืน)



ภาพที่ 9.11 11th HA National Forum

เป็นการเล่นอักษรตัว ย.ยักษ์ เนื่องจากเห็นว่ายิ่งพัฒนาไป โรงพยาบาลเริ่มประสบปัญหาจากระบบคุณภาพที่แข็งตัว มีข้อกำหนดและเครื่องมือต่างๆ ที่ต้องปฏิบัติตามมากมาย สุดท้ายอาจจะไม่เกิดประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วย จึงนำเรื่องความยืดหยุ่นมาพิจารณากันว่าจะมีที่ใช้ในระบบคุณภาพของโรงพยาบาลได้อย่างไร

การพัฒนาที่ไม่สอดคล้องกับความคิดของสมาชิกในองค์กร เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การพัฒนาไม่ประสบผลและไม่สามารถธำรงไว้ได้ เครื่องมือและแนวคิดการพัฒนาต่างๆ มากมายอาจจะเป็นปัญหาเมื่อนำไปใช้ หากไม่ทำความเข้าใจแนวคิดให้ชัดเจน ปรับใช้ให้เหมาะสมและเรียบง่าย การใช้เครื่องมือและแนวคิดการพัฒนาโดยติดกรอบหรือให้ความสำคัญกับรูปแบบมากกว่าหลักคิด ก่อให้เกิดภาระงานที่ไม่จำเป็นและความทุกข์, ขณะที่การพัฒนาโดยไม่ใช้เครื่องมือมาช่วยก็อาจทำให้ไม่เห็นประเด็นสำคัญหรือใช้เวลามากเกินกว่าที่ควร การพัฒนาอย่างยืดหยุ่นโดยคำนึงถึงเป้าหมายของเครื่องมือและบริบทของตนเอง จึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญไม่แพ้เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน

ส่วนเรื่องความยั่งยืนนั้นมีที่มาจากข้อห่วงกังวลว่าการพัฒนาต่างๆ ที่ทำกันอยู่นั้นจะยั่งยืน ไม่เป็นไฟไหม้ฟางได้อย่างไร จุดร่วมของสองเรื่องนี้ก็คือยิ่งแข็งตัวยิ่งไม่ยั่งยืน ขณะเดียวกันองค์กรที่ยั่งยืนนั้นเป็นเป้าหมายของเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ เมื่อทบทวนไปก็จะพบว่าแนวคิดเรื่องการพัฒนาที่ยั่งยืนของพระพรหมคุณาภรณ์นั้น เหนือชั้นกว่าแนวคิดของประเทศตะวันตกและองค์กรผู้ให้ทุนทั้งหลาย เพราะท่านเน้นการพัฒนาคนเป็นสำคัญ ไปจนถึงเป้าหมายความยั่งยืนของโลกและมนุษยชาติว่าต้องเป็นการพัฒนาที่ไม่เบียดเบียนธรรมชาติ



ภาพที่ 9.12 12th HA National Forum

ความงามในความหลากหลาย คือการสัมผัส มองให้เห็น ชื่นชม และใช้ประโยชน์จากคุณค่าของความหลากหลายอย่างรู้เท่าทัน

ธรรมชาติอันยิ่งใหญ่สร้างโลกมาพร้อมกับความหลากหลายของสิ่งมีชีวิต และสิ่งไม่มีชีวิต ความหลากหลายดังกล่าวก่อให้เกิดระบบนิเวศซึ่งต่างพึ่งพิงกัน และกัน งอกงามดำรงอยู่ ปรับตัว แดกเหล่า ขยายพันธุ์ ทวีความหลากหลาย มนุษย์ก็เป็นส่วนหนึ่งของความหลากหลายดังกล่าว มีความหลากหลายในเผ่าพันธุ์ ความคิด วิถีชีวิต ประเพณีวัฒนธรรม เกิดความเชี่ยวชาญและการแบ่งหน้าที่กัน ทำของบุคคลและชุมชน การดำรงชีวิตด้วยปัจจัยพื้นฐานและความรื่นรมย์ ล้วนอาศัยความหลากหลายของสิ่งรอบตัวเรา ความหลากหลายทางชีวภาพกลายเป็นปัจจัยสำคัญทางเศรษฐกิจ ความหลากหลายทางสังคมและการดำรงชีวิตนำมาสู่การเลือกสรร เลียนแบบต่อยอด ก่อให้เกิดความสุขสบายในชีวิตของเรา เป็นผลพวงของการสะสมภูมิปัญญาของมนุษยชาติในทุกๆ ด้าน

เป็นโอกาสให้มีการทบทวนความหลากหลายในระบบสุขภาพ ความหลากหลายในระบบคุณภาพ และที่ยืนของความหลากหลายในการทำงานคุณภาพ

การประชุมครั้งที่ 13 (2555) The Wholeness of Life
(เรียนรู้บูรณาการ งานกับชีวิต)



ภาพที่ 9.13 13th HA National Forum

เนื้อหาหลักของการประชุมครั้งนี้ได้รับการจัดประกายจากหนังสือ “เมล็ดพันธุ์ชีวิตบูรณาการ” ซึ่ง อ. ชัยวัฒน์ ธีระพันธ์และคณะ รวบรวมขึ้นจากประสบการณ์เรียนรู้ของนักทำงานและปฏิบัติการเพื่อสังคมในภาคเหนือตอนบน

สิ่งที่ผู้เขียนได้สังเคราะห์และรวบรวมเป็นหนังสือ “เมล็ดพันธุ์ชีวิตบูรณาการ” คือ การทำความเข้าใจ หลักปรัชญาบูรณาการ ภายใต้การนำหลักปรัชญาเต๋า พุทธธรรม ประสานกับความรู้จากวิทยาศาสตร์กระบวนการทัศน์ใหม่ ทฤษฎีทางสังคมว่าด้วยความซับซ้อนที่เป็นพลวัตและระบบองค์กรที่มีชีวิต มาย่อยและเชื่อมร้อยหลักการความรู้ต่างๆ ให้เห็นภาพบูรณาการได้กระจ่างขึ้นและได้แนวทางเพื่อลงมือปฏิบัติบูรณาการได้ในสนามการทำงาน

“บูรณาการไม่ใช่งาน แต่เป็นกระบวนการของชีวิต เราต้องฝึกฝนให้มีในตนทุกเมื่อ ที่ใด มีการบูรณาการ ที่นั่น มีความเจริญงอกงามของชีวิต”

การประชุมครั้งที่ 14 (2556) High Reliability Organization (HRO)
องค์กรที่น่าไว้วางใจ



ภาพที่ 9.14 14th HA National Forum

แนวคิดขององค์กรที่น่าไว้วางใจเป็นการเชื่อมต่อระหว่างการสร้างระบบคุณภาพกับการเน้นความมีสติตื่นรู้และการสร้างวัฒนธรรม HRO ให้มีความสำคัญกับความตื่นรู้ห้าประการคือ ไคร่ครวญ คาดการณ์ เตรียมพร้อม ตาดู และ หูฟัง

(1) **ไคร่ครวญ** เป็นการตื่นรู้ทางความคิด ตรวจสอบความสัมพันธ์ของสรรพสิ่ง ไม่ด่วนอธิบายปัญหาหรือความล้มเหลวโดยง่ายเข้าว่าแต่ความเข้าใจเหตุผลที่แท้จริงของความเสี่ยงที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ

(2) **คาดการณ์** เป็นการตื่นรู้ในใจ คาดว่ามีความเสี่ยงอะไรที่สามารถเกิดขึ้นได้เมื่อมีเหตุการณ์เกือบพลาดเกิดขึ้น จะมองว่าเป็นเรื่องที่ต้องใส่ใจให้มากขึ้น

(3) **เตรียมพร้อม** เป็นการตื่นรู้ทางกาย เตรียมพร้อมรับมือทุกสถานการณ์ฝึกฝนและเตรียมตัวที่จะตอบสนองเมื่อเกิดความล้มเหลวขึ้นในระบบ

(4) **ตาดู** เป็นการตื่นรู้ทางตา มองหาสิ่งผิดปกติรอบตัว ไวต่อสถานการณ์รอบตัวเป็นกุญแจสำคัญในการสังเกตพบความเสี่ยงและป้องกันความเสี่ยงเหล่านั้น

(5) **หูฟัง** เป็นการตื่นรู้ทางหู รับฟังและรับรู้เสียงของผู้คนรอบตัว รับฟังเสียงของผู้จริง

นี่คือจุดบรรจบของการใช้แนวคิดด้าน spiritual ซึ่งก็คือความมีสติหรือความไม่ประมาทของสมาชิกแต่ละคน และการใช้ระบบกำกับ

