

HA UPDATE 2018



เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี HA National Forum ครั้งที่ 19

“คุณค่า คุณภาพ คุณธรรม”

13-16 มีนาคม 2561 ศูนย์การประชุมอิมแพ็คฟอรัม เมืองทองธานี

จัดโดย สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

HA UPDATE 2018



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

HA UPDATE 2018

บรรณาธิการ: อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล



จัดพิมพ์โดย:

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

เลขที่ 88/39 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ชั้น 5

กระทรวงสาธารณสุข ซอย 6 ถ.ติวานนท์

ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทร. 0-2832-9400 โทรสาร 0-2832-9540

www.ha.or.th

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

ฉบับพิมพ์ครั้งแรก: มีนาคม 2561

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

HA Update 2018.--นนทบุรี : สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
(องค์การมหาชน), 2561.

168 หน้า.

1. โรงพยาบาล -- การรับรองคุณภาพ. I. อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

II. ชื่อเรื่อง.

362.11

ISBN 978-616-8024-16-4

ออกแบบ, พิมพ์: บริษัท หนังสือดีวัน จำกัด



กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (Healthcare Accreditation-HA) ถือเป็นหนึ่งในนวัตกรรมของวงการสาธารณสุข ที่เกิดขึ้นมาควบคู่กับนวัตกรรมอื่นๆ ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและปลอดภัย ประชาชนและชุมชนมีความรู้ความสามารถที่จะรับผิดชอบสุขภาพของตนเอง

กระบวนการ HA ค่อยๆ เติบโตอย่างช้าๆ ด้วยฐานคิดว่า accreditation เป็นกระบวนการเรียนรู้ มิใช่การตรวจสอบ ผลผสมผสานหลักการ แนวคิด เครื่องมือ ที่หลากหลายเข้าด้วยกัน มุ่งที่จะสร้างวัฒนธรรมคุณภาพให้เกิดขึ้นในสถานพยาบาลของประเทศไทยผ่านการไคร่ครวญ ทบทวน ประเมินตนเอง และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างคุณค่าคือคุณภาพและความปลอดภัยให้แก่ผู้รับบริการ กระบวนการ HA จึงเป็นกระบวนการพัฒนาควบคู่กับการพัฒนาระบบงาน โดยมีเป้าหมายที่ผู้ป่วย ดังนั้น เมื่อถามว่าทำ HA แล้วได้อะไร คำตอบคือทั้งคนทำงาน ผู้รับบริการและองค์กร ต่างได้รับประโยชน์จากการพัฒนาโดยถ้วนทั่ว

อาจกล่าวได้ว่า คุณภาพ คือการส่งมอบคุณค่าให้แก่ผู้รับบริการ โดยมีพื้นฐานคุณธรรมเป็นตัวขับเคลื่อนภายในผู้ให้บริการ คุณค่าอาจมองได้ทั้งส่วนที่เป็นการรับรู้ของผู้รับบริการ และความยินดีที่จะจ่ายของผู้จ่ายเงิน ขณะที่คุณธรรมเป็นสิ่งที่เปี่ยมนามธรรมอย่างยิ่ง การนำแนวคิดทั้งสามคือ “คุณค่า คุณภาพ คุณธรรม” มาเป็นหัวข้อหลักของการประชุมวิชาการ HA National Forum ครั้งที่ 19 นี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ที่ร่วมอยู่ในกระบวนการ HA ได้มีโอกาสทบทวนอย่างลุ่มลึกถึงการพัฒนาที่ได้ทำมา และมองเห็นโอกาสใหม่ๆ เพื่อให้การขับเคลื่อน HA ในทศวรรษที่ 3 มีคุณค่า มีความหมาย และได้ประโยชน์มากยิ่งขึ้น

หวังว่าการประชุมครั้งนี้ จะจุดประกายให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่าน ได้กลับไปค้นหาและตกผลึกว่าอะไรคือคุณค่าของงานที่ทำ จะพัฒนาให้คุณค่านั้นมากขึ้นอย่างไร และจะเชื่อมต่องานกับการพัฒนานั้นกับมิติด้านใดคือคุณธรรมของเราอย่างไร เพื่อให้เราสร้างสรรค์ระบบบริการสุขภาพในอุดมคติให้แก่สังคมไทยอย่างงดงาม

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

มีนาคม 2561



คำนำ	iii
ตอนที่ 1 คุณค่า คุณภาพ คุณธรรม	3
1.0 ความหมายและความเหมือน	3
1.1 คุณค่า คุณภาพ คุณธรรม ในภาพรวม	5
1.2 คุณภาพและคุณค่าในการ “ดูแลคน” (Social Objective)	23
1.3 คุณภาพและคุณค่าในการ “ดูแลไข้” (Clinical Objective)	40
1.4 คุณภาพและคุณค่าในการ “ดูแลให้คุ้มค่า” (Economic Objective)	57
1.5 คุณธรรมกับคุณภาพ	61
1.6 แนวคิดและเครื่องมือที่ส่งเสริมการดูแลที่มีคุณค่า คุณภาพ คุณธรรม	69
1.7 กระบวนการ HA กับการส่งเสริมให้เกิดคุณค่า คุณภาพ คุณธรรม	82
ตอนที่ 2 มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4	87
2.0 ความสำคัญและความเป็นมา	87
2.1 ภาพรวมของการเปลี่ยนแปลงมาตรฐาน HA ฉบับที่ 4	89
2.2 แนวทางการประเมินการปฏิบัติตามมาตรฐาน (Scoring Guideline)	94
2.3 ระบบกำกับดูแลทางคลินิก (Clinical Governance)	95
2.4 ประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ (Ethical Dilemma)	98
2.5 การส่งข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้สื่อสังคมออนไลน์	102
2.6 การจัดการด้านการเรียนการสอนทางคลินิก	104
2.7 การบริหารความเสี่ยง	106
2.8 แผนงานใช้ยาสมเหตุผล	110
2.9 รายงานการประเมินตนเอง (Self-Assessment Report)	113

ตอนที่ 3 เข้าใจถ่องแท้ ทำอย่างเรียบง่าย	119
3.0 แนวคิด	119
3.1 การขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ	120
3.2 มาตรฐาน HA ตอนที่ I	133
3.3 มาตรฐาน HA ตอนที่ II	141
บทส่งท้าย	157



คุณค่า คุณภาพ คุณธรรม



1.0 ความหมายและความเหมือน

คุณค่า คือสิ่งที่มีประโยชน์ มีความสำคัญ หรือมีมูลค่าสูง การประเมินว่าสิ่งใดมีคุณค่าหรือไม่อาจจะใช้เกณฑ์การประเมินคุณค่าได้หลายลักษณะ เช่น คุณค่าด้านเศรษฐกิจ คุณค่าด้านสังคม คุณค่าด้านสิ่งแวดล้อม คุณค่าด้านประวัติศาสตร์ คุณค่าด้านวัฒนธรรม คุณค่าด้านวิชาการ เป็นต้น

Michael E. Porter ให้ความหมายว่าคุณค่าของบริการสุขภาพ คือ ผลลัพธ์สุขภาพ (health outcome) ของผู้ป่วยที่ได้รับเปรียบเทียบกับจำนวนเงินที่ต้องจ่ายไปเพื่อให้ได้ผลลัพธ์เหล่านั้น โดยขยายความว่าผลลัพธ์สุขภาพครอบคลุมตั้งแต่การป้องกัน การตรวจพบได้รวดเร็ว การวินิจฉัยได้ถูกต้อง การรักษาที่ถูกวิธีแต่เนิ่นๆ วงรอบที่รวดเร็ว การมีภาวะแทรกซ้อนน้อย การฟื้นตัวเร็วและสมบูรณ์ การกลับเป็นซ้ำน้อย รวมถึงการที่โรคมียุค progress ช้า ด้วยความหมายนี้คือการเปรียบเทียบระหว่างผลลัพธ์สุขภาพซึ่งก็คือคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกับทรัพยากรที่ต้องใช้ไป

นอกเหนือจากการพิจารณาด้านผลลัพธ์สุขภาพหรือ clinical objective และค่าใช้จ่าย หรือ economic objective แล้ว ยังควรต้องพิจารณามิติด้าน people-center หรือ social objective ด้วย

คุณภาพ ในความหมายทั่วไป เป็นชุดของคุณลักษณะของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (ซึ่งอาจจะเป็นผลิตภัณฑ์ บริการ สิ่งของ ระบบงาน กระบวนการ บุคคล เหตุการณ์ หรือแนวคิด)

ISO 9000 ระบุความหมายของคุณภาพที่จะจูงใจขึ้นว่า คุณภาพหมายถึงระดับที่คุณลักษณะต่างๆ นั้นเป็นไปตามข้อกำหนด (ทั้งที่เป็นข้อกำหนดจากความต้องการของผู้รับผลงาน และข้อกำหนดตามกฎหมาย) ซึ่งบางท่าน

เห็นว่าเป็นความหมายที่แคบเกินไป

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 ให้ความหมายของ คุณภาพบริการสาธารณสุขไว้ว่า “คุณลักษณะของบริการสาธารณสุขที่อยู่บน พื้นฐานขององค์ความรู้ทั้งด้านมนุษย สังคม วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและด้าน อื่นๆ และพื้นฐานด้านคุณภาพและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ ตอบสนองความ ต้องการและความคาดหวังของบุคคลและสังคมได้อย่างเหมาะสม”

จะเห็นว่านอกจากคุณภาพจะอยู่บนพื้นฐานขององค์ความรู้ สามารถ ตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของบุคคลและสังคมได้แล้ว ยังต้อง มีพื้นฐานด้านคุณธรรมและจริยธรรมด้วย

คุณธรรม คือคุณงามความดีที่วิญญูชนพึงสำนึกในจิตใจของตน ในเรื่อง ความจริง ความดี ความงาม และใช้เป็นหลักในการดำเนินชีวิต (มีความหมาย ค่อนข้างเป็นนามธรรมและเป็นเรื่องภายใน)

จริยธรรม คือแนวทางแห่งความประพฤติที่ยึดหลักคุณธรรม (มีความ เป็นรูปธรรมและสามารถรับรู้ได้ชัดเจน)

จากความหมายและความเหมือน อาจสรุปเป็นเบื้องต้นไว้ก่อนว่า **“คุณภาพ คือ คุณค่าคู่คุณธรรม”**

คุณธรรมนี้จะส่งผลต่อทุกองค์ประกอบของคุณค่า ต่อไปนี้

- 1) คุณธรรมในการดูแลผู้ป่วยด้วยความรัก ความเอื้ออาทร ด้วยหัวใจ ของความเป็นมนุษย์ ด้วยมิติต้านจิตวิญญาณ คือการสร้างคุณค่าใน ด้าน social objective หรือ people-centered care
- 2) คุณธรรมในการปฏิบัติหน้าที่ด้วยความรับผิดชอบ ความระมัดระวัง ขวนขวายและใช้ความรู้ความสามารถอย่างเต็มที่ คือการสร้างคุณค่า ในด้าน clinical objective ก่อให้เกิด good health outcome
- 3) คุณธรรมในการสร้างความร่วมมือเพื่อให้เกิดระบบที่เกิดประสิทธิภาพ สูงสุด ลดความสำคัญหรือตัวตนของตนเองลง คำนี้ถึงผลประโยชน์ ส่วนรวมมากกว่าผลประโยชน์ส่วนตน คือการสร้างคุณค่าในด้าน economic objective

1.1 คุณค่า คุณภาพ คุณธรรม ในภาพรวม

1.1.1 คุณค่า คุณภาพ คุณธรรม ตรีคุณแห่งการบริหารด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์¹

กระบวนการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลมีผลใหญ่และมีมิติเชิงลึกอารยธรรมปัจจุบันซึ่งเรียกว่าอารยธรรมตะวันตก แม้มีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีอย่างสุดๆ แต่เป็นอารยธรรมวัตถุนิยม บริโภคนิยมที่มีความพร่องทางด้านจิตใจ เพราะเป็นการขับเคลื่อนด้วยโลภจริต ถ้าเอาโลภจริตเข้ามาใช้กับเรื่องการรักษาพยาบาล ซึ่งเป็นเรื่องของชีวิตที่มีคุณค่าสูงสุด ก็คงจะเป็นเรื่องที่น่ากลัวมาก

แต่มนุษย์ทุกคนมีเมล็ดพันธุ์แห่งความดีอยู่ในหัวใจ

ถ้ามีการรดน้ำพรวนดิน เมล็ดพันธุ์แห่งความดีก็จะงอก และเติบโตแผ่ไพศาล

กระบวนการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล คือการรดน้ำพรวนดินให้เมล็ดพันธุ์แห่งความดีงอกและเติบโตแผ่ไพศาล คือ การบริหารด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ มนุษย์มีศักยภาพที่จะมีหัวใจและสติปัญญาสูงอย่างไม่มีที่สิ้นสุด ศักยภาพนี้สัตว์ไม่มี มีแต่มนุษย์เท่านั้น จึงเรียกว่าเป็นศักยภาพสูงสุดของความเป็นมนุษย์

เราลองมาขยายภาพการบริหารด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์กันดูเถิด จะเห็นภาพใหญ่ๆ เป็น 3 ส่วนคือ

1. สัมพันธภาพระหว่าง ผู้ให้บริการกับผู้ป่วยและญาติ	การมีไม่ตรีจิต ความเห็นใจ ความปรารถนา ให้พ้นทุกข์ การรับฟังและการอธิบาย ด้วยความเคารพ ความเป็นคนของผู้ป่วย	} = คุณธรรม
2. การบริหารหรือ การดูแลรักษาโดยรอบ	ความรู้ ทักษะ ความไม่ประมาท	
3. ผลที่ได้รับ	ผู้ป่วยปลอดภัย ทุกข์หาย วัฏรื้อป้องกันโรค ไม่เสียเงินและเวลา รักและเชื่อถือ ผู้ให้บริการและสถานพยาบาล	} = คุณค่า

กรอบที่ 1.1 การบริหารด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์

¹ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ประเวศ วะสี. (2561) ส่วนหนึ่งจากคำนิยามในหนังสือ “ครูคุณภาพ”.

จะเห็นได้ชัดที่เรียกว่าคุณภาพของสถานพยาบาล เชื่อมโยงสามคุณค่าด้วยกันคือ คุณธรรม คุณภาพ คุณค่า เป็นตรีคุณ การบริหารด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์จึงประกอบด้วยตรีคุณ

เรื่องสุขภาพเกี่ยวข้องกับชีวิตของทุกคน ตั้งแต่ครรภ์มารดาจนถึงเชิงตะกอน ถ้ากระบวนการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลขยายตัวและเพิ่มคุณภาพขึ้นเรื่อยๆ อย่างที่เป็นอยู่ ก็จะเข้าไปเกี่ยวข้องกับชีวิตของคนทั้งมวล ถ้าชีวิตของคนทั้งมวลพลิกมาสู่ด้านสูงสุดของความเป็นมนุษย์ นั่นเท่ากับการเปลี่ยนอารยธรรมทีเดียว

อารยธรรมปัจจุบันกำลังวิกฤต เพราะโลกจريتเป็นตัวตั้ง

จำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงขั้นพื้นฐานทางอารยธรรม (civilization transformation) ก็จะไม่มื่ออะไรดีไปกว่าการบริหารด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ เพราะสามารถเข้าไปแตะส่วนลึกของหัวใจยามเจ็บไข้ได้ป่วยของคนทั้งมวล

กระบวนการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลจึงมีผลใหญ่และมีมิติลึกดังกล่าวข้างต้น เพราะเป็นการรดน้ำพรวนดินเมล็ดพันธุ์แห่งความดีที่มีในหัวใจของคนทุกคน กระบวนการนี้พูดถึงตรีคุณ คือ คุณค่า คุณภาพ คุณธรรม ซึ่งเป็นสิ่งสูงสุดของความเป็นมนุษย์

1.1.2 Value-Quality-Virtue²

The theme for the 2018 National Forum on Hospital Accreditation is: “Value-Quality-Virtue.” Considering the meaning of these three components of the theme they are very closely related. Putting them together, which you have done, they have a lot of meaning as it relates to the HA Thailand program and the health care workers in their pursuit of quality health care.

² Anthony Wagemakers. (2018). Special article for 19th HA National Forum.

Values:

We must ask ourselves; how would I or how would we define values? What are values?

Here we talk about the importance of accreditation, the benefits and its usefulness in its pursuit of quality. Values reflect the behaviour and attitude of individuals toward the established standards and processes. It requires an explicit or implicit fundamental commitment on the part of the leadership of the organization, and the individuals to change the culture of the organization that is the driving force in the decisions and behaviour of the health care workers and managers.

Values are demonstrated through the processes that are important to evaluate and improve the activities as to how to provide care and meet the needs of patients, staff and community.

The responsibility of the leadership to identify the values of the institution are:

1. To identify the performance through the self-evaluation process to determine whether they are good or bad; right or wrong; desirable or worthless; important or insignificant; and thereby identifying areas where improvements can be made.
2. The identified values become the basic determinants of perceptions, opinions and attitudes in the pursuit of accreditation.
3. Using the identified values will assist in the establishment of processes, selection and evaluation of activities; as well as motivate people to seek to do the right thing.
4. Values unite the health care providers toward a common purpose to meet the requirements of the HA Thailand standards.
5. The identified organizational values include the ongoing educational process and evaluation of all activities, to ascertain its value in the provision of quality care.

Quality:

The second part of the 2018 National Forum theme is quality.

Quality in its simplest form is “doing the right thing”. Doing the right thing is not always easy to determine and that is why we have accreditation. Accreditation is an ongoing educational process to enable us to make strategic choices in evaluating our activities to identify areas for improvement. Doing the right thing is the evidence-based outcomes that produce quality and knowing the difference between good and sloppy quality.

Quality is an action process to achieve the mission and goals of the institution and its values. Quality is a demonstration of commitment to support and learn from one another to improve the quality of care.

Recognizing that the HA standards is a guide, quality is meeting the purpose of the standards

There are five components to meeting the purpose of the HA standards:

1. **Leadership:** leadership at all levels of the organization in developing strategies for quality improvement. Commitment in the development of processes and indicators; information and empowerment to improve the quality of care.

2. **Information:** information is fundamental because any quality improvement is dependent on the capacity to measure change in the processes and outcomes. Therefore, indicators are so important. All health care providers must have access to the same information that changes the processes on what they do.

3. **Patient involvement:** The engagement of patients is critical to quality improvement; patients working in partnership with the health care workers to manage their own care.

4. **Compliance:** The evidence-based compliance to the standards, which is demonstrated by the self-assessment process through the internal and external survey process.

5. Organizational Capacity: The evaluation of the physical plant, equipment, finances and the capabilities of the health care providers are necessary to ensure that the needs of the patients, staff and community are met.

Whenever we speak about quality we must keep in mind that quality is not an added activity imposed by accreditation; quality is accreditation. The same is true that breathing is not an added activity to sustain live, it is the activity that sustains life.

Virtue:

Virtue completes the cycle of the theme.

Virtue is the strength and courage to do the right thing, remembering that we are what we repeatedly do, it is not an act but a habit. It is the habit to maintain values, a pre-thought method for achieving values in quality.

Virtue is:

1. Conformity to the established standards.
2. A beneficial quality or power of the action taken.
3. It is the strength and courage to do the right thing.
4. It is a commendable quality or trait.
5. Virtue is the capacity to act.
6. It shows a behaviour of high commitment in values and quality.
7. It is a behaviour in desiring for excellence in the principle of quality.

We must always add to all our activities virtue, and to virtue knowledge, and to knowledge self-control, and to self-control perseverance, and to perseverance character, and to character kindness to fellow workers and patients, and to kindness love for your chosen vocation. Even virtue must have a self-assessment to measure the successes and failures of our activities as to how we have met the requirements of values and quality.

Virtue displays wisdom, courage, kindness and self-control to endeavour to make our colleagues do well and succeed.

I want to encourage all participant to the National Forum as well as those not able to attend, to adhere to those principles and making it a success in improving the quality of healthy lives for the people of Thailand.

1.1.3 ค่านิยมและแนวคิดหลักของ HA กับ คุณค่า คุณภาพ คุณธรรม

ค่านิยมและแนวคิดหลักของ HA (HA core values and concepts) คือ ความเชื่อและพฤติกรรมที่ฝังอยู่ในองค์กรซึ่งประสบความสำเร็จ เป็นพื้นฐานสำหรับบูรณาการการดำเนินการสำคัญเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการ สรพ.ได้ นำเอาค่านิยมและแนวคิดหลักตามเกณฑ์การบริหารสู่ความเป็นเลิศของรางวัลคุณภาพแห่งชาติมาเป็นฐานในการกำหนดค่านิยมและแนวคิดหลักเพื่อใช้ประกอบกับมาตรฐาน HA ซึ่งค่านิยมและแนวคิดหลักดังกล่าวจะเป็นฐานสำหรับการสร้างคุณค่า คุณภาพ และคุณธรรม ในการจัดบริการขององค์กร ดังตัวอย่างตามตารางข้างล่างนี้

กรอบที่ 1.2 ผลของค่านิยมและแนวคิดหลักของ HA ต่อการสร้างคุณค่า คุณภาพ คุณธรรม

ค่านิยมและแนวคิดหลัก	ผลต่อการสร้างคุณค่า คุณภาพ คุณธรรม
ทิศทางการนำ	
Visionary leadership	ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์ในการสร้างบริการที่มีคุณค่า คุณภาพ คุณธรรม จะชวนทีมงานฝันถึงความเป็นไปได้ใหม่ๆ ที่มีคุณค่า ทำให้เห็นว่าสามารถก้าวข้ามปัญหาอุปสรรคไปได้
Systems perspective	การบริหารองค์กรโดยใช้มุมมองเชิงระบบ มองความสัมพันธ์ขององค์ประกอบย่อยในองค์กร จะทำให้องค์กรบรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดคุณค่าและคุณภาพต่อผู้รับบริการ
Agility	องค์กรที่มีความยืดหยุ่นและปรับตัวไว จะสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการได้ดีขึ้น
ผู้รับผล	
Patient & customer focus	การมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานทำให้ทีมงานใส่ใจรับฟังและตอบสนองความต้องการและข้อคิดเห็นของผู้ป่วยและผู้รับผลงาน หนุนเสริมมิติการดูแลด้าน people-centered care
Focus on health	การมุ่งเน้นสุขภาพะ ทำให้มีการนำ inner resource ของผู้ป่วยมาใช้ ในการสร้างเสริมสุขภาพและเยียวยา หนุนเสริมคุณธรรมในการเคารพผู้ป่วย และมิติการดูแลด้าน efficiency
Community responsibility	การสร้างความร่วมมือกับชุมชนในการจัดบริการและตอบสนองปัญหาของชุมชน ทำให้ตอบสนองปัญหาได้ตรงประเด็น และลดค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการ
คนทำงาน	
Value on staff	การให้คุณค่ากับคนทำงาน ทำให้คนเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่า และสามารถสร้างคุณค่าให้กับองค์กรมากขึ้น
Individual commitment	ความมุ่งมั่นของคนทำงาน เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดคุณค่า คุณภาพ คุณธรรม
Teamwork	การทำงานเป็นทีมช่วยสร้างคุณค่าและคุณภาพให้กับบริการ มีผลลัพธ์ที่ดีและลดความสูญเปล่า
Ethical & professional practice	การปฏิบัติตามหลักจริยธรรมวิชาชีพ คือส่วนหนึ่งของการเป็นองค์กรคุณธรรม

กรอบที่ 1.2 ผลของค่านิยมและแนวคิดหลักของ HA ต่อการสร้างคุณค่า คุณภาพ คุณธรรม (ต่อ)

ค่านิยมและแนวคิดหลัก	ผลต่อการสร้างคุณค่า คุณภาพ คุณธรรม
การพัฒนา	
Creativity	การใช้ความคิดสร้างสรรค์ก่อให้เกิดคุณค่าและคุณภาพแก่ผู้รับบริการ
Management by fact	การตัดสินใจโดยใช้ข้อมูลจริง ทำให้มีการตัดสินใจที่เหมาะสม หนุนเสริมมิติด้าน efficiency & effectiveness
Continuous process improvement	การพัฒนากระบวนการอย่างต่อเนื่อง ทำให้คุณภาพและคุณค่าที่จะส่งมอบให้ผู้รับบริการดีขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน
Focus on results	ผลลัพธ์สำคัญที่ควรมุ่งเน้น คือคุณค่าที่ส่งมอบให้ผู้รับบริการ
Evidence-based approach	การดูแลบนฐานหลักฐานวิชาการ หนุนเสริมมิติการดูแลด้าน appropriateness & effectiveness
พาเรียนรู้	
Learning	การเรียนรู้คือการหมั่นวงล้อการพัฒนาคุณภาพและพัฒนาบุคลากร ทำให้ผลลัพธ์และคุณค่าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง
Empowerment	การเสริมพลังทำให้ผู้ปฏิบัติหน้างานมีอำนาจในการตัดสินใจมากขึ้น แก้ปัญหาและตอบสนองของผู้รับบริการได้รวดเร็วและตรงประเด็นมากขึ้น

ทุกครั้งเมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมสำคัญ ทีมงานควรมีโอกาสทบทวนว่าได้นำ HA core values & concepts ข้อใด หมวดใดมาใช้ และการนำมาใช้นั้นส่งผลให้คุณค่า คุณภาพ คุณธรรม ของสิ่งที่ทีมส่งมอบให้ผู้รับบริการเพิ่มขึ้นอย่างไร

1.1.4 Value-based health care³

Michael E. Porter เป็นผู้ริเริ่มใช้คำว่า value-based health care เมื่อประมาณสิบปีที่แล้ว จากความเชื่อว่าภายใต้โครงสร้างระบบบริการสุขภาพและกลไกการจ่ายเงินที่เป็นอยู่ ยังไม่สามารถสร้างคุณค่าสูงสุดให้เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยได้ เขาจึงเสนอยุทธศาสตร์เพื่อให้ระบบบริการสุขภาพสร้างคุณค่าที่มากขึ้น แนวคิดของเขามีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพในหลายประเทศ

Porter เสนอหลักการสร้างคุณค่าให้กับระบบบริการสุขภาพ ต่อไปนี้

- 1) คุณค่าของระบบบริการสุขภาพ ต้องวัดคุณค่าที่ส่งมอบให้ผู้รับบริการ
- 2) คุณค่าของระบบบริการสุขภาพ = ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วย
หารด้วยค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการส่งมอบผลลัพธ์
- 3) คุณภาพเป็นสิ่งสำคัญของการสร้างคุณค่า กระบวนการที่มีคุณภาพ
ย่อมทำให้ผลลัพธ์ดี

- The overarching goal in health care must be **value for patients**, not access, cost containment, convenience, or customer service

$$\text{Value} = \frac{\text{Health outcomes}}{\text{Costs of delivering the outcomes}}$$

- Outcomes are the **full set of health results for a patient's condition** over the care cycle
- Costs are the **total costs of care for a patient's condition** over the care cycle

กรอบที่ 1.3 สมการคุณค่า

³ Porter ME & Lee TH. (2013) The Strategy That Will Fix Health Care. *Harvard Business Review*, October 2013.

Porter เสนอยุทธศาสตร์สำคัญ 6 ประการ เพื่อสร้างคุณค่าของระบบบริการสุขภาพ ดังนี้

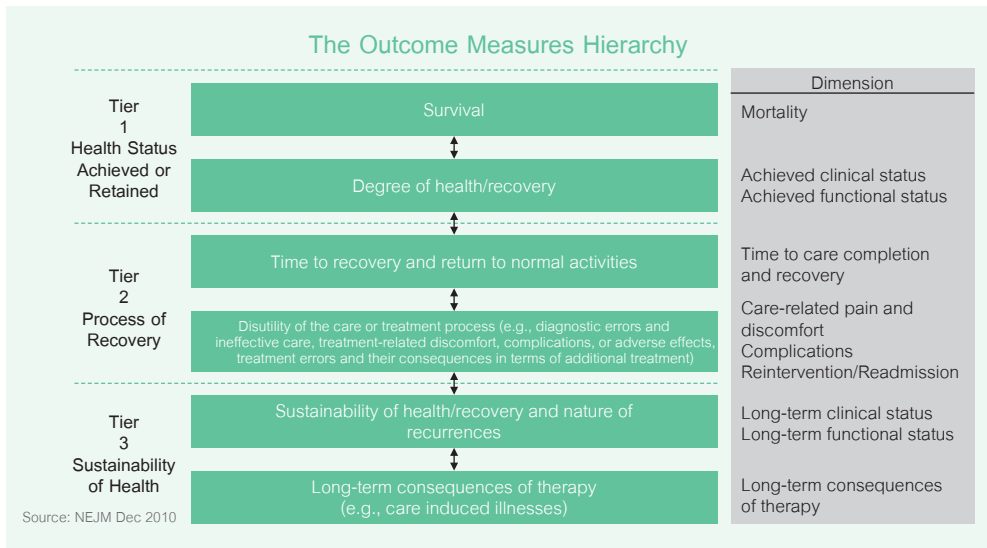
1. การจัดการบริการโดยยึดปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ด้วยการจัดตั้งหน่วยบริการแบบบูรณาการ (Integrated Practice Units-IPUs) โดย IPUs มีลักษณะต่อไปนี้

- จัดบริการโดยยึดสภาวะทางการแพทย์ของผู้ป่วย (โรค) หรือกลุ่มของผู้ป่วยในบริการปฐมภูมิ (เช่น ผู้ใหญ่ที่สุขภาพดี ผู้สูงอายุที่เปราะบาง) เป็นศูนย์กลาง
- สร้างความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่อุทิศเวลามากพอให้กับเรื่องนี้ พัฒนาความรู้และทักษะจนมีความเชี่ยวชาญในเรื่องนี้
- ผู้ให้บริการเป็นสมาชิกของหน่วยงานภายใต้โครงสร้างเดียวกัน หรือมีความร่วมมือกัน
- หน่วยนี้ให้บริการครบเบ็ดเสร็จสำหรับสภาวะทางการแพทย์นั้น ทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน พึ่งพสุภาพ รวมทั้งบริการสนับสนุนที่จำเป็น การให้ความรู้ และการติดตามรักษา
- ใช้โครงสร้างการบริหารและการนัดหมายที่เป็นหนึ่งเดียว ให้การบริการแบบคู่ขนานคือสามารถทำหลายอย่างไปพร้อมกันได้ สามารถประสานให้เห็นสถานการณ์โดยรวมของผู้ป่วยได้
- มีสถานที่ให้บริการทั้งหมดอยู่ในที่เดียวกัน
- มีแพทย์เป็นหัวหน้าทีมให้การดูแล และ care manager คอยเฝ้าติดตามกระบวนการดูแลผู้ป่วย
- มีการวัดผลลัพธ์ ต้นทุน และกระบวนการสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย โดยใช้โครงสร้างสารสนเทศร่วมกัน
- มีการพบปะกันอย่างสม่ำเสมอทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่ออภิปรายเกี่ยวกับผู้ป่วย กระบวนการ และผลลัพธ์
- ยอมรับในภาระรับผิดชอบร่วมกันสำหรับผลลัพธ์และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น

2. วัดผลลัพธ์บริการและต้นทุนของผู้รับบริการทุกคนการวัดควรมีลักษณะต่อไปนี้

2.1 วัดผลลัพธ์การดูแลรักษาของผู้ป่วยทุกรายมุ่งเน้นผลลัพธ์ที่มีความหมายสำหรับผู้ป่วยโดยพิจารณาลำดับขั้นของผลลัพธ์สำหรับแต่ละสภาวะหรือกลุ่มผู้ป่วย ดังนี้

- ระดับสุขภาพที่เป็นผลจากการรักษา (หายหรือฟื้นตัว)
- กระบวนการฟื้นตัวหรือกระบวนการเพื่อให้หายจากโรค เป็นการติดตามผลลัพธ์ขณะที่ผู้ป่วยผ่านเข้าไปในกระบวนการดูแลรักษา (เวลา ความไม่สะดวกสบาย การรักษาที่ไม่ได้ผล ความผิดพลาดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งการรักษาที่ต้องกระทำเพิ่มขึ้น)
- สภาวะสุขภาพในระยะยาว (การชำระผลการรักษา การกลับเป็นซ้ำ ผลข้างเคียงระยะยาวหรือการเจ็บป่วยเนื่องจากการรักษา)



กรอบที่ 1.4 ลำดับขั้นของตัววัดเชิงผลลัพธ์

การวัดนี้มีเป้าหมายเพื่อให้แพทย์เรียนรู้ว่าเราอยู่ตรงไหน แนวโน้มเทียบกับอดีตเป็นอย่างไร และจะปรับปรุงผลลัพธ์ให้ดีขึ้นอย่างไร การวัดที่แสดงให้เห็นความแตกต่างระหว่างผู้ให้บริการจะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนและปรับปรุงอย่างรวดเร็ว

2.2 การวัดต้นทุน มีหลักการดังนี้

- วัดต้นทุนจริงของการให้บริการ มีค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจากผู้รับบริการ
- ประมวลผลข้อมูลต้นทุนสำหรับการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายจนจบกระบวนการ มีใช้สำหรับแผนก หน่วยงาน หรือการให้บริการแต่ละประเภท
- พิจารณาการใช้ทรัพยากรที่เกิดขึ้นจริงในการดูแลผู้ป่วย (บุคลากร สถานที่ เวชภัณฑ์และวัสดุ) โดยพิจารณาถึงเวลาที่ต้องใช้ทรัพยากรเหล่านี้กับผู้ป่วยแต่ละราย ต้นทุนคงที่เพื่อรักษาขีดความสามารถ (capacity cost) ของทรัพยากรแต่ละประเภท รวมทั้งต้นทุนสำหรับการสนับสนุนที่จำเป็นในการใช้ทรัพยากรดังกล่าว
- วิธีการที่ดีที่สุดในการทำความเข้าใจต้นทุนคือการทำ time-driven activity-based costing

2.3 การวัดควรมองหาสู่การมองเห็นโอกาสที่จะลดต้นทุนหรือเพิ่มประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากร เช่น

- ความหลากหลายของกระบวนการ (process variation) ที่ไม่ทำให้ผลลัพธ์ดีขึ้น
- การใช้ rigid protocol ที่ทำให้เกิดการทดสอบหรือให้บริการที่ไม่สร้างคุณค่า
- การมีหน่วยจัดการและกำหนดนัดที่ซ้ำซ้อนเกินจำเป็น
- การใช้ทรัพยากรราคาแพงหรือเชี่ยวชาญในระดับที่น้อยเกินไป
- การใช้แพทย์และบุคลากรเชี่ยวชาญไปทำงานที่ต้องการทักษะความเชี่ยวชาญน้อยกว่า
- การจัดบริการทั่วไปในสถานที่ที่มีทรัพยากรมากหรือแพงเกินจำเป็น
- วงรอบการให้บริการที่นานเกินเหตุหรือความล่าช้าที่ไม่ควรเกิดขึ้น
- การมีวัสดุคงคลังมากเกินไปหรือการจัดการคลังที่ไม่มีประสิทธิภาพ

- การมุ่งที่จะลดต้นทุนของบริการแต่ละประเภทมากกว่าการทำให้ต้นทุนโดยรวมทั้งหมดตลอดวงจรรอบของการดูแลมีความเหมาะสม
- การขาดความตระหนักในเรื่องต้นทุนของทีมนดูแลผู้ป่วย

3. จ่ายเงินให้ผู้ให้บริการในลักษณะวงเงินรวมสำหรับผลการดูแลรักษาทั้งหมด (bundled price) ไม่แตกย่อยเป็นรายรายการในลักษณะ fee-for-service หรือเหมาจ่ายโดยไม่ดูผลลัพธ์แบบ capitation การจ่ายในลักษณะวงเงินรวมสำหรับผลการดูแลรักษาทั้งหมดนี้จะทำให้เกิดการปรับปรุงประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ โดยที่อย่างน้อยผลลัพธ์คงเดิม

- Bundled payment ครอบคลุม (1) ทั้งวงรอบของการดูแลสำหรับสภาวะทางการแพทย์แบบเฉียบพลัน (the full care cycle for acute medical conditions) (2) การดูแลทั้งหมดในช่วงเวลาที่กำหนด (ปกติจะเป็นหนึ่งปี) สำหรับสภาวะโรคเรื้อรังหรือบริการปฐมภูมิและป้องกันโรคสำหรับกลุ่มประชากรที่กำหนด (เช่น เด็กสุขภาพดี)
- Bundled payment ที่ดีควรประกอบด้วย: การปรับตามความรุนแรงหรือการให้สิทธิเฉพาะผู้ป่วยที่เข้าหลักเกณฑ์, การประกัน (care guarantee) ว่าผู้ให้บริการจะรับผิดชอบต่อภาวะแทรกซ้อนที่หลีกเลี่ยงได้ เช่น การติดเชื้อหลังผ่าตัด, การมีมาตรการป้องกันการขาดทุนที่จะบรรเทาความเสี่ยงจากเหตุการณ์ที่มีต้นทุนสูงผิดปกติ, และการรายงานผลลัพธ์ตามที่กำหนด.

4. บูรณาการระบบบริการสุขภาพเพื่อจัดการแยกส่วนและความซ้ำซ้อนของการดูแล และเพื่อ optimize ประเภทของการดูแลที่จัดให้ในแต่ละพื้นที่

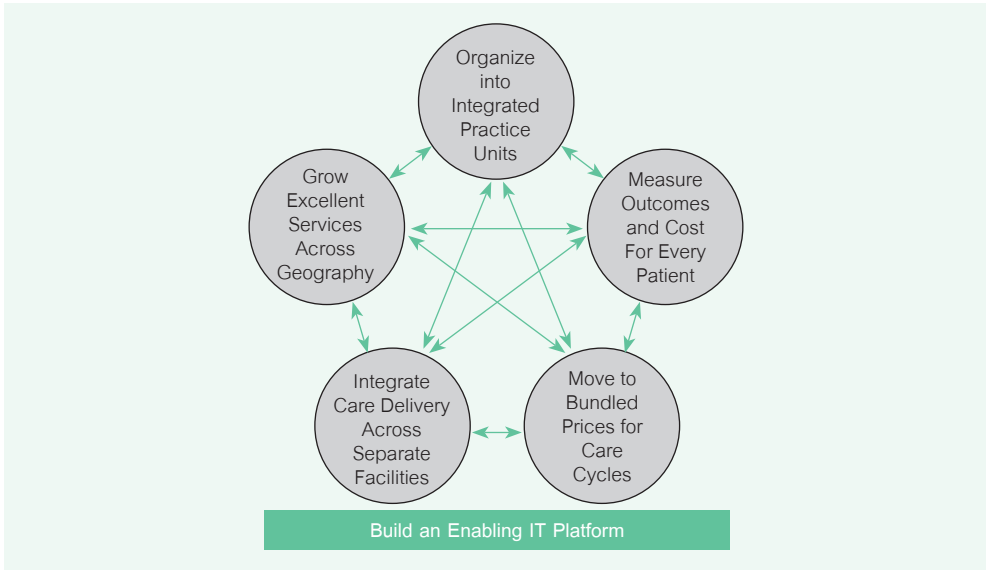
- กำหนดขอบเขตโดยรวมของบริการซึ่งผู้ให้บริการสามารถจัดได้อย่างมีประสิทธิภาพและลดหรือขจัด service line ที่ไม่สามารถบรรลุคุณค่าสูงได้อย่างแท้จริง
- มุ่งเน้นการดูแลสำหรับแต่ละสภาวะในหน่วยบริการที่น้อยแห่งลง ทำให้แต่ละหน่วยมีจำนวนผู้รับบริการมากขึ้นเพื่อให้ผู้ให้บริการมีประสบการณ์ในการรักษาสภาวะดังกล่าวมากขึ้น ให้ผลลัพธ์ที่ดีกว่า

- เลือกสถานที่ที่ถูกต้องสำหรับแต่ละบริการ จัดบริการเฉพาะทาง ณ สถานที่ซึ่งให้คุณค่าสูงสุด ย้ายการให้บริการสำหรับสภาวะที่ซับซ้อนน้อยและเป็นบริการ routine ออกจากโรงเรียนแพทย์ไปยังสถานพยาบาลที่มีต้นทุนต่ำกว่า ทำให้มีทรัพยากรสำหรับการดูแลหรือทำหัตถการที่ซับซ้อนขึ้น ซึ่งจะสัมพันธ์กับการปรับเปลี่ยนการจ่าย คือยุติการจ่ายค่าบริการที่สูงกว่าสำหรับ routine service ใน high-cost setting
- บูรณาการการดูแลสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายข้ามหน่วยบริการ การให้บริการต่อเนื่องไม่จำเป็นต้องเกิดขึ้นในหน่วยบริการเดียว แต่การดูแลควรจะชี้นำโดย IPUs ตลอดทั้งสาย ช่วยทำให้มั่นใจว่าจะมีการประสานงานอย่างดี ในลักษณะสหสาขาวิชาชีพ อย่างมีความคุ้มค่าและมีความสะดวกสบาย

5. ขยายการเข้าถึงทางภูมิศาสตร์ผู้ให้บริการที่เป็นผู้นำหรือศูนย์ความเป็นเลิศขยายตัวให้บริการในพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ที่กว้างขวางขึ้น (strategic expansion of excellent IPU) ซึ่งมีได้สองรูปแบบ

- Hub-and-spoke model (ดุมและซี่ล้อ) แต่ละ IPU จัดตั้งหน่วยบริการโดยรอบ พร้อมเจ้าหน้าที่ซึ่งอย่างน้อยมี clinician และบุคลากรอื่นๆ ที่จ้างโดยองค์กรแม่ ผู้ป่วยได้รับการประเมินเบื้องต้นและจัดทำแผนการรักษาที่ hub การดูแลในส่วนที่อยู่ยากน้อยจะเกิดขึ้นในหน่วยบริการรอบๆ ขณะที่ผู้ป่วยที่ซับซ้อน มีภาวะแทรกซ้อน หรือเกินความสามารถ จะถูกส่งต่อไปที่ hub
- ความร่วมมือเป็นเครือข่ายทางคลินิก (clinical affiliation) ซึ่ง IPU สร้างพันธมิตรกับผู้ให้บริการในชุมชนหรือองค์กรในพื้นที่อื่น ใช้สถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกของพันธมิตรแทนการขยายขีดความสามารถของตนเอง

6. พัฒนาโครงสร้างเทคโนโลยีสารสนเทศ (information technology platform) เพื่อสนับสนุนการจัดบริการและการติดตามประเมินผล



กรอบที่ 1.5 โครงสร้างเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อรองรับบริการสุขภาพที่มีคุณค่า

- ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีศูนย์กลางอยู่ที่ผู้ป่วย ติดตามผู้ป่วยไปตามบริการ สถานที่ และเวลาต่างๆ ตลอดวงจรของการดูแล ทั้งการนอนโรงพยาบาล การมาตรวจผู้ป่วยนอก การทดสอบ การทำกายภาพบำบัด และ intervention อื่นๆ ข้อมูลจะถูกรวบรวมตามรายผู้ป่วย มีไข้แผนก หน่วย หรือสถานที่
- ใช้นิยามข้อมูลร่วมกัน ทั้งคำศัพท์ และเขตข้อมูล (data field) ในทุกแง่มุมของการดูแล เพื่อว่าทุกคนจะพูดด้วยภาษาเดียวกัน สามารถเข้าใจข้อมูล แลกเปลี่ยนข้อมูล และสอบถามได้ตลอดทั่วทั้งระบบ
- รวมข้อมูลทุกประเภทของผู้ป่วย (เช่น บันทึกของแพทย์ ภาพผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ คำสั่งการใช้ยา และข้อมูลอื่นๆ) เก็บไว้ในที่เดียวกัน เพื่อว่าทุกคนที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจะสามารถมองเห็นภาพรวมรอบด้านได้
- เข้าถึงเวชระเบียนได้โดยทุกคนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรวมถึงแพทย์ที่ส่งผู้ป่วยมารักษา พยาบาลเยี่ยมบ้าน และตัวผู้ป่วยเองด้วย

- ระบบมี template และ expert systems สำหรับแต่ละสภาวะทางการแพทย์ ทำให้บันทึกข้อมูลได้ง่าย ช่วยแพทย์ระบุความเสี่ยงที่เป็นไปได้ และช่วยในการตัดสินใจสั่งการรักษาในกรณีต่างๆ
- สถาปัตยกรรมของระบบทำให้ง่ายในการสกัดข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการวัดผลลัพธ์ การติดตามต้นทุนตามตัวผู้ป่วย และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง โดยใช้การประมวลผลด้วยภาษาธรรมชาติ

1.1.5 การดำเนินงานตามแนวคิดบริการที่มีคุณค่าในประเทศไทย

บริการที่มีคุณค่าตามแนวคิดของ Porter ได้มีการดำเนินงานอยู่บ้างแล้วในประเทศไทย ใน 6 ยุทธศาสตร์ของ Porter บางยุทธศาสตร์ของประเทศไทยก็เริ่มต้นไปพอสมควรแล้ว แต่บางยุทธศาสตร์ก็ยังมี การดำเนินงานอยู่น้อยมาก ดังนี้

1. การจัดบริการโดยยึดปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ด้วยการจัดตั้งหน่วยบริการแบบบูรณาการ (Integrated Practice Units-IPUs)

ในประเทศไทยมีการจัดตั้งหน่วยให้บริการเฉพาะโรค แต่สิ่งที่ยังไม่เหมือนกับที่ Porter เสนอ และน่าจะเป็นโอกาสในการพัฒนา คือ (1) ปรับฐานคิดของการจัดตั้งหน่วย จากโครงสร้างองค์กรตามความเชี่ยวชาญของแพทย์ มาสู่การสร้างคุณค่าให้แก่ผู้รับบริการ (2) พิจารณาจำนวนผู้รับบริการที่เหมาะสมให้เกิดการสั่งสมความเชี่ยวชาญและความคุ้มค่าในเชิงเศรษฐศาสตร์ (3) ขยายขอบเขตของการจัดบริการให้ครอบคลุมเบ็ดเสร็จสำหรับสภาวะโรคนั้นๆ (4) มีโครงสร้างการทำงานที่มีประสิทธิภาพ สามารถให้บริการหลายๆ อย่างคู่ขนานกันได้ สามารถเห็นสถานการณ์โดยรวมของผู้ป่วยได้

2. วัดผลลัพธ์บริการและต้นทุนของผู้รับบริการทุกคน

เรามีข้อมูลเรื่องผลลัพธ์ของงานบริการสุขภาพซึ่งจัดเก็บโดยหน่วยงานหลายแห่ง และมีการจัดเก็บข้อมูลเรื่องต้นทุนค่าใช้จ่ายการดูแลผู้ป่วยแต่ละโรค ซึ่งนำมาสู่การตั้งค่า relative weight ภายใต้ระบบการจ่ายเงินแบบ diagnosis-related group (DRG)

สิ่งที่ท้าทายคือ (1) การพิจารณาวัตถุประสงค์ในมุมมองของผู้ป่วยที่ครบทุกระดับ คือผลลัพธ์สุขภาพ กระบวนการฟื้นตัว และสภาวะสุขภาพในระยะยาว (2) การวัดต้นทุนจริงของการให้บริการ พิจารณาไปถึงเวลาของการใช้ทรัพยากร ประมวลผลเป็นต้นทุนที่ระดับผู้ป่วยแต่ละรายจนจบกระบวนการ มิใช่สำหรับแผนก หน่วยงาน หรือการให้บริการแต่ละประเภท (3) การมองหาและใช้โอกาสของการลดต้นทุนหรือเพิ่มประสิทธิภาพของการบริการ

3. การจ่ายเงินให้ผู้ให้บริการในลักษณะวงเงินรวมสำหรับผลการดูแลรักษาทั้งหมด (bundled price) ประเทศไทยมีการจ่ายเงินให้กับโรงพยาบาลทั้งในลักษณะ fee-for-service และ capitation ซึ่งทั้งสองวิธีก็มีข้อดีและข้อจำกัดที่ต่างกันไป รูปแบบการจ่ายเงินในลักษณะ bundled price เป็นรูปแบบที่ผู้จ่ายเงินหลักคือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลาง รวมทั้งบริษัทประกันสุขภาพ น่าจะร่วมกันพิจารณาเพื่อแก้ไขจุดอ่อนของระบบการจ่ายเงินที่มีอยู่ และทำให้การจ่ายเงินของทุกระบบเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ส่งเสริมให้เกิดคุณค่าในภาพรวมของระบบบริการ โดยอาจจะเริ่มด้วยโครงการนำร่องเพื่อศึกษาผลกระทบในทุกด้าน ก่อนที่จะมีการขยายผล

4. เชื่อมโยงเครือข่ายบริการสุขภาพ และ 5. ขยายงานบริการให้ครอบคลุมพื้นที่รับผิดชอบ

ประเทศไทยมีการกระจายสถานพยาบาลไปครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศที่มีการวางแผนการเชื่อมโยงเครือข่ายบริการสุขภาพ มีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยรายโรคของเครือข่ายบริการสุขภาพภายใต้ Service Plan ของกระทรวงสาธารณสุข และมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนในระดับอำเภอ ภายใต้โครงสร้าง District Health Board คำถามคือสิ่งเหล่านี้นำมาซึ่งคุณค่าสูงสุดแล้วหรือไม่

