

# SIMPLY COMPLEXITY

in a

# COMPLEX



# SYSTEM

แนวคิดและประสบการณ์สำหรับโรงพยาบาล



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

## คุณภาพโรงพยาบาล...ทำเรื่องยากให้เป็นเรื่องง่าย

ชาวโรงพยาบาลมักจะบอกว่าการพัฒนาคุณภาพเป็นเรื่องยาก ยิ่ง HA แล้วยิ่งยากขึ้นไปอีก  
บัดนี้ มีชาวโรงพยาบาลจำนวนหนึ่งค้นพบแล้วว่า HA ไม่ยากเท่าที่คิด หากทำด้วยความเข้าใจ และมุ่ง  
ที่การทำงานประจำให้ดีขึ้น

ระบบบริการสุขภาพไม่ใช่เครื่องจักร ไม่สามารถไข่มุมปรับควบคุมหรือจัดการแบบรวมศูนย์ แต่เป็น  
ระบบซับซ้อนและปรับตัว (Complex Adaptive System) เป็นระบบที่ซับซ้อนเพราะมีการเชื่อมต่อระหว่าง  
องค์ประกอบย่อยในระบบจำนวนมาก เป็นระบบที่ปรับตัวได้เพราะประกอบด้วยผู้คนที่มีความสามารถในการ  
เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามประสบการณ์ของตน

ในระบบที่ซับซ้อนดังกล่าว กลับปรากฏว่าพฤติกรรมที่ดูเหมือนซับซ้อนนั้นถูกควบคุมด้วยกฎกติกา  
ง่ายๆ

แม้ระบบจะซับซ้อน แต่การทำงานไม่จำเป็นต้องซับซ้อนตามไปด้วย การทำในสิ่งที่ซับซ้อนเป็นสิ่งที่ไร้  
ประสิทธิภาพ ทำให้สูญเสียเวลา ความตั้งใจ และพลังใจโดยไม่จำเป็น

ไม่มีเหตุผลที่จะทำให้ซับซ้อนหากมีวิธีการที่ง่ายกว่า ทุกสิ่งทุกอย่างสามารถทำให้เรียบง่ายขึ้นได้  
หัวใจของการทำให้เรียบง่ายอยู่ที่ความสามารถในการสกัดแนวคิด หรือออกแบบแนวคิดใหม่

ต่อไปนี้เป็นประสบการณ์และข้อเสนอแนะจากผู้เข้าร่วมในกระบวนการ HA ลงมือทำ HA ด้วยหัวใจ และ  
ด้วยความเข้าใจ

# ตอนที่ 1

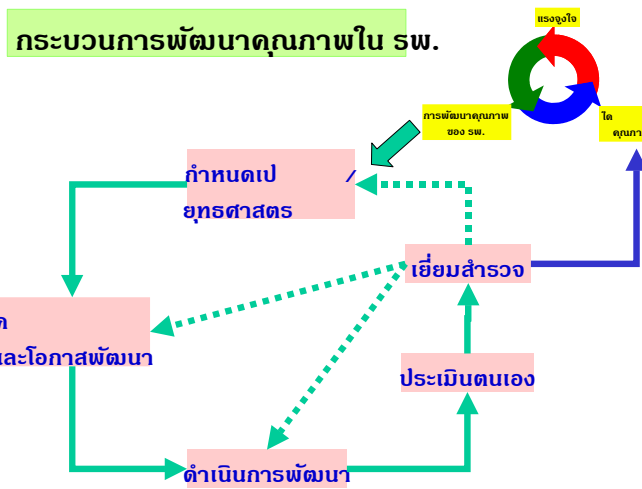
## เส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพแบบเรียบง่าย

1. ภาพรวมของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล .....	1
2. จุดเริ่มของการพัฒนาคุณภาพและการเชื่อมต่อ .....	2
3. ลำดับขั้นของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.....	4
4. การเริ่มต้นที่เรียบง่าย.....	10
5. การพัฒนาที่เน้นเป้าหมาย .....	13
6. การทบทวน (Review).....	17
7. การประเมินตนเอง.....	37
8. บทส่งท้าย.....	42

# 1. ภาพรวมของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

## 1.1 กระบวนการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาล

การพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลเริ่มด้วยการกำหนดเป้าหมายและประเด็นสำคัญในภาพใหญ่ กระจายให้ทุกหน่วยงานค้นหาความเสี่ยงและโอกาสพัฒนา สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาและธำรงรักษาระบบงานที่ดีในทุกหน่วยงาน ประเมินความก้าวหน้าในการพัฒนาและเปรียบเทียบกับมาตรฐาน HA เตรียมตัวเพื่อรับการเยี่ยมสำรวจจากภายนอก และใช้ผลการเยี่ยมสำรวจเพื่อกระตุ้นการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง



แนวคิดพื้นฐานสำคัญของ HA คือการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) กิจกรรมต่างๆ จึงถูกออกแบบมาเพื่อให้เกิด CQI เช่น การมีเป้าหมาย การค้นหาความเสี่ยงและโอกาสพัฒนา การประเมินตนเอง การเยี่ยมสำรวจ

ภาพที่ 1 กระบวนการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาล

## 1.2 ความคาดหวังต่อโรงพยาบาล

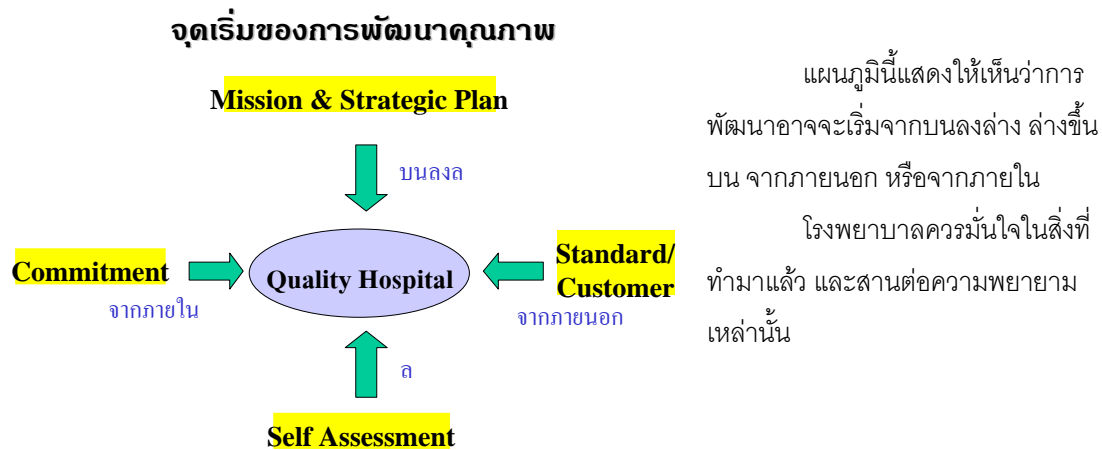
การพัฒนาจะดำเนินการไปอย่างราบรื่นและต่อเนื่อง ในแต่ละระดับควรมีสิ่งต่อไปนี้เกิดขึ้น

ผู้บริหารระดับสูง	เข้าใจแนวคิด มีนโยบายชัดเจน มีผู้รับผิดชอบและโครงสร้างสนับสนุน กำหนดทิศทางนโยบาย สนับสนุนทรัพยากร ติดตามความก้าวหน้าและแก้ไขข้อติดขัด
ผู้ประสานงานคุณภาพ/ ศูนย์คุณภาพ	มีทักษะในการเป็น facilitator, มีการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล, มีข้อมูลและผู้ช่วยเหลือสนับสนุนหน่วยงานต่างๆ, สร้างกระบวนการเรียนรู้ที่จำเป็น
หัวหน้าหน่วยงาน/ สมาชิกในหน่วยงาน	หัวหน้าหน่วยงานรับผิดชอบการประเมินและพัฒนาคุณภาพในหน่วยงาน, สมาชิกให้ความร่วมมือกับกิจกรรมคุณภาพ
ทีมคร่อมสายงาน	ช่วยเหลือกันและกันเพื่อพัฒนาในส่วนที่แต่ละหน่วยงานไม่สามารถทำเองได้สำเร็จ

## 2. จุดเริ่มของการพัฒนาคุณภาพและการเชื่อมต่อ

### 2.1 การเริ่มในลักษณะต่าง ๆ

จุดเริ่มของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอาจจะเริ่มได้หลายลักษณะ ประเด็นสำคัญไม่ได้อยู่ที่ว่าควร  
จะเริ่มตรงไหนก่อน แต่สำคัญที่การเชื่อมต่อสิ่งที่ได้เริ่มไว้แล้ว หรือเพิ่มเติมในส่วนที่ยังขาดอยู่



ภาพที่ 2 จุดเริ่มของการพัฒนาคุณภาพ

**การเริ่มจากบนลงล่าง** คือการกำหนดพันธกิจ วิสัยทัศน์ขององค์กร จัดทำแผนยุทธศาสตร์เพื่อบรรลุปันธกิจ นำแผนยุทธศาสตร์ไปถ่ายทอดเป็นแผนปฏิบัติการของแต่ละหน่วยงาน

**การเริ่มจากล่างขึ้นบน** คือการประเมินตนเองเพื่อหาโอกาสพัฒนาในจุดย่อยๆ ขององค์กร ดำเนินการพัฒนาในแต่ละหน่วยงานและสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน

**การเริ่มจากภายนอก** คือการรับฟังเสียงสะท้อนจากผู้รับบริการ และการใช้มาตรฐานมาประเมินสิ่งที่ปฏิบัติอยู่ในปัจจุบัน

**การเริ่มจากภายใน** คือการสร้างการมีส่วนร่วมและความมุ่งมั่นให้เกิดขึ้นกับเจ้าหน้าที่แต่ละคน

### 2.2 การเชื่อมต่อ

การเชื่อมต่อระหว่างการเริ่มจากบนลงล่าง และการเริ่มจากล่างขึ้นบน คือการประสานแผนการพัฒนาคุณภาพที่แต่ละหน่วยวิเคราะห์ด้วยตนเอง เข้ากับแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการของโรงพยาบาล

การประเมินตนเองในระดับบุคคล ควรก่อให้เกิดความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาในตัวบุคคลนั้น ด้วยเห็นว่าเป็นเรื่องใกล้ตัวและเป็นสิ่งที่ควรจะทำอยู่แล้ว

การประเมินตนเองโดยใช้มาตรฐาน HA ทำให้เห็นโอกาสพัฒนาได้อย่างเป็นระบบ และนำไปสู่การจัดลำดับความสำคัญของโอกาสพัฒนา ซึ่งกลายไปเป็นแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล

การให้เจ้าหน้าที่มีส่วนร่วมในการกำหนดพันธกิจ วิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล ทำให้เกิดความรู้สึกมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของ และต้องการที่จะทำให้เป้าหมายที่กำหนดไว้นั้นเป็นความจริง

โรงพยาบาลควรก้าวเดินต่อไปข้างหน้า มิใช่ถอยหลังกลับมาเริ่มต้นใหม่อยู่เรื่อยๆ กลยุทธ์ที่สำคัญคือ

- 1) การทบทวนบทเรียนที่ได้รับจากกิจกรรมที่ทำมาแล้ว ทั้งด้านบวกและด้านลบ
- 2) การใช้ข้อมูลจากกิจกรรมที่ทำมาแล้วเพื่อประโยชน์ในกิจกรรมคุณภาพที่เกี่ยวข้อง

**ตัวอย่างการเริ่มต้นของโรงพยาบาลและการสานต่อสู่ HA**

การเริ่มต้นของโรงพยาบาล	การสานต่อสู่ HA
มีกิจกรรมคุณภาพ เช่น 5ส., OD, ESB, QC	-ทบทวนหรือประเมินตนเอง (self assessment) ว่าได้ประโยชน์และได้เรียนรู้อะไรจากกิจกรรมเหล่านั้น ทั้งในส่วนของ การสร้างทีม (commitment) และการบรรลุเป้าหมายขององค์กร (mission) มีจุดอ่อนอะไรที่ควรนำมาปรับปรุง
มีการสร้างวิสัยทัศน์ร่วมโดยใช้กระบวนการ A-I-C	-นำวิสัยทัศน์ขององค์กรมาเชื่อมโยงกับหน้าที่และเป้าหมายของหน่วยงาน ทบทวนว่าแต่ละคนมีบทบาทอะไรเพื่อบรรลุวิสัยทัศน์และเป้าหมายดังกล่าว ประเมินตนเองว่าขณะนี้ได้ทำบทบาทหน้าที่สมบูรณ์แล้วหรือยัง
ได้รับการรับรอง ISO9000 แล้ว	-ทบทวนบทเรียน จุดแข็งจุดอ่อน ของระบบที่เป็นอยู่ นำมาตรฐาน HA มาประเมินเพื่อหาโอกาสพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการดูแลผู้ป่วย -ตีความว่า product ในข้อกำหนดของ ISO คือ patient care และ design ในข้อกำหนดของ ISO คือ patient care plan
กำลังดำเนินการ QA ทางโรงพยาบาล	วิเคราะห์หน้าที่และเป้าหมายของหน่วยงาน ใช้ข้อมูลและกระบวนการที่กำลังดำเนินการอยู่มาตอบคำถามในแบบประเมินตนเอง ทบทวนการใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่เก็บไว้และการบรรลุเป้าหมายของหน่วยงาน
ประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA ในระดับหน่วยงานแล้ว	เชื่อมโยงโอกาสพัฒนาที่พบจากการประเมินตนเองในระดับหน่วยงานกับแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล

### 3. ลำดับขั้นของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

#### 3.1 การดำเนินการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล

พรพ. ได้แบ่งลำดับขั้นของการพัฒนาออกเป็นสี่ช่วง (phase) เพื่อช่วยโรงพยาบาลในการวางแผนดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ (QI implementation plan) ดังนี้<sup>1</sup>

**ช่วงที่หนึ่ง การเตรียมการ** เป็นการทำความเข้าใจของผู้นำเพื่อตัดสินใจ กำหนดผู้รับผิดชอบ รับฟังเสียงสะท้อนทั้งจากภายในและภายนอก ประเมินตนเองเพื่อกำหนดแนวทางพัฒนากว้างๆ (ดูตัวอย่างในข้อ 7 การประเมินตนเอง)

**ช่วงที่สอง การพัฒนาและเรียนรู้** เป็นการฝึกทักษะของการทำงานร่วมกัน สร้างกระบวนการเรียนรู้ โดยเน้นการลงมือปฏิบัติกับของจริงในลักษณะของโครงการนำร่อง รวมทั้งการจัดทำแผนดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ (QI implementation plan)

**ช่วงที่สาม การดำเนินการ** เป็นการทำกิจกรรมคุณภาพซึ่งบูรณาการแนวคิดการบริหารความเสี่ยง การประกันคุณภาพ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเข้าด้วยกัน เป็นการดำเนินงานทั้งในระดับบุคคล หน่วยงาน ทีมคร่อมสายงาน และทั้งองค์กร โดยหัวหน้าหน่วยงานแต่ละหน่วยจะต้องรับผิดชอบกระบวนการพัฒนาคุณภาพในหน่วยงานของตนและร่วมมือประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

**ช่วงที่สี่ บูรณาการและวางรากฐานเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง** เป็นการปรับโครงสร้างองค์กรเพิ่มเติม ปรับระบบแรงจูงใจ บูรณาการกิจกรรมคุณภาพที่เกี่ยวข้องกัน วางระบบเพื่อจุดประกายการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ด้วยการทบทวนความก้าวหน้าและกำหนดเป้าหมายให้สูงขึ้น

#### 3.2 การประเมินความสำเร็จในการพัฒนา

การรับรองกระบวนการคุณภาพ (Hospital Accreditation-HA) ตามมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปี ภาญจนานิกเชก ครอบคลุมองค์ประกอบที่กว้างขวาง คาดหวังการนำไปปฏิบัติอย่างจริงจังด้วยความเข้าใจ ความร่วมมือประสานงาน และเห็นผลลัพธ์ได้ในระดับหนึ่ง ทำให้โรงพยาบาลต่างๆ ต้องใช้เวลาค่อนข้างมากในการพัฒนาและเกิดความรู้สึกท้อแท้

เพื่อให้สอดคล้องกับความคาดหวังของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย กล่าวคือ ประชาชนในทุกพื้นที่ที่ต้องการได้รับบริการที่มีคุณภาพโดยเร็วที่สุด สถานพยาบาลต้องการพัฒนาด้วยวิธีการที่ดีที่สุดและเห็นความสำเร็จเป็นลำดับขั้น สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจึงได้แบ่งลำดับขั้นของการประเมินและรับรองเป็น 3 ขั้นดังนี้

**บันไดขั้นที่ 1 สู่ HA** เป็นการดำเนินการที่เน้นการมีเป้าหมายของงาน ทบทวนปัญหา/ความเสี่ยงต่างๆ นำมาแก้ไขป้องกันการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ซ้ำ มีการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันที่กำหนดไว้ โดยดำเนินการต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน (เป็นการปฏิบัติในช่วงที่สามขั้นต้นๆ) ทั้งนี้โดยไม่ปรากฏความเสี่ยงทางด้านโครงสร้างกายภาพและกำลังคนที่ชัดเจน

<sup>1</sup> ดูรายละเอียดจากหนังสือ Roadmap to HA และเส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพ: คู่มือเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ

กิจกรรมที่จะต้องให้ความสำคัญสูงในขั้นนี้คือการสร้างระบบทบทวนวิธีการทำงานและผลงาน ซึ่งจะ  
 ทำให้ผู้เกี่ยวข้องเห็นปัญหาและโอกาสพัฒนาได้ชัดเจนขึ้น ระบบทบทวนผลงานนี้จะเน้นในส่วนที่เกี่ยวข้องกับ  
 ความเสี่ยงการให้บริการและดูแลผู้ป่วย ได้แก่ เครื่องชี้วัดของหน่วยงาน คำร้องเรียน การส่งต่อ การตรวจรักษา  
 โดยผู้ที่มีไข้แพทย์ เหตุการณ์วิกฤติ (การเสียชีวิต ภาวะแทรกซ้อน อุบัติการณ์) เวชระเบียน ความเหมาะสมทาง  
 วิชาชีพและวิชาการ ความเหมาะสมของการใช้ทรัพยากร ปัญหาของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ การทบทวน  
 เหล่านี้จะต้องนำมาสู่การแก้ไขป้องกันซึ่งผู้เกี่ยวข้องรับทราบและปฏิบัติ

**บันไดขั้นที่ 2 สู่ HA** เป็นการบูรณาการแนวคิดการบริหารความเสี่ยง การประกันคุณภาพ และการ  
 พัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเข้าด้วยกัน ในทุกระดับ (เท่ากับปฏิบัติในช่วงที่สามได้สมบูรณ์)

กิจกรรมที่จะต้องให้ความสำคัญสูงในขั้นนี้คือการนำข้อมูลวิชาการและมาตรฐานวิชาชีพมาสู่การ  
 ปฏิบัติ การติดตามเครื่องชี้วัดสำคัญ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งเครื่องชี้วัดทางคลินิก) การแสดงให้เห็นรูปธรรมของ  
 การให้บริการโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการทำงานเป็นทีมระหว่างวิชาชีพ

**บันไดขั้นที่ 3 หรือการได้รับ HA** มีการปฏิบัติตามระบบและกระบวนการที่กำหนดไว้ในมาตรฐาน  
 HA อย่างครบถ้วน มีการเชื่อมโยงระบบงาน ข้อมูลข่าวสาร และความพยายามในการพัฒนาอย่างชัดเจน จน  
 เกิดวัฒนธรรมคุณภาพในองค์กร

ภาพที่ 3 เปรียบเทียบการหมุนวงล้อ PDCA และเงื่อนไขการรับรองในบันไดขั้นที่ 1 กับบันไดขั้นที่ 2

<p style="text-align: center;"><b>ขั้นที่ 1 การทบทวน แยก ป</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>ขั้นที่ 2 การประกันคุณภาพและพัฒนา</b></p>
<p><b>เริ่มด้วย:</b> การทบทวนสิ่งที่เป็นปัญหา/ความเสี่ยง</p>	<p><b>เริ่มด้วย:</b> การวิเคราะห์กระบวนการทั้งหมดอย่างเป็นระบบ ประกันคุณภาพในส่วนที่ทำได้ดีแล้ว พัฒนาในส่วนที่เห็นโอกาส</p>
<p><b>การประเมินความสำเร็จ:</b> ปฏิบัติตามแนวทาง ป้องกันปัญหาที่โรงพยาบาลกำหนด ต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน</p>	<p><b>การประเมินความสำเร็จ:</b> เครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่สำคัญมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น</p>

### 3.3 ลำดับขั้นของการพัฒนาในระดับหน่วยงาน

การพิจารณาลำดับขั้นของการพัฒนาในระดับหน่วยงานเป็นสิ่งที่เห็นรูปธรรมชัดเจนกว่า ทำความ  
 เข้าใจได้ง่ายขึ้น

#### 1. การเตรียมการ (เริ่มที่ผู้นำ)



1.1 สร้างความตระหนักในทีมผู้บริหาร/ผู้นำของหน่วย

1.2 ปรับปรุงบรรยากาศการทำงานของหน่วยงาน

## 2. การพัฒนาและเรียนรู้

2.1 สร้างความตระหนักแก่สมาชิก

2.2 ฝึกฝนทักษะของทีม

2.3 วิเคราะห์ตนเองในระดับบุคคล และปรับปรุงตามโอกาสพัฒนาที่พบ

2.4 วิเคราะห์และปรับปรุงความสัมพันธ์ของลูกค้าภายใน

- (ในฐานะที่เราเป็นลูกค้า) บอกให้ผู้ส่งมอบทราบที่เราต้องการอะไร

- (ในฐานะที่เราเป็นผู้ส่งมอบ) ส่งมอบงานให้ตรงความต้องการของผู้รับ

## 3. เริ่มต้นพัฒนา

3.1 ใช้ความคิดสร้างสรรค์ทำให้งานของเราง่ายขึ้น

3.2 รับฟังและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ

3.3 วิเคราะห์เป้าหมายและกระบวนการของหน่วยงาน เพื่อหาโอกาสพัฒนาอย่างเป็นระบบ

3.4 วางระบบงานมาตรฐานและนำไปปฏิบัติ

- พฤติกรรมบริการ

- การให้ข้อมูล

- การป้องกันความเสี่ยง/รายงานอุบัติการณ์

## 4. ทบทวนและแก้ไขป้องกัน

4.1 ทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย

4.2 ทบทวนคำร้องเรียน/ข้อคิดเห็นของผู้รับบริการ

4.3 ทบทวนการส่งต่อ/ขอย้าย/ปฏิเสธการรักษา

4.4 ทบทวนการตรวจรักษาโดยผู้ที่มีใบแพทย์

4.5 ค้นหาและป้องกันความเสี่ยง

4.6 เฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล

4.7 เฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา

4.8 ทบทวนการเสียชีวิต/ภาวะแทรกซ้อน

4.9 ทบทวนอุบัติการณ์อื่นๆ

4.10 ทบทวนความสมบูรณ์ของบันทึกเวชระเบียน

4.11 ทบทวนการใช้ข้อมูลวิชาการ

4.12 ทบทวนการใช้ทรัพยากร

4.13 ติดตามเครื่องชี้วัดสำคัญ

## 5. พัฒนาต่อเนื่อง

5.1 หาโอกาสพัฒนาและทำกิจกรรม CQI

5.2 ทบทวนความสำเร็จ เรียนรู้ร่วมกัน

5.3 สร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง

5.4 เชื่อมโยงระบบงานอย่างกว้างขวาง

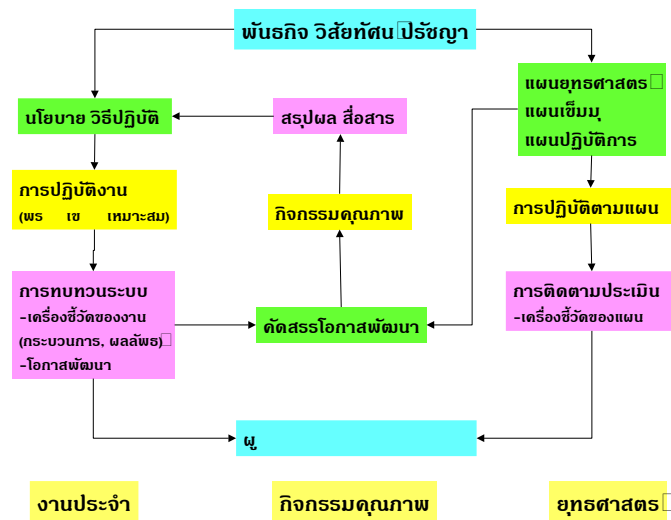
เป้าหมายของบันไดขั้นที่ 1 สู่ HA คือทำให้ถึงขั้นการทบทวนและแก้ไขป้องกัน

แม้ว่ากิจกรรมส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วย แต่มีได้หมายความว่าหน่วยงานที่มีได้ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโดยตรงจะไม่ต้องทำอะไร กิจกรรมที่ทุกหน่วยงานสามารถทำได้ คือ การทบทวนคำร้องเรียน/ข้อคิดเห็นของผู้รับบริการ การค้นหาและป้องกันความเสี่ยง การทบทวนอุบัติการณ์ การทบทวนการใช้ทรัพยากร การติดตามเครื่องชี้วัดสำคัญ

### 3.4 การเชื่อมโยงกิจกรรมคุณภาพในขั้นตอนต่าง ๆ

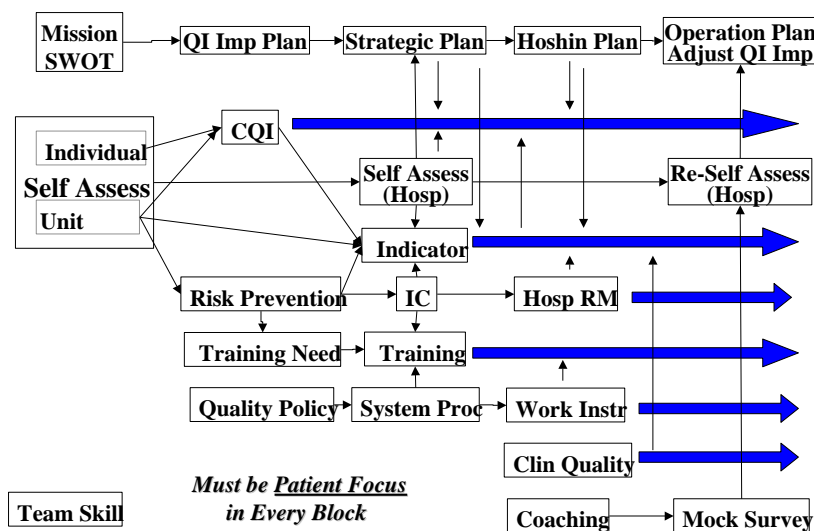
การพัฒนาโดยขาดความเชื่อมโยงจะสร้างความสับสนและสูญเปล่า โรงพยาบาลควรพิจารณาแนวทางการเชื่อมโยงซึ่งเป็นที่เข้าใจของตนเองดังตัวอย่างข้างล่าง

ภาพที่ 4 แสดงให้เห็นความเชื่อมโยงระหว่างงานประจำ กิจกรรมคุณภาพ และยุทธศาสตร์ ซึ่งต่างก็มีจุดเริ่มที่พันธกิจ วิสัยทัศน์ และนำไปสู่ผลลัพธ์คือผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพ



ภาพที่ 4 วิธีนำพันธกิจไปสู่ผลลัพธ์และการเชื่อมโยง

ภาพที่ 5 แสดงการเชื่อมโยงกิจกรรมในขั้นตอนการดำเนินงานพัฒนาว่าข้อมูลจากกิจกรรมหนึ่งควรจะนำไปใช้ประโยชน์ในกิจกรรมอื่นอย่างไร โดยที่ในแต่ละกิจกรรมนั้นจะต้องมุ่งเน้นประโยชน์ที่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการจะได้รับเสมอ



ภาพที่ 5 การเชื่อมโยงกิจกรรมต่างๆ ระหว่างการพัฒนาคุณภาพ

ภาพที่ 5 นี้เป็นการสรุปกรอบความคิดในการเชื่อมโยงให้คำปรึกษาแก่โรงพยาบาลขนาดเล็กจำนวน 5 ครั้ง ซึ่งแต่ละครั้งมีเป้าหมายดังนี้

ครั้งที่ 1 มีเป้าหมายเพื่อทำความรู้จักกับทีมบริหารและผู้รับผิดชอบหลัก ศึกษาความคาดหวังของผู้บริหารและกำหนดเป้าหมายในการพัฒนาร่วมกัน ศึกษาข้อมูลพื้นฐานและสภาพการทำงานของโรงพยาบาล จัดทำแผนการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล แนะนำการประเมินตนเองในระดับบุคคลและการวิเคราะห์ unit profile ทบทวนทักษะการทำงานเป็นทีม

ครั้งที่ 2 มีเป้าหมายเพื่อติดตามการจัดทำ unit profile ของหน่วยงาน เยี่ยมสำรวจหน่วยงานเทียบกับ unit profile วางแผนการจัดทำระบบเอกสารรวมของโรงพยาบาล เพื่อวางแผนการป้องกันความเสี่ยงในระดับหน่วยงาน แนะนำวิธีการทำ CQI อย่างง่าย ๆ ให้แก่หัวหน้าหน่วยงานและผู้ช่วย

ครั้งที่ 3 มีเป้าหมายเพื่อติดตามการเรียนรู้จากการทำกิจกรรม CQI และการวางมาตรการป้องกันความเสี่ยง แนะนำการประเมินตนเองตามมาตรฐานโรงพยาบาลและการเชื่อมโยงกับกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง วางแผนการเก็บข้อมูลเครื่องชี้วัดในระดับต่างๆ เชื่อมโยงการบริหารความเสี่ยง การพัฒนาคุณภาพ และการสร้างไว้ซึ่งคุณภาพ นำแนวคิดเรื่องผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมาสู่รูปธรรมของการปฏิบัติ

ครั้งที่ 4 มีเป้าหมายเพื่อติดตามการใช้ประโยชน์จากการประเมินตนเองตามมาตรฐานโรงพยาบาล ติดตามการเก็บข้อมูลเครื่องชี้วัดและการใช้ประโยชน์ ติดตามการทำกิจกรรมคุณภาพอย่างบูรณาการและเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง วางแผนการบริหารความเสี่ยงในระดับโรงพยาบาล สอนเทคนิคการเป็นโค้ช แนะนำการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพทางคลินิก

ครั้งที่ 5 มีเป้าหมายเพื่อติดตามการประเมินตนเองในลักษณะการสังเคราะห์ ใช้กระบวนการเยี่ยมสำรวจเพื่อเป็นตัวอย่างในการประเมินและกระตุ้นหน่วยงาน บูรณาการกิจกรรมคุณภาพทั้งหมด วางแผนการพัฒนาในขั้นต่อไป

## 4. การเริ่มต้นที่เรียบง่าย

การเริ่มต้นที่เรียบง่ายคือการเริ่มที่สมาชิกในหน่วยงานทุกคน และค่อยๆ ขยายออกไปสู่ผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกัน พิจารณาความต้องการของผู้รับผลงาน พิจารณาความรู้ทางวิชาการและมาตรฐานวิชาชีพ หาโอกาสพัฒนาจากมุมมองเหล่านี้ ดำเนินการปรับปรุงในส่วนที่แต่ละคนรับผิดชอบ แล้วนำส่วนที่ยังเหลืออยู่มาคุยกันในระดับหน่วยงาน

ในระดับหน่วยงานจะเป็นการวิเคราะห์หน้าที่ เป้าหมาย กระบวนการ เครื่องชี้วัด และโอกาสพัฒนาต่างๆ อย่างเป็นระบบ

เมื่อหน่วยงานได้ปรับปรุงในส่วนที่ตนรับผิดชอบแล้วยังมีบางส่วนที่แต่ละหน่วยไม่สามารถปรับปรุงได้ด้วยตนเองโดยปราศจากความร่วมมือของหน่วยงานหรือวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ก็นำประเด็นเหล่านั้นมาคุยกันในทีมสหสาขาวิชาชีพหรือทีมคร่อมสายงานหรือในระดับองค์กร

หากจะสรุปคำถามที่ใช้กระตุ้นการพัฒนา จะพบว่าใช้คำถามเดียวกันในทุกระดับดังภาพ

	ท สาระระดับ		
	ระดับองค์กร	ระดับหน	ระดับบุคคล
ทำไม	พันธกิจ	ความม	เป
เราทำอะไร	ระบบงานหลัก	กระบวนการหลัก	กิจกรรมหลัก
ทำไมเพื่ออะไร	เป หมายถึงของระบบงาน	เป หมายถึงของกระบวนการ	เป หมายถึงของกิจกรรม
ทำไ	SWOT analysis	เครื่องชี้วัด	ความสำเร็จ
จะทำใ ช้ ันอย	แผนยุทธศาสตร์	แผนพัฒนาคุณภาพ	ปรับปรุงตนเอง

ภาพที่ 6 คำถามร่วมเพื่อกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพ

คำถามต่อไปนี้จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานแต่ละคนได้มีส่วนร่วมวิเคราะห์งานของตน และทำความเข้าใจแนวคิดเรื่องคุณภาพไปพร้อมกัน นี่คือการเริ่มคำถามในขั้นการวิเคราะห์ตนเองในระดับบุคคล และขั้นการวิเคราะห์หน่วยงาน

### 4.1 คุณภาพเริ่มที่แต่ละคน

- งานหลัก/งานรองของเราคืออะไร
- งานนั้นมีเป้าหมายอะไร
- เราทำงานนั้นได้ดีหรือไม่
- จะทำให้ดีขึ้นได้อย่างไร

### 4.2 คุณภาพคือการพึ่งพิงกันและกัน

ในฐานะผู้รับผลงาน

- เราทำงานอะไร จากใคร

- เราต้องการงานที่มีลักษณะอย่างไร
- เราได้ในสิ่งที่ต้องการหรือไม่
- จะบอกให้ผู้ส่งงานแก่เรา ทราบในสิ่งที่เราต้องการ และสิ่งที่เราได้รับอย่างไร

#### ในฐานะเจ้าของงาน

- เราส่งงานอะไร ให้ใคร
- เพื่อนผู้รับงานต่อจากเรา ต้องการงานที่มีลักษณะอย่างไร
- จะทราบได้อย่างไรว่าเพื่อนผู้รับงานต่อจากเรา ได้รับในสิ่งที่เขาต้องการหรือไม่
- จะส่งมอบงานที่ดีขึ้นให้เพื่อนผู้รับงานต่อจากเรา ได้อย่างไร

#### 4.3 คุณภาพคือการทำให้งานของเราง่ายขึ้น

- มีงานอะไรที่ต้องทำซ้ำซ้อน (ทำในสิ่งเดียวกันซ้ำแล้วซ้ำอีก)
- มีงานอะไรที่มีความซับซ้อนมากเกินไป (หลายขั้นตอน ยุ่งยากในการปฏิบัติ)
- มีงานอะไรที่ทำแล้วสูญเปล่า ไม่เกิดประโยชน์ ไม่เกิดคุณค่าเพิ่มขึ้น
- มีอะไรบ้างที่มีโอกาสสูญหายไประหว่างการทำงาน
- มีอะไรบ้างที่เป็นการเสียเวลาโดยใช่เหตุ
- มีอะไรบ้างที่เป็นการเสียโอกาสที่จะให้สิ่งดีๆ แก่ผู้รับบริการ

#### 4.3 คุณภาพคือการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ

- ผู้รับบริการของเราคือใคร โรคหรือหัตถการสำคัญที่เราต้องดูแลมีอะไรบ้าง
- เรามีช่องทางรับรู้ความต้องการและความคิดเห็นของผู้รับบริการอะไรบ้าง ช่องทางเหล่านั้นเพียงพอหรือไม่
- ปัญหาหรือความต้องการสำคัญของผู้รับบริการมีอะไรบ้าง (ความต้องการทั่วๆ ไป, สิทธิผู้ป่วย, ความต้องการทางด้านคลินิก) คำร้องเรียนรุนแรงที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้มีอะไรบ้าง
- เราแก้ปัญหาหรือตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ดีหรือยัง ตรงไหนที่ทำได้ดีแล้ว ตรงไหนที่เป็นโอกาสพัฒนา
- จะตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการให้ดีขึ้นได้อย่างไร

#### 4.5 คุณภาพคือการทำตามมาตรฐานวิชาชีพ/กฎระเบียบ/ข้อมูลวิชาการ

- ในการให้บริการแก่กลุ่มผู้รับบริการที่มีความสำคัญหรือมีความเสี่ยงสูง มีมาตรฐานวิชาชีพ/กฎระเบียบ/ข้อมูลวิชาการอะไรบ้างที่เกี่ยวข้อง สิ่งที่ต้องปฏิบัติตามคืออะไร
- สิ่งที่ต้องปฏิบัติจริงอยู่ในขณะนี้คืออะไร
- สิ่งที่เราอยากให้เกิดขึ้นและมีความเป็นไปได้คืออะไร
- จะทำให้เกิดขึ้นได้อย่างไร

#### 4.6 รวบรวมเป็นคุณภาพของหน่วยงาน

- หน่วยงานของเรามีหน้าที่อะไร มีเป้าหมายอะไร (ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นเมื่อทำหน้าที่ได้สมบูรณ์)
- กระบวนการหลักในการทำงานของหน่วยงานมีอะไรบ้าง
- แต่ละกระบวนการมีเป้าหมายอะไร
- หน่วยงานของเราทำงานได้ดีหรือยัง อะไรเป็นจุดแข็ง อะไรเป็นโอกาสพัฒนา จะวัดการบรรลุเป้าหมายของหน่วยงานได้อย่างไร
- หน่วยงานของเราจะทำให้ดีขึ้นได้อย่างไร

#### 4.7 คุณภาพคือการเชื่อมโยงทุกกิจกรรมที่ต้องรับผิดชอบเข้าด้วยกัน

##### ระบบงานในโรงพยาบาล

- ระบบงานที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานของเรามีอะไรบ้าง (เช่น การควบคุมการติดเชื้อ การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย การพัฒนาทรัพยากรบุคคล ระบบสารสนเทศ การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย การรายงานอุบัติการณ์ ฯลฯ)
- เรามีหน้าที่อย่างไรต่อระบบงานเหล่านั้น
- เราทำได้ดีหรือไม่
- จะทำให้ดีขึ้นได้อย่างไร

##### โครงการจากภายนอก

- โครงการจากภายนอกที่เข้ามาถึงเรามีอะไรบ้าง (เช่น การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ การประกันคุณภาพการพยาบาล)
- โครงการเหล่านั้นมีเป้าหมายอะไร เป้าหมายนั้นเกี่ยวข้องกับเป้าหมายของหน่วยงานของเราอย่างไร ตรงไหนเป็นส่วนร่วม ตรงไหนเป็นส่วนเพิ่ม
- จะทำให้หน่วยงานของเราตอบสนองต่อเป้าหมายของโครงการกับเป้าหมายของหน่วยงานไปพร้อมๆ กันได้อย่างไร (การตอบสนองต่อเป้าหมายของหน่วยงานคือสิ่งที่ HA ต้องการ)

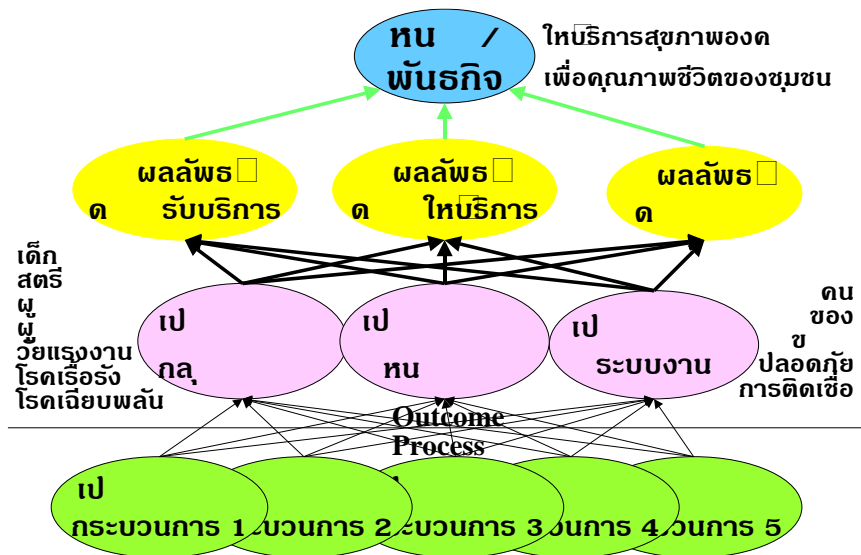
## 5. การพัฒนาที่เน้นเป้าหมาย

### 5.1 ระดับของเป้าหมาย

HA กระตุ้นให้ทุกคนตรวจสอบงานของตนเองกับเป้าหมายทุกระดับ ทุกเรื่อง เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และไม่สับสนเกี่ยวกับเรื่องเป้าหมาย จึงขอสรุปรวมไว้ดังนี้

ระดับ		เป้าหมาย
โรงพยาบาล	Organization	Mission (พันธกิจ/หน้าที่): รพ.ของเรามีไว้เพื่ออะไร Vision (วิสัยทัศน์): รพ.ของเราจะเป็นอย่างไรในอนาคต
บริการ/ หน่วยงาน	Service/Unit	Purpose (เจตจำนง/ความมุ่งหมาย): หน่วยงานของเรามีไว้เพื่ออะไร Goal (เป้าประสงค์): ผลลัพธ์ที่จะเกิดกับผู้รับบริการอย่างกว้างๆ มีอะไรบ้าง
ระบบงาน	System	Purpose: ระบบงานนี้ (เช่น IC, HRD) มีเป้าหมายอะไร
กระบวนการ	Process	Purpose: กระบวนการนี้ (เช่น การเฝ้าระวังการติดเชื้อ) มีเป้าหมายอะไร
แผนงาน	Program	Program Goal: เป้าประสงค์ที่ต้องการบรรลุของแผน
แผนปฏิบัติการ	Plan of Action	Objective: ผลลัพธ์ที่ต้องการบรรลุจากการปฏิบัติตามแผน
โครงการ CQI	CQI Project	Objective: ผลลัพธ์ที่ต้องการบรรลุจากกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

### 5.2 ความเชื่อมโยงเป้าหมายระดับต่าง ๆ



ภาพที่ 7 เป้าหมายในระดับต่างๆ และการเชื่อมโยง

เป้าหมายสูงสุดคือการบรรลุพันธกิจขององค์กรหรือการทำหน้าที่ตามที่ถูกกำหนดไว้เป็นอย่างดีที่สุด ซึ่งจะวัดได้ด้วยผลลัพธ์ 3 ด้าน คือด้านผู้รับบริการ (ผลลัพธ์และความพึงพอใจที่เกิดกับผู้ป่วยและชุมชน) ด้านผู้



ให้บริการ (การพัฒนา การเรียนรู้ และความพึงพอใจ) ด้านองค์กร (ประสิทธิภาพของระบบงานและการบริหาร การเป็นที่ยอมรับและความอยู่รอด)

เนื่องจากบริการของโรงพยาบาลมีความหลากหลายมาก การวัดที่ผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการในภาพรวม ทั่วๆ ไป เช่น ความพึงพอใจ อัตราการเสียชีวิต อัตราการติดเชื้อ อาจจะไม่สามารถแสดงให้เห็นคุณภาพที่แท้จริง ได้ จึงจำเป็นต้องพิจารณาในองค์ประกอบที่ย่อยลงมาอีก ได้แก่ เป้าหมายของหน่วยงานย่อยในโรงพยาบาล, กลุ่มผู้ป่วยในแต่ละหน่วยงานให้บริการ และเป้าหมายของระบบงานต่างๆ ซึ่งจะสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย การวัด ในระดับนี้ น่าจะเป็นการวัดที่สำคัญที่สุดที่นำไปสู่การมองภาพรวมที่ชัดเจนขึ้น และนำไปสู่การกำหนดเครื่องชี้วัด ในระดับกระบวนการที่จำเป็น

### 5.3 เครื่องชี้วัดในแต่ละระดับ

เป้าหมายขององค์กร	พันธกิจเป็นนามธรรม การวัดจึงต้องกำหนดผลลัพธ์ที่ต้องการเห็นในด้าน ผู้รับบริการ ด้านผู้ให้บริการ ด้านองค์กร แต่มีปัญหาในการแปลผล เนื่องจากลักษณะงานกลุ่มผู้รับบริการที่ heterogeneous ของ โรงพยาบาล
เป้าหมายของหน่วยงานย่อย	การวัดความสำเร็จในการทำหน้าที่ของแต่ละหน่วยบริการ/หน่วยงาน สามารถกำหนดได้ชัดเจนมากขึ้น และควรเป็นเอกลักษณ์ของหน่วยงาน นั้นๆ โดยพิจารณาจากภารกิจหลักหรือกลุ่มผู้ป่วยสำคัญที่หน่วยงานนั้น รับผิดชอบ
เป้าหมายของระบบงาน	เป็นสิ่งที่วัดได้ชัดเจน โดยควรมองไปที่ ultimate goal มองให้ไกลกว่า กิจกรรมที่อยากทำ เช่น เป้าหมายของงาน IC คืออัตราการติดเชื้อใน โรงพยาบาลที่ต่ำที่สุด, เป้าหมายของการพัฒนากำลังคน คือการที่คนมีความสามารถเหมาะสมกับงาน มีการพัฒนา มีการเติบโต
เป้าหมายตามกลุ่มประชากร/ ผู้รับบริการ	-หน่วยงานที่ทำหน้าที่ด้านสร้างเสริมสุขภาพหรือทำงานเชิงรุก อาจ พิจารณาตามกลุ่มประชากร เช่น เด็ก สตรี ผู้สูงอายุ -หน่วยงานที่ทำหน้าที่ด้านดูแลผู้ป่วย อาจพิจารณากลุ่มโรคที่สำคัญซึ่ง หน่วยงานรับผิดชอบอยู่จำนวนหนึ่ง และถามตนเองว่า “ถ้าจะประเมิน คุณภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ จะวัดอย่างไร” -การวัดทางคลินิก ควรพิจารณาทั้งผลลัพธ์ (effectiveness เช่น การเกิด ทุพพลภาพ/การเสียชีวิต) และกระบวนการ (appropriateness)
เป้าหมายของกระบวนการ	เป็นสิ่งที่เจ้าของกระบวนการควรทบทวนทำความเข้าใจว่าแต่ละงานที่ตน ทำอยู่นั้นทำไปเพื่ออะไร การประเมินว่าบรรลุเป้าหมายของกระบวนการ หรือไม่ อาจจะไม่จำเป็นต้องพยายามเก็บข้อมูลที่เป็นตัวเลข อาจจะใช้ การประเมินเชิงคุณภาพซึ่งใช้เวลาน้อยกว่าได้

ควรให้ความสำคัญกับเป้าหมายระดับหน่วยงานและเป้าหมายระดับกลุ่มประชากร/  
ผู้รับบริการที่หน่วยงานนั้นรับผิดชอบให้มากขึ้น กำหนดเป้าหมายระดับหน่วยงานที่เป็นเอกลักษณ์  
ของตนเองให้มากขึ้น

## 5.4 ความสัมพันธ์ของหน้าที่ เป้าหมาย ความต้องการ เครื่องชี้วัด

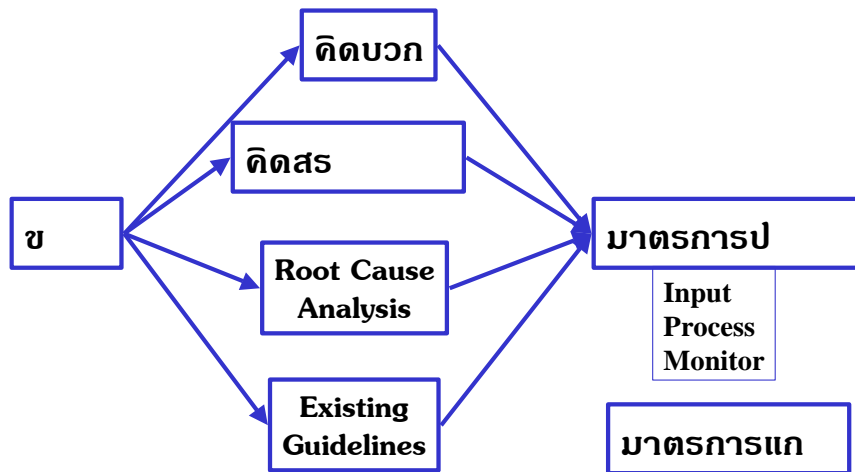
ทั้งหมดคือเรื่องเดียวกันที่จะต้องมองให้เห็นความเชื่อมโยง

เจตจำนง/ความมุ่งหมาย	เหตุผลที่ต้องมีหน่วยงาน ต้องมีใครบางคนได้รับประโยชน์จากงานของเรา เราเรียกว่า “ผู้รับผลงาน” หรือ “ลูกค้า”
ความต้องการของผู้รับผลงาน	เป็นสิ่งที่เราต้องตอบสนอง เพื่อการทำหน้าที่ที่สมบูรณ์ของเรา
เป้าหมาย	ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการตอบสนองความต้องการของลูกค้า และการทำหน้าที่ที่สมบูรณ์ของเรา
เครื่องชี้วัด	การวัดผลลัพธ์สำคัญที่เป็นเป้าหมายออกมาเป็นตัวเลข

หากไม่ได้เน้นให้เห็นความเชื่อมโยงในสิ่งเหล่านี้ กิจกรรมที่เกิดขึ้นจะเป็นการแยกส่วน และทำด้วยความไม่เข้าใจ เช่น กำหนดเป้าหมายโดยไม่ได้นำความต้องการของผู้รับผลงานหรือสิ่งที่ผู้รับผลงานให้คุณค่ามาพิจารณา กำหนดเครื่องชี้วัดโดยไม่ได้ทบทวนกับเป้าหมายสำคัญ

## 6. การทบทวน (Review)

การทบทวนทำให้เราเห็นผลงานและวิธีการปฏิบัติของเราว่าอยู่ในระดับที่เราต้องการหรือไม่ บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ การทบทวนที่ดีควรนำไปสู่การกำหนดมาตรการป้องกันที่รัดกุม และแนวทางแก้ไข ปัญหาหากมีการเกิดขึ้นอีก ช่องทางหรือกลวิธีในการคิดค้นหามาตรการแก้ไขป้องกันมีดังนี้



ภาพที่ 8 ช่องทางในการนำผลการทบทวนไปสู่มาตรการแก้ไขป้องกัน

- 1) การคิดเชิงบวก เป็นการเปิดใจรับรู้สถานการณ์ว่ามีปัญหาเกิดขึ้นจริง การเกิดปัญหาหรือความสูญเสียนั้นเป็นการส่งสัญญาณให้เรารับรู้ว่าจะระบบงานของเรามีปัญหา ควรที่จะใส่ใจในการทบทวนระบบที่เป็นอยู่แทนที่จะพยายามปิดซ่อนปัญหาเอาไว้ การคิดเชิงบวกจึงเป็นพื้นฐานทั่วไปสำหรับช่องทางอื่นๆ
- 2) การคิดสร้างสรรค์ เป็นการพยายามคิดค้นหาวิธีการใหม่ๆ ในการป้องกันปัญหา อำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ปฏิบัติงานที่จะปฏิบัติตามแนวทางที่ควรจะเป็น เช่น เมื่อพบว่าสายต่อลงถูกเก็บปัสสาวะยาวเกินไป ทำให้เกิดปัญหาปัสสาวะค้างในสายและสายหย่อนลงไปสัมผัสพื้น ที่มanganก็แก้ปัญหาด้วยการตัดสายให้สั้นลงโดยใช้ข้อต่อเข้ามาช่วย
- 3) การวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้า (root cause) ด้วยการถามคำถาม “ทำไม” ซ้ำหลายๆ รอบ จะนำไปสู่การแก้ปัญหที่ต้นเหตุ การปรับปรุงที่ตรงประเด็น และความยั่งยืนในการแก้ไขป้องกัน
- 4) การใช้หลักฐานวิชาการ แนวทางปฏิบัติ หรือข้อเสนอแนะที่มีผู้จัดทำไว้มากมาย เช่น มาตรการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล มาตรการป้องกันความเสี่ยงในเรื่องต่างๆ

## 6.1 การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย

เป็นการทบทวนและปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยไปพร้อมกัน ซึ่งผู้ให้บริการทุกคนสามารถทำได้ด้วยตนเอง หรือร่วมพิจารณาพร้อมกับเพื่อนร่วมงาน เป็นสิ่งที่ควรนำไปปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอจนเป็นความเคยชิน

แนวทางต่อไปนี้เป็นกรอบแนวคิดเรื่องคุณภาพการดูแลซึ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเข้ามาในชีวิตประจำวัน ซึ่งทุกคนสามารถทำได้ ทุกวัน ทุกชั่วโมง

เข้าไปในหอผู้ป่วย ตามตัวเองหรือเจ้าหน้าที่ว่าขณะนี้ผู้ป่วยรายใดที่มีความซับซ้อน หรือมีความเสี่ยง หรือน่าเป็นห่วง และตั้งคำถามในประเด็นต่อไปนี้

**Care** เราได้ดูแลผู้ป่วยรายนี้อย่างเต็มความสามารถด้วยความระมัดระวังแล้วหรือไม่ ตั้งแต่การประเมิน การวางแผน การปฏิบัติตามแผน การดูแลตอบสนอง ไปจนถึงการป้องกันความเสี่ยง

**Communication** เราได้สื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวในข้อมูลที่สำคัญอย่างเพียงพอแล้วหรือไม่ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจโรคที่ตนเองเป็นอยู่ ทางเลือกในการดูแลรักษา และวิธีการปฏิบัติตัวที่เราคาดหวัง

**Continuity** เราได้ใส่ใจในความต่อเนื่องของการดูแลรักษา รวมทั้งการให้ความช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปดูแลตนเองได้แล้วหรือไม่

**Team** เราได้เชิญผู้เชี่ยวชาญที่สมควร (นอกเหนือจากแพทย์และพยาบาล เช่น นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ) เข้ามาร่วมดูแลผู้ป่วยรายนี้แล้วหรือไม่

**Human Resource** ความรู้และทักษะของทีมงานของเราเพียงพอสำหรับดูแลผู้ป่วยรายนี้อย่างมีคุณภาพหรือไม่ ยังขาดเรื่องอะไรอยู่ ทำอย่างไรจะให้เกิดความรู้และทักษะเหล่านั้นขึ้นได้เร็วที่สุด

**Environment** ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สะดวก สบาย ปลอดภัย หรือไม่ มีเครื่องมือเพียงพอและพร้อมที่จะใช้หรือไม่

**Record** เวชระเบียนของผู้ป่วยรายนี้ได้รับการบันทึกอย่างสมบูรณ์เพียงพอที่จะให้ผู้อื่นมาดูแลอย่างต่อเนื่อง เข้าใจเหตุผลของการตัดสินใจ ประเมินคุณภาพของการดูแล และใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายได้หรือไม่

การตั้งคำถามในลักษณะนี้จะทำให้เห็นโอกาสพัฒนาอยู่ตลอดเวลา และกระตุ้นให้เกิดการปรับปรุงทันทีเพื่อผู้ป่วยที่กำลังนอนอยู่ในขณะนั้น และได้เห็นอันติสงส์ของการพัฒนาที่เกิดขึ้นทันทีด้วย ทำให้การพัฒนาคุณภาพกับการทำงานประจำเป็นเรื่องเดียวกัน มิใช่การดึงเวลาออกไปจากการทำงานประจำ

## 6.2 การทบทวนความคิดเห็น/คำร้องเรียนของผู้รับบริการ

จุดมุ่งหมายของการทบทวนความคิดเห็น/คำร้องเรียนของผู้รับบริการเพื่อเพิ่มความไวในการรับรู้ความต้องการและความไม่พึงพอใจของผู้รับบริการ ซึ่งเป็นสิ่งที่แก้ไขได้ไม่ยากนัก แต่หากปล่อยไว้จะก่อให้เกิดความเสียหายแก่ชื่อเสียงขององค์กร

นอกเหนือจากระบบรับความคิดเห็น/คำร้องเรียนทั่วไปแล้ว โรงพยาบาลควรพิจารณาหน่วยงานที่มีความเสี่ยงต่อการถูกร้องเรียนสูงซึ่งควรจัดระบบรับคำร้องเรียนเป็นการเฉพาะ เช่น ห้องฉุกเฉิน ห้องคลอด หอผู้ป่วยหนัก ห้องตรวจผู้ป่วยนอก

### 1) การรับรู้และตอบสนอง

พิจารณาวิธีการรับรู้ปัญหาและดำเนินการตอบสนองอย่างเหมาะสม วิธีการต่อไปนี้เป็นข้อเสนอแนะเพื่อให้โรงพยาบาลเลือกใช้ตามความเหมาะสมกับสถานการณ์ของตน

#### ก) ผู้รับความคิดเห็น/คำร้องเรียน

เป็นช่องทางรับรู้ปัญหาที่มักจะมีอยู่แล้ว แต่ควรพิจารณาปรับปรุงดังต่อไปนี้

- จัดให้มีผู้รับความคิดเห็น/คำร้องเรียนให้เพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหน่วยงานที่มีโอกาสเกิดความเข้าใจผิดหรือความไม่พึงพอใจสูง
- จัดให้มีอุปกรณ์การเขียนความคิดเห็น/คำร้องเรียน เช่น กระดาษ ดินสอ/ปากกา ให้เพียงพออยู่ตลอดเวลา
- เปิดผู้รับความคิดเห็น/คำร้องเรียนทุกวันถ้าเป็นไปได้ (การเปิดตู้สปีดวอล์กหรือเดือนละครั้ง ไม่ทันการณ์)
- ดำเนินการแก้ไขปัญหาทันทีและหาวิธีการแจ้งให้ผู้รับบริการได้ทราบถึงการแก้ปัญหาเหล่านั้น เช่น อาจจะมีบอร์ดอยู่ข้างๆ ผู้รับคำร้องเรียนระบุงการแก้ปัญหาที่ได้ดำเนินการไป (พยายามหลีกเลี่ยงการอธิบายซึ่งส่อไปในทางการแก้ตัว)
- อาจใช้สมุดบันทึกความคิดเห็นที่มุงญาติผู้ป่วยซึ่งทำหน้าที่เก็บข้อมูลสะสมและบันทึกการตอบสนองของโรงพยาบาล

#### ข) การพูดคุยกับผู้รับบริการ

เป็นการสร้างวัฒนธรรมใหม่ในการรับทราบความรู้สึกและข้อคิดเห็นของผู้รับบริการ ด้วยการขอให้เจ้าหน้าที่ทุกคนตั้งปณิธานว่าจะพูดคุยกับผู้รับบริการเป็นประจำทุกวัน อย่างน้อยวันละหนึ่งคน เกี่ยวกับสิ่งที่ผู้รับบริการพึงพอใจและสิ่งที่ต้องการให้มีการปรับปรุงแก้ไข

ข้อมูลที่ได้รับจากการพูดคุยจะเทียบเท่ากับข้อมูลในส่วนคำถามปลายเปิดในแบบประเมินพึงพอใจของผู้รับบริการ แต่สิ่งที่ได้มากกว่าคือการสัมผัสถึงความรู้สึกที่แท้จริงของผู้รับบริการ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูลมากกว่า (เพราะผู้รับบริการส่วนใหญ่จะชอบพูดมากกว่าเขียน) และการสร้างจิตสำนึกผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางขึ้นในจิตใจของทุกคน

### ค) การค้นหาผู้ประสบปัญหาในการรับบริการ

โดยทั่วไปเรามักจะตั้งรับรอให้ผู้ที่มีปัญหา เกิดความไม่พึงพอใจเข้ามาบอกเล่าว่าเกิดอะไรขึ้นกับตน ซึ่งผู้รับบริการที่ไม่พึงพอใจจำนวนหนึ่งอาจจะไม่เข้ามาแจ้งแก่เจ้าหน้าที่

วิธีการนี้เป็นการค้นหาในเชิงรุกด้วยการกวาดตามองหาผู้รับบริการที่มีท่าทีหรือสีหน้าไม่เป็นที่สบายใจ เข้าไปพูดคุยเพื่อรับทราบปัญหา ค้นหาสาเหตุ และดำเนินการแก้ไขทันที ข้อสำคัญที่สุดคือจะต้องมีท่าทีรับฟังอย่างตั้งใจ ไม่แก้ตัว และความยืดหยุ่นในการตอบสนอง

### ง) การจัดให้มีเจ้าหน้าที่รับคำร้องเรียน

โดยทั่วไปมักจะมีเจ้าหน้าที่ต้อนรับหรือเจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ทำหน้าที่นี้อยู่แล้ว ควรพิจารณาแนวทางการปฏิบัติงานดังต่อไปนี้

- มีป้ายหรือวิธีการที่จะสื่อให้ผู้รับบริการทราบว่า จุดนี้ บุคคลนี้ คือผู้ที่ช่วยแก้ปัญหาให้เขาได้
- ทำความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่ว่าในขณะรับทราบปัญหาของผู้ป่วยนั้น ให้ทำความรู้สึกเหมือนกับเป็นญาติของผู้ป่วย มิใช่เป็นเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล หน้าที่คือการช่วยแก้ปัญหาและสร้างความรู้สึกที่ดีแก่ผู้รับบริการ หลีกเลี่ยงการอธิบายกฎระเบียบหรือคำชี้แจงต่างๆ ซึ่งผู้รับบริการไม่อยู่ในอารมณ์ที่จะรับฟัง
- สนับสนุนให้เจ้าหน้าที่รับคำร้องเรียนสามารถประสานงาน แก้ปัญหา และสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ร้องเรียน เช่น อนุญาตให้ลัดคิวบางอย่างได้เมื่อมีเหตุผล อนุญาตให้ใช้เงินเพื่อซื้อเครื่องดื่มให้ผู้ร้องเรียนได้ ฯลฯ (จะให้อำนาจหรือ empower อย่างไร เพียงใด ขึ้นกับลักษณะปัญหาที่พบบ่อย)
- บันทึกข้อมูลคำร้องเรียนและการแก้ไขที่นำไปลงในแบบบันทึกมาตรฐานเพื่อรวบรวมวิเคราะห์

### จ) รับความคิดเห็น/คำร้องเรียนทางโทรศัพท์

โรงพยาบาลอาจจะจัดให้มีระบบรับคำร้องเรียนทางโทรศัพท์ ในรูปแบบต่างๆ เพื่อรับเรื่องราวจากผู้ที่ไม่ต้องการแสดงตัว เช่น

- โทรศัพท์พูดคุยกับเจ้าหน้าที่รับคำร้องเรียน
- โทรศัพท์ถึง operator และบันทึกเทปไว้
- โทรศัพท์ซึ่งรับสัญญาณแล้วบันทึกเทปโดยอัตโนมัติ

### ฉ) บันทึกประสบการณ์ของผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่นอนอยู่ในโรงพยาบาล มีการศึกษา และสามารถจดบันทึกได้ ควรได้รับการกระตุ้นและสนับสนุนให้จัดทำ “บันทึกประสบการณ์ในโรงพยาบาล” เพื่อให้ผู้ให้บริการได้รับทราบความต้องการและความรู้สึกของผู้ป่วยได้ดีขึ้น ควรพิจารณาแนวทางปฏิบัติต่อไปนี้

- ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยหรือญาติในการจดบันทึก
- จัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นในการจดบันทึกให้ เช่น สมุด ดินสอ
- ขอให้ผู้ป่วยหรือญาติจดบันทึกอาการ ความรู้สึกของผู้ป่วย การดูแลรักษาที่ได้รับ และสิ่งที่ต้องการเพิ่มเติมจากโรงพยาบาลในแต่ละวัน โดยชี้แจงด้วยว่าข้อมูลเหล่านี้จะถูกนำมาใช้เพื่อประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยด้วย

- เจ้าหน้าที่ขอข้อมูลบันทึกของผู้ป่วยเป็นประจำทุกวัน ดำเนินการตอบสนองความต้องการหรือแก้ปัญหาให้ผู้ป่วยทันทีและบันทึกปัญหา/การแก้ไขนั้นในเวชระเบียนด้วย

#### ข) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย

เป็นสิ่งที่หลายโรงพยาบาลทำอยู่แล้ว แต่ยังไม่ใช้ประโยชน์เต็มที่และไม่ทันการณ์ ควรพิจารณาปรับปรุงดังต่อไปนี้

- ออกแบบประเมินในภาพรวมแทนที่จะแยกประเมินของแต่ละหน่วยบริการ และให้มีคำถามให้น้อยข้อที่สุด
- นำข้อเสนอแนะในส่วนคำถามปลายเปิด ส่งต่อให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบทันที

#### ค) การรับฟังเสียงสะท้อนจากชุมชน

เป็นการรับฟังเสียงสะท้อนในเชิงรุก จากผู้ที่อาจจะไม่ได้เป็นผู้รับบริการโดยตรง โดยผสมผสานกับกิจกรรมที่โรงพยาบาลมีอยู่แล้วในชุมชน เช่น การเยี่ยมบ้าน การให้บริการในชุมชน

### 2) การบันทึก

จัดให้มีระบบการบันทึกข้อมูล การแก้ไขที่ได้ดำเนินการไป และพิจารณาข้อเสนอแนะในการปรับปรุงระบบเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำซ้อน (หัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นผู้รับผิดชอบ อาจจะมีมอบหมายให้ผู้รับทราบข้อมูลเป็นผู้บันทึก อาจจะมีปรึกษาหาวิธีการปรับปรุงระบบกับสมาชิกในหน่วยงานตามความเหมาะสม)

#### ตัวอย่างแบบบันทึกข้อมูลมาตรฐานซึ่งใช้ได้กับทุกช่องทางการรับรู้ข้อมูลที่กล่าวมาแล้ว

ข้อมูลที่ได้รับ/ผู้รับข้อมูล	การแก้ไขเฉพาะราย	ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงระบบ

### 3) การวิเคราะห์ข้อมูลและปรับปรุงระบบ

นำข้อมูลมาวิเคราะห์แนวโน้มเพื่อดำเนินการปรับปรุงระบบให้เหมาะสมยิ่งขึ้น โดยทีมผู้บริหารหรือทีมงานที่ผู้บริหารมอบหมาย ในช่วงแรกควรทบทวนเป็นประจำทุกเดือน ในกรณีที่ผู้บริหารมอบหมายให้มีทีมผู้รับผิดชอบจะต้องมีระบบรายงานให้ทีมผู้บริหารรับทราบอย่างสม่ำเสมอ

#### ตัวอย่างแบบบันทึกสรุปแนวโน้มของปัญหาและการปรับปรุงระบบ

ลักษณะของปัญหา	ความถี่	การปรับปรุงระบบที่ดำเนินการไปแล้ว



#### 4) การติดตามผล

ทีมผู้บริหารควรติดตามผลการปรับปรุงระบบเป็นระยะ ในแง่ความเหมาะสมของการปรับปรุงระบบ การปฏิบัติตามแนวทางใหม่ที่กำหนดขึ้น และการลดลงของปัญหา

### 6.3 การทบทวนการส่งต่อ/ขอย้าย/ปฏิเสธการรักษา

จุดมุ่งหมายของการทบทวนนี้เพื่อประเมินศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาล รวมทั้งความเหมาะสมในการดูแลก่อนที่จะมีการส่งต่อ

#### 1) การรับรู้

##### ก) การส่งต่อผู้ป่วย

แหล่งข้อมูลสำหรับการทบทวนมักจะอยู่ในสำเนาใบส่งต่อผู้ป่วย แต่ข้อมูลในใบส่งต่ออาจจะไม่สมบูรณ์พอที่จะนำไปสู่การปรับปรุงระบบได้ ควรพิจารณาแนวทางปฏิบัติต่อไปนี้

- ทันทีที่มีการส่งต่อผู้ป่วย หัวหน้าหอผู้ป่วยควรปรึกษากับแพทย์ผู้ดูแลเกี่ยวกับเหตุผลของการส่งต่อ (ควรวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริงว่าเป็นเพราะความไม่พึงพอใจของผู้รับบริการ ความไม่เชื่อมั่นในโรงพยาบาล โรงพยาบาลไม่มีศักยภาพที่จะดูแล หรือโรงพยาบาลมีศักยภาพในการดูแลแต่ไม่พร้อมด้วยสาเหตุอื่นๆ) และความเป็นไปได้ในการปรับปรุงเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย
- ติดตามรับเสียงสะท้อนจากโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยต่อ เกี่ยวกับความเหมาะสมของการดูแลรักษาที่ได้ให้ไป รวมทั้งข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย

##### ข) ผู้ป่วยที่ขอย้ายหรือปฏิเสธการรักษา

ผู้ป่วยที่ขอย้ายหรือปฏิเสธการรักษาส่วนหนึ่งมาจากความไม่พึงพอใจหรือไม่มั่นใจ ซึ่งเป็นโอกาสดีที่จะทบทวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น อย่างไรก็ตามในระบบที่เป็นอยู่มักจะไม่มีกระบวนการบันทึกข้อมูลดังกล่าว ควรพิจารณาแนวทางปฏิบัติทำนองเดียวกับการส่งต่อผู้ป่วย

#### 2) การบันทึก

จัดให้มีระบบการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค สาเหตุที่ส่งต่อ/ขอย้าย/ปฏิเสธการรักษา และพิจารณาข้อเสนอแนะในการปรับปรุงศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยและการสื่อสารกับผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความเชื่อมั่นมากขึ้น

หัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีหน้าที่รับผิดชอบในการบันทึกข้อมูลไว้เพื่อประโยชน์ในการทบทวน

##### ตัวอย่างแบบบันทึกข้อมูลการส่งต่อ/ขอย้าย/ปฏิเสธการรักษา

ผู้ป่วย/การวินิจฉัย	เหตุผลที่ส่งต่อ/ขอย้าย	ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุง

#### 3) การวิเคราะห์ข้อมูล การปรับปรุงระบบ และการติดตามผล

ดูแนวทางการปฏิบัติในเรื่องการทบทวนความคิดเห็น/คำร้องเรียนของผู้รับบริการ ในข้อ 6.2 (3) และ (4)

## 6.4 การทบทวนการตรวจรักษาโดยผู้ที่มิใช่แพทย์

การตรวจรักษาโดยผู้ที่มิใช่แพทย์ ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ยังคงเป็นความรับผิดชอบของแพทย์ที่ควบคุมกำกับ ซึ่งอาจจะเป็นผู้บริหาร หัวหน้าแผนก หรือแพทย์เวรในช่วงเวลานั้น

แนวทางการปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพได้แก่

- บุคคลที่ให้การตรวจรักษาจะต้องได้รับการฝึกอบรมและประเมินว่าเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถพอ
- มีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจนในการขอคำปรึกษาแพทย์ และสามารถได้รับคำปรึกษาเมื่อต้องการ
- แพทย์ผู้รับผิดชอบทบทวนการตรวจรักษาที่ได้กระทำไปโดยเร็วที่สุด และยืนยันให้เห็นชอบกับการตรวจรักษาที่ได้ทำไป นำสิ่งที่สมควรได้รับการแก้ไขปรับปรุงมาทำความเข้าใจ ชี้แนะ จัดทำแนวทางปฏิบัติ หรือฝึกอบรม

## 6.5 การค้นหาและป้องกันความเสี่ยง

### 1) การค้นหาความเสี่ยง

เป็นการทบทวนในเชิงรุก เพื่อดูว่ามีโอกาสจะเกิดความเสี่ยงในด้านใดบ้าง และนำมากำหนดมาตรการป้องกันที่รัดกุม

