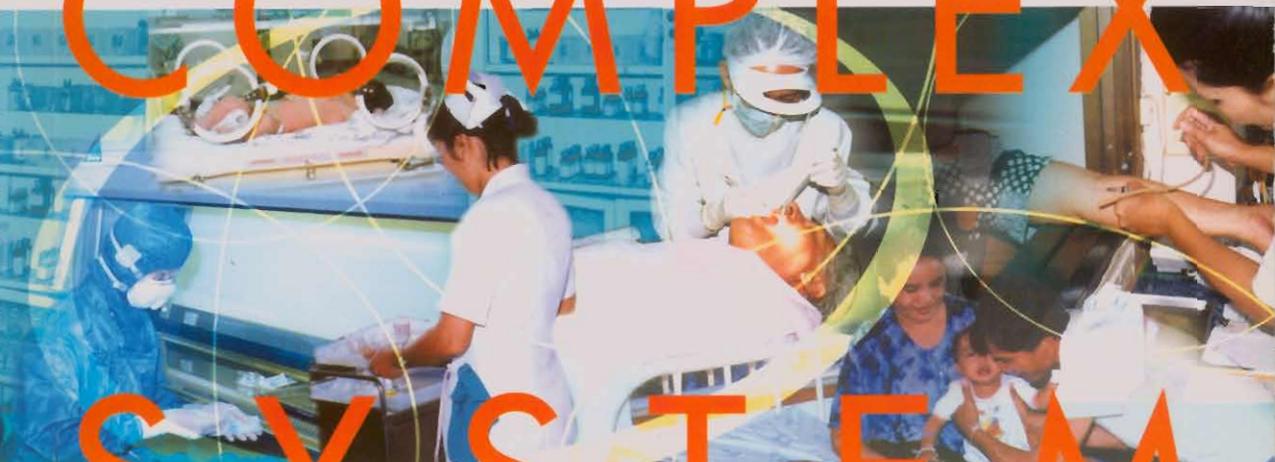


SIMPLY COMPLEXITY

in a

COMPLEX



SYSTEM

และประสบการณ์สำหรับโรงพยาบาล

53
s
s



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

SIMPLY COMPLY in a COMPLEX SYSTEM

แนวคิดและประสบการณ์สำหรับโรงพยาบาล

WX 153 0182S 2545



* 8 K 0 0 0 0 0 0 2 3 5 7 *

Simplicity in a Complex System II...

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

มกราคม 2545

Simplicity in a Complex System

แนวคิดและประสบการณ์สำหรับโรงพยาบาล

บรรณาธิการ: นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

จัดพิมพ์โดย

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.)

ชั้น 2 อาคารกรมการแพทย์ 6 กระทรวงสาธารณสุข

ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี

โทรศัพท์ 0-2589-0023-4 โทรสาร 0-2951-0238

www.ha.or.th

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

ฉบับพิมพ์ครั้งแรก: มกราคม 2545

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

Simplicity in a Complex System แนวคิดและประสบการณ์สำหรับ
โรงพยาบาล.--นนทบุรี: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรง
พยาบาล, 2545.

202 หน้า.

1. โรงพยาบาล--การบริหาร. I. ชื่อเรื่อง.

362.11068

ISBN 974-294-431-8

ออกแบบ: Desire CRM

พิมพ์ที่: บริษัท ดีไซน์ จำกัด

คำนำ

กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation - HA) เริ่มต้นขึ้นเมื่อ 5 ปีที่แล้ว ได้รับความสนใจ ฝ้ามอง เกิดความตระหนัก ลงมือปฏิบัติ และเกิดผลลัพธ์ คือ “วัฒนธรรมคุณภาพ” ในองค์กร และคุณภาพที่ผู้รับบริการสัมผัสได้ มีผู้ที่เข้ามาร่วมในกระบวนการนี้ เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ทำให้เห็นความหลากหลายในสถานการณ์ต่างๆ มีความมั่นใจในทิศทางการพัฒนา มีความพร้อมที่จะเผยแพร่และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

กระบวนการ HA ได้ก่อให้เกิดสังคมแห่งการเรียนรู้ซึ่งมีทั้งการให้และการรับไปพร้อมกัน องค์กรวิชาชีพ หน่วยงานของราชการที่เกี่ยวข้องได้ เข้ามามีส่วนสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพทั้งในเรื่องนโยบาย วิชาการ การประเมินและให้คำปรึกษา รวมทั้งทรัพยากรที่จำเป็น

ในโอกาสที่กระบวนการ HA กำลังจะก้าวอย่างขึ้นปีที่ 6 และจัดให้มีการประชุมระดับชาติ National Forum on Hospital Accreditation and Quality Improvement ในหัวข้อ “Simplicity in a Complex System” ขึ้นระหว่างวันที่ 22-24 มกราคม 2545 สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลใคร่ขอขอบคุณทุกฝ่ายที่มีส่วนสนับสนุนการสร้างวัฒนธรรมคุณภาพ และสังคมแห่งการเรียนรู้ให้เกิดขึ้นในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย รวมทั้งเจตจำนงที่จะสานต่อและธำรงความร่วมมือนี้ต่อไป ขอขอบคุณทุกฝ่ายที่นำความรู้และประสบการณ์ที่เกิดขึ้นมานำเสนอแลกเปลี่ยนกันในรูปแบบต่างๆ ทั้งการนำเสนอบนเวทีอภิปราย การนำเสนอด้วยนิทรรศการ การนำเสนอด้วยเอกสาร และการเสวนากันโดยตรง และขอขอบคุณองค์กรที่มาร่วมเป็นเจ้าภาพในการจัดประชุมครั้งนี้

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลหวังว่าผู้ร่วมประชุมจะได้รับประโยชน์จากข้อมูลที่หลากหลายทั้งในรูปแบบและเนื้อหาเหล่านี้ สามารถสกัดแนวคิดสำคัญของตัวอย่างประสบการณ์ต่างๆ เพื่อจะสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยก้าวข้ามความแตกต่างที่เป็นเพียงรูปแบบหรือวิธีการซึ่งมิใช่สาระสำคัญไปได้

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

มกราคม 2545



สารบัญ

ตอนที่ 1	เส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพแบบเรียบง่าย	1
	1. ภาพรวมของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล	2
	2. จุดเริ่มของการพัฒนาคุณภาพและการเชื่อมต่อ	3
	3. ลำดับขั้นของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล	6
	4. การเริ่มต้นที่เรียบง่าย	13
	5. การพัฒนาที่เน้นเป้าหมาย	17
	6. การทบทวน (Review)	21
	7. การประเมินตนเอง	42
	8. บทส่งท้าย	49
ตอนที่ 2	ประสบการณ์ของความเรียบง่าย	51
	◆ ประสบการณ์และข้อเสนอแนะเพื่อความเรียบง่ายในโรงพยาบาล	52
	◆ ความเรียบง่ายในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	70
	◆ การเริ่มต้นพัฒนาคุณภาพงานแบบง่ายๆ	75
	◆ บ้านเลขที่สอง	87
	◆ เมื่อผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง	90
	◆ เติงเลขที่ 32	93
	◆ โครงการ “เมื่อญาติเราป่วย”	97
	◆ Better Doctor's Order	102
	◆ HA ไม่มีขาย ถ้าอยากได้ต้องร่วมสร้าง	105
	◆ แพลตฟอร์มคิดคุณแอนโทนี เวจเมคเกอร์	108
	◆ ประสบการณ์การเป็นที่ปรึกษา	114
	◆ การให้คำปรึกษาทางด้านคลินิก	122
	◆ ชวนกันมาพัฒนาคุณภาพ	129

ตอนที่ 3	ความเรียบง่าย (Simplicity)	139
	1. คำประกาศแห่งความเรียบง่าย: ความเรียบง่ายคือพลัง	140
	2. แนวคิดเรื่องความเรียบง่าย	140
	3. กฎของความเรียบง่าย	141
	4. สร้างความเรียบง่ายในชีวิตประจำวัน	142
	5. เทคนิคของการสร้างความเรียบง่ายและการประยุกต์กับโรงพยาบาล	145
	6. ความเรียบง่ายในมุมมองของการจัดการ	153
	7. สรุป	161
ตอนที่ 4	มุมมองต่อองค์กรในอนาคต	163
	◆ ระบบที่ซับซ้อนและปรับตัว (Complex Adaptive System)	164
	◆ ตัวช่วยในการจัดการกับความซับซ้อน	174
	◆ สกว. กับความเป็นองค์กรเคอร์เนอริค	187

ตอนที่ 1

เส้นทางสู่

โรงพยาบาล

แบบ

คุณภาพ

เรียบง่าย

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

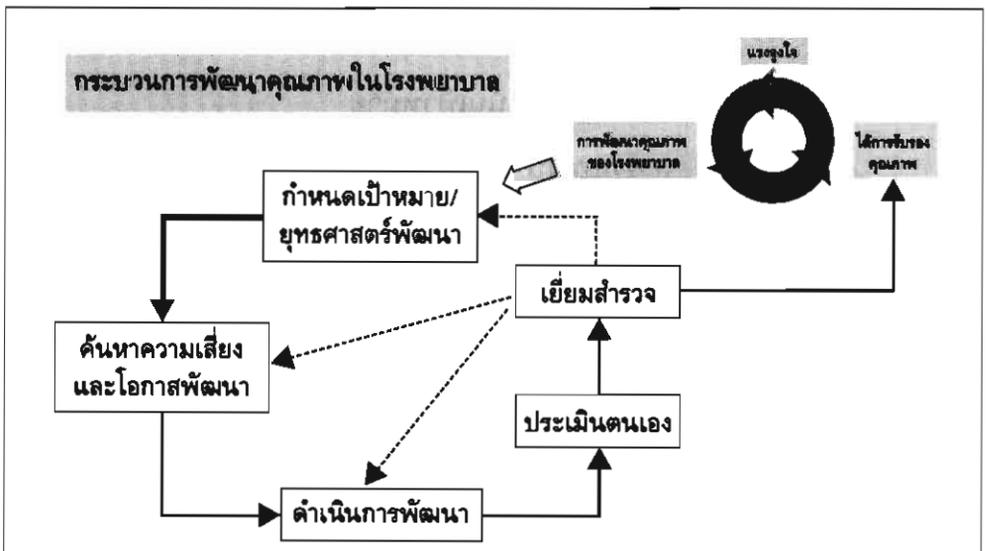
เส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพ แบบเรียบง่าย

1. ภาพรวมของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

▶▶▶ 1.1 กระบวนการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาล

การพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลเริ่มด้วยการกำหนดเป้าหมายและประเด็นสำคัญในภาพใหญ่ กระจายให้ทุกหน่วยงานค้นหาความเสี่ยงและโอกาสพัฒนา สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาและธำรงรักษาระบบงานที่ดีในทุกหน่วยงาน ประเมินความก้าวหน้าในการพัฒนาและเปรียบเทียบกับมาตรฐาน HA เตรียมตัวเพื่อรับการเยี่ยมสำรวจจากภายนอก และใช้ผลการเยี่ยมสำรวจเพื่อกระตุ้นการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ภาพที่ 1 กระบวนการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาล



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

▶▶▶ 1.2 ความคาดหวังต่อโรงพยาบาล

การพัฒนาจะดำเนินการไปอย่างราบรื่นและต่อเนื่อง ควรจะมีสิ่งต่อไปนี้เกิดขึ้นในแต่ละระดับ

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

2. จุดเริ่มของการพัฒนาคุณภาพและการเชื่อมต่อ

▶▶▶ 2.1 การเริ่มในลักษณะต่าง ๆ

จุดเริ่มของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอาจจะเริ่มได้หลายลักษณะ ประเด็นสำคัญไม่ได้อยู่ที่ว่าจะเริ่มตรงไหนก่อน แต่สำคัญที่การเชื่อมต่อสิ่งที่ได้เริ่มไว้แล้ว หรือเพิ่มเติมในส่วนที่ยังขาดอยู่

ภาพที่ 2 จุดเริ่มของการพัฒนาคุณภาพ



แผนภูมินี้แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาอาจจะเริ่มจากบนลงล่างล่างขึ้นบน จากภายนอก หรือจากภายใน

โรงพยาบาลควรมั่นใจในสิ่งที่ทำมาแล้ว และสานต่อความพยายามเหล่านั้น

การเริ่มจากบนลงล่าง คือการกำหนดพันธกิจ วิสัยทัศน์ขององค์กร จัดทำแผนยุทธศาสตร์เพื่อบรรลุพันธกิจ นำแผนยุทธศาสตร์ไปถ่ายทอดเป็น แผนปฏิบัติการของแต่ละหน่วยงาน

การเริ่มจากล่างขึ้นบน คือการประเมินตนเองเพื่อหาโอกาสพัฒนาใน จุดย่อยๆ ขององค์กร ดำเนินการพัฒนาในแต่ละหน่วยงานและสร้างความ ร่วมมือระหว่างหน่วยงาน

การเริ่มจากภายนอก คือการรับฟังเสียงสะท้อนจากผู้รับบริการ และ การใช้มาตรฐานมาประเมินสิ่งที่ปฏิบัติอยู่ในปัจจุบัน

การเริ่มจากภายใน คือการสร้างการมีส่วนร่วมและความมุ่งมั่นให้เกิด ขึ้นกับเจ้าหน้าที่แต่ละคน

▶▶▶ 2.2 การเชื่อมต่อ

การเชื่อมต่อระหว่างการเริ่มจากบนลงล่าง และการเริ่มจากล่างขึ้นบน คือ การประสานแผนการพัฒนาคุณภาพที่แต่ละหน่วยวิเคราะห์ด้วยตนเอง เข้า กับแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการของโรงพยาบาล

การประเมินตนเองในระดับบุคคลควรก่อให้เกิดความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาในตัวบุคคลนั้น ด้วยเห็นว่าเป็นเรื่องใกล้ตัวและเป็นสิ่งที่ควรจะทำอยู่แล้ว

การประเมินตนเองโดยใช้มาตรฐาน HA ทำให้เห็นโอกาสพัฒนาได้อย่างเป็นระบบ และนำไปสู่การจัดลำดับความสำคัญของโอกาสพัฒนา ซึ่งกลายเป็นแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล

การให้เจ้าหน้าที่ที่มีส่วนในการกำหนดพันธกิจวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล ทำให้เกิดความรู้สึกมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของ และต้องการที่จะทำให้เป้าหมายที่กำหนดไว้นั้นเป็นความจริง

โรงพยาบาลควรก้าวเดินต่อไปข้างหน้ามิใช่ถอยหลังกลับมาเริ่มต้นใหม่ อยู่เรื่อยๆ กลยุทธ์ที่สำคัญคือ

- 1) การทบทวนบทเรียนที่ได้รับจากกิจกรรมที่ทำมาแล้วทั้งด้านบวกและด้านลบ
- 2) การใช้ข้อมูลจากกิจกรรมที่ทำมาแล้วเพื่อประโยชน์ในกิจกรรมคุณภาพที่เกี่ยวข้องอื่นๆ

ตัวอย่างการเริ่มต้นของโรงพยาบาลและการสานต่อสู่ HA

การเริ่มต้นของโรงพยาบาล	การสานต่อสู่ HA
มีกิจกรรมคุณภาพ เช่น 5 ส., OD, ESB, QC	● ทบทวนหรือประเมินตนเอง (self assessment) ว่าได้ประโยชน์ และได้เรียนรู้อะไรจากกิจกรรมเหล่านั้น ทั้งในส่วนของ การสร้างทีม (commitment) และการบรรลุเป้าหมายขององค์กร (mission) มีจุดอ่อนอะไรที่ควรนำมาปรับปรุง
มีการสร้างวิสัยทัศน์ร่วมโดยกระบวนการ A-I-C	● นำวิสัยทัศน์ขององค์กรมาเชื่อมโยงกับหน้าที่และเป้าหมายของหน่วยงาน ทบทวนว่าแต่ละคนมีบทบาทอะไรเพื่อบรรลุวิสัยทัศน์ และเป้าหมายดังกล่าว ประเมินตนเองว่าขณะนี้ได้ทำบทบาทหน้าที่สมบูรณ์แล้วหรือยัง
ได้รับการรับรอง ISO9000 แล้ว	● ทบทวนบทเรียน จุดแข็ง จุดอ่อน ของระบบที่เป็นอยู่ นำมาตรฐาน HA มาประเมินเพื่อหาโอกาสพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการดูแลผู้ป่วย

การเริ่มต้นของโรงพยาบาล	การสานต่อสู่ HA
	<ul style="list-style-type: none"> ● ตีความว่า product ในข้อกำหนดของ ISO คือ patient care และ design ในข้อกำหนดของ ISO คือ patient care plan
กำลังดำเนินการ QA ทางโรงพยาบาล	<ul style="list-style-type: none"> ● วิเคราะห์หน้าที่และเป้าหมายของหน่วยงาน ใช้ข้อมูลและกระบวนการที่กำลังดำเนินการอยู่มาตอบคำถามในแบบประเมินตนเอง ทบทวนการใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่เก็บไว้และทบทวนการบรรลุเป้าหมายของหน่วยงาน
ประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA ในระดับหน่วยงานแล้ว	<ul style="list-style-type: none"> ● เชื่อมโยงโอกาสพัฒนาที่พบจากการประเมินตนเองในระดับหน่วยงานกับแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล

3. ลำดับขั้นของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

▶▶▶ 3.1 การดำเนินการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล

พรพ. ได้แบ่งลำดับขั้นของการพัฒนาออกเป็นสี่ช่วง (phase) เพื่อช่วยโรงพยาบาลในการวางแผนดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ (QI implementation plan) ดังนี้¹

ช่วงที่หนึ่ง การเตรียมการ เป็นการทำความเข้าใจของผู้นำเพื่อตัดสินใจ กำหนดผู้รับผิดชอบ รับฟังเสียงสะท้อนทั้งจากภายในและภายนอกประเมินตนเองเพื่อกำหนดแนวทางพัฒนากว้างๆ (ดูตัวอย่างในหน้า 44)

ช่วงที่สอง การพัฒนาและเรียนรู้ เป็นการฝึกทักษะของการทำงานร่วมกัน สร้างกระบวนการเรียนรู้ โดยเน้นการลงมือปฏิบัติกับของจริงในลักษณะของโครงการนำร่อง รวมทั้งการจัดทำหรือปรับแผนดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ (QI implementation plan) สำหรับช่วงต่อไป

ช่วงที่สาม การดำเนินการ เป็นการทำกิจกรรมคุณภาพซึ่งบูรณาการแนวคิดการบริหารความเสี่ยง การประกันคุณภาพ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเข้าด้วยกัน เป็นการดำเนินงานทั้งในระดับบุคคล หน่วยงาน ทีมคร่อมสายงาน และทั้งองค์กร โดยหัวหน้าหน่วยงานแต่ละหน่วยจะต้อง

¹ ulyละเอียดจากหนังสือ Roadmap to HA และเส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพ: คู่มือเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ

รับผิดชอบกระบวนการพัฒนาคุณภาพในหน่วยงานของตนและร่วมมือประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ช่วงที่สี่ บูรณาการและวางรากฐานเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง เป็นการปรับโครงสร้างองค์กรเพิ่มเติม ปรับระบบแรงจูงใจ บูรณาการกิจกรรมคุณภาพที่เกี่ยวข้องกัน วางระบบเพื่อจุดประกายการพัฒนาอย่างต่อเนื่องด้วยการทบทวนความก้าวหน้าและกำหนดเป้าหมายให้สูงขึ้น

▶▶▶ 3.2 การประเมินความสำเร็จในการพัฒนา

การรับรองกระบวนการคุณภาพ (Hospital Accreditation-HA) ตามมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาญจนภิเศกครอบคลุมองค์ประกอบที่กว้างขวาง คาดหวังการนำไปปฏิบัติอย่างจริงจังด้วยความเข้าใจ ความร่วมมือ ประสานงาน และเห็นผลลัพธ์ได้ในระดับหนึ่ง ทำให้โรงพยาบาลต่างๆ ต้องใช้เวลาค่อนข้างมากในการพัฒนาและเกิดความรู้สึกท้อแท้

เพื่อให้สอดคล้องกับความคาดหวังของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย กล่าวคือ ประชาชนในทุกพื้นที่ที่ต้องการได้รับบริการที่มีคุณภาพโดยเร็วที่สุด สถานพยาบาลต้องการพัฒนาด้วยวิธีการที่ลัดที่เร็วที่สุดและเห็นความสำเร็จเป็นลำดับขั้น สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจึงได้แบ่งลำดับขั้นของการประเมินและรับรองเป็น 3 ขั้นดังนี้

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

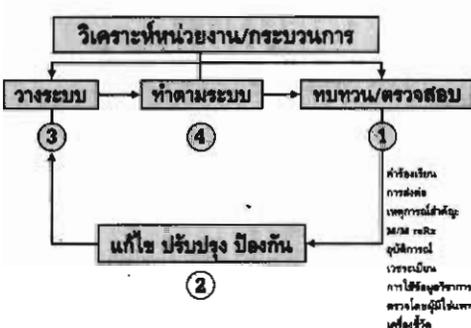
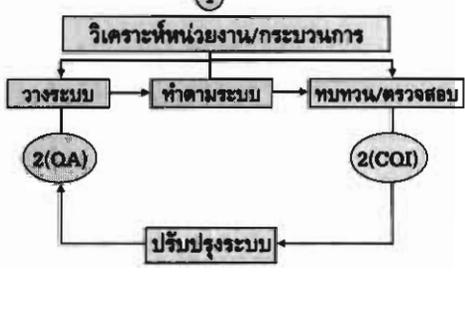
กิจกรรมที่จะต้องให้ความสำคัญสูงในขั้นนี้คือการสร้างระบบทบทวนวิธีการทำงานและผลงาน ซึ่งจะทำให้ผู้เกี่ยวข้องเห็นปัญหาและโอกาสพัฒนาได้ชัดเจนขึ้น ระบบทบทวนผลงานนี้จะเน้นในส่วนที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงการให้บริการและดูแลผู้ป่วย ได้แก่ เครื่องชี้วัดของหน่วยงาน คำร้องเรียน การส่งต่อ การตรวจรักษาโดยผู้ที่มีใช้แพทย์ เหตุการณ์วิกฤติ (การเสียชีวิตภาวะแทรกซ้อน อุบัติการณ์) เวชระเบียน ความเหมาะสมทางวิชาชีพและวิชา

การ ความเหมาะสมของการใช้ทรัพยากร ปัญหาของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ การทบทวนเหล่านี้จะต้องนำมาสู่การแก้ไขป้องกันซึ่งผู้เกี่ยวข้องรับทราบและปฏิบัติ

บันไดขั้นที่ 2 สู่ HA เป็นการบูรณาการแนวคิดการบริหารความเสี่ยง การประกันคุณภาพ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเข้าด้วยกัน ในทุกระดับ (เท่ากับปฏิบัติในช่วงที่สามได้สมบูรณ์)

กิจกรรมที่จะต้องให้ความสำคัญสูงในขั้นนี้คือการ **นำข้อมูลวิชาการ และมาตรฐานวิชาชีพมาสู่การปฏิบัติ** การติดตามเครื่องชี้วัดสำคัญ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งเครื่องชี้วัดทางคลินิก) การแสดงให้เห็นรูปธรรมของการให้บริการ โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการทำงานเป็นที่ระหว่างวิชาชีพ

ภาพที่ 3 เปรียบเทียบการหมุนวงล้อ PDCA และเงื่อนไขการรับรองในบันไดขั้นที่ 1 กับ บันไดขั้นที่ 2

<p>ขั้นที่ 1 การทบทวน แก้ไข ป้องกัน</p> 	<p>ขั้นที่ 2 การประกันคุณภาพและพัฒนาต่อเนื่อง</p> 
<p>เริ่มด้วย: การทบทวนสิ่งที่เป็นปัญหา/ความเสี่ยง</p>	<p>เริ่มด้วย: การวิเคราะห์กระบวนการทั้งหมดอย่างเป็นระบบ ประกันคุณภาพในส่วนที่ทำได้ดีแล้ว พัฒนาในส่วนที่เห็นโอกาส</p>
<p>การประเมินความสำเร็จ: ปฏิบัติตามแนวทาง ป้องกันปัญหาที่โรงพยาบาลกำหนด ต่อเนื่อง อย่างน้อย 6 เดือน</p>	<p>การประเมินความสำเร็จ: เครื่องชี้วัดผลการ ปฏิบัติงานที่สำคัญมีการเปลี่ยนแปลงไปในทาง ที่ดีขึ้น</p>

บันไดขั้นที่ 3 หรือการได้รับ HA มีการปฏิบัติตามระบบและกระบวนการที่กำหนดไว้ในมาตรฐาน HA อย่างครบถ้วน มีการเชื่อมโยงระบบงาน ข้อมูล ข่าวสาร และความพยายามในการพัฒนาอย่างชัดเจน จนเกิดวัฒนธรรมคุณภาพในองค์กร

▶▶▶ 3.3 ลำดับขั้นของการพัฒนาในระดับหน่วยงาน

การพิจารณาลำดับขั้นของการพัฒนาในระดับหน่วยงานเป็นสิ่งที่เห็นรูปธรรมชัดเจนกว่า ทำความเข้าใจได้ง่ายขึ้น

1. การเตรียมการ (เริ่มที่ผู้นำ)

- 1.1 สร้างความตระหนักในทีมผู้บริหาร/ผู้นำของหน่วย
- 1.2 ปรับปรุงบรรยากาศการทำงานของหน่วยงาน

2. การพัฒนาและเรียนรู้

- 2.1 สร้างความตระหนักแก่สมาชิก
- 2.2 ฝึกฝนทักษะของทีม
- 2.3 วิเคราะห์ตนเองในระดับบุคคลและปรับปรุงตามโอกาสพัฒนาที่พบ
- 2.4 วิเคราะห์และปรับปรุงความสัมพันธ์ของลูกค้าภายใน
 - (ในฐานะที่เราเป็นลูกค้า) บอกให้ผู้ส่งมอบทราบว่าเราต้องการอะไร
 - (ในฐานะที่เราเป็นผู้ส่งมอบ) ส่งมอบงานให้ตรงความต้องการของผู้รับ

3. เริ่มต้นพัฒนา

- 3.1 ใช้ความคิดสร้างสรรค์ทำให้งานของเราง่ายขึ้น
- 3.2 รับฟังและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ
- 3.3 วิเคราะห์เป้าหมายและกระบวนการของหน่วยงาน เพื่อหาโอกาสพัฒนาอย่างเป็นระบบ
- 3.4 วางระบบงานมาตรฐานและนำไปปฏิบัติ
 - พฤติกรรมบริการ
 - การให้ข้อมูล
 - การป้องกันความเสี่ยง/รายงานอุบัติการณ์

4. ทบทวนและแก้ไขป้องกัน

- 4.1 ทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย
- 4.2 ทบทวนคำร้องเรียน/ข้อคิดเห็นของผู้รับบริการ
- 4.3 ทบทวนการส่งต่อ/ขอย้าย/ปฏิเสธการรักษา
- 4.4 ทบทวนการตรวจรักษาโดยผู้ที่มีใช้แพทย์
- 4.5 ค้นหาและป้องกันความเสี่ยง
- 4.6 เผื่อระวางการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- 4.7 เผื่อระวางความคลาดเคลื่อนทางยา
- 4.8 ทบทวนการเสียชีวิต/ภาวะแทรกซ้อน
- 4.9 ทบทวนอุบัติการณ์อื่นๆ
- 4.10 ทบทวนความสมบูรณ์ของบันทึกเวชระเบียน
- 4.11 ทบทวนการใช้ข้อมูลวิชาการ
- 4.12 ทบทวนการใช้ทรัพยากร
- 4.13 ติดตามเครื่องชี้วัดสำคัญ

5. พัฒนาต่อเนื่อง

- 5.1 หาโอกาสพัฒนาและทำกิจกรรม COI
- 5.2 ทบทวนความสำเร็จ เรียนรู้ร่วมกัน
- 5.3 สร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง
- 5.4 เชื่อมโยงระบบงานอย่างกว้างขวาง

เป้าหมายของบันไดขั้นที่ 1 สู่ HA คือทำให้ถึงขั้นการทบทวนและแก้ไขป้องกัน

แม้ว่ากิจกรรมส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยแต่มีได้หมายความว่าหน่วยงานที่มีได้ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโดยตรงจะไม่ต้องทำอะไรกิจกรรมที่ทุกหน่วยงานสามารถทำได้ คือ การทบทวนคำร้องเรียน/ข้อคิดเห็นของผู้รับบริการ การค้นหาและป้องกันความเสี่ยง การทบทวน อุบัติการณ์ การทบทวนการใช้ทรัพยากร การติดตามเครื่องชี้วัดสำคัญ

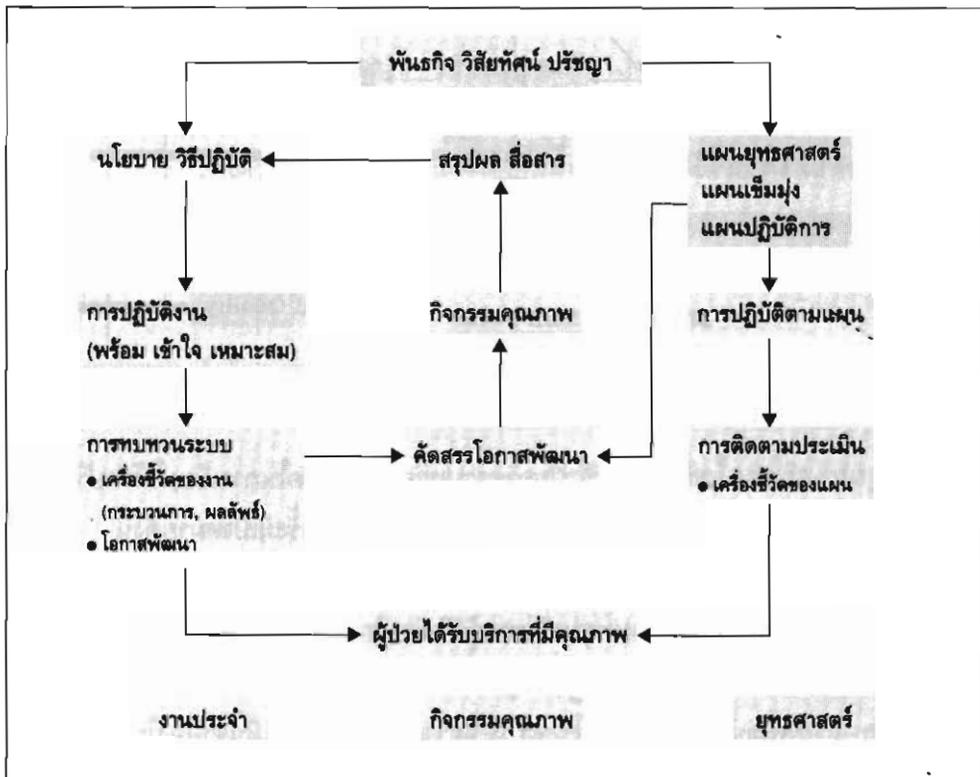
▶▶▶ 3.4 การเชื่อมโยงกิจกรรมคุณภาพในขั้นตอนต่าง ๆ

การพัฒนาโดยขาดความเชื่อมโยงจะสร้างความสับสนและสูญเปล่า

โรงพยาบาลควรพิจารณาแนวทางการเชื่อมโยงซึ่งเป็นที่เข้าใจของตนเองดังตัวอย่างข้างล่าง

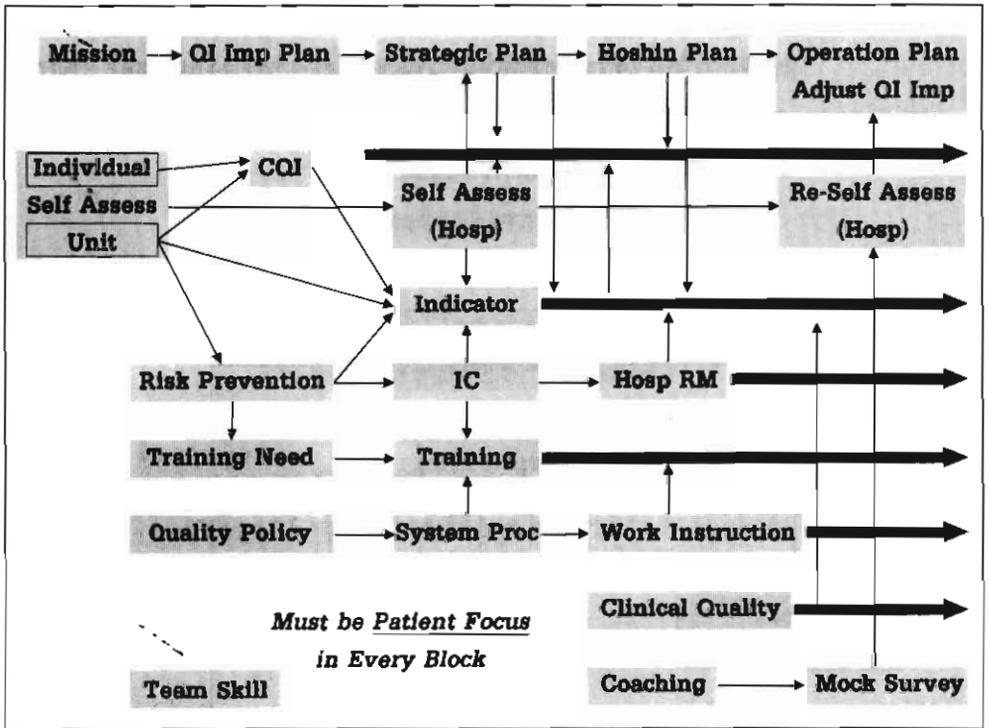
ภาพที่ 4 แสดงให้เห็นความเชื่อมโยงระหว่างงานประจำ กิจกรรมคุณภาพ และยุทธศาสตร์ ซึ่งต่างก็มีจุดเริ่มที่พันธกิจ วิสัยทัศน์ และนำไปสู่ผลลัพธ์คือผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพ

ภาพที่ 4 วิธีนำพันธกิจไปสู่ผลลัพธ์และการเชื่อมโยง



ภาพที่ 5 แสดงการเชื่อมโยงกิจกรรมในขั้นตอนการดำเนินงาน พัฒนาว่าข้อมูลจากกิจกรรมหนึ่งควรจะไปใช้ประโยชน์ในกิจกรรมอื่นอย่างไร โดยที่ในแต่ละกิจกรรมนั้นจะต้องมุ่งเน้นประโยชน์ที่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการจะได้รับเสมอ

ภาพที่ 5 การเชื่อมโยงกิจกรรมต่างๆ ระหว่างการพัฒนาคุณภาพ



ภาพที่ 5 นี้เป็นการสรุปกรอบความคิดในการเยี่ยมให้คำปรึกษาแก่โรงพยาบาลขนาดเล็กจำนวน 5 ครั้ง ซึ่งแต่ละครั้งมีเป้าหมายดังนี้

ครั้งที่ 1 มีเป้าหมายเพื่อทำความรู้จักกับทีมบริหารและผู้รับผิดชอบหลัก ศึกษาความคาดหวังของผู้บริหารและกำหนดเป้าหมายในการพัฒนาร่วมกัน ศึกษาข้อมูลพื้นฐานและสภาพการทำงานของโรงพยาบาล จัดทำแผนการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล แนะนำการประเมินตนเองในระดับบุคคล และการวิเคราะห์ unit profile ทบทวนทักษะการทำงานเป็นทีม

ครั้งที่ 2 มีเป้าหมายเพื่อติดตามการจัดทำ unit profile ของหน่วยงาน เยี่ยมสำรวจหน่วยงานเทียบกับ unit profile วางแผนการจัดทำระบบเอกสารรวมของโรงพยาบาลเพื่อวางแผนการป้องกันความเสี่ยงในระดับหน่วยงาน แนะนำวิธีการทำ COI อย่างง่ายๆ ให้แก่หัวหน้าหน่วยงานและผู้ช่วย

ครั้งที่ 3 มีเป้าหมายเพื่อติดตามการเรียนรู้จากการทำกิจกรรม COI และการวางมาตรการป้องกันความเสี่ยง แนะนำการประเมินตนเองตาม

มาตรฐานโรงพยาบาลและการเชื่อมโยงกับกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง วางแผนการเก็บข้อมูลเครื่องชี้วัดในระดับต่างๆ เชื่อมโยงการบริหารความเสี่ยง การพัฒนาคุณภาพและการสร้างไว้ซึ่งคุณภาพนำแนวคิดเรื่องผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มาสู่รูปธรรมของการปฏิบัติ

ครั้งที่ 4 มีเป้าหมายเพื่อติดตามการใช้ประโยชน์จากการประเมินตนเองตามมาตรฐานโรงพยาบาล ติดตามการเก็บข้อมูลเครื่องชี้วัดและการใช้ประโยชน์ ติดตามการทำกิจกรรมคุณภาพอย่างบูรณาการและเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง วางแผนการบริหารความเสี่ยงในระดับโรงพยาบาล สอนเทคนิคการเป็นโค้ช แนะนำการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพทางคลินิก

ครั้งที่ 5 มีเป้าหมายเพื่อติดตามการประเมินตนเองในลักษณะการสังเคราะห์ ใช้กระบวนการเยี่ยมสำรวจเพื่อเป็นตัวอย่างในการประเมินและกระตุ้นหน่วยงาน บูรณาการกิจกรรมคุณภาพทั้งหมด วางแผนการพัฒนาในขั้นต่อไป

4. การเริ่มต้นที่เรียบง่าย

การเริ่มต้นที่เรียบง่ายคือการ**เริ่มที่สมาชิกในหน่วยงานทุกคน** และค่อยๆ ขยายออกไปสู่ผู้ทำงานเกี่ยวข้องกัน พิจารณาความต้องการของผู้รับผลงาน พิจารณาความรู้ทางวิชาการและมาตรฐานวิชาชีพ หาโอกาสพัฒนาจากมุมมองเหล่านี้ ดำเนินการปรับปรุงในส่วนที่แต่ละคนรับผิดชอบ แล้วนำโอกาสพัฒนาส่วนที่ยังเหลืออยู่มาคุยกันในระดับหน่วยงาน

ในระดับหน่วยงานจะเป็นการวิเคราะห์หน้าที่ เป้าหมาย กระบวนการ เครื่องชี้วัด และโอกาสพัฒนาต่างๆ อย่างเป็นระบบ

เมื่อหน่วยงานได้ปรับปรุงในส่วนที่ตนรับผิดชอบแล้ว ยังมีบางส่วนที่แต่ละหน่วยไม่สามารถปรับปรุงได้ด้วยตนเอง โดยปราศจากความร่วมมือของหน่วยงานหรือวิชาชีพที่เกี่ยวข้องก็นำประเด็นเหล่านั้นมาคุยกันใน**ทีมสหสาขาวิชาชีพหรือที่มัครอมสายงานหรือในระดับองค์กร**

หากจะสรุปคำถามที่ใช้กระตุ้นการพัฒนา จะพบว่าใช้คำถามเดียวกันในทุกระดับดังภาพ

ภาพที่ 6 คำถามร่วมเพื่อกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพ

ห้าคำถาม สามระดับ			
	ระดับองค์กร →	ระดับหน่วยงาน ←	ระดับบุคคล
ทำไมต้องมีเรา	พันธกิจ	ความมุ่งหมาย	เป้าหมายชีวิต
เราทำอะไรบ้าง	ระบบงานหลัก	กระบวนการหลัก	กิจกรรมหลัก
ทำไปเพื่ออะไร	เป้าหมายของระบบงาน	เป้าหมายของกระบวนการ	เป้าหมายของกิจกรรม
ทำได้ดีหรือไม่	SWOT analysis	เครื่องชี้วัด	ความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค
จะทำให้ดีขึ้นอย่างไร	แผนยุทธศาสตร์	แผนพัฒนาคุณภาพ	ปรับปรุงตนเอง

คำถามต่อไปนี้จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานแต่ละคนได้มีส่วนร่วมวิเคราะห์งานของตน และทำความเข้าใจแนวคิดเรื่องคุณภาพไปพร้อมกัน นี่คือการเริ่มคำถามในขั้นการวิเคราะห์ตนเองในระดับบุคคลและขั้นการวิเคราะห์หน่วยงาน

▶▶▶ 4.1 คุณภาพเริ่มที่แต่ละคน

- งานหลัก/งานรองของเราคืออะไร
- งานนั้นมีเป้าหมายอะไร
- เราทำงานนั้นได้ดีหรือไม่
- จะทำให้ดีขึ้นได้อย่างไร

▶▶▶ 4.2 คุณภาพคือการพึ่งพิงกันและกัน

ในฐานะผู้รับผลงาน

- เรารับงานอะไร จากใคร
- เราต้องการงานที่มีลักษณะอย่างไร
- เราได้ในสิ่งที่ต้องการหรือไม่
- จะบอกให้ผู้ส่งงานแก่เรา ทราบในสิ่งที่เราต้องการ และสิ่งที่เราได้รับอย่างไร

ในฐานะเจ้าของงาน

- เราส่งงานอะไร ให้ใคร
- เพื่อนผู้รับงานต่อจากเรา **ต้องการงาน**ที่มีลักษณะอย่างไร
- จะทราบได้อย่างไรว่าเพื่อนผู้รับงานต่อจากเรา **ได้รับ**ในสิ่งที่เขาต้องการหรือไม่
- จะ**ส่งมอบงานที่ดีขึ้น**ให้เพื่อนผู้รับงานต่อจากเรา ได้อย่างไร

▶▶▶ 4.3 คุณภาพคือการทำให้งานของเราง่ายขึ้น

- มีงานอะไรที่ต้องทำซ้ำซ้อน (ทำในสิ่งเดียวกันซ้ำแล้วซ้ำอีก)
- มีงานอะไรที่มีความซับซ้อนมากเกินไป (หลายขั้นตอน ยุ่งยากในการปฏิบัติ)
- มีงานอะไรที่ทำแล้ว**สูญเปล่า** ไม่เกิดประโยชน์ ไม่เกิดคุณค่าเพิ่มขึ้น
- มีอะไรบ้างที่มีโอกาส**สูญหาย**ไประหว่างการทำงาน
- มีอะไรบ้างที่เป็นการ**เสียเวลา**โดยใช่เหตุ
- มีอะไรบ้างที่เป็นการ**เสียโอกาส**ที่จะให้สิ่งดีๆ แก่ผู้รับบริการ

▶▶▶ 4.4 คุณภาพคือการทำตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ

- **ผู้รับบริการ**ของเราคือใคร โรคหรือหัตถการสำคัญที่เราต้องดูแลมีอะไรบ้าง
- เรามีช่องทาง**รับรู้**ความต้องการและความคิดเห็นของผู้รับบริการอะไรบ้าง ช่องทางเหล่านั้นเพียงพอหรือไม่
- **ปัญหาหรือความต้องการ**สำคัญของผู้รับบริการมีอะไรบ้าง (ความต้องการทั่วๆ ไป, สิทธิผู้ป่วย, ความต้องการทางด้านคลินิก) คำร้องเรียนรุนแรงที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้มีอะไรบ้าง
- เราแก้ปัญหาหรือตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ**ได้ดีหรือยัง** ตรงไหนที่ทำได้ดีแล้ว ตรงไหนที่เป็นโอกาสพัฒนา
- จะ**ตอบสนองความต้องการ**ของผู้รับบริการให้ดีขึ้นได้อย่างไร

▶▶▶ 4.5 คุณภาพคือการปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ/กฎระเบียบ/ ข้อมูลวิชาการ

- ในการให้บริการแก่กลุ่มผู้รับบริการที่มีความสำคัญหรือมีความเสี่ยงสูง มีมาตรฐานวิชาชีพ/กฎระเบียบ/ข้อมูลวิชาการอะไรบ้างที่เกี่ยวข้อง **สิ่งที่พึงปฏิบัติคืออะไร**
- **สิ่งที่ปฏิบัติจริงอยู่ในขณะนี้คืออะไร**
- **สิ่งที่เราอยากให้เกิดขึ้นและมีความเป็นไปได้คืออะไร**
- **จะทำให้เกิดขึ้นได้อย่างไร**

▶▶▶ 4.6 รวบรวมเป็นคุณภาพของหน่วยงาน

- หน่วยงานของเรามีหน้าที่อะไร มีเป้าหมายอะไร (ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นเมื่อทำหน้าที่ได้สมบูรณ์)
- **กระบวนการหลัก**ในการทำงานของหน่วยงานมีอะไรบ้าง
- แต่ละกระบวนการมีเป้าหมายอะไร
- หน่วยงานของเราทำงานได้ดีหรือยัง อะไรเป็นจุดแข็ง อะไรเป็นโอกาสพัฒนา **จะวัดการบรรลุเป้าหมายของหน่วยงานได้อย่างไร**
- หน่วยงานของเราจะ**ทำให้ดีขึ้น**ได้อย่างไร

▶▶▶ 4.7 คุณภาพคือการเชื่อมโยงทุกกิจกรรมที่ต้องรับผิดชอบ เข้าด้วยกัน

ระบบงานในโรงพยาบาล

- **ระบบงาน**ที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานของเรามีอะไรบ้าง (เช่น การควบคุม การติดเชื้อ การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย การพัฒนาทรัพยากรบุคคล ระบบสารสนเทศ การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย การรายงานอุบัติการณ์ ฯลฯ)
- **เรามีหน้าที่**อย่างไรต่อระบบงานเหล่านั้น
- **เราทำได้ดีหรือไม่**
- **จะทำให้ดีขึ้น**ได้อย่างไร

โครงการจากภายนอก

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

5. การพัฒนาที่เป็นเป้าหมาย

▶▶▶ 5.1 ระดับของเป้าหมาย

HA กระตุ้นให้ทุกคนตรวจสอบงานของตนเองกับเป้าหมายทุกระดับทุกเรื่อง เพื่อให้เกิดความเข้าใจและไม่สับสนเกี่ยวกับเรื่องเป้าหมาย จึงขอสรุปรวมไว้ดังนี้

ระดับ		เป้าหมาย
โรงพยาบาล	Organization	Mission (พันธกิจ/หน้าที่): โรงพยาบาลของเรามีไว้เพื่ออะไร Vision (วิสัยทัศน์): โรงพยาบาลของเราจะเป็นอย่างไรในอนาคต
บริการ/หน่วยงาน	Service/Unit	Purpose (เจตจำนง/ความมุ่งหมาย): หน่วยงานของเรามีไว้เพื่ออะไร Goal (เป้าประสงค์): ผลลัพธ์ที่จะเกิดกับผู้รับบริการอย่างกว้างๆ มีอะไรบ้าง

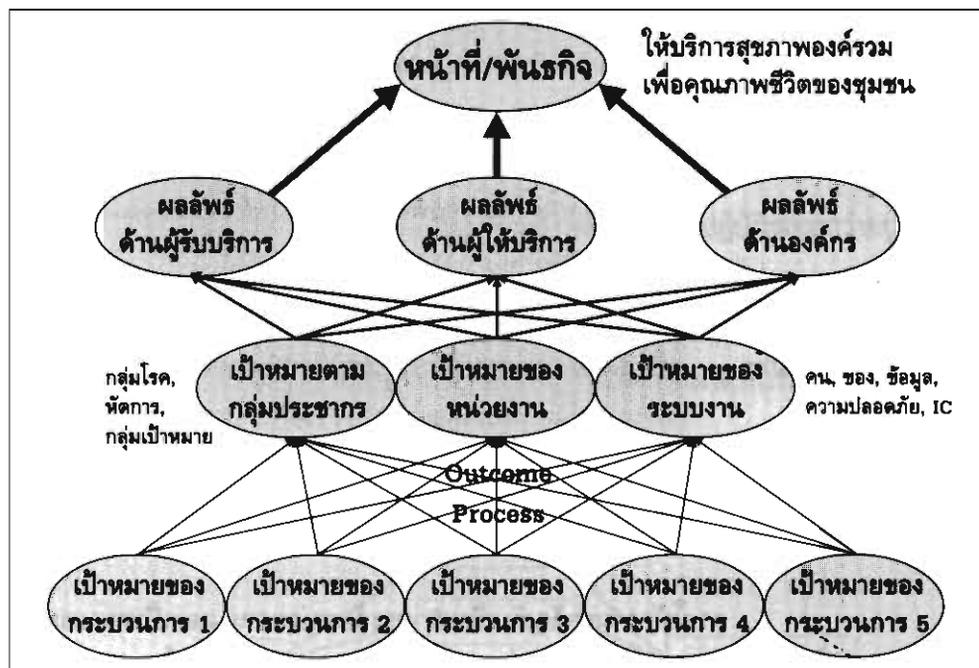
ระดับ	เป้าหมาย
ระบบงาน System	Purpose: ระบบงานนี้ (เช่น IC, HRD) มีเป้าหมายอะไร
กระบวนการ Process	Purpose: กระบวนการนี้ (เช่น การเฝ้าระวังการติดเชื้อ) มีเป้าหมายอะไร
แผนงาน Program	Program Goal: เป้าประสงค์ที่ต้องการบรรลุของแผนงาน
แผนปฏิบัติการ Plan of Action	Objective: ผลลัพธ์ที่ต้องการบรรลุจากการปฏิบัติตามแผน
โครงการ COI COI Project	Objective: ผลลัพธ์ที่ต้องการบรรลุจากกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

