

HA UPDATE 2013



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

HA UPDATE 2013



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

HA Update 2013

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล



จัดพิมพ์โดย:

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

เลขที่ 88/39 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ชั้น 5

กระทรวงสาธารณสุข ซอย 6 ถ.ติวานนท์

ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทร. 0-2832-9400 โทรสาร 0-2832-9540

www.ha.or.th

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

ฉบับพิมพ์ครั้งแรก: มีนาคม 2556

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

HA Update 2013.--นนทบุรี : สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
(องค์การมหาชน), 2556.

120 หน้า.

1. สถานพยาบาล--การประเมิน. I. อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, บรรณา-
ธิการ. II. ชื่อเรื่อง.

610.7

ISBN 978-616-11-1491-6

ออกแบบ, พิมพ์: บริษัท หนังสือดีวัน จำกัด

คำนำ

ด้วยความร่วมมือร่วมใจของหลายๆ ฝ่าย ในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา การขับเคลื่อนกระบวนการ HA รุดหน้าไปอย่างน่าสนใจ อาทิ การนำมิติด้านจิตวิญญาณเข้ามาผสมผสานกับการพัฒนาคุณภาพ การมีเครือข่ายพี่เลี้ยงในพื้นที่ช่วยเหลือแนะนำในลักษณะเพื่อนช่วยเพื่อน บรรยากาศของการเยี่ยมสำรวจที่เอื้อต่อการเรียนรู้มากขึ้น การต่ออายุการรับรองในกำหนดเวลา และจำนวนโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง HA เพิ่มขึ้นจาก 182 แห่งเมื่อสิ้นปีงบประมาณ 2553 เป็น 443 แห่งเมื่อสิ้นปีงบประมาณ 2555

ขณะเดียวกัน ความท้าทายต่อการทำงานคุณภาพก็ยังคงมีเพิ่มขึ้น เราตอบสนองความคาดหวังของผู้รับบริการได้เพียงใด เราจะลดความเสี่ยงต่อผู้ป่วยลงอีกได้หรือไม่ เราจะรับมือกับความซับซ้อนของการเจ็บป่วยให้ดีขึ้นได้อย่างไรทั้งภาวะเจ็บป่วยและภาวะเรื้อรัง เราจะทำให้ดีขึ้นโดยใช้ทรัพยากรเท่าเดิมหรือน้อยลงได้อย่างไร เราจะรองรับการเปลี่ยนแปลงในระบบบริการสุขภาพที่จะเกิดขึ้นได้อย่างไร ฯลฯ

เพื่อตอบสนองความท้าทายดังกล่าว เราจะต้องทำงานด้วยความเรียบง่ายยิ่งขึ้น รวดเร็วยิ่งขึ้น รวดรัดเบ็ดเสร็จยิ่งขึ้น รักษาของดีที่มีอยู่ควบคู่กับการคิดค้นหาแนวทางใหม่ๆ

HA Update 2013 ฉบับนี้เป็นผลของการสรุปบทเรียนเกี่ยวกับความคิดและแนวทางการพัฒนาคุณภาพอย่างรวบยอด เชื่อมโยง และเสริมข้อคิดในบางจุดให้มีความชัดเจน บางเรื่องเป็นเรื่องเดิมที่เสริมด้วยแนวคิดใหม่ (เช่น HRO) บางเรื่องเป็นเรื่องพื้นฐานซึ่งมีความสำคัญจึงได้นำกลับมาย้ำใหม่ (เช่น facilitation skill) บางเรื่องอาจจะมีได้อธิบายรายละเอียดไว้ทั้งหมดแต่สามารถกลับไปทบทวนได้ใน HA Update ฉบับก่อนๆ (เช่น 6 tracks ของการพัฒนา) นอกจากนี้ยังได้สรุปข้อกำหนดสำหรับการขอรับการรับรอง HA ความร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ ทิศทางและแผนงานสำคัญของสถาบันไว้ด้วย

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล หวังว่าด้วยบทเรียนที่หลากหลาย
ด้วยความเข้าใจและความมุ่งมั่นร่วมกัน จะทำให้ระบบบริการสุขภาพของไทย
เป็นระบบที่ตอบสนองความต้องการของสังคมและได้รับความไว้วางใจจากสังคม
ตลอดไป

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

1 มีนาคม 2556

สารบัญ

คำนำ	iii
1. องค์กรที่น่าไว้วางใจ	1
◆ จากกฎเสนาบดีสู่จริยธรรมวิชาชีพ	3
◆ Zero Defects	6
◆ Reliability Science	7
◆ แนวคิด High Reliability	10
◆ ตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมของการก้าวไปสู่ HRO	17
2. ผู้นำและผู้ตาม งามสง่าด้วย Facilitation Skill	21
◆ แนวคิดทั่วไป	21
◆ AIC กับ Facilitator	23
◆ ทักษะของ Facilitator	24
◆ GROW Model	26
◆ เครื่องมือคุณภาพสำหรับ Quality Facilitator	29
◆ จาก Facilitator สู่ SHA Facilitator	33
◆ R2R Facilitator	36
◆ Productivity (ผลิตภาพ หรือการเพิ่มผลผลิต)	38
3. พัฒนาอย่างเรียบง่าย ได้คุณภาพทุกงานด้วย 3P	41
◆ แนวคิดทั่วไป	41
◆ 3P ในระดับต่างๆ	42
◆ คุณค่าของการใช้ 3P	44
◆ 3P กับการสรุปผลงาน	45

4. การพัฒนาและประเมินคุณภาพทางคลินิก	46
◆ แนวคิดทั่วไป	46
◆ การประเมินโดยใช้การทบทวนและการตามรอย	50
◆ Clinical Tracer Highlight	51
◆ การประเมินผลการดูแลผู้ป่วยตามมิติคุณภาพ	53
5. การใช้มาตรฐาน HA ให้เกิดประโยชน์สูงสุด	57
◆ ลักษณะและเป้าหมายของมาตรฐาน HA	57
◆ การใช้มาตรฐานที่ก่อให้เกิดคุณค่า	60
◆ สิ่งที่ต้องใช้ควบคู่กับมาตรฐาน	61
◆ การใช้มาตรฐานสำหรับผู้เริ่มต้น	62
◆ การใช้มาตรฐานเพื่อเตรียมตัวสู่การรับรอง	64
◆ Integration	66
◆ ตัวชี้วัดผลการดำเนินการ (Performance Indicator)	69
◆ การพัฒนาสำหรับโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองแล้ว	71
6. มิติด้านจิตวิญญาณกับการพัฒนาคุณภาพ	72
◆ ตกผลึกการนำแนวคิด SHA (Spiritual Health Care) มาบูรณาการในการพัฒนาคุณภาพ	72
◆ โยนก้อนหินลงน้ำ	77
◆ อยู่รอด อยู่ร่วม อยู่อย่างมีความหมาย	82
◆ ในโลกแห่งมนต์ขลังอันเปี่ยมด้วยรักและการตระหนักรู้	87
◆ พลังสู้แก่นแท้ของชีวิต	88
◆ ปัจจุบันเป็นเวลาประเสริฐสุด	91
◆ ความสุข 5 ชั้น	93
◆ เครื่องมือทดสอบพัฒนาการด้านจิตวิญญาณในการทำงานของเรา	94
7. ข้อกำหนดในการขอ HA และความร่วมมือ	96
◆ ข้อกำหนดในการขอรับการรับรองตามมาตรฐาน HA	96
◆ การสร้างความร่วมมือเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนา	101

8. ทิศทางการพัฒนาของ HA	105
◆ CHANGE	105
◆ การพัฒนาไปสู่ Empowerment Evaluation	106
◆ มาตรฐานและการรับรองที่กำลังพัฒนา	107
◆ การตอบสนองนโยบายด้านการมุ่งเน้นผลลัพธ์ ของกระทรวงสาธารณสุข	110
◆ แผนงานอื่นๆ	113
ท้ายเล่ม	114

องค์กรที่น่าไว้วางใจ

ความน่าไว้วางใจเป็นเรื่องที่สัมพันธ์กับความคาดหวัง แต่ละกิจการย่อมมีประเด็นสำคัญที่ผู้คนมีความคาดหวังที่แตกต่างกัน เราคาดหวังความอร่อย สะอาด ไร้สารพิษจากร้านอาหาร คาดหวังการมีสินค้าที่มีคุณภาพ ราคาเป็นธรรม ความหลากหลายจากห้างสรรพสินค้า คาดหวังความเป็นธรรมจากระบบยุติธรรม คาดหวังความปลอดภัย สะดวกสบาย ตรงเวลา ประหยัด จากสายการบิน คาดหวังความถูกต้องและปลอดภัยจากระบบธุรกรรมทางการเงิน เป็นต้น เมื่อไรก็ตามที่ผู้บริโภคหรือผู้รับผลงานได้รับในสิ่งที่ตรงกับความคาดหวัง ย่อมก่อให้เกิดความไว้วางใจตามมา

สำหรับบริการสุขภาพแล้ว สิ่งที่ผู้รับบริการคาดหวังก็คือบริการที่น่าไว้วางใจว่าสามารถเข้าถึงได้ (access), ถูกต้องเหมาะสม (appropriate), ได้ผลดี (effective), ปลอดภัยและไม่มีของแถม (safety), คุ่มค่า (efficient), เท่าเทียม (equity), ดูแลด้วยหัวใจ (humanized), ใส่ใจทุกความต้องการ (responsive), ทันการณ์ (timeliness) และในบรรดาความคาดหวังเหล่านี้ สิ่งที่จะทำให้เกิดความไม่น่าไว้วางใจที่สุดก็คือเรื่องของการไม่ปลอดภัย

ความน่าไว้วางใจจึงเป็นคำที่สะท้อนถึงเรื่องต่อไปนี้ เช่น safety, security, loyalty, trust องค์กรที่ต้องให้ความสำคัญกับเรื่องความน่าไว้วางใจคือองค์กรที่มีลักษณะดังต่อไปนี้

- 1) มีความซับซ้อนเหลือล้น ทำงานด้วยทีมสหวิชาชีพ (hyper-complexity)
- 2) ต้องอาศัยการประสานแน่นแนบข้ามทีม (tight coupling)
- 3) แยกแยะบทบาทตามลำดับชั้น แต่ครั้งวิกฤติให้ผู้รู้ดีที่สุดในทีมตัดสินใจ (extreme hierarchical differentiation)
- 5) มีผู้ตัดสินใจมากมาย ต้องอาศัยเครือข่ายการสื่อสารที่สุดิวิเศษ (multiple decision-makers in a complex communication network)
- 6) ต้องรับผิดชอบสูง มุ่งความปลอดภัยแก่ชีวิต (high degree of accountability)
- 7) ต้องรับเสียงสะท้อนกลับอยู่ตลอดเวลา นำมาปรับก่อนจะเกิดวิกฤติ (need for frequent, immediate feedback)

8) ไม่มีเวลาเพียงพอที่จะทำทุกอย่างให้สมบูรณ์ (compressed time constraints)
จะเห็นว่าโรงพยาบาลมีลักษณะดังกล่าวครบทุกข้อ จึงเป็นเหตุผลสำคัญที่ผู้บริหารโรงพยาบาลต้องใส่ใจในแนวคิดของ high reliability

จากกฎเสนาบดีสู่จริยธรรมวิชาชีพ

จริยธรรมวิชาชีพนำมาสู่ความน่าไว้วางใจของวิชาชีพ

นพ.บุญยงค์ วงศ์รักมิตร กล่าวว่า “คาถาที่ผู้ให้บริการด้านสุขภาพในโรงพยาบาลทุกระดับควรยึดถือ เป็นของดั้งเดิมซึ่งเพราะ ดี และเรียบง่าย นั่นคือ กฎเสนาบดีว่าด้วยข้อปฏิบัติสำหรับผู้ประกอบโรคศิลปะซึ่งออกตามพระราชบัญญัติการแพทย์เมื่อ พ.ศ. 2472 ซึ่งระบุไว้ว่า

1. ปฏิบัติหน้าที่อย่างเต็มความสามารถ
2. ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความระมัดระวัง ไม่ประมาท
3. ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความหวังดีต่อคนไข้และญาติ

ถ้าท่านทำสามอย่างนี้ ยังมองไม่ออกว่าจะเกิดข้อฟ้องร้องได้อย่างไร¹

แพทยสภาแห่งสหราชอาณาจักรได้จัดทำ “Good Medical Practice” ขึ้นเมื่อ พ.ศ. 2549 ระบุหน้าที่ของแพทย์ซึ่งขึ้นทะเบียนกับแพทยสภาไว้ว่า

“ผู้ป่วยจะต้องสามารถให้ความเชื่อใจ ไว้วางใจต่อแพทย์ เกี่ยวกับชีวิตและสุขภาพของพวกเขา เพื่อให้เกิดความไว้วางใจดังกล่าว แพทย์จะต้องเคารพในชีวิตของเพื่อนมนุษย์ และจะต้อง

- ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยของท่านเหนือสิ่งอื่นใด (ให้ถือว่าเป็น first concern)
- พิทักษ์คุ้มครอง ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยและประชาชน
- กระทำเวชปฏิบัติและให้การดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานที่ดี
- ธำรงความรู้และทักษะทางวิชาชีพให้ทันสมัย
- ตระหนักในข้อจำกัดของความสามารถแห่งตน และทำงานภายใต้ข้อจำกัดนั้น
- ทำงานร่วมกับเพื่อนร่วมงานในวิถีทางที่จะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยให้มากที่สุด
- ปฏิบัติต่อผู้ป่วยในลักษณะของปัจเจกบุคคล และเคารพในศักดิ์ศรีของแต่ละบุคคล
- ทำงานในลักษณะเป็นหุ้นส่วนกับผู้ป่วย
- รับฟังผู้ป่วยและตอบสนองต่อสิ่งที่ผู้ป่วยชมชอบพึงใจ (preference) หรือห่วงกังวล (concern)
- ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยต้องการด้วยวิธีที่เข้าใจได้ง่าย
- เคารพสิทธิของผู้ป่วยในการตัดสินใจร่วมกับแพทย์เกี่ยวกับการดูแลรักษา

¹ นพ.บุญยงค์ วงศ์รักมิตร บรรยายในที่ประชุมชมรมโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป เมื่อวันที่ 19 ธันวาคม 2549

- สนับสนุนผู้ป่วยในการดูแลและรักษาสุขภาพของตนเอง
- จริงใจ เปิดใจ และปฏิบัติตนอย่างมีจริยธรรม
- ลงมือปฏิบัติการโดยไม่ชักช้าถ้าแพทย์มีเหตุผลที่เชื่อได้ว่าตนเองหรือเพื่อนร่วมงานกำลังก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อผู้ป่วย
- ไม่เลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วย และไม่ก่อให้เกิดความแตกแยกในเพื่อนร่วมงาน
- ไม่นำความไว้วางใจของผู้ป่วยที่มีต่อตน หรือความไว้วางใจของประชาชนต่อวิชาชีพ ไปใช้ในทางที่ผิด
- แพทย์จะต้องเป็นผู้รับผิดชอบต่อการประกอบวิชาชีพด้วยตนเอง ต้องเตรียมพร้อมที่จะอธิบายเหตุผลของการตัดสินใจและการกระทำอยู่ตลอดเวลา”

ในแนวทางเรื่องความตระหนักต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ได้มีการให้แนวทางไว้ดังนี้ “ถ้าแพทย์มีเหตุผลที่เชื่อได้ว่าผู้ป่วยอาจจะไม่ได้รับการดูแลที่ปลอดภัยเนื่องจากสถานที่ เครื่องมือ หรือทรัพยากรอื่นที่ไม่เพียงพอ เนื่องจากนโยบายหรือระบบ แพทย์ควรจัดการแก้ไขให้ถูกต้องถ้าเป็นไปได้ หากไม่สามารถทำได้ แพทย์ควรนำเสนอต่อหน่วยงานที่ตนปฏิบัติงานด้วย หากหน่วยงานดังกล่าวมิได้ดำเนินการอย่างเหมาะสม แพทย์ควรขอคำปรึกษาจากบุคคลอื่นๆ ว่าสมควรดำเนินการต่อไปอย่างไร แพทย์จะต้องบันทึกความห่วงกังวลที่เกิดขึ้นและขั้นตอนต่างๆ ที่ได้พยายามดำเนินการแก้ไข”

“แพทย์จะต้องทำงานร่วมกับเพื่อนร่วมงานและผู้ป่วยเพื่อธำรงและพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานและส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง แพทย์จะต้องปฏิบัติในสิ่งต่อไปนี้:

- 1) เก็บรักษาแฟ้มข้อมูลและหลักฐานต่างๆ จากการทำเวชปฏิบัติของตน
- 2) แสดงให้เห็นถึงการมีมาตรฐานในการทำเวชปฏิบัติตามแนวทางที่แพทยสภา กำหนดเกี่ยวกับการอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ
- 3) มีส่วนร่วมในการทบทวนตรวจสอบทางการแพทย์ที่เป็นระบบและสม่ำเสมอ
- 4) มีส่วนร่วมในระบบประกันคุณภาพ และระบบพัฒนาคุณภาพ
- 5) **ตอบสนองในเชิงสร้างสรรค์ต่อผลลัพธ์ของการทบทวนตรวจสอบทางการแพทย์ การประเมินและทบทวนผลการปฏิบัติงาน และเข้าร่วมรับการฝึกอบรมต่อเนื่องเมื่อจำเป็น**
- 6) มีส่วนในการแก้ไขความไม่แน่นอนเกี่ยวกับผลของการรักษา
- 7) ให้ความร่วมมือต่อการสืบสวนเชิงลับ การรายงานผลที่ไม่พึงประสงค์ เพื่อช่วยลด

ความเสี่ยงต่อผู้ป่วย

- 8) รายงานเมื่อสงสัยว่าจะมีเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากยา ตามแนวทางที่กำหนดไว้
- 9) ร่วมมือให้ข้อมูลแก่องค์กรที่ติดตามกำกับการสาธารณสุขเมื่อได้รับคำขอตามกฎหมาย โดยปฏิบัติตามแนวทางในการรักษาความลับอย่างเคร่งครัด”

แม้ว่าจะเป็นข้อกำหนดโดยแพทยสภาของสหราชอาณาจักร แต่ก็น่าจะเป็นสิ่งที่แพทย์ไทยนำมาปฏิบัติเช่นเดียวกัน

Zero Defects

Zero Defects เป็น quality control program ที่เริ่มใช้ในการผลิตซีปนาซูรและยานอวกาศในช่วงทศวรรษที่ 1960 และสามสิบปีต่อมาก็ถูกนำมาใช้ในอุตสาหกรรมรถยนต์ซึ่งพยายามลดค่าใช้จ่ายในการตรวจสอบและกำหนดให้ผู้ส่งมอบต้องปรับปรุงคุณภาพของตน

หลักการสำคัญของ Zero Defects ได้แก่ (1) คุณภาพคือความสอดคล้องกับข้อกำหนด (2) การป้องกันข้อผิดพลาดเป็นสิ่งที่ต้องการมากกว่าการตรวจสอบและการแก้ไข (3) Zero Defects เป็นมาตรฐานคุณภาพ (4) วัดคุณภาพออกมาเป็นค่าใช้จ่ายของการไม่เป็นไปตามข้อกำหนด

แนวคิดเรื่อง Zero Defects นั้น เป้าหมายคือการป้องกัน defect คำว่า zero หรือศูนย์ เป็นสิ่งที่ทุกคนเข้าใจได้ง่าย และทุกคนรู้ว่าอะไรคือ defect การฝึกอบรมที่จำเป็นก็คือการฝึกอบรมในการทำงานประจำสำหรับคนหน้างาน ไม่ต้องมีพนักงานเพิ่ม แนวคิดที่สำคัญคือการทำให้ถูกต้องตั้งแต่เริ่มแรกและทุกๆ ครั้ง สามารถประยุกต์ใช้กับทุกตำแหน่งงานในองค์กร และพนักงานทุกคนสามารถบ่งชี้ปัญหาได้

นอกจากนี้ก็ยังมีการขยายแนวคิด Zero Defects ในเรื่องการเพิ่มผลผลิตออกไปเป็น 4 Zero ได้แก่ Zero Defects, Zero Delay, Zero Inventories และ Zero Accidents

Zero Defects จึงเป็นแนวคิดที่สอดคล้องกับแนวคิด Lean และการบริหารความเสี่ยง หากสามารถทำให้ถูกต้องได้ตั้งแต่ครั้งแรก และไม่เกิด defect แน่แน่นอนว่าย่อมจะทำให้เกิดความไว้วางใจในองค์กร

คำจำกัดความของ reliability คือ “ความสามารถของกระบวนการ หัตถการ หรือบริการ ที่จะทำหน้าที่ที่มุ่งหวัง ในเวลาที่กำหนด ภายใต้สถานการณ์ที่เป็นอยู่” (the capability of a process, procedure or health service to perform its intended function in the required time under existing conditions) ศาสตร์ด้าน reliability ได้รับการพัฒนามาจากธุรกิจนิวเคลียร์ และการบินซึ่งมุ่งเน้นการลดอัตราความผิดพลาดเพื่อปกป้องประชาชน เพิ่งจะได้รับการนำมาประยุกต์กับบริการสุขภาพเมื่อไม่นานมานี้ และเป็นที่ยอมรับว่าเป็นหนึ่งในฐานรากของการพัฒนาคุณภาพ

การวัด Reliability

เราสามารถวัด reliability โดยใช้จำนวนปฏิบัติการที่ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการหารด้วยจำนวนปฏิบัติการทั้งหมด เช่น เราซื้อกาแฟ 1,000 ถ้วยในช่วงเวลา 4 ปีที่ผ่านมา มีกาแฟ 3 ถ้วยที่ไม่เป็นไปตามความคาดหวัง (เช่น สั่งให้ใส่ครีม ไม่ใส่น้ำตาล กลับได้น้ำตาล ไม่มีครีม) reliability จึงมีค่าเท่ากับ $(1,000-3)/1000 = 0.997$ หรือ 99.7% ขณะที่อัตราข้อบกพร่องหรือ unreliability มีค่าเท่ากับ $1-0.997 = 0.003$ หรือ 0.3% หรือ 3×10^{-3} ซึ่งค่าสลับยกกำลังนี้ เป็นค่าที่ใช้แสดงระดับของ unreliability ได้เช่นกัน

Reliability	Defect rate		ตัวอย่าง
	%	สับยกกำลัง	
0.9	10 %	10^{-1}	การไม่ปฏิบัติตาม evidence-based guideline
0.99	1 %	10^{-2}	ภาวะไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาล
0.999	0.1 %	10^{-3}	การเสียชีวิตจากการผ่าตัด
0.9999	0.01 %	10^{-4}	การเสียชีวิตจากการระงับความรู้สึก
0.99999	0.001 %	10^{-5}	การให้เลือดผิด

ขณะที่บริการสุขภาพมีค่าอัตรา reliability สูงในบางเรื่อง แต่ค่าอัตรา overall reliability ยังไม่เป็นที่น่าพอใจนัก เช่น อัตราการปฏิบัติตาม evidence-based guideline อาจจะอยู่ที่ 55% เท่านั้น ยังมีโอกาสพัฒนาอีกมาก

² Elgert S. Reliability science: reducing the error rate in your practice. Fam Pract Manag. 2005 Oct; 12(9): 59-63.

Reliability Science จะช่วยได้อย่างไร

ในปัจจุบันนี้บริการสุขภาพมี defect rate อยู่ที่ 10^{-1} โดยอาศัยความเอาใจใส่ ระวัง ความตั้งใจดี และการทำงานหนัก เพื่อที่จะให้ผลงานดียิ่งขึ้น เราจะต้องออกแบบกระบวนการที่ทำได้ง่ายในการทำสิ่งที่ถูกต้องในเวลาที่เหมาะสม (easy to do the right thing at the right time)

ผู้เชี่ยวชาญด้าน reliability science และ human factors กล่าวว่า การปล่อยให้มนุษย์กระทำการโดยอิสระไม่มีข้อจำกัด ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจเฉพาะตัวนั้น จะทำให้ defect rate เลวกว่า 10^{-2} เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ผู้ประกอบวิชาชีพจะต้องเติมมาตรการทางวินัยหรือมีสิ่งที่มากำกับควบคุม ดังแนวทางต่อไปนี้

1. ใช้กระบวนการที่เป็นมาตรฐานสำหรับแต่ละกิจกรรมเพื่อให้มั่นใจว่าเป็นไปอย่างเหมาะสมไม่ว่าใครจะเป็นผู้ปฏิบัติ (ใช้หลัก standardized work เช่นเดียวกับ lean และระบบคุณภาพโดยทั่วไป)

2. ใช้หลัก human factor engineering ด้วยการสร้างตัวช่วยตัดสินใจ (decision aids) และตัวเตือนใจ (reminders) ไว้ในระบบ เช่น checklist, flow sheets เพื่อให้มีการปฏิบัติตามมาตรฐานกระบวนการที่จัดทำไว้ ตัวอย่างง่ายๆ เช่น การติดป้ายให้ผู้ป่วยเบาหวานทุกราย ถอดรองเท้าเป็นเครื่องเตือนใจให้แพทย์ต้องตรวจเท้าของผู้ป่วย

3. ใช้ประโยชน์จากนิสัยและแบบแผนที่มีอยู่เดิมของทีมงาน เช่น การขยายแนวทางที่ใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานไปสู่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ

4. ทำให้การปฏิบัติที่ต้องการเป็น default ไม่เป็น exception เช่น การวัดความดันโลหิตในผู้ป่วยทุกรายไม่ว่าจะมาด้วยเรื่องอะไร

5. ใช้วิธีการ “เผื่อเหนียว” หรือ “ส่วนซ้ำสำรอง” (redundancy) คำว่า redundancy ฟังดูเหมือนเป็นสิ่งที่เราจะหลีกเลี่ยง แต่หากใช้อย่างชาญฉลาดก็จะเป็นตัวกรองในการลดความผิดพลาด เช่น เพื่อที่จะป้องกัน dosage error ในผู้ป่วยเด็ก จำเป็นต้องมีการบันทึกน้ำหนักผู้ป่วยอย่างถูกต้อง เพื่อที่จะป้องกันการชั่งน้ำหนักที่ไม่ถูกต้อง พยาบาลจะระบุน้ำหนักของผู้ป่วยในขณะที่บันทึกลงไปและถามผู้ป่วยหรือผู้ปกครองว่า “ตัวเลขนี้ตรงกับที่คาดไว้หรือไม่” โดยการให้ผู้ป่วยหรือผู้ปกครองเป็น redundancy check พยาบาลก็จะสามารถป้องกันความผิดพลาดที่เกิดขึ้นบ่อยได้อย่างง่ายและประหยัด

6. จับงานที่เกี่ยวข้องกันมามัดเป็นชุด (bundle) เป็นงานที่ทำในเวลาใกล้เคียงกันในสถานที่เดียวกัน เช่น IHI ส่งเสริม protocol สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจทุกราย ประกอบด้วย การยกหัวเตียงสูง 30 องศา, การหยุดให้ sedative infusions, การ

ป้องกัน deep vein thrombosis, การป้องกัน stress ulcer, การมี antimicrobial hand foam ที่ข้างเตียง และการประเมินความพร้อมสำหรับหยาเครื่องช่วยหายใจ การดูแลทั้งชุดนี้ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่เหนือชั้นกว่า ลดภาวะแทรกซ้อนจากปอดอักเสบได้มากกว่า ใช้เวลากับเครื่องช่วยหายใจน้อยกว่า

7. ส่งเสริมการทำงานเป็นทีม การสะท้อนข้อมูลกลับ และการฝึกอบรมที่จำเป็น

ไว้วางใจเรื่องความปลอดภัย

สามขั้นตอนในการยกระดับความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยได้แก่ (1) ป้องกันความผิดพลาดหรือความล้มเหลวด้วยการออกแบบระบบตามหลักการที่กล่าวไว้ข้างต้น เปลี่ยนจากการมุ่งเน้นความสะดวกสบายของคนทำงานหรือค่าใช้จ่ายมามุ่งเน้นการป้องกันความผิดพลาด (2) บ่งชี้ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นและหาทางจัดการกับสาเหตุที่พบบ่อย เช่น ความอ่อนล้า สิ่งแวดล้อม การรบกวนสมาธิ ขั้นตอนที่ไม่ดี ภาวะทางจิตใจ การต้องทำหลายเรื่องพร้อมกัน ควรออกแบบการทำงานให้สามารถเห็นข้อผิดพลาดได้ทันทีเพื่อให้สามารถจัดการได้ก่อนที่จะเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ซึ่งระบบอิเล็กทรอนิกส์สามารถช่วยได้ในเรื่องนี้ (3) บรรเทาอันตรายที่จะเกิดตามมาจากความล้มเหลว เช่น การตามผู้ป่วยกลับมารับการรักษาเมื่อรังสีแพทย์พบว่าแพทย์ที่ห้องฉุกเฉินอ่านภาพรังสีผิด

แนวคิด High Reliability

High reliability เป็นแนวคิดที่ช่วยให้เกิดการมุ่งเน้นที่ mindset & culture ซึ่งจำเป็นสำหรับการพัฒนาให้ได้ผล โดยใช้กลยุทธ์ แนวคิด เครื่องมือซึ่งเราได้ใช้กันอยู่แล้ว

Mindset

mindset หมายถึง กระบวนการทางความคิด การจัดลำดับความคิด ชุดของสมมติฐาน ความเชื่อที่ฝังแน่นในจิตใต้สำนึก เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมและการตัดสินใจของเรา บางครั้งก็อาจเรียกว่า mental inertia, groupthink, หรือ กระบวนทัศน์ (paradigm)

mindset เกิดขึ้นจากการที่จิตถูกสั่งบ่อยๆ แล้วฝังตัวเข้าไปในจิตใต้สำนึก และมักจะเป็นการยากที่จะเปลี่ยนแปลงด้วยการวิเคราะห์หรือใช้กระบวนการตัดสินใจ

ไม่ว่าจะโดยรู้ตัวหรือไม่ จิตใจของเราจะคอยเฝ้าติดตามและแปลความหมายสิ่งที่เกิดขึ้นกับเราอยู่ตลอดเวลา mindset จะเป็นกรอบที่ชี้นำกระบวนการแปลความหมายทั้งหมด ผู้ที่มี mindset ที่แข็งตัว (fixed mindset) จะเฝ้าพูดกับตัวเองในทำนองว่า “นี่หมายความว่าฉันเป็นผู้แพ้” “นี่หมายความว่าฉันดีกว่าคนอื่น” “นี่หมายความว่าฉันเป็นคนไม่ดี” “นี่หมายความว่าเพื่อนร่วมงานของฉันเห็นแก่ตัว” ผู้ที่มี mindset ที่เติบโตมีชีวิต (growth mindset) จะไต่ต่อข้อมูลทั้งเชิงบวกและเชิงลบ และจะปรับความคิดไปสู่การเรียนรู้และการกระทำที่สร้างสรรค์ “ฉันจะเรียนรู้อะไรได้จากสิ่งนี้” “ฉันจะปรับปรุงมันได้อย่างไร” “ฉันจะช่วยเพื่อนร่วมงานให้ทำดีขึ้นได้อย่างไร”

Fixed mindset	Growth mindset
เธอแน่ใจหรือว่าจะทำได้ เธออาจจะไม่มีปัญญาทำก็ได้เนะ	ฉันไม่แน่ใจว่าจะทำได้ในตอนนี้อะไรหรือไม่ แต่ฉันคิดว่าสามารถเรียนรู้ได้ด้วยความพยายาม
ถ้าไม่สำเร็จ เธอจะเป็นผู้แพ้	คนที่ประสบความสำเร็จส่วนใหญ่อีกก็ล้มลุกคลุกคลานมาก่อน
ถ้าเธอไม่ทำอะไร เธอจะไม่เสียหาย ไม่เสียศักดิ์ศรี	ถ้าฉันไม่พยายาม ก็เท่ากับฉันล้มเหลว แล้วจะมีศักดิ์ศรีอะไร
มันไม่ใช่ความผิดของฉัน มันเป็นความผิดของใครสักคน	ถ้าฉันไม่แสดงความรับผิดชอบ ฉันก็ไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ ขอให้ฉันได้รับฟังและเรียนรู้ว่าฉันจะทำอะไรได้บ้าง แม้ว่ามันอาจจะเจ็บปวดสักเท่าไรก็ตาม

วิธีการในการปรับเปลี่ยนจาก mindset ที่แข็งตัว ไปสู่ mindset ที่เติบโตมีชีวิต มีขั้น ตอนดังนี้ (1) เรียนรู้ที่จะรับฟังเสียงจาก fixed mindset (2) ตระหนักว่าเรามีทางเลือก (3) คุย กลับไปด้วยเสียงของ growth mindset (4) นำ growth mindset มาสู่การปฏิบัติ

วัฒนธรรม

วัฒนธรรม (culture) อาจหมายถึง สิ่งที่ตั้งาม สิ่งที่ทำให้เกิดสุนทรียะ หรือสิ่งที่ทำให้ความ เจริญงอกงามให้แก่หมู่คณะ เป็นวิถีชีวิตทั้งมวลที่ผู้คนปฏิบัติคล้ายกัน มีการสืบทอด ผู้คน ยอมรับและปฏิบัติจนเคยชิน เป็นไปโดยอัตโนมัติ เป็นไปโดยไม่ต้องคิด

สิ่งที่สืบทอดและเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรม อาจได้แก่ ความรู้ ประสบการณ์ การให้ ความหมาย ความเชื่อ หรืออาจจะเป็นค่านิยม เจตคติ การรับรู้ ไปจนถึงความสามารถ พฤติกรรม ศิลปะ สถาบัน และผลผลิตจากงานและความคิดของมนุษย์อื่น ๆ

วัฒนธรรม คือ การสร้างรหัสพันธุกรรมที่ฝังตัวอยู่ในองค์กร สามารถตอบสนองต่อ สถานการณ์ต่าง ๆ โดยอัตโนมัติ ไม่ต้องคอยกำหนดรายละเอียดทุกชั้นตอน

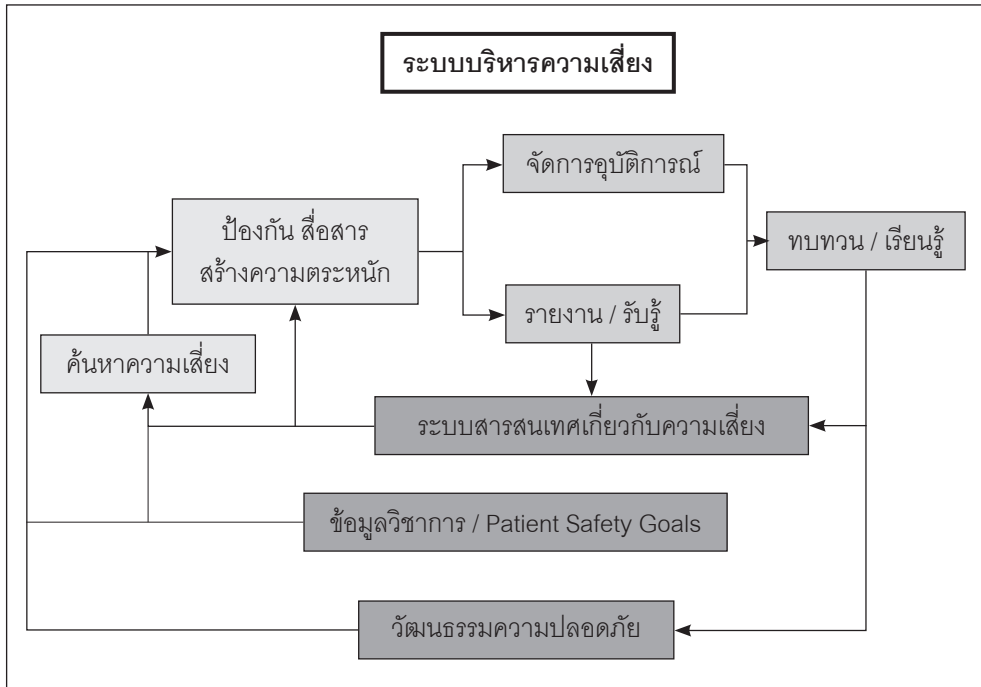
วัฒนธรรมความปลอดภัย

เป็นผลของค่านิยม เจตคติ การรับรู้ สมรรถนะ และแบบแผนพฤติกรรมของบุคลากร และของกลุ่ม ซึ่งกำหนดความมุ่งมั่น วิธีการทำงาน และความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับ สุขภาพและความปลอดภัยในองค์กร

การบ่มเพาะวัฒนธรรมความปลอดภัย³ ควรคำนึงถึง (1) **แง่มุมด้านจิตวิทยา** “ผู้คน รู้สึกอย่างไร” เป็นการบ่มเพาะในด้านค่านิยม เจตคติ การรับรู้ของผู้คน (2) **แง่มุมด้าน พฤติกรรม** “ผู้คนปฏิบัติอย่างไร” เป็นการบ่มเพาะการกระทำและพฤติกรรมเกี่ยวกับความ ปลอดภัย (3) **แง่มุมด้านสภาพแวดล้อม** “องค์กรทำอะไร” เป็นการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อ ต่อความปลอดภัยด้วยนโยบาย ระเบียบปฏิบัติ โครงสร้างองค์กร ระบบบริหาร

³ HSE's Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations 1993

ภาพที่ 1.1 ระบบบริหารความเสี่ยงกับวัฒนธรรมความปลอดภัย



การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นควบคู่กับทุกขั้นตอนของการบริหารความเสี่ยงอย่างแนบแน่น

การบ่มเพาะค่านิยม เจตคติ การรับรู้ การสร้างความตระหนัก ควรเกิดขึ้นในลักษณะ “คุยกันวันละนิด จิตแจ่มใส” ชวนกันปฏิบัติซ้ำๆ อย่างง่ายๆ จนฝังติดเป็นนิสัยประจำ สรพ.ได้สรุปรวมข้อแนะนำของ IHI มาเป็นแนวทาง เช่น (1) คุยกันยามเช้า (morning brief) เป็นการสรุปข้อมูลผู้ป่วยที่รับใหม่และปัญหาการดูแลผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในระหว่างเวรป่วยและเวรตึก (2) ส่งต่อระหว่างเวร เป็นการส่งต่อประเด็นความเสี่ยงและข้อพึงระวังให้เวรต่อไป (3) ทบทวนข้างเตียง เป็นการตรวจสอบปัญหาที่อาจจะถูกละเลยไประหว่างการดูแลผู้ป่วย (4) สรุปย่อ ข้อปลอดภัย (safety brief) ผู้ปฏิบัติงานนำประเด็นความเสี่ยงมาคุยกันในห้องเป็นประจำในทุกเวร โดยใช้เวลาสั้นๆ (5) ผู้นำออกหน้ารับรู้ (patient safety leadership walkround) ผู้นำตรวจเยี่ยมหน่วยงานต่างๆ ทุกสัปดาห์ เพื่อรับรู้ปัญหาและอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น ให้ความมั่นใจว่าจะมุ่งเน้นแก้ไขปรับปรุงเชิงระบบ และดำเนินการแก้ไขโดยทันที

การจัดการกับอุบัติการณ์ ควรเน้น systems approach เน้นการเปิดใจและความเป็นธรรม (being open & fair) กล่าวคือ (1) ผู้บริหารส่งเสริมวัฒนธรรมไม่กล่าวโทษเพื่อส่งเสริม

การแบ่งปันข้อมูลและบทเรียน (2) มีทีมเคลื่อนที่เร็วให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (3) บุคลากรได้รับการปฏิบัติอย่างเป็นธรรมและได้รับการดูแลเกื้อหนุนเมื่อเกิดอุบัติเหตุขึ้น (4) บุคลากรเปิดใจในเรื่องเกี่ยวกับอุบัติเหตุที่ตนเกี่ยวข้อง มั่นใจที่จะพูดคุยกับเพื่อนและหัวหน้าเกี่ยวกับอุบัติเหตุทุกเรื่อง (5) บุคลากรและองค์กรมี accountability ต่อการกระทำของตน องค์กรไม่ปิดบังเมื่อเกิดความผิดพลาดขึ้นและระบุว่าจะได้บทเรียนอะไร