การค้นหาความเสี่ยงง่ายๆ อาจทำได้ดังนี้

- ติดตามสิ่งที่เคลื่อนไหวในระบบบริการ เช่น การเข้ารับบริการของผู้ป่วยในทุกขั้นตอน การไหลเวียนของสิ่งส่งตรวจและรายงานผล การไหลเวียนของคำสั่งใช้ยาและการให้ยาแก่ผู้ป่วย พิจารณาว่าในแต่ละขั้นตอนมีโอกาสที่จะเกิดปัญหาหรือความเสี่ยงอะไรกับผู้ป่วย
- ทบทวนกันภายในหน่วยงานว่าเคยมีเหตุการณ์สำคัญอะไรเกิดขึ้น หรือมีโอกาสจะเกิดขึ้น
- จัดทีมจากนอกหน่วยงานเข้าไปสังเกตความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและวิธีปฏิบัติงานในแต่ละหน่วยงาน รวบรวมบัญชีรายการความเสี่ยงที่ค้นพบจากทุกหน่วยงานส่งให้แต่ละหน่วยงาน ทบทวนตนเอง
- ติดตามปัญหาหรือความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลอื่น และนำมาพิจารณาว่าเหตุการณ์เหล่านั้นมีโอกาสเกิดขึ้นกับเราหรือไม่
- นำโรคที่พบบ่อยหรือโอกาสที่ผลลัพธ์ในการดูแลรักษาจะไม่ดี มาพิจารณาว่ามีความเสี่ยงด้านคลินิกอะไรบ้าง

### 2) การกำหนดแนวทางปฏิบัติ

ควรพิจารณาประเด็นต่อไปนี้และจัดทำคู่มือที่กระชับ

- ทรัพยากรที่จำเป็น (คน เครื่องมืออุปกรณ์) รวมทั้งผู้เตรียมและตรวจสอบความพร้อมของทรัพยากรดังกล่าว
- วิธีการปฏิบัติงานที่รัดกุมเพื่อป้องกันปัญหา/ความเสียหาย
- การควบคุมดูแลการปฏิบัติงาน รวมทั้งการใช้ข้อมูลเพื่อติดตามกำกับ
- การแก้ไขสถานการณ์เมื่อเกิดปัญหา
- การบันทึกที่จำเป็น

### 3) การบันทึก

โรงพยาบาลควรสร้างวัฒนธรรมให้มีการรายงานอุบัติการณ์ โดยมุ่งนำข้อมูลมาใช้เพื่อรับทราบแนวโน้มของปัญหาและร่วมกันแก้ไขป้องกัน มากกว่าที่จะใช้เป็นเครื่องมือในการค้นหาผู้กระทำผิดและลงโทษ แบบบันทึกควรจะสั้น กระชับ มีรายละเอียดการเกิดเหตุการณ์เท่าที่จำเป็น ควรมีการกำหนดช่องทางการรายงานและการตอบสนองที่ชัดเจน ตามลักษณะความรุนแรงและเร่งด่วนของเหตุการณ์ และมีระบบรักษาความลับของข้อมูลเพื่อให้ความมั่นใจแก่ผู้รายงาน

### 4) การทบทวน/การวิเคราะห์ข้อมูล การปรับปรุงระบบ และติดตามผล

สิ่งที่ควรสนับสนุนให้เกิดขึ้นได้แก่

- การทบทวนโดยผู้ปฏิบัติงานว่าสามารถปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดไว้ได้หรือไม่ โดยสอดแทรกเข้าไประหว่างการทำงานปกติ
- การที่หัวหน้างานสังเกตการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ โดยเลือกสังเกตในขั้นตอนการปฏิบัติที่สำคัญ
- การเชื่อมโยงข้อมูลจากโปรแกรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงเพื่อให้ได้ภาพรวมของการเกิดอุบัติเหตุทั้งหมดในทุกส่วนของโรงพยาบาล เพื่อให้สามารถที่ผู้บริหารรับทราบแนวโน้มของการเกิดอุบัติเหตุได้ และดำเนินการตอบสนองอย่างเหมาะสมในวาระการประชุมปกติของผู้บริหาร
- การทบทวนความเหมาะสมของมาตรการที่กำหนดไว้

## 6.6 การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล

การติดเชื้อเป็นความเสี่ยงสำคัญที่สามารถป้องกันได้ การมีมาตรการป้องกันที่ดีและการเฝ้าระวังอุบัติการณ์ของการติดเชื้อจะช่วยลดความสูญเสียลงได้มาก

การเฝ้าระวัง คือ “วิธีการที่เป็นระบบในการเก็บ จัดระบบ วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหรือเหตุการณ์ รวมทั้งการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องนำไปปรับปรุงผลลัพธ์”

การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลมีเป้าหมายเพื่อ 1) ทราบระดับของการติดเชื้อที่เป็นอยู่ 2) สร้างความตระหนักในเจ้าหน้าที่ 3) ลดอัตราการติดเชื้อให้ต่ำลง 4) ประเมินมาตรการป้องกันที่ใช้อยู่

การเฝ้าระวังทั้งโรงพยาบาล (hospital-wide surveillance) มีข้อดีที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับตำแหน่งของการติดเชื้อและหผู้ป่วยที่มีการติดเชื้ออย่างครบถ้วน สามารถค้นพบการระบาดได้ง่าย แต่มีข้อด้อยที่ต้องใช้เวลามาก ต้องการเจ้าหน้าที่มาก ไม่สามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงได้ แผลผลข้อมูลยาก และไม่มีจุดเน้นในการทำงาน

ในปัจจุบันจึงแนะนำให้ทำการเฝ้าระวังแบบมุ่งเป้า (targeted surveillance) ซึ่งมีข้อดีคือ เน้นผลลัพธ์หรือกระบวนการที่เฉพาะเจาะจง ใช้ทรัพยากรสัมพันธ์กับความเสียหาย ให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับประสิทธิภาพของวิธีการต่างๆ และคุ้มค่ามากกว่า แม้จะมีข้อด้อยในแง่ที่ว่า อาจจะไม่พบปัญหา อาจจะไม่สามารถนำความเสี่ยง/มาตรการป้องกันไปใช้กับประชากรกลุ่มอื่นได้

### 1) กำหนดการติดเชื้อและกระบวนการที่จะเฝ้าระวัง

โรงพยาบาลควรเลือกการติดเชื้อซึ่งมีอัตราการเกิดสูง มีผลกระทบรุนแรง มีค่าใช้จ่ายสูง มีศักยภาพในการเฝ้าระวังและลดอัตราการติดเชื้อ มาทำการเฝ้าระวัง

ตัวอย่างการติดเชื้อที่ควรเฝ้าระวังในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เช่น การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ส่วนล่างในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ หรือ Ventilator Associated Pneumonia (VAP), การติดเชื้อแผลผ่าตัด หรือ Surgical Site Infection (SSI), การติดเชื้อเนื่องจากสายให้สารน้ำทางหลอดเลือด หรือ IV Catheter-related Infection (CRI), การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเนื่องจากใส่สายสวน Catheter-Associated UTI (CAUTI)

ตัวอย่างการติดเชื้อที่ควรเฝ้าระวังในโรงพยาบาลชุมชน เช่น การติดเชื้อเนื่องจากสายให้สารน้ำทางหลอดเลือด (CRI), การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเนื่องจากใส่สายสวน (CAUTI), การติดเชื้อแผลผ่าตัด (SSI) ถ้ามีการทำผ่าตัด, การติดเชื้อหลังการคลอด, การติดเชื้อบาดแผลที่เย็บซ่อม

ในการติดเชื้อแต่ละอย่างนั้นควรวิเคราะห์ด้วยว่ากระบวนการหรือขั้นตอนใดที่มีผลต่อการติดเชื้อ และเฝ้าระวังการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ด้วย เช่น กระบวนการที่มีผลต่อการลดอัตราการติดเชื้อของแผลผ่าตัดได้แก่ การทำความสะอาดผิวหนัง, การขจัดขน, ระยะเวลาในการให้ยาต้านจุลชีพ

### 2) เก็บข้อมูล

ควรกำหนดคำจำกัดความในการเฝ้าระวังโดยใช้คำจำกัดความที่เป็นมาตรฐานและใช้เหมือนกันทั้งโรงพยาบาล รวมทั้งกำหนดองค์ประกอบของข้อมูลที่ต้องจัดเก็บ

ความถูกต้องของข้อมูลขึ้นกับ วิธีการค้นหาผู้ป่วยที่ครอบคลุม การเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการฝึกอบรม

ในการค้นหาผู้ป่วยติดเชื้อนั้น ควรใช้วิธีที่มีความไวร่วมกัน ได้แก่ การทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง, การทบทวนผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านจุลชีพ และ การมีผู้ประสานงานในหอผู้ป่วยช่วยเฝ้าระวัง

### 3) วิเคราะห์ข้อมูล

ควรมีการวิเคราะห์อัตราการติดเชื้อเป็นประจำ ทั้งในระดับโรงพยาบาลและระดับหอผู้ป่วย โดยวิเคราะห์ทุกเดือนถ้าเป็นไปได้ ตัวอย่างการวิเคราะห์ เช่น

- อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัดตามรายหัตถการ (ร้อยละ)
- อัตราการติดเชื้อจากการใช้อุปกรณ์ (ต่อ 1000 วันของการใช้อุปกรณ์)
- อัตราการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ (ร้อยละ)

ในบางกรณีอาจจำเป็นต้องวิเคราะห์เปรียบเทียบตามกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงคล้ายกัน

### 4) ใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย

การเฝ้าระวังควรนำไปสู่การทบทวนมาตรการป้องกันการติดเชื้อที่ใช้อยู่ และส่งเสริมให้มีการนำข้อเสนอแนะต่างๆ ที่มีหลักฐานทางวิชาการสนับสนุน มาสู่การปฏิบัติอย่างครบถ้วน

## 6.7 การเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา

โรงพยาบาลสามารถเพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยา ด้วยการลดโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (adverse drug event-ADE)

ต่อไปนี้เป็นข้อเสนอเบื้องต้นเพื่อให้มีการเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยาที่มีความหมาย

- การเฝ้าระวังเฉพาะความคลาดเคลื่อน โดยไม่เชื่อมโยงกับผลกระทบหรือโอกาสเกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย เป็นสิ่งที่ไม่เกิดประโยชน์
- การวัดที่เน้นไปที่ยาเฉพาะตัวซึ่งมีโอกาสเกิดปัญหาสูง หรือสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อความคลาดเคลื่อน จะทำให้ป้องกันความคลาดเคลื่อนได้ดีกว่า เช่น การใช้ยาเคมีบำบัด การใช้ยาที่ผู้ป่วยแพ้ การใช้ยา heparin
- เหตุการณ์ “เกือบพลาด” เป็นการส่งสัญญาณว่าระบบยังมีปัญหา แต่โชคดีที่มีผู้ค้นพบและจัดการแก้ไขได้ก่อน เหตุการณ์เหล่านี้ควรได้รับการใส่ใจว่ามีความสำคัญไม่น้อยกว่าความผิดพลาดที่เกิดขึ้นแล้ว เพื่อให้เกิดการปรับปรุงในเชิงระบบขึ้น
- การวิเคราะห์ความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นในองค์กรอื่น เป็นเสมือนเลนส์ตรวจสอบระบบในองค์กรของเรา ผู้ปฏิบัติงานจะรู้สึกสบายใจในการพูดคุยเรื่องความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นภายนอก จะไม่มีท่าทีของการปกป้องตนเอง สามารถระบุสาเหตุเชิงระบบ โอกาสที่จะเกิด และข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงได้ไม่ยาก



ตัวอย่างสรุปรายงานความคลาดเคลื่อนด้านยาที่เชื่อมโยงกับผลกระทบต่อผู้ป่วย

หน่วยงาน \_\_\_\_\_ โรงพยาบาล \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_

ความคลาดเคลื่อน	ครั้ง	ผลกระทบ						ตัวหาร	อัตรา
		No harm	E <sup>2</sup>	F <sup>3</sup>	G <sup>4</sup>	H <sup>5</sup>	Death		
<b>Prescribing error<sup>6</sup></b>								(ใบสั่ง)	
-Wrong dose									
-Wrong choice									
-Known allergy									
-Others (frequency, DI, drug, route)									
<b>Order processing error<sup>7</sup></b>								(ใบสั่ง)	
-Ward									
-Pharmacy									
<b>Dispensing error<sup>8</sup></b>								(ใบสั่ง)	
<b>Administrative error<sup>9</sup></b>								(วันนอน)	
-Wrong time									
-Omission error									
-Wrong strength									
-Unauthorized drug/ wrong patient									
-Extra dose									
-Wrong route									
-Wrong dosage form									
<b>Patient non-compliance</b>								(รายผู้ป่วย)	
<b>Total</b>									

<sup>2</sup> ความคลาดเคลื่อนซึ่งส่งผลให้เกิดผลเสีย (harm) ต่อผู้ป่วยเป็นการชั่วคราว ต้องมีการรักษาหรือแก้ไข

<sup>3</sup> ความคลาดเคลื่อนซึ่งส่งผลให้เกิดผลเสีย (harm) ต่อผู้ป่วยเป็นการชั่วคราว ต้องรับวันนอน รพ. หรือนอน รพ. นานขึ้น

<sup>4</sup> ความคลาดเคลื่อนซึ่งส่งผลให้เกิดผลเสีย (harm) ต่อผู้ป่วยเป็นการถาวร

<sup>5</sup> ความคลาดเคลื่อนซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเกือบเสียชีวิต เช่น การแพ้ยา anaphylaxis, หัวใจหยุดเต้น

<sup>6</sup> ความคลาดเคลื่อนจากการสั่งยา ได้แก่ ผิดขนาด, เลือกยามิด (มีข้อห้าม), สั่งยาที่ผู้ป่วยแพ้, ความถี่ผิด, เขียนชื่อยามิด, สั่งให้ยาผิดวิธี

<sup>7</sup> ความคลาดเคลื่อนในกระบวนการก่อนการจ่ายยา ได้แก่ ความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่ง และความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา

<sup>8</sup> ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา หมายถึงยาที่จ่ายแก่ผู้ป่วยไม่ตรงกับที่แพทย์สั่ง เป็นข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล

<sup>9</sup> ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ได้แก่ ผิดเวลาเกินกว่า ๑ ชม., ไม่ได้ให้, ความเข้มข้นผิด, ผู้ป่วยผิดคน หรือผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่ควรได้, ให้ยาเกินขนาด, ให้ยาผิดวิธี, ให้ยาในรูปแบบที่ผิด

## 6.8 การทบทวนการดูแลผู้ป่วยจากเหตุการณ์สำคัญ

เป็นการนำเหตุการณ์ที่มีความสำคัญมาวิเคราะห์เพื่อหาวิธีป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ดังกล่าวขึ้นอีก การลงทุนกับสิ่งที่มีปัญหาเป็นวิธีการที่คุ้มค่า เพราะช่วยป้องกันความเสี่ยงให้กับผู้ป่วย

เหตุการณ์สำคัญได้แก่

- การเสียชีวิต
- การเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อ, อันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด, ผลข้างเคียงจากยา, ปฏิกริยาจากการให้เลือด,
- การรักษาที่ไม่ได้วางแผน เช่น การผ่าตัดซ้ำ, การรับไว้รักษาซ้ำด้วยโรคเดิม
- อุบัติการณ์อื่นๆ เช่น การพลัดตกหกล้ม, ความคลาดเคลื่อนทางยา (medication error), อุบัติการณ์เกี่ยวกับเครื่องมือ (ได้รับอันตราย, ทำงานไม่ปกติ, ไม่มีใช้), การตรวจรักษาผิดรายหรือผิดจากแผนการที่วางไว้
- กรณี “เกือบพลาด” กล่าวคือมีโอกาสเกิดอุบัติการณ์ขึ้น แต่ตรวจพบและดำเนินการแก้ไขเสียก่อน

### 1) การรับรู้และทบทวน

การรับรู้ ทบทวน และรายงานเหตุการณ์ต่างๆ ควรเป็นไปอย่างเหมาะสมกับความรุนแรงของเหตุการณ์นั้นๆ

การเสียชีวิต	ทบทวนเบื้องต้นให้เร็วที่สุดโดยแพทย์และพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย และรายงานให้ผู้บริหารทราบทันที
การเกิดภาวะแทรกซ้อน	แพทย์และพยาบาลร่วมกันแก้ไขภาวะแทรกซ้อน แล้วทบทวนสาเหตุและโอกาสป้องกันทันที
การรักษาซ้ำ	แพทย์และพยาบาลร่วมกันทบทวนสาเหตุและโอกาสป้องกันทันที
อุบัติการณ์อื่นๆ	ใช้ระบบรายงานอุบัติการณ์ มีการมอบหมายให้ผู้รับผิดชอบดำเนินการตามระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ รวบรวมอุบัติการณ์มาทบทวนเป็นประจำทุกเดือน
กรณี “เกือบพลาด” หรือ “ใกล้พลาด”	อาจตรวจพบได้จากระบบรายงานอุบัติการณ์ปกติ หรือระบบการตรวจสอบเฉพาะ (เช่น การตรวจสอบยาก่อนจ่ายให้ผู้ป่วย) หรือการตรวจสอบเวชระเบียนของผู้ป่วยที่กำลังนอนรักษาอยู่ว่ามีโอกาสที่จะเกิดผลที่ไม่ดีขึ้น (potential bad outcome)

หลักการสำคัญในการทบทวนเหตุการณ์เหล่านี้คือการหาแนวทางป้องกัน มิใช่หาตัวบุคคลผู้รับผิดชอบ ดังนั้นในการทบทวนจะต้องไม่มีการกล่าวโทษกัน เมื่อใดก็ตามที่จะมีการกล่าวโทษกัน ผู้ดำเนินการจะต้องยุติการอภิปรายในทิศทางนั้น

อาจมีความจำเป็นที่จะต้องวินิจฉัยสาเหตุของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น การวินิจฉัยผิด การวินิจฉัยล่าช้า การวินิจฉัยไม่ชัดเจน การเฝ้าระวังที่ไม่เพียงพอ การรักษาที่ไม่เหมาะสม ทั้งนี้เพื่อเป้าหมายเดียวคือเพื่อตอบคำถามว่า “เรื่องนี้รุนแรงขนาดไหน จำเป็นต้องปรับปรุงวิธีการทำงานหรือไม่ จะป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ในลักษณะดังกล่าวขึ้นอีกได้อย่างไร”

ควรกำหนดระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อประโยชน์ในการดำเนินงานต่อ เช่น

- ระดับ 1 รับผิดชอบไม่ต้องทำอะไรต่อ
- ระดับ 2 สิ่งที่ทำเป็น routine แต่ไม่ได้คาดว่าจะเป็นปัญหา ไม่ต้องทำอะไรต่อ
- ระดับ 3 การทำงานไม่ปกติ ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน แต่ไม่เกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย
- ระดับ 4 ขาดมาตรฐานการดูแล มีผลกระทบต่อผู้ป่วย ต้องระบุแผนที่ต้องทำและส่งให้ผู้รับผิดชอบ

ในกรณีที่แพทย์และพยาบาลไม่มีโอกาสที่จะทบทวนร่วมกัน อาจจะให้แต่ละฝ่ายทบทวนในส่วนของตนเองก่อน และมอบให้ผู้รับผิดชอบประสานข้อมูลจากทุกฝ่าย

ในบางกรณี ผู้บริหารอาจจำเป็นต้องมอบหมายให้มีคนกลางเข้าไปรับรู้หรือค้นหาข้อมูล

## 2) การบันทึก

จัดให้มีระบบการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น สาเหตุของเหตุการณ์ดังกล่าว และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเพื่อป้องกันเหตุการณ์ดังกล่าว

สำคัญอย่างยิ่งว่าในการบันทึกนี้จะต้องไม่ระบุตัวผู้ป่วยเพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องเกิดความมั่นใจว่าจะให้ความเห็นอย่างตรงไปตรงมาโดยไม่ต้องกังวลว่าจะเกิดผลเสียต่อตนเองและโรงพยาบาลในภายหลัง

บันทึกการทบทวนเหตุการณ์สำคัญควรเก็บรวมไว้ในที่แห่งเดียวและมีการจำกัดการเข้าถึงให้เหมาะสม

### ตัวอย่างแบบบันทึกข้อมูลการทบทวนเหตุการณ์สำคัญ

การวินิจฉัย/เหตุการณ์	สาเหตุ	ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุง

## 3) การวิเคราะห์ข้อมูล การปรับปรุงระบบ และการติดตามผล

ทีมนำทางคลินิก (Clinical Lead Team) หรือทีมดูแลผู้ป่วย (Patient Care Team) มีหน้าที่นำข้อมูลมาวิเคราะห์แนวโน้มเพื่อดำเนินการปรับปรุงระบบให้เหมาะสมยิ่งขึ้น โดยจะต้องวิเคราะห์ความพอเพียงของการปรับปรุงระบบที่ได้ดำเนินการไปแล้ว รวมทั้งติดตามความเข้าใจและการนำไปปฏิบัติโดยผู้เกี่ยวข้อง (ดูตัวอย่างแบบบันทึกสรุปแนวโน้มของปัญหาและการปรับปรุงระบบในข้อ 6.2 (3))

## 6.9 การทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน

การทบทวนเวชระเบียนในขั้นต้น ควรเน้นประเด็นต่อไปนี้ และพยายามปรับปรุงให้สมบูรณ์

ข้อมูลของผู้ป่วย	มีชื่อ สกุล อายุ ที่อยู่ของผู้ป่วยของผู้ป่วยในเวชระเบียนผู้ป่วยในครบถ้วน ส่วนชื่อ ที่อยู่ของผู้ติดต่ออย่างน้อยมีอยู่ใน OPD card
ประวัติความเจ็บป่วย	มีบันทึกอาการสำคัญและประวัติปัจจุบัน
การตรวจร่างกาย	มีการตรวจร่างกายทุกระบบที่คาดว่าจะเกี่ยวข้อง
ผลการปฏิบัติการ	มีบันทึกหรือรายงานผลการปฏิบัติการในเวชระเบียน
การวินิจฉัย	ใช้ข้อมูลจากประวัติและการตรวจร่างกายเพื่อการวินิจฉัยโรค ไม่ได้วินิจฉัยจากอาการเพียงอย่างเดียว
แผนการดูแลรักษา	มีการระบุปัญหาของผู้ป่วยครบถ้วนและแผนการดูแลที่สอดคล้องกับปัญหา
การดำเนินโรค	มีบันทึกการดำเนินโรคเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญทุกครั้ง
การผ่าตัด (ถ้ามี)	มีบันทึกการผ่าตัดซึ่งระบุเหตุการณ์, การวินิจฉัยโรค, สิ่งที่พบโดยสรุป
การตัดชิ้นเนื้อ (ถ้ามี)	เมื่อมีการผ่าตัดชิ้นเนื้อออกจากร่างกาย มีการส่งชิ้นเนื้อตรวจตามที่กำหนดไว้และมีรายงานอยู่ในเวชระเบียน

การทบทวนเพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ในเนื้อหา อาจจะใช้ตั้งคำถามตามแนวทางข้างล่างนี้และดูว่ามี การบันทึกข้อมูลหรือเหตุผลอธิบายหรือไม่ (หากต้องการเน้นความสมบูรณ์ของการบันทึก ให้ดูเพียงว่ามีหรือไม่ แต่หากต้องการเน้นคุณภาพของการดูแลผู้ป่วย ให้ดูความเหมาะสมของการตัดสินใจด้วย)

- เหตุใดจึงต้องรับผู้ป่วยไว้ในอนโรงพยาบาล
- ผู้ป่วยมีสภาพอย่างไรเมื่อแรกรับ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ
- มีข้อมูลอะไรสนับสนุนการวินิจฉัยโรคที่ให้ไว้ มีข้อมูลอะไรสนับสนุนเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยโรค
- มีแผนการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับสภาพผู้ป่วยหรือไม่
- อะไรทำให้มีการสั่งตรวจ investigate แต่ละครั้ง
- ได้ใช้ผลการตรวจ investigate อย่างไร
- อะไรทำให้มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมคำสั่งการรักษา ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร
- ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนอะไรบ้าง มีการบันทึกไว้ชัดเจนหรือไม่
- มีการประเมินปัญหาที่จะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยกลับไปบ้านหรือไม่ ถ้ามีโอกาสเกิดปัญหา ได้มีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างไร

การใช้คำถามข้างต้น อาจเกิดขึ้นในระหว่างการตรวจสอบเวชระเบียนประจำวัน ระหว่างการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ การตรวจสอบเวชระเบียนเมื่อผู้ป่วยจำหน่าย หรือการตรวจสอบเวชระเบียนหลังจากที่ผู้ป่วยจำหน่าย

การตรวจสอบเวชระเบียนอาจจะเริ่มด้วยการให้แพทย์ตรวจสอบเวชระเบียนของตนเองก่อนสักกระยะ  
หนึ่ง เมื่อมั่นใจว่ามีการปรับปรุงได้ดีพอสมควรแล้วค่อยให้มีการตรวจสอบโดยแพทย์คนอื่น

## 6.10 การทบทวนการใช้ความรู้ทางวิชาการ

การทำ CPG และ peer review ที่เป็นรูปแบบปกติมันยังไม่สามารถส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้มากเท่าที่ควร เครื่องมือง่ายๆ ที่ควรนำมาใช้ประโยชน์ได้แก่ Gap Analysis ซึ่งใช้การวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างข้อแนะนำซึ่งเป็นความรู้ทางวิชาการ กับสิ่งที่จริงอยู่ในปัจจุบัน เมื่อพบว่ามีความแตกต่าง เราสามารถกำหนดเป้าหมายของเราได้ว่าสิ่งที่ต้องการให้เป็นในสถานการณ์ของเราเป็นอย่างไร และวางแผนดำเนินการเพื่อให้เกิดขึ้น

การใช้ Gap Analysis เท่ากับเป็นการ**ผนวกกิจกรรม 3 เรื่อง**เข้าไว้ในคราวเดียวกัน คือ

- 1) ทบทวนสิ่งที่เราปฏิบัติอยู่ (peer review) โดยทบทวนเป็นภาพรวม ไม่ระบุชัดเจนว่าเป็นผู้ป่วยรายไหน ใครเป็นผู้รับผิดชอบ ทำให้ลดแรงต่อต้านลงไปได้ระดับหนึ่ง
- 2) พิจารณาความรู้ทางวิชาการที่ทันสมัย (scientific evidence) ว่าควรนำไปใช้ในระดับใด ไม่จำเป็นต้องถกเถียงกันว่าจะเขียน CPG ว่าอย่างไร ไม่ต้องห่วงว่าทางแพทยสภาหรือราชวิทยาลัยจะไม่เห็นด้วย ไม่ต้องห่วงว่าจะถูกเอาไปเป็นข้อมูลเพื่อการฟ้องร้อง
- 3) เป็นการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ (clinical CQI) เปลี่ยนจากสิ่งที่อยู่ในปัจจุบัน ไปสู่สิ่งที่ต้องการให้เป็น

นอกจากการผนวกกิจกรรมทั้ง 3 เรื่องเข้าด้วยกันแล้ว สิ่งที่มีคนควรได้ประโยชน์จาก gap analysis คือ **การพัฒนาได้ทีละมากๆ เรื่อง ไม่ต้องกังวลกับการหาข้อสรุป**ที่ทุกคนยอมรับ เพราะสิ่งที่ต้องการให้เป็น อาจจะเป็นเพียง “พยายามลดการใช้ยาต้านจุลชีพใน URI” **ไม่ต้องกังวลว่าจะทำ CPGs ออกมาในรูปแบบใด**

ตัวอย่าง Gap Analysis

ข้อแนะนำ/ข้อมูลวิชาการ	สิ่งที่อยู่ในปัจจุบัน	สิ่งที่ต้องการให้เป็น	แผนดำเนินการ
Paracetamol ให้ผลเท่ากับ NSAID ในการบำบัดอาการปวดของ OA แต่มีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่า	มีการใช้ NSAID ควบคู่กับ Paracetamol เป็นส่วนใหญ่	ลดการใช้ NSAID ในผู้ป่วย OA	-ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย -ทดลองงดใช้ NSAID ในผู้ป่วยใหม่และกลุ่มที่สมัครใจ -มีใบเตือนใจแพทย์

## 6.11 การทบทวนการใช้ทรัพยากร (Utilization Review)

เป็นการทบทวนความเหมาะสมของการใช้ทรัพยากรต่างๆ ซึ่งจะทำให้ลดการใช้ที่ไม่จำเป็นลง

### 1) การรับรู้และทบทวน

การทบทวนนี้อาจจะมีการกำหนดเกณฑ์สำหรับพิจารณาความเหมาะสมให้ชัดเจน เช่น มีข้อบ่งชี้ในการใช้ยา การตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรืออาจจะเป็นการทบทวนเพื่อตรวจสอบเหตุผลในการใช้ทรัพยากร เช่น การรับไว้ในอนโรพยาบาล

ตัวอย่างการทบทวนง่ายๆ สำหรับเริ่มต้น ได้แก่

- การทบทวนเหตุผลของการรับไว้ในอนโรพยาบาลในผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลเพียงวันเดียว ซึ่งผู้ป่วยอาจต้องการเพียงการสังเกตอาการไม่กี่ชั่วโมง หรืออาจจะเป็นเพราะเหตุผลด้านระยะทาง ฯลฯ
- การทบทวนข้อบ่งชี้ในการสั่งตรวจ investigate ต่างๆ เช่น 1) routine CBC & UA, 2) routine preoperative investigation, 3) การสั่งตรวจ CBC & blood chemistry ถูกเงินนอกเวลาราชการ โดยไม่ได้ใช้ผลการตรวจในคืนนั้น, 4) การส่งตรวจ CT scan โดยอาจจะมีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการส่งตรวจและทบทวนว่ามีปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ดังกล่าวเพียงใด
- การทบทวนข้อบ่งชี้ในการใช้ยาและวัคซีน ซึ่งอาจจะเลือกยาและวัคซีนที่มีการใช้โดยไม่จำเป็น หรือไม่เหมาะสมขึ้นมากำหนดข้อบ่งชี้ในการใช้ที่ชัดเจน เช่น การใช้ยาด้านจุลชีพใน URI และ diarrhea, การใช้วัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่
- การทบทวนข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด เช่น การผ่าตัดคลอด

### 2) การวิเคราะห์ข้อมูล การปรับปรุงระบบ และการติดตามผล

ทีมแพทย์ที่เกี่ยวข้องมีหน้าที่นำข้อมูลอัตราการปฏิบัติตามข้อบ่งชี้มาวิเคราะห์เพื่อสร้างแรงจูงใจให้มีการปฏิบัติตามข้อบ่งชี้หรือทบทวนของข้อบ่งชี้ รวมทั้งติดตามการเปลี่ยนแปลงเป็นระยะ

## 7. การประเมินตนเอง

### 7.1 กิจกรรมการประเมินตนเอง

การใช้มาตรฐานโรงพยาบาลเพื่อประเมินตนเองสามารถทำได้ในทุกช่วงเวลาของการพัฒนา โดยมีรูปแบบในการประเมินตนเองที่หลากหลาย ได้แก่:

1) การประเมินที่เน้นการสนทนาเพื่อทำความเข้าใจกับมาตรฐานและหาโอกาสพัฒนา หรือเวทีเสวนา (team dialogue).

2) การประเมินที่เน้นการดูของจริง ในสถานที่จริง พูดคุยกับผู้ปฏิบัติงานจริง (quality round หรือ internal survey) เพื่อสร้างความคุ้นเคยกับกระบวนการเยี่ยมสำรวจ และนำปัญหาที่พบจริงมาดำเนินการแก้ไขปรับปรุง.

3) การประเมินและบันทึกตามแบบฟอร์มที่ พรพ.กำหนดไว้.

ในช่วงแรกๆ ของการพัฒนา ควรเน้นรูปแบบการประเมินใน 2 รูปแบบแรก คือเน้นที่การสนทนาและการเข้าไปในสถานที่จริง มากกว่าที่จะเน้นการเขียนตามแบบฟอร์มให้สมบูรณ์.

การบันทึกตามแบบฟอร์มในแต่ละระยะจะมีจุดเน้นที่แตกต่างกัน คือ:

1) ในระยะแรกเป็นการวิเคราะห์ตนเอง หาโอกาสพัฒนาและวางแผน.

2) ในระหว่างการพัฒนาเป็นการบันทึกผลลัพธ์และบทเรียนที่เกิดขึ้น รวมทั้งตรวจสอบความก้าวหน้าในการพัฒนา.

3) ในการเตรียมพร้อมสำหรับการเยี่ยมสำรวจจะเป็นการวิเคราะห์อย่างลึกซึ้งเพื่อเชื่อมโยงกิจกรรมและผลลัพธ์ที่ได้ทำไป กับเป้าหมายของมาตรฐานโรงพยาบาล.

### 7.2 แบบฟอร์มสำหรับการประเมินตนเอง

1) แบบประเมินฉบับย่อ

เป็นแบบประเมินที่มีเฉพาะชื่อเนื้อเรื่องที่กำหนดไว้ในมาตรฐาน HA และให้ทีมงานประเมินด้วยความรู้สึกของตนว่าทำเรื่องนั้นได้ดีเพียงใด มีเป้าหมายเพื่อค้นหาประเด็นสำคัญสำหรับแผนยุทธศาสตร์ในเวลาเร็วที่สุด

2) คู่มือวางแผนพัฒนาตามมาตรฐาน HA

เป็นแบบประเมินที่ใช้สำหรับการทำงานของโรงพยาบาลในขั้นตอนการวางแผนซึ่งจะช่วยชี้ให้เห็นประเด็นที่ต้องพัฒนาในรายละเอียดมากขึ้น

3) แบบประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA (บันทึกความก้าวหน้าในการพัฒนาและสื่อสารเพื่อการเยี่ยมสำรวจ)

เป็นแบบประเมินที่เปิดโอกาสให้โรงพยาบาลบอกเล่าข้อมูลความพยายามในการพัฒนาคุณภาพและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โดยแยกเป็น 3 ส่วนคือ ข้อมูลระดับโรงพยาบาล, ข้อมูลระดับที่มุ่งทางคลินิก, ข้อมูลระดับหน่วยงาน

ประโยชน์ที่จะได้จากแบบประเมินนี้ หากมีการทบทวนเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่

- การกระตุ้นให้เห็นโอกาสพัฒนา เมื่อพบคำถามที่ตอบไม่ได้เพราะยังไม่ได้ทำ



- เป็นเพิ่มสะสมงาน เมื่อมีความก้าวหน้าในการทำงาน สามารถบันทึกกิจกรรมและผลลัพธ์เพิ่มเติมได้ตลอดเวลา
- เป็นเครื่องมือเพื่อกระตุ้นการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างทีมงานระหว่างหน่วยงานและวิชาชีพ
- เป็นเครื่องมือสำหรับเตรียมความพร้อมที่จะรับการเยี่ยมชมสำรวจ ได้มีโอกาสทบทวนผลงานอย่างเป็นระบบ

### แบบประเมินฉบับย่อ

คำแนะนำ: ให้ทำเครื่องหมายในช่องคะแนนที่คิดว่าสอดคล้องกับระดับที่โรงพยาบาลปฏิบัติได้

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ</b>										
1. การนำองค์กร										
2. ทิศทางนโยบาย										
<b>การบริหารทรัพยากร</b>										
3. การบริหารทรัพยากรและประสานบริการ										
4. การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล										
5. การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย										
6. เครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ										
7. ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล										
<b>กระบวนการคุณภาพ</b>										
8. กระบวนการคุณภาพทั่วไป										
9. กิจกรรมคุณภาพด้านคลินิกบริการ										
10. การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ										
<b>มาตรฐานและจรรยาบรรณวิชาชีพ</b>										
11. องค์กรแพทย์										
12. การบริหารการพยาบาล										
<b>สิทธิผู้ป่วยและจรรยาบรรณองค์กร</b>										
13. สิทธิผู้ป่วย										
14. จรรยาบรรณองค์กร										
<b>กระบวนการทำงาน</b>										
15. การทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย										
16. การเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว										
17. การประเมินและวางแผนดูแลรักษา										
18. กระบวนการให้บริการ/ดูแลผู้ป่วย										
19. การบันทึกข้อมูลผู้ป่วย										
20. การเตรียมจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง										

คู่มือวางแผนพัฒนาตามมาตรฐาน HA

บทที่ 1 การนำองค์กร

ประเด็น	OK <sup>10</sup>	P1 <sup>11</sup>	P2 <sup>12</sup>	แนวทางดำเนินการ/ผู้รับผิดชอบ/ระยะเวลา
<b>GOV.1</b> โรงพยาบาลมืองค์กรบริหารสูงสุด ทำหน้าที่รับผิดชอบต่อการจัดบริการที่มี คุณภาพ โดยการกำหนดนโยบายของ โรงพยาบาล ดูแลการบริหารจัดการ การ วางแผน และการติดตามผลการ ปฏิบัติงาน				
(1) มีบุคคลหรือกลุ่มบุคคลทำหน้าที่กำหนด นโยบาย ดูแลการบริหาร วางแผน ติดตามผล (GOV.1.1)				
(2) องค์กรบริหารสูงสุดมีการทำงานที่มี ประสิทธิภาพ (GOV.1.2, GOV.1.9, GOV.1.10)				
(3) มีกลไกเพื่อให้มีการดูแลด้านนโยบายและ การอำนวยความสะดวกอย่างต่อเนื่อง (GOV.1.3, GOV.1.5)				
(4) มีบทบาทหน้าที่ในการกำหนดทิศทางของ โรงพยาบาล (GOV.1.4)				
(5) รับผิดชอบต่อการจัดบริการที่มีคุณภาพ (GOV.1.6, GOV.1.8, GOV.1.11)				
(6) รับผิดชอบด้านการจัดการทรัพยากร (GOV.1.7, GOV.1.12)				
<b>LED.1</b> โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมในการ พัฒนาระบบงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อมุ่ง ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและ ลูกค้า				
(1) มีการศึกษาความต้องการ/ความคาดหวัง ของผู้ป่วยและผู้รับผลงานทั้งภายนอกและ ภายใน (LED.1.1)				
(2) แต่ละหน่วยงานมีการตอบสนองความ ต้องการ/ความคาดหวังของผู้ป่วยและผู้รับ ผลงานอย่างเหมาะสม (LED.1.2)				
(3) ทีมผู้บริหารทุกระดับใช้ภาวะผู้นำในการ สนับสนุน/ติดตามให้คำปรึกษา เพื่อให้เกิด การปรับปรุงระบบงานและพัฒนาสมรรถนะใน การทำงานอย่างต่อเนื่อง (LED.1.3)				

<sup>10</sup> ประเด็นที่ทำได้ดีแล้ว

<sup>11</sup> ประเด็นที่ต้องปรับปรุงซึ่งสามารถทำได้ง่าย

<sup>12</sup> ประเด็นที่ต้องปรับปรุงซึ่งมีความซับซ้อนหรือยากลำบาก

ประเด็น	OK 10	P1 <sup>11</sup>	P2 <sup>12</sup>	แนวทางดำเนินการ/ผู้รับผิดชอบ/ระยะเวลา
(4) มีความเคารพในสิทธิของผู้ป่วยและ จริยธรรมองค์กร (LED.1.4)				

**ตัวอย่างแบบประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA**  
(บันทึกความก้าวหน้าในการพัฒนาและสื่อสารเพื่อการเยี่ยมชมสำรวจ)  
ส่วนที่ I ข้อมูลระดับโรงพยาบาล

**ก. สรุปข้อมูลสำคัญของโรงพยาบาล**

**1. ทิศทางขององค์กร**

ชื่อโรงพยาบาล  
พันธกิจ (mission)  
ขอบเขตบริการ (scope of service)  
เป้าประสงค์ (goals)  
แผนยุทธศาสตร์และเป้าหมาย  
จุดเน้นในการพัฒนา/เข็มมุ่ง  
เครื่องชี้วัด  
ผลงานเด่นและความภาคภูมิใจของโรงพยาบาล

**2. สถิติเครื่องชี้วัดของโรงพยาบาล**

**ข. รายละเอียดของการปฏิบัติตามมาตรฐาน HA**

**บทที่ 1 การนำองค์กร**

**GOV.1 องค์กรบริหารสูงสุด**

โรงพยาบาลมีองค์กรบริหารสูงสุด ทำหน้าที่รับผิดชอบต่อการจัดบริการที่มีคุณภาพ โดยการกำหนดนโยบายของโรงพยาบาล ดูแลการบริหารจัดการ การวางแผน และการติดตามผลการปฏิบัติงาน

ใครคือบุคคล/กลุ่มบุคคลที่ทำหน้าที่กำหนดนโยบาย ดูแลการบริหาร วางแผน ติดตามผล ในระดับสูงสุด (ที่นำสูงสุดของโรงพยาบาล)? ในรอบปีที่ผ่านมา บุคคล/กลุ่มบุคคลดังกล่าวมีการประชุมกันบ่อยเพียงใด ได้พิจารณาหรือตัดสินใจในเรื่องสำคัญที่เกี่ยวกับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอะไรบ้าง? มีการแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อรับผิดชอบงานเฉพาะเรื่องอะไรบ้าง? มีการติดตามผลงานของคณะกรรมการดังกล่าวอย่างไร?

ที่นำสูงสุดของโรงพยาบาลมีบทบาทอย่างไรในการกำหนดทิศทางของโรงพยาบาล? มีการดำเนินงานเพื่อให้เป็นไปตามทิศทางที่กำหนดไว้ได้อย่างไร?

ที่นำสูงสุดของโรงพยาบาลมีบทบาทอย่างไรในการสร้างหลักประกันว่าโรงพยาบาลจะให้บริการที่มีคุณภาพ และมีการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง?

## **8. บทส่งท้าย**

เส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพแบบเรียบง่ายนี้ยึดแนวคิดของการทำงานอย่างมีเป้าหมายในทุกระดับ ประเมินผลลัพธ์การบรรลุเป้าหมายด้วยการทบทวนรอบตัวเป็นเบื้องต้น จัดการแก้ไขป้องกันปัญหาเฉพาะหน้าที่ชัดเจนเพื่อไม่ให้เป็นที่ผิดหวังแก่ผู้รับบริการและผู้จ่ายเงิน แล้วหมุนวงล้อ PDCA ซ้ำแล้วซ้ำอีกให้เกิดความคงเส้นคงวา และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยการประเมินในทุกระดับ ในทุกรูปแบบ และทุกขั้นตอน เป็นเครื่องมือกระตุ้นที่สำคัญ เพื่อให้เกิดวัฒนธรรมคุณภาพที่ยั่งยืนในองค์กร

## ตอนที่ 2 ประสบการณ์ของความเรียบง่าย

ประสบการณ์และข้อเสนอแนะเพื่อความเรียบง่ายในโรงพยาบาล .....	1
ความเรียบง่ายในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล .....	12
การเริ่มต้นพัฒนาคุณภาพงานแบบง่ายๆ .....	15
บ้านเลขที่สอง .....	22
เมื่อผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง .....	24
เตียงเลขที่ 32 .....	26
ข้าวปลา เป็นของจริง .....	28
โครงการ “เมื่อญาติเราป่วย” .....	29
Better Doctor’s Order .....	32
HA ไม่มีขาย ถ้าอยากได้ต้องร่วมสร้าง .....	34
แปลความคิดคุณแอนโทนี่ เวจเมคเกอร์ .....	36
ประสบการณ์การเป็นที่ปรึกษา .....	40
การให้คำปรึกษาทางด้านคลินิก .....	45
ชวนกันมาพัฒนาคุณภาพ .....	50

# ประสบการณ์และข้อเสนอแนะเพื่อความเรียบง่ายในโรงพยาบาล

นายแพทย์ อนุวัฒน์ ศุภสุติกุล

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ต่อไปนี้เป็นประสบการณ์และข้อเสนอแนะจากโรงพยาบาลที่ลงมือทำ HA ด้วยหัวใจ ด้วยความเข้าใจ รวมทั้งจากที่ปรึกษา/ผู้เยี่ยมชมสำรวจที่เฝ้าสังเกตและสัมผัสการเปลี่ยนแปลง

## การนำแบบเรียบง่าย

### 1. แสดงความมุ่งมั่นชัดเจนและแสดงการเปลี่ยนแปลงให้เห็น

โรงเรียนแพทย์แห่งหนึ่งวางแผนว่าจะพัฒนาสู่ HA ให้สำเร็จภายใน 3 ปี ได้มีการพัฒนามาเป็นลำดับ พอขึ้นปีที่ 3 มีการเปลี่ยนแปลงผู้นำ ก็เริ่มมีเสียงว่าเหลืออีกปีเดียวไม่น่าจะทำได้ทัน น่าจะขยายเวลาออกไปอีก ผู้นำตัดสินใจเด็ดขาดบอกกับทุกคนว่าจะไม่เลื่อนเป้าหมาย ขอให้มุ่งหน้าทำให้เต็มที่ พร้อมทั้งเข้าไปช่วยเหลือ สนับสนุนหน่วยงานต่างๆ เพื่อแสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงที่สัมผัสได้ ในปีนั้นเอง เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างก้าวกระโดดบนพื้นฐานที่ได้ปูไว้อย่างมั่นคง

### 2. Management by Walking Around

เมื่อแพทย์ที่เคยมาตรวจเยี่ยมผู้ป่วยทุกเช้าตั้งแต่ 7.00 น. ต้องกลายเป็นผู้บริหาร ไม่มีผู้ป่วยให้ตรวจเยี่ยม ท่านก็อาศัยความเคยชินในการตรวจเยี่ยมผู้ป่วย มาตรวจเยี่ยมหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล พร้อมทั้งเชิญทีมผู้บริหารระดับสูงของท่านไปด้วย การตรวจเยี่ยมในสถานที่จริงทำให้เห็นปัญหาที่แท้จริง และสามารถตัดสินใจสั่งการแก้ไขปัญหา หรือประสานงานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปดำเนินการได้ทันที

นอกจากจะแก้ปัญหาได้รวดเร็วขึ้นโดยไม่ต้องรอรายงานแล้ว ยังก่อให้เกิดขวัญกำลังใจแก่เจ้าหน้าที่ในระดับล่างอย่างมาก บางคนบอกว่าทำงานมา 20 ปี ยังไม่เคยเห็นผู้นำสูงสุดของตัวเองเลย

### 3. Morning Round

คำร้องเรียนเป็นเรื่องที่ผู้บริหารไม่อยากได้ แต่ทำไมพัฒนาไปเท่าไรก็ยังมีคำร้องเรียนอยู่ เมื่อวิเคราะห์แล้วก็พบว่าเรื่องราวต่างๆ มักจะเกิดขึ้นในตอนกลางคืน ซึ่งเป็นเวลาที่เจ้าหน้าที่มีน้อย ผู้บริหารระดับสูงมิได้รับรู้เหตุการณ์อย่างรวดเร็ว เพื่อแก้ปัญหาในเรื่องนี้ผู้นำสูงสุดจึงได้จัดให้มี Morning Round ขึ้นโดยเชิญผู้ที่เกี่ยวข้องมาพบกับผู้บริหารระดับสูง และให้บอกเล่าเรื่องราวต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้ผู้บริหารระดับทราบ ถ้าการแก้ปัญหาที่ดำเนินการไปบางเรื่องยังไม่เหมาะสม ก็จะได้รับทราบทบทวนโดยผู้ที่ร่วมประชุมในตอนนั้น หรือบางเหตุการณ์ที่ต้องมีการสอบถามข้อเท็จจริง ก็จะมีเชิญผู้เกี่ยวข้องเข้ามาชี้แจง เพื่อวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง

เกิดการพัฒนาและแก้ปัญหาต่างๆ อย่างรวดเร็ว เช่น การส่งต่อลดลง ติดตามแพทย์ได้มีประสิทธิภาพขึ้นและไม่ซ้ำซ้อน จัดตั้งศูนย์เครื่องมือช่วยหายใจ จัดให้มีเจ้าหน้าที่ช่วยตรวจชั้นสูตใน ช่วง 6.00-8.00 น.

ที่จริงการพูดคุยในลักษณะนี้ก็มียอยู่แล้วแต่จำกัดอยู่เฉพาะในฝ่ายการพยาบาล ซึ่งไม่สามารถแก้ปัญหาการประสานงานกับฝ่ายอื่นได้รวดเร็วเท่าที่ควร

หัวใจสำคัญของเรื่องนี้คือการที่มีผู้นำสูงสุดเข้ามาร่วมรับฟัง มีสมาชิกที่มาจากสหสาขา รับทราบปัญหาแล้วต้องแก้อย่างฉับพลัน อย่างนี้ ใครๆ ก็อยากจะเข้ามาร่วมวงด้วย

#### 4. ช่วยตัดสินใจหลังจากรับฟังอย่างรอบด้าน

คณะกรรมการพัฒนางานผู้ป่วยนอกได้ประชุมกันมาเป็นเวลา 2 ปี เพื่อแก้ปัญหาความแออัด ความไม่เป็นสัดส่วน และระยะเวลารอคอยที่เนิ่นนาน ตลอดระยะเวลา 2 ปี ได้มีข้อเสนอแนะเกิดขึ้นมากมายแต่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงใดๆ เนื่องจากเกรงว่าถ้าทำอย่างนี้ จะเกิดผลกระทบอย่างนั้น ถ้าทำอย่างนั้น จะเกิดผลกระทบอย่างโน้น หลังจากที่มีผู้นำเข้าไปนั่งฟังความเห็นของคณะกรรมการทุกแห่งทุกมุมแล้ว ท่านก็บอกว่าท่านตัดสินใจแล้วว่าให้ทำอย่างนี้ หนึ่ง... สอง... สาม... ท่ามกลางความตกตะลึงของคณะกรรมการ หลังจากนั้นไม่นาน เมื่อการเปลี่ยนแปลงเริ่มขึ้น ทุกคนก็ยอมรับว่าเป็นการตัดสินใจที่ถูกต้อง

#### 5. เลือกสรรผู้รับผิดชอบที่ไว้ใจได้

ปัญหาขณะเป็นเรื่องที่ไม่มีใครเข้าไปอยากแตะ แต่เมื่อขณะส่งกลิ่นเหม็นไปทั่วโรงพยาบาลก็ต้องทำอะไรเข้าสักอย่าง ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์มองว่าขณะเป็นเรื่องที่ต้องจัดการอย่างเป็นระบบ ต้องเอาคนที่คิดเป็นระบบเข้ามาจัดการ จึงได้ไปซื้อเชิญหัวหน้าแผนกท่านหนึ่งซึ่งได้รับการยอมรับในเรื่องการคิดเป็นระบบ ให้มารับผิดชอบงานขณะ โดยให้เหตุผลว่าแผนกของท่านก็ผลิตขยะออกมาเยอะ ไหนๆ ต้องจัดการกับขยะในแผนกของท่านแล้วก็ช่วยจัดการให้เป็นระบบทั้งโรงพยาบาลก็แล้วกัน ซึ่งก็ได้ผลตามที่คาดไว้ หัวหน้าแผนกท่านนั้นเริ่มต้นวิเคราะห์ว่าขยะคืออะไร ขยะมาจากไหน มีการเคลื่อนย้ายอย่างไร จุดรับทั้งหมดอยู่ตรงไหน เทศบาลจะมารับในช่วงเวลาใด ฯลฯ มีแผนการปรับปรุงออกมาอย่างเป็นระบบ ซึ่งผู้นำสูงสุดให้การสนับสนุน เกิดความร่วมมือและความสำเร็จร่วมกัน

#### 6. ใส่ใจต่อความเป็นอยู่ของลูกน้อง

เรื่องขยะเช่นเดียวกัน เมื่อผู้รับผิดชอบเห็นวิธีการทำงานของเจ้าหน้าที่ขนขยะแล้วก็รู้สึกเป็นห่วงในความปลอดภัยของลูกน้อง จึงได้จัดการให้มีเครื่องปกป้องต่างๆ อาทิ ผ้ากันเปื้อน ถุงมือ รองเท้าบูต ออกแบบรถเข็นให้สามารถเข็นถึงขยะไปใหญ่ได้ทีละ 2 ใบ แทนที่จะเป็นการขนทีละใบ เอาใจใส่ในรายละเอียดเพื่อช่วยแก้ปัญหา เช่น เมื่อพบว่าล้อยางของรถเข็นซึ่งเป็นล้อชั้นดีราคาแพงกลับไม่ทน สู้ล้อราคาถูกที่ใช้กันตามตลาดไม่ได้ ก็จัดการเปลี่ยนแปลงให้

#### 7. ใช้การประชุมระดับสูงเป็นเวทีประสานความร่วมมือ

ที่ปรึกษาของ พรพ. เข้าไปสาธิตการเยี่ยมสำรวจที่มโนในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ถามว่าในที่ประชุมประกอบด้วยใครบ้าง มีการนำเสนอข้อมูลอะไรบ้าง เมื่อได้รับคำตอบว่ามีประธานคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงอยู่ด้วย และมีการนำเสนอข้อมูลสถิติอุบัติเหตุต่างๆ พร้อมทั้งตัวอย่างอุบัติเหตุที่นำเสนอ ท่านที่ปรึกษาก็หันไปถามผู้รับผิดชอบเรื่องพัฒนากำลังคนว่า เมื่อได้รับทราบข้อมูลนี้แล้ว ทีมพัฒนากำลังคนคิดว่าจะช่วยเหลือทีมบริหารความเสี่ยงได้อย่างไร

แนวคิดตรงนี้ชัดเจนมาก การที่ผู้บริหารระดับสูงมานั่งคุยกัน ไม่ใช่เพียงเพื่อมารับฟังเรื่องของคนอื่น แต่เพื่อมาคิดว่าเราจะเอาเรื่องของคนอื่นมาเป็นภาระของเราได้อย่างไร

#### 8. ประชุมกลุ่มแกนอย่างสม่ำเสมอ

ผู้อำนวยการพร้อมแกนคณะทำงานจับกลุ่มคุยกันอย่างไม่เป็นทางการ แต่สม่ำเสมอทุกสัปดาห์ โดยเลือกเวลาที่ไม่ซ้ำซ้อนกับการทำงานอื่นๆ เช่น 8.00-9.00 น. กำหนดวัน เวลา สถานที่ให้เป็น routine ซึ่งเป็นที่รับรู้กันโดยไม่ต้องเชิญประชุม คุยกันแบบเรียบง่าย ไม่มีวาระการประชุม สรุปผลการประชุมเฉพาะประเด็น



สำคัญทันที เน้นหาเน้นการติดตามงานและช่วยแก้ไขปัญหาอุปสรรค ผลที่เกิดขึ้นคือสามารถแก้ปัญหาให้สำเร็จลุล่วงได้รวดเร็ว ทันเหตุการณ์ มีพลังขับเคลื่อนได้มาก เนื่องจากผู้อำนวยการร่วมด้วยทุกครั้ง ทุกอย่างดำเนินไปตามนโยบายของโรงพยาบาลที่กำหนด

## 9. นำด้วยความเข้าใจ

ผู้นำต้องเข้าใจตนเองและเป้าหมายที่จะไป เพื่อกำหนดความคาดหวังได้อย่างเหมาะสม สิ่งที่จะต้องเข้าใจคือ ก) เข้าใจหน้าที่ เป้าหมาย สิ่งที่ยากให้เป็น ในระดับโรงพยาบาล ระดับหน่วยงาน และระดับเจ้าหน้าที่ ข) เข้าใจว่าแต่ละคนมีศักยภาพไม่เท่ากัน มีความสามารถแตกต่างกัน มีพื้นฐานของชีวิตแตกต่างกัน มีเป้าหมายแตกต่างกัน ค) รู้ว่ามีทรัพยากร คือเงินและคนอยู่เท่าไร ง) เข้าใจงาน โครงสร้างองค์กร การสื่อสารในองค์กร ระบบงาน ว่าดีหรือยัง หรืออยู่บนพื้นฐานของความเคยชิน มีวัฒนธรรมองค์กรที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการทำงานเป็นทีม หรือต่างคนต่างอยู่ จ) เข้าใจความหมายของคุณภาพ และเป้าหมายที่จะต้องเดินให้ถึงทั้งมาตรฐานวิชาชีพและมาตรฐานระบบงานในองค์กร

## เป้าหมายร่วมแบบเรียบง่าย

### 1. ตั้งคำถามให้ระดมสมองหาเป้าหมายร่วม

จะใช้คำถามอะไรก็ได้หรือใช้ร่วมกันก็ได้ เช่น “โรงพยาบาลเรามีหน้าที่อะไร” “เราอยากเห็นโรงพยาบาลของเราเป็นอย่างไรในสามปีข้างหน้า” “อะไรคือคุณค่าที่เราจะให้แก่ผู้รับบริการ” คำตอบมักจะออกมาปะปนกันอยู่เสมอ การตอบไม่ตรงคำถามไม่ใช่ข้อผิดพลาดหรือเรื่องน่าอาย ข้อผิดพลาดคือไม่สามารถแยกแยะคำตอบเป็นหมวดหมู่ให้เหมาะสมกับสิ่งที่ตั้งใจจะเขียนได้

### 2. ทำงานกับ key word, แยกแยะ, จัดลำดับ และเรียบเรียง

ความผิดพลาดที่พบบ่อยคือพยายามพิจารณาข้อความที่เรียบเรียงแล้วว่าข้อความไหนจะดีกว่ากัน สิ่งที่เราควรจะทำคือสกัด key word ออกมาก่อน แล้วแยกแยะว่า key word นั้นอยู่ในกลุ่มไหน

- ถ้าเป็นสิ่งที่กล่าวถึงหน้าที่ เป้าหมาย คุณค่า นั้นให้อยู่ในกลุ่ม “พันธกิจ”
- ถ้าเป็นสิ่งที่กล่าวถึงภาพอนาคตที่ยากให้เป็น นั้นให้อยู่ในกลุ่ม “วิสัยทัศน์” เช่น เป็นองค์กรที่นำทำงานที่สุด
- ถ้าเป็นสิ่งที่กล่าวถึงหลักการที่ทุกคนควรยึดถือในการทำงาน นั้นให้อยู่ในกลุ่ม “ปรัชญา/ค่านิยม” เช่น ให้คุณค่าและส่งเสริมการใช้ศักยภาพของคนทุกระดับ
- ถ้าเป็นสิ่งที่กล่าวถึงแนวทางหลักๆ ที่จะต้องมีการพัฒนา นั้นให้อยู่ในกลุ่ม “ยุทธศาสตร์” เช่น การพัฒนากำลังคน

จากนั้น นำ key word เหล่านี้มาพิจารณารวมพวกเดียวกันเข้าด้วยกันเพื่อลดความซ้ำซ้อน ในกรณีพันธกิจและวิสัยทัศน์ ถ้ามีจำนวน key word มากเกินไป อาจจะต้องจัดลำดับความสำคัญ แล้วค่อยมาเรียบเรียงเป็นข้อความที่สื่อความหมาย ไม่จำเป็นต้องเขียนให้เป็นคำกลอน

## แผนยุทธศาสตร์แบบเรียบง่าย

### 1. แยกแยะยุทธศาสตร์เป็น 2 กลุ่ม

กลุ่มแรกคือยุทธศาสตร์เพื่อทำงานประจำให้ดีขึ้น (ภาษารัฐกิจเรียกว่า operational strategy) กลุ่มที่สองคือยุทธศาสตร์เพื่อการแข่งขันและความอยู่รอดขององค์กรในอนาคต (ภาษารัฐกิจเรียกว่า business strategy) ที่จริงการจัดแบ่งยุทธศาสตร์ในทางธุรกิจมีมากกว่านี้ แต่เราจะเอามาใช้เท่านี้ก่อน

### 2. ใช้การประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA มาจัดทำยุทธศาสตร์

การจัดทำยุทธศาสตร์เพื่อทำงานประจำให้ดีขึ้น สามารถใช้มาตรฐาน HA มาประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของสิ่งที่เราทำงานอยู่ นำประเด็นที่เป็นจุดอ่อนสำคัญมากำหนดเป็นแผนยุทธศาสตร์ ตรงนี้ผู้บริหารระดับกลางจะมีบทบาทได้มาก แต่ต้องได้รับความเห็นชอบจากผู้บริหารระดับสูงด้วย

### 3. ให้ผู้บริหารระดับสูงรับผิดชอบยุทธศาสตร์เพื่อความอยู่รอด

การจัดทำยุทธศาสตร์เพื่อการแข่งขันและความอยู่รอด ตรงนี้จะต้องเป็นบทบาทของผู้บริหารระดับสูง จะต้องมองสถานการณ์ทั้งภายในภายนอกอย่างลึกซึ้ง รวมทั้งคาดการณ์สิ่งที่เปลี่ยนแปลงไปในอนาคต ยุทธศาสตร์ส่วนนี้มีความจำเป็นสูงสำหรับภาคเอกชน และภาครัฐที่กำลังจะออกนอกระบบ

## การสร้างใจและกระตุ้นความตื่นตัวแบบเรียบง่าย

### 1. ประเมินตนเองในระดับบุคคล

การให้สมาชิกแต่ละคนในหน่วยงานตั้งคำถามกับตัวเองว่า ในแต่ละวันทำอะไรอยู่? งานที่ทำนั้นมีความมุ่งหวังให้เกิดคุณค่าอะไร? ทุกวันนี้ทำได้ดีแล้วหรือไม่? จะทำให้ดีขึ้นได้อย่างไร? เพียงเท่านี้ก็จะทำให้แต่ละคนเข้าใจความหมายของคุณภาพ เข้าใจว่าตัวเองจะมีบทบาทอย่างไรเพื่อพัฒนาคุณภาพงานในส่วนที่ตนรับผิดชอบ แน่ใจว่าหัวหน้าหน่วยงานมีหน้าที่สำคัญที่จะกระตุ้นและช่วยสร้างความเข้าใจในลักษณะของการเป็นโค้ช ไม่ใช่เจ้านายที่คิด สั่งการ และควบคุม เพียงอย่างเดียว

### 2. HA clinic

เป็นการจัดที่ปรึกษาเข้าไปตอบคำถามให้แก่หน่วยงานต่างๆ หมุนเวียนกันไป ใช้คำพูดง่ายๆ ใช้ตัวอย่างที่ใกล้ตัวผู้ปฏิบัติงาน ช่วยให้เกิดความเข้าใจแนวทางที่กำหนดไว้ และกระตุ้นให้เกิดความก้าวหน้าในการทำงานของแต่ละหน่วย

### 3. ใช้เทคนิค AIC ในการรับทราบความต้องการ กำหนดเป้าหมาย วางแผน

AIC เป็นเทคนิคสำหรับการรวมพลังสร้างสรรค์ซึ่งสามารถนำไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์ต่างๆ ได้หลากหลาย โดยเปิดโอกาสให้มีการแสดงความคิดเห็นอย่างกว้างขวางและหาข้อสรุปร่วมกัน ความสำเร็จของกระบวนการนี้อยู่ที่ผู้เป็น facilitator สามารถตั้งประเด็นคำถามและช่วยสรุปประเด็นได้เหมาะสม

### 4. การนำเสนอผลงานในรูปแบบต่างๆ

การนำเสนอผลงานเป็นการกระตุ้นผู้นำเสนอ กระตุ้นผู้ฟัง และเพิ่มความเข้าใจให้กับทุกคน รูปแบบในการนำเสนอมีได้หลากหลาย เช่น การนำเสนอบนเวที ซึ่งอาจจะเป็นการนำเสนอรายโครงการ/รายหน่วยงาน และการอภิปรายร่วมตามลักษณะงาน การนำเสนอด้วย poster พร้อมทั้งมีผู้วิพากษ์ผลงาน

## รับฟังลูกค้าแบบเรียบง่าย

### 1. จัดสมุดบันทึกไว้ที่มุมผู้ป่วยและญาติ

ผู้ป่วยบางประเภทไม่จำเป็นต้องนอนอยู่บนเตียงเสมอไป โรงพยาบาลหลายแห่งเริ่มจัดให้มีมุมผู้ป่วยและญาติ มีหนังสือหลากหลายประเภทให้อ่าน มีโต๊ะ เก้าอี้ให้นั่ง บนโต๊ะมีสมุดเบอร์สองอยู่เล่มหนึ่งสำหรับบันทึกข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้ป่วยและญาติ มีทั้งคำชื่นชม และข้อเสนอแนะ ขณะเดียวกันเป็นโอกาสให้ทีมงานได้ตอบลงไปให้ผู้ป่วยและญาติรายอื่นๆ ได้รับรู้ว่า โรงพยาบาลไม่ได้ละเลยต่อข้อเสนอแนะเหล่านั้น

### 2. บันทึกแทนลูกค้า

ผู้ป่วยและญาติบางรายไม่ชอบเขียน หรือเขียนไม่ได้ แต่แสดงท่าทีให้เห็นว่าต้องการให้มีการปรับปรุง เมื่อเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเข้าไปพูดคุยก็จะได้ข้อมูลเหล่านั้น ข้อมูลเหล่านี้อาจจะจางไปจากความทรงจำ หากไม่ได้มีการบันทึกเอาไว้ การให้เจ้าหน้าที่เป็นผู้บันทึกความต้องการหรือข้อเสนอแนะแทนผู้ป่วยและญาติจึงเป็นระบบที่ควรจัดให้เกิดขึ้น

### 3. แบบสอบถามความพึงพอใจ

แบบสอบถามความพึงพอใจยังคงมีที่ใช้ แต่ควรทำให้เรียบง่ายทั้งกับทีมงานและผู้ตอบ ด้วยการ

- สุ่มตัวอย่างเท่าที่จำเป็น
- อย่าย่างค่างต่างทำ ให้รวมทำเป็นของโรงพยาบาลเพียงชุดเดียวถ้าเป็นไปได้
- มีหัวข้อคำถามน้อยที่สุด
- ให้ความสำคัญกับคำถามปลายเปิด คือส่วนของความคาดหวังและข้อเสนอแนะ

### 4. รับทราบจากชุมชน

โรงพยาบาลชุมชนมีโอกาสสัมผัสกับชุมชนได้มาก สามารถรับฟังความคิดเห็นของชุมชนได้จากที่ประชุม อสม. การออกไปให้บริการในชุมชน การเยี่ยมบ้าน

### 5. รับฟังลูกค้าภายในด้วยการสัมมนาเชิงสร้างสรรค์

ลูกค้าไม่ได้มีแต่ผู้ป่วยและญาติเท่านั้น เจ้าหน้าที่ภายในก็ต่างเป็นลูกค้าซึ่งกันและกัน การตอบสนองความต้องการของลูกค้าภายในจะนำไปสู่การตอบสนองความต้องการของลูกค้าภายนอกที่ดีขึ้น

บางโรงพยาบาลเคยเชิญหน่วยงานที่เป็นลูกค้ามาให้ข้อเสนอแนะ ครั้งแรกได้ข้อเสนอแนะมามากมายก็รับมาปรับปรุง ครั้งที่สองเชิญมาอีกครั้งหนึ่ง แทนที่จะได้รับคำชมกลับพบว่ายังไม่สามารถทำให้ลูกค้าภายในพอใจได้ ถึงกับหมดกำลังใจและเลิกจัดกิจกรรมทำนองนี้ไปในที่สุด

ความจริงกิจกรรมลักษณะนี้เป็นสิ่งที่ดี ดีกว่ามานั่งประชุมกันเฉพาะในหน่วยงานของตัวเองแล้วคิดว่าคนอื่นเขาต้องการอะไรจากเรา แต่จำเป็นต้องมีผู้ดำเนินการประชุมที่ดี ต้องทำความเข้าใจเป้าหมายร่วมกัน เปิดใจและมีกรถนอมน้ำใจกันและกัน โรงพยาบาลที่จัดกิจกรรมในลักษณะนี้จึงเรียกว่าเป็น “การสัมมนาเชิงสร้างสรรค์”

## 6. จัดลำดับความสำคัญ

หลายโรงพยาบาลมีบัญชีรายการข้อเสนอแนะจากลูกค้าจำนวนมาก จนไม่รู้ว่าจะตอบสนองได้หมดได้อย่างไร วิธีการง่าย ๆ ก็คือนำความต้องการเหล่านั้นมาจัดหมวดหมู่เพื่อดูว่าเกี่ยวข้องกับระบบใดบ้าง และจัดลำดับความสำคัญของความต้องการเหล่านั้นเพื่อตอบสนองได้อย่างเหมาะสม

### ทำงานเป็นทีมแบบเรียบง่าย

#### 1. ดักจับความคิด (ทำงานเป็นทีมโดยไม่ต้องประชุม)

วิธีดักจับความคิดมีมากมาย เช่น จัดหาบอร์ดไว้ในที่ทำงานให้สมาชิกช่วยกันระดมความคิดตามหัวข้อที่กำหนดไว้ (แต่เสี่ยงต่อการที่สมาชิกที่ไม่เข้าใจเป้าหมาย ใช้เป็นโอกาสทิ่มแทงผู้อื่น) มีสมุดให้ช่วยกันระดมความคิด วิธีการต่อไปนี้อาจจะช่วยให้ดักจับความคิดได้เป็นระบบและสม่ำเสมอมากขึ้น

- กำหนดให้ทุกคนมีหน้าที่ดักจับความคิดของตัวเองทุกวัน โดยเขียนลงในกระดาษหรือสมุดเล่มเล็ก ๆ ทั้งส่วนที่เป็นข้อติดขัดในการทำงาน ข้อเสนอแนะจากลูกค้า และความคิดสร้างสรรค์เพื่อการพัฒนา
- ถึงเย็นวันศุกร์ ให้แต่ละคนส่งมอบบันทึกดักจับความคิดให้แก่เลขานุการประจำสัปดาห์ นำไปจัดหมวดหมู่และทำให้เป็นระบบ ให้เลขานุการประจำสัปดาห์นำมาส่งหัวหน้าตอนเช้าวันจันทร์
- เมื่อหัวหน้าได้รับความคิดที่จัดระบบมาแล้ว ให้พิจารณาดำเนินการตามความเหมาะสม เช่น
  - หัวหน้าตัดสินใจสั่งการด้วยตนเอง หรือขอรับฟังความคิดเห็นเพิ่มเติม
  - หัวหน้าประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
  - หัวหน้ามอบหมายให้ทีมงานย่อย ๆ ไปดำเนินการต่อ
- ในแต่ละเดือน จะมีกิจกรรมพัฒนาเกิดขึ้นมากมาย เมื่อถึงการประชุมประจำเดือนก็นำเอาเรื่องใหญ่ ๆ ที่ต้องการการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างกว้างขวางมาพิจารณาร่วมกัน

#### 2. ชวนทีมไปดูของจริง

การนั่งพูดคุยกันอยู่ในห้องประชุมมักจะเป็นเรื่องน่าเบื่อ เป็นเรื่องแห้งๆ ให้ขณะที่การออกไปดูในสถานที่จริงจะทำให้เห็นสภาพปัญหาได้ชัดเจนขึ้น เห็นความทุกข์ยากของผู้คนมากขึ้น มีแรงจูงใจที่จะแก้ปัญหามากขึ้น หากคำตอบได้ง่ายขึ้น ได้รับการยอมรับและมีโอกาสแสดงศักยภาพได้มากขึ้น และที่สำคัญคือเมื่อประสบความสำเร็จแล้วจะตระหนักในคุณค่าของตัวเองและเห็นคุณค่าของเพื่อนสมาชิก