สิ่งที่ควรพิจารณาคือ (1) การลดการจัดบริการในที่ที่ไม่เหมาะที่จะให้บริการหรือใช้ทรัพยากรไม่คุ้มค่า ซึ่งหน่วยบริการต่างๆ จะต้องยอมเสียสละหรือลดตัวตนของตนเองลง ผู้ป่วยอาจจะต้องใช้เวลาในการเดินทางมากขึ้นเพื่อไปรับบริการยังจุดที่ถูกกำหนดไว้ อัตราการจ่ายที่แตกต่างกันเพราะระดับของผู้ให้บริการจะต้องลดลง (2) การขยายการเข้าถึงทางภูมิศาสตร์โดยผู้ให้บริการที่เป็นผู้นำ จะมีวิธีการพิจารณาและทำให้เกิดการยอมรับได้อย่างไรว่าใครเป็น

ผู้นำ ถ้าผู้นำนั้นอยู่นอกภาครัฐหรืออยู่ต่างสังกัด จะยอมให้ผู้นำขยายแนวทางการให้บริการที่มีคุณค่านั้นไปสู่พื้นที่รับผิดชอบของภาครัฐหรือสังกัดอื่นได้อย่างไร ด้วยความร่วมมือกันจะทำให้พัฒนาความเข้มแข็งในทุกภาคส่วนได้หรือไม่

6. พัฒนาโครงสร้างเทคโนโลยีสารสนเทศ (information technology platform)

เรื่องนี้เป็นส่วนขาดที่สำคัญมาก ถึงแม้ประเทศไทยจะได้มีความพยายามในการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศทางการแพทย์มาอย่างต่อเนื่อง แต่พัฒนาการที่เกิดขึ้นก็ยังก้าวไม่ทันความต้องการของตัวระบบบริการสุขภาพเองที่มีการพัฒนาแบบก้าวกระโดด โอกาสพัฒนาที่ควรเป็นจุดเน้น คือการจัดโครงสร้างพื้นฐานของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศให้ได้มาตรฐาน, การ standardize ฐานข้อมูลต่างๆ ที่มีการจัดเก็บ เพื่อให้ฐานข้อมูลที่อยู่ต่าง platform สามารถสื่อสารส่งต่อกันได้, การพัฒนา application ที่จะรองรับความต้องการภายในหน่วยและความต้องการที่จะให้งานระหว่างสถานพยาบาลเชื่อมโยงกันมากขึ้น

สรุป

ทุกคนบนโลกใบนี้คงคาดหวังบริการสุขภาพที่ดีที่สุดสำหรับตนเองและคนที่ตนรัก การประยุกต์แนวคิดด้านบริการสุขภาพที่มีคุณค่าของ Porter เข้ากับบริบทของสังคมไทย แล้วเสริมด้วยการพัฒนา “คุณภาพ” และ “คุณธรรม” ที่สังคมไทยได้สั่งสมประสบการณ์มา น่าจะเป็นทางออกที่สำคัญของความท้าทายของระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย แต่หนทางนี้คงไม่มีสูตรสำเร็จที่ถูกจัดวางไว้แล้ว แต่คงต้องมีกระบวนการเรียนรู้อีกมากมายที่จำเป็นต้องเกิดขึ้น ซึ่งทีมงานด้านสุขภาพจะได้ร่วมเรียนรู้และพัฒนาไปด้วยกัน

1.2 คุณภาพและคุณค่าในการ “ดูแลคน” (Social Objective)

คุณภาพและคุณค่าในการดูแลความเป็นคนหรือมองในมุมของ วัตถุประสงค์เชิงสังคม จะสอดคล้องกับมิติคุณภาพด้าน people-centered care การดูแลที่เน้นคนเป็นศูนย์กลาง ซึ่งจะต้องพิจารณาทั้งการรับฟังความต้องการ และความคาดหวัง การตอบสนอง การจัดระบบและสิ่งแวดล้อมในการดูแล การสร้างความผูกพัน ตลอดจนการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถและความมั่นใจ ในการดูแลสุขภาพของตนเอง

องค์การอนามัยโลกก็สนับสนุนให้ประเทศสมาชิกพัฒนาระบบบริการไปสู่ Integrated people-centered health services โดยกำหนดเป็น global strategy และมีทางเลือกของการปฏิบัติต่างๆ จำนวนมาก

1.2.1 การรับฟังผู้ป่วยและผู้รับบริการ

รู้หลัก รู้โจทย์ รู้เกณฑ์

จุดเริ่มต้นของการดูแลที่เน้นคนเป็นศูนย์กลางคือการรับฟังผู้ป่วยและผู้รับบริการ ซึ่งหากนำแนวคิด 3C-PDSA มาประยุกต์ใช้ก็จะมีข้อคิดดังนี้

รู้หลัก: คุณภาพคือการตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยและผู้รับผลงาน ด้วยการใช้ความรู้ วิทยาการ มาตรฐานวิชาชีพที่เป็นปัจจุบัน มีคุณธรรมและจริยธรรม

รู้โจทย์: (1) ผู้ป่วยที่มารับบริการมีลักษณะสำคัญอะไรบ้าง ที่จะส่งผลต่อการกำหนดวิธีการรับฟังข้อคิดเห็น (2) ผู้รับผลงานที่สำคัญขององค์กรคือใคร มีช่องทางการรับรู้อะไรบ้าง

รู้เกณฑ์ (ถอดรหัสมาตรฐาน)

- เป้าหมาย รับรู้ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย และ ประชากรในเขตรับผิดชอบ
- เจ้าของกระบวนการ หน่วยงานหรือทีมงานที่ได้รับมอบหมายในเรื่องผู้ป่วยสัมพันธ์หรือ service excellence หรืออาจจัดตั้งทีม customer focus & engagement team ขึ้นมารับผิดชอบโดยตรง

- ผู้รับผลของกระบวนการ ทุกหน่วยงานในองค์กรที่จะได้รับข้อมูลเสียงของผู้ป่วยไปใช้ประโยชน์
- ขั้นตอนสำคัญ กำหนดกลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น กำหนดวิธีรับฟัง ดำเนินการรับฟังอย่างสม่ำเสมอ ประมวลผล จัดลำดับความสำคัญ จัดทำรายงานเพื่อสื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้อง
- ข้อมูลที่ต้องใช้ การจำแนกกลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น ที่เป็นประโยชน์ในการกำหนดวิธีรับฟัง

ข้อพึงระวัง

หลุมพราง/จุดสะดุดในการรับฟังผู้ป่วยและผู้รับบริการมีดังนี้ (1) ความคิดว่าแนวคิดเรื่องผู้รับผลงานหรือลูกค้าไม่ควรนำมาใช้กับผู้ป่วย (2) ความคิดที่ว่าปริมาณงานที่ต้องรับอยู่มีมากอยู่แล้ว ไม่จำเป็นต้องทำให้ผู้ป่วยพอใจมากขึ้น (3) การคาดเดาความต้องการของผู้ป่วยโดยไม่ลงทุนกับการรับฟังเสียงจริงของผู้ป่วย (4) ความไม่สม่ำเสมอในการรับรู้เสียงของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (5) ไม่ได้นำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์ จัดลำดับความสำคัญ และสื่อสาร

ตัวอย่างวิธีการรับฟังและเรียนรู้ที่เป็นไปได้:

(1) การรับฟังก่อนเข้ารับบริการเช่น การรับฟังจากชุมชน (ดูตัวอย่าง Community Health Assessment Toolkit ที่ <http://www.healthycommunities.org/>) การวิจัยชุมชน การวิจัยตลาด

(2) การรับฟังระหว่างรับบริการเช่น การสัมภาษณ์ผู้ป่วย การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยโดยผู้นำหรือตัวแทนของผู้บริหาร การมีบุคคลทำหน้าที่สร้างปฏิสัมพันธ์และรับฟังผู้ป่วยควบคู่กัน (nurse navigator, patient relation coordinator) การตามเป็นเงาผู้ป่วยเพื่อสังเกตปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น (patient shadowing)

(3) การรับฟังหลังรับบริการเช่น การโทรศัพท์สอบถามหลังจำหน่าย, 24/7 Helpline, patient journey map, post-service satisfaction survey

(4) การรับฟังที่ใช้ได้ในหลายช่วงเวลาเช่น การสำรวจด้วยแบบสอบถาม การใช้สื่อสังคมออนไลน์ นโยบายเปิดประตู (open door policy) ของผู้นำที่พร้อมรับฟังเสียงของผู้ป่วยและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การประชุมร่วมกับผู้จ่ายเงินหรือผู้ประกอบการ

การใช้ประโยชน์จากข้อมูล

ตัวอย่างการจัดการเพื่อนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์

(1) จัดตั้ง Service Excellence Team เพื่อเป็นศูนย์รวมข้อมูลเสียงของผู้ป่วยจากทุกแหล่ง และทำให้มั่นใจว่ามีข้อมูลที่ใช้ประโยชน์เพื่อการปรับปรุงสำหรับผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม

(2) จัดทำรายงานเสียงของผู้ป่วยรายเดือนหรือรายสามเดือนเพื่อแสดงแนวโน้มและประเด็นสำคัญเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วย

(3) การเฝ้าติดตามคำร้องเรียนผ่าน social media และตอบสนองหรือติดตาม

การรับฟังประสบการณ์ของผู้ป่วย

The Beryl Institute ให้ความหมายของประสบการณ์ของผู้ป่วยไว้ว่า “เป็นผลรวมของปฏิสัมพันธ์ทั้งหมดที่มีผลต่อการรับรู้ของผู้ป่วยตลอดเส้นทางการดูแล และเป็นผลจากวัฒนธรรมองค์กรของสถานพยาบาล” (the sum of all interactions, shaped by an organization’s culture, that influence patient perceptions across the continuum of care)

การรับฟังประสบการณ์ของผู้ป่วยมิได้มุ่งที่จะตอบสนองความต้องการทุกอย่างของผู้ป่วย แต่เพื่อทำความเข้าใจว่าอะไรคือสิ่งที่สำคัญที่สุดสำหรับผู้ป่วย เช่น การสื่อสาร การบริการ การเข้าถึง และนำเอาสิ่งเหล่านี้มาสู่การออกแบบบริการที่เหมาะสม

ประสบการณ์ของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยได้รับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นจริง มีการเทียบเคียงกับความคาดหวังและปรากฏออกมาเป็นความเห็น ความรู้สึก การตัดสินใจ กลายเป็นกระจกสะท้อนที่ดีว่าสิ่งที่จัดบริการให้ั้นบรรลุเป้าหมายในมุมมองของผู้รับบริการหรือไม่

ความท้าทายในการประเมินประสบการณ์ของผู้ป่วยคือเป็นการผสมผสานแนวคิดที่หลากหลาย ความพึงพอใจ ความผูกพัน การรับรู้ ความพึงใจหรือความชอบส่วนบุคคล (preference) รวมทั้งมีวิธีการประเมินที่หลากหลาย ทั้งวิธีการเชิงปริมาณและวิธีการเชิงคุณภาพ แม้เครื่องมือวัดในเชิงปริมาณนั้นก็ไม้อาจวัดได้อย่างเป็น objective และมีคำจำกัดความที่ชัดเจนตายตัว ดังตัวอย่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูง การวัดประสบการณ์ของผู้ป่วยแตกต่างจากการวัดระดับ

ความดันโลหิตที่สามารถควบคุมได้ แต่ครอบคลุมมุมมองด้านอื่นๆ เช่น ผลข้างเคียงจากการกินยาลดความดันโลหิต

ตัวอย่างวิธีการรับรู้ประสบการณ์ของผู้ป่วย

(1) การรับฟังจากผู้ป่วยหรือกลุ่มผู้แทนของผู้ป่วยด้วยการใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การถ่ายภาพมาบรรยาย (photovoice)

(2) การรายงานผลลัพธ์โดยผู้ป่วย (Patient Reported Outcome Measures; PROMs)

(3) การสังเกตหรือการใช้วิธีทางมานุษยวิทยา เช่น การตรวจเยี่ยม การสังเกต การตามเป็นเงา การบันทึกเทป

Patient Journey Map

Journey Map เป็นการสรุปข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้รับจากวิธีการรับฟังหลายๆ วิธีเพื่อสังเคราะห์และสรุปการรับรู้ของผู้ป่วยในขั้นตอนต่างๆ ของการเข้ารับบริการ อาจดูคล้ายกับการจัดทำ process flowchart หรือ value stream mapping แต่เป็นขั้นตอนในมุมมองของผู้รับบริการซึ่งจะมีรายละเอียดหรือขั้นตอนมากกว่าในมุมมองของผู้ให้บริการ

ขั้นตอนในการจัดทำ Patient Journey Map มีดังนี้⁴

- (1) สำรวจเส้นทางเดินของผู้ป่วยโดยใช้การสัมภาษณ์ สนทนากลุ่ม หรือประชุมเชิงปฏิบัติการ
- (2) ขอให้ผู้ป่วยอธิบายประสบการณ์โดยรวมในแต่ละขั้นตอน
- (3) ขอให้ผู้ป่วยบอกเล่าประสบการณ์ (การรับรู้หรือความรู้สึก) ด้านบวกหรือด้านลบในแต่ละขั้นตอน (ประสบการณ์ด้านลบคือ pain point หรือจุดจืดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย)
- (4) ขอให้ผู้ป่วยเสนอว่าคุณค่าและการกระทำอะไรที่ก่อให้เกิดประสบการณ์ดังกล่าว (คิดหรือคาดหวังอะไร ได้รับการตอบสนองอย่างไร)
- (5) ขอให้ผู้ป่วยให้ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง
- (6) สรุปสะท้อนกลับให้ผู้ป่วยยืนยัน
- (7) จัดทำแผนที่เดินทางของผู้ป่วย
- (8) สรุปประเด็นที่จะนำไปพัฒนา

⁴ <http://www.healthcodesign.org.nz>

1.2.2 วิธีการง่ายๆ เพื่อการมุ่งเน้นผู้ป่วยมากขึ้น

- (1) ส่งเสริมให้ทุกจุดที่สัมผัสกับผู้ป่วย ใช้แนวทางพฤติกรรมบริการที่เป็นเลิศ “มองหน้า สบตา ยิ้ม ทักทาย ได้ตาม ตามส่ง”
- (2) สร้างคลังภาษายีราฟ (เข้าใจความรู้สึกและความต้องการของผู้ป่วย) มาทดแทนภาษาหมาป่า (คำพูดที่ตำหนิ เฟ่งโทษผู้ป่วย) และให้ทุกคนฝึกฝนใช้ให้มาก
- (3) ค้นหาจุดจืดของผู้ป่วยและปรับปรุงระบบเพื่อตอบสนอง (จุดจืดของผู้ป่วย เช่น คำพูดที่ไม่ต้องการได้ยิน การรบกวนขณะรับการรักษา ความมั่นใจไม่รู้ว่าไปทางไหน จะต้องทำอะไร ข้อมูลที่ไม่เพียงพอ ความไม่ใส่ใจต่อคำบอกเล่าของผู้ป่วย การปฏิบัติเสมือนมิใช่เพื่อนมนุษย์ การรอคอย การถูกแซงคิว)
- (4) สลายกฎระเบียบที่ไม่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วย (อาจจะเป็นการตีความกฎระเบียบเกินเลยกว่าที่กำหนดไว้ หรือกฎระเบียบนั้นไม่มีเหตุผลที่จะต้องมียู่ต่อไปแต่ไม่มีใครกล้ายกเลิก)
- (5) ใช้ “Momma test” เมื่อไม่อยากจะทำอะไรบางอย่าง ให้ถามว่าถ้าผู้ป่วยรายนี้เป็นแม่ของเรา เราจะทำอย่างไร
- (6) อยู่กับปัจจุบัน (เจริญสติ) แบ่งปันพลังบวกให้ผู้ป่วย
- (7) ฝึกโปรแกรมจิตใจตนเองเพื่อเตรียมพร้อมการดูแลผู้ป่วย
 - การฟังเรื่องเล่าของผู้ป่วยคือการเยียวยา
 - Concern ของผู้ป่วยและญาติ คือขุมทองป้องกันความเสี่ยง
 - เข้าหาผู้ป่วยด้วยจิตใจที่สงบเย็น และแบ่งปันพลังบวก
 - เข้าใจ, เห็นใจ, high touch
 - มนุษย์คือสิ่งมหัศจรรย์ของโลก ผู้ป่วยคือทูตที่ส่งสัญญาณความทุกข์ยากของมนุษย์ เราจะดูแลผู้ป่วยด้วยความสุภาพ เคารพในความเป็นมนุษย์ที่เท่าเทียมกัน
 - ความเป็นวิชาชีพคือการดูแลด้วยความรู้ อย่างสุดความสามารถ ด้วยความระมัดระวัง

1.2.3 Patient-centered Care

The Institute of Medicine ให้ความสำคัญของการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางไว้ว่า “การดูแลที่เคารพและตอบสนองความต้องการ ความพึงใจ และค่านิยมของผู้ป่วยแต่ละราย ทำให้มั่นใจว่าค่านิยมของผู้ป่วยชี้นำทุกการตัดสินใจทางคลินิก”

The Picker Institute ได้เสนอหลักการของการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางไว้ 8 ประการ และ ดร.นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ได้สรุปเป็นไทยให้จดจำง่าย ๆ ดังนี้

- (1) **เคารพ**ในความเป็นมนุษย์ (ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ โดยตระหนักว่าแต่ละคนมีค่านิยมและความพึงใจที่แตกต่างกัน ปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความเคารพในศักดิ์ศรี และไวต่อค่านิยมทางวัฒนธรรมของบุคคล)
- (2) **ประสาน**และบูรณาการในทุกจุดบริการ (การประสานงานที่ดีจะช่วยลดความรู้สึกหวั่นไหวและไร้อำนาจที่เกิดขึ้นระหว่างการเจ็บป่วย)
- (3) **สื่อสารข้อมูล**ให้ถึงพร้อม (ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย กระบวนการดูแล และความรู้เพื่อการดูแลตนเอง)
- (4) **สิ่งแวดล้อม**ที่สะดวกสบาย (รวมทั้งการจัดการความปวด และการใช้ชีวิตประจำวัน)
- (5) การดูแลช่วยเหลือนภาวะ**อารมณ์**ให้สมดุลงดี (ดูแลเพื่อคลายจากความหวาดกลัวหรือความกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ผลกระทบต่อครอบครัว ค่าใช้จ่าย)
- (6) เน้นการ**มีส่วนร่วม**ของญาติมิตร (ที่อยู่ของครอบครัว การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การสนับสนุนให้สมาชิกของครอบครัวเป็นผู้ดูแล รับรู้ความต้องการของครอบครัว)
- (7) ติดตามดูแลอย่าง**ต่อเนื่อง** (การให้คำแนะนำก่อนจำหน่าย การประสานงานและวางแผนเพื่อการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย การให้ข้อมูลเพื่อการเข้าถึงความช่วยเหลือที่จำเป็น)
- (8) **เข้าถึง**ในทุกเรื่องที่เป็น

1.2.4 Integrated people-centered health services

องค์การอนามัยโลกกำหนดความหมายของคำที่ใกล้เคียงกันสองคำคือ people-centered care กับ person-centered care ไว้ดังนี้

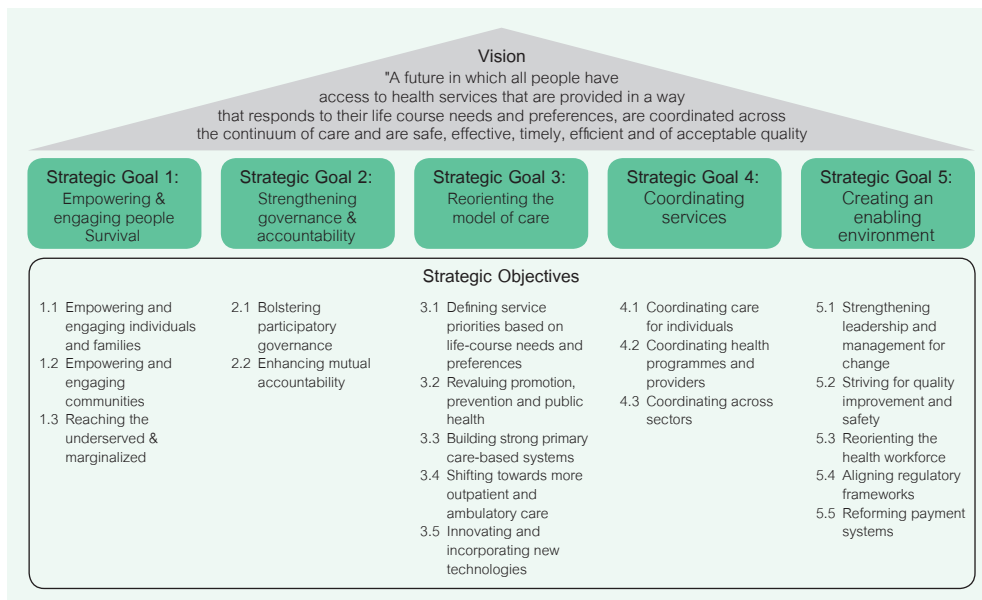
People-centered care หมายถึงแนวทางการดูแลที่ตระหนักรู้และรับเอามุมมองของบุคคล ผู้ดูแล ครอบครัว และชุมชน ในฐานะที่เป็นผู้เข้าร่วมและ ผู้ได้รับประโยชน์จากบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นการดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการและความพึงใจ ด้วยความเคารพในความเป็นมนุษย์และเป็นองค์รวม ผู้ป่วยได้รับความรู้และความช่วยเหลือเพื่อให้สามารถตัดสินใจและมีส่วนร่วม ในการดูแลตนเอง การจัดบริการนี้ยึดเอาความต้องการด้านสุขภาพและความ คาดหวังของผู้คนมากกว่าตัวโรค

Person-centered care หมายถึงแนวทางและการปฏิบัติในการดูแลที่ มองเห็นบุคคลเป็นองค์รวม ซึ่งมีความต้องการและเป้าหมายหลายระดับ โดย ความต้องการเหล่านี้มาจากปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพของแต่ละคน

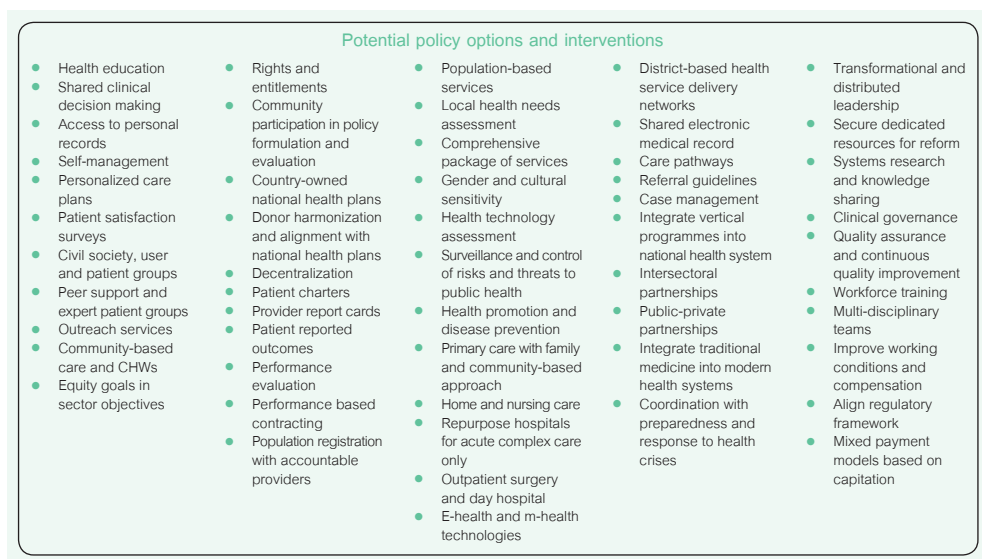
องค์การอนามัยโลกได้กำหนด global strategy on integrated people-centered health services เพื่อมุ่งสู่วิสัยทัศน์ที่ว่า “อนาคตที่ทุกคนเข้าถึงบริการสุขภาพซึ่งจัดขึ้นในลักษณะที่ตอบสนองต่อความต้องการและความพึงใจใน แต่ละช่วงชีวิต มีการประสานตลอดเส้นทางการดูแล เป็นการดูแลที่ปลอดภัย ได้ผล ทันเวลา คุ่มค่า และมีคุณภาพที่ยอมรับได้” โดยมีเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ ดังนี้

- (1) การเสริมพลังและผูกพันกับผู้คน (บุคคล ครอบครัว ชุมชน) เข้าถึง ผู้ที่อยู่ชายขอบและด้อยโอกาส
- (2) การเพิ่มความเข้มแข็งในระบบธรรมาภิบาล (แบบมีส่วนร่วม) และ การระับผิดชอบ
- (3) การปรับรูปแบบการดูแล (กำหนดลำดับความสำคัญของการจัด บริการตามความต้องการในแต่ละช่วงชีวิต ให้คุณค่ากับการส่งเสริม ป้องกันและสาธารณสุข สร้างระบบบริการปฐมภูมิที่เข้มแข็ง มุ่งไปที่ บริการแบบผู้ป่วยนอก สร้างนวัตกรรมและนำเทคโนโลยีใหม่ๆ มาใช้)
- (4) การประสานบริการ (สำหรับผู้รับบริการแต่ละราย ประสานโปรแกรม และสถานพยาบาล ประสานระหว่างภาคส่วน)

(5) สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย (ผู้นำและผู้บริหารการเปลี่ยนแปลง มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย ปรับระบบกำลังคน ปรับระบบการควบคุม ปรับระบบการจ่ายเงิน)



กรอบที่ 1.6 WHO Global Strategy on Integrated People-centered Health Services



กรอบที่ 1.7 Potential Policy Options and Interventions

1.2.5 SHA: Spiritual Healthcare Appreciation กับ การดูแลที่เน้นคนเป็นศูนย์กลาง

HA กับ SHA เป็นเรื่องที่ยากจากกันไม่ได้ เป็นเหมือนสมดุลง “หยิน-หยาง” “จะเป็นอย่างไรถ้าโรงพยาบาลทำเรื่อง safety ให้ละมุนละไม หรือ ทำเรื่องละมุนละไมให้มีความปลอดภัย (safety)” คำถามนี้สะท้อนให้เห็นถึงภาพฝันของ SHA ที่เราปรารถนาให้ปรากฏขึ้นในระบบบริการสุขภาพ

SHA เกิดจากกลุ่มคนที่สนใจ ใคร่รู้ อยากสานต่อการพัฒนาคุณภาพด้วยมิติจิตวิญญาณอันเป็นเอกลักษณ์ของประเทศไทย ผ่านโครงการ SHA, SHA CUP และเกิดร่างมาตรฐาน SHA ในปี 2558 ประกอบด้วย 4 หมวดหลักที่เป็นกรอบในการประเมินตนเองได้แก่

(1) การดูแลที่เน้นคนเป็นศูนย์กลางและบูรณาการมิติจิตวิญญาณ ซึ่งใช้มาตรฐานส่วนที่ 3 คือกระบวนการดูแลผู้ป่วยเป็นกรอบการประเมิน

(2) แรงบันดาลใจของทีมผู้ให้บริการ ผ่านการปลูกฝังจิตสำนึกร่วมฝึกฝนให้เติบโตในการทำงานด้วยความตระหนักและเห็นความหมายของงาน มีความไวในการรับรู้และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ด้วยความรักในเพื่อนมนุษย์

(3) สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเยียวยา ผ่านโครงสร้างทางกายภาพและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อความปลอดภัย การมีปฏิสัมพันธ์ การเรียนรู้ การสร้างเสริมสุขภาพ การเยียวยา และการพิทักษ์สิ่งแวดล้อม

(4) การนำและระบบสนับสนุน ที่ส่งเสริมการดูแลที่เน้นคนเป็นศูนย์กลางและบูรณาการกับมิติด้านจิตวิญญาณ ให้ความมั่นใจในคุณภาพและการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์อย่างเท่าเทียมกัน

หลักสำคัญที่ใช้ในการขับเคลื่อนให้เกิดการจัดระบบบริการที่ปลอดภัย มีคุณภาพ เพิ่มคุณค่า ด้วยคุณธรรม ที่ขับเคลื่อนจากภายในซึ่งเป็น “SHA core values” อันประกอบด้วย

(1) Inner life: คือชีวิตภายใน หรือพลังภายในชีวิตที่คนรับรู้ ตระหนักว่าเราเป็นใคร เราทำอะไร เป้าหมายคืออะไร เมื่อบุคลากรทางการแพทย์มีความตระหนักถึงบทบาทของตนเอง การทำหน้าที่ในการรักษาพยาบาลจะเกิดความประณีต ละเอียดอ่อน มีความเข้าใจความทุกข์ยากของผู้รับบริการ เป้าหมายชีวิต

ของแต่ละคนมีความแตกต่างกันไป แต่วิธีการที่จะสร้างความเข้าใจให้เกิดความตระหนักรู้ว่า ในขณะที่ทำงาน เราคือใคร เรากำลังทำอะไร เราทำเพื่อเป้าหมายอะไร เป็นการเชื่อมโยงให้บุคลากรทางการแพทย์เชื่อมสู่ปัจจุบัน เกิดการเชื่อมระหว่างชีวิตภายใน และการปฏิบัติงานได้อย่างมีสติ มีความสุข อิ่มเอมใจ

(2) Meaning and Purpose in Work: คือการที่บุคลากรทางการแพทย์รับรู้ มีความเข้าใจในงานที่ทำมีคุณค่า มีความหมาย มีความชัดเจนที่เกิดผลดี ทั้งกับตนเองและผู้อื่น มีพลังใจในการทำงาน เกิดความรัก ความศรัทธาในงานที่ตนเองทำและมีความสุขในความสำเร็จของงานนั้น

(3) Sense of Connection & Community: คือการที่บุคลากรทางการแพทย์รับรู้ ตระหนักว่าตนเองคือส่วนหนึ่งของชุมชน หรือสมาชิกในองค์กร มีการสนับสนุนซึ่งกันและกันอย่างจริงใจ มีความรักไว้วางใจ มีเป้าหมายการทำงานที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน

(4) Spiritual Connection: การเชื่อมโยงกับสิ่งที่นับถือและศรัทธา ทั้งที่มองเห็นและมองไม่เห็น มาใช้ในการทำงานให้ดีขึ้น เช่น งานคือบุญ คือกุศล หรือ การดูแลผู้ป่วยด้วยความอ่อนโยนเปรียบเสมือนการดูแลมารดาของตน ซึ่งทำให้เกิดความยั่งยืนด้วยบริการที่มอบนั้นเกิดจากแรงขับเคลื่อนภายใน (Insight out) ที่เชื่อมโยงจิตวิญญาณของผู้ให้บริการ

ทั้งหมดที่กล่าวมาดูเหมือนจะเป็นสิ่งที่เป็นามธรรม จับต้องได้ยาก แม้ในเบื้องต้นจะมองเห็นรูปธรรมผ่านตัวอักษรของคำนิยาม จุดเน้น กลยุทธ์ และการถ่ายทอดสู่ผู้ปฏิบัติ ที่โรงพยาบาลได้พยายามสื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องรับรู้ แต่ก็ยากที่จะจินตนาการ จวบจนเมื่อได้ลงไปสัมผัสกับความจริง ภาพฝันในแผนกระดาษจะค่อยๆ สะท้อนให้เห็นถึงความสุข ความอบอุ่น ผ่อนคลายของสภาพสิ่งแวดล้อมที่เป็นสัปปายะ เห็นความงดงามที่เกิดกับผู้ปฏิบัติงาน ที่ถ่ายทอดเรื่องราวของการจัดบริการที่มาจากรากลึกภายในที่มุ่งจะส่งมอบคุณภาพด้วยการเอาใจเขามาใส่ใจเรา การส่งมอบความหวัง ที่เป็นพลังให้แก่ผู้ป่วย/ญาติ ซึ่งสะท้อนได้แจ่มชัดขึ้นจากรอยยิ้ม เสียงหัวเราะ และแววตาของผู้รับบริการ แม้เขาคานั้นจะไม่สามารถสื่อสารกับเราได้ แต่เราสัมผัสความสุขนั้นได้โดยแท้จริง

การเยี่ยมสำรวจ SHA จึงเป็นกระบวนการ ที่สัมผัสความเป็นมนุษย์ในองค์กร รับรู้ คุณค่าและความหมาย ที่เกิดจาก การทำงานที่สำเร็จได้ด้วย “ใจ” ที่ประณีตมากขึ้น

สำหรับ SHA ในก้าวต่อไปในปี 2561 คือการเข้าไปรับรู้กระบวนการภายในโรงพยาบาลที่ใช้มิติการดูแลผู้ป่วยด้วยจิตวิญญาณอย่างเป็นธรรมชาติ มาปรับแต่งมาตรฐานที่มีให้สมบูรณ์ พร้อมกับการค้นหารูปแบบการเยี่ยมสำรวจที่ประณีต มีความไวต่อการรับรู้ความดี ความงามและยังคงไว้ซึ่งการให้บริการที่ปลอดภัย มีคุณภาพอย่างเป็นระบบ ซึ่งยังคงพบว่า มีจุดอ่อนคือ (1) ในการใช้มุมมองเชิงระบบที่จะนำเรื่องราว เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมาสู่การออกแบบระบบบริการด้วยหลักการป้องกันที่ประณีต ตั้งแต่กระบวนการแรกถึงกระบวนการสุดท้าย (2) การสื่อสารเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยที่มาจากความร่วมมือของผู้ป่วยและสหวิชาชีพในเวชระเบียน เพื่อใช้วางแผนในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม พร้อมการติดตามประเมินปรับกระบวนการให้ละเอียดละไม และ (3) ค้นหาโอกาสพัฒนาระบบการดูแลด้วยมิติ SHA ในกลุ่มผู้รับบริการ/ญาติที่แตกต่างกัน เช่นความไวต่อการรับรู้ความคับข้องใจ ทุกข้อใจของผู้ป่วย วัยรุ่นที่พิการ สูญเสียภาพลักษณ์ของตน

ในปี 2562 มาตรฐาน SHA น่าจะเกิดความสมบูรณ์ มีการสื่อสารให้โรงพยาบาลที่สนใจได้ทดลองนำไปใช้ และมีการฝึกอบรมให้แก่โรงพยาบาลที่สนใจ นำร่องไปทดลองปฏิบัติและเยี่ยมชมรับรู้อย่างเหมาะสม

1.2.6 การสร้างความผูกพันกับผู้ป่วยการมุ่งเน้นสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ

ความผูกพันของผู้ป่วย (Patient Engagement)

เมื่อพูดถึงความผูกพันของลูกค้า ความเข้าใจโดยทั่วไปคือการมีปฏิสัมพันธ์ทางความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมกับ brand ของสินค้าหรือบริการ แต่เมื่อนำคำว่าความผูกพันมาใช้กับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการสุขภาพ คำนี้จะมีความหมายแตกต่างออกไป คือหมายถึงการมีปฏิสัมพันธ์ที่ส่งผลต่อการเสริมพลังให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม มีความสามารถและมีความมั่นใจในการดูแลตนเอง

ความผูกพันของผู้ป่วยจะส่งผลให้ผลลัพธ์การดูแลดีขึ้น อันเป็นผลมาจากการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการดูแลตนเอง เมื่อผลลัพธ์ดีขึ้นแสดงว่าคุณค่าและคุณภาพของการดูแลย่อมเพิ่มขึ้นด้วย

ระดับขั้นของความผูกพันกับผู้ป่วยและชุมชน⁵

(1) การทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจ เป็นขั้นแรกในการสร้างความผูกพันกับ ผู้รับบริการสุขภาพ ด้วยการรับฟังและตอบสนองความต้องการ

(2) การให้ผู้ป่วยได้รับทราบทางเลือกต่าง ๆ (informed choice) โดย ผู้ป่วยอาจจะมีส่วนร่วมในการเลือกอย่างไม่เป็นทางการ

(3) ผู้ป่วยมีส่วนร่วมตัดสินใจ (shared decision making) โดยทั้ง แพทย์และผู้ป่วยนำทางเลือกต่าง ๆ วิถีชีวิตและความพึงใจของผู้ป่วยมาพิจารณา ร่วมกัน และตัดสินใจร่วมกันในการเลือกทางเลือกที่เหมาะสมที่สุดในระดับนี้ รวมถึงการที่ผู้ป่วยจะมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบดูแลตนเองหรือญาติมีส่วนในการ ดูแลผู้ป่วยที่บ้านด้วย ซึ่งจะต้องเสริมพลังให้ผู้ป่วยมีความสามารถและมีความ มั่นใจในการดูแลตนเอง

(4) การเป็นหุ้นส่วนกับผู้ป่วย (partnering with patient) เป็นการขอ ความเห็นจากผู้ป่วยว่าจะปรับปรุงบริการสุขภาพในโรงพยาบาลและในชุมชน อย่างไร ต่างฝ่ายต่างเรียนรู้จากกันและกัน

(5) ผู้ป่วยเป็นเจ้าของสุขภาพของตนเอง (ownership of health) ผู้ป่วยมี health literacy สูงมากและเข้าใจว่าจะเลือกตัดสินใจเพื่อสุขภาพของ ตนเองอย่างไร ผู้ป่วยเป็นผู้จัดการการดูแลของตนเองและขอความช่วยเหลือ จากแพทย์พยาบาลเมื่อมีปัญหา

(6) ผู้ป่วยเป็นตัวแทนของชุมชน (engaged in population health) ส่งเสียงแสดงความต้องการหรือความคิดเห็นต่อผู้มีอำนาจ ช่วยเหลือสมาชิก ในชุมชนในการเข้ารับบริการ และมีส่วนในการทำให้เกิดความเท่าเทียมกันใน เรื่องสุขภาพ

จะเห็นว่าในลำดับของความผูกพันที่สูงขึ้น จะมุ่งให้ผู้ป่วยมีส่วนในการ ควบคุมหรือจัดการสุขภาพของตนเองมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกันค่านิยมและ แนวคิดหลักเรื่องการมุ่งเน้นสุขภาพ และแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ

⁵ <http://www.regionalprimarycare.org/>

ค่านิยมและแนวคิดหลัก “การมุ่งเน้นสุขภาพ” (Focus on Health)

ค่านิยมและแนวคิดหลักในเรื่อง “การมุ่งเน้นสุขภาพ” มีสาระสำคัญสองประการ (1) แนวคิดเรื่องสุขภาพคือดุลยภาพ (2) การนำภาวะที่เป็นปกติของบุคคลมาใช้ประโยชน์ต่อสุขภาพ

ค่านิยมนี้มีความสำคัญเนื่องจาก (1) การเจ็บป่วยจำนวนมาก ไม่รู้สาเหตุ แต่สามารถดูแลให้มีความสุขได้ (2) สุขภาวะ พบได้ทั้งในยามเจ็บป่วย หรือแม้ยามจะเสียชีวิต (3) ผู้ป่วย มีทั้งส่วนที่ป่วยและไม่ป่วย ในตัวคนเดียวกัน ดังตัวอย่าง “จิตสไตล แม่กายพิการ” ของอาจารย์กำพล ทองบุญน่ม

เราสามารถนำค่านิยมและแนวคิดนี้มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยด้วยวิธีการต่อไปนี้ (1) ใช้แนวคิด focus on health กับผู้ป่วยและผู้ไม่ป่วย (2) หาโอกาสสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยทุกรายที่มานอนโรงพยาบาล (3) พิจารณาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพอย่างครอบคลุม (4) สร้างสมดุลของการสร้างสุขภาวะ และการบำบัดรักษา (5) ใช้แนวคิดสุขภาวะกำเนิด (salutogenesis) (6) ฝึกอยู่กับปัจจุบัน แบ่งปันพลังบวกให้ผู้ป่วย

การสร้างเสริมสุขภาพ

การสร้างเสริมสุขภาพคือกระบวนการทำให้ผู้คนเพิ่มความสามารถในการควบคุมสุขภาพของตนเองและทำให้สุขภาพของตนเองดีขึ้น โดยใช้มาตรการทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่หลากหลายเพื่อประโยชน์และเพื่อปกป้องสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้คน

องค์ประกอบสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพในระดับมหภาค ได้แก่ (1) ธรรมชาติบาริบาลสำหรับสุขภาพ นั่นคือนโยบายของภาครัฐที่จะปกป้องผู้คนจากความเจ็บป่วยและอันตราย มีแรงจูงใจเพื่อเป้าหมายสุขภาพของประชาชน (2) ความรอบรู้หรือความแตกฉานทางสุขภาพ (health literacy) ผู้คนมีความรู้ มีทักษะ และมีข้อมูลพอที่จะตัดสินใจเลือกสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพและมีโอกาสเลือก (3) เมืองนำอยู่ (healthy cities) เป็นการแสดงความมุ่งมั่นของผู้บริหารเขตเมืองที่จะวางแผนและมีมาตรการคุ้มครองสุขภาพของผู้คน

มาตรฐาน HA ฉบับเฉลิมพระเกียรติฯ และฉบับปัจจุบัน ได้บรรจุข้อกำหนดต่างๆ เกี่ยวกับบทบาทของโรงพยาบาลในการสร้างเสริมสุขภาพทั้งในระดับแผนกลยุทธ์ การดูแลผู้ป่วยรายบุคคลให้มีความสุขแตกฉานทางสุขภาพ การเสริมพลัง

ชุมชนรวมทั้งการส่งเสริมให้มีมาตรการทางสิ่งแวดล้อมและสังคม การสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากร สิ่งแวดล้อมเพื่อการเรียนรู้ในโรงพยาบาล และผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

เมื่อใช้มาตรฐาน HA ขอให้ตระหนักว่าเรากำลังทำเรื่องสร้างเสริมสุขภาพควบคู่กันไป สิ่งที่เราควรถามเป็นประจำในการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายคือ เราจะเสริมพลังให้ผู้ป่วยรายนี้สามารถดูแลสุขภาพของตนเอง และควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของเขาได้อย่างไร

ในสถานการณ์ที่ระบบบริการสุขภาพต้องรับภาระมากขึ้นจนเกินกำลังที่มีอยู่ การสร้างความผูกพันกับผู้ป่วยและพัฒนาไปถึงระดับที่ผู้ป่วยมีส่วนในการดูแลตนเองมากขึ้น จึงเป็นทิศทางที่มีความจำเป็นอย่างยิ่ง

1.2.7 การสร้างคุณค่าให้กับสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย

การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลมีส่วนสำคัญในการสนับสนุนการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ดีและมีคุณภาพ ซึ่งจะเป็นการจัดสิ่งแวดล้อมที่มีอยู่ตามธรรมชาติ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่มีการสร้างขึ้นโดยมนุษย์ สิ่งแวดล้อมทางสังคม และสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลทางด้านจิตใจ เพื่อให้เกิดความปลอดภัย สร้างคุณค่าแก่ผู้ป่วย ญาติ ผู้ให้บริการและผู้เกี่ยวข้อง คือ

- (1) มีความสะดวกสบาย มีความมั่นใจในความปลอดภัยเมื่อเข้ามาใช้บริการ
- (2) ช่วยฟื้นฟูสภาพทางร่างกายและจิตใจได้ดีขึ้นอย่างรวดเร็ว ลดความกังวล ความท้อแท้
- (3) สร้างความสุขในการทำงาน ลดความเครียด มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความผูกพันกับองค์กร
- (4) ประชาชนทั่วไปประทับใจในบรรยากาศ สถานที่ และสิ่งแวดล้อม

การสร้างคุณค่าให้กับสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล สามารถนำแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับ 3C-PDSA/DALI มาประยุกต์เป็นแนวทางในการพัฒนา โดยมีหลักคิดที่สำคัญในการเพิ่มคุณค่า คือ visual management (เน้นการออกแบบจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้ใช้ผ่านการมองเห็น), user-centered design หรือ human-

centered design (เน้นการออกแบบจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการใช้งานที่เหมาะสม ด้วยความเข้าใจผู้ใช้งานในแต่ละกลุ่ม) ด้วยการนำปัญหาที่เกิดขึ้นหรือความเสี่ยง/ ปัญหาที่รับรู้จากการสำรวจ และความต้องการของผู้ที่เกี่ยวข้องมาทบทวนเพื่อปรับปรุง โดยมีการนำมาตรฐาน กฎหมาย ความรู้ใหม่ๆ ที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทาง ในการพัฒนาสิ่งแวดล้อมให้มีคุณค่าเพิ่มมากขึ้นดังตัวอย่างต่อไปนี้

1. การทบทวนพระราชบัญญัติและกฎกระทรวงที่เกี่ยวข้อง (โดยเฉพาะอย่างยิ่งกฎกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กำหนดลักษณะหรือการจัดให้มีอุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวก หรือบริการในอาคาร สถานที่ หรือบริการสาธารณะ เพื่อให้คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ ได้ พ.ศ. 2555)

1.1 การจัดสถานที่จอดรถคนพิการหรือทุพพลภาพและผู้สูงอายุ เพื่อให้คนพิการหรือผู้ที่เคลื่อนย้ายลำบากเข้าถึงบริการได้อย่างปลอดภัย เช่น จำนวนที่จอดรถของผู้พิการ ทุพพลภาพและผู้สูงอายุอย่างน้อย 2 คันสำหรับ ที่จอดรถผู้ป่วย 50-100 คัน มีตำแหน่งใกล้ทางเข้า-ออกอาคาร พื้นผิวเรียบ เสมอกัน มีสัญลักษณ์บนพื้นและป้าย มีที่ว่างข้างที่จอดรถไม่น้อยกว่า 1 เมตร

1.2 การจัดที่นั่งสำหรับคนพิการหรือพื้นที่สำหรับ จอดรถเข็นคนพิการหรือทุพพลภาพ และคนชรา ในการรอรับบริการ ประมาณ 1 ที่นั่ง สำหรับคนพิการ/พื้นที่จอดรถเข็น ต่อ 100 ที่นั่งของผู้ป่วยทั่วไป

1.3 ห้องน้ำคนพิการหรือทุพพลภาพและคนชรา ให้ความสำคัญเกี่ยวกับความกว้างของพื้นที่ ความกว้างของประตู ลักษณะของการเปิดปิดประตู ลักษณะของโถส้วม ความสูง ระยะห่างจากผนังของโถส้วม และราวจับยึด

2. การจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการเยียวยา (healing environment) เป็นการจัดสิ่งแวดล้อมที่ต่อยอดมาจากความปลอดภัย ด้วยการปรับสถานที่ สิ่งแวดล้อมในการให้บริการหรือสิ่งแวดล้อมในการทำงานให้มีความสบาย ผ่อนคลาย มีความอบอุ่นเหมือนบ้าน สร้างความกลมกลืนของกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณที่สามารถสัมผัสด้วยประสาทสัมผัสทั้ง 5 (การเห็น การรับกลิ่น การลิ้มรส การได้ยิน การรับรู้/สัมผัส)

การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเยียวยาอาจเริ่มต้นด้วยการนำแนวคิด “Optimal Healing Environment (OHE)” จาก Samueli Institute มาประยุกต์ใช้ ดังตัวอย่าง

(1) สร้างจุดดึงดูดความสนใจที่สร้างความผ่อนคลายหรือมีความงาม เช่น การติดตั้งภาพศิลปะ ภาพครอบครัว หรือสิ่งที่เคารพนับถือ หาเพลงเสียงดนตรี หรือเสียงคำสอนทางศาสนาที่ผู้ป่วยชอบ ภาพสัตว์เลี้ยง หรือ วิดีทัศน์ที่ถ่ายสัตว์เลี้ยงที่ผู้ป่วยรัก การจัดสวนเล็กๆ ที่สามารถมองเห็นจากที่ผู้ป่วยนอน

(2) การกำจัดสิ่งกระตุ้นให้เกิดความเครียดในสภาพแวดล้อม เช่น กำจัดกลิ่นอันไม่พึงประสงค์ กำจัดแหล่งกำเนิดเสียงรบกวน และการจัดแสงที่เหมาะสม

(3) การมองหาช่องการบำบัดรักษาเพิ่มเติม เช่น การนวด กดจุด ผิงเข็ม แก้ววด ดนตรีบำบัด สุขุคนบำบัด และการเยียวยาตามความเชื่อที่ต้องปรึกษาแพทย์ผู้รักษาและได้รับความเห็นชอบ

(4) การเลือกโภชนาการที่เหมาะสม เช่น การจัดให้มีการเลือกอาหารและการจัดเวลารับประทานอาหารที่เหมาะสมตามวิถีชีวิต การจัดให้มีการรับประทานอาหารกับครอบครัว/ผู้อื่น

(5) การสร้างบรรยากาศที่อบอุ่นด้วยความรัก เช่น จัดสถานที่ให้ญาติได้เยี่ยม/เฝ้าไข้ที่ค่อนข้างเป็นส่วนตัว จัดให้ผู้ป่วย ผู้เฝ้าไข้ ผู้มาเยี่ยม และเจ้าหน้าที่ มีส่วนช่วยในการสร้างสรรค์และรักษาบรรยากาศที่อบอุ่นด้วยความรัก

3. การพัฒนาและนำเทคโนโลยีมาจัดการสิ่งแวดล้อม ในปัจจุบันจะพบว่าการจัดการสิ่งแวดล้อมได้สร้างปัญหาและมลภาวะมากมาย เช่น การจัดการขยะมูลฝอยที่ไม่มีประสิทธิภาพ มลพิษทางอากาศที่เกินมาตรฐาน คุณภาพน้ำที่อยู่ในเกณฑ์ดีมีแนวโน้มลดลง การปล่อยก๊าซเรือนกระจกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ภัยพิบัติทางธรรมชาติมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น

เพื่อให้เป็นการช่วยลดปัญหาดังกล่าว จึงเริ่มมีการนำแนวคิดเกี่ยวกับ “เทคโนโลยีสีเขียว (Green Technology)” ที่มุ่งเน้นการส่งเสริมให้ใช้สินค้าหรือผลิตภัณฑ์ที่ใช้เทคโนโลยีในกระบวนการผลิต การก่อสร้าง การใช้พลังงานทางเลือกเพื่อลดมลภาวะต่างๆ ลงประกอบด้วย Green Chemistry, Green Energy, Green Building, Green IT, Green Vehicles Green Label, Carbon Footprint และ “เทคโนโลยีสะอาด (Clean Technology)” ที่มุ่งเน้นการปรับปรุงกระบวนการผลิต การบริโภค ให้เกิดผลกระทบหรือความเสี่ยงต่อมนุษย์และสิ่งแวดล้อมน้อยที่สุด

และต้องมีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ด้วยวิธีการลดมลพิษที่แหล่งกำเนิด การใช้ซ้ำ และการนำกลับมาใช้ใหม่ โดยการมีส่วนร่วมของทุกคนในองค์กร

4. ระบบ 5 ส. ส่งเสริมให้บุคลากรมีการนำมาปฏิบัติและใช้ในการจัดการสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้อยู่ในสภาพที่ดี มีความสะอาด เป็นระเบียบ ลดเวลา ลดการใช้พลังงาน ลดมลภาวะ ต่าง ๆ คือ

สะสาง คือ สะสางสิ่งที่ไม่จำเป็นออกจากระบบและเพิ่มสิ่งที่จำเป็นเข้าไปเพื่อลดความสูญเปล่า

สะดวก คือ การจัดสิ่งต่าง ๆ ให้เป็นระเบียบเพื่อประสิทธิภาพในการทำงาน

สะอาด คือ การดูแลทำความสะอาดเป็นประจำทำให้สามารถตรวจสอบความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น

สุขลักษณะ คือ การสร้างมาตรฐานในการดำเนินการ สะสาง สะดวก และสะอาดอย่างต่อเนื่องและ

สร้างนิสัย คือ การรักษาและปฏิบัติ 4 ส หรือสิ่งที่กำหนดไว้แล้วอย่างถูกต้องจนติดเป็นนิสัย

1.3 คุณภาพและคุณค่าในการ “ดูแลไข้” (Clinical Objective)

การดูแลความเจ็บไข้ได้ป่วยหรือเรียกย่อๆ ว่า “ดูแลไข้” คือการมุ่งแก้ปัญหาของผู้ป่วย ให้การตรวจวินิจฉัยที่ถูกต้องอย่างทันเวลา และให้การรักษาที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นสภาพอย่างปลอดภัย มิติคุณภาพที่เกี่ยวข้องในมุมมองนี้ได้แก่ appropriateness, timeliness, effectiveness, safety, continuity เครื่องมือที่นำมาใช้เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์นี้ เช่น การเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมโดยใช้หลักฐานวิชาการ (evidence-based practice), การทบทวนคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลรักษา (clinical audit/review), การตามรอยทางคลินิกเพื่อรับรู้ความสำเร็จและปัญหาในการปฏิบัติ (clinical tracer), การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย (safety culture), เป้าหมายความปลอดภัยผู้ป่วย (Patient Safety Goals), ระบบรายงานและเรียนรู้ (National Reporting & Learning System), ระบบบริหารความเสี่ยง, ระบบกำกับดูแลทางคลินิก เป็นต้น

1.3.1 Evidence-based practice

Evidence-based practice (EBP) คือ “การใช้หลักฐานที่ทันสมัยและดีที่สุดในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย โดยมีการใคร่ครวญอย่างรอบคอบ ชัดเจน เป็นการเชื่อมโยงองค์ประกอบสามด้านเข้าด้วยกันคือ (1) ความเชี่ยวชาญทางคลินิกของผู้ประกอบวิชาชีพ (2) หลักฐานทางคลินิกที่ได้จากการวิจัยอย่างเป็นระบบ (3) ค่านิยม ความคาดหวัง ความพึงใจของผู้ป่วย เพื่อเพิ่มโอกาสการมีผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมที่สุด”⁶

กระบวนการ EBP

กระบวนการ EBP ประกอบด้วยขั้นตอนต่อไปนี้⁷

- (1) **Assess** ประเมินผู้ป่วย
- (2) **Ask** ตั้งคำถามทางคลินิกที่ดี

⁶ Sackett, D., Rosenberg, W., Muir Gray, J., Haynes, R. Richardson, W. (1996). Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71-72.