▶▶▶ 5.2 ความเชื่อมโยงเป้าหมายระดับต่าง ๆ

เป้าหมายสูงสุดคือการบรรลุพันธกิจขององค์กรหรือการทำหน้าที่ตามที่ถูกกำหนดไว้อย่างดีที่สุด ซึ่งจะวัดได้ด้วยผลลัพธ์ 3 ด้าน คือด้านผู้รับบริการ (ผลลัพธ์และความพึงพอใจที่เกิดกับผู้ป่วยและชุมชน) ด้านผู้ให้บริการ (การพัฒนา การเรียนรู้ และความพึงพอใจ) ด้านองค์กร (ประสิทธิภาพของระบบงานและการบริหาร การเป็นที่ยอมรับและความอยู่รอด)

เนื่องจากบริการของโรงพยาบาลมีความหลากหลายมาก การวัดที่ผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการในภาพรวมทั่วๆ ไป เช่น ความพึงพอใจ อัตราการเสียชีวิต อัตราการติดเชื้อ อาจจะไม่สามารถแสดงให้เห็นคุณภาพที่แท้จริงได้ จึงจำเป็นต้องพิจารณาในองค์ประกอบที่ย่อยลงไปอีก ได้แก่ เป้าหมายของหน่วยงานย่อยในโรงพยาบาล, กลุ่มผู้ป่วยที่แต่ละหน่วยงานให้บริการ และเป้าหมายของระบบงานต่างๆ ซึ่งจะสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย การวัดในระดับนี้น่าจะเป็นการวัดที่สำคัญที่สุดที่นำไปสู่การมองภาพรวมที่ชัดเจนขึ้น และนำไปสู่การกำหนดเครื่องชี้วัดในระดับกระบวนการที่จำเป็น

ภาพที่ 7 เป้าหมายในระดับต่างๆ และการเชื่อมโยง



▶▶▶ 5.3 เครื่องชีวิตในแต่ละระดับ

เป้าหมายขององค์กร	พันธกิจเป็นนามธรรม การวัดจึงต้องกำหนดผลลัพธ์ที่ต้องการเห็น ในด้านผู้รับบริการ ด้านผู้ให้บริการ ด้านองค์กร แต่มีปัญหาในการแปลผลเนื่องจากลักษณะงานกลุ่มผู้รับบริการที่ heterogeneous ของโรงพยาบาล
เป้าหมายของหน่วยงาน	การวัดความสำเร็จในการทำหน้าที่ของแต่ละหน่วยบริการ/หน่วยงาน สามารถกำหนดได้ชัดเจนมากขึ้น และควรเป็นเอกลักษณ์ของหน่วยงานนั้นๆ โดยพิจารณาจากภารกิจหลักหรือกลุ่มผู้ป่วยสำคัญที่หน่วยงานนั้นรับผิดชอบ
เป้าหมายของระบบงาน	เป็นสิ่งที่วัดได้ชัดเจน โดยความมุ่งไปที่ ultimate goal มุ่งมีที่ไกลกว่ากิจกรรมที่อยากทำ เช่น เป้าหมายของงาน IC คืออัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ต่ำที่สุด, เป้าหมายของการพัฒนากำลังคน คือ การที่คนมีความสามารถเหมาะสมกับงาน มีการพัฒนา มีการเติบโต

เป้าหมายตามกลุ่มประชากร/ ผู้รับบริการ	<ul style="list-style-type: none"> ● หน่วยงานที่ทำหน้าที่ด้านสร้างเสริมสุขภาพหรือทำงานเชิงรุก อาจพิจารณาตามกลุ่มประชากร เช่น เด็ก สตรี ผู้สูงอายุ ● หน่วยงานที่ทำหน้าที่ด้านดูแลผู้ป่วย อาจพิจารณากลุ่มโรคที่สำคัญ ซึ่งหน่วยงานรับผิดชอบอยู่จำนวนหนึ่ง และถามตนเองว่า “ถ้าจะประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ จะวัดอย่างไร” ● การวัดทางคลินิก ควรพิจารณาทั้งผลลัพธ์ (effectiveness เช่น การเกิดหุพพลภาพ/การเสียชีวิต) และกระบวนการ (appropriateness)
เป้าหมายของกระบวนการ	<p>เป็นสิ่งที่เจ้าของกระบวนการควรทบทวนทำความเข้าใจว่าแต่ละงานที่ตนทำอยู่นั้นทำไปเพื่ออะไร การประเมินว่าบรรลุเป้าหมายของกระบวนการหรือไม่ อาจจะไม่จำเป็นต้องพยายามเก็บข้อมูลที่เป็นตัวเลข อาจจะใช้การประเมินเชิงคุณภาพซึ่งใช้เวลาน้อยกว่าได้</p>

ควรให้ความสำคัญกับเป้าหมายระดับหน่วยงาน และเป้าหมายระดับกลุ่มประชากร/ผู้รับบริการที่หน่วยงานนั้นรับผิดชอบให้มากขึ้น กำหนดเป้าหมายระดับหน่วยงานที่เป็นเอกลักษณ์ของตนเองให้มากขึ้น

▶▶▶ 5.4 ความสัมพันธ์ของหน้าที่ เป้าหมาย ความต้องการ เครื่องชี้วัด ทั้งหมดคือเรื่องเดียวกันที่จะต้องมองให้เห็นความเชื่อมโยง

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

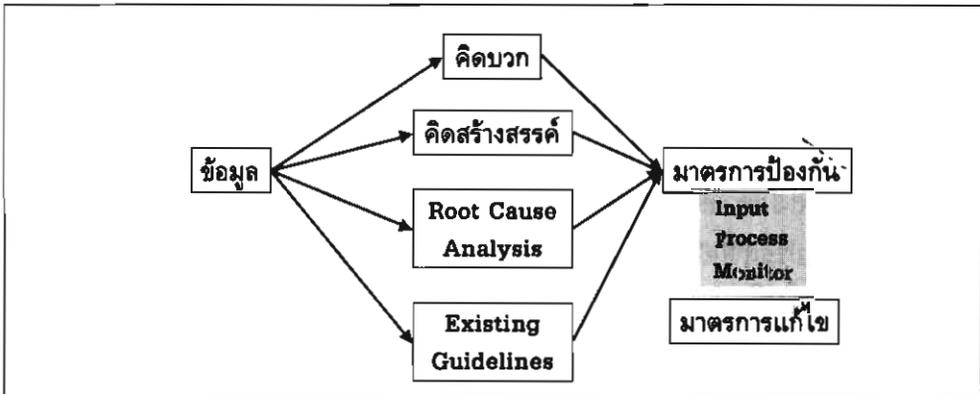
หากไม่ได้เน้นให้เห็นความเชื่อมโยงในสิ่งเหล่านี้ กิจกรรมที่เกิดขึ้นจะเป็นการแยกส่วน และทำด้วยความไม่เข้าใจ เช่น กำหนดเป้าหมายโดยไม่ได้

นำความต้องการของผู้รับผลงานหรือสิ่งที่ผู้รับผลงานให้คุณค่ามาพิจารณา กำหนดเครื่องชี้วัดโดยไม่ได้ทับทวนกับเป้าหมายสำคัญ

6. การทบทวน (Review)

การทบทวนทำให้เราเห็นผลงานและวิธีการปฏิบัติของเราว่าอยู่ในระดับที่เราต้องการหรือไม่ บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ การทบทวนที่ดีควรนำไปสู่การกำหนดมาตรการป้องกันที่รัดกุม และแนวทางแก้ไขปัญหากหากมีการเกิดขึ้นอีก ช่องทางหรือกลวิธีในการคิดค้นหามาตรการแก้ไขป้องกันมีดังนี้

ภาพที่ 8 ช่องทางในการนำผลการทบทวนไปสู่มาตรการแก้ไขป้องกัน



1) การคิดเชิงบวก เป็นการเปิดใจรับรู้สถานการณ์ว่ามีปัญหาเกิดขึ้นจริง การเกิดปัญหาหรือความสูญเสียนั้นเป็นการส่งสัญญาณให้เราทราบว่าระบบงานของเรามีปัญหา ควรที่จะใส่ใจในการทบทวนระบบที่เป็นอยู่แทนที่จะพยายามปิดซ่อนปัญหาเอาไว้ การคิดเชิงบวกจึงเป็นพื้นฐานทั่วไปสำหรับช่องทางอื่นๆ

2) การคิดสร้างสรรค์ เป็นการพยายามคิดค้นหาวิธีการใหม่ๆ ในการป้องกันปัญหา อำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ปฏิบัติงานที่จะปฏิบัติตามแนวทางที่ควรจะเป็น เช่น เมื่อพบว่าสายต่อลงถุงเก็บปัสสาวะยาวเกินไป ทำให้เกิดปัญหาปัสสาวะค้างในสายและสายหย่อนลงไปสัมผัสพื้น ทีมงานก็แก้ปัญหาด้วยการตัดสายให้สั้นลงโดยใช้ข้อต่อเข้ามาช่วย

3) การวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้า (root cause) ด้วยการถามคำถาม “ทำไม” ซ้ำหลายๆ รอบ จะนำไปสู่การแก้ปัญหาที่ต้นเหตุ การปรับปรุงที่ตรงประเด็น และความยั่งยืนในการแก้ไขป้องกัน

4) การใช้หลักฐานวิชาการ แนวทางปฏิบัติ หรือข้อเสนอแนะที่มีผู้จัดทำไว้มากมาย เช่น มาตรการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล มาตรการป้องกันความเสี่ยงในเรื่องต่างๆ

▶▶▶ 6.1 การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย

เป็นการทบทวนและปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยไปพร้อมกันซึ่งผู้ให้บริการทุกคนสามารถทำได้ด้วยตนเอง หรือร่วมพิจารณาพร้อมกับเพื่อนร่วมงาน เป็นสิ่งที่ควรนำไปปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอจนเป็นความเคยชิน

แนวทางต่อไปนี้เป็นกรรวยอดแนวคิดเรื่องคุณภาพการดูแลซึ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเข้ามาในชีวิตประจำวัน ซึ่งทุกคนสามารถทำได้ ทุกวัน ทุกชั่วโมง

เข้าไปในหอผู้ป่วย ถามตัวเองหรือเจ้าหน้าที่ว่าขณะนี้มีผู้ป่วยรายใดที่มีความซับซ้อน หรือมีความเสี่ยง หรือน่าเป็นห่วง และตั้งคำถามในประเด็นต่อไปนี้

Care เราได้ดูแลผู้ป่วยรายนี้อย่างเต็มความสามารถด้วยความระมัดระวังแล้วหรือไม่ ตั้งแต่การประเมิน การวางแผน การปฏิบัติตามแผน การดูแล ผลตอบสนอง ไปจนถึงการป้องกันความเสี่ยง

Communication เราได้สื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวในข้อมูลที่จำเป็นอย่างเพียงพอแล้วหรือไม่ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจโรคที่ตนเองเป็นอยู่ ทางเลือกในการดูแลรักษา และวิธีการปฏิบัติตัวที่เราคาดหวัง

Continuity เราได้ใส่ใจในความต่อเนื่องของการดูแลรักษา รวมทั้งการให้ความช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปดูแลตนเองได้แล้วหรือไม่

Team เราได้เชื่อเชิญวิชาชีพอื่นที่สมควร (นอกเหนือจากแพทย์และพยาบาล เช่น นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ) เข้ามาร่วมดูแลผู้ป่วยรายนี้แล้วหรือไม่

Human Resource ความรู้และทักษะของทีมงานของเราเพียงพอ

สำหรับดูแลผู้ป่วยรายนี้อย่างมีคุณภาพหรือไม่ ยังขาดเรื่องอะไรอยู่ ทำอย่างไรจะให้เกิดความรู้และทักษะเหล่านั้นขึ้นได้เร็วที่สุด

Environment ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สะดวก สบาย ปลอดภัยหรือไม่ มีเครื่องมือเพียงพอและพร้อมที่จะใช้หรือไม่

Record เวชระเบียนของผู้ป่วยรายนี้ได้รับการบันทึกอย่างสมบูรณ์เพียงพอที่จะให้ผู้อื่นมาดูแลอย่างต่อเนื่อง เข้าใจเหตุผลของการตัดสินใจประเมินคุณภาพของการดูแล และใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายได้หรือไม่

การตั้งคำถามในลักษณะนี้จะทำให้เห็นโอกาสพัฒนาอยู่ตลอดเวลาและกระตุ้นให้เกิดการปรับปรุงทันทีเพื่อผู้ป่วยที่กำลังนอนอยู่ในขณะนั้น และได้เห็นอนาสังส์ของการพัฒนาที่เกิดขึ้นทันทีด้วยการพัฒนาคุณภาพกับการทำงานประจำเป็นเรื่องเดียวกันมิใช่เป็นการดึงเวลาออกไปจากการทำงานประจำ

▶▶▶ 6.2 การทบทวนความคิดเห็น/คำร้องเรียนของผู้รับบริการ

จุดมุ่งหมายของการทบทวนความคิดเห็น/คำร้องเรียนของผู้รับบริการ คือ เพื่อเพิ่มความไวในการรับรู้ความต้องการและความไม่พึงพอใจของผู้รับบริการ ซึ่งเป็นสิ่งที่แก้ไขได้ไม่ยากนัก แต่หากปล่อยไว้จะก่อให้เกิดความเสียหายแก่ชื่อเสียงขององค์กร

นอกเหนือจากระบบรับความคิดเห็น/คำร้องเรียนทั่วไปแล้วโรงพยาบาลควรพิจารณาหน่วยงานที่มีความเสี่ยงต่อการถูกร้องเรียนสูงซึ่งควรจัดระบบรับคำร้องเรียนเป็นการเฉพาะ เช่น ห้องฉุกเฉิน ห้องคลอด หอผู้ป่วยหนัก ห้องตรวจผู้ป่วยนอก

1) การรับรู้และตอบสนอง

พิจารณาวิธีการรับรู้ปัญหาและดำเนินการตอบสนองอย่างเหมาะสมวิธีการต่อไปนี้เป็นข้อเสนอแนะเพื่อให้โรงพยาบาลเลือกใช้ตามความเหมาะสมกับสถานการณ์ของตน

ก) ผู้รับความคิดเห็น/คำร้องเรียน

เป็นช่องทางรับรู้ปัญหาที่มักจะมีอยู่แล้ว แต่ควรพิจารณาปรับปรุงดังต่อไปนี้

- จัดให้มีผู้รับความคิดเห็น/คำร้องเรียนให้เพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหน่วยงานที่มีโอกาสเกิดความเข้าใจผิดหรือความไม่พึงพอใจสูง
- จัดให้มีอุปกรณ์การเขียนความคิดเห็น/คำร้องเรียน เช่น กระดาษดินสอ/ปากกา ให้เพียงพออยู่ตลอดเวลา
- เปิดผู้รับความคิดเห็น/คำร้องเรียนทุกวันถ้าเป็นไปได้ (การเปิดตู้สัปดาห์ละครั้งหรือเดือนละครั้ง ไม่ทันการณ์)
- ดำเนินการแก้ไขปัญหาทันทีและหาวิธีการแจ้งให้ผู้รับบริการได้ทราบถึงการแก้ปัญหาเหล่านั้น เช่น อาจจะมีบอร์ดอยู่ข้างๆ ตู้รับคำร้องเรียนระบุการแก้ปัญหาที่ได้ดำเนินการไป (พยายามหลีกเลี่ยงการอธิบายซึ่งส่อไปในทางการแก้ตัว)
- อาจใช้สมุดบันทึกความคิดเห็นที่มมญาติผู้ป่วยซึ่งทำหน้าที่เก็บข้อมูลสะสมและบันทึกการตอบสนองของโรงพยาบาล

ข) การพูดคุยกับผู้รับบริการ

เป็นการสร้างวัฒนธรรมใหม่ในการรับทราบความรู้สึกและข้อคิดเห็นของผู้รับบริการ ด้วยการขอให้เจ้าหน้าที่ทุกคนตั้งปณิธานว่าจะพูดคุยกับผู้รับบริการเป็นประจำทุกวัน อย่างน้อยวันละหนึ่งคน เกี่ยวกับสิ่งที่ผู้รับบริการพึงพอใจและสิ่งที่ต้องการให้มีการปรับปรุงแก้ไข

ข้อมูลที่ได้รับจากการพูดคุยจะเทียบเท่ากับข้อมูลในส่วนคำถามปลายเปิดในแบบประเมินพึงพอใจของผู้รับบริการ แต่สิ่งที่ได้มากกว่าคือการสัมผัสถึงความรู้สึกที่แท้จริงของผู้รับบริการ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน การได้รับข้อมูลที่มากกว่า (เพราะผู้รับบริการส่วนใหญ่จะชอบพูดมากกว่าเขียน) และการสร้างจิตสำนึกให้ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางขึ้นในจิตใจของทุกคน

ค) การค้นหาผู้ประสบปัญหาในการรับบริการ

โดยทั่วไปเรามักจะตั้งรับรอให้ผู้ที่มีปัญหา เกิดความไม่พึงพอใจเข้ามาบอกล่าว่าเกิดอะไรขึ้นกับตน ซึ่งผู้รับบริการที่ไม่พึงพอใจจำนวนหนึ่งอาจจะไม่เข้ามาแจ้งแก่เจ้าหน้าที่

วิธีการนี้เป็นการค้นหาในเชิงรุกด้วยการกวาดตามองหาผู้รับบริการที่มีท่าทีหรือสีหน้าไม่เป็นที่สปรามณ์ เข้าไปพูดคุยเพื่อรับทราบปัญหา ค้นหาสาเหตุ และดำเนินการแก้ไขทันที ข้อสำคัญที่สุดคือจะต้องมีท่าทีรับฟังอย่าง

ตั้งใจ ไม่แก้ตัว และความยืดหยุ่นในการตอบสนอง

ง) การจัดให้มีเจ้าหน้าที่รับคำร้องเรียน

โดยทั่วไปมักจะมีเจ้าหน้าที่ต้อนรับหรือเจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ทำหน้าที่นี้อยู่แล้ว ควรพิจารณาแนวทางการปฏิบัติงานดังต่อไปนี้

- มีป้ายหรือวิธีการที่จะสื่อให้ผู้รับบริการทราบว่า จุดนี้ บุคคลนี้ คือผู้ที่จะช่วยแก้ปัญหาให้เขาได้
- ทำความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่ว่าในขณะรับทราบปัญหาของผู้ป่วยนั้นให้ทำความรู้สึกเหมือนกับเป็นญาติของผู้ป่วย มิใช่เป็นเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล หน้าที่คือการช่วยแก้ปัญหาและสร้างความรู้สึกที่ดีแก่ผู้รับบริการ หลีกเลี่ยงการอธิบายกฎระเบียบหรือคำชี้แจงต่างๆ ซึ่งผู้รับบริการไม่อยู่ในอารมณ์ที่จะรับฟัง
- สนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ที่รับคำร้องเรียนสามารถประสานงานแก้ปัญหาและสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ร้องเรียน เช่น อนุญาตให้ลัดคิวบางอย่างได้เมื่อมีเหตุผล อนุญาตให้ใช้เงินเพื่อซื้อเครื่องดื่มให้ผู้ร้องเรียนได้ ฯลฯ (จะให้อำนาจหรือ empower อย่างไร เพียงใด ขึ้นกับลักษณะปัญหาที่พบบ่อย)
- บันทึกข้อมูลคำร้องเรียนและการแก้ไขที่นำไปลงในรูปแบบบันทึกมาตรฐานเพื่อรวบรวมวิเคราะห์

จ) รับความคิดเห็น/คำร้องเรียนทางโทรศัพท์

โรงพยาบาลอาจจะจัดให้มีระบบรับคำร้องเรียนทางโทรศัพท์ในรูปแบบต่างๆ เพื่อรับเรื่องราวจากผู้ที่ไม่ต้องการแสดงตัว เช่น

- โทรศัพท์พูดคุยกับเจ้าหน้าที่รับคำร้องเรียน
- โทรศัพท์ถึง operator และบันทึกเทปไว้
- โทรศัพท์ซึ่งรับสัญญาณแล้วบันทึกเทปโดยอัตโนมัติ

ฉ) บันทึกประสบการณ์ของผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่นอนอยู่ในโรงพยาบาล มีการศึกษา และสามารถจดบันทึกได้ ควรได้รับการกระตุ้นและสนับสนุนให้จัดทำ "บันทึกประสบการณ์ในโรงพยาบาล" เพื่อให้ผู้ให้บริการได้รับทราบความต้องการและความรู้สึกของผู้ป่วยได้ดีขึ้น ควรพิจารณาแนวทางปฏิบัติต่อไปนี้

- ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยหรือญาติในการจดบันทึก
- จัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นในการจดบันทึกให้ เช่น สมุด ดินสอ
- ขอให้ผู้ป่วยหรือญาติจดบันทึกอาการความรู้สึกของผู้ป่วยการดูแลรักษาที่ได้รับ และสิ่งที่ต้องการเพิ่มเติมจากโรงพยาบาลในแต่ละวัน โดยชี้แจงด้วยว่าข้อมูลเหล่านี้จะถูกนำมาใช้เพื่อประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยด้วย
- เจ้าหน้าที่ขอฉบับบันทึกของผู้ป่วยเป็นประจำทุกวัน ดำเนินการตอบสนองความต้องการหรือแก้ปัญหาให้ผู้ป่วยทันทีและบันทึกปัญหา/การแก้ไขนั้นในเวชระเบียนด้วย

ข) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย

เป็นสิ่งที่หลายโรงพยาบาลทำอยู่แล้ว แต่ยังไม่ใช้ประโยชน์ไม่เต็มที่และไม่ทันการณ์ ควรพิจารณาปรับปรุงดังต่อไปนี้

- ออกแบบประเมินในภาพรวมแทนที่จะแยกประเมินของแต่ละหน่วยบริการ และให้มีคำถามให้น้อยข้อที่สุด
- นำข้อเสนอแนะในส่วนคำถามปลายเปิดส่งต่อให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบทันที

ข) การรับฟังเสียงสะท้อนจากชุมชน

เป็นการรับฟังเสียงสะท้อนในเชิงรุกจากผู้ที่จะอาจไม่ได้เป็นผู้รับบริการโดยตรง โดยผสมผสานกับกิจกรรมที่โรงพยาบาลมีอยู่แล้วในชุมชน เช่น การเยี่ยมบ้าน การให้บริการในชุมชน

2) การบันทึก

จัดให้มีระบบการบันทึกข้อมูล การแก้ไขที่ได้ดำเนินการไปและพิจารณาข้อเสนอแนะในการปรับปรุงระบบเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำซ้อน (หัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นผู้รับผิดชอบ อาจจะมีมอบหมายให้ผู้รับทราบข้อมูลเป็นผู้บันทึก อาจจะมีปรึกษาหาวิธีการปรับปรุงระบบกับสมาชิกในหน่วยงานตามความเหมาะสม)

ตัวอย่างแบบบันทึกข้อมูลมาตรฐานซึ่งใช้ได้กับทุกช่องทางการรับรู้ข้อมูลที่กล่าวมาแล้ว

ข้อมูลที่ได้รับ/ผู้รับข้อมูล	การแก้ไขเฉพาะราย	ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงระบบ

3) การวิเคราะห์ข้อมูลและปรับปรุงระบบ

นำข้อมูลมาวิเคราะห์แนวโน้มเพื่อดำเนินการปรับปรุงระบบให้เหมาะสมยิ่งขึ้น โดยทีมผู้บริหารหรือทีมงานที่ผู้บริหารมอบหมาย ในช่วงแรกควร ทบทวนเป็นประจำทุกเดือน ในกรณีที่ผู้บริหารมอบหมายให้ทีมผู้รับผิดชอบ จะต้องมีการรายงานให้ทีมผู้บริหารรับทราบอย่างสม่ำเสมอ

ตัวอย่างแบบบันทึกสรุปแนวโน้มของปัญหาและการปรับปรุงระบบ

ลักษณะของปัญหา	ความถี่	การปรับปรุงระบบที่ดำเนินการไปแล้ว

4) การติดตามผล

ทีมผู้บริหารควรติดตามผลการปรับปรุงระบบเป็นระยะ ในแง่ความเหมาะสมของการปรับปรุงระบบ การปฏิบัติตามแนวทางใหม่ที่กำหนดขึ้น และการลดลงของปัญหา

▶▶▶ 6.3 การทบทวนการส่งต่อ/ขอย้าย/ปฏิเสธการรักษา

จุดมุ่งหมายของการทบทวนนี้เพื่อประเมินศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาล รวมทั้งความเหมาะสมในการดูแลก่อนที่จะมีการส่งต่อ

1) การรับรู้

ก) การส่งต่อผู้ป่วย

แหล่งข้อมูลสำหรับการทบทวนมักจะถูกส่งต่อผู้ป่วยในสำเนาใบส่งต่อผู้ป่วย แต่ข้อมูลในใบส่งต่ออาจจะไม่สมบูรณ์พอที่จะนำไปสู่การปรับปรุงระบบได้ ควรพิจารณาแนวทางปฏิบัติต่อไปนี้

- ทันทีที่มีการส่งต่อผู้ป่วย หัวหน้าหอผู้ป่วยควรปรึกษากับแพทย์ผู้ดูแลเกี่ยวกับเหตุผลของการส่งต่อ (ควรวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริงว่าเป็นเพราะความไม่พึงพอใจของผู้รับบริการ ความไม่เชื่อมั่นในโรงพยาบาล โรงพยาบาลไม่มีศักยภาพที่จะดูแล หรือโรงพยาบาลมีศักยภาพในการดูแลแต่ไม่พร้อมด้วยสาเหตุอื่นๆ) และความเป็นไปได้ในการปรับปรุงเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย
- ติดตามรับเสียงสะท้อนจากโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยต่อเกี่ยวกับความเหมาะสมของการดูแลรักษาที่ได้ให้ไป รวมทั้งข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย

ข) ผู้ป่วยที่ขอย้ายหรือปฏิเสธการรักษา

ผู้ป่วยที่ขอย้ายหรือปฏิเสธการรักษาส่วนหนึ่งมาจากความไม่พึงพอใจหรือไม่มั่นใจ ซึ่งเป็นโอกาสดีที่จะทบทวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น อย่างไรก็ตามในระบบที่เป็นอยู่มักจะไม่มีการบันทึกข้อมูลดังกล่าว ควรพิจารณาแนวทางปฏิบัติทำนองเดียวกับการส่งต่อผู้ป่วย

2) การบันทึก

จัดให้มีระบบการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย การวินิจฉัยโรคสาเหตุที่ส่งต่อ/ขอย้าย/ปฏิเสธการรักษา และพิจารณาข้อเสนอแนะในการปรับปรุงศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยและการสื่อสารกับผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความเชื่อมั่นมากขึ้น

หัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีหน้าที่รับผิดชอบในการบันทึกข้อมูลไว้เพื่อประโยชน์ในการทบทวน

ตัวอย่างแบบบันทึกข้อมูลการส่งต่อ/ขอย้าย/ปฏิเสธการรักษา

ผู้ป่วย/การวินิจฉัย	เหตุผลที่ส่งต่อ/ขอย้าย	ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุง

3) การวิเคราะห์ข้อมูล การปรับปรุงระบบ และการติดตามผล

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

▶▶▶ 6.4 การทบทวนการตรวจรักษาโดยผู้ที่มีไข้แพทย์

การตรวจรักษาโดยผู้ที่มีไข้แพทย์ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ยังคงเป็นความรับผิดชอบของแพทย์ที่ควบคุมกำกับ ซึ่งอาจจะเป็นผู้บริหาร หัวหน้าแผนก หรือแพทย์เวรในช่วงเวลานั้น

แนวทางการปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพได้แก่

- บุคคลที่ให้การตรวจรักษาจะต้องได้รับการฝึกอบรมและประเมินว่า เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถพอ
- มีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจนในการขอคำปรึกษาแพทย์ และสามารถได้รับคำปรึกษาเมื่อต้องการ
- แพทย์ผู้รับผิดชอบทบทวนการตรวจรักษาที่ได้กระทำไปโดยเร็วที่สุด และยืนยันให้ความเห็นชอบกับการตรวจรักษาที่ได้ทำไป นำสิ่งที่สมควรได้รับการแก้ไขปรับปรุงมาทำความเข้าใจ ชี้แนะ จัดทำแนวทางปฏิบัติ หรือฝึกอบรม

▶▶▶ 6.5 การค้นหาและป้องกันความเสี่ยง

1) การค้นหาความเสี่ยง

เป็นการทบทวนในเชิงรุก เพื่อดูว่ามีโอกาสจะเกิดความสูญเสียในด้านใดบ้าง และนำมากำหนดมาตรการป้องกันที่รัดกุม

การค้นหาความเสี่ยงง่ายๆ อาจทำได้ดังนี้

- ติดตามสิ่งที่เคลื่อนไหวในระบบบริการ เช่น การเข้ารับบริการของผู้ป่วยในทุกขั้นตอน การไหลเวียนของสิ่งส่งตรวจและรายงานผล การไหลเวียนของคำสั่งใช้ยาและการให้ยาแก่ผู้ป่วย พิจารณาว่าในแต่ละขั้นตอนมีโอกาสที่จะเกิดปัญหาหรือความเสี่ยงอะไรกับผู้ป่วย
- ทบทวนกันภายในหน่วยงานว่าเคยมีเหตุการณ์สำคัญอะไรเกิดขึ้น หรือมีโอกาสจะเกิดขึ้น
- จัดทีมจากนอกหน่วยงานเข้าไปสังเกตความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและวิธีปฏิบัติงานในแต่ละหน่วยงาน รวบรวมบัญชีรายการความเสี่ยงที่ค้นพบจากทุกหน่วยงานส่งให้แต่ละหน่วยงานทบทวนตนเอง
- ติดตามปัญหาหรือความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลอื่นและนำมาพิจารณาว่าเหตุการณ์เหล่านั้นมีโอกาสเกิดขึ้นกับเราหรือไม่
- นำโรคที่พบบ่อยหรือโอกาสที่ผลลัพธ์ในการดูแลรักษาจะไม่ดี มาพิจารณาว่ามีความเสี่ยงด้านคลินิกอะไรบ้าง

2) การกำหนดแนวทางปฏิบัติ

ควรพิจารณาประเด็นต่อไปนี้และจัดทำคู่มือที่กระชับ

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

3) การบันทึก

โรงพยาบาลควรสร้างวัฒนธรรมให้มีการรายงานอุบัติการณ์ โดยมุ่งนำข้อมูลมาใช้เพื่ออธิบายแนวโน้มของปัญหาและร่วมกันแก้ไขป้องกัน มากกว่าที่จะใช้เป็นเครื่องมือในการค้นหาผู้กระทำผิดและลงโทษ แบบบันทึกควรจะสั้น กระชับ มีรายละเอียดการเกิดเหตุการณ์เท่าที่จำเป็น ควรมีการกำหนด

ช่องทางการรายงานและการตอบสนองที่ชัดเจน ตามลักษณะความรุนแรง และเร่งด่วนของเหตุการณ์ และมีระบบรักษาความลับของข้อมูลเพื่อให้ความมั่นใจแก่ผู้รายงาน

4) การทบทวน/การวิเคราะห์ข้อมูล การปรับปรุงระบบ และติดตามผล
 สิ่งที่ควรสนับสนุนให้เกิดขึ้นได้แก่

- การทบทวนโดยผู้ปฏิบัติงานว่าสามารถปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดไว้ได้หรือไม่ โดยสอดแทรกเข้าไประหว่างการทำงานปกติ
- การที่หัวหน้างานสังเกตการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่โดยเลือกสังเกตในขั้นตอนการปฏิบัติที่สำคัญ
- การเชื่อมโยงข้อมูลจากโปรแกรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยง เพื่อให้ได้ภาพรวมของการเกิดอุบัติการณ์ทั้งหมดในทุกระดับของโรงพยาบาล เพื่อให้ทีมผู้บริหารสามารถรับทราบแนวโน้มของการเกิดอุบัติการณ์ได้ และดำเนินการตอบสนองอย่างเหมาะสมในวาระการประชุมปกติของผู้บริหาร
- การทบทวนความเหมาะสมของมาตรการที่กำหนดไว้

▶▶▶ 6.6 การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล

การติดเชื้อเป็นความเสี่ยงสำคัญที่สามารถป้องกันได้ การมีมาตรการป้องกันที่ดีและการเฝ้าระวังอุบัติการณ์ของการติดเชื้อจะช่วยลดความสูญเสียลงได้มาก

การเฝ้าระวัง คือ “วิธีการที่เป็นระบบในการเก็บ จัดระบบ วิเคราะห์ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหรือเหตุการณ์ รวมทั้งการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องนำไปปรับปรุงผลลัพธ์”

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

การเฝ้าระวังทั้งโรงพยาบาล (hospital-wide surveillance) มีข้อดีที่ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับตำแหน่งของการติดเชื้อและหอผู้ป่วยที่มีการติดเชื้ออย่าง

ครบถ้วน สามารถค้นพบการระบาดได้ง่าย แต่มีข้อดีที่ต้องใช้เวลามาก ต้องการเจ้าหน้าที่มาก ไม่สามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงได้ แปลผลข้อมูลยาก และไม่มีจุดเน้นในการทำงาน

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

1) กำหนดการติดเชื้อและกระบวนการที่จะเฝ้าระวัง

โรงพยาบาลควรเลือกการติดเชื้อซึ่งมีอัตราการเกิดสูงซึ่งมีผลกระทบรุนแรง มีค่าใช้จ่ายสูง มีศักยภาพในการเฝ้าระวังและลดอัตราการติดเชื้อ มาทำการเฝ้าระวัง

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

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

ในการติดเชื้อแต่ละอย่างนั้นควรวิเคราะห์ด้วยว่ากระบวนการหรือขั้นตอนใดที่มีผลต่อการติดเชื้อ และเฝ้าระวังการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ด้วย เช่น กระบวนการที่มีผลต่อการลดอัตราการติดเชื้อของแผลผ่าตัดได้แก่ การทำความสะอาดผิวหนัง, การจัดชน, ระยะเวลาในการให้ยาต้านจุลชีพ

2) เก็บข้อมูล

ควรกำหนดค่าจำกัดความในการเฝ้าระวังโดยใช้ค่าจำกัดความที่เป็นมาตรฐานและใช้เหมือนกันทั้งโรงพยาบาล รวมทั้งกำหนดองค์ประกอบของข้อมูลที่ต้องจัดเก็บ

ความถูกต้องของข้อมูลขึ้นอยู่กับ วิธีการค้นหาผู้ป่วยที่ครอบคลุม การเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการฝึกอบรม

ในการค้นหาผู้ป่วยติดเชืื่อนั้น ควรใช้วิธีที่มีความไวร่วมกัน ได้แก่ การทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง, การทบทวนผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านจุลชีพ และการมีผู้ประสานงานในหอผู้ป่วยช่วยเฝ้าระวัง

3) วิเคราะห์ข้อมูล

ควรมีการวิเคราะห์อัตราการติดเชื้อเป็นประจำทั้งในระดับโรงพยาบาล และระดับหอผู้ป่วย โดยวิเคราะห์ทุกเดือนถ้าเป็นไปได้ ตัวอย่างการวิเคราะห์ เช่น

- อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัดตามรายหัตถการ (ร้อยละ)
- อัตราการติดเชื้อจากการใช้อุปกรณ์ (ต่อ 1,000 วัน ของการใช้อุปกรณ์)
- อัตราการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ (ร้อยละ)

ในบางกรณีอาจจำเป็นต้องวิเคราะห์เปรียบเทียบตามกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงคล้ายกัน

4) ใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย

การเฝ้าระวังควรนำไปสู่การทบทวนมาตรการป้องกันการติดเชื้อที่ใช้อยู่ และส่งเสริมให้มีการนำข้อเสนอแนะต่างๆ ที่มีหลักฐานทางวิชาการสนับสนุน มาสู่การปฏิบัติอย่างครบถ้วน

▶▶▶ 6.7 การเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา

โรงพยาบาลสามารถเพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยาด้วยการลดโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (adverse drug event-ADE)

ความคลาดเคลื่อน	ครั้ง	ผลกระทบ						ตัวหาร	อัตรา
		No harm	E	F	G	H	Death		
Order processing error⁶								(ใบสั่ง)	
● Ward									
● Pharmacy									
Dispensing error⁷								(ใบสั่ง)	
Administrative error⁸								(วันนอน)	
● Wrong time									
● Omission error									
● Wrong strength									
● Unauthorized drug/ wrong patient									
● Extra dose									
● Wrong route									
● Wrong dosage form									
Patient non-compliance								(รายผู้ป่วย)	
Total									

- 1 ความคลาดเคลื่อนซึ่งส่งผลให้เกิดผลเสีย (harm) ต่อผู้ป่วยเป็นการชั่วคราว ต้องมีการรักษาหรือแก้ไข
- 2 ความคลาดเคลื่อนซึ่งส่งผลให้เกิดผลเสีย (harm) ต่อผู้ป่วยเป็นการชั่วคราว ต้องรับไว้ในนอนโรงพยาบาล หรือนอนโรงพยาบาลนานขึ้น
- 3 ความคลาดเคลื่อนซึ่งส่งผลให้เกิดผลเสีย (harm) ต่อผู้ป่วยเป็นการถาวร
- 4 ความคลาดเคลื่อนซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเกือบเสียชีวิต เช่น การแพ้ยา anaphylaxis, หัวใจหยุดเต้น
- 5 ความคลาดเคลื่อนจากการสั่งยา ได้แก่ ผิดขนาด, เลือดยาผิด (มีข้อห้าม), สั่งยาที่ผู้ป่วยแพ้, ความถี่ผิด, เขียนชื่อยาผิด, สั่งให้ยาผิดวิธี
- 6 ความคลาดเคลื่อนในกระบวนการก่อนการจ่ายยา ได้แก่ ความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่ง และ ความคลาดเคลื่อนในการจัดยา
- 7 ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา หมายถึงยาที่จ่ายแก่ผู้ป่วยไม่ตรงกับที่แพทย์สั่ง เป็นข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล
- 8 ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ได้แก่ ผิดเวลาเกินกว่า 1 ชั่วโมง, ไม่ได้ให้, ความเข้มข้นผิด, ผู้ป่วย ผิดคน หรือผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่ควรได้, ให้ยาเกินขนาด, ให้ยาผิดวิธี, ให้ยาในรูปแบบที่ผิด

▶▶▶ 6.8 การทบทวนการดูแลผู้ป่วยจากเหตุการณ์สำคัญ

เป็นการนำเหตุการณ์ที่มีความสำคัญมาวิเคราะห์หวัพหุภาพเพื่อหาวิธีป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ดังกล่าวขึ้นอีก การลงทุนกับสิ่งที่มีปัญหาเป็นวิธีการที่คุ้มค่า เพราะช่วยป้องกันความเสี่ยงให้กับทุกฝ่าย

เหตุการณ์สำคัญได้แก่

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

1) การรับรู้และทบทวน

การรับรู้ ทบทวน และรายงานเหตุการณ์ต่างๆ ควรเป็นไปอย่างเหมาะสมกับความรุนแรงของเหตุการณ์นั้นๆ

การเสียชีวิต	ทบทวนเบื้องต้นให้เร็วที่สุดโดยแพทย์และพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย และรายงานให้ผู้บริหารทราบทันที
การเกิดภาวะแทรกซ้อน	แพทย์และพยาบาลร่วมกันแก้ไขภาวะแทรกซ้อน แล้วทบทวนสาเหตุและโอกาสป้องกันทันที
การรักษาซ้ำ	แพทย์และพยาบาลร่วมกันทบทวนสาเหตุและโอกาสป้องกันทันที
อุบัติเหตุอื่น ๆ	ใช้ระบบรายงานอุบัติเหตุ มีการมอบหมายให้ผู้รับผิดชอบดำเนินการตามระดับความรุนแรงของอุบัติเหตุ รวบรวมอุบัติเหตุมาทบทวนเป็นประจำทุกเดือน

กรณี “เกือบพลาด” หรือ “ใกล้พลาด”

อาจตรวจพบได้จากระบบรายงานอุบัติการณ์ปกติ หรือระบบการตรวจสอบเฉพาะ (เช่น การตรวจสอบยาก่อนจ่ายให้ผู้ป่วย) หรือการตรวจสอบเวชระเบียนของผู้ป่วยที่กำลังนอนรักษาอยู่ว่ามีโอกาสที่จะเกิดผลที่ไม่ดีขึ้น (potential bad outcome)

หลักการสำคัญในการทบทวนเหตุการณ์เหล่านี้คือ การหาแนวทางป้องกัน มิให้สาเหตุบุคคลผู้รับผิดชอบ ดังนั้นในการทบทวนจะต้องไม่มีการกล่าวโทษกัน **เมื่อใดก็ตามที่จะมีการกล่าวโทษกัน ผู้ดำเนินการจะต้องยุติการอภิปรายในทิศทางนั้น**

อาจมีความจำเป็นที่จะต้องวินิจฉัยสาเหตุของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเช่น การวินิจฉัยผิด การวินิจฉัยล่าช้า การวินิจฉัยไม่ชัดเจน การเฝ้าระวังที่ไม่เพียงพอ การรักษาที่ไม่เหมาะสม ทั้งนี้ก็เพื่อเป้าหมายเดียวคือเพื่อตอบคำถามว่า “เรื่องนี้รุนแรงขนาดไหน จำเป็นต้องปรับปรุงวิธีการทำงานหรือไม่ จะป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ในลักษณะดังกล่าวขึ้นอีกได้อย่างไร”

ควรกำหนดระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อประโยชน์ในการดำเนินงานต่อ เช่น

- ระดับ 1 รับผิดชอบ ไม่ต้องทำอะไรต่อ
- ระดับ 2 สิ่งที่ทำเป็น routine แต่ไม่ได้คาดว่าจะเกิดปัญหา ไม่ต้องทำอะไรต่อ
- ระดับ 3 การทำงานไม่ปกติ ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน แต่ไม่เกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย
- ระดับ 4 ขาดมาตรฐานการดูแล มีผลกระทบต่อผู้ป่วย ต้องระบุแผนที่ต้องทำและส่งให้ผู้รับผิดชอบ

ในกรณีที่แพทย์และพยาบาลไม่มีโอกาสที่จะทบทวนร่วมกัน อาจจะทำให้แต่ละฝ่ายทบทวนในส่วนของตนเองก่อน และมอบให้มีผู้รับผิดชอบประสานข้อมูลจากทุกฝ่าย

ในบางกรณี ผู้บริหารอาจจำเป็นต้องมอบหมายให้มีคนกลางเข้าไปรับรู้หรือค้นหาข้อมูล

2) การบันทึก

จัดให้มีระบบการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น สาเหตุของเหตุการณ์ดังกล่าว และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเพื่อป้องกันเหตุการณ์ดังกล่าว

สำคัญอย่างยิ่งว่าในการบันทึกนี้จะต้องไม่ระบุตัวผู้ป่วยเพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องเกิดความมั่นใจว่าจะให้ความเห็นอย่างตรงไปตรงมาโดยไม่ต้องกังวลว่าจะเกิดผลเสียต่อตนเองและโรงพยาบาลในภายหลัง

บันทึกการทบทวนเหตุการณ์สำคัญควรเก็บรวมไว้ในที่แห่งเดียวและมีการจำกัดการเข้าถึงให้เหมาะสม

ตัวอย่างแบบบันทึกข้อมูลการทบทวนเหตุการณ์สำคัญ

การวินิจฉัย/เหตุการณ์	สาเหตุ	ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุง

3) การวิเคราะห์ข้อมูล การปรับปรุงระบบ และการติดตามผล

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

▶▶▶ 6.9 การทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน

การทบทวนเวชระเบียนในขั้นต้น ควรเน้นประเด็นต่อไปนี้ และพยายามปรับปรุงให้สมบูรณ์

ข้อมูลของผู้ป่วย	มีชื่อ สกุล อายุ ที่อยู่ของผู้ป่วยในเวชระเบียนผู้ป่วยในครบถ้วน มีชื่อ ที่อยู่ของผู้ติดต่อ อย่างน้อยมีใน OPD card
ประวัติความเจ็บป่วย	มีบันทึกอาการสำคัญและประวัติปัจจุบัน
การตรวจร่างกาย	มีการตรวจร่างกายทุกระบบที่คาดว่าจะเกี่ยวข้อง
ผล lab	มีบันทึกหรือรายงานผลในเวชระเบียน
การวินิจฉัย	ใช้ข้อมูลจากประวัติและการตรวจร่างกายเพื่อการวินิจฉัยโรค ไม่ได้วินิจฉัยจากอาการเพียงอย่างเดียว
แผนการดูแลรักษา	มีการระบุปัญหาของผู้ป่วยครบถ้วนและแผนการดูแลที่สอดคล้องกับปัญหา
การดำเนินโรค	มีบันทึกการดำเนินโรคเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญทุกครั้ง
การผ่าตัด (ถ้ามี)	มีบันทึกการผ่าตัดซึ่งระบุหัตถการ, การวินิจฉัยโรค, สิ่งที่พบโดยสรุป
การตัดชิ้นเนื้อ (ถ้ามี)	เมื่อมีการผ่าตัดชิ้นเนื้อออกจากร่างกาย มีการส่งชิ้นเนื้อตรวจตามที่กำหนดไว้และมีรายงานอยู่ในเวชระเบียน

การทบทวนเพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ในเนื้อหา อาจจะใช้วิธีตั้งคำถามตามแนวทางข้างล่างนี้และดูว่ามีการบันทึกข้อมูลหรือเหตุผลอธิบายหรือไม่ (หากต้องการเน้นความสมบูรณ์ของการบันทึก ให้ดูเพียงว่ามีหรือไม่มี แต่หากต้องการเน้นคุณภาพของการดูแลผู้ป่วย ให้ดูความเหมาะสมของการตัดสินใจด้วย)

- เหตุใดจึงต้องรับผู้ป่วยไว้นอนโรงพยาบาล
- ผู้ป่วยมีสภาพอย่างไรเมื่อแรกรับ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ
- มีข้อมูลอะไรสนับสนุนการวินิจฉัยโรคที่ให้มีข้อมูลอะไรสนับสนุนเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยโรค
- มีแผนการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับสภาพผู้ป่วยหรือไม่
- อะไรทำให้มีการสั่งตรวจ investigate แต่ละครั้ง
- ได้ใช้ผลการตรวจ investigate อย่างไร
- อะไรทำให้มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมคำสั่งการรักษา ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนไปอย่างไร

- ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนอะไรบ้าง มีการบันทึกไว้ชัดเจนหรือไม่
- มีการประเมินปัญหาที่จะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยกลับไปบ้านหรือไม่ ถ้ามีโอกาสเกิดปัญหา ได้มีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างไร

การใช้คำถามข้างต้นอาจจะเกิดขึ้นในระหว่างการตรวจสอบเวชระเบียนประจำวัน ระหว่างการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ การตรวจสอบเวชระเบียนเมื่อผู้ป่วยจำหน่าย หรือการตรวจสอบเวชระเบียนหลังจากที่ผู้ป่วยจำหน่าย

การตรวจสอบเวชระเบียนอาจจะเริ่มด้วยการให้แพทย์ตรวจสอบเวชระเบียนของตนเองก่อนสักระยะหนึ่ง เมื่อมั่นใจว่ามีการปรับปรุงได้ดีพอสมควรแล้วค่อยให้มีการตรวจสอบโดยแพทย์คนอื่น

▶▶▶ 6.10 การทบทวนการใช้ความรู้ทางวิชาการ

การทำ CPG และ peer review ที่เป็นรูปแบบปกตินั้นยังไม่สามารถส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้มากเท่าที่ควร เครื่องมือง่ายๆ ที่ควรนำมาใช้ประโยชน์ได้แก่ Gap Analysis ซึ่งใช้การวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างข้อแนะนำซึ่งเป็นความรู้ทางวิชาการ กับสิ่งที่จริงอยู่ในปัจจุบัน เมื่อพบมีความแตกต่าง เราสามารถกำหนดเป้าหมายของเราได้ว่าสิ่งที่ต้องการให้เป็นในสถานการณ์ของเราเป็นอย่างไร และวางแผนดำเนินการเพื่อให้เกิดขึ้น

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

1) ทบทวนสิ่งที่เราปฏิบัติอยู่ (peer review) โดยทบทวนเป็นภาพรวม ไม่ระบุชัดเจนว่าเป็นผู้ป่วยรายไหน ใครเป็นผู้รับผิดชอบ ทำให้ลดแรงต่อต้านลงไปได้ระดับหนึ่ง

2) พิจารณาความรู้ทางวิชาการที่ทันสมัย (scientific evidence) ว่าควรนำไปใช้ในระดับใด ไม่จำเป็นต้องถกเถียงกันว่าจะเขียน CPG ว่าอย่างไร ไม่ต้องห่วงว่าทางแพทยสภาหรือราชวิทยาลัยจะไม่เห็นด้วย ไม่ต้องห่วงว่าจะถูกเอาไปเป็นข้อมูลเพื่อการฟ้องร้อง

3) เป็นการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ (clinical CQI) เปลี่ยนจากสิ่ง

ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ไปสู่สิ่งที่ต้องการให้เป็น
 นอกจากการผนวกกิจกรรมทั้ง 3 เรื่องเข้าด้วยกันแล้ว สิ่งที่เราสมควรได้
 ประโยชน์จาก gap analysis คือการพัฒนาได้ทีละหลายๆ เรื่อง **ไม่ต้องกังวล**
กับการหาข้อสรุปที่ทุกคนยอมรับ เพราะสิ่งที่ต้องการให้เป็นอาจจะเป็นเพียง
 “พยายามลดการใช้ยาต้านจุลชีพใน URI” **ไม่ต้องกังวลว่าจะทำ CPGs ออกมา**
ในรูปแบบใด

