



HA 2017 UPDATE



เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 18

Inner Power, Together We Can

14-17 มีนาคม 2560 ศูนย์การประชุมอิมแพ็คฟอรัม เมืองทองธานี

จัดโดย สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

HA UPDATE 2017

บรรณาธิการ: อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล
กิตตินันท์ อนรรฆมณี



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 2560

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

HA Update 2017.--นนทบุรี : สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
(องค์การมหาชน), 2560.

192 หน้า.

1. โรงพยาบาล -- การประเมิน. 2. สถานพยาบาล -- การประเมิน.

I. อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, บรรณาธิการ II. ชื่อเรื่อง.

362.110684

ISBN 978-616-8024-09-6

ออกแบบ, พิมพ์: บริษัท หนังสือดีวัน จำกัด

คำนำ

ประเด็นเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย เป็นเป้าหมายสำคัญระดับโลกต่อเนื่องกันมา มีการแสวงหาและค้นหาทางออกใหม่ๆ ซึ่งพบว่ามีความโน้มไปในทิศทางที่ต้องก้าวกระโดดมากขึ้น ต้องคิดแบบพลิกมุมหรือคิดกบฏ ให้ความสำคัญกับการวัดผลลัพธ์ รวมทั้งพยายามใช้ประโยชน์จาก digital technology ให้มากขึ้น

เป็นที่น่ายินดีที่องค์การอนามัยโลกก็ให้ความสำคัญกับเรื่องนี้ในฐานะเป็นองค์ประกอบสำคัญของ UHC เช่นเดียวกัน การเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพนั้นจะต้องเป็นบริการที่มีคุณภาพและปลอดภัยด้วย

ประสบการณ์ 20 ปีของกระบวนการ HA ของประเทศไทย เริ่มต้นด้วยปรัชญาสำคัญของ “Accreditation is an educational process, not an inspection” มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ปรับวิธีการและแนวคิดให้สอดคล้องกับสถานการณ์ในแต่ละช่วงเวลา สามารถขยายความครอบคลุมได้ร้อยละ 73 ในปี พ.ศ. 2559 สำหรับการรับรองทุกระดับชั้น ได้รับการสนับสนุนด้านนโยบายอย่างดีเยี่ยมจากกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งการได้รับการยอมรับในระดับสากล คือการรับรองจาก ISQua ทั้งในด้านมาตรฐานองค์กร และการฝึกอบรมผู้เยี่ยมสำรวจ ทั้งหมดนี้สมควรเป็นความภาคภูมิใจของสังคมไทยร่วมกัน และ HA ควรเป็นมรดกของสังคมไทยที่เอื้อประโยชน์ให้แก่คนไทยทุกคน

ประเทศไทยเป็นจุดบรรจบของภูมิภาคตะวันตกและตะวันออก ขณะที่เราเรียนรู้จากต่างประเทศเพื่อติดตามให้ทัน เราก็มุ่งใช้ประโยชน์จากภูมิภาคตะวันออกเช่นกัน และพบแนวโน้มของการที่ตะวันตกหันมาสนใจภูมิภาคตะวันออกมากขึ้นเรื่อยๆ

หัวข้อหลักของการประชุมวิชาการ 18th HA National Forum “Inner Power, Together We Can” เป็นความเห็นร่วมของผู้ที่ร่วมอยู่ในกระบวนการ HA ว่าถึงเวลาที่เรากำลังสนใจเรื่องนี้ พลังจากภายในที่เราทุกคนมีอยู่ เป็นพลังที่มีศักยภาพสูงแต่ยังมีได้ค้นพบหรือมิได้นำออกมาใช้ให้เต็มที่ เป็นการกลับคืนสู่ธรรมชาติเดิมแท้อันยิ่งใหญ่ที่เราเป็นส่วนหนึ่งอยู่แล้ว

หวังว่าการประชุมครั้งนี้ จะจุดประกายให้ทุกท่านได้กลับไปค้นหาและบ่มเพาะพลังจากภายในของตนเอง และนำพลังเหล่านั้นมาร่วมประสานเพื่อให้เราก้าวข้ามปัญหาอุปสรรคต่างๆ และสร้างสรรค์ระบบบริการสุขภาพในอุดมคติให้แก่สังคมไทย

อหุวัฒน์ ศุภชุตikul

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

กุมภาพันธ์ 2560

สารบัญ

คำนำ	iii
ตอนที่ I Inner Power, Together We Can	1
I-1 มงคลกถา: สิ่งสูงสุดแห่งความเป็นมนุษย์	2
I-2 เมื่อรู้ว่ามีคุณค่า จึงมีพลัง	3
I-3 Practical Ways of Strengthening Your Inner Power	5
I-4 พลังแห่งจิตสำนึก/สำนึกที่รับผิดชอบรวม (The Power of Collective Consciousness)	8
I-5 พลังแห่งเจตจำนงและวิริยะ (The Power of Intention & Effort)	10
I-6 พลังแห่งความรักและเอื้ออาทร (The Power of Compassion)	13
I-7 พลังแห่งสติ (The Power of Mindfulness)	19
I-8 พลังแห่งปัญญา (The Power of Wisdom)	25
I-9 Together We Can	28
I-10 Together with Leadership	30
I-11 Together with Strategic Thinking	42
I-12 Together with Patients, Families, and Communities	47
I-13 Together by Human Capitals	56
I-14 Together with Process Management	61
ตอนที่ II คุณภาพบริการสุขภาพสู่สังคมไทยในฝัน	73
II-1 การเปลี่ยนแปลงและความท้าทายในสิ่งแวดล้อมของ ระบบบริการสุขภาพ	74
II-2 พลังแห่งเจตจำนงและประสิทธิภาพ	77
II-3 การปรับตัวของกระบวนการ HA	79

II-4	การรับรองเพื่อการบ่มเพาะและเตรียมความพร้อม ขั้นที่ 1 สู่ HA	81
II-5	การรับรองเพื่อการบ่มเพาะและเตรียมความพร้อม ขั้นที่ 2 สู่ HA	87
II-6	การรับรองตามมาตรฐานของ HA (Hospital Accreditation)	91
II-7	การพัฒนาเพื่อต่ออายุการรับรอง (Re-accreditation)	93
II-8	การพัฒนาเพื่อก้าวสู่การรับรองขั้นก้าวหน้า (Advanced HA)	97
II-9	การรับรองเฉพาะโรค (Disease Specific Certification-DSC)	101
II-10	SHA Certificate การขับเคลื่อนระบบบริการที่เน้นคน เป็นศูนย์กลาง	103
II-11	DHSA การรับรองระบบสุขภาพระดับอำเภอ	107
II-12	การรับรองเครือข่ายบริการสุขภาพระดับจังหวัด (Provincial Network Certification-PNC)	112
II-13	กลไกสนับสนุนการพัฒนาผ่านเครือข่าย	114
II-14	การขับเคลื่อนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยและ บุคลากรทางสาธารณสุข	116

ตอนที่ III เครื่องมือคุณภาพ: รู้ลึก รู้จริง ยิ่งทำ ยิ่งง่าย 121

III-1	3C-PDSA: ไหว้ฟ้า รู้ดิน ทางแผนที่ ตั้งเป้า ออกเดินทาง	122
III-2	Putting Inner Power into Core Values & Concepts	127
III-3	Hospital Profile: วิเคราะห์องค์กร มองภาพใหญ่ อย่างเชื่อมโยง	131
III-4	Strategic Line of Sight: ยุทธศาสตร์ เข็มทิศ ทางเดิน สู่เป้าหมาย	134
III-5	Unit-based Quality: คุณภาพของหน่วยงานเป็นฐาน สำคัญขององค์กร	137
III-6	Tracer: การตามรอยที่เรียบง่ายและได้ผล	144
III-7	Logistics & Traceability: โลจิสติกส์ การติดตามและ สอบย้อนกลับ	147
III-8	RCA in Practice: ค้นหาสาเหตุราก แก่ปัญหาอย่างยั่งยืน	153

III-9	Design Thinking to Service Design: ปรับแนวคิด พลิกการออกแบบ	159
III-10	กฎหมายกับการจัดการสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย	166
III-11	Performance Measurement & Evaluation: การวัดและ ประเมินผลการดำเนินการ	170
III-12	Capitalize on Recommendation: จากข้อเสนอแนะ สู่การยกระดับคุณภาพ	178
	บทส่งท้าย	183
	บรรณาธิการและผู้เรียบเรียง	184

Inner Power, Together We Can

พลังภายนอกของมนุษย์เป็นพลังหายบ่ และตื่น จึงไม่เพียงพอที่จะเผชิญกับความซับซ้อนและยากของสังคมปัจจุบัน มนุษย์แต่ละคนมีพลังภายในตนเองอะไรบ้าง และเราจะค้นพบพลังเหล่านี้ได้อย่างไร

ความเข้าใจว่าพลังภายในของเรา “**Inner Power**” มีอะไรบ้าง จะทำให้เราสามารถพัฒนาพลังภายในเหล่านั้นให้เข้มแข็งยิ่งขึ้นและใช้ประโยชน์ได้มากขึ้น พลังภายในที่ซ่อนอยู่ในตัวเป็นพลังมหาศาล ถึงเวลาที่มนุษย์จะต้องนำพลังภายในอันมหาศาลและมีคุณภาพสูง มาเผชิญกับความซับซ้อนและยากของสถานการณ์ปัจจุบันเพื่อทำให้สิ่งที่เป็นไปได้ให้เป็นไปได้ ถ้าเราเชื่อมั่นและพยายามค้นหาเราจะพบว่าทุกคนมีพลังทั้งที่แสดงออกมาและยังซ่อนอยู่ พลังภายในอาจจะรวบรวมเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้ (1) พลังแห่งจิตสำนึกและสำนึกรับผิดชอบร่วม (2) พลังแห่งเจตจำนงและวิริยะ (3) พลังแห่งความรักและเอื้ออาทร (4) พลังแห่งสติ (5) พลังแห่งปัญญา

พลังจากภายในเป็นเรื่องเกี่ยวกับคุณภาพและศักยภาพของความเป็นมนุษย์ เรื่องนี้จะนำเราไปสู่ความฝันใหญ่ร่วมกันว่า “**มนุษย์ทุกคนสามารถพัฒนาไปสู่ศักยภาพสูงสุดของความเป็มนุษย์**” พลังเหล่านี้มีอยู่แล้วในตัวของคน การพัฒนาและใช้พลังเหล่านี้จึงเป็นการลงทุนที่คุ้มค่ามาก การรวมพลังจะเริ่มจากพลังภายในของแต่ละบุคคล (individual) ที่ค่อยๆ ไหลมารวมกันที่จุดรวม (node) แล้วเชื่อมต่อกันเป็นเครือข่าย (network) ซึ่งพลังรวมของเครือข่ายย่อมมหาศาลและเพียงพอที่จะขับเคลื่อนเรื่องยากๆ ให้เป็นจริงได้ เหมือนดังความหมายของ “**Together We Can**” ซึ่งคำว่า **We** ที่ไม่ใช่เพียงแค่การจัดการความสัมพันธ์ภายในองค์กรเท่านั้น แต่ยังขยายไปถึงการจัดการความสัมพันธ์ของกลุ่มอื่นๆ เช่น ผู้ป่วย ชุมชน หรือเครือข่ายต่างๆ อีกด้วย

ในการประชุม HA National Forum ครั้งที่ 18 นี้ ผู้คนในวงการสุขภาพ ได้รับเมตตาจาก ศ.นพ.ประเวศ วะสี เขียนบทความอันเป็นมงคลยิ่งในชื่อ “พลังจากภายใน เราทำได้ร่วมกัน (Inner Power, Together We Can) สิ่งสูงสุดแห่งความเป็นมนุษย์” ซึ่งผู้เข้าประชุมทุกท่านจะได้รับ

เพื่อประโยชน์ในการประมวลเนื้อหาอันทรงคุณค่าไว้ใน HA Update 2017 ด้วย กองบรรณาธิการจึงขอสรุปเนื้อหาสำคัญจากบทความดังกล่าวมารวมไว้ในที่นี้

มนุษย์ใช้พลังภายนอกไปเกือบหมดแล้วในการเผชิญกับปัญหาต่างๆ พลังภายนอกเป็นพลังหายบๆ และสิ้น จึงไม่เพียงพอที่จะเผชิญกับความซับซ้อนและยากของสังคมปัจจุบัน แต่มนุษย์มีพลังภายในที่ซ่อนอยู่ในตัว ซึ่งเป็นพลังมหาศาล ถึงเวลาที่มนุษย์จะต้องนำพลังภายในอันมหาศาลและมีคุณภาพสูง มาเผชิญกับความซับซ้อนและยากของสถานการณ์ปัจจุบัน เพื่อให้สิ่งที่เป็นไปไม่ได้ให้เป็นไปได้

ในทางพระพุทธศาสนามีคำว่า อินทริย 5 พละ 5 ซึ่งหมายถึง ศรัทธา วิริยะ สติ สมภาธิ ปัญญา

จากประสบการณ์กับการเผชิญปัจจุบันที่ยากและซับซ้อน เราอาจขยายพลังจากภายในเป็น 10 ประการ ดังนี้ (1) พลังจิตสำนึก (2) พลังจินตนาการ (3) พลังสุนทริยทัศน์ (4) พลังเมตตา (5) พลังสังฆะ (6) พลังศรัทธา (7) พลังวิริยะ (8) พลังสติ (9) พลังสมภาธิ (10) พลังปัญญา

ลองพิจารณาว่าเมื่อรวมพลังจากภายในทั้ง 10 ประการจะเป็นพลังมหาศาลเพียงใด ประณีตและละเอียดอ่อนปานใด ลึกซึ้งเพียงใด เชื่อมโยงสัมพันธ์กันเพียงใด เป็นไปเพื่อความสุขและความสำเร็จเพียงใด

กระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเป็นเรื่องใหญ่ เมื่อทำไปๆ จึงมีความลึกซึ้งและเชื่อมโยงมากขึ้นๆ จึงเป็นเรื่องหนีไม่พ้นที่จะมาค้นพบว่าพลังจากภายในเป็นเรื่องเกี่ยวกับคุณภาพและศักยภาพของความเป็นมนุษย์ เรื่องนี้จะนำเราไปสู่ความฝันใหญ่ร่วมกันว่า “มนุษย์ทุกคนสามารถพัฒนาไปสู่ศักยภาพสูงสุดของความเป็นมนุษย์” และต้องร่วมกันทำให้เป็นจริง

กระบวนการ HA และ R2R ได้สร้างคนจำนวนมากที่มีจิตสำนึกและมีทักษะในการทำงานรวมกลุ่ม ซึ่งสามารถพัฒนาพลังจากภายในให้ยิ่งๆ ขึ้นไปอีก และพัฒนาการเรียนรู้ร่วมกันในการปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้น ในการก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขั้นพื้นฐานทั้ง 3 ระดับคือ ระดับบุคคล ระดับองค์กร ระดับสังคม ซึ่งจะเป็นทั้งพลังและผลของการเปลี่ยนแปลงเต็มศักยภาพของความเป็นมนุษย์ อันก่อให้เกิดเสรีภาพ ความสุขอันประณีต ความงาม และมิตรภาพอันไพศาลต่อเพื่อนมนุษย์และสรรพสิ่ง อันเป็นไปเพื่อการอยู่ร่วมกันด้วยสันติสุข ซึ่งเป็นการบรรจบของ ความจริง ความดี ความงาม อันเป็นสิ่งสูงสุด

I-2 เมื่อรู้ว่ามียุคค่า จึงมีพลัง

“ความสุข ความพอใจไม่ควรให้อยู่เป็นแค่การอยู่รอด เอาตัวรอด แต่ความสุขความพอใจอยู่ที่การทำดี ทำตรง ทำถูกต้อง และมีชีวิตอยู่เพื่อการทำงานยากๆ ที่คนธรรมดาทำไม่ได้มากกว่า”

โกมล คีมทอง

เราต้องการหรือคาดหวังอะไรในชีวิตของเรา? อะไรนำเราไปสู่จุดมุ่งหมายที่ต้องการ? ปัจจัยสำคัญอันหนึ่งคือความเชื่อว่าเราสามารถไปถึงสิ่งที่ต้องการได้ จะผลักดันให้เรามีการพัฒนาตนเองและความสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ นำพาเราไปสู่จุดมุ่งหมายที่ต้องการ

เราทุกคนต่างเคยทำอะไรสำเร็จมามากมาย ความสำเร็จทำให้เราเกิดความสุข ได้รับรู้ว่าสิ่งที่เราทำมีคุณค่า ทำให้เรารู้ว่าเรามีคุณค่า และเป็นพลังที่อยากจะทำต่อในสิ่งที่ใหญ่ขึ้น ยากขึ้น

เป็นความท้าทายว่าทำอย่างไรเราจะรับรู้ถึงคุณค่าของตัวเอง โดยที่ไม่ขึ้นกับคนอื่นที่มาบอก หรือมาทำให้เรารู้สึก

หลายครั้งเมื่อเราต้องทำงานหนัก เรามักจะถามกับตัวเองว่า เราทำไปเพื่ออะไร? ทำแล้วเราได้รับการตอบแทนที่คุ้มค่าหรือไม่?

แรงจูงใจว่าเราจะทำหรือไม่ทำสิ่งใด สอดคล้องกับการตอบสนองความต้องการของมนุษย์ตามที่ Maslow ได้แบ่งระดับไว้ นั่นคือ ชั้นต้นๆ

เป็นการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานทางกายภาพ ความต้องการความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน และความต้องการการดูแลเอาใจใส่ ส่วนขั้นที่สูงขึ้นมาก็ตอบสนองต่อความต้องการที่จะได้รับการยกย่องนับถือ และในขั้นสูงสุดก็เพื่อตอบสนองต่อความต้องการที่จะพัฒนาตนไปถึงระดับที่สามารถนับถือตัวเองได้ โดยไม่ขึ้นกับโลกภายนอก

แม้การทำงานที่อุทิศให้มากกว่าค่าตอบแทนที่ได้รับนั้น กลับมีคุณค่าอย่างยิ่งหากเรามีแนวคิดที่เราจะได้เป็นฝ่ายถูกเอาเปรียบ แต่เรายังมีได้ขาดใช้หรือจ่ายคืนให้คู่ควรกับสิ่งที่เราได้รับจากสังคมต่างหาก

ในการบริหารองค์กรเรามักจะพูดกันถึงเรื่องการสร้างความผูกพัน การสร้างแรงจูงใจ เพื่อไปกระตุ้นให้ผู้คนเกิดพลังที่จะทุ่มเททำงานให้แก่องค์กร ความเชื่อที่ว่าจะให้คนทำงานได้ผลดีต้องใช้ carrot and stick คือให้รางวัลเมื่อทำดีและลงโทษเมื่อทำไม่ได้ไม่ดี อาจเป็นความเชื่อที่ใช้ได้ในบางสถานการณ์เท่านั้น “เงิน” มักถูกหยิบมาใช้เป็นเครื่องมือหลักในการสร้างแรงจูงใจให้คนทำงานที่มีคุณภาพ แต่เงินเพียงอย่างเดียวก็ไม่เพียงพอที่จะทำให้คนทำงานที่มีคุณภาพ

ศิลปะการมอบหมายงาน เช่น ให้คนได้เลือกทำงานที่รู้สึกว่าจะทำทายน มีเป้าหมายร่วมกัน มีอิสระในการตัดสินใจ และทำแล้วเกิดความชำนาญจนกลายเป็นผู้เชี่ยวชาญ เป็นการสร้างแรงจูงใจที่ไม่ใช่ตัวเงิน ก่อให้เกิดความเชื่อมั่นในคุณค่าของตนเอง ทุ่มเท เรียนรู้ และพัฒนาด้วยพลังจากภายในของตน

ความเข้าใจว่าพลังภายในของเรามีอะไรได้บ้าง จะทำให้เราสามารถพัฒนาพลังเหล่านั้นให้เข้มแข็งยิ่งขึ้นและใช้ประโยชน์ได้มากขึ้น

จากการประมวลความรู้และข้อคิดต่างๆ พบว่ามีการเอ่ยถึงพลังภายในจำนวนมาก ซึ่งอาจจะรวบรวมเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้ดังนี้ (1) พลังแห่งจิตสำนึกและสำนึกรับผิดชอบร่วม (2) พลังแห่งเจตจำนงและวิริยะ (3) พลังแห่งความรักและเอื้ออาทร (4) พลังแห่งสติ (5) พลังแห่งปัญญา

เมล็ดพันธุ์ของพลังเหล่านี้มีอยู่แล้วในตัวของคนทุกคน การพัฒนาและใช้พลังเหล่านี้จึงเป็นการลงทุนที่คุ้มค่ามาก

บทความนี้เขียนโดย Anthony Wagemakers ผู้ที่มีส่วนสำคัญในการก่อกำเนิดกระบวนการ HA ในช่วงเริ่มต้น เขียนให้สำหรับการจัดการประชุม HA National Forum ภายใน theme “Inner Power, Together We Can”

To all my dear friends and co-workers in Thailand.

In preparation for the National Forum, only 2 months away, the theme of the conference will be **inner-power** and people **working-together**. Perhaps it is good for us to briefly look at the issue to see if we as individuals are equipped with this vital necessity of inner-power to achieve our goals.

Inner Power - The inner power of people working together is the key to achieving the best quality in all areas of an organization especially in the Health Care Services.

Inner-power all starts with “**will-power**” you must want to do it, not only to make the decision to do it but also follow it up by action. By exercising your will-power you will experience inner resistance, discomfort and difficulties but these can be overcome by your inner firmness, decisiveness, determination, resolution and persistence.

Inner-power is manifested by “**self-discipline**” the ability to forgo self-interest and concentrate on the mission, goals and action in the achievement of quality for the services provided to **patients** and fellow health care workers.

Will-power and **self-discipline** complement each other and are developed by the educational process of accreditation to achieve the optimum quality in service as described in the accreditation standards and processes.

Inner-Power can only be maintained by **persistence**. We have all experienced the feeling of wanting to stop and give up being part of the team especially as plans don't turn out as expected, or take too much of our time to accomplish. Persistence will manifest your **inner-strength** to continue despite the difficulties, obstacles and failures you will experience. Inner-power is nourished in working together with others and being part of the team.

Motivation is the inner driving force that **motivates** you as individuals to accomplish together the mission of accreditation in achieving quality as per these standards and guidelines. Without motivation, which must be expressed by individuals and in togetherness as a team, nothing will happen and accreditation will not be achieved.

There is nothing sweeter than having an organization where the health care workers show **ambition**. Wishful thinking is not strong enough to make you as an individual act. A wish is a weak desire. Only a strong desire can drive the health care organization forward and act, follow plans, and accomplish its mission and goals. We as individuals must have the **ambition, motivation, desire and enthusiasm** to realize our own goals and the goals of the institution.

Self-Confidence is having faith in your own abilities and the abilities of your team in achieving the quality you desire as per the accreditation standards. Then you have reason to be proud in showing the world of having achieved accreditation standing. **Self-confidence** leads to **courage, inner-strength**, and stronger **will-power**.

Imagination. We must all possess a good dose of **imagination** for it strengthens the **creative abilities** and the abilities to solve problems and it is a wonderful tool for recreating and remodeling our old ways of doing things and looking forward to an improved system that is better than the one we have worked with. A good imagination can change your ways of doing things, it can transform circumstances

and events and give **affirmation** that the right thing is being accomplished. When you know what is the right thing to do you will accomplish your mission and the desired outcome of the profession you have chosen for your life.

Here are some practical ways of strengthening your **inner-power, will-power, self-discipline, persistence, motivation, courage, inner strength, ambition, self-confidence, imagination and affirmation.**

1. Set a goal. Start with a major goal and create a set of sub-goals, each sub-goal leading to achieving the major goal.
2. By dividing your goal into several smaller goals, you will find it easier to motivate yourself since you will not feel overwhelmed by the size of your overall goal and all the things you must do. This will also help you feel that the goal is more feasible and easier to accomplish.
3. You must understand that finishing what you have started is very important. Establish into your mind that whatever you have started you must finish. Don't give in to other pressures. Determine in your mind that if you are doing the right thing you must endure to the finish.
4. Work together with other members of your team whose interest and goals are the same. Know that motivation and a positive attitude are contagious. Associate yourself with motivated co-workers who share your interests.
5. Never procrastinate anything. Procrastination leads to laziness, and laziness leads to lack of motivation.
6. Persistence, patience and not giving up, despite failure and difficulties, keep your enthusiasm and motivation strong.
7. Always keep the purpose of accreditation in mind. This will keep your enthusiasm and ambition alive.

8. Constantly affirm to yourself that “YES WE CAN” and “WE” will succeed.
9. Exercise the evaluation process in the achievement of your goals. To correct and if necessary make changes in your processes. This will strengthen your desires and make your subconscious work with you. Quality is what we do, it is not and added activity.
10. Visualize that “yes we can” achieve our goals, adding the feeling of happiness and joy.

Share this with your co-workers and get ready to celebrate the National Forum together.

I-4

พลังแห่งจิตสำนึก/สำนึกรับผิดชอบร่วม (The Power of Collective Consciousness)

ตัวอย่างเหตุการณ์ใกล้ตัว

“เหตุการณ์วันที่ 13 ตุลาคม เป็นเหตุการณ์ที่กระทบตัวตนของคนกว่า 60 ล้านคนว่าชีวิตจะเป็นอย่างไร เป็นห้วงเวลาที่เรารู้สึกว่าเรายืนอยู่จุดไหน? และจะรับมืออย่างไร? ในความเศร้า คนไทยพื้นถิ่นชีพเป็นพลังบวก คล้ายๆ ตัวหนอนที่ส้ารอกใยเป็นดักแด่หุ้มตัวเอง แล้วก็สามารถออกจากสายใย โอบยิบเป็นฝูงผีเสื้อที่บินไปด้วยกันอย่างงดงาม” (ชัยวัฒน์ ธีระพันธ์ุ ประธานสถาบันการเรียนรู้และพัฒนาประชาสังคม)

นี่คือตัวอย่างของ collective consciousness ซึ่งเกิดขึ้นผ่านการรับรู้ข้อมูล การใคร่ครวญด้วยใจ การแลกเปลี่ยนมุมมอง กลายเป็นจิตสำนึกร่วมที่ผู้คนส่วนใหญ่ในสังคมมีความเชื่อ ความคิด ความรู้สึก แรงบันดาลใจไปในทิศทางเดียวกัน พร้อมจะร่วมมือกันทำในสิ่งซึ่งงดงามสำหรับสังคม และอาจารย์ชัยวัฒน์ได้ชวนให้ก้าวเดินต่อจากจิตสำนึกร่วม ไปสู่สำนึกรับผิดชอบร่วม

ตัวอย่างเหตุการณ์จากนอกโลก

ในช่วงเวลาของการเดินทางกลับจากการเหยียบดวงจันทร์ของยานอวกาศ Apollo 14 นั้น ระหว่างที่นักบินอวกาศ Edgar Mitchell มองไปยังดวงดาวต่าง ๆ รวมทั้งดาวเคราะห์โลกนั้น เขาก็เกิดความรู้สึกขึ้นมาทันทีว่าจักรวาลนี้ช่างมีความเป็นอัจฉริยะ กลมกลืน และงดงามอย่างยิ่ง โดยเฉพาะความงดงามและดูสงบของดาวเคราะห์โลกสีน้ำเงินที่มีเมฆขาวลอยอยู่รอบ ๆ สิ่งนี้ทำให้เขาเกิดความรู้สึกลึก ๆ ถึงบ้าน ชีวิต และเอกลักษณ์ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันทันทีที่เขาเรียกว่า instant global conscious หรืออาจจะเรียกว่าจิตสำนึกใหม่ ซึ่งเขาได้ตั้งคำถามกับนักการเมืองว่ากำลังทำอะไรกันอยู่ที่เป็นการทำลายโลกอันงดงาม

ความสำคัญของพลังสำนึกรับผิดชอบในตัวเรา

“โลกเป็น projection ของสำนึกรับผิดชอบร่วมของพวกเรา ถ้าสำนึกรับผิดชอบร่วมของพวกเราบรรลุถึงสันติภาพ ความกลมกลืน ความรื่นรมย์ และความรักโลกนี้จะเป็นโลกใบใหม่” (Deepak Chopra)

โลกที่เรามีประสบการณ์ในทุกวันนี้ เป็นผลของสำนึกรับผิดชอบร่วมของพวกเรา ถ้าเราต้องการโลกแบบใหม่ เราแต่ละคนจะต้องเริ่มแบกรับความรับผิดชอบในการช่วยกันสร้างขึ้นมา

การสร้างสำนึกรับผิดชอบร่วมกับการเสวนาที่ผลิดอกออกผล

การเสวนาที่ผลิดอกออกผลมีความสำคัญที่จะทำให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่าง ๆ ของสมาชิก และนำมาสู่ความตระหนักในสำนึกรับผิดชอบร่วมของกลุ่ม ซึ่งการเสวนาดังกล่าวมีแนวทางโดยสรุปดังนี้ (1) เคารพสถานที่ คุณอย่างมีกตिका (2) บรรยากาศสงบ สบายกำแพงกัน (3) บทสนทนาอันเรียบง่าย แต่सानใจคน (4) เรียนรู้ที่จะพูดและฟังอย่างลึกซึ้ง (5) ส่งคลื่นพลังบวกผนวกความจริงใจ (6) สำเร็จด้วยใจมิใช่เพียงสมอง (7) เก็บเกี่ยวดอกผลจากวงสนทนา (ชัชวรินทร์ ธีระพันธ์, เมล็ดพันธ์ุชีวิตบูรณาการ)

ในการเสวนานี้จะต้องพยายามยกระดับการสนทนาจาก debate ไปสู่ dialogue

สมาชิกควรทำความเข้าใจพัฒนาการของการสนทนาและยกระดับการสนทนาไปสู่ dialogue ซึ่งระดับขั้นของการสนทนามีดังนี้ (1) talking nice เป็นการพูดคุยเพื่อรักษามรรยาท เต็มไปด้วยความว่างเปล่า ผู้พูดไม่ได้พูดในสิ่งที่ตนเองคิด (2) talking tough เป็นการอภิปรายโต้เถียงเพื่อให้มุมมองของตนเป็นฝ่ายชนะ (3) reflective inquiry เป็นการพูดโดยมองตนเองเป็นส่วนหนึ่งของทั้งหมด พยายามสืบค้นเพื่อทำความเข้าใจ เข้าใจ อยู่ในความคิดความรู้สึกของผู้อื่น (4) flow/co-creation เป็นการไหลลื่นของการสนทนาที่นำไปสู่การสร้างสรรค์ร่วมกัน

I-5

พลังแห่งเจตจำนงและวิริยะ

(The Power of Intention & Effort)

1. ศรัทธาและเจตจำนง

ศรัทธาเป็นองค์ประกอบแรกของพลัง 5

ศรัทธาที่ยิ่งใหญ่ที่สุดคือศรัทธาต่อตัวเอง **“มนุษย์สามารถเข้าถึงความดีสูงสุดด้วยปรีชาญาณและความเพียรพยายามฝึกตน”**

เจตจำนงเป็นตัวเชื่อมระหว่างความคิดกับการกระทำทำฝันให้เป็นจริง

“Our intention creates our reality” (Wayne Dyer)

2. Terry Fox, Marathon of Hope

Terry Fox เป็นเด็กหนุ่มที่ป่วยด้วยมะเร็งกระดูก เขาได้รับการตัดขาและเคมีบำบัด ในระหว่างรับยาเคมีบำบัดนั้น เขาเห็นเด็กคนอื่นๆ ที่ได้รับยาเคมีบำบัดต้องเสียชีวิตไปคนแล้วคนเล่า และได้รู้ว่ามีความพยายามที่จะทำวิจัยเพื่อหาวิธีการที่ปลอดภัยและได้ผลในการดูแลผู้ป่วยเด็กเหล่านี้ เมื่อครูพละมาเยี่ยมเขา พร้อมแมกกาซีนที่พูดถึงนักกีฬาที่ถูกตัดขาและสามารถวิ่งมาราธอนได้ ทำให้เขาเกิดแรงบันดาลใจที่จะทำอะไรบางอย่าง พอออกจากโรงพยาบาลได้ระยะหนึ่ง เขาก็ออกวิ่งรณรงค์เพื่อหาทุนวิจัยการวิจัยเคมีบำบัดในเด็กที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง โดยเขาวางแผนที่จะวิ่งข้ามทวีป

จากฝั่งตะวันออกไปสู่ฝั่งตะวันตกของแคนาดา แม้ว่าเขาจะไม่ประสบความสำเร็จในการวิ่งข้ามทวีปเนื่องจากการเจ็บป่วยที่กำลังฟื้นตัว แต่เขาก็ทำให้ผู้คนหันมาสนใจในสิ่งที่เขาทำ มีจดหมายและเงินบริจาคหลังไหลเข้ามาจำนวนมาก รวมทั้งข้อความที่แสดงถึงแรงบันดาลใจที่เขาสร้างให้กับเด็ก ๆ อีกมากมาย

3. การใช้ประโยชน์จากพลังแห่งเจตจำนง

Deepak Chopra แนะนำแนวทางการพัฒนาตนเองเกี่ยวกับพลังแห่งเจตจำนง ไว้ดังนี้

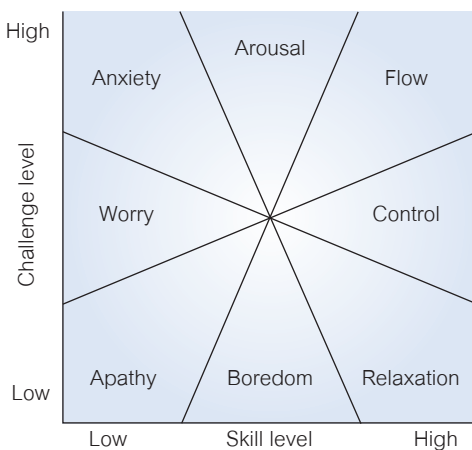
- 1) Slip into the gap ทำสมาธิให้มีจิตใจที่สงบเพื่อเพาะเมล็ดพันธุ์แห่งเจตจำนง
- 2) Release your intentions and desires หลังจากทำสมาธิแล้ว ในขณะที่จิตใจยังสงบ กำหนดเจตจำนงแล้วก็ปล่อยให้ใช้เวลา 2-3 นาทีในแต่ละวัน
- 3) Remain centered in a state of restful awareness คงอยู่ในภาวะที่เต็มอ้อม อย่าให้ความรู้สึกขาดแคลน ความอยาก ข้อสงสัย หรือคำวิจารณ์ของผู้อื่นเข้ามารบกวน
- 4) Detach from the outcome อย่ายึดติดกับผลลัพธ์ที่เจาะจง ปล่อยความหวาดกลัวและไม่มั่นใจ เปิดโอกาสให้พลังของตนเองทำงานกับความไม่แน่นอน
- 5) Let the universe handle the details ปล่อยให้พลังของจักรวาลทำหน้าที่

4. พัฒนาพลังแห่งวิริยะ ด้วยความคิดเชิงบวก

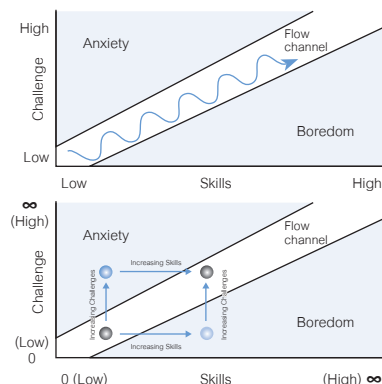
Elaine J. Roberts ได้ชวนให้เห็นพลังของความพยายามที่จะทำให้ได้แนวทางง่าย ๆ คือ ถ้ากำลังจะพูดว่า “ฉันทำไม่ได้” ขอให้กล้าที่จะเติมว่า “ในตอนนี้” เพื่อเป็นความหวังที่จะทำให้ได้ในอนาคต แทนที่จะพูดกับตนเองด้วยความคิดเชิงลบหรือความคิดที่จะไม่ทำอะไรให้มากขึ้น ก็ให้พยายามปรับความคิดที่จะก่อให้เกิดพลังแห่งวิริยะ ดังตัวอย่างในตาราง

แทนที่จะพูดกับตัวเองว่า	ให้ลองคิดว่า
ฉันทำเรื่องนี้ได้ไม่ดี	ฉันพลาดอะไรไป
ฉันทำเรื่องนี้ได้ดีเลิศแล้ว	ฉันเดินมาถูกทางแล้ว
ฉันขอยอมแพ้	ฉันจะใช้กลยุทธ์บางอย่างที่เราได้เรียนรู้มา
มันยากเกินไป	เรื่องนี้อาจจะต้องใช้เวลาและความพยายามมากหน่อย
ฉันไม่สามารถทำให้ดีกว่านี้ได้	ฉันสามารถทำให้นับดีขึ้นได้เสมอ และฉันจะพยายามต่อไปเรื่อยๆ
ฉันทำเลขไม่ได้	ฉันจะฝึกสมองของฉันในการคิดเลข
ฉันทำผิดไปแล้ว	ความผิดพลาดจะช่วยให้ฉันเรียนรู้ได้ดีขึ้น
เธอฉลาดมาก ยิ่งไงฉันก็ไม่ฉลาดเท่าเธอ	ฉันจะต้องหาทางรู้ให้ได้ว่าเธอทำได้อย่างไร แล้วฉันจะลองทำดูบ้าง
แผน A ไม่ได้ผล	โชคดีที่มีตัวอักษรอีกตั้ง 25 ตัว
มันดีพอแล้ว	นี่คืองานที่ดีที่สุดของฉันจริงๆ หรือ

5. ภาวะ Flow



ทำงานที่ยากและท้าทาย
ต้องใช้ทักษะสูง
เพลิดเพลินจนลืมวันลืมคืน



ภาพที่ I-5.1 ภาวะ Flow

Mihaly Csikszentmihalyi ศึกษาเกี่ยวกับเรื่องความสุขของผู้คน และพบว่าในภาวะที่ต้องทำงานที่ยาก ทำหาย ต้องใช้ทักษะสูง มีผู้คนจำนวนมากทำงานนั้นอย่างเพลิดเพลินจนลืมวันลืมคืน และเขาเรียกภาวะนั้นว่า ภาวะ Flow

เราทุกคนน่าจะเคยเข้าอยู่ในภาวะ Flow กันโดยไม่รู้ตัว ประเด็นคือเราจะทำให้ภาวะนี้เกิดขึ้นกับเราให้บ่อยขึ้นและนำมาใช้ประโยชน์ในการทำงานของเราได้อย่างไร

I-6

พลังแห่งความรักและเอื้ออาทร (The Power of Compassion)

Spectrum ของความรัก ได้แก่ ความรักตนเอง ความนอบน้อมต่อมตน ความรักเมตตาเอื้ออาทร และความเคารพ

1. ความย้อนแย้งเรื่องพลัง (The Power Paradox)

The Power Paradox เป็นความรู้ใหม่เกี่ยวกับเรื่อง power ซึ่งแตกต่างจากสิ่งที่เคยเชื่อหรือยึดถือกันมา นั่นก็คือ power ไม่ได้มาจากการใช้อำนาจหรือการคุกคาม แต่มาจากความเจียมตนด้านสังคม ใส่ใจความรู้สึกของผู้อื่น และมีน้ำใจ (เนื่องจากพอแปลคำว่า power เป็นไทยแล้ว อาจจะมีความหมายทั้งพลังและอำนาจ ในตอนนี้จึงใช้ทับศัพท์ว่า power ไปพลางๆ)

Power เป็นเรื่องเกี่ยวกับการสร้างความแตกต่างในโลกใบนี้: power เป็นเรื่องเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสถานภาพของผู้อื่น power เป็นส่วนหนึ่งของทุกความสัมพันธ์และปฏิสัมพันธ์ เราพบ power ในการกระทำของเราทุกๆ วัน power เกิดจากการเสริมพลังให้คนอื่นในเครือข่ายสังคม power เป็นสิ่งที่ควบคู่กับความรู้สึกกระตือรือร้น มีแรงบันดาลใจ มีความหวังและการมี dopamine หลังในสมอง

Power เป็นสิ่งที่ต้องให้ มิใช่จงกวนยให้ได้มา: กลุ่มให้ power แก่ผู้ที่สร้างคุณประโยชน์ให้แก่โลก (greater good) กลุ่มสร้างชื่อเสียงซึ่ง

กำหนดความสามารถในการ influence กลุ่มให้รางวัลแก่ผู้ที่สร้างคุณประโยชน์ให้แก่โลกด้วยสถานภาพและการยกย่อง กลุ่มลงโทษผู้ที่สร้างความเสียหายแก่โลกด้วยการชุบชิบนินทา

Power ที่ยั่งยืนมาจากการมุ่งเน้นที่ผู้อื่น: power ที่ยั่งยืนมาจากการเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น (empathy) การให้ความสำคัญในบุญคุณ การเล่าเรื่องที่เสริมความเป็นหนึ่งเดียวกัน

การใช้ power ในทางที่ผิด: power นำมาสู่ความพร่องในความเข้าใจและเห็นใจผู้อื่น มุ่งจะทำเพื่อตนเอง (เห็นแก่ตัว) การดูหมิ่นและความหยาบคาย การใช้เหตุผลเพื่อเข้าข้างตนเองขณะที่ตำหนิผู้อื่นในพฤติกรรมเดียวกัน

สิ่งที่ต้องจ่ายสำหรับความรู้สึกไร้พลัง: ความรู้สึกไร้พลังบั่นทอนความสามารถที่จะสร้างสรรค์สิ่งดีๆ ให้สังคมและไม่เป็นผลดีต่อสุขภาพ ความรู้สึกไร้พลังมาจากการเผชิญสิ่งแวดล้อมที่คุกคามต่อเนื่อง และความเครียดเป็นตัวกำหนดความรู้สึกดังกล่าว

ข้อแนะนำโดยสรุปสำหรับการคงไว้ซึ่งพลังที่ยั่งยืนในตัวเรา มีดังนี้ (1) ตระหนักในความรู้สึกในพลังของเรา พลังที่จะสร้างการเปลี่ยนแปลงในโลก (2) ฝึกฝนที่จะอ่อนน้อมถ่อมตน (humility) ในการทำประโยชน์ให้แก่ผู้อื่นเปิดใจรับข้อสงสัยและคำวิพากษ์ของผู้อื่น (3) มุ่งเน้นในการให้แก่ผู้อื่น ในขณะที่ให้นั้นเราได้เสริมพลังแก่ผู้อื่น และเพิ่มความสามารถของเราในการสร้างความแตกต่าง (4) ฝึกฝนที่จะเคารพและให้เกียรติผู้อื่น เป็นการสร้างพลังพื้นฐานร่วมของสังคม และป้องกันการใช้อำนาจในทางที่ผิด (5) เปลี่ยนบริบทที่ก่อให้เกิดความรู้สึกต่ำต้อยไร้อำนาจในตัวเรา และผู้อื่น

แหล่งข้อมูล: Dacher Keltner. "The Power Paradox: How we gain and lose influence"

2. พลังแห่งความรักตนเอง (The Power of Self-Compassion)

ความรักตนเองในที่นี้มีได้หมายถึงความรักตนเองแบบเห็นแก่ตัวหรือเอาตัวเองเป็นตัวตั้ง แต่หมายถึงการที่ระมัดระวังดูแลตนเองให้อยู่รอดปลอดภัย ไม่ทำร้ายตนเอง ไม่ซ้ำเติมตนเอง

ความรักต่อตนเองทำให้ เรามีความสุขมากขึ้น ประสบความสำเร็จมากขึ้น เห็นตัวตนเราที่แท้จริงที่เราเป็น แม้เห็นจุดด้อยแต่การมองด้วยมุมของความรักต่อตนเองก็ส่งผลบวก

ข้อแนะนำเพื่อการสร้างนิสัยรักตนเอง

1. สังเกตและปรับเปลี่ยนคำพูดที่มีต่อตนเอง เมื่อประสบความสำเร็จล้มเหลวหรือเผชิญกับความท้าทาย ให้สังเกตว่าเราพูดกับตัวเองว่าอย่างไร แล้วปรับด้วยคำพูดแห่งความรัก เช่น แทนที่จะพูดว่า “ฉันเป็นคนี่เง่า” ก็อาจจะเปลี่ยนเป็น “มันเป็นช่วงที่ฉันเผลอไปชั่วขณะ แล้วมันก็ OK”

2. เขียนจดหมายถึงตัวเอง เมื่อมีอารมณ์ความรู้สึกบางอย่างที่รุนแรง ให้เขียนจดหมายถึงตัวเองเสมือนเขียนถึงเพื่อน มันอาจจะดูแปลกในช่วงแรก แต่ด้วยคำพูดปลอบโยนของเราเอง จะช่วยเราปรับสภาวะจิตใจให้เป็นปกติได้เร็วขึ้น

3. ใช้มนตราหรือวลี เมื่อดอกอยู่ในสถานการณ์ที่ทำให้สามารถจัดการกับสถานการณ์ได้อย่างสงบนุ่มนวล เช่น “นี่เป็นช่วงของความทุกข์ยาก ความทุกข์ยากเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ฉันจะต้องรักตัวเองให้มากในช่วงนี้” หรือ “นี่เป็นความท้าทายที่พระเจ้ามอบให้” หรือ “เราจะไม่ยิงธนูดอกที่สองใส่ตนเอง”

4. เขียนขอบคุณหรือความภูมิใจวันละ 5 ข้อ เป็นวิธีที่ง่าย ๆ แต่มีพลังที่จะส่งผลยืนยาว

แหล่งข้อมูล: Emma Seppala “The Happiness Track”

3. ดูแลผู้ป่วยด้วยความรัก (Love Your Patients)

การให้ความรักแก่ผู้ป่วยจะช่วยให้เราทำงานด้วยความสุขมากขึ้น และผลงานของเราดีขึ้น

ความรักต่อเพื่อนมนุษย์เป็นความรักจากเบื้องลึกของจิตวิญญาณ ประกอบไปด้วยความเข้าใจและความเห็นอกเห็นใจ ความเปิดเผยและการใส่ใจ

การที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้ความรัก เป็นขั้นตอนเริ่มต้นที่สำคัญในการเยียวยาผู้ป่วย ความรักของผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมิใช่ความรู้สึก แต่เป็นการ

กระทำ ไม่สำคัญว่าเราจะรู้สึกอย่างไร สิ่งสำคัญคือท่าทีการแสดงออกที่บ่งบอกถึงการให้ความรัก เมื่อแสดงออกแล้วความรู้สึกจะตามมา

ในฐานะผู้ให้การดูแล เรามีความสามารถอันอัศจรรย์ที่ส่งผลต่อผู้ป่วยของเราได้ ความรักต่อเพื่อนมนุษย์เป็นความรักโดยไม่มีเงื่อนไขที่เรามอบให้ผู้ป่วย

Compassion: love from our heart คือ การรับรู้ถึงความทุกข์ยากของผู้อื่นด้วยความเห็นอกเห็นใจ มีความปรารถนาที่จะช่วยเหลือผ่อนคลาย เราสามารถแสดงออกถึง compassion ใน 3 ระดับ

1. แสดงออกถึงการรับรู้และสัมผัสถึงความทุกข์ยากของผู้ป่วย

(1) อ่านว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกอย่างไร โดยเชื่อมโยงคำพูด น้ำเสียง ท่าทาง เข้าด้วยกัน การรับรู้นี้จะทำให้จิตใจของเราอ่อนโยนมากขึ้น แต่มิใช่เป็นผู้แบกรับความรู้สึกแทนผู้ป่วย (2) ทำให้ผู้ป่วยรู้ว่าเรารับรู้ความรู้สึก ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว (3) ใช้การแสดงออกทางสีหน้าเพื่อรับรู้สิ่งที่ผู้ป่วยเล่า สอดคล้องกับเรื่องที่ผู้ป่วยเล่า และแสดงความรักบนใบหน้าของเรา

2. แสดงออกถึงความห่วงใย (1) ให้ความช่วยเหลือและทำให้รู้สึกสบาย (2) เข้าใกล้หรือใช้การสัมผัสเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีใครอยู่เคียงข้างและไม่ไร้คุณค่า (3) ใช้คำพูดที่แสดงถึงความใส่ใจและห่วงกังวลของเรา

3. แสดงออกถึงความใส่ใจ (1) ฟังอย่างตั้งใจ (2) สบตากับผู้ป่วย (3) บอกให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าเขายังเป็นคนสำคัญหากเราจะต้องไปทำอย่างอื่น

Respect: love from our spirit ความเคารพเป็นสิ่งที่มาจากเบื้องลึกในตัวเรา เป็นการให้เกียรติต่อสิ่งมีชีวิตทั้งหมด แม้ว่าเราจะไม่พอใจต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ไม่ดูแลสุขภาพ แต่เราก็ต้องเคารพต่อผู้ป่วยในฐานะที่เป็นบุคคล เป็นเพื่อนมนุษย์ เป็นการให้ความเคารพโดยไม่มีเงื่อนไข เราสามารถแสดงออกถึงความเคารพใน 3 ระดับ

1. ระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล แสดงออกด้วย (1) ความสุภาพ (2) เคารพในความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย ไม่เรียกผู้ป่วยด้วยโรคหรือเลขห้อง/เตียง เคารพสิทธิผู้ป่วย (3) ทำตัวเป็นเจ้าของบ้านที่ดี บอกหรือขออนุญาตผู้ป่วยก่อนที่จะทำอะไรกับร่างกายของผู้ป่วย

2. **ระดับอารมณ์ความรู้สึก แสดงออกด้วย (1)** ไม่ทำให้ผู้ป่วยเสียหน้าหรือรู้สึกท้อใจเวลา ในสิ่งที่ผู้ป่วยทำลงไป ยกย่องพฤติกรรมที่ดีควบคู่กับการให้ข้อคิดเพื่อปรับพฤติกรรม (2) แสดงการยอมรับคำพูด การกระทำ และความหวาดกลัวของผู้ป่วย เราเห็นพ้องกับอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วย และเหตุผลส่วนตัว (3) พุดคุยเกี่ยวกับชีวิตของผู้ป่วย

3. **ระดับเหตุผลที่จะแสดงออกด้วยความจริงใจ (1)** ให้ผู้ป่วยได้รับรู้เหตุผลในสิ่งที่เราทำ (2) บอกให้ผู้ป่วยทราบว่าเขาสามารถควบคุมปัจจัยเกี่ยวกับสุขภาพของเขามากกว่าผู้ให้บริการ บอกให้ผู้ป่วยทราบถึงบทบาทที่ชัดเจนของเขา (3) ยอมรับความผิดพลาด ขอโทษและถามผู้ป่วยว่าเหตุการณ์นั้นส่งผลกระทบต่อความรู้สึกอย่างไร

Humility: love from our intellect เป็นการกระทำที่มีจุดเน้นเพื่อผู้อื่น โดยละเรื่องราวของเราไว้ก่อน เป็นความรักในระดับจิตวิญญาณ หรือใช้ปัญญาสูงสุด เรามีอยู่เพื่อผู้ป่วย เพื่อเรียนรู้จากผู้ป่วย และเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย ในเวลาน้อยนิดที่เราอยู่กับผู้ป่วย เรื่องของเราไม่ใช่เรื่องสำคัญสามารถรอได้ แต่เรื่องของผู้ป่วยสำคัญกว่า เราสามารถแสดงออกถึง humility ได้โดย

1. **การใช้คำพูดและการอธิบาย (1)** ใช้ศัพท์ง่ายๆ ที่ไม่ใช่ศัพท์แพทย์ (2) เปรียบเทียบปัญหาของผู้ป่วยโดยใช้เรื่องต่างๆ ไป (3) อธิบายกระบวนการคิดของเรา อธิบายให้ทราบว่าเกิดอะไรขึ้น ทำไม่ต้องทำเช่นนั้น

2. **การชื่นชมและเคารพผู้ป่วยในฐานะบุคคล (1)** กล่าวชมผู้ป่วยบ่อยๆ การชมพฤติกรรมสุขภาพเป็นสิ่งที่มีความหมายเสมอ สะสมคำชมไว้ใช้มากๆ ใช้คำชมเมื่อผู้ป่วยหรือญาติมีอาการหงุดหงิดเพื่อเปลี่ยนอารมณ์ของผู้เกี่ยวข้อง (2) แสดงความกระตือรือร้นที่ได้พบผู้ป่วย (3) ให้ความสนใจ การใช้เวลาในการให้คำอธิบายอย่างเพียงพอจะทำให้เรามั่นใจที่จะไว้วางใจผู้ป่วย

3. **การกระทำด้วยความนุ่มนวล (1)** กล่าวคำขอโทษหรือเสียใจบ่อยๆ ไม่ว่าปัญหานั้นจะเป็นความผิดของเราหรือไม่ (2) ยื่นข้อเสนอ แนะนำข้อร้อง แทนที่จะเป็นการออกคำสั่ง ยืนกราน หรือเรียกร้องให้ทำ (3) การ

นั่งคุยกับผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยเชื่อว่าเราต้องการให้เวลากับผู้ป่วย การนั่งในระดับเดียวกันทำให้เส้นกันทางสังคมหายไป มีสายตาอยู่ในระดับเดียวกัน (4) การยิ้มเป็นของขวัญที่ง่ายและเร็วที่ให้ได้กับทุกคน การยิ้มทำให้วันของผู้ป่วยเป็นวันที่มีคุณค่า การหัวเราะเป็นยาบำบัดโรค

แหล่งข้อมูล: Love Your Patient! และ เอกสารประกอบการประชุม HA National Forum ครั้งที่ 8 “Humanized Healthcare... คืบหัวใจให้ระบบสุขภาพ”

4. ความอ่อนน้อมถ่อมตน (Humility)

ความอ่อนน้อมถ่อมตนอาจมีความหมายต่อไปนี้ (1) เป็นการลดตัวตนของตนเอง (2) เป็นการแสดงถึงความรักและเคารพต่อผู้อื่น (3) เป็นคุณสมบัติของผู้นำที่ประสบความสำเร็จ

แนวทางที่ผู้นำจะใช้ในการฝึกฝนความอ่อนน้อมถ่อมตนมีดังนี้

(1) ตระหนักว่าการลดตัวตนเป็นการทำงานต่อต้านกับธรรมชาติของสมอง แต่เป็นสิ่งจำเป็นในการทำงานร่วมกัน (2) เปิดรับ objective feedback เกี่ยวกับตัวตนของเราจากผู้ที่รู้จักเราดีทั้งในที่ทำงานและชีวิตส่วนตัวโดยเฉพาะพฤติกรรมเกี่ยวกับการเปิดใจ การฟัง ความเห็นใจ ความอ่อนน้อมถ่อมตน (3) เปลี่ยนฐานคิดเกี่ยวกับ “smartness” ว่ามิใช่เกิดจากความรู้ที่มีอยู่ แต่เป็นเรื่องของการรู้สิ่งที่เราไม่รู้และรู้วิธีที่จะเรียนรู้ สามารถตั้งคำถามที่ถูกต้อง และสามารถตรวจสอบคำตอบได้ (4) เรียนรู้ที่จะคิดจากจุดยืนของผู้อื่น ห้อยแขวนการตัดสินใจ (5) เจริญสติ หยุดความคิด อยู่กับปัจจุบัน (6) อย่าให้ความหวาดกลัวมาผลักดันการตัดสินใจ (7) ประเมินตนเอง ทุกๆ วันในพฤติกรรมต่อไปนี้ การขัดจังหวะผู้อื่น ความพยายามเข้าใจผู้อื่น การห้อยแขวนการตัดสินใจ ไม่คิดว่าจะตอบได้อย่างไรขณะที่ผู้อื่นกำลังพูด ไม่แสดงมุมมองของเราโดยทันที ถามคำถามเพื่อให้แน่ใจว่าเราเข้าใจ พยายามทำความเข้าใจเหตุผลที่ผู้อื่นเชื่ออย่างนั้น

คำแนะนำของแมซีเทเรซ่าในการฝึกฝนตนเองเรื่องความอ่อนน้อมถ่อมตน (1) พูดเกี่ยวกับตัวเองให้น้อยที่สุด (2) ยุ่งกับหน้าที่ของตัวเอง ไม่ใช่ของคนอื่น (3) ไม่สอดรู้สอดเห็น (4) ไม่แทรกแซงการทำหน้าที่ของคนอื่น (5) ยอมรับการขุ่นเคืองเล็กๆ น้อยๆ ด้วยอารมณ์ขัน (6) ไม่เจาะ

ลึกความผิดของคนอื่น (7) ยอมรับคำตำหนิแม้ว่าจะไม่เหมาะสม (8) ยอมถอยให้กับความตั้งใจของคนอื่น (9) ยอมรับการบาดเจ็บ (10) ยอมรับการดูถูก ถูกล้อ ไม่ใส่ใจ (11) สุภาพนอบน้อมและละเอียดอ่อนแม้จะถูกยั่ว (12) ไม่แสวงหาคำชื่นชมหรือความรัก (13) ไม่ปกป้องตัวเองมากเกินไปกว่าที่จะปกป้องศักดิ์ศรีของตน (14) ยอมแพ้ในการอภิปราย แม้ว่าจะเป็นฝ่ายถูก (15) เลือกรานที่ยากกว่ามาทำเสมอ

I-7

พลังแห่งสติ (The Power of Mindfulness)

1. ชีวิตในสังคมสมัยใหม่

“คุณหยุดคลื่นไม่ได้ แต่คุณรู้วิธีที่จะโต้คลื่นได้”

จอห์น คาบาท-ซินน์

ในสังคมสมัยใหม่ ทุกอย่างรอบกายวุ่นวายเร่งรีบ มีเรื่องมากมายให้ต้องทำอยู่ตลอดเวลา การสงบนิ่งอยู่กับปัจจุบันกลายเป็นกิจกรรมไกลตัว ทั้งที่มีผลการศึกษามากมายชัดเจนว่าการสงบนิ่งอยู่กับปัจจุบันขณะเพียงชั่วเวลาสั้นๆ ในแต่ละวัน จะช่วยให้คนเรามีความสุขมากขึ้น เมื่อไม่มีเวลาหยุดพัก เราเริ่มสูญเสียความสามารถอันล้ำค่าในการจินตนาการและคิดสร้างสรรค์ การปล่อยให้สมองทำงานอยู่ตลอดเวลาแม้ในยามหลับจะทำให้เกิดโรคสารพัด

สมองของเราเปรียบเหมือนคอมพิวเตอร์ที่เต็มไปด้วยขยะ กินความจำและเนื้อที่มากกว่าส่วนที่สำคัญ ทำให้เรายากที่จะจดจ่อ มีวิธีง่ายๆ ที่จะช่วยให้เราสงบ จดจ่อ อยู่กับปัจจุบัน และเป็นสุขมากขึ้น คือการกลับมาอยู่กับลมหายใจ

เมื่อมีความคิดผุดขึ้นมา แคร่รับรู้ความคิดเหล่านี้แล้วปล่อยให้มันไปอย่าไล่ตามมัน อย่าตัดสินหรือปฏิเสธมัน ความคิดระหว่างสมาธิภาวนาอาจเกิดขึ้นจากการระบายความเครียดและความกดดันของจิต ผ่อนคลายและอ่อนโยนกับตัวเอง อย่าหงุดหงิดขัดเคืองเพียงเพราะเรามีความคิด

นึกว่าความคิดของเราเป็นเหมือนผึ้งเกาะ หากมีตัวไหนวิ่งแตกฝูง ให้ส่งสุนัขเลี้ยงแกะต้อนมันเข้าฝูงอย่างอ่อนโยน

หรือนี้กว่าเรากำลังตกปลา ส่วนความคิดฟุ้งซ่านเป็นปลา เมื่อจับความคิดได้ ให้รับรู้เฉยๆ แล้วปล่อยมันไป อย่าทำร้ายมัน

จินตนาการว่าเราเป็นหินก้อนใหญ่ที่ตั้งมั่นถาวรอย่างสงบ อุ่นเพราะแสงที่สาดส่อง รับรู้สิ่งรอบตัวแต่ไม่มีอะไรมารบกวนได้ เป็นหินอุ่นที่ตั้งอยู่ตรงนี้นานนับพันปี แค่อันตรายแต่ไม่ข้องเกี่ยว

แหล่งข้อมูล: *Matthew Johnstone. "Quiet the Mind" สมาร์ทง่าย ๆ ในชีวิตประจำวัน, รินใจ แพล, สวนเงินมีมา พิมพ์.*

2. สติกับการดับทุกข์

สติ แปลว่า ความระลึก ได้ นี้ก็ ได้ความไม่เผลอ การคุมใจไว้กับกิจ หรือกุ่มจิตไว้กับสิ่งที่เกี่ยวข้องหรือการปฏิบัติ คำว่า "รู้ ตื่น เบิกบาน" ก็คือตัว สติ สำหรับคำที่ใช้ในภาษาอังกฤษมีหลายคำ เช่น mindfulness, attentiveness, detached watching, awareness

สติเป็นสิ่งสำคัญยิ่งในการปฏิบัติในทางพุทธศาสนาเพื่อบรรลุถึง จุดหมายในการดับทุกข์หรือความจางคลายหายจากทุกข์ โดยสติทำหน้าที่ สำคัญที่สุดคือเพื่อระลึกอย่างเท่าทันในเวทนาและจิตสังขาร รู้เท่าทันแล้ว ปล่อยวาง เห็นการเกิดขึ้น ตั้งอยู่ ดับไปของสิ่งต่างๆ