10

Engagement for Quality

ความผูกพัน เป็นปรากฏการณ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ความผูกพันเป็นผลลัพธ์ของเหตุปัจจัยทั้งตัวบุคคลและสิ่งทีบุคคลนั้นผูกพันด้วย ความผูกพันระหว่างบุคลากรกับองค์กรเป็นผลลัพธ์ของปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรกับองค์กร มิใช่เป็นการด้วยความพยายามขององค์กรเพียงฝ่ายเดียว ความผูกพันของบุคลากรกับองค์กรต้องเกิดจากคนดีและองค์กรดี คนดีคือพัฒนาอุปนิสัยของตนเองและใช้ชีวิตบูรณาการ เพื่อให้เห็นคุณค่าของงานที่เชื่อมโยงกับเป้าหมายของชีวิต องค์กรดีคือใช้แนวคิดองค์กรที่ชีวิตกับทำความเข้าใจปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพัน

เช่นเดียวกัน ความผูกพันของผู้ป่วยต่อการดูแลตนเอง เป็นผลลัพธ์ของความพยายามของผู้ให้บริการกับการตอบสนองของผู้ป่วย

เมื่อปัจจัยบุคคลมีความสำคัญต่อความผูกพัน การพัฒนาอุปนิสัยของบุคคลแต่ละคนจึงเป็นสิ่งที่ควรได้รับความสำคัญ “7 อุปนิสัยสำหรับผู้ทรงอิทธิพลยิ่ง” เป็นข้อคิดและแนวทางที่จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีอุปนิสัยที่เอื้อต่อการมีความผูกพันกับสิ่งต่าง ๆ

เมื่อบุคลากรมีการพัฒนาอุปนิสัยที่ดีแล้ว จำเป็นต้องเข้าใจการเชื่อมโยงเป้าหมายชีวิตกับเป้าหมายของการทำงานด้วย แนวคิดเรื่องชีวิตบูรณาการจึงเป็นพื้นฐานสำคัญอีกเรื่องหนึ่งที่จะนำมาใช้ในการสร้างความผูกพันกับบุคลากร

มีการเปรียบเทียบองค์กรว่ามีสองลักษณะ คือองค์กรที่เป็นเครื่องจักรกับองค์กรที่มีชีวิต องค์กรที่เป็นเครื่องจักร มีลักษณะการสั่งการจากระดับบน เจ้าหน้าที่ ลูกน้องทำ, แบ่งงานแยกย่อยขาดความเชื่อมโยง, ออกแบบงานมาตรฐาน ในรายละเอียดทุกขั้นตอน, ประสิทธิภาพเกิดจากการควบคุมจากบนลงล่าง, งาน

ที่ทำให้ไม่มีคุณค่าหรือความหมายต่อชีวิต, ให้ทำงานโดยไม่ให้คิด ไม่ต้องรู้สึก, ทำสิ่งเดียว หน้าที่เดียวซ้ำๆ และทำเฉพาะงานของตนเอง องค์กรที่มีชีวิตมีความสามารถในการสร้างตัวเอง, เปลี่ยนแปลง วิวัฒนาการโดยตัวของมันเองอย่างเป็นธรรมชาติ มีความเชื่อว่าการกำหนดชีวิตของสมาชิกให้ดำเนินไปตามเป้าหมายเท่ากับเป็นการลดทอนความเป็นมนุษย์การควบคุมคือการพรากคนทำงานไปจากความมีชีวิตชีวา ด้วยลักษณะเช่นนี้ องค์กรที่มีชีวิตน่าจะสร้างความผูกพันกับบุคลากรได้ดีกว่า

ในเชิงธุรกิจ การสร้างความผูกพันของลูกค้ำคือการทำให้ลูกค้ำมีอารมณ์ผูกพันลึกซึ้งหรือหลงใหลกับแบรนด์ซึ่งเมื่อนำเรื่องความผูกพันมาใช้กับผู้ป่วยจะมีความหมายที่แตกต่างออกไป ความผูกพันกับผู้ป่วย เป็นเรื่องของ การให้ข้อมูล การรับฟังความพึงใจ การให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การเสริมพลังให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลและรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง

7 อุปนิสัยเพื่อสร้างชีวิตที่มีความสำเร็จและความสุข¹⁰

“อยากมีความสำเร็จและความสุขในชีวิต จงหาหนังสือชื่อ ‘7 อุปนิสัยสำหรับผู้ทรงประสิทธิภาพยิ่ง’ มาอ่านสิ.....” เป็นคำแนะนำที่ผมมักจะมอบให้เพื่อนฝูงและลูกศิษย์ลูกหาอยู่เสมอและได้ยืนยันมาว่าหน่วยงานและสถาบันหลายๆ แห่งก็แนะนำให้คนทำงาน/นักศึกษาอ่านหนังสือเล่มนี้

หนังสือชื่อ “7 อุปนิสัยสำหรับผู้ทรงประสิทธิภาพยิ่ง (The 7 Habits of Highly Effective People)” เล่มนี้เขียนโดยนักคิดนักการศึกษาและนักเขียนชาวอเมริกันอันเลื่องชื่อบริษัท สตีเฟน อาร์ โคเวีย์ (Stephen R. Covey) ซึ่งได้รับเชิญให้เดินทางไปบรรยายยังประเทศต่างๆ ทั่วโลก และล่วงลับตอนอายุใกล้ 80 ปี (เมื่อกลางปี 2555)

หนังสือเล่มนี้เริ่มตีพิมพ์มาตั้งแต่ปี 2532 มียอดขายมากกว่า 20 ล้านเล่ม และมีการแปลถึง 38 ภาษาทั่วโลก

สตีเฟน อาร์ โคเวีย์ ได้ค้นคว้าหลักคำสอนเกี่ยวกับความสำเร็จในชีวิตจากเอกสารนับพันๆ ชิ้นย้อนหลังไป 200 ปี สรุปออกมาว่าคนเราหากต้องการประสบความสำเร็จและความสุขในชีวิต ควรฝึกฝนอุปนิสัย 7 ประการ ได้แก่:

¹⁰ นพ.สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ ตีพิมพ์ใน หมอชาวบ้าน ฉบับเดือนมีนาคม 2557

1. **มีจิตสำนึกดี** อันนำไปสู่พลังที่สามารถรับผิดชอบต่อชีวิตของตนเอง (**be proactive**) ด้วยการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ (มุมมองหรือระบบคิด) ให้สมบูรณ์ ปลอดภัยจากอคติ ปลูกฝังมโนธรรม (ความรู้สึกผิดชอบชั่วดี) การรู้ตน การมีจินตนาการ และการมีจิตอิสระ เลือกทางชีวิตที่ถูกต้องให้ตนเอง

2. **เริ่มต้นด้วยจุดมุ่งหมายในใจ (begin with the end in mind)** หมายถึง การมีเป้าหมายชีวิตระยะยาว โดยผู้เขียนแนะนำว่าลองหาเวลาจินตนาการว่ากำลังไปร่วมงานศพของตนเอง แล้วอยากให้ผู้คนต่าง ๆ ทั้งญาติมิตร เจ้านาย ลูกน้อง เพื่อนร่วมงาน ครู ศิษย์ นักบวช คนรู้จักกล่าวชื่นชมเราอะไรบ้าง นั่นแหละคือเป้าหมายสูงสุดในชีวิตของเรา

เมื่อมีเป้าหมายชีวิตที่ชัดเจน เราก็จะดำเนินชีวิตอย่างมีทิศทางไม่เสียเวลาอยู่กับเป้าหมายระยะสั้นและความทะยานอยากเฉพาะหน้าไปวัน ๆ (เช่น การรวยเร็ว ดั่งเร็ว), แต่จะหาทางพัฒนาตนให้เกิดอุปนิสัย 7 ประการ เกิดสติปัญญาสมบูรณ์ และมุ่งช่วยเหลือรับใช้ผู้อื่น ก็จะพบกับความสุขที่แท้ - ความสุขสงบเย็นภายในจิตใจ

3. **เลือกทำสิ่งที่สำคัญก่อน (put first things first)** กิจกรรมในชีวิตประจำวันมี 4 ประเภท ได้แก่ **สำคัญ-เร่งด่วน** (เช่น เหตุฉุกเฉิน งานด่วนที่ถึงเส้นตายเดี๋ยวนี้), **สำคัญ-ไม่เร่งด่วน** (เช่น การพัฒนาตน การออกกำลังกาย), **ไม่สำคัญ-เร่งด่วน** (เช่น การรับโทรศัพท์ในเรื่องไร้สาระ), และ **ไม่สำคัญ-ไม่เร่งด่วน** (เช่น การดูละครน้ำเน่า การพูดคุยหรือการเล่นที่ไร้สาระ) อย่าได้เสียเวลากับสิ่งที่ไม่สำคัญ แต่ควรให้เวลากับสิ่งที่สำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสิ่งที่สำคัญ-ไม่เร่งด่วน ให้มากที่สุด เช่น การพัฒนาตนการดูแลสุขภาพตนเอง ก็จะช่วยให้เรามีความเข้มแข็งและมีภูมิคุ้มกันรวมทั้งมีความพร้อมในด้านต่าง ๆ ก็จะลดสิ่งที่ไม่สำคัญ-เร่งด่วนลง เช่น เหตุฉุกเฉิน การเจ็บป่วยฉุกเฉิน

