



HA

Update 2009

155
H
2
2

เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี
การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ครั้งที่ 10
“Lean and Seamless Healthcare”
10-13 มีนาคม 2552 ศูนย์การประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี
จัดโดย สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล



ห้องสมุด ๑๐๐ ปี เสน พริ่งทว...

HA Update 2009

WX 155 0221H 2552 ๓.2



HA Update 2009

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี

การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ครั้งที่ 10

"Lean and Seamless Healthcare"

10-13 มีนาคม 2552 ศูนย์การประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี

จัดโดย สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

เลขหมู่
เลขทะเบียน	00002110
วันที่



HA Update 2009

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

จัดพิมพ์โดย:

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.)

ชั้น 2 อาคารกรมการแพทย์ 6 กระทรวงสาธารณสุข

ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทร. 0-2589-0023-4 โทรสาร 0-2951-0238

www.ha.or.th

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

ฉบับพิมพ์ครั้งแรก: มีนาคม 2552

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล.

HA Update 2009.—นนทบุรี: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ
โรงพยาบาล, 2552.

128 หน้า.

1. โรงพยาบาล--การบริหาร. 2. โรงพยาบาล--มาตรฐาน--คู่มือ.

I. ชื่อเรื่อง.

362.11068

ISBN 978-611-11-0001-3

ออกแบบ, พิมพ์: บริษัท หนังสือดีวัน จำกัด

01450000

หนังสือดีวัน

พิมพ์

HA National Forum เป็นเวทีแห่งการจุดประกายและเติมพลัง ที่ผู้เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลทุกฝ่ายได้มาพบปะและแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน เป็นโอกาสให้โรงพยาบาลได้นำผลงานเด่นในรอบปีมานำเสนอ ขณะเดียวกันก็เป็นโอกาสให้สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ได้ประมวลแนวคิดและเครื่องมือต่าง ๆ ที่พัฒนาขึ้นจากเสียงสะท้อนจากโรงพยาบาล และข้อมูลที่ได้รับจากการเยี่ยมชมสำรวจในรอบปีที่ผ่านมา

เอกสาร HA Update 2009 นี้เป็นผลของการประมวลให้เห็นภาพรวมของแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลให้มากที่สุด มีทั้งการให้ความหมายใหม่หรือขยายความในสิ่งที่เป็นที่รู้จักกันอยู่แล้ว และการสรุปเครื่องมือเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาตนเองสำหรับโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เครื่องมือสำหรับการนำมาตราฐานไปสู่การปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ที่เรียกว่า SPA (Standards-Practice-Assessment) การวิจัยสืบค้นตนเองเพื่อรับรู้อุปสรรคที่เกิดขึ้นจริงที่เรียกว่า Self Enquiry และระบบ scoring ที่ทำให้โรงพยาบาลเห็นว่าตนเองอยู่ตรงไหน อะไรเป็นโอกาสพัฒนาที่สำคัญ

พรพ. ขอถือโอกาสใช้เวที HA National Forum ครั้งที่ 10 นี้ มอบ HA Update 2009 ให้แก่ท่านผู้ทำงานคุณภาพโรงพยาบาลและผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่าน เพื่อนำไปศึกษา ทดลอง ปรับเปลี่ยน ต่อยอดและสะท้อนกลับให้แก่ พรพ. นำมาปรับปรุงให้เกิดประโยชน์ยิ่งขึ้น

Theme ของการประชุม HA National Forum ในปีนี้ "Lean & Seamless Healthcare" ทำให้เราเกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้นถึงคุณค่าของ

งานที่เรามอบให้แก่ผู้ป่วย คุณค่าในมุมมองของผู้รับผลงานที่ต้องมองไกล
ไปมากกว่าความพึงพอใจของผู้รับผลงาน มองไกลไปกว่าข้อกำหนดจาก
มาตรฐานวิชาชีพ แต่เป็นผลรวมของทุกสิ่งทุกอย่างที่คำนึงถึงคุณภาพชีวิต
ของผู้ป่วย การกลับมาสู่สภาวะปกติมากเท่าที่จะเป็นไปได้โดยเร็วที่สุด
ด้วยการไหลเลื่อนที่มีการสะดุดหรือสูญเปล่าน้อยที่สุด อาจกล่าวได้ว่าเป็น
การผสมผสานมิติด้านจิตวิญญาณในการประชุม HA National Forum เมื่อ
2 ครั้งที่ผ่านมาคือ Humanized Healthcare และ Living Organization กับ
มิติด้านประสิทธิภาพของระบบบริการอย่างกลมกลืนที่สุด อีกทั้งแนวคิดเรื่อง
การไหลเลื่อนที่ไม่จำกัดเฉพาะภายในสถานพยาบาลแห่งใดแห่งหนึ่ง ก็คือ
ความหมายที่ชัดเจนของ Seamless Healthcare

ขอให้พลังใจของทุกท่านในการมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพเพื่อคุณค่าของ
งาน คุณค่าของวิชาชีพ ได้เชื่อมต่อกันอย่างไม่มีขีดจำกัด หนุนเนื่องให้เกิด
ความหนักแน่นในการนำระบบบริการสุขภาพของประเทศก้าวพ้นข้อจำกัด
ต่างๆ ที่รุมล้อมอยู่ในปัจจุบันไปได้

อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

มีนาคม 2552

1. ว่าด้วยความหมาย คุณค่า ตราประทับ	1
2. ว่าด้วยคุณภาพในงานประจำ	9
3. จำแนกให้เห็นระบบ พัฒนาให้ครบเป็นองค์รวม	21
4. ว่าด้วยความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย	27
5. ว่าด้วยระบบคุณภาพที่นำมาตราฐานมาปฏิบัติในชีวิตจริง	58
6. Quality Tools	98
7. ว่าด้วยการพัฒนาด้านจิตวิญญาณและจิตตปัญญา (Spirituality)	102
8. สูงสุดคือผู้สามัญ : ทุกคน คือ ผู้หล่อเลี้ยงคุณภาพ	118

1.1 ความหมาย

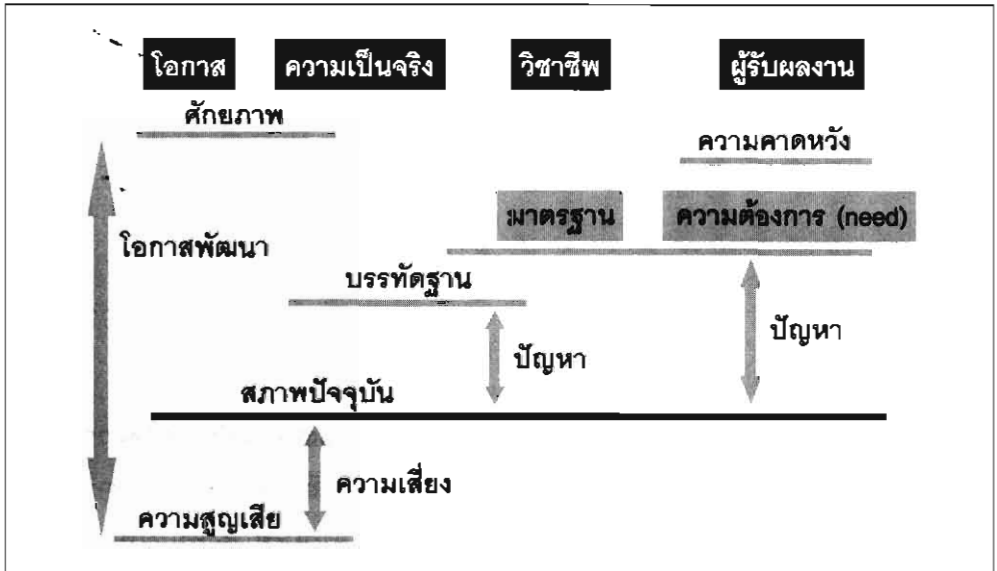
คุณภาพ

(ร่าง) ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 1 ให้ความหมายของ “คุณภาพบริการสาธารณสุข” ไว้ว่า “คุณลักษณะของบริการสาธารณสุขที่อยู่บนพื้นฐานขององค์ความรู้ ทั้งด้านมนุษย์ สังคม วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและด้านอื่นๆ และพื้นฐานด้านคุณธรรมและจริยธรรมแห่งวิชาชีพตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของประชาชนและสังคมได้อย่างเหมาะสม”

คำจำกัดความนี้น่าจะเป็นการให้ความหมายของคุณภาพบริการสาธารณสุขที่ครอบคลุมและสมบูรณ์ที่สุด

โอกาสพัฒนา

ภาพที่ 1.1 โอกาสพัฒนาคุณภาพ



ถ้าพิจารณาว่าองค์ความรู้ต่างๆ จะเป็นมาตรฐานเพื่อการตอบสนองความต้องการของประชาชนและสังคม โอกาสพัฒนาคุณภาพก็อาจจะแสดงให้เห็นดังภาพว่าประกอบด้วย

1. การป้องกันความเสี่ยงหรือการลดความสูญเสีย
2. การยกระดับ performance ให้เข้าใกล้ norm หรือบรรทัดฐานของกลุ่ม
3. การพัฒนาให้ได้มาตรฐานวิชาชีพหรือองค์ความรู้ด้านต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนและสังคม
4. การพัฒนาเพื่อตอบสนองความคาดหวังของประชาชนและสังคม
5. การยกระดับ performance ถึงระดับที่เต็มศักยภาพของระบบและคนทำงาน

1.2 คุณค่าของการทำงานที่มีคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพ

ต่อคนทำงาน¹

1. ความสุขจากทรัพย์สิน เงินทอง
2. งานที่ได้ผลตามวัตถุประสงค์
3. ได้ช่วยเหลือชีวิตเพื่อนมนุษย์
4. ความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนมนุษย์
5. เห็นคุณค่าแห่งชีวิตตน
6. ได้เห็นชีวิตตนพัฒนาสู่ความไพบูรณ์

ต่อองค์กร

1. องค์กรมีระบบบริหารและกำกับดูแลกิจการที่มีประสิทธิภาพและโปร่งใส
2. องค์กรมีชื่อเสียงและเป็นที่ศรัทธาไว้วางใจของประชาชน
3. องค์กรสามารถฝ่าฟันวิกฤตต่างๆ ไปได้ด้วยความร่วมมือของสมาชิก
4. เป็นองค์กรที่ดึงดูดคนดีให้มาร่วมงาน

ต่อผู้รับบริการ

1. ปัญหาสุขภาพได้รับการดูแลอย่างปลอดภัยและได้ผล
2. ความต้องการต่างๆ ได้รับการตอบสนองอย่างเป็นองค์รวม รวมถึงการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์
3. ได้รับข้อมูลและเสริมพลังให้มีความมั่นใจ ความรู้ และทักษะที่จะรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง

ต่อสังคม

1. ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน ตามที่กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญ

¹ พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตโต)

2. เกิดสังคมแห่งการเรียนรู้และสังคมคุณภาพตามเป้าหมายในแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม
3. ทรัพยากรของสังคมถูกใช้อย่างมีประสิทธิภาพ สมเหตุสมผล
4. ผู้บริโภคได้รับการคุ้มครอง ได้รับข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น
5. ชุมชนและสังคมมีส่วนร่วม
6. ระบบบริการเป็นที่น่าไว้วางใจของสังคม
7. ผู้ประกอบวิชาชีพได้รับความไว้วางใจให้มีอิสระในการที่จะกำกับดูแลวิชาชีพกันเอง

1.3 ภาระงานแห่งการพัฒนาคุณภาพ

ภาระงานคือตราประทับ (seal) เพื่อแสดงว่าเป็นทางการ เป็นของจริง ในการตรวจสอบว่ากระบวนการพัฒนาที่กำลังดำเนินอยู่นั้น ไปในทิศทางที่ถูกต้องหรือไม่ อาจใช้หลักพื้นฐานต่อไปนี้

1. **ง่าย** ง่ายทั้งในการทำงานประจำและง่ายในการพัฒนาคุณภาพ ใช้หลักความเรียบง่ายในการออกแบบระบบงาน ออกแบบให้เอื้อต่อคนทำงานโดยใช้นวัตกรรม

2. **มัน** มันในการทำงานประจำที่มีคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพ มันจากการได้ทำสิ่งแปลกใหม่ มันจากการที่ไม่ถูกกดดัน มันจากสัมพันธภาพระหว่างการทำงาน มันเพราะได้ทำในสิ่งที่ท้าทายความสามารถ

3. **ดี** ดีต่อตัวเองและทีมงาน ดีต่อผู้รับผลงาน ดีต่อองค์กร ดีเพราะมีเป้าหมายชัดเจน ดีเพราะการออกแบบ ดีเพราะการทำงานด้วยใจของทีมงาน ดีเพราะการไตร่ตรอง รับรู้ และปรับปรุง

4. **มีสุข** สามารถฝ่าฟันกำแพงเข้าสู่ความมีจิตใจที่งดงาม มีการพัฒนาทางจิตปัญญา (ปัญญาที่เกิดจากการฝึกฝนจิต) เกิดความสุขจากการทำงานและบันดาลความสุขให้แก่คนรอบตัว

ง่าย มัน ดี มีสุข²

เมื่อเริ่มต้นนำแนวคิด Total Quality Management (TQM) เข้ามาทดลองใช้ในโรงพยาบาล ได้พยายามสรุปหลักพื้นฐานที่จะใช้เป็นเป้าหมายในการทำงานคุณภาพ เป็นเครื่องมือสำหรับตรวจสอบว่าที่กำลังพยายามทำกันอยู่นั้นได้เดินมาถูกทางหรือไม่ หลักที่ว่านั้นก็คือ “ง่าย มัน ดี” โดยได้แนวคิดมาจากรายการทีวีรายการหนึ่งที่ชื่อ “โหด มัน ฮา”

ในการประชุม HA National Forum ครั้งที่ผ่านมานพ.ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ ได้มาพูดถึงเรื่อง Spirituality in Healthcare จึงเห็นว่าควรที่จะเพิ่ม “มีสุข” เข้าไปอีกข้อหนึ่ง เป็น “ง่าย มัน ดี มีสุข”

“ง่าย” มุ่งไปที่การทำงานประจำให้ง่ายขึ้น และการพัฒนาคุณภาพแบบเรียบง่าย เป็นการประยุกต์ใช้หลักความเรียบง่าย (simplicity) ในการทำงาน หลักความเรียบง่ายมีอยู่ว่าการทำงานหรือเครื่องมือเครื่องใช้ทุกอย่างในโลกนี้สามารถลดความซับซ้อนลงได้ถ้าเราพยายามมองหาวิธีการใหม่ๆ ในการมองหาวิธีการใหม่ๆ นั้นจะต้องยอมปล่อยวิธีการเดิมๆ ทบทวนเป้าหมายของเรื่องนั้นให้ชัดเจน ช่วยกันคิดว่าเพื่อบรรลุเป้าหมายนั้นจะมีวิธีทำงานอย่างไรได้บ้าง

ถ้าสามารถทำได้แบบนี้ เราจะลดการทำงานที่ไม่จำเป็นลงได้อีกมาก เราจะมีเวลามากขึ้นเพื่อไปทำในเรื่องที่จำเป็น ที่ผ่านมาน่าจะได้ยินคำพูดที่ทำให้เราไม่เป็นอิสระ มาบังคับให้เราต้องทำอย่างนั้นอย่างนี้ แล้วผู้คนส่วนมากต้องยอมจำนนกับข้ออ้าง เช่น พรพ.บอกว่าต้องทำอย่างนั้น สภาให้ทำอย่างนี้ กลายเป็นความทุกข์ยากของคนทำงาน

หากเราสามารถกลับไปหาเป้าหมายของเรื่องนั้นด้วยการถามทำไม แล้วทบทวนว่าวิธีการที่ทำอยู่นั้นบรรลุเป้าหมายได้เต็มที่แล้วหรือยัง จะมีวิธีการใหม่ๆ อะไรอีกที่จะทำให้บรรลุเป้าหมาย นำมาทดลองทดสอบให้ประจักษ์แก่ทีมงานแล้วเลือกสรรวิธีที่ดีที่สุดที่คิดได้ ก็จะทำให้เกิดความเรียบง่ายทั้งในงานประจำ และในการพัฒนาคุณภาพ

ตัวอย่างที่ชัดเจนเรื่องหนึ่งคือการทบทวนข้างเตียงผู้ป่วย พรพ. คิดสูตร C3THER ขึ้นมาเป็นกุศโลบายเพื่อดึงทีมงานกลับไปหาผู้ป่วย ไปเรียน

² ตีพิมพ์ใน Medical Times ปีที่ 9 ฉบับที่ 209 16-31 มิถุนายน 2551.

รู้ปัญหาของผู้ป่วยที่ข้างเตียง แทนที่จะพัฒนาคุณภาพกันบนกระดาษหรือในห้องประชุม โดยอาศัยแนวคิดมาจากการเรียนการสอนข้างเตียงสมัยที่เป็นนักเรียนแพทย์ อาศัยกระบวนการดูแลพื้นฐานที่ทุกวิชาชีพต้องปฏิบัติ มิใช่เรื่องใหม่อะไร สูตร C3THER ก็เป็นเพียงแนวทางเพื่อให้ครอบคลุมประเด็นสำคัญได้ครบถ้วน ด้วยหวังว่าจะมีการทำกันอย่างสม่ำเสมอ ทำกันโดยไม่จำกัดจำนวน ทำกันให้มากที่สุด สุดท้ายกลายเป็นความเคยชินที่จะทำในขณะที่ดูแลผู้ป่วยไปด้วย ขณะเช็ดตัวให้ผู้ป่วยก็ทบทวนตรวจสอบไปด้วย ขณะเดินผ่านผู้ป่วยก็มีสายคาที่ปราดเปรี้ยวว่องไวในการตรวจจับปัญหาของคนไข้ เพราะได้ทำกันมาจนกลายเป็นความเคยชิน

ความซับซ้อนเกิดขึ้นเพราะความหวาดกลัว กลัวว่าเมื่อถึงเวลาประเมินจะไม่มีหลักฐานให้ผู้ประเมินดู จึงมีโรงพยาบาลบางแห่งไปคิดแบบฟอร์มบันทึก C3THER ขึ้น ส่งผลให้เกิดความยุ่งยาก ส่งผลให้ทำการทบทวนกันน้อยจนไม่มีผลในการพัฒนาทักษะการตรวจจับปัญหาของผู้ป่วย เนื่องจากทุกคนกลัวภาระที่เพิ่มขึ้น ยิ่งทบทวนมากยิ่งต้องเขียนมาก กลายเป็นว่ากลับห่างไกลจากแนวคิดที่ พรพ.พยายามเสนอไว้ว่า **“ไปอยู่กับคนไข้ อย่าเสียเวลากับงานเอกสาร”**

โรงพยาบาลบางแห่งอาจจะบอกว่า ได้ประโยชน์ในการสื่อสารจากการจัดทำบันทึกในลักษณะนี้ หากเป็นเช่นนั้นจริงก็ดีไป แต่แน่นอนว่ามีวิธีการที่เรียบง่ายกว่า

“มัน” (Joyful) มีผลอย่างมากต่อความยั่งยืนของการพัฒนา ทำอะไรแล้วไม่สนุก ไม่มัน ก็ไม่อยากทำต่อ การพัฒนาคุณภาพแล้วเครียด ทำได้สักพักหนึ่งก็ต้องเลิก

ความมันจะเกิดได้จากอะไรบ้าง มันจากการได้ทำสิ่งแปลกใหม่ มันจากการไม่ถูกกดดัน มันจากสัมพันธภาพระหว่างการทำงาน มันเพราะเห็นเป็นความท้าทาย สิ่งเหล่านี้จะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อผู้บริหารเข้าใจทั้งคนของตัวเองและเป้าหมายของงานคุณภาพ จึงจะสามารถสร้างบรรยากาศที่สนุก เป็นอิสระ และให้ออกาสแก่คนทำงาน

ด้วยเป้าหมายเดียวกัน อาจจะสร้างความรู้สึกที่แตกต่างกันได้ อยู่ที่วิธีการสื่อสารและเจตคติของผู้บริหาร ถ้าจะบรรลุเป้าหมายอะไรสักอย่างหนึ่งในเวลาที่กำหนด (ซึ่งเป็นเรื่องปกติของการวางแผน) ทำที่และการสื่อ

สารบางรูปแบบอาจจะทำให้คนทำงานรู้สึกว่าคุณกดดัน ถูกบังคับ ต้องทำใน
สิ่งที่ไม่อยากทำ ขณะที่ทำที่และการสื่อสารบางรูปแบบทำให้คนทำงานรู้สึก
ว่าเป็นความท้าทาย มีอิสระที่จะคิดวิธีการทำงานด้วยตนเอง

“ดี” ในความหมายที่กว้าง อาจครอบคลุมว่า ดีต่อผู้รับบริการ ดีต่อ
คนทำงาน และดีต่อองค์กร ผู้บริหารที่ชาญฉลาดจะบอกกับคนของตนว่า
ถ้าคิดจะทำอะไรขอให้คิดถึงทั้งสามส่วนนี้ ถ้าดีต่อทั้งสามส่วนนี้ค่อยทำ ไม่
อย่างนั้นอย่าเพิ่งทำ

ดีต่อผู้รับบริการ (ซึ่งจะส่งผลให้ดีต่อองค์กรในทางอ้อมด้วย) อาจมี
ความหมายใกล้เคียงกับ “ได้ผล” (effective) ทำให้ผลลัพธ์สุขภาพ (health
outcome) ของผู้รับบริการดีขึ้น เป็นการนำ core values & concepts ในข้อ
focus on results มาใช้ ทำอะไรให้คิดถึงผลลัพธ์ควบคู่ไปด้วยเสมอ มิใช่
สนใจเพียงกิจกรรมหรือโครงการที่ทำเท่านั้น

การคิดถึงผลลัพธ์จะต้องเริ่มต้นด้วยเป้าหมายเสมอ การใช้แนวคิด 3P
ก็คือ การใช้ model สำหรับการพัฒนาที่ IHI เสนอไว้ว่า Aim-Measure-
Change หรือ “ตั้งเป้า ฝึกดู ปรับเปลี่ยน” ก็ดี การพัฒนาคุณภาพของกลุ่ม
ประชากรทางคลินิกโดยใช้เครื่องมือและแนวคิดที่หลากหลายก็ดี ล้วนเป็น
แนวทางเดียวกัน คือตั้งต้นด้วยเป้าหมาย มีการวัดผลด้วยตัวชี้วัดที่ตรง
ประเด็น แล้วใช้เครื่องมือและแนวคิดต่างๆ มารวมล้อมกันพัฒนาเพื่อบรรลุ
เป้าหมายดังกล่าว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ข้อมูลวิชาการ (scientific evi-
dence) ที่มีอยู่มากมายมาปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย แล้วนำมาทบทวน
ไตร่ตรองกันบ่อยๆ ว่าเราเข้าใกล้เป้าหมายได้เพียงใด

“มีสุข” คือการพัฒนาจิตตปัญญา (spirituality) ในสามระดับ คือ
บุคคล ทีมงาน และองค์กร ในระดับบุคคลนั้นเป็นการฝึกกำแพงสู่ความมี
จิตใจที่งดงาม เมตตา รับผิดชอบ สมานฉันท์ เกื้อกูลกัน สามารถปลดปล่อย
คุณค่าในตัวเองออกมาได้โดยปราศจากเครื่องกีดกัน คุณค่าในตนเองมาจาก
จิตใจที่สงบ จิตใจที่สงบด้วยวิธีง่ายๆ คือการกลับมาอยู่กับลมหายใจของ
ตัวเอง

จิตตปัญญาในระดับทีมงานคือการฟังกันอย่างลึกซึ้งจนเข้าใจกันและ
กัน การมองเชิงบวก และการสะท้อนความคิดอย่างไม่มีอคติ ขณะที่จิตต
ปัญญาในระดับองค์กรคือการมีค่านิยมร่วม เป็นค่านิยมที่มาจากส่วนลึกของ

ทุกคน มาจากการปฏิบัติจริงที่ผ่านมา มิใช่คำนิยมที่เป็นคำพูดที่พยายาม
แต่งให้สวยหรู แต่ขาดความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับประสบการณ์ของคนทำงาน

ขอฝาก “ง่าย มัน ดี มีสุข” หรือ **SJES** (simplicity-joyful-effective-
spirituality) ไว้เป็นตราประทับ เป็นแนวทาง เป็นเครื่องตรวจสอบกระบวนการ
การทำงานคุณภาพสำหรับทุกท่าน

2

ว่าด้วยคุณภาพในงานประจำ

- 2.1 คำถามจากกิจกรรมหัวหน้าพาทำคุณภาพ
- 2.2 ทำกิจกรรมบนทวนคุณภาพให้อยู่ในชีวิตประจำวัน
- 2.3 ขจัดความสูญเปล่าตามแนวคิด Lean
- 2.4 สร้างความใหม่ในการทำงาน

2.1 คำถามจากกิจกรรมหัวหน้าพาทำคุณภาพ

กิจกรรมหัวหน้าพาทำคุณภาพ ได้ถูกออกแบบไว้เพื่อการเรียนรู้แนวความคิดคุณภาพที่สำคัญ เช่น คุณภาพเริ่มที่แต่ละคน (individual commitment), คุณภาพคือการทำให้งานของเราดีขึ้น, คุณภาพคือการฟังฟังกันและกัน, คุณภาพคือการตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงาน, คุณภาพคือการทำหน้าที่ตามเป้าหมายอย่างสมบูรณ์ โดยเป็นการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้บริหารกับผู้ปฏิบัติงานในแต่ละหน่วย มีกิจกรรมสั้นๆ ให้เรียนรู้ในแต่ละสัปดาห์ต่อเนื่องกัน 8 สัปดาห์ เป็นพื้นฐานก่อนที่จะทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอื่นๆ ต่อไป

คำถามที่สะท้อนแนวความคิดคุณภาพพื้นฐานดังกล่าว ยังมีความจำเป็นและสมควรนำมาทบทวนโดยทีมงานอยู่เป็นประจำ ในระหว่างการประชุมประจำเดือน ประจำสัปดาห์ หรือแม้แต่ในชีวิตการทำงานในแต่ละวัน

มาใช้คำถามต่อไปนี้กันให้บ่อยขึ้น

1. อะไรคือความสำเร็จที่เกิดขึ้นโดยทีมงานที่นี่
2. จะส่งเสริมและสร้างให้เกิดบรรยากาศที่ดีในการทำงานคุณภาพได้อย่างไร
3. แต่ละงานของเรามีเป้าหมายหรือคุณค่าอะไร จะทำให้ดีขึ้นได้อย่างไร (ใช้ 3P ในงานประจำ)
4. จะทำให้งานของเราดีขึ้นอย่างไร (ลดความซ้ำซ้อน ขั้บซ้อน สูญเปล่า เสียเวลา เสียโอกาส)
5. จะทำให้เพื่อนของเรา (internal customer) ทำงานง่ายขึ้น

อย่างไร

6. จะเพิ่มคุณค่าให้ผู้รับผลงานของเรา (external customer) อย่างไร
7. เราทำหน้าที่ตามเป้าหมายของหน่วยงานสมบูรณ์หรือยัง บรรลุประเด็นสำคัญต่างๆ แล้วหรือไม่
8. เราจะทำอะไรต่อไป จะปรับปรุงบางสิ่งให้ดีขึ้นกว่าเดิมอีก หรือจะสร้างสรรค์สิ่งใหม่ที่จะให้คุณค่าต่อไป

รายละเอียดตามแนวทางในเอกสาร “หัวหน้าพาทำคุณภาพ” ยังเป็นสิ่งที่มีประโยชน์ ที่หัวหน้าหน่วยงานต่างๆ ควรศึกษาและพิจารณาเลือกใช้ตามความเหมาะสม

2.2 กำกับกรรรมทบทวนคุณภาพให้อยู่ในชีวิตประจำวัน

กิจกรรมทบทวนคุณภาพ 12 กิจกรรม ได้ถูกออกแบบขึ้นตามมาตรฐานว่าด้วยกระบวนการคุณภาพทางคลินิกในมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกัญจนภิเศก เพื่อช่วยให้โรงพยาบาลที่มีทรัพยากรจำกัดสามารถเข้าสู่กระบวนการพัฒนาคุณภาพในเรื่องที่มีความสำคัญสูงได้อย่างรวดเร็ว มีเครื่องบ่งชี้ความสำเร็จให้แก่ทีมงานคือ “กิตติกรรมประกาศบันไดขั้นที่ 1 สู่ HA”

บันไดขั้นที่ 1 เป็นบันไดที่ต้องย่อลงไปทุกครั้งที่จะขึ้นไปสู่บันไดที่สูงขึ้น กิจกรรมทบทวนคุณภาพในบันไดขั้นที่ 1 สู่ HA จึงเป็นกิจกรรมที่เป็นพื้นฐานสำคัญสำหรับกิจกรรมคุณภาพอื่นๆ เป็นกระจกส่องที่ดีให้เห็นภาพตนเอง เป็นแหหรือตาข่ายที่มีช่องถี่สูงเพื่อดักจับอุบัติเหตุและความเสี่ยงทั้งหลาย

การทำให้กิจกรรมทบทวนคุณภาพเกิดขึ้นในชีวิตประจำวันเป็นเรื่องปกติ ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ไม่มีเงื่อนไข จึงเป็นสิ่งที่ควรทำให้เกิดขึ้นในทุกหน่วยที่มีการดูแลผู้ป่วย

1. การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วยหรือการทบทวนข้างเตียงผู้ป่วย (Bedside Review)

- ทำความเข้าใจว่าหัวใจสำคัญของเรื่องนี้คือการเพิ่มความไวในการค้นหาปัญหาของผู้ป่วย, ตอบสนอง/แก้ปัญหาของผู้ป่วยในทันที, เรียนรู้จากสิ่งที่ผู้ป่วยแต่ละคนหยิบยื่นให้, เรียนรู้จากมุมมองของวิชาชีพอื่น, มองหาประเด็นที่จะนำไปปรับปรุงระบบงาน
- ทุกคนในที่ดูแลผู้ป่วยใช้โอกาสทบทวน C3THER (หรือสูตรเดื่อนใจอื่นๆ ตามความเหมาะสม) ระหว่างที่ให้การดูแลผู้ป่วยในงานปกติประจำ เช่น ระหว่างการเช็ดตัวผู้ป่วย ระหว่างการตรวจเยี่ยม ไม่ต้องเน้นการจดบันทึกเพิ่มเติมจากงานประจำที่ต้องทำ
- พยายามประจำหอผู้ป่วยเลือกผู้ป่วยที่ซับซ้อนหรือผู้ป่วยที่น่าสนใจวันละรายเพื่อขอเรียนรู้อะไรร่วมกันระหว่างแพทย์เจ้าของไข้กับทีมงานพยาบาล ถ้าสามารถทบทวนเป็นรายแรกก่อนที่จะตรวจเยี่ยมผู้ป่วยตามปกติได้ยิ่งดี
- วิชาชีพอื่นๆ ที่มีได้อยู่ประจำที่หอผู้ป่วย เช่น โภชนากร เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ ใช้เวลาที่ว่างขึ้นไปเรียนรู้จากผู้ป่วย และเพิ่มคุณค่าให้แก่การดูแลจากมุมมองของวิชาชีพของตน

2. การทบทวนความคิดเห็นคำร้องเรียนของผู้รับบริการ

- ทำความเข้าใจว่าหัวใจสำคัญของเรื่องนี้คือความไวต่อการรับรู้และตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ, การที่ผู้รับบริการเห็นว่าโรงพยาบาลยินดีรับข้อคิดเห็น คือภูมิคุ้มกันสำคัญของโรงพยาบาล
- ผู้ปฏิบัติงานทุกคนตั้งใจว่าจะคุยกับผู้รับบริการวันละราย เพื่อรับรู้ความคิดเห็นต่อบริการที่ได้รับอย่างไม่เร่งรีบ เปิดกว้าง ฝึกการเป็นผู้รับฟังที่ดี
- OPD และหน่วยบริการผู้ป่วยนอกอื่นๆ มอบหมายให้มีผู้ดำเนินการต่อไปนี้เป็นประจำ
 - ▶ สังเกตบริเวณที่มีแถวคอยของผู้ป่วย บริเวณที่มีการรอคอยอย่างแออัด ผู้ป่วยที่นั่งรถเข็นเปลนอน พิจารณาด้วยหัวใจของญาติผู้ป่วยว่าจะปรับปรุงระบบบริการตรงจุดเหล่านั้นได้อย่างไร
 - ▶ สังเกตสีหน้าของผู้ป่วยและญาติที่รอคอยอยู่หรือที่ออกมาจากห้องตรวจ เข้าไปรับรู้ปัญหาและความรู้สึกจากผู้ที่สีหน้าไม่สบายใจ

เบื่อนนาย หงุดหงิด โกรธเกรี้ยว

- ▶ ตามรอยผู้ป่วยรายใดรายหนึ่งไปในทุกขั้นตอนของการเข้ารับบริการ พิจารณาว่ามีการสะดุด สับสน เสียเวลา สิ่งของหรือข้อมูลสูญหาย ในขั้นตอนใด และนำมาพิจารณาปรับปรุง
- หอผู้ป่วย มอบหมายให้มีผู้ดำเนินการต่อไปนี้เป็นประจำ
 - ▶ เลือกผู้ป่วยหรือญาติที่คิดว่ามีปัญหามากที่สุด มีข้อเรียกร้องมากที่สุด พุดมากที่สุด เชิญมาบอกเล่าเรื่องราวและข้อคิดเห็นต่าง ๆ ในบรรยากาศที่ผ่อนคลาย รับประทานอาหาร รับประทานอาหาร รับประทานอาหาร
 - ▶ ขอให้ผู้ป่วยหรือญาติที่มีการศึกษา จดบันทึกสิ่งที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลและความรู้สึกที่เกิดขึ้น นำมาวิเคราะห์เพื่อทำความเข้าใจความต้องการของผู้รับบริการ
- ผู้ที่มีโอกาสออกปฏิบัติงานนอกสถานที่ ใช้โอกาสพูดคุยกับบุคคลภายนอกและชุมชน เพื่อรับเสียงสะท้อนและความรู้สึกต่อโรงพยาบาล

3. การทบทวนการส่งต่อ / ขอย้าย / ปฏิเสธการรักษา

- ทำความเข้าใจว่าหัวใจสำคัญของเรื่องนี้คือการมองหาในสิ่งที่เราทำไม่ได้หรือทำได้ไม่ดี เพื่อนำมาสู่การปรับปรุงศักยภาพของบุคคล/องค์กรและระบบงาน
- ทุกครั้งที่มีการส่งต่อ ขอย้าย ปฏิเสธการรักษา ผู้เกี่ยวข้องในเหตุการณ์ทบทวนเพื่อหาโอกาสพัฒนาในประเด็นต่อไปนี้ทันที
 - ▶ เราควรจะดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจและความรักมากกว่าที่ผ่านมาหรือไม่ จะทำอย่างไร
 - ▶ เราควรจะสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวให้มากกว่าที่ผ่านมาหรือไม่ จะทำอย่างไร
 - ▶ มีความรู้และทักษะอะไรที่ทีมงานควรเรียนรู้และพัฒนาเพิ่มขึ้น จะทำอย่างไร

³ โมโม เป็นเด็กหญิงกำพร้า ทำทางปอนๆ เวลารับประทานอาหารจะไม่พูดอะไรเลย แต่ด้วยสีหน้าท่าทางของเธอ ทำให้ผู้เล่าอยากจะทำทุกอย่างทุกอย่างออกมาจนหมด จนทุกคนที่มีปัญหา มักจะบอกกันว่า "ไปหาโมโมสิ" เมื่อได้เล่าทุกอย่างให้โมโมฟังแล้ว คำตอบก็เกิดขึ้นมาในจิตใจของผู้เล่าเอง

- ▶ มีประเด็นเกี่ยวกับระบบงาน แนวทางการดูแล เครื่องมืออุปกรณ์ สถานที่ อะไรที่ควรได้รับการปรับปรุงให้ดีขึ้น จะทำอย่างไร

4. การทบทวนโดยผู้ชำนาญกว่า

- ทำความเข้าใจว่าหัวใจสำคัญของเรื่องนี่คือการใช้ศักยภาพของผู้ที่เก่งกว่าในองค์กร มาพัฒนาศักยภาพของผู้ที่มีประสบการณ์น้อยกว่า เป็นการเรียนรู้ที่ตรงประเด็น เป็นประโยชน์ในการใช้งานจริง มีการแก้ไขข้อผิดพลาดอย่างรวดเร็ว
 - ▶ วิเคราะห์โอกาสและส่งเสริมให้มีการทบทวนเป็นปกติในงานประจำ
 - ▶ แพทย์ทบทวนการตรวจรักษาของพยาบาลที่ห้องฉุกเฉิน
 - ▶ แพทย์เฉพาะทางทบทวนการตรวจรักษาของแพทย์ทั่วไปที่ห้องฉุกเฉิน
 - ▶ พยาบาลอาวุโสทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลรุ่นน้อง
 - ▶ เกสซ์กรทบทวนการจ่ายยาของพยาบาลและพนักงานผู้ช่วยเกสซ์กร
 - ▶ ทันตแพทย์ทบทวนการตรวจรักษาของทันตภิบาล
 - ▶ นักเทคนิคการแพทย์จากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ทบทวนระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการในโรงพยาบาลที่ไม่มีนักเทคนิคการแพทย์
 - ▶ ทบทวนการปฏิบัติงานของพนักงานที่โรงพยาบาลฝึกให้มาช่วยตรวจทางรังสีวิทยาหรือห้องปฏิบัติการ

5. การค้นหา / ป้องกันความเสี่ยง

- ทำความเข้าใจว่าหัวใจสำคัญของเรื่องนี่คือการค้นหาจุดระเบิดที่ซุกซ่อนอยู่ตามที่ต่าง ๆ และรอวันระเบิด จัดการกำจัดจุดระเบิดเหล่านั้นให้สิ้นอย่าให้เกิดระเบิดขึ้นเป็นอันตรายกับผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่
- คาดการณ์ความเสี่ยงที่เป็นไปได้และมีโอกาสเกิดพอสมควรในผู้ป่วยแต่ละรายที่รับไว้ดูแล ในขั้นตอนการประเมินเมื่อแรกรับและในระหว่างการตรวจเยี่ยม (หลีกเลี่ยงการคาดการณ์เชิงทฤษฎีซึ่งจะทำให้ได้ความเสี่ยงมากเกินไปและไม่เกิดประโยชน์ต่อการดูแล) และวางแผนป้องกันหรือติดตามเฝ้าระวังตามความเหมาะสม
- สลับกันไปเยี่ยมหน่วยงานอื่น เพื่อใช้สายตาที่แปลกใหม่ในการมองหา

ความเสี่ยงของหน่วยงานนั้น

6. การทบทวนเหตุการณ์สำคัญ

- ทำความเข้าใจว่าหัวใจสำคัญของเรื่องนี่คือการจัดการกับปัญหารุนแรงอย่างเหมาะสม การเรียนรู้และจัดระบบเพื่อป้องกันมิให้เกิดปัญหาซ้ำ
- จัดให้มีระบบบันทึกอุบัติการณ์เสริมจากระบบรายงานที่มีอยู่เดิม ให้สามารถบันทึกได้ง่าย เห็นข้อมูลอยู่ในหน่วยงานเพื่อนำมาคุยกันเป็นระยะ เช่น การใช้บัตรบันทึกเหตุการณ์หรืออุบัติการณ์ใส่ในช่องที่ตามขั้นตอนในกระบวนการดูแลผู้ป่วย
- ทบทวนเหตุการณ์สำคัญที่มีความรุนแรงสูงหรือก่อให้เกิดความสูญเสียมาก เช่น ผู้ป่วยเสียชีวิตทุกราย - ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทุกราย โดยพิจารณาในประเด็นต่อไปนี้
 - ▶ ขั้นตอนใดในการดูแลที่มีโอกาสปรับเปลี่ยนการตัดสินใจหรือการปฏิบัติ และอาจทำให้ผลลัพธ์การดูแลเปลี่ยนแปลงไป
 - ▶ ทำอย่างไรที่จะอำนวยความสะดวกให้มีการตัดสินใจหรือการปฏิบัติในลักษณะที่พึงประสงค์

7. การทบทวนการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

- ทำความเข้าใจว่าหัวใจสำคัญของเรื่องนี่คือการรับรู้จุดเสี่ยงต่อการติดเชื้อซึ่งจะนำไปสู่การป้องกันเพื่อให้เกิดความปลอดภัยทั้งต่อผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และป้องกันการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม
- ฝึกสังเกตสิ่งแวดล้อม การปฏิบัติ และผู้ป่วย ว่ามีสถานการณ์ใดหรือจุดใดที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ นำประเด็นที่สังเกตมาสู่การปรับปรุง

8. การทบทวนการใช้ยา

- ทำความเข้าใจว่าหัวใจสำคัญของเรื่องนี่คือการรับรู้โอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนหรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากยา ซึ่งจะนำไปสู่การปรับปรุงเพื่อป้องกันอันตรายจากการใช้ยา
- ในระหว่างการดูแลผู้ป่วย ทีมงานช่วยกัน สังเกต เผื่อระวังอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย อันเนื่องมาจากใช้ยาที่มีโอกาสเกิดปัญหาสูง หรือ

สถานการณ์ที่เสี่ยง หรือเอื้ออำนวยให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา และร่วมกันกำหนดแนวทางป้องกันที่รัดกุม แม้ว่าบางเรื่องจะยังไม่เคยเกิดปัญหามาก่อนก็ตาม

- ในการทำงานประจำที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา แพทย์ เภสัชกร และพยาบาล ทุกคนตั้งใจปฏิบัติตามวิธีการที่ได้ตกลงกันไว้ และหมั่นทบทวนขั้นตอนการทำงานที่อาจก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ตั้งแต่จากการสั่งยา การถ่ายทอดคำสั่งและการเตรียมยา การจ่ายยา และการบริหารยา อย่างสม่ำเสมอ
- นำข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาที่มีการบันทึกไว้มาวิเคราะห์ว่าเกี่ยวข้องกับใครบ้าง มอบหมายให้ทีมที่เกี่ยวข้องนำไปพิจารณาว่าจะลดหรือป้องกันความคลาดเคลื่อนดังกล่าวได้อย่างไร
- ทบทวนยาที่ใช้อยู่เป็นประจำว่ามีโอกาสเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากยาอะไรบ้าง แนวทางปฏิบัติที่ใช้อยู่มีความรัดกุมพอที่จะป้องกันหรือตรวจพบเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์แต่เนิ่นๆ หรือไม่
- ทบทวนเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากยาที่เคยเกิดขึ้นในโรงพยาบาลหรือที่โรงพยาบาลอื่น พิจารณาปรับปรุงแนวทางปฏิบัติเพื่อให้มั่นใจว่าจะป้องกันเหตุการณ์ดังกล่าวได้
- ทบทวนความรู้ใหม่ๆ เกี่ยวกับการใช้ยา นำมาแบ่งปันและหาทางฝังเข้าไปในระบบงาน