ตัวอย่าง Gap Analysis

ข้อแนะนำ/ข้อมูลวิชาการ	สิ่งที่เป็นอย่างอยู่ในปัจจุบัน	สิ่งที่ต้องการให้เป็น	แผนดำเนินการ
Paracetamol ให้ผลเท่ากับ NSAID ในการบำบัดอาการปวดของ OA แต่มีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่า	มีการใช้ NSAID ควบคู่กับ Paracetamol เป็นส่วนใหญ่	ลดการใช้ NSAID ในผู้ป่วย OA	<ul style="list-style-type: none"> ● ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย ● ทดลองดใช้ NSAID ในผู้ป่วยใหม่และกลุ่มที่สมัครใจ ● มีใบเตือนใจแพทย์ (reminder)

▶▶▶ **6.1.1 การทบทวนการใช้ทรัพยากร (Utilization Review)**

เป็นการทบทวนความเหมาะสมของการใช้ทรัพยากรต่างๆ ซึ่งจะช่วยให้ลดการใช้ที่ไม่จำเป็นลง

1) การรับรู้และทบทวน

การทบทวนนี้อาจจะมีการกำหนดเกณฑ์สำหรับพิจารณาความเหมาะสมให้ชัดเจน เช่น มีข้อบ่งชี้ในการใช้ยา การตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรืออาจจะเป็นการทบทวนเพื่อตรวจสอบเหตุผลในการใช้ทรัพยากร เช่น การรับไว้นอนโรงพยาบาล

ตัวอย่างการทบทวนง่ายๆ สำหรับเริ่มต้น ได้แก่

- การทบทวนเหตุผลของการรับไว้นอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลเพียงวันเดียว ซึ่งผู้ป่วยอาจต้องการเพียงการสังเกต

- อาการไม่ก็ชั่วคราว หรืออาจจะเป็นเพราะเหตุผลด้านระยะทาง ฯลฯ
- การทบทวนข้อบ่งชี้ในการสั่งตรวจ investigate ต่างๆ เช่น
 - 1) routine CBC & UA, 2) routine preoperative investigation,
 - 3) การสั่งตรวจ CBC & blood chemistry ฉุกเฉินในเวลากลางคืน โดยไม่ได้ใช้ผลการตรวจในคืนนั้น, 4) การส่งตรวจ CT scan โดยอาจจะมีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการส่งตรวจและทบทวนว่ามีการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ดังกล่าวเพียงใด
 - การทบทวนข้อบ่งชี้ในการใช้ยาและวัคซีน ซึ่งอาจจะเลือกยาและวัคซีนที่มีการใช้โดยไม่จำเป็นหรือไม่เหมาะสมขึ้นมากำหนดข้อบ่งชี้ในการใช้ที่ชัดเจน เช่น การใช้ยาต้านจุลชีพใน URI และ diarrhea, การใช้วัคซีนป้องกันโรคไข้วัดใหญ่
 - การทบทวนข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด เช่น การผ่าตัดคลอด

2) การวิเคราะห์ข้อมูล การปรับปรุงระบบ และการติดตามผล

ทีมแพทย์ที่เกี่ยวข้องมีหน้าที่นำข้อมูลอัตราการปฏิบัติตามข้อบ่งชี้มาวิเคราะห์เพื่อสร้างแรงจูงใจให้มีการปฏิบัติตามข้อบ่งชี้หรือทบทวนของข้อบ่งชี้รวมทั้งติดตามการเปลี่ยนแปลงเป็นระยะ

7. การประเมินตนเอง

▶▶▶ 7.1 กิจกรรมการประเมินตนเอง

การใช้มาตรฐานโรงพยาบาลเพื่อประเมินตนเองสามารถทำได้ในทุกช่วงเวลาของการพัฒนา โดยมีรูปแบบในการประเมินตนเองที่หลากหลาย ได้แก่:

- 1) การประเมินที่เน้นการสนทนาเพื่อทำความเข้าใจกับมาตรฐานและหาโอกาสพัฒนา หรือเวทีเสวนา (team dialogue)
- 2) การประเมินที่เน้นการดูของจริง ในสถานที่จริง พูดคุยกับผู้ปฏิบัติงานจริง (quality round หรือ internal survey) เพื่อสร้างความคุ้นเคยกับกระบวนการเยี่ยมสำรวจ และนำปัญหาที่พบจริงมาดำเนินการแก้ไขปรับปรุง
- 3) การประเมินและบันทึกตามแบบฟอร์มที่ พรพ. กำหนดไว้

ในช่วงแรกๆของการพัฒนา ควรเน้นรูปแบบการประเมินใน 2 รูปแบบแรก คือเน้นที่การสนทนาและการเข้าไปในสถานที่จริง มากกว่าที่จะเน้นการเขียนตามแบบฟอร์มให้สมบูรณ์

การบันทึกตามแบบฟอร์มในแต่ละระยะจะมีจุดเน้นที่แตกต่างกัน คือ:

- 1) ในระยะแรกเป็นการวิเคราะห์ตนเอง หาโอกาสพัฒนาและวางแผน
- 2) ในระหว่างการพัฒนาเป็นการบันทึกผลลัพธ์และบทเรียนที่เกิดขึ้น รวมทั้งตรวจสอบความก้าวหน้าในการพัฒนา
- 3) ในการเตรียมพร้อมสำหรับการเยี่ยมสำรวจจะเป็นการวิเคราะห์อย่างลึกซึ้งเพื่อเชื่อมโยงกิจกรรมและผลลัพธ์ที่ได้ทำไป กับเป้าหมายของมาตรฐานโรงพยาบาล

▶▶▶ 7.2 แบบฟอร์มสำหรับการประเมินตนเอง

1) แบบประเมินฉบับย่อ

เป็นแบบประเมินที่มีเฉพาะชื่อเนื้อเรื่องที่กำหนดไว้ในมาตรฐาน HA และให้ทีมงานประเมินด้วยความรู้สึกของตนว่าทำเรื่องนั้นได้ดีเพียงใด มีเป้าหมายเพื่อค้นหาประเด็นสำคัญสำหรับแผนยุทธศาสตร์ในเวลาเร็วที่สุด

2) คู่มือวางแผนพัฒนาตามมาตรฐาน HA

เป็นแบบประเมินที่ใช้สำหรับการทำงานของโรงพยาบาลในขั้นตอนการวางแผนซึ่งจะช่วยชี้ให้เห็นประเด็นที่ต้องพัฒนาในรายละเอียดมากขึ้น

3) แบบประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA (บันทึกความก้าวหน้าในการพัฒนา/สื่อสารข้อมูลเพื่อการเยี่ยมสำรวจ)

เป็นแบบประเมินที่เปิดโอกาสให้โรงพยาบาลบอกเล่าข้อมูลความพยายามในการพัฒนาคุณภาพและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โดยแยกเป็น 3 ส่วนคือ ข้อมูลระดับโรงพยาบาล, ข้อมูลระดับที่มนำทางคลินิก, ข้อมูลระดับหน่วยงาน ประโยชน์ที่จะได้จากแบบประเมินนี้หากมีการทบทวนเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่

- การกระตุ้นให้เห็นโอกาสพัฒนา เมื่อพบคำถามที่ตอบไม่ได้เพราะยังไม่ได้ทำ
- เป็นเพิ่มสะสมงาน เมื่อมีความก้าวหน้าในการทำงานสามารถบันทึก

คู่มือวางแผนพัฒนาตามมาตรฐาน HA

บทที่ 1 การนำองค์กร

ประเด็น	OK ¹	P1 ²	P2 ³	แนวทางดำเนินการ/ผู้รับผิดชอบ/ระยะเวลา
GOV.1 โรงพยาบาลมีองค์กรบริหารสูงสุด ทำหน้าที่รับผิดชอบต่อการจัดบริการที่มีคุณภาพ โดยการกำหนดนโยบายของโรงพยาบาล ดูแลการบริหารจัดการ การวางแผน และกระตติตตามผลการปฏิบัติงาน				
(1) มีบุคคลหรือกลุ่มบุคคลทำหน้าที่กำหนดนโยบาย ดูแลการบริหาร วางแผน ติดตามผล (GOV.1.1)				
(2) องค์กรบริหารสูงสุดมีการทำงานที่มีประสิทธิภาพ (GOV.1.2, GOV.1.9, GOV.1.10)				
(3) มีกลไกเพื่อให้มีการดูแลด้านนโยบายและการอำนวยความสะดวกอย่างต่อเนื่อง (GOV.1.3, GOV.1.5)				
(4) มีบทบาทหน้าที่ในการกำหนดทิศทางของโรงพยาบาล (GOV.1.4)				

¹ ประเด็นที่ทำได้ดีแล้ว

² ประเด็นที่ต้องปรับปรุงซึ่งสามารถทำได้ง่าย

³ ประเด็นที่ต้องปรับปรุงซึ่งมีความซับซ้อนหรือยากลำบาก

ประเด็น	OK	P1	P2	แนวทางดำเนินการ/ผู้รับผิดชอบ/ระยะเวลา
(5) รับผิดชอบต่อการจัดบริการที่มีคุณภาพ (GOV.1.6, GOV.1.8, GOV.1.11)				
(6) รับผิดชอบด้านการจัดการทรัพยากร (GOV.1.7, GOV.1.12)				
LED.1 โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมในการพัฒนาระบบงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อมุ่งตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและลูกค้า				
(1) มีการศึกษาความต้องการ/ความคาดหวังของผู้ป่วยและผู้รับผลงานทั้งภายนอกและภายใน (LED.1.1)				
(2) แต่ละหน่วยงานมีการตอบสนองความต้องการ/ความคาดหวังของผู้ป่วยและผู้รับผลงานอย่างเหมาะสม (LED.1.2)				
(3) ทีมผู้บริหารทุกระดับใช้ภาวะผู้นำในการสนับสนุน/ติดตาม/ให้คำปรึกษา เพื่อให้เกิดการปรับปรุงระบบงานและพัฒนาสมรรถนะในการทำงานอย่างต่อเนื่อง (LED.1.3)				
(4) มีความเคารพในสิทธิของผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร (LED.1.4)				

ตัวอย่างแบบประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA
(บันทึกความก้าวหน้าในการพัฒนา/สื่อสารข้อมูลเพื่อการเยี่ยมชมสำรวจ)
ส่วนที่ I ข้อมูลระดับโรงพยาบาล

ก. สรุปข้อมูลสำคัญของโรงพยาบาล

1. ทิศทางขององค์กร

ชื่อโรงพยาบาล

พันธกิจ (mission)

ขอบเขตบริการ (scope of service)

เป้าประสงค์ (goals)

แผนยุทธศาสตร์และเป้าหมาย

จุดเน้นในการพัฒนา/เข็มมุ่ง

เครื่องชี้วัด

ผลงานเด่นและความภาคภูมิใจของโรงพยาบาล

2. สถิติเครื่องชี้วัดของโรงพยาบาล

ข. รายละเอียดของการปฏิบัติตามมาตรฐาน HA

บทที่ 1 การนำองค์กร

GOV.1 องค์กรบริหารสูงสุด

โรงพยาบาลมีองค์กรบริหารสูงสุด ทำหน้าที่รับผิดชอบต่อการจัดบริการที่มีคุณภาพ โดยการกำหนดนโยบายของโรงพยาบาล ดูแลการบริหารจัดการ การวางแผน และการติดตามผลการปฏิบัติงาน

ใครคือบุคคล/กลุ่มบุคคลที่ทำหน้าที่กำหนดนโยบาย ดูแลการบริหารวางแผน ติดตามผล ในระดับสูงสุด (ทีมนำสูงสุดของโรงพยาบาล)? ในรอบปีที่ผ่านมาบุคคล/กลุ่มบุคคลดังกล่าวมีการประชุมกันบ่อยเพียงใด ได้พิจารณาหรือตัดสินใจในเรื่องสำคัญที่เกี่ยวกับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอะไรบ้าง? มีการแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อรับผิดชอบงานเฉพาะเรื่องอะไรบ้าง? มีการติดตามผลงานของคณะกรรมการดังกล่าวอย่างไร?

ที่มำสูงสุดของโรงพยาบาลมีบทบาทอย่างไรในการกำหนดทิศทางของโรงพยาบาล? มีการดำเนินงานเพื่อให้เป็นไปตามทิศทางที่กำหนดไว้อย่างไร?

ที่มำสูงสุดของโรงพยาบาลมีบทบาทอย่างไรในการสร้างหลักประกันว่าโรงพยาบาลจะให้บริการที่มีคุณภาพ และมีการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง?

8. บทส่งท้าย

เส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพแบบเรียบง่ายนี้ยึดแนวคิดของการทำงานอย่างมีเป้าหมายในทุกกระดับ ประเมินผลลัพธ์การบรรลุเป้าหมายด้วยการทบทวนรอบตัวเป็นเบื้องต้น จัดการแก้ไขป้องกันปัญหาเฉพาะหน้าที่ชัดเจน เพื่อให้ไม่เป็นที่ผิดหวังแก่ผู้รับบริการและผู้จ่ายเงิน แล้วหมุนวงล้อ PDSA ซ้ำแล้วซ้ำอีกให้เกิดความคงเส้นคงวา และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยการประเมินในทุกกระดับ ในทุกรูปแบบ และทุกชั้นตอน เป็นเครื่องมือกระตุ้นที่สำคัญ เพื่อให้เกิดวัฒนธรรมคุณภาพที่ยั่งยืนในองค์กร

ตอนที่ 2

ประสบการณ์

ของ

ความเรียบง่าย

- ◆ ประสบการณ์และข้อเสนอแนะเพื่อความเรียบง่าย
ในโรงพยาบาล
- ◆ ความเรียบง่ายในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล
- ◆ การเริ่มต้นพัฒนาคุณภาพงานแบบง่ายๆ
- ◆ บ้านเลขที่สอง
- ◆ เมื่อผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
- ◆ เติงเลขที่ 32
- ◆ ข้าวปลา เป็นของจริง
- ◆ โครงการ “เมื่อญาติเราป่วย”
- ◆ Better Doctor’s Order
- ◆ HA ไม่มีขาย ถ้าอยากได้ต้องร่วมสร้าง
- ◆ แปลความคิดคุณแอนโทนี เวจเมคเกอร์
- ◆ ประสบการณ์การเป็นที่ปรึกษา
- ◆ การให้คำปรึกษาทางด้านคลินิก
- ◆ ขวนกัันมาพัฒนาคุณภาพ



ต่อไปนี้เป็นประสบการณ์และข้อเสนอแนะจากโรงพยาบาลที่ลงมือทำ HA ด้วยหัวใจ ด้วยความเข้าใจ รวมทั้งจากที่ปรึกษา/ผู้เยี่ยมชมสำรวจที่ฝ่าฝืนสังเกตและสัมผัสการเปลี่ยนแปลง

การนำแบบเรียบง่าย

1. แสดงความมุ่งมั่นชัดเจนและแสดงการเปลี่ยนแปลงให้เห็น

โรงเรียนแพทย์แห่งหนึ่งวางแผนว่าจะพัฒนาสู่ HA ให้สำเร็จภายใน 3 ปี ได้มีการพัฒนามาเป็นลำดับพอขึ้นปีที่ 3 มีการเปลี่ยนแปลงผู้นำ ก็เริ่มมีเสียงว่าเหลืออีกปีเดียวไม่น่าจะทำได้ทัน น่าจะขยายเวลาออกไปอีก ผู้นำตัดสินใจเด็ดขาดบอกกับทุกคนว่าจะไม่เลื่อนเป้าหมายขอให้มุ่งหน้าทำให้เต็มที่พร้อมทั้งเข้าไปช่วยเหลือสนับสนุนหน่วยงานต่างๆ เพื่อแสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงที่สัมผัสได้ ในปีนั้นเอง เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างก้าวกระโดดบนพื้นฐานที่ได้ปูไว้อย่างมั่นคง

2. Management by Walking Around

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

นอกจากจะแก้ปัญหาได้รวดเร็วขึ้นโดยไม่ต้องรอรายงานแล้ว ยังก่อให้เกิดขวัญกำลังใจแก่เจ้าหน้าที่ในระดับล่างอย่างมาก บางคนบอกว่าทำงานมา 20 ปี ยังไม่เคยเห็นผู้นำสูงสุดของตัวเองเลย

3. Morning Round

คำร้องเรียนเป็นเรื่องที่ผู้บริหารไม่อยากได้ แต่ทำไมพัฒนาไปเท่าไร ก็ยังมีคำร้องเรียนอยู่ เมื่อวิเคราะห์แล้วก็พบว่าเรื่องราวต่างๆ มักจะเกิดขึ้นในตอนกลางวัน ซึ่งเป็นเวลาที่เจ้าหน้าที่มีน้อย ผู้บริหารระดับสูงมิได้รับรู้เหตุการณ์อย่างรวดเร็ว เพื่อแก้ปัญหาในเรื่องนี้ ผู้นำสูงสุดจึงได้จัดให้มี Morning Round ขึ้น โดยเชิญผู้ที่อยู่เวรมาพบกับผู้บริหารระดับสูง และให้บอกเล่าเรื่องราวต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้ผู้บริหารระดับสูงทราบ ถ้าการแก้ปัญหาที่ดำเนินการไปบางเรื่องยังไม่เหมาะสม ก็จะได้รับการทบทวนโดยผู้ที่ร่วมประชุมในตอนนั้น หรือบางเหตุการณ์ที่ต้องมีการสอบถามข้อเท็จจริง ก็จะเชิญผู้เกี่ยวข้องเข้ามาชี้แจง เพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริง

เกิดการพัฒนาและแก้ปัญหาต่างๆ อย่างรวดเร็ว เช่น การส่งต่อลดลง ติดตามแพทย์ได้มีประสิทธิภาพขึ้นและไม่ซ้ำซ้อนจัดตั้งศูนย์เครื่องช่วยหายใจ จัดให้มีเจ้าหน้าที่ช่วยตรวจชันสูตรในช่วง 6.00-8.00 น.

ที่จริงการพูดคุยในลักษณะนี้ก็มีอยู่แล้วแต่จำกัดอยู่เฉพาะในฝ่ายการพยาบาล ซึ่งไม่สามารถแก้ปัญหาคาการประสานงานกับฝ่ายอื่นได้รวดเร็วเท่าที่ควร

หัวใจสำคัญของเรื่องนี้คือการที่มีผู้นำสูงสุดเข้ามาร่วมรับฟัง มีสมาชิกที่มาจากสหสาขา รับทราบปัญหาแล้วต้องแก้อย่างฉับพลัน อย่างนี้ใครๆ ก็อยากจะทำร่วมวงด้วย

4. ช่วยตัดสินใจหลังจากรับฟังอย่างรอบด้าน

คณะกรรมการพัฒนางานผู้ป่วยนอกได้ประชุมกันมาเป็นเวลา 2 ปี เพื่อแก้ปัญหาความแออัด ความไม่เป็นสัดส่วน และระยะเวลารอคอยที่เนิ่นนานตลอดระยะเวลา 2 ปี ได้มีข้อเสนอแนะเกิดขึ้นมากมายแต่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงใดๆ เนื่องจากเกรงว่าถ้าทำอย่างนี้ จะเกิดผลกระทบอย่างนั้น ถ้าทำ

อย่างนั้น จะเกิดผลกระทบอย่างโน้น หลังจากที่ผู้นำเข้าไปนั่งฟังความเห็นของ คณะกรรมการทุกแห่งทุกมุมแล้ว ท่านก็บอกว่าท่านตัดสินใจแล้วว่าให้ทำอย่างนี้ หนึ่ง... สอง... สาม... ท่ามกลางความตกตะลึงของคณะกรรมการ หลังจากนั้นไม่นาน เมื่อการเปลี่ยนแปลงเริ่มขึ้น ทุกคนก็ยอมรับว่าเป็นการตัดสินใจที่ถูกต้อง

5. เลือกสรรผู้รับผิดชอบที่ไว้ใจได้

ปัญหาขยะเป็นเรื่องที่ไม่มีใครเข้าไปอยากแตะ แต่เมื่อขยะส่งกลิ่นเหม็นไปทั่วโรงพยาบาลก็ต้องทำอะไรเข้าสักอย่าง ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์มองว่าขยะเป็นเรื่องที่ต้องจัดการอย่างเป็นระบบ ต้องเอาคนที่คิดเป็นระบบเข้ามาจัดการ จึงได้ไปเชื่อเชิญหัวหน้าแผนกท่านหนึ่งซึ่งได้รับการยอมรับในเรื่องการคิดเป็นระบบ ให้มารับผิดชอบงานขยะ โดยให้เหตุผลว่าแผนกของท่านก็ผลิตขยะออกมามากโข ไหนๆ ต้องจัดการกับขยะในแผนกของท่านแล้วก็ช่วยจัดการให้เป็นระบบทั้งโรงพยาบาลก็แล้วกัน ซึ่งก็ได้ผลตามที่คาดไว้ หัวหน้าแผนกท่านนั้นเริ่มต้นวิเคราะห์ว่าขยะคืออะไร ขยะมาจากไหน มีการเคลื่อนย้ายอย่างไร จุดรับทั้งหมดอยู่ตรงไหน เทศบาลจะมารับในช่วงเวลาใด ฯลฯ มีแผนการปรับปรุงออกมาอย่างเป็นระบบ ซึ่งผู้นำสูงสุดให้การสนับสนุน เกิดความร่วมมือและความสำเร็จร่วมกัน

6. ใส่ใจต่อความเป็นอยู่ของลูกน้อง

เรื่องขยะเช่นเดียวกัน เมื่อผู้รับผิดชอบเห็นวิธีการทำงานของเจ้าหน้าที่ ขนขยะแล้วก็รู้สึกเป็นห่วงในความปลอดภัยของลูกน้อง จึงได้จัดการให้มีเครื่องปกป้องต่างๆ อาทิ ผ้ากันเปื้อน ถุงมือ รองเท้าบูต ออกแบบรถเข็นให้สามารถเข็นถึงขยะใบใหญ่ได้เที่ยวละ 2 ใบ แทนที่จะเป็นการขนทีละใบ เอาใจใส่ในรายละเอียดเพื่อช่วยแก้ปัญหา เช่น เมื่อพบว่าล้อยางของรถเข็นซึ่งเป็นล้อชั้นดีราคาแพงกลับไม่ทน ล้อราคาถูกที่ใช้กันตามตลาดไม่ได้ ก็จัดการเปลี่ยนแปลงให้

7. ใช้การประชุมระดับสูงเป็นเวทีประสานความร่วมมือ

ที่ปรึกษาของ พรพ. เข้าไปสาธิตการเยี่ยมสำรวจที่มำนำในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ถามว่าในที่ประชุมประกอบด้วยใครบ้าง มีการนำเสนอข้อมูลอะไรบ้าง เมื่อได้รับคำตอบว่ามีประธานคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงอยู่ด้วย และมีการนำเสนอข้อมูลสถิติอุบัติเหตุต่างๆ พร้อมทั้งตัวอย่างอุบัติเหตุที่นำเสนอ ท่านที่ปรึกษาก็หันไปถามผู้รับผิดชอบเรื่องพัฒนากำลังคนว่า เมื่อได้รับทราบข้อมูลนี้แล้ว ทีมพัฒนากำลังคนคิดว่าช่วยเหลือทีมบริหารความเสี่ยงได้อย่างไร

แนวคิดตรงนี้ชัดเจนมากการที่ผู้บริหารระดับสูงมานั่งคุยกันไม่ใช่เพียงเพื่อมารับฟังเรื่องของคนอื่น แต่เพื่อมาคิดว่าจะเอาเรื่องของคนอื่นมาเป็นภาระของเราได้อย่างไร

8. ประชุมกลุ่มแกนอย่างสม่ำเสมอ

ผู้อำนวยการพร้อมแกนคณะทำงานจับกลุ่มคุยกันอย่างไม่เป็นทางการ แต่สม่ำเสมอทุกสัปดาห์ โดยเลือกเวลาที่ไม่ซ้ำซ้อนกับการทำงานอื่นๆ เช่น 8.00-9.00 น. กำหนดวัน เวลา สถานที่ให้เป็น routine ซึ่งเป็นที่รับรู้กันโดยไม่ต้องเชิญประชุม คุยกันแบบเรียบง่าย ไม่มีวาระการประชุม สรุปผลการประชุมเฉพาะประเด็นสำคัญทันที เนื้อหาเน้นการติดตามงานและช่วยแก้ไขปัญหาอุปสรรค ผลที่เกิดขึ้นคือสามารถแก้ปัญหาให้สำเร็จลุล่วงได้รวดเร็วทันเหตุการณ์ มีพลังขับเคลื่อนได้มาก เนื่องจากผู้อำนวยการร่วมด้วยทุกครั้ง ทุกอย่างดำเนินไปตามนโยบายของโรงพยาบาลที่กำหนด

9. นำด้วยความเข้าใจ

ผู้นำต้องเข้าใจตนเองและเป้าหมายที่จะไป เพื่อกำหนดความคาดหวังได้อย่างเหมาะสม สิ่งที่จะต้องเข้าใจคือ ก) เข้าใจหน้าที่ เป้าหมาย สิ่งที่ยากให้เป็นในระดับโรงพยาบาล ระดับหน่วยงาน และระดับเจ้าหน้าที่ ข) เข้าใจว่าแต่ละคนมีศักยภาพไม่เท่ากัน มีความสามารถแตกต่างกัน มีพื้นฐานของชีวิตแตกต่างกัน มีเป้าหมายแตกต่างกัน ค) รู้ว่ามีทรัพยากร คือเงินและคนอยู่เท่าไร ง) เข้าใจงาน โครงสร้างองค์กร การสื่อสารในองค์กร ระบบงาน

ว่าดีหรือยัง หรืออยู่บนพื้นฐานของความเคยชิน มีวัฒนธรรมองค์กรที่ยึดผู้
ป่วยเป็นศูนย์กลางและการทำงานเป็นทีม หรือต่างคนต่างอยู่ จ) เข้าใจ
ความหมายของคุณภาพ และเป้าหมายที่จะต้องเดินให้ถึงทั้งมาตรฐานวิชาชีพ
และมาตรฐานระบบงานในองค์กร

เป้าหมายร่วมแบบเรียบง่าย

1. ตั้งคำถามให้ระดมสมองหาเป้าหมายร่วม

จะใช้คำถามอะไรก็ได้หรือใช้ร่วมกันก็ได้ เช่น “โรงพยาบาลเรามีหน้าที่
อะไร” “เราอยากเห็นโรงพยาบาลของเราเป็นอย่างไรในสามปีข้างหน้า” “อะไร
คือคุณค่าที่เราจะให้แก่ผู้รับบริการ” คำตอบมักจะออกมาปะปนกันอยู่เสมอ
การตอบไม่ตรงคำถามไม่ใช่ข้อผิดพลาดหรือเรื่องน่าอาย ข้อผิดพลาดคือไม่
สามารถแยกแยะคำตอบเป็นหมวดหมู่ให้เหมาะสมกับสิ่งที่ตั้งใจจะเขียนได้

2. ทำงานกับ key word, แยกแยะ, จัดลำดับ และเรียบเรียง

ความผิดพลาดที่พบบ่อยคือพยายามพิจารณาข้อความที่เรียบเรียงแล้ว
ว่าข้อความไหนจะดีกว่ากัน สิ่งที่เราควรจะทำคือสกัด key word ออกมาก่อน
แล้วแยกแยะว่า key word นั้นอยู่ในกลุ่มไหน

- ถ้าเป็นสิ่งที่กล่าวถึงหน้าที่ เป้าหมาย คุณค่า นั้นให้อยู่ในกลุ่ม “พันธกิจ”
- ถ้าเป็นสิ่งที่กล่าวถึงภาพอนาคตที่อยากให้เป็นนั้นให้อยู่ในกลุ่ม “วิสัยทัศน์”
เช่น เป็นองค์กรที่น่าทำงานที่สุด
- ถ้าเป็นสิ่งที่กล่าวถึงหลักการที่ทุกคนควรยึดถือในการทำงาน นั้นให้อยู่ใน
กลุ่ม “ปรัชญา/ค่านิยม” เช่น ให้คุณค่าและส่งเสริมการใช้ศักยภาพของ
คนทุกระดับ
- ถ้าเป็นสิ่งที่กล่าวถึงแนวทางหลักๆ ที่จะต้องมีการพัฒนา นั้นให้อยู่ในกลุ่ม
“ยุทธศาสตร์” เช่น การพัฒนากำลังคน

จากนั้น นำ key word เหล่านี้มาพิจารณารวมพวกเดียวกันเข้าด้วยกัน
เพื่อลดความซ้ำซ้อน ในกรณีพันธกิจและวิสัยทัศน์ ถ้ามีจำนวน key word
มากเกินไป อาจจะต้องจัดลำดับความสำคัญ แล้วค่อยมาเรียบเรียงเป็นข้อ

ความที่สื่อความหมาย ไม่จำเป็นต้องเขียนให้เป็นคำกลอน

II. แผนยุทธศาสตร์แบบเรียบง่าย

1. แยกแยะยุทธศาสตร์เป็น 2 กลุ่ม

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

2. ใช้การประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA มาจัดทำยุทธศาสตร์

การจัดทำยุทธศาสตร์เพื่อทำงานประจำให้ดีขึ้นสามารถใช้มาตรฐาน HA มาประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของสิ่งที่เราทำงานอยู่ นำประเด็นที่เป็นจุดอ่อนสำคัญมากกำหนดเป็นแผนยุทธศาสตร์ ตรงนี้ผู้บริหารระดับกลางจะมีบทบาทได้มาก แต่ต้องได้รับความเห็นชอบจากผู้บริหารระดับสูงด้วย

3. ให้ผู้บริหารระดับสูงรับผิดชอบยุทธศาสตร์เพื่อความอยู่รอด

การจัดทำยุทธศาสตร์เพื่อการแข่งขันและความอยู่รอดตรงนี้ต้องเป็นบทบาทของผู้บริหารระดับสูง จะต้องมองสถานการณ์ทั้งภายในภายนอกอย่างลึกซึ้ง รวมทั้งคาดการณ์สิ่งที่จะเปลี่ยนแปลงไปในอนาคต ยุทธศาสตร์ส่วนนี้มีความจำเป็นสูงสำหรับภาคเอกชน และภาครัฐที่กำลังจะออกนอกระบบ

การสร้างความเข้าใจและกระตุ้นความตื่นตัวแบบเรียบง่าย

1. ประเมินตนเองในระดับบุคคล

การให้สมาชิกแต่ละคนในหน่วยงานตั้งคำถามกับตัวเองว่า ในแต่ละวันทำอะไรอยู่? งานที่ทํานั้นมีความมุ่งหวังให้เกิดคุณค่าอะไร? ทุกวันนี้ทำได้ดีแล้วหรือไม่? จะทำให้ดีขึ้นได้อย่างไร? เพียงเท่านี้ก็ทำให้แต่ละคนเข้าใจความหมายของคุณภาพ เข้าใจว่าตัวเองจะมีบทบาทอย่างไรเพื่อพัฒนาคุณภาพ

งานในส่วนที่ตนรับผิดชอบ แน่ใจว่าหัวหน้าหน่วยงานมีหน้าที่สำคัญที่จะกระตุ้นและช่วยสร้างความเข้าใจในลักษณะของการเป็นโค้ช ไม่ใช่เจ้านายที่คิดสั่งการ และควบคุมเพียงอย่างเดียว

2. HA clinic

เป็นการจัดที่ปรึกษาเข้าไปตอบคำถามให้แก่หน่วยงานต่างๆ หมุนเวียนกันไป ใช้คำพูดง่ายๆ ใช้ตัวอย่างที่ใกล้ตัวผู้ปฏิบัติงาน ช่วยให้เกิดความเข้าใจแนวทางที่กำหนดไว้ และกระตุ้นให้เกิดความก้าวหน้าในการทำงานของแต่ละหน่วย

3. ใช้เทคนิค AIC ในการรับทราบความต้องการ กำหนดเป้าหมาย วางแผน

AIC เป็นเทคนิคสำหรับการรวมพลังสร้างสรรค์ซึ่งสามารถนำไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์ต่างๆ ได้หลากหลาย โดยเปิดโอกาสให้มีการแสดงความคิดเห็นอย่างกว้างขวางและหาข้อสรุปร่วมกัน ความสำเร็จของกระบวนการนี้อยู่ที่ผู้เป็น facilitator สามารถตั้งประเด็นคำถามและช่วยสรุปประเด็นได้เหมาะสม

4. การนำเสนอผลงานในรูปแบบต่างๆ

การนำเสนอผลงานเป็นการกระตุ้นผู้นำเสนอกระตุ้นผู้ฟังและเพิ่มความเข้าใจให้กับทุกคน รูปแบบในการนำเสนอมีได้หลากหลาย เช่น การนำเสนอบนเวที ซึ่งอาจจะเป็นการนำเสนอรายโครงการ/รายหน่วยงาน และการอภิปรายร่วมตามลักษณะงาน การนำเสนอด้วย poster พร้อมทั้งมีผู้วิพากษ์ผลงาน

รับฟังลูกค้านแบบเรียบง่าย

1. จัดสมุดบันทึกไว้ที่มุมผู้ป่วยและญาติ

ผู้ป่วยบางประเภทไม่จำเป็นต้องนอนอยู่บนเตียงเสมอไป โรงพยาบาลหลายแห่งเริ่มจัดให้มีมุมผู้ป่วยและญาติ มีหนังสือหลากหลายประเภทให้อ่าน

มีโต๊ะ เก้าอี้ให้นั่ง บนโต๊ะมีสมุดเบอร์สองอยู่เล่มหนึ่งสำหรับบันทึกข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะจากผู้ป่วยและญาติ มีทั้งคำชื่นชม และข้อเสนอแนะ ขณะเดียวกันเป็นโอกาสให้ทีมงานได้ตอบลงไปให้ผู้ป่วยและญาติรายอื่นๆ ได้รับรู้ว่า โรงพยาบาลไม่ได้ละเลยต่อข้อเสนอแนะเหล่านั้น

2. บันทึกแทนลูกค้า

ผู้ป่วยและญาติบางรายไม่ชอบเขียน หรือเขียนไม่ได้ แต่แสดงท่าทีให้เห็นว่าต้องการให้มีการปรับปรุง เมื่อเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเข้าไปพูดคุยก็จะได้อข้อมูลเหล่านั้น ข้อมูลเหล่านี้อาจจะจางไปจากความทรงจำหากไม่ได้มีการบันทึกเอาไว้ การให้เจ้าหน้าที่เป็นผู้บันทึกความต้องการหรือข้อเสนอแนะแทนผู้ป่วยและญาติจึงเป็นระบบที่ควรจัดให้เกิดขึ้น

3. แบบสอบถามความพึงพอใจ

แบบสอบถามความพึงพอใจยังคงมีที่ใช้แต่ควรทำให้เรียบง่ายทั้งกับทีมงานและผู้ตอบ ด้วยการ

- สุ่มตัวอย่างเท่าที่จำเป็น
- อย่าต่างคนต่างทำให้รวมทำเป็นของโรงพยาบาลเพียงชุดเดียวถ้าเป็นไปได้
- มีหัวข้อคำถามน้อยที่สุด
- ให้ความสำคัญกับคำถามปลายเปิด คือส่วนของความคาดหวังและข้อเสนอแนะ

4. รับทราบจากชุมชน

โรงพยาบาลชุมชนมีโอกาสสัมผัสกับชุมชนได้มาก สามารถรับฟังความคิดเห็นของชุมชนได้จากที่ประชุม อสม. การออกไปให้บริการในชุมชน การเยี่ยมบ้าน

5. รับฟังลูกค้าภายในด้วยการสัมมนาเชิงสร้างสรรค์

ลูกค้านั้นไม่ได้มีแต่ผู้ป่วยและญาติเท่านั้น เจ้าหน้าที่ภายในก็ต่างเป็นลูกค้าซึ่งกันและกัน การตอบสนองความต้องการของลูกค้าภายในจะนำไปสู่

การตอบสนองความต้องการของลูกค้าภายนอกที่ดีขึ้น

บางโรงพยาบาลเคยเชิญหน่วยงานที่เป็นลูกค้ามาให้ข้อเสนอแนะ ครั้งแรกได้ข้อเสนอแนะมากมายก็รับมาปรับปรุง ครั้งที่สองเชิญมาอีกครั้งหนึ่งแทนที่จะได้รับคำชมกลับพบว่ายังไม่สามารถทำให้ลูกค้าภายในพอใจได้ ถึงกับหมดกำลังใจและเลิกจัดกิจกรรมทำนองนี้ไปในที่สุด

ความจริงกิจกรรมลักษณะนี้เป็นสิ่งที่ดี ดีกว่ามานั่งประชุมกันเฉพาะในหน่วยงานของตัวเองแล้วคิดว่าคนอื่นเขาต้องการอะไรจากเรา แต่จำเป็นต้องมีผู้ดำเนินการประชุมที่ดี ต้องทำความเข้าใจเป้าหมายร่วมกัน เปิดใจและมีการถนอมน้ำใจกันและกัน โรงพยาบาลจึงเรียกกิจกรรมในลักษณะนี้ว่าเป็น “การสัมมนาเชิงสร้างสรรค์”

6. จัดลำดับความสำคัญ

หลายโรงพยาบาลมีบัญชีรายการข้อเสนอแนะจากลูกค้าจำนวนมากจนไม่รู้ว่าจะตอบสนองได้หมดได้อย่างไร วิธีการง่ายๆ ก็คือนำความต้องการเหล่านั้นมาจัดหมวดหมู่เพื่อดูว่าเกี่ยวข้องกับระบบใดบ้าง และจัดลำดับความสำคัญของความต้องการเหล่านั้นเพื่อตอบสนองได้อย่างเหมาะสม

ทำงานเป็นทีมแบบเรียบง่าย

1. ดักจับความคิด (ทำงานเป็นทีมโดยไม่ต้องประชุม)

วิธีดักจับความคิดมีมากมาย เช่น จัดหาบอร์ดไว้ในที่ทำงานให้สมาชิกช่วยกันระดมความคิดตามหัวข้อที่กำหนดไว้ (แต่เสี่ยงต่อการที่สมาชิกที่ไม่เข้าใจเป้าหมาย ใช้เป็นโอกาสทิ่มแทงผู้อื่น) มีสมุดให้ช่วยกันระดมความคิด วิธีการต่อไปนี้อาจจะช่วยให้ดักจับความคิดได้เป็นระบบและสม่ำเสมอมากขึ้น

- กำหนดให้ทุกคนมีหน้าที่ดักจับความคิดของตัวเองทุกวัน โดยเขียนลงในกระดาษหรือสมุดเล่มเล็กๆ ทั้งส่วนที่เป็นข้อติดขัดในการทำงาน ข้อเสนอแนะจากลูกค้า และความคิดสร้างสรรค์เพื่อการพัฒนา
- ถึงเย็นวันศุกร์ ให้แต่ละคนส่งมอบบันทึกดักจับความคิดให้แก่เลขานุการประจำสัปดาห์ นำไปจัดหมวดหมู่และทำให้เป็นระบบ ให้เลขานุการ

ประจำสัปดาห์นำมาส่งหัวหน้าตอนเช้าวันจันทร์

- เมื่อหัวหน้าได้รับความคิดที่จัดระบบมาแล้ว ให้พิจารณาดำเนินการตามความเหมาะสม เช่น
 - หัวหน้าตัดสินใจสั่งการด้วยตนเอง หรือขอรับฟังความคิดเห็นเพิ่มเติม
 - หัวหน้าประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
 - หัวหน้ามอบหมายให้ทีมงานย่อยๆ ไปดำเนินการต่อ
- ในแต่ละเดือน จะมีกิจกรรมพัฒนาเกิดขึ้นมากมาย เมื่อถึงการประชุมประจำเดือนก็นำเอาเรื่องใหญ่ๆ ที่ต้องการการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างกว้างขวางมาพิจารณาร่วมกัน

2. ขวนทึมไปดุดของจริง

การนั่งพูดคุยกันอยู่ในห้องประชุมมักจะเป็นเรื่องน่าเบื่อเป็นเรื่องหนึ่งๆ ในขณะที่การออกไปดูในสถานที่จริงจะทำให้เห็นสภาพปัญหาได้ชัดเจนขึ้น เห็นความทุกข์ยากของผู้คนมากขึ้น มีแรงจูงใจที่จะแก้ปัญหามากขึ้น หากคำตอบได้ง่ายขึ้น ได้รับการยอมรับและมีโอกาสแสดงศักยภาพได้มากขึ้น และที่สำคัญคือเมื่อประสบความสำเร็จแล้วจะตระหนักในคุณค่าของตัวเองและเห็นคุณค่าของเพื่อนสมาชิก

ลองพิจารณาตัวอย่างต่อไปนี้

- ทีมงานต้องการแก้ปัญหาการนั่งของแล้วแทบไม่เปลี่ยนแปลง เมื่อชวนกันไปดูที่ห้องหนึ่ง ก็พบว่าเจ้าหน้าที่ห้องหนึ่งอัดท่อเครื่องมือเข้าไปจนแน่น เมื่อเข้าใจสาเหตุก็สามารถแก้ปัญหาได้ง่ายดาย
- ทีมงานพยายามหาว่าทำไมน้ำกลั่นในขวดซึ่งยังไม่ได้เปิดใช้จึงมีเชื้อ pseudomonas เมื่อเดินไปดูที่เครื่องกลั่นน้ำก็พบว่ามีผ้ากอซหุ้มปลายท่อที่น้ำกลั่นหยดออกมา และพบความจริงต่อไปว่า น้ำกลั่นนั้นไม่ได้มีการนำไปหนึ่งฆ่าเชื้อก่อนที่จะแจกจ่ายไปตามหน่วยงานต่างๆ
- โภชนากรที่เข้าไปเยี่ยมผู้ป่วยตามลำพังมักจะไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย และถูกมองว่าเป็นการขัดขวางการทำงานของพยาบาล แต่โภชนากรที่เข้าไปเยี่ยมผู้ป่วยพร้อมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ จะได้รับคำอธิบายจากแพทย์และพยาบาลว่าผู้ป่วยเป็นอะไร มีปัญหาอะไร ต้องการความช่วยเหลือ

อะไรจากโภชนาการ

- การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกันประจำวันระหว่างแพทย์และพยาบาลหรือการทำ grand round ร่วมกันระหว่างวิชาชีพต่างๆ ต่างให้ข้อมูลและรับข้อมูลของกันและกันในการดูแลผู้ป่วย หรือบอกปัญหาที่แต่ละฝ่ายพบหรือต้องการให้แก้ไข

3. กิจกรรมที่ไม่เป็นทางการ

ความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการมักจะก่อให้เกิดความสำเร็จมากกว่าความสัมพันธ์ที่เป็นทางการ การพูดคุยกันบนโต๊ะอาหารด้วยบรรยากาศสบายๆ อาจจะได้คำตอบที่ดีกว่าการประชุมกันอย่างเคร่งเครียดในห้องประชุม

ลองพิจารณาตัวอย่างต่อไปนี้

- การร่วมกันปลูกต้นไม้ ทำสวนหย่อมให้แก่โรงพยาบาล การจัดแข่งกีฬา
- การกำหนดประเด็นในการพัฒนา และเปิดโอกาสให้ผู้สนใจไปร่วมทีมกัน มาเสนอตัวรับงานไปทำ ทีมงานจะได้รับการสนับสนุนให้ทำงานได้อย่างคล่องตัว และได้รับเครดิตสะสม ด้วยการที่ทีมงานมาจากการรวมตัวกันเอง จึงสะดวกที่จะพบปะกันอย่างไม่เป็นทางการในเวลาที่สมาชิกสะดวก

ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อแบบเรียบง่าย

1. ใช้มาตรการที่ตรงประเด็น

โรงพยาบาลต่างๆ มักจะบอกว่าไม่มีบุคคลที่มีความรู้ในเรื่องการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ทำให้ไม่สามารถจัดระบบที่ดีได้

ที่จริงแล้วการป้องกันการติดเชื้อเป็นเรื่องง่ายๆ มาตรการที่ตรงประเด็นมีง่ายๆ เพียง 3 ประการคือ

- hand hygiene มือของเจ้าหน้าที่เป็นพาหะสำคัญของการกระจายเชื้อโรคในโรงพยาบาล การล้างมือก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วยทุกครั้งจึงเป็นมาตรการป้องกันที่สำคัญและตรงประเด็น โดยโรงพยาบาลควรให้ความสำคัญกับเทคนิคการล้างมือที่ไม่ต้องใช้น้ำ คือล้างด้วย alcohol ผสมสารป้องกันผิวหนังแห้งซึ่งวางไว้ที่ใกล้เตียงผู้ป่วย

- sterile technique การระมัดระวังการปนเปื้อนระหว่างการทำหัตถการต่างๆ กับผู้ป่วย
- sharp injury prevention เป็นหัวใจสำคัญของ universal precaution โรงพยาบาลควรให้ความสำคัญกับการจัดหาเครื่องปลดเข็มฉีดยาที่สะดวกและปลอดภัย ลดการใช้ถุงมือในเรื่องที่ไม่จำเป็น

2. ใช้หลักฐานทางวิชาการที่น่าเชื่อถือ

ตัวอย่าง ในการป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัด มีหลักฐานชัดเจนที่จะให้ข้อแนะนำในสิ่งที่ควรทำดังต่อไปนี้

- ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลก่อนผ่าตัดให้เหลือน้อยที่สุด และหลีกเลี่ยงการให้ยาต้านจุลชีพก่อนการผ่าตัด
- ไม่ต้องขจัดขนตรงบริเวณผ่าตัด หากจำเป็นให้ขจัดขนทันทีก่อนผ่าตัด โดยใช้ electric clipper
- หากจะใช้ prophylactic antibiotic ควรให้ก่อนเริ่มผ่าตัดประมาณครึ่งชั่วโมง และให้ซ้ำหากมีข้อบ่งชี้ เช่น ผ่าตัดนาน เสียเลือดมาก ผู้ป่วยอ้วน แต่ไม่ควรให้ยาต่อจนถึงระยะหลังผ่าตัด ยกเว้นจะเป็นการรักษาเนื่องจากมีการปนเปื้อนของแผลผ่าตัด
- การทำความสะอาดในช่วงเปลี่ยน case ให้ทำความสะอาดเฉพาะเมื่อมี visibly soiled surface ด้วย disinfectant ไม่จำเป็นต้องทำความสะอาดเป็นพิเศษหลังจาก contaminated case

จะเห็นว่าเราทำงานน้อยลง แต่ทำเฉพาะในสิ่งที่มีประโยชน์

3. เผื่อระวังให้ตรงประเด็น

มีการส่งเสริมให้ทำ hospital-wide surveillance กันมาเป็นสิบปี แต่ก็มีโรงพยาบาลไม่กี่แห่งที่สามารถทำได้ดี ประเทศอเมริกาซึ่งร่ำรวยมากกว่า และมีกำลังคนมากกว่าประเทศไทยก็เลิกใช้วิธีการนี้ไปแล้วด้วยเหตุผลว่าเก็บตัวเลขมามากมายแต่ไม่ได้ใช้ประโยชน์ จึงหันมาทำ targeted surveillance ซึ่งเลือกเผื่อระวังเฉพาะการติดเชื้อที่เป็นปัญหา ทำให้เชื่อมโยงกับการแก้ปัญหาได้ดีขึ้น

ลองดูการเปรียบเทียบวิธีการเฝ้าระวังทั้งสองแบบ

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

หากมีกำลังคนจำกัด เราควรเลือกเฝ้าระวังให้ตรงประเด็นและนำไปสู่การแก้ปัญหา มากกว่าที่จะเฝ้าระวังเพียงเพื่อให้มีตัวเลขอัตราการติดเชื้อ

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

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

องค์กรแพทย์/การมีส่วนร่วมของแพทย์แบบเรียบง่าย

1. ใช้การรวมตัวของแพทย์ที่มีอยู่เดิม

บางโรงพยาบาลมีกิจกรรมที่แพทย์รวมตัวกันอยู่แล้วในรูปแบบต่างๆ เช่น การรับประทานอาหารกลางวันร่วมกัน การประชุมวิชาการประจำสัปดาห์ การพบปะสังสรรค์ประจำเดือนอย่างไม่เป็นทางการ การประชุมประจำเดือนที่เป็นทางการในกิจกรรม trauma audit เป็นต้น

โรงพยาบาลสามารถใช้กิจกรรมเหล่านี้เป็นจุดเริ่มต้นของการพูดคุยในเรื่องการทำงานของแพทย์ในแง่มุมมองต่างๆ แล้วค่อยเชื่อมโยงเข้ามาสู่บทบาทและโครงสร้างขององค์กรแพทย์

2. เริ่มด้วยกิจกรรม แทนที่จะเริ่มด้วยโครงสร้าง

โรงพยาบาลส่วนใหญ่มักจะเริ่มต้นด้วยโครงสร้าง มีการตั้งกรรมการ มีการจัดทำธรรมนูญองค์กรแพทย์ โดยขาดการมีส่วนร่วมและความเข้าใจของแพทย์ส่วนใหญ่ ทำให้องค์กรแพทย์ถูกมองจากแพทย์ว่าเป็นเหมือนเครื่องมือของฝ่ายบริหาร หรือเป็นกลุ่มคนอีกกลุ่มหนึ่งที่จะมาก่อความวุ่นวายในการทำงานของตนเอง แทนที่จะมองว่าแพทย์ทุกคนเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรแพทย์ และจะต้องช่วยกันสร้างองค์กรแพทย์ให้มีบทบาทในการสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้รับบริการและเพื่อนร่วมงาน เป็นเกาะ เป็นกันชน เพื่อให้แพทย์ทำงานได้ด้วยคามมั่นใจ