⁷ <http://guides.mclibrary.duke.edu/ebmtutorial/home>

- P = Patient Problem: ระบุลักษณะสำคัญของผู้ป่วย (ปัญหาโรค สภาวะร่วม)
 - I = Intervention, prognostic factor or exposure: ต้องการทำอะไรกับผู้ป่วยรายนี้ หรือพิจารณาปัจจัยอะไรที่มีผลต่อการพยากรณ์โรค
 - C = Comparison: ต้องการเปรียบเทียบกับทางเลือกอะไร
 - O = Outcome: คาดหวังผลลัพธ์อะไร จะจัดอย่างไร
- (3) **Acquire** เลือกแหล่งข้อมูลหลักฐานที่เหมาะสมและค้นหา
 - (4) **Appraise** ประเมินหลักฐานในด้าน validity (วิธีการทำให้ได้คำตอบที่ตรงประเด็นหรือไม่) และ applicability (ใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้หรือไม่)
 - (5) **Apply** นำหลักฐานมาเชื่อมโยงกับประสบการณ์ทางคลินิกของผู้ดูแล และความพึงใจของผู้ป่วย และประยุกต์ในการดูแลผู้ป่วย
 - (6) **Evaluate** ประเมินผลที่เกิดขึ้น

AHRQ Knowledge Transfer Framework

ขั้นตอนสำคัญของการถ่ายทอดความรู้สู่การปฏิบัติตาม model ของ AHRQ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ

- (1) การสร้างความรู้ด้วยงานวิจัย และการกลั่นความรู้สำคัญโดยพิจารณามุมมองของผู้ใช้
- (2) การเผยแพร่ (diffusion & dissemination) ทั้งแบบทั่วไปและแบบมุ่งเป้า ผ่านตัวกลาง เช่น องค์กรวิชาชีพ โดยมุ่งหวังให้มี early adopter
- (3) การรับ ปรับใช้ และฝังเป็นระบบงานปกติ (adoption, implementation, institutionalization) โดยใช้กลยุทธ์ต่างๆ เช่น ใช้ change champion ในองค์กร ซึ่งนำความท้าทายในการนำไปปฏิบัติ ทำโครงการนำร่องในบางพื้นที่ขององค์กร ใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพให้ความช่วยเหลือในการนำไปปฏิบัติ

Choosing Wisely Campaign⁸

สหรัฐอเมริกาประสบกับปัญหาความสูญเปล่าจากการตรวจรักษาที่ไม่จำเป็นจำนวนมาก จึงเกิดการณรงค์ที่จะให้แพทย์และผู้ป่วยได้พูดคุยกันเกี่ยวกับ

⁸ https://wsma.org/doc_library/ForPatients/KnowYourChoices/ChoosingWisely/WSMA_Action-Manual_online_FNL.pdf

การตัดสินใจในวิธีการตรวจรักษาที่ชาญฉลาด คือเลือกสิ่งที่มีหลักฐานสนับสนุนว่าได้ผล ไม่ซ้ำซ้อน ไม่เกิดอันตราย และมีความจำเป็นจริงๆ มีการจัดทำแนวทางการตั้งคำถามสำหรับผู้ป่วยเพื่อการพูดคุยกับแพทย์ถึงความจำเป็นในการตรวจรักษา

เมื่อปี 2015 คณะทำงานในรัฐวอชิงตันได้กำหนดให้มีการรณรงค์ Choosing Wisely ในสามเรื่อง โดยมีเป้าหมายที่จะลดการใช้เกินจำเป็นลง 20% ภายใน 3 ปี คือ (1) ไม่ใช้ยาต้านจุลชีพในการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจที่เกิดจากไวรัส (2) ไม่ทำ annual cervical cytology screening (Pap tests) ในผู้หญิงอายุ 30-65 ปี (3) ไม่สั่งตรวจ imaging สำหรับผู้ป่วยปวดศีรษะที่ไม่ซับซ้อน (uncomplicated headache)

ขั้นตอนสำหรับการรณรงค์ Choosing Wisely

- (1) สร้าง sense of urgency ด้วยข้อมูลที่บ่งบอกถึงความสูญเปล่าและอันตรายต่างๆ จากการตรวจรักษาที่ไม่จำเป็น
- (2) สร้างแนวร่วมที่จะชี้แนะ (guiding coalition) ซึ่งประกอบด้วยผู้บริหารผู้เชี่ยวชาญ ผู้ได้รับความเชื่อถือ และผู้นำการเปลี่ยนแปลง
- (3) กำหนดวิสัยทัศน์และกลยุทธ์ เช่น การรณรงค์ให้ความรู้ การส่งเสริมการพูดคุยระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย การวัดผลการดำเนินการ
- (4) จัดตั้งกองทัพอาสาสมัครเพื่อขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลง ให้ความรู้กับแพทย์และผู้ป่วย
- (5) ขจัดอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลง ด้วยการศึกษาค้นคว้าข้อขัดแย้งต่างๆ เช่น เหตุผลที่แพทย์สั่งการตรวจรักษาที่ไม่จำเป็น และหาทางเปลี่ยนระบบหรือโครงสร้างที่เป็นอุปสรรคเหล่านั้น
- (6) ทำกิจกรรมที่เห็นผลระยะสั้น เช่น ติดคำถามที่ผู้ป่วยควรถามแพทย์ในห้องตรวจ สนับสนุนให้แต่ละแผนกรณรงค์ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับแผนกของตน เลือกข้อเสนอแนะที่วัดง่ายและวัดผลให้เห็น แบ่งปันเรื่องเล่าที่เกิดขึ้น
- (7) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในอัตราเร่ง เช่น เปลี่ยนแปลงระบบโครงสร้าง นโยบาย ติดตามการรณรงค์ในระดับชาติ
- (8) ทำให้เป็นวัฒนธรรมองค์กร และรักษาไว้

1.3.2 Clinical Audit/Review

การทบทวนหรือการตรวจสอบผลการดูแลผู้ป่วย มีเป้าหมายเพื่อการเรียนรู้และหาโอกาสพัฒนาเพื่อให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยดียิ่งขึ้น โดยอาจจะมีรูปแบบต่างๆ ดังนี้

(1) การตรวจสอบทางคลินิก (clinical audit) มีเป้าหมายเพื่อการปรับปรุงกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งที่มีความชัดเจน มีเกณฑ์ในการตรวจสอบที่ชัดเจนว่าคาดหวังเห็นการปฏิบัติอย่างไร ซึ่งเกณฑ์นี้มักจะมาจากหลักฐานวิชาการที่น่าเชื่อถือ มีการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนหรือจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์จำนวนหนึ่ง แล้วนำสิ่งที่พบมาพิจารณาว่าควรมีการปรับปรุงในส่วนใด เมื่อปรับปรุงแล้วก็มี การตรวจสอบซ้ำ

(2) การทบทวนผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

- การทบทวนเวชระเบียนโดยใช้ตัวส่งสัญญาณ (trigger tools) เป็นตัวคัดกรองเวชระเบียน ถ้าพบว่ามีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น ควรทำ root cause analysis เพื่อวางแนวทางป้องกัน
- การทำ MM Conference เพื่อเรียนรู้โอกาสพัฒนาในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสามารถทำได้ในบรรยากาศเชิงบวก เชื่อมโยงกับการทำ root cause analysis และการปรับปรุงเชิงระบบ
- การทำ peer review การทบทวนโดยเพื่อนร่วมวิชาชีพเพื่อพิจารณาคุณภาพและความเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งอาจจะนำผลไปใช้ในการกำหนด privilege ของผู้ประกอบวิชาชีพ การปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วย หรือเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจของผู้บริหารในกรณีที่ถูกผู้รับบริการฟ้องร้อง

(3) การทบทวนเวชระเบียนโดยการสุ่มด้วยเกณฑ์ทั่วไป มุ่งที่จะค้นหาโอกาสพัฒนาที่ไม่ได้คาดคิดไว้ล่วงหน้า เช่น การทบทวนเมื่อผู้ป่วยจำหน่าย การทบทวนโดยผู้ชำนาญกว่า

Clinical audit⁹

Clinical audit เป็นการวิเคราะห์คุณภาพของการดูแลสุขภาพอย่างเป็นระบบ รวมทั้งวิธีการที่ใช้ในการวินิจฉัยและดูแลรักษา การใช้ทรัพยากร ผลลัพธ์ของการดูแลรักษา และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (National Health Service)

Clinical audit เป็นกระบวนการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและยกระดับผลลัพธ์การดูแล ผ่านการทบทวนอย่างเป็นระบบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ (โครงสร้าง กระบวนการ ผลลัพธ์) และดำเนินการเปลี่ยนแปลงในระดับบุคคล ทีม หรือบริการ ตามข้อบ่งชี้ และติดตามเพื่อยืนยันบริการสุขภาพที่ดีขึ้น (The National Institute for Health and Care Excellence)

องค์ประกอบสำคัญคือการทบทวนหรือตรวจสอบสิ่งที่ปฏิบัติเพื่อให้มั่นใจว่ามีการกระทำในสิ่งที่ควรทำ และถ้าไม่มีการกระทำก็จะส่งเสริมให้มีการปรับปรุง

ตัวอย่างการทำ clinical audit ในยุคแรกๆ คือ (1) การที่ Florence Nightingale นำเอา sanitary routines and standards of hygiene มาใช้อย่างเข้มงวดในสงครามไครเมีย ทำให้อัตราการตายของทหารที่บาดเจ็บลดลงจาก 40% เหลือ 2% (2) Ernest Codman ใช้แนวคิด “end result idea” ติดตามผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทุกรายเพื่อค้นหาข้อผิดพลาดของศัลยแพทย์แต่ละคน เป็นการตรวจสอบในลักษณะ clinical approach

ขั้นตอนในการทำ audit/review

(1) เลือกหัวข้อหรือประเด็นที่จะตรวจสอบ โดยพิจารณาจากเรื่องที่มีมาตรฐานหรือแนวปฏิบัติ มีปัญหาในการนำไปปฏิบัติ ผู้ป่วยหรือสังคมใส่ใจ มีโอกาสที่จะปรับปรุงการให้บริการ มีปริมาณมาก ความเสี่ยงสูง ค่าใช้จ่ายสูง

(2) กำหนดเกณฑ์และมาตรฐาน เกณฑ์คือข้อความที่ระบุชัดเจนว่าจะวัดองค์ประกอบของการดูแลอะไร โดยพิจารณาจากเป้าหมายของการตรวจสอบ และหลักฐานวิชาการที่ดีที่สุดที่มีอยู่ มาตรฐานคือ threshold ของความคาดหวังในการปฏิบัติตามเกณฑ์ (มักจะกำหนดเป็นร้อยละ) เช่น “มีหลักฐานว่าพ่อแม่มีส่วนในการวางแผนการดูแลร้อยละ 90 ของผู้ป่วยทั้งหมด”

⁹ https://en.wikipedia.org/wiki/Clinical_audit

(3) **เก็บข้อมูล** กำหนดแนวทางเก็บข้อมูลตั้งแต่เริ่มต้นเพื่อให้มั่นใจว่าได้ข้อมูลที่ต้องการและเก็บข้อมูลเท่าที่จำเป็น ความครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วย ผู้ประกอบวิชาชีพ ระยะเวลา ขนาดตัวอย่าง ข้อมูลที่จะเก็บ จุดที่จะมองหาข้อมูล ผู้เก็บข้อมูล

(4) **เปรียบเทียบสิ่งที่ปฏิบัติกับเกณฑ์และมาตรฐาน** ข้อสรุปที่ต้องการคือมีการปฏิบัติตามมาตรฐานได้ดีเพียงใด หาเหตุผลของการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน (ซึ่งอาจจะยอมรับได้หรืออาจจะเป็นจุดเน้นของการปรับปรุง)

(5) **ดำเนินการเปลี่ยนแปลง** และอาจตามด้วยการตรวจสอบซ้ำเพื่อให้มั่นใจว่าสามารถอ้างการเปลี่ยนแปลงได้

1.3.3 Clinical Tracer

Clinical tracer หรือการตามรอยทางคลินิก คือการตามรอยกระบวนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งร่วมกับองค์ประกอบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนั้น การตามรอยนี้ควรทำทั้งการตามรอยผู้ป่วยแต่ละรายที่หน้างานจริง และการทบทวนข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยทั้งหมด

องค์ประกอบที่นำมาพิจารณาในการตามรอยทางคลินิกคือ (1) เป้าหมายการดูแลผู้ป่วย (2) กระบวนการดูแลผู้ป่วย (3) กระบวนการและระบบงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย (4) กระบวนการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย (5) ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย

การตามรอยผู้ป่วยแต่ละรายที่หน้างานจริงจะทำให้เห็นว่า (1) มีการปฏิบัติอะไรที่เป็นแบบอย่างที่ดีควรได้รับคำชื่นชม (2) ผู้ปฏิบัติงานประสบปัญหาข้อติดขัดอะไรที่ต้องการได้รับการสนับสนุน ผู้ปฏิบัติงานมีข้อเสนอแนะอะไร (3) แนวทางปฏิบัติที่กำหนดไว้นั้นสามารถนำไปปฏิบัติได้ดีเพียงใด (4) มีการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ การใช้หลักฐานวิชาการ การลดความสูญเปล่า และการป้องกันความเสี่ยงอย่างไร (5) มีการเตรียมพร้อมรับมือกับสถานการณ์ที่ไม่คาดฝันอย่างไร (6) มีการประสานงานและส่งต่อระหว่างขั้นตอน/หน่วยงานต่างๆ อย่างไร

การทบทวนข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยทั้งหมด คือการทบทวนในประเด็น (1) ตัวชี้วัดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ทั้งตัวชี้วัดเชิงกระบวนการและ

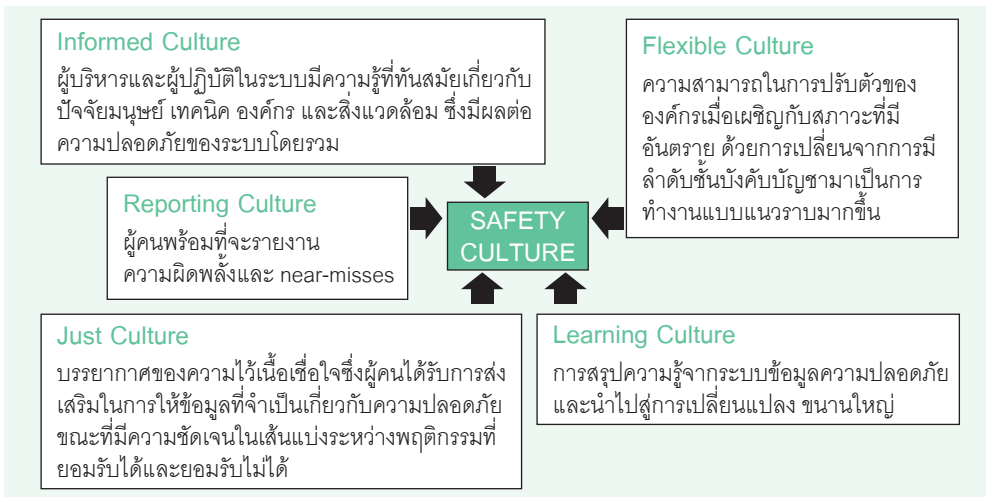
ตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ (2) โอกาสพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย (3) กระบวนการพัฒนาคุณภาพที่ผ่านมา โอกาสที่จะใช้แนวคิดและเครื่องมือใหม่ๆ ในการพัฒนาคุณภาพ

การสรุปข้อมูลการตามรอยทางคลินิก (1) ใช้หลัก 3P หรือ PDSA คือ แสดงให้เห็นชัดเจนในประเด็น purpose, process design, process deployment, performance monitoring, performance improvement (2) สรุปข้อมูลเป็นแผนภูมิ ตาราง กราฟ ที่สะท้อนความเข้าใจของทีมงาน (3) บันทึกไว้ใน PowerPoint และนำมาทบทวน/ปรับปรุงกันบ่อยๆ เพื่อฉลองความสำเร็จ หาโอกาสพัฒนาต่อเนื่อง ดำเนินการพัฒนา

1.3.4 วัฒนธรรมความปลอดภัย (Safety Culture)

วัฒนธรรมความปลอดภัยคือเจตคติ ความเชื่อ การรับรู้ ค่านิยม และการปฏิบัติซึ่งบุคลากรขององค์กรมีส่วนร่วมกันเกี่ยวกับความปลอดภัยในองค์กร และเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมองค์กร

องค์ประกอบของวัฒนธรรมความปลอดภัย



กรอบที่ 1.8 องค์ประกอบของวัฒนธรรมความปลอดภัย

James Reason¹⁰ เสนอว่าวัฒนธรรมความปลอดภัยนั้นประกอบด้วย วัฒนธรรมย่อยต่อไปนี้

(1) **วัฒนธรรมการได้รับข้อมูล (informed culture)** ผู้บริหารและ ผู้ปฏิบัติงานในระบบ มีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยมนุษย์ เทคนิค องค์กร และสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีผลต่อความปลอดภัยของระบบโดยรวม วัฒนธรรมนี้เป็นผลรวมของการที่ ผู้มีข้อมูลจะแบ่งปันข้อมูลให้ผู้เกี่ยวข้องอย่างทั่วถึง และผู้ปฏิบัติงานจะหมั่น ทามหาข้อมูลที่จำเป็นต่อความปลอดภัยของระบบในส่วนที่ตนเกี่ยวข้อง

(2) **วัฒนธรรมความยืดหยุ่น (flexible culture)** เป็นความสามารถใน การปรับตัวขององค์กร เมื่อเผชิญกับสภาวะที่มีอันตราย ด้วยการเปลี่ยนจาก การมีลำดับชั้นบังคับบัญชา มาเป็นการทำงานแบบแนวราบมากขึ้น พื้นฐาน สำคัญของเรื่องนี้คือการมี open mindset พร้อมที่จะรับฟังและเปลี่ยนแปลง ตนเอง ทดลองรูปแบบของการทำงานใหม่ๆ ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่ เปลี่ยนแปลงไป ให้การเคารพผู้ที่อยู่หน้างานว่าเป็นผู้รู้และเข้าใจสถานการณ์ ได้ดีที่สุด รวมทั้งมีแนวทางการสื่อสารที่เอื้อต่อการทำงานแบบแนวราบที่มี ประสิทธิภาพ

(3) **วัฒนธรรมการรายงาน (reporting culture)** ผู้คนพร้อมที่จะ รายงานเมื่อเกิดความผิดพลาดหรือเหตุเกือบพลาด เนื่องจากมีความมั่นใจใน ระบบว่าจะไม่ถูกกล่าวหาหรือลงโทษ อีกทั้งเห็นคุณค่าของการรายงานที่มี การนำไปใช้ปรับปรุงและแจ้งให้ผู้รายงานรับทราบ

NHS เรียกวัฒนธรรมนี้ว่า being open บุคลากรเปิดใจในเรื่องเกี่ยวกับ อุบัติการณ์ที่ตนเกี่ยวข้อง บุคลากรและองค์กรมี accountability ต่อการกระทำ ของตน บุคลากรมั่นใจที่จะพูดคุยกับเพื่อนและหัวหน้าเกี่ยวกับอุบัติการณ์ทุกเรื่อง องค์กรไม่ปิดบังผู้ช่วย สาธารณะ และบุคลากร เมื่อเกิดความผิดพลาดขึ้น และ ระบุว่าจะได้บทเรียนอะไร

(4) **วัฒนธรรมเที่ยงธรรม (just culture)** บุคลากรได้รับการ ปฏิบัติอย่างเป็นธรรม ได้รับการดูแลเกื้อหนุนเมื่อเกิดอุบัติการณ์ขึ้น มีความ ชัดเจนในเส้นแบ่งระหว่างพฤติกรรมที่ยอมรับได้ กับพฤติกรรมที่ยอมรับไม่ได้ และปฏิบัติต่อผู้ที่มีพฤติกรรมดังกล่าวอย่างเหมาะสม เช่น การรับฟังข้อมูลจาก ผู้ที่ก่อให้เกิด human error เพื่อนำมาปรับปรุงระบบ การไต่สวนกับผู้ที่มีพฤติกรรม

¹⁰ Reason JT. (1997). Managing the risks of organizational accidents. Ashgate.

สูงเสี่ยง การดำเนินการทางวินัยกับผู้ที่เจตนาประพฤติดื้อหรือประมาทเลินเล่อ แล้วก่อให้เกิดความเสียหายรุนแรง นำมาสู่บรรยากาศของความไวเนื้อเชื้อใจที่ผู้คนกล้าที่จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับความปลอดภัย

(5) **วัฒนธรรมการเรียนรู้ (learning culture)** การสรุปความรู้จากระบบข้อมูลความปลอดภัย การทบทวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น แล้วนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงระบบอย่างขนานใหญ่เพื่อให้เกิดความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น

NHS ให้ความสำคัญกับ systems approach ในการสร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้ ซึ่งอาจแปลความหมายได้ว่า (1) พิจารณาความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ อย่างรอบด้าน (2) ไม่มุ่งกล่าวโทษตัวบุคคล แต่หาโอกาสปรับปรุงที่ระบบงาน (3) มองเห็นไกลเกินกว่าเหตุการณ์ที่ปรากฏ คือเห็นแนวโน้มโครงสร้าง และ mindset ที่อยู่เบื้องหลัง

การประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัย

เครื่องมือที่นิยมใช้ในการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยมี 2 ลักษณะ คือ (1) การใช้แบบสอบถามตามบุคลากรในองค์กรเพื่อประเมินการรับรู้ และการปฏิบัติตนในบุคลากรกลุ่มต่างๆ เช่น AHRQ Hospital survey on patient safety culture (2) การประเมินระดับความก้าวหน้าของการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัย เช่น Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF)

AHRQ¹¹ ใช้แบบสอบถามในการประเมินการรับรู้และความเห็นของบุคลากรเกี่ยวกับ patient safety เพื่อเพิ่มความตระหนักให้กับบุคลากรและประเมินสถานการณ์วัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร แยกประเด็นที่องค์กรทำได้ดี กับประเด็นที่องค์กรควรปรับปรุง มีการประเมิน 12 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การสื่อสารที่เปิดกว้างและรับฟัง (2) การสื่อสารและการรับข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนหรือความผิดพลาด (3) ความถี่ในการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาล (4) การส่งต่องานระหว่างหน่วยงาน/เวร (5) การบริหารจัดการที่สนับสนุนเรื่อง patient safety ในโรงพยาบาล (6) การตอบสนองต่อข้อผิดพลาดโดยไม่มีภาระโทษ (7) การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (8) การรับรู้ภาพรวมสถานการณ์ความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล (9) การบริหารและจัดคนทำงาน (10) ความคาดหวัง การ

¹¹ <https://www.ahrq.gov/sops/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/index.html>

ปฏิบัติ และการส่งเสริม เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยของหัวหน้าหรือผู้แทน (11) การทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงานของโรงพยาบาล (12) การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล รวมข้อคำถาม 42 ข้อ ผลจากการประเมินจะต้องนำมาทำแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาตามขั้นตอนดังนี้

1. ทำความเข้าใจและวิเคราะห์ผลของการสำรวจ
2. สื่อสารและอภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการสำรวจกับคนในองค์กร
3. จัดทำแผนปฏิบัติการ กำหนดประเด็นสำคัญที่ควรส่งเสริม (ในสิ่งที่ทำดีอยู่แล้ว) และควรพัฒนา (ในสิ่งที่ยังทำไม่ได้/ไม่ดี)
4. สื่อสารแผนปฏิบัติการสู่ผู้รับผิดชอบหรือผู้เกี่ยวข้อง
5. นำแผนปฏิบัติการสู่การปฏิบัติจริง
6. ติดตามความก้าวหน้าและประเมินผลกระทบและการเปลี่ยนแปลง
7. มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้สิ่งที่ดำเนินการ

MaPSaF¹² แบ่งการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยเป็น 10 ประเด็น ได้แก่ (1) ความมุ่งมั่นต่อการพัฒนาต่อเนื่องโดยรวม (2) การให้ความสำคัญต่อความปลอดภัย (3) ความผิดพลาดเชิงระบบและความรับผิดชอบของปัจเจก (4) การบันทึกอุบัติการณ์ (5) การประเมินอุบัติการณ์ (6) การเรียนรู้และสร้างการเปลี่ยนแปลง (7) การสื่อสารเกี่ยวกับประเด็นความปลอดภัย (8) การบริหารบุคลากรและประเด็นความปลอดภัย (9) การให้ความรู้และฝึกอบรมบุคลากร (10) การทำงานเป็นทีม โดยจะมีการประเมินในระดับทีมและระดับองค์กร มีการแบ่งระดับวัฒนธรรมเป็น 5 ระดับ แต่ละระดับจะมีคำอธิบายในแต่ละองค์ประกอบว่ามีรูปธรรมของการปฏิบัติอย่างไร

ระดับทั้ง 5 ได้แก่

A: pathological (คำพูดตัวอย่าง “ทำไมต้องเสียเวลากับเรื่องความปลอดภัย”)

B: reactive (คำพูดตัวอย่าง “เมื่อไรที่มีอุบัติการณ์ขึ้น เราก็คงทำอะไรบางอย่าง”)

C: bureaucratic (คำพูดตัวอย่าง “เรามีระบบพร้อมจัดการกับความเสียหายทั้งหมดที่ระบุไว้”)

¹² <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59796>

D: proactive (คำพูดตัวอย่าง “เรามีความตื่นตัวพร้อมสำหรับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น”)

E: generative (คำพูดตัวอย่าง “การบริหารความเสี่ยงผนวกรวมอยู่ในทุกสิ่งที่เราทำ”)

ตัวอย่างคำอธิบายระดับต่าง ๆ ของความมุ่งมั่นในการพัฒนาต่อเนื่องโดยรวม

A-pathological: ไม่มีการลงทุนทรัพยากรในการบ่งชี้ปัญหาหรือเรื่องราวที่ปฏิบัติได้ดี. ถ้ามีการทบทวนตรวจสอบเกิดขึ้น ก็ขาดโครงสร้างรองรับและไม่มี การตอบสนองต่อสิ่งที่พบ. การจัดทำ protocols & policies เป็นไปตามข้อกำหนดที่องค์กรต้องทำ ไม่มีการนำไปใช้ ทบทวนหรือปรับปรุงให้ทันสมัย. การดูแลที่ ด้อยคุณภาพยังคงเกิดขึ้นโดยไม่มีใครใส่ใจ ทั้งในระดับกรรมการ และทีมดูแล สุขภาพทั่วทั้งองค์กร.

B-reactive: มีการจัดทำกรอบการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อตอบสนอง ต่อนโยบายหรือการตรวจเยี่ยม. การตรวจสอบเกิดขึ้นเมื่อมีอุบัติการณ์เฉพาะ และตามนโยบายของส่วนกลาง ไม่ได้สะท้อนความต้องการของพื้นที่. มีความ พยายามที่จะนำสิ่งที่พบจากการทบทวนตรวจสอบมาใช้ไม่มากนัก. มี protocols & policies เพียงเล็กน้อย มักจะหมดอายุ และไม่ได้ใช้ นอกจากนี้จะมีอุบัติการณ์ เกิดขึ้นที่ทำให้ต้องมาทบทวน. การจัดทำ protocols & policies ใหม่ ๆ เกิดขึ้น เพื่อตอบสนองอุบัติการณ์และคำร้องเรียน.

C-bureaucratic: เจ้าหน้าที่ด้านหน้ายังไม่มีความผูกพันในกระบวนการ พัฒนาและมองว่าเป็นกิจกรรมของการบริหารซึ่งถูกขับเคลื่อนจากภายนอก. มี การตรวจสอบจำนวนมากเกิดขึ้น แต่ขาดยุทธศาสตร์โดยรวมที่เชื่อมโยงกับ ความต้องการขององค์กรหรือพื้นที่. เจ้าหน้าที่มีภาระกับ protocols & policies ในการทบทวนและปรับปรุงค่อนข้างมาก แต่ไม่ค่อยได้นำไปปฏิบัติ. ผู้ป่วยและ สังคมอาจมีส่วนร่วมในประเด็นคุณภาพ แต่ก็เป็น lip service มากกว่า real engagement.

D-proactive: มีความต้องการและความกระตือรือร้นในการพัฒนา คุณภาพอย่างต่อเนื่องทั่วทั้งองค์กร. เป็นที่ตระหนักว่าการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เป็นความรับผิดชอบของทุกคนและทั้งองค์กร รวมทั้งผู้ป่วยและสังคมต้อง มี ส่วนร่วม. องค์กรมุ่งเป็นศูนย์กลางของความเป็นเลิศและเปรียบเทียบผลงาน

ของตนกับองค์กรอื่น. clinicians มีส่วนร่วม เป็นเจ้าของ กระบวนการตรวจสอบ ที่นำมาสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง. มีการจัดทำและทบทวน protocols & policies โดยเจ้าหน้าที่และใช้เป็นฐานของการดูแลและให้บริการ. ผู้ป่วยและสังคมมีส่วนร่วมอย่างเป็นทางการในการตัดสินใจภายในเพื่อให้เป็นบริการที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง.

E-generative: มีวัฒนธรรมของการพัฒนาอย่างต่อเนื่องฝังในองค์กร และเป็นส่วนสำคัญในการตัดสินใจทุกระดับ. องค์กรเป็นศูนย์กลางความเป็นเลิศ ประเมินและเปรียบเทียบผลงานของตนเองกับหน่วยงานอื่นทั้งในและนอกภาค บริการสุขภาพ. ทีมออกแบบและดำเนินการในแผนงานตรวจสอบที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ของตน โดยความร่วมมือกับผู้ป่วยและสังคม. เจ้าหน้าที่ที่มีความตื่นตัวต่อโอกาสเกิดความเสียหายต่าง ๆ. เมื่อเวลาผ่านไป ความจำเป็นที่ต้องมี protocol และนโยบายต่าง ๆ ลงลงเนื่องจากการปฏิบัติตามข้อมูลวิชาการอย่างเป็นธรรมชาติและความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในใจของทุกคน. ผู้ป่วยและสังคมมีส่วนร่วมในการให้ข้อคิดเห็นและเสียงสะท้อนด้วยวิธีการที่มีความหมายในระบบปกติ.

กิจกรรมที่ควรปฏิบัติเป็นประจำเพื่อสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย

Institute of Healthcare Improvement¹³ ได้เสนอกิจกรรมง่าย ๆ ต่อไปนี้เป็นฐานในการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย

- (1) **สรุปย่อ ข้อปลอดภัย (safety brief)** ผู้ปฏิบัติงานนำประเด็นความเสี่ยงมาคุยกันในทีมเป็นประจำในทุกเวร โดยใช้เวลานั้น ๆ
- (2) **คุยกันยามเช้า (morning brief)** นำข้อมูลของผู้ป่วยที่รับใหม่และปัญหาการดูแลผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในช่วงเวรบ่ายและเวรตีมากคุยกัน
- (3) **ทบทวนข้างเตียง (bedside review)** เพื่อตรวจสอบปัญหาที่อาจจะถูกละเลยไประหว่างการดูแลผู้ป่วยตามปกติ
- (4) **ส่งต่อระหว่างเวร (shift handover communication)** ส่งต่อประเด็นความเสี่ยงและข้อพึงระวังที่คุยกันภายในแต่ละเวร
- (5) **ผู้นำออกหน้ารับรู้ (patient safety leadership walkround)** ผู้นำตรวจเยี่ยมหน่วยงานต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอ เพื่อรับรู้ปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ

¹³ <http://www.ihl.org/resources/Pages/Changes/DevelopaCultureofSafety.aspx>

ที่เกิดขึ้น ให้ความมั่นใจว่าจะเน้นปรับปรุงแก้ไขระบบ และดำเนินการแก้ไขโดยทันที

Mindset, Mindfulness, & Culture ในองค์กรที่มีความปลอดภัยสูง

ตามแนวคิดองค์กรที่น่าไว้วางใจ หรือองค์กรที่มีความปลอดภัยสูง ยิ่งยวด จะให้ความสำคัญกับการมี safety mindset, การมีความตระหนักรู้, และการปฏิบัติที่เป็นวัฒนธรรมใน 5 ประเด็น¹⁴

กรอบที่ 1.9 Mindset, mindfulness, & culture ในองค์กรที่มีความปลอดภัยสูง

	Mindset	MIndfulness	Culture	
ใคร่ครวญ	Reluctance to simplify	สรรพสิ่งมีความสัมพันธ์กัน	ไม่ด่วนอธิบายโดยเอาง่ายเข้าว่า	RCA วิเคราะห์ให้เห็นต้นตอของปัญหา
คาดการณ์	Preoccupation with failure	เหตุร้ายอะไรก็เกิดขึ้นได้	ตื่นรู้ในทุกสถานการณ์	ใช้ FMEA วิเคราะห์รวบรวม near-misses มาใช้
เตรียมพร้อม	Resilience	ความประมาทนำมาสู่หายนะ	ชวนขยายเตรียมพร้อมรับมือ	เตรียมพร้อมรับมือกับทุกเหตุการณ์ที่เป็นไปได้
ตาหู	Sensitivity to operation	นำประสบการณ์ของเราและคนอื่นมาใช้ตรวจสอบ	มองหาสิ่งผิดปกติรอบตัว	ใช้ต่อมเอ๊ะ ไรต่อสิ่งผิดปกติ แลกเปลี่ยนเรียนรู้
หุฟัง	Deference to expertise	ความเห็นของทุกคนมีคุณค่า	รับฟังและรับรู้เสียงของผู้คนรอบตัว	ให้เกียรติและรับฟัง จัดระบบให้ทักท้วงได้

การมีวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร จะทำให้บุคลากรในองค์กรมีการประพฤติปฏิบัติในสิ่งที่เอื้อต่อความปลอดภัยอย่างเป็นอัตโนมัติ ไม่ต้องคอยมีการติดตามกำกับ ส่งผลให้เกิดคุณค่าและคุณภาพต่อผู้รับบริการอย่างคุ้มค่า

¹⁴ ดัดแปลงจาก Weick KE.; Kathleen MS. (2001). Managing the Unexpected - Assuring High Performance in an Age of Complexity. San Francisco, CA, USA: Jossey-Bass. pp. 10–17.

1.3.5 Patient Safety Goals

Patient Safety Goals (PSGs) เป็นการกำหนดประเด็นความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่มีความสำคัญสูง และสรุปแนวทางปฏิบัติจากหลักฐานวิชาการที่ควรนำมาใช้ เพื่อให้สถานพยาบาลต่างๆ ให้ความสำคัญและนำแนวทางดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติ

PSGs จึงเป็นทั้ง เป้าหมาย (goals) และแนวทางปฏิบัติ (guidelines) ไปในขณะเดียวกัน

ในปี 2560 กระทรวงสาธารณสุขตระหนักในความสำคัญของความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของบุคลากรด้วยเช่นกัน ได้ประกาศนโยบาย 2P safety คือ patient & personnel safety ซึ่งการนำ PSGs (SIMPLE) มาสู่การปฏิบัติเป็นยุทธศาสตร์หนึ่งของนโยบายดังกล่าว

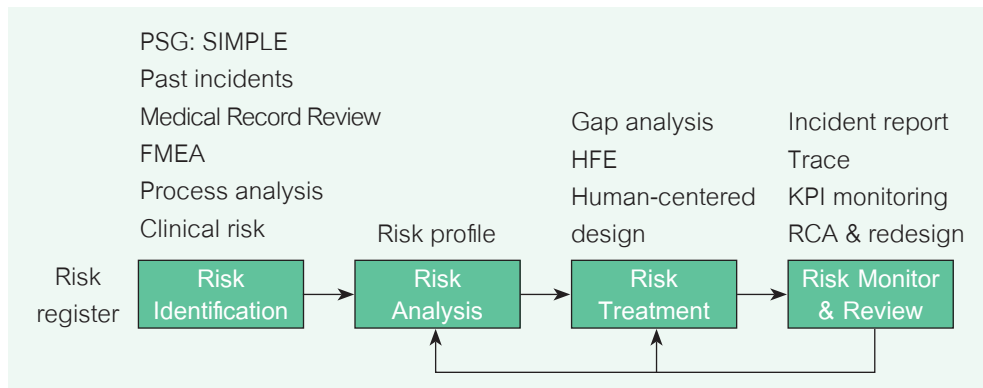
กรอบที่ 1.10 Patient and Personnel Safety Goals (SIMPLE)²

Patient Safety Goals	Personnel Safety Goals
S: Safe surgery and invasive procedures	S: Security and privacy of information and Social Media (communication)
I: Infection prevention and control	I: Infection and exposure
M: Medication and blood safety	M: Mental health and mediation
P: Patient care processes	P: Process of work
L: Line, tube, catheter, device, & Laboratory	L: Lane (ambulance) & Legal issues
E: Emergency response	E: Environment and working conditions

ในช่วงแรกของการขับเคลื่อน PSGs สรพ.แนะนำให้ใช้ gap analysis เป็นเครื่องมือวิเคราะห์ gap ระหว่างสิ่งที่อยู่ในข้อแนะนำ กับสิ่งที่โรงพยาบาลปฏิบัติจริง แล้วทำ action plan เพื่อลด gap เหล่านั้น และต่อมาก็แนะนำให้ใช้การตามรอย SIMPLE เพื่อติดตามและกระตุ้นการปฏิบัติจริงในพื้นที่

มาตรฐาน HA ฉบับที่ 4 มีข้อกำหนดเรื่องการใช้ risk register เพื่อให้เกิดกระบวนการบริหารความเสี่ยงที่เป็นพลวัต มีชีวิต และส่งเสริมการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นโอกาสที่จะใช้ประเด็นความเสี่ยงใน SIMPLE ทั้งหมด

มาเข้ากระบวนการวิเคราะห์ความเสี่ยง และใช้การจัดการอย่างเป็นระบบ รวมทั้งเห็นโอกาสที่จะใช้เครื่องมือคุณภาพอื่นๆ ร่วมกับ risk register ในกระบวนการบริหารความเสี่ยง



กรอบที่ 1.11 การใช้ Risk Register เป็นแกนในกระบวนการบริหารความเสี่ยงร่วมกับเครื่องมือคุณภาพอื่นๆ

เป็นที่เชื่อมั่นว่าถ้า SIMPLE แต่ละรายการ มี risk owner ที่ accountable ต่อหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย จะทำให้มีการติดตาม ทบทวนมาตรการป้องกัน และการปฏิบัติตามผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น นำมาสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และเพื่อการติดตามแนวทางปฏิบัติตาม SIMPLE ที่มีการกำหนดเป็น National Patient and Personnel Safety Goals ให้สอดคล้องกับนโยบายของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้มีการส่งเสริมและพัฒนา ระบบ National Reporting and Learning System จึงได้มีการกำหนดปฏิบัติการที่สัมพันธ์กับ SIMPLE ซึ่งเป็น preventable harms เป็นอุบัติการณ์ที่รายงานในระบบ

1.3.6 National Reporting and Learning System

การรายงานอุบัติการณ์เป็นหนึ่งในวัฒนธรรมความปลอดภัยที่สร้างคุณค่าให้กับระบบบริการสุขภาพ เป็นการเรียนรู้จากความผิดพลาด นำกลับมาพัฒนาระบบบริการเพื่อป้องกันความผิดพลาด

องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญกับระบบรายงานอุบัติการณ์และติดตามถือว่าเป็นหนึ่งในเครื่องมือสำคัญเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เมื่อ พ.ศ. 2548 องค์การอนามัยโลกร่วมกับประเทศสมาชิกได้กร่างแนวทางสำหรับระบบรายงานอุบัติการณ์และการเรียนรู้ซึ่งหลายประเทศสมาชิกนำไปทดลองใช้

ในปี พ.ศ. 2555 ได้มีการเสนอรูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ เรียกว่า Minimal Information Model for Patient Safety Incident Reporting Systems (MIMPS) และเริ่มนำมาทดลองใช้เก็บข้อมูลและวิเคราะห์ในประเทศญี่ปุ่นและกลุ่มประเทศยุโรป ต่อมาองค์การอนามัยโลกได้เชิญชวนประเทศสมาชิกให้ขยายขอบเขตจากการรายงานสู่การเรียนรู้เพื่อพัฒนา และพัฒนาระบบ National Reporting and Learning System เพื่อสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในแต่ละประเทศ โดยมีหลักการสำคัญในการพัฒนาระบบสำหรับทุกประเทศ คือ

1. บทบาทพื้นฐานของระบบรายงานอุบัติการณ์ คือการยกระดับความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยด้วยการเรียนรู้จากข้อบกพร่องของระบบบริการสุขภาพ

2. การรายงานต้องให้ความมั่นใจในความปลอดภัยแก่ผู้รายงานว่าจะไม่ถูกลงโทษหรือได้รับความเดือดร้อน

3. การรายงานจะมีประโยชน์ต่อเมื่อนำมาสู่การตอบสนองอย่างสร้างสรรค์ อย่างน้อยมีการให้ข้อมูลป้อนกลับจากผลการวิเคราะห์ข้อมูล และถ้าเป็นไปได้ควรมีการให้ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงกระบวนการและระบบบริการสุขภาพ

4. การวิเคราะห์ที่มีความหมาย การเรียนรู้และการเผยแพร่บทเรียนที่ได้รับ ต้องอาศัยผู้มีความเชี่ยวชาญ ทรัพยากรบุคคลและการเงิน หน่วยงานที่รับรายงานต้องมีความสามารถในการเผยแพร่ข้อมูลและให้ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง

โรงพยาบาลที่มีระบบบริหารความเสี่ยง จะมีระบบรายงานอุบัติการณ์อยู่แล้ว ประเทศไทยได้ดำเนินการต่อยอดจากสิ่งที่มีอยู่โดยการจัดตั้งคณะทำงานพัฒนาระบบ National Reporting and Learning System ขึ้น เพื่อพัฒนาเชื่อมต่อบริการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของรพ.เข้าสู่ระบบส่วนกลางโดยสมัครใจ

สพ. ได้พัฒนาระบบสารสนเทศที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาล (Healthcare Risk Management System-

HRMS) ที่สามารถใช้ได้กับสถานพยาบาลทุกระดับ ทุกขนาด ทั้งรัฐและเอกชน เพื่อให้สถานพยาบาลมีฐานข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และติดตามประเมินผลคุณภาพและความปลอดภัยของตนเอง ซึ่งระบบนี้สามารถเชื่อมโยงข้อมูลเข้าสู่ฐานข้อมูลกลาง (National Reporting and Learning System-NRLS) เป็นข้อมูลภาพรวมของประเทศ เพื่อนำมาวิเคราะห์ ให้ข้อเสนอแนะ และสร้างการเรียนรู้

ระบบ NRLS เป็น Web-based Application สามารถเข้าใช้งานได้อย่างอิสระตลอดเวลา โดยมีระบบการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลด้วยการกำหนดกลุ่มผู้ใช้ตามบทบาทและระดับสิทธิการเข้าใช้งานมีช่องทางสำหรับรับข้อมูลอุบัติการณ์ความเสี่ยงตามมาตรฐานกลาง โดยแยกวิธีการรับข้อมูลออกเป็น 2 วิธีการผ่านช่องทางแต่ละช่องทาง ดังนี้

- 1) รับข้อมูลแบบ real time ผ่านช่องทางการใช้งานระบบ HRMS on Cloud
- 2) รับข้อมูลที่ถูกต้องตาม Standard Data Set & Terminologies ด้วยการ import ผ่านระบบ NRLS service สำหรับสถานพยาบาลสมาชิกที่ไม่ได้ใช้งานระบบ HRMS on Cloud

ระบบ HRMS และ NRLS ได้รับการสนับสนุนระบบปฏิบัติการบน Cloud จากสำนักงานรัฐบาลอิเล็กทรอนิกส์ (องค์การมหาชน) ในปี พ.ศ. 2561 สรพ. ได้เปิดรับสมัคร รพ. เข้าร่วมโครงการเพื่อพัฒนาระบบและสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยให้เกิดผลทั้ง Patient and Personnel Safety โดยสมัครใจ