9. การทบทวนเวชระเบียน

- ทำความเข้าใจว่าหัวใจสำคัญของเรื่องนี้คือการเห็นจุดอ่อนของการบันทึกเวชระเบียนที่เป็นอยู่ นำไปสู่การปรับปรุงวิธีการบันทึกให้เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วย และการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น
- ในระหว่างการทบทวนข้างเคียงผู้ป่วย พิจารณาว่าเวชระเบียนของผู้ป่วยได้รับการบันทึกอย่างสมบูรณ์เพียงพอที่จะให้ผู้อื่นมาดูแลอย่างต่อเนื่องเข้าใจเหตุผลของการตัดสินใจ ประเมินคุณภาพของการดูแล และใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายได้หรือไม่
- ส่งเสริมให้ใช้แบบประเมินความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนมาตรฐานที่ สปสช. และ พรพ. ร่วมกันจัดทำ (เน้นการประเมินเพื่อรับรู้

- จุดอ่อนและปรับปรุง มากกว่าการประเมินเพื่อเก็บคะแนน)
- แพทย์แต่ละคนประเมินเวชระเบียนผู้ป่วยที่ตนดูแลเดือนละอย่างน้อย 3 ฉบับ
 - ทีมพยาบาลร่วมกันประเมินเวชระเบียนในส่วนของพยาบาลตามกำหนดเวลาที่ทีมตกลงกัน เช่น ทุกวันก่อนลงเวรเช้า หรือสัปดาห์ละครั้ง

10. การทบทวนการใช้ความรู้ทางวิชาการ

- ทำความเข้าใจว่าหัวใจสำคัญของเรื่องนี้คือการเพิ่มคุณค่าให้แก่การดูแลผู้ป่วยด้วยข้อมูลวิชาการ ทำในสิ่งที่เกิดประโยชน์ให้มากขึ้น ละเว้นการทำในสิ่งที่ไม่เกิดประโยชน์ ตรวจสอบโดยมีข้อบ่งชี้ที่เหมาะสมมากขึ้น
- ทุกครั้งที่มีอุบัติการณ์เกิดขึ้น ทุกโรคที่ถูกระบุว่าเป็นปัญหาสำคัญหรือมีการนำมาพัฒนาคุณภาพ ให้เสาะแสวงหาข้อมูลวิชาการมาพิจารณาว่ามีความแตกต่าง (gap) ระหว่างความรู้หรือข้อแนะนำนั้นกับการปฏิบัติของเราเพียงใด สมควรจะลดความแตกต่างนั้นได้เพียงใด ด้วยวิธีการใด

11. การทบทวนการใช้ทรัพยากร

- ทำความเข้าใจว่าหัวใจสำคัญของเรื่องนี้คือการมองหาโอกาสปรับปรุงประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร การกำหนดข้อตกลงร่วมกัน และพยายามปฏิบัติตามข้อตกลงนั้น โดยใช้การทบทวนและสะท้อนกลับเป็นเครื่องมือช่วย
- สังเกตว่าการสั่งตรวจรักษาผู้ป่วยที่ให้การดูแลอยู่ทุกวันนี้ มีเรื่องใดบ้างที่อาจไม่มีความจำเป็น ศึกษาข้อมูลความรู้ทางวิชาการ กำหนดเป้าหมายที่ยอมรับร่วมกัน พยายามปฏิบัติตามเป้าหมาย ทบทวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นระยะ
- พิจารณาโอกาสลดการใช้ทรัพยากรในกรณีต่อไปนี้
 - ▶ การรับไว้นอนโรงพยาบาลในช่วงเวลาสั้นๆ ซึ่งสามารถรักษาแบบผู้ป่วยนอกได้
 - ▶ การสั่งตรวจ investigate ที่ทำเป็น routine และมีได้นำมาใช้ประโยชน์เท่าที่ควร หรือการสั่งตรวจฉุกเฉินนอกเวลาทำการปกติโดยไม่ได้ใช้ผลการตรวจในคืนนั้น

- ▶ การใช้ยาต้านจุลชีพในกรณีที่ไม่มีความจำเป็น เช่น cut wound, URI, diarrhea
- ▶ การทำหัตถการบางอย่าง เช่น การผ่าตัดคลอด

12. การทบทวนตัวชี้วัด

- ทำความเข้าใจว่าหัวใจสำคัญของเรื่องนี่คือวัดผลที่ตรงประเด็น และการใช้ประโยชน์จากตัวชี้วัดที่ติดตาม
- นำตัวชี้วัดต่างๆ ที่หน่วยงานหรือทีมงานติดตามอยู่มาวิเคราะห์ แปลความหมาย และพิจารณาว่าจะนำไปใช้ประโยชน์อย่างไร มองหาตัวชี้วัดอื่นๆ ที่อาจจะมีความเหมาะสมมากกว่าและน่าจะนำมาใช้ทดแทน

รายละเอียดแหล่งข้อมูลต่อไปนี้เป็นสิ่งที่มีประโยชน์ ซึ่งหัวหน้าหน่วยงานต่างๆ ควรศึกษาและพิจารณาเลือกใช้ตามความเหมาะสม

- เอกสาร “หัวหน้าพาทบทวนคุณภาพ”
- Slide ประกอบเสียง “ต่อยอดจากบันไดขั้นที่ 1 สู่ HA”

2.3 ขจัดความสูญเปล่าตามแนวคิด Lean

หัวใจสำคัญของแนวคิด Lean คือการที่ทีมงานร่วมมือกันขจัดความสูญเปล่า (waste) ออกจากกระบวนการทำงานเพื่อให้เกิดการไหลลื่นอย่างต่อเนื่อง สามารถส่งมอบสิ่งที่มีคุณค่าในมุมมองของผู้รับผลงานได้ในเวลาอันรวดเร็ว

ในบริการสุขภาพ สิ่งที่มีคุณค่าในมุมมองของผู้ป่วยคือการที่สภาวะสุขภาพกลับคืนสู่สภาพปกติหรือใกล้เคียงสภาพปกติให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

เพื่อให้ง่ายในการพิจารณาว่าอะไรเป็นความสูญเปล่า ได้มีการจัดแบ่งความสูญเปล่า (waste-muda) ไว้เป็น 8 ประเภท ตามด้วยย่อว่า DOWNTIME ซึ่งทีมงานสามารถนำไปพิจารณาว่าในงานประจำของเรานั้น มีความสูญเปล่าเหล่านี้เกิดขึ้นมากน้อยเพียงใด จะขจัดออกไปจากระบบได้อย่างไร โดยที่ไม่ส่งผลเสียต่อกระบวนการที่เกี่ยวข้องกัน

กรอบที่ 2.1 ความสูญเปล่าที่สมควรขจัดออกจากระบบงาน

D	Defects rework	ข้อบกพร่องที่ต้องทำงานซ้ำเพื่อแก้ไข
O	Overproduction	การผลิตหรือให้บริการมากเกินไป
W	Waiting	การรอคอย
N	Not Using Staff Talent	ความรู้ความสามารถไม่ถูกใช้อย่างเต็มที่
T	Transportation	การเดินทางและการเคลื่อนย้าย
I	Inventory	วัสดุคงคลัง
M	Motion	การเคลื่อนที่หรือการเดินทางของเจ้าหน้าที่
E	Excessive Processing	ขั้นตอนที่มากเกินไป

รายละเอียดในเรื่องแนวคิด Lean กับบริการสุขภาพ สามารถศึกษาเพิ่มเติมได้จากเอกสารประกอบการประชุม 10th HA National Forum “Lean & Seamless Healthcare”

2.4 สร้างความใหม่ในการทำงาน ⁴

ปีใหม่ เป็นโอกาสที่แต่ละท่านจะได้ทบทวนว่าในรอบปีที่ผ่านมาเป็นอย่างไร ปีต่อไปจะทำอะไรที่เป็นเรื่องใหม่ๆ ในชีวิตของเรา เพื่อเป็นการส่งความสุขปีใหม่แก่ท่านผู้อ่าน แนวทางต่อไปนี้เป็นวิธีการที่ทำได้ไม่ยาก เป็นเรื่องของความเรียบง่าย ทำแล้วจะเกิดประโยชน์และความสุขต่อทุกๆ ฝ่ายในแวดวงสุขภาพ เริ่มต้นคิดเป็นข้อเสนอแนะเฉพาะสำหรับแพทย์ แต่เมื่อพิจารณาดูแล้วก็พบว่าสามารถใช้ได้กับทุกวิชาชีพ

1. ใช้การฟังเป็นการเยียวยา เยียวยาทั้งผู้ป่วยและตัวเราเอง การพูดเยียวผู้ป่วยเพราะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ร้อยเรียงเรื่องราวจนเกิดความเข้าใจปัญหาของตัวเอง ความรู้สึกว่ามีผู้ที่ตั้งใจรับฟังจนเกิดความเข้าใจก็ช่วยเยียวยา และความเข้าใจนั้นก็กลับมาเยียวยาผู้บำบัดเองด้วย ด้วยการตั้งปณิธานว่าเราจะรับฟังผู้ป่วยอย่างจริงจังอย่างน้อยวันละหนึ่งราย ก็จะช่วยให้เราสามารถปฏิบัติในเรื่องการฟังได้แม้จะมีภาระงานมาก อาจจะใช้เวลาช่วงท้ายๆ ของการออก OPD หรือช่วงบ่ายๆ ที่พอจะมีเวลาว่าง ที่ดีที่สุด

⁴ ดิพิมพ์ใน Medical Times ปีที่10 ฉบับที่ 218 1-15 มกราคม 2552.

น่าจะเป็นช่วงที่เรารู้สึกว่ามีผู้ช่วยรายนี้ที่น่ารำคาญ หรือผู้ช่วยรายนี้มารบกวนเวลาที่เรายากจะพัก ก็ถือโอกาสใช้การฟังนั้นเป็นเวลาพักไปเสียเลย

2. **จุดบันทึกการดูแลผู้ป่วยที่ไม่ได้ตั้งใจ** ไม่ได้ตั้งใจที่ผลลัพธ์หรือกระบวนการก็ได้ ไม่ได้ตั้งใจด้วยเหตุจากตัวเราเองหรือเหตุจากคนอื่นก็ได้ จะใช้สมุดพกหรือจะใช้เป็นบัตรคำเล็กๆ ก็ได้ อาทิษฐ์หนึ่งก็นำสิ่งที่จุดบันทึกไว้มาทบทวนดูว่ามีโอกาสปรับปรุงตรงไหนได้บ้าง อาจจะไปทบทวนหาข้อมูลวิชาการที่ทันสมัยมาพิจารณาว่าจะนำมาปรับใช้อย่างไร อาจจะไปหาวิธีการง่ายๆ ที่ช่วยให้ผู้เกี่ยวข้องได้ทำในสิ่งที่ควรจะทำ ถ้าคิดคนเดียวแล้วไม่สนุกก็ชวนคนอื่นมาร่วมคิดด้วย

3. **เป็นคลังสมองให้เพื่อนร่วมงานช่วยกันสะท้อนภาพตัวเอง** ด้วยการช่วยคิดคำถามและแนวทางการทำวิจัยแบบง่ายๆ เพื่อประเมินผลงานของทีมงาน ไม่ต้องเป็นการวิจัยเต็มรูปแบบที่ต้องใช้เวลาและพลังงานมาก ตั้งคำถามที่น่าสนใจให้ทีมงาน ชี้แนะว่าจะเก็บข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้อย่างไร ใช้จำนวนตัวอย่างน้อยๆ เก็บข้อมูลไม่ต้องมาก แต่ขอให้ตอบประเด็นสำคัญที่อยากรู้ อาจจะเป็นคำถามง่ายๆ เช่น คนไข้รู้สึกอย่างไรในคำคืนที่นอนอยู่โรงพยาบาล โดยมีเป้าหมายที่ชัดเจนว่าเป็นคำถามที่จะนำไปสู่การปรับปรุงกระบวนการทำงานของทีมงานได้

4. **ร่วมสอนร่วมเรียนจากกันและกัน** ด้วยหลักผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง สร้างกระบวนการเรียนรู้จากปัญหาของผู้ป่วย ทุกวิชาชีพต่างก็มีข้อมูลวิชาการ มีประสบการณ์ มีข้อมูลของผู้ป่วย ที่หลากหลายและเป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสามารถนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันได้ การเรียนรู้ในลักษณะนี้จะเป็นการพัฒนา competency ด้วยวิธีลัด ตรงประเด็น และประหยัดที่สุด ทั้งนี้สมาชิกแต่ละคนจะต้องไม่สวมหมวกแห่งอำนาจ จัดสรรเวลาเพื่อการนี้อย่างเหมาะสม และใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ เพราะเป็นช่วงที่ต้องขอเวลาจากแต่ละคนที่มีภาระรับผิดชอบ

5. **ดูแลคุณภาพชีวิต** คำนี้ถูกนำมาใช้กันมานานแล้ว น่าจะช่วยกันหาทางทำให้เกิดขึ้นจริง มีโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในอเมริกาใช้การทดสอบที่เรียกว่า Momma Test คือการทบทวนว่าสิ่งที่เรากำลังให้บริการแก่ผู้ป่วยนั้น เราจะยอมรับได้หรือไม่ถ้าผู้ป่วยรายนั้นเป็นแม่ของเรา ในขั้นต้นนี้อาแค่ว่าถ้าเป็นเพื่อนเรา เป็นญาติเรา เราจะดูแลอย่างไร มิใช่เป็นญาติมิตร

กันแต่รอยยิ้ม แต่เป็นการรับประกันในทุกชั้นตอนของการดูแลตลอดไปจนถึง
ผลลัพธ์ด้วย

เชื่อว่าวิธีการที่กล่าวมาน่าจะสามารถนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้
ไม่ยาก ถ้าช่วยกันทำหลายๆ ฝ่ายแล้วจะทำให้ปีใหม่ เป็นปีที่พวกเราทุกฝ่าย
มีความสุขมากขึ้น แม้ว่าสภาวะทางเศรษฐกิจของโลกจะสร้างความยุ่งยาก
ให้แก่เราก็ตาม

3

จำแนกให้เห็นระบบ

พัฒนาให้ครบเป็นองค์รวม

- 3.1 บันไดสามขั้นสู่ HA
- 3.2 พื้นที่การพัฒนา 4 วง
- 3.3 บิตคุณภาพ
- 3.4 ไตรภูมิของการพัฒนาคุณภาพ

3.1 บันไดสามขั้นสู่ HA

บันไดสามขั้นสู่ HA ช่วยชี้แนะให้โรงพยาบาลมีจังหวะก้าวของการพัฒนาที่เหมาะสมกับสภาพความพร้อม และเกิดการเรียนรู้เป็นลำดับขั้น โดยเริ่มจากขั้นเตรียมความพร้อมคือการที่หัวหน้าหน่วยงานพาเรียนรู้แนวคิดคุณภาพพื้นฐาน และพัฒนาต่อเนื่องไปเป็นลำดับจนสามารถได้รับการรับรอง Hospital Accreditation ตามมาตรฐานโรงพยาบาล การพัฒนาในแต่ละขั้นถือว่าเป็นการสะสมความรู้ และต้องนำความรู้จากบันไดขั้นต้นๆ ตั้งแต่ขั้นเตรียมความพร้อมมาใช้อยู่ตลอดเวลา

บันไดขั้นที่หนึ่งสู่ HA เป็นการเรียนรู้จากสิ่งรอบตัวที่สามารถสังเกตเห็นได้ เช่น ผู้ป่วย เวชระเบียน เรียนรู้จากเหตุการณ์สำคัญต่างๆ ตั้งแต่ความรุนแรงไม่มาก เช่น คำร้องเรียนของผู้รับบริการ เหตุการณ์ที่มีความรุนแรงมากขึ้น เช่น ภาวะแทรกซ้อน จนถึงเหตุการณ์ที่รุนแรงที่สุด คือการเสียชีวิตของผู้ป่วย เรียนรู้จากการทบทวนปัญหาในระบบต่างๆ เช่น การใช้ยา การติดเชื้อในโรงพยาบาล การเรียนรู้ทั้งหลายเหล่านี้ควรส่งผลให้เกิดความเข้าใจในจุดอ่อนของระบบ และนำไปสู่การปรับปรุงระบบให้รัดกุมยิ่งขึ้น

บันไดขั้นที่สองสู่ HA เป็นการเรียนรู้จากการวิเคราะห์ระบบงานของหน่วยงานและระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล ทำความเข้าใจความต้องการและความคาดหวังของผู้เกี่ยวข้อง สรุปเป็นประเด็นสำคัญ ซึ่งนำมากำหนดเป็นเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของหน่วยงานหรือระบบงาน วิเคราะห์กระบวนการสำคัญหรือกระบวนการที่สร้างคุณค่า เพื่อเรียนรู้เป้า

หมาย คุณค่า ความคาดหวัง ตลอดจนความเสี่ยงของแต่ละกระบวนการ และนำมาออกแบบระบบงานอย่างเหมาะสม มีการพัฒนาในส่วนที่ยังเป็นจุดอ่อน และมีการติดตามการบรรลุเป้าหมายสำคัญ

บันไดขั้นที่สามสู่ HA เป็นการเรียนรู้ที่จะพัฒนาระบบงานทุกส่วน ต่อยอดจากบันไดขั้นที่สองอย่างเชื่อมโยงกัน โดยใช้มาตรฐานเป็นแนวทาง สามารถแสดงให้เห็นแนวโน้มที่ดีขึ้นของผลลัพธ์ที่สำคัญ และวางพื้นฐานสู่การมีวัฒนธรรมคุณภาพ วัฒนธรรมความปลอดภัย และวัฒนธรรมการเรียนรู้ เพื่อให้มั่นใจว่าจะมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

บันไดสามขั้นเป็นเพียงแบบจำลองเพื่อให้เกิดจุดเน้นในการพัฒนา และง่ายต่อการประเมิน ในความเป็นจริงแล้วไม่อาจแยกการพัฒนาออกเป็นส่วนๆ แต่จะต้องดำเนินการควบคู่กันไป และอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อพัฒนาในระดับที่สูงขึ้นไป ก็ยังต้องทำกิจกรรมที่ระบุไว้ในบันไดขั้นต้นๆ

3.2 พื้นที่การพัฒนา 4 วง

ในระบบที่ไม่ซับซ้อน หน่วยบริการที่มีขนาดเล็ก การใช้หลักผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ก็สามารถก่อให้เกิดคุณค่าต่อผู้รับบริการที่ครอบคลุมได้

แต่ในระบบที่ซับซ้อน หรือองค์กรขนาดใหญ่ มีเขตแดนของการพัฒนาที่ต้องพิจารณาในหลายมิติ จึงจะสามารถสร้างความมั่นใจว่าจะไม่มีจุดอ่อนหลงเหลืออยู่ในกระบวนการต่างๆ (ดูภาพที่ 5.4 ประกอบ)

เขตแดนลักษณะที่ 1 คือการจำแนกตามหน่วยงาน ลักษณะบริการ หรือสาขาที่ให้บริการ ซึ่งจะมีความชัดเจนตามโครงสร้างองค์กรมากที่สุด เช่น หน่วยฉุกเฉิน หอผู้ป่วย ห้องยา การเงิน และเป็นจุดเน้นของการพัฒนาอย่างเป็นระบบตั้งแต่บันไดขั้นที่สองสู่ HA

เขตแดนลักษณะที่ 2 คือการจำแนกตามระบบงาน ระบบงานหลักของโรงพยาบาลคือระบบการดูแลผู้ป่วย โดยมีระบบหลักต่างๆ ที่จะสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย ทั้งระบบทางด้านการบริหาร เช่น ระบบทรัพยากรบุคคล ระบบสารสนเทศ ระบบบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย และระบบ

สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ เช่น ระบบยา ระบบควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ระบบกำกับดูแลวิชาชีพ ระบบเหล่านี้จะเข้าไปเกี่ยวข้องกับหน่วยงานต่างๆ ตามเป้าหมายของระบบ มักจะมีทีมงานที่รับผิดชอบในการกำหนดนโยบาย แนวทางปฏิบัติ และประสานงานของแต่ละระบบโดยเฉพาะ

เขตแดนลักษณะที่ 3 คือการจำแนกตามกลุ่มผู้ป่วย หรือกลุ่มประชากรทางคลินิก ซึ่งจะมีจำนวนมายน้อยเพียงใดขึ้นกับศักยภาพขององค์กร การมองตามกลุ่มผู้ป่วยทำให้เรารับทราบความต้องการ ปัญหาและความเสี่ยงเฉพาะของแต่ละกลุ่มได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ทำให้เรามุ่งเน้นผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น และทำให้ทีมงานพัฒนาคุณภาพในส่วนที่เป็นความรับผิดชอบของตนได้ง่ายขึ้น การตามรอยทางคลินิกหรือการจัดทำแผนภูมิสายธารแห่งคุณค่า (ตามแนวคิด Lean) ทำให้เรามองเห็นความต่อเนื่องของกระบวนการ ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุด เข้าไปเกี่ยวข้องกับหน่วยงานและระบบงานต่างๆ ในสองเขตแดนแรกมากมาย

วงกลมวงนอกสุดคือวงกลมที่แสดงความเป็นองค์รวมขององค์กร เป็นผลรวมของเขตแดนทั้งสามลักษณะข้างต้น ซึ่งควรรวมโน้ตลักษณะของ synergy ทำให้เกิดสมรรถนะใหม่ที่แต่ละส่วนย่อยไม่สามารถทำให้สำเร็จได้ด้วยตนเอง

3.3 มิติคุณภาพ

ถ้าคุณภาพเป็นเรื่องที่มุ่มมองหลากหลาย มิติคุณภาพคือการประมวลมุมมองต่างๆ ที่เป็นไปได้มาให้พิจารณาว่าจะเลือกมองจากด้านใดบ้าง เปรียบเสมือนกับการลูบคลำข้างที่ละด้าน มิติคุณภาพอาจนำไปใช้ในการวิเคราะห์ประเด็นสำคัญ การกำหนดเป้าหมาย และการกำหนดตัวชี้วัดของหน่วยงาน / ระบบงาน

กรอบ 3.1 แสดงถึงการพิจารณามิติคุณภาพของบริการสุขภาพว่าจะช่วยให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพสามารถฟื้นตัวสู่สภาวะมากที่สุด โดยเร็วที่สุด เป็นภาระของสังคมน้อยที่สุด ได้อย่างไร

กรอบที่ 3.1 มิติคุณภาพของบริการสุขภาพ

Accessibility	การเข้าถึง	การเข้าถึงบริการเป็นมิติคุณภาพที่มีความสำคัญสำหรับการเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือการได้รับการดูแลที่มีความจำเป็น การเข้าไม่ถึงหรือเข้าถึงไม่สะดวกสะท้อนความไม่มีคุณภาพของระบบ
Acceptability	การยอมรับ	การยอมรับเป็นมิติคุณภาพในเชิงผลลัพธ์โดยรวมจากคุณค่าในมุมมองของผู้รับผลงาน สะท้อนออกมาเป็นระดับความพึงพอใจด้านต่างๆ
Appropriateness	ความเหมาะสม	ความเหมาะสมเป็นมิติคุณภาพในเชิงกระบวนการ อาจมองได้จากมุมมองของวิชาชีพหรือสังคม, ความเหมาะสมจากมุมมองของวิชาชีพคือการพิจารณาว่ามีการตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลหลักฐานทางวิชาการเพียงใด, ความเหมาะสมจากมุมมองของสังคมคือการพิจารณาว่ามีการตัดสินใจหรือการกระทำบนพื้นฐานที่วิญญูชนพึงกระทำหรือไม่
Competency	สมรรถนะ	สมรรถนะเป็นมิติคุณภาพที่มีความสำคัญในกรณีที่ต้องให้การดูแลอย่างเร่งด่วน หรือกรณีที่ต้องการส่งต่อ อาจเกิดผลเสียต่อผู้ป่วย
Continuity	ความต่อเนื่อง	ความต่อเนื่องเป็นมิติคุณภาพที่มีความสำคัญสำหรับการดูแลโรคเรื้อรังหรือการดูแลที่ต้องมีการส่งต่อระหว่างสถานบริการ
Coverage	ความครอบคลุม	ความครอบคลุมเป็นมิติคุณภาพที่มีความสำคัญสำหรับ public health program หรือการพิจารณาการได้รับบริการที่สำคัญในภาพรวมของกลุ่มประชากรทางคลินิก
Effectiveness	ประสิทธิผล	ประสิทธิผลเป็นมิติคุณภาพเชิงผลลัพธ์ที่จำเป็นสำหรับทุกกลุ่ม ผลลัพธ์ที่ต้องการจากบริการสุขภาพ เช่น หาย ใช้การได้ ไม่ตาย ไม่พิการ

Efficiency	ประสิทธิภาพ	ประสิทธิภาพเป็นมิติคุณภาพที่เปรียบเทียบผลลัพธ์กับปัจจัยนำเข้าซึ่งอาจจะเป็นทรัพยากรประเภทใดก็ได้ รวมทั้งเวลา เป็นประเด็นที่มีความสำคัญในกรณีที่มีความสูญเปล่าในระบบอยู่ในระดับสูง
Equity	ความเท่าเทียม	ความเท่าเทียมเป็นมิติคุณภาพทั้งเชิงกระบวนการและผลลัพธ์ อาจจะคาบเกี่ยวกับมิติอื่นๆ แต่จะมองในลักษณะเปรียบเทียบประชากรกลุ่มต่างๆ เช่น การได้รับบริการที่จำเป็นในกลุ่มที่มีประกันสุขภาพแตกต่างกัน
Humanized/Holistic	ดูแลด้วยหัวใจ/องค์รวม	การดูแลด้วยหัวใจและการดูแลด้วยองค์รวมเป็นมิติคุณภาพที่ก้าวไปพ้นจากเทคโนโลยี เป็นมิติที่รับรู้ได้ไม่ยาก แต่อาจจะวัดเป็นตัวเลขยาก
Responsive/Respect	การตอบสนอง	การตอบสนองเป็นมิติคุณภาพในเชิงกระบวนการว่าตอบสนองต่อสิ่งที่ผู้รับผลงานให้คุณค่าอย่างไร
Safety	ความปลอดภัย	ความปลอดภัยเป็นมิติคุณภาพทั้งในเชิงกระบวนการและผลลัพธ์ มีความสำคัญในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง
Timeliness	ความทันการ	ความทันการเป็นมิติคุณภาพในเชิงกระบวนการ มีความสำคัญในกรณีที่ต้องการได้รับการดูแลฉุกเฉินหรือเร่งด่วน หรือในกรณีที่เวลาที่แตกต่างกันทำให้เกิดผลลัพธ์ที่แตกต่างกัน

3.4 ไตรภูมิของการพัฒนาคุณภาพ

ไตรภูมิ แปลว่าแดนสาม เป็นความเชื่อตามวัฒนธรรมตะวันออกกว่า มนุษย์และเวไนยสัตว์ทั้งหลายจะต้องเวียนว่ายตายเกิดในไตรภูมินี้ จนกว่าจะสำเร็จมรรคผล แดนทั้งสามนั้นได้แก่ กามภูมิ รูปภูมิ และอรุภูมิ

1. กามภูมิ คือภูมิอันเป็นที่ตั้งแห่งความใคร่ ประกอบด้วยทุกตฤภูมิ หรืออบายภูมิและสุคติภูมิ

2. รูปภูมิ คือภูมิอันเป็นที่สถิตของพระพรหม

3. จานกให้เกินระบบ พัฒนาให้ครบเป็นองค์รวม

3. อรูปภูมิ คือภูมิอันเป็นที่สถิตของพระพรหมระดับสูงที่ไม่มีรูป
ปรากฏ

ไตรภูมิในการพัฒนาคุณภาพ ได้แก่ safety, standards & pursue
for excellence, spirituality เป็นสิ่งที่ผู้ให้บริการสุขภาพต้องรู้จักและท่องไป
อย่างซ้ำของในสามแดนนี้เป็นอย่างดี

1. **Safety** เป็นการพัฒนาเพื่อป้องกันความเสี่ยงและเหตุการณ์ไม่พึง
ประสงค์ เพื่อเป้าหมายความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย

2. **Standards & pursue for excellence** เป็นการใช้มาตรฐานเพื่อ
วางระบบงาน (โดยไม่ติดรูปแบบ) และมุ่งพัฒนาสู่ความเป็นเลิศ (เปรียบได้
กับรูปภูมิ)

3. **Spirituality** เป็นการก้าวพ้นจากระบบที่ชัดเจนตายตัว ไปสู่การ
พัฒนาที่เป็นเรื่องนามธรรม เช่น การดูแลด้วยหัวใจ องค์กรที่มีชีวิต สิ่งแวดล้อม
เพื่อการเยียวยา (เปรียบได้กับอรูปภูมิ)

Safety เป็นสิ่งที่ต้องปฏิบัติโดยหลีกเลี่ยงไม่ได้ เพื่อศรัทธา ความไว
วางใจจากสังคม และป้องกันความขัดแย้งระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการ

Standards เป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติเพื่อให้องค์กรประสบความสำเร็จและ
ยั่งยืน

Spirituality เป็นสิ่งที่ปฏิบัติแล้วเกิดพลังและคุณค่าอันประมาณมิได้

เนื้อหาในเอกสารต่อจากนี้ไปจะจำแนกตามไตรภูมิของการพัฒนา
คุณภาพ

4

ว่าด้วยความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย

- 4.1 กบถนความหมายของคำศัพท์ที่เกี่ยวข้อง
- 4.2 การรับรู้ความเสี่ยง
- 4.3 การป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
- 4.4 การจัดการเมื่อเกิดอุบัติเหตุ
- 4.5 วัฒนธรรมความปลอดภัย

4.1 กบถนความหมายของคำศัพท์ที่เกี่ยวข้อง

กรอบที่ 4.1 ความหมายของคำศัพท์เกี่ยวกับความปลอดภัยและความเสี่ยง

ศัพท์	ความหมาย	ที่มา
Patient safety	การที่ผู้ป่วยไม่ได้รับอันตรายหรือมีโอกาสได้รับอันตรายจากบริการสุขภาพโดยไม่จำเป็น	WHO-ICPS ⁵
Adverse event	การบาดเจ็บทางร่างกายโดยไม่ได้ตั้งใจ เป็นผลมาจากการดูแลรักษา ⁶ ส่งผลให้ต้องมีการเฝ้าระวัง รักษา หรือนอน รพ. เพิ่มขึ้น หรือทำให้เสียชีวิต	IHI
	เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย เกิดความสูญเสียทางร่างกายหรือการทำหน้าที่ ซึ่งอาจจะเป็นการเสียชีวิต การเจ็บป่วย การบาดเจ็บ ความทุกข์ทรมาน ความพิการทางร่างกาย สังคม หรือจิตใจก็ได้	WHO
	ความเสียหายหรืออันตรายที่เกิดจากการวินิจฉัยโรคหรือการดูแลรักษา มิได้เกิดจากกระบวนการของโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่	AHRQ
	เหตุการณ์ซึ่งส่งผลให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยโดยไม่ได้ตั้งใจ เป็นผลจากกระทำหรือไม่กระทำ มิได้เกิดจากโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่หรือจากสภาวะของผู้ป่วย	IOM

⁵ ICPS คือ International Classification of Patient Safety

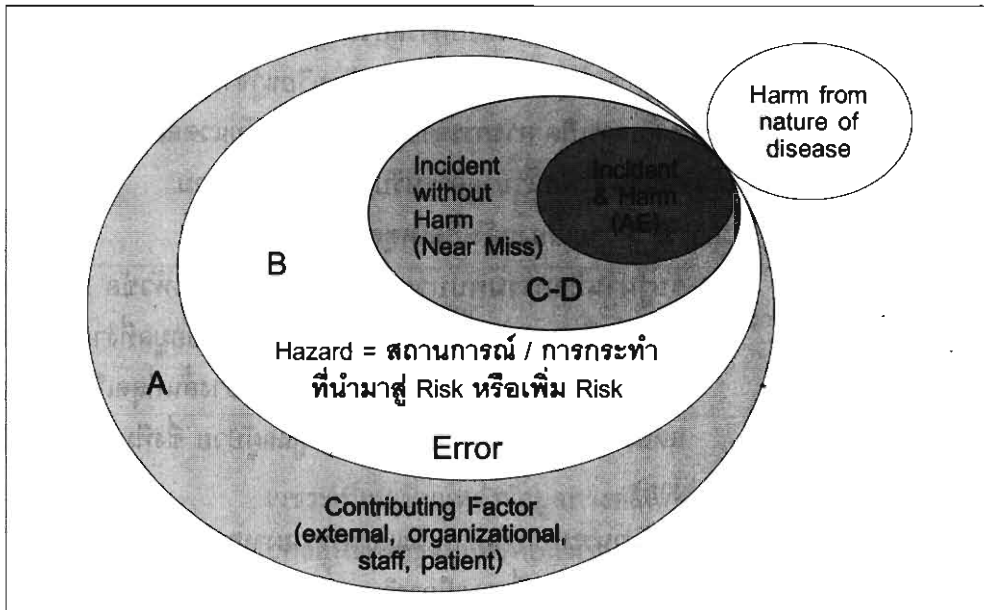
⁶ การดูแลรักษาในที่นี้ ครอบคลุมทั้งการปฏิบัติงานของผู้นให้บริการแต่ละคน ระบบและกระบวนการที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมทั้งการที่ไม่สามารถให้การวินิจฉัยหรือรักษาได้ และการวินิจฉัยหรือรักษาที่ไม่ถูกต้อง หรือไม่เป็นอย่างที่ควรจะเป็น

ศัพท์	ความหมาย	ที่มา
	การบาดเจ็บ อันตราย หรือภาวะแทรกซ้อนที่เป็นผลจากการดูแลรักษา มิใช่กระบวนการตามธรรมชาติของโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น หรืออวัยวะในร่างกายต้องสูญเสียการทำงาน	Thai HA
Incident	เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิดหรือได้ก่อให้เกิดอันตรายต่อบุคคล และ/หรือ คำร้องเรียน การสูญเสียความเสียหาย	WHO-ICPS
	เหตุการณ์ซึ่งอาจนำไปสู่หรือได้นำไปสู่ผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์	AHRQ
Near miss	เหตุการณ์ซึ่งมีโอกาสก่อให้เกิดผลเกี่ยวกับความปลอดภัยที่สำคัญ และได้รับการป้องกันไม่ให้เกิดผลดังกล่าวได้ในที่สุด	Van der Schaaf
	การกระทำหรือละเว้นการกระทำซึ่งอาจส่งผลให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย แต่ไม่เกิดอันตรายเนื่องจากความบังเอิญ การป้องกัน หรือการทำให้ปัญหาทุเลาลง	IOM
Error	การที่มีได้ให้การดูแลตามแผนที่ตั้งใจไว้ หรือประยุกต์แผนการดูแลที่ไม่ถูกต้อง อาจจะเป็นการทำในสิ่งที่ผิด - error of commission หรือ ไม่ได้ทำในสิ่งที่ถูก - error of omission	WHO-ICPS
	ในขั้นตอนของการวางแผนการดูแลหรือการนำแผนไปปฏิบัติ	
	การกระทำในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง หรือการละเว้นไม่กระทำในสิ่งที่ถูกต้อง ซึ่งนำมาสู่ผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์หรือโอกาสที่จะเกิดผลลัพธ์ดังกล่าว	AHRQ
	การที่มีได้ปฏิบัติตามแผนที่ตั้งใจไว้ การใช้แผนที่จัดทำขึ้นอย่างไม่ถูกต้อง รวมถึงการไม่ได้กระทำในสิ่งที่สมควรกระทำ	IOM

จากคำจำกัดความทั้งหลายสามารถเขียนภาพประกอบเพื่อความเข้าใจที่ดีขึ้น โดยแยกอันตรายที่เกิดจากธรรมชาติของโรคออกไป จะเห็นปัจจัยและลักษณะของการเกิดเหตุการณ์ต่างๆ เป็นลำดับ อักษร A, B, C, D ในแต่ละวง คือการจัดลำดับความรุนแรงของการเกิดเหตุการณ์ตาม NCC-MERP index⁷ ส่วนที่เป็นวงในสุดที่เป็น adverse event คือความรุนแรงในระดับ E-I

⁷ national coordinating council medication error reporting and prevention index

ภาพที่ 4.1 แสดงความหมายและความสัมพันธ์ของสิ่งเกี่ยวกับความเสี่ยงและอันตรายต่อผู้ป่วย



4.2 การรับรู้ความเสี่ยง

4.2.1 รับรู้ความเสี่ยงก่อนเกิดเหตุ

การรับรู้ความเสี่ยงก่อนเกิดเหตุ ทำได้โดยการสังเกตและวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

1. สังเกตความเสี่ยงในสิ่งแวดล้อม
2. คาดการณ์ความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละรายเมื่อประเมินผู้ป่วยเสร็จสิ้น
3. สังเกตในระหว่างการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยประจำวัน
4. วิเคราะห์ความเสี่ยงในกระบวนการทำงาน
5. วิเคราะห์ความเสี่ยงในกระบวนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะแต่ละโรค
6. ศึกษาจากเอกสารวิชาการและรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลอื่น

4.2.2 การรับรู้ความเสี่ยงหลังเกิดเหตุ

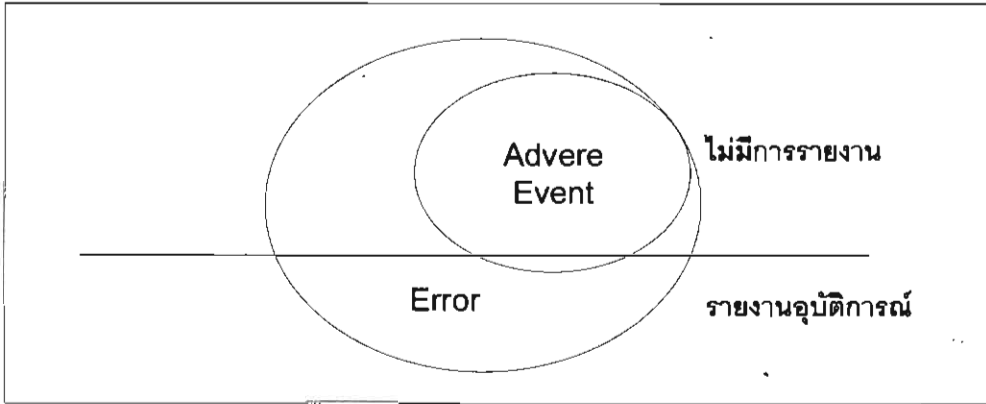
หลังจากเกิดอุบัติการณ์ขึ้นกับผู้ป่วยรายใดรายหนึ่ง ระบบงานที่เกี่ยวข้องซึ่งมีช่องโหว่และยังไม่ได้รับการแก้ไข จะกลายเป็นความเสี่ยงสำหรับผู้ป่วยรายอื่นๆ ต่อไป จึงจำเป็นที่เราจะต้องเรียนรู้จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งในด้านระดับการเกิด การกระจาย แนวโน้ม ปัจจัยแวดล้อม และกลไกที่เกิดเหตุการณ์ขึ้น เพื่อนำมาสู่การปรับปรุงระบบให้รัดกุม การรับรู้ความเสี่ยงหลังเกิดเหตุสามารถทำได้ดังนี้

- 1) รับรู้ผ่านกิจกรรมทบทวนต่างๆ ที่กล่าวไว้ในหัวข้อ “ว่าด้วยคุณภาพในงานประจำ” แล้วหาวิธีการบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องการนำไปใช้ (เช่น การเขียนบัตรสรุปข้อมูลอย่างสั้นที่สุดเสียบไว้ในแต่ละช่องของแผนภูมิกระบวนการดูแลผู้ป่วย ซึ่งที่มองเห็นได้ง่าย)
- 2) รับรู้ผ่านระบบการเฝ้าระวังและการรายงานอุบัติการณ์ต่างๆ ที่โรงพยาบาลมีอยู่ ซึ่งควรมีการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงแนวโน้มและการกระจายของการเกิดเหตุการณ์ และส่งให้ผู้เกี่ยวข้องนำไปใช้ประโยชน์อย่างสม่ำเสมอ
- 3) รับรู้ผ่านการทบทวนเวชระเบียนที่คัดกรองด้วยเกณฑ์ trigger ที่มีความไวและมีโอกาสพบ adverse event สูง เช่น การกลับมารักษาซ้ำ การติดเชื้อในโรงพยาบาล การเสียชีวิต ซึ่งจะช่วยเพิ่มความสมบูรณ์ให้กับข้อมูลจากระบบรายงานอุบัติการณ์

Thai HA Trigger Tools

ในการบริหารความเสี่ยง ยังสามารถดักจับ adverse event มากเท่าไร ก็ยังเป็นโอกาสพัฒนาระบบให้รัดกุมมากขึ้นเท่านั้น ปัญหาคือจะค้นพบ adverse event ให้ครอบคลุมมากขึ้นได้อย่างไร ระบบการรายงานอุบัติการณ์ที่ปฏิบัติกันอยู่มักจะเน้นที่การรายงาน error มากกว่า adverse event แต่มี adverse event อีกจำนวนมากที่ไม่ถูกรายงาน

ภาพที่ 4.2 แสดงให้เห็นว่าการรายงานอุบัติการณ์ยังครอบคลุม Adverse Event เพียงส่วนน้อย



เวชระเบียนเป็นแหล่งข้อมูลทางคลินิกที่สำคัญ แต่เรายังใช้กันน้อยเกินไป กลยุทธ์ที่จะชุดชุมชนทรัพยากรมาใช้ประโยชน์มี 4 ประการคือ