การเริ่มด้วยกิจกรรมหรือกลไกที่จะตอบสนองต่อเป้าหมายขององค์กรแพทย์จึงเป็นวิธีการที่จะสร้างความเข้าใจ และกระจายการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง เช่น ขอให้แพทย์แต่ละคนเลือกที่จะเข้าร่วมทีมเพื่อพิจารณาว่าระบบต่อไปนี้ (คนหนึ่งอาจจะเข้าร่วมได้หลายทีม แต่ต้องไม่น้อยกว่า 1 ทีม)

- 1) ข้อตกลงที่จำเป็นเพื่อความราบรื่นและมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของแพทย์
- 2) แนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาจริยธรรมในการทำงานของแพทย์
- 3) แนวทางการอนุญาตให้แพทย์ดูแลผู้ป่วยหรือทำหัตถการที่ซับซ้อนหรือมีความเสี่ยงสูงซึ่งแพทย์ผู้ดูแลควรมีความรู้และทักษะที่เพียงพอ เพื่อเป็นหลักประกันว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและปลอดภัย
- 4) แนวทางการทบทวนผลการดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อหาโอกาสพัฒนาและป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำ
- 5) แนวทางการทบทวนความเหมาะสมและประสิทธิภาพในการตรวจรักษา
- 6) แนวทางการป้องกันและจัดการกับความเสี่ยงทางการแพทย์
- 7) แนวทางการปรึกษาระหว่างแพทย์
- 8) แนวทางการควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของแพทย์ที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรมและแพทย์เวรที่ไม่ใช่แพทย์ประจำ
- 9) แนวทางการส่งเสริมการพัฒนาความรู้ของแพทย์ ตลอดจนการจัด

กิจกรรมวิชาการภายในกลุ่มแพทย์และร่วมกับวิชาชีพอื่น

10) บทบาทของแพทย์ต่อการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหา

11) บทบาทของแพทย์ต่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

12) บทบาทของแพทย์ต่อความปลอดภัยและประสิทธิภาพในการใช้ยา

13) บทบาทของแพทย์ต่อความสมบูรณ์และมีคุณค่าของการบันทึกเวชระเบียน

ผลที่เกิดขึ้นก็คือเกิดความเข้าใจว่าองค์กรแพทย์จะมาช่วยให้แพทย์ทำงานง่ายขึ้นได้อย่างไร เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของกลไกที่ร่วมกันสร้างขึ้น และพร้อมที่จะให้ความร่วมมือ หลังจากนั้นแล้วคณะกรรมการต่างๆ ที่จะเข้ามารับผิดชอบก็จะทำงานได้ง่ายและเป็นที่ยอมรับ

สำหรับโรงพยาบาลขนาดเล็ก เช่นโรงพยาบาลชุมชน อาจจะเริ่มต้นด้วยการพิจารณาหัวข้อที่สำคัญบางหัวข้อก่อน

3. หลีกเลี่ยงบทบาทที่จะก่อให้เกิดความหวาดระแวงและความขัดแย้ง

บางโรงพยาบาลก่อตั้งองค์กรแพทย์ไม่ได้เพราะผู้อำนวยการได้ยินที่ประชุมพูดกันว่า องค์กรแพทย์จะเข้ามาสร้างดุลให้เกิดความโปร่งใสในการบริหาร องค์กรแพทย์ของโรงพยาบาลบางแห่งรับหน้าที่การจัดสวัสดิการของแพทย์ การต่อรองค่าเวรของแพทย์ เข้ามาไว้ด้วย

ตัวอย่างข้างต้นคือบทบาทที่องค์กรแพทย์ไม่ควรเข้าไปยุ่งเกี่ยวเพราะมีโอกาสที่จะเกิดความหวาดระแวงและเกิดความขัดแย้งได้ตามมา อาจจะไม่ได้ออกตั้ง หรือตั้งแล้วต้องล้มเลิกไป

จุดยืนขององค์กรแพทย์คือตัวแทนของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ พร้อมทั้งจะให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้บริหารจากมุมมองของผู้ประกอบวิชาชีพ แต่ไม่มีเป้าหมายที่จะต่อรองหรือต่อสู้กับฝ่ายบริหาร

4. องค์กรแพทย์เป็นผู้ดูภาพรวมแทนที่จะลงมือทำเองเสียทั้งหมด

ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ คณะกรรมการองค์กรแพทย์อาจจะเกิดความ

หนักใจ ไม่รู้ว่าจะทำอะไร แพทย์แต่ละคนก็ดูจะผูกพันกับแผนกของตนเอง มากกว่าที่จะผูกพันกับองค์กรแพทย์ แต่ละแผนกต่างมีกิจกรรมวิชาการ และ กิจกรรมทบทวนทางคลินิกอยู่แล้ว

สำหรับสถานการณ์ดังกล่าว บทบาทที่เหมาะสมขององค์กรแพทย์คือ การดูภาพรวมของกิจกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้น วิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนของ กิจกรรมต่างๆ ในแต่ละแผนก สร้างเวทีแลกเปลี่ยนระหว่างแผนกเพื่อ กระตุ้นแผนกที่ยังไม่ค่อยได้ทำอะไร รวมทั้งจัดกิจกรรมเสริมในส่วนที่เป็น ช่องว่างซึ่งไม่มีใครรับผิดชอบ

5. กำหนดกลยุทธ์ให้สอดคล้องกับธรรมชาติของแพทย์

กิจกรรม OD ได้ผลกับแพทย์ไม่มากนัก การประชุมอบรม TOM/COI ก็ได้รับความร่วมมือเพียงระดับหนึ่ง เมื่อทำความเข้าใจกับธรรมชาติของแพทย์ จะพบว่า ก) แพทย์จะร่วมมือถ้าภารกิจนั้นมีเป้าหมาย วัตถุประสงค์ แนวทางปฏิบัติชัดเจน ข) แพทย์ไม่สันทัดในงานธุรการหรือการเขียนหนังสือมากๆ ค) แพทย์ไม่ชอบการประชุมที่ใช้เวลานาน ง) แพทย์ถนัดในการวิพากษ์ ถก แลกง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ชัดเจน จ) แพทย์เป็นกลุ่มที่รักพวกพ้องและศักดิ์ศรีแห่งตน เมื่อเข้าใจธรรมชาติเช่นนี้ กลยุทธ์ในการทำงานคือ

1) ผู้บริหารกำหนดนโยบายที่ชัดเจน ทำให้แพทย์ต้องยอมรับไปด้วยว่าการพัฒนาคุณภาพเป็นสิ่งที่ต้องทำ

2) สร้างแนวร่วมให้มากขึ้น ส่งแพทย์ที่สนใจอบรมหลักสูตรคุณภาพ ในสาขาเฉพาะ เช่น สูติ ศัลย์ อายุรกรรม กุมาร ในการอบรมเช่นนี้ แพทย์มี โอกาสวิพากษ์ ถกแถลงในส่วนเฉพาะสาขาตัวเอง และเปิดโลกทัศน์ให้ทราบ ความเป็นไปในโรงพยาบาลอื่น เมื่อกลับมาแล้วก็กำลังสำคัญได้

3) ให้แพทย์ส่วนใหญ่ชำระรักษามาตรฐานวิชาชีพของตนไว้ และเน้น ว่างานวิชาการ งานบริการที่ทำอยู่ก็เป็นงานคุณภาพเช่นกัน

4) ในที่ประชุมกรรมการและทีมต่างๆ ให้แพทย์ทำเฉพาะในส่วนวิชาการ ส่วนงานธุรการให้บุคลากรอื่นทำให้

5) รมณรงค์การบันทึกเวชระเบียน ย้ำว่างานประจำในการบันทึกเวช ระเบียนเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพ มีการตรวจสอบเวชระเบียนและ

feed back รายบุคคลโดย note สั้นๆ ใส่ของ แพทย์จะทราบคะแนนของตนเองและทราบค่าเฉลี่ยของโรงพยาบาล ซึ่งได้ผลมาก เพราะแพทย์จะมีการปรับตัวเองเมื่อรู้ว่าคะแนนของตนเองตกเกณฑ์

บันทึกวาระเวียนแบบเรียบง่าย

1. วางใบสำคัญที่สุดไว้หน้าแรก

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

2. ช่วยกันเขียน ช่วยกันใช้

การสื่อสารข้อมูลระหว่างวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยร่วมกัน นำมาซึ่งคุณภาพแบบองค์รวม ถ้าแต่ละฝ่ายต่างคนต่างเขียน ต่างคนต่างดูเฉพาะที่ตัวเองเขียนไม่เคยสนใจข้อมูลของคนอื่น ก็เท่ากับเราดูแลผู้ป่วยแบบแยกส่วน ไม่มีทางที่จะเป็นองค์รวมได้ ปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไขโดยทันทีก็อาจจะล่าช้าไป

เพื่อให้ข้อมูลที่แต่ละฝ่ายบันทึกได้รับการใช้ประโยชน์มากขึ้น มีผู้พยายาม ทำดังนี้

- highlight บันทึกของพยาบาลในส่วนที่สำคัญและต้องการให้แพทย์ทราบ และพับไว้หรือใช้กระดาษกั้นให้แพทย์ทราบ
- ปรับ physician's progress note ให้เป็น progress note ซึ่งทุกวิชาชีพใช้ร่วมกัน พร้อมทั้งขีดเส้นบรรทัดให้เขียนได้ง่าย ให้แต่ละวิชาชีพเขียนสรุปประเด็นที่ต้องการสื่อสารให้ผู้อื่นรับรู้

- จัดให้มี communication note อธิบายบอกอะไร อธิบายสื่อสารอะไร ให้วิชาชีพอื่นได้รับทราบ ให้เขียนไว้ตรงนี้
- ออกแบบบันทึกสำหรับการดูแลผู้ป่วยเฉพาะ เช่น ผู้ป่วยจิตเวช โดยทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้องมาบันทึกร่วมกัน ตั้งแต่การประเมินผู้ป่วยไปจนถึงการบันทึกผลการตอบสนอง

3. อยากใช้ตรงไหน เปิดได้ทันที

สาเหตุส่วนหนึ่งที่แพทย์ไม่ค่อยบันทึก progress note ก็คือประสบปัญหาอย่างมากในการค้นหาว่าส่วนที่จะต้องบันทึกนั้นอยู่ตรงไหน จึงเขียนลงไปในแผ่นคำสั่งการรักษาเสียเลย เนื่องจากแผ่นคำสั่งการรักษาไม่ได้ออกแบบมาสำหรับการบันทึก progress note จึงไม่สามารถบันทึกข้อมูลให้สมบูรณ์ตามที่ควรจะเป็นได้ ทำอย่างไรแพทย์จึงจะเปิดหาใบบันทึก progress note ได้ มีการอำนวยความสะดวกดังนี้

- ใช้แผ่นฟิล์มเอกซเรย์ที่ไม่ใช้แล้วตัดให้มีขนาดเท่ากับกระดาษ A4 และสอดไว้หน้าใบบันทึก progress note ทำให้เปิดหาได้ง่ายขึ้น
- ตัด slip ในส่วนล่างของชาร์ทแสดงส่วนต่างๆ ของชาร์ทที่ใช้บ่อย ทำให้สามารถเปิดหาส่วนที่ต้องการได้ง่าย

ขอขอบคุณทีมงานจากโรงพยาบาลหนองบัวระเหว โรงพยาบาลหนองใหญ่ โรงพยาบาลเชิงราชประชาชนุเคราะห์ โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลยะลา โรงพยาบาลธัญญารักษ์ โรงพยาบาลพรัตนราชธานี โรงพยาบาลค่ายสุรนารี โรงพยาบาลศิริราช และ ฯลฯ ที่ได้แสดงรูปธรรมของความเรียบง่ายให้ปรากฏและยินดีถ่ายทอดให้ผู้อื่นได้รับทราบ



ความเรียบง่าย

ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

นายแพทย์พรเจริญ เจียมบุญศรี

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

ความเรียบง่ายในการพัฒนาคุณภาพ จากประสบการณ์การทำงานที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดมสอนว่า สิ่งที่จะทำให้เกิดความเรียบง่ายนั้นจะต้องผ่านวงจร PDCA ของการพัฒนาคุณภาพไประยะหนึ่งก่อนแล้วจึงเกิดการเรียนรู้และตกผลึกความรู้ที่นั้นออกมา นำไปสู่การปฏิบัติที่ยั่งยืนและต่อเนื่องภายในองค์กรต่อไป

ขั้นตอนของการเรียนรู้

เรียงลำดับขั้นตอนการเรียนรู้และตกผลึกเพื่อให้เกิดความเข้าใจง่ายได้ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 รู้จำ เป็นการรู้ตามทฤษฎี หลักการ การศึกษาดูงาน มีต้นแบบ เป็นต้น ซึ่งความรู้ขั้นนี้จะไม่สามารถทำให้เกิดประโยชน์ได้มากนัก เพราะเป็นสิ่งที่แต่ละคนเรียนรู้จำมา แต่ยังไม่ได้ประยุกต์ให้เหมาะสมกับการทำงานหรือวิถีชีวิตของตนเอง อาจทำให้เกิดข้อผิดพลาดได้มาก ความเรียบง่ายที่สุดของบุคคลที่จะผ่านขั้นนี้ได้จะต้องหมั่นถามตัวเองอยู่เสมอว่า “สิ่งที่เรารู้นี้เป็นของจริงหรือจำเขามา และเราเข้าใจเป้าหมายของสิ่งที่เรารู้มามากน้อยแค่ไหน”

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

ขั้นตอนที่ 3 ลงมือปฏิบัติจริง เป็นการปฏิบัติจากของจริง (หรือเสมือนลงสนามจริง) โดยนำเอาสิ่งที่ได้จากการทดลองที่ได้ผลในวงจำกัดและระยะเวลาอันสั้นนั้น มาปฏิบัติในวงที่กว้างมากขึ้น สิ่งที่สำคัญและเรียบง่ายที่สุดในขั้นนี้คือ การเปิดใจให้กว้างยอมรับผลสะท้อนที่เกิดขึ้นทั้งที่ดีและไม่ดีเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

ขั้นตอนที่ 4 เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง เป็นประสบการณ์ตรงที่เกิดขึ้นกับตัวเราเองในวงกว้างซึ่งจะต้องเจอทั้งสิ่งที่ดีและไม่ดีทั้งหลาย สิ่งที่สำคัญและเรียบง่ายที่สุดในขั้นนี้คือการสังเกตและแยกแยะระหว่างความเหมือนและความต่างได้เป็น 4 แบบ จะขอยกเป็นตัวอย่างเป็นกรณีของผู้ป่วยมาโรงพยาบาลดังนี้

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

แบบที่ 2 ความเหมือนในความต่าง เช่น ผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลด้วยอาการไข้ ปวดหัวเหมือนกันจะมีสมมุติฐานของโรคไม่เหมือนกัน และมีระดับของความรุนแรงไม่เท่ากัน เป็นสิ่งที่แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ต้องวิเคราะห์ วินิจฉัยและดูแลรักษาพยาบาลบนพื้นฐานของความรู้ความสามารถตามมาตรฐานของแต่ละวิชาชีพ

แบบที่ 3 ความต่างในความเหมือน เช่น ผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลถึงแม้ว่าจะมารักษาโรคที่แตกต่างกัน แต่ก็มีสิ่งหนึ่งที่เหมือนกันคือทุกคนเป็นทุกข์และมีความต้องการรู้ว่าตนเองเป็นโรคอะไร รักษาหายหรือไม่ และจะมีวิธีปฏิบัติตัวเองอย่างไร เป็นสิ่งที่แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์จะต้องเข้าใจในความทุกข์ของผู้ป่วยและญาติ ดังนั้นการแสดงความเห็นอกเห็นใจต่อผู้ป่วยและญาติ การให้ความรู้ในเรื่องโรค ให้ข้อมูลและให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยในโรคที่ผู้ป่วยเป็นนั้นๆ จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะช่วยลดคลายความทุกข์ของผู้ป่วยและญาติได้ เป็นต้น

แบบที่ 4 ความต่างในความต่าง เช่น ผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลด้วย

โรคที่แตกต่างกันนั้นจะมีพื้นฐานความรู้ ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพต่างๆ และเรื่องอื่นๆ แตกต่างกัน ดังนั้นแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์จึงจำเป็นต้องตระหนักในเรื่องการสื่อสารที่แตกต่างกันกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อทำให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งกายใจ และไม่เกิดปัญหาการฟ้องร้องติดตามมาภายหลัง

ขั้นตอนที่ 5 รู้จริงด้วยจิตวิญญาณ คือประสบการณ์ตรงที่เกิดขึ้นกับตัวเราทั้งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม ทั้งสิ่งที่ดีและไม่ดีจะถูกบันทึกลงในความทรงจำ และความประทับใจของเราเอง ซึ่งทำให้เกิดความรู้รู้สึกสุขหรือทุกข์ สนุกหรือไม่สนุกในการทำงานนั้น ในขั้นการรู้จริงด้วยจิตวิญญาณนั้นจะเป็นจุดแรกที่ทำให้เกิดความแตกต่างในองค์ความรู้ที่จะเกิดขึ้นภายในจิตวิญญาณของแต่ละคน เพราะแต่ละคนมีกระบวนการในการมองโลกไม่เหมือนกัน บางคนจะมองโลกในแง่ร้ายเสมอ บางคนมองโลกในแง่ดี เป็นต้น ความเรียบง่ายที่จะใช้ในการเรียนรู้ในขั้นนี้คือ **ความซื่อตรงต่อตนเอง และซื่อตรงต่อผู้อื่น** ในการที่จะพัฒนาชีวิตให้ไปสู่สิ่งที่เป็นสาระประโยชน์ต่อส่วนรวม ดังนั้นความซื่อตรงต่อการปฏิบัติหน้าที่ที่ตนเองรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งที่ต้องถามตัวเราเองบ่อยๆ ว่าเราปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยแล้วมีจุดบกพร่องหรือไม่ ถ้ามีจะทำอย่างไร เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 6 ประมวลความรู้ เป็นขั้นตอนในการประมวลความรู้ ทั้งหลายและประสบการณ์ต่างๆ มาเป็นองค์ความรู้ สำหรับบุคคลที่มีสติปัญญาจะแยกแยะสิ่งดีและสิ่งที่ไม่ดีออกจากกันได้ (**รู้ว่าอะไรคือขยะ อะไรคือสิ่งที่เป็นประโยชน์**) จะนำสิ่งที่ดีและไม่ดีนั้นมาทำให้เกิดสาระประโยชน์ให้มากที่สุด ในสถานการณ์นั้นๆ แต่คนที่ไม่มีความรู้และปัญญาจะไม่สามารถแยกสิ่งดีและสิ่งที่ไม่ดีออกจากกันได้ จึงได้ประโยชน์จากการเรียนรู้ตรงนี้น้อย ความเรียบง่ายที่ใช้ประโยชน์มากในขั้นนี้คือ **การรับฟังความคิดเห็นจากบุคคลต่างๆ ให้รอบด้าน แล้วจึงนำมาประมวลความรู้** จึงจะทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดในทุกๆ ด้าน

ขั้นตอนที่ 7 ตกผลึกความรู้ ความเรียบง่ายในขั้นตอนนี้สำหรับบุคคลที่มีสติปัญญา มีความพินิจพิจารณาที่ดี จะนำเอาความรู้ที่ได้รับมา

นั้นเปลี่ยนแปลงนิสัย แก้ไขพฤติกรรมของตนเองเป็นอันดับแรก เพราะเรายู่กับตัวเราเองตลอดเวลา 24 ชั่วโมง แล้วจึงขยายความรู้ไปให้แก่คนที่อยู่รอบข้างและหน่วยงานในที่สุด (ตกผลึกความรู้ในตนเองก่อน แล้วจึงขยายผลึกความรู้ออกไปสู่บุคคลอื่น)

ส่วนบุคคลที่ไม่มีสติปัญญา ไม่มีความตรึกตรองพินิจพิจารณาอย่างถี่ถ้วนก็จะนำเอาความรู้ที่ได้ไปปรับเปลี่ยนบุคคลที่อยู่รอบข้างเป็นอันดับแรก และเปลี่ยนแปลงตนเองเป็นคนสุดท้าย (เปลี่ยนแปลงตามความรู้ที่เรียนมากับคนอื่นก่อน แล้วจึงเอาแต่ผลประโยชน์ที่ได้มาเป็นของตนเอง)

ขั้นตอนที่ 8 สู่ความเรียบง่ายในการพัฒนาคุณภาพ จะมีขึ้นได้ในบุคคลที่มีสติปัญญาเท่านั้น ซึ่งถ้าตามสำนวนนวนิยายกำลังภายในนั้น ผู้ฝึกวิทยายุทธถึงขั้นสูงสุดยอดไม่มีผู้ใดเทียบมทานได้ จะได้ชื่อว่าเป็นผู้ฝึกวิทยายุทธถึงขั้น **"พิสดารกลับคืนสู่สามัญ"** ซึ่งก็คือความเรียบง่ายนั่นเอง

กฎเกณฑ์สู่ความเรียบง่าย

จากการทำงานพัฒนาคุณภาพนั้นพอที่จะสรุปออกมาเป็นกฎเกณฑ์ซึ่งจะนำไปสู่ความเรียบง่ายในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลดังนี้

กฎข้อที่ 1 การพัฒนาคุณภาพที่ยั่งยืนและแท้จริงนั้นจะต้องเกิดขึ้นจากคนภายในองค์กรเท่านั้น มีความหมายในการชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาคุณภาพนั้นจะต้องอาศัยการพึ่งตนเอง พึ่งหน่วยงานหรือองค์กรตนเองเป็นหลัก เพราะการที่จะอาศัยวิทยากร ที่ปรึกษา ผู้นิเทศ หรือผู้เยี่ยมสำรวจภายนอก ที่นานๆ จะมาเยี่ยมสักครั้งนั้น ไม่ทันต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นตลอดเวลาและทุกๆ วัน โรงพยาบาลจำเป็นต้องจัดตั้งทีมงานที่เข้มแข็ง วางระบบงานที่มีมาตรฐานที่จะประสานกันระหว่างบุคคลกับบุคคล ระหว่างหน่วยงานภายในโรงพยาบาลและหน่วยงานนอกโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับพุทธภาษิตที่ว่า "อตฺตาหิ อตฺตโนนาโถ" แปลว่า "ตนแลเป็นที่พึ่งแห่งตน"

กฎข้อที่ 2 การพัฒนาคุณภาพของบุคลากรทุกคนนั้นเป็นหัวใจสำคัญในการพัฒนากระบวนการคุณภาพทุกขั้นตอนและทุกมาตรฐานโรงพยาบาล

โดยสิ่งที่ง่ายที่สุดในการพัฒนาคุณภาพของบุคลากรคือจะต้องเริ่มต้นสอนจากงานและสิ่งที่เขาเข้าใจอยู่แล้วจึงเชื่อมโยงมาสู่มาตรฐานและหลักการวิชาการจะทำให้เกิดความรู้และความเข้าใจได้ง่ายกว่าไม่ใช่สอนหลักการวิชาการแล้วให้เขานำเอาไปประยุกต์ใช้เอง ซึ่งส่วนใหญ่จะทำให้เกิดความสับสน หรือเกิดการยึดติดรูปแบบต่างๆ ที่เราได้สอนเขา และส่งผลไม่กล้าคิดกล้าทำเพราะกลัวผิดจากรูปแบบที่เรียนรู้มา (รู้จำ) ซึ่งผมมักจะใช้คำพูดที่ว่า “เราจะต้องสอนและพูดภาษาเดียวกับเขา” เพราะในโลกแห่งความเป็นจริงแต่ละคนจะมีโลกภายในและภาษาของตัวเองเท่านั้น

ดังนั้นการทำความเข้าใจต่อโลกภายในและภาษาของแต่ละบุคคลจึงมีความสำคัญอันดับแรก และในขณะเดียวกันเราก็เกิดการเรียนรู้ไปพร้อมกันด้วย **ซึ่งความเรียบง่ายในการพัฒนาคุณภาพของบุคลากรคือการมองย้อนกลับเข้าไปในตัวเองจนทำให้เกิดการเรียนรู้จักตนเอง เข้าใจตนเอง แจ่มแจ้งในตนเองอย่างละเอียด ลึกซึ้ง จนกระทั่งมีวิถีของตนเองนั้น** จะทำให้เราสามารถเข้าใจคนอื่นได้มากขึ้น เพราะในโลกภายในของแต่ละคนจะมีองค์ประกอบที่เหมือนกัน เช่น มีความรัก ความชอบ ความซึ้ง การยอมรับ การปฏิเสธ กินกาม เกียรติ เกียรติ โกรธ เป็นต้น ด้วยกันทุกคน จะแตกต่างกันคือจะมีสัดส่วนองค์ประกอบไหนมากกว่ากันเท่านั้นเอง

ดังนั้นการศึกษาทำความเข้าใจจิตวิญญาณตนเอง จึงเป็นความเรียบง่ายในการพัฒนาบุคลากรและการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและญาติ ซึ่งคนส่วนใหญ่มักจะมองข้ามไป



การเริ่มต้น

พัฒนาคุณภาพงานแบบง่ายๆ

สงกรานต์ พิทักษ์จร

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

การพัฒนาคุณภาพจะว่ายากก็ยาก จะว่าง่ายก็ง่าย ขึ้นอยู่กับมุมมอง และการให้โอกาสที่จะเรียนรู้สิ่งต่างๆ ในชีวิตประจำวัน การเริ่มต้นพัฒนาคุณภาพงานในโรงพยาบาลอย่างง่ายๆ มีองค์ประกอบสำคัญ คือ

1. ศรัทธาและความเชื่อต่อหลักการและแนวปฏิบัติ ที่สอดคล้องกับความคิดที่เรามีอยู่

ความศรัทธาและความเชื่อมั่นต่อหลักการ แนวคิด และแนวทางปฏิบัติ ที่สอดคล้องกับความคิดที่เรามีอยู่เป็นจุดสำคัญ เพราะสิ่งเหล่านี้คือแรงจูงใจ ที่แท้จริงในการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมต่างๆ ของทุกคน

ความศรัทธาและความเชื่อมั่นในทางบวกต่องานและต่อบุคคลที่เกี่ยวข้อง ทำให้เรามีกำลังใจที่จะทำงานร่วมกัน ศรัทธาและความเชื่อที่สำคัญ 2 ประการ คือ

- 1) เชื่อว่าทุกคนต้องการทำดี ถ้ารู้วิธีและมีโอกาส
 - 2) ความศรัทธาที่มีต่อโครงการ HA เพื่อความร่วมมือกันในการพัฒนาคุณภาพงานโรงพยาบาล โดยมีผู้ป่วยและประชาชนเป็นศูนย์กลาง
- ความศรัทธาและความเชื่อทั้ง 2 ประการ คือจุดเริ่มต้นและเป็นฐานสำคัญสำหรับการประยุกต์ใช้ในงานที่รับผิดชอบ

2. ประเมินตนเอง: ทำกันก็/หาโอกาส/เริ่มที่ตนเอง

ในชีวิตจริงเราต่างมีการประเมินตนเองโดยอัตโนมัติอยู่แล้วการประเมิน

ตนเองเป็นกิจกรรมพื้นฐานที่สำคัญสำหรับการพัฒนาคุณภาพในเรื่องต่างๆ การประเมินตนเองมีหลายระดับตั้งแต่ระดับปัจเจกไปจนถึงภาพรวมของหน่วยงาน/องค์กร HA ได้สรุปแนวทางในการประเมินตนเองให้เป็นระบบชัดเจนขึ้น

การประเมินตนเองอย่างง่ายๆ โดยไม่ต้องรอแบบประเมินตนเองและสามารถทำได้ตลอดเวลา คือ **การเฝ้าระวังผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์**ในผู้ป่วย การจัดช่องทาง**รับข้อมูลการร้องเรียน**จากลูกค้าภายนอก การ**พูดคุยสอบถาม**ผู้ปฏิบัติงาน ผู้ป่วยหรือผู้มาติดต่อกัน เปิดโอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องได้แสดงความรู้สึก บอกเล่าประสบการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้น สิ่งที่น่าตกใจ และปัญหาสำคัญที่ต้องการให้เราแก้ไขปรับปรุง นอกจากนี้ยังมีการ**สอบถามไปยังบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง**ว่ามีความคิดเห็นต่อบริการของหน่วยงานอย่างไร ต้องการให้เป็นอย่างไร

ประเด็นคุณภาพง่ายๆ ที่เริ่มต้น คือ การดูแลผู้ป่วยโดยมี hi-tech ควบคู่ไปกับ hi-touch ดีกเรา ICU มีเครื่องมือทันสมัยมากมาย แต่ลูกเราแต่ละคน แก้มลาย กันแดงกันเป็นทิวแถว จึงจับประเด็นง่ายๆ แค่นี้มาพัฒนาก่อน

โดยหลักการคือใช้ข้อเท็จจริงในแต่ละวันเป็นข้อมูลการประเมินตนเองอย่างง่าย ๆ และหาโอกาสสรุปรวบรวมเสนอกลับให้ผู้นำเสนอได้รับทราบ แจ้งให้ทราบทั้งปัญหาที่แก้ไขได้และแก้ไขไม่ได้ รวมทั้งข้อจำกัด และ/หรือแนวทางดำเนินการในอนาคต

ปัญหาบางอย่างที่อาจแก้ไขให้ไม่ได้ก็บอกเขาตรงๆ เช่น ปัญหาที่คนไม่รักกัน เป็นเรื่องที่แก้กันไม่ได้ จึงบอกให้ทีมงานทราบถึงแนวคิดที่เรายึดถือ กฎกติกา มารยาทในการทำงานร่วมกันที่ทุกคนควรปฏิบัติ รวมถึงให้เขาเข้าใจ บทบาทของการเป็นหัวหน้าว่า ไม่ได้มีหน้าที่ทำให้ทุกคนพอใจ แต่มีหน้าที่ทำให้ทุกคนเข้าใจ มีหน้าที่ประสานความคาดหวังและเป้าหมายของโรงพยาบาล กับความคาดหวังและความต้องการของเจ้าหน้าที่ให้ไปด้วยกันได้

ในการสอบถามหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนั้น ได้ข้อมูลกลับมาไม่มากนัก อาจเป็นเพราะยังงงกันอยู่ว่าเราทำอะไร หรือเพราะใช้คำถามยากไป อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่ได้รับฟังมาโดยตรง คือ ทำที่ที่ไม่ใส่ใจเวลาแพทย์ภายนอกเข้าไป

ตรวจเยี่ยมผู้ป่วย จัดเตรียมข้อมูลผู้ป่วยไม่พร้อม (ผลการตรวจ ผลเอกซเรย์) ได้นำข้อมูลเหล่านั้นมาพูดคุยให้เข้าใจตรงกันถึงหน้าที่ความรับผิดชอบ การแยกแยะความถูกต้องกับความถูกต้องออกจากกัน และร่วมกันปรับปรุงให้ดีขึ้น

จากข้อมูลจริงในช่วงแรกนั้น สรุปว่าเรายังไม่มีคุณภาพ ตัวชี้วัดที่คิดได้โดยอัตโนมัติต่างๆ ในตอนนั้นคือ กันผู้ป่วยต้องไม่แดง แก้มต้องไม่ลาย เครื่องมือต้องพร้อมใช้ ข้อมูลผลการตรวจต่างๆ ต้องได้ผลทันเวลาที่ต้องการใช้ (ถ้าไม่ได้ต้องทราบเหตุผล) ญาติผู้ป่วยมีความพึงพอใจ ไม่พบข้อร้องเรียน เราน่าทุกๆ ลักษณะของปัญหาที่เกิดขึ้นมาจับเป็นตัวชี้วัดคุณภาพทั้งหมด แล้วติดตามดูว่าเพิ่มขึ้นหรือลดลงอย่างไร

3. ทำงานเป็นทีม

การทำงานเป็นทีมอย่างง่าย คือ การที่แต่ละคนทำงานที่อยู่ในความรับผิดชอบของตัวเองให้ดีที่สุด อย่างไรก็ตามอย่างไรก็ดี การไม่ส่งต่องานที่อาจเป็นปัญหาให้กับผู้รับบริการ/ผู้รับผลงานเป็นเครื่องชี้วัดคุณภาพพื้นฐานสำหรับการทำงานของแต่ละคน

การรับฟังข้อมูลและข้อคิดเห็นระหว่างผู้ทำงานร่วมกัน เป็นช่องทางให้แต่ละคนเรียนรู้ว่าตนและทีมทำงานได้อย่างมีคุณภาพเพียงใด ประเด็นสำคัญสำหรับเริ่มต้น คือ แต่ละคน/แต่ละทีมทราบหรือยังว่าใครคือผู้รับผลงานของเรา/ทีมงานเรา ใครคือลูกค้าของผู้บริหาร/หัวหน้าในระดับต่างๆ ใครคือลูกค้าของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานทุกประเภท ใครคือลูกค้าที่เราน่าจะคาดหวังคุณภาพได้ในระดับหนึ่ง ใครคือบุคคลที่เราไม่ควรคาดหวังขอเพียงแต่ทำหน้าที่ค้นหาปัญหา/ความต้องการแล้วช่วยแก้ปัญหา/ตอบสนองความต้องการให้ดีที่สุดเท่าที่ทำได้

เมื่อเราทราบว่ากลุ่มลูกค้าของเราคือใคร การให้โอกาสตัวเองได้เรียนรู้ โดยรับฟังข้อมูลความเห็นของกันและกันแล้วหาทางตอบสนองก็เป็นสิ่งไม่ยาก เพราะมีการตอบสนองเป็นอัตโนมัติในการทำงานประจำอยู่แล้ว เพียงแต่อาจเป็นเฉพาะบุคคล ไม่ทั่วถึงหรือไม่ตอบสนองอย่างเป็นระบบที่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพโดยรวม เป็นหน้าที่ของผู้นำแต่ละทีมที่จะประสานความร่วมมือ

มือให้เกิดขึ้น

ตัวอย่างเช่น ผู้นำอาจจะเริ่มด้วยการเสนอให้ลองปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานโดยผู้นำร่วมลงมือทำด้วย แสดงออกซึ่งพฤติกรรมดีๆ ต่อผู้ป่วยและญาติ ให้ลูกทีมเห็นเป็นแบบอย่างไปพร้อมๆ กัน นี่คือการทำงานเป็นทีมซึ่งพยายามพัฒนาตนเองในกลุ่มวิชาชีพเดียวกัน

ผู้นำอาจต้องเริ่มต้นด้วยการสร้างความตระหนัก ทำให้ผู้เกี่ยวข้องมองเห็นผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับทีมงาน ทำให้ผู้เกี่ยวข้องมองเห็นโอกาสในการพัฒนา ให้โอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องได้มีส่วนร่วมพัฒนางานในรูปแบบต่างๆ เช่น แสดงความคิดเห็น ให้โอกาสทดลองทางเลือกที่กลุ่มเสนอเพื่อปรับเปลี่ยนวิธีการทำงาน สนับสนุนทรัพยากร ประสานความร่วมมือแทนกลุ่มสมาชิก ให้กำลังใจ ให้ข้อเสนอแนะ ให้ทางออกที่กลุ่มยอมรับร่วมกัน รวมทั้งร่วมลงมือปฏิบัติ สิ่งเหล่านี้คือกิจกรรมพื้นฐานสำหรับการเป็นผู้นำที่ดีของแต่ละคน/แต่ละทีม

ในส่วนของการทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วยง่ายๆ ก็ใช้หลักการเดียวกัน ไม่จำเป็นต้องพูดคำว่าพัฒนาคุณภาพ ไม่จำเป็นต้องพูดว่าจะทำ HA ไม่ได้กำหนดเวลาประชุมหาแนวทางพัฒนาร่วมกันอย่างเป็นทางการ เราใช้วิธีตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกัน ต่างให้ข้อมูลและรับข้อมูลของกันและกันในการดูแลผู้ป่วย หรือบอกปัญหาที่แต่ละฝ่ายพบหรือต้องการให้แก้ไข แล้วปรับเปลี่ยนไปตามธรรมชาติ แก้ได้บ้าง ไม่ได้บ้าง บอกกันตรงๆ ให้อีกฝ่ายรับรู้ว่าเราต่างต้องทนธรรมชาติของแต่ละฝ่ายอย่างไรบ้าง จุดนี้ทำให้เรายอมรับกันและกันได้ในระดับหนึ่ง

ขอเพียงให้แต่ละวิชาชีพดูแลกันและกัน รับผิดชอบกันและกัน ตอบสนองกันและกัน ศึกษาหรือบอกให้ทราบถึงข้อจำกัดของกันและกัน หากทางออกร่วมกันทุกครั้งที่มีโอกาสอย่างไม่เป็นทางการนั่นคือวิธีการทำงานเป็นทีมง่ายๆ ที่พวกเราทำอยู่ในชีวิตประจำวัน

4. พัฒนางานประจำ/เป็นตัวของตัวเอง/ทำอะไรได้ทำทันที

การพัฒนาคุณภาพง่ายๆ คือ พัฒนาจากปัญหาที่พบในงานประจำ การรับฟังจะช่วยให้เราได้ทั้งปัญหาและแนวทางแก้ไข และอาจได้หลายๆ ปัญหาหลายทางเลือกที่จะนำไปพัฒนา

การพัฒนาคุณภาพให้เริ่มง่ายๆ แก้ไขปัญหาข้อติดขัดต่างๆ ที่เป็นเรื่องภายในทีมของตัวเองก่อน เลือกปัญหาและทางเลือกในการแก้ปัญหาจากที่กลุ่มนำเสนอ หากมีหลายๆ ปัญหาที่กลุ่มเห็นว่าสำคัญทั้งหมด ให้แบ่งเรื่องกันไปดำเนินการ เพื่อให้ทุกปัญหาที่กลุ่มให้ความสำคัญได้รับการแก้ไขในเวลาเดียวกัน ทางเลือกใดแก้แล้วปัญหาหมดไปก็คงแนวทางปฏิบัติไว้เป็นแนวปฏิบัติในงานประจำ ทางเลือกใดที่ทดลองแล้วไม่ได้ผล มีข้อติดขัดหรือต้องขอความร่วมมือจากคนอื่นทีมอื่น หากได้รับความร่วมมือได้แล้วปัญหาหมดไปก็กำหนดเป็นระเบียบปฏิบัติร่วมกัน หากทำไม่ได้ให้ทดลองทางเลือกอื่นที่มีอยู่ ทำต่อไปเรื่อยๆ จนพบทางออก

ตัวอย่างง่ายๆ ในการพัฒนาจากปัญหาที่พบในงานประจำ เช่น ได้รับโทรศัพท์ร้องเรียนเรื่องความผิดพลาดในการระบุชื่อ-สกุลผู้ป่วยบ่อยๆ ทดลองแก้ปัญหาโดยลองใช้คอมพิวเตอร์ช่วยทำ label ผู้ป่วย แก้ปัญหาไปได้ด้วยดี ไม่มีข้อมูลผิดพลาด ไม่มีเสียงบ่นจากลูกค้า แถมลูกทีมพอใจเพราะลดเวลาในการเขียน label ไปได้มาก ต่อมาเมื่อผู้เห็นดีด้วยนำไปขยายผล ในที่สุดก็มี label ผู้ป่วยใช้กันทั้งโรงพยาบาลมาจนทุกวันนี้

นอกจากนั้น ในช่วงปีแรกเราได้รับคำร้องเรียนจากลูกค้าภายนอกอีก 2 ประเด็น คือ ครอบครัวผู้ป่วยไม่พึงพอใจพฤติกรรมบริการของพยาบาล และญาติผู้ป่วยที่เสียชีวิตได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้องตามความเป็นจริง . เราจับปัญหาที่เรื่องพฤติกรรมบริการก่อนเรื่องอื่น เนื่องจากมีความเป็นไปได้สูง ไม่ต้องลงทุน เป็นกลุ่มคนที่อยู่ในความรับผิดชอบของตัวเองเต็มร้อย ถ้าทำประเด็นนี้สำเร็จ ข้อร้องเรียนจะลดลงแน่นอน

ต่อมา ปัญหาที่หลายๆ คนเห็นพ้องกันคือ ความไม่พร้อมของอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจในการรับย้ายผู้ป่วย รวมทั้งการพัฒนาทักษะและวิชาการระหว่างประจำการ ได้ให้ทีมงานช่วยกันออกความเห็นทางเลือกในการแก้ไข

ปัญหา เรามีหน้าที่สนับสนุนจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวก ให้โอกาสทดลองแนวทางที่กลุ่มเลือก สอบถามความคิดเห็นหลังทดลองแนวทางใหม่กว่าปัญหา ลดลงหรือหมดไปหรือไม่ เมื่อทุกฝ่ายเห็นร่วมกันว่าแนวทางนั้นทำให้การทำงานราบรื่นสะดวกขึ้นจึงนำแนวทางนั้นมาใช้เป็นระบบงานประจำจนถึงปัจจุบัน

บางปัญหาอาจต้องยอมรับความจริงว่าต้องใช้เวลารอการเลือกประเด็นปัญหาใหม่มาปรับปรุงจะทำให้เราไม่เสียเวลา/โอกาสในการพัฒนา

5. พัฒนาบุคลากร: ให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยและการพัฒนาคุณภาพ

การพัฒนาคนเป็นการลงทุนอย่างหนึ่งพัฒนาคนเพื่อพัฒนางานคือความจำเป็นและความเป็นจริงที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ วิธีการพัฒนาบุคลากรเพื่อให้ได้สมาชิกที่มีความรู้ มีทัศนคติที่ดีต่องานและต่อการพัฒนาคุณภาพอย่างง่าย ๆ คือ การจัดเวทีและจัดประสบการณ์ตรงในการพัฒนาคุณภาพ ทั้งเรื่องการปฏิบัติงานทั่วไปและการดูแลผู้ป่วย

การจัดเวทีและให้โอกาสบุคลากรได้พัฒนางานจากปัญหาและทางเลือกที่สมาชิกได้ช่วยกันตัดสินใจทางเลือกเองนั้น เป็นการพัฒนาบุคลากรให้เรียนรู้วิธีการพัฒนาคุณภาพจากงานประจำและส่งผลให้การทำงานง่ายขึ้นสะดวกขึ้น

แนวทางง่ายๆ อีกวิธีหนึ่งในการพัฒนาบุคลากรเพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วย โดยจัดเวทีและประสบการณ์ตรง คือ นำปัญหาที่พบจริงในการทำงานมาเป็นหัวข้อในการพัฒนา ตัวอย่างกรณีผู้ป่วยถึงแก่กรรมโดยไม่คาดหวัง 1 ราย ผลจากการพูดคุยกับทีมงานทั้งแพทย์และพยาบาลและจากการทบทวนข้อมูลในเวชระเบียน พบว่าแพทย์เวรประจำบ้านและพยาบาลขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยพยาบาลไม่เคยได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยประเภทนี้มาก่อนเลย แพทย์เวรเองก็ไม่รู้ว่าเมื่อมีปัญหาจะแก้ไขภาวะฉุกเฉินอย่างไร การจัดชั่วโมงให้ความรู้แก่ทีมงานทั้งแพทย์และพยาบาล โดยมีวิทยากร คือ อาจารย์แพทย์ภายในสถาบันฯ มาพูดคุยกันให้รู้จักการประเมินผู้ป่วย จุดเน้นที่ต้องเฝ้าระวัง/ต้องตรวจสอบ อุปกรณ์ที่ต้องเตรียมพร้อมไว้เสมอ เมื่อมีผู้ป่วยมาใหม่อีก 2-3 ราย ก็มีการเน้นย้ำให้เข้าใจตรงกันใหม่ โดยสอนข้างเตียงร่วมกันทั้งแพทย์และพยาบาลเป็นการทบทวน

แนวทางปฏิบัติเพื่อให้ทีมงานมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย หลังจากนั้น ปัญหาที่ไม่เคยเกิดขึ้นอีก

วิธีการพัฒนานุเคราะห์อย่างง่ายๆ อีกทางเลือกหนึ่งที่ไม่เป็นการสิ้นเปลืองงบประมาณของโรงพยาบาล คือ การใช้ผู้เชี่ยวชาญภายในเป็นวิทยากร ในการพัฒนาคุณภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร มาร่วมเป็นวิทยากร ฟื้นฟูความรู้ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน หัวข้อที่เห็นว่ามีประโยชน์กับพยาบาล ในทีมงานอื่น เช่น หอผู้ป่วย ก็เชิญให้มาเข้าร่วมฟื้นฟูความรู้ร่วมกัน เป็นการใช้ทรัพยากรเกิดประโยชน์สูงสุด ที่สำคัญเราได้เรียนรู้และเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีไปพร้อมๆ กัน

จุดสำคัญ คือ ไม่ว่าผลการพัฒนาจะออกมาอย่างไร การให้กำลังใจ การให้ข้อชี้แนะ การชี้ให้เห็นโอกาสและได้ทดลองทางเลือกของเขา จะช่วยให้พวกเขาเกิดความภาคภูมิใจ รู้สึกเป็นที่ยอมรับของกลุ่ม และมีกำลังใจที่จะเสนอความคิดเห็น สร้างผลงานดีๆ ออกมาเรื่อยๆ เป็นการจัดการกระบวนการเรียนรู้ที่จะทำงานร่วมกับผู้อื่นและเรียนรู้วิธีการพัฒนาตนเองและพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง

6. ประเมินตนเองซ้ำ/เป็นตัวของตัวเองในการพัฒนาคุณภาพงาน

การพัฒนาตนเองซ้ำเป็นกิจกรรมที่สำคัญเมื่อทีมพัฒนาคุณภาพไปได้ระยะหนึ่ง ทั้งนี้เพื่อให้ทราบว่าพัฒนาเป็นไปในทิศทางที่ต้องการหรือไม่ ในช่วงที่ประเมินตนเองอย่างง่ายๆ ก็สามารถประเมินตนเองซ้ำได้ด้วยวิธีเดียวกันอีกครั้งร่วมกับการประเมินตนเองโดยใช้แบบประเมินตนเองของพรพ. จะช่วยให้มองเห็นทิศทางและโอกาสพัฒนาได้กว้างขวางและครอบคลุมประเด็นที่ควรพัฒนามากขึ้น

ข้อควรระวัง คือ อย่าประเมินตนเองให้ต่ำกว่าหรือสูงกว่าสภาพความเป็นจริงที่เป็นอยู่ ให้ยอมรับความเป็นจริงโดยมองย้อน/ทบทวนกฎกติกาในการประเมินตนเองบ่อยๆ ประเด็นใดที่ยังไม่แน่ใจหรือยังขาดข้อมูลยืนยันผลงานให้ลงความเห็นในทางคุณภาพต่ำไว้ก่อน เมื่อได้ข้อมูลแล้วจึงค่อยปรับเปลี่ยนผลการประเมิน

หลักการสำคัญในการพัฒนาตนเองคือ จงเป็นตัวของตัวเอง มองให้ลึกซึ่งถึงวัฒนธรรมที่เป็นอยู่ในหน่วยงาน/องค์กรของเราเอง ไม่จำเป็นต้องเริ่มแบบเดียวกับที่หน่วยงานอื่น/องค์กรอื่นเริ่ม เพราะข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาไม่เหมือนกัน ทั้งบรรยากาศ คนที่เกี่ยวข้องและการสนับสนุนที่มีในแต่ละทีม

ข้อมูลเพื่อการพัฒนาที่ขาดไม่ได้ในการประเมินตนเองซ้ำ คือ การพูดคุยกับผู้ป่วย/ญาติผู้ป่วยทุกวันที่อยู่ทำงาน เป็นช่วงเวลาที่มียุทธศาสตร์ ข้อมูลต่างๆ ทำให้เรามีโอกาสช่วยเหลือ แก้ไขปัญหา ตอบสนองความต้องการให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ตรงกับเป้าหมายสำคัญของการจัดตั้งโรงพยาบาล บางเรื่องแม้แก้ไม่ได้ เพียงรับฟังก็ช่วยป้องกันความเสี่ยงของโรงพยาบาลที่อาจเกิดจากความโกรธแค้นหรือความไม่พึงพอใจจากผู้ป่วยและครอบครัวลงได้

7. การค้นหาและป้องกันความเสี่ยง

ในการปฏิบัติงานปกติของโรงพยาบาลเรามีการค้นหาและรายงานความเสี่ยงอยู่แล้ว เพียงแต่ไม่ได้ใช้ชื่อว่าการบริหารจัดการความเสี่ยง เป็นเพียงการรายงานอุบัติเหตุดูอุบัติการณ์ที่อาจจะยังไม่เป็นระบบและไม่ครอบคลุม ตัวอย่างการบันทึก/รายงานความเสี่ยงในแบบรายงานประเภทต่างๆ ที่แต่ละหน่วยงาน/กลุ่มงาน/ฝ่ายมีอยู่ เช่น สมุดบันทึกเหตุการณ์สำคัญ สมุดรายงานเหตุการณ์ประจำวัน สมุดรายงานเหตุการณ์นอกเวลา สมุดรายงานของผู้ตรวจการพยาบาล เป็นต้น