การรายงานและการรับรู้เมื่อเกิดอุบัติเหตุ ระบบรายงานอุบัติเหตุที่ส่งเสริมวัฒนธรรมคุณภาพคือ (1) ระบบรายงานที่ง่าย (2) การตอบสนองต่อความผิดพลาดโดยไม่ใช้การลงโทษ (3) ให้รางวัลและยกย่องการรายงานความผิดพลาดและการตัดสินใจที่ปลอดภัย (4) มีการตอบสนองต่อการรายงานอย่างเหมาะสม (5) มีการแจ้งให้ทราบถึงการตอบสนองที่เกิดขึ้น (6) มีการวิเคราะห์และเผยแพร่เพื่อนำไปใช้ประโยชน์

แง่มุมด้านสภาพแวดล้อม องค์กรสามารถทำได้ในสิ่งต่อไปนี้ (1) ผู้นำแสดงให้เห็นว่าความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ผู้นำให้ความสำคัญสูงสุด (top leadership priority) (2) ประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยและความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทั่วทั้งองค์กรเป็นประจำ (3) ประเมินความร่วมมือและค้นหาคู่พันธมิตรมาร่วมเรียนรู้/แบ่งปัน เช่น เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมคิดและสะท้อนกลับ (4) ส่งเสริมให้มีการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองและการเรียนรู้จากเหตุการณ์จริง ส่งเสริมให้มีผู้รู้เรื่องความปลอดภัยในทุกหน่วยงาน (5) ส่งเสริมให้มีการปรับปรุงระบบงานโดยใช้หลัก human factors engineering ลดการพึ่งพาความจำและการตรวจสอบ (6) ส่งเสริมการทำงานเป็นทีมทั้งภายในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงาน รวมถึงการสื่อสารที่ชัดเจน จริงใจ เปิดเผย การส่งมอบข้อมูล และการถ่ายโอนความรับผิดชอบที่มีประสิทธิภาพ

Mindfulness

สภาวะของการมีสติหรือการตื่นรู้ (state of mindfulness) เป็นคำที่สะดุดตาสะดุดใจ เพราะเราได้ก้าวเดินมาบนเส้นทางการพัฒนาที่อิงมิติด้านจิตวิญญาณมาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ humanized healthcare, living organization, beauty in diversity, the wholeness of life สภาวะของการตื่นรู้ก็คือการมีสตินั่นเอง เรื่องนี้กลับมาถูกเน้นย้ำในแนวคิดเรื่ององค์กรที่น่าไว้วางใจ (high reliability organization) สำหรับกิจการที่มีความเสี่ยงสูง เช่น โรงไฟฟ้า นิวเคลียร์ สายการบิน

จุดบรรจบของการพัฒนาด้านระบบงานกับการพัฒนาด้านจิตวิญญาณคือตัวอย่างที่ปรากฏในแนวคิดองค์กรที่น่าไว้วางใจ (**High Reliability Organization-HRO**) ซึ่งเป็น

แนวคิดที่ช่วยให้เกิดการมุ่งเน้นที่ mindset & culture ซึ่งจำเป็นสำหรับการใช้ approach ต่างๆ ในการพัฒนาให้ได้ผล แนวคิดเรื่อง high reliability ได้รับการนำมาใช้ในโรงพยาบาล ของต่างประเทศเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เพื่อบรรลุเป้าหมายความปลอดภัย คุณภาพและประสิทธิภาพ แก่นของ High Reliability มีแนวคิดสำคัญ 5 ประการซึ่งเชื่อว่าเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อการพัฒนาสู่ความสำเร็จดังต่อไปนี้เป็นการตื่นรู้ต่อสถานการณ์รอบตัว ต่อผู้คน ต่อการค้นหาสาเหตุ ต่อ ความเสี่ยงในระบบ และการเตรียมพร้อมอย่างมีสติ

HRO concept เป็นการเชื่อมต่อระหว่างการสร้างระบบคุณภาพกับการเน้นความตื่นรู้ (mindfulness) ความตื่นรู้ก่อให้เกิดสภาวะที่เป็นอิสระ ปลอดภัย ผ่องใส ผ่ากำแพงสู่ความ มีจิตใจที่งดงาม เมตตา รับผิดชอบ สมานฉันท์ เกื้อกูลกัน ซึ่ง HRO ให้ความสำคัญกับความตื่นรู้ห้าประการคือ ไคร่ครวญ คาดการณ์ เตรียมพร้อม ตาดู และ หูฟัง

(1) **ไคร่ครวญ** เป็นการตื่นรู้ทางความคิด พินิจความสัมพันธ์ของสรรพสิ่ง ไม่ด่วน อธิบายโดยง่ายเข้าว่า (reluctance to simplify) กระบวนการที่เรียบง่ายเป็นสิ่งที่ดี แต่การ อธิบายแบบง่ายเข้าว่าว่าทำไมสิ่งนี้จึงได้ผล สิ่งนี้จึงล้มเหลวนั้นเป็นอันตราย การหลีกเลี่ยง คำอธิบายที่ง่ายเกินไปสำหรับความล้มเหลว เช่น คนไม่เก่ง อบรมไม่พอ สื่อสารไม่ดี ฯลฯ เป็นสิ่งจำเป็นเพื่อความเข้าใจเหตุผลที่แท้จริงของความเสี่ยงที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ

(2) **คาดการณ์** เป็นการตื่นรู้ในใจ คาดว่ามีความเสี่ยงอะไรที่สามารถเกิดขึ้นได้ ครุ่นคิด อยู่เรื่อยๆ ว่าจะมีโอกาสเกิดปัญหาอะไรขึ้น (preoccupation with failure) เมื่อเกิดเหตุการณ์ เกือบพลาดขึ้น จะมองเหตุการณ์เหล่านี้ว่าเป็นหลักฐานของระบบที่จะต้องได้รับการปรับปรุง เพื่อลดอันตรายต่อผู้ป่วย แทนที่จะมองว่าระบบมีการป้องกันที่ดี จะต้องมองว่าเป็นเรื่อง ที่ต้องใส่ใจให้มากขึ้น

(3) **เตรียมพร้อม** เป็นการตื่นรู้ทางกาย ขวนขวายเตรียมพร้อมรับมือทุกสถานการณ์ (resilience) ผู้นำและบุคลากรต้องได้รับการฝึกฝนและเตรียมตัวเพื่อวิธีการที่จะตอบสนอง เมื่อเกิดความล้มเหลวขึ้นในระบบ

(4) **ตาดู** เป็นการตื่นรู้ทางตา มองหาสิ่งผิดปกติรอบตัว ไวต่อสถานการณ์รอบตัว (sensitivity to operation) ผู้นำและบุคลากรมีความตื่นตัวเสมอต้นเสมอปลายต่อภาวะของ ระบบและกระบวนการที่มีผลต่อกรดูแลผู้ป่วย ความตื่นตัวนี้เป็นกุญแจสำคัญในการสังเกต พบความเสี่ยงและป้องกันความเสี่ยงเหล่านั้น

(5) **หูฟัง** เป็นการตื่นรู้ทางหู รับฟังและรับรู้เสียงของผู้คนรอบตัว รับฟังเสียงของผู้รู้ จจริง (deference to expertise) ถ้าผู้นำและหัวหน้าไม่เต็มใจที่จะรับฟังและตอบสนองต่อข้อคิด เห็นของคนหน้างานซึ่งรู้ว่ากระบวนการที่แท้จริงทำงานได้ผลได้อย่างไร รู้ความเสี่ยงที่ต้อง

เผชิญอยู่ ก็จะไม่เกิดวัฒนธรรมของ high reliability

แนวคิดข้างต้นควรจะนำไปใช้สำหรับ (1) การเปลี่ยนแปลงและการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมภายนอกและภายใน (2) การวางแผนและการดำเนินการปรับปรุงต่างๆ (3) ปรับวิธีการทำงานของบุคลากร (4) กระจายผลการปรับปรุงไปสู่พื้นที่อื่นๆ ในระบบบริการสุขภาพอย่างกว้างขวาง

การประยุกต์แนวคิด high reliability ในระบบบริการสุขภาพไม่จำเป็นต้องมีการรณรงค์ขนาดใหญ่หรือลงทุนทรัพยากรจำนวนมาก เริ่มจากผู้นำทุกระดับคิดหาวิธีการที่จะทำให้บริการที่เราจัดให้ผู้ป่วยนั้นดีขึ้นกว่าเดิม แล้วพิจารณาแนวคิดเหล่านี้ ดูว่าอะไรที่เป็นไปได้ แล้วเริ่มต้นปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานขององค์กรเพื่อให้มีประสิทธิภาพ คุณภาพ และความปลอดภัยยิ่งขึ้น

นี่คือ “จุดบรรจบของการใช้แนวคิดด้าน spiritual ซึ่งก็คือความมีสติหรือความไม่ประมาทของสมาชิกแต่ละคน และการใช้ระบบกำกับ”

ความล่อแหลมที่ถูกกละเลย

ทีมงานควรร่วมกับทบทวนความล่อแหลมที่ถูกกละเลยอยู่เป็นประจำและร่วมกันวางระบบที่จะก้าวออกจากหุบเหวแห่งความเสี่ยงดังกล่าว อาทิ

- การถือว่าไม่ใช่หน้าที่ในวิชาชีพของตัวเองที่จะต้องทำเรื่องนั้น จึงขาดการเรียนรู้และช่วยเติมเต็มให้แก่บทบาทของวิชาชีพอื่น
- การไม่ประเมินผู้ป่วยในจุดที่รู้อยู่แล้วว่ามีความเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยที่มีกระดูกหักบริเวณ proximal tibia มีความเสี่ยงต่อการเกิด popliteal artery injury
- การให้แพทย์ที่ด้อยประสบการณ์เป็นผู้ประเมินผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง
- การส่งการรักษาทางโทรศัพท์โดยไม่ได้ดูผู้ป่วย ด้วยประมาทว่าผู้ป่วยไม่มีปัญหาที่ซับซ้อน
- การที่แพทย์ท่านหนึ่งเป็นผู้ set ผ่าตัด และแพทย์อีกท่านหนึ่งเป็นผู้ผ่าตัด
- การใช้ความจำ ความคุ้นเคย จนละเลยการตรวจสอบในขั้นตอนที่จำเป็น
- การที่ระบบไม่สามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลหรือผ่าตัดฉุกเฉินได้ในเวลาที่เหมาะสม และประมาทว่าผู้ป่วยสามารถรอได้
- การทบทวนผู้ป่วยที่ผลลัพธ์การดูแลไม่ดีแล้วสรุปเอาง่ายๆ ว่าเป็นเพราะความรุนแรงของผู้ป่วย โดยมีได้มองว่ามีโอกาสที่ทีมงานจะตัดสินใจหรือทำอะไรให้แก่ผู้ป่วยได้ดีกว่าหรือเร็วกว่าที่ผ่านมา

การฝึกฝน Mindfulness ในชีวิตประจำวัน

การฝึกฝน mindfulness ในชีวิตประจำวันสามารถทำได้ง่ายๆ ด้วยการฝึกฝนความตื่นตัวและรับรู้สถานการณ์รอบตัว ทั้งก่อนที่จะเข้าไปในที่ใดที่หนึ่ง เมื่อแรกเข้าไปในที่นั้น ระหว่างอยู่ในที่นั้น และเมื่อจะออกจากที่นั้น

	โต๊ะทำงาน	ห้องประชุม	ดูแลผู้ป่วย
ก่อนจะเข้าไป	ทบทวนภารกิจ	ทบทวนเป้าหมาย	ทบทวนปัญหาของผู้ป่วย
เมื่อแรกเข้าไป	นำเอกสารและอุปกรณ์ที่จะใช้ทำงานออกมาเตรียมพร้อมให้สะดวกใช้งาน	กวาดตาดูสิ่งแวดล้อมและผู้คนที่ช่วยกันจัดสิ่งอำนวยความสะดวกในการประชุม	กวาดตาดูสิ่งแวดล้อม สังเกตสีหน้าและความรู้สึกของผู้ป่วย
ระหว่างอยู่ในที่นั้น	ทำงานอย่างมีสมาธิ	รับฟังอย่างตั้งใจ สังเกตปฏิสัมพันธ์ของผู้คนและกระบวนการกลุ่มที่นำไปสู่การบรรลุเป้าหมาย	รับฟังข้อมูลรอบด้านอย่างตั้งใจ สังเกตสิ่งที่ผิดปกติหรือสิ่งที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม
เมื่อจะออกจากที่นั้น	ไม่ทิ้งค้างความไม่เป็นระเบียบ เก็บโต๊ะทำงานให้เรียบร้อย พร้อมที่จะทำงานอย่างสะดวก	ไม่ทิ้งค้างภาระให้คนอื่น ร่วมกันตรวจสอบความเรียบร้อยของสถานที่ประชุม จัดเก็บสิ่งของและปิดไฟ	ไม่ทิ้งค้างความเสี่ยงไว้ ทบทวนประเด็นความเสี่ยง สิ่งที่ต้องสื่อสารกัน สิ่งที่ต้องนำไปปฏิบัติ และสิ่งที่ต้องไปปรับปรุงระบบ

ตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมของการก้าวไปสู่ HRO

เพื่อให้เกิดความเข้าใจในแนวคิดนี้ จะขอเสนอตัวอย่างการพัฒนาที่สามารถนำแนวคิด HRO มาอธิบายมาเล่าสู่กันฟัง เป็นนวัตกรรมที่เกิดขึ้นที่ Christiana Care Hospital ในอเมริกา⁴

Safety Mentor Program

การสื่อสารข้ามหน่วยงานเป็นความท้าทายมากสำหรับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ บุคลากรอาจมีความตื่นรู้ตื่นตัวในเหตุการณ์ที่เกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในหน่วยงานของตนเอง แต่ไม่ตื่นรู้ตื่นตัวในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในหน่วยงานอื่น ผลของการทำงานแบบตัวใครตัวมันนี้ทำให้บุคลากรไม่สามารถรับรู้แบบแผนหรือแนวโน้มที่เกิดขึ้นในภาพรวมของหลายหน่วยงานได้

เพื่อช่วยส่งเสริมการสื่อสารระหว่างหน่วยงานต่างๆ Christiana Care Hospital ได้จัดทำโปรแกรมที่เรียกว่า “Patient Safety Mentor” ขึ้น เป็นโปรแกรมครอบคลุมทั้งองค์กร ประกอบด้วย Patient Safety Mentor Committee ซึ่งมีตัวแทนจากทุก clinical area มาร่วมประชุมกันทุกสองเดือน มี safety mentors จากทุกสาขา เช่น การพยาบาล การใช้เครื่องช่วยหายใจ ห้องปฏิบัติการ การดูแลที่บ้าน สิ่งแวดล้อม เกสซิกการ การติดเชื้อ ศูนย์ไตเทียม ชักฟอก ซ่อมบำรุง อาชีวอนามัย สุขภาพบุคลากร mentor ที่ได้รับแต่งตั้งแต่ละคนมีหน้าที่ในการวัดประเมินและหนุนเสริมการปฏิบัติที่ปลอดภัยรวมทั้งการปฏิบัติตามเป้าหมายความปลอดภัยผู้ป่วย ให้ข้อมูลสะท้อนกลับโดยตรง และนำผลมาเสนอต่อที่ประชุม

วาระการประชุมประกอบด้วย (1) ผลลัพธ์และการปฏิบัติที่ดีเกี่ยวกับ Patient Safety Report Cards (หรือรายงานอุบัติการณ์) (2) แบ่งปันเรื่องเล่าจากเหตุการณ์ที่เกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยและข้อเสนอแนะเชิงกลยุทธ์เพื่อการปรับปรุง

ถ้าคณะกรรมการเชื่อว่าประเด็นเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นประเด็นที่ต้องสื่อสารต่อบุคลากรของโรงพยาบาลโดยทันที จะจัดทำ “Safety Alert” หนึ่งหน้าเผยแพร่ทาง intranet ของโรงพยาบาลเพื่อสร้างความตื่นตัวให้กับบุคลากรทุกคน

โปรแกรม “Patient Safety Mentor” มีความสำคัญต่อการบรรลุพันธกิจของ Christiana Care Hospital ที่จะยกระดับการดูแลและความปลอดภัยของผู้ป่วยด้วยการปรับปรุงการสื่อสารระหว่างสาขาต่างๆ

⁴ AHRQ Publication No. 08-0022. Becoming a High Reliability Organization: Operational Advice for Hospital Leaders

Sepsis Alert

การวินิจฉัยและรักษาภาวะ sepsis อย่างรวดเร็วเป็นสิ่งที่น่าทำหายนิ่ง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าคุณเองมีการติดเชื้อและมาที่โรงพยาบาลด้วยอาการที่หลากหลาย ส่งผลให้ยากในการวินิจฉัยและไม่ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วเท่าที่ควร

กระบวนการในการรักษา sepsis ที่เป็นปัญหาอยู่เดิมคือต้องรับผู้ป่วย sepsis ไว้รักษาใน ICU มีการฝึกอบรมให้แก่บุคลากรใน ICU และเตรียมยาต้านจุลชีพไว้พร้อมที่ ICU แต่ด้วยเตียง ICU มักจะเต็ม จึงไม่สามารถให้การรักษาได้อย่างรวดเร็ว และอัตราการตายสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ

ทีมงานมองว่าเป็นโอกาสที่จะปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย sepsis หลังจากที่ได้มีการพูดคุยกันในที่ประชุมความปลอดภัยของผู้ป่วยแล้ว ก็ได้จัดให้มีการณรงค์ “Surviving Sepsis” ขึ้น โดยมีเป้าหมายเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย sepsis ที่ดีขึ้นและลดอัตราการตายลง 25% มีการจัดตั้งทีมสหสาขาเพื่อปรับปรุงใน 3 ประเด็นหลักคือ identification, resuscitation, และ ICU management องค์ประกอบของ “Sepsis Alert” system ได้แก่

- (1) “Sepsis Alert” antibiotic packets & antibiotic guideline tables ซึ่งมีคำแนะนำในการผสมและการบริหารยาต้านจุลชีพที่จะให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด
- (2) Care management packets สำหรับห้องฉุกเฉินและ ICU ประกอบด้วย sepsis protocol, คำแนะนำการเลือกใช้ยาต้านจุลชีพสำหรับตำแหน่งต่างๆ ที่สงสัยว่าจะมีการติดเชื้อ และแนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤติ
- (3) ตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์และกระบวนการที่ใช้ติดตาม ได้แก่ (ก) การทบทวนเวชระเบียน และการเก็บข้อมูลไปข้างหน้า (ข) การประชุมทบทวนข้อมูลประจำเดือน (ค) การประชุมทบทวนข้อมูลรายไตรมาส
- (4) การให้ความรู้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และผู้ให้การดูแลอื่นๆ เช่น การทำ grand round, การมีวิดิทัศน์ให้ความรู้ และการอบรมระหว่างประจำการ (on-the-job training)

โรงพยาบาลได้จัดทำ “rapid response carts” จัดวางไว้ใน central location ทั่วทั้งโรงพยาบาล ในกรณีนี้จะมี sepsis antibiotic packets พร้อมทั้งคำอธิบาย sepsis algorithm เพื่อช่วยเตือนใจพยาบาลเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษาที่เหมาะสม ด้วยการจัดวางยาสำหรับรักษาผู้ป่วย sepsis ไว้ในตำแหน่งทางยุทธศาสตร์เหล่านี้ ทำให้สามารถรักษาผู้ป่วย sepsis ได้ทุกที่ เป็นการนำการรักษาไปหาผู้ป่วย แทนที่จะต้องขึ้นอยู่กับกรณีเตียงใน ICU

แม้ว่าการเปลี่ยนแปลงในสิ่งแวดล้อมและกระบวนการเหล่านี้จะสำคัญเพื่อบรรลุเป้า

หมายเหตุการรณรงค์ “Surviving Sepsis” ทางโรงพยาบาลก็ยังคงต้องการสร้างความมั่นใจว่าบุคลากรสามารถปฏิบัติตามแนวทางเหล่านี้ในระยะยาว ผู้นำขององค์กรทราบว่าการให้ความรู้เพียงครั้งเดียวไม่เพียงพอที่จะทำให้การพัฒนาที่ยั่งยืนได้ในระยะยาว จึงได้จัดให้มีการศึกษาต่อเนื่องขึ้นในทุกส่วนของโรงพยาบาล เช่น โปสเตอร์ “Sepsis Alert” treatment protocol, บทความเกี่ยวกับการรักษา septic shock, การมี pocket cards อธิบาย “Sepsis Alert” treatment protocol

จากการมีระบบนี้ทำให้โรงพยาบาลสามารถบรรลุเป้าหมายลดอัตราการตายลง 25% และลดวันนอนเฉลี่ยใน ICU ลงได้ 22% ช่วยประหยัดเงินของโรงพยาบาลได้ \$200,000 ลดการเกิด acute renal failure ได้ 22%

นอกจากนั้น ยังมีการเปลี่ยนแปลงมุมมองของผู้เกี่ยวข้องที่จะมองว่า sepsis เป็นภาวะเฉียบพลันที่ต้องมีการจัดการอย่าง aggressive ได้รับยาที่เหมาะสมอย่างรวดเร็ว

eCare

ICU เป็นหน่วยงานที่ most demanding ผู้ป่วย ICU ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ให้อาหารที่ซับซ้อน และต้อง monitor อยู่ตลอดเวลาเพื่อตรวจพบการเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็ว เมื่อเตียงเต็ม พยาบาลของ ICU ก็จะต้องมีมือ ผู้ป่วยที่มีปัญหารุนแรงอาจจะไม่ได้รับการดูแลที่ดีที่สุดที่ควรได้

หลังจากที่ได้พิจารณาทางเลือกต่างๆ แล้ว ทาง Christiana Care Hospital ก็ได้นำเอา “eCare” มาใช้ เป็นระบบเฝ้าระวังทางอิเล็กทรอนิกส์และวิดีโอสำหรับผู้ป่วย ICU แต่ละห้อง ทำให้ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังจากระยะไกลได้โดยแพทย์และพยาบาลที่ไม่ได้อยู่ในหน่วยงาน เป็นการเพิ่มทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วยขณะที่ทีมผู้ปฏิบัติงานอาจจะกำลังทำงานอื่นอยู่ สิ่งที่มีการ monitor ได้แก่ (1) อัตราการให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำ (2) สัญญาณชีพของผู้ป่วย (3) การติดตามผ่านกล้องวิดีโอ รวมถึงการสื่อสารพูดคุยกับผู้ป่วย

ระบบ eCare ช่วยเพิ่มระดับความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ICU ด้วยการเฝ้าติดตามและใส่ใจต่อสถานะของผู้ป่วยตามความจำเป็นของผู้ป่วย ขณะที่บุคลากรที่กำลังปฏิบัติหน้าที่ใน ICU ยังมีความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่ จะได้รับการสนับสนุนจากแพทย์และพยาบาลที่อยู่นอกหน่วยงานเพื่อยกระดับความสามารถในการให้การดูแลที่ดีที่สุด

ในช่วงแรกนั้น แพทย์และพยาบาลยังหวั่นเกรงต่อการใช้ระบบนี้ว่าจะมาติดตามกำกับพฤติกรรมของตนและถูกลงโทษจากความผิดพลาดที่ตรวจพบ ซึ่งทางโรงพยาบาลต้องทำความเข้าใจและสร้างความมั่นใจ เปิดโอกาสให้เข้ามาเยี่ยมหรือมาทำงานที่ remote eCare

เพื่อให้เข้าใจในกระบวนการทำงานและสร้างความสัมพันธ์กับบุคลากรที่ช่วยเฝ้าระวัง เมื่อเวลาผ่านไป พยาบาลพบว่าระบบนี้ช่วยให้มั่นใจว่าจะมีการ monitor สัญญาณชีพอยู่ตลอดเวลา เป็นสิ่งที่ตนเองไม่สามารถทำได้หากต้องดูแลผู้ป่วยตั้งแต่หกคนขึ้นไป แพทย์เองก็มองว่า eCare เป็นสมาชิกส่วนหนึ่งซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัยมากขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยและครอบครัวก็มั่นใจว่าตนได้รับการ monitor ตลอดเวลา และสามารถพูดคุยกับสมาชิกของทีม e-Care เมื่อมีคำถามหรือข้อห่วงกังวล

นวัตกรรมทั้งสามนี้เป็นส่วนหนึ่งของความพยายามที่จะยกระดับผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย เป็นผลให้โรงพยาบาลได้รับ HealthGrades Distinguished Hospital Award for Clinical Excellence ในปี 2007

ผู้นำและพหุตาม งานสง่าด้วย Facilitation Skill

แนวคิดทั่วไป

การเปลี่ยนแปลงองค์กรเพื่อความอยู่รอด จำเป็นต้องอาศัยการนำด้วยวิสัยทัศน์ การสร้างวัฒนธรรมที่ให้คุณค่าแก่ลูกค้า การมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน นวัตกรรม ความคิดสร้างสรรค์ ความกล้าเสี่ยง คุณภาพของผลผลิตและบริการ ผู้นำที่ใช้อำนาจจะประสบความสำเร็จน้อยในการสร้างแรงจูงใจและทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง การเสริมพลังผู้ปฏิบัติงาน ทำให้แรงต่อต้านการเปลี่ยนแปลงลดลงเนื่องจากผู้ปฏิบัติงานยอมต้องสนับสนุนสิ่งที่ตนเองคิดสร้างขึ้นมา เครื่องมือในการสร้างวัฒนธรรมของการมีส่วนร่วมคือการใช้ทีมงานในระดับต่างๆ

เมื่อองค์กรมุ่งหวังการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน พลวัตของกลุ่ม (group dynamics) จะเริ่มเป็นปัจจัยสำคัญของการพัฒนาคุณภาพ ทีมจะประสบความสำเร็จได้ต้องอาศัย facilitator ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบจัดเวทีหรือโครงสร้าง และชักจูงให้ทีมเห็นจุดเน้น เพื่อความสำเร็จของทีม

ผู้นำที่ประสบความสำเร็จคือผู้นำซึ่งสามารถ facilitate การเปลี่ยนแปลงและทำให้เกิดการพัฒนาผ่านการเสริมพลังของทีม การเสริมพลัง (empowerment) คือการทำให้ทีมมีโอกาสร่วมตัดสินใจ และสามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม

facilitator คือ ผู้จัดเตรียม (organizer) และผู้สื่อสาร (communicators) ซึ่งมีความเชี่ยวชาญพิเศษในเรื่องพลวัตของกลุ่ม เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าจะมีวัฒนธรรมของการมีส่วนร่วมด้วยการสื่อสาร 2 ทางภายในทีม คือการฟังอย่างตั้งใจและการแสดงความคิดเห็นที่น่าเชื่อถือ facilitator เป็นผู้ที่กระตุ้นให้ทีมเกิดการวางแผน การจัดองค์กร การมีวินัย และการติดตามกิจกรรมของทีม facilitator จะต้องมีความอดทน ทนต่อความไม่ชัดเจน รู้ว่าเมื่อไรควรผลักดันทีม เมื่อไรไม่ควรผลักดัน และต้องมีความสามารถในการจัดการกับรายละเอียดต่างๆ เพื่อให้ได้ข้อสรุป

บทบาทหนึ่งที่สำคัญของ facilitator คืออยู่ที่การจัดโครงสร้างของการประชุม และควรวางตัวเป็นกลางในเรื่องเนื้อหาของการประชุมซึ่งเป็นหน้าที่ของสมาชิกทีม การวางตัวเป็นกลางของ facilitator นี้มีความสำคัญมากต่อการพัฒนาศักยภาพของทีม เมื่อไรก็ตามที่ facilitator เข้าไปยุ่งเกี่ยวกับเรื่องเนื้อหาอย่างมาก ทีมจะมีส่วนร่วมน้อยลง ไร้ความสนใจน้อยลง และคุยกันอย่างเปิดใจน้อยลง

โครงสร้าง คือการตอบคำถาม “อย่างไร” จะจัดการกับหัวข้อและประเด็นในการประชุมอย่างไร จะจัดวาระการประชุมอย่างไร จะดำเนินการประชุมอย่างไร จะให้มีการอภิปรายกันอย่างไร จะใช้ flip chart และทำให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างไร จะจัดสถานที่ประชุมอย่างไร

เนื้อหา คือการตอบคำถาม “อะไร” อะไรเป็นประเด็นในการประชุม อะไรคือปัญหา อะไรคือการวิเคราะห์ อะไรคือข้อเสนอแนะ อะไรคือข้อมูลสนับสนุน

AIC กับ Facilitator

เราอาจจะเคยรู้จัก AIC ในฐานะเป็นเครื่องมือของการสร้างทีม เครื่องมือของการจัดทำวิสัยทัศน์และแผนยุทธศาสตร์ขององค์กร เราสามารถนำหลัก AIC มาใช้กับตัวเราเองแต่ละคนได้ ยิ่งเป็น facilitator หรือผู้นำ การใช้หลัก AIC ยิ่งทำให้เราทำงานร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุขและประสบผลสำเร็จได้ดีขึ้น

Appreciation เป็นสิ่งที่จะช่วยแก้ปฏิกิริยาของเราที่มักจะมองเห็นด้านลบชัดเจนกว่าด้านบวก เมื่อเรามาพบปะกัน เรามักจะพูดแต่เรื่องที่เป็นปัญหา อุปสรรค ข้อคับข้องใจ แต่ถ้าพิจารณาให้ดีแล้วจะพบว่าในสถานการณ์ที่เราพูดถึงนั้น มีด้านที่เป็นบวก ด้านที่มีคุณค่า ด้านที่ก่อให้เกิดประโยชน์อีกมาก ซึ่งเรามักจะละเลยไป เมื่อมีโอกาสเราควรจะต้องมองทั้งสองด้านควบคู่กัน แล้วเราอาจจะพบด้านบวกมากกว่าด้านลบ หรือเห็นโอกาสที่จะใช้ด้านบวกให้เป็นประโยชน์

Influence & Control เป็นสิ่งที่เราจะใช้จัดการกับด้านลบ หรือนำด้านบวกมาใช้ให้เป็นประโยชน์

Influence อาจจะเป็นการชักชวนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้วยการยุ การแหย่ การสร้างกลุ่มเพื่อน การสร้างชุมชนนักปฏิบัติ ภายใต้ขอบเขตที่เราสามารถทำได้ ซึ่งเราจะต้องทำใจว่าผลลัพธ์จะไม่ได้ 100% อาจจะได้ตั้งแต่ 0-99% หรือโดยเฉลี่ย 50% ขึ้นกับสถานการณ์ และ tactic ที่เราใช้ หากพบว่ายังได้ผลน้อย เราก็ทบทวนเพื่อปรับปรุง tactic ของเราในการ influence ผู้อื่น

Control คือการควบคุมตัวเอง ทั้งควบคุมความคิด การแสดงออก และการกระทำ ซึ่งเราสามารถทำได้ 100% เราคิดอย่างไร เราก็จะแสดงออกถึงความคิดเหล่านั้นออกมาไม่ทางตรงก็ทางอ้อม ทำที่ที่เราแสดงออกเป็นเช่นไร เราก็ได้รับผลเช่นนั้นกลับคืนมา

ทักษะของ Facilitator

ทักษะที่จำเป็นของ facilitator ได้แก่ การตั้งคำถาม การฟัง การสังเกต การสะท้อนกลับ

1. การตั้งคำถาม

เทคนิคการสื่อสารที่มีพลังที่สุดคือการตั้งคำถาม การตั้งคำถามเป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกของทีมมีส่วนร่วมในการแสดงและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ทำให้เกิดความเข้าใจร่วมกัน ทำให้เราสามารถเจาะลึกลงไปประเด็นต่างๆ ที่แฝงเร้นอยู่ ทำให้ความสัมพันธ์ของทีมดีขึ้น ทำให้เกิดความไว้วางใจและเปิดใจ

การตั้งคำถามที่สมาชิกตอบไม่ได้ทำให้สมาชิกเกิดอาการเกร็ง อับอาย และไม่เต็มใจที่จะเข้าร่วมอภิปรายในกลุ่มต่อไป facilitator จะต้องไม่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจขึ้นในระหว่างการประชุม จะต้องทำให้สมาชิกเกิดความรู้สึกพอใจและบรรลุความสำเร็จ

Facilitator ควรมีทักษะในการตั้งคำถามที่ไม่ทำให้เกิดความหวาดหวั่น เช่น เริ่มต้นด้วยการถามต่อทีม ไม่เฉพาะเจาะจงคนใดคนหนึ่ง หยุดรอให้โอกาสสมาชิกมีเวลาพิจารณา คำถามอย่างสบายๆ เปลี่ยนคำถามถ้าไม่มีใครตอบ หลีกเลี่ยงคำถามที่ตอบเพียง ใช่/ไม่ใช่ หลีกเลี่ยงการตั้งคำถามที่ทำให้สมาชิกปกป้องตัวเอง

Facilitator ควรมีความคุ้นเคยกับการใช้คำถามประเภทต่างๆ เช่น คำถามปลายเปิด ซึ่งกระตุ้นการแสดงความคิดเห็น (เช่น “อะไร” “อย่างไร” ระวังกับการใช้คำถาม “ทำไม”) คำถามเจาะลึก (เช่น “ช่วยเล่า” “ช่วยอธิบาย”) คำถามโยนลูกให้สมาชิกคนอื่นในทีม คำถามเพื่อตรวจสอบความเข้าใจ คำถามสะท้อนความรู้สึก รวมถึงการใช้คำถามปิดเพื่อหยุดการอภิปรายที่เลื่อนลอยวากวน หรือหาข้อสรุปในสิ่งที่ต้องการให้ชัดเจน

ผู้นำสามารถแสดงถึงการใช้ facilitation skill ด้วยการนำ 3P มาตั้งคำถามกับทีมงาน เช่น

- Purpose มาช่วยกันทำความเข้าใจเป้าหมายของเรื่องนี้กัน เป้าหมายระยะสั้นคืออะไร ระยะยาวคืออะไร เรื่องนี้มีคุณค่าต่อใคร จะขยายเป้าหมายให้กว้างกว่านี้ได้อย่างไร
- Process จะทำอะไรกันบ้างเพื่อบรรลุเป้าหมาย จะใช้ความคิดใหม่ๆ อะไร คาดว่าจะพบปัญหาอุปสรรคอะไรและจะจัดการอย่างไร
- Performance จะรับรู้ความก้าวหน้าและผลลัพธ์อย่างไร จะทำให้มั่นใจในความถูกต้องของข้อมูลที่ได้รับอย่างไร จะใช้ประโยชน์จากข้อมูลดังกล่าวอย่างไร

2. การฟัง

ทักษะการฟังเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับ facilitator และสมาชิกของทีมทุกคน การฟังทำให้เราได้รับข้อมูลข่าวสาร ทำให้เกิดความเข้าใจ และทำให้ทำงานได้ง่ายขึ้น การฟังเป็นสัญญาณสำคัญของความเคารพนับถือด้วยเช่นกัน การฟังที่ดีจะช่วยกระตุ้นให้เพื่อนร่วมทีมร่วมแสดงความคิดเห็นและแสดงให้เห็นว่าท่านให้คุณค่าต่อความคิดเห็นของเพื่อนร่วมทีม ยิ่งเราฟังผู้อื่นมากขึ้นเท่าไร ผู้อื่นก็จะยิ่งฟังเรามากขึ้นเท่านั้น

การฟังที่ดีจะต้องใช้ทั้งตาและหู รับรู้ทั้งภาษากายและคำพูด ทำความเข้าใจในความหมายของสิ่งที่สื่อออกมาทั้งหมด ไม่ใช่เข้าใจอย่างผิวเผิน

การฝึกฝนการฟังขั้นพื้นฐานประกอบด้วย (1) การฟังอย่างตั้งใจ (2) การมองผู้พูด (3) สรุปความคิดที่เป็นประเด็นสำคัญและเชื่อมโยงกับสิ่งที่พูดคุยกันไปแล้ว (4) ทำความเข้าใจกับความคิด ความรู้สึก และความตั้งใจของผู้พูด โดยไม่ด่วนตัดสิน (5) ตรวจสอบความเข้าใจเป็นระยะ (6) ขจัดอารมณ์ของตัวเอง (7) บันทึก (8) ตอบสนองอย่างเหมาะสม

3. การสังเกต

Facilitator จำเป็นต้องใช้การสังเกตเพื่อนำผลการสังเกตนั้นไปใช้กระตุ้นหรือแทรกแซงเพื่อให้กลุ่มมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ละเว้นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

ควรให้สมาชิกแต่ละคนนำเสนอผลการสังเกตของตนว่าแตกต่างไปจากสิ่งที่ผู้สังเกตการณ์เห็นหรือไม่

เมื่อมีการ feedback สำหรับบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ควรมุ่งเน้นการพิจารณาว่าทีมจะจัดการกับปัญหานั้นอย่างไร ไม่ควรมุ่งไปที่ความพยายามที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลนั้น

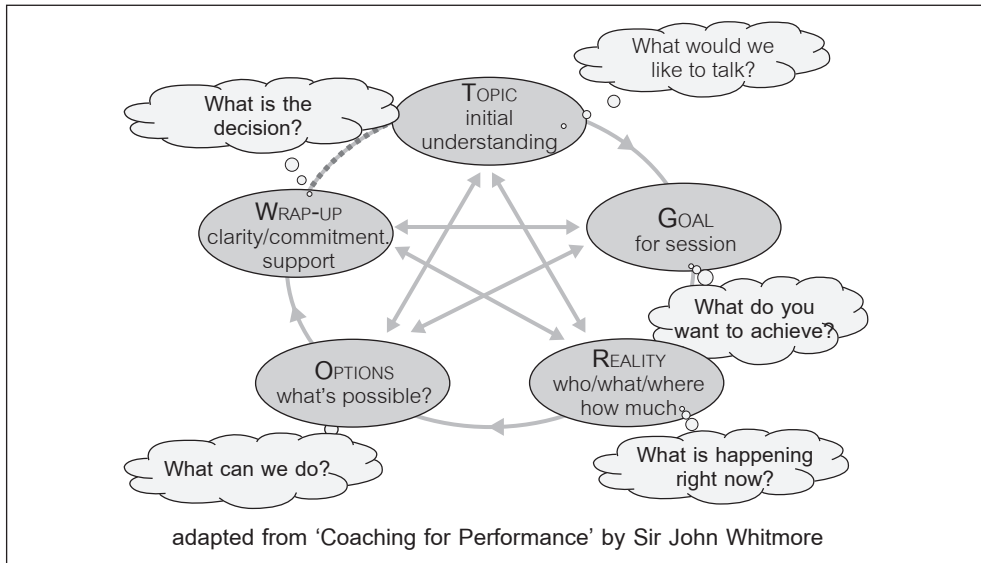
การสังเกตอาจครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้ (1) การมีส่วนร่วมและปฏิสัมพันธ์ของสมาชิก (2) การเปิดพื้นที่ให้สมาชิก ขอความเห็นจากสมาชิก (3) การอภิปรายเข้าประเด็นหรือนอกประเด็น รวมทั้งการแปลความ ขยายความ (4) การสร้างความสัมพันธ์และให้กำลังใจแก่กัน (5) การใช้หมวดสีต่างๆ ในการพูดคุย (6) กระบวนการแก้ปัญหา

4. การ Feedback

Facilitator อาจใช้ feedback ในสองลักษณะ คือ (1) supportive feedback เป็นการกล่าวชื่นชมกับพฤติกรรมที่ดี เพื่อให้ผู้รับได้รักษาพฤติกรรมเหล่านั้นไว้ ควรจะให้ต่อหน้าสมาชิกด้วยกัน (2) constructive feedback เป็นการแสดงความต้องการให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างสร้างสรรค์ มักจะใช้วิธีบอกเล่ากันตัวต่อตัว