1. เพิ่มความครอบคลุมของการสกัดข้อมูล
2. ลดความลึกของการทบทวนในแต่ละราย
3. เชื่อมโยงการทบทวนสู่การปรับปรุง
4. คำนวณอัตราเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ตามความรุนแรง

ในการทบทวนเวชระเบียนเพื่อเรียนรู้ adverse event นั้น ทาง IHI ได้พัฒนาเครื่องมือที่เรียกว่า trigger tools เพื่อช่วยให้ค้นหา adverse event จากเวชระเบียนที่ส่งมาทบทวนได้ง่ายและรวดเร็วยิ่งขึ้น

Trigger หมายถึงตัวกระตุ้น ตัวจุดประกาย ตัวส่งสัญญาณสิ่งบอกเหตุ เช่น การที่แพทย์สั่งหยุดยาและสั่งยาแก้แพ้ เป็น trigger ให้เภสัชกรนึกถึงการแพ้ยาของผู้ป่วยรายนั้น

เมื่อนำมาใช้ใน trigger tools จะให้ความหมายของ trigger ว่าเป็น ลักษณะ กระบวนการ เหตุการณ์ หรือผลลัพธ์บางประการที่สามารถค้นหาหรือมองเห็นได้ง่าย และมีความสัมพันธ์กับโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (AE) ในการดูแลผู้ป่วย

พรพ.แนะนำให้ใช้ trigger เป็นเครื่องมือในการคัดกรองเวชระเบียนมาทบทวน เพื่อเพิ่มโอกาสที่จะพบ AE ได้มากขึ้น เป้าหมายการใช้เครื่องมือนี้ในระยะแรก มุ่งที่การเรียนรู้ลักษณะการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เพื่อ

นำไปปรับปรุงระบบ มากกว่าที่จะพยายามคำนวณค่าอัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ให้ถูกต้อง แต่ก็ไม่ใช่โอกาสที่จะรับรู้ข้อมูลเชิงปริมาณดังกล่าวและพยายามพัฒนาให้มีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

เนื่องจากแนวทางที่ พรพ.แนะนำแตกต่างจากแนวทางของ IHI ซึ่งทั้งสองแนวทางต่างก็ให้คุณค่าที่เสริมกัน กล่าวคือแนวทางของ IHI ที่ให้สุ่มเวชระเบียนมาเดือนละ 20 ฉบับ จะช่วยให้สามารถคำนวณอัตราการเกิด adverse event ที่น่าเชื่อถือได้อย่างต่อเนื่องทั้งปี และแนวทางของ พรพ.ที่ใช้ trigger ช่วยคัดเลือกเวชระเบียนมาทบทวนจะช่วยให้สามารถเรียนรู้จาก adverse event จำนวนมาก แต่อาจจะมีปัญหาในการคำนวณอัตราการเกิด adverse event

เพื่อให้ได้ประโยชน์สูงสุด โรงพยาบาลอาจจะประยุกต์ใช้ทั้งสองแนวทางร่วมกันดังต่อไปนี้

1. กำหนดชุดของ Trigger ที่ รพ.จะใช้เป็นมาตรฐาน
2. ทบทวนด้วยการสุ่มเวชระเบียน 10 ฉบับทุก 2 สัปดาห์ มาทบทวนตามแนวทางของ IHI เพื่อติดตามอัตราการเกิด AE ในแต่ละช่วงเวลา
3. กำหนดช่วงเวลาที่จะทบทวนตามแนวทางของ พรพ. โดยใช้ Trigger เป็นเกณฑ์คัดกรองเวชระเบียนมาทบทวน เช่น ทุก 3 เดือน
4. เปรียบเทียบผลลัพธ์ที่ได้จากทั้ง 2 วิธีเพื่อเรียนรู้ร่วมกัน

จากการศึกษาในโรงพยาบาลนำร่อง ทำให้ได้ข้อมูลโอกาสพบ adverse event จากการใช้ trigger แต่ละตัว ซึ่งจะช่วยในการเลือก trigger ไปใช้ใน ช่วงเริ่มต้นให้ได้ yield สูงสุด และคาดหวังว่าในระบบที่สมบูรณ์ trigger ทุกตัวน่าจะได้รับการนำไปใช้ เพื่อให้สามารถดักจับ adverse event ได้มากที่สุด

กรอบที่ 4.2 แสดงแหล่งข้อมูล ตัวส่งสัญญาณ (Trigger) และโอกาสพบ Adverse Event (Yield)

แหล่งข้อมูล	รหัส	ตัวส่งสัญญาณ (Trigger)	Yield
ระบบเฝ้าระวัง ภาวะแทรกซ้อนจาก การระงับความรู้สึก (Anesthesia)	A1	ผู้ป่วยที่ประสบภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึก ซึ่งมีความรุนแรงตั้งแต่ E ขึ้นไป	64.3%
	A2	ผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการระงับความรู้สึกระหว่าง ผ่าตัด	33.3%
	A3	ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ ET tube ใน RR	0
ห้องเลือด (Blood bank)	B1	ผู้ป่วยที่ได้รับ massive transfusion	60.0%
	B2	ผู้ป่วยที่มีอาการหรือสงสัยว่าจะมีการแพ้เลือด/ส่วนประกอบ ของเลือด	50.0%
การดูแลผู้ป่วยวิกฤต (Critical Care)	C1	ผู้ป่วยที่ย้ายเข้า ICU โดยไม่ได้วางแผน	59.7%
	C2	ผู้ป่วยที่มี cardiac arrest หรือ pulmonary arrest และช่วยชีวิตรอด	NA
ระบบเฝ้าระวังการ ใช้ยา (Drug)	D1	ผู้ป่วยที่มี ADE หรือสงสัยว่าจะมี ADE และมีความรุนแรง ตั้งแต่ E ขึ้นไป	101.7%
ห้องฉุกเฉิน (Emergency care)	E1	ผู้ป่วยที่กลับมาตรวจซ้ำที่ ER โดยมีได้นัดหมายภายใน 48 ชั่วโมง แล้วได้รับการรับไว้ในโรงพยาบาล	17.3%
ระบบรับคำร้องเรียน (Grievance)	G1	ผู้ป่วยที่มี (หรือเสี่ยงต่อ) การฟ้องร้องหรือเป็นคดีความ	NA
ระบบเฝ้าระวังการ ติดเชื้อในโรงพยาบาล (Healthcare Associated Infection)	I1	ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อในโรงพยาบาล	118.1%
	I2	ผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะมีการติดเชื้อในโรงพยาบาล (เช่น ไม่สามารถยืนยันการติดเชื้อได้เนื่องจากข้อมูลไม่ครบถ้วน ตามเกณฑ์ที่จะวินิจฉัย HAI)	NA
	I3	ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการยาปฏิชีวนะหลังจากนอน โรงพยาบาลไปแล้ว 48 ชั่วโมง	31.7%
ห้องปฏิบัติการทาง การแพทย์ (Lab)	L1	ค่า blood sugar < 50 หรือ > 500 mg/dl ยกเว้นทารกแรกเกิด	32.7%
	L2	Hemoculture ให้ผลบวก	NA
	L3	PTT>100 sec, INR>6	34.4%

แหล่งข้อมูล	รหัส	ตัวส่งสัญญาณ (Trigger)	Yield
ระบบเวชระเบียน (Medical Record)	M1	ผู้ป่วยที่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วันโดยมิได้วางแผน และด้วยการวินิจฉัยโรคเดิม	31.5%
	M2	ผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล	59.4%
	M3	ผู้ป่วยที่มีการบันทึกรหัสโรค T81- 89 ในช่องภาวะแทรกซ้อน	88.1%
รายงานพยาบาล เวชระจการ (Nurse)	N1	เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจมีความรุนแรงตั้งแต่ระดับ E ขึ้นไป	NA
ระบบเฝ้าระวังมารดา และทารกแรกเกิด (Obstetrics)	O1	มารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการคลอด (เช่น severe pre-eclampsia / eclampsia, PPH, obstructed labor, 3 rd or 4 th degree laceration)	40.3%
	O2	ทารกแรกเกิดที่มี APGAR score < 7 ที่ 5 นาที	88.6%
ระบบรายงาน อุบัติการณ์ (Incident report)	R1	การพลัดตกหกล้ม	112.5%
	R2	แผลกดทับ	122.4%
	R3	ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง ผู้อื่น และสิ่งของ หรือพยายามฆ่าตัวตาย	45.0%
ระบบเฝ้าระวังผู้ป่วย ที่ได้รับการผ่าตัด (Surgical care)	S1	ผู้ป่วยที่เกิดการบาดเจ็บต่ออวัยวะระหว่างผ่าตัด หรือต้องถูกตัดอวัยวะ	86.7%
	S2	ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดซ้ำโดยมิได้มีการวางแผน	115.0%
	S3	ผู้ป่วยที่ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาเป็นปกติหรือไม่สอดคล้องกับการวินิจฉัยโรคก่อนผ่าตัด	12.5%
	S4	ผู้ป่วยที่มีภาวะ acute MI ระหว่างผ่าตัดหรือหลังผ่าตัด	0
	S5	ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดนานเกินกว่า 6 ชั่วโมง	NA
	S6	ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแตกต่างไปจากที่วางแผนไว้	NA
	S7	ผู้ป่วยที่สงสัยว่ามี retained foreign body	NA
	S8	ผู้ป่วยที่ต้องรับไว้ใน ICU หลังการผ่าตัดโดยไม่ได้วางแผน	NA
ระบบส่งต่อ (Transfer)	T1	ผู้ป่วยในที่ได้รับการส่งต่อไปดูแลในระดับที่สูงขึ้น	19.4%
	T2	ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการส่งต่อไปดูแลภาวะความเจ็บป่วยทางกาย และ/หรือ เสียชีวิตหลังการส่งต่อ	62.5%

ในการบันทึกข้อมูลการทบทวนเหตุการณ์นั้น หากสามารถบันทึกรายละเอียด ลำดับเหตุการณ์ไว้พอสมควร จะช่วยได้มากสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาโอกาสพัฒนา พรพ.แนะนำให้ใช้แผนภูมิง่าย ๆ ในการสรุปเหตุการณ์ตามตัวอย่าง

ภาพที่ 4.3 แบบบันทึกข้อมูลการทบทวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

แบบฟอร์ม บันทึกข้อมูลการทบทวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

ID	Trigger	ข้อมูลสำคัญก่อนเกิด AE	Adverse Event	#AE	Level	การแก้ไขเยียวยาหลัง AE	LOS

ลำดับเหตุการณ์

Day 1				Day				Day				Day				Day				Day			
0	6	12	18	0	6	12	18	0	6	12	18	0	6	12	18	0	6	12	18	0	6	12	18

ใช้เครื่องหมาย $\dot{\cdot}$ แสดงจุดที่เกิด AE. ถ้าผู้ป่วยนอน รพ นานกว่า 7 วัน อาจจะใช้แผ่นคอ หรืออาจใช้แผ่นเตียง แต่ในวันที่ไม่มีเหตุการณ์สำคัญออกไป ขั้นตอนที่มีโอกาสเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจหรือการกระทำ

4.2.3 การประมวลภาพความเสี่ยง

การประมวลภาพความเสี่ยง ทำให้เราเห็นความเสี่ยงในภาพรวมและช่วยในการตัดสินใจว่าความเสี่ยงที่สำคัญของหน่วยงานและโรงพยาบาลอยู่ตรงไหน ภาพรวมของความเสี่ยงอาจเรียกกันว่า risk profile ซึ่งมีรูปแบบได้หลากหลาย เช่น

1. บัญชีรายการความเสี่ยงจำแนกตามประเภทและลำดับความสำคัญ
2. การทำตาราง 2x2 หรือ 3x3 หรือมากกว่าเพื่อแสดงถึงความรุนแรงและโอกาสเกิดเหตุการณ์
3. การแสดงผลการวิเคราะห์ที่ซับซ้อนขึ้น เช่น แนวโน้มของความเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงไป การกระจายของความเสี่ยงแต่ละประเภทตามหน่วยงานต่างๆ

4.3 การป้องกันเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์

4.3.1 การวิเคราะห์ Root Cause เพื่อการป้องกันที่ได้ผล⁸

RCA หรือ Root Cause Analysis เป็นเครื่องมือคุณภาพที่จะช่วยให้การแก้ปัญหาหรือการพัฒนาคุณภาพมีความยั่งยืน ไม่เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ซ้ำขึ้นอีก ด้วยการวิเคราะห์เพื่อให้เข้าไปจัดการกับสาเหตุที่เป็นต้นตอของปัญหาจริงๆ มิใช่แก้ปัญหาแต่ปลายเหตุ

แต่บางครั้ง RCA ก็กลายเป็นเรื่องที่ทำให้เกิดความยุ่งยากแก่ชีวิต ด้วยต้องใช้เวลากับมันมากเกินไป และไม่ได้ผลตามที่คาดหวัง

มีข้อที่ควรพิจารณา 2 ประการเพื่อให้การทำ RCA เรียบง่ายขึ้น คือ

1. **When** เมื่อใดจะต้องทำ RCA

2. **How** จะใช้วิธีการใดในการทำ RCA

ข้อพิจารณาประการแรก เมื่อใดจะต้องทำ RCA มีหลักการง่ายๆ ว่า ถ้าเป็นเหตุการณ์ที่มีความรุนแรง มีผลกระทบสูง ควรจะทำทุกรายเป็นรายกรณี ถ้าเป็นเหตุการณ์ที่มีความรุนแรงต่ำ ให้ติดตามดูแนวโน้มและหากพบว่ามีอาการเกิดซ้ำอยู่เรื่อยๆ ก็ให้พิจารณาทำ RCA ในภาพรวมสำหรับเหตุการณ์นั้น นอกจากนั้นหากสามารถมองเห็นหนทางในการแก้ปัญหาได้อย่างชัดเจนก็อาจจะดำเนินการแก้ไขปัญหาได้โดยไม่ต้องทำ RCA

ข้อพิจารณาประการที่สอง จะใช้วิธีการใดในการทำ RCA การทำ RCA อาจทำได้หลายแนวทาง ตั้งแต่แนวทางที่เรียบง่ายไปถึงแนวทางที่ซับซ้อน มีวิธีการในการทำ RCA อย่างน้อย 4 วิธีด้วยกัน สามารถใช้ร่วมกันหรือแยกใช้ได้ หากเรามีความชำนาญในทั้ง 4 วิธี รู้ว่าวิธีใดเหมาะสมกับสถานการณ์ใด ก็จะทำให้มีทางเลือกมากขึ้น

ในการใช้ร่วมกัน ควรดำเนินการเป็นลำดับดังนี้

1. *Turning Point*

เป็นการมองย้อนหลังตามขั้นตอนต่างๆ ของการทำงานก่อนที่จะเกิดปัญหาหรืออุบัติการณ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วย การมองย้อนหลังจะทำให้เห็นได้ชัดเจนว่าตรงจุดใดบ้างที่อาจจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย

⁸ เรียบเรียงใหม่จากบทความที่เคยตีพิมพ์ใน Medical Times ปีที่ 8 ฉบับที่ 197 16-31 ธันวาคม 2550.

หากมีการเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจหรือการกระทำของผู้ให้บริการ ใช้การเปลี่ยนแปลงที่ต้องการนี้เป็นจุดที่นำไปสู่การสร้างสิ่งแวดล้อม สิ่งอำนวยความสะดวก ความสะดวก นโยบายหรือแนวทางปฏิบัติ ที่จะให้มีการปฏิบัติที่พึงประสงค์ โดยไม่ต้องตั้งคำถามหรือพยายามขุดคุ้ยสิ่งที่เป็น root cause ซึ่งอาจจะก่อให้เกิดความขัดแย้งหรือความไม่ร่วมมือตามมา

วิธีการนี้สามารถใช้ได้ทั้งในสถานการณ์ที่ไม่ซับซ้อน และเป็นจุดเริ่มต้นวิเคราะห์สำหรับสถานการณ์ที่ซับซ้อน

2. Cognitive Walkthrough

เป็นการย้อนรอยอดีตโดยผู้ที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับเหตุการณ์ เป็นเทคนิคที่ประยุกต์มาจากเครื่องมือของ Human Factors Engineering คือพยายามเรียนรู้ปัจจัยที่เป็นข้อจำกัดของคนเพื่อนำมาสู่การออกแบบระบบหรือเครื่องอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงานใหม่ ที่จะทำให้ข้อจำกัดเหล่านั้นไม่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติงาน

ข้อจำกัดของคนที่ทำให้เกิดปัญหา มีตั้งแต่ข้อจำกัดในการรับรู้ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม ข้อจำกัดในการจดจำข้อมูลจำนวนมาก ข้อจำกัดในการประมวลผลและการตัดสินใจ รวมไปถึงความเหนื่อยล้า ความไม่สะดวกทางกายภาพ เป็นต้น

การย้อนรอยอดีตจะทำได้ต่อเมื่อมีวัฒนธรรมคุณภาพ มีบรรยากาศของการเปิดใจ มีความไว้วางใจ วิธีการก็คือให้ผู้ที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับเหตุการณ์ได้ทำการปฏิบัติซ้ำในสถานการณ์จำลอง และให้คิดออกมาดัง ๆ คือระหว่างที่ปฏิบัตินั้นให้พูดออกมาว่าขณะนั้นกำลังคิดอะไร มีความต้องการอะไร มีความรู้สึกอะไร มีข้อติดขัดอะไร

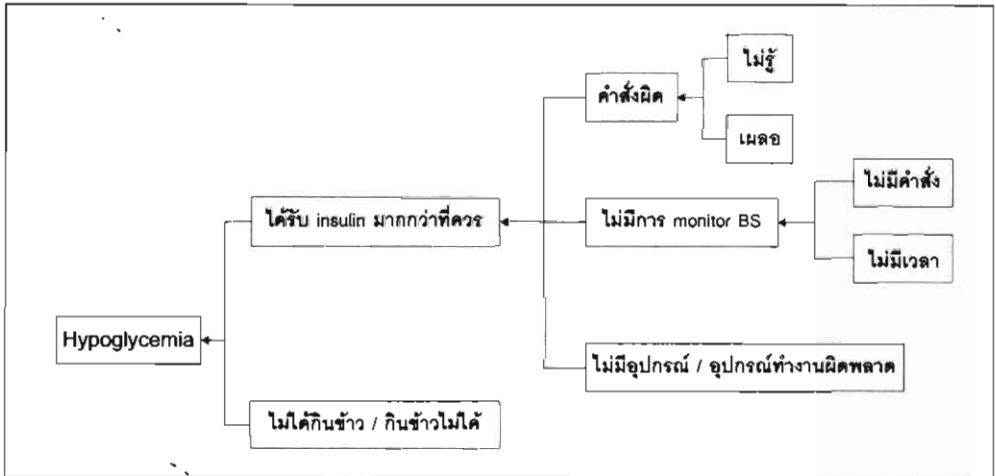
ข้อมูลเหล่านี้จะมีประโยชน์มากในการที่จะรับทราบข้อจำกัดในการปฏิบัติงานที่ตรงประเด็น และสามารถกระตุ้นให้เกิดนวัตกรรมต่างๆ ได้มากมาย เป็นวิธีการที่จะทำให้เห็น root cause ได้ดีกว่าการนั่งโต๊ะอภิปราย

การต่อเชื่อมกับเทคนิค Turning Point คือการย้อนรอยอดีตตรงจุดหรือขั้นตอนที่เห็นว่ามีโอกาสปรับเปลี่ยนการตัดสินใจหรือการกระทำได้

3. Conventional WHY

เป็นวิธีการดั้งเดิม คือให้ถามคำถาม “ทำไม” ต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น และถามซ้ำหลายๆ ครั้ง (บางท่านให้สูตรว่าให้ถามไป 5 ครั้ง) จนเห็นคำตอบที่พอใจและนำไปแก้ปัญหาได้

ภาพที่ 4.4 การวิเคราะห์ Root Cause โดยใช้คำถาม “ทำไม” ซ้ำหลายๆ ครั้ง



แผนภูมิที่เป็น tree diagram ข้างต้นแสดงให้เห็นกรอบการคิดซึ่งมีความเฉพาะเจาะจงสำหรับกรณีที่เกิดขึ้น ซึ่งบางแขนงอาจจะยังไม่ได้สืบสาวไปสู่ root cause ที่แท้จริง เช่น การที่ผู้ป่วยไม่ได้กินข้าวหรือกินข้าวไม่ได้ เป็นสาเหตุเฉพาะราย จะต้องเอาข้อมูลจริงของผู้ป่วยแต่ละรายมาวิเคราะห์

การที่จะสร้างแผนภูมินี้อย่างได้ประโยชน์ ควรจะเอาใจจดจ่อกับปัญหา ทำความคุ้นเคยกับปัญหา และมีอิสระในการที่จะตอบคำถาม why อย่างตรงประเด็น

วิธีการในการตอบคำถาม why บางท่านอาจจะถนัดตอบตามกรอบ ซึ่งมีหัวข้อไว้ให้ หรืออาจจะระดมสมองอย่างอิสระแล้วมาจัดกลุ่มทีหลัง หรืออาจจะไล่เขียนไปตามแผนภูมิเลยก็ได้ แต่ข้อควรระวังก็คือ อย่าให้ได้คำตอบที่ไม่เกี่ยวข้องมามากเกินจำเป็น หรือเป็นคำตอบในเชิงทฤษฎีซึ่งอาจจะไม่ตรงประเด็นกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

การต่อเชื่อมกับเทคนิค Cognitive Walkthrough คือการนำข้อมูลรายละเอียดจากการย้อนรอยอดีตมาวิเคราะห์ต่อว่าทำไมจึงเกิดเหตุการณ์ พฤติกรรม ความเข้าใจ หรือวิธีการคิดเช่นนั้น

4. Comprehensive Scan

เป็นการใช้หัวข้อที่ครอบคลุมกว้างขวางรอบด้านมาตรวจสอบว่า เหตุการณ์นั้นไปเกี่ยวข้องกับปัจจัยในหัวข้อดังกล่าวหรือไม่ เรียกได้ว่าเป็นวิธีที่ซับซ้อนที่สุด เป็นตาข่ายที่มีช่องถี่ที่สุด ดังตัวอย่าง

กรอบที่ 4.3 หัวข้อที่ใช้ตรวจสอบ Root Cause อย่างรอบด้าน

ผู้ป่วย	
ผู้ให้บริการ	
งาน	การออกแบบกระบวนการทำงาน การควบคุมกระบวนการทำงาน
ทีมงาน	การสื่อสาร
สิ่งแวดล้อม	สิ่งแวดล้อมทั่วไป สมาธิและการรบกวน เครื่องมือและเทคโนโลยี
องค์กร	ผู้นำและวัฒนธรรม การบริหารความเสี่ยง การให้ความรู้ การฝึกอบรม การมีข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น

วิธีนี้จะใช้เวลามากที่สุด อาจจะทำให้เกิดความเบื่อหน่ายแก่ผู้ปฏิบัติ หากจะต้องนำมาใช้ในทุกราย จึงควรพิจารณาเลือกใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาที่มีความซับซ้อน

ไม่ว่าจะเลือกใช้วิธีใด จุดเริ่มต้นคือการเข้าไปในสถานการณ์และเก็บข้อมูลต่างๆ มาให้ได้มากที่สุด ทำตัวเหมือนตำรวจเข้าไปสืบหาผู้ต้องสงสัย จุดตัดสินใจเลือกปัจจัยที่เป็น root cause คือการถามว่าเมื่อนำ root cause ดังกล่าวไปปฏิบัติแล้ว ปัญหาจะลดลงหรือหมดไปหรือไม่ ถ้าเรายังไม่มั่นใจว่าปัญหาจะลดลง ก็แสดงว่านั่นยังไม่ใช่ root cause ที่น่าจะนำไปปฏิบัติ

RCA ควรเป็นเรื่องง่าย และอยู่ในชีวิตประจำวัน

4.3.2 Patient Safety Goals ใช้อย่างไรให้คุ้มค่า⁹

จากการที่สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ได้ประมวลแนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยจากแหล่งต่างๆ มาเป็น Thai Patient Safety Goals ภายใต้กรอบที่เรียกง่ายๆ ว่า SIMPLE และเผยแพร่สู่ผู้เกี่ยวข้องในการประชุม HA National Forum ครั้งที่ 9 ที่ผ่านมานั้น ก่อให้เกิดความสนใจ ความเข้าใจ และความตื่นตัวในประเด็นต่างๆ ขึ้นอย่างกว้างขวาง

SIMPLE เปรียบเสมือนการให้คำตอบสำเร็จว่าในแต่ละเรื่องควรดำเนินการอย่างไรที่จะส่งผลให้เกิดความปลอดภัยที่สุด เปรียบเสมือนรายละเอียดที่เป็นรูปธรรมของการนำมามาตรฐานไปสู่การปฏิบัติ

อันที่จริง เนื้อหาทั้งหมดในกรอบนี้อาจเรียกได้ว่าเป็นประเด็นสากล มิใช่ประเด็นเฉพาะสำหรับประเทศไทย ที่มาของเนื้อหาทั้งหมดก็เป็นเรื่องที่มาจากความรู้อสากล

ขยายกรอบความคิดให้กว้างขึ้น

มีประเด็นที่น่าสนใจตามมา ซึ่งควรทำความเข้าใจ ไม่ให้พันกรอบที่คับแคบ เพื่อจะได้ใช้ข้อมูลที่ผ่านมาการกลั่นกรองมาแล้วอย่างคุ้มค่า

ประเด็นที่หนึ่ง Patient Safety Goals ชุดนี้จะใช้กับโรงพยาบาลของเราได้หรือไม่ คำตอบแบบกำปั้นทุบดินก็คือ ถ้าโรงพยาบาลของเราต้องดูแลผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับประเด็นดังกล่าว แนวทางใน SIMPLE ก็น่าจะนำมาประยุกต์ใช้กับโรงพยาบาลของเราได้ ซึ่งเราจะตอบคำถามนี้ได้

⁹ ตีพิมพ์ใน Medical Times ปีที่ 9 ฉบับที่ 213 16-31 สิงหาคม 2551.

ชัดเจนต่อเมื่อลงไปตามรอย ไปสืบค้น ไปดูสิ่งที่ปฏิบัติกันจริงๆ

ประเด็นที่สอง โรงพยาบาลต้องกำหนด **Patient Safety Goals** ให้สอดคล้องกับ **SIMPLE** หรือไม่ ต้องให้ครบตาม **SIMPLE** หรือไม่ คำตอบแบบกำปั้นทุบดินก็คือ เป้าหมายความปลอดภัยของโรงพยาบาลเป็นสิ่งที่โรงพยาบาลควรกำหนดให้สอดคล้องกับบริบทของตนเอง แต่อย่าลืมหาโอกาสทบทวนว่าองค์ความรู้สากลที่มีอยู่ในโลกนั้นได้รับการพิจารณานำมาใช้ประโยชน์อย่างเต็มที่หรือยัง มิฉะนั้นจะเป็นการเสียโอกาส

ประเด็นที่สาม จำเป็นต้องกำหนดทุกเรื่องที่จะพัฒนาเป็น **Patient Safety Goals** ของโรงพยาบาลหรือไม่ คำตอบแบบกำปั้นทุบดินก็คือขึ้นกับโรงพยาบาลจะกำหนด ถ้ากำหนดแล้วไม่เป็นภาระ ไม่เกิดความทุกข์ใจ การกำหนดทุกเรื่องที่จะพัฒนาเป็นเป้าหมายก็เป็นสิ่งที่ดี แต่ถ้ากำหนดเป็นเป้าหมายแล้วเป็นภาระ เกิดความทุกข์ใจ ก็ควรกำหนดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม

ประเด็นที่สี่ **Patient Safety Goal** แต่ละเรื่องที่กำหนดขึ้นมา นั้น จำเป็นต้องมีตัวชี้วัดหรือไม่ คำตอบแบบกำปั้นทุบดินก็คือ ไม่จำเป็นต้องมีประเด็นใดที่วัดได้ง่าย วัดจากอุบัติการณ์หรือภาวะไม่พึงประสงค์ที่ลดลง ก็ควรจะวัดเพื่อให้เห็นสัมฤทธิ์ผลของการปฏิบัติ แต่ถ้าบางประเด็นเป็นเรื่องยาก เช่น เรื่องการสื่อสาร ก็ควรพิจารณาว่าจำเป็นต้องวัดหรือไม่ ถ้าจะวัดจะวัดด้วยอะไรจึงจะมีประโยชน์

ประเด็นที่ห้า ถ้าปฏิบัติไม่ได้ตามแนวทางใน **SIMPLE** หมายความว่าโรงพยาบาลของเรายังไม่ได้มาตรฐานหรือไม่ คำตอบแบบกำปั้นทุบดินก็คือ แนวทางใน **SIMPLE** เป็น *international optimum* มีความเหมาะสมในระดับสากล เป็นเป้าหมายที่ต้องเฝ้ามองอยู่บ้าง เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ถ้าทำได้ย่อมเป็นการแสดงถึงความรับผิดชอบของเรา ในฐานะผู้ประกอบการวิชาชีพ ที่จะใช้องค์ความรู้ที่เหมาะสมที่สุดเพื่อผู้ป่วยของเรา แต่ถ้าทำไม่ได้เนื่องจากข้อจำกัดของทรัพยากร อันนั้นก็ก็เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เราจะคอยโอกาสจนกว่าเมื่อไรทำได้จะรีบทำทันที

ทั้งหมดที่กล่าวมา สามารถได้คำตอบด้วยการปรับมุมมองของเราต่อ **Patient Safety Goals** โดยการมองว่านี่คือชุดขององค์ความรู้ที่จะเป็นแนวทางเพื่อการพัฒนากระบวนการของเราให้มีความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น คำว่า

“Goals” อาจจะเป็นสิ่งที่สร้างความกดดันให้กับเรา ถ้าเป็นดังนั้นแล้วควรจะมองว่าเป็น “Guide” แล้วก็ใช้หลักลงไปดูของจริงในพื้นที่ว่าเรามีโอกาสยกระดับความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างไร การตามรอยโดยใช้ประเด็นต่างๆ ใน SIMPLE จึงเป็นสิ่งที่สมควรทำอย่างยิ่ง ไม่ว่าเราจะกำหนดประเด็นเหล่านั้นเป็น Patient Safety Goals หรือไม่

การตามรอย SIMPLE

การตามรอย SIMPLE คือการเข้าไปติดตามดูสถานการณ์จริงในพื้นที่ว่ามีการปฏิบัติงานอย่างไรในแต่ละประเด็น เพื่อให้สามารถตามรอยได้ ประเด็นมากที่สุดในเวลาสั้นที่สุด อาจมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบแต่ละประเด็นให้ติดตามศึกษาเรื่องนั้นอย่างต่อเนื่อง ก็จะทำให้เกิดความเข้าใจทั้งข้อเสนอแนะและข้อติดขัดในการนำไปปฏิบัติ ซึ่งหากมีเวทีนำเสนอที่เหมาะสม จะค่อยๆ เห็นแนวทางชัดเจนขึ้นว่าควรปฏิบัติอย่างไร

หัวข้อใน SIMPLE สามารถแยกเป็นประเด็นย่อยๆ ได้ 31 ประเด็น ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่สามารถใช้วิธีการรับอาสาสมัคร 31 คนมาตามรอยในประเด็นเหล่านี้ อาสาสมัครเหล่านี้ไม่ควรเป็นผู้ที่รับผิดชอบงานเรื่องนั้นโดยตรง เพื่อจะได้ไม่เกิด bias ในการเรียนรู้สถานการณ์

S : Safe Surgery

1. S 1: SSI Prevention (CDC)
2. S 2: Safe Anesthesia
3. S 3.1: Correct Procedure at Correct Body Site
4. S 3.2: Surgical Safety Checklist (WHO)

I : Infection Control (Clean Care)

5. I 1: Hand Hygiene
6. I 2.1: CAUTI Prevention
7. I 2.2: VAP Prevention
8. I 2.3: Central line infection Prevention

M: Medication Safety

9. M 1.1: Control of concentrated electrolyte Solutions
- M 1.2: Improve the safety of High-Alert Drug

10. -Anticoagulant
11. -Narcotics
12. -Insulin
13. -Sedatives
14. M 2.1: Look-Alike Sound-Alike Medication Names (LASA)
15. M 3: Assuring Medication Accuracy at Transition in Care (Med Reconcile)
16. M4: Blood Safety

P: Patient Care Processes

17. P 1: Patients Identification
18. P 2.1: Effective Communication –SBAR
19. P 2.2: Communication During Patient Care Handovers
20. P 2.3: Communicating Critical Test Results
21. P 2.4: Verbal or Telephone Order/ Communication
22. P 2.5: Abbreviations, Acronyms, Symbols, & Dose Designation
23. P 3: Proper Diagnosis (HA)
24. P 4: Preventing Common Complication
25. P 4.1: Preventing Pressure Ulcers
26. P 4.2: Preventing Patient Falls

L: Line, Tube & Catheter

27. L 1: Avoiding Catheter and Tubing Mis-connections

E: Emergency Response

28. E 1: Response to the Deteriorating Patient (Rapid Response Team)
29. E 2: Sepsis (HA)
30. E 3: Acute Coronary Syndrome (HA)
31. E 4: Maternal & Neonatal Morbidity (HA)

Gap Analysis

เพื่อให้การนำ SIMPLE ไปสู่การปฏิบัติได้ดียิ่งขึ้น พรพ. จึงแนะนำให้โรงพยาบาลใช้ Gap Analysis วิเคราะห์หรือประเมินตนเองเพื่อหาโอกาสพัฒนา โดยการวิเคราะห์ส่วนต่างระหว่างสิ่งที่ปฏิบัติอยู่กับข้อเสนอแนะที่มาจากข้อมูลหลักฐานทางวิชาการ (evidence-based recommendation)

การที่จะมองส่วนต่างออกนั้นต้องศึกษาข้อเสนอแนะให้เข้าใจว่า key word คืออะไร มีเป้าหมายอะไร มีขั้นตอนการปฏิบัติอะไรบ้างที่จะแสดงให้เห็นถึงการปฏิบัติดังกล่าวอย่างสมบูรณ์ ซึ่งอาจจะเริ่มจากการจัดทำแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน การสร้างความเข้าใจกับผู้ที่ต้องปฏิบัติ การจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติ การติดตาม monitor หรือประเมินผล เป็นต้น (คล้ายกับ PDSA นั่นเอง)

เมื่อเข้าใจข้อเสนอแนะชัดเจนแล้วก็มาดูที่การปฏิบัติภายในองค์กร (actual practice) ซึ่งอาจจะเป็นข้อมูลที่เป็นที่รับทราบกันดีอยู่แล้วว่าเรื่องนี้มีการทำหรือไม่ มีนโยบายและแนวทางชัดเจนหรือไม่ สิ่งที่ยากกว่าคือ การที่จะทราบว่ามีการปฏิบัติตามนโยบายและแนวทางที่กำหนดไว้หรือไม่ มีปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติอย่างไร ซึ่งการที่จะทราบถึงขั้นนี้ได้ จะต้องเข้าไปเรียนรู้จากหน่วยงาน ไปสังเกตและพูดคุยกับผู้ปฏิบัติ (ก็คือการตามรอยนั่นเอง)

หลังจากที่เห็นส่วนต่างแล้ว ขั้นตอนต่อมาคือการกำหนดเป้าหมายที่องค์กรของเราสามารถปฏิบัติได้ (desired practice) ซึ่งองค์กรอาจจะตัดสินใจว่า 1) ปฏิบัติตามข้อเสนอแนะอย่างครบถ้วน 2) ปฏิบัติตามข้อเสนอแนะบางส่วน หรือดัดแปลงไปจากข้อเสนอแนะเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของตน 3) แม้จะมีส่วนต่าง แต่ก็ขอปฏิบัติเหมือนเดิม หากเลือกในข้อ 2 และ 3 ก็ต้องตระหนักในความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นและมีมาตรการที่จะป้องกันความเสี่ยงดังกล่าว

เมื่อได้เป้าหมายหรือภาพการปฏิบัติที่เราตั้งใจแล้ว ก็วางแผนว่าจะไปสู่เป้าหมายดังกล่าวได้อย่างไร (action plan) แม้ในกรณีที่จะไม่มีการเปลี่ยนแปลงแนวทางการปฏิบัติไปจากเดิม ก็ควรวางแผนว่าจะป้องกันความเสี่ยงต่างๆ ที่มีโอกาสเกิดขึ้นอย่างไร

เพื่อให้โรงพยาบาลทราบว่าควรจะนึกถึงอะไรในการประเมิน actual practice ของตน พรพ.จึงได้จัดทำแนวทางการพิจารณาไว้ดังตัวอย่าง

กรอบที่ 4.4 ตัวอย่างคำถามเพื่อช่วยในการวิเคราะห์ actual practice ของโรงพยาบาล

Recommendation	Actual Practice	Desired Practice	Action Plan
1. สำหรับผู้ป่วย elective surgery ให้ค้นหาและรักษาการติดเชื้อ ทุกอย่างที่เกิดขึ้นห่างจากตำแหน่ง ที่จะผ่าตัด และเลื่อนการผ่าตัด ไปจนกว่าการติดเชื้อจะหมดไป	- มีแนวทางชัดเจนหรือไม่ - มีมาตรการป้องกันการละเมิด อย่างไร - มีการติดตามประเมินผลอย่างไร - ผลลัพธ์เป็นอย่างไร		
2. ไม่กำจัดขนก่อนผ่าตัด ยกเว้นว่าขนที่บริเวณผ่าตัดจะ รบกวนต่อการทำผ่าตัด ถ้าต้อง กำจัดขน ให้ทำทันทีก่อนผ่าตัด และควรใช้ electric clipper	- มีแนวทางชัดเจนหรือไม่ - มีการปฏิบัติครอบคลุมทุกสาขา หรือไม่ - มีข้อยกเว้นอย่างไร - เจตคติของผู้เกี่ยวข้องเป็นอย่างไร - มีสิ่งอำนวยความสะดวกเพียงพอ หรือไม่		
3. ให้ prophylactic antibiotic เฉพาะเมื่อมีข้อบ่งชี้ โดยเลือก ให้เหมาะสมกับเชื้อที่มักจะพบ บ่อยสำหรับการผ่าตัดนั้นๆ โดย ให้ทางหลอดเลือดดำ ในเวลา ที่ทำให้มีระดับยาในซีรัมและเนื้อ เยื่อสูงพอสำหรับกำจัดเชื้อโรค (bactericidal concentration) เมื่อขณะลงมีดผ่าตัด ให้รักษา therapeutic level ของยาไว้ ตลอดการผ่าตัดและหลังผ่าตัด เสร็จสิ้นอีก 2-3 ชั่วโมง สำหรับ การผ่าตัดตลอดที่มีความ เสี่ยงสูง จะให้ antibiotic ทันที หลังจาก clamp สายสะดือ	- มีแนวทางทั่วไปชัดเจนหรือไม่ - มีการกำหนด antibiotic ที่เหมาะ สมสำหรับการผ่าตัดแต่ละ ประเภทหรือไม่ - ให้ข้อมูลอะไรช่วยกำหนด - มีมาตรการเพื่อส่งเสริมให้มีการ ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ อย่างไร - มีมาตรการอย่างไรให้ระดับยา ในผู้ป่วยสูงพอในขณะลงมีด ผ่าตัดจนถึง 2-3 ชม.หลังผ่าตัด - มีการติดตามประเมินผลอย่างไร ผลลัพธ์เป็นอย่างไร		

4.3.3 ออกแบบระบบงานโดยใช้หลัก Human Factors Engineering

Human factors engineering คือการทำความเข้าใจลักษณะของมนุษย์และวิธีการที่มนุษย์มีปฏิสัมพันธ์กับโลกรอบตัวเพื่อประยุกต์ใช้ในการออกแบบระบบที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และสะดวกสบาย

มนุษย์มีทั้งข้อได้เปรียบและข้อจำกัด เช่น มนุษย์มีความสามารถในการประมวลผลข้อมูล แต่ในบางสภาวะ เช่น การเหนื่อยล้า การถูกรบกวน ทำให้ความสามารถนี้ลดลง และอาจจะเกิดปัญหาที่ก่อให้เกิดผลเสียตามมาได้ ความเข้าใจข้อจำกัดนี้ทำให้เกิดการออกแบบเพื่อช่วยป้องกันความผิดพลาดดังกล่าว

กรอบที่ 4.5 ตัวอย่างของการใช้หลัก human factors engineering

การออกแบบ	<ul style="list-style-type: none"> • ระบบไมโครโฟนในห้องประชุมที่กำหนดให้กดพูดได้ทีละคน
ระบบสัญญาณเตือน	<ul style="list-style-type: none"> • การใช้แถบสีต่างๆ คู่กับป้ายข้อ่มือผู้ป่วยเพื่อบ่งชี้สถานะบางอย่าง • การเขียนชื่อยาที่ผู้ป่วยแพ้ไว้ในแผ่นคำสั่งการรักษาของแพทย์ทุกแผ่น ทำให้ลดโอกาสที่แพทย์จะสั่งยาที่ผู้ป่วยแพ้
การแสดงผลข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> • การใช้ white board ในห้องผู้ป่วยเพื่อบันทึกเป้าหมายการดูแลประจำวัน ผู้ป่วยร่วมกันระหว่างทีมผู้ให้บริการกับผู้ป่วยและญาติ • การบันทึกข้อมูลสำคัญในฟอร์มปรอทที่ทำให้แพทย์เวรซึ่งไม่ใช่เจ้าของใช้สามารถทำความเข้าใจความเป็นมาของผู้ป่วยในเวลาอันรวดเร็ว
แบบฟอร์ม	<ul style="list-style-type: none"> • การออกแบบฟอร์มอย่างกระชับเพื่อส่งเสริมให้มีการบันทึกข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการประเมินผู้ป่วยบางประเภท • แบบบันทึกทางการเงิน การเจ้าหน้าที่ พัสต ที่ออกแบบให้สวยงามน่าดู เห็นจุดเน้นที่ต้องบันทึกข้อมูลเป็นพิเศษ
กระบวนการ ขั้นตอนการทำงาน	<ul style="list-style-type: none"> • การใช้รหัส CPR • การใช้บัตรมอบหมายงานเมื่อเกิดอุบัติเหตุหมู่
สถานที่ทำงาน	<ul style="list-style-type: none"> • การมี alcohol hand rub ที่ปลายเตียงผู้ป่วยทุกเตียง ทำให้ compliance ในการปฏิบัติตามข้อแนะนำให้ล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วยเป็นไปได้ดีขึ้น • การนำภาพสวยงามติดที่สันแหม่มเพื่อให้ทราบว่าควรจัดวางแหม่มให้ถูกที่อย่างไร

การฝึกอบรม/ การเรียนรู้	<ul style="list-style-type: none"> • การใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ • การจัดตั้งอำนวยการความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ทางวิชาการ • การจัดมุมที่ให้ความรู้สึกที่ผ่อนคลายไว้ในที่ทำงานเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
การสื่อสาร	<ul style="list-style-type: none"> • การใช้รูปภาพให้ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจหรือใส่เครื่องช่วยหายใจแสดงความต้องการ ช่วยลดเวลาในการสื่อสารและความเข้าใจ • การใช้แผ่นป้ายสองภาษาเพื่อสื่อสารกับชาวต่างประเทศ
เครื่องช่วยการคิด การตัดสินใจ (cognitive aids)	<ul style="list-style-type: none"> • การใช้ Partogram ในการติดตามความก้าวหน้าของการคลอดระยะที่หนึ่ง ทำให้ตัดสินใจได้รวดเร็วขึ้นหากมีความล่าช้าเกิดขึ้น • การบันทึก vital signs และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในกราฟแผ่นเดียวกัน ทำให้สามารถพยากรณ์ได้ว่าผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกกำลังจะเข้าระยะช็อคเมื่อใด • การใช้กราฟบันทึกข้อมูลบางอย่างพร้อมทั้งแถบสีแสดงพิสัยว่าปกติหรือผิดปกติหรือเข้าสู่ระดับที่ต้องระวังเป็นพิเศษ เช่น ระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน ระดับ bilirubin ทารกแรกเกิด • เครื่องช่วยในการคำนวณขนาดยาหรือการผสมยา

4.3.4 เรียนรู้จากความสามารถในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า¹⁰

เหตุการณ์ที่เรียกว่า near miss เป็นโอกาสที่ เราจะเรียนรู้ว่าผู้ปฏิบัติงานของเราตรวจจับและแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างไร จึงไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ซึ่งสามารถนำมาวิเคราะห์และออกแบบเพื่อการป้องกันปัญหาอย่างเป็นระบบได้

รายงานของ Institute of Medicine ให้คำจำกัดความของ near miss ว่าเป็น การกระทำหรือละเว้นการกระทำซึ่งอาจส่งผลให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย แต่ไม่เกิดอันตรายเนื่องจากความบังเอิญ การป้องกัน หรือการทำให้ปัญหาทุเลาลง (an act of commission or omission that could have harmed the patient but did not cause harm as a result of chance, prevention, or mitigation)

¹⁰ Philip Aspden et al: *Patient Safety: Achieving a New Standard of Care*. National Academic Press, 2004.