วิธีการค้นหาและทบทวนความเสี่ยงอย่างง่าย ๆ คือ รวบรวมข้อมูลอุบัติเหตุดูอุบัติการณ์ที่มีอยู่ในระบบงานเดิม นำมาจัดกลุ่มแยกประเภทแล้วพูดคุยกันเพื่อสรุปแนวทางป้องกันการเกิดปัญหาดังกล่าวขึ้นอีก บางครั้งสิ่งที่ทำให้เราถูกคิดถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น แต่เราไม่ตระหนักถึง อาจได้มาจากการตั้งคำถามของผู้มาเยี่ยมเยียนหน่วยงาน ตัวอย่างจริงในช่วงแรก คือ คนที่มาดูงานถามเราว่า ที่นี่มีเหตุการณ์ที่ช่วยหายใจหลุดมากน้อยเพียงใด ทำให้เราถูกคิดได้ว่า เราหลงลืม/ไม่ได้คิดถึงอันตรายในเรื่องนี้เลย จากนั้นก็ตั้งข้อสังเกต เริ่มรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนบ้าง พบเองบ้าง เจ้าหน้าที่

รายงานบ้าง เริ่มบันทึกวัน/เวลา/จำนวนครั้งที่ท้อช่วยหายใจหลุดในกระตาะ
 ธรรมดา แล้วเอามาพูดคุยกันกับพยาบาลถึงลักษณะอุบัติการณ์ที่พบ ต่อมา
 เราได้ขอความร่วมมือกับแพทย์เนื่องจากเราพบว่าบ่อยครั้งที่ท้อช่วยหายใจหลุด
 ก่อนกำหนดเนื่องจากยอมรับว่าระดับความลึกของท่อที่ตั้งสูงกว่าค่ามาตรฐานที่
 ควรจะเป็น และพบบ่อยในเด็กที่มีภาวะรูสตีติ

การพัฒนาในช่วงต่อมาคือ ได้เรียนรู้ตัวอย่างแบบรายงานอุบัติการณ์
 ของโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ นำมาปรับใช้เป็นของหน่วยงาน คุยกันกับ
 เจ้าหน้าที่ให้ทราบเป้าหมายหลักในการเขียนรายงานอุบัติการณ์ว่า เป็นการนำ
 มาเป็นข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพและเพื่อไม่ให้เกิดความเสี่ยงขึ้นอีก ใคร
 บันทึกจะขอบคุณและถือว่าเป็นความกล้าหาญที่จะให้ผู้อื่นได้ใช้ประโยชน์จาก
 ความผิดพลาดของตัวเอง ช่วงแรกยังไม่แน่ใจก็น้อยหน่อย ต่อมาเริ่มเรียน
 รู้มากขึ้น ได้รับความร่วมมือมากขึ้น มีรายงานเข้ามาเป็นระยะ สรุปผลง่ายๆ
 feedback ให้ทีมทราบ นำมาปรับปรุงระบบงานไปได้เป็นช่วงๆ นำไปขยาย
 ผล เสนอผลงานของกรม จนในที่สุดกลับมาช่วยขยายผลทั้งโรงพยาบาล
 โดยนำแบบฟอร์มของ พรพ. มาปรับใช้

8. ติดตามตัวชีวิตอย่างต่อเนื่อง/ให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นระยะ/ พัฒนาต่อเนื่อง

ตัวชี้วัดคุณภาพต่างๆ ที่ใช้ในช่วงแรก คือ เหตุการณ์อะไรก็ตามที่เราไม่
 พึ่งปรารถนาให้เกิดขึ้นหรือเกิดขึ้นแล้วเราไม่สบายใจ เช่น ข้อร้องเรียนของผู้
 ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างไม่คาดหวัง ความผิดพลาดในการ
 เขียนชื่อ-สกุลผู้ป่วย ท้อช่วยหายใจหลุดก่อนกำหนด เป็นต้น

แรกๆ ไม่ได้สนใจจะเรียกว่าตัวชี้วัดคุณภาพแต่เมื่อเรียนรู้ไประยะหนึ่ง
 จึงได้รู้ว่าที่เราทำมาทั้งหมดเรามีตัวชี้วัดคุณภาพงานอยู่แล้วโดยธรรมชาตินั่นเอง
 เพียงแต่ไม่ได้รวบรวมให้เป็นระบบหรือเป็นหมวดหมู่เท่านั้น

การติดตามตัวชี้วัดคุณภาพเป็นไปอย่างค่อยเป็นค่อยไปจาก 2-3 ตัว
 ค่อยๆ เพิ่มขึ้นตามระยะเวลาในการพัฒนา แต่ละตัวชี้วัดมีการนำมาวิเคราะห์
 อย่างง่ายๆ และใช้ในการพัฒนาคุณภาพไปเรื่อยๆ ขึ้นอยู่กับเรื่องที่ทำได้ง่าย

หรือยาก มีการปรับเปลี่ยนวัดให้ดีขึ้น เช่น วัดอัตราการติดเชื้อทุกเดือน ทำกราฟผลงานให้ที่ทีมงานดูทุกเดือนเริ่มลงลึกในบางเรื่อง เช่น จากเดิมดูเพียงอัตรา new nosocomial infection rate ก็พัฒนาเป็น ventilator associated pneumonia ต่อจำนวนวันใช้เครื่องช่วยหายใจ 1,000 วัน เป็นต้น เพื่อให้สามารถเฝ้าระวังคุณภาพกลุ่มผู้ป่วยหลักใน ICU ได้ชัดเจนขึ้น เมื่อพบตัวชี้วัดคุณภาพตัวใดมีแนวโน้มไม่ดีก็สามารถจัดการแก้ไขได้ทันเวลามากกว่าการติดตามปีละครั้ง

9. เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง/การคิดเชิงกลยุทธ์/ใช้ข้อมูล feedback

การเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางง่ายๆ ที่เราทำคือ เราตระหนักว่าเราทำงานในโรงพยาบาล ฉะนั้นหากจะพัฒนาจึงควรพัฒนาโดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการดูแลรักษาที่ดี เข้าประเด็นการมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางโดยอัตโนมัติ

รูปธรรมที่เป็นความพยายามของทีมงาน คือ พยายามให้เจ้าหน้าที่ทุกคนเข้าใจตรงกันว่า

- 1) หน้าที่หลักของเราคือดูแลให้ผู้ป่วยหายรอดปลอดภัย
- 2) ยอมรับว่าผู้ป่วยของเราเป็นเด็กและเป็นเด็กที่กำลังป่วย ยอมรับว่าการเรียกร้องความสนใจ ร้องหาพ่อแม่เป็นธรรมดา ยิ่งป่วยยิ่งเรียกร้อง
- 3) ให้พยายามเข้าใจความรู้สึกของผู้ปกครองเวลาที่ลูกป่วยซึ่งเขาทุกข์อยู่แล้ว ยิ่งต้องเข้า ICU ยิ่งทุกข์มากขึ้น และให้คิดถึงอกเขาอกเรา คิดว่าหากเป็นลูกหลานของเรา เราจะทำอย่างไรหรือต้องการอย่างไร ฉะนั้นอะไรที่พอจะลุ่มอล่วยได้ก็ขอให้ทำ เช่น กฎระเบียบการเข้าเยี่ยม การให้ญาติอยู่กับผู้ป่วยนานขึ้น การให้ญาติเฝ้าผู้ป่วยเด็กหรือผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้รู้จักการพูดเพื่อให้กำลังใจ/ประคับประคองญาติ โดยหัวหน้าร่วมทำเป็นตัวอย่าง

สิ่งสำคัญ คือ การให้กำลังใจ ให้เขาเชื่อมั่นว่าเมื่อเราทำดี ดีแน่นอน ทำให้ดีที่สุดเท่าที่ทำได้ ความกังวลเป็นสิ่งที่ดีสำหรับระบวงตัว แต่อย่าให้ความกังวลมาทำให้เกิดความระแวงและเสียโอกาสทำสิ่งดีๆ แรกๆ ต้องขอรับรองให้ร่วมมือในการอนุญาตให้ญาติเฝ้า ระยะหลังนี้เขาให้บริการกันเอง บางเวลา

จัดบริการดีกว่าที่เราคาดคิดไว้เสียอีก

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

จุดสำคัญอีกประการคือพยายามปลุกฝังให้ทีมงานยอมรับและชื่นชมรางวัลที่เป็นผลตอบแทนที่แท้จริงจากงานจากการทำงาน คือ การที่ผู้ป่วยหายรอด ปลอดภัย ไม่มีของแถม หากต้องตายก็ไม่ทุกข์ทรมานมากและมีโอกาสได้อยู่กับครอบครัว เป็นผลตอบแทนที่พวกเขาควรมีใจเพราะเกิดจากคุณค่าของพวกเขาทั้งหมดที่ร่วมกันทำ ร่วมกันสร้างสิ่งดีๆ ได้ทุกๆ วันให้เกิดขึ้นได้โดยไม่ต้องลงทุนอะไรมากมาย เพียงทำงานทุกวันที่ทำอยู่ให้เต็มที่ให้ดีที่สุดและไม่ทำอย่างสูญเปล่าบวกภาษีมูลค่าเพิ่มในงานของตัวเอง เพราะไหนๆ ก็เสียเวลาทำแล้วหักหายเด็กสักนิด เดินผ่านญาติก็ยิ้มถามไถ่หักหายเสียหน่อย ไม่ได้ทำให้เสียเวลามากมาย

สรุป

พูดได้เต็มปากและอย่างมั่นใจว่า การพัฒนาคุณภาพเริ่มได้ง่ายๆ คือ เริ่มที่ตัวเราเองก่อน หน่วยงานของตัวเองก่อน ไม่จำเป็นต้องรอให้คนอื่น/หน่วยงานอื่นพร้อม สำคัญที่ตัวเองต้องพร้อมก่อน ใจพร้อม พร้อมลุยพร้อมในหลักการ เชื่อมั่น เห็นคุณค่าของตัวเองและทีมงานว่าเราจะทำสิ่งดีๆ ร่วมกันได้ ทำเพื่อพวกเราทุกคนไม่ใช่ของคนใดคนหนึ่ง ร่วมกันทำสิ่งดีๆ โดยใช้งาน (ผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วย) เป็นสื่อแสดงออกถึงผลงาน/ความพยายามของทีมงานเรา

การทำงานโดยมีเป้าหมายเพื่อตัวเอง เพื่อภาพพจน์ที่ดีของตัวเอง โดยทำงานที่รับผิดชอบให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ ช่องทางแสดงออกของผลงานที่ร่วมกันคือผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ถ้าทำได้ถือว่าการประสานเป้าหมายส่วนตัวเข้ากับเป้าหมายของงานขององค์กรให้ไปด้วยกันได้

ขออย่าว่าเป้าหมายของแต่ละคนในที่นี้ไม่ใช่การทำงานเพื่อเงิน/ขั้น/ซี แต่เป็นอะไรที่มีค่ามากขึ้นไปอีกระดับหนึ่ง คือ การเป็นที่ยอมรับของบุคคลที่เกี่ยวข้อง โดยทำงานให้ผิดพลาดน้อยลง/ไม่ผิดพลาด/ไม่พบข้อร้องเรียนจากญาติผู้ป่วย/เพื่อนร่วมงาน/มีคำชมเชย/มีวิธีการปฏิบัติที่อ่อนโยนต่อผู้ป่วยและครอบครัวมากขึ้น ทำงานในความรับผิดชอบของตนให้ดีที่สุด ทำให้คนอื่น ๆ ในทีมยอมรับว่าเราแต่ละคนเป็นคนที่เชื่อถือได้ ไว้วางใจได้ มอบหมายงานอะไรไม่ต้องกังวลเพราะเชื่อใจได้ ถ้าทุกคนได้รับ self accreditation จากผู้ป่วย/ครอบครัวและจากเพื่อนร่วมงานแล้ว hospital accreditation จะไปไหนเสีย



บ้านเลขที่สอง

PCT กุมารเวชกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น

ทุกวันนี้ “มะเร็ง” คือ โรคที่มีผู้ป่วยเสียชีวิตสูงเป็นอันดับ 2 ของประเทศ จำนวนผู้ป่วยมะเร็งในแต่ละปีมีกว่า 3 ล้านคน ในจำนวนนี้มีเด็กอายุตั้งแต่ 9 เดือน ถึง 8 ขวบ รวมอยู่ด้วย ผู้ป่วยเด็กที่ป่วยเป็นมะเร็งเหล่านี้แฉะเวียนเข้าออกโรงพยาบาลเสมือนบ้าน ทุกเช้าพวกเขาบางคนต้องขึ้นรถไปรับการฉายแสงแทนขึ้นรถไปโรงเรียนอย่างเช่นเด็กทั่วไป

ขณะที่ปัญหาพื้นฐานในการให้บริการในโรงพยาบาลของรัฐก็ยังมีไม่พ้นเรื่องของความแออัด และความจำกัดของบุคลากร และงบประมาณ แต่จำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการกลับมีมากมาย นี่ก็อีกวันที่ยกคำบอกเล่าจากหัวหน้าหอผู้ป่วยเด็ก 3 (มนัสวี พันธวาณิชญ์)

“เราดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกเกิด ถึง 8 เดือนและบริการเคมีบำบัด/รังสีรักษาแก่เด็กทุกวัย เต็มทั้งหมด 48 เตียง ผู้ป่วยเด็กเฉลี่ยวันละ 60 คน เรามีเตียงสำหรับเด็กที่ป่วยเป็นมะเร็งอยู่ 16 เตียง แต่มีผู้ป่วยมะเร็งวันละประมาณ 25-30 คนตลอด บางเตียงจึงต้องนอน 2 คน และผู้ป่วยเหล่านี้ต้องกลับเข้ามารับการรักษาตามระยะของโรค บางคนก็กลับมาทุกอาทิตย์ กลับมาทุกสองอาทิตย์ หรือว่าทุกเดือน มีเจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแลผู้ป่วยเด็กทั้งหมดเพียงแค่ 6 คน (พยาบาล 4 คน, ผู้ช่วยพยาบาล 1 คน, พนักงานทำความสะอาด 1 คน)

“ขณะเดียวกันเราก็มีญาติผู้ป่วยอีกประมาณ 40-50 คน เพราะเกือบ 50% ของผู้ป่วยบ้านไกลทั้งนั้นเลย เป็นผู้ป่วยต่างจังหวัดที่รับโอนมาจากสกลนคร นครพนม หนองคาย เพชรบูรณ์ ชัยภูมิมาหมด ทุกเช้าแทนที่จะได้ดูแลผู้ป่วยกลับต้องมาเก็บของยาสระผม, ซองผงซักผ้า, ไม้ปิ้งไก่ ตู้เก็บของก็มีปลาร้าเน่า, แจ่วบอง เหนื่อยทุกวัน พอกลางวันหาไม่มีอะไรทำก็กินโน่น

กินนี่ นอนระเกะระกะ ก็คิดว่าทำไมเราไม่เอาเขามาช่วยให้เขาคิดว่าที่นี่เป็นบ้านอีกหลังของเขา ให้เขามีส่วนร่วม”

กระบวนการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA (Hospital Accreditation) ถูกนำมาใช้ในการแก้ปัญหา โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และการใช้ PCT (Patient Care Team-การดูแลผู้ป่วยโดยบุคลากรทางการแพทย์ด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง) เริ่มจากการพูดคุยกันในเจ้าหน้าที่ของหอ 3 แล้วนำเข้าที่ประชุม PCT เด็ก ก่อนที่จะจบด้วยการเชิญญาติผู้ป่วยมาคุยกัน ทุกฝ่ายก็มองเห็นปัญหาตรงกัน และตระหนักว่าปัญหาดังกล่าวจะทำให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรค ซึ่งมีผลต่อสุขภาพของผู้ป่วย “โครงการ..บ้านเลขที่สอง” จึงเกิดขึ้น ด้วยความร่วมมือของทุกฝ่าย

สิ่งที่ผู้ป่วยรุนแรงและญาติต้องการ เช่น ตู้เก็บของ, เครื่องทำน้ำเย็น, ของเล่น, หนังสือสำหรับเด็ก ฯลฯ โรงพยาบาลให้การสนับสนุน ขณะเดียวกันญาติๆ ของผู้ป่วย ก็เข้ามาช่วยดูแลรักษาสิ่งของต่างๆ, ความสะอาด, ช่วยเหลือแนะนำผู้ป่วยที่มาใหม่ โดยเลือกรูปแบบการดูแลของกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้านที่ดูแลลูกบ้านของตัวเองมาใช้

สมเดช ไชยยะคำ ผู้ใหญ่บ้านเลขที่สองชาวร้อยเอ็ด คือผู้ใหญ่บ้านคนแรกที่วันนี้ต้องเวียนกลับมารับตำแหน่งอีกครั้ง เมื่อลูกชายวัย 6 ขวบ ถึงกำหนดการรักษาตัวอีกครั้งแล้วว่า

“เรามาจากบ้านของตัวเอง นั่นคือบ้านหลังแรก เป็นบ้านเลขที่หนึ่ง ส่วนที่นี่ซึ่งเป็นเหมือนบ้านอีกหลัง คือบ้านที่เลขที่สองครับ เพราะเราอยู่กับ รักกัน เหมือนพี่น้อง เวลาทานข้าวก็ปูเสื่อยาวกินด้วยกันเหมือนอยู่บ้าน พวกของเล่น วิดีโอ, ม้วนเทปนิทาน, หุ่นกระบอก, หนังสือการ์ตูน ฯลฯ ผมก็จะดูแล เวลาใครจะยืมก็ต้องลงชื่อไว้ ของทุกอย่างมีรหัส มีไค้ด ของที่ให้ยืมมีเยอะมาก แต่ไม่มีอะไรหาย เลิกใช้เขาก็เอามาส่ง เรื่องความสะอาดจะมีพนักงานของโรงพยาบาลทำ แต่พวกผมก็ช่วยดูหากมีตรงไหนสกปรก

“ถ้าเวลามีคนใหม่ก็จะช่วยดูว่ามีใบหน้าเตียงหรือยัง ถ้ายังก็จะแนะนำให้ไปที่เคาน์เตอร์ข้างหน้า หรือไปหาแม่บ้าน เมื่อมีใบหน้าเตียงแพทย์เขาจะได้อาเจาะเลือดไปตรวจ ตรวจเลือดแล้วเขาจะรู้ว่าผู้ป่วยชื่ออะไรมาด้วยชื่ออะไร เขาเข้ามาควรจะรู้อะไร ผมก็บอก จะถามเขา อย่างบัตรสุขภาพมีหรือยัง

ถ้ายังก็บอกให้กลับบ้านไปเอา หรือบางคนก็ไม่ว่าเป็นอะไรมา เราก็คงไปช่วยบอก มันต้องยอมรับทุกคน ผมมาที่แรกนี่ก็ว่า หัวใจผมสลายไปแล้ว ลูกเป็น ALL (มะเร็งเม็ดเลือดขาว) แต่มาเห็นเพื่อนทุกคนเขาอยู่ได้ผมก็อยู่ได้”

น้อย เซษฐาวงษ์ ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านคนที่ 1 จากจังหวัดหนองบัวลำภู คือ อีกครอบครัวที่มีลูกป่วยเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวเช่นเดียวกับลูกของผู้ใหญ่บ้านสมเดช ทั้งสองจึงมักให้คำแนะนำกันเอง เรื่องการอยู่การกินที่เกี่ยวข้องกับอาการป่วยของลูก การงดอาหารประเภทหมักดอง เช่น ขนมจีน ปลาาร้า เพราะโรคมะเร็งในเม็ดเลือดขาวทำให้ไม่ค่อยมีภูมิคุ้มกันโรค หากกินเข้าไปแล้วท้องเสียหรือเป็นอะไรจะรักษาโรคยากกว่าเด็กปกติ นอกจากนี้เขายังเป็นผู้ค้นพบการให้อาหารผู้ป่วยด้วยวิธีการใหม่ๆ

“ลูกสาวผมป่วยมานาน พอให้ยากก็มีแผลในปาก กินอะไรไม่ได้เลย ต้องให้อาหารทางสายยางตลอด วันหนึ่งโรงครัวเขาส่งโอวัลตินกับน้ำแดงมาให้ด้วย ผมเลยไปขอร้องพลาสติกกรอกน้ำหวานแช่ตู้เย็นเป็นหวานเย็น ปกติเขาก็ชอบกินอยู่แล้วลูกก็กิน ผมเลยไปบอกพยาบาลฯ เขาไปบอกที่ครัวฯ ก็ใส่อาหารอย่างอื่นปั่นผสมน้ำหวานเข้าไปให้ ลูกผมก็เริ่มกินได้ แล้วอาการค่อยๆ ดีขึ้น” น้อยเล่าให้ฟัง

วันนี้การผสมสารอาหารต่างๆกับน้ำหวานได้นำไปใช้ขยายผลกับผู้ป่วยเด็กอีกหลายราย และไม่เพียงแต่น้อยเท่านั้น ยังมีพ่อแม่อีกจำนวนหนึ่งที่พยายามเช่นนี้

“เราสอนให้พ่อแม่พาลูกไปวัดเกล็ดเลือดที่โรงพยาบาลใกล้บ้านเพื่อจะได้ไม่ต้องเดินทางไกลมาที่จังหวัด ถ้าเกล็ดเลือดถึง 3,000 จึงรักษาด้วยการฉายแสงได้ จึงค่อยเข้าโรงพยาบาลนอนแกล่น พ่อแม่เด็กมาเล่าให้ฟังว่า มีคนบอกว่าถั่วงอกมีส่วนช่วยในการเพิ่มเกล็ดเลือด แต่เด็กไม่กินถั่วงอก พ่อแม่เขาก็เอามาปั่นผสมผลไม้ เด็กก็กินได้”

PCT ของฝ่ายศัลยกรรม, อายุรกรรม, สูติรีเวช ฯลฯ มีบุคลากรสาขาที่เกี่ยวข้อง, พยาบาล, เภสัชกร, นักกายภาพ, โภชนากร ฯลฯ เป็นทีมงานที่ช่วยกันดูแลรักษาผู้ป่วย ส่วน PCT เด็ก ก็คงมีพ่อแม่ ที่เฝ้าคั่นหาวิธีให้ลูกกินอาหารร่วมอยู่ด้วย



เมื่อผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

PCT Acute Care โรงพยาบาลขอนแก่น

อาการท้องเสียของผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยวิกฤติบำบัดศัลยกรรมประสาท (acute care) และเป็นสาเหตุที่นำมาสู่การทำงานของ PCT (Patient Care Team-การดูแลผู้ป่วยโดยทีมงานที่ประกอบด้วยบุคลากรทางการรักษาพยาบาลด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับอาการของผู้ป่วยรายนั้น) ที่มีเภสัชกร, โภชนากร, นักกายภาพบำบัด ฯลฯ มาร่วมกับแพทย์ และพยาบาล ในการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยเมื่อเดือนมกราคม 2543 จากเดิมที่ทีม PCT มีเพียงการนั่งประชุมรวมกัน เพื่อแก้ไขปัญหา

จากคำบอกเล่าของ ศรัณยา มรกตศรีวรรณ หัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤติบำบัดศัลยกรรมประสาท

“ผู้ป่วยรายแรกที่เราตามทีม PCT เป็นผู้ชายอายุประมาณ 15 ปี ประสบอุบัติเหตุจากจักรยานยนต์ อยู่ที่ ICU ประมาณ 3 เดือน เมื่อถอดเครื่องช่วยหายใจได้ ก็ย้ายมาอยู่ที่หอผู้ป่วยสามัญ แต่เกิดอาการติดเชื้อที่ปอดต้องใส่เครื่องช่วยหายใจอีกครั้ง และย้ายมาอยู่ที่ออร์ตเรา

“วิชาชีพต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยรายนี้ ได้รับเชิญมาร่วมกันประเมินอาการป่วยตามวิชาชีพของตัวเอง โดยโภชนากรได้คิดสูตรเตรียมอาหารเพิ่มพลังงาน 40/40/20 (โปรตีน/คาร์โบไฮเดรต/ไขมัน) ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็ว, เภสัชกรดูเรื่องการให้ยา ว่าผลการเพาะเชื้ออย่างนี้จะต้องให้ยาตัวนี้หรืออาการข้างเคียง (เช่น ชัก, อาเจียน) ที่อาจเกิดจากการใช้ยาบางตัวทำให้สังเกตและดูแลต่อเองได้ หรือหากผู้ป่วยเกิดอาการชักเกร็งทางระบบประสาท นักกายภาพบำบัดจะช่วยแนะนำวิธีการจับให้ผู้ป่วยตะแคงตัวที่ถูกต้อง ไม่ให้เกิดอาการเกร็งมากขึ้น ฯลฯ

“จากผู้ป่วยที่เราคิดว่าหมดหวัง อาการก็ค่อยๆ ดีขึ้น และสามารถกลับ

บ้านได้ ก่อนกลับเราได้ประสานงานเจ้าหน้าที่ศูนย์ดูแลต่อเนื่องมาให้คำแนะนำ ญาติให้รู้ว่าจะต้องดูแลผู้ป่วยต่ออย่างไร PCT ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ทางวิชาการ และทบทวนการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ ช่วยให้การดูแลรักษาครอบคลุมอาการป่วยมากขึ้น และถูกต้อง ปลอดภัยกับผู้ป่วย”

ประกายความคิดถูกจุดอีกครั้ง ในเดือนเมษายน 2544 โดยญาติของผู้ป่วยรายหนึ่งที่มาสอบถามอาการและระยะเวลาที่ต้องพักฟื้นอยู่ในโรงพยาบาล เพื่อเตรียมหาบ้านเช่า “โครงการ ทีม PCT ออกไปเยี่ยมผู้ป่วยในพื้นที่” จึงเกิดขึ้น เนื่องจากพิจารณาเห็นปัญหาของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านสมอง การฟื้นตัวและพัฒนาการต้องใช้เวลาานานมาก การเดินทางมาเพื่อมารักษาต่อเนื่องเป็นเรื่องยุ่งยากสิ้นเปลือง เพราะผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ แชนชาจะเกร็งต้องว่าจ้างรถรับส่งเฉพาะ ทำให้เสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น

นพ.สุกรานต์ ยุทธเกษมสันต์ ประสาทศัลยแพทย์ เล่าให้ฟังระหว่างนำทีม PCT ออกพื้นที่ที่โรงพยาบาลน้ำพองว่า “เราเริ่มไปหารือกับโรงพยาบาลชุมชนในสองพื้นที่คือ โรงพยาบาลบ้านไผ่ และโรงพยาบาลน้ำพอง ผู้อำนวยการทั้งสองแห่งยินดีร่วมมือและให้การสนับสนุนเป็นอย่างดี ผู้ป่วยในบางรายจากโรงพยาบาลขอนแก่นก็โอนย้ายเข้ามาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลทั้งสองแห่ง ผู้ป่วยที่ต้องรักษาต่อเนื่องโรงพยาบาลทั้งสองแห่งก็ช่วยติดตามนัดหมายให้ดี โดยทีม PCT ออกเยี่ยมพื้นที่เดือนละครั้ง ผู้ป่วยไม่ต้องไปรับบริการที่โรงพยาบาลขอนแก่น แต่สามารถเลือกโรงพยาบาลน้ำพอง หรือโรงพยาบาลบ้านไผ่ที่ใกล้บ้านแทน ครอบครัว, ญาติ จะมาเยี่ยมมาดูแลก็สะดวก ผู้ป่วยก็กำลังใจดีขึ้น เพราะได้พบกับทีมดูแลจากโรงพยาบาลขอนแก่น”

“ทีมที่ลงไปแต่ละครั้งก็จะมี หมอ, พยาบาล, เภสัชกร, นักกายภาพ, นักอาชีวบำบัด ฯลฯ ส่วนนี้ทำให้เกิดการทำงานร่วมกัน ในแต่ละวิชาชีพระหว่างโรงพยาบาลชุมชน กับโรงพยาบาลศูนย์ เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานในวิชาชีพและข้อมูลต่างๆ ทำให้เกิดความเข้าใจกันมากขึ้น ยาวางตัว, อุปกรณ์บางอย่างที่โรงพยาบาลชุมชนไม่มี โรงพยาบาลขอนแก่นจะเบิกให้โดยเอาบัตรผู้ป่วยและสิทธิบัตรมาทำเรื่องเบิก ตรงนี้ถือเป็นการทำงานร่วมกันแบบเพื่อนช่วยเพื่อน ถ้าในอนาคตมีผู้ป่วยมาก ก็มีแนวคิด

กันอยู่ว่าจะขยายเป็น Care Station ค่าใช้จ่ายที่เราไปอาจจะประหยัดกว่าให้ผู้ป่วยเข้ามาหาเรา”

ถาวร จันทร์เรือง พาลูกชายวัย 18 ปี ซึ่งประสบอุบัติเหตุจากจักรยานยนต์ ทำให้เลือดออกในสมอง เล่าให้ฟังว่า ทุกวันนี้ลูกของเธอยังต้องรักษาต่อเนื่องเป็นระยะๆ โดยโรงพยาบาลนำพองจะนัดไปให้ว่าเป็นวันใด ที่จะมาพบทีมจากโรงพยาบาลขอนแก่น ก็จะส่งรถไปรับที่บ้านซึ่งอยู่ห่างจากโรงพยาบาลประมาณครึ่งกิโลเมตร เพราะนคร ลูกชายของเธอเพิ่งจะเริ่มหัดเดินใหม่ ส่วนแผนผังล้มตำไก่อ่างก็ฝากญาติช่วยดูไว้ชั่วคราว

เมื่อถามว่าถ้าทีม PCT ของโรงพยาบาลขอนแก่น ไปออกพื้นที่จะเป็นอย่างไร เธอตอบว่า “ก็หยุดขายล้มตำวันหนึ่ง เหมารถพาลูกเข้าจังหวัด ก่อนเกิดเรื่องนครเป็นเด็กดีช่วยแม่ทำมาหากินจากอาการปางตายลุกดีขึ้นทีละน้อย จากที่เดินไม่ได้ ก็เริ่มก้าวขาได้ จากพูดไม่ได้เลย ก็พูดได้บ้าง แขน ขามีแรงขึ้น จำแม่ได้ อย่างน้อยก็ให้เขากลับมาช่วยตัวเองได้”

ความมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพด้วยการทำงานเป็นทีมของบุคลากรวิชาชีพต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ในวันนี้แพร่กระจายเข้าไปในงานบริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลของประเทศ **แม้ยังไม่ครอบคลุมโรงพยาบาลทั้งหมด แต่ได้ลดการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก...นี่คือ..ที่เห็นและเป็นอยู่**



เตียงเลขที่ 32

PCT ศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลขอนแก่น

“มาถึงโรงพยาบาลขอนแก่นก็ยังบ่ฟื้น...เหมือนกับคนตาย...กระดูกกระดูกบ่ได้...บ่มีความรู้สึกอันหยั่ง...พวกหมอเห็นเอาเข็มเอาอะไรมาจิ้มก็บ่รู้สึก เห็นก็ช่วยกันสุดความสามารถ...หายใจเองก็บ่ได้ (ใส่เครื่องช่วยหายใจ)...ลุงก็บ่นว่า...หายใจบ่มี... ก็คิดว่าปรอดแน่...” ป้าโร มูลมัลย์ ภรรยาของผู้ป่วย ชาน้ำพอง ขอนแก่น ย้อนความทรงจำถึงอาการป่วยของสามี

จنگลณี จันทร์ศิริ หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย 1 ทบพวนเหตุการณ์ไว้ว่า

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

“เราเอาปัญหาของผู้ป่วยรายนี้เข้าที่ประชุม PCT ศัลยกรรมกระดูกและข้อ เพราะเริ่มมีปัญหาเยอะมาก ผู้ป่วยหายใจเองไม่ได้ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเกือบเดือน ผู้ป่วยหายใจเองลำบากถ้าเกิดการอุดตันของทางเดินหายใจก็ทำให้การหายใจล้มเหลว เสียชีวิตได้ และยังมี การติดเชื้อในปอดที่เกิดจากการดื้อยา (MRSA) ข้อมูลของผู้ป่วยถูกส่งไปปรึกษาศัลยแพทย์ และวิสัญญีแพทย์ว่าจำเป็นต้องเจาะคอให้ผู้ป่วยรายนี้หรือไม่วิสัญญีแพทย์ติดต่อกลับมา เมื่อทราบว่าคุณป่วยเคยหายใจได้เองเป็นระยะ จึงให้ข้อคิดเห็นว่าคุณป่วยน่าจะหายใจเองได้”

คำถามสำหรับทีม PCT ว่า ‘จะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรายนี้หายใจเองได้อย่างไร?’

ทีม PCT ทั้งหมดได้เข้ามาช่วยผู้ป่วยตามมุมมองของแต่ละวิชาชีพ

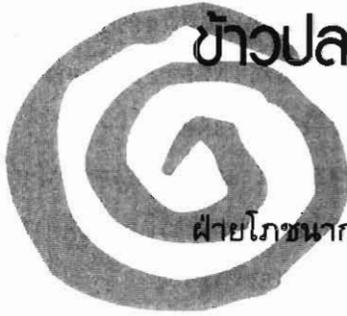
แพทย์เจ้าของไข้ให้การรักษาและวางแผนการดูแล, พยาบาลให้การดูแลที่สอดคล้องกับแผนการรักษาและกระตุ้นให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ, **นักสังคมสงเคราะห์** เข้ามาช่วยเรื่องค่าใช้จ่าย, **นักกายภาพบำบัด** แนะนำให้ญาติช่วยทำกายบริหารง่ายๆ ให้ผู้ป่วย และเคาะปอดซึ่งช่วยให้เสมหะน้อยลง, **เภสัชกร** มาดูเรื่องยาต่างๆ ที่ใช้, **นักกายอุปกรณ์** จัดหาอุปกรณ์ในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย และปรับให้เหมาะสม, **โภชนากร** มาคำนวณเรื่องอาหารที่ช่วยให้ฟื้นตัวเร็วขึ้น

ทั้งหมดเข้ามาช่วยกันดูแลผู้ป่วยเพื่อผลลัพธ์เดียวกันคือผู้ป่วยหายใจได้เอง !!

อาการของผู้ป่วยที่ทุกฝ่ายคิดว่าหมดหวัง ตัวผู้ป่วยหมดกำลังใจ รับประทานอาหารไม่ได้ วิตกกังวลสูง นอนไม่หลับ ขณะที่ยาเองก็รู้สึกท้อแท้ได้แต่ร้องไห้ คิดเพียงว่าหมดหวังก็จะกลับไปตายที่บ้าน กลับพลิกผันไปในทิศทางที่ดี ด้วยความร่วมมือกันให้ความช่วยเหลือ วางแผนการรักษา และให้การดูแลร่วมกัน เจ้าหน้าที่ที่มีความตั้งใจ ดูแลรักษาพยาบาลที่ดีและถูกต้อง ญาติได้รับการฝึกที่จะดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยมีกำลังใจขึ้น อาการป่วยก็ดีขึ้นเป็นลำดับ ผลการรักษาเกินความคาดหมาย ไม่มีการติดเชื้อ หรือแผลกดทับ และมีแนวโน้มที่จะกลับสู่สภาพปกติ

ป้าอุไร บอกถึงเหตุการณ์ที่ PCT เข้ามาเยี่ยมอาการ “วันนั้นทั้งคุณหมอบ คุณแม่พยาบาล มากันเยอะ ฉันตกใจพูดอะไรไม่ออก คิดว่าต้องอาการหนักเอาไม่อยู่แน่ แต่เขามาสอนให้ทำอะไร เขาสอนให้หายใจเล็กๆ ให้ช่วยยกแขนจะได้หายใจดีขึ้น ที่ดีขึ้นมาได้เพราะคุณแม่พยาบาลช่วยกัน”

วันนี้ลุงสมภารจากเตียง 32 กลับไปพักฟื้นที่บ้าน และอีกไม่นานก็จะสามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ นี่คือผลงานบุคลากรวิชาชีพต่างๆ ที่มาร่วมทำงานเป็นทีม PCT และยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HA (Hospital Accreditation) ได้แปรค่าเป็นรูปธรรมให้เห็นแล้ว...ด้วยการคืนสมาชิกที่สุขภาพแข็งแรงสู่สังคม



ข้าวปลา เป็นของจริง

ฝ่ายโภชนาการ โรงพยาบาลขอนแก่น

เป็นที่ทราบกันดีว่า PCT (Patient Care Team) ทำให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยมีคุณภาพดีขึ้น สิ่งที่เราได้รับคือ PCT ทำให้เกิดภาพที่ชัดเจนของคุณค่าในวิชาชีพ

จำได้ว่าวันแรกที่ไป ก็ไม่รู้ว่าจะทำอะไรได้ ไปปล่อยไก่หรือเปล่า ไม่นั่นใจเท่าไร แต่มีทีมดี มีหมอ มีพยาบาล ถ้าเราไม่รู้ศัพท์แพทย์อะไรเขาก็จะบอกให้ทราบ ไม่เคยดูเพิ่มบันทึกของผู้ป่วย พอมี PCT เราได้เรียนรู้การบันทึกเวชระเบียนไปด้วย ก็เขียนตามภาษาวิชาชีพของเราใน progress note ทีมเขาก็ต้อนรับดี

กลับมาก็สามารถบอกสภาพที่แท้จริง ว่าจริงๆ เราส่งอาหารไป เขากินได้หรือเปล่า อย่างกรณีเรื่องไข้ต้ม บางครั้งแพทย์ต้องการอาหารที่เพิ่มพลังงาน ก็จะสั่งไข้ต้ม ปกติไข้ต้มเป็นอาหารที่โปรตีนสูง การให้ไข้ต้มหมายความว่าต้องการเพิ่มโปรตีนให้ผู้ป่วย เราก็บอกว่าเรามีมากกว่าไข้ต้มนะเราให้อย่างอื่นได้ดีกว่านี้ด้วย แล้วก็เป็นอย่างที่หลากหลายมาก ใช้อาหารหมวดเนื้อสัตว์มาแลกเปลี่ยนแทน

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

หลังจากนั้นประมาณ 2-3 สัปดาห์ เราไปเยี่ยม ก็ไปถามพยาบาลว่าผู้ป่วยหายไปในไหน เพราะตามสภาพคิดว่าเขาจะไม่รอด พี่พยาบาลก็บอกว่านั่งอยู่นั่นไง ทานอาหารธรรมดาได้ตามปกติแล้ว ผิวหนังก็เป็นปกติ

ก่อนหน้าที่จะมี PCT ก็ทำงานไปตามหน้าที่ แต่เมื่อเราบอกว่านั่นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ก็เริ่มพัฒนาการแลกเปลี่ยนสารอาหารในหมวดต่างๆ มากขึ้นหลายสูตร ตอนนี้เรามีความสุข เห็นผู้ป่วยเขาฟื้นตัวได้



โครงการ “เมื่อญาติเราป่วย”

การพัฒนาศูนย์คุณภาพการส่งต่อผู้ป่วย โรงพยาบาลหนองใหญ่ จังหวัดชลบุรี

นายแพทย์กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองใหญ่ จังหวัดชลบุรี

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

- ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย รวมทั้งค่าเดินทางในการกลับท้องถิ่นของตน หลังจากที่ได้รับการตรวจรักษาเสร็จสิ้นแล้ว เป็นการเพิ่มอัตราการครองเตียงของโรงพยาบาลศูนย์โดยไม่จำเป็น
- ผู้ป่วยและญาติบางราย เข้าใจว่าโรงพยาบาลชุมชน เป็นเพียงที่สำหรับส่งต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์
- ผู้ป่วยและญาติจำนวนไม่น้อยขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้สิทธิการรักษาต่างๆ
- ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการปรับตัวเข้ากับสถานที่และความเจ็บป่วยของตนเอง ส่วนใหญ่ไม่ได้รับคำแนะนำที่เหมาะสม
- เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลศูนย์ คิดว่าแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชนไม่ต้องการดูแลผู้ป่วยที่อาการหนักไว้เองจึงได้ปิดการระดมรับผิดชอบให้โรงพยาบาลศูนย์

- การตรวจทางห้องปฏิบัติการบางอย่างที่จำเป็นต้องส่งไปที่โรงพยาบาลศูนย์ เป็นไปด้วยความยากลำบาก เนื่องจากในบางแห่ง ต้องรอฝากส่งไปพร้อมกับผู้ป่วยเมื่อมีโอกาส รวมทั้งงานอื่นๆ เช่น ฝากส่งหนังสือเข้าจังหวัด, เติมน้ำ oxygen, รับผลเลือด เป็นต้น

จากข้อเท็จจริงข้างต้น ทางโรงพยาบาลหนองใหญ่จึงได้จัดทำโครงการเยี่ยมผู้ป่วยส่งต่อขึ้น โดยใช้ชื่อโครงการว่า “เมื่อญาติเราป่วย” ประหนึ่งว่าประชาชนทุกคนในชุมชนเปรียบเสมือนญาติ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น ก็จำเป็นต้องให้การดูแลในทุกๆ ด้านอย่างเต็มที่เท่าที่จะทำได้ เช่น เยี่ยมเยียนให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ ช่วยแก้ไขปัญหามา โดยมีพยาบาลเป็นตัวแทน และดำเนินการคล้ายกับโครงการ Home Health Care

ระยะที่หนึ่ง - ทดลองปฏิบัติ

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

ระยะที่สอง - เล็งเห็นความสำคัญ

หลังจากที่ได้ดำเนินการประมาณ 2 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยและญาติส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอย่างมาก ในการประชุมคณะทำงานฯ ได้มีมติให้ความสำคัญกับการเยี่ยมผู้ป่วยมากขึ้น และใช้ชื่อโครงการว่า “เมื่อญาติเราป่วย” โดยกำหนดให้พยาบาลเวรเช้าในวันจันทร์ พุธ และศุกร์ จำนวน 1 คน ทำหน้าที่เยี่ยมผู้ป่วย และหากในช่วงนั้นไม่มีผู้ป่วยที่ส่งต่อเหลือค้างอยู่ในโรงพยาบาลศูนย์ ก็จะทำหน้าที่ช่วยให้บริการผู้ป่วยนอกตามปกติ

อย่างไรก็ตาม คณะทำงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลหนองใหญ่ ได้ตระหนักถึงค่าใช้จ่ายที่อาจเพิ่มขึ้นจากการใช้รถ ได้ทำการเก็บข้อมูลเบื้องต้นพบว่า ในอดีตการทำงานต่างๆ ไม่เป็นระเบียบ เช่น เมื่อ Oxygen หมดจึงจะไปเติม หรือมีงานด่วนที่ต้องติดต่อ จึงจะจัดรถออก ทำให้ในแต่ละสัปดาห์จะต้องมีรถออกอย่างน้อยวันละ 1 เที่ยว ทุกวัน ได้ปรับเปลี่ยนการทำงานให้

มีระบบระเบียบมากขึ้น เช่น มีการตรวจสอบปริมาณวัสดุสิ้นเปลืองต่างๆ ทุกสัปดาห์ แจ้งให้เจ้าหน้าที่ทุกคนทราบตารางการออกรถจัดทำใบรับ-ส่งของ ฯลฯ สำหรับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการเยี่ยมผู้ป่วยนั้น จะได้รับค่าตอบแทนในรูปของค่าล่วงเวลาตามระเบียบราชการ ทั้งพนักงานขับรถและพยาบาล

ในช่วง 1 เดือนต่อมานั้น ได้เกิดปัญหาในทางปฏิบัติบางประการ โดยเฉพาะกับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลศูนย์ เนื่องจากในบางครั้งมีการเยี่ยมผู้ป่วยในช่วงเวลาที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งเจ้าหน้าที่บางคนไม่ทราบโครงการ ทำให้ไม่ค่อยได้รับความร่วมมือเท่าที่ควร

ระยะที่สาม - ดำเนินการอย่างเป็นทางการ

ในเดือนพฤศจิกายน ทางโรงพยาบาลหนองใหญ่ จึงได้ดำเนินการทำหนังสือขอความร่วมมือในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยอย่างเป็นทางการ ไปยังโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลเอกชนอีก 2 แห่งในอำเภอเมือง โดยกำหนดให้พยาบาลเข้าเยี่ยมผู้ป่วยเฉพาะในช่วงบ่ายของวันจันทร์ พุธ และศุกร์ เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่งานในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลศูนย์เริ่มเบาบางลงแล้ว หากมีผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย การเดินทาง หรือผู้ป่วยไม่มีญาติ ก็ขอให้อำนวยความสะดวกอย่างน้อย 1 วัน เพื่อทางโรงพยาบาลหนองใหญ่จะได้จัดรถที่เหมาะสม นอกจากนี้ หากผู้ป่วยบางรายมีอาการดีขึ้นแล้ว และไม่มีผู้ป่วยอื่นๆ ที่ต้องเยี่ยมหรือรับตัวกลับ ก็จะทำให้วิธีสอบถามอาการทางโทรศัพท์

ส่วนในด้านการทำงานภายในโรงพยาบาลนั้น ได้ทำการเปลี่ยนแปลงวิธีการจัดบันทึกข้อมูล จากสมุดปกแข็ง เป็นแบบฟอร์มที่จัดทำขึ้นเพื่อการนี้ โดยเฉพาะ มีการรายงานผลการรักษาให้แพทย์เจ้าของไข้ หรือแพทย์ผู้ส่งต่อทราบเป็นระยะๆ และเริ่มทำการเก็บข้อมูลทางสถิติต่างๆ เพื่อใช้ในการประเมินผลโครงการในอนาคต สำหรับข้อมูลของผู้ป่วยบางรายที่น่าสนใจ จะได้รับการนำเข้าสู่ Ward Conference ทุกวันพฤหัสบดี ซึ่งเป็นอีกโครงการหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพการบริการ โดยจะมีการอภิปรายปัญหาและแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยของพยาบาล ร่วมกับมีแพทย์เจ้าของไข้เป็นที่ปรึกษา นอกจากนี้ยังมีการรายงานตัวชี้วัดที่สำคัญต่างๆ ทุกวันพฤหัสบดี สุดท้ายของเดือน

ผลการดำเนินงาน

- ผู้ป่วยและญาติ มีความพึงพอใจในการดูแลเอาใจใส่จากทางโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นพื้นฐานในกระบวนการป้องกันความเสี่ยง (Risk Management)
- ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการที่จะขอกลับไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลชุมชนเมื่ออาการดีขึ้นแล้ว
- สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยบางรายที่มีปัญหาค่าใช้จ่าย, การเดินทาง และผู้ป่วยที่ไม่มีญาติ
- เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลศูนย์ มีทัศนคติที่ดีขึ้นต่อโรงพยาบาลหนองใหญ่ รวมทั้งให้ความร่วมมือในการเยี่ยมผู้ป่วย ถึงขนาดที่บางครั้งพยาบาลในหอผู้ป่วยโทรศัพท์มาแจ้งผลการตรวจพิเศษให้ทราบ
- ปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างโรงพยาบาลลดลง อีกทั้งสามารถวางแผนร่วมกันเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้
- สามารถช่วยลดอัตราการครองเตียงของโรงพยาบาลศูนย์ได้ในระดับหนึ่ง
- แพทย์ที่ส่งต่อทราบความเป็นไปของผู้ป่วย และนำมาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาความรู้ของตนเอง รวมทั้งเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลได้
- การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ สามารถทำได้โดยสม่ำเสมอ มีประสิทธิภาพ
- ค่าใช้จ่ายในด้านสาธารณสุขภาคมีแนวโน้มที่ลดลง แม้ว่าข้อมูลที่มีอยู่ในปัจจุบัน ยังไม่สามารถสรุปได้ด้วยหลักสถิติ เนื่องจากมีปัจจัยหลายประการเข้ามาเกี่ยวข้อง ทั้งนี้จำเป็นต้องมีการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมต่อไป

ระยะที่สี่ - เสริมสร้างความร่วมมือ

หลังจากที่ได้ทำหนังสือแจ้งให้โรงพยาบาลศูนย์ทราบอย่างเป็นทางการแล้วนั้น พบว่าได้รับความสนใจในระดับหนึ่ง ทางคณะทำงานฯ จึงได้คิดแผนงานต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการศึกษาและพัฒนาคุณภาพการส่งต่อให้ดีขึ้น โดยอาจจัดให้มีการประชุมระหว่างโรงพยาบาลเป็นระยะ เพื่ออภิปรายข้อมูลของผู้ป่วยที่น่าสนใจ ทั้งในด้านการดูแลรักษา และการส่งต่อ รวมทั้งปัญหาที่เกิดขึ้น แล้วหาทางแก้ไขต่อไป

ระยะที่ห้า - ขยายผลโครงการ

คณะทำงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลหนองใหญ่ ได้สังเกตเห็นข้อเท็จจริงที่ว่า แม้โรงพยาบาลหนองใหญ่จะเป็นเพียงโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ที่มีข้อจำกัดต่างๆ มากมาย ทั้งในด้านงบประมาณ การคมนาคม จำนวนเจ้าหน้าที่และทรัพยากรที่มีอยู่ ฯลฯ ก็ยังสามารถดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริการได้ จึงหวังเป็นอย่างยิ่งว่า โครงการนี้ อาจเป็นประโยชน์ต่อโรงพยาบาลชุมชนอื่นๆ ที่มีสถานภาพใกล้เคียงกันบ้างไม่มากก็น้อย



Better Doctor's Order

นายแพทย์กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองใหญ่ จังหวัดชลบุรี