4. **คิดแบบชนะ-ชนะ (think win - win)** ในการเกี่ยวข้องกับผู้คนต่าง ๆ ควรให้สมประโยชน์กันทั้งเรากับเขา หลีกเลี่ยงการทำให้คนหนึ่งได้ อีกคนหนึ่งเสีย

5. **เข้าใจผู้อื่นก่อน แล้วจึงให้ผู้อื่นเข้าใจเรา (seek first to understand, then to be understood)** การเข้าใจคนอื่นแบบเอาใจเขามาใส่ใจเราย่อมช่วยให้เกิดความสัมพันธ์และความเชื่อใจจากเขา และมีปฏิสัมพันธ์ที่เหมาะสมกับเขา

6. **เสริมจุดแข็งของกันและกัน (synergize)** นำจุดแข็งของทั้งเขาและเรามาเสริมกัน ย่อมเกิดพลังในการขับเคลื่อนสิ่งต่าง ๆ ให้ได้ผลดี

7. ฝึกฝนตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์/สังคม และปัญญา ประคองลับคมเลื่อย (sharpen the saw) เช่น การบริหารกาย บริหารจิต การเรียนรู้ (ผู้เขียนแนะนำให้หมั่นเรียนรู้ด้วยการอ่านหนังสือให้มาก ๆ) เหล่านี้ เป็นพื้นฐานให้เกิดพลังชีวิตและภูมิคุ้มกันชีวิต ให้มีสุขภาพะอันสมบูรณ์

อุปนิสัยข้อที่ 1-3 ช่วยให้เราเปลี่ยนจากการพึ่งพาผู้อื่น (dependence) มาพึ่งพาตนเองหรือเป็นอิสระแก่ตน (independence) เรียกว่า “การชนะตนเอง (private victory)”

อุปนิสัยข้อที่ 4-6 ช่วยให้เราปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับคนอื่น อยู่ร่วมกับคนอื่น ทั้งในครอบครัว ที่ทำงาน และในสังคมได้อย่างราบรื่นและเป็นสุข เรียกว่า “ชนะใจคนอื่น (public victory)”

ส่วนอุปนิสัยข้อที่ 7 มีความสำคัญยิ่งยวดที่สุดเพราะเป็นพื้นฐานให้อุปนิสัยข้อที่ 1-7 ก่อตัวและเติบโตแข็งแรงยิ่ง ๆ ขึ้นได้ หากขาดการฝึกฝนตนเองทุกด้านอุปนิสัยข้ออื่น ๆ ย่อมเกิดได้ยากหรือไม่แข็งแรง

เพื่อให้จำง่าย ผมได้ผูกอุปนิสัย 7 ประการนี้เป็นคำคล้องจองดังนี้ “ปลูกจิตสำนึกดี มีเป้าหมายชีวิต คิดลำดับก่อนหลัง ทั้งคู่ต่างชนะร่วมกันหันมาเข้าใจเขาก่อน อ่อนแข็งเสริมแรงกัน สรรค์สร้างพลังสี่”

หากสนใจอ่านหนังสือเล่มนี้ อย่าลืมทำตามเคล็ดที่ผู้เขียนแนะนำ คือ เมื่ออ่านจบแต่ละบท ขอให้นำเนื้อหาที่เรียนรู้ไปพูดคุยกับคนอื่น เช่น คนในบ้าน วงเพื่อนฝูง ก็จะช่วยให้เข้าใจและซาบซึ้งกับหลักคำสอนได้ลึก คมชัด จำได้แม่นยำ และลงมือปฏิบัติ

ชีวิตบูรณาการ¹¹

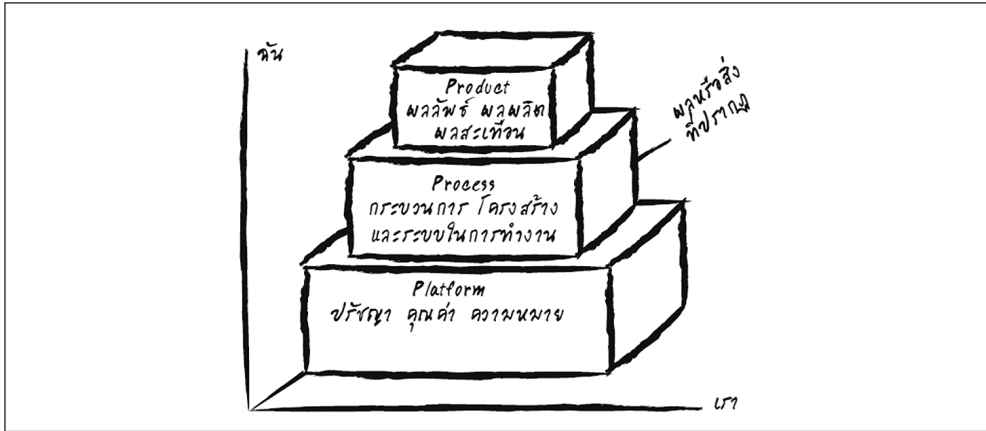
บูรณาการเป็นกระบวนการของชีวิตสิ่งมีชีวิตบูรณาการตนเองเสมอประสาน เชื่อมโยงตนเองกับโลกภายนอกอย่างต่อเนื่องเป็นพลวัต

เมื่อเราแยกงานออกจากชีวิต ทำงานโดยมุ่งที่ผลของงานเพียงอย่างเดียว ประเมินผลงานแต่ไม่ประเมินผลชีวิต งานอาจประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่

¹¹ ชัยวัฒน์ ธีระพันธุ์ สุภาพ สิริบรรสพ และกรรณจรียา สุขรุ่ง. เมล็ดพันธุ์ชีวิตบูรณาการ : คู่มือเรียนรู้และทดลองปฏิบัติการบูรณาการแบบระบบที่มีชีวิต เพื่อสร้างเสริมสุขภาพะในสังคม. สนับสนุนโดย สสส., 2555.

ตั้งไว้ ทว่าชีวิตล้มระเนระนาด สุขภาพโทรม ครอบครัวขาดความสามัคคีกัน เพื่อนร่วมงานร้ายฉาน

เมื่อเราต้องการทำงานแบบบูรณาการที่มีชีวิต เราต้องเห็นความเป็นมนุษย์ในเรื่องราวและการทำงานที่เกี่ยวข้องกันทั้งหมด คือเห็นตัวเรา ทีมงาน ชุมชนที่เราทำงานด้วย และประสานประโยชน์ทุกอย่างให้สอดคล้องเป็นเนื้อเดียวกัน เข้าทำนอง “งานเกิดผล คนเป็นสุข”



ภาพที่ 10.1 โมเดล 3 มิติ 3 ระดับ สำหรับชีวิตบูรณาการ

โมเดล 3 มิติ 3 ระดับ น่าจะเป็นเครื่องมือหนึ่งที่จะช่วยวางแผนและประเมินผลการทำงานของเราให้รอบด้าน 3 มิติที่เกี่ยวข้องกับงาน คือ (1) มิติแห่งตัวฉัน (2) ทีม เครื่องมือที่ทำงานร่วมกัน รวมถึงชุมชนที่เราทำงานด้วย (3) เนื้องาน วิสัยทัศน์ เป้าหมาย ผลลัพธ์ ผลผลิต ของงานนั้นๆ

ในแง่ของระดับ เป็นการมองเห็นสิ่งต่างๆ ว่ามีที่ไปที่ไปโดยเริ่มจากระดับพื้นฐานเหมือนงานฐานรากของบ้านและต่อเติมขึ้นไปจนเป็นรูปร่างตัวบ้านในท้ายที่สุด

(1) ระดับพื้นฐาน ปรัชญา คุณค่า ความหมาย ก่อนจะทำงานอะไร ควรสำรวจดูปรัชญาพื้นฐานของงานนั้นเสียก่อน เพื่อให้เข้าใจหลักการของงานและทำงานอย่างสร้างสรรค์ รวมถึงพิจารณาด้วยว่าปรัชญาของงานสอดคล้องกับปรัชญาชีวิตของเราและของทีมหรือไม่ เรื่องที่เราทำมีคุณค่าความหมายกับทีม เครื่องมือ และชุมชนของเราอย่างไร สอดคล้องกับคุณค่าความหมายที่ทีมยึดถือหรือไม่

(2) **ระดับที่สอง กระบวนการและโครงสร้าง** เป็นสิ่งที่ต่อยอด ยืนอยู่บนฐานของปรัชญาคุณค่าที่เราวางไว้ เป็นการพิจารณาว่างานที่ทำนั้นจะมีกระบวนการ โครงสร้าง กฎกติกาอะไรที่สอดคล้องกับปรัชญาของงาน และสอดคล้องกับคุณค่าความหมายชีวิตของเราและชุมชนอย่างไร กระบวนการทำงานของฉันทันเป็นกระบวนการเรียนรู้บูรณาการหรือไม่

(3) **ระดับที่สาม ดอกผลที่เกิดขึ้น ผลลัพธ์ที่ฉันทันต้องการจากการทำงาน** นี้คืออะไร? ผลลัพธ์ที่ทีมงานและชุมชนต้องการร่วมกันคืออะไร?