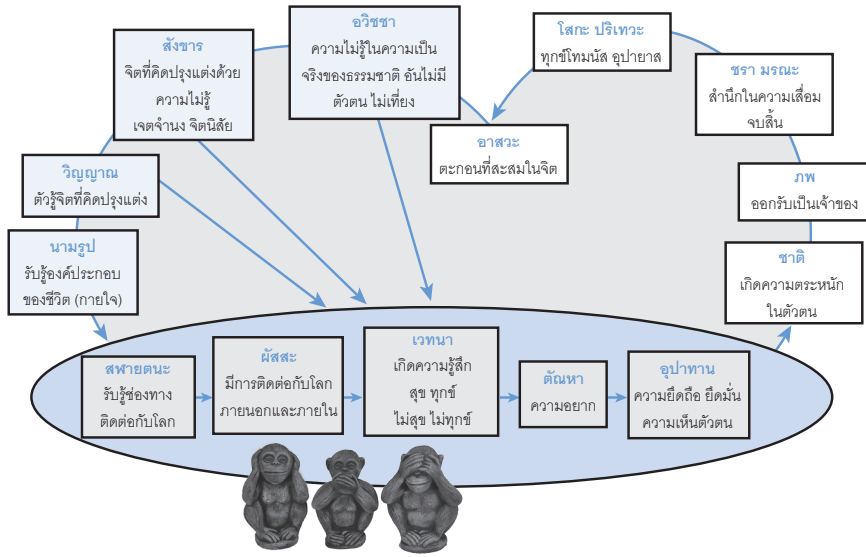
สติเป็นปัจจัยสนับสนุนให้เกิดสมาธิ คือความมีสติต่อเนื่องอยู่ในการ ปฏิบัติ

การเจริญสติมีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ฝึกสติให้เห็นจิต รู้เท่าทันจิต (2) เห็นความแตกต่างของความรู้สึกรู้สึก (เวทนา) ระหว่างจิตขณะปกติและ ขณะที่จิตปรุงแต่ง (3) ให้ชำนาญอย่างต่อเนื่องในการเห็นจิตและ (4) ไม่ให้ ไปคิดนึกปรุงแต่งต่อจากจิตที่เห็นหรือเกิดขึ้นนั้น

“รู้เท่า” คือ สติรู้ จิตอยู่ ไม่ขาดไม่เกินยิ่งหย่อนกว่ากัน

“รู้ทัน” คือ สติทันจิตว่าคิดอะไร พอจิตคิดนึก สติก็รู้สึกทันที่

“รู้ตาม” คือ จิตคิดแล้วจึงรู้ เรียกว่าไม่ทันจิต เป็นสิ่งที่ไม่ทันการณ ไม่อาจดับทุกข์ได้



ภาพที่ I-7.1 ลิงสามตัวกับพลังแห่งสติในปัจจุจสมุปบาท

หลายท่านอาจจะเคยเห็นรูปปั้นหรือภาพวาดของลิงสามตัว ทำท่า **ปิดหู ปิดปาก ปิดตา** และหลายท่านก็ทราบว่ลิงทั้งสามนั้นเป็นปริศนาธรรม ซึ่งสื่อความหมายว่า “หากเราไม่ฟัง ไม่พูดและไม่ดูสิ่งที่ไม่ควร... อันตรายต่าง ๆ ก็จะไม่ย่างกรายเข้าหาเรา”

การแปลความหมายที่ลึกซึ้งกว่านั้นสำหรับลิงปิดหูและปิดตา ก็คือ **ได้ยินสักแต่ว่าได้ยิน เห็นสักแต่ว่าเห็น** เป็นหลักสำคัญที่จะตัดวงจรของการเกิดทุกข์ (ที่อธิบายไว้อย่างละเอียดด้วยปัจจุจสมุปบาท) ในขั้นตอนที่เรียกว่า **ผัสสะ** คือเมื่อจิตของเราติดต่อกับโลกผ่านช่องทางการรับรู้ต่าง ๆ ทำให้เกิดความรู้สึกขึ้น นี่คือการงานของสติที่จะรู้เท่าทันการทำงานของจิต

ปัจจุจสมุปบาท มาจากศัพท์ว่า ปฏิจจ (เกี่ยวเนื่องกัน สัมพันธ์กัน) + สัม (พร้อมกัน ด้วยกัน) + อุปาท (การเกิดขึ้น) รวมความแล้วหมายถึง สิ่งที่ต้องอาศัยกันเกิดขึ้น เป็นภาวะของสิ่งที่ไม่เป็นอิสระของตนต้องอาศัยกัน และกันจึงเกิดขึ้นได้ เช่น ทุกข์เกิดขึ้นเพราะมีปัจจัยต่างๆ เกิดขึ้นสืบเนื่องกันมาตามลำดับ ตามภาพที่ I-7.1 โดยมีปัจจัยต้นที่สำคัญคือ **อวิชชา** หรือ **ความไม่รู้ในความเป็นจริงของธรรมชาติอันไม่มีตัวตน ไม่เที่ยง**

พลังแห่งสติ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการฝึกฝนเพื่อดับทุกข์ จากระดับของการรู้เท่าทันเมื่อจิตสัมผัสกับโลก ไปถึงการขจัดความไม่รู้ที่เป็นต้นตอสำคัญ

3. สติในชีวิตประจำวันของการดูแลผู้ป่วย

การฝึกสติภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ถูกต้องควบคุม เป็นพื้นฐานเพื่อการมีสติในชีวิตประจำวัน แต่ก็มีปัญหาการนำมาปฏิบัติในชีวิตประจำวัน การมีข้อคิดในใจบางอย่างกำกับระหว่างการทำงานหรือการโปรแกรมจิตใจเพื่อการดูแลผู้ป่วย อาจช่วยให้เราใช้พลังแห่งสติในการทำงานที่ได้ผลดียิ่งขึ้น ดังตัวอย่างต่อไปนี้

1. **สัมพันธที่ดีคือภูมิคุ้มกัน:** มองหน้า สบตา ยิ้ม ทักทาย ได้ถามตามสั่ง
2. การฟังเรื่องเล่าของผู้ป่วย คือการเยียวยา
3. **Concern** ของผู้ป่วยและญาติ คือขุมทองป้องกันความเสี่ยง
4. เข้าหาผู้ป่วยด้วยจิตใจที่สงบเย็น และแบ่งปันพลังบวก
5. **เข้าใจ เห็นใจ high touch**
6. มนุษย์คือสิ่งมหัศจรรย์ของโลก ผู้ป่วยคือทูตที่ส่งสัญญาณความทุกข์ยากของมนุษย์ เราจะดูแลผู้ป่วยด้วยความสุภาพ **เคารพในความ เป็นมนุษย์** ที่เท่าเทียมกัน
7. **ความเป็นวิชาชีพ** คือการดูแลด้วยความรู้ อย่างสุดความสามารถ ด้วยความระมัดระวัง

4. สติกับองค์กรที่น่าไว้วางใจ

อุบัติการณ์ในกิจการที่มีความเสี่ยงสูง เช่น โรงไฟฟ้านิวเคลียร์ นำมาสู่ความตื่นตัวในเรื่องวัฒนธรรมความปลอดภัย และองค์กรที่น่าไว้วางใจซึ่งมีความปลอดภัยยิ่งยวด (ultra safe) หรือมีโอกาสเกิดอุบัติการณ์น้อยมาก

High Reliability Organization (HRO) คือองค์กรที่น่าแนวคิดการมุ่งเน้นที่ mindset & culture มาสู่การปฏิบัติผสมผสานความตระหนัก และวัฒนธรรมเข้ากับการพัฒนาระบบงานเป็นจุดบรรจบของการพัฒนา

ด้านระบบงานกับการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ

ระบบงานที่เอื้อต่อความปลอดภัยในระดับสูง ประกอบด้วย การออกแบบกระบวนการทำงานที่รัดกุม (good process design) ควบคู่กับการมีระบบจัดการความปลอดภัย (safety management system) หรือระบบจัดการความเสี่ยง (risk management system)

คำว่า **mindset** ชวนให้คิดถึงสิ่งต่อไปนี้ (1) กระบวนการทางความคิด การปรับทัศนคติ การปรับความชอบหรือนิสัย (2) โปรแกรมความคิด การจัดลำดับความคิดของเราด้วยตัวของเราเอง ซึ่งจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของเรา (3) จิตที่ถูกสั่งบ่งจะถูกสร้างเป็น mindset คือความเชื่อที่ฝังแน่นในจิตใต้สำนึก มักจะฝังแบบไม่รู้ตัวและมีทั้งดีและไม่ดี (4) โยนิโสมนสิการ การทำในใจโดยแยบคาย

ลักษณะขององค์กรที่เป็น HRO (1) มีความซับซ้อนสูง ทำงานด้วยทีมสหวิชาชีพ (2) ต้องอาศัยการประสานข้ามทีมที่แน่นอน (3) แม้จะมีการแยกแยะบทบาทตามลำดับชั้น แต่ครั้งวิกฤติจะให้ผู้รู้ดีที่สุดในที่ตัดสินใจ (4) มีผู้ตัดสินใจมากมาย ภายใต้เครือข่ายการสื่อสารที่ดี (5) ต้องรับผิดชอบสูง มุ่งความปลอดภัยแก่ชีวิต (6) ต้องรับเสียงสะท้อนกลับอยู่ตลอดเวลา นำมาปรับก่อนจะเกิดวิกฤติ (7) ไม่มีเวลาเพียงพอที่จะทำทุกอย่างให้สมบูรณ์ ทั้งหมดนี้ทำให้เห็นว่าโรงพยาบาลจำเป็นต้องพัฒนาไปสู่ความเป็น HRO

HRO เชิงปฏิบัติ ประกอบด้วย การมี mindset, mindfulness, & culture ใน 5 ประเด็นคือ ไคร์ครวญ คาดการณ์ เตรียมพร้อม ตาดู หูฟัง ตามตารางที่ I-7.1

ตารางที่ I-7.1 Mindset, Mindfulness, & Culture ใน HRO

	Mindset	Mindfulness	Culture
ใคร่ครวญ	สรรพสิ่งมีความสัมพันธ์กัน ระบบใหญ่ประกอบด้วยระบบย่อยจำนวนมาก ใช้แนวคิดเชิงระบบเพื่อพิจารณาสิ่งที่ซ่อนตัวอยู่	พินิจความสัมพันธ์ของสรรพสิ่งไม่ด่วนอธิบาย โดยเอาง่ายเข้าว่า (reluctance to simplify)	RCA วิเคราะห์ให้เห็นต้นตอของปัญหาใช้ Systems Thinking จาก event → pattern → structure → mental model
คาดการณ์	เหตุร้ายอะไรก็สามารถเกิดขึ้นได้ถ้าไม่ระมัดระวังอะไรที่เคยเกิดก็เอามาเป็นข้อเตือนใจอะไรที่ไม่เคยเกิดก็ควรจะคาดการณ์อย่างรอบคอบ	ตื่นรู้ในทุกสถานการณ์ ว่ามีความเสี่ยงอะไรที่สามารถเกิดขึ้นได้ (preoccupation with failure)	FMEA(Failure Mode & Effect Analysis) ในทุกโอกาส พิจารณาร่างงานนี้มีโอกาสเกิดความผิดพลาดอะไรได้บ้าง รวบรวม near-miss มาใช้ประโยชน์
เตรียมพร้อม	ความประมาทนำมาสู่หายนะของทุกฝ่าย	ชวนขวายเตรียมพร้อมรับมือทุกสถานการณ์ (resilience)	Preparedness ไม่ประมาท มาทำไหนรับมือได้หมด พร้อมรับมือกับทุกเหตุการณ์ที่เป็นไปได้ ด้วย คน เครื่องมือ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์สถานที่
ตาตุ	เราควรนำประสบการณ์ของเราเองและของคนอื่นมาใช้ประโยชน์ในการตรวจจับหาความผิดปกติให้มากที่สุด	มองหาสิ่งผิดปกติรอบตัว (Sensitivity to Operation)	ใช้ต่อมเอ๊ะให้เป็นประโยชน์ ไวต่อสิ่งผิดปกติรอบตัว KM เรียนรู้ถ่ายทอดจากผู้อาวุโส/ผู้มีประสบการณ์
หูฟัง	ความเห็นของทุกคนมีคุณค่า แม้ว่าจะแตกต่างจากความเห็นของเรา	รับฟังและรับรู้เสียงของผู้คนรอบตัว(deference to expertise)	Respect & Listen ให้เกียรติและรับฟังเสียงของทุกคน จัดระบบให้ผู้คนที่ต่างกันได้

1. ปัญญาสูงสุด

ปัญญาเป็นลำดับสูงสุดของลำดับขั้นของการให้ความหมาย (semantic ladder) คือข้อมูล → สารสนเทศ → แนวคิด → ความรู้ → ปัญญา

ปัญญา แปลว่า ความรู้ทั่ว คือรู้ทั่วถึงเหตุถึงผล รู้อย่างชัดเจนเป็นตัวที่คอยกำกับศรัทธาเพื่อให้เชื่อประกอบด้วยเหตุผล ไม่ให้หลงเชื่ออย่างงมงาย

ปัญญา ทำให้เกิดได้ 3 วิธี คือ (1) โดยการสดับตรับฟัง การศึกษาเล่าเรียน (สุตมยปัญญา) (2) โดยการคิดค้น การตรึกตรอง (จินตมยปัญญา) (3) โดยการอบรมจิต การเจริญภาวนาการปฏิบัติ (ภาวนามยปัญญา)

ปัญญาเป็นการเดินทางด้านในของเรา เป็นสิ่งที่ขึ้นกับความสามารถของเราในการเชื่อประสบการณ์ด้านในของเรา เสียงภายในของเรา และตอบสนองต่อสิ่งเหล่านี้

ท่านทะเลลามาอธิบายถึงความเชื่อมโยงระหว่างหลักการอิงอาศัยและความว่าง ซึ่งเป็นเสมือนสองหน้าของเหรียญ เหมือนแนวคิดต่างมุมที่นำไปสู่หลักธรรมเดียวกัน การดำรงอยู่ของทุกสิ่ง เช่น กาแฟ ถ้วย ความอิจฉาริษยา ล้วนเกี่ยวพันกันโดยโยงใยความสัมพันธ์กันซับซ้อน หากวิเคราะห์อย่างถ่องแท้จะพบว่าไม่มีตรรกะใดแสดงว่าสิ่งเหล่านี้ดำรงอยู่โดยอิสระ จึงไร้ซึ่งการเป็นอยู่มีอยู่โดยตัวเอง หรือนัยหนึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นความว่าง

ท่านขยายความต่อไปว่า “เวลานี้ก็ถึงการไม่มีตัวตน ตัวฉัน ในชั่วขณะนั้นจะรู้สึกว่ามันเป็นเพียงภาพ เหมือนดูโทรทัศน์หรือภาพยนตร์ เวลาดูภาพยนตร์เรอาจคิดว่าเรื่องที่ดูนั้นเป็นเรื่องจริง แต่ในเวลาเดียวกันขณะที่ตาจ้องดูอยู่ใจเธอก็รู้ว่ามันเป็นเพียงภาพการแสดง ไม่ใช่เรื่องจริง ดังนั้น การเห็นภาพเดียวกัน มีทั้ง เห็น ไม่เข้าใจว่ามันคือการแสดง สองเห็นแต่รู้ว่านั่นคือการแสดง”

“ปกติเรามักเห็นสิ่งต่างๆ ในลักษณะที่แข็งกระด้างตายตัว ฉะนั้นจึงมีแนวโน้มที่จะฉวยคว้าและยึดติดกับสิ่งเหล่านั้น เราติดกับความคิดว่ามีอัตตาและสรรพสิ่งที่แยกขาดตัดตอน เราเฝ้าหาประสบการณ์ใหม่ สิ่งพึงใจ

ใหม่ๆ แต่ทันทีที่ได้มา ความเบิกบานพึงใจก็หมดไป จึงเริ่มมองหาสิ่งใหม่ๆ
อีก ความอยากที่ไม่จบสิ้นนี้นำมาซึ่งความทุกข์”

2. ปัญหาท้าทายการอยู่ร่วมกับธรรมชาติอย่างกลมกลืน

บางส่วนจากปรัชญาเต๋า: ไม่มีสิ่งใดดีหรือเลวในตัวเอง การดิ้นรน
ฝืนวิถีของธรรมชาติเป็นสิ่งไร้ประโยชน์ จุดหมายในชีวิตคือความสงบที่เกิด
จากการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับธรรมชาติหลอมรวมเข้าตรงข้ามเข้าใน
ตัวเองยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นโดยไม่แก่งแย่งแข่งขัน ช่วยเหลือผู้อื่นโดยไม่หวัง
ผลตอบแทน มีความอดทนอ่อนน้อมต่อมตน

คำสอนของเหลาจื้อ ลองใคร่ครวญข้อความเหล่านี้ดูว่าได้ช่วย
กระตุกความคิดอะไรของเราได้บ้าง

ผู้รู้แจ้งดำรงอยู่โดยทำอะไรไม่ทำ สอนอย่างไม่ต้องพูด เต็มชีวิตให้
สรรพชีวิตโดยไม่ก้าวก่าย หล่อเลี้ยงโดยไม่ถือครอง บรรลุกิจแต่ไม่ดำรงอยู่
ในความสำเร็จนั้น เมื่อสำเร็จกิจก็ไม่ต้องการคำยกย่องเพราะไม่ปรารถนา
ในเกียรติคุณนั้นจึงปราศจากการสูญเสีย

ฟ้าดินนั้นไร้จิตปราณีปฏิบัติตั้งสรรพสิ่งเป็นหุ่นสุนัขฟาง (ไม่ใช่ดี)
ผู้รู้แจ้งก็ไร้จิตปราณีปฏิบัติตั้งผู้คนเป็นหุ่นสุนัขฟาง แท้จริง ฟ้า ดิน และ
ผู้รู้แจ้ง มิได้ไร้ปราณี ปราณีนั้นมีอยู่ เพียงแต่ไม่เข้าไปก้าวก่ายในสรรพสิ่ง

ฟ้าอยู่ยืนยง ดินอยู่คงนาน ฟ้ายืนยง ดินคงนานได้ก็ด้วยเหตุที่ว่ามิได้
ดำรงอยู่เพื่อตน จึงสามารถดำรงยืนนาน ด้วยเหตุนี้ ผู้รู้แจ้งวางตนอยู่หลัง
กลับได้นำหน้า ไม่ใส่ใจกับชีวิตตนกลับดำรงอยู่ได้ เพราะมิได้อยู่เพื่อตนเอง
หรือมิใช่ตัวตนของท่านจึงถึงซึ่งความสมบูรณ์

ความดีสูงสุดเป็นจุดตั้งน้ำ น้ำหล่อเลี้ยงสรรพสิ่งโดยไม่แย่งชิงสิ่งใด
น้ำสถิตอยู่ในที่ (ต่ำ) อันทุกคนรังเกียจน้ำจึงใกล้เคียงกับ “เต๋า” ผู้รู้แจ้งยาม
พำนักก็รู้เลือกภูมิสถาน (จุดน้ำปรับตัวเข้ากับที่) ยามทำจิตก็รู้สถิตในความ
สงบ (จุดน้ำลึกอันสงบนิ่ง) ยามคบหาก็รู้แผ่เมตตาความรัก (จุดน้ำให้ประโยชน์
กับทุกสิ่ง) ยามพาที่ก็รู้เอ่ยแต่ความสัจ (จุดน้ำไหลคงเส้นคงวา) ยามบริหาร
ก็รู้จักการให้สงบเรียบร้อย (น้ำเซาะหิน) ยามก่อปรการก็รู้ทักษะเป็นสามารภ
(น้ำที่ไหลอิสระ) ยามกระทำก็เลือกเวลาเหมาะสม (น้ำไหลราบรื่น) ด้วย

คุณธรรมความประพฤติดูน้ำที่ถือกำเนิดจากธรรมชาติด้วยการไม่แย่งชิง จึงไม่ผิดหวัง ไม่ผิดพลาด ไม่ถูกตำหนิ

นับแต่โบราณกาลมาผู้สันตปฏิบัติตามเต๋าเปี่ยมล้นไปด้วยปรีชาญาณล้ำลึกจนคนธรรมดาทั่วไปมีอาจรับรู้และด้วยมีอาจหยั่งถึง นี้เองจึงต้องอุปมาอุปไมย รอบคอบระมัดระวังประหนึ่งเดินข้ามธารน้ำแข็งในฤดูหนาว ทบทวนครั้งแล้วครั้งเล่าประหนึ่งกริ่งเกรงรบกวนรอบข้าง ท่วงท่าสง่า เครื่องขีมีประหนึ่งทำตัวเป็นแขกอากันตุกะ สลายตนเหมือนน้ำแข็งที่กำลังละลาย เรียบง่ายดังหนึ่งท่อนไม้ที่ยังไม่ตัดแต่ง มีความโปร่งว่างเหมือนเหวลึกในหุบเขาสูงชัน ผสมปนเปสิ่งทั้งปวง ภายนอกดูประหนึ่งขุ่นมัวมาก ผู้ใดสามารถทำให้ภาวะขุ่นมัวยุติลงขอเพียงสงบนิ่งจะค่อยๆ ตกตะกอนในใตไ้ได้ใครเล่าจักสามารถยังความสงบให้คงนานจนอาจนำไปสู่การกลับฟื้นคืนชีวิตผู้เดินตามเต๋าไม่ปรารถนาจะเต็มจึงพร้อมจะรู่เก่า รับใหม่

แหล่งข้อมูล: ปกรณ์ ลิมปุนสรณ์. คัมภีร์เต๋าของเหล่าจื้อ. สร้างสรรค์บุ๊คส์, 2547.
 ประชา หุตานุวัตร. ผู้นำที่แท้ มรรควิธีของเหล่าจื้อ. เสมสิกขาลัย, 2548.
 พจนา จันทรสันติ. วิธีแห่งเต๋า. โอเพนบุ๊กส์, 2556

3. ปัญญาจากการใคร่ครวญ

การเรียนรู้อย่างลึกซึ้ง เกิดจากองค์ประกอบต่อไปนี้ (1) ความเชื่อ ความศรัทธา ที่เรามีต่อสิ่งต่างๆ (2) สติและจิตที่ว่องไวละเอียดอ่อน พร้อมในการเรียนรู้ เห็นแม้สภาวะจิตใจของตัวเอง (3) การครุ่นคิดให้ลึกซึ้งกว่าธรรมดา การสืบค้นหาความจริง

ทักษะการสะท้อนความคิดความรู้สึก โดยพิจารณาประเด็นต่อไปนี้ (1) เรารู้สึกอย่างไรเวลาที่แสดงความคิดเห็น (2) เรารู้สึกอย่างไรเวลาที่ฟังคนอื่นพูด (3) ความรู้สึกของเรามีปฏิกิริยาจากเรื่องเล่าของเพื่อน (4) สังเกตตัวเองเวลาที่ปฏิสัมพันธ์กับสิ่งภายนอก (5) สกัต์ประสบการณ์ว่าอะไรเป็นเหตุปัจจัยให้เรารู้สึกดีหรือแย่ (6) ทบทวนความคิด ความเชื่อ และคุณค่าที่เรายึดถือ

การฝึกฝนตาในมุมมองเชิงระบบ (1) ฝึกใจให้หนึ่ง สงบ และช้าลง (2) ฝึกวางความเชื่อข้อสรุปเก่าๆ ห้อยแขวนสมมติฐานเก่า แล้วสำรวจความเป็นไปได้ใหม่ๆ (3) ตั้งคำถามกับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นและสืบค้นหาเหตุ

ด้วยการถาม “ทำไม” (4) ฝึกเล่าเรื่องให้เห็นภาพ (5) วาดเส้นความสัมพันธ์ให้เห็นภาพความคิดที่เป็นนามธรรมในหัว (6) เปิดใจและคิดด้วยกันเพื่อเติมเต็มให้แกกัน

การฝึกปฏิบัติเพื่อเข้าใจ mental model ของกันและกัน เป็นการ ทบทวนเปรียบเทียบการแปลความหมายข้อมูลระหว่างเราและคนอื่นตาม ลำดับขั้นของการอนุมาน ดังนี้ (1) data pool ชุดเดียวกัน (2) การเลือกข้อมูล มาใช้โดยแต่ละฝ่าย (3) สมมติฐานที่แต่ละฝ่ายใช้ (4) การแปลความหมาย ของแต่ละฝ่าย (5) ข้อสรุปของแต่ละฝ่าย (6) ความเชื่อที่เป็นผลจากข้อสรุป ของแต่ละฝ่าย (7) การกระทำที่เป็นผลจากความเชื่อของแต่ละฝ่าย

การทำความเข้าใจ mental model ของตนเอง โดยใช้ left-hand column technique (1) ทบทวนเหตุการณ์ที่มีความขัดแย้ง (2) เขียนบันทึก บทสนทนาระหว่างเรากับคู่กรณีในคอลัมน์ขวา (3) เขียนความคิดความรู้สึก ของเราที่ไม่ได้พูดออกไปในคอลัมน์ซ้ายมือสำหรับแต่ละประโยคของการ สนทนา (4) ทั้งระยะเวลาไว้สักกระยะหนึ่ง (ประมาณ 7 วัน) แล้วนำกลับมา ทบทวนสิ่งที่อยู่ในคอลัมน์ซ้ายว่า ทำไมเราจึงไม่พูดออกไป ถ้าพูดออกไป จะเกิดอะไรขึ้น จะมีแนวทางในการปรับเปลี่ยนคำพูดอย่างไร ทำไมจึง คิดอย่างนั้น ถ้าวลองคิดแบบอื่นจะเป็นอย่างไร

I-9

Together We Can

ถึงแม้เราจะมีคนสักคนหนึ่งที่มีพลังขับเคลื่อนภายในที่สูงมากอยู่ใน หน่วยงาน แต่งานจำนวนมากก็ยากเกินกว่าที่คนหนึ่งคนจะทำได้สำเร็จ ดังนั้น การบริหารองค์กรสู่ความสำเร็จที่ตั้งเป้าหมายไว้จึงต้องการศาสตร์ และศิลป์ในการจัดการพลังของแต่ละบุคคลที่ไหลมารวมกันหากขาดการ จัดการที่ดี พลังเหล่านี้แทนที่จะเสริมกันกลับจะหักล้างกันจนเหลือพลังที่ต่ำ กว่าที่เคยมีอยู่เดิมก็ได้

จากมุมมองดังกล่าว ผนวกกับแนวคิดเรื่องการสร้างความผูกพัน ทำให้คำว่า “we” ขององค์กรยุคใหม่ไม่ได้มีความหมายหยุดนิ่งอยู่เพียงแค่ ผู้บริหารและบุคลากรในองค์กรเท่านั้น คำว่า “we” ในบางช่วงเวลา อาจรวมถึงผู้ป่วยและญาติที่โรงพยาบาลต้องการสร้างความผูกพัน เพื่อให้ผู้ป่วยและ

ญาติเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการกำหนดกระบวนการดูแลรักษาที่โรงพยาบาลจะจัดบริการให้ในบางสถานการณ์ “we” อาจรวมไปถึงพันธมิตร ผู้ส่งมอบ และสังคม เพราะกลุ่มเหล่านี้ไม่ได้เป็นเพียงผู้รับผลงานเท่านั้น แต่ยังเป็นกลุ่มที่องค์กรต้องการสร้างความผูกพันและต้องการให้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการขับเคลื่อนงานขององค์กร

“Together We Can” ในอนาคตจึงไม่ใช่เพียงแค่การจัดการความสัมพันธ์ภายในองค์กรเท่านั้น แต่ในบางสถานการณ์ยังขยายไปถึงการจัดการความสัมพันธ์ของกลุ่มอื่นๆ ที่ไม่ได้อยู่ในองค์กรโดยตรงด้วย ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวอาจจำแนกเป็นสามลักษณะ คือ องค์กร ธุรกิจ เครือข่าย ซึ่งเมื่อเรามีความเข้าใจในสิ่งเหล่านี้ จะช่วยให้เราเลือกแนวทางที่เหมาะสมในการเสริมสร้างความสัมพันธ์กับแต่ละกลุ่มในแต่ละช่วงเวลาได้อย่างเหมาะสม

	องค์กร	ธุรกิจ	เครือข่าย
ความสัมพันธ์	การจ้างงาน	การซื้อขาย	การแลกเปลี่ยนทรัพยากร
ความเป็นอิสระ	ขึ้นตามสายบังคับบัญชา	เป็นอิสระจากกัน	พึ่งพิงกัน
เครื่องมือการจัดการ	อำนาจ	ราคา	ความไว้วางใจ
วิธีจัดการความขัดแย้ง	กฎ ระเบียบ	การฟ้องร้อง	การเจรจา
พื้นฐานทางวัฒนธรรม	การสั่งการ	การแข่งขัน	การช่วยเหลือกัน

ความสัมพันธ์ในลักษณะองค์กรและลักษณะธุรกิจได้มีการพัฒนาขึ้นมากจนมีระเบียบแบบแผนที่ค่อนข้างชัดเจน ส่วนความสัมพันธ์ในลักษณะเครือข่ายก็มีการพัฒนามานานแล้ว มีรูปแบบหลากหลายตามธรรมชาติของเครือข่าย เป็นโอกาสที่จะพัฒนาได้อย่างอิสระในอนาคต

แนวคิดการทำงานในลักษณะเครือข่ายรูปแบบหนึ่งที่มีการพูดถึงในประเทศไทยคือแนวคิด INN (Individual-Node-Network) ซึ่งเชื่อในการรวบรวมพลังของคนที่มีความเชี่ยวชาญที่แตกต่างกันเข้าด้วยกันเพื่อทำเรื่องยากๆ โดยการรวมพลังจะเริ่มจากพลังภายในของแต่ละบุคคล (individual) ที่ค่อยๆ ไหลมารวมกันที่จุดรวม (node) แล้วเชื่อมต่อกันเป็นเครือข่าย (network) ซึ่งพลังรวมของเครือข่ายย่อมมหาศาลและเพียงพอที่

จะขับเคลื่อนเรื่องยากๆ ให้เป็นจริงได้ เหมือนดังความหมายของ “Together We Can”

วิธีการที่สามารถนำมาใช้ในการบริหารจัดการเครือข่ายที่มีการกล่าวถึงคือการประยุกต์ “อภิธานิยธรรม” กล่าวคือ มีการพบปะพูดคุยสร้างความสัมพันธ์กันเป็นประจำ เคารพในคุณค่าของเวลาของทุกคน จึงเริ่มการพบปะพูดคุยให้ตรงเวลาและเลิกให้ตรงเวลา ให้เกียรติและเคารพในอาวุโสและความรู้ความเชี่ยวชาญที่มีอยู่ในแต่ละคน ปฏิบัติตามข้อตกลงที่เครือข่ายร่วมกันกำหนด มีความเชื่อความศรัทธาในบางสิ่งบางอย่างร่วมกัน

เชื่อว่าหากเมล็ดพันธุ์แห่งความดีที่มีอยู่ในบุคลากรสาธารณสุขทุกคนได้เจริญเติบโตในสภาพแวดล้อมที่ดี จะส่งผลให้ทุกเมล็ดพันธุ์เป็นต้นไม้ที่สวยงาม แข็งแรง และเมื่อประสานกันเป็น “we” ก็จะเป็นป่าที่ให้ร่มรื่นและผู้คนที่ได้อาศัยร่มเงาของป่าได้อยู่อย่างสดชื่นและมีพลัง

I-10 Together with Leadership

1. Vision

คืออะไร

วิสัยทัศน์คือสิ่งที่มุ่งหวังให้มีหรือให้เกิดขึ้นในอนาคต เป็นภาพลักษณ์ที่ต้องการให้ผู้อื่นรับรู้ในอนาคต

ทำไม

วิสัยทัศน์ช่วยให้ทุกคนรวมเป็นหนึ่งเดียวกัน เป็นสิ่งที่ขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงมิให้อยู่ในสถานะเดิม

อย่างไร

- (1) เขียนวิสัยทัศน์ให้กระชับ ชัดเจน ทำท่าย สร้างแรงบันดาลใจ
- (2) ขอให้ทุกคนในองค์กรใคร่ครวญและตอบได้ว่าตนกำลังทำอะไรอยู่เพื่อช่วยให้วิสัยทัศน์นั้นเป็นจริง

2. Visionary Leadership

Visionary Leadership เป็น core values & concepts หนึ่งของ TQA/MBNQA และ HA นั้นหมายถึงเป็นสิ่งที่องค์กรซึ่งประสบความสำเร็จใช้เป็นหลักในการตัดสินใจและปฏิบัติ

คืออะไร

(1) เป็นการที่ผู้นำมีสายตากว้างไกล มองภาพใหญ่ คิดเชิงกลยุทธ์ ต้องการเปลี่ยนแปลงสังคม มองเห็นในสิ่งที่ผู้อื่นไม่เห็น มองเห็นโอกาสในปัญหา เห็นความใหญ่ในเรื่องเล็ก เป็นผู้ที่กล้า take intelligent risk (2) การที่ผู้นำนำเสนอความท้าทาย จูงใจให้คนเก่งมารวมตัวกัน เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายที่สูงกว่าท้าทายกว่า

ทำไม

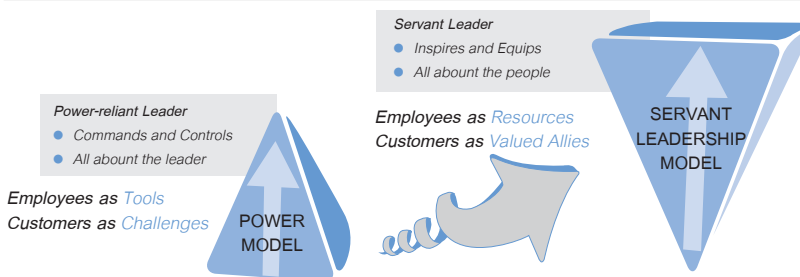
ผู้นำคือผู้กำหนดทิศทาง เป็นแบบอย่าง อนุญาตและสนับสนุนการเปลี่ยนแปลง

อย่างไร

(1) กำหนดทิศทาง สร้างค่านิยม ตั้งความคาดหวัง (2) กำหนดกลยุทธ์ ระบบงาน วิธีการไปสู่เป้าหมาย ส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงและนวัตกรรม (3) กระตุ้น จูงใจ สนับสนุน พร้อมร่วมฝ่าฟันปัญหาอุปสรรค สร้างการเรียนรู้จากการปฏิบัติ

3. Servant Leader

Flip the Organization Chart



ภาพที่ I-11.1 Servant Leadership Model

คืออะไร

ผู้นำแบบผู้รับใช้คือผู้นำที่อุทิศตนดูแลตอบสนองความต้องการของสมาชิกในองค์กร พัฒนาผู้คนเพื่อที่จะให้แต่ละคนได้ใช้ศักยภาพของตนออกมาได้ และส่งเสริมการเติบโตของทุกคนที่ทำงานร่วมด้วย รับผิดชอบและสร้างความรู้สึกเป็นชุมชนในองค์กร

ทำไม

กฎเกณฑ์เก่าของการบริหารแบบบนลงล่าง แบ่งชนชั้น มีการควบคุมจากภายนอกที่เข้มงวด ใช้ไม่ได้ผลอีกต่อไป มันถูกแทนที่ด้วยการควบคุมแบบใหม่ที่เรียกว่า “ตัวดึงดูดประหลาด (strange attractor)” ผู้คนถูกดึงดูดเข้าหาและรวมตัวเข้าด้วยกันพวกเขาถูกขับเคลื่อนโดยแรงกระตุ้นภายในตัวพวกเขาเพื่อทำวัตถุประสงค์ร่วมให้สำเร็จลุล่วง สิ่งนี้เปลี่ยนบทบาทของผู้บริหารไปเป็นผู้นำแบบผู้รับใช้ ทำหน้าที่ให้แรงบันดาลใจ ดึงเอาส่วนที่ดีที่สุดของผู้คนออกมาจากภายในใช้พรสวรรค์อันโดดเด่นของทุกคนในทุกทางที่จำเป็น

อย่างไร

ลักษณะของผู้รับใช้ (1) listen first รับฟังเป็นอันดับแรก (2) empathy มองโลกผ่านสายตาของผู้อื่น (3) heal มุ่งมั่นเยียวยาผู้บาดเจ็บ (4) awareness รับผิดชอบต่อสิ่งแวดล้อม (กายภาพ สังคม การเมือง) (5) persuasion ใช้บทสนทนาที่สุภาพและไม่บีบบังคับในการสร้างการเปลี่ยนแปลง (6) conceptualization มองเห็นภาพใหญ่ (7) foresight ใช้อดีตและปัจจุบันเพื่อวางแผนสำหรับอนาคต (8) stewardship รับผิดชอบในบทบาทการดูแลผู้คน (9) commitment to people ให้ความสำคัญกับทุกๆ คน (10) building community สร้างชุมชน

ศึกษาเพิ่มเติมได้จาก *Servant Leadership* สุดยอดผู้นำคือผู้รับใช้ เขียนโดย Robert K. Greenleaf แปลโดย อัญชลี ชัยชนะวิจิตร พิมพ์โดย สำนักพิมพ์สยามอินเตอร์บุ๊คส์ และ <http://www.slideshare.net/JamesNichols6/servant-leadership-57665965>

4. Collective Leadership

คืออะไร

การนำร่วม (collective leadership) เป็นกระบวนการทางสังคมที่มุ่งเป้าหมายร่วมมากกว่าเป้าหมายของปัจเจก โดยอาศัยการประสานและปฏิบัติกรร่วมกัน

แนวคิดสำคัญของการนำร่วมคือ ทุกคนเป็นผู้นำ มีเป้าหมายและพฤติกรรมการที่สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน มีการเรียนรู้จากการปฏิบัติ มีการแบ่งปันอำนาจอย่างโปร่งใส มีการใช้ปัจจัยนำเข้าและกระบวนการร่วมกัน มีการเรียนรู้ของกลุ่ม มีการรับผิดชอบของกลุ่ม มีความคิดสร้างสรรค์ของกลุ่ม

ทำไม

เพื่อประโยชน์ต่อองค์กรดังต่อไปนี้ (1) สลายการทำงานแบบตัวใครตัวมัน (2) เพิ่มการแบ่งปันความรู้ทั่วทั้งองค์กร (3) สลายโครงสร้างอำนาจที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลง (4) ทำให้เกิดความรับผิดชอบร่วมกัน (5) มีการใช้ความรู้ ทักษะ และความเชี่ยวชาญเพิ่มขึ้น (6) มีความมุ่งมั่นและความผูกพันมากขึ้น (7) ยอมรับความแตกต่างหลากหลาย (8) ทำให้เกิดการยอมรับและการปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงได้เร็วขึ้น

อย่างไร

ผู้นำร่วมมือกันภายใต้มิติสำคัญต่อไปนี้ (1) future possibilities เปิดใจ จูงใจและเสริมพลังผู้อื่น มองหาความเป็นไปได้ใหม่ๆ เพื่อความยั่งยืน (2) engagement สร้างความไว้วางใจและความเป็นปึกแผ่น เชื่อมโยงเครือข่าย ลงมือกระทำร่วมกันให้เห็นผลลัพธ์ที่จับต้องได้ (3) innovation พัฒนาศักยภาพในการสร้างนวัตกรรมเพื่อความยั่งยืน (4) humanity ยอมรับความแตกต่าง เคารพในความเป็นมนุษย์ของกันและกัน ใคร่ครวญใส่ใจสมดุลงภายใน (5) collective intelligence เชื่อเชิญให้นำความแตกต่างของมุมมอง ประสบการณ์ เพื่อหาคำตอบที่ดีกว่า สร้างวงรอบการใคร่ครวญและเรียนรู้ไม่สิ้นสุด (6) wholeness เปิดตามองสถานการณ์ในภาพใหญ่ สร้างเครือข่ายที่เกี่ยวพันกันและกัน

แหล่งข้อมูล: <http://www.collectiveleadership.de/apex/cli/collective-leadership/>

5. Clinical Governance

คืออะไร

อังกฤษให้ความหมายว่า clinical governance เป็นแนวทางอย่างเป็นระบบในการสร้างและยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นกรอบการดำเนินงานที่องค์กรบริการสุขภาพจะแสดงภาระรับผิดชอบในเรื่องนี้ โดยคำนึงถึง (1) มาตรฐานการดูแลที่มีคุณภาพเป็นที่ยอมรับได้ (2) ความรับผิดชอบต่อมาตรฐานดังกล่าวอย่างโปร่งใส (3) พลวัตของการปรับปรุง

แนวคิดนี้เป็นสิ่งที่คู่ขนานกับ corporate governance เพียงแต่จำกัดขอบเขตเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแล ไม่เกี่ยวกับกระบวนการทางธุรกิจอื่นๆ ขององค์กรบริการสุขภาพ ขณะเดียวกันมีแนวคิดเรื่อง integrated governance ที่จะเชื่อมโยง corporate governance กับ clinical governance เข้าด้วยกัน

ออสเตรเลียให้ความหมายว่า clinical governance เป็นระบบซึ่งผู้กำกับดูแลกิจการ ผู้บริหาร แพทย์ และเจ้าหน้าที่ ร่วมกันรับผิดชอบต่อคุณภาพการดูแล ปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ลดความเสี่ยงและสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อความเป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วย

ทำไม

แต่เดิมระบบกำกับดูแลกิจการองค์กรจะมุ่งเน้นประเด็นสำคัญทางธุรกิจ เช่น การเงิน กฎหมาย มอบให้ผู้บริหารและผู้ประกอบวิชาชีพรับผิดชอบต่อเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย เมื่อเกิดเหตุการณ์อื้อฉาวกรณีผ่าตัดหัวใจเด็กแล้วผู้ป่วยเสียชีวิตหลายรายในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง NHS อังกฤษจึงตื่นตัวที่จะหามาตรการป้องกัน และมีความเห็นร่วมกันว่าระบบกำกับดูแลกิจการหรือ NHS Trust จะต้องเข้ามามีบทบาทเชิงรุกมากขึ้น ขณะที่ประเทศออสเตรเลียนำแนวคิดนี้ไปใช้และให้ความหมายที่ครอบคลุมความรับผิดชอบต่อผู้เกี่ยวข้องทุกระดับขององค์กรและของระบบบริการสุขภาพ

อย่างไร

NHS สรุปว่า Clinical Governance ประกอบด้วย 7 เสาหลัก และ 5 ฐานหนุน เสาหลักทั้ง 7 ได้แก่ clinical effectiveness, risk management effectiveness, patient experience, communication effectiveness, resource effectiveness, strategic effectiveness, learning effectiveness ส่วน 5 ฐานหนุน ได้แก่ systems awareness, teamwork, communication, ownership, leadership

1. Clinical effectiveness เป็นการสร้างหลักประกันว่าจะมี right care, right patient, right clinician, right skills, right way ตลอดเวลา โดยการทำงานเป็นทีมและการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ การใช้หลักฐานวิชาการ การสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงตามหลักฐานวิชาการ การวัดกระบวนการและผลลัพธ์ทางคลินิก กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

2. Risk management effectiveness เป็นส่วนหนึ่งของระบบบริหารความเสี่ยงขององค์กร เริ่มต้นด้วยการระบุจุดอ่อนหรือความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้นในแต่ละหน่วยงาน กำหนดแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยง รับรู้และเรียนรู้จากความผิดพลาดที่เกิดขึ้น มุ่งเน้นปรับปรุงที่ระบบ สร้างวัฒนธรรมการสื่อสารที่เปิดกว้างสร้างความเชื่อมั่นในทุกส่วนของระบบ

3. Patient experience ประสบการณ์ของผู้ป่วยเป็น moment of truth สำหรับ clinical governance การรับรู้ประสบการณ์ของผู้ป่วยทั้งด้านบวกและด้านลบเป็นพื้นฐานของการจัดบริการที่มีคุณภาพ ระบบ clinical governance ต้องส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยทั้งในระดับองค์กรและการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งอาจจะมีระดับที่หลากหลายตั้งแต่การรับฟังประสบการณ์ ข้อเสนอแนะ การตัดสินใจร่วม เสริมพลังให้รับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง จนถึงการเป็นผู้ร่วมลงมือทำ (co-producers)

รัฐวิคตอเรียของออสเตรเลียเรียกองค์ประกอบนี้ว่า **consumer participation** เป็นการสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการเสริมพลังให้มีส่วนร่วมในการดูแล ประกอบด้วย การสื่อสารที่ชัดเจนและเปิดกว้าง การตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย การให้เสียงสะท้อนกลับโดยผู้ป่วย

4. Communication effectiveness ครอบคลุมการสื่อสารที่ได้ผล กับสมาชิกในองค์กรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ การสื่อสารที่ดีช่วยส่งเสริม ความสัมพันธ์เชิงสร้างสรรค์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ การสื่อสารใน องค์กรทำให้เกิดความตระหนัก ความเข้าใจ ไปจนถึงความมุ่งมั่นผูกพัน เป็นหน้าที่ของระบบ clinical governance ที่จะตรวจสอบช่องทางการสื่อสาร สร้างยุทธศาสตร์การสื่อสารเพื่อทำความเข้าใจเหตุผลของการเปลี่ยนแปลง และติดตามผลลัพธ์ของการสื่อสาร

5. Resource effectiveness การใช้หลักการเรื่อง clinical governance ทำให้สามารถใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ประสิทธิภาพ ยิ่งขึ้น ทรัพยากรเพื่อการดูแลที่มีคุณภาพครอบคลุมถึง เงิน คน เวลา เครื่องมือ อาคาร เทคโนโลยีสารสนเทศ และความรู้ การให้บริการที่มีคุณภาพ จะช่วยประหยัดทรัพยากรและนำไปใช้เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยได้มากขึ้น การระบุ failure cost สำคัญจะช่วยให้เห็นโอกาสการประหยัดทรัพยากร เช่น วันนอนโรงพยาบาลที่ยาวขึ้น, unplanned re-operation, preventable re-admission, HAI, วัสดุและเวชภัณฑ์หมดอายุ, เครื่องมือที่ใช้การไม่ได้ เนื่องจากขาดการบำรุงรักษา

6. Strategic effectiveness ระบบ clinical governance ควร มีบทบาทในการพัฒนาวัฒนธรรมการมุ่งเน้นผู้ป่วย ความเปิดกว้าง ภาวะรับ ผิดชอบ การเรียนรู้จากความผิดพลาด รวมทั้งการออกแบบบริการใน อนาคตที่ผู้ป่วยต้องได้รับบริการจากสถานพยาบาลมากกว่าหนึ่งแห่งใน ลักษณะที่ไร้รอยต่ออย่างได้ผลและปลอดภัย ซึ่งทุกส่วนในเครือข่ายจะต้อง มีวิสัยทัศน์และเจตจำนงร่วมกัน

7. Effective learning การสร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้ในองค์กร เป็นสิ่งจำเป็น บุคลากรต้องได้รับการเสริมพลังในการเรียนรู้และทำทาย การปฏิบัติที่เป็นอยู่ นอกจากจะเป็นการศึกษาต่อเนื่องเพื่อธำรงความรู้ที่ ทันสมัย การเรียนรู้จากความผิดพลาดและแบบอย่างการปฏิบัติที่ดีแล้ว สมมติฐานต่อไปนี้เป็นสิ่งที่ควรทำทายเพื่อเปลี่ยนแปลง: ผู้ป่วยรู้น้อยกว่า มีพยาบาลเท่านั้นที่ให้การดูแล มีแพทย์เท่านั้นที่ให้การวินิจฉัยโรค ทำ ไม่ได้หากไม่มีทรัพยากร การดูแลผู้ป่วยโดยตรงเท่านั้นคืองานที่แท้จริง การ สร้างแนวร่วมต้องใช้เวลามากเกินไป

6. คุณธรรมจริยธรรมในมาตรฐาน HA

มาตรฐาน HA ได้กล่าวถึงประเด็นเรื่องคุณธรรมและจริยธรรมไว้ในข้อกำหนดต่างๆ จำนวนมาก และได้ให้ความหมายของคำว่าจริยธรรมในเชิงกว้าง ดังที่ปรากฏในเอกสาร SPA

Personal ethics (morality) ครอบคลุมถึง ห่วงใยในความผาสุกของผู้อื่น, เคารพใน autonomy ของผู้อื่น, ซื่อสัตย์ จริ่งใจ (trustworthiness & honesty), เต็มใจปฏิบัติตามกฎหมาย, มีใจเที่ยงธรรม (basic justice, being fair), ปฏิเสธที่จะใช้โอกาสเอาเปรียบผู้อื่น, เมตตากรุณา (benevolence: doing good), ป้องกันอันตราย

Professional ethics ครอบคลุมถึง เป็นกลาง ใช้เหตุผล (impartiality, objectivity), เปิดเผยข้อเท็จจริง (openness, full disclosure), รักษาความลับ (confidentiality), due diligence/duty of care, ยึดมั่นในความรับผิดชอบของวิชาชีพ, หลีกเลี่ยงผลประโยชน์ทับซ้อน

โรงพยาบาลที่จะเป็นโรงพยาบาลคุณภาพหรือโรงพยาบาลคุณธรรมควรใช้**แก่นคุณธรรมจริยธรรม** ทบทวนระบบงานต่างๆ ในองค์กร ใช้การตามรอยเพื่อรับรู้การปฏิบัติที่เกิดขึ้นจริง สนับสนุนการทำวิจัยในงานประจำ เพื่อให้เกิดการพัฒนาประเด็นเหล่านี้อย่างเป็นระบบยิ่งขึ้น

I-1 การนำ

I-1.1ก(1) การปฏิบัติตนของผู้ในระดับสูงสะท้อนถึงความมุ่งมั่นต่อค่านิยมขององค์กร

I-1.1ก(2) ผู้ในระดับสูงสร้างสิ่งแวดล้อมขององค์กรที่ส่งเสริมให้มีการปฏิบัติตามกฎหมายและจริยธรรมที่ดี

I-1.1ก(4) ผู้ในระดับสูงสร้างและส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย

I-1.2ข(2) องค์กรส่งเสริมและสร้างความมั่นใจว่าจะมีพฤติกรรมที่มีจริยธรรมในปฏิสัมพันธ์ทุกกรณี

I-3 การมุ่งเน้นผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

I-3.1ก(3) องค์กรใช้ความเห็นและเสียงสะท้อนของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน เพื่อตอบสนองความต้องการและเป็นองค์กรที่มุ่งเน้นผู้ป่วย/ผู้รับผลงานมากขึ้น

I-3.2ก(3) องค์กรจัดการกับคำร้องเรียนของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน เพื่อให้มีการแก้ไขอย่างได้ผลและทันที่ มีกระบวนการและวิเคราะห์คำร้องเรียนเพื่อใช้ในการปรับปรุงทั่วทั้งองค์กร

I-3.3ข(3) มีการคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยในทุกกิจกรรมของการดูแลผู้ป่วย

I-3.3ข(4) ผู้ป่วยได้รับการปกป้องจากการถูกทำร้ายด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

I-3.3ข(5) ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้วยความเคารพความเป็นส่วนตัว ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ค่านิยมและความเชื่อส่วนบุคคล

I-3.3ข(6) องค์กรสร้างหลักประกันว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาและความรุนแรงเหมือนกันจะได้รับการดูแลในลักษณะเดียวกัน

I-3.3ค(1) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลด้วยความเคารพในสิทธิ และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

I-3.3ค(2) ผู้รับบริการที่เป็นเด็ก ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ได้รับการคุ้มครองสิทธิอย่างเหมาะสม

I-3.3ค(3) มีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องแยกหรือถูกยัดอย่างเหมาะสม

I-4 การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้

I-4ค(2) องค์กรสร้างความมั่นใจในการรักษาความลับของข้อมูล และสารสนเทศ

I-5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล

I-5.1ข(1) ระบบการพัฒนาและเรียนรู้สำหรับบุคลากร พิจารณาประเด็นจริยธรรมของบุคลากรในองค์กร ประเพณีวัฒนธรรม และมิติทางจิตวิญญาณของผู้มารับบริการ

I-5.1ข(2) ระบบการพัฒนาและเรียนรู้สำหรับผู้นำ พิจารณาประเด็นจริยธรรมในการให้บริการสุขภาพและการดำเนินกิจการ

I-5.2ก(1) มีการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบของแต่ละตำแหน่ง และมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบตามความรู้ความสามารถของบุคลากรและข้อกำหนดในกฎหมาย

I-5.2ข(2) องค์กรให้การดูแลและเกื้อหนุนบุคลากรด้วยนโยบายการจัดบริการ และสิทธิประโยชน์

I-5.2ค(3) องค์กรประเมินและจัดการความเสี่ยงต่อสุขภาพที่สำคัญอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

I-5.2ค(7) บุคลากรที่เจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงานได้รับการประเมินและดูแลอย่างเหมาะสม

I-6 การจัดการกระบวนการ

I-6.1ข(1) องค์กรกำหนดกระบวนการทำงานสำคัญซึ่งนำไปสู่การส่งมอบคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย ผู้รับผลงานอื่นๆ และความสำเร็จขององค์กร

I-6.1ข(3) องค์กรออกแบบกระบวนการทำงานโดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย หลักฐานทางวิชาการ มาตรฐานวิชาชีพ

I-6.1ค องค์กรสร้างความมั่นใจในการเตรียมพร้อมของระบบงานและสถานที่ทำงานเพื่อรองรับภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉิน

I-6.2ก(2) มีการพิจารณาความคาดหวังของผู้ป่วย มีการอธิบายเพื่อให้ผู้ป่วยมีความคาดหวังที่สามารถตอบสนองได้ ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและนำความสมัครใจ (preference) ของผู้ป่วยมาพิจารณาในการให้บริการ

II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ

II-2.1ค(2) บุคลากรร่วมมือกันในการให้บริการและดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพสูง โดยตระหนักในความรับผิดชอบของวิชาชีพต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (ทีมในงานปกติประจำ)

II-2 การกำกับดูแลวิชาชีพ

II-2.1ก(3) ระบบบริหารการพยาบาลมีโครงสร้างและกลไกในการกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพอย่างได้ผล

II-2.1ก(5) การบริหารความเสี่ยง การบริหารความปลอดภัย และ การบริหารคุณภาพของปฏิบัติการพยาบาลสอดคล้องกับเป้าหมายของ องค์กรและมาตรฐานจริยธรรมวิชาชีพ

II-2.1ข(2) พยาบาลให้การพยาบาลด้วยความเคารพในสิทธิผู้ป่วย และจริยธรรมวิชาชีพ

II-2.2(1) มีการจัดตั้งองค์กรแพทย์เพื่อสร้างความมั่นใจว่าจะให้ บริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพสูงด้วยความรับผิดชอบแห่งวิชาชีพ

II-2.2(3) องค์กรแพทย์สร้างความมั่นใจว่าการให้บริการทางการ แพทย์อยู่บนพื้นฐานของการใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์และมาตรฐาน วิชาชีพ เคารพในสิทธิผู้ป่วยและเป็นไปตามจริยธรรมวิชาชีพ

II-2.2(5) องค์กรแพทย์ทำหน้าที่กำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรม ของผู้ประกอบการวิชาชีพอย่างได้ผล

II-2.2(7) มีข้อตกลงและแนวทางปฏิบัติในการทำงานของแพทย์ ที่ทุกคนยึดถือและนำไปปฏิบัติ ครอบคลุมเรื่องของการประกอบวิชาชีพ เวชกรรม ประเด็นทางจริยธรรม/กฎหมาย/สังคม ฯลฯ

II-5 ระบบเวชระเบียน

II-5.1ก(3) องค์กรมีนโยบายและแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับเวชระเบียน ผู้ป่วยที่เหมาะสม ในด้านการบันทึก การแก้ไข การรับคำสั่ง การใช้รหัส มาตรฐาน การจัดเก็บ การเข้าถึง และการทำลาย

II-5.1ข(2) องค์กรกำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติที่จำเป็นเพื่อ รักษาความลับของข้อมูลและสารสนเทศของผู้ป่วยในเวชระเบียน

II-6 ระบบการจัดการด้านยา

II-6.2 องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีการสั่งจ่ายและการให้ยาที่ ปลอดภัย ถูกต้อง เหมาะสม และได้ผล

II-7 การตรวจสอบประกอบกรณีวินิจฉัยโรค

II-7.2ค(3) มีข้อบ่งชี้ทางคลินิกที่เพียงพอในการส่งตรวจทาง รังสีวิทยาหรือ medical imaging อื่นๆ

III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ

III-1(2) ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลฉุกเฉินหรือเร่งด่วน ได้รับการประเมินและดูแลรักษาเป็นอันดับแรก

III-1(3) มีการประเมินความสามารถในการรับผู้ป่วยไว้ดูแล ถ้าไม่สามารถให้บริการแก่ผู้ป่วยได้ ทีมผู้ให้บริการจะให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างเหมาะสม อธิบายเหตุผล และช่วยเหลือในการหาสถานบริการ สุขภาพที่เหมาะสมกว่า

III-3 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย

III-3.1(1) แผนการดูแลผู้ป่วยตอบสนองต่อปัญหา/ความต้องการ ของผู้ป่วยที่ได้จากการประเมินอย่างเป็นองค์รวม

III-4 การดูแลผู้ป่วย

III-4.1(1) มีการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ปลอดภัย ทันเวลา โดย มอบความรับผิดชอบในการดูแลให้แก่ผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม

III-4.2(4) มีการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสมกับความ รุนแรงของการเจ็บป่วย และดำเนินการแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนแผนการรักษา ได้ทันท่วงที

III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว

III-5(3) ทีมผู้ให้บริการให้ความช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ จิตใจ และคำปรึกษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

1. Strategic Thinking

คืออะไร

การคิดเชิงกลยุทธ์คือการคิดเกี่ยวกับอนาคต เป็นการคิดใหญ่ คิดลึก คิดยาว เพื่อการตัดสินใจสำหรับอนาคต ว่าอะไรจะเกิดขึ้น เราจะอยู่ตรงไหน และเราสามารถทำอะไรได้ในวันนี้

การคิดเชิงกลยุทธ์คือการคิดที่มีพื้นฐานของ (1) การคิดเชิงระบบ (systems thinking)-คิดใหญ่ (2) การคิดวิพากษ์ (critical thinking)-คิดลึก (3) การคิดอย่างสร้างสรรค์ (creative thinking) และพยายามไปให้ไกลกว่านั้น-คิดยาว

การคิดใหญ่ (think big) คือการทำความเข้าใจว่าเราเชื่อมต่อและมีปฏิสัมพันธ์กับองค์กรอื่นและสิ่งแวดล้อมภายนอกอย่างไรเป็นการคิดเชิงระบบ (systems thinking) เรียนรู้ที่จะมองระบบที่ใหญ่กว่าที่เราเป็นส่วนหนึ่งของระบบนั้น ใส่ใจกับสิ่งแวดล้อมภายนอกเพื่อทำความเข้าใจผลกระทบของการเปลี่ยนแปลง ใส่ใจกับการพึ่งพิงกันและกัน ใส่ใจกับการ align ความสามารถภายในกับสิ่งแวดล้อมภายนอกที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ใส่ใจกับกลยุทธ์ที่จะทำให้องค์กรอยู่รอดในอนาคตก

การคิดลึก (think deep) คือการตั้งคำถามกับวิธีการทำงานของเราว่าเราใช้การแปลความอดีตหรือเราคำนึงถึงอนาคตเป็นหลัก เป็นความคิดเชิงวิพากษ์ (critical thinking) การใช้แว่นกรองเพื่อสร้างความหมายเป็นสิ่งสำคัญ สมมติฐานที่เราใช้ในทุกวันนี้ยังคงใช้ได้ในอนาคตหรือไม่ หรือเป็นกรงที่ขังเราไว้ในอดีต เช่น “มันเป็นไปไม่ได้” “ฉันยุ่งเกินไป” “มันไม่เกี่ยวกับ”

การคิดยาว (think long) คือการมองไปในอนาคตไกลๆ ว่าเราเข้าใจรูปแบบของทางเลือกต่างๆ ในอนาคตสำหรับองค์กรของเราหรือไม่ เป็นการ scan สิ่งแวดล้อมที่กำลังเกิดอะไรขึ้น และพิจารณา wildcards (ไฟโจ๊กเกอร์) คืออะไรก็ได้ที่เป็นไปได้ ไม่เชื่อมต่อกับปัจจุบัน อาจจะมีความเป็นไปได้บ้าง แต่มีผลกระทบสูง เปลี่ยนจากการมองแบบ linear future ไปเป็น possible

future คือการสำรวจอนาคตที่เป็นไปได้อย่างกว้างขวางที่สุด

การ scan สิ่งแวดล้อม ควรรู้เร็ว และรู้ร่วม รู้เร็วด้วยการทำอย่างแข็งขัน ทำในสถานที่แปลกใหม่ มองหามุมมองที่หลากหลาย มองหาความเชื่อมต่อ การกระทบ และการบรรจบ รู้ร่วมด้วยการร่วมกันในทุกระดับและทั้งองค์กรเพื่อแปลความหมายสิ่งที่ scan มา

อนาคตอาจจะเป็นสิ่งที่ไม่อาจรู้ได้ (unknowable) แต่เราสามารถทำความเข้าใจได้ว่าอะไรจะมีผลต่ออนาคต (what will influence the future)