กิจกรรมที่จะช่วยพัฒนาคุณภาพการให้บริการตามแนวทางของ HA นั้น บางที่ก็ดูยากเหลือหลาย แต่บางที่ก็ง่ายจนถูกมองข้าม สำหรับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ หากมองกระบวนการ HA ว่าเป็นงานอีกงานหนึ่งที่เพิ่มจากงานประจำที่มีมากอยู่แล้ว ก็คงจะทำให้รู้สึกเหนื่อยมากขึ้น ในขณะที่โรงพยาบาลขนาดเล็ก อาจมีปัญหาตรงที่ว่าไม่รู้จะเริ่มอย่างไรดี จึงจะได้ HA เพราะดูเหมือนข้อกำหนดต่างๆ จะจัดทำขึ้นสำหรับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ในขณะที่ตัวอย่างโรงพยาบาลขนาดเล็กก็ยังไม่เห็นเด่นชัดนัก สุดท้ายก็จะลงเอยด้วยคำถามต่างๆ เช่น “จะต้องทำเอกสารอะไรบ้าง”, “จะขอประเมินเมื่อไหร่”, “ส่งเจ้าหน้าที่ไปอบรมมาก็รุ่นแล้ว” เป็นต้น

แต่เมื่อมุ่งประเด็นไปที่การยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การทำงานแบบสหวิชาชีพ และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นสิ่งที่เจ้าหน้าที่ทุกคนในโรงพยาบาลหนองใหญ่ยึดเป็นหลักในการให้บริการผู้ป่วยมาโดยตลอด ก็คงพบว่าการพัฒนาคุณภาพเป็นเรื่องง่ายๆ และอยู่รอบๆ ตัวเราเอง ทำให้โรงพยาบาลหนองใหญ่มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพต่างๆ อยู่เสมอ (ภายใต้ข้อจำกัดที่เปรียบเสมือนเป็นสิ่งทำลายความสามารถ) จนทำให้ผู้ป่วยที่มารับบริการผู้ป่วยนอก (OPD) ที่โรงพยาบาล มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด (ทางโรงพยาบาลหนองใหญ่ ก็ยังมีความเป็นห่วงสุขภาพของประชาชนแบบองค์รวมแน่นอนครับ แต่ลองนึกภาพดูสิครับว่า หากชื่อเสียงของโรงพยาบาลยังคงไม่ติ้อยู่ เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลนั้นๆ จะสามารถเข้าบ้านของประชาชนในชุมชนได้อย่างไร)

กลไกการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีการขยายผลไปถึงงานผู้ป่วยใน (ward) ซึ่งเป็นอีกงานหนึ่งที่สำคัญในหลายแง่มุม แต่มีประเด็นที่แตกต่าง

ออกไป เนื่องจากข้อเท็จจริงที่ว่า โรงพยาบาลหนองใหญ่จัดเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็ก ในช่วงที่ผู้ป่วยน้อย พยาบาลก็ไม่มีอะไรจะทำ ในช่วงที่ผู้ป่วยมาก ก็ยุ่งจนสับสน จึงได้วิเคราะห์การให้บริการผู้ป่วยใน พบปัญหาที่เกิดขึ้นดังนี้

- Job Fluctuation บางช่วงเวลา การให้บริการผู้ป่วยใน ยังไม่เต็มความสามารถของพยาบาลที่มี ในขณะที่บางช่วงเวลาก็มีงานสิ้นมือจนสับสน
- Physician Variation แพทย์ที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วย มีลักษณะนิสัยต่างๆ กัน บางคนก็ชอบอธิบายยาวๆ บางคนก็รอให้ถามก่อนจึงจะบอก บางคนก็ลืมนที่จะให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเนื่องจากมีงานอื่นต้องทำ ฯลฯ
- Communication Defect พยาบาลส่วนใหญ่ ไม่กล้าที่จะแสดงความคิดเห็นให้แพทย์ทราบ เช่น สิ่งผู้ป่วยและญาติบน ซึ่งมักจะเป็นเรื่องสำคัญ และนำไปสู่การร้องเรียนอยู่เสมอ
- Time Gap บางครั้งแพทย์มาตรวจรักษาผู้ป่วย ในเวลาที่ไม่ตรงกับเวลาที่ญาติมาเยี่ยม ทำให้ญาติไม่ได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์ โดยเฉพาะในผู้ป่วยบางราย ที่ต้องอาศัยญาติในเรื่องต่างๆ เป็นอย่างมาก เช่น แรงงานต่างชาติ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยอัมพาต เป็นต้น

ทีมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลหนองใหญ่ จึงได้มีการระดมความคิดแบบกลุ่มย่อยเพื่อหากิจกรรมพัฒนาคุณภาพเพิ่มเติมสำหรับงานผู้ป่วยใน โดยไม่ลืมนที่จะนึกถึงการเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการทำงานแบบสหวิชาชีพ ทำให้เห็นประโยชน์ของ Doctor's Order นอกเหนือจากการใช้สำหรับให้แพทย์สั่งการรักษา เนื่องจากพบว่าเป็นกระดาษแผ่นเดียวที่แพทย์ทุกท่านจะต้องเห็นทุกวัน ในขณะที่ข้อมูลอื่นๆ ที่น่าจะเป็นประโยชน์ เช่น Nurse Note กลับไม่ค่อยได้รับความสนใจ จึงเกิดความคิดที่ว่า ในช่วงเวลาที่ว่างจากการทำงานประจำใน ward น่าจะได้มีการแบ่งพยาบาลเป็นทีม เพื่อพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติในเรื่องต่างๆ ทุกเวลาที่มีโอกาส เป็นการสร้างความสัมพันธ์ และหากมีข้อมูลที่น่าจะเป็นประโยชน์ต่อการให้บริการที่แพทย์ควรจะทราบ ก็จะให้พยาบาลในทีมบันทึกข้อมูลนั้นๆ ลงในส่วนล่างของ Doctor's Order ด้วยดินสอ เพื่อให้แพทย์ได้เห็นในการตรวจผู้ป่วยครั้งต่อไป เช่น "ญาติอยากทราบว่าผู้ป่วยเป็นโรคอะไร", "จะได้กลับบ้านเมื่อไร", "อยากได้ใบรับรองแพทย์สัก 4 วันจะได้ไหม", "หัวหน้างานขอให้อยู่อีก 2 วันจึงจะมารับ",

“อยากขอไปโรงพยาบาลจังหวัด” หรือแม้กระทั่ง “เมื่อไหร่จะเลิกงดน้ำงดอาหารสักที” เป็นต้น

กิจกรรมนี้ เป็นกิจกรรมง่ายๆ ที่ไม่ต้องลงทุนมากมาย แต่สามารถช่วยแก้ปัญหาที่เคยเกิดขึ้นได้หลายอย่าง ทั้งทางตรงและทางอ้อม ใช้ได้กับโรงพยาบาลทุกขนาด แพทย์และพยาบาลทุกประเภท และสามารถใช้เป็นอีกช่องทางหนึ่งในการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับแพทย์ เพื่อให้เกิดการทำงานแบบสหวิชาชีพได้ โดยไม่เกิดข้อขัดแย้ง ที่สำคัญที่สุดก็คือผู้ป่วยและญาติได้รับประโยชน์สูงสุด จากการให้บริการของโรงพยาบาลนั่นเอง



HA ไม่มีขาย

ถ้าอยากได้ต้องร่วมสร้าง

นายแพทย์รัช นาวีระ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลพบุรี

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

ใครก็ตามที่คิดว่า HA นั้นง่ายมาก เพียงไปดูงานและลอกเลียนแบบมา แล้วสั่งให้บุคลากรปฏิบัติตาม ขอบอกได้เลยว่าเพียงแค่คิดก็ผิดแล้วก่อนจะเกิด HA ได้ นั้น ต้องมีการหล่อหลอม “บุรณาการจิตใจ (spirit)” ของบุคลากรทุกระดับชั้นให้เป็นเนื้อเดียวกัน ประสานแนวคิดให้ได้เสียก่อนว่า เป้าหมายคืออะไร ต้องการอะไร หลังจากนั้นจึงค่อยกำหนดแผนรองรับ โดยทำความเข้าใจกับผู้ร่วมงานอย่างสม่ำเสมอและต่อเนืองว่างานบริการและงานคุณภาพนั้นเป็นเรื่องเดียวกัน ไม่ได้ทำให้สายการบังคับบัญชาเดิมต้องอ่อนด้อยลงไปเลย ระบบเดิมที่ติดอยู่แล้วให้คงรักษาไว้ โดยการกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ส่วนทีมต่างๆ ที่เพิ่มขึ้นนั้นมาช่วยเสริมให้เกิดบูรณาการในแนวราบ ทีมนำเฉพาะด้านไม่ได้เป็นผู้ปฏิบัติโดยตรง มีบทบาทหน้าที่เพียง

- ชี้แนะว่าเป้าหมายคืออะไร ต้องการอะไร คือนำทิศทางนโยบายที่ได้ร่วมกันกำหนดไว้จากทีมอำนวยการลงไปสู่หน่วยงาน
- กระตุ้น ติดตาม สนับสนุน ประสาน ระหว่างหน่วยปฏิบัติกับทีมอำนวยการ

การ โดยการสื่อสารสองทาง ซึ่งผนวกแรงจูงใจเข้าไปด้วย

- ร่วมเรียนรู้กับหน่วยงานว่าอะไรควรจะต้องดีที่สุดสำหรับเขา แล้วค่อยๆ ปรับไปเรื่อยๆ โดยยึดปรัชญาที่ว่า การที่จะให้เกิด empowerment แก่บุคลากรในหน่วยปฏิบัติได้นั้น ต้องเกิดจากวัฒนธรรมการทำงานตรงนั้น เขาที่ดีที่สุด เพราะเขาปฏิบัติอยู่เป็นประจำ ที่มันเพียงพอแต่ช่วยให้เกิดการ พัฒนาไปเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (learning organization)

ทั้งหลายทั้งปวงที่ได้กล่าวข้างต้นถือเป็นการก่อให้เกิดการสร้างหลัก ประกันคุณภาพนั่นเอง

ผู้เขียนมักจะยกตัวอย่างให้แก่ผู้ร่วมงานฟังว่าทำไมพวกมันติดปากเสมอๆ ว่า HA ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้มีการรักษาแบบบูรณาการจากสหสาขา อาชีพนั้นคืออะไรกันแน่ พร้อมกับยกตัวอย่างว่า

ผู้ป่วยชาย อายุ 35 ปี อาชีพรับจ้างเดินสายไฟฟ้า เกิดอุบัติเหตุพลัด ตกลงมา กระดูกต้นขาหัก แพทย์ทางกระดูกตรวจวินิจฉัยรับไว้ในหอผู้ป่วย พยาบาลหอผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับตัวผู้ป่วย ครอบครัว ญาติ และเพื่อนร่วมงานที่นำส่งโรงพยาบาล เพื่อสรุปปัญหาความต้องการทั้งด้าน ความเจ็บป่วยและด้านความสะดวกสบาย เมื่อได้ข้อมูลตรงนี้แล้ว ทางฝ่าย หอผู้ป่วยก็จะทราบว่าจะเกี่ยวข้องกับหน่วยบริการใดบ้างที่จะต้องมาร่วมกัน เพื่อตอบสนอง ก็คือทางฝ่ายพยาบาลจะจัดทำ nursing care plan ฝ่าย แพทย์วางแผนการรักษา ฝ่ายเวชกรรมสังคมและฝ่ายสังคมสงเคราะห์ร่วม วางแผนเกี่ยวกับเรื่องการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเมื่อแพทย์สิ้นสุดการรักษา รวมทั้งแนะนำผลกระทบต่อการประกอบสัมมาชีพจากการเจ็บป่วยครั้งนี้ ฝ่าย เวชกรรมฟื้นฟูร่วมวางแผนฟื้นฟูสภาพควบคู่ไปกับการรักษาของแพทย์ กลุ่ม งานวิสัญญีวางแผนร่วมกับแพทย์ถ้าข้อบ่งชี้ของการรักษาต้องใช้การผ่าตัด สิ่งที่ได้กล่าวข้างต้นนี้ ถือว่าเป็นการบูรณาการการรักษาอย่างแท้จริง (ทุกอย่าง correlate กันทั้งหมดทำให้เกิด total care) ขั้นตอนสุดท้าย เมื่อใกล้จำหน่าย บุคลากรแต่ละสาขาจะมาร่วมกันประเมินอีกครั้งหนึ่งเพื่อวางแผนการติดตาม ดูแลต่อเนื่อง

จะเห็นว่า HA ไม่ได้เป็นการเพิ่มงาน เป็นงานประจำที่ทำอยู่แล้ว แต่นำ มาร้อยเรียงให้เป็นกระบวนการ และมีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรที่เรียก

ว่า progress note และ nurse note เพื่อให้ทราบการดำเนินของโรคและ
เกิดความต่อเนื่องในการรักษา นอกจากนี้ยังใช้ประโยชน์ในทางคดีได้อีกด้วย
เพียงเท่านี้ก็ถือได้ว่าเราได้สร้างหลักประกันคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยให้เกิด
ขึ้นแล้ว

HA ไม่ได้เป็นการเพิ่มงาน และไม่ได้ยากอย่างที่คิด แต่ก็ไม่ง่ายอย่าง
ที่ผ่น ต้องสร้างขึ้นด้วยจิตวิญญาณซึ่งบูรณาการเข้าหากัน HA ไม่ได้เป็นของ
ใครคนใดคนหนึ่ง ดังนั้นการทบทวนเป้าหมายนโยบายอยู่เป็นประจำ เป็นสิ่ง
ที่ผู้นำองค์กรนั้นๆ พึงระลึกไว้เสมอ และต้องปฏิบัติให้เห็นจริงเห็นจัง ดังคำ
กล่าวของขงจื้อที่ว่า

ถ้าท่านฟังแล้วท่านก็ลืม

ถ้าท่านอ่านแล้วท่านจะจำ

ถ้าท่านทำแล้วท่านจะเข้าใจ

ขอย้ำอีกครั้งว่า HA ไม่มีขาย ถ้าอยากได้ต้องร่วมสร้าง



แปลความคิด คุณแอนโทนี่ เวจเมคเกอร์

นายแพทย์ชาติรี เจริญศรี
โรงพยาบาลน่าน

ระหว่าง 28-30 มีนาคม 2544 คุณแอนโทนี่ เวจเมคเกอร์ และคณะผู้ตรวจเยี่ยม ได้มาตรวจเยี่ยมกิจกรรมพัฒนาเพื่อนำสู่การรับรองคุณภาพที่โรงพยาบาลน่าน อาคันตุกะท่านนี้ทำงานเกี่ยวข้องกับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในแคนาดาอย่างโชกโชน จนมีคนชวนมาทำงานกับสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลปีนี้เป็นปีที่ 7 แต่ยังพูดไทยไม่ได้มาก ผมได้รับมอบหมายให้ช่วยเชื่อมโยงการสื่อสารสองชาติสองภาษา แปลจากอังกฤษเป็นไทย ไทยเป็นอังกฤษ ได้ซักถามเพิ่มเติมเพื่อความกระจ่างชัดในการสื่อความหมายของคุณแอนโทนี่ มีเกร็ดที่น่าสนใจหลายๆ อย่าง อยากรจะเล่าให้ฟังขณะยังสดๆ ร้อนๆ ก่อนจะเลื่อนกลับไปกับความทรงจำของผู้คน

แต่หัวหน้าด้วยรัก

ความประทับใจที่คุณแอนโทนี่พบและเอ่ยอยู่เสมอคือ เจ้าหน้าที่ทุกระดับดูขยัน กระตือรือร้น แต่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติมักไม่ค่อยได้ตอบคำถามซึ่งคุณแอนโทนี่ถามแบบไม่ระบุคนตอบ ไม่ใช่เรื่องแปลกที่หัวหน้าเป็นผู้นำเสนอผลงานและตอบคำถาม แต่อาคันตุกะของเราเกิดคำถามขึ้นมาในใจเช่นกันว่า สาเหตุที่ผู้ร่วมงานไม่ค่อยได้เป็นผู้ตอบนั้นเป็นเพราะคนเหล่านั้นไม่รู้จริงๆ หรือขาดความกล้า หรือหัวหน้าไม่ได้ให้โอกาสตอบ หรือเกิดการเกร็งพูดไม่ออกเมื่อหัวหน้าอยู่ด้วย เหมือนต้องมนต์สะกด

ก็พวกเราช่างมีหัวหน้าที่เก่งจริงๆ เวลาไปเสนอผลงานก็หัวหน้าเราเป็นคนไป เวลาไปประชุมรับรู้ข่าวสารก็เป็นหัวหน้าเราอีก ความรู้ ปัญญาอย่างพวกเรา อย่างไรก็ตามคงไม่ทาบรัศมีหัวหน้า ข้าน้อยมิบังอาจ แต่อาคันตุกะตาสี

ฟ้าของเรากลับมีความเห็นไปอีกอย่าง หัวหน้าที่ดีคือหัวหน้าที่เก่ง แต่หัวหน้าที่เยี่ยม คือ หัวหน้าที่ส่งเสริมลูกน้องให้เติบโตตามศักยภาพ ไปจนสุดทางฝันของพวกเขา หัวหน้าชั้นเยี่ยมยอดเหล่านี้จะรู้จักลูกน้องเป็นรายบุคคล ไปหาเขาแต่ละคน บอกเป้าหมายของหัวหน้า บอกภารกิจ และนำทางลูกน้องเดินสู่ทางสายฝัน ทำให้ใจกล้าๆ กล้าๆ ของลูกน้องเกิดความมั่นใจมีความกล้า หัวหน้าจะสนับสนุนจนผ่านพ้นอุปสรรค ชื่นชมและยกย่องงานของลูกน้อง จนมีผู้กล่าวว่า ภารกิจของหัวหน้าคือการสร้างคุณภาพเพิ่มในตัวลูกน้องว่า จะบรรลุถึงตรงนี้ต้องอาศัยการไว้เนื้อเชื่อใจอย่างยิ่ง หมายความว่าลูกน้องก็ต้องดี เข้มแข็ง เขียวช้วนด้วย

หลายสิบปีก่อน อาคันตุกะของเรายังเป็นคนหนุ่มไฟแรง โชคชะตาฟ้าลิขิตให้ไปอยู่กับหัวหน้าที่เก่งสุดๆ สมบูรณ์พร้อมทุกเรื่อง ก็น่าจะดี แต่คนหนุ่มไฟแรงคนนี้ไม่มีโอกาสคิด โอกาสพูด โอกาสทำตามที่ฝันเลย! เป็นเช่นนั้นเนิ่นนานจนอึดอัดทนไม่ไหว วันหนึ่งจึงตัดสินใจเดินไปหาหัวหน้า

“หัวหน้าครับพอมีเวลาคุยกันเจียบๆ สงบๆ ได้ไหมครับ”

“อ้อ ได้ซิ” หัวหน้าพูด “เอาตอนนี้แหละ”

ชายหนุ่มลำดับคำพูดและเสนอความคิดออกมาอย่างสุภาพ และอ่อนน้อมที่สุดว่า “หัวหน้ารู้ไหมครับ ที่ผมเลือกมาทำงานที่นี่ ผมมีความฝัน ผมมีเป้าหมาย ผมมีภารกิจของผมเหมือนกัน จนเดี๋ยวนี้ความฝันของผมยังมีอยู่ แต่ไม่มีโอกาสทำ”

“แล้วคุณคิดจะทำอะไรล่ะ” หัวหน้าซักถาม

“สิ่งเดียวที่ผมคิดเสมอมา คือ ทำอย่างไรจึงจะส่งเสริมภาพลักษณ์ของหัวหน้า และทำให้ภารกิจของหน่วยงานเราบรรลุเป้าหมายอย่างงามสง่า แต่ที่ผ่านมามีผมไม่มีโอกาสได้ทำ หรือแม้แต่เสนอความคิด” หัวหน้าอึ้งไป แต่ไม่โกรธ ชายหนุ่มจึงพูดต่อ “หัวหน้าเก่ง หัวหน้าต้องการงานออกมามี จึงมักจะทำเอง หรือกำกับให้งานออกมาแบบที่หัวหน้าคิด แต่บางทีมันทำให้คนอื่นไม่มีโอกาสคิด โอกาสทำ”

หัวหน้าครุ่นคิดและพูดขึ้นมา “ผมเพิ่งเข้าใจว่าความปรารถนาดีของผม และความเคยชินในการทำงาน อาจไปบั่นทอนโอกาสของผู้อื่น หวังว่าเราคงจะเริ่มต้นใหม่ด้วยกันได้นะ”

“หัวหน้าครับ โอกาสเกิดมาจากการได้คิด และได้ลงมือทำด้วยตนเอง แม้จะเป็นเรื่องเล็กๆ คนทำรับรู้ครับว่าหัวหน้าปรารถนาดีและให้โอกาส สิ่งที่หัวหน้าควรทำต่อไป ก็คือ การติดตามไปชื่นชมครับ แม้บางที่อาจไม่สมบูรณ์พร้อมแบบที่หัวหน้าเคยทำเอง ก็ต้องทำใจไว้สักหน่อย”

จากการสนทนาในวันนั้น ชายหนุ่มก็มีโอกาสคิด โอกาสทำ ผ่านร้อนผ่านหนาวมาจนถึงวันนี้ สิบบอกไปครับว่า ทั้งหมดเป็นเหตุการณ์จริง เกิดที่เมืองนอกเมืองนาโน่น ถ้าเป็นเมืองไทยไม่แน่ อาจต้องโยกย้ายเปลี่ยนที่ทำงานไปแล้วก็ได้

ลองสังเกตว่าต้นไม้ใหญ่ๆ รมเงาทึบๆ ได้ร่มเงานี้จะไม่มีโอกาสที่ลูกไม้จะงอกงาม แต่มันชอบขอบเขตเงา ลูกไม้มีโอกาสโตได้บ้าง ถ้าต้นไม้ใหญ่ให้โอกาสบังแดดจัด บังลมแรง ลูกไม้หล่นจากต้นแม่นี้จะโค้งงองามเป็นผืนป่า คิดได้อย่างนี้ลูกน้องจะมีโอกาสโตครับ ใครจะรู้ว่าวันหนึ่งต้นไม้ซึ่งเติบโตใหญ่จากลูกไม้เล็กๆ เหล่านี้ อาจแผ่กิ่งก้านบังลมพายุให้แก่ต้นแม่ซึ่งแก่เฒ่าใกล้ผุพังก็ได้ ใครเลยจะรู้

กลับหลังหันความคิด

ถ้าเราคิดว่าสิ่งที่เราจะทำนั้นเป็นไปได้ มันก็มักเป็นไปได้จริงอย่างที่เราคิด ในทางกลับกันถ้าคิดว่าเป็นไปไม่ได้ มันก็เป็นไปไม่ได้วันยังค่ำ คุณแอนโทนี่มีหน้าที่ไปตรวจเยี่ยมโรงพยาบาลต่างๆ ตั้งคำถามกับผู้คนที่เกี่ยวข้องเพื่อซักจูง กระตุกให้หันมามองการให้บริการในสายตาของลูกค้า หรือผู้มารับบริการกันบ้าง ที่ผ่านมาผู้ให้บริการ คือ หมอ พยาบาล เจ้าหน้าที่อื่นๆ มองอย่างไร คิดอย่างไร ก็ทำอย่างนั้น แม้จะเต็มไปด้วยความปรารถนาดี แต่ถ้าถามใจผู้มารับบริการเขาอาจคิดอีกอย่าง คุณแอนโทนี่มักถามพวกเราว่า

“คุณเจ้าหน้าที่ครับ วิธีที่คุณกำลังทำอยู่นี้เป็นวิธีที่ดีที่สุดในการให้บริการแล้วใช่ไหม” เดินไปหาหัวหน้า

แน่นอนครับ ใครๆ ก็มักตอบว่าเป็นวิธีที่ดี ก็เรามาตั้งนานแล้วไม่เห็นมีใครบ่น ใครประท้วงนี่ คุณแอนโทนี่ลองสมมุติตัวเองเป็นคนป่วย มาที่โรงพยาบาลต้องไปตรงไหนก่อน ไปบอกอะไรกับใคร ยื่นบัตรอะไร นั่งรอ

ตรงนั้น จนพบแพทย์ แล้วไปรื้อยาที่ห้องยา แล้วกลับบ้าน มีขั้นตอนมาก ถึง 17 ขั้นตอน

“บางทีพวกเราอาจไม่รู้ลึก เพราะเวลาเราป่วย เรารู้จักสถานที่ เรารู้จัก คนที่นี่ ขั้นตอนต่างๆ จึงไม่ยุ่งยากเหมือนคนป่วยทั่วๆ ไป” คุณแอนโทนี่ กระตุกความคิด แล้วต่ออีกว่า “คนป่วยมาบางครั้งอยากจะทำอาการเจ็บป่วยเฉพาะกับแพทย์ในที่นี่ซึ่งเป็นสัดส่วนพอควร บางครั้งเรื่องน่าอายจะมาแล้วที่หน้าห้องทำบัตรก็กระไรอยู่”

เรื่องของการประเมินความเสี่ยงและการป้องกันความเสี่ยง เป็นสิ่งที่ คุณแอนโทนี่สอบถาม ชักใช้เจาะเป็นรายบุคคล ไม่ใช่เพื่อหาจำเลยหรือผู้ผิด แต่เป็นการกระตุกให้พวกเราได้คิด ความเสี่ยงที่ว่าได้แก่ความเสี่ยงจากการติดเชื้อ เสี่ยงทางกายภาพ เช่น ความร้อน สารเคมี เสี่ยงต่อการเสียชีวิต เช่น โรงพยาบาลต้องจ่ายค่าล่วงเวลาเมื่อเจ้าหน้าที่ลาป่วย หรือจ่ายเงินชดเชย และความเสี่ยงต่อการกระทบกระเทือนจิตใจ เช่น ทำให้ผู้อยู่ในเหตุการณ์ต้องระทมทุกข์มากขึ้นเหมือนถูกซ้ำเติม

ระบบบำบัดน้ำเสียมีคลองคอนกรีต มีบ่อเปิด อยู่ใกล้แฟลตเจ้าหน้าที่ด้วย ถ้าเด็กพลัดตกลงไปคงเกิดเรื่องเศร้าแน่นอน ใครจะรับผิดชอบความเสี่ยงต่อการสูญเสียชีวิต เสียทรัพย์สิน และการกระทบกระเทือนจิตใจของผู้สูญเสีย จึงควรปิดประตูรั้วไว้ตลอดเวลา อย่าคิดว่ามีเจ้าหน้าที่เฝ้าอยู่แล้ว

ตามกันไปดูถึงห้องเก็บศพ ที่บ มีบรรยากาศน่ากลัว คุณแอนโทนี่ตั้งคำถามว่า “ถ้าญาติของเราประสบอุบัติเหตุเสียชีวิต และเราต้องมาดูศพว่าเป็นญาติของเราหรือไม่ เราต้องเห็นใบหน้า สภาพศพที่เราต้องจำติดตามไปตลอดชีวิต สถานที่นั้น บรรยากาศแบบนี้ เป็นที่ดีที่สุดแล้วหรือไม่” เราคิดถึงจิตใจญาติผู้ตายบ้างไหม ทางที่ดีควรมีที่ให้นั่งพักปลอดประโลมเหมือนห้องรับแขก มีการจัดสถานที่คล้ายบางส่วนของวัด อาจมีมุมให้ประกอบพิธีทางศาสนา อย่างนี้อาจคลายทุกข์ของผู้สูญเสียไปได้บ้าง

“บางทีเราต้องถามตัวเองว่า เราควรทำสิ่งที่เหมาะสมตรงกับความต้องการของคนไข้ หรือเราควรทำสิ่งให้ถูกต้องตามขั้นตอน ตามระเบียบที่เราเองเป็นผู้กำหนด”

กฎกติกาที่ตั้งมานั้นเพื่อตอบสนองกระบวนการทำงานของเจ้าหน้าที่ของ

เรา หรือเป็นไปตามความต้องการที่แท้จริงของผู้มารับบริการ ชนิดที่เมื่อไปถามพวกเขาแล้ว เขาไม่ทนสาธูว่า ช่างตรงใจจริงๆ น่าจะทำมาตั้งนานแล้ว ถ้ายังไม่มียคำตอบ จะลองสมมุติตนเองเป็นผู้ป่วย และเดินตามระบบที่เรากำหนดขึ้นมาสักวันก็ดีไม่ลองไม่รู้

ปลุกองตรงกลางใจ

คำว่า "คุณภาพ" เป็นคำแปลกใหม่ที่มีการอ้างถึง มีการเรียกร้องให้มีให้เกิดขึ้น ไม่กี่ปีมานี้เอง

ความจริงแล้วคุณภาพเป็นสิ่งเดียวกับบริการของเราไม่ได้เป็นสิ่งแปลกปลอม ไม่ได้เป็นสิ่งที่ต้องทำเพิ่มขึ้น

คุณภาพเป็นสิ่งที่เราทำอยู่ทุกวัน ทุกสัปดาห์ ทุกเวลาด้วย ไม่ใช่สักจะทำก็ทำช่วงหนึ่งแล้วหยุด พอนึกขึ้นได้ก็ทำอีกครั้งเหมือนเสียไม่ได้

คุณภาพเป็นเรื่องของทุกคน ไม่แต่เฉพาะผู้อำนวยการหรือหัวหน้า หรือผู้เชี่ยวชาญ

คนงานในแผนกซักฟอกก็มีส่วนอย่างยิ่งในคุณภาพของการผ่าตัดที่ทำ โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญมือหนึ่ง เครื่องมือราคาหลายล้าน

เป็นเรื่องจริงที่สุด ลองกระบวนการอบไอน้ำฆ่าเชื้อโรคมีปัญหาลักครั้ง ผ่าตัดไปแล้วเกิดการติดเชื้อคงไม่เกิดผลดีกับใคร คนงานก็มีส่วนในการให้บริการที่มีคุณภาพดี ศัลยแพทย์ก็มีส่วน มีส่วนมากเสียด้วย โดยเฉพาะถ้าเกิดการติดเชื้อจนมีภาวะแทรกซ้อน

คุณแอนโทนี่เสนอว่า ถ้าจะให้ไปสู่คุณภาพที่ปรารถนา เราต้องชักชวนผู้ร่วมงานของเรา คนในโรงพยาบาลทุกคนมาร่วมเดินในเส้นทางสู่คุณภาพ โดยการมอบความเป็นเจ้าของให้แก่ทุกๆ คน โดยเริ่มตั้งแต่ผู้อำนวยการ สื่อสารกับทีมงานและเจ้าหน้าที่ เจาะจงเป็นรายบุคคล แบบจับเข้าคู่กันเลย

"ผมว่าสิ่งนี้เป็นสิ่งเยี่ยมยอด ดีกับเรา ดีกับคนไข้ ลำพังผมเองทำคนเดียวไม่สำเร็จ ผมต้องการให้คุณช่วย โปรดมาช่วยกันนะอย่าวางเฉย"

คนที่มืลูกน้องทุกคนก็ต้องสื่อสารเช่นนี้กับลูกน้องของตนถ้าพูดกันแบบจับเข้าคู่ทีละคนจะเยี่ยมมาก "หัวหน้าต้องแสดงความจริงใจออกมา โดย

แสดงความมุ่งมั่น ทำออกมาให้เห็นเป็นตัวอย่างแล้วจะมีคนตาม” คุณแอน โทนี่กล่าว

เราต้องมอบคุณภาพให้คนจำนวนพันกว่าคนในโรงพยาบาลแห่งนี้ ให้แต่ละคนเป็นเจ้าของ แต่ละคนใส่ใจกับคำว่าคุณภาพในงานของตัวเอง เหมือนเราอบเมล็ดพันธุ์ให้คนแต่ละคน ไปปลูกลงตรงกลางใจให้หยั่งราก หยัด ต้น ผลิบ่า แผ่กิ่งก้านสาขาออกมา งอกงามมาจากภายใน ยั่งยืน และไปรยปรายเมล็ดพันธุ์ลงในใจของสมาชิกใหม่ๆ ของโรงพยาบาลแห่งนี้

“คุณภาพของการบริการขึ้นอยู่กับหน่วยเราอย่างมาก” ช่างจากหน่วยซ่อมบำรุงนี้อยู่ในขณะที่เดินมาทำงานที่หน่วย ระหว่างเดิน สายตามองกราดหาสิ่งบกพร่องหรือความผิดปกติ ซึ่งหน่วยซ่อมบำรุง ถ้าพบ ถ้าเจอก็จะซ่อมแซม ได้ก่อนที่เจ้าของพื้นที่จะทำรายงานเสนอซ่อมขึ้นมา เพราะช่างเห็นก่อน”

“คุณภาพก็เป็นเรื่องของผมเช่นกัน” ผมรำพึงกับตัวเองก่อนจะเคาะเป็นพิมพ์สุดท้าย เพื่อบันทึกลงแฟ้ม และหวังไว้ว่าบันทึกฉบับนี้คงจะทำให้เมล็ดพันธุ์แห่งคุณภาพที่มีอยู่ในตัวเราแต่ละคนงอกงามขึ้นมา

ผมคงไม่ได้เพียงแค่นี้ไป



ผู้ที่เป็นที่ปรึกษาของ พรพ. ทุกคนล้วนเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ มีประสบการณ์ในวิชาชีพ จะต้องเอาโรงพยาบาลเป็นหลัก เน้นการพัฒนาตามแนวทางของ HA ถ้าไม่เริ่มต้นอย่างนี้ จะมีการใช้ประสบการณ์ที่แต่ละคนมีอยู่ในเวลาที่มีอยู่น้อยนิด หน้าที่ของที่ปรึกษาคือกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาโดยใช้วิธีการรูปแบบ เป้าหมาย ที่คงเส้นคงวาพอสมควร

ที่ปรึกษาควรให้ความสนใจและอ่านเอกสารต่างๆ ของ HA ได้แก่ มาตรฐาน แบบประเมินตนเอง คู่มือ ซึ่งจะช่วยให้เกิดความเข้าใจอย่างเป็นระบบ สิ่งเหล่านี้จะต้องทำความเข้าใจอย่างมาก การนำแนวคิดและหลักการจากการอบรมและเอกสารเหล่านี้ไปสู่การปฏิบัติจะช่วยให้เกิดความคงเส้นคงวาไม่หลากหลาย

ที่ปรึกษาคือใคร จะต้องเตือนสติตัวเองเสมอว่าที่ปรึกษาคือเพื่อนจากภายนอกที่โรงพยาบาลเขาให้เกียรติ ให้ความไว้วางใจ ให้เรามาช่วยดูและให้ข้อชี้แนะในเรื่องคุณภาพ โดยหวังว่าเขาจะเห็นภาพต่างๆ ชัดเจนขึ้น ที่จริงโรงพยาบาลก็ทำของเขาอยู่ แต่อาจจะต่างคนต่างทำ ต่างคนต่างคิด ไม่เห็นภาพรวมชัดเจน ไม่เป็นระบบ ไม่มีประสิทธิผล ถ้ามีคนภายนอกที่เข้าใจระบบคุณภาพก็จะช่วยได้มาก เวลามีคนอื่นมาโรงพยาบาลจะมีการเตรียมการและการทำความเข้าใจที่ดีขึ้น มองอย่างลึกซึ้งขึ้น เป็นธรรมชาติ ถ้าที่ปรึกษาทำตัวให้เหมือนกับคนภายในยิ่งดีที่สุด เราต้องถือว่าเมื่ออยู่ที่นั่นก็เป็นคนภายใน รักสถาบันนี้ อยากให้สถาบันนี้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

โดยลักษณะนี้ ที่ปรึกษาต้องสวมบทบาทเป็นผู้ประเมิน ประเมินว่าเรากำลังจะไปทำอะไร จะพบอะไร จะเตรียมการอย่างไร จะพูดอะไร จะให้เกิดผลลัพธ์อะไร จึงจะเป็นประโยชน์ที่สุด ที่ปรึกษาเป็นผู้ชี้แนะ ตั้งประเด็นให้เขา

คิด ให้คำปรึกษา น้อยครั้งที่จะเป็นผู้สอนโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับล่างๆ อาจจะมีคำแนะนำ ซึ่งต้องเลือกกาลเทศะให้ดี

เป้าหมายของการให้คำปรึกษา

ที่ปรึกษาควรที่จะมีหน้าที่และทักษะที่จะกระตุ้นหรือช่วยเหลือให้ทีมงานของโรงพยาบาลสามารถคิดได้ด้วยตนเอง **เข้าใจประเด็นและเนื้อหาได้อย่างทะลุปรุโปร่ง ใช้ความคิดสร้างสรรค์ได้** ในเวลาเดียวกันที่ปรึกษาไม่ควรคิดว่าตัวเองเก่ง มีคำตอบที่ถูกต้อง

เวลาที่ท่านลงไปท่านจะรู้เลยว่าท่านไม่รู้อะไร เราเรียนรู้จากเขามาก ยิ่งไปที่ที่คนมีศักยภาพสูง ยิ่งจะเห็นชัดมาก อย่าเผลอตัวและไปให้คำตอบโดยตรง บางทีจะพลาดได้ ควรมีการกระตุ้นหรือช่วยให้ทีมแสดงความคิดเห็นออกมา เรามีหน้าที่ช่วยเหลือ กระตุ้น ให้เขาคิด ค้นหา ทำความเข้าใจ ซึ่งจะนำไปสู่การหาคำตอบ

การที่ใครต่อใครจะใช้ความคิดและเข้าใจเนื้อหาอย่างทะลุปรุโปร่ง**จำเป็นต้องมีสมาธิในการสำรวจตรวจสอบ นำไปสู่การใช้ปัญญาในการพิจารณา** ทำให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ นำไปสู่การสร้างระบบงานหรือปรับปรุงแก้ไขระบบงานให้ดีขึ้น

พุทธศาสนาสอนอย่างนี้ ตอนแรกสอนให้มีศีล ให้มีสมาธิก่อน แล้วก็เกิดปัญญา แทนที่จะลงเนื้อหาของ HA เลย เราจะต้องเริ่มประเมินว่าจะมีตัวกวนสมาธิอะไรอยู่บ้างที่ทำให้เขาหวาดหวั่นลังเล ในการไปให้คำปรึกษาแก่ทีมงานของโรงพยาบาล พบว่าความหวาดหวั่นมากที่สุดคือ **"กลัวเสียหน้า กลัวว่าจะไม่ได้รับความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ ไม่นั่นใจ ไม่มั่นใจ"** ความคิดกวนอยู่ตรงนี้ เวลาฟังอะไรแทนที่จะสนใจกับเนื้อหา กลับกังวลอยู่ตรงนี้

สิ่งเหล่านี้เป็นตัวกวนสมาธิ เวลาเข้าไป เราจะสังเกตเห็นสิ่งเหล่านี้ได้จากท่าทางอึดอัดหรือนั่งนิ่งหมด ทั้งๆ ที่เคยปราดเบรื่อง บางคนก็ตั้งใจต้องการให้สมบูรณ์แบบมาก กลัวว่าถ้าทำไม่ดีจะขายหน้า ต้องการให้ดีกว่านี้ ตัวกวนเหล่านี้ทำให้สมาธิเสียไป ไม่ concentrate ในเรื่องที่เราคุยกัน การใช้ปัญญาก็ไม่เกิดขึ้น

สิ่งเหล่านี้เป็นเรื่องที่สำคัญที่ไม่ควรละเลย

ทักษะในการให้คำปรึกษา

เมื่อฝึกทำมากๆ ก็จะมีวิธีที่ใช้ทักษะอะไร ระหว่างการให้คำตอบ โดยตรง ไปจนถึงการกระตุ้นให้คิดหาคำตอบเอง

การบอกให้ทำ อาจจำเป็นต้องใช้ในระดับล่างๆ ขอให้ทำดูก่อน ทำไป คิดไป บางที่ต้องจับมือให้ทำเลย เมื่อสอนไปแล้วค่อยๆ ขยับไปที่ละขั้น ต่อไปจึงใช้การให้แนวทางไปคิดไป ทำให้เหมาะสมกับหน่วยงานของตัวเอง ให้มองตรงนั้นตรงนี้ ไม่ต้องเป็นห่วงว่าทำแล้วจะเกิดอะไรขึ้น ขอให้รู้ว่าจะวัดอย่างไรว่าดีหรือไม่ดี

การให้ลงมือทำโดยไม่ต้องกังวล แล้วค่อยให้คำปรึกษา ติดตรงไหน บอก อาจจะบอกให้ไป explore ตรงไหน

การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ เอาสิ่งที่เขาทำอยู่แล้วมาพูดคุยกัน เวลาเข้าไป ในโรงพยาบาลต่างๆ อย่าเอาแต่ของใหม่ให้เขา ขอให้คิดถึงทุนเดิมที่เขาทำมา ให้เขาเล่าให้ฟังว่าเคยทำอะไรมาบ้าง มาคิดว่าเราได้เรียนรู้อะไรจากสิ่งที่ทำมาบ้าง ค่อยๆ feed back อย่าไปสอนว่าเรามาเริ่มต้นกันใหม่ บางแห่งจะสังเกตว่าเขาต่อต้าน HA มาก ทั้งที่เป็นคนที่ทำงานดี เป็นคนมีระบบ ให้เขาเล่าให้ฟัง แล้วค่อยๆ ทำความเข้าใจว่า HA ว่าอย่างนี้ คนเหล่านี้จะกลับมาทุ่มเทและเป็นกำลังสำคัญของ HA ได้มาก

การตั้งคำถามเพื่อสะกิดให้นำไปคิด เวลาที่ไปเราจะตั้งคำถามในประเด็นต่างๆ บางทีก็ตอบไม่ตรงประเด็นที่เราถาม เมื่อเราถามอีกคำถามหนึ่ง เขาก็จะนำไปคิด เราหวังแค่ให้เขามี awareness ให้นำไปคิด ส่วนจะเข้าทางหรือนำไปใช้ประโยชน์อย่างไร ไม่ต้องเป็นห่วง เขาคิดได้เอง

การสรุปให้เข้าใจ บางหน่วยงานจะตอบคำถามเป็น fragement มาก ไม่เป็นระบบ ต่างคนต่างคิดของตัวเอง เวลาที่เราให้ feed back หรือ exit ก่อนที่จะออกจากหน่วยงานเราพยายามสรุปให้เป็นระบบแล้วเขาจะเข้าใจขึ้นมาก ให้เขาเห็นภารกิจหลักของตัวเอง เห็นภาพว่าทำอะไรไปแล้ว ยังมีปัญหาเหลืออยู่ บางคนบางหน่วยมักจะติดในคำศัพท์ เกิดความเข้าใจที่แตกต่างกันเรา

ต้องดูว่าเขาเข้าใจอย่างไร คนอื่นเข้าใจตรงกับเขาหรือไม่ บางทีเราต้องอธิบายหรือปรับคำให้เกิดความเข้าใจ

ทักษะในการฟังเพื่อความเข้าใจมีความสำคัญ เราฟังแล้วต้องประเมินตัวกวนสมาธิ ประเมินความเข้าใจ ความก้าวหน้า เราต้องฟังให้เข้าใจ ภาษาคุณภาพมักจะบอกว่าต้องใช้ active listening คอยซักคอยถาม เพื่อสะกิดสมาธิของเราไม่ให้เป๋ และให้เขาตื่นอยู่ตลอดเวลา การใช้สายตาสำคัญมาก โดยเฉพาะภาษากายของเขาวัดอึดอัด หรือไม่เข้าใจ อย่าผ่านเลยไป ไม่อย่างนั้นสิ่งที่ท่านทำมาจะไม่มียุทธประโยชน์อะไรมาก

ทั้งหมดนี้เป็นเรื่องที่น่ามาเล่าให้ฟัง แต่ท่านจะคุ้นเคยมากขึ้นเมื่อลงมือปฏิบัติ ไม่มีกฎตายตัว

ขั้นตอนของการให้คำปรึกษา

ในการให้คำปรึกษาเราต้องยึดลูกค้าของเราคือโรงพยาบาลเป็นหลักต้องสำรวจวิเคราะห์ให้ได้ว่าโรงพยาบาลต้องการอะไร อาจจะขอให้โรงพยาบาลส่ง hospital profile ให้ดูเพื่อให้เราคุ้นเคยกับโรงพยาบาล อาจจะให้โรงพยาบาลทำแบบประเมินตนเองมาให้ดู

โรงพยาบาลมักจะไม่สามารถบอกความต้องการได้อย่างเป็นระบบ แต่ใช้ความรู้สึกที่เขาสัมผัส อยากให้สอนมากๆ ที่ปรึกษาจะต้องวางแผนว่าโรงพยาบาลระดับนี้ควรจะไปกี่ครั้ง ครั้งแรกจะพบกับใคร ควรจะให้รู้เรื่องอะไร ให้คิดเรื่องอะไร ส่วนใหญ่จะถือเอาที่มำนำเป็นหลัก เพราะจะมีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นและผลักดันให้ตรงทาง ขอให้ที่มำนำจับแก่นและหัวใจของ HA ให้ได้ และให้คิดว่าจะนำไปทำอะไรต่อ

จากแบบประเมินตนเองที่โรงพยาบาลส่งมาให้ เราพอจะรู้ว่าเขียนโดยคนเพียงคนเดียวหรือเขียนโดยคนที่ไม่ได้ทำ เขียนโดยเข้าใจคำถามหรือไม่

ไม่ต้องไปกังวล เวลาอ่านเราจะเข้าใจ เอากลับไปทบทวนกับเป้าหมายที่เราต้องการว่าต้องการให้รู้อะไร จะกำหนดทางเลือกและวิธีการอย่างไร

การจัดเวทีเสวนาเป็นกิจกรรมที่ได้ประโยชน์มาก โรงพยาบาลมักจะนึกว่าเราเป็นวิทยากร จัดเวทีในห้องประชุมใหญ่ เชิญคนมาประชุม 400 คน ทั้ง

ผู้ประสานงานและผู้อำนวยความสะดวกบอกว่าทุกคนอยากมาฟัง เราอยากจะทำในลักษณะที่ใกล้ชิด มีโอกาสโต้ตอบกัน บอกเขาว่า “เรามาร่วมเวทีเสวนากัน ทีมหน้าจะกล้าตอบไหมละถ้าผู้ปฏิบัติงานมาร่วมด้วย” ก็จะมาจัดเวทีใหม่ การจับประเด็นเสวนา เราจะกำหนดประเด็น ให้เขาอธิบายสิ่งที่เขาสัมผัส ทั้งหลาย ทั้งปวงนี่คือแนวทางที่ใช้อยู่เสมอ

ตัวอย่างจากประสบการณ์

เราต้องตั้งใจว่าจะมากระตุ้นให้เขาคิดให้มองเห็นภาพเข้าใจเนื้อหาเข้าใจประเด็นให้ทะลุปรุโปร่ง โดยตั้งประเด็นให้มาพูด คิด ทำความเข้าใจ และวางให้เชื่อมโยงกันเพื่อนำไปสู่ความเข้าใจระบบทั้งหมด

ในการคุยกับทีมนำของโรงพยาบาล ถ้าเราอยากให้เขารู้เรื่องหัวใจของคุณภาพเรื่องวัฒนธรรมองค์กร จะตั้งประเด็นว่า “ก่อนที่จะเริ่มทำอะไร ขอให้มาทำความเข้าใจร่วมกันว่าโรงพยาบาลคุณภาพเป็นอย่างไร จะมองตรงไหน จึงจะบอกว่าเป็นโรงพยาบาลคุณภาพมีวัฒนธรรมในการทำงานอย่างไร” แล้วให้แต่ละคนออกความเห็น ถ้ายังจับประเด็นไม่ถูก เราก็ต้องกลับมาถามว่า “มีการให้คำจำกัดความร่วมกันหรือไม่ว่าคุณภาพคืออะไร” ซึ่งมักจะตอบได้ แล้วก็มีคนคิดออกว่าถ้าจะดูว่าโรงพยาบาลนั้นมีคุณภาพหรือไม่ จะต้องมีการสำรวจความต้องการของผู้รับผลงาน มีการตอบสนอง ถ้าจะให้เข้าใจมากขึ้นก็จะเชื่อมโยงต่อไปว่า “โรงพยาบาลนี้สำรวจความต้องการของผู้ป่วยและผู้รับผลงานอย่างไร” 90% จะตอบว่ามีแบบสอบถาม ถามว่า “ได้คำตอบว่าอะไรบ้าง คำตอบนั้นตรงกับความต้องการของผู้ป่วยที่เรามองเห็นหรือไม่ เห็นภาพชัดหรือไม่” ในผู้ป่วยแต่ละรายนั้น การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างเรากับญาติเป็นสิ่งสำคัญยิ่งกว่าอะไรทั้งหมด ถ้าทีมนำไม่เน้นตรงจุดนี้ให้เห็นความสำคัญในการปฏิบัติงานประจำวัน โอกาสที่จะมีคุณภาพย่อมน้อย

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

เมื่อมีการวิเคราะห์กระบวนการหลัก จะได้ความเสี่ยงและโอกาสพัฒนาต่างๆ สิ่งที่ต้องเอามาเป็น priority แรก คือสิ่งที่เราตอบสนองได้มากที่สุด มีความเสี่ยงมากที่สุด เราจะอภิปรายกันเพื่อความเข้าใจว่า “การวิเคราะห์กระบวนการหลักว่ามีโอกาสพัฒนาอย่างนั้น สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยที่สำรวจไว้หรือไม่ ความเสี่ยงได้นำมาดำเนินการอย่างไร ครอบคลุมพอหรือยัง”

ในการพัฒนานั้น หัวใจอีกเรื่องหนึ่ง คือการทบทวนตนเองเพื่อจะพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เราอยากเห็นผู้ใช้คู่มือเป็นผู้ประเมินแล้วรวบรวมไว้ อาจประเมินกันเวลาส่งเวร หรือเวลาทำ pre post conference

ทั้งหมดนี้เป็นตัวอย่างของการกำหนดประเด็นเพื่อนำไปสู่ความเข้าใจอย่างทะลุปรุโปร่ง กระตุ้นให้คิดเองตอบเอง