โมเดล 3 มิติ 3 ระดับช่วยให้เราคิด วางแผน และประเมินผลงานอย่างรอบด้าน ช่วยให้เราประเมินผลที่กว้างกว่าผลของงาน แต่ประเมินผลที่เกิดขึ้นกับคนทำงาน ทีมงาน และชุมชนด้วย ซึ่งจะเป็นตัววัดที่แท้จริงว่าเราบูรณาการกันได้ดีหรือไม่

เมื่อบูรณาการหมายถึงความมอกลงมาเติบโต สิ่งที่เราจะใช้วัดผลของทิศทางการบูรณาการว่ามาถูกทางหรือไม่ อาจจะวัดที่ความเจริญงอกงามของคนทำงาน และงานที่ทำว่าผลิตดอกออกผลในเชิงงอกงาม พัฒนาการดีขึ้นกว่าก่อนหรือไม่ เราพัฒนาความรู้ความเข้าใจในงานและชีวิตมากขึ้นหรือไม่ เก่งขึ้นดีขึ้นหรือไม่ แก้ปัญหาได้ดีขึ้น เร็ว และมีประสิทธิภาพมากขึ้นไหม รับมือกับปัญหาใหม่ๆ ได้ดีขึ้นหรือเปล่า? เราได้เพื่อน รู้จักคนมากขึ้นหรือไม่ ความสัมพันธ์ที่เรามีอยู่เดิมกับเพื่อนๆ คนทำงานแน่นแฟ้นขึ้นหรือเปล่า? เรารู้สึกเต็มกับชีวิตมากขึ้นหรือไม่?

แนวคิด “ชีวิตบูรณาการ” จะทำให้เห็นแนวทางการเชื่อมต่อกับคุณค่าของงานกับความหมายของชีวิต ยิ่งทำงานมากยิ่งรู้สึกเต็มกับชีวิตมาก สามารถรับมือกับความไม่สมหวังต่าง ๆ ได้ด้วยเห็นคุณค่าอื่นที่สูงกว่า

องค์กรที่มีชีวิต¹²

ชีวิตอาจมีความหมายถึง (1) อุบัติการณ์โดยบังเอิญของปฏิกิริยาทางเคมีเมื่อหลายล้านปีก่อน (2) เครือข่ายระบบที่ซับซ้อน เรียนรู้และปรับตัวได้, (3) การรวมตัวของรูปและนาม กายและจิต ระบบที่มีชีวิต (living systems) เป็นระบบเปิด ซึ่งจัดการตนเอง (open, self-organizing systems) มีลักษณะพิเศษของชีวิตและ

¹² สรุปลงมาจาก Margaret J. Wheatley: Leadership and the New Science แปลโดย เพชรรัตน์ พงษ์เจริญสุข, วิชิต เปาณิล, รัชดา อิศระเสนารักษ์ และเอกสารการบรรยายของ นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์

มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม โดยการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและสสาร-พลังงาน, ระบบที่มีชีวิตจะประมวลผลข้อมูลข่าวสารมากกว่าระบบที่ไม่มีชีวิต (ยกเว้นคอมพิวเตอร์)

องค์กรที่มีชีวิต มีพลังแห่งการเรียนรู้ เติบโตและเคลื่อนไหว เพื่อไปสู่เป้าหมายร่วมกันที่ปัจเจกสมาชิกไม่สามารถบรรลุได้ลำพัง

องค์กรเป็นระบบเปิด ระบบเปิดใช้ความไม่สมดุลเพื่อหลีกเลี่ยงความเสถียร ความไม่สมดุลเป็นเงื่อนไขที่จำเป็นสำหรับการเจริญเติบโตของระบบจากการที่ต้องเผชิญกับระดับของสิ่งก่อกวนที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ระบบเหล่านี้ต้องมีความสามารถที่จะรับรู้ตัวตนของมันเองและรับมือกับข้อมูลใหม่ๆ ระบบเหล่านี้จะสามารถปรับตัวและยืดหยุ่นมากกว่าที่จะคงรูปและมีเสถียรภาพ องค์กรที่เป็นระบบเปิดมองสิ่งแวดล้อมเหมือนแหล่งของความวุ่นวายและความเปลี่ยนแปลง ดันร่นต่อสู้กับสิ่งแวดล้อม กันตัวเราให้ห่างออกจากสิ่งแวดล้อมเพื่อรักษาเสถียรภาพที่เราเคยมีเกิดความตึงเครียดระหว่างเสถียรภาพและการเปิดรับที่เล่นชกเย่อกัน

องค์กรที่จัดการตนเอง มีลักษณะไม่ยึดติดกับโครงสร้างแบบถาวร, ละทิ้งความเข้มงวดทั้งกายภาพและจิตวิทยาเพื่อรองรับกระบวนการทำงานที่ปรับเปลี่ยนได้ง่ายขึ้น, สร้างทีมงานชั่วคราวมาจัดการกับความต้องการแบบพิเศษซึ่งเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา, จัดวางบทบาทหน้าที่ต่างๆ อย่างง่ายๆ ให้มีการจำแนกประเภทเหลือน้อยที่สุด, รื้อผนังห้องและสร้างที่ทำงานใหม่ ที่ซึ่งพนักงาน ความคิด และข้อมูล สามารถไหลไปมาได้อย่างอิสระเสรี องค์กรที่จัดการตนเองทำงานกับแรงบันดาลใจและการรับรู้เรียนรู้ของสมาชิก ใส่ตัวกวนที่มีความหมายกับสมาชิก ให้สมาชิกนำข้อมูลที่มีอยู่มาหล่อหลอมเป็นปัญญา

แผนผังองค์กร แผนผังองค์กรดั้งเดิมมีเส้นที่เชื่อมต่อกล่องอันมีเส้นล้อมรอบที่แน่นอน คิดให้ก้าวหน้าขึ้น เส้นเหล่านี้คือช่องทางให้พลังงานมาพบกันเพื่อสร้างสรรค์สิ่งใหม่ คิดให้ก้าวหน้าต่อไปคุณจะเป็นใครก็แล้วแต่ว่าคุณพบกับใคร แต่ละคนมีความสามารถในการสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่แตกต่างขึ้น องค์กรเป็นศูนย์ประสานการปฏิสัมพันธ์และการแลกเปลี่ยนพลังงาน ทั้งองค์กรมีความสามารถในการช่วยให้พลังงานสิ้นไหลได้สะดวก

พื้นที่ว่างไม่ได้ว่างเปล่า พื้นที่ว่างในโลกควอนตัมไม่ใช่สิ่งว่างเปล่าที่อ้างว้าง เต็มไปด้วยสนามที่มองไม่เห็นซึ่งสังเกตเห็นผลของมันได้ องค์กรที่มีชีวิต

จะมีมุมมองว่าวัฒนธรรม ค่านิยม วิสัยทัศน์ จริยธรรม เป็นสนามพลังในองค์กร เราควรมั่นใจและตระหนักในความสำคัญแห่งอิทธิพลของสนามที่เรามองไม่เห็น

การสื่อสาร การสื่อสารผ่านเครือข่ายที่ไม่เป็นทางการ จะให้ข้อมูลที่มีความหมายกับผู้คนในชุมชนแห่งการปฏิบัติ มีการกระจายข้อมูลอย่างรวดเร็วในเครือข่ายต่างๆ หมุนเวียนในวงจรป้อนกลับ ทำให้เข้มข้นและขยายใหญ่ขึ้น

ศักยภาพของข้อมูล ถ้าข้อมูลเคลื่อนที่ได้อย่างอิสระ จะไปพบกับผู้เฝ้าสังเกตมากมายซึ่งมีปฏิสัมพันธ์กับข้อมูลแต่ละคนจะตีความกันไปต่างๆ ตอบสนองในรูปแบบที่แตกต่างกันทำให้เกิดความสมบูรณ์อย่างแท้จริงในการสังเกต องค์กรที่รุ่มรวยด้วยความหลากหลายของการตีความข้อมูลจะพัฒนาการรับรู้ที่ชาญฉลาดยิ่งขึ้น อุดมด้วยปัญญา และตัดสินใจด้วยความชาญฉลาด

วางเป้าหมายของตนเอง ให้ความสนใจกับชีวิตและการจัดการตนเอง ส่งเสริมศักดิ์ศรีของแต่ละบุคคล ไม่ต้องสูญเสียความเป็นตัวของตัวเองให้กับเป้าหมายขององค์กร

บริหารเพื่อเพิ่มคุณค่าของบุคลากร ให้ความสำคัญต่อความรู้สึกถึงความจำเป็นชุมชนว่ามีความสำคัญต่อการอยู่รอด พัฒนาจิตตปัญญาให้เป็นจิตที่ตื่นรู้ เบิกบาน เป็นจิตใหญ่ ไม่คับแคบ