ลองพิจารณาตัวอย่างต่อไปนี้

- ทีมงานต้องการแก้ปัญหาการรั่วของแล้วเทปไม่เปลี่ยนสี เมื่อชวนกันไปดูที่ห้องหนึ่ง ก็พบว่าเจ้าหน้าที่ห้องหนึ่งอัดห่อเครื่องมือเข้าไปจนแน่น เมื่อเข้าใจสาเหตุก็สามารถแก้ปัญหาได้ง่ายดาย
- ทีมงานพยายามหาว่าทำไมน้ำกลั่นในขวดซึ่งยังไม่ได้เปิดใช้จึงมีเชื้อ pseudomonas เมื่อเดินไปดูที่เครื่องกลั่นน้ำก็พบว่าผ้าก๊อสนุ่มปลายท่อที่น้ำกลั่นหยดออกมา และพบความจริงต่อไปว่า น้ำกลั่นนั้นไม่ได้มีการนำไปนั่งฆ่าเชื้อก่อนที่จะแจกจ่ายไปตามหน่วยงานต่างๆ
- โภชนากรที่เข้าไปเยี่ยมผู้ป่วยตามลำพัง มักจะไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย และถูกมองว่าเป็นการขัดขวางการทำงานของพยาบาล แต่โภชนากรที่เข้าไปเยี่ยมผู้ป่วยพร้อมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

จะได้รับคำอธิบายจากแพทย์และพยาบาลว่าผู้ป่วยเป็นอะไร มีปัญหาอะไร ต้องการความช่วยเหลืออะไรจากโภชนาการ

- การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกันประจำวันระหว่างแพทย์และพยาบาล หรือการทำ grand round ร่วมกันระหว่างวิชาชีพต่างๆ ต่างให้ข้อมูลและรับข้อมูลของกันและกันในการดูแลผู้ป่วย หรือบอกปัญหาที่แต่ละฝ่ายพบหรือต้องการให้แก้ไข

### 3. กิจกรรมที่ไม่เป็นทางการ

ความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการมักจะก่อให้เกิดความสำเร็จมากกว่าความสัมพันธ์ที่เป็นทางการ การพูดคุยกันบนโต๊ะอาหารด้วยบรรยากาศสบายๆ อาจจะได้คำตอบที่ดีกว่าการประชุมกันอย่างเคร่งเครียดในห้องประชุม

ลองพิจารณาตัวอย่างต่อไปนี้

- การร่วมกันปลูกต้นไม้ ทำสวนหย่อมให้แก่โรงพยาบาล การจัดแข่งกีฬา
- การกำหนดประเด็นในการพัฒนา และเปิดโอกาสให้ผู้สนใจไปรวมทีมกันมาเสนอตัวรับงานไปทำ ทีมงานจะได้รับการสนับสนุนให้ทำงานได้อย่างคล่องตัว และได้รับเครดิตสะสม ด้วยการที่ทีมงานมาจากการทำงานร่วมกันเอง จึงสะดวกที่จะพบปะกันอย่างไม่เป็นทางการในเวลาที่สมาชิกสะดวก

## ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อแบบเรียบง่าย

### 1. ใช้มาตรการที่ตรงประเด็น

โรงพยาบาลต่างๆ มักจะบอกว่าไม่มีบุคคลที่มีความรู้ในเรื่องการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ทำให้ไม่สามารถจัดระบบที่ดีได้

ที่จริงแล้วการป้องกันการติดเชื้อเป็นเรื่องง่ายๆ มาตรการที่ตรงประเด็นมีง่าย ๆ เพียง 3 ประการคือ

- hand hygiene มือของเจ้าหน้าที่เป็นพาหะสำคัญของการกระจายเชื้อโรคในโรงพยาบาล การล้างมือก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วยทุกครั้งจึงเป็นมาตรการป้องกันที่สำคัญและตรงประเด็น โดยโรงพยาบาลควรให้ความสำคัญกับเทคนิคการล้างมือที่ไม่ต้องใช้น้ำ คือล้างด้วย alcohol ผสมสารป้องกันผิวหนังแห้งซึ่งวางไว้ที่ใกล้เตียงผู้ป่วยสำหรับ
- sterile technique การระมัดระวังการปนเปื้อนระหว่างการทำหัตถการต่างๆ กับผู้ป่วย
- sharp injury prevention เป็นหัวใจสำคัญของ universal precaution โรงพยาบาลควรให้ความสำคัญกับการจัดหาเครื่องปลดเข็มฉีดยาที่สะดวกและปลอดภัย มิใช่เน้นการใช้ถุงมือในเรื่องที่ไม่จำเป็น

### 2. ใช้หลักฐานทางวิชาการที่น่าเชื่อถือ

ตัวอย่าง ในการป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัด มีหลักฐานชัดเจนที่จะให้ข้อเสนอแนะในสิ่งที่ควรทำดังต่อไปนี้

- ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลก่อนผ่าตัดให้เหลือน้อยที่สุด และหลีกเลี่ยงการให้ยาต้านจุลชีพก่อนการผ่าตัด
- ไม่ต้องขจัดขนตรงบริเวณผ่าตัด หากจำเป็นให้ขจัดขนทันทีก่อนผ่าตัดโดยใช้ electric clipper

- หากจะใช้ prophylactic antibiotic ควรให้ก่อนเริ่มผ่าตัดประมาณครึ่งชั่วโมง และให้ซ้ำหากมีข้อบ่งชี้ เช่น ผ่าตัดนาน เสียเลือดมาก ผู้ป่วยอ่อน แต่ไม่ควรให้ยาต่อจนถึงระยะหลังผ่าตัด ยกเว้นจะเป็นการรักษาเนื่องจากการปนเปื้อนของแผลผ่าตัด
- การทำความสะอาดในช่วงเปลี่ยน case ให้ทำความสะอาดเฉพาะเมื่อมี visibly soiled surface ด้วย disinfectant ไม่จำเป็นต้องทำความสะอาดเป็นพิเศษหลังจาก contaminated case จะเห็นว่าเราทำงานน้อยลง แต่ทำเฉพาะในสิ่งที่มีประโยชน์

### 3. เฝ้าระวังให้ตรงประเด็น

มีการส่งเสริมให้ทำ hospital-wide surveillance กันมาเป็นสิบปี แต่ก็มีโรงพยาบาลไม่กี่แห่งที่สามารถทำได้ดี ประเทศอเมริกาซึ่งร่ำรวยมากกว่าและมีกำลังคนมากกว่าประเทศไทยก็เลิกใช้วิธีการนี้ไปแล้วด้วยเหตุผลว่า เก็บตัวเลขมากมายแต่ไม่ได้ใช้ประโยชน์ จึงหันมาทำ targeted surveillance ซึ่งเลือกเฝ้าระวังเฉพาะการติดเชื้อที่เป็นปัญหา ทำให้เชื่อมโยงกับการแก้ปัญหาได้ดีขึ้น

ลองดูการเปรียบเทียบวิธีการเฝ้าระวังทั้งสองแบบ

hospital-wide surveillance	targeted surveillance
เริ่มต้นในกรณีที่สงสัยว่าจะมีการติดเชื้อ เช่น มีไข้ มีการเปลี่ยน antibiotic หรือมีการเพาะเชื้อขึ้น	เริ่มต้นที่กลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยง เช่น ได้รับการผ่าตัด ใช้เครื่องช่วยหายใจ
ตัวหารคือผู้ป่วยจำหน่ายทั้งหมด ซึ่งส่วนมากไม่ได้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ	ตัวหารคือจำนวนผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง หรือจำนวนวันนอนที่สอดใส่ device

หากมีกำลังคนจำกัด เราควรเลือกเฝ้าระวังให้ตรงประเด็นและนำไปสู่การแก้ปัญหา มากกว่าที่จะเฝ้าระวังเพียงเพื่อให้มีตัวเลขอัตราการติดเชื้อ

มีข้อมูลชัดเจนว่าการติดเชื้อที่เป็นปัญหาสำคัญซึ่งควรได้รับการใส่ใจคือ Ventilator Associated Pneumonia (VAP), Surgical Site Infection (SSI), IV Catheter-related Infection (CRI), Catheter-Associated UTI (CAUTI)

เฝ้าระวังแค่ 4 เรื่องนี้ได้ประโยชน์กับประเทศชาติมากมายมหาศาล โดยเฉพาะเจ้าตัว CAUTI เป็นแหล่งเพาะจุลชีพที่ดื้อยามากที่สุด (largest reservoir of antibiotic resistant organism)

### องค์กรแพทย์/การมีส่วนร่วมของแพทย์แบบเรียบง่าย

#### 1. ใช้การรวมตัวของแพทย์ที่มีอยู่เดิม

บางโรงพยาบาลมีกิจกรรมที่แพทย์รวมตัวกันอยู่แล้วในรูปแบบต่างๆ เช่น การรับประทานอาหารกลางวันร่วมกัน การประชุมวิชาการประจำสัปดาห์ การพบปะสังสรรค์ประจำเดือนอย่างไม่เป็นทางการ การประชุมประจำเดือนที่เป็นทางการในกิจกรรม trauma audit เป็นต้น

โรงพยาบาลสามารถใช้กิจกรรมเหล่านี้เป็นจุดเริ่มต้นของการพูดคุยในเรื่องการทำงานของแพทย์ในแง่มุมต่างๆ แล้วค่อยเชื่อมโยงเข้ามาสู่บทบาทและโครงสร้างขององค์กรแพทย์

## 2. เริ่มต้นด้วยกิจกรรม แทนที่จะเริ่มด้วยโครงสร้าง

โรงพยาบาลส่วนใหญ่มักจะเริ่มต้นด้วยโครงสร้าง มีการตั้งกรรมการ มีการจัดทำธรรมนูญขององค์กรแพทย์ โดยขาดการมีส่วนร่วมและความเข้าใจของแพทย์ส่วนใหญ่ ทำให้องค์กรแพทย์ถูกมองจากแพทย์ว่าเป็นเหมือนเครื่องมือของฝ่ายบริหาร หรือเป็นกลุ่มคนอีกกลุ่มหนึ่งที่จะมาก่อความสะดอกสบายในการทำงานของตนเอง แทนที่จะมองว่าแพทย์ทุกคนเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรแพทย์ และจะต้องช่วยกันสร้างองค์กรแพทย์ให้มีบทบาทในการสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้รับบริการและเพื่อนร่วมงาน เป็นเกราะ เป็นกันชน เพื่อให้แพทย์ทำงานได้ด้วย ความมั่นใจ

การเริ่มด้วยกิจกรรมหรือกลไกที่จะตอบสนองต่อเป้าหมายขององค์กรแพทย์จึงเป็นวิธีการที่จะสร้างความเข้าใจ และกระจายการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง เช่น ขอให้แพทย์แต่ละคนเลือกที่จะเข้าร่วมทีมเพื่อพิจารณาวาระระบบต่อไปนี้ (คนหนึ่งอาจจะเข้าร่วมได้หลายทีม แต่ต้องไม่น้อยกว่า 1 ทีม)

- 1) ข้อตกลงที่จำเป็นเพื่อความราบรื่นและมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของแพทย์
- 2) แนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาจริยธรรมในการทำงานของแพทย์
- 3) แนวทางการอนุญาตให้แพทย์ดูแลผู้ป่วยหรือทำหัตถการที่ซับซ้อนหรือมีความเสี่ยงสูงซึ่งแพทย์ผู้ดูแลควรมีความรู้และทักษะที่เพียงพอ เพื่อเป็นหลักประกันว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและปลอดภัย
- 4) แนวทางการทบทวนผลการดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อหาโอกาสพัฒนาและป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำ
- 5) แนวทางการทบทวนความเหมาะสมและประสิทธิภาพในการตรวจรักษา
- 6) แนวทางการป้องกันและจัดการกับความเสี่ยงทางการแพทย์
- 7) แนวทางการปรึกษาระหว่างแพทย์
- 8) แนวทางการควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของแพทย์ที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรมและแพทย์เว็ทที่ไม่ใช่แพทย์ประจำ
- 9) แนวทางการส่งเสริมการพัฒนาความรู้ของแพทย์ ตลอดจนการจัดกิจกรรมวิชาการภายในกลุ่มแพทย์และร่วมกับวิชาชีพอื่น
- 10) บทบาทของแพทย์ต่อการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหา
- 11) บทบาทของแพทย์ต่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- 12) บทบาทของแพทย์ต่อความปลอดภัยและประสิทธิภาพในการใช้ยา
- 13) บทบาทของแพทย์ต่อความสมบูรณ์และมีคุณค่าของการบันทึกเวชระเบียน

ผลที่เกิดขึ้นก็คือเกิดความเข้าใจว่าองค์กรแพทย์จะมาช่วยให้แพทย์ทำงานง่ายขึ้นได้อย่างไร เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของของกลไกที่ร่วมกันสร้างขึ้นและพร้อมที่จะให้ความร่วมมือ หลังจากนั้นแล้วคณะกรรมการต่างๆ ที่จะเข้ามารับผิดชอบก็จะทำงานได้ง่ายและเป็นที่ยอมรับ

สำหรับโรงพยาบาลขนาดเล็กเช่นโรงพยาบาลชุมชน อาจจะเริ่มต้นด้วยการพิจารณาหัวข้อที่สำคัญบางหัวข้อก่อน

### 3. หลีกเลี่ยงบทบาทที่จะก่อให้เกิดความหวาดระแวงและความขัดแย้ง

บางโรงพยาบาลก่อตั้งองค์กรแพทย์ไม่ได้เพราะผู้อำนวยการได้ยินที่ประชุมพูดกันว่า องค์กรแพทย์จะเข้ามาสร้างดุลยให้เกิดความโปร่งใสในการบริหาร องค์กรแพทย์ของโรงพยาบาลบางแห่งรับหน้าที่การจัดสวัสดิการของแพทย์ การต่อรองค่าเวรของแพทย์ เข้ามาไว้ด้วย

ตัวอย่างข้างต้นคือบทบาทที่องค์กรแพทย์ไม่ควรเข้าไปยุ่งเกี่ยว เพราะมีโอกาสที่จะเกิดความหวาดระแวงและเกิดความขัดแย้งได้ตามมา อาจจะได้ก่อตั้ง หรือตั้งแล้วต้องล้มเลิกไป

จุดยืนขององค์กรแพทย์คือตัวแทนของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ พร้อมทั้งจะให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้บริหาร จากมุมมองของผู้ประกอบวิชาชีพ แต่ไม่พร้อมที่จะต่อรองหรือต่อสู้กับฝ่ายบริหาร

### 4. องค์กรแพทย์เป็นผู้ดูภาพรวมแทนที่จะลงมือทำเองเสียทั้งหมด

ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ คณะกรรมการองค์กรแพทย์อาจเกิดความหนักใจ ไม่รู้ว่าจะทำอะไร แพทย์แต่ละคนก็ดูจะผูกพันกับแผนกของตนเองมากกว่าที่จะผูกพันกับองค์กรแพทย์ แต่ละแผนกต่างมีกิจกรรมวิชาการ และกิจกรรมทบทวนทางคลินิกอยู่แล้ว

สำหรับสถานการณ์ดังกล่าว บทบาทที่เหมาะสมขององค์กรแพทย์คือการดูภาพรวมของกิจกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้น วิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนของกิจกรรมต่างๆ ในแต่ละแผนก สร้างเวทีแลกเปลี่ยนระหว่างแผนกเพื่อกระตุ้นแผนกที่ยังไม่ค่อยได้ทำอะไร รวมทั้งจัดกิจกรรมเสริมในส่วนที่เป็นช่องว่างซึ่งไม่มีใครรับผิดชอบ

### 5. กำหนดกลยุทธ์ให้สอดคล้องกับธรรมชาติของแพทย์

กิจกรรม OD ได้ผลกับแพทย์ไม่มากนัก การประชุมอบรม TQM/CQI ก็ได้ความร่วมมือเพียงระดับหนึ่ง เมื่อทำความเข้าใจกับธรรมชาติของแพทย์ จะพบว่า ก) แพทย์จะร่วมมือถ้าภารกิจนั้นมีเป้าหมาย วัตถุประสงค์ แนวทางปฏิบัติชัดเจน ข) แพทย์ไม่สันทัดในงานธุรการหรือการเขียนหนังสือมากๆ ค) แพทย์ไม่ชอบการประชุมที่ใช้เวลานาน ง) แพทย์ถนัดในการวิพากษ์ ถกแถลงเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ชัดเจน จ) แพทย์เป็นกลุ่มที่รักพวกพ้อง และศักดิ์ศรีแห่งตน เมื่อเข้าใจธรรมชาติเช่นนี้ กลยุทธ์ในการทำงานคือ

- 1) ผู้บริหารกำหนดนโยบายที่ชัดเจน ทำให้แพทย์ต้องยอมรับไปด้วยว่าการพัฒนาคุณภาพเป็นสิ่งที่จะต้องทำ
- 2) สร้างแนวร่วมให้มากขึ้น ส่งแพทย์ที่สนใจอบรมหลักสูตรคุณภาพในสาขาเฉพาะ เช่น สูติ ศัลย์ อายุรกรรม กุมาร ในการอบรมเช่นนี้ แพทย์มีโอกาสวิพากษ์ ถกแถลงในส่วนเฉพาะสาขาตัวเอง และเปิดโลกทัศน์ให้ทราบความเป็นไปใน รพ.อื่น เมื่อกลับมาแล้วก็กำลังสำคัญได้
- 3) ให้แพทย์ส่วนใหญ่รักษามาตรฐานวิชาชีพของตนไว้ และเน้นว่างานวิชาการ งานบริการที่ทำอยู่ก็เป็นงานคุณภาพ เช่นกัน
- 4) ในที่ประชุมกรรมการและทีมต่างๆ ให้แพทย์ทำเฉพาะในส่วนวิชาการ ส่วนงานธุรการให้บุคลากรอื่นทำ
- 5) รมรณรงค์บันทึกเวชระเบียน ย้ำว่างานประจำในการบันทึกเวชระเบียนเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพ มีการตรวจสอบเวชระเบียนและ feed back รายบุคคลโดย note สั้นๆ ใส่งอแพทย์จะทราบคะแนนของตนเองและทราบค่าเฉลี่ยของ รพ. ซึ่งได้ผลมาก เพราะแพทย์จะมีการปรับตัวเองเมื่อรู้ว่าคะแนนของตนเองตกเกณฑ์



## บันทึกเวชระเบียนแบบเรียบง่าย

### 1. วางใบสำคัญที่สุดไว้หน้าแรก

กระดาษแผ่นแรกในชาร์ทถือว่าเป็นข้อมูลที่โรงพยาบาลให้ความสำคัญมากที่สุด ข้อมูลที่สำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพคือข้อมูลที่ระบุภาพรวมว่าผู้ป่วยมีปัญหาอะไรบ้าง ปัญหาใดที่ยัง active อยู่ ปัญหาใดที่หมดไปแล้ว เพื่อที่ว่าทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องจะได้ทบทวนบทบาทของตนเองในการแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วย การมีใบ problem list ในภาพรวมซึ่งทุกวิชาชีพใช้ร่วมกันอยู่ที่หน้าแรกของชาร์ท จึงเป็นสิ่งที่ช่วยอำนวยความสะดวกให้แก่ทุกคน เปิดชาร์ททุกครั้งจะเห็นว่าผู้ป่วยมีปัญหาอะไรเหลืออยู่ ไม่เฉพาะปัญหาในมุมมองของตนเอง แต่เป็นปัญหาที่เพื่อนร่วมงานในวิชาชีพอื่นช่วยกันมองด้วย

### 2. ช่วยกันเขียน ช่วยกันใช้

การสื่อสารข้อมูลระหว่างวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยร่วมกัน นำมาซึ่งคุณภาพแบบองค์รวม ถ้าแต่ละฝ่ายต่างคนต่างเขียน ต่างคนต่างดูเฉพาะที่ตัวเองเขียน ไม่เคยสนใจข้อมูลของคนอื่น ก็เท่ากับเราดูแลผู้ป่วยแบบแยกส่วน ไม่มีทางที่จะเป็นองค์รวมได้ ปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไขโดยทันทีก็อาจจะล่าช้าไป

เพื่อให้ข้อมูลที่แต่ละฝ่ายบันทึกได้ได้รับการใช้ประโยชน์มากขึ้น มีผู้พยายามทำดังนี้

- highlight บันทึกของพยาบาลในส่วนที่สำคัญและต้องการให้แพทย์ทราบ และพับไว้หรือใช้กระดาษกั้นให้แพทย์ทราบ
- ปรับ physician's progress note ให้เป็น progress note ซึ่งทุกวิชาชีพใช้ร่วมกัน พร้อมทั้งขีดเส้นบันทึกให้เขียนได้ง่าย ให้แต่ละวิชาชีพเขียนสรุปประเด็นที่ต้องการสื่อสารให้ผู้อื่นรับรู้
- ออกแบบบันทึกสำหรับการดูแลผู้ป่วยเฉพาะ เช่น ผู้ป่วยจิตเวช โดยทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้องมาบันทึกร่วมกัน ตั้งแต่การประเมินผู้ป่วยไปจนถึงการบันทึกผลการตอบสนอง

### 3. อยากรู้ตรงไหน เปิดได้ทันที

สาเหตุส่วนหนึ่งที่แพทย์ไม่ค่อยบันทึก progress note ก็คือประสบปัญหายากลำบากในการค้นหาว่าส่วนที่จะต้องบันทึกนั้นอยู่ตรงไหน จึงเขียนลงไปในพื้นที่คำสั่งการรักษาเสียเลย เนื่องจากแผ่นคำสั่งการรักษาไม่ได้ออกแบบมาสำหรับการบันทึก progress note จึงไม่สามารถบันทึกข้อมูลให้สมบูรณ์ตามที่ควรจะเป็นได้ ทำอย่างไรแพทย์จึงจะเปิดหาใบบันทึก progress note ได้ มีการอำนวยความสะดวกดังนี้

- ใช้แผ่นฟิล์มเอกซเรย์ที่ไม่ใช้แล้วตัดให้มีขนาดเท่ากระดาษ A4 และสอดไว้หน้าใบบันทึก progress note ทำให้เปิดหาได้ง่ายขึ้น
- ตัด slip ในส่วนล่างของชาร์ทแสดงส่วนต่างๆ ของชาร์ทที่ใช้ง่าย ทำให้สามารถเปิดหาส่วนที่ต้องการได้ง่าย

ขอขอบคุณที่มาจากโรงพยาบาลหนองบัวระเหว โรงพยาบาลหนองใหญ่ โรงพยาบาลเชียงรายได้ ประชานูเคราะห์ โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลยะลา โรงพยาบาลธัญญารักษ์ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาลค่ายสุรนารี โรงพยาบาลศิริราช และ ฯลฯ ที่ได้แสดงรูปธรรมของความเรียบง่ายให้ปรากฏและยินดีถ่ายทอดให้ผู้อื่นได้รับทราบ

# ความเรียบง่ายในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

นายแพทย์ พรเจริญ เจียมบุญศรี

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

ความเรียบง่ายในการพัฒนาคุณภาพ จากในประสบการณ์การทำงานที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดมสอนว่า สิ่งที่จะทำให้เกิดความเรียบง่ายนั้นจะต้องผ่านวงจร PDCA ของการพัฒนาคุณภาพไประยะหนึ่งก่อน แล้วจึงเกิดการเรียนรู้และตกผลึกความรู้นั้นออกมา นำไปสู่การปฏิบัติที่ยั่งยืนและต่อเนื่องภายในองค์กรต่อไป

## ขั้นตอนของการเรียนรู้

เรียงลำดับขั้นตอนการเรียนรู้และตกผลึก เพื่อให้เกิดความเข้าใจง่ายได้ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1 รู้จำ** เป็นการรู้ตามทฤษฎี หลักการ การศึกษาดูงาน มีต้นแบบ เป็นต้น ซึ่งความรู้ขั้นนี้จะไม่สามารถทำให้เกิดประโยชน์ได้มากนัก เพราะเป็นสิ่งที่แต่ละคนเรียนรู้จามา แต่ยังไม่ได้ประยุกต์ให้เหมาะสมกับการทำงานหรือวิถีชีวิตของตนเอง อาจทำให้เกิดข้อผิดพลาดได้มาก ความเรียบง่ายที่สุดของบุคคลที่จะผ่านขั้นนี้ได้จะต้องหมั่นถามตัวเองอยู่เสมอว่า **“สิ่งที่เรารู้นี้เป็นของจริงหรือจำเขามา และเราเข้าใจเป้าหมายของสิ่งที่เรารู้มากน้อยแค่ไหน”**

**ขั้นตอนที่ 2 ลงมือฝึกหัด** เป็นการฝึกทดลองยังไม่ได้ลงมือปฏิบัติจริง (หรือเสมือนเป็นการสอบข้ออม) ในขั้นนี้เป็นการลองผิดลองถูกในวงจำกัด ต้องใช้ความระมัดระวังเป็นอย่างมาก ความเรียบง่ายที่สุดของบุคคลที่จะผ่านขั้นนี้ไปได้คือ **จะต้องมีการทบทวนและประเมินตนเองหาจุดบกพร่องเป็นระยะๆ และอย่างต่อเนื่อง**

**ขั้นตอนที่ 3 ลงมือปฏิบัติจริง** เป็นการปฏิบัติจากของจริง (หรือเสมือนลงสนามจริง) โดยนำเอาสิ่งที่ได้จากการทดลองที่ได้ผลในวงจำกัดและระยะเวลาอันสั้นนั้น มาปฏิบัติในวงที่กว้างมากขึ้น สิ่งที่สำคัญและเรียบง่ายที่สุดในขั้นนี้คือ **การเปิดใจให้กว้างยอมรับผลสะท้อนที่เกิดขึ้นทั้งที่ดีและไม่ดีเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขให้ดียิ่งขึ้นต่อไป**

**ขั้นตอนที่ 4 เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง** เป็นประสบการณ์ตรงที่เกิดขึ้นกับตัวเราเองในวงกว้างซึ่งจะต้องเจอทั้งสิ่งที่ดีและไม่ดีทั้งหลาย สิ่งที่สำคัญและเรียบง่ายที่สุดในขั้นนี้คือ **การสังเกตและแยกแยะระหว่างความเหมือนและความต่างได้เป็น 4 แบบ** จะขอยกเป็นตัวอย่างเป็นกรณีผู้ป่วยมาโรงพยาบาลดังนี้

**แบบที่ 1 ความเหมือนในความเหมือน** เช่น คนไข้ทุกคนที่มาโรงพยาบาลจะมีความเหมือนกันคือ มีความต้องการความช่วยเหลือจากแพทย์ พยาบาล เป็นต้น เป็นสิ่งที่แพทย์และบุคลากรอื่นๆ ทุกคนสามารถให้ความรัก ความเมตตา และความเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยได้ทุกคน (เป็นกรอบแห่งจริยธรรม คุณธรรม)

**แบบที่ 2 ความเหมือนในความต่าง** เช่น ผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลด้วยอาการไข้ ปวดหัวเหมือนกันจะมีสมุฐานของโรคไม่เหมือนกัน และมีระดับของความรุนแรงไม่เท่ากัน เป็นสิ่งที่แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ต้องวิเคราะห์ วินิจฉัยและดูแลรักษาพยาบาลบนพื้นฐานของความรู้ความสามารถตามมาตรฐานของแต่ละวิชาชีพ

**แบบที่ 3 ความต่างในความเหมือน** เช่น ผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลถึงแม้ว่าจะมารักษาโรคที่แตกต่างกัน แต่ก็มีสิ่งหนึ่งที่เหมือนกันคือทุกคนเป็นทุกข์และมีความต้องการรู้ว่าตนเองเป็นโรคอะไร รักษาหายหรือไม่ และจะมีวิธีปฏิบัติตัวเองอย่างไร เป็นสิ่งที่แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์จะต้องเข้าใจในความทุกข์ของผู้ป่วยและญาติ ดังนั้นการแสดงความเห็นอกเห็นใจต่อผู้ป่วยและญาติ การให้ความรู้ในเรื่องโรค ให้ข้อมูลและให้สุศึกษาแก่ผู้ป่วยในโรคที่ผู้ป่วยเป็นนั้นๆ จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะช่วยลดความทุกข์ของผู้ป่วยและญาติได้ เป็นต้น

**แบบที่ 4 ความต่างในความต่าง** เช่น ผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลด้วยโรคที่แตกต่างกันนั้นจะมีพื้นฐานความรู้ ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพต่างๆ และเรื่องอื่นๆ แตกต่างกัน ดังนั้นแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์จึงจำเป็นต้องตระหนักในเรื่องการสื่อสารที่แตกต่างกันกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อทำให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งกายใจและไม่เกิดปัญหาการฟ้องร้องติดตามมาภายหลัง

**ขั้นตอนที่ 5 รู้จริงด้วยจิตวิญญาณ** คือประสบการณ์ตรงที่เกิดขึ้นกับตัวเราทั้งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม ทั้งสิ่งที่ดีและไม่ดีจะถูกบันทึกลงในความทรงจำ และความประทับใจของเราเอง ซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกสุขหรือทุกข์ สนุกหรือไม่สนุกในการทำงานนั้น ในขั้นการรู้จริงด้วยจิตวิญญาณนั้นจะเป็นจุดแรกที่ทำให้เกิดความแตกต่างในองค์ความรู้ที่จะเกิดขึ้นภายในจิตวิญญาณของแต่ละคน เพราะแต่ละคนมีกระบวนการคิดในการมองโลกไม่เหมือนกัน บางคนจะมองโลกในแง่ร้ายเสมอ บางคนมองโลกในแง่ดี เป็นต้น ความเรียบง่ายที่จะใช้ในการเรียนรู้ในขั้นนี้คือ **ความซื่อตรงต่อตนเอง และซื่อตรงต่อผู้อื่น** ในการที่จะพัฒนาชีวิตให้ไปสู่สิ่งที่เป็นสาระประโยชน์ต่อส่วนรวม ดังนั้นความซื่อตรงต่อการปฏิบัติหน้าที่ที่ตนเองรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งที่ต้องถามตัวเองบ่อยๆว่า เราปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยแล้วมีจุดบกพร่องหรือไม่ ถ้ามีจะทำการอย่างไร เป็นต้น

**ขั้นตอนที่ 6 ประมวลความรู้** เป็นขั้นตอนในการประมวลความรู้ทั้งหลายและประสบการณ์ต่างๆมาเป็นองค์ความรู้ สำหรับบุคคลที่มีสติปัญญาจะแยกแยะสิ่งดีและสิ่งที่ไม่ดีออกจากกันได้ (รู้ว่าอะไรคือขยะอะไรคือสิ่งที่เป็นประโยชน์) จะนำสิ่งที่ดีและไม่ดีนั้นมาทำให้เกิดสาระประโยชน์ให้มากที่สุดสถานการณ์นั้นๆ แต่คนที่ไม่มีสติและปัญญาจะไม่สามารถแยกสิ่งดีและสิ่งที่ไม่ดีออกจากกันได้ จึงได้ประโยชน์จากการเรียนรู้ตรงนี้น้อย ความเรียบง่ายที่ใช้ประโยชน์มากในขั้นนี้คือ **การรับฟังความคิดเห็นจากบุคคลต่างๆให้รอบด้าน แล้วจึงนำมาประมวลความรู้** จึงจะทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดในทุกๆ ด้าน

**ขั้นตอนที่ 7 ตกผลึกความรู้** ความเรียบง่ายในขั้นตอนนี้สำหรับบุคคลที่มีสติปัญญา มีความพินิจพิจารณาที่ดี จะนำเอาความรู้ที่ได้รับมานั้นเปลี่ยนแปลงนิสัย แก้ไขพฤติกรรมของตนเองเป็นอันดับแรก เพราะเราอยู่กับตัวเองตลอดเวลา 24 ชั่วโมง แล้วจึงขยายความรู้ไปให้แก่คนที่อยู่รอบข้างและหน่วยงานในที่สุด (**ตกผลึกความรู้ในตนเองก่อน แล้วจึงขยายผลึกความรู้ออกไปสู่บุคคลอื่น**)

ส่วนบุคคลที่ไม่มีสติปัญญา ไม่มีความตรึกตรองพินิจพิจารณาอย่างถี่ถ้วนก็จะนำเอาความรู้ที่ได้ไปปรับเปลี่ยนบุคคลที่อยู่รอบข้างเป็นอันดับแรก และเปลี่ยนแปลงตนเองเป็นคนสุดท้าย (**เปลี่ยนแปลงตามความรู้ที่เรียนมากับคนอื่นก่อน แล้วจึงเอาแต่ผลประโยชน์ที่ได้มาเป็นของตนเอง**)

**ขั้นตอนที่ 8 สูความเรียบง่ายในการพัฒนาคุณภาพ** จะมีขั้นได้ในบุคคลที่มีสติปัญญาเท่านั้น ซึ่งถ้าตามสำนวนนวนิยายกำลังภายในนั้นผู้ฝึกวิทยายุทธถึงขั้นสูงสุดยอดไม่มีผู้ใดเทียมทานได้ จะได้ชื่อว่าเป็นผู้ฝึกวิทยายุทธถึงขั้น **“พิศดารกลับคืนสู่สามัญ”** ซึ่งก็คือความเรียบง่ายนั่นเอง

## กฎเกณฑ์สู่ความเรียบง่าย

จากการทำงานพัฒนาคุณภาพนั้นพอที่จะสรุปออกมาเป็นกฎเกณฑ์ซึ่งจะนำไปสู่ความเรียบง่ายในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลดังนี้

**กฎข้อที่ 1 การพัฒนาคุณภาพที่ยั่งยืนและแท้จริงนั้นจะต้องเกิดขึ้นจากคนภายในองค์กรเท่านั้น** มีความหมายในการชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาคุณภาพนั้นจะต้องอาศัยการพึ่งตนเอง พึ่งหน่วยงานหรือองค์กรตนเองเป็นหลัก เพราะการที่จะอาศัยวิทยากร ที่ปรึกษา ผู้นิเทศ หรือผู้เยี่ยมชมสำรวจภายนอก ที่นานๆ จะมาเยี่ยมสักครั้งนั้น ไม่ทันต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นตลอดเวลาและทุกๆ วัน โรงพยาบาลจำเป็นต้องจัดตั้งทีมงานที่เข้มแข็ง วางระบบงานที่มีมาตรฐานที่จะประสานกันระหว่างบุคคลกับบุคคล ระหว่างหน่วยงานภายในโรงพยาบาลและหน่วยงานนอกโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับพุทธภาษิตที่ว่า “อิตตาหิ อิตตโนนาโถ” แปลว่า “ตนแลเป็นที่พึ่งแห่งตน”

**กฎข้อที่ 2 การพัฒนาคุณภาพของบุคลากรทุกคนนั้นเป็นหัวใจสำคัญในการพัฒนากระบวนการคุณภาพทุกขั้นตอนและทุกมาตรฐานโรงพยาบาล** โดยสิ่งที่ยากที่สุดในการพัฒนาคุณภาพของบุคลากรคือ จะต้องเริ่มต้นสอนจากงานและสิ่งที่เขาเข้าใจอยู่ แล้วจึงเชื่อมโยงมาสู่มาตรฐานและหลักการวิชาการ จะทำให้เกิดความรู้และความเข้าใจได้ง่ายกว่า ไม่ใช่สอนหลักการวิชาการแล้วให้เขานำเอาไปประยุกต์ใช้เอง ซึ่งส่วนใหญ่จะทำให้เกิดความสับสน หรือเกิดการยึดติดรูปแบบต่างๆ ที่เราได้สอนเขา และส่งผลไม่กล้าคิด กล้าทำเพราะกลัวผิดจากรูปแบบที่เรียนรู้มา (รู้จำ) ซึ่งผมมักจะใช้คำพูดที่ว่า **“เราจะต้องสอนและพูดภาษาเดียวกับเขา”** เพราะในโลกแห่งความเป็นจริงแต่ละคนจะมีโลกภายในและภาษาของตัวเองเท่านั้น

ดังนั้นการทำความเข้าใจต่อโลกภายในและภาษาของแต่ละบุคคลจึงมีความสำคัญอันดับแรก และในขณะเดียวกันเราก็เกิดการเรียนรู้ไปพร้อมกันด้วย **ซึ่งความเรียบง่ายในการพัฒนาคุณภาพของบุคลากรคือการมองย้อนกลับเข้าไปในตัวเองจนทำให้เกิดการเรียนรู้จักตนเอง เข้าใจตนเอง แจ่มแจ้งในตนเอง อย่างละเอียด ลึกซึ้ง จนกระทั่งมีวิถีของตนเองนั้น** จะทำให้เราสามารถเข้าใจคนอื่นได้มากขึ้น เพราะในโลกภายในของแต่ละคนจะมีองค์ประกอบที่เหมือนกัน เช่น มีความรัก ความชอบ ความซึ้ง การยอมรับ การปฏิเสธ กิน กาม เกียรติ เกียรติ โกรธ เป็นต้น ด้วยกันทุกคน จะแตกต่างกันคือจะมีสัดส่วนองค์ประกอบไหนมากกว่ากันเท่านั้นเอง

ดังนั้นการศึกษาทำความเข้าใจจิตวิญญาณตนเอง จึงเป็นความเรียบง่ายในการพัฒนาบุคลากรและในการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและญาติ ซึ่งคนส่วนใหญ่มักจะมองข้ามไป

# การเริ่มต้นพัฒนาคุณภาพงานแบบง่าย ๆ

สงกรานต์ พุทธิขจร

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

การพัฒนาคุณภาพจะว่ายากก็ยาก จะว่าง่ายก็ง่าย ขึ้นอยู่กับมุมมองและการให้โอกาสที่จะเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน การเริ่มต้นพัฒนาคุณภาพงานในโรงพยาบาลอย่างง่าย ๆ มีองค์ประกอบสำคัญ คือ

## 1. มีศรัทธาและความเชื่อต่อหลักการและแนวปฏิบัติที่สอดคล้องกับความคิดที่เรามีอยู่

ความศรัทธาและความเชื่อมั่นต่อหลักการ แนวคิด และแนวทางปฏิบัติที่สอดคล้องกับความคิดที่เรามีอยู่เป็นจุดสำคัญ เพราะสิ่งเหล่านี้คือแรงจูงใจที่แท้จริงในการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมต่าง ๆ ของทุกคน

ความศรัทธาและความเชื่อมั่นในทางบวกต่องานและต่อบุคคลที่เกี่ยวข้อง ทำให้เรามีกำลังใจที่จะทำงานร่วมกัน ศรัทธาและความเชื่อที่สำคัญ 2 ประการ คือ

1) เชื่อว่าทุกคนต้องการทำดี ถ้ารู้วิธีและมีโอกาส

2) ความศรัทธาที่มีต่อโครงการ HA เพื่อความร่วมมือกันในการพัฒนาคุณภาพงานโรงพยาบาล โดยมีผู้ป่วยและประชาชนเป็นศูนย์กลาง

ความศรัทธาและความเชื่อทั้ง 2 ประการ คือจุดเริ่มต้นและเป็นฐานสำคัญสำหรับการประยุกต์ใช้ในงานที่รับผิดชอบ

## 2. ประเมินตนเอง: ทำทันที/หาโอกาส/เริ่มที่ตนเอง

ในชีวิตจริง เราต่างมีการประเมินตนเองโดยอัตโนมัติอยู่แล้ว การประเมินตนเองเป็นกิจกรรมพื้นฐานที่สำคัญสำหรับการพัฒนาคุณภาพในเรื่องต่างๆ การประเมินตนเองมีหลายระดับตั้งแต่ระดับปัจเจกไปจนถึงภาพรวมของหน่วยงาน/องค์กร HA ได้สรุปแนวทางในการประเมินตนเองให้เป็นระบบชัดเจนขึ้น

การประเมินตนเองอย่างง่าย ๆ โดยไม่ต้องรอแบบประเมินตนเองและสามารถทำได้ตลอดเวลา คือ การ **เฝ้าระวังผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์** ในผู้ป่วย การจัดช่องทาง **รับข้อมูลการร้องเรียน** จากลูกค้าภายนอก การ **พูดคุยสอบถาม** ผู้ปฏิบัติงาน ผู้ป่วยหรือผู้มาติดต่องาน เปิดโอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องได้แสดงความรู้สึก บอกเล่าประสบการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้น สิ่งที่คาดหวัง และปัญหาสำคัญที่ต้องการให้เราแก้ไขปรับปรุง นอกจากนี้ยังมีการ **สอบถามไปยังบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง** ว่ามีความคิดเห็นต่อบริการของหน่วยงานอย่างไร ต้องการให้เป็นอย่างไร

ประเด็นคุณภาพง่าย ๆ ที่เริ่มต้น คือ การดูแลผู้ป่วยโดยมี hi tech ควบคู่ไปกับ hi touch ดีที่เรา ICU มีเครื่องมือทันสมัยมากมาย แต่ลูกเราแต่ละคน แก้มลาย กันแดงกันเป็นทิวแถว จึงจับประเด็นง่าย ๆ แค่นี้มาพัฒนาก่อน

โดยหลักการคือใช้ข้อเท็จจริงในแต่ละวันเป็นข้อมูลการประเมินตนเองอย่างง่าย ๆ และหาโอกาสสรุปรวบรวมเสนอกลับให้ผู้นำเสนอได้รับทราบ แจ้งให้ทราบทั้งปัญหาที่แก้ไขได้และแก้ไขไม่ได้ รวมทั้งข้อจำกัด และ/หรือ แนวทางดำเนินการในอนาคต

ปัญหาบางอย่างที่อาจแก้ไขให้ไม่ได้กับเขาตรงๆ เช่น ปัญหาที่คนไม่รักกัน เป็นเรื่องที่แก้กันไม่ได้ จึงบอกให้ทีมงานทราบถึงแนวคิดที่เรายึดถือ กฎกติกา มารยาทในการทำงานร่วมกันที่ทุกคนควรปฏิบัติ รวมถึง

ให้เขาเข้าใจบทบาทของการเป็นหัวหน้าว่า ไม่ได้มีหน้าที่ทำให้ทุกคนพอใจ แต่มีหน้าที่ทำให้ทุกคนเข้าใจ มีหน้าที่ประสานความคาดหวังและเป้าหมายของโรงพยาบาล กับความคาดหวังและความต้องการของเจ้าหน้าที่ให้ไปด้วยกันได้

ในการสอบถามหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนั้น ได้ข้อมูลกลับมาค่อนข้างน้อย อาจเป็นเพราะยังงงกันอยู่ว่าเราทำอะไร หรือเพราะใช้คำถามยากไป อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่ได้รับฟังมาโดยตรง คือ ทำที่ที่ไม่ใส่ใจเวลาแพทย์ภายนอกเข้าไปตรวจเยี่ยมผู้ป่วย จัดเตรียมข้อมูลผู้ป่วยไม่พร้อม (ผลการตรวจ ผลเอกซเรย์) ได้นำข้อมูลเหล่านั้นมาพูดคุยให้เข้าใจตรงกันถึงหน้าที่ความรับผิดชอบ การแยกแยะความถูกต้องกับความถูกต้องออกจากกัน และร่วมกันปรับปรุงให้ดีขึ้น

จากข้อมูลจริงในช่วงแรกนั้น สรุปว่าเราเองไม่มีคุณภาพ ตัวชี้วัดที่คิดได้โดยอัตโนมัติได้ง่ายๆ ในตอนนั้นคือ ก้นผู้ป่วยต้องไม่แดง แก้มต้องไม่ลาย เครื่องมือต้องพร้อมใช้ ข้อมูลผลการตรวจต่างๆ ต้องได้ผลทันเวลาที่ต้องการใช้ (ถ้าไม่ได้ต้องทราบเหตุผล) ญาติผู้ป่วยมีความพึงพอใจ ไม่พบข้อร้องเรียน เรานำหลายๆ ลักษณะของปัญหาที่เกิดขึ้นมาจับเป็นตัวชี้วัดคุณภาพทั้งหมด แล้วติดตามดูว่าเพิ่มขึ้นหรือลดลงอย่างไร

### 3. ทำงานเป็นทีม

การทำงานเป็นทีมอย่างง่าย คือ การที่แต่ละคนทำงานที่อยู่ในความรับผิดชอบของตัวเองให้ดีที่สุด อย่างไรก็ตามสิ่งที่สำคัญคือการไม่ส่งต่องานที่อาจเป็นปัญหาให้กับผู้รับบริการ/ผู้รับผลงานเป็นเครื่องชี้วัดคุณภาพพื้นฐานสำหรับการทำงานของแต่ละคน

การรับฟังข้อมูลและข้อคิดเห็นระหว่างผู้ทำงานร่วมกัน เป็นช่องทางให้แต่ละคนเรียนรู้ว่าตนและทีมทำงานได้อย่างมีคุณภาพเพียงใด ประเด็นสำคัญสำหรับเริ่มต้น คือ แต่ละคน/แต่ละทีมทราบหรือยังว่าใครคือผู้รับผลงานของตัวเอง/ทีมงานเรา ใครคือลูกค้าของผู้บริหาร/หัวหน้าในระดับต่างๆ ใครคือลูกค้าของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานทุกประเภท ใครคือลูกค้าที่เราจะคาดหวังคุณภาพได้ในระดับหนึ่ง ใครคือบุคคลที่เราไม่ควรคาดหวังขอเพียงแต่ทำหน้าที่ค้นหาปัญหา/ความต้องการแล้วช่วยแก้ปัญหา/ตอบสนองความต้องการให้ดีที่สุดเท่าที่ทำได้

เมื่อเราทราบว่ากลุ่มลูกค้าของเราคือใคร การให้ออกาสตัวเองได้เรียนรู้โดยรับฟังข้อมูลความเห็นของกันและกันแล้วหาทางตอบสนองก็เป็นสิ่งไม่ยาก เพราะมีการตอบสนองเป็นอัตโนมัติในการทำงานประจำอยู่แล้ว เพียงแต่อาจเป็นเฉพาะบุคคล ไม่ทั่วถึงหรือไม่ตอบสนองอย่างเป็นระบบที่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพโดยรวม เป็นหน้าที่ของผู้นำแต่ละทีมที่จะประสานความร่วมมือให้เกิดขึ้น

ตัวอย่างเช่นผู้นำอาจจะเริ่มด้วยการเสนอให้ลองปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานโดยผู้นำร่วมลงมือทำด้วย แสดงออกซึ่งพฤติกรรมดีๆ ต่อผู้ป่วยและญาติ ให้ลูกทีมเห็นเป็นแบบอย่างไปพร้อมๆ กัน นี่คือการทำงานเป็นทีมซึ่งพยายามพัฒนากันเองในกลุ่มวิชาชีพเดียวกัน

ผู้นำอาจต้องเริ่มต้นด้วยการสร้างความตระหนัก ทำให้ผู้เกี่ยวข้องมองเห็นผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับทีมงาน ทำให้ผู้เกี่ยวข้องมองเห็นโอกาสในการพัฒนา ให้ออกาสให้ผู้เกี่ยวข้องได้มีส่วนร่วมพัฒนางานในรูปแบบต่างๆ เช่น แสดงความคิดเห็น ให้ออกาสทดลองทางเลือกที่กลุ่มเสนอเพื่อปรับเปลี่ยนวิธีการทำงาน สนับสนุนทรัพยากร ประสานความร่วมมือแทนกลุ่มสมาชิก ให้กำลังใจ ให้ข้อเสนอแนะ ให้ทางออกที่กลุ่มยอมรับร่วมกัน รวมทั้งร่วมลงมือปฏิบัติ สิ่งเหล่านี้คือกิจกรรมพื้นฐานสำหรับการเป็นผู้นำที่ดีของแต่ละคน/แต่ละทีม

ในส่วนของการทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วยง่าย ๆ ก็ใช้หลักการเดียวกัน ไม่จำเป็นต้องพูดคำว่า พัฒนาคุณภาพ ไม่จำเป็นต้องพูดว่าจะทำ HA ไม่ได้กำหนดเวลาประชุมหาแนวทางพัฒนาร่วมกันอย่างเป็นทางการ เราใช้วิธีตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกัน ต่างให้ข้อมูลและรับข้อมูลของกันและกันในการดูแลผู้ป่วย หรือบอกปัญหาที่แต่ละฝ่ายพบหรือต้องการแก้ไข แล้วปรับเปลี่ยนไปตามธรรมชาติ แก้ได้บ้าง ไม่ได้บ้าง บอกกันตรงๆ ให้อีกฝ่ายรับรู้ที่เราต่างต้องทนธรรมชาติของแต่ละฝ่ายอย่างไรบ้าง จุดนี้ทำให้เรายอมรับกันและกันได้ในระดับหนึ่ง

ขอเพียงให้แต่ละวิชาชีพดูแลกันและกัน รับฟังกันและกัน ตอบสนองกันและกัน ศึกษาหรือบอกให้ทราบถึงข้อจำกัดของกันและกัน หาทางออกร่วมกันทุกครั้งที่มีโอกาสอย่างไม่เป็นทางการ นั่นคือวิธีการทำงานเป็นทีม ง่าย ๆ ที่พวกเราทำอยู่ในชีวิตประจำวัน

#### 4. พัฒนางานประจำ/เป็นตัวของตัวเอง/ทำอะไรได้ทำทันที

การพัฒนาคุณภาพง่าย ๆ คือ พัฒนาจากปัญหาที่พบในงานประจำ การรับฟังจะช่วยให้เราได้ทั้งปัญหาและแนวทางแก้ไข และอาจได้หลายๆ ปัญหา หลายทางเลือกที่จะนำไปพัฒนา

การพัฒนาคุณภาพให้เริ่มง่าย ๆ แก้ไขปัญหาข้อติดขัดต่างๆ ที่เป็นเรื่องภายในทีมของตัวเองก่อน เลือกปัญหาและทางเลือกในการแก้ปัญหาจากที่กลุ่มนำเสนอ หากมีหลายๆ ปัญหาที่กลุ่มเห็นว่าสำคัญทั้งหมด ให้แบ่งเรื่องกันไปดำเนินการ เพื่อให้ทุกปัญหาที่กลุ่มให้ความสำคัญได้รับการแก้ไขในเวลาเดียวกัน ทางเลือกใดแก้แล้วปัญหาหมดไปก็คงแนวทางปฏิบัติไว้เป็นแนวปฏิบัติในงานประจำ ทางเลือกใดที่ทดลองแล้วไม่ได้ผล มีข้อติดขัดหรือต้องขอความร่วมมือจากคนอื่น/ทีมอื่น หากได้รับความร่วมมือได้แล้วปัญหาหมดไปก็กำหนดเป็นระเบียบปฏิบัติร่วมกัน หากทำไม่ได้ให้ทดลองทางเลือกอื่นที่มีอยู่ ทำต่อไปเรื่อยๆ จนพบทางออก

ตัวอย่างง่ายๆ ในการพัฒนาจากปัญหาที่พบในงานประจำ เช่น ได้รับโทรศัพท์ร้องเรียนเรื่องความผิดพลาดในการระบุชื่อ-สกุลผู้ป่วยบ่อยๆ ทดลองแก้ปัญหาโดยลองใช้คอมพิวเตอร์ช่วยทำ label ผู้ป่วย แก้ปัญหาไปได้ด้วยดี ไม่มีข้อมูลผิดพลาด ไม่มีเสียงบ่นจากลูกค้า แกมลูกทีมพอใจเพราะลดเวลาในการเขียน label ไปได้มาก ต่อมาเมื่อเห็นดีด้วยนำไปขยายผล ในที่สุดก็มี label ผู้ป่วยใช้กันทั้งโรงพยาบาลมาจนทุกวันนี้ นอกจากนั้น ในช่วงปีแรกเราได้รับคำร้องเรียนจากลูกค้าภายนอกอีก 2 ประเด็น คือ ครอบครัวยุโรปไม่พึงพอใจพฤติกรรมบริการของพยาบาล และญาติผู้ป่วยที่เสียชีวิตได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้องตามความเป็นจริง เราจับปัญหาที่เรื่องพฤติกรรมบริการก่อนเรื่องอื่น เนื่องจากมีความเป็นไปได้สูง ไม่ต้องลงทุน เป็นกลุ่มคนที่อยู่ในความรับผิดชอบของตัวเองเต็มร้อย ถ้าทำประเด็นนี้สำเร็จ คำร้องเรียนจะลดลงแน่นอน

ต่อมา ปัญหาที่หลายๆ คนเห็นพ้องกันคือ ความไม่พร้อมของอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจในการรับย้ายผู้ป่วย รวมทั้งการพัฒนาทักษะและวิชาการระหว่างประจำการ ได้ให้ทีมงานช่วยกันออกความเห็นทางเลือกในการแก้ไขปัญหา เรามีหน้าที่สนับสนุนจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวก ให้โอกาสทดลองแนวทางที่กลุ่มเลือก สอบถามความคิดเห็นหลังทดลองแนวทางใหม่ว่าปัญหาลดลงหรือหมดไปหรือไม่ เมื่อทุกฝ่ายเห็นร่วมกันว่าแนวทางนั้นทำให้การทำงานราบรื่น สะดวกขึ้น จึงนำแนวทางนั้นมาใช้เป็นระบบงานประจำจนถึงปัจจุบัน

บางปัญหาอาจต้องยอมรับความจริงว่าต้องใช้เวลารอ การเลือกประเด็นปัญหาใหม่มาปรับปรุงจะทำให้เราไม่เสียเวลาโอกาสในการพัฒนา

## 5. พัฒนาบุคลากร: ให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยและการพัฒนาคุณภาพ

การพัฒนาคนเป็นการลงทุนอย่างหนึ่ง พัฒนาคนเพื่อพัฒนางานคือความจำเป็นและความเป็นจริงที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ วิธีการพัฒนาบุคลากรเพื่อให้ได้สมาชิกที่มีความรู้มีทัศนคติที่ดีต่องานและต่อการพัฒนาคุณภาพอย่างง่าย ๆ คือ การจัดเวทีและจัดประสบการณ์ตรงในการพัฒนาคุณภาพ ทั้งเรื่องการปฏิบัติงานทั่วไปและการดูแลผู้ป่วย

การจัดเวทีและให้โอกาสบุคลากรได้พัฒนางานจากปัญหาและทางเลือกที่สมาชิกได้ช่วยกันตัดสินใจ ทางเลือกเองนั้น เป็นการพัฒนาบุคลากรให้เรียนรู้วิธีการพัฒนาคุณภาพจากงานประจำและส่งผลให้การทำงานง่ายขึ้น สะดวกขึ้น

แนวทางง่าย ๆ อีกวิธีหนึ่งในการพัฒนาบุคลากรเพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโดยจัดเวทีและประสบการณ์ตรง คือ นำปัญหาที่พบจริงในการทำงานมาเป็นหัวข้อในการพัฒนา ตัวอย่างกรณีผู้ป่วยถึงแก่กรรมโดยไม่คาดหวัง 1 ราย ผลจากการพูดคุยกับทีมงานทั้งแพทย์และพยาบาลและจากการทบทวนข้อมูลในเวชระเบียน พบว่าแพทย์เวรประจำบ้านและพยาบาลขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วย พยาบาลไม่เคยได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยประเภทนี้มาก่อนเลย แพทย์เวรเองก็ไม่รู้ว่าเมื่อมีปัญหาจะแก้ไขภาวะฉุกเฉินอย่างไร การจัดชั่วโมงให้ความรู้แก่ทีมงานทั้งแพทย์และพยาบาล โดยมีวิทยากร คือ อาจารย์แพทย์ภายในสถาบันฯ มาพูดคุยกันให้รู้จักการประเมินผู้ป่วย จุดเน้นที่ต้องเฝ้าระวัง/ต้องตรวจสอบ อุปกรณ์ที่ต้องเตรียมพร้อมไว้เสมอ เมื่อมีผู้ป่วยมาใหม่อีก 2-3 ราย ก็มีการเน้นย้ำให้เข้าใจตรงกันใหม่โดยสอนข้างเตียงร่วมกันทั้งแพทย์และพยาบาลเป็นการทบทวนแนวทางปฏิบัติเพื่อให้ทีมงานมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย หลังจากนั้นปัญหานี้ไม่เคยเกิดขึ้นอีก

วิธีการพัฒนาบุคลากรอย่างง่าย ๆ อีกทางเลือกหนึ่งที่ไม่เป็นการสิ้นเปลืองงบประมาณของโรงพยาบาล คือ การใช้ผู้เชี่ยวชาญภายในเป็นวิทยากรในการพัฒนาคุณภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร มาร่วมเป็นวิทยากรที่เพิ่มพูนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน หัวข้อที่เห็นว่ามีประโยชน์กับพยาบาลในทีมงานอื่น เช่น หอผู้ป่วยก็เชิญให้มาเข้าร่วมเพิ่มพูนความรู้ร่วมกัน เป็นการใช้ทรัพยากรเกิดประโยชน์สูงสุด ที่สำคัญเราได้เรียนรู้และเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีไปพร้อม ๆ กัน

จุดสำคัญ คือ ไม่ว่าจะผลการพัฒนาจะออกมาอย่างไร การให้กำลังใจ การให้ข้อชี้แนะ การชี้ให้เห็นโอกาสและได้ทดลองทางเลือกของเขา จะช่วยให้พวกเขาเกิดความภาคภูมิใจ รู้สึกเป็นที่ยอมรับของกลุ่ม และมีกำลังใจที่จะเสนอความคิดเห็น สร้างผลงานดี ๆ ออกมาเรื่อย ๆ เป็นการจัดการกระบวนการเรียนรู้ที่จะทำงานร่วมกับผู้อื่น และเรียนรู้วิธีการพัฒนาตนเองและพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง

## 6. ประเมินตนเองซ้ำ/เป็นตัวของตัวเองในการพัฒนาคุณภาพงาน

การพัฒนาตนเองซ้ำเป็นกิจกรรมที่สำคัญเมื่อทีมพัฒนาคุณภาพไปได้ระยะหนึ่ง ทั้งนี้เพื่อให้ทราบว่า การพัฒนาเป็นไปในทิศทางที่ต้องการหรือไม่ ในช่วงที่ประเมินตนเองอย่างง่าย ๆ ก็สามารถประเมินตนเองซ้ำได้ด้วยวิธีเดียวกันอีกครั้งร่วมกับการประเมินตนเองโดยใช้แบบประเมินตนเองของ พรพ. จะช่วยให้มองเห็นทิศทางและโอกาสพัฒนาได้กว้างขวางและครอบคลุมประเด็นที่ควรพัฒนามากขึ้น

ข้อควรระวัง คือ อย่าประเมินตนเองให้ต่ำกว่าหรือสูงกว่าสภาพความเป็นจริงที่เป็นอยู่ ให้ยอมรับความเป็นจริงโดยมองย้อน/ทบทวนกฎกติกาในการประเมินตนเองบ่อยๆ ประเด็นใดที่ยังไม่แน่ใจหรือยังขาดข้อมูล ยืนยันผลงานให้ถึงความเห็นในทางคุณภาพต่ำไว้ก่อน เมื่อได้ข้อมูลแล้วจึงค่อยปรับเปลี่ยนผลการประเมิน



หลักการสำคัญในการพัฒนาตนเองคือ จงเป็นตัวของตัวเอง มองให้ลึกซึ่งถึงวัฒนธรรมที่เป็นอยู่ใน  
หน่วยงาน/องค์กรของเราเอง ไม่จำเป็นต้องเริ่มแบบเดียวกับที่หน่วยงานอื่น/องค์กรอื่นเริ่ม เพราะข้อมูลพื้นฐาน  
ในการพัฒนาไม่เหมือนกัน ทั้งบรรยากาศ คนที่เกี่ยวข้องและการสนับสนุนที่มีในแต่ละทีม

ข้อมูลเพื่อการพัฒนาที่ขาดไม่ได้ในการประเมินตนเองซ้ำ คือ การพูดคุยกับผู้ป่วย/ญาติผู้ป่วยทุกวัน  
อยู่ที่ทำงาน เป็นช่วงเวลาที่มั่งคั่งค่า ข้อมูลต่างๆ ทำให้เรามีโอกาสช่วยเหลือแก้ไขปัญหาตอบสนองความ  
ต้องการให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ตรงกับเป้าหมายสำคัญของการจัดตั้งโรงพยาบาล บางเรื่องแม้แก้ไม่ได้เพียง  
รับฟังก็ช่วยป้องกันความเสี่ยงของโรงพยาบาลที่อาจเกิดจากความโกรธแค้นหรือความไม่พึงพอใจจากผู้ป่วยและ  
ครอบครัวลงได้

## 7. การค้นหาและป้องกันความเสี่ยง

ในการปฏิบัติงานปกติของโรงพยาบาล เรามีการค้นหาและรายงานความเสี่ยงอยู่แล้ว เพียงแต่ไม่ได้ใช้  
ชื่อว่าการบริหารจัดการความเสี่ยง เป็นเพียงการรายงานอุบัติเหตุอุบัติการณ์ที่อาจจะยังไม่เป็นระบบและไม่  
ครอบคลุม ตัวอย่างการบันทึก/รายงานความเสี่ยงในแบบรายงานประเภทต่างๆ ที่แต่ละหน่วยงาน/กลุ่มงาน/  
ฝ่ายมีอยู่ เช่น สมุดบันทึกเหตุการณ์สำคัญ สมุดรายงานเหตุการณ์ประจำวัน สมุดรายงานเหตุการณ์นอกเวลา  
สมุดรายงานของผู้ตรวจการพยาบาล เป็นต้น

วิธีการค้นหาและทบทวนความเสี่ยงอย่างง่าย ๆ คือ รวบรวมข้อมูลอุบัติเหตุอุบัติการณ์ที่มีอยู่ใน  
ระบบงานเดิม นำมาจัดกลุ่มแยกประเภทแล้วพูดคุยกันเพื่อสรุปแนวทางป้องกันการเกิดปัญหาดังกล่าวขึ้นอีก  
บางครั้งสิ่งที่ทำให้เราถูกคิดถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น แต่เราไม่ตระหนักถึง อาจได้มาจากการตั้งคำถามของผู้มา  
เยี่ยมเยียนหน่วยงาน ตัวอย่างจริงในช่วงแรก คือ คนที่มาดูงานถามเราว่า ที่นี่มีเหตุการณ์ที่ช่วยหายใจหลุด  
มากน้อยเพียงใด ทำให้เราถูกคิดถึงได้ว่า เราหลงลืม/ไม่ได้คิดถึงอันตรายในเรื่องนี้เลย จากนั้นก็ตั้งข้อสังเกต เริ่ม  
รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนบ้าง พบเองบ้าง เจ้าหน้าที่รายงานบ้าง เริ่มบันทึกวัน/เวลา/จำนวนครั้งที่ท่อช่วย  
หายใจหลุดในกระดาดธรรมดา แล้วเอามาพูดคุยกันกับพยาบาลถึงลักษณะอุบัติการณ์ที่พบ ต่อมาเราได้ขอ  
ความร่วมมือกับแพทย์เนื่องจากเราพบว่าบ่อยครั้งที่ท่อช่วยหายใจหลุดก่อนกำหนดเนื่องจากยอมรับระดับความ  
ลึกของท่อที่ตื้นกว่าค่ามาตรฐานที่ควรจะเป็น และพบบ่อยในเด็กที่มีภาวะรู้สติดี

การพัฒนาในช่วงต่อมาคือได้เรียนรู้ตัวอย่างแบบรายงานอุบัติการณ์ของ รพ.บำรุงราษฎร์ นำมาปรับใช้  
เป็นของหน่วยงาน พูดคุยกันกับเจ้าหน้าที่ให้ทราบเป้าหมายหลักในการเขียนรายงานอุบัติการณ์ว่า เป็นการ  
นำมาเป็นข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพและเพื่อไม่ให้เกิดความเสี่ยงขึ้นอีก ใครบันทึกจะขอบคุณและถือว่าเป็น  
ความกล้าหาญที่จะให้ผู้อื่นได้ใช้ประโยชน์จากความผิดพลาดของตัวเอง ช่วงแรกยังไม่แน่ใจก็น้อยหน่อย ต่อมา  
เริ่มเรียนรู้มากขึ้น ได้รับความร่วมมือมากขึ้น มีรายงานเข้ามาเป็นระยะ สรุปผลง่าย ๆ feedback ให้ทีมทราบ  
นำมาปรับปรุงระบบงานไปได้เป็นช่วงๆ นำไปขยายผลเสนอผลงานของกรม จนในที่สุดกลับมาช่วยขยายผลทั้ง  
โรงพยาบาล โดยนำแบบฟอร์มของ พรพ.มาปรับใช้

## 8. ติดตามตัวชี้วัดอย่างต่อเนื่อง/ให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นระยะ/พัฒนาต่อเนื่อง

ตัวชี้วัดคุณภาพง่าย ๆ ที่ใช้ในช่วงแรก คือ เหตุการณ์อะไรก็ตามที่เราไม่พึงปรารถนาให้เกิดขึ้นหรือ  
เกิดขึ้นแล้วเราไม่สบายใจ เช่น ข้อร้องเรียนของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างไม่คาดหวัง ความ  
ผิดพลาดในการเขียนชื่อ-สกุลผู้ป่วย ท่อช่วยหายใจหลุดก่อนกำหนด เป็นต้น

แรกๆ ไม่ได้สนใจจะเรียกว่าตัวชี้วัดคุณภาพ แต่เมื่อเรียนรู้ไประยะหนึ่ง จึงได้รู้ว่าที่เราทำมาทั้งหมดเรามีตัวชี้วัดคุณภาพงานอยู่แล้วโดยธรรมชาตินั่นเอง เพียงแต่ไม่ได้รวบรวมให้เป็นระบบหรือเป็นหมวดหมู่เท่านั้น

การติดตามตัวชี้วัดคุณภาพเป็นไปอย่างค่อยเป็นค่อยไปจาก 2-3 ตัว ค่อยๆ เพิ่มขึ้นตามระยะเวลาในการพัฒนา แต่ละตัวชี้วัดมีการนำวิเคราะห์อย่างง่ายๆ และใช้ในการพัฒนาคุณภาพไปเรื่อยๆ ขึ้นอยู่กับเรื่องที่ทำได้ง่ายหรือยาก มีการปรับเปลี่ยนวัดให้ดีขึ้น เช่น วัดอัตราการติดเชื้อทุกเดือน ทำกราฟผลงานให้ทีมงานดูทุกเดือน เริ่มลงลึกในบางเรื่อง เช่น จากเดิมดูเพียงอัตรา new nosocomial infection rate ก็พัฒนาเป็น ventilator associated pneumonia ต่อจำนวนวันใช้เครื่องช่วยหายใจ 1000 วันเป็นต้น เพื่อให้สามารถเฝ้าระวังคุณภาพกลุ่มผู้ป่วยหลักใน ICU ได้ชัดเจนขึ้น เมื่อพบตัวชี้วัดคุณภาพตัวใดมีแนวโน้มไม่ดีก็สามารถจัดการแก้ไขได้ทันเวลามากกว่าการติดตามปีละครั้ง

## 9. เห็นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง/การคิดเชิงกลยุทธ์/ใช้ข้อมูล feedback

การเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางง่ายๆ ที่เราทำคือ เราตระหนักว่าเราทำงานในโรงพยาบาล ฉะนั้นหากจะพัฒนาจึงควรพัฒนาโดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ดี เข้าประเด็นการมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางโดยอัตโนมัติ

รูปธรรมที่เป็นความพยายามของทีมงาน คือ พยายามให้เจ้าหน้าที่ทุกคนเข้าใจตรงกันว่า

1) หน้าหลักของเราคือดูแลให้ผู้ป่วยหายรอดปลอดภัย

2) ยอมรับว่าผู้ป่วยของเราเป็นเด็กและเป็นเด็กที่กำลังป่วย ย่อมมีการเรียกร้องความสนใจ ร้องหาพ่อแม่เป็นธรรมดา ยิ่งป่วยยิ่งเรียกร้อง

3) ให้พยายามเข้าใจความรู้สึกของผู้ปกครองเวลาที่ลูกป่วยซึ่งเขาทุกข์อยู่แล้ว ยิ่งต้องเข้าใจ ซึ่ ยู่ ยิ่งทุกข์มากขึ้น และให้คิดถึงอกเขาอกเรา คิดว่าหากเป็นลูกหลานของเรา เราจะทำอย่างไรหรือต้องการอย่างไร ฉะนั้นอะไรที่พอจะลุ่มอล่วยได้ก็ขอให้ทำ เช่น กฎระเบียบการเข้าเยี่ยม การให้ญาติอยู่กับผู้ป่วยนานขึ้น การให้ญาติเฝ้าผู้ป่วยเด็กหรือผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้รู้จักการพูดเพื่อให้กำลังใจ/ประคับประคองญาติ โดยหัวหน้าร่วมทำเป็นตัวอย่าง

สิ่งสำคัญ คือ การให้กำลังใจ ให้เขาเชื่อมั่นว่าเมื่อเราทำดี ดีแน่นอน ทำให้ดีที่สุดเท่าที่ทำได้ ความกังวลเป็นสิ่งที่ดีสำหรับระวังตัว แต่อย่าให้ความกังวลมาทำให้เกิดความระแวงและเสียโอกาสทำสิ่งดีๆ แรกๆ ต้องขอให้ห้องร่วมมือในการอนุญาตให้ญาติเฝ้า ระยะเวลาให้เขาให้บริการตนเอง บางเวลาจัดบริการดีกว่าที่เราคาดคิดไว้เสียอีก

ที่สำคัญ คือ ต้องให้เขามั่นใจว่า หากเกิดอะไรขึ้นเราจะอยู่ฝ่ายเขา/ช่วยเขาเต็มที่ ข้อมูล feedback จะใช้ทั้งข้อมูลด้านบวกและด้านลบ ทั้งข้อมูลที่ได้รับโดยตรงจากผู้ที่เกี่ยวข้อง คือ ผู้ป่วย/ครอบครัว/เพื่อนร่วมงาน/ข้อมูลอาการเปลี่ยนแปลงที่พบในผู้ป่วย และข้อมูลที่เกิดจากทีมงานอื่นๆ เช่น ข้อมูลที่ได้จากเสียงสะท้อนของผู้ป่วยจาก web ของ พรพ. นำไปฝากให้เขาอ่าน เขาจะได้ภูมิใจว่า เราไม่เพียงไม่ทำอย่างเขา แต่เรายังทำได้ดีกว่าด้วย เป็นการสร้างแรงจูงใจภายในให้เขาภาคภูมิใจที่ได้ทำสิ่งดีๆ ได้เห็นคุณค่าของตัวเองที่มีต่อผู้ป่วย ต่อหน่วยงาน และ ต่อสถาบันฯ รวบรวมข้อมูลที่ได้ไว้สำหรับประเมินตนเอง

จุดสำคัญอีกประการคือพยายามปลูกฝังให้ทีมงานยอมรับและชื่นชมรางวัลที่เป็นผลตอบแทนที่แท้จริงจากงานจากทำงาน คือ การที่ผู้ป่วยหาย รอด ปลอดภัย ไม่มีของแถม หากต้องตายก็ไม่ทุกข์ทรมานมากและมีโอกาสให้อยู่กับครอบครัว เป็นผลตอบแทนที่พวกเขาควรภูมิใจเพราะเกิดจากคุณค่าของพวกเขาทั้งหมดที่

ร่วมกันทำ ร่วมกันสร้างสิ่งดีๆ ได้ทุกๆ วันให้เกิดขึ้นได้ โดยไม่ต้องลงทุนอะไรมากมาย เพียงทำงานทุกวันที่ทำอยู่ ให้เต็มที่ให้ดีที่สุดและไม่ทำอย่างสูญเปล่าบวกภาษีมูลค่าเพิ่มในงานของตัวเอง เพราะไหนๆ ก็เสียเวลาทำแล้ว ทักทายเด็กสักนิด เดินผ่านญาติก็ยิ้ม ถามไถ่ทักทายเสียหน่อย ไม่ได้ทำให้เสียเวลามากมาย