ปัญหาที่พบ

1. ปัญหาเรื่องผู้นำ

ปัญหาว่าเจ้าหน้าที่อยากทำแต่ผู้นำยังไม่ชัดเจน เป็นสถานการณ์ที่พบอยู่เสมอ จะว่าผู้อำนวยการปฏิเสธก็ไม่เชิง กลั้วๆ กลั้วๆ เวลาไปยากเหลือเกินที่จะมีโอกาสไปคุยกับที่มนำได้ วิธีการคือให้ไปพบกับ PCT ก็ได้ ไปหน่วยงานก็ได้ ดูว่าทำอะไร จะฟังตลอดเวลาว่าเขาได้ทำอะไรบ้าง ยกย่องสิ่งที่เขาได้ทำ สิ่งที่เขาแสดงออกคือความกังวล เนื่องจากทำแล้วผิดไปหมด

สิ่งที่ทำคือขอทานข่าวกับผู้อำนวยการ เล่าความสำเร็จของโรงพยาบาลบางแห่งให้ฟัง ที่ว่าเป็นโรงพยาบาลใหญ่ เขายังทำได้ สถานการณ์ภายนอกที่ทุกคนเขาทำแล้วจะผลักดันให้ทำผู้อำนวยการถามว่าอาจารย์จะแนะนำอย่างไร เราบอกว่าครั้งหน้าขอคุยกับที่มนำทั้งหมด จะจัดตัวทวนสมาธิให้ แท้จริงแล้วการทำ HA คือการจัดระบบงานให้ดีขึ้น ไม่ใช่ไปทำโครงการอะไรมากมาย ทำงานประจำให้ดีขึ้น สิ่งที่ทำมานั้นไม่ใช่เป็นงานเพิ่ม อธิบายว่าเวลาเรามาดูเราดูอย่างไร

จะมีคำถามว่าถ้าแพทย์ไม่ร่วมมือจะอย่างไร ผมบอกว่าไม่ต้องห่วง แพทย์ทุกคนตั้งใจทำงาน ขอให้มีโอกาสคุยกับกลุ่มแพทย์หรือองค์กรแพทย์

เราไปทำความเข้าใจว่าองค์กรแพทย์คือใคร ไม่ใช่แค่กรรมการ แต่เป็นแพทย์ทุกคน ภารกิจหลักคือการดูแลมาตรฐานและจริยธรรมเพื่อให้เราทำงานอย่างมีศักดิ์ศรี พวกนี้มีสติปัญญา ไม่ต้องห่วง เวลาอธิบาย เขาจะมองเห็นเอง

2. ปัญหาความเข้าใจ

ที่ปรึกษาจะต้องศึกษาทำความเข้าใจแนวคิดให้ตรงกัน เราเป็นตัวแทนของ พรพ. ที่จะนำแนวคิดนี้ไปสู่การปฏิบัติ ถ้าคิดว่าไม่เหมาะสม จะต้อง feed back เข้ามา ปรับให้เข้าใจตรงกัน

ที่ปรึกษาจะบอกถึงแคไหนอยู่ที่ทักษะของที่ปรึกษา ต้องใช้สายตา ต้องใช้หูฟัง ดูว่าเขาจะไปต่อไหวหรือไม่ อย่าใจร้อน

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

อะไรคือความเสี่ยง อะไรคือประกันคุณภาพ อะไรคือสู่ความเป็นเลิศ เขาพอคิดได้

3. ปัญหาการนำ CQI เข้าไปในงานประจำ

โรงพยาบาลอาจจะบ่นว่า เขาทุ่มเทมาก ใช้เวลามากหลายปี แต่ยังไม่รู้สึกว่าไปไม่ถึงไหน ที่ปรึกษาพบว่าทีมงานไม่ได้มองว่าการพัฒนาคุณภาพคือการทำงานประจำให้ดีขึ้น เราต้องตั้งประเด็นให้มองเห็นภาพการนำ HA ลงสู่งานประจำในทุกระดับ เช่น พบว่าทุกหน่วยงานมีโครงการ CQI 1-2 เรื่อง แต่ไม่เคยเอาไปใช้ปรับปรุงงานประจำ เราถามว่า “เวลาส่งเวรทำอะไร” เขาบอกว่ามี pre post conference ถามว่า “เอาเรื่องอะไรมาคุย” ถ้าไม่ได้นำ CQI มาใช้ในการปฏิบัติงานประจำวันจะไม่เกิดประโยชน์

บางแห่งมีการพัฒนาคุณภาพทางคลินิกอยู่แล้ว เช่น จะลดอัตราการติดเชื้อของแผลผ่าตัด เมื่อตั้งเป้าหมายแล้วก็จะเขียน flow chart กำหนดข้อควรระวัง เมื่อเฝ้าระวังไปเขาก็รู้ว่าตัวเลขที่บอกมาไม่ได้ครอบคลุมผู้ป่วย ที่ไปเกิดอาการที่บ้าน จากการเก็บข้อมูลเขาได้เรียนรู้ว่าถ้าเน้นที่การล้างมืออย่างเดียว จะลดได้เท่าไร ไม่ต้องเก็บข้อมูลมาก การเขียน flow chart และนำเสนอข้อมูลง่ายๆ ทำให้ทุกคนรู้ว่าควรระวังตรงไหน

4. ปัญหาโครงสร้างองค์กร

สิ่งที่เราดูอย่างหนึ่งคือโครงสร้างองค์กรเพื่อพัฒนาคุณภาพเขาเข้าใจหรือเปล่าว่าหลักการแท้จริงคืออะไร เรื่อง vertical alignment และ horizontal integration คืออะไร

ถ้าเป็นโรงพยาบาลเล็ก เขามีกรรมการอะไรบ้าง ประชุมกันอย่างไร มีบันทึกหรือไม่ นำบันทึกไปใช้อย่างไร โรงพยาบาลเล็กไม่จำเป็นต้องมีกรรมการมากชุด

บางโรงพยาบาลบอกว่ามีแพทย์สองคน องค์กรแพทย์จะอย่างไร ก็ถามว่า "หน้าที่ขององค์กรแพทย์ จะทำอะไรให้ปฏิบัติหน้าที่ได้ อาจจะถูกยกกันตอนกินข้าวก็ได้" เขาบอกว่าแล้วต้องเขียนธรรมนูญใหม่ บอกว่า "อย่าไปกังวลเรื่องนั้น แต่เราควรบันทึกไว้ว่าเพื่อให้สอดคล้องกับจริยธรรมวิชาชีพ เราจะมีหลักเกณฑ์และแนวทางปฏิบัติในการทำงานอย่างไร"

การเรียนรู้ของที่ปรึกษา

เราควรมานั่งคุยกันและสรุปว่าเราได้เรียนรู้อะไรจากการมาเยี่ยมครั้งนี้ ให้คำปรึกษาแล้วต้องสรุปให้เสร็จ ถ้าจะทำงานให้สมบูรณ์ก็ต้องอย่างนี้ ไมอย่างนั้นเราจะไม่ได้เรียนรู้ ถ้าไม่กำหนดเป้าหมาย ไม่วางแผน ไม่เรียนรู้ ไม่เท่าไรท่านก็เบื่อ ความจำเป็นจะเรียกร้องให้ท่านต้องทำอย่างนี้ แล้วท่านจะรู้สึกสนุก



การให้คำปรึกษา ทางด้านคลินิก

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์อภิชาติ ศิวะยาธร

รองคณบดีฝ่ายพัฒนาคุณภาพ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

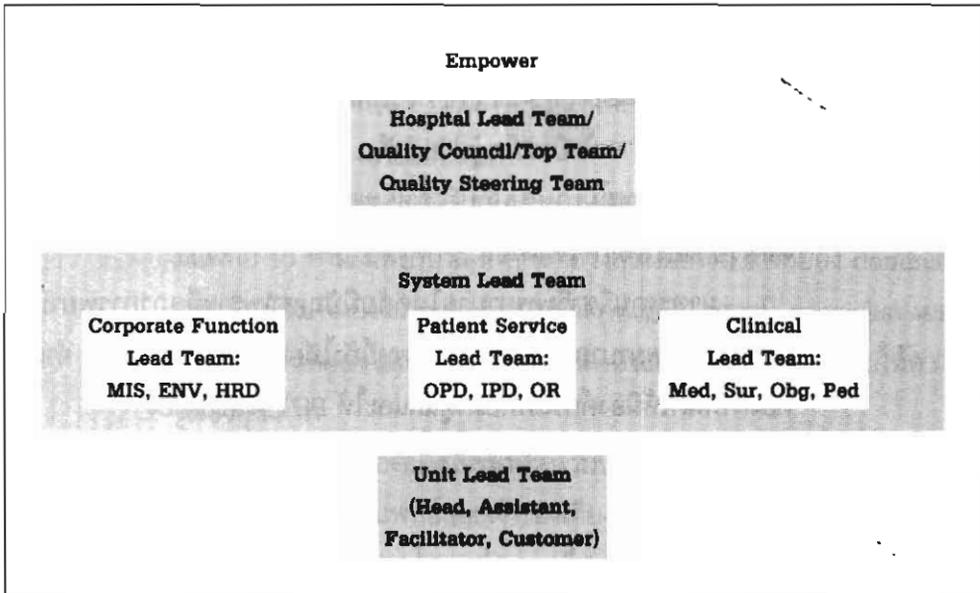
สิ่งที่ควรทำความเข้าใจในเรื่องคุณภาพก็คือโรงพยาบาลต้องเป็นผู้ลงมือกระทำด้วยตนเองทั้งหมด และจะต้องมองจากผลมาหาเหตุ ปัญหาคือผู้เกี่ยวข้องนึกไม่ออกว่าสุดท้ายจะเป็นอย่างไร จะไปสุดที่ไหน มองแต่ว่าจะต้องทำอะไร การมีเป้าหมายในใจเป็นสิ่งสำคัญ ผู้ดำเนินการต้องมีภาพตรงนี้ อย่างชัดเจน หนังสือ Roadmap to HA จะช่วยนำทางตรงนี้ได้มาก

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

เวลาพูดเรื่องมาตรฐาน HA บางคนจะรู้สึกว่ายาก มีรายละเอียดมาก ที่จริงแล้วมี key word คำเดียว คือทั้งหมดที่ทำนี่เพื่อให้ได้ patient care ที่ดี มีคุณภาพ ผลลัพธ์สุดท้ายอยู่ที่การดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพมากขึ้น นั่นคือ

ธุรกิจหลักของโรงพยาบาล ในส่วนของมาตรฐานฉบับบูรณาการ 20 บท สามหมวดหลังเป็นเรื่องเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยทั้งสิ้น หมวดที่หนึ่งและสองเป็นเรื่องของโครงสร้างองค์กร ทรัพยากร หมวดที่สามเป็นองค์ความรู้ที่จะทำให้โครงสร้างพื้นฐานสามารถขับเคลื่อนนำทรัพยากรที่มีอยู่มาให้การดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ ทั้งหมดที่จะต้องมาปรากฏที่ patient care มาส่งผลที่ ward ที่ OPD ที่ผู้ป่วยแต่ละคน

จะต้องเน้นย้ำแนวคิดนี้กันให้มาก โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีความรู้สึกว่าจะต้องมาพัฒนาคุณภาพเพราะเป็นนโยบายโรงพยาบาล ส่งทีมไปศึกษารูปแบบกลับมาถามว่า PCT ทำอะไร ได้คำตอบมาตรฐานว่า PCT ต้องทำ CPG พบว่ามีความคิดอย่างนี้ค่อนข้างมาก ซึ่งไม่ใช่ความคิดที่ถูกต้อง ที่ถูกต้องคือ PCT ต้องทำให้ patient care ดี



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

เวลาทำ HA หลายคนคิดว่าโรงพยาบาลต้องการปรับปรุงบริการ ตอนเริ่มทำใหม่ๆ มักจะไปปรับปรุงเรื่องเวลารอคอย สำหรับโรงพยาบาลรัฐ เรื่องนี้นำมาซึ่งเสียงบ่นว่าทำให้ปริมาณงานเพิ่มขึ้นทั้งที่เรารับมือไม่ไหวที่จริงจุดเน้นของ PCT อยู่ที่คุณภาพทางคลินิก เป็นส่วนที่แพทย์ พยาบาลรับผิดชอบ ควรจะดูว่าผลการรักษาเป็นอย่างไร ข้อแทรกซ้อน ข้อผิดพลาดในการรักษาพยาบาลลดลงหรือไม่ ไม่ควรให้แพทย์มาเสียเวลากับเรื่องการปรับปรุงระบบบริการทั่วไป

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

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

มาตรฐานวิชาชีพพยาบาลไม่ค่อยมีปัญหาเพราะมีสภาการพยาบาล และฝ่ายการพยาบาลดูแลอยู่ ส่วนแพทย์ยังไม่ค่อยมีกระบวนการ จำเป็นต้องกำหนดให้มีองค์กรแพทย์มาดูแลและให้ PCT มาเชื่อมโยง

การให้คำปรึกษาทางคลินิก

▶▶▶ 1. รู้จักทีมที่ให้คำปรึกษา

ถ้าเราสามารถประเมินได้ว่าทีมมีวุฒิภาวะเพียงใดก็จะทำงานง่ายขึ้น เขาจะรู้ว่าลูกคาคือใคร เขามีหน้าที่อะไร กำลังทำอะไร จะไปที่ไหน เขาก็จะไปดูที่เนื้องาน และวิจารณ์ให้คมว่าตัวชีวิตนี้เหมาะหรือไม่

ถ้าทีมยังไม่มีวุฒิภาวะพอ ยังไม่มีความเข้าใจ ป่วยการที่จะไปดูในเรื่อง CPG ตัวชีวิต เพราะเริ่มต้นยังไม่แข็งแรง ต้องเสริมเรื่องความรู้เรื่องคุณภาพ

ให้มากขึ้น ให้มองเห็นการเชื่อมโยงและภาพรวม

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

- 1) คุณภาพเดิมที่มีอยู่ สิ่งที่เป็นจุดเด่น
- 2) ของใหม่ที่เกิดจากการทำงานเป็นทีมและมองปัญหาอย่างเป็นระบบ

หลายทีมเมื่อทำงานไปถึงระดับหนึ่งมีงานมาเสนอให้เรารับรู้มากมายแต่ถ้าดูดีๆ เป็นของที่มีอยู่ในโครงสร้างเดิมทั้งนั้น ของใหม่ยังไม่ค่อยมี เราเข้าไปแล้วมีความรู้สึกว่าเขาทำอะไรไว้มาก มีสิ่งดีๆ เยอะมาก ตรงนี้ไม่ได้มาด้วยกระบวนการคุณภาพ แต่มาด้วยความเก่งของวิชาชีพ ดีโดยเนื้อหาวิชา แต่ยังมีปัญหาที่ลึกลงไปอีกมากที่ทีมงานต้องเจาะ ถ้าทำงานเป็นทีม มองปัญหาเป็นระบบ จะไปได้ไกลมาก

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

ในอดีต เมื่อคนไข้เข้ามาที่หน่วยบริการ การดูแลจะเกิดโดยแพทย์ ภาควิชาเป็นเจ้าของแพทย์และเจ้าของเตียง คนที่อยู่ในจุดนั้นเป็นพยาบาลซึ่งขึ้นกับฝ่ายการพยาบาล โครงสร้างของทีมอย่างนี้เป็นโครงสร้างตามการบริหาร ถ้าไม่มีความพยายามที่จะสื่อสารเพื่อการแก้ปัญหา ก็ยังไม่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพ

PCT เป็น functional team ไม่ได้ไปล้มล้างโครงสร้างการบริหาร เมื่อทีมมาหาข้อตกลงร่วมกันแล้ว ใครสังกัดที่ไหนก็ไปแจ้งให้ต้นสังกัดของตนทราบ

▶▶▶ 2. สังเกตกระบวนการทำงานและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

ทีมงานต้องดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มต้นจนจบหลายครั้งจะพบว่าการพัฒนาคุณภาพจะเกิดเป็นหย่อมๆ ในแต่ละจุดมีทีมย่อยๆ แต่เมื่อเอามาเชื่อมจะพบว่าไปคนละทางแม้จะอยู่ภายใต้ทีมใหญ่ทีมเดียวกัน ไม่ได้นำเอาหน่วยงานที่ควรมีส่วนเกี่ยวข้องมาสร้างระบบการดูแลที่ต่อเชื่อมกัน เช่น ปัญหา GI bleeding, โรคเบาหวาน, โรคความดันสูง

PCT ใหญ่ควรสามารถให้ทิศทางต่อ PCT เล็กได้ เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกัน สิ่งเหล่านี้ทีมงานมักจะมองไม่เห็นประเด็น ทักกันคนละเรื่อง แยกจากกัน ในโรงพยาบาลใหญ่ควรจะมีทีมที่จะดูแลคนไข้กลุ่มอาการที่สำคัญ

ในกระบวนการทำงานที่จะพัฒนานั้นเราถามว่าคุณเอาประเด็นที่จะพัฒนามาจากไหน สิ่งที่จะเป็นประโยชน์ในแง่ความคิดคือความเสี่ยงทางคลินิก ซึ่งคนนึกไม่ออก ส่วนมากมักจะเป็นความเสี่ยงที่กำหนดโดยฝ่ายการพยาบาล เช่น ลื่นล้ม ตกเตียง ถ้าถามแพทย์มักจะไม่ออก

ถ้า PCT ไม่สามารถมองว่าความเสี่ยงของเขาคืออะไร ประเด็นที่จะหยิบมาพัฒนามักมองไม่เห็น คนไข้คุณจะดีขึ้นได้อย่างไร ทั้งหมดที่คุณทำต้องตอบให้ได้ว่าจะทำให้คนไข้ของคุณดีขึ้นได้อย่างไร จะใช้ตัวชี้วัดอะไรบอกผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วย ในโรงพยาบาลใหญ่ๆ ลักษณะคงจะเป็น program base เช่น หน่วย stroke พวกนี้จะดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ต้น, โปรแกรมดูแล acute MI ตั้งแต่ต้นจนจบถึง rehab, หน่วยไตจะมีลักษณะชัดเจนว่าแพทย์พยาบาลทำงานกันอย่างใกล้ชิด

พอเข้ามาในหอผู้ป่วยมีความหลากหลายมาก แพทย์ก็นึกไม่ออกว่าจะทำอะไร น่าจะมีการหยิบประเด็นสำคัญขึ้นมาพัฒนา ประเด็นอะไร ก็ต้องย้อนกลับไปที่ปัญหาทางคลินิก ถ้าเขามีตัวเลขอยู่ก็ควรนำมาทบทวนก่อนที่จะเริ่มทำอะไร ไม่ใช่บอกว่าสร้าง CPG 3 เรื่อง ทำไมต้องสร้าง ถ้าตอบว่า "เพราะมีปัญหามาก มีความเสี่ยง มีผลแทรกซ้อน" คำตอบนี้ใช้ได้ แต่ถ้าตอบว่า "เพราะแบ่งโควตักันมา คุยกันแล้วว่าเรื่องนี้เจอบ่อย" ถามว่าเจอบ่อยแล้วเป็นปัญหาหรือไม่ สิ่งที่เป็นปัญหาก็ยังเป็นปัญหาอยู่ เกิดรูปแบบ CPG สำหรับ โรคที่ไม่เป็นปัญหา เป็นการเสียเวลา

จุดที่จะดูความเสี่ยงทางคลินิก ได้แก่

- คำร้องเรียนเกี่ยวกับการดูแลรักษา โดยทั่วไปจะไม่ได้ความเสียหายทางคลินิกมากนัก
- รายงานอุบัติการณ์ โดยเฉพาะจากหอผู้ป่วย ในช่วงต้นที่ระบบยังไม่เข้มแข็งอาจจะยังเชื่อถือไม่ได้
- การทบทวนทางคลินิกน่าจะเป็นวิธีการที่ดี แต่ก็ต้องอาศัยวัฒนธรรมมากอยู่ๆ จะเอา case มานั่งคุยกันและให้ยอมรับก็เป็นไปได้ยาก ในโรงเรียนแพทย์มักจะเป็นไปเพื่อการเรียนการสอน ความผิดพลาดเหล่านั้นไม่เคยรวบรวมเพื่อนำมาแก้ไข ปัญหาเหล่านี้ก็เกิดอีก แพทย์ประจำบ้านรุ่นใหม่ก็เกิดอีก
- การทบทวนเวชระเบียน
- เข็มมุ่งของโรงพยาบาล

▶▶▶ 3. แลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนา

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

บางครั้งเราเข้าไปแล้วพบว่าทีมภูมิใจมากที่มี CareMap ทำมา 6 เดือนแล้วยังไม่ได้นำลงสู่การปฏิบัติ เขาไม่ได้มองว่าสิ่งที่ทำจะเป็นการแก้ปัญหาของเขา เป็นการทำการบ้านเพราะผู้เยี่ยมสำรวจจะมา ถ้าคิดว่าจะทำให้คนไข้ของเขาดีขึ้น เขาต้องรีบทำ แล้วค่อยๆ ปรับปรุงไป เน้นการนำไปใช้ เน้นการวัดผลประเมินผล

▶▶▶ 4. ส่งเสริมให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เน้นการให้ทีมมีส่วนร่วม

ทีมต้องหาวิธีว่าทำอะไรให้มีแพทย์มาร่วม ทีมนี้เป็นทีมสหวิชาชีพ การที่แพทย์เป็นผู้นำในทีมจะช่วยให้ดึงศักยภาพของทีมออกมาได้มาก ส่งเสริมให้วิชาชีพต่างๆ มีบทบาท แต่แพทย์ต้องไม่เป็นเผด็จการทางความคิด ถ้าแพทย์ยังลอยตัวหรือมีส่วนร่วมน้อย ก็ป่วยการที่จะไปเยี่ยมสำรวจ เหตุผลที่แพทย์ไม่เข้าร่วมอาจจะเกิดจาก

1) เข้าใจว่า HA เป็นการเพิ่มคุณภาพเรื่องบริการทั่วไป แพทย์ไม่สบายใจเพราะไม่อยากให้คนไข้มากขึ้น

2) แพทย์มีพันธกิจหลายด้าน เป็นผู้นำในหลายๆ ด้าน รวมทั้งเรื่องส่วนตัว แย่งเวลากัน

3) คิดว่าเป็นเรื่องของการประชุมและการทำเอกสาร ต้องชี้ให้เห็นว่าเป็นการทำให้การดูแลผู้ป่วยดีขึ้น เอกสารเป็นสิ่งประกอบ ทำเท่าที่จำเป็น

4) แพทย์เห็นว่าแนวทางรักษาไม่สามารถเขียนเป็นมาตรฐานตายตัว

แพทย์มีความสำคัญต่อการพัฒนา HA เพราะแพทย์มีบทบาทสูงในการรักษาผู้ป่วย การพัฒนาจะเป็นไปได้ถ้าแพทย์ไม่ให้ความสนใจและร่วมมือ

การปรับทัศนคติของแพทย์ทำได้ยากเพราะแพทย์มีความเชื่อมั่นในตนเองสูง การให้ความรู้โดยการฝึกอบรมก็ได้ผลน้อย วิธีการที่ได้ผลกว่า

คือทำให้เห็นประโยชน์ของการพัฒนาโดยมีข้อมูลสนับสนุน อาจจะใช้การสัมมนาเป็นกลยุทธ์สำคัญ เชิญทีมที่ทำดีแล้วมานำเสนอ เขาอาจจะเข้ามาฟัง

โดยไม่สนใจ ตอนนั้นมาฟังเพื่อนร่วมงานของเขานำเสนอผลงานใน setting

การทำงานที่บีบคั้นเหมือนกัน ทำไมออกมาดี คนไข้ก็ดีขึ้น เราเห็นแก่ตัวหรือเปล่า ทำไมเรานิ่งเฉยๆ แล้วยังไปตำเขาอีก

ในฐานะที่เราจะเป็นที่ปรึกษาต้องพยายามสร้างเงื่อนไขให้แพทย์เข้ามา

ร่วม การ convince แพทย์เหมือนการสอนธรรมะ ให้พระมาเทศน์ไม่มีประโยชน์ แต่ให้แพทย์ที่ผ่าน ICU มาแล้วเริ่มเห็นสังขรณ์ เมื่อเริ่มเห็นแล้ว

ใครดีต้องรีบดึงเข้ามา พอเข้ามามีส่วนร่วมจะเริ่มมีบทบาท เป็นเจ้าของ เข้ามา นำ เกิดความสนุก

ในระดับองค์กร ตัวชี้วัดสำคัญคือกิจกรรมขององค์กรแพทย์ ถ้ายัง

งลั้วๆ กลั้วๆ ตั้งมาสองปีแล้วยังทำแต่เรื่องแบ่งเวร เชิญวิทยากรมาพูด นี่ไม่ใช่องค์กรแพทย์ นี่เป็นฝ่ายวิชาการ

ถ้าองค์กรแพทย์บอกว่าเวชระเบียนของเราแย่มาก จะทำอย่างไรให้เวชระเบียนของเราดีขึ้น อย่างนี้ใช้ได้

สิ่งเหล่านี้ต้องเป็นสิ่งที่สามารถสื่อได้ เราเข้าไปในองค์กรสามารถรู้ได้ว่าความโปร่งใส ความพร้อมที่จะให้คนอื่นเข้ามาดู



ชวนกันมา พัฒนาคุณภาพ

ศาสตราจารย์ นายแพทย์อรุณ เผ่าสวัสดิ์
ที่ปรึกษาคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ต้องขอขอบคุณ คุณหมออนุวัฒน์ คุณชุตติกุล ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ที่ชวนผมให้มาร่วมกันพัฒนาคุณภาพ และเชิญผมให้เขียนบทความในหัวข้อเรื่องที่ว่า “ชวนกันมาพัฒนาคุณภาพ”

อารามที่ดีใจ กลัวว่าคุณหมออนุวัฒน์จะกลับใจ ผมรีบตอบรับทันที ทั้งๆ ที่รู้อยู่แก่ใจดีว่าในเรื่องเหล่านี้เราไม่ถนัดเลย ไม่เคยได้ฝึกปรือมาอย่างเป็นล่ำเป็นสัน ซึ่งโดยปกติแล้วถ้าเราอยู่ในฐานะที่พอจะมีความรู้อยู่บ้าง หรือมีความรู้ดีตามสมควร เมื่อได้รับการขอร้องหรือชักชวนให้ช่วยกันทำงาน ก็ไม่เคยปฏิเสธเลยถ้าหากว่างานนั้นๆ จะก่อให้เกิดผลประโยชน์แก่ส่วนรวม แต่นี่ใจจริงรีบตอบรับ ที่ตอบรับทันทีโดยไม่อืดเอื้อนเพราะคุณหมออนุวัฒน์ เป็นผู้ที่ไม่รู้ เป็นผู้ที่มีความรู้ ไม่ใช่รู้มาก แต่ว่าเป็นผู้ที่รู้ดี เป็นกัลยาณมิตร คบกันแล้วเราก็อลยจะเป็นผู้รู้ไปกับเขาด้วย เรียนไปปฏิบัติไป น่าจะเป็นการกระทำที่ก่อให้เกิดผลดี เป็นประโยชน์ต่อทุกๆ ฝ่าย ทั้งผู้ที่ให้ ผู้ที่รับ และผู้ที่ได้พบเห็น ต้องรีบตอบรับเพราะเกรงว่าคุณหมออนุวัฒน์ที่สำคัญผิดมาชวนเรา จะพินคีนสตินี้ก็ขึ้นมาได้ เกิดกลับใจเลิกเชิญชวน

อย่างไรก็ตามด้วยเหตุผลประการใดก็ตาม ผมจะพยายามทำให้ดีที่สุดเท่าที่ความสามารถของเราจะกระทำได้ เหมือนกับการทำงานทุกๆ ครั้งที่เคยปฏิบัติมา ถ้าไม่เต็มใจก็ยังไม่ควรจะทำ หากคิดจะทำก็ต้องทำด้วยชีวิตจิตใจ ทำอย่างมีชีวิตชีวา ทำด้วยจิตวิญญาณและด้วยความมุ่งมั่น ผลออกมาจะดี จะสำเร็จมากน้อยแค่ไหน หรือยังไม่ประสบความสำเร็จ ต้องประเมินกันและพยายามแก้ไข ปรับขบวนการเพื่อทำให้ผลที่ออกมามีความสำเร็จมากขึ้นและดีขึ้นเรื่อยๆ ไปอย่างไม่หยุดหย่อน

ด้วยความผลิผลามรับคำเชิญชวนเพราะเกรงว่าเขาจะกลับใจดังได้กล่าว

มาแล้ว เลยพูดกันไม่ครบถ้วนครบถ้วนความ เขาให้เรามาพูดและเขียนเรื่อง "ชวนกันมาพัฒนาคุณภาพ" ไม่ทันได้ถามไปว่าพัฒนาคุณภาพของอะไร คุณภาพการศึกษา คุณภาพการผลิตสิ่งของ คุณภาพของผลผลิต คุณภาพการให้บริการ หรือคุณภาพโรงพยาบาล หรือคุณภาพการให้บริการทางสุขภาพ แต่ด้วยตำแหน่งของคุณหมออนุวัฒน์ ทำให้เราเข้าใจเอาเองว่าเป็นคุณภาพโรงพยาบาล หรือคุณภาพการให้บริการทางสุขภาพ

ปัจจุบันมีคำศัพท์จุดขึ้นมามากมาย ทั้งภาษาไทยแท้ๆ และภาษาเทศ เด็กวัยรุ่นมีภาษาไทยที่แปลกๆ สำหรับผู้ทรงคุณวุฒิมากๆ มักจะนำภาษาแขก มาใช้แทนภาษาอังกฤษ ถ้าทรงคุณวุฒิไม่มากนักใช้ภาษาอังกฤษแทนภาษาไทย เลย พูดไทยบ้างอังกฤษบ้างปะปนกันไปเป็นภาษาเดียวกันไปเลย เรามีหน้าที่ต้องติดตามให้ทัน มิฉะนั้นจะกลายเป็นคนล้าสมัย นี่เป็นวิวัฒนาการทางภาษา คงจะมีใช้พัฒนาการทางภาษา คำว่า "พัฒนา" มีการพูดกันมานานแล้วเหมือนกัน จนเกิดการแบ่งชั้นวรรณะ โดยใช้คำว่า "พัฒนา" เช่น "ประเทศด้อยพัฒนา" คงจะหมายถึงประเทศที่ยังล้าหลังอยู่ "ประเทศกำลังพัฒนา" คงหมายถึงประเทศที่มีความล้าหลังน้อยหน่อย และ "ประเทศที่พัฒนาแล้ว" คงหมายถึงประเทศที่เจริญแล้ว เป็นต้น ดังนั้นผมเข้าใจว่าคำว่า "พัฒนา" คงหมายถึง ทำให้ดีขึ้น ทำให้เจริญขึ้น

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

ดังที่ได้กล่าวมาแล้วแต่เบื้องต้นว่า ในเรื่องของการพัฒนาคุณภาพ ผมมิได้มีโอกาสศึกษาเล่าเรียนมาโดยตรง มีแต่สามัญสำนึกและประสบการณ์ชีวิตเท่านั้น โดยกำเนิดทางวิชาชีพผมเป็นศัลยแพทย์ ได้รับการฝึกปรือที่ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ ชื่อในขณะนั้น หลังจากนั้นก็ได้มีโอกาสไปฝึกอบรมต่อที่มหาวิทยาลัยฮัมบูร์ค โรงพยาบาล EPPENDORF ประเทศเยอรมนี อีก 3 ปี ก็ในเรื่องของศัลยศาสตร์เช่นกัน มีความมุ่งมั่นที่จะเป็นศัลยแพทย์ที่ดี อาจารย์แพทย์ที่ดี ไม่

เคยมีความมุ่งมั่นเลยที่จะเป็นผู้บริหารโรงพยาบาล หรือโรงเรียนแพทย์ เมื่อเป็นเช่นนั้นเหตุไฉนเล่าจึงได้ขึ้นอาสารับหน้าที่เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช หัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์ และคณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลในที่สุด

เหตุผลก็ธรรมดาๆ ครูบาอาจารย์ของเราทั้งหลายในชีวิตผมที่ได้พบเห็นมา ทางวิชาการท่านก็เก่งหาตัวจับยาก ท่านบริหารก็เก่ง ไม่ว่าจะเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือเป็นคณบดี ทั้งๆ ที่ท่านเหล่านั้นมิได้เคยได้รับการฝึกฝนรู้เรียนทางการบริหารมาก่อนเลย ท่านก็ใช้ประสบการณ์ชีวิต และสามัญสำนึกที่แฝงไว้ด้วยความชาญฉลาดของท่าน รวมทั้งการใช้ความรู้ด้านบริหาร จากการอ่านหนังสือบ้าง การอบรมระยะสั้นๆ ภายหลังจากที่ได้เข้ารับตำแหน่งแล้วบ้าง ถามผู้รู้อื่นๆ บ้าง ท่านก็สามารถบริหารทั้งภาควิชา ทั้งโรงพยาบาล และทั้งคณะมาได้เป็นอย่างดี ทุกยุคทุกสมัย มีการปรับเปลี่ยนนโยบายบ้าง กระบวนท่าบ้าง ตามกาลสมัย ตามความเปลี่ยนแปลงของสังคม และการเปลี่ยนแปลงของปัญหาทั้งในคณะเอง และของประเทศชาติ ผลการบริหารของท่านบรมครูเหล่านั้น นับได้ว่าดีเยี่ยม ชื่อเสียงของโรงพยาบาล ชื่อเสียงของคณะแพทย์ซึ่งโด่งดังมาแต่เก่าก่อน ก็ยังเป็นที่ยอมรับนับถือของคนทั้งประเทศอยู่อย่างไม่เสื่อมคลาย แถมยังเพิ่มความเข้มข้นขึ้นอีกเสียด้วยซ้ำไป ในโรงพยาบาลและคณะแพทย์อื่นๆ ก็เช่นเดียวกัน ยิ่งนานวันชื่อเสียงก็ยิ่งโด่งดังไปเรื่อยๆ

ปัจจุบันสถานพยาบาล โรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่สังกัดในกระทรวงสาธารณสุข เกิดขึ้นอย่างมากมายทั่วประเทศและอย่างรวดเร็ว ตามความจำเป็นของประเทศชาติ สิ่งก่อสร้าง ตึกกรมบ้านช่อง สร้างขึ้นมาได้อย่างรวดเร็ว สวยงาม โดยไม่ยากนักหากมีเงิน แต่การสร้างผู้บริหาร ผู้ให้บริการนั้นไม่่ง่ายเลย ถึงแม้จะมีเงินก็มีใ้ว่าจะสร้างได้ตั้งใจนึก เนื่องจากเหตุผลที่ได้ยกมากล่าวไว้ในเบื้องต้นแล้วว่า ต้องอาศัยเวลาสร้างประสบการณ์ชีวิต และเพิ่มความชาญฉลาดในสามัญสำนึก แต่สำหรับบางท่านและอาจารย์หลายๆ ท่าน ท่านได้สะสมความชาญฉลาดไว้แต่ชาติปางก่อน พอเกิดมาก็นำความชาญฉลาดนั้นมาใช้ต่อได้เลย ที่ทั่วๆ ไปเรียกว่า มีพรสวรรค์ ดังนั้นผลการปฏิบัติงานอาจดีบ้างไม่ดีบ้าง คละเคล้ากันไปในภาพรวมดังที่เราเห็นๆ กันอยู่

กระนั้นก็ตามไม่มีอะไรที่เราจะช่วยกันแก้ไขไม่ได้ เรามีครูบาอาจารย์ เรามีผู้บังคับบัญชา เรามีเพื่อน เรามีภักษณมิตร เราต้องใช้สิ่งเหล่านี้ให้เกิดประโยชน์ในการทำภารกิจของเรา

ด้วยเหตุผลต่างๆ ดังที่ได้บรรยายมานี้ ผมจึงขึ้นอาสาทำนอาจารย์และพี่ๆ น้องๆ ทั้งหลาย รับหน้าที่เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช ต่อมาก็ทำหน้าที่รักษาการ และเป็นหัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์ และท้ายที่สุดก็รับหน้าที่เป็นคณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ผลการทำหน้าที่จะดีหรือไม่ ทำความเสียหายให้เกิดขึ้นกับคณะหรือไม่ คงจะพูดกันตอนนี้ยังไม่ถนัดนัก มันคงจะมีเพียงการรายงานผลเบื้องต้นเท่านั้น ต้องอาศัยเวลาเป็นเครื่องพิสูจน์ และอาศัยผู้รู้มาประเมิน

ผมจะขอเล่าเกร็ดเล็กๆ น้อยๆ สัก 2-3 เรื่อง จากร้อยๆ เรื่อง ในการปฏิบัติภารกิจดังกล่าวแล้วพอเป็นสังเขป เพื่อให้ท่านได้รับฟังและพิจารณาเมื่อท่านได้พิจารณาแล้วอาจจะทำให้ท่านอุ่นใจบ้างในการปฏิบัติภารกิจในการบริหารโรงพยาบาลและบริการผู้ป่วย (ในภาษาใหม่เขาไม่เรียกว่า คนไข้หรือผู้ป่วยเสียแล้ว เขาไปเรียกเป็นลูกค้าหรือผู้ซื้อบริการ-customer หมอเขาก็ไม่เรียกว่าหมอเสียแล้ว กลายเป็นผู้ขายบริการ-provider เลยทำให้ความรู้สึกสัมพันธ์กันลึกๆ ซึ่งไม่สามารถจะมีคำเพราะๆ มาอธิบายได้ ระหว่างหมอและพยาบาล กับคนไข้หรือผู้ป่วย คือความเมตตาปรานีความเอื้ออาทรต่อกันค่อยๆ เลื่อนลงไปหรือจางหายไปโดยฉับพลัน มีแต่ความคิดที่ท่ากัไรขาดทุน ความได้เปรียบ ความเสียเปรียบ เหมือนพ่อค้าแม่ขายอยู่ตลอดเวลา) แต่ถ้าเมื่ออ่านแล้ว แทนที่จะสบายใจกลับทำความหนักใจให้ ขอให้ท่านอย่าได้ท้อถอย ท่านสามารถปรึกษาภักษณมิตรได้ตลอดเวลา พรพ. อาจจะสามารถช่วยเหลือท่านได้บ้าง

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

ตอนเริ่มเป็นผู้บริหารใหม่ๆ ก็ราบรื่นดี มีหนังสือมาให้เซ็นวันละหลายๆ แผ่น นับได้เป็นสิบๆ หนังสือมาจากไหน ใครจัดมาให้เซ็นไม่รู้ ยิ่งอยู่ต่อไปทำให้รู้ตัวว่าไม่รู้จักริราชมากขึ้นๆ จะต้องเจาะลึกไปในทุกๆ เรื่อง ต้องใช้เวลามาก ประกอบกับเป็นผู้มีความสามารถน้อย มีความฉลาดไม่มากนัก เลยทำให้ต้องเสียเวลาวันหนึ่งๆ ไม่ต่ำกว่า 10 ชั่วโมง อาทิตย์ละ 7 วัน ดังนั้นการทำงานทางบริการวิชาการเลยต้องหมดไป หหมดโอกาสที่จะได้จับมืออีก นี่ก็อิจฉาความสามารถความชาญฉลาดของเพื่อนบางคน พบกันอยู่เสมอๆ ขณะที่รับประทานอาหารเช้า เขารับประทานด้วย อ่านหนังสือด้วย แถมสั่งงานอีกต่างหาก ทำได้เรื่องทุกเรื่อง นอกจากจะกินได้เร็วแล้วยังกินมากอีกด้วย เรากินน้อยกว่า และตั้งหน้าตั้งตากินอย่างเดียว ยังกินเสร็จทีหลังเพื่อนเสียอีก

ท่านคณบดีของผมในขณะนี้คือ ท่านอาจารย์หมอบประดิษฐ์ เจริญไทยทวี ความสามารถของท่านทุกๆ ด้านมากมายกว่าผมอย่างมองไม่เห็นฝุ่น ท่านควรจะดำรงตำแหน่งคณบดีสี่ปี แต่ท่านทำไปได้เพียงสองปี ท่านได้รับการเลือกให้ไปดำรงตำแหน่ง อธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งเหมาะสมกับท่านมาก ผมได้รับการเลือกให้ทำหน้าที่คณบดีสืบต่อท่านมาโดยมิได้เตรียมตัวเตรียมใจไว้ก่อน ก็เป็นการตีเหมือนกันในระหว่างสองปีที่ทำหน้าที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอยู่นั้น รวบรวมปัญหาไว้ได้มากมาย สามารถแก้ปัญหาไปได้เพียงเรื่องสองเรื่องเท่านั้น เพราะผู้ที่ต้องแก้ปัญหาที่แท้จริงคือท่านคณบดี ที่ว่าอยู่โรงพยาบาลนี้มา 30 ปีแล้ว น่าจะรู้จักโรงพยาบาลนี้ดีแท้ที่จริงแล้วรู้แต่เพียงการให้บริการทางวิชาการในภาควิชาศัลยศาสตร์เท่านั้น นอกภาคยังไม่ค่อยจะรู้เลย นับประสาอะไรกับวัฒนธรรมขององค์กรโดยรวม เราจะไปรู้อะไร โรงพยาบาลแห่งนี้มีผู้ปฏิบัติงานอยู่ร่วมหมื่นคน มีทั้งแพทย์พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร นักวิทยาศาสตร์ นักวิชาการแขนงอื่นๆ เจ้าหน้าที่ธุรการ พนักงานเจ้าหน้าที่ รวมทั้งผู้ใช้แรงงาน นี้มิได้นับนักศึกษาซึ่งมีจำนวนเป็นพันๆ คนไว้ด้วย พื้นที่ 70 กว่าไร่ อาคาร 70 กว่าหลัง เครื่องมือเครื่องใช้อีกมากมายก่ายกอง ผู้ป่วยนอนในโรงพยาบาล 2 พันกว่าคนต่อวัน ผู้ป่วยมาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกวันละครึ่งหมื่น พฤติกรรมของบุคลากรแต่ละประเภทก็ไปกันคนละทางสองทางการศึกษาพฤติกรรมที่ต่างกันทั้งหลาย

เหล่านี้ แล้วนำมาหล่อหลอมให้กลมกลืนกันเป็นหนึ่งเดียวให้เป็นเอกลักษณ์ของศิริราช ไม่ใช่งานที่ง่าย แต่ก็ไม่อยากจนเกินไปจนทำไม่ได้ ซึ่งบรมครูของศิริราชหลายยุคหลายสมัยได้แสดงผลงานให้สาธุชนได้ประจักษ์แล้ว นับว่าเป็นโชคของเราที่ได้มีโอกาสทำความรู้จักกับองค์กรบ้าง

ในช่วงระยะเวลา 2 ปี ที่ทำหน้าที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาล รู้จักพฤติกรรมต่างๆ รู้ปัญหาบ้าง ที่พูดว่า “บ้าง” นั้น ก็เนื่องจากว่ามีปัญหาเกิดขึ้นทุกๆ วัน โดยไม่ซ้ำรูปแบบกันเลย ที่มีโอกาสบริหารองค์กรมาเกือบ 10 ปี ขอดูโดยหน้าชั้นได้แล้วยังไม่รู้จักศิริราชได้ดีพอ ที่ว่าโชคดียกคือ ได้รู้จักกับปัญหา เมื่อรู้ว่าปัญหาคืออะไรเราก็จะสามารถมาช่วยกันหาวิธีแก้ไขปัญหาได้ ถ้ารู้เขารู้เรา รบ 100 ครั้ง ก็จะชนะทั้ง 100 ครั้ง ดังที่ท่านสุนทรู เสนาธิการกองทัพจีนครั้งโบราณกาลได้กล่าวไว้ แต่ถ้าไม่รู้เขาและซำร้ายไม่รู้เรา ด้วยเรียกได้ว่าอาการหนัก รบ 100 ครั้ง แพ้ทั้ง 100 ครั้ง

เมื่อผมรับหน้าที่เป็นคนบติ รู้สึกว่าความไม่รู้จักตัวเราเองมีมากขึ้น วันหนึ่งๆ มีเรื่องที่เราจะต้องเซ็นชื่อ ทั้งรับทราบ อนุมัติ ไม่อนุมัติ โดยเฉลี่ยประมาณวันละ 20 แพ้ม มากกว่าตอนเป็นผู้อำนวยการ 2-3 เท่า เช่นเดียวกันเราก็ไม่รู้ว่ใครจัดแพ้มมาเสนอให้ มาจากไหน เชิญคนที่รับผิดชอบมาพูดคุยด้วย เจ็ดวันก็ได้เจ็ดอย่าง มีหลายรูปแบบ รองคนบติก็มีงานเซ็นด้วย ทั้งรับทราบ ทั้งอนุมัติ ใครเป็นคนแจกแจง งานไหนจะเป็นของใคร ในที่สุดก็ได้รับคำตอบว่าแล้วแต่ท่านคนบติ ที่จัดให้เท่าที่ผ่านมาเป็นคำสั่งของคนบติท่านก่อนๆ ถ้าอาจารย์จะสั่งใหม่ก็สั่งได้เลย ด้วยเหตุนี้จึงต้องให้งานทุกชิ้น ทุกชนิด ผ่านห้องคนบติทั้งหมด มิใช่ว่าจะเป็นนโยบายรวบอำนาจ หากแต่ว่าเป็นการศึกษา และทำให้รู้จักตัวเราเองมากขึ้น ตลอดเวลา รู้จักแต่ศัตรู แต่ไม่รู้จักตัวเอง เมื่อรู้แล้วก็จะได้ค่อยๆ กระจายอำนาจออกไป กินเวลาหลายเดือน วันหนึ่งๆ ต้องดูเอกสาร 30-40 แพ้ม สนุกดี ที่แรกตั้งใจจะจ้างผู้วิเศษมาจากข้างนอกมาเป็นที่ปรึกษา ไม่ว่าจะเป็นทางการบริหาร การเงินการคลัง แต่ดูแล้วความรู้ของพวกเราน้อย เกรงว่าจะไปพูดกับเขาไม่รู้เรื่อง และพวกเรามีมากเสียด้วย แต่เงินมีน้อย เลยคิดว่าเอาพวกเราที่มีอยู่นี้ แหละมาเป็นที่ปรึกษา จะทำให้เรารู้จักตัวเราเองดีขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หัวหน้างาน หัวหน้าฝ่ายทั้งหลาย ผมถือว่าเป็นบุคคลสำคัญ (Key Person=

KP ซึ่งในปัจจุบันนี้คนในศิริราชจะพูดคล่องปรือเลย ถามว่าจะไปไหนกันจะดูผู้คนขวักไขว่ไปหมด ได้รับคำตอบว่า วันนี้เข้าอบรม KPI ครับ นี่ขนาดเจ้าหน้าที่ธุรการของภาควิชาปริคณิก ผมไม่เข้าใจว่า KPI คืออะไร เลยถามกลับไป เขาก็ตอบมาว่า KPI ก็คือ KPI ไงเล่าครับอาจารย์ ที่เล่ามานี้มีใช้ว่า KP กับ KPI เหมือนกันนะครับ เห็นตัวย่อใกล้เคียงกัน KPI ก็คือ Key Performance Indicators)

กลุ่มหัวหน้างานประมาณ 25-30 คน คือกลุ่มที่ปรึกษาของคณบดี อยู่กันใกล้ชิดเลย ผมตั้งชื่อให้ศักดิ์สิทธิ์หน่อย .เรียกว่า "กลุ่มเศรษฐกิจ" ประชุมกันทุกวันพฤหัสบดี ตั้งแต่ประมาณ 9.00 น. โดยไม่หยุดพักเที่ยง ไปเลิกโดยประมาณ 16.00-17.00 น. บางวันไปถึง 18.00 น. ประ찬ที่ประชุมไม่ยอมลุกไปไหนเลย เพราะเกรงว่าผู้ร่วมประชุมจะหนีหมด เมื่อตอนเลิกประชุมไม่อยากคุยกับใครอีกแล้ว ค่อยๆ ย่องไปห้องน้ำ เกรงว่าถ้าเดินเร็วจะกระฉอก เราทำงานกันอย่างมีความสุข (เขาพูดกัน แต่เท่าที่สังเกตหลายคนไม่สุข ต้องตื่นตัวอยู่กับการทำงานตลอดเวลา-Continuing Quality Improvement- CQI โดยไม่รู้ตัว) จากการที่ได้พบเห็นมาเป็นประจำจากหอผู้ป่วย เห็นว่าข้าวไม่ว่าจะเป็นข้าวสวยหรือข้าวต้ม ทุกวันทุกมื้อ ข้าวเหลือมากมาย แต่ละหอผู้ป่วยเมื่อรวบรวมแล้ว เหลือเต็มถังโตๆ ทีเดียว หอผู้ป่วยมีเป็นร้อยหอ เห็นมาตั้งนานแต่ไม่รู้ว่าจะไปพูดกับใคร แต่เมื่อมาอยู่ในกลุ่มเศรษฐกิจ ตามผู้รับผิดชอบได้คำตอบว่าคงจะหุงข้าวลดลงไม่ได้ เนื่องจากมีสัญญากับคนขนอาหารเหลือกิน เขาซื้อเศษอาหารไปเลี้ยงหมู เราจะต้องมีอาหารเหลือให้เขาวนละ 10 ถังน้ำมันขนาดใหญ่เป็นอย่างน้อย ถ้าไม่ได้ 10 ถังจะถูกปรับ เมื่อดูราคาค่าปรับแล้วเราตัดสินใจให้ถูกปรับดีกว่า เสียเงินน้อยกว่า วันหนึ่งๆ ต้องใช้ข้าวสารหุงข้าว 30 กระสอบ สำหรับคนเกือบ 4,000 คน แต่เป็นผู้ป่วยเสีย 2,000 กว่าคน ซึ่งไม่เจริญอาหาร เราจึงตัดสินใจทำการศึกษาให้ลดการใช้ข้าวสารวันละ 10 กระสอบ เดือนหนึ่งประหยัดได้ตั้ง 300 กระสอบ ข้าวก็ยังไม่พอกินเหลือกินเสียด้วยซ้ำไป เรื่องอาหารสดซึ่งนำมาทำกับข้าว เราสามารถลดการซื้อไปได้ถึงร้อยละ 25 โดยที่คุณภาพอาหารยังเหมือนเดิม วันหนึ่งๆ เราซักผ้าเป็นตันๆ เราทำการทดลองศึกษาการใช้ผงซักฟอก เราก็สามารถลดการใช้ผงซักฟอกได้ถึงร้อยละ 25 โดยที่คุณภาพ