ลักษณะของนักคิดเชิงกลยุทธ์ที่แตกต่างจากนักคิดเชิงบริหาร (1) conceptual มากกว่า sequential (2) มุ่งเน้น strategy มากกว่า operation (3) มอง big picture มากกว่า small detail (4) ใช้ drawing & design มากกว่า numbers & spreadsheet (5) เน้นการทำในสิ่งที่ควรทำมากกว่าการทำให้ถูกวิธี (6) ใช้ intuitive analysis มากกว่า linear analysis (7) คิดโดยใช้สัญชาตญาณมากกว่าคิดโดยใช้กรอบหรือลำดับขั้น (8) มองป่ามากกว่ามองต้นไม้ (9) คิดสร้างนวัตกรรมมากกว่าคิดตาม tradition

ทำไม

วิธีการดำเนินกิจการขององค์กรต่างๆ กำลังเปลี่ยนแปลง ขอบเขตต่างๆ เริ่มสลายไป แนวคิดว่าองค์กรเป็นระบบที่มีชีวิตได้รับความสนใจมากขึ้น แนวคิดเรื่องทำงานก็เปลี่ยนแปลงไป มีความยืดหยุ่นมากขึ้น มีแนวคิดเรื่อง hyper-local working-anytime, anywhere มีการทำงานในโลกเสมือน

กระบวนการที่เกี่ยวกับผู้นำองค์กรก็เปลี่ยนแปลงไป ให้ความสำคัญกับความตระหนักรู้และตื่นรู้ กับ intellectual leadership มากกว่า functional leadership แนวคิดเรื่องการสั่งการและควบคุม ความสามารถในการคาดการณ์ และ micro-management ที่เคยใช้ในวงการอุตสาหกรรมได้ตายไปแล้ว

ผู้นำไม่สามารที่จะมีความสามารถในการปรับตัวได้เพียงพอหากไม่มีวิธีคิดเชิงกลยุทธ์ ผู้นำต้องสามารถเปลี่ยนทิศทางเพื่อตอบสนองกับเหตุการณ์ที่ไม่คาดฝัน ปรับกลยุทธ์ ลำดับความสำคัญ และเป้าหมายเมื่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลงไป

เป็นที่ยอมรับว่าโมเดลดั้งเดิมของการจัดทำกลยุทธ์นั้นใช้การไม่ได้ ธุรกิจต่างๆ เปลี่ยนจากการวางแผนเชิงกลยุทธ์มาเป็นการคิดเชิงกลยุทธ์

เพื่อที่จะคงความสามารถในการแข่งขัน อย่างไรก็ตามทั้งสองกระบวนการ
 คิดยังต้องใช้ร่วมกันเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด นักคิดเชิงกลยุทธ์สามารถ
 ค้นหาลู่ใหม่ ๆ กลยุทธ์เชิงจินตนาการที่สามารถ rewrite กฎของเกมส์การ
 แข่งขัน และกำหนด chain of events ที่จะกำหนดรูปแบบและอนาคต
 การคิดเชิงกลยุทธ์จะช่วยเสริมให้การวางแผนกลยุทธ์สามารถตอบ
 โจทย์ขององค์กรได้

ตารางที่ I-11.1 เปรียบเทียบการคิดเชิงกลยุทธ์กับการวางแผนกลยุทธ์

	การคิดเชิงกลยุทธ์	การวางแผนกลยุทธ์
ภาพอนาคต	พยากรณ์ได้เพียง shape of the future	อนาคตสามารถพยากรณ์ได้โดยมีรายละเอียด
การจัดทำและนำไปปฏิบัติ	เป็น interactive process	แบ่งบทบาทได้ชัดเจน
บทบาทผู้บริหาร	ผู้บริหารระดับต้นมีเสียงในการตัดสินใจและมีอิสระในการตอบสนองสถานการณ์ที่กำลังเกิดขึ้น	ผู้บริหารระดับสูงรับข้อมูลจากผู้บริหารระดับต้น วางแผนแล้วกระจายสู่การปฏิบัติ
การควบคุม	Self-reliance เป้าหมายเชิงกลยุทธ์อยู่ในใจของผู้บริหารทั่วทั้งองค์กรเพื่อขึ้นนำการตัดสินใจในงานประจำวัน	ผ่านระบบการวัดผลและติดตามกำกับ
ผู้บริหารกับการนำไปปฏิบัติ	ผู้บริหารทุกคนเข้าใจภาพใหญ่ การเชื่อมต่อบทบาทของตนกับเป้าหมายของระบบ และการฟุ้งฟิงกันระหว่างส่วนต่างๆ ของระบบใหญ่	ผู้บริหารระดับต้นรู้เฉพาะหน้าที่ของตนให้ดี
กระบวนการและผลลัพธ์	เน้นคุณค่าของกระบวนการวางแผน	เน้นการจัดทำแผนเป็นเป้าหมายสำคัญ

ทำอย่างไร

ตั้งใจที่จะเปลี่ยนจาก reactive futures เป็น proactive futures
 (1) ไม่รอนจนอนาคตมาถึงค่อยตัดสินใจ (2) วางแผนสำหรับทุกทางเลือกที่เป็นไปได้ มีใจเฉพาะอนาคตที่คาดหวัง (3) ไม่มองหาความแน่นอนที่

จากการดูแนวโน้มของอดีตและปัจจุบัน (4) ยอมรับที่จะอยู่กับความซับซ้อน ความไม่แน่นอน ความไม่รู้ (5) ทำให้องค์กรของเรามุ่งเน้นอนาคตมากขึ้น (6) เปลี่ยนจากการตอบสนองเหตุการณ์มาเป็นการลงมือกระทำและคาดการณ์ ผลระยะยาวจากการกระทำของเรา

ตระหนักในกรอบที่จำกัดตัวเรา (1) กรอบทางความคิดที่ทำให้เราตอบสนองแบบเดิมๆ (2) ความมั่นใจสูงเกินไป (3) แนวโน้มที่ใช้หลักฐานมายืนยันมากกว่าที่จะพิสูจน์ว่าหลักฐานนั้นใช้ไม่ได้ (4) ต้องการความแน่นอนและไม่ชอบความคลุมเครือ

เปลี่ยนวิธีการคิดและความคุ่นชิน (1) เลิกใช้การตอบสนองตามแบบแผนและการคิดแบบเดิมๆ ฝึกให้สมองของเราสร้างการเชื่อมต่อใหม่ๆ หรือคิดสร้างสรรค์ เปลี่ยนมุมมองจากการขับเครื่องบินอัตโนมัติมาเป็นใช้มือ (2) move beyond busy มองให้ออกกว่าเรายุ่งเพราะอะไร (busyness syndrome) เพราะการจัดการกับปัญหาประจำวันมากกว่าที่จะใช้เวลาคิดถึงเรื่องอนาคตหรือไม่ นั่นจะทำให้องค์กรขาดเป้าหมาย เป็นดินแดนแห่งแล้งที่ใช้ประโยชน์ไม่ได้ ผู้คนขาดความสุข ให้ตระหนักว่าอนาคตกำลังไล่ล่าเราทุกคน ขอให้มั่นใจว่ามันไล่ทันเราในขณะที่ดวงตาและจิตใจของเราเปิดรับรู้

พัฒนาให้มีลักษณะของนักคิดเชิงกลยุทธ์

- (1) **Open mind** มีจิตใจที่เปิดกว้าง
- (2) **Systems thinker** เป็นนักคิดเชิงระบบ มองภาพใหญ่และระบบที่ใหญ่กว่าองค์กร มองให้เห็นความสัมพันธ์ขององค์ประกอบ
- (3) **Accept diversity** ยอมรับความหลากหลาย
- (4) **Think outside the box** คิดนอกกรอบ มองให้ไกลกว่าสิ่งที่มองเห็นได้ชัดเจน มองหาความเชื่อมโยงระหว่างสถานการณ์ที่อาจดูเหมือนไม่สัมพันธ์กัน
- (5) **Think outrageously at times** คิดแหกคอกเป็นครั้งคราว การตอบสนองต่อโอกาสดีๆ ที่ผ่านเข้ามา คิดถึงความเสี่ยงของการสูญเสียโอกาสที่เหมาะสมกับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป
- (6) **Curious** อยากรู้ อยากเห็น

- (7) **Optimistic** มองโลกในแง่ดีเกี่ยวกับการสร้างอนาคต
- (8) **Challenge assumptions** ท้าทายสมมติฐานที่เคยยึดถือ
- (9) **Aware of own worldview** ตระหนักในสายตาที่เรามองโลก
- (10) **Compassionate** เปี่ยมด้วยความรัก เมตตา เอื้ออาทร
- (11) **Generous** ใจกว้าง ออกไปมองจากจุดยืนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ เช่น ลูกค้า คู่แข่ง หุ้นส่วน เพื่อให้เห็น new insights และโอกาสใหม่ๆ
- (12) **Seek & foster collective wisdom** เสาะหาและสรรสร้างภูมิปัญญาพร้อมมองหา synergies จากความสามารถ โอกาส หน่วยงาน กระบวนการ นวัตกรรม และพันธมิตรขององค์กร เพื่อให้เกิดประโยชน์ในระยะสั้นและระยะยาวอย่างสมดุล
- (13) **Engage subconscious mind** เชื่อมต่อกับจิตใต้สำนึก กำหนดผลลัพธ์เชิงกลยุทธ์ที่ต้องการ เปิดโอกาสให้อารมณ์และความรู้สึกทำงาน ผ่อนคลายเพื่อให้จิตใต้สำนึกเริ่มทำงานกับความฝันของเรา

ซ้อมขึ้นบันไดการคิดเชิงกลยุทธ์

- (1) **Self awareness** มีใจเปิดกว้าง อยากรู้ อยากเห็น ใช้ critical thinking มองเห็นองค์กรโดยรวม เห็นแนวโน้มและเข้าใจสถานการณ์ที่แวดล้อมองค์กร เห็นความจำเป็นทางธุรกิจว่าจะต้องไปในทิศทางใด
- (2) **Exercise good judgment** มีความเข้าใจในธุรกิจขององค์กร มีทักษะพื้นฐานสำหรับธุรกิจ มีการตัดสินใจที่เหมาะสม มุ่งเน้นลูกค้า
- (3) **Successfully create new & different** สามารถจัดการกับความไม่ชัดเจน ยอมรับการเปลี่ยนแปลง มีการจัดการนวัตกรรมเพื่อสร้างสิ่งใหม่ๆ และความแตกต่าง

แหล่งข้อมูล: Maree Conway (Thinking Futures). Strategic Thinking: what is it and how to do it.

1. การเคารพในความเป็นมนุษย์

คืออะไร

การเคารพในความเป็นมนุษย์คือ (1) การให้คุณค่าแต่ละบุคคลในฐานะปัจเจก (2) เคารพในความหวัง และความมุ่งมั่นในชีวิตของพวกเขา (3) พยายามทำความเข้าใจสิ่งที่สำคัญในชีวิต ความต้องการ ความสามารถ และข้อจำกัด (4) นำสิ่งที่ผู้อื่นพูดมาพิจารณาอย่างจริงจังด้วยความเคารพในความเห็นเหล่านั้น (5) ปฏิบัติต่อกันด้วยความรักและเมตตาในการตอบสนองต่อความเจ็บปวด ความบีบคั้น ความกังวล และความต้องการ แม้เป็นเรื่องเล็กน้อยก็พยายามทำเพื่อให้เกิดความสบายและคลายความทุกข์ทรมาน (NHS Constitution)

ทำไม

การเคารพศักดิ์ศรีและคุณค่าความเป็นคนของคนทุกคนอย่างเท่าเทียมกันคือศีลธรรมพื้นฐานของสังคม เป็นรากฐานของประชาธิปไตย สิทธิมนุษยชน ความเสมอภาค ความเป็นธรรมทางสังคม การพัฒนาต่างๆ ต้องเอาการเคารพศักดิ์ศรีและคุณค่าความเป็นคนของคนทุกคนอย่างเท่าเทียมกันเป็นตัวตั้งถ้าเอาอย่างอื่นเป็นตัวตั้ง (เช่น เงิน ความรู้ อำนาจ) จะกัดความเป็นคนลง

ถ้าคนเรารู้สึกมีคุณค่าและศักดิ์ศรี มีศักยภาพ มีอิสระภาพ และมีการเคารพศักดิ์ศรีและคุณค่าของคนอย่างเท่าเทียมกัน จะมีความสุขซึมซาบอยู่ในคนทุกคน และทั่วไปในสังคม

ทำอย่างไร

การเคารพความเป็นมนุษย์ในการปฏิบัติงานปกติ มีแนวทาง เช่น (1) ตระหนักว่าผู้รับบริการมีความต้องการเช่นเดียวกับเรา (2) รับรู้ความต้องการของผู้รับบริการ เอาใจเขามาใส่ใจเรา (3) ใช้บททดสอบบริการดูจรรยาบรรณ ถ้าผู้ป่วยเป็นญาติของเรา เราจะปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างไร

(4) ยกระดับความคิดจากการให้บริการตามหน้าที่ มาเป็นการให้บริการด้วยสำนึกของวิชาชีพ และการทำหน้าที่ของเพื่อนมนุษย์ (5) ไม่เพิกเฉยที่จะผ่อนคลาย suffering ของผู้รับบริการแม้ในเรื่องเล็กน้อย

การเคารพความเป็นมนุษย์เมื่อเผชิญกับความขัดแย้ง มีแนวทาง เช่น (1) รับฟังโดยไม่ด่วนตัดสิน (2) ฟังให้เข้าใจถึงเนื้อหาและเจตนาอารมณ์ของผู้พูด (3) ใช้ reflective dialogue เพื่อสะท้อนความเข้าใจของเราในสิ่งที่ได้รับฟัง (4) มองหาข้อดีในความเห็นที่แตกต่าง (5) ละวางความเห็นของตนเอง แล้วชวนกันก้าวข้ามความเห็นที่แตกต่างเพื่อให้ได้ทางเลือกอื่นที่ดีกว่า

การเคารพความเป็นมนุษย์ในการออกแบบระบบบริการ ด้วยการปฏิบัติตามแนวทางขององค์การอนามัยโลกในเรื่อง people-centred care ด้วยการนำมุมมองของผู้ป่วย ผู้ดูแล ครอบครัว และชุมชน มาพิจารณา สนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยมีโอกาสตัดสินใจและมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง สร้างหลักประกันในการเข้าถึงแก่ผู้ด้อยโอกาส ประสานงานเพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง ฯลฯ

แหล่งข้อมูล: <http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/framework/en/>

2. Patient Engagement

คืออะไร

Customer engagement คือ การสร้างความสัมพันธ์ที่ลึกซึ้งกับลูกค้าเพื่อชักนำให้เกิดการตัดสินใจซื้อ มีปฏิสัมพันธ์ และมีส่วนร่วมในระยะยาว

Patient engagement มุ่งเป้าไปที่ผลลัพธ์สุขภาพของผู้ป่วยมากกว่า การทำให้ผู้ป่วยจงรักภักดีกับการมารับบริการ ซึ่งเกิดจากบทเรียนที่ว่า ผู้ป่วยที่ actively involve ในการดูแลตนเองจะเกิดผลลัพธ์ที่ดีกว่าและค่าใช้จ่ายน้อยกว่า จึงพยายามทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ทักษะ ความสามารถ และความเต็มใจที่จะรับผิดชอบกับสุขภาพของตนและจัดการดูแลตนเอง และเมื่อกล่าวถึงเรื่องนี้มักจะขยายความครอบคลุมทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแล ครอบครัว และชุมชน

ทำไม

กรอบแนวคิดเรื่อง Patient Engagement ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับและขยายวงกว้างไปเป็น people, family, and community engagement มีข้อสรุปเชิงวิชาการสนับสนุนว่ากลไกดังกล่าวจะนำมาซึ่งการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพที่มีความยั่งยืน ดังที่ The United Nations ประกาศใน Sustainable Development Goals ว่าต้อง engagement of all people รวมถึงทิศทางขององค์การอนามัยโลกในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์เรื่อง Integrated People-Centred Health Services ที่มียุทธศาสตร์หลักเรื่อง engaging and empowering people & communities

ทำอย่างไร

Level of patient engagement สามารถพิจารณาได้เป็น 3 ระดับ คือ

- (1) ระดับการดูแลตัวผู้ป่วยแต่ละราย
- (2) ระดับสถานพยาบาลและชุมชน เช่น การเป็นกรรมการที่ปรึกษาของสถานพยาบาล การร่วมเป็นผู้นำในการพัฒนา การจัดบริการร่วมกันในชุมชน
- (3) ระดับการตัดสินใจเชิงนโยบายที่มีผลกระทบในระดับกว้าง เช่น การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การจัดสรรทรัพยากร

Continuum of patient engagement หรือ maturity of engagement อาจพิจารณาได้ดังนี้

- (1) **Patient as user** ผู้ให้บริการพยายามให้บริการที่ดีที่สุด สื่อสารข้อมูลที่จำเป็นให้ทราบ ผู้รับบริการมีศรัทธาต่อบริการที่ได้รับ
- (2) **Communicate & consultation** มีการสื่อสารสองทาง มีการปรึกษาหารือกัน (บนพื้นฐานของความเข้าใจ ความเคารพ ความอ่อนน้อมพร้อมที่จะสนับสนุนกันและกัน) การถาม preference ของผู้ป่วย การที่องค์กรจัดระบบรับฟังความเห็นของผู้ป่วยหรือประสบการณ์ของผู้ป่วยรวมถึงการจัดให้มีระบบ open disclosure เปิดเผยข้อมูลที่เกี่ยวข้องเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
- (3) **Involvement** เช่น การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผน (shared decision making) การเข้าถึงเวชระเบียนของตนเอง การรายงานอุบัติการณ์ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย speak up เมื่อรู้สึกไม่สบายใจ

(4) **Collaborate, empower, & co-production** เช่น การร่วมกันสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ การสร้างเครื่องมือหรือนวัตกรรมใหม่ร่วมกัน การมีระบบ home monitoring หรือ online nurse หรือ virtual coaching การร่วมเป็นคณะกรรมการของโรงพยาบาล การร่วมจัดบริการในชุมชน

(5) **Shared leadership** ผู้ป่วยครอบครัวและชุมชน ก้าวออกมา ร่วมเป็นผู้นำกับบุคลากรทางสาธารณสุข ร่วมเป็นเจ้าของระบบบริการสุขภาพ ทั้งของตัวเองและส่วนรวม โดยขยับเข้าสู่การเข้าร่วมวางทิศทางและนโยบาย ร่วมสร้างแนวทางปฏิบัติต่างๆ หรือเครื่องมือใหม่ๆ ในเชิงระบบร่วมกัน รวมถึงการเป็นผู้นำในการสร้างกลไกที่เพิ่มความแข็งแกร่งให้กับระบบของประเทศ ซึ่งการเป็นการสร้างเชิงวิชาการ การบริหารจัดการหรือการสร้างกลุ่มเพื่อทำกิจกรรมสร้างสรรค์ให้ระบบร่วมกัน เช่น Thailand Patients for Patient Safety

แหล่งข้อมูล: พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ นำเสนอในการประชุม Side Meeting for PMAC 2017

3. Patient Experience

คืออะไร

Patient Experience ในฐานะการรับรู้ของผู้ป่วย คือ สิ่งที่ผู้ป่วยและญาติ รับรู้ เข้าใจ และจดจำ ซึ่งอาจจะแตกต่างกันไปตามความเชื่อ ค่านิยม และพื้นฐานวัฒนธรรมของแต่ละคน (นั่นคือในเหตุการณ์เดียวกัน ผู้ป่วยแต่ละรายอาจจะมีประสบการณ์แตกต่างกัน) ประสบการณ์นี้เกิดจากปฏิสัมพันธ์ของสิ่งต่างๆ ในแต่ละขณะ ได้แก่ ผู้คน กระบวนการ นโยบาย การสื่อสาร การกระทำ และสิ่งแวดล้อม ซึ่งเกิดขึ้นทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการเข้ารับบริการของผู้ป่วย

Patient Experience ในฐานะกระบวนการ คือ การรับฟังประสบการณ์และเสียงสะท้อนจากผู้ป่วย เพื่อนำมาสู่การปรับปรุงระบบงาน โดยมีกรอบแนวคิดที่สำคัญ คือ (1) การยอมรับว่าผู้ป่วยคือผู้ที่รู้จริงหรือผู้เชี่ยวชาญคนหนึ่งในการรักษาพยาบาลตนเอง (2) การปรับปรุงตามเสียง

สะท้อนของผู้ป่วยและญาติ ทำให้สอดคล้องต่อความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด

ทำไม

การรับฟังประสบการณ์ของผู้ป่วยและญาติมีความสำคัญด้วยเหตุต่อไปนี้ (1) ความตื่นตัวในระดับสากลที่เน้นคนเป็นศูนย์กลาง (2) ประสบการณ์ของผู้เกี่ยวข้องเป็นกระจกสะท้อนคุณภาพของกระบวนการดูแลผู้ป่วยได้ดีที่สุด ทำให้รับรู้มุมมองที่อาจจะถูกละเลย (3) การใส่ใจต่อเสียงสะท้อนจากการรับฟังประสบการณ์ของผู้ป่วย ทำให้เกิดวัฒนธรรมของการมุ่งเน้นผู้ป่วยสามารถส่งมอบคุณค่าที่เพิ่มขึ้นและนำองค์กรไปสู่ความเป็นเลิศ (4) ผลลัพธ์ต่อองค์กรคือได้รับความไว้วางใจจากประชาชน

ทำอย่างไร

การเรียนรู้ประสบการณ์ผู้ป่วยสามารถดำเนินการได้ 4 ระดับ คือ

- 1. ระดับมหภาคด้วยการสุ่มสำรวจระดับชาติ (national survey)**
ตัวแทนประชากรทั่วประเทศทุกหนึ่งหรือสองปีเป็นภาพรวมสะท้อนคุณภาพระบบบริการแห่งชาติจากมุมมองประชาชน จัดเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการเปรียบเทียบคุณภาพบริการของแต่ละหน่วยงานหรือแต่ละภูมิภาคเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงและผลกระทบจากปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม การเมืองและนโยบายที่มีต่อคุณภาพบริการที่ประชาชนได้รับ
- 2. ระดับโรงพยาบาล ด้วยการรับฟังเสียงของผู้รับและผู้ให้บริการ**
เป็นการสำรวจความเห็นเพื่อการประเมินตนเองของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง อาจออกแบบการสำรวจให้สอดคล้องกับผู้รับบริการแต่ละลักษณะ เช่น ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก แผนกฉุกเฉินโดยเลือกทำในจุดที่สำคัญและพร้อมจะปรับปรุง ควรดำเนินการทุกปีเพื่อเปรียบเทียบและติดตามการเปลี่ยนแปลง
- 3. ระดับชุมชน ด้วยการพูดคุยกับผู้ป่วยและชุมชน (patients and community dialogue)**
ทำให้ผู้ให้บริการได้สัมผัสกับประสบการณ์ของผู้รับบริการโดยตรงสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของเจ้าหน้าที่กับประสบการณ์คนไข้ ทำให้ได้ข้อมูลรอบด้านและเกิดความเข้าใจซึ่งกันและกันเห็นความทุกข์ สัมผัสกับปัญหา อยากแก้ไข อาจดำเนินการเป็นรายประเด็นหรือรายกลุ่มเพื่อให้ได้เสียงสะท้อนเฉพาะเพื่อการปรับปรุงบริการ

4. สร้างระบบรับฟังภายในองค์กรให้เป็นวัฒนธรรม ทั้งความเห็นภายนอกและภายในผสมผสานการรับฟังเสียงสะท้อนในทุกกิจกรรมที่เป็นไปได้ จัดทำแนวทางการปรับระบบเพื่อรองรับเสียงสะท้อนที่เป็นรูปธรรม ตัวอย่างกิจกรรม เช่น การเยี่ยมบ้านต้องมีข้อคิดความเห็นจากประสบการณ์ผู้ป่วยมาเสนอแนะแก่ฝ่ายบริการ มีกิจกรรมสะท้อนข้อคิดเพื่อการปรับปรุงโรงพยาบาลใน self-help group เจ้าหน้าที่ควรได้คุยกับผู้ป่วยอย่างน้อยอาทิตย์ละ 1-2 คนถึงประสบการณ์ของเขา การเปิด Facebook โรงพยาบาลเป็นช่องทาง feedback เป็นต้น

แหล่งข้อมูล: ดร.นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ “การเรียนรู้ประสบการณ์ผู้ป่วยเพื่อปรับระบบบริการ”

4. Code Help (Citizen Patient Participation in Safety)

คืออะไร

Code Help เป็น safety net ที่ activate โดยผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อเข้ามาเสริมโครงสร้างการดูแลที่มีอยู่แล้ว ผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งได้พูดคุยกับแพทย์เจ้าของไข้หรือพยาบาลที่ดูแลแล้ว แต่ยังคงมีข้อห่วงกังวลเกี่ยวกับการดูแลที่ตนได้รับอยู่ สามารถเรียก Code Help เพื่อได้รับความช่วยเหลือเพิ่มเติมจาก Clinical Resource Nurse (CRN)

ทำไม

Code Help สะท้อนความตระหนักในบทบาทที่มีคุณค่าของผู้ป่วยและครอบครัวต่อคุณภาพและความปลอดภัย เป็นช่องทางการสื่อสารที่เอื้อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็น partner กับทีมผู้ให้การดูแล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พูดคุยถึงประเด็นที่ตนรู้สึกว่ายังไม่ได้รับการตอบสนองจากทีมซึ่งการดูแล รวมทั้งมุมมองและ insight ที่ควรได้รับการพิจารณาออกจากรุ่นระบบนี้ช่วยเชื่อมต่อ silo ต่างๆ ที่อยู่ในระบบ โดยไม่ได้อาศัยทรัพยากรเพิ่มขึ้น

ทำอย่างไร

เมื่อ Code Help ถูก activate แล้ว CRN จะพูดคุยประเด็นที่ผู้ป่วย และครอบครัวห่วงกังวลผ่านทางโทรศัพท์ และเข้าไปหาผู้ป่วยที่เตียงโดยเร็วที่สุดเพื่อพูดคุยกับผู้ป่วย ครอบครัว และเจ้าหน้าที่ โดย CRN จะอยู่พร้อมปฏิบัติหน้าที่ตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน

แหล่งข้อมูล: <https://accreditation.ca/code-help> , St. Paul's Hospital BC

5. Patient Opinion

คืออะไร

Patient Opinion เป็น website ที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล หรือเพื่อน ได้เขียนบอกเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการเข้ารับบริการสุขภาพ ภายในสามปีที่ผ่านมา ว่าอะไรคือสิ่งที่ดี อะไรที่สามารถทำให้ดีขึ้นได้

ทำไม

แนวคิดเรื่อง Patient Opinion มีที่มาดังนี้ (1) เป็นการแสดง accountability ของระบบบริการสุขภาพ (2) ช่วยให้สถานพยาบาลได้รับเสียงสะท้อน เป็นระบบช่วยเสริมระบบการจัดการคำร้องเรียนซึ่งเป็นระบบปิด ผู้ร้องเรียนไม่อาจทราบได้ว่ามีคำตอบสนองอย่างไร และบุคคลอื่นไม่อาจรับรู้ว่าเกิดอะไรขึ้น มาเป็นระบบเปิดที่รับรู้โดยกว้างขวาง (3) เป็นการลดแรงกดดันและความไม่พึงพอใจของสังคมต่อระบบบริการ เมื่อได้รับทราบความพยายามของสถานพยาบาลในการตอบสนองต่อข้อเสนอแนะ

“การเปิดเผยข้อคิดเห็น online ทั้งในเรื่องดีและเรื่องไม่ดี เป็นเครื่องมือที่ทรงพลังสำหรับการเลือกของผู้ป่วย และกระตุ้นให้ผู้ใช้บริการต้องตอบสนองต่อข้อคิดเห็นดังกล่าวต่อสาธารณะ ขณะที่การตอบสนองดังกล่าวไม่ใช่ข้อบังคับ แต่การไม่ตอบจะทำให้สังคมมีข้อสรุปในเชิงลบมากกว่า...”

“เมื่อได้รับฟังเรื่องราวของผู้ป่วยจาก Patient Opinion ผมก็เริ่มตระหนักว่าแม้เราจะพยายามสร้างระบบบริการของเราให้ตอบสนองต่อความต้องการของผู้คน แต่มันก็ยังไม่สามารถใช้งานได้กับทุกคน”

ทำอย่างไร

โรงพยาบาลที่สนใจจะพัฒนาการใช้ประโยชน์จาก Patient Opinion อาจเริ่มต้นด้วยการ (1) เข้าไปศึกษา website ของ Patient Opinion (2) ทำความเข้าใจกับบุคลากรของโรงพยาบาลถึงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น และแนวทางการใช้คำตอบเชิงบวกเมื่อได้รับคำวิพากษ์วิจารณ์ (3) พัฒนา website ของโรงพยาบาลให้สามารถรองรับแนวคิดนี้ กล่าวคือเรื่องที่ได้รับ การบันทึกจะนำขึ้นเผยแพร่บน website และส่งต่อให้ผู้เกี่ยวข้องได้นำไปปฏิบัติ (4) พัฒนาการนำความเห็นของผู้ป่วยไปดำเนินการอย่างรวดเร็ว และได้ผล และแจ้งความก้าวหน้าของการตอบสนองบน website

แหล่งข้อมูล: www.patientopinion.org.uk

6. Choosing Wisely

คืออะไร

เป็นการรณรงค์เพื่อช่วยให้แพทย์กับผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการพูดคุยกันเกี่ยวกับการตรวจ การรักษา การทำหัตถการที่ไม่จำเป็น และช่วยให้แพทย์กับผู้ป่วยร่วมกันตัดสินใจเลือกทางเลือกที่ชาญฉลาด ได้ผล เพื่อให้ได้รับบริการที่มีคุณภาพสูงและคุ้มค่า

ทำไม

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นนั้น ส่วนหนึ่งเป็นความสูญเปล่า เนื่องจากการตรวจรักษาที่ไม่จำเป็นหรือมากเกินไป ในขณะที่ความคิดของแพทย์ผู้สั่งการรักษาอาจจะมีต่างๆ นานา เช่น “ก็ทำอย่างนี้มาตลอด” “ผู้ป่วยเป็นคนอยากได้” “การทดสอบใหม่ๆ ได้ผลดี” “การทำบางอย่างก็ดีกว่าไม่ทำอะไรเลย” “ฉันไม่อยากถูกฟ้อง” “หมอที่ส่งต่อมาต้องการให้ทำ”

ทำอย่างไร

กลไกสำคัญของการเลือกวิธีการดูแลอย่างชาญฉลาด คือการสนทนาระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการโดยอาศัยข้อแนะนำจากหลักฐานวิชาการเกี่ยวกับสิ่งที่ควรตั้งคำถาม เพื่อให้แน่ใจว่าการดูแลที่เลือกนั้นมีหลักฐานสนับสนุน ไม่ซ้ำซ้อน ไม่เป็นอันตราย และมีความจำเป็นจริงๆ

องค์กรวิชาชีพจะได้รับคำขอให้ระบุการตรวจหรือการทำหัตถการที่ใช้กันบ่อยๆ ซึ่งควรมีการถามและถกเถียงกันถึงความจำเป็น แล้วจัดทำเป็นบัญชีรายการ “สิ่งที่ผู้ให้บริการและผู้ป่วยควรตั้งคำถาม” เพื่อใช้เป็นจุดเริ่มต้นของการพูดคุยเกี่ยวกับความจำเป็นโดยตระหนักว่าสถานการณ์ของผู้ป่วยแต่ละรายนั้นมีความจำเพาะไม่เหมือนกัน

ตัวอย่างห้าคำถามที่ผู้ป่วยควรถามแพทย์ (1) ผม/ฉันจำเป็นต้องได้รับการตรวจหรือการทำหัตถการนี้จริงหรือ (2) มีความเสี่ยงอะไรบ้าง (3) มีวิธีที่ง่ายกว่า ปลอดภัยกว่าหรือไม่ (4) จะเกิดอะไรขึ้นถ้าไม่ทำอะไรเลย (5) ค่าใช้จ่ายเป็นเท่าไร

ตัวอย่างแนวปฏิบัติเพื่อตั้งคำถามสำหรับบริการวิสัญญี (1) ไม่สั่งตรวจ baseline laboratory (complete blood count, coagulation testing, or serum biochemistry) สำหรับผู้ป่วยที่จะทำ low-risk non-cardiac surgery และไม่มีอาการใดๆ (2) ไม่สั่งตรวจ baseline EKG สำหรับผู้ป่วยที่จะทำ low-risk non-cardiac surgery และไม่มีอาการใดๆ (3) ไม่สั่งตรวจ baseline chest X-ray ในผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ ยกเว้นในกรณีที่ต้องตรวจเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินทางศัลยกรรมหรือ oncology (4) ไม่ทำ resting EKG เป็นส่วนหนึ่งของการประเมินก่อนผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยที่จะทำ low to intermediate-risk non-cardiac surgery และไม่มีอาการใดๆ (5) ไม่ทำ cardiac stress test สำหรับผู้ป่วยที่จะทำ low to intermediate-risk non-cardiac surgery และไม่มีอาการใดๆ

แหล่งข้อมูล: <http://www.choosingwisely.org/>

1. Global Human Capital Trends

แนวโน้มเกี่ยวกับทุนมนุษย์ระดับโลกนี้เป็นการสำรวจผู้รับผิดชอบงาน HR และผู้นำธุรกิจทั่วโลกมากกว่า 7,000 คน ใน 130 ประเทศ แล้วสรุปมาเป็นแนวโน้มที่สำคัญ 10 ประการ ภายใต้ปัจจัยขับเคลื่อนที่สำคัญ ได้แก่ (1) ลักษณะประชากรที่เปลี่ยนแปลงไป มีความหลากหลายมากขึ้น (2) digital technology มีอยู่ในทุกหนทุกแห่ง (3) อัตราการเปลี่ยนแปลงของสิ่งต่างๆ ในโลกที่รวดเร็วมากขึ้น (4) social contract

แนวโน้มของทุนมนุษย์ตามลำดับความสำคัญมีดังนี้

1. Organizational design: the rise of teams ถึงเวลาที่จะต้องท้าทายกับโครงสร้างองค์กรแบบดั้งเดิม เสริมพลังทีม ทำให้ผู้รับผิดชอบต่อผลงาน และมุ่งเน้นสร้างวัฒนธรรมของการแบ่งปันข้อมูล มีวิสัยทัศน์และทิศทางร่วม ด้วยการ (1) ลดความสำคัญของโครงสร้างแบบสายการบังคับบัญชาเปลี่ยนไปสู่เครือข่ายของการทำงานเป็นทีมชั่วคราวขึ้นในองค์กร ตั้งคำถามกับบทบาทและความจำเป็นที่ต้องมีผู้บริหารระดับกลาง เปลี่ยนหน่วยงานที่ให้บริการส่วนงานอื่นเป็น shared service group (2) จัดทีมตามพันธกิจ ผลลัพธ์ทันที ตลาด และความต้องการของลูกค้า (3) สื่อสารผ่านเครือข่ายและช่องทางที่ไม่เป็นทางการทำให้สมาชิกของทีมสามารถเข้าถึงข้อมูลที่ต้องการได้แบบ real-time (4) เปิดโอกาสให้ทีมกำหนดเป้าหมายและรับผิดชอบต่อเป้าหมายด้วยตนเอง ทบทวนเป้าหมายและการให้รางวัล มุ่งเน้นที่ผลงานของทีมมากกว่าผลงานของแต่ละคน ส่งเสริมการนำเป็นทีม ให้รางวัลกับผลลัพธ์ของโครงการ ความร่วมมือ และการช่วยเหลือผู้อื่น (5) ใช้เครื่องมือการทำงานเป็นทีมและระบบการวัดที่ส่งเสริมให้ผู้คนเคลื่อนย้ายระหว่างทีม แบ่งปันข้อมูลและร่วมมือกับทีมอื่นๆ (6) สื่อสารวิสัยทัศน์ และคุณค่าร่วมจากผู้นำระดับสูง ส่งเสริมให้ผู้นำระดับสูงมุ่งเน้นที่กลยุทธ์วิสัยทัศน์ ทิศทาง และสอนให้เสริมพลังทีมให้ส่งมอบผลลัพธ์ที่คาดหวัง

2. Leadership awaken: generations, teams, science เตรียมสร้างผู้นำสำหรับอนาคตเพื่อรับมือกับโลกที่ซับซ้อนยิ่งขึ้น (1) พิจารณา

กลยุทธ์การพัฒนาผู้นำอย่างจริงจังว่าสิ่งที่ทำอยู่ส่งผลกระทบต่อที่ต้องการเพียงใด ความสามารถของผู้นำที่ธุรกิจต้องการในปัจจุบันและอนาคตเป็นอย่างไร (2) สร้างเครือข่ายผู้นำทั้งในแนวกว้างและแนวลึก pool ของผู้มีศักยภาพเป็นผู้นำจะต้องขยายออกไปนอกขอบเขตขององค์กร (3) โปรแกรมพัฒนาผู้นำจะต้องอาศัยข้อมูล หลักฐาน และการวิเคราะห์ ผู้นำจะต้องถูกประเมินด้วยความสามารถในการสร้างผู้นำและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (4) ความสามารถของผู้นำต้องพิจารณาทั้งความสามารถแบบดั้งเดิม และทักษะใหม่ๆ (5) ค้นหาและส่งเสริมทีมผู้นำ เพื่อสร้าง new models of leadership teams ผสมผสานผู้นำที่มี generations และมุมมองที่แตกต่างกัน (6) มุ่งเน้นที่ผู้นำรุ่นหนุ่มสาวและหลากหลาย (7) ทบทวนมุมมองเรื่องการลงทุนเกี่ยวกับผู้นำ ซึ่งควร focus มากขึ้นและมุ่งเป้าในสิ่งที่ได้ผล

3. Shape culture: drive strategy ผู้บริหารสูงสุดต้องรับผิดชอบต่อกลยุทธ์ทางธุรกิจและวัฒนธรรมขององค์กรร่วมกัน ต้องเข้าใจว่าความเชื่อและการกระทำของตนเป็นตัวขับเคลื่อนหลักสำหรับวัฒนธรรมองค์กร ต้องขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมเช่นเดียวกับประเด็นที่ต้องทำทั้งองค์กรอื่นๆ หนุนเสริมพฤติกรรมที่จำเป็นเพื่อสนับสนุนกลยุทธ์ทางธุรกิจ เริ่มด้วยการค้นหาการปฏิบัติที่จำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลง ผู้บริหารสามารถขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมที่ถาวรได้ด้วยการทำให้เห็นลักษณะและพฤติกรรมที่สัมผัสได้โดยพนักงานและบุคคลภายนอก แล้วใช้เครื่องมือเพื่อวัดและจัดการวัฒนธรรม (เจตคติและการกระทำ) ให้สอดคล้องกับเป้าประสงค์ทางธุรกิจ

4. Engagement: always on การสร้าง engagement จะต้องเป็นแบบ proactive คือมีความพยายามในการสร้างอยู่ตลอดเวลา (always on) โดยการใช้และวิเคราะห์ข้อมูลของผู้นำ การสำรวจระดับของความผูกพันมีความสำคัญ แต่ความจำเป็นพื้นฐานคือการทำให้เกิด continuous attraction สำหรับคนทำงานต้องเสริมพลังและเข้าใจความต้องการของบุคลากรในเรื่องความยืดหยุ่น ความคิดสร้างสรรค์ คุณค่าและเป้าหมาย ใช้ social contract ที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลาเพื่อให้บุคลากรสมัครใจผูกพัน องค์กรสามารถเริ่มต้นได้โดย (1) นิยามความผูกพันใหม่ มิใช่เพียงทำให้องค์กรเป็นที่น่าทำงาน แต่ต้องทำให้เกิดทีมที่ผูกพันและได้ทำงานซึ่งทีมรักที่จะทำ (2) สร้าง

ความหมาย เป้าหมาย และ passion ในกลุ่มบุคลากร (3) สร้าง วัด และ เฝ้าติดตามความผูกพันในสามระดับคือ องค์กร ทีม บุคคล (4) เชื่อมโยงคำตอบแทนของหัวหน้าทีมกับความผูกพันลูกทีม (5) ใช้ stay interview เพื่อเรียนรู้ว่าอะไรที่ทำให้บุคลากรยังคงอยู่กับองค์กร (6) ใช้การรับฟังต่อเนื่องตลอดเวลาเพื่อเฝ้าติดตามความผูกพัน

5. Learning: employee take charge บุคลากรรับผิดชอบในการเรียนรู้ของตนเอง องค์กรทำหน้าที่เป็นผู้รวบรวมเนื้อหาและเป็น experience facilitator สร้าง platform ให้บุคลากรขับเคลื่อนและพัฒนาตนเอง องค์กรสามารถเริ่มต้นได้โดย (1) ตระหนักว่าบุคลากรผู้เรียนรู้เป็นผู้หนึ่งในตำแหน่งคนขับ เป็นลูกค้าที่องค์กรต้องทำให้พึงพอใจมากกว่าเป็นนักเรียนที่ถูกกดดันให้เข้าชั้นเรียน (2) เป็นจากการผลักดัน (push) โดยเอาเนื้อหาเป็นตัวตั้ง มาเป็นการดึง (pull) โดยเอาผู้เรียนเป็นตัวตั้ง ซึ่งจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมองค์กร ยกเลิกการควบคุมเนื้อหาการเรียนรู้อำนาจกำหนดการ และ platform ของการเรียนรู้ซึ่งไม่ใช่เรื่องง่าย (3) ใช้แนวคิดการออกแบบ โดยคิดถึงประสบการณ์ของผู้เรียนมากกว่าเนื้อหา (4) ใช้เทคโนโลยีเพื่อขับเคลื่อนการเรียนรู้ที่บุคลากรเป็นศูนย์กลาง อุปกรณ์ mobile, social และ online device สามารถให้เนื้อหาการเรียนรู้เมื่อผู้เรียนต้องการ (5) เป้าหมายของการเรียนรู้ที่บุคลากรจะต้องคำนึงถึงคือ ระยะสั้น เราจะต้องเรียนรู้อะไรเพื่อให้งานที่เราทำในปัจจุบันประสบความสำเร็จ ระยะกลาง เราจะต้องเรียนรู้อะไรเพื่อให้เราเติบโตในบทบาทที่เป็นอยู่ ระยะยาว เราจะต้องเรียนรู้อะไรเพื่อตอบสนองเป้าหมายธุรกิจและเราเติบโตก้าวหน้าในองค์กร (6) ขยายขอบเขตของการใช้ 70-20-10 ไปสู่การเรียนรู้ร่วมกับสิ่งแวดล้อมนอกองค์กรด้วย คือ 10% เป็น formal training ทั้งภายในและภายนอก 20% เป็น interaction กับสมาชิกในองค์กรและเครือข่ายภายนอก 70% เป็นประสบการณ์การทำงานในหน้าที่ งานในชุมชนและสังคม

แนวโน้มอีก 5 ประเด็นซึ่งขอสรุปอย่างสั้นๆ ได้แก่

6. Design thinking: crafting the employee experience ออกแบบที่ทำงานเพื่อสร้างประสบการณ์ที่ดีให้แก่บุคลากร ทำให้มีผลผลิตภาพเพิ่มขึ้น

7. HR: growing momentum toward a new mandate บทบาทของพนักงาน HR ที่เปลี่ยนแปลงไปเพื่อให้เกิด alignment กับทิศทางขององค์กรและองค์กรสามารถสร้างนวัตกรรมได้

8. People analytics: gaining speed การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับกำลังคนเพื่อหา solution ใหม่ ๆ

9. Digital HR: revolution, not evolution ใช้เทคโนโลยีเข้าช่วยบริการให้แก่บุคลากร

10. The gig economy: distraction or disruption? การบริหารจัดการเครือข่ายกำลังคนที่มีได้เป็นบุคลากรประจำขององค์กร

แหล่งข้อมูล: *Global Human Capital Trends 2016. Deloitte University Press*

2. งานบันดาลใจ (Inspiration at Work)

งานบันดาลใจมีทั้งส่วนที่เป็นโครงการและส่วนที่เป็นแนวคิด

โครงการงานบันดาลใจ เป็นโครงการของสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.) โดยได้รับทุนจากสำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) มีวัตถุประสงค์ที่จะแสวงหาแนวทางใหม่ๆ ที่ทำให้การสร้างเสริมสุขภาพทางจิตวิญญาณในที่ทำงาน (spirituality in workplace) มีรูปธรรมการทำงานที่ชัดเจน ง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ วัดผลได้ และสามารถนำไปปรับใช้หรือขยายผล มีหัวใจสำคัญของการทำงาน คือการสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่หล่อเลี้ยงและต่อยอดการเคารพในคุณค่า ศักดิ์ศรี และศักยภาพความเป็นมนุษย์ที่จะเติบโตไปกับการทุ่มเททำงานตามอุดมคติและความใฝ่ฝัน ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้และเกิดปีติสุขจากงานที่ทำอย่างประณีตและเป็นประโยชน์เกื้อกูลต่อสังคม ใช้การทำงานเป็นหนทางแห่งการเรียนรู้ของงามและเติบโตไปสู่ความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์และไปสู่สังคม แห่งสุขภาวะร่วมกัน

ปรัชญาของงานบันดาลใจ การเติบโตของงามในทางจิตวิญญาณสู่ความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์นั้น แยกไม่ออกจากชีวิตการทำงาน เพราะงานเป็นทั้งเครื่องขัดเกลามนุษย์และสิ่งที่ทำให้มนุษย์เติบโตเต็มศักยภาพของตนได้

แนวคิดและแนวทางสำหรับสร้างสรรค์วัฒนธรรมองค์กรที่หล่อเลี้ยงให้คนทำงานเติบโตกับการทำงานและสร้างสรรค์ “งานบันดาลใจ” ได้แก่

1. การสร้างคุณค่าในตน คือ การสร้างให้คนในองค์กรเห็นคุณค่าของตนเองผ่านการทำงาน เช่น ความภาคภูมิใจที่ได้ใช้ความรู้ความสามารถของตนให้เกิดประโยชน์ การมีทักษะความสามารถสูงขึ้น สามารถเอาชนะอุปสรรคหรือความท้าทายต่างๆ การได้ลงมือทำในสิ่งที่ใฝ่ฝันแม้จะต้องทุ่มเทด้วยความเหนื่อยยากก็ตาม

2. สัมพันธภาพในองค์กร คือ การสร้างความสัมพันธ์ที่เกื้อกูลกันในองค์กร มีความใสใจ รับผิดชอบต่อซึ่งกันและกัน เคารพในศักดิ์ศรีและคุณค่าความเป็นมนุษย์ของทุกคน เปิดโอกาสให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการสร้างองค์กร ส่งเสริมการใช้อำนาจร่วมในการตัดสินใจต่างๆ รวมทั้งการสร้างกลไกการจัดการเพื่อการคลี่คลายความขัดแย้งได้อย่างสร้างสรรค์

3. สำนึกต่อสังคมและเพื่อนมนุษย์ คือ การส่งเสริมให้คนทำงานและองค์กรตระหนักถึงความรับผิดชอบต่อที่มีต่อส่วนรวม ดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ สร้างสรรค์ระบบบริการที่ปลอดภัยสำหรับทุกคน รวมทั้งมีสำนึกและใส่ใจต่อสิ่งแวดล้อม

4. วัฒนธรรมการสื่อสาร คือ การส่งเสริมการสื่อสารที่ช่วยสร้างสรรค์การทำงานร่วมกัน เช่น การฝึกฝนทักษะการฟังที่ดี การสร้างพื้นที่การสื่อสารที่เปิดกว้าง การรู้จักใช้การสื่อสารเพื่อสานสัมพันธ์ การสร้างวัฒนธรรมการขอบคุณ การขอโทษ รวมทั้งการพัฒนารูปแบบการประชุมแบบมีส่วนร่วม การใช้กระบวนการ การสร้างสรรค์สื่อและภาษาที่ช่วยให้องค์กรมีความละเอียดอ่อนและเคารพในคุณค่าของทุกคน

5. สติและตัวตนที่ตื่นรู้ คือ การส่งเสริมการตื่นรู้ภายในที่จะช่วยให้คนทำงานได้ทบทวนตนเอง ตรึกตรอง สะท้อนคิด จนเกิดความรู้เท่าทันและเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง เป็นการยกระดับจิตสำนึกและนำไปสู่การเปลี่ยนผ่านเพื่อการเติบโตสู่ความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์

แหล่งข้อมูล: โครงการงานบันดาลใจ สำนักวิจัยสุขภาพและสังคม

1. Value-based Healthcare

คืออะไร

Value-based management คือ ปรัชญาการบริหารจัดการที่พิจารณา maximization ของผลประโยชน์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกส่วน (ลูกค้า พนักงาน ผู้ถือหุ้น ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ) เป็นวัตถุประสงค์สูงสุด

Michael Porter ให้นิยามของ value-based healthcare ว่าหมายถึง ผลลัพธ์สุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับเปรียบเทียบกับจำนวนเงินที่ต้องจ่ายหรือทรัพยากรที่ต้องใช้ไปเพื่อให้ได้ผลลัพธ์เหล่านั้น

ทำไม

เหตุผลสำคัญที่มีการนำประเด็น value-based healthcare ขึ้นมาพูดกันคือ (1) วิธีการจัดโครงสร้าง วิธีการทำงานและวิธีการที่เราวัดผลระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันไม่สามารถทำให้เกิดคุณค่าสูงสุดแก่ผู้รับบริการได้ (2) ระบบบริการสุขภาพที่เป็นอยู่มีลักษณะของการดูแลประชาชนที่มีเขตพื้นที่รับผิดชอบโดยมีเตียงผู้ป่วยในเป็นหลัก แต่ความต้องการและความจำเป็นในปัจจุบันเปลี่ยนไปจากเดิม (3) ระบบบริการสุขภาพปัจจุบันไม่ได้ให้รางวัลกับการปรับปรุงคุณค่าหรือผลลัพธ์

อย่างไร

Michael Porter เสนอว่าควรมีการปรับโครงสร้างระบบบริการเพื่อส่งมอบบริการที่มีคุณค่าดังต่อไปนี้ (1) **ปรับระบบวิธีการส่งมอบบริการ** **เสียใหม่**จากการจัดระบบรอบเครื่องมือที่เราใช้ มาเป็นการจัดระบบรอบตัวผู้ป่วย ปัญหาของผู้ป่วย ความต้องการของผู้ป่วย (2) **วัดผลลัพธ์สุขภาพและต้นทุน**สำหรับผู้ป่วยทุกราย ติดตามผลลัพธ์และดูสมการคุณค่าตลอดเวลา ผลลัพธ์ในที่นี้เป็นผลลัพธ์ที่มีคุณค่าต่อผู้ป่วย คือระดับของการฟื้นจากการเจ็บป่วย กระบวนการที่นำมาสู่การฟื้นตัว และผลที่ตามมาหลังการรักษา (3) **ปรับวิธีการจ่ายเงินสำหรับการดูแล**โดยการจ่ายสำหรับ whole bundle ของการให้บริการที่จำเป็นทั้งหมดเพื่อจัดการกับปัญหาของผู้ป่วย เป็นการ align การจ่ายเงินกับวิธีการที่ผู้ให้บริการส่งมอบคุณค่าให้ผู้ป่วย

(4) ผูกโยงส่วนต่างๆ ของระบบบริการเข้าด้วยกัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับ right care, in the right facility, for the right problem โดยที่สถานพยาบาล ทุกแห่งไม่จำเป็นต้องทำเหมือนกัน แต่ควรทำในสิ่งที่ตนเชี่ยวชาญ (5) ให้ มีผู้ให้บริการที่เป็นเลิศจริงๆ ขยายระบบบริการที่เป็นเลิศนั้นไปสู่พื้นที่ ต่างๆ อย่างทั่วถึง (6) สร้าง IT platform เพื่อให้ทีมสามารถทำงานร่วมกัน ตามระบบที่จะบูรณาการการดูแลตลอดวงจรรอบของการดูแล

แหล่งข้อมูล: Michael Porter. Value-based healthcare.