พัฒนาและเรียนรู้ร่วมกัน เชื่อว่ามนุษย์ยังคงงาม ดีงาม มีความปรารถนาที่จะพัฒนาตัวเองอยู่ตลอดเวลา ไม่ใช้การตำหนิ การกล่าวโทษ และการลงโทษเป็นตัวผลักดัน ใช้การสืบค้นด้านบวก สร้างความร่วมมือเพื่อบรรลุภารกิจ เติมเต็มความบกพร่องของปัจเจกด้วยความหลากหลาย ทำงานอย่างไร้พรมแดนเพื่อเติมเต็มในพื้นที่ไร้รอยต่อ ร่วมกันหาทางพัฒนาและเรียนรู้ร่วมกันเพื่อให้ได้มาซึ่งเป้าหมายที่ตกลงร่วมกัน

แนวคิด “องค์กรที่มีชีวิต” จะช่วยสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างความผูกพันของบุคลากรกับองค์กร โดยส่งเสริมการพัฒนาด้านจิตตปัญญาของบุคลากรทั้งองค์กร ส่งเสริมการพัฒนาและใช้ศักยภาพของสมาชิก โดยฝากรอบความคิดด้านบริหารจัดการที่เริ่มตีบตัน

ความผูกพันของบุคลากรต่อองค์กร (employee engagement) เป็นความรู้สึกของผู้ปฏิบัติงานที่แสดงตนเป็นอันหนึ่งอันเดียวกับองค์กร มีจุดมุ่งหมายร่วมกันในฐานะสมาชิกขององค์กร โดยมีความตั้งใจที่จะอยู่กับองค์กร และเต็มใจที่จะทุ่มเทกำลังกาย กำลังใจ เพื่อปฏิบัติงานภารกิจขององค์กรให้สำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ

พัฒนาการของเรื่องนี้เริ่มด้วยการจัดการกับความเครียดจากการทำงานของบุคลากร มาสู่การส่งเสริมให้เกิดความอยู่ดีมีสุข (well-being) ของบุคลากร ความอยู่ดีมีสุข (well-being) ส่งผลให้บุคลากรมีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญขององค์กร (belonging) จนอยากทุ่มเทกายใจที่จะทำงานให้กับองค์กรอย่างเต็มที่ (do the best) บางท่านให้ความหมายของความอยู่ดีมีสุข รวมไปถึงภาวะที่บุคลากรสามารถพัฒนาศักยภาพของตนเอง ทำงานอย่างได้ผลและสร้างสรรค์ มีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้นรอบข้าง และสร้างคุณค่าให้กับสังคม

การที่เกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาตินำเรื่อง employee engagement & customer engagement เข้าไปบรรจุอยู่ในกระบวนการพัฒนาคุณภาพขององค์กร ทำให้เป็นแรงขับเคลื่อนที่ดี เรื่องนี้เป็นเรื่องที่มีมาตั้งแต่ปี 1964 โดย Miles เป็นคนพูดเรื่องนี้ จนกระทั่งบริษัทที่ปรึกษาแทนที่จะใช้คำว่า commitment ซึ่งในทางจิตวิทยาใช้อยู่ พอมาเป็นงานของภาคเอกชนก็เปลี่ยนมาใช้เป็น engagement แทน การวัด employee engagement มีความสำคัญมากต่อการวางแผนพัฒนาบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ในองค์กร ซึ่งจะสร้างความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น มีหลักฐานบางอย่างที่ชัดเจน บางทีอาจจะรู้อยู่ว่ามันเป็นปัญหา ก็เหมือนเดา แต่ว่าตัวนี้คือวิทยาศาสตร์ มีการไปศึกษา มีกลุ่มตัวอย่าง เป็นในเชิงของการวิจัยขึ้นมาเพื่อรองรับความรู้สึกตรงนั้น หรือผลออกมาแล้วบอกได้ชัดว่ามันไม่ใช่กับทุกกลุ่มนะที่คิดอย่างนั้น ก็ย้อนกลับไปพูดถึงความหลากหลายของคนในองค์กร engagement ก็สามารถตอบได้ชัดเจนมากขึ้นด้วย ลงลึกไปถึงว่ากลุ่มคนแตกต่างกันนะ อะไรที่เป็นปัจจัยที่ทำให้คนผูกพัน

¹³ สรุปความจากคำสัมภาษณ์ของ รศ.ดร.จิรประภา อัครบวร ดีพีเอ็มพีใน HR Corner Issue 1 July September 2010 (ฉบับปฐมฤกษ์) หน้า 15-21 และเอกสารโครงการ Emo-meter

ความเข้าใจผิดในการใช้เครื่องมือวัด employee engagement ก็มีอยู่เยอะ เช่น มาแข่งกันที่ตัวคะแนน engagement ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง การที่ได้ค่าคะแนนของ engagement มาต้องมาดูว่าอะไร บังคับตัวไหนที่ส่งผลให้ engagement ในแต่ละกลุ่มสูงขึ้น หรือน้อยลง แล้วถามว่า HR เองได้นำผลตัวนี้มาบริหารจัดการอะไรหรือไม่ เมื่อบริหารจัดการไปแล้วปีต่อไปมาวัดดูใหม่สิ ปรากฏว่าเป็นอย่างไร ค่าคะแนนตรงนี้ดีขึ้นแค่ไหน อย่างไร มันเป็นเรื่องที่ต้องทำอย่างต่อเนื่อง กลายเป็นกระบวนการที่มีการพัฒนาอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ด้วยการใช้เครื่องมือตรงนี้ เราจะมีเหตุมีผลในการที่จะพัฒนา หลักการจริงๆ แล้วควรจะไปดูว่าในแต่ละปีมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร และต้องถามด้วยว่าเราได้ทำอะไรต่อไปอีก มันเป็นเรื่องที่ดีมากๆ เพียงแต่การนำไปใช้ต้องไม่หลงทางไปดูที่คะแนนรวมเท่านั้น แต่น่าจะให้ความสำคัญที่ตัวปัจจัย

แรงจูงใจจะมีความหลากหลายในแต่ละกลุ่มคน ไม่ได้เหมือนกันหมด แต่ละ generation แต่ละ professional อาจจะต่างกันอีก เพราะฉะนั้นถ้า HR รู้เรื่องนี้และรู้จักใช้เครื่องมือนี้ก็จะดีมาก ๆ

ใครที่ใช้ employee satisfactions ธรรมดา หากความพึงพอใจอันตรายนมาก เพราะ employee satisfactions survey อาจทำให้เกิดการบริหารที่ผิดพลาดก็ได้ เวลาเราไปถามกลุ่มตัวอย่างอาจจะรวมถึงกลุ่มคนที่เราไม่พึงประสงค์ให้เขาพอใจกับองค์กรของเรามากนัก เราอยากให้เขารับไปจากองค์กร แต่ที่เราไปถามเขาเข้ามา ข้อมูลที่ได้รับก็จะเบี่ยงเบนไปได้ เช่น พึงพอใจเรื่องสวัสดิการเงินเดือนน้อยที่สุดก็ไปจัดการเพิ่มเงินเดือนสวัสดิการ แต่กลายเป็นทำให้ไปตอบสนองกลุ่มคนที่ไม่ได้รับผูกพันกับองค์กรหรือทุ่มเทให้องค์กรมากนักไป กลายเป็นตอบสนองกับคนผิดกลุ่มก็ได้

การใช้ employee engagement เพื่อรักษากลุ่ม talent เป็นสิ่งที่สามารถทำได้ เพราะตัวเครื่องมือสามารถเจาะเข้าไปยังกลุ่มที่มีความหลากหลาย ทำให้เราเกิดความเข้าใจว่ากลุ่มคนตรงนั้นต้องการอะไร มีปัจจัยตัวหนึ่งซึ่งเราอาจจะไม่ค่อยได้เจอในกลุ่มอื่น คือ flexibility สูง มีความยืดหยุ่นในการทำงานสูง ขอบอิสระในการทำงาน

การที่จะทำให้เกิดผลการปฏิบัติงานที่ดีไม่ได้ขึ้นกับ engagement เพียงอย่างเดียว ถ้าไปดูโมเดล 3C เรื่องการพัฒนาบุคลากรของ Dave Ulrich การจะเกิดผลการปฏิบัติงานที่ดี หนึ่งจะต้องมี competence คือมี competency มีความ

รู้ทักษะพอที่จะทำงาน สองคือ commitment หรือ engagement ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้คนแสดงศักยภาพที่มีอยู่ในตัวให้ออกมาอย่างเต็มที่ สามคือ contribution คือ environment ขององค์กร