## สรุป

พูดได้เต็มปากและอย่างมั่นใจว่า การพัฒนาคุณภาพเริ่มได้ง่าย ๆ คือ เริ่มที่ตัวเราเองก่อน หน่วยงานของตัวเองก่อน ไม่จำเป็นต้องรอให้คนอื่น/หน่วยงานอื่นพร้อม สำคัญที่ตัวเราเองต้องพร้อมก่อน ใจพร้อม พร้อมลุย พร้อมในหลักการ เชื่อมั่น เห็นคุณค่าของตัวเองและทีมงานว่าเราจะทำสิ่งดี ๆ ร่วมกันได้ ทำเพื่อพวกเราทุกคนไม่ใช่ของคนใดคนหนึ่ง ร่วมกันทำสิ่งดี ๆ โดยใช้งาน (ผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วย) เป็นสื่อแสดงออกถึงผลงาน/ความพยายามของทีมงานเรา

การทำงานโดยมีเป้าหมายเพื่อตัวเอง เพื่อภาพพจน์ที่ดีของตัวเอง โดยทำงานที่รับผิดชอบให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ ช่องทางแสดงออกของผลงานที่ร่วมกันคือผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ถือว่าได้ถือว่าเป็นการประสานเป้าหมายส่วนตัวเข้ากับเป้าหมายของงานขององค์กรให้ไปด้วยกันได้

ขอย้ำว่าเป้าหมายของแต่ละคนในที่นี้ไม่ใช่การทำงานเพื่อเงิน/ขั้น/ซี แต่เป็นอะไรที่มีค่ามากขึ้นไปอีกระดับหนึ่ง คือ การเป็นที่ยอมรับของบุคคลที่เกี่ยวข้อง โดยทำงานให้ผิดพลาดน้อยลง/ไม่ผิดพลาด/ไม่พบข้อร้องเรียนจากญาติผู้ป่วย/เพื่อนร่วมงาน/มีคำชมเชย/มีวิธีการปฏิบัติที่อ่อนโยนต่อผู้ป่วยและครอบครัวมากขึ้น ทำงานในความรับผิดชอบของตนให้ดีที่สุด ทำให้คนอื่น ๆ ในทีมยอมรับว่าเราแต่ละคนเป็นคนที่เชื่อถือได้ ไว้วางใจได้ มอบหมายงานอะไรไม่ต้องกังวลเพราะเชื่อถือใจได้ ถ้าทุกคนได้รับ self accreditation จากผู้ป่วย/ครอบครัวและจากเพื่อร่วมงานแล้ว hospital accreditation จะไปไหนเสีย

## บ้านเลขที่สอง

PCT กุมารเวชกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น

ทุกวันนี้ “มะเร็ง” คือ โรคที่มีผู้ป่วยเสียชีวิตสูงเป็นอันดับ 2 ของประเทศ จำนวนผู้ป่วย มะเร็งในแต่ละปีมีกว่า 3 ล้านคน ในจำนวนนี้มีเด็กอายุตั้งแต่ 9 เดือน ถึง 8 ขวบ รวมอยู่ด้วย ผู้ป่วยเด็กที่ป่วยเป็นมะเร็งเหล่านี้แหวะเวียนเข้าออกโรงพยาบาลเสมือนบ้าน ทุกเช้าพวกเขาบางคน ต้องขึ้นรถไปรับการฉายแสงแทนขึ้นรถไปโรงเรียนอย่างเช่นเด็กทั่วไป

ขณะที่ปัญหาพื้นฐานในการให้บริการในโรงพยาบาลของรัฐก็ยังหนีไม่พ้นเรื่องของความ แออัด และความจำกัดของบุคลากร และงบประมาณ แต่จำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการกลับมี มากมาย นี่คือนับที่คำบอกเล่าจากหัวหน้าหอผู้ป่วยเด็ก 3 (มนัสวี พันธวิชาชีวะ)

“เราดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกเกิด ถึง 8 เดือนและบริการเคมีบำบัด/รังสีรักษาแก่เด็ก ทุกวัย เพียงทั้งหมด 48 เตียง ผู้ป่วยเด็ก เฉลี่ยวันละ 60 คน เรา มีเตียงสำหรับเด็กที่ป่วยเป็นมะเร็งอยู่ 16 เตียง แต่มีผู้ป่วยมะเร็งวันละประมาณ 25-30 คนตลอด บางเตียงจึงต้องนอน 2 คน และ ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องกลับเข้ามารับการรักษาระยะของโรค บางคนก็กลับมาทุกอาทิตย์ กลับมา ทุกสองอาทิตย์ หรือว่าทุกเดือน มีเจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแลผู้ป่วยเด็ก ทั้งหมดเพียง แค่ 6 คน (พยาบาล 4 คน, ผู้ช่วยพยาบาล 1คน, พนักงานทำความสะอาด 1 คน)

“ขณะเดียวกันเราก็มีญาติผู้ป่วยอีกประมาณ 40-50 คน เพราะเกือบ 50% ของผู้ป่วย บ้านไกลทั้งนั้นเลย ป็นผู้ป่วยต่างจังหวัดที่รับโอนมาจากสกลนคร นครพนม หนองคาย เพชรบูรณ์ ชัยภูมิมาหมด ทุกเช้าแทนที่จะได้ดูแลผู้ป่วยกลับต้องมาเก็บของยาสระผม, ซองผงซักผ้า, ไม้ปิ้งไก่ ตู้เก็บของก็มีปลาธำเน่า, แจวบอง เหนื่อยทุกวัน พอกลางวันเขาไม่มีอะไรทำก็กินโน้นกินนี่ นอน ระเกะระกะ มีแต่คนมาใช้บริการก็จะแออัด ก็คิดว่าทำไมเราไม่เอาเขามาช่วยให้เขาคิดว่าที่นี่ เป็นบ้านอีกหลังของเขา ให้เขามีส่วนรวม”

กระบวนการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA (Hospital Accreditation ) ถูกนำมาใช้ในการแก้ปัญหา โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และการใช้ PCT (Patient Care Team – การดูแลผู้ป่วยโดยบุคลากรทาง การแพทย์ด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง) เริ่มจากการพูดคุยกันในเจ้าหน้าที่ของหอ 3 แล้วนำเข้าไปประชุม PCT เด็ก ก่อนที่จะจบด้วยการเชิญญาติผู้ป่วยมาคุยกัน ทุกฝ่ายก็มองเห็นปัญหาตรงกัน และตระหนักว่าปัญหาดังกล่าว จะทำให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรค ซึ่งมีผลต่อสุขภาพของผู้ป่วย “โครงการ..บ้านเลขที่สอง ” จึงเกิดขึ้น ด้วยความร่วมมือของทุกฝ่าย

สิ่งที่ผู้ป่วยรุ่นเยาว์และญาติต้องการ เช่น ตู้เก็บของ, เครื่องทำน้ำเย็น, ของเล่น, หนังสือสำหรับเด็ก ฯลฯ โรงพยาบาลให้การสนับสนุน ขณะเดียวกันญาติๆ ของผู้ป่วย ก็เข้ามาช่วยดูแลรักษาสิ่งของต่าง, ความสะอาด, ช่วยเหลือแนะนำผู้ป่วยที่มาใหม่ โดยล้อเลียนรูปแบบการดูแลของก้านัน หรือ ผู้ใหญ่บ้านที่ดูแลลูกบ้าน ของตัวเองมาใช้

**สมเดช ไชยยะคำ** ผู้ใหญ่บ้านเลขที่สองชาวร้อยเอ็ด คือผู้ใหญ่บ้านคนแรกในวันนี้ต้องเวียนกลับมารับตำแหน่งอีกครั้ง เมื่อลูกชายวัย 6 ขวบ ถึงกำหนดการรักษาดูตัวอีกครั้งแล้วว่า

“เรามาจากบ้านของตัวเอง นั่นคือบ้านหลังแรก เป็นบ้านเลขที่หนึ่ง ส่วนที่นี้คือซึ่งเป็นเหมือนบ้านอีกหลัง คือบ้านที่เลขที่สองครับ เพราะอยู่กัน เราชักกัน เหมือนพี่น้อง เวลาทานข้าวก็ปูเสื่อยาวกินด้วยกันเหมือนอยู่บ้าน พวกของเล่น วิดีโอ, ม้วนเทปนิทาน, หุ่นกระบอก, หนังสือการ์ตูน ฯลฯ ผมก็จะดูแล เวลาใครจะยืมก็ต้องลงชื่อไว้ ของทุกอย่างมีรหัส มีโค้ด ของที่ให้มีมีเยอะมาก แต่ไม่มีอะไรหายเลยใช้เขาก็เอามาส่ง เรื่องความสะดวกจะมีพนักงานของโรงพยาบาลทำ แต่พวกผมก็ช่วยดูหากมีตรงไหนสกปรก

“ถ้าเวลามีคนใหม่ก็จะช่วยดูว่ามีใบหน้าเตียงหรือยัง ถ้ายังก็จะแนะนำไปที่เคาน์เตอร์ข้างหน้า หรือไปหาแม่บ้าน เมื่อมีใบหน้าเตียงแพทย์เขาจะได้มาเจาะเลือดไปตรวจ ตรวจเลือดแล้วเขาจะรู้ว่าผู้ป่วยชื่ออะไร มาด้วยชื่ออะไร เขาเข้ามาควรระวังอะไร ผมก็บอก จะถามเขา อย่างบัตรสุขภาพมีหรือยัง ถ้ายังก็บอกให้กลับบ้านไปเอา หรือบางคนก็ไม่รู้ว่าเป็นอะไรมา เราก็จะไปช่วยบอก มันต้องยอมรับทุกคน ผมมาที่แรกก็กลัวหัวใจผมสลายไปแล้ว ลูกเป็น ALL (มะเร็งเม็ดเลือดขาว) แต่มาเห็นเพื่อนทุกคนเขาอยู่ได้ผมก็อยู่ได้”

**น้อย เศษฐราชษ์** ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านคนที่ 1 จากจังหวัดหนองบัวลำภู คือ อีกครอบครัวที่มีลูกป่วยเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวเช่นเดียวกับลูกของผู้ใหญ่บ้านสมเดช ทั้งสองจึงมักให้คำแนะนำกันเอง เรื่องการอยู่การกินที่เกี่ยวข้องกับอาการป่วยของลูก การงดอาหารประเภทหมักดอง เช่น ขนมจีน ปลาจืด เพราะโรคมะเร็งในเม็ดเลือดขาวทำให้ไม่ค่อยมีภูมิต้านทานโรค หากกินเข้าไปแล้วท้องเสียหรือเป็นอะไรจะรักษาโรคยากกว่าเด็กปกติ นอกจากนี้เขายังเป็นผู้ค้นพบการให้อาหารผู้ป่วยด้วยวิธีการใหม่ๆ

“ลูกสาวผมป่วยมานาน พอให้ยากี่มีผลในปาก กินอะไรไม่ได้เลย ต้องให้อาหารทางสายยางตลอดวันหนึ่งโรงครัวเขาส่งโอวัลติน กับน้ำแดงมาให้ด้วย ผมเลยไปของพลาสติกกรอกน้ำหวานแช่ตู้เย็นเป็นหวานเย็น ปกติเขาก็ชอบกินอยู่แล้วลูกก็กิน ผมเลยไปบอกพยาบาลๆ เขาไปบอกที่ครัวๆ ก็ใส่อาหารอย่างอื่นปั่นผสมน้ำหวานเข้าไปให้ ลูกผมก็เริ่มกินได้ แล้วอาการค่อยๆ ดีขึ้น” น้อยเล่าให้ฟังถึง

วันนี้การผสมสารอาหารต่างๆ กับน้ำหวาน ได้นำไปใช้ขยายผลกับผู้ป่วยเด็กอีกหลายราย และไม่เพียงแต่น้อยเท่านั้น ยังมีพ่อแม่อีกจำนวนหนึ่งที่พยายามเช่นนี้

“เราสอนให้พ่อแม่พาลูกไปวัดเกล็ดเลือดที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน เพื่อจะได้ไม่ต้องเดินทางไกลมาที่จังหวัด ถ้าเกร็ดเลือดถึง 3,000 จึงรักษาด้วยการฉายแสงได้ จึงค่อยเข้า รพ.ขอนแก่น พ่อแม่เด็กมาเล่าให้ฟังว่า มีคนบอกว่าถั่วอกมีส่วนช่วยในการเพิ่มเกร็ดเลือด แต่เด็กไม่กินถั่วอก พ่อแม่เขาก็เอามาปั่นผสมผลไม้เด็กก็กินได้”

PCT ของฝ่ายศัลยกรรม, อายุรกรรม, สูตินรีเวช ฯลฯ มีบุคลากรสาขาที่เกี่ยวข้อง, พยาบาล, เภสัชกร, นักกายภาพ, โภชนากร ฯลฯ เป็นทีมงานที่ช่วยกันดูแลรักษาผู้ป่วย ส่วน PCT เด็ก ก็คงมีพ่อแม่ ที่เฝ้าค้นหาวิธีให้ลูกกินอาหารร่วมอยู่ด้วย

## เมื่อผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

PCT Acute Care โรงพยาบาลขอนแก่น

อาการท้องเสียของผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยวิกฤตบำบัดศัลยกรรมประสาท (acute care) และเป็นสาเหตุที่นำมาสู่การทำงานของ PCT (Patient Care Team- การดูแลผู้ป่วยโดยทีมงานที่ประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์จากหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับอาการของผู้ป่วยรายนั้น) ที่มี เภสัชกร, โภชนากร, นักกายภาพบำบัด ฯลฯ มาร่วมกับแพทย์ และพยาบาล ในการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยเมื่อเดือนมกราคม 2543 จากเดิมที่ทีม PCT มีเพียงการนั่งประชุมรวมกัน เพื่อแก้ไขปัญหา

จากคำบอกเล่าของ **ศรัณยา มรกตศิริวรรณ** หัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤตบำบัดศัลยกรรมประสาท

“ผู้ป่วยรายแรกที่เราตามทีม PCT เป็นผู้ชายอายุประมาณ 15 ปี ประสบอุบัติเหตุจากจักรยานยนต์อยู่ที่ ICU ประมาณ 3 เดือน เมื่อถอดเครื่องช่วยหายใจได้ ก็ย้ายมาอยู่ที่หอผู้ป่วยสามัญ แต่เกิดอาการติดเชื้อที่ปอดต้องใส่เครื่องช่วยหายใจอีกครั้ง และย้ายมาอยู่ที่วอร์ดเรา

“วิชาชีพต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยรายนี้ ได้รับเชิญมาร่วมกันประเมินอาการป่วยตามวิชาชีพของตัวเอง โดย โภชนากรได้คิดสูตรเตรียมอาหารเพิ่มพลังงาน 40 / 40 / 20 (โปรตีน / คาร์โบไฮเดรต / ไขมัน) ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็ว, เภสัชกร ดูเรื่องการให้ยา ว่าผลการเพาะเชื้ออย่างนี้จะต้องให้ยาตัวนี้ หรืออาการข้างเคียง (เช่น ชัก, อาเจียน) ที่อาจเกิดจากการใช้ยาบางตัวทำให้สังเกตและดูแลต่อเนื่องได้ หรือหากผู้ป่วยเกิดอาการชักเกร็งทางระบบประสาท นักกายภาพบำบัดจะช่วยแนะนำวิธีการจับให้ผู้ป่วยตะแคงตัว ที่ถูกต้อง ไม่ให้เกิดอาการเกร็งมากขึ้น ฯลฯ

“จากผู้ป่วยที่เราคิดว่าหมดหวัง อาการก็ค่อยๆ ดีขึ้น และสามารถกลับบ้านได้ ก่อนกลับเราได้ประสานงานเจ้าหน้าที่ศูนย์ดูแลต่อเนื่องมาให้คำแนะนำญาติให้รู้ว่าจะต้องดูแลผู้ป่วยต่ออย่างไร PCT ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ทางวิชาการ และทบทวนการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ ช่วยให้การดูแลรักษาครอบคลุมอาการป่วยมากขึ้น และถูกต้อง ปลอดภัยกับผู้ป่วย”

ประกายความคิดถูกจุดอีกครั้ง ในเดือนเมษายน 2544 โดยญาติของผู้ป่วยรายหนึ่งที่มาสอบถามอาการ และระยะเวลาที่ต้องพักฟื้นอยู่ในโรงพยาบาล เพื่อเตรียมกลับบ้านเข้า โครงการ “ทีม PCT ออกไปเยี่ยมผู้ป่วยในพื้นที่” จึงเกิดขึ้น เนื่องจากพิจารณาเห็นปัญหาของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านสมอง การฟื้นตัวและพัฒนาการต้องใช้เวลาอย่างมาก การเดินทางมาเพื่อมารักษาต่อเนื่องเป็นเรื่องยุ่งยากสิ้นเปลือง เพราะผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ แขนขาจะเกร็งต้องจ้ำงรถรับส่งเฉพาะ ทำให้เสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น

**นพ.สุภรานต์ ยุทธเกษมสันต์** ประสาทศัลยแพทย์ เล่าให้ฟังระหว่างนำทีม PCT ออกพื้นที่ที่โรงพยาบาลน้ำพองว่า “ เราเริ่มไปหารือกับโรงพยาบาลชุมชนในสองพื้นที่คือ **โรงพยาบาลบ้านไผ่** และ **โรงพยาบาลน้ำพอง** ผู้อำนวยการทั้งสองแห่งยินดีร่วมมือและให้การสนับสนุนเป็นอย่างดี ผู้ป่วยในบางรายจากรพ.ขอนแก่นก็โอนย้ายเข้ามาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลทั้งสองแห่ง ผู้ป่วยที่ต้องรักษาต่อเนื่องจากรพ.ทั้งสองแห่งก็ช่วยติดตามนัดหมายให้ดี โดยทีม PCT ออกเยี่ยมพื้นที่เดือนละครั้ง **ผู้ป่วยไม่ต้องไปรับบริการที่รพ.ขอนแก่น** แต่สามารถเลือก **รพ.น้ำพอง** หรือ **รพ.บ้านไผ่** ที่ใกล้บ้านแทน ครอบครัว, ญาติ จะมาเยี่ยมมาดูแลก็สะดวก ผู้ป่วยก็กำลังใจดีขึ้น เพราะได้พบกับทีมดูแล จากโรงพยาบาลขอนแก่น

ทีมที่ลงไปแต่ละครั้งก็จะ หมอ, พยาบาล, เภสัชกร, นักกายภาพ, นักอาชีวบำบัด ฯลฯ ส่วนนี้ก็ทำให้เกิดการทำงานร่วมกัน ในแต่ละวิชาชีพระหว่างโรงพยาบาลชุมชน กับโรงพยาบาลศูนย์เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การทำงานในวิชาชีพและข้อมูลต่าง ๆ ทำให้เกิดความเข้าใจกันมากขึ้น **ยาบางตัว, อุปกรณ์บางอย่าง ที่โรงพยาบาลชุมชนไม่มี** โรงพยาบาลขอนแก่นจะเบิกให้โดยเอาบัตรผู้ป่วยและสิทธิบัตรมาทำเรื่องเบิก **ตรงนี้ก็ถือเป็นการทำงานร่วมกันแบบเพื่อนช่วยเพื่อน** ถ้าในอนาคตมีผู้ป่วยมาก ก็มีแนวคิดกันอยู่ว่าจะขยายเป็น Care Station ค่าใช้จ่ายที่เราไปอาจจะประหยัดกว่าให้ผู้ป่วยเข้ามาหาเรา "

**ถาวร จันทร์เรือง** พาลูกชายวัย 18 ปี ซึ่งประสบอุบัติเหตุจากจักรยานยนต์ทำให้เลือดออกในสมอง เล่าให้ฟังว่า ทุกวันนี้ลูกของเธอยังต้องรักษาต่อเนื่องเป็นระยะ ๆ โดยรพ.น้ำพองจะนัดไปให้ว่าเป็นวันใด ที่จะมาพบทีมจากโรงพยาบาลขอนแก่น ก็จะส่งรถไปรับที่บ้านซึ่งอยู่ห่างจากโรงพยาบาลประมาณครึ่งกิโลเมตร เพราะ **นคร** ลูกชายของเธอเพิ่งจะเริ่มหัดเดินใหม่ ส่วนแผลสัปดาห์ก็ไปงาก็ฝากญาติช่วยดูไว้ชั่วคราว

เมื่อถามว่าถ้าทีม PCT ของ รพ.ขอนแก่น ไม่ออกพื้นที่จะเป็นอย่างไร เธอตอบว่า *"ก็หยุดขายส้มตำวันหนึ่ง เหมารถพาลูกเข้าจังหวัด ก่อนเกิดเรื่องนครเป็นเด็กดีช่วยแม่ทำมาหากิน จากอาการปางตายลูกดีขึ้นทีละน้อย จากที่เดินไม่ได้ ก็เริ่มก้าวขาได้ จากพูดไม่ได้เลย ก็พูดได้บ้าง แขนขามีแรงขึ้น จำแม่ได้ อย่างน้อยก็ให้เขากลับมาช่วยตัวเองได้"*

**ความมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพด้วยการทำงานเป็นทีมของบุคลากรวิชาชีพต่างๆที่เกี่ยวข้อง โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง** ในวันนี้แพร่กระจายเข้าไปในงานบริการรักษาพยาบาลบริการในโรงพยาบาลของประเทศ แม้ยังไม่ครอบคลุมโรงพยาบาลทั้งหมด แต่ได้ลดการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก...นี่คือ..ที่เห็นและเป็นอยู่

## เตียงเลขที่ 32

PCT ศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลขอนแก่น

“มาถึงโรงพยาบาลขอนแก่นก็ยังไม่ฟื้น...เหมือนกับคนตาย..กระดูกติดกันได้..ป้มีความรู้สึกอันหนึ่ง.. พวกหมอเห็นเอาเข็มเอาอะไรมาจิ้มก็รู้สึก เฝือกก็ช่วยกันสุดความสามารถ...หายใจเองก็ไม่ได้ (ใส่เครื่องช่วยหายใจ)...ลุงก็บ่นว่า..หายใจบอิม... ก็คิดว่าบรอดแน่...” ป้าอุไร มุลมัลย์ ภรรยาของผู้ป่วย ขาวน้ำพอง ขอนแก่น ย้อนความทรงจำถึงอาการป่วยของสามี

**จกณณิ จันทศิริ** หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย 1 ทบทวนเหตุการณ์ไว้ว่า

“ผู้ป่วยรายนี้ ประสบอุบัติเหตุจากการตกควาย ทำให้กระดูกคอหักบริเวณข้อที่ 4, 5 และ 6 หลังจากใช้เครื่องดึงกระดูกต้นคออยู่ประมาณ 7 วัน แล้วอาการไม่ดีขึ้นเท่าที่ควร ผู้ป่วยเขาก็บอกว่าหายใจไม่เต็มปอด เพราะมีการกดทับเส้นประสาท ทำให้หายใจไม่ได้ ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ

“เราเอาปัญหาของผู้ป่วยรายนี้เข้าที่ประชุม PCT ศัลยกรรมกระดูกและข้อ เพราะเริ่มมีปัญหาเยอะ มาก ผู้ป่วยหายใจเองไม่ได้ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเกือบเดือน ผู้ป่วยหายใจเองลำบากถ้าเกิดการอุดตันของทางเดินหายใจ ก็ทำให้การหายใจล้มเหลว เสียชีวิตได้ และยังมีเชื้อในปอดที่เกิดจากการติดเชื้อ (MRSA) ข้อมูลของผู้ป่วยถูกส่งไปปรึกษาศัลยแพทย์ และวิสัญญีแพทย์ ว่าจำเป็นต้องเจาะคอให้ผู้ป่วยรายนี้หรือไม่ วิสัญญีแพทย์ติดต่อกลับมา เมื่อทราบว่าผู้ป่วยเคยหายใจได้เองเป็นระยะ จึงให้ข้อคิดเห็นว่าคุณป่วยน่าจะหายใจเองได้”

คำถามสำหรับทีม PCT ว่า ‘ จะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรายนี้หายใจเองได้อย่างไร ? ’

ทีม PCT ทั้งหมดได้เข้ามาช่วยผู้ป่วยตามมุมมองของแต่ละวิชาชีพ แพทย์เจ้าของไข้ให้การดูแล และวางแผนการดูแล, พยาบาลให้การดูแลที่สอดคล้องกับแผนการรักษาและกระตุ้นให้กำลังใจ ผู้ป่วยและญาติ, นักสังคมสงเคราะห์เข้ามาช่วยเรื่องค่าใช้จ่าย, นักกายภาพบำบัด แนะนำให้ญาติช่วยทำกายบริหารง่ายๆ ให้ผู้ป่วย และเคาะปอดซึ่งช่วยให้เสมหะน้อยลง, เภสัชกร มาดูเรื่องยาต่างๆที่ใช้, นักกายอุปกรณ์ จัดหาอุปกรณ์ในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย และปรับให้เหมาะสม, โภชนากร มาคำนวณเรื่องอาหารที่ช่วยให้ฟื้นตัวเร็วขึ้น

ทั้งหมดเข้ามาช่วยกันดูแลผู้ป่วยเพื่อผลลัพธ์เดียวกันคือ ผู้ป่วยหายใจได้เอง !!

อาการของผู้ป่วยที่ทุกฝ่ายคิดว่าหมดหวัง ตัวผู้ป่วยหมดกำลังใจ รับประทานอาหารไม่ได้ วิตกกังวลสูง นอนไม่หลับ ขณะที่ญาติเองก็รู้สึกท้อแท้ ได้แต่ร้องไห้ คิดเพียงว่าหมดหวังก็จะกลับไปตายที่บ้าน กลับพลิกผันไปในทิศทางที่ดี ด้วยความร่วมมือกันให้ความช่วยเหลือ วางแผนการรักษา และให้การดูแลร่วมกัน เจ้าหน้าที่มีความตั้งใจ ดูแลรักษาพยาบาลที่ดีและถูกต้อง ญาติได้รับการฝึกที่จะดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยมีกำลังใจขึ้น อาการป่วยก็ดีขึ้นเป็นลำดับ ผลการรักษาเกินความคาดหมาย ไม่มีการติดเชื้อ หรือแผลกดทับ และมีแนวโน้มที่จะกลับสู่สภาพปกติ

ป้าอุไร บอกถึงเหตุการณ์ที่ PCT เข้ามาเยี่ยมอาการ “วันนั้นทั้งคุณหมอ คุณแม่พยาบาล มากันเยอะ ฉันตกใจพูดอะไรไม่ออก คิดว่าต้องอาการหนักเอาไม่อยู่แล้ว แต่เขามาสอนให้ทำอะไร เขาสอนให้หายใจลึกๆ ให้ช่วยยกแขนจะได้หายใจดีขึ้น ที่ดีขึ้นมาได้เพราะคุณแม่พยาบาลช่วยกัน ”

วันนี้ลุงสมภารจากเตียง 32 กลับไปพักฟื้นที่บ้าน และอีกไม่นานก็จะสามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ นี่คือนผลงานบุคลากรวิชาชีพต่างๆ ที่มาร่วมทำงานเป็นทีม PCT และยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง



ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HA (Hospital Accreditation) ได้แปรค่า  
เป็นรูปธรรมให้เห็นแล้ว...ด้วยการคืนสมาชิกที่สุขภาพแข็งแรงสู่สังคม

## ข้าวปลา เป็นของจริง

ฝ่ายโภชนาการ โรงพยาบาลขอนแก่น

เป็นที่ทราบกันดีว่า PCT (Patient Care Team) ทำให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยมีคุณภาพดีขึ้น สิ่งที่เราได้รับคือ PCT ทำให้เกิดภาพที่ชัดเจนของคุณค่าในวิชาชีพ

จำได้ว่าวันแรกๆก็ไปไม่รู้ว่าจะทำอะไรได้ ไปปล่อยไก่หรือเปล่า ไม่มั่นใจเท่าไร แต่มีทีมดี มีหมอ มีพยาบาล ถ้าเราไม่รู้ศัพท์แพทย์อะไรเขาก็จะบอกให้ทราบ ไม่เคยดูแฟ้มบันทึกของผู้ป่วย พอมี PCT เราได้เรียนรู้การบันทึกเวชระเบียนไปด้วย ก็เขียนตามภาษาวิชาชีพของเราใน progress note ทีมเขาก็ต้อนรับดี

กลับมาก็สามารถบอกสภาพที่แท้จริง ว่าจริงๆ เราส่งอาหารไป เขากินได้หรือเปล่า อย่างกรณีเรื่องไข่อต้ม บางครั้งแพทย์ต้องการอาหารที่เพิ่มพลังงาน ก็จะสั่งไข่ต้ม ปกติไข่ต้มเป็นอาหารที่โปรตีนสูง การให้ไข่ต้มหมายความว่าต้องการเพิ่มโปรตีนให้ผู้ป่วย เราก็บอกว่าเรามีมากกว่าไข่ต้มนะ เราให้อาหารอื่นได้ ดีกว่านี้ด้วย แล้วก็ให้อาหารที่หลากหลายมาก ใช้อาการหมวดเนื้อสัตว์มาแลกเปลี่ยนแทน

ครั้งหนึ่งได้เข้าร่วม PCT ด้วย เราพบผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ ซึ่งอาการไม่ค่อยดี ผิวแห้งแตก ผอมมาก รับประทานอาหารไม่ได้มา 3 วันแล้ว ก็ไปคุยกับพยาบาล เราดูแล้วก็คิดว่าผู้ป่วยขาดโปรตีนแน่นอน เพราะว่าผิวแตกเป็นสะเก็ด แตกไปทั้งตัว ก็เขียนลงใน progress note ว่าถ้าไม่มีข้อจำกัดในเรื่องของการให้สารอาหารตัวใด ขอให้พิจารณาการให้อาหารโปรตีนสูงทางสาย เพราะผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ โดยแนะนำให้ใช้สูตร 1.5 : 1 เพื่อเพิ่มพลังงาน แพทย์ก็สั่งตามที่ได้แนะนำไป มีการสื่อสารกันโดย progress note

หลังจากนั้นประมาณ 2-3 สัปดาห์ เราไปเยี่ยม ก็ไปถามพยาบาล ว่าผู้ป่วยหายไ้ไหน เพราะตามสภาพคิดว่าเขาจะไม่รอด พี่พยาบาลก็บอกว่านั่งอยู่นิ่ง ทานอาหารธรรมดาได้ตามปกติแล้ว ผิวหนึ่งก็เป็นปกติ

ก่อนหน้าที่จะมี PCT ก็ทำงานไปตามหน้าที่ แต่เมื่อเราบอกว่าเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ก็เริ่มพัฒนาการแลกเปลี่ยนสารอาหารในหมวดต่างๆ มากขึ้นหลายสูตร ตอนนั้นเรามีความสุข เห็นผู้ป่วยเขาฟื้นตัวได้

# โครงการ “เมื่อญาติเราป่วย”

การพัฒนาคุณภาพการส่งต่อผู้ป่วย รพ.หนองใหญ่ จ.ชลบุรี

นายแพทย์ กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองใหญ่ จังหวัดชลบุรี

การส่งต่อผู้ป่วย เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นอยู่เสมอในการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลชุมชน เนื่องจากข้อจำกัดต่างๆของสถานบริการ ทั้งในด้านบุคลากรและเครื่องมือแพทย์ โรงพยาบาลหนองใหญ่ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงในเขตจังหวัดชลบุรี มีเจ้าหน้าที่ประมาณ 80 คน มีแพทย์ประจำ 2 คน ได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริการในทุกๆ ด้านมาโดยต่อเนื่อง แม้ว่าจะมีข้อจำกัดหลายประการ มุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมายคือประชาชนในชุมชน โดยไม่คำนึงถึงเชื้อชาติ และฐานะความเป็นอยู่ของผู้ป่วย ภายใต้วิสัยทัศน์ “โรงพยาบาลคุณภาพเพื่อชุมชน” ทั้งนี้ การส่งต่อผู้ป่วยเป็นอีกเรื่องหนึ่งที่ทางโรงพยาบาลให้ความสำคัญ คณะทำงานพัฒนาคุณภาพจึงได้ดำเนินการศึกษาข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นมาโดยตลอด พบว่า:

- ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย รวมทั้งค่าเดินทางในการกลับท้องถิ่นของตน หลังจากที่ได้รับการตรวจรักษาเสร็จสิ้นแล้ว เป็นการเพิ่มอัตราการครองเตียงของโรงพยาบาลศูนย์โดยไม่จำเป็น
- ผู้ป่วยและญาติบางราย เข้าใจว่าโรงพยาบาลชุมชน เป็นเพียงที่สำหรับส่งต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์
- ผู้ป่วยและญาติจำนวนไม่น้อย ขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้สิทธิการรักษาต่างๆ
- ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการปรับตัวเข้ากับสถานที่และความเจ็บป่วยของตนเอง ส่วนใหญ่ไม่ได้รับคำแนะนำที่เหมาะสม
- เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลศูนย์ คิดว่าแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชนไม่ต้องการดูแลผู้ป่วยที่อาการหนักไว้เอง จึงได้ปิดการระดมรับผิดชอบให้โรงพยาบาลศูนย์
- การตรวจทางห้องปฏิบัติการบางอย่างที่จำเป็นต้องส่งไปที่โรงพยาบาลศูนย์ เป็นไปด้วยความยากลำบาก เนื่องจากในบางแห่ง ต้องรอฟากส่งไปพร้อมกับผู้ป่วยเมื่อมีโอกาส รวมทั้งงานอื่นๆ เช่น ฟากส่งหนังสือเข้าจังหวัด, เติม oxygen, รับผลเลือด เป็นต้น

จากข้อเท็จจริงข้างต้น ทางโรงพยาบาลหนองใหญ่จึงได้จัดทำโครงการเยี่ยมผู้ป่วยส่งต่อขึ้น โดยใช้ชื่อโครงการว่า “เมื่อญาติเราป่วย” ประหนึ่งว่า ประชาชนทุกคนในชุมชนเปรียบเสมือนญาติ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นก็จำเป็นต้องให้การดูแลในทุกๆ ด้านอย่างเต็มที่เท่าที่จะทำได้ เช่น เยี่ยมเยียน ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ ช่วยแก้ไขปัญหา โดยมีพยาบาลเป็นตัวแทน และดำเนินการคล้ายกับโครงการ Home Health Care

## ระยะที่หนึ่ง – ทดลองปฏิบัติ

ในช่วงแรก ประมาณกลางเดือนกันยายน 2543 คณะทำงานฯ ได้จัดพยาบาลไปเยี่ยมผู้ป่วย เฉพาะเมื่อมีงานอื่นๆ ที่จะต้องเข้าในตัวเมือง และผู้ป่วยนอกมีจำนวนไม่มากในวันนั้น (เปรียบเสมือนการเยี่ยมผู้ป่วยเป็นงานรอง) โดยให้จัดบันทึกการเยี่ยมไว้ในสมุดปกแข็ง

## ระยะที่สอง - เล็งเห็นความสำคัญ

หลังจากที่ได้ดำเนินการประมาณ 2 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยและญาติส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอย่างมาก ในการประชุมคณะทำงานฯ ได้มีมติให้ความสำคัญกับการเยี่ยมผู้ป่วยมากขึ้น และใช้ชื่อโครงการว่า “เมื่อญาติ เราป่วย” โดยกำหนดให้พยาบาลเวรเช้าในวันจันทร์ พุธ และศุกร์ จำนวน 1 คน ทำหน้าที่เยี่ยมผู้ป่วย และหาก ในช่วงนั้นไม่มีผู้ป่วยที่ส่งต่อเหลือค้างอยู่ในโรงพยาบาลศูนย์ ก็จะทำหน้าที่ช่วยให้บริการผู้ป่วยนอกตามปกติ

อย่างไรก็ตาม คณะทำงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลหนองใหญ่ ได้ตระหนักถึงค่าใช้จ่ายที่อาจ เพิ่มขึ้นจากการใช้รถ ได้ทำการเก็บข้อมูลเบื้องต้น พบว่า ในอดีต การทำงานต่างๆไม่เป็นระเบียบ เช่น เมื่อ Oxygen หมดจึงจะไปเติม หรือมีงานด่วนที่ต้องติดต่อ จึงจะจัดรถออก ทำให้ในแต่ละสัปดาห์ จะต้องมีการออก อย่างน้อยวันละ ๑ เที่ยว ทุกวัน ได้ปรับเปลี่ยนการทำงานให้มีระบบระเบียบมากขึ้น เช่น มีการตรวจสอบ ปริมาณวัสดุสิ้นเปลืองต่างๆ ทุกสัปดาห์ แจ้งให้เจ้าหน้าที่ทุกคนทราบตารางการออกรถ จัดทำใบรับ-ส่งของ ฯลฯ สำหรับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการเยี่ยมผู้ป่วยนั้น จะได้รับค่าตอบแทนในรูปของค่าล่วงเวลาตามระเบียบ ราชการ ทั้งพนักงานขับรถและพยาบาล

ในช่วง 1 เดือนต่อมานั้น ได้เกิดปัญหาในทางปฏิบัติบางประการ โดยเฉพาะกับเจ้าหน้าที่ของ โรงพยาบาลศูนย์ เนื่องจากในบางครั้งมีการเยี่ยมผู้ป่วยในช่วงเวลาที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งเจ้าหน้าที่บางคนไม่ ทราบโครงการ ทำให้ไม่ค่อยได้รับความร่วมมือเท่าที่ควร

## ระยะที่สาม - ดำเนินการอย่างเป็นทางการ

ในเดือนพฤศจิกายน ทางโรงพยาบาลหนองใหญ่ จึงได้ดำเนินการทำหนังสือขอความร่วมมือในการเข้า เยี่ยมผู้ป่วยอย่างเป็นทางการ ไปยังโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลเอกชนอีก 2 แห่งในอำเภอเมือง โดย กำหนดให้พยาบาลเข้าเยี่ยมผู้ป่วยเฉพาะในช่วงบ่ายของวันจันทร์ พุธ และศุกร์ เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่งานใน หอผู้ป่วยของโรงพยาบาลศูนย์เริ่มเบาบางลงแล้ว หากมีผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย การเดินทาง หรือผู้ป่วย ไม่มีญาติ ก็จะขอให้แจ้งล่วงหน้าอย่างน้อย 1 วัน เพื่อทางโรงพยาบาลหนองใหญ่จะได้จัดรถที่เหมาะสม นอกจากนี้ หากผู้ป่วยบางรายมีอาการดีขึ้นแล้ว และไม่มีผู้ป่วยอื่นๆ ที่ต้องเยี่ยมหรือรับตัวกลับ ก็จะให้วิธี สอบถามอาการทางโทรศัพท์

ส่วนในด้านการดำเนินงานภายในโรงพยาบาลนั้น ได้ทำการเปลี่ยนแปลงวิธีการจัดบันทึกข้อมูล จากสมุด ปกแข็ง เป็นแบบฟอร์มที่จัดทำขึ้นเพื่อการนี้โดยเฉพาะ มีการรายงานผลการรักษาให้แพทย์เจ้าของไข้ หรือแพทย์ ผู้ส่งต่อทราบเป็นระยะๆ และเริ่มทำการเก็บข้อมูลทางสถิติต่างๆ เพื่อใช้ในการประเมินผลโครงการในอนาคต สำหรับข้อมูลของผู้ป่วยบางรายที่น่าสนใจ จะได้รับการนำเข้าสู่ Ward Conference ทุกวันพฤหัสบดี ซึ่งเป็นอีก โครงการหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพการบริการ โดยจะมีการอภิปรายปัญหา และแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย ของพยาบาล ร่วมกับมีแพทย์เจ้าของไข้เป็นที่ปรึกษา นอกจากนี้ยังมีการรายงานตัวชี้วัดที่สำคัญต่างๆ ทุกวัน พฤหัสบดีสุดท้ายของเดือน.

ผลการดำเนินงาน

- ผู้ป่วยและญาติ มีความพึงพอใจในการดูแลเอาใจใส่จากทางโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นพื้นฐานใน กระบวนการป้องกันความเสี่ยง (Risk Management)
- ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ต้องการที่จะขอกลับไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลชุมชน เมื่ออาการดีขึ้นแล้ว

- สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยบางรายที่มีปัญหาค่าใช้จ่าย, การเดินทาง และผู้ป่วยที่ไม่มีญาติ
- เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลศูนย์ มีทัศนคติที่ดีขึ้นต่อโรงพยาบาลหนองใหญ่ รวมทั้งให้ความร่วมมือในการเยี่ยมผู้ป่วย ถึงขนาดที่บางครั้ง พยาบาลในหอผู้ป่วยโทรศัพท์มาแจ้งผลการตรวจพิเศษให้ทราบ
- ปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างโรงพยาบาลลดลง อีกทั้งสามารถวางแผนร่วมกันเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้
- สามารถช่วยลดอัตราการครองเตียงของโรงพยาบาลศูนย์ได้ในระดับหนึ่ง
- แพทย์ที่ส่งต่อทราบความเป็นไปของผู้ป่วย และนำมาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาความรู้ของตนเอง รวมทั้งเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลได้
- การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ สามารถทำได้โดยสม่ำเสมอ มีประสิทธิภาพ
- ค่าใช้จ่ายในด้านสาธารณสุขมีแนวโน้มที่ลดลง แม้ว่าข้อมูลที่มีอยู่ในปัจจุบัน ยังไม่สามารถสรุปได้ด้วยหลักสถิติ เนื่องจากมีปัจจัยหลายประการเข้ามาเกี่ยวข้อง ทั้งนี้ จำเป็นต้องมีการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมต่อไป

### ระยะที่สี่ - เสริมสร้างความร่วมมือ

หลังจากที่ได้ทำหนังสือแจ้งให้โรงพยาบาลศูนย์ทราบอย่างเป็นทางการแล้วนั้น พบว่าได้รับความสนใจในระดับหนึ่ง ทางคณะทำงานฯ จึงได้คิดแผนงานต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการศึกษาและพัฒนาคุณภาพการส่งต่อให้ดีขึ้น โดยอาจจัดให้มีการประชุมระหว่างโรงพยาบาลเป็นระยะ เพื่ออภิปรายข้อมูลของผู้ป่วยที่น่าสนใจ ทั้งในด้านการดูแลรักษา และการส่งต่อ รวมทั้งปัญหาที่เกิดขึ้น แล้วหาทางแก้ไขต่อไป

### ระยะที่ห้า - ขยายผลโครงการ

คณะทำงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลหนองใหญ่ ได้เล็งเห็นข้อเท็จจริงที่ว่า แม้โรงพยาบาลหนองใหญ่จะเป็นเพียงโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ที่มีข้อจำกัดต่างๆมากมาย ทั้งในด้านงบประมาณ การคมนาคม จำนวนเจ้าหน้าที่และทรัพยากรที่มีอยู่ ฯลฯ ก็ยังสามารถดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริการได้ จึงหวังเป็นอย่างยิ่งว่า โครงการนี้ อาจเป็นประโยชน์ต่อโรงพยาบาลชุมชนอื่นๆ ที่มีสถานภาพใกล้เคียงกันบ้างไม่มากนักน้อย

## Better Doctor's Order

นายแพทย์ กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองใหญ่ จังหวัดชลบุรี

กิจกรรมที่จะช่วยพัฒนาคุณภาพการให้บริการตามแนวทางของ HA นั้น บางทีก็ดูยากเหลือหลาย แต่บางทีก็ง่ายจนถูกมองข้าม สำหรับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ หากมองกระบวนการ HA ว่าเป็นงานอีกงานหนึ่ง ที่เพิ่มจากงานประจำที่มีมากอยู่แล้ว ก็คงจะทำให้รู้สึกเหนื่อยมากขึ้น ในขณะที่โรงพยาบาลขนาดเล็ก อาจมี ปัญหาตรงที่ว่าไม่รู้จะเริ่มอย่างไรดี จึงจะได้ HA เพราะดูเหมือนข้อกำหนดต่างๆ จะจัดทำขึ้นสำหรับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ในขณะที่ตัวอย่างโรงพยาบาลขนาดเล็กก็ยังไม่เห็นเด่นชัดนัก สุดท้ายก็จะลงเอยด้วยคำถามต่างๆ เช่น “จะต้องทำเอกสารอะไรบ้าง”, “จะขอประเมินเมื่อไหร่”, “ส่งเจ้าหน้าที่ไปอบรมมากี่รุ่นแล้ว” เป็นต้น

แต่เมื่อมุ่งประเด็นไปที่ การยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การทำงานแบบสหวิชาชีพ และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นสิ่งที่เจ้าหน้าที่ทุกคนในโรงพยาบาลหนองใหญ่ยึดเป็นหลักในการให้บริการผู้ป่วยมาโดยตลอด ก็ จะพบว่าการพัฒนาคุณภาพเป็นเรื่องง่ายๆ และอยู่รอบๆ ตัวเรานี่เอง ทำให้โรงพยาบาลหนองใหญ่มีกิจกรรม พัฒนาคุณภาพต่างๆ อยู่เสมอ (ภายใต้ข้อจำกัดที่เปรียบเสมือนเป็นสิ่งท้าทายความสามารถ) จนทำให้ผู้ป่วย ที่มารับบริการผู้ป่วยนอก (OPD) ที่โรงพยาบาล มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด (ทางโรงพยาบาลหนองใหญ่ ก็ ยังมีความเป็นห่วงสุขภาพของประชาชนแบบองค์รวมแน่นอนครับ แต่ลองนึกภาพดูสิครับว่า หากชื่อเสียงของ โรงพยาบาลยังคงไม่ได้อยู่ เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลนั้นๆ จะสามารถเข้าบ้านของประชาชนในชุมชนได้อย่างไร)

กลไกการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีการขยายผลไปถึงงานผู้ป่วยใน (ward) ซึ่งเป็นอีกงานหนึ่งที่สำคัญในหลายแง่มุม แต่มีประเด็นที่แตกต่างออกไป เนื่องจากข้อเท็จจริงที่ว่า โรงพยาบาลหนองใหญ่จัดเป็น โรงพยาบาลขนาดเล็ก ในช่วงที่ผู้ป่วยน้อย พยาบาลก็ไม่มีอะไรจะทำ ในช่วงที่ผู้ป่วยมาก ก็ยุ่งจนสับสน จึงได้ วิเคราะห์การให้บริการผู้ป่วยใน พบปัญหาที่เกิดขึ้นดังนี้

- Job Fluctuation บางช่วงเวลา การให้บริการผู้ป่วยใน ยังไม่เต็มความสามารถของพยาบาลที่มี ในขณะที่ บางช่วงเวลาก็มีงานล้นมือจนสับสน
- Physician Variation แพทย์ที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วย มีลักษณะนิสัยต่างๆ กัน บางคนก็ชอบอธิบายยาวๆ บางคนก็รอให้ถามก่อนจึงจะบอก บางคนก็ลืมที่จะให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเนื่องจากมีงานอื่นต้องทำ ฯลฯ
- Communication Defect พยาบาลส่วนใหญ่ ไม่กล้าที่จะแสดงความคิดเห็นให้แพทย์ทราบ เช่น สิ่ง que ผู้ป่วย และญาติป่น ซึ่งมักจะเป็นเรื่องสำคัญ และนำไปสู่การร้องเรียนอยู่เสมอ
- Time Gap บางครั้งแพทย์มาตรวจรักษาผู้ป่วย ในเวลาที่ไม่ตรงกับเวลาที่ญาติมาเยี่ยม ทำให้ญาติไม่ได้รับ ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ โดยเฉพาะในผู้ป่วยบางราย ที่ต้องอาศัยญาติในเรื่องต่างๆ เป็นอย่างมาก เช่น แรงงานต่างชาติ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยอัมพาต เป็นต้น

ทีมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลหนองใหญ่ จึงได้มีการระดมความคิดแบบกลุ่มย่อย เพื่อหากิจกรรม พัฒนาคุณภาพเพิ่มเติมสำหรับงานผู้ป่วยใน โดยไม่ลืมที่จะนึกถึงการเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และการทำงาน แบบสหวิชาชีพ ทำให้เห็นประโยชน์ของ Doctor's Order นอกเหนือจากการใช้สำหรับให้แพทย์สั่งการรักษา เนื่องจากพบว่า เป็นกระดาษแผ่นเดียวที่แพทย์ทุกท่านจะต้องเห็นทุกวัน ในขณะที่ข้อมูลอื่นๆ ที่น่าจะเป็น ประโยชน์ เช่น Nurse Note กลับไม่ค่อยได้รับความสนใจ จึงเกิดความคิดที่ว่า ในช่วงเวลาที่ว่างจากการทำงาน

ประจำใน ward น่าจะได้มีการแบ่งพยาบาลเป็นทีม เพื่อพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติในเรื่องต่างๆ ทุกเวลาที่มีโอกาส เป็นการสร้างความสัมพันธ์ และหากมีข้อมูลที่น่าจะเป็นประโยชน์ต่อการให้บริการที่แพทย์ควรจะทำ ก็จะให้พยาบาลในทีมบันทึกข้อมูลนั้นๆ ลงในส่วนล่างของ Doctor Order ด้วยดินสอ เพื่อให้แพทย์ได้เห็นในการตรวจผู้ป่วยครั้งต่อไป เช่น “ญาติอยากทราบว่าผู้ป่วยเป็นโรคอะไร”, “จะได้กลับบ้านเมื่อไร”, “อยากได้ใบรับรองแพทย์สัก 4 วันจะได้ไหม”, “หัวหน้างานขอให้อยู่อีก 2 วันจึงจะมารับ”, “อยากขอไปโรงพยาบาลจังหวัด” หรือแม้กระทั่ง “เมื่อไหร่จะเลิกดื่มน้ำดอาหารสักที” เป็นต้น

กิจกรรมนี้ เป็นกิจกรรมง่าย ๆ ที่ไม่ต้องลงทุนมากมาย แต่สามารถช่วยแก้ปัญหาที่เคยเกิดขึ้นได้หลายอย่าง ทั้งทางตรงและทางอ้อม ใช้ได้กับโรงพยาบาลทุกขนาด แพทย์และพยาบาลทุกประเภท และสามารถใช้เป็นอีกช่องทางหนึ่งในการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับแพทย์ เพื่อให้เกิดการทำงานแบบสหวิชาชีพได้ โดยไม่เกิดข้อขัดแย้ง ที่สำคัญที่สุดก็คือผู้ป่วยและญาติได้รับประโยชน์สูงสุด จากการให้บริการของโรงพยาบาลนั่นเอง

## HA ไม่มีขาย ถ้าอยากได้ต้องร่วมสร้าง

นายแพทย์ ธวัช นาวิระ  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลพบุรี

หลังจากที่รัฐบาลได้จัดตั้งกองทุนประกันสุขภาพขึ้นและกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดทิศทางนโยบายไว้อย่างชัดเจนว่า สถานบริการที่จะเข้าร่วมในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้นั้น ในอนาคตจะต้องผ่านการประเมินและรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA เท่านั้น ผู้เขียนในฐานะผู้ปฏิบัติและกำกับดูแลผู้ปฏิบัติมีความเห็นว่า ระบบคุณภาพใดๆ ก็ตามมีวัตถุประสงค์และเป้าหมายเหมือนกันคือ มุ่งเน้นที่จะนำคุณภาพมาตรฐานที่ดีที่สุดไปสู่ผู้รับบริการ และเห็นว่าระบบ HA มีความอ่อนตัว ยืดหยุ่นมากกว่ารูปแบบ นั่นก็คือยืดหยุ่นที่ลูกค้าจะได้รับ โดยผสมผสานจิตวิญญาณเข้าไป มองแล้วน่าจะสอดคล้องกับเรื่องบริการสุขภาพได้ดี

ใครก็ตามที่คิดว่า HA นั้นง่ายมาก เพียงไปดูงานและลอกเลียนแบบมา แล้วสั่งให้บุคลากรปฏิบัติตาม ขอบอกได้เลยว่าเพียงแค่นี้ก็ผิดแล้ว ก่อนที่จะเกิด HA ได้นั้น ต้องมีการหล่อหลอม “บุรณการจิตใจ (spirit)” ของบุคลากรทุกระดับชั้นให้เป็นเนื้อเดียวกัน ประสานแนวคิดให้ได้เสียก่อนว่าเป้าหมายคืออะไร ต้องการอะไร หลังจากนั้นจึงค่อยกำหนดแผนรองรับ โดยทำความเข้าใจกับผู้ร่วมงานอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องว่างานบริการและงานคุณภาพนั้นเป็นเรื่องเดียวกัน ไม่ได้ทำให้สายการบังคับบัญชาเดิมต้องอ่อนด้อยลงไปเลย ระบบเดิมที่ดีอยู่แล้วให้คงรักษาไว้ โดยการกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ส่วนทีมต่างๆ ที่เพิ่มขึ้นนั้นมาช่วยเสริมให้เกิดบุรณการในแนวราบ ทีมนำเฉพาะด้านไม่ได้เป็นผู้ปฏิบัติโดยตรง มีบทบาทหน้าที่เพียง

- ชี้แนะว่าเป้าหมายคืออะไร ต้องการอะไร คือนำทิศทางนโยบายที่ได้ร่วมกันกำหนดไว้จากทีมอำนวยการลงไปสู่หน่วยงาน
- กระตุ้น ติดตาม สนับสนุน ประสาน ระหว่างหน่วยปฏิบัติกับทีมอำนวยการ โดยการสื่อสารสองทาง ซึ่งผนวกแรงจูงใจเข้าไปด้วย
- ร่วมเรียนรู้กับหน่วยงานว่าอะไรควรจะเป็นดีที่สุดสำหรับเขา แล้วค่อยๆ ปรับไปเรื่อยๆ โดยยึดปรัชญาที่ว่า การที่จะให้เกิด empowerment แก่บุคลากรในหน่วยปฏิบัติได้นั้น ต้องเกิดจากวัฒนธรรมการทำงานตรงนั้น เขารู้ดีที่สุด เพราะเขาปฏิบัติอยู่เป็นประจำ ทีมนำเพียงแต่ช่วยให้เกิดการพัฒนาไปเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (learning organization)

ทั้งหลายทั้งปวงที่ได้กล่าวข้างต้นถือเป็นการก่อให้เกิดการสร้างหลักประกันคุณภาพนั่นเอง

ผู้เขียนมักจะยกตัวอย่างให้แก่ผู้ร่วมงานฟังว่า ทีมักพูดกันติดปากเสมอๆ ว่า HA ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้มีการรักษาแบบบูรณาการจากสหสาขาอาชีพนั้นคืออะไรกันแน่ พร้อมกับยกตัวอย่างว่า

ผู้ป่วยชาย อายุ 35 ปี อาชีพรับจ้างเดินสายไฟฟ้า เกิดอุบัติเหตุพลัดตกลงมา กระดูกต้นขาหัก แพทย์ทางกระดูกตรวจวินิจฉัยฉีดยาไว้ให้ในหอผู้ป่วย พยาบาลหอผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับตัวผู้ป่วย ครอบครัวญาติ และเพื่อนร่วมงานที่นำส่งโรงพยาบาล เพื่อสรุปปัญหาความต้องการทั้งด้านความเจ็บป่วยและด้านความสะดวกสบาย เมื่อได้ข้อมูลตรงนี้แล้ว ทางฝ่ายหอผู้ป่วยก็จะทราบที่เกี่ยวข้องกับหน่วยบริการใดบ้างที่จะที่จะต้องมาร่วมกันเพื่อตอบสนอง ก็คือทางฝ่ายพยาบาลจะจัดทำ nursing care plan ฝ่ายแพทย์วางแผนการรักษา ฝ่ายเวชกรรมสังคมและฝ่ายสังคมสงเคราะห์ร่วมวางแผนเกี่ยวกับการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเมื่อแพทย์



สิ้นสุดการรักษารวมทั้งแนะนำผลกระทบต่อการประกอบสัมมาชีพจากการเจ็บป่วยครั้งนี้ ฝ่ายเวชกรรมฟื้นฟูร่วมวางแผนฟื้นฟูสภาพควบคู่ไปกับการรักษาของแพทย์ กลุ่มงานวิสัญญีวางแผนร่วมกับแพทย์ถ้าข้อบ่งชี้ของการรักษาต้องใช้ในการผ่าตัด สิ่งที่กำลังข้างต้นนี้ ถือว่าเป็นการบูรณาการการรักษาอย่างแท้จริง (ทุกอย่าง correlate กันทั้งหมดทำให้เกิด total care) ขั้นตอนสุดท้าย เมื่อใกล้จำหน่ายบุคลากรแต่ละสาขาจะมาร่วมกันประเมินอีกครั้งหนึ่งเพื่อวางแผนการติดตามดูแลต่อเนื่อง

จะเห็นว่า HA ไม่ได้เป็นการเพิ่มงาน เป็นงานประจำที่ทำอยู่แล้ว แต่นำมาร้อยเรียงให้เป็นกระบวนการ และมีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรที่เรียกว่า progress note และ nurse note เพื่อให้ทราบการดำเนินของโรคและเกิดความต่อเนื่องในการรักษา นอกจากนี้ยังใช้ประโยชน์ในทางคดีได้อีกด้วย เพียงเท่านี้ก็ถือว่าเราได้สร้างหลักประกันคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดขึ้นแล้ว

HA ไม่ได้เป็นการเพิ่มงาน และไม่ได้ยากอย่างที่คิด แต่ก็ไม่ง่ายอย่างที่ฝัน ต้องสร้างขึ้นด้วยจิตวิญญาณซึ่งบูรณาการเข้าหากัน HA ไม่ได้เป็นของใครคนใดคนหนึ่ง ดังนั้นการทบทวนเป้าหมายนโยบายอยู่เป็นประจำ เป็นสิ่งที่ผู้นำองค์กรนั้นๆ พึงระลึกรู้เสมอ และต้องปฏิบัติให้เห็นจริงเห็นจัง ดังคำกล่าวของขงจื้อที่ว่า

ถ้าท่านฟังแล้วท่านก็ลืม

ถ้าท่านอ่านแล้วท่านจะจำ

ถ้าท่านทำแล้วท่านจะเข้าใจ

ขอย้ำอีกครั้งว่า HA ไม่มีขาย ถ้าอยากได้ต้องร่วมสร้าง

# แปลความคิดคุณแอนโทนี่ เวจเมคเกอร์

นายแพทย์ชาติรี เจริญศรี  
โรงพยาบาลน่าน

ระหว่าง 28-30 มีนาคม 2544 คุณแอนโทนี่ เวจเมคเกอร์ และคณะผู้ตรวจเยี่ยม ได้มาตรวจเยี่ยม กิจกรรมพัฒนาเพื่อนำสู่การรับรองคุณภาพที่โรงพยาบาลน่าน อาคันตุกะท่านนี้ทำงานเกี่ยวข้องกับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในขนาดมาอย่างโชกโชน จนมีคนชวนมาทำงานกับสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลปีนี้เป็นปีที่ 7 แต่ยังพูดไทยไม่ได้มาก ผมได้รับมอบหมายให้ช่วยเชื่อมโยงการสื่อสารสองชาติสองภาษา แปลจากอังกฤษเป็นไทย ไทยเป็นอังกฤษ ได้ซักถามเพิ่มเติมเพื่อความกระจ่างชัดในการสื่อความหมายของคุณแอนโทนี่ มีเกร็ดที่น่าสนใจหลายๆ อย่าง อยากจะเล่าให้ฟังขณะยังสดๆ ร้อนๆ ก่อนจะเลื่อนลับไปกับความทรงจำของผู้คน

## แต่หัวหน้าที่ด้วยรัก

ความประทับใจที่คุณแอนโทนี่พบและเอ่ยอยู่เสมอคือ เจ้าหน้าที่ทุกระดับดูขยัน กระตือรือร้น แต่เจ้าหน้าที่ปฏิบัติมักไม่ค่อยได้ตอบคำถามซึ่งคุณแอนโทนี่ถามแบบไม่ระบุคนตอบ ไม่ใช่เรื่องแปลกที่หัวหน้าเป็นผู้นำเสนอผลงานและตอบคำถาม แต่อาคันตุกะของเราเกิดคำถามขึ้นมาในใจเช่นกันว่า สาเหตุที่ผู้ร่วมงานไม่ค่อยได้เป็นผู้ตอบนั้นเป็นเพราะคนเหล่านั้นไม่รู้จริงๆ หรือขาดความกล้า หรือหัวหน้าไม่ได้ให้โอกาสตอบ หรือเกิดการเกร็งพูดไม่ออกเมื่อหัวหน้าอยู่ด้วย เหมือนต้องมนต์สะกด

ก็พวกเราช่างมีหัวหน้าที่เก่งจริงๆ เวลาไปเสนอผลงานก็หัวหน้าเราเป็นคนไป เวลาไปประชุมรับรู้อาจารย์ก็เป็นหัวหน้าเราอีก ความรู้ ปัญญาอย่างพวกเขา อย่างไรก็ตามก็ยังไม่ทาบรัศมีหัวหน้า ชำนาญมีบ้างอาจ แต่อาคันตุกะตาสีฟ้าของเรากลับมีความเห็นไปอีกอย่าง หัวหน้าที่ดีคือหัวหน้าที่เก่ง แต่หัวหน้าที่เยี่ยม คือ หัวหน้าที่ส่งเสริมลูกน้องให้เติบโตตามศักยภาพ ไปจนสุดทางฝันของพวกเขา หัวหน้าชั้นเยี่ยมยอดเหล่านี้จะรู้จักลูกน้องเป็นรายบุคคล ไปหาเขาแต่ละคน บอกเป้าหมายของหัวหน้า บอกภารกิจ และนำทางลูกน้องเดินสู่ทางสายฝัน ทำให้ใจกล้าๆ กล้าๆ ของลูกน้องเกิดความมั่นใจมีความกล้า หัวหน้าจะสนับสนุนจนผ่านพ้นอุปสรรค ชื่นชมและยกย่องงานของลูกน้อง จนมีผู้กล่าวว่า ภารกิจของหัวหน้าคือการสร้างคุณภาพเพิ่มในตัวลูกน้องกว่าจะบรรลุถึงตรงนี้ต้องอาศัยการไว้น้ำใจอย่างยั้ง หมายความว่าลูกน้องก็ต้องดี เช่นขึ้น เขียวขึ้นด้วย

หลายสิบปีก่อน อาคันตุกะของเรายังเป็นคนหนุ่มไฟแรง โชคชะตาฟ้าลิขิตให้ไปอยู่กับหัวหน้าที่เก่งที่สุดๆ สมบูรณ์พร้อมทุกเรื่อง ก็น่าจะมีดี แต่คนหนุ่มไฟแรงคนนี้ไม่มีโอกาสคิด โอกาสพูด โอกาสทำตามที่ฝันเลย! เป็นเช่นนี้เนิ่นนานจนอึดอัดทนไม่ไหว วันหนึ่งจึงตัดสินใจเดินไปหาหัวหน้า

"หัวหน้าครับพอมีเวลาคุยกันเงียบๆ สงบๆ ได้ไหมครับ"

"อ้อ ได้ซิ" หัวหน้าพูด "เอาตอนนี้แหละ"

ชายหนุ่มลำดับคำพูดและเสนอความคิดออกมาอย่างสุภาพ และอ่อนน้อมที่สุดว่า "หัวหน้ารู้ไหมครับ ที่ผมเลือกมาทำงานที่นี่ ผมมีความฝัน ผมมีเป้าหมาย ผมมีภารกิจของผมเหมือนกัน จนเดี๋ยวนี้ความฝันของผมยังมีอยู่แต่ไม่มีโอกาสทำ"

"แล้วคุณคิดจะทำอะไรละ" หัวหน้าซักถาม

"สิ่งเดียวที่ผมคิดเสมอมา คือ ทำอย่างไรจึงจะส่งเสริมภาพลักษณ์ของหัวหน้า และทำให้ภารกิจของหน่วยงานเราบรรลุเป้าหมายอย่างงามสง่า แต่ที่ผ่านมาผมไม่มีโอกาสได้ทำ หรือแม้แต่เสนอความคิด" หัวหน้าอึ้งไป แต่ไม่โกรธ ชายหนุ่มจึงพูดต่อ "หัวหน้าเก่ง หัวหน้าต้องการงานออกมาดี จึงมักจะทำเอง หรือกำกับให้งานออกมาแบบที่หัวหน้าคิด แต่บางทีมันทำให้คนอื่นไม่มีโอกาสคิด โอกาสทำ"

หัวหน้าครุ่นคิดและพูดขึ้นมา "ผมเพิ่งเข้าใจว่าความปรารถนาดีของผม และความเคยชินในการทำงาน อาจไปบั่นทอนโอกาสของผู้อื่น หวังว่าเราคงจะเริ่มต้นใหม่ด้วยกันได้นะ"

"หัวหน้าครับ โอกาสเกิดมาจากการได้คิด และได้ลงมือทำด้วยตนเอง แม้จะเป็นเรื่องเล็กๆ คนทำรับรู้ครับว่าหัวหน้าปรารถนาดีและให้โอกาส สิ่งที่หัวหน้าควรทำต่อไป ก็คือ การติดตามไปชื่นชมครับ แม้บางทีอาจไม่สมบูรณ์พร้อมแบบที่หัวหน้าเคยทำเอง ก็ต้องทำใจไว้สักหน่อย"

จากการสนทนาในวันนั้น ชายหนุ่มก็มีโอกาสคิด โอกาสทำ ผ่านร้อน ผ่านหนาวมาจนถึงวันนี้ ลืมบอกไปครับว่า ทั้งหมดเป็นเหตุการณ์จริง เกิดที่เมืองนอกเมืองนาโนน ถ้าเป็นเมืองไทยไม่แน่ อาจต้องโยกย้ายเปลี่ยนที่ทำงานไปแล้วก็ได้

ลองสังเกตว่าต้นไม้ใหญ่ๆ ร่มเงาที่บๆ ได้ร่มเงาที่ไม่มีโอกาสที่ลูกไม้จะงอกงาม แต่นอกขอบเขตเงาลูกไม้มีโอกาสโตได้บ้าง ถ้าต้นไม้ใหญ่ให้โอกาส บังแดดจัด บังลมแรง ลูกไม้หล่นจากต้นแบบนี้จะได้งอกงามเป็นผืนป่า คิดได้อย่างนี้ลูกไม้เองจะมีโอกาสโตครับ ใครจะรู้ว่าวันหนึ่งต้นไม้ซึ่งเติบโตใหญ่จากลูกไม้เล็กๆ เหล่านี้ อาจแผ่กิ่งก้านบังลมพายุให้แก่ต้นแม่ซึ่งแก่เฒ่าใกล้ผู้พังก็ได้ ใครเลยจะรู้

## กลับหลังหันความคิด

ถ้าเราคิดว่าสิ่งที่เราจะทำนั้นเป็นไปได้ มันก็มักเป็นไปได้จริงอย่างที่เราคิด ในทางกลับกันถ้าคิดว่าเป็นไปได้ไม่ได้ มันก็เป็นไปไม่ได้วันยังค่ำ คุณแอนโทนี่ มีหน้าที่ไปตรวจเยี่ยมโรงพยาบาลต่างๆ ตั้งคำถามผู้คนที่เกี่ยวข้อง เพื่อซักจูง กระตุกให้หันมาองการให้บริการในสายตาของลูกค้า หรือผู้มารับบริการกันบ้าง ที่ผ่านมาผู้ให้บริการ คือ หมอ พยาบาล เจ้าหน้าที่อื่นๆ มองอย่างไร คิดอย่างไร ก็ทำอย่างนั้น แม้จะเต็มไปด้วยความปรารถนาดี แต่ถ้าถามใจผู้มารับบริการเขาอาจคิดอีกอย่าง คุณแอนโทนี่มักถามพวกเขาว่า

"คุณเจ้าหน้าที่ครับ วิธีที่คุณกำลังทำอยู่นี้เป็นวิธีที่ดีที่สุดในการให้บริการแล้วใช่ไหม" เดินไปหาหัวหน้าแน่นนอนครับ ใครๆ ก็มักตอบว่าเป็นวิธีที่ดี ก็เราทำมาตั้งนานแล้วไม่เห็นมีใครบ่น ใครประท้วงนี่ คุณแอนโทนี่ลองสมมุติตัวเองเป็นคนป่วย มาที่โรงพยาบาลต้องไปตรงไหนก่อน ไปบอกอะไร กับใคร ยื่นบัตรอะไร นั่งรอตรงนั้น จนพบแพทย์ แล้วไปรอรับยาที่ห้องยา แล้วกลับบ้าน มีขั้นตอนมากถึง 17 ขั้นตอน

"บางทีพวกเขาอาจไม่รู้สิ เพราะเวลาเราป่วย เรารู้จักสถานที่ เรารู้จักคนที่นี่ ขั้นตอนต่างๆ จึงไม่ยุ่งยากเหมือนคนป่วยทั่วไป" คุณแอนโทนี่กระตุกความคิด แล้วต่ออีกว่า "คนป่วยมาบางครั้งอยากจะบอกอาการเจ็บป่วยเฉพาะกับแพทย์ในที่สุดซึ่งเป็นส่วนพอควร บางครั้งเรื่องน่าอายจะมาเล่าที่หน้าห้องทำบัตรก็กระไรอยู่"

เรื่องของการประเมินความเสี่ยงและการป้องกันความเสี่ยง เป็นสิ่งที่คุณแอนโทนี่สอบถาม ซักไซ้ใจจะเป็นรายบุคคล ไม่ใช่เพื่อหาจำเลยหรือผู้ผิด แต่เป็นการกระตุกให้พวกเขาได้คิด ความเสี่ยงที่ว่าได้แก่ความเสี่ยงจากการติดเชื้อ เสี่ยงทางกายภาพ เช่น ความร้อน สารเคมี เสี่ยงต่อการเสียชีวิต เช่น โรงพยาบาลต้องจ่ายค่าล่วงเวลาเมื่อเจ้าหน้าที่ลาป่วย หรือจ่ายเงินชดเชย และความเสี่ยงต่อการกระทบกระเทือนจิตใจ เช่น ทำให้ผู้อยู่ในเหตุการณ์ต้องระทมทุกข์มากขึ้นเหมือนถูกซ้ำเติม

ระบบบำบัดน้ำเสียมีคลองคอนกรีต มีบ่อเปิด อยู่ใกล้แฟลตเจ้าหน้าที่ด้วย ถ้าเด็กผลัดตกลงไปคงเกิดเรื่องเศร้าแน่นอน ใครจะรับผิดชอบความเสี่ยงต่อการสูญเสียชีวิต เสียทรัพย์สิน และการกระทบกระเทือนจิตใจของผู้สูญเสีย จึงควรปิดประตูรั้วไว้ตลอดเวลา อย่าคิดว่ามีเจ้าหน้าที่เฝ้าอยู่แล้ว

ตามกันไปดูถึงห้องเก็บศพ ที่บ มีบรรยากาศน่ากลัว คุณแอนโทนี่ตั้งคำถามว่า "ถ้าญาติของเราประสบอุบัติเหตุเสียชีวิต และเราต้องมาดูศพว่าเป็นญาติของเราหรือไม่ เราต้องเห็นใบหน้า สภาพศพที่เราต้องจำติดตาไปตลอดชีวิต สถานที่นี่ บรรยากาศแบบนี้ เป็นที่ที่ดีที่สุดแล้วหรือไม่" เราคิดถึงจิตใจญาติผู้ตายบ้างไหม ทางที่ดีควรมีที่ให้นั่งพักผ่อนประโลม เหมือนห้องรับแขก มีการจัดสถานที่คล้ายบางส่วนของวันอาวมิมูให้ประกอบพิธีทางศาสนา อย่างนี้อาจคลายทุกข์ของผู้สูญเสียไปได้บ้าง