องค์ประกอบหรือลำดับขั้นของ near miss มีดังนี้

- **ข้อบกพร่องเริ่มต้น (Initial failures)** – เป็นกระบวนการที่บกพร่องที่ก่อให้เกิดปัญหาตามมา ซึ่งอาจจะเกิดจากความผิดพลาดของบุคคล (human error), ความบกพร่องทางด้านเทคนิค/วิชาการ หรือขององค์กร, หรือเกิดจากสาเหตุทั้งสองประการร่วมกัน.
- **สถานการณ์ที่เป็นอันตราย (Dangerous situation)** – เป็นสถานะที่มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเป็นการชั่วคราวเนื่องมาจากข้อบกพร่องเริ่มต้น แต่ยังไม่เกิดผลกระทบเกิดขึ้นจริง.
- **ปราการป้องกันที่ไม่เพียงพอ (Inadequate defenses)** – เป็นข้อบกพร่องของการป้องกันที่เป็นทางการ (เช่น การทำ double-check, การทดแทนอัตโนมัติโดยเครื่องมือสำรอง, หรือ ทีมแก้ปัญหา) ซึ่งถูกกำหนดไว้ในระบบเพื่อจัดการกับความเสี่ยงในแต่ละลักษณะ.
- **การฟื้นตัว (Recovery)** – เป็นปราการป้องกันชุดที่สองที่ไม่เป็นทางการ (มักจะเป็น human-based) ทำให้มีการตรวจพบสถานการณ์ความเสี่ยงที่กำลังเกิดขึ้น ทำความเข้าใจ และแก้ไขได้ทันเวลาที่ ทำให้จำกัดผลที่ตามมาของเหตุการณ์ เป็นเพียง near-miss outcome แทนที่จะต่อเนื่องไปเป็นเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์หรือเลวร้ายยิ่งขึ้น.

การตรวจสอบ near miss จะให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วยสองประเภท: (1) ข้อมูลเกี่ยวกับจุดอ่อนในระบบบริการสุขภาพ (ความผิดพลาดและข้อบกพร่อง รวมทั้งระบบป้องกันที่ยังไม่ดีพอ) และ (2) ข้อมูลเกี่ยวกับจุดแข็งของระบบบริการสุขภาพ (การแก้ไขป้องกันที่ไม่เป็นทางการ ไม่ได้วางแผน – unplanned, informal recovery action) ซึ่งช่วยชดเชยหรือทดแทนจุดอ่อนเหล่านั้นในการทำงานประจำวัน

บริการสุขภาพเป็นตัวอย่างของระบบที่มีความน่าเชื่อถือต่ำ แต่ผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพสามารถตรวจพบ ระบุเหตุ และหันเหโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งบางครั้งก็ทำไปโดยไม่รู้ตัว ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการฟื้นตัว/แก้ปัญหา เป็นข้อมูลเกี่ยวกับความปลอดภัยของ

ผู้ป่วยที่มีคุณค่า เป็นข้อเท็จจริงที่มักจะถูกลืมข้าม **Baron 4.4**

ข้อมูล near-miss น่าจะได้รับการวิเคราะห์ให้มากกว่าที่เป็นอยู่ การวิเคราะห์ดังกล่าวจะเปิดโอกาสให้มีการเรียนรู้ทั้งจุดอ่อนของระบบบริการสุขภาพ และวิธีการที่ระบบสามารถฟื้นตัวจากอันตรายหรือสถานการณ์เสี่ยง

เป้าหมายของการรายงานและวิเคราะห์ near miss ควรประกอบด้วย

1. การสร้างตัวแบบ (model) เพื่อให้เกิด qualitative insight ว่าข้อบกพร่องหรือความผิดพลาดเล็กๆ น้อยๆ นั้นสามารถพัฒนาไปสู่ near miss และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้อย่างไร ส่งผลให้เกิดมุมมองที่สมคูลมากขึ้นว่าจะปรับปรุงมาตรการป้องกันอย่างไร และสร้างปัจจัยในการแก้ไขพื้นที่ตัวเมื่อเกิดความผิดพลาดขึ้นอย่างไร
2. การวิเคราะห์แนวโน้ม เพื่อให้เกิด qualitative insight เกี่ยวกับการกระจายผลลัพธ์ของปัจจัยที่เป็นข้อบกพร่องและการแก้ไขพื้นที่ตัว โดยการสร้างฐานข้อมูล root cause ของ near miss ทำให้สามารถกำหนดลำดับความสำคัญปัจจัยที่เด่นชัดที่สุดเพื่อเป็นเป้าหมายที่เป็นไปได้ในการดำเนินการเพื่อลดความผิดพลาดหรือส่งเสริมการแก้ไขพื้นที่ตัว
3. ความตื่นรู้/ตระหนักรู้ การเตือนใจด้วย near miss เป็นรายสัปดาห์หรือรายเดือนในสถานการณ์การทำงานเดียวกันจะช่วยหนุนเสริมให้เกิดความตระหนักรู้ในความเสี่ยงเฉพาะที่ยังคงมีอยู่ และแสดงให้เห็นถึงการปกป้องให้พ้นจากอันตรายอย่างไม่เป็นทางการ อาจจำเป็นที่จะต้องเผยแพร่รายละเอียดของ near miss ดังกล่าวเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ปฏิบัติที่หน้างานมีความตระหนักรู้ต่อความเสี่ยงที่ยังคงมีอยู่.

4.4 การจัดการเมื่อเกิดอุบัติเหตุ

การจัดการเมื่อเกิดอุบัติเหตุเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องพิจารณาในแง่มุมต่าง ๆ ต่อไปนี้

1. กลไกการตรวจพบหรือรับรู้อุบัติเหตุที่มีความไว
2. ระบบรายงานอุบัติเหตุ
3. การบำบัดเยียวยาเพื่อทุเลาความเสียหายที่เกิดขึ้น
4. การสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว (open disclosure) จะเปิดเผยข้อมูลอะไร ให้รายละเอียดเพียงใด ในช่วงเวลาใด
5. การจัดการกับบันทึกที่เกี่ยวข้อง การเก็บรักษาที่ปลอดภัย การจัดทำสำเนา การป้องกันการแก้ไข การสร้างความมั่นใจแก่สาธารณะว่าบันทึกนั้นเป็นข้อมูลที่เชื่อถือได้
6. การจ่ายชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้น
7. การ investigate เพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์ และนำไปสู่การวางระบบป้องกันปัญหาสำหรับอนาคต

4.5 วัฒนธรรมความปลอดภัย

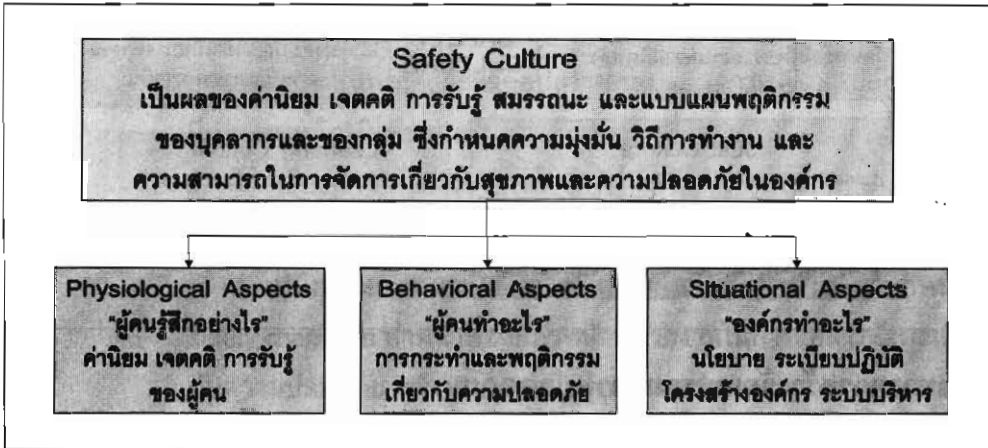
การวางระบบต่างๆ เกี่ยวกับความปลอดภัย ไม่ว่าจะเป็นระบบรายงาน ระบบป้องกันต่างๆ ยังไม่เพียงพอที่จะสร้างหลักประกันความปลอดภัยได้ คุณภาพที่แท้จริงมาจากการกระทำด้วยใจ ทุกลมหายใจของผู้เกี่ยวข้อง คุณภาพที่ยั่งยืนคือการทำจนเป็นวัฒนธรรม ทำเป็นเรื่องปกติประจำ ทำจนวัฒนธรรมนั้นกลับมาหล่อหลอมทุกคนในองค์กร สิ่งที่ต้องมีคือความมุ่งมั่นและต้องใช้เวลาในการสร้างคือวัฒนธรรมความปลอดภัย

วัฒนธรรมคุณภาพ วัฒนธรรมความปลอดภัย วัฒนธรรมการเรียนรู้ คือสิ่งที่พึงประสงค์ในองค์กรคุณภาพ

การสร้างวัฒนธรรมต้องใช้เวลา ต้องเพาะบ่ม ต้องสั่งสม วัฒนธรรมเกิดจากการเรียนรู้ร่วมกันในคุณค่าของสิ่งที่กระทำลงไป เกิดการเปลี่ยนแปลงในวิถีคิดของแต่ละคน และค่อยๆ เกิดความเห็นพ้องขึ้นภายในองค์กร

HSE's Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations ได้ให้ความหมายและองค์ประกอบของวัฒนธรรมความปลอดภัยไว้ดังภาพ

ภาพที่ 4.5 องค์ประกอบของวัฒนธรรมความปลอดภัย

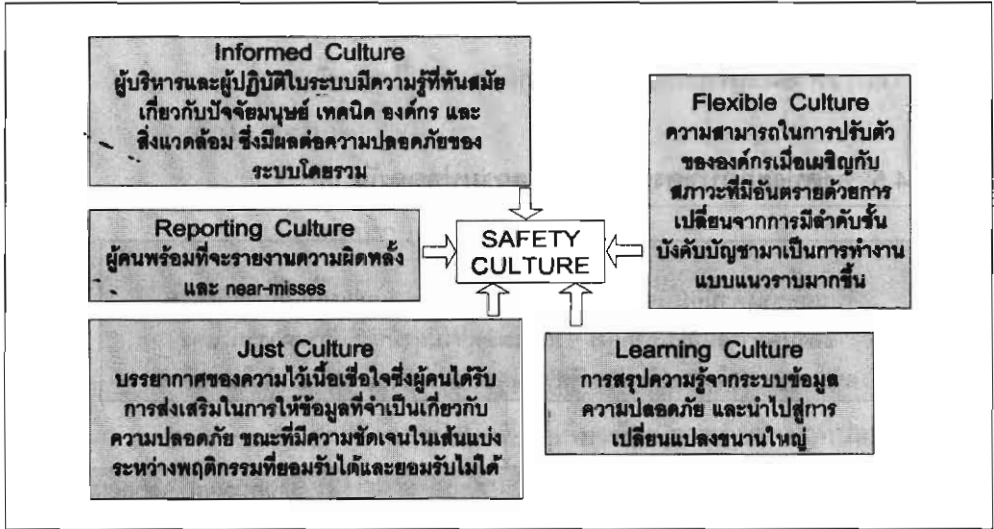


ลักษณะของวัฒนธรรมความปลอดภัย

Institute of Healthcare Improvement (IHI) ของอเมริกา ได้ชี้ให้เห็นลักษณะของวัฒนธรรมความปลอดภัยว่า "เป็นสภาวะที่ทุกคนลงมือทำในสิ่งที่จำเป็นเพื่อความปลอดภัย ใครไม่ทำจะถูกตำหนิ มีแรงกดดันมาจากทุกทิศทาง ไม่มีช่องให้ใครบอกว่าความปลอดภัยไม่ใช่หน้าที่ของฉัน ผู้นำต้องแสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่นต่อการเปลี่ยนแปลง ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่แลกเปลี่ยนข้อมูลเรื่องความปลอดภัย สนับสนุนทรัพยากร การประเมินบรรยากาศของความปลอดภัยเป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์"

ในองค์กรที่มีวัฒนธรรมความปลอดภัย จะมีบรรยากาศของความไว เนื้อเชื่อใจ ความยืดหยุ่น การมีความรู้ พร้อมทั้งจะรายงานเหตุการณ์ และการสรุปบทเรียนเพื่อนำสู่การเปลี่ยนแปลง

ภาพที่ 4.6 ลักษณะขององค์กรที่มีวัฒนธรรมความปลอดภัย



แนวทางการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย

IHI ได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยไว้สรุปได้ดังแผนภาพ เมื่อผนวกแนวทางทั้งหลายเข้าด้วยกัน อาจเรียกได้ว่าเป็นนวัตกรรมของระบบคุณภาพอันหนึ่ง

ภาพที่ 4.7 แนวทางการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย



1. มอบหมายผู้รับผิดชอบระบบความปลอดภัยของผู้ป่วย (Designate a Patient Safety Officer)

องค์กรที่มุ่งมั่นต่อความปลอดภัยอย่างเต็มที่จะมอบหมายให้มีบุคคลทำหน้าที่ Patient Safety Officer หรือ Patient Safety Manager ทำหน้าที่สร้างความตระหนัก จัดการฝึกอบรม และนำวิธีที่ได้ผลเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยมาสู่การปฏิบัติ บุคคลนี้ควรขึ้นตรงต่อผู้อำนวยการ มีอำนาจที่จะดำเนินการและจัดอุปสรรคต่างๆ ต่อการเปลี่ยนแปลง ทำเรื่องนี้เป็นงานหลัก มีทีมงานเสริมจากงานประจำที่มีอยู่แล้ว

2. มีผู้รู้เรื่องความปลอดภัยในทุกหน่วย (Appoint a Safety Champion for Every Unit)

เป็นการมอบหมายให้มีอาสาสมัครสมาชิกในหน่วยงานทำหน้าที่ safety champion ทำหน้าที่ช่วยหัวหน้าหน่วยงานในการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับความปลอดภัย สร้างความเข้าใจกับทีมงานว่า safety champion เป็นแนวร่วมของทีม มิใช่สายลับหรือผู้คุมกฎ ทำให้เจ้าหน้าที่อื่นรู้สึกสะดวกใจมากขึ้นในการซักถามและแลกเปลี่ยนข้อมูล ทั้งนี้ champion จะต้องได้รับการฝึกอบรม มีทรัพยากรและได้รับอำนาจเพียงพอ

3. Conduct Patient Safety Leadership WalkRounds™

เป็นการเยี่ยมหน่วยงานต่างๆ โดยผู้นำระดับสูงทุกคน อย่างสม่ำเสมอ สัปดาห์ละหนึ่งชั่วโมง ไม่มีการยกเว้น เพื่อพูดคุยกับผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับประเด็นเรื่องความปลอดภัยโดยเฉพาะ ไม่มีเรื่องอื่นเข้ามาปะปน เป็นการแสดงให้เห็นความมุ่งมั่นของผู้นำในเรื่องความปลอดภัย และความต้องการของผู้นำที่จะเรียนรู้ประเด็นเกี่ยวกับความปลอดภัยในองค์กร

ในระหว่างการตรวจเยี่ยม ควรสื่อสารกับหัวหน้าหน่วยให้เข้าใจว่าทำไมผู้นำระดับสูงจึงไปเยี่ยมหน่วยงานของเขา ควรมีการสื่อสารสองทางอย่างเปิดใจและรับฟังอย่างตั้งใจ ถ้าหน่วยงานมีการทำ Safety Briefing อยู่แล้วจะช่วยให้มีข้อมูลที่จะเริ่มต้นคุยกัน ผู้นำระดับสูงควรติดตามและให้ feedback เกี่ยวกับประเด็นที่ได้จากการเยี่ยมชมรวมทั้งการตอบสนองที่เกิดขึ้น

ตัวอย่างคำถามง่ายๆ ที่แนะนำให้ผู้นำใช้กับหน่วยงานที่เข้าเยี่ยม

- ขอให้นักถึงเหตุการณ์ในช่วง 2-3 วันที่ผ่านมาที่ทำให้ผู้ป่วยต้อง

นอนโรงพยาบาลนานขึ้น

- มีอะไรที่เป็นเหตุการณ์เกือบพลาดซึ่งเกือบจะทำให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วย
- มีอุบัติการณ์อะไรที่เกิดผลต่อผู้ป่วย
- มีสิ่งแวดล้อมอะไรบางอย่างที่อาจจะนำไปสู่อันตรายต่อผู้ป่วยได้อีก
- มีอะไรที่เราน่าจะทำเพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ข้างหน้า
- ผู้นำจะทำอะไรได้บ้างเพื่อให้ทีมงานดูแลผู้ป่วยได้ปลอดภัยมากขึ้น
- จะสร้างวัฒนธรรมของการไม่กล่าวโทษกันได้อย่างไร

4. มีทีมเคลื่อนที่เร็ว ช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

(Create an Adverse Event Response Team)

เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ขึ้น Adverse Event Response Team มีหน้าที่เข้าไปช่วยรักษาบรรยากาศในหน่วยงานให้อยู่ในความสงบ และป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ป้องกันการดาวน์ลงโทษ ทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้น ให้กำลังใจครอบครัว เจ้าหน้าที่ และแพทย์ ทีมนี้จะต้องได้รับการฝึกอบรมให้ใช้วัฒนธรรมของการให้กำลังใจมากกว่าการดำเนินคดี

5. สร้างความตระหนักจากเหตุการณ์จริง (Reenact Real Adverse Events from Your Hospital)

เป็นการนำเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือเหตุเกือบพลาดที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลจัดทำเป็นเรื่องราวหรือวีดิทัศน์โดยให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเป็นผู้แสดง เพื่อสร้างความตระหนักและให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และผู้บริหาร

6. สอนด้วยสถานการณ์จำลอง (Simulate Possible Adverse Events)

ใช้การจำลองสถานการณ์เพื่อสอนให้เจ้าหน้าที่มีความสามารถในการตรวจจับปัญหาและเข้าใจผลของการตัดสินใจ ทำนองเดียวกับที่ธุรกิจการบิน ใช้อยู่ ซึ่งจะมีประโยชน์มากในการเตรียมเจ้าหน้าที่ที่จะต้องปฏิบัติงานในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง มีโอกาสเกิดความผิดพลาดได้ง่าย

7. คุยกันเป็นนิจ จิตตื่นตัว (Conduct Safety Briefing)

เป็นการนำประเด็นเกี่ยวกับเรื่องความปลอดภัยที่สังเกตพบระหว่างปฏิบัติงานมาพูดคุยกันภายในทีมงานโดยใช้เวลาเพียงเล็กน้อย แต่มีความ

ที่สูง ทำจนเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน ทำอยู่ตลอดเวลา เพื่อให้เกิดความตระหนักในกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน โดยที่ไม่จำเป็นต้องมีหัวหน้าหน่วยเข้าร่วมหรือคอยชี้แนะ และต้องเน้นย้ำว่าไม่มีการกล่าวโทษกันในการพูดคุย

8. ส่งเวรในประเด็นเรื่องความปลอดภัย (Relay Safety Reports at Shift Changes)

เป็นการระบุสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เช่น ผู้ป่วยที่มีชื่อคล้ายกัน การใช้เครื่องมือที่มีความซับซ้อนหรือไม่คุ้นเคย ในขณะที่รับส่งเวร เพื่อให้ผู้ที่รับเวรเกิดความตื่นตัวในเรื่องความปลอดภัย ซึ่งจะช่วยลดโอกาสเกิดความผิดพลาดและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างวิชาชีพและหน่วยงานต่างๆ มีการ monitor ประเด็นที่เป็นความเสี่ยงร่วมในหลายๆ หน่วยงาน

9. ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม (Involve Patients in Safety Initiatives)

ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถที่จะเป็นด่านป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อีกชั้นหนึ่ง และเป็นแหล่งข้อมูลที่ดีที่สุด นอกจากจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกมีคุณค่าแล้ว คำถามและข้อคิดเห็นของผู้ป่วยและครอบครัวมักจะบ่งชี้ถึงความคลาดเคลื่อนที่เป็นไปได้ สิ่งที่สามารถทำได้คือการเชิญผู้ป่วยและครอบครัวเข้าร่วมใน multidisciplinary rounds และถามความคิดเห็น อาจจะขอให้ผู้ป่วยและครอบครัวช่วย monitor compliance การปฏิบัติที่ปลอดภัย เป็นต้น

10. สร้างระบบรายงาน (Create a Reporting System)

เป็นการสร้างระบบรายงานโดยเจ้าหน้าที่ที่มีความตระหนักในเรื่องความปลอดภัยและมีอิสระที่จะรายงานสถานการณ์ซึ่งจะนำไปสู่เหตุเกือบพลาดหรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ การแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เปิดเผยนี้จะเป็นไปได้เมื่อผู้นำใช้ปรัชญาของการไม่ลงโทษ แต่จะให้รางวัลกับการรายงานความเสี่ยง

11. แจ้งให้ทราบถึงการตอบสนองต่อรายงาน (Positive Feedback to Front-Line Staff)

การแจ้งให้ผู้ปฏิบัติงานทราบว่าผู้นำตอบสนองต่อข้อเสนอแนะและรายงานอุบัติการณ์ต่างๆ อย่างสม่ำเสมอ เป็นการแสดงถึงการให้ความสำคัญและความมุ่งมั่นของผู้นำเกี่ยวกับเรื่องความปลอดภัย ทำให้ผู้ปฏิบัติงานรับ

รู้ว่าผู้นำได้ยินเสียงที่ตนส่งขึ้นไป ส่งเสริมให้มีกำลังใจในการรายงาน
อุบัติการณ์

จะเห็นว่าความพยายามที่จะทำให้เกิดความปลอดภัยขึ้นมาได้นั้น
ต้องอาศัยการพิจารณาหลายมิติ ต้องเปลี่ยนความคิดไปจากเดิมที่มักจะมุ่ง
เน้นเรื่องของการรายงานเป็นหลัก จริงอยู่ ระบบรายงานอุบัติการณ์มีความ
สำคัญ แต่จะไม่เกิดความปลอดภัยถ้าทุกคนที่เกี่ยวข้องยังไม่มี ความตื่นตัว
ที่จะค้นหาความเสี่ยงที่อยู่รอบตัวในทุกโอกาส จะไม่เกิดความปลอดภัยถ้า
ผู้ปฏิบัติงานยังรู้สึกยอมจำนนต่อการแก้ปัญหาเชิงระบบเนื่องจากผู้บริหารไม่
ได้มาร่วมรับรู้ด้วย การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยคือการมอง
สถานการณ์ด้วยมุมมองที่แตกต่างออกไป และด้วยมุมมองที่แตกต่างออกไป
นี้ เป็นจุดกำเนิดของนวัตกรรมที่มีคุณค่า

การประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัย

AHRQ ได้จัดทำแบบสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรขึ้น
ประกอบด้วยประกอบด้วย 2 มิติ 12 ด้าน ได้แก่

ก. มิติทางผลลัพธ์ (outcome dimensions) :

1. การรับรู้ความปลอดภัยในภาพรวม
2. ความถี่ในการรายงานเหตุการณ์

ข. มิติทางวัฒนธรรมความปลอดภัย (safety culture dimensions):

1. ความคาดหวังของที่ปรึกษา/ผู้จัดการ และกิจกรรมการส่งเสริม
ความปลอดภัย
2. การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
3. การทำงานเป็นที่ภายในหน่วยงานของโรงพยาบาล
4. การสื่อสารที่เปิดกว้าง
5. การสื่อสารและการสะท้อนข้อมูลเกี่ยวกับความผิดพลาด
6. การตอบสนองต่อความผิดพลาดโดยไม่เป็นการลงโทษ
7. การจัดคนทำงาน
8. การสนับสนุนจากผู้บริหารโรงพยาบาล
9. การทำงานเป็นที่ระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล

10. การส่งมอบงานระหว่างหน่วยงาน

พรพ.ได้จัดแปลแบบสอบถามชุดนี้และมอบหมายให้มูลนิธิส่งเสริม
วิจัยทางการแพทย์ / CRCN จัดทำโปรแกรมจัดการและประมวลผลข้อมูล
โดยใช้หลักการอ่านข้อมูลจากแบบสอบถามที่ scan มาเป็น file เพื่อประหยัด
เวลาในการใส่รหัสและ key ข้อมูล เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่โรง
พยาบาลในการนำเครื่องมือชุดนี้ไปใช้

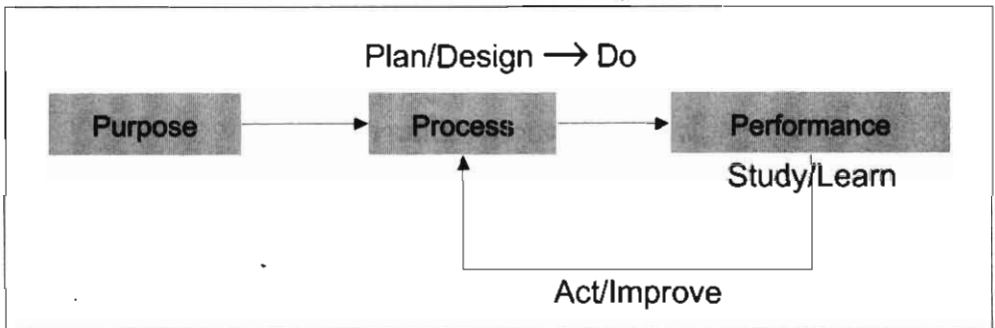
5

ว่าด้วยระบบคุณภาพที่นำมาตรฐาน มาปฏิบัติในชีวิตจริง

5.1 “3P”-Basic Building Block ของการพัฒนาคุณภาพ

3P (Purpose-Process-Performance) เป็นองค์ประกอบพื้นฐานของการพัฒนาคุณภาพ ซึ่งไม่แตกต่างจาก PDSA ในการพัฒนาทุกอย่างจะเริ่มจากการทำความเข้าใจเป้าหมาย ออกแบบกระบวนการและนำไปปฏิบัติ ประเมินหรือรับรู้ผลการดำเนินการและนำไปสู่การปรับปรุงกระบวนการ

ภาพที่ 5.1 3P Basic Building Block ของการพัฒนาคุณภาพ



5.1.1 การนำ 3P ไปใช้ในสถานการณ์ต่าง ๆ

1. ในชีวิตประจำวัน เรามีการปรับปรุงการทำงานหรือการปฏิบัติตัวเป็นธรรมชาติพื้นฐานในตัวของคนอยู่แล้ว ไม่ว่าจะโดยรู้ตัวหรือไม่ก็ตาม
2. ในการทำงานประจำของแต่ละคน ซึ่งสามารถทบทวนได้ตรงได้ตลอดเวลาว่าเราทำแต่ละกิจกรรมไปเพื่ออะไร ทำอย่างไรเพื่อ

บรรลุเป้าหมาย ผลงานที่เกิดขึ้นเป็นไปตามความคาดหวังของเราและผู้เกี่ยวข้องหรือไม่ จะปรับปรุงให้ดีขึ้นได้อย่างไร เป็นการสร้างขึ้นส่วนพื้นฐานอย่างกว้างขวาง ซึ่งถ้านำขึ้นส่วนพื้นฐานที่แต่ละคนสร้างไว้มาเชื่อมต่อกัน จะได้ประติษฐกรรมที่มีความซับซ้อนขึ้น สามารถทำให้งานของเราเป็นสิ่งที่มีความสำคัญแก่ผู้รับมอบ

3. ในโครงการพัฒนาคุณภาพหรือการแก้ปัญหา การใช้ 3P เป็นการเตือนที่มงานให้ยึดมั่นในเป้าหมายที่ชัดเจน และประเมินการบรรลุเป้าหมายอยู่ตลอดเวลา

4. ในการวิเคราะห์งานของหน่วยงาน การใช้ unit profile หรือ service profile มี 3P เป็นองค์ประกอบสำคัญ การใช้แนวคิด 3P เป็นจุดตั้งต้น ทำให้เข้าถึงหัวใจของการวิเคราะห์ได้ง่ายขึ้น และเห็นความเชื่อมต่อขององค์ประกอบต่างๆ ได้ดีขึ้น ควรใช้ 3P เป็นกรอบในการวิเคราะห์ พุดคุยทำความเข้าใจ และสรุปงาน มุ่งให้แต่ละคนรู้งาน รับผิดชอบของตนที่สัมพันธ์กับเป้าหมายของหน่วยงาน ปรับตัวชีวิตของหน่วยงานให้สอดคล้องกับประเด็นสำคัญและเป้าหมายของหน่วยงาน ทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่สนับสนุนการบรรลุเป้าหมายของหน่วยงาน ที่สำคัญคือความเข้าใจและการลงมือทำสำคัญกว่าการเขียนเอกสาร

5. ในการวิเคราะห์การดูแลผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรค การใช้ clinical tracer ก็มี 3P เป็นองค์ประกอบสำคัญ การใช้ 3P จะช่วยให้ตามรอยการดูแลผู้ป่วยอย่างเรียบง่ายโดยการพูดคุยกันในเวลาสั้นๆ ตามรอยผู้ป่วยจริง ดูสิ่งที่เกิดขึ้นจริงกับผู้ป่วย ใช้ผู้ป่วยเชื่อมโยงจุดบริการต่างๆ เก็บข้อมูล ประเมินผลตามความเหมาะสม เป็นการนำขึ้นส่วนพื้นฐานของแต่ละวิชาชีพ แต่ละหน่วยงาน มาต่อเชื่อมให้เห็นภาพที่ใหญ่ขึ้น

6. ในการวิเคราะห์ระบบงานสำคัญ การใช้ 3P พิจารณาประกอบกับมาตรฐานโรงพยาบาลในส่วนของแต่ละระบบ ทำให้เห็นเป้าหมายที่ชัดเจนและพัฒนาไปสู่การบรรลุเป้าหมายนั้น

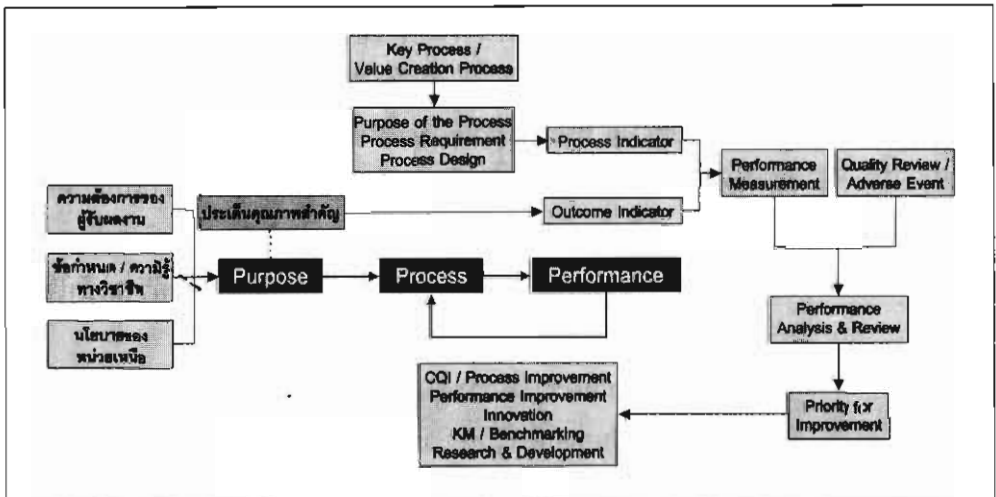
7. ในการบริหารองค์กร 3P คือการบริหารเชิงกลยุทธ์ จากพันธกิจสู่การวางแผน การปฏิบัติตามแผน การติดตามกำกับและการปรับแผน ในอีกแง่มุมหนึ่ง ระบบงานของทั้งองค์กรคือการนำขึ้นส่วนพื้นฐานจากหน่วยงาน ระบบงาน และการดูแลผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ มารวมกันเป็นภาพใหญ่ของ

ทั้งองค์กร เกิดความสัมพันธ์ใหม่ มุมมองใหม่ และความสามารถใหม่ซึ่งผู้บริหารต้องมองให้ออกว่าจะติดตามและขับเคลื่อนสิ่งเหล่านี้เพื่อก้าวไปสู่วิสัยทัศน์ที่กำหนดไว้ได้อย่างไร

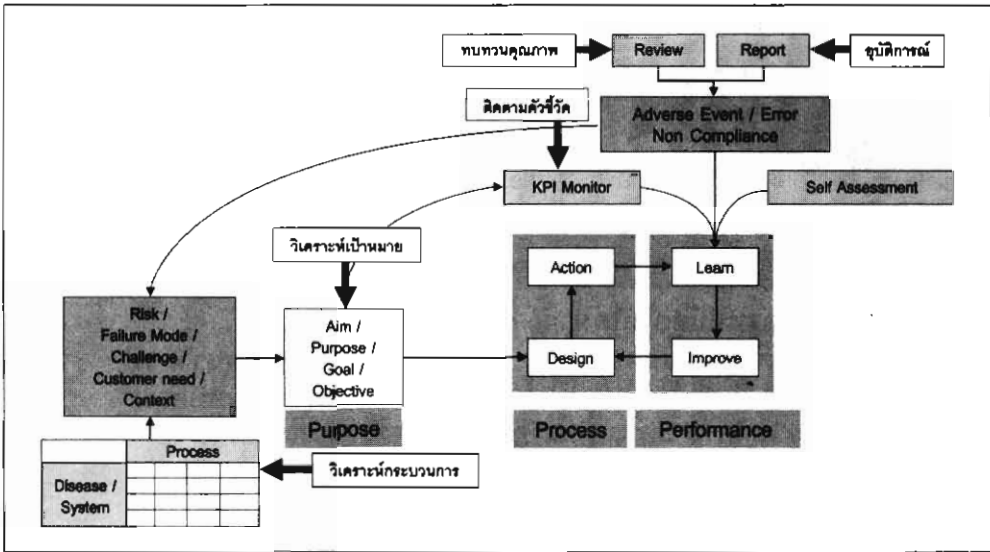
5.1.2 จาก 3P สู่กรอบแนวคิดการพัฒนาคุณภาพที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

จากแนวคิด 3P สามารถเชื่อมโยงสู่กรอบแนวคิดการพัฒนาที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ดังตัวอย่างในภาพที่แสดงให้เห็นการเชื่อมโยง 3P กับเกณฑ์ MBNQA / TQA และ 3P ที่เน้นการเรียนรู้ในวงล้อของการพัฒนา (PDSA / DALI)

ภาพที่ 5.2 “3P” ที่เชื่อมโยงกับเกณฑ์ MBNQA/TQA



ภาพที่ 5.3 “3P” ที่เน้นการเรียนรู้ในวงล้อของการพัฒนา และแสดงจุดเริ่มต้นที่เป็นไปได้

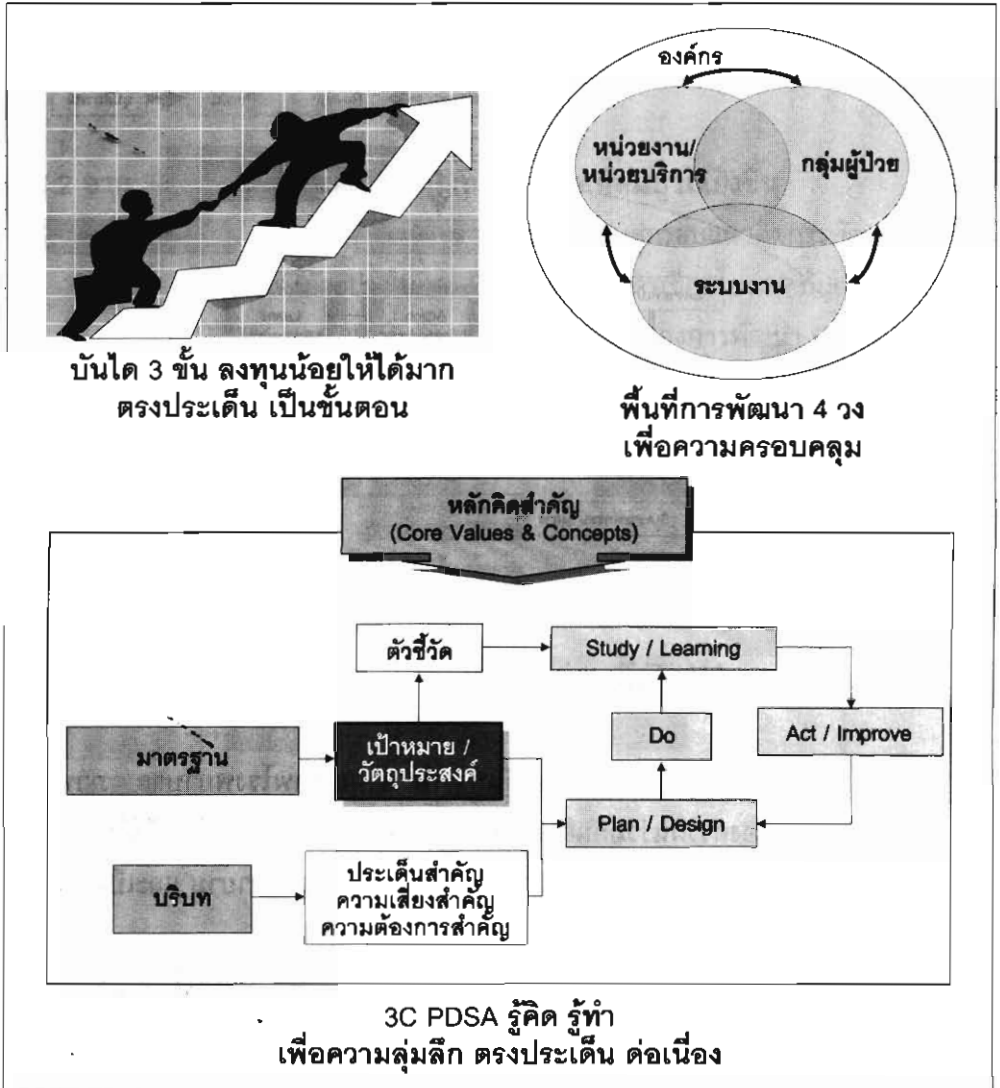


5.2 ภาคปฏิบัติของ HA ที่เป็นแกนสำคัญ

HA เป็นกลไกกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ภาพฝันที่
 จะต้องควรมีร่วมกันคือการทำให้ HA เป็นกระบวนการเรียนรู้ มิใช่การตรวจ
 สอบ การรับรองเป็นการให้รางวัลแก่ความเพียรพยายาม และเป็นกลไกจูง
 ใจให้เกิดความร่วมมือ

องค์ประกอบสำคัญของกระบวนการ HA คือบันไดสามขั้น พื้นที่
 พัฒนาสิ่ง และ 3C-PDSA

ภาพที่ 5.4 องค์ประกอบสำคัญของกระบวนการ HA



บันไดสามชั้น อาจเทียบเคียงได้กับหลักพอเพียง มีกำลังแค่ไหนก็ทำแค่นั้นไปก่อน มีโอกาสเมื่อไรก็เติมเต็มให้สมบูรณ์ขึ้น ทุกชั้นต่อเนื่องไม่ตัดขาดจากกัน ยิ่งมีความชำนาญยิ่งเข้าไปอยู่ในชีวิตประจำวัน กิจกรรมทบทวนคุณภาพที่เริ่มต้นในบันไดขั้นที่ 1 จึงเกิดได้ตลอดเวลาเมื่อมีโอกาส หลัก 3P (Purpose-Process-Performance) ซึ่งเป็นหัวใจของบันไดขั้นที่ 2 จึงเกิดได้ในทุกกิจกรรม