คนที่ทำงาน HR ควรมองเห็นภาพของ goal หรือ output outcome คือให้ไปถึง result ก่อนว่าสิ่งที่คุณอยากจะได้จริงๆ คืออะไร แล้วจึงค่อยย้อนกลับมาว่าคุณควรจะทำอะไรบ้าง อย่าคิดแบบ input ที่อยากทำนั้นอยากทำนี้แต่ไม่ได้คิดถึงผลลัพธ์ว่าต้องการอะไร ผลลัพธ์ต้อง balance ความสำเร็จขององค์กรกับบุคลากรในองค์กร

โครงการพัฒนา Emo-meter ซึ่งเป็นเครื่องมือวินิจฉัยองค์กรระดับตัวบุคคล เพื่อสะท้อนความอยู่ดีมีสุข ที่ส่งผลให้บุคลากรมีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรและทุ่มเทกายใจที่จะทำให้ให้องค์กรอย่างเต็มที่ ได้กำหนดปัจจัยที่เป็นตัวแปรอิสระ 3 กลุ่ม คือปัจจัยบุคคล (personal factors) ปัจจัยการสนับสนุนขององค์กร (organization support factors) และปัจจัยวัฒนธรรมในที่ทำงาน (workplace culture factors)

ได้มีการศึกษาในบุคลากรของระบบบริการสุขภาพเพื่อเลือกปัจจัยที่เหมาะสม ในส่วนปัจจัยสนับสนุนขององค์กรนั้นได้เลือกมา 14 ปัจจัย เป็น hygiene factor 7 ปัจจัย และ motivator 7 ปัจจัย ปัจจัยที่เป็น hygiene factor ได้แก่ relationship with supervisor, relationship with colleague, job security, compensation, benefit, work environment, work-life balance ปัจจัยที่เป็น motivator ได้แก่ clear accountability (empowerment), internal communication, challenge work, development opportunity, career growth, respect from others, corporate image

ด้วยเครื่องมือวินิจฉัยที่มีความชัดเจนดังกล่าว จะนำไปสู่การสนทนากลุ่มในประเด็นเฉพาะ และทำให้ผู้บริหารทราบว่าต้องปรับปรุงระบบงานขององค์กรอย่างไร เพื่อให้สอดคล้องกับความคาดหวังของบุคลากรแต่ละกลุ่ม

ในทางการตลาด การสร้างให้ลูกค้ามีความผูกพันลึกซึ้งกับแบรนด์ คือ การพยายามสร้างให้เกิด customer engagement (CE) ซึ่งเป็นระดับสูงสุดที่ลูกค้าจะเกิดความผูกพันทางด้านอารมณ์ (emotional attachment) มีความรักในแบรนด์นั้น มีความรู้สึกเป็นเจ้าของกับแบรนด์ และมีแนวโน้มที่จะใช้ต่อไปในอนาคตจนชั่วชีวิตและหาลูกค้าเพิ่มให้โดยความเต็มใจ

มีผลงานวิจัยทางการตลาดพบว่า การทำให้สินค้าเกิดความแตกต่าง (differentiation) ที่นักการตลาดชอบย้านักย้านั้นมิใช่สาเหตุหลักในการซื้อสินค้า เหตุผลแรกที่ผู้บริโภคเลือกแบรนด์ของสินค้ากลับกลายเป็นความเกี่ยวข้องและความผูกพันกับแบรนด์นั้นต่างหาก

การพัฒนาให้ลูกค้าเกิดความผูกพันกับแบรนด์จะต้องเริ่มจากการพัฒนาสัมพันธภาพกับลูกค้าผ่านหลายๆ ระดับด้วยกัน

ในขั้นแรก คือการสร้างให้ลูกค้าเกิดความมั่นใจ (confidence) ในระดับนี้ลูกค้ามีความไว้วางใจและเชื่อถือในตัวบริษัท เพราะบริษัทได้ทำตามสัญญาที่ให้ไว้ซึ่งเกิดจากการที่บริษัทสามารถทำได้จริงตามที่สื่อสารไว้กับลูกค้า

ระดับต่อมาคือ การสร้างให้เกิดความซื่อสัตย์และความจริงใจ (integrity) ลูกค้ารู้สึกได้ว่าบริษัทมีความจริงใจ มีความเป็นธรรมและสามารถติดตามแก้ไขปัญหาต่างๆ ให้กับลูกค้าได้อย่างน่าประทับใจ

ระดับที่ลูกค้าเกิดความภาคภูมิใจ (pride) เป็นระดับที่สำคัญในลำดับต่อมา เพราะเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงความภูมิใจที่ได้ใช้สินค้า แบรนด์ที่ใช้ได้สะท้อนความเป็นตัวตนของลูกค้า รู้สึกดีที่ได้ใช้และอดไม่ได้ที่จะบอกบุคคลรอบข้างถึงความภาคภูมิใจที่ได้ใช้สินค้านี้

แต่สุดยอดของการสร้างให้ลูกค้ามีความผูกพันลึกซึ้งกับแบรนด์ คือ การพัฒนาให้ลูกค้าเกิดความหลงใหล (passion) เห็นเสน่ห์ของการใช้แบรนด์ของเรา ลูกค้ารู้สึกว่าไม่มีอะไรจะสามารถมาแทนที่แบรนด์ของเราได้ จุดนี้คือจุดที่ลูกค้าสามารถบอกกับเราได้ว่า they love us

การพัฒนาให้ลูกค้ารู้สึกได้ถึง passion ในแบรนด์ได้ ต้องอาศัยการบูรณาการกลยุทธ์ที่เน้นการพัฒนาสัมพันธภาพกับลูกค้าหลายๆ อย่าง ทั้งการพัฒนา

¹⁴ ดร.วิเลิศ ภูริวัชร หนังสือพิมพ์กรุงเทพธุรกิจ 5 กุมภาพันธ์ 2555, หน้า 6

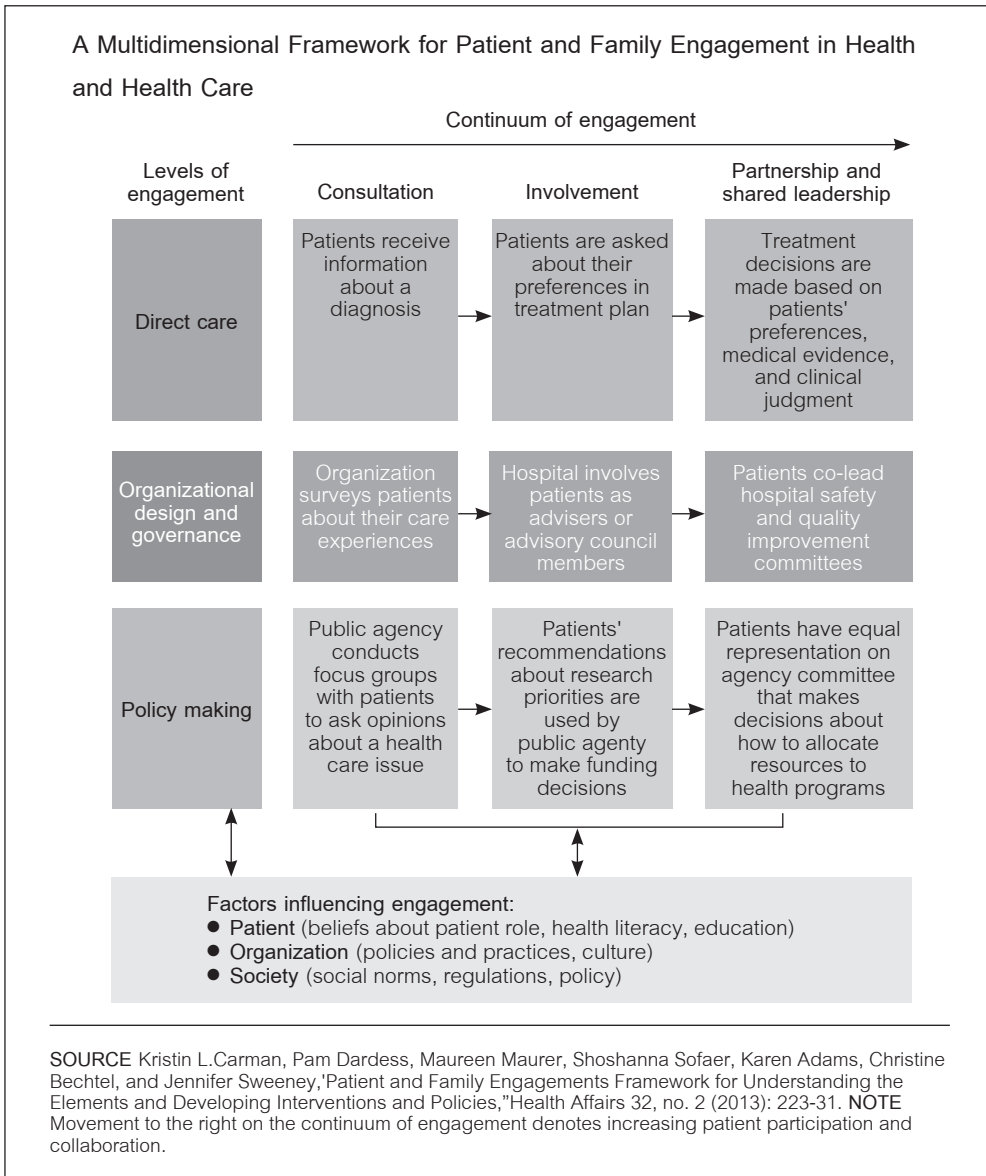
สัมพันธ์ภาพกับลูกค้าสำหรับลูกค้าแต่ละกลุ่ม ให้ได้รับการปฏิบัติอย่างน่าประทับใจ และการสร้างประสบการณ์ทางบวกให้กับลูกค้า