"บางทีเราต้องถามตัวเองว่า เราควรทำสิ่งที่เหมาะสมตรงกับความต้องการของคนไข้ หรือเราควรทำสิ่งที่ถูกต้องตามขั้นตอน ตามระเบียบที่เราเองเป็นผู้กำหนด"

กฎ กติกาที่ตั้งมานั้นเพื่อตอบสนองกระบวนการทำงานของเจ้าหน้าที่ของเรา หรือเป็นไปตามความต้องการที่แท้จริงของผู้มารับบริการ ชนิดที่เมื่อไปถามพวกเขาแล้ว เขาโมทนาสาธุว่า ช่างตรงใจจริงๆ น่าจะทำมาตั้งนานแล้ว

ถ้ายังไม่มีคำตอบ จะลองสมมุติตนเองเป็นผู้ป่วย และเดินตามระบบที่เรากำหนดขึ้นมาสักวันก็ตีไม่ลงไม่รู้

## ปลุกปลอบตรงกลางใจ

คำว่า "คุณภาพ" เป็นคำแปลกใหม่ที่มีการอ้างถึง มีการเรียกร้องให้มี ให้เกิดขึ้น ไม่มีปีมานี่เอง ความจริงแล้วคุณภาพเป็นสิ่งเดียวกับบริการของเรา ไม่ได้เป็นสิ่งแปลกปลอม ไม่ได้เป็นสิ่งที่ต้องทำเพิ่มขึ้น

คุณภาพเป็นสิ่งที่เราทำอยู่ทุกวัน ทุกสัปดาห์ ทุกเวลาด้วย ไม่ใช่จะทำก็ทำช่วงหนึ่งแล้วหยุด พอขึ้นขึ้นได้ก็ทำอีกครั้งเหมือนเสียไม่ได้

คุณภาพเป็นเรื่องของทุกคน ไม่แต่เฉพาะผู้อำนวยการ หรือ หัวหน้า หรือผู้เชี่ยวชาญ คนงานในแผนกซักฟอกก็มีส่วนอย่างยิ่งในคุณภาพของการผ่าตัดที่ทำโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญมือหนึ่ง เครื่องมือราคาหลายล้าน

เป็นเรื่องจริงที่สุด ลองกระบวนการอบไอน้ำฆ่าเชื้อโรคมีปัญหาสักครั้ง ผ่าตัดไปแล้วเกิดการติดเชื้อคงไม่เกิดผลดีกับใคร คนงานก็มีส่วนในการให้บริการที่มีคุณภาพดี ศัลยแพทย์ก็มีส่วน มีส่วนมากเสียด้วย โดยเฉพาะถ้าเกิดการติดเชื้อจนมีภาวะแทรกซ้อน

คุณแอนโทนี่เสนอว่า ถ้าจะให้ไปสู่คุณภาพที่ปรารถนา เราต้องชักชวนผู้ร่วมงานของเรา คนในโรงพยาบาลทุกคนมาร่วมเดินในเส้นทางสู่คุณภาพ โดยการมอบความเป็นเจ้าของให้แก่ทุกๆ คน โดยเริ่มตั้งแต่ผู้อำนวยการสื่อสารกับทีมงานและเจ้าหน้าที่ เจาะจงเป็นรายบุคคล แบบจับเข้าคุยกันเลย

"ผมว่าสิ่งนี้เป็นสิ่งเยียมยอด ดีกับเรา ดีกับคนไข้ ถ้าพึ่งผมเองทำคนเดียวไม่สำเร็จ ผมต้องการให้ คุณช่วย โปรดมาช่วยกันนะอย่างวางเฉย"

คนที่มิถุนองทุกคนก็ต้องสื่อสารเช่นนี้กับลูกน้องของตน ถ้าพูดกันแบบจับเข้าคุยทีละคนจะเยียมมาก "หัวหน้าต้องแสดงความจริงใจออกมา โดยแสดงความมุ่งมั่น ทำออกมาให้เห็นเป็นตัวอย่างแล้วจะมีคนตาม" คุณแอนโทนี่กล่าว

เราต้องมอบคุณภาพให้คนจำนวนพันกว่าคนในโรงพยาบาลแห่งนี้ ให้แต่ละคนเป็นเจ้าของ แต่ละคนใส่ใจกับคำว่าคุณภาพในงานของตัวเอง เหมือนเราอบเมล็ดพันธุ์ให้คนแต่ละคน ไปปลูกลงตรงกลางใจให้หยั่งรากหยั่งต้น ผลิบ่า แผ่กิ่งก้านสาขาออกมา งอกงามมาจากภายใน ยั่งยืน และไปรยปรายเมล็ดพันธุ์ลงในใจของสมาชิกใหม่ๆ ของโรงพยาบาลแห่งนี้

"คุณภาพของการบริการขึ้นอยู่กับหน่วยเราอย่างมาก" ช่างจากหน่วยซ่อมบำรุงนี่อยู่ในขณะเดินมาทำงานที่หน่วย ระหว่างเดินสายตามองกราดหาสิ่งบกพร่องหรือความผิดปกติ ซึ่งหน่วยซ่อมบำรุง ถ้าพบ ถ้าเจอก็จะซ่อมแซมได้ก่อนที่เจ้าของพื้นที่จะทำรายงานเสนอซ่อมขึ้นมา เพราะช่างเห็นก่อน

"คุณภาพก็เป็นเรื่องของผมเช่นกัน" ผมรำพึงกับตัวเองก่อนจะเคาะแบ็นพิมพ์สุดท้าย เพื่อบันทึกลงแฟ้มและหวังไว้ว่าบันทึกฉบับนี้คงจะทำให้เมล็ดพันธุ์แห่งคุณภาพที่มีอยู่ในตัวเราแต่ละคนงอกงามขึ้นมา

ผมคงไม่ได้เพียงแค่ฝันไป

# ประสบการณ์การเป็นที่ปรึกษา

นายแพทย์ ปัญญา สอนคม

ที่ปรึกษาสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ผู้ที่เป็นที่ปรึกษาของ พรพ. ทุกคนล้วนเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ มีประสบการณ์ในวิชาชีพ จะต้องเอาโรงพยาบาลเป็นหลัก เน้นการพัฒนาตามแนวทางของ HA ถ้าไม่เริ่มต้นอย่างนี้ จะมีการใช้ประสบการณ์ของแต่ละคนมีอยู่ในเวลาที่มีอยู่น้อยนิด หน้าที่ของที่ปรึกษาคือกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาโดยใช้วิธีการ รูปแบบ เป้าหมายที่คงเส้นคงวาพอสมควร

ที่ปรึกษาควรให้ความสนใจและอ่านเอกสารต่างๆ ของ HA ได้แก่ มาตรฐาน แบบประเมินตนเอง คู่มือซึ่งจะช่วยให้เกิดความเข้าใจอย่างเป็นระบบ สิ่งเหล่านี้จะต้องทำความเข้าใจอย่างมาก การนำแนวคิดและหลักการจากการอบรมและเอกสารเหล่านี้ไปสู่การปฏิบัติ จะช่วยให้เกิดความคงเส้นคงวา ไม่หลากหลาย

ที่ปรึกษาคือใคร จะต้องเตือนสติตัวเองเสมอว่า ที่ปรึกษาคือเพื่อนจากภายนอกที่โรงพยาบาลเขาให้เกียรติ ให้ความไว้วางใจ ให้เรามาช่วยดูและให้ข้อชี้แนะในเรื่องคุณภาพ โดยหวังว่าเขาจะเห็นภาพต่างๆ ชัดเจนขึ้น ที่จริงโรงพยาบาลก็ทำของเขาอยู่ แต่อาจจะต่างคนต่างทำ ต่างคนต่างคิด ไม่เห็นภาพรวมชัดเจน ไม่เป็นระบบ ไม่มีประสิทธิผล ถ้ามีคนภายนอกที่เข้าใจระบบคุณภาพก็จะช่วยได้มาก เวลามีคนอื่นมา โรงพยาบาลจะมีการเตรียมการและการทำความเข้าใจที่ดีขึ้น มองอย่างลึกซึ้งขึ้น เป็นธรรมชาติ ถ้าที่ปรึกษาทำตัวให้เหมือนกับคนภายในยิ่งดีที่สุด เราต้องถือว่าเมื่อมีอยู่ที่นั่นก็เป็นคนภายใน รักสถาบันนี้ อยากรให้สถาบันนี้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

โดยลักษณะนี้ ที่ปรึกษาต้องสวมบทบาทเป็นผู้ประเมิน ประเมินว่าเรากำลังจะไปทำอะไร จะพบอะไร จะเตรียมการอย่างไร จะพูดอะไร จะให้เกิดผลลัพธ์อะไร จึงจะเป็นประโยชน์ที่สุด ที่ปรึกษาเป็นผู้ชี้แนะ ตั้งประเด็นให้เขาคิด ให้คำปรึกษา น้อยครั้งที่จะเป็นผู้สอนโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับล่างๆ อาจจะมีคำแนะนำซึ่งต้องเลือกกาลเทศะให้ดี

## เป้าหมายของการให้คำปรึกษา

ที่ปรึกษาควรที่จะมีหน้าที่และทักษะที่จะกระตุ้นหรือช่วยเหลือให้ทีมงานของโรงพยาบาลสามารถคิดได้ด้วยตนเอง เข้าใจประเด็นและเนื้อหาได้อย่างทะลุปรุโปร่ง ใช้ความคิดสร้างสรรค์ได้ ในเวลาเดียวกันที่ปรึกษาไม่ควรคิดว่าตัวเองเก่ง มีคำตอบที่ถูกต้อง

เวลาที่ท่านลงไปท่านจะรู้ว่าท่านไม่รู้อะไร เราเรียนรู้จากเขามาก ยิ่งไปในที่ที่คนมีศักยภาพสูง ยิ่งจะเห็นชัดมาก อย่าผลอตัวและไปให้คำตอบโดยตรง บางทีจะพลาดได้ ควรมีการกระตุ้นหรือช่วยให้ทีมแสดงความคิดเห็นออกมา เรามีหน้าที่ช่วยเหลือ กระตุ้น ให้เขาคิด ค้นหา ทำความเข้าใจ ซึ่งจะนำไปสู่การหาคำตอบ

การที่ใครต่อใครจะใช้ความคิดและเข้าใจเนื้อหาอย่างทะลุปรุโปร่ง จำเป็นต้องมีสมาธิในการสำรวจตรวจสอบ นำไปสู่การใช้ปัญญาในการพิจารณา ทำให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ นำไปสู่การสร้างระบบงานหรือปรับปรุงแก้ไขระบบงานให้ดีขึ้น

พุทธศาสนาสอนอย่างนี้ ตอนแรกสอนให้มีศีล ให้มีสมาธิก่อน แล้วก็เกิดปัญญา แทนที่จะลงเนื้อหา ของ HA เลย เราจะต้องเริ่มประเมินว่าจะมีตัวทวนสมารถอะไรอยู่บ้างที่ทำให้เขาหวาดหวั่นลังเล ในการไปให้

คำปรึกษาแก่ทีมนำของโรงพยาบาล พบว่าความหวาดหวั่นมากที่สุดคือ “กลัวเสียหน้า กลัวว่าจะไม่ได้รับความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ ไม่แน่ใจ ไม่มั่นใจ” ความคิดวอกวอยตรงนี้ เวลาฟังอะไรแทนที่จะสนใจกับเนื้อหา กลับกังวลอยู่ตรงนี้

สิ่งเหล่านี้เป็นตัวกวนสมาธิ เวลาเข้าไป เราจะสังเกตเห็นสิ่งเหล่านี้ได้จากท่าทางอึดอัดหรือนั่งนิ่งหมดทั้งๆ ที่เคยปราดเปรื่อง บางคนก็ตั้งใจ ต้องการให้สมบูรณ์แบบมาก กลัวว่าถ้าทำไม่ดีจะขายหน้า ต้องการให้ดีกว่านี้ ตัวกวนเหล่านี้ทำให้สมาธิเสียไป ไม่ concentrate ในเรื่องที่เรากำลังคุยกัน การใช้ปัญญาก็ไม่เกิดขึ้น สิ่งเหล่านี้เป็นเรื่องที่สำคัญที่ไม่ควรละเลย

## ทักษะในการให้คำปรึกษา

เมื่อฝึกทำมากๆ ก็จะรู้ว่าควรใช้ทักษะอะไร ระหว่างการให้คำตอบโดยตรง ไปจนถึงการกระตุ้นให้คิดหาคำตอบเอง

**การบอกให้ทำ** อาจจำเป็นต้องใช้ในระดับล่างๆ ขอให้ทำดูก่อน ทำไป คิดไป บางที่ต้องจับมือให้ทำเลย เมื่อสอนไปแล้วค่อยๆ ขยับไปที่ละขั้น ต่อไปจึงใช้การให้แนวทางไปคิดไปทำให้เหมาะสมกับหน่วยงานของตัวเอง ให้มองตรงนั้นตรงนี้ ไม่ต้องเป็นห่วงว่าทำแล้วจะเกิดอะไรขึ้น ขอให้รู้ว่าจะวัดอย่างไรว่าดีหรือไม่ดี

**การให้ลงมือทำโดยไม่ต้องกังวล** แล้วค่อยให้คำปรึกษา ติดตรงไหนบอก อาจจะบอกให้ไป explore ตรงไหน

**การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ** เอาสิ่งที่เขาทำอยู่แล้วมาพูดคุยกัน เวลาเข้าไปในโรงพยาบาลต่างๆ อย่าเอาแต่ของใหม่ให้เขา ขอให้คิดถึงทุนเดิมที่เขาทำมา ให้เขาเล่าให้ฟังว่าเคยทำอะไรมาบ้าง มาคิดว่าเราได้เรียนรู้อะไรจากสิ่งที่ทำมาบ้าง ค่อยๆ feed back อย่าไปสอนว่าเราเริ่มต้นกันใหม่ บางแห่งจะสังเกตว่าเขาต่อต้าน HA มาก ทั้งที่เป็นคนทำงานดี เป็นคนมีระบบ ให้เขาเล่าให้ฟัง แล้วค่อยๆ ทำความเข้าใจว่า HA ว่าอย่างนี้ คนเหล่านี้จะกลับมาทุ่มเทและเป็นกำลังสำคัญของ HA ได้มาก

**การตั้งคำถามเพื่อสะกิดให้นำไปคิด** เวลาที่ไปเราจะตั้งคำถามในประเด็นต่างๆ บางทีก็ตอบไม่ตรงประเด็นที่เราถาม เมื่อเราถามอีกคำถามหนึ่ง เขาก็จะนำไปคิด เราหวังแค่ให้เขามี awareness ให้นำไปคิด ส่วนจะเข้าทางหรือนำไปใช้ประโยชน์อย่างไร ไม่ต้องเป็นห่วง เขาคิดได้เอง

**การสรุปให้เข้าใจ** บางหน่วยงานจะตอบคำถามเป็น fragment มาก ไม่เป็นระบบ ต่างคนต่างคิดของตัวเอง เวลาที่เราให้ feed back หรือ exit ก่อนที่จะออกจากหน่วยงาน เราพยายามสรุปให้เป็นระบบแล้วเขาจะเข้าใจขึ้นมาก ให้เขาเห็นภารกิจหลักของตัวเอง เห็นภาพว่าทำอะไรไปแล้ว ยังมีปัญหาเหลืออยู่

บางคนบางหน่วยมักจะติดในคำศัพท์ เกิดความเข้าใจที่แตกต่างกัน เราต้องดูว่าเขาเข้าใจอย่างไร คนอื่นเข้าใจตรงกับเขาหรือไม่ บางทีเราต้องอธิบายหรือปรับคำให้เกิดความเข้าใจ

ทักษะในการฟังเพื่อความเข้าใจมีความสำคัญ เราฟังแล้วต้องประเมินตัวกวนสมาธิ ประเมินความเข้าใจ ความก้าวหน้า เราต้องฟังให้เข้าใจ ภาษาคุณภาพมักจะบอกว่าต้องใช้ active listening คอยซักคอยถามเพื่อสะกดสมาธิของเราไม่ให้เบ่ และให้เขาตื่นอยู่ตลอดเวลา การใช้สายตาสำคัญมาก โดยเฉพาะภาษากายของเขาว่าอึดอัด หรือไม่เข้าใจ อย่าผ่านเลยไป ไม่อย่างนั้นสิ่งที่ท่านทำมาจะไม่มีประโยชน์อะไรมาก

ทั้งหมดนี้เป็นเรื่องที่น่ามาเล่าให้ฟัง แต่ท่านจะคุ้นเคยมากขึ้นเมื่อลงไปปฏิบัติ ไม่มีกฎตายตัว

## ขั้นตอนของการให้คำปรึกษา

ในการให้คำปรึกษาเราต้องยึดลูกค้าของเราคือโรงพยาบาลเป็นหลัก ต้องสำรวจวิเคราะห์ให้ได้ว่าโรงพยาบาลต้องการอะไร อาจจะขอให้โรงพยาบาลส่ง hospital profile ให้ดูเพื่อให้เราคู่กันคุยกับ โรงพยาบาล อาจจะให้โรงพยาบาลทำแบบประเมินตนเองมาให้ดู

โรงพยาบาลมักจะไม่สามารถบอกความต้องการได้อย่างเป็นระบบ แต่ใช้ความรู้สึกที่เขาสัมผัส อยากรู้อะไรให้สอนหลายๆ ที่ปรึกษาจะต้องวางแผนว่าโรงพยาบาลระดับนี้ควรจะไปที่ครั้ง ครั้งแรกจะพบกับใคร ควรจะให้รู้เรื่องอะไร ให้คิดเรื่องอะไร ส่วนใหญ่จะถือเอาที่มำนำเป็นหลัก เพราะจะมีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นและผลักดันให้ตรงทาง ขอให้ที่มำนำจับแก่นและหัวใจของ HA ให้ได้ และให้คิดว่าที่มำนำไปทำอะไรต่อ

จากแบบประเมินตนเองที่โรงพยาบาลส่งมาให้ เราพอจะรู้ว่าเขียนโดยคนเพียงคนเดียวหรือเขียนโดยคนที่ไม่ได้ทำ เขียนโดยเข้าใจคำถามหรือไม่

ไม่ต้องไปกังวล เวลาอ่านเราจะเข้าใจ หากกลับไปทบทวนกับเป้าหมายที่เราต้องการว่าต้องการให้รู้ อะไร จะกำหนดทางเลือกและวิธีการอย่างไร

การจัดเวทีเสวนาเป็นกิจกรรมที่ได้ประโยชน์มาก โรงพยาบาลมักจะนึกว่าเราเป็นวิทยากร จัดเวทีในห้องประชุมใหญ่เชิญคนมาประชุม 400 คน ทั้งผู้ประสานงานและผู้อำนวยการบอกว่าทุกคนอยากมาฟัง เราอยากจะทำในลักษณะที่ใกล้ชิด มีโอกาสโต้ตอบกัน บอกเขาว่า “เรามาร่วมเวทีเสวนากัน ที่มำนำจะกล้าตอบไหมละถ้าผู้ปฏิบัติงานมาร่วมด้วย” ก็จะมาจัดเวทีใหม่ การจับประเด็นเสวนา เราจะกำหนดประเด็น ให้เขาอธิบายสิ่งที่เขาสัมผัส ทั้งหลายทั้งปวงนี่คือแนวทางที่ใช้อยู่เสมอ

## ตัวอย่างจากประสบการณ์

เราต้องตั้งใจว่าจะมากระตุ้นให้เขาคิด ให้มองเห็นภาพ เข้าใจเนื้อหา เข้าใจประเด็นให้ทะลุปรุโปร่ง โดยตั้งประเด็นให้มาพูด คิด ทำความเข้าใจ และวางให้เชื่อมโยงกันเพื่อนำไปสู่ความเข้าใจระบบทั้งหมด

ในการคุยกับที่มำนำของโรงพยาบาล ถ้าเราอยากให้เรารู้เรื่องหัวใจของคุณภาพเรื่องวัฒนธรรมองค์กร จะตั้งประเด็นว่า “ก่อนที่จะเริ่มทำอะไร ขอให้มาทำความเข้าใจร่วมกันว่าโรงพยาบาลคุณภาพเป็นอย่างไร จะมองตรงไหนจึงจะบอกว่าเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ มีวัฒนธรรมในการทำงานอย่างไร” แล้วให้แต่ละคนออกความเห็น ถ้ายังจับประเด็นไม่ถูก เราก็ต้องกลับมาถามว่า “มีการให้คำจำกัดความร่วมกันหรือไม่ว่าคุณภาพคืออะไร” ซึ่งมักจะตอบได้ แล้วก็มีคนคิดออกว่าถ้าจะดูว่าโรงพยาบาลนั้นมีคุณภาพหรือไม่ จะต้องมีการสำรวจความต้องการของผู้รับผลงาน มีการตอบสนอง ถ้าจะให้เข้าใจมากขึ้นก็จะเชื่อมโยงต่อไปว่า “รพ.นี้สำรวจความต้องการของผู้ป่วยและผู้รับผลงานอย่างไร” 90% จะตอบว่ามีแบบสอบถาม ถามว่า “ได้คำตอบว่าอะไรบ้าง คำตอบนั้นตรงกับความต้องการของผู้ป่วยที่เรามองเห็นหรือไม่ เห็นภาพชัดหรือไม่” ในผู้ป่วยแต่ละรายนั้น การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างเรากับญาติเป็นสิ่งสำคัญยิ่งกว่าอะไรทั้งหมด ถ้าที่มำนำไม่เน้นตรงจุดนี้ให้เห็นความสำคัญในการปฏิบัติงานประจำวัน โอกาสที่จะมีคุณภาพย่อมน้อย

“OP voice IP voice ประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยแต่ละกลุ่มหรือไม่ กลุ่มผู้ป่วยศัลยกรรมและจิตเวชมีความต้องการเหมือนกันหรือไม่” ก็จะได้คำตอบว่าความต้องการของแต่ละกลุ่มไม่เหมือนกัน แล้วจะทำอย่างไร เขาก็นึกออกว่ากลุ่มเหล่านี้เขาทำ focus group ได้

เมื่อมีการวิเคราะห์กระบวนการหลัก จะได้ความเสี่ยงและโอกาสพัฒนาต่างๆ สิ่งที่ต้องเอามาเป็น priority แรก คือสิ่งที่เราตอบสนองได้มากที่สุด มีความเสี่ยงมากที่สุด เราจะอภิปรายกันเพื่อความเข้าใจว่า



“การวิเคราะห์กระบวนการหลักว่ามีโอกาสพัฒนาอย่างนั้น สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยที่สำรวจไว้หรือไม่ ความเสี่ยงได้นำมาดำเนินการอย่างไร ครอบคลุมพอหรือยัง”

ในการพัฒนานั้น หัวใจอีกเรื่องหนึ่งคือการทบทวนตนเองเพื่อจะพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เราอยากเห็นผู้ใช้คู่มือเป็นผู้ประเมินแล้วรวบรวมไว้ อาจประเมินกันเวลาส่งเวร หรือเวลาทำ pre post conference

ทั้งหมดนี้เป็นตัวอย่างของการกำหนดประเด็นเพื่อนำไปสู่ความเข้าใจอย่างทะลุปรุโปร่ง กระตุ้นให้คิดเองตอบเอง

## ปัญหาที่พบ

### 1. ปัญหาเรื่องผู้นำ

ปัญหาว่าเจ้าหน้าที่อยากทำแต่ผู้นำยังไม่ชัดเจน เป็นสถานการณ์ที่พบอยู่เสมอ จะว่าผู้อำนวยการปฏิบัติก็ไม่เชิง กลัวๆ กล้าๆ เวลาไป ยากเหลือเกินที่จะมีโอกาสไปคุยกับทีมมาได้ วิธีการคือให้ไปพบกับ PCT ก็ได้ ไปหน่วยงานก็ได้ ดูว่าทำอะไร จะฟังตลอดเวลาว่าเขาได้ทำอะไรบ้าง ยกย่องสิ่งที่เขาได้ทำ สิ่งที่เขาแสดงออกคือความกังวล เนื่องจากทำแล้วติดไปหมด

สิ่งที่ทำคือขอทานข่าวกับผู้อำนวยการ เล่าความสำเร็จของโรงพยาบาลบางแห่งให้ฟัง ที่ว่าเป็นโรงพยาบาลใหญ่ เขายังทำได้ สถานการณ์ภายนอกที่ทุกคนเขาทำแล้วจะผลักดันให้ทำ ผู้อำนวยการถามว่าอาจารย์จะแนะนำอย่างไร เรบอกว่าครั้งหน้าขอคุยกับทีมนำทั้งหมด จะขจัดตัวกวนสมาธิให้ แท้จริงแล้วการทำ HA คือการจัดระบบงานให้ดีขึ้น ไม่ใช่ไปทำโครงการอะไรมากมาย ทำงานประจำให้ดีขึ้น สิ่งที่ทำมานั้นไม่ใช่เป็นงานเพิ่ม อธิบายว่าเวลาเรามาคู เราดูอย่างไร

จะมีคำถามว่าถ้าแพทย์ไม่ร่วมมือจะอย่างไร ผมบอกว่าไม่ต้องห่วง แพทย์ทุกคนตั้งใจทำงาน ขอให้มีโอกาสคุยกับกลุ่มแพทย์หรือองค์กรแพทย์ เราไปทำความเข้าใจว่าองค์กรแพทย์คือใคร ไม่ใช่แค่กรรมการ แต่เป็นแพทย์ทุกคน ภารกิจหลักคือการดูแลมาตรฐานและจริยธรรมเพื่อให้เราทำงานอย่างมีศักดิ์ศรี พวกนี้มีส่วนปัญหา ไม่ต้องห่วง เวลาอธิบาย เขาจะมองเห็นเอง

### 2. ปัญหาความเข้าใจ

ที่ปรึกษาจะต้องศึกษาทำความเข้าใจแนวคิดให้ตรงกัน เราเป็นตัวแทนของ พรพ. ที่จะนำแนวคิดนี้ไปสู่การปฏิบัติ ถ้าคิดว่าไม่เหมาะสม จะต้อง feed back เข้ามา ปรับให้เข้าใจตรงกัน

ที่ปรึกษาจะบอกถึงแค่นั้น อยู่ที่ทักษะของที่ปรึกษา ต้องใช้สายตา ต้องใช้หูฟัง ดูว่าเขาจะไปต่อไหวหรือไม่ อย่าใจร้อน

ตัวอย่างเรื่องพันธกิจ วิสัยทัศน์ แผนยุทธศาสตร์ เข็มมุ่ง แผนปฏิบัติการ สิ่งที่คุณเยี่ยมสำรวจเน้นคือ “คุณเขียนมาแล้วนำไปใช้ประโยชน์อย่างไร” ถ้าเขียนวิสัยทัศน์ว่า “สู่ความเป็นเลิศทางวิชาการ บริการ” คำว่าความเป็นเลิศนั้นวัดอย่างไร ใช้มิติอะไรวัด ถ้าเราพัฒนาคุณภาพแล้วครอบคลุมความเสี่ยงทั้งหมด เอาตัวรอดได้ ถ้าทำไปถึงอีกระดับหนึ่งมีการประกันคุณภาพ มีระบบในการทบทวนตนเอง แก่ไขอยู่เสมอ ประกันได้ว่าถ้าทำตามนี้แล้วจะได้คุณภาพ ถ้ามีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีความรู้ใหม่ๆ เหตุการณ์ใหม่ๆ ความก้าวหน้าทางวิชาการ อย่างนี้เรียกว่าสู่ความเป็นเลิศ

อะไรคือความเสี่ยง อะไรคือประกันคุณภาพ อะไรคือสู่ความเป็นเลิศ เขาพอคิดได้

### 3. ปัญหาการนำ CQI เข้าไปในงานประจำ

โรงพยาบาลอาจจะบ่นว่า เขาทุ่มเทามาก ใช้เวลามากหลายปี แต่ยังไม่รู้สักทีว่าไปไม่ถึงไหน ที่ปรึกษาพบว่า ทีมงานไม่ได้มองว่าการพัฒนาคุณภาพคือการทำงานประจำให้ดีขึ้น เราต้องตั้งประเด็นให้มองเห็นภาพการนำ HA ลงสู่งานประจำในทุกระดับ เช่น พบว่าทุกหน่วยงานมีโครงการ CQI 1-2 เรื่อง แต่ไม่เคยเอาไปใช้ปรับปรุงงานประจำ เราถามว่า “เวลาส่งเวรทำอะไร” เขาบอกว่ามี pre post conference ถามว่า “เอาเรื่องอะไรมาคุย” ถ้าไม่ได้นำ CQI มาใช้ในการปฏิบัติงานประจำวันจะไม่เกิดประโยชน์

บางแห่งมีการพัฒนาคุณภาพทางคลินิกอยู่แล้ว เช่น จะลดอัตราการติดเชื้อของแผลผ่าตัด เมื่อตั้งเป้าหมายแล้วก็เขียน flow chart กำหนดข้อควรระวัง เมื่อเฝ้าระวังไปเขาก็รู้ว่าตัวเลขที่บอกมาไม่ได้ครอบคลุมผู้ป่วยที่เกิดอาการที่บ้าน จากการเก็บข้อมูลเขาได้เรียนรู้ว่าถ้าเน้นที่การล้างมืออย่างเดียว จะลดได้เท่าไร ไม่ต้องเก็บข้อมูลมาก การเขียน flow chart และนำเสนอข้อมูลง่ายๆ ทำให้ทุกคนรู้ว่าควรระวังตรงไหน

#### 4. ปัญหาโครงสร้างองค์กร

สิ่งที่เราดูอย่างหนึ่งคือโครงสร้างองค์กรเพื่อพัฒนาคุณภาพ เขาเข้าใจหรือเปล่าว่าหลักการแท้จริงคืออะไร เรื่อง vertical alignment และ horizontal integration คืออะไร

ถ้าเป็นโรงพยาบาลเล็ก เขามีกรรมการอะไรบ้าง ประชุมกันอย่างไร มีบันทึกหรือไม่ นำบันทึกไปใช้อย่างไร โรงพยาบาลเล็กไม่จำเป็นต้องมีกรรมการมากชุด

บางโรงพยาบาลบอกว่ามีแพทย์สองคน องค์กรแพทย์จะทำอย่างไร ก็ถามว่า “หน้าที่ขององค์กรแพทย์ จะทำอะไรให้ปฏิบัติหน้าที่ได้ อาจจะช่วยกันตอนกินข้าวก็ได้” เขาบอกว่าแล้วต้องเขียนธรรมนูญใหม่ บอกว่า “อย่าไปกังวลเรื่องนั้น แต่เราควรบันทึกไว้ว่าเพื่อให้สอดคล้องกับจริยธรรมวิชาชีพ เราจะมีหลักเกณฑ์และแนวทางปฏิบัติในการทำงานอย่างไร”

### การเรียนรู้ของที่ปรึกษา

เราควรมานั่งคุยกันและสรุปว่าเราได้เรียนรู้อะไรจากการมาเยี่ยมครั้งนี้ ให้คำปรึกษาแล้วต้องสรุปให้เสร็จ ถ้าจะทำงานให้สมบูรณ์ก็ต้องอย่างนี้ ไม่อย่างนั้นเราจะไม่ได้เรียนรู้ ถ้าไม่กำหนดเป้าหมาย ไม่วางแผน ไม่เรียนรู้ ไม่เท่าไรท่านก็เบื่อ ความจำเป็นจะเรียกร้องให้ท่านต้องทำอย่างนี้ แล้วท่านจะรู้สึกสนุก

## การให้คำปรึกษาทางด้านคลินิก

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ อภิชาติ ศิวะยาร

รองคณบดีฝ่ายพัฒนาคุณภาพ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

สิ่งที่ควรทำความเข้าใจในเรื่องคุณภาพก็คือโรงพยาบาลต้องเป็นผู้ลงมือกระทำด้วยตนเองทั้งหมด และจะต้องมองจากผลมาหาเหตุ ปัญหาคือผู้เกี่ยวข้องนี้ไม่ออกว่าสุดท้ายจะเป็นอย่างไร จะไปสุดที่ไหน มองแต่ว่าจะต้องทำอะไร การมีเป้าหมายในใจเป็นสิ่งสำคัญ ผู้ดำเนินการต้องมีภาพตรึงนี้อย่างชัดเจน หนังสือ Roadmap to HA จะช่วยนำทางตรงนี้ได้มาก

HA เป็น TQM ของระบบโรงพยาบาล ออกแบบให้จำเพาะกับโรงพยาบาล มีมาตรฐานที่ช่วยเน้นให้โรงพยาบาลมีคุณภาพ เวลาที่เราให้คำปรึกษาทางคลินิก จะมีช่วงเวลาที่เราไปพบ PCT บ่อยครั้งที่เราพบว่า PCT ไม่เห็นภาพรวม ทีมจะรู้เนื้อหาวิชาการของตัวเองดี แต่ความรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพแตกต่างกัน สะท้อนให้เห็นสมรรถภาพของทีมประสานงาน องค์ความรู้เรื่องการพัฒนาคุณภาพเป็นส่วนสำคัญที่จะกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมทางคลินิก ที่ปรึกษาจะต้องตรวจสอบทิศทางและองค์ความรู้ตรงนี้ก่อน ถ้าพบบทบาท PCT โดยไม่เชื่อมโยงกับภาพใหญ่ เขาก็จะหมุนไปเรื่อยโดยไม่สอดคล้องกับโรงพยาบาล HA ต้องเชื่อมโยงกันทั้งโรงพยาบาล แต่ละทีมเป็นส่วนหนึ่งของโรงพยาบาล จะต้องตรวจสอบว่าทีมงานพัฒนาไปตามเข็มมุ่งของโรงพยาบาลหรือไม่ ไม่อย่างนั้นจะลงไปในรายละเอียดเรื่อยๆ โดยไม่มีเป้าหมาย แล้วค่อยไปประเมินในเรื่อง CQI ว่าจุดเริ่มของโอกาสพัฒนามาจากไหน มีข้อมูลอะไร มีระบบในการ feed back และเอาปัญหาามาแก้ไข ต่อเนื่องอย่างไร เกิดผลกระทบอย่างไร

เวลาพูดเรื่องมาตรฐาน HA บางคนจะรู้สึกว่ายาก มีรายละเอียดมาก ที่จริงแล้วมี key word คำเดียวคือทั้งหมดที่ทำนี่เพื่อให้ได้ patient care ที่ดี มีคุณภาพ ผลลัพธ์สุดท้ายอยู่ที่การดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพมากขึ้น นั่นคือธุรกิจหลักของโรงพยาบาล ในส่วนของมาตรฐานฉบับบูรณาการ 20 บท สามหมวดหลังเป็นเรื่องเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยทั้งสิ้น หมวดที่หนึ่งและสองเป็นเรื่องของโครงสร้างองค์กร ทรัพยากร หมวดที่สามเป็นองค์ความรู้ที่จะทำให้โครงสร้างพื้นฐานสามารถขับเคลื่อนนำทรัพยากรที่มีอยู่มาให้การดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ ทั้งหมดที่ทำได้ต้องมาปรากฏที่ patient care มาส่งผลที่ ward ที่ OPD ที่ผู้ป่วยแต่ละคน

จะต้องเน้นย้ำแนวคิดนี้กันให้มาก โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีความรู้สึกที่ตรงมาพัฒนาคุณภาพเพราะเป็นนโยบายโรงพยาบาล ส่งทีมไปศึกษารูปแบบ กลับมาถามว่า PCT ทำอะไร ได้คำตอบมาตรฐานว่า PCT ต้องทำ CPG พบว่ามีความคิดอย่างนี้ค่อนข้างมาก ซึ่งไม่ใช่ความคิดที่ถูกต้อง ที่ถูกคือ PCT ต้องทำให้ patient care ดี



โครงสร้างนี้เป็นโครงสร้างที่ดีมาก จะเห็นบทบาทในทุกระดับ สิ่งใดก็ตามที่เราทำจะต้องมาเกิดที่หน่วยข้างล่าง อาจจะเป็น ward OPD OR เป็นจุดที่คนไข้อยู่ ถ้าเป็นโรงพยาบาลใหญ่ มีโครงสร้างซับซ้อน สิ่งที่จะสนับสนุนให้เกิดตรงนั้นคือทีมคร่อมสายงานต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง Clinical Lead Team หรือ Patient Care Team (PCT)

เวลาทำ HA หลายคนคิดว่าโรงพยาบาลต้องการปรับปรุงบริการ ตอนเริ่มทำใหม่ๆ มักจะไปปรับปรุงเรื่องเวลารอคอย สำหรับโรงพยาบาลรัฐ เรื่องนี้นำมาซึ่งเสียงบ่นว่าทำให้ปริมาณงานเพิ่มขึ้นทั้งที่เรารับไม่ไหวที่จริงจุดเน้นของ PCT อยู่ที่คุณภาพทางคลินิก เป็นส่วนที่แพทย์พยาบาลรับผิดชอบ ควรจะดูว่าผลการรักษาเป็นอย่างไร ข้อแทรกซ้อน ข้อผิดพลาดในการรักษาพยาบาลลดลงหรือไม่ ไม่ควรให้แพทย์มาเสียเวลากับเรื่องการปรับปรุงระบบบริการทั่วไป

ในการศึกษามาตรฐาน PCT ต้องให้ความสำคัญกับหมวดที่ 6 การดูแลผู้ป่วยซึ่งเขียนไว้ชัดเจนแล้ว บทที่ 9 คุณภาพด้านคลินิกบริการก็เป็นหน้าที่สำคัญของ PCT เช่นกัน เพราะตรงนั้นคือเรื่องของ Evidence-based Medicine เรื่องระบบยามักจะหลุดเพราะปรากฏไม่ค่อยชัดในมาตรฐาน ถ้าที่ปรึกษาเข้าไปควรเช็คดูว่าระบบยาเป็นอย่างไร การสั่งยาเป็นอย่างไร

เรื่องสิทธิผู้ป่วยถ้าให้ PCT ดำเนินการเป็นอิสระ จะแตกต่างกันไป โรงพยาบาลควรมีนโยบายที่ชัดเจนว่าเจ้าหน้าที่ควรรู้และตระหนักในเรื่องอะไรบ้าง เจ้าหน้าที่ต้องทำอะไรบ้างเมื่อผู้ป่วยมาถึง ควรให้ข้อมูลอะไรบ้าง เป็นแนวทางให้ PCT นำนโยบายไปปฏิบัติ ถ้าโรงพยาบาลไม่มีนโยบายดังกล่าว PCT ต้องเรียกร้องให้มีการจัดทำขึ้น

มาตรฐานวิชาชีพพยาบาลไม่ค่อยมีปัญหาเพราะมีสภาการพยาบาลและฝ่ายการพยาบาลดูแลอยู่ ส่วนแพทย์ยังไม่ค่อยมีกระบวนการ เจ็บเป็นต้องกำหนดให้มือฉกรแพทย์มาดูแลและให้ PCT มาเชื่อมโยง

## การให้คำปรึกษาทางคลินิก

### 1. รู้จักทีมที่ให้คำปรึกษา

ถ้าเราสามารถประเมินได้ว่าทีมมีคุณภาพเพียงใด ก็จะทำงานง่ายขึ้น เขาจะรู้ว่าลูกค้าคือใคร เขามีหน้าที่อะไร กำลังทำอะไร จะไปที่ไหน เขาก็จะไปดูที่เนื้องาน และวิจารณ์ให้คมว่าตัวชี้วัดนี้เหมาะหรือไม่ ถ้าทีมยังไม่มีคุณภาพพอ ยังไม่มีความเข้าใจ ปัญหาที่จะไปดูในเรื่อง CPG ตัวชี้วัด เพราะเริ่มต้นยังไม่แข็งแรง ต้องเสริมเรื่องความรู้เรื่องคุณภาพให้มากๆ ให้มองเห็นการเชื่อมโยงและภาพรวม

โดยทั่วไปแล้วพบว่าจะมีการตั้ง PCT อย่างเร่งรีบ ที่ปรึกษาต้องศึกษาว่าเขากำลังทำอะไรอยู่ แนวทางต่างๆ คือเมื่อเราเข้าไปพบทีม เราต้องทำความเข้าใจกับธรรมชาติของทีมว่า ทีมนี้เป็นทีมอะไร ดูแลผู้ป่วยกลุ่มไหน โครงสร้างของทีมเป็นอย่างไร เกิดมาได้อย่างไร ทำงานมาด้วยกันนานแค่ไหน ประชุมกันอย่างไร สื่อสารกันอย่างไร ความภูมิใจหรือสิ่งที่ปฏิบัติกับผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอะไรบ้าง ในเรื่องคุณภาพของทีมมีสองส่วน คือ

- 1) คุณภาพเดิมที่มีอยู่ สิ่งที่เป็นจุดเด่น

2) ของใหม่ ที่เกิดจากการทำงานเป็นทีมและมองปัญหาอย่างเป็นระบบ

หลายทีมเมื่อทำงานไปถึงระดับหนึ่ง มีงานมาเสนอให้เราเรียนรู้มากมาย แต่ถ้าดูดีๆ เป็นของที่มีอยู่ในโครงสร้างเดิมทั้งนั้น ของใหม่ยังไม่ค่อยมี เราเข้าไปแล้วมีความรู้สึกว่าเขาทำอะไรไว้มาก มีสิ่งดีๆ เยอะมาก ตรงนี้ไม่ได้มาด้วยกระบวนการคุณภาพ แต่มาด้วยความเก่งของวิชาชีพ ดีโดยเนื้อหาวิชา แต่ยังมีปัญหาที่ลึกลงไปอีกมากที่ทีมงานต้องเจาะ ถ้าทำงานเป็นทีม มองปัญหาเป็นระบบ จะไปได้ไกลมาก

สิ่งที่จะดูประกอบคือโครงสร้างของทีมเหมาะสมหรือไม่ เช่น ถ้าใน PCT มีแพทย์ 10 ท่าน มีพยาบาล 2 ท่าน โครงสร้างอย่างนี้ แพทย์ยัง dominate และเป็นผู้สั่ง ทีมยังไม่ mature บางทีมีงานเยอะ เพราะมี specialist เยอะ แต่ความเป็นทีมยังไม่เกิด ต้องอย่าไปหลงประเด็น ต้องย้อนกลับไปให้ความรู้เรื่องคุณภาพ

ในอดีต เมื่อคนไข้เข้ามาที่หน่วยบริการ การดูแลจะเกิดโดยแพทย์ ภาควิชาเป็นเจ้าของแพทย์และเจ้าของเตียง คนที่อยู่ในจุดนั้นเป็นพยาบาลซึ่งขึ้นกับฝ่ายการพยาบาล โครงสร้างของทีมอย่างนี้เป็นโครงสร้างตามการบริหาร ถ้าไม่มีความพยายามที่จะสื่อสารเพื่อการแก้ปัญหา ก็ยังไม่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพ

PCT เป็น functional team ไม่ได้ไปล้มล้างโครงสร้างการบริหาร เมื่อทีมมาหาข้อตกลงร่วมกันแล้ว ใครสังกัดที่ไหนก็ไปแจ้งให้ต้นสังกัดของตนทราบ

## 2. สังเกตกระบวนการทำงานและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

ทีมงานต้องดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มต้นจนจบ หลายครั้งจะพบว่าการพัฒนาคุณภาพจะเกิดเป็นหย่อมๆ ในแต่ละจุดมีทีมย่อยๆ แต่เมื่อเอามาเชื่อมจะพบว่าไปคนละทางแม้จะอยู่ภายใต้ทีมใหญ่ทีมเดียวกัน ไม่ได้นำเอาหน่วยงานที่ควรมีส่วนเกี่ยวข้องมาสร้างระบบการดูแลที่ต่อเชื่อมกัน เช่น ปัญหา GI bleeding, โรคเบาหวาน, โรคความดันสูง

PCT ใหญ่ควรสามารถให้ทิศทางต่อ PCT เล็กได้ เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกัน สิ่งเหล่านี้ทีมงานมักจะมองไม่เห็นประเด็น ทำกันคนละเรื่องแยกจากกัน ในโรงพยาบาลใหญ่ ควรจะมีทีมที่จะดูแลคนไข้กลุ่มอาการที่สำคัญ

ในกระบวนการทำงานที่จะพัฒนานั้นเราถามว่าคุณเอาประเด็นที่จะพัฒนามาจากไหน สิ่งที่จะเป็นประโยชน์ในแง่ความคิดคือความเสี่ยงทางคลินิก ซึ่งคนนึกไม่ออก ส่วนมากมักจะเป็นความเสี่ยงที่กำหนดโดยฝ่ายการพยาบาล เช่น ลื่นล้ม ตกเตียง ถ้าถามแพทย์มักจะไม่ออก

ถ้า PCT ไม่สามารถมองว่าความเสี่ยงของเขาคืออะไร ประเด็นที่จะหยิบมาพัฒนามองไม่เห็น คนไข้คุณจะได้ขึ้นได้อย่างไร ทั้งหมดที่คุณทำต้องตอบให้ได้ว่าจะทำให้คนไข้ของคุณดีขึ้นได้อย่างไร จะใช้ตัวชี้วัดอะไร บอกผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วย ในโรงพยาบาลใหญ่ๆ ลักษณะคงจะเป็น program base เช่น หน่วย stroke พวกนี้จะดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ต้น, โปรแกรมดูแล acute MI ตั้งแต่ต้นจนจบถึง rehab, หน่วยไตจะมีลักษณะชัดเจนว่าแพทย์พยาบาลทำงานกันอย่างใกล้ชิด

พอเข้ามาในหอผู้ป่วยมีความหลากหลายมาก แพทย์ก็นึกไม่ออกว่าจะทำอะไร น่าจะมีการหยิบประเด็นสำคัญขึ้นมาพัฒนา ประเด็นอะไร ก็ต้องย้อนกลับไปปัญหาทางคลินิก ถ้าเขามีตัวเลขอยู่ก็ควรนำมาทบทวนก่อนที่จะเริ่มทำอะไร ไม่ใช่บอกว่าสร้าง CPG 3 เรื่อง ทำไมต้องสร้าง ถ้าตอบว่า “เพราะมีปัญหามากมีความเสี่ยง มีผลแทรกซ้อน” คำตอบนี้ใช้ได้ แต่ถ้าตอบว่า “เพราะแบ่งโควต่ากันมา คุยกันแล้วว่าเรื่องนี้เจอบ่อย” ถามว่าเจอบ่อยแล้วเป็นปัญหาหรือไม่ สิ่งที่เป็นปัญหายังเป็นปัญหาอยู่ เกิดรูปแบบ CPG สำหรับโรคที่ไม่เป็นปัญหา เป็นการเสียเวลา

จุดที่จะดูความเสี่ยงทางคลินิก ได้แก่

- คำร้องเรียนเกี่ยวกับการดูแลรักษา โดยทั่วไปจะไม่ได้ความเสี่ยงทางคลินิกมากนัก
- รายงานอุบัติเหตุ โดยเฉพาะจากหอผู้ป่วย ในช่วงต้นที่ระบบยังไม่เข้มแข็งอาจจะยังเชื่อถือไม่ได้
- การทบทวนทางคลินิกน่าจะเป็นวิธีการที่ดี แต่ก็ต้องอาศัยวัฒนธรรมมาก อยู่ๆ จะเอา case มา นั่งคุยกันและให้ยอมรับก็เป็นไปได้ยาก ในโรงเรียนแพทย์มักจะเป็นไปเพื่อการเรียนการสอน ความผิดพลาดเหล่านั้นไม่เคยรวบรวมเพื่อนำมาแก้ไข ปัญหาเหล่านี้ก็เกิดอีก แพทย์ประจำบ้าน รุ่นใหม่ก็เกิดอีก
- การทบทวนเวชระเบียน
- เข็มมุ่งของโรงพยาบาล

### 3. แลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนา

ถ้าวิเคราะห์ได้ว่าทีมมีจุดแข็งจุดอ่อนตรงไหน ก็สามารถ feed back ให้ตรงประเด็นได้ สิ่งที่เขากำลังทำอยู่มีการวัดผลหรือไม่ กำหนดตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับงานที่กำลังทำหรือไม่ เป็นตัว feed back และส่งเสริมให้เกิด PDCA

บางครั้งเราเข้าไปแล้วพบว่าทีมภูมิใจมากที่มี CareMap ทำมาหกเดือนแล้วยังไม่ได้นำลงสู่การปฏิบัติ เขาไม่ได้มองว่าสิ่งที่ทำจะเป็นการแก้ปัญหาของเขา เป็นการทำการบ้านเพราะผู้เยี่ยมสำรวจจะมา ถ้าคิดว่าจะทำให้คนไข้ของเขาดีขึ้น เขาต้องรีบทำ แล้วค่อยๆ ปรับปรุงไป เน้นการนำไปใช้ เน้นการวัดผลประเมินผล

### 4. ส่งเสริมให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เน้นการให้ทีมมีส่วนร่วม

ทีมต้องหาวิธีว่าทำอย่างไรให้มีแพทย์มาร่วม ทีมนี้เป็นทีมสหวิชาชีพ การที่แพทย์เป็นผู้นำในทีมจะช่วยให้ศักยภาพของทีมออกมาได้มาก ส่งเสริมให้วิชาชีพต่างๆ มีบทบาท แต่แพทย์ต้องไม่เป็นเผด็จการทางความคิด

ถ้าแพทย์ยังลอยตัวหรือมีส่วนร่วมน้อย ก็ป่วยการที่จะไปเยี่ยมสำรวจ

เหตุผลที่แพทย์ไม่เข้าร่วมอาจจะเกิดจาก

- 1) เข้าใจว่า HA เป็นการเพิ่มคุณภาพเรื่องบริการ แพทย์ไม่สบายใจเพราะไม่อยากให้คนไข้มากขึ้น
- 2) แพทย์มีพันธกิจหลายด้าน เป็นผู้นำในหลายๆ ด้าน รวมทั้งเรื่องส่วนตัว แย่งเวลา
- 3) คิดว่าเป็นเรื่องของการประชุมและการทำเอกสาร ต้องชี้ให้เห็นว่าเป็นการทำให้การดูแลผู้ป่วยดีขึ้น

เอกสารเป็นสิ่งประกอบ ทำเท่าที่จำเป็น

- 4) แพทย์เห็นว่าแนวทางรักษาไม่สามารถเขียนเป็นมาตรฐานตายตัว

แพทย์มีความสำคัญต่อการพัฒนา HA เพราะ แพทย์มีบทบาทสูงในการรักษาผู้ป่วย การพัฒนาจะเป็นไปได้ถ้าแพทย์ไม่ให้ความสนใจและร่วมมือ

การปรับทัศนคติของแพทย์ทำได้ยากเพราะแพทย์มีความเชื่อมั่นในตนเองสูง การให้ความรู้โดยการฝึกอบรมก็ได้ผลน้อย วิธีการที่ได้ผลกว่าคือทำให้เห็นประโยชน์ของการพัฒนาโดยมีข้อมูลสนับสนุน อาจจะใช้การสัมมนาเป็นกลยุทธ์สำคัญ เชิญทีมที่ทำดีแล้วมานำเสนอ เขาอาจจะเข้ามาฟังโดยไม่สนใจ ตอนนั้นมาฟังเพื่อนร่วมงานของเขานำเสนอผลงานใน setting การทำงานที่บีบคั้นเหมือนกัน ทำไมออกมาดี คนไข้ก็ดีขึ้น เราเห็นแก่ตัวหรือเปล่า ทำไมเรานั่งเฉยๆ แล้วยังไปด่าเขาอีก

ในฐานะที่เราจะเป็นที่ปรึกษาต้องพยายามสร้างเงื่อนไขให้แพทย์เข้ามาร่วม การ convince แพทย์ เหมือนการสอนธรรมะ ให้พระมาเทศน์ไม่มีประโยชน์ แต่ให้แพทย์ที่ผ่าน ICU มาแล้วเริ่มเห็นสังขารธรรม เมื่อเริ่มเห็นแล้ว ใครดีต้องรีบดึงเข้ามา พอเข้ามามีส่วนร่วมจะเริ่มมีบทบาท เป็นเจ้าของ เข้ามานำ เกิดความสนุก

ในระดับองค์กร ตัวชี้วัดสำคัญคือกิจกรรมขององค์กรแพทย์ ถ้ายังกล้าๆ กลัวๆ ตั้งมาสองปีแล้วยังทำแต่เรื่องแบ่งเวร เจริญวิทยากรมาพูด นี่ไม่ใช่ขององค์กรแพทย์ นี่เป็นฝ่ายวิชาการ

ถ้าองค์กรแพทย์บอกว่าเวชระเบียนของเราแย่มาก จะทำอย่างไรให้เวชระเบียนของเราดีขึ้น อย่างนี้ใช้ได้ องค์กรแพทย์หลายแห่งตั้งมาสามปีแล้วจัดกีฬาด้วย ตีอ้อม ไม่กล้าเกิด เป็นตัวชี้วัดในภาพรวม

สิ่งเหล่านี้ต้องเป็นสิ่งที่สามารถสื่อได้ เราเข้าไปในองค์กรสามารถรู้ได้ว่าความโปร่งใส ความพร้อมที่จะให้คนอื่นเข้ามาดู

## ชวนกันมาพัฒนาคุณภาพ

ศาสตราจารย์ นายแพทย์ อรุณ เผ่าสวัสดิ์  
ที่ปรึกษา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ต้องขอขอบคุณ คุณหมออนุวัฒน์ ศุภชุติกุล ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ  
โรงพยาบาล ที่ชวนผมให้มาร่วมกันพัฒนาคุณภาพ และเชิญผมให้เขียนบทความในหัวข้อเรื่องที่ว่า “ชวนกันมา  
พัฒนาคุณภาพ”

อารามที่ดีใจ กลัวว่าคุณหมออนุวัฒน์จะกลับใจ ผมรีบตอบรับทันทีที่ทั้งๆ ที่รู้ๆ อยู่แต่ใจคิดว่าในเรื่องเหล่านี้  
เราไม่ถนัดเลย ไม่เคยได้ฝึกปรือมาอย่างจริงจังเป็นล่ำเป็นสัน ซึ่งโดยปกติแล้วถ้าเราอยู่ในฐานะที่พอจะมีความรู้  
บ้าง หรือมีความรู้ดีตามสมควร เมื่อได้รับการขอร้องหรือชักชวนให้ช่วยกันทำงาน ก็ไม่เคยปฏิเสธเลยถ้าหากว่า  
งานนั้นๆ จะก่อให้เกิดผลประโยชน์แก่ส่วนรวม แต่เมื่อใดจึงรีบตอบรับ ที่ตอบรับทันทีโดยไม่อิดเอื้อนเพราะคุณ  
หมออนุวัฒน์เป็นผู้ที่ใฝ่รู้ เป็นผู้ที่มีความรู้ ไม่ใช่รู้มาก แต่ว่าเป็นผู้ที่รู้ดี เป็นกัลยาณมิตร คบกันแล้วเราก็พลอย  
จะเป็นผู้รู้ไปกับเขาด้วย เรียนไปปฏิบัติไป น่าจะเป็นการกระทำที่ก่อให้เกิดผลดี เป็นประโยชน์ต่อทุกๆ ฝ่าย ทั้ง  
ผู้ที่ให้ ผู้ที่รับ และผู้ที่ได้พบเห็น ต้องรีบตอบรับเพราะเกรงว่าคุณหมออนุวัฒน์ที่สัจจะดีมาชวนเรา จะพินคิน  
สตินี้ขึ้นมาได้ เกิดกลับใจเล็กเชิญชวน

อย่างไรก็ตามด้วยเหตุผลประการใดก็ตาม ผมจะพยายามทำให้ดีที่สุดเท่าที่ความสามารถของเราจะ  
กระทำได้ เหมือนกับการทำงานทุกๆ ครั้งที่เคยปฏิบัติมา ถ้าไม่เต็มใจก็ยังไม่ควรจะทำ หากคิดจะทำก็ต้องทำ  
ด้วยชีวิตจิตใจ ทำอย่างมีชีวิตชีวา ทำด้วยจิตวิญญาณและด้วยความมุ่งมั่น ผลออกมาจะดี จะสำเร็จมากน้อย  
แค่ไหน หรือยังไม่ประสบความสำเร็จ ต้องประเมินกันและพยายามแก้ไข ปรับขบวนการเพื่อทำให้ผลที่ออกมา  
มีความสำเร็จมากขึ้น และดีขึ้นเรื่อยๆ ไปอย่างไม่หยุดหย่อน

ด้วยความผลดีผลมารับคำเชิญชวนเพราะเกรงว่าเขาจะกลับใจดังได้กล่าวมาแล้ว เลยพูดกันไม่ครบถ้วน  
กระบวนการ เขาให้เราทำพูดและเขียนเรื่อง “ชวนกันมาพัฒนาคุณภาพ” ไม่ทันได้ถามไปว่าพัฒนาคุณภาพ  
ของอะไร คุณภาพการศึกษา คุณภาพการผลิตสิ่งของ คุณภาพของผลผลิต คุณภาพการให้บริการ หรือคุณภาพ  
โรงพยาบาล หรือคุณภาพการให้บริการทางสุขภาพ แต่ด้วยตำแหน่งของคุณหมออนุวัฒน์ ทำให้เราเข้าใจเอา  
เองว่าเป็นคุณภาพโรงพยาบาล หรือคุณภาพการให้บริการทางสุขภาพ

ปัจจุบันมีคำศัพท์จิตขึ้นมามากมาย ทั้งภาษาไทยแท้ๆ และภาษาเทศ เด็กวัยรุ่นมีภาษาไทยที่แปลกๆ  
สำหรับผู้ทรงคุณวุฒิหลายๆ มักจะนำภาษาแขกมาใช้แทนภาษาอังกฤษ ถ้าทรงคุณวุฒิไม่มากนักใช้ภาษาอังกฤษ  
แทนภาษาไทยเลย พูดไทยบ้างอังกฤษบ้างปะปนกันไปเป็นภาษาเดียวกันไปเลย เรามีหน้าที่ต้องติดตามให้ทัน  
มิฉะนั้นจะกลายเป็นคนล้าสมัย นี่เป็นวิวัฒนาการทางภาษา คงจะมีใช้พัฒนาการทางภาษา คำว่า “พัฒนา”  
มีการพูดกันมานานแล้วเหมือนกัน จนเกิดการแบ่งชั้นวรรณะ โดยใช้คำว่า “พัฒนา” เช่น “ประเทศด้อย  
พัฒนา” คงจะหมายถึงประเทศที่ยังล้าหลังอยู่ “ประเทศกำลังพัฒนา” คงหมายถึงประเทศที่มีความล้าหลังน้อย  
หน่อย และ “ประเทศที่พัฒนาแล้ว” คงหมายถึงประเทศที่เจริญแล้ว เป็นต้น ดังนั้นผมเข้าใจว่าคำว่า “พัฒนา”  
คงหมายถึง ทำให้ดีขึ้น ทำให้เจริญขึ้น



คุณภาพ หมายถึงอะไร ได้ยินมากมายเหลือเกินเวลาโฆษณาประชาสัมพันธ์ คุณภาพคับแก้ว คุณภาพเหลือล้น คุณภาพล้นฟ้า คุณภาพ และอื่นๆ อีกมากมาย รวมแล้วคุณภาพน่าจะหมายถึง ลักษณะที่ดี ลักษณะที่เป็นคุณ ใช้ขยายคำนามคำกริยาต่างๆ ได้ เช่น คนที่มีคุณภาพ การบริการที่มีคุณภาพ เป็นต้น

ดังที่ได้กล่าวมาแล้วแต่เบื้องต้นว่า ในเรื่องของการพัฒนาคุณภาพ ผมก็ได้มีโอกาสศึกษาเล่าเรียนมาโดยตรง มีแต่สามัญสำนึกและประสบการณ์ชีวิตเท่านั้น โดยกำเนิดทางวิชาชีพผมเป็นศัลยแพทย์ ได้รับการฝึกปรือที่ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ ชื่อในขณะนั้น หลังจากนั้นก็ได้มีโอกาสไปฝึกอบรมต่อที่มหาวิทยาลัยฮัมบูร์ค โรงพยาบาล EPPENDORF ประเทศเยอรมันนี้ อีก 3 ปี ก็ในเรื่องของศัลยศาสตร์เช่นกัน มีความมุ่งมั่นที่จะเป็นศัลยแพทย์ที่ดี อาจารย์แพทย์ที่ดี ไม่เคยมีความมุ่งมั่นเลยที่จะเป็นผู้บริหารโรงพยาบาล หรือโรงเรียนแพทย์ เมื่อเป็นเช่นนี้เหตุไฉนเล่าจึงได้ขึ้นอาสามารับหน้าที่เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช หัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์ และคณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลในที่สุด

เหตุผลที่ธรรมดาๆ ครูบาอาจารย์ของเราทั้งหลายในชีวิตผมที่ได้พบเห็นมา ทางวิชาการท่านก็เก่งหาตัวจับยาก ท่านบริหารก็เก่ง ไม่ว่าจะเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือเป็นคนบดี ทั้งๆ ที่ท่านเหล่านั้นมิได้เคยได้รับการฝึกฝนเรียนทางการบริหารมาก่อนเลย ท่านก็ใช้ประสบการณ์ชีวิต และสามัญสำนึกที่แฝงไว้ด้วยความชาญฉลาดของท่าน รวมทั้งการใช้ความรู้ด้านบริหาร จากการอ่านหนังสือบ้าง การอบรมระยะสั้นๆ ภายหลังจากที่ได้เข้ารับตำแหน่งแล้วบ้าง ถามผู้รู้อื่นๆ บ้าง ท่านก็สามารถบริหารทั้งภาควิชา ทั้งโรงพยาบาล และทั้งคณะมาได้เป็นอย่างดี ทุกยุคทุกสมัย มีการปรับเปลี่ยนนโยบายบ้าง กระบวนท่าบ้าง ตามกาลสมัย ตามความเปลี่ยนแปลงของสังคม และการเปลี่ยนแปลงของปัญหาทั้งในตนเอง และของประเทศชาติ ผลการบริหารของท่านบรมครูเหล่านั้น นับได้ว่าดีเยี่ยม ชื่อเสียงของโรงพยาบาล ชื่อเสียงของคณะแพทย์ซึ่งโด่งดังมาแต่เก่าก่อน ก็ยังเป็นที่ยอมรับนับถือของคนทั้งประเทศอยู่อย่างไม่เสื่อมคลาย แถมยังเพิ่มความเข้มข้นขึ้นอีกเสียด้วยซ้ำไป ในโรงพยาบาลและคณะแพทย์อื่นๆ ก็เช่นเดียวกัน ยิ่งนานวันชื่อเสียงก็ยิ่งโด่งดังไปเรื่อยๆ

ปัจจุบันสถานพยาบาล โรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่สังกัดในกระทรวงสาธารณสุข เกิดขึ้นอย่างมากมายทั่วประเทศและอย่างรวดเร็ว ตามความจำเป็นของประเทศชาติ สิ่งก่อสร้าง ตึกกรมบ้านช่อง สร้างขึ้นมาได้อย่างรวดเร็ว สวยงาม โดยไม่ยากนักหากมีเงิน แต่การสร้างผู้บริหาร ผู้ให้บริการนั้นไม่ง่ายเลย ถึงแม้จะมีเงินก็มิใช่ว่าจะสร้างได้ตั้งใจนี้ เนื่องจากเหตุผลที่ได้ยกมากล่าวไว้ในเบื้องต้นแล้วว่า ต้องอาศัยเวลาสร้างประสบการณ์ชีวิต และเพิ่มความชาญฉลาดในสามัญสำนึก แต่สำหรับบางท่านและอาจารย์หลายๆ ท่าน ท่านได้สะสมความชาญฉลาดไว้แต่ชาติปางก่อน พอเกิดมาก็นำความชาญฉลาดนั้นมาใช้ต่อได้เลย ที่ทั่วๆ ไปเรียกว่า มีพรสวรรค์ ดังนั้นผลการปฏิบัติงานอาจดีบ้างไม่ดีบ้าง คละเคล้ากันไปในภาพรวมดังที่เราเห็นๆ กันอยู่ กระนั้นก็ตามไม่มีอะไรที่เราจะช่วยกันแก้ไขไม่ได้ เรามีครูบาอาจารย์ เรามีผู้บังคับบัญชา เรามีเพื่อน เรามีกัลยาณมิตร เราต้องใช้สิ่งเหล่านี้ให้เกิดประโยชน์ในการทำภารกิจของเรา

ด้วยเหตุผลต่างๆ ดังที่ได้บรรยายมานี้ ผมจึงขันอาสาท่านอาจารย์ และพี่ๆ น้องๆ ทั้งหลาย รับหน้าที่เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช ต่อมาก็ทำหน้าที่รักษาการ และเป็นหัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์ และท้ายที่สุดก็รับหน้าที่เป็นคนบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ผลการทำหน้าที่จะดีหรือไม่ ทำความเสียหายให้เกิดขึ้นกับคณะหรือไม่ คงจะพูดกันตอนนี้ยังไม่ถนัดนัก มันคงจะมีเพียงการรายงานผลเบื้องต้นเท่านั้น ต้องอาศัยเวลาเป็นเครื่องพิสูจน์ และอาศัยผู้รู้มาประเมิน

ผมจะขอเล่าเก็ดเล็ก ๆ น้อย ๆ สัก 2-3 เรื่อง จากร้อย ๆ เรื่อง ในการปฏิบัติภารกิจดังกล่าวแล้วพอเป็นสังเขป เพื่อให้ท่านได้รับฟังและพิจารณา เมื่อท่านได้พิจารณาแล้ว อาจจะทำให้ท่านสนใจบ้างในการปฏิบัติภารกิจในการบริหารโรงพยาบาลและบริการผู้ป่วย (ในภาษาใหม่เขาไม่เรียกว่า คนไข้หรือผู้ป่วยเสียแล้ว เขาไปเรียกเป็นลูกค้าหรือผู้ซื้อบริการ – customer หมอเขาก็ไม่เรียกว่าหมอเสียแล้ว กลายเป็นผู้ขายบริการ – provider เลยทำให้ความรู้สึกสัมพันธ์กันลึก ๆ ซึ่งไม่สามารถจะมีคำเพราะ ๆ มาอธิบายได้ ระหว่างหมอและพยาบาล กับคนไข้หรือผู้ป่วย คือความเมตตาปราณีความเอื้ออาทรต่อกัน ค่อย ๆ เลื่อนลงไปหรือจางหายไปโดยฉับพลัน มีแต่ความคิดที่ทำการไรชาตุน ความได้เปรียบ ความเสียเปรียบ เหมือนพ่อค้าแม่ขายอยู่ตลอดเวลา) แต่ถ้าเมื่ออ่านแล้ว แทนที่จะสบายใจกลับทำความหนักใจให้ ขอให้ท่านอย่าได้ท้อถอย ท่านสามารถปรึกษาภัคยาณมิตรได้ตลอดเวลา พรพ. อาจจะสามารถช่วยเหลือท่านได้บ้าง

ผมเข้าเรียนแพทย์ที่คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เมื่อปี พ.ศ.2500 เมื่อเรียนจบแล้ว ทำหน้าที่แพทย์และอาจารย์แพทย์ที่ศิริราชมาโดยตลอด ยกเว้น 3 ปีที่ไปศึกษาต่อที่ต่างประเทศ รับหน้าที่เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช เมื่อปี พ.ศ.2531 นั้นหมายความว่าผมได้อยู่ในศิริราชมาแล้วถึง 30 ปี นี้ก็กระหม่อมใจว่าเราน่าจะรู้จักศิริราชมามากมายแล้ว ควรจะทำหน้าที่ได้ดี

ตอนเริ่มเป็นผู้อำนวยการใหม่ ๆ ก็ราบรื่นดี มีหนังสือมาให้เซ็นวันละหลาย ๆ แฟ้ม นับได้เป็นสิบ ๆ หนังสือมาจากไหน ใครจัดมาให้เซ็นไม่รู้ ยิ่งอยู่ต่อไปทำให้รู้ตัวว่าไม่รู้จักศิริราชมากขึ้น ๆ จะต้องเจาะลึกไปในทุก ๆ เรื่อง ต้องใช้เวลามาก ประกอบกับเป็นผู้มีความสามารถน้อย มีความฉลาดไม่มากนัก เลยทำให้ต้องเสียเวลาวันหนึ่ง ๆ ไม่ต่ำกว่า 10 ชั่วโมง อาทิตย์ละ 7 วัน ดังนั้นการทำงานทางบริหารวิชาการเลยต้องหมดไปหมดโอกาสที่จะได้จับมีดอีก นี้ก็อีกจากความสามารถความชาญฉลาดของเพื่อนบางคน พบกันอยู่เสมอ ๆ ขณะที่ได้รับประทานอาหาร เขารับประทานด้วย อ่านหนังสือด้วย แลมีงานอีกต่างหาก ทำได้เรื่องทุกอย่าง นอกจากจะกินได้เร็วแล้วยังกินมากอีกด้วย เรากินน้อยกว่า และตั้งหน้าตั้งตากินอย่างเดียว ยังกินเสร็จทีหลังเพื่อนเสียอีก

ท่านคณบดีของผมในขณะนั้นคือ ท่านอาจารย์หมอประดิษฐ์ เจริญไทยทวี ความสามารถของท่าน ทุก ๆ ด้านมากกว่าผมอย่างมองไม่เห็นฝุ่น ท่านควรจะดำรงตำแหน่งคณบดีสี่ปี แต่ท่านทำไปได้เพียงสองปี ท่านได้รับการเลือกให้ไปดำรงตำแหน่ง อธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งเหมาะสมกับท่านมาก ผมได้รับการเลือกให้ทำหน้าที่คณบดีสืบต่อท่านมาโดยมิได้เตรียมตัวเตรียมใจไว้ก่อน ก็เป็นการดีเหมือนกันในระหว่างสองปีที่ทำหน้าที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอยู่นั้น รวบรวมปัญหาไว้ได้มากมาย สามารถแก้ปัญหาไปได้เพียงเรื่องสองเรื่องเท่านั้น เพราะผู้ที่ต้องแก้ปัญหาที่แท้จริงคือ ท่านคณบดี ที่ว่าอยู่โรงพยาบาลนี้มา 30 ปีแล้ว น่าจะรู้จักโรงพยาบาลนี้ดี แท้ที่จริงแล้วรู้แต่เพียงการให้บริการทางวิชาการในภาควิชาศัลยศาสตร์เท่านั้น นอกภาคยังไม่ค่อยจะรู้เลย นับประสาอะไรกับวัฒนธรรมขององค์กรโดยรวมเราจะไปรู้อะไร โรงพยาบาลแห่งนี้มีผู้ปฏิบัติงานอยู่ร่วมหมื่นคน มีทั้งแพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร นักวิทยาศาสตร์ นักวิชาการแขนงอื่นๆ เจ้าหน้าที่ธุรการ พนักงาน เจ้าหน้าที่ รวมทั้งผู้ใช้แรงงาน นี้มิได้นับนักศึกษาซึ่งมีจำนวนเป็นพัน ๆ คนไว้ด้วย พื้นที่ 70 กว่าไร่ อาคาร 70 กว่าหลัง เครื่องมือเครื่องใช้อีกมากมายกายกอง ผู้ป่วยนอนในโรงพยาบาล 2 พันกว่าคนต่อวัน ผู้ป่วยมาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกวันละครึ่งหมื่น พฤติกรรมของบุคลากรแต่ละประเภทก็ไปกันคนละทางสองทาง การศึกษาพฤติกรรมที่ต่างกันทั้งหลายเหล่านี้แล้ว นำมาหลอหลอมให้กลมกลืนกันเป็นหนึ่งเดียวให้เป็นเอกลักษณ์ของศิริราช ไม่ใช่งานที่ง่าย แต่ก็ไม่ยากจนเกินไปจนทำไม่ได้ ซึ่งบรมครูของศิริราชหลาย