พื้นที่พัฒนาสีวง (หน่วยบริการ ระบบงาน กลุ่มผู้ป่วย องค์กร) คือ แนวคิดเพื่อใช้ตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของการพัฒนา จาก วัตถุประสงค์แต่ละครั้งก็สามารถตามไปตวงต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้ ในแต่ละวง นั้นมีเครื่องมือสำคัญที่จะใช้ประเมินสถานการณ์การพัฒนาและระดับ คุณภาพคือการใช้ tracer ได้แก่

(1) ใช้ individual patient tracer ที่ JCI แนะนำ ในการดูคุณภาพ ของหน่วยบริการต่างๆ

(2) ใช้ system tracer ในการดูคุณภาพของระบบงาน

(3) ใช้ clinical tracer ที่ พรพ.แนะนำ ในการดูคุณภาพของการดูแล ผู้ป่วยกลุ่มโรคต่างๆ อาจกล่าวได้ว่า clinical tracer คือการจัดทำแผนแม่ บทในการพัฒนาสำหรับกลุ่มผู้ป่วย ซึ่งอาจจะนำไปสู่ OFIIR (Opportunity for Improvement, Innovation, Research)

3C-PDSA คือการเชื่อมต่อกิจกรรมการกระทำโดยมีเป้าหมายที่ ชัดเจน C-Context เพื่อความตรงประเด็น เหมาะสมกับพื้นที่ C-Core Values เพื่อความลุ่มลึก C-Criteria เพื่อความครอบคลุมเนื้อหา PDSA เพื่อ การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

Plan-Do-Study-Act อาจใช้คำที่ตรงความหมายมากขึ้นคือ Design- Action-Learning-Improvement หรือ **DALI**

Plan-Do-Study-Act มีความใกล้เคียงกับ Approach-Deployment- Learning-Integration (**ADLI**) ของ MBNQA/TQA โดยถือว่า **approach** คือ design หรือ plan, **deployment** คือ action หรือ do, **learning** คือ study หรือ systematic evaluation ซึ่งในที่นี้ MBNQA/TQA รวมเอา improvement เข้าใน learning ด้วย, ส่วน integration เป็นสิ่งที่เพิ่มเข้ามา เพื่อเน้นย้ำการใช้แนวคิดเชิงระบบ และจะครอบคลุมทั้ง approach & deployment

เพื่อความง่ายในการใช้ C-Criteria หรือมาตรฐาน ควร focus การใช้มาตรฐานที่เป็นภาพรวมของการบริหารจัดการหรือตอนที่ 1 ของมาตรฐาน ฉบับเฉลิมพระเกียรติฯ ไปที่ Quality & Safety, Health Promotion และ Learning

ในช่วงเริ่มต้นพัฒนา อาจจะเริ่มจากจุดใดก็ได้ใน 3C-PDSA เมื่อเริ่มแล้วก็ควรจะเชื่อมโยงไปสู่องค์ประกอบส่วนที่เหลืออื่นๆ

ในช่วงที่พัฒนาจนเห็นผลงานแล้ว ควรมาเน้นที่ **S-Study** จึงจะเกิดการเรียนรู้และเกิดแรงขับเคลื่อน S สามารถทำได้โดย Share, Trace, Trigger, Research, Reflection

Share คือการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นการนำแนวคิดการจัดการความรู้ (KM) มาใช้ในชีวิตประจำวัน

Trace คือการตามไปดูของจริง ดูในสถานที่จริง ตามหลัก Genba Genbutsu ของญี่ปุ่น

Triggered Chart Review คือการใช้ trigger มาคัดกรองเวชระเบียนเพื่อนำมาทบทวนหาเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ และปรับปรุงระบบที่เกี่ยวข้องให้รัดกุมยิ่งขึ้น

Research คือการนำแนวคิดการวิจัยมาใช้ในการประเมินผลอย่างเป็นระบบ ยิ่งทำให้กว้างขวาง ครอบคลุมประเด็นสำคัญในมาตรฐานต่างๆ ได้มากเท่าไรยิ่งดี จะทำอย่างนั้นได้ต้องปรับระเบียบวิธีการวิจัยประเมินผลให้เรียบง่าย เก็บข้อมูลน้อยที่สุดเท่าที่จำเป็น อาจเรียกว่าเป็น mini-research หรือไม่ต้องเรียกว่าเป็นการวิจัย แต่ใช้หลักการวิจัยมาประยุกต์

Reflection คือการไตร่ตรองใคร่ครวญ ทบทวน ประมวลข้อมูลทั้งหมดที่รับรู้ได้ ทำความเข้าใจกับคุณค่าที่เกิดขึ้น และความรู้สึกของผู้คนที่เกี่ยวข้อง เพื่อจุดพลังที่จะก้าวต่อไป

A - Act การพัฒนาที่ตรงประเด็น เจาะถึง root cause ที่สุด ตรงประเด็นที่สุด ควรนำหลักการของ Human Factor Engineering มาใช้ นั่นคือพิจารณาทั้งปัจจัยด้านจิตวิทยาของผู้ปฏิบัติงาน ควบคู่กับเทคโนโลยีและการออกแบบเพื่อให้ง่ายต่อการปฏิบัติงาน

Core Values ทุกตัวมีความสำคัญ ที่ควรทำความเข้าใจและนำไปปฏิบัติให้ลึกซึ้งคือแนวคิดเรื่อง patient & customer focus ซึ่งครอบคลุมตั้งแต่เรื่อง patient safety ไปจนถึง humanized healthcare

ถ้าทีมงานของโรงพยาบาลเข้าใจหลักคิดข้างต้นทั้งหมด การพัฒนาคุณภาพจะมีความสุข การเยี่ยมสำรวจจะมีความสุข

5.3 จะเลิกถึงคุณค่าของมาตรฐาน

5.3.1 ความหมายและการเชื่อมโยงในมาตรฐาน

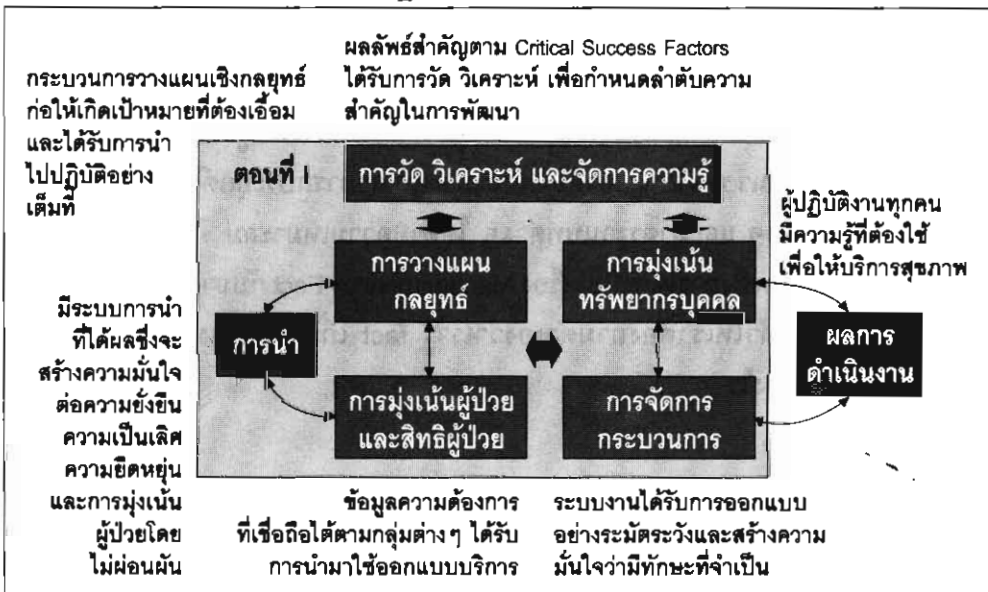
ความหมาย

มาตรฐาน HA/HPH มีใช้ฐานสำหรับการวัดเปรียบเทียบ (a basis for comparison) หรือเครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพ (a principle use for the measure of quality) ตามความหมายของมาตรฐานทั่วไปเท่านั้น แต่มาตรฐาน HA/HPH คือกรอบความคิดที่สื่อให้เห็นถึงองค์ประกอบสำคัญของสถานพยาบาลที่มีคุณภาพ (อย่างยั่งยืน) และความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบเหล่านั้น โดยมีเป้าหมายที่คุณภาพหรือ performance ในทุกด้านอย่างสมดุล ทั้งด้านบริหารจัดการ ด้านบริการ และด้านวิชาชีพ

กล่องและเส้น

แผนภูมิสรุปเนื้อหาของมาตรฐานมีทั้งเส้นและกล่องซึ่งมีความสำคัญทั้งคู่ กล่องมิได้บอกแค่มืออะไร แต่ต้องคำนึงถึงว่าทำอะไรด้วย เส้นและลูกศร มีความสำคัญไม่น้อยกว่ากล่อง เป็นการแสดงความเชื่อมโยงขององค์ประกอบต่างๆ ซึ่งผู้ใช้ต้องค่อยๆ ตีความและค้นหาความหมาย

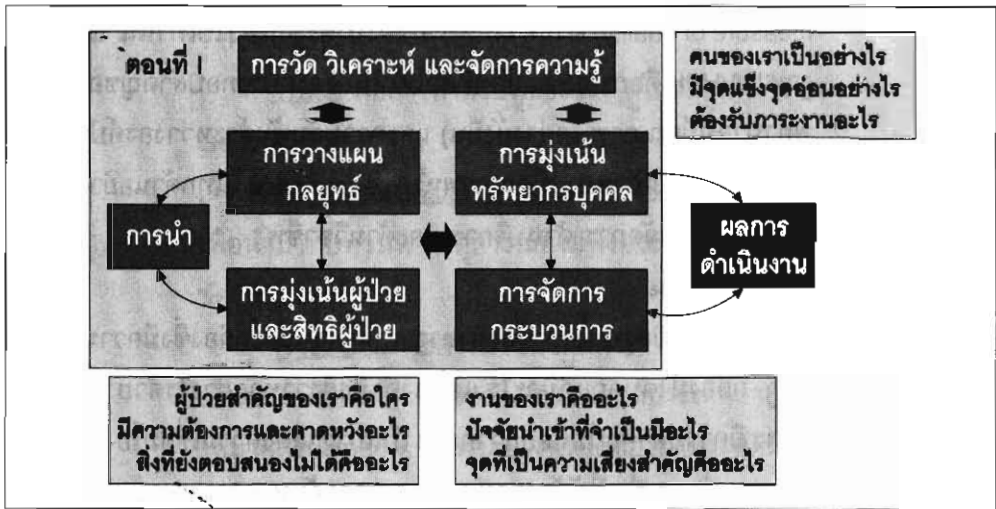
ภาพที่ 5.5 กล่องและเส้นในมาตรฐาน พร้อมทั้งความหมายที่ลึกซึ้งของแต่ละกล่อง



ใช้มาตรฐานโดยอิงบริบท

ถ้าจะให้มาตรฐานเกิดประโยชน์กับผู้ใช้อย่างแท้จริง ต้องทำความเข้าใจบริบทของผู้ใช้ให้ชัดเจน ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยนำเข้า จุดแข็งจุดอ่อนของปัจจัยดังกล่าว ภาระงานและความคาดหวังของผู้เกี่ยวข้อง เป็นต้น

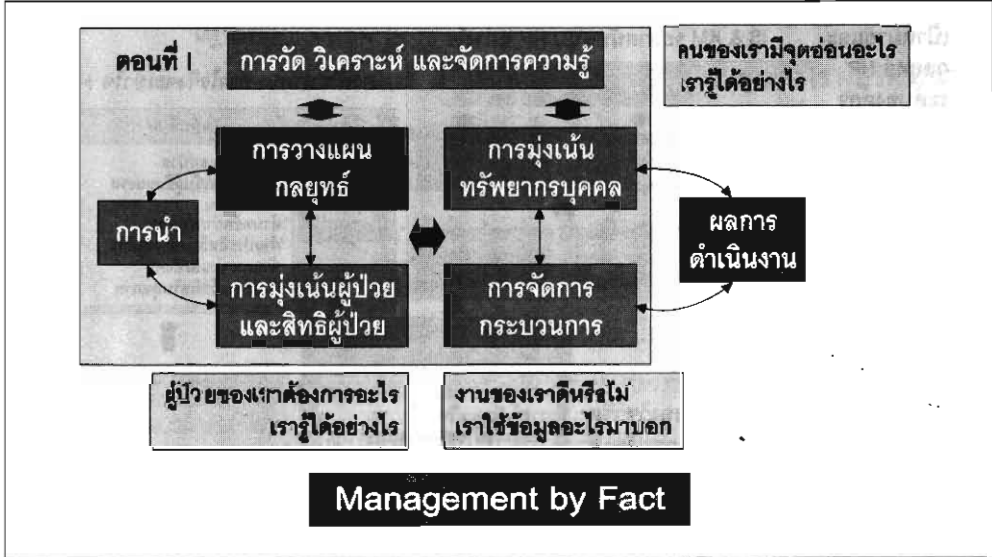
ภาพที่ 5.6 ใช้มาตรฐานโดยอิงบริบท



ใช้มาตรฐานโดยอิง Core Values

Core values หรือค่านิยมหลัก คือแนวคิดที่ใช้เป็นหลักในการตัดสินใจหรือกำกับพฤติกรรมเพื่อความสำเร็จอย่างยั่งยืนขององค์กร พรพ.ได้ประมวลค่านิยมหลักไว้เป็นห้ากลุ่ม ได้แก่ ทิศทางนำ ผู้รับผล คนทำงาน การพัฒนา พาเรียนรู้ ค่านิยมแต่ละประเด็นสามารถประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ต่างๆ และมาตรฐานบทต่างๆ ได้ตามความเหมาะสม ดังตัวอย่างในภาพแสดงถึงการใช้ค่านิยมเรื่อง Management by Fact กับมาตรฐานตอนที่หนึ่ง ซึ่งทำให้เราต้องถามตัวเองว่าเรารู้ fact เกี่ยวกับเรื่องนั้นเพียงใด รู้ได้อย่างไร

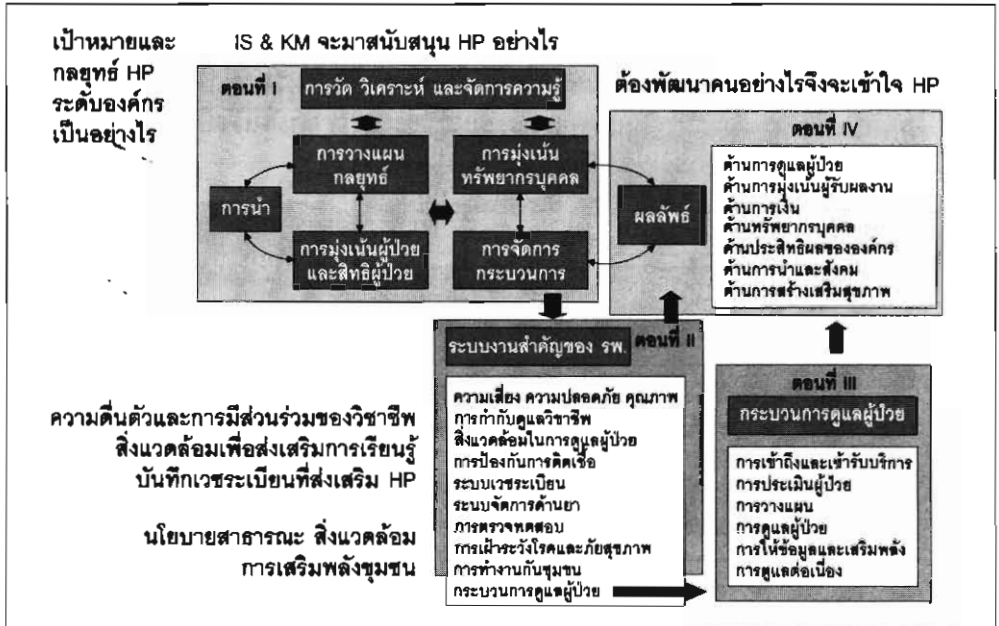
ภาพที่ 5.7 ใช้มาตรฐานโดยอิง Core Values เรื่อง Management by Fact



บูรณาการ Health Promotion เข้าในมาตรฐานทุกส่วน

แนวคิด health promotion ช่วยให้เรามองสุขภาพในเชิงสุขภาพะ ช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและความรู้ความสามารถที่จะรับผิดชอบดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งจะได้ผลดีกว่าการเป็นผู้ให้บริการสุขภาพแต่ฝ่ายเดียว การบูรณาการแนวคิด health promotion เข้าในมาตรฐานทุกส่วนจะทำให้เกิด health promotion ในทุกส่วนของระบบบริการ

ภาพที่ 5.8 บุรณาการ Health Promotion เข้าในมาตรฐานทุกส่วน



5.3.2 ไตร่ตรองและมองหา

การนำสิ่งใดสิ่งหนึ่งมาพิจารณาไตร่ตรองบ่อยๆ จะทำให้เกิดข้อคิด และความเข้าใจที่ลึกซึ้งและแตกฉานมากขึ้นเป็นลำดับ

ข้อความบางข้อความ แม้จะดูตรงไปตรงมา แต่เมื่อพิจารณาด้วยหลัก คติบางอย่าง อาจจะทำให้สามารถขยายความต่างไปจากที่เคยรับรู้ ดัง ตัวอย่างการเพ่งพิจารณาต่อไปนี้

มองหาคุณค่าสำคัญ

เมื่อทดลองพิจารณาข้อความข้างล่างนี้โดยการถามหาว่ากระบวนการ และคุณค่าสำคัญของข้อกำหนดนี้อยู่ตรงไหน

“ผู้นำระดับสูงกำหนดพันธกิจ วิสัยทัศน์ ค่านิยม. ผู้นำระดับสูงถ่ายทอดพันธกิจ วิสัยทัศน์ ค่านิยม ผ่านระบบการนำ ไปยังบุคลากรทุกคนและ คู่พันธมิตรสำคัญ เพื่อนำไปปฏิบัติ. การปฏิบัติตนของผู้นำระดับสูงสะท้อนถึงความมุ่งมั่นต่อค่านิยมขององค์กร.”

จะพบว่ากระบวนการสำคัญได้แก่ การกำหนด การถ่ายทอด และการนำไปปฏิบัติ ซึ่งพันธกิจ วิสัยทัศน์ ค่านิยม

คุณค่าสำคัญไม่ได้อยู่ที่การมีสิ่งเหล่านี้ แต่อยู่ที่การนำสิ่งเหล่านี้ไปปฏิบัติ

คำถามคือสมาชิกในองค์กรนำสิ่งเหล่านี้ไปใช้อย่างไร ผู้บริหารนำไปใช้อย่างไร ผู้ปฏิบัติงานนำไปใช้อย่างไร

มองหาเหตุผลหรือเป้าหมาย

เมื่อพิจารณาข้อความข้างล่างนี้โดยการถามหาว่าเหตุผลหรือเป้าหมายของข้อกำหนดนี้คืออะไร

“ผู้นำระดับสูงสื่อสารกับบุคลากร, ให้อำนาจการตัดสินใจ, และจงใจบุคลากรทุกคนทั่วทั้งองค์กร. ผู้นำระดับสูงกระตุ้นให้เกิดการสื่อสารสองทางที่ตรงไปตรงมาทั่วทั้งองค์กร. ผู้นำระดับสูงมีบทบาทเชิงรุกในการให้รางวัลและการยกย่องชมเชย เพื่อหนุนเสริมการมุ่งเน้นผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน, การมุ่งเน้นคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้รับบริการ, และการมุ่งเน้นผลงานที่ดี.”

การสื่อสาร มีเป้าหมายเพื่อความเข้าใจ

การจงใจ มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความอยากทำ

การให้อำนาจตัดสินใจ มีเป้าหมายเพื่อให้กล้าทำและแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์

การประเมินความสำเร็จในการปฏิบัติตามมาตรฐานในข้อนี้ จึงต้องดูที่ความเข้าใจ ความอยากทำ และความกล้าทำ ในเรื่องการมุ่งเน้นผู้ป่วย การมุ่งเน้นคุณภาพและความปลอดภัย และการมุ่งเน้นเพื่อให้เกิดผลงานที่ดี หรือไม่

มองหาความต้องการขององค์กรและผู้เกี่ยวข้อง

เมื่อพิจารณาข้อความข้างล่างนี้โดยการถามหาว่าความต้องการขององค์กรและผู้เกี่ยวข้องในข้อกำหนดนี้คืออะไร

“ระบบสารสนเทศขององค์กรสนับสนุนระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ.”

การจะปฏิบัติตามข้อกำหนดดังกล่าวให้เกิดประโยชน์ ต้องทำความเข้าใจว่าผู้เกี่ยวข้องในขั้นตอนต่างๆ มีความต้องการอะไร ดังตัวอย่างต่อไปนี้

- ผู้ปฏิบัติงานต้องการให้ระบบสารสนเทศสนับสนุนอย่างไรในการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันการติดเชื้อ เช่น ข้อมูลทางวิชาการ

ต่างๆ ที่จำเป็น

- ผู้มีหน้าที่เฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลและการติดเชื้อจากชุมชน ต้องการให้ระบบสารสนเทศมาสนับสนุนอย่างไรเพื่อให้เฝ้าระวังได้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เชื่อมโยงข้อมูลจากจุดบริการต่างๆ สามารถวิเคราะห์และเผยแพร่ข้อมูลการเฝ้าระวังได้รวดเร็วยิ่งขึ้น
- ผู้บริหารต้องการให้ระบบสารสนเทศประมวลผลสถานการณ์การติดเชื้อในโรงพยาบาล ในลักษณะที่เป็นองค์ประกอบหนึ่งของระบบการบริหารความเสี่ยงอย่างไร

5.4 ทำให้มาตรฐานเข้าไปอยู่ในชีวิตประจำวัน

การทำให้มาตรฐานเข้าไปอยู่ในชีวิตประจำวัน เป็นประโยชน์คุ้มค่า แนวทางที่จะทำให้มาตรฐานเข้าไปอยู่ในชีวิตประจำวันมีดังนี้

1. **คุยกันเล่น** นำมาตรฐานประเด็นที่ทีมงานมาคุยกันในบรรยากาศที่ผ่อนคลาย ทำความเข้าใจเป้าหมายของมาตรฐาน (WHY) มองหาว่าข้อจำกัดในมาตรฐานประเด็นนั้นจะช่วยให้งานของเราดีขึ้นอย่างไร มีข้อมูลอะไรบ้างที่เราน่าจะรู้เพื่อให้เห็นสถานการณ์ปัญหาของเราเอง อะไรที่เราทำได้ดี อะไรที่เป็นจุดอ่อน จุดอ่อนนั้นอยู่ตรงไหน กับใคร เมื่อไร ที่ใด เป็นต้น

วิธีการพูดคุยอาจจะใช้เทคนิคต่างๆ เช่น สุนทรียสนทนา, World Café

2. **เห็นของจริง** ชวนกันเข้าไปดูในสถานที่จริง สถานการณ์จริง หลักฐานจริง เป็นการเยี่ยมชมกันอย่างสนุกๆ พูดคุยกับผู้ที่ทำงาน ว่า การปฏิบัติจริงๆ ที่เป็นอยู่นั้นทำกันอย่างไร มีความเข้าใจอย่างไร ความส่อแหลมหรือความเสี่ยงอยู่ตรงไหน เราป้องกันอย่างไร ถ้าเป็นอย่างนั้นจะทำอย่างไร เป็นอย่างนี้จะทำอย่างไร มีการทำจริงหรือไม่ ดูได้จากตรงไหน ถามได้จากใคร จะทำอย่างไรให้ทำได้ง่ายขึ้น มีปัญหาอุปสรรคอะไร มีความต้องการอะไร

3. **อิงการวิจัย** เป็นการค้นหาคำตอบหรือข้อเท็จจริงที่ทำให้เราเข้าใจสถานการณ์คุณภาพของเราได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งจะต้องเริ่มต้นด้วยการเป็นคนช่างสงสัย ตั้งประเด็นข้อสงสัยต่างๆ ให้มากเข้าไว้ แล้วเลือกประเด็นที่

สำคัญมาตั้งคำถามวิจัย ใช้หลักการทำวิจัยมาเก็บข้อมูลแต่น้อย ใช้คำถามน้อย จำนวนตัวอย่งน้อย (หรือที่เรียกกันอย่างไม่เป็นทางการว่า mini-research) เพื่อให้ได้ข้อมูลและความรู้ที่ตรงประเด็น สามารถนำผลมาใช้ประโยชน์ในการตัดสินใจปรับปรุงระบบงานได้ทันที มาตรฐานทุกข้อสามารถนำมาตั้งเป็นคำถามวิจัยได้ ควรวางแผนทำงานในลักษณะที่แต่ละประเด็นสามารถเก็บข้อมูลที่ตอบคำถามได้ภายใน 1 ชั่วโมง สามารถทำได้ทุกสัปดาห์ และสัปดาห์ละหลายเรื่อง ผลลัพธ์ที่ยังไม่ได้จะเป็นโอกาสพัฒนาผลลัพธ์ที่ดีแล้วจะเป็นข้อมูลสำคัญในการจัดทำรายงานประเมินตนเอง

4. ใช้ SPA ซึ่งเป็นข้อแนะนำเกี่ยวกับกิจกรรมที่ควรดำเนินการ (practice) สำหรับมาตรฐานแต่ละประเด็น พร้อมกับข้อมูลสำคัญที่ควรนำเสนอในการจัดทำรายงานประเมินตนเอง (assessment) ที่ พรพ.จัดทำเป็นแนวทางสำหรับโรงพยาบาล (ศึกษารายละเอียดได้ในตอนต่อไป)

5.5 SPA (Standards – Practice – Assessment)

5.5.1 แนวคิด

จาก SA (self assessment) สู่ SPA มีอักษรที่เพิ่มขึ้นคือ “P” “P” คือ practice คือการเน้นความสำคัญของการนำมาตรฐานไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน มาตรฐานนั้นจึงจะเป็นประโยชน์ต่อองค์กร

การนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติสามารถทำได้ง่าย ๆ โดยใช้วิธีการ “คุยกันเล่น – เห็นของจริง – อิงการวิจัย”

SPA เป็นแนวทางสำหรับโรงพยาบาลในการนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งมีการขยายความมาตรฐานครอบคลุมแนวคิดที่ทีมงานควรศึกษาให้เข้าใจ ขั้นตอนในการดำเนินงาน ผู้รับผิดชอบ การประเมินผลหรือเรียนรู้ที่ควรจะเกิดขึ้น ลงท้ายด้วยประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

การจะตอบแบบประเมินตนเองได้จึงต้องนำมาตรฐานไปปฏิบัติแล้วระยะหนึ่ง

มาตรฐาน HA ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี มีกรอบข้อกำหนดและค่านิยมหลักที่ประยุกต์มาจากเกณฑ์รางวัลคุณภาพ

แห่งชาติ (TQA/MBNQA) เพื่อให้ง่ายขึ้นในการปฏิบัติสำหรับโรงพยาบาล
รพพ. ได้จัดทำ SPA โดยมีแนวคิดดังนี้

- เน้นการมีกิจกรรมหรือกระบวนการพื้นฐานและการใช้ประโยชน์
ในขั้นต้น
- เรียนรู้จากการใช้ประโยชน์กิจกรรมหรือกระบวนการเหล่านั้น
เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงกิจกรรมหรือกระบวนการให้เป็นระบบยิ่ง
ขึ้น
- กระบวนการที่เป็นระบบ (systematic approach) คือกระบวนการ
ที่กำหนดขั้นตอน ผู้รับผิดชอบ และรอบเวลาดำเนินการที่ชัดเจน
ทำให้สามารถทำซ้ำได้เหมือนเดิม มีการวัดและประเมินผลอย่าง
เหมาะสมเพื่อปรับปรุงกระบวนการนั้นให้ได้ผลดียิ่งขึ้น (ควรแยก
แยะให้ชัดเจนระหว่างการปรับปรุงกระบวนการด้านการจัดการภายใน
องค์กร กับกระบวนการด้านการให้บริการ)
- สิ่งที่เราควรจะเป็นแนวทางในการดำเนินการในเอกสารชุดนี้เป็นข้อ
เสนอให้ผู้นำและทีมงานของ รพพ. พิจารณาเท่านั้น ควรเลือก
ดำเนินการเฉพาะเท่าที่จะเป็นประโยชน์และเหมาะสมกับบริบท
ของ รพพ. แต่อย่างน้อยควรนำมาสู่ข้อมูลที่จะตอบในประเด็น
สำคัญที่ระบุไว้ได้
- จุดเน้นในการตอบแบบประเมินตนเอง คือบทเรียนและผลลัพธ์
ของการนำมาตรฐานไปปฏิบัติ ซึ่งบทเรียนนั้นควรผ่านการ
วิเคราะห์ประเด็นสำคัญร่วมกันในทีมงานที่เกี่ยวข้อง นั่นคือการ
เน้นในส่วนของ context และ study หรือ learning ในวงล้อ PDSA
โดยไม่ต้องบรรยายวิธีการหรือหลักคิด เพื่อจะได้ไม่เป็นภาระใน
การจัดทำเอกสาร

5.5.2 ตัวอย่าง SPA I-4.1 การวัด วิเคราะห์ และปรับปรุงผลงานขององค์กร ข.(1)

Standards

องค์กรจัดให้มีการวัด วิเคราะห์ ปรับทิศทาง ทบทวน และปรับปรุงผลงาน โดยใช้ข้อมูล และสารสนเทศ ในทุกระดับและทุกส่วนขององค์กร.

ข. การวิเคราะห์ ทบทวน และปรับปรุงผลงาน

(1) องค์กรทบทวนประเมินผลงาน และขีดความสามารถขององค์กร. มีการวิเคราะห์เพื่อสนับสนุนการทบทวนประเมินผลและสร้างความมั่นใจว่าได้ข้อสรุปที่น่าเชื่อถือ. องค์กรใช้การทบทวนนี้เพื่อประเมินความสำเร็จขององค์กร, ความก้าวหน้าตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ, และความสามารถในการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงขององค์กรและสิ่งแวดล้อมภายนอก.

Practice: กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงกำหนดวงรอบเวลาของการทบทวนประเมินผลงานที่จะดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ (เช่น ทุก 3 เดือน)
- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องทำความเข้าใจความหมายและความสำคัญของการวิเคราะห์เพื่อสนับสนุนการทบทวนประเมินผลงาน
 - ▶ การวิเคราะห์ (analysis) หมายถึงการตรวจสอบข้อมูลและข้อเท็จจริงต่างๆ เพื่อเป็นพื้นฐานสำหรับการตัดสินใจที่ดี การวิเคราะห์องค์กรในภาพรวมจะช่วยชี้้นำการตัดสินใจและการบริหารจัดการเพื่อบรรลุผลลัพธ์สำคัญและวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ขององค์กร
 - ▶ การวิเคราะห์ประกอบด้วย การประเมินแนวโน้ม, การคาดการณ์ทั้งในระดับองค์กร ระดับธุรกิจโดยรวม การคาดการณ์เทคโนโลยี, การเปรียบเทียบ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล และการหาความสัมพันธ์ระหว่างกัน เพื่อสนับสนุนการทบทวนผลงานขององค์กร การทราบต้นเหตุของปัญหา และช่วยจัดลำดับความสำคัญในการใช้ทรัพยากร
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามวงรอบเวลาของการทบทวนประเมินผลงาน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความหมาย
- ผู้นำระดับสูงพิจารณาข้อมูลที่ได้รับการวิเคราะห์แล้วเพื่อประเมินสิ่ง

ต่อไปนี้

- ▶ ความสำเร็จขององค์กรตามพันธกิจและเป้าประสงค์
 - ▶ ความก้าวหน้าตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ
 - ▶ ความสามารถในการตอบสนองการเปลี่ยนแปลงขององค์กรและสิ่งแวดล้อมภายนอก.
- ผู้นำระดับสูงทบทวนการวิเคราะห์ข้อมูลว่าได้ข้อมูลที่มีความหมายตามความต้องการหรือไม่ มีโอกาสปรับปรุงการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างไร

Assessment: ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นผลของการวิเคราะห์ข้อมูลในรอบปีที่ผ่านมา
- โอกาสและการปรับปรุงการวิเคราะห์ข้อมูล

5.6 Self Enquiry

5.6.1 แนวคิด

Enquiry มีความหมายในเชิงของการค้นหาความจริง การเจาะลึก การทำความเข้าใจกับสถานการณ์ อาจมีความใกล้เคียงไปทางการวิจัย

พหุ. เห็นว่าการใช้แนวคิดเรื่อง enquiry น่าจะช่วยการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลได้ใกล้เคียงกับการทำ internal survey หรืออาจจะทดแทนกันได้ จึงได้จัดทำแนวทางสำหรับการสืบค้นตนเองขึ้น

คำถามที่อยู่ในแนวทางฉบับนี้มีเป้าหมายเพื่อต้องการกระตุ้นให้เกิดการถอดบทเรียนจากงานที่ทีมงานของโรงพยาบาลได้ทำลงไป การร่วมกันตอบคำถามควรมีลักษณะของการสนทนามากกว่ามุ่งทำเอกสาร การตอบควรรึกถึงรูปธรรมที่แท้จริง ๆ เพื่อจะได้สามารถเจาะลึกต่อจากเรื่องดังกล่าวได้ ไม่ควรตอบตามหลักการซึ่งไม่เกิดประโยชน์

บทเรียนที่เกิดขึ้นอาจมีได้หลายลักษณะ เช่น

- ความเข้าใจ
 - ▶ ไม่เข้าใจความหมายของมาตรฐานหรือเรื่องราวนั้น ๆ
 - ▶ ไม่เข้าใจเป้าหมาย คุณค่า หรือประโยชน์ของสิ่งที่ทำอยู่
- ความก้าวหน้าของการดำเนินการ
 - ▶ ไม่สามารถนำแนวคิดและเครื่องมือมาสู่การปฏิบัติได้

- ▶ มีการนำแนวคิดและเครื่องมือมาปฏิบัติ แต่ยังไม่ครอบคลุม ไม่ครบถ้วน ไม่ตรงประเด็น ดิจรูปแบบ
- ▶ มีการปฏิบัติแล้วแต่ยังไม่ได้มีการประเมินผลว่าสิ่งที่ทำนั้นเกิดประโยชน์เพียงใด บรรลุเป้าหมายหรือไม่
- บทเรียนเกี่ยวกับเนื้องาน
 - ▶ ปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการทำงาน และการใช้ความคิดสร้างสรรค์เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว
 - ▶ สิ่งที่เป็นความสำเร็จ และสิ่งที่ยังต้องดำเนินการต่อ
- บทเรียนและคุณค่าทั่วไป
 - ▶ หลักคิดสำคัญที่จะทำให้ประสบความสำเร็จ
 - ▶ ความรู้สึกของผู้เกี่ยวข้อง

คำถามที่จัดทำขึ้นใน self enquiry guide เป็นเพียงจุดเริ่มต้นของการสนทนา เมื่อนำเรื่องเล่ามาเล่าสู่กันฟัง จะเห็นประเด็นที่อยากพูดคุยกันต่อเนื่อง ถ้าเป็นไปได้ ควรเชื่อมโยงเรื่องเล่าเข้ากับ core values ของกระบวนการพัฒนาคุณภาพ

5.6.2 ตัวอย่าง Self Enquiry I-4.1 การวัด วิเคราะห์ และปรับปรุงผลงานขององค์กรเตรียมการของผู้เยี่ยม

- ทำความเข้าใจ core values เรื่อง management by fact, focus on results
- ทบทวนวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ของ รพ.
- ทำความเข้าใจแนวคิดการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งประกอบด้วย การประเมินแนวโน้ม, การคาดการณ์ทั้งในระดับองค์กร ระดับธุรกิจโดยรวม การคาดการณ์เทคโนโลยี, การเปรียบเทียบ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล และการหาความสัมพันธ์ระหว่างกัน เพื่อสนับสนุนการทบทวนผลงานขององค์กร การทราบต้นเหตุของปัญหา และช่วยจัดลำดับความสำคัญในการใช้ทรัพยากร

กลุ่มเป้าหมายในการสัมภาษณ์:

ผู้รับผิดชอบการวิเคราะห์ข้อมูล หัวหน้าหน่วยงานและผู้ปฏิบัติงาน

ประเด็นคำถามผู้รับผิดชอบการวัดและวิเคราะห์ข้อมูลในระดับ รพ.