ในชีวิตจริงของคนเรา ถ้าเราเห็น passion ในสิ่งที่ทำ ท่านก็จะทำจากใจ ทำได้อย่างหามรุ่งหามค่ำได้อย่างไม่เหน็ดเหนื่อย มีความสุขที่ทำ ถ้าท่านเห็น passion ในชีวิต เห็นเสน่ห์ของการใช้ชีวิต ชีวิตนี้ก็มีสีสัน และเต็มเปี่ยมไปด้วยความสุข

Patient Engagement¹⁵

ผู้ป่วยที่มีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในสุขภาพและการดูแลสุขภาพของตนเอง มีแนวโน้มที่จะเกิดผลลัพธ์ที่ดีกว่า และอาจจะส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายน้อยกว่า “patient activation” หมายถึงความรู้ ทักษะ ความสามารถ และความเต็มใจของผู้ป่วยที่จะจัดการดูแลสุขภาพของตนเอง “patient engagement” เป็นแนวคิดที่กว้างขึ้น เป็นการผสมผสาน patient activation กับ intervention ที่ถูกออกแบบเพื่อยกระดับ activation และส่งเสริมพฤติกรรมเชิงบวกของผู้ป่วย

¹⁵ “Health Policy Brief: Patient Engagement,” *Health Affairs*, February 14, 2013.



ภาพที่ 10.2 Patient Engagement Framework

Patient engagement อาจพิจารณาได้เป็นสามระดับคือ ระดับการดูแลผู้ป่วย ระดับองค์กร และระดับนโยบาย (ภาพที่ 10.2)

ระดับการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยและให้ข้อมูลความพึงใจ (preference) เกี่ยวกับการรักษา Engagement ในรูปแบบนี้

เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ให้บริการตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลวิชาการ ความต้องการของผู้ป่วย และการใช้ดุลยพินิจทางคลินิก

ระดับการออกแบบและกำกับดูแลองค์กร มีการออกไปรับรู้ข้อมูลจากผู้บริโภคเพื่อให้มั่นใจว่าสถานพยาบาลจะตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยมากเท่าที่จะเป็นไปได้

ระดับการกำหนดนโยบาย ผู้บริโภค ชุมชน สังคม มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับนโยบาย กฎระเบียบด้านสาธารณสุขและบริการสุขภาพ

การตัดสินใจร่วมกัน (shared decision making) ซึ่งเป็นความก้าวหน้าที่สุดของ patient engagement คือการที่ผู้ป่วยและผู้ให้บริการร่วมกันพิจารณาสถานะของผู้ป่วย ทางเลือกในการรักษา หลักฐานทางการแพทย์ ประโยชน์และความเสี่ยงของวิธีการรักษา ความพึงใจของผู้ป่วย มาสู่การจัดทำแผนการรักษา และปฏิบัติตามแผนการรักษา กลยุทธ์นี้มักจะใช้กับผู้ป่วยซึ่งมีสถานะการเจ็บป่วยหรือทางเลือกในการรักษาที่ต้องพิจารณาความพึงใจของผู้ป่วย (preference-sensitive) กล่าวคือผู้ป่วยอาจจะเลือกหรือไม่เลือกการรักษาอย่างใดอย่างหนึ่งขึ้นกับความรู้สึกเกี่ยวกับความเสี่ยงและประโยชน์ที่จะได้รับ ความสามารถที่จะอยู่กับสถานะการเจ็บป่วย หรือปัจจัยอื่นๆ

องค์ประกอบที่สำคัญของการตัดสินใจร่วมกันได้แก่ (1) ผู้ให้บริการและผู้ป่วยต้องตระหนักว่าจำเป็นต้องมีการตัดสินใจ (2) จะต้องมียุทธศาสตร์ที่ดีที่สุดอยู่ในมือและสร้างความเข้าใจ (3) จะต้องนำความพึงใจของผู้ป่วยมาพิจารณาในการตัดสินใจ

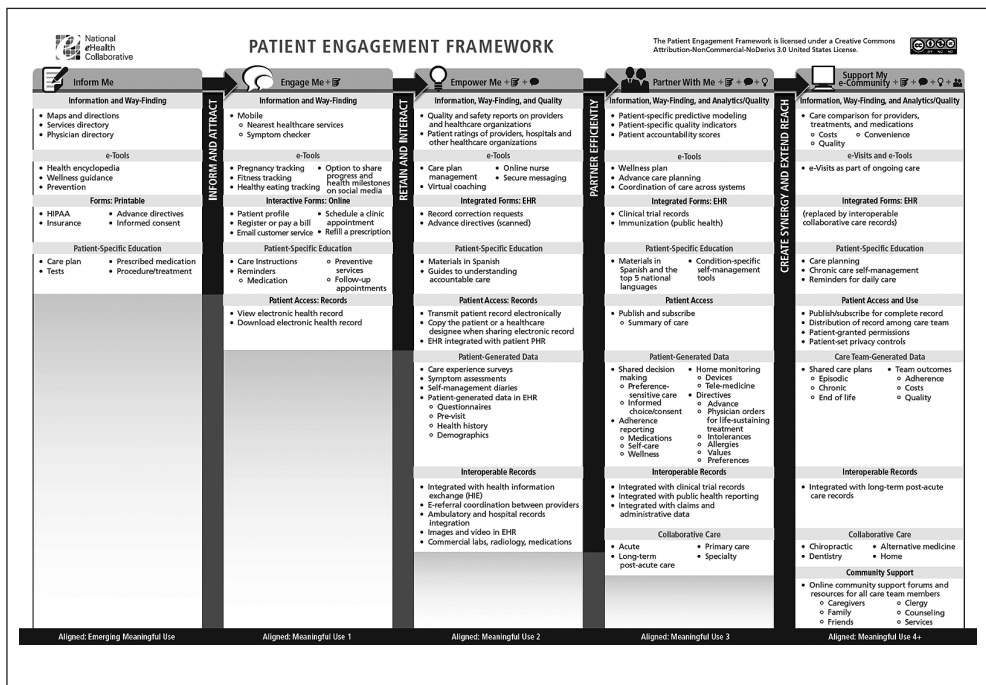
วิธีการในการตัดสินใจร่วมกันมีได้หลายวิธี กระบวนการที่ใช้ทั่วไปคือมีสื่อช่วยตัดสินใจ (decision aids) เช่น แผ่นพับ หนังสือ วิกิพีเดีย websites และ interactive media อื่นๆ ที่ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับความเสี่ยงและประโยชน์ของวิธีการรักษาต่างๆ ช่วยในการตัดสินใจเลือกทางเลือกที่สะท้อนค่านิยมส่วนบุคคลของผู้ป่วย อาจจะมีวิธีการที่ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการตัดสินใจมากขึ้น (enhanced decision-making support) เช่น มีการให้คำแนะนำจากโค้ชที่ได้รับการฝึกอบรมผ่านทางโทรศัพท์ เมล์ หรือ internet พร้อมทั้งกระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงออกถึงความพึงใจของตนเอง

US National eHealth Collaborative (NeHC) ได้กำหนด patient engagement framework ที่ซับซ้อนมากขึ้นและเน้นการใช้ electronic information

ในการสร้าง patient engagement (ภาพที่ 10.3)

ลำดับขั้นหรือความก้าวหน้าของ patient engagement ตาม NeHC framework ได้แก่ (1) inform me (2) engage me (3) empower me (4) partner with me (5) support my e-community

องค์ประกอบของการสร้าง patient engagement ได้แก่ (1) information & way finding; (2) analytics/quality; (3) e-visits & e-tools; (4) form, interaction form, integrated form, EHR; (5) patient-specific education; (6) patient access to medical record; (7) patient generated data



ภาพที่ 10.3 NeHC Patient Engagement Framework

จาก framework ทั้งสอง จะเห็นว่ามีโอกาสให้ระบบบริการสุขภาพของไทย ได้พัฒนาอีกมาก เพื่อ engage ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมอย่างแข็งขัน ตัดสินใจเลือกทางเลือกบนพื้นฐานข้อมูลวิชาการและความพึงใจของผู้ป่วย รวมทั้งความรับผิดชอบอื่นๆ ที่กว้างขึ้น เช่น treatment adherence, healthy behavior เป็นต้น