การพัฒนาระบบ National Reporting and Learning System เป็นการพัฒนาคุณภาพ ที่เรียนรู้จากเหตุการณ์จริงและแก้ไขเชิงระบบ ซึ่งเกิดคุณค่าทั้งกับผู้ให้และผู้รับบริการในการสร้างความไว้วางใจในระบบบริการสุขภาพร่วมกัน และพัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพที่ยั่งยืน

1.3.7 Risk Management System

ดูรายละเอียดในเรื่องมาตรฐานใหม่ หัวข้อ 2.7

1.3.8 Clinical Governance

ดูรายละเอียดในเรื่องมาตรฐานใหม่ หัวข้อ 2.3

1.4 คุณภาพและคุณค่าในการ “ดูแลให้คุ้มค่า” (Economic Objective)

1.4.1 Lean

Lean แปลตรงตัวว่า เปรี้ยว ไม่มีส่วนเกิน เมื่อนำมาใช้ในการพัฒนาระบบงาน Lean จะหมายถึงการจัดความสูญเปล่าทุกชนิด ซึ่งเป็นส่วนเกินของระบบงาน

Lean thinking คือ การจัดความสูญเปล่าทุกประเภทเพื่อให้นำทรัพยากรที่มีอยู่มาสร้างคุณค่าให้ผู้รับผลงาน เป็นคุณค่าในมุมมองของผู้รับผลงาน

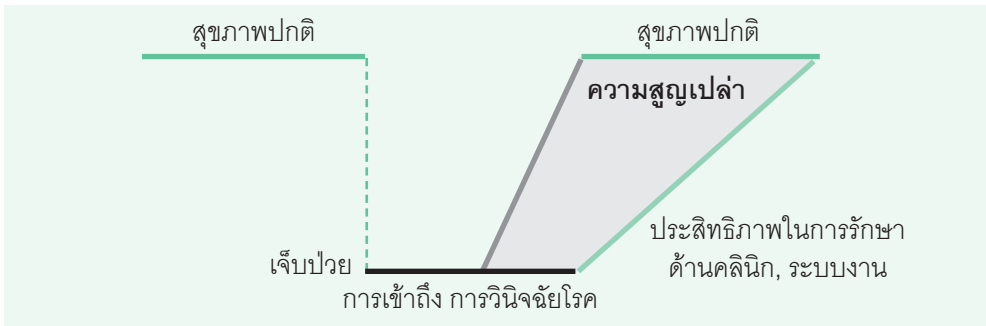
คุณค่าของบริการสุขภาพ คือ การวินิจฉัยโรค การรักษาและให้คำแนะนำ โดยไม่ล่าช้า โดยไม่ผิดพลาด เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี คุ้มค่า เคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ สะดวกสบาย ด้วยความหมายนี้ก็ครอบคลุมทั้งเรื่องของการดูแลคน ดูแลไข้ และดูแลให้คุ้มค่าแล้ว

การค้นหาความสูญเปล่า

(1) **ใช้แนวทางง่าย ๆ** คือ ทบทวนว่ามีอะไรบ้างที่เป็นเรื่องของความซ้ำซ้อน ซับซ้อน สูญหาย เสียเวลา เสียโอกาส

(2) **ใช้สูตร DOWNTIME** คือ defects rework (ทำงานซ้ำเพื่อแก้ไขข้อบกพร่อง), overproduction (ผลิตหรือบริการมากเกินไป), waiting (รอคอย), not using staff talent (ไม่ใช่ภูมิรู้ของเจ้าหน้าที่), transportation (เดินทาง), inventory (วัสดุคงคลัง), motion (เคลื่อนที่), excessive processing (ขั้นตอนที่มากเกินไป)

(3) **ใช้มุมมองทางคลินิก (clinical waste)** เช่น เข้าไม่ถึง รอคอย วินิจฉัยผิดพลาดหรือล่าช้า รักษาผิดพลาดหรือล่าช้า ใช้วิธีการและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มากเกินไปหรือน้อยเกินไปหรือล้าสมัย ความผิดพลาดและอุบัติการณ์ ปัญหาการสื่อสาร ปัญหาการประสานงาน ความรู้และทักษะที่ไม่เพียงพอ ความสับสนในบทบาท การบันทึกที่ไม่เกิดประโยชน์ การดูแลที่ไม่มีความแน่นอน การใช้ดุลยพินิจของแต่ละบุคคล ระบบที่ไม่ป้องกันความผิดพลาด



กรอบที่ 1.12 ความสูญเสียเปล่าในการดูแลผู้ป่วย

องค์ประกอบของ Lean

- (1) ทำให้มีการปฏิบัติงานที่เสถียร (operational stability) เช่น การมีแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน การฝึกอบรม การเข้าไปดูที่หน้างานจริง การใช้หลักการมองเห็น (visual management) การดูแลทรัพยากรเชิงรุก
- (2) คุณภาพที่ฝังในระบบ เช่น ระบบที่ป้องกันความผิดพลาด การควบคุมที่เห็นได้ชัดเจน การส่งสัญญาณเตือน
- (3) ทำให้เลื่อนไหลต่อเนื่อง มิให้เป็นคอขวด เช่น การจัดเตรียมความพร้อมที่รวดเร็ว (quick setup) การทำให้จำนวนจุดบริการและเวลาที่ใช้สอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยในแต่ละช่วงเวลา การปรับระดับภาระงานให้ใกล้เคียงกันในช่วงเวลาต่างๆ การใช้ระบบการดึง (pull system การใช้ความต้องการที่ปลายทางหรือขั้นตอนต่อไป เป็นผู้ส่งสัญญาณให้เริ่มต้นดำเนินการ)
- (4) การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องโดยการทำงานเป็นทีมเพื่อขจัดความสูญเสียเปล่า

Lean กับแนวคิดที่ใช้ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

- (1) การวิเคราะห์โอกาสพัฒนาและการตามรอยความสูญเสียเปล่าเป็น 1 ใน 4 ของการใช้ NEWS ในการวิเคราะห์โอกาสพัฒนาและการตามรอย (NEWS = need & experience of patient, evidence, waste, safety)
- (2) การใช้แนวคิด Lean เพื่อปรับปรุงคุณภาพในมิติต่างๆ เช่น เพิ่มความครอบคลุมของการเข้าถึง การขจัดความสูญเสียเปล่าคือการเพิ่มประสิทธิภาพ การตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ เป็นการตอบสนองคุณค่าในมิติคนเป็นศูนย์กลาง การป้องกันความผิดพลาดที่

ฝั่งในระบบและการมองว่าอุบัติการณ์เป็นความสูญเสียเปล่ามีความสอดคล้องกับ
มิติความปลอดภัย

(3) การใช้แนวคิด Lean สอดคล้องกับค่านิยมและแนวคิดหลัก
ของ HA หลายประการ เช่น ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การทำงานเป็นทีม การให้
คุณค่ากับบุคลากร การเรียนรู้ การบริหารโดยใช้ข้อมูลจริง การปรับปรุงอย่าง
ต่อเนื่อง การใช้มุมมองเชิงระบบ และการนำอย่างมีวิสัยทัศน์

1.4.2 Utilization Review & Utilization Management

ความหมาย

Utilization Review (UR) คือ การทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วยหลังจาก
ที่ได้ให้บริการไปแล้ว

Utilization Management (UM) คือ การประเมินความจำเป็นของการ
ได้รับบริการทางการแพทย์ ความเหมาะสมและประสิทธิภาพของการใช้
ทรัพยากร หัตถการ และสถานที่ เป็นกระบวนการที่ proactive ซึ่งครอบคลุม
การวางแผนจำหน่าย การวางแผนคู่ขนาน (concurrent planning) การขออนุญาต
ก่อนรักษา (precertification) การทบทวนขณะดูแลรักษา และการอุทธรณ์

บางครั้งอาจมีการใช้คำว่า UR และ UM ในความหมายที่ทดแทนกันหรือ
สลับกัน

ลักษณะของการทำ UR/UM

การทำ UR/UM อาจจะเป็นการทบทวนก่อนการดูแล หลังการดูแล หรือ
ขณะดูแลผู้ป่วย

การทบทวนก่อนการดูแล (prospective review) เป็นวิธีการที่ช่วยลด
การดูแลทางการแพทย์ที่ไม่จำเป็นด้วยการปฏิเสธกรณีผู้ป่วยที่ไม่เข้าเกณฑ์
หรือส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่เหมาะสมมากกว่า

การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย (concurrent review) เป็นการทบทวนที่
เป็นส่วนหนึ่งของการดูแล และสนับสนุนการตัดสินใจ ณ จุดให้บริการ ซึ่งอาจ
จะควบเอาหน้าที่ของ case management เพื่อประสานและวางแผนจำหน่าย
หรือส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลในระดับต่อไปอย่างปลอดภัย

การทบทวนหลังการดูแล (retrospective review) เป็นการทบทวนความเหมาะสมของหัตถการ สถานที่ และเวลา ในการให้การดูแลผู้ป่วยหลังจากให้การดูแลแล้วโดยเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ การทบทวนนี้มักจะสัมพันธ์กับการจ่ายเงินและนำมาสู่การปฏิเธรการจ่ายเงิน หรือนำมาสู่การย้ายผู้ป่วยไปดูแลในระดับที่เหมาะสมกว่า

ข้อพึงระวัง

การทำ UR/UM มีเป้าหมายเพื่อที่จะควบคุมค่าใช้จ่ายของบริการสุขภาพเป็นหลัก แต่อาจก่อให้เกิดปัญหาค่าใช้จ่ายของการบริหารส่วนนี้กลายเป็นภาระที่เพิ่มขึ้น

มีการวิพากษ์ว่า UR/UM ปฏิบัติต่อค่าใช้จ่ายเสมือนเป็นตัววัดด้านผลลัพธ์ตัวหนึ่ง ทำให้เกิดความสับสนต่อวัตถุประสงค์ของบริการสุขภาพ และอาจจะลดทอนคุณค่าของบริการสุขภาพลง

การทำ UR/UM โดยผู้จ่ายเงินซึ่งมุ่งเน้นที่จะตัดค่าใช้จ่าย อาจนำไปสู่การไม่ให้บริการที่จำเป็น หรือการปฏิเธรการจ่ายเงิน ซึ่งส่งผลต่อความล่าช้าในการดูแลหรือภาระทางการเงินต่อผู้ป่วย

1.4.3 แผนงานใช้ยามเหตุผล (RDU)

การเลือกใช้ยาอย่างสมเหตุผล จะช่วยลดการสั่งใช้ยาที่ไม่จำเป็น ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างเหมาะสมและปลอดภัยยิ่งขึ้น เป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยเสริมคุณค่าและคุณภาพในมิติประสิทธิภาพ และเป็นการแสดงถึงคุณธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ

ดูรายละเอียดในหัวข้อ 2.8

1.4.4 Integrated Practice Units (IPUs)

IPUs เป็นแนวคิดการบูรณาการหน่วยดูแลผู้ป่วยโดยเน้นความต้องการของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง จัดระบบให้เอื้อต่อการเข้าถึงและสามารถแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและตรงประเด็น

ดูรายละเอียดในหัวข้อ 1.1.4

1.5 คุณธรรมกับคุณภาพ

1.5.1 คุณธรรมและจริยธรรม

คุณธรรม (virtue) เป็นคุณลักษณะที่อยู่ภายในตัวคนซึ่งมองไม่เห็น เป็นความดีงามในจิตใจที่ทำให้เคยชินต่อการประพฤติดี เป็นปัจจัยส่งเสริมให้มีจริยธรรม เป็นจุดเริ่มของการพัฒนาเพื่อให้มีจริยธรรม

จริยธรรม (ethic) คือคุณลักษณะความดีงามที่ปรากฏออกมาภายนอก ให้ผู้คนมองเห็นว่าเป็นการตัดสินใจและปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสม

หลักจริยธรรม (ethical principle) หรือมาตรฐานทางจริยธรรม เป็นสิ่งที่ถือเอาเป็นหลักสำหรับเทียบกำหนดทางจริยธรรม

ประมวลจรรยาบรรณ (code of conduct) คือกรอบแนวทางการประพฤติปฏิบัติที่ดั่งตามหลักจริยธรรมขององค์กร ระบุข้อปฏิบัติที่พึงกระทำ และข้อห้ามต่างๆ

1.5.2 หลักจริยธรรมพื้นฐานของมนุษย์

หลักจริยธรรมพื้นฐานของมนุษย์ได้แก่

- (1) การเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์และอิสระที่จะตัดสินใจ (autonomy) ของผู้อื่น ควบคู่กับความซื่อสัตย์จริงใจและรักษาสัญญา
- (2) หลักการทำความดี (beneficence) ควบคู่กับการป้องกันความเสียหาย ในทุกการกระทำของเรา
- (3) หลักการไม่ทำความชั่ว (non maleficence) ไม่ทำให้ผู้อื่นได้รับอันตรายหรือเกิดความเสียหาย ควบคู่กับการไม่เพิ่มความเสียหายที่จะได้รับอันตรายให้กับผู้อื่น ไม่ใช้ทรัพยากรที่ควรนำไปใช้ประโยชน์อื่นได้อย่างสูญเปล่า
- (4) หลักความยุติธรรม (justice) ให้ในสิ่งที่ผู้อื่นสมควรได้รับ ปฏิบัติต่อผู้คนอย่างเท่าเทียมกัน เป็นธรรม ไม่มีความลำเอียง ควบคู่กับการไม่สร้างภาระที่ไม่เป็นธรรมกับผู้อื่น ทำเพื่อประโยชน์ของผู้ด้อยโอกาส

1.5.3 หลักจริยธรรมของวิชาชีพ

วิชาชีพต่างๆ จะกำหนดหลักจริยธรรมที่สำคัญเพื่อให้สมาชิกของวิชาชีพยึดถือปฏิบัติ ซึ่งมักจะมียอดประกอบต่อไปนี้ ความซื่อสัตย์ (honesty), ความเต็มอิมสมบูรณ์ในตนเอง (integrity), ความโปร่งใส เปิดเผยข้อเท็จจริง (transparency), ความรับผิดชอบ (accountability), การรักษาความลับ (confidentiality), ความเป็นกลาง ใช้เหตุผล (objectivity), การเคารพผู้อื่น (respect), การเคารพกฎหมาย (obedience to the law), การรักษาคำสัตย์ปฏิญาณ (loyalty), การหลีกเลี่ยงผลประโยชน์ทับซ้อน (avoid conflict of interest)

1.5.4 คุณธรรมจริยธรรมในมาตรฐาน HA

มาตรฐาน HA จำนวนหนึ่งมีความเกี่ยวข้องกับเป้าหมายคุณธรรมจริยธรรม ในบางข้ออาจกำหนดไว้ชัดเจน ในบางข้ออาจต้องตีความเป้าหมายให้ลึกซึ้ง ดังตัวอย่างตามตาราง

กรอบที่ 1.13 ประเด็นคุณธรรมจริยธรรมในมาตรฐาน HA

มาตรฐาน	ตัวอย่างประเด็นคุณธรรมจริยธรรม
การนำ	ผู้นำที่มีความเที่ยงธรรม โปร่งใส รับผิดชอบ ซื่อสัตย์ จริงใจ การกำกับดูแลกิจการบนหลักการเคารพในผู้อื่น การไม่สร้างความเสี่ยง และการใช้ความเที่ยงธรรม
กลยุทธ์	การจัดบริการที่มุ่งให้คุณค่า การทำธุรกิจอย่างมีจริยธรรม
ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน	การดูแลผู้ป่วยด้วยความใส่ใจ ระมัดระวัง เต็มความสามารถ เคารพในสิทธิ และ preference ของผู้ป่วย
การวัด วิเคราะห์	การบันทึกข้อมูลที่ต้อง การวิเคราะห์ที่ไม่มีอคติ การรักษาความลับ การไม่ เข้าใช้ระบบคอมพิวเตอร์ในสิทธิของผู้อื่น
กำลังคน	การรับฟังและเคารพกันและกัน ความเที่ยงธรรม การอุทิศตนในหน้าที่
ปฏิบัติการ	การออกแบบระบบงานที่เข้าใจความต้องการของผู้คน การปฏิบัติตามระบบที่ ได้รับการออกแบบไว้
คุณภาพ ความปลอดภัย	ใช้ความรู้ความสามารถและความระมัดระวังอย่างเต็มที่ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ ผู้ป่วยได้รับในสิ่งที่ควรได้รับ ไม่เกิดอันตรายจากการกระทำหรือไม่กระทำของเรา
วิชาชีพ	มีการกำกับดูแลจริยธรรมโดยเพื่อนร่วมวิชาชีพ ขณะที่ยังคงไว้ซึ่งการเคารพใน autonomy ของการตัดสินใจที่ไม่ก่อเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย
สิ่งแวดล้อม	การดูแลสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ใช้
IC	การใช้ความระมัดระวังในทุกขั้นตอนที่จะไม่ทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อจากการดูแลรักษา
เวชระเบียน	การรักษาความลับของข้อมูลผู้ป่วย
ยา	การใช้ยาอย่างสมเหตุผลและปลอดภัย ให้ผู้ควรได้รับยาได้เข้าถึงยา ไม่สั่ง จ่ายยาด้วยแรงจูงใจเพราะผลประโยชน์ส่วนตัว
Investigation	การสังตรวจวินิจฉัยโดยมีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจน ใช้ทรัพยากรอย่างมีข้อบ่งชี้
การเฝ้าระวังโรค	การตรวจพบการระบาดและควบคุมได้อย่างรวดเร็ว คือการปกป้องผู้คนอีก จำนวนมากมิให้ต้องเผชิญอันตราย
ชุมชน	การเสริมพลังชุมชน คือ การเคารพในศักดิ์ศรีของชุมชน ยอมรับความคิดเห็น และความสามารถของชุมชนในการแก้ปัญหาของตนเอง

1.5.5 ประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ

เมื่อบางกรณีอาจจะมีการนำหลักคุณธรรมจริยธรรมที่แตกต่างกันมาเป็นฐานในการพิจารณาว่าควรตัดสินใจอย่างไร และหลักดังกล่าวนั้นขัดแย้งกัน จึงจำเป็นต้องมีแนวทางและกลไกช่วยให้ผู้ประกอบการวิชาชีพตัดสินใจด้วยความมั่นใจ

เรื่องนี้เป็นข้อกำหนดในมาตรฐาน HA ฉบับใหม่ (ดูรายละเอียดคำอธิบายในหัวข้อ 2.4)

1.5.6 คุณธรรมจริยธรรมกับมิติด้านจิตวิญญาณ

เนื่องจากจริยธรรมมีพื้นฐานมาจากคุณธรรม และคุณธรรมเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับมิติด้านจิตวิญญาณ จึงควรทำความเข้าใจเรื่องนี้ควบคู่กันไป

จิตวิญญาณคืออะไร

- เป็นเรื่องของความมีจิตใจสูง งดงาม เมตตา รับผิดชอบ สมานฉันท์ เกื้อกูลกัน ไม่เห็นแก่ตัว
- เป็นเรื่องของความเชื่อในสิ่งยึดเหนี่ยว
- เป็นเรื่องของการสำนึกูรู้ภายใน
- เป็นเรื่องของคุณค่า เป็นเรื่องของอุดมคติ
- เป็นความสามารถที่จะให้ความหมายแก่ชีวิตและทุกสิ่ง
- เป็นขุมพลังภายใน เป็นเรื่องของพลังชีวิต
- เป็นวิถีอันศักดิ์สิทธิ์ของการดำเนินชีวิตอย่างกลมกลืนกับความงาม โดยรอบ และความงามในตัวเอง
- เป็นทรัพยากรภายในบุคคลที่สามารถเยียวยาความเจ็บป่วยได้ (inner resource for healing)

การพัฒนาตนเองของมนุษย์

การพัฒนาตนเองของมนุษย์อาจจัดกลุ่มได้เป็น 4 ด้าน หรือ ภาวนา 4 คือ:

(1) กายภาวนา (physical development) ดูแลสิ่งแวดล้อมและที่อยู่ให้เหมาะสม รับรู้สื่อสารกับสิ่งแวดล้อมอย่างรู้เท่าทัน

(2) **ศีลภาวนา** (moral or social development) การสำรวมในกาย วาจา ขวนขวายช่วยเหลือรับใช้ บริการด้วยน้ำใจ

(3) **จิตตภาวนา** (emotional development) การพัฒนาคุณธรรมให้เข้มแข็ง พร้อมลดละกำจัดกิเลส มีสติปัจจุบัน มีความเพียร ไม่ฟุ้งซ่าน

(4) **ปัญญาภาวนา** (cognitive or wisdom development) การรับรู้สิ่งที่ทั้งหลายตามความเป็นจริง รู้เท่าทันโลกและชีวิต ปลอดภัยให้ชีวิตหลุดพ้น เป็นอิสระขึ้นไปทีละขั้น

จะเห็นว่าการพัฒนาตนเองทั้ง 4 ด้านนี้ คือ การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ เป็นพื้นฐานสำคัญของการมีคุณธรรมและจริยธรรม

SHA (Spiritual Healthcare Appreciation)

SHA คือ การประยุกต์มิติด้านจิตวิญญาณกับการดูแลผู้ป่วยในบริบทต่างๆ เราอาจพิจารณามิติด้านจิตวิญญาณในบริบทต่างๆ ได้ดังนี้

(1) **ต่อตัวเอง** คือ การพัฒนาตนเองทุกด้านอย่างสมดุล การลดตัวตน การมีจิตสำนึกใหม่ที่รับผิดชอบต่อส่วนรวม (ส่งเสริมคุณธรรมในตัวผู้ประกอบวิชาชีพ)

(2) **ต่อผู้ป่วย** คือ การดูแลผู้ป่วยด้วยความรัก ด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ (humanized healthcare) ด้วยความเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (ส่งเสริมการดูแลความเป็นคน และการดูแลความเจ็บไข้ได้ป่วย)

(3) **ต่อองค์กร** คือ การมององค์กรเสมือนสิ่งมีชีวิต (living organization) มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม มีการเรียนรู้และปรับตัว สมาชิกมีอิสระที่จะแปลความหมายข้อมูลทำให้เป้าหมายส่วนบุคคลและเป้าหมายขององค์กรประสานสอดคล้องกัน (ส่งเสริมประสิทธิภาพของการทำงานร่วมกัน)

(4) **ต่อระบบบริการ** คือ การใช้มุมมองเชิงระบบ เห็นความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ ที่ต่างอิงอาศัยกัน มองเห็นทะลุจากเหตุการณ์และแนวโน้มสู่โครงสร้างและวิถีชีวิตที่อยู่เบื้องหลัง พยายามทำให้ระบบบริการเป็นระบบที่เพรียวและไร้รอยต่อ (lean & seamless) (ส่งเสริมการดูแลให้เกิดความคุ้มค่า)

จะเห็นว่าการมีมิติด้านจิตวิญญาณในการดูแลผู้ป่วย เป็นทั้งการเพิ่มคุณค่า คุณภาพ คุณธรรมในการดูแลผู้ป่วยไปพร้อมกัน

ลักษณะขององค์กรที่ใช้มิติด้านจิตวิญญาณในการดูแลผู้ป่วย

องค์กรที่ใช้มิติด้านจิตวิญญาณในการดูแลผู้ป่วยจะมีลักษณะสำคัญต่อไปนี้

(1) **Inspiration** สร้างแรงบันดาลใจเพื่อให้ทุกคนมีจินตนาการ มีพลังที่จะสร้างสรรค์และทุ่มเท เห็นคุณค่าของตนเอง เกิดการยกระดับคุณภาพบริการ และระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ตลอดจนคุณภาพชีวิตของผู้ให้บริการเอง

(2) **Spiritual responsiveness** นอกเหนือจากการดูแลรักษาโรคและความเจ็บป่วยแล้ว ผู้ให้บริการยังควรใส่ใจต่อการเยียวยาความทุกข์ของผู้คน และตอบสนองต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้มารับบริการด้วยโดยอาจมีพัฒนาการเป็นลำดับขั้นดังนี้ (ก) ตอบสนองต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยเป็นรายคน (ข) นำสิ่งที่ตอบสนองเป็นรายคน มาวิเคราะห์เพื่อให้เห็นลักษณะร่วมของสิ่งที่เป็นความต้องการของผู้ป่วย และสรุปบทเรียนในช่วงที่ผ่านมา (ค) กลับไปมองเรื่องดังกล่าวในเชิงระบบงาน เพื่อปรับปรุงพัฒนาการตอบสนองที่ระดับระบบงาน

(3) **Reflection and refinement** สร้างวิธีการสื่อสารเชิงสร้างสรรค์ ทบทวนสะท้อนความคิด รับฟังซึ่งกันและกัน เพื่อให้การทำงานเป็นวิถีของการพัฒนาและขัดเกลาตนเองและผู้คนที่เกี่ยวข้อง

(4) **Human growth** ผู้คนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาพยาบาลได้เติบโตทางจิตวิญญาณ เติบโตไปถึงศักยภาพที่สูงสุดของตน งามงามไปสู่ความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ และกระจายความดีงามนี้สู่ผู้คนรอบข้างและผู้รับบริการ

1.5.7 จริยธรรมกับประชาธิปไตยเชิงลึก (Deep Democracy)

Deep Democracy เป็นพื้นฐานทางปรัชญาของ Process Work และ Worldwork Paradigm พัฒนาขึ้นโดย Arnold Mindell เป็นทฤษฎีและระเบียบวิธีทางจิตวิทยา-สังคม-การเมืองซึ่งมีหลักสำคัญดังนี้

- Process เป็นกระบวนการไหลของข้อมูลอย่างต่อเนื่อง เผยให้เห็นเหตุการณ์ที่เชื่อมโยงกัน

- Deep Democracy ให้ความสำคัญกับทุกเสียง ทุกระดับของการรับรู้ ทั้งที่เห็นร่วมกันและที่เป็นเสียงส่วนน้อย

- การเปิดโอกาสให้ตัวเองใคร่ครวญอย่างจริงจังในเหตุการณ์และความรู้สึกที่ดูเหมือนไม่สำคัญ สามารถนำมาซึ่งการแก้ปัญหาที่ไม่คาดคิดได้เนื่องจากความเข้าใจในข้อขัดแย้งที่อยู่ในตัวเราเองและในกลุ่ม
- เป็นการเปิดพื้นที่ให้ทุกคนมาร่วมเจรจาและรวมตัวกันอย่างลึกซึ้ง เปิดรับมุมมองและความรู้สึกที่แตกต่างหลากหลาย จนทำให้เกิดความเข้าใจกันและกันมากขึ้น

กิจกรรมต่อไปนี้อาจทำให้เข้าใจแนวคิดของเรื่องนี้ได้ดีขึ้น

แบบฝึกหัดที่ 1 ให้นึกถึง**ความผันหรือประสบการณ์ระดับขีดสุด (peak experience) ในช่วงวัยเด็ก** ค้นหาส่วนที่ทรงพลังที่สุดในทางจิตวิญญาณ แล้วค้นหา พลังงานสองอย่างที่เป็นข้อขัดแย้งกัน พิจารณาว่าจะนำมาจัดการกับสถานการณ์ที่เกาะกุมจิตใจของเราอย่างไร จะหลอมรวมพลังที่เป็นข้อตรงข้ามเข้าด้วยกันได้อย่างไร ชีวิตของเราอยู่ระหว่างข้อทั้งสองอย่างไร ในแต่ละขณะเราตระหนักรู้หรือไม่ว่าเรากำลังใช้พลังจากข้อใดอยู่ (ความตระหนักว่าเรามีสองข้อในตัวเรา ทำให้เราเข้าใจผู้อื่นดีขึ้น)

แบบฝึกหัดที่ 2 ค้นหา**ปัญหาความสัมพันธ์ที่เป็นจุดจืดระหว่างเรากับคู่กรณี** สืบหาว่ามีพลังงานอะไรในอีกฝ่ายที่รบกวนเรา ทำความรู้สึกและสำรวจจงลึกด้วยการเคลื่อนไหวมือประกอบ แล้วขยายพลังงานนั้นจนเราเข้าใจแก่นแท้ของมัน พิจารณาว่าในชีวิตของเรามีข้อจำกัดอะไรที่ทำให้เราใช้แก่นแท้ของพลังงานนั้นได้ไม่เต็มที่ จะก้าวข้ามข้อจำกัดนั้นได้อย่างไร สังเกตความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่มีต่ออีกฝ่าย (เป็นการเปลี่ยนจากการปฏิเสธมาสู่การใช้ประโยชน์พลังงานที่รบกวนเรา)

แบบฝึกหัดที่ 3 สังเกต**ความขัดแย้ง**และกล้าที่จะนำขึ้นมาพิจารณาว่าจุดยืนของเราคืออะไร แก่นแท้ลึกๆ ของมันคืออะไร ลองเปลี่ยนไปอยู่อีกข้างหนึ่ง (จุดยืนของคู่ขัดแย้ง) ใคร่ครวญว่าแก่นแท้ลึกๆ ในจุดยืนของคู่ขัดแย้งคืออะไร สังเกตว่าอารมณ์ของเราเปลี่ยนไปอย่างไร ต่อรองเพื่อหาประเด็นที่จะนำไปปฏิบัติ (แบบฝึกหัดนี้อาจจะทำด้วยตนเอง ทำกับที่ปรึกษา หรือทำในสถานการณ์จริง)

แบบฝึกหัดที่ 4 ใคร่ครวญว่าเรามี**rank**แต่ละประเภทอะไรบ้าง (social rank, psychological rank, spiritual rank, democratic rank) rank ที่เรามีอยู่นั้นทำให้เราได้สิทธิพิเศษ (privilege) อะไรบ้าง เราจะเฉลิมฉลองสิทธิพิเศษ

ที่เราได้รับมาอย่างไร ทำอย่างไรเราจะไม่รู้สึกระทะขีดตะขวงใจกับสิทธิพิเศษที่เราได้รับมา (ทำให้เข้าใจปัจจัยที่ก่อให้เกิดปัญหาในกลุ่มได้ดีขึ้น ปัจจัยเหล่านี้เราอาจจะไม่เคยรับรู้มาก่อนว่ามีความสำคัญ)

แบบฝึกหัดที่ 5 จัดโครงสร้างการสนทนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ด้วยการกำหนดประเด็นที่มีมุมมองหลากหลาย **จัดโครงสร้างของการสนทนาด้วยการ fix role หรือจุดยืน** แต่ให้คนเคลื่อนไปอยู่ในตำแหน่งของ role ที่ fix อยู่ **สนับสนุนให้มี role switching** หรือการย้ายฝั่งให้มากเมื่อเราเห็นด้วยกับการแสดงออกของอีกฝ่ายหนึ่ง ยิ่งมีการย้ายฝั่งไปมามากเท่าไร สมาชิกก็จะยิ่งเข้าใจจุดยืนและความรู้สึกของกันและกันมากขึ้น และเป็นหนทางที่จะนำมาสู่ทางออกใหม่ๆ (เป็นการฝึกที่จะหลุดออกจากกรอบแคบๆ ที่ยึดติดอยู่ และฝึกเข้าใจผู้อื่นมากขึ้น)

แบบฝึกหัดที่ 6 ให้ฝึกถอนตัวออกมาเป็นผู้สังเกต อย่าอินอยู่กับเหตุการณ์สักเกินไปจนไม่เห็นมุมมองที่หลากหลาย

แบบฝึกหัดที่ 7 ให้พิจารณาความไม่สบายทางร่างกายที่ **ส่วนใดส่วนหนึ่งของเรา** ใช้ hand movement เพื่อแสดงความรู้สึกต่อความไม่สบายนั้น ทำซ้ำจนเราสามารถรู้สึกเป็นเพื่อนกับความไม่สบายนั้น กลับมาทบทวนตัวเองว่าปกติเราอยู่ในพลังงานแบบไหน (เป็นการเรียนรู้ความสัมพันธ์ของร่างกายและจิตใจ และเยียวยาตนเอง)

แบบฝึกหัดที่ 8 ให้นำนึกถึงสถานการณ์ที่ทำทนายอยู่ข้างหน้า ลองหาทำนอนที่รู้สึกสบายที่สุด เปลี่ยนท่าไปมาให้มากที่สุด ทำความรู้สึกกับท่าที่สบายที่สุดนั้น แล้วนึกถึงว่าทำนั้นทำให้เรานึกถึงสัตว์อะไร เคลื่อนไหวให้เหมือนสัตว์ตัวนั้น จนเข้าใจแก่นของสัตว์นั้น แล้วใช้ความสามารถนั้นเพื่อจัดการความท้าทายที่ระบุนี้ไว้แต่แรก (เป็นการค้นหาพลังในตัวเราเพื่อนำมาจัดการกับความท้าทาย)

การประยุกต์ใช้ Process Work หรือ Deep Democracy เป็นการฝึกให้มีคุณธรรมจริยธรรมขั้นพื้นฐาน นั่นคือการยอมรับและทำความเข้าใจบุคคลอื่นที่อาจจะแตกต่างจากเรา

1.6 แนวคิดและเครื่องมือที่ส่งเสริมการดูแลที่มีคุณค่า คุณภาพ คุณธรรม

1.6.1 การจัดการความรู้ (Knowledge Management)

การจัดการความรู้¹⁵

“การจัดการความรู้” เป็นเครื่องมือเพื่อการบรรลุเป้าหมาย 4 ประการไปพร้อมๆ กัน ได้แก่ (1) บรรลุเป้าหมายของงาน (2) บรรลุเป้าหมายการพัฒนาคน (3) บรรลุเป้าหมายการพัฒนาองค์กรไปเป็นองค์กรเรียนรู้ และ (4) บรรลุความเป็นชุมชน เป็นหมู่คณะ ความเอื้ออาทรระหว่างกันในที่ทำงาน

การจัดการความรู้ต้องมีการดำเนินการอย่างน้อย 6 ประการต่อความรู้ ได้แก่ (1) การกำหนดความรู้หลักที่จำเป็นหรือสำคัญต่องานหรือกิจกรรมของกลุ่มหรือองค์กร (2) การเสาะหาความรู้ที่ต้องการ (3) การปรับปรุง ดัดแปลง หรือสร้างความรู้บางส่วนให้เหมาะต่อการใช้งานของตน (4) การประยุกต์ใช้ความรู้ในกิจการงานของตน (5) การนำประสบการณ์จากการทำงานและการประยุกต์ใช้ความรู้มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสกัด “ขุมความรู้” ออกมาบันทึกไว้ (6) การจัดบันทึก “ขุมความรู้” และ “แก่นความรู้” สำหรับไว้ใช้งาน และปรับปรุงเป็นชุดความรู้ที่ครบถ้วน ลุ่มลึกและเชื่อมโยงมากขึ้น เหมาะต่อการใช้งานมากยิ่งขึ้นโดยที่การดำเนินการ 6 ประการนี้บูรณาการเป็นเนื้อเดียวกัน ความรู้ที่เกี่ยวข้องเป็นทั้งความรู้ที่ชัดแจ้ง อยู่ในรูปของตัวหนังสือหรือรหัสอย่างอื่นที่เข้าใจได้ทั่วไป (explicit knowledge) และ ความรู้ฝังลึกอยู่ในสมอง (tacit knowledge) ที่อยู่ในคน ทั้งที่อยู่ในใจ (ความเชื่อ ค่านิยม) อยู่ในสมอง (เหตุผล) และอยู่ในมือ และส่วนอื่นๆ ของร่างกาย (ทักษะในการปฏิบัติ)

การจัดการความรู้เป็นกิจกรรมที่คนจำนวนหนึ่งทำร่วมกันไม่ใช่กิจกรรมที่ทำโดยคนคนเดียว การจัดการความรู้ที่ถูกต้องจะต้องเริ่มที่งานหรือเป้าหมายของงาน เป้าหมายของงานที่สำคัญคือการบรรลุผลสัมฤทธิ์ในการดำเนินการตามที่กำหนดไว้ ได้แก่ (1) การสนองตอบความต้องการของลูกค้า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และสังคมโดยรวม (2) การมีนวัตกรรมในการทำงานและนวัตกรรมด้านผลิตภัณฑ์หรือบริการ (3) ขีดความสามารถขององค์กรและของบุคลากร

¹⁵ ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิจารณ์ พานิช

ที่พัฒนาขึ้น และ (4) ประสิทธิภาพ

เป้าหมายสุดท้ายของการจัดการความรู้ คือ การที่กลุ่มคนที่ดำเนินการจัดการความรู้ร่วมกัน มีชุดความรู้ของตนเอง ที่ร่วมกันสร้างเอง สำหรับใช้งานของตน คนเหล่านี้จะสร้างความรู้ขึ้นใช้เองอยู่ตลอดเวลา โดยที่การสร้างนั้นเป็นการสร้างเพียงบางส่วน เป็นการสร้างผ่านการทดลองเอาความรู้จากภายนอกมาปรับปรุงให้เหมาะต่อสภาพของตน และทดลองใช้งาน จัดการความรู้ไม่ใช่กิจกรรมที่ดำเนินการเฉพาะหรือเกี่ยวกับเรื่องความรู้ แต่เป็นกิจกรรมที่แทรก/แฝง หรือในภาษาวิชาการเรียกว่า บูรณาการอยู่กับทุกกิจกรรมของการทำงาน และที่สำคัญตัวการจัดการความรู้เองก็ต้องการการจัดการด้วย

คนเรียนรู้ และความรู้ของนักปฏิบัติ¹⁶

ควบคู่กับการจัดการความรู้คือการที่ผู้ปฏิบัติงานเป็นคนที่ไม่เรียนรู้ จึงจะสามารถกระตุ้นการเรียนรู้ให้เกิดขึ้นกับตนเองและกับชุมชนที่ตนทำงาน

คุณค่าของมนุษย์คือความสามารถในการเรียนรู้ ในอัตราที่เร็วกว่าสิ่งมีชีวิตอื่นๆ เราสามารถฝึกฝนตนเองให้เป็นคนเรียนรู้ ได้ด้วยวิธีต่อไปนี้:

(1) Curious ฝึกเป็นคนช่างสงสัย ช่างตั้งคำถาม

ตัวอย่างการเป็นคนช่างสงสัย นั่งกินข้าวด้วยกันมีไข่ยางมะตูม ก็สามารถตั้งคำถามว่า “ต้มไข่อย่างไรให้เป็นไข่ยางมะตูม?” “ถ้าจะต้มนาน 7 นาที เริ่มนับเวลาจากตรงไหน?” “ทำไมต้องนับเวลาตอนน้ำเดือด?” “จะทำอย่างไรไม่ให้ไข่แตก?” “การใส่เกลือมีวัตถุประสงค์เพื่ออะไรกันแน่?” อาจารย์แพทย์ที่นั่งสนทนาด้วยนำคำถามเหล่านี้ไปสร้างบทเรียนเกี่ยวกับกระบวนการคุณภาพเป็นตัวอย่างของการใช้ 3P ในเรื่องง่ายๆ

การตั้งคำถามเป็นทักษะที่จำเป็นในการประเมินผล แม้ในการออกแบบประเมินอย่างง่าย ๆ ที่เรียกว่า rapid assessment ก็จำเป็นต้องฝึกตั้งคำถามโดยยึดเอาวัตถุประสงค์การประเมินเป็นตัวตั้ง แล้วตั้งคำถามที่ได้คำตอบโดยง่ายเกินไป

(2) Be challenged พร้อมรับคำถามที่ยากและท้าทาย

ยิ่งไม่กลัวคำถาม ยิ่งมีคำตอบมาก อย่ารับปฏิเสธที่จะไม่ตอบ แต่อาจขอเวลาอย่าบ้ายเบี่ยงตอบคำถามไปนอกเรื่องอย่าเล่าเรื่องอดีตที่เรารู้ดี แต่ไม่ตรง

¹⁶ นายแพทย์อนุวัฒน์ ศุภชุตikul. Facebook Anuwat Supachutikul, 18 กุมภาพันธ์ 2561

คำถาม เมื่อเจอคำถามยาก ให้ช้อยองค์ประกอบของเรื่องนั้นเป็นส่วนๆ วิเคราะห์ แยกแยะและดูว่าแต่ละส่วนมีคำตอบอะไรบ้าง ใช้แนวทางในข้อต่อๆ ไปช่วย แม้วันนี้ไม่มีคำตอบ แต่ถ้าเจอคำถามเดิมซ้ำๆ เข้า จะเริ่มเข้าใจบริบท และคำตอบเริ่มกระจ่าง

(3) Actionable answer พยายามค้นหาและตอบคำถามเชิงปฏิบัติ

คำตอบที่ดีที่สุดคือคำตอบที่ผู้ฟังนำไปใช้ประโยชน์ได้ เวลาตอบจึงต้องคิด เสมือนเรากำลังจะนำคำตอบนั้นไปปฏิบัติเองต้องมองไปข้างหน้า มิใช่มองที่อดีตหรือปัจจุบัน ต้องมองในฐานะนักปฏิบัติ มิใช่นักทฤษฎี ต้องมองโลกในแง่บวก เห็นความเป็นไปได้มากกว่าเห็นแต่ปัญหา

(4) Open mindset เปิดใจรับความเห็นที่แตกต่าง พร้อมเปลี่ยนความเชื่อของตนเอง

การยึดติดกับความเชื่อและแนวทางเดิมๆ ทำให้เราไม่สามารถเปิดรับความคิดและความรู้ใหม่ๆ ได้ จึงควรฝึกที่จะมองโลกในมุมมองที่ไม่เคยมอง ลองเป็นพวกเดียวกับฝ่ายที่อยู่ตรงข้ามกับเรา ลองฟังให้เข้าใจคนที่คัดค้านหรือไม่เห็นด้วยกับเรา เมื่อทิ้งความคิดเดิม ใจเราก็พร้อมเปิดรับความคิดใหม่ เสมือนต้นไม้ทิ้งใบแก่เพื่อผลิใบใหม่

ตัวอย่างเรื่อง double check ในการให้ยาที่ต้องระมัดระวังสูง น้องพยาบาลนางงานเป็นคนกล้าถามว่ามั่นใจหรือไม่ครอบคลุม จะให้ทำอย่างไร พอไปทบทวนแนวทางของ ISMP เขาระบุว่าต้องทำร่วมกับมาตรการอื่นๆ และต้องทำถึงขั้น cognitive check ของเราเหลือแต่รูปแบบ counter sign เราต้องเปิดใจมาคุยกันว่าที่ทำอยู่นั้นใช่ที่ต้องการหรือไม่ ได้ประโยชน์จริงหรือไม่

(5) Focus attention หาจุดเน้นให้สมองทำงาน

สมองเป็นอวัยวะที่ขยันทำงานมาก มันจะทำงานตลอดเวลา มากกว่าที่เรารู้สึก เมื่อเราไม่ใส่ใจห้อยอะไรให้สมอง สมองก็จะคิดฟุ้งซ่านไปเรื่อยๆ แต่หากเรามีโจทย์ที่ชัดเจน ใส่โจทย์นี้อย่างนุ่มนวลให้คลอเคลียไว้ในสมองพอประมาณ สมองจะค่อยๆ ประติบัติปะต่อข้อมูลและส่งมอบคำตอบให้กับเรา ข้อมูลทั้งหมดมีอยู่แล้วในประสบการณ์ของเรา แต่เพราะไม่เคยตั้งโจทย์ ข้อมูลเหล่านั้นจึงไม่เคยมาปะติปะต่อกัน

(6) Think out loud ฝึกคิดดัง ๆ คิดไปตอบไป

การคิดดัง ๆ เป็นการทำให้เราคิดเป็นระบบขึ้น การเห็นสายตาของผู้คนที่ใส่ใจฟังเราเป็นแรงกระตุ้นเชิงบวก ขณะเดียวกันความคาดหวังต่อตัวเองเป็นแรงกดดันให้ต้องหาคำตอบจริงจังมากขึ้น อย่างไรก็ตามที่คิดไม่จบ เราสามารถจบได้อย่างงดงามด้วยคำพูดว่า “ผมคิดมาได้ถึงตรงนี้แล้ว ขอให้ทีมช่วยกันคิดต่อหน่อย”

(7) Logical thinking ฝึกคิดเชิงเหตุและผล เรียนรู้จากวิธีคิดของคนอื่น

ตัวอย่างของเรื่องนี้คือการบอกขุ่นโดยอาศัยหลักที่มาจาก การสังเกตว่า ช่างขนุนติดเปลือก เมล็ดขนุนติดแกน เห็นวิธีที่คนนี้แล้วจะรู้สึกว่าการนี้เราารู้ แต่ทำไมเราไม่เคยเอามาใช้เป็นคำตอบ

<https://www.youtube.com/watch?v=YQ-8-ThYKsU>

(8) Passion มีใจรัก มีแรงบันดาลใจ ที่จะเขียนบทเรียนออกมา

ถ้าไม่เขียน ความรู้ก็จะไม่ถูกถ่ายทอดออกมา การเขียนบันทึก บทเรียน บทความ จึงเป็นขั้นตอนสำคัญ. แต่ละคนอาจจะสร้างแรงจูงใจในตัวเองที่แตกต่างกัน เช่น เขียนเพราะอยากจะทำบันทึกส่วนตัวเขียนเพื่อเอาไปส่งเจ้านายเป็นผลงาน เขียนเพื่อให้เพื่อนอ่านหรือเขียนเพื่อพิมพ์หนังสือ อะไรก็ได้ขอให้เขียน

ทำได้อย่างนี้ความรู้จะพรั่งพรั่งจากภายใน ส่งผลให้ชีวิตที่ نرمย์ ที่ทำงาน ก็เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ เกิดการจัดการความรู้อย่างเป็นธรรมชาติ ไม่ต้องใช้ตัวชี้วัดหรือการประชุมมาขับเคลื่อน หวังว่าจะมี learning practitioner และ practitioner's knowledge เพิ่มขึ้นมากมาย

สรุป

การจัดการความรู้เป็นการบูรณาการความรู้ที่ชัดแจ้งหรือ evidence กับความรู้เชิงปฏิบัติ ทำให้ evidence นั้นสามารถนำมาปฏิบัติอย่างได้ผล ตอบสนองได้ทั้ง clinical objective, social objective และ economic objective

1.6.2 การวิจัยจากงานประจำ (Routine to Research-R2R)¹⁷

R2R ย่อมาจาก Routine to Research แปลว่าพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย มีวัตถุประสงค์คือการใช้ข้อมูลและประสบการณ์จากการทำงานประจำธรรมดาๆ ทั่วๆ ไป ในการสร้างความรู้

R2R ยังมีความหมายที่ลึกซึ้งกว่านั้นมาก R2R เป็นการทำให้งานประจำกลายเป็นงานสร้างความรู้หรือเป็นงานวิจัย ซึ่งจะทำให้การทำงานประจำกลายเป็นงานที่มีคุณค่า ยิ่งทำงานนานก็ยิ่งมีปัญญา ยิ่งเกิดความรู้ และยิ่งมีประเด็นที่จะทำให้เกิดความภาคภูมิใจได้มากขึ้นเรื่อยๆ จึงยิ่งทำให้ได้รับความนับถือจากคนอื่นมากขึ้นเป็นลำดับ

เราต้องเปลี่ยนวิธีคิดใหม่กับการทำงานประจำเพื่อให้สอดคล้องกับศักยภาพของความเป็นมนุษย์ ต้องเห็น

คุณค่าของมนุษย์มากขึ้น ต้องเห็นว่างานทั้งหลายนั้นไม่มีอะไรคงที่ ต้องคิดใหม่และปรับเปลี่ยนอยู่ตลอดเวลา อย่าไปจำกัดตัวเองมันทำให้มนุษย์เราหมดคุณค่าความเป็นมนุษย์ลงไปอย่างน่าเสียดาย

ชื่อ R2R นั้น เป็นคำที่คิดกันขึ้นมาเองในประเทศไทย เพื่อที่จะไปหนุนให้เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการ ในระดับที่ทำงานแบบ routine ได้เกิดความกล้าได้มีโอกาส หรือได้รับการชื่นชม จากการสร้างความรู้ขึ้นมา

พัฒนางานของตัวเองการวิจัยแบบ R2R นั้นเป็นงานวิจัยแบบง่ายๆ เพราะหัวใจจริงๆ ไม่ได้อยู่ที่การวิจัย แต่อยู่ที่การพัฒนางาน โดยจัดกระบวนการให้เกิดการเรียนรู้ก็เพียงเล็กน้อยก็สามารทำให้กระบวนการพัฒนางานเกิดงานวิจัยที่สร้างความรู้ออกมาอย่างชัดเจนได้

หลักในการพิจารณาว่างานศึกษาเรื่องใดเรื่องหนึ่งเป็น R2R หรือไม่

ให้ดูจาก 4 ส่วน ได้แก่ (1) โจทย์วิจัย คำถามวิจัยของงาน R2R ต้องมาจากงานประจำเป็นการแก้ปัญหาหรือพัฒนางานประจำ (2) ผู้ทำวิจัย ต้องเป็นพนักงานประจำนั่นเองและเป็นผู้แสดงบทบาทหลักของการวิจัย (3) ผลลัพธ์ของการวิจัย ต้องวัดที่ผลที่เกิดต่อตัวผู้ป่วยหรือบริการที่มีผลต่อผู้ป่วยโดยตรง ไม่ใช่

¹⁷ ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิจารณ์ พานิช (2551). R2R... อย่าสำคัญ (ผิด) ว่าเป็นเป้าหมาย. ใน **R2R: Routine to Research** สยบงานจำเจด้วยการวิจัย สู่โลกใหม่ของงานประจำ. หน้า 11-25.