- ขอให้ยกตัวอย่างแนวทางการกำหนดตัวชี้วัดการบรรลุวัตถุประสงค์ของ รพ. และการทำให้ตัวชี้วัดของทั้ง รพ. สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน ทำอย่างไรให้มีตัวชี้วัดในระดับ รพ. ให้น้อยที่สุด แต่ได้ประโยชน์ที่สุด
 - ขอให้ยกตัวอย่างการวิเคราะห์ข้อมูลโดยเชื่อมโยงตัวชี้วัดที่หลากหลาย เข้าด้วยกัน เพื่อให้เกิดความเข้าใจในสถานการณ์ของ รพ. ที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้น
 - ลำดับความสำคัญในการพัฒนาของ รพ. คืออะไร มีที่มาจากการติดตาม และวิเคราะห์ข้อมูลอะไรบ้าง
 - มีการใช้ตัวชี้วัดเปรียบเทียบกับองค์กรอื่นหรือมีแผนที่จะใช้อย่างไรบ้าง
- ประเด็นคำถามหัวหน้าหน่วยงาน**
- ตัวชี้วัดที่หน่วยงานใช้ในการควบคุมกำกับงานประจำคืออะไร มีบทเรียนจากการ monitor ตัวชี้วัดดังกล่าวอย่างไร
 - จาก service profile ของหน่วยงาน ตัวชี้วัดที่ใช้วัดการบรรลุเป้าหมายของหน่วยงานคืออะไร มีการนำผลการติดตามไปใช้ประโยชน์อย่างไร
 - ตัวชี้วัดสำคัญของหน่วยงานที่สนับสนุนเป้าหมายของ รพ. คืออะไร ผลงานของหน่วยงานนี้เทียบกับหน่วยงานอื่นๆ และภาพรวมของ รพ. เป็นอย่างไร มีการนำผลการติดตามตัวชี้วัดนี้ไปใช้ประโยชน์ในระดับหน่วยงานอย่างไร คิดว่ามีตัวชี้วัดอื่นที่ควรวัดในเรื่องนี้อีกหรือไม่ อะไรบ้าง

ประเด็นคำถามผู้ปฏิบัติงาน

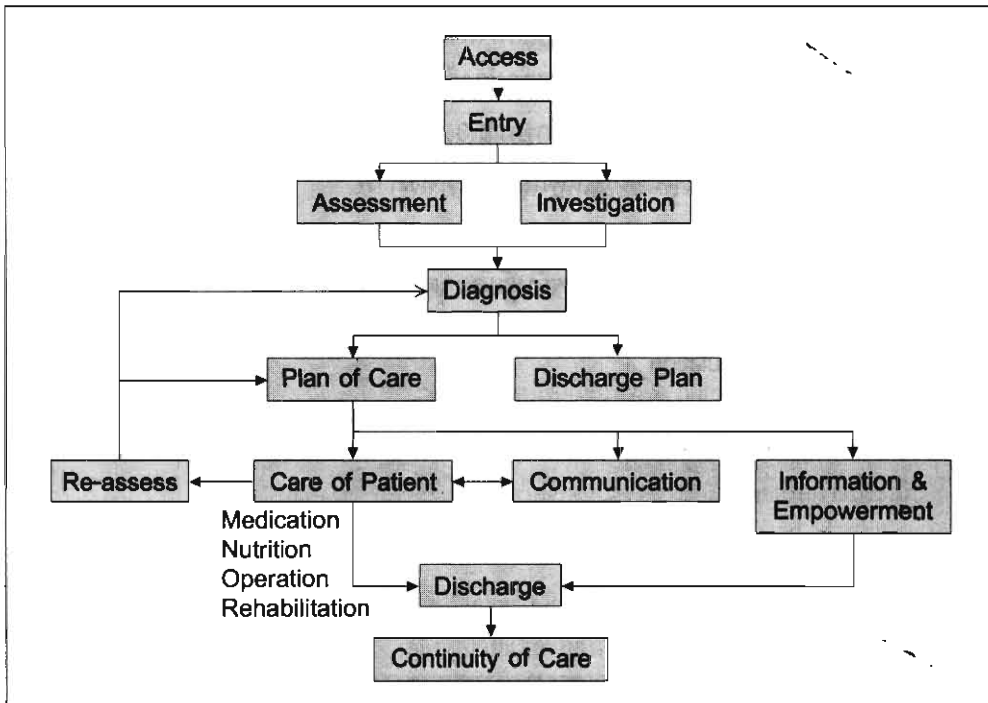
- ประเด็นสำคัญในการพัฒนาคุณภาพที่ รพ. มุ่งเน้นในขณะนี้คืออะไร มีความเกี่ยวข้องกับงานของผู้ถูกสัมภาษณ์อย่างไร

5.7 SPA & Self Enquiry ตามมาตรฐานตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

มาตรฐานตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย เป็นสิ่งที่ทุกท่านคุ้นเคย มีการปฏิบัติในชีวิตประจำวันอยู่แล้วไม่มากก็น้อย การเขียน P (แนวทางปฏิบัติหรือกิจกรรมที่ควรดำเนินการ -practice) ใน SPA โดยเริ่มที่การออกแบบอาจจะไม่เกิดประโยชน์เท่าที่ควร

หน้าที่หลักของเราคือการดูแลผู้ป่วย คุณภาพที่สำคัญคือคุณภาพการดูแลผู้ป่วย เราจะมองอย่างไรจึงจะเห็นคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างรอบด้าน พรพ.จึงเริ่มด้วยการพัฒนาแนวทางการทำ self enquiry สำหรับมาตรฐานตอนที่ III ด้วยการทบทวนเครื่องมือคุณภาพต่างๆ ที่ใช้เพื่อรับรู้และจุดประกายการพัฒนาคุณภาพทางคลินิก พบว่าแต่ละเครื่องมือมีจุดเริ่มต้นและจุดเน้นที่แตกต่างกันไปบ้าง แต่ผลลัพธ์ที่ได้ทำให้เกิดความเข้าใจสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยแต่ละโรค ในแต่ละขั้นตอน ทั้งส่วนที่เป็นการปฏิบัติที่ดีและส่วนที่เป็นโอกาสพัฒนา สามารถนำผลลัพธ์จากเครื่องมือต่างๆ จากโรคต่างๆ มาประมวลผลโดยใช้แผนภูมิขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยในมาตรฐานตอนที่ III เป็นตัวร้อยเรียงเพื่อประมวลสถานการณ์ ทำให้เห็นคุณภาพของการดูแลในแต่ละขั้นตอน และเห็นภาพรวม ภาพใหญ่ได้ดียิ่งขึ้น ในทุกกลุ่มโรค ในบริการทุกสาขา

ภาพที่ 5.9 กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เป็นตัวร้อยเรียงข้อมูล

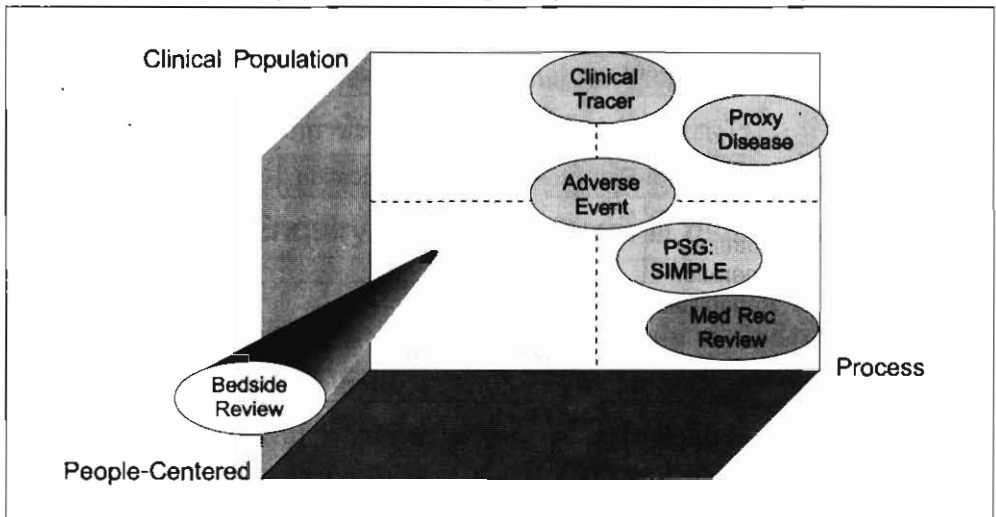


ภาพที่ 5.10 บัตรบันทึกข้อมูลแบบเรียบง่าย

กระบวนการ	Assessment
แหล่งข้อมูล/โรค	Med Rec Review: Ac Appendicitis
+ การปฏิบัติที่ดี / - โอกาสพัฒนา	
	- No preoperative assessment & timely record before operation

เครื่องมือคุณภาพที่สามารถนำมาใช้ร่วมกันเพื่อรับรู้และจุดประกายคุณภาพทางคลินิกให้สมบูรณ์มากที่สุดเหล่านี้ บางอย่างจะเน้นที่กระบวนการหรือขั้นตอนในการดูแล เช่น การประเมินคุณภาพจากเวชระเบียน บางอย่างจะเน้นที่กลุ่มผู้ป่วย เช่น clinical tracer บางอย่างจะเน้นที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และบางอย่างก็จะเน้นหลายๆ มิติร่วมกัน ซึ่งสามารถนำมาสร้างแผนภูมิในลักษณะ 3 มิติ (การเน้นกระบวนการ, การเน้นกลุ่มผู้ป่วย, การเน้นคนเป็นศูนย์กลาง) ดังภาพ

ภาพที่ 5.11 เครื่องมือคุณภาพเพื่อการรับรู้และจุดประกายการพัฒนาคุณภาพทางคลินิก



**กรอบที่ 5.1 คำอธิบายการใช้เครื่องมือคุณภาพเพื่อการรับรู้และจุดประกายการ
พัฒนาคุณภาพทางคลินิก**

เครื่องมือ	มิติที่เน้น	คำอธิบาย
Bedside review	People-centered	การทบทวนข้างเตียงจะช่วยให้เรามองเห็นช่องโหว่ต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งในด้านความเสี่ยงทางคลินิก การประสานงาน และความต้องการด้านจิตสังคม อีกทั้งทำให้ได้เรียนรู้ว่าจะเพิ่มความไวในการตรวจพบปัญหาดังกล่าวได้อย่างไร
Medical record review	Patient care process	เป็นการตรวจสอบการปฏิบัติข้อกำหนดในมาตรฐานตอนที่ III หรือกระบวนการพยาบาล (APIE) ด้วยการทบทวนเวชระเบียนที่ส่งขึ้นมาโดยใช้ check list แบบง่ายๆ ทำให้ประเด็นในมาตรฐานที่มีได้นำมาปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้ง่ายขึ้น
PSG: SIMPLE	Patient care process	เป็นการตรวจสอบการปฏิบัติตาม evidence-based recommendation ใน Patient Safety Guide : SIMPLE ว่ามีประเด็นใดที่สามารถปฏิบัติได้ ประเด็นใดที่ยังไม่สามารถปฏิบัติได้ เพื่อวางแผนปรับปรุงให้ปฏิบัติได้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น
Adverse event	Patient care process & clinical population	เป็นการเรียนรู้จาก adverse event ซึ่งควรใช้หลายๆ วิธีควบคู่กัน เช่น การตรวจพบระหว่างที่ผู้ป่วยยังอยู่รักษาตัวใน รพ. รายงานอุบัติการณ์ การทบทวนเหตุการณ์สำคัญ หรือการทบทวนเวชระเบียนที่ได้รับการเลือกมาด้วย trigger tools ซึ่งจะนำมาสู่การวิเคราะห์ root cause และการออกแบบระบบงานใหม่โดยใช้แนวคิด human factors engineering
Clinical tracer	Clinical population	การตามรอยทางคลินิกเป็นการรับรู้คุณภาพของการดูแลผู้ป่วยที่มาด้วยโรคใดโรคหนึ่งอย่างครบวงจร เป็นการประเมินสถานการณ์ในปัจจุบันและบทเรียนในอดีตเพื่อหาโอกาสพัฒนาและความสำเร็จ เริ่มด้วยการสรุปประเด็นสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรค และตามรอยจากการปฏิบัติจริงว่ามี good practice และโอกาสพัฒนาอะไรบ้างในประเด็นสำคัญเหล่านั้น

เครื่องมือ	มิติที่เน้น	คำอธิบาย
		<p>การใช้โรคเป็นตัวตั้งทำให้เห็นปัญหาและโอกาสในการเชื่อมต่อ การดูแลระหว่างหน่วยงาน/ทีมงานต่างๆ และทำให้เห็นว่าในแต่ละโรคนั้น น้ำหนักความสำคัญของแต่ละขั้นตอนอาจ จะแตกต่างกัน</p> <p>ทีมงานสามารถสรุปข้อมูลจากการทำ clinical tracing ที่เคย ทำไว้โดยละเอียด หรือสามารถนำโรคที่น่าสนใจมาพูดคุยกันใน ช่วงเวลาสั้นๆ และตามรอยการปฏิบัติจริง ซึ่งจะทำให้สามารถ พิจารณาได้ครอบคลุมโรคต่างๆ ที่ทีมงานให้การดูแลได้มากขึ้น โดยไม่ต้องเสียเวลากับการทำเอกสาร</p>
Proxy disease	Clinical population & patient care process	<p>เป็นการพิจารณาว่าในแต่ละขั้นตอนของการดูแลผู้ป่วย มีโรค อะไรบ้างที่สามารถนำมาเป็นตัวแทนแสดงคุณภาพการดูแลใน ขั้นตอนนั้น แล้ววิเคราะห์หรือตามรอยดูว่ามี good practice หรือโอกาสพัฒนาอะไร ข้อมูลที่ได้จะมีลักษณะเหมือนกับ ข้อมูลจาก clinical tracer แต่การเริ่มต้นคำถามจาก process ทำให้มีข้อมูลสำหรับ process นั้นได้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น</p> <p>แม้ในขั้นตอนเดียวกันที่มีบริบทต่างกัน ก็ทำให้เราต้องนึกถึง โรคที่แตกต่างกัน เช่น ในเรื่องการเข้าถึง อาจจะมีบริบทของ การเข้าถึงบริการฉุกเฉิน การเข้าถึงคำปรึกษา การเข้าถึงการ ดูแล จนถึงสิ้นสุดการรักษา</p>

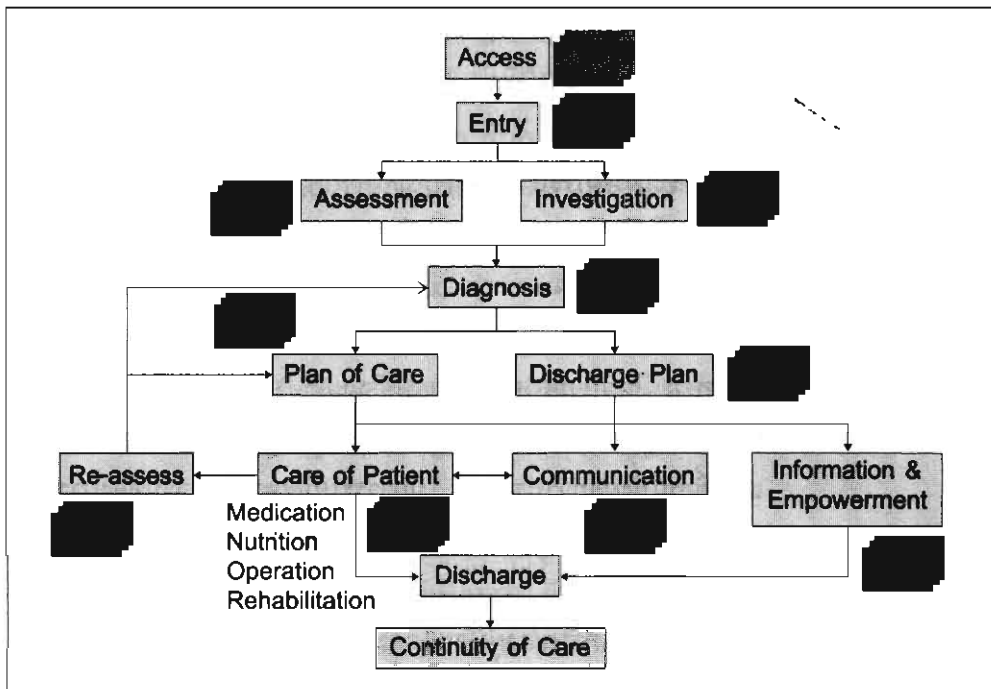
กรอบที่ 5.2 แบบประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโดยการทบทวนเวชระเบียน

III-3.2 การวางแผนจำหน่าย	Y	N	P	NA
1) มีการประเมินความจำเป็นในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยรายนี้ตั้งแต่เริ่มแรก				
2) ผู้เกี่ยวข้อง (แพทย์ พยาบาล วิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยและครอบครัว) มีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย				
3) มีการระบุปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้นหลังจำหน่าย				
4) มีการนำแผนจำหน่ายที่วางไว้ไปปฏิบัติ				
5) มีการประเมินว่าผู้ป่วยมีศักยภาพและความมั่นใจในการดูแลตนเอง				

การทำ self enquiry ตามแนวทางที่กล่าวมา เท่ากับเป็นการประมวลการใช้เครื่องมือที่ พรพ.แนะนำไว้ตั้งแต่บันไดขั้นที่ 1 สู่ HA (กิจกรรมทบทวนคุณภาพต่าง ๆ) และเครื่องมือคุณภาพที่มีความก้าวหน้าและซับซ้อนมากขึ้น (เช่น clinical tracer และ trigger tools) มาบูรณาการใช้ไปพร้อมกัน เห็นแนวทางปฏิบัติที่ดีและโอกาสพัฒนาในภาพรวม โดยมี proxy disease เป็นตัวเติมเต็ม ทำให้เห็นความชัดเจนในระดับที่สามารถนำไปพัฒนาได้ง่าย และสามารถนำข้อมูลมาใช้ในแบบประเมินตนเองได้สมบูรณ์มากที่สุด

ความคาดหวังในการนำเสนอแนวทางนี้ขึ้นก็เพื่อให้โรงพยาบาลต่าง ๆ สามารถสืบค้นคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจนเห็นประเด็นที่เป็นโอกาสพัฒนา และทำให้ระบบของ รพ. มีคุณภาพและปลอดภัยต่อผู้ป่วยมากที่สุดเท่าที่เราจะสามารถทำได้

ภาพที่ 5.12 ผลการประมวลข้อมูลโดยเครื่องมือคุณภาพที่หลากหลาย



พรพ. ได้พัฒนาแบบประเมินตนเองสำหรับมาตรฐานตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถตอบแบบประเมินตนเองได้อย่างครอบคลุมและกระชับ

กรอบที่ 5.3 ตัวอย่างแบบประเมินตนเองตามมาตรฐานตอนที่ III

Standards / Criteria	Key Area / Proxy Disease	Practice & Result (Evaluation & Improvement)
(5) ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินซ้ำตามช่วงเวลาที่เหมาะสม เพื่อประเมินการตอบสนองต่อการดูแลรักษา.	ผู้ป่วย ICU	
	ผู้ป่วยระดับ 3-4	
	Sepsis	
	Traumatic brain injury	

ในการเขียน SPA สำหรับมาตรฐานตอนที่ III จึงเป็นการเขียนเพื่อเสริมให้เกิดความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นโดยเน้นการทบทวนตรวจสอบตนเองในแต่ละประเด็น กำหนดประเด็นให้ชัดเจนเพื่อเข้าไปรับรู้การปฏิบัติในเรื่องนั้นๆ ตามแนวทาง self enquiry หรือการใช้ mini-research (อาจถือได้ว่า mini-research เป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งสำหรับการทำ self enquiry) สำหรับมาตรฐานตอนที่ III SPA กับ self enquiry จึงเป็นเรื่องเดียวกัน

ตัวอย่าง SPA III - 2 การประเมินผู้ป่วย (ASM)

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความต้องการและปัญหาสุขภาพอย่างถูกต้องครบถ้วน และเหมาะสม.

ก. การประเมินผู้ป่วย

(1) มีการประเมินผู้ป่วยครอบคลุมรอบด้านและประสานงานกันเพื่อลดความซ้ำซ้อน, ผู้ประกอบวิชาชีพที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยร่วมมือกันวิเคราะห์และเชื่อมโยงผลการประเมิน. มีการระบุปัญหาและความต้องการที่เร่งด่วนและสำคัญ.

(2) การประเมินแรกรับของผู้ป่วยแต่ละรายประกอบด้วย ประวัติสุขภาพ, การตรวจร่างกาย, การรับรู้ความต้องการของตนโดยผู้ป่วย, การประเมินปัจจัยด้านจิตใจ สังคม เศรษฐกิจ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- PCT/CLT ต่างๆ วิเคราะห์ลักษณะของผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน สุ่มเลือก

เวชระเบียนในกลุ่มดังกล่าวขึ้นมาทบทวนหรือทำ mini-research ในประเด็นต่อไปนี้

- ▶ การประเมินผู้ป่วยสามารถประเมินได้ครอบคลุมรอบด้านเพียงใด
 - ครอบคลุมองค์ประกอบต่อไปนี้ครบถ้วนหรือไม่ ประวัติสุขภาพ การตรวจร่างกาย การรับรู้ความต้องการของตนเอง การประเมินปัจจัยด้านจิตใจ สังคม เศรษฐกิจ
 - ในแต่ละองค์ประกอบมีข้อมูลที่เพียงพอเพื่อการวางแผนหรือไม่
 - ▶ มีการประสานงานเพื่อลดความซ้ำซ้อนในการประเมินผู้ป่วยอย่างไร เช่น การตรวจเยี่ยมร่วมกัน การใช้แบบบันทึกร่วมกัน
 - ▶ มีการวิเคราะห์และเชื่อมโยงผลการประเมินอย่างไร เช่น การอภิปรายร่วมกัน การวางแผนดูแลร่วมกัน การบันทึกแผนร่วมกัน การวิเคราะห์ข้อมูลจาก รพ.ที่ส่งต่อกับข้อมูลที่ทีมงานประเมินได้
 - ▶ มีการระบุปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่สำคัญไว้ชัดเจนหรือไม่ มีการระบุปัญหาและความต้องการที่เร่งด่วนชัดเจนหรือไม่
 - PCT/CLT ต่างๆ มอบหมายให้มีการตามรอยการประเมินผู้ป่วยที่กำลังนอนอยู่ในโรงพยาบาล สัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานที่รับผิดชอบผู้ป่วย ร่วมกันการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและทบทวนข้อมูลที่บ้านที่กไว้ในเวชระเบียน เพื่อพิจารณาว่าผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหาสุขภาพอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสมหรือไม่
 - PCT/CLT ต่างๆ นำโอกาสพัฒนาที่พบมาดำเนินการพัฒนา
- ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป*
- Approach, learning (evaluation) & improvement

(3) วิธีการประเมินที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและทรัพยากรที่เพียงพอ. มีการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและทรัพยากรเพื่อชี้้นำการประเมินผู้ป่วย ถ้ามีแนวทางดังกล่าว.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- PCT/CLT ต่างๆ วิเคราะห์ประเภทหรือลักษณะหรือกลุ่มโรคซึ่งต้องมีการตรวจประเมินผู้ป่วยเป็นพิเศษ ซึ่งอาจจะเป็นการใช้เครื่องมือ การทำ

invasive procedure การตรวจที่ต้องใช้ทักษะหรือความเชี่ยวชาญพิเศษ หรือการประเมินระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย เช่น การตรวจ gastrocope ในผู้ป่วย upper GI hemorrhage, การประเมินผู้ป่วย asthma, การทำ diagnostic aspiration และพิจารณาในประเด็นต่อไป นี้

- ▶ การตรวจประเมินดังกล่าวกระทำในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยหรือไม่ อย่างไร
- ▶ การตรวจประเมินดังกล่าวกระทำโดยมีเทคโนโลยี บุคลากร เครื่องมืออุปกรณ์พร้อม และมีการบันทึกข้อมูลที่จำเป็นหรือไม่ อย่างไร
- ▶ การตรวจประเมินดังกล่าวอยู่บนพื้นฐานของแนวทางปฏิบัติทางคลินิก (CPG) ที่เหมาะสมหรือไม่ อย่างไร
- ▶ ในกรณีที่ไม่มีแนวทางปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการตรวจประเมินดังกล่าว สมควรมีการจัดทำขึ้นหรือไม่
- PCT/CLT ต่างๆ สุ่มเลือกเวชระเบียนของผู้ป่วยข้างต้นมาทบทวนว่า การตรวจประเมินดังกล่าวเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายในด้าน อายุ ปัญหาสุขภาพ ความเร่งด่วน ระดับการศึกษา / ภาษา / วัฒนธรรมของผู้ป่วย การตรวจประกอบการวินิจฉัยโรคที่เคยทำ บริการหรือการรักษาที่จะให้แก่ผู้ป่วย หรือไม่ อย่างไร
- PCT/CLT ต่างๆ นำโอกาสพัฒนาที่พบมาดำเนินการพัฒนา ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป
- Approach, learning (evaluation) & improvement ในผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม

(4) ผู้ป่วยได้รับการประเมินภายในเวลาที่กำหนดโดยองค์กร. มีการบันทึกผลการประเมินในเวชระเบียนผู้ป่วยและพร้อมที่จะให้ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลได้ใช้ประโยชน์จากการประเมินนั้น.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- องค์กรแพทย์หรือทีมงานที่เกี่ยวข้องกำหนดระยะเวลาที่ต้องประเมินผู้ป่วยและบันทึกข้อมูลผลการประเมิน เช่น
 - ▶ ประเมินผู้ป่วยทั่วไปภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากรับไว้บนโรงพยาบาล
 - ▶ ประเมินและบันทึกผลการประเมินผู้ป่วยที่จะต้องได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน

เงินก่อนที่จะผ่าตัดผู้ป่วย

- PCT/CLT ต่างๆ สุ่มเวชระเบียนเพื่อประเมินในประเด็นต่อไปนี้
 - ▶ ผู้ป่วยได้รับการประเมินภายในเวลาที่กำหนดหรือไม่
 - ▶ บันทึกผลการประเมินในเวชระเบียนอยู่ในลักษณะที่พร้อมให้ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลได้ใช้ประโยชน์หรือไม่
- PCT/CLT ต่างๆ ส่งเสริมให้มีการทำ mini-research เพื่อศึกษา
 - ▶ คุณภาพของการบันทึกเวชระเบียนโดยแพทย์ พยาบาล และวิชาชีพอื่น
 - ▶ การใช้ประโยชน์จากบันทึกเวชระเบียนที่บันทึกด้วยตนเอง, ที่บันทึกโดยเพื่อนร่วมวิชาชีพ, ที่บันทึกโดยผู้ประกอบวิชาชีพอื่น
- PCT/CLT ต่างๆ นำโอกาสพัฒนาที่พบมาดำเนินการพัฒนาประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป
- Approach, learning (evaluation) & improvement ในการบันทึกโดยแต่ละวิชาชีพ และการใช้ประโยชน์

(5) ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินซ้ำตามช่วงเวลาที่เหมาะสม เพื่อประเมินการตอบสนองต่อการดูแลรักษา.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

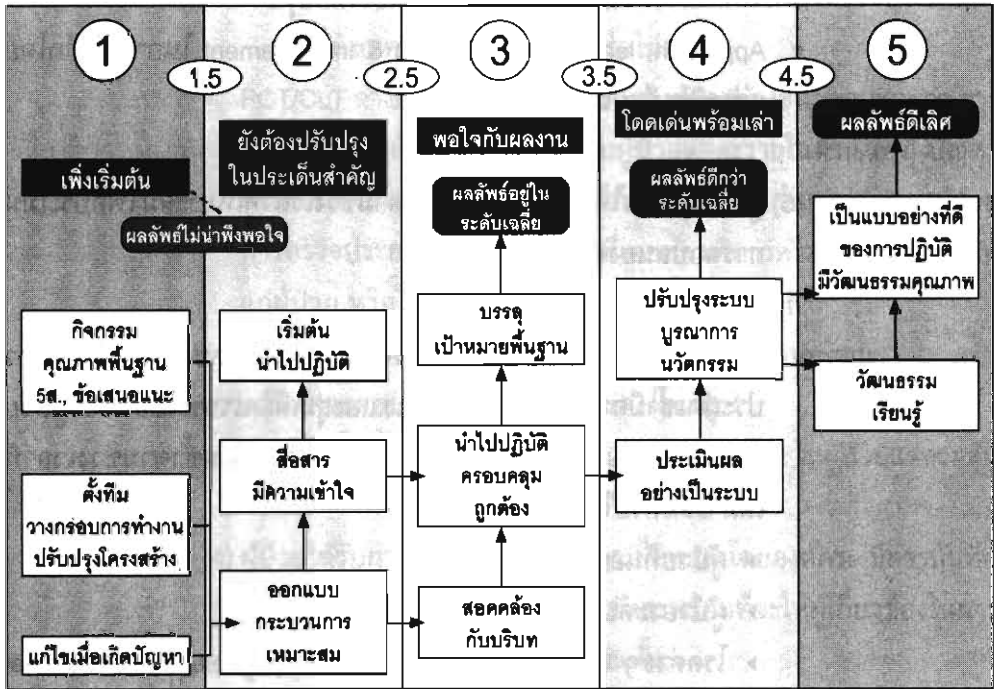
- PCT/CLT ต่างๆ วิเคราะห์ว่าโรคในความรับผิดชอบของทีมที่การประเมินซ้ำมีความสำคัญมีอะไรบ้าง และสุ่มเลือกเวชระเบียนของผู้ป่วยดังกล่าวมาทบทวนเพื่อดูว่าผู้ป่วยได้รับการประเมินซ้ำตามช่วงเวลาที่เหมาะสมหรือไม่ อย่างไร
 - ▶ ผู้ป่วยที่นอน ICU
 - ▶ ผู้ป่วยระดับ 3-4
 - ▶ โรคต่างๆ เช่น DHF, traumatic brain injury, sepsis, abdominal pain R/O appendicitis
- PCT/CLT ต่างๆ นำโอกาสพัฒนาที่พบมาดำเนินการพัฒนาประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป
- Approach, learning (evaluation) & improvement ในผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม

5.8 Scoring

5.8.1 แนวคิด

การประเมินการปฏิบัติตามมาตรฐานมีทั้งในส่วนที่เป็นการระบุจุดแข็ง จุดอ่อนที่เป็นโอกาสพัฒนา และในส่วนที่เป็นการบอกระดับของการปฏิบัติตามมาตรฐานว่ามี maturity เพียงใด พรพ.ได้กำหนดระดับคะแนนของการปฏิบัติตามมาตรฐานเป็น 5 ระดับ และใช้เป็นเครื่องมือสำหรับผู้เยี่ยมสำรวจเพื่อสื่อสารผลการเยี่ยมสำรวจให้คณะกรรมการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้พิจารณาตัดสินใจ

ภาพที่ 5.13 Scoring Guideline สำหรับมาตรฐานตอนที I-III



กรอบที่ 5.4 Scoring Guideline สำหรับมาตรฐานตอนที่ I-III

Score	ลักษณะกระบวนการ
1	อยู่ในขั้นเริ่มต้น มีการทำกิจกรรมคุณภาพพื้นฐาน จัดตั้งทีมและวางกรอบการทำงาน วิเคราะห์ปัญหาสำคัญที่เคยเกิดขึ้นหรือมีโอกาสจะเกิดขึ้น ปรับปรุงในส่วนที่เป็นเรื่องง่ายๆ กระบวนการคุณภาพอยู่ในลักษณะตั้งรับ
2	อยู่ในขั้นกำลังพัฒนา มีการออกแบบกระบวนการที่เหมาะสมกับปัญหา สื่อสารทำความเข้าใจ เริ่มต้นนำไปปฏิบัติด้วยความเข้าใจ การปฏิบัติครอบคลุมพื้นที่สำคัญจำนวนหนึ่ง ยังต้องมีการดำเนินการต่อในประเด็นสำคัญ
3	อยู่ในขั้นที่บรรลุเป้าหมายพื้นฐานของมาตรฐานในระดับเฉลี่ย การออกแบบระบบงานครบถ้วนในทุกประเด็นและสอดคล้องกับบริบท มีการปฏิบัติครอบคลุมพื้นที่สำคัญ และปฏิบัติตามที่ออกแบบไว้ เริ่มมีการประเมินผลอย่างง่าย เห็นผลการปฏิบัติที่บรรลุเป้าหมาย
4	อยู่ในขั้นที่มีความโดดเด่นเหนือระดับเฉลี่ย มีการสร้างนวัตกรรมของระบบงาน และมีการบูรณาการกับระบบงานที่เกี่ยวข้อง มีการประเมินผลอย่างเป็นระบบในประเด็นสำคัญและนำผลการประเมินมาปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผลลัพธ์สูงกว่าระดับเฉลี่ย
5	อยู่ในขั้นที่มีผลการดำเนินการที่เป็นเลิศ เป็นแบบอย่างที่ดีของการปฏิบัติ (role model) มีวัฒนธรรมคุณภาพและวัฒนธรรมการเรียนรู้

กรอบที่ 5.5 Scoring Guideline สำหรับมาตรฐานตอนที่ IV ผลการดำเนินงาน

Score	ลักษณะกระบวนการ
1	เริ่มมีการติดตามวัดผลด้วยตัวชี้วัดจำนวนหนึ่ง
2	ตัวชี้วัดครอบคลุมประเด็นสำคัญ
3	ตัวชี้วัดครอบคลุมประเด็นสำคัญครบถ้วน มีการนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนา
4	ผลลัพธ์การดำเนินงานอยู่ในระดับสูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ย
5	ผลลัพธ์การดำเนินงานที่น่าเสนอยู่ในระดับแนวหน้า

หมายเหตุ ในปี 2552 นี้จะยังไม่มีการให้คะแนนสำหรับมาตรฐานตอนที่ IV แต่โรงพยาบาลควรทำความเข้าใจใช้เป็นแนวทางในการติดตามตัวชี้วัดและใช้ประโยชน์ในการพัฒนา

จะเห็นว่าในระดับคะแนนในส่วนของตอนที่ IV นั้น จะเน้นการวัดที่ครอบคลุมและการนำไปใช้ประโยชน์ ส่วนผลการดำเนินงานที่ดีอยู่ในระดับสูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยหรือในระดับแนวหน้านั้น จะใช้เพื่อเป็นคะแนนบวกเพิ่มให้กับ พรพ. เป็นเกณฑ์ที่ดัดแปลงไปจาก MBNQA/TQA มากพอสมควร (ในช่วงเริ่มต้น พรพ. ยังไม่ได้ประเมินคะแนนในส่วนนี้)

ในปี 2551 พรพ. ได้พัฒนาเครื่องมือในการประเมินขึ้นสองชุด คือ overall scoring และ detailed scoring ซึ่งทั้งสองชุดนี้มีเป้าหมายที่จะให้โรงพยาบาลได้ใช้สำหรับตรวจสอบตนเองเพื่อพิจารณาความพร้อมในการขอรับการเยี่ยมสำรวจจาก พรพ. เช่นเดียวกับการใช้โดยผู้เยี่ยมชมสำรวจของ พรพ.

5.8.2 Overall Scoring¹¹

การทำงานคุณภาพ ทำให้เราใส่ใจกับรายละเอียดต่างๆ ก่อนข้างมาก แต่บางครั้งการลงรายละเอียดมากเกินไปก็ทำให้เราไม่เห็นภาพรวม การทำงานโดยไม่เห็นภาพรวมก็สร้างปัญหาได้เช่นกัน ทำให้ขาดความเชื่อมโยง ทำให้จัดลำดับความสำคัญของประเด็นต่างๆ ไม่เหมาะสม และที่สำคัญก็คือไม่รู้จุดองค์กรของตนเองอย่างแท้จริง

ในปีงบประมาณ 2552 พรพ. กับ สปสช. ได้ร่วมมือกันใกล้ชิดมากขึ้น ที่จะส่งที่ปรึกษาของ พรพ. เข้าเยี่ยมโรงพยาบาลเพื่อรับรู้คุณภาพและสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกับโรงพยาบาล โดยจะเข้าเยี่ยมโรงพยาบาล 961 แห่งที่ให้บริการผู้ป่วยในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้วยความเชื่อว่าการมีบุคคลภายนอกเข้าเยี่ยมโรงพยาบาลเพื่อสร้างกระบวนการเรียนรู้อย่างสม่ำเสมอ นั้น จะช่วยให้โรงพยาบาลเกิดความมั่นใจในการพัฒนาคุณภาพและส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ด้วยข้อจำกัดของระยะเวลาที่จะเข้าเยี่ยมเพียงหนึ่งวัน ทำให้ พรพ. ต้องคิดหาวิธีการที่จะก่อให้เกิดประโยชน์กับโรงพยาบาลมากที่สุด เดิมนั้นวางแผนว่าจะใช้โอกาสนี้สอนให้โรงพยาบาลรู้จักใช้ detailed scorebook ที่ผู้เยี่ยมชมสำรวจใช้ในการเยี่ยมสำรวจเพื่อรับรอง (accreditation survey) แต่

¹¹ ปรับปรุงเพิ่มเติมจากบทความที่ตีพิมพ์ใน Medical Times ปีที่ 10 ฉบับที่ 220 1-15 กุมภาพันธ์ 2552.

พบว่ามียาละเอียดค่อนข้างมาก เวลาเพียงวันเดียวที่เข้าเยี่ยมจะไม่สามารถสร้างความเข้าใจได้ครอบคลุม และจะเกิดความเครียดแก่โรงพยาบาลโดยไม่เกิดประโยชน์

พรพ. จึงปรับรูปแบบของการประเมินตนเองโดยใช้หลักการให้คะแนนโดยรวม (overall scoring) สำหรับมาตรฐานแต่ละบท และใช้กับมาตรฐานฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี ในการให้คะแนนโดยรวมนี้จะพิจารณาข้อมูลสองส่วนประกอบกัน คือพิจารณาข้อกำหนดของมาตรฐาน และสิ่งที่มีก็จะเกิดขึ้นกับโรงพยาบาลในชีวิตจริง

Overall scoring คือการให้คะแนนตาม overall requirement (ข้อกำหนดโดยรวม) ของมาตรฐาน เป็นการมองภาพรวมของทิศทางการพัฒนาว่าจะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายได้เพียงใด โดยไม่ต้องลงในรายละเอียดจำนวนมาก ไม่เน้นความสมบูรณ์ในทุกประเด็น การมองในภาพรวมเปรียบเสมือนการกวาดตามองไปอย่างรวดเร็ว ในความรวดเร็วนี้สามารถเห็นคุณค่าปรากฏชัดแก่สายตาได้ เปรียบเสมือนการมองจากมุมสูง ทำให้เห็นสถานการณ์โดยรวมว่าเป็นอย่างไร ส่วนใดที่โดดเด่น ส่วนใดที่เป็นข้อด้อย

การประเมินในลักษณะนี้จะมองเห็นภาพได้อย่างรวดเร็ว ช่วยให้การพัฒนาได้ง่ายขึ้น เน้นเฉพาะในสิ่งที่มีความจำเป็น และหลีกเลี่ยงความขัดแย้งระหว่างผู้ประเมินและผู้ถูกประเมินเนื่องจากการมองวิธีการปฏิบัติในรายละเอียดที่แตกต่างกันได้

หลักการในการให้คะแนนยังคงใช้หลักการเดิมคือ 1-5 คะแนนระดับ 3 เป็นคะแนนที่แสดงถึงการปฏิบัติตามข้อกำหนดของมาตรฐาน จึงใช้มาตรฐานเป็นตัวตั้งในการกำหนดเกณฑ์สำหรับคะแนนระดับ 3 และใช้การปฏิบัติที่ทำได้บ่อยเป็นตัวตั้งในการเกณฑ์สำหรับคะแนนระดับ 2 ซึ่งแสดงถึงระดับที่กำลังมีการพัฒนา คะแนนระดับ 4 แสดงถึงความสามารถในการทำสิ่งที่ทำได้ยาก มีการประเมินผลและการปรับปรุงต่อเนื่อง มีการบูรณาการและมีการใช้นวัตกรรม ส่วนคะแนนระดับ 5 เป็นระดับอุดมคติที่ควรเป็นเป้าหมายของโรงพยาบาลในอนาคต

การกำหนดเกณฑ์สำหรับ overall scoring จะต้องเลือกเอาบางแง่มุมของมาตรฐานที่สามารถเห็นหรือประเมินได้ง่าย และสามารถสะท้อนระดับ

maturity ในเรื่องนั้นๆ ได้ดี ไม่สามารถที่จะนำข้อกำหนดทุกประเด็นมาใช้ได้ สิ่งนี้อาจจะเป็นข้อด้อยของการประเมินด้วย overall scoring แต่ข้อได้เปรียบก็คือจะทำให้เราสามารถประเมินมาตรฐานทั้งฉบับได้โดยไม่ต้องเสียเวลาในรายละเอียดมากเกินไป และจะช่วยลดความขัดแย้งในมุมมองที่ไม่ตรงกัน

การประเมินจะมีแนวทางที่ชัดเจนสำหรับมาตรฐานแต่ละหมวด โดยอาศัย scoring guideline ที่ใช้อยู่ มีความแตกต่างเล็กน้อยตรงที่นำเอามาตรฐานในประเด็นที่ปฏิบัติได้ยากหรือเป็นรายละเอียดที่ทำให้บรรลุเป้าหมายได้สมบูรณ์ไปไว้อยู่ในคะแนนระดับ 4 ซึ่งจะช่วยลดความกังวลของทีมงานต่อมาตรฐานที่ปฏิบัติได้ ยากเหล่านั้น สำหรับคะแนนระดับ 5 เป็นการเขียนให้เห็นภาพเป้าหมายในอุดมคติ ซึ่งควรเป็นทิศทางที่โรงพยาบาลควรจะมุ่งไป

หลักของการตัดสินใจว่าจะประเมินตนเองให้คะแนนในระดับใด มีดังนี้

- การให้คะแนนเป็นการบอกระดับของกิจกรรมหรือแนวคิดหลักที่ รพ. ยึดถือเป็นส่วนใหญ่ ไม่ต้องการให้เจาะลึกในรายละเอียดที่ไม่จำเป็น
- ก่อนที่จะได้คะแนน 3, 4, 5 ต้องได้คะแนนในระดับก่อนหน้านั้นมาก่อน
- สามารถให้คะแนน 1.5, 2.5, 3.5, 4.5 ได้
- ถ้าการปฏิบัติในระดับที่กำลังพิจารณายังไม่สมบูรณ์ และเป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ไม่ยาก ให้ไปดำเนินการพัฒนาจนแล้วค่อยมาพิจารณาให้คะแนน ถ้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยตรงไม่ได้ปฏิบัติ ให้พิจารณาว่ามีผู้อื่นปฏิบัติในเรื่องนั้นหรือไม่ เป็นการพิจารณาการทำงานของโรงพยาบาลโดยรวมที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (เช่น การอธิบายผลการตรวจทางรังสีวิทยา หรือห้องปฏิบัติการ)
- ถ้ามีข้อสงสัย ให้พิจารณาว่า
 - ▶ สิ่งที่ทำนั้นเกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการหรือไม่
 - ▶ สิ่งที่ทำนั้นครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายได้พอสมควรหรือยัง มีแนวโน้มที่จะขยายตัวอย่างเหมาะสมหรือไม่

การมองในภาพรวมจึงเป็นเครื่องมือที่ดีสำหรับการประเมินตนเองในเบื้องต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับโรงพยาบาลที่ต้องการทราบว่าตนพร้อม

สำหรับการขอการรับรอง HA (ขั้นที่ 3) หรือยัง หากโรงพยาบาลสามารถบรรลุคะแนนระดับ 3 ได้ในมาตรฐานทุกบท ก็แสดงให้เห็นว่ามีความพร้อมสูงที่จะขอให้มีการเยี่ยมชมสำรวจเพื่อรับรอง (accreditation survey) จาก พรพ.