GROW Model

ภาพที่ 2.1 GROW model สำหรับการเป็นโค้ช

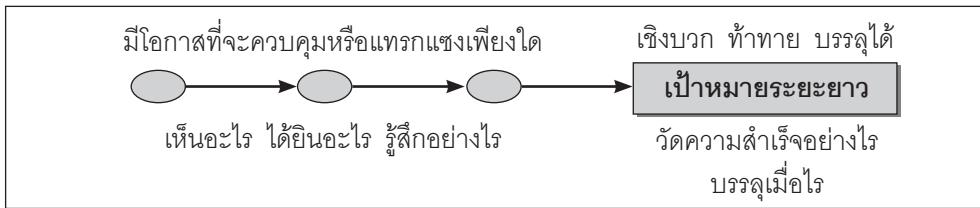


GROW Model เป็นหลักคิดสำหรับการเป็นโค้ช หรือการช่วยเหลือให้ผู้ถูกโค้ชสามารถหาคำตอบได้ด้วยตนเอง ประกอบด้วย G-goal, R-reality, O-option, W-wrap-up

เมื่อศึกษาแนวทางในรายละเอียดจะพบว่ามีการถามบ่อยจำนวนมากในแต่ละองค์ประกอบ ซึ่งเป็นคำถามที่ควรค่าแก่การถามอย่างยิ่ง เหมาะที่ผู้นำ facilitator และสมาชิกทีมจะนำมาใช้ตั้งคำถามกันบ่อยๆ ในการวางแผนพัฒนา

นอกจากนั้น ยังพบว่าองค์ประกอบของ GROW model สอดคล้องกับการใช้แนวคิดหมวกหกสี (Six thinking hats) ในการพิจารณาปัญหาที่ท้าทายอีกด้วย (สีแดง-อารมณ์, สีดำ-ความคิดเชิงลบ, สีขาว-การหาข้อมูล ใช้เหตุผล, สีเหลือง-ความคิดเชิงบวก, สีเขียว-ความคิดสร้างสรรค์, สีฟ้า-การสรุปรวบยอด)

Goals



1. ทีมงานต้องการบรรลุเป้าหมายอะไรในระยะยาว
2. ทีมงานจะรู้ได้อย่างไรว่าไปถึงที่นั่นแล้ว จะเห็นอะไร ได้ยินอะไร รู้สึกอย่างไร เมื่อเกิดความก้าวหน้าขึ้น กิจกรรมและผลลัพธ์ที่จะต้องทำให้สำเร็จคืออะไร
3. ทีมงานมีโอกาสดูที่ จะควบคุมหรือแทรกแซงต่อเป้าหมายนี้เพียงใด
4. หลักหมุดหมาย (milestones) ตามเส้นทางที่จะเดินไปสู่เป้าหมายมีอะไรบ้าง
5. เมื่อไรที่จะบรรลุ
6. เป็นเป้าหมายเชิงบวกหรือไม่ ทำทนายหรือไม่ บรรลุได้หรือไม่
7. จะวัดความสำเร็จได้อย่างไร

Reality (หมวกสีขาว-การหาข้อมูลและใช้เหตุผล)

1. ที่เกิดขึ้นจริงๆ ในปัจจุบันนั้นเป็นอย่างไร (เกิดอะไร เมื่อไร ที่ไหน มากเพียงใด บ่อยเพียงใด)
2. มีใครที่เข้ามาเกี่ยวข้องทั้งโดยตรงและโดยอ้อม
3. ถ้าเรื่องนี้ไม่เป็นไปอย่างเรียบร้อยตามที่ควร จะมีใครเดือดร้อนบ้าง
4. ถ้าเรื่องนี้ไม่เป็นไปอย่างเรียบร้อยตามที่ควร จะเกิดอะไรขึ้นกับสมาชิกของทีม
5. ที่ผ่านมา ทีมงานหรือสมาชิกจัดการกับเรื่องนี้อย่างไร ผลลัพธ์เป็นอย่างไร
6. อะไรที่ขาดหายไปในสถานการณ์นี้
7. อะไรที่ถูกต้องมีให้สมาชิกของทีมค้นหาทางฝ่าฟันไปข้างหน้า
8. โดยสัญชาตญาณ กำลังเกิดอะไรขึ้นที่นี่

Options (หมวกสีเขียว-การใช้ความคิดสร้างสรรค์)

1. มีทางเลือกอะไรบ้างในการที่จะแก้ปัญหาดังกล่าว
2. จะทำอะไรอย่างอื่นได้อีก
3. ถ้ามีเวลามากขึ้นสำหรับเรื่องนี้ ทีมงานจะพยายามทำอะไร

4. ถ้ามีเวลาน้อยลง จะมีอะไรเป็นตัวกดดันให้ต้องพยายามมากขึ้น
5. จินตนาการว่าทีมงานมีพลังมากขึ้น มีความมั่นใจมากขึ้น จะพยายามทำอะไร
6. ถ้ามีบางคนกล่าวว่า “เรื่องเงินไม่เป็นปัญหา” ทีมงานจะพยายามทำอะไร
7. ถ้ามีอำนาจควบคุมได้เบ็ดเสร็จ ทีมงานจะพยายามทำอะไร
8. ทีมงานควรจะทำอะไรบ้าง

Will (หมวดสีฟ้า-การสรุปเป็นความคิดรวบยอด)

1. ทีมงานเลือกทางเลือกใด
2. ทางเลือกนี้จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ได้ดีเพียงใด ถ้าไม่ได้ทั้งหมด อะไรที่ขาดหายไป
3. ทีมงานจะใช้เกณฑ์และตัววัดความสำเร็จอะไร
4. กำหนดเวลาแน่นอนที่จะเริ่มต้นและสิ้นสุดแต่ละกิจกรรมคือเมื่อใด
5. อะไรที่จะเป็นอุปสรรคในการดำเนินการตามขั้นตอนต่างๆ เหล่านี้?
6. จะมีแรงต้านอะไรบ้างจากบุคลากรในการดำเนินการตามขั้นตอนเหล่านี้
7. ทีมงานจะทำอะไรเพื่อขจัดอุปสรรคจากปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในเหล่านี้
8. มีใครบ้างที่ต้องรับรู้ที่ทีมงานมีแผนอะไรบ้าง
9. เราต้องการการสนับสนุนอะไรบ้าง จากใคร
10. คิดถึงวิธีการของทีมงาน ต้องการให้มันดำเนินการไปอย่างไร
11. ทีมงานต้องการความมุ่งมั่นในระดับใด 1-10 เพื่อให้เกิดกิจกรรมเหล่านี้
12. อะไรที่จะเป็นอุปสรรคไม่ได้ถึง 10
13. ทีมงานจะทำอะไรได้บ้างเพื่อยกระดับความมุ่งมั่นให้ได้ใกล้ 10
14. กิจกรรมเล็กๆ สักหนึ่งอย่าง que ทีมงานสามารถทำได้ใน 4-5 ชั่วโมงข้างหน้าเพื่อเคลื่อนไปจากตรงนี้คืออะไร
15. ลงมือทำเลย ท่วมเททับกิจกรรมดังกล่าว ณ บัดนี้ (Do it! Commit to this action now!)

เครื่องมือคุณภาพสำหรับ Quality Facilitator

quality facilitator ควรมีความสามารถในการใช้เครื่องมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพต่างๆ อย่างคล่องแคล่ว สามารถเลือกใช้หรือแนะนำให้ใช้เครื่องมือที่เหมาะสมกับสถานการณ์

เครื่องมือพัฒนาคุณภาพอาจจำแนกได้เป็น เครื่องมือเพื่อการทำงานเป็นทีม เครื่องมือเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูล และเครื่องมือเพื่อการนำเสนอข้อมูล รายละเอียดในการใช้เครื่องมือเหล่านี้สามารถค้นหาได้จากหนังสือคุณภาพโดยทั่วไปหรือจาก web site ต่างๆ ในที่นี้จะสรุปลักษณะของเครื่องมืออย่างย่อๆ เท่านั้น

เครื่องมือเพื่อการทำงานเป็นทีมและการจัดระบบความคิด

การระดมสมอง (brainstorming) เป็นกระบวนการที่มีแบบแผนเพื่อรวบรวมความคิดเห็นจำนวนมากในเวลารวดเร็ว เพื่อตรวจสอบทางเลือกหรือข้อมูลต่างๆ ให้มากที่สุดอย่างเป็นอิสระ สามารถใช้ได้ในทุกขั้นตอนที่ต้องการความคิดเห็นที่หลากหลายและความคิดสร้างสรรค์ วิธีการอาจจะใช้วิธีฟรีรอบวง (freewheeling) หรือเรียงตามคิว (round robin) อาจจะใช้บัตรความคิดหรือใช้การบันทึกบน flip chart ที่สำคัญคือจะต้องไม่มีการวิพากษ์วิจารณ์ความเห็นของผู้เสนอ เน้นจำนวนโดยไม่ต้องกังวลเรื่องคุณภาพ

กลุ่มเสียงผึ้ง (buzz group) เป็นเทคนิคเพื่อให้เกิดการอภิปรายอย่างรวดเร็วระหว่างผู้เข้าประชุมทุกคนเมื่อมีผู้เข้าประชุมจำนวนมาก โดยแบ่งเป็นกลุ่มขนาดเล็ก 2-5 คนและให้พูดคุยในประเด็นเดียวกันพร้อมๆ กันภายในเวลาไม่เกิน 5 นาที

แผนภูมิกลุ่มความคิด (affinity diagram) เป็นการนำข้อมูลความคิดเห็นต่างๆ มาจัดกลุ่มตามความสัมพันธ์แบบธรรมชาติ ทำให้เกิดระบบคิดใหม่ขึ้น มีประโยชน์สำหรับการจัดการกับประเด็นที่ซับซ้อน มีความไม่แน่นอน หรือต้องการฉีกแนวการแก้ปัญหาไปจากวิธีเดิมๆ ทุกคนมีโอกาสเท่าเทียมกันในการจัดวางบัตรความคิดไปรวมกลุ่มกับบัตรอื่นๆ โดยไม่ต้องมีการอภิปรายหรือพูดคุยกัน ไม่มีการตั้งชื่อหัวข้อก่อนจัดกลุ่มความคิด แต่จะตั้งชื่อหัวข้อหลังจากที่สมาชิกยอมรับในการจัดกลุ่มความคิดแล้ว หลังจากนั้นจึงอภิปรายความสัมพันธ์ของบัตรความคิดในแต่ละกลุ่มความคิดเพื่อให้เกิดความเข้าใจยิ่งขึ้น และสามารถปรับปรุงการจัดกลุ่มให้เหมาะสมขึ้นได้

แผนภูมิต้นไม้ (tree diagram) หรือแผนภูมิระบบ เป็นเครื่องมือที่แสดงความสัมพันธ์เชิงตรรกะของข้อมูลเป็นลำดับขั้น ซึ่งอาจจะเป็น สาเหตุของปัญหา วัตถุประสงค์ วิธีการแก้ปัญหา หรือตัวชี้วัด เมื่อเขียนปัญหาหรือเป้าหมายแล้ว ก็เขียนแขนงหลักและแขนงย่อยซึ่ง

สามารถแตกได้หลายชั้น แล้วทบทวนทั้งสองทิศทาง เช่น ในเรื่องเป้าหมายและกิจกรรมการแก้ปัญหา จะถามว่าถ้าทำกิจกรรมตามแผนง่อยครบถ้วน จะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ในระดับที่สูงขึ้นไปหรือไม่ และถามกลับจากแผนหลักว่า เพื่อที่จะบรรลุเป้าหมายนี้ จำเป็นหรือไม่ที่ต้องทำสิ่งที่อยู่ในแผนง่อย หรือมีอะไรอีกที่ขาดหายไป

แผนภูมิความสัมพันธ์ของเหตุและผล (relations diagram) เป็นภาพแสดงความสัมพันธ์ของเหตุและผลระหว่างองค์ประกอบต่างๆ ของปัญหา ทำให้เห็นความสัมพันธ์ของสาเหตุของปัญหาที่ซับซ้อนได้ง่ายขึ้น ทำให้ทราบว่าอะไรเป็นต้นสาย อะไรเป็นปลายเหตุ

แผนภูมิเหตุและผล (cause and effect diagram) เป็นภาพแสดงความสัมพันธ์ของสาเหตุและผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่กำลังศึกษา เมื่อระดมสมองได้สาเหตุของปัญหามาจำนวนหนึ่งแล้ว ให้ประเมินเพื่อคัดกรองโดยใช้คำถามว่า (1) เมื่อเปลี่ยนแปลงระดับของสาเหตุแล้ว ระดับปัญหามีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ (2) เราสามารถเปลี่ยนแปลงระดับของสาเหตุได้หรือไม่ (ถ้าไม่ได้ ให้แยกออกไปพิจารณาในทีมของผู้ที่มีอำนาจเปลี่ยนแปลงได้) (3) ถ้าปัญหาหรือผลลัพธ์มีลักษณะเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ เช่น ดี หรือ เลว ระดับของสาเหตุแตกต่างกันหรือไม่ระหว่างกรณีผลลัพธ์ดี กับผลลัพธ์เลว ถ้าตอบว่าไม่ในข้อใดข้อหนึ่งก็ตัดสาเหตุนั้นออกไป จากนั้นจัดหมวดหมู่และเขียนแผนภูมิ ซึ่งอาจจะใช้แผนภูมิต้นไม้เพิ่มเติมความสมบูรณ์ของแผนภูมิโดยใช้คำถามว่า นอกจากสาเหตุนี้แล้วมีสาเหตุอื่นอีกหรือไม่ อะไรเป็นสาเหตุของสาเหตุนี้ อะไรเป็นผลกระทบของผลลัพธ์นี้ เป็นต้น การพิจารณาสาเหตุที่เป็นไปได้มากที่สุดอาจจะใช้ข้อมูลหรือใช้ความรู้สึก เมื่อคัดเลือกสาเหตุที่น่าจะเกี่ยวข้องได้แล้ว ควรเก็บข้อมูลเพื่อยืนยันสาเหตุนั้น

การลงคะแนนพหู (multivoting) เป็นเทคนิคการลดรายการความเห็นจำนวนมากที่ได้จากการระดมสมองให้เหลือจำนวน 3-5 รายการซึ่งอยู่ในวิสัยที่สามารถทำงานต่อไปได้ สามารถลดจำนวนรายการความเห็นลงได้ที่ละครึ่งหนึ่งและทำซ้ำได้ ทำให้ทีมสามารถตกลงกันได้ในเวลาสั้นและสมาชิกทุกคนเป็นเจ้าของการตัดสินใจ ทีมมีโอกาสโฟกัสกับประเด็นที่สำคัญจำนวนน้อย วิธีการคือให้สมาชิกเลือกความเห็นไว้ 1 ใน 3 ของจำนวนทั้งหมด นำคะแนนของทุกคนมารวมกัน แล้วเลือกรายการที่ได้คะแนนน้อยออก

การลงคะแนนตามเกณฑ์ถ่วงน้ำหนัก (criteria rating) เป็นเครื่องมือตัดสินใจเลือกทางเลือกโดยมีเกณฑ์ที่ชัดเจน ดีแม้วิธีคิดของสมาชิกแต่ละคนออกมาอย่างเปิดเผย สามารถรวบรวมความเห็นของสมาชิกแต่ละคนเข้าเป็นความเห็นของกลุ่มได้ด้วยวิธีทางคณิตศาสตร์ วิธีการคือกำหนดทางเลือก กำหนดเกณฑ์พิจารณา กำหนดน้ำหนักสำหรับแต่ละเกณฑ์ ให้สมาชิกทุกคนลงคะแนนสำหรับแต่ละทางเลือกโดยพิจารณาที่ละเกณฑ์ แล้วนำคะแนนที่ถ่วง

น้ำหนักแล้วมารวมกัน วิธีนี้จะทำให้ทุกคนมีความรู้สึกว่าคุณเห็นของตนถูกนำไปประมวลรวมกับความเห็นของคนอื่นอย่างเท่าเทียมกัน ไม่มีผู้แพ้ผู้ชนะ

ความเห็นร่วม (consensus) เป็นการหาทางเลือกหรือจุดยืนที่สมาชิกทุกคนเห็นด้วยยอมรับได้ด้วยความสบายใจ และให้การสนับสนุนที่จะดำเนินการ หลังจากที่สมาชิกได้พิจารณาวิเคราะห์แยกแยะข้อดีข้อเสียทุกแง่มุมแล้ว ทำให้เกิดสถานการณ์ ชนะ-ชนะ ไม่มีผู้แพ้ ใช้เมื่อประเด็นที่ต้องตัดสินใจมีความสำคัญและความซับซ้อนสูง มีความสำคัญต่อความร่วมมือในการดำเนินงาน ในกระบวนการนี้จะมีการตั้งคำถามที่ทำทนายร่วมกัน แล้วให้สมาชิกแต่ละคนนำเสนอจุดยืน หรือเป้าหมาย คือความสนใจของตนเองพร้อมข้อมูลและเหตุผล ประกอบให้สมาชิกแต่ละคนเรียนรู้จากการนำเสนอของผู้อื่น แยกแยะสรุปว่าสิ่งใดที่เห็นร่วมกัน สิ่งใดที่เห็นต่างกัน ใช้เหตุผลพิจารณาสิ่งที่เห็นต่างกันอย่างรอบคอบ อาจให้สมาชิกเสนอจุดยืนในประเด็นที่ยังเห็นไม่ตรงกันซ้ำอีกรอบหนึ่งหรือหลายรอบ นำส่วนที่เห็นตรงกันไปสู่การปฏิบัติ

เครื่องมือเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

แผนภูมิการกระจาย (scatter diagram) เป็นเครื่องมือสำหรับวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ได้จากการวัดสองชุด แต่ละจุดในกราฟแสดงถึงการวัดตัวแปรคู่หนึ่ง ตัวหนึ่งอยู่บนแกนนอน อีกตัวหนึ่งอยู่บนแกนตั้ง เป็นการนำหลักการทางสถิติคือ correlation และ regression มาใช้อย่างง่ายๆ แต่ไม่ได้พิสูจน์ว่าตัวแปรดังกล่าวเป็นเหตุเป็นผลกัน ในการแปลผลต้องระมัดระวังว่าอาจจะมีตัวแปรตัวที่ 3 ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญและมีความสัมพันธ์กับตัวแปรทั้งคู่ที่กำลังศึกษาอยู่ ทำให้เราเข้าใจว่าตัวแปรคู่ที่ศึกษามีความสัมพันธ์กัน นอกจากนั้น เมื่อไม่พบแบบแผนของความสัมพันธ์ ควรทดลองทำ stratification ซึ่งอาจจะทำให้ความสัมพันธ์ปรากฏให้เห็นขึ้นมาได้ การใช้สัญลักษณ์หรือสีที่แตกต่างกันสำหรับแต่ละกลุ่มย่อย จะทำให้เห็นความสัมพันธ์นี้ได้

แผนภูมิพาเรโต (Pareto diagram) เป็นกราฟแท่งซึ่งเรียงลำดับตามความถี่ของการเกิดเหตุการณ์ เพื่อช่วยในการตัดสินใจว่าควรเลือกปัญหาหรือสาเหตุใดมาแก้ไขก่อน เป็นการนำเสนอ maldistribution ของความเสียหายเรื่องคุณภาพ คือเสียงส่วนน้อยที่สำคัญ (vital few) สาเหตุเพียงไม่กี่อย่างอาจจะมีส่วนอยู่ถึง 80% ของผลทั้งหมด

กราฟต่อเนื่อง (run chart) เป็นกราฟเส้นซึ่งจุดบันทึกไปตามเวลา ข้อมูลที่นำมาสร้างอาจเป็นข้อมูลจากการวัดหรือการนับก็ได้ กราฟต่อเนื่องทำขึ้นเพื่อดูพฤติกรรมของระบบในช่วงเวลาหนึ่ง อาจพบแนวโน้มหรือรูปแบบของข้อมูลซึ่งมีผลในการตัดสินใจเพื่อปรับปรุง

ระบบให้ดีขึ้น เหมาะสมสำหรับใช้เป็นเครื่องมือทดสอบผลงานของระบบอย่างรวดเร็วหรือในระยะแรกซึ่งยังมีข้อมูลไม่เพียงพอที่จะทำ control chart

กราฟควบคุม (control chart) เป็นกราฟเส้นแสดงระดับของตัววัดคุณภาพตามลำดับที่เกิดเหตุการณ์พร้อมค่าสถิติ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (mean) และระดับควบคุม (control limit) ซึ่งจะใช้ศึกษา variation และประเมิน stability ของระบบหรือกระบวนการ ทำให้ได้รายละเอียดมากกว่าการนำเสนอเฉพาะค่าสถิติสรุป (mean & s.d.) กราฟควบคุมทำให้สามารถแยกแยะเหตุการณ์ผิดปกติซึ่งมีสาเหตุพิเศษ (special variation) ออกจากเหตุการณ์ปกติซึ่งมีสาเหตุฝังอยู่ในระบบ (normal variation) เป้าหมายของการปรับปรุงแก้ไขมีลำดับขั้นดังนี้ 1) กำจัดสาเหตุพิเศษของความไม่แน่นอน 2) ลดความไม่แน่นอนโดยที่ค่าเฉลี่ยยังไม่เปลี่ยนแปลง (ทำให้ control limit แคบลง) 3) ลดระดับค่าเฉลี่ยของปัญหาหรือเพิ่มค่าเฉลี่ยของคุณภาพ

จาก Facilitator สู่ SHA Facilitator

SHA หรือ Spiritual Healthcare เป็นความร่วมมือของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ในการต่อยอดการพัฒนาคุณภาพด้วยความประณีตละเอียดอ่อน พัฒนาจิตในการทำงานประจำ และสร้างสุขภาวะอย่างครบทุกมิติ

การพัฒนาคุณภาพจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจของทุกคนในองค์กรเพื่อขับเคลื่อนไปสู่เป้าหมายอย่างยั่งยืน โดยคนทำงานและผู้รับบริการมีความสุข พัฒนาอย่างสมดุล และสอดคล้องกับธรรมชาติมากที่สุดนั้น ซึ่งต้องการผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในมิติจิตใจ จิตตปัญญาและการพัฒนาคุณภาพควบคู่กัน

หนึ่งในกลยุทธ์การทำงานของ SHA คือการพัฒนา “SHA Facilitator” ที่สามารถผสมผสานและเชื่อมโยงมิติจิตใจเข้ากับมาตรฐาน เข้าใจแนวคิดเครื่องมือคุณภาพ และเครื่องมือการพัฒนาจิตตปัญญา สามารถถ่ายทอดสู่การปฏิบัติได้อย่างมีความสุข ตลอดจนสามารถสร้างคุณค่าและความหมายของคนทำงานได้

บทบาทของ SHA Facilitator ที่สำคัญได้แก่

- เป็นผู้สร้างการเปลี่ยนแปลงในองค์กร
- เป็นผู้อำนวยความสะดวกในการทำงาน การสร้างการเรียนรู้ให้บรรลุเป้าหมาย
- เป็นผู้สะท้อนว่าบุคคลกำลังเรียนรู้อะไร และกำลังแก้ปัญหาอะไร

คุณสมบัติที่สำคัญของ SHA Facilitator ได้แก่

- เป็นผู้ทำงานด้วยความรักและประณีต มีความเป็นธรรมชาติ เข้าใจตนเอง เข้าใจชีวิต เข้าใจผู้อื่น เข้าใจในบริบท ความยากลำบาก มีความเห็นอกเห็นใจคนทำงาน มีเมตตากรุณา
- มีจิตใจรักมนุษย์ มีความสุขในการยกระดับจิตตปัญญา ไม่ดูถูกคน
- เชื่อในพลังกลุ่ม มีความสนุก และตื่นเต้นในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับมนุษย์ รักการเรียนรู้
- มีวิธีคิดแบบองค์รวม สร้างสรรค์ กล้าเปลี่ยนแปลง ใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์อย่างสมดุล และบูรณาการ
- มีประสาทสัมผัสที่ดี มีความละเอียดอ่อน รับรู้ความรู้สึกของคน
- มีอารมณ์ดี มีสมาธิ ใจเย็น EQ สูง

ทักษะที่จำเป็นของการเป็น SHA Facilitator ได้แก่

- catalyst เป็นผู้กระตุ้นความคิดใหม่ ดึงบุคคลให้ออกมาจากการกระทำแบบเดิม หรือความคิดเดิมๆ
- observer มีใจจดจ่อว่ากลุ่มคิดอะไร พูดอะไร ความรู้สึกเป็นอย่างไร
- climate setter สร้างบรรยากาศ ให้เปิดใจกว้าง มีส่วนร่วมยอมรับความแตกต่าง
- communicator enabler มีทักษะของการรับสาร ให้ความสำคัญกับการสื่อสารสองทาง
- learning coach เป็นพี่เลี้ยงในการเรียนรู้ ใช้ทรัพยากรและประสบการณ์เป็น ชุมทรัพย์

บทบาท คุณสมบัติและทักษะร่วมของ SHA Facilitator เหล่านี้ เกิดจากความคิดเห็นของทุกๆ คนในเวทีการเรียนรู้ จึงใช้เป็นจุดตั้งต้นของกระบวนการเรียนรู้การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงของกลุ่มต่อไป

เครื่องมือในการสร้างกระบวนการเรียนรู้สำหรับ SHA Facilitator ได้แก่

- ศาสตร์การเรียนรู้ตนเองเพื่อรู้จักตนเอง เข้าใจผู้อื่น คือ “นพลักษณ์” ทำให้รู้จักความแตกต่าง เข้าใจมนุษย์ และรู้จักวิธีการ approach คนแต่ละประเภทได้
- การใช้มุมมองเชิงบวก (appreciative inquiry) ค้นหาเรื่องราวดี ๆ ของคนในองค์กร เพื่อชื่นชม คนทำงานเกิดการเห็นคุณค่าในตนเอง สร้างแรงบันดาลใจให้เกิดการพัฒนาต่อเนื่องให้กับองค์กรต่อไปได้
- การฟังอย่างลึกซึ้ง (deep listening) เพื่อเข้าใจความรู้สึกของคนทำงาน มองเห็นความสุข ความทุกข์ยาก ไม่ตัดสิน
- การใช้แนวคิดหมวกหกสี (six thinking hats) เป็นการฝึกฝนวิธีคิดอย่างเป็นระบบ มีโฟกัส จำแนกความคิดเป็นด้านๆ ดึงความรู้ และประสบการณ์ของกลุ่มมาใช้ประโยชน์อย่างสูงสุด เพิ่มศักยภาพในการคิด แก้ปัญหาและตัดสินใจด้วยการคิด ในแต่ละด้านอย่างเป็นระบบ ลดตัวตนลงเนื่องจากไม่มีการขัดแย้ง เพิ่มศักยภาพในการคิดให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้นจากที่เคยคิดแบบเดิมๆ
- การบูรณาการมาตรฐานกับจิตตปัญญา เรียนรู้เพื่อเข้าใจเบื้องหลัง หรือหัวใจของ เครื่องมือคุณภาพอย่างแยบคาย ใช้กระบวนการที่เอื้ออาทรกัน ปรับจากการมุ่งติดตามผลงาน มาเป็นการฟัง การสร้างความเข้าใจอย่างเป็นธรรมชาติ

กระบวนการพัฒนา SHA Facilitator นั้นจะมีรูปแบบวิธีการพัฒนาที่หลากหลายทั้งด้านศาสตร์และศิลป์ ขึ้นอยู่กับบริบท ทุนเดิมของกลุ่ม โดยคาดหวังว่าการเปลี่ยนแปลงเล็กๆ ในกลุ่มของผู้นำในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล ที่เกิดการเปลี่ยนแปลง โดยเริ่มจากตนเอง เปลี่ยนวิธีคิด เปลี่ยนวิธีการทำงาน ขยายไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ทีมงานองค์กร และขยายผลการพัฒนาสู่การพัฒนาคุณภาพที่ยั่งยืนของระบบสุขภาพสืบไป

SHA Facilitator เป็นโปรแกรมพัฒนาบุคลากรที่ สรพ.จัดขึ้นตามเป้าหมายที่กล่าวมา เมื่อผู้ที่ได้รับการอบรมเหล่านี้กลับไปทำงานที่โรงพยาบาลของตน ไม่ควรแบ่งแยกตนเองมาเรียกว่า SHA Facilitator เพราะจะทำให้มีจิตใจวิญญาณในตัวเองลดลงจากการแยกส่วน แต่ควรทำงานเป็นเนื้อเดียวกับทุกคนในโรงพยาบาล ช่วยเติมเต็มให้กับเพื่อนร่วมงานทุกคน ช่วยให้ทุกคนเข้าถึงคุณค่าและความหมายของงานโดยไม่ตำหนิติเตียนกันและกัน

R2R Facilitator⁵

การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (Routine to Research: R2R) นั้น ได้รับการยอมรับว่าเป็นเครื่องมือที่สอดประสานระหว่างแนวคิดการพัฒนาคุณภาพและการวิจัย กล่าวคือ R2R ช่วยเสริมต่อยอดการพัฒนาคุณภาพ โดยส่งผลทั้งต่อการพัฒนาคน พัฒนางาน พัฒนาหน่วยงานและองค์กร อีกทั้งยังเป็นเครื่องมือที่สามารถนำไปปรับใช้ได้กับองค์กรทุกระดับ ทั้งโรงพยาบาลขนาดใหญ่ หรือจากโรงพยาบาลเล็กๆ จากภายในหน่วยงานเล็กๆ ดังปรากฏการณ์ของการเกิดเครือข่าย R2R ทั่วประเทศ เพราะ R2R เริ่มต้นจาก “การทำงานประจำ” และความต้องการที่จะ “พัฒนาคุณภาพ” การทำงานให้ดียิ่งขึ้น

หากถามว่างานแบบใดจึงเรียกว่าเป็น R2R อาจสังเกตได้จากลักษณะสำคัญ 4 ประการคือ โจทย์วิจัยมาจากปัญหาที่เกิดขึ้นในการทำงาน ผู้ทำวิจัยเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานนั้น การวัดผลลัพธ์ ควรวัดผลลัพธ์ที่สำคัญต่อการตัดสินใจปรับเปลี่ยนการบริการ เช่น ผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วย หรือการให้บริการ และผลการวิจัยนั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องนำกลับมาใช้ในการพัฒนางานต่อไป

ทั้งนี้ พันธุ์เฟื่องตัวที่สำคัญอย่างยิ่งที่ทำให้ R2R ขับเคลื่อนได้ โดยมีบทบาทในการกระตุ้น ผลักดันและส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนา คือ facilitators หรือเรียกว่า “คุณอำนวย” “พี่เลี้ยงนักวิจัย” นั่นเอง คุณลักษณะที่คุณอำนวย R2R พึงมี คือ

- เป็นผู้มีความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ในการทำวิจัย R2R มาก่อน
- เป็นผู้มีจิตอาสาชอบถ่ายทอดความรู้และทักษะต่างๆ ให้กับผู้ร่วมงานหรือผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ ในลักษณะของพี่เลี้ยง (mentorship)
- เป็นผู้มีทักษะทั้งทางศาสตร์และศิลป์ ในการสร้างแรงจูงใจให้กับบุคลากรในทุกๆ ระดับ
- เป็นผู้มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี สามารถประสานงานกับบุคลากรในทุกๆ ระดับ ทั้งระดับผู้ปฏิบัติงานและผู้บังคับบัญชา
- มีความมุ่งมั่นและอดทนไม่ย่อท้อกับอุปสรรคต่างๆ
- เป็นผู้มีความตื่นใจใฝ่เรียนรู้ ชอบศึกษาค้นคว้าหาความรู้และเรียนรู้วิธีการใหม่ๆ อยู่ตลอดเวลา

⁵ รศ.นพ.เชิดชัย นพมณีจรัสเลิศ และทีม R2R คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ทั้งนี้ คุณลักษณะสำคัญที่มีร่วมกันในทุกกลุ่มที่ทำงาน R2R ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มนักวิจัย ผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงานประจำอื่นๆ ได้แก่ “การให้” เพราะ R2R เกิดจากแนวคิดในการสร้างงานวิจัยที่ต้องการพัฒนาให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีขึ้น เป็นการทำให้ผู้อื่น ทำเพื่อสังคม และมีความรักที่จะทำ มีความสุขที่จะทำ ดังที่ ศ.นพ.ประสิทธิ์ วัฒนาภา รองคณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ได้รวบรวมความเชื่อและพฤติกรรมต่างๆ โดยได้รับข้อคิดเห็นจากคุณอำนวย (facilitators) ที่เข้ารับการอบรม “R2R Facilitator Advanced Course” รุ่นที่ 1/2555 หรือที่เราเรียกกันว่า การอบรม “Fa ชั้นเทพ” จากนั้นสกัดออกมาเป็น “วัฒนธรรม R2R” และนำเสนอแนวคิดนี้ครั้งแรกในการประชุม R2R Forum ภาคกลางที่คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เมื่อวันที่ 7 พฤศจิกายน พ.ศ. 2555 ที่ผ่านมามาไว้ดังนี้

วัฒนธรรมชาว R2R	
Self-Directed Learning	ตื่นใจใฝ่เรียนรู้
Determination	จิตมุ่งมั่นสู่เป้าหมาย
Integrity	คุณธรรมซื่อสัตย์
Good Friend	ตั้งมิตรสหายร่วมทำงาน
Altruism	มุ่งผลเพื่อผู้อื่น
Creativity	ฝึกความคิดแนวสร้างสรรค์
Respect	ให้เกียรตินับถือกัน
Coaching & Mentoring	พร้อมแนะนำกันพี่น้อง

สามารถอ่านรายละเอียดวัฒนธรรม R2R แต่ละข้อได้ที่
www.si.mahidol.ac.th/r2r/ หรือ www.facebook.com/R2R.Siriraj

Productivity (ผลิตภาพ หรือการเพิ่มผลผลิต)⁶

quality facilitator ที่รับผิดชอบงานบริหารคุณภาพขององค์กร ต้องทำความเข้าใจแนวคิดเรื่องการเพิ่มผลผลิตหรือ productivity ร่วมด้วย

แนวคิดของ productivity มีการพัฒนาต่อเนื่องมาเป็นลำดับจากสิ่งที่เรียกว่าอัตราส่วนประสิทธิภาพ (efficiency ratio) ขยายจากประเด็นเรื่องต้นทุนและคุณภาพไปสู่ความห่วงกังวลของสังคม เช่น การสร้างงานและความมั่นคงในการงาน การลดความยากจน การประหยัดทรัพยากร ความรับผิดชอบต่อสังคม จนถึงความเป็นเลิศทางธุรกิจ การกำกับดูแลกิจการ และการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม (ซึ่ง APO เรียกว่า Green Productivity หรือ GP)

คำจำกัดความสำคัญของ productivity อาจจะมองได้เป็นสองนัยยะ คือ $productivity = output/input$ และ $productivity = efficiency + effectiveness$

ในความหมายแรก productivity เป็นความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณของผลผลิตกับปริมาณของปัจจัยนำเข้าที่ถูกใช้ไปเพื่อผลิตผลลัพธ์ดังกล่าว

ในความหมายที่สอง productivity เป็นผลรวมของประสิทธิภาพของวิธีการผลิต/บริการ กับคุณค่าที่เกิดขึ้น คุณค่าในทางธุรกิจอาจจะมองเรื่องของความสามารถในการขายได้ราคาสูง แต่คุณค่าในของบริการสุขภาพต้องคำนึงถึงมิติต่างๆ ของคุณภาพอย่างรอบด้าน

productivity เป็นแนวคิดที่ผสมผสานหลักการจากความรู้ในสาขาต่างๆ อาทิ วิทยาศาสตร์ วิศวกรรมศาสตร์ เศรษฐศาสตร์ การเงินการคลัง และจิตวิทยา การเพิ่มผลผลิตเป็นเรื่องของกระบวนการจัดการอย่างเป็นระบบ อาจจะทำแบบครั้งเดียวเสร็จ หรือทำเป็นขั้นตอนอย่างค่อยเป็นค่อยไป หรืออย่างฉับพลันทันที หรือใช้นวัตกรรม กล่าวโดยสรุปก็คือการใช้วงล้อ PDCA โดยเริ่มต้นด้วย **Check** การประเมินสถานการณ์หรือระดับ productivity ในปัจจุบันขององค์กรเป็นอันดับแรก แล้วหมุนวงล้อไปเรื่อยๆ

กิจกรรมเพิ่มผลผลิตซึ่งเป็นที่นิยมปรากฏดังตาราง โดยแบ่งกลุ่มตาม impact areas และเรียงตามลำดับอักษรเพื่อความง่ายในการอ้างอิง

⁶ APO Handbook on Productivity

ตารางที่ 2.1 Productivity-enhancing initiatives

Productivity-enhancing Initiatives	Impact Area			
	<i>Product</i>	<i>Process</i>	<i>People</i>	<i>Policy</i>
Cross-cutting				
1. 5S/Good Housekeeping	★	★	★	★
2. 7 Wastes	★	★	★	★
3. Benchmarking	★	★	★	★
4. Green Productivity	★	★	★	★
5. Kaizen	★	★	★	★
6. Knowledge Management	★	★	★	★
7. Quality Circles/Work Improvement Teams	★	★	★	
Product				
8. 3Rs: Reduce, Recycle, and Reuse	★			
9. Customer Satisfaction Index	★			
10. Eco-design	★			
11. HAACP	★			
12. Niche Marketing	★			
13. Quality Management System	★			
14. Supply Chain Management	★			
Process				
15. Business Process Reengineering		★		
16. Just in time Production System		★		
17. Preventive/Productive Maintenance		★		
18. Six Sigma		★		
People				
19. Employee Suggestion Schemes			★	
20. Lean (Toyota) Management System			★	
21. OHSAS 18000			★	
22. Social Accountability (SA) 8000			★	
23. Workplace Cooperation			★	

Productivity-enhancing Initiatives	Impact Area			
	<i>Product</i>	<i>Process</i>	<i>People</i>	<i>Policy</i>
Policy				
24. Balanced Scorecard				★
25. Business Excellence Framework				★
26. Corporate Social Responsibility				★
27. Energy Conservation/Management				★
28. Environmental Management System				★
29. Global Agricultural Practices (GAP)				★
30. ISO 9000 Quality Management System				★
31. National Quality Award				★

3

พัฒนาอย่างเรียบง่าย ได้คุณภาพทุกงานด้วย 3P

แนวคิดทั่วไป

3P เกิดจากการค้นหาจุดร่วมระหว่าง service profile และ clinical tracer ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ สรพ.แนะนำให้ รพ.นำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพ เปรียบเสมือนเป็น basic building block ของการพัฒนาคุณภาพในทุกโอกาส

3P คือ Purpose-Process-Performance เป็นการชวนให้เราตั้งคำถามพื้นฐานกับตัวเราหรือทีมงานของเราเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนา

Purpose ชวนให้เราถามว่า “เราทำสิ่งนี้ไปทำไม” “ทำไปเพื่ออะไร” “ต้องการบรรลุผลอะไร”

Process ชวนให้เราถามว่า “เราต้องคิดถึงขั้นตอนหรือกระบวนการอะไรบ้างเพื่อให้สำเร็จตามเป้าหมาย” “ทำอย่างไรจึงจะได้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุด”

Performance ชวนให้เราถามว่า “เราทำได้ดีหรือไม่” “เรารับรู้ผลงานของเราอย่างไร” ซึ่งจากคำถามนี้จะทำให้เรากลับไปดูว่าเราจะปรับปรุงวิธีการทำงานของเราอย่างไร

3P กับ PDSA ก็คือเรื่องเดียวกัน P-plan ออกแบบกระบวนการ, D-do นำกระบวนการไปปฏิบัติ, S-study เรียนรู้ผลที่เกิดขึ้น, A-act ปรับปรุงให้ดีขึ้น

3P ในระดับต่างๆ

การตั้งคำถามตามองค์ประกอบ 3P สามารถนำไปใช้ได้ในทุกหน่วยงาน ทุกระดับของการทำงาน ได้แก่ การทำงานปกติประจำวัน การทำโครงการพัฒนา การบริหารหน่วยงาน การบริหารระบบงาน การพัฒนาคุณภาพทางคลินิก ไปจนถึงการบริหารยุทธศาสตร์ขององค์กร

3P ในงานปกติประจำ ที่หน่วยงานพาหนะ ในระหว่างที่ขับรถไปส่งผู้ป่วย พนักงานขับรถสามารถใช้ 3P เพื่อทบทวนการทำงานในขณะนั้นว่า