วัดที่ตัวชี้วัดทุกข้อมูมิเท่านั้น เช่น ระดับสารต่างๆในร่างกายหรือผลการตรวจพิเศษต่างๆ (4) การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ ผลการวิจัยต้องวนกลับไปก่อผลเปลี่ยนแปลงต่อการให้บริการผู้ป่วยโดยตรง หรือต่อการจัดบริการผู้ป่วย

เริ่มต้นคิดหัวข้อวิจัย ทำได้อย่างไร?

1. ความไม่พอใจในสิ่งที่ปฏิบัติอยู่ในปัจจุบันให้เอากิเลสของตนเป็นที่ตั้งโจทย์ สืบรวจำงานที่ทำอยู่ในปัจจุบันมีอะไรที่เป็นปัญหาถ้าไม่มีปัญหาแล้ว การปฏิบัติแบบเดิมๆ ที่สามารถปรับให้ดีขึ้นได้หรือไม่ถ้ารู้สึกว่ำดีแล้ว ทำให้อีกว่ำนี้ได้หรือไม่

2. ความพอใจหรือเป้าหมายขององค์กร ซึ่งรวมถึงผู้ป่วยและครอบครัว ให้เอากิเลสของคนอื่นมาเป็นที่ตั้งโจทย์วิจัยที่ดี ต้องมีคนต้องการวิจัยที่ดี ต้องแก้ปัญหาให้คนที่เกี่ยวข้องได้การวิเคราะห์ความต้องการของผู้เกี่ยวข้องจะทำให้ได้รับการสนับสนุนที่ดีเช่น เงิน เวลา นโยบายในการเปลี่ยนแปลง เป็นต้น

3. การอ่านวารสารและงานวิจัยที่ดีพิมพ์แล้วศึกษาว่าใครทำอะไร? ทำไปถึงไหน? ช่องว่างอยู่ตรงไหน? ควรทำอะไรต่อ?

4. การพบปะพูดคุยหรือการสื่อสารกับบุคคลอื่นๆ ทั้งเป็นการส่วนตัว หรือในการประชุมวิชาการต่างๆ

5. การทำวิจัยซ้ำ (Replication of studies) เช่น ทำซ้ำใน settings อื่นๆ

6. ตั้งโจทย์จากทฤษฎี เพื่อเป็นการพิสูจน์ทฤษฎีต่างๆ

เคล็ดลัลดอุปสรรคสำหรับ R2R

หากผู้บริหารด้านการวิจัยขององค์กร ให้การสนับสนุนในสิ่งต่อไปนี้ จะช่วยให้อุปสรรคลดน้อยถอยลง

1. เข้าใจธรรมชาติงานวิจัยทางคลินิกของนักปฏิบัติ

2. นักปฏิบัติอยู่กับการปฏิบัติ ต้องเอื้อให้สามารถใช้การปฏิบัติ และการแก้ปัญหาการปฏิบัติประจำวันพัฒนาไปเป็นการวิจัย

3. ต้องเข้าใจว่ำนักปฏิบัติที่ยังไม่เคยทำวิจัยเองอาจไม่คล่องตัวเรื่องการใช้สถิติในกระบวนการวิจัย ดังนั้น ต้องช่วยหาที่ปรึกษาทางด้านนี้

4. ต้องเปิดไฟเขียวให้ทุกๆ เรื่อง ไม่จู้จี้เกินไป และต้องยอมรับความไม่สมบูรณ์บางอย่างได้

5. ตระหนักเสมอว่าถ้าไม่มีการเริ่มต้นงานที่ 1 ก็จะไม่มีการที่ 2,3,4.....

ตามมา

บทสรุปที่สำคัญ

ต้องทำความเข้าใจให้ถูกต้องก่อนเป็นอันดับแรกว่า R2R เป็นเครื่องมือ ไม่ใช่เป้าหมาย คำว่า “เครื่องมือ” แปลว่าเราไม่ต้องสนใจมัน เช่น เราจะสร้างบ้าน แน่หนอนว่าเราต้องใช้ค้อน สิว ตะปู เป็นเครื่องมือแต่จุดสนใจของเราอยู่ที่เป้าหมายคือการเกิดตัวบ้านที่ดีน่าภาคภูมิใจอยู่แล้วมีความสุข

เมื่อนำ R2R ไปใช้ การชี้วัดผลให้ดูตรงที่ว่า งานประจำพัฒนาขึ้นเรื่อยๆ หรือไม่ ตัวคนที่ทำงานในองค์กรนี้เขามีความสุข มีความภูมิใจเขากล้าที่จะลองสิ่งใหม่ๆ ปรับปรุงตัวเอง และเรียนรู้ไปเรื่อยๆ หรือไม่ตรงนั้นต่างหากคือหัวใจ

R2R ก็เช่นเดียวกับ KM ที่จะทำให้เกิดการพัฒนาคน พัฒนางานให้บรรลุ clinical objective, social objective และ economic objective ได้พร้อมกัน

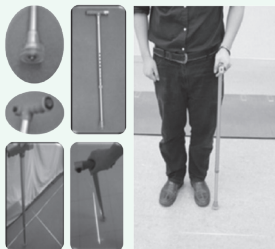
1.6.3 Human-Centered Design

การนำแนวคิด human-centered design หรือ design thinking มาใช้ออกแบบบริการ จะช่วยเพิ่มคุณค่าให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะตอบโจทย์ด้านการดูแลคน ดูแลไข้ และดูแลให้คุ้มค่า แนวคิดนี้ประกอบไปด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การเข้าใจกลุ่มเป้าหมาย (empathize), การกำหนดเป้าหมายของการออกแบบ (define), การระดมความคิด (ideate), การสร้างต้นแบบ (prototype) และการทดสอบต้นแบบ (test) ดังที่กล่าวไว้อย่างละเอียดใน HA Update 2017

คุณค่าที่แท้จริงของ human-centered design อยู่ที่การทำความเข้าใจในความต้องการของผู้ใช้อย่างลึกซึ้ง (empathize) ซึ่งมีวิธีการต่างๆ มากมาย เช่น การสัมภาษณ์ การสังเกต การทำแผนที่เดินทางของผู้ป่วย การร่วมประสบการณ์ การวิจัยตลาด ดึงตัวอย่างการออกแบบที่มีคุณค่าต่อไปนี้



Infant warmer



ไม้เท้าเลเซอร์ช่วยเดิน



Rehabilitation

กรอบที่ 1.14 การออกแบบที่มีคุณค่า

“Embrace Infant Warmer”

เป็นถุงให้ความอบอุ่นแก่ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยเพื่อการส่งต่อทารกแรกเกิดมายังโรงพยาบาลในประเทศเนปาล ซึ่งโจทย์เดิมที่ทีมนักศึกษา dSchool ได้รับเป็นเรื่องปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยเสียชีวิตจากอุณหภูมิอากาศต่ำ สาเหตุเบื้องต้นมาจากจำนวนตู้อบที่ไม่เพียงพอ หลังการเข้าไปร่วมรับรู้ในสถานการณ์จริง มีการแก้ปัญหาได้ตรงจุด พบปัญหาเรื่องไม่สามารถให้ความอบอุ่นแก่ทารกระหว่างการส่งต่อได้ จึงพัฒนาถุงให้ความอบอุ่นและปรับปรุงจนได้ถุงที่เหมาะสมกับการใช้ของชาวบ้านอย่างแท้จริง เช่น ใช้สัญลักษณ์รูปภาพแทนตัวเลขอุณหภูมิเพื่อให้ชาวบ้านเข้าใจได้ง่าย

“ไม้เท้าเลเซอร์ช่วยเดิน”

เป็นผลงานของศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์โรคพาร์กินสัน และกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้พัฒนาคิดค้นจากกรณีโจทย์ เพื่อหาทางลดปัญหาการเดินทางติดขัด และลดอุบัติเหตุของการหกล้มในผู้ป่วยพาร์กินสัน ด้วยการคิดออกแบบอาศัยหลักการของสิ่งกระตุ้นทางสายตา (visual cues) โดยอาศัยแสงเลเซอร์และเสียงที่เปล่งออกมาจากไม้เท้าช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยก้าวเดินได้ง่ายขึ้น

ไม้เท้าเลเซอร์ช่วยเดิน มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องด้วยการทำความเข้าใจความต้องการอย่างลึกซึ้งของผู้ป่วยพาร์กินสัน ผ่านวิธีการสังเกต และร่วมประสบการณ์ของผู้ป่วยพาร์กินสันเป็นสำคัญ มีการตั้งโจทย์ได้อย่างถูกต้อง มีการสร้างต้นแบบ ทดสอบต้นแบบ และปรับปรุงจนได้ไม้เท้าที่เหมาะสมกับ

การใช้ของผู้ป่วยพาร์กินสันอย่างแท้จริง เช่น การออกแบบให้มีลักษณะคอแคบ ทำให้ผู้ป่วยมีการจับได้อย่างมั่นคงไม่หลุดมือ ปรับให้มีฐานกว้าง ฐานยางยึดติดกับพื้นได้ดี เพื่อความมั่นคงของการเดิน เป็นต้น ปัจจุบันที่มีงานอยู่ในช่วงพัฒนาไม้เท้ารุ่นใหม่ที่จะมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นในเรื่องของความเบา สามารถตั้งได้ มือถือจับที่สะดวก สามารถ charge battery ได้ และไฟเลเซอร์ที่ออกมาอย่างสม่ำเสมอ

นวัตกรรมช่วยเหลือผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวยาก

Rehabilitation Center ของประเทศมาเลเซีย มีการคิดค้นนวัตกรรมเพื่อการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยที่ยากแก่การเคลื่อนไหว เช่น กลุ่ม stroke, paraplegia หรือ อุบัติเหตุ ได้แก่ การทำรถเลื่อนที่สามารถพาผู้ป่วยไปทำกิจกรรมต่างๆ ในห้องน้ำได้โดยไม่ต้องอาศัยพยาบาล และคงรักษาความเป็นส่วนตัวให้แก่ผู้ป่วย

มีการใช้ robot ฝึกเดิน simulator ขับรถ ห้องฝึกทำอาหาร ชักผ้า รีดผ้า ที่จัดบรรยากาศได้เหมือนบ้าน โดยเพิ่มความสะดวกด้วยการปรับระดับเตาแก๊สระดับตู้แขวนใส่อุปกรณ์ได้ตามความสูงของผู้ป่วยทำให้เกิดความมั่นใจในการกลับสู่สังคม

1.6.4 eHealth หรือ Digital Health เพิ่มคุณค่าเพื่อประชาชน

eHealth หรือ digital health เป็นการใช้เทคโนโลยีเพื่อเพิ่มคุณค่าให้แก่บริการสุขภาพทั้งในด้านการดูแล คนไข้ ดูแลสุขภาพคนไข้ เช่นกัน

WHO ให้ความหมาย eHealth ว่าคือการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเพื่อสนับสนุนการให้บริการด้านสุขภาพ เมื่อปี 2012 WHO ได้ให้แนวทางสำหรับจัดทำ National eHealth Strategies ให้ประเทศสมาชิกนำไปปฏิบัติ โดยได้ระบุความเป็นไปได้ที่ eHealth จะมีผลต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ ดังนี้

กรอบที่ 1.15 ผลกระทบของ eHealth ต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ

Stakeholders	Impact of eHealth
Citizens	Enables personalized care, throughout the health system and across the lifespan
	Makes health care available at home, at work or in school – not just the hospital or clinic
	Focuses on prevention, education and self-management
	Facilitates reaching out to peers for advice and support
Professionals in research and practice	Gives access to current, specialized, accredited knowledge for clinical care, research and public health; and to research, publications and databases
	Enables communication between patients and providers
	Makes high-quality distance learning for basic and continuing professional education readily available
	Allows remote consultations with patients, for second opinions, and with professional networks
Hospitals, academia and public health	Establishes hospitals as a virtual network of providers, connecting all levels of the system
	Monitors quality and safety; improves care processes and reduces the possibility of medical errors
	Assists mobility of citizens and their medical records – providing patient information when and where needed
	Opens new opportunities in basic and applied research; from health knowledge to policy and action
	Extends collaboration and shared computing power (e.g. grid and cloud computing)
	Delivers services despite distance and time barriers
	Standardizes ordering and delivery of drugs and supplies

กรอบที่ 1.15 ผลกระทบของ eHealth ต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ (ต่อ)

Stakeholders	Impact of eHealth
Health-related businesses	<p>Provides health content as a commodity to the public and health professionals.</p> <p>Facilitates research and development of new products and services: electronic health records, information systems, and clinical registries.</p> <p>Enables broad and cost-effective marketing for health products and services to businesses and governments, locally and abroad.</p>
Governments	<p>Delivers more reliable, responsive and timely reporting on public health; as health becomes increasingly central to economy, security, foreign affairs and international relationships.</p> <p>Creates enabling environments rather than technology limitations.</p> <p>Offers new roles for stakeholders, health professionals, authorities, citizens and others.</p> <p>Identifies disease and risk factor trends; analyses demographic, social and health data; models diseases in populations</p>

ต่อมาในปี 2016 ได้มีการจัดทำรายงานต่อที่ประชุมคณะกรรมการบริหารของ WHO ในเรื่อง mHealth หรือการใช้ mobile wireless technologies เพื่อเร่งความก้าวหน้าในเรื่อง universal health coverage รวมถึงการทำให้มั่นใจในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นและมีคุณภาพ โดยเน้นในประเด็นต่อไปนี้ (1) เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพด้วยการแชร์ข้อมูลอย่างได้ผลทันเวลาโดยเฉพาะสำหรับผู้เข้าถึงบริการได้ยาก การใช้อุปกรณ์ติดตามเพื่อการวินิจฉัย ติดตาม และดูแลผู้ป่วย รวมถึงการจัดการและวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ (2) เพิ่มการเข้าถึงบริการอนามัยแม่และเด็ก เพศ และการเจริญพันธุ์ รวมทั้งการลดอัตราการตายในมารดาและทารก (3) ลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรในโรคไม่ติดต่อ “Be He@lthy Be Mobile” (4) เพิ่มประสิทธิภาพในการเฝ้าระวังโรคด้วยการรับแจ้งจากประชาชน

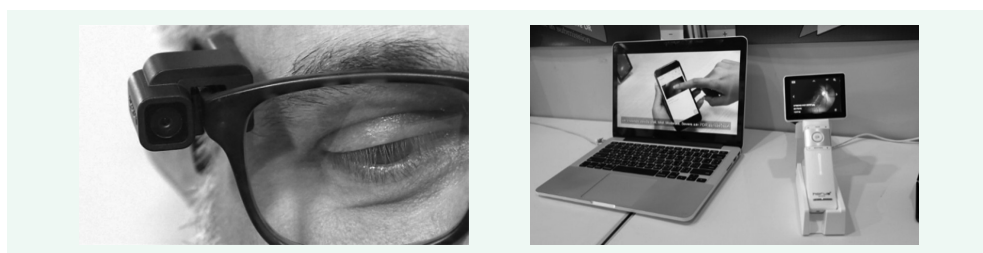
อาจจะสรุปได้ว่า **eHealth หรือ Health IT คือเทคโนโลยีการสื่อสารที่เชื่อมโยงระหว่างผู้ให้บริการ ด้านสุขภาพและประชาชนเพื่อให้เข้าถึง**

บริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งถึง เป็นธรรมและปลอดภัย
ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขกำลังอยู่ระหว่างการร่างแผนยุทธศาสตร์ eHealth เพื่อผลักดัน eHealth หรือ digital healthcare ให้ก้าวหน้าไปอีกขั้นหนึ่งภายในไม่กี่ปีข้างหน้า ข้อมูลของคนไข้จะถูกเชื่อมโยงเข้าหากันผ่านเครือข่าย ทำให้โรงพยาบาลและหน่วยงานสาธารณสุขทุกแห่งสามารถสืบค้นข้อมูล และนำมาใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลและรักษาคนไข้ได้มีการใช้ระบบ IT เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการจัดการระบบงานต่างๆ ในโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ตัวอย่าง เช่น Electronic Health Record (EHR) ซึ่งบันทึกข้อมูลจากทุกส่วนงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ข้อมูลประวัติคนไข้ ประวัติการรักษา การแพ้ยา การจ่ายยา การวินิจฉัยโรค การดูแลผู้ป่วย รวมถึงข้อมูลจากห้องปฏิบัติการ ผลการเอกซเรย์ จะช่วยให้ (1) มีการแบ่งปันข้อมูลให้ส่วนงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ที่มงานเข้าใจผู้ป่วยได้ดีขึ้น (2) ระบบ IT ที่เชื่อมโยงการสื่อสาร แลกเปลี่ยน และประมวลผลข้อมูลต่าง ๆ ทำให้สามารถบริการได้อย่างรวดเร็วแม่นยำ เช่น การจ่ายยาอย่างไม่มีผิดพลาด (3) ระบบ Clinical Decision Support System (CDSS) ระบบช่วยการตัดสินใจทางคลินิกเพื่อช่วยวินิจฉัยโรคและจัดการรักษาที่เหมาะสมและถูกต้อง

นอกจากนี้ยังมีระบบคอมพิวเตอร์หรือหุ่นยนต์ที่ช่วยในการจ่ายยา ระบบการรักษาแบบกลุ่มสำหรับผู้ป่วยที่ต้องพบแพทย์หลายสาขา (Care Co-Ordination) ระบบ Patient Engagement ที่ให้คนไข้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลการรักษาด้วยตัวเอง เป็นต้น

ตัวอย่างการใช้เทคโนโลยีในการดูแลสุขภาพ



กรอบที่ 1.16 (ซ้าย) AI Glasses (ขวา) Deep Eye Application

(1) การใช้ **application** เพื่อประเมินความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วย

(2) การประเมินภาวะซึมเศร้าผ่าน **Apple Watch** ซึ่งเป็นการใช้ความรู้ด้าน neuroscience เพื่อประเมินสภาวะจิตใจที่บ่งบอกภาวะซึมเศร้าได้แบบ real time ซึ่งแพทย์สามารถนำข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจและประเมินผลการรักษาได้

(3) **แว่นตาอัจฉริยะ (AI Glasses)** เพื่อช่วยให้ผู้พิการทางสายตาสามารถรับรู้และเข้าใจในสิ่งที่อยู่ตรงหน้า เช่น ตัวอักษร ใบหน้าของผู้คน โดยจะมีกล้องเล็กๆ ติดมากับตัวแว่น หากมีตัวอักษรอยู่ข้างหน้า กล้องจะจับภาพและแปลออกมาเป็นเสียง

(4) ทีมนักวิจัยชาวสวีเดนได้ร่วมมือกับบริษัท FlyPulse AB สร้าง **โดรน 8 ใบพัดเพื่อขนส่ง AED** ที่มีความเร็วถึง 75 กิโลเมตรต่อชั่วโมง

(5) **“DeepEye Application”** นวัตกรรมตรวจดวงตาเพื่อป้องกันตาบอดในผู้สูงอายุและจากโรคเบาหวานขึ้นตา พัฒนาโดยทีมจักษุแพทย์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ได้รับรางวัลชนะเลิศสิ่งประดิษฐ์ ด้วยรางวัลเกียรติยศอันดับ 1 ผลงานสิ่งประดิษฐ์ระดับโลกในงาน 45th International Exhibition of Inventions ที่กรุงเจนีวา สวิสเซอร์แลนด์

หากเราสามารถพัฒนา Digital Health ให้เหมาะสมและใช้กันอย่างแพร่หลาย อาจส่งผลให้การดูแลรักษาร่างกาย การปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นไปได้ง่ายขึ้นและบริการสาธารณสุขของไทยมีพัฒนาการจนเทียบเคียงกับบริการในต่างประเทศ

1.7 กระบวนการ HA กับการส่งเสริมให้เกิดคุณค่า คุณภาพ คุณธรรมา

กระบวนการ HA คือกระบวนการเรียนรู้ที่ประกอบด้วยกระบวนการภายนอกคือ empowerment evaluation & recognition ร่วมกับกระบวนการภายใน self-evaluation & improvement เพื่อมุ่งให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่การส่งมอบคุณค่าให้แก่ผู้รับบริการอย่างมีคุณธรรม

การรับรอง HA ถือว่าเป็นการรับรองกระบวนการที่สร้างหลักประกันด้านคุณภาพและความปลอดภัย และกระบวนการพัฒนาคุณภาพขององค์กรว่าเป็นไปตามข้อกำหนดในมาตรฐาน HA

1.7.1 รูปแบบของการรับรอง

กรอบที่ 1.17 รูปแบบของการรับรอง

การรับรอง	เป้าหมาย
ขั้นที่ 1 และขั้นที่ 2	เพื่อส่งเสริมและให้ความมั่นใจว่า รพ.มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพที่จำเป็นตามความพร้อมของ รพ. เป็นพื้นฐานของการมีระบบคุณภาพในองค์กร
Healthcare Accreditation (HA)	เพื่อส่งเสริมและให้ความมั่นใจว่า รพ.มีการปฏิบัติตามข้อกำหนดในมาตรฐาน HA มีการเรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
Advanced Healthcare Accreditation (A-HA)	เพื่อส่งเสริมและให้ความมั่นใจว่า รพ.มีการปฏิบัติตามข้อกำหนดในมาตรฐาน HA และสามารถแสดงให้เห็นผลลัพธ์ของการพัฒนาในระดับที่ดีมาก
DHS Accreditation (DHSA)	เพื่อส่งเสริมและให้ความมั่นใจว่า รพ.ชุมชนและเครือข่ายบริการในพื้นที่อำเภอ มีความร่วมมือกันในการจัดบริการตามความต้องการของประชาชนในพื้นที่ และใช้แนวคิดคุณภาพในการขับเคลื่อน
Program & Disease Specific Certification (PDSC)	เพื่อส่งเสริมและให้ความมั่นใจว่า รพ.มีระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหรือระบบงานที่ให้การรับรองอย่างมีคุณภาพ มีการพัฒนาต่อเนื่อง และมีผลลัพธ์การดูแลในระดับที่ดีมาก

กรอบที่ 1.17 รูปแบบของการรับรอง (ต่อ)

การรับรอง	เป้าหมาย
Provincial Network Certification (PNC)	เพื่อส่งเสริมและให้ความมั่นใจว่าจังหวัดมีเครือข่ายบริการสำหรับโรคหรือระบบงานที่ใช้การรับรองที่ใช้แนวคิดคุณภาพในการขับเคลื่อนการทำงานร่วมกัน และมีผลลัพธ์การดูแลในระดับที่ดีมาก
SHA Certification	เพื่อส่งเสริมและให้ความมั่นใจว่า รพ. มีระบบการดูแลผู้ป่วยที่เน้นคนเป็นศูนย์กลางและใช้มิติด้านจิตวิญญาณมาเป็นพื้นฐานในการจัดบริการ

1.7.2 รูปแบบของการกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

กรอบที่ 1.18 รูปแบบของการกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมการกระตุ้น	เป้าหมาย
การจัดทำรายงานการประเมินตนเองของ รพ.	เพื่อเสริมพลังให้ รพ. ได้ประมวลผลความพยายามในการพัฒนาคุณภาพที่ผ่านมา สื่อสารแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันภายใน หาโอกาสพัฒนาและวางแผนการพัฒนาต่อเนือง
การกระตุ้นการพัฒนาในลักษณะเครือข่ายพื้นที่ (Quality Learning Network-QLN)	เพื่อให้รพ. สามารถเรียนรู้เข้าใจกระบวนการพัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับบริบท และได้รับคำแนะนำจากผู้มีประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพในพื้นที่ เป็นพี่เลี้ยง (Quality Coach) ซึ่งจะทำให้การกระตุ้นการพัฒนาและการเรียนรู้เกิดขึ้นได้อย่างต่อเนื่อง โดยมีการทำงานลักษณะเครือข่ายพื้นที่ (Quality Learning Network)
การกระตุ้นการพัฒนาในลักษณะเครือข่ายวิชาการ (Hospital Accreditation Collaboration Center-HACC)	เพื่อให้รพ. ในแต่ละภูมิภาคมีการกระตุ้นการเรียนรู้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ องค์ความรู้วิชาการ ประสบการณ์ ร่วมกันโดยมีศูนย์ความร่วมมือ Hospital Accreditation Collaboration Center เป็นผู้ประสานดำเนินการให้เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องและครอบคลุมพื้นที่
การทำความเข้าใจก่อนการเยี่ยมสำรวจ	เพื่อให้ รพ. มีความพร้อมและความเข้าใจอย่างเต็มที่ สามารถใช้ประโยชน์จากการเยี่ยมสำรวจในการเรียนรู้ของทีมงาน

กรอบที่ 1.18 รูปแบบของการกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (ต่อ)

กิจกรรมการกระตุ้น	เป้าหมาย
การเยี่ยมสำรวจและรายงานการเยี่ยมสำรวจ	การเยี่ยมสำรวจคือการทบทวนจากเพื่อนภายนอก (external peer review) ที่เป็นกัลยาณมิตร เป็นกระจกส่องให้ รพ.เห็นโอกาสพัฒนาเพิ่มเติมจากที่ประเมินตนเองไว้ รายงานการเยี่ยมสำรวจคือสรุปประเด็นสำคัญที่ควรพัฒนาต่อเนื่อง ซึ่ง รพ.ควรนำไปพิจารณาดูโจทย์ของตนเองให้รอบด้านและดำเนินการพัฒนา
รายงานความก้าวหน้าของการพัฒนา	เพื่อให้มั่นใจว่า รพ.ได้นำข้อเสนอแนะของ สรพ.ไปดำเนินการร่วมกับโอกาสพัฒนาที่ รพ.ระบุเอง
Rolling Quality Momentum	เพื่อสร้างความเข้าใจและอารมณ์ตื่นตัวในการพัฒนาเร็วที่สุดหลังการเยี่ยมสำรวจ
การเยี่ยมสำรวจติดตามเฉพาะประเด็น	เพื่อให้มั่นใจว่าประเด็นสำคัญต่างๆ ได้รับการปรับปรุงโดยเร็วที่สุด
การเยี่ยมสำรวจเฝ้าระวัง/ เยี่ยมกึ่งอายุการรับรอง	เพื่อให้มั่นใจว่า รพ.มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
Act to re-accreditation	เพื่อให้มั่นใจว่า รพ.มีความพร้อมที่จะรับการเยี่ยมสำรวจเพื่อต่ออายุการรับรอง

1.7.3 เครื่องมือส่งเสริมการพัฒนา

กรอบที่ 1.19 เครื่องมือส่งเสริมการพัฒนา

เครื่องมือ	เป้าหมาย
Thailand Hospital Indicators Program (THIP)	เพื่อให้ รพ.สามารถเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านต่างๆ กับ รพ.อื่นที่มีลักษณะเดียวกัน ทราบว่าตนเองอยู่ตรงไหนเมื่อเทียบกับกลุ่ม เป็นการกระตุ้นการพัฒนาที่มีพลัง และสามารถค้นหาองค์กรที่มี good practice และนำมาแลกเปลี่ยนกัน
National Reporting and Learning System (NRLS)	เพื่อให้รพ.สามารถเฝ้าระวังอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ป้องกันได้ โดยมีการกระตุ้นเตือนเหตุการณ์ดังกล่าวในระดับประเทศ เพื่อให้การมีบททบทวนแนวทางปฏิบัติในระดับรพ.และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ แนวทางปฏิบัติอุบัติการณ์แบบเดียวกันกับรพ.อื่น และผู้เชี่ยวชาญโดยเน้น continuous collection, continuous analysis, continuous interpretation, continuous dissemination และ continuous prevention & control



มาตรฐานโรงพยาบาลและ บริการสุขภาพ ฉบับที่ 4



มาตรฐานโรงพยาบาล และบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

2.0 ความสำคัญและความเป็นมา

ความสำคัญ มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ หรือที่เรียกง่าย ๆ ว่ามาตรฐาน HA เป็นเครื่องมือสำคัญของกระบวนการ HA เนื่องจากเป็นข้อกำหนดที่ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาล เป็นแนวทางสำหรับผู้เยี่ยมสำรวจในการประเมินระบบงานของสถานพยาบาล และการปฏิบัติตามมาตรฐานถึงระดับที่กำหนดเป็นเกณฑ์ที่คณะกรรมการ สรพ. ใช้ในการตัดสินใจรับรองกระบวนการคุณภาพสถานพยาบาล

องค์กรในฝัน องค์กรที่ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA อย่างเต็มที่ จะเป็นองค์กรในฝัน นำสู่ระบบสุขภาพในฝัน องค์กรในฝันดังกล่าวนี้ได้แก่

(1) องค์กรแห่งการเรียนรู้ (learning organization) ด้วยการฝึกรับรู้เข้าใจในวิถีการปฏิบัติงานขององค์กร

(2) องค์กรที่มีชีวิต (living organization) ด้วยการบริหารองค์กรเสมือนองค์กรเป็นสิ่งที่มีชีวิตมากกว่าเครื่องจักร มีปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารอย่างกว้างขวาง มีการใช้กลุ่มและช่องทางที่ไม่เป็นทางการ มีการเรียนรู้และปรับตัวเพื่อความอยู่รอด

(3) องค์กรที่น่าไว้วางใจ (high reliability organization-HRO) เป็นองค์กรที่มีระบบบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ มีวัฒนธรรมความปลอดภัย สมาชิกในองค์กรมี mindset & mindfulness เพื่อให้เกิดความปลอดภัยยิ่งยวด ด้วยการไคร้ครวญ คาดการณ์ เตรียมพร้อม ตาตุ (ต่อมเอ๊ะ) หูฟัง

(4) องค์กรที่มีผลงานสูง (high performance organization) ด้วยการใช้ผลงานเป็นตัวขับเคลื่อน ใช้มุมมองเชิงระบบที่เป็นองค์รวมในการบริหาร ใช้ค่านิยมและแนวคิดหลักขององค์กรที่ประสบความสำเร็จสูง และมีการพัฒนา

คุณภาพอย่างต่อเนื่อง

สาระสำคัญของมาตรฐาน มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 3 หรือฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี ซึ่งประกาศใช้เมื่อ พ.ศ. 2549 เป็นมาตรฐานที่บูรณาการข้อกำหนดของมาตรฐานโรงพยาบาล ฉบับที่ 2 (ฉบับบูรณาการ) ข้อกำหนดของมาตรฐานโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ และข้อกำหนดของเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (TQA/MBNQA) ทำให้เป็นมาตรฐานที่ครอบคลุมองค์ประกอบต่างๆ ทั้งด้านการบริหารองค์กร ผู้มีส่วนเป็นเลิศ การสร้างเสริมสุขภาพ คุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย

การรับรองจาก ISQua มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี เป็นมาตรฐานที่ได้รับการรับรองจาก ISQua (International Society for Quality in Health Care) ซึ่งเป็นองค์กรสากลที่รับรอง healthcare accreditator ทั่วโลก โดยได้รับการรับรองครั้งแรกเมื่อปี ค.ศ. 2010 และต่ออายุการรับรองเมื่อปี ค.ศ. 2014 และ ค.ศ. 2018 ทำให้มั่นใจได้ว่ามาตรฐาน HA ของประเทศไทย เป็นมาตรฐานที่มีความสากล เทียบเคียงได้กับมาตรฐานที่ประเทศต่างๆ และระบบการรับรองนานาชาติใช้กัน

เนื่องจาก ISQua มีการปรับปรุงข้อกำหนดสำหรับการรับรองมาตรฐาน HA เมื่อปี ค.ศ. 2016 และ สรพ.จะต้องขอต่ออายุการรับรองมาตรฐาน HA ในปี ค.ศ. 2018 ขณะที่เกณฑ์ MBNQA/TQA มีการปรับปรุงทุก 2 ปี จึงเป็นโอกาสที่สมควรปรับปรุงมาตรฐานให้สอดคล้องกับข้อกำหนดของ ISQua และ MBNQA/TQA รวมทั้งให้สอดคล้องกับองค์ความรู้และความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไปด้วย

วันเริ่มต้นบังคับใช้ มาตรฐาน HA ฉบับที่ 4 นี้จะมีผลบังคับใช้เพื่อการประเมินและรับรองสถานพยาบาลตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2561 เป็นต้นไป โดยสถานพยาบาลต่างๆ ควรเริ่มศึกษาและนำข้อกำหนดในมาตรฐานใหม่นี้มาสู่การปฏิบัติได้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ในช่วงแรกของการประเมินในส่วนที่เป็นข้อกำหนดใหม่นั้น ความคาดหวังต่อสถานพยาบาลคือการทำความเข้าใจข้อกำหนด การวิเคราะห์โจทย์ของตนเองให้ชัด การออกแบบที่ง่ายต่อการปฏิบัติและเป็นประโยชน์ต่อสถานพยาบาลแล้วเริ่มต้นนำสู่การปฏิบัติ โดยยังไม่ต้องหวังความสมบูรณ์แบบเต็มที่

2.1 ภาพรวมของการเปลี่ยนแปลงมาตรฐาน HA ฉบับที่ 4

การเปลี่ยนแปลงมาตรฐาน HA ฉบับที่ 4 มีลักษณะดังต่อไปนี้ (1) การเพิ่มเติมหัวข้อสำคัญ (2) การเปลี่ยนแปลงสาระสำคัญ (3) การใช้คำที่มีความหมายกว้างขึ้น (4) การสลับทีหรือควมรวมข้อย่อยของมาตรฐาน (5) การเปลี่ยนแปลง/เพิ่มเติมเนื้อความในข้อย่อยที่มีอยู่เดิม (6) การระบุ Patient and Personnel Safety Goals ให้ชัดเจนมากขึ้น (7) การเชื่อมโยงเพื่อความสมบูรณ์

มาตรฐานส่วนเพิ่มเติมที่โรงพยาบาลควรรีให้ความสำคัญได้แก่ หัวข้อที่เป็นตัวหนาและมีดาว

มาตรฐานที่มีการเพิ่มเติมในหัวข้อสำคัญ ได้แก่

- ★I-1.2 ก.(3) การวางระบบกำกับดูแลทางคลินิก (clinical governance)
- ★I-1.2 ข.(3) ประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ
- I-2.1 ก.(2) การกำหนดโอกาสเชิงกลยุทธ์
- I-3.3 ข.(7) การคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัยทางคลินิก
- ★I-4.2 ข.(3) การส่งข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้สื่อสังคมออนไลน์
- I-6.1 ค.(1) การจัดการห่วงโซ่อุปทาน
- I-6.1 ง.(1) การจัดการนวัตกรรม
- ★I-6.1 จ. การจัดการด้านการเรียนการสอนทางคลินิก
- ★II-6.1 ก.(5) แผนงานใช้ยาสมเหตุผล
- II-6.1 ข.(4) ระบบคอมพิวเตอร์สนับสนุนการจัดการระบบยา
- III-4.3 ข.(1) การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
- III-6 (1) การระบุกลุ่มผู้ป่วยสำคัญที่ต้องใช้ขั้นตอนการจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วยเป็นกรณีพิเศษ
- III-6 (2) การดูแลขณะส่งต่อ
- III-6 (3) ยานพาหนะที่ใช้ในการส่งต่อผู้ป่วย

มาตรฐานที่มีการเปลี่ยนแปลงสาระสำคัญ ได้แก่

- ★II-1.2 การบริหารความเสี่ยง

มาตรฐานที่มีการระบุ Patient Safety Goals ไว้อย่างชัดเจน ได้แก่

- ★II-6.1 ก.(5) แผนงานใช้ยาสมเหตุผล
- ★II-6.2 ก.(2) medication reconciliation
- ★III-1 (8) การบ่งชี้ผู้ป่วยอย่างถูกต้อง
- ★III-2 ค.(4) การลดข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค
- ★III-4.3 ข.(4) การป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ
- ★III-4.3 จ.(3) การดูแลผู้ป่วยที่มีความปวด
- ★III-6 (2) การดูแลขณะส่งต่อ

มาตรฐานที่มีการระบุ Personnel Safety Goals ไว้อย่างชัดเจน ได้แก่

- ★I-4.2 ข.(3) การส่งข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้สื่อสังคมออนไลน์
- ★I-5.1 ค. สุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน

มาตรฐานที่มีการใช้คำที่มีความหมายกว้างขึ้น ได้แก่

- I-5 กำลังคน หมายถึงบุคลากรประจำ ผู้ประกอบวิชาชีพอิสระ อาสาสมัคร

มาตรฐานที่มีการสลับที่ ครอบรวม ได้แก่

- ย้ายการตัดสินใจเชิงกลยุทธ์จาก I-6 มารวมกับ I-2 เช่น การตัดสินใจเกี่ยวกับระบบงาน และสมรรถนะหลักขององค์กร
- เปลี่ยน คุณภาพของข้อมูล สารสนเทศและความรู้ ใน I-4.2 ค. เป็น การจัดการสารสนเทศ แล้วย้ายมาเป็น I-4.2 ข. สลับกับการจัดการความรู้
- สลับ I-5.1 กับ I-5.2 เป็น I-5.1 สภาพแวดล้อมของกำลังคน, I-5.2 ความผูกพันของกำลังคน
- I-5.1 ค.(1) รวมข้อกำหนดเกี่ยวกับโปรแกรมสุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคนไว้ด้วยกัน
- ย้ายการจัดการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน จาก I-6.2 มา I-6.1 ข.

- ย้าย ความพร้อมต่อภาวะฉุกเฉิน จาก I-6.1 ค. มาอยู่ I-6.2 ข.
- ย้าย II-4.3 การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลมาอยู่ร่วมกับ II-4.1
- แยก II-7 เป็น II-7.1 บริการรังสีวิทยา, II-7.2 บริการป้องกันปฏิบัติการทางการแพทย์, II-7.3 บริการพยาธิวิทยากายวิภาค, II-7.4 ธนาคารเลือด, II-7.5 บริการตรวจวินิจฉัยโรคอื่นๆ
- ย้ายผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ไปรวมกับผลลัพธ์ด้านการดูแลสุขภาพ IV-1 (2)
- ย้ายลำดับตำแหน่งของผลลัพธ์ดังนี้ IV-3 ผลด้านกำลังคน, IV-4 ผลด้านการนำ, IV-5 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการ IV-6 ผลด้านการเงิน

มาตรฐานที่มีการเปลี่ยนแปลง/เพิ่มเติมเพื่อความในข้อย่อยที่มีอยู่เดิม

- I-1.2 ก.(1) ระบบกำกับดูแลองค์กรกับความรับผิดชอบต่อแผนกลยุทธ์
- I-1.2 ค.(1) การรับผิดชอบต่อความผาสุกของสังคม (สิ่งแวดล้อม สังคม และเศรษฐกิจ)
- I-2.1 ก.(1) การพิจารณาความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงแบบพลิกโฉม และความคล่องตัวขององค์กรในการวางแผนกลยุทธ์
- I-2.1 ข.(2) การพิจารณาโอกาสเชิงกลยุทธ์ในการจัดทำวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์
- I-3.3 ข.(4) การจัดการสวัสดิภาพและความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย
- I-6.1 ข.(2) กระบวนการสนับสนุนที่สำคัญ
- I-6.2 ข.(1) สภาพแวดล้อมของการปฏิบัติที่ปลอดภัย
- I-6.2 ข.(2) การเตรียมพร้อมต่อภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉิน เพิ่มการพึ่งพากำลังคน ผู้ส่งมอบ และพันธมิตร รวมทั้งความมั่นคงปลอดภัย และพร้อมใช้งานต่อเนื่องของระบบสารสนเทศ
- II-1.2 ก.(1) กรอบการบริหารงานคุณภาพ (6) การวัดผลการดำเนินการ (7) การประเมินและชี้้นำการพัฒนาคุณภาพ (8) การจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ (9) การนำแผนไปปฏิบัติ (10) การเผยแพร่ข้อมูล

- II-3.2 ข.(2) ระบบสำรองสำหรับแก๊สที่ใช้ในทางการแพทย์
- II-4.1 ก.(4) นโยบายและแนวทางในการป้องกันการติดเชื้อ
- II-4.2 ก.(1) การ **reprocess** กล้องส่องอวัยวะต่างๆ, การจัดการกับวัสดุที่หมดอายุ และการนำอุปกรณ์การแพทย์ที่ออกแบบเพื่อใช้ครั้งเดียวกลับมาใช้ใหม่
- II-4.2 ก.(2) การประเมินและลดความเสี่ยงจากงานก่อสร้าง
- II-4.2 ก.(3) **พื้นที่ที่ต้องใส่ใจ**ในการป้องกันและควบคุมเพิ่มเติมหอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม กุมารเวชกรรม (โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีความแออัด) หน่วยบริการฉุกเฉิน หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก (สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตต่ำ ผู้ป่วยวัณโรคที่ยังไม่ได้รับการรักษาเพียงพอ และผู้ป่วยเด็ก)
- II-5.1 ก.(3) ข้อกำหนดเกี่ยวกับการบันทึกเวชระเบียน เพิ่มเติมลายมือที่อ่านออก การแจ้งเตือนข้อมูลสำคัญ บันทึกความก้าวหน้าสิ่งที่สังเกตเห็น รายงานการให้คำปรึกษา ผลการตรวจวินิจฉัยเหตุการณ์สำคัญ เหตุการณ์เกือบพลาด หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น.
- II-5.1 ข.(1) เพิ่มเติม การจัดเก็บเวชระเบียนอย่างเหมาะสม รักษาความลับได้ การเก็บรักษาและทำลายตามที่กำหนดไว้ในกฎหมายและระเบียบ
- II-6.2 ข.(2) การจัดเตรียมยา เพิ่มการหลีกเลี่ยงการสัมผัสยาโดยตรง การใช้ laminar air flow hood
- II-6.2 ข.(4) การส่งมอบยาให้หน่วยดูแลผู้ป่วย เพิ่มการปกป้องสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากรที่สัมผัสยาเคมีบำบัด และการรับคืนยา
- II-6.2 ค.(1) การให้ยาแก่ผู้ป่วย เพิ่ม การตรวจสอบซ้ำโดยอิสระก่อนให้ยาที่ต้องใช้ความระมัดระวังสูง ณ จุดให้บริการ การบันทึกเวลาที่ให้ยาจริงสำหรับกรณีการให้ยาล่าช้าหรือลืมให้
- II-6.2 ค.(4) การให้ผู้ป่วยบริหารยาที่นำติดตัวมาได้เอง
- III-1 (2) การประสานงานเพื่อการส่งต่อ กับหน่วยงานผู้ส่ง
- III-1 (3) การคัดแยก (triage)

- III-1 (7) ข้อบังคับในการให้ความยินยอมจากผู้ป่วย/ครอบครัว
- III-2 ก.(2) การประเมินแรกรับของผู้ป่วย เพิ่ม การรับรู้ความต้องการของตนโดยตัวผู้ป่วยเอง ความชอบส่วนบุคคลของผู้ป่วย
- III-4.3 ค.(1) การวิเคราะห์ความเสี่ยงจากบริการด้านอาหารและโภชนาการ และการป้องกัน
- III-4.3 จ.(1) การคัดกรองและประเมินความปวด
- III-4.3 จ.(2) การให้ข้อมูลผู้ป่วย ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการจัดการความปวด
- III-4.3 จ.(3) การดูแลผู้ป่วยที่มีความปวด และการเฝ้าระวัง
- III-4.3 ฉ.(3) บริการฟื้นฟูสภาพเป็นไปตามมาตรฐาน กฎระเบียบ และข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง.
- IV-4 (2) ผลลัพธ์เรื่องการสื่อสารและการสร้างความผูกพันกับกำลังคนและลูกค้า
- IV-4 (6) ผลลัพธ์สำคัญด้านความรับผิดชอบต่อสังคมและการสนับสนุนชุมชนที่สำคัญ
- IV-5 (1) ตัวชี้วัดของกระบวนการทำงานสำคัญ (ตามมาตรฐานตอนที่ I และ II) และกระบวนการสนับสนุนสำคัญ ครอบคลุมตัววัดด้านผลิตภาพ รอบเวลา ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ และมิติคุณภาพที่เกี่ยวข้องอื่นๆ
- IV-5 (2) ประสิทธิภาพระบบความปลอดภัยขององค์กร การเตรียมพร้อมต่อภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน และผลการดำเนินการด้านห่วงโซ่อุปทาน

มาตรฐานที่ 5 มีการเชื่อมโยงเพื่อความสมบูรณ์ (ไม่ต้องประเมินให้คะแนนในหมวดต่อไปนี้)

- II-1.1 ก.(6) การวัดผลการดำเนินการ
- II-1.2 ข. ข้อกำหนดเฉพาะประเด็นของระบบบริหารความเสี่ยง

2.2 แนวทางการประเมินการปฏิบัติตามมาตรฐาน (Scoring Guideline)

แนวทางการประเมินการปฏิบัติตามมาตรฐาน กำหนดคะแนนไว้เป็น 5 ระดับ โดยระดับที่คาดหวังคือคะแนน 3 ระดับที่แสดงความต่อเนื่องของการพัฒนาคือคะแนน 4 ระดับที่เป็นอุดมคติที่คะแนน 5

การปรับเปลี่ยนในมาตรฐานใหม่นี้คือการแยกประเมินในส่วนของผลลัพธ์ออกจากส่วนของกระบวนการ ซึ่งแต่เดิมจะใช้รวมกันโดยคะแนนผลลัพธ์จะไปปรากฏอยู่ในคะแนน 5 คือเมื่อได้ผลลัพธ์ที่ดีมากเท่านั้น

การแยกคะแนนประเมินในส่วนของผลลัพธ์ออกมาแสดงให้เห็นความสำคัญของการมุ่งผลลัพธ์ (focus on results) ตามค่านิยมและแนวคิดหลักของ HA ขณะที่ยังคงให้ความสำคัญกับการพัฒนาควบคู่กันไปเพื่อมิให้มุ่งเน้นวัดหรือนำเสนอเฉพาะผลลัพธ์ที่ดีเท่านั้น กล่าวคือคะแนนระดับ 3 ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่คาดหวังนั้น กำหนดให้มีการวัดผลในตัววัดที่สำคัญ ครอบคลุม ตรงประเด็น อย่างครบถ้วน และมีการใช้ประโยชน์จากตัววัด ยอมรับการที่วัดผลแล้วคะแนนยังไม่ดีแต่มีการนำไปกำหนดโอกาสเพื่อดำเนินการพัฒนา มากกว่าที่จะคาดหวังแต่ผลลัพธ์ที่ดีๆ แต่ไม่มีการรายงานตัววัดที่สำคัญและตรงประเด็น

กรอบที่ 2.1 แนวทางการประเมินการปฏิบัติตามมาตรฐาน

คะแนน	กระบวนการ	ผลลัพธ์
1	เริ่มต้นปฏิบัติ Design & early implementation	มีการวัดผล Measure
2	มีการปฏิบัติได้บางส่วน Partial implementation	มีการวัดผลในตัววัดที่สำคัญ ตรงประเด็น อย่างครบถ้วน Valid measures
3	มีการปฏิบัติที่ครอบคลุมและได้ผล Effective implementation	มีการใช้ประโยชน์จากตัววัด Get use of measures
4	มีการปรับปรุงกระบวนการต่อเนื่อง Continuous improvement	มีผลลัพธ์ในเกณฑ์ดี(สูงกว่าค่าเฉลี่ย) Good results (better than average)
5	มีกระบวนการที่เป็นแบบอย่างที่ดี Role model, good practices	มีผลลัพธ์ที่ดีมาก (25% สูงสุด) Very good results (top quartile)

2.3 ระบบกำกับดูแลทางคลินิก (Clinical Governance)

ข้อกำหนด

I-1.2 ก.(3) องค์กรวางระบบกำกับดูแลทางคลินิก เพื่อกำกับดูแลองค์ประกอบสำคัญได้แก่ การศึกษาและฝึกอบรมต่อเนื่องของผู้ประกอบวิชาชีพ การผลิต/ร่วมผลิตบุคลากร การทบทวนการดูแลผู้ป่วยหรือการตรวจสอบทางคลินิก ผลสัมฤทธิ์ดูแลผู้ป่วย การวิจัยและพัฒนา การเปิดเผยข้อมูล การบริหารความเสี่ยง การจัดการสารสนเทศ และประสบการณ์ของผู้ป่วย คณะผู้กำกับดูแลทางคลินิกได้รับรายงานอย่างสม่ำเสมอและแสดงความรับผิดชอบในการสร้างหลักประกันผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพสูง.