ยุคหลายสมัยได้แสดงผลงานให้สาธุชนได้ประจักษ์แล้ว นับว่าเป็นโชคดีของเราที่ได้มีโอกาสทำความรู้จักกับองค์กรบ้าง

ในช่วงระยะเวลา 2 ปีที่ทำหน้าที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาล รู้จักพฤติกรรมต่างๆ รู้ปัญหาบ้าง ที่พูดว่า “บ้าง” นั้น ก็เนื่องจากว่ามีปัญหาเกิดขึ้นทุกๆ วัน โดยไม่ซ้ำรูปแบบกันเลย ที่มีโอกาสบริหารองค์กรมาเกือบ 10 ปี ขอบเขตโดยหน้าที่ได้โดยง่ายยังไม่รู้จักศิริราชได้ดีพอ ที่ว่าโชคดีก็คือ ได้รู้จักกับปัญหา เมื่อรู้ว่าปัญหาคืออะไร เราก็จะสามารถมาช่วยกันหาวิธีแก้ไขปัญหาได้ ถ้ารู้เขารู้เรา รบ 100 ครั้ง ก็ชนะทั้ง 100 ครั้ง ดังที่ท่าน ชุนหู่ เสนาธิการกองทัพจีนครั้งโบราณกาลได้กล่าวไว้ แต่ถ้าไม่รู้เขาและซ้ำร้ายไม่รู้เราด้วยเรียกได้ว่าอาการหนัก รบ 100 ครั้ง แพ้ทั้ง 100 ครั้ง

เมื่อผมรับหน้าที่เป็นคนบดี รู้สึกว่าความไม่รู้จักตัวเราเองมีมากขึ้น วันหนึ่งๆ มีเรื่องที่เราจะต้อง เห็นชื่อ ทั้งรับทราบ อนุมัติ ไม่อนุมัติ โดยเฉลี่ยประมาณวันละ 20 แฟ้ม มากกว่าตอนเป็นผู้บริหาร 2-3 เท่า เช่นเดียวกันเราก็ไม่รู้ว่าใครจัดแฟ้มมาเสนอให้ มาจากไหน เชิญคนที่รับผิดชอบมาพูดคุยด้วย เจ็ดวันก็ได้เจ็ด อย่าง มีหลายรูปแบบ รองคนบดีก็มีการเห็นด้วย ทั้งรับทราบ ทั้งอนุมัติ ใครเป็นคนแจจแจง งานไหนจะเป็นของใคร ในที่สุดก็ได้รับคำตอบว่าแล้วแต่ท่านคนบดี ที่จัดให้เท่าที่ผ่านมาเป็นคำสั่งของคนบดีท่านก่อนๆ ถ้า อาจารย์จะสั่งใหม่ก็สั่งได้เลย ด้วยเหตุนี้จึงต้องให้งานทุกชิ้น ทุกชนิด ผ่านห้องคนบดีทั้งหมด มิใช่ว่าจะเป็น นโยบายรวบอำนาจ หากแต่ว่าเป็นการศึกษา และทำให้รู้จักตัวเราเองมากขึ้น ตลอดเวลารู้จักแต่ศัตรู แต่ไม่รู้จักตัวเอง เมื่อรู้แล้วก็จะได้ค่อย ๆ กระจายอำนาจออกไป กินเวลาหลายเดือน วันหนึ่งๆ ต้องดูเอกสาร 30-40 แฟ้ม สนุกดี ที่แรกตั้งใจจะจ้างผู้วิเศษมาจากข้างนอกมาเป็นที่ปรึกษา ไม่ว่าจะทางการบริหาร การเงิน การคลัง แต่ดูแล้วความรู้ของพวกเขาไม่พอจะไปพูดกับเขาไม่รู้เรื่อง และพวกเขามีมากเสียด้วย แต่เงินมีน้อย เลยคิดว่าเอาพวกเราที่มีอยู่ที่นี่แหละมาเป็นที่ปรึกษา จะทำให้เรารู้จักตัวเราเองดียิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หัวหน้างาน หัวหน้าฝ่ายทั้งหลาย ผมถือว่าเป็นบุคคลสำคัญ (Key Person = KP ซึ่งในปัจจุบันนี้คนในศิริราชจะพูดล่องปรือเลย ถามว่าจะไปไหนกันจะ ดูผู้คนขวกไขว่ไปหมด ได้รับคำตอบว่า วันนี้เข้าอบรม KPI ครบ นี้ ขนาดเจ้าหน้าที่ธุรการของภาควิชาปริศลินิก ผมไม่เข้าใจว่า KPI คืออะไร เลยถามกลับไป เขาก็ตอบมาว่า KPI ก็คือ KPI ไล่ล่าครบบอาจารย์ ที่เล่ามานี้มิใช่ว่า KP กับ KPI เหมือนกันนะครับ เห็นด้วยอยู่ใกล้เคียงกัน KPI ก็คือ Key Performance Indicators)

กลุ่มหัวหน้างานประมาณ 25-30 คน คือกลุ่มที่ปรึกษาของคนบดียุกันใกล้ชิดเลย ผมตั้งชื่อให้ ศักดิ์สิทธิ์หน่อย เรียกว่า “กลุ่มเศรษฐกิจ” ประชุมกันทุกวันพฤหัสบดี ตั้งแต่ประมาณ 9.00 น. โดยไม่หยุดพัก เทียง ไปเลิกโดยประมาณ 16.00 – 17.00 น. บางวันไปถึง 18.00 น. ประธานที่ประชุมไม่ยอมลุกไปไหนเลย เพราะเกรงว่าผู้ร่วมประชุมจะหนีหมด เมื่อตอนเลิกประชุมไม่อยากจะคุยกับใครอีกแล้ว ค่อยๆ ย่องไปห้องน้ำ เกรงว่าถ้าเดินเร็วจะกระดก เราทำงานกันอย่างมีความสุข (เขาพูดกัน แต่เท่าที่สังเกตหลายคนไม่สุข ต้องตื่นตัว อยู่กับการทำงานตลอดเวลา – Continuing Quality Improvement – CQI โดยไม่รู้ตัว) จากการที่ได้พบเห็น มาเป็นประจำจากหอผู้ป่วย เห็นว่าข้าวไม่ว่าจะเป็นข้าวสวยหรือข้าวต้ม ทุกวันทุกมื้อ ข้าวเหลือมากมาย แต่ ละหอผู้ป่วยเมื่อรวบรวมแล้ว เหลือเต็มถังโตๆ ที่เดียว หอผู้ป่วยมีเป็นร้อยหอ เห็นมาตั้งนานแต่ไม่รู้ว่าจะไปพูด กับใคร แต่เมื่อมาอยู่ในกลุ่มเศรษฐกิจ ถามผู้รับผิดชอบได้คำตอบว่าคงจะหุงข้าวลดลงไม่ได้ เนื่องจากมี สัญญา กับคนขนอาหารเหลือกิน เขาซื้อเศษอาหารไปเลี้ยงหมู เราจะต้องมีอาหารเหลือให้เขาวันละ 10 ถัง น้ำมันขนาดใหญ่เป็นอย่างน้อย ถ้าไม่ได้ 10 ถังจะถูกปรับ เมื่อดูราคาค่าปรับแล้วเราตัดสินใจให้ถูกปรับดีกว่า

เสียเงินน้อยกว่า วันหนึ่งๆ ต้องใช้ข้าวสารหุงข้าว 30 กระสอบ สำหรับคนเกือบ 4,000 คน แต่เป็นผู้ป่วยเสีย 2,000 กว่าคน ซึ่งไม่เจริญอาหาร เราจึงตัดสินใจทำการศึกษาค้นคว้าให้ลดการใช้ข้าวสารวันละ 10 กระสอบ เดือนหนึ่งประหยัดได้ตั้ง 300 กระสอบ ข้าวก็ยังพอกินเหลือกินเสียด้วยซ้ำไป เรื่องอาหารสดซึ่งนำมาทำกับข้าว เราสามารถลดการซื้อไปได้ถึงร้อยละ 25 โดยที่คุณภาพอาหารยังเหมือนเดิม วันหนึ่งๆ เราซักผ้าเป็นตันๆ เราทำการทดลองศึกษาการใช้ผงซักฟอก เราก็สามารถลดการใช้ผงซักฟอกได้ถึงร้อยละ 25 โดยที่คุณภาพการซักคงเดิม ผ้าสะอาดเท่าเดิม หากแต่ต้องมีกระบวนการเพิ่มขึ้นในการซักหน่อย โดยไม่สิ้นเปลืองมากนัก

การชื้อยา ขายยา และเวชภัณฑ์นั้น ปีหนึ่งๆ เราใช้เงินเป็นร้อยๆ ล้านบาท ข้าวของมากมาย ที่เก็บก็เล็กทำให้สิ้นเปลืองเงินทองมาก ทั้งนี้ต้องลงทุนเงินทองไปซื้อครั้งเดียวทั้งปี ตรวจสอบสินค้าก็ลำบาก พวกเราช่วยกันแก้ปัญหาโดยทำสัญญาจะซื้อจะขายในวงเงินเท่าไรต่อปี และให้เขาทยอยส่งสินค้า 3 - 4 อาทิตย์/ครั้ง ส่งของเรียบร้อยก็รับเงินไป ทำให้เงินทยอยเสีย สินค้าทยอยขาย ประหยัดเงินไปได้มาก ของหายน้อย มีเรื่องอื่นๆ อีกมากมายทำให้ปีหนึ่งๆ เราประหยัดรายจ่ายไปได้เป็นร้อยล้านบาท

ในการเพิ่มรายรับก็เช่นกัน สำหรับความเชื่ออาถรรพณ์ระหว่างคุณหมอ คุณพยาบาลกับผู้ป่วยญาติโยมผู้ป่วย หรือผู้มาติดต่ออื่นๆ นั้น ไม่ว่าจะป็นด้านบวกหรือด้านลบ เราก็ตั้งกลองเพื่อรับข้อมูลทั้งหลาย (ซึ่งในกลองเหล่านี้จะมีเงินผสมเข้ามาอยู่เสมอ) ได้รับความอธิบายว่า เมื่อก่อนเคยมีกลองรับเงินบริจาคจากผู้มีจิตศรัทธา จึงทำให้ท่านผู้ประสงค์ดีเหล่านั้นหยอดเงินลงไปด้วยความเคยชิน บางครั้งหลายสตางค์อยู่เหมือนกัน) กลองเหล่านี้ตั้งอยู่หน้าห้องตรวจและห้องปฏิบัติการทุกห้อง คณะเจ้าหน้าที่เปิดเผยข้อมูลจะผลัดเปลี่ยนกันทำงานเป็นระยะๆ ข้อมูลเหล่านี้จะได้รับการพิจารณาในกลุ่มเศรษฐกิจทุกสัปดาห์ เราจะช่วยกันหาทางแก้ไขปัญหา และแจ้งผลการปฏิบัติงาน โดยนำไปปิดไว้ที่บริเวณกลองต่างๆ ที่เราได้ข้อมูลมา แปลกเหมือนกันที่ไม่ค่อยจะได้รับการทักท้วงกลับ ส่วนเรื่องเงินบริจาค่นั้นมีหลายที่หลายทาง เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบอยู่กันนานเกินไปหลายๆ ปี ทำให้เกิดเสียงซุบซิบนินทา เราเลยสลับสับเปลี่ยนเจ้าหน้าที่หมุนเวียนไปเป็นระยะๆ ทำให้มีเงินบริจาคเพิ่มขึ้นทันตาเห็น เช่น บริเวณหน้าห้องน้ำดื่มตรวจโรคผู้ป่วยนอก เคยมีเงินบริจาคเดือนละประมาณราวๆ หมื่นบาทอย่างคงเส้นคงวา พอเปลี่ยนเจ้าหน้าที่ เงินขึ้นมาเป็นเดือนละ 6-8 หมื่นบาท ผู้บริหารโรงพยาบาลเลยถูกวิพากษ์วิจารณ์ในหน้าหนังสือพิมพ์ว่า กินซีกกินเยี้ยวคนไข้ เพราะมีคนเสียผลประโยชน์ ที่ดูบริจาคหน้าพระราชานุสาวรีย์สมเด็จพระบรมราชชนกก็เช่นกัน เคยมีเงินบริจาคเดือนละเกือบๆ สองหมื่นบาท พอเปลี่ยนวิธีเก็บพบว่าเงินบริจาคมันขึ้นมาเป็นเดือนละแสนบาทเศษๆ การแก้ปัญหาทั้งหลายเหล่านี้ ล้วนออกมาจากห้องประชุมเศรษฐกิจทั้งสิ้น แล้วเรานำไปกลั่นกรองที่ห้องประชุมบริหารคณะฯ โดยเข้าที่ประชุมของท่านรองคณบดีทั้งหลาย จากนั้นก็นำเสนอที่ประชุมคณะผู้บริหารคณะฯ เพื่อขอรับคำอนุมัติดำเนินการ

ปีหนึ่งๆ จะมีเงินออมไว้ได้มากพอสมควร ซึ่งเป็นภารกิจที่จำเป็นเร่งด่วนและสำคัญที่สุดที่เราได้ตั้งเป้าไว้ เพราะทุกคนรู้ดีอยู่แล้วว่าถ้าไม่มีเงินก็ยากที่จะทำอะไรตามที่เราๆ ท่านๆ ได้วางแผนไว้ (การทำงานด้วยจิตวิญญาณที่มุ่งมั่นเพียงอย่างเดียว อาจจะต้องอยู่แบบหมอบจิตวิญญาณนะครับ) เราสามารถส่งอาจารย์ใหม่ๆ ของเราทุกคนไปศึกษาดูงานต่อต่างประเทศได้อย่างสะดวก เจ้าหน้าที่อื่นๆ ได้แก่ คุณพยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร นักวิทยาศาสตร์ อาจารย์ในแขนงวิชาที่เกี่ยวข้อง เจ้าหน้าที่ธุรการ (ข้าราชการสาย ข และ สาย ค) มีสิทธิไปศึกษาต่อทั้งภายในและนอกประเทศตามกติกาด้วยทุนของคุณฯ เราอาจจะเป็นหน่วยราชการแรกๆ ที่อนุมัติเงินรางวัลพิเศษ (โบนัส) แก่ข้าราชการ พนักงาน เจ้าหน้าที่ตามความดีของแต่ละบุคคล

เรารวมตัวกันช่วยแก้ไขปัญหาบรรดา มี แก๊ซข้อบกพร่องทั้งหลาย เสริมสร้างจุดแข็งให้ดีขึ้นไปเรื่อยๆ อย่างเคียงบ่าเคียงไหล่กัน เราสามารถส่งคณะเศรษฐกิจของเราไปดูงานในที่ต่างๆ ทั้งภายในและนอกประเทศ ที่แรกตั้งใจจะประชุมกันอย่างเข้มข้นทุกสัปดาห์ สัปดาห์ 6 เดือน แล้วจะยืดออกเป็นทุกเดือน แต่ยิ่งทำไปปัญหาต่างๆ ทั้งหลายแหล่งที่หมักหมมกันอยู่ ปรากฏออกมาให้เราได้แก๊ซอย่างไม่หยุดหย่อน เราก็ผลิตเพลินในการที่จะทำงานร่วมกันอย่างภราดรภาพ งานจึงไปได้ราบรื่น ดีบ้าง ไม่ดีบ้าง สุ่มหัวกันทุกอาทิตย์ตลอดระยะเวลา 7 ปี

ท่านผู้บริหารโรงพยาบาล ท่านผู้ให้บริการทางสุขภาพทั้งน้อยใหญ่ที่เคารพทุกท่าน ท่านได้รับรู้เรื่องราวเล็กๆ น้อยๆ ที่ผมได้บรรยายพอเป็นสังเขปแล้ว อาจกระตุ้นให้ท่านมีกำลังใจในการกระทำภารกิจให้ ลุล่วงไป อาจจะได้บ้าง ไม่ได้บ้าง สำเร็จบ้าง ไม่สำเร็จบ้าง มีอารมณ์บีบบ้าง ท้อถอยบ้าง ยามใดก็ตามเมื่อเกิด อารมณ์หดหู่ ท้อถอย เสียกำลังใจ ขอให้ท่านได้ตั้งสติ ให้นึกไว้เสมอว่า เราทำทุกอย่างเพื่อสังคม เพื่อประชาชนที่มีความทุกข์มากกว่าเราให้เขาพ้นทุกข์ ถ้ายังทำใจไม่ได้ ผมก็ยังเห็นว่าท่านยังมีโชคดี ปัจจุบันนี้ท่านยังมี สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล พร้อมเสมอที่จะคอยให้กำลังใจ คอยช่วยเหลือชี้แนะ และ ร่วมกันแก้ปัญหาของท่านแบบกัลยาณมิตร ไม่ว่าจะเป็นแห่งใดในบ้านนี้เมืองนี้ ขอเชิญชวนทุกๆ ท่านที่คอย ดูแลสุขภาพให้แก่ประชาชนในชาติ มาช่วยกันพัฒนาคุณภาพการให้บริการด้วยชีวิตจิตใจ และโปรดอย่าลืม ให้บริการตัวเองด้วย ขอให้โชคดีครับ

## ตอนที่ 3 ความเรียบง่าย (Simplicity)

1. คำประกาศแห่งความเรียบง่าย: ความเรียบง่ายคือพลัง .....	1
2. แนวคิดเรื่องความเรียบง่าย.....	1
3. กฎของความเรียบง่าย.....	2
4. สร้างความเรียบง่ายในชีวิตประจำวัน.....	3
5. เทคนิคของการสร้างความเรียบง่ายและการประยุกต์กับโรงพยาบาล.....	5
6. ความเรียบง่ายในมุมมองของการจัดการ .....	11
7. สรุป.....	15

## 1. คำประกาศแห่งความเรียบง่าย: ความเรียบง่ายคือพลัง

คำประกาศนี้เกิดขึ้นในปี 1994 โดย John Harris ในที่ประชุมผู้นำขององค์กรซึ่งกลายมาเป็นธนาคารขนาดใหญ่ของโลกแห่งหนึ่ง

Bill Jensen ได้นำคำประกาศนี้มากล่าวไว้ในบทนำของหนังสือ Simplicity และเสนอว่าถึงเวลาแล้วที่จะทบทวนคำกล่าวที่ว่า “ความรู้คือพลัง” เพราะในโลกปัจจุบันซึ่งอึดอัดด้วยข้อมูลข่าวสารนั้น สิ่งที่เราจะรู้จะเป็นพลังได้ต่อเมื่อเราว่าจะใช้มันจัดการกับงานสาระพัดที่ครบกำหนดไปเมื่อวานนี้ได้อย่างไร พลังนี้จึงขึ้นกับความสามารถในการแยกแยะสิ่งสำคัญ (the important) กับสิ่งเร่งด่วน (the urgent) ออกจากกัน

ความเรียบง่ายคือพลัง ที่จะทำให้น้อยลง (ในสิ่งที่ไม่มีความจำเป็น)

ความเรียบง่ายคือพลัง ที่จะทำให้มากขึ้น (ในสิ่งที่จำเป็นต้องทำ)

## 2. แนวคิดเรื่องความเรียบง่าย

มีแนวคิดเรื่องความเรียบง่ายอยู่ 2 แนวทาง แนวทางหนึ่งเน้นเรื่องการจัดการในองค์กรด้วยการใช้เวลาทำความเข้าใจชัดเจนในสิ่งที่ซับซ้อน (นำเสนอโดย Bill Jensen) แนวทางที่สองเน้นเรื่องของการคิดเพื่อหาวิธีทำงานที่เรียบง่ายกว่าที่เป็นอยู่ (นำเสนอโดย Edward de Bono) แนวทางทั้งสองเป็นสิ่งที่สามารถผสมผสานนำมาใช้ร่วมกันได้

Edward de Bono กล่าวถึงคุณค่าของความเรียบง่ายไว้ว่า การทำในสิ่งที่ซับซ้อนเป็นสิ่งที่ไร้ประสิทธิภาพ ทำให้สูญเสียเวลา ความตั้งใจ และพลังใจโดยไม่จำเป็น หากมีวิธีการที่ง่ายกว่าก็ไม่มีเหตุผลที่จะต้องทำในสิ่งที่ซับซ้อน เรามีโอกาสที่จะพบวิธีการทำงานที่ง่ายกว่าเดิมอยู่ตลอดเวลา ขอเพียงเราให้คุณค่า ให้เวลา และพยายามคิดสร้างสรรค์หาแนวทางที่ง่ายกว่า

ความซับซ้อนคือความล้มเหลวของความเรียบง่ายเสมอ ความซับซ้อนหมายถึงความพยายามที่สะเปะสะปะ (distracted effort) ความเรียบง่ายหมายถึงความพยายามที่มีจุดเน้น (focused effort) **จุดเน้นในที่นี้น่าจะเป็นเป้าหมายของงาน**

ผู้ที่คุ้นเคยกับความซับซ้อนจะไม่สังเกตเห็นความซับซ้อน และมักจะเพิ่มความซับซ้อนให้มากยิ่งขึ้นไปอีก การหาวิธีทำงานให้เรียบง่ายขึ้น น่าจะเป็นการดีกว่าการฝึกให้ผู้คนจัดการกับความซับซ้อน

ความเรียบง่ายจะเกิดได้ต่อเมื่อเราให้ความสำคัญกับแนวคิดที่เป็นเป้าหมายของการทำงานมากกว่า **รายละเอียดของวิธีการปฏิบัติ**

Bill Jensen ได้กล่าวถึงแหล่งที่มาของความซับซ้อนในองค์กรว่าเกิดจาก 1) ขาดการเชื่อมโยงความพยายามในการเปลี่ยนแปลง 2) ขาดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน 3) ขาดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ 4) ขาดความรู้และประสบการณ์ด้านการบริหารจัดการ

### 3. กฎของความเรียบง่าย

Bill Jensen เสนอว่าพลังแห่งความเรียบง่ายจะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อ

1) เราเปลี่ยนวิธีการใช้เวลาของเรา ใช้เวลาให้น้อยลงกับสิ่งที่ไม่เป็นประโยชน์ ใช้เวลาให้มากขึ้นเพื่อทำความเข้าใจในสิ่งที่ซับซ้อน

2) เริ่มต้นที่ความต้องการของเจ้าหน้าที่และลูกค้า ทำงานถอยหลังมาจากจุดนั้น

3) สร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ และอิสรภาพในความคิด

Edward de Bono ได้เสนอกฎของความเรียบง่ายไว้ดังนี้

1) ต้องให้คุณค่าแก่ความเรียบง่ายในระดับสูงระดับที่เป็นเป้าหมายหลัก มิใช่เป้าหมายรอง

2) ต้องตั้งใจแสวงหาความเรียบง่าย ต้องทำให้เกิดขึ้นด้วยตนเอง ทุ่มเทเวลาและพลังความคิดให้ ถ้าเราไม่พอใจกับความซับซ้อน เราก็จะใช้เวลามากขึ้นเพื่อหาวิธีการที่ง่ายกว่า ทุกสิ่งทุกอย่างสามารถทำให้เรียบง่ายขึ้นได้

3) ต้องเข้าใจรายละเอียดและคุณค่าในเรื่องนั้นเป็นอย่างดี มิฉะนั้นจะกลายเป็นการเองง่ายเข้าว่า

4) ต้องออกแบบทางเลือกและสิ่งที่เป็นไปได้โดยอาศัยความคิดสร้างสรรค์ ไม่หยุดอยู่แค่ความคิดแรกซึ่งมักจะไม่ใช่วิธีที่ดีที่สุด

5) ต้องทำทลายและละทิ้งสิ่งที่มีอยู่ ขจัดสิ่งที่ไม่ดีที่ไม่มีเหตุผลที่จะคงไว้ออกไป

6) ต้องพร้อมที่จะเริ่มต้นใหม่หากจำเป็น บางครั้งการเริ่มต้นใหม่อาจจะง่ายกว่าการปรับเปลี่ยนในสิ่งที่มีอยู่แล้ว

7) ต้องใช้แนวคิดตรวจสอบก่อนจึงจะลงไปสู่รายละเอียดที่เป็นรูปธรรม ความสามารถในการสะกัด/กำหนด/ออกแบบแนวคิด (concept) เป็นหัวใจของกระบวนการทำให้เรียบง่าย คำถามสำคัญสามคำถามคือ ทำไม? อย่างไร? มีคุณค่าอะไร?

8) ต้องแยกแยะสรรพลี้ออกเป็นหน่วยย่อย ซึ่งสามารถจัดการได้ง่ายกว่า

9) ต้องเตรียมสละคุณค่าอื่นเพื่อความเรียบง่าย เช่น สละความสมบูรณ์แบบถ่วงเพื่อความสะดวก

10) ต้องรู้ว่าออกแบบความเรียบง่ายเพื่อใคร ผู้ใช้บริการหรือเจ้าของระบบ เป้าหมายของการทำงานใดๆ คือการส่งมอบคุณค่าให้ผู้รับผลงาน การทำงานที่ดีที่สุดคือการส่งมอบคุณค่าให้กับทุกคนที่เกี่ยวข้อง



## 4. สร้างความเรียบง่ายในชีวิตประจำวัน

### สร้างนิสัยความเรียบง่ายในแต่ละคน

Edward de Bono ให้ข้อเสนอแนะเพื่อสร้างนิสัยที่จะสร้างความเรียบง่ายให้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการคิดปกติของเรา ไว้ดังนี้

1) **คิดทีละเรื่อง** แม้ว่าเราจะคิดได้หลายเรื่องพร้อมๆ กัน แต่การให้ความสนใจกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่ละเรื่องจะส่งผลให้เกิดความเรียบง่ายกว่า

2) **เอ่ยปากพูด** ความคิดซับซ้อนเกิดขึ้นภายใต้จิตสำนึก การเอ่ยปากพูดออกมาช่วยให้เกิดความกระจ่าง เราอาจจะพูดถึงสิ่งที่ยากลำบากในการตัดสินใจ หรือเหตุผลของการตัดสินใจที่ได้ทำลงไปแล้ว เช่น เหตุที่ตัดสินใจเพราะ... เพราะ... เพราะ... ซึ่งสามารถสรุปออกมาได้ว่า เป็นเพราะความกลัวและความอยาก และเราสามารถกลับมาทบทวนหรือเหตุผลของการตัดสินใจในครั้งนั้นได้

3) **แยกเรื่อง** ความซับซ้อนอาจจะเกิดจากการที่เราพยายามทำหลายเรื่องในขณะเดียวกัน ถ้าแยกแยะออกแล้วทำทีละเรื่องจะทำให้เราได้คำตอบที่ง่ายขึ้น

4) **วิเคราะห์แยกส่วน** แยกแยะองค์ประกอบให้อยู่ในขนาดที่จัดการได้ แล้วจัดการกับองค์ประกอบนั้นทีละเรื่อง

5) **ก้าวสั้น ๆ ขั้นเล็ก ๆ** เป็นการง่ายกว่ามากที่จะมุ่งความสนใจไปที่ก้าวต่อไป แทนที่จะสนใจงานทั้งหมด งานที่ซับซ้อนน่ากลัวสามารถแบ่งออกได้เป็นขั้นตอนเล็กๆ ท่านก้าวเดินขั้นแรก แล้วค่อยๆ ก้าวขั้นต่อไป ต่อไป

6) **สะกัดแนวคิดรวบยอด (concept)** เราถูกสอนถูกฝึกให้จัดการกับรายละเอียดที่เป็นรูปธรรม ไม่ค่อยได้ใช้แนวคิดรวบยอดซึ่งถูกเก็บซ่อนไว้ในจิตใต้สำนึก **เมื่อท่านสะกัดแนวคิดรวบยอดและเอ่ยปากออกมา ท่านก็ก้าวอยู่บนหนทางของความเรียบง่ายแล้ว** ทิศทางกว้างๆ ของคำตอบได้ถูกกำหนดขึ้นแล้ว รอการแปลงออกมาเป็นรายละเอียดในทางปฏิบัติ

7) **หาที่พังก่อนถึงเป้า** เป็นการก้าวไปในตำแหน่งที่เราคุ้นเคยก่อนแล้วค่อยมุ่งไปสู่วัตถุประสงค์ที่ต้องการ คล้ายคลึงกับกระบวนการทางคณิตศาสตร์ที่รู้จักกันดีในการปรับเปลี่ยนปัญหาใหม่ ไปสู่ปัญหาที่คุ้นเคยซึ่งมีคำตอบอยู่แล้ว

8) **ทำงานย้อนกลับ** เป็นการคิดย้อนกลับจากเป้าหมายที่เราต้องการไปถึง อะไรคือทิศทางกว้างๆ ที่จะไปสู่เป้าหมายนั้น อะไรคือ concept ที่จะใช้เพื่อเคลื่อนไปสู่ทิศทางนั้น รูปธรรมในการนำ concept ไปสู่การปฏิบัติมีอะไร

ตัวอย่างการแก้ปัญหาขาดแคลนกำลังคนที่มีฝีมือ

ทิศทาง	Concept	รูปธรรมในการปฏิบัติ
เพิ่มจำนวนคนที่ได้รับการอบรม		
ลดความจำเป็นในการใช้แรงงานที่มีฝีมือ		
เพิ่มความสามารถในการผลิต	ทำงานให้มากขึ้น	
	ใช้เวลาทำงานที่ต้องใช้ทักษะให้มากขึ้น	ให้มีผู้ช่วยทำงานที่ไม่ต้องการทักษะพิเศษ ทำงานร่วมกันหรือแลกเปลี่ยนระหว่างแผนก

9) **ความคิดคู่ขนาน** การให้ทุกคนมองไปในทิศทางเดียวกันโดยใช้เทคนิคหมวก 6 สี จะช่วยแยกแยะแถบความคิดต่างๆ ออกจากกัน ช่วยให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ ช่วยขจัดการต่อสู้ด้วยอัตรา และช่วยร่นเวลาในการทำงาน

10) **ไม่ต้องทำให้สมบูรณ์** การทำให้เกิดความสมบูรณ์อาจจะเป็นการเพิ่มงานมากมายมหาศาล การยอมรับงานที่ดีในระดับหนึ่งซึ่งรัดกุมปราศจากความผิดพลาด ทำให้ทำงานได้ง่ายขึ้น แต่ก็พร้อมที่จะปรับปรุงให้ดีขึ้น

11) **ทำอย่างช้าๆ** การทำงานอย่างช้าๆ ช่วยให้จิตใจของเรากระจำจืดและก่อให้เกิดความเรียบง่าย เป็นรูปแบบหนึ่งของการทำสมาธิ การทำสิ่งปกติให้ช้ากว่าที่เคย ทำให้จิตใจเรามีที่ว่างมากขึ้น และเกิดความคิดใหม่ๆ ขึ้นได้

12) **ทำความเข้าใจ** การทำความเข้าใจและความเรียบง่ายเป็นสิ่งที่ควบคู่ไปด้วยกัน การ “เอ่ยปากพูด” ทำให้เกิดความกระจ่างกับเรื่องราว เช่น สถานการณ์ที่เป็นอย่างไร เราจำเป็นต้องทำอะไรบ้าง กำลังเกิดอะไรขึ้น

### **บทบาทของผู้นำในการสร้างความเรียบง่าย**

ผู้นำทำให้เกิดงานผ่านการกระทำของคนอื่น หากผู้นำใช้คำถามที่ถูกต้องจะปรับจุดเน้นความสนใจ นำมาสู่การเปลี่ยนแปลงวิธีทำงาน และลดการใช้เวลาของผู้ปฏิบัติงาน

มี building block 5 สิ่ง ที่ผู้นำจะต้องทำความเข้าใจกับผู้ปฏิบัติงาน ซึ่ง Bill Jensen เรียกว่า Know-Feel-Use-Do-Succeed ได้แก่

- 1) **รู้ว่าอะไรคือสิ่งที่สำคัญ**สุดยอดไม่ก็ประการ
- 2) **รู้สึก**อยากมีส่วนร่วม
- 3) **ใช้**เครื่องมือ ที่มีความชัดเจน มีจุดเน้น เป็นระบบ
- 4) **ทำตาม**แผน เป็นการสร้างและบริหารความคาดหวัง แต่ละคนรู้ว่าใครจะต้องทำอะไร เมื่อไร
- 5) **ภาพความสำเร็จ** ทั้งในส่วนผลลัพธ์ ความก้าวหน้าตามแผน พฤติกรรมและปฏิสัมพันธ์ในที่

## 5. เทคนิคของการสร้างความเรียบง่ายและการประยุกต์กับโรงพยาบาล

Edward de Bono ได้เสนอแนะเทคนิคของการสร้างความเรียบง่ายไว้หลายวิธีด้วยกัน ทีมงาน HA ได้พยายามนำประสบการณ์ที่พบเห็นมาเทียบเคียงกับข้อเสนอแนะดังกล่าว

### 5.1 การทบทวนอดีต/การตัด สลัด ลดรูป เจือปน/การทำทนาย

แรงจูงใจที่จะแสวงหาความเรียบง่ายจะช่วยให้เราเริ่มมองดูสิ่งที่ไม่เป็นปัญหาและเริ่มต้นถามว่า “นี่เป็นวิธีการที่เรียบง่ายที่สุดในการทำงานหรือไม่”

สิ่งที่ทำต่อเนื่องกันมาเป็นเวลานานนั้นอาจจะไม่ใช่สิ่งที่ดีที่สุด แต่อาจเป็นเพราะในอดีตนั้นไม่มีเทคโนโลยีที่จะทำได้ด้วยวิธีอื่น

การทบทวนอดีตคือการตรวจสอบแต่ละส่วนของสิ่งที่ทำอยู่ เพื่อดูว่าทำไมต้องทำอย่างนั้นครั้งแรก และยังคงจำเป็นต้องทำด้วยวิธีนี้ต่อไปหรือไม่ ถ้าได้ข้อสรุปว่าที่ทำไมกันอย่างนั้นเนื่องจากไม่มีใครคิดจะตรวจสอบมัน ก็สมควรที่จะเปลี่ยนแปลงหรือยกเลิกไป

บางครั้งการสลัดวิธีการทำงานบางอย่างออกไป อาจจะต้องมีการปรับบางอย่างเกิดขึ้น แต่ต้องไม่ใช่การหาวิธีอื่นมาทดแทนในสิ่งเดิม

การคิดทำทนายจะช่วยให้เราสลัดสิ่งที่ไม่จำเป็นออกไปได้ง่ายขึ้น เราจะพิจารณาสิ่งที่ทำอยู่แล้วคิดในใจว่า “นี่อาจจะ เป็นวิธีการที่ดีที่สุดในการทำ อาจจะเป็นวิธีการเดียวที่มีอยู่ แต่ฉันต้องการที่จะทำทนายมัน” การทำทนายไม่ใช่การโจมตี ไม่ใช่การชี้ข้อบกพร่อง

คำถาม 3 ข้อ ที่มีประโยชน์เพื่อสลัดสิ่งที่ไม่จำเป็นออกไป

“เราจำเป็นต้องทำสิ่งนี้หรือไม่ เราจะเลิกทำสิ่งนี้ได้หรือไม่”

“อะไรคือเหตุผลที่เราต้องทำอย่างนี้ เรายังจำเป็นต้องเคารพเหตุผลนี้อยู่หรือไม่”

“มีทางเลือกอื่นที่จะทำหรือไม่”

ลองพิจารณาตัวอย่างต่อไปนี้

ก. นักเรียนแพทย์จะถูกสอนว่าการอ่านภาพรังสีของกระดูกหักในเด็ก ควรจะถ่ายเปรียบเทียบกันทั้งข้างที่บาดเจ็บ และข้างที่ปกติ เพื่อให้สามารถแยกแยะระหว่างร่องรอยของกระดูกหักกับ epiphyseal plate เมื่อเป็นแพทย์ประจำบ้านเราก็ถูกสอนให้ทำอย่างนี้ เมื่อจบเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญแล้วเราก็ยังคงทำอย่างนี้ วันหนึ่งเมื่อเรามีความมั่นใจว่าสามารถแยกแยะร่องรอยหักของกระดูกกับ epiphyseal plate ได้ ก็หมดความจำเป็นที่จะต้องถ่ายภาพรังสีในข้างที่ปกติเพื่อมาเปรียบเทียบ

ข. ผู้ป่วยที่จะได้รับการผ่าตัด elective case มักจะถูกนัดมานอนโรงพยาบาลล่วงหน้า ซึ่งอาจจะเป็นวันเดียวเพื่อเตรียมความพร้อมต่างๆ หรืออาจจะเป็นเวลาหลายวันเพื่อรอคิวห้องผ่าตัด ทำให้เตียงที่มีอยู่จำกัดไม่เพียงพอ และยังนอนโรงพยาบาลหลายวันก็ยิ่งเสี่ยงต่อการติดเชื้อในโรงพยาบาลมากขึ้น เมื่อเราแสวงหาความเรียบง่ายเราก็จะตั้งคำถามว่าจะเตรียมความพร้อมผู้ป่วยในลักษณะผู้ป่วยนอกได้หรือไม่ จะจัดระบบนัดคิวผ่าตัดโดยไม่ต้องให้ผู้ป่วยนอนอยู่ในโรงพยาบาลได้หรือไม่ จนกระทั่งเกิดการพัฒนามาเป็น ambulatory surgery ได้

ค. พยาบาลในโรงพยาบาลบางแห่งปรับเปลี่ยนวิธีการวางแผนดูแลผู้ป่วยและบันทึกทางการแพทย์แล้วถามตัวเองว่า Kardex ยังจำเป็นอยู่หรือไม่ เมื่อได้รับคำตอบว่าสิ่งที่ออกแบบใหม่สามารถทดแทน Kardex ได้ ก็ทำให้งานของพยาบาลง่ายขึ้น

ในชีวิตประจำวันของท่าน มีอะไรอีกที่สามารถตัดออกไปจากการทำงานประจำวันได้อีก?

## 5.2 การฟัง

วิธีการที่ทรงพลังในการสร้างความเรียบง่ายคือการฟังผู้ฟังมือปฏิบัติ เราอาจจะได้ฟังวิธีการทำงานที่ทำตามๆ สิ่งที่ได้รับคำสั่งสอนกันมาโดยไม่เคยหยุดคิดทำท่าย หรือเราอาจจะได้ฟังวิธีการทำงานของ “คนขี้เกียจ” ซึ่งมีแรงจูงใจที่จะทำให้ชีวิตของตัวเองง่ายขึ้น แม้ว่าจะมีความเสี่ยงและอาจจะทำให้คุณภาพลดลง แต่ก็คุ้มที่จะฟัง

เราอาจจะตั้งคำถามกระตุ้นให้ผู้คนคิดถึงวิธีการที่ง่ายขึ้น อาจจะต้องทำงานเล็กๆ มาช่วยกันคิด อาจจะใช้หัวหน้าที่ไปดูงานของคนอื่น

การรับรู้ด้วยสายตาจะได้ประโยชน์มากกว่าการฟังด้วยหู เพราะบางครั้งคำพูดไม่อาจอธิบายได้ทั้งหมด

ระบบข้อเสนอแนะจะมีพลังมากถ้าจัดการให้ดี จะต้องให้รางวัลแก่ความพยายาม ต้องยกย่องข้อเสนอแนะทุกอัน แม้ว่าจะเปล่าประโยชน์ที่สุด เพื่อนำพลังเข้ามาในระบบ การเปลี่ยนจุดเน้นของข้อเสนอแนะในแต่ละเดือนจะช่วยจำกัดขอบเขตของการคิดและได้ผลชัดเจนขึ้น

ลองพิจารณาตัวอย่างต่อไปนี้

ก. พนักงานขนขยะมีหน้าที่ไปรวบรวมขยะจากหอผู้ป่วยมาใส่ตู้ container เพื่อรอเทศบาลมาขนไป ถุงขยะที่รัดไว้ อย่างแน่นหนานั้นจะมีอากาศอยู่ในด้วย ทำให้ถุงเป่ง เปลืองเนื้อที่ พนักงานขนขยะจึงเจาะถุงให้แตก จะได้สามารถขนขยะได้มากขึ้นในแต่ละครั้ง ผลก็คือเกิดความบ่นเบือนและมึนงงในบริเวณที่พักขยะ ข้อมูลนี้ควรนำมาสู่ความคิดในการแก้ปัญหาที่หลากหลาย เช่น หน่วยงานควรผูกมัดถุงขยะในลักษณะที่มีอากาศในถุงน้อยที่สุด จัดระบบรวมขยะที่พนักงานขนขยะไม่ต้องยุ่งเกี่ยวกับถุงขยะอีก จัดหารถเข็นที่สามารถขนถังขยะได้มากขึ้นอีกเท่าตัว เป็นต้น

ข. เสาंनाเกลือในหอผู้ป่วยมักจะเป็นมารชีวิตของพนักงานทำความสะอาด ทำให้ทำงานยากขึ้น พนักงานทำความสะอาดกลุ่มหนึ่งจึงคิดหาทางทำที่แขวนน้ำเกลือลอยฟ้า เขาไปห้อยอยู่กับเพดานเสีย ไม่ต้องมาเกาะกะอยู่ที่พื้น ต่อมาแพทย์และพยาบาลก็เกิดความคิดว่าเสาตั้งเครื่องช่วยหายใจ Bird ก็เกาะกะเช่นกัน จึงเกิดความคิด Bird ลอยฟ้าขึ้นมาอีก

ท่านคิดว่าท่านอยากจะไปรับฟังความคิดของผู้ปฏิบัติงานตรงไหนบ้าง?

## 5.3 การควม

การควมทำให้ชีวิตเรียบง่ายขึ้นทั้งในส่วนของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

ลองพิจารณาตัวอย่างต่อไปนี้

ก. แทนที่จะให้พนักงานผู้ช่วยของแต่ละหอผู้ป่วย ต้องไปรับส่งสิ่งของที่หน่วยงานต่างๆ ด้วยตนเอง ต่างคนต่างไป หอผู้ป่วยที่อยู่ใกล้ๆ กันก็มาตกลงกันที่จะให้มีพนักงานคนหนึ่งเป็นตัวแทนของทุกหอผู้ป่วยไปรับส่งสิ่งของ หมุนเวียนสลับกันไป ในแต่ละเดือน ทำให้พนักงานมีเวลาทำงานอยู่ในหอผู้ป่วยมากขึ้น

ข. เมื่อผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยการเจ็บป่วยบางอย่าง โรงพยาบาลอาจจะสามารถผนวกโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเข้าได้ด้วย เช่น การตรวจสอบว่าผู้ป่วยได้รับการตรวจคัดกรองเพื่อการค้นหาโรคในระยะแรกเริ่มแล้วหรือไม่ พร้อมทั้งนัดหมายมาตรวจในเวลาที่เหมาะสม

ค. การเยี่ยมบ้านซึ่งยึดเอาครอบครัวที่ได้รับการเยี่ยมเป็นหลัก และผนวกบริการต่างๆ เข้าไปในครั้งเดียวกัน เช่น การดูแลผู้สูงอายุ การดูแลอนามัยแม่และเด็ก การติดตามการเจ็บป่วย

ในการควบ อาจจะต้องถามตัวเองว่า การควบนี้ทำให้เราทำงานได้ง่ายขึ้น หรือเพียงแต่ทำให้เราทำได้มากขึ้น ท่านมองเห็นโอกาสที่จะควบอะไรได้อีกบ้าง?

#### 5.4 การสกัดแนวคิด (Extracting Concept)

การสกัดแนวคิด (concept) เป็นวิธีสำคัญที่สุดในการสร้างความเรียบง่าย หลายคนไม่ชอบพูดเรื่องแนวคิดเพราะเห็นว่าเป็นเรื่องคลุมเครือ ไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน แต่แนวคิดเป็นส่วนสำคัญของกระบวนการคิดอย่างสร้างสรรค์

เมื่อนักบินอวกาศประสบปัญหาไม่สามารถใช้ปากกาลูกกลิ้งเขียนได้บนยานอวกาศ หากเราตั้งคำถามว่า “ทำอย่างไรปากกาลูกกลิ้งจึงจะเขียนได้ในสภาพไร้น้ำหนัก” คำตอบที่ได้คือปากกาลูกกลิ้งที่อาศัยแรงดันของไนโตรเจน แต่หากเราตั้งคำถามว่า “ทำอย่างไรจึงจะเขียนกลับหัวได้” คำตอบคือ ดินสอ

หากถอยกลับไป concept เราจะแก้ปัญหาได้ง่ายขึ้น

เมื่อไรก็ตามที่เรามองหาทางเลือก เมื่อนั้นจะมี concept ในเบื้องลึกของจิตใจโดยที่เราไม่ค่อยได้ตระหนักว่า concept ดังกล่าวคืออะไร หากเราสกัด concept ออกมาได้ จะทำให้เรามีโอกาสมองหาทางเลือกต่างๆ ที่หลากหลาย และค้นพบวิธีการที่ง่ายกว่าในการนำไปปฏิบัติ

concept จะต้องกล่าวอย่างกว้างๆ คลุมเครือ ไม่ชัดเจน เพื่อให้สามารถขยายความออกมาได้หลายทิศทาง ลองพิจารณาตัวอย่างต่อไปนี้

ก. ความว่างเปล่าของ progress note เป็นปัญหาคลาสสิกของแพทย์ แพทย์มักจะทำให้เหตุผลว่าหาแผ่นกระดาษที่จะต้องเขียนไม่พบ การบีบบังคับจะได้ผลน้อยกว่าการช่วยให้แพทย์ทำงานสะดวกขึ้น concept คือ “ทำอย่างไรให้แพทย์เข้าไปถึงจุดที่จะเขียน progress note ได้ง่ายที่สุด” คำตอบที่เกิดขึ้น เช่น ไหนๆ แพทย์ก็ต้องสั่งการรักษาอยู่แล้ว ก็หาที่ให้เขียนบนใบคำสั่งการรักษาเสียเลย หรือ เรียงลำดับ progress note ไว้เป็นแผ่นแรกในชาร์ท หรือ ติดกระดาษแข็งพร้อม slip ระบุประเภทของเอกสารว่าเป็นใบคำสั่งการรักษา ผลชั้นสูตร progress note ฯลฯ หรือ ให้วิชาชีพอื่นเข้ามาเขียนบันทึกใน progress note ร่วมด้วย จะเห็นว่ามีทางเลือกเกิดขึ้นมากมาย ซึ่งอาจจะใช้หลายๆ วิธีร่วมกันได้ (อย่างไรก็ตาม การเขียน progress note ในใบคำสั่งการรักษาโดยตีตารางเป็นสามช่อง และมีที่เขียนจำกัดนั้น ไม่ใช่สิ่งที่ดีที่สุด ควรเป็นวิธีแก้ปัญหาชั่วคราวเท่านั้น และควรหลีกเลี่ยงที่จะคิดใช้วิธีนี้ หากจะเขียน progress note ในใบคำสั่งการรักษา ควรมีพื้นที่มากพอสำหรับเขียนบรรยายตลอดความกว้างของหน้ากระดาษ)

ข. เรื่องบันทึกเวชระเบียนเช่นเดียวกัน มีคำถามเข้ามาว่า การทำ HA นั้นต้องให้ทุกวิชาชีพเขียน progress note ร่วมกันหรือไม่ การตอบว่า ใช่ หรือ ไม่ใช่ ไม่เกิดประโยชน์ ต้องทำความเข้าใจที่ concept ของข้อเสนอแนะดังกล่าว คือ “ทำอย่างไรให้ผู้ประกอบวิชาชีพที่ร่วมดูแลผู้ป่วยได้รับรู้และใช้ประโยชน์ข้อมูลในแต่ละฝ่ายมีอยู่” ทางเลือกย่อมมีได้หลายวิธี เช่น

การใช้สื่อทำเครื่องหมายต่างๆ ในบันทึกของพยาบาลและมีกระดาษสอดให้แพทย์ทราบว่ามีข้อมูลสำคัญที่ต้องการให้แพทย์รับทราบ การมีบันทึกสหสาขาซึ่งแยกออกจากบันทึกของแพทย์ หรือการรวมบันทึกของทุกวิชาชีพเข้าด้วยกัน โดยยังคงเก็บบันทึกเฉพาะที่จำเป็นในส่วนของแต่ละวิชาชีพไว้

ค. การจัดทำ clinical practice guideline (CPG) มักจะมีคำถามว่า จะต้องทำเท่าไร จะใช้รูปแบบไหน ซึ่งตอบอย่างไรก็ไม่สามารถให้คำตอบที่ถูกต้องได้ หากไม่เกิดความเข้าใจว่า concept ของเรื่องนี้คือ การใช้ evidence เพื่อให้เกิด effective & efficient intervention เมื่อเข้าใจ concept นี้แล้ว อาจจะพบว่าคำตอบไม่ใช่เรื่องของการจัดทำ CPG ซึ่งกินเวลาของทีมนักไปมาก แต่คำตอบอาจจะเป็นการทบทวนสิ่งที่ปฏิบัติอยู่ในชีวิตประจำวันว่าสอดคล้องกับ evidence ที่น่าเชื่อถือและทันสมัยหรือไม่

ลองทบทวนการพัฒนาคุณภาพที่ผ่านมาว่าท่านสามารถสกัดแนวคิดอะไรได้บ้าง?

## 5.5 จัดการสำหรับส่วนใหญ่ และเปิดช่องให้มีข้อยกเว้น

ระบบหลายอย่างมีความยุ่งยาก เนื่องจากต้องพยายามจัดการกับข้อยกเว้นทุกประเภท ถ้าเราสามารถจัดการกับสถานการณ์ส่วนใหญ่ซึ่งเป็นส่วนกลางของระฆังคว่ำได้ ทุกอย่างก็จะง่ายขึ้น

สิ่งต่างๆ จะทำให้เรียบง่ายขึ้นได้ด้วยการออกแบบระบบเพื่อรองรับสถานการณ์และบุคคลส่วนใหญ่ และให้แนวทางพิเศษสำหรับจัดการกับสถานการณ์หรือบุคคลที่ออกไปอยู่นอกเกณฑ์เฉลี่ย

ลองพิจารณาตัวอย่างต่อไปนี้

ก. ในการพูดคุยเรื่องทำ clinical practice guideline เหตุผลหนึ่งที่มีมักจะได้รับการหยิบยกขึ้นมาพูดกันบ่อยๆ คือ หลักฐานจากต่างประเทศอาจจะไม่เหมาะสมกับเงื่อนไขในประเทศไทย แล้วก็หยุดกันไปแค่นั้น หากได้มีการพิจารณาว่า หลักฐานประเภทใดบ้างที่ไม่สามารถนำมาใช้ได้ เราต้องการข้อมูลอะไรเพิ่มเติม หากได้พิจารณาแล้วหลักฐานอีกจำนวนมากที่ควรจะนำมาใช้ปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยของเราจะมีอะไรบ้าง ถ้าเรายอมรับข้อมูลส่วนใหญ่แล้วหาทางจัดการกับข้อมูลส่วนน้อยที่เป็นข้อยกเว้น เราจะทำงานได้ง่ายขึ้น

ข. วันไหนที่มีคลินิกเบาหวานที่โรงพยาบาล วันนั้นโรงพยาบาลจะกลายเป็นตลาดนัด ถามว่าทำไมผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลได้แล้วก็ต้องมาพบแพทย์ทุกครั้งเพียงเพื่อรับยาเดิมต่อ จะให้พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สถานที่โอนามียาจ่ายยาแทนได้หรือไม่ คำตอบที่จะได้รับมักจะเป็นคำตอบปฏิเสธ ด้วยเหตุผลว่าผู้ป่วยบางรายอาจจะมีปัญหา ต้องมีการปรับเปลี่ยนยา ถามว่าส่วนใหญ่ของผู้ป่วยที่มาคลินิกเบาหวานเป็นผู้ป่วยประเภทใด ระบบที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยส่วนใหญ่ควรเป็นอย่างไร และจะจัดระบบสำหรับผู้ป่วยที่เป็นกรณียกเว้นอย่างไร

มีอะไรอีกที่ท่านสามารถออกแบบให้กับคนส่วนใหญ่ และหาทางจัดการสำหรับกลุ่มที่เป็นกรณียกเว้นต่างหาก?

## 5.6 การกระตุ้นยั่วยุด้วยการตัดทิ้ง (Provocative Amputation)

ในการสลัดทิ้งหรือทบทวนอดีต เราจะเลิกทำเมื่อพบว่าเกินความจำเป็น แต่ในการยั่วยุนี้จะไม่มีการตรวจสอบความจำเป็นดังกล่าว เป็นการยั่วยุให้หาทางเลือกใหม่ๆ ที่เรียบง่ายกว่าเดิม ด้วยการถามว่าถ้าไม่เอาสิ่งที่ยอมรับกันอยู่นั้น จะมีการปรับตัวเกิดขึ้นอย่างไร

ไม่แน่ว่าการกระตุ้นยั่วยู่นี้จะนำมาสู่ความเรียบง่ายในการทำงานเสมอไป อาจจะได้ข้อเสนอที่ซับซ้อนยิ่งกว่าเก่า บ่อยครั้งที่ความคิดที่ง่ายกว่านั้นเป็นความคิดที่ตามมาหลังๆ

โปรดพิจารณาตัวอย่างต่อไปนี้

ก. ในการพัฒนาคุณภาพมีเสียงบ่นกันมากกว่าเสียเวลาไปกับการประชุมมาก คำถามเพื่อยั่วยู่คือ “จะทำงานเป็นทีมโดยไม่ต้องประชุมได้อย่างไร” ทำไมเราจะต้องรอคอยคิดถึงเรื่องคุณภาพเฉพาะในที่ประชุม ในเมื่อเราพบเหตุการณ์หรือได้รับข้อมูลที่จะกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพตลอดเวลา ทำไมเราจะต้องมานั่งระดมสมองกันในที่ประชุมในเมื่อเราสามารถคิดในช่วงเวลาใดก็ได้ และสามารถนำความคิดมารวมกันได้หลายวิธี ทำไมเราจะต้องมาคุยกันในที่ที่มีสมาชิกจำนวนมาก ในเมื่อเรื่องบางเรื่องสามารถจัดการได้ด้วยทีมขนาดเล็กหรือคนเดียว

ข. มาตรการป้องกันการติดเชื้อหลายอย่างที่เคยใช้กันมาในอดีต เป็นการใช้โดยไม่มีหลักฐานทางวิชาการสนับสนุน เมื่อตั้งคำถามยั่วยู่ว่า “เราจะเลิกใช้มาตรการเหล่านี้ได้หรือไม่” ทำให้เกิดการทบทวนข้อมูลวิชาการ และเลิกใช้มาตรการที่ไม่มีหลักฐานสนับสนุนว่าเกิดประโยชน์ เช่น เลิกเปลี่ยนรองเท้าและสวมเสื้อกาวน์ในหอผู้ป่วยหนัก เลิกการถูกพื้นด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ เลิกใช้ spray ฆ่าเชื้อ เลิกอบห้องผ่าตัดด้วยฟอร์มาลิน เลิกการติดแสง UV light ในห้องผ่าตัดและหน่วยจ่ายกลาง เลิกการวางเพาะเชื้อในห้องผ่าตัด เลิกการใช้น้ำร้อนในการซักเสื้อผ้าผู้ป่วย

ในชีวิตประจำวันของท่าน มีอะไรที่น่าจะยั่วยู่ให้ตัดทิ้งได้อีกบ้าง?

## 5.7 วิธีคิดฝันปรารถนา

ความคิดฝันหมายถึงการผลักดันให้คิดถึงวิธีทำงานที่เป็น “อุดมคติ” หรือ “สมบูรณ์แบบ” วิธีคิดนี้อาจจะเกิดผลที่ตามมาได้สองประการ ประการแรกคือดูว่าทำไมคำตอบที่สมบูรณ์นี้จึงไม่สามารถปฏิบัติได้ ประการที่สองคือใช้ความปรารถนาเป็นตัวกระตุ้นยั่วยู่ความคิดใหม่ๆ

ตัวอย่างความคิดฝันเช่น “จะดีกว่านี้ไหมถ้าภัตตาคารจัดอาหารให้เท่าจำนวนที่เราต้องการรับประทาน” จากคำถามนี้นำมาสู่ความคิดว่าผู้บริโภคจะสั่งอาหารโดยราคา ไม่เพียงสั่งตามจานเท่านั้น ขณะนี้ราคาอาหารแต่ละจานจะกำหนดไว้บนเมนู เช่น ต้มยำกุ้งหม้อละ 100 บาท ท่านอาจจะสั่งเพียง 50 บาท และได้รับในจำนวนที่สั่ง วิธีการนี้จะทำให้ชีวิตของชาวภัตตาคารยุ่งยากขึ้น แต่เรียบง่ายขึ้นสำหรับผู้บริโภค

โปรดพิจารณาตัวอย่างต่อไปนี้

ก. ปัญหาवेशะเขียนหาย หาवेशะเขียนไม่พบ ปัญหาการเขียนใบส่งตัวเมื่อ refer ผู้ป่วย ปัญหาผู้ป่วย shopping around ทำให้เราเกิดความคิดฝันว่า “จะดีกว่านี้ไหมถ้าผู้ป่วยจะถือवेशะเขียนไว้เอง” ถ้าเป็นเช่นนั้น ผู้ป่วยจะไม่ต้องรอให้เจ้าหน้าที่ค้นบัตรให้ แพทย์สามารถรับข้อมูลว่าผู้ป่วยได้รับบริการอะไรบ้าง ไม่ว่าจะไปรับบริการที่ไหนมา ปัญหาตามมาคือถ้าผู้ป่วยทำवेशะเขียนหายจะทำอย่างไร การรักษาความลับของผู้ป่วยจะมีปัญหาหรือไม่ แพทย์ใหญ่ทะเลาะทงคงไม่มีใครอยากหอบกลับไปบ้าน หรือเอากลับไปแล้วลืมเอามาโรงพยาบาล เมื่อเทคโนโลยีก้าวหน้าไป อาจเป็นไปได้ว่าสิ่งที่ผู้ป่วยนำติดตัวไป อาจจะเป็นเพียง smart card แผ่นเล็กๆ ซึ่งมีข้อมูลการรับบริการทุกอย่าง

ตัวอย่างข้างต้นนี้ได้สะท้อนวิธีการอีกอย่างหนึ่งของความเรียบง่าย คือการเคลื่อนย้ายภาระงานจากโรงพยาบาลไปสู่ผู้ป่วย จากเจ้าหน้าที่ไปสู่ระบบคอมพิวเตอร์

ข. ปัญหาผู้ป่วยอุบัติเหตุซึ่งเป็นคดีความและแพทย์ต้องไปเป็นพยานศาล เมื่อกลับมาอ่านบันทึกการตรวจร่างกายแล้วก็อาจจะยังนึกภาพไม่ออกว่าผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บเพียงใด ลักษณะบาดแผลเป็นอย่างไร ทำให้เราเกิดความคิดฝันว่า “จะดีกว่านี้ไหม ถ้าตอนไปเป็นพยานศาล เราสามารถเห็นภาพผู้ป่วยเหมือนกับกำลังตรวจผู้ป่วยอยู่” จากคำถามนี้นำมาสู่ความคิดที่จะใช้กล้องดิจิทัลถ่ายภาพเก็บบันทึกไว้และพิมพ์ติดไว้ในเวชระเบียน

## 5.8 วิธีขั้นบันได

เป็นการขึ้นไปสู่ที่สูงๆ โดยค่อยๆ ก้าวไปที่ละขั้น เป็นเรื่องของ CQI นั่นเอง มีความพยายามที่จะทำให้กิจกรรมนั้นง่ายขึ้น คุณภาพยังคงเป็นทิศทางหลัก แต่ความเรียบง่ายเข้ามาเสริมในฐานะทิศทางของการพัฒนา

ข้อดีของวิธีขั้นบันไดคือทุกคนสามารถมีส่วนร่วม แต่แต่ละคนสามารถคิดเกี่ยวกับงานของตนเองและการเชื่อมต่อกับคนอื่น

เราอาจจะขอให้สมาชิกแยกแยะวิธีการทำงานต่างๆ ออกเป็นกลุ่ม ก) ง่าย ข) ซับซ้อน ค) ซับซ้อนมาก แล้วเชิญชวนให้ช่วยกันเสนอแนะว่าจะทำให้งานที่ซับซ้อนนั้นเรียบง่ายขึ้นได้อย่างไร

การปรับปรุงขั้นตอนเล็กๆ ตามวิธีขั้นบันไดนั้นง่ายกว่าการปรับเปลี่ยนขนานใหญ่ในการปรับหรือโครงสร้างในหน่วยงานของท่าน มีวิธีการทำงานอะไรที่ซับซ้อน และซับซ้อนมาก ลองช่วยกันให้ข้อเสนอแนะวิธีการที่เรียบง่ายขึ้น



## 6. ความเรียบง่ายในมุมมองของการจัดการ

Bill Jensen กล่าวว่าความเรียบง่ายเป็นสิ่งที่ใช้ได้เนื่องจากสอดคล้องกับธรรมชาติของมนุษย์และใช้สามัญสำนึกมากกว่าเหตุผลขององค์กร การสร้างความเรียบง่ายเริ่มต้นด้วยสมมติฐานว่าทุกคนต้องการทำในสิ่งที่ถูกต้อง และต้องการสร้างผลงาน ตระหนักว่าแต่ละคนต่างประสบปัญหาว่าจะตัดสินใจอย่างไรให้เกิดผลงาน ความเรียบง่ายจะเกิดเมื่อองค์กรช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานด้วยความชาญฉลาด มีการออกแบบเพื่อให้ผู้คนแสวงหาทางเลือกได้อย่างไม่จำกัด การออกแบบเพื่อให้เกิดความเรียบง่ายควรเริ่มจากสิ่งที่ผู้ปฏิบัติงานต้องการ สร้างความชัดเจนให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน

ความเรียบง่ายคือการปฏิวัติระบบข้อมูลข่าวสารโดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างความกระจ่างชัดในเรื่องที่ซับซ้อน ทำให้งานที่ทำความเข้าใจสำหรับผู้ปฏิบัติงาน

### 6.1 การใช้เวลา (Using Time)

ผู้นำทำให้เกิดงานผ่านการกระทำของคนอื่น ผู้นำที่ยิ่งใหญ่คือผู้นำที่ทำหน้าที่ครูและโค้ชด้วยการตั้งคำถามที่เหมาะสม ช่วยให้เกิดความชัดเจนในสิ่งที่ต้องทำ คำถามที่ถูกต้องจะปรับจุดเน้นของความสนใจและนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงวิธีทำงาน การที่ผู้นำและผู้ตามยอมสละเวลามาพบทบทวนไตร่ตรอง อภิปรายซักถาม และเรียนรู้ร่วมกัน ก่อนลงมือทำงาน จะทำให้สามารถทำงานสำเร็จได้ง่ายขึ้น

เราควรจะสละเวลามาคุยกันในเรื่องอะไรบ้าง เรื่องพื้นฐานที่จะคุยกันมี 5 เรื่อง คือ Know, Feel, Use, Do, Succeed

#### 1) Know (รับรู้)

เป็นการรับรู้ว่าจะอะไรคือสิ่งที่สำคัญสุดยุดเพียงไม่กี่ประการ เพื่อให้ทุกคนเกิดความชัดเจนว่าต้องทำอะไรเพื่อให้เกิดผลงานที่ต้องการ ผู้นำควรตอบคำถามให้ได้ว่า “อะไรคือสามสิ่งเรื่องที่ยากให้ผู้ปฏิบัติรับทราบ เรียนรู้ และตั้งคำถาม?”

ความชัดเจนกับความแน่นอนมีความหมายแตกต่างกัน **ความชัดเจน**คือความเข้าใจเพียงพอที่จะจัดการด้วยตัวเอง เปิดโอกาสให้มีเวลาคิด และตั้งคำถามต่อ ส่วน**ความแน่นอน**คือการออกแบบและควบคุมโครงการด้วยแผน งบประมาณ การติดตาม ซึ่งไม่เปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานมีทางเลือกหรือตัดสินใจด้วยตนเองได้

#### 2) Feel (รู้สึก)

เป็นการพิจารณาและวางแผนว่าผู้เกี่ยวข้องจะเกิดความรู้สึกอย่างไรในระหว่างการทำงานและเมื่องานสำเร็จ เป็นเรื่องจำเป็นเพราะไม่มีใครตัดสินใจโดยปราศจากความรู้สึก ผู้นำควรตอบคำถามให้ได้ว่า “ต้องการให้ผู้คนรู้สึกอย่างไร จะเป็นไปได้หรือไม่?”