การซักรีดเดิม ผ้าสะอาดเท่าเดิม หากแต่ต้องมีกระบวนการทำเพิ่มขึ้นในการซัก
น้อย โดยไม่สิ้นเปลืองมากนัก

การชื้อยา ขายยา และเวชภัณฑ์นั้น ปีหนึ่งๆ เราใช้เงินเป็นร้อยๆ ล้าน
บาท ข้าวของมากมาย ที่เก็บก็เล็กทำให้สิ้นเปลืองเงินทองมาก ทั้งนี้ต้อง
ลงทุนเงินทองไปซื้อครั้งเดียวทั้งปี ตรวจสอบสินค้าก็ลำบาก พวกเราช่วยกัน
แก้ปัญหาโดยทำสัญญาจะซื้อจะขายในวงเงินเท่าไรต่อปี และให้เขาทยอยส่ง
สินค้า 3-4 อาทิตย์/ครั้ง ส่งของเรียบริ่อยก็รับเงินไป ทำให้เงินทยอยเสีย สินค้า
ทยอยขาย ประหยัดเงินไปได้มาก ของหายน้อย มีเรื่องอื่นๆ อีกมากมาย
ทำให้ปีหนึ่งๆ เราประหยัดรายจ่ายไว้ได้เป็นร้อยล้านบาท

ในการเพิ่มรายรับก็เช่นกัน สำหรับความเอื้ออาทรระหว่างคุณหมอ
คุณพยาบาลกับผู้ป่วยญาติผู้ป่วย หรือผู้มาติดต่ออื่นๆ นั้น ไม่ว่าจะ
ด้านบวกหรือด้านลบ เราก็ตั้งกล่องเพื่อรับข้อมูลทั้งหลาย (ซึ่งในกล่องเหล่านี้
จะพบว่ามีเงินผสมเข้ามาอยู่เสมอๆ) ได้รับคำอธิบายว่า เมื่อก่อนเคยมีกล่อง
รับเงินบริจาคจากผู้มีจิตศรัทธา จึงทำให้ท่านผู้ประสงค์ดีเหล่านั้นหยุดเงิน
ลงไปด้วยความเคยชิน บางครั้งหลายสตางค์อยู่เหมือนกัน) กล่องเหล่านี้
ตั้งอยู่หน้าห้องตรวจและห้องปฏิบัติการทุกห้อง คณะเจ้าหน้าที่เปิดเผยข้อมูล
จะผลัดเปลี่ยนกันทำงานเป็นระยะๆ ข้อมูลเหล่านี้จะได้รับการพิจารณาใน
กลุ่มเศรษฐกิจทุกสัปดาห์ เราจะช่วยกันหาทางแก้ไขปัญหา และแจ้งผลการ
ปฏิบัติงาน โดยนำไปปิดไว้ที่บริเวณกล่องต่างๆ ที่เราได้ข้อมูลมา แลก
เหมือนกันที่ไม่ค่อยจะได้รับการปฏิบัติตอบกลับ ส่วนเรื่องเงินบริจาค่นั้นมี
หลายที่หลายทาง เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบอยู่กันนานเกินไประยะๆ ปี ทำให้เกิด
เสียงซุบซิบนินทา เราเลยสลับสับเปลี่ยนเจ้าหน้าที่หมุนเวียนไปเป็นระยะๆ
ทำให้มีเงินบริจาคเพิ่มขึ้นทันตาเห็น เช่น บริเวณหน้าห้องน้ำดีกตรวจโรค
ผู้ป่วยนอก เคยมีเงินบริจาคเดือนละประมาณราวๆ หมื่นบาทอย่างคงเส้นคง
วา พอเปลี่ยนเจ้าหน้าที่ เงินขึ้นมาเป็นเดือนละ 6-8 หมื่นบาท ผู้บริหาร
โรงพยาบาลเลยถูกวิพากษ์วิจารณ์ในหน้าหนังสือพิมพ์ว่า กินขี้กินเยี่ยวคนไข้
เพราะมีคนเสียผลประโยชน์ ที่ตู้บริจาคหน้าพระราชานุสาวรีย์สมเด็จพระ
บรมราชชนกก็เช่นกัน เคยมีเงินบริจาคเดือนละเกือบๆ สองหมื่นบาท พอ
เปลี่ยนวิธีเก็บพบว่าเงินบริจาคขึ้นมาเป็นเดือนละแสนบาทเศษๆ การแก้

ปัญหาทั้งหลายแหล่ ล้วนออกมาจากห้องประชุมเศรษฐกิจทั้งสิ้น แล้วเรานำไปกลั่นกรองที่ห้องประชุมบริหารคณะฯ โดยเข้าที่ประชุมของท่านรองคณบดีทั้งหลาย จากนั้นก็นำเสนอที่ประชุมคณะผู้บริหารคณะฯ เพื่อขอรับคำอนุมัติ ดำเนินการ

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

เรารวมตัวกันช่วยแก้ไขปัญหาวรรดามี แก้ไขข้อบกพร่องทั้งหลาย เสริมสร้างจุดแข็งให้ดีขึ้นไปเรื่อยๆ อย่างเคียงบ่าเคียงไหล่กัน เราสามารถส่งคณะเศรษฐกิจของเราไปดูงานในที่ต่างๆ ทั้งภายในและนอกประเทศ ที่แรกตั้งใจจะประชุมกันอย่างเข้มข้นทุกสัปดาห์ สัปดาห์ 6 เดือน แล้วจะยืดออกเป็นทุกเดือน แต่ยิ่งทำไปปัญหาต่างๆ ทั้งหลายแหล่ที่หมักหมมกันอยู่ ปรากฏออกมาให้เราได้แก้ไขอย่างไม่หยุดหย่อน เราก็เพลิดเพลินในการที่จะทำงานร่วมกันอย่างภราดรภาพ งานจึงไปได้ราบรื่น ดีบ้าง ไม่ดีบ้าง สุขหัวกันทุกอาทิตย์ตลอดระยะเวลา 7 ปี

ท่านผู้บริหารโรงพยาบาล ท่านผู้ให้บริการทางสุขภาพทั้งน้อยใหญ่ที่เคารพทุกท่าน ท่านได้รับรู้เรื่องราวเล็กๆ น้อยๆ ที่ผมได้บรรยายพอเป็นสังเขปแล้ว อาจจะทำให้ท่านมีกำลังใจในการกระทำภารกิจให้ลุล่วงไป อาจจะได้บ้าง ไม่ได้บ้าง สำเร็จบ้าง ไม่สำเร็จบ้าง มีอารมณ์บีบติบ้าง ท้อถอยบ้าง ยามใดก็ตามเมื่อเกิดอารมณ์หดหู่ ท้อถอย เสียกำลังใจ ขอให้ท่านได้ตั้งสติให้หนักไว้เสมอว่า เราทำทุกอย่างเพื่อสังคม เพื่อประชาชนที่มีความทุกข์มากกว่าเราให้เขาพ้นทุกข์ ถ้ายังทำใจไม่ได้ ผมก็ยังเห็นว่าท่านยังมีโชคดี ปัจจุบัน

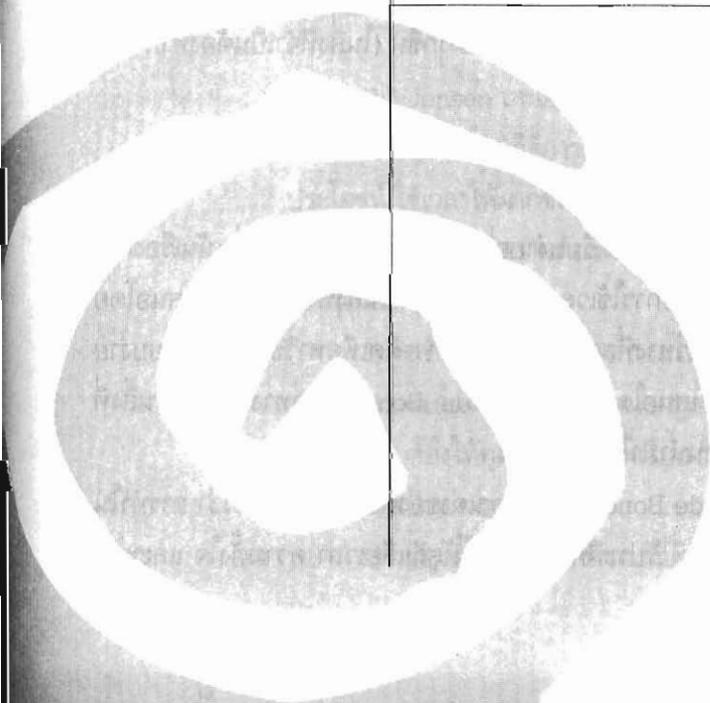
นี่ท่านยังมีสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล พร้อมเสมอที่จะคอยให้กำลังใจ คอยช่วยเหลือชี้แนะ และร่วมกันแก้ปัญหาที่ท่านแบกัลยาณมิตร ไม่ว่าจะเป็นแห่งใดในบ้านนี้เมืองนี้ ขอเชิญชวนทุกๆ ท่านที่คอยดูแลสุขภาพให้แก่ประชาชนในชาติ มาช่วยกันพัฒนาคุณภาพการให้บริการด้วยชีวิตจิตใจ และโปรดอย่าลืมให้บริการตัวเองด้วย ขอให้โชคดีครับ

ตอนที่ 3

ความเรียบง่าย

(S i m p l i c i t y)

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





1. คำประกาศแห่งความเรียบง่าย: ความเรียบง่ายคือพลัง

คำประกาศนี้เกิดขึ้นในปี 1994 โดย John Harris ในที่ประชุมผู้นำขององค์กรซึ่งกลายมาเป็นธนาคารขนาดใหญ่ของโลกแห่งหนึ่ง

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

ความเรียบง่ายคือพลัง ที่จะทำให้น้อยลง (ในสิ่งที่ไม่มีความจำเป็น)
ความเรียบง่ายคือพลัง ที่จะทำให้มากขึ้น (ในสิ่งที่จำเป็นต้องทำ)

2. แนวคิดเรื่องความเรียบง่าย

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

Edward de Bono กล่าวถึงคุณค่าของความเรียบง่ายไว้ว่า การทำในสิ่งที่ซับซ้อนเป็นสิ่งที่ไร้ประสิทธิภาพ ทำให้สูญเสียเวลา ความตั้งใจ และพลัง

ใจโดยไม่จำเป็น หากมีวิธีการที่ง่ายกว่าก็ไม่มีเหตุผลที่จะต้องทำในสิ่งที่ซับซ้อน เรามีโอกาสที่จะพบวิธีการทำงานที่ง่ายกว่าเดิมอยู่ตลอดเวลา ขอเพียงเราให้คุณค่า ให้ความเวลา และพยายามคิดสร้างสรรค์หาแนวทางที่ง่ายกว่า

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

ผู้ที่คุ้นเคยกับความซับซ้อนจะไม่สังเกตเห็นความซับซ้อน และมักจะเพิ่มความซับซ้อนให้มากยิ่งขึ้นไปอีก การหาวิธีทำงานให้เรียบง่ายขึ้น น่าจะเป็นการดีกว่าการฝึกให้ผู้คนจัดการกับความซับซ้อน

ความเรียบง่ายจะเกิดได้ต่อเมื่อเรา **ให้ความสำคัญกับแนวคิดที่เป็นเป้าหมายของการทำงานมากกว่ารายละเอียดของวิธีการปฏิบัติ**

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

3. กฎของความเรียบง่าย

Bill Jensen เสนอว่าพลังแห่งความเรียบง่ายจะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อ

1) เราเปลี่ยนวิธีการใช้เวลาของเรา ใช้เวลาให้น้อยลงกับสิ่งที่ไม่เป็นประโยชน์ ใช้เวลาให้มากขึ้นเพื่อทำความชัดเจนในสิ่งที่ซับซ้อน

2) เริ่มต้นที่ความต้องการของเจ้าหน้าที่และลูกค้า ทำงานถอยหลังจากจุดนั้น

3) สร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ และอิสรภาพในความคิด Edward de Bono ได้เสนอกฎของความเรียบง่ายไว้ดังนี้

1) ต้องให้คุณค่าแก่ความเรียบง่ายในระดับสูง ระดับที่เป็นเป้าหมายหลัก มีเป้าหมายรอง

2) ต้องตั้งใจแสวงหาความเรียบง่ายต้องทำให้เกิดขึ้นด้วยตนเองทุ่มเท

เวลาและพลังความคิดให้ ถ้าเราไม่พอใจกับความซับซ้อน เราก็จะใช้เวลามากขึ้นเพื่อหาวิธีการที่ง่ายกว่า ทุกสิ่งทุกอย่างสามารถทำให้เรียบง่ายขึ้นได้

3) ต้องเข้าใจรายละเอียดและคุณค่าในเรื่องนั้นเป็นอย่างดีมีฉะนั้นจะกลายเป็นการเอาง่ายเข้าว่า

4) ต้องออกแบบทางเลือกและสิ่งที่เป็นไปได้โดยอาศัยความคิดสร้างสรรค์ ไม่หยุดอยู่แค่ความคิดแรกซึ่งมักจะไม่ใช่ความคิดที่ดีที่สุด

5) ต้องทำลายและละทิ้งสิ่งที่มีอยู่ ขจัดสิ่งที่ไม่มีความหมายที่จะคงไว้ออกไป

6) ต้องพร้อมที่จะเริ่มต้นใหม่หากจำเป็น บางครั้งการเริ่มต้นใหม่อาจง่ายกว่าการปรับเปลี่ยนในสิ่งที่มีอยู่แล้ว

7) ต้องใช้แนวคิดรวบยอดก่อน จึงจะลงไปสู่รายละเอียดที่เป็นรูปธรรม ความสามารถในการสกัด/กำหนด/ออกแบบแนวคิด (concept) เป็นหัวใจของกระบวนการทำให้เรียบง่าย คำถามสำคัญสามคำถามคือ ทำไม? อย่างไร? มีคุณค่าอะไร?

8) ต้องแยกแยะสรรพสิ่งออกเป็นหน่วยย่อย ซึ่งสามารถจัดการได้ง่ายกว่า

9) ต้องเตรียมสละคุณค่าอื่นเพื่อความเรียบง่าย เช่น สละความสมบูรณ์แบบชั่วคราวเพื่อความเรียบง่าย

10) ต้องรู้ว่าออกแบบความเรียบง่ายเพื่อใคร ผู้ให้บริการหรือเจ้าของระบบ เป้าหมายของการทำงานใดๆ คือการส่งมอบคุณค่าให้ผู้รับผลงานการทำงานที่ดีที่สุดคือการส่งมอบคุณค่าให้กับทุกคนที่เกี่ยวข้อง

4. สร้างความเรียบง่ายในชีวิตประจำวัน

▶▶▶ สร้างนิสัยความเรียบง่ายในแต่ละคน

Edward de Bono ให้ข้อเสนอแนะเพื่อสร้างนิสัยที่จะสร้างความเรียบง่ายให้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการคิดปกติของเรา ไว้ดังนี้

1) **คิดทีละเรื่อง** แม้ว่าเราจะคิดได้หลายเรื่องพร้อมๆ กัน แต่การให้ความสนใจกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่ละเรื่องจะส่งผลให้เกิดความเรียบง่ายกว่า

2) **เอ่ยปากพูด** ความคิดซับซ้อนเกิดขึ้นภายใต้จิตสำนึก การเอ่ยปากพูดออกมาช่วยให้เกิดความกระจ่าง

เราอาจจะพูดถึงสิ่งที่ยากลำบากในการตัดสินใจ หรือเหตุผลของการตัดสินใจที่ได้ทำลงไปแล้ว เช่น เหตุที่ตัดสินใจ เพราะ... เพราะ... เพราะ... ซึ่งสามารถสรุปออกมาได้ว่า เป็นเพราะความกลัวและความอยาก และเราสามารถกลับมาทบทวนหรือหาเหตุผลของการตัดสินใจในครั้งนั้นได้

3) **แยกเรื่อง** ความซับซ้อนอาจจะเกิดจากการที่เราพยายามทำหลายเรื่องในขณะเดียวกัน ถ้าแยกแยะออกแล้วทำทีละเรื่อง จะทำให้เราได้คำตอบที่ง่ายขึ้น

4) **วิเคราะห์แยกส่วน** แยกแยะองค์ประกอบให้อยู่ในขนาดที่จัดการได้ แล้วจัดการกับองค์ประกอบนั้นทีละเรื่อง

5) **ก้าวสั้นๆ ขั้นเล็กๆ** เป็นการง่ายกว่ามากที่จะมุ่งความสนใจไปที่ก้าวต่อไป แทนที่จะสนใจงานทั้งหมด งานที่ซับซ้อนน่ากลัวสามารถแบ่งออกได้เป็นขั้นตอนเล็กๆ ท่านก้าวเดินขั้นแรก แล้วค่อยๆ ก้าวขั้นต่อไป ต่อไป

6) **สกัดแนวคิดรวบยอด (concept)** เราถูกสอนถูกฝึกให้จัดการกับรายละเอียดที่เป็นรูปธรรม ไม่ค่อยได้ใช้แนวคิดรวบยอดซึ่งถูกเก็บซ่อนไว้ในจิตใต้สำนึก เมื่อท่านสกัดแนวคิดรวบยอดและเอ่ยปากออกมา ท่านก็ก้าวอยู่บนหนทางของความเรียบง่ายแล้ว ทิศทางกว้างๆ ของคำตอบได้ถูกกำหนดขึ้นแล้ว รอการแปลงออกมาเป็นรายละเอียดในทางปฏิบัติ

7) **หาที่พักก่อนถึงเป้าหมาย** เป็นการก้าวไปในตำแหน่งที่เราคุ้นเคยก่อนแล้วค่อยมุ่งไปสู่วัตถุประสงค์ที่ต้องการ คล้ายคลึงกับกระบวนการทางคณิตศาสตร์ที่รู้จักกันดีในการปรับเปลี่ยนปัญหาใหม่ ไปสู่ปัญหาที่คุ้นเคยซึ่งมีคำตอบอยู่แล้ว

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

ตัวอย่างการแก้ปัญหาคาดแคลนกำลังคนที่ไม่มีมือ

ทิศทาง	Concept	รูปธรรมในการปฏิบัติ
เพิ่มจำนวนคนที่ได้รับการอบรม		
ลดความจำเป็นในการใช้แรงงานที่มีฝีมือ		
เพิ่มความสามารถในการผลิต	ทำงานให้มากขึ้น	
	มีเวลากับงานที่ต้องใช้ทักษะให้มากขึ้น	ให้มีผู้ช่วยทำงานที่ไม่ต้องการทักษะพิเศษทำงานร่วมกันหรือแลกเปลี่ยนระหว่างแผนก

9) **ความคิดคู่ขนาน** การให้ทุกคนมองไปในทิศทางเดียวกันโดยใช้เทคนิค หมวก 6 สี จะช่วยแยกแยะแถบความคิดต่างๆ ออกจากกัน ช่วยให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ ช่วยจัดการต่อสู้อย่างยืดหยุ่น และช่วยร่นเวลาในการทำงาน

10) **ไม่ต้องทำให้สมบูรณ์** การทำให้เกิดความสมบูรณ์อาจจะเป็นการเพิ่มงานมากมายมหาศาล การยอมรับงานที่ดีในระดับหนึ่งซึ่งรัดกุมปราศจากความผิดพลาด ทำให้ทำงานได้ง่ายขึ้น แต่ก็พร้อมที่จะปรับปรุงให้ดีขึ้น

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

12) **ทำความกระฉ่าง** การทำความกระฉ่างและความเรียบง่ายเป็นสิ่งที่ควบคู่ไปด้วยกัน การ “เอ่ยปากพูด” ทำให้เกิดความกระฉ่างกับเรื่องราว เช่น สถานการณ์ที่นี้เป็นอย่างไร เราจำเป็นต้องทำอะไรบ้าง กำลังเกิดอะไรขึ้น

▶▶▶ **บทบาทของผู้นำในการสร้างความเรียบง่าย**

ผู้นำทำให้เกิดงานผ่านการกระทำของคนอื่น หากผู้นำใช้คำถามที่ถูกต้องจะจับจุดเน้นความสนใจ นำมาสู่การเปลี่ยนแปลงวิธีทำงาน และลดการใช้เวลาของผู้ปฏิบัติงาน

มี building block 5 สิ่ง ที่ผู้นำจะต้องทำความเข้าใจกับผู้ปฏิบัติงาน

ซึ่ง Bill Jensen เรียกว่า Know-Feel-Use-Do-Succeed ได้แก่

- 1) **รู้**ว่าอะไรคือสิ่งที่สำคัญสุดยอดไม่ก็ประการ
- 2) **รู้สึก**อยากมีส่วนร่วม
- 3) **ใช้**เครื่องมือ ที่มีความชัดเจน มีจุดเน้น เป็นระบบ
- 4) **ทำ**ตามแผน เป็นการสร้างและบริหารความคาดหวัง แต่ละคนรู้ว่าใครจะต้องทำอะไร เมื่อไร
- 5) **ภาพความสำเร็จ** ทั้งในส่วนผลลัพธ์ ความก้าวหน้าตามแผน พฤติกรรมและปฏิสัมพันธ์ในทีม

5. เทคนิคของการสร้างความเรียบง่ายและการประยุกต์กับโรงพยาบาล

Edward de Bono ได้เสนอแนะเทคนิคของการสร้างความเรียบง่ายไว้หลายวิธีด้วยกัน ทีมงาน HA ได้พยายามนำประสบการณ์ที่พบเห็นมาเทียบเคียงกับข้อเสนอแนะดังกล่าว

▶▶▶ 5.1 การทบทวนอดีต/การตัด สลัด ลดรูป เงื่อนไข/การทำทนาย

แรงจูงใจที่จะแสวงหาความเรียบง่ายจะช่วยให้เราเริ่มมองดูสิ่งที่ไม่เป็นปัญหาและเริ่มต้นถามว่า “นี่เป็นวิธีการที่เรียบง่ายที่สุดในการทำงานหรือไม่”

สิ่งที่ทำต่อเนื่องกันมาเป็นเวลานานนั้นอาจจะไม่ใช่สิ่งที่ดีที่สุดแต่อาจเป็นเพราะในอดีตนั้นไม่มีเทคโนโลยีที่จะทำได้ด้วยวิธีอื่น

การทบทวนอดีตคือการตรวจสอบแต่ละส่วนของสิ่งที่ทำอยู่ เพื่อดูว่าทำไมต้องทำอย่างนั้นครั้งแรก และยังจำเป็นต้องทำด้วยวิธีนี้ต่อไปหรือไม่ ถ้าได้ข้อสรุปว่าทำมากเกินอย่างนั้นเนื่องจากไม่มีใครคิดจะตรวจสอบมัน ก็สมควรที่จะเปลี่ยนแปลงหรือยกเลิกไป

บางครั้งการสลัดวิธีการทำงานบางอย่างออกไป อาจจะต้องมีการปรับบางอย่างเกิดขึ้น แต่ต้องไม่ใช่การหาวิธีอื่นมาทดแทนในสิ่งเดิม

การคิดทำทนายจะช่วยให้เราสลัดสิ่งที่ไม่จำเป็นออกไปได้ง่ายขึ้น เราจะพิจารณาสิ่งที่ทำอยู่แล้วคิดในใจว่า “นี่อาจจะเป็นวิธีการที่ดีที่สุดในการทำงาน อาจจะเป็นวิธีการเดียวที่มีอยู่ แต่ฉันต้องการที่จะทำทนายมัน” การทำทนาย

ไม่ใช่การโจมตี ไม่ใช่การชี้ข้อบกพร่อง

คำถาม 3 ข้อ ที่มีประโยชน์เพื่อสลัดสิ่งที่ไม่จำเป็นออกไป

“เราจำเป็นต้องทำสิ่งนี้หรือไม่ เราจะเลิกทำสิ่งนี้ได้หรือไม่”

“อะไรคือเหตุผลที่เราต้องทำอย่างนี้ เรายังจำเป็นต้องเคารพเหตุผลนี้
อยู่หรือไม่”

“มีทางเลือกอื่นที่จะทำหรือไม่”

ลองพิจารณาตัวอย่างต่อไปนี้

ก. นักเรียนแพทย์จะถูกสอนว่าการอ่านภาพรังสีของกระดูกหักในเด็ก
ควรจะถ่ายเปรียบเทียบกับทั้งข้างที่บาดเจ็บและข้างที่ปกติ เพื่อให้สามารถ
แยกแยะระหว่างร่องรอยของกระดูกหักกับ epiphyseal plate เมื่อเป็น
แพทย์ประจำบ้านเราก็ถูกสอนให้ทำอย่างนี้ เมื่อจบเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญแล้ว
เราก็ยังคงทำอย่างนี้ วันหนึ่งเมื่อเรามีความมั่นใจว่าสามารถแยกแยะระหว่าง
รอยหักของกระดูกกับ epiphyseal plate ได้ ก็หมดความจำเป็นที่จะต้อง
ถ่ายภาพรังสีในข้างที่ปกติเพื่อมาเปรียบเทียบ

ข. ผู้ป่วยที่จะได้รับการผ่าตัด elective case มักจะถูกนัดมานอน
โรงพยาบาลล่วงหน้า ซึ่งอาจจะเป็นวันเดียวเพื่อเตรียมความพร้อมต่างๆ
หรืออาจจะเป็นเวลาหลายวันเพื่อรอคิวห้องผ่าตัด ทำให้เตียงที่มีอยู่จำกัดไม่
เพียงพอ และยิ่งนอนโรงพยาบาลหลายวันก็ยิ่งเสี่ยงต่อการติดเชื้อในโรง
พยาบาลมากขึ้น เมื่อเราแสวงหาความเรียบง่ายเราก็ตั้งคำถามว่าจะเตรียม
ความพร้อมผู้ป่วยในลักษณะผู้ป่วยนอกได้หรือไม่ จะจัดระบบนัดคิวผ่าตัด
โดยไม่ต้องให้ผู้ป่วยนอนอยู่ในโรงพยาบาลได้หรือไม่ จนกระทั่งเกิดการพัฒนา
เป็น ambulatory surgery ได้

ค. พยาบาลในโรงพยาบาลบางแห่งปรับเปลี่ยนวิธีการวางแผนดูแล
ผู้ป่วยและบันทึกทางการแพทย์แล้วถามตัวเองว่า Kardex ยังจำเป็นอยู่
อีกหรือไม่ เมื่อได้รับคำตอบว่าสิ่งนี้ออกแบบใหม่สามารถทดแทน Kardex ได้
ก็ทำให้งานของพยาบาลง่ายขึ้น

ในชีวิตประจำวันของท่านมีอะไรอีกที่สามารถตัดออกไปจากการทำงาน
ประจำวันได้อีก?

▶▶▶ 5.2 การฟัง

วิธีการที่ทรงพลังในการสร้างความเรียบง่ายคือการฟังผู้ที่ลงมือปฏิบัติ เราอาจจะได้ฟังวิธีการทำงานที่ทำตามๆ สิ่งที่ได้รับการสั่งสอนกันมาโดยไม่เคยหยุดคิดทำท่าย หรือเราอาจจะได้ฟังวิธีการทำงานของ “คนซี้เกียจ” ซึ่งมีแรงจูงใจที่จะทำให้ชีวิตของตัวเองง่ายขึ้น แม้ว่าจะมีความเสี่ยงและอาจจะทำให้คุณภาพลดลง แต่ก็คุ้มที่จะฟัง

เราอาจจะตั้งคำถามกระตุ้นให้ผู้คนคิดถึงวิธีการที่ง่ายขึ้น อาจจะต้องตั้งคำถามเล็กๆ มาช่วยกันคิด อาจจะมีซักชวนเจ้าหน้าที่ไปดูงานของคนอื่น

การรับรู้ด้วยสายตาจะได้ประโยชน์มากกว่าการฟังด้วยหู เพราะบางครั้งคำพูดไม่อาจอธิบายได้ทั้งหมด

ระบบข้อเสนอแนะจะมีพลังมากถ้าจัดการให้ดี จะต้องให้รางวัลแก่ความพยายาม ต้องยกย่องข้อเสนอแนะทุกอันแม้ว่าจะเปล่าประโยชน์ที่สุด เพื่อนำพลังเข้ามาในระบบ การเปลี่ยนจุดเน้นของข้อเสนอแนะในแต่ละเดือน จะช่วยจำกัดขอบเขตของการคิดและได้ผลชัดเจนขึ้น

ลองพิจารณาตัวอย่างต่อไปนี้

ก. พนักงานขนขยะมีหน้าที่ไปรวบรวมขยะจากหอผู้ป่วยมาใส่ตู้ container เพื่อรอเทศบาลมาขนไป ถูขยะที่รัดไว้อย่างแน่นหนานั้นจะมีอากาศอยู่ภายในด้วย ทำให้ถุงโป่ง เปลืองเนื้อที่ พนักงานขนขยะจึงเจาะถุงให้แตก จะได้สามารถขนขยะได้มากขึ้นในแต่ละครั้ง ผลก็คือเกิดความปนเปื้อนและมีกลิ่นเหม็นขึ้นในบริเวณที่พักขยะ ข้อมูลนี้ควรนำมาสู่ความคิดในการแก้ปัญหาที่หลากหลาย เช่น หน่วยงานควรผูกมัดถุงขยะในลักษณะที่มีอากาศในถุงน้อยที่สุด จัดระบบรวมขยะที่พนักงานขนขยะไม่ต้องยุ่งเกี่ยวกับถุงขยะอีก จัดหารถเข็นที่สามารถขนถังขยะได้มากขึ้นอีกเท่าตัว เป็นต้น

ข. เสาไม้เกลือในหอผู้ป่วยมักจะเป็นมารชีวิตของพนักงานทำความสะอาด ทำให้ทำงานยากขึ้น พนักงานทำความสะอาดกลุ่มหนึ่งจึงคิดหาทางทำที่แขวนน้ำเกลือลอยฟ้า เอาไปห้อยอยู่กับเพดานเสีย ไม่ต้องมาเกาะกะอยู่ที่พื้น ต่อมาแพทย์และพยาบาลก็เกิดความคิดว่าเสาตั้งเครื่องช่วยหายใจ Bird ก็เกาะกะเช่นกัน จึงเกิดความคิด Bird ลอยฟ้าขึ้นมาอีก

ท่านคิดว่าท่านอยากจะไปรับฟังความคิดของผู้ปฏิบัติงานตรงไหนบ้าง?

▶▶▶ 5.3 การควม

การควมทำให้ชีวิตเรียบง่ายขึ้นทั้งในส่วนของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ลองพิจารณาตัวอย่างต่อไปนี้

ก. แทนที่จะให้พนักงานผู้ช่วยของแต่ละหอผู้ป่วยต้องไปรับส่งสิ่งของที่หน่วยงานต่างๆ ด้วยตนเอง ต่างคนต่างไป หอผู้ป่วยที่อยู่ใกล้ๆ กันก็มาตกลงกันที่จะให้พนักงานคนหนึ่งเป็นตัวแทนของทุกหอผู้ป่วยไปรับส่งสิ่งของ หมุนเวียนสลับกันไปในแต่ละเดือน ทำให้พนักงานมีเวลาทำงานอยู่ในหอผู้ป่วยมากขึ้น

ข. เมื่อผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยการเจ็บป่วยบางอย่าง โรงพยาบาลอาจจะสามารถผนวกโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเข้าได้ด้วย เช่น การตรวจสอบว่าผู้ป่วยได้รับการตรวจคัดกรองเพื่อการค้นหาโรคในระยะแรกเริ่มแล้วหรือไม่ พร้อมทั้งนัดหมายมาตรวจในเวลาที่เหมาะสม

ค. การเยี่ยมบ้านซึ่งยึดเอาครอบครัวที่ได้รับการเยี่ยมเป็นหลัก และผนวกบริการต่างๆ เข้าไปในครั้งเดียวกัน เช่น การดูแลผู้สูงอายุ การดูแลอนามัยแม่และเด็ก การติดตามการเจ็บป่วย

ในการควม อาจจะต้องถามตัวเองว่า การควมนี้ทำให้เราทำงานได้ง่ายขึ้น หรือเพียงแค่ทำให้เราทำได้มากขึ้น

ท่านมองเห็นโอกาสที่จะควมอะไรได้อีกบ้าง?

▶▶▶ 5.4 การสกัดแนวคิด (Extracting Concept)

การสกัดแนวคิด (concept) เป็นวิธีสำคัญที่สุดในการสร้างความเรียบง่าย หลายคนไม่ชอบพูดเรื่องแนวคิดเพราะเห็นว่าเป็นเรื่องคลุมเครือ ไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน แต่แนวคิดเป็นส่วนสำคัญของกระบวนการคิดอย่างสร้างสรรค์

เมื่อนักบินอวกาศประสบปัญหาไม่สามารถใช้ปากกาลูกกลิ้งเขียนได้บนยานอวกาศ หากเราตั้งคำถามว่า “ทำอย่างไรปากกาลูกกลิ้งจึงจะเขียนได้ในสภาพไร้น้ำหนัก” คำตอบที่ได้คือปากกาลูกกลิ้งที่อาศัยแรงดันของไนโตรเจน แต่หากเราตั้งคำถามว่า “ทำอย่างไรจึงจะเขียนกลับหัวได้” คำตอบคือ ดินสอ หากถอยกลับไป concept เราจะแก้ปัญหาดังกล่าวได้ง่ายขึ้น

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

concept จะต้องกล่าวอย่างกว้างๆ คลุมเครือ ไม่ชัดเจน เพื่อให้สามารถขยายความออกมาได้หลายทิศทาง

ลองพิจารณาตัวอย่างต่อไปนี้

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

ข. เรื่องบันทึกเวชระเบียนเช่นเดียวกัน มีคำถามเข้ามาว่า การทำ HAN นั้นต้องให้ทุกวิชาชีพเขียน progress note ร่วมกันหรือไม่ คำตอบว่า ใช่หรือไม่ใช่ ไม่เกิดประโยชน์ ต้องทำความเข้าใจที่ concept ของข้อเสนอแนะดังกล่าว คือ “ทำอะไรให้ผู้ประกอบวิชาชีพที่ร่วมดูแลผู้ป่วยได้รับรู้ และใช้ประโยชน์ข้อมูลในแต่ละฝ่ายมีอยู่” ทางเลือกย่อมมีได้หลายวิธี เช่น การใช้สีทำเครื่องหมายต่างๆ ในบันทึกของพยาบาลและมีกระดาษสอดให้แพทย์ทราบว่ามีข้อมูลสำคัญที่ต้องการให้แพทย์รับทราบ การมีบันทึกสหสาขาซึ่งแยกออกจากบันทึกของแพทย์หรือการรวมบันทึกของทุกวิชาชีพเข้าด้วยกัน

โดยยังคงเก็บบันทึกเฉพาะที่จำเป็นในส่วนของแต่ละวิชาชีพไว้

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

ลองทบทวนการพัฒนาคุณภาพที่ผ่านมาว่าท่านสามารถสกัดแนวคิดอะไรได้บ้าง?

▶▶▶ 5.5 จัดการสำหรับส่วนใหญ่ และเปิดช่องให้มีข้อยกเว้น

ระบบหลายอย่างมีความยุ่งยาก เนื่องจากต้องพยายามจัดการกับข้อยกเว้นทุกประเภท ถ้าเราสามารถจัดการกับสถานการณ์ส่วนใหญ่ซึ่งเป็นส่วนกลางของระฆังคว่ำได้ ทุกอย่างก็จะง่ายขึ้น

สิ่งต่างๆ จะทำให้เรียบง่ายขึ้นได้ด้วยการออกแบบระบบเพื่อรองรับสถานการณ์และบุคคลส่วนใหญ่ และให้แนวทางพิเศษสำหรับจัดการกับสถานการณ์หรือบุคคลที่ออกไปอยู่นอกเกณฑ์เฉลี่ย

ลองพิจารณาตัวอย่างต่อไปนี้

ก. ในการพูดคุยเรื่องทำ clinical practice guideline เหตุผลหนึ่งที่เรา มักจะได้รับการหยิบยกขึ้นมาพูดกันบ่อยๆ คือ หลักฐานจากต่างประเทศอาจ จะไม่เหมาะสมกับเงื่อนไขในประเทศไทย แล้วก็หยุดกันไปแค่นั้น หากได้มีการพิจารณาว่าหลักฐานประเภทใดบ้างที่ไม่สามารถนำมาใช้ได้ เราต้องการ ข้อมูลอะไรเพิ่มเติม หากได้พิจารณาว่าแล้วหลักฐานอีกจำนวนมากที่ควรจะนำมาใช้ปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยของเรามีอะไรบ้าง ถ้าเรายอมรับข้อมูลส่วนใหญ่ แล้วหาทางจัดการกับข้อมูลส่วนน้อยที่เป็นข้อยกเว้น เราจะสามารถได้ง่ายขึ้น

ข. วันไหนที่มีคลินิกเบาหวานที่โรงพยาบาล วันนั้นโรงพยาบาลจะ กลายเป็นตลาดนัด ถามว่าทำไมผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลได้แล้ว ยัง ต้องมาพบแพทย์ทุกครั้งเพียงเพื่อรับยาเดิมต่อ จะให้พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่

สถานที่อันน่ามหัศจรรย์หาแทนได้หรือไม่คำตอบที่จะได้รับมักจะเป็นคำตอบปฏิเสธ ด้วยเหตุผลว่าผู้ป่วยบางรายอาจจะมีปัญหา ต้องมีการปรับเปลี่ยนยา ทามว่า ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยที่มาคลินิกเบาหวานเป็นผู้ป่วยประเภทใด ระบบที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยส่วนใหญ่ควรเป็นอย่างไร และจะจัดระบบสำหรับผู้ป่วยที่เป็นกรณียกเว้นอย่างไร

มีอะไรอีกที่ท่านสามารถออกแบบให้กับคนส่วนใหญ่และหาทางจัดการ สำหรับกลุ่มที่เป็นกรณียกเว้นต่างหาก?

▶▶▶ 5.6 การกระตุ้นยั่วยุด้วยการตัดทิ้ง (Provocative Amputation)

ในการสลัดทิ้งหรือทบทวนอดีตเราจะเลิกทำเมื่อพบว่าเกินความจำเป็น แต่ในการยั่วยุนี้จะไม่มีการตรวจสอบความจำเป็นดังกล่าว เป็นการยั่วยุให้หาทางเลือกใหม่ๆ ที่เรียบง่ายกว่าเดิม ด้วยการถามว่าถ้าไม่เอาสิ่งที่ยอมรับกันอยู่นั้น จะมีการปรับตัวเกิดขึ้นอย่างไร

ไม่ว่าว่าการกระตุ้นยั่วยุนี้จะนำมาสู่ความเรียบง่ายในการทำงานเสมอไป อาจจะได้ข้อเสนอที่ซับซ้อนยิ่งกว่าเก่า บ่อยครั้งที่ความคิดที่ง่ายกว่านั้นเป็นความคิดที่ตามมาหลังๆ

โปรดพิจารณาตัวอย่างต่อไปนี้

ก. ในการพัฒนาคุณภาพมีเสียงบ่นกันมากกว่าเสียเวลาไปกับการประชุมมาก คำถามเพื่อยั่วยุคือ “จะทำงานเป็นทีมโดยไม่ต้องประชุมได้อย่างไร” ทำไมเราจะต้องรอคิดถึงเรื่องคุณภาพเฉพาะในที่ประชุม ในเมื่อเราพบเหตุการณ์หรือได้รับข้อมูลที่จะกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพตลอดเวลา ทำไมเราจะต้องมานั่งระดมสมองกันในที่ประชุมในเมื่อเราสามารถคิดในช่วงเวลาใดก็ได้ และสามารถนำความคิดมารวมกันได้หลายวิธี ทำไมเราจะต้องมาคุยกันในที่ที่มีสมาชิกจำนวนมาก ในเมื่อเรื่องบางเรื่องสามารถจัดการได้ด้วยทีมขนาดเล็กหรือคนเดียว

ข. มาตรการป้องกันการติดเชื้อหลายอย่างที่เคยใช้กันมาในอดีต เป็นการใช้โดยไม่มีหลักฐานทางวิชาการสนับสนุน เมื่อตั้งคำถามยั่วยุว่า “เราจะเลิกใช้มาตรการเหล่านี้ได้หรือไม่” ทำให้เกิดการทบทวนข้อมูลวิชาการ และเลิกใช้มาตรการที่ไม่มีหลักฐานสนับสนุนว่าเกิดประโยชน์ เช่น เลิกเปลี่ยน

รองเท้าและสวมเสื้อกาวน์ในหอผู้ป่วยหนัก เลิกการถูพื้นด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ เลิกใช้ spray ฆ่าเชื้อ เลิกอบห้องผ่าตัดด้วยฟอร์มาลิน เลิกการติดตั้ง UV light ในห้องผ่าตัดและหน่วยจ่ายกลาง เลิกการวางเพาะเชื้อในห้องผ่าตัด เลิกการใช้น้ำร้อนในการซักเสื้อผ้าผู้ป่วย

ในชีวิตประจำวันของท่าน มีอะไรที่น่าจะช่วยให้ตัดทิ้งได้อีกบ้าง?

▶▶▶ 5.7 วิธีคิดฝันปรารถนา

ความคิดฝันหมายถึงการผลักดันให้คิดถึงวิธีทำงานที่เป็น "อุดมคติ" หรือ "สมบูรณ์แบบ" วิธีคิดนี้อาจจะเกิดผลที่ตามมาได้สองประการ ประการแรกคือดูว่าทำไมคำตอบที่สมบูรณ์นี้จึงไม่สามารถปฏิบัติได้ ประการที่สองคือใช้ความปรารถนาเป็นตัวกระตุ้นยั่วความคิดใหม่ๆ

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

โปรดพิจารณาตัวอย่างต่อไปนี้

ก. ปัญหาเวรระเบียบหาย หาเวรระเบียบไม่พบ ปัญหาการเขียนใบส่งตัว เมื่อ refer ผู้ป่วย ปัญหาผู้ป่วย shopping around ทำให้เราเกิดความคิดฝันว่า "จะดีกว่านี้ไหมถ้าผู้ป่วยจะถือเวรระเบียบไว้เอง" ถ้าเป็นเช่นนั้น ผู้ป่วยจะไม่ต้องรอให้เจ้าหน้าที่ค้นบัตรให้ แพทย์สามารถรับรู้ข้อมูลว่าผู้ป่วยได้รับการอะไรบ้าง ไม่ว่าจะไปรับบริการที่ไหนมา ปัญหาตามมาก็คือถ้าผู้ป่วยทำเวรระเบียบหายจะทำอย่างไร การรักษาความลับของผู้ป่วยจะมีปัญหาหรือไม่ แพ้มใหญ่เทอะทะคงไม่มีใครอยากหอบกลับไปบ้าน หรือเอากลับไปแล้วลืมเอามาโรงพยาบาล เมื่อเทคโนโลยีก้าวหน้าไป อาจเป็นไปได้ว่าสิ่งที่ผู้ป่วยนำติดตัวไปอาจจะเป็นเพียง smart card แผ่นเล็กๆ ซึ่งมีข้อมูลการรับบริการทุกอย่าง

ตัวอย่างข้างต้นนี้ได้สะท้อนวิธีการอีกอย่างหนึ่งของความเรียบง่าย คือ

การเคลื่อนย้ายภาระงานจากโรงพยาบาลไปสู่ผู้ป่วย จากเจ้าหน้าที่ไปสู่ระบบคอมพิวเตอร์

ข. ปัญหาผู้ป่วยอุบัติเหตุซึ่งเป็นคดีความและแพทย์ต้องไปเป็นพยานศาล เมื่อกลับมาอ่านบันทึกการตรวจร่างกายแล้วก็อาจจะยังนึกภาพไม่ออกว่าผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บเพียงใด ลักษณะบาดเจ็บเป็นอย่างไร ทำให้เราเกิดความคิดฝันว่า "จะดีกว่านี้ไหม ถ้าตอนไปเป็นพยานศาล เราสามารถเห็นภาพผู้ป่วยเหมือนกับกำลังตรวจผู้ป่วยอยู่" จากคำถามนี้ให้นำมาสู่ความคิดที่จะใช้กล้องดิจิทัลถ่ายภาพเก็บบันทึกไว้และพิมพ์ติดไว้ในเวชระเบียน

▶▶▶ 5.8 วิธีขั้นบันได

เป็นการขึ้นไปสู่ที่สูงๆ โดยค่อยๆ ก้าวไปที่ละขั้น เป็นเรื่องของ COA นั่นเอง มีความพยายามที่จะทำให้กิจกรรมนั้นง่ายขึ้น คุณภาพยังคงเป็นทิศทางหลัก แต่ความเรียบง่ายเข้ามาเสริมในฐานะทิศทางของการพัฒนา

ข้อดีของวิธีขั้นบันไดคือ ทุกคนสามารถมีส่วนร่วม แต่ทุกคนสามารถคิดเกี่ยวกับงานของตนเองและการเชื่อมต่อกับคนอื่น

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

การปรับปรุงขั้นตอนเล็กๆ ตามวิธีขั้นบันไดนั้นง่ายกว่าการปรับเปลี่ยนขนาดใหญ่ในการปรับหรือโครงสร้าง

ในหน่วยงานของท่าน มีวิธีการทำงานอะไรที่ซับซ้อน และซับซ้อนมาก ลองช่วยกันให้ข้อเสนอแนะวิธีการที่เรียบง่ายขึ้น

6. ความเรียบง่ายในมุมมองของการจัดการ

Bill Jensen กล่าวว่าความเรียบง่ายเป็นสิ่งที่ใช้ได้เนื่องจากสอดคล้องกับธรรมชาติของมนุษย์และใช้สามัญสำนึกมากกว่าเหตุผลขององค์กร การสร้างความเรียบง่ายเริ่มต้นด้วยสมมติฐานว่าทุกคนต้องการทำในสิ่งที่ถูกต้องและต้องการสร้างผลงาน ตระหนักว่าแต่ละคนต่างประสบปัญหาว่าจะตัดสินใจ

ใจอย่างไรให้เกิดผลงาน ความเรียบง่ายจะเกิดเมื่อองค์กรช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานด้วยความชาญฉลาด มีการออกแบบเพื่อให้ผู้คนแสวงหาทางเลือกได้อย่างไม่จำกัด การออกแบบเพื่อให้เกิดความเรียบง่ายควรเริ่มจากสิ่งที่ผู้ปฏิบัติงานต้องการสร้างความชัดเจนให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน

ความเรียบง่ายคือ การปฏิวัติระบบข้อมูลข่าวสารโดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างความกระจ่างชัดในเรื่องที่ซับซ้อน ทำให้งานที่ทำมีความหมายสำหรับผู้ปฏิบัติงาน

▶▶▶ 6.1 การใช้เวลา (Using Time)

ผู้นำทำให้เกิดงานผ่านการกระทำของคนอื่น ผู้นำที่ยิ่งใหญ่คือผู้นำที่หาหน้าที่ครูและโค้ชด้วยการตั้งคำถามที่เหมาะสม ช่วยให้เกิดความชัดเจนในสิ่งที่ต้องทำ คำถามที่ถูกต้องจะปรับจุดเน้นของความสนใจและนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงวิถีทำงาน การที่ผู้นำและผู้ตามยอมสละเวลามาทบทวนไตร่ตรองอภิปรายซักถาม และเรียนรู้ร่วมกัน ก่อนลงมือทำงาน จะทำให้สามารถทำงานสำเร็จได้ง่ายขึ้น

เราควรจะสละเวลามากุ้ยกันในเรื่องอะไรบ้าง เรื่องพื้นฐานที่จะคุยกัน มี 5 เรื่อง คือ Know, Feel, Use, Do, Succeed

1) Know (รับรู้)

เป็นการรับรู้ว่าจะอะไรคือสิ่งที่สำคัญสุดยอดเพียงไม่กี่ประการ เพื่อให้ทุกคนเกิดความชัดเจนว่าต้องทำอะไรเพื่อให้เกิดผลงานที่ต้องการ ผู้นำควรตอบคำถามให้ได้ว่า “อะไรคือสามสี่เรื่องที่ยากให้ผู้ปฏิบัติรับทราบ เรียนรู้ และตั้งคำถาม?”

ความชัดเจนกับความแน่นอนมีความหมายแตกต่างกัน ความชัดเจนคือความเข้าใจเพียงพอที่จะจัดการด้วยตัวเอง เปิดโอกาสให้มีเวลาคิด และตั้งคำถามต่อส่วนความแน่นอนคือการออกแบบและควบคุมโครงการด้วยแผนงบประมาณ การติดตาม ซึ่งไม่เปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานมีทางเลือกหรือตัดสินใจด้วยตนเองได้

2) Feel (รู้สึก)

เป็นการพิจารณาและวางแผนว