คำอธิบายประกอบมาตรฐาน

การกำกับดูแลทางคลินิก (clinical governance) เป็นกรอบที่สถานพยาบาลใช้เพื่อแสดงความรับผิดชอบในการธำรงคุณภาพและมาตรฐานในงานบริการ ตลอดจนยกระดับคุณภาพงานบริการอย่างต่อเนื่อง โดยใช้การจัดการงานคลินิกบริการอย่างเหมาะสมและการสร้างสภาพแวดล้อมที่ช่วยเสริมสร้างงานบริการที่เป็นเลิศ

การเปิดเผยข้อมูล (openness) เช่น การเปิดเผยหรือแสดงข้อมูลด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลรักษา ตลอดจนการจัดให้มีช่องทางที่จะรับฟังความคิดเห็นหรือเรื่องร้องเรียน

การกำกับดูแลทางคลินิกคืออะไร

เป็นแนวทางที่เป็นระบบในการสร้างหลักประกันคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพในองค์กร เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีผลลัพธ์ดี และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เป็นเรื่องของการเปลี่ยนแปลงสู่วัฒนธรรมการเรียนรู้ที่ซึมซับเข้าในทุกส่วนขององค์กร ในทุกงานที่ปฏิบัติ

ทำไมต้องมีข้อกำหนดเรื่องการกำกับดูแลทางคลินิก

ที่ผ่านมาระบบกำกับดูแลกิจกรรมการวิจัยเฉพาะด้านที่ไม่เกี่ยวข้องกับ การดูแลผู้ป่วย ทำให้ความพยายามในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยยังได้ ผลไม่เต็มที่

แนวทางปฏิบัติ

สิ่งที่ควรปฏิบัติในขั้นต้นมีดังนี้

(1) ทบทวนองค์ประกอบสำคัญต่างๆ ที่มีอยู่ในข้อกำหนด พัฒนาให้มีการดำเนินการในทิศทางต่อไปนี้

- พัฒนาความรู้ความสามารถของผู้เกี่ยวข้อง
- สร้างการมีส่วนร่วมกับผู้ประกอบวิชาชีพโดยไม่สร้างความรู้สึก ถูกคุกคาม
- เสริมสร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้และวัฒนธรรมความปลอดภัย
- วางแผนดำเนินการในส่วนที่ยังเป็นจุดอ่อน

(2) ประสานกลไกต่างๆ ที่มีอยู่ให้สอดคล้องและเกื้อหนุนกัน

(3) กำหนดระบบรายงานขององค์ประกอบต่างๆ ทั้งในด้านความสำเร็จ และสิ่งที่ต้องพัฒนาต่อ จัดระบบให้มีการรายงานและตอบสนองสู่ระดับที่สูงขึ้น อย่างเหมาะสม (มีความกระชับ กรองข้อมูลเฉพาะที่สำคัญเมื่อนำเสนอในระดับ ที่สูงขึ้นเป็นลำดับขั้น)

(4) กำหนดโครงสร้างกำกับดูแล มีคณะกรรมการระดับสูงรับผิดชอบ ในการกำหนดทิศทางนโยบาย ติดตามประเด็นคุณภาพและความปลอดภัยใน การดูแลผู้ป่วยของทั้งองค์กร และตอบสนองอย่างเหมาะสม

โครงสร้างกำกับดูแล ที่เป็นไปได้

(1) คณะกรรมการกำกับดูแลกิจกรรมขององค์กรดูทั้งด้าน corporate & clinical

(2) คณะกรรมการกำกับดูแลทางคลินิก

- คณะกรรมการบริหารร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก
- คณะกรรมการซึ่งประกอบด้วยผู้บริหารขององค์กรที่สามารถ กำกับดูแลได้ทั้งองค์กร (สำหรับองค์กรขนาดใหญ่)

(3) ต้นสังกัดขององค์กรที่กำกับดูแล เช่น นายแพทย์ สสจ. คณะกรรมการระดับจังหวัด ผู้ตรวจราชการที่กำกับดูแล

บทบาทของคณะกรรมการกำกับดูแลทางคลินิกที่ทำหน้าที่เต็มรูปแบบ

(1) **Strategy Formulation:** ให้ความเห็นชอบต่อกลยุทธ์ คุณภาพและความปลอดภัยทางคลินิก ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกลยุทธ์องค์กร

(2) **Policy Making:**

- สนับสนุนวัฒนธรรมความปลอดภัย การพัฒนาคุณภาพ การมุ่งสู่ความเป็นเลิศ และสร้างองค์กรที่ประสบความสำเร็จ
- ให้ความเห็นชอบต่อนโยบายคุณภาพและความปลอดภัยทางคลินิกขององค์กร
- ให้ความเห็นชอบต่อแผนพัฒนาคุณภาพและแผนบริหารความเสี่ยงขององค์กร

(3) **Monitoring & Supervising:** รับทราบรายงานความก้าวหน้าในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ

(4) **Provide Accountability:**

- ตอบสนองต่อรายงานความก้าวหน้าในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยทางคลินิกอย่างเหมาะสม
- ทำงานร่วมกันผู้บริหารสูงสุดขององค์กร เพื่อแสดงความรับผิดชอบต่อสังคมในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยทางคลินิก
- คณะกรรมการกำกับดูแลทางคลินิกซึ่งเป็นตัวแทนของ สสจ. และ รพ.ชุมชน ที่กำกับดูแล รพ.ชุมชนในจังหวัดทั้งหมด

2.4 ประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ (Ethical Dilemma)

ข้อกำหนด

I-1.2 ข.(3) องค์กรจัดให้มีกลไกเพื่อการรับรู้และจัดการกับประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ ด้วยวิธีการและระยะเวลาที่เหมาะสม.

คำอธิบายประกอบมาตรฐาน

ประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ (ethical dilemma) เช่น การตัดสินใจไม่ให้การรักษาหรือยุติการรักษา การให้การรักษาที่จำเป็นแต่ขัดกับความประสงค์ของผู้ป่วย การรับผู้ป่วยหนักกรายใหม่เข้าไปในหอผู้ป่วยหนักซึ่งจำเป็นต้องย้ายผู้ป่วยหนักที่อยู่เดิมออกหนึ่งราย

อะไรคือประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ

จริยธรรมเป็นแนวประพฤติปฏิบัติที่เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปในสังคม อย่างไรก็ตามอาจมีบางสถานการณ์ที่จริยธรรมข้อหนึ่งดูเหมือนจะแย้งกับอีกข้อหนึ่ง หรือแม้แต่จริยธรรมข้อเดียวกันก็อาจได้รับการตีความที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจจึงอาจเกิดขึ้นได้ โดยจะเกิดขึ้นในสถานการณ์ที่บุคคลต้องตัดสินใจเมื่อมีทางเลือกตั้งแต่สองทางขึ้นไป แต่เมื่อเลือกทางหนึ่งก็มักจะขัดกับจริยธรรมข้อหนึ่ง เลือกอีกทางหนึ่งก็ขัดกับจริยธรรมอีกข้อหนึ่ง

ตัวอย่างของประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจในงานบริการสุขภาพ

ในงานบริการสุขภาพ เราทุกคนน่าจะเคยมีความรู้สึกไม่สบายใจและลังเลใจต่อการตัดสินใจที่จะเลือกวิธีในการให้บริการผู้ป่วย เมื่อไรที่เรารู้สึกไม่สบายใจและลังเลใจในการตัดสินใจให้บริการ สิ่งนี้มักเป็นข้อบ่งชี้ว่าเรากำลังเผชิญกับประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ ดังตัวอย่างต่อไปนี้

- กรณีผู้ป่วยเจ็บป่วยถึงระยะสุดท้ายของชีวิตแล้ว และผู้ป่วยแสดงเจตนาไว้ว่าขอจากไปอย่างสงบ ขอรับการรักษาเพียงแบบประคับประคอง แต่ญาติขอให้รักษาต่ออย่างเต็มที่
- การได้รับแจ้งว่ามีผู้ป่วยหนึ่งรายที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ในขณะที่หอผู้ป่วยหนักเต็มแล้ว ถ้าจะรับผู้ป่วยรายใหม่ ก็ต้องย้ายผู้ป่วยที่นอนอยู่เดิมออก
- การที่มารดาที่ตั้งครรภ์แล้วทราบว่าบุตรในท้องเป็น Down Syndrome และมาขอทำแท้ง
- การที่สามีมาเจาะเลือดตรวจเอ็ดส์แล้วพบว่าผลเลือดเป็นบวก ซึ่งโรงพยาบาลมีหน้าที่ต้องรักษาความลับของผลการตรวจเลือด แต่เนื่องจากสามีอาจแพร่เชื้อให้ภรรยาที่กำลังตั้งครรภ์ได้ โรงพยาบาลจึงขออนุญาตสามีในการบอกผลเลือดแก่ภรรยา แต่สามีปฏิเสธโดยให้เหตุผลว่าจะทำให้ภรรยาหย่าขาด
- ผู้ป่วยต้องได้รับการเจาะปอด แต่แพทย์ทำการเจาะปอดผิดข้าง จึงต้องกลับมาเจาะปอดข้างที่ถูกอีกครั้ง หลังการเจาะ แพทย์ควรบอกเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์นี้แก่ผู้ป่วยหรือญาติอย่างไร
- การเปิดเผยหรือปิดบังข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคซึ่งอยู่ในระยะท้ายที่ไม่สามารถรักษาได้
- การปิดบังความผิดพลาดที่เกิดขึ้น เนื่องจากเห็นว่าไม่ได้ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย
- การให้การรักษาด้วยยาหลอกแก่ผู้ป่วยซึ่งไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษาใดๆ แต่ผู้ป่วยยืนยันที่จะขอยา

ทำไมต้องมีข้อกำหนดเรื่องประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ

ประเด็นทางจริยธรรมที่ยากในการตัดสินใจ เกิดจากการมีฐานคิดทางจริยธรรมที่ขัดแย้งกัน หากตัดสินใจบนฐานคิดหนึ่ง ก็อาจขัดแย้งกับอีกฐานคิดหนึ่งการมีแนวทางและกลไกช่วยเหลือที่ชัดเจน จะทำให้มีการตัดสินใจที่เหมาะสมกับแต่ละสถานการณ์ และทำให้ผู้ตัดสินใจไม่รู้สึกผิดหรือถูกตำหนิในภายหลัง

มาตรฐาน HA ไม่ได้คาดหวังว่าโรงพยาบาลจะต้องมีคำตอบสำเร็จรูป และตายตัวในการจัดการกับประเด็นเหล่านี้ ข้อความสำคัญของมาตรฐานอยู่ที่ “กลไกเพื่อการรับรู้และการจัดการ..... ด้วยวิธีการและระยะเวลาที่เหมาะสม” บนพื้นฐานแนวคิดที่ว่า ด้วยการเรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่องของทีมงานของโรงพยาบาล น่าจะช่วยให้เกิดการสั่งสมความรู้และประสบการณ์ที่จะช่วยให้โรงพยาบาลสร้างกลไกเพื่อการจัดการประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับสถานการณ์แต่ละครั้ง

แนวทางปฏิบัติ

ควรมีกลไกครอบคลุมกรณีต่อไปนี้

- (1) เรื่องง่าย ๆ จัดทำข้อสรุปสำหรับการตัดสินใจให้ทุกคนปฏิบัติตาม
- (2) เรื่องที่ต้องพิจารณาเฉพาะกรณี จัดทำแนวทางการใช้ดุลยพินิจ

- Recognise รับรู้ว่าเกิดประเด็นจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ เนื่องจากมีความขัดแย้งในค่านิยม หลักการ หลักจริยธรรม
- Break วิเคราะห์เพื่อจำแนกประเด็นหรือหลักการที่ขัดแย้งกัน ออกมาให้ชัดเจน เช่น การคุ้มครองสิทธิเด็กกับความต้องการของพ่อแม่
- Seek หาข้อมูลเพิ่มเติมจากแหล่งต่างๆ ทั้งคำแนะนำขององค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง และมุมมองของผู้ป่วย
- Decision ตัดสินใจบนพื้นฐานของเหตุผลและหลักการที่รับฟังได้ (ถ้าทำได้) และบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

(3) เรื่องที่ผู้เกี่ยวข้องไม่มั่นใจ จัดให้มีกลไกให้คำปรึกษาภายในองค์กร เช่น คณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาล

(4) เรื่องที่ไม่สามารถสรุปได้ในองค์กร หาช่องทางปรึกษาผู้เชี่ยวชาญภายนอก เช่น องค์กรวิชาชีพ ศาล

ระบบที่จะสนับสนุนกลไกข้างต้นอาจพิจารณาสิ่งต่อไปนี้

(1) การสร้างความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ประกอบวิชาชีพในเรื่องประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ และกลไกที่มีอยู่เพื่อให้ใช้กลไกดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(2) สร้างการเรียนรู้ควบคู่ไปกับการทำงานที่ต้องเผชิญกับประเด็นจริยธรรมต่างๆ เช่น หลักจริยธรรมและองค์ความรู้ที่เป็นฐานในการตัดสินใจ และผลกระทบของการตัดสินใจแต่ละครั้ง ความเหมาะสมของระดับการขอคำปรึกษา ผลกระทบของความก้าวหน้าทางความรู้และเทคโนโลยี ผลกระทบของระบบประกันสุขภาพ บทเรียนสำหรับใช้เป็นแนวทางในอนาคต

(3) ติดตามประเมินผลการจัดการในภาพรวม เพื่อการปรับปรุงกลไกและขั้นตอนการจัดการประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจเป็นระยะ โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการเรียนรู้และการประเมินผลงาน

(4) สร้างการเรียนรู้ให้กับนักศึกษาที่มาฝึกงานที่โรงพยาบาล ทั้งในรูปแบบที่ไม่เป็นทางการ (เช่น ขณะดูแลผู้ป่วยแต่ละราย) และเป็นทางการ (เช่น การอภิปรายในห้องเรียน) เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจในเรื่องนี้ในคนรุ่นใหม่

สรุป

เมื่อไรที่เราารู้สึกว่ากำลังเผชิญกับประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ ขอให้เราทบทวนความเข้าใจของตนเองและของสังคมโดยรวมในจริยธรรมเรื่องนั้น ทบทวนความรู้ทางวิชาการและแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง และพูดคุยกับเพื่อนร่วมงานเพื่อแลกเปลี่ยนมุมมอง สิ่งเหล่านี้น่าจะช่วยให้เราตัดสินใจในการจัดการกับจริยธรรมในเรื่องนั้นได้อย่างเหมาะสมที่สุดสำหรับสถานการณ์แต่ละครั้ง อันจะเป็นการสร้างประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยและข้าราชการดีศรีที่ดั่งงามของวิชาชีพ

2.5 การส่งข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้สื่อสังคมออนไลน์

ข้อกำหนด

I-4.2 ข.(3) ในกรณีที่มีการส่งข้อมูลของผู้ป่วยโดยใช้สื่อสังคมออนไลน์ เพื่อประโยชน์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย องค์กรพึงกำหนดแนวปฏิบัติที่เป็นการรักษาความลับของผู้ป่วยโดยยังคงการระบุตัวผู้ป่วยอย่างถูกต้องไว้.

สื่อสังคมออนไลน์ (social media) คืออะไร

สื่อสังคมออนไลน์ ครอบคลุม กระดานข่าว เครือข่ายสังคมออนไลน์ บล็อก เว็บไซต์ เกมออนไลน์หรือโลกเสมือนที่มีผู้ใช้งานหลายคน สื่ออิเล็กทรอนิกส์หรือสื่อออนไลน์อื่นที่เป็นช่องทางสื่อสารระหว่างบุคคล กลุ่มบุคคล หรือสาธารณะ และสื่อสำหรับการเผยแพร่และแลกเปลี่ยนเนื้อหาที่เป็นภาพนิ่ง เสียง วิดีทัศน์ หรือแฟ้มข้อมูลหรือเนื้อหาที่เก็บข้อมูลบนอินเทอร์เน็ต

ทำไมต้องมีข้อกำหนดเรื่องการส่งข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้สื่อสังคมออนไลน์

ปัจจุบันมีการใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อปรึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยกันมากขึ้น และมีโอกาสที่ข้อมูลระบุตัวตนของผู้ป่วยจะรั่วไหลไปสู่สังคมวงกว้างได้ ก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วยโดยผู้ส่งไม่รู้ตัว

แนวทางปฏิบัติ

(1) มีการวางแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนขององค์กรในการรักษาข้อมูลผู้ป่วย โดยเน้นคุณภาพของข้อมูลและการรักษาความลับของผู้ป่วย เช่น สถานการณ์ที่ไม่ควรปรึกษาการดูแลผู้ป่วยทาง Line, การหลีกเลี่ยงปรึกษาผ่าน Line กลุ่ม

(2) ยึดแนวทางปฏิบัติที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติกำหนดเป็นหลัก

(3) ให้ความสำคัญกับการรักษาความลับของผู้ป่วย ขณะเดียวกันสร้างความมั่นใจในการระบุตัวผู้ป่วยอย่างถูกต้อง

- จะลบ ID ที่ติดอยู่กับผลการตรวจต่าง ๆ อย่างไรจึงจะมั่นใจว่าไม่หลุดรอดไป และจะใช้อะไรเป็นตัวบ่งชี้แทน
- จะเลือกใช้ช่องทางปรึกษาอะไรที่มีความเสี่ยงน้อยที่สุด

- ถ้ามีการปรึกษาผู้ป่วยหลายรายในเวลาใกล้เคียงกัน จะแยกแยะการบ่งชี้ผู้ป่วยแต่ละรายอย่างไร
 - ทำอย่างไรจะสร้างนิสัยการทำลายข้อมูลที่ได้รับมาทันทีเมื่อจบสิ้นการให้คำปรึกษาแล้ว
- (4) ยึดหลักว่าข้อมูลทุกอย่างที่ผ่านช่องทาง social media ไม่เป็นความลับ

2.6 การจัดการด้านการเรียนการสอนทางคลินิก

ข้อกำหนด

I-6.1 จ. การจัดการด้านการเรียนการสอนทางคลินิก

(1) การเข้าร่วมกับสถาบันการศึกษาในการจัดการศึกษาและฝึกอบรมแก่บุคลากรสาธารณสุข ได้รับความเห็นชอบและกำกับติดตามโดยผู้กำกับดูแลกิจการและผู้อำนวยการ (เฉพาะกรณีที่สถานพยาบาลไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของสถาบันการศึกษา).

(2) องค์กรมีทรัพยากรที่เพียงพอในการสนับสนุนการจัดการศึกษาและฝึกอบรม:

- จำนวนและความเชี่ยวชาญของอาจารย์ผู้สอน;
- จำนวนและลักษณะที่หลากหลายของผู้ป่วย;
- สถานที่ เทคโนโลยี และทรัพยากรอื่นๆ.

(3) มีการระบุตัวอาจารย์ผู้สอนพร้อมทั้งภาระรับผิดชอบและอำนาจตัดสินใจที่ชัดเจนตามข้อกำหนดของหลักสูตร.

(4) มีการกำกับดูแลที่เพียงพอสำหรับแต่ละระดับของนักศึกษาและผู้รับการฝึก เพื่อให้มั่นใจในความปลอดภัยของการดูแลผู้ป่วย และการได้รับการประสบการณ์การเรียนรู้ที่ใกล้เคียงกัน. มีความชัดเจนในการบันทึกหลักฐานของการกำกับดูแล และความชัดเจนในการใช้บันทึกของนักศึกษาหรือผู้รับการฝึกเป็นหลักฐานทางกฎหมาย.

(5) มีการจัดทำข้อตกลงในความร่วมมือที่จะสนับสนุนกันและกันระหว่างองค์กรและสถาบันการศึกษา รวมถึงหน้าที่รับผิดชอบที่คาดหวัง ระดับของการปฏิบัติที่อนุญาตให้นักศึกษาและผู้รับการฝึก. มีการจัดทำเอกสารเกี่ยวกับสถานะและการบรรลุเป้าหมายการเรียนรู้ของนักศึกษาและผู้รับการฝึก.

(6) นักศึกษาและผู้รับการฝึกปฏิบัติตามนโยบายและระเบียบปฏิบัติขององค์กรทุกฉบับ.

(7) องค์กรสร้างเจตคติที่ดีในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยแก่นักศึกษาและผู้รับการฝึก เป็นต้นแบบที่ดีของระบบคุณภาพ เช่น องค์กรแพทย์ ความปลอดภัยในการใช้ยา การเรียนรู้จากความผิดพลาด ระบบบริหารความเสี่ยง ฯลฯ. นักศึกษาและผู้รับการฝึกเข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของระบบคุณภาพและ

ความปลอดภัย.

(8) มีการติดตามประเมินผลโปรแกรมการเรียนการสอนทางคลินิก ทั้งในมิติด้านการเรียนรู้ และคุณภาพ/ความปลอดภัย ของการให้บริการ.

ทำไมต้องมีข้อกำหนดเรื่องการจัดการด้านการเรียนการสอนทางคลินิก

เพื่อให้มั่นใจว่าองค์กรมีความพร้อมในการจัดการเรียนการสอนเพื่อ บรรลุเป้าหมายการเรียนรู้ มีหลักประกันด้านความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย และเกิด เจตคติที่ดีในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยกับนักศึกษาและผู้รับบริการ

แนวทางปฏิบัติ

ตามข้อกำหนดในมาตรฐานโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการสร้างเจตคติ ที่ดีในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย และการติดตามประเมินผล

2.7 การบริหารความเสี่ยง

ข้อกำหนด

องค์กรมีระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน เพื่อจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่ และผู้ที่มาเยือน.

คำอธิบาย

Risk management (RM) คือ ชุดของกิจกรรมและวิธีการที่ใช้ในการชี้แจงองค์กร และควบคุมความเสี่ยงต่างๆ ที่อาจมีผลต่อความสามารถในการบรรลุวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายขององค์กร

Risk management principles คือ หลักการที่องค์กรควรยึดถือ เพื่อให้การบริหารความเสี่ยงได้ผล ได้แก่หลักการต่อไปนี้

- RM สร้างและปกป้องคุณค่า (values)
- RM เป็นส่วนหนึ่งของทุกกระบวนการขององค์กร (all processes)
- RM เป็นส่วนหนึ่งของการตัดสินใจ (decision making)
- RM แสดงออกถึงความไม่แน่นอนให้ชัดเจน (uncertainty)
- RM เป็นเรื่องของความเป็นระบบ มีโครงสร้างชัดเจน ทันท่วงที (systematic)
- RM อยู่บนพื้นฐานของสารสนเทศที่ดีที่สุดที่มีอยู่ (best information)
- RM ปรับให้สอดคล้องกับบริบทและ risk profile (context)
- RM นำปัจจัยด้านมนุษย์และวัฒนธรรมมาพิจารณา (human and cultural)
- RM มีความโปร่งใสและไม่กีดกัน (transparent & inclusive)
- RM มีความเป็นพลวัต หมุนซ้ำ และตอบสนองการเปลี่ยนแปลง (dynamic)
- RM ช่วยให้มีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องในองค์กร (improvement)

Risk management framework คือ องค์กรประกอบสำคัญของการบริหารความเสี่ยง ซึ่งได้รับการออกแบบ นำไปปฏิบัติ ติดตามทบทวน และปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง องค์กรประกอบสำคัญดังกล่าวได้แก่

(1) โครงหลักของการบริหารความเสี่ยง เช่น นโยบายการบริหารความเสี่ยง ขอบเขตการประเมินความเสี่ยง วัตถุประสงค์ ภารกิจ และความมุ่งมั่นในการบริหารความเสี่ยง ที่สอดคล้องกับบริบทขององค์กร

(2) การจัดการภายในองค์กร เช่น สรุปรูปแผนจัดการความเสี่ยงที่สำคัญ การออกแบบกระบวนการและกิจกรรม การเชื่อมโยงกับระบบอื่น การกำหนดองค์ประกอบและบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของทีม ทรัพยากรที่ใช้ การอบรมบุคลากร กระบวนการสื่อสารกับผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย การกำกับติดตามและประเมินผล

(3) รายการความเสี่ยงที่จะจัดการ ควรครอบคลุมความเสี่ยงด้านยุทธศาสตร์ ด้านคลินิก ด้านปฏิบัติการ ด้านการเงิน และด้านอันตรายต่างๆ

Risk management policy นโยบายบริหารความเสี่ยง เป็นข้อความที่ระบุความมุ่งมั่นและทิศทางขององค์กรในเรื่องการบริหารความเสี่ยง

Risk management plan แผนบริหารความเสี่ยงได้แก่สิ่งต่อไปนี้
 (1) คู่มือบริหารความเสี่ยง ระบุองค์ประกอบของการบริหาร แนวทาง และทรัพยากรที่จะใช้ในการบริหารความเสี่ยง (2) ระเบียบปฏิบัติ คู่มือการปฏิบัติหน้าที่รับผิดชอบ กิจกรรม (รวมทั้งลำดับขั้นและเวลา) (3) แผนบริหารความเสี่ยงเฉพาะสำหรับบริการ กระบวนการ โครงการ

Risk Management Process กระบวนการบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วย (1) การกำหนดบริบท (2) การสื่อสารและปรึกษาผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (3) การระบุความเสี่ยง (4) การวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยง (5) การจัดการรับมือกับความเสี่ยง (6) การติดตามและทบทวนมาตรการป้องกันความเสี่ยง

Risk Register

Risk Register ทะเบียนจัดการความเสี่ยงเป็นเอกสารหลักเพื่อเป็นเครื่องมือในการบริหารความเสี่ยงทุกขั้นตอน ตั้งแต่การประเมิน การวางแผน การตอบสนอง ไปจนถึงการติดตามและทบทวน ทำให้กระบวนการบริหารความเสี่ยงเป็นกระบวนการที่มีชีวิต เป็นพลวัต และทำให้เกิดการปรับปรุงวิธีการทำงานอย่างต่อเนื่อง

Risk profile เป็นเอกสารอธิบายชุดของความเสี่ยงซึ่งเป็นผลของการวิเคราะห์เชิงปริมาณในสิ่งคุกคามประเภทต่างๆ ที่องค์กรต้องเผชิญ (โอกาส

เกิดและผลที่ตามมา) อาจนำเสนอในรูปแบบ risk matrix หรือ risk rating table เป็นขั้นตอนแรกในการทำ risk register

Risk owner คือบุคคลหรือคณะบุคคลที่ได้รับ authority เพื่อจัดการกับความเสี่ยงใดความเสี่ยงหนึ่ง และออกหน้ารับผิดชอบ (accountable) ในการรับทำหน้าที่ดังกล่าว

บทบาทสำคัญของ risk owner คือการติดตามและทบทวนตามกำหนดรอบเวลาในประเด็นต่อไปนี้ (1) มาตรการรับมือกับความเสี่ยงที่กำหนดไว้ นั้นได้รับการปฏิบัติเพียงใด มีปัญหาอุปสรรคในการนำไปปฏิบัติอย่างไร (2) ผลลัพธ์ของการป้องกันและควบคุมความเสี่ยงเป็นอย่างไร ระดับและแนวโน้มของอุบัติการณ์เป็นอย่างไร (3) ควรจะมีการปรับปรุงมาตรการรับมือกับความเสี่ยงอะไรบ้าง หรือมีการทดลองเพื่อหาคำตอบใหม่ๆ อะไร

Risk Register เป็นเครื่องมือใหม่เป็นเครื่องมือต่อยอดจาก Risk Profile ที่ รพ. มีอยู่แล้วมุ่งเน้นการจัดการในภาพรวม ทำให้เห็นภาพรวมของความเสี่ยงทั้ง รพ.

การเริ่มต้นใช้ Risk Register ไม่ควรกลัวจำนวนมาก ควรนำความเสี่ยงทั้งหมดมาวิเคราะห์และจัดการตามระดับความสำคัญ ตามแนวทางต่อไปนี้

(1) รวบรวมรายการความเสี่ยงจากทุกแหล่งที่มี เช่น Risk Profile, PSG: SIMPLE, รายงานอุบัติการณ์, การทบทวนเวชระเบียน, MM conference, ฯลฯ

(2) วิเคราะห์ระดับโอกาสเกิดและผลที่จะตามมาของทุกความเสี่ยง เหมือนกับที่เราทำใน Risk Profile

(3) กำหนดระดับความเสี่ยงด้วยการเอาโอกาสเกิดกับผลที่จะตามมา มาบวกหรือคูณกัน

(4) แบ่งรายการความเสี่ยงนับร้อยๆ เป็นสามกลุ่ม กลุ่มที่สำคัญสูง กลุ่มที่สำคัญปานกลาง และกลุ่มทั่วไป

(5) กลุ่มความเสี่ยงทั่วไป ซึ่งอาจจะโอกาสพบน้อย ความรุนแรงน้อย ให้ไปตรวจสอบว่ามีมาตรการป้องกันอยู่ในคู่มือแล้วหรือไม่ ถ้ามีก็หาวิธีสื่อสารและทำให้มั่นใจว่ามีการรับรู้และปฏิบัติ (กลุ่มนี้น่าจะมีมากที่สุด)

(6) กลุ่มที่สำคัญสูง ร่วมกันกำหนด/ทบทวนแนวทางป้องกัน และการเตรียมพร้อมตอบสนองเมื่อเกิดเหตุ มอบหมายผู้ทำหน้าที่ risk owner มีหน้าที่

ทบทวนการปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน ระดับอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น และพิจารณาว่าควรเพิ่มมาตรการป้องกันอย่างไร ทบทวนอย่างน้อยทุก 3 เดือน จำนวนความเสี่ยงในรายการนี้ พิจารณาจากจำนวนความเสี่ยงที่สำคัญสูง ร่วมกับจำนวนคนที่จะมาทำหน้าที่ risk owner

(7) กลุ่มที่สำคัญปานกลาง มอบให้คณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงนั้นๆ ทบทวนมาตรการป้องกัน และทำหน้าที่ risk owner ทบทวนเหมือนข้อ (6) ความถี่อาจจะห่างกว่าความเสี่ยงที่สำคัญสูง

ด้วยแนวทางดังกล่าว เรารับมือกับความเสี่ยงได้ทุกรายการ

ในการวางแผนรับมือกับความเสี่ยง ให้แบ่งมาตรการเป็นสามกลุ่มง่าย ๆ

(1) มาตรการป้องกัน (preventive measures)

(2) การเตรียมพร้อมลดความรุนแรงเมื่อเกิดเหตุ (mitigation plan)

(3) การค้นหาคำตอบใหม่ๆ แนวคิดใหม่ เพื่อการป้องกันที่ได้ผล

(improvement plan)

บทบาทของหน่วยงานต่างๆ ในการจัดการความเสี่ยงยังคงเหมือนเดิม แต่จะมีกลไกมาเชื่อมประสานให้มีการปฏิบัติที่สอดคล้องกันทั้งองค์กร เชื่อมโยงข้อมูลให้เห็นภาพรวมของความเสี่ยงทั้งองค์กร หน่วยงานยังคงทำ RCA ตามข้อบ่งชี้ แล้ว risk owner ประมวลผลการทำ RCA ของหลายๆ กรณี หลายๆ หน่วย เข้ามาเพื่อปรับปรุงมาตรการป้องกันในภาพรวม

2.8 แผนงานใช้ยาสมเหตุผล

ข้อกำหนด

II-6.1 ก.(5) องค์กร (โดย PTC) ดำเนินการแผนงานใช้ยาสมเหตุผล (Rational Drug Use Program) และ แผนงานดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ (Anti-microbial Stewardship Program) ด้วยมาตรการร่วมกันหลายประการ เพื่อส่งเสริมการใช้ยาต้านจุลชีพและยาอื่นๆ อย่างเหมาะสม.

ทำไมต้องมีข้อกำหนดเรื่องแผนงานใช้ยาสมเหตุผล

เพื่อให้มีการใช้ยาอย่างเหมาะสมตามความจำเป็น ปลอดภัย และลดปัญหาเชื้อดื้อยา

แนวทางปฏิบัติสำหรับแผนงานใช้ยาสมเหตุผล

คู่มือ RDU Hospital PLEASE

กฎเกณฑ์ 1 คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (P)

กฎเกณฑ์ 2 ฉลากยาและข้อมูลสู่ประชาชน (L)

กฎเกณฑ์ 3 เครื่องมือจำเป็นที่ช่วยให้เกิดการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผล (E) ในโรค hypertension, diabetes mellitus, dyslipidemia/cadiovascular disease, osteoarthritis/gout, chronic kidney diseases, chronic obstructive pulmonary/asthma

กฎเกณฑ์ 4 การสร้างความตระหนักรู้ของบุคลากรทางการแพทย์และประชาชน (A)

กฎเกณฑ์ 5 การดูแลด้านยาเพื่อความปลอดภัยของประชากรกลุ่มพิเศษ (S) ได้แก่ การใช้ยาในผู้สูงอายุ หญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร เด็ก ผู้ป่วยโรคตับ ผู้ป่วยโรคไต

กฎเกณฑ์ 6 จริยธรรมในการสั่งใช้ยา (E)

แนวทางปฏิบัติสำหรับแผนงานดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ (CDC guidelines)

(1) Leadership commitment: สนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นในด้านคน เงิน IT

(2) Accountability & drug expertise: แต่งตั้งแพทย์คนหนึ่งเป็นผู้รับผิดชอบ โดยร่วมมือกับผู้เชี่ยวชาญด้านเภสัชกรรม

(3) Action: ลงมือปฏิบัติตามข้อเสนอแนะ

(3.1) Broad interventions

- Antibiotic “time outs” ผู้สั่งใช้เป็นผู้ทบทวนเมื่อครบ 48 ชั่วโมงว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อที่จะตอบสนองต่อยาต้านจุลชีพหรือไม่ ได้รับยาที่ควรได้หรือไม่ จะ de-escalate ได้หรือไม่ ควรให้ยานานเท่าไร
- Prior authorization
- Prospective audit and feedback ทบทวนโดยผู้เชี่ยวชาญที่มีได้เป็นทีมผู้ดูแล

(3.2) Pharmacy-driven interventions

- การเปลี่ยนจากยาฉีดเป็นยากินโดยอัตโนมัติในสถานการณ์ที่เหมาะสม
- การปรับยาเมื่อตับหรือไตทำงานผิดปกติ, ปรับตามผลของ therapeutic drug monitoring, highly drug-resistant bacteria, CNS penetration
- Automatic alerts สำหรับการสั่งยาซ้ำซ้อนที่ไม่จำเป็น
- คำสั่งหยุดยาอัตโนมัติตามกำหนดเวลา เช่น surgical prophylaxis
- การตรวจหาและป้องกันอันตรกิริยาระหว่างยา

(3.3) Infection and syndrome specific interventions

- รักษา community-acquired pneumonia ตามผลการเพาะเชื้อ
- ไม่รักษา asymptomatic bacteriuria
- ไม่ใช่ broad spectrum antibiotic ในการรักษาการติดเชื้อที่ผิวหนังและเนื้อเยื่ออ่อน
- หยุดการให้ยาต้านจุลชีพที่ไม่จำเป็นในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อ *C.difficile*

- (4) Tracking: ติดตามแบบแผนของการสั่งใช้ยาต้านจุลชีพและการดื้อยา
- (5) Reporting: เผยแพร่รายงานเกี่ยวกับการใช้ยาต้านจุลชีพและการดื้อยาอย่างสม่ำเสมอให้แก่ แพทย์ พยาบาล และผู้เกี่ยวข้อง
- (6) Education: ให้ความรู้แก่ clinicians เกี่ยวกับการดื้อยาและการสั่งใช้ยาที่เหมาะสม

2.9 รายงานการประเมินตนเอง (Self-Assessment Report)

จุดประสงค์

จุดประสงค์ของการจัดทำรายงานการประเมินตนเอง **ควรเน้นเพื่อประโยชน์ของทีมงานเอง** คือเพื่อสร้างการเรียนรู้ในองค์กร ด้วยการ (1) ทีมงานสรุปทบทเรียน ความสำเร็จ ความล้มเหลวในการทำงาน (2) ทีมงานตรวจสอบความสมบูรณ์ของการพัฒนา (3) สร้างการเรียนรู้กับหน่วยงานอื่นและกับผู้บริหาร (4) ใช้เป็นฐานข้อมูลสำหรับการต่อยอดและขยายผล

ส่วนการใช้เพื่อสื่อสารกับผู้เยี่ยมชมสำรวจของ สรพ. ควรถือเป็นผลพลอยได้เท่านั้น ถ้าจะปรับเปลี่ยนการทำ HA ให้เกิดประโยชน์อย่างแท้จริง ต้องเปลี่ยนจุดคานงัดตรงนี้ให้ได้

รูปแบบและองค์ประกอบ

รายงานการประเมินตนเอง ยังคงรูปแบบและองค์ประกอบเดิม ส่วนที่เพิ่มเติมคือเนื้อหาของมาตรฐานที่เพิ่มขึ้น โดยรายงานจะแบ่งเป็นสามส่วนคือ ส่วนที่ 1 ตัวชี้วัด ส่วนที่ 2 การปฏิบัติตามมาตรฐาน ส่วนที่ 3 แผนพัฒนาต่อเนื่อง ในช่วง 1-2 ปีข้างหน้า

ส่วนที่ 1 ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดเป็นส่วนสำคัญที่จะสะท้อนผลของกระบวนการในแต่ละบท เพื่อให้ง่ายต่อการเชื่อมโยงกระบวนการกับผลลัพธ์ โรงพยาบาลควรจะรายงานตัวชี้วัดทุกตัวตามมาตรฐานตอนที่ IV กระจายไปตามมาตรฐานแต่ละบทให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ สำหรับตัวชี้วัดทางคลินิกซึ่งยากที่จะกระจายมาในมาตรฐานตอนที่ III อาจยังคงรายงานในตอนที่ IV โดยมีการจัดหมวดหมู่อย่างเหมาะสม เช่น จัดหมวดหมู่ตามมิติคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

โรงพยาบาลมีสิทธิที่จะกำหนดตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องในมาตรฐานแต่ละบทได้เอง ตัวอย่างที่นำเสนอไว้ในแบบฟอร์มเป็นเพียงตัวอย่างเพื่อกระตุ้นความคิดว่าควรจะวัดไปในทิศทางใด ในแบบฟอร์มใหม่ จะไม่มีตัวอย่างเหล่านี้อีกต่อไป มีเพียงกลุ่มของตัวชี้วัดตามที่ปรากฏในมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง

ช่วงเวลาของข้อมูลตัวชี้วัดที่จะนำเสนอ ควรนำเสนอข้อมูลครอบคลุม ช่วงเวลาทั้งหมดที่เคยเก็บข้อมูลไว้ ไม่ควรจำกัดเพียง 3 ปี ตาม template เดิม ยิ่งครอบคลุมเวลานานเท่าไร ยิ่งเห็นแนวโน้มได้ดีขึ้น และเห็นความพยายามในการพัฒนาอย่างต่อเนื่องได้มากขึ้น

รูปแบบการนำเสนอ (1) ควรนำเสนอข้อมูลสรุปในรูปแบบตารางใน ส่วนต้นของแต่ละรายงานตามมาตรฐานแต่ละบท (2) เลือกข้อมูลที่นำเสนอ บางตัวมานำเสนอเป็น **run chart** หรือ **control chart** พร้อม **annotation** สรุป เหตุการณ์หรือ **intervention** ในกราฟให้มากที่สุด โดยไม่ต้องอธิบายซ้ำใน text ยกเว้นเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ส่วนที่ 2 การปฏิบัติตามมาตรฐาน

เป็นการเขียนสรุปการปฏิบัติตามมาตรฐานแต่ละบทโดยใช้หลัก 3P เพื่อให้เขียนได้อย่างกระชับ

Purpose ระบุเป้าหมาย (ของมาตรฐานหรือของการพัฒนา) ระบุที่มา ประกอบโดยใช้ **risk-based thinking** แสดงให้เห็นการวิเคราะห์โจทย์/ความเสี่ยง/ปัญหา และโอกาสพัฒนาที่สำคัญของ รพ.

Process อาจแสดงให้เห็น การออกแบบ การนำไปปฏิบัติ การพัฒนา หรือสรุปบทเรียน

(1) **การออกแบบ** อยู่บนพื้นฐานแนวคิดอะไร เช่น **evidence-based, lean, people-centered, human factor engineering** มีอะไรที่เป็นแบบอย่างที่ดีที่ผู้อื่นสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ อะไรเป็นการออกแบบที่มีความเฉพาะสำหรับพื้นที่

(2) **การนำไปปฏิบัติ** ในบางกรณี การแสดงข้อมูลที่ยืนยันการปฏิบัติ อาจจะเป็นประโยชน์เช่น ความถี่ ความครอบคลุมของกิจกรรมเนื้อหาในกิจกรรมต่าง ๆ ที่ทำให้เห็นความมุ่งมั่นในการปฏิบัติ เช่น การฝึกอบรม, การ monitor, การปรับปรุงต่อเนื่อง (อาจใช้ในกรณีที่ไม่สามารถแสดงให้เห็นผลลัพธ์หรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้)

(3) **การพัฒนา** มีการเปลี่ยนแปลงหรือปรับปรุงอะไรบ้าง

(4) **สรุปบทเรียน** ที่ได้ข้อคิดอะไรจากเรื่องนี้ ที่จะเป็นประโยชน์ในการทำงานในอนาคต

Performance สามารถนำเสนอได้ในหลายรูปแบบ อย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายรูปแบบร่วมกัน ได้แก่ (1) สรุปรวมไว้ในเนื้อความตั้งตัวอย่างในย่อหน้าแรก (2) สรุปไว้ในตารางในส่วนที่ 1 แล้วอ้างอิงถึงเมื่ออธิบายกระบวนการพัฒนา (3) นำเสนอเป็นผลลัพธ์หรือ KPI ในลักษณะ control chart ที่มีคำอธิบายย่อๆ สรุปในภาพ (4) นำเสนอข้อมูลที่เป็น feedback loop และการนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ เช่น เสียงสะท้อนจากผู้รับผลงานและผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ การใช้ rapid assessment

ตัวอย่าง

“เพื่อบรรลุเป้าหมาย..... ทีมได้วางระบบงานที่มีองค์ประกอบสำคัญไว้ ดังนี้ (1)... (2)... (3)... และในรอบ 1-2 ปีที่ผ่านมาได้มีการปรับปรุงดังนี้ (1)... (2)... ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (หรือการบรรลุเป้าหมาย) ดังนี้.....”

“เพื่อบรรลุเป้าหมาย..... ทีมได้ประมวลความเห็นของผู้เกี่ยวข้องและการประเมินระบบ พบโอกาสพัฒนาคือ.....ซึ่งทีมได้ปรับปรุงโดย (1)... (2)... ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (หรือการบรรลุเป้าหมาย) ดังนี้.....”

“เพื่อบรรลุเป้าหมาย.... ทีมได้วางระบบให้เกิดกิจกรรมต่อไปนี้ (1)... (2)... ทำให้เกิดบทเรียนต่อไปนี้ (1)... (2)...”

ส่วนที่ 3 แผนการพัฒนาต่อเนื่องในช่วง 1-2 ปีข้างหน้า

เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถทำแผนพัฒนาได้ครอบคลุมประเด็นสำคัญทั้งหมด นอกเหนือจากการใช้ scoring guideline ประเมินเพื่อยกระดับ maturity ของระบบงานหรือการขยายผลในองค์กรตามแบบฟอร์มเดิมแล้ว โรงพยาบาลจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพโดยพิจารณาโอกาสพัฒนาต่อไปนี้ร่วมด้วย

- (1) ตามโจทย์/ความเสี่ยง/ปัญหาที่ยังเหลืออยู่
- (2) ตามกลยุทธ์เพื่อความสำเร็จขององค์กรในอนาคต
- (3) ตามผลการทำ rapid assessment และเสียงสะท้อนของผู้เกี่ยวข้อง
- (4) ตามผลการใช้เครื่องมือประเมินระบบงานและเครื่องมือประเมินองค์กรต่างๆ ที่โรงพยาบาลเห็นว่าเหมาะสม

การสรุปผลงานคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

มีแนวคิดที่ควรนำมาพิจารณาดังนี้

(1) แต่ละ CLT/PCT ควรวิเคราะห์โรคสำคัญที่ทีมให้การดูแลอยู่โดยพิจารณาจาก high risk, high cost, high volume, new knowledge & technology, complexity of care

(2) ในแต่ละโรคสำคัญ ควรมีการกำหนดและติดตามตัวชี้วัดสำคัญโดยพิจารณาจากมิติคุณภาพต่างๆ เช่น people-centered, safety, appropriateness, effectiveness, efficiency, continuity

(3) ใช้ 3P หรือ PDSA ในการนำเสนอข้อมูลสำคัญที่แสดงให้เห็นคุณภาพและความพยายามในการพัฒนาคุณภาพในโรคนั้น ได้แก่ purpose, process design, process deployment, performance measurement, performance improvement (ทั้งที่ผ่านมาและแผนที่จะทำในอนาคต)

(4) พยายามใช้แผนภูมิ ตาราง กราฟ ในการสรุปข้อมูลนำเสนอให้มากที่สุด

การจัดทำแฟ้มสะสมผลงานเพื่อช่วยเขียน SAR

เพื่อให้มีข้อมูลสำหรับการเขียน SAR ได้ครอบคลุมอย่างกว้างขวาง ที่มงานในทุกระดับ ทั้งหน่วยงาน ระบบงาน ทีมดูแลผู้ป่วย และทีมเฉพาะกิจต่างๆ ควรจัดทำแฟ้มสะสมผลงานไว้ตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

การจัดทำแฟ้มสะสมผลงาน ไม่จำเป็นต้องรอให้กิจกรรมเสร็จสิ้น แต่สามารถตั้งโครงตั้งแต่เริ่มต้นทำงานได้ แล้วค่อยๆ เติมให้สมบูรณ์เมื่อผลงานปรากฏออกมาหรือเกิดบทเรียนขึ้น

รูปแบบการจัดทำที่ง่ายที่สุดคือการสรุปข้อมูลเป็นแผนภูมิ เป็นใจความสั้นๆ เป็นตาราง เป็นกราฟ ใส่ใน PowerPoint

ควรมีการ update ข้อมูลอย่างสม่ำเสมอทุกครั้งที่มีการสรุปผลงานแต่ละเรื่องอย่างน้อยปีละครั้งถือโอกาสวิเคราะห์และเรียนรู้จากข้อมูลที่ใช้ติดตาม

ข้อมูลในแต่ละโครงการ หรือกิจกรรม หรือมาตรฐาน ควรครอบคลุม 3P อันได้แก่ ที่มาของปัญหาและเป้าหมายการปรับปรุง กระบวนการที่เกิดขึ้นและผลลัพธ์ที่เปลี่ยนแปลงไป



เข้าใจตนเองแท้ ทำอย่างเรียบง่าย



เข้าใจกองแก้ ทำอย่างเรียบง่าย

3.0 แนวคิด

การทำคุณภาพที่สามารถทำได้อย่างต่อเนื่อง ควรใช้หลัก “ง่าย มัน ดี มีสุข”

การจะทำเช่นนั้นได้ต้องเกิดจากความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง มองเห็นทางเลือกต่างๆ ที่หลากหลาย และเป็นตัวของตัวเองในการเลือกทางเลือกที่เหมาะสมตามศักยภาพของตน

คำถามคำตอบในตอนที 3 นี้มีจุดประสงค์ที่จะทำความเข้าใจในความหมายของถ้อยคำและแนวคิดบางอย่างที่อาจจะสับสน พร้อมกับการชี้แนะแนวทางที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ง่าย ซึ่งจะเป็นจุดเริ่มต้นของการทำความเข้าใจ และสามารถพัฒนาให้ลึกซึ้งหรือซับซ้อนมากขึ้นได้ในอนาคต

คำถามเหล่านี้ได้มาจากนักปฏิบัติในพื้นที่ตัวจริง ส่งผ่านช่องทางต่างๆ มาที่ สรพ. จึงเป็นการสะท้อนถึงปัญหาของการปฏิบัติที่ผู้คนส่วนหนึ่งเผชิญอยู่

หวังว่าคำตอบเบื้องต้นเหล่านี้จะช่วยให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพได้ง่ายขึ้น ได้ผลมากขึ้น ใช้เวลาและทรัพยากรต่างๆ น้อยลง

3.1 การขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ

Q: อะไรคือหัวใจสำคัญของการทำ HA?

A: หัวใจสำคัญของการทำ HA

- (1) **ปรัชญาสำคัญ** คือ HA เป็นกระบวนการเรียนรู้ มิใช่การตรวจสอบ เรียนรู้จากการประเมินและพัฒนาตนเอง ร่วมกับการเยี่ยมโดย external peer
- (2) **เป้าหมายสำคัญ** ของ HA คือ คุณภาพและความปลอดภัยที่ผู้ป่วยจะได้รับ การประเมินและรับรองเป็นเพียงการตรวจสอบความพร้อมในการรับมือกับสถานการณ์ต่างๆ
- (3) **มาตรฐาน HA** เป็นกฎกติการ่วม เป็นกรอบชี้้นำการพัฒนา ในการนำมาตรฐานไปปฏิบัติ ควรใช้หลัก 3C-PDSA คือ รู้หลัก รู้โจทย์ รู้เกณฑ์ เป้าหมายชัด วัดผลได้ หมุนการพัฒนาต่อเนื่องเพื่อสร้างคุณค่าให้ผู้ป่วยผลงาน
- (4) HA ควรนำไปสู่องค์กรในฝันต่อไปนี้ องค์กรแห่งการเรียนรู้ องค์กรที่มีชีวิต องค์กรที่น่าไว้วางใจ องค์กรที่มีผลงานสูง
- (5) **ผู้ได้รับประโยชน์** จากกระบวนการพัฒนา ควรมีทั้ง ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ คนทำงาน องค์กร หน่วยงาน/องค์กรที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ และสังคมโดยรวม
- (6) HA มุ่งเน้นการพัฒนากระบวนการเพื่อผลลัพธ์ที่ต้องการ มิได้เน้นเฉพาะกระบวนการหรือผลลัพธ์เพียงส่วนใดส่วนหนึ่ง
- (7) HA ทำให้มีการเติบโตขึ้นทั้งระบบงานและคนทำงาน กระบวนการพัฒนาควรทำให้เกิดความรู้สึกร่าๆ มัน ดี มีสุข
- (8) HA คือการประสานแนวคิดและเครื่องมือการพัฒนาทุกรูปแบบ โดยนำมาใช้เกื้อหนุนกัน เช่น KM, R2R, Lean, design thinking
- (9) การพัฒนาคุณภาพบริการคือการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เป็นต้นแบบ สำหรับการเรียนรู้และฝึกอบรมผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพในอนาคต

Q: ทำอย่างไรให้ทุกคนในรพ.มองการพัฒนาคุณภาพเป็นเรื่องไม่ยากเกินความสามารถของทุกคนทุกระดับ?