2. Change Concepts

คืออะไร

change concept คือแนวคิดหรือแนวทางทั่วไปเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง ซึ่งจะนำไปสู่การคิดหาวิธีการเปลี่ยนแปลงที่นำไปสู่ improvement การนำแนวคิดเหล่านี้มาประมวลกับสิ่งที่เป็นปัญหาหรือโอกาสพัฒนาอย่างสร้างสรรค์จะทำให้เกิด idea ต่างๆ ที่จะนำไปทดสอบใน ขนาดเล็กๆ และขยายให้ใหญ่ขึ้นเป็นลำดับหากได้ผลจนมั่นใจว่าควรนำไป ใช้อย่างกว้างขวาง

ทำไม

change concept เป็นผลสรุปจากประสบการณ์การพัฒนาที่ประสบความสำเร็จ สำคัญ ทำให้ช่วยในการคิดหาวิธีการหรือรูปแบบของการเปลี่ยนแปลง ในหลากหลายแง่มุมสำหรับปัญหาหรือโอกาสพัฒนาเรื่องใดเรื่องหนึ่ง พุด ง่ายๆ คือ เป็นแหล่งให้ทีมพัฒนาคุณภาพเลือกแนวคิดไปใช้ และทำ CQI ได้ง่ายขึ้น เร็วขึ้น ได้ผลดีขึ้น

อย่างไร

change concept ต่างๆ สามารถสรุปได้เป็นหมวดหมู่ดังนี้

1. Eliminate Waste (ขจัดความสูญเปล่า) ความสูญเปล่าคือ กิจกรรมหรือทรัพยากรที่ไม่ก่อให้เกิดคุณค่าเพิ่มแก่ลูกค้าภายนอก ดังเช่น 7 waste ของ Toyota ได้แก่ overproduction, waiting, transportation, processing, inventory (stock), motion, defective parts or products

- **ลดหรือขจัด:** สิ่งที่ไม่ใช้, สิ่งที่มีมากเกินไป, การบันทึกซ้ำซ้อน, การควบคุมระบบ, การจัดแบ่งประเภท (classification), การใช้ตัวคั่นกลาง (intermediaries), brand ที่หลากหลายในรายการเดียวกัน, ทางเลือกของ feature ต่างๆ
- **การหมุนเวียน/ทดแทน:** เวียนกลับมาใช้ใหม่ (recycle), นำมาใช้ซ้ำ (reuse), ใช้สิ่งทดแทน(substitution)
- **ปรับระดับ:** ปรับจำนวนให้สอดคล้องกับความต้องการ, ใช้การสุ่มตัวอย่าง, ปรับเป้าหมายหรือ set points, จัดบริการตาม peak of demand, ปรับระดับคงคลังให้เข้ากับ estimated demand

2. Improve Work Flow เป็นเรื่องของ การวางแผน จัดลำดับขั้นตอนการทำงานและจัดระดับความสำคัญเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพ ด้วยต้นทุนที่ต่ำ

ตัวอย่างการปรับปรุงการไหลของงาน: ค้นหาและขจัดคอขวด, ทำงานคู่ขนานกัน, ขยับขั้นตอนให้เข้ามาใกล้กัน, เปลี่ยนลำดับขั้นตอน, ลดการส่งต่อ/เปลี่ยนความรับผิดชอบ, ใช้ระบบอัตโนมัติ (automation), ทำให้สอดคล้องเป็นจังหวะเดียวกัน (synchronize), ทำให้ workflow ราบรื่นขึ้น, ใช้ระบบดึง (pull systems), คนทำงานเสมือนอยู่ในระบบเดียวกัน, ใช้หน่วยประมวลผลหลายหน่วย, ใช้การตรวจสอบในระดับที่เหมาะสม, ใช้ผู้ประสานงาน, ทำข้อตกลงเรื่องความคาดหวัง, ทำงานร่วมกับผู้ส่งมอบ

3. Optimize Inventory ปรับระดับวัสดุคงคลังให้เหมาะสม การมี inventory ที่มากเกินไปเป็นเป็นการสูญเปล่าเนื่องจากต้องมีการลงทุนต้องมีพื้นที่เก็บ และต้องมีเจ้าหน้าที่คอยดูแลติดตาม inventory อาจได้แก่ วัตถุดิบ สิ่งที่อยู่ระหว่างการผลิต และผลิตภัณฑ์ที่ทำเสร็จ นอกจากนั้นในภาคบริการ skilled workers ก็เป็นประเด็น inventory อันหนึ่ง

ตัวอย่างการปรับปรุงเพื่อรักษาระดับวัสดุคงคลังให้เหมาะสม: ทำความเข้าใจว่ามี inventory อยู่ที่ไหนในระบบ, ใช้ระบบการดึง เช่น just-in-time

4. Change the Work Environment การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่เราทำงาน ศึกษา และอยู่อาศัย จะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิธีทำงานที่นำไปสู่ผลงานที่ดีขึ้น

ตัวอย่างการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมในการทำงาน: ใช้การวัดผลงานที่เหมาะสม, มุ่งเน้นที่กระบวนการหลักและเป้าหมาย, เปิดโอกาสให้ผู้คนเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้ง่าย, ลงทุนทรัพยากรเพื่อการปรับปรุงให้มากขึ้น, จัดการฝึกอบรม, ใช้การฝึกอบรมคร่อมสายงาน, สร้างแนวร่วมและความสัมพันธ์เชิงสร้างสรรค์, แบ่งปันความเสี่ยง, ดูแลความต้องการพื้นฐาน, มุ่งเน้นผลที่จะเกิดขึ้นตามธรรมชาติและเป็นเหตุเป็นผล, ลดการบั่นทอนกำลังใจในระบบจ่ายค่าตอบแทน

5. Producer/Customer Interface แนวคิดการพัฒนาจำนวนมาก อาจจะมาจากผู้ผลิต หรือลูกค้าของเรา การมี interface กันจะทำให้ต่างฝ่ายต่างรับทราบความคิดและความต้องการของกันและกัน

ตัวอย่างการสร้าง interface กับผู้ผลิต/ลูกค้า สร้างแนวร่วมและความสัมพันธ์เชิงสร้างสรรค์, รับฟังผู้ผลิต/ลูกค้า, โต้ชลูกค้าในการใช้ผลผลิต/บริการ, มุ่งเน้นผลลัพธ์ที่ลูกค้าได้

6. Manage Time การบริหารเวลาเป็นโอกาสที่จะใช้เวลาเป็นจุดเน้นสำหรับการปรับปรุง

ตัวอย่างการบริหารเวลา: ลดเวลาในการคิดค้นผลิตภัณฑ์/บริการใหม่, ลดเวลารอคอยการเข้ารับบริการหรือการจัดส่งสินค้า, ลดรอบเวลาของทุกเรื่องในองค์กร, ลด setup & startup time, ขยายเวลาของผู้เชี่ยวชาญ

7. Focus on Variation การลด variation จะทำให้สามารถคาดการณ์ผลลัพธ์ได้ดีขึ้น และอาจทำให้เกิดความคาดหวังของลูกค้า

ตัวอย่างการมุ่งเน้นที่ variation: สร้างมาตรฐานในกระบวนการ, ศึกษาและลด variation, จัดทำ operational definition, ปรับปรุงการคาดการณ์, จัดทำแผนสำรองฉุกเฉิน (contingency plan), จัดกลุ่มผลิตภัณฑ์ตามเกรด, desensitize, ใช้ข้อความเตือน (reminder), ใช้ differentiation, ใช้ข้อจำกัด (constraint), ใช้ affordance, จัดการกับความไม่แน่นอน

8. Error Proofing เป็นการมุ่งเน้นการออกแบบหรือปรับปรุงระบบ เพื่อป้องกันความผิดพลาด มีได้มุ่งเน้นที่การเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้คน

ตัวอย่าง error proofing: ลดจำนวนขั้นตอนในกระบวนการ, ใช้เทคโนโลยีเพื่อสร้างระบบอัตโนมัติสำหรับงานซ้ำๆ, ใช้วิธีการที่การใช้วิธีที่ผิดพลาดจะทำให้ทำงานยากขึ้น

9. Focus on the Product or Service

ตัวอย่างการมุ่งเน้นการออกแบบผลิตภัณฑ์หรือบริการ: ผลิต/ให้บริการตามความต้องการของผู้ใช้จำนวนมาก (mass customization), เสนอผลิตภัณฑ์หรือบริการโดยไม่เลือกสถานที่หรือเวลา, มุ่งเน้นในสิ่งที่สัมผัสได้ยาก (intangibles), ใช้ประโยชน์จาก fashion trends, ลดจำนวนองค์ประกอบ, ค้นหาการใช้ข้อบกพร่องหรือปัญหาในเชิงบวก, จำแนกผลิตภัณฑ์โดยใช้มิติคุณภาพ

แหล่งข้อมูล: IHI, *The Improvement Guide* (Langley GJ et al)

3. Human Factors

คืออะไร

Human factors คือ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์ เครื่องมือ และอุปกรณ์ต่างๆ ที่มนุษย์ใช้ในที่ทำงาน ประยุกต์ใช้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ ความสามารถ ข้อจำกัด และลักษณะอื่นๆ นำมาใช้ออกแบบเครื่องมือ เครื่องจักรกล ระบบ หน้าที่ได้รับผิดชอบ (task) งาน (job) และสภาพแวดล้อม เพื่อให้มนุษย์สามารถใช้งานอย่างได้ผล (effective) มีผลิตภาพ (productive) ปลอดภัย และสะดวกสบาย

ทำไม

แนวคิดดั้งเดิมมีสมมติฐานว่าหากผู้ปฏิบัติงานใส่ใจมากพอ ทำงานหนักพอ และได้รับการฝึกอบรมมาดีพอ ก็จะหลีกเลี่ยงความผิดพลาดได้ แต่ทัศนคตินี้ใช้ไม่ได้ผล ธรรมชาติของมนุษย์นั้นคาดหมายและเชื่อถือไม่ได้ เหมือนเครื่องจักรกล ขณะที่มนุษย์มีข้อดีในเรื่องความตระหนักรู้ มีจินตนาการ มีความคิดสร้างสรรค์ ยืดหยุ่นในการคิด ทำให้รับมือกับความซับซ้อนและความไม่ชัดเจนได้ แต่มนุษย์ก็มีข้อจำกัดที่ถูกเบี่ยงเบนความสนใจได้ง่าย มีความสามารถในการจดจำที่จำกัด มีปัจจัยที่ก่อให้เกิดความผิดพลาดได้ เช่น ความเหนื่อยล้า ความเครียด ความหิว การนำศาสตร์ human factor มาลดความผิดพลาดคือการศึกษาวิธีการที่ผู้คนมีปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อม ออกแบบสิ่งของและวิธีการทำงานเพื่อลดโอกาสเกิด error

อย่างไร

(1) นึกถึงแนวคิดเรื่อง human factors และนำไปใช้ทุกครั้งที่เราเข้าไปในที่ทำงาน (2) ลดการพึ่งพาความทรงจำ เช่น การใช้ protocols รูปภาพ หรือผังแสดงขั้นตอนในการรักษาหรือทำหัตถการ โดยอิงฐานข้อมูลวิชาการ และปรับให้ทันสมัย (3) ใช้การจัดการด้วยการทำให้มองเห็น หรือใช้รูปภาพ เพื่อช่วยทำความเข้าใจหรือเตือนใจ (4) ทบทวนกระบวนการและปรับปรุงให้เรียบง่าย เช่น ใช้กลยุทธ์การสื่อสารที่มีเป้าหมาย การทวนคำสั่ง การจำกัดชนิดของยา (5) สร้างมาตรฐานการปฏิบัติงานในกระบวนการที่ต้องทำบ่อยๆ (6) ใช้ **checklists** เพื่อช่วยตรวจสอบในจุดที่เป็นประโยชน์ (7) ลดการพึ่งพิงความระแวดระวัง (vigilance)

ปัจจัยที่สามารถนำมาพิจารณาในเรื่องนี้ เช่น การประสานระหว่างมือกับตา หูและการได้ยิน การจัดการสารสนเทศ ช่วงเวลาของการเรียนรู้ แสง เสียง อุณหภูมิ การควบคุมกล้ามเนื้อ การรับรู้ การอดนอน พื้นที่ว่าง การรบกวนสมาธิ

การออกแบบโดยใช้หลัก human factors เพื่อลดความผิดพลาด เช่น การเขียนฉลาก ระบบสัญญาณเตือน ซอฟต์แวร์ การแสดงข้อมูล แบบบันทึกข้อมูล การออกแบบการไหลเวียนของกระบวนการ สถานที่ทำงาน การฝึกอบรม ตัวช่วยคิดและตัดสินใจ เป็นต้น

4. Innovation

คืออะไร

Innovation คือ การสร้างคุณค่าให้แก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียด้วยสิ่งใหม่ๆ ในโลก ในตลาด หรือในองค์กร

Innovation อาจจะเป็นผลิตภัณฑ์หรือบริการใหม่, platform ใหม่ๆ ที่จะสร้างสินค้า, คำตอบใหม่ๆ สำหรับลูกค้า, ลูกค้ากลุ่มใหม่ๆ หรือความต้องการของลูกค้าที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง, การสร้างประสบการณ์ใหม่ๆ ให้กับลูกค้า, การสร้างมูลค่าหรือวิธีการได้มาซึ่งรายได้ด้วยวิธีการใหม่ๆ, กระบวนการใหม่ๆ, รูปแบบ, หน้าที่ หรือขอบเขตกิจกรรมใหม่ๆ ขององค์กร, ห่วงโซ่อุปทานใหม่ๆ, ช่องทางการนำเสนอหรือจำหน่ายใหม่ๆ, เครือข่ายใหม่ๆ หรือ

รูปแบบการสร้างเครือข่ายใหม่ๆ, การนำ brand เข้าไปอยู่ใน domain ใหม่ๆ

ทำไม

องค์กรที่ต้องการประสบความสำเร็จและมีผลการดำเนินงานที่ดี จำเป็นต้องใช้นวัตกรรมเป็น disruptive change mechanism (1) โลกเต็มไปด้วยปัญหาซึ่งยากที่จะแก้ไขและจะไม่หมดไป ตามที่ Albert Einstein กล่าวว่า “we cannot solve the problem with the same thinking we used when we created them” เราต้องมองปัญหา รับรู้ และแก้ปัญหาด้วยวิธีการที่สร้างสรรค์ (2) การเผชิญกับเหตุการณ์ที่คาดการณ์ไม่ได้จำเป็นต้องใช้การคิดใหม่-ทำใหม่(3) การเคลื่อนเชิงกลยุทธ์ที่ชาญฉลาดคือการใช้ blue ocean strategy สร้างตลาดใหม่ที่ไม่ต้องแข่งขันอย่างเอาเป็นเอาตาย (4) connectivity และการเข้าถึงข้อมูลจำนวนมากทำให้เกิด business model ใหม่ๆ (5) พลวัตและแนวโน้มของที่ทำงานที่เปลี่ยนไปทำให้องค์กรต้องหาวิธีการใหม่ๆ ในการสร้างความผูกพัน เสริมพลังสรรหาและชำระไว้ซึ่งพนักงานที่มีความสามารถ (6) เพื่อตอบสนองต่อความคาดหวังของลูกค้าที่เพิ่มขึ้น

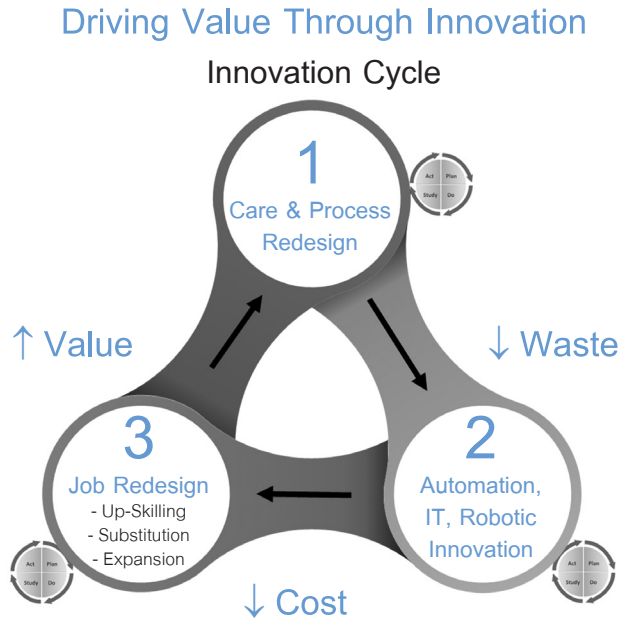
อย่างไร

Innovation journey หรือลำดับขั้นของการสร้างนวัตกรรมในองค์กร (1) มองหาวิธีการที่จะได้ความคิดที่ยิ่งใหญ่และนำมาปฏิบัติ (2) มองหา operating model ที่จะทำให้นวัตกรรมเป็นเรื่องง่าย เป็นระบบยิ่งขึ้น (3) หาวิธีการที่จะเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมของการสร้างนวัตกรรม ให้เกิดความหมายต่อลูกค้าและพนักงาน

การเกิดวัฒนธรรมนวัตกรรมต้องอาศัย (1) ความตระหนักว่านวัตกรรมเป็นความจำเป็นที่เพิ่มขึ้น (2) การเน้นลูกค้าเป็นศูนย์กลาง (3) ผู้นำระดับสูงร่วมขับเคลื่อน (4) มี operating model เพื่อ scale up (5) การบริหารการเปลี่ยนแปลง

ทักษะที่จำเป็นของนวัตกรรม (innovator) ได้แก่ (1) การตั้งคำถามที่ทำทหายกับสภาพที่เป็นอยู่ เช่น คำถาม “why not” หรือ “what if” (2) การสังเกตสิ่งแวดล้อมและโลกรอบตัวโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ลูกค้า ผลิตภัณฑ์ บริการ และกระบวนการ เพื่อให้เกิด insights ในวิธีการใหม่ๆ

สำหรับการทำงาน (3) การสร้างเครือข่าย พุดคุยกับผู้อื่นที่คิดต่างทำต่าง เพื่อจุดประกายวิธีการใหม่ๆ ในการแก้ปัญหาที่ซับซ้อน (4) การค้นหา คำตอบใหม่ๆ ที่สามารถใช้การได้ด้วยการทดลองอยู่ตลอดเวลา (5) ทักะ การเชื่อมโยงข้อมูลหรือแนวคิดที่ดูเหมือนไม่เกี่ยวข้องกันเพื่อให้ได้หนทาง ใหม่โดยสิ้นเชิง



ภาพที่ I-14.1 Tan Tock Seng Innovation Cycle

Tan Tock Seng Innovation Cycle ประกอบด้วย (1) **care & process redesign** เป็นการออกแบบกระบวนการทำงานและการดูแลผู้ป่วยใหม่โดยใช้แนวคิด Lean โดยมีเป้าหมายที่จะลดความสูญเปล่า (2) **automation, IT, robotic, innovation** เป็นการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เครื่องจักร หุ่นยนต์ มาทำให้เกิดระบบงานอัตโนมัติ โดยมีเป้าหมายที่จะลดค่าใช้จ่ายจากการใช้คน (3) **job redesign** เป็นการออกแบบการทำงานใหม่เพื่อให้บุคลากรระดับวิชาชีพได้ทำงานเต็มศักยภาพ พัฒนาพนักงานระดับผู้ช่วยขึ้นมาทำงานเฉพาะบางด้านที่ซับซ้อนมากขึ้น

5. New Rules for Radical Redesign in Healthcare

1. Change the balance of power (เปลี่ยนดุลย์แห่งอำนาจ): ร่วมสร้างสุขภาพและสุขภาวะโดยเป็นหุ้นส่วนกับผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน เช่น การสอนให้ผู้ป่วยใช้เครื่อง dialysis แปลผลค่า lab และบันทึกการดูแลตนเอง (สวีเดน), การสนับสนุนให้ผู้ป่วย hemophilia สามารถฉีด Factor VIII ด้วยตนเอง (ไทย)

2. Standardize what makes sense (ทำให้เป็นมาตรฐานในสิ่งที่ make sense): ทำให้เป็นมาตรฐานในสิ่งที่จะลดความแปรปรวนที่ไม่จำเป็น และทำให้มีเวลามากขึ้นสำหรับการดูแลผู้ป่วยแต่ละคน

3. Customize to the individual (ปรับให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละราย): ให้การดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของความต้องการ ค่านิยม และความพึงใจของผู้ป่วยแต่ละราย โดยการใช้คำถามว่า “อะไรที่สำคัญสำหรับผู้ป่วย” (what matter to you?) เพิ่มจากการถามว่าผู้ป่วยมีปัญหอะไร (what's the matter?) แนวคิดเรื่องความเป็นมนุษย์ที่ควรนำมาใช้ เช่น คำหนึ่งถึงความสามารถมากกว่าปัญหาของผู้ป่วย ไม่ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลเป็นเสมือนเพียงวัตถุเสนอทางเลือกและอิสระให้แก่ผู้ป่วย รู้จักผู้ป่วยและบริบทของผู้ป่วยเพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ไว้วางใจและค้นพบว่าอะไรคือสิ่งที่สำคัญสำหรับพวกเขาอธิบายว่าเกิดอะไรขึ้นและทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วยเข้าใจสถานการณ์ของตนเองในบริบทของเขาให้คุณค่ากับสิ่งที่ผู้ป่วยห่วงกังวล และช่วยเหลือให้พวกเขาปรับตัวลดความรู้สึกแปลกแยกต่อสถานที่

4. Promote wellbeing (ส่งเสริมสุขภาวะ): มุ่งเน้นที่ผลลัพธ์ซึ่งสำคัญที่สุดสำหรับผู้ป่วย โดยตระหนักว่าสุขภาพและความสุขไม่จำเป็นต้องพึ่งพิงบริการสุขภาพ รวมทั้งสุขภาวะของทุกๆ คน เช่น healthy meeting ที่ส่งเสริมให้มี activity ระหว่างการประชุม การพาเด็กนักเรียนออกไปสูดอากาศบริสุทธิ์นอกห้องเรียนและวิ่งรอบสนาม

5. Create joy in work (สร้างความสนุกในการทำงาน): เตรียมการและมุ่งทำให้เกิดความภาคภูมิใจและความสนุกในคนทำงานบริการสุขภาพ โดยใช้หลัก salutogenesis

6. Make it easy (ทำให้เรียบง่าย): ลดความสูญเปล่า ลดกิจกรรมที่ไม่ก่อให้เกิดคุณค่า ยกเลิกกฎเกณฑ์ที่ตั้งมานานแล้วและไม่สามารถอธิบายเหตุผลที่จะคงไว้ได้

7. Move knowledge, not people (เคลื่อนความรู้แทนเคลื่อนผู้คน): ใช้ประโยชน์จากศักยภาพของ modern digital care และหาทางเลือกทดแทนการมาตรวจหรือมานอนโรงพยาบาลไปพบผู้ป่วย ณ ที่ที่พวกเขาอยู่

8. Collaborate and cooperate (ร่วมมือและประสานงาน): ตระหนักว่าบริการสุขภาพมีอยู่แล้วในเครือข่ายที่กว้างขวางกว่ากำแพงสถานพยาบาล ขจัด silo และขอบเขตของสถาบันหรือวิชาชีพที่ขัดขวาง flow & responsiveness เช่น การร่วมมือกับบุรุษไปรษณีย์ไปแวะเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุว่ามีความต้องการอะไร

9. Assume abundance (ยอมรับความสมบูรณ์): ใช้ทรัพยากรทั้งหมดที่จะช่วย optimize สิ่งแวดล้อมทางสังคม เศรษฐกิจ และกายภาพ โดยเฉพาะที่มีอยู่ในผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน

10. Return the money (คืนเงินสู่สังคม) คืนเงินที่ได้จากการประหยัดในการดูแลสุขภาพเพื่อเป้าหมายสาธารณะหรือเอกชนอื่นๆ

แหล่งข้อมูล: IHI Leadership Alliance

6. Safer Healthcare

การ approach ต่อเรื่องความปลอดภัยมีความแตกต่างกันในสถานการณ์ที่ต่างกัน ในบางสถานการณ์ความเสี่ยงเป็นสิ่งที่ยอมรับว่าเป็นเรื่องปกติ ในบางสถานการณ์จะพยายามจัดการ และในบางสถานการณ์จะต้องควบคุมอย่างรัดกุมสามารถแบ่ง safety models เป็นสามประเภทคือ (1) ultra-adaptive approach ซึ่งเป็นเรื่องของการยอมรับความเสี่ยง (2) high reliability approach ซึ่งเป็นการจัดการความเสี่ยง (3) ultra-safe approach ซึ่งพยายามอย่างยิ่งที่จะหลีกเลี่ยงความเสี่ยง

โมเดลทั้งสามสะท้อนระดับความไม่เสถียรและไม่อาจคาดการณ์ได้ของสิ่งแวดล้อม ความปลอดภัยในระดับสูงยิ่งจะเกิดได้เฉพาะในสิ่งแวดล้อมที่ควบคุมได้เท่านั้น

Intervention strategies ต่างๆ จะต้องปรับให้เข้ากับโมเดลเหล่านี้ กล่าวคือให้ความสำคัญกับผู้เชี่ยวชาญใน ultra-adaptive contexts, ให้ความสำคัญกับการทำงานเป็นทีมใน HRO contexts, ให้ความสำคัญกับการปฏิบัติอย่างมีมาตรการ การกำกับดูแล และการควบคุมใน ultra-safe contexts.

บริการสุขภาพมีกิจกรรมและ clinical settings ที่หลากหลาย บริการที่มีลักษณะ highly standardized care เช่น radiotherapy เข้าได้กับ ultra-safe model การดูแลในหอผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้าได้กับ intermediate model of team based care, การใช้ standards and protocols, professional judgment และ flexibility ผสมผสานกัน.

กิจกรรมทางคลินิกบางอย่าง เช่น การผ่าตัดฉุกเฉิน จำเป็นต้องใช้ more adaptive อาจจะมีการจัด schedule ในการทำงาน แต่จำเป็นต้องมีการปรับชั่วโมงต่อชั่วโมงเนื่องจากความหลากหลายของผู้ป่วย ความซับซ้อนและความยุ่งยากที่ไม่อาจคาดการณ์ได้

ในทุก clinical areas ไม่ว่าจะ adaptive เพียงใด ยังจำเป็นต้องอาศัยรากฐานของ core procedures กล่าวคือ adaptive เป็นคำสัมพัทธ์ที่ไม่ได้เชิญชวนให้ละเว้นการปฏิบัติตาม guidelines ทั้งหมดโดยสิ้นเชิง.

การเปลี่ยนไปใช้ approach to safety ใหม่อย่างถาวรไม่อาจเกิดขึ้นได้ด้วยการเปลี่ยนแปลงสภาพการทำงานที่ถูกบงการจากสิ่งแวดล้อมภายนอก การเปลี่ยนแปลงจะต้องได้รับการยอมรับจากผู้ปฏิบัติงานที่หน้างานและต้องสอดคล้องกับค่านิยมและวัฒนธรรมของทีมงานและองค์กร

บริบทที่แตกต่างกันกระตุ้นให้เกิด approaches to safety ที่แตกต่างกัน ซึ่งแต่ละ approach มีข้อได้เปรียบและข้อจำกัดของตนเอง ความแตกต่างระหว่างโมเดลอยู่กับการ trade-off ระหว่างประโยชน์ของ adaptability และประโยชน์ของ control and safety โมเดลอีกทางเลือกหนึ่งอาจจะปลอดภัยมากกว่าแต่อาจจะเป็นไปไม่ได้ในบริบทเฉพาะ.

แหล่งข้อมูล: Charles Vincent, René Amalberti. Safer Healthcare: Strategies for the Real World. Springer (free download)

คุณภาพบริการสุขภาพ สู่สังคมไทยในฝัน

ในยุค VUCA world การทำงานและการพัฒนาคุณภาพท่ามกลาง การเปลี่ยนแปลงของโลกจึงต้องทำด้วยความรวดเร็วและทันเหตุการณ์ เพื่อให้หน่วยงานสามารถดำรงอยู่ได้อย่างสมศักดิ์ศรีและมีคุณค่าต่อสังคม ในกระบวนการพัฒนาคุณภาพได้มีการเปลี่ยนแปลงและวิวัฒนาการอย่างต่อเนื่อง โดยบูรณาการทั้งแนวคิดเชิงระบบกระบวนการเรียนรู้รวมทั้งความรู้สึกของคนทำงานเพื่อให้สามารถรองรับการเปลี่ยนแปลงของกระแสโลก ดังกล่าว

สภ.ในฐานะองค์กรที่มีบทบาทในการขับเคลื่อนวัฒนธรรมคุณภาพ สถานพยาบาลของประเทศไทย โดยใช้กลไก Healthcare Accreditation (HA) มีความพยายามที่จะทำให้กระบวนการประเมินและรับรองคุณภาพ HA เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนวัฒนธรรมคุณภาพของระบบบริการ สุขภาพ โดยปัจจุบัน สภ.ได้ออกแบบกลไกให้มีความหลากหลายเพื่อตอบ โจทย์ความต้องการในอนาคตให้มากยิ่งขึ้น ขยายมุมมองไปครอบคลุมเรื่อง ความเชื่อมโยง (connectivity) และบูรณาการ (integration) มากยิ่งขึ้น โดย ขยายไปใน 2 ทิศทางหลักคือ ความเชื่อมโยงระหว่างสถานพยาบาลกับ ผู้ป่วยและญาติ กับความเชื่อมโยงระหว่างสถานพยาบาลกับสถานพยาบาล อื่นในเครือข่ายเพื่อให้บริการที่ไร้รอยต่อ

การมุ่งที่จะทำให้เกิดระบบบริการสุขภาพไทยในฝัน “บริการสุขภาพ ของประเทศไทยเป็นบริการที่มีคุณภาพและน่าไว้วางใจของสังคม” นั้นจำเป็นต้องประกอบไปด้วยพลังแห่งเจตจำนงของทุกคน ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องและประทีปส่องทางที่มุ่งไปสู่การสร้างคุณค่าให้แก่สังคม และ การทำให้องค์กรมีความยั่งยืน คือเป้าหมายที่ขอเชิญชวนให้ทุกท่านร่วมกัน ใช้เป็นหลักชัยที่จะก้าวไปให้ถึงคือทำให้บริการสุขภาพของประเทศไทย

เป็นบริการที่มีคุณภาพ น่าไว้วางใจในทุกมิติ ทุกขั้นตอน ทุกเวลา สำหรับทุกคนด้วยการพัฒนาอย่างไม่อ้อมมือเต็มศักยภาพที่มนุษย์สร้างสรรค์พึงทำได้

II-1

การเปลี่ยนแปลงและความท้าทายในสิ่งแวดล้อม ของระบบบริการสุขภาพ

ระบบบริการสุขภาพที่เราทำงานอยู่กำลังอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาไปอย่างรวดเร็วจนทำนายอะไรให้แน่ชัดได้ยากตามที่บางท่านกล่าวว่าเราอยู่ในยุค VUCA world¹ การทำงานและการพัฒนาคุณภาพงานที่เราทำอยู่ ต้องทำด้วยความรวดเร็วและทันเหตุการณ์ เพื่อให้องค์กรของเราสามารถดำรงอยู่ได้อย่างสมศักดิ์ศรีและมีคุณค่าต่อสังคม

การเปลี่ยนแปลงและความท้าทายจากปัจจัยภายนอก เช่น

- (1) การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางของชีวิตเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ
- (2) ลักษณะความเจ็บป่วยที่หลากหลาย ผสมผสานทั้งโรคจากความต้อยพัฒนา โรคอุบัติใหม่หรืออุบัติซ้ำ โรคที่เกิดจากการอยู่ดีกินดี และโรคเรื้อรังที่มีความซับซ้อนในการดูแล
- (3) ความต้องการและความคาดหวังของสังคมที่เพิ่มขึ้น เป็นผลจากการรับรู้ข่าวสาร ระบบประกันสุขภาพ ความตระหนักในสิทธิผู้ป่วยและสิทธิผู้บริโภค รวมถึงการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ
- (4) ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีด้านการแพทย์และเทคโนโลยีดิจิทัล

การเปลี่ยนแปลงและความท้าทายในระบบบริการสุขภาพ เช่น

- (1) รูปแบบการดูแลที่มีอยู่เดิมถูกออกแบบมาในลักษณะ acute care model ขณะที่ปัญหาสุขภาพในขนาดที่ต้องการ more integrated care model ระหว่างสถานพยาบาลลักษณะต่างๆ และชุมชนมากขึ้น
- (2) ความ

1 VUCA เป็นคำย่อของ Volatility, Uncertainty, Complexity และ Ambiguity. VUCA World ถูกใช้ครั้งแรกโดยกองทัพสหรัฐอเมริกาเพื่อบรรยายสภาพของโลกหลังสิ้นสุดช่วงสงครามเย็น ซึ่งทำให้โลกเข้าสู่ยุคที่การทำสงครามไม่สามารถกำหนดคู่ต่อสู้และสถานการณ์ที่จะต้องต่อสู้ได้อย่างชัดเจน

พอเพียงและการกระจายของทรัพยากรยังคงเป็นปัญหา (3) ระบบการเงินการคลังที่เหมาะสมในการสร้างแรงจูงใจให้เกิดบริการที่มีคุณภาพและปลอดภัย มิใช่มุ่งเพียงการเข้าถึงเท่านั้นรวมทั้งการสร้างแรงจูงใจให้ประชาชนรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองด้วยการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (4) กำลังคนด้านสุขภาพมีความท้าทายทั้งในเรื่องความพอเพียง ความสามารถ โลกทัศน์ แรงจูงใจ และการเป็นทุนมนุษย์ที่สร้างสรรค์ (5) การรักษามาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ รวมทั้งความมีอิสระในการใช้ดุลยพินิจ (autonomy) ขณะที่ต้องธำรงไว้ซึ่งการรับผิดชอบต่อ (accountability) และ (6) ความซับซ้อนของระบบบริการสุขภาพที่มาจากความหลากหลายของผู้ป่วย ความหลากหลายของผู้ปฏิบัติงานที่ต้องพึ่งพาซึ่งกันและกัน ความหลากหลายของเทคโนโลยีทางการแพทย์ ความหลากหลายของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ความหลากหลายของแนวทางการรักษา รวมทั้งความไม่แน่นอนทางการแพทย์ต่างๆ

การเปลี่ยนแปลงและวิวัฒนาการของการพัฒนาคุณภาพ เมื่อทบทวนแนวคิดที่เกิดขึ้นในวงการต่างๆ และพวกเราได้ใช้มาจนถึงปัจจุบันก็จะพบความคลี่คลายมาเป็นลำดับดังนี้

1. The Deming System of Profound Knowledge เป็นทฤษฎีการบริหารจัดการที่ให้กรอบการคิดและการกระทำสำหรับผู้หน้าที่ต้องการสร้างองค์กรให้เจริญรุ่งเรือง โดยมุ่งให้ทุกฝ่ายเป็นผู้ชนะ ประกอบด้วยแนวคิดสำคัญคือ (1) การมององค์กรด้วยแนวคิดเชิงระบบ (appreciation of a system) สามารถระบุเป้าหมายที่ต้องการ การไหลของกระบวนการงาน วิธีการประเมินผลสัมฤทธิ์ และแผนการปรับปรุงระบบงาน (2) ความเข้าใจในความแปรปรวน (variation) สามารถแยกแยะว่าเป็นสิ่งปกติในระบบหรือเกิดจากสาเหตุพิเศษ และมีการตอบสนองอย่างเหมาะสมคือไม่ยกย่องหรือตำหนิผลที่เกิดขึ้นจากความแปรปรวนปกติ (3) เรียนรู้อย่างต่อเนื่องไม่หยุดยั้ง ไม่ว่างานนั้นจะประสบความสำเร็จหรือล้มเหลว ทุกครั้งที่สำเร็จก็ได้เรียนรู้วิธีการที่จะทำให้เกิดความสำเร็จอย่างต่อเนื่อง ทุกครั้งที่ล้มเหลวก็ได้เรียนรู้วิธีการที่ไม่พึงกระทำในอนาคต (4) เข้าใจความรู้สึกและความต้องการด้านจิตใจและสังคมของทีมงาน (psychology of staff) ทั้งในด้านความต้องการได้รับการยอมรับ ยกย่องให้เกียรติ ดูแลเอาใจใส่ และ

ความรู้สึกว่าตนเองจะปลอดภัย ไม่ถูกทำให้ด้อยค่าเมื่อมีการแสดงความคิดเห็นหรือกระทำการใดลงไป

2. พัฒนาการของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เริ่มต้นด้วยการใช้กลไกตลาด กฎหมาย และมาตรฐานที่องค์กรวิชาชีพกำหนดเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนา ต่อมานำแนวคิดและเครื่องมือในวงการอุตสาหกรรมและบริการเข้ามาประสมประสานเป็นกระแสหลักของการพัฒนาในปัจจุบัน ทำให้เพิ่มประสิทธิภาพ (เช่น Lean, supply chain management) ประสิทธิภาพ (เช่น PDSA, business excellence, benchmarking) ของการทำงาน รวมทั้งการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย โดยเฉพาะเทคโนโลยีดิจิทัล ขณะเดียวกันมีการนำ soft science เข้ามาใช้ร่วมด้วย เช่น ค่านิยม วัฒนธรรม การเรียนรู้ขององค์กร

3. มาตรฐานการบริหารองค์กรและระบบคุณภาพ (1) กรอบแนวคิดในการบริหารองค์กรเพื่อนำไปสู่ความสำเร็จที่เป็นเลิศซึ่งเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปคือ Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA) ของประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งประเทศไทยก็นำกรอบนี้มาประยุกต์ใช้ในการออกแบบการประเมิน Thailand Quality Award, Hospital Accreditation และระบบคุณภาพอื่นๆ อีกหลายระบบ (2) มาตรฐานสากลว่าด้วยระบบบริหารคุณภาพ (ISO9000) ซึ่งมุ่งเน้นกิจกรรมที่สร้างคุณค่าและการปรับปรุงระบบบริหารคุณภาพอย่างต่อเนื่องก็มีการปรับปรุงจนกรอบแนวคิดไม่ต่างจาก MBNQA มากนัก ข้อกำหนดของทั้งคู่ให้ความสำคัญกับเรื่องของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำคัญ (key stakeholders) หรือผู้เกี่ยวข้องสำคัญ (relevant interested parties)

4. แนวโน้มในอนาคต กระบวนการคุณภาพจะขยายมุมมองไปครอบคลุมเรื่องความเชื่อมโยง (connectivity) และบูรณาการ (integration) มากยิ่งขึ้น ด้วยความซับซ้อนของระบบบริการสุขภาพ การมองคุณภาพจากมุมมองภายในองค์กรน่าจะไม่เพียงพอต่อการสร้างระบบบริการที่พึงประสงค์ โดยความเชื่อมโยงและบูรณาการจะขยายไปใน 2 ทิศทางหลัก คือ ความเชื่อมโยงระหว่างสถานพยาบาลกับผู้ป่วยและญาติ กับความเชื่อมโยงระหว่างสถานพยาบาลกับสถานพยาบาลอื่นในเครือข่ายเพื่อให้บริการที่ไร้รอยต่อ

การเปลี่ยนแปลงและความท้าทายดังกล่าว มีอาจหยุดยั้งพลังแห่งเจตจำนง (The Power of Intention) ของพวกเราที่อยู่ในระบบบริการสุขภาพไทย ที่ต่างก็มองเห็น “บริการสุขภาพของประเทศไทยเป็นบริการที่มีคุณภาพและน่าไว้วางใจของสังคม” พลังแห่งเจตจำนง เป็นพลังที่เชื่อมความคิดกับการกระทำและทำฝันให้เป็นจริง พลังของการทำงานกับความหลากหลาย ความไม่แน่นอน และความเปราะบาง พลังของการคิดบวกที่ไม่เปิดโอกาสให้ความรู้สึกขาดแคลน ความรู้สึกไร้พลังจากการเผชิญสิ่งแวดล้อมที่คุกคาม มารบกวนพลังของความพยายามที่จะขับเคลื่อนวัฒนธรรมคุณภาพของระบบบริการสุขภาพ

ประทีปส่องทางสู่การเป็นระบบและองค์กรบริการสุขภาพในฝัน มีการกล่าวถึงระบบและองค์กรในฝันในชื่อและแนวคิดต่างๆ ซึ่งทั้งหมดมุ่งไปสู่การสร้างคุณค่าให้แก่สังคม และการทำให้องค์กรมีความยั่งยืน ดังนี้

1. Integrated People-Centered Health Services (WHO, 2015)

ระบบบริการสุขภาพที่ทุกคนสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน มีการร่วมตัดสินใจเพื่อตอบสนองความต้องการอย่างสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตของผู้รับบริการ มีการประสานตลอดสายธารของการดูแลเพื่อให้การดูแลที่ครอบคลุม ปลอดภัย ได้ผล ทันเวลา คุ่มค่า และยอมรับได้ โดยผู้ดูแลที่มีความกระตือรือร้น มีทักษะ และอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย

2. Learning Organization เป็นองค์กรที่ปลูกฝังการเรียนรู้เข้าไปในวิถีการปฏิบัติงานขององค์กร เป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานประจำวัน ที่ทำงานเป็นกิจวัตร มีการสร้างองค์ความรู้และแบ่งปันความรู้ทั่วทั้งองค์กร ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญและมีความหมาย

3. Living Organization เป็นองค์กรที่เสมือนสิ่งมีชีวิต มีปฏิสัมพันธ์และตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ใช้ความไม่แน่นอนทางการและเครือข่ายที่ไม่เป็นทางการ มีการสื่อสารและเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ มีการ

จัดการตนเอง สามารถแปลความหมายข้อมูลได้โดยอิสระ มีการตอบสนอง
เป้าหมายขององค์กรโดยที่สมาชิกไม่สูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง

4. High Reliability Organization เป็นองค์กรที่น่าไว้วางใจด้วย
การให้บริการที่มีคุณภาพโดยไม่มีข้อตำหนิอย่างต่อเนื่อง (quality without
failure over time) ด้วยการวางระบบงานที่ดี มีระบบบริหารความเสี่ยงที่
รัดกุม ร่วมกับการสร้างวัฒนธรรมคุณภาพและความปลอดภัยบนพื้นฐาน
ของ mindset & mindfulness

5. High Performance Organization เป็นองค์กรที่มีผลการดำเนินงาน
งานที่เป็นเลิศ มีวัฒนธรรมที่ฝังเป็นวิถีชีวิตขององค์กร เช่น วัฒนธรรมการ
มุ่งเน้นลูกค้า วัฒนธรรมคุณภาพและความปลอดภัย วัฒนธรรมการเรียนรู้
วัฒนธรรมการสร้างนวัตกรรม

เป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพ

ด้วยพลังแห่งเจตจำนงและประทีปส่องทางดังกล่าว นี่คือนเป้าหมาย
ที่ขอเชิญชวนให้ทุกท่านร่วมกันใช้เป็นหลักชัยที่จะก้าวไปให้ถึง

1. ทำให้บริการสุขภาพของประเทศไทยเป็นบริการที่มีคุณภาพ
น่าไว้วางใจในทุกมิติ ทุกขั้นตอน ทุกเวลา สำหรับทุกคนด้วยการพัฒนา
อย่างไม่ยอมมือเติ่มศักยภาพที่มนุษย์สร้างสรรค์พึงทำได้

2. ระบบบริการสุขภาพที่บูรณาการ ได้แก่ การบูรณาการงาน
คุณภาพกับงานประจำ การบูรณาการแนวความคิดพัฒนาคุณภาพต่างๆ การ
บูรณาการระบบคุณภาพกับระบบบริหารองค์กร การบูรณาการการดูแล
รักษากับการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสภาพ การบูรณาการเครือข่าย
บริการเพื่อระบบบริการที่ไร้รอยต่อรวมถึง co-creation ระหว่างผู้ให้และ
ผู้รับบริการ

3. ทำให้ HA ให้ประโยชน์ที่สัมผัสได้แก่ผู้รับบริการและประชาชน
เช่น การรับฟังและตอบสนอง การสร้างความพึงพอใจ การให้บริการที่มั่นใจ
ในความปลอดภัย การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย การดูแลที่เป็นองค์รวม และการ
สร้างเสริมสุขภาพ

4. ทำให้ HA ให้ประโยชน์แก่สถานพยาบาลที่ผู้บริหารและปฏิบัติ
งานเห็นคุณค่า เช่น ชื่อเสียงของสถานพยาบาล การแสดง accountability

และการมีธรรมาภิบาลขององค์กร การปฏิบัติอย่างมีมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ การเป็นองค์กรที่ใช้ฐานความรู้ ความมุ่งมั่นและการมีส่วนร่วมของคนทำงาน ความภาคภูมิใจของคนทำงาน

5. ทำให้ HA ให้ประโยชน์แก่ระบบและสังคม เช่น การเป็นเครื่องบ่งชี้การพัฒนาที่ก้าวหน้าของประเทศ การมีส่วนร่วมของภาคประชาชน การคุ้มครองผู้บริโภค การเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ การใช้ทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ การเป็นต้นแบบการพัฒนาแก่ภาคส่วนอื่นๆ

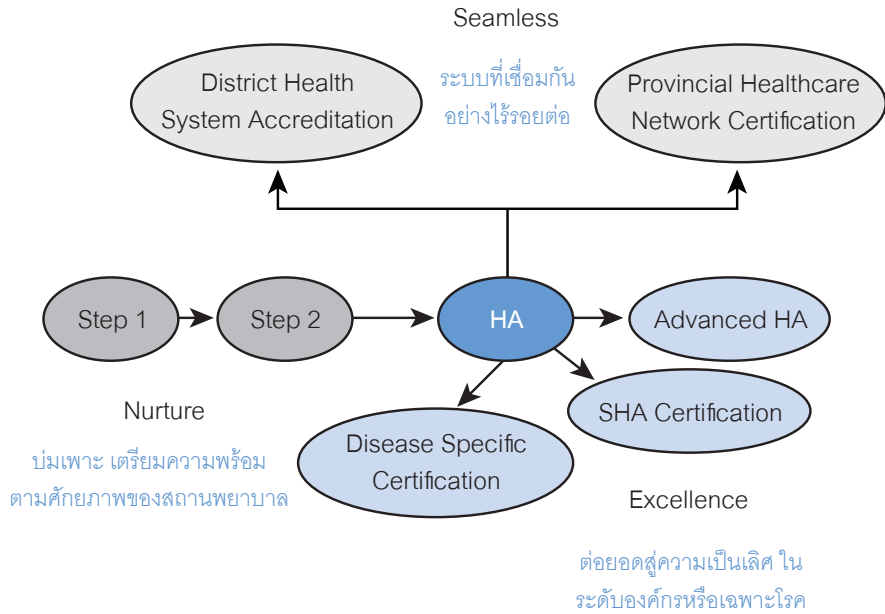
6. ทำให้คำถามพื้นฐาน 5 ข้ออยู่ในชีวิตประจำวันของเรา คำถามเหล่านั้นได้แก่ (1) ทำไมต้องมีเรา (2) เรากำลังทำอะไร (3) เราทำสิ่งนั้นไปเพื่ออะไร (4) เราทำได้ดีหรือไม่ จะรู้ได้อย่างไร (5) เราจะทำให้ดีขึ้นได้อย่างไร

7. ทำให้เกิดการพัฒนาค่านิยมในมิติของ Quality System, Spirituality, Science & Knowledge โดยรับรู้ความพยายามของเพื่อนที่กำลังใช้โอกาสนี้ตั้งอยู่ สร้างความร่วมมือและเรียนรู้ที่จะพัฒนาตนเองให้เก่งในมิติอื่นๆ ด้วย

II-3

การปรับตัวของกระบวนการ HA

ตลอดระยะเวลาสองทศวรรษ สรพ. (ซึ่งรับภารกิจต่อเนื่องจาก พรพ.) ไม่เคยหยุดยั้งความพยายามที่จะทำให้กระบวนการประเมินและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลของ HA เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนวัฒนธรรมคุณภาพของระบบบริการสุขภาพ เราก้าวข้ามคำว่า “เราทำไม่ได้” ไปสู่การถามตัวเองว่า “เราจะก้าวอย่างไรเพื่อเดินหน้าเอาชนะความท้าทายดังกล่าว” การพัฒนารูปแบบการประเมินและรับรองที่หลากหลายจึงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเพื่อมุ่งสร้างคุณค่าให้แก่ประชาชนและผู้ประกอบวิชาชีพ การรับรองที่เคลื่อนจากการรับรององค์กร สู่การรับรองความเป็นเลิศและการรับรองเครือข่าย



ภาพที่ II-3.1 ระบบการประเมินและรับรองที่หลากหลายของ HA

การประเมินและรับรอง HA ถูกออกแบบมาเพื่อรองรับระดับของการพัฒนา (maturity) ของสถานพยาบาลซึ่งมีความพร้อมแตกต่างกัน ภายใต้แนวคิดสำคัญคือ “การประเมินและรับรองเป็นกระบวนการเสริมพลังและสร้างการเรียนรู้ร่วมกัน” ปัจจุบันแบ่งการรับรองเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ (1) การรับรองเพื่อการบ่มเพาะและเตรียมความพร้อม (2) การรับรองการปฏิบัติตามมาตรฐานของ HA (3) การรับรองผลงานที่เป็นเลิศในระดับองค์กร เฉพาะโรค หรือเฉพาะประเด็น (4) การรับรองระบบบริการที่เชื่อมต่อกันเป็นเครือข่าย (ภาพที่ II-3.1)

ปรับฐานคิด

ถึงวันนี้ควรมีการปรับฐานคิดเกี่ยวกับการพัฒนาในบันไดขั้นที่ 1 สู่ HA ดังนี้ (1) บันไดขั้นที่ 1 สู่ HA เป็นเสมือนการวางรากฐานของการพัฒนาคุณภาพขององค์กร ถ้าต้องการสู่ผลลัพธ์ที่เป็นเลิศ รากฐานต้องแข็งแรง (2) บันไดขั้นที่ 1 เป็นบันไดที่ต้องก้าวขึ้นทุกครั้งก่อนที่จะก้าวสู่ขั้นที่สูงขึ้น หรือระบบคุณภาพที่ก้าวหน้ามากขึ้น (3) บันไดขั้นที่ 1 ควรคิดถึงกิจกรรมที่มากกว่าการทบทวน นั่นคือการวางรากฐานคุณภาพในทุกส่วนขององค์กร ร่วมกับการใช้หลัก “ทำงานประจำให้ดี มีอะไรให้คุยกัน ชยัน ทบทวน”

ทำงานประจำให้ดี

โดยพิจารณาแนวทางต่อไปนี้ (1) พฤติกรรมบริการที่ดี (มองหน้า สบตา ยิ้ม ทักทาย ได้ถาม ตามส่ง) (2) ใช้แนวคิด 3P ในงานประจำ (ทำไป เพื่ออะไร ทำอย่างไรให้ดี ทำได้ดีหรือไม่ จะทำให้ดีขึ้นได้อย่างไร) เลือก ประเด็นน่าสนใจมาคุยกันในที่มทุกวัน (3) ใช้แนวคิด patient/customer focus ด้วยการรับฟัง ตอบสนอง รับเสียงสะท้อน รวมทั้งการตั้งคำถาม Momma test (ถ้าผู้ป่วยรายนี้เป็นแม่เรา เราจะทำอย่างไร) (4) ใช้แนวคิด internal customer ด้วยการตั้งคำถามว่า “ฉัน” จะทำให้งานของ “เธอ” ง่ายขึ้นได้อย่างไร (5) ระบบข้อเสนอแนะและการใช้แนวคิด “ความเรียบง่าย” (simplicity) ในงานประจำเช่น การใช้ visual management การปรับปรุง เพื่อให้ทำงานประจำได้ง่ายขึ้น (6) การทำ 5 ส. ทั้งในส่วน of สิ่งแวดล้อม และระบบงาน (7) การทำให้สมาชิกทุกคนในองค์กรตระหนักว่าตนกำลังทำอะไรเพื่อให้วิสัยทัศน์ขององค์กรเป็นจริง

โดยพิจารณาแนวทางต่อไปนี้ (1) ใช้เทคนิคหมวก 6 สีเพื่อลดความขัดแย้งในที่ม (แดง-อารมณ์, ขาว-ข้อมูล เหตุผล, ดำ-เชิงลบ อุปสรรค, เหลือง-เชิงบวก, เขียว-สร้างสรรค์, ฟ้า-จัดระบบ มองภาพรวม) (2) สร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้การพัฒนาได้แก่ learn before (peer assist), learn during (AAR หลังทำกิจกรรม), learn after (การประเมินผลโครงการ) (3) Daily Huddle (ยืนจับกลุ่มสนทนาเพื่อสื่อสารวันละไม่เกิน 15 นาที) (4) ใช้เครื่องมือคุณภาพในการระดมและจัดระบบความคิด เช่น ระดมสมอง จัดระบบความคิด ลงคะแนน (5) ฟังเป็น (ฟังให้เข้าใจเนื้อหาและ เข้าใจเจตนาของผู้พูด ห้อยแขวนความคิด พูดแทนสมาชิกคนอื่นได้)

ขยับทบทวน

ทำไมต้องทบทวน (1) ทบทวนเพื่อเรียนรู้จากความผิดพลาดและนำไปสู่การป้องกัน (2) ทบทวนเพื่อสร้างความคุ้นชินในการสร้างวัฒนธรรมการมุ่งเน้นผู้ช่วย การสื่อสารที่เปิดกว้างและตรงไปตรงมา (3) ทบทวนเพื่อฝึกการคิดเชิงระบบ ให้เห็นความเชื่อมโยงของปัจจัยต่างๆ ในระบบที่ซับซ้อนและมุ่งแก้ไขที่สาเหตุราก (root cause) (4) ทบทวนเพื่อเปลี่ยนจาก blame culture หรือ person approach (การตำหนิผู้เกี่ยวข้องเมื่อเกิดความผิดพลาด) มาเป็น just culture (วัฒนธรรมของความเป็นธรรม) และ systems approach ซึ่งเอื้อต่อการพัฒนาระบบงานขององค์กรมากกว่า

ทำอย่างไร (1) ใช้การทบทวนเป็นตัวจุดประกายหาโอกาสพัฒนาและสร้างการเรียนรู้ (2) มอบหมายความรับผิดชอบในการทบทวนในพื้นที่ต่างๆ เพื่อให้เป็นภาระน้อยที่สุด มีความถี่ที่เหมาะสม ผังอยู่ในงานประจำและครอบคลุมโอกาสพัฒนาต่างๆ ให้มากที่สุด (3) ใช้หลักเกิดเหตุตรงไหนตามไปดูตรงนั้น แล้วหาทางป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ (4) ใช้หลัก หาจุดเปลี่ยน (หรือ unsafe act) พูดคุยกับผู้คนที่เกี่ยวข้อง อุดช่องโหว่ในปราการป้องกัน ด้วยความคิดสร้างสรรค์ (5) ตั้งคำถามว่าเมื่อปฏิบัติตามแนวทางป้องกันที่สรุปกันได้แล้วจะสามารถป้องกันหรือลดโอกาสเกิดอุบัติการณ์นั้นได้หรือไม่

ถ้าไม่ได้ควรกลับไปคิดหามาตรการป้องกันใหม่ (6) ฝั่งแนวทางปฏิบัติเข้าไป
ในระบบงาน เช่น บรรจุในคู่มือ แบบบันทึก ตัวช่วยเตือน

ตารางที่ II-4.1 แสดงเป้าหมายและประเด็นสำคัญของกิจกรรมทบทวน

กิจกรรมทบทวน	เป้าหมาย	ประเด็นสำคัญ
1. การทบทวน ขณะดูแลผู้ป่วย	การทำให้ผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน ได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวม และทีมงานได้เรียนรู้จากของจริง ใช้เวลาทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ โดยอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ปฏิบัติจน เป็นปกติประจำวันและไวต่อการ รับรู้ปัญหา	เพิ่มความไวในการค้นหาปัญหาของ ผู้ป่วย การตอบสนอง/แก้ปัญหาของ ผู้ป่วยในทันที การเรียนรู้จากสิ่งที่ผู้ป่วย แต่ละคนหยิบยื่นให้ การเรียนรู้จากมุมมอง ของวิชาชีพอื่น และการได้มอง เห็นประเด็นที่จะนำไปปรับปรุงระบบงาน หมายเหตุ: 1) การบันทึกข้อมูลสรุป ความเสี่ยงที่พบไว้อย่างง่ายๆ จะช่วย ให้การวิเคราะห์ความเสี่ยงทางคลินิก ทำได้ง่ายและครบถ้วนมากขึ้น 2) การทำ M&M Conference เป็นการทบทวนหลัง จากเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์แล้ว มิใช่การทบทวนระหว่างการดูแลผู้ป่วย
2. การทบทวน ความคิดเห็น/ คำร้องเรียน ของผู้รับบริการ	เพื่อให้ความคิดเห็น/คำร้องเรียน ของผู้รับบริการได้รับการตอบ สนองอย่างเหมาะสม และนำไปสู่ การปรับปรุงระบบงานเพื่อป้องกัน ปัญหา รวมทั้งเพื่อการเพิ่มความ ไวในการรับรู้และการตอบสนอง โดยทีมงาน	ความไวต่อการรับรู้และตอบสนองความ ต้องการของผู้รับบริการได้อย่างทันท่วงที การที่ผู้รับบริการเห็นว่าโรงพยาบาลยินดี รับข้อคิดเห็นคือภูมิคุ้มกันสำคัญของ โรงพยาบาล

ตารางที่ II-4.1 แสดงเป้าหมายและประเด็นสำคัญของกิจกรรมทบทวน (ต่อ)

กิจกรรมทบทวน	เป้าหมาย	ประเด็นสำคัญ
3. การทบทวนการส่งต่อ/ขอย้าย/ปฏิเสธการรักษา	เพื่อประเมินศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาล รวมทั้งความเหมาะสมในการดูแลก่อนที่จะมีการส่งต่อ	การมองหาในสิ่งที่เราทำไม่ได้ หรือทำไม่ได้ดี เพื่อนำมาสู่การปรับปรุงศักยภาพของบุคคล/บริการ/ระบบงาน/องค์กร หมายเหตุ: การทบทวนควรนำมาสู่การพัฒนาศักยภาพ มิใช่ทบทวนแล้วได้แต่ข้อสรุปว่า “ผู้ป่วยสมควรได้รับการส่งต่อ” เพียงอย่างเดียว
4. การทบทวนการตรวจรักษาโดยผู้ชำนาญกว่า	เพื่อเป็นหลักประกันว่าผู้ป่วยที่มาใช้บริการจะได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพและปลอดภัยในทุกช่วงเวลาของการรับบริการ	การใช้ศักยภาพของผู้ที่เก่งกว่าในองค์กร มาพัฒนาศักยภาพของผู้ที่มีประสบการณ์น้อยกว่าซึ่งเป็นการเรียนรู้ที่ตรงประเด็น เป็นประโยชน์ในการใช้งานจริง สามารถแก้ไขข้อผิดพลาดอย่างรวดเร็ว
5. การค้นหาและป้องกันความเสี่ยง	เพื่อเป็นหลักประกันว่าผู้ป่วย ผู้รับบริการ และผู้ปฏิบัติงาน จะอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย มีความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์น้อยที่สุด	การค้นหาจุดระเบิดที่ซุกซ่อนอยู่ตามที่ต่างๆ และระอวันระเบิด การจัดการกำจัดจุดระเบิดเหล่านั้นให้สิ้นอย่าให้เกิดระเบิดขึ้นเป็นอันตรายกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ หมายเหตุ: เมื่อมีเหตุการณ์เกิดขึ้น ต้องเข้าไปศึกษาข้อมูลรายละเอียด ทำความเข้าใจความรู้สึกของผู้ปฏิบัติงาน ออกแบบระบบงานให้จ่ายต่อผู้ปฏิบัติงาน แนวทางป้องกันความเสี่ยงสำคัญทุกคนที่เกี่ยวข้องต้องรับรู้ เรียนรู้และป้องกันการเกิดซ้ำ

ตารางที่ II-4.1 แสดงเป้าหมายและประเด็นสำคัญของกิจกรรมทบทวน (ต่อ)

กิจกรรมทบทวน	เป้าหมาย	ประเด็นสำคัญ
6. การป้องกันและเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล	เพื่อสร้างหลักประกันว่าผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงานจะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในโรงพยาบาลในระดับต่ำที่สุด	<p>การรับรู้จุดเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ซึ่งจะนำไปสู่การป้องกันเพื่อให้เกิดความปลอดภัยทั้งต่อผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่</p> <p>หมายเหตุ: รพ.ขนาดเล็กเน้นการเฝ้าระวังกระบวนการมากกว่าผลลัพธ์ และ OPD เป็นจุดเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังไม่แพ้ IPD โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ การเฝ้าระวังต่อเนื่องไปในชุมชนมีความสำคัญ</p>
7. การป้องกันและเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา	เพื่อเป็นหลักประกันว่าผู้ป่วยได้ใช้ยาอย่างถูกต้องและปลอดภัย	<p>การรับรู้โอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนซึ่งจะนำไปสู่การปรับปรุงเพื่อป้องกันอันตรายจากการใช้ยาครอบคลุมทุกขั้นตอน: การสั่งยา การจัดยา การให้ยา</p> <p>หมายเหตุ: เรื่องสำคัญที่ควรทบทวน เช่น การใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงและการติดตามผลการเกิดผลที่ไม่พึงประสงค์จากยา การทบทวนคำสั่งใช้ยาเมื่อแรกรับเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงจุดให้บริการ, และเมื่อจำหน่าย รวมทั้งการประเมินความเข้าใจในการใช้ยาบางตัวที่ใช้ยาก</p>

ตารางที่ II-4.1 แสดงเป้าหมายและประเด็นสำคัญของกิจกรรมทบทวน (ต่อ)

กิจกรรมทบทวน	เป้าหมาย	ประเด็นสำคัญ
8. การทบทวนการดูแลผู้ป่วยจากเหตุการณ์สำคัญ	<p>เพื่อเรียนรู้และปรับเปลี่ยนวิถีปฏิบัติให้เป็นโอกาส ใช้ความสูญเสียที่เกิดขึ้นมาสร้างหลักประกันว่าจะไม่เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ซ้ำ</p> <p>โดยเน้นการป้องกันไปที่การวางระบบงานที่ดี</p>	<p>การจัดการกับปัญหารุนแรงอย่างเหมาะสม การเรียนรู้และจัดระบบเพื่อป้องกันมิให้เกิดปัญหาซ้ำ</p> <p>หมายเหตุ: ผู้ป่วยเสียชีวิตทุกราย ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทุกราย ผู้ป่วยที่ญาติแสดงความไม่พอใจสูง มีโอกาสเกิดการร้องเรียน และอุบัติเหตุที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่ควรได้รับการทบทวน และวิเคราะห์ให้ได้ root cause เพื่อการแก้ไขป้องกันที่ยั่งยืน</p>
9. การทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน	<p>เพื่อให้สามารถตีประโยชน์จากเวชระเบียนสำหรับการสื่อสารระหว่างการดูแลผู้ป่วย และการประเมินคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่</p>	<p>เพื่อให้เห็นจุดอ่อนของการบันทึกเวชระเบียนที่เป็นอุปสรรคไปสู่การปรับปรุงวิธีการบันทึกให้เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วย และการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น</p>
10. การทบทวนการใช้ข้อมูลวิชาการ	<p>เพื่อเป็นหลักประกันว่าจะมีการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ บนพื้นฐานของข้อมูลวิชาการที่ทันสมัย น่าเชื่อถือ</p>	<p>การเพิ่มคุณค่าให้แก่การดูแลผู้ป่วยด้วยข้อมูลวิชาการทำในสิ่งที่เกิดประโยชน์ให้มากขึ้น การตรวจรักษาโดยมีข้อบ่งชี้ที่เหมาะสมมากขึ้น เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ ละเว้นการทำในสิ่งที่ไม่เกิดประโยชน์</p>
11. การทบทวนการใช้ทรัพยากร	<p>เพื่อให้การตัดสินใจใช้ทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วยและการปฏิบัติงานเป็นไปอย่างเหมาะสม คุ่มค่าอยู่บนพื้นฐานทางวิชาการ</p>	<p>การมองหาโอกาสปรับปรุงประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร กำหนดข้อตกลงร่วมกัน และพยายามปฏิบัติตามข้อตกลงนั้น โดยใช้การทบทวนและสะท้อนกลับเป็นเครื่องมือช่วย เช่น ความเหมาะสมในการใช้ยาและการตรวจ investigate</p>

ตารางที่ II-4.1 แสดงเป้าหมายและประเด็นสำคัญของกิจกรรมทบทวน (ต่อ)

กิจกรรมทบทวน	เป้าหมาย	ประเด็นสำคัญ
12. การติดตามเครื่องชี้วัดสำคัญ	เพื่อให้ทุกหน่วยงานและทุกระดับมีข้อมูลที่ใช้สะท้อนคุณภาพของการทำงานตามหน้าที่และเป้าหมายสำคัญ	เป็นการประเมินการบรรลุวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายของหน่วยงานและการดูแลผู้ป่วย หมายเหตุ: 1) เริ่มต้นด้วยการนำข้อมูลที่เก็บไว้มาแปลความหมาย และดูว่าจะใช้ประโยชน์เพื่อการพัฒนาอย่างไร 2) ตั้งคำถาม “ทำไม” กับกระบวนการหรือกิจกรรมสำคัญที่ทำอยู่ และถามว่าจะวัดผลการบรรลุเป้าหมายอย่างไร 3) พิจารณาว่าควรปรับปรุงการเก็บข้อมูลอย่างไรจึงจะคุ้มค่า

II-5 การรับรองเพื่อการบ่มเพาะและเตรียมความพร้อม ขั้นที่ 2 สู่ HA

หลักคิด

(1) เป็นการวางพื้นฐานระบบบริหารคุณภาพในทุกหน่วยงาน ทุกระบบงาน และการดูแลผู้ป่วยทุกกลุ่ม (2) ใช้หลัก “เป้าหมายชัด วัดผลได้ ให้คุณค่า อย่ายึดติด” หรือ 3P (Purpose-Process-Performance) หรือการหมุน PDSA ทั้งในส่วนของ การออกแบบระบบ/ประกันคุณภาพ (QA) และการพัฒนาคุณภาพ (CQI) (3) จุดเริ่มคือเป้าหมายของหน่วยงาน ระบบงาน หรือการดูแลผู้ป่วย (4) เป็นการต่อเชื่อมจากบันไดขั้นที่ 1 ซึ่งเป็นการแก้ปัญหารายกรณีมาสู่การวิเคราะห์และออกแบบระบบงานที่เกี่ยวข้องที่พิจารณามากกว่า unsafe act ของอุบัติการณ์ใดอุบัติการณ์หนึ่ง (5) มีการติดตามตัวชี้วัดสำคัญเพื่อประเมินการบรรลุเป้าหมาย (6) นำมาตรฐาน HA ที่จำเป็นมาสู่การปฏิบัติ ขณะที่ยังคงทำกิจกรรมทบทวนต่างๆ อย่างต่อเนื่อง

ตารางที่ II-5.1 ความสัมพันธ์ระหว่างการทบทวนกับการวางระบบ

การทบทวน	การต่อยอดสู่การวางระบบ
การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย	Patient care system / nursing process
การทบทวนความคิดเห็น/คำร้องเรียนของผู้รับบริการ	Complaint Management System
การทบทวนการตรวจรักษาโดยผู้ชำนาญกว่า/การ ทบทวนการส่งต่อ/ขอย้าย/ปฏิเสธการรักษา	Competency Management System
การค้นหาและป้องกันความเสี่ยง, การทบทวนการ ดูแลผู้ป่วยจากเหตุการณ์สำคัญ	Adverse Event/Risk Management System
การป้องกันและเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล	Infection Control System
การป้องกันและเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา	Drug Management System
การทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน	Medical Record System
การทบทวนการใช้ข้อมูลวิชาการ	Clinical CQI
การทบทวนการใช้ทรัพยากร	Resource Management System (UR)
การติดตามเครื่องชี้วัดสำคัญ	Measurement & Monitoring System

ทำอย่างไร

ในการพัฒนาเพื่อก้าวเข้าสู่ขั้น 2 สู่ HA มีแนวทางดำเนินการดังนี้

1. ทำความเข้าใจแนวคิด 3P (Purpose-Process-Performance) หรือ PDSA (Plan=process design, Do=process deployment, Study=performance evaluation, Act=performance improvement) ซึ่ง เป็น basic building block ของการพัฒนาเพื่อบรรลุเป้าหมายหรือการจัดการกระบวนการ (process management)

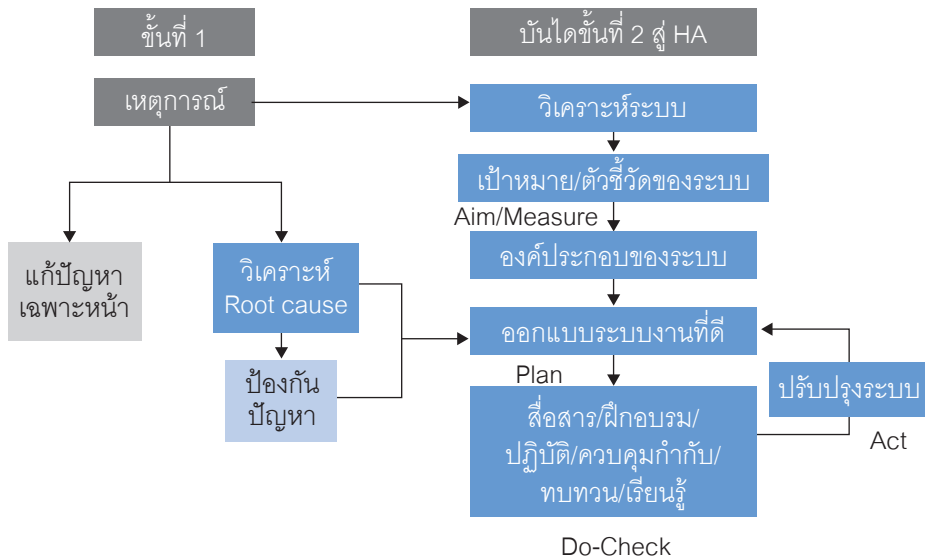
2. ใช้แนวคิด 3P กับพื้นที่พัฒนาทั้ง 4 วง (บริการ/หน่วยงาน ระบบงาน กลุ่มผู้ป่วย และองค์กร) ให้เหมาะสมกับแต่ละลักษณะพื้นที่ พัฒนาให้ครอบคลุมทุกพื้นที่พิจารณาโอกาสซ้ำซ้อน โอกาสประสาน และ กำหนดบทบาทหน้าที่ให้ชัดเจน เครื่องมือคุณภาพเพื่อสนับสนุนการใช้ แนวคิด 3P เช่น service profile สำหรับบริการ/หน่วยงาน, PCT profile สำหรับ PCT, clinical tracer สำหรับการตามรอยโรคสำคัญ

3. พัฒนาระบบงานสำคัญโดยต่อเชื่อมจากการพัฒนาที่ได้จากกิจกรรมทบทวนคุณภาพต่างๆ เพื่อให้ครอบคลุมประเด็นที่กว้างขวางขึ้น (ตารางที่ 2.2 และภาพที่ 2.3)

4. นำมาตรฐาน HA สู่อำนาจปฏิบัติใหม่ประเด็นสำคัญตามเอกสาร HA Essential ที่ สรพ.จัดทำไว้ ทีมงานควรทำความเข้าใจเป้าหมายและคำสำคัญ (key words) ของมาตรฐานให้กระจ่างชัด เน้นการนำมาตรฐานไปเรียนรู้และทบทวนการปฏิบัติในสถานการณ์จริง พัฒนาให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ (ระบบงาน กลุ่มผู้ป่วย หน่วยงาน) อย่างเชื่อมโยง รวมทั้งเน้นการทบทวนประเมินผลในระดับภาพรวม และการบรรลุเป้าหมายของแต่ละระบบ

5. หลักคิดสำคัญที่ทีมงานควรให้เป็นหลักในการดำเนินการคือ เป้าหมายชัด (visionary leadership) วัตถุประสงค์ (focus on result, management by fact) ให้คุณค่า (focus on patient, focus on health) อย่างยืดติด (creativity & innovation, agility)

การต่อเชื่อมระหว่างขั้นที่ 1 กับขั้นที่ 2 สู่ HA



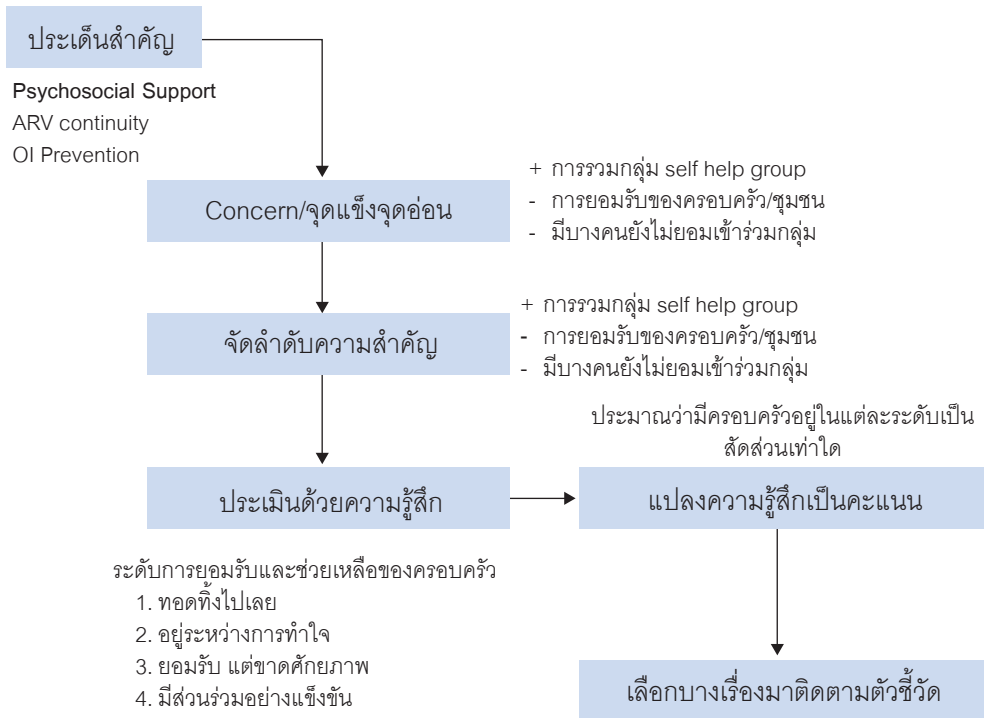
ภาพที่ II-5.1 ภาพแสดงการเชื่อมต่อของการพัฒนาคุณภาพระหว่างขั้นที่ 1 กับ ขั้นที่ 2

หมายเหตุ :

1) เป้าหมายชัด: เป้าหมายมองหาได้เพียงถามว่า “ทำไปทำไม” เช่น ทำไมต้องมีคลินิกเบาหวาน ทำไมต้องกวาดล้างยุงลาย และต่อจากเป้าหมาย คือการถามว่า “แล้วทำตามเป้าหมายได้ผลดีเพียงใด”

2) วัดผลได้: การประเมินที่ตรงประเด็น คือประเมินเปรียบเทียบกับเป้าหมายการประเมินที่ไม่เป็นภาวะคืออย่ารีบกระโดดไปหาตัวชี้วัดการประเมินด้วยวิธีการเชิงคุณภาพเป็นเรื่องที่ทำได้ง่าย ทำให้เห็นประเด็นได้ครอบคลุม ดังตัวอย่างในภาพที่ II-5.2

3) ให้คุณค่า: สถานการณ์ “ผู้ป่วยเป็นเบาหวานและไตวาย แพทย์สั่งอาหารเบาหวานและลดเค็ม” พยาบาลวางแผนให้สุขศึกษาเรื่อง “ลดอาหารเค็มจัด” คำถามเพื่อตรวจสอบการทำงานคือ สิ่งที่สอนนั้นจะเกิดผลในทางปฏิบัติหรือไม่? ถ้าไม่ได้ มีข้อจำกัดอะไร จะร่วมกันหาทางออกอย่างไร? ผู้ป่วยจะรู้ได้อย่างไรว่าปฏิบัติได้ในระดับที่เหมาะสม?