Purpose	เป้าหมายคือการไปส่งผู้ป่วยอย่างรวดเร็วและปลอดภัย
Process	สิ่งที่ต้องทำคือการตรวจสอบยานพาหนะตามข้อกำหนด การศึกษาเส้นทาง การขับรถด้วยความระมัดระวังและใช้ความเร็วที่เหมาะสม
Performance	เมื่อถึงที่หมายก็ทบทวนว่าผลลัพธ์เป็นไปตามเป้าหมายหรือไม่ ใช้เวลาเดินทางเท่าไรมากหรือน้อยกว่าปกติที่เคยทำได้ มีปัญหาอุปสรรคอะไรเกิดขึ้นระหว่างทางหรือไม่ มีสิ่งที่ควรจะนำไปปรับปรุงร่วมกันในหน่วยงานหรือไม่

3P ในโครงการพัฒนา พนักงานขับรถอาจจะรวมตัวกันทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพเพื่อจัดระบบการมอบหมายงานให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของหน่วยงาน ซึ่งมีพนักงานทั้งผู้อาวุโสและวัยรุ่น มีภารกิจที่หลากหลาย

Purpose	เป้าหมายของโครงการคือการจัดระบบมอบหมายงานที่เป็นธรรมและเหมาะสม
Process	กระบวนการที่เกี่ยวข้อง เช่น การแจ้งขอใช้ยานพาหนะที่ทำให้สามารถวางแผนมอบหมายงานล่วงหน้าได้ การกำหนดเกณฑ์ในการมอบหมายหน้าที่และการสับเปลี่ยนหน้าที่สำหรับงานประจำ การจัดเวรเพื่อรับส่งผู้ป่วย การมีระบบข้อมูลเพื่อนำมาใช้วิเคราะห์
Performance	การรับรู้ผลลัพธ์สามารถทำได้โดยการรับรู้ความรู้สึกของเพื่อนร่วมทีม และการใช้ข้อมูลเพื่อพิจารณาภาระงานในรอบเดือนที่ผ่านมาของแต่ละคน

3P ในการบริหารหน่วยงาน คือการใช้ service profile เพื่อวิเคราะห์โอกาสพัฒนา
วางแผนพัฒนา และบันทึกผลงานเป็น portfolio ของหน่วยงาน เช่น การบริหารหน่วยยานพาหนะ

Purpose	เป้าหมายหรือเจตจำนงของหน่วยยานพาหนะคือเพื่อให้บริการรับส่งเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว ทันเวลา ปลอดภัย อบอุ่นใจ มีประสิทธิภาพ
Process	กระบวนการสำคัญของหน่วยงานได้แก่ การบำรุงรักษาและตรวจสอบยานพาหนะ การขอใช้บริการ การจัดตารางเดินทาง การมอบหมายงาน การขับขี การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การสื่อสาร การบันทึกข้อมูล
Performance	การรับรู้การบรรลุเป้าหมายอาจจะใช้ทั้งวิธีการเชิงปริมาณและคุณภาพ เช่น ความพึงพอใจ ระยะเวลาารคอยยานพาหนะ ค่าใช้จ่าย เหตุขลุกขลี้ระหว่างการเดินทาง การปฏิบัติตามแผนบำรุงรักษา เป็นต้น

3P ในการบริหารระบบงาน คือการใช้ service profile เพื่อวิเคราะห์โอกาสพัฒนา
วางแผนพัฒนา และบันทึกผลงานเป็น portfolio ของระบบงาน เช่น การบริหารระบบส่งต่อ

Purpose	เป้าหมายหรือเจตจำนงของระบบส่งต่อคือเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่างเหมาะสมกับสภาวะการเจ็บป่วยและความสามารถของสถานพยาบาล มีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างปลอดภัย ในเวลาที่เหมาะสม พร้อมทั้งการสื่อสารข้อมูลที่ครบถ้วน
Process	กระบวนการสำคัญหรือองค์ประกอบสำคัญของระบบส่งต่อ ได้แก่ การวางแผนระบบในภาพรวม (เช่น หน่วยส่งต่อประจำ ชั้นตอน ผู้เกี่ยวข้อง บทบาท) การพัฒนาศักยภาพ การกำหนดเกณฑ์รับหรือส่งต่อ การสื่อสาร การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยและการดูแลระหว่างเคลื่อนย้าย การติดตามผล
Performance	การรับรู้ผลลัพธ์ คือการพิจารณาความปลอดภัย ความทันเวลา และความเหมาะสมในการส่งต่อผู้ป่วย

3P ในการบริหารยุทธศาสตร์ อาจมองได้ว่า

Purpose	คือวิสัยทัศน์พันธกิจขององค์กร
Process	คือยุทธศาสตร์ต่างๆ เพื่อการบรรลุวิสัยทัศน์พันธกิจ
Performance	คือ KPI ที่ใช้ในการติดตามความสำเร็จตามแผน

หากจะมองให้ละเอียดยิ่งขึ้น จะเห็นลำดับชั้นของเป้าหมาย คือจากวิสัยทัศน์พันธกิจ ไปสู่เป้าประสงค์และวัตถุประสงค์ของแต่ละยุทธศาสตร์ ซึ่งหากเขียนแผนภูมิต้นไม้แสดงความสัมพันธ์ของเป้าหมายเหล่านี้ จะทำให้เกิดความเข้าใจ สามารถตรวจสอบความสมบูรณ์และความเป็นเหตุเป็นผลของแผนยุทธศาสตร์ได้ง่ายขึ้น อีกทั้งสามารถนำ KPI ที่มีอยู่ ไปประกบกับเป้าหมายแต่ละระดับ ทำให้เห็นความสำคัญหรือการใช้ประโยชน์ของ KPI แต่ละตัวได้

คุณค่าของการใช้ 3P

3P เป็นกรอบหลวมๆ ในการพิจารณาโอกาสในการพัฒนาและทบทวนความสำเร็จในการพัฒนา ซึ่งมีข้อดีหรือคุณค่าดังนี้

1. เป็นการมองจากมุมสูง ทำให้เห็นความเชื่อมโยงในประเด็นสำคัญได้ง่าย เสมือนเรามองจากระดับที่นกบิน ย่อมเห็นภูมิประเทศโดยรวมทั้งหมด การเห็นความเชื่อมโยงเป็นหัวใจสำคัญของความสำเร็จในการทำงานที่ซับซ้อนหรือเกี่ยวข้องกับส่วนย่อยจำนวนมาก การมองเห็นภาพรวมทำให้เราไม่หลงทางไปกับรายละเอียด

2. สามารถปฏิบัติได้บ่อย ด้วยหัวข้อเพียง 3 หัวข้อ ทำให้เราสามารถหยิบยกเรื่องราวต่างๆ ขึ้นมาทบทวนได้อยู่ตลอดเวลา ทำคนเดียวก็ได้ ทำเป็นทีมก็ได้ หากฝึกให้ทุกคนปฏิบัติเป็นนิสัย ก็จะเกิดความเข้าใจในเป้าหมายที่แต่ละคนรับผิดชอบ และการรับรู้ผลลัพธ์บ่อยๆ ก็จะทำให้เรามีความตื่นตัวที่จะพัฒนาให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

3. เชื่อมโยงสู่รายละเอียดได้ เรื่องบางเรื่องใช้แค่ 3P ก็สามารถพัฒนาได้ เรื่องบางเรื่องมีรายละเอียดที่ต้องขบคิดหรือเชื่อมโยงอีก การมี 3P เป็นหลักไว้แต่เริ่มต้น จะทำให้เชื่อมโยงกันได้ง่ายขึ้น และไม่หลงทาง

3P กับการสรุปผลงาน

ในการเขียนรายงานการประเมินตนเองที่กระชับ ควรฝึกสรุปกิจกรรมการพัฒนาลงในลักษณะ bullet ที่ตอบคำถามว่า ทำอะไร เพื่ออะไร (purpose), ทำอย่างไร (process), ผลลัพธ์ (performance) เป็นอย่างไร, และได้ทเรียนอะไร

การสรุปแบบกระชับทำให้เจ้าของเรื่องเกิดความเข้าใจในสิ่งที่ทำได้ดีขึ้น ใช้เวลาน้อยลงในการนำเสนอและการเตรียมการ ผู้ที่ได้มีโอกาสอ่านผลงานสามารถเข้าใจเรื่องราวต่างๆ ได้โดยง่าย อีกทั้งทำให้เห็นประเด็นที่เป็นหัวใจได้อย่างแท้จริง

ตัวอย่าง “ทีมปรับปรุงระบบการค้นหาและรายงานความเสี่ยงเชิงรุก เพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการ โดย 1) ออกแบบวิธีการรายงานให้สะดวกทั้งแบบเอกสารและอิเล็กทรอนิกส์ 2) จัดกิจกรรมให้ความรู้กับบุคลากรทุกระดับทั้งแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ 3) จัดเวทีนำเสนอผลงานและยกย่องหน่วยงานที่มีการค้นหาและรายงานความเสี่ยงเชิงรุกได้ดีอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ทำให้จำนวนการรายงานเพิ่มขึ้นจาก 150 ฉบับ (2552) เป็น 850 ฉบับ (2555), อุบัติการณ์ความเสี่ยงซัลดลงจากร้อยละ 3.18% (2552) เหลือ 0.06% (2555) บทเรียนคือการค้นหาและรายงานความเสี่ยงเชิงรุก จำเป็นต้องใช้ช่องทางและวิธีการที่หลากหลาย สื่อสารให้ครอบคลุมบุคลากรทุกกลุ่ม และใช้มุมมองเชิงบวก”

ตัวอย่าง “ทีมปรับปรุงการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เพื่อความปลอดภัยจาก SSI โดยใช้ SSI Prevention ในคู่มือ SIMPLE ทำให้ SSI ในแผลผ่าตัดสะอาดลดจาก 0.18% (2552) เหลือ 0.06% (2555) บทเรียนคือต้องใช้ evidence-based guideline เรื่องการติดเชื้อเฉพาะที่ร่วมด้วย, ต้องมีการทวนสอบในแต่ละขั้นตอนที่มีการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยงาน/วิชาชีพ, การมีข้อกำหนดที่แตกต่างกันในเรื่องระยะเวลาการให้ prophylactic antibiotic อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้”

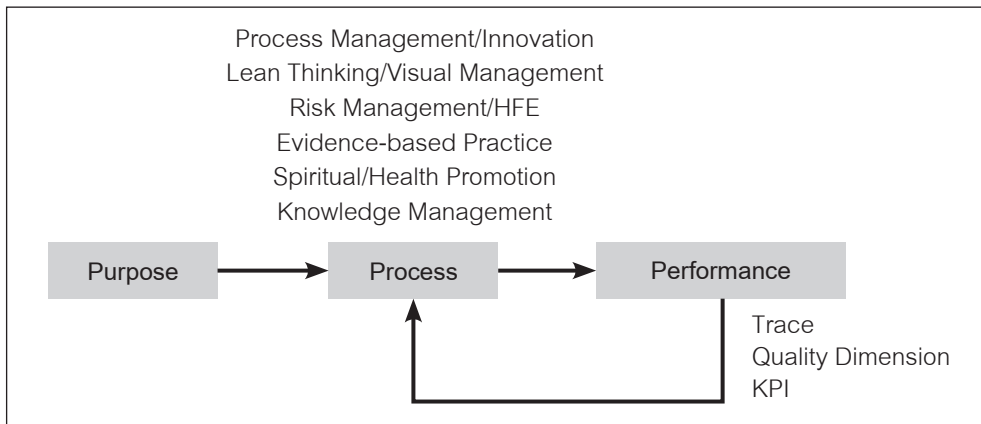
จะเห็นว่าการเขียนบทเรียนที่ดีคือการตั้งต้นด้วย performance แล้วกลับไปทำความเข้าใจกับ process ถ้า performance ดี ก็พิจารณาว่า process อะไรที่ก่อให้เกิดผลดี ถ้า performance ยังดีไม่พอ ก็พิจารณาว่า process อะไรที่ควรได้รับการปรับปรุง

4

การพัฒนาและประเมินคุณภาพทางคลินิก

แนวคิดทั่วไป

ภาพที่ 4.1 3P กับเครื่องมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพทางคลินิก



แนวคิดพื้นฐานคือการใช้ 3P เป็นหลักในการพัฒนาและประเมินคุณภาพทางคลินิก

P-Purpose

P-Purpose เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม แต่ละโรค เกิดจากการวิเคราะห์ ประเด็นคุณภาพที่สำคัญและความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งหากสามารถกำหนดได้ชัดเจนและ มีความเฉพาะเจาะจงมากเท่าไร ก็ยิ่งเป็นประโยชน์ในการออกแบบการดูแลและการประเมิน ผลการดูแล คำที่มีความหมายใกล้เคียงกันคือ treatment objective

P-Process

P-Process คือการพิจารณากระบวนการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ต้นจนจบตามลักษณะธรรมชาติของโรค แล้วใช้แนวคิดในการพัฒนาต่างๆ เข้ามาประยุกต์ ซึ่งหากทำไปพร้อมๆ กันหลายแนวคิดได้ก็จะยิ่งได้ผลดียิ่งขึ้น แนวคิดเหล่านั้นได้แก่

Process management/innovation เป็นข้อกำหนดในมาตรฐานหมวด I-6 ของ HA/TQA/MBNQA เป็นพื้นฐานของแนวคิดอื่นๆ ได้แก่ การระบุกระบวนการสำคัญ (key process), การระบุข้อกำหนดของกระบวนการที่สำคัญ (key process requirement), การออกแบบกระบวนการ (process design), การนำกระบวนการที่ออกแบบไปปฏิบัติ, การควบคุมกระบวนการ (process control), การปรับปรุงกระบวนการและการสร้างนวัตกรรม (process improvement & innovation)

Lean thinking เป็นการขจัดส่วนเกินหรือความสูญเปล่าออกจากกระบวนการทำงาน ให้เหลือแต่กระบวนการที่สร้างคุณค่า พิจารณาว่ากระบวนการสำคัญต้องเป็นกระบวนการที่สร้างคุณค่าให้แก่ลูกค้า พัฒนาจากการวิเคราะห์ key process ไปสู่การจัดทำ value stream mapping (VSM) มีการใช้เครื่องมือและแนวคิดต่างๆ เพื่อปรับปรุง flow ของการทำงาน เช่น visual management, cell concept

Risk management การจัดการความเสี่ยงในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพ คือการวิเคราะห์โอกาสเกิดความเสี่ยงแต่ละขั้นตอนของการดูแลผู้ป่วย ซึ่งอาจจะเป็นอุบัติการณ์ที่เคยเกิดขึ้นในอดีตที่รวบรวมไว้ หรืออาจจะเป็นการคาดการณ์ความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้น ถ้าเป็นอุบัติการณ์ที่เคยเกิดขึ้น ก็ทำ RCA วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง หากจุดเปลี่ยนที่เหมาะสมในการปรับปรุงกระบวนการ ถ้าเป็นการคาดการณ์ก็ทำ FMEA แล้วออกแบบกระบวนการเพื่อป้องกัน ไม่ว่าจะเป็ผลจากการทำ RCA หรือ FMEA การใช้แนวคิด human factor engineering หรือการออกแบบโดยคำนึงถึงปัจจัยมนุษย์ซึ่งมีทั้งจุดแข็งและจุดด้อยเป็นสิ่งสำคัญ โดยหลักการก็คือพยายามออกแบบให้สะดวกกับผู้ใช้ปฏิบัติงานในการทำสิ่งที่ถูกต้องให้มากที่สุด ลดการใช้ความจำให้มีตัวช่วยในลักษณะของ reminder การออกแบบบันทึกที่ช่วยให้เห็นผลของการประมวลผลหรือช่วยในการตัดสินใจ (เช่น แบบบันทึก vital sign ที่มีแถบสีตาม early warning criteria ที่บอกว่าเมื่อไรต้องทบทวน เมื่อไรต้องดำเนินการทันที)

นอกจากนั้น การออกแบบระบบให้สามารถรับรู้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้อย่างรวดเร็ว หรือการมีระบบทบทวนเพื่อเรียนรู้จากเวชระเบียนก็เป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยให้การอุดช่องโหว่ของการดูแลผู้ป่วยเป็นไปได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น

Evidence-based Practice การนำข้อมูลทางวิชาการที่ทันสมัยมาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย ปัจจุบันมีหน่วยงานในประเทศต่างๆ ที่ทำหน้าที่รวบรวมและทบทวนความน่าเชื่อถือของข้อมูลเหล่านี้เพื่อจัดทำเป็นข้อเสนอแนะในการปฏิบัติจำนวนมาก เช่น NICE (NHS National Institute for Health and Clinical Excellence), AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality), NQF (National Quality Forum), CEC (NSW Clinical Excellence Commission) รวมทั้งองค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเฉพาะสาขาต่างๆ ควรที่จะได้นำข้อมูลเหล่านี้มาใช้ประโยชน์ให้มากที่สุด ตามความเหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย

แนวทางในการนำข้อมูลวิชาการมาสู่การปฏิบัติ สามารถทำได้เป็นลำดับขั้นคือ ทบทวน-ตามรอย-วิจัย การทบทวนคือการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างสิ่งที่ปฏิบัติกับสิ่งที่ เป็นข้อเสนอแนะจากเอกสารวิชาการ หรือการทำ gap analysis นั้นเอง อาจจะทบทวนในเชิงคุณภาพคือหนึ่งคุยกันแล้วพิจารณาว่าประเด็นใดที่ปฏิบัติอยู่แล้วเป็นส่วนใหญ่ ประเด็นใดยังไม่ค่อยได้มีการปฏิบัติ หรือเป็นการทบทวนในเชิงปริมาณ คือออกแบบเก็บข้อมูลการปฏิบัติในแต่ละประเด็นเพื่อให้ได้ baseline data ไว้เป็นฐานในการเปรียบเทียบ การตามรอยเป็นการเข้าไปดูการปฏิบัติในสถานที่จริง รับฟังเสียงสะท้อนจากคนหน้างานว่ามีปัญหาในทางปฏิบัติอย่างไรบ้าง เพื่อนำมาสู่การขจัดปัญหาอุปสรรคเหล่านั้น การวิจัยคือการสร้างความรู้ในสิ่งที่ ยังไม่รู้ ซึ่งขึ้นอยู่กับความสามารถในการตั้งคำถามที่แหลมคม

Spirituality การนำมิติด้านจิตวิญญาณเข้ามาใช้ในกระบวนการดูแลผู้ป่วย (โปรดศึกษาในบท “มิติด้านจิตวิญญาณกับการพัฒนาคุณภาพ” ร่วมด้วย) การวิเคราะห์กระบวนการเพื่อหาความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว จะช่วยให้เรามองเห็นโอกาสทำอะไรได้มากขึ้น ทั้งในกลุ่มที่มีความต้องการด้านนี้อาจชัดเจน เช่น ผู้ป่วยระยะสุดท้ายรวมทั้งครอบครัว ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า และในกลุ่มผู้ป่วยทั่วไปที่อาจจะไม่เห็นความต้องการด้านนี้ชัดเจน การลอกเลียนแบบกัน การทำงานในลักษณะโครงการ อาจจะได้ผลดีไม่เท่า การรับรู้ความต้องการอย่างแท้จริงแล้วออกแบบการดูแลที่เหมาะสม จากนั้นจึงนำประสบการณ์ของการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายเหล่านี้มาพัฒนาเป็นระบบที่มีความชัดเจนคงเส้นคงวา

การดูแลด้านจิตวิญญาณในลักษณะใหม่ๆ ที่เป็นไปได้ เช่น การใช้ sandwich approach กับผู้ป่วยที่จะให้ยาเคมีบำบัด คือแนะนำให้ผู้ป่วยทำในสิ่งที่ชอบใจก่อนและหลังการให้ยาเพื่อลดอาการข้างเคียงของการให้ยา อาจจะเป็นการฟังเพลง ซอปปิง ฯลฯ, การสร้างจินตภาพในเชิงบวกสำหรับผู้ป่วยที่จะรับการผ่าตัด ดังตัวอย่างข้างล่าง⁷

⁷ Frederic Brussat - <http://www.spiritualityandpractice.com/>

“ผมชี้้นำการสร้างภาพในความคิด (guided imagery) หนึ่งสัปดาห์ก่อนการผ่าตัด เริ่มด้วยการไปยังที่ที่สงบและมีความสุข จากนั้นถูกเคลื่อนย้ายไปยังห้องผ่าตัดซึ่งผมได้เห็นทีมงานที่มีความสามารถและมีประสิทธิภาพกำลังเตรียมการสำหรับแขกคนหนึ่ง ซึ่งแขกคนนั้นก็คือผม ผมสังเกตเห็นได้ว่าพวกเขาต้องการทำให้ดีที่สุดในการดูแลผม มีญาติและเพื่อนอยู่รอบตัวผม ทุกคนยิ้มและให้กำลังใจด้วยความรัก ทำให้ในห้องนั้นเต็มไปด้วยแสงสว่าง บรรดาเทพและผู้เป็นที่รักซึ่งล่องลับไปแล้วก็มาปรากฏพร้อมกับการให้พลังแห่งการเยียวยา”

“ขณะที่ผมนอนอยู่บนรถเข็นหน้าห้องผ่าตัด ผมรำลึกถึงจินตภาพนี้และทบทวนซ้ำในใจ การผสมผสานของการอธิษฐาน ความรัก แสงสว่าง ความรู้สึกเชิงบวกและมั่นใจ ซึ่งติดตามผมเข้าไปในห้องผ่าตัดเป็นประสบการณ์ที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน เป็นบทเรียนเชิงจิตวิญญาณที่สำคัญที่สุดสำหรับการผ่าตัด”

“ดังนั้น ก่อนที่หมอจะดมยาให้ผม ผมได้กล่าวแสดงความขอบคุณอย่างสั้น ๆ กับศัลยแพทย์และทีมงานสำหรับเวลา ภูมิปัญญา และความทุ่มเทที่คณะใช้ศิลปะแห่งการเยียวยา กับผม ผมบอกพวกเขาว่าผมมีความมั่นใจเต็มร้อยในความสามารถที่จะทำการผ่าตัดให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ ผมเชื่อว่าภาพที่เกิดขึ้นในความคิดของผมจะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริง”

Health Promotion การหาโอกาสที่จะเสริมพลังผู้ป่วยให้รับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองในขั้นตอนต่างๆ ของกระบวนการดูแล เช่น การที่มารดาติดตามการดื่มน้ำของทารกในครรภ์, การควบคุมน้ำหนักในผู้ป่วยเบาหวาน, การปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วย GERD, การฝึกลดความเครียดและการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคหัวใจ เป็นต้น

Knowledge Management การจัดการความรู้ในที่นี้มุ่งเน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อดึงความรู้ฝังลึกหรือความรู้จากคนทำงานในการประยุกต์ใช้ความรู้ชัดเจนหรือการแก้ปัญหาหน้างานออกมาให้ผู้อื่นได้รับรู้ และนำฝังกลับเข้าไปอยู่ในงานประจำให้เป็นระบบที่มั่นใจว่าจะมีการปฏิบัติตามในสิ่งที่มีประโยชน์อย่างคงเส้นคงวา

P-Performanc

P-Performance การรับรู้หรือประเมินผลการดูแลผู้ป่วย อาจพิจารณาในลักษณะของตัวชี้วัด โดยจำแนกเป็น outcome indicator และ process indicator หรืออาจพิจารณาตามมิติคุณภาพต่างๆ ซึ่งมีทั้งการใช้ตัวชี้วัดและการอธิบาย

การประเมินโดยใช้การทบทวนและการตามรอย

การตามรอยทางคลินิก (clinical tracer) เป็นเครื่องมือคุณภาพอย่างหนึ่งที่สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) แนะนำให้สถานพยาบาลต่างๆ นำไปใช้เพื่อประเมินคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มเป้าหมายทางคลินิกที่มีความเฉพาะเจาะจง โดยใช้หลักการตามเข้าไปดูในสถานที่จริง ร่วมกับการทบทวนข้อมูลที่สะท้อนคุณภาพทั้งในเชิงกระบวนการและผลลัพธ์ และมีข้อกำหนดให้สถานพยาบาลนำเสนอข้อมูลที่เป็นผลของการตามรอย เพื่อประกอบการพิจารณารับรองกระบวนการคุณภาพ

ที่ผ่านมาทาง สรพ.ได้แนะนำ approach ในการตามรอยว่าประกอบด้วย (1) การตามรอยกระบวนการพัฒนาคุณภาพ เพื่อหาโอกาสใช้เครื่องมือและแนวคิดการพัฒนาให้ได้ประโยชน์สูงสุด (2) การตามรอยกระบวนการดูแลผู้ป่วย เพื่อหาโอกาสพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น (3) การตามรอยผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยเพื่อพิจารณาว่าจะสามารถตั้งเป้าหมายการดูแลให้ดีขึ้นอีกได้หรือไม่ (raise the bar) (4) การตามรอยกระบวนการหรือระบบงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาโอกาสพัฒนาในเชิงการบูรณาการ

ในปีที่ผ่านมา สรพ.ได้แนะนำให้ “ควรรวมการทบทวนกับการตามรอย และต่อยอดด้วยการวิจัย” ด้วยแนวคิดที่ว่า การทบทวนทำให้เห็นภาพของปัญหาในภาพกว้างตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน เป็นภาพของกลุ่มผู้ป่วย สามารถแสดงแนวโน้มของกระบวนการหรือผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยด้วยค่าสถิติได้ ขณะที่การตามรอยเป็นการเข้าไปรับรู้สถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ในพื้นที่จริง ณ เวลาปัจจุบัน การควบคุมเครื่องมือในการประเมินสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยทั้งสองเข้าด้วยกัน ทำให้เห็นภาพที่สมบูรณ์มากขึ้น หรือบางท่านอาจจะมองว่าการทบทวนเป็นส่วนหนึ่งของการตามรอยก็ได้ (คือการตามรอยข้อมูลสถิติที่เกี่ยวข้อง) นอกจากนั้นหากประเด็นใดที่ยังไม่ชัดเจนก็สามารถนำไปต่อยอดด้วยการทำวิจัยจากงานประจำหรือ R2R ได้

Clinical Tracer Highlight

clinical tracer highlight คือแนวทางการสรุปประเด็นสำคัญจากการตามรอยทางคลินิก (clinical tracer) มาสื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องรวมทั้ง สรพ.รับทราบความพยายามในการพัฒนาคุณภาพ

มีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับเรื่องนี้ไม่น้อย เช่น clinical tracer highlight กับ clinical tracer เป็นคนละเรื่อง คนละรูปแบบกัน, การดึงประเด็นสำคัญเฉพาะปัญหาปัจจุบัน มิได้มองการตามรอยตลอดทั้งสายธารของการดูแลผู้ป่วย, การหาโอกาสพัฒนาเพียงทบทวนอุบัติการณ์ในรอบปีที่ผ่านมา ซึ่งความเข้าใจดังกล่าวทำให้เสียโอกาสในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุด สถานการณ์ของเรา เพราะเราไปจำกัดมุมมองของตนเองเสียตั้งแต่ต้น

หลักพื้นฐานของ clinical tracer คือ 3P กล่าวคือ Purpose กำหนดให้ชัดเจน Process วิเคราะห์ให้ตลอดสาย Performance ดูทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ ดูครอบคลุมมิติที่สำคัญ highlight คือการดึงเอาประเด็นสำคัญมาสรุปเพื่อสื่อสารอย่างกระชับ เป็นการพูดถึงสิ่งสำคัญที่สุดที่จะทำให้เราบรรลุเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วย

clinical tracer คือการตามรอยตลอดสายธารของการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ต้นจนจบ มองในภาพรวมของการดูแลผู้ป่วย ตามเข้าไปดูในสถานที่จริงด้วย จะตามรอยมากน้อยแค่ไหน ขึ้นกับสถานการณ์ ถ้าเป็นเรื่องที่ไม่ซับซ้อน แค่อุบัติการณ์แล้วไปดูในสถานที่จริง ก็เป็นการตามรอยแล้ว ถ้าเป็นเรื่องที่ซับซ้อน ต้องวิเคราะห์กระบวนการต่างๆ อย่างละเอียด วิเคราะห์หาโอกาสพัฒนาและประเด็นความเสี่ยง/คุณภาพในแต่ละขั้นตอน แล้วค่อยลงไปตามรอยในพื้นที่ การตามรอย ไม่ควรคิดถึงแต่ปัญหาปัจจุบัน แต่ควรนึกถึงประเด็นคุณภาพสำคัญที่สุดทั้งในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต ที่จะทำให้การดูแลผู้ป่วยของเราบรรลุเป้าหมาย

การตามรอย ไม่ควรจับเฉพาะอุบัติการณ์ในรอบปีสุดท้าย ถ้าเราจับเฉพาะการตามรอยในรอบปีสุดท้าย มันก็อาจจะถูกอยู่ แต่จะผิดเยอะกว่า คือที่ถูกก็เพราะนำปัญหาที่ยังเหลืออยู่มาพูด แต่ที่ผิดก็เพราะว่าสิ่งที่ถูก (good practices) ไม่นำมาพูดถึง การตามรอยนั้นเราไม่ได้ตามเฉพาะสิ่งที่ปัญหา เราตามในสิ่งที่เราทำถูก และฝังอยู่ในระบบมาตามด้วยว่า พวกเรายังทำอะไรที่ควรทำกันอยู่ได้ดีหรือไม่ การตามลักษณะนี้จึงไม่ต้องรอปัญหา และมีประเด็นให้ตามได้มากมาย ในการตามรอยก็ทำให้เราตอกย้ำกับตัวเองว่าต้องคำนึงถึงประเด็นสำคัญอะไรบ้างในการดูแลผู้ป่วย ถ้าเราตามแต่เรื่องที่เป็นปัญหา วันหน้า เรื่องที่ไม่เป็นปัญหามันก็จะกลับเป็นปัญหาขึ้นมา

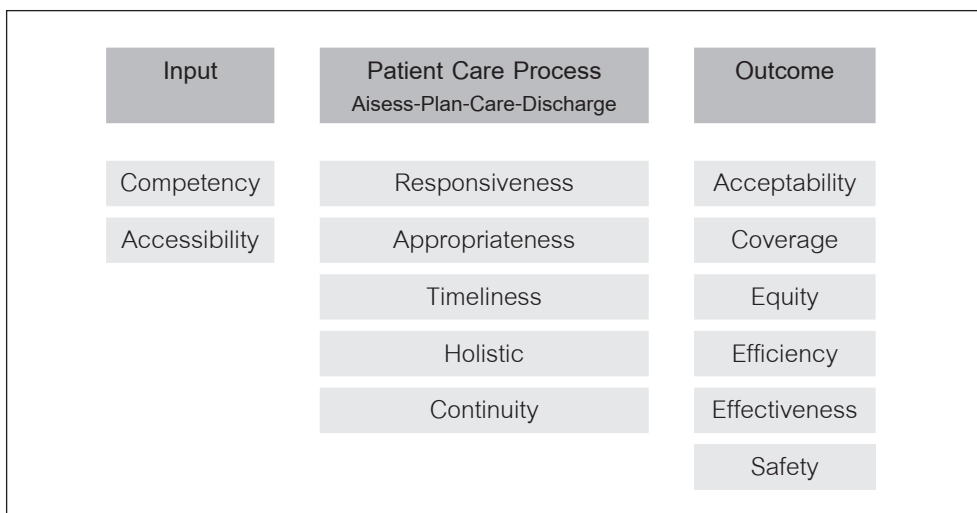
เราสามารถเริ่มต้นการตามรอยได้หลายอย่าง ที่น่าจะดีที่สุดคือเริ่มด้วยโรคที่แพทย์สนใจ แล้วต่อจากนั้นจะใช้อะไรก็ได้ เช่น CPG, adverse event, แล้วค่อยๆ เชื่อมต่อให้ครบ
สูตร: lean, risk, CPG, humanized, health promotion

การประเมินผลการดูแลผู้ป่วยตามมิติคุณภาพ

approach การตามรอยที่กล่าวมา ยังเป็นสิ่งที่ สรพ.แนะนำให้ใช้ และเพื่อให้เกิดความสมบูรณยิ่งขึ้น ในการตามรอย (จะเป็นการตามรอยในระหว่างการพูดคุยในที่มหรือการสรุปเป็นเอกสารก็ตาม) น่าจะนำมิติคุณภาพต่าง ๆ มาเป็นจุดตั้งต้นหรือตัวเดินเรื่อง

การใช้มิติคุณภาพมาวิเคราะห์ performance ของการดูแลโรคหรือกลุ่มโรค จะทำให้ทีมงานได้เห็นความสำเร็จและโอกาสพัฒนาจากมุมมองที่กว้างขึ้น มิติคุณภาพบางด้านเป็นเรื่องเกี่ยวกับปัจจัยนำเข้า บางด้านเป็นเรื่องเกี่ยวกับกระบวนการ และบางด้านเป็นเรื่องของผลลัพธ์

ภาพที่ 4.2 มิติคุณภาพเพื่อการประเมินคุณภาพทางคลินิก



ทีมงานสามารถแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นกันว่าการดูแลผู้ป่วยในโรคนั้น เมื่อพิจารณาตามมิติคุณภาพต่างๆ แล้ว มีอะไรที่เป็นจุดแข็ง และมีอะไรที่เป็นโอกาสพัฒนา เรารับทราบความสำเร็จตามมิติคุณภาพแต่ละมิติอย่างไรบ้าง (อาจจะเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพหรือข้อมูลเชิงปริมาณ) ก็ได้

มิติที่ 1 Competency ความสามารถของ รพ.ในการดูแลโรคนั้นๆ สามารถดูแลได้หรือไม่ มีกำลังคนที่มีความรู้เพียงพอหรือไม่ มียา มีระบบพร้อมสำหรับการดูแลผู้ป่วยหรือไม่ บริการอะไรที่ทำได้แล้ว บริการอะไรที่ควรจะทำแต่ยังทำไม่ได้

ตัวอย่าง stroke: เรามีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย stroke ได้มากเพียงใด มีบุคลากร ยา เทคโนโลยี และบริการอะไรที่ทำได้แล้ว (เช่น การให้ยา rt-PA, stroke unit, stroke rehabilitation) อะไรที่ยังทำไม่ได้ โดยพิจารณาในสิ่งที่เหมาะสมกับสถานพยาบาลระดับของเรา

มิติที่ 2 Accessibility การเข้าถึงบริการ พิจารณาว่าอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงมีอะไรบ้าง ตั้งแต่เรื่องการรับรองว่ามีบริการที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ การสื่อสาร การให้คำแนะนำปรึกษาเบื้องต้น การเดินทาง ระยะเวลาเปิดบริการ การส่งไปตรวจพิเศษที่จำเป็น เป็นต้น ทีมงานได้พยายามทำอะไรบ้างเพื่อลดอุปสรรคดังกล่าว

ตัวอย่าง stroke: อุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงมีอะไรบ้าง ตั้งแต่เรื่องการรับรู้ว่ามีบริการที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ การสื่อสาร การเดินทาง ระยะเวลาเปิดบริการ การส่งไปตรวจพิเศษที่จำเป็น เป็นต้น ทีมงานได้พยายามทำอะไรบ้างเพื่อลดอุปสรรคดังกล่าว ถือได้ว่าบริการให้คำแนะนำปรึกษาเบื้องต้นเป็นส่วนหนึ่งของการเข้าถึงบริการ เช่น การให้คำแนะนำง่าย ๆ เพื่อแยกแยะอาการแสดงที่คล้าย stroke เนื่องจากภาวะน้ำตาลต่ำ ซึ่งจะเป็นโอกาสสร้างความสัมพันธ์ที่อบอุ่นและน่าไว้วางใจ และมีส่วนช่วยเพิ่มการเข้ามาใช้บริการของผู้ป่วย

มิติที่ 3 Responsiveness การตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ทีมงานมีวิธีการในการรับรู้ปัญหาและความต้องการอย่างไร วิธีการดังกล่าวมีความไวพอหรือไม่ ปัญหาและความต้องการที่สำคัญในแต่ละขั้นตอนของการดูแลมีอะไรบ้าง การตอบสนองทำได้ดีเพียงใด อะไรที่ยังเป็นปัญหาอยู่ (รวมไปถึงการตอบสนองปัญหาและความต้องการเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน)

ตัวอย่าง stroke: ตัวอย่างปัญหาและความต้องการ เช่น การเคลื่อนไหวบนเตียง การกลับมาเดินได้เป็นปกติ การกินอาหารได้เอง การที่ทีมงานมีเวลาอยู่ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวมากขึ้น โดยเฉพาะในช่วงวันสองวันแรกของการกลับไปอยู่บ้าน จะทำให้ทีมงานได้รับรู้ปัญหาและมีส่วนช่วยในการแก้ปัญหาที่หนักหน่วงสำหรับครอบครัวได้อย่างดียิ่ง

มิติที่ 4 Appropriateness ความเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยเทียบกับแนวปฏิบัติทางคลินิกขององค์กรวิชาชีพ และหลักฐานทางวิชาการที่พิสูจน์ยืนยันความได้ผลของวิธีการดูแลรักษาต่างๆ มีแนวปฏิบัติอะไรบ้างซึ่งเป็นที่ยอมรับและสมควรนำมาปฏิบัติ ทีมงานปฏิบัติตามได้มากน้อยเพียงใด ทีมงานได้พยายามทำอะไรเพื่อให้มีการปฏิบัติที่เหมาะสมให้มากขึ้น (compliance) มีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร

มิติที่ 5 Timeliness ความทันต่อเวลาทันการณ์ในการรับรู้ปัญหาและให้การดูแลในขั้นตอนที่สำคัญ ควรพิจารณาว่ามีเสียงสะท้อนอย่างไร ช่วงไหนบ้างที่เวลาที่มีความสำคัญ ทีมงานมีแนวทางในการทบทวนเพื่อรับรู้ผลกระทบอันเกิดจากการดูแลที่ล่าช้าอย่างไร

มิติที่ 6 Holistic/Humanized Care การดูแลด้วยหัวใจและความรัก การดูแลอย่างเป็นองค์รวม โดยเฉพาะการดูแลในด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม มีการปฏิบัติอย่างไรบ้าง มีขั้นตอนใดบ้างที่มีความเป็นองค์รวม ขั้นตอนใดที่ยังเป็นโอกาสพัฒนาอยู่

มิติที่ 7 Continuity ความต่อเนื่อง ความต่อเนื่องของการดูแลและระหว่างที่อยู่ในสถานพยาบาล เช่น ระหว่างเวร ระหว่างวิชาชีพ ระหว่างกะ เป็นอย่างไร การเตรียมความพร้อมเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมเมื่อกลับไปอยู่บ้านเป็นอย่างไร การสื่อสาร การขอคำปรึกษาและความช่วยเหลือ ตลอดจนความต่อเนื่องและสม่ำเสมอของการตรวจติดตามเป็นอย่างไร (ทั้งที่บ้านและที่สถานพยาบาล)

มิติที่ 8 Acceptability การยอมรับและความพึงพอใจของผู้ป่วยตามขั้นตอนการดูแลในขั้นตอนต่างๆ เป็นอย่างไร

มิติที่ 9 Coverage ความครอบคลุม ปริมาณผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงมีเท่าไร อยู่ที่ไหนบ้าง เราให้บริการได้เท่าไร พิจารณาว่าจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการจากเรามีจำนวนเท่าไร ส่วนที่เหลือไปรับบริการที่ไหน

ตัวอย่าง *stroke*: ปริมาณผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงมีเท่าไร เราให้บริการได้เท่าไร อธิบายให้ชัดเจนขึ้นก็คือ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงคือกลุ่มไหน (เช่น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง) มีจำนวนเท่าไร อยู่ที่ไหนบ้าง ในตำบล อำเภอ จังหวัด ที่ตั้งของสถานพยาบาลของเรา จำนวนและอุบัติการณ์ของการป่วยด้วยโรค *stroke* ทั้งหมดในแต่ละพื้นที่มีเท่าไร จำนวนผู้ป่วยที่ยังคงต้องฟื้นฟูสภาพอยู่ที่บ้านมีจำนวนเท่าไร แล้วมาพิจารณาว่าจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการจากเรามีจำนวนเท่าไร ส่วนที่เหลือไปรับบริการที่ไหน