A: แนวทางทำให้คุณภาพเป็นเรื่องไม่ยากเกินความสามารถ

- (1) เตรียมใจทีมงานให้เต็มร้อย ชวนที่ทีมงานมาคุยกันว่าอะไรที่เป็นเรื่องสำคัญที่จะช่วยให้คนทำงานทำงานได้อย่างสนุกและได้ผล ผู้บริหารช่วยขจัดข้อติดขัดเหล่านั้นให้ได้มากที่สุด
- (2) ชวนกันขจัดความสูญเปล่าและความซ้ำซ้อนในระบบงานที่มีอยู่ใช้ความคิดสร้างสรรค์เพื่อให้ทำงานได้ง่ายขึ้น
- (3) ชวนกันฝึกใช้ 3P ในการทบทวนความสำเร็จของงานประจำแต่ละชั้นตอน
- (4) ชวนกันรับฟังและตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงานภายในสร้างช่องทางเพื่อให้มีการรับฟังเสียงสะท้อนอย่างต่อเนื่อง
- (5) ชวนกันรับฟังเสียงของผู้ป่วยและจัดทำ patient journey map
- (6) เขียน flow chart ของการทำงาน (ทีละระบบ) แล้วใช้ NEWS วิเคราะห์โอกาสพัฒนา เลือกลองที่น่าทำมาปรับปรุง
- (7) ทำให้การปรับปรุงฝังในงานประจำอย่างยั่งยืนด้วยวิธีที่สร้างสรรค์

Q: ทำอย่างไรให้รพ.ที่เปลี่ยนบุคลากรบ่อย (หัวหน้างานหรือผู้ปฏิบัติ) เข้าถึงและเข้าใจการพัฒนาคุณภาพได้อย่างง่ายและรวดเร็ว?

A: หารู้อย่างยั่งยืนเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงบุคลากรต่อไปนี้

- (1) ทำให้มีเป้าหมายที่ชัดเจนในทุกระดับอย่างเชื่อมโยงกัน (เป้าหมายของหน่วยงาน-เป้าหมายการดูแลผู้ป่วยแต่ละโรค-เป้าหมายของระบบงาน-เป้าหมายองค์กร)
- (2) ติดตามตัวชี้วัดที่น้อยที่สุดที่จะบอกการบรรลุเป้าหมาย นำเสนอในรูปแบบ control chart นำมาแปลความหมายร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ
- (3) สรุปบทเรียนของการพัฒนาและการเรียนรู้จากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ไว้ในลักษณะเรื่องเล่าเพื่อนำมาทบทวนกันเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงบุคลากร
- (4) จัดทำคู่มือคุณภาพที่สั้น กระชับ เข้าใจง่าย เพื่อให้บุคลากรทุกคนใช้ทบทวน

Q: ทีมสำคัญในงานคุณภาพเปลี่ยนบ่อย เช่น ทีม RM, ทีมคุณภาพ หรือ อาจเป็นทีมหน้า ควรทำอะไรให้การพัฒนาได้ต่อเนื่อง?

A: มีสองประเด็นคือการเปลี่ยนทีมคุณภาพ กับการพัฒนาต่อเนื่อง

การธำรงทีมคุณภาพให้ทำงานต่อเนื่อง

- (1) ผู้นำและทีมงานคุณภาพควรทำความเข้าใจในความต้องการและความคาดหวังของกันและกัน เช่น แรงจูงใจ ความก้าวหน้า การสนับสนุน การเปิดเวทีให้แสดงออก
- (2) ทีมงานคุณภาพควรทบทวนบทบาทและวิธีการทำงานที่ก่อให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างทีมงานคุณภาพกับทีมงานอื่นๆ
- (3) ทีมงานคุณภาพควรพัฒนาศักยภาพของหน่วยงานต่างๆ และค่อยๆ ปลดผลงานที่ทีมงานคุณภาพต้องทำเข้าไปอยู่ในงานประจำ
- (4) ทีมงานคุณภาพควรทำงานแบบ aerobic exercise วางแผนล่วงหน้า ให้ไกลๆ และเก็บสะสมผลงานไปเรื่อยๆ

การพัฒนาต่อเนื่อง

- (1) หาหลักที่ยั่งยืนตามคำตอบในข้อที่แล้ว
- (2) มีตัวช่วยในการพัฒนา เช่น เพื่อนช่วยเพื่อน
- (3) มีการติดตามความก้าวหน้าและให้การสนับสนุนอย่างสม่ำเสมอ

Q: ทำอย่างไรให้รพ. ได้ค้นหาคำตอบให้ตัวเองมากกว่าการพยายามตอบคำถามเพื่อตรงใจผู้ประเมิน?

A: ทีมของ รพ. ต้องเข้าใจและเห็นคุณค่าของสิ่งเหล่านี้ด้วยตนเอง

- (1) คุณค่าของการพัฒนามากกว่าการได้รับไปรับรอง
- (2) คุณค่าของความมีอิสระในการตัดสินใจเพื่อตอบโจทย์ของตนเอง
- (3) คุณค่าของการเห็นโอกาสพัฒนาและการได้รับเสียงสะท้อนอย่างตรงไปตรงมา
- (4) คุณค่าของการใช้กระบวนการเยี่ยมสำรวจเพื่อการเรียนรู้

Q: ทำอย่างไรให้รพ.ได้มองการพัฒนาคุณภาพเป็นส่วนหนึ่งของการแก้ปัญหาของ รพ. เช่น วิกฤตทางการเงิน การขาดแคลนบุคลากร?

A: การใช้กระบวนการคุณภาพเพื่อแก้ปัญหาของโรงพยาบาล

- (1) **ทำความเข้าใจ**ว่ากระบวนการคุณภาพ กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ และกระบวนการแก้ปัญหา ล้วนมีพื้นฐานเดียวกัน คือ ระบุปัญหา วิเคราะห์สาเหตุ ค้นหาทางเลือก ทดสอบทางเลือก ขณะที่กระบวนการคุณภาพได้นำเอา soft science และการบริหารจัดการเข้ามาร่วมดำเนินการด้วย
- (2) **ทดลอง**นำกระบวนการคุณภาพไปใช้แก้ปัญหาของ รพ. หมุนวงล้อการทดลองขนาดเล็ก และเรียนรู้จากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
- (3) พยายาม**ใช้ความคิดสร้างสรรค์ให้มาก** ทั้งจากทีมงานภายใน รพ. และจากนอก รพ.

Q: ทำอย่างไรให้รพ.ที่ขาดผู้ประสานงานคุณภาพในอุดมคติ ได้มีช่องทางที่จะทำให้การพัฒนาคุณภาพ?

A: เป็นโอกาสที่จะกระจายความเชี่ยวชาญงานคุณภาพไปสู่ผู้ปฏิบัติงานให้กว้างขวางมากขึ้นด้วยการ

- (1) สนับสนุนให้ทุกคน**เรียนรู้ด้วยตนเอง** ผ่านสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ
- (2) **ทดลอง**นำแนวคิดและเครื่องมือคุณภาพมาปฏิบัติกับงานประจำของตน
- (3) จัดเวที**แลกเปลี่ยนเรียนรู้**เพื่อค้นหาทศรูปที่ใช้การได้ และคนที่มีความศักยภาพ
- (4) **ร่วมมือกัน**พัฒนาในหลายๆ หน่วยงานพร้อมกัน

Q: คนใช้ OPD แต่ละวันมาก ภาระงานมาก ทำอย่างไรให้คนทำงานหน้าด่านสามารถทำงานให้เกิดคุณภาพและมีความสุข?

A: ใช้สภาวะที่เป็นปัญหามาขับเคลื่อนงานคุณภาพ

- (1) **วิเคราะห์**แบบแผนและภาระงานที่ OPD
- (2) ชักชวนผู้เกี่ยวข้องมารวมกันหา**คำตอบเบื้องต้น**ที่เป็น quick win และทดลองปฏิบัติ

- (3) ใช้แนวคิดคุณภาพหรือหลักการกระทั่วไปเพื่อวางแผนแก้ปัญหาต่อเรื่อง เช่น ทำอย่างไรจะลดผู้ป่วยลง ทำอย่างไรจะกระจายผู้ป่วยไปในเวลาอื่น มีโอกาสเพิ่มจุดบริการและช่วงเวลาบริการที่ไหน คอขวดอยู่ตรงไหน จะมีผู้ช่วยมารับงานบางส่วนตรงคอขวดได้อย่างไร
- (4) หาจุดเสี่ยงที่ยังเหลืออยู่และวางแนวทางป้องกัน

Q: เพราะงานเอกสารที่มากขึ้นเป็นเงาตามตัว เราจะทำงานบริการให้มีคุณภาพได้อย่างไร

A: คุณภาพไม่ใช่งานเอกสาร

- (1) ทำความเข้าใจเป้าหมายของงานเอกสารแต่ละประเภท เช่น บันทึกเวชระเบียนเพื่อการสื่อสาร คู่มือปฏิบัติงานเพื่อการปฏิบัติงานที่ถูกต้อง รายงานการประเมินตนเองเพื่อการเรียนรู้ของทีม
- (2) ตั้งคำถามท้าทาย **status quo** เกี่ยวกับงานเอกสาร จะเลิกได้หรือไม่ จะเปลี่ยนวิธีบันทึก/จัดทำได้หรือไม่ จะนำเทคโนโลยีมาช่วยได้อย่างไร
- (3) เรียนรู้คุณค่าจากเอกสารที่ต้องทำและปรับปรุงให้เกิดคุณค่ามากขึ้น

Q: ทำอย่างไรให้คนมอง “งานคุณภาพ” เป็นภาพบวก มากกว่า “การเพิ่มภาระ”?

A: เป็นทิศทางที่ถูกต้องในการทำให้มองว่างานคุณภาพเป็นภาพบวกมากกว่าการเพิ่มภาระ

ไม่เพิ่มภาระ:

- (1) อย่านเน้นการทำเอกสารส่ง ให้ชวนกันขีดเขียนแผนภูมิ ความคิด เพื่อทำความเข้าใจงานที่ทำ
- (2) ชวนกันลดงานประจำที่ไม่จำเป็นด้วยแนวคิด Lean และความคิดสร้างสรรค์
- (3) ใช้การปรึกษาหารือผ่านช่องทางการสื่อสารที่ไม่จำเป็นต้องเป็นการประชุม
- (4) ชวนกันช่วยกันลดภาระของเพื่อนที่รับงานต่อจากกันด้วยการส่งงานที่มีคุณภาพให้ สื่อสารทำความเข้าใจความต้องการของกันและกันอย่าง

- (5) กระจายงานให้สมาชิกมีส่วนร่วมมากขึ้น มิให้เป็นภาระของคนใดคนหนึ่ง โดยพิจารณาเนื้องานให้เหมาะสม มีกลไกช่วยเหลือ ติดตาม และ ประสานงาน

ทำให้คุณภาพเป็นภาพบวก:

- (1) ก่อนลงมือทำอะไร ให้ตีประเด็นให้แจ่มชัดว่าทำเพื่ออะไร จะได้ประโยชน์อะไร
- (2) มุ่งทำให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ทีมงาน และองค์กร อย่างสมดุล
- (3) ทบทวนเปรียบเทียบกับอดีตที่ผ่านมาว่ากระบวนการคุณภาพทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอะไรบ้าง อะไรที่น่าพอใจ อะไรที่อยากปรับเปลี่ยนวิธีทำงาน
- (4) รับฟังและได้ยินเสียงของทุกฝ่าย โดยไม่เอากรอบใดกรอบหนึ่งไปครอบ เปิดพื้นที่อิสระให้ผู้ที่มีความคิดได้ทดลองความคิดของตน
- (5) ชักชวนกันใช้แนวคิดคุณภาพกับงานประจำ ทำงานประจำให้ง่าย มัน ดี มีสุข

Q: การทำงานHAอย่างเรียบง่ายในขณะที่มีภาระงานมาก จะทำอย่างไร?

A: มุ่งเน้นการทำงานประจำให้มีคุณภาพอย่างเรียบง่าย โดย

- (1) ค้นหาตัวอย่างความเรียบง่ายในที่ทำงาน เพื่อเข้าใจหลักการของความเรียบง่าย
- (2) ค้นหาโอกาสสร้างความเรียบง่ายในงานประจำ (เช่น ตั้งคำถามว่าทำไมต้องทำอย่างนี้ ทำวิธีอื่นได้ไหม ควบคุมขั้นตอนได้ไหม ฯลฯ) แล้วทดลองปรับเปลี่ยนสู่ความเรียบง่าย
- (3) ใช้หลักง่ายๆ ในการทำคุณภาพ เช่น 3P
- (4) ใช้หลัก priority-purpose-performance คือ กำหนดประเด็นสำคัญที่จะต้องทำให้ชัดเจน กำหนดเป้าหมายให้ชัดเจน กำหนดวิธีการประเมินความสำเร็จให้ชัดเจน มีผู้ที่จะคอยตอบคำถามตามข้อสงสัยได้อย่างเหมาะสมและรวดเร็ว

Q: ถูกเลือกให้เป็นหัวหน้าในทีมระบบคุณภาพ ควรเตรียมอะไรบ้าง?

- A: หัวหน้าทีมในระบบคุณภาพอาจจะเป็นทีมคร่อมสายงานที่รับผิดชอบระบบงานสำคัญหรือทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วย (Patient Care Team) ควรเตรียมตัวดังนี้
- (1) **รู้หน้าที่** ทำความเข้าใจกับหน้าที่ที่ถูกกำหนดและได้รับความคาดหวัง ทำความเข้าใจเป้าหมายของระบบหรือกลุ่มผู้ป่วยให้ชัดเจนเพื่อให้สามารถใช้ค่านิยม **focus on result** ได้อย่างเหมาะสม
 - (2) **รู้จักทีมงาน** รู้ว่าใครมีประสบการณ์และมีความถนัดเรื่องอะไรบ้าง มี **passion** ที่จะทำอะไร
 - (3) **รู้จักภัยของทีม** อะไรคือประเด็นคุณภาพสำคัญที่รักษาไว้ให้ได้ อะไรคือความเสี่ยงสำคัญที่ต้องป้องกัน อะไรคือปัญหาหรือความท้าทายสำคัญที่ต้องปรับปรุงแก้ไข
 - (4) **รู้จักเครื่องมือและกระบวนการแก้ปัญหา** (ระบุปัญหา วิเคราะห์สาเหตุ คิดหาทางเลือก ทดสอบทางเลือก ผังเข้าในระบบงาน)
 - (5) **รู้จักวิทยา แนวคิดและเครื่องมือ**ในการทำงานกับผู้คน เช่น เครื่องมือในการทำงานเป็นทีม เครื่องมือวิเคราะห์ข้อมูล วิธีการสื่อสาร
 - (6) **เคารพและพร้อมที่จะเรียนรู้จากผู้อื่น**โดยไม่เอาความคิดของตนเองเป็นใหญ่

Q: อยากพัฒนางานคุณภาพในระดับที่สูงขึ้น เช่น AHA, DSC ต้องมีคุณสมบัติอะไรบ้าง?

- A: รพ.ที่จะขอการรับรองในระดับที่สูงขึ้น ควรมีคุณสมบัติดังนี้
- (1) มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (หลายวงรอบ) ในระบบงานและการดูแลผู้ป่วยต่างๆ
 - (2) สามารถแสดงให้เห็นแนวโน้มของผลลัพธ์ย้อนหลังในระยะเวลาที่เหมาะสม (มากกว่า 3 ปี)
 - (3) สามารถแสดงให้เห็นการใช้และได้ประโยชน์จาก **HA core values & concepts** และการใช้ข้อกำหนดของ **process management** (มาตรฐาน I-6 หรือ 3C-PDSA)
 - (4) มีนวัตกรรมและกระบวนการที่เป็น **role model** ได้จำนวนหนึ่ง

Q: หัวหน้าไม่พาทำ เราควรทำอย่างไร?

A: ในฐานะสมาชิกของหน่วยงาน ถ้าหัวหน้าไม่พาทำ เราอาจทำในเรื่องต่อไปนี้ได้

- (1) ทำในสิ่งที่หัวหน้าต้องการให้สำเร็จ
- (2) ใช้แนวคิดคุณภาพเข้าไปในงานที่หัวหน้าต้องการให้ทำ
- (3) ใช้ 3P กับงานประจำของตนเอง
- (4) พูดคุยกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงานวันละคน ว่าอะไรคือสิ่งที่เราทำได้ดี อะไรที่เราควรปรับปรุง ปรับปรุงในส่วนที่เราทำเองได้ สรุปเสนอหัวหน้าเมื่อมีโอกาส
- (5) เมื่อมีโอกาสรับผลงานจากหน่วยงานอื่น ให้บันทึกสิ่งๆ ที่ช่วยให้เราทำงานได้ง่าย และสิ่งๆ ที่ต้องการให้หน่วยงานผู้ส่งมอบปรับปรุง สรุปเสนอให้หัวหน้ารับทราบเมื่อมีโอกาส
- (6) เมื่อเรามีโอกาสส่งต่องานของเราให้หน่วยงานอื่น ให้พยายามหาโอกาสรับฟังเสียงสะท้อนในทำนองเดียวกัน อะไรที่เราช่วยให้หน่วยงานอื่นทำงานได้ง่าย อะไรที่หน่วยงานอื่นต้องการให้เราปรับปรุง สรุปเสนอให้หัวหน้ารับทราบเมื่อมีโอกาส
- (7) เขียน flow การทำงานของทีมงานในหน่วย (อาจจะเป็นกระบวนการย่อยซึ่งมีหลายกระบวนการก็ได้) วิเคราะห์ความเสี่ยงในแต่ละขั้นตอน ทบทวนว่าเรามีมาตรการป้องกันความเสี่ยงดีพอหรือยัง ชวนกันคิดหาวิธีการปรับปรุงให้รัดกุมยิ่งขึ้น
- (8) ชวนกันเอาตัวชี้วัดที่หน่วยงานเก็บรวบรวมไว้มาวิเคราะห์ ค้นหาความหมาย

Q: เทคนิคการนำพยาบาลรุ่นใหม่รับรู้และเข้าใจมาตรฐาน HA

A: การทำความเข้าใจกับมาตรฐาน HA

- (1) ทำให้สมาชิกใหม่รู้จักหน้าที่ของตนที่สอดคล้องกับหน้าที่และเป้าหมายในหน่วยงานที่ตนปฏิบัติงานอยู่
- (2) ทำให้สมาชิกใหม่รู้เจตย์ที่ตนต้องเผชิญ ประเด็นคุณภาพและความเสี่ยงที่สำคัญ ลักษณะของผู้ป่วยและปัญหาสุขภาพหรือความต้องการของผู้ป่วยที่ต้องตอบสนอง

- (3) เรียนรู้การพัฒนาคุณภาพที่หน่วยงานได้กระทำมา รวมทั้งกรณีปฏิบัติการณ์ทั้งหลายที่เป็นบทเรียน
- (4) เรียนรู้การประสานงานร่วมกับหน่วยงานอื่นที่จำเป็น
- (5) เรียนรู้สิ่งที่จะต้องปฏิบัติตามนโยบายและแนวทางปฏิบัติที่ระบบงานสำคัญต่างๆ กำหนดไว้
- (6) เรียนรู้ 3P ของโรคสำคัญที่หน่วยงานให้การดูแล
- (7) ใช้เอกสาร สรพ. เรื่อง “เรียนรู้มาตรฐานตอนที่ III จาก 2P experience”
- (8) ใช้เอกสาร สรพ. เรื่อง “ประยุกต์ใช้มาตรฐานตอนที่ I ในระดับหน่วยงาน”

Q: มีแนวทางอย่างไรให้จันท.มีการดำเนินงาน HA อย่างสม่ำเสมอ?

A: หาคำตอบจากทุกคำถามที่กล่าวมาแล้วข้างต้น

Q: เครื่องมือคุณภาพคืออะไร เอาไปใช้แล้วจะเกิดประโยชน์อย่างไร?

A: เครื่องมือคุณภาพคือตัวช่วยในการพัฒนาคุณภาพ ตัวช่วยนี้อาจจะเป็นชาร์ท เทคนิค ขั้นตอน รูปแบบ กลยุทธ์ หรือ software ก็ได้ เครื่องมือเหล่านี้จะช่วยในการทำงานเป็นทีม การระบุสาเหตุ การทำความเข้าใจกระบวนการ การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล การระดมความคิด การวางแผนและป้องกันปัญหา การออกแบบ การตัดสินใจ การกำกับโครงการ เครื่องมือเหล่านี้อาจจะมาจากหลายสาขาวิชา เช่น จิตวิทยาองค์กร การบริหาร สถิติ การใช้กราฟฟิก

เครื่องมือคุณภาพมีจำนวนมาก ผู้ใช้ควรศึกษาและเลือกใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ ซึ่งหนึ่งสถานการณ์อาจมีเครื่องมือคุณภาพเพื่อใช้สำหรับเป้าหมายเดียวกันหลายเครื่องมือ ประสบการณ์การทดลองใช้เครื่องมือที่หลากหลายจะช่วยให้เลือกใช้ได้เหมาะสมยิ่งขึ้น

การใช้เครื่องมือคุณภาพที่เหมาะสมทำให้เกิดประโยชน์ต่อไปนี้

- (1) มีการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (2) มองสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างรอบด้านมากขึ้น (3) ทำให้เกิดการคิดอย่างเป็นระบบ (4) ช่วยกระตุ้นความคิดสร้างสรรค์ (5) ทำให้ตัดสินใจได้เหมาะสมโดยเป็นเสียงของทุกคนในทีม (6) ช่วยในการเก็บข้อมูลที่มีความหมายและเชื่อถือได้ (7) มีแนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอข้อมูลที่ง่ายต่อการทำความเข้าใจ (8) ทำให้มีการติดตามเห็นสถานการณ์ที่เป็นจริง

Q: เครื่องมือคุณภาพได้แก่อะไรบ้าง?

A: เครื่องมือคุณภาพมีจำนวนมาก อาจจัดกลุ่มได้เป็น (1) เครื่องมือสำหรับการทำงานเป็นทีม (2) เครื่องมือสำหรับการบริหารโครงการ (3) เครื่องมือสำหรับการระบุและวิเคราะห์ปัญหา (4) เครื่องมือเพื่อการมีส่วนร่วมของผู้รับผลงานและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (5) เครื่องมือเพื่อทำความเข้าใจกระบวนการ (6) เครื่องมือเพื่อวัดผล (7) เครื่องมือเพื่อจัดการกับอุปสงค์และศักยภาพ (8) เครื่องมือเพื่อการคิดอย่างสร้างสรรค์ (9) เครื่องมือเกี่ยวกับมิติความเป็นมนุษย์กับการเปลี่ยนแปลง ท่านที่สนใจอาจศึกษาได้จาก internet เช่น

<http://asq.org/learn-about-quality/quality-tools.html>

<http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/Quality-Improvement-Essentials-Toolkit.aspx>

<http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/default.aspx>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2682/>

<https://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/index.html>

<http://www.miltonkeynesccg.nhs.uk/resources/uploads/files/NHS%20III%20Handbook%20serviceimprove.pdf>

Q: เราจะเลือกเครื่องมือคุณภาพมาใช้อย่างไรถึงจะเหมาะสม?

A: การเลือกเครื่องมือมาใช้ให้เหมาะสม มีแนวทางดังนี้ (1) ศึกษาให้เข้าใจแนวคิดของเครื่องมือคุณภาพต่างๆ ให้มากที่สุด (2) เลือกเครื่องมือที่ไม่ยุ่งยากเกินไปมาทดลองใช้เพื่อการเรียนรู้ (3) เปรียบเทียบผลที่ได้รับจากเครื่องมือต่างๆ ที่สามารถใช้ในขั้นตอนเดียวกันของการพัฒนา ทดลองดูว่าถ้าเลือกใช้อันใดอันหนึ่งจะได้ผลอย่างไร ถ้าใช้ผสมผสานกันจะได้ผลอย่างไร (4) การเลือกใช้กับงานจริง เป็นการเลือกใช้อย่างเป็นธรรมชาติ ถ้าเราฝึกปรือจนชำนาญกับเครื่องมือต่างๆ แล้ว เมื่อถึงเวลาจะนึกถึงเครื่องมือคุณภาพที่จะใช้ประโยชน์ในขั้นตอนนั้นได้ ถ้ามีเครื่องมือหลายตัวให้เลือกรก็พิจารณาถึงการลงทุนลงแรงเทียบกับผลที่จะได้รับ

Q: ทำอย่างไรให้ผู้บริหาร รพ.ตระหนัก เห็นความสำคัญ สนับสนุน ชี้นำ การพัฒนาคุณภาพ?

A: การสร้างความตระหนักในกลุ่มผู้บริหาร

- (1) สร้างความมั่นใจและไว้วางใจว่าทีมงานยินดีตอบสนองนโยบายของผู้บริหาร ด้วยวิธีการทำงานที่ได้ผล และแสดงผลงานให้ปรากฏ
- (2) ตระหนักว่าผู้บริหารในด้านหนึ่งคือตัวแทนของผู้ปฏิบัติงาน ต้องทำให้งานคุณภาพเป็นเรื่องง่าย ไม่ซับซ้อน เข้าใจได้ง่าย เกิดประโยชน์ชัดเจน เพื่อให้ทีมงานส่วนใหญ่ของโรงพยาบาลไม่เกิดความรู้สึกเชิงลบกับเรื่องคุณภาพ
- (3) ทำให้งานคุณภาพเป็นส่วนหนึ่งของการตอบโจทย์ขององค์กร ทั้งในด้านแผนยุทธศาสตร์ การบริหารความเสี่ยง ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ความมั่นคงทางการเงิน ฯลฯ
- (4) ใช้กรณีศึกษาทั้งภายนอกและภายในเพื่อชี้ให้เห็นสิ่งที่คุกคามต่อองค์กรเนื่องจากความด้อยคุณภาพ
- (5) วางระบบการสื่อสารกับผู้บริหารที่มีความคงเส้นคงวา ครอบคลุมทุกระบบ รายงานทั้งความสำเร็จและปัญหาอุปสรรคที่ต้องการการสนับสนุน ระบุให้ชัดเจนถึงสิ่งที่ต้องการและทางเลือกที่เป็นไปได้
- (6) ขวนผู้บริหารทำ Leadership Positive Walkround อย่างสม่ำเสมอ เพื่อรับรู้ปัญหา แก้ปัญหา และให้กำลังใจคนหน้างาน ด้วยการสื่อสารเชิงบวก

Q: ทำอย่างไรให้แพทย์ตระหนัก เห็นความสำคัญ เป็นผู้นำ มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ/การทบทวนทางคลินิก/การทำ RCA?

A: การทำงานร่วมกับแพทย์

- (1) เข้าใจวิธีคิด ข้อจำกัด และภาระงานของแพทย์
- (2) ปฏิบัติต่อแพทย์ด้วยแนวคิดผู้รับผลงานภายใน คือรับทราบความต้องการและตอบสนอง
- (3) ยึดประโยชน์ของผู้ป่วยที่แพทย์ให้การดูแลเป็นเป้าหมายสำคัญ และสื่อสารประเด็นนี้ให้แพทย์รับทราบ
- (4) สร้างช่องทางรับทราบความคิดของแพทย์ที่ยืดหยุ่นและเหมาะสมกับแพทย์แต่ละท่าน โดยยึดหลักว่าเวลาที่แพทย์ต้องใช้ในการดูแลผู้ป่วย

มีความสำคัญสูง ขณะเดียวกันความเห็นของแพทย์มีส่วนต่อคุณภาพของผู้ป่วยอีกจำนวนมากในอนาคต

- (5) ในแต่ละกิจกรรมที่ชวนแพทย์ร่วมคิดร่วมทำ ขอให้เป้าหมายที่ชัดเจนให้แพทย์มีอิสระในการคิดและวิธีการที่จะใช้ อย่าติดกรอบหรือติดเครื่องมือโดยอธิบายเหตุผลไม่ได้
- (6) ปรับการใช้ถ้อยคำที่ไม่นำไปสู่การพัฒนา เช่น จากบทสรุปว่า unpreventable death มาสู่การร่วมกันคิดว่ามีกระบวนการใด ขั้นตอนใดที่เราสามารถปรับปรุงให้ดีกว่าที่เป็นอยู่ได้ เพื่อให้ผู้ป่วยรายต่อไปได้รับการดูแลที่ดีขึ้น
- (7) รับฟังคำพูดที่ไม่ถูกหู ข้อวิพากษ์ต่อวิธีการทำงาน นำมาใคร่ครวญและทดลองปฏิบัติ

Q: ทำอย่างไรให้มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/นำลงสู่งานประจำ?

A: การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

- (1) ทำให้ทีมงานมีความสุขกับการทำงาน
- (2) แก้ปัญหาสิ่งที่เป็นภาระหรือสิ่งที่ค้างคาใจคนทำงานให้ได้ในระดับหนึ่ง
- (3) ส่งเสริมให้ทีมงานหาโอกาสพัฒนาและนำมาจัดลำดับความสำคัญ เช่น การใช้ Patient Journey Map ค้นหาความต้องการของผู้ป่วย การทบทวนความรู้ทางวิชาการ การค้นหาความสูญเปล่า การค้นหาความเสี่ยง การประเมินสถานการณ์อย่างกระชับฉับไว (rapid assessment)
- (4) ส่งเสริมให้ใช้วิธีการที่เรียบง่ายในการพัฒนา การพัฒนาที่สามารถเริ่มต้นได้ภายในสัปดาห์นี้ สะสมผลงานคุณภาพขนาดเล็ก (small q) โดยไม่ต้องรอโอกาสพัฒนาคุณภาพที่เป็นโครงการใหญ่ (big Q)
- (5) ไม่คาดหวังความสมบูรณ์แบบ (perfection) ในการพัฒนา
- (6) มีหน่วยงาน ทีมงาน หรือบุคคลที่เป็นตัวช่วยเมื่อเกิดการติดขัดในการพัฒนา
- (7) มีระบบในการกระตุ้น สร้างแรงบันดาลใจอย่างต่อเนื่อง
- (8) พัฒนาเพื่อคนทำงาน เพื่อผู้ป่วย และเพื่อหน่วยงาน/องค์กร มิใช่พัฒนาเพื่อตัวชีวิต หรือเพื่อการประเมิน

Q: ทำอย่างไรให้มีการนำมาตรฐานและเครื่องมือต่าง ๆ ของ สรพ.มาใช้ เป็นแนวทาง/หาโอกาสพัฒนา?

A: การใช้มาตรฐานและเครื่องมือคุณภาพ

- (1) เน้นคุณภาพและความปลอดภัยที่ผู้ป่วยจะได้รับให้มากกว่าการได้รับการรับรอง
- (2) ทำความเข้าใจเป้าหมายของมาตรฐานและเครื่องมือให้ชัดเจน เพื่อการ ใช้ที่ไม่ติดกรอบ
- (3) ใช้มาตรฐานและเครื่องมือคุณภาพที่ สรพ.แนะนำร่วมกับมาตรฐานและ เครื่องมือคุณภาพอื่นๆ ตามความเหมาะสม
- (4) นำโอกาสพัฒนาที่ได้จากกระบวนการต่างๆ มารวบรวมอย่างเป็นระบบ จัดลำดับความสำคัญ และจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อการพัฒนา
- (5) ในการใช้มาตรฐาน HA ให้ใช้แนวคิด 3C-PDSA คือ รู้หลัก รู้โจทย์ รู้เกณฑ์ ตั้งเป้า ออกแบบ สื่อสาร ปฏิบัติ ติดตาม ปรับปรุง

3.2 มาตรฐาน HA ตอนที่ I

I-1 การชี้เป้าองค์กร

พันธกิจ (mission) คือเหตุผลในการมีอยู่ขององค์กร ซึ่งควรแสดงให้เห็นคุณค่าต่อผู้รับผลงานและสังคม มิใช่เพื่อตนเอง เป็นการระบุหน้าที่และเป้าหมายขององค์กร

วิสัยทัศน์ (vision) คือภาพอนาคตที่องค์กรต้องการจะเป็นหรือต้องการให้ผู้อื่นรับรู้ ควรสั้น จับใจ สร้างแรงบันดาลใจ ทุกคนในองค์กรควรตอบได้ว่าตนมีบทบาทอะไรเพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์นั้น ยิ่งทำให้วิสัยทัศน์ตีความได้กว้างขวางยิ่งทำให้เป็นองค์กรที่สร้างสรรค์

ค่านิยม (values) คือแนวคิดหรือหลักการที่ต้องการให้สมาชิกขององค์กรทั้งหมดใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจหรือกำกับพฤติกรรมร่วมกัน ควร มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมในสิ่งที่ควรทำ (Do) และสิ่งที่ไม่ควรทำ (Don't) ในแต่ละกลุ่มของบุคลากร และควรนำผลงานที่ประสบความสำเร็จมา ทบทวนว่าทีมงานได้ใช้ค่านิยมอะไรในการทำงาน

สมรรถนะหลักขององค์กร (organizational core competency) คือ ความสามารถสำคัญขององค์กรที่จะทำให้องค์กรประสบความสำเร็จตามพันธกิจ

Q: วิสัยทัศน์ต้องวัดได้หรือไม่?

A: การทำให้สามารถบอกได้ว่าองค์กรเข้าใจวิสัยทัศน์อาจจะใช้แนวคิด base camp ในการปีนเขา คือเปรียบวิสัยทัศน์เสมือนยอดเขา ส่วน base camp หรือฐานที่พักจากเชิงเขาสูงขึ้นไปเป็นลำดับเป็นการบรรยายภาพที่จะเกิดขึ้นให้เป็นรูปธรรมเมื่อองค์กรขยับเข้าใจวิสัยทัศน์นั้น ซึ่งอาจจะไม่จำเป็นต้องเป็นตัวเลขที่วัดได้เหมือนกับการวัดการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

Q: ทุกคนในองค์กรต้องท่องจำวิสัยทัศน์ได้หรือไม่?

A: การท่องจำโดยไม่เข้าใจความหมายเป็นสิ่งที่ไม่มีประโยชน์ การรู้แต่ไม่ได้ลงมือปฏิบัติก็ไม่มีประโยชน์เช่นกัน ผู้บริหารควรกระตุ้นให้สมาชิกในทุก

หน่วยงานทำความเข้าใจความหมายของวิสัยทัศน์ วัตถุประสงค์ที่เป็นไปได้ และให้ร่วมกันคิดว่าจะมีปฏิบัติอะไร จะมีบทบาทอะไร ทั้งในงานประจำ และงานยุทธศาสตร์

Q: ค่านิยม จำเป็นต้องวัดหรือไม่? หากมีการวัดค่านิยมในผลประเมินบุคลากรได้หรือไม่?

A: ประโยชน์จากค่านิยมคือการนำไปใช้สร้างวัฒนธรรมองค์กร สิ่งที่สำคัญคือการทำให้ทุกคนเข้าใจและนำไปปฏิบัติ ค่านิยมมีลักษณะเป็นนามธรรม แต่สามารถอธิบายด้วยรูปธรรมได้ระดับหนึ่ง

เนื่องจากค่านิยมหลักขององค์กร มักจะถูกนำไปใช้กำหนดเป็นสมรรถนะหลักของบุคลากร (individual core competency) และองค์กรต้องการประเมินสมรรถนะหลักนี้เพื่อส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาสมรรถนะดังกล่าว จึงเป็นเสมือนการประเมินค่านิยมไปโดยปริยาย อย่างไรก็ตามพึงระวังว่าการประเมินนี้อาจจะจำกัดขอบเขตการตีความค่านิยมให้แคบลง และอาจจะไม่สามารถประเมินค่านิยมได้ครบทุกตัวจึงไม่ควรพยายามที่จะวัดค่านิยมโดยตรง

Q: รพ.จะใช้แต่ค่านิยมที่ รพ.กำหนดเอง เพียงพอหรือไม่?

A: ค่านิยมที่ รพ.กำหนด มีคุณค่าเพราะเกิดจากการมีส่วนร่วมของสมาชิกในองค์กร ทำให้สมาชิกรู้สึกมีความเป็นเจ้าของสูง ขณะที่ สรพ.ได้ประมวลค่านิยมที่มีส่วนทำให้องค์กรประสบความสำเร็จโดยอาศัยผลการศึกษาของโปรแกรมรางวัลคุณภาพแห่งชาติ MBNQA/TQA ร่วมกับประสบการณ์ของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

รพ.ควรเชื่อมโยงค่านิยมของ รพ.เข้ากับค่านิยมของ HA และอาจเสริมค่านิยมของ HA ที่ไม่ปรากฏในค่านิยมของ รพ.ในเชิงปฏิบัติ ตัวอย่าง รพ.สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีค่านิยม mastery, originality, people centered, humility สามารถเชื่อมโยงกับค่านิยม HA ดังนี้ mastery กับ “คนทำงาน”, originality กับ “การพัฒนา”, people center กับ “ผู้รับผล”, humility สามารถเชื่อมได้ทั้งกับ “ผู้รับผล” “คนทำงาน” “พาเรี่ยนรู้” ส่วนที่ยังไม่มีคือเรื่องของ “ทิศทางการนำ”

อย่างไรก็ตาม ในเรื่องของ “การพัฒนา” originality จะเข้ากันได้มากที่สุดกับ creativity & innovation ราวก็ควรเพิ่มเติมในเรื่องของ continuous improvement, evidence-based approach, focus on result, และ management by fact ร่วมด้วย

Q: การประเมินความสำเร็จตามค่านิยมควรทำอย่างไร?

A: ในระบบการประเมินของรางวัลคุณภาพแห่งชาติ จะไม่มีการประเมินค่านิยมโดยตรง แต่จะประเมินตามเกณฑ์หรือมาตรฐานซึ่งมีความเป็นรูปธรรมมากกว่า หลังจากประเมินตามเกณฑ์ทั้งหมดแล้ว จะสรุปเป็น key theme หรือสรุปย่อสำหรับผู้บริหาร ซึ่งสามารถสรุปตามค่านิยมได้ด้วยการรวม comment จากเกณฑ์หลายๆ หมวดมาเขียนสรุปตามค่านิยม ซึ่งอาจจะเป็นจุดแข็งหรือโอกาสพัฒนาก็ได้

การประเมินความสำเร็จตามค่านิยมควรประเมินในลักษณะ qualitative คือการเชิญผู้เกี่ยวข้องมาร่วมวงสนทนากลุ่ม ทำความเข้าใจความหมายของค่านิยมแต่ละตัว แล้วให้สมาชิกทบทวนว่าได้นำค่านิยมเหล่านั้นไปใช้ในลักษณะใดบ้าง มีค่านิยมใดที่ถูกใช้มาก ค่านิยมใดที่ไม่ค่อยได้ใช้ การไม่ใช้เป็นการเสียโอกาสหรือไม่ ถ้าเสียโอกาสจะปรับปรุงอย่างไร เป็นต้น

Q: สมรรถนะหลักขององค์กรต่างจากสมรรถนะหลักของบุคลากรอย่างไร?

A: สมรรถนะหลักขององค์กรคือความสามารถสำคัญขององค์กรที่จะทำให้องค์กรประสบความสำเร็จตามพันธกิจ ส่วนสมรรถนะหลักของบุคลากรคือสมรรถนะที่องค์กรต้องการให้สมาชิกทุกคนมี และมักจะเชื่อมโยงกับค่านิยมหลักขององค์กร

สมรรถนะหลักขององค์กรจะต้องมีความสัมพันธ์กับพันธกิจขององค์กร และทรัพยากรที่องค์กรมีอยู่ เช่น คน เทคโนโลยี ความรู้ ทักษะ แรงจูงใจ นวัตกรรม ทรัพย์สินทางปัญญา วัฒนธรรม ชื่อเสียง ความสัมพันธ์

Q: การประเมินผู้นำ/ระบบการนำควรทำอย่างไร?

A: เป้าหมายของการประเมินผู้นำ/ระบบการนำ คือการปรับปรุงวิธีการทำงานของผู้นำและระบบการนำให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ซึ่งอาจทำได้โดย

- (1) กลุ่มผู้นำประเมินกันเองในลักษณะ peer review ทั้งสิ่งที่เป็นด้านบวกและโอกาสพัฒนา
- (2) รับฟังเสียงสะท้อนจากผู้ปฏิบัติงานว่ามองเห็นจุดแข็งและโอกาสพัฒนาในผู้นำของตนอย่างไร
- (3) ประเมินโดยตาม competency dictionary ของผู้นำ
- (4) สัมภาษณ์ความเห็นของผู้ปฏิบัติงานและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เกี่ยวกับระบบการนำ เช่น การชี้แนะ การสื่อสาร การสร้างความผูกพัน การตัดสินใจ การบริหารนโยบายและกลยุทธ์ การจัดโครงสร้าง ความโปร่งใส การสร้างวัฒนธรรมองค์กร

I-2 การบริหารกลยุทธ์

Q: ทำอย่างไรให้พันธกิจและแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาลมีผลในการปฏิบัติต่อไป แม้จะมีการเปลี่ยนแปลงผู้อำนวยการ?

A: ไม่อาจคาดหวังเช่นนั้นได้ ข้อแนะนำคือทำให้แผนกลยุทธ์ของ รพ.ดีที่สุด ตอบโจทย์ให้มากที่สุด

- (1) เขียนพันธกิจให้กระชับ ตรงประเด็น ตอบคำถามว่าองค์กรของเราถูกต้อง มาทำหน้าที่อะไรให้กับสังคมและประชาชน ตัดข้อความที่เป็นเรื่องของการพัฒนา เรื่องการบริหารจัดการ ซึ่งต้องทำอยู่แล้วแม้ไม่เขียนในพันธกิจ
- (2) เขียนแผนกลยุทธ์ให้ตอบโจทย์หน่วยงานต้นสังกัดและประชาชนในพื้นที่อย่างสมดุล
- (3) เขียนแผนกลยุทธ์ให้ครอบคลุมความท้าทายรอบด้าน และสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต
- (4) ทำเป้าหมายระยะสั้นให้ชัดเจน และเป้าหมายระยะยาวให้กว้างและยืดหยุ่นพอที่จะครอบคลุมทิศทางนโยบายในอนาคตของผู้บริหาร

I-4 การวัดและวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน

Q: มีแนวทางในการพิจารณาอย่างไรว่าตัวชี้วัดคุณภาพใดที่ควรคงไว้ ตัวชี้วัดใดที่ควรยกเลิก?

A: การพิจารณาตัวชี้วัดที่จะติดตามต่อเนื่อง

- (1) ตัวชี้วัดที่ต้องติดตามตามแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล และตามข้อกำหนดในมาตรฐาน HA
- (2) ตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยสำคัญของโรงพยาบาลซึ่งควรมีการติดตามต่อเนื่อง
- (3) ตัวชี้วัดเชิงกระบวนการที่มีความสำคัญต่อการพัฒนา หรือสามารถสะท้อนให้เห็นผลของการพัฒนาตามช่วงเวลาต่างๆ
- (4) ตัวชี้วัดตามนโยบายของหน่วยงานต้นสังกัด

ข้อคิดเพื่อให้เกิดประโยชน์และง่ายในการปฏิบัติ

- (1) นำตัวชี้วัดทั้งหมดมาใส่ถึงรวมกันและจัดระบบใหม่ โดยใช้ tree diagram พิจารณความสัมพันธ์และระดับชั้นของตัวชี้วัด
- (2) นำข้อมูลตัวชี้วัดที่เก็บรวบรวมไว้มาวิเคราะห์และตีความหมาย และหาทางใช้ประโยชน์จากผลการตีความหมายนั้น
- (3) ตัวชี้วัดที่เก็บแล้วผลเป็น 0 หรือ 100 อาจพิจารณายกเลิก หรือปรับตัวชี้วัดให้มีความไวในการตรวจจับคุณภาพที่ประณีตมากขึ้น หากจำเป็นต้องเก็บก็วางระบบเก็บเหตุการณ์ที่สามารถนำมาประมวลผลเป็นตัวชี้วัดภายหลังได้
- (4) นำข้อมูลมาสร้าง control chart เรียนรู้การวิเคราะห์และแปลผล
- (5) พยายามเทียบเคียงกับองค์กรที่มีลักษณะใกล้เคียงกันเพื่อกระตุ้นการพัฒนาในส่วนที่ยังเป็นปัญหาเมื่อเทียบกับภาพรวม
- (6) ตัวชี้วัดเพื่อการพัฒนา เมื่อพัฒนาจนระบบเข้าที่แล้ว ควรเลิกตัวชี้วัดสำหรับ monitor กระบวนการที่มั่นใจว่าจะมีการปฏิบัติตามขั้นตอนที่ออกแบบไว้โดยไม่จำเป็นต้องมีตัวชี้วัดกำกับ

**Q: การกำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสมกับการทำงานต้องแค่ไหน? ในสภาวะที่
ตอนนี้หลายหน่วยงานต่างก็ขอตัวชี้วัดเข้ามา ทำให้มีจำนวนตัวชี้วัด
เยอะไปหมด แต่ไม่ได้ใช้ทั้งหมด**

- A: การติดตามตัวชี้วัดที่ดีคือการติดตามตัวชี้วัดเพื่อใช้ประโยชน์ในการพัฒนา
- (1) เมื่อหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่ต้องเก็บตัวชี้วัดส่งหน่วยงานภายนอก ก็ควรใช้ประโยชน์ด้วยการนำข้อมูลที่เก็บมาวิเคราะห์ ตีความหมาย และเรียนรู้
 - (2) การกำหนดตัวชี้วัดควรเริ่มจากเป้าหมาย วิเคราะห์แนวคิดหรือมิติ คุณภาพที่เกี่ยวข้องกับเป้าหมาย ระบุตัวชี้วัดที่เป็นไปได้ แล้วเลือกตัวชี้วัดที่จะติดตามโดยพิจารณาสมดุลระหว่างการลงทุนกับประโยชน์ที่จะได้รับ
 - (3) การลดภาระในการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดอาจทำได้โดย การใช้ sample แทนการเก็บ 100%, การออกแบบบันทึกเหตุการณ์ที่ทำให้ง่ายในการสรุปผลตัวชี้วัด

**Q: มีความกังวลใจกับ criteria สำหรับ รพ.ที่ต่ออายุการรับรองหลาย ๆ ครั้ง
ว่าต้องมีการ benchmark แต่หาข้อมูลเทียบเคียงไม่ได้ (THIP ตอบสนอง
ได้ แต่ไม่ครอบคลุมสำหรับ tertiary care)?**

- A: จุดเน้นของการต่ออายุการรับรอง คือการเพิ่ม maturity ของระบบคุณภาพของโรงพยาบาล ซึ่งจะเกิดจากการประเมินและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง หมุนวงล้อการพัฒนาหลายๆ รอบ ทำให้เห็นแนวโน้มของตัวชี้วัดต่างๆ ในทิศทางที่ดีขึ้น ควบคู่ไปกับการสร้างนวัตกรรม การบูรณาการ และการใช้ค่านิยม HA ให้เกิดเป็นวัฒนธรรมในองค์กร การใช้ข้อมูลเทียบเคียงเป็นเพียงหนึ่งในเกณฑ์หลายๆ ข้อ และทำเท่าที่สามารถทำได้ ขณะนี้กำลังมีการปรับปรุงชุดของตัววัดเฉพาะสำหรับโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิเพื่อตอบสนองความต้องการด้านนี้

I-5 กำลั๊งคูล

Q: การกระตุ้นพลังในการทำงานให้มีสุขและเกิดคุณภาพในสถานการณ์ปัจจุบันที่ภาระงานเยอะ คนทำงานอ่อนล้าและเริ่มหมดใจ ควรทำอย่างไร?