ภาพที่ II-5.2 ตัวอย่างการเลือกประเด็นประเมินและการติดตามตัวชี้วัด

ฐานคิด

มาตรฐาน HA คือกรอบความคิดที่สื่อให้เห็นถึงองค์ประกอบสำคัญของสถานพยาบาลที่มีคุณภาพและความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบเหล่านั้น นอกจากนี้จะใช้มาตรฐานเพื่อเปรียบเทียบหรือวัดคุณภาพแล้ว HA ยังมุ่งใช้มาตรฐานด้วยกระบวนการที่คนใหม่ คือการส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ การประเมินและปรับปรุงอย่างเป็นระบบ บูรณาการ และนวัตกรรมในระบบงาน นำไปสู่คุณภาพสูงสุดที่เป็นไปได้ขององค์กร

ขั้นตอนในการนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติ ประกอบด้วย (1) ถอดรหัสมาตรฐาน (2) ค่อยกันเล่น (3) เห็นของจริง (4) อิงข้อมูล (5) ตั้งเป้า ฝ่าดูปรับเปลี่ยน

ถอดรหัส

ทำความเข้าใจมาตรฐานให้ลึกซึ้ง (1) วิเคราะห์ความมุ่งหมายของมาตรฐานหรือคุณค่าที่จะเกิดขึ้นกับผู้เกี่ยวข้อง อ่านข้อกำหนดโดยรวม ค้นหาคำสำคัญที่ระบุผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการปฏิบัติตามมาตรฐาน เรื่องนั้น เชื่อมโยงกับแนวคิดการบริหารและการพัฒนาคุณภาพอื่นๆ แปลความหมายเพิ่มเติมด้วยความเข้าใจของเราตามความเหมาะสม (2) วิเคราะห์ว่าใครเป็นเจ้าของกระบวนการ (3) วิเคราะห์ว่าใครเป็นลูกค้าหรือผู้รับผลของกระบวนการ (4) ทำความเข้าใจคำสำคัญของข้อกำหนดในมาตรฐาน ข้อย่อย (5) วิเคราะห์กระบวนการหรือขั้นตอนที่ต้องทำ โดยคิดถึงการทำไปปฏิบัติจริงๆ ว่าจะมีขั้นตอนโดยละเอียดอย่างไร มีการเชื่อมต่อกันอย่างไร ทำอย่างไรจึงจะเกิดคุณภาพ

ค่อยกันเล่น

รู้ใจทย์ รู้ระบาศติทยาของปัญหา (1) พิจารณาว่ามาตรฐานนี้จะทำให้เราดีขึ้นได้อย่างไร (2) ทบทวนว่าอะไรที่เราทำได้ดี อะไรที่ยังเป็นจุดอ่อน (3) พิจารณาว่าจุดอ่อนนั้นอยู่ตรงไหน กับใคร เมื่อไร ตั้งคำถาม “What if....?”

ถ้าไม่เปลี่ยนแปลงจะเกิดอะไรขึ้น (4) ใช้ SPA-in-Action เพื่อช่วยให้เห็นประเด็นสำคัญที่เป็นโจทย์ขององค์กรได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

เห็นของจริง

ตามรอยการปฏิบัติเริ่มต้นด้วยวิธีการง่ายๆ ต่อไปนี้ (1) ไปเยี่ยมชมกันอย่างสนุกๆ (2) เล่าให้ฟัง ทำให้ดูสิว่าเราทำกันอย่างไร เราเข้าใจกันอย่างไร (3) ความล่อแหลมหรือความเสี่ยงอยู่ตรงไหน เราป้องกันอย่างไร (4) ถ้าเป็นอย่างนั้นจะทำอย่างไร เป็นอย่างนี้จะทำอย่างไร (5) มีการทำจริงหรือไม่ ดูได้จากตรงไหน ถามได้จากใคร (6) จะทำอย่างไรให้ทำได้ง่ายขึ้น

อิงข้อมูล

เก็บข้อมูลเพื่อหาโอกาสพัฒนา (1) ช่วยกันเป็นคนช่างสงสัย ตั้งประเด็นข้อสงสัยไว้มากๆ (2) เลือกประเด็นสำคัญ ตั้งคำถามเพื่อการเก็บข้อมูลหรือประเมินผล (3) เก็บข้อมูลแต่น้อย ใช้คำถามน้อย จำนวนตัวอย่างน้อย แต่ให้ได้ข้อมูลและความรู้ที่ตรงประเด็น เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนา

ตั้งเป้า-เฝ้าดู-ปรับเปลี่ยน

ดำเนินการปรับปรุงระบบงาน (1) ใช้ SPA ในส่วนกิจกรรมที่ควรดำเนินการ (P-practice) เพื่อชี้้นำสิ่งที่ควรปฏิบัติ (2) ตั้งเป้าหมายการปรับปรุงที่ชัดเจนและสามารถวัดการเปลี่ยนแปลงได้ (3) เฝ้าดู กำหนดตัววัดและใช้เก็บข้อมูลพื้นฐาน (4) ปรับปรุงระบบงานด้วยแนวคิดความเรียบง่ายหรือแนวคิดลีน (Lean Thinking) หรือแนวคิดการออกแบบที่เน้นผู้ใช้เป็นศูนย์กลาง (Human-centered design) โดยพิจารณาปัจจัยมนุษย์ควบคู่ไปด้วย (5) เมื่อพัฒนาไประยะหนึ่งแล้ว ควรจัดทำพิมพ์เขียวของการพัฒนา โดยเขียน flowchart ของกระบวนการทั้งสาย แล้วใช้แนวคิดต่างๆ ต่อไปนี้เพื่อระบุสิ่งที่ได้พัฒนาไปแล้วและโอกาสพัฒนาที่ยังเหลืออยู่ ใช้แนวคิด Lean เพื่อค้นหาความสูญเปล่า, ใช้แนวคิด Patient Safety เพื่อค้นหาความเสี่ยง, ใช้แนวคิด Evidenced-based เพื่อค้นหาโอกาสนำ guideline/evidence มาปฏิบัติ, ใช้แนวคิด Process Management เพื่อระบุ requirement และสร้างนวัตกรรม, ใช้แนวคิด Humanized Healthcare เพื่อเพิ่มโอกาสการดูแลด้านจิตวิญญาณ, ใช้แนวคิด Health Promotion เพื่อเพิ่มโอกาสการเสริมพลังแก่ผู้ป่วย, ใช้แนวคิด R2R เพื่อค้นหาโอกาสทำวิจัย

เขียนรายงานการประเมินตนเอง

- (1) ใช้ SPA ในส่วนของ A-Assessment ร่วมกับแบบฟอร์ม SAR2011
- (2) กำหนดหน้าที่ในการจัดทำรายงานการประเมินตนเองให้เป็นภาระงานน้อยที่สุด
- (3) ในแต่ละหมวด ให้สรุปตัววัดสำคัญที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานหมวดนั้นๆ โดยเน้นตัววัดที่ทาง รพ.ใช้ประโยชน์เป็นสำคัญ ส่วนที่อยู่ในแบบฟอร์มให้ถือว่าเป็นเพียงตัวอย่างเท่านั้น ถ้ามีข้อมูลจากระบบ THIP ควรนำเสนอข้อมูลเปรียบเทียบเป็นภาคผนวกด้วย
- (4) ระบุข้อมูลสำคัญที่จะสะท้อนให้เห็นบริบทขององค์กร เช่น ปริมาณงาน ปริมาณทรัพยากร ลักษณะผู้ป่วย ความเสี่ยงที่มีโอกาสพบ ฯลฯ
- (5) ระบุกระบวนการที่เป็นการปฏิบัติตามมาตรฐาน นวัตกรรมที่เกิดขึ้น การป้องกันความเสี่ยงสำคัญ หรือการพัฒนาที่เกิดขึ้นอย่างกระชับ
- (6) ระบุผลการพัฒนาที่สำคัญ โดยอาจจะสอดแทรกเข้าไปในส่วนของกระบวนการหรือแยกออกมาสรุปอีกครั้งหนึ่ง สามารถอ้างอิงถึงข้อมูลที่อยู่ในตารางตอนต้นได้
- (7) ประเมินคะแนนและประเด็นสำคัญที่จะพัฒนาใน 1-2 ปีข้างหน้า

II-7

การพัฒนาเพื่อต่ออายุการรับรอง (Re-accreditation)

ข้อแนะนำเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง

สำหรับโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองแล้วมีข้อแนะนำเพื่อให้การพัฒนาดำเนินอย่างต่อเนื่องดังนี้

1. Get use of recommendation นำข้อเสนอแนะของ สรพ. มาตีความทำความเข้าใจ หากจุดอ่อนในระบบทั้งในระดับกว้าง (คือประเด็นหรือพื้นที่ที่เป็นโอกาสพัฒนาที่ผู้เยี่ยมสำรวจชี้แนะไว้และที่ค้นหาเพิ่มเติมด้วยตนเอง) และในระดับลึก (คือหาปัจจัยสาเหตุที่เป็นปัจจัยองค์กร) แล้วนำมาวางแผนการพัฒนาโดยทันที

2. Systematic evaluation and improvement ส่งเสริมให้มีการประเมินระบบงานสำคัญอย่างเป็นระบบ เริ่มต้นด้วยวิธีการเชิงคุณภาพคือการพูดคุยกันถึงจุดแข็งจุดอ่อนของระบบ เป้าหมายและการบรรลุเป้าหมาย

ของระบบ นำประเด็นสำคัญเหล่านั้นมาออกแบบการเก็บข้อมูลเพื่อการประเมินในเชิงปริมาณที่สามารถติดตามต่อเนื่องได้ในระยะยาว แล้วนำผลการประเมินมาดำเนินการปรับปรุงตามความเหมาะสม

3. Continuous improvement ส่งเสริมให้ใช้แนวคิดการพัฒนาที่เรียบง่ายและได้ผล ในลักษณะที่บูรณาการร่วมกัน 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 เตรียมพร้อมสำหรับการเยี่ยมสำรวจรอบต่อไป ให้องค์กรตื่นตัวเสมือนวันพรุ่งนี้จะมีผู้เยี่ยมสำรวจมาเยี่ยมโดยไม่บอกล่วงหน้า ทำได้เช่นนี้ ก็แสดงถึงความรับผิดชอบในการที่ประกาศว่าเป็นสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพ HA

การพัฒนาอย่างเชื่อมโยง

การพัฒนาอย่างเชื่อมโยงหรือการบูรณาการเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้องค์กรบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยใช้พลังและทรัพยากรน้อยที่สุด การเริ่มต้นบูรณาการแบบเรียบง่ายคือการคำนึงถึงประเด็นต่อไปนี้ (1) สร้างช่องทางการสื่อสารในทีมที่ต้องทำงานร่วมกัน (2) แต่ละหน่วยงานวิเคราะห์หน่วยงานที่เป็นผู้รับผลงานของตน รับฟังความต้องการ ตอบสนอง และรับฟังเสียงสะท้อนจากหน่วยงานที่เป็นผู้รับผลงาน (3) วิเคราะห์กระบวนการตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดในระบบงานหรือกระบวนการดูแลผู้ป่วย แล้วจัดระบบการสื่อสาร ประสานงาน และการส่งมอบที่ดีระหว่างรอยต่อต่างๆ (4) พัฒนาระบบสารสนเทศที่หน่วยงานและระบบงานต่างๆ ต้องใช้ร่วมกัน (5) ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระบบงานสำคัญ มาเรียนรู้ความต้องการของกันและกัน วางแผนการทำงานร่วมกันโดยใช้ systems approach และมี

เป้าหมายที่ชัดเจน (6) ใช้แผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการ และตัวชี้วัด เป็นเครื่องมือในการบูรณาการ

ตารางข้างล่างนี้เป็นเครื่องมือช่วยพิจารณาโอกาสในการบูรณาการ ที่สมบูรณขึ้น โดยใช้แกนสองแกนคือ แกนระดับของผู้เกี่ยวข้อง และแกน กิจกรรมที่จะส่งเสริมให้เกิดบูรณาการ สิ่งที่ต้องขยายท้ายตารางเป็นการ วิเคราะห์โอกาสบูรณาการในระดับต่างๆ

ตารางที่ II-7.1 ตารางวิเคราะห์โอกาสบูรณาการ

	โครงสร้าง	การสื่อสาร	ระบบ สารสนเทศ	การแก้ ปัญหา	แผน/ ติดตาม
ระหว่างบุคคล					
ภายในหน่วยงาน					
ระหว่างหน่วยงาน					
การดูแลผู้ป่วย					
ภายในระบบงาน					
ระหว่างระบบงาน					
ภายในองค์กร					

ตัวอย่างการบูรณาการ เช่น การบูรณาการภายในหน่วยงาน และ การบูรณาการการดูแลผู้ป่วย ดังตัวอย่างต่อไปนี้

บูรณาการภายในหน่วยงาน (1) เป็นการบูรณาการภายใต้ โครงสร้างการบริหารงานของหน่วยงานควบคู่กับความสัมพันธ์ของทีม ทำงาน (2) เครื่องมือที่ใช้ในการบูรณาการก็คือ **Unit Profile** หรือ **3P** ใน ระดับหน่วยงาน การมีเป้าหมายร่วมกัน มีกระบวนการทำงานที่สอดคล้องกัน และมีการติดตามวัดผลในทิศทางเดียวกัน โดยการนำของหัวหน้าหน่วยงาน จะช่วยทำให้เกิดบูรณาการภายในหน่วยงานขึ้น (3) การสื่อสารภายในหน่วยงานอาจจะมีทั้งการสื่อสารที่เป็นทางการอย่างสม่ำเสมอ เช่น การประชุม ประจำเดือน ประชุมประจำสัปดาห์ และการสื่อสารอย่างสั้นๆ ที่เกิดขึ้น ระหว่างการทำงานประจำในทำนองคุยกันวันละนิด จิตแจ่มใจ 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 ระบบที่มีอยู่แล้วคือระบบสารสนเทศที่สนับสนุนการทำงานประจำซึ่งสามารถพัฒนาไปสู่การเชื่อมโยงการทำงานของวิชาชีพและหน่วยงานต่างๆ หากออกแบบให้ดีจะช่วยลดภาระงานที่ไม่จำเป็นและลดความผิดพลาดลงได้ และควรให้ความสำคัญเพิ่มขึ้นกับระบบสารสนเทศเพื่อการ monitor ผลการดูแลผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพ โดยเป็นความร่วมมือระหว่างทีมดูแลผู้ป่วยต่างๆ กับทีมสารสนเทศ (5) การแก้ปัญหา การวางแผน การติดตาม ควรเกิดขึ้นในเวทีของทีมดูแลผู้ป่วย

คืออะไร

Advanced HA หรือ A-HA คือการรับรองสถานพยาบาลที่มี maturity ของการพัฒนาในขั้นก้าวหน้า กล่าวคือมีศักยภาพในการระบุดีโอกาสพัฒนา และดำเนินการพัฒนาด้วยตนเอง มีการประเมินและพัฒนาอย่างเป็นระบบ มีนวัตกรรมของระบบงาน สามารถเป็นตัวอย่างที่ดีให้แก่โรงพยาบาลอื่น มีผลลัพธ์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 25% แรกของประเทศโดยใช้กรอบมาตรฐาน HA ซึ่งมีความสมบูรณ์ในตัวเองจากการบูรณาการมาตรฐานโรงพยาบาล เกณฑ์โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ และเกณฑ์การบริหารองค์กรสู่ความเป็นเลิศเข้าด้วยกัน และนำมาขยายความให้สมบูรณ์มากขึ้นด้วย Extended Evaluation Guide

ความแตกต่างสำคัญของ HA กับ A-HA คือ HA เน้นการปฏิบัติตามข้อกำหนด (process compliance) และการเรียนรู้ ขณะที่ A-HA มีส่วนที่เน้นเพิ่มคือการประเมินและปรับปรุงอย่างเป็นระบบ และสามารถแสดงผลที่ทำได้ในระดับสูง

ทำไม

การรับรอง HA ขั้นก้าวหน้ามีปัจจัยขับเคลื่อนต่อไปนี้ (1) ประเทศต่างๆ ทั่วโลกต่างมุ่งเน้นที่การวัด performance หรือผลลัพธ์ของระบบบริการสุขภาพ และใช้การวัดนี้เป็นกลไกกระตุ้นให้เกิดการพัฒนา (2) การพัฒนาที่ยั่งยืนคือการฝัง core values ของ HA โดยเฉพาะแนวคิดเรื่อง performance improvement หรือ CQI ร่วมกับการเรียนรู้เข้าใจในวัฒนธรรมองค์กร (3) โรงพยาบาลที่มีความพร้อม ต้องการความท้าทายใหม่ๆ มาก ระดับการพัฒนาองค์กร (4) เป็นการสนับสนุนให้โรงพยาบาลพัฒนาไปสู่การได้รับ recognition ที่สูงขึ้น เช่น TQA/TQC

อย่างไร

คุณสมบัติ โรงพยาบาลที่จะก้าวเข้าสู่การรับรองขั้นก้าวหน้าต้องเป็นโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง HA หรือการรับรองอื่นๆ ที่ ISQua รับรอง และมีความพร้อมในด้านต่อไปนี้ (1) มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในทุกส่วนขององค์กร (2) มีการติดตามผลการดำเนินงาน (performance) ของระบบงานต่างๆ และการดูแลผู้ป่วยสำคัญของโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง (3) มีการนำ core values ของ HA มาใช้เป็นหลักในการดำเนินงาน

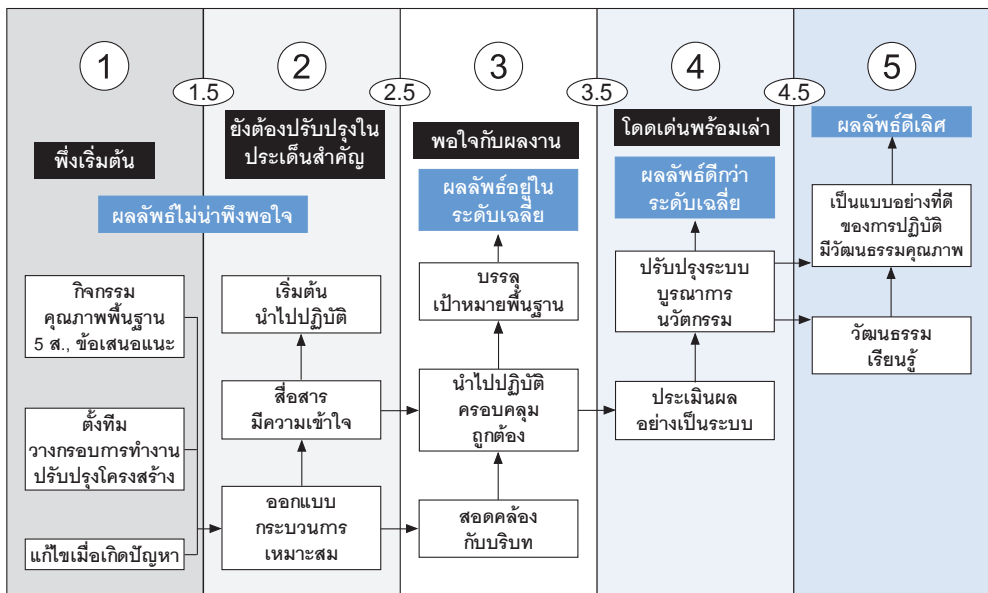
เตรียมพร้อมที่จะประเมินตนเอง ใน 2 ระดับ (1) **performance evaluation** โดยใช้ของระบบงาน การดูแลผู้ป่วย และเป้าหมายขององค์กรร่วมกับ Performance Evaluation Framework เพื่อตรวจสอบทิศทางและความก้าวหน้าของการพัฒนา (2) **compliance evaluation** โดยใช้ Extended Evaluation Guide เพื่อช่วยเสริมระบบให้มีความสมบูรณ์และรัดกุมมากขึ้น องค์กรที่ต้องการเร่งรัดในการพัฒนา อาจเริ่มด้วย performance evaluation ก่อนก็ได้

บทบาทของผู้นำเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาสู่ A-HA (1) สร้างขวัญกำลังใจให้กับทีมงาน (2) กำหนดพื้นที่และความรับผิดชอบเรื่องคุณภาพให้ชัดเจนในทุกพื้นที่และทุกระดับ รวมทั้งช่องทางและข้อบ่งชี้ในการรายงานความก้าวหน้าของการพัฒนา (3) สร้างบรรยากาศการนำร่วม (4) ทำความเข้าใจเครื่องมือและแนวคิดการพัฒนาของ HA โดยเฉพาะอย่างยิ่ง 3C-PDSA (5) นำมาตรฐานสู่การปฏิบัติด้วยความเข้าใจและก่อให้เกิดคุณค่า (6) ส่งเสริมการพัฒนาอย่างเชื่อมโยงหรือบูรณาการ (7) ใช้ Scoring Guideline เป็นเครื่องมือของผู้บริหารในการประเมิน maturity ขององค์กร (8) เสาะแสวงหาเครื่องมือประเมินตนเองมาใช้ (9) จัดให้มีระบบการวัดผลการปฏิบัติการ (performance evaluation system) ที่น่าเชื่อถือ (10) ส่งเสริมการนำ HA Core Values มาปฏิบัติอย่างจริงจังจนเห็นผล

ตัวช่วยในการใช้มาตรฐาน HA: (1) แผนภูมิสรุปความเชื่อมโยงขององค์กรประกอบต่างๆ ในมาตรฐานแต่ละบท ควรนำไปใช้ทำความเข้าใจและตรวจสอบความเชื่อมโยง รวมทั้งจุดสะดุดต่างๆ ที่ทำให้ไม่บรรลุเป้าหมายของมาตรฐาน (2) SPA-in-Action เพื่อช่วยหาโจทย์ขององค์กร แปลความ

หมายของมาตรฐานที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการที่สำคัญขององค์กร (3) SPA (Standards-Practice-Assessment) เพื่อช่วยชี้้นำการนำไปปฏิบัติตามมาตรฐานและการประเมินตนเอง

ตัวช่วยในการใช้มาตรฐาน A-HA: (1) Performance Evaluation Framework เพื่อเป็นแนวทางในการประเมิน performance ของระบบงานต่างๆ ตามมาตรฐาน (2) Extended Evaluation Guide เพื่อเป็นแนวทางในการประเมิน compliance ของระบบงานต่างๆ ตามมาตรฐาน หัวใจสำคัญของการประเมินคือเพื่อระบุโอกาสพัฒนา



ภาพที่ II-8.1 Scoring Guideline

การใช้ **Scoring Guideline** เป็นเครื่องมือของผู้บริหารผู้บริหารควรศึกษาแนวทางการให้คะแนนของ HA ซึ่งตัดแปลงมาจาก MBNQA/TQA แต่ทำให้ง่ายขึ้นด้วยการปรับให้เป็น 5 ระดับ และสนับสนุนให้องค์กรมี maturity ของการพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งให้ได้คะแนนสูงกว่าเกณฑ์ตัดสินที่ สรพ.กำหนดไว้

โรงพยาบาลที่จะขอการรับรอง HA ควรมุ่งทำให้ได้คะแนน 3 เป็นอย่างน้อย ขณะที่โรงพยาบาลที่จะขอการรับรอง A-HA ควรมุ่งทำให้ได้คะแนน 4 เป็นอย่างน้อย

คะแนน 4 หมายถึงมีการประเมินและปรับปรุงกระบวนการทำงานอย่างเป็นระบบ (systematic evaluation & improvement) มีบูรณาการกับหน่วยงาน กระบวนการ ระบบงาน แผนงาน ที่เกี่ยวข้อง (integration) และมีการใช้นวัตกรรมเพื่อออกแบบระบบงานใหม่ (innovation)

คะแนน 5 หมายถึงมีผลการดำเนินการที่เด่นชัดหรือเป็นเลิศ สามารถเป็นแบบอย่างของการพัฒนาได้

การนำ HA Core Values มาปฏิบัติอย่างจริงจังจนเห็นผล ควร ทบทวนและเรียนรู้การนำ HA Core Values มาปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ และหาโอกาสใช้ให้มากขึ้น เช่น พิจารณา Core Value ตัวใดตัวหนึ่งกับการประยุกต์ใช้ในมาตรฐานหมวดต่างๆ ดังตัวอย่าง

ตารางที่ II-8.1 การเชื่อมโยง Core Value Management by Fact สู่การปฏิบัติในมาตรฐานหมวดต่างๆ

มาตรฐาน HA	ตัวอย่างการปฏิบัติ
I-1 การนำ	เป็นตัวอย่างการตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลที่ได้รับ การวิเคราะห์อย่างเหมาะสม
I-2 การบริหารเชิงกลยุทธ์	วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาแนวโน้ม คาดการณ์ และดูความเป็นเหตุเป็นผล ในการวางแผนกลยุทธ์
I-3 การมุ่งเน้นผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน	ส่งเสริมการใช้ข้อมูลเพื่อการมุ่งเน้นผู้ป่วยและลูกค้า
I-4 การวัด วิเคราะห์ และการจัดการความรู้	คัดเลือกและใช้ตัวชี้วัด ซึ่งสะท้อนสิ่งที่มีความสำคัญ โดยวัดอย่างสมดุลในทุกด้าน
I-5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล	สร้างวัฒนธรรมการใช้ข้อมูลในการตัดสินใจทุกระดับ
I-6 การจัดการกระบวนการ	ส่งเสริมการใช้ข้อมูลเพื่อการออกแบบและปรับปรุงกระบวนการ

คืออะไร

คือการรับรองระบบการดูแลผู้ป่วยหรือบริการสุขภาพที่มีเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่ระบุขอบเขตชัดเจน เช่น โรค หรือการผ่าตัด หรือการใช้ intervention หรือกระบวนการดูแล สำหรับโรงพยาบาลที่มีกระบวนการคุณภาพ (อย่างน้อยกันได้ขั้นที่ 2 ขึ้นไป) โดยสามารถแสดงให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยหรือบริการสุขภาพนั้นมีการออกแบบที่เหมาะสมรัดกุม มีการใช้แนวคิดคุณภาพ และกระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และมีผลลัพธ์อยู่ในระดับแนวหน้าของประเทศ

ทำไม

การรับรองเฉพาะโรคเป็นกลไกเสริมของการรับรองกระบวนการคุณภาพสถานพยาบาล (HA) ซึ่งเป็นการรับรองระดับองค์กร เพื่อช่วยขับเคลื่อนการพัฒนาที่มีความเฉพาะเจาะจง สามารถทำได้ง่ายกว่าและเห็นผลชัดเจนกว่า อันจะช่วยชักนำการพัฒนาในส่วนอื่นๆ ได้มากขึ้น

ประโยชน์ที่องค์กรและทีมงานจะได้รับจากการขอการรับรองเฉพาะโรคคือการนำ HA Core Values & Concepts มาสู่การปฏิบัติอย่างเป็นธรรมชาติ ดังนี้

1. **ทิศทางการนำ** เป็นการสร้างและร่วมกันลงมือกระทำให้วิสัยทัศน์สู่ความเป็นเลิศนั้นเกิดขึ้นจริง โดยใช้มุมมองเชิงระบบ พัฒนาให้ครอบคลุมทุกองค์ประกอบ ในทุกขั้นตอนของการดูแลตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุด ปรับระบบให้ยืดหยุ่นพร้อมตอบสนอง
2. **ผู้รับผล** การเน้นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเฉพาะ ทำให้สามารถรับรู้และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละกลุ่มได้ดีขึ้น สามารถกำหนด health outcome ที่ต้องการได้ชัดเจน
3. **คนทำงาน** เป็นการส่งเสริมการทำงานของทีมนสหสาขาวิชาชีพ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

4. **การพัฒนา** เป็นการส่งเสริมให้ทีมได้มีการพัฒนากระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่องด้วยเครื่องมือและแนวคิดการพัฒนาที่หลากหลาย รวมทั้งการใช้หลักฐานวิชาการ การสร้างนวัตกรรม และการทำวิจัย มีการวัดผลและการมุ่งเน้นผลลัพธ์อย่างชัดเจน

5. **พาเรียนรู้** เป็นการสร้างการเรียนรู้และเสริมพลังในทีมงาน รวมทั้งแบ่งปัน good practice ให้แก่โรงพยาบาลอื่นๆ

อย่างไร

ผู้บริหารโรงพยาบาลที่สนใจจะขอการรับรองเฉพาะโรคที่เห็นว่าการดูแลโรคนั้นเป็นจุดเน้นของโรงพยาบาล สามารถเตรียมการได้ดังนี้

1. **สร้างฉันทามติ** ระหว่างผู้บริหารองค์กรกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยนั้นๆ ทบทวนความต้องการและการสนับสนุนที่จะได้รับร่วมกัน

2. **ใช้หลัก 3P** เพื่อกำหนดกรอบการทำงานหรือสรุปผลงาน กล่าวคือ (1) purpose เชื่อมโยงทิศทางองค์กรและความต้องการของผู้ป่วยกับเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ (2) process วิเคราะห์กระบวนการสำคัญและกระบวนการสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดการดูแล ทีมที่ใช้ Lean อาจจะทำกรวิเคราะห์ Value Stream Mapping ไปในขั้นตอนนี้เลย (3) performance กำหนดตัวชี้วัดสำคัญ ทั้งในระดับผลลัพธ์และระดับกระบวนการ ที่สอดคล้องกับเป้าหมาย ความต้องการของผู้ป่วย ความเสี่ยง และประเด็นคุณภาพสำคัญอื่นๆ

3. **วิเคราะห์กระบวนการ** ทั้งในส่วนที่ทำได้ดีแล้วและส่วนที่เป็นโอกาสพัฒนาในแต่ละขั้นตอนของการให้บริการ สำหรับโอกาสพัฒนาอาจใช้มุมมองต่อไปนี้ (1) **needs** ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย รวมทั้งมิติด้านจิตวิญญาณ (2) **evidence & ethic** การใช้หลักฐานวิชาการ และประเด็นจริยธรรม (3) **waste** ความสูญเปล่าของการใช้ทรัพยากร ความล่าช้าและการรอคอยต่างๆ (4) **safety** โอกาสที่จะเกิดความเสียหายหรือความไม่ปลอดภัยในแต่ละขั้นตอน โดยพิจารณาร่วมกับอุบัติการณ์ที่เคยเกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอกองค์กรและการใช้ trigger tools เพื่อค้นหาเวชระเบียนที่มีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มาเรียนรู้ (5) **health promotion**

โอกาสที่จะให้บริการสร้างเสริมสุขภาพหรือเสริมพลังให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพด้วยตนเอง (6) **innovation** การสร้างนวัตกรรมในการดูแล (7) **integration** โอกาสที่จะบูรณาการการดูแลกับทีมงานอื่นๆ และกับสถานพยาบาลอื่นๆ (8) **research** การทำวิจัยเพื่อสนับสนุนคุณภาพและความปลอดภัยในการให้บริการผู้ป่วยทั้ง 8 แนวทางอาจเรียกรวมว่า NEWS-PIIR

4. ใช้แนวคิดการออกแบบเพื่อ design/redesign กระบวนการดูแลตามโอกาสพัฒนาที่ระบุไว้ จุดสำคัญของการออกแบบโดยยึดคนเป็นศูนย์กลางคือ empathize ร่วมรับรู้ความรู้สึกและความต้องการของผู้ใช้และคนทำงาน

5. ติดตามความก้าวหน้าโดยใช้การตามรอยและตัวชี้วัด

II-10

SHA Certificate การขับเคลื่อนระบบบริการที่เน้นคนเป็นศูนย์กลาง

ความพยายามในการขับเคลื่อน

1. ระบบบริการสุขภาพของไทยมีการดูแลผู้ป่วยด้วยความเอาใจใส่และเอื้ออาทรเป็นพื้นฐานมาแต่ดั้งเดิม แต่ความก้าวหน้าในการดูแลรักษาด้วยเทคโนโลยีทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย และการดูแลผู้ป่วยในมิติอื่นๆ ที่ไม่ใช่ทางด้านร่างกายได้รับความสำคัญลดลง

2. ในช่วงปี พ.ศ. 2548-2550 มีการขับเคลื่อนแนวคิดเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพในสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล การให้บริการผู้ป่วยด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ (humanized healthcare) และพัฒนาต่อมาเป็น **SHA** ซึ่งเห็นมิติด้านจิตวิญญาณควบคู่กับคุณภาพในมิติอื่นๆ SHA หรือ Spiritual HA เป็นความพยายามที่จะตอบสนองมิติที่ละเอียดอ่อนของความเป็นมนุษย์ทั้งของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

3. ในระดับสากล มีตัวอย่างของการขับเคลื่อน เช่น (1) การพัฒนากระบวนการประเมินคุณภาพที่มาจากประสบการณ์จริงของผู้ป่วยและญาติ มาสะท้อนคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาล เพื่อช่วยให้การประเมินคุณภาพในมิติต่างๆ มีความสมบูรณ์มากขึ้น เช่น การประเมินโดย Picker

Institute (2) Planetree designation เป็นการประเมินและรับรองด้าน patient-centered care ของโรงพยาบาล บนพื้นฐานความเชื่อว่าการสร้างความสัมพันธ์และการสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และการจัดระบบงานและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม เป็นปัจจัยหลักของการสร้างคุณภาพงานบริการที่ดี (3) WPRO ได้จัดทำ People-centered health care policy framework ประกอบด้วย การเสริมพลังผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน การพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ การพัฒนาระบบบริการ และการจัดระบบสนับสนุนงานบริการ (4) WHO จัดทำ global strategy on people-centred and integrated health service เมื่อปี ค.ศ. 2015 โดยให้ความสำคัญต่อมุมมองของผู้รับบริการ ครอบครัว และชุมชน ในฐานะผู้มีส่วนร่วมและผู้ได้รับประโยชน์จากระบบสุขภาพ

ความท้าทาย

1. การทำงานคุณภาพของโรงพยาบาลยังมีโอกาสพัฒนา เช่น การเข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วยและผู้รับบริการเป็นไปอย่างผิวเผิน การพัฒนาคุณภาพติดอยู่ที่รูปแบบตายตัว ขาดการมองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคนแบบองค์รวม จิตสำนึกของการเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางไม่ได้ฝังเข้าไปอยู่ในการทำงานประจำ²
2. บุคลากรทางการแพทย์ต้องรับภาระงานมากเกินไปจนกว่าจะทำงานได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ คนทำงานอาจรู้สึกเหนื่อยและท้อแท้กับปัญหาและอุปสรรค
3. เป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข 20 ปีของประเทศไทย ที่กำหนดไว้ว่า “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” คนเป็นปัจจัยสำคัญยิ่งที่จะทำให้ระบบสุขภาพมีความยั่งยืนได้ในระยะยาว

2 สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (2554) คู่มือการประเมินตนเองตามมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปรับปรุง พิมพ์ครั้งที่ 4 นนทบุรี, น.59

แนวทางการพัฒนา

1. การพัฒนาที่ขยายวงของมิติด้านจิตวิญญาณ จากการพัฒนาตนเองของแต่ละบุคคล, ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานและการทำให้เป็นองค์กรที่มีชีวิต (living organization), การให้บริการแก่ผู้ป่วย (humanized healthcare), และการดูแลสิ่งแวดล้อม (healing environment)

2. การใช้คำนิยามและแนวคิดหลัก (1) **spiritual responsiveness** ใส่ใจต่อการเยียวยาความทุกข์ของมนุษย์และตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ (2) **human growth** ส่งเสริมให้มนุษย์เติบโตเต็มศักยภาพของตนเอง และงอกงามไปสู่ความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ (3) **inspiration** การสร้างแรงบันดาลใจที่หลากหลายเพื่อให้ทุกคนมีจินตนาการ มีพลังที่จะสร้างสรรค์องค์กรและทุ่มเทให้การยกระดับคุณภาพชีวิต คุณภาพบริการ และคุณภาพขององค์กร (4) **reflection & refinement** การสร้างระบบที่ทำให้เกิดการทบทวนสะท้อนคิด ที่เป็นส่วนหนึ่งของการสื่อสาร การสะท้อนผล และการรับฟัง เพื่อให้การทำงานเป็นวิถีของการขัดเกลาตนเองและเป็นโอกาสที่มนุษย์จะพัฒนาไปสู่ศักยภาพสูงสุดของตน

3. การพัฒนาจากปัจเจกสู่ระบบ (1) มีโอกาสที่บุคลากรบางท่านได้สร้างประสบการณ์เชิงบวกด้านจิตวิญญาณในการดูแลผู้ป่วยบางราย (2) นำประสบการณ์เหล่านั้นมาถ่ายทอดกันจนเกิดแรงบันดาลใจในทีมงานและเริ่มขยายผล (3) สร้างความเป็นระบบมารองรับเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยที่มีความต้องการคล้ายคลึงกันจะได้รับการตอบสนองในลักษณะเดียวกัน ด้วยการมีแนวทางปฏิบัติที่ยืดหยุ่น มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากร (4) เก็บเกี่ยวความรู้และแสดงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

4. สอดใส่มิติด้านจิตวิญญาณเข้าไปในการทำงานประจำ หรือ นำ spirituality เข้าไปเสริมสร้าง safety & standard

5. แนวคิดและเครื่องมือที่ใช้พัฒนาความรู้และเจ้าหน้าที่เพื่อให้เจ้าหน้าที่มีมุมมองในการดูแลสุขภาพที่กว้างขึ้น เข้าใจผู้รับบริการ และมีความสุขกับการทำงาน (1) **deep listening** ฟังโดยที่จิตของผู้ฟังอยู่กับปัจจุบันขณะ ปล่อยวางความเชื่อฝังลึกในตน ไม่ได้แย้ง ต่วนตีความ หรือตัดสิน (2) **narrative medicine** การใช้เรื่องเล่าเพื่อให้เกิดการรู้เชิงนามธรรม มีการไตร่ตรองและเข้าใจอย่างลุ่มลึก เรียนรู้เรื่องราวละเอียดอ่อนและคุณค่า

แสวงหาความหมาย และเรื่องเล่ามีผลในการเยียวยา (3) **salutogenesis** เป็นการทำความเข้าใจปัจจัยที่ทำให้คนเรามีสุขภาพดี โดยเห็นสภาวะที่ต่อเนื่องกันของ “health-ease versus dis-ease continuum” ปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้คนเรารับสถานการณ์ความเครียดได้ดี ประกอบด้วย ความเชื่อว่าตนมีความสามารถที่จะเข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ความเชื่อว่าสภาวะที่เผชิญอยู่จะสามารถจัดการได้ ความเชื่อว่าสิ่งที่เผชิญอยู่มีความหมายและมีคุณค่าต่อชีวิต (4) **physician-patient relationship** ซึ่ง Otto Scharmer ได้แบ่งระดับความสัมพันธ์ไว้เป็น 4 ระดับคือ การเป็นช่างซ่อมสุขภาพที่เสื่อม การบำบัดโดยใช้ความเป็นครูให้คำแนะนำ การเป็นโค้ชเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้สะท้อนคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตน และการเป็นผู้เอื้อต่อการก่อกำเนิดตัวตนและอัตลักษณ์ใหม่ให้เกิดขึ้นในตัวผู้ป่วย

6. แนวคิดและเครื่องมือที่ใช้ในการวางระบบงานให้เกิดการดูแลโดยเน้นคนเป็นศูนย์กลาง หรือการดูแลแบบองค์รวม (1) การเจริญสติแบบรวมหมู่ เพื่อให้เจ้าหน้าที่มีความพร้อมต่อการให้บริการมากขึ้น เช่น การนั่งสมาธิพร้อมกันก่อนและหลังเลิกงาน และก่อนการประชุม การใช้ “ระฆังสติ” ผ่านเสียงตามสายเป็นช่วงๆ (2) **การรับรู้ประสบการณ์ของผู้ป่วย** โดยใช้เครื่องมือสำรวจ การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก (3) **การส่งเสริมให้บุคลากรใช้ความสามารถเฉพาะตัว** ในการทำกิจกรรมที่เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพและสังคม (4) **การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ** เช่น palliative care (5) **การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้** เพื่อสร้างแรงบันดาลใจ (6) **การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเยียวยา** ซึ่ง สวสส. ได้จัดทำเครื่องมือประเมินโดยพิจารณาหน้าที่การใช้งานและความปลอดภัย สุนทรียภาพและความสบาย ปฏิสัมพันธ์และการสนับสนุนทางสังคม การเสริมพลังและอำนาจการตัดสินใจ คุณค่าและจิตวิญญาณ

7. การนำ SHA Criteria มาใช้เพื่อประเมินตนเองและพัฒนา ต่อยอด SHA Criteria เป็นเกณฑ์ที่จะใช้ประเมินเพื่อให้ SHA Certificate เพื่อยกย่องชมเชย ให้กำลังใจ และสร้างโรงพยาบาลต้นแบบ SHA

SHA Criteria กำหนดขึ้นจากบริบทของประเทศไทย ซึ่งมีเอกลักษณ์ในด้านความคิด ความเชื่อ

วิถีชีวิต และวัฒนธรรม ตลอดจนความศรัทธาของผู้ป่วยและชุมชน อีกทั้งได้น้อมนำพระราชดำริของสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก มาเป็นแนวคิดและค่านิยมหลักอีกด้วย ซึ่งจะช่วยให้ระบบสุขภาพของประเทศไทยตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและประชาชน ด้วยการเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เข้าใจในคุณค่าและความหมายของสรรพสิ่ง มีความสมบูรณ์และงดงาม อีกทั้งส่งผลให้คนทำงานมีความปีติยินดี งานที่ทำมีความหมายต่อชีวิตอีกด้วย

SHA Criteria ประกอบด้วย 4 หมวด คือ (1) การนำและระบบสนับสนุน (2) การดูแลที่เน้นคนเป็นศูนย์กลางและบูรณาการมิติด้านจิตวิญญาณ (3) แรงบันดาลใจของทีมผู้ให้บริการ (4) สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเยียวยา

II-11

DHSA การรับรองระบบสุขภาพระดับอำเภอ

คืออะไร

DHSA (District Health System Accreditation) เป็นกลไกหนุนเสริมให้ระบบสุขภาพระดับอำเภอมีความเข้มแข็ง ด้วยกระบวนการเรียนรู้จากการประเมินแบบเสริมพลัง (empowerment evaluation) เพื่อให้เกิดบริการสุขภาพที่จำเป็นและสอดคล้องกับปัญหาของพื้นที่อย่างมีคุณภาพ โดยเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง ด้วยความร่วมมือของเครือข่ายทุกภาคส่วน ทำให้ประชาชนมีสุขภาวะ

ทำไม

การขับเคลื่อนซึ่งเป็นที่มาของการรับรองระบบสุขภาพระดับอำเภอ (1) เป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ และได้รับความร่วมมือจากส่วนราชการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดี (2) การทำงานโดยใช้พื้นที่เป็นฐานเป็นทิศทางที่ได้รับการยอมรับว่าสามารถตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ได้ดีที่สุด และอำเภอเป็นระดับที่เหมาะสมในการบริหารจัดการตามแนวคิดนี้ (3) WHO ส่งเสริมให้ปรับระบบบริการตามแนวคิด *people-centred and*

integrated health service (4) สถานพยาบาลที่ สรพ.การรับรองในระดับ
อำเภอคือโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งต้องทำงานร่วมกับเครือข่ายบริการและภาค
ส่วนต่างๆ ในอำเภอ ขณะที่มีความต้องการที่จะสร้าง**หลักประกันคุณภาพ**
ให้กับ**เครือข่ายบริการปฐมภูมิ**ในระดับอำเภอด้วย ปัจจัยเหล่านี้ทำให้
สรพ.มีนโยบายที่จะขยายขอบเขตของการรับรองจากการรับรองโรงพยาบาล
ชุมชนมาเป็นการรับรองระบบสุขภาพระดับอำเภอ

คุณค่าที่คนทำงานในพื้นที่จะได้รับ ได้แก่ (1) คนทำงานปฐมภูมิ
ในพื้นที่ได้รับการเสริมพลังในการทำงานที่ทำอยู่ (2) การเรียนรู้และพัฒนา
ตนเอง ปรับเปลี่ยนให้มองในมุมที่กว้างขึ้น เรียนรู้การทำงานในลักษณะภาคี
เครือข่าย เรียนรู้เครื่องมือที่จะแก้ปัญหาสุขภาพของพื้นที่ (3) เกิดการ
ทำงานที่เป็นระบบ มีเป้าหมาย การติดตาม การพัฒนา จนเกิดเป็น
วัฒนธรรมการเรียนรู้ร่วมกันของเครือข่าย

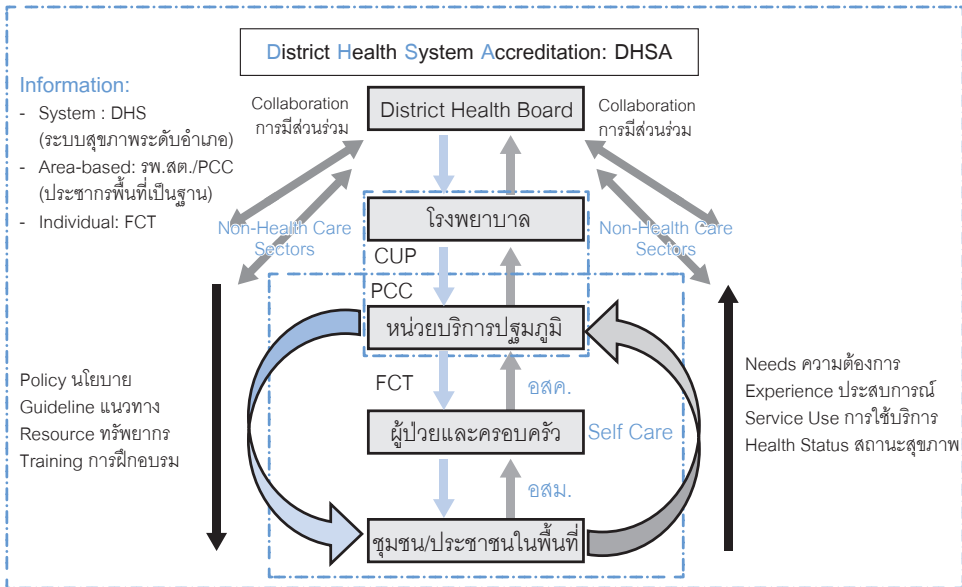
แนวคิดและค่านิยมหลัก

เมื่อนำ WHO core principles มาเทียบเคียงกับ HA Core Values &
Concepts และแนวคิด UCCARE ของ DHS จะพบแนวคิดที่ประสานร่วม
กันตามตารางที่ II-11.1

ตารางที่ II-11.1 เปรียบเทียบหลักการที่เกี่ยวข้องกับ DHSA

	HA Core Values & Concepts	WHO Core Principles	DHS-UCARE
ทิศทางนำ	Visionary leadership	Shared accountability	Unity District Health Team
	Systems perspective	Led by whole-systems thinking	Seamless healthcare
	Agility		Resource sharing
ผู้รับผล	Patient & customer focus	Respectful	People-centered
	Focus on health	Comprehensive, continuous, holistic, preventive	Essential Service, Focus on well-being
	Community responsibility	Equitable	Community responsibility
คนทำงาน	Value on staff	Endowed with right & responsibilities	Appreciation
	Individual commitment		
	Teamwork	Co-ordinated, collaborative, co-produced	
	Ethic & professional standards	Ethical	
การพัฒนา	Creativity & innovation		
	Management by fact		
	Cont. process improvement		Quality
	Focus on results	Goal oriented	
	Evidence-based approach	Evidence informed	
การเรียนรู้	Learning		Context-based learning
	Empowerment	Empowering	Empowerment

อย่างไร



อ้างอิง: สรุปบทเรียนภาพรวมและความเชื่อมโยงเครือข่าย การประเมินรับรองระบบสุขภาพระดับอำเภอ, สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), ธันวาคม 2559

ภาพที่ II-11.1 ภาพรวมและความเชื่อมโยงเครือข่าย การประเมินรับรองระบบสุขภาพระดับอำเภอ³

1. ใช้แนวคิดการนำร่วม (collective leadership) ในการทำงานร่วมกันของผู้นำเครือข่ายภายใต้โครงสร้างต่าง ๆ เช่น คณะกรรมการสุขภาพอำเภอ (DHB: District health Board), คลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster)
2. ใช้บริบทของพื้นที่เป็นฐานในการตั้งโจทย์เพื่อทำงานร่วมกัน ร่วมกับการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ (1) วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพที่ครอบคลุมทุกแง่มุมและจัดลำดับความสำคัญเช่น โรคเฉียบพลัน
โรคเรื้อรัง อุบัติเหตุ ผู้สูงอายุและผู้พิการ ปัญหาสุขภาพเชิงสังคม ปัญหาสิ่งแวดล้อม ภัยสุขภาพต่างๆ รวมทั้งการพิจารณา suffering ของผู้คนในพื้นที่ (2) กำหนดเป้าหมายการพัฒนา (3) กำหนดตัววัดเพื่อติดตาม

3 ถอดบทเรียนการประชุมเชิงปฏิบัติการผู้เยี่ยมสำรวจการประเมินรับรองระบบสุขภาพระดับอำเภอ, สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 6 ธันวาคม 2559

ความก้าวหน้าในระยะยาว (4) การตอบสนองต่อความก้าวหน้าของการพัฒนาและปัญหาใหม่ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม

3. ทบทวนและใช้ประโยชน์จาก information & resource flow

สองทิศทาง (1) การรับฟังจากผู้รับบริการและเครือข่ายบริการ เช่น ความต้องการและประสบการณ์ของผู้รับบริการ สถิติการใช้บริการ สถานะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ (2) ทิศทางและความช่วยเหลือจากศูนย์กลางหรือสถานพยาบาลแม่ข่าย เช่น นโยบาย แนวปฏิบัติ ทรัพยากร การฝึกอบรม

4. การส่งเสริมให้เครือข่ายบริการสุขภาพมีบริการที่มีคุณภาพปลอดภัย เป็นที่ไว้วางใจ เช่น (1) การสนับสนุนทรัพยากรจากแม่ข่าย (2) การพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคลากร (3) การจัดระบบบริการที่ไร้รอยต่อและมีมาตรฐานเดียวกัน (4) การจัดระบบให้คำปรึกษาและความช่วยเหลือ (5) การรับเสียงสะท้อนจากชุมชนและตอบสนองอย่างเหมาะสม (6) การมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้

5. การเสริมพลังอำนาจการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของประชาชน สรพ.คาดหวังว่า การประเมินรับรองระบบสุขภาพระดับอำเภอจะเป็นหนึ่งในเครื่องมือสำคัญที่ส่งเสริมการเรียนรู้เพื่อการสร้างสุขภาพะในชุมชนพัฒนาคุณภาพงานบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และเกื้อหนุนการเชื่อมโยง ถักทอกระบวนงานในระหว่างสถานพยาบาลให้เกิดการบริการไร้รอยต่อ และยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางอย่างแท้จริงเกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันจะเกิดเป็นวัฒนธรรมการเรียนรู้ นำมาสู่การได้รับบริการที่ดี (Get Good Care) และดูแลตนเองได้ (Good Self Care) เพื่อสุขภาพะ (Good Health)⁴

4 มาตรฐานระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System Standards), สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), ธันวาคม 2559

คืออะไร

คือการรับรองเครือข่ายบริการสุขภาพทั้งจังหวัด โดยมุ่งเน้นเฉพาะโรคหรือลักษณะการให้บริการที่ระบุ เพื่อให้สามารถประเมินการเชื่อมต่อ บริการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างชัดเจน มาตรฐานเครือข่ายบริการสุขภาพระดับจังหวัดที่ใช้รับรองเป็นมาตรฐานที่ปรับมาจากมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี ที่สถานพยาบาลต่างๆ มีความคุ้นเคยอยู่แล้ว โดยเพิ่มประเด็นเกี่ยวกับการจัดบริการในลักษณะเครือข่ายที่ต้องมีการเชื่อมโยงกระบวนการ และสารสนเทศของสถานพยาบาลทุกระดับเข้าด้วยกัน รวมทั้งการบริหารจัดการทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากรร่วมกัน

ทำไม

การรับรองเครือข่ายบริการสุขภาพระดับจังหวัดมีที่มาจาก การขับเคลื่อนร่วมกันหลายด้านได้แก่ (1) ความพยายามของสถานพยาบาลในแต่ละจังหวัดที่พยายามสร้างระบบการดูแลต่อเนื่องที่ไร้รอยต่อ เนื่องจากตระหนักว่าการให้บริการที่มีคุณภาพเฉพาะแต่ละสถานพยาบาลนั้นไม่เพียงพอ (2) นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในเรื่อง Service Plan เป็นแรงหนุนที่สำคัญที่ทำให้เกิดความตื่นตัวและความร่วมมือกันในพื้นที่ (3) สรพ.มีนโยบายที่จะสร้างคุณค่าเพิ่มให้แก่ระบบบริการที่กำลังพัฒนาไปในทิศทางของเครือข่ายบริการ สร้างหลักประกันคุณภาพด้วยการส่งเสริมการเรียนรู้ควบคู่การพัฒนา

อย่างไร

จังหวัดที่จะขอรับการรับรองตามมาตรฐานนี้ ต้องมีโรงพยาบาลภาครัฐในจังหวัดได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพ HA ตั้งแต่ 2 ใน 3 ของจำนวนโรงพยาบาลภาครัฐทั้งหมด และจะประเมินบริการสุขภาพสำหรับกลุ่มผู้ป่วยหรือกลุ่มโรค 1 เรื่องที่เครือข่ายเสนอขอประเมิน โดยการ

ดำเนินการเกี่ยวกับกลุ่มโรคนั้นต้องมีการดำเนินการครอบคลุมไม่ต่ำกว่า 2 ใน 3 ของอำเภอในเครือข่ายนั้น

การเตรียมตัวของเครือข่ายในการขอการรับรอง:

1. การจัดโครงสร้างการทำงานที่เกี่ยวพันเครือข่ายบริการที่มีคุณภาพ ทั้งในระดับนโยบาย ระดับวิชาการ ระบบสารสนเทศ ผู้จัดการหรือผู้ประสานงาน รวมทั้งการประสานเชื่อมต่อกันระหว่างผู้รับผิดชอบในส่วนของ Service Plan และการพัฒนาคุณภาพ

2. การกำหนดมาตรฐานการดูแลภายในจังหวัด ทั้งมาตรฐานการดูแลภายในแต่ละสถานพยาบาล และมาตรฐานการดูแลระหว่างส่งต่อ การมีโรงพยาบาลพี่เลี้ยงคอยสนับสนุนให้ความช่วยเหลือและพัฒนาความรู้ความสามารถให้แก่โรงพยาบาลระดับรองลงไป ตลอดจนการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน

3. การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารของเครือข่ายที่เชื่อมโยงกัน เพื่อเอื้ออำนวยต่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง และการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยในภาพรวม เช่น การเชื่อมโยงของข้อมูล discharge plan กับข้อมูลการเยี่ยมบ้าน

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์และนำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนา เช่น การเก็บข้อมูลผลลัพธ์ในมิติที่สำคัญ โดยเฉพาะมิติด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย การตั้งเป้าหมายที่ท้าทายหรือยกระดับเป้าหมายผลลัพธ์ที่ต้องการแล้วทำการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

5. การสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและชุมชนในการพัฒนาระบบบริการ เช่น เครือข่ายในระดับจังหวัดเพื่อการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ เครือข่ายในระดับตำบลเพื่อการเยี่ยมบ้านและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

6. การพัฒนาระบบงานสนับสนุนที่เกี่ยวข้อง เช่น ระบบยาระบบการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ระบบสารสนเทศ ระบบการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล ซึ่งจังหวัดควรเข้ามาช่วยในการประสานงานและเชื่อมโยงการพัฒนาในทุกกระบวนการอย่างสมดุล

“โครงการการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลโดยเครือข่ายความร่วมมือในพื้นที่” เป็นกลไกที่สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ใช้แนวคิดเครือข่ายการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพในพื้นที่ทั่วประเทศ มีความเป็นกัลยาณมิตร เพื่อนช่วยเพื่อน พี่ช่วยน้อง โดยได้รับความร่วมมือจากองค์กรต่างๆ จัดตั้งเป็น HACC (Hospital Accreditation Collaborating Center) และ QLN (Quality Learning Network) ซึ่งทั้งสองเป็นเครือข่ายที่ดีที่สุดในการพัฒนาคุณภาพ

ทำไมจึงกล่าวว่า HACC และ QLN เป็นเครือข่ายที่ดีที่สุดในการพัฒนาคุณภาพ

ประการแรกคือประสบการณ์และความน่าเชื่อถือของ HACC และ QLN

HACC ศูนย์ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลซึ่งดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 จนถึงปัจจุบันมีการจัดตั้ง HACC 6 แห่ง โดยความร่วมมือกับคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รวมทั้ง รพ.หาดใหญ่ รพ.สงขลา รพ.เชียงรายประชานุเคราะห์และ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

HACC ทั้ง 6 แห่ง ทำหน้าที่ส่งเสริมและกระตุ้นการพัฒนาสถานพยาบาลในพื้นที่ภูมิภาค และในจังหวัดใกล้เคียง โดยใช้ศักยภาพทั้งในส่วนของบุคลากรและประสบการณ์การพัฒนา สามารถเป็นตัวแทนของสรรพ.ในการสร้างแรงบันดาลใจ ถ่ายทอดความรู้ และแก้ปัญหาให้กับสถานพยาบาล

สำหรับ QLN ซึ่งเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 ในนามเดิม High Performance Node กับเครือข่ายที่เริ่มต้น 7 แห่ง และค่อยๆ ขยายเครือข่ายเพิ่มขึ้นจนในปี พ.ศ. 2559 เพิ่มเป็น QLN 45 เครือข่ายใน 77 จังหวัดแต่ละเครือข่ายมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรอง HA เป็นแกนนำกลุ่มเครือข่าย (node manager) สร้างพื้นที่

การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเครือข่ายระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่าย ลูกข่าย และ พี่เลี้ยงคุณภาพ โดยสรพ.สนับสนุนที่ปรึกษาประจำเครือข่าย สนับสนุนองค์ความรู้ และพัฒนาทักษะพี่เลี้ยง

ประการต่อมา ผลิตภัณฑ์หรือกิจกรรมที่จัดทำโดยเครือข่ายมีหลากหลายรูปแบบภายใต้แนวคิดง่ายต่อการเข้าถึง เพื่อนช่วยเพื่อน พี่ช่วยน้อง สื่อสารด้วยตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมที่เข้าใจง่าย มีทั้งกิจกรรมการเยี่ยมให้คำปรึกษา การค้นหาแนวทางปฏิบัติที่ดี การจัดอบรมตามหลักสูตรพื้นฐาน และการจัดเวทีแลกเปลี่ยนชื่นชมผลงานระหว่างคนคุณภาพในพื้นที่

สำหรับเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพที่ยิ่งใหญ่ ไม่น้อยหน้าเวทีการประชุมวิชาการระดับชาติ HA National Forum คือ “HA Regional Forum” ที่แต่ละ HACC จัดขึ้นในแต่ละภูมิภาค ซึ่งมีปัจจัยความสำเร็จอยู่ที่ (1) คุณภาพในเนื้อหาวิชาการ (2) การดำเนินการที่เข้มข้นโดยทีมงานในเครือข่าย (3) ความคิดสร้างสรรค์ในรูปแบบและวิธีการจัดงาน

เหตุผลสองประการดังกล่าวเป็นสิ่งยืนยันว่า HACC และ QLN เป็นเครือข่ายที่ดีที่สุดในการพัฒนาคุณภาพ ผลการดำเนินงานโดยเครือข่ายทั้งสอง ส่งผลให้โรงพยาบาลในเครือข่ายสามารถรับการพัฒนาระดับที่ 2 สู่อันดับ HA ได้ร้อยละ 100 และโรงพยาบาลในเครือข่ายมีความพร้อมสู่การรับรองกระบวนการคุณภาพ HA ได้ร้อยละ 62.7

ทิศทางการทำงานในอนาคต เพื่อวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐาน เป็นที่ไว้วางใจของสังคม โดยเครือข่ายและสรพ. มีบทบาทในการส่งเสริมการขับเคลื่อนวัฒนธรรมคุณภาพ” (1) กำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนของ HACC และ QLN โดยมีการประสานงาน เกื้อหนุนกันและกัน (2) การเพิ่มศักยภาพเครือข่ายทั้งในด้านจำนวนและศักยภาพของผู้เยี่ยมสำรวจ/ที่ปรึกษา (3) การดำเนินงานตามศักยภาพที่เชี่ยวชาญของเครือข่าย (4) การสร้างความร่วมมือกับสาธารณสุขจังหวัดมากขึ้น เช่น การจัดเวทีสร้างการเรียนรู้ Provincial KM (5) การพัฒนาฐานข้อมูลและระบบสารสนเทศเชื่อมต่อกับข้อมูลระหว่างเครือข่ายและสรพ.