มิติที่ 10 Equity ความเป็นธรรมหรือความเท่าเทียมกัน มีการดูแลที่แตกต่างกันไปเนื่องจากความสามารถในการจ่ายเงินหรือความคุ้มครองในระบบประกันสุขภาพที่แตกต่างกันหรือไม่

มิติที่ 11 Efficiency พิจารณาประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรทุกด้าน เช่น การใช้เวลาของเจ้าหน้าที่ เวลาที่ผู้ป่วยต้องรอคอย การใช้ facility เช่น หอผู้ป่วย ห้องผ่าตัด การใช้ยา การใช้เทคโนโลยี และค่าใช้จ่ายโดยรวม เปรียบเทียบแล้วคุ้มค่าหรือไม่ ถ้ามีทางเลือกหลายทาง เราเลือกทางที่ดีที่สุดและประหยัดที่สุดหรือไม่

มิติที่ 12 Effectiveness ประสิทธิภาพ การดูแลนั้นได้ผลตามความคาดหวังหรือเป็นไปตามที่ควรจะเป็นหรือไม่ เป็นการวัดด้านบวกของผลลัพธ์การดูแล เช่น คุณภาพชีวิต การทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันได้ตามปกติ

มิติที่ 13 Safety ความปลอดภัยของผู้ป่วย ลักษณะความไม่ปลอดภัยที่มีโอกาสเกิดขึ้นมีอะไรบ้าง ใช้อะไรเป็นตัวชี้วัด จากการตามรอยพบสิ่งแวดล้อมหรือการปฏิบัติอะไรที่ยังเป็นความเสี่ยง

การพิจารณามิติคุณภาพข้างต้น ทำให้ทีมงานสามารถกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพได้อย่างครอบคลุม กล่าวคือ

- 1) ตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ (outcome indicator) ได้แก่ตัวชี้วัดในมิติของ safety, effectiveness, efficiency, acceptability
- 2) ตัวชี้วัดเชิงกระบวนการ (process indicator) ได้แก่ตัวชี้วัดในมิติของ appropriateness, responsiveness, timeliness, holistic, continuity
- 3) ตัวชี้วัดอื่นๆ ได้แก่ตัวชี้วัดในมิติของ accessibility, competency, coverage, equity หรือบางท่านอาจจะมองว่า coverage และ equity เป็นตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ก็ได้

5

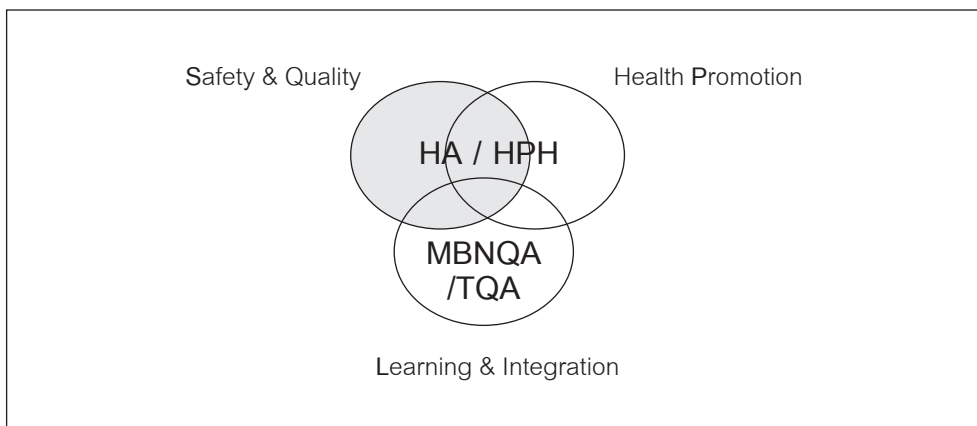
การใช้มาตรฐาน HA ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

ลักษณะและเป้าหมายของมาตรฐาน HA

Hospital Accreditation (HA) คือกลไกประเมินเพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนากระบวนการภายในของโรงพยาบาล โดยมีการพัฒนาอย่างเป็นระบบและพัฒนาทั้งองค์กร ทำให้องค์กรเกิดการเรียนรู้ มีการประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง

มาตรฐาน HA ในขั้นพื้นฐานคือฐานสำหรับการวัดเปรียบเทียบหรือเครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพเพื่อการประเมินองค์กร แต่ในภาพที่ใหญ่กว่า มาตรฐาน HA คือกรอบความคิดที่สื่อให้เห็นถึงองค์ประกอบสำคัญของสถานพยาบาลที่มีคุณภาพ (อย่างยั่งยืน) และความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบเหล่านั้น

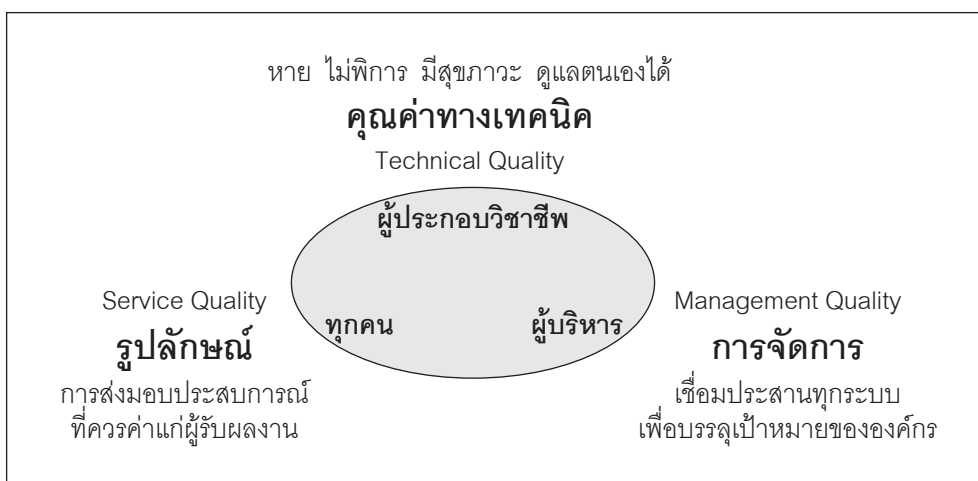
ภาพที่ 5.1 บุรณาการของมาตรฐาน HA (2549)



มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี มีที่มาจากมาตรฐาน 3 ฉบับ ซึ่งมีทั้งจุดร่วมและจุดต่าง คือมาตรฐานโรงพยาบาล ฉบับบูรณาการ (HA) มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (HPH) และเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (MBNQA/TQA) การใช้มาตรฐานฉบับนี้จึงควรทำความเข้าใจให้ลึกซึ้งถึงองค์ประกอบของ SPL คือ safety & quality, health promotion, learning & integration

เมื่อพูดถึงคุณภาพของบริการสุขภาพ ควรพิจารณาคุณภาพทุกด้านอย่างสมดุล ได้แก่ คุณภาพด้านบริหารจัดการ คุณภาพด้านเทคนิคหรือวิชาการหรือวิชาชีพ และคุณภาพด้านบริการหรือรูปลักษณ์หรือประสบการณ์ที่ผู้รับบริการสัมผัสได้

ภาพที่ 5.2 คุณภาพสถานพยาบาลและบริการสุขภาพที่สมดุล



มาตรฐาน HA พยายามที่จะระบุถึงคุณภาพทั้งสามด้านนั้นไว้ กล่าวคือมาตรฐานตอนที่ I จะเป็นเรื่องของการบริหารจัดการองค์กร ซึ่งในหมวดที่ 3 ของมาตรฐานตอนที่ I จะกล่าวถึงคุณภาพในส่วนของการรับรู้และตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ มาตรฐานตอนที่ II และ III เป็นเรื่องของระบบงานและการดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นคุณภาพด้านเทคนิคหรือวิชาการหรือวิชาชีพ เน้นทั้งระบบโดยทั่วไป และการนำความรู้วิชาการที่มีหลักฐานรองรับมาปฏิบัติ

มาตรฐาน HA เป็นมาตรฐานที่เน้นทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ กล่าวคือมาตรฐานตอนที่ I-III เป็นส่วนที่เน้นกระบวนการ และมีระบุเรื่องความพอเพียงของปัจจัยนำเข้าอยู่บ้าง แต่ไม่ได้ระบุเฉพาะเจาะจงว่าต้องมีเท่าไร อาจจะต้องใช้อ้างอิงจากองค์กรหรือหน่วยงานอื่น และมาตรฐานตอนที่ IV เป็นส่วนที่เน้นผลลัพธ์ เป็นการวัดผลที่สมดุลตามหลัก balanced score-

card เพียงแต่ขยายออกมาเป็น 7 หมวด และเปิดอิสระให้องค์กรเลือกตัวชี้วัดที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง

เพื่อประกอบความเข้าใจ มาตรฐานแต่ละหมวดจะมีแผนภูมิประกอบแสดงองค์ประกอบของข้อกำหนดใน “กล่อง” และความสัมพันธ์ขององค์ประกอบเหล่านั้นในลักษณะ “เส้นที่มีลูกศร” กล่องมิได้บอกแค่มีอะไร แต่ต้องคำนึงถึงว่าทำอะไรด้วย เส้นและลูกศรมีความสำคัญไม่น้อยกว่ากล่อง

ในแต่ละกล่อง ควรทำความเข้าใจให้ลึกซึ้งในแนวคิดของแต่ละกล่อง เช่น ข้อกำหนดว่าด้วยการจัดการความรู้ ควรทำให้เราตระหนักในเป้าหมายของเรื่องนี้ว่า “ผู้ปฏิบัติงานทุกคนมีความรู้ที่ต้องใช้เพื่อให้บริการสุขภาพ”

การใช้มาตรฐานที่ก่อให้เกิดคุณค่า

การใช้มาตรฐาน HA ให้เกิดประโยชน์สูงสุด มีคุณค่าแก่องค์กรและการดูแลผู้ป่วย มีแนวทางดังต่อไปนี้

- 1) **ทำความเข้าใจเป้าหมายและคำสำคัญ (key words)** ของมาตรฐานให้กระจ่างชัด เริ่มด้วยการทำความเข้าใจถ้อยคำตามหลักภาษา แล้วนำมาประยุกต์กับหลักการบริหารและการพัฒนาคุณภาพโดยค้นคว้าเพิ่มเติมจากแหล่งข้อมูลต่างๆ จากนั้นนำมาพิจารณาว่าเป้าหมายและคำสำคัญนี้มีความหมายกับองค์กรอย่างไร การบรรลุเป้าหมายได้สมบูรณ์เพียงใด ตรงไหนที่มีโอกาสเป็นปัญหา ปัญหานั้นส่งผลกระทบต่อ การดูแลผู้ป่วยอย่างไร
- 2) เน้นการใช้เพื่อการเรียนรู้และยกระดับผลการดำเนินงาน ด้วยการประเมินปรับปรุง แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และใช้ scoring guideline เพื่อตั้งเป้าหมายการยกระดับ
- 3) เน้นความเชื่อมโยงขององค์กรประกอบต่างๆ ในแต่ละระบบ (ศึกษาและทำความเข้าใจเส้นที่เชื่อมต่อองค์กรประกอบต่างๆ ในแผนภูมิ) และการเชื่อมโยงระหว่างระบบงานต่างๆ
- 4) เน้นการนำมาตรฐานไปเรียนรู้และทบทวนการปฏิบัติในสถานการณ์จริง ในที่ทำงาน ที่ข้างเตียงผู้ป่วย ส่งเสริมให้มีการใคร่ครวญโดยทีมและโดยแต่ละคนเองอย่างสม่ำเสมอ
- 5) เน้นการพัฒนาที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ (หน่วยงาน กลุ่มผู้ป่วย ระบบงาน และองค์กร) อย่างเชื่อมโยงซึ่ง สรพ.ได้พัฒนาเครื่องมือสำหรับการพัฒนาพื้นที่ต่างๆ ออกมาเป็น 6 tracks ได้แก่ (1) unit optimization สำหรับหน่วยงานทุกหน่วยงาน (2) patient safety และ (3) clinical population สำหรับการดูแลผู้ป่วยทุกกลุ่ม (4) standard implementation สำหรับระบบงานทุกระบบ (5) strategic management และ (6) self-assessment สำหรับทั้งองค์กร (ดู HA Update 2010)
- 6) ประยุกต์ใช้มาตรฐานอย่างเหมาะสม เช่น นำมาตรฐานตอนที่ 1 มาใช้กับภาพรวมระดับองค์กรเป็นหลัก และนำมาประยุกต์กับระดับอื่นๆ ตามความเหมาะสม
- 7) เน้นการทบทวนประเมินผลในระดับภาพรวม และการบรรลุเป้าหมายของแต่ละระบบ ซึ่งจะต้องถอยมามดูจากระยะห่าง ประกอบการทำความเข้าใจบริบทของตนเอง ใช้วิธีการที่น่าเชื่อถือในการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินผล

สิ่งที่ต้องใช้ควบคู่กับมาตรฐาน

- สิ่งที่ต้องใช้ควบคู่กันในการนำมาตรฐานไปใช้คือ 3C-PDSA และ scoring guideline
- 1) การพิจารณาบริบท (context) ขององค์กรและหน่วยงาน** โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปัญหา ความท้าทาย และความเสี่ยง ที่สำคัญ เช่น เมื่อจะใช้มาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ควรพิจารณาว่าผู้ป่วยสำคัญของเราคือใคร มีความต้องการและความคาดหวังอะไร สิ่งที่ยังตอบสนองได้ไม่ดีคืออะไร
 - 2) การใช้ค่านิยมและแนวคิดหลัก (core values & concepts) ของการพัฒนาคุณภาพและการสร้างเสริมสุขภาพ** เช่น ค่านิยมการมุ่งเน้นผลลัพธ์ (focus on result) ผู้บริหารและทีมงานควรทำความเข้าใจว่าผลลัพธ์ที่ต้องการคืออะไร จะใช้กลยุทธ์ไปสู่ผลลัพธ์ดังกล่าวได้อย่างไร และหาทางที่จะไม่ติดกับวิธีการที่ไม่จำเป็นที่ทำให้บรรลุผลลัพธ์ดังกล่าวล่าช้าลง หรือไปทำในสิ่งที่ไม่ก่อให้เกิดผลลัพธ์ดังกล่าว อีกทั้งหาวิธีการในการที่จะรับรู้การบรรลุผลลัพธ์ที่น่าเชื่อถือได้
 - 3) วงล้อการพัฒนาคุณภาพและการเรียนรู้ (Plan-Do-Study-Act หรือ Purpose-Process-Performance) หมุนวงล้อเล็กๆ** เริ่มได้ทันที จำนวนที่ทำไม่ต้องมาก แต่ประเมินแล้วเริ่มหมุนรอบใหม่ซ้ำอยู่เรื่อยๆ
 - 4) แนวทางการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (scoring guideline) หรือ** ประยุกต์มาใช้ง่าย ๆ คือประเมินการปฏิบัติในมาตรฐานแต่ละประเด็น โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ (1) อยู่ในช่วงเริ่มต้น เป็นการตั้งรับเพื่อเก็บกวาดสิ่งที่ไม่เรียบร้อย (2) อยู่ในช่วงกำลังพัฒนา มีการวิเคราะห์ ออกแบบระบบ การปฏิบัติอาจจะยังไม่ครอบคลุม (3) มีการปฏิบัติค่อนข้างจะครอบคลุม สามารถบรรลุเป้าหมายพื้นฐานของมาตรฐานได้ (4) มีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง มีการเชื่อมโยงมากขึ้น มีการใช้วิธีการใหม่ๆ มากขึ้น (5) มีการประเมินและปรับปรุงอย่างเป็นระบบ ผลลัพธ์อยู่ในเกณฑ์ที่เป็นแบบอย่างได้

การใช้มาตรฐานสำหรับผู้เริ่มต้น

การใช้มาตรฐานในช่วงเริ่มต้น อาจจะไม่จำเป็นต้องทำเต็มรูปแบบ อาจจะไม่ต้องกังวลกับรายละเอียดหรือทุกถ้อยคำของมาตรฐาน การใช้ความเข้าใจในเป้าหมายของมาตรฐาน และความเป็นอิสระในการคิดหาหนทางสู่เป้าหมายนั้น อาจจะเป็นประโยชน์มากกว่า โดยไม่ต้องเป็นทุกข์กับการแบกรับข้อกำหนดที่ตนไม่เข้าใจ หรือทำไปเพียงแค่ว่าให้ครบถ้วน ก็จะเกิดเพียงรูปแบบ แต่ไม่ได้คุณค่า

ในช่วงแรกควรเน้นที่ overall requirement หรือประโยคหลักใต้ชื่อมาตรฐานแต่ละหมวดและ key word ในข้อย่อย ยังไม่ต้องกังวลในรายละเอียดของข้อย่อย

“**คุยกันเล่น-เห็นของจริง-อิงวิจัย/KM**” ยังเป็นหลักที่สามารถนำมาใช้ได้ แต่การวิจัยในที่นี้ ปรึบเป็นการเน้นแค่ KM การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การถอดบทเรียนและเก็บข้อมูลอย่างง่าย ๆ เพื่อยืนยันความคิดและการคาดการณ์ ยังไม่ต้องถึงกับสร้างความรู้ใหม่

“**คุยกันเล่น**” คือการทำความเข้าใจเป้าหมายของมาตรฐาน องค์ประกอบสำคัญเพื่อการบรรลุเป้าหมาย แล้วก็มาดูบริบทหรือสถานการณ์ของเราว่าอะไรคือปัญหาสำคัญ และเราทำได้ดีเพียงใด โดยควรระบุรายละเอียดที่สามารถนำไปดำเนินการได้อย่างตรงประเด็นว่า สถานการณ์ที่เป็นปัญหาคืออะไร เกิดขึ้นกับใคร ที่ไหน เมื่อไร (เช่น อาการไม่ชัดเจนอะไรที่พบบ่อย การวินิจฉัยที่เป็นปัญหาคืออะไร พยาบาลกลุ่มไหนที่ขาดทักษะในการประเมินผู้ป่วย แผนกไหนที่มีปัญหาในการบันทึกเล่าซ้ำ ความไม่สอดคล้องระหว่างการวินิจฉัยทางการแพทย์กับทางการพยาบาลที่พบบ่อยคืออะไร) ในที่ประชุมของการคุยกันเล่นอาจจะได้เพียงการตั้งคำถามเหล่านี้ แต่การได้คำตอบจะต้องไปพูดคุยกับคนในพื้นที่หรือเก็บข้อมูลเพิ่มเติม

การใช้ tree diagram เป็นกระดาศษทตความคิดเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้มองภาพรวมของสถานการณ์ได้ดีขึ้น และเป็นเครื่องมือในการสื่อสารอย่างเรียบง่าย ไม่ต้องใช้เวลาประติดประต่อ

“**เห็นของจริง**” เลือกมาตรฐานมาเรื่องหนึ่ง แล้วนำมาตรฐานนั้นไปดูการปฏิบัติงานที่หน้างานให้เห็นของจริง ใช้การสังเกต การพูดคุยกับผู้ป่วย การทบทวนเวชระเบียน และการพูดคุยกับทีมงาน เพื่อเรียนรู้ว่าผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากมาตรฐานเรื่องนั้นๆ เพียงใด ผู้ปฏิบัติงานมีความเข้าใจอย่างไร พบปัญหาข้อติดขัดอย่างไร ต้องการการสนับสนุนหรือต้องการให้มีการปรับเปลี่ยนอะไร อย่าลืมนำคำถามที่ระบุไว้ตอนที่คุยกันเล่นไปหาคำตอบด้วย

“**อิง KM**” นำข้อมูลที่ได้จากการเห็นของจริงและเก็บข้อมูลในพื้นที่มาแลกเปลี่ยนเรียน

รู้และสรุปบทเรียน ที่ทีมงานควรชัดเจนขึ้นในขั้นตอนที่ว่าสถานการณ์ที่เป็นปัญหาคืออะไร สิ่ง
ที่ทำได้ดีแล้วคืออะไร นี่เท่ากับเดินมาครึ่งทางแล้ว

“ตั้งเป้า-เฝ้าดู-ปรับเปลี่ยน-เรียนรู้” เป็นอีกครึ่งหนึ่งของหนทางที่จะต้องเดิน

“ตั้งเป้า” คือการนำสถานการณ์ที่พบร่วมกับเป้าหมายของมาตรฐาน มากำหนดลำดับ
ความสำคัญและเป้าหมายของสิ่งที่พัฒนา

“เฝ้าดู” คือการวางแผนหรือการกำหนดวิธีการติดตามความก้าวหน้าของการพัฒนา
และนำสิ่งที่กำหนดนั้นไปดำเนินการ สิ่งที่ใช้ติดตามอาจจะเป็นตัวชี้วัดเชิงปริมาณหรือข้อมูล
เชิงคุณภาพก็ได้ ตามความเหมาะสมและความเป็นไปได้

“ปรับเปลี่ยน” คือการหมุนวงล้อ PDSA โดยใช้ความคิดสร้างสรรค์อย่างอิสระ โดย
มุ่งที่เป้าหมายเป็นสำคัญ ส่วนวิธีการนั้นให้แสวงหาวิธีการใหม่ๆ ที่องค์กรยังไม่เคยนำมาใช้
อาจจะเป็นการระดมสมองในที่ทีมงาน เรียนรู้จากผลงานของผู้อื่น หรือค้นหาจากแหล่งข้อมูล
ต่างๆ เลือกสรรแล้วนำมาทดลองใช้ ทดลองใน scale เล็กๆ ในเวลาสั้นๆ เมื่อได้ผลแล้วค่อย
ขยายขึ้น ให้การขยายผลนี้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว โดยระหว่งการขยายผลนั้น
ปรับปรุงให้ดีขึ้นทีละรอบ

เคล็ดลับของการใช้ความคิดสร้างสรรค์อย่างอิสระคืออ่านมาตรฐานให้เข้าใจและไม่
กลัวข้อความในมาตรฐาน ตรงไหนที่เห็นว่ายากเกินไปและไม่เหมาะกับบริบทขององค์กร ให้
ทีมงานหาวิธีการสู่เป้าหมายที่กำหนดไว้ด้วยวิธีการของทีมงานเอง

“เรียนรู้” การจะหมุน PDSA ให้ได้ผลต้องให้ความสำคัญกับ S-study หรือการเรียนรู้
ทีมงานจำต้องสรุปบทเรียนที่เกิดขึ้นตลอดเส้นทางของการทำงาน

การสรุปเมื่อสิ้นกิจกรรมพัฒนาแต่ละครั้ง แต่ละวันคือการทำ AAR ว่าอะไรที่บรรลุ
เป้าหมาย อะไรที่ไม่บรรลุเป้าหมาย คราวหน้าจะอย่างไรให้ดีขึ้น

การสรุปบทเรียนทั้งหมดของการพัฒนานั้น สรุปทั้งในระดับกิจกรรมและระดับแนวคิด
ในระดับกิจกรรมก็คือการสรุปบทเรียนว่าระหว่างพัฒนานั้นพบปัญหาอุปสรรคอะไร วิธี
การใดที่ได้ผล วิธีการใดที่ไม่ได้ผล ในระดับแนวคิดก็คือการสรุปบทเรียนว่า แนวคิดหรือ
หลักคิดที่ใช้ในการพัฒนาครั้งนี้จนเป็นผลสำเร็จคืออะไร มีการเปลี่ยนแปลงแนวคิดหรือหลัก
คิดไปจากเดิมอย่างไรบ้าง การสรุปบทเรียนในระดับแนวคิดจะทำให้เราสามารถนำบทเรียน
ดังกล่าวไปใช้กับเรื่องอื่นๆ ต่อไป

การใช้มาตรฐานเพื่อเตรียมตัวสู่การรับรอง

คำแนะนำต่อไปนี้อาจดำเนินการตามลำดับหรือควบคู่กันไปได้ ตามที่ผู้บริหารและทีมงานจะเห็นเหมาะสม

- 1) เติบโตมาจากการใช้มาตรฐานตามคำแนะนำที่ผ่านมา โดยการอ่านมาตรฐานอย่างละเอียด และนำส่วนที่ยังไม่ได้ปฏิบัติมาพิจารณาปฏิบัติด้วยความเข้าใจ ควบคู่กับการศึกษาเอกสาร SPA หรือ HA Plus เพื่อเป็นแนวทางในการนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติ
- 2) วางแผนการพัฒนาให้ครบพื้นที่ทั้งสี่ขององค์กร เป็นลำดับขั้น โดยมีภาพข้างล่างอยู่ในใจ ใช้คำแนะนำเรื่อง 6 tracks ของการพัฒนา

ภาพที่ 5.3 เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาพื้นที่ทั้งสี่วง ในลำดับขั้นต่างๆ

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

- 3) จัดให้มีระบบ coaching หรือการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หรือการตามรอยอย่างเป็นกัลยาณมิตรภายในองค์กร มีทีมงานเข้าไปพูดคุยเพื่อรับรู้คำถามและความเข้าใจของผู้คน ปัญหาในการทำงานและความพยายามที่จะพัฒนา
- 4) ใช้ประโยชน์จากโรงพยาบาลข้างเคียงที่ได้ผ่านการรับรองไปแล้วในการมาเป็นพี่เลี้ยง ให้คำแนะนำ แลกเปลี่ยนเรียนรู้
- 5) ใช้ scoring guideline เพื่อประเมินและยกระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน
- 6) พัฒนาโดยใช้หลักการบูรณาการในทุกเรื่องและทุกโอกาส

- 7) กำหนดตัวชี้วัดตามข้อกำหนดในมาตรฐานตอนที่ IV ที่เหมาะสมกับองค์กร ติดตามตัวชี้วัด เข้าร่วมโครงการตัวชี้วัดเปรียบเทียบ เพื่อพัฒนามาตรฐานการเก็บข้อมูล และนำผลการเปรียบเทียบไปกำหนดประเด็นที่ต้องพัฒนา
- 8) จัดทำรายงานการประเมินตนเองเพื่อสรุปผลงานและบทเรียนของการพัฒนา ใช้เพื่อสื่อสารภายในและสื่อสารกับ สรพ.

Integration

การพัฒนาอย่างเชื่อมโยงหรือการบูรณาการเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้องค์กรบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยใช้พลังและทรัพยากรน้อยที่สุด

การเริ่มต้นบูรณาการแบบเรียบง่ายคือการคำนึงถึงประเด็นต่อไปนี้ (1) สร้างช่องทางการสื่อสารในทีมที่ต้องทำงานร่วมกัน (2) แต่ละหน่วยงานวิเคราะห์หน่วยงานที่เป็นลูกค้าของตน รับฟังความต้องการ ตอบสนอง และรับฟังเสียงสะท้อนจากหน่วยงานที่เป็นลูกค้า (3) วิเคราะห์กระบวนการตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดในระบบงานหรือกระบวนการดูแลผู้ป่วย แล้วจัดระบบการสื่อสาร ประสานงาน และการส่งมอบที่ดีระหว่างรอยต่อต่างๆ (4) พัฒนาระบบสารสนเทศที่หน่วยงานและระบบงานต่างๆ ต้องใช้ร่วมกัน (5) ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระบบงานสำคัญ มาเรียนรู้ความต้องการของกันและกัน วางแผนการทำงานร่วมกันโดยใช้ systems approach และมีเป้าหมายที่ชัดเจน (6) ใช้แผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการ และตัวชี้วัด เป็นเครื่องมือในการบูรณาการ

ตารางข้างล่างนี้เป็นเครื่องมือช่วยพิจารณาโอกาสในการบูรณาการที่สมบูรณ์ขึ้น โดยใช้แกนสองแกนคือ แกนระดับของผู้เกี่ยวข้อง และแกนกิจกรรมที่จะส่งเสริมให้เกิดบูรณาการ สิ่งที่อยู่ซ้ายท้ายตารางเป็นการวิเคราะห์โอกาสบูรณาการในระดับต่างๆ

	โครงสร้าง	การสื่อสาร	ระบบสารสนเทศ	การแก้ปัญหา	แผน/ติดตาม
ระหว่างบุคคล					
ภายในหน่วยงาน					
ระหว่างหน่วยงาน					
การดูแลผู้ป่วย					
ภายในระบบงาน					
ระหว่างระบบงาน					
ภายในองค์กร					

บูรณาการกับเพื่อนร่วมงาน เป็นการบูรณาการที่ไม่อยู่ภายใต้กรอบโครงสร้าง เป็นเรื่องของสัมพันธภาพระหว่างคนต่อคน รวมถึงความสัมพันธ์ภายในเครือข่ายที่ไม่เป็นทางการ สิ่งที่สำคัญที่สุดคือเรื่องของการสื่อสาร ด้วยเทคโนโลยีการสื่อสารที่ก้าวหน้าขึ้น แต่ละคนอาจจะมีและควรมีวิธีการสื่อสารเฉพาะกับเพื่อนร่วมงานที่ต้องทำงานสัมพันธ์กันบ่อยๆ ควรจะสร้างความสัมพันธ์และฟื้นฟูความสัมพันธ์กับผู้ที่ต้องทำงานร่วมกันอยู่เนื่องๆ

บูรณาการภายในหน่วยงาน

- (1) เป็นการบูรณาการภายใต้โครงสร้างการบริหารงานของหน่วยงานควบคู่กับความสัมพันธ์ของทีมทำงาน
- (2) เครื่องมือที่ใช้ในการบูรณาการก็คือ Unit Profile หรือ 3P ในระดับหน่วยงาน การมีเป้าหมายร่วมกัน มีกระบวนการทำงานที่สอดคล้องกัน และมีการติดตามวัดผลในทิศทางเดียวกัน โดยการนำของหัวหน้าหน่วยงาน จะช่วยให้เกิดบูรณาการภายในหน่วยงานขึ้น
- (3) การสื่อสารภายในหน่วยงานอาจจะมีทั้งการสื่อสารที่เป็นทางการอย่างสม่ำเสมอ เช่น การประชุมประจำเดือน ประชุมประจำสัปดาห์ และการสื่อสารอย่างสั้น ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการทำงานประจำในทำนองคุยกันวันละนิด จิตแจ่มใส เช่น morning brief, safety brief
- (4) ระบบสารสนเทศภายในหน่วยงานมีทั้งสารสนเทศเพื่อการปฏิบัติงานประจำและสารสนเทศเพื่อติดตามผลการดำเนินงานของหน่วยงาน
- (5) การแก้ปัญหาหรือการพัฒนาคุณภาพภายในหน่วยงานอาจจะเป็นเรื่องที่ทีมงานรวมตัวกันเพื่อแก้ปัญหาข้อติดขัดของตน หรือเรื่องที่ทำเพื่อตอบสนองเป้าหมายของหน่วยงาน

บูรณาการการดูแลผู้ป่วย

- (1) โครงสร้างคือทีมดูแลผู้ป่วย (patient care team) หรือทีมนำทางคลินิก (clinical lead team) ซึ่งควรเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ อาจจะเป็นทีมที่รับผิดชอบกว้างขวางทั้งแผนก เช่น อายุรกรรม ศัลยกรรม หรือทีมดูแลเฉพาะสาขา เช่น ทีมดูแลผู้ป่วยโรคปอด ทีมดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ หรืออาจจะมีทั้งสองระดับร่วมกัน
- (2) เครื่องมือที่ใช้ในการบูรณาการคือ clinical tracer ซึ่งเป็นทั้งเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินสถานการณ์ การหาโอกาสพัฒนา และการติดตามความก้าวหน้าในการพัฒนา
- (3) การสื่อสาร มีทั้งการสื่อสารในงานประจำ เช่น การวางแผนดูแลผู้ป่วยร่วมกัน การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกัน การสื่อสารที่เป็นทางการ เช่น การประชุมทีมดูแลผู้ป่วย และการสื่อสารในกิจกรรมพิเศษ เช่น การตามรอย
- (4) ระบบสารสนเทศ ระบบที่มีอยู่แล้วคือระบบสารสนเทศที่สนับสนุนการทำงานประจำ ซึ่งสามารถพัฒนาไปสู่การเชื่อมโยงการทำงานของวิชาชีพและหน่วยงานต่าง ๆ หากออกแบบให้ดีจะช่วยลดภาระงานที่ไม่จำเป็นและลดความผิดพลาดลงได้ และ

ควรให้ความสำคัญเพิ่มขึ้นกับระบบสารสนเทศเพื่อการ monitor ผลการดูแลผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพ โดยเป็นความร่วมมือระหว่างทีมดูแลผู้ป่วยต่างๆ กับทีมสารสนเทศ

(5) การแก้ปัญหาการวางแผน การติดตาม ควรเกิดขึ้นในเวทีของทีมดูแลผู้ป่วย

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ข้อแนะนำในการใช้ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานตามมาตรฐานตอนที่ IV มีดังนี้

- 1) ทีมงานมีเจตจำนงแน่วแน่ที่จะใช้ประโยชน์จากการติดตามตัวชี้วัดเพื่อการตัดสินใจและการพัฒนา
- 2) ส่งเสริมให้ทุกทีมงานศึกษาและเรียนรู้แบบอย่างของการใช้ตัวชี้วัดในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับงานของตน
- 3) พิจารณาตัวชี้วัดที่ตรงประเด็นกับเป้าหมายของเรื่องที่จะวัด โดยคิดถึงตัวชี้วัดทั้งเชิงผลลัพธ์ เชิงกระบวนการ และตามมิติคุณภาพต่างๆ
- 4) เลือกติดตามตัวชี้วัดที่ไม่ยากในการเก็บ มีความน่าเชื่อถือ และมีประโยชน์ในการนำไปใช้ตัดสินใจ จัดให้มี alignment ตามระดับต่างๆ อย่างเหมาะสม
- 5) ทดลองเก็บข้อมูลเพื่อให้รู้ baseline และใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างเหมาะสม
- 6) ใช้ **run chart** หรือ **control chart** เพื่อเรียนรู้ variation ของระบบ และตอบสนองอย่างเหมาะสม
- 7) นำข้อมูลตัวชี้วัดมาวิเคราะห์ตรวจสอบความสัมพันธ์กับตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจในระบบ
- 8) นำผลการติดตามไปสื่อสารให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ประโยชน์ในการตัดสินใจหรือดำเนินการพัฒนา
- 9) ทบทวน **alignment** และความเหมาะสมของตัวชี้วัดเป็นระยะ และยกเลิกการติดตามตัวชี้วัดที่ไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการตัดสินใจ
- 10) เข้าร่วมโครงการตัวชี้วัดเปรียบเทียบของ สรพ.