ความรู้สึกนี้เกี่ยวข้องกับฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ความตระหนักในตนเอง ความเห็นใจ มนุษยสัมพันธ์ การอ่านความรู้สึกคนอื่น ซึ่งจะเป็นส่วนหนึ่งของการทำงานเป็นทีม

#### 3) Use (ใช้)

เป็นการพิจารณาเครื่องมือ ทรัพยากร และการสนับสนุนที่จำเป็นเพื่อให้ผู้ปฏิบัติทำงานให้สำเร็จ สิ่งที่ผู้นำจะให้การสนับสนุน เช่น การฝึกอบรม ข้อมูล การสื่อสาร เครื่องมือและวิธีการใช้ที่เหมาะสม โดยเน้นความชัดเจน มีจุดเน้น เป็นระบบ

#### 4) Do (ทำ)

เป็นการสร้างและบริหารความคาดหวัง ให้ทุกคนรับทราบกระบวนการหรือขั้นตอนในการทำงาน แต่ละคนรู้ว่าใครจะต้องทำอะไร เมื่อไร

### 5) Succeed (สำเร็จผล)

เป็นการให้ความหมายของความสำเร็จในด้าน ก) ผลลัพธ์ ข) ความก้าวหน้าตามแผน ค) พฤติกรรมและปฏิสัมพันธ์ ในทีม ทีมควรจะถามว่า “อะไรคือคำจำกัดความของความสำเร็จ?” ในการประชุมทุกครั้ง

## 6.2 การวางแผน (Planning)

การวางแผนคือการออกแบบสนทนาให้ได้ผล ซึ่งจะช่วยรวมความสนใจ สื่อสารว่าอะไรสำคัญและจะวัดอย่างไร เป็นจุดเริ่มสำหรับรับเสียงสะท้อน ฉลองความสำเร็จและเรียนรู้จากความล้มเหลว

ตารางต่อไปนี้เป็นตัวอย่างคำถามที่ผู้นำต้องถามตัวเองก่อนการสนทนากับผู้ปฏิบัติงาน

คำถามชุดแรก คือ Know, Feel, Do Tool มีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานตัดสินใจได้เหมาะสมยิ่งขึ้น

<p><b>Know:</b> ข้อมูล คำถาม วิธีการ เวลา ที่ถูกต้อง</p>	<p>จะต้องใช้ข้อมูลอะไรเพื่อให้ได้ข้อสรุปในประเด็นนี้ก่อนที่จะคุยกับคนอื่น? ถ้าจำกัดเวลาเพียง 5 นาที จะพูดเรื่องอะไร 3 ประเด็น? เป้าหมายคือการสอนให้ตกปลา หรือการหาปลาให้กิน? เป็นการเรียนรู้ในเวลาที่เหมาะสมหรือไม่? ผู้ฟังจะมีคำถามอะไร? ทุกคนต้องเข้าใจร่วมกันว่าอย่างไร?</p>
<p><b>Feel:</b> การยอมรับ ความมุ่งมั่น</p>	<p>จะรู้ได้อย่างไรว่าผู้คนยอมรับและมีความมุ่งมั่น? จะให้เวลาถึงเมื่อไรเพื่อการตัดสินใจ? อยากให้ผู้คนมีความรู้สึกอย่างไรในการมีส่วนร่วมรับผิดชอบ? จะรู้ได้อย่างไรว่าประสบความสำเร็จในการสร้างความรู้สึก?</p>
<p><b>Do:</b> ความคาดหวัง พฤติกรรม</p>	<p>ผู้คนคาดหวังความมุ่งมั่นและพฤติกรรมอะไรจากเรา? ต้องการให้ผู้คนตัดสินใจอะไร เมื่อไร? ขั้นตอนแรกๆ สำหรับเราและกลุ่มแกนคืออะไร? ขั้นตอนแรกๆ สำหรับกลุ่มที่เหลือคืออะไร? อะไรคือจุดที่จะทำให้เราเปลี่ยนความคาดหวัง? ผู้คนจะทำ/พูดต่างจากเดิมอย่างไรเมื่อเริ่มโครงการ?</p>

คำถามชุดที่สอง คือ Use to Succeed Tool มีเป้าหมายเพื่อให้ทำงานได้มากขึ้นโดยใช้เวลาน้อยลง และประสบความสำเร็จได้ง่าย

<p><b>Succeed:</b> ชัดเจนพอที่สมาชิกทีมสามารถจัดการตัวเองได้</p>	<p>ความสำเร็จคืออะไร ในเชิงผลลัพธ์, ความก้าวหน้า, พฤติกรรม?          สิ่งเหล่านั้นสอดคล้องกับแผนหรือไม่?          ผู้บังคับบัญชาของเราให้ความหมายของความสำเร็จเหมือนเราหรือไม่?          สมาชิกทีมให้ความหมายความสำเร็จว่าอย่างไร มีความแตกต่างกันอย่างไร?</p>
<p><b>Use:</b> เครื่องมือ การฝึกอบรม การสนับสนุน วิธีการ เวลา ที่ถูกต้อง</p>	<p>ถ้าเราไม่อยู่ ใครจะตอบคำถามข้างล่างนี้?          จะปล่อยให้ใช้เวลาเรียนรู้นานเท่าไร?          ทรัพยากรอะไรบ้างที่มีอยู่แล้ว?          จะต้องสร้างหรือหาทรัพยากรใหม่อะไรอีก?          ต้องการกำลังคนเท่าไร ต้องการทักษะอะไร?          ทรัพยากรบุคคลจากข้างในมีเท่าไร ต้องการจากข้างนอกเท่าไร?          ต้องให้การสนับสนุนต่อเนื่องอย่างไร?</p>

### 6.3 การสื่อสารเชิงพฤติกรรม (Behavioral Communication)

เป้าหมายของการสนทนาควรเป็นไปเพื่อทำความเข้าใจ ตั้งคำถาม ไตร่ตรอง มีส่วนร่วม และนำมาสู่ข้อสรุปว่า ใครจะทำอะไร เมื่อไร ฯลฯ แทนที่จะมาเพียงเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกัน

ถ้าผู้ฟังสามารถตอบคำถามพื้นฐานห้าข้อนี้ได้ การสนทนาจะบรรลุเป้าหมายได้อย่างรวดเร็วและนำไปสู่การกระทำ (สรรพนาม “ฉัน” ในคำถาม จะแทนผู้ฟัง “ท่าน” ในคำขยายความจะแทนผู้นำ)

1) **สิ่งนี้เกี่ยวข้องกับงานที่ฉันทำอยู่อย่างไร?** ภายในห้านาทีแรก หากท่านไม่สามารถทำให้เกิดความชัดเจนแก่ผู้ฟังได้ ท่านก็จะสูญเสียพวกเขาไป แต่ละคนมีเรื่องที่ต้องสนใจมากมาย หากจะต้องสนใจกับทุกเรื่องที่เกี่ยวข้องแล้ว ก็จะไม่ได้อะไรสักอย่าง เรื่องของท่านจะเป็นที่น่าสนใจหากสามารถทำให้เชื่อมโยงกับสิ่งที่ผู้คนสนใจและใช้เวลาไปกับเรื่องนั้นอยู่แล้ว เช่น หากจะพูดเรื่องยุทธศาสตร์ใหม่ ควรเริ่มด้วยลำดับความสำคัญของทีมในปัจจุบัน แล้วเล่าว่ายุทธศาสตร์ใหม่แตกต่างไปอย่างไร ถ้าไม่สามารถสร้างความเชื่อมโยงให้เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วแล้ว ท่านก็ไม่สามารถทำให้ผู้คนสนใจได้

2) **สิ่งที่ฉันจะต้องทำชัด ๆ คืออะไร?** นี่ไม่ใช่การย้อนกลับไปหาระบบสั่งการและควบคุม แต่ความคาดหวังของท่านจะต้องชัดเจนว่า ขั้นตอนต่อไปคืออะไร ขั้นตอนทั้งหมดคืออะไร ใครจะรับผิดชอบในแต่ละขั้นตอน ผู้คนจะรู้ได้อย่างไรถ้ามีการเปลี่ยนแปลงความรับผิดชอบ ท่านต้องสื่อสารสิ่งเหล่านี้ตั้งแต่เริ่มแรก

3) **ฉันจะถูกวัดผลอย่างไร? ผลที่ตามมาคืออะไร?** ผู้คนอยากรู้ว่าเขาจะรู้ได้อย่างไรว่าทำได้ดีหรือไม่ หน้าที่ของความสำเร็จเป็นอย่างไร จะได้รับ feedback บ่อยเพียงใด ผู้คนควรได้รับรู้ผลกระทบของความสำเร็จและความล้มเหลวด้วยเช่นกัน ทั้งด้านบวกและด้านลบ

4) **มีเครื่องมือและการสนับสนุนอะไรบ้าง?** เป็นคำถามเกี่ยวกับการทำงานให้สำเร็จ ผู้คนส่วนใหญ่ไม่มีเครื่องมือสำหรับทำงาน หรือหากมีก็มักจะไม่ค่อยได้ใช้หรือใช้อย่างไม่เข้าใจ อะไรก็ตามที่สามารถเชื่อมต่อกับสิ่งที่เขาต้องทำกับเครื่องมือที่

มีอยู่จะมีพลังมาก เช่น การฝึกอบรม เทคโนโลยีสารสนเทศ การโค้ช งบประมาณเพิ่ม ชุดอุปกรณ์สื่อสาร การประชุม ชุมชน พี่เลี้ยง เวลาที่เพิ่มขึ้น ข้อมูลข่าวสารที่จัดเตรียมสำหรับแต่ละงาน เจ้าหน้าที่เพิ่ม พื้นที่ทำงานเฉพาะ ข้อมูลวิจัย

บทบาทของผู้นำในการเชื่อมต่อเป็นเรื่องใหญ่มาก เครื่องมือที่ถูกต้อง ในเวลาที่เหมาะสม และวิธีการที่ถูกต้อง ช่วยลดรายการที่แต่ละคนต้องทำ และช่วยให้ทำงานอย่างมีจุดเน้น มิฉะนั้นจะเป็นการเสียเวลาและสูญเปล่า

5) **เรื่องนี้ให้อะไรแก่เรา?** (What's in it for me?) สิ่งที่ทำให้อาจจะเป็นรางวัล การเลื่อนขั้น หรือสิ่งที่ไม่เพิ่มต้นทุน เช่น ความเครียดที่ลดลง ความสนุกสนาน การทำงานเป็นทีมที่ดีขึ้น การมีเวลากับครอบครัวมากขึ้น

รูปแบบของการสื่อสารในอุดมคติคือการโค้ชหรือการฝึกอบรมนอกสถานที่ ให้กลุ่มอภิปรายเพื่อค้นหาคำตอบด้วยตนเอง เป็นวิธีที่ใช้เวลามากและต้องการ facilitator ที่มีความสามารถ รูปแบบของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพที่รวดเร็วชัดเจน คือการใช้ e-mail หรือบันทึกเพื่อตอบคำถามห้าข้อข้างต้น แต่ก็มีจุดอ่อนที่อาจไม่ได้ผลหากต้องมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมครั้งใหม่ ไม่มีสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้นำกับผู้ปฏิบัติงาน รูปแบบของการสื่อสารที่เป็นไปได้มากที่สุดคือการประชุมสนทนาแลกเปลี่ยน โดยเริ่มด้วยคำตอบจำนวนหนึ่งและเปิดโอกาสให้ทีมหาคำตอบที่เหลือ เป็นการใช้เวลาของทุกคนอย่างคุ้มค่าหากมีผู้นำที่ดี

## 6.4 การฟังและเลือกสรร (Listening & Scanning)

เวลาเป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่สุด ถ้าเราสามารถปรับปรุงการใช้เวลาของเราในการรับฟังได้ จะทำให้เรามีเวลาเหลือสำหรับทำสิ่งอื่นๆ ที่จำเป็น

เราควรให้ความสำคัญกับการฟังอะไร อาจจะใช้หัวข้อคำถามในการสื่อสารเชิงพฤติกรรมที่กล่าวมาแล้ว แต่ปรับให้เหมาะสมกับการฟังให้มากขึ้น โดยใช้สูตร CLEAR

**C – connected to what I do** สิ่งนี้เกี่ยวข้องกับงานของเราอย่างไร? ถ้าไม่เชื่อมต่อกับงานสำคัญในอันดับต้นๆ ที่เราทำอยู่ อย่าไปสนใจ

**L – list of next steps** เราจะต้องทำอะไร? ถ้าไม่ชัดเจนว่าใครจะต้องทำอะไรในสองสามวันข้างหน้า อย่าไปสนใจ

**E – expectation** ความสำเร็จจะเป็นอย่างไร? ถ้าไม่ชัดเจนว่าผลลัพธ์ ความก้าวหน้า พฤติกรรมของผู้เกี่ยวข้อง จะเป็นอย่างไร อย่าไปสนใจ

**A – ability** เราต้องการเครื่องมือและการสนับสนุนอะไร? ควรจะถามคำถามเชิงรุก เช่น ใครคือผู้ที่เหมาะสมกับงานนี้ เราจะได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องได้อย่างไร ข้อมูลเหล่านั้นจัดระบบไว้ดีหรือยัง จำเป็นต้องปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหาหรือไม่ ถ้าเห็นว่ามีเครื่องมือน้อยเกินไป มีการฝึกอบรมน้อยเกินไป มีทีมมากเกินไป ประชุมบ่อยเกินไป แสดงว่าเวลาของท่านถูกใช้ไปโดยเปล่าประโยชน์

**R – return** เรื่องนี้ให้อะไรแก่เรา? ถ้าไม่ให้อะไรแก่เรามากนัก อย่าไปสนใจ

ในการรับฟังที่ดีนั้น ควรใช้สามัญสำนึกร่วมด้วย ควรรู้ว่าในห้าคำถามนั้น ข้อใดมีความสำคัญต่อเรามากที่สุด ก่อนที่จะเล็งดูเรื่อง ควรบอกกับผู้รับผิดชอบว่าเราได้พยายามหาคำตอบอะไร เพื่อให้ผู้รับผิดชอบได้ทบทวนงานของเขา

## 6.5 การร่วมใจ (Engaging)

หากต้องการสร้างความชัดเจนกับผู้ที่ยอยู่นอกทีมจำนวนนับร้อยนับพัน การใช้แนวทางที่กล่าวมาแล้วอาจจะมีประโยชน์แต่เป็นเรื่องละเอียดมากเกินไปสำหรับคนหมู่มาก เราจะต้องหาสร้างเป้าหมายและความหมายร่วมสำหรับทุกคน ด้วยวิธีการที่ง่ายกว่า วิธีนั้นก็คือการบอกเล่าเรื่องราว (storytelling)

เมื่อมีเรื่องราวอยู่ในจิตใจ เราจะเห็นความเกี่ยวข้องกับสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตของเรา เกิดความรู้สึกมีชีวิตชีวาอย่างลึกซึ้ง และไม่อยากจะปล่อยให้หลุดไป เรื่องราวทำให้เราเกิดความหลงใหล นำเราเข้าไปผูกพัน ทำให้เกิดความชัดเจน

การบอกเล่าเรื่องราวมีกรอบพื้นฐานได้แก่ เริ่มด้วยความขัดแย้ง (conflict) หรือปัญหาที่กำลังปะทุ (burning platform) ตามมาด้วยความก้าวหน้าหรือสิ่งที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน, ความสำเร็จในปีนี้ และเป้าหมายข้างหน้า

การใช้การบอกเล่าเป็นเครื่องมือทางธุรกิจ จะอาศัยโครงสร้างของ Know, Feel, Use, Do & Succeed มาทำให้มีชีวิตชีวาขึ้นโดยไม่ต้องลงรายละเอียด

การบอกเล่าเรื่องราวต้องอาศัยการรับฟังจำนวนมาก ทั้งสิ่งที่เกิดขึ้นในอดีตและที่กำลังจะเกิดขึ้นในอนาคต รับฟังในทุกระดับและทุกหน่วย แล้วนำมาจัดร้อยเรียงเป็นเรื่องราวเพื่อเป้าหมายทางธุรกิจ ทำให้เกิดความเข้าใจได้ง่าย ในลักษณะที่ผู้คนต้องการได้ยิน

### 1) บอกเล่าความจำเป็นที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลง

ความไม่พึงพอใจกับสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ในปัจจุบัน ความขัดแย้ง คู่แข่ง นำมาสู่การคิดหาวิธีใหม่ๆ ในการทำงาน การบอกเล่าเรื่องราวที่ดีควรมีข้อมูลที่มีประโยชน์และแนวโน้มที่จะเกิดขึ้น พร้อมทั้งการกระตุ้นให้ผู้ฟังหาข้อสรุปด้วยตนเอง

### 2) บอกเล่าจุดเชื่อมต่อ

ทุกเรื่องราวจะต้องมีจุดเชื่อมต่อเพื่อชักนำความสนใจของผู้ฟัง การที่องค์กรฉลองความสำเร็จและทบทวนบทเรียนที่ได้รับช่วยให้ผู้ฟังเกิดความเข้าใจว่าได้พากันมาถึงไหนและจะปรับปรุงต่อไปอย่างไร ทำให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงทั้งหมดเชื่อมต่อกันอย่างไร และทำให้องค์กรเคลื่อนไปข้างหน้าอย่างไร

### 3) บอกเล่าความสำเร็จ ณ ปัจจุบัน

เป็นการบอกเล่าความสำเร็จในทุกระดับ ให้คำจำกัดความของความสำเร็จ แปรตัวเลขให้มาเป็นเรื่องราว ทำให้เห็นว่าการวัดผลนั้นมีความหมายต่องานที่แต่ละคนทำอยู่ได้อย่างไร

### 4) บอกเล่าที่หมายข้างหน้า

ที่หมายหรือเป้าหมายใหม่ จะก่อให้เกิดความหวัง ช่วยรวมใจผู้ฟัง และมีผู้ขึ้นอาสาเข้ามาร่วม

## 7. สรุป

ความเรียบง่ายเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับองค์กรที่จะประสบความสำเร็จ ความเรียบง่ายจะเกิดได้ต้องมาจากความมุ่งมั่น การปรับเปลี่ยนวิธีคิด การปรับเปลี่ยนวิธีการใช้เวลา การปรับเปลี่ยนบทบาทของผู้นำ เพื่อช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความชัดเจน รู้จุดเน้น และมีเวลาทบทวนไตร่ตรองวิธีการทำงานที่ใช้อยู่

การพัฒนาคุณภาพด้วยแนวคิดของความเรียบง่ายจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้มากกว่า เร็วกว่า และสูญเสียพลังงานน้อยกว่า

บรรณานุกรม

Jensen, Bill. *Simplicity*. Massachusetts: Perseus Books, 2000

De Bono, Edward. *Simplicity*. Penguins Book, 1999.

## ตอนที่ 4 มุมมองต่อองค์กรในอนาคต

ระบบที่ซับซ้อนและปรับตัว (Complex Adaptive System).....	1
ศาสตร์แห่งความซับซ้อน (Complexity Science).....	1
หลักการบริหารจัดการสำหรับระบบที่ซับซ้อน .....	3
ตัวช่วยในการจัดการกับความซับซ้อน.....	8
1. Stacey Matrix .....	8
2. อุปมาอุปมัย (Metaphore).....	10
3. คำถามท้าทาย (Wicked Question) .....	12
4. กำหนดให้น้อยที่สุด (Minimal Specification) .....	13
5. ทบทวนไตร่ตรอง (Reflection).....	15
สรุป.....	18
สกว. กับความเป็นองค์กรเคออร์ดิค .....	19
ลักษณะขององค์กรเคออร์ดิค .....	20
การจัดระบบและโครงสร้างองค์กร .....	21
ระบบซับซ้อนและปรับตัว (รชป.) .....	25
สรุป.....	29

# ระบบที่ซับซ้อนและปรับตัว (Complex Adaptive System)

นายแพทย์อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

## ศาสตร์แห่งความซับซ้อน (Complexity Science)

มีหลายสิ่งในโลกนี้ที่ไม่สามารถทำความเข้าใจได้สมบูรณ์ ในท่ามกลางสิ่งที่ดูเหมือนจะหลากหลาย นั้น กลับมีพฤติกรรมบางอย่างที่คล้ายคลึงกัน ตัวอย่างของสิ่งเหล่านั้นได้แก่ ตลาดหุ้น ร่างกายมนุษย์ ระบบนิเวศของป่า ธุรกิจการผลิต ระบบภูมิคุ้มกัน โรงพยาบาล ด้วยความที่สิ่งเหล่านี้มีองค์ประกอบย่อยๆ จำนวนมากที่มีความเชื่อมโยงกัน จึงอาจเรียกว่า “ระบบ” แบบแผนที่คล้ายคลึงกันในเรื่องของ การเปลี่ยนแปลง การปรับตัว การทำลายเพื่อก่อตัวใหม่ ฯลฯ ทำให้เกิดความเข้าใจในเรื่องของความยั่งยืน ความอยู่รอด นวัตกรรม ที่เกิดขึ้นในแต่ละระบบ สามารถนำปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในระบบหนึ่งไปอธิบายระบบอื่นได้ เราเรียกวิทยาการในเรื่องนี้ว่า “ศาสตร์แห่งความซับซ้อน”

ผู้นำและผู้บริหารสถานบริการสุขภาพเริ่มสนใจที่จะนำศาสตร์แห่งความซับซ้อนมาใช้เพื่อแสวงหาวิธีการทำงานใหม่ๆ ที่ได้ผล ด้วยเหตุผลต่อไปนี้

1. ความไม่สมหวังจากวิธีการบริหารที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน แผนยุทธศาสตร์ที่จัดทำไว้กลับใช้การไม่ได้ เพราะไม่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายหลัง มีการเก็บข้อมูลและประชุมกันมากมายแต่ไม่เกิดการเปลี่ยนแปลง ทำงานหนักขึ้นแต่กลับไม่เห็นผลลัพธ์ ศาสตร์แห่งความซับซ้อนได้เปิดโอกาสให้สำรวจมุมมองที่แตกต่างออกไป ลดความเครียด และเสนอทางเลือกใหม่ๆ ในการนำองค์กรและการทำงาน
2. ความสอดคล้องกับสิ่งที่ปฏิบัติอยู่แล้วซึ่งเคยคิดว่าเป็นการใช้สัญชาตญาณ สามัญสำนึก หรือทำแบบลูกทุ่ง การที่สามารถนำทฤษฎีมาอธิบายสิ่งที่รู้ สิ่งที่ทำอยู่แล้ว นำมาซึ่งความเข้าใจที่ชัดเจนและความมั่นใจในการทำงานมากขึ้น

## ศาสตร์แห่งความซับซ้อนกับวิทยาการที่เราคุ้นเคย

ศาสตร์แห่งความซับซ้อนช่วยให้เรามองเห็นการเปลี่ยนแปลงของระบบที่มีชีวิต (living system) ในแง่มุมที่เราอาจจะละเลยไป วิทยาการที่เราคุ้นเคยกัน เช่น เศรษฐศาสตร์ การจัดการ และฟิสิกส์ที่พยายามศึกษาและอธิบายสิ่งต่างๆ ตามหลักของนิวตัน เปรียบทุกสิ่งทุกอย่างเป็นเสมือนเครื่องจักรกล เช่น มองว่าจักรวาลเป็นนาฬิกาเรือนใหญ่หรือเครื่องจักรที่ไม่มีชีวิต ทำความเข้าใจสรรพสิ่งด้วยการศึกษาที่ละส่วนแล้วเอามารวมกันเป็นภาพใหญ่ วิธีมองดังกล่าวนี้นำมาสู่การค้นพบสิ่งต่างๆ มากมาย ซึ่งใช้การได้ดี ทำความเข้าใจได้ง่าย สำหรับเครื่องจักรแล้ว แต่สำหรับสิ่งมีชีวิตแล้ว การมองแบบเครื่องจักรนั้นไม่เพียงพอที่จะทำความเข้าใจระบบที่ซับซ้อนได้ องค์กรวม (the whole) นั้นไม่ใช่ผลรวมของส่วนย่อย (the part) บางครั้งเราไม่สามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นด้วยความรู้ความเข้าใจในส่วนย่อยแต่ละส่วน เช่น การแก้ปัญหาเฉพาะหน้าเมื่อเกิดภัยธรรมชาติ ไม่สามารถคาดการณ์ได้จาก การนำทรัพยากรและทักษะในชุมชนมาบวกกันแบบคณิตศาสตร์

ศาสตร์แห่งความซับซ้อนไม่ใช่ทฤษฎีเดียว แต่เป็นการศึกษาแบบแผนความสัมพันธ์ภายในระบบ ความอยู่รอด การควบคุมตัวเอง และผลที่เกิดขึ้น จนสรุปได้เป็นทฤษฎีและแนวคิดจำนวนหนึ่ง มีสาขาวิชาที่



เกี่ยวข้องมากมาย เช่น ชีววิทยา มานุษยวิทยา เศรษฐศาสตร์ สังคมวิทยา วิทยาการจัดการ เพื่อที่จะตอบคำถามพื้นฐานเกี่ยวกับการมีชีวิต และการปรับตัวของระบบ

### **คำจำกัดความของระบบที่ซับซ้อนและปรับตัว (Complex Adaptive System - CAS)**

**ซับซ้อน** หมายถึงความหลากหลาย มีการต่อเชื่อมระหว่างองค์ประกอบต่างๆ จำนวนมาก

**ปรับตัว** หมายถึงความสามารถที่จะเรียนรู้จากประสบการณ์

**ระบบ** คือผลรวมของสิ่งที่เชื่อมต่อกันหรือพึ่งพิงกัน แต่ละสิ่งหรือองค์ประกอบย่อยเหล่านี้ล้วนเป็นอิสระในตัวเอง สิ่งหรือองค์ประกอบย่อยที่ว่ามันอาจจะเป็นคน โมเลกุล หรือองค์กร

พฤติกรรมขององค์ประกอบย่อยของระบบนั้นไม่ได้ขึ้นกับการควบคุมจากส่วนกลางทั้งหมด แต่เป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นรอบๆ ตัว

ระบบที่ซับซ้อนจะยั่งยืนได้ต้องมีความหลากหลาย ซึ่งจะก่อให้เกิดศักยภาพในการปรับตัว

องค์กรทั้งหลาย ไม่ว่าจะมีความเล็กหรือขนาดใหญ่ ก็จัดว่าเป็นระบบที่ซับซ้อนและปรับตัว ด้วยมีลักษณะทั้งหลายดังที่กล่าวมา คือมีหน่วยย่อยจำนวนมากที่เชื่อมต่อกัน สมาชิกในองค์กรสามารถเรียนรู้จากประสบการณ์และปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ที่เข้ามากระทบ พฤติกรรมของสมาชิกในองค์กรเป็นสิ่งที่เข้าใจได้ยาก เป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นรอบๆ ตัว โดยที่ไม่ได้ขึ้นกับการควบคุมจากส่วนกลางเพียงอย่างเดียว

องค์ประกอบย่อยของระบบที่ซับซ้อนและปรับตัว ก็อาจจะเป็นระบบที่ซับซ้อนและปรับตัวด้วย เช่นเดียวกัน เช่น สังคมเป็นระบบซับซ้อนที่ประกอบด้วยชุมชน องค์กร กิจกรรม จำนวนมาก องค์กรก็เป็นระบบซับซ้อนที่ประกอบด้วยหน่วยงานและบุคคล บุคคลก็เป็นระบบซับซ้อนที่ประกอบด้วยโครงสร้าง อวัยวะ อารมณ์ จิตใจ ฯลฯ

## หลักการบริหารจัดการสำหรับระบบที่ซับซ้อน

การศึกษาธรรมชาติของระบบที่ซับซ้อนทำให้เกิดความเข้าใจความเป็นไปของสรรพสิ่งในโลกแห่งความเป็นจริง และนำมาสู่ข้อเสนอเกี่ยวกับวิธีคิดและบทบาทของผู้บังคับการที่เปลี่ยนแปลงไป

### 1. มองระบบขององค์กรผ่านแว่นของความซับซ้อน (Lens of Complexity)

ที่ผ่านมา เรายังจะเปรียบเทียบองค์กรเหมือนกับเครื่องจักรหรือกองทัพ ในกรณีเปรียบเทียบองค์กรเหมือนเครื่องจักร สิ่งที่เราต้องทำคือกำหนดชิ้นส่วนให้ชัดเจน และสั่งให้แต่ละส่วนทำหน้าที่ของตัวเอง ในกรณีเปรียบเทียบองค์กรเหมือนกองทัพ สิ่งที่เราต้องทำคือการสั่งการ ควบคุม สื่อสารโดยอาศัยการบังคับบัญชา และมีการลงทัณฑ์เพื่อความอยู่รอด

การบริหารโดยกำหนดให้ชัดเจน สั่งการ ควบคุม สามารถใช้การได้ดีในสถานการณ์บางอย่าง เช่น การผ่าตัดต่างๆ แต่ก็มีปัญหาที่ไม่ใส่ใจความเป็นตัวของตัวและปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในองค์กร ที่เรียกว่า นั่นคือเข้าใจว่าทุกสิ่งทุกอย่างสามารถควบคุมได้ด้วยการกำหนดมาตรการเพิ่มมากขึ้น

การมองด้วยแว่นของความซับซ้อน จะช่วยให้เข้าใจการเปลี่ยนแปลงและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะประสบความสำเร็จหรือความล้มเหลว เช่น การระบาดของเชื้อ HIV กลไกการเงินการคลังสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป

การมององค์กรด้วยแว่นของความซับซ้อน เปรียบเทียบองค์กรเหมือนสิ่งมีชีวิตหรือระบบนิเวศน์ จะทำให้เราหันมาทบทวนกิจกรรมบริหารที่ใช้อยู่ (เช่น การจัดทำคำบรรยายลักษณะงาน การจัดทำแผนยุทธศาสตร์) ทำให้เกิดความเข้าใจหากผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง ทำให้เรียนรู้ที่จะยืดหยุ่นและปรับตัวเพื่อความอยู่รอด

### 2. สร้างวิสัยทัศน์ที่ดีพอ (Good-enough Vision)

พฤติกรรมของระบบที่ซับซ้อนมาจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้กระทำ และเป็นสิ่งที่คาดการณ์ได้ยากมาก ความพยายามในการวางแผนอย่างละเอียดขององค์กรจึงไม่ค่อยได้ประโยชน์ เรายังจะพบว่าทันทีที่วางแผนเสร็จ สมมติฐานและปัจจัยนำเข้าต่างๆ ก็เปลี่ยนไปแล้ว ศาสตร์แห่งความซับซ้อนแนะนำให้เราเริ่มเดินทางด้วยข้อกำหนดที่น้อยที่สุด แต่รู้ทิศทางคร่าวๆว่าจะไปทางไหน และเปิดโอกาสให้สมาชิกมีอิสระในการจัดการกับตัวเองและปรับตัวเมื่อเวลาผ่านไป

ข้อกำหนดเพียงน้อยนิดสามารถนำไปสู่พฤติกรรมที่ซับซ้อนได้ พฤติกรรมดังกล่าวมาจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้กระทำ มากกว่าจากปัจจัยภายนอก หรือจากการกำหนดรายละเอียด

ในชีวิตจริง เรายังจะกำหนดสิ่งต่างๆ มากเกินจำเป็นเมื่อจะออกแบบหรือวางแผนสำหรับกิจกรรมใหม่ๆ เนื่องจากคิดว่าองค์กรเหมือนเครื่องจักร ถ้าเราจะออกแบบเครื่องจักร เราจะต้องคิดรายละเอียดทุกสิ่งทุกอย่าง เพราะเครื่องจักรไม่สามารถคิดได้ด้วยตนเอง แน่ใจว่างานบางอย่าง เช่น การผ่าตัดต้อกระจก เราต้องการให้ทีมผ่าตัดทำงานเหมือนเครื่องจักร ทำตามสิ่งที่กำหนดไว้โดยมีความเบี่ยงเบนน้อยที่สุด

ตัวอย่างการประยุกต์แนวคิดนี้ไปใช้ ได้แก่ การทดแทนการวางแผนยุทธศาสตร์โดยละเอียด ด้วยเอกสารง่ายๆ ที่ระบุว่าองค์กรจะไปในทิศทางใด (วิสัยทัศน์) และหลักการพื้นฐานไม่กี่ข้อว่าจะไปอย่างไร ปล่อยให้ส่วนที่เหลือให้แก่ระบบที่มีความยืดหยุ่น ปรับตัวได้ และมีความคิดสร้างสรรค์ ตัวอย่างที่ชัดเจนของแนวคิดนี้คือเรื่องบัตรวีซ่า ซึ่งจะมีกฎเกณฑ์ต่างๆ เพียงรูปแบบบัตร และวิธีการเคลียร์บัญชีร่วมกัน เท่านั้น ส่วนเรื่องอื่นๆ

ปล่อยให้มันเป็นอิสระของธนาคารที่เข้ามาร่วมเป็นสมาชิก ที่จะใช้ความคิดสร้างสรรค์ของตนเอง ท่ามกลางระบบ  
เงินตรา และกฎหมายที่หลากหลายทั่วโลก

### 3. ปรับวิธีการทำ

มีผู้จำแนกกระบวนการบริหารเป็นสองลักษณะ

- 1) บริหารแบบรู้คำตอบ คือ การบริหารในลักษณะการวางแผน กำหนดมาตรฐาน ควบคุม และตรวจวัด
- 2) บริหารแบบหาคำตอบ คือ การบริหารในลักษณะค้นหาความเป็นไปได้ใหม่ๆ ด้วยการทดลอง ให้

อิสระ และทำงานกับสิ่งที่ไม่รู้ ไม่แน่นอน ไม่มีประสบการณ์

ในโลกที่มีความแน่นอนสูงและทุกคนเห็นร่วมกัน การบริหารแบบรู้คำตอบย่อมเป็นการบริหารที่  
เหมาะสม ผู้กระทำแต่ละคนยอมสละอิสรภาพบางส่วนและวิถีคิดของตน เพื่อทำตามสิ่งที่ตกลงร่วมกันไว้

อย่างไรก็ตามโลกนี้มีความไม่แน่นอนและความเห็นที่ไม่ตรงกันค่อนข้างมาก ในการทำงานกับระบบที่  
ซับซ้อน ไม่ใช่การบอกว่าสิ่งนี้ดี สิ่งนี้ไม่ดี แต่ประเด็นอยู่ที่การนำสิ่งต่างๆ มาผสมผสานกันให้เหมาะสมกับ  
สถานการณ์ การบริหารแบบหาคำตอบด้วยความสามารถที่จะปรับตัว เปิดกว้างสำหรับการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ และ  
ความยืดหยุ่น จึงเป็นสิ่งจำเป็น นอกจากนี้ การบริหารแบบนี้ยังจำเป็นเมื่อการบริหารแบบเดิมๆ ไม่ได้ผล  
ตามที่ต้องการ เมื่อเป้าหมายเปลี่ยนแปลงไป หรือเมื่อความคิดสร้างสรรค์เป็นสิ่งจำเป็น

### 4. ปรับองค์กรไปสู่ชายขอบ (The Edge)

ชายขอบในที่นี้คือรอยต่อระหว่างความแน่นอน ความราบรื่น กับความโกลาหล ในบริเวณชายขอบนั้น  
จะสามารถเกิดพลังสร้างสรรค์ขึ้นมหาศาล พลังนี้จะไม่เกิดขึ้นในบรรยากาศที่มีความแน่นอนและความเป็น  
ระเบียบสูงเกินไป

พลังสร้างสรรค์ในองค์กรจะเกิดขึ้นต่อเมื่อมีการไหลเวียนของข้อมูลข่าวสาร มีความหลากหลาย มีการ  
เชื่อมต่อ มีอำนาจที่แตกต่าง และมีความกังวลของสมาชิก **ในระดับที่เหมาะสม** องค์กรที่เป็นเสมือน  
เครื่องจักรหรือกองทัพ จะมีการไหลเวียนของข้อมูลข่าวสารและความหลากหลายน้อย แต่มีความแตกต่างของ  
อำนาจมากเกินไป

เนื่องจากพฤติกรรมโดยละเอียดของระบบที่ซับซ้อนเป็นสิ่งที่ไม่อาจพยากรณ์ได้ จึงไม่สามารถบอกได้  
ว่าระดับของการไหลเวียนข้อมูลข่าวสาร ความหลากหลาย การเชื่อมต่อ ความแตกต่างของอำนาจ และความ  
กังวลที่เหมาะสม อยู่ตรงไหน เราจะต้องเริ่มด้วยการใช้ความรู้สึกประมาณเอาอย่างมีทิศทาง และพยายาม  
ปรับเปลี่ยนต่างๆ ไปตามสถานการณ์ พร้อมทั้งเฝ้าระวังสิ่งที่เกิดขึ้น

การทบทวนเฝ้าระวังเป็นกุญแจสำคัญของระบบที่ซับซ้อน การนำที่ดีไม่ได้เกิดขึ้นจากการบอกให้ผู้คน  
ทำสิ่งต่างๆ แต่จะต้องเปิดกว้างต่อการทดลอง ทบทวนเฝ้าระวัง และสะท้อนสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างตรงไปตรงมา

### 5. ทำงานภายใต้ความขัดแย้งและความเครียด

ในระบบที่ซับซ้อน โอกาสที่จะเกิดความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรมได้ดีคือช่วงเวลาที่มีความเครียดสูง  
และความแตกต่างที่ไม่อาจตกลงกันได้

แทนที่จะพยายามทำให้ทุกสิ่งทุกอย่างราบรื่น ปราศจากความขัดแย้ง เราควรมุ่งเน้นที่ความแตกต่าง  
ในความคิดเหล่านั้นและหาทางก้าวไปข้างหน้า องค์กรที่พยายามสยบความขัดแย้งจะไม่เกิดการเรียนรู้และ  
สามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ขอให้พิจารณาข้อความที่ขัดแย้งกันในตัวเองต่อไปนี้ และใช้กระตุ้นความคิดในการทำงาน

- ทำงานเป็นทีมโดยไม่ต้องประชุม
- ให้ทิศทางโดยไม่ต้องมีคำอธิบาย
- รักษาอำนาจโดยไม่ต้องควบคุม
- กำหนดทิศทางโดยที่ยังไม่รู้อนาคต
- ต่อต้านการเปลี่ยนแปลงโดยการยอมรับ ยอมรับการเปลี่ยนแปลงโดยการต่อต้าน
- ทำองค์กรใหญ่ให้เล็ก ทำองค์กรเล็กให้ใหญ่
- ระบบที่เป็นหนึ่งเดียว พร้อมกับส่วนประกอบอิสระจำนวนมาก

การตั้งคำถามที่ทำทลาย คำถามที่ไม่มีคำตอบที่ชัดเจน อาจจะทำให้เกิดความอึดอัด แต่จะนำมาซึ่งการทบทวนสมมติฐานที่ซ่อนอยู่และไม่ได้ตระหนักถึง เช่น เมื่อผู้นำต้องการสร้างบรรยากาศของการทำงานที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น การตั้งคำถามว่า “เราพร้อมหรือยังที่จะมอบความรับผิดชอบการทำงานทั้งหมดให้กับผู้ปฏิบัติงาน” จะทำให้ต้องมาทบทวนสมมติฐานเรื่อง empowerment ว่าทุกฝ่ายมีความพร้อมหรือไม่ จะต้องทำอย่างไรเพื่อให้เกิดบรรยากาศที่ต้องการจริงๆ

## 6. ทดลองให้หลากหลาย (Multiple Actions at the Fringe) ปลอ่ยให้ทิศทางเกิดขึ้นจากผลการทดลอง (Let Direction Arise)

เมื่อเรียนรู้ทฤษฎีการบริหารจัดการมากขึ้น เรามักจะเชื่อกันว่าการกำหนดทิศทางและวิธีการปฏิบัติที่ชัดเจนให้มากที่สุด เป็นสิ่งที่จะทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ ถ้ามีความขัดแย้งในทางความคิด จะต้องถกเถียงกันเพื่อให้ได้ข้อสรุปที่เชื่อว่าถูกต้องและเหมาะสมที่สุดจึงค่อยเริ่มดำเนินการ

จากการศึกษาวิวัฒนาการของสิ่งมีชีวิต พบว่าสิ่งมีชีวิตที่มีการเรียนรู้ (ค้นหาความเป็นไปได้ที่เหมาะสมด้วยการเปลี่ยนพฤติกรรม) จะมีพัฒนาการได้เร็วกว่าสิ่งมีชีวิตที่ไม่มีการเรียนรู้ ความพยายามในการขับเคลื่อนองค์กรด้วยการหาความเห็นร่วมให้ได้คำตอบเดียวอาจจะเหมือนกับการขยายพันธุ์ในสายพันธุ์กรรมเดียวกัน ซึ่งจะทำให้เกิดความผิดปกติและอ่อนแอเพิ่มขึ้น

ในสถานการณ์ที่มีความไม่แน่นอน และไม่มีความเห็นพ้องกัน ผู้นำควรสนับสนุนให้ทำการทดลองขนาดเล็กจำนวนมาก ประเมินว่าเกิดอะไรขึ้นและค่อยๆ ปรึบความพยายามไปสู่สิ่งที่ดีที่สุด (นั่นคือเริ่มเกิดทิศทางที่ชัดเจนขึ้น)

ตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลพยายามสร้างแรงจูงใจทางการเงินให้กับแพทย์ มีทางเลือกมากมาย แต่ละทางเลือกล้วนมีประวัติความสำเร็จและความล้มเหลว เป็นสถานการณ์ที่ไม่แน่นอน และไม่มีความเห็นพ้องแทนที่จะประชุมกันนานๆ เพื่อหาแนวทางที่ถูกต้องเพียงประการเดียว เราควรจะนำแนวทางทั้งหมดมาทดลอง ดูว่าวิธีใดได้ผล ได้ผลในสถานการณ์อย่างไร สักระยะหนึ่งเราก็จะได้วิธีการที่ถูกต้องสำหรับเรา ซึ่งอาจจะมีมากกว่าหนึ่งวิธี

## 7. พังเสียงในเงามืด (Shadow System)

ในแต่ละองค์กรจะมีอยู่สองระบบคือ ระบบที่เป็นทางการ และระบบในเงามืด สมาชิกทุกคนเป็นส่วนหนึ่งของทั้งสองระบบ ระบบในเงามืดอาจจะเป็นการพูดคุยกันตามทางเดิน ข่าวลือ วิธีการทำงานที่ไม่เป็นไป

ตามข้อกำหนดเพื่อให้งานสำเร็จ การบริหารองค์กรแบบดั้งเดิมเพิกเฉยต่อสิ่งเหล่านี้หรือมองว่าเป็นสิ่งที่ต้องขจัดออกไป

ระบบในเงามืดเป็นแหล่งของความหลากหลายในวิธีคิดและวิธีทำงาน เป็นแหล่งกำเนิดของความคิดสร้างสรรค์ เป็นระบบที่มีกฎเกณฑ์และข้อจำกัดน้อย ความหลากหลาย ความเครียด และความขัดแย้งในระบบทั้งสองที่อยู่ด้วยกันจะเป็นแหล่งของนวัตกรรมจำนวนมากถ้าผู้นำเรียนรู้ที่จะรับฟัง

การที่แพทย์และพยาบาลพูดคุยกันอย่างไม่เป็นทางการบนโต๊ะอาหาร อาจจะทำมาสู่คำตอบของการแก้ปัญหาได้ดีกว่าที่ประชุมซึ่งจัดตั้งขึ้นอย่างเป็นทางการ นำมาสู่การทบทวนกระบวนการอนุมัติโครงการพัฒนาคุณภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการเกิดนวัตกรรมโดยไม่ได้ตั้งใจ

ระบบในเงามืดเป็นองค์ประกอบตามธรรมชาติขององค์กร มีความเชื่อมต่อระหว่างสมาชิกมากกว่าระบบที่เป็นทางการ ซึ่งผู้นำควรตระหนักและรับฟัง เป็นอีกวิธีหนึ่งในการปรับการไหลเวียนของข้อมูลข่าวสาร ความหลากหลายในความคิด ความกังวล และความแตกต่างของอำนาจ ให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม

## 8. สร้างระบบที่ซับซ้อนด้วยการเชื่อมต่อส่วนเล็ก ๆ

internet เป็นตัวอย่างของระบบที่ซับซ้อน ซึ่งไม่ได้มีใครเป็นคนสร้างเพียงคนเดียว แต่เกิดจากการสร้างส่วนเล็กๆ ปรับจนเกิดความมั่นใจ แล้วจึงนำมาต่อเข้ากับระบบใหญ่

วิธีการที่ดีในการสร้างระบบที่ซับซ้อนคือเริ่มต้นจากส่วนเล็กๆ ทดลองจนได้ชิ้นส่วนที่ได้ผลแล้ว เชื่อมต่อชิ้นส่วนนั้นเข้าด้วยกัน โดยตระหนักว่าการเชื่อมต่อนั้นอาจจะก่อให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่คาดฝันเกิดขึ้นได้

ตัวอย่างการนำแนวคิดนี้มาใช้ในองค์กร ได้แก่การที่ผู้นำมองหาและให้การสนับสนุนกลุ่มเล็กๆ ที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติ ให้คำแนะนำและการฝึกอบรม เมื่อเริ่มทำงานได้ผลแล้วก็พยายามหาวิธีให้ทีมทำงานร่วมกันและร่วมมือกับผู้อื่น การเชื่อมต่อใหม่นี้อาจจะก่อให้เกิดผลที่น่าอัศจรรย์

การทบทวนไต่ตรงและเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง เป็นกุญแจสำคัญในการสร้างระบบที่ซับซ้อน เราไม่สามารถทบทวนไต่ตรงได้ถ้าไม่ได้ทำอะไร จึงจำเป็นต้องเริ่มต้น แม้จะเป็นเรื่องเล็กๆ แต่ขอให้เริ่ม

## 9. ผสมผสานความร่วมมือกับการแข่งขัน

ธรรมชาติมีทั้งการแข่งขันและความร่วมมือ ซึ่งอาจจะเกิดร่วมกันได้

ตัวอย่างความสำเร็จของระบบบัตรวีซ่า เกิดจากการผสมผสานดังกล่าว องค์กรสมาชิกและธนาคารซึ่งออกบัตรต่างแข่งขันในด้านราคาและบริการเพื่อดึงดูดลูกค้า ขณะเดียวกันต้องร่วมมือกันเพื่อให้ระบบสามารถทำงานได้ ผู้ขายทุกแห่งจะต้องรับบัตรวีซ่าไม่ว่าใครจะเป็นผู้ออกบัตร การผสมผสานนี้ทำให้ระบบเติบโตไปทั่วโลกโดยไม่มีขีดจำกัดในเรื่องภาษา วัฒนธรรม เงินตรา การเมือง กฎหมาย

ผู้นำที่ใช้ยุทธศาสตร์สร้างความร่วมมือเพียงอย่างเดียว อาจจะพบว่าตนเองถูกคนอื่นเอาเปรียบไปเรื่อยร้อยแล้ว ผู้นำที่ใช้ยุทธศาสตร์การแข่งขันเพียงอย่างเดียว อาจจะพบว่าตัวเองกลายเป็นคนวงนอกขณะที่คนอื่นรวมตัวเป็นพันธมิตรกัน

## สรุป

การนำองค์กรที่มององค์กรเป็นเพียงเครื่องจักรเป็นสิ่งที่ไม่เพียงพออีกต่อไป มีนวัตกรรมทางด้านบริหารเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเพื่อแก้ไขความล้มเหลวของการมุมมองดังกล่าว เช่น learning organization, total

quality, empowerment ความรู้เรื่องระบบที่ซับซ้อนและปรับตัว ทำให้เรามีแนวโน้มของการจัดการในแนวใหม่ เป็นกรอบที่จะดึงเอาความคิดที่หลากหลายและขัดแย้งมาใช้ร่วมกันอย่างเหมาะสมกับแต่ละสถานการณ์

## ตัวช่วยในการจัดการกับความซับซ้อน

สิ่งที่นำเสนอต่อไปนี้เป็นเพียงแนวคิดสำหรับการเริ่มต้นนำไปปฏิบัติ วิธีการที่แน่นอนว่าจะใช้อย่างไรขึ้นอยู่กับผู้ใช้และสถานการณ์ การทดลอง การทบทวนไตร่ตรอง การเรียนรู้ จะช่วยให้ตัวช่วยเหล่านี้ได้รับการพัฒนาไปพร้อมกับผู้ใช้และสถานการณ์

### 1. Stacey Matrix

#### แนวคิด

ในสถานการณ์ที่มีความแน่นอนและความเห็นพ้องแตกต่างกัน วิธีการบริหารที่เหมาะสมกับแต่ละสถานการณ์ย่อมแตกต่างกันออกไป

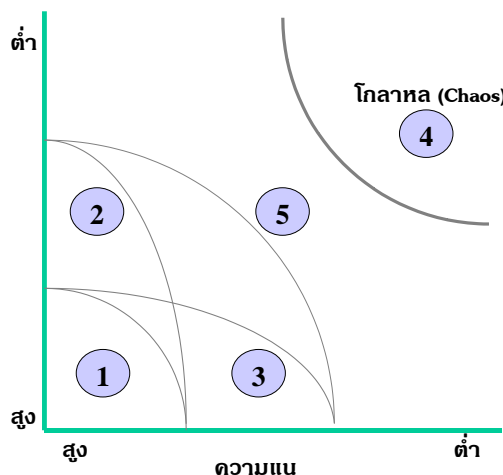
#### ที่ใช้

- เมื่อจะเลือกว่าจะใช้การบริหารหรือการนำ
- สำหรับการสื่อสารแสดงเหตุผลและความเหมาะสมของวิธีการที่เลือกใช้
- เมื่อต้องการทางเลือกที่มีลักษณะสร้างสรรค์ยิ่งขึ้น ด้วยการเพิ่มระดับของความไม่แน่นอนและความขัดแย้ง

#### ขยายความ

ศิลปะของการบริหารและการนำอยู่ที่การมีทางเลือกที่หลากหลายและรู้ว่าอะไรจะใช้อะไรสำหรับสถานการณ์ใด Ralph Stacey ได้นำเสนอ matrix เพื่อช่วยให้เข้าใจศิลปะอันนี้ด้วยการระบุจำแนกสถานการณ์ออกเป็นสองมิติ คือระดับความแน่นอน และระดับความเห็นพ้อง

#### ความเห็นพ้อง



แกนตั้งเป็นแกนของระดับความเห็นพ้อง แกนนอนเป็นแกนของระดับความแน่นอน ซึ่งจะมีสูงเมื่อสามารถระบุความเชื่อมโยงของเหตุและผลได้ มักจะเป็นประเด็นที่คล้ายคลึงกันหรือเคยมีการตัดสินใจมาแล้วในอดีต จากประสบการณ์นั้นสามารถคาดการณ์ผลลัพธ์ได้ค่อนข้างแน่นอน

เราสามารถแบ่งสถานการณ์ต่างๆ ออกเป็นโซนได้ดังนี้

1. สถานการณ์ที่มีความแน่นอนสูงและความเห็นพ้องสูง เราสามารถใช้ทฤษฎีบริหารที่คุ้นเคยได้ผลดี ใช้ข้อมูลจากอดีตมาพยากรณ์อนาคต วางแผนที่ชัดเจนและติดตามการเปลี่ยนแปลงตามแผน เป้าหมายคือการปรับปรุงประสิทธิภาพประสิทธิผลด้วยการทำซ้ำในสิ่งที่เคยได้ผล

2. สถานการณ์ที่มีความแน่นอนสูง แต่มีความเห็นพ้องต่ำ คาดการณ์ได้ว่าจะเกิดผลลัพธ์อะไร แต่ตกลงกันไม่ได้ว่าจะอะไรคือผลลัพธ์ที่ต้องการ พันธกิจและแผนเป็นสิ่งที่ใช้ไม่ได้ผลในกรณีนี้ การเมืองกลับมีความสำคัญมากกว่า การสร้างแนวร่วม การต่อรอง การประนีประนอม เป็นสิ่งที่จะใช้กำหนดประเด็นและทิศทางขององค์กร

3. สถานการณ์ที่มีความแน่นอนต่ำ แต่มีความเห็นพ้องสูง ในกรณีอย่างนี้ การติดตามการเปลี่ยนแปลงตามแผนจะไม่เกิดประโยชน์ ควรเปรียบเทียบกับพันธกิจและวิสัยทัศน์ซึ่งทุกคนเห็นพ้องกัน เป้าหมายคือการมุ่งไปสู่ภาวะในอนาคตที่ได้รับความเห็นชอบ แม้ว่าจะไม่สามารถกำหนดได้ว่าจะเดินทางไปอย่างไร

4. สถานการณ์ที่มีความแน่นอนต่ำ และมีความเห็นพ้องต่ำ (ไกลาหล/ยุ่งเหยิง/สับสนอลหม่าน) วิธีการวางแผน สร้างวิสัยทัศน์ ต่อรอง ที่ใช้กันอยู่ ไม่เพียงพอในสถานการณ์เช่นนี้ กลยุทธ์ที่จะนำมาใช้ได้คือการหลีกเลี่ยง แต่ละคนหลีกเลี่ยงที่จะเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับสถานการณ์ดังกล่าว ในระยะสั้นเป็นการปกป้องตัวเอง แต่ในระยะยาวอาจจะเป็นความย่อยยับ องค์กรควรหลีกเลี่ยงที่จะให้เกิดสถานการณ์ดังกล่าว

5. สถานการณ์ที่เป็นชายขอบของความยุ่งเหยิง (โซนของความซับซ้อน) เป็นโซนของความคิดสร้างสรรค์ นวัตกรรม และแหกกฎในอดีต เพื่อสร้างรูปแบบใหม่ในการทำงาน การบริหารแบบดั้งเดิมไม่อาจใช้ได้ผล

## ตัวอย่าง

ขอให้ทีมบริหารระดับสูงเขียนประเด็นปัญหาหรือการตัดสินใจในรอบปีที่ผ่านมา และจัดออกเป็น 3 กลุ่ม คือ เรื่องง่ายๆ (simple) หรือโซนที่ 1, เรื่องที่มีปัญหา (complicated) หรือโซนที่ 2 และ 3, เรื่องที่ซับซ้อน (complex) หรือโซนที่ 5

ขั้นต่อมาได้ขอให้ทีมคิดทบทวนวิธีการจัดการที่ได้ทำลงไปในแต่ละเรื่อง อาจจะช่วยให้ทีมได้ตระหนักถึงความไม่เหมาะสมในวิธีการที่ใช้ เช่น ใช้วิธีง่ายๆ สำหรับปัญหาที่ซับซ้อน หรือใช้วิธีที่ซับซ้อนกับปัญหาง่ายๆ

ขั้นต่อไปคือการขอให้ทีมคิดถึงประเด็นที่กำลังจะทำในปีต่อไป และวิธีการที่จะจัดการกับประเด็นเหล่านั้นอย่างเหมาะสม



## 2. อุปมาอุปมัย (Metaphore)

### แนวคิด

การนำระบบที่คล้ายคลึงกันมาพุดคุยกัน ช่วยให้ผู้คนเข้าใจสถานการณ์ในระบบของตนเองได้ชัดเจนอย่างสร้างสรรค์

### ที่ใช้

- สมาชิกมีมุมมองต่อเป้าหมายและวิธีการที่แตกต่างกัน แต่ส่วนใหญ่ไม่ได้แสดงออก
- การทำงานของกลุ่มสะดุดหรือไม่ก้าวหน้า

### ขยายความ

การอุปมาอุปมัยเป็นเครื่องมือของภาษาซึ่งใช้คำพูดอื่นมาทดแทนสิ่งที่ต้องการพูดถึง การพิจารณาความเหมือนและความต่างของสิ่งสองสิ่ง ทำให้กลุ่มมีวิธีการคิดและวิธีการมองสถานการณ์ ซึ่งจะนำไปสู่การก้าวเคลื่อนไปข้างหน้า เช่น “เราต้องการให้ทีมสุขภาพของเราทำงานเหมือนทีมงานในกระสวยอวกาศของนาซ่า”

### ตัวอย่าง

1. **วุ่นเศรษฐกิจ** ในกระถางที่แขวนอยู่ ตัวลำต้นและรากจะอยู่ในกระถาง มีไหลแตกทอดย้อยออกมา นอกกระถาง และตรงปลายจะมีต้นเล็กๆ เป็นจำนวนมาก เราอาจจะนำภาพหรือวุ้นของจริงมาให้กลุ่มดูและพุดคุยกันเรื่อง การรวมศูนย์กับการกระจายอำนาจในองค์กร ตัวอย่างคำถามที่จะใช้คือ “เราได้เรียนรู้อะไรจากโครงสร้างของวุ่นเศรษฐกิจที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับประเด็นที่เราพุดคุยกัน”

2. **จอมปลวก** เป็นสิ่งก่อสร้างที่สูงที่สุดบนพื้นพิภพเมื่อเทียบกับความสูงของผู้สร้าง จอมปลวกแต่ละอันล้วนไม่เหมือนกัน สร้างโดยไม่ต้องมีพิมพ์เขียวขึ้นมาก่อน ผลงานที่เกิดขึ้นมาจากกิจกรรมที่ยุ่งเหยิงไม่เป็นระบบ ชี้นำโดยความรู้สึกรวมๆ ของเป้าหมายและทิศทาง ตัวอย่างคำถามที่จะใช้คือ “เราจะวางแผนยุทธศาสตร์และแผนการเงินอย่างไร ถ้าเราเป็นปลวก”

3. **หุบเหว** เป็นบริเวณที่เราตกลงไปแล้วไม่อาจจะกลับขึ้นมาได้อีก เช่น การทำทายนโยบายหรือแผนงานของผู้บริหารระดับสูงที่ไม่เข้าท่าซึ่งทุกคนเห็นอยู่ แต่ไม่มีใครกล้าพุดเพราะรู้ดีว่าจะเกิดผลเสียกับตนเอง ความเจ็บใจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นรอบหุบเหวและทำให้หุบเหวคงอยู่ การตั้งชื่อหุบเหวช่วยทำลายความเจ็บและเป็นโอกาสที่จะพุดคุยเรื่องนั้นได้อย่างปลอดภัย ตัวอย่างคำถามที่จะใช้คือ “เราได้เข้ามาสูหุบเหวอีกแห่งหนึ่งแล้วหรือ”

4. **ฟุตบอลการเมือง** ในแต่ละองค์กรจะมีการเมืองอยู่ อาจจะเป็นกลุ่มพลัง หรือตัวบุคคล ซึ่งมีเป้าหมายแฝงเร้นอยู่ คำตอบทางเทคนิคหรือกระบวนการอาจจะประสบความสำเร็จล้มเหลวหากไม่ทำความเข้าใจแง่มุมทางการเมืองหรือพุดคุยกันให้ชัดเจน ตัวอย่างคำถามที่จะใช้คือ

- เราจะนำปัญหาหรือผู้เกี่ยวข้องมาเปรียบเทียบกับการเล่นฟุตบอลได้อย่างไร
- ใครเป็นผู้เตะ เตะไปทางไหน ใช้แรงอะไร ด้วยเหตุผลใด ผลน่าจะเป็นอย่างไร
- ใครหรืออะไรที่ถูกเตะ ทำไมจึงไม่สามารถต้านทานได้

5. **สิ่งมีชีวิตในธรรมชาติ** เช่น ปลาหมึก อะมีบ่า แมงมุม ดอกไม้บางอย่าง อาจจะช่วยให้กลุ่มเห็นวิธีการในการจัดระบบเพื่อเป้าหมายที่ต้องการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในแง่มุมมองของการควบคุมตนเอง และการปรับตัว ตัวอย่างคำถามที่จะใช้คือ

- เราจะทำงานของเราอย่างไร ถ้าเราเป็น....
- มีสิ่งมีชีวิตหรือไม่มีชีวิตในธรรมชาติอะไรที่ทำให้เราเห็นแนวทางทำงานที่จำเป็น

6. **การล่ากวาง** นักล่ากวางเข้าไปในป่า ยิ่งกวาง แล้วยกแบกกวางกลับมาบ้าน จริงหรือไม่ว่าเขาเอากวางกลับมาบ้าน ที่จริงเขาเอามาแต่ร่างของกวางที่ไร้ชีวิตต่างหาก สิ่งสำคัญของความเป็นกวางยังคงอยู่ในป่าองค์กรทั้งหลายที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพ มักจะเกิดของเทียมขึ้นเพื่อแสดงว่ามีการดำเนินการ แต่ขาดจิตวิญญาณของแนวคิดที่อยู่เบื้องหลัง ข้อมูลข่าวสารที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับความไม่จริงกระจายไปทั่วองค์กร ชัดขวางโอกาสที่จะเกิดพฤติกรรมเชิงบวกขึ้นในองค์กร ตัวอย่างคำถามที่จะใช้คือ “เรากำลังทำเรื่องนี้กันแบบนักล่ากวางหรือไม่”

7. **การว่ายน้ำ** การฝึกว่ายน้ำประกอบด้วย การลอยตัว การเคลื่อนที่ การฝึกทำให้สวย การฝึกว่ายน้ำให้นาน และการฝึกว่ายน้ำให้เร็ว เมื่อเปรียบกับการพัฒนาคุณภาพ การลอยตัวคือการฝึกมองหาโอกาสพัฒนา ถ้ามองไม่ออกก็ไม่รู้จะพัฒนาอะไร การเคลื่อนตัวว่ายน้ำในช่วงแรกเราจะใช้วิธีง่ายๆ ด้วยการตีเท้าและขยับมือ การพัฒนาคุณภาพในช่วงแรกก็ควรใช้วิธีง่ายๆ ที่เป็นธรรมชาติเช่นเดียวกัน แล้วค่อยฝึกใช้เทคนิคและเครื่องมือต่างๆ เพื่อให้ทำสวยขึ้น หากเน้นการทำให้ทำสวยแต่เริ่มแรกอาจจะไม่ประสบความสำเร็จเนื่องจากเกิดความห่อหุ้มเสียก่อน เมื่อทำได้เรื่องหนึ่งแล้วก็ควรจะทำอย่างต่อเนื่องให้เกิดความเข้มแข็งของทีมงาน ไม่ล้มเลิกไปเสียก่อน เปรียบเสมือนการฝึกว่ายน้ำ และเมื่อใกล้ถึงเป้าหมาย ทุกทีมงานสามารถเร่งความเร็วให้ถึงเป้าได้ใกล้เคียงกัน

### 3. คำถามท้าทาย (Wicked Question)

#### แนวคิด

คำถามท้าทายเป็นเครื่องมือสำหรับเปิดเผยสมมติฐานที่เรายึดถือในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง การรับรู้สมมติฐานเหล่านี้เป็นโอกาสให้เรามองเห็นแบบแผนของความคิด และความแตกต่างในกลุ่ม นำมาสู่ทางเลือกที่สร้างสรรค์ในการแก้ปัญหา

#### ที่ใช้

- เปลี่ยนบทบาทของผู้นำจากการตอบคำถามมาเป็นการตั้งคำถาม
- ต้องการทางเลือกที่เป็นนวัตกรรม
- มีการแบ่งตัวในกลุ่ม ซึ่งเน้นคำตอบแบบเลือกเอาอย่างใดอย่างหนึ่ง
- สถานการณ์ซับซ้อน กลุ่มต้องการแบบแผนที่ใช้การได้
- ทำให้สิ่งที่นำมาพูดไม่ได้ เป็นสิ่งที่สามารถนำมาพูดได้

#### ขยายความ

คำถามท้าทายไม่มีคำตอบที่ชัดเจน ใช้เพื่อทำความเข้าใจวิธีคิดและพฤติกรรมของเรา เป็นคำถามที่มีความขัดแย้งและความกดดันแฝงอยู่ ซึ่งจะเปิดโอกาสให้เกิดความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรม คุณค่าของคำถามท้าทายอยู่ที่การเปิดให้เกิดทางเลือกต่างๆ การกระตุ้นให้นำประเด็นพื้นฐานในใจขึ้นมาพูดคุยกันอย่างเปิดเผย

#### ตัวอย่าง

ถ้าเรากำหนดว่าจะสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงานที่มีคุณภาพ คำถามท้าทาย คือ “สิ่งที่เราปฏิบัติอยู่ทุกวันนี้สะท้อนสิ่งที่เราเขียนไว้หรือไม่?” “เราต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอะไรบ้างหากมุ่งมั่นจะทำในสิ่งที่เขียนไว้”

## 4. สัมพันธภาพไร้พรมแดน (Generative Relationships)

### แนวคิด

ความคิดและวิธีการใหม่ๆ มาจากสัมพันธภาพภายในองค์กร และกับนอกองค์กร บทบาทของผู้นำคือการส่งเสริมให้เกิดสัมพันธภาพและเรียนรู้จากผลที่เกิดขึ้น ปล่อยให้ทิศทางไหลขึ้นมาเอง แทนที่จะกำหนดโดยผู้มีอำนาจ

### ที่ใช้

- เมื่อองค์กรต้องการยุทธศาสตร์ใหม่ๆ ที่สร้างสรรค์ ทิศทางที่ต่างไปจากเดิม
- เมื่อองค์กรถูกเรียกร้องให้มีความยืดหยุ่นและปรับตัว
- เมื่อกลุ่มกำลังค้นหากระบวนการหรือผลิตภัณฑ์ใหม่ๆ ที่เป็นนวัตกรรม
- เมื่อองค์กรกำลังประเมินผู้ที่จะมาทำงานร่วมกันในระบบหรือเครือข่ายใหม่

### ขยายความ

ฉากทัศน์ในอนาคตที่องค์กรต้องเผชิญอาจจะมีลักษณะ 1) ชัดเจน (clear) 2) มีปัญหา (complicated) หรือ 3) ซับซ้อน (complex) ในกรณีที่อนาคตมีความชัดเจน เรียบง่าย แน่นนอน พยากรณ์ได้ การกำหนดยุทธศาสตร์ด้วยวิธีที่เคยใช้กันอยู่เป็นสิ่งที่สามารถใช้ได้

ในกรณีที่อนาคตมีความซับซ้อน มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วไม่หยุดหย่อน มีความคลุมเครือ ควรใช้เทคนิคสัมพันธภาพไร้พรมแดน ซึ่งยุทธศาสตร์และทิศทางจะเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ต่อเนื่องทั้งในและนอกองค์กร องค์ประกอบสำคัญของเทคนิคนี้คือ 1) รับรู้ที่กำลังเกิดอะไรขึ้นในองค์กรและในระบบที่ใหญ่กว่า ด้วยการตรวจสอบ แปรความหมายจากหลายๆ มุมมอง ในทุกระดับ 2) ส่งเสริมให้เกิดสัมพันธภาพที่กว้างขวาง ดำเนินการตามทิศทางและแนวคิดที่เกิดขึ้นจากสัมพันธภาพดังกล่าว

สัมพันธภาพไร้พรมแดนจะให้คุณค่าในอนาคตซึ่งไม่อาจคาดเดาได้ ดังนั้นสิ่งที่ทำได้จึงเป็นเพียงการกำหนดเงื่อนไขล่วงหน้า ได้แก่

- มีความเห็นพ้องกันเกี่ยวกับทิศทางกว้างๆ หรือเรื่องที่สนใจ
- มีความแตกต่างหลากหลายของความคิดและศักยภาพของสมาชิก
- มีความสนใจและสามารถเข้าร่วมในปฏิสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง
- ได้รับอนุญาตให้มีส่วนร่วมในการสำรวจความเป็นไปได้ใหม่ๆ
- ความสามารถและเต็มใจของสมาชิกที่จะร่วมลงมือทำ มิใช่เอาแต่พูด

### ตัวอย่าง

ในช่วงทศวรรษ 1970 บริษัทคอมพิวเตอร์เล็กๆ ซึ่งผลิตมินิคอมพิวเตอร์ให้กองทัพตัดสินใจที่จะขยายกิจการ และเกิดแนวคิดที่จะผนวกคอมพิวเตอร์เข้ากับสวิทซ์โทรศัพท์ จึงได้สร้างสัมพันธภาพกับผู้บริหารของกิจการบริการโทรศัพท์ขนาดกลาง ทำให้เกิดบริการที่ยืดหยุ่นมากขึ้นและลดค่าโทรศัพท์ลงได้ เกิดเทคโนโลยีและผลผลิตใหม่ ภายใต้แนวคิดใหม่ โดยเกิดมาจากบริษัทเล็กๆ มิใช่ยักษ์ใหญ่ในวงการคอมพิวเตอร์หรือโทรศัพท์

## 5. กำหนดให้น้อยที่สุด (Minimal Specification)

### แนวคิด

จัดให้มีข้อกำหนดให้น้อยที่สุดเท่าที่จำเป็น เปิดโอกาสให้เกิดพัฒนาการอย่างสร้างสรรค์ในระบบ

### ที่ใช้

- ในช่วงการออกแบบหรือวางแผน
- เมื่อต้องเลือกระหว่างทางเลือกต่างๆ

### ขยายความ

การศึกษาระบบซับซ้อนที่ปรับตัวได้ให้ความจริงว่า กฎพื้นฐานง่ายๆ นำมาสู่พฤติกรรมที่ซับซ้อน แต่เรามักจะสร้างข้อกำหนดมากเกินไปจนเมื่อจะออกแบบหรือวางแผนทำสิ่งใหม่ๆ

- อย่าพยายามกำหนดผลลัพธ์หรือพฤติกรรมของระบบในรายละเอียด
- จัดให้มีกฎเฉพาะที่ซึ่งสามารถประยุกต์ใช้ได้โดยสมาชิกแต่ละคน หรือในสถานการณ์ต่างๆ
- ให้มีกฎดังกล่าวจำนวนน้อยที่สุด
- เปิดโอกาสให้เกิดพฤติกรรมที่ซับซ้อนจากส่วนล่างในระบบด้วยการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกหรือระหว่างสมาชิกกับสถานการณ์

วิธีง่ายๆ ในการสร้างข้อกำหนดให้น้อยที่สุดคือเริ่มด้วยการมีเป้าหมายที่ชัดเจนว่าต้องการเห็นผลลัพธ์อะไรเกิดขึ้น ระดมสมองว่าควรจะมีข้อกำหนดหรือกฎอะไรบ้างเพื่อนำไปสู่เป้าหมายดังกล่าว ไม่มีการวิพากษ์วิจารณ์ระหว่างการระดมสมองนี้ เมื่อได้บัญญัติรายการมาแล้ว ให้ทำทายข้อกำหนดหรือกฎแต่ละข้อว่า “จะมีสถานการณ์ใดบ้างที่เราสามารถบรรลุเป้าหมายที่ต้องการได้ โดยที่มีการละเมิดกฎข้อนี้” ถ้าเป็นไปได้แสดงว่ากฎข้อนั้นไม่จำเป็น ให้ขีดกฎข้อนั้นออก รวมทั้งกฎที่มีความแตกต่างจากกฎข้ออื่นเพียงเล็กน้อยก็ให้ขีดออก

เอาบัญญัติรายการกฎที่เหลือมาพิจารณาทีละข้อโดยถามว่า “ถ้ามีการปฏิบัติตามกฎข้ออื่นทั้งหมด แต่ละเมิดกฎข้อนี้ เราจะบรรลุผลลัพธ์ที่ต้องการหรือไม่” ถ้ายังสามารถบรรลุผลลัพธ์ที่ต้องการได้ ให้ขีดกฎข้อนั้นออกไป เพื่อจะได้ไม่เป็นข้อจำกัดต่อความคิดสร้างสรรค์โดยไม่จำเป็น ทำอย่างนี้ซ้ำจนเหลือกฎน้อยข้อที่สุด

## 6. ทบทวนไตร่ตรอง (Reflection)

### แนวคิด

การทบทวนไตร่ตรองเป็นศิลปะของการแยกตัวเองออกมาจากสถานการณ์ชั่วคราว เพื่อคิดไตร่ตรองให้ชัดเจน แปลผลและความหมายของสถานการณ์ และหาบทสรุปที่ลึกซึ้งไปอีกชั้นหนึ่ง

### ที่ใช้

- ทุกสถานการณ์ ทั้งก่อนลงมือทำ และหลังลงมือทำ

### ขยายความ

การทบทวนไตร่ตรองเป็นกระบวนการธรรมชาติในการเรียนรู้ สิ่งต่างๆ เกิดขึ้นรอบตัวเราอยู่แล้ว และยังคงเกิดต่อไป ไม่ว่าจะคิดถึงมันหรือไม่ แต่ถ้าเราคิดถึง ทบทวนไตร่ตรองและเรียนรู้จากสิ่งเหล่านี้ เราก็จะเห็นแบบแผนของเหตุการณ์รอบตัวซึ่งช่วยให้เราเข้าใจได้ดีขึ้นว่ากำลังเกิดอะไรอยู่ เริ่มปรับความคาดหวังและพฤติกรรมของเรา ส่งผลให้สถานการณ์ในอนาคตเป็นไปในเชิงสร้างสรรค์มากขึ้น การไม่ไตร่ตรองอาจทำให้เรากลายเป็นเหยื่อผู้เคราะห์ร้ายของเหตุการณ์

การทบทวนไตร่ตรองนี้คือขั้นตอน Study ในวงล้อ Plan-Do-Study-Act ของ Shewhart-Deming คำถามพื้นฐานที่เราจะใช้ทบทวนไตร่ตรองได้แก่

- เราคิดว่ากำลังเกิดอะไรขึ้นที่นี่
- เราตั้งใจจะให้เกิดอะไรขึ้น แล้วเป็นไปตามที่ตั้งใจหรือไม่
- สิ่งที่เราสังเกตเห็นนั้นเชื่อมโยงกับแนวคิดทฤษฎีที่ลึกซึ้งอย่างไร
- นี่คือมุมมองของเราและวิธีการได้มาซึ่งมุมมองดังกล่าว คนอื่นมีความคิดอย่างไร
- เรากำลังสร้างหรือใช้สมมติฐานอะไรอยู่
- มีแรงกดดันอะไรอยู่ในระบบ
- เรากำลังมีบทบาทอะไร
- เรากำลังคิดอะไรอยู่ เรามีความรู้ลึกซึ้งอย่างไร
- อะไรที่ทำให้เราคิดและรู้ลึกซึ้งอย่างนั้น
- เรากำลังจะทำอะไรกับ insight ของเรา

เป้าหมายของการทบทวนไตร่ตรองนี้ก็เพื่อให้ตระหนักในวิธีการคิดและการให้เหตุผลของแต่ละคน การทบทวนไตร่ตรองนี้อาจจะทำด้วยตนเอง หรือสนทนากับผู้อื่น ซึ่งมีประโยชน์ทั้งคู่และควรใช้ร่วมกัน การทบทวนไตร่ตรองอาจมีหลายลักษณะ

- 1) การทบทวนไตร่ตรองสิ่งที่เกิดขึ้นแล้ว เพื่อแปลความเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และสรุปบทเรียนออกมา
- 2) การทบทวนไตร่ตรองไปข้างหน้า เป็นการจินตนาการเหตุการณ์ไปข้างหน้าเพื่อดูว่าจะทำอย่างไรกับ

ปัจจุบัน และสิ่งที่จะต้องติดตามเผื่อระวังเพื่อดูว่าจะไปในทิศทางไหน

3) การทบทวนไตร่ตรองเข้าไปข้างใน เป็นทักษะที่ละเอียดอ่อนที่สุด ทั้งอยู่ในสถานการณ์ปัจจุบันและแยกตัวออกจากสถานการณ์ ร่วมในสถานการณ์ร่วมกับการแปลความหมายสถานการณ์ ปรับเปลี่ยนสถานการณ์และเรียนรู้จากสถานการณ์

## 7. วัฏจักรนิเวศ (Ecocycle)

### แนวคิด

ระบบนิเวศมีการทำลายล้างและการเกิดใหม่อยู่ตลอดเวลา ก่อให้เกิดวิวัฒนาการและความอยู่รอด บางครั้งองค์กรก็ต้องทำลายหรือหยุดทำอะไรบางอย่าง เพื่อให้เกิดสิ่งใหม่ๆ ขึ้น

องค์กรที่เข้มแข็งควรมีองค์ประกอบในทุกช่วงระยะของวัฏจักร (การเกิด การเติบโตเต็มวัย การสลาย การแปรสภาพ) ซึ่งจะก่อให้เกิดความยั่งยืนของระบบ

### ที่ใช้

- เพื่อค้นหาว่าควรหยุดทำอะไร จึงจะเปิดโอกาสให้เกิดสิ่งใหม่ๆ ขึ้น
- เพื่อปรับทิศทางการใช้พลังและทรัพยากรไปสู่กิจกรรมซึ่งสนับสนุนการเกิดใหม่และการเปลี่ยนแปลง
- เป็นกรอบพิจารณาว่าควรใช้เทคนิคใดสำหรับช่วงต่างๆ ของการทำงาน

### ขยายความ

ทฤษฎีบริหารทั่วไปมักจะเปรียบเทียบองค์กรเหมือนช่วงชีวิตของคนซึ่งประกอบด้วยการเกิด เติบโต และเต็มวัย เหมือน S curve แต่ไม่ได้มองต่อไปถึงอีกด้านหนึ่งของระบบที่มีชีวิต คือการแตกสลายและการเกิดใหม่

ความรู้เรื่องระบบนิเวศน์ เช่น ป่า ช่วยให้เกิดความเข้าใจองค์กรได้ดีขึ้น เราอาจแบ่งวัฏจักรของระบบนิเวศน์ออกเป็น 4 ช่วง ดังนี้

1) การเกิดและช่วงแรกของชีวิต เช่น เมื่อบางส่วนของป่าเปิดออก จะมีสิ่งมีชีวิตเล็กๆ จำนวนมากและหลากหลายเกิดขึ้น แต่สิ่งมีชีวิตส่วนใหญ่อาจจะไม่เติบโตจนเต็มที่ เปรียบกับองค์กร ในช่วงแรกของการก่อตั้ง จะมีพลังสูงมาก มีความคิดต่างๆ มากมาย มีการลองผิดลองถูก มีการกระจายทรัพยากรให้กับโครงการหรือกิจกรรมต่างๆ จำนวนมาก

2) การเติบโตเต็มวัย เมื่อถึงระยะหนึ่ง ผืนป่าที่โล่งเตียนจะกลายเป็นแน่นขนัดด้วยต้นไม้ มีการแข่งขันกันเพื่อประสิทธิภาพ ไม้พันธุ์ที่หาอาหารได้มากกว่าจะเติบโตใหญ่กว่าพันธุ์อื่นๆ และเหลืออยู่ไม่กี่พันธุ์ เปรียบกับองค์กรที่เติบโตมาถึงขีดสุด มีการวางแผนและควบคุมเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ มีการจัดสรรทรัพยากรให้กับกิจกรรมที่ให้ผลตอบแทนสูง

3) การแตกสลายอย่างสร้างสรรค์ ผืนป่าจะถูกทำลาย เช่น เกิดไฟป่า ระบบไม่ได้ถูกทำลายทั้งหมด ต้นไม้ที่ถูกเผาจะปลดปล่อยสารอาหารและวัสดุพันธุกรรมลงไปในผืนดิน เตรียมสภาพให้พร้อมกับการเกิดใหม่ เปรียบกับองค์กรที่พัฒนามาจนถึงจุดที่แข็งตัวเกินไป ขาดความหลากหลาย ไม่ตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนหรือตลาด จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนระบบและโครงสร้าง

4) การแปรสภาพ ผืนป่าที่ถูกไฟไหม้ซึ่งเปิดโล่งอันประกอบด้วยแร่ธาตุที่อุดม จะเปิดโอกาสให้มีการรวมตัวกันใหม่ที่หลากหลาย แต่ก็ไม่ว่าการรวมตัวในรูปแบบใดที่จะประสบความสำเร็จที่สุด เปรียบเทียบกับองค์กร เป็นการสร้างความเชื่อมโยง โยกย้ายทรัพยากรและทักษะเพื่อสร้างองค์กรสำหรับอนาคตที่มีผลสัมฤทธิ์ และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นกว่าเดิม



รูปแบบและโครงสร้างอาจช่วยสนับสนุนการทำงาน แต่ไม่ได้เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการทำงานเสมอไป บางครั้งจำเป็นต้องสลายระบบเดิมลงโดยที่ไม่ทำลายส่วนที่เป็นเนื้อในหรือองค์ประกอบ ซึ่งได้แก่สมาชิกในองค์กร แม้ข้อกำหนดของวิชาชีพก็อาจจะต้องเปลี่ยนไป นำสมาชิกมาฝึกฝนทักษะใหม่ที่จำเป็น นำมารวมทีมกันในรูปแบบใหม่

## สรุป

เราทุกคนต่างอยู่ในระบบที่ซับซ้อนและปรับตัว โดยที่เราไม่รู้ตัว ไม่ได้เรียนรู้ และไม่ได้พยายามใช้ประโยชน์จากระบบดังกล่าว แต่กลับมีความอึดอัดเมื่อสิ่งที่ยาวแผนไว้ไม่เป็นไปตามที่คาด หรือคาดหวังว่าองค์กรจะกำหนดทุกสิ่งทุกอย่างที่ชัดเจน และทุกคนยอมรับที่จะปฏิบัติตาม การทำความเข้าใจกับระบบที่ซับซ้อนและปรับตัวน่าจะเป็นจุดเริ่มต้นให้องค์กรของเราขับเคลื่อนไปสู่ความสำเร็จตามที่ทุกฝ่ายต้องการ

เอกสารอ้างอิง

Zimmerman B.; Lindberg C. and Plsek P. *Edgware: Insight from Complexity Science for Health Care Leaders*. Texas: VHA Inc., 1998.