A: การรักษากำลังในการทำงาน

- (1) ทำความเข้าใจว่าความรักตัวเอง คือการรักษาสภาพจิตใจให้เข้มแข็ง มั่นคง ไม่ถูกกระทบโดยสิ่งแวดล้อมหรือบุคคลอื่น
- (2) ทบทวนถึงช่วงเวลาของการทำงานที่มีความสุข มีจิตชื่น จิตใหญ่ ดูว่าเกิดขึ้นจากอะไร และจะทำให้เกิดซ้ำๆ ขึ้นอีกได้อย่างไร
- (3) ทบทวนภาวะสองขั้วในตนเอง มีอะไรที่เราพยายามกดเอาไว้และทำให้เกิดอารมณ์จืดกับคนอื่น เพื่อให้สามารถเข้าใจพฤติกรรมของบุคคลรอบตัวได้ดีขึ้น
- (4) ไม่คาดหวังและคาดหวังกับตนเองและคนรอบตัว
- (5) ซอยงานให้เล็ก กระจายงานให้สมาชิก เริ่มทำในสิ่งที่ทำได้ทันทีในแต่ละสัปดาห์โดยไม่ต้องคาดหวังความสมบูรณ์แบบ
- (6) ใช้หลักหมูน CQI วงเล็กๆ

Q: ทำอย่างไรที่จะให้เจ้าหน้าที่ทำ HA อย่างมีความสุข?

A: เริ่มจากผู้ที่เห็นคุณค่าของความสุข สร้างความสุขในการทำงาน จะเหนี่ยวนำให้ผู้อื่นมีความสุขและอยากเข้ามาร่วมขบวน เราสามารถทำงานอย่างมีความสุขได้ด้วยข้อคิดต่อไปนี้

- (1) รวมกลุ่มกับเพื่อนที่รู้จัก สร้างเวทีพูดคุยเพื่อทำความเข้าใจความรู้สึกและความคิดของกันและกัน เน้นการรับฟัง ให้ความรู้สึกว่ามีผู้ที่เข้าใจเราเป็นตัวสร้างความสุข โดยไม่เอาเรื่องเชิงลบมาขยายความรู้สึก
- (2) ทบทวนความสุขและความสำเร็จจากการทำงาน หาโอกาสสร้างสิ่งแวดล้อมในลักษณะนั้น
- (3) หางานเล็กๆ ที่สามารถทำสำเร็จได้ด้วยตนเองมาทำในเวลาอันสั้น สำเร็จแล้วหาโอกาสเฉลิมฉลอง
- (4) สุขด้วยการเสพอย่างรู้เท่าทัน มีก็ดี ไม่มีก็ได้

- (5) สุขด้วยการทำประโยชน์ เห็นว่าการทำหน้าที่ดูแลเพื่อนมนุษย์เป็นโอกาสพิเศษที่ได้รับ ยินดีทำหน้าที่นั้นด้วยความเต็มใจและตระหนักในคุณค่าของงาน
- (7) สุขด้วยการใช้การทำงานฝึกฝนตนเอง เห็นคุณค่าของความท้าทาย เห็นจุดดีในความยากลำบาก เห็นโอกาสฝึกจิตในความทุกข์
- (8) ศูนย์คุณภาพพร้อมให้ความช่วยเหลือแนะนำแนวทางการทำคุณภาพอย่างเรียบง่าย เน้นการลงมือทำทันทีเพื่อเรียนรู้ไม่เน้นความสมบูรณ์แบบ

**Q: อยากทำงานให้มีคุณภาพ แต่ด้วยกำลังคนและภาระงานที่มี จะทำได้
อย่างไร?**

A: เมื่อมีความอยากแล้วทุกอย่างจะง่ายตามมา

- (1) อย่าตั้งเงื่อนไข ทั้งกับตนเองและกับคนอื่น เห็นโอกาสอะไรก็ทำเลย
- (2) เริ่มต้นทำจากงานที่เราควบคุมได้ ปรับปรุงได้ด้วยมือของเราเอง งานที่คนอื่นไม่สนใจ
- (3) เริ่มต้นทำคุณภาพอย่างมีความสุข คนอื่นจะเข้ามาร่วมขบวนกับเราง่ายขึ้น
- (4) ดูว่าเราจะกระจายงานที่มีจำนวนมากไปตามช่วงเวลาและสมาชิกของทีมอย่างไร จะลดงานที่ไม่จำเป็นลงได้อย่างไร
- (5) หาความสุขจากงานที่ทำอยู่ ประณีตในทุกขั้นตอนที่ทำ แม้ว่าจะมีภาระมาก ก็หาวิธีทำงานอย่างมีความสุข
- (6) ทำให้งาน routine เป็นงานที่มีคุณค่า มีความหมายกับคนทำงาน

3.3 มาตรฐาน HA ตอนที่ II

II-1 การบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย

Q: การนำนโยบาย 2P Safety สู่การปฏิบัติ เป็นหน้าที่หลักของใครหรือระบบงานใด?

A: 2P Safety คือ patient safety และ personnel safety ทั้งสองเรื่องนี้โรงพยาบาลมีระบบงานและผู้รับผิดชอบโดยตรงอยู่แล้ว โดยธรรมชาติของงานมักจะแยกจากกัน

Patient safety ผู้บริหารระดับสูงที่รับผิดชอบคือผู้อำนวยการ/รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ คณะกรรมการที่กำหนดนโยบายและกำกับในเชิงกระบวนการคือคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง คณะกรรมการที่กำกับและประสานงานในเชิงเนื้อหาคือ PCT/CLT ผู้รับผิดชอบในระดับปฏิบัติคือผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยทุกคน

Personnel safety ผู้บริหารระดับสูงที่รับผิดชอบคือผู้บริหารที่ดูแลด้านทรัพยากรบุคคล ระบบงานหลักที่เกี่ยวข้องคือ แผนงานสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร (staff health and safety program) ซึ่งทำงานเชื่อมโยงกับแผนงานย่อยหรือระบบงานต่าง ๆ ได้แก่ งานอาชีวอนามัย งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ งานสิ่งแวดล้อม แต่ละงานอาจจะมีคณะกรรมการกำกับดูแลเฉพาะตามที่แต่ละโรงพยาบาลจะออกแบบ ผู้รับผิดชอบในระดับปฏิบัติคือผู้ที่ทำหน้าที่ประจำในแต่ละงาน

Q: การนำนโยบาย 2P Safety ลงสู่การปฏิบัติให้สำเร็จมีแนวทางหรือวิธีการอย่างไร?

A: แนวทางต่อไปนี้อาจช่วยได้

- (1) กำหนดบุคคลและคณะกรรมการที่รับผิดชอบแต่ละส่วนให้ชัดเจน
- (2) กำหนดแนวทางการประสานงานและการเชื่อมโยงข้อมูลข่าวสารให้ชัดเจน
- (3) กำหนดเป้าหมายพร้อมกำหนดเวลาที่สามารถประเมินความสำเร็จได้
- (4) วิเคราะห์ปัจจัยขับเคลื่อน (driver diagram) แรงหนุน แรงต้าน

- (force-field analysis) และวางแผนใช้พลังขับเคลื่อนอย่างเหมาะสม
- (5) ศึกษาแนวทางที่มีการรวบรวมไว้ ทดลองปฏิบัติและประเมินผลด้วยวงล้อ PDSA ขนาดเล็ก ทำให้ฝังเข้าในงานประจำผ่านคู่มือการปฏิบัติงานและสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงาน
- (6) ติดตามความก้าวหน้าอย่างสม่ำเสมอ เจ็ลิมฉลองความสำเร็จ

Q: ความเสี่ยง (risk) กับ อุบัติการณ์ (incident, adverse event) ต่างกันอย่างไร?

A: ความเสี่ยง คือโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หรือโอกาสที่จะไม่บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ส่วน**อุบัติเหตุ** คือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นแล้ว

อุบัติเหตุในอดีตที่ไม่มีการปรับปรุงแก้ไขระบบงานที่เกี่ยวข้อง จะยังคงเป็นความเสี่ยงในอนาคตต่อไป

Q: risk register ต่างกับ risk profile อย่างไร? จะนำมาใช้ประโยชน์ในระบบบริหารความเสี่ยงอย่างไร?

A: risk profile เป็นขั้นตอนแรกของการทำ risk register

risk profileคือ เอกสารอธิบายชุดของความเสี่ยงขององค์กร เป็นการวิเคราะห์ความเสี่ยงเชิงปริมาณในด้านโอกาสเกิดและผลกระทบ อาจนำเสนอในรูปแบบ risk matrix หรือ risk rating table

risk register เป็นเอกสารหลักเพื่อเป็นเครื่องมือในการบริหารความเสี่ยงทุกขั้นตอน ทำให้การบริหารความเสี่ยงเป็นกระบวนการที่มีชีวิต เป็นพลวัต มีการปรับปรุงวิธีการทำงานอย่างต่อเนื่อง ขั้นตอนที่เพิ่มขึ้นจาก risk profile คือ การวางแผนรับมือความเสี่ยงและนำไปปฏิบัติ การติดตามทบทวนเป็นระยะ เพื่อตัดสินใจว่าจะต้องมีมาตรการป้องกันหรือควบคุมอะไรเพิ่มเติมหรือไม่

Q: การวิเคราะห์ความเสี่ยง (risk analysis) อย่างง่าย ๆ และเกิดประโยชน์สูงสุดควรทำอย่างไร?

A: การวิเคราะห์ความเสี่ยง คือ การพิจารณาระดับความเสี่ยงโดยอาศัยตัวแปรสองชุดคือ (1) โอกาสหรือความถี่ที่จะเกิดเหตุการณ์ (likelihood)

(2) ความรุนแรงหรือผลที่ตามมาจากเหตุการณ์ (consequence)

ในการกำหนดระดับของ likelihood โรงพยาบาลควรนำความเสี่ยงที่มีความถี่ของการเกิดในระดับที่แตกต่างกันมาทบทวนเพื่อกำหนดระดับของ likelihood ออกเป็น 5 ระดับ ซึ่งอาจจะเป็นร้อยละต่อกลุ่มที่ expose ต่อปัจจัยเสี่ยง หรือจำนวนครั้งในแต่ละช่วงเวลา และให้ใช้ข้อกำหนดเดียวกันนี้กับทุกความเสี่ยง

ในการกำหนดระดับของ consequence โรงพยาบาลสามารถเทียบเคียงกับระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ A-I ที่โรงพยาบาลใช้อยู่แล้วได้

การวิเคราะห์ความเสี่ยงมีเป้าหมายเพื่อการจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยง ความเสี่ยงที่มีความสำคัญสูงจะถูกจัดการอย่าง proactive ขณะที่ความเสี่ยงที่มีความสำคัญรองลงมาก็ยังคงต้องมีการพิจารณาวางมาตรการป้องกัน การใช้มาตรการเฉพาะหน้าที่ง่าย ๆ และการติดตามทบทวนเป็นระยะ

การติดตามทบทวนความเสี่ยงที่มีความสำคัญสูงควรทำโดย risk owner ที่ได้รับมอบหมายเฉพาะเรื่อง ขณะที่การติดตามทบทวนความเสี่ยงที่มีความสำคัญรองลงมา อาจทำโดยคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องอย่างน้อยปีละครั้ง

Q: การทบทวนเพื่อค้นหา risk/AE ในงานประจำที่เรียบง่ายควรทำอย่างไร?

A: การค้นหา risk/AE ในงานประจำสามารถทำได้ดังนี้

- (1) **go & see** เดินเข้าไปในหน่วยดูแลผู้ป่วย และถามว่าผู้ป่วยแต่ละรายที่เรากำลังให้การดูแลอยู่นั้นมีโอกาสประสบความเสี่ยงอะไรบ้าง
- (2) **recall** ทีมงานร่วมวงกันทบทวนว่าในรอบเดือนที่ผ่านมา มีอุบัติการณ์อะไรเกิดขึ้นบ้างทั้งที่ได้เขียนรายงานและไม่ได้เขียนรายงาน
- (3) **matching with process** นำรายงานอุบัติการณ์ที่เคยเกิดขึ้นมาระบุในแผนภูมิ process flow chart ของงานที่รับผิดชอบ เพื่อให้เห็นภาพความเสี่ยงที่เป็นไปได้ตลอดสายของกระบวนการ และเพิ่มเติมด้วยการทำ FMEA เพื่อวิเคราะห์ว่ามีโอกาสจะเกิดความล้มเหลวอะไรในแต่ละขั้นตอน

- (4) **situation awareness** คาดการณ์ว่าจะมีโอกาสเกิดความเสี่ยงอะไร ในงานหรือหัตถการที่เรากำลังจะทำ บริการที่เรากำลังจะให้กับผู้ป่วย และเตรียมพร้อมเพื่อป้องกันหรือรับมือ

Q: ทำอย่างไรให้มีการใช้เวชระเบียนให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลผู้ป่วย และพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย?

A: ควรพิจารณาองค์ประกอบต่อไปนี้

- (1) **บันทึกสิ่งที่มีคุณค่า** และสามารถใช่ประโยชน์ได้ในเวชระเบียน ทบทวนการใช้ประโยชน์ร่วมกันระหว่างวิชาชีพ ทบทวนว่าถ้ามีการฟ้องร้องหรือเป็นคดีทางศาล ข้อมูลอะไรที่จำเป็นต้องมี ฝึกบันทึกเหตุผลของการตัดสินใจไว้ในเวชระเบียน
- (2) **ทบทวนเวชระเบียนโดยกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน** เช่น ความครอบคลุมของการประเมิน ความเหมาะสมของการวินิจฉัยโรค ความรวดเร็วในการตอบสนองเมื่อเกิดเหตุการณ์ การใช้ประโยชน์จากรายงานทางห้องปฏิบัติการ
- (3) **ทบทวนเวชระเบียนโดยใช้ trigger tool** เลือกเวชระเบียนที่มีโอกาสพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มาทบทวน

Q: กลยุทธ์ที่ได้ผลในการสื่อสารเพื่อสร้างความตระหนักเรื่องความเสี่ยงคืออะไร?

A: ควรพิจารณากลยุทธ์ต่อไปนี้

- (1) **ใช้การสื่อสารเชิงบวก** ทำให้เกิดความภาคภูมิใจในการดักพบปัญหา ถ้าผิดพลาดก็ไม่มีการตำหนิตัวบุคคล
- (2) **มีเวทีพูดคุยกันสั้น ๆ บ่อย ๆ** เช่น safety brief ประจำวัน
- (3) **แสดงให้เห็นว่ามีคำตอบหรือการตอบสนอง** เช่น การที่ผู้นำตรวจเยี่ยมหน่วยงานและสามารถสรุปประเด็นที่ดำเนินการปรับเปลี่ยนได้ทันที การแสดงให้เห็นว่ามี การแก้ปัญหาจากรายงานอุบัติการณ์ที่ได้รับ การปรับปรุงยกเลิกกฎระเบียบที่ไม่จำเป็น
- (4) **ชวนกันมองความเป็นไปได้ในการป้องกันอย่างสร้างสรรค์**

- (5) ใช้เรื่องเล่าที่เคยเกิดขึ้นเพื่อสร้างความตระหนัก หรือจัดเวทีให้ผู้ป่วยมาเล่าเรื่องที่เกิดขึ้นกับตนเอง
- (6) ใช้กิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยน **mindset** หรือมุมมองต่อสถานการณ์ เช่น บทบาทสมมติ การแสดงละคร การใช้ฉากทัศน์ของการพิจารณาคดีในศาล

Q: ทำอย่างไรให้เรามองเรื่องของความเสียหายเป็นเรื่องที่จะทำให้เราทำงานอย่างมีความสุขขึ้น?

A: ชวนกันพูดคุยในประเด็นต่อไปนี้

- (1) เหตุการณ์ที่เราสามารถดักจับปัญหาก่อนที่จะเกิดเหตุร้ายแรง หรือสามารถบรรเทาความรุนแรงของปัญหาได้ ค้นหว่าเรามีความสามารถอะไรที่แฝงอยู่และถูกนำมาใช้ในช่วงนั้น
- (2) นำกรณีที่ทำ RCA ที่ภูมิใจมาทบทวน ติดตามผลลัพธ์ของอุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้อง เติมนวัตกรรมที่สามารถป้องกันได้
- (3) ติดตามแนวโน้มของความเสียหายและความสูญเสียที่เกิดขึ้น เปรียบเทียบกับค่าคาดการณ์หากไม่มีระบบบริหารความเสี่ยงเข้ามา

Q: การทำ RCA ต่างจาก driver diagram อย่างไร?

A: **RCA** คือ การวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของอุบัติการณ์หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ซึ่งพยายามที่จะสืบสาวสาเหตุของสาเหตุไปเรื่อยๆ จนถึงปัจจัยเชิงระบบที่จะส่งผลต่อการป้องกันปัญหาที่ยั่งยืน การใช้ประโยชน์คือการออกแบบระบบงานเพื่อป้องกันปัญหาที่เคยเกิดขึ้นมาแล้ว

Driver diagram คือ การวิเคราะห์ปัจจัยขับเคลื่อนที่จะมีผลต่อความสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ อาจจะทำปัจจัยขับเคลื่อนย่อยลงไปจนถึงกลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงที่จะนำมาใช้ การใช้ประโยชน์คือการวางแผนทำงานหรือออกแบบระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมาย

Q: การทำ RCA ที่จะได้รากของปัญหาที่แท้จริงควรทำอย่างไร และควรทำเวลาใด?

การทำ RCA ที่จะได้รากของปัญหาที่แท้จริง มีแนวทางดังนี้

- (1) เรียงร้อยเหตุการณ์ตามลำดับเวลา

- (2) ระบุเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ชัดเจน (อาจจะมีมากกว่า 1 เหตุการณ์) ระบุขั้นตอนที่อาจก่อให้เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ พร้อมทั้งระบุ การตัดสินใจหรือการกระทำในขั้นตอนนั้น
- (3) รับรู้ข้อมูลจากผู้เกี่ยวข้องในเหตุการณ์ พยายามเข้าไปอยู่ในหัวใจของ ผู้เกี่ยวข้องว่าต้องเผชิญกับสภาวะอะไร มีข้อจำกัดและมีความไม่ แน่หนอะไร พยายามรวบรวมข้อเท็จจริงให้ได้มากที่สุด
- (4) เชื่อมโยงการตัดสินใจหรือการกระทำแต่ละเรื่องกับปัจจัยเฉพาะในขณะ นั้น และปัจจัยเชิงระบบที่อยู่เบื้องหลัง
- (5) ใช้ความคิดสร้างสรรค์เพื่อออกแบบระบบงานให้ง่ายต่อการปฏิบัติใน สิ่งที่ควรจะเป็น ตามปัจจัยในข้อ (4)

ช่วงเวลาที่เหมาะสมในการทำ RCA ขึ้นกับความรุนแรงของ เหตุการณ์ ถ้าเป็นเหตุการณ์ที่มีความรุนแรงสูง ควรรีบทำ RCA โดยเร็ว ที่สุด ถ้าเป็นเหตุการณ์เกือบพลาดหรือเหตุการณ์ที่ไม่รุนแรงแต่เกิดบ่อย ๆ ควรรวบรวมให้เห็นแนวโน้มและนำมาวิเคราะห์ในภาพรวม

Q: ค้นหาความเสี่ยงและทำ RCA เห็นจุดเปลี่ยน คิดวิธีแก้ได้แต่นำสู่ การปฏิบัติไม่ได้เนื่องจากขาดอำนาจในเชิงจัดการจะอย่างไร?

A: น่าจะพิจารณาแนวทางต่อไปนี้

- (1) พิจารณาทางออกของการแก้ปัญหาจากทุกมุมมอง ทุกทางเลือก หากคำตอบที่สร้างสรรค์ที่ผู้คนอยากเข้ามาใช้เพราะเป็นเรื่องง่าย
- (2) ทดสอบทางออกเหล่านั้นในสิ่งแวดล้อมของการปฏิบัติงานจริง นำเสียง สะท้อนของผู้เกี่ยวข้องมาปรับปรุงให้สามารถใช้งานได้ง่ายขึ้น
- (3) เชิญชวนผู้มีอำนาจมาร่วมรับรู้การออกแบที่เกิดขึ้นและขอการ สนับสนุน

Q: กระบวนการควบคุมภายใน ตรวจสอบภายใน กับงานคุณภาพเหมือน หรือแตกต่างกันอย่างไร?

การควบคุมภายใน คือส่วนหนึ่งของการบริหารความเสี่ยงของ องค์กร ซึ่ง ISO 31000 ให้ความหมายของการควบคุมความเสี่ยงไว้ว่า เป็นการนำมาตรการต่าง ๆ ไปปฏิบัติเพื่อลดความรุนแรงของความเสี่ยง

การควบคุมจะเกิดขึ้นเมื่อมีการนำสิ่งต่อไปนี้ไปสู่การปฏิบัติ: นโยบาย ระเบียบปฏิบัติ แนวปฏิบัติ กระบวนการ เทคโนโลยี เทคนิค วิธีการ อุปกรณ์ เครื่องมือ

การตรวจสอบภายใน คือการตรวจสอบโดยผู้ตรวจสอบภายในเพื่อให้มั่นใจว่าหน่วยงานต่าง ๆ ได้ปฏิบัติตามกฎระเบียบที่กำหนดไว้เพื่อให้มั่นใจในความถูกต้อง ความโปร่งใส ความมีประสิทธิภาพ และการแสดงภาระรับผิดชอบของผู้เกี่ยวข้อง ผู้ตรวจสอบภายในมักจะปฏิบัติงานอย่างเป็นอิสระ โดยขึ้นตรงต่อคณะกรรมการตรวจสอบขององค์กร ระบบการตรวจสอบภายในที่ดีจะทำให้ไม่เกิดปัญหาเมื่อมีการตรวจสอบจากภายนอก กระบวนการที่มุ่งเน้นได้รับการตรวจสอบเป็นอันดับต้น ๆ คือการบริหารการเงินและพัสดุ ตามมาด้วยการบริหารโครงการต่าง ๆ

งานคุณภาพ มีเป้าหมายเพื่อให้กระบวนการต่าง ๆ ขององค์กร ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นไปตามเป้าหมายและดีกว่าเป้าหมาย โดยพิจารณา มิติต่าง ๆ อย่างรอบด้าน (เป้าหมายเป็นสิ่งที่ถูกกำหนดตามพันธกิจของ องค์กร ความต้องการของผู้รับผลงาน ข้อกำหนดตามกฎหมาย มาตรฐาน วิชาชีพ และข้อมูลวิชาการ) มีการปรับปรุงและเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง งานคุณภาพเป็นหน้าที่ของผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหารทุกคน ทุกระดับ

Q: การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยใน รพ.จะเริ่มต้นอย่างไร? และ ทำอย่างไรให้ยั่งยืน?

- A: การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยเริ่มด้วยการทำความเข้าใจ (1) ทำความเข้าใจความหมายของวัฒนธรรมว่าเป็นผลรวมของความรู้ ความเชื่อ ค่านิยม ที่เป็นไปโดยอัตโนมัติ ก่อให้เกิดความเจริญงอกงามแก่ห่มุคณะ (2) ทำความเข้าใจองค์ประกอบของวัฒนธรรมความปลอดภัยว่าประกอบด้วย คนในระบบมีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความปลอดภัย (informed culture) มีความตื่นตัวและยืดหยุ่นพร้อมตอบสนององสภาวะที่มีอันตราย (flexible culture) มีความไว้วางใจพร้อมรายงานเมื่อเกิดความผิดพลาด (reporting culture) มีการปฏิบัติต่อพฤติกรรมของสมาชิกอย่างเป็นธรรม (just culture) และมีการเรียนรู้เพื่อปรับปรุง (learning culture)

กิจกรรมเพื่อสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย (1) ใช้เรื่องเล่าที่เคยเกิดขึ้นเพื่อสร้างความตระหนักและชี้ให้เห็นชัดเจนถึงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ (2) สร้างเวทีพูดคุยเรื่องความเสี่ยง/ความปลอดภัยกันอย่างสม่ำเสมอ ในระหว่างการทำงาน โดยนำสถานการณ์ในขณะนั้นมาวิเคราะห์ว่ามีความเสี่ยงอะไร ทำไมจึงคิดถึงความเสี่ยง จะป้องกันอย่างไร (3) สร้างการเรียนรู้จากความผิดพลาดเพื่อนำไปสู่การป้องกันที่รัดกุมโดยเน้นการปรับปรุงกระบวนการและไม่กล่าวโทษบุคคล (4) ส่งเสริมการรายงานด้วยการตอบสนองอย่างเหมาะสม (5) ส่งเสริม mindfulness หรือ situation awareness ในทุกกิจกรรมที่ทำ

Q: วัฒนธรรมองค์กรจะมีการประเมินอย่างไรได้บ้าง แบบง่ายในการปฏิบัติ? จำเป็นต้องใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินผล (เช่น AHRQ) หรือไม่?

A: การประเมินวัฒนธรรมองค์กรมีเป้าหมายเพื่อกำหนดประเด็นในการพัฒนา การใช้แบบสอบถามของ AHRQ เป็นวิธีหนึ่งในการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัย มีเครื่องมืออื่นที่สามารถนำมาใช้ได้ เช่น Manchester Patient Safety Framework ซึ่งกำหนดให้มีการประเมินองค์ประกอบ 10 เรื่อง โดยมีเกณฑ์การประเมินเป็น 5 ระดับ ซึ่งทีมงานสามารถใช้วิธีพูดคุยแลกเปลี่ยนเพื่อระบುವ่าองค์กรอยู่ที่ระดับใด และควรพัฒนาสู่ระดับต่อไปได้อย่างไร

แต่ละองค์กรอาจจะกำหนดภาพที่พึงประสงค์ของวัฒนธรรมความปลอดภัยของตน และประเมินว่ามีความก้าวหน้าเข้าใกล้ภาพที่พึงประสงค์นั้นเพียงใด

Q: Clinical tracer กับ clinical tracer highlight ต่างกันอย่างไร?

A: ตอบสั้นๆ คือไม่ต่างกันเลย การใส่คำว่า highlight เพิ่มเข้าไปนั้นมุ่งหมายว่าในการจัดทำเอกสารเพื่อสื่อสารกับผู้เยี่ยมสำรวจของ สรพ. ไม่ต้องเสียเวลาเขียนมาก ให้เขียนเฉพาะส่วนที่เป็น highlight หรือข้อมูลสำคัญที่เด่นชัด เพื่อให้ผู้เยี่ยมสำรวจประเด็นที่จะไปพูดคุยกันต่อในระหว่างการเยี่ยมสำรวจที่สำคัญกว่าคือคำว่า “tracer” หรือ “การตามรอย” ที่ สรพ. เน้นในสองส่วนคือ

(1) **go and see** การตามรอยเข้าไปดูในสถานที่จริง เพื่อให้เห็นสถานการณ์จริง ว่ามี good practice อะไร มีปัญหาอะไร มีการเชื่อมต่อกันอย่างไร มีการเตรียมพร้อมรับสถานการณ์ต่างๆ อย่างไร

(2) **review** ในภาพรวมของการดูแลผู้ป่วย ดูว่าตัวชี้วัดเชิงกระบวนการ และผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นอย่างไร เป็นผลของการพัฒนาคุณภาพมาเป็นลำดับอย่างไรบ้าง ยังมีความเสี่ยงและโอกาสพัฒนาอะไรอีก มีแนวคิดคุณภาพอะไรที่สามารถนำมาใช้เพิ่มเติมได้อีก

ผลของการตามรอยในลักษณะนี้จะทำให้เห็นสิ่งดีๆ ที่ทำได้และควรเก็บรักษาไว้ กับสิ่งที่ควรนำไปพัฒนาต่อ

การตามรอยไม่ใช่ที่รวมของคู่มือการปฏิบัติงาน แต่อาจจะอ้างอิงถึงคู่มือการปฏิบัติงานได้

การตามรอยไม่ใช่ CQI report แต่เป็นการสรุปผลของการทำ CQI ที่ผ่านมามาทั้งหมดและ QI plan สำหรับอนาคต

การตามรอยไม่ใช่การเขียนเอกสารเพียงอย่างเดียว แต่เป็นการลงไปดูที่หน้างานด้วย

ผลการดูที่หน้างานอาจจะทำให้เกิด (1) การแก้ปัญหาที่หน้างาน (2) ความเข้าใจร่วมกันในที่มงาน (3) การระบุมหาโอกาสพัฒนา

เอกสารที่จะใช้สื่อสารกับ สรพ.ควรใช้แนวคิด 3P+plan:

P-purpose ระบุเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยอย่างสั้นกระชับที่สุด ครอบคลุมประเด็นสำคัญที่ต้องใส่ใจในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

P-process ระบุขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ต้นจนจบกระบวนการ ในรูปแบบ flow chart และตาราง โดย flow chart ชี้ให้เห็นประเด็นคุณภาพและความเสี่ยงที่สำคัญในแต่ละขั้นตอน และตารางแสดงถึง process, process requirement, และแนวปฏิบัติที่สำคัญอย่างกระชับเพื่อตอบสนองต่อ process requirement

P-performance นำเสนอผลการดูแลผู้ป่วยทั้งในส่วนของกระบวนการ และผลลัพธ์ในรูปแบบของ run chart หรือ control chart (ถ้าเป็นไปได้) พร้อมทั้งคำอธิบายสั้นๆ ในกราฟ เพื่ออธิบายการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่เกิดขึ้นในกราฟ

P-plan สรุปแผนการพัฒนาคุณภาพที่จะทำในขั้นต่อไป

Q: การตามรอย กับ การนิเทศ มีความเหมือนหรือต่างกันอย่างไร?

A: พิจารณาความเหมือนและความต่างของการตามรอยกับการนิเทศ จากความหมายและแนวปฏิบัติต่อไปนี้:

การตามรอยทางคลินิก คือ การเข้าไปดูที่หน่วยงานและการทบทวนผลรวมของการดูแลผู้ป่วยกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง

การนิเทศทางคลินิก คือกลไกสนับสนุนผู้ประกอบวิชาชีพในการพัฒนาความรู้และทักษะ ผ่านการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และอารมณ์ความรู้สึกกับผู้ประกอบวิชาชีพด้วยกันภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ซึ่งองค์ประกอบในการนิเทศนั้นประกอบด้วย การจัดการระบบ การช่วยเหลือบรรเทา การให้คำแนะนำและความรู้ โดยมีเป้าหมายเพื่อ (1) ส่งเสริมพัฒนาการและการเติบโตของผู้ถูกนิเทศ (2) ปกป้องสวัสดิภาพของผู้รับบริการ (3) ติดตามผลการปฏิบัติงานของผู้ถูกนิเทศ (4) เสริมพลังให้ผู้ถูกนิเทศสามารถนิเทศตนเองได้และประกอบวิชาชีพได้โดยอิสระ

หลักการและแนวทางปฏิบัติ

หลักการร่วมของการตามรอยและการนิเทศ (1) เป้าหมายเพื่อพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยและผู้ประกอบวิชาชีพ (2) ใช้แนวทางเชิงบวก สร้างบรรยากาศที่ปลอดภัย (3) เน้นการเรียนรู้ของผู้เกี่ยวข้อง (4) เป็นกระบวนการที่เป็นระบบ

การตามรอยมีเป้าหมายหลักเพื่อผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี การนิเทศมีเป้าหมายหลักเพื่อพัฒนาผู้ประกอบวิชาชีพและปกป้องสวัสดิภาพของผู้รับบริการ

การตามรอยยึดเอากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคใดโรคหนึ่งเป็นหลัก การนิเทศอาจจะเอาประเด็นอะไรก็ได้ที่มีความสำคัญในขณะนั้นขึ้นมาแลกเปลี่ยนกัน

ผู้นิเทศอาจใช้วิธีการตามรอยในการนิเทศเพื่อสร้างการเรียนรู้ร่วมกันได้

Q: ทำอย่างไรให้มีระบบการจัดการความเสี่ยงที่เรียบง่าย?

A: ระบบการจัดการความเสี่ยงที่เรียบง่าย

- (1) ทำให้การจัดการความเสี่ยงเป็นเรื่องการเรียนรู้ในชีวิตประจำวัน เรียนรู้ที่จะตระหนักในความเสี่ยงที่พนักงานในทุกชั้นตอน เรียนรู้ที่จะนำความเสี่ยงที่พบมาพูดคุยกันเพื่อหาทางป้องกัน เรียนรู้จากอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น
- (2) วางกระบวนการจัดการความเสี่ยงที่เหมาะสมกับบริบทและยอมรับในข้อจำกัด ครอบคลุมการวิเคราะห์ความเสี่ยง ป้องกัน รับรู้เหตุการณ์ ติดตามภาพรวม ปรับปรุง
- (3) การวิเคราะห์ความเสี่ยงอย่างล้าปริมาณมาก นำความเสี่ยงทั้งหมดทั้งที่เคยเกิดและไม่เคยเกิดมาเข้ากระบวนการวิเคราะห์เพื่อรับรู้ระดับและจัดลำดับความสำคัญ
- (4) การป้องกันความเสี่ยง ใช้หลักทำให้ง่ายในการปฏิบัติที่ถูกต้องโดยไม่ต้องพึ่งความจำหรือการคิด
- (5) การรับรู้เหตุการณ์ไม่พึ่งประสงค์ ใช้ร่วมกันทั้งระบบรายงานอุบัติการณ์ การทบทวนเวชระเบียน และการรับรู้ที่ไม่เป็นทางการหรือการรับรู้ทางอ้อมอื่นๆ รับรู้แล้วเรียนรู้ว่าจะป้องกันได้อย่างไร
- (6) การติดตามภาพรวมเพื่อพิจารณาว่ามาตรการที่ใช้อยู่เพียงพอหรือไม่ สำหรับความเสี่ยงระดับสูงควรมี risk owner ทำหน้าที่ติดตาม ความเสี่ยงระดับปานกลางถึงน้อย อาจมอบให้คณะกรรมการที่เกี่ยวข้องติดตามแล้วมีข้อสรุปว่ามาตรการป้องกันที่ใช้เพียงพอหรือไม่ ถ้าไม่พอต้องเพิ่มอะไร
- (7) ประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยและหาวิธีการยกระดับวัฒนธรรมความปลอดภัย

Q: 12 กิจกรรมทบทวนทำเพื่ออะไร? ดีต่อเราอย่างไร? ผู้ป่วยจะได้อะไร? องค์กรจะได้อะไร?

A: 12 กิจกรรมทบทวนเป็นกิจกรรมเพื่อหมุนวงล้อการพัฒนา PDSA เป็นเครื่องมือการค้นหาโอกาสพัฒนา เป็นเครื่องมือฝึกให้ทีมงานรู้จักการเรียนรู้จากการปฏิบัติ

- (1) เป้าหมายสุดท้ายของกิจกรรมทบทวน คือ เพื่อคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย
- (2) สิ่ง ทีมงานจะได้คือการเป็นคนเรียนรู้ ความมั่นใจว่าระบบงานที่เราทำงานอยู่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและคนทำงาน เกิดความเข้าใจระหว่างสมาชิกในทีมงาน
- (3) องค์กรจะเป็นองค์กรที่ผู้รับบริการไว้วางใจ มีภูมิคุ้มกัน

Q: ทำอย่างไรให้การตอบแบบประเมินตนเองเป็นเรื่องเรียบง่าย ไม่เป็นภาระ?

A: การตอบแบบประเมินตนเองให้เรียบง่าย ไม่เป็นภาระ

- (1) สะสมวัตถุประสงค์ตลอดเส้นทางของการทำงานและการพัฒนา ใช้ PowerPoint เป็นตัวช่วยในการสรุป สรุปผลงานออกมาเป็นแผนภูมิ กราฟแสดงผลงาน อธิบายสรุปในภาพให้มากที่สุด แสดงให้เห็นผลลัพธ์ก่อนและหลังการพัฒนาในกราฟเดียวกันและชี้ให้เห็นว่าใส่ intervention อะไรเข้าไปในช่วงเวลาใด
- (2) ใช้การประเมินตนเองเพื่อชี้้นำการพัฒนาเป็นเป้าหมายหลัก มีการทบทวนอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยปีละครั้ง การส่งให้กับ สรพ.เป็นเป้าหมายรอง
- (3) กระจายความรับผิดชอบในการประเมินตนเองให้กับคณะกรรมการและทีมงานที่เกี่ยวข้อง มีเวทีนำเสนอผลการประเมิน แผนการพัฒนา และความก้าวหน้าในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- (4) มีเวทีแลกเปลี่ยนข้อมูลและข้อคิดเห็นสำหรับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย ซึ่งอาจจะมีทีมงานมากกว่าหนึ่งทีมเข้ามาเกี่ยวข้อง
- (5) เขียนอย่างกระชับด้วยหลัก 3P เช่น “มีการปรับปรุงระบบ.... โดยมีเป้าหมายเพื่อ.... ด้วยการ (1)....(2)....(3).... ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงดังนี้....”

Q: ระบบ IT ไม่ support ในการสืบค้นข้อมูลเพื่อช่วยการวิเคราะห์ข้อมูล จะทำงานคุณภาพให้ง่ายได้อย่างไร?

A: ระบบ IT กับข้อมูลเพื่อการพัฒนาคุณภาพ

- (1) กำหนดลักษณะข้อมูลที่ต้องการให้ชัด แล้วพูดคุยกับผู้รับผิดชอบงาน IT ว่าจะดึงข้อมูลดังกล่าวออกมาได้อย่างไร ถ้ามีปัญหาอุปสรรคก็ลงไปร่วมเรียนรู้กับทีม IT ว่ามีข้อจำกัดอะไร
- (2) ข้อมูลที่ IT จะช่วยได้อาจเป็นการวิเคราะห์สถิติในภาพรวม หรืออาจจะเป็นระบุเฉพาะเจาะจงของผู้ป่วยที่อยู่ในหน่วยที่เราต้องการศึกษา
- (3) เตรียมพร้อมที่จะยอมรับความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลในระบบ และใช้ข้อมูลเท่าที่มีอยู่
- (4) เตรียมพร้อมที่จะทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตนเองด้วยวิธีการง่ายๆ

Q: การประเมินประสิทธิภาพของระบบต่าง ๆ?

A: การประเมินประสิทธิภาพของระบบงาน ทำได้ตามขั้นตอนดังนี้

- (1) กำหนดเป้าหมายของระบบให้ชัดเจน เช่น ระบบบริหารความเสี่ยงมีเป้าหมายเพื่อควบคุมความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่ต่ำที่สุด และสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย
- (2) วิเคราะห์ปัจจัยขับเคลื่อนหรือองค์ประกอบที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าวเป็นลำดับขั้น เช่น การระบุและกำหนดมาตรการป้องกันความเสี่ยง การปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน การรับรู้และเรียนรู้จากอุบัติการณ์ ความตระหนักและความตื่นรู้
- (3) กำหนดตัววัดและการประเมินตามองค์ประกอบดังกล่าวและเป้าหมายของระบบ ซึ่งอาจจะเป็นการประเมินทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เช่น ประเมินการรับรู้และเรียนรู้จากอุบัติการณ์ ด้วยการวิเคราะห์แนวโน้มของการรับรู้อุบัติการณ์และเหตุการณ์เกือบพลาด สัดส่วนของการทำ RCA สัดส่วนของการทำ RCA ที่มีผลต่อการป้องกันสูง

II-4 ระบบเวชระเบียน

Q: การที่เราทบทวนเวชระเบียน ตรงไหนที่เราควรจะต้องและได้จากการทบทวนบ้าง?

A: สิ่งที่เราควรได้จากการทบทวนเวชระเบียน

- (1) ถ้าเจ้าตัวทบทวนเอง และสมมติว่ามีการร้องเรียนว่าเราดูแลผู้ป่วยไม่ดี จะรู้ว่าควรปรับปรุงอะไรในการบันทึก
- (2) ดูความสมบูรณ์ของการบันทึก ด้วยการพิจารณาว่าข้อมูลในบันทึกตอบคำถามเหล่านี้ได้หรือไม่ ผู้ป่วยมา รพ.เพราะเหตุใด มีการเจ็บป่วยร่วมอะไรบ้าง ได้รับการวินิจฉัยโรคว่าอะไร มีข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยโรคเพียงพอหรือไม่ มีการระบุปัญหาครอบคลุมเป็นองค์รวมหรือไม่ แผนการรักษาครบทุกปัญหาหรือไม่ มีการปฏิบัติตามคำสั่งรักษาอย่างไร อาการของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร เมื่อกลับบ้านผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหาที่จะเกิดขึ้นหลังจำหน่ายอย่างไรและได้รับการเตรียมตัวอย่างไร
- (3) คุณภาพของการดูแลรักษา มี trigger หรือตัวส่งสัญญาณว่าอาจเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือไม่ มีการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเหมาะสมหรือไม่ มีภาวะแทรกซ้อนหรือผลข้างเคียงเกิดขึ้นหรือไม่
- (4) การสื่อสารระหว่างวิชาชีพ มีการใช้เวชระเบียนเพื่อประโยชน์ในการสื่อสารระหว่างวิชาชีพอย่างไร

II-6 ระบบบริหารยา

Q: การบริหารยาที่ต้องมีการ double check ก่อนให้ยาผู้ป่วยยังไม่สามารถปฏิบัติได้ครอบคลุม ควรทำอย่างไร?

A: ประเด็นนี้อาจจะยังมีความคลุมเครือในความหมายของคำ หลักฐานทางวิทยาศาสตร์สนับสนุนว่าได้ผล และเป็นปัญหาเรื่องภาระงาน แนวทางปฏิบัติ น่าจะเป็นดังนี้:

- (1) การตรวจสอบยาที่หน่วยบริการได้รับจากหน่วยเภสัชกรรม เป็นสิ่งที่ต้องกระทำ โดยทวนสอบกลับไปหาคำสั่งยาของแพทย์

- (2) การตรวจสอบความถูกต้องของยาโดยผู้ประกอบวิชาชีพสองคนก่อนให้ยา ควรจำกัดเฉพาะยา high-alert drug ที่ถูกเลือกสรรแล้ว
- (3) โรงพยาบาลควรพัฒนาระบบไปสู่การใช้เทคโนโลยี bar code ในการตรวจสอบยาก่อนการบริหารยาให้เร็วที่สุด

ISMP ให้คำแนะนำในเรื่อง manual independent double check สำหรับ high-alert drug ไว้ดังนี้:

- (1) ทำ double check โดยบุคคลสองคนตรวจสอบแต่ละองค์ประกอบของกระบวนการอย่างเป็นอิสระแก่กัน ไม่ส่งอิทธิพลต่อกัน หรือไม่สื่อสารสิ่งที่คาดหวังต่อกัน เช่น เกสซ์กรคำนวณขนาดยา เตรียมยา และเปรียบเทียบผลิตภัณฑ์กับคำสั่งยา ขณะที่พยาบาลก็ตรวจสอบคำสั่งยา คำนวณขนาดยา และเปรียบเทียบผลที่ได้กับผลิตภัณฑ์ที่ถูกต้องเตรียมมา
- (2) ใช้ double check อย่างรอบคอบ กล่าวคือใช้เฉพาะกับกระบวนการที่มีความเสี่ยงสูงหรือ high-alert drug ที่ถูกเลือกสรรแล้ว (ไม่ใช่ทุกระบวนการหรือ HAD ทุกตัว) ว่าคุ้มกับการใช้ นอกจากนั้นยังไม่ควรใช้ double check เป็นมาตรการแก้ปัญหาคือต้องการการออกแบบระบบขั้นพื้นฐานใหม่ เช่น การใช้ barriers, การเข้าถึงข้อมูล, standardization, และ automation
- (3) หลีกเลี่ยงการอาศัยมาตรการ double check เพียงอย่างเดียว โดยพึงเข้าใจว่า double check จะได้ผลดีในการตรวจสอบ endogenous error หรือความบกพร่องเนื่องจากตัวบุคคล แต่ใช้การได้ไม่ดีกับ exogenous error ที่เกิดจากสภาพแวดล้อมภายนอกซึ่งมักจะส่งผลให้เกิดความคลาดเคลื่อนซ้ำๆ กันในหลายคนได้ เช่น การออกแบบบรรจุภัณฑ์ที่ไม่ดี ลักษณะงานที่ซับซ้อน ข้อมูลที่ไม่ชัดเจน จึงควรใช้มาตรการลดความเสี่ยงอื่นๆ ประกอบด้วย
- (4) ทำการทบทวนที่ลงลึกถึงขั้น cognitive review ในทุกองค์ประกอบของยา ซึ่งต้องใช้เวลาอย่างมีเป้าหมาย เช่น ยานี้เหมาะสมกับผู้ป่วยหรือไม่ ข้อบ่งชี้ในการใช้ยานี้สอดคล้องกับการวินิจฉัยหรือภาวะของผู้ป่วยหรือไม่ ขนาดยาเหมาะสมกับผู้ป่วยหรือไม่ วิธีการให้เหมาะสมหรือไม่ ต้องทำขนาดนี้จึงจะสามารถตรวจจับความคลาดเคลื่อนได้

- (5) ทำให้กระบวนการเป็นมาตรฐาน เช่น ทำ checklist เป็นข้อเตือนใจถึงองค์ประกอบของกระบวนการหรือยาที่จะต้องตรวจสอบ โดยระบุอย่างชัดเจน เช่น องค์ประกอบที่ต้องตรวจสอบที่ปลายฉลากยากับคำสั่งใช้ยา ขณะเดียวกันควรออกแบบคำสั่งใช้ยาเพื่อช่วยให้ตรวจสอบได้ง่ายขึ้น และทำให้ลำดับของข้อมูลใน checklist เป็นไปตามลำดับงานที่มีตรรกะ



เรื่องราวของ “คุณค่า คุณภาพ คุณธรรม” ในหนังสือเล่มนี้ น่าจะช่วยให้เป็นแนวทางในการทำงานพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลให้เกิดสัมฤทธิ์ผล โดยเจ้าหน้าที่มีความสุขและได้เรียนรู้พัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง การทำงานพัฒนาคุณภาพเป็นงานที่ไม่มีกรอบเวลาสิ้นสุดการดำเนินงาน (แต่ก็มีความสำเร็จที่สามารถชื่นชมได้เป็นระยะๆ) ดังนั้น การพัฒนาคนให้ทำงานอย่างภาคภูมิใจและมีความสุข จึงเป็นปัจจัยที่ชี้วัดความสำเร็จในระยะยาว

เรื่อง “คุณค่า” “คุณภาพ” และ “คุณธรรม” ไม่ควรเป็นเรื่องที่แยกออกเป็นเรื่องๆ รับผิดชอบโดยส่วนงานที่ทำงานโดยไม่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน แต่ควรเป็นองค์ประกอบที่สัมพันธ์กันที่จะช่วยสนับสนุนความเป็นองค์กรร่วมของระบบงาน และวิถีชีวิตวิธีทำงานแบบองค์กรร่วมของบุคลากรทุกคน สรพ.คงไม่หวังให้ที่มหาวิทยาลัยรักษาผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพสูงสุด แต่ไม่คำนึงถึงต้นทุนค่าใช้จ่ายและเศรษฐกิจของผู้ป่วยแล้วมามอบให้ฝ่ายบริหารงานหาวิธีลดต้นทุนหรือจัดค่ายคุณธรรมเพื่อสร้างภาพลักษณ์ขององค์กรเท่านั้น การบูรณาการการขับเคลื่อนเรื่อง “คุณค่า คุณภาพ คุณธรรม” จึงควรเป็นสิ่งที่พึงระลึกไว้เสมอ

ขอบคุณผู้อ่านทุกท่านที่ร่วมเดินทางในเส้นทางพัฒนาคุณภาพ และร่วมในการสร้างระบบบริการสุขภาพที่มี “คุณค่า คุณภาพ คุณธรรม” สำหรับคนไทยทุกคน

กิตติพันธ์ อนรรทมณี

ผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

บรรณาธิการและผู้เรียบเรียง

บรรณาธิการ

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

ผู้เรียบเรียง

กิตตินันท์ อนรรฆมณี

โกเมธ นาควรรณกิจ

ดวงสมร บุญผดุง

ทรนง พิลาลัย

ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ

พัทธนันท์ คงชุ่ม

รัชดาภรณ์ ทুমมาสุทรี

วราภรณ์ สักกะโต

สุภาเพ็ญ ศรีสัตไส

คุณค่า ของบริการสุขภาพในด้านหนึ่งสามารถประเมินได้จากผลลัพธ์สุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับเปรียบเทียบกับกรณียากรที่ต้องใช้ไป นอกจากนี้ยังสามารถประเมินคุณค่าได้อีกหลายลักษณะ เช่น คุณค่าด้านสังคม คุณค่าด้านสิ่งแวดล้อม คุณค่าด้านประวัติศาสตร์ คุณค่าด้านวัฒนธรรม คุณค่าด้านวิชาการ เป็นต้น

คุณภาพ ของบริการสุขภาพ ตามธรรมาณูญาว่าด้วยระบบสุขภาพฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 ให้ความหมายไว้ว่า “คุณลักษณะของบริการสาธารณสุขที่อยู่บนพื้นฐานขององค์ความรู้ทั้งด้านมนุษย สังคม วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและด้านอื่นๆ และพื้นฐานด้านคุณภาพและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ ตลอดจนความต้องการและความคาดหวังของบุคคลและสังคมได้อย่างเหมาะสม”

คุณธรรม คือ คุณงามความดีที่วิญญูชนพึงสำนึกในจิตใจของตน ในเรื่องความจริง ความดี ความงาม และใช้เป็นหลักในการดำเนินชีวิต เป็นแนวทางความประพฤติ การปฏิบัติหน้าที่ ด้วยความรับผิดชอบ ด้วยความรัก ความเอื้ออาทร ด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์

ISBN 978-616-8024-16-4



9 786168 024164

ราคา 150 บาท