ในการเขียนรายงานการประเมินตนเองตอนที่ IV ซึ่งเป็นการรายงานข้อมูลตัวชี้วัด มีข้อแนะนำดังนี้

- 1) นำเสนอตัวชี้วัดสำคัญทั้งหมดในรูปตารางที่เปรียบเทียบข้อมูลรายปีย้อนหลัง 3-5 ปี
- 2) เลือกตัวชี้วัดที่การนำเสนอด้วยกราฟจะทำให้เกิดความเข้าใจง่ายขึ้นหรือมีข้อมูลที่ต้องการนำเสนอประกอบเพิ่มขึ้นนำเสนอด้วยกราฟ เช่น run chart ซึ่งเห็นการเปลี่ยนแปลงระดับตัวชี้วัดที่ชัดเจนพร้อมระบุ intervention ที่ใส่เข้าไป, control chart ซึ่งมีค่า control limit ประกอบ, กราฟแสดงค่าตัวชี้วัดพร้อมทั้งค่าเป้าหมายหรือตัวเทียบจากองค์กรอื่น, การจำแนกข้อมูลเป็นกลุ่มย่อยต่างๆ ฯลฯ

3) อธิบายข้อมูลในตารางหรือกราฟที่แสดงถึงความเข้าใจและการใช้ประโยชน์ เช่น (1) ผลการดำเนินงานอยู่ในระดับที่พอใจหรือไม่เมื่อเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือกับคู่เทียบที่เลือกไว้ (2) ถ้าผลการดำเนินการมีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้น อะไรคือ intervention สำคัญในแต่ละช่วงเวลา (3) ถ้าผลการดำเนินการยังไม่เป็นที่พอใจ มีอะไรเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผลการวิเคราะห์จำแนกกลุ่มย่อยแสดงให้เห็นปัญหาในกลุ่มไหน และมีแผนจะดำเนินการอย่างไรต่อไป

การพัฒนาสำหรับโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองแล้ว

มีข้อเสนอแนะดังนี้

1) **Get use of recommendation** นำข้อเสนอแนะของ สรพ.มาตีความ ทำความเข้าใจ หาจุดอ่อนในระบบทั้งในระดับกว้าง (คือประเด็นหรือพื้นที่ที่เป็นโอกาสพัฒนาที่ผู้เยี่ยมชมสำรวจชี้แนะไว้และที่ค้นหาเพิ่มเติมด้วยตนเอง) และในระดับลึก (คือหาปัจจัยสาเหตุที่เป็นปัจจัยองค์กร) แล้วนำมาวางแผนการพัฒนาโดยทันที

2) **Systematic evaluation and improvement** ส่งเสริมให้มีการประเมินระบบงานสำคัญอย่างเป็นระบบ เริ่มต้นด้วยวิธีการเชิงคุณภาพคือการพูดคุยกันถึงจุดแข็งจุดอ่อนของระบบ เป้าหมายและการบรรลุเป้าหมายของระบบ นำประเด็นสำคัญเหล่านั้นมาออกแบบการเก็บข้อมูลเพื่อการประเมินในเชิงปริมาณที่สามารถติดตามต่อเนื่องได้ในระยะยาวแล้วนำผลการประเมินมาดำเนินการปรับปรุงตามความเหมาะสม

3) **Continuous improvement** ส่งเสริมให้ใช้แนวคิดการพัฒนาที่เรียบง่ายและได้ผลในลักษณะที่บูรณาการร่วมกัน เช่น การใช้ความคิดสร้างสรรค์, การใช้หลัก HFE, การใช้แนวคิด Lean, การจัดการและป้องกันความเสี่ยง เป็นต้น

4) **Learning & integration** ใช้การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การตามรอย การติดตามตัวชี้วัด เป็นเครื่องมือสำหรับการเรียนรู้และบูรณาการในทุกระดับ

5) **Living organization** ร่วมกันสร้างองค์กรที่มีชีวิต สร้างความสัมพันธ์ที่ดี สร้างเครือข่ายการสื่อสารในทุกรูปแบบ เปิดพื้นที่ให้ทุกคนมีที่ยืนและมีโอกาสแสดงความสามารถ ดูแลจิตใจและความสุขของคนทำงาน ลดการใช้อำนาจสั่งการที่ไม่จำเป็น ฯลฯ

6) **Always prepare** เตรียมพร้อมสำหรับการเยี่ยมชมสำรวจรอบต่อไป ให้องค์กรตื่นตัว เสมือนวันพรุ่งนี้จะมีผู้เยี่ยมชมสำรวจมาเยี่ยมโดยไม่บอกล่วงหน้า

ทำได้เช่นนี้ ก็แสดงถึงความรับผิดชอบในการที่ประกาศว่าเป็นสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพ HA

6

มิติด้านจิตวิญญาณกับการพัฒนาคุณภาพ

ตกพลักษณ์การนำแนวคิด SHA (Spiritual Health Care) มาบูรณาการในการพัฒนาคุณภาพ

SHA คืออะไร

SHA คือกระบวนการพัฒนาคุณภาพที่ผสมผสานให้มีความสมบูรณ์ในทุกมิติและมุ่งเน้นการพัฒนาไปที่ “คน” ทั้งคนที่ทำงานและผู้รับบริการไปพร้อมๆ กัน มีความละเอียดและมีความประณีต จนทำให้การพัฒนาคุณภาพนั้นเป็นงานที่มีคุณค่าและมีความหมายต่อตัวคนทำงานและผู้ป่วยที่ได้รับบริการจากเรา

การนำมิติจิตใจมาบูรณาการในการทำงานหรือการพัฒนาคุณภาพในปัจจุบัน อาจจะไม่ใช่เป็นเพียงทางเลือกอีกต่อไป แต่เป็นสิ่งที่ “ต้อง” นำมาใช้ในชีวิตและการทำงานประจำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระบบบริการสุขภาพ

เมื่อใช้คำว่า บูรณาการ เราจะมองเห็นภาพของความหล่อหลอม ความเชื่อมโยง ความเป็นหนึ่งเดียว การบูรณาการมิติจิตใจในงานประจำคือ การหลอมรวมเอาเป้าหมายชีวิต ความรัก แรงแบ้นดาลใจ เป็นเรื่องเดียวกับการทำงานของเราโดยไม่แยกส่วน

โครงการ SHA จึงเริ่มนำแนวคิดนี้มาค่อยๆ เริ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในโรงพยาบาล⁸ สิ่งที่เป็นแกนแท้ของ SHA คือการสร้างพลัง และการสร้างแรงบันดาลใจ การใช้มุมมองในเชิงบวกในการทำงาน ใช้ปัญญาจากฐานใจและฐานกายมากยิ่งขึ้น รวมทั้งฝึกการใช้สมองซีกขวาควบคู่กับการใช้สมองซีกซ้ายที่เราใช้กันเป็นประจำ การเรียนรู้ในเชิงการสร้างพลังนี้จะทำให้การเรียนรู้และความเข้าใจเป็นไปแบบก้าวกระโดดมากกว่าการเรียนรู้แบบสอน หรือการติดตาม หรือการสั่งการ

การสร้างแรงบันดาลใจและการสร้างพลังจะทำให้คนสามารถเชื่อมโยงตนเองสู่ธรรมชาติ สู่ครอบครัวที่มีความคิดเชิงระบบ สามารถเชื่อมโยงทุกสรรพสิ่งเป็นองค์รวมได้

⁸ ดวงสมร บุญผดุง “สรุปแนวคิดของ SHA” ส่วนหนึ่งของการบรรยายในโครงการ SHA ประจำปี 2556

อย่างค่อยเป็นค่อยไป การนำมิติจิตตปัญญามาบูรณาการในงานประจำวัน เราจะต้องเรียนรู้สิ่งที่มีความลุ่มลึก มีความใคร่ครวญเพื่อเข้าใจตนเองก่อนและที่สำคัญคือการเข้าใจคนอื่นเป็นลำดับถัดไป

SHA ได้นำเครื่องมือการเรียนรู้ แบบ soft science management มาเรียนรู้ควบคู่กับการเรียนรู้จากศาสตร์สมัยใหม่ และด้านเทคโนโลยีอย่างสมดุล ดังเช่น

การเริ่มเรียนรู้ภายในตนเองด้วยการใช้ ปัญญาสามฐาน

การฝึกสติด้วยการเลือกใช้การออกกำลังกายที่ทำให้จิตอยู่กับกายให้ได้ และในขณะที่การออกกำลังกายร่วมกันจะช่วยเชื่อมโยงจิตใจคนในองค์กรได้ จากการมาสนุกร่วมกันได้เห็นความเป็นธรรมชาติของคนอื่นทำให้เห็นได้ว่าเขาก็มนุษย์เราก็มนุษย์ ไม่ใช่กิจกรรมที่ทำให้เกิดการแข่งขัน ซึ่งจะทำให้เกิดการทะเลาะหรือการส่งใจออกไปข้างนอก การฝึกให้รับรู้การเคลื่อนไหวของร่างกาย การใช้สติรับรู้การเคลื่อนไหวของร่างกายทุกส่วนของตัวเราเอง การรับรู้ฐานกายนี้จะฝึกจิตใจให้รับรู้ความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมานของผู้อื่นได้โดยง่าย เพราะสามารถเชื่อมโยงจากการเรียนรู้ภายในตนเองไปสู่คนอื่นได้ เป็นการสร้างจิตดีนี้จากตัวเองและค่อยๆ ขยายไปสู่คนรอบข้าง ในระบบคุณภาพทำให้ผู้ให้บริการมีความไวและรับรู้ความรู้สึกของผู้ป่วยที่อยู่ตรงหน้าได้ดีขึ้นกว่าเดิม ดังเช่น คนทำงานที่มาจากห้อง ER ได้บอกเล่าประสบการณ์ หลังจากเข้าร่วมกิจกรรมนี้แล้ว ทุกครั้งเมื่อเห็นคนไข้ เขาสัมผัสและรับรู้ความเจ็บป่วยของคนไข้ได้มากขึ้น มีความเข้าใจและเห็นใจคนไข้มากขึ้น เหตุเพราะมีการฝึกการรับรู้ที่ละเอียดมากขึ้น

“ฐานใจ” ซึ่งจำเป็นต้องฝึกให้แข็งแรงเช่นกัน เพราะที่ผ่านมามนุษย์ถูกสอนหรือทำให้มองแต่ตัวเอง ดังนั้น SHA จะช่วยฝึกให้คนทำงานรักตัวเองไปพร้อมๆ กับรักคนอื่นๆ และสรรพสิ่งที่อยู่รอบตัวเรา เป็นการบูรณาการชีวิตของเรา เชื่อมโยงและสานสัมพันธ์กับคนอื่นตลอดเวลา หรือที่เรียกว่า “เอาใจเขามาใส่ใจเรา” การฝึกฝนก็เริ่มต้นอย่างง่าย เช่น การฝึกการขอบคุณ เชื่อมใจในงานที่ทำ เชื่อมใจเข้าใจในคนที่เรารัก หรือคนที่เราให้บริการตรงหน้า การให้อภัย การมีเมตตากรุณา ฝึกเชื่อมโยงจากตัวเราไปสู่สิ่งอื่นๆ

การใช้ความคิดในเชิงบวก appreciative inquiry

เป็นอีกศาสตร์ที่บูรณาการในแนวคิดของ SHA การคิดบวกต้องควบคู่ไปกับการใช้สติและปราศจากอคติ คือปราศจากการปรุงแต่ง เช่น เมื่อมีความผิดเกิดขึ้นระหว่างการทำงานก็ต้องใช้หลักการวิเคราะห์ ไม่จับผิดหรือติเตียน มองด้วยใจเป็นกลาง มีเหตุผล เข้าใจความ

เชื่อมโยง และความเป็นจริง

การฝึกความคิดในเชิงบวก จึงทำให้คนเห็นความเป็นจริงทั้งหมด เห็นศักยภาพทั้งหมด ที่มีอยู่ และแน่นอนจะเห็นโอกาสพัฒนากิจกรรมในงานให้ดีขึ้นกว่าเดิมบนความเข้าใจของ ทุกๆ ฝ่าย

การมองในเชิงบวก จึงฝึกให้เรา มีความยืดหยุ่นสูง มีความคิดนอกกรอบ แก้ไขปัญหา ได้ และมีทางออกในการทำงาน เมื่อผิดหวังหรืองานไม่สำเร็จ ก็ยังมีพลังที่จะผันต่อไปไม่ ท้อแท้ ในขณะที่เดียวกัน การใช้ความคิดเชิงบวกถ่ายทอดไปยังคนไข้หรือผู้ป่วยเพื่อให้เขามี พลัง มีความหวัง มีคุณค่า ก็ส่งผลต่อความอยู่รอดได้เช่นกัน

นายแพทย์เบอร์นี เอส.ซีเกล ผู้เขียนหนังสือเรื่อง “ชนะโรคร้ายด้วยหัวใจสู้” (Love medicine and miracle) ได้กล่าวไว้ว่า “ภาวะทางจิตใจมีผลโดยตรงอย่างฉับพลันกับสภาพ ทางกาย แต่เราสามารถเปลี่ยนแปลงสภาพทางกายได้โดยการจัดการกับวิธีคิด ถ้าเราปล่อย ให้ใจเราจมอยู่กับความผิดหวัง ร่างกายก็จะได้รับแต่สัญญาณความตาย แต่ถ้าเราต่อสู้กับ ความเจ็บป่วยและหาแนวทางแก้ไข ร่างกายก็จะได้รับสัญญาณความต้องการอยู่รอด แล้ว ระบบภูมิคุ้มกันก็จะเริ่มทำงาน ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น”

ศิลปะ ความงาม และการเยียวยา

SHA สนับสนุนให้มีการใช้ศิลปะร่วมกับการดูแลรักษาพยาบาลคนไข้ เพราะมีความ เชื่อว่าการเยียวยา และการสร้างพลังบวกจากศิลปะเป็นสิ่งสำคัญที่นำมาสู่ความผ่อนคลาย สงบ ร่างกายสามารถปรับเข้าสู่ระบบปกติได้เร็ว

ศิลปะที่งดงามคือกระบวนการเยียวยาที่ดี หมายความว่ารวมถึงศิลปะในการใช้มาตรฐาน และความเข้าใจคนอื่นอย่างอง่แก่ และช่วยกระบวนการรักษาพยาบาลให้มีประสิทธิภาพดี มากยิ่งขึ้น ศิลปะแขนงต่างๆ เช่น ภาพวาด ดนตรี ความงามของธรรมชาติ ดอกไม้ ช่วยยก ระดับจิตวิญญาณ สร้างความหวัง และความสุขให้กับผู้ให้บริการ และคนไข้ไปพร้อมๆ กัน

โครงการ “ศิลปะซู่ใจ” หรือการใช้แนวคิด healing environment จึงเป็นส่วนที่สำคัญ ในการบูรณาการให้การรักษายาบาลและโรงพยาบาลมีระดับการพัฒนาคุณภาพเข้าถึงถึง ระดับจิตวิญญาณมากยิ่งขึ้น

Family, Community and Society

การให้ครอบครัว สังคม และชุมชนมาเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการรักษาพยาบาล เป็นอีกมิติหนึ่งที่จะสร้างสายสัมพันธ์ที่ดีระหว่างระบบบริการและสังคม ผู้ป่วยแต่ละรายที่มา

จากครอบครัว และสังคมที่หลากหลาย ระบบบริการที่มีคุณภาพต้องเอาใจใส่และคำนึงว่า จะให้โอกาสเพื่อเข้ามาร่วมเป็น “หุ้นส่วน” ในการดูแลรักษาพยาบาลได้มากน้อยเพียงใด

กิจกรรม patient & community experience จึงเป็นกิจกรรมที่สำคัญที่จะมีโอกาสได้ รับรู้ประสบการณ์ที่ดี และที่ยังไม่พอใจจากระบบบริการที่วางไว้ ปัจจุบันสถานพยาบาลหลาย แห่งได้นำประสบการณ์เหล่านี้มาวางระบบงานให้สอดคล้องกับความต้องการ และเปิดโอกาส ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลมากยิ่งขึ้น เป็นการสร้างความรู้สึกที่ดี สร้างความสัมพันธ์ และมีผลต่อการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี

ความทุกข์ยากของคนไข้ที่มาพร้อมกับการเจ็บป่วย การใช้เรื่องเล่า narrative medicine เป็นการหาคุณค่ามนุษย์ มองข้อดีและนำมาชื่นชม ด้วยการใช้เรื่องเล่าจากการทำงานที่ช่วย ยกกระตือรือร้นของคณบดี เช่น การที่ผู้บริหารให้พนักงานขับรถมาเล่าถึงชีวิตการทำงานของตนเองให้คนอื่น ๆ ในองค์กรฟัง การให้แพทย์ พยาบาล มาเล่าเรื่องการทำงานที่ประทับใจ หรือสิ่งที่ภาคภูมิใจในการทำงาน ทำให้เราสามารถเห็นคุณค่าของคนในองค์กรในทุกๆ ระดับ กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมที่สามารถดึงพลังและศักยภาพของคนทำงานออกมาอย่างเต็มที่

กิจกรรมเหล่านี้จะช่วยให้ทีมงานมองเห็นความทุกข์ยากของคนไข้ suffering ของคนไข้ เพิ่มมากขึ้น จากการที่มองเห็น “โรค” เพียงอย่างเดียว คนไข้ทุกคนมาโรงพยาบาลด้วยอาการ ป่วยเป็นโรคและความทุกข์ยาก ระบบคุณภาพที่มีมิติจิตวิญญาณจะสามารถรับรู้และมองเห็น ทั้งสองสิ่งนี้ไปพร้อมๆ กัน และจัดระบบการบริการที่มีทั้งการรักษาที่ดี มีประสิทธิภาพ และการเยียวยาที่ทำให้ผู้รับบริการมีความอบอุ่น มีที่พึ่ง และสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์อย่าง แท้จริง

ในระดับที่ลึกลงไปกว่านั้นคือการค้นหาคุณค่าและความดีงามของผู้ป่วยหรือคนไข้ที่มา รับบริการจากเรา แนวคิดนี้จะทำให้คนทำงานได้ยกระดับจิตใจของเราให้สูงขึ้นพร้อมๆ กับ เห็นคุณค่าของความเป็นมนุษย์ และเรียนรู้จากคนไข้ได้มากขึ้น

Role Play

คือการสวมบทบาท ด้วยการสลับกันเช่น แพทย์ทดลองเป็นคนไข้ พยาบาลทดลอง เป็นคนงาน เพื่อให้แต่ละคนได้เห็นตัวเอง หรือแม้แต่การใช้การดูภาพยนตร์จากผลงานการทำงานของเพื่อนร่วมวิชาชีพด้วยกัน แล้วมานั่งคุยกันเพื่อให้รู้ว่าแต่ละคนรู้สึกอย่างไร วิเคราะห์ หนึ่งด้วยกันและช่วยกันคิดว่ามีอะไรที่ควรจะไปใช้ในองค์กรบ้างหรือไม่

การใช้สื่อ เช่น ภาพวาด ภาพยนตร์ ในการเรียนรู้จะช่วยทำให้คนมีจินตนาการ รับรู้ เรื่องราวต่างๆ อย่างเปิดใจ เข้าใจคนไข้ เข้าใจคนทำงานมากขึ้น ส่งพลังถึงต้นตอความดีงาม

ของตนเองและจะสะท้อนออกมาเป็นความคิดที่เปลี่ยนไป มีความตั้งใจที่จะทำสิ่งที่ดีดีมากยิ่งขึ้น เป็นการเปลี่ยนแปลงจากภายในของตนเอง การเปลี่ยนแปลงจากภายในของตนเองนี้จะสะท้อนถึงความคิดที่เปลี่ยนไป การกระทำที่เปลี่ยนไป และมีความยั่งยืนมากกว่าการเปลี่ยนแปลงด้วยวิธีอื่นๆ

เมื่อเรามีความเข้าใจตัวเอง รับรู้และเข้าใจคนอื่น การทำงานหรือกิจกรรมต่างๆ จะก่อกำเนิดมาจากภายใน การกระทำทุกอย่างจะเกิดจากความเข้าใจ เห็นความหมายและเห็นคุณค่าของงานอย่างแท้จริง

SHA มีวัตถุประสงค์ให้คนมีศรัทธาในงานของตนเอง มีศรัทธาในวิชาชีพของตนเอง เป็นการปลุกฝังให้คนทำงานมีแรงบันดาลใจ มีความปิติ และอึดเอมในสิ่งที่ตนเองได้ทำลงไป มองเห็นเหตุและปัจจัย เห็นในสิ่งที่คนอื่นไม่เห็น มีความอดทน รอคอยได้ มีความฉลาดทางอารมณ์สูง มี Idea สูง มองในภาพใหญ่ลงมาแก้ไขในจุดเล็กๆ มองหาโอกาสที่ดีดีเสมอ ไม่ท้อถอย ไม่มองตนเองในแง่ร้าย แม้ไม่สำเร็จก็ไม่ทุกข์ร้อนมาก พร้อมทั้งจะทำใหม่ได้เสมอ สนใจอนาคตมากกว่าอดีตหรือปัจจุบัน

เมื่อมาพัฒนาคุณภาพจะมีความเข้าใจมาตรฐานมากยิ่งขึ้น มีความชัดเจนต่อเป้าหมาย และเจตจำนง สามารถสื่อสารได้อย่างเข้าใจผู้ฟัง เข้าใจว่าควรจะใช้เครื่องมือคุณภาพประเภทใดในสถานการณ์ใด ในขณะที่เดียวกันสามารถหล่อเลี้ยงคนในองค์กรให้มีความสุขจากการทำงาน มีความปิติจากงานที่ได้ทำอย่างมีสติ งานนั้นมีคุณค่าและมีความหมายต่อทั้งตัวเราเองและคนใช้ ที่สำคัญงานและอุดมการณ์หรือเป้าหมายชีวิต เป็นเรื่องเดียวกัน

โยนก้อนหินลงน้ำ⁹

เกิดอะไรขึ้นเมื่อเราโยนก้อนหินลงไปในน้ำ

เราจะเห็นรอยกระเพื่อมของผิวน้ำรอบก้อนหิน แล้วค่อยขยายกว้างออกไปเป็นระลอก แม้ว่า spirituality จะเป็นนามธรรมที่เข้าใจยาก แต่ลองเปรียบเทียบให้เป็นก้อนหินดู วงรอบของคลื่นที่เกิดจากการโยนก้อนหินลงในน้ำ เปรียบเสมือนผลกระทบของ spirituality ที่เกิดขึ้นกับตัวเรา และแผ่ขยายออกไปโดยรอบ สู่มิตรรอบตัว สู่มิตรบริการ สู่อุปการ สู่มิตรแวดล้อม และผู้สังคมภายนอก

Spirituality ที่เกิดขึ้นกับตัวเอง คือการฝึกฝนที่จะพัฒนาให้เราได้ใช้ “สติ” และ “ปัญญา” จนสามารถทนกับสภาวะบีบคั้นที่เกิดขึ้น และแบ่งปันพลังบวกให้กับผู้อื่นได้ Giulio Cesare Giacobbe นักจิตวิทยาชาวอิตาลี เขียนหนังสือเล่มหนึ่งชื่อ How to Get the Buddhahood ซึ่ง รศ.นพ.สุรเกียรติ์ อาชานานุกาพ แปลและเรียบเรียงในชื่อว่า “5 ทางลัดเข้าถึงแก่นแท้ชีวิต” สรุปความโดยย่อของพลัง 5 ประการสำหรับการเข้าถึงความเป็นพุทธะ คือ (1) การควบคุมจิตใจ (ด้วยการเฝ้าดูจิตใจและจิตสำนึกที่เกิดขึ้นเองโดยอัตโนมัติ ขจัดความคิดด้านลบและสร้างความคิดด้านบวก ตระหนักถึงความว่างของจิตใจ) (2) การอยู่กับความเป็นจริง (3) การตระหนักรู้ถึงความเปลี่ยนแปลง (4) การไม่เข้าครอบครอง (5) ความรักสากล เป็นหนังสือที่ควรอ่านและนำมาฝึกฝนอย่างยิ่ง

นพ.ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์ เน้นความสำคัญของการหยุดความคิดด้วยการอยู่กับลมหายใจที่เป็นปัจจุบัน มีสติอยู่กับกิจที่ทำ ใช้ระฆังแห่งสติเพื่อเตือนให้เรากลับมาอยู่กับลมหายใจของตัวเองให้บ่อยครั้งเท่าที่จะเป็นไปได้

การอยู่กับความเป็นจริง คือการอยู่กับปัจจุบัน ทั้งอดีตที่ล่วงมาแล้ว และอนาคตที่ยังมาไม่ถึง ล้วนเป็นความคิดคำนึง มิใช่ความจริง ความคิดสามารถเกิดซ้ำตัวมันเองได้ และสามารถก่อเกิดพิษที่เป็นพิษได้ เราพึงฝึกที่จะเปลี่ยนจากผู้ลิขิตความคิดมาเป็นผู้สังเกตการณ์ความคิด

นักจิตวิทยาอธิบายเนื้อหาของจิตใจหรือกระบวนการทางจิตว่ามี 5 รูปแบบ คือ ความรู้สึกหรือการรับรู้ อารมณ์ ความคิด เจตจำนง และการรู้สติหรือจิตสำนึก หรือเป็นการจำแนกแจกแจงขั้นตอนของกระบวนการทางจิตที่เกิดขึ้นเป็นลำดับ และให้เราใช้ประโยชน์จากการรู้สติในการทำหน้าที่ผู้สังเกตการณ์

⁹ นพ.อนวัช คุชชุตikul. บทความประกอบการประชุม SHA Conference & Sharing “คุณภาพ คุณค่า คุณธรรม”. 19-21 ธันวาคม 2555 โรงแรมอิมพีเรียล คีนส์ปาร์ค กรุงเทพฯ.

พลังประการสุดท้ายคือความรักสากล หรือความรักที่ไม่มีเงื่อนไข เป็นสิ่งที่สำคัญมาก ที่จะช่วยกำกับให้เกิด spirituality ในตัวเรา เป็นตัวทดสอบว่าเราพัฒนาไปได้ถึงระดับใด หากเรายังไม่สามารถที่จะยอมรับผู้อื่น ให้ความรักแก่ผู้อื่นได้ ไม่ว่าเขาจะเป็นเช่นไร เราก็จะยังคงใช้ตัวเองเป็นศูนย์กลางที่จะเข้าครอบครองสิ่งอื่นๆ อยู่ดี

Spirituality กับเพื่อนรอบตัว การไม่เข้าครอบครองและความรักสากล จะทำให้เรามีสัมพันธภาพที่ดีกับทุกคนที่อยู่รอบตัว จะไม่เกิดความรู้สึกเชิงลบกับคนรอบข้าง ไม่สร้างปัญหากับเพื่อนร่วมงาน พร้อมทั้งจะเป็นผู้รับรู้และช่วยคลี่คลายปัญหา แบบฝึกหัดที่อาจจะ เป็นประโยชน์ชุดหนึ่งคือการที่เรากลับมาปรับ mindset ของเราเองในทุกครั้งที่เกิดปัญหากับเพื่อนร่วมงาน และหากเป็นไปได้ ทั้งสองฝ่ายร่วมกันยกระดับ mindset ขึ้นไปจนไม่เหลือความขัดแย้ง คำอธิบายก็คือ เมื่อไรก็ตามที่เกิดปัญหาขึ้น สาเหตุก็เพราะความยึดมั่นในจุดยืน ของคู่กรณี และไม่มีใครยอมให้แกกัน ด้วยเชื่อว่าสิ่งที่ตัวเองคิดนั้นถูกต้องกว่า เมื่อไรที่เราสามารถ เรียนรู้จนเข้าใจมุมมองและจุดยืนของคู่กรณี เราจะพบว่าวิธีการมองที่เหนือชั้นกว่าที่เรา ยึดถืออยู่ ซึ่งหากเราสามารถขยับไปสู่จุดนั้นได้ ความขัดแย้งก็จะคลี่คลายไปเอง เราจึงควร ฝึกที่จะเป็นคนใหม่ในทุกๆ วัน ใหม่ด้วยการทำความเข้าใจคนอื่นก่อนที่จะพยายามทำให้คนอื่นเข้าใจเรา

บททดสอบมิติ spirituality กับเพื่อนรอบตัวก็คือการหันไปมองรอบๆ แล้วถามตัวเอง ว่า “เรายังมีเรื่องกินใจอะไรอยู่กับใครหรือไม่” ถ้ามีคำตอบว่า “ใช่” นั่นก็คือโอกาสพัฒนาของ เราเอง เป็นความท้าทายต่อตัวเองอย่างมาก ที่จะเปลี่ยนความคิดของเรา มิใช่ให้บุคคล นั้นเปลี่ยนแปลง เราสามารถที่จะสืบสาวไปถึงต้นตอของเรื่องราวที่กินใจนั้นได้หรือไม่ ส่วน มากแล้วมักจะนานมากจนลืมเลือน และหากสามารถสืบสาวได้ เราจะยอมรับหรือไม่ว่าตัวเราเองก็มีส่วนต่อเรื่องราวเหล่านั้น ในหลายครั้งเราจะพบว่าเมื่อเวลาผ่านไป 2-3 ปี สัมพันธภาพ จะค่อยๆ กลับคืนมา เราจะสามารถถอยย่อเวลาแห่งความขุ่นมัวนี้ให้สั้นลงได้หรือไม่ และหาก ความขุ่นมัวยังคงดำรงอยู่ เราจะสามารถให้อภัยและใช้ความรักโดยไม่มีเงื่อนไขเพื่อเยียวยา กันและกันได้หรือไม่ เป็นการให้อภัยทั้งตัวเองและให้อภัยเพื่อนของเรา

Spirituality ต่อผู้ป่วย เพียงเรามีความสงบเย็น การทำหน้าที่ผู้เยียวยาของเราจะเกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ เพียงการเข้าไปปรากฏกายของเราตรงหน้าผู้ป่วย ผู้ป่วยจะสัมผัสได้ถึง ความหวัง ความตั้งใจ ก่อให้เกิดความมั่นใจซึ่งมีผลต่อการเยียวยาเป็นเบื้องต้น

ด้วยจิตสำนึกที่รับผิดชอบของวิชาชีพ และความปรารถนาดีต่อเพื่อนมนุษย์ เมื่อไม่ถูก ก่อทวนด้วยอารมณ์และความรู้สึกด้านลบ จะทำให้เราสามารถทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์ เรา จะขจัดอารมณ์ด้านลบในระหว่างการทำงาน สถานการณ์ที่ไม่เป็นไปดั่งใจ ความต้องการและ

ข้อเรียกร้องภายใต้ข้อจำกัดต่างๆ ได้อย่างไร เป็นสิ่งที่ท้าทายมากกว่าเราจะฝึกฝนตัวเรา
อย่างไร เพื่อขจัดตัวกวนในจิตใจเหล่านี้ออกไป

การมีสติตื่นรู้ในการทำงาน จะช่วยลดหรือป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย แบบ
ฝึกหัดในเรื่องนี้คือ (1) หมั่นใคร่ครวญเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างลึกซึ้งโดยไม่ด่วนเองง่ายเข้า
ว่า เพื่อค้นหามูลเหตุที่จะนำไปสู่การป้องกันปัญหา เป็นการใคร่ครวญโดยตระหนักถึงปัจจัย
ที่สัมพันธ์กันอย่างซับซ้อน (2) คาดการณ์ในทุกสถานการณ์ว่าอาจจะเกิดปัญหาอะไรขึ้นได้
บ้าง เป็นการใส่หมวกสีดำเพื่อมองอนาคต (3) เตรียมพร้อมว่าหากเกิดสถานการณ์เหล่านั้น
ขึ้น เราควรจะมีอะไรอยู่ในมือ หรือจะมีวิธีการป้องกันมิให้สถานการณ์เหล่านั้นเกิดขึ้นได้
อย่างไร ฝึกที่จะใช้หมวกสีเขียวเพื่อสร้างนวัตกรรมในการทำงาน (4) ตา ดู ใช้สายตาและการ
รับรู้อื่นๆ ที่จะมองสิ่งแวดล้อมรอบตัวว่ามีอะไรผิดปกติ (5) หู ฟัง รับฟังข้อคิดเห็นและข้อมูล
จากผู้เกี่ยวข้องอย่างรอบด้านด้วยความเคารพ

ทั้งหมดนี้อาจสรุปลงมาด้วยข้อคิดง่ายๆ ในการดูแลผู้ป่วยก็คือ “ดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย
ดุจญาติมิตรของเรา” แม้ว่าเราจะดูเหมือนเอาตัวเราเองเป็นศูนย์กลาง แต่ถ้าปฏิบัติเช่นนี้ได้กับ
ทุกคน ตัวเราก็เป็นหนึ่งในเดียวกับจักรวาล

Spirituality กับองค์กร เมื่อเรารักเพื่อรอบตัวและผู้ป่วยได้ ก็ไม่เป็นการยากที่เรา
จะรักเพื่อนร่วมงานทั้งองค์กร รักผู้บริหาร รักองค์กร ร่วมกับขับเคลื่อนเพื่อนองค์กรฝ่าฟัน
อุปสรรคต่างๆ สู่ภาพฝันที่วาดไว้

ความเข้าใจว่าองค์กรเป็นระบบที่ซับซ้อนและมีชีวิต เป็นระบบเปิดที่มีปฏิสัมพันธ์กับ
ภายนอก มีการสื่อสารและพลังขับเคลื่อนทั้งที่มองเห็นและมองไม่เห็น สามารถตอบสนองต่อ
สิ่งเร้าต่างๆ ได้ สามารถเรียนรู้ได้ มีลักษณะเป็นพลวัต ร่วมกับเจตจำนง (องค์ประกอบที่ 4
แห่งเนื้อหาของจิตใจ) จะทำให้เราจัดความรู้สึกเชิงลบที่เกิดขึ้นกับเพื่อนร่วมงานและกับ
องค์กร พร้อมร่วมมือกับทุกฝ่ายอย่างเต็มที่ มององค์กรเสมือนบ้านของตนเอง มองเพื่อน
ร่วมงานเสมือนพี่น้องในครอบครัว คอยเฝ้าระวังและระมัดระวังสัญญาณเตือนต่างๆ ที่ควรร่วมกันเข้า
แก้ไข ไม่บั่นทอนพลังกันเองด้วยเรื่องเล็กน้อยเพื่อสงวนพลังไว้จัดการกับเรื่องใหญ่ๆ เปิด
โอกาสให้ผู้คนตีความหมายอย่างหลากหลาย พร้อมกันหาจุดร่วม หากคุณค่าร่วมกัน เพื่อให้
ใช้พลังของความหลากหลายให้เกิดประโยชน์สูงสุด

องค์กรที่ประสบความสำเร็จและยั่งยืนคือองค์กรที่สามารถสร้างนวัตกรรมได้อย่างต่อ
เนื่อง นวัตกรรมจะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อสมาชิกในองค์กรมีความไวในการรับรู้การเปลี่ยนแปลง
และความต้องการต่างๆ ร่วมกับการทุ่มเทจดจ่อในประเด็นความท้าทายเพื่อให้เกิดความคิด
สร้างสรรค์ คนทำงานมิได้เป็นเพียงผู้อาศัยในบ้าน แต่เป็นผู้สร้างบ้านที่แข็งแกร่ง มิใช่ผู้ที่คอย

ตั้งคำถามว่า “ทำแล้วฉันจะได้อะไร” แต่คิดอยู่ตลอดเวลาว่า “ฉันจะตอบแทนองค์กรได้อย่างไร เพื่อความมั่นคงขององค์กร และเราจะเป็นผู้รับผลนั้นในภายหลัง”

Spirituality กับสิ่งแวดลอม อิสลามิกท่านหนึ่งกล่าวถึงการก้าวออกไปบนพื้นดินด้วยความเคารพ ทุกก้าวอย่างจึงเปี่ยมไปด้วยความนุ่มนวล ความรัก ความเมตตา มิได้ถืออำนาจบาตรใหญ่ในการเหยียบย่ำ เราสามารถฝึกฝนให้เรามีความรักต่อสิ่งแวดลอมในทุกก้าว และทุกขณะจิต เคารพสิ่งแวดลอมทั้งที่มีชีวิตและไม่มีชีวิต ทั้งที่ปรากฏตัวต่อหน้าและมิได้ปรากฏตัว

ด้วยจิตวิญญาณที่เคารพต่อสิ่งแวดลอมในที่ทำงาน เราจะไม่สร้างภาระให้กับคนอื่น ในการดูแลสิ่งแวดลอม ไม่ก่อให้เกิดทัศนคติที่ทำงาน 5 ส.บนโต๊ะทำงานของเราและในสถานที่ทำงานกลายเป็นเรื่องปกติ การออกแบบพื้นที่ทำงานที่จำกัดพื้นที่ส่วนบุคคลและจัดให้มีพื้นที่ส่วนกลางให้มาก เป็นสิ่งแวดลอมที่ลดความเป็นตัวตนของแต่ละคนลง เปิดโอกาสให้เข้าร่วมมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นมากขึ้น

เมื่อตัวผู้ให้บริการสามารถเยียวยาผู้ป่วยได้ สิ่งแวดลอมก็สามารถเยียวยาผู้ป่วยได้เช่นกัน ด้วยความเคารพและเห็นคุณค่าของสิ่งแวดลอม จะทำให้เราออกแบบสิ่งแวดลอมเพื่อการเยียวยาได้อย่างหลากหลาย เริ่มตั้งแต่การจัดสิ่งแวดลอมที่ปลอดภัย สิ่งแวดลอมที่เอื้อต่อการมีปฏิสัมพันธ์ สิ่งแวดลอมที่ทำให้เข้าถึงหรือใกล้ชิดกับธรรมชาติ ภาพและเสียงที่ก่อให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายและสงบเย็น รวมไปถึงขั้นตอนการให้บริการ กิจกรรมทางสังคม และท่าทีของผู้คนในสิ่งแวดลอมเหล่านั้น

Spirituality ต่อสังคม ต่อความยั่งยืนของโลกและมนุษยชาติ โลกกำลังเต็มไปด้วยการเบียดเบียนกันและกันด้วยมิจฉาที่รู้ว่านี่คือการพัฒนา นี่คือความเติบโตทางเศรษฐกิจ แต่กำลังบั่นทอนความยั่งยืนของโลกใบนี้ลงเรื่อยๆ ความหลากหลายทางชีวภาพลดลงอย่างต่อเนื่อง พื้นที่ป่าธรรมชาติลดลงอย่างรวดเร็ว ความแปรปรวนของภูมิอากาศเกิดขึ้นจนเราตั้งรับไม่ทันและเชื่อมโยงไม่ได้ว่าเป็นเพราะฝีมือของพวกเราเอง เราเบียดเบียนทุกอย่างที่อยู่รอบตัว การเบียดเบียนนั้นส่งผลกลับมาหาเรา แต่เรายังไม่รู้ตัวว่าเป็นเพราะพวกเรากันเอง

เป็นเพราะพวกเรากันเองมิใช่หรือ ที่เพิกเฉยไม่ใส่ใจในการเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากบริการทางการแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยโรคต้องรวมตัวกันขึ้นมาเรียกร้อง จนพวกเรากันเองรู้สึกว่าถูกคุกคาม เป็นพวกเรากันเองมิใช่หรือที่นำการพาณิชย์เข้ามาสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไม่ลืมหูลืมตา จนสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับวิชาชีพ กลายเป็นการทวงสิทธิระหว่างผู้ซื้อกับผู้ขายบริการ

หากจิตใจเรายังคงขาดต่อสภาพที่เกิดขึ้น ยังไม่ลดระดับของการเบียดเบียนกันและ

กันลง ก็ยากที่จะไปถึงสังคมในอุดมคติ มีแต่ความโกลาหลที่เพิ่มมากขึ้น ต่างฝ่ายต่างจึงจะเอาเปรียบกันและกันแทนที่จะอยู่ร่วมกันอย่างเกื้อกูล ความเป็นมนุษย์ผู้มีจิตใจสูงก็จะค่อยๆ เสื่อมลง ช่วงเวลาที่จะเกิดอาชญากรรมนับพันนับหมื่นปีซึ่งเราไม่มีทางจะเห็น แต่เราเป็นผู้ก่อให้เกิด และเราเป็นผู้สามารถจะยับยั้งหรือชะลอมันได้

มีผู้ตั้งคำถามว่าเหตุใดจึงเปรียบเทียบกับรอยกระเพื่อมของน้ำ เพราะถึงกระเพื่อมออกไป ครู่เดียวมันก็หายไป ไม่มีพลัง แต่ว่า spiritual มีพลังมากกว่าการกระเพื่อมนี้ ก็ขอให้เป็นการเปรียบเทียบถึงรอบของการขยายตัวเป็นคลื่นออกไปรอบตัว เป็นพลังที่ไปกระทบต่อทุกอย่างโดยรอบ แต่ขอให้พลังงานที่มีความเข้มข้นขึ้นอย่างต่อเนื่อง และไม่สงบลงอย่างรวดเร็วตั้งคลื่นบนผิวน้ำ

อยู่รอด อยู่ร่วม อยู่อย่างมีความหมาย¹⁰

งานของพวกเราเป็นงานที่สวยงาม มีความจริงบางอย่างที่เราต้องอยู่กับมันให้ได้ เราอาจจะต้องซาลงจึงจะมองเห็นสิ่งเหล่านี้

อยู่เพื่ออยู่รอด

เมื่อหกปีที่แล้วได้พูดว่าอยู่เพื่ออยู่รอดคือเพื่อฉัน คนที่อยู่รอดคือตัวฉันเอง แต่เราเคยเห็นคนที่อยู่เพื่อจะอยู่รอดดีนั้นรออยู่ข้างหน้าเรามากน้อยแค่ไหน เมื่อไรที่คนไข้รู้สึกว่ “ฉันกำลังจะตาย” เราจะบอกเขาว่าคุณกำลังจะไม่ตาย เราเคยเข้าใจความรู้สึกของเขาหรือไม่ เวลาที่คนไข้บอกว่าหายใจไม่อิ่ม หายใจไม่ออก ความหมายคือฉันจะอยู่รอดอยู่หรือเปล่า ฉันเหนื่อย สิ่งเหล่านี้ทำให้ชีวิตเปลี่ยนความหมายออกไป

ในชีวิตประจำวันของพวกเรา ฉันยังกิน ฉันยังนอน ฉันยังถ่ายได้ นี่อาจจะถูกมองว่าเป็นเรื่องผิวเผิน แต่ที่จริงเป็นเรื่องใหญ่ เมื่อไรที่เรากินไม่ได้ กินแล้วอาเจียน เมื่อไรที่เรานอนไม่หลับ คนไข้ส่วนใหญ่ท้องผูกแล้วเราก็กไม่รุ้ เพราะเราไม่ได้ถามเป็นประจำ เราละเลยอะไรบางอย่างที่ทำให้ชีวิตของเราดำเนินไปตามปกติ กิน นอน ถ่าย อะไรที่รบกวนต่อหน้าที่พื้นฐานเหล่านี้ มันมีความหมายมาก

พวกเราจะไม่เห็นความยิ่งใหญ่ของงานของเรา วิธีเดียวที่จะมองว่าบางอย่างมันมีความหมายต่อชีวิตของเขา คือการมองด้วยตนเองที่ว่าชีวิตของฉันดี มันเป็นเพราะอะไร เราดูแลต้นทุนเหล่านี้อย่างไร เราเคยคิดหรือไม่ว่าสิ่งเหล่านี้บางอย่างเป็นของตาย ของพวกนี้ไม่ได้เกิดโดยอัตโนมัติ มีคนบางคนดูแลให้เราอยู่ และเมื่อเราเจ็บไข้ได้ป่วย มันแสดงว่าเราอาจจะกำลังสูญเสียสิ่งเหล่านี้

มนุษย์แสวงหาอิสรภาพ ต้องการทำอะไรด้วยตัวเราเอง เมื่อเข้ามาใน รพ.จะพบว่าอิสรภาพเหล่านี้หายไปอย่างรวดเร็ว คนไข้จะเลือกได้ใหม่ว่าจะให้ทาง IV แขนข้างไหน จะต่อรอกกับคนแปลได้ใหม่ว่าขอยังไม่ไป แต่ระบบคุณภาพของเราก็กคงไม่เอื้อ KPI ของศูนย์แปลที่บอกว่า excellent นั้นจะต้องเดินทางจากจุด A ถึงจุด B ในเวลาเท่าไร เป็นเรื่องของ การที่มองในมุมของใคร

“The Forgotten Medicine” เป็นหนังสือที่แปลมาจากข้อเขียนของ Hippocrates เมื่อห้าพันปีที่แล้ว ทำไมคนเหล่านี้จึงลุกขึ้นมาเป็นหมอ เปิดโรงเรียนแพทย์ อัตราการตายที่

¹⁰ ดร.นพ.สกล สิงหะ ปาฐกถาในการประชุม SHA Conference & Sharing “คุณภาพ คุณค่า คุณธรรม”. 21 ธันวาคม 2555 โรงแรมอมิฟิเรียล คิวินส์ปาร์ค กรุงเทพฯ.