## สกว. กับความเป็นองค์กรเคออร์ดิค

ศ.นพ. วิจารย์ พานิช

ที่ปรึกษาสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)

นำตื่นตื่นใหม่ครับ ถ้าได้รู้ว่า สกว. ของเรากำลังอยู่ในขบวนการปฏิวัติโลกกับเขาด้วย การปฏิวัตินี้ หมายถึง การปฏิวัติทฤษฎีการบริหารจัดการ จากการบริหารจัดการองค์กรแห่งยุคอุตสาหกรรม มาเป็นการบริหารจัดการแห่งยุคข้อมูลข่าวสาร จากรูปแบบองค์กรที่เน้นสายการบังคับบัญชาจากบนลงล่าง เน้นการควบคุมสั่งการ โดยมีกฎระเบียบแน่นอนตายตัว และเน้นการทำงานให้เกิดประสิทธิภาพ มาเป็นองค์กรแบบเคออร์ดิค

สกว. เป็นองค์กรเคออร์ดิคมาตั้งแต่ต้นโดยเราไม่รู้ตัว เราช่วยกันคิดรูปแบบการบริหารจัดการขึ้นมา โดยใช้สามัญสำนึก ใช้หลักแห่งเหตุผล และสัญชาตญาณ ใช้การประชุมปรึกษาหารือถึงความคิดสร้างสรรค์ของ "ภาคี" จำนวนมากออกมาหล่อหลอมปรับปรุง สกว. จนมีรูปแบบการจัดการอย่างที่เห็นอยู่ทุกวันนี้

แล้วอยู่ๆ ตอนกลางปี พ.ศ. 2544 นี้เอง เราจึงรู้ว่าทฤษฎีเกี่ยวกับองค์กรแบบนี้แล้ว เขาเรียกว่า องค์กรเคออร์ดิค (อ่านว่า เค-ออ-ดิค) ซึ่งเป็นศัพท์ใหม่ คิดขึ้นมาอธิบายปรากฏการณ์ใหม่และการบริหารจัดการรูปแบบใหม่โดยเฉพาะ มาจากคำว่า chaos ผสมกับคำว่า order ผู้คิดคำนี้ขึ้น ชื่อ Dee Hock อดีตประธานผู้ก่อตั้งบัตรเครดิตวีซ่าเมื่อ 30 ปีก่อน

ตามศัพท์ที่คิดขึ้นใหม่ เคออร์ดิค (chaordic) เป็นการเอาคำ chaos กับ order มาต่อกัน ให้ ความหมายไปในทำนองว่า เป็นองค์กรที่ทำการกิจในท่ามกลางสภาพไร้ระเบียบ (chaos) กับความเป็นระเบียบ (order)

คำว่า order ในกรณีนี้มีความหมายลึกมาก คือเป็นส่วนหนึ่งของความซับซ้อน (complexity) **order (ระเบียบ) ผุดบังเกิดขึ้นในท่ามกลางความซับซ้อนและไร้ระเบียบ (complexity)**

เข้าใจยากจัง

ผมใช้เวลาหลายวันอ่านหนังสือ M. Mitchell Waldrop. Complexity. New York : Touchstone, 1992. และ Fritjof Capra. The Web of Life. A New Synthesis of Mind and Matter. London : Flamingo, 1997. จึงพอจะเข้าใจความหมายของคำว่า complexity, complex system และ The Science of Complexity ซึ่งถือเป็นศาสตร์ใหม่

เมื่อก่อนเราไม่สามารถศึกษาาระบบซับซ้อน (complex system) ให้เข้าใจองแท้ได้ เพราะเกินความสามารถของสมองมนุษย์ แต่เมื่อมีคอมพิวเตอร์พลังสูง นักวิทยาศาสตร์ก็สามารถทำความเข้าใจระบบซับซ้อนได้มากขึ้นเรื่อยๆ และเริ่มเข้าใจมากขึ้นเรื่อยๆ ว่า ระบบต่างๆ ในธรรมชาติเป็นระบบซับซ้อนทั้งสิ้น เช่น ระบบประสาทของคน ระบบภูมิคุ้มกัน ระบบนิเวศน์ รวมไปถึงจักรวาล และระบบบริหารจัดการในองค์กร

แต่แนวความคิดของการบริหารจัดการที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน ยังคงมีหลักการที่สมมติว่าส่วนต่างๆ ขององค์กรอยู่ภายใต้ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง ซึ่งไม่เป็นความจริง จริงๆ แล้วความสัมพันธ์ภายในองค์กรเป็นระบบเชิงซ้อน

จึงต้องการความคิดแบบเคออร์ดิค

ผู้สนใจรายละเอียด โปรดอ่านหนังสือ Dee Hock. Birth of the Chaordic Age. San Francisco : Berrett-Koehler Publication, Inc., 1999. หรืออ่านจาก website : <http://www.chaordic.org>

อ่านเรื่องของการก่อกำเนิดรูปแบบการบริหารจัดการของบัตรเครดิตวีซ่า กับประวัติของคุณดี (ขอเรียกชื่อ Dee Hock ว่าคุณดี เพราะฟังดูเป็นมงคลดี) เทียบกับ “ความบังเอิญ” ที่ สกว. แล้ว เห็นประเด็นสำคัญ 3 ประการ ที่จะทำให้เกิด “สิ่งใหม่” ด้านการบริหารจัดการองค์กรขึ้น

- (1) เป็นการสร้างองค์กรใหม่ ที่ไม่กำหนดรูปแบบขององค์กรไว้ก่อน
- (2) มีความไว้วางใจ ให้ผู้นำกลุ่มหนึ่งทำงานและพัฒนารูปแบบและการจัดการองค์กรไปพร้อมๆ กัน
- (3) ผู้นำมีนิสัยแหกคอก หรือแหวกแนว ที่ฝรั่งเรียกว่าเป็น non-conformist

ท่านที่ไม่คุ้นเคยกับแนวความคิดในการบริหารจัดการ สกว. โปรดอ่านเรื่อง “เส้นทางสร้างสรรค์ สกว. ประสบการณ์ลองผิดลองถูกในการบริหารองค์กรอิสระ” ซึ่งลงพิมพ์เป็นตอนๆ รวม 7 ตอน ใน “ประชาคมวิจัย” ฉบับที่ 28 ประจำเดือนพฤศจิกายน 2542 ถึง ฉบับที่ 34 ประจำเดือนพฤศจิกายน 2543 ซึ่งตอนที่เล่าถึงความจำเป็นขององค์กรเคออร์ติคมากที่สุด คือ 2 ตอนสุดท้าย ลงในฉบับที่ 33 และ 34

หลังจากใช้ชีวิตอย่างล้มเหลว 16 ปี ในวงการธนาคารและการเงินในสหรัฐอเมริกา เนื่องจากนิสัยแหกคอกและหัวดีคือ คุณดีก็ได้โอกาสทำงานสร้างสรรค์บัตรเครดิตวีซ่า เริ่มงานและทำงานแบบไม่กลัวอุปสรรคและความล้มเหลว จนประสบความสำเร็จอันยิ่งใหญ่ ทั้งด้านธุรกิจของบัตรวีซ่าและด้านการสร้างสรรครูปแบบการจัดการแบบใหม่ เป็นเวลาอีก 16 ปี ก็เกษียณอายุการทำงานไปใช้ชีวิตอยู่เงียบๆ ที่บ้านในปาร์รัฐวอชิงตัน ไตร่ตรอง ครุ่นคิด และมีคนมาร่วมคิด จนได้หลักการเคออร์ติค และคิดว่าแนวความคิดนี้จะช่วยแก้ไขความทุกข์ยากในโลกอันเกิดจากการบริหารจัดการในรูปแบบที่ล้าหลังตกยุค จึงเขียนหนังสือเล่มดังกล่าว และตั้งองค์กรนี้ขึ้นมาเผยแพร่หลักการและวิธีการบริหารจัดการแบบเคออร์ติค เรียกว่า Chaordic Alliance แล้วเปลี่ยนรูปแบบและชื่อเป็น Chaordic Commons ผู้สนใจอ่านรายละเอียดได้จากเว็บไซต์ข้างต้น

เคออร์ติค คอมมอนส์ ให้บริการที่ปรึกษาด้านการบริหารจัดการองค์กร และจัดการประชุมปฏิบัติการเพื่อเผยแพร่หลักการและวิธีการเคออร์ติค

ผมมีโอกาสไปร่วมการประชุมปฏิบัติการ ระหว่างวันที่ 13-15 สิงหาคม 2544 ที่เมืองมินนีอาโพลิส รัฐมินนิโซตา เป็นการประชุมปฏิบัติการครั้งที่ 3 ของ เคออร์ติค คอมมอนส์

ข้อสรุปที่สำคัญที่สุดของการบริหารจัดการแบบเคออร์ติค ก็คือ จุดสำคัญที่สุดไม่ได้อยู่ที่การบริหารจัดการ แต่อยู่ที่ใจ

ใจที่มองเห็นความเชื่อมโยงเป็นหนึ่งเดียวของสรรพสิ่ง มองทะลุเห็นความงามและความเป็นระเบียบ (order) จากสรรพสิ่งที่ไร้ระเบียบ (complexity)

มองคนเดียวไม่เห็น ก็หาคคนมาช่วยกันทำ “กระบวนกร” ให้เห็น

### ลักษณะขององค์กรเคออร์ติค

- มีความมุ่งมั่น (purpose) และหลักการ (principle) ที่มั่นคง
- จัดรูปแบบหน่วยงานกันเอง (self – organize) และควบคุมกันเอง (self – govern) ทั้งในองค์กรใหญ่ และในหน่วยย่อยขององค์กร
- องค์กรมีหน้าที่ส่งเสริม (enable) การทำงานของหน่วยย่อย
- รวมพลังจากรอบด้าน สร้างเอกภาพจากภายใน

- กระจายอำนาจ สิทธิ ความรับผิดชอบ และผลประโยชน์
- เจริญงอกงามขึ้นท่ามกลางความหลากหลาย ความซับซ้อน และการเปลี่ยนแปลง
- ใช้ความขัดแย้ง และความเป็น 2 ขั้วในสิ่งเดียวกัน (paradox) อย่างสร้างสรรค์
- หลีกเลี่ยงการควบคุมและสั่งการ
- ใช้ความร่วมมือและการแข่งขันอย่างสร้างสรรค์
- เรียนรู้ ปรับปรุง และสร้างนวัตกรรม เป็นวงจร
- ให้อิสระในการคิดริเริ่ม ประดิษฐ์ หรือตัดสินใจ
- ส่งเสริมความเป็นมนุษย์ และโลกชีวภาพ
- ไม่สามารถบริหารจัดการได้ แต่ใช้ภาวะผู้นำได้

### การจัดระบบและโครงสร้างองค์กร

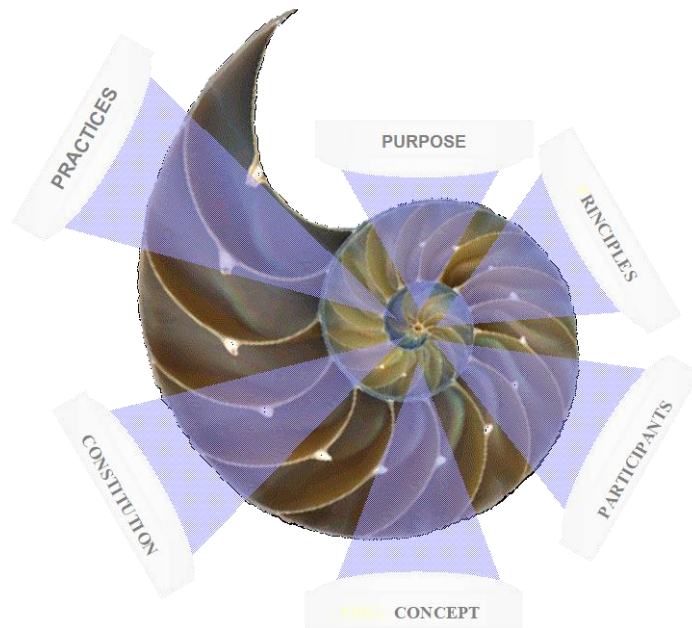
การจัดระบบและโครงสร้างองค์กรนี้ภาษาอังกฤษใช้คำว่า organization หมายถึงการเข้ามารวมตัวกันของส่วนประกอบ เกิดเป็นโครงสร้าง ทำภารกิจอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่าง มีความหมายในทางกระบวนการ ไม่ใช่รูปแบบตายตัว

เรื่องนี้เรามีความรู้ลึกซึ้งอัดขัดข้องกันภายใน สกว. มานานแล้ว เวลาจะอธิบายระบบโครงสร้างองค์กรของ สกว. เราไม่มีรูปผังองค์กรที่เราพอใจ เพราะที่เรารู้จักเป็นผังองค์กรแบบควบคุม สั่งการ หรือองค์กรแบบหัวหน้า - ลูกน้อง

เพิ่งมาได้วิธีเขียนผังองค์กรของ สกว. เมื่อไปเข้า workshop ครั้งนี้เอง

เนื่องจากระบบและโครงสร้างองค์กรเคออร์ติก มีความเป็นพลวัต และมีมิติด้านจิตวิญญาณอยู่ด้วย จึงต้องมองหรืออธิบายโดยใช้ “แว่นส่อง” 6 แว่น จะได้ภาพ 6 ภาพซ้อนทับกันอยู่ในลักษณะของ “ความซับซ้อน” (complexity) ได้แก่

- ความมุ่งมั่น (purpose)
- หลักการหรือหลักปฏิบัติ (principles)
- ภาคิหรือผู้มีส่วนร่วม (participants) จะเป็นระดับบุคคล องค์กร หรือชุมชน ก็ได้
- หลักการจัดระบบการทำงาน (organization concept)
- ธรรมนูญ (constitution)
- กิจกรรม หรือบริการ (practices)



ต้องทำความเข้าใจที่ละส่วนให้ครบ 6 ส่วน จึงจะเข้าใจว่าองค์กรเคอร์เรียลแตกต่างจากองค์กรแบบควบคุม – สั่งการ อย่างไร

### ความมุ่งมั่น

ความมุ่งมั่น (purpose) เป็นหลักยึด หลักชัย หรือเครื่องมือสร้างความผูกพัน สร้างพลัง ในการร่วมกันทำงานเพื่อบรรลุความสำเร็จอันยิ่งใหญ่

คำว่า “ความมุ่งมั่น” นี้ มีความหมายลึกกว่า เป้าหมาย (goal) มีมิติด้านความเชื่อ ค่านิยม และจิตวิญญาณอยู่ด้วย และเป็นภาษาของคนกลุ่มที่ไม่ใช่วัตถุนิยม หากจะเทียบกับภาษาด้านการจัดการที่เราคุ้นเคยก็น่าจะเป็นลูกผสมระหว่าง วิสัยทัศน์ (vision) กับพันธกิจ (mission)

แต่ละองค์กรเคอร์เรียล จะต้องเขียนข้อความสั้นๆ กระชับ ที่แสดงความมุ่งมั่นขององค์กรและทุกคนที่เป็นภาคีขององค์กร สำหรับเป็นเครื่องมือสร้างเอกภาพในท่ามกลางความหลากหลาย เป็นเครื่องมือรวมพลังในยามมีประเด็นขัดแย้งหรือมองได้หลายมุม

เราคงจำกันได้ว่า ความมุ่งมั่นของ สกว. คือ “สร้างการเปลี่ยนแปลงโดยใช้ความรู้ และการสร้างความรู้”

### หลักการหรือหลักปฏิบัติในองค์กรเคอร์เรียล

หลักการหรือหลักปฏิบัตินี้ เขียนไว้เตือนใจให้สมาชิกขององค์กรถือปฏิบัติร่วมกัน เป็นถ้อยคำที่สะท้อนค่านิยมหรือความเชื่อที่สมาชิกยึดถือ เป็นหลักปฏิบัติที่จำเป็นต่อความสำเร็จขององค์กร มักมีหลายข้อและบางข้ออาจดูเสมือนขัดแย้งกัน ในลักษณะที่ก่อ creative tension

โปรดสังเกตนะครับ ว่าองค์กรเคอร์เรียล เชื่อในระบบซับซ้อน ซึ่งมีความแตกต่างหลากหลาย ดังนั้นหลักปฏิบัติจึงเป็นเครื่องมือให้มีการนำความแตกต่างหลากหลายนี้มาใช้ประโยชน์ในการสร้างความสำเร็จให้แก่องค์กร

ตัวอย่างของหลักปฏิบัติ

- เปิดโอกาสให้ใครก็ได้ ที่ยอมรับความมุ่งมั่นและหลักปฏิบัติขององค์กร เข้ามาเป็นสมาชิกขององค์กร
- สมาชิกขององค์กรมีสิทธิรวมตัวกันตัวเอง (self – organize) เพื่อปฏิบัติภารกิจตามความมุ่งมั่นและหลักปฏิบัติขององค์กร
- มอบอำนาจตัดสินใจไว้ที่จุดปฏิบัติงาน หรือใกล้จุดปฏิบัติงานให้มากที่สุด และใช้ทรัพยากร ณ ส่วนงานนั้นๆ ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้
- สร้างความพร้อมใจ ไม่ใช่บังคับ ต่อการแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง

## ภาคีหรือผู้มีส่วนร่วม

ผู้มีส่วนร่วมขององค์กรเคออร์ติค กว้างกว่าผู้ปฏิบัติงานภายในองค์กร มีความหมายรวมไปถึงผู้ได้รับผลกระทบจากการปฏิบัติงานขององค์กรด้วย ดังนั้นจึงต้องเขียนรายชื่อกลุ่มของผู้มีส่วนร่วมให้ครบถ้วน การมองภาคีหรือผู้มีส่วนร่วมในวงกว้างเช่นนี้ จะมีผลต่อแนวความคิดและวิธีปฏิบัติข้ออื่นๆ ขององค์กรและคนในองค์กร

ท่านผู้อ่านคงจะพอจำได้ว่า สกว. มองว่าภาคีของ สกว. ไม่ใช่มีแค่ นักวิจัย ผู้ประสานงานของ สกว. สถาบันวิจัย (รวมมหาวิทยาลัย) และพนักงานของ สกว. เท่านั้น แต่ยังมีความหมายรวมไปถึง นักการเมือง ผู้กำหนดนโยบายด้านต่างๆ ของประเทศ สื่อมวลชน เอ็นจีโอ ชุมชน และประชาชนทั่วไปด้วย

## หลักการจัดระบบการทำงาน (Organizational Concept)

เป็นเรื่องของการจัดความสัมพันธ์ระหว่างส่วนต่างๆ ขององค์กร ทั้งที่เป็นหน่วยงานส่วนย่อย และที่เป็นระดับบุคคล เน้นความสัมพันธ์เชิงภารกิจ หรือการทำงาน ไม่ใช่ความสัมพันธ์เชิงอำนาจสั่งการ เน้นกลไกการตัดสินใจ และรวมทั้งกระบวนการกำกับดูแล (governance)

การจัดระบบการทำงานขององค์กรเคออร์ติค จะต้อง “คิดใหม่ ไม่ยึดติดแบบที่เคยชิน” ต้องคิดแบบนามธรรมเสียก่อน โดยต้องใช้จินตนาการให้มาก คิดถึงไปถึงมิติด้านคุณค่าและความเชื่อ รวมทั้งยอมรับความไม่ชัดเจน และความไม่แน่นอน

ช่างเหมือนตอนที่เรากำลังสร้าง สกว. เสียจริงๆ

การจัดระบบการทำงานขององค์กรเคออร์ติค มีลักษณะดังต่อไปนี้

- เปิดกว้าง (inclusive)** เปิดรับทุกคนหรือทุกหน่วยงานที่ยึดถือ “ความมุ่งมั่น” และ “หลักการหรือหลักปฏิบัติ” เดียวกันกับองค์กร
- มีหลายศูนย์ และกระจายอำนาจ (multicentric & distributive)** อำนาจไม่รวมศูนย์อยู่ที่ใดที่หนึ่ง แต่กระจายอยู่ทั่วไป หน่วยเล็กหรือปลายทางที่สุดเป็นจุดที่มีอำนาจมากที่สุด
- จัดรูปแบบของตัวเอง และปรับตัวเอง (self – organizing & self – evolving)** องค์กรเติบโตโดยการจัดรูปแบบตัวเอง ไม่ใช่โดยการควบคุมสั่งการจากส่วนกลาง แต่ละส่วนขององค์กรมีการปรับตัวตามการเปลี่ยนแปลงในภาพรวมขององค์กร
- ภาคีหรือผู้มีส่วนร่วม เป็นเจ้าของและเป็นผู้กำกับดูแล** ผู้เป็นภาคีกำกับดูแลกันเอง และกำกับดูแลส่วนของเครือข่ายที่ตนเกี่ยวข้อง คณะกรรมการกลางหรือคณะกรรมการนโยบายจะตัดสินใจเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับระบบในภาพรวมเท่านั้น

- มีความหลากหลาย และปรับตัวอยู่ตลอดเวลา (diverse & adaptive) ขององค์กรเคออร์ดิค มีการเปิดกว้างต่อการทดลองและการสร้างนวัตกรรม มีการร่วมมือกันอย่างกว้างขวาง และในขณะเดียวกันยุทธศาสตร์ที่ต่างกันสามารถดำเนินการแข่งขันกันได้ แนวความคิดที่ดีสามารถกระจายออกไปได้อย่างรวดเร็ว แนวความคิดที่ไม่ดีก็มักจะถูกทำให้อ่อนกำลังลงก่อนที่จะก่อผลร้ายมากเกินไป
- มีความเหนียวแน่น พุ่งสู่ภารกิจที่มุ่งมั่น ยึดหลักการหรือหลักปฏิบัติ ภารกิจที่มุ่งมั่น (purpose) และหลักการหรือหลักปฏิบัติ (core principles) คือเครื่องยึดเหนี่ยว หรือโครงสร้างที่เอื้อให้ภาคีหรือผู้มีส่วนร่วมกระทำการต่างๆ ได้อย่างหลากหลาย

ภายใต้หลักการจัดระบบการทำงานดังกล่าว ผังองค์กร (organization chart) ขององค์กรเคออร์ดิค จึงมีลักษณะเป็นเครือข่าย ไม่เป็นชั้นๆ อย่างองค์กรแบบควบคุมสั่งการ

## ธรรมนูญ

ธรรมนูญ (constitution) เป็นข้อตกลงทางใจ (และทางกฎหมาย) ระหว่างสมาชิกขององค์กร ธรรมนูญจะต้องกำหนดสิทธิและหน้าที่ การตัดสินใจ และการกำกับดูแลรวมทั้งกำหนดกรอบสำหรับการจัดรูปแบบตัวเองและปรับตัวเอง ไปสู่การเจริญเติบโตและวิวัฒนาการขององค์กร

แน่นอนที่สุด ที่การเขียนธรรมนูญต้องปรึกษานักกฎหมาย แต่ที่สำคัญกว่านั้น คือจะต้องเขียนแบบ “มีส่วนร่วม” ควรตั้ง “ทีมยกร่าง” ขึ้นมาคิดและยกร่างอย่างเอาจริงเอาจัง และปรึกษาหารือกับภาคีทั้งหมดเป็นระยะๆ จะต้องใช้ “กระบวนการมีส่วนร่วม” ทำให้เป็นธรรมนูญของทุกคน

ข้อความในธรรมนูญ จะต้องระบุ ความมุ่งมั่น (purpose), หลักการหรือหลักปฏิบัติ (principles), และหลักการจัดระบบการทำงาน (organizational concept) รวมทั้งการกำกับดูแล (governance) ไว้ให้ชัดเจน

กระบวนการเขียนธรรมนูญ จะช่วยให้มีการทำความเข้าใจต่อข้อเขียน ความมุ่งมั่น หลักการ และหลักการจัดระบบการทำงาน และช่วยให้ปรับปรุงข้อเขียนเหล่านั้นให้ดียิ่งขึ้น

ธรรมนูญ เป็นข้อกำหนดทางกฎหมาย ต่อการปฏิบัติหน้าที่ของคณะกรรมการนโยบายขององค์กร ต่อผู้บริหาร พนักงาน และภาคี เพื่อให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามความมุ่งมั่น หลักการ และหลักการจัดระบบการทำงานที่กำหนดไว้ ในลักษณะที่ส่งเสริมให้เกิดการจัดรูปแบบตัวเอง การเจริญเติบโตและวิวัฒนาการขององค์กร

ธรรมนูญของ สกว. ก็คือ พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการวิจัย พ.ศ. 2535 ซึ่งถ้าอ่านระหว่างบรรทัด ก็พบว่าผู้ร่างมีเจตนาให้ สกว. เป็นองค์กรที่ไม่ใช่การบริหารแบบสั่งการและควบคุม ต้องการให้ความยืดหยุ่นคล่องตัวสูง และไม่กำหนดรูปแบบองค์กรไว้ เปิดช่องให้ผู้บริหารและคณะกรรมการนโยบายสามารถกำหนดรูปแบบขององค์กรให้เหมาะสมต่อภารกิจที่จะทำตามวิสัยทัศน์และ พันธกิจที่เสนอโดยผู้บริหาร และคณะกรรมการนโยบายเห็นชอบ

การจัดรูปแบบองค์กร ไม่ได้กำหนดไว้ล่วงหน้า แต่จัดภายหลังกำหนดวิสัยทัศน์และ พันธกิจ เพื่อให้ “โครงสร้าง รับใช้ภารกิจ” ไม่ใช่กำหนดโครงสร้างไว้ก่อนอย่างตายตัว แล้วปรับการทำงานให้สอดคล้องกับโครงสร้างและกฎระเบียบ อย่างที่ใช้กันอยู่ในหน่วยราชการทั่วไป

นี่คือโชคดีของ สกว.

## กิจกรรมหรือบริการ

นี่คือตัวเนื้องานขององค์กร ซึ่งนำไปสู่ผลผลิตหรือบริการ ตามที่กำหนดไว้ใน “ความ มุ่งมั่น” ขององค์กร เป็นผลผลิตหรือบริการที่มีคุณภาพ มีคุณค่า ตรงตามความพึงพอใจของลูกค้าหรือผู้ใช้บริการ ความคล่องตัว ยืดหยุ่น สามารถตัดสินใจได้ ณ จุดปลายสุด หรือจุดที่ใกล้ลูกค้ามากที่สุด จะช่วยให้ผลผลิตหรือบริการมีคุณภาพ และสร้างความพึงพอใจได้สูง โดยที่บริการขององค์กรในรูปแบบเดิม (ควบคุมและสั่งการ) ทาบไม่ติด

กิจกรรมหรือบริการของ สกว. ได้แก่

- บริหารงานวิจัย
- สนับสนุนการวิจัย ด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี สังคมศาสตร์ มนุษยศาสตร์ การวิจัยเชิงนโยบาย และการวิจัยประยุกต์ต่างๆ เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และวิชาการของประเทศ
- ส่งเสริมการนำผลการวิจัยไปเผยแพร่ และใช้ประโยชน์
- ระดมทุนเข้าสู่การวิจัย
- สร้างและพัฒนานักวิจัย และประชาคมวิจัย
- สร้างศาสตร์ว่าด้วยการบริหารงานวิจัย
- พัฒนาระบบการวิจัยของประเทศ
- สร้างความเชื่อมั่นของสังคม ต่อประชาคมวิจัย

กิจกรรมและบริการของ สกว. เหล่านี้ บางส่วนกำหนดไว้ชัดเจนในพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการวิจัย พ.ศ. 2535 (ธรรมนูญของ สกว.) แต่ส่วนใหญ่เกิดจากการตีความและกำหนดขึ้นภายหลัง จากกระบวนการปฏิสัมพันธ์กับภาคีที่หลากหลายกลุ่มหลายความคิด ในหลายโอกาส ค่อยๆ ตกผลึกออกมาเป็นข้อกำหนดกิจกรรมหรือบริการ (ภารกิจ) ของ สกว.

ด้วยเหตุที่ สกว. เป็นองค์กรเคออร์ดิค เราจึงมีอำนาจสูงในการปฏิบัติภารกิจให้เกิดผลตรงเป้าได้อย่างแท้จริง ลักษณะอย่างหนึ่งขององค์กรเคออร์ดิค คือเน้นที่การทำงานตรงเป้า (effectiveness) มากกว่าเน้นประสิทธิภาพ (efficiency) ที่จริงทุกชนิดขององค์กรจะต้องคำนึงถึงปัจจัยทั้งสองนี้ แต่องค์กรแบบควบคุมสั่งการจะเน้นประสิทธิภาพเป็นหลัก จนมักทำงานผิดเป้าอยู่บ่อยๆ ดังจะเห็นได้ในหน่วยราชการต่างๆ ไป คือมีการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ แต่ไม่ค่อยมีผลงานตามเป้าหมาย

## ระบบซับซ้อนและปรับตัว (รชป.)

ความเข้าใจระบบซับซ้อนและปรับตัว (Complex Adaptive System, CAS) ก่อกำเนิดขึ้นพร้อมกับพัฒนาการของชีววิทยา โดยเริ่มเมื่อเกือบร้อยปีมาแล้ว จึงกล่าวได้ว่าความรู้ความเข้าใจ ความซับซ้อน หรือระบบที่ซับซ้อนและปรับตัว (รชป.) เป็นความรู้ความเข้าใจแห่งคริสต์ศตวรรษที่ 20 และกว่าจะเป็นศาสตร์ที่ชัดเจนและมีการประยุกต์ใช้ ก็เข้าปลายศตวรรษ หรือ 10 ปีสุดท้ายของศตวรรษ คือทศวรรษที่ 90

จะเห็นว่าการก่อกำเนิดของศาสตร์ว่าด้วยความซับซ้อน ใช้เวลาเป็นร้อยปี

เป็นศาสตร์ที่เข้ามาเติมเต็มศาสตร์หรือความเชื่อเดิม ที่เรียกว่า “กระบวนทัศน์คาทีเซียน” (Cartesian Paradigm) หรือบางทีก็เรียกว่า “โลกทัศน์แบบนิวตัน” (Newtonian Worldview) ซึ่งเชื่อกันมา 400 ปี



เป็นกระบวนการทัศน์ที่เรียกว่า “แนวทางแยกส่วน” (reductionistic) หรือแนวทางวิเคราะห์เจาะลึก หาความหมายของภาพรวมจากการศึกษาองค์ประกอบของภาพรวมนั้น

เมื่อความรู้ด้านต่างๆ ก้าวหน้าขึ้น ก็พบว่าโลกทัศน์ค่าที่เขียน ที่มองสรรพสิ่งแบบแยกส่วน หรือแบบกลไก (mechanistic) ไม่เพียงพอต่อการอธิบายปรากฏการณ์ธรรมชาติหลายอย่าง

ความรู้ที่เคลื่อนไหวทัศน์ของมนุษย์ จากกระบวนการทัศน์แบบแยกส่วนไปเป็นกระบวนการทัศน์ รชป. มาจากหลายทาง หลายสาขาวิชาการ ได้แก่ ฟิสิกส์ควอนตัม, จิตวิทยาแบบ Gestalt, นิเวศวิทยา, ไซเบอร์เนติกส์, คณิตศาสตร์, เศรษฐศาสตร์, สังคมศาสตร์ และเชื่อมเข้าด้วยกัน เป็น “ศาสตร์แห่งระบบ” คือระบบที่ซับซ้อนและปรับตัว (รชป.)

แนวคิดแบบ รชป. เน้นการมองความเชื่อมโยง (connectedness) มองความสัมพันธ์หรือการสื่อสารสองทาง หรือหลายทางแบบเครือข่ายเซลล์ประสาท เป็นศาสตร์แห่งการสังเคราะห์ มองภาพรวม ด้วยเลนส์หรือสายตาที่ตระหนักในความซับซ้อน

คำว่า “ซับซ้อน” (complex) หมายถึง มีความแตกต่างหลากหลาย (diversity) คำว่า “ปรับตัว” (adaptive) หมายถึง มีความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงจากการเรียนรู้โดยประสบการณ์

## ลักษณะ 2 ขั้วตรงกันข้าม

ความซับซ้อนมีลักษณะที่แปลกมาก คือมีลักษณะหลายประการที่ดูเหมือนขัดกันเอง หรือมีนัยยะเชิงตรงกันข้าม ดังตัวอย่าง

### (1) ทั้งใช่และไม่ใช่

“สกว. เป็นหน่วยราชการ ใช่หรือไม่” คำตอบคือ ทั้งใช่และไม่ใช่ ใช่เพราะ สกว. เป็นหน่วยงานภาครัฐ ใช้งบประมาณแผ่นดินจากภาษีอากรของประชาชน ไม่ใช่เพราะ สกว. อยู่ในระบบราชการ ไม่ใช่กฎระเบียบของราชการ

### (2) เป็นทั้งสองอย่าง ไม่ใช่อย่างใดอย่างหนึ่ง

ตัวอย่างข้างบน ใช้อธิบายลักษณะนี้ได้ด้วย ในหลายๆ กรณี สิ่งใดสิ่งหนึ่งเป็นหลายอย่างในขณะเดียวกัน

### (3) พึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน (interdependence) พร้อมๆ กับมีความเป็นอิสระ(independence)

สกว. กับนักวิจัยต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน เพราะถ้าขาดนักวิจัย สกว. ก็จะไม่มีความหมาย และถ้าขาด สกว. นักวิจัยก็ขาดแหล่งทุนดี ๆ ที่สามารถช่วยจัดกระบวนการให้เกิดโจทย์วิจัยดี ๆ และมีเงินทุนวิจัยสนับสนุนงานอย่างเต็มที่ แต่ในขณะเดียวกัน สกว. กับนักวิจัยคนใดคนหนึ่งก็เป็นอิสระต่อกัน ไม่อยู่ภายใต้อาณัติซึ่งกันและกัน

### (4) ความเรียบง่าย (simplicity) ก่อให้เกิดความซับซ้อน (complexity) และความซับซ้อนก็ก่อให้เกิดความเรียบง่าย

ในหลายกรณี ความซับซ้อนเกิดจากการจัดตัว (pattern) ของส่วนประกอบที่เหมือนกัน ที่เรียกว่า fractal จำนวนมาก จนได้รูปแบบที่ซับซ้อน เกิดภาพใหม่ที่นี้ก็ไม่ออกว่าเป็นผลของการจัดเรียงตัวของ fractal ที่มีลักษณะง่าย ๆ

และในขณะเดียวกันในท่ามกลางความซับซ้อนอย่างเหลือหลายนั้น หากยกระดับกระบวนการทัศน์ในการมองขึ้นไป จะมองเห็นความเรียบง่ายใน “รูป” ที่ผุดบังเกิด (emerge) ขึ้น

### (5) มี “เกิด” และ “ดับ” อยู่ด้วยกัน

การ “ดับ” (death) นำไปสู่การ “เกิด” (renewal) และการ “เกิด” ก็นำไปสู่การ “ดับ”

ในระบบนิเวศ การ “ดับ” ของชีวิตหนึ่ง ก็จะได้อินทรีย์สารและอนินทรีย์สารสำหรับเป็นวัตถุดิบให้ชีวิตใหม่ผุดบังเกิดขึ้น

### ลักษณะของระบบซับซ้อนและปรับตัว (รชป.)

รชป. เป็นได้ทั้งสิ่งมีชีวิตและไม่มีชีวิต แต่แม้จะไม่มีชีวิต รชป. ก็จะมีการปรับตัวเปลี่ยนแปลงและจัดรูปแบบกันเอง (self-organized) คล้ายสิ่งมีชีวิต

รชป. มีลักษณะที่หลากหลายมาก แล้วแต่มุมมอง และแล้วแต่ความสามารถในการมองเห็นของแต่ละคน ลักษณะเด่นๆ มีดังต่อไปนี้

#### (1) รชป. ผังตัวอยู่ใน รชป. อื่น

เซลล์อยู่ในร่างกาย ร่างกายอยู่ในระบบนิเวศ บุคคลอยู่ในระบบครอบครัว ครอบครัวอยู่ในชุมชน

#### (2) รชป. ผุดบังเกิดขึ้นจากปฏิสัมพันธ์ที่หลากหลายและซับซ้อนอย่างยิ่ง

สกว. ผุดบังเกิดขึ้นจากความพยายามที่จะแก้ไขระบบการจัดการงานวิจัย แก้ไขความไม่มีประสิทธิภาพของระบบราชการ การให้ความสำคัญแก่งานวิจัย การริเริ่มองค์กรแบบใหม่ การสร้างความสัมพันธ์แบบใหม่ระหว่างแหล่งทุนวิจัยกับนักวิจัย การพัฒนาระบบการจัดการงานวิจัยแบบที่จะให้เกิดผลงานที่มีคุณภาพ การแยกแยะนักวิจัยตามประวัติความสำเร็จในการสร้างสรรค์ผลงานและ พฤติกรรมเกี่ยวกับการเงิน การสร้างระบบ social accountability ขององค์กรรัฐแบบใหม่ การจัดระบบ governance แบบใหม่ขององค์กรภาครัฐที่มีความเป็นอิสระ ฯลฯ

#### (3) ความแตกต่างหลากหลาย เป็นปัจจัยส่งเสริมศักยภาพต่อการปรับตัวในอนาคต

ระบบนิเวศที่มีความหลากหลายทางชีวภาพสูง จะสามารถปรับตัวและสามารถดำรงอยู่ได้ดีกว่าระบบนิเวศที่มีความหลากหลายทางชีวภาพต่ำ

สิ่งมีชีวิต สปีชีส์ที่พันธุกรรมมีความหลากหลายน้อย โอกาสสูญพันธุ์จะสูง เพราะความสามารถในการปรับตัวให้สามารถดำรงอยู่เมื่อสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลงจะต่ำ

ประเทศที่คิดค้นเหมือนๆ กันหมด โอกาสไปสู่หายนะเกิดได้ง่าย เช่น ประเทศเยอรมันสมัยฮิตเลอร์

#### (4) ความแตกต่างหลากหลายเป็นกุญแจสู่นวัตกรรม และความสามารถในการดำรงอยู่ในระยะยาว

ความแตกต่างหลากหลายเป็นทั้งผลและเหตุของการสร้างสรรค์ ซึ่งเมื่อเกิดการสร้างสรรค์อย่างก้าวกระโดด ก็คือนวัตกรรม และเป็น “ต้นทุน” สำหรับการปรับตัวในท่ามกลางสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงและไม่แน่นอน “ต้นทุน” ไม่ได้มีจำนวนมาก แต่อยู่ที่มีหลากหลายรูปแบบ ทำให้มีรูปแบบที่เหมาะสมต่อการปรับตัวหลากหลายสถานการณ์ โอกาสอยู่รอดในท่ามกลางความไม่แน่นอนจึงสูง

#### (5) รชป. ผุดบังเกิดขึ้นจากการจัดรูปแบบด้วยตัวเอง (self-organized) ไม่ใช่เกิดจากการจัดรูปแบบโดย “พิมพ์เขียว” ที่กำหนดจากภายนอก

ไม่มีใครสามารถ “ออกแบบ” รชป. ได้ รชป. ผุดบังเกิดขึ้นเองจากพลังภายใน จากการรวมตัวกันและจัดรูปแบบกันเอง และมีปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมภายนอก

#### (6) มีวิวัฒนาการร่วม (coevolution) ไปกับสภาพแวดล้อม

รชป. ผุดบังเกิดขึ้นจากการจัดตัวภายใน ร่วมกับอิทธิพลจากภายนอก และจะเปลี่ยนแปลงในลักษณะ “วิวัฒนาการ” ร่วมกับสภาวะแวดล้อม คือมีอิทธิพลต่อกันและกัน

#### (7) ปรากฏการณ์ผีเสื้อ (butterfly effect)

การเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย อาจก่อผลลัพธ์สุดท้ายที่รุนแรงยิ่ง เช่น ผีเสื้อตัวหนึ่งกระพือปีกที่อัฟริกา ตะวันตก เกิดผลต่อเนื่องจนมีพายุเข้าฝั่งตะวันออกของสหรัฐอเมริกา

#### (8) เรียนรู้กลยุทธ์ใหม่ๆ จากประสบการณ์

ประสบการณ์ ทำให้ สกว. เรียนรู้วิธีการตั้งโจทย์ชุดโครงการวิจัยที่แตกต่างหลากหลายมากขึ้น และในบางสถานการณ์ไม่จำเป็นต้องลงทุนจัดกระบวนการมากมาย หรือใช้เวลามากอย่างที่เคยมัก

#### (9) ผูกติดอยู่กับประวัติศาสตร์

ไม่มีสิ่งใดที่เป็น รชป. อยู่อย่างโดดเดี่ยว และไม่มีประวัติศาสตร์หรือภูมิหลัง สถานภาพปัจจุบัน และการปรับตัวเปลี่ยนแปลงในอนาคตขึ้นอยู่กับประวัติศาสตร์ของสิ่งนั้นด้วย

มองในเชิงองค์กร ประวัติศาสตร์เป็นตัวกำหนดวัฒนธรรมองค์กร (corporate culture) ซึ่งเป็นตัวกำหนดสภาพปัจจุบันและการปรับตัวในอนาคตอีกต่อหนึ่ง

#### (10) ไม่เสถียร (unstable) เปลี่ยนแปลงไปสู่ order ใหม่ได้

ขณะนี้ สกว. เปลี่ยนแปลงบทบาท (หรือที่เรียกว่า ขยายบทบาท) ไปแสดงบทบาทด้านนโยบายเกี่ยวกับระบบวิจัยด้วย ทั้งๆ ที่กฎหมายระบุไว้ชัดเจนให้ทำหน้าที่ด้านการส่งเสริมการวิจัย

#### (11) ลักษณะขององค์กรรวมไม่ใช่ผลรวมของส่วนย่อย

ภาพลักษณ์ของ สกว. ไม่ใช่ภาพของ ฝ่ายวิชาการ, คปก., ฝ่าย 1-5, และสำนักงานภาค (วิจัยท้องถิ่น) รวมกัน แต่เป็นภาพขององค์กรที่มีคุณภาพ มีความคล่องตัว และมีความลุ่มลึกในการดำเนินการ

#### (12) จะทำความเข้าใจส่วนย่อยของระบบ ต้องรู้บริบทขององค์กรรวม

การทำความเข้าใจวิธีทำงานของโครงการ คปก. (ทุนปริญญาเอกกาญจนาภิเษก) ต้องเข้าใจวัฒนธรรมองค์กร และความมุ่งหมายลึกๆ ของ สกว. จึงจะเข้าใจโครงการ คปก. ได้ลึกซึ้ง

#### (13) สำคัญของระบบไม่ได้อยู่ที่ขนาดหรือปริมาณ แต่อยู่ที่คุณภาพและรูปแบบ (pattern)

สกว. เป็นองค์กรเล็ก มีพนักงานรวมทั้งสิ้นเพียง 50 คนเศษ แต่ สกว. ได้สร้างผลกระทบให้แก่สังคมไทยอย่างยิ่งใหญ่ ด้วยคุณภาพและรูปแบบของการทำงาน

#### (14) ความเชื่อมโยง

รชป. มีการเชื่อมโยง ติดต่อกสื่อสารระหว่างส่วนย่อยอย่างซับซ้อนและเป็นอิสระ และเป็นการเชื่อมโยงแบบไม่เป็นเส้นตรง (non-linear)

#### (15) มีระบบสัญญาณ ช่วยในการรับรู้และเรียนรู้

การรับรู้และเรียนรู้ของ รชป. เกิดขึ้นในทุกระดับย่อย เกิดการเรียนรู้ทั้งต่อองค์กรรวมและต่อส่วนย่อย การรับรู้และเรียนรู้ไม่จำเป็นจะต้องเหมือนกันในส่วนย่อยที่ต่างกัน

สกว. มีระบบสัญญาณ ให้รับรู้การเปลี่ยนแปลงทางการเมือง การศึกษา เศรษฐกิจ สังคม ฯลฯ ที่จะนำมาสังเคราะห์เพื่อการเรียนรู้และปรับตัวของ สกว. การรับรู้ที่เกิดขึ้นได้ในทุกระดับย่อยของ สกว. ลงไปถึงระดับพนักงานเป็นรายบุคคล

สกว. ผุดบังเกิดขึ้นภายใต้ ราชป. ของประเทศไทย ตัว สกว. เองเป็น ราชป. และได้รับการพัฒนาขึ้น ภายใต้ความเชื่อใน ราชป. การบริหาร สกว. ใช้หลักการจัดการองค์กรที่ซับซ้อนและปรับตัว ซึ่งอาจเรียกว่า **องค์กรเคออร์ดิค** หรือ**องค์กรควอนตัม** องค์กรแบบดังกล่าวทำงานภายใต้สมมติฐานหรือความเชื่อชุดหนึ่ง ซึ่งไม่ใช่รูปแบบขององค์กรแบบควบคุม-สั่งการ ภายใต้อำนาจแนวดิ่ง สมมติฐานหรือความเชื่อชุดนั้นเกิดจากความรู้อ หรือศาสตร์ว่าด้วยระบบซับซ้อนและปรับตัว

## **สรุป**

องค์กรเคออร์ดิค คือองค์กรที่ปรับตัว โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากสภาพแวดล้อมอยู่ตลอดเวลา แต่ดำรงความมุ่งมั่น หรือเป้าหมายขององค์กรไว้อย่างมั่นคง มีธรรมเนียมที่เอื้อต่อการเรียนรู้และปรับตัว มีหลักการหรือหลักปฏิบัติ และการจัดรูปแบบขององค์กร ที่เน้นความเป็นเครือข่าย เน้นคุณค่าและความเป็นมนุษย์ ไม่มีลักษณะควบคุมสั่งการ แต่มีลักษณะกระจายอำนาจตัดสินใจ และสร้างคุณค่าและคุณภาพของสินค้าและบริการ จากความคิดริเริ่มจากสมองมนุษย์ทั้งซีกซ้ายและซีกขวา

นี่คือองค์กรแห่งยุคหลังอุตสาหกรรม หรือยุคเศรษฐกิจสังคมความรู้

การทำความเข้าใจองค์กรเคออร์ดิค ต้องใช้สมองซีกขวาให้มาก หรือให้สมดุลกับสมองซีกซ้าย กล่าวคือต้องไม่ละเลยมุมมองด้านคุณค่า จิตใจ จิตวิญญาณ ความเคารพและเชื่อในศักยภาพแห่งมนุษย์ ความรู้ความเข้าใจระบบที่ซับซ้อนเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลง และความเชื่อมโยงเป็นหนึ่งเดียวของสรรพสิ่ง

## ตอนที่ 5 ฝากไว้ให้ขบคิด<sup>1</sup>

---

ตอนที่ 5 ฝากไว้ให้ขบคิด .....	1
ของดีในตัวเรา.....	2
บทเรียนสู่ความสำเร็จ.....	4
การสื่อสาร.....	5
คาดหวังอะไรต่อความเรียบง่าย.....	6
การเปลี่ยนแปลง .....	7
ผู้องค์กรที่เรียบง่าย.....	8
เบื้องหลังการนำที่เรียบง่าย .....	11
การนำอย่างเรียบง่าย .....	13
ข้อคิดทั่วไป.....	15
ถึงเวลาต้องตัดสินใจ.....	19

---

<sup>1</sup> ที่มา: <http://www.simplerwork.com>

## ของดีในตัวเรา

Forty thousand wishes won't fill your bucket with fishes.

**Fisherman's saying**

To be truly motivated, one must make **personal commitments**.

**William G. Dyer**, Brigham Young University

Without some kind of **personal vision**, you have no direction.

You follow the herd. And may not find out until it's too late that the herd is leading you right off a cliff.

**Don Hutcheson**, career coach

Are you deciding on **purpose**?

**Richard Leider**, The Power of Purpose

**Curiosity** is my mantra. It's also my profession. Curiosity offers novel lenses for looking at the world.

**Tom Peters**

**Failure** has been my best teacher.

**John Peterman**, CEO, J. Peterman Co.

Learning is finding out what you already know.

Doing is demonstrating that you know it.

Teaching is reminding others that they know just as well as you.

You are all **learners, doers, teachers**...

**Richard Bach**, Illusions: The Adventures of a Reluctant Messiah

We are here to **do**.

And through doing to **learn**;

and through learning to **know**;

and through knowing to experience **wonder**;

and through wonder to attain **wisdom**;

and through wisdom to find **simplicity**;

and through simplicity to give **attention**;

and through attention to see **what needs to be done**...

**Pirke Avot**

The tragedy of life is what dies inside a man while he lives.

**Albert Einstein**

In order to be irreplaceable, one must always **be different**.

**Coco Chanel**, French fashion designer

The difference between the impossible and the possible lies in a person's **determination**.

**Tommy Lasorda**, baseball manager

Be **selective**. Keep your mind available for critical information, on which you will be required to act.

**Rosemary McMahon** (et al), On Being in Charge

Always assume your opponent to be smarter than you.

**Walther Rathenau**, CEO, AEG

We are often wrong but seldom in doubt.

**Peter Cochrane**, BT Laboratories

I'm not one to waste time having **arguments**.

**Richard Branson**, Chairman, Virgin Group

When a man sits with a pretty girl for an hour, it seems like a minute,  
But let him sit on a hot stove for a minute -- and it's longer than any hour.

That's **relativity**.

**Albert Einstein**

I never **fight**, except against difficulties.

**Helen Keller**

**Imagination** rules the world.

**Napoleon Bonaparte**

## บทเรียนสู่ความสำเร็จ

If you don't **set goals**, you can't regret not reaching them.

**Yogi Berra**

**Second thoughts** are invariably wiser.

**Euripidies**, Greek playwright

**True courage** is the knowledge of right and the determination to do it.

False courage is a willingness to do what is wrong because others say it is right.

**Josh Billings**, auctioneer

**Intense feeling** often obscures the truth.

**Harry S. Truman**

The secret of success is **constancy to purpose**.

**Benjamin Disraeli**, English Prime Minister

People don't change their behavior unless it **makes a difference for them** to do so.

**Fran Tarkenton**, How to Motivate People

Most of the trouble in the world is caused by people **wanting to be important**.

**T.S. Eliot**

Too many cooks spoil the brothel.

**Polly Adler**, madam and management writer

Achieving good performance is **a journey**, not a destination.

**Ken Blanchard**, Putting the One Minute Manager to Work

People who produce good results feel good about themselves.

**Ken Blanchard**, Putting the One Minute Manager to Work

People are more likely to be productive if they feel they are **fairly treated**.

**Louis A Mischkind**, executive development program, IBM

Some are always busy and never do anything.

**The Book of 1000 Proverbs**

If people never did **silly things**, nothing intelligent would ever get done.

**Ludwig Wittgenstein**



## การสื่อสาร

Numbers do not make an **emotional impact**, but stories and vivid language do.  
**Jay Conger**, The Necessary Art of Persuasion

If communication changes behavior, it's **good communication**;  
if it doesn't, it's bad communication.

**TJ and Sandar Larkin**, Communicating Change

Tell me in the first sentence, what you would have told me in **the last sentence**.

**Jim McCann**, President, 1-800-FLOWERS

One of the most effective lessons I've learned about tackling problems is to **start by asking** not 'how to?' but rather '**what if?**'

**Peter Guber**, Chairman, Mandalay Entertainment

Real communication takes countless hours of eyeball to eyeball, back and forth. It means **listening more than talking**...

It is human beings **coming to see and accept** things through a constant interactive process.

**Jack Welch**, CEO, GE

First **learn the meaning** of what you say, and only then speak.

**Epictetus**, Roman philosopher

There's no substitute for **personal contact**...People want to be recognized as people.

**Patricia M. Carrigan**, plant manager, General Motors

## คาดหวังอะไรต่อความเรียบง่าย

Free up one hour a day for 30 days and use that time to reflect on a simple question: What is it that's most complicating my life?

**Elaine St. James**, author of Simplify Your Life

Simplicity: Common focus. Clear, concise goals. A tangible and measurable outcome.

**Manager**, Search for a Simpler Way study participant

Simplicity: Clearly communicated objectives coupled with the tools to obtain those objectives.

**Supervisor**, Search for a Simpler Way study participant

Simplicity: **End results or goals** should be clearly defined by senior management with the best **ways** to achieve them left up to the employees.

**Worker**, Search for a Simpler Way study participant

Simplicity means I would be able to depend on others to share my sense of accountability and willingness to work toward clearly defined goals.

This would also extend to redefining the goals when they get fuzzy.

I would never have to wonder where we are going and whether or not my work is adding value.

**Supervisor**, Search for a Simpler Way study participant

Simplicity generates excitement. It's easy to view. it's timeless.

**Manager**, Search for a Simpler Way study participant

People at virtually every level should know:

- 1) What are the three most important aspects of their job
- 2) Immediately whether performance was getting worse or staying the same
- 3) If performance is not getting better, where to turn for help

**Manager**, Search for a Simpler Way study participant

## การเปลี่ยนแปลง

To improve is to change; to be perfect is to **change often**.

**Winston Churchill**

**Change is the law of life.** And those who look only to the past or present are certain to miss the future.

**John F. Kennedy**

Pay cannot substitute for a working environment high on **trust, fun, and meaningful work**.

**Jeffrey Pfeffer**, Six Dangerous Myths About Pay

In the **alternative workplace**, managers and employees have to learn how to **be in and of** the organization **while not being at it**.

**Mahlon Apgar**, The Alternative Workplace

**Perfection of means and confusion of goals**...characterize our age.

**Albert Einstein**

Use your **best judgment** at all times.

**Nordstrom policy manual**

The most important man in the room is the one who **knows what to do next**.

**James L. Webb**, first Administrator of NASA

The **length of a meeting** rises with the square of the number of people present.

**Eileen Shanahan**

## ผู้องค์กรที่เรียบง่าย

Almost all quality improvement comes via **simplification** of design, manufacturing, layout, processes and procedures.

**Tom Peters**

We are drowning in information but starved for knowledge.

**John Naisbitt**

What's important for me, is **how to decide what to do**.

They can produce all the plans, spreadsheets and milestones they want. Those just tell me what's due when. I still don't have what I need that tells me how to get it all done.

**Mid-manager**, Search for a Simpler Way study participant

Simplicity is information that includes customer needs and outside influences -- current and future.

**VP**, Search for a Simpler Way study participant

[We've made the switch from] making the right decision about what to do...

[to] making the **right decision about how to decide what to do**.

**David Friedman**, Hidden Order: The Economics of Everyday Life

If you don't have **fast decision-making cycles**, you're probably not going to meet your objectives. It's going to be an ongoing initiative -- a hobby -- instead of a project.

**Lauren Martin**, Hewlett Packard manager

Simplicity is 1) Having access to **information** you need when you need it; 2)

Having a method of being **alerted to other work** being done in similar areas; and

3) Having **no unnecessary administration/approvals** in the transaction process.

**Worker**, Search for a Simpler Way study participant

Simplicity is **convergence points** that become the main source of interaction, information and/or resources, rather than multiple sources requiring determining who and where to contact for an issue, problem, question, etc.

**Director**, Search for a Simpler Way study participant

Integrate what I need to know to make a decision, I'll make the 'right' decision almost every time...faster, cheaper, better than I do today.

**VP**, Search for a Simpler Way study participant

Simplicity: The entire organization would establish goals and all effort would go

toward those shared goals.

**Director**, Search for a Simpler Way study participant

Simplicity: All activities would have a clear link to serving customer needs and meeting the company's mission/vision/strategies.

**Manager**, Search for a Simpler Way study participant

Simplicity: **Business strategy** is clearly articulated in a one-page summary. **Top five priorities** are aligned and the strategy is outlined. **Resources** (capital/human) are available to pull off the top five priorities.

**EVP**, Search for a Simpler Way study participant

Simplicity to me hinges around being able to effectively and efficiently complete a task. It involves **clear instructions**, setting **objectives** and sticking to them, **minimal layers of approval**, and **timely input** when needed by senior management. All too often, output changes as higher levels of senior management become involved.

**Director**, Search for a Simpler Way study participant

Simplicity would be having the **few key strategies** for the organization and only doing things that directly related to the strategy. My calendar should reflect that.

**Manager**, Search for a Simpler Way study participant

The challenge leaders face is that they must communicate a million complicated things when they've failed to **communicate a few simple, profound ones**.

**Boyd Clarke**, CEO, Tom Peters Group/Learning Systems

Simplicity would be immediate access to **decision-making information**. Clear understanding of customer requirements.

**Manager**, Search for a Simpler Way study participant

Access to more information and more advanced decision aids does not necessarily make decision-makers better informed or more able to decide.

**B. Hedberg, S. Jonsson**, Designing Semi-Confusing Information Systems

'Basic' skills today include the ability to...**read critically** and **write persuasively** and to **organize information and draw conclusions** from it.

**Bernard Avishai**, Harvard Business Review editor

80 percent of American managers cannot answer with an measure of confidence these simple questions: **What is my job? What in it really counts? How well am I doing?**

**W. Edwards Deming**

Keep it simple. The purpose of performance evaluation should be to draw the line

between above and below average performers.

**Joe Kelly**, Concordia University

The lack of correlation of information technology spending with financial results has led me to conclude that **it is not computers that make the difference, but what people do with them.**

**Paul Strassmann**, The Squandered Computer

It is time to stop bending people into technology and time to **start bending technology into people.**

**Peter Cochrane**, BT Laboratories

Computers have done a great deal of **harm** by making managers even more **inwardly focused**. Yet results are only on the outside. I find more and more executives less and less well informed if only because they believe that the data on the computer printouts are ipso facto information.

**Peter Drucker**

Exploiting the **informed environment** means opening the information base of the organization to members at every level, assuring that each has the knowledge, skills and authority to engage with the information productively.

**Shoshana Zuboff**, The Emperor's New Workplace

Participation is not something that can be conjured up or created artificially...Participation is a **feeling on the part of the people**, not just the mechanical act of being called in to take part in discussions.

**P.R. Lawrence**, How to Deal with Resistance to Change

Successful knowledge transfer involves neither computers nor documents but rather **interactions between people.**

**Thomas Davenport**, Think Tank: The Future of Knowledge Management

## เบื้องหลังการนำที่เรียบง่าย

You can achieve amazing things and have highly motivated, incredibly loyal people -- if they think management is willing to **ignore the rules** to get things done.

**John Patrick**, chief internet technology officer, IBM

It's not the strongest of the species that survive, nor the most intelligent, but the one most **responsive to change**.

**Charles Darwin**

Faster and continuous change don't necessarily make my work more complex. The real problem is our company and my work aren't **structured to adapt** quickly enough.

**Mid-manager**, Search for a Simpler Way study participant

Having settled on some objectives...the next logical step is to see **what limits its achievement**.

**Henry H. Hinrichs**, U. S. Naval Academy

Most people **rush ahead** and implement a solution before they know what the problem is.

**Q.T. Wiles**, turnaround consultant

CEOs work **against empowerment** consciously and unconsciously.

Executives do not always seem to want what they say they need.

**Chris Argyris**, Empowerment: The Emperor's New Clothes

We, the senior managers, are the **biggest problem** [in improving productivity].

We assume too much; like our powers too much.

**Robert Galvin**, CEO, Motorola

Do nothing you don't understand.

**Pythagoras**, Greek mathematician

Figures are not always facts.

**Aesop**, Greek fabulist

People learn what you teach them, not what you intend to teach them.

**B.F. Skinner**

Training isn't a quick fix.

**Ken Blanchard**, Blanchard Training and Development

An individual without information cannot take responsibility.

An individual who is given information cannot help but take responsibility.

**John Carlson**

Communication is human nature.

Knowledge sharing is human nurture.

**Alison Tucker**

Managers are not confronted with problems that are independent of each other, but with dynamic situations that consist of changing problems that interact with each other. I call such **situations messes**...managers do not solve problems: they manage messes.

**Russell Ackoff**, The Future of Operations Research is Past

The computer is merely a tool in the process...

To put it in editorial terms, knowing how a typewriter works does not make you a writer. Now that knowledge is taking the place of capital as the driving force in organizations worldwide, it is all **too easy to confuse** data with knowledge and information technology with information.

**Peter Drucker**, The Post-Capitalist Executive

Knowledge resides in the user and not in the collection [of information]. It is how the user reacts to a collection of information that matters.

**C.W. Churchman**, The Design of Inquiring Systems

One could say that outsourcing has many of the attributes of a widely prevailing disorder known as anorexia nervosa. It is a psychological disturbance involving the refusal to eat to the point of starvation. People with anorexia have a **distorted self-image** which makes them feel "fat" even when emaciated....

**Paul A. Strassmann**, Outsourcing: A Game for Losers



## การนำอย่างเรียบง่าย

I have observed three basic principles that leaders use to transform their organizations...: **build trust, encourage change, and use appropriate measures of performance.**

**Jeffrey Pfeffer**, author of *The Human Equation: Building Profits by Putting People First*

Our culture is simple: **We don't have one.**

We swarm all over a challenge until it gets addressed.

When we're finished we swarm all over the next challenge.

**Christos Cotsakos**, CEO, E\*Trade Group

Leadership is the ability to **translate vision into reality.**

**Warren G. Bennis**

You cannot manage men in battle.

You **manage things**; you **lead people.**

**Grace Murray Hopper**, Admiral, U.S. Navy

Example is leadership.

**Albert Schweitzer**

I'm not hiring for where I am; I'm **hiring for where I'll be.**

**Fred Bramante Jr.**, CEO, Daddy's Junky Music Shops

The prime occupational **hazard** of the manager is **superficiality.**

**Henry Mintzberg**

The way to get higher productivity is to train **better managers** and have **fewer of them.**

**William Woodside**, Chairman, Primerica

Management is about **promoting and anticipating change.**

**Peter Cochrane**, BT Laboratories

Management is about being responsible and taking action - being proactive and staying ahead.

**Peter Cochrane**, BT Laboratories

The age of the **hierarchy is over.**

**James R Houghton**, CEO, Corning

We have a **layer of clay that prevents anything either way** - up or down. The

layer is middle management.

**Heini Lippuner**, COO, Ciba

Excellence arises from the way management harmonizes its resources, which are different for each organization.

This is why I believe the current fashion of telling companies what their best-practice indicators should be...has **questionable merit**.

**Paul A. Strassmann**, The Myth of Best Practices

## ข้อคิดทั่วไป

Employees tolerate management's logic, but act on their own conclusions.

**Gavin Kerr**, HR Director, Pepsi

In the business world, everyone is always working at legitimate cross purposes, governed by self-interest.

**Harold Geneen**, CEO, IT&T

All propaganda has to be popular and has to accommodate itself to the comprehension of the least intelligent of those whom it seeks to reach.

**Adolph Hitler**

Companies are more than money making machines - they should have a **soul** - a **responsibility** to their people and the society they serve.

**Peter Cochrane**, BT Laboratories

The wise see **knowledge and action** as one.

**Bhagvad-Gita**

It is useless to make a formal decision with which group members informally disagree.

**William G. Dyer**, Brigham Young University

We are drowning in information but starved for knowledge.

**John Naisbitt**

If you don't provide people information, they'll make up something to fill the void.

**Carla O'Dell**, president, O'Dell & Associates

If a problem causes many **meetings**, the meetings eventually become more important than the problem.

**Arthur Bloch**, Murphy's Law

Accurate information is a key part of motivation.

**Mary Ann and Eric Allison**, Managing Up, Managing Down

Structure is not organization.

**Bob Waterman**

Put the policy manual back on the shelf when **common sense** points to a better way.

**Thomas V. Bonoma**, Harvard Business School

Rewards should go to teams as a whole.

**Tom Peters**

·Great people· don't equal ·great teams·

**Tom Peters**

Practice is everything.

**Diogenes Laertius**, Greek historian

Experience is the child of Thought, and Thought is the child of action.

**Benjamin Disraeli**, English Prime Minister

To teach is to learn twice.

**Joseph Joubert**, French moralist

Solutions...are a temporary event, specific to a context, developed through the relationship of persons and circumstances.

**Margaret Wheatley**

**Creative activities** are essential for a company to get off the ground. But as the company grows, those very activities become the problem.

**Larry Greiner**, Evolution and Revolution as Organizations Grow

Out of intense complexities, intense simplicities emerge.

**Winston Churchill**

Men have become tools of their tools.

**Henry David Thoreau**

**New ideas**...are not born in a conforming environment.

**Roger von Oech**, A Whack on the Side of the Head

The further backward you look, the further forward you can see.

**Winston Churchill**

Vision is the art of **seeing things invisible**.

**Jonathan Swift**, English satirist

Experience is **a hard teacher** because she gives **the test first**, the lesson afterwards.

**Vernon Law**, pitcher, Pittsburgh Pirates

No man's knowledge can go beyond his experience.

**John Locke**, English philosopher

Knowledge and human power are synonymous, since the ignorance of the first, frustrates the effect.

**Sir Francis Bacon**

Knowledge is power, which is why people who had it in the past often tried to make a secret of it.

In post-capitalism, power comes from **transmitting information** to make it productive, not from hiding it.

**Peter Drucker**, The Post-Capitalist Executive

The value in an idea lies in the using of it.

**Thomas Alva Edison**

Seek simplicity, and distrust it.

**Alfred North Whitehead**, English philosopher

**Chaos** often breeds life, when **order** breeds habit.

**Henry Brooks Adams**, historian

No matter how complicated a problem is, it can usually be reduced to a simple, comprehensive form which is the best solution.

**Dr. An Wang**, CEO Wang Labs

The correct solution to any problem depends principally on **a true understanding** of what the problem is. We cannot think first and act afterwards. From the moment of birth we are immersed in action, and can only fitfully guide it by taking thought.

**Alfred North Whitehead**, English philosopher

One accurate measurement is worth a thousand expert opinions.

**Grace Murray Hopper**, Admiral, U.S. Navy

Anecdotes may be more useful than equations in understanding the problem.

**Robert Kuttner**, The New Republic economics correspondent

A mistake is simply another way of doing things.

**Katherine Graham**, publisher, The Washington Post

If men would think more, they would act less.

**Lord Halifax**, English statesman

Other people's time, like your time, is limited.

**William Oncken, Jr.**, management writer

Time is the most valuable thing that a man can spend.

**Theophrastus**, Greek philosopher

Past wisdom must not be a constraint, but something to be challenged.

**S. Ghoshal & C.A. Bartlett**, Rebuilding Behavioral Context:

A Blueprint for Corporate Renewal

Conformity is the jailer of freedom and the enemy of growth.

**John F. Kennedy**

One machine can do the work of 50 ordinary men.

No machine can do the work of one extraordinary man.

**Anonymous**

Ideas are like rabbits - you get a couple and learn how to handle them, and pretty soon you have a dozen.

**Anonymous**

**Yesterday's success formula** is often today's obsolete dogma...We must continually challenge the past so that we can renew ourselves each day.

**S. Ghoshal & C.A. Bartlett**, Rebuilding Behavioral Context:

A Blueprint for Corporate Renewal

If past history was all there was to the game, the richest people would be librarians.

**Warren Buffet**

## ถึงเวลาต้องตัดสินใจ

The biggest thing that will undo this society, it its inability to **deal with complexity**.

**Daniel Patrick Moynihan**, U.S. Senator

We cannot work any harder, but we can **work smarter**.

**Peter Cochrane**, BT Laboratories

When we change the relations between **knowledge and production** we shake the very foundations of economic and political life. That is why we are on the edge

of the greatest shift in power in business history.

**Alvin Toffler**, Powershift

The productivity of knowledge work -- still abysmally low -- will become the economic challenge of the knowledge society. On it will depend the competitive position of every single country, every single industry, every single institution.

**Peter Drucker**

If you could reliably measure and reward individual contributions, organizations wouldn't be needed.

**Jeffrey Pfeffer**, Six Dangerous Myths About Pay

Time is the only scarce resource in the world today. We have capital budgets, market-share budgets, head-count budgets. We don't have time budgets.

**Thorton May**, Cambridge Technology Partners

Freedom is actually a bigger game than power.

**Power** is about what you can control.

**Freedom** is about what you can unleash.

**Harriet Rubin**, founder, Doubleday/Currency

The most important lesson I've ever learned is **to understand and to trust abstractions**. If you can learn to both see and believe in life's underlying patterns, you can make highly informed decisions every day.

**Nathan Myrvoid**, Chief Technology Officer, Microsoft

The great unexplored frontier is complexity...

I am convinced that the nations and people who master the new science of Complexity will become the economic, cultural and political **superpowers of the next century**.

**Heinz Pagels**, The Dreams of Reason

Order arises out of simple, deep rules. Like all forms of complexity, strategy is poised on the border between **perfect order** and **total chaos**. Between efficiency and blind experimentation, between autocracy and complete ad hococracy.

**Gary Hamel**, The Search for Strategy

A fundamental property of complex adaptive systems is the counterintuitive crystallization of order -- **order for free**.

**Roger Lewin**, Complexity

We are living in a period of massive institutional failure. We need **new models** that are consistent with the way in which **nature** -- the master organizer of complexity -- seems to organize for **maximum flexibility and durability**.

**Dee Hock**, founder/CEO Emeritus, Visa International

Surface complexity [arises] out of deep simplicity...

Complex adaptive systems are **pattern seekers**.

**Murray Gell-Mann**, CalTech

Knowledge work, unlike manual work, cannot be replaced by capital investment. On the contrary, capital investment creates the need for more knowledge work.

**Peter Drucker**, Management in Turbulent Times

You basically throw out all assumptions every three weeks.

**Scott McNealy**, CEO, SUN Microsystems