Patient Safety หรือ ความปลอดภัยของผู้ป่วย นับเป็นปัญหาที่สำคัญและมีผลกระทบต่อวงการแพทย์ทั่วโลก ในแต่ละปีผู้ป่วยกว่าล้านคนต้องเจ็บป่วยด้วยภาวะแทรกซ้อนหรือเสียชีวิตจากการเข้ารับบริการทางการแพทย์ อุบัติการณ์ความเสี่ยงของผู้ป่วยในที่รักษาในโรงพยาบาลเกิดขึ้นระหว่างร้อยละ 4 ถึง 16 ในประเทศที่พัฒนาแล้วประมาณ 1 คนในทุก 10 คนที่เข้ารับการรักษาจะได้รับอันตรายที่อาจเกิดจากความผิดพลาดหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่างๆ

ปี พ.ศ. 2556-2557 ศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพ (TRC-HS) คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอว่า “สรรพ. ควรผลักดันและสนับสนุนการพัฒนาด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในสถานพยาบาลทุกระดับ และสรรพ. ควรเป็นสื่อกลางในการสนับสนุน สร้างและถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยไปยังผู้ปฏิบัติ” และจากกลไกการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลที่ สรรพ. ขับเคลื่อนมากกว่า 20 ปี มีข้อมูลจากงานวิจัยสะท้อนกลับจากโรงพยาบาลว่ากระบวนการของ HA ทำให้ระบบบริหารความเสี่ยง ระบบการจัดการด้านยา ระบบป้องกันควบคุมการติดเชื้อ และระบบสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัย ในโรงพยาบาลดีขึ้น แต่ยังคงขาดระบบติดตามผลลัพธ์และระบบรายงานคุณภาพและความปลอดภัยในโรงพยาบาล

โครงการ Engagement for Patient Safety

ปี พ.ศ. 2558 สรรพ. เริ่มขับเคลื่อนโครงการ Engagement for Patient Safety โดยประยุกต์ทฤษฎี 3 เหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ของศ.นพ.ประเวศ วะสี ที่กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงสังคมหรือขับเคลื่อนเรื่องที่มีผลกระทบต่อคนจำนวนมากต้องขับเคลื่อนใน 3 ด้านคือ (1) ความรู้ (2) เคลื่อนไหวทางสังคม (3) เชื่อมกับฝ่ายนโยบาย โดยขับเคลื่อนผ่าน 3 โครงการย่อยคือ

1. Patient Safety Education สร้างความร่วมมือกับสถาบันการศึกษาในด้านสุขภาพต่างๆ บูรณาการ Patient Safety เข้าสู่การเรียนการสอน โดยประยุกต์เนื้อหาและแนวทางจาก WHO Patient Safety Curriculum Guide ฉบับ Multi-Professional

2. Patients for Patient Safety ขับเคลื่อนแนวคิด People-Centred Care ผ่านกลไกให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมโดยการสนับสนุนขององค์กรอนามัยโลก ทำให้เกิดเป็นเป็นทีม Patients for Patient Safety Thailand

3. Hospitals for Patient Safety และ Patient Safety Policy

3.1 Hospitals for Patient Safety เป็นการมุ่งเน้นพัฒนาโรงพยาบาลที่สมัครใจจำนวน 148 แห่ง โดยใช้กลไกการจัดการจัดความรู้ผ่านชุมชนนักปฏิบัติร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านต่างๆ พัฒนาแนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย มีการใช้เครื่องมือประเมินเพื่อพัฒนาต่างๆ เช่น 9-cell และ Emo-meter ที่พัฒนาโดย NIDA, AHRQ Safety Culture Survey, การใช้ตัวชี้วัดเปรียบเทียบ (Thailand Hospital Indicator Project: THIP) และการวางระบบการรายงานความเสี่ยงเข้าสู่ส่วนกลาง

3.2 Patient Safety Policy เป็นการขับเคลื่อนเชิงนโยบายร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข และมีการปรับเพิ่มแนวทางการพัฒนาให้คำนึงถึงทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทางสาธารณสุข เกิดเป็น Patient and Personnel Safety หรือ 2P Safety

SEARO Regional Strategy for Patient Safety

เมื่อปี พ.ศ. 2558 คณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (SEARO) สมัยที่ 68 ได้มีการรับรองข้อมติเรื่อง Patient safety contributing to sustainable universal health coverage เพื่อสร้างความยั่งยืนให้กับระบบบริการสุขภาพถ้วนหน้า โดยการมีส่วนร่วมของผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และชุมชน และมีข้อตกลงให้ประเทศสมาชิก ขับเคลื่อนเรื่อง Patient Safety อย่างมีส่วนร่วมภายใต้ยุทธศาสตร์การขับ

เคลื่อน patient Safety ในระดับภูมิภาคดังนี้ (1) นำยุทธศาสตร์ทั้ง 6 ไปสู่การปฏิบัติ (2) ร่วมมือกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อสร้างความปลอดภัยและวัฒนธรรมความปลอดภัยในสถานพยาบาลทุกระดับ (3) สร้างความตระหนักและความผูกพันกับผู้ป่วยและชุมชน (4) จัดสรรทรัพยากรที่เพียงพอเพื่อปฏิบัติตามแผน

Regional Strategy for Patient Safety in the WHO South-East Asia Region ประกอบด้วย (1) การปรับปรุงระบบโครงสร้างเพื่อสนับสนุนคุณภาพประสิทธิภาพ และความปลอดภัยของบริการสุขภาพทุกระดับ (2) ประเมินธรรมชาติและขนาดของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ รวมทั้งจัดให้มีระบบรายงานและเรียนรู้ (3) ทำให้มั่นใจว่ามีกำลังคนที่มีความรู้ความสามารถ ตระหนักและรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงของผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว (4) เพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเนื่องจากบริการสุขภาพ (5) ปรับปรุงการนำประเด็นรณรงค์เกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยในระดับโลกไปสู่การปฏิบัติ ได้แก่ safe surgery, safe childbirth, safe injections, medication safety, blood safety, medical device safety, and safe transplantation (6) เพื่อเพิ่มศักยภาพและส่งเสริมการวิจัยเรื่องความปลอดภัยผู้ป่วย

SEARO ได้พัฒนาเครื่องมือ Country Self-Assessment for Patient Safety เพื่อให้ประเทศสมาชิกเห็นโอกาสพัฒนาของตนในภาพรวมของประเทศ ประเทศไทยได้จัดให้มีการประเมินตนเองและสรุปผลการประเมินเมื่อวันที่ 16 กันยายน 2559 พบว่าประเด็นสำคัญที่ประเทศไทยควรพัฒนาเพิ่มขึ้นได้แก่ (1) การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยชุมชนและสังคม (2) การมีระบบรายงานและเรียนรู้จากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในระดับประเทศ (3) ความปลอดภัยด้านยา (4) การวิจัยเกี่ยวกับความปลอดภัยผู้ป่วย

นโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข

จากผลการประเมินดังกล่าว นำมาสู่การประกาศนโยบายการขับเคลื่อนความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข โดย ศ.คลินิกเกียรติคุณ นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาทร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

1. กำหนดให้มีเป้าหมายความปลอดภัยเป็น National Patient and Personnel Safety Goals และวางยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข จากความร่วมมือของทุกภาคส่วน

2. สนับสนุนให้มี National Incidents Reporting and Learning System ที่เกิดจากความร่วมมือของบุคลากรและหน่วยงานตั้งแต่ระดับพื้นที่ ส่วนภูมิภาค ส่วนกลาง และระดับประเทศ เพื่อเกิดการพัฒนาเชิงระบบ

3. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาเพื่อความปลอดภัยในระบบบริการสาธารณสุขอย่างสร้างสรรค์

โดยมีหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่จะร่วมขับเคลื่อนนโยบาย “ความปลอดภัยของผู้ป่วย และบุคลากรสาธารณสุข” ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขประกาศ ได้ลงนามร่วมกันในปฏิญญาประกาศเจตนารมณ์ที่จะร่วมกันการขับเคลื่อนเรื่องดังกล่าว จำนวน 15 หน่วยงาน



ปฏิญญาการขับเคลื่อน

เรื่อง “ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข

(Patient and Personnel Safety: 2P Safety)”

วันที่ 16 กันยายน พ.ศ. 2559

ณ ห้องซีพีไฟร์ 203 อาคารอิมแพ็คฟอรั่ม เมืองทองธานี จังหวัดนนทบุรี

ปฏิญญาการขับเคลื่อน เรื่อง ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข (Patient and Personnel Safety: 2P Safety) เป็นการขับเคลื่อนตามนโยบายของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งเน้นให้เกิดการพัฒนาเชิงระบบ เพื่อคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรทางสาธารณสุข โดยมีส่วนร่วมและสร้างสรรค์จากทุกภาคส่วน รวมถึงร่วมกันสนับสนุนให้เกิดการขับเคลื่อนที่บูรณาการสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ขององค์การอนามัยโลก ระดับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย (Regional Strategy for Patient Safety: WHO Regional Committee for South-East Asia) ดังนี้

1. ร่วมเป็นคณะกรรมการเพื่อยุทธศาสตร์และกลไกเพื่อสนับสนุนให้เกิดการขับเคลื่อนเรื่อง Patient and Personnel Safety แบบมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนอย่างเป็นรูปธรรม
2. ร่วมกันส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดการขับเคลื่อนเรื่อง Patient Safety สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ขององค์การอนามัยโลกระดับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และเป็นผู้นำในการขยายประเด็นครอบคลุม
3. ส่งเสริมให้เกิดกลไกการรายงานและระบบฐานข้อมูลกลางเพื่อพัฒนาให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ
4. ส่งเสริมให้สถาบันการศึกษาให้ความสำคัญบูรณาการการเรียนการสอนในเรื่อง Patient and Personnel Safety
5. กำหนดเป้าหมายความปลอดภัยสำหรับผู้ให้และผู้รับบริการ (Patient and Personnel Safety Goals)
6. ส่งเสริมให้เกิดการรวบรวมองค์ความรู้ แนวทางปฏิบัติ ข้อเสนอแนะ และงานวิจัยเกี่ยวกับ Patient and Personnel Safety

หน่วยงานที่ลงนามในปฏิญญานี้มีมติให้การให้คำมั่นถึงเจตนารมณ์และเป้าหมายร่วมกันที่จะส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาบริการสุขภาพของประเทศไทยมีคุณภาพเป็นที่น่าไว้วางใจ ปลอดภัย เข้าถึงได้ เพื่อทุกคน

(นพ.สมศักดิ์ อรรฆศิลป์)

กระทรวงสาธารณสุข

(ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา)

แพทยสภา

(รศ.ดร.ทัศนีย์ บุญทอง)

สภาการพยาบาล

(ทันตแพทย์ไพศาล กังวลกิจ)

ทันตแพทยสภา

(ภก.ดร.ดิลลอรุณ สิลาร์คดี)

สภาเภสัชกรรม

(รศ.ทรงพล สมชาย วิริยะยุทธกร)

สมาคมศัลยแพทย์

(ศ.นพ.ประสิทธิ์ วัฒนาภา)

กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย

(นพ.ศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(นางนิรชา อัครชีวากุล)

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

(พญ.วิรัชชา จิวโอบุสย์)

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

(นพ.ภูมินทร์ ศิลาพันธ์)

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

(ผศ.พญ.สมพร ทาญพานิชย์)

สมาคมโรงพยาบาลเอกชน

(รศ.นพ.นิรันดร์ วรรณประภา)

ชมรมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

ในโรงพยาบาล

(นพ.อนุวัฒน์ ศุภศิริกุล)

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

(นางสาวลลวิ อ่องสมหวัง)

มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค

ภาพที่ II-14.1 ปฏิญญาการขับเคลื่อนเรื่อง “ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข”

เครื่องมือคุณภาพ: รู้สึก รู้จริง ยิ่งทำ ยิ่งง่าย

การนำแนวคิดคุณภาพหรือเครื่องมือคุณภาพมาใช้ มีแนวคิดง่าย ๆ คือการสร้างความสำเร็จโดยไม่ติดกรอบ มีความเข้าใจในการนำไปใช้ได้จริง โดยใช้หลักการ รู้สึก รู้จริง ยิ่งทำ ยิ่งง่าย

รู้สึก คือการใช้คำถาม What, Why, How

What สิ่งนี้คืออะไร เครื่องมือนี้คืออะไร รู้อย่างเชื่อมโยงกับความรู้เดิม รู้ spectrum ของเรื่องนั้น รู้ที่มาของคำศัพท์ที่ใช้ รู้ไปถึงการใช้คำอื่นที่เป็นเรื่องเดียวกัน

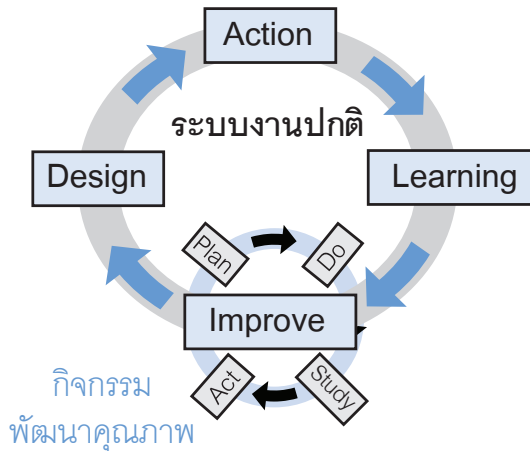
Why ทำไมต้องทำ รู้ที่มาที่ไปของเรื่องนั้นรู้ผลกระทบที่จะเกิดขึ้น หากไม่มีการเปลี่ยนแปลง เข้าใจวิธีคิดของคนที่ไม่เห็นด้วยหรือไม่ลงมือทำ

How ทำอย่างไร รู้วิธีการวางแผนเพื่อลดแรงต้านและเสริมแรงหนุน รู้วิธีการบริหารจัดการให้เกิดผล รู้ว่าจะแก้ปัญหาอย่างไร รู้ว่าจะปรับเปลี่ยนการใช้เครื่องมือนั้นให้เหมาะกับบริบทของตนอย่างไร

รู้จริง คือรู้วิธีการที่หลากหลาย สามารถเลือกมาใช้ทดแทนกันได้ หรือผสมผสานกันได้อย่างเหมาะสมกับโจทย์ที่ต้องการพัฒนา

ยิ่งทำ ยิ่งง่าย คือง่ายเพราะการรู้สึกและรู้จริง และง่ายเพราะการลงมือทำ แล้วใคร่ครวญเรียนรู้จากผลที่เกิดขึ้น

คุณภาพพื้นฐานเริ่มจาก PDSA



ภาพที่ III-1.1 แสดง PDSA ในระบบงานปกติและกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

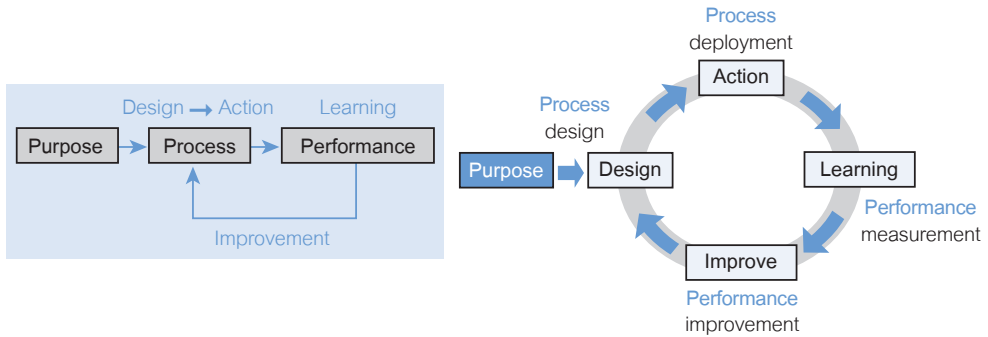
PDSA Cycle (Plan-Do-Study-Act) เป็นขั้นตอนที่ต่อเนื่องกันอย่างเป็นระบบเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และความรู้สำหรับ continual improvement ของผลิตภัณฑ์หรือกระบวนการ อาจเรียกว่า Shewhart Cycle หรือ Deming Cycle ตามชื่อของ Walter Shewhart ซึ่งเป็นผู้นำเสนอเป็นคนแรก และ Deming เป็นผู้นำมาขยายผล

PDSA ในความหมายของ Shewhart คือการทำการทดลองเพื่อปรับปรุง และเรียนรู้จากการทดลองนั้นว่าได้ผลหรือไม่

ในระบบงานปกติที่เราทำงานอยู่นั้น ก็มีขั้นตอนที่คล้ายกับ PDSA เช่นเดียวกัน แต่ Plan นั้นเป็นการวางแผนออกแบบระบบ Do เป็นการนำระบบที่ออกแบบไว้ไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน Study เป็นการติดตามประเมิน และเรียนรู้ว่าผลงานเป็นอย่างไร ส่วน Act คือการปรับปรุง หรือ PDSA ของ Shewhart ภาพที่นำเสนอจึงใช้ Design-Action-Learning-Improve (DALI) แทน PDSA สำหรับระบบงานปกติ

เท่ากับว่าในการทำงานปกติซึ่งมีการพัฒนาคุณภาพไปด้วยนั้น เหมือนกับมี PDSA สองวงซ้อนกันอยู่

3P กับ DALI

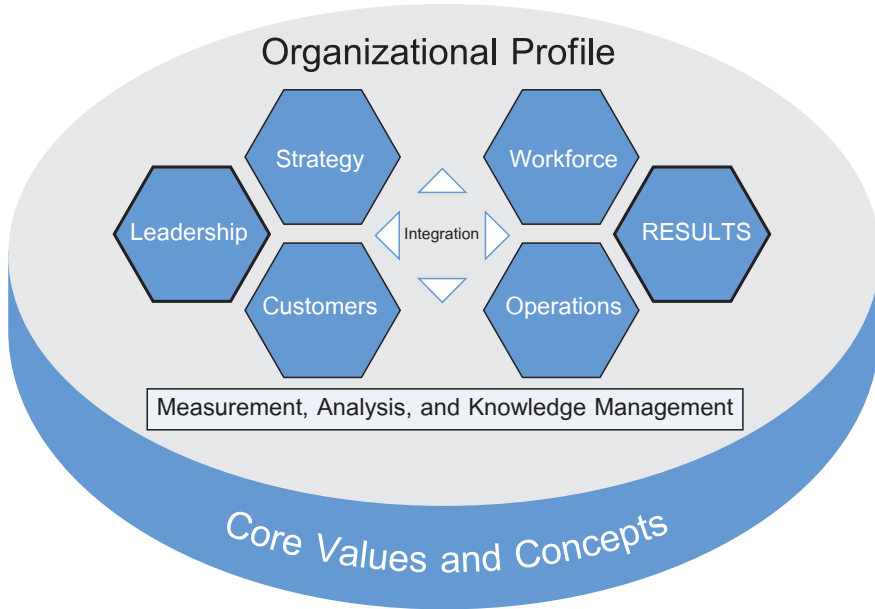


ภาพที่ III-1.2 3P กับ DALI

ด้วยความพยายามที่จะถอดรหัสเครื่องมือพัฒนาคุณภาพที่ใช้อยู่ในช่วงต้นของโครงการ HA คือ Service Profile และ Clinical Tracer ได้พบว่าม็อดค์ประกอบรวมคือ Purpose-Process-Performance จึงได้นำคำว่า 3P มาใช้ เป็นคำย่อที่เรียกง่ายและให้ความหมายที่ตรงไปตรงมา สามารถประยุกต์ใช้ในการทบทวนการทำงานได้ทุกระดับ ตั้งแต่งานประจำไปจนถึงการบริหารกลยุทธ์องค์กร

เมื่อนำ 3P มาเทียบเคียงกับ DALI ก็พบว่าเป็นเรื่องเดียวกัน กล่าวคือ process นั้นประกอบด้วย process design และ process deployment (action) และ performance นั้นประกอบด้วย performance measurement (learning) และ performance improvement

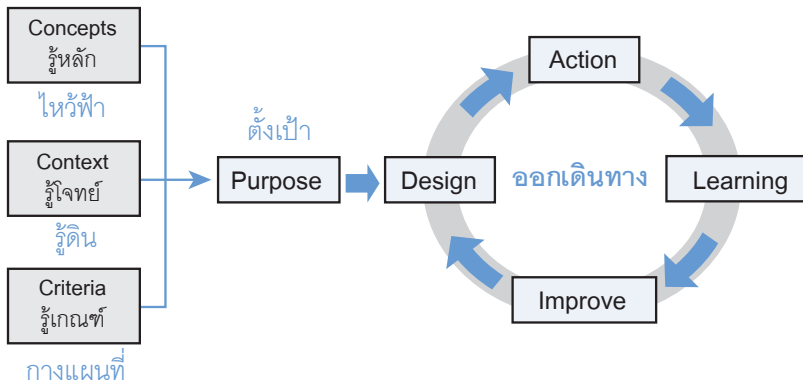




ภาพที่ III-1.3 ความสำคัญของ Core Values & Concepts, Criteria, Context ตาม Baldrige Framework

เมื่อมีการจัดทำมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี ได้นำ Baldrige Performance Excellence Framework มาใช้พร้อมทั้งแนวคิดของ Baldrige ที่ให้ความสำคัญกับ core values & concepts และ context (แสดงออกโดย organization profile) ควบคู่กับ criteria for performance excellence สรพ.จึงนำองค์ประกอบทั้งสามมาต่อเชื่อมกับ PDSA และเรียกว่า 3C-PDSA โดยที่ 3C เป็นส่วนของการคิด และ PDSA เป็นส่วนของการทำ เชื่อมต่อกันด้วย Purpose

3C-PDSA/DALI มีจุดมุ่งหมายเริ่มต้นเพื่อนำมาตรฐาน HA ไปปฏิบัติให้ได้ผล แต่สามารถนำมาใช้ในงานประจำได้ด้วย



ภาพที่ III-1.4 3C-PDSA/DALI

3C คือการคิดให้ลุ่มลึกก่อนลงมือทำ

หัวใจฟ้า คือการทำความเข้าใจกับ **core values & concepts** หรือหลักการสำคัญที่จะใช้ในการทำงานแต่ละเรื่อง ค่านิยมและแนวคิดเป็นเรื่องของนามธรรม คุณค่า ความหมาย จึงเปรียบเทียบเสมือนห้องฟ้าอันไพศาลที่โอบอุ้มสรรพสิ่งมาอย่างยาวนาน ค่านิยมและแนวคิดหลักเป็นสิ่งที่ทุกคนในองค์กรยึดมั่น ใช้ชี้ทิศทางในการทำงานเป็นเครื่องกำกับพฤติกรรมและการตัดสินใจ

ตัวอย่างการนำมามาตรฐานเรื่องการบริหารความเสี่ยงมาออกแบบระบบงาน เราอาจจะคิดถึงค่านิยมและแนวคิดหลักเรื่อง patient focus (ให้ความสำคัญกับความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย), value on staff (ปกป้องบุคลากรไม่ให้ตกเป็นเหยื่อของระบบ), creativity & innovation (ใช้ความคิดสร้างสรรค์เพื่อสร้างนวัตกรรมของระบบงานที่ปลอดภัย)

ตัวอย่างการหัวใจฟ้าในงานประจำ เมื่อจะเข้าไปดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เราจะนึกถึงค่านิยมและแนวคิดหลักเรื่อง holistic care เป็นต้น

รู้ดิน คือการทำความเข้าใจกับบริบท (context) ของตนเองรู้โจทย์ของตัวเองว่ามีปัญหาและความต้องการอะไร เพื่อให้เกิดการกระทำหรือการพัฒนาที่ตรงประเด็น เป็นการทำความเข้าใจกับสิ่งที่ป็นรูปธรรมเฉพาะตัวอย่างที่เรียกว่า “ติดดิน” ไม่ล่องลอยอยู่กับหลักการ

การรู้ดินในการออกแบบหรือพัฒนาระบบงานขององค์กร อาจจะได้โดยการ “คุยกันเล่น” คุยกันว่าเรามีปัญหาตรงไหนบ้าง ปัญหาเกิดขึ้น

เครื่องมือคุณภาพ: รู้ลึก รู้จริง ยิ่งทำ ยิ่งง่าย

ที่ไหน กับใคร อย่างไร “เห็นของจริง” คือการเข้าไปดูการปฏิบัติงานในสถานที่จริง “อิงข้อมูล” โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลสำคัญเพื่อให้ได้สถานการณ์เชิงปริมาณที่ชัดเจน เมื่อได้ข้อคิดและข้อมูลต่างๆ มาแล้วก็อาจจำเป็นต้องจัดลำดับความสำคัญ

การรู้ดีในงานประจำ คือการทบทวนว่าผู้ป่วยแต่ละรายมีปัญหาอะไร ปัญหาใดที่คลี่คลายแล้ว ปัญหาใดที่ยัง active อยู่ มีความเสี่ยงอะไรที่ต้องเฝ้าระวังให้ดี

วางแผนที่ คือการใช้เครื่องมือนำทาง ซึ่งอาจจะอยู่ในชื่อต่างๆ เช่น กฎระเบียบ มาตรฐาน เกณฑ์ ข้อกำหนด แนวปฏิบัติ หลักฐานวิชาการ ซึ่งในที่นี้ใช้คำรวมๆ ว่า criteria เป็นแนวทางที่ชัดเจนว่าแต่ละระบบงานนั้นทำไปเพื่ออะไร ควรทำอะไรบ้าง เชื่อมโยงกันอย่างไร มาตรฐานทำให้เกิดความสมบูรณ์ในแต่ละระบบงาน มาตรฐานเป็นกติการ่วมในการประเมิน มาตรฐานจะเกิดประโยชน์เมื่อทำให้มีชีวิตในงานประจำ

ตั้งเป้า เมื่อไหว้ฟ้า รู้ดีดี วางแผนที่แล้วจึงนำมากำหนดเป้าหมาย ในการออกแบบระบบงานหรือพัฒนาระบบงาน ควบคู่กับการตั้งเป้าคือการวางแผนเฝ้าดู นั่นคือการกำหนดตัววัดการบรรลุเป้าหมาย ซึ่งอาจพิจารณาจากมิติคุณภาพต่างๆ ควบคู่กับตัวเป้าหมายที่กำหนดไว้

ออกเดินทาง คือการหมუნวงล้อของการเรียนรู้จากการลงมือทำ หรือ “คิด ทำ ตาม ปรับ” ถ้าเป็นการออกแบบระบบงานก็อาจเรียกชื่อให้ตรงความหมายว่า Design-Action-Learning-Improvement ถ้าเป็นการพัฒนาระบบงานก็คือ Plan-Do-Study-Act ถ้าเป็นการทำงานประจำก็คือ Plan-Do-Study-Act เช่นกัน ถ้าเป็นการดูแลผู้ป่วยก็เป็น Assess-Plan-Delivery-Reassess ถ้าเป็นเฉพาะของพยาบาลก็เป็น APIE (Assess-Plan-Implement-Evaluation) การหมუნวงล้อให้ครบรอบและเรียนรู้ร่วมกันทำให้เกิด interactive learning through action มีการเรียนรู้เพื่อนำมาสู่การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง เป็นวงล้อเพื่อการ “ทำดี ทำถูก ทำเป็น”

“วงล้อ PDSA จะหมუნอย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล เพราะหมუნในเรื่องที่เป็นปัญหาจริงตามบริบท ครอบคลุมครบถ้วนตามประเด็นมาตรฐานและผ่านการพิจารณาอย่างลึกซึ้งด้วยคำนิยาม”

ค่านิยมและแนวคิดหลัก หรือหลักคิดที่กระบวนการ HA นำมาใช้ เกิดจากการผสมผสานหลักคิดของการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย การสร้างเสริมสุขภาพ และการพัฒนาองค์กรสู่ความเป็นเลิศ เกิดจากการประยุกต์แนวคิด TQM การสะสมหลักคิดที่เกิดจากการดำเนินการพัฒนาในแต่ละขั้นตอน และมาผสมผสานกับข้อสรุปที่ได้จากการศึกษาองค์กรที่ประสบความสำเร็จที่ MBNQA นำมาใช้

หลักคิดเหล่านี้เป็นสิ่งที่จะช่วยกำกับวิธีการคิด การตัดสินใจ และพฤติกรรม ซึ่งสามารถใช้ประยุกต์ได้ในทุกมาตรฐาน ทุกสถานการณ์ เป็นสิ่งที่มีอยู่แล้วระดับหนึ่ง และสามารถพัฒนาให้มีมากขึ้นได้

เมื่อนำแนวคิดเรื่อง Inner Power เข้ามาผสมผสานกับ Core Values & Concepts จะยิ่งทำให้เห็นโอกาสในการพัฒนาองค์กรด้วยความลุ่มลึกยิ่งขึ้น

1. กิศจางนำ

1.1 Visionary Leadership

ผู้นำสร้างภาพฝันในอุดมคติ โดยคิดถึงประโยชน์ของส่วนรวมหรือสังคมอุดมคติเป็นที่ตั้ง เป็นภาพฝันที่มองอย่างเป็นองค์รวม คำนึงถึงมิติที่เป็นรูปธรรมและนามธรรมควบคู่กัน

ผู้นำที่กล้าฝันว่าจะสร้างองค์กรที่มีชีวิต ให้การดูแลด้วยหัวใจ

ผู้นำที่กล้าขับเคลื่อนในสิ่งที่ผู้อื่นอาจหวัหระเหาะ ในสิ่งที่ยากลำบาก ในสิ่งที่มีโอกาสประสบความสำเร็จน้อย แต่ทำด้วยความเชื่อมั่นในคุณค่าของสิ่งนั้น

ผู้นำสามารถศึกษาสมดุลของการตอบสนองนโยบาย และอิสระในการนำปัญหาของพื้นที่มาเป็นหัวใจของการขับเคลื่อน



1.2 Systems Perspective

ใส่ใจในการมองความสัมพันธ์ของระบบต่างๆ ที่มีผลต่อกัน เพื่อให้เห็นความรับผิดชอบของตนเองต่อผลที่เกิดขึ้น

เห็นมูลเหตุของการเจ็บป่วย เชื่อมโยงกับปัจจัยด้านจิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม

ใส่ใจในทุกส่วน ได้ยินในทุกเสียง

เข้าใจความสัมพันธ์ของ เหตุการณ์ ↔ แบบแผน ↔ โครงสร้าง ↔ mental model ผักผ่อนการวิเคราะห์ทำความเข้าใจ mental model ของตนเอง และของผู้อื่นในปฏิสัมพันธ์ต่างๆ

1.3 Agility

มีความไวต่อการรับรู้ความต้องการให้มีการเปลี่ยนแปลงจากมุมมองของผู้รับบริการและคนทำงาน

ใช้จิตใจที่ใคร่ครวญเพื่อหาทางออกเมื่อกฎระเบียบที่มีอยู่ไม่เอื้อต่อการดูแลที่ควรจะเป็น

2. ผู้รับพา

2.1 Patient and Customer Focus

ใช้ใจรับรู้ suffering ของผู้ป่วยและครอบครัว ครอบคลุม suffering ทั้งด้าน กาย จิต สังคม สิ่งแวดล้อม อาจจะนำมาสู่การตอบสนองโดยทันที หรือนำมาสู่การยืนยันหรือจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

ให้บริการด้วยจิตใจที่เบิกบาน มิได้จำกัดกรอบด้วยหน้าที่ มิได้ทำ เพราะหน้าที่เป็นตัวผลักดัน แต่ทำด้วยสำนึกของเพื่อนมนุษย์

ผลงานที่เกิดขึ้นเป็นพลังขับเคลื่อนที่ดี โดยที่ตนเองจักไม่คาดหวัง ในผลเหล่านั้น

2.2 Focus on Health

ทำความเข้าใจแนวคิดสุขภาพะกำเนิด (Salutogenesis) และฝึกฝน ปฏิบัติด้วยตนเอง

ยินดีที่จะค้นหาทุกข์และศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อนำ ศักยภาพมาเติมเต็มให้แก่สุขภาพะของผู้ป่วย

ส่งเสริม สร้างสิ่งแวดล้อม และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพที่เหลือของตนเองดังตัวอย่าง จิตสดใสมุ่งกายพิการ หรือการตายอย่างสงบ มีศักดิ์ศรี

มองหาโอกาสปรับเปลี่ยนความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมที่เป็นมูลเหตุ (root causes)

เคารพในความเชื่อและวิธีการของผู้ป่วยและครอบครัว

2.3 Community Responsibility

ทำงานกับชุมชนด้วยความอ่อนน้อมถ่อมตน พร้อมทั้งจะเรียนรู้จากชุมชน เปิดโอกาสให้ชุมชนแสดงศักยภาพ หนุนเสริมให้ชุมชนเป็นเจ้าของงาน และความสำเร็จในทุกโอกาส

ใช้ประโยชน์จากประเพณี วัฒนธรรม สถานที่ ของชุมชน

3. คนทำงาน

3.1 Value on Staff

เป็นกัลยาณมิตรต่อกัน เอื้ออาทรและเกื้อกูลกัน ยินดีในความสำเร็จของเพื่อนร่วมงาน ให้ความสำคัญต่อทุกความเห็นของคนทำงาน

3.2 Individual Commitment

เชื่อมั่นว่าคุณภาพเป็นสิ่งจำเป็นและเป็นหน้าที่ของตน มุ่งมั่นที่จะทำหน้าที่ให้ดีที่สุด

3.3 Teamwork

ให้ความสำคัญกับความเห็นและความสัมพันธ์ของทีมมากกว่าการเอาความเห็นของตนเองเป็นที่ตั้ง

ลดตัวตนเพื่อให้ทีมเติบโตและเข้มแข็ง

3.4 Ethical and Professional Practice

หมั่นใคร่ครวญทบทวนตนเองเรื่อยๆ ด้วยจิตใจที่เป็นกลาง ในการตัดสินใจและการปฏิบัติในฐานะผู้ประกอบการวิชาชีพ



4. การพัฒนา

4.1 Creativity and Innovation

ฝึกมองโลกในแง่บวก หาโอกาสรับรู้โลกที่กว้างขึ้น ฝึกคิดค้นหาทางออกใหม่ๆ ฝึกใช้จินตทัศน์สำคัญเพื่อการคิดอย่างสร้างสรรค์

4.2 Management by Fact

ฝึกตั้งคำถามเพื่อนำมาสู่การหาข้อเท็จจริง ก่อนที่จะตัดสินใจในเรื่องสำคัญ

4.3 Continuous Process Improvement

ใช้ 3P เพื่อใคร่ครวญและพัฒนาในทุกกิจกรรม แม้เป็นเรื่องเล็กน้อย

4.4 Focus on Results

หมั่นถามหาคุณค่าและเป้าหมายในทุกเรื่องที่ทำ หาวิธีการรับรู้การบรรลุเป้าหมาย อาจจะเป็นวิธีการเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพก็ได้

4.5 Evidence-based Approach

ใฝ่รู้และติดตามความก้าวหน้าทางวิชาการ หมั่นตั้งคำถามในงานประจำว่าเรื่องนี้มีหลักฐานทางวิชาการสนับสนุนหรือไม่ เราได้ใช้แล้วหรือยัง ทุกครั้งที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ควรกลับไปทบทวนหลักฐานทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง

5. พาเรียนรู้

5.1 Learning

ฝึกฝนการตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นการเรียนรู้ในงานประจำ
ร่วมมือกันสร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization) ผ่านการลงมือปฏิบัติ

5.2 Empowerment

ลดความเป็นเจ้าของ ลดความถือดี ฝึกฝนการลดอัตตาและผูกขาด
อำนาจตัดสินใจไว้ที่ตนเอง

ให้โอกาสผู้อื่น มีความมั่นใจในผู้อื่น พร้อมให้ความช่วยเหลือ เชื่อมโยง
ให้เกิดพลังร่วมกัน

III-3

Hospital Profile: วิเคราะห์องค์กร มองภาพใหญ่ อย่างเชื่อมโยง

คืออะไร

คำที่ใช้อธิบายความหมายของคำว่า profile มีหลากหลาย เช่น outlined view, contour, summary, set of characteristics, description โดยรวมคือการกล่าวอธิบายลักษณะของสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยสรุป บางท่านอาจแปลว่า “โครงสร้าง” บางท่านอาจแปลว่า “ลักษณะสำคัญ”

Organization Profile (OP) เป็นคำที่แฟนพันธุ์แท้ของ Malcolm Baldrige หรือ TQA ค้นเคย เพราะเป็นจุดตั้งต้นของการประเมินองค์กร และเรียกชื่อในภาษาไทยว่า “โครงสร้างองค์กร”

Hospital Profile (HP) ก็คือ Organization Profile ที่นำมาใช้กับโรงพยาบาล คือข้อมูลสรุปที่บอกลักษณะสำคัญของโรงพยาบาล เพื่อให้เข้าใจบริบทของโรงพยาบาล ซึ่งจะเป็นร่วมสำคัญในการพัฒนาและประเมินองค์กร

ทำไม

เจตนาของเกณฑ์ Baldrige ที่เป็นต้นแบบของ TQA และ HA Standards คือเพื่อใช้เป็นกรอบในการบริหารจัดการ หากจะนำเกณฑ์นี้ไปใช้องค์กรต้องคิดแบบ starting with the end in mind คือ ใช้เกณฑ์นี้ประเมินตนเองเพื่อการพัฒนาที่ “ยั่งยืน”

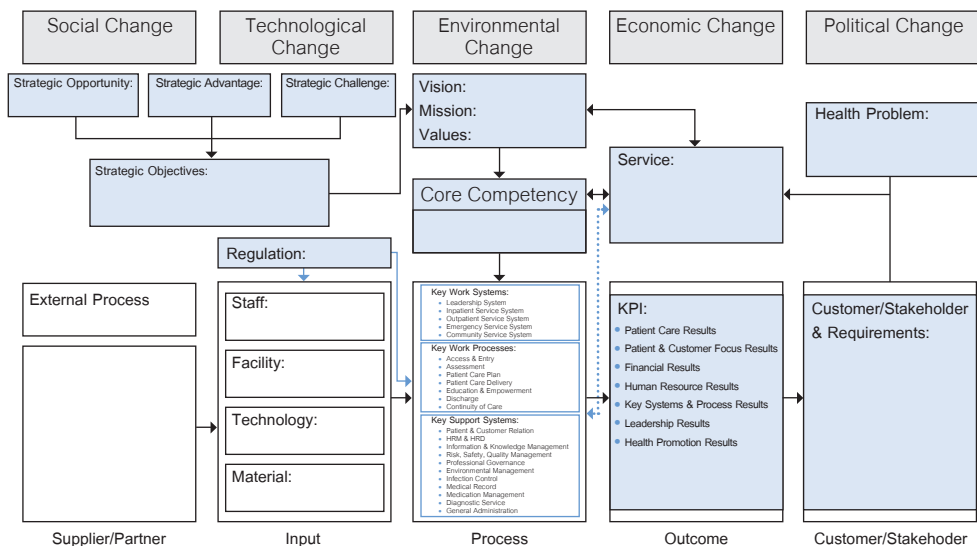
Hospital Profile เป็นจุดเริ่มต้นที่เหมาะสมที่สุดในการประเมินองค์กรด้วยตนเองเปรียบเสมือนการถ่ายภาพ snap shot ที่ทำให้เห็นภาพรวมขององค์กร ประโยชน์สำคัญที่จะได้คือ ผู้บริหารและบุคลากรทั้งหมดจะมีภาพเดียวกันและจุดโฟกัสเดียวกัน องค์กรที่เพิ่งเข้าใจคุณค่าของ Hospital Profile และพยายามทำความเข้าใจกับ Hospital Profile ของตนเองอาจพบว่าคนในองค์กรยึดถือบริบทที่แตกต่างกัน ทำให้การบริหารจัดการขาดความเชื่อมโยง ไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน



อย่างไร

สิ่งที่องค์กรจะต้องระบุใน Hospital Profile เริ่มตั้งแต่วิสัยทัศน์คืออะไร เป้าหมายที่กำหนดคืออะไร บริการหลักที่สำคัญคืออะไร กลไกหลักที่ใช้ส่งมอบบริการคืออะไร แบ่งลูกค้าที่สำคัญเป็นกี่กลุ่ม ลูกค้าเหล่านั้นต้องการและคาดหวังอะไร ใครคือคู่แข่งหรือคู่แข่งที่สำคัญ พันธกิจและค่านิยมหลักขององค์กรคืออะไร สมรรถนะหลักหรือความเชี่ยวชาญหลักคืออะไร บุคลากรสำคัญมีกี่กลุ่ม อะไรคือปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคลากรขยันทุ่มเทและผูกพันกับความสำเร็จขององค์กร กฎหมาย ระเบียบ มาตรฐานต่างๆ ที่องค์กรต้องให้ความสำคัญมีอะไรบ้าง พันธมิตรที่สำคัญคือใคร พวกเขาเหล่านั้นสำคัญอย่างไรและองค์กรคาดหวังอะไรจากพวกเขา การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่กำลังจะเกิดขึ้นมีอะไรบ้าง องค์กรกำลังเผชิญกับความท้าทายที่สำคัญใดบ้าง

การตอบคำถามเหล่านี้จะทำให้เกิดการทบทวนตัวเองขององค์กรแต่การตอบไปเรื่อยๆ โดยไม่เห็นความเชื่อมโยงกันจะได้ประโยชน์น้อย เพื่อความสะดวกในการวิเคราะห์และสามารถเห็นภาพของคำตอบเหมือนเห็นหมากทั้งกระดานในกระดาษแผ่นเดียว One Page Hospital Profile จะเป็นตัวช่วยที่ดี



ภาพที่ III-3.1 แสดง one page ในการวิเคราะห์ Hospital Profile

ตามแผนภูมินี้จะมีข้อมูลสำคัญสามส่วน คือ (1) การ scan สิ่งแวดล้อมภายนอก (2) ทิศทางและกลยุทธ์ขององค์กร (3) ระบบงานสำคัญขององค์กรที่เชื่อมต่อกับผู้ส่งมอบและผู้รับผลงาน

การ scan สิ่งแวดล้อมภายนอก คือการระบุว่ามีการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่มีผลต่อการดำเนินงานขององค์กรในด้านต่อไปนี้ อย่างไรก็ตาม ด้านสังคม ด้านเทคโนโลยี ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านเศรษฐกิจ ด้านการเมือง หรืออาจเรียกย่อๆ เพื่อการจดจำได้ง่ายว่า STEEP (Social, Technological, Environmental, Economic และ Political Change) ข้อมูลเหล่านี้เป็นปัจจัยภายนอกที่องค์กรไม่สามารถควบคุมได้ แต่ต้องเฝ้าติดตามเพราะอาจส่งผลกระทบต่ออนาคตขององค์กร และมีส่วนสำคัญต่อการกำหนดจุดยืนหรือวิธีดำเนินกิจการขององค์กรในอนาคต

ทิศทางและกลยุทธ์ขององค์กร เป็นผลของการ scan สิ่งแวดล้อมภายนอกกับการวิเคราะห์ตัวตนขององค์กร อันได้แก่ หน้าที่ ภาพฝัน ค่านิยม ผู้รับผลงาน บริการ ความสามารถหลัก ตลอดจนประเด็นเชิงกลยุทธ์ต่างๆ เช่น ข้อได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ โอกาสเชิงกลยุทธ์ นำมาสู่การกำหนดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์เพื่อบรรลุวิสัยทัศน์ พันธกิจ

ระบบงานสำคัญขององค์กร เป็นการระบุระบบงานสำคัญทั้งหมดขององค์กร ทั้งระบบงานหลักและระบบงานสนับสนุน รวมทั้งกระบวนการสำคัญภายในระบบงานหลัก ระบบงานหลักของโรงพยาบาลก็คือระบบการดูแลผู้ป่วย การนำ SIPOC หรือ COPIS model มาวิเคราะห์จะช่วยให้เห็นความสัมพันธ์ต่อไปนี้ (1) ผู้รับผลงานและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ (2) ผลลัพธ์ที่ต้องทำให้เกิดเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงานและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (3) ระบบงานและกระบวนการที่จะทำให้เกิดผลลัพธ์ดังกล่าว (4) ทรัพยากรนำเข้าไปใช้ในการดำเนินการ (5) แหล่งที่มาหรือผู้ส่งมอบของทรัพยากรดังกล่าว (6) contractor หรือพันธมิตรที่เป็นผู้รับมอบหมายให้ดำเนินการแทนองค์กร

เมื่อสังเคราะห์ข้อมูลและเติมข้อมูลในช่องต่างๆ ครบถ้วนแล้ว ก็ถึงเวลาที่จะใช้สายตาของผู้บริหารมองหาความเป็นเหตุเป็นผลและความเชื่อมโยงของสารสนเทศทั้งหมด ตัวอย่างเช่น การออกแบบระบบงานและกระบวนการดูแลผู้ป่วย (มาตรฐานตอน 2 และ 3 ใน HA Standards)

สามารถตอบโจทย์ชุมชนรอบข้างที่รับผิดชอบหรือไม่ ประชาชนรอบข้างมีพฤติกรรมการใช้ชีวิตอย่างไร มีสิ่งแวดล้อมที่เป็นภัยสุขภาพอะไรบ้างหรือไม่ การออกแบบ care process ต้องคำนึงถึงสิ่งเหล่านี้ด้วย มีกระบวนการดูแลผู้ป่วยไหนที่ไม่สามารถทำได้เอง พันธมิตรที่จะทำงานร่วมกับเราคือใคร กระบวนการในการส่งต่อผู้ป่วยได้ถูกออกแบบไว้หรือไม่ เป็นต้น ถึงตอนนี้ มองเห็นโอกาสในการปรับปรุงการบริหารบ้างหรือไม่

One Page Hospital Profile จะเป็นเครื่องมือที่ทรงประสิทธิภาพสำหรับผู้บริหารในการใช้เวลาสั้น ๆ เพื่อทบทวนทิศทาง โอกาส และจุดยืนขององค์กรในอนาคต

III-4

Strategic Line of Sight: ยุทธศาสตร์ เชื่อมทิศ ทางเดินสู่เป้าหมาย

คืออะไร

SIGNET Research & Consulting ได้ให้ความหมายไว้ดังนี้ “A line of sight means that everyone is able to describe how their current work is part of the larger vision and the organization’s core strategies.” เป็นการที่แต่ละคนมองเห็นและสามารถอธิบายได้ว่างานที่ตนกำลังทำอยู่นั้นเป็นส่วนหนึ่งของวิสัยทัศน์และกลยุทธ์หลักขององค์กรอย่างไร

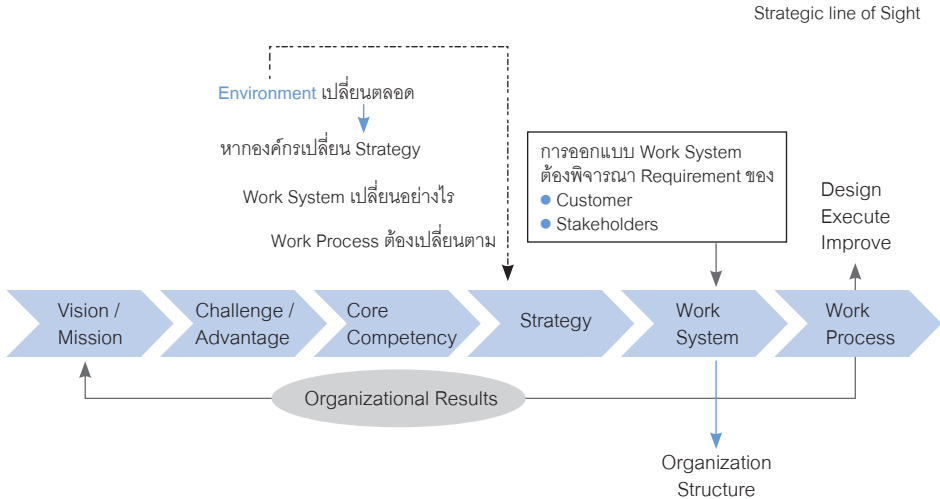
เกณฑ์ Malcolm Baldrige National Quality Award ซึ่งเป็นเกณฑ์ต้นแบบของเกณฑ์ TQA และ HA Standards ของประเทศไทยได้กล่าวถึง Strategic Line of Sight ในเกณฑ์ปี 2011-2012

ทำไม

การมองเห็นภาพองค์ประกอบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกลยุทธ์อย่างเชื่อมโยงกันในทุกระดับ มีความสำคัญดังนี้ (1) ทำให้เห็นความสำคัญของทุกองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง และช่วยตรวจสอบว่าสิ่งที่ระบุไว้ในแต่ละองค์ประกอบนั้นครบถ้วนตรงประเด็นหรือไม่ (2) เป็นการเชื่อมต่อระหว่างแผนกลยุทธ์กับการปฏิบัติของทุกคนในองค์กร ทำให้ทุกคนตระหนักว่างานที่ตนกำลังทำนั้นส่งผลต่อความสำเร็จในภาพใหญ่ขององค์กรอย่างไร

(3) เป็นการ **align** สมาชิกทุกคนในองค์กรให้ใช้ความพยายามไปในทิศทางเดียวกัน

อย่างไร



ภาพที่ III-4.1 Strategic Line of Sight

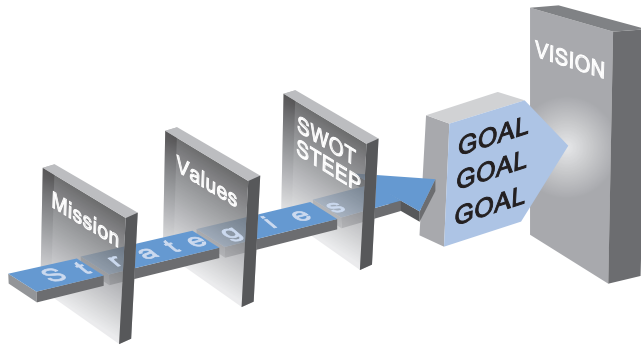
ภาพที่ III-4.1 แสดงให้เห็นการมองทะลุทะลวงในการออกแบบวิธีการทำงานที่เริ่มจากภาพใหญ่คือวิสัยทัศน์ พันธกิจ ไปสู่กระบวนการทำงานผ่านการพิจารณาปัจจัยต่างๆ หรือการออกแบบขององค์ประกอบต่างๆ

ที่มาของวิสัยทัศน์ พันธกิจ อาจมีความหลากหลาย เช่น พันธกิจขององค์กรภาครัฐมาพร้อมกับกฎหมายการจัดตั้ง ส่วนวิสัยทัศน์ ถูกกำหนดตามทิศทางของผู้กุมบังเหียน ขณะที่ภาคเอกชนบางแห่งกำหนดวิสัยทัศน์เพื่อเป็น base camp ในการเดินทาง

เมื่อรู้ว่าหน้าที่และเป้าหมายคืออะไร ก็มาสำรวจสถานการณ์ทั้งภายในและภายนอกว่ามีอะไรเป็นจุดแข็งหรือข้อได้เปรียบ มีอะไรเป็นจุดอ่อนและความท้าทายที่ต้องฝ่าฟัน มีโอกาสอะไรที่จะฉกฉวยทำให้เกิดประโยชน์

เมื่อเข้าใจสถานการณ์แล้วก็มาพิจารณาความพร้อมขององค์กรว่ามีทรัพยากรและความสามารถ (competency) อะไร ที่พร้อมนำมาใช้ให้เกิด

คุณค่าต่อองค์กรและผู้รับผลงาน มีความสามารถอะไรที่ควรจะมีหรือจำเป็นต้องมีแต่ยังไม่มี และจะพัฒนาให้มีขึ้นได้อย่างไร



ภาพที่ III-4.2 แสดงความสำคัญของกลยุทธ์ ที่ต้องทะลวงไปจนถึงจุดหมายปลายทาง

รัฐสถานการณ์ รู้พลังของตนเอง ก็มากำหนดกลยุทธ์สู่วิสัยทัศน์ที่ต้องการ **มีวัตถุประสงค์ที่สามารถวัดและติดตามผลได้ชัดเจน** การกำหนดตัวชี้วัดมีสองลักษณะคือ ตัววัดนำ (leading indicator) และ ตัววัดตาม (lagging indicator) หรือวัดผลที่ปลายทางซึ่งส่วนใหญ่วัดเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ การวัดระหว่างทางด้วยตัววัดนำจะช่วยให้เราสามารถปรับองคาพยพหรือกระบวนการทำงานได้แต่เนิ่นๆ เพื่อให้มั่นใจว่าเรายังอยู่ในเส้นทางสู่เป้าหมาย

จากกลยุทธ์ก็จะมาสู่การออกแบบระบบงานและกระบวนการทำงาน ระบบงานนั้นจะต้องพิจารณาความต้องการของลูกค้าและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (ตาม COPIS model) ระบบงานจะสามารถทำงานได้จริงต้องมีโครงสร้างองค์กรสนับสนุน ซึ่งในยุคปัจจุบันจะลดความสำคัญของการมีโครงสร้างแบ่งส่วนแยกกันชัดเจน มาเป็นการทำงานเป็นทีมที่มาจากหลายๆ ส่วนงาน โดยใช้พันธกิจเฉพาะกิจเป็นตัวตั้ง ประเด็นสำคัญคือโครงสร้างองค์กรต้องไม่เป็นอุปสรรคต่อการสร้างคุณค่าให้กับลูกค้า

คนที่ทำงานจะต้องรู้ว่าตนรับผิดชอบกระบวนการทำงานอะไร อยู่ในระบบงานใด ตอบสนองต่อวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์อะไร มีบทบาทอะไรต่อการบรรลุวิสัยทัศน์ขององค์กร ทรัพยากร บรรยากาศ และวัฒนธรรมในการทำงานเอื้อต่อการบรรลุความสำเร็จเพียงใด

การบริหารองค์กรในปัจจุบันต้องอาศัยการมองให้รอบทิศ ติดตาม การเปลี่ยนแปลงจากภายนอกที่อาจส่งผลกระทบต่อความอยู่รอด กลยุทธ์ที่เราคิดว่า เต็มแล้ว เมื่อสถานการณ์เปลี่ยน อาจจะเป็นกลยุทธ์ที่ใช้ไม่ได้อีกต่อไป ดังนั้นการทบทวนกลยุทธ์จึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่จะละเลยไม่ได้ เมื่อมีการ ปรับกลยุทธ์ ก็ต้องพิจารณาต่อว่า ระบบงานและกระบวนการทำงานที่ ออกแบบไว้แต่เดิมยังสามารถรองรับกลยุทธ์ใหม่ได้หรือไม่ ถ้าไม่ได้ ก็ต้อง ปรับกันใหม่ แต่จะถึงต้องปรับโครงสร้างองค์กรหรือไม่ ใครเล่าจะตอบได้ นอกจากนี้ที่นำข้อสำคัญคนในองค์กรต้องพร้อมรับการเปลี่ยนแปลง

Strategic Line of Sight เป็นเครื่องมือของผู้บริหารที่จะใช้ในการบริหารจัดการองค์กรให้ไปสู่เป้าหมายที่ต้องการด้วยความร่วมมือของทุกคนที่เห็นภาพร่วมกันอย่างทะลุทะลวง