แนวคิดในการสร้างความผูกพันกับชุมชน

ความผูกพันกับชุมชนคือกระบวนการทำงานร่วมกับชุมชนหรือกลุ่มคนที่อยู่ในพื้นที่เดียวกัน มีความสนใจเหมือนกัน หรืออยู่ในสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกัน เพื่อดำเนินการกับประเด็นที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคลเหล่านี้ ความผูกพันกับชุมชนเป็นเครื่องมือที่มีพลังในการนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงในสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมที่จะยกระดับสุขภาพของชุมชนและสมาชิก มักจะเกี่ยวข้องกับการเป็นหุ้นส่วน การสร้างความร่วมมือ เพื่อระดมทรัพยากรและเข้าแทรกแซงระบบ เปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ระหว่างผู้เกี่ยวข้อง และทำหน้าที่เป็นตัวเร่งในการเปลี่ยนแปลงนโยบายและการปฏิบัติ

ในทางปฏิบัติ ความผูกพันกับชุมชนเป็นการผสมผสานศาสตร์และศิลป์ทางด้านสังคม ในด้านความเป็นศาสตร์ ได้แก่ สังคมวิทยา รัฐศาสตร์ มานุษยวิทยา การพัฒนาองค์กร จิตวิทยา สังคมสงเคราะห์ และสาขาอื่นๆ เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน การขับเคลื่อนชุมชน การสร้างควมมีสิทธิมีเสียง จิตวิทยาชุมชน เป็นต้น ในด้านศิลป์ซึ่งมีความสำคัญไม่แพ้กัน เป็นเรื่องของการใช้ความเข้าใจ ทักษะ และความฉับไวที่จะปรับประยุกต์ใช้ศาสตร์เหล่านี้อย่างเหมาะสมกับชุมชน และเป้าหมายของการสร้างความผูกพัน

หลักในการสร้างความผูกพันกับชุมชน (Principles of Community Engagement)

ก่อนสร้างความผูกพัน	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทำความชัดเจนในเป้าหมายของการสร้างความผูกพัน และกลุ่มหรือชุมชนที่ต้องการสร้างความผูกพันด้วย 2. มีความรู้เกี่ยวกับชุมชนในด้านสถานะทางเศรษฐกิจ โครงสร้างทางการเมือง บรรทัดฐานและค่านิยม แนวโน้มของลักษณะประชากร ประวัติศาสตร์ และการรับรู้ของชุมชนเกี่ยวกับโครงการต่างๆ ที่เข้าไปทำร่วมกับชุมชน
การสร้างความผูกพัน	<ol style="list-style-type: none"> 3. เข้าไปในชุมชน สร้างความสัมพันธ์ สร้างความไว้วางใจ ทำงานกับผู้นำที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ แสวงหาความมุ่งมั่นจากองค์กรชุมชนและผู้นำเพื่อเริ่มการระดมพลังชุมชน 4. ตระหนักว่าการตัดสินใจด้วยตนเองของชุมชนเป็นสิทธิและหน้าที่ของทุกคนในชุมชน

¹⁵ CDC/ATSDR Committee on Community Engagement

ก้าวสู่ความสำเร็จ

5. การเป็นหุ้นส่วนกับชุมชนเป็นสิ่งจำเป็นในการสร้างและยกระดับสุขภาวะ
6. รับรู้และเคารพในความหลากหลายของชุมชน นำวัฒนธรรมและปัจจัยความหลากหลายต่างๆ มาพิจารณาในการออกแบบวิธีการทำงานร่วมกับชุมชน
7. ความยั่งยืนของความผูกพันกับชุมชนคือการระดมทรัพยากรจากชุมชน การพัฒนาความสามารถของชุมชนในการตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ
8. องค์กรเจ้าของโครงการต้องเตรียมพร้อมที่จะถ่ายโอนการควบคุมหรือการปฏิบัติให้กับชุมชน มีความยืดหยุ่นในการตอบสนองความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไปของชุมชน
9. ความร่วมมือที่ประสบผลต้องการความมุ่งมั่นระยะยาวของทั้งสองฝ่าย

บทส่งท้าย

เรียบเรียง “ร้อยผลึก HA” มาถึงบทที่เกี่ยวกับความผูกพันเพื่อคุณภาพ อันเป็นแนวคิดหลักของการประชุมครั้งนี้ เป็นบทสุดท้ายของหนังสือเล่มนี้ เป็นประเด็นที่จะต้องสืบสานต่อไป เกี่ยวพันกับบทบาทใหม่ที่จะมีมาในอนาคต

การพัฒนาของเราเริ่มจากฐานรากของความเอื้ออาทรและความรักในวิชาชีพ ที่ก่อให้เกิดศรัทธาจากประชาชนต่อวงการแพทย์เป็นทุนแต่อดีต เสริมความมั่นคงด้วยหลักการของ TQM เปรียบเหมือนเสาหลัก ตามด้วยศาสตร์ด้านอ่อน ใช้นวัตกรรมในการขับเคลื่อนหัวใจประสานใจ แล้วช่วยกันเรียงร้อยมาตรฐานตามหลักวิชาการ ตรวจสอบซ่อมแซมด้วยการตามรอย ประกันความปลอดภัยของผู้ป่วยทุกขั้นตอนในการรักษา แลกเปลี่ยนเรียนรู้และสร้างความรู้จากงานประจำ ซ้ำยังมุ่งเน้นดูแลด้วยความรัก ด้วยหัวใจ คำนี้ถึงมิติด้านจิตวิญญาณในด้านต่างๆ เป็นพัฒนาการที่แผ่ออกเป็นวงกว้าง

ความผูกพันเพื่อคุณภาพ หากตีความตามศัพท์ “ผูก” คือการยึดเหนี่ยว สิ่งของมากกว่าหนึ่งอย่างไว้ด้วยกัน “พัน” คือการใช้เชือกหรือวัสดุมาวางรอบสิ่งของ เหล่านั้นไว้อีกชั้นหนึ่ง รวมแล้วหมายถึงการยึดเหนี่ยวกันไว้ให้เคลื่อนไหวไปพร้อมกันได้ทุกทิศทาง อาจหมายถึงความผูกพันด้านกายภาพ ด้านจิตใจ อุดมการณ์ เป็นการทำให้คุณภาพลงลึกไปอีกมิติหนึ่ง ซึ่งเสริมเติมให้กับการขยายผลในทางกว้างมาก่อนหน้านั้น เป็นปราการต้านผองภัยในระบบที่ต้องบริหารความเสี่ยงกันตลอดเวลา

มีคำกล่าวที่ว่า “สัจจะ เป็น อมตะ”

งานพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลเกิดจากผู้ทำงานตัวจริง สถานที่จริง เรื่องราวที่เป็นจริง นำมาแก้ไขปรับปรุงจริง เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นจริง นับเป็น “สำเร็จ” ด้วยเหตุนี้จึงเป็นสิ่งที่เกื้อหนุนให้เกิดความเป็น “อมตะ” คือมีความยั่งยืนสืบเนื่อง ตราบเท่าที่กณยามิตรทั้งหลายจะผูกพันกันเพื่อคุณภาพ ตลอดกาลนาน

ขอให้ทุกท่านผ่อนคลายหายเหนื่อย ด้วยมั่นใจว่าเราจะมีเพื่อนร่วมทาง สร้างสรรค์คุณภาพด้วยความผูกพันดังกล่าว และนำไปสู่การสร้างความผูกพันกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อประโยชน์ส่วนร่วม

อหุวัฒน์ ศุภชุติกุล

แนวคิดและแผนงานริเริ่มที่สานต่อกันมาตั้งแต่เริ่มโครงการ
เป็นรากฐานที่ยังคงมีความสำคัญ
ต่อการขับเคลื่อนการพัฒนาในปัจจุบัน
เป็นเสมือนผลึกความคิดที่ส่องประกายให้เห็นทิศทาง
เป็นเสมือนอิฐก้อนแล้วก้อนเล่าที่ปูวางเรียง
ให้ขบวนทัพคุณภาพสถานพยาบาลได้เคลื่อนไป
ควรค่าแก่การที่จะนำมาเรียงร้อย นำมาทบทวน นำมาใคร่ครวญ
และนำสู่การปฏิบัติให้เกิดผลสัมฤทธิ์ที่ทุกฝ่ายต้องการ
นอกจากการเรียงร้อยผลึกความคิดในอดีตแล้ว
ยังได้สรุปแนวคิดของแผนงานริเริ่มที่กำลังเริ่มปฏิบัติในปีที่ผ่านมา
เข้ามาต่อเชื่อมด้วยให้เกิดความสมบูรณ์
ผลการเรียงร้อยดังกล่าวจึงปรากฏออกมาในชื่อ “ร้อยผลึก HA”
หรือท่านที่คุ้นเคยกับ series ของ HA Update
อาจถือได้ว่าเป็นเสมือน HA Update ประจำปี 2014.

ISBN 978-616-91681-2-6



9 786169 168126

ราคา 180 บาท