สำหรับโรงพยาบาลที่ได้รับ HA แล้ว การมองในภาพรวมเหมือนกับการถอยออกไปห่างๆ หรือบินในระดับที่สูงขึ้น แล้วมองกลับมาที่โรงพยาบาลของตนเอง จะทำให้เห็นภาพที่อาจไม่เคยเห็น จะทำให้เห็นความเชื่อมโยงของระบบย่อยต่างๆ ได้ชัดเจนมากขึ้น จึงเป็นเครื่องมือที่เหมาะสมสำหรับโรงพยาบาลกลุ่มนี้ที่จะใช้ร่วมกับ detailed scorebook ที่เจาะลึกในรายละเอียดของมาตรฐานแต่ละบทเช่นเดียวกัน

กรอบที่ 5.6 ตัวอย่าง Overall Scoring หมวดที่ I-4.1

	1 (เริ่มต้น)	2 (กำลังพัฒนา)	3 (เห็นผล)	4 (ก้าวหน้า)	5 (ยั่งยืน)				
I-4.1 การวัดและวิเคราะห์	ตัวชี้วัดส่วนใหญ่มาจากงานประจำหรืองานนโยบาย	ตัวชี้วัดมาจากการวิเคราะห์บริบทของตนเอง	มีการวัดผลงานที่ตรงประเด็นในทุกระดับ มีการวิเคราะห์และนำไปใช้ประโยชน์ (กำหนดลำดับความสำคัญเพื่อการปรับปรุงและถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ)	ตัวชี้วัดตาม critical success factor ของทั้งองค์กรสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน, มีบูรณาการของการวัดเพื่อให้ได้ข้อมูลครอบคลุมทั้งองค์กร, มีการวัดผลงานเปรียบเทียบกับองค์กรอื่น, มีการประเมินและปรับปรุงระบบวัดผลงาน	ใช้ข้อมูลที่ได้จากการติดตามและวิเคราะห์เพื่อเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้				
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5

Overall Scoring Enquiry Guide

เกณฑ์ใน overall scoring นี้ค่อนข้างง่ายในการที่โรงพยาบาลจะบอกว่าตัวเองอยู่ตรงไหน และจะพบว่ายิ่งที่ทีมงานประเมินให้คะแนนตนเองสูงขึ้นเท่าไร ก็จะต้องพบกับคำถามหรือจะต้องพยายามตอบคำถามมากขึ้น เพื่อจ่ายต่อการประเมินตนเองของโรงพยาบาล พรพ.ได้จัด Overall Scoring Enquiry Guide ขึ้นเพื่อให้โรงพยาบาลใช้ทำความเข้าใจในความหมายของการให้คะแนนในระดับ 3-4-5 และเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าโรงพยาบาลสามารถให้คะแนนตนเองให้สอดคล้องกับเจตนารมณ์ของมาตรฐานและเกณฑ์การให้คะแนน

หลักสำคัญของการให้คะแนนด้วย Overall Scoring คือการมองในภาพรวมของมาตรฐานแต่ละบทมากกว่าที่จะดูในรายละเอียดของข้อกำหนดทั้งหมด ผู้ใช้แนวทางคำถามเหล่านี้พึงตระหนักในหลักการสำคัญดังกล่าวประกอบไปด้วย พึงหลีกเลี่ยงจากการตีความหมายของข้อความโดยปราศจากการเชื่อมโยงกับภาพรวม

วิธีการใช้แนวทางการตั้งคำถามนี้ก็คือ เมื่อทีมงานพิจารณาเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 แล้ว ให้พิจารณาว่าผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลน่าจะสอดคล้องกับคะแนนใดมากที่สุด หากพบว่าระดับคะแนนอยู่ที่ 3-5 ก็ให้พิจารณาคำถามที่อยู่ในระดับคะแนนนั้น โดยการตอบแบบปากเปล่าก่อน หากตอบได้เพียงบางส่วน แสดงว่าระดับคะแนนที่ได้อาจจะลดลงไปประมาณครึ่งระดับ และหากตอบได้เพียงส่วนน้อย ควรจะลดระดับลงไป 1 ระดับ สำหรับคำถามที่ตอบไม่ได้ ควรใช้เป็นโอกาสพัฒนาต่อไป เพื่อไม่ให้เป็นการระงับการจัดทำเอกสารประเมินตนเองของโรงพยาบาล พรพ.จึงกำหนดว่าคำอธิบายขยายความสำหรับการประเมินที่ให้คะแนนมากกว่า 2 ในแต่ละบทนั้น ไม่ควรจะเกิน 1 หน้า เพื่อจะได้ใช้เวลาในการอยู่กับผู้ป่วยและการลงมือพัฒนา มากกว่าการจัดทำเอกสาร

I-4.1 การวัดและวิเคราะห์

1. ตัวชี้วัดส่วนใหญ่มาจากงานประจำหรืองานนโยบาย
2. ตัวชี้วัดมาจากการวิเคราะห์บริบทของตนเอง
 - มีตัวชี้วัดใดบ้างที่สะท้อนปัญหาเฉพาะของ รพ.
3. มีการวัดผลงานที่ตรงประเด็นในทุกระดับ มีการวิเคราะห์และนำไปใช้ประโยชน์ (กำหนดลำดับความสำคัญเพื่อการปรับปรุง และถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ)
 - การวิเคราะห์ service profile ของแต่ละหน่วยงาน ทำให้เห็นประเด็นคุณภาพของหน่วยงานนั้น ๆ ได้ชัดเจน และมีการติดตามตัวชี้วัดตามประเด็นเหล่านั้นครบถ้วนเพียงใด
 - การวิเคราะห์บทบาทหน้าที่ของแต่ละระบบงาน ทำให้เห็นประเด็นคุณภาพของระบบงานนั้น ๆ ได้ชัดเจน และมีการติดตามตัวชี้วัดตามประเด็นเหล่านั้นครบถ้วนเพียงใด
 - การวิเคราะห์ความท้าทายขององค์กร ทำให้กำหนดแผนยุทธศาสตร์ วัตถุประสงค์ และตัวชี้วัดที่สอดคล้องกันได้เพียงใด
 - มีการติดตามตัวชี้วัด การวิเคราะห์ข้อมูล และนำไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดลำดับความสำคัญเพื่อการปรับปรุง/พัฒนา รวมถึงถ่ายทอดสู่การปฏิบัติอย่างไร
4. ตัวชี้วัดตาม critical success factor ของทั้งองค์กรสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน, มีบูรณาการของการวัดเพื่อให้ได้ข้อมูลครอบคลุมทั้งองค์กร, มีการวัดผลงานเปรียบเทียบกับองค์กรอื่น, มีการประเมินและปรับปรุงระบบวัดผลงาน
 - Critical success factor เพื่อการบรรลุเป้าหมายของ รพ.คืออะไร อะไรคือตัวชี้วัดตามปัจจัยดังกล่าว ตัวชี้วัดดังกล่าวมีความสอดคล้องกันทั้งองค์กรเพียงใด
 - มีตัวชี้วัดใดบ้างที่ควรวัดครอบคลุมทั้งองค์กร ทำอย่างไรให้เกิดความครอบคลุมดังกล่าว
 - มีตัวชี้วัดใดที่มีการวัดเปรียบเทียบกับองค์กรอื่น
 - ระบบการวัดผลในปีนี้แตกต่างจากปีที่ผ่านมาอย่างไร เหตุใดจึงมีการปรับปรุง
5. ใช้ข้อมูลที่ได้จากการติดตามและวิเคราะห์เพื่อเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้
 - ทิมนำและทีมงานต่างๆ นำข้อมูลตัวชี้วัดที่ติดตามมาวิเคราะห์และใช้ประโยชน์อย่างไร
 - เกิดความรู้ในองค์กรอะไรบ้าง ที่เป็นผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงานขององค์กร

การบูรณาการ Overall Scoring กับการประเมินบันไดขั้นที่ 1 และ 2

การประเมินด้วย Overall Scoring มีวัตถุประสงค์เพื่อให้โรงพยาบาลเห็นโอกาสพัฒนาที่ชัดเจนยิ่งขึ้น สามารถตรวจสอบความก้าวหน้าในการพัฒนาได้โดยมีช่วงชั้นที่ยิ่งขึ้น และเพื่อให้ความสัมพันธ์เนื่องกับการประเมินตามระบบขั้นบันได ทาง พรพ.ได้บูรณาการการประเมินด้วย Overall Scoring เข้ากับการประเมินตามระบบขั้นบันได ดังนี้

กรอบที่ 5.8 เกณฑ์ตัดสินกิตติกรรมประกาศบันไดขั้นที่ 1 และ 2 สู่ HA จากการใช้ Overall Scoring

	บันไดขั้นที่ 1 สู่ HA	บันไดขั้นที่ 2 สู่ HA
คะแนนเฉลี่ยของ Overall Scoring	ไม่ต่ำกว่า 1.5	ไม่ต่ำกว่า 2
กิจกรรมทบทวนคุณภาพ	มีกิจกรรมทบทวนคุณภาพอย่างต่อเนื่อง 6 เดือน	มีกิจกรรมทบทวนคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และเริ่มเชื่อมต่อกับระบบหลักที่สำคัญ
คะแนนเฉพาะบท	II-1.2ก, II-1.2ข, II-4, II-6 ไม่ต่ำกว่า 2	I-6 (Process Management) ไม่ต่ำกว่า 2.5

การประเมินตามระบบ overall scoring ถ้า รพ.ได้คะแนนเฉลี่ยมากกว่า 3 แสดงถึงความพร้อมในการขอ accreditation survey จะแนะนำให้ รพ.ทำ detailed scorebook และผู้เยี่ยมจะวางแผนร่วมกับ รพ.ว่าควรดำเนินการอย่างไร (อาจจะเป็นการทำ ICV หรือการขอ accreditation survey)

การเยี่ยมโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง HA แล้ว

ในปีงบประมาณ 2552 พรพ. ใช้ overall scoring กับการเยี่ยมโรงพยาบาลที่ให้บริการในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในชื่อโครงการ "เยี่ยมเพื่อรับรู้และเรียนรู้คุณภาพ" โดยการสนับสนุนของ สปสช. ซึ่งจะมีโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง HA แล้วรวมอยู่ด้วย พรพ.จะบูรณาการการเยี่ยมในโรงพยาบาลดังกล่าวเข้ากับการเยี่ยมเฝ้าระวัง (surveillance sur-

vey) โดยกิจกรรมต่างๆ จะต้องตอบสนองความต้องการของทั้งสองส่วน

กรอบที่ 5.9 การบูรณาการการเยี่ยมเพื่อรับรู้เรียนรู้คุณภาพกับการเยี่ยมเฝ้าระวัง

	การเยี่ยมเพื่อรับรู้และเรียนรู้	การเยี่ยมเฝ้าระวัง
การประเมินตนเอง ด้วย score	ใช้ overall scoring เพื่อให้ โครงการมีคะแนนของทุก รพ. และสามารถวิเคราะห์ในภาพรวม ได้ (ส่งให้ พรพ. ก่อนวันเข้าเยี่ยม)	ใช้ overall scoring และ detailed scoring เพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา และเตรียมความพร้อมในการ รับรอง reaccreditation survey (ส่งให้ พรพ. เพื่อเรียนรู้ร่วมกัน)
PSG : SIMPLE Gap Analysis	5 เรื่อง	ทุกเรื่องที่มีโอกาสเป็นปัญหาของ รพ.
การพัฒนาคุณภาพ / การพัฒนาระบบงาน	5 เรื่อง	ไม่จำกัด
ประเด็นเพิ่มเติม / ประเด็นเฉพาะ	ความสมบูรณ์ของเวชระเบียน, การจัดการคำร้องเรียน	การติดตามการปฏิบัติตามข้อ เสนอแนะของผู้เยี่ยมสำรวจ, การบรรลุเป้าประสงค์ขององค์กร และระบบงานต่างๆ, ความ ปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย (ค้นหา AE มาวางระบบป้องกัน)

5.8.3 Detailed Scoring

พรพ. ได้จัดทำ HA Scorebook ขึ้น ในลักษณะ spreadsheet เพื่อ
ประมวลผลคะแนนการปฏิบัติตามมาตรฐานที่ง่ายต่อการใช้งานสำหรับผู้
เยี่ยมสำรวจขึ้น โดยประเมินในข้อย่อยทุกข้อ (detailed scoring) และจะเปิด
โอกาสให้โรงพยาบาลที่สนใจได้นำไปใช้ประเมินตนเองเป็นระยะ เพื่อ
สามารถใช้เป็นเครื่องมือในการกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เป็น
เสมือนการสะสมแต้มของตนเองและวัดความก้าวหน้าในการพัฒนาตนเอง
HA Scorebook ในปี 2552 นี้จะเน้นการประเมินเฉพาะตอนที่ I-III
ซึ่งจะมีการประเมินใน 2 ระดับ

1) การประเมินในระดับข้อย่อย (bullet) จะเลือกมาเฉพาะในประเด็นสำคัญ และประเมินให้คะแนนในระดับ 0-3

2) การประเมินในระดับหมวด (category) หรือบทนำคะแนนของข้อย่อยข้างต้นแต่ละข้อย่อยมาถ่วงน้ำหนักและหาค่าเฉลี่ยรวมของหมวดหรือบท

ให้คะแนนบวกเพิ่มโดยพิจารณา EIO ในภาพรวมของทั้งหมดหรือบท (ซึ่งทำได้ง่ายกว่าการประเมินในระดับข้อย่อย) โดยมีอัตราเพิ่มให้ดังนี้

- Evaluation & Improvement เพิ่ม 5-15%
- Integration เพิ่ม 5-10%,
- Innovation เพิ่ม 5-10%
- Outcome เพิ่ม 5-30% (จะให้คะแนนเพิ่มส่วน outcome เฉพาะเมื่อผลลัพธ์สูงกว่า norm ของกลุ่ม)

รวมอัตราเพิ่มสูงสุดที่เป็นไปได้ คือ 65% จากคะแนนเต็ม 3 ก็จะได้เป็นคะแนนเต็มของหัวข้อ = 4.95 ซึ่งใกล้เคียงกับคะแนน 5 ใน scoring guideline

คะแนนของทุกหมวดจะได้รับการถ่วงน้ำหนักตามความสำคัญและปริมาณเนื้อหาอีกครั้งหนึ่ง ก่อนที่จะนำมารวมกันเป็นคะแนนรวมทั้งหมด และคิดเทียบเป็นร้อยละของคะแนนเต็ม

สูตรต่างๆ ใน spreadsheet จะทำการคำนวณค่าต่างๆ ทันทีที่บันทึกข้อมูล

กรอบที่ 5.10 Detailed Scoring บทที่ I-4

	W	S	T
I-4 การวัดและวิเคราะห์			
4.1 การวัด วิเคราะห์ เพื่อปรับปรุงผลงานขององค์กร			
ก(1) ระบบวัดผลงานเพื่อติดตามผลงานทุกระดับ (การเลือก รวบรวม เชื่อมโยง ตัวชี้วัดสำคัญ)	2		0
ข(1) การวิเคราะห์ข้อมูล และการประเมินผลขององค์กร (ความสำเร็จ ความก้าวหน้า)	2		0
ข(2) การจัดลำดับความสำคัญของการพัฒนา และถ่ายทอดเพื่อการปฏิบัติ ทั้งทั้งองค์กร	2		0
4.2 การจัดการสารสนเทศ เทคโนโลยีสารสนเทศ และการจัดการความรู้			
ก(1) ความพร้อมใช้งานของข้อมูลและสารสนเทศ (เพื่อการดูแลผู้ช่วย การบริหาร การพัฒนา)	2		0
ก(2) ฮาร์ดแวร์และซอฟต์แวร์มีความเชื่อถือได้ ป้องกันไม่ให้ข้อมูลรั่วไหล และใช้งานง่าย	1		0
ก(3) ข้อมูล ระบบฮาร์ดแวร์และซอฟต์แวร์ พร้อมใช้งานต่อเนื่อง ในภาวะฉุกเฉิน	1		0
ข(1) การรวบรวมความรู้ แลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการปฏิบัติที่ดี และนำสู่การปฏิบัติ	2		0
ข(2) การถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนความรู้จากผู้ช่วย/ผู้รับผลงาน และองค์กรภายนอก	1		0
ข(3) การประมวลและนำความรู้ที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการวางแผนกลยุทธ์	1		0
ข(4) การนำหลักฐานทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับประสิทธิผลของวิธีการดูแลรักษามาประยุกต์ใช้	1		0
ค(1) ความแม่นยำ เชื่อถือได้ ทันเหตุการณ์ และปลอดภัย ของข้อมูลและความรู้	1		0
ค(2) การรักษาความลับของข้อมูลและสารสนเทศ	1		0
Average Score			0
Evaluation & Improvement (0-0.15)		0.00	
Integration (0-0.10)		0.00	
Innovation (0-0.10)		0.00	
Outcome (0-0.30)		0.00	
Multiplier			1
I-4 Adjusted Score การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้			0
หมายเหตุ: W=Weight (น้ำหนักของแต่ละข้อ), S=Score (คะแนนที่ประเมินให้), T=Total (W x T)			

6.1 หลายหลายวิธี กับ Clinical Tracer¹²

อาจจะเรียกได้ว่า การตามรอยทางคลินิก (clinical tracer) เป็นหัวใจของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพทางคลินิก เนื่องจากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคที่เราสนใจอย่างรอบด้าน เป็นเสมือนการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคดังกล่าวเพื่อเป็นจุดตั้งต้นสำหรับการพัฒนา การสร้างนวัตกรรม และการวิจัย

แม้จะได้มีการนำการตามรอยทางคลินิกไปใช้กันอย่างแพร่หลาย แต่ก็ยังมีคำถามอยู่บ่อยๆ เกี่ยวกับการนำไปใช้ และจะพบว่ามีโอกาสที่แตกต่างหลากหลายจนอาจทำให้เกิดข้อสงสัยว่าแนวทางที่ถูกต้องคืออะไร บทความนี้จึงรวบรวมแนวคิดเกี่ยวกับวิธีการใช้การตามรอยทางคลินิกที่เป็นไปได้ เพื่อให้ผู้อ่านเกิดความมั่นใจว่าไม่จำเป็นต้องมีรูปแบบการตามรอยเพียงรูปแบบเดียว

6.1.1 การใช้ clinical tracer

1. ใช้แบบเรียบง่าย คือการมุ่งเน้นพิจารณาอย่างใคร่ครวญว่า ประเด็นสำคัญในการดูแลโรคนี้คืออะไร ใช้อิทธิบาท 4 (มีใจรัก พากเพียร ทำ จิตผัดใฝ่ ไข้ปัญญา ไตร่ตรอง) ต่อประเด็นสำคัญเหล่านั้น จนเกิดปัญหาว่าควรจะทำอะไรต่อไป

2. เจาะลึกด้วยการเข้าไปดูในสถานที่จริง ในสถานการณ์จริง (Genchi Genbutsu) โดยเชื่อมโยงกับประเด็นสำคัญที่ใคร่ครวญไว้แล้ว เข้า

¹² ตีพิมพ์ใน Medical Times ปีที่ 10 ฉบับที่ 219 16-31 มกราคม 2552.

ไปดูว่าผู้ที่อยู่หน้างานทำงานกันอย่างไร ต้องใช้ข้อมูลและทรัพยากรอะไร มี ข้อมูลและทรัพยากรสนับสนุนเพียงพอหรือไม่ แนวทางที่ปฏิบัติไว้สามารถ นำไปปฏิบัติได้หรือไม่ ถ้าไม่ได้ทีมงานมีวิธีการทำงานอย่างไร มีอะไรที่เป็น ปัญหาหรือความเสี่ยงอยู่อีกบ้าง ฯลฯ

3. **ตามรอยเต็มรูปแบบ** คือการตามรอยผลลัพธ์ (ตัววัดผลลัพธ์ต้อง สัมพันธ์กับประเด็นสำคัญ), ตามรอยกระบวนการทำงาน (คล้ายกับในข้อ 2), ตามรอยกระบวนการพัฒนาคุณภาพ, และตามรอยความสัมพันธ์กับระบบ ต่างๆ ที่จะทำให้การดูแลโรคนี้ดีขึ้น

4. เชื่อมโยงกับ **Disease Specific Accreditation** ของ JCI โดยการนำแนวปฏิบัติบนพื้นฐานของข้อมูลวิชาการ (evidence-based guideline) และชุดตัวชี้วัดมาวิเคราะห์และประยุกต์ใช้อย่างเหมาะสม

5. **ประสานกับแนวคิด Lean** โดยถือว่าการดูแลตลอด episode ของการเข้ารับบริการในโรคใดโรคหนึ่ง ก็คือขั้นตอนที่จะนำมาจัดทำเป็น Value Stream Mapping (แผนภูมิสายธารแห่งคุณค่า) สำหรับโรคนั้นนั่นเอง การป้องกันความเสี่ยงในขั้นตอนต่างๆ ก็ถือว่าเป็นป้องกันความสูญเปล่า ในสายธารแห่งคุณค่าสำหรับผู้ป่วย แนวคิดการเลื่อนไหลอย่างต่อเนื่องไม่ สะดุด จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณค่ายิ่งขึ้น

6.1.2 สิ่งที่ควรดำเนินการต่อจากการตามรอย

1. ถือว่าการตามรอยเป็นการประมวลผลข้อสรุปต่างๆ ที่เคยมีมาทั้งหมด จึงนำมาสู่การจัดทำมาตรฐานการปฏิบัติงานที่สมบูรณ์

2. ถือว่าการตามรอยเป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันของการดูแลโรคที่ตามรอย จึงเห็นทั้งจุดแข็งและโอกาสพัฒนา ซึ่งการพัฒนาที่จะตามมาอาจจะเป็นการวิจัย การคิดค้นนวัตกรรม การนำ evidence มาปฏิบัติให้มากขึ้น หรือโครงการพัฒนาคุณภาพ

3. ถือว่าการตามรอยคือการ capture knowledge asset จึงนำมาสู่การใช้ทำความเข้าใจในทีมงานเป็นประจำ

หวังว่าคงจะช่วยทีมงานได้ใช้ประโยชน์จากการตามรอยทางคลินิกได้มากขึ้น และเรียบง่ายขึ้น

6.2 Proxy Disease¹³

การใช้เครื่องมือเพื่อประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในทุกกระบวนการ การครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยต่างๆ ที่หลากหลาย ทำให้ทีมงานสามารถประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานโรงพยาบาลตอนที่ III ได้ เราอาจเรียกกระบวนการนี้ว่า Self Enquiry เป็นการวิจัยสืบค้นตนเองอย่างรอบด้าน

หลังจากที่ใช้เครื่องมือทุกชนิดที่มีอยู่แล้ว เราก็พบว่ากระบวนการดูแลผู้ป่วยบางขั้นตอนยังขาดเนื้อหา หรือแม้จะมีเนื้อหาที่เป็นเนื้อหาที่ยังไม่เข้มข้นพอ เช่น การเข้าถึงบริการ

จึงเกิดคำถามขึ้นในใจว่า หากจะพิจารณาคูณภาพของการเข้าถึงบริการแล้ว เราจะนึกถึงโรคอะไรบ้าง บางท่านนึกถึงโรคฉุกเฉิน บางท่านนึกถึงโรคเรื้อรัง บางท่านนึกถึงโรคที่จำเป็นต้องได้รับการ investigate เป็นพิเศษ ฯลฯ ซึ่งก็สามารถใช้ได้ทุกกลุ่มที่กล่าวมา ถ้าพิจารณาให้ละเอียดมากขึ้นว่าตัวอย่างของโรคฉุกเฉิน โรคเรื้อรัง โรคที่ต้องได้รับ investigate เหล่านั้นคือโรคอะไร และลักษณะที่แสดงคุณภาพของการเข้าถึงในโรคเหล่านั้นมีอะไรบ้าง เราจะได้คำตอบถึงลักษณะเฉพาะของแต่ละโรค เราจะเห็นคุณภาพของกระบวนการเข้าถึงได้ดียิ่งขึ้น

เราจะเรียกกระบวนการคิดตรงนี้เพื่อสื่อสารกัน เพื่อกระตุ้นเตือนให้เราใช้วิธีการนี้เป็นเครื่องมือสุดท้ายที่จะประเมินคุณภาพของกระบวนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างไร เป็นที่มาของความจำเป็นที่จะต้องใช้ศัพท์อะไรสักคำหนึ่งเพื่อให้ง่ายในการสื่อสาร

คำตรงๆ ในภาษาไทยก็คือ "โรคที่เป็นตัวแทนคุณภาพหรือสามารถแสดงคุณภาพการดูแลในขั้นตอนที่ต้องการประเมิน" ฟังดูแล้วก็เป็นวลีที่ค่อนข้างยาว คงจะไม่เป็นที่นิยมนำไปใช้ จำเป็นต้องหาศัพท์ที่ฟังง่าย ๆ พูดยังง่าย ๆ มาใช้

คำที่ได้คือคำว่า proxy เป็นคำที่เคยคุ้นหูในหมู่นักใช้คอมพิวเตอร์ว่า หมายถึง server หรือ IP address หรือ gateway ซึ่งเป็นตัวกลางระหว่างเครื่องคอมพิวเตอร์ของผู้ใช้กับเครือข่าย internet ซึ่งข้อมูลต่างๆ จะต้องผ่านเป็นตัวที่ทำหน้าที่ firewall และเป็น catch area เพื่อทำให้การแสดงผลหน้า

¹³ ตีพิมพ์ใน Medical Times ปีที่ 9 ฉบับที่ 216 1-15 ตุลาคม 2551.

จอของ web เป็นไปได้รวดเร็วขึ้น

เมื่อศึกษาความหมายของคำว่า proxy ให้กว้างขวางขึ้น จะพบว่าคำนี้มีความหมายถึงการทำหน้าที่เป็นตัวแทนในสถานการณ์ต่างๆ มากมาย เช่น

- ผู้ได้รับมอบอำนาจให้ทำหน้าที่แทน ได้รับมอบอำนาจให้ลงคะแนนเสียงแทน
- เอกสารแสดงถึงการมอบหมายอำนาจ
- ตัวแปรที่ตัวมันเองไม่สำคัญ แต่สามารถเป็นตัวแทนของตัวแปรที่เราสนใจได้ เช่น ความกว้างของวงปีที่ใช้เป็นตัวแทนของอุณหภูมิ
- Software ซึ่งทำหน้าที่แทนโดยซ่อนรายละเอียดไว้ ไม่แสดงออก

เรานำคำว่า Proxy Disease มาใช้ในความหมายว่าโรคใดๆ ที่เป็นตัวแทนในการแสดงออกถึงคุณภาพในขั้นตอนที่เราสนใจ

หลายท่านอาจจะสงสัยว่าแล้ว Proxy Disease แตกต่างจากการใช้ Clinical Tracer อย่างไร

Clinical Tracer เราเริ่มจากโรค แล้วพิจารณาประเด็นสำคัญต่างๆ ในการดูแลโรคนั้น จะทำให้เราเห็นคุณภาพในขั้นตอนต่างๆ ในที่สุด

Proxy Disease เราเริ่มจากกระบวนการที่สนใจ แล้วพิจารณาว่าโรคใดจะเป็นตัวแทนให้เราเห็นคุณภาพตรงจุดนั้น อาจจะเป็นโรคที่เราเคยทำ Clinical Tracer มาแล้ว หรืออาจจะเป็นโรคที่เราไม่เคยให้ความสนใจมาก่อน

การใช้ Proxy Disease เป็นเพียงกระบวนการทางความคิดที่จะเติมเต็มให้กับการพิจารณาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น มิได้มีความยุ่งยากซับซ้อนอะไรเพิ่มขึ้น

7

ว่าด้วยการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ และจิตตปัญญา (Spirituality)

- 7.1 Spirituality in Healthcare
- 7.2 Humanized Healthcare
- 7.3 Healing Environment
- 7.4 Living Organization
- 7.5 เข้ากับคุณภาพ

7.1 Spirituality in Healthcare¹⁴

ผู้ที่ทำงานพัฒนาคุณภาพมามากๆ จะพบว่าเมื่อถึงจุดหนึ่งจะเริ่มตีบทัน ไม่ว่าจะพยายามสักเท่าไร จะใช้เครื่องมืออะไร จะใช้แรงจูงใจอย่างไร จะพบว่าผลลัพธ์ยังไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง

คุณหมอยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ กรมสุขภาพจิต ได้มาบอกเล่าแนวคิดที่จะฝ่าฟันกำแพงนี้ในการประชุม HA National Forum ครั้งที่ 9 ที่ผ่าน มา ภายใต้หัวข้อว่า Spirituality in Healthcare

ท่านกล่าวไว้ว่า

“ความพยายามในการพัฒนาองค์กรเหล่านี้ในที่สุดมันก็มาถึงจุดจุดหนึ่งที่คนเราหรือผู้บริหารองค์กรหรือทีมงานที่พัฒนาคุณภาพพยายามหาคำตอบว่าในที่สุดทุกโปรแกรมก็จะมีข้อจำกัด คือเราไม่สามารถที่จะฝ่าข้ามตัวเองไปได้ เราพยายามจะพัฒนาระบบ พยายามจะพัฒนาคน แต่ในที่สุดปัญหาที่หนีไม่พ้นว่าทำอะไรจะทำให้คนของเรามีจิตใจที่ตรงม ดูแลผู้ป่วยได้ด้วยความสุข ให้ความเมตตา มีความรับผิดชอบ ทำงานร่วมกันอย่างสมานฉันท์ มีอะไรก็สามารถช่วยเหลือเกื้อกูลกันได้ในระหว่างคนทำงาน”

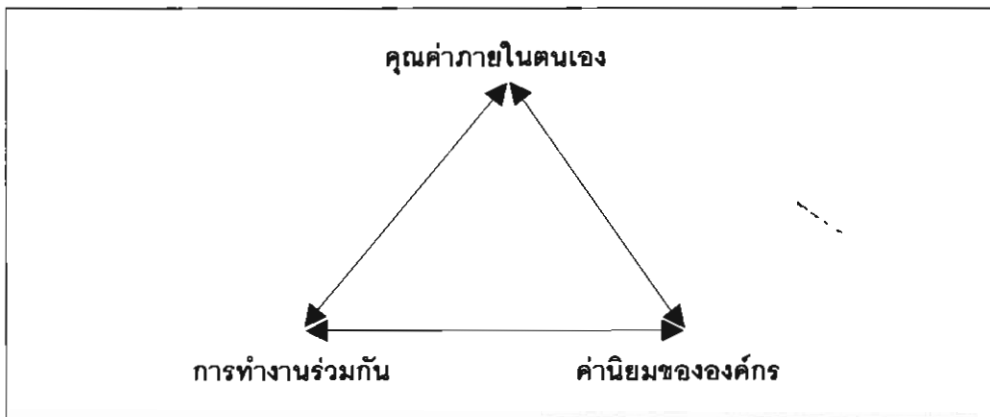
“แนวคิดก็คือว่าเราต้องพัฒนาข้ามไปอีกขั้นหนึ่ง นอกจากเราจะพัฒนาระบบ พัฒนาคนด้วยโปรแกรมต่างๆ แล้ว สิ่งที่เราควรที่จะพัฒนาคือพัฒนาในส่วนที่ลึกของจิตใจ”

¹⁴ สตีฟมพิโน Medical Times ปีที่ 9 ฉบับที่ 206 1-15 พฤษภาคม 2551.

**“จิตวิญญาณจะตอบปัญหาส่วนลึกของจิตใจ ตอบปัญหาเรื่อง
ความคิด ตอบปัญหาเรื่องความทรงจำของจิตใจ เรื่องเหล่านี้หน้าจะเป็น
กำแพงชั้นในที่สุดที่เราจะต้องฟันฝ่าเข้าไปในกำแพงชั้นในคือเรื่อง
ของ spirituality ให้ได้”**

คำว่า spirituality เป็นคำที่ถ้าทำความเข้าใจให้ดีแล้ว จะใช้ประโยชน์
ได้มาก คุณหมอยงยุทธได้ใช้คำว่า “จิตตปัญญา” สำหรับคำว่า spirituality
หมายถึงปัญญาที่ใช้ควบคุมดูแลจิตใจตนเองให้เราเป็นคนดี มีเมตตา
ทำงานอย่างมีความรับผิดชอบ เป็นปัญญาที่เกิดจากการฝึกฝน เป็นคนละ
อย่างกับเขวรนปัญญาที่เกิดจากการเรียนรู้

ภาพที่ 7.1 สามเหลี่ยมเขยื้อนจิตตปัญญา



ท่านได้พูดถึง “สามเหลี่ยมเขยื้อนจิตตปัญญา” ซึ่งประกอบไปด้วย
(1) การพัฒนาให้เกิดคุณค่าภายในตนเอง (2) การพัฒนาการทำงานร่วมกัน
เป็นทีม (3) การสร้างสปิริตหรือค่านิยมในองค์กร โดยทั้งสามส่วนนี้จะเน้น
การพัฒนาจิตตปัญญา

ส่วนที่หนึ่ง การพัฒนาให้เกิดคุณค่าภายในตนเอง มีแนวคิดพื้น
ฐานว่าคุณค่าภายในมาจากคุณค่าที่ลึกซึ้งขึ้นไป คือความสงบ ถ้าจิตใจเรามี
ความเครียด ความโกรธ ความน้อยใจ ความวุ่นวาย การมีอารมณ์หรือไม่
สงบ สิ่งเหล่านี้จะไม่สามารถทำให้เราสร้างหรือแผ่คุณค่าในตนเองออกมาได้
จึงมีการพัฒนาเครื่องมือที่จะเข้าถึงความสงบที่จิตวิทยาแนวพุทธได้พัฒนา
ขึ้นมา

“กระบวนการของสมาธิในทางจิตวิทยาจะเริ่มต้นจากทำให้ความคิดหยุดก่อน เวลาเรายู่กับลมหายใจเข้าออก ถ้าเราจะสังเกตลมหายใจได้ เราจะต้องหยุดความคิด ก็ฝึกหยุดความคิดด้วยการรู้ลมหายใจ ถ้าเราสะสมการรู้ลมหายใจได้นานๆ ก็จะเกิดความสงบ ความสงบก็ทำให้เกิดความผ่อนคลายของร่างกายและจิตใจ ภาวะเช่นนี้เองที่ทำให้เราส่งคุณค่าของตัวเองออกมาตามธรรมชาติของจิตของมันเอง”

“เห็นก่อนว่าคุณค่าในตนเองต้องมาจากจิตที่สงบ และจิตที่สงบมันมาจากสมาธิและสติ ถ้าเรามีสมาธิและสติ คุณค่าในตนเองทั้งหลายไม่ว่าจะเป็นความรัก ความเมตตา ความเสียสละ ความเห็นอกเห็นใจ ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มันจะเกิดขึ้นเอง มันจะเกิดขึ้นมาจากจิตที่สงบ”

ส่วนที่สอง จิตตปัญญากับการพัฒนาที่มงาน

คุณหมอยงยุทธได้พูดถึงการพัฒนาคุณค่าของทีมงานโดยการสื่อสารอย่างมีสติและการคิดเชิงบวก

“ทั้งการพูดอย่างมีสติและการฟังอย่างมีสติ เป็นหัวใจสำคัญของการสื่อสารภายในทีมที่จะทำให้ทีมมีความรัก ความผูกพัน ความช่วยเหลือเกื้อกูลกัน หนักนิดเบาหน่อยให้อภัยกัน”

“เราจะมาฝึกความคิดทางบวกในเรื่องคนและงาน เพราะว่าเวลาเรามองคนเรามักจะเลือกมองทางลบ ยิ่งเรามีอารมณ์มากก็จะยิ่งมองทางลบมาก ถ้าเราเริ่มมีสติเราก็จะเริ่มมองทางบวกไม่ยาก ก็ต้องฝึกมองทางบวกกัน”

ส่วนที่สาม การสร้างสปิริตหรือค่านิยมในองค์กร

การสร้างค่านิยมในองค์กรจะมีเรื่องสำคัญอยู่สองเรื่อง คือเรื่องค่านิยมร่วม และการสร้างระบบที่เอื้ออำนวย

ในการสร้างค่านิยมร่วมนั้น คุณหมอยงยุทธแนะนำให้สร้างจากประสบการณ์ให้ทีมงานนึกถึงช่วงการทำงานที่ดีที่สุดในชีวิต ให้เล่าสู่กันฟัง ค้นหาลักษณะร่วมว่าองค์กรที่นำทำงานมีลักษณะอย่างไร ให้ทำ multivoting ว่าคุณลักษณะ 3-4 ประการที่สำคัญที่สุดที่คิดว่าองค์กรปัจจุบันนี้น่าจะเป็นอย่างไร แล้วเอาสิ่งเหล่านี้ขึ้นมาเป็นค่านิยมร่วมขององค์กร

ในการสร้างระบบที่เอื้ออำนวยนั้น คุณหมอยงยุทธได้แนะนำวิธีการง่ายๆ แต่ได้ผลกว้างขวาง เช่น

(1) ความสงบหนึ่งนาที เมื่อทำงานไปหนึ่งชั่วโมง จะเปิดเพลง “ลม

หายใจเข้า ลมหายใจออก" เปิดหนึ่งนาที คนก็จะได้พักอยู่กับลมหายใจสัก หนึ่งนาทีแล้วค่อยทำงานต่อ

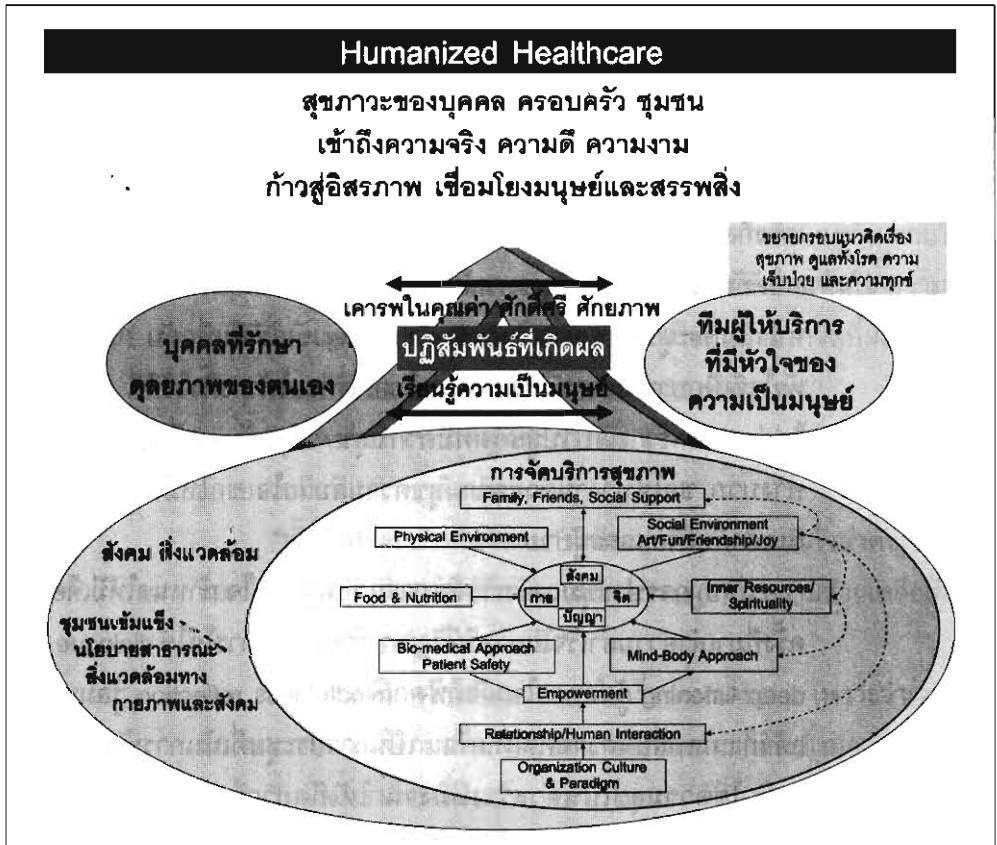
(2) **Brief-in, brief-out** ตอนที่พยาบาลจะผลัดเวรกัน คนออกก็จะ brief-out ให้สรุปสั้นๆ คนละหนึ่งนาทีว่าวันนี้เจออะไรหนักๆ มาบ้าง เจออะไรที่ภาคภูมิใจบ้าง เพราะว่าถ้าเราเอาเรื่องหนักๆ ที่ไม่แล้วใจกลับไปบ้าน ท่านก็จะทำร้ายคนในครอบครัวต่อไป มันจะเก็บสะสมอยู่ในจิตใจได้สำนึก มันไม่ไปไหน ก็ทำไม่มาให้เขาบรรยายออกมาเสีย นี่เป็นวงกลมเล่า พอเล่าเสร็จก็สรุปว่าวันนี้มีอะไรจะฝากให้กับเวรถัดไป อันนี้ก็เท่ากับเป็นการ brief-in ให้กับคนที่จะเข้ามารับเวร แล้วก็นั่งสมาธิด้วยกันสักนาทีหนึ่ง เวลาจบหัวหน้าทีมก็จะพูดคำพูดทาง positive thinking ขอให้ทีมที่กลับ กลับไปด้วยหัวใจที่เบิกบาน มีความคับข้องหมองใจอะไรก็ขอให้วางทิ้งไว้ที่นี่ ขอให้กลับไปสู่อครอบครัว กลับไปสู่ชีวิตที่มีความสุข สำหรับคนที่ทำงานก็สั่งจิตทางบวก ขอให้ทำงานด้วยความสุขความสบายใจ ขอให้มีความรักความเมตตากับเพื่อนและผู้ป่วย

(3) **การประชุมและการจัดการความรู้ด้วยใจ** กำหนดให้มีเดือนละครั้งที่มาเล่าความสำเร็จในการแก้ปัญหา กำหนดกติกาการใช้ dialogue เน้น deep listening รู้ลมหายใจแล้วก็ฟัง mindfulness reflection รู้ลมหายใจแล้วก็แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน เป็นการประชุมที่เน้นการพัฒนาความสงบ ใช้ความสุขเป็นตัวสร้างทีมงาน ให้เกิดการสื่อสารกันในลักษณะกัลยาณมิตร

"พอผู้ปฏิบัติงานรู้สึกว่าเขามีจิตวิญญาณที่ดีแล้ว การที่จะพัฒนาบริการสุขภาพ ขึ้นมาในการดูแลจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วยก็จะเกิดขึ้นมาโดยไม่ยาก คงจะเป็นแรงบันดาลใจเล็กๆ อันหนึ่งให้กับผู้ที่สนใจเรื่อง spirituality in healthcare ว่าเราน่าจะมีวิธีการและเครื่องมือที่เป็นรูปธรรม ในการสร้าง spirituality"

7.2 Humanized Healthcare

ภาพที่ 7.2 กรอบแนวคิดเรื่อง Humanized Healthcare



ความตึบตันในการหาทางออกต่อสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน นำมาสู่ข้อเสนอของ ศ.นพ.ประเวศ วะสี ให้ปฏิรูประบบการดูแลสุขภาพจาก modernized healthcare มาสู่ humanized healthcare ซึ่งมีได้หมายความว่าเราจะละทิ้งความทันสมัย แต่จะทำให้เราใช้ความทันสมัยนั้นในการดูแลมากยิ่งขึ้น นำความทันสมัยมาปรับใช้มนุษย์มากขึ้น หากกระทำความคู่ไปกับแนวคิดการดูแลที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์

ศ.นพ.ประเวศ วะสี กล่าวว่า ธรรมชาติของมนุษย์ก็สิ่งๆ แล้วมีเมล็ดพันธุ์แห่งความดีหรือจิตประภัสสรอยู่แล้วในตัวของคน ขอให้ระลึกู๋หมั่นรดน้ำพรวนดิน เมล็ดพันธุ์แห่งความดีก็จะเติบโต หากมีการค้นหาและ

บันทึกเรื่องราวของการทำความดีต่างๆ มาเผยแพร่กัน จะทำให้ผู้ที่ได้อินมี
อาการจิตดีขึ้น อยากจะทำความดี

ความหมายที่ลึกของ *humanized healthcare* คือ "ศักยภาพของการ
เข้าถึงความจริง ความดี ความงาม" ซึ่งมีแต่มนุษย์เท่านั้นที่มีศักยภาพนี้ เป็น
การเฉพาะ

เมื่อเข้าถึงความจริง จะเกิดอิสรภาพ เกิดความสุขอันล้นเหลือ ความ
รักอันไพศาลต่อเพื่อนมนุษย์ จะปลดปล่อยเราออกจากความบีบคั้น จาก
ความไม่จริง ความจริงนั้นยิ่งใหญ่มาก ใหญ่ที่สุด ใหญ่กว่าจักรวาล เมื่อ
ยึดเอาตัวตนจะแคบ

เมื่อเข้าถึงความจริง จะเข้าสู่อิสรภาพอันใหญ่โตที่สุด จึงหลุดจาก
ความบีบคั้น มีความสุขที่สุด ทุกอย่างจะเป็นความงามไปหมด มนุษย์ สัตว์
น้ำ อากาศ ไบโม่ ไบโหญา เป็นความงามมาหล่อเลี้ยงหัวใจ

ความจริง ความดี ความงาม ผันเป็นเรื่องเดียวกันหมด ตรงนี้คือ
สุขภาวะที่แท้จริง

หัวใจของความเป็นมนุษย์คือตัวสุขภาพนั่นเอง เป็น *supreme health*
เป็นอภิสุขภาวะ ที่ทุกคนเข้าถึงได้ เราสามารถส่งเสริมให้ทุกคนเข้าถึงตรง
นี้ได้

หากบุคลากรสาธารณสุขสามารถเข้าถึงความเป็นมนุษย์ได้ นอกจาก
ตัวเองจะมีความสุขแล้ว จะช่วยให้เพื่อนมนุษย์มีความสุขได้ด้วย พลังของ
ความเป็นมนุษย์จะช่วยบำบัดโรคเครียดซึ่งเป็นโรคและสาเหตุของโรคที่
พบบ่อยที่สุดในโลก คนไข้และญาติจะมีความสุขด้วยสัมผัสได้จากสายดา
และคำพูดของเจ้าหน้าที่ และจะนำมาสู่นวัตกรรมต่างๆ ด้วยความที่เจ้า
หน้าที่มีน้ำใจต่อผู้ป่วย

พลังขับเคลื่อนต่างๆ มีรหัสฝังลึกอยู่เปรียบเสมือน DNA ของเซลล์
รหัสดำในการพัฒนานำไปสู่ความรู้ อำนาจ เงิน (KPM) ซึ่งก่อให้เกิด
ปัญหามากมาย รหัสใหม่ที่ควรจะเป็นคือ ความดี การอยู่ร่วมกัน และความ
รู้ (GCK) ความรู้ในที่นี้เป็นความรู้ในตัวคน ที่ได้มาจากประสบการณ์ชีวิต
และการทำงาน เกิดจากการสัมผัสความจริง ความทุกข์ยาก ซึ่งจะนำไปสู่
ปัญญา มิใช่ความรู้ที่นำไปสู่การเอารัดเอาเปรียบ