III-5 Unit-based Quality: คุณภาพของหน่วยงาน เป็นฐานสำคัญขององค์กร

1. Unit-based Quality

คืออะไร

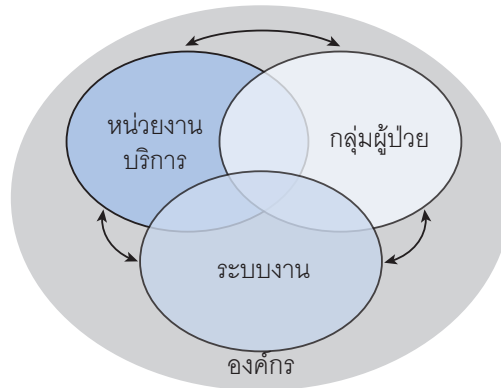


ภาพที่ III-5.1 Total Quality Management (TQM) Wheel

เครื่องมือคุณภาพ: รู้ลึก รู้จริง ยิ่งทำ ยิ่งง่าย

Unit-based quality หรือ **unit optimization** คือองค์ประกอบ 1 ใน 3 ของ TQM Wheel ซึ่งประกอบด้วย (1) **unit optimization** การทำให้แต่ละหน่วยงานมีคุณภาพอย่างพอเหมาะพอดีซึ่งเป็นบทบาทการบริหารงานประจำของหัวหน้าหน่วยงาน (2) **vertical alignment** การขับเคลื่อนไปในทิศทางเดียวกันทั้งองค์กรโดยใช้การวางแผนกลยุทธ์ซึ่งมีเข็มมุ่งหรือจุดเน้นที่ชัดเจน (3) **horizontal integration** การบูรณาการในแนวราบด้วยการบริหารงานคร่อมสายงาน

Unit-based quality ประกอบไปด้วยการทำงานที่เป็นมาตรฐานหรือการประกันคุณภาพ มีการบริหารความเสี่ยง และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง



ภาพที่ III-5.2 พื้นที่การพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลที่ต้องทำให้ครบถ้วน

เพื่อให้การพัฒนาโรงพยาบาลเป็นไปอย่างทั่วถึง เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย และองค์กรบรรลุเป้าหมาย สรพ.จึงแนะนำให้โรงพยาบาลพิจารณาพื้นที่ของการพัฒนาเป็น 4 ลักษณะ ได้แก่ (1) **หน่วยงาน (unit)** หรือการรวมตัวของหน่วยงาน/วิชาชีพมาจัดบริการ (service) เฉพาะเรื่อง (2) **กลุ่มผู้ป่วย (clinical population)** ซึ่งมีลักษณะความต้องการและมีเป้าหมายการดูแลที่คล้ายคลึงกัน (3) **ระบบงานสำคัญ**ขององค์กร (4) **องค์กรโดยรวม** โดยพยายามให้มีการพัฒนาครอบคลุมในทุกพื้นที่ มีเป้าหมายที่ชัดเจน และมีการเชื่อมโยงกันตามแนวคิด TQM Wheel

ทำไม

ทำไมต้องให้ความสำคัญกับคุณภาพที่ระดับหน่วยงาน/บริการ

- (1) หน่วยงาน/บริการ เป็นโครงสร้างพื้นฐานที่มีเป้าหมาย ผู้รับผลงาน ทรัพยากร และการจัดการที่ชัดเจน
- (2) หน่วยงาน/บริการ เป็นส่วนย่อยที่สุดขององค์กร ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของการสร้างผลงานที่มีคุณภาพ
- (3) ทุกส่วนในองค์กรต่างต้องพึ่งพิงกันและกัน หากส่วนใดส่วนหนึ่งเกิดความด้อยคุณภาพขึ้น นั้นจะกลายเป็น the weakest link ในห่วงโซ่การทำงานหรือการให้บริการขององค์กร และส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการซึ่งเป็น ultimate customer

อย่างไร

1. **ใคร ทำอะไร (1) ใคร:** ทุกคนในหน่วยงาน/บริการ โดยการนำของหัวหน้า (2) **ทำอะไร:** ทำให้บรรลุเป้าหมายด้วยวิธีที่คงเส้นคงวา (QA) ไม่มีผลดำนลบ (RM) และทำให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง (CQI)

2. **แนวคิดพื้นฐาน** คือ การใช้ **3P (Purpose-Process-Performance)** หรือ **3C-PDSA** ซึ่งสอดคล้องกับมาตรฐาน HA หมวด I-6 **Process Management** ที่สามารถประยุกต์ใช้ได้กับทุกหน่วยงานและทุกระบบงาน

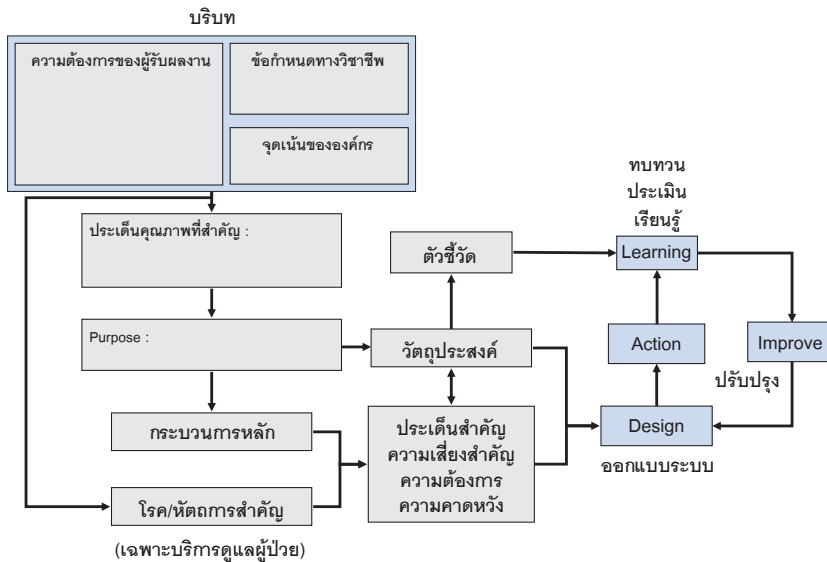
3. **กิจกรรมคุณภาพ** ที่ควรออกแบบให้ฝังอยู่ในงานประจำ (1) **กิจกรรมคุณภาพพื้นฐาน** เช่น ระบบข้อเสนอแนะ, 5ส., พฤติกรรมบริการสู่ความเป็นเลิศ, สนทริยสนทนา, KM, Daily Huddle (2) **กิจกรรมเกี่ยวกับการป้องกันและบริหารความเสี่ยง** เช่น การทบทวนต่างๆ การขึ้นทะเบียนความเสี่ยง การรายงานอุบัติการณ์ การวิเคราะห์สาเหตุราก การออกแบบกระบวนการทำงานเพื่อป้องกันความเสี่ยง (3) **การบริหารกระบวนการ** การควบคุมกระบวนการ การติดตามตัวชี้วัดของหน่วยงาน และการตามรอย (4) **การหาโอกาสพัฒนาด้วยมุมมองต่างๆ** การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและการสร้างนวัตกรรม ที่สอดคล้องกับปัญหาของหน่วยงานและแผนกลยุทธ์ขององค์กร ทำให้ better, cheaper, faster, safer

4. **เครื่องมือการบริหารหน่วยงานที่สำคัญ** คือ Unit Profile (สำหรับหน่วยงาน) หรือ Service Profile (สำหรับบริการ) ซึ่งเป็นเครื่องมือสำหรับการวางแผน ติดตาม และบันทึกความรู้อของหน่วยงาน/บริการ



5. การบูรณาการ (1) บูรณาการด้วย **performance** ระหว่าง ผลงานของบุคลากร กับผลงานของหน่วยงาน และผลงานขององค์กร ผ่าน Performance Management System (PMS) (2) บูรณาการกับ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรืออยู่ในสายธารของการให้บริการที่ต่อเนื่องกัน (3) บูรณาการกับระบบงานที่ต้องต่อเชื่อมด้วย เช่น ระบบสารสนเทศ ระบบบริหารบุคลากร ระบบบริหารความเสี่ยง (4) บูรณาการตามแผน กลยุทธ์เพื่อขยับเข้าไปใกล้วิสัยทัศน์ขององค์กร

2. Unit/Service Profile เครื่องมือคุณภาพสำหรับผู้บริหารหน่วยงาน อย่างมืออาชีพ



ภาพที่ III-5.3 ภาพรวมและความสัมพันธ์ใน Unit/Service profile

คืออะไร

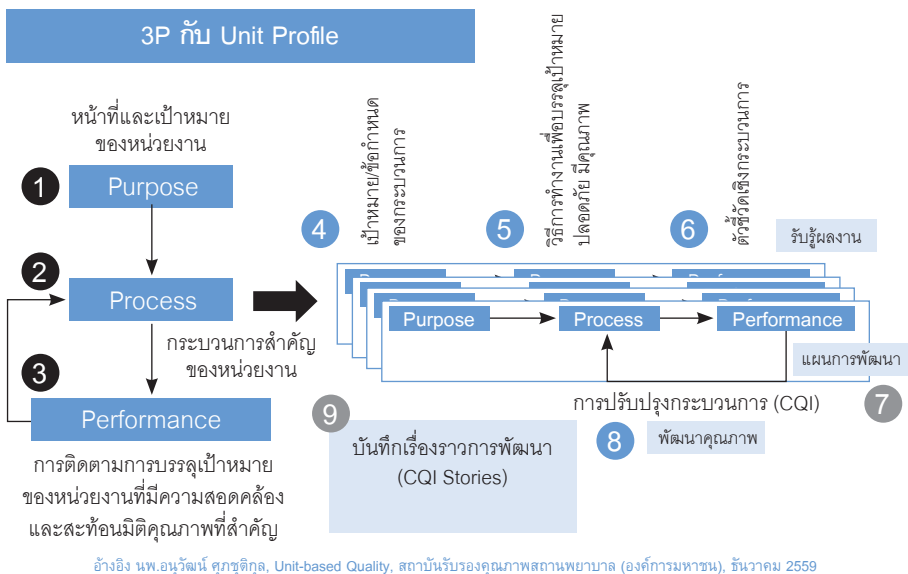
คือการสรุปข้อมูลสำคัญของหน่วยงาน/บริการ เพื่อใช้ประโยชน์ ในการบริหารและพัฒนาทำให้ผู้บริหารและทีมงานของหน่วยงาน/บริการ มองเห็นภาพรวมและความสัมพันธ์ของข้อมูลและกิจกรรมที่เกิดขึ้น เป็น เครื่องมือสำหรับการวางแผน ควบคุมกำกับ สื่อสาร และเรียนรู้ เพื่อบรรลุ ความสำเร็จของหน่วยงาน

ทำไม

Unit/Service Profile มีประโยชน์สำหรับการบริหารคุณภาพของหน่วยงาน/บริการ เพราะทำให้ (1) มีการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ (2) ทำให้เห็นความเชื่อมโยงและความเป็นเหตุเป็นผลของข้อมูลต่างๆ (3) ทำให้มีการติดตามสิ่งที่เป็นหัวใจสำคัญของหน่วยงาน/บริการ (4) ทำให้เห็นความต่อเนื่องของความพยายามในการพัฒนาคุณภาพ

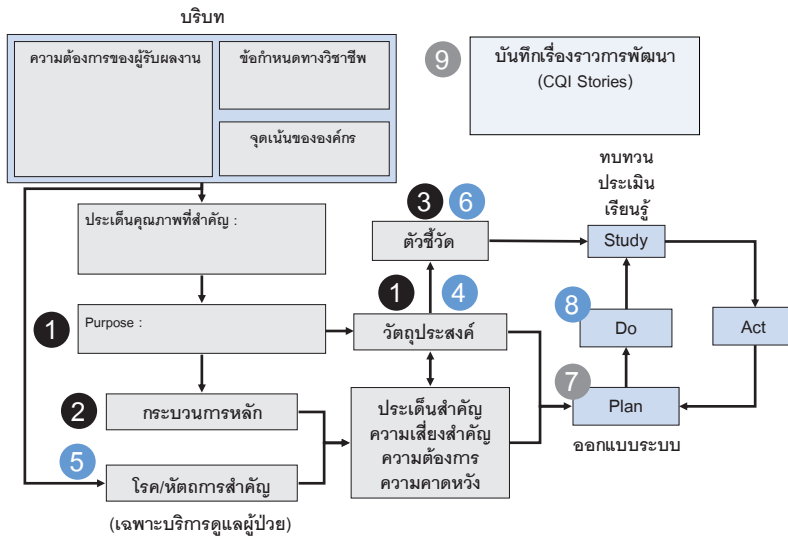
Unit/Service profile เป็นเครื่องมือที่กระชับแต่มีหน้าที่หลากหลายดังต่อไปนี้ (1) เป็นเครื่องมือในการทำความเข้าใจหน้าที่สำคัญของหน่วยงาน (2) เป็นเครื่องมือวิเคราะห์ประเด็นสำคัญและโอกาสพัฒนา (3) เป็นเครื่องมือวางแผนการทำงาน การป้องกันความเสี่ยง และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (4) เป็นเครื่องมือติดตามความก้าวหน้า (5) เป็นที่บันทึกผลงานของหน่วยงาน (6) เป็นเครื่องมือในการสื่อสารและเรียนรู้ซึ่งหน่วยงาน/บริการต่างๆ ควรตระหนักและตรวจสอบว่าการใช้ Unit/Service Profile ตามหน้าที่ดังกล่าวได้ครบถ้วนหรือไม่

แนวทางการวิเคราะห์และใช้ประโยชน์จาก Unit/Service Profile



ภาพที่ III-5.4 3P กับ Unit/Service Profile

ภาพรวมและความสัมพันธ์ใน Unit Profile



อ้างอิง นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, Unit-based Quality, สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), ธันวาคม 2559

ภาพที่ III-5.5 ภาพรวมและความสัมพันธ์ใน Service profile

- 1. Purpose** หน้าที่และเป้าหมายของหน่วยงาน: อะไรคือหน้าที่และเป้าหมายของหน่วยงาน? โดยสิ่งที่นำมาใช้กำหนดหน้าที่และเป้าหมายของหน่วยงาน ได้แก่ (1) พันธกิจและจุดเน้นของโรงพยาบาล (2) กลุ่มผู้รับบริการที่สำคัญ (3) ความต้องการของผู้รับบริการ (4) ข้อกำหนดวิชาชีพ (5) ประเด็นคุณภาพที่สำคัญเป็นต้น
- 2. Process** กระบวนการสำคัญของหน่วยงาน: (1) กระบวนการสำคัญของหน่วยงานมีอะไรบ้าง?
- 3. Performance** การติดตามการบรรลุเป้าหมายของหน่วยงาน: (1) อะไรคือตัววัดสำคัญของหน่วยงาน ทั้งตัววัดที่ใช้ติดตามการบรรลุเป้าหมายของหน่วยงานและตัววัดที่ใช้ควบคุมกระบวนการ? (2) ทบทวนความสอดคล้องของเป้าหมายและตัววัด (3) ทบทวนมิติคุณภาพที่มีการวัดผลอยู่ มีมิติใดที่ยังขาดตัววัด จะรับรู้คุณภาพในมิตินั้นได้อย่างไร?
- 4. แต่ละกระบวนการสำคัญ มีเป้าหมายและข้อกำหนดอะไร?**
- 5. แต่ละกระบวนการสำคัญ (1) มีวิธีการทำงานเพื่อบรรลุเป้าหมายอย่างไร? (2) มีความเสี่ยงสำคัญอะไรบ้าง? มีแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกัน**

ความเสี่ยงอย่างไร? (3) มีโอกาสพัฒนาอะไร เช่น ใช้หลัก NEWS เพื่อวิเคราะห์หาโอกาสพัฒนา (N = patient & customer need, E = evidence & ethic, W = waste, S = safety) หรือใช้หลัก better, cheaper, faster, safer

6. แต่ละกระบวนการสำคัญ มีตัวชี้วัดเฉพาะของกระบวนการอะไรบ้าง?

7. **แผนพัฒนาคุณภาพ (Quality Improvement Plan)** คือตัวเชื่อมระหว่างการเรียนรู้ผลงานกับกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ (1) ทบทวนตัววัด โอกาสพัฒนาจากการวิเคราะห์กระบวนการและจากการตามรอยเห็นของจริงในพื้นที่ (2) จัดลำดับความสำคัญของโอกาสพัฒนา (3) มอบหมายหน้าที่และกำหนดเวลาทำกิจกรรมพัฒนา

8. **การปรับปรุงกระบวนการ (CQI)** ใช้การพัฒนาด้วยแนวคิดที่เหมาะสมกับแต่ละโอกาสพัฒนา เช่น visual management, human factors engineering, Lean ฯลฯ

9. **บันทึกเรื่องราวการพัฒนา (CQI Stories)** จากผลงานการพัฒนาที่แต่ละทีมจัดทำขึ้น (1) นำมาสรุปไว้อย่างสั้นๆ (เช่น Powerpoint 1 slide) เพื่อประโยชน์ในการสื่อสารและเรียนรู้ (2) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันบ่อยๆ (3) ปรับคู่มือการปฏิบัติงานเพื่อให้ทุกคนปฏิบัติในแนวทางเดียวกัน (4) ร่วมมือกับหน่วยงานอื่นเพื่อขยายผล

การนำ Unit/Service Profile ไปใช้

รูปแบบ สามารถเขียนในรูปแบบใดก็ได้ที่ทีมงานสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ รูปแบบที่ สรพ. ยกตัวอย่างนำเสนอเป็นเพียงจุดตั้งต้นให้ไปดัดแปลง สิ่งสำคัญมากกว่ารูปแบบของการเขียน คือ ความเข้าใจจุดมุ่งหมายที่ต้องวิเคราะห์ในแต่ละประเด็น ความเชื่อมโยงระหว่างประเด็นสำคัญต่างๆ การสรุปให้เห็นภาพรวมของหน่วยงานอย่างง่าย

หน่วยงานจำเป็นต้องทำ Unit/Service Profile หรือไม่ (1) *ถ้าจะทำ* ขอให้ทำเพื่อใช้ประโยชน์ในการบริหารและพัฒนาหน่วยงานเป็นสำคัญ มิใช่ทำเพียงเพื่อส่ง สรพ. (2) *ถ้าจะไม่ทำ* ขอให้มั่นใจว่าหน่วยงานมีเครื่องมือสำหรับการวางแผน ควบคุมกำกับ สื่อสาร และเรียนรู้ ที่ไม่ด้อยกว่า Unit/Service profile



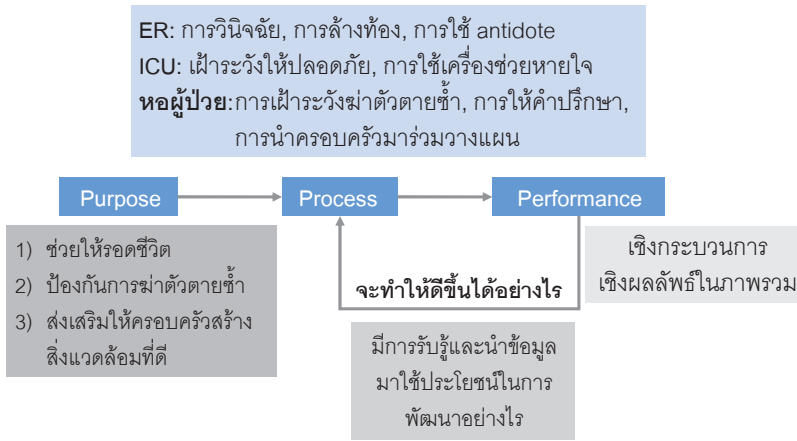
คืออะไร

การตามรอย คือการบริหารโดยใช้หลักเข้าไปดูให้เห็นของจริง ในที่ทำงานจริง มีโอกาสพูดคุยกับผู้ที่ปฏิบัติงานเพื่อรับรู้ปัญหาและความพยายามในการแก้ปัญหา การตามรอยโดยใช้ตัวเดินเรื่องจะทำให้เห็น flow ของกระบวนการทำงาน เห็นการเชื่อมต่อระหว่างขั้นตอนต่าง ๆ ซึ่งตัวเดินเรื่องที่ใช้ตามอาจจะเป็น โรค หัตถการ สิ่งของ ปัญหา หรือนโยบาย

ทำไม

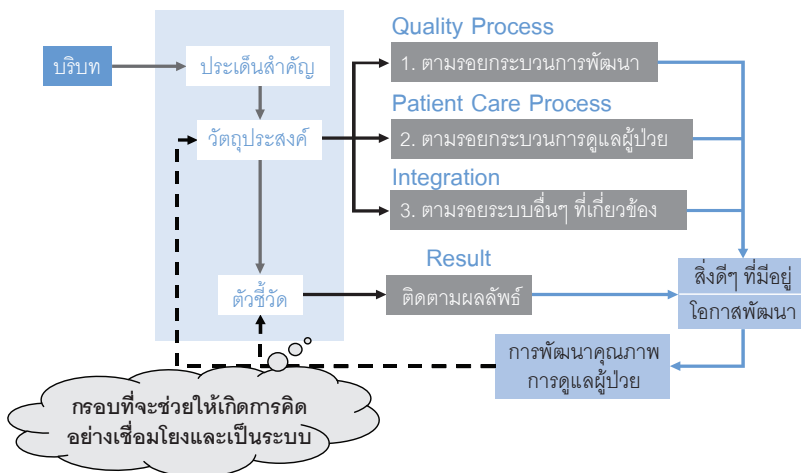
การตามรอยก่อให้เกิดคุณค่าต่อไปนี้ (1) การเข้าไปดูในสถานที่จริง **ทำให้เห็นรูปธรรมที่ชัดเจน** เข้าใจปัญหาได้ดีกว่าการพูดคุยกันในห้องประชุม ได้เห็นสภาพแวดล้อม ความเป็นไปได้ ข้อจำกัด ความเข้าใจ ความรู้สึกของผู้คน และการปฏิบัติจริง (2) การตามรอยแต่ละกลุ่มผู้ป่วย ช่วย **เสริมมุมมองที่แตกต่างกัน** ทำให้มองเห็นระบบในภาพรวมได้สมบูรณ์ขึ้น ทำให้มองเห็นสิ่งที่ถูกละเลย และเห็นการเชื่อมต่อภายในระบบที่ซับซ้อน (3) การตามรอยเป็นการ **ประเมินระบบงานจากสภาพจริงและนำมาสู่การพัฒนาคุณภาพ** ที่ตรงประเด็น ต่อยอดจากการทบทวนผู้ป่วยเป็นรายๆ สู่การพัฒนาที่เป็นระบบและครอบคลุมในทุกองค์ประกอบ (4) การตามรอยเป็นการนำ **core values & concepts** ที่สำคัญมาใช้อย่างเป็นธรรมชาติ โดยเฉพาะ patient focus, management by fact, focus on result, evidence-based

อย่างไร



ภาพที่ III-6.1 ตัวอย่างการใช้ 3P กับการตามรอยผู้ป่วยกินยาฆ่าตัวตาย

1. การตามรอยอย่างเรียบง่าย คือ การใช้หลัก 3P (Purpose, Process, Performance) ได้แก่ พิจารณาเป้าหมายของเรื่องที่จะตามรอย การเข้าไปดูในพื้นที่จริงเพื่อให้เห็นการปฏิบัติในขั้นตอนสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมาย รับรู้ผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้น และติดตามว่ามีการนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาอย่างไร



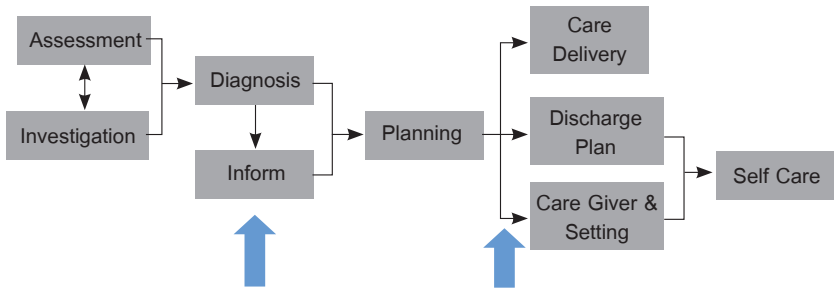
ภาพที่ III-6.2 องค์ประกอบของการตามรอยทางคลินิก

2. องค์ประกอบที่ควรตามรอยให้ครบถ้วนในการตามรอยทางคลินิกหรือตามรอยระบบงาน ได้แก่ (1) กระบวนการดูแลผู้ป่วยหรือกระบวนการสำคัญของระบบงาน (2) กระบวนการหรือระบบงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (3) ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยหรือระบบงานซึ่งเป็นข้อมูลที่รวบรวมไว้ และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการดูแลผู้ป่วยหรือของระบบงาน (4) กระบวนการพัฒนาที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยหรือระบบงานที่ตามรอย ซึ่งควรนำเครื่องมือและแนวคิดการพัฒนาคุณภาพต่างๆ มาใช้พร้อมๆ กัน

กระบวนการ: การดูแลผู้ป่วยโรค.....

เป้าหมาย: เพื่อ.....

ขั้นตอน/ flow:



Key Risk/
Quality Issue

Trace Process

ทำอย่างไร
รับมือกับปัญหาอย่างไร

Trace Monitoring

ติดตามกำกับขั้นตอนที่สำคัญอย่างไร

Trace Result

ประเมินผลลัพธ์ว่าเป็นไปตามเป้าหมายของกระบวนการอย่างไร

Trace Quality Process

มีการพัฒนากระบวนการอย่างไรบ้าง

ภาพที่ III-6.3 การวางแผนการตามรอย

3. การวางแผนการตามรอย สามารถใช้ตัวอย่างตามภาพที่ III-6.3 ดังนี้ (1) กำหนดโรคหรือระบบงานที่จะตามรอย (2) ระบุเป้าหมาย (purpose) ของการดูแลผู้ป่วยหรือเป้าหมายของระบบงาน (3) เขียนแผนภูมิขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยหรือการทำงานในระบบงาน (process flow) ตั้งแต่ต้นจนจบ (4) วิเคราะห์ประเด็นความเสี่ยงหรือประเด็นคุณภาพที่สำคัญในแต่ละขั้นตอน (key risk & quality issue) (5) ตามรอยกระบวนการทำงานว่าทำอย่างไร ป้องกันความเสี่ยงอย่างไร เตรียมพร้อมรับมือกับปัญหาอย่างไร

ออกแบบดีหรือไม่ ปฏิบัติได้ตามที่ออกแบบไว้หรือไม่ (6) การสื่อสารและ
ส่งต่อระหว่างขั้นตอนต่างๆ หรือระหว่างหน่วยงานต่างๆ เป็นอย่างไร จะดู
คุณภาพของระบบงานอื่นๆ ที่มาเกี่ยวข้องอย่างไร (7) ตามรอยว่ามีระบบ
การติดตามกำกับอย่างไร (8) ตามรอยผลลัพธ์ จะดูข้อมูลอะไรบ้าง (9) ตาม
รอยกระบวนการคุณภาพ

4. หัวใจสำคัญของการตามรอย คือ (1) สิ่งสำคัญที่สุดคือ การ
เข้าไปดูในสถานที่จริง การรับฟังปัญหาจากพนักงาน และการสังเกตการ
ปฏิบัติงานจริงทั้งส่วนที่เป็นของดีและโอกาสพัฒนา (2) ความผิดพลาดที่
ใหญ่หลวง คือ การมุ่งแต่จะเขียนรายงานการตามรอยส่ง สรพ. (3) หัวใจ
สำคัญของการตามรอยที่ได้ผลอยู่ที่การกักไม่ปล่อย กัดไม่ปล่อยจนกว่า
จะเห็นองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องทั้งหมด เห็นทางออกใหม่ๆ ที่สร้างสรรค์และ
เห็นผลลัพธ์ของการเปลี่ยนแปลง

5. การตามรอยขั้นสูง เป็นการใช้มิติคุณภาพต่างๆ เป็นตัวตั้งใน
การตามรอย

6. เอกสารเกี่ยวกับการตามรอยมีเอกสารที่เกี่ยวข้อง 2 ประเภท
(1) บันทึกทุกอย่างที่ได้พบเก็บไว้ใช้ประโยชน์เอง (2) สรุปส่วนที่เป็น
ประเด็นสำคัญเพื่อสื่อสารกับ สรพ.ตามประเด็นหลักใน 3P

การตามรอยคือการเข้าไปดูให้เห็นของจริง เจาะลึกกัดติดให้
เห็นโอกาสสร้างสรรค์ใหม่ๆ

III-7

Logistics & Traceability: โลจิสติกส์

การติดตามและสอบย้อนกลับ

คืออะไร

Logistics คือระบบการจัดการการส่งสินค้า ข้อมูล และทรัพยากร
ต่างๆ ทุกอย่างที่มีการขนส่ง เพื่อเพิ่มมูลค่าของการใช้ประโยชน์ของเวลา
และสถานที่

Traceability ความสามารถในการติดตามและสอบย้อนกลับ คือ
ระบบที่จัดทำขึ้นเพื่อให้ผู้ซื้อเกิดความมั่นใจในการซื้อสินค้า ว่าสินค้านั้นมีความ

ปลอดภัย สามารถตรวจสอบเส้นทางของสินค้าได้ และช่วยให้เรียกคืนสินค้าได้อย่างถูกต้อง แม่นยำ รวดเร็วในปริมาณที่ควรจะเป็น ระบบการสืบค้นย้อนกลับประกอบด้วยกระบวนการที่สำคัญ 2 กระบวนการ คือ กระบวนการติดตาม (following) ว่าสิ่งที่สนใจนั้นไปอยู่ ณ ที่ใด และกระบวนการสืบค้นย้อนกลับ (tracing) ว่าสินค้าที่มีปัญหาผลิตขึ้นเมื่อใด จากที่ใด จากสายการผลิตไหน รับผิดชอบต่อผู้ผลิตมาจากแหล่งไหน เพื่อค้นหาว่าจุดใดที่ก่อให้เกิดปัญหา

ทำไม

ยา เวชภัณฑ์ และเครื่องมือแพทย์ เป็นปัจจัยนำเข้าสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพทางคลินิก องค์ความรู้และเครื่องมือที่ช่วยสร้างคุณภาพในการจัดการปัจจัยนำเข้าดังกล่าวที่มีการพัฒนาขึ้นเป็นอย่างมากในช่วง 5-10 ปีที่ผ่านมา คือ การจัดการห่วงโซ่อุปทาน (supply chain management) และ การใช้เทคโนโลยีบาร์โค้ดเพื่อการติดตามและสอบย้อนกลับ

ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการใช้ระบบบาร์โค้ดสากลและมีการติดตามและสอบย้อนกลับคือ (1) สามารถติดตามและสอบย้อนกลับการจัดส่งยาและเครื่องมือแพทย์ได้ตลอดสายห่วงโซ่อุปทาน ลดโอกาสที่จะได้รับผลิตภัณฑ์ปลอมหรือไม่ได้มาตรฐาน ช่วยในการเรียกคืนผลิตภัณฑ์ใน lot ที่มีปัญหาจากต้นตอ (2) ช่วยในการติดตามการขนส่งได้ตลอดสายห่วงโซ่อุปทาน เพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการจัดการห่วงโซ่อุปทาน (3) เพิ่มประสิทธิภาพของการจัดการคลังพัสดุ ลดภาระและค่าใช้จ่ายในการจัดการคลังพัสดุ (4) รองรับข้อกำหนดทางกฎหมายที่กำลังเปลี่ยนแปลงไปทั่วโลก รวมทั้งที่จะเกิดขึ้นในประเทศไทยในอนาคต

ตัวอย่างการใช้บาร์โค้ดเพื่อความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย

(1) logistic unit identification (จุดรับสินค้าเข้าคลัง) (2) asset identification (ทรัพย์สิน) (3) catering transport unit identification (ยืนยันการให้อาหารแก่ผู้ป่วยทุกคน) (4) patient identification (การระบุตัวผู้ป่วย) (5) surgical instrument identification (ติดตามการใช้เครื่องมือแต่ละชิ้นกับผู้ป่วย) (6) caregiver identification (7) location identification (8) linen identification (9) product identification

GS1

GS1 เป็นหน่วยงานระดับโลกที่รับผิดชอบในการออกรหัสมาตรฐานสากลที่เกี่ยวกับห่วงโซ่อุปทาน และสนับสนุนการนำรหัสมาตรฐานเหล่านี้มาใช้ในการดำเนินงานและประกอบธุรกิจ และรหัสนี้ยังสามารถนำมาใช้ในการตามรอยเวชภัณฑ์และเครื่องมือแพทย์ได้เป็นอย่างดี (ทั้งในแง่ของการขนส่งมายังโรงพยาบาล และการใช้งานจริงที่เกิดขึ้นภายในโรงพยาบาล)

รหัสข้อมูลภายใต้ระบบ **GS1** ได้แก่ (1) รหัสจำเพาะสำหรับผลิตภัณฑ์แต่ละชนิด ซึ่งมีชื่อเรียกว่า เลขหมายประจำตัวสินค้าสากล (Global Trade Item Number-GTIN) (2) รหัสจำเพาะที่ใช้ระบุผู้ผลิต ผู้กระจายสินค้าและผู้รับมอบผลิตภัณฑ์ (ในระบบการรักษาพยาบาล ก็คือ โรงพยาบาล) ซึ่งมีชื่อเรียกว่า รหัสบ่งชี้ที่ตั้งสากล (Global Location Number - GLN) (3) **Global Data Synchronization Network (GDSN)** ซึ่งใช้เป็นหลักในการสร้างแคตตาล็อกผลิตภัณฑ์ของประเทศ (National Product Catalogue-NPC) เพื่อใช้ระบุรายละเอียดของผลิตภัณฑ์ ซึ่งจะใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงในการซื้อขายในระบบอิเล็กทรอนิกส์ (4) GS1 XML เพื่อใช้เป็นกรอบในการสื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างโปรแกรมการซื้อขายต่างๆ (electronic data interchange-EDI)

GS1 DataMatrix



(01)10857674002017

(17)141120

(10)1234AB

ภาพที่ III-7.1 GTIN (รหัสพื้นฐาน) และ AI (รหัสบ่งชี้การใช้งาน)



รหัสที่จำเพาะสำหรับผลิตภัณฑ์ (GTIN) ประกอบด้วยชุดตัวเลข 12-14 หลัก เป็นหัวใจสำคัญของข้อมูลการซื้อขายและจัดส่งสินค้าในระบบอิเล็กทรอนิกส์ เพราะทำให้การสื่อสารทั่วโลกพูดคุยกันด้วยรหัสเดียวกัน ลดการ Key ข้อมูลในแต่ละจุดของห่วงโซ่อุปทาน ทำให้ป้องกันข้อผิดพลาดจากการ key

นอกจาก GTIN ซึ่งเป็นรหัสพื้นฐานที่ใช้ระบุตัวผลิตภัณฑ์แล้ว ยังมี การเพิ่มเติมรหัสกลุ่มที่เรียกว่า Application Identifiers (AI) หรือรหัสบังคับใช้ การใช้งาน ต่อเข้าไปกับ GTIN ด้วย ดังภาพ ตัวเลขที่อยู่หลัง (01) คือ GTIN, ตัวเลขที่อยู่หลัง (17) คือวันหมดอายุ, ตัวเลขที่อยู่หลัง (10) คือล็อตการผลิต, ตัวเลขที่อยู่หลัง (21) คือลำดับที่ผลิต เป็นต้น

ในทางปฏิบัติ เลข GTIN และ AI จะใช้ควบคู่ไปกับเทคโนโลยีบาร์โค้ด ช่วยให้เกิดความสะดวก ความเป็นอัตโนมัติและความแม่นยำสูงในการเก็บรหัสเหล่านี้เข้าไปในโปรแกรมต่างๆ การพิมพ์บาร์โค้ดที่บรรจุภัณฑ์อาจจะ อยู่ในระดับ (1) **dispensing unit** (ชั้นในสุดติดกับตัวผลิตภัณฑ์ เช่น แผงยา ทำให้ได้ข้อมูลรายละเอียดในการจัดจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยแต่ละราย และช่วยลด ข้อผิดพลาดในการจัดจ่ายยา) (2) **sales package** (หน่วยซื้อขาย เช่น กล่อง ใส่แผงยา ช่วยยืนยันชนิดยาและการตรวจนับยาที่คลังย่อยกรณีเป็นเครื่องมือ แพทย์จะมีประโยชน์ในการเรียกคืนเมื่อเกิดปัญหา) (3) **logistic package** (ช่วยในการขนส่งการบริหารคลังยาการเรียกคืนยาเมื่อเกิดปัญหา)

ตัวอย่างการจัดส่งเวชภัณฑ์ผ่านระบบ barcode และ Vendor Managed Inventory (VMI)

- ผู้ผลิต/ผู้ขาย สร้างรหัส GTIN ของผลิตภัณฑ์ → จับคู่รหัส GTIN เข้ากับรหัสในฐานข้อมูลผลิตภัณฑ์ของผู้ผลิต → เก็บรายละเอียดของข้อมูล ผลิตภัณฑ์นำเข้า National Product catalogue (NPC)
- โรงพยาบาล (ผู้ซื้อ) ได้รับข้อมูลจาก NPC → จับคู่รหัสผลิตภัณฑ์ จาก NPC เข้ากับรหัสในฐานข้อมูลของโรงพยาบาล → เลือกผู้ขาย สื่อสาร ข้อมูลการสั่งซื้อบน EDI → ออกใบสั่งซื้อ
- การส่ง-รับผลิตภัณฑ์ ผู้ผลิต/ผู้จำหน่ายจัดส่งสินค้าและ ออกใบส่งสินค้าอิเล็กทรอนิกส์ → รพ.ตรวจสอบสินค้ากับใบส่งสินค้าและ

ใบสั่งซื้อ → ออกใบรับสินค้าอิเล็กทรอนิกส์ → ผู้ผลิต/ผู้จัดจำหน่ายออกใบแจ้งหนี้อิเล็กทรอนิกส์

UDI (Unique Device Identification)

รหัส UDI (Unique Device Identification) หรือรหัสบ่งชี้อัตลักษณ์เครื่องมือทางการแพทย์ เป็นรหัสที่ถูกนำมาใช้ในการบ่งชี้เครื่องมือทางการแพทย์ เพื่อป้องกันการซ้ำซ้อนกัน เกิดความเป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก ทำให้เกิดความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วย และเกิดความสะดวกรวดเร็วในระบบการบริการด้านสาธารณสุข โดยองค์การอาหารและยาแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (U.S.FDA) เป็นหน่วยงานแรกที่ประกาศใช้เป็นกฎหมายเมื่อเดือนกันยายน 2556 ซึ่งเครื่องมือทางการแพทย์ในที่นี่มีความหมายที่กว้างมาก คือ ครอบคลุมตั้งแต่เครื่องมือที่มีความซับซ้อนสูงมาก ไปจนถึงเครื่องมือธรรมดาสามัญที่มีราคาไม่แพง ตัวอย่างเช่น CT scan, endoscope, ventilator, surgical instrument, infusion pump, implants, lens, gloves, condom

ข้อมูลของเลข UDI ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ (1) **Device Identifier (DI)** ซึ่งเป็นข้อมูลที่คงที่ (Static) เช่น ชื่อสินค้า ชื่อโรงงานผู้ผลิตชื่อ Model catalog no. เป็นต้น (2) **Product Identifier (PI)** ซึ่งเป็นข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงไปตามชุดการผลิต (Dynamic) เช่น Batch/Lot no. Serial no. วันเดือนปีที่ผลิต วันหมดอายุ เป็นต้น

ความสอดคล้องกันของรหัส UDI และรหัส GS1

องค์กร GS1 เป็นหน่วยงานหนึ่งที่ทาง U.S. FDA แต่งตั้งให้เป็นผู้แทนในการออกรหัส (issuing agency) โดยได้รับการรับรองเมื่อวันที่ 17 ธันวาคม 2556 หลักการและวิธีการที่ใช้ในการจัดการเวชภัณฑ์ก็สามารถนำมาใช้ในการจัดการเครื่องมือทางการแพทย์ได้เช่นเดียวกัน โดยรหัสที่ใช้ในการระบุชนิดเครื่องมือ (Device Identifier-DI) ก็คือ GTIN เช่นเดียวกัน ส่วนรหัสที่ใช้ระบุไปถึงตัวเครื่องมือแต่ละชิ้น ทำให้เป็นเหมือนเลขประจำตัวของเครื่องมือแต่ละชิ้น ก็คือ serial number ซึ่งมักจะมีเฉพาะในเครื่องมือที่มีราคาแพง เมื่อนำข้อมูล GTIN และ serial number มาต่อกัน จึงทำให้เกิดเป็น UDI ของเครื่องมือแต่ละชิ้น



ด้วยความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีในปัจจุบัน ทำให้บางประเทศ เช่น ญี่ปุ่น สามารถสแกนรหัส UDI แบบ 2D barcode ลงบนเครื่องมือที่มีขนาดไม่ใหญ่นักได้ โดยทำให้บาร์โค้ดมีขนาดเพียงประมาณ 1 มิลลิเมตร x 3 มิลลิเมตรได้ จึงสามารถตามรอยการใช้เครื่องมือเหล่านี้ผ่านการจัดเก็บข้อมูลด้วยการ scan บาร์โค้ดได้สะดวกมากขึ้น

สาระสำคัญของการใช้ UDI ของเครื่องมือทางการแพทย์ที่ต่างไปจากเวชภัณฑ์ ก็คือ นอกจากจะใช้รหัสนี้เพื่อการจัดการด้านการขนส่งแล้ว ยังสามารถใช้ UDI ในการติดตามการใช้งานเครื่องมือทางการแพทย์ได้ตลอดช่วงอายุการใช้งานของเครื่องมือชิ้นนั้น เช่น ใช้ข้อมูลจากการ scan เครื่องมือผ่าตัดที่กำลังจัด set เพื่อนำไปผ่าตัด เชื้อ เพื่อตรวจจับเหตุการณ์ที่มีการจัดเครื่องมือเข้า set ผิดพลาด หรือใช้ในการตรวจสอบว่ามีเครื่องมือผ่าตัดอะไรบ้างที่อยู่ใน set ผ่าตัดที่มีอัตราการใช้ต่ำมาก เพื่อที่ในอนาคตจะได้ไม่ต้องนำเครื่องมือชิ้นนั้นมาใส่ใน set ผ่าตัด

สรุป

การใช้รหัสของ GS1 ประกอบกับบาร์โค้ดเพื่อระบุรหัสของเวชภัณฑ์ และเครื่องมือทางการแพทย์กำลังเป็นแนวโน้มที่เกิดขึ้นทั่วโลก เพราะมีประโยชน์ในหลายด้าน และการดำเนินการน่าจะมีผลบังคับทางกฎหมายในหลายประเทศในระยะ 3-5 ปีข้างหน้า สำหรับประเทศไทย การดำเนินการยังล่าช้ากว่าอีกหลายประเทศ แต่ด้วยแนวโน้มดังที่กล่าวมาข้างต้น ประเทศไทยก็คงหนีไม่พ้นการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางดังกล่าวเช่นเดียวกัน ดังนั้น โรงพยาบาลที่มีการพัฒนาคุณภาพมาในระดับหนึ่งแล้ว ควรสนใจเรื่องนี้และเตรียมการในทุกด้านเพื่อเข้าสู่ระบบ GS1 เพื่อไม่ให้ต้องถูกบีบบังคับให้เปลี่ยนแปลงอย่างเร่งรีบ ด้วยแรงจูงใจจากตลาดหรือกฎหมายที่กำลังจะเกิดขึ้นในอนาคต

“ทุกอุบัติการณ์ความไม่ปลอดภัย (incident) เป็นโศกนาฏกรรมของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน สังคม รวมถึง บุคลากรผู้เกี่ยวข้อง ผู้บริหาร สถานพยาบาล และระบบบริการสาธารณสุข”

เป็นเวลานานมากเกินไปแล้ว ที่ระบบบริการสุขภาพได้ผลึกความรับผิดชอบเมื่อเกิดความผิดพลาดหรือพลาดพลั้งในระบบมาให้ผู้ปฏิบัติงานแต่ละคน การที่ระบบจะแสดงถึงภาระรับผิดชอบดังกล่าว จำเป็นต้องมีกลไกที่ระบบจะต้องตรวจสอบตนเอง⁵ ความผิดพลาดทางการแพทย์เป็นประเด็นที่ซับซ้อนแต่ความผิดพลาดด้วยตัวของมันเป็นสิ่งที่ความเป็นมนุษย์ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ การเรียนรู้จากความผิดพลาดสามารถเกิดขึ้นได้ทั้งระดับปัจเจกและระดับองค์กรโดยใช้การรายงานและการวิเคราะห์อุบัติการณ์อุปสรรคต่อการเรียนรู้จากความผิดพลาดคือวัฒนธรรมการตำหนิที่นำวิธีเชิงบุคคลมาใช้ในการสอบสวนและการใช้ปรากฏการณ์ “อคติมองย้อนเหตุการณ์” การเรียนรู้ขององค์กรและความเป็นไปได้ที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบต้องอาศัยวิธีการเชิงระบบที่มีฐานคิดกว้างเพื่อเป้าหมายบริการสุขภาพของประเทศไทยเป็นบริการที่มีคุณภาพ น่าไว้วางใจในทุกมิติ ทุกขั้นตอน ทุกเวลา สำหรับทุกคน ด้วยการพัฒนาอย่างไม่อ้อมมือ เต็มศักยภาพที่มนุษย์สร้างสรรค์พึงทำได้

RCA (Root Cause Analysis) เป็นหนึ่งในเครื่องมือการพัฒนาคุณภาพ ที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มีการใช้อย่างแพร่หลายในโลก เพื่อวิเคราะห์สาเหตุรากที่แท้จริง ค้นหาปัจจัยเชิงระบบที่อยู่เบื้องหลัง เช่น การฝึกอบรม การสื่อสาร ข้อมูลข่าวสาร ศักยภาพของบุคลากร การออกแบบระบบงาน ภาระงาน การนิเทศ และนำไปสู่การแก้ปัญหาที่เหมาะสม⁶ เป็นกระบวนการที่ใช้ในการตอบสนองต่อ

5 คู่มือหลักสูตรความปลอดภัยของผู้ป่วยขององค์การอนามัยโลก ฉบับสหวิชาชีพ, สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน); 2558

6 มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี (ภาษาไทย), สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน); มิถุนายน 2558

การเกิดอุบัติเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติเหตุการณ์ซ้ำ ด้วยการเรียนรู้จากอุบัติเหตุการณ์ด้วยวิธีการเชิงระบบที่มีโครงสร้างชัดเจน (System Analysis) มุ่งเน้นที่ระบบมิใช่ที่คนปฏิบัติงานแต่ละคนและมีสมมุติฐานว่า เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นมีผลเสียต่อผู้ป่วยคือความล้มเหลวของระบบจุดเน้นสำคัญคือการป้องกันมิใช่การตำหนิหรือลงโทษ

ลักษณะนิยามของการทำ RCA ที่สำคัญ ประกอบด้วย (1) มีการทบทวนโดยทีมระหว่างวิชาชีพที่มีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์, (2) วิเคราะห์ระบบและกระบวนการมากกว่าการปฏิบัติงานของรายบุคคล, (3) วิเคราะห์เชิงลึกโดยใช้คำถาม “อะไร (What)” และ “ทำไม (Why)” เป็นตัวนำทางจนกระทั่งทุกด้านของกระบวนการถูกทบทวนและปัจจัยเอื้อหนุนถูกพิจารณา, (4) ระบุการเปลี่ยนแปลงที่มีศักยภาพที่สามารถทำให้ระบบและกระบวนการมีการปรับปรุงการปฏิบัติงานให้ดีขึ้นและลดโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ทำนองเดียวกันนี้หรือหยุดโอกาสการเกิดปัญหาหรือความผิดพลาดในอนาคต

ปัจจัยเอื้อหนุนเชิงระบบที่เกี่ยวข้อง⁷ (contributory factors) กับ การเกิดอุบัติเหตุการณ์ที่สำคัญ แบ่งเป็น 7 ด้าน ได้แก่

(1) ปัจจัยด้านผู้ป่วย (patient characteristics) เช่น พฤติกรรม บุคลิกภาพ ภาษา การสื่อสาร ครอบครัว สังคม เป็นต้น

(2) ปัจจัยด้านกระบวนการทางคลินิก (task factors) เช่น การรับ บริการ, การประเมิน, แนวทางปฏิบัติ, โครงสร้างการปฏิบัติงาน, การสื่อสาร ข้อมูล เป็นต้น

(3) ปัจจัยด้านบุคลากรในระดับปัจเจก (Individual staff member) ที่มีผลต่อความปลอดภัย เช่น ความรู้ ทักษะ ความเหนื่อยล้า ความจำ ความเครียด อารมณ์ แรงจูงใจ ทัศนคติ สุขภาพ เป็นต้น

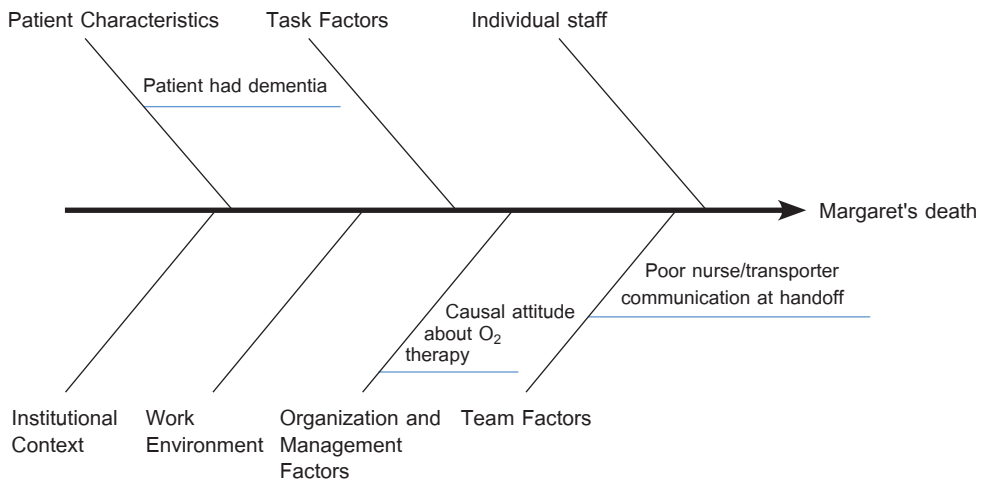
(4) ปัจจัยด้านทีม (team factors) เช่น การสื่อสารด้วยวาจา การ บันทึก ความสัมพันธ์ การกำกับติดตามและตอบสนองของหัวหน้างาน เป็นต้น

⁷ Root Cause Analysis, IHI Open School, International Healthcare Improvement Institute.

(5) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน (work environment) เช่น ระดับความชำนาญและประสบการณ์ของบุคลากร ภาระงาน เครื่องมือ สิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมความปลอดภัย

(6) ปัจจัยด้านการบริหารจัดการระดับองค์กร (organizational and management factors) เช่น การสนับสนุนเชิงนโยบายด้านความปลอดภัย และการสื่อสาร วัฒนธรรมความปลอดภัยและการยึดผู้ป่วย/บุคลากรเป็นศูนย์กลาง การสนับสนุนด้านงบประมาณ และทรัพยากร

(7) ปัจจัยภายนอกอื่น ๆ ที่เป็นบริบทเฉพาะขององค์กร (institutional context) เช่น กฎหมาย นโยบายของรัฐ สภาวะเศรษฐกิจ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เป็นต้น

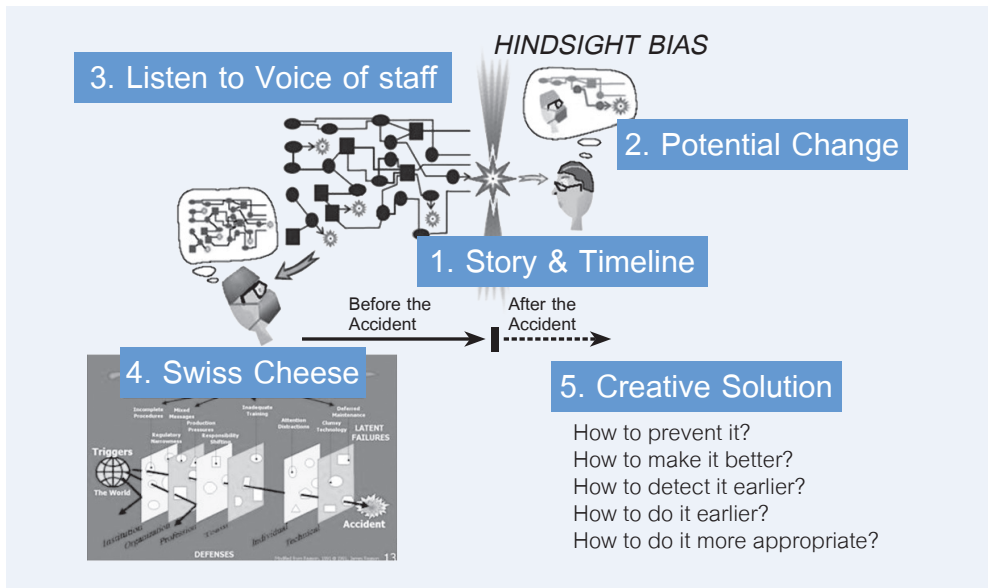


ภาพที่ III-8.1 การใช้แผนผังก้างปลา เชื่อมโยงปัจจัยเหตุหนุนเชิงระบบ (Contributory factors)

เป้าหมายของ RCA: สามารถวิเคราะห์สาเหตุรากของความผิดพลาดที่เป็นช่องโหว่ในเชิงระบบที่ก่อให้เกิดอุบัติการณ์ความไม่ปลอดภัย ค้นหาจุดเปลี่ยนที่เป็นไปได้ นำมาสู่การปรับปรุงกระบวนการสร้างปราการป้องกันเชิงระบบ เพื่อลดหรือหยุดโอกาสที่จะเกิดอุบัติการณ์ความไม่ปลอดภัยซ้ำ

ขั้นตอนในการทำ RCA: IHI⁸แนะนำขั้นตอนการทำไว้ 7 ขั้นตอน สอดคล้องกับที่ สรพ.แนะนำไว้ 5 ขั้นตอน โดยที่ IHI มีขั้นเริ่มต้นด้วยการเตรียมความพร้อมของทีม และขั้นท้ายสุดคือการสรุปผลและสื่อสารเพิ่มขึ้น

เริ่มต้น ด้วยการเตรียมความพร้อมของทีม RCA โดยสมาชิกควรประกอบด้วยสาขาวิชาชีพขององค์กรที่มีความใกล้ชิดกับกระบวนการหรืออุบัติการณ์ความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นและมีผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญ หรือ ศูนย์คุณภาพ หรือ ทีมที่มีความชำนาญด้านบริหารความเสี่ยง อาจมีผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัวเข้ามาร่วมแลกเปลี่ยนในมุมมองภาพรวมเชิงระบบ โดยมีผู้บริหารหรือทีมนำขององค์กรให้การสนับสนุน ทีม RCA ควรจะมีการแบ่งบทบาทร่วมกันที่ชัดเจน เช่น ผู้นำทีม ที่ปรึกษา ผู้บันทึก สมาชิกทีม เป็นต้น ทำหน้าที่ค้นหาคำตอบที่แท้จริงอย่างไม่ยอมรามือ โดยใช้คำถามหลักง่าย ๆ 4 ข้อ ได้แก่ (1) เกิดอะไรขึ้น, (2) ทำไมจึงเกิด, (3) เราจะทำอะไรที่จะป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำได้บ้าง, (4) เราจะรับรู้ผลของระบบความปลอดภัยที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงได้อย่างไร



ภาพที่ III-8.2 ขั้นตอนการทำ RCA ที่ สรพ.แนะนำ

8 Root Cause Analysis, IHI Open School, International Healthcare Improvement Institute.

ขั้นตอนที่ 1-5 : ประกอบด้วย

ลำดับ	ขั้นตอนการทำ RCA	เป้าหมาย	ตัวอย่างแนวทางปฏิบัติ
1	IHI: identify what happen? HAI: story & timeline สรุปสถานการณ์และเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้น	สรุปภาพรวมสถานการณ์และเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นจริงรวมทั้งลำดับเวลาที่เกิดขึ้น	Process that led to the AE ทบทวนรายงานอุบัติการณ์/ทบทวนเวชระเบียน/ตามรอยกระบวนการทำงานเพื่อตอบคำถามว่า เกิดอะไรขึ้น ใครบ้างที่เกี่ยวข้อง เกิดขึ้นเมื่อใด เกิดขึ้นที่ไหน ผลเสียที่เกิดขึ้นหรือคาดว่าจะเกิดขึ้นรุนแรงเพียงใด โอกาสเกิดซ้ำมีหรือไม่
2	IHI: review what should have happened? HAI: identify potential change ทบทวนระบบ/หรือมาตรฐานการปฏิบัติที่ควรเกิดขึ้น	วิเคราะห์ช่องโหว่เชิงระบบ (gap analysis) ระหว่างเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นกับมาตรฐานการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานที่ควรเกิดขึ้น	<ul style="list-style-type: none"> ● ทบทวนแนวทางปฏิบัติ/มาตรฐานกระบวนการที่ได้ร่วมกันกำหนด (ideal process) โดยอาจสรุปในรูปแบบแผนภูมิ นำมาเปรียบเทียบกับช่องโหว่เชิงระบบระหว่างเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นกับมาตรฐานการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานที่ควรเกิดขึ้น เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยเอื้อหนุนเชิงระบบ (contributing factors) ● ใช้ข้อคิดของการมองย้อนหลังเพื่อระบุจุดที่เป็นช่องโหว่ของการปฏิบัติ



ลำดับ	ขั้นตอนการทำ RCA	เป้าหมาย	ตัวอย่างแนวทางปฏิบัติ
3	IHI: determine cause HAI: listen to voice of staff วิเคราะห์สาเหตุรากที่เป็นปัจจัยเชิงระบบเพื่อหาจุดเปลี่ยนที่เป็นไปได้	ค้นหาสาเหตุรากที่เป็นปัจจัยเชิงระบบที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาจุดเปลี่ยนที่เป็นไปได้	<ul style="list-style-type: none"> วิเคราะห์สาเหตุรากที่เป็นปัจจัยเชิงระบบในเชิงลึกโดยใช้วิธีการตั้งคำถาม เช่น “อะไร (What)” และ “ทำไม (Why)” เป็นตัวนำทางจนกระทั่งทุกด้านของกระบวนการถูกทบทวนและปัจจัยเชิงระบบที่เกี่ยวข้อง (contributory factors) ถูกพิจารณา ร่วมเรียนรู้ผ่านการรับฟังผู้ปฏิบัติงานว่าแปลผลข้อมูลอย่างไร ต้องการอะไร มีข้อจำกัดอะไร อาจใช้เครื่องมือคุณภาพช่วยในการมองภาพรวมและจัดกลุ่ม เช่น แผนผังก้างปลาเป็นต้น
4	IHI: develop causal statement HAI: Swiss cheese hole สรุปปัจจัยเชิงระบบที่เกี่ยวข้อง ด้วยประโยคที่เป็นเหตุเป็นผล	สรุปประเด็นสำคัญของปัจจัยสาเหตุเชิงระบบที่เกี่ยวข้อง เชื่อมโยงกับผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจน	<ul style="list-style-type: none"> สรุปประเด็นสำคัญของสาเหตุเชิงระบบที่เกี่ยวข้อง ด้วยประโยคที่เป็นเหตุเป็นผล (construct cause) เชื่อมโยงสาเหตุเชิงระบบกับผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจน ด้วยภาษาที่ง่าย อธิบายความเชื่อมโยงกับปัจจัยเชิงระบบ (contributory factors) ที่เอื้อหนุนให้เกิดผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วยและบุคลากร ตัวอย่างการเขียนสรุปใจความสำคัญของ RCA ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ (1) สาเหตุเชิงระบบ (the cause) (2) ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและบุคลากร (an effect) (3) เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (the event)

ลำดับ	ขั้นตอนการทำ RCA	เป้าหมาย	ตัวอย่างแนวทางปฏิบัติ
5	IHI: preventive measure HAJ: creative solution จัดทำข้อเสนอแนะที่เป็นปราการป้องกันเชิงระบบ	ข้อเสนอแนวทางปฏิบัติ/ มาตรการป้องกันเชิงระบบ ที่มีความสอดคล้องกับ ผลการวิเคราะห์สาเหตุ ราก เพื่อป้องกันการเกิด เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ซ้ำในอนาคต	<ul style="list-style-type: none"> • ทีม RCA ร่วมกันจัดทำข้อเสนอแนะ ที่เป็นแนวทางปฏิบัติ/มาตรการ ป้องกันเชิงระบบที่มีความสอดคล้อง กับผลการวิเคราะห์สาเหตุราก เพื่อ ป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึง ประสงค์ซ้ำในอนาคต • กำหนดเป้าหมายและแผนการปฏิบัติ ที่ชัดเจน โดยระบุผู้รับผิดชอบหลัก และกรอบเวลาในการกำกับติดตามผล • ใช้ความคิดสร้างสรรค์, human factors engineering, user center design เพื่อออกแบบวิธีทำงานหรือ มาตรการป้องกัน

ขั้นสรุปผลและสื่อสาร (Final Report) สำหรับสื่อสารผลการ RCA กับผู้บริหาร เจ้าหน้าที่และผู้ที่เกี่ยวข้อง สร้างการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อน เพื่อป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ซ้ำในอนาคต