รพ.อาจจะเท่ากับที่บ้าน หรืออาจจะเป็นเพราะว่าเขาสงสารคนที่กำลังทุกข์ทรมาน เมื่อเรามองว่าคนไข้ที่เดินเข้าคือคนที่มาจ่ายเงินให้ รพ. กับการมองอย่างสงสารเขา มุมมองทั้งสองอย่างนี้ย่อมไม่เหมือนกัน การที่จะบอกว่าเราทำอะไรเพื่ออะไร มันเป็นเรื่อง critical เป็นเรื่องสำคัญมากกว่าเรามองคนเหล่านี้อย่างไร

คนไข้ที่หมดอิสรภาพ เขาจะต้องเป็น burden เป็นภาระ อันนี้เกี่ยวกับศักดิ์ศรีของเราหรือไม่ คนตะวันตก autonomy มีความสำคัญ ถ้าฉันป่วย เธอต้องมาดูแลฉัน แต่คนไทย เมื่อป่วย มักจะเก็บไว้กับตัวเอง ยอมทนทุกข์กับตัวเองมากกว่าที่จะขอร้อง อาสาสมัครที่ทำงานในเมืองไทยจึงทำงานยากกว่า เพราะคนไข้ไม่ยอมบอกว่าต้องการอะไร คนไทยมีความอดทนมากกว่าเยอะ เป็นทุกข์ของฉัน จะทำให้เป็นภาระแก่คนอื่นน้อยที่สุด อันนี้เป็นความท้าทายของเรา ถ้าเราเอาชนะได้ จะเกิดรางวัล จะเกิดการถามไถ่ จะเกิดการซักถามคนที่อยู่ข้างหน้าว่าเขาต้องการอะไรหรือเปล่า ทั้งที่เขายังไม่ได้พูดอะไรออกมา

อยู่เพื่ออยู่ร่วม

มนุษย์เป็นสัตว์สังคม มนุษย์อ่อนแอมาก จึงต้องอยู่กันเป็นสังคม และต้องมีการสื่อสารกัน มนุษย์อยู่ร่วมกันในหลายระดับ อยู่สองคนถึงอยู่เพื่อชาวโลก ความสามัคคีมีได้หมายถึงการอยู่ร่วมกันเพื่อทะเลาะลง มนุษย์อยู่ร่วมกันหลายรูปแบบ เราพัฒนาผัสสะทั้งหมดมาอย่าง advance มาก ความเป็นอยู่หรือสุขภาวะของเรานั้น ทุกวันนี้เราทำงานด้วยความยากลำบาก ด้วยความอดทน เราไม่ได้ทำเพื่อตัวเรา อาจจะเป็นการทำเพราะว่าครั้งหนึ่งเราจะได้มองย้อนกลับไปแล้วบอกกับลูกหลานว่านี่คือสิ่งที่พอกับแม่ทำ

เวลามีเด็ก มีลูก มีหลาน มาเยี่ยมเราที่ รพ. ไม่ได้หมายความว่ามีความหมายมาเยี่ยมเรา บางครั้งเมื่อเห็นคนเหล่านี้ เราารู้สึกว่าฉันไม่ได้ตายอย่างแท้จริง ฉันเป็นอมตะ เพราะสิ่งที่ฉันเชื่อ สิ่งที่คิดว่าเป็นคุณค่าแห่งชีวิต มันไม่ได้ตายตามเราไป แต่ยังคงอยู่กับลูกหลาน ลูกไปเยี่ยมไม่เท่าไร แต่หลานมาเยี่ยมมัน bright up มันดีกว่ายา anti-anxiolytic drug หรือ anti-depressant เพราะนี่คือการที่เราได้รับรู้ว่าเราได้ทิ้งร่องรอยอะไรบางอย่างไว้ เมื่อไรก็ตามที่เรารู้ว่าเราทิ้งร่องรอยที่ไม่ดี เราต้องแก้ไข insight เป็นเรื่องสำคัญมาก

ฮิตเลอร์ไม่เคยเห็นว่าเขาทำอะไรกับประเทศในยุโรปบ้าง รถไฟที่เขา นั่งจะปิดมาหมด งานที่สั่งฆ่าคนเป็นแต่งงานเอกสาร เขาถูกตัดผัสสะ แล้วก็ immune ตัวเองอยู่ในกล่อง เราต้องระวังตัวเอง ระวัง immune ว่าเราได้ทำอะไรลงไปบ้าง

คนในวงการสาธารณสุขเหมือนกับคนในโรงงานฆ่าสัตว์ใหม่ ดูใบหน้าของคนที่นี่โรงงานฆ่าสัตว์ตอนที่ใช้ค้อนปอนด์ทุบหัวหมู สีหน้าของคนทุบหนึ่งสงบ professional มาก เสียงกรีด

ร้องของหนูไม่กระทบกระเทือนของเขาเลย นั่นคือเขา immune ตัวเองจากเสียงร้องดังกล่าว โดยสิ้นเชิง พวกเราต้องไปดูว่าที่ ER พวกเรา professional ขนาดไหน

ความสำคัญของสังคม enhance ความหมายของการอยู่ “เพื่อการอยู่รอด” ให้กว้างกว่าเดิม ลึกซึ้งกว่าเดิม เราต้องใช้พลังของการอยู่ในสังคมนี้ด้วยความระมัดระวัง บางทีสามัคคี อาจจะเป็นพลังแห่งการทำลายก็ได้

พวกเราต้องรู้ว่าเมื่อไรก็ตามที่มีการอยู่ร่วมกันตั้งแต่สองคนขึ้นไป จะต้องมีการให้และการรับเกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ อย่างน้อยก็ต้องแบ่งอากาศที่หายใจ แบ่งพื้นที่ให้แกกัน **คนที่ให้ นั่นขณะที่ให้ก็กำลังรับอยู่ด้วย พ่อแม่ให้อะไรแก่ลูกมากมาย รางวัลที่ยิ่งใหญ่ก็คือเรา ได้เป็นพ่อและเป็นแม่** มันไม่ใช่พ่อแม่ตามทะเบียนบ้าน แต่เป็นพ่อแม่ทางพฤตินัย เมื่อเราให้เขาไป สิ่งที่เราได้รับทันทีคือได้รับความเป็นผู้มอบให้ ซึ่งอาจจะได้มากกว่าผู้รับด้วยซ้ำไป ขณะเดียวกัน คนรับเป็นคนให้หรือไม่

ถ้าพวกเราเชื่อว่าการให้เป็นสิ่งที่ดี เราต้องเป็นผู้รับที่สง่างาม ต้องเปิดโอกาสให้คนอื่นเป็นผู้ให้ด้วย ไม่ใช่ไม่ขอรับโอกาสจากคนอื่นเลย บางทีเราสามารถเป็นผู้ให้ได้โดยการเป็นผู้รับที่สง่างาม เป็นผู้ต่อยอดวัฒนธรรมการให้ โดยยอมเป็นผู้รับ ทั้งคนให้และคนรับ ต่างก็เป็นคนรับและคนให้ในเวลาเดียวกัน และเมื่อมันเอง อิทัปปัจจยตา interconnectedness เกิดขึ้นครบวงจร เพราะการให้และการรับนั่นเอง

การรับรู้ฉันและเธอ ความเจ็บไข้ได้ป่วยทำให้คนถูกแยกออกมาโดดเดี่ยว แนะนำภาพยนตร์เรื่อง Wit นางเอกเป็นอาจารย์สอนเรื่องความตาย เป็น CA ovary เธอกล่าวว่า “ฉันถูกแยกออกมาไม่ใช่เพราะมะเร็ง แต่ถูกแยกเพราะการเยียวยารักษา” โทษที่หนักมากที่สุดในการคือการขังเดี่ยว ใน รพ. ระหว่างเชื้อโรคกับความเป็นมนุษย์ต้องขังให้ตี

แพทย์ประจำบ้านศัลยกรรมที่อดหลับอดนอน จิตตก เอาเลือดออกมาตรวจ เอาเม็ดเลือดขาวมาวิ่งแข่งกันใน plate ปรากฏว่าเม็ดเลือดขาวของแพทย์ที่อดนอนวิ่งช้ากว่าเม็ดเลือดขาวในยามปกติอย่างมาก ลองซั้งน้ำหนักให้ตีว่าเรามี absolute indication แล้วหรือยัง ในการ isolate คนออกจากสังคม ขณะที่เราอยู่อย่างคนปกติ เราสามารถเป็นผู้ให้และผู้รับ แต่เมื่อเรามีความเจ็บป่วย เราเป็นผู้รับอย่างเดียว ถ้าเรามองว่าเขาไม่ได้เป็นแค่ผู้ป่วย คนทุกคนเขามีต้นทุนของเขาเอง เขาทำขนม ทำแกง เก่งกว่าเรา เรามอบบทบาทในการเป็นผู้สอนให้แก่คนเหล่านี้หรือไม่ ทุกๆ ครั้งเราจะไปตอกย้ำเขาว่าเขาโทรม เราจะไปช่วยเขา เราเคยปฏิบัติต่อเขาในฐานะที่เขาจะเป็นครูหรือไม่

ผมเคยพานักศึกษาไปหาคนไข้ที่เป็นครู บอกว่าคุณครูครับ ผมจะพานักศึกษามาเรียน จากคุณครู คนไข้แทบจะลุกขึ้นจากเตียงได้ การที่เป็นทั้งผู้ให้และผู้รับมีความสำคัญ

ในภาวะปกติเรามีพื้นที่ให้ผู้อื่น แต่เมื่อไรที่เจ็บป่วย เราจะรู้สึกว่าเหลือฉันเพียงคนเดียว เราจะแก้ไขอย่างไร เราจะ empathy และให้เขารับรู้ได้หรือไม่ว่าเรารับรู้อย่างไร

บางคนมีพลังงานภายในที่เมื่อเข้าไปยื่นข้งผู้ป่วย ก็เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อคนไข้ ถ้าเราเข้าไปอย่าง respect ในความเป็นมนุษย์ของเขา ความรู้สึกบางอย่างจะเกิดขึ้นกับคนที่เราดูแล

ตอนที่เรปกติ เราสามารถที่จะเห็นใจและอยากให้ผู้อื่นพ้นทุกข์ แต่ตอนที่คนไข้เจ็บป่วยนั้น ความทุกข์มันท่วมทับ เราจะต้องมี competency ในการรักษาอาการ ผมเดินทางไป ใน รพ.หลายแห่งในประเทศไทย ได้ยินคำพูดว่า off-service แล้วไม่เข้าใจ โรคนี้มันไม่หาย off-service หมายความว่าอย่างไร คนไข้คนนี้อาจจะไม่ใช่ candidate ในการทำ kidney transplantation แต่ symptom control ใน field นั้นไม่มีใครเก่งกว่าเรอีกแล้ว เราต้องบอกคนไข้ได้อย่างเต็มปากเต็มคำว่า 90% เราเอาอยู่หรือไม่ โดยเฉพาะเมื่อเราเคยปวดมาก่อน เราต้องเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์

นักวิทยาศาสตร์สงสัยว่าคนร้องให้เป็นอะไร ศึกษาพบว่าในน้ำตามีสารบางอย่างออกมามากมาย ไม่รู้ว่าอะไรเป็นเหตุอะไรเป็นผล การร้องให้เป็น self healing ที่ดีมาก เมื่อเราเห็นคนร้องให้แล้วเราเดินหนี ไปบอกคนร้องให้ว่าไม่ต้องเสียใจ เป็นเรื่องโง่

เมื่อบอกว่าคุณเป็นมะเร็ง แต่ไม่เป็นไร มันเป็นอย่างนั้นจริงหรือเปล่า จริงๆ เรากับตัวเอง

อยู่อย่างมีความหมาย

เรามีชีวิตอยู่เพื่อที่จะได้ทำ จะได้มี จะได้เป็น และเพื่อที่จะเข้าใจ (ปัญญา) ไม่มีปัญญาอันไหนจะมีผลต่อบัญญาจากฐานกายที่เราได้ทำเอง

ชีวิตที่สบาย ไม่มีภาระ เป็นอิสระ ไม่ฟุ้งเฟ้อ ท่ามกลางธรรมชาติ สิ่งที่มีความหมายที่สุดอาจจะเป็นคนที่อยู่ตรงหน้าเรา คนที่เราเยี่ยมด้วย อะไรคือ healing environment คิดว่าคนสำคัญที่สุด การทำอะไรจนเป็นอัตโนมัติจนมองไม่เห็นสิ่งที่เราได้ทำไป

การได้มาอยู่รวมกันจำนวนมาก ขึ้นกับเราให้ความสำคัญกับอะไร การมาอยู่รวมกันในสถานที่อันเอื้อต่อสปีปายะ เราเห็นอะไรบางอย่างได้ผิวสีต่างๆ ได้ฐานะอะไรบางอย่าง

ผมชอบชุดพยาบาลในรูปนี้เพราะเธอใส่เสื้อกันเปื้อน นี่คือศักดิ์ศรีของพยาบาล คนอื่นที่ไม่ได้ถูกฝึกมาจะไม่สามารถทำงานอย่างนี้ได้ การเยียวยาเกิดขึ้นตอนไหน ผู้ที่ทำงานกับมูตรด้วยความรัก

บางครั้งคนก็ไปรวมกันด้วยบางสิ่งบางอย่าง รู้สึกว่าชีวิตยังมีความหวัง รู้สึกว่างานของเรามีค่าและมีความหมาย

เมื่อไรที่คนใช้รู้สึกว่าเขาไม่ได้ทำในสิ่งที่เคยทำได้ กำลังสูญเสียสิ่งที่เคยมี ความไม่ไฝ่ฝัน
ที่กำลังจางหายไป พวกเราทำให้สิ่งต่างๆ เหล่านี้เบาบางไป

การเยียวยา

“ทำอย่างไรให้เราอยากดูแลตนเองให้มีกำลัง เพื่อที่จะได้สามารถไปดูแลผู้อื่น และรู้สึกว่าชีวิตเรานั้นมีความหมาย?”

ในโลกแห่งมนต์ฉบับอันเปี่ยมด้วยรักและการตระหนักรู้¹¹

เรามีชีวิตราวกับร่างกายของเราเป็นกลุ่มก้อนสสารที่ดำรงอยู่อย่างเอกเทศ เราจึงสูญเสียความเชื่อมร้อยที่เป็นผลดีต่อสุขภาพกับผืนโลก

เรามีชีวิตราวกับอยู่ในโลกที่ว่างเปล่าตายซาก พลังและญาณทัศนะของเราจำต้องกำเนิดจากเบื้องใน และเราตื่นเต้นกระสับกระส่ายไม่หยุดหย่อน จนกว่าพลังของเราจะหมดสิ้นไป

เรามีชีวิตราวกับว่าเวลาไหลเคลื่อนจากอดีตสู่นาคตจริง ๆ เราจึงไม่ยอมผ่อนพักและอยู่กับปัจจุบันขณะแม้ชั่วอึดใจ

เรามีชีวิตราวกับว่าจิตของเราตั้งอยู่ที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย และเกิดขึ้นจากร่างกาย เราจึงกลัวความตายที่เป็นการดับสูญอันน่าสะพรึงกลัว

เรามีชีวิตราวกับเราเป็นผู้สังเกตการณ์ในโลกซึ่งวัตถุไม่เคยเปลี่ยนแปลงตามกาลเวลา เรารับรู้โลกเสมือนตัวเองเป็นเพียงกล้องถ่ายรูป โดยไม่เคยมอง ฟัง ลิ้มรส ดมกลิ่นหรือสัมผัสสิ่งใดอย่างแท้จริง

เรามีชีวิตราวกับร่างกาย อารมณ์ และสิ่งแวดล้อมอยู่ภายใต้กฎแห่งกลไก ซึ่งเราทำได้เพียงปฏิบัติตามหรือขัดขืนอย่างเปล่าประโยชน์ ราวกับว่าไม่มีทางออกอื่นที่พ้นไปจากนี้ ด้วยเหตุนี้การศึกษาจึงมุ่งเพียงเพื่อความอยู่รอด ไม่ก็เพื่อความบันเทิงเท่านั้น

เรามีชีวิตราวกับว่าความเชื่อได้ข้อกำหนดเหล่านี้เป็นสัจธรรมเพียงหนึ่งเดียว การรับรู้ของเราดับแคบลง และเรารู้ว่าความศักดิ์สิทธิ์และโลกพิศวงเป็นเครื่องปั้นทอนจิตอันเป็นเหตุเป็นผลของเรา

นี่เป็นโลกที่ตายแล้ว

โลกที่ตายแล้ว และโลกที่มีชีวิต ดำรงอยู่ด้วยกัน เป็นโลกใบเดียวกันที่เห็นจากมุมมองต่างด้าน

การรับรู้ถึงการดำรงอยู่ของโลกที่มีชีวิต เราต้องปรับเปลี่ยนความรู้สึกเบื้องต้นที่เรามีต่อโลก (1) ปฏิบัติเพื่อฝึกให้การรับรู้สามารถแทรกเข้าไปในระดับที่ลึกซึ่งยิ่งขึ้นของร่างกาย-ความคิด-ความรู้สึก เช่น การภาวนาเพื่อการรู้ตัวทั่วพร้อม (2) ทบทวนสมมติฐานเดิมที่ได้รับจากการศึกษาและวัฒนธรรมที่เราเติบโตมา ใคร่ครวญ ตรวจสอบ ตั้งคำถาม และเปิดตัวเองสู่ทางเลือกต่างๆ

¹¹ “จดหมายถึงวานเนสซา” เขียนโดยเจเรมี เฮย์เวิร์ด แปลโดยพิภพ อุดมอิทธิพงศ์ สำนักพิมพ์สวนเงินมีนา 2552

พลัง 5 ประการที่ช่วยให้เราบรรลุความเป็นผู้รู้ ผู้ตื่น ผู้เบิกบาน คือ (1) การควบคุมจิตใจ (2) การอยู่กับความเป็นจริง (3) การตระหนักรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงและการอิงอาศัยกันของสรรพสิ่ง (4) การไม่เข้าครอบครอง (5) ความรักสากล

1. การควบคุมจิตใจ ประกอบด้วย 3 ระดับ (1) การเฝ้าดูจิตใจและจิตสำนึกที่เกิดขึ้นเองโดยอัตโนมัติ (2) การขจัดความคิดด้านลบและการสร้างความคิดด้านบวก (3) การตระหนักถึงความว่างของจิตใจ

เนื้อหาของจิตใจมี 5 รูปแบบ คือ ความรู้สึก อารมณ์ ความคิด เจตจำนง และการรู้สติหรือจิตสำนึก

ความคิดที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดนั้นเป็นผลผลิตของแรงกดดันที่ถูกบันทึกอยู่ในความจำของเราโดยอัตโนมัติ ความคิดสามารถเกิดซ้ำตัวมันเองได้ ความคิดและอารมณ์ถูกบันทึกอยู่ในความจำพร้อมกันไปด้วย และอารมณ์นั้นๆ ก็จะเรียกปลุกความคิดนั้นๆ ให้เกิดขึ้นอีกครั้งหนึ่ง ในการควบคุมความคิดด้านลบ จะต้องกระตุ้นจิตสำนึกที่รับรู้ความคิดและอารมณ์ ความคิดด้านลบมักจะเกิดขึ้นเองโดยความไม่ตั้งใจ ส่วนความคิดด้านบวกเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นโดยความตั้งใจ ต้องการเจตจำนงที่แน่วแน่ ต้องการความพยายาม เมื่อความคิดที่เจ็บปวดเกิดขึ้นในจิตใจของคุณ จงคิดถึงสิ่งที่ดีงาม ทำอย่างนี้ให้เป็นระบบ ชีวิตก็จะเปลี่ยนไปในทิศทางที่ดีขึ้น

เคล็ดลับในการฝึกเพื่อควบคุมจิตใจ คือ (1) ต้องพยายามหยุดความคิด (2) สังเกตความคิดโดยใช้ประสาทรับรู้ มองเข้าไปในจิตใจ ฟังว่ามีเสียงอะไรเกิดขึ้นในจิตใจ นั่นคือความคิดที่ถูกแสดงออกในรูปของภาษา การสังเกตความคิดอย่างต่อเนื่องนำไปสู่ความว่างของจิตใจ

จงสังเกตลมหายใจเพื่อบรรลุจิตว่าง หายใจลึกๆ 8 ครั้งก็เพียงพอที่จะทำให้จิตว่างได้ และอาจคงการสงบลมหายใจไว้เป็นเวลานานตามที่ต้องการ แต่ไม่สำคัญที่จะต้องคงการสงบลมหายใจไว้เป็นเวลานาน สิ่งสำคัญคือต้องหมั่นทำมันบ่อยๆ การสงบลมหายใจทำให้จิตว่าง จึงฝึกปฏิบัติเป็นช่วงสั้นๆ แต่บ่อยๆ แทนการสงบลมหายใจเป็นระยะเวลายาวนาน

2. การอยู่กับความเป็นจริง ความเป็นจริงของเราก็คือสิ่งแวดล้อมรอบตัวเรานั้นเอง สิ่งใดๆ ที่ไม่ได้ล้อมรอบตัวคุณจริงๆ ก็เป็นเพียงแค่อารมณ์ ความคิด หากใช้ความจริงของคุณไม่ การถือ

¹² สรุปความจากหนังสือ “5 ทางลัดเข้าถึงแก่นแท้ชีวิต” ซึ่ง นพ.สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ แปลจาก “How to get the Buddhahood” โดย Giulio Cesare Giacobbi

เอาสิ่งที่อยู่ในจิตใจของเราว่าเป็นสิ่งที่เป็นอย่างจริง เป็นสาเหตุของความทุกข์ใจ เราทุกข์เพราะมายาหรือภาพลวงที่อยู่ในใจเรา ซึ่งมักจะสัมพันธ์กับอดีตหรืออนาคต

3. การตระหนักรู้ถึงการเปลี่ยนแปลง (การรู้แจ้ง) การอยู่กับความเป็นจริงเอื้อให้เรามองเห็นว่าในจักรวาลไม่มีผู้คน สิ่งของ หรือเหตุการณ์ใดๆ เลยที่จะยังคงเหมือนเดิมอยู่ตลอดไป สรรพสิ่งในจักรวาลมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา แต่ไม่ใช่เรื่องง่ายที่จะเป็นผู้รู้แจ้ง ผู้รู้แจ้งไม่ใช่แค่เพียงผู้ที่ค้นพบว่าในความเป็นจริงสรรพสิ่งกำลังเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา แต่เป็นผู้ที่มีสติตระหนักรู้ถึงความจริงนี้อยู่เสมอ การบรรลุถึงการรู้แจ้ง เราต้องทำการค้นพบการเปลี่ยนแปลงในจิตไร้สำนึก โดยกระบวนการทางอารมณ์ ข้อมูลที่เก็บไว้ในความจำ (จิตไร้สำนึก) จะไหลขึ้นมาในจิตสำนึกอย่างเป็นระบบ พร้อมกับอารมณ์ที่รุนแรง เป็นสิ่งที่เรารับรู้ได้จากประสบการณ์ตรง จะต้องมองดูความเป็นจริงและค้นพบด้วยประสบการณ์ของตัวเองว่ามันไม่มีความเที่ยงแท้ถาวร การสูญเสียอาจกลายเป็นโอกาสที่ดีของประสบการณ์นี้

เมื่อปลอดจากความหลงผิดว่าสรรพสิ่งยังคงอยู่เหมือนเดิมเสมอตามที่ต้องการ ก็จะสามารถค้นพบสิ่งมหัศจรรย์ ว่าการยอมรับชีวิตที่เปลี่ยนแปลง ทำให้คุณชื่นชมสิ่งของ ผู้คน และสถานการณ์ในความเป็นเอกลักษณ์ของมัน เหตุการณ์ทุกเหตุการณ์จะกลายเป็นความจริงที่เป็นเอกลักษณ์และไม่ซ้ำเติมสำหรับคุณ และคุณก็จะมีสติระลึกถึงพลวัตแห่งชีวิตอันน่าอัศจรรย์

คุณจะเรียนรู้ที่จะเลิกครอบครองสิ่งของ ผู้คน และสถานการณ์ในรูปแบบที่แน่นอนและไม่เปลี่ยนแปลง

4. การไม่ครอบครอง การครอบครองเกิดจากความไม่สามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลง การไม่ครอบครองหรือการไม่ยึดมั่นถือมั่น ปรากฏอยู่ใน “พรหมวิหาร 4” คือ อุเบกขา ซึ่งหมายถึงจิตใจที่เป็นกลาง ไม่ยึดมั่นถือมั่น การสละความคิดเข้าครอบครองอย่างแน่นซัดและสิ้นเชิง การที่จะเป็นอิสระจากความต้องการที่จะครอบครอง สิ่งแรกที่จะต้องทำคือการมีสติรู้เท่าทันความต้องการ ฝึกพิจารณาเพื่อตระหนักรู้ในความไม่แน่นอนของทุกๆ สิ่ง เมื่อจะเอาชนะความต้องการที่จะครอบครองด้วยความเห็นแก่ตัว ก็ต้องเรียนรู้ที่จะรัก

5. ความรักสากล การเข้าถึงความสงบและเบิกบานจะเกิดขึ้นได้ก็ด้วยความรักสากลเท่านั้น ความรักเป็นความสำราญใจที่เราจะสละให้ผู้อื่น ผู้อื่นจะเป็นศูนย์กลางแห่งความสนใจ (ในจิตใจของเรา) ความรักเป็นการยอมรับสิ่งต่างๆ และผู้คนต่างๆ ตามที่สิ่งนั้นๆ หรือผู้คนนั้นๆ เป็น เป็นการชื่นชมบุคคลหรือสิ่งของตามที่เป็นอยู่และตามทุกลักษณะที่พวกเขาหรือพวกมันเปลี่ยนแปลงไป

ความรักมาจากความเมตตา ความเมตตามาจากความเข้าใจ ความเข้าใจแปลว่าความรู้
คุณจะต้องรู้จักประวัติของผู้อื่น การมีเมตตาต่อเขา ก็เหมือนกับการกลายเป็นตัวเขา

การรักตัวเองเป็นก้าวแรกสุดในการรักผู้อื่น เมื่อคุณได้เรียนรู้ที่จะยอมรับ ให้อภัย และ
มีความเมตตาต่อความทุกข์ มายา กิเลสตัณหา ความฝัน ความผิดหวัง ความพ่ายแพ้ และ
บาดแผลทางใจของคุณ คุณก็จะได้เรียนรู้ที่จะรักตัวคุณ และสามารถจะรักผู้อื่น มองเห็นตัว
เราเองในผู้อื่น ขยายความรักต่อตัวเองไปสู่ผู้อื่น รู้สึกถึงความรักของผู้อื่น รู้สึกเมตตาต่อสิ่ง
มีชีวิตทั้งมวลในจักรวาล คุณจะกลายเป็นสิ่งมีชีวิตทุกชนิด เป็นส่วนหนึ่งของจักรวาล ปลด
ปล่อยตัวเองออกจากความกลัว และความต้องการแห่งอีโก้

การมีจิตที่มีความรักสากล เป็นวิวัฒนาการทางจิตวิญญาณอันสูงสุดของมนุษย์

ปัจจุบันเป็นเวลาประเสริฐสุด

ท่านดิช นัท ฮันท์ ได้รจนาบทสวดภาวนาร่วมสมัยไว้ให้เราเราได้ใช้ประโยชน์ ท่านได้ให้ข้อคิดว่าการภาวนาคือการรู้ว่าอะไรเป็นอะไรในร่างกายของเรา ในความรู้สึกของเรา ในจิตใจของเรา และในโลกด้วย เมื่อเราสงบอยู่กับขณะปัจจุบัน เราย่อมแลเห็นได้ซึ่งความงามและความอัศจรรย์ที่ประจักษ์อยู่ตรงหน้าเรา วิธีหนึ่งที่จะช่วยให้เราเข้าถึงช่วงขณะในปัจจุบันคือการหมั่นใช้บทสวดหรือคาถาเหล่านี้ ให้เกิดสติหรือความรู้ตัวทั่วพร้อม

ตอนตื่น

ตื่นเช้าขึ้นมาวันนี้ ข้าฯ ยิ้ม มีเวลาใหม่ๆ ให้ตัวเองอีกถึงยี่สิบสี่ชั่วโมง

ข้าฯ ขอตั้งปณิธานที่จะดำรงชีพอย่างเต็มที่ทุกขณะ และขอมองดูสรรพสิ่งด้วยดวงตาแห่งการรู้ณสภาพ

ก้าวแรกสำหรับวันใหม่

เดินบนพื้นดิน นี้แลคือปาฏิหาริย์ แต่ละก้าวมีสติ ส่งถึงพระธรรมกายอันอัศจรรย์ (ธรรมกาย หมายถึงร่างแห่งคำสอนของพระพุทธเจ้า สารของสรรพสิ่ง ปรากฏการณ์ทุกชนิด)

เปิดหน้าต่าง

เปิดหน้าต่าง เพื่อนำไปสู่พระธรรมกาย ชีวิตช่างน่าอัศจรรย์เสียนี้กระไร ดำรงสติไว้ทุกขณะ จิตของข้าฯ ย่อมกระจ่างชัดตั้งแต่น้ำที่ไหลเรียบ

ส่องกระจก

สติคือกระจก ส่องให้เห็นธาตุทั้งสี่ กระจกคือเครื่องมือที่ก่อให้เกิดสติ ช่วยให้เกิดความรู้ตัวทั่วพร้อมและรักคนอื่น

ไปส้วม

โสโครกหรือบริสุทธิ์ เพิ่มขึ้นหรือลดลง ล้วนเป็นความคิดที่เกิดมาแต่จิตใจของเรา ความจริงแท้ที่ต่อเนื่องกันก็คือต่างก็สัมพันธ์ต่อเนื่องกัน เมื่อไม่แตกแยกเป็นทวิภาค ก็เอาชนะความทุกข์ได้

ใช้เท้า

น้ำไหลลึกลงไปในแผ่นดิน น้ำมาถึงเราอย่างอัศจรรย์ เพื่อช่วยให้เราดำรงชีพอยู่ได้ ขอให้เราเห็นน้ำอยู่ในหัวใจของเรา เพื่อเราจะได้อิสระอย่างเต็มที่

ล้างมือ

น้ำไหลผ่านมือเราไป ขอให้เท้าใช้มือของเราไปในทางที่เป็นกุศล เพื่อรักษาโลกพิภพอันประเสริฐของเราไว้อย่างทะนุถนอม

สีฟัน

ขณะสีฟันและล้างปาก ขอตั้งปณิธานที่จะพูดอย่างบริสุทธิ์และด้วยความรัก ขณะที่ประกอบไปด้วยสัมมาวาจา ก็เท่ากับว่าดอกไม้ได้บานขึ้นแล้วในสวนแห่งจิตใจ เพื่อส่งกลิ่นหอมไปยังทุกๆ คน

ความสุข 5 ชั้น

พระพรหมคุณาภรณ์ (ประยุทธ์ ปยุตฺโต) ได้กล่าวถึงความสุขของคนเราว่าสามารถจัดแบ่งออกได้เป็น 5 ชั้น และควรจะพัฒนาให้เกิดความสุขในลำดับขั้นที่สูงยิ่งขึ้น แม้ความสุขในชั้นล่างๆ ก็ให้มีความสุขโดยไม่ยึดตั้งนี้

ความสุขชั้นที่ 1 คือความสุขจากการเสพวัตถุ “มีก็ดี ไม่มีก็ได้”

ความสุขชั้นที่ 2 คือความสุขที่ได้จากการเจริญคุณธรรม เช่น มีเมตตากรุณา

ความสุขชั้นที่ 3 ความสุขเกิดจากการดำเนินชีวิตถูกต้อง สอดคล้องกับความเป็นจริงของธรรมชาติ ไม่หลงอยู่ในโลกของสมมติ

ความสุขชั้นที่ 4 ความสุขจากความสามารถปรุงแต่ง ปรุงแต่งสุขด้วยการฝึก หายใจเข้าทำใจให้เบิกบาน หายใจออกทำใจให้โปร่งเบา

ความสุขชั้นที่ 5 ความสุขเหนือการปรุงแต่ง อยู่ด้วยปัญญา รู้เท่าทันความจริงของโลกและชีวิต เป็นสุขเต็มอิมอยู่ข้างใน เป็นผู้มีชีวิตพร้อมที่จะทำเพื่อผู้อื่นได้เต็มที่ ไม่ต้องทำเพื่อตัวเองอีกต่อไป

เครื่องมือทดสอบพัฒนาการด้านจิตวิญญาณในการกำบานของเรา¹³

เราน่าจะมีเครื่องมือประเมินตนเองว่าเราเข้าถึงมิติด้านจิตวิญญาณได้มากน้อยเพียงใด แล้วใช้ตรวจสอบพัฒนาการของตนเองบ่อยๆ เพื่อให้ง่ายในการจดจำ เราอาจจะใช้อักษรตัวท้ายๆ ของภาษาอังกฤษคือ STUVWX กำหนดเป็น spectrum ของการปฏิบัติเพื่อใช้ตรวจสอบ เริ่มจากเรื่องง่ายๆ คือความเข้าใจคนอื่น ไปจนถึงเรื่องที่ยากที่สุดคือการผสมผสานชีวิตตรงข้ามเข้ามาเป็นหนึ่งในตัว และการทำอย่างไรอัตโนมัติ

U-understanding คือความเข้าใจคนอื่น เข้าใจเนื้อความ เข้าใจเจตนา เข้าใจที่มาที่ไป และเข้าใจความเชื่อของผู้พูด แม้จะไม่เห็นด้วย แต่ขอให้เข้าใจ ความเข้าใจจะนำมาสู่ความเห็นใจและความร่วมมือ ด้านที่ยังพัฒนาน้อยก็คือความไม่เข้าใจหรือเข้าใจไม่ทั่วถึง

V-value คือการเห็นคุณค่าในคนอื่น เป็นการฝึกให้เรามองในด้านบวก เมื่อมองด้านบวกให้มากขึ้น การมองด้านลบก็จะค่อยๆ ลดลง เมื่อเห็นคุณค่า เราก็เห็นโอกาสในการทำงานร่วมกัน

W-wellness คือความสุข ทำคุณความดีแล้วควรจะมีความสุข ถ้าไม่มีความสุขต้องกลับมาถามตัวเองว่าเกิดอะไรขึ้น ความเชื่อ ความคิด มุมมองของเรามีตรงไหนที่เป็นปัญหา เรามีสติอยู่กับปัจจุบันเพียงพอหรือไม่

ST-Seamless & Tao คือการผสมผสานทุกสิ่งทุกอย่างแม้ชีวิตตรงข้ามเข้ามาเป็นหนึ่งในตัวเรา จะทำให้เราบูรณาการทุกกิจกรรม และทุกเรื่องราวเข้ามาเป็นสิ่งเดียวกัน ไม่มีการแบ่งแยก

X คือการไร้อัตโนมัติ (กากบาทแทนการทำลายอัตโนมัติ) ไร้ตัวตน ไม่เอาตัวเองเป็นใหญ่ ไม่ดึงเข้าหาตนเอง ไม่ทำเพื่อตนเอง

	ยังไม่พัฒนา	กำลังพัฒนา	พัฒนาสูงสุด
Seamless & Tao	แบ่งแยก คนละพวก ชัดแย้ง	เชื่อมประสาน บูรณาการ	หลอมรวมชีวิตตรงข้ามที่ชัดแย้งเข้ามาอยู่ในตัวเรา
Understanding	ฟังได้แต่พยัญชนะ (คำพูด) แต่ไม่ได้ยิน (ความหมาย)	ฟังเข้าใจรรณะ (ความหมาย) เจตนาธรรม์ บริบท ความเชื่อ	ปรับเปลี่ยนหรือยกระดับความคิดและความเชื่อของเรา

¹³ นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล. บรรยายในการประชุม SHA Network ภาคเหนือ. 8 กุมภาพันธ์ 2556
โรงแรมดิเอ็มเพรส เชียงใหม่.