ศ.นพ.ประเวศ วะสี สรุปว่า "เรื่องความเป็นมนุษย์เป็นพลังแรง

ที่สุด ไม่มีพลังอะไรอีกแล้วที่จะสู้กับพลังทางลบที่กำลังเกิดขึ้นในสังคมไทย นอกจากพลังของความเป็นมนุษย์”

7.3 Healing Environment¹⁵

เราจะสร้างสิ่งแวดล้อมของเราอย่างไรให้เคารพต่ออารมณ์และความรู้สึกของผู้คน สิ่งแวดล้อมที่เยียวยาผู้คน ใส่ใจในอารมณ์ความรู้สึกของผู้คนที่เข้ามา ให้สถานที่พาดพิงใจของผู้ป่วยไปสู่การหายจากการเจ็บป่วย ทำให้บรรยากาศของโรงพยาบาลมีความหมาย คนเดินเข้ามาแล้วเห็นประวัติศาสตร์ดังเช่น “The Wall of Love” จากเหตุการณ์สึนามิ ซึ่งเป็นกำแพงที่ใช้ในการสื่อสาร เป็นที่พึ่งของคนยามทุกข์ยามยาก โรงพยาบาลไม่ได้มีแต่ตัวตึก แต่มีความหมาย มีเรื่องราว เรื่องราวของการเยียวยาดี ๆ กลายเป็นสิ่งแวดล้อมที่เรียกว่า healing environment เป็นที่ที่ผู้คนจะรู้สึกได้ว่าที่นี่แหละจะเป็นที่เข่าฝากชีวิตของเขาให้เราเยียวยา

7.3.1 ภูมิสถาปัตยกรรมกับผัสสะ

- เปลี่ยนแปลง space (พื้นที่ว่าง) ให้กลายเป็น place (สถานที่ของการเยียวยา)
- ลดขอบเขตที่ปิดกั้นการเชื่อมโยงผู้ป่วยกับโลกภายนอก
 - ▶ เชื่อมโยงผู้ป่วยไปหาภูมิลำเนาเดิมที่เขาถูกแยกตัวออกมา เช่น อดเสียงในชีวิตประจำวันในสิ่งแวดล้อมที่ผู้ป่วยเคยอยู่ (soundscape) “ไปให้ผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยหรือผู้ป่วยระยะสุดท้ายฟัง
 - ▶ ส่งเสริมให้เกิด social support โดยครอบครัวและญาติ ในกระบวนการดูแลรักษา
- ลดความซับซ้อนของโครงสร้างที่ทำให้ผู้คนสับสน
- จัดสถานที่ให้เอื้อต่อ social support เช่น วางเก้าอี้ให้ผู้นั่งรอสามารถล้อมวงคุยกันได้ แทนที่จะวางเรียงไปตามผนัง

¹⁵ สรุปรจากคำบรรยายของ ดร.นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ “เรื่อง Sense & Sensibility องค์กร ผัสสะ และสุนทรียภาพ” นำเสนอในการประชุม HA National Forum ครั้งที่ 9 วันที่ 12 มีนาคม 2551 ศูนย์การประชุม IMPACT เมืองทองธานี

- การมีส่วนร่วมตามจุดต่างๆ จะช่วยให้เกิดความผ่อนคลายทั้งเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย

7.3.2 รูป แสง สี และการเห็น

- การให้ผู้ป่วยได้เห็นในสิ่งที่อยากเห็น
- การมีแสงธรรมชาติในหอผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยหายได้เร็วกว่า มีอาการปวดน้อยกว่า
- การเปิดโทรทัศน์ให้ผู้ป่วยดู บางรายการอาจจะทำให้เกิดความเครียดมากขึ้น
- Visual stimulation ตามฝ่าผืนทางเดินโดยใช้ภาพ หรือศิลปะอื่นๆ
- ICU ที่มีหน้าต่างเปิดออกไปที่สวนหรือใช้รูปที่ได้รับการเลือกอย่างเหมาะสม

7.3.3 เสียงและโสตสัมผัส

- ความสำคัญของการได้ยินเสียงต่างๆ และแปลความหมายของผู้ป่วย โดยเฉพาะในช่วงที่ผู้ป่วยมองไม่เห็น
- ความดังของเสียงเฉลี่ย (background noise) ในโรงพยาบาล ซึ่งดังถึง 2 เท่าของเกณฑ์มาตรฐาน เนื่องจากมีแหล่งของเสียงจำนวนมากและไม่มีอุปกรณ์ดูดซับเสียง
 - ▶ เสียงใน incubator จากหลอดไฟซึ่งมีการก้องสะท้อนอยู่ภายในตู้
 - ▶ เสียงที่ดังซ้าๆ จะทำให้เกิด stress เช่น เสียงดังบีบๆ ใน ICU
 - ▶ เสียงประกาศเรียกคนไข้ ประกาศรับบัตร ประกาศรับยา ก็ดังมาก
 - ▶ เสียงยกที่กันเตียง
 - ▶ เสียงดังมีความสัมพันธ์กับ perceived workload และ burn out ของเจ้าหน้าที่
- การแก้ไขเรื่องเสียงบางเรื่องเป็นสิ่งที่ไม่ยาก เช่น
 - ▶ เปลี่ยนรองเท้าของเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยเป็นรองเท้าที่ไม่มีเสียง
 - ▶ หยอดน้ำมันล้อรถเข็น
 - ▶ ลดการใช้ภาชนะสแตนเลส
- Music therapy ช่วยลดความเครียดแก่ผู้ป่วย

7.3.4 ผัสสะอื่น ๆ

- กลิ่นโรงพยาบาล
- รสชาติของอาหาร
- เวลาอาหาร
- ความหนาวร้อน
- สัมผัส สายลม
- ที่นอน หมอน
- ผ้ารองนอน
- ชุดคนไข้

7.3.5 ธรรมารมณ์กับสุนทรียภาพ

- การรับรู้ด้วยใจ ซึ่งต้องสร้างผ่านเรื่องราว ผ่านการพูดคุย
- ความศรัทธา (sense of trust) เป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการเยียวยาความสัมพันธ์ที่ราวฉานระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ ด้วยการพยายามทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าได้ถูกคุกคาม
- อารมณ์ขัน (sense of humor) การหัวเราะสามารถช่วยเพิ่มภูมิคุ้มกันต้านทานให้แก่ร่างกายได้
- Sense ของการเข้าใจเรื่องราวต่างๆ การที่ผู้ป่วยให้ความหมายกับเรื่องราวและการเจ็บป่วยของเขาได้ จะทำให้หายได้เร็วกว่า การเล่าเรื่อง การลำดับเรื่องให้ make sense ทำให้ suffering มัน sufferable ความทุกข์มันพอทนต่อไปได้ เป็นการ cure เป็นการ heal เป็น narrative medicine
- การฟัง (hearing) กับการเยียวยา (healing) เป็นเรื่องเดียวกัน การฟังเรื่องเล่ามันหมายความว่าเรายังไม่รู้เรื่องราวข้างหน้าจะเดินไปอย่างไร แต่การซึกประวัติที่แปลว่าเรารู้ล่วงหน้าแล้วว่าเราอยากจะทำอะไร โลกนี้ไม่ได้มีแต่เรื่องที่เรารู้แล้ว ชีวิตของคนไข้มีเรื่องที่เราไม่รู้อีกมาก แล้วการฟังมันเยียวยาเขา พอๆ กับการเยียวยาเจ้าหน้าที่ที่รับฟัง
- การทำงานด้วย spirit ของคนทำงานสุขภาพที่ได้รับความไว้วางใจให้มาดูแลชีวิตของผู้คน การมี humanistic sensibility มีความละเอียดอ่อนของความเป็นมนุษย์ เห็นชีวิตของผู้คน เห็นเรื่องราวที่ซ่อนอยู่ข้างหลัง

ความเจ็บป่วย ทำภารกิจในการฟื้นชีวิตผู้ป่วยให้ขึ้นมาสู่ชีวิตได้ใหม่

กระบวนการเยียวยาทั้งหลายเป็นกระบวนการที่มองหลายมิติ ชีวิตมีหลายมิติ เวลาดูแลหลายมิติให้มันลงตัว เราเรียกว่าศิลปะ การดูแลผู้ป่วย การจัดระบบบริการมีหลายมิติมาก เมื่อดูแลหลายมิติให้มันลงตัวได้ เราเรียกว่าศิลปะ ถ้าเราสนใจแต่มิติใดมิติเดียว เช่น มิติของประสิทธิภาพ มิติของการปลอดภัย นี่ก็ไม่ใช่ศิลปะ เป็นแค่เทคนิค ถ้าเราจะผสมผสานเข้ามาให้ลงตัวได้เป็นศิลปะขึ้นมา สนุทริยภาพมาจากวิธมองแบบนี้ ที่เราต้องมาสนใจเรื่อง ความรู้และความรู้สึก หรือ เหตุผลกับอารมณ์ หรือมาสนใจเรื่อง ผัสสะหรือสุนทริยภาพ เพราะว่าความงาม รวมถึงความดีงาม มันมีสรรพคุณเยียวยามนุษยชาติได้ เยียวาความทุกข์ได้ และถ้าอยากให้โรงพยาบาลของเราเป็นสถานที่แห่งการเยียวยา เราก็ต้องมาสนใจมิติเหล่านี้

7.4 Living Organization¹⁶

เมื่อเราวางระบบคุณภาพที่เข้มแข็งมากขึ้น เราเริ่มสังเกตเห็นถึงความสุขที่ลดลง

ความสุขที่ลดลงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผลการดำเนินงานของเราลดลง จะทำอย่างไรให้เกิดสมดุลระหว่างการมีระบบและความสุขของคนทำงาน นำไปสู่ผลการดำเนินงานที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

หันไปมองในด้านผู้บริหารของธุรกิจที่ประสบความสำเร็จทั่วโลก แม้ตัวเลขผลการดำเนินการของธุรกิจจะดูดี แต่ผู้บริหารระดับสูงต้องตกอยู่ภายใต้แรงกดดันมหาศาล ต้องทำงานมากขึ้น มีเวลาส่วนตัวน้อยลง มีความพึงพอใจในชีวิตลดลง ต้องเผชิญกับบางสิ่งบางอย่างที่อยู่เหนือการควบคุมโดยที่ไม่สามารถอธิบายได้ (Fritjof Kapra: The Hidden Connections)

มีผู้ให้อุปมาอุปไมยขององค์กรไว้ 2 ลักษณะ คือเครื่องจักรทำเงิน กับองค์กรที่มีชีวิต

ในองค์กรที่เป็นแบบเครื่องจักรทำเงิน จะมีลักษณะที่เจ้านายคิด ลูก

¹⁶ ดิพิมพ์ใน Medical Times ปีที่ 9 ฉบับที่ 199 16-31 มกราคม 2551.

น้องทำ ออกแบบงานมาตรฐานในรายละเอียดทุกชั้นตอน ประสิทธิภาพเกิดจากการควบคุมจากบนลงล่าง

คนนอกเป็นเจ้าของ ชื้อขายได้ เมื่อซำรุดต้องเปลี่ยนแปลงหรือออกแบบใหม่โดยคนอื่น

ในองค์กรที่มีชีวิต จะมีความสามารถในการสร้างตัวเอง เปลี่ยนแปลง วิวัฒนาการโดยตัวของมันเองอย่างเป็นธรรมชาติ การกำหนดชีวิตของสมาชิกให้ดำเนินไปตามเป้าหมายเท่ากับเป็นการลดทอนความเป็นมนุษย์ การควบคุมคือการพรากคนทำงานไปจากความมีชีวิตชีวา การชื้อขายเท่ากับเป็นการค้าทาส

เมื่อมีการศึกษาสิ่งมีชีวิตในระดับต่าง ๆ ทำให้ได้ข้อสรุปว่า "ระบบที่มีชีวิต" (living system) คือระบบเปิดซึ่งจัดการตนเอง (open, self-organizing systems) มีลักษณะพิเศษของชีวิตและมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม โดยการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและสสาร-พลังงาน

ระบบที่มีชีวิตจะประมวลผลข้อมูลข่าวสารมากกว่าระบบที่ไม่มีชีวิต (ยกเว้นคอมพิวเตอร์)

การมองว่าสิ่งมีชีวิตเป็นระบบที่ซับซ้อน ทำให้ประยุกต์แนวคิดของระบบที่มีชีวิตกับธรรมชาติทั้งมวลได้ เช่น องค์กร ชุมชน สังคม จนถึงจักรวาล

ความมีชีวิตขององค์กรคือความสามารถในการเรียนรู้ ความยืดหยุ่นที่จะปรับตัว ศักยภาพในการสร้างสรรค์ และมีจิตวิญญาณหรือความรู้สึกนึกคิดร่วมขององค์กร

ในโครงสร้างที่เป็นทางการขององค์กร หน้าที่และความสัมพันธ์เชิงอำนาจจะมีความสำคัญกว่าคน เมื่อบุคคลเข้าไปอยู่ในตำแหน่งใด ก็ต้องทำตามข้อกำหนดของตำแหน่งนั้น บุคคลที่อยู่ล่างกว่าต้องจำนนต่อผู้ที่มีตำแหน่งและอำนาจสูงกว่า ลักษณะดังกล่าวเหมาะสมสำหรับการทำงานประจำหรืองานที่จำเจ

ในทางปฏิบัติจริง จะมีเครือข่ายที่ไม่เป็นทางการอยู่ในองค์กร เครือข่ายเหล่านี้จะทำหน้าที่ย่อยกรอนนโยบายและคำสั่งต่าง ๆ จากโครงสร้างที่เป็นทางการ ใช้ความคิดสร้างสรรค์ในการเผชิญสถานการณ์ใหม่ๆ สิ่งเหล่านี้จะเกิดขึ้นได้ต้องมีการสื่อสารที่เลื่อนไหล เป็นพลวัต มีพื้นที่ทางสังคมสำหรับการสื่อสารที่ไม่เป็นทางการ

Margaret J. Wheatley ได้นำความรู้ทางวิทยาศาสตร์ใหม่ๆ มาประยุกต์ใช้เพื่ออธิบายความเป็นไปและสิ่งที่จะควรจะเป็นขององค์กร ดังเช่นพื้นที่ว่างในโลกควอนตัมไม่ใช่สิ่งว่างเปล่าที่อ้างว้าง แต่เต็มไปด้วยสนามที่มองไม่เห็น ซึ่งแม้จะมองไม่เห็นก็สามารถสังเกตเห็นผลของมันได้ สนามพลังในองค์กรคือสิ่งที่มองไม่เห็น เช่น วัฒนธรรม ค่านิยม วิสัยทัศน์ จริยธรรม ข้อแนะนำก็คือเราไม่ควรมั่นใจเฉพาะในสิ่งที่มองเห็นได้เท่านั้น แต่ควรตระหนักในความสำคัญแห่งอิทธิพลของสนามที่เรามองไม่เห็น

แนวคิดเรื่อง “การดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์” เป็นตัวอย่างสนามพลังอย่างหนึ่ง ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เห็นผลอย่างกว้างขวาง โดยไม่ได้ใช้ความเป็นทางการหรือโครงสร้างอำนาจ

ศาสตร์ด้านควอนตัมฟิสิกส์ ทำให้เห็นความแตกต่างของการตีความหมายที่ขึ้นกับผู้สังเกต โลกเต็มไปด้วยข้อมูล ข้อมูลที่มีใช่เป็นเพียงตัวเลขเท่านั้น แต่ข้อมูลที่กล่าวถึงนี่คือสิ่งที่มากระทบประสาทสัมผัสของเราได้ เราได้สร้างข้อจำกัดในตัวเองที่จะรับรู้ข้อมูลเฉพาะในสิ่งที่เราต้องการรับ นอกจากนั้นเรายังจำกัดการตีความหมายข้อมูลไว้ที่คนบางกลุ่ม ข้อแนะนำก็คือถ้าข้อมูลเคลื่อนที่ได้อย่างอิสระ ไปพบกับผู้เฝ้าสังเกตมากมาย เปิดโอกาสให้แต่ละคนจะตีความกันไปต่างๆ ตอบสนองในรูปแบบที่แตกต่างกัน จะทำให้เกิดความสมบูรณ์อย่างแท้จริงในการสังเกต องค์กรที่รุ่มรวยด้วยความหลากหลายของการตีความข้อมูล จะพัฒนาการรับรู้ที่ชาญฉลาดยิ่งขึ้น อุดมด้วยปัญญา และตัดสินใจด้วยความชาญฉลาด

สิ่งมีชีวิตมีลักษณะของระบบเปิด มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมอยู่ตลอดเวลา บางครั้งองค์กรของเราใช้กระบวนการทัศน์ของระบบปิด มองสิ่งแวดล้อมเป็นเสมือนแหล่งของความวุ่นวาย จึงพยายามดันรนต่อสู้กับสิ่งแวดล้อม พยายามกันตัวเองให้ห่างออกจากสิ่งแวดล้อมเพื่อรักษาเสถียรภาพที่เราเคยมี จึงเกิดความตึงเครียดระหว่างความพยายามที่จะรักษาเสถียรภาพและความพยายามที่จะเปิดรับการเปลี่ยนแปลง

ระบบเปิดใช้ความไม่สมดุลเพื่อหลีกเลี่ยงความเสื่อม ความไม่สมดุลเป็นเงื่อนไขที่จำเป็นสำหรับการเจริญเติบโตของระบบ จากการศึกษาที่เชื่อมโยงกับระดับของสิ่งก่อกวนที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ระบบเหล่านี้ต้องมีความสามารถที่จะรับรู้ตัวตนของมันเอง และรับมือกับข้อมูลใหม่ๆ ระบบเหล่านี้

จะสามารถปรับตัวและยืดหยุ่นมากกว่าที่จะคงรูปและมีเสถียรภาพ
องค์กรที่มีชีวิตควรเป็นองค์กรที่มีลักษณะของความเป็นระบบเปิด
ที่กล่าวมาเป็นเพียงส่วนหนึ่งขององค์กรที่มีชีวิต แต่ความหมายที่ยิ่ง
ใหญ่กว่าก็คือ เราไม่จำเป็นต้องยึดติดกับการขยายความหมายขององค์กร
ที่มีชีวิตแบบตายตัว เราสามารถเรียนรู้ลักษณะของระบบที่มีชีวิตจากสิ่ง
ที่มีชีวิตรอบตัว และเทียบเคียงลักษณะดังกล่าวกับองค์กรของเราเพื่อ
ประโยชน์ในการทำให้องค์กรของเราเรียนรู้ปรับตัว สร้างสรรค์ และมีความ
รู้สึกนึกคิดร่วมในเชิงบวก โดยไม่มีขีดจำกัด

7.5 เต่กับคุณภาพ¹⁷

ขณะที่ขงจื้อพยายามสร้างวินัย จารีตประเพณี กฎเกณฑ์ คุณธรรม
ศีลธรรม วัฒนธรรม ในสังคมจีน เต่กลับปฏิเสธรูปแบบต่างๆ เน้นความ
เป็นหนึ่งเดียวของสรรพสิ่งที่โยงใยต่อกัน พุดถึงชีวิตที่เลื่อนไหล ปล่อยให้
เป็นไปตามวิถีธรรมชาติ ปราศจากการเร่งรัดและดัดแปลง พุทธิกรรมทาง
สังคมในปัจจุบันใช้กระบวนการทัศน์แบบรุกไปข้างหน้าเหมือนพลังหยาง ก่อให้
เกิดความขัดแย้ง ขณะที่เต๋าให้ความสำคัญกับพลังหยินซึ่งเป็นการยอมรับ
โอบอุ้ม และนุ่มนวล

ในการพัฒนาคุณภาพที่ผ่านมา เราเน้นเรื่องการวางระบบ มาตรฐาน
การปรับเปลี่ยน กันค่อนข้างมาก และต่อมาเราเริ่มมาให้ความสำคัญกับมิติ
ทางด้านจิตวิญญาณในการดูแลผู้ป่วยและในการบริหารจัดการกันมากขึ้น
เป็นที่น่าสนใจว่าศาสตร์แห่งเต๋าจะกระตุ้นให้เราหันมาวางสมดุลของกระบวนการ
พัฒนาคุณภาพได้อย่างไร แนวคิดเต๋าบางอย่างอาจจะทำลายสิ่งที่เรา
ปฏิบัติอยู่อย่างหน้ามือเป็นหลังมือ เรามีอาจปฏิเสธสังขารธรรมที่มีผู้เห็น
ผลผ่านการปฏิบัติ แต่เราจะผสมผสานแนวคิดที่ขัดแย้งกันเข้ามาสู่การปฏิบัติ
ที่มีคุณค่าได้อย่างไร

เนื้อหาในบทความนี้เลือกสรรมาจากหนังสือ “เต๋า มรรควิถีที่ไร้เส้น
ทาง” ซึ่ง ดร.ประพนธ์ ผาสุขยัตต์ แปลจาก “Tao: The Pathless Path” ของ

¹⁷ ดิพิมพีในจดหมายข่าว Quality Care ของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ปีที่ 12 ฉบับที่
1-2 (102-103) มกราคม-เมษายน 2552.

Osho

“ผู้ที่รับรู้มักตัดสินใจไว้แล้วว่าสิ่งแรกก็คือเขาจะต้องเข้าใจมันให้ได้ อย่างถ่องแท้เสียก่อน แล้วเขาจึงจะยอมเคลื่อนไหว ซึ่งมันก็ทำให้เขาไม่ได้ เคลื่อนไปไหน สิ่งแรกที่ท่านต้องทำก็คือท่านต้องเคลื่อนไหว แล้วความเข้าใจจึงจะตามมา” ความสำคัญอยู่ที่การลงมือทำ แล้วเรียนรู้ให้เข้าใจจากกร กระทำนั้น

“ความจริงเป็นสิ่งที่ต้องผ่านการดำรงชีวิตเท่านั้น ไม่ใช่การเรียน เพียงการรอบรู้ไม่ได้หมายความว่าท่านรู้จักมัน ถ้าท่านต้องการจะเข้าถึง ความจริง ท่านต้องรู้วิธีลบล้างสิ่งต่างๆ ท่านจะต้องล้างสิ่งต่างๆ ในสมองออก ให้หมด” ขณะนี้เรามีสิ่งที่เกินจำเป็นอยู่ในสมองของเรามากเกินไปหรือเปล่า

“ความสุขที่ได้จากการเปรียบเทียบ เป็นความสุขจอมปลอม” ด้วย แนวคิดนี้ จะทำให้ benchmark เกิดประโยชน์ในการพัฒนา และไม่ก่อให้เกิดความทุกข์หรือความสุขจอมปลอมได้อย่างไร

“ภาษาไม่ใช่ประตูสู่ความจริง ประตูต้องมาจากความเงียบ เสียงภายในจะต้องไม่มี ท่านจึงจะแจ่มชัดได้” ภาษาคงเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้สำหรับการสื่อสาร แต่จะอย่างไรให้เราแจ่มชัดในคุณภาพได้โดยที่ภาษาไม่เป็น อุปสรรค

“ทัศนคติของเต๋าคือความร่วมมือร่วมใจ ไม่ใช่ความขัดแย้ง ทัศนคติของเต๋าไม่ใช่การต่อต้านธรรมชาติ แต่เป็นการอยู่กับมัน เป็นการยอมให้ธรรมชาติเป็นไปตามทางของมัน ร่วมมือกับมัน ไปด้วยกันกับมัน ทัศนคติของเต๋าจึงเป็นการผ่อนคลายเป็นยิ่ง” แนวคิดนี้จะทำให้เราทำงานเป็นทีมกันได้ดีราบรื่นขึ้นหรือไม่ จะนำมาใช้กับเรื่องความเสี่ยงได้หรือไม่

“จงปล่อยให้สิ่งที่เป็นขั้วตรงข้ามได้หลอมละลายเข้าเป็นหนึ่งเดียว ภายในตัวท่าน ถ้าทำได้เช่นนั้น ท่านจะไปถึงจุดสุดยอด จงอย่าเลือกอันใดอันหนึ่ง ให้เลือกทั้งสองไปพร้อมๆ กัน” เราคุ้นชินกับการเลือกข้างกัน มาตลอดใช่หรือไม่ จะเลือกขั้วตรงข้ามเข้ามาหลอมอยู่ในตัวเราได้หรือไม่

“นักบำบัดที่เป็นชาวเต๋า จะเพียงแต่ให้ความรัก ความเข้าใจ ให้ความ ผัน เขาจะแบ่งปันพลังงานของเขา และเขาจะไม่แทรกแซง ไม่ว่าจะทำในทางใดก็ตาม” นี่คือนักชงของกัลยาณมิตรที่เขาต้องการในตัวของเขา facilitator, coach และ surveyor หรือไม่

ชายชราพาชายหนุ่มเดินทางมาร้อยไมล์เพื่อมายังรูปปั้นของท่าน เหล่าจ็อบนเทือกเขา ซึ่งเป็นตัวแทนทางด้านจิตวิญญาณของท่าน แล้วก็กล่าวว่า “ถึงเวลาออกเดินทางแล้ว นี่เป็นเพียงแค่การหยุดพักระหว่างทาง จงเดินต่อไป” การเดินทางนั้นเองที่เป็นเป้าหมาย มันไม่มีจุดสุดท้าย มันเป็นนิรันดร์ ฟังดูเหมือนกับการพัฒนาคุณภาพเลยที่เดียว เป็นการเดินทางที่ไม่มีจุดสิ้นสุด ใครที่พยายามถามว่าจะเอาแค่นั้น จะให้ทำแค่นั้น จึงมักไม่ได้รับคำตอบ

“เป้าหมายถึงวิถีทาง พวกเขาไม่ได้พูดถึงเกี่ยวกับเป้าหมายใดๆ เลย พวกเขาพูดว่าเป้าหมายจะตามมาเอง ท่านไม่ต้องกังวลเกี่ยวกับเป้าหมาย ถ้าท่านรู้จักวิถีทางของท่าน เป้าหมายก็อยู่ในนั้น หากท่านไม่หลุดออกไปนอกเส้นทาง ท่านก็กำลังอยู่ที่เป้าหมาย” นี่เป็นการกระตุกความคิดที่สำคัญ ถ้าเปรียบวิถีทางคุณภาพคือ core values หากเราไม่หลุดออกจาก core values เราก็กำลังอยู่ที่เป้าหมาย แล้วเราจะทำอย่างไรกับเป้าหมายตัวเลขต่างๆ ที่กำหนดขึ้นมา

“ท่านต้องหาเส้นทางให้เจอ เส้นทางที่ว่านี้ไม่มีอยู่บนแผนที่ เป็นเส้นทางคล้ายกับที่นักบินไปบนท้องฟ้า นักบินไปแล้วโดยไม่มีร่องรอยใดๆ ไม่มีใครสามารถจะตามไปได้ ดังนั้นวิถีทางนี้จึงเป็นวิถีที่ไร้เส้นทาง มันไม่ใช่ทางที่ทำไว้เรียบร้อย ท่านจะต้องหามันให้เจอ และจะต้องหามันในวิถีทางของท่านเอง ท่านไม่สามารถจะใช้ทางของคนอื่นได้” เราพอใจที่จะเรียนรู้จากคนอื่น พยายามใช้เส้นทางของคนอื่น ถึงเวลาหรือยังที่เราจะหันมาแสวงหาเส้นทางของเราเอง แม้ว่าจะต้องใช้เวลาามากขึ้นก็ตาม

“ได้มีความเป็นอิสระ มีความอลหม่าน มีความยุ่งเหยิงอยู่ในนั้น ถ้าท่านถูกบังคับให้ต้องมีวินัย ท่านจะตกเป็นทาส วินัยจะต้องมาจากการตื่นรู้ ท่านจึงจะเป็นครูที่แท้จริง หากท่านกำหนดกฎเกณฑ์ให้กับชีวิตของท่าน มันเป็นแค่การเสแสร้งเท่านั้น ความยุ่งเหยิงยังคงมีอยู่ในแก่นชีวิตของท่าน ความมีระเบียบจะอยู่แค่บริเวณผิวหน้าเท่านั้น การที่ท่านทำหายความไม่มีระเบียบและอยู่กับมันได้ เป็นการอยู่อย่างกล้าตาย แล้วสุดท้ายความมีระเบียบจะเกิดขึ้นในชีวิตของท่าน” แนวคิดเรื่องระเบียบของชีวิตนี้จะขยายความมาใช้กับระเบียบขององค์กรได้หรือไม่ ดูเหมือนจะขัดแย้งอย่างรุนแรงกับความพยายามที่จะสร้างระบบคุณภาพในองค์กร แต่เรายอมรับหรือไม่

ว่าขณะนี้เราได้ระเบียบอยู่แค่บริเวณผิวหน้าเท่านั้น

นับเป็นความท้าทายอีกประการหนึ่ง หากเราจะสามารถผสมผสานศาสตร์แห่งเต๋าเข้ามาในกระบวนการคุณภาพของเรา แต่ก่อนอื่นเราคงต้องพยายามหล่อหลอมความต่างเข้ามาอยู่ในตัวเรา ไม่สร้างความรู้สึกว่าเต๋าเป็นข้อขัดแย้งกับกระบวนการคุณภาพ แล้วค่อยๆ ร่วมกันค้นหาวิถีทางของแต่ละคน เพื่อให้เราสามารถก้าวไปได้ไกลกว่ากรอบจำกัดที่มีอยู่ในปัจจุบัน

ทุกคน คือ พูห์ล่อเลี้ยงคุณภาพ

ในการพัฒนาองค์กรจะมีผู้คนทำหน้าที่อยู่สามกลุ่ม กลุ่มหนึ่งคือผู้ที่
เป็นเจ้าของงาน (process owner) ซึ่งมีหน้าที่ปฏิบัติหน้าที่ให้บรรลุเป้าหมาย
และมีบทบาทในการพัฒนาคุณภาพและคุณค่าของงานให้ดียิ่งขึ้น กลุ่มหนึ่ง
คือผู้ที่ชี้ทิศทางว่าจะขับเคลื่อนองค์กรไปในทิศทางใด ความคาดหวังต่องาน
แต่ละส่วนเป็นอย่างไร จะต้องปรับปรุงในส่วนใด รวมทั้งหล่อเลี้ยงให้กำลัง
ใจคนทำงานให้มีค่านิยมร่วมกัน และอีกกลุ่มหนึ่งคือผู้ที่ช่วยสร้างปัญญาให้
เกิดขึ้น หาความรู้ เป็นศูนย์ความรู้ เป็นผู้ชี้แนะวิธีประยุกต์ความรู้ และเป็น
ผู้ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้จากงานที่ทำ

คุณภาพที่แท้จริงมาจากผู้ที่อยู่ด้านหน้า ผู้ที่ลงมือปฏิบัติ ผู้ที่สัมผัส
ใกล้ชิดกับคนใช้ ผู้ที่เป็นเจ้าของงาน ผู้ที่พบกับปัญหาและข้อจำกัดสารพัด
อีกทั้งเป็นผู้ที่รับหน้ากับแรงกดดันและข้อเรียกร้องต่างๆ บุคคลเหล่านี้คือ
ผู้ที่สร้างผลงานคุณภาพ คือผู้ที่พบปัญหาความด้อยคุณภาพ และเป็นผู้
นำโอกาสพัฒนาต่างๆ มาดำเนินการ ผลงานที่มีคุณภาพและการพัฒนา
คุณภาพจึงอยู่ในมือของผู้คนเหล่านี้ มาจากปัจจัยภายในที่เป็นความมุ่งมั่น
ความตระหนักในหน้าที่ การยึดมั่นในค่านิยมขององค์กรและการทำในใจให้
แยกกาย (โยนิโสมนสิการ) รวมเข้ากับปัจจัยภายนอก จากเพื่อน จากหัว
หน้า จากผู้นำระดับสูง จากผู้ประสานงานและผู้รู้ด้านคุณภาพ รวมทั้ง
บรรยากาศ สิ่งแวดล้อม กำลังใจและแรงจูงใจต่างๆ

มีบทเรียนต่างๆ เกิดขึ้นในระหว่างการทำงานมากมาย อยู่ที่ว่าเรา
จะสามารถดึงเอาบทเรียนเหล่านั้นมาใช้ประโยชน์ได้เพียงใด ยิ่งดึงออกมา
ได้มากและมีการแบ่งปันกันอย่างกว้างขวาง ก็จะทำให้องค์กรมีความรู้และ
ความเชี่ยวชาญในงานของตนยิ่งขึ้น

การชี้ทิศทางของผู้นำเป็นสิ่งที่ทุกท่านตระหนัก ในช่วงเริ่มต้นพัฒนาคุณภาพเราเรียนรู้กันว่า ผู้นำคือผู้ที่ "Say WHAT" บอกว่าเรื่องอะไรสำคัญ แล้วเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติ "Say HOW" ให้ผู้ปฏิบัติใช้ความคิดสร้างสรรค์ คิดหาวิธีการด้วยตนเอง แต่แค่นี้ก็ยังไม่เพียงพอที่จะสร้างความยั่งยืนแก่องค์กร มีแนวคิดที่ผู้นำต้องเข้าไปดูให้เห็นด้วยตาตนเอง รับรู้สถานการณ์จริง ในสถานที่เกิดเหตุการณ์จริง (Genchi Genbutsu) หรือมีแนวทางให้ผู้นำเข้าไปเยี่ยมหน่วยงานด้วยตนเอง รับรู้เรื่องราวและปัญหาต่างๆ รวมทั้งสื่อสารค่านิยมที่ต้องการให้เกิดขึ้นกับผู้ปฏิบัติงาน (Leadership Walkround) เป็นการแสดงให้เห็น commitment ของผู้นำ เป็น role model ที่ทำให้เห็น และช่วยตัดสินใจได้ฉับพลันเมื่อจำเป็น

การสร้างค่านิยมที่องค์กรยึดมั่นให้เกิดขึ้นกับสมาชิก เป็นภารกิจสำคัญที่ต้องอาศัยเวลา อาจไม่เห็นผลได้ในระยะสั้น ไม่อาจเกิดได้จากคำพูดหรือคำขวัญเพราะๆ แต่เกิดจากการเข้าไปรับรู้สถานการณ์และใช้สถานการณ์ให้เกิดการเรียนรู้กับทุกคน เป็นการเรียนรู้ด้วยหัวใจ ด้วยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและความคิด และรับรู้ถึงผลที่เกิดขึ้น โดยผู้นำคอยหล่อเลี้ยงให้เกิดการเรียนรู้ดังกล่าว

ถ้าค่านิยมขององค์กรคือการเรียนรู้ ผู้นำต้องแสดงให้เห็นว่าจะใช้โอกาสทุกอย่างเพื่อการเรียนรู้ได้อย่างไร ถ้าโรงพยาบาลต้องการจะเป็นที่ไว้วางใจของประชาชน เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่จะทำให้ประชาชนตั้งข้อสงสัยต่อระบบงานของโรงพยาบาล ผู้นำต้องลงมารับรู้และสร้างความมั่นใจแก่สมาชิกว่าพร้อมที่จะปรับปรุงระบบงานให้ดีขึ้นถึงที่สุด

ด้วยเวลาที่จำกัด ผู้นำจะใช้เวลาอย่างไรให้เกิดประโยชน์ที่สุดต่อการขับเคลื่อนการพัฒนา มีผู้คนมากมายพร้อมอุทิศตัวทำงานเพื่อความสำเร็จขององค์กรและทิศทางของผู้นำ ขอเพียงผู้นำรับฟังความคิดและให้ความเชื่อมั่นในผู้คนเหล่านั้น เพียงรับรู้ปัญหาข้อติดขัด ช่วยแก้ไข และให้กำลังใจ พวกเขาจะสามารถถ่ายทอดความปรารถนาของผู้นำไปสู่การปฏิบัติอย่างเต็มกำลัง

การเรียนรู้มิได้เกิดขึ้นโดยบังเอิญ แต่เกิดขึ้นด้วยความตระหนัก ความเป็นผู้ตื่น ความเป็นผู้เปิดกว้างของแต่ละคน เกิดขึ้นเพราะการออกแบบโดยความตั้งใจขององค์กรที่จะสร้างบรรยากาศปลูกเร้าและอำนวยความสะดวก

ความสะดวกให้เกิดการเรียนรู้ เกิดขึ้นเพราะมีคนกลุ่มหนึ่งทำหน้าที่เป็นตัวกลาง เป็นผู้กระตุ้น เป็นผู้ช่วยเหลือ เป็นผู้หล่อเลี้ยง เป็นผู้อำนวยความสะดวก เป็นผู้ให้กำลังใจ เป็นผู้สรรหาความรู้ที่ขาดหายไปมาเติมเต็ม เป็นผู้ช่วยแปลความหมายและคุณค่าของงานต่างๆ ที่ได้ปฏิบัติไปให้เกิดบทเรียน เป็นผู้ชี้แนะวิธีการเรียนรู้ เป็นผู้สะท้อนให้เห็นจุดเด่นและโอกาสพัฒนา

คนกลุ่มนี้อาจจะสวมหมวกหรืออยู่ในร่างทรงต่างๆ เช่น facilitator, ผู้ประสานงานคุณภาพ, ผู้เยี่ยมสำรวจภายใน, ICN, ทีม R2R เป็นผู้ที่ไม่ได้อยู่ในสายอำนาจโดยตรง แต่มีอิทธิพลต่อความคิดของผู้คน หรือแม้บางครั้งหัวหน้าทีม สมาชิกทีม เจ้าของงาน ก็มีความเชี่ยวชาญในการสร้างปัญญาให้กับทีมงานผ่านงานที่ทำ

ความตระหนักในการทำหน้าที่ดังกล่าวมีส่วนสำคัญมากต่อการสร้างปัญญาให้องค์กร ถ้าเรามุ่งจะทำงานให้ “เสร็จ” ตามกำหนดเวลาที่เจ้านายหรือเรากำหนด จะเกิดแรงบีบคั้นต่อทุกคนที่เกี่ยวข้อง เกิดกรอบที่ตายตัวที่เราคิดว่าดีที่สุด ไม่มีช่องว่างที่จะเปิดกว้างให้เกิดความหลากหลาย ปิดกั้นโอกาสที่จะคิดค้นและทดลอง การมุ่งไปในทิศทางดังกล่าวจึงเป็นการเดินทางไปในทิศทางตรงข้ามกับอุดมคติของการสร้างองค์กรยุคคุณภาพ เป็นการจับสมาชิกทั้งองค์กรเข้าสู่กรงขังทางความคิด ขาดอิสรภาพ ขาดการฝึกฝนออกกำลัง การอยู่ในกรงขังที่มีดมิดเป็นเวลานานอาจทำให้ป่วยไข้หรือพิการทุพพลภาพ

การสร้างความคิดดี ต่อกระบวนการเยี่ยมสำรวจ ว่าห้ามได้เถียง ห้ามแสดงความไม่เห็นด้วย ต้อง say “YES” อย่างเดียว ต้องชื่นชมต่อความคิดเห็นของผู้เยี่ยมสำรวจอย่างเดียว คือการปิดกั้นอิสรภาพทางความคิด ปิดกั้นโอกาสสร้างปัญญาให้แก่กระบวนการพัฒนาคุณภาพของทั้งระบบ เป็นการขยายกรงขังที่ไว้ตัวคนให้แผ่กว้างโดยไม่รู้ตัว เป็นการชวนกันเดินลงสู่หุบเหวแห่งหายนะ เป็นการเล่นละครตบตา กัน เล่นละครหลอกตัวเอง เล่นละครหลอกสังคม

ทิศทางที่ทุกท่านควรจะมุ่งไปคือการทำงานให้ “สำเร็จ” ความสำเร็จที่ยั่งยืนต้องอยู่บนพื้นฐานของการสร้างปัญญา ให้ความสำคัญกับกระบวนการรับรู้และเรียนรู้ระหว่างเส้นทางของการเดินทางอันไม่มีจุดจบ ทำลายกรง

ขงของความคิตติกรอบอันคับแคบที่มุ่งประโยชน์เฉพาะหน้าลงให้สิ้น เริ่ม
ตันด้วยการเพาะปมความรักและความรู้สึกดีๆ ที่มีต่อกัน ทั้งความรักต่อ
เพื่อนร่วมงาน ความรักต่องาน ความรักต่อองค์กร เปิดช่องทางรับรู้ความ
รู้สึกบีบคั้นต่างๆ ที่เกิดขึ้น นำเรื่องราวที่สะท้อนถึงความดีและความงามของ
สิ่งที่เกิดขึ้นมาชื่นชมเป็นกำลังใจ วิเคราะห์ให้ตรงตรงอย่างเป็นกลางถึงคุณ
ค่าของสิ่งที่ได้รับข้อเสนอแนะจากรอบด้าน ว่าคุ้มค่าสำหรับการลงทุนเพื่อ
อนาคตหรือไม่ ถ้าจะทำก็ควรทำด้วยความเข้าใจและเห็นคุณค่าของสิ่งนั้น
มิใช่ทำเพียงเพื่อให้ได้ชื่อว่าทำ

บทบาทหน้าที่ในการหล่อเลี้ยงให้เกิดคุณภาพ การร่วมกันสร้าง
กระบวนการเรียนรู้และสร้างปัญญาขององค์กร ล้วนเป็นของสมาชิกทุกคน
ไม่ว่าจะอยู่ตรงไหนในโครงสร้างองค์กร

ประมวลให้เห็นภาพรวมของแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลให้มากที่สุด
มีทั้งการให้ความหมายใหม่หรือขยายความในสิ่งที่เป็นที่รู้จักกันอยู่แล้ว
และการสรุปเครื่องมือเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาตนเองสำหรับโรงพยาบาล
โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เครื่องมือสำหรับการนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติในชีวิตประจำวัน
ที่เรียกว่า SPA (Standards-Practice-Assessment)
การวิจัยสัมพันธตนเองเพื่อรับรู้สถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงที่เรียกว่า Self Enquiry
และระบบ Scoring ที่ทำให้โรงพยาบาลเห็นว่าตนเองอยู่ตรงไหน อะไรเป็นโอกาสพัฒนาที่สำคัญ

ISBN 978-611-11-0001-3



9 786111 100013

ราคา 120 บาท

ห้องสมุด ๑๑๑ ปี สุขุมวิท



00002110