เมื่อทำ RCA แล้วควรทบทวนด้วยคำถามว่าเมื่อปฏิบัติตาม มาตรการที่กำหนดขึ้นมาแล้ว จะสามารถป้องกันหรือลดโอกาสเกิด อุบัติการณ์ได้หรือไม่ ถ้ายังไม่มั่นใจ ควรกลับไปทำซ้ำอีกครั้ง

III-9

Design Thinking to Service Design:

ปรับแนวคิด พลิกการออกแบบ

เมื่อถึงยุคสมัยที่เทคโนโลยีก้าวล้ำจนสามารถผลิตสินค้าต่างๆ ได้ใน ปริมาณมากและไม่มี ความแตกต่างกัน ทำให้ผู้คนกลับมาโหยหา “คุณค่า” และมองหาความ พิถีพิถันจากสัมผัสของมนุษย์อีกครั้ง พื้นฐานของงาน บริการคือการเอาใจใส่ลูกค้า ทำให้ลูกค้ากลับมาใช้บริการซ้ำๆ จนเกิดความรู้สึกว่า “บริการของเราเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตของเขา” จะทำอย่างไรให้ความ ทำทายนีกลายเป็นจริงได้ คำตอบคือ เราต้องมี design thinking จึงจะนำ

ไปสู่ service design เพื่อสร้างประสบการณ์ที่ดีแก่ลูกค้าและตอบสนองความต้องการของลูกค้าได้อย่างสมบูรณ์แบบที่สุด

เป็นที่น่ายินดีที่ศูนย์สร้างสรรค์งานออกแบบ (TCDC) ได้จัดทำเอกสาร “Service Design Workbook: คู่มือการออกแบบบริการ” เพื่อเป็นคู่มือให้ผู้สนใจพัฒนาออกแบบบริการนำไปใช้ ซึ่งเป็นแนวทางที่มีประโยชน์อย่างยิ่ง

1. Design thinking การคิดเชิงออกแบบ

การออกแบบไม่ได้เป็นแค่การสร้างสิ่งของหรือสิ่งประดิษฐ์เท่านั้น แต่การออกแบบคือความพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงสถานการณ์หรือสภาพแวดล้อมในปัจจุบันให้เป็นไปตามที่เราคาดหวังไว้ (Simon, 1969)

ตัวอย่าง การขนส่ง มีวิวัฒนาการมาอย่างยาวนานจนมนุษย์สามารถประดิษฐ์เครื่องบิน ทำให้การเดินทางและขนส่งทำได้เร็วขึ้น แต่สิ่งที่ยิ่งใหญ่กว่าคือการออกแบบประสบการณ์แบบใหม่ในการเดินทาง

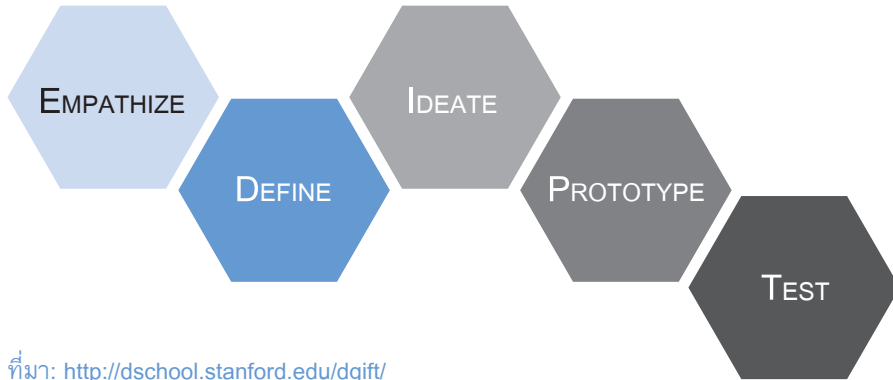
มีผู้ให้ความหมายของกระบวนการคิดเชิงออกแบบ (design thinking) ไว้ที่น่าสนใจ เช่น

- กลยุทธ์ทางความคิดสร้างสรรค์ของนักออกแบบที่ใช้ในระหว่างขั้นตอนของการออกแบบ (Visser, 2006)
- วิธีการที่สามารถนำมาใช้ในการพิจารณาปัญหาและแก้ไขปัญหาวงกว้างมากขึ้น และได้ถูกนำมาใช้ในการดำเนินธุรกิจและเพื่อสังคม (Dorst, 2012)
- การใช้ความรู้สึกของนักออกแบบและวิธีการที่จะตรงกับความต้องการของผู้คน ด้วยสิ่งที่เป็นไปได้ทางเทคโนโลยีและสิ่งที่เป็นกลยุทธ์ธุรกิจที่มีศักยภาพสามารถแปลงเป็นมูลค่าของลูกค้าและโอกาสทางการตลาดได้ (Tim Brown, 2008)

อาจสรุปได้ว่า กระบวนการคิดเชิงออกแบบ คือ กระบวนการคิดที่ประกอบไปด้วยการทำความเข้าใจปัญหาอย่างลึกซึ้ง โดยมีผู้รับผลงานเป็นศูนย์กลาง ความคิดที่ได้ต้องเป็นความคิดที่มาจากหลายมุมมอง แล้วนำความคิดนั้นไปทดสอบและพัฒนา เพื่อให้ตรงตามความต้องการของผู้รับผลงานอย่างแท้จริง

2. Process of Design Thinking

กระบวนการคิดเชิงออกแบบถูกแบ่งออกเป็นขั้นตอน แต่ละสำนักมีความแตกต่างกันออกไป เช่น Stanford University Institute of Design มีขั้นตอนตามภาพที่ III-9.1



ที่มา: <http://dschool.stanford.edu/dgift/>

ภาพที่ III-9.1 ขั้นตอนการออกแบบของ Stanford University Institute of Design (dschool)

Empathize ทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้รับผลงาน ที่เรากำลังจะออกแบบ เปรียบเสมือนเป็นตัวเอง ด้วยการสังเกต ปฏิสัมพันธ์ต่างๆ ของลูกค้าที่มีต่อผลิตภัณฑ์หรือบริการนั้น

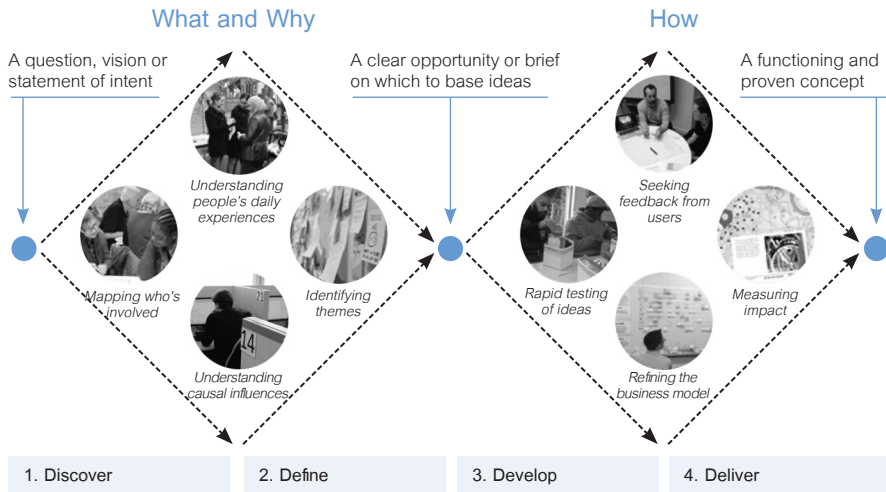
Define ทำความเข้าใจและสังเคราะห์สิ่งที่ค้นพบจากการ empathize ด้วยมุมมองของผู้รับผลงาน (point of view) แล้วจึงปรับแต่งสิ่งที่ได้ในแบบของตนเอง

Ideate สำรวจ มองหาความหลากหลายของวิธีการต่างๆ ที่จะเป็นไปได้ นำความหลากหลายเหล่านั้นมาสร้างเป็นความคิดที่จะนำไปสู่การสร้างต้นแบบ

Prototype เป็นการเปลี่ยนความคิดที่เป็นนามธรรมให้เป็นรูปธรรมที่สามารถจับต้องได้ เพื่อใช้ในการเรียนรู้และพัฒนาอย่างลึกซึ้ง

Test ทดลองนำต้นแบบไปทดสอบ สังเกต และตรวจสอบย้อนกลับ เพื่อที่จะพัฒนาต้นแบบนั้น เรียนรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับผู้รับผลงานและปรับแต่งมุมมองเดิมของตนเองร่วมด้วย





ที่มา: <http://www.creativityatwork.com/design-thinking-strategy-for-innovation/>

ภาพที่ III-9.2 ขั้นตอนการออกแบบของThe Design Council (UK)

UK Design Council อธิบายด้วย **The Double Diamond Design Process** คือ Discover-Define-Develop-Deliver ใกล้เคียงกับแนวคิดของ dschool คือ ขั้นตอนที่หนึ่งและสอง (Discover & Define) เป็นการทำความเข้าใจและตีความปัญหาอย่างลุ่มลึก มองหาบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับปัญหา ทำความเข้าใจประสบการณ์ของผู้คนและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจนได้ความคิดเบื้องต้น จากนั้นจึงเข้าสู่ขั้นตอนที่ 3 (Develop) นำแนวคิดนั้นไปทำการทดสอบ รับฟังเสียงสะท้อนจากผู้ใช้และปรับแต่งให้เข้ากับแผนธุรกิจ และขั้นตอนสุดท้าย (Deliver) หลังจากปรับแต่งแล้วทดสอบก่อนนำไปใช้จริง

Design thinking ถูกนำไปใช้ในองค์กรชั้นนำของโลกอย่างแพร่หลาย เช่น IBM Design Thinking บริษัท IBM ลงทุนสร้าง in-house innovation lab มากถึง 30 สตูดิโอ เพื่อให้ทุกพื้นที่ในบริษัทเป็นพื้นที่แห่ง design thinking รวมเอาผู้คนพร้อมทั้งความคิดที่หลากหลายเข้าไว้ด้วยกัน ระดมสมอง ประลองไอเดียด้วย post-it จำนวนมาก กิจกรรมเหล่านี้เองที่ช่วยให้บริษัทสามารถรับมือกับความท้าทายต่างๆ โดยการสร้างนวัตกรรมและสร้างสรรค์วิธีการแก้ปัญหาแบบ human centered solutions นำไปสู่การยกระดับประสบการณ์ของลูกค้าให้ดียิ่งขึ้น

3. Service Design การออกแบบบริการ

เมื่อเราได้ทำความเข้าใจ D ตัวที่หนึ่ง คือ design thinking กันพอสมควร ก็มาทำความเข้าใจกับ D ตัวที่สอง คือ service design: การออกแบบบริการ ซึ่ง service design เปรียบเสมือนวิถีแห่งการปรับตัวเพื่อให้องค์กรอยู่รอดกับภาวะที่ผู้คนกลับมาโยยหา “การบริการ” มากขึ้น คำว่า บริการ มีบุคคลที่เกี่ยวข้อง 2 กลุ่ม คือ ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ อาจเป็นแบบ one to one หรือ one to many ก็ได้ การออกแบบบริการจึงหมายถึง การที่ผู้ให้บริการทำความเข้าใจลูกค้า และนำเอาข้อมูลที่สำคัญของลูกค้ามาออกแบบ และพัฒนาการให้บริการสอดคล้องตามความต้องการ และให้ลูกค้าได้รับประสบการณ์ที่ดีที่สุด

การออกแบบบริการ เป็นส่วนผสมของการเชื่อมโยงแนวความคิด จากศาสตร์หลายแขนงเข้าด้วยกัน เพื่อนำไปสู่คำตอบหรือการแก้ปัญหา ต้องใช้ “วิธีคิดของคนหลายแบบ” เข้าด้วยกันในการแก้ปัญหา ผลจากการออกแบบบริการ คือ “มาตรฐานในการให้บริการ” ที่องค์กรใช้เป็นมาตรฐาน ให้บุคลากรปฏิบัติตาม เพื่อส่งมอบคุณค่าให้กับลูกค้า เพราะการออกแบบบริการต้องมีคนหลายกลุ่ม จากหลายสาขาวิชาเข้ามารวมกัน ตัวอย่างของความรู้พื้นฐานที่จำเป็นในการออกแบบบริการ เช่น 7P กับงานบริการ, แนวโน้มของการออกแบบบริการ (service design trend), การคิดเชิงออกแบบกับงานบริการ (design thinking), การออกแบบกับการขับเคลื่อนองค์กร (design ladder), ระดับขั้นของการออกแบบ (service design level), พื้นฐานการออกแบบบริการ (service design fundamentals) เป็นต้น แต่เมื่อลงมือปฏิบัติจริง องค์ความรู้ที่สำคัญในสาขาวิชาซึ่งหนึ่งๆ ก็เป็นส่วนประกอบที่สำคัญด้วยเช่นกัน

4. Service Design Process

ก่อนเริ่มกระบวนการออกแบบบริการ ต้องระลึกไว้เสมอว่า กระบวนการออกแบบบริการนั้น เป็นกระบวนการที่ต้องทำกลับไปกลับมา ต้องทำซ้ำไปซ้ำมา มีความเป็นวิทยาศาสตร์ในตัวเอง หนังสือคู่มือการออกแบบบริการ ได้แบ่งขั้นตอนหลักๆ ออกเป็น 3 Phase ดังนี้



Phase 1 Exploration สำรวจและเก็บข้อมูล

ใน phase นี้ มีเครื่องมือที่จะช่วยให้การสำรวจ และเก็บข้อมูลทำได้ง่ายขึ้น ส่วนใหญ่เป็นเครื่องมือและวิธีการที่ใช้ในการทำวิจัยอยู่แล้ว เช่น การทบทวนนิยาม ทำความเข้าใจปัญหา การสังเกต การสัมภาษณ์ นำข้อมูลที่ได้มาสังเคราะห์ ร้อยเรียงเป็นเรื่องราว เป็นต้น ส่วนเครื่องมืออื่นๆ เป็นเครื่องมือที่น่าสนใจ ช่วยเสริมให้การเก็บข้อมูลมีความละเอียดและครบถ้วน ได้แก่ 3MAP & 1P: Stakeholder map, System map, Journey map & Persona กล่าวถึงการระบุบุคคล ระบบต่างที่มีส่วนเกี่ยวข้อง สร้างผู้รับบริการจำลองและสร้างประสบการณ์จำลองให้กับผู้ใช้ด้วย

Phase 2 Creation การสร้างแนวคิดงานบริการ

Phase นี้เน้นที่การได้มาซึ่งความคิดเห็นที่หลากหลาย และการจัดกลุ่มความคิด ด้วยเครื่องมือต่างๆ นักออกแบบทั้งหลายพึงระลึกว่า สิ่งเหล่านี้เป็นเพียงเครื่องมือให้เลือกใช้ ควรเลือกใช้ที่จำเป็นและเหมาะกับวัฒนธรรมองค์กรของตน

กลุ่มเครื่องมือที่ช่วยให้ทีมแสดงความคิดเห็น ได้แก่ การตั้งคำถาม การระดมสมอง การใช้กลุ่มคำ ไบแสดงแนวคิด การจำลองสถานการณ์ สร้างพื้นที่ให้ความคิดสร้างสรรค์ การแบ่งปันเรื่องราว ระดมสมองผู้เชี่ยวชาญ สุมหัว นักออกแบบ การใช้สังคมออนไลน์เสนอความคิดเห็น

กลุ่มเครื่องมือที่ช่วยในการจัดกลุ่มคิด ได้แก่ การมองมุมใหม่ การจัดระเบียบข้อมูล การทดลองทำจริง การจัดกลุ่มด้วยภาพ การออกแบบร่วมกัน การมองภาพรวมแนวความคิด การเจาะรายละเอียดแต่ละสถานการณ์ การมองหาความสัมพันธ์ของความคิด

Phase 3 Reflection & Implementation การนำแนวคิดไปทดสอบและปฏิบัติจริง

Phase สุดท้ายกล่าวถึง การนำแนวคิดที่ได้มานั้นไปทดสอบด้วยแบบจำลองหรือสถานการณ์จำลอง จากนั้นจึงนำไปสู่การสร้างแผนผังงานบริการ องค์กรใดที่มีผลกำไรเข้ามาเกี่ยวข้องก็สามารถเชื่อมโยงเข้ากับการสร้างแผนธุรกิจ ซึ่งในเล่มนี้จะเน้นที่ Business Model Canvas เป็นหลัก



ภาพที่ III-9.3 แสดง Service Design Process

บทสรุป Design Thinking to Service Design

การบริการมีความเป็นระบบในตัวเอง ดังนั้นหากต้องการออกแบบระบบหรือออกแบบบริการ เราต้องใช้วิธีการคิดเชิงออกแบบเป็นตัวปรับแต่งจุดอ่อนของการออกแบบจะถูกจัดการได้ก็ต่อเมื่อผู้ออกแบบใกล้ชิดกับลูกค้า ฟังเสียงลูกค้าให้มากขึ้น ได้ข้อมูลที่แท้จริง เรียนรู้การออกแบบด้วย learning by doing ควบคู่กับการทำความเข้าใจมาตรฐาน Part I-6 HA Standards ไม่ตกเป็นเครื่องมือของเครื่องมือ ทดสอบและทำให้มั่นใจว่าระบบบริการที่ออกแบบไว้นั้น สามารถนำไปใช้ประโยชน์ต่อผู้คนได้อย่างกว้างขวาง

เอกสารอ้างอิง

Visser, W. (2006). The cognitive artifacts of designing. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Dorst, K (2012). Frame Innovation: Create new thinking by design. Massachusetts: MIT Press.

Brown, T. (2008). Design thinking. Harvard Business Review. June, pp.84-92.

Simon, H. A. (1969). The sciences of the artificial. Cambridge: MIT Press. www.tcdc.or.th



มาตรฐาน HA กำหนดว่า “โครงสร้างอาคารสถานที่ขององค์กรเป็นไปตามกฎหมาย ข้อบังคับ และข้อกำหนดในการตรวจสอบอาคารสถานที่” เพื่อเป็นหลักประกันด้านความปลอดภัยและสวัสดิภาพของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ในการจัดสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วยนั้น มีหลายเรื่องที่ต้องปฏิบัติให้เป็นไปตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องหรือนำข้อกำหนดตามกฎหมายมาเป็นแนวทางปฏิบัติ เช่น การก่อสร้างอาคาร การปรับปรุง การเปลี่ยนแปลงการใช้อาคาร การจัดบริการภายในอาคารของโรงพยาบาล การป้องกันและระงับอัคคีภัย การจัดการวัสดุและของเสียอันตราย การจัดการของเสีย เป็นต้น

พระราชบัญญัติ กฎกระทรวงและประกาศที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมของสถานพยาบาล

1. พระราชบัญญัติและกฎกระทรวงที่เกี่ยวข้องกับสถานพยาบาล ได้แก่ พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541, แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2547, (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2555, (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2559; กฎกระทรวงกำหนดลักษณะของสถานพยาบาลและลักษณะการให้บริการของสถานพยาบาล พ.ศ. 2558
2. พระราชบัญญัติและกฎกระทรวงที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมอาคาร ได้แก่ พระราชบัญญัติควบคุมอาคาร พ.ศ. 2522, แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2535; กฎกระทรวงมหาดไทยฉบับที่ 10, 39, 44, 51, 55, กฎกระทรวงกำหนดประเภทอาคารที่ต้องจัดให้มีผู้ตรวจสอบ พ.ศ. 2548, กฎกระทรวงว่าด้วยการยกเว้น ผ่อนผัน หรือกำหนดเงื่อนไขในการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมอาคาร พ.ศ. 2550, ข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร เรื่อง ควบคุมอาคาร พ.ศ. 2544
3. พระราชบัญญัติและกฎกระทรวงที่เกี่ยวข้องกับผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชรา ได้แก่ พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพ

ชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550; กฎกระทรวง กำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกในอาคารสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชรา พ.ศ. 2548; กฎกระทรวง กำหนดลักษณะหรือการจัดให้มีอุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวก หรือบริการ ในอาคาร สถานที่ หรือบริการสาธารณะ เพื่อให้คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ พ.ศ. 2555

4. พระราชบัญญัติและกฎกระทรวงที่เกี่ยวข้องกับการป้องกัน ระวังอัคคีภัย ได้แก่ พระราชบัญญัติการป้องกันและระงับอัคคีภัย พ.ศ. 2542; กฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานในการบริหาร จัดการ และดำเนิน การด้าน ความปลอดภัยอาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับการ ป้องกันและระงับอัคคีภัย พ.ศ. 2555

5. พระราชบัญญัติ กฎกระทรวงและประกาศกระทรวงที่เกี่ยวข้อง กับสิ่งแวดล้อม ได้แก่ พระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม แห่งชาติ พ.ศ. 2535, พระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ. 2535 (แก้ไขปี พ.ศ. 2551), กฎกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545, กฎกระทรวงแรงงานว่าด้วยกำหนดมาตรฐานในการบริหารจัดการ และดำเนินการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อม ในการทำงานเกี่ยวกับสารเคมีอันตราย พ.ศ. 2556, ประกาศกระทรวง ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เรื่อง กำหนดมาตรฐานควบคุมการ ระบายน้ำทิ้งจากอาคารบางประเภทและบางขนาด พ.ศ. 2548, กฎกระทรวง กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และแบบการเก็บสถิติและข้อมูลการจัด ทำบันทึก รายละเอียด และรายงานสรุปผลการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสีย พ.ศ. 2555, ประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เรื่องกำหนด ประเภทของอาคารเป็นแหล่งกำเนิดมลพิษที่จะต้องถูกควบคุม การปล่อย น้ำเสียลงสู่แหล่งน้ำสาธารณะหรือออกสู่สิ่งแวดล้อม, ประกาศกระทรวง ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เรื่องกำหนดประเภทของอาคารเป็น แหล่งกำเนิดมลพิษที่จะต้องถูกควบคุมการปล่อยน้ำเสียลงสู่แหล่งน้ำ สาธารณะหรือออกสู่สิ่งแวดล้อม (ฉบับที่ 2)

6. พระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับอาชีวอนามัย และความ ปลอดภัย ได้แก่ พระราชบัญญัติ ความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพ แวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. 2554, คู่มือการปฏิบัติตามมาตรฐานการบริหาร



และการจัดการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน ตาม พรบ.ความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. 2554 สำหรับหน่วยงานราชการ

ประเด็นที่ควรศึกษาและนำสู่การปฏิบัติ

ประเด็นที่ควรศึกษาและนำสู่การปฏิบัติจากพระราชบัญญัติ กฎกระทรวงและประกาศที่เกี่ยวข้องในการจัดการสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่

1. พระราชบัญญัติและกฎกระทรวงที่เกี่ยวข้องกับสถานพยาบาลสาระสำคัญคือ การกำหนดลักษณะประเภทของสถานพยาบาล ลักษณะโดยทั่วไป ได้แก่ ทำเลสถานที่ที่ตั้ง สภาพของอาคาร สภาพภายนอก/ภายในของอาคาร การจัดพื้นที่การให้บริการ เส้นทางการสัญจร/ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การจัดสถานที่และอุปกรณ์อำนวยความสะดวกที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุและผู้พิการแต่ละประเภทโดยอย่างน้อยต้องมีทางลาดเอียงราวเกาะและห้องน้ำสำหรับผู้พิการ ลักษณะการให้บริการของสถานพยาบาลได้แก่ มีความปลอดภัยมีความสะดวกและเหมาะสมต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการในการประกอบวิชาชีพตามประเภทและสาขานั้น ได้รับอนุญาตเป็นอาคารสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยควบคุมอาคารมีลักษณะถูกสุขลักษณะตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุขกฎหมายว่าด้วยการผังเมือง กฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม

2. พระราชบัญญัติและกฎกระทรวงที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมอาคาร สาระสำคัญ คือ การกำหนดให้อาคารของโรงพยาบาลเป็นอาคารประเภทควบคุมการใช้ ที่ต้องดำเนินการขออนุญาตก่อสร้างปรับปรุงเปลี่ยนแปลงการใช้ การเคลื่อนย้าย (บังคับเฉพาะโรงพยาบาลเอกชน แต่โรงพยาบาลของทางราชการก็ควรต้องนำเสนอแบบแปลนให้หน่วยงานในท้องถิ่นตรวจสอบ) ต้องมีเอกสารแสดงการขออนุญาตก่อสร้างอาคาร (อ.1) ใบอนุญาตให้ใช้อาคาร (อ.5 หรือ อ.6) อาคารขนาดใหญ่ หรืออาคารสูงมากกว่า 23 เมตร ต้องได้รับการตรวจสอบความแข็งแรง (บังคับทั้งภาครัฐและภาคเอกชน) จะมีใบรับรองการตรวจสอบอาคาร (ร.1)

3. พระราชบัญญัติและกฎกระทรวงที่เกี่ยวข้องกับผู้พิการหรือทุพพลภาพและคนชรา สาระสำคัญ คือ แนวทางการจัดส่วนของอาคารที่สร้างขึ้นและอุปกรณ์อื่นเป็นส่วนประกอบของอาคารที่ติดหรือตั้งอยู่ภายในและภายนอกอาคารเพื่ออำนวยความสะดวกในการใช้อาคารสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพ และผู้สูงอายุ เช่น การจัดพื้นที่ในการให้บริการ การจัดทำห้องน้ำ ทางลาด ราวจับยึด สถานที่จอดรถสำหรับผู้พิการ ลิฟต์ และสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ เป็นต้น

4. พระราชบัญญัติและกฎกระทรวงที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันระงับอัคคีภัย สาระสำคัญ คือ การดำเนินการด้านความปลอดภัยเกี่ยวกับอาคาร ทางหนีไฟ และป้ายบอกทางหนีไฟ แผนการป้องกันและระงับอัคคีภัย อุปกรณ์ในแจ้งเตือนและการดับเพลิง การจัดการกับแหล่งต้นเพลิง การฝึกซ้อมและการรายงานผลการฝึกซ้อม

5. พระราชบัญญัติ กฎกระทรวงและประกาศกระทรวงที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม สาระสำคัญ คือ การกำหนดประเภทของอาคารที่เป็นแหล่งกำเนิดของมลพิษที่ต้องควบคุม แนวทางการจัดการ การควบคุมวัตถุอันตราย สารเคมีอันตราย การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ มูลฝอยอันตราย มาตรฐานการจัดการระบบบำบัดน้ำเสียของอาคาร ค่ามาตรฐานของน้ำที่ผ่านการบำบัด การเก็บสถิติและข้อมูลการจัด ทำบันทึกรายละเอียด และรายงานสรุปผลการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสีย

6. พระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับอาชีวอนามัย และความปลอดภัย สาระสำคัญ คือ แนวทางการวางมาตรการควบคุมกำกับดูแลและบริหารจัดการด้านความปลอดภัยอาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานอย่างเหมาะสม เพื่อให้การกระทำหรือสภาพการทำงานซึ่งปลอดภัยจากเหตุอันจะทำให้เกิดการประสบอันตรายต่อชีวิตร่างกายจิตใจหรือสุขภาพอนามัยอันเนื่องมาจากการทำงานหรือเกี่ยวกับการทำงาน ซึ่งพระราชบัญญัติจะใช้บังคับกับโรงพยาบาลเอกชน ส่วนโรงพยาบาลของทางราชการนั้นมีข้อแนะนำให้ปฏิบัติตามคู่มือการปฏิบัติตามมาตรฐานการบริหาร และการจัดการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ร.บ.ความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. 2554 ซึ่งมีแนวทางการปฏิบัติสอดคล้องตามพระราชบัญญัติ



การศึกษาระยะสำคัญของกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วยนั้นจะช่วยทำให้โรงพยาบาลรับรู้ข้อกำหนดที่มีการระบุไว้ตามกฎหมาย/กฎกระทรวง/ข้อบัญญัติของหน่วยงานท้องถิ่นที่เกี่ยวข้อง และการนำข้อกำหนดที่ยังไม่มีการปฏิบัติหรือยังปฏิบัติไม่ถูกต้องมาดำเนินการปรับปรุงเพื่อความสะดวก ปลอดภัยของผู้ที่เกี่ยวข้อง และเป็นการกำกับดูแลกิจการที่ดีที่มีความรับผิดชอบต่อสาธารณะสร้างความมั่นใจว่ามีการดำเนินงานอย่างมีจริยธรรม

III-11

Performance Measurement & Evaluation: การวัดและประเมินผลการดำเนินงาน

1. การวัด

คืออะไร

ความหมายที่หนึ่ง การวัดเป็นการทำให้ลักษณะใดลักษณะหนึ่งมีความหมายยิ่งขึ้นด้วยการทำให้เป็นข้อมูลเชิงปริมาณซึ่งมีหน่วยจำเพาะและสามารถใช้เปรียบเทียบได้ เป็นความหมายที่เราคุ้นเคยกันโดยทั่วไป

ความหมายที่สอง การวัดคือกระบวนการสังเกตและบันทึกผลการสังเกตนั้น เป็นความหมายที่ใช้ในการวิจัยและครอบคลุม non-numerical measurement ด้วย

ทำไม

การวัดอาจมีเป้าหมายที่แตกต่างกัน คือ (1) วัดเพื่อพัฒนา (2) วัดเพื่อตัดสินหรือแสดงความรับผิดชอบ (3) วัดเพื่อวิจัยให้ได้ความรู้และความคิดใหม่ๆ เราต้องรู้ชัดเจนถึงเป้าหมายการวัดของเรา เพราะทั้งสามเป้าหมายนั้นมีวิธีการและเทคนิคในการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลที่แตกต่างกัน หากไม่ชัดเจนจะเกิดความสับสนและสูญเปล่าเนื่องจากใช้วิธีการและเทคนิคที่ไม่เหมาะสม

ทำอย่างไร

ในการวัดเพื่อตัดสิน จะมีการกำหนดระดับของ performance ขึ้นมาระดับหนึ่งว่าเป็นระดับที่ยอมรับได้ ถ้า performance ต่ำกว่านี้ก็จะปฏิเสธโดยถือว่ามิชอบพร้อม ถ้า performance ดีกว่านี้ก็ไม่ต้องทำอะไร

ในการวัดเพื่อการวิจัย จะพยายามขจัดอคติของการวัด ใช้ตัวอย่างจำนวนมาก มีการทดสอบสมมติฐานที่กำหนดไว้ตายตัวโดยใช้สถิติเชิงอนุมานทำการทดสอบใหญ่ครั้งเดียวหรือเปรียบเทียบก่อนหลัง

ในการวัดเพื่อพัฒนา ไม่ว่าจะ performance จะดีหรือไม่ก็จะพยายามปรับปรุงหรือลดความแปรปรวนในทุกกรณี ส่วนที่เคยเป็นข้อบกพร่องก็จะหายไปโดยปริยาย และ performance ที่เป็นผลรวมของกลุ่มจะดีขึ้น สิ่งที่แตกต่างกันจากการวัดเพื่อการวิจัยคือยอมรับอคติที่ consistent อยู่ในระบบเก็บข้อมูลจำนวนน้อย (just enough data) สมมติฐานอาจจะเปลี่ยนแปลงไปตามข้อมูลที่ได้รับ ใช้ control chart ในการวิเคราะห์ และผู้ใช้นั้นจำกัดอยู่เฉพาะผู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนา

เคล็ดลับของการสร้างระบบการวัดที่ได้ผล (1) มองหาตัววัดที่เป็นประโยชน์ในการนำมาใช้ไม่ต้องกังวลเรื่องความสมบูรณ์ไม่มีที่ติ (2) คิดถึงการวัดช่วงสั้น (3) ใช้การสุ่มตัวอย่าง (ตามความเหมาะสม) (4) บูรณาการการวัดเข้าในงานประจำ (5) เก็บรวบรวมทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ (6) นำข้อมูลมาทำกราฟต่อเนื่องไปตามช่วงเวลา

แหล่งข้อมูล: Robert C. Lloyd, IHI

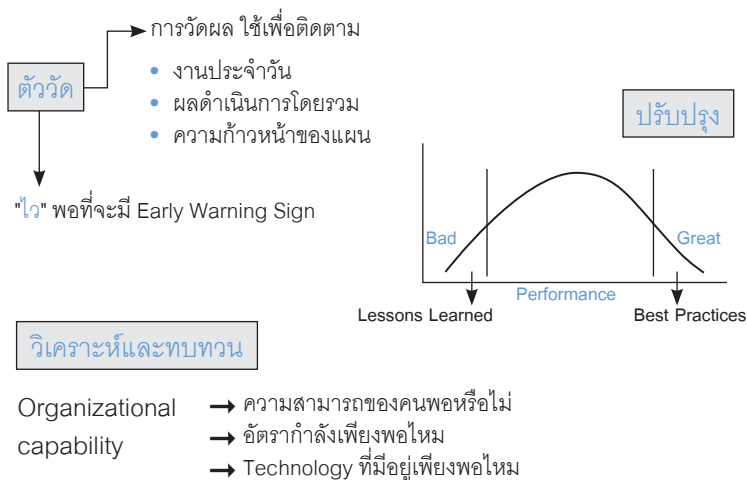
2. การประเมินผลการดำเนินงาน (Performance Evaluation)

“ถ้าไม่สามารถวัดได้ ก็บริหารไม่ได้” ประโยคนี้ได้อธิบายได้อย่างชัดเจนถึงความสำคัญของการวัดผลที่เราทำไปเพื่ออะไร ถ้าการวัดผลนี้ไม่สำคัญ ต้นตำหรับของ Excellence Framework ของโลกอย่าง Baldrige criteria คงไม่เอา “การวัด วิเคราะห์และจัดการความรู้” มาเป็น System Foundation ในเกณฑ์

แล้วเราวัดผลกันไปทำไม คำตอบง่ายๆ คือ “ถ้าไม่สามารถวัด ก็ไม่สามารถพัฒนา” จะเกิดอะไรขึ้นถ้าเรา พัฒนาแล้วไม่ได้วัดผล อยู่าคิดว่าสิ่ง

นี้จะเกิดขึ้นไม่ได้ หลายองค์กรต้องการให้คนในองค์กรมีการเรียนรู้หรือเป็น learning organization พร้อมทั้งวาดฝันว่าสิ่งที่ผู้คนได้เรียนรู้จะนำไปสู่การพัฒนาและปรับปรุงงานได้ ถ้าวรรอบ CQI หมุนตัว แต่ตอบไม่ได้ว่าผลที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร แล้วเราจะมั่นใจได้อย่างไรว่าพลังที่ทุ่มเทลงไปใน การปรับปรุง เรามาถูกทาง ดังนั้นเกณฑ์ Baldrige หรือ HA Standards จะมีส่วนของผลการดำเนินงานแยกออกมาอย่างชัดเจน แต่การดูที่ผลลัพธ์จะต้องดูควบคู่ไปกับกระบวนการเพื่อให้มั่นใจว่าผลลัพธ์ที่ดีนั้น ไม่ได้เกิดจากความบังเอิญหรือโชคช่วย แต่เกิดมาจากการปรับปรุงหรือพัฒนากระบวนการทำงานจริงๆ เพราะสิ่งนี้จะทำให้องค์กรยั่งยืน

ถึงตรงนี้มาดูความสำคัญเฉพาะ “วัด วิเคราะห์และปรับปรุง” หรือ I-4.1 ในมาตรฐาน HA



ภาพที่ III-11.1 หัวใจของมาตรฐานเรื่องการวัดและวิเคราะห์ผลการดำเนินการ

เมื่อเราจะกำหนดตัววัด ต้องเป็นตัววัดที่สำคัญๆ ที่สามารถนำมาใช้ งานได้จริง สิ่งนี้อาจจะเป็นหลุมพรางตัวแรกที่ต้องระวัง กว่าจะออกมาเป็น ตัววัด 1 ตัววัด คนทำงานหน้างานอาจจะต้องใช้เวลามากมายในการเก็บ รวบรวมข้อมูล ดังนั้นถ้าตัววัดไม่ตอบโจทย์ว่าวัดไปเพื่ออะไร ตัววัดนั้นต้อง เอาออกไปจากระบบ

การกำหนดตัววัดมีตั้งแต่ daily, weekly, monthly, quarterly และ yearly จุดประสงค์ก็เพื่อใช้ในการติดตามงาน หรือติดตามผลการดำเนินงาน หรือใช้ติดตามแผนงาน ประเด็นที่สำคัญในจุดนี้ที่ผู้ออกแบบตัววัดและระบบการวัดผลต้องคิดตั้งแต่เนิ่นๆ คือ ระบบการวัดต้องไวพอที่จะปรับเปลี่ยนเมื่อรู้ตัวว่าระบบการวัดที่ออกแบบไว้ไม่ตอบโจทย์ หรือตัววัดก็ต้องมีความไวพอที่จะส่งสัญญาณเตือนภัยก่อนที่จะเกิดเหตุการณ์จะเกิด หรือที่เราเรียกว่า early warning sign ซึ่งตัววัดนี้คือ leading indicator

สมมุติว่าเรามีการออกแบบระบบการวัดผลที่ดี มีตัวชี้วัดที่ใช้ คราวนี้ก็ต้องนำสิ่งที่เกิดจากการวัดมาใช้ประโยชน์นอกเหนือจากการปรับปรุงงานที่หน่วยงานซึ่งเป็นหน้าที่ของผู้บริหารโดยแท้ เพราะผลที่เกิดจากการวัด หากนำมาวิเคราะห์ต่อยอด ท่านจะได้คำตอบว่า คนที่มีอยู่ มีความสามารถพอหรือไม่ อัตรากำลังในแต่ละงาน (staffing level) มีพอไหม หรือ ถ้ากำลังคนไม่พอ จะหาคนเพิ่มหรือใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วยดี

สิ่งที่สำคัญของการวัดเพื่อการปรับปรุง หากเรานำตัวเลขที่เกิดจากการวัดผลการ plot chart สมมุติว่าเราได้กราฟแบบระฆังคว่ำ ด้านขวาสุดคือ best practice และด้านซ้ายสุดคือ bad practice ตามปกติเราจะให้ความสำคัญกับ best practice เราชอบที่เรียนรู้สิ่งที่ผู้อื่นทำได้ดี การเรียนรู้นี้อาจจะทำทั้งในองค์กร หรือไปขอเรียนรู้สิ่งดีๆ ขององค์กรอื่น เราก็คงจะได้ประโยชน์ แต่สิ่งที่เรามองข้ามแต่อยากจะเชียร์ให้หันกลับมาให้ความสำคัญคือ bad practice เพราะถ้าสิ่งที่ไม่ดีหรือที่แย่ๆ ถ้าเรานำมาถอดรหัส หาคำตอบว่าเกิดอะไรขึ้นเพื่อการวางระบบที่ดี ไม่ใช่หาว่าใครผิด หากทำได้เช่นนี้ประโยชน์ที่จะเกิดจากการร่วมเรียนรู้จากกราฟด้านซ้ายจะเป็น lesson learned ที่มีค่ามหาศาล

ทั้งนี้ทั้งนั้น ไม่ว่าจะ best practice หรือ lessons learned จะเกิดขึ้นไม่ได้ หากไม่มีการวางระบบการวัดผลที่ดี



3. การวัดในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

เราวัดอะไรกันบ้าง:

ในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล เราควรวัดสิ่งต่อไปนี้ (1) ความก้าวหน้าและการบรรลุเป้าหมายตามแผนปฏิบัติการ/แผนยุทธศาสตร์ (2) การบรรลุเป้าหมายของระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล (3) การวัดผล การดูแลผู้ป่วยตามมิติคุณภาพต่าง ๆ

การวัดควรนำไปสู่การวิเคราะห์ แปลความหมาย และใช้ประโยชน์ ดังนี้ (1) ควบคุมงานประจำ (2) ปรับปรุง/พัฒนากระบวนการทำงาน (3) ตัดสินใจเชิงกลยุทธ์

มิติคุณภาพที่ควรพิจารณาในการวัด:

- Accessibility การเข้าถึงซึ่งควรพิจารณาความครอบคลุมควบคู่ไปด้วย
- Appropriateness ความเหมาะสมดูจาก compliance ต่อแนวปฏิบัติหรือข้อมูลวิชาการต่างๆ
- Continuity ความต่อเนื่องในการดูแลทั้งในสถานพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน
- Effectiveness สัมฤทธิ์ผลดูจากการบรรลุเป้าหมายสำคัญของการดูแลแต่ละโรค
- Efficiency ประสิทธิภาพ เปรียบเทียบผลที่เกิดขึ้นกับทรัพยากรที่ใช้
- People-centered การเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง รวมทั้งมิติด้านจิตวิญญาณ
- Safety ความปลอดภัย
- Timeliness ความเหมาะสมกับเวลา

4. เส้นทางของการวัดผล (Measurement Journey)

คืออะไร

คือวิธีการที่เป็นระบบในการเก็บข้อมูลเพื่อการวัดผล ทำให้มั่นใจว่าผลการวัดนั้นตรงประเด็น ถูกต้อง น่าเชื่อถือ คงเส้นคงวา

ทำไม

การวัดเป็นการลงทุนใช้ทรัพยากร ความคุ้มค่าคือการนำไปใช้ประโยชน์ได้ การวัดเพื่อการพัฒนาควรนำบริบทสำหรับการดำเนินการปรับปรุงมาร่วมพิจารณาโดยเริ่มตั้งแต่เป้าหมายที่ต้องการพัฒนา

อย่างไร

ขั้นตอนหลักบนเส้นทางของการวัดผลประกอบด้วย

(1) Aim: กำหนดเป้าหมาย ต้องการบรรลุผลลัพธ์อะไร ภายในเวลาเมื่อใด

(2) Concept: พิจารณาว่าแนวคิดในเป้าหมายที่จะนำมากำหนดตัววัดคืออะไร เช่น เพิ่มความผูกพันของบุคลากร

(3) Measure: พิจารณาว่าตัววัดที่จะวัดความผูกพันของบุคลากรคืออะไรโดยพิจารณาทั้งตัววัดเชิงกระบวนการ ตัววัดเชิงผลลัพธ์ และอาจพิจารณาตัววัดอื่นๆ ที่อาจได้รับผลกระทบแม้มิได้เป็นเป้าหมายของเรื่องนั้น (หนึ่งแนวคิดอาจจะมีตัววัดได้หลายตัว) การนำแนวคิดมากำหนดตัววัดควรทำข้อตกลงเกี่ยวกับคำคุณศัพท์ในแนวคิดให้ชัดเจน เช่น recovery, major, timely, complete, accuracy หรือ excellent

(4) Operational definition: กำหนดคำนิยามเชิงปฏิบัติของตัววัดแต่ละตัวเป็นคำอธิบายเชิงปริมาณถึงสิ่งที่จะวัดระบุงค์ประกอบที่เฉพาะเจาะจงของตัววัดนี้ เช่น ระบุเศษและส่วนถ้าตัววัดเป็นร้อยละหรืออัตรา ระบุวิธีการคำนวณถ้าตัววัดเป็นค่าเฉลี่ย ระบุเครื่องมือหรืออุปกรณ์พิเศษที่จำเป็นในการเก็บข้อมูล เช่น วิธีการได้มาซึ่งคะแนนความพึงพอใจ เกณฑ์ที่จะใช้ตัดสินแนวคิดที่จะวัด (ถ้าเป็นตัววัดที่สะท้อนแนวคิดซึ่งเป็นนามธรรม) ให้ความหมายของแนวคิดเพื่อใช้ในการสื่อสาร มีความชัดเจน ไม่คลุมเครือ ระบุวิธีการวัดและเครื่องมือที่ใช้ที่เฉพาะเจาะจง



ระบุเกณฑ์ในการนำเข้ามารวม (inclusion criteria) หรือยกเว้น
ไม่นำเข้ามารวม (exclusion criteria) และใช้เป็นแนวทางสำหรับการสุ่ม
ตัวอย่าง

(5) Data collection plan: แผนการเก็บข้อมูล ระบุว่าใครเป็นผู้รับ
ผิดชอบในการเก็บข้อมูลจะเก็บข้อมูลบ่อยเพียงใดแหล่งข้อมูลที่จะเฉพาะ
เจาะจงคืออะไร อะไรที่จะนำรวมเข้ามา (inclusion) อะไรที่จะไม่นำรวมเข้า
มา (exclusion) จะเก็บข้อมูลอย่างไร (เก็บด้วยมือ เก็บจากสมุดบันทึก เก็บ
จากระบบอัตโนมัติ) จะจัดช่วงชั้นข้อมูลอย่างไร จะสุ่มตัวอย่างเพื่อไม่ให้เป็น
ภาวะแต่ได้ข้อมูลที่ใช้ประโยชน์ได้อย่างไร

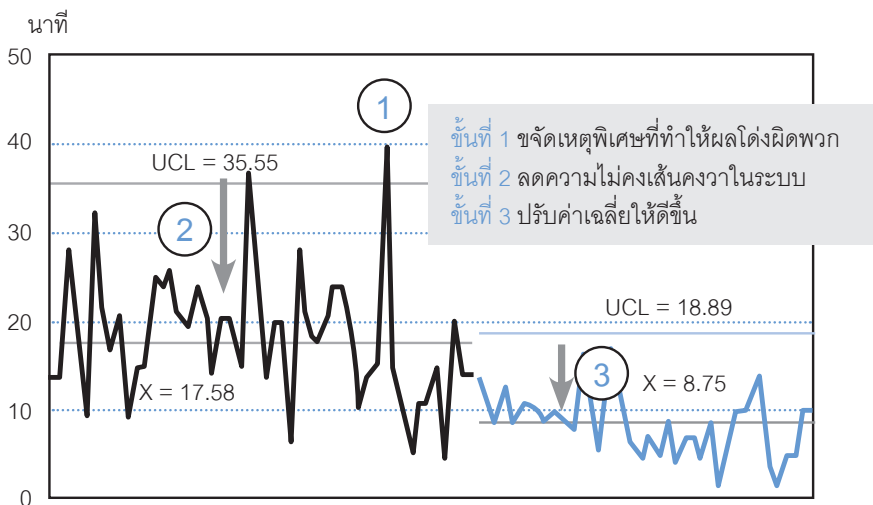
(6) Data collection: ลงมือเก็บข้อมูลตามแผน

(7) Data analysis: การวิเคราะห์ ใช้ control chart เพื่อทำความเข้าใจ
variation ในระบบ แยกแยะว่าเป็น normal cause of variation หรือ
special cause of variation

(8) Action: ปฏิบัติการตอบสนองต่อ variation อย่างเหมาะสม

แหล่งข้อมูล: Robert C. Lloyd, IHI

5. Control Chart



ภาพที่ III-11.2 Control Chart กับเป้าหมายการปรับปรุง

คืออะไร

คือกราฟเส้นเพื่อแสดงความแปรปรวน (variation) หรือพฤติกรรมของกระบวนการ พร้อมค่าสถิติที่ช่วยในการพิจารณาว่ากระบวนการนั้นอยู่ในภาวะภายใต้การควบคุมหรือไม่ จำแนกว่าความแปรปรวนนั้นเป็นความแปรปรวนปกติ (common cause of variation) หรือมีสาเหตุผิดปกติเกิดขึ้น (special cause of variation)

ทำไม

Control chart ทำให้ (1) เห็นการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมของระบบงานเสมือนภาพเคลื่อนไหวหรือการถ่ายจากกล้องวิดีโอ (2) ทำให้เห็น variation และจำแนกประเภทของ variation (3) นำมาสู่การตอบสนองที่เหมาะสมกับประเภทของ variation กล่าวคือไม่ overreact ต่อ common cause of variation และไม่ underreact ต่อ special cause of variation

อย่างไร

ขั้นตอนการสร้าง control chart (1) นำข้อมูลมาสร้างกราฟเส้นต่อเนื่องไปตามลำดับการเกิดเหตุการณ์ (2) ชีตเส้นกลาง (center line) โดยใช้ค่า mean ของข้อมูลทั้งหมด (3) คำนวณค่า standard deviation และ ชีตเส้น upper & lower control limit (mean \pm 3 S.D.) และอาจจะสร้าง upper and lower warning limit โดยใช้ค่า mean \pm 2 S.D.

พิจารณาว่ากระบวนการอยู่ในภาวะภายใต้การควบคุมหรือไม่ โดยใช้เกณฑ์เบื้องต้นต่อไปนี้เป็นตัวบ่งชี้ว่าเริ่มมีเหตุการณ์ที่อยู่นอกการควบคุม (1) มีจุดใดจุดหนึ่งอยู่นอก control limits (2) มีจุด 7 จุดอยู่หรือหรือใต้เส้นกลาง (3) มีแนวโน้มของการขึ้นหรือลงต่อเนื่องไปในทิศทางเดียวกัน ตั้งแต่ 7 จุดขึ้นไป

เป้าหมายของการปรับปรุง (1) หาสาเหตุพิเศษและจัดการกับสาเหตุพิเศษตามความเหมาะสม (2) ลด variation ในระบบ (3) เพิ่มคุณภาพโดยเฉลี่ยของกระบวนการ (ปรับค่า mean)

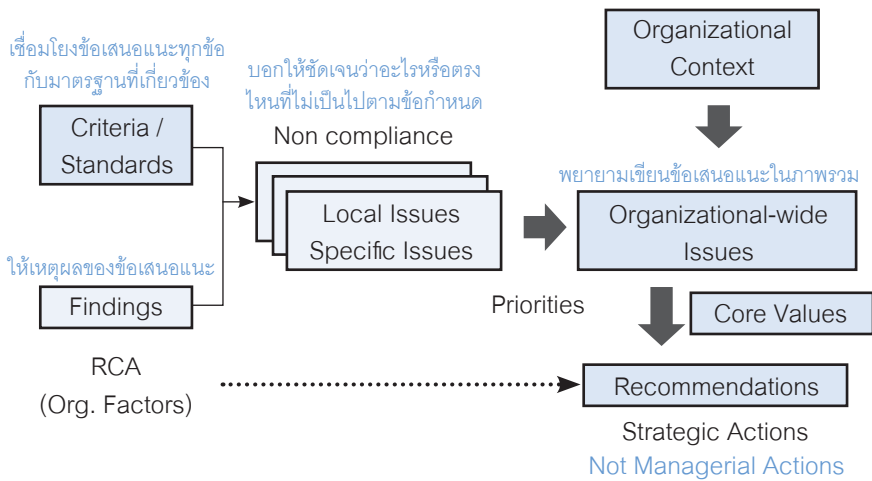


ความสำคัญของรายงานการเยี่ยมชมสำรวจ

รายงานผลการเยี่ยมชมสำรวจมีความสำคัญมากต่อโรงพยาบาล เพราะเป็นเอกสารที่จัดทำขึ้นโดยผู้เยี่ยมชมสำรวจที่มีความประสงค์จะสะท้อนความก้าวหน้าของการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลในปัจจุบันและเป็นข้อเสนอแนะที่ใช้สำหรับวางแผนการพัฒนางองค์กรในอีก 2-3 ปีข้างหน้า เพื่อปรับปรุงบริการและการดูแลผู้ป่วย และเพื่อให้โรงพยาบาลมีคุณค่าและความหมายยิ่งขึ้นต่อชุมชนที่ตั้งอยู่ รวมถึงต่อสังคมในวงกว้าง ดังนั้นผู้เยี่ยมชมสำรวจจะระมัดระวังมากในการเขียน เพราะมีความเข้าใจว่าที่ทีมงานในโรงพยาบาลทำงานอย่างหนักเพื่อให้ได้มาซึ่งบริการที่มีคุณภาพ ดังนั้นข้อเสนอแนะจากรายงานจึงเป็นข้อเสนอแนะเพื่อสร้าง maturity ในการปฏิบัติตามมาตรฐาน

การเขียนข้อเสนอแนะของ สสพ.

มุ่งให้ข้อเสนอแนะในภาพรวม โดยพิจารณาสิ่งที่พบจากการเยี่ยมชมสำรวจ (finding) กับมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง จัดลำดับความสำคัญ (priority) และเขียนข้อเสนอแนะโดยนำบริบทขององค์กรมาประกอบการพิจารณา ร่วมกับปัจจัยองค์กร ทั้งนี้เพื่อให้ข้อเสนอแนะนั้นช่วยให้โรงพยาบาลยกระดับการพัฒนาที่สอดคล้องกับบริบท (ตามภาพที่ III-12.1)



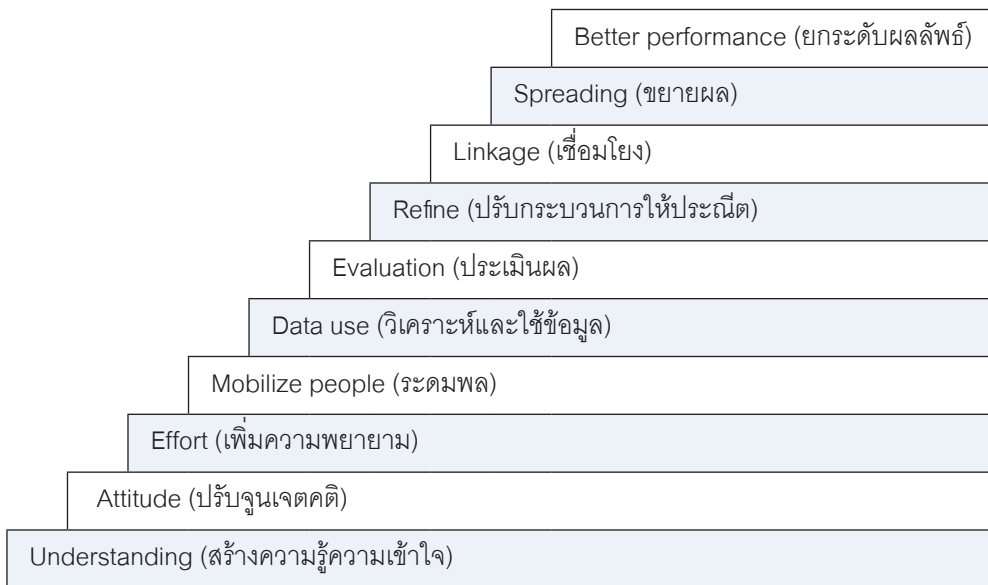
ภาพที่ III-12.1 กรอบแนวคิดของข้อพิจารณาในการเขียนข้อเสนอแนะ

แบบแผนของการเขียนข้อเสนอแนะ

1. วิเคราะห์สาเหตุและผลกระทบ และแนะนำให้อำนาจบริหารกับสาเหตุ เช่น “ที่มึนนำควรส่งเสริมให้ใช้ประโยชน์จากการทบทวนอุบัติการณ์ในการปรับปรุงกระบวนการทำงาน และลดโอกาสเกิดปัญหาซ้ำด้วยการสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการรายงานส่งเสริมให้ผู้เกี่ยวข้องมาร่วมทบทวนและค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา” ที่มึนงานควรทำความเข้าใจกับความเป็นเหตุเป็นผล เริ่มต้นด้วยการจัดการที่เหตุและไปติดตามความสำเร็จที่ผล
2. การมองภาพใหญ่ ด้วยการพิจารณาว่าสิ่งที่พบนั้นเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการอะไร ระบบงานอะไร ระบบงานนั้นมีเป้าหมายอะไร ข้อเสนอแนะจะระบุถึงการปรับปรุงเพื่อบรรลุเป้าหมายของระบบงานหรือกระบวนการที่เกี่ยวข้องให้สมบูรณ์ขึ้น อาจมีการใช้สิ่งที่พบเป็นตัวอย่างเช่น “จากที่พบว่าผู้ป่วยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่แออัดและขาดการบำรุงรักษา ควรพัฒนาระบบบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย เพื่อให้โรงพยาบาลมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเยียวยาและเป็นที่ศรัทธาของผู้รับบริการ โดยใช้การรับฟังเสียงสะท้อนของผู้ป่วยและนำมาปรับปรุง” ที่มึนงานควรวิเคราะห์ต่อด้วยตนเองว่านอกจากตัวอย่างที่อยู่ในข้อเสนอแนะแล้ว มีโอกาสพัฒนาอะไรอีกที่เกี่ยวข้องกับการบรรลุเป้าหมายดังกล่าว

3. การนำววกมาแก้กลับ เป็นการเสนอให้นำสิ่งที่ทำได้ดีแล้วมาขยายผล หรือมาใช้พัฒนาสิ่งที่ยังเป็นปัญหาอยู่ ที่ทีมงานควรศึกษาให้เข้าใจในปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่ทำได้ดีและประเด็นที่เป็นโอกาสพัฒนา และตัดสินใจด้วยตนเองว่าเหมาะสมที่จะนำสิ่งที่ประสบความสำเร็จนั้นมาใช้กับเรื่องที่เป็นปัญหาหรือไม่

4. การให้ข้อเสนอแนะเพื่อต่อยอดจากจุดที่โรงพยาบาลทำได้ในขณะนั้น (ตามภาพที่ III-12.2) ที่ทีมงานควรทำความเข้าใจกับผลงานความสำเร็จในเรื่องนั้นว่ามีอะไรบ้าง ทำความเข้าใจกับข้อเสนอแนะว่ามีความมุ่งหมายเพื่ออะไร โรงพยาบาลจะได้ประโยชน์อะไร และหากพัฒนาให้ไกลกว่าข้อเสนอแนะได้ยิ่งดี



ภาพที่ III-12.2 ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อยอด

เพื่อให้โรงพยาบาลใช้ประโยชน์จากข้อเสนอแนะได้อย่างเต็มที่ มีแนวทางดังนี้

1. **ทำความเข้าใจข้อเสนอแนะให้ชัดเจน** ค้นหา key word ที่อยู่ในข้อเสนอแนะ สรุปเป้าหมายสุดท้ายที่ควรไปให้ถึง (พิจารณาจากเป้าหมายขององค์กรและเป้าหมายของมาตรฐาน) ระบุพื้นที่หรือกลุ่มผู้ป่วยหรือขั้นตอนสำคัญที่จำเป็นต้องได้รับการปรับปรุง
2. **ทบทวนและระบุโอกาสพัฒนาเพิ่มเติม** ได้แก่ แผนพัฒนาที่จัดทำไว้ในแบบประเมินตนเอง แนวทางการหาโอกาสพัฒนาจาก SPA-in-Action และ P-Practice ใน SPA
3. **ทำแผนพัฒนาที่ปฏิบัติได้จริง** โดยระบุกิจกรรมการพัฒนาที่ตรงประเด็น ผู้รับผิดชอบ กำหนดแล้วเสร็จหรือหลักไมล์ในการทำงาน แนวทางการติดตามประเมินความก้าวหน้าและความสำเร็จ
4. **ติดตามผลการพัฒนา** ด้วยการตามรอย ตัวชี้วัด เก็บเกี่ยวบทเรียนและหมุนวงล้อของการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง สรุปผลงานในลักษณะที่ง่ายต่อการเรียนรู้ร่วมกันและขยายผล



ท้ายเล่ม

อาจจะดูหนัก สำหรับผู้ที่ใหม่กับ HA
เป็นความตั้งใจที่จะทำให้เห็นภาพรวมให้มากที่สุด รายละเอียดใน
บางเรื่องจึงอาจจะไม่สมบูรณ์ หรือเข้าใจยาก
คงต้องหารายละเอียดมาขยายความเพิ่มเติม โดย สรพ.จะทำสื่อ
เรียนรู้มาประกอบในเร็ววัน

อาจจะดูยากหรือไกลเกินเอื้อม
ก็เพื่อที่จะติดตามให้ทันว่าชาวโลกได้เคลื่อนไปถึงไหน
และมาร่วมกันพิสูจน์ว่า ชาติไทยก็ไม่แพ้ใคร

ด้วยความเชื่อมั่นในภูมิหลังของวิชาชีพของทุกท่าน
ร่วมกับความตั้งใจดีที่ชั้นอาสามาทำหน้าที่
และความสุขที่เห็นผลลัพธ์จากฝีมือของทีมงาน
จึงขอเชิญชวนทุกท่าน
มาร่วมด้วยใจ “ผนึกกลมปราชญ์ ผสานพลังร่วม” เพื่อระบบสุขภาพ
ในฝันของพวกเรา

บรรณาธิการและผู้เรียบเรียง

บรรณาธิการ

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล
กิตตินันท์ อนรรฆมณี

ผู้เรียบเรียง

กิตตินันท์ อนรรฆมณี
โกเมธ นาควรรณกิจ
จุฑาธิป อินทรเรืองศรี
ทรง พิลาลัย
ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ
รัชดาภรณ์ ทুমมาสุทธิ์
วราภรณ์ สักกะโต
อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล
อาภากร สุปัญญา
เอมอมร คำหนูช

พลังภายในที่ซ่อนอยู่ในตัวเป็นพลังมหากาฬ ถึงเวลาที่มนุษย์จะต้องนำ
พลังภายในอันมหากาฬและมีคุณภาพสูง มาเผชิญกับความซับซ้อนและยาก
ของสถานการณ์ปัจจุบันเพื่อทำให้สิ่งที่เป็นไปได้ให้เป็นไปได้ ถ้าเราเชื่อมั่น
และพยายามค้นหาเราจะพบว่าทุกคนมีพลังทั้งที่แสดงออกมาและยังซ่อนอยู่

พลังภายในอาจจะรวบรวมเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้ (1) พลังแห่งจิตสำนึกและ
สำนึกรับผิดชอบร่วม (2) พลังแห่งเจตจำนงและวิริยะ (3) พลังแห่งความ
รักและเอื้ออาทร (4) พลังแห่งสติ (5) พลังแห่งปัญญา

ISBN 978-616-8024-09-6



9 786168 024096

ราคา 180 บาท