	ยังไม่พัฒนา	กำลังพัฒนา	พัฒนาสูงสุด
Value	เห็นจุดไม่ดีของคนอื่นเป็นส่วนใหญ่	มองเห็นด้านดีของคนที่อยู่รอบตัว	เคารพ ชื่นชมในคุณค่าของทุกคน และสามารถร่วมมือกับผ่านคุณค่าเหล่านั้น
Wellbeing	ทำงานแล้วมีความทุกข์	ใช้การทำงานเป็นการปฏิบัติธรรม มีสติอยู่กับกิจที่ทำ	เป็นสุขสงบได้ในทุกสถานการณ์
X	ยึดมั่นในอึดตา มุ่งหวังผลตอบแทนจากงานที่ทำ	มุ่งหวังประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าประโยชน์ส่วนตน	ละวางความยึดมั่นถือมั่นในตัวตน

หมั่นตรวจสอบตนเองบ่อยๆ แล้วค่อยๆ พัฒนายกระดับความคิดและพฤติกรรมให้สูงขึ้น เป็นเพื่อนคอยหล่อเลี้ยงกำลังใจให้กันและกัน ด้วยรับว่าไม่มีใครที่สมบูรณ์แบบ แต่มีโอกาพัฒนาได้ตลอดเวลา

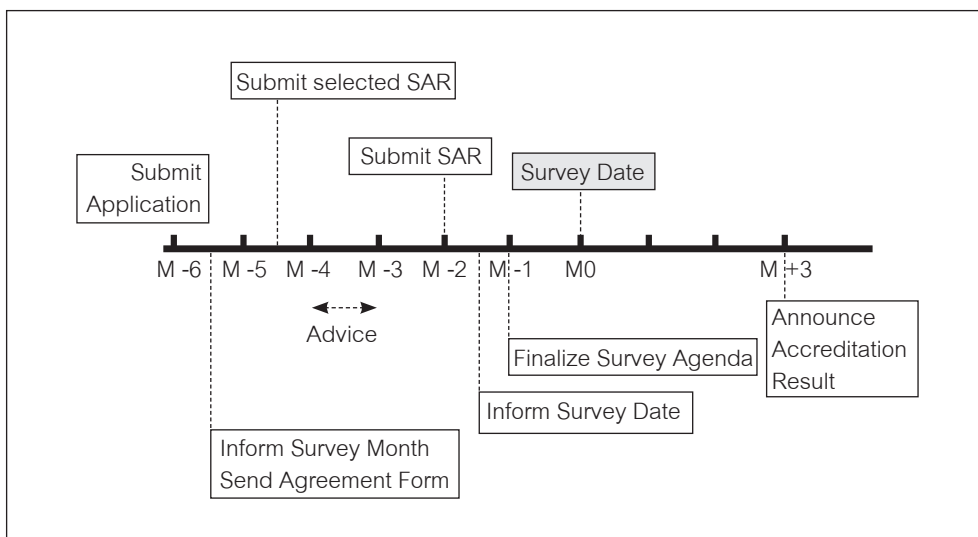
7

ข้อกำหนดในการขอ HA และความร่วมมือ

ข้อกำหนดในการขอรับการรับรองตามมาตรฐาน HA

เมื่อสถานพยาบาลได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี และมีความพร้อมที่จะขอรับการเยี่ยมสำรวจเพื่อรับรองกระบวนการคุณภาพ (accreditation survey) จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) มีขั้นตอนการดำเนินการตามกำหนดเวลา และรายละเอียดข้างล่าง

ภาพที่ 7.1 Accreditation timeline



ในการเตรียมตัวเพื่อรับการเยี่ยมสำรวจจาก สรพ. นั้น มีสิ่งที่จะต้องให้ความสำคัญอย่างน้อย 2 เรื่อง คือ (1) การประเมินตนเอง ทบทวน และสร้างการเรียนรู้ภายในทีมงาน โดยอาศัยการตามรอยในพื้นที่จริงและรายงานการประเมินตนเองเป็นเครื่องมือสำคัญในการเรียนรู้ (2) การประสานให้องค์กรวิชาชีพซึ่งมีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านเข้าไปศึกษาและให้ข้อแนะนำ และนำข้อแนะนำนั้นมาสู่การปฏิบัติก่อนที่ผู้เยี่ยมสำรวจจะเข้าเยี่ยม

ขั้นตอนเข้าสู่กระบวนการรับรองคุณภาพครั้งแรกของสถานพยาบาล

ขั้นตอน	การดำเนินการของ สรพ.	การดำเนินการของสถานพยาบาล
6 เดือนก่อนวันเยี่ยมสำรวจ		ยื่นหนังสือแสดงเจตจำนงและ Hospital Profile (download from www.ha.or.th)
เมื่อได้รับหนังสือแสดงเจตจำนงและ Hospital Profile จากสถานพยาบาล	ทำหนังสือตอบรับและแจ้งขั้นตอนการเตรียมการเพื่อการเยี่ยมสำรวจ	

ขั้นตอนเข้าสู่กระบวนการรับรองคุณภาพเพื่อต่ออายุของสถานพยาบาล

ขั้นตอน	การดำเนินการของ สรพ.	การดำเนินการของสถานพยาบาล
9 เดือนก่อนวันเยี่ยมสำรวจครั้งต่อไป	จัดส่งหนังสือเตือนวันหมดอายุและแบบฟอร์มเพื่อยืนยันขอรับการเยี่ยมสำรวจเพื่อต่ออายุการรับรอง	ส่งหนังสือยืนยันการต่ออายุการรับรอง พร้อมกำหนดช่วงเวลาที่ต้องการรับการเยี่ยมสำรวจ
หลังได้รับการเตือน		ทบทวนข้อมูลเพื่อสรุปผลการดำเนินงานและจัดทำ Hospital Profile ให้เป็นปัจจุบัน (download from www.ha.or.th)

ขั้นตอนเข้าสู่กระบวนการรับรองคุณภาพสำหรับสถานพยาบาล

ขั้นตอน	การดำเนินการของ สรพ.	การดำเนินการของสถานพยาบาล
4-5 เดือนก่อนวันเยี่ยมสำรวจ		<p>ส่งเอกสารรายงานการประเมินตนเองตามรายการดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospital Profile • SAR Part I หมวด I-3, I-5 • SAR Part II หมวด II-1, II-6 • SAR Part IV • Clinical Tracer Highlight (3-5 กลุ่มโรคสำคัญ)
3-4 เดือนก่อนวันเยี่ยมสำรวจ	<p>หลังได้รับเอกสารรายงานการประเมินตนเอง สรพ. ดำเนินการทบทวนเอกสาร และแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับสถานพยาบาล</p>	<p>ขอรับคำปรึกษาและคำแนะนำในการพัฒนาหรือการปรับปรุงเอกสารจาก สรพ.</p>
2 เดือนก่อนวันเยี่ยมสำรวจ		<p>ส่งเอกสารรายงานผลการประเมินตนเองทั้งหมดได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospital Profile (ไม่เกิน 15 หน้า) • SAR Part I-IV (ไม่เกิน 200 หน้า) • Clinical Tracer Highlight (เรื่องละ 1-2 หน้าทั้งหมดไม่เกิน 40 หน้า) • ผลการตรวจสอบความสมบูรณ์เวชระเบียน ตามเกณฑ์ สปสช. • การตรวจสอบการปฏิบัติตามข้อกำหนดเพิ่มเติมในมาตรฐาน HA (ตามข้อกำหนด ISQua) • สำเนาหนังสือรับรองหรือรายงานการตรวจเยี่ยมของสภาวิชาชีพ • ความก้าวหน้าของการพัฒนา (ถ้ามี)

ขั้นตอน	การดำเนินการของ สรพ.	การดำเนินการของสถานพยาบาล
6 สัปดาห์ก่อนวันเยี่ยมสำรวจ	แจ้งวันเยี่ยมสำรวจและรายชื่อผู้เยี่ยมสำรวจ ผ่านผู้ประสานงานทางโทรศัพท์และ email	ยืนยันวันเยี่ยมสำรวจทาง email จัดส่งเอกสารให้กับผู้เยี่ยม
4 สัปดาห์ก่อนวันเยี่ยมสำรวจ	ประสานรายละเอียดที่จะเกิดขึ้นในวันเยี่ยมสำรวจ และยืนยันกำหนดการเยี่ยม (survey agenda)	ตรวจสอบกำหนดการเยี่ยมและยืนยัน
วันเยี่ยมสำรวจ	ผู้เยี่ยมสำรวจเข้าเยี่ยมสถานพยาบาล และสรุปผลการเยี่ยมสำรวจเป็นรายงานฉบับร่าง มอบให้กับสถานพยาบาล (รายงานผลการเยี่ยมสำรวจจะสมบูรณ์ก็ต่อเมื่อมีการจัดส่งอย่างเป็นทางการจาก สรพ.)	ระหว่างการเยี่ยมสำรวจ จัดให้มีการบุคลากรเข้าร่วมเรียนรู้กับทีมผู้เยี่ยมสำรวจ ทบทวนผลการเยี่ยมสำรวจ ยึดหยุ่นกับกำหนดการเยี่ยม
ภายใน 3 เดือนหลังเยี่ยมสำรวจ	จัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์นำเสนอคณะอนุกรรมการรับรองและคณะกรรมการบริหาร เพื่อพิจารณาตัดสินผลการรับรอง ประกาศผลการรับรองทาง website และแจ้งผลการรับรองแก่สถานพยาบาลอย่างเป็นทางการ	

การเรียนรู้และพัฒนาพร้อมกับองค์กรวิชาชีพ

องค์กรวิชาชีพ	เงื่อนไขที่ต้องมีสำเนาหนังสือรับรองหรือรายงานการตรวจเยี่ยม
สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย)	<ul style="list-style-type: none"> - เป็นการขอรับการรับรองครั้งแรก และเป็นสถานพยาบาลขนาด 90 เตียงขึ้นไป (นับตามจำนวนเตียงที่ขึ้นทะเบียน) หรือ - เป็นการขอต่ออายุการรับรอง HA และสถาบันพิจารณาแล้วว่าสถานพยาบาลควรได้รับการตรวจประเมินซ้ำจากสภาวิชาชีพ (สถาบันจะแจ้งให้สถานพยาบาลทราบ เป็นรายกรณี)

องค์กรวิชาชีพ	เงื่อนไขที่ต้องมีสำเนาหนังสือรับรองหรือรายงานการตรวจเยี่ยม
<p>องค์กรวิชาชีพด้านเทคนิคการแพทย์ องค์กรใดองค์กรหนึ่งได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - สมาคมนิติการแพทย์ - ราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย - กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ 	<ul style="list-style-type: none"> - เป็นการขอรับการรับรองครั้งแรก และเป็นสถานพยาบาลขนาด 60 เตียงขึ้นไป (นับตามจำนวนเตียงที่ขึ้นทะเบียน) หรือ - เป็นการขอต่ออายุการรับรอง HA และสถาบันพิจารณาแล้วว่าสถานพยาบาลควรได้รับการตรวจประเมินซ้ำจากสภาวิชาชีพ (สถาบันจะแจ้งให้สถานพยาบาลทราบ เป็นรายกรณี) - กรณีเป็นโรงเรียนแพทย์ ขอให้ผลการตรวจเยี่ยมเป็นของราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย
<p>อนุกรรมการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ตรต.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - สถานพยาบาลมีหน่วยไตเทียม ไม่ว่าจะเป็นการดำเนินการโดยสถานพยาบาลเอง หรือมีสัญญาให้หน่วยงานภายนอกมาจัดบริการ - กรณีที่ยังไม่ได้รับการตรวจเยี่ยมโดย ตรต. ให้สถานพยาบาลส่งสำเนาหนังสือแจ้งขอรับการตรวจจาก ตรต. มาแทน

การสร้างความร่วมมือเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนา

การสร้างความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ ของระบบสุขภาพ ในการกำหนดทิศทาง สร้างศักยภาพ สร้างแรงจูงใจ เลือกสรรแนวทางปฏิบัติที่ดี รวมตัวกันเป็นเครือข่ายให้คำปรึกษาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สร้างการเรียนรู้ให้ทันกับเหตุการณ์และสภาวะการณ์ที่เปลี่ยนแปลง เพื่อให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและปลอดภัย มีความสำคัญยิ่งต่อการส่งเสริมให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพในภาพใหญ่ของประเทศในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา สรพ. ได้แสวงหาความร่วมมือกับองค์กรและหน่วยงานต่างๆ เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนา ดังนี้

1. ร่วมมือกับองค์กรที่มีบทบาทในการประเมินระบบงานของสถานพยาบาล เพื่อให้ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนา

1.1 จัดทำบันทึกความร่วมมือกับสภาการพยาบาล ณ วันที่ 21 สิงหาคม 2555 เพื่อประสานความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ โดยสาระสำคัญ คือ การพัฒนาและเตรียมผู้เยี่ยมสำรวจระบบบริหารและบริการพยาบาล การประสานความร่วมมือในการเยี่ยมสำรวจ สรพ. จะใช้ข้อมูลจากการเยี่ยมสำรวจระบบบริหารและบริการพยาบาลที่สภาการพยาบาลเข้าเยี่ยมมาไม่เกิน 6 เดือน การเปิดโอกาสให้ผู้เยี่ยมสำรวจทั้งสองฝ่ายได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้

1.2 บันทึกความร่วมมือการรับรองคุณภาพหน่วยงานพยาธิวิทยาภาค พยาธิวิทยาคลินิกและนิติเวชศาสตร์กับราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย วันที่ 5 กรกฎาคม 2555 เป็นการบันทึกความร่วมมือในการตรวจรับรองหน่วยงานทางพยาธิวิทยา โดยราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์จะตรวจรับรองคุณภาพหน่วยบริการทางพยาธิวิทยาในสถานบริการต่างๆ ที่มีพยาธิแพทย์และแพทย์นิติเวชปฏิบัติงานอยู่ตามพันธะที่จะต้องรับการตรวจรับรองหรือได้รับการร้องขอจากสถานพยาบาล สมาคมเซลล์วิทยาแห่งประเทศไทยภายใต้การกำกับดูแลของราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์จะตรวจรับรองคุณภาพหน่วยบริการเซลล์วิทยาและระบบการตรวจทางเซลล์พยาธิในสถานบริการต่างๆ ที่ไม่มีพยาธิแพทย์ สถาบันจะใช้ผลการรับรองของราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์ในการพิจารณารับรองกระบวนการคุณภาพสถานพยาบาล

1.3 ร่วมมือกับสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย สมาคมนักการแพทย์ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สถาบันธัญญารักษ์) ในการตรวจเยี่ยมให้คำแนะนำเกี่ยวกับระบบยา ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ และให้การรับรองบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยา

2. ร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุข

2.1 บันทึกข้อตกลงความร่วมมือกับกรมการแพทย์ ในการยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย 29 ตุลาคม 2551 โดย สรพ.จะสนับสนุนวิทยากรและให้คำปรึกษาเพื่อพัฒนาโรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ ร่วมพัฒนาแนวทาง องค์กรความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เหมาะสมในการจัดบริการผู้ป่วยผ่านทางไกลของสถาบัน ติดตามการปฏิบัติตามแนวทางการจัดระบบบริการที่สำคัญในระหว่างการเยี่ยมให้คำปรึกษาและการเยี่ยมสำรวจ

2.2 ลงนามบันทึกความร่วมมือระหว่าง กรมควบคุมโรค สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข และศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐด้านสาธารณสุข เพื่อขับเคลื่อนการทำงานพัฒนาคุณภาพของการให้บริการ การป้องกัน การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เมื่อวันที่ 30 มกราคม 2556 โดยการลงนามบันทึกความร่วมมือในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประสานความร่วมมือ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และดำเนินการร่วมกันผลักดันการพัฒนาคุณภาพของการป้องกัน ดูแล รักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง และส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดกลไกการพัฒนาการให้บริการงานเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ดีมีคุณภาพและมาตรฐานความปลอดภัยของสถานพยาบาลอย่างเป็นระบบ ตลอดจนร่วมมือในการเผยแพร่ กระตุ้นให้เกิดการสนใจในงานคุณภาพของงานบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาทิ หน่วยบริการภายใต้การกำกับดูแลของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข องค์กรในประเทศหรือต่างประเทศของภาครัฐและเอกชนที่ดำเนินการเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ ซึ่งสถาบันจะให้ความร่วมมือในการเผยแพร่ กระตุ้นให้เกิดการสนใจในงานคุณภาพบริการการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยให้การเชิดชูและยกย่องโรงพยาบาลที่มีผลงานดีเยี่ยม กระตุ้นและส่งเสริมให้เกิดกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นต้น

3. ร่วมมือเพื่อสนับสนุนการเรียนการสอนเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย

3.1 บันทึกความร่วมมือเพื่อส่งเสริมการศึกษาต่อเนื่องของแพทย์กับศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ เมื่อวันที่ 11 พฤษภาคม 2554 ด้วยมีหลักคิดพื้นฐานตรงกันคือ แพทย์มีบทบาทสำคัญต่อคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย แพทย์จำเป็นต้องติดตามความรู้ ความก้าวหน้าทางวิทยาการและเทคโนโลยีอย่างต่อเนื่อง จึงมุ่งสร้างความร่วมมือให้แพทย์มีการศึกษาต่อเนื่องและนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยและพัฒนาคุณภาพ

บริการ โดยการส่งเสริมให้การเรียนรู้ผ่านกระบวนการพัฒนาคุณภาพเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับการศึกษาต่อเนื่องของแพทย์

3.2 ลงนามบันทึกความร่วมมือกับคณะบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ม.มหิดล เมื่อวันที่ 16 สิงหาคม 2554 เพื่อจัดอบรมหลักสูตร “แนวคิด Lean และการประยุกต์ใช้ในบริการสุขภาพ” เพื่อเป็นการสร้างโอกาสให้บุคลากรในระบบบริการสุขภาพได้มีความรู้และเข้าใจแนวคิด Lean สามารถใช้แนวคิด Lean วิเคราะห์และปรับปรุงกระบวนการทำงานของตนและองค์กร เพื่อช่วยให้ระบบงานในองค์กรบรรลุประสิทธิภาพสูงสุดแม้ว่า Lean จะเป็นความรู้ใหม่สำหรับภาคบริการทางการแพทย์ แต่แนวคิด Lean คือ ลดความสูญเสียซ้ำซ้อนและสร้างคุณค่าแก่ผู้รับบริการ

3.3 ลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือทางวิชาการระหว่าง คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ในการจัดตั้ง “ศูนย์วิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย” วันที่ 27 สิงหาคม 2555 เพื่อตั้ง “ศูนย์วิจัย” สร้างกลไก “พัฒนาระบบบริการสุขภาพ” ระดับชาติ เพื่อรองรับ “ปัญหา-สถานการณ์” ในอนาคตของระบบบริการด้านสุขภาพ โดยมีความมุ่งหมายสำคัญ 3 ประการ คือ 1) ฟุ้งเป้า “วิจัยระบบบริการสุขภาพ” ที่มีผลกระทบสูง 2) พร้อมพัฒนา “ข้อเสนอทางนโยบาย” จากงานวิจัย และ 3) สร้างนักวิจัยรุ่นใหม่ ร่วมพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

4. ร่วมมือกับองค์กรและเครือข่ายวิชาชีพ

4.1 บันทึกความร่วมมือกับเครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ (เพื่อส่งเสริมการควบคุมการบริโภคยาสูบโดยสถานพยาบาล) เพื่อให้กระบวนการเยี่ยมสำรวจและกลไกอื่นๆ ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล มีส่วนในการทำให้โรงพยาบาลและสถานพยาบาลเป็นเขตปลอดบุหรี่ มีกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการบำบัดรักษาผู้ติดสารนิโคตินที่มีคุณภาพ เป็นไปตามแนวทางที่เครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบจัดทำขึ้น วันที่ 5 กรกฎาคม 2554

4.2 ลงนามในปฏิญญาว่าด้วย “การรณรงค์ให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยเมื่อมารับการตรวจรักษาในห้องผ่าตัด” ร่วมกับราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย วิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิก แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย และ

สมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย เพื่อรณรงค์ให้มีการปฏิบัติ Surgical Safety Checklist ในห้องผ่าตัดอย่างครอบคลุมทั่วประเทศ เมื่อวันที่ 14 มีนาคม 2555 โดยมีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อ 1) การผ่าตัดถูกคน ถูกข้าง ถูกตำแหน่ง ถูกระดับ (กระดูกสันหลัง) 2) ป้องกันอันตรายที่อาจเกิดจากการให้ยาระงับความรู้สึก 3) เตรียมความพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉินในระบบทางเดินหายใจ 4) เตรียมความพร้อมสำหรับการตกเลือดหรือสูญเสียเลือดจำนวนมาก 5) หลีกเลี่ยงการแพ้ยา 6) ลดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด 7) ป้องกันวัสดุแปลกปลอม เครื่องมือ หรือผ้าซับเลือดค้างในบริเวณแผลผ่าตัด 8) ยืนยันความถูกต้องของเนื้อเยื่อที่ตัดออกมาเพื่อส่งตรวจ 9) มีถ่ายทอดข้อมูลในภาวะวิกฤติของผู้ป่วยกับผู้ร่วมรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ และ 10) ก่อให้เกิดการประสานงานในการดูแลผู้ป่วยระหว่างแพทย์ผู้ทำหัตถการ วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล และพยาบาลในห้องผ่าตัดอย่างเป็นระบบ

8 ทิศทางพัฒนาของ HA

CHANGE

สรพ.เสมือนผู้ทำหน้าที่ change catalyst คือผู้เร่งให้เกิดการขับเคลื่อนวัฒนธรรมคุณภาพในวงการสาธารณสุข ผ่านการประเมินและรับรอง และการสร้างความร่วมมือกับหน่วยงาน องค์กร สถาบันต่างๆ โดยมีหลักคิดดังนี้

C: Coaching ใช้และส่งเสริมการใช้ทักษะการเป็นโค้ช เพื่อให้สถานพยาบาลต่างๆ เรียนรู้และสามารถขับเคลื่อนวัฒนธรรมคุณภาพได้ด้วยตนเอง เคลื่อนจาก audit mode ไปสู่ learning mode ให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ รวมทั้งชักชวนให้ผู้เกี่ยวข้องในส่วนต่างๆ ของระบบบริการสุขภาพใช้การโค้ชเป็นการขับเคลื่อน

H: Humanized ส่งเสริมให้บริการสุขภาพของประเทศไทยเป็นบริการที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ บุคลากรที่ทำงานร่วมกันใส่ใจในความรู้สึกของกันและกัน และพัฒนามิติด้านจิตวิญญาณในทุกองค์ประกอบของการทำงาน

A: Achievement ส่งเสริมการมุ่งความสำเร็จในเป้าหมายที่กำหนด ทั้งเป้าหมายระยะสั้นและเป้าหมายระยะยาว มีความรู้ตัวว่าได้เคลื่อนเข้าไปสู่เป้าหมายมากขึ้นเพียงใด มีอะไรที่เป็นอุปสรรคต่อการบรรลุเป้าหมายนั้น โดยเป้าหมายสุดท้ายอยู่ที่ประเทศไทยมีบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐาน เป็นที่ไว้วางใจของสังคม

N: Novelty ส่งเสริมการใช้แนวทางใหม่ๆ ความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรม เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาอย่างได้ผล

G: Good Friend and Good Team ใช้ความเป็นกัลยาณมิตรในการทำงานและร่วมมือกันทำงานเป็นทีม

E: Education and learning ส่งเสริมให้เกิดการศึกษาอบรมและเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ทั้งในส่วนที่เป็นการประยุกต์ความรู้ที่ชัดเจนมาสู่การปฏิบัติ การใช้ประโยชน์จากความรู้ฝังลึก และการสร้างการเรียนรู้ในระดับองค์กร

บนพื้นฐานแนวคิดการเปลี่ยนแปลงต้องเกิดจากการบูรณาการทุกภาคส่วนให้ขับเคลื่อนไปด้วยกัน โดย สรพ. มีส่วนในการกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

การพัฒนาไปสู่ Empowerment Evaluation

การประเมิน HA มีลักษณะผสมผสาน ทั้งการประเมินสรุปผล (summative evaluation) คือการตัดสินการปฏิบัติตามมาตรฐานในภาพรวมและให้การรับรองกระบวนการคุณภาพ และการประเมินความก้าวหน้า (formative evaluation) คือการประเมินวิธีการทำงานว่ามีอะไรเป็นจุดแข็งหรือสิ่งที่น่าชื่นชม อะไรเป็นจุดอ่อนหรือโอกาสพัฒนา จะปรับปรุงให้ดีขึ้นได้อย่างไร โดยพันธกิจของ สรพ. เป็นการให้การประเมินเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนา ซึ่งในปัจจุบันเป็นการมุ่งเน้นการปรับปรุงสิ่งที่ทำอยู่แล้วให้ดีขึ้น สำหรับสถานการณ์ที่ซับซ้อนและมีความไม่แน่นอนสูงการขับเคลื่อนการพัฒนาอาจจะต้องมุ่งเน้นไปที่การสร้างนวัตกรรมที่เหมาะสมกับสถานการณ์ดังกล่าว

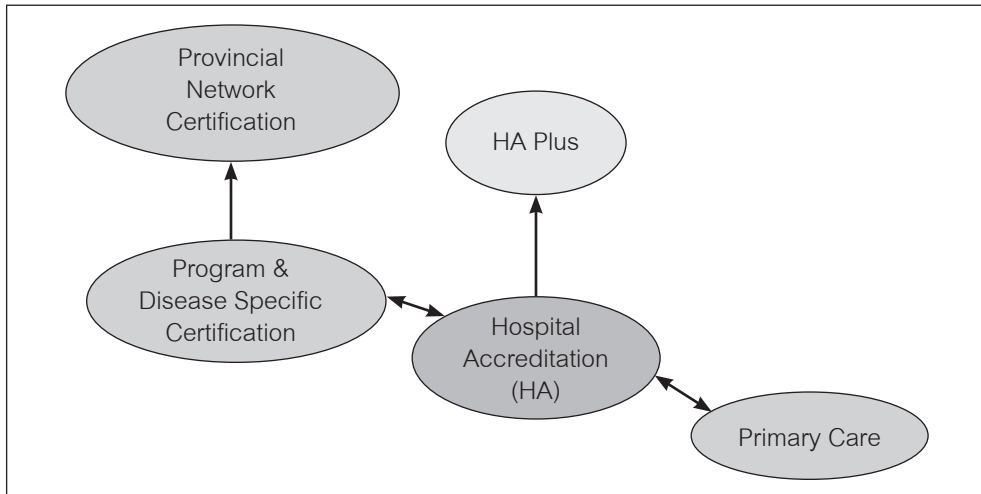
ทิศทางของการประเมินของ สรพ. ในอนาคต จึงมุ่งไปสู่การประเมินเพื่อเสริมศักยภาพของสถานพยาบาลในการประเมินโอกาสสร้างนวัตกรรม หรือที่เรียกว่า empowerment evaluation ซึ่งหัวใจสำคัญของการประเมินลักษณะนี้คือองค์กรที่ได้รับการประเมินเองที่จะต้องรับบทบาทเป็นเจ้าของ รับผิดชอบต่อการขับเคลื่อนไปสู่เป้าหมาย มีการนำผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมาร่วมอย่างกว้างขวางมีการใช้ความรู้ขององค์กรและช่วยให้เกิดการเรียนรู้ในองค์กร

การประเมินลักษณะนี้จะนำไปใช้สำหรับสถานพยาบาลที่ต้องการต่อยอดหลังจากที่ผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพสถานพยาบาล (HA) ในระบบปัจจุบันแล้ว ซึ่ง สรพ. จะส่งเสริมให้สถานพยาบาลมีความมั่นใจในการประเมินการปฏิบัติตามข้อกำหนดในกระบวนการต่างๆ (compliance evaluation) และใช้การเยี่ยมสำรวจเพื่อประเมินผลการดำเนินงาน (performance evaluation) ซึ่งจะเป็นเวทีแห่งการเรียนรู้ที่มีคุณค่า

มาตรฐานและการรับรองที่กำลังพัฒนา

มาตรฐานและการรับรองที่กำลังพัฒนาขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ มีดังต่อไปนี้

ภาพที่ 8.1 มาตรฐานและการรับรองที่กำลังพัฒนา



มาตรฐานและการรับรอง HA Plus

มาตรฐาน HA Plus จัดทำขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการของสถานพยาบาลที่ต้องการพัฒนาต่อยอดให้มีความเข้มข้นยิ่งขึ้น เป็นมาตรฐานที่ใช้โครงสร้างและข้อกำหนดของมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี ที่ใช้รับรอง HA อยู่ในปัจจุบัน ขยายความในส่วนของเกณฑ์การประเมิน (extended evaluation guide) เพื่อเป็นแนวทางในการนำมาตรฐานไปปฏิบัติให้ชัดเจนยิ่งขึ้น โดยส่วนที่ขยายความนี้ นำมาจาก (1) ส่วนขยายความที่อยู่ใน SPA (standards-practice-assessment) (2) เกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติที่มาตรฐาน HA เดิมมิได้นำมารวมไว้ รวมทั้งเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติที่เพิ่มเติมขึ้นในภายหลัง (3) มาตรฐานขององค์กรต่างประเทศที่นำมาใช้รับรองสถานพยาบาลในประเทศอื่นๆ

การใช้มาตรฐาน HA Plus เป็นจุดเริ่มต้นของ empowerment evaluation คือการส่งเสริมให้สถานพยาบาลเป็นผู้ประเมินตนเองให้มากขึ้นในส่วนที่เป็นการปฏิบัติตามข้อกำหนดในมาตรฐาน (compliance)

มาตรฐาน HA Plus เป็นมาตรฐานที่ให้สถานพยาบาลเลือกใช้ วิธีการในการใช้ มาตรฐาน HA Plus อาจมีลักษณะดังนี้ (1) ใช้เป็นเอกสารอ่านประกอบการนำมาตรฐาน HA ไปสู่การปฏิบัติ โดยไม่ต้องกังวลกับการประเมิน กล่าวคือนำคำขยายความที่สามารถปฏิบัติ ได้และเป็นประโยชน์กับองค์กรไปใช้ (2) ใช้เพื่อเป็นมาตรฐานเพื่อขอการรับรอง HA Plus ซึ่ง สถานพยาบาลต้องประเมินและปรับปรุงให้ได้ตามข้อกำหนด และเตรียมข้อมูลในส่วนของ การประเมิน performance มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้เยี่ยมชมสำรวจ

Program & Disease Specific Certification

เป็นการยกย่องเชิดชูสถานพยาบาลที่มีความเฉพาะเจาะจงในระบบงานสำคัญ หรือ การดูแลผู้ป่วยที่ได้ผลดี เพื่อเป็นแบบอย่าง เป็นแรงจูงใจ และเป็นแหล่งข้อมูลสำหรับเผยแพร่ แนวทางการปฏิบัติที่ดีโดยใช้เกณฑ์พิจารณาทั้งด้านกระบวนการคุณภาพและด้านวิชาการ

เกณฑ์พิจารณาในด้านกระบวนการคุณภาพ ได้แก่การประยุกต์ใช้มาตรฐานว่าด้วย การจัดการกระบวนการ (I-6 process management), การพัฒนาคุณภาพทางคลินิกด้วยวิธี การที่ครอบคลุมแนวคิดสำคัญต่างๆ (บทที่ 4 ของเอกสารชุดนี้), การหมุนวงล้อของการเรียนรู้ และพัฒนาอย่างเป็นระบบ, และผลลัพธ์ในระดับที่นำยกย่องเชิดชู

เกณฑ์พิจารณาในด้านวิชาการ ได้แก่การประยุกต์ใช้ข้อมูลวิชาการในการจัดระบบ บริการ ทั้งด้านทรัพยากรนำเข้า กระบวนการ รวมทั้งการเลือกใช้ตัวชี้วัดที่เหมาะสมซึ่งทาง สรพ.จะประสานความร่วมมือกับองค์กรหรือหน่วยงานที่มีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบทาง วิชาการที่เกี่ยวข้องกับระบบงานหรือกลุ่มโรคที่จะให้การยกย่องเชิดชูอย่างใกล้ชิด

Healthcare Network Certification

เป็นการตอบสนองทิศทางนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการจัดระบบบริการใน ลักษณะเครือข่ายบริการ โดยประยุกต์แนวคิด disease specific certification มาใช้กับเครือข่าย ในระดับจังหวัดหรือระดับเขต ซึ่งจะส่งเสริมให้เกิดความชัดเจนในการเข้าถึงบริการ การพัฒนา ให้สถานพยาบาลมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยแต่ละโรคที่เป็นไปตามมาตรฐานที่ควรจะเป็น โดยมีระบบส่งต่อที่เหมาะสมเป็นหลักประกันการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง

Primary Care Quality

ขณะนี้ สรพ.เข้าไปร่วมมือดำเนินการในสามส่วนคือ (1) การพัฒนาระบบรับรองบริการ ปฐมภูมิในเขตเมืองให้แก่ศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร (2) สนับสนุนการ

พัฒนาระบบ District Health System (DHSA) เพื่อเป็นฐานในการพัฒนาคุณภาพของเครือข่ายบริการระดับอำเภอ (3) ร่วมมือกับ PCA เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการให้การขึ้นชมยกย่องเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีความโดดเด่น โดยต่อเชื่อมกับ DHSA (4) SHA CUP สรพ. ร่วมมือกับ สสส. ในการนำร่องการทำงานเชื่อมต่อระหว่าง รพ., รพ.สต. และเครือข่ายในพื้นที่ในการเป็น model การพัฒนาเครือข่ายที่บูรณาการมาตรฐานและมิติจิตตปัญญา

การตอบสนองนโยบายด้านการมุ่งเน้นผลลัพธ์ของกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดผลลัพธ์สุขภาพและตัวชี้วัดที่ต้องการให้บรรลุในช่วงเวลาต่างๆ ไว้ รวมทั้งมุ่งเน้นการตอบสนองต่อสิ่งที่ประชาชนต้องการหรือคาดหวัง ซึ่ง สรพ. จะร่วมมือกับสถานพยาบาลต่างๆ ในการพัฒนาสู่เป้าหมายดังกล่าวตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละส่วนมีอยู่

ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดตัวชี้วัดเป็นเป้าหมายที่จะติดตามในช่วงเวลาต่างๆ ดังนี้

เป้าหมายระยะ 3-5 ปี ผลลัพธ์ (10 ข้อ)

1. อัตราส่วนมารดาตาย (ไม่เกิน 18 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน)
2. อัตราตายทารก
3. อัตราการป่วยด้วยโรคหัด (ไม่เกิน 0.5 ต่อประชาชนแสนคน)
4. อัตราการตั้งครภ์ในมารดาอายุ 15-19 ปี (ไม่เกิน 50 ต่อประชากรพันคน)
5. ร้อยละของเด็กนักเรียนมีภาวะอ้วน (ไม่เกิน 15)
6. อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำ อายุ 0-15 ปี (ไม่เกิน 8 ต่อประชากรแสนคน)
7. จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ (ลดลง 2 ใน 3)
8. อัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนน (ไม่เกิน 20 ต่อประชากรแสนคน)
9. อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (ไม่เกิน 20 ต่อประชากรแสนคน)
10. อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ (ไม่เกิน 24 ต่อประชากรแสนคน)

เป้าหมายระยะ 1-2 ปี (8 ข้อ)

11. ร้อยละของภาวะขาดออกซิเจนระหว่างคลอด (ไม่เกิน 25 ต่อการเกิดมีชีพพันคน)
12. ร้อยละของเด็กที่มีพัฒนาการสมวัย (ไม่น้อยกว่า 85)
13. ร้อยละของเด็กปฐมวัย มีปัญหาฟันน้ำนมผุ (ไม่เกิน 57)
14. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ (มากกว่าหรือเท่ากับ 31)

15. ร้อยละของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง (ไม่น้อยกว่า 90)
16. สัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยนอกเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่ไปรับการรักษาที่ ศสม. และรพ.สต. (มากกว่าร้อยละ 50)
17. ร้อยละของ รพศ. ที่มี CMI ไม่น้อยกว่า 1.8 และ รพท. ไม่น้อยกว่า 1.4 (เท่ากับ 80)
18. จำนวนการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตบริการ (ลดลงร้อยละ 50)

เป้าหมายระยะ 1 ปี (7 ข้อ)

19. อัตราผู้ป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงร้อยละ 0.77 ต่อปี
20. อัตราความสำเร็จในการรักษาโรคไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
21. ร้อยละของผู้เสพยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดที่ได้รับการติดตามไม่กลับไปเสพซ้ำ (80)
22. ร้อยละของอำเภอที่มี District Health System (DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ ใช้ SRM หรือเครื่องมืออื่น ๆ ในการทำแผนพัฒนาสุขภาพ (ไม่น้อยกว่า 25)
23. ร้อยละของหน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายมีปัญหาทางการเงินลดลง (50)
24. ต้นทุนค่ายาและค่าวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ เฉลี่ยลดลง (ร้อยละ 10) (ในเขตสุขภาพเฉลี่ยลดลง)
25. ร้อยละของการเบิกจ่ายงบลงทุนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 (ไม่น้อยกว่า 80)

ตัวชี้วัดบางตัวก็เป็นเรื่องง่ายที่จะจัดการได้ในระดับโรงพยาบาล บางตัวต้องเป็นความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลกับเครือข่ายและภาคีหุ้นส่วนต่างๆ ในพื้นที่ ในฐานะที่โรงพยาบาลเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพของพื้นที่ ย่อมมีโอกาสและศักยภาพที่จะร่วมมือกันขับเคลื่อนการบรรลุเป้าหมายของประเทศได้

สิ่งที่ควรเริ่มต้นคือโรงพยาบาลร่วมกับเครือข่ายและภาคีหุ้นส่วนต่างๆ ประเมินสถานการณ์ปัจจุบันในพื้นที่ แบ่งเป้าหมายระยะต่างๆ ออกมาเป็นเป้าหมายรายปี ร่วมกันปรับปรุงกระบวนการเพื่อยกระดับผลลัพธ์และเรียนรู้จากความพยายามดังกล่าว

ในส่วนของ สรพ.เองจะดำเนินการดังนี้ (1) ร่วมเรียนรู้กับโรงพยาบาลในระหว่างการเยี่ยมสำรวจ ว่าโรงพยาบาลใช้วิธีการอย่างไรเพื่อยกระดับผลลัพธ์ตามเป้าหมายของกระทรวง

สาธารณสุข อะไรได้ผล อะไรไม่ได้ผล มีปัญหาอุปสรรคอย่างไร (2) นำตัวชี้วัดที่เป็นความรับผิดชอบของโรงพยาบาลมาเป็นประเด็นในการติดตามและเรียนรู้ร่วมกันระหว่างการเรียนรู้ สํารวจ (3) พัฒนาระบบตัวชี้วัดเปรียบเทียบเพื่อให้โรงพยาบาลสามารถเทียบเคียงกับกลุ่ม ได้ว่าตนอยู่ที่ไหนในกลุ่ม (4) ร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุขในการสนับสนุนการบรรลุ ผลลัพธ์ต่างๆ ที่จะกำหนดขึ้นในอนาคต

แผนงานอื่นๆ

Thailand Hospital Indicator Project (THIP) ขอเชิญชวนทุกโรงพยาบาลที่ทำ HA ทั้งที่ได้รับการรับรองแล้ว และที่เตรียมตัวจะขอการรับรอง เข้ามาใช้ระบบนี้เพื่อให้มีฐานข้อมูล สำหรับการเปรียบเทียบที่น่าเชื่อถือในระดับประเทศ และเป็นประโยชน์สำหรับแต่ละโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ

Patient Safety Goals: SIMPLE จะมีการ update ในปีนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของ safe surgery ซึ่งมีแนวทางของ WHO ที่ชัดเจนออกมาเพิ่มเติม และได้นำ SIMPLE เข้าไปบรรจุไว้ในมาตรฐาน HA Plus เพื่อความง่ายในการปฏิบัติ โรงพยาบาลต่างๆ ควรใช้การตามรอยอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้มั่นใจว่ามีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ใน SIMPLE หรือ guideline อื่นๆ

Community of Practice (CoP) สรพ. จะสนับสนุนการรวมตัวของชุมชนนักปฏิบัติ ในการบริการหรือประเด็นที่มีความสำคัญ เพื่อสรุปความรู้จากการปฏิบัติให้เป็นระบบและเผยแพร่เพื่อใช้ประโยชน์ในวงกว้าง

Provincial KM & Accredited Hospital KM สรพ. จะสนับสนุนให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาลในจังหวัดต่างๆ เพื่อให้เกิดความตื่นตัวในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และเรียนรู้วิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบท โดยจะเน้นการแลกเปลี่ยนระหว่างโรงพยาบาลที่มีระดับการพัฒนาแตกต่างกัน เพื่อเป็นการเอื้อซึ่งกันและกัน

Quality Learning Network (QLN) สรพ. จะสนับสนุนให้เกิดเครือข่ายพี่เลี้ยงในพื้นที่ เพื่อช่วยเหลือกันและกันในการพัฒนาสู่การเป็นองค์กรคุณภาพที่น่าไว้วางใจ

HA กับ AEC สรพ. มีจุดยืนที่จะสร้างความร่วมมือกับประเทศเพื่อนบ้านในการพัฒนาระบบรับรองคุณภาพสถานพยาบาลของแต่ละประเทศ โดยยึดกรอบของ ISQua เป็นแนวทางร่วมกัน

ท้ายเล่ม

ในโอกาสที่ปิดต้นฉบับในวันมาฆบูชา ซึ่งเป็นวันแห่งสังฆะ วันของความเป็นชุมชน วันที่ชุมชนจะมาร่วมกันทบทวนอุดมการณ์ หลักการ และวิธีการทำงานร่วมกันในการสร้างประโยชน์สุขแก่สังคมในวงกว้าง

หลักการอันเป็นแนวทางที่พึงปฏิบัติได้แก่ การไม่ทำบาปทั้งปวง การทำกุศลให้ถึงพร้อม การทำจิตใจให้บริสุทธิ์

1) ประยุกต์การไม่ทำบาปเข้ากับนักรบบริการสุขภาพ: ไม่ทำร้าย ไม่เบียดเบียน ไม่กล่าวร้าย ไม่ละเลยหน้าที่ ไม่ทำหน้าที่โดยปราศจากจริยธรรมหรือความระมัดระวัง

2) ประยุกต์การทำกุศลเข้ากับนักรบบริการสุขภาพ: มีชีวิตบูรณาการ ดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ ปฏิบัติตามมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ ให้ความรักแก่ผู้รับบริการและคนรอบข้างโดยไม่มีเงื่อนไข

3) ประยุกต์การทำจิตใจให้บริสุทธิ์เข้ากับการทำงานประจำวัน: ฝึกฝนการเจริญสติ มีสติและตื่นรู้กับงานที่กำลังทำ กลับมาอยู่กับลมหายใจและหยุดความคิดทุกครั้งเมื่อมีโอกาส

xonักรบบริการสุขภาพทุกท่านมีความสุขในชีวิตตามหลักการข้างต้น และมีความประณีตในงาน ด้วย (1) มีความเข้าใจในเรื่องนั้นอย่างทะลุปรุโปร่ง รู้ถึงแก่นสารของเรื่องนั้น รู้ว่าผู้เกี่ยวข้องต้องการอะไรจากเรื่องนั้น (2) มีความตั้งใจและทุ่มเทใจที่จะทำอย่างเต็มที่ด้วยเห็นคุณค่าของสิ่งนั้น (3) มีการฝึกปฏิบัติเป็นประจำ ในทุกโอกาสที่เป็นไปได้

ความน่าไว้วางใจเป็นเรื่องที่สัมพันธ์กับความคาดหวัง
 แต่ละกิจกรรมย่อมมีประเด็นสำคัญที่ผู้คนมีความคาดหวังที่แตกต่างกัน
 เราคาดหวังความอร่อย สะอาด ไร้สารพิษจากร้านอาหาร
 คาดหวังการมีสินค้าที่มีคุณภาพ ราคาเป็นธรรม ความหลากหลายจากห้างสรรพสินค้า
 คาดหวังความเป็นธรรมจากระบบยุติธรรม
 คาดหวังความปลอดภัย สะดวกสบาย ตรงเวลา ประหยัด จากสายการบิน
 คาดหวังความถูกต้องและปลอดภัยจากระบบธุรกรรมทางการเงิน เป็นต้น
 เมื่อไรก็ตามที่ผู้บริโภคหรือผู้รับผลงานได้รับในสิ่งที่ตรงกับความคาดหวัง
 ย่อมก่อให้เกิดความไว้วางใจตามมา

สำหรับบริการสุขภาพแล้ว สิ่งที่ผู้รับบริการคาดหวังก็คือบริการที่น่าไว้วางใจว่าสามารถ
 เข้าถึงได้ (access), ถูกต้องเหมาะสม (appropriate),
 ได้ผลดี (effective), ปลอดภัยและไม่มีของแถม (safety), คุ่มค่า (efficient),
 เท่าเทียม (equity), ถูกแลด้วยหัวใจ (humanized),
 ใส่ใจทุกความต้องการ (responsive), ทันการณ์ (timeliness)
 และในบรรดาความคาดหวังเหล่านี้
 สิ่งที่จะทำให้เกิดความไม่ไว้วางใจที่สุดก็คือเรื่องของการไม่ปลอดภัย

ISBN 978-616-11-1491-6



9 786161 114916

ราคา 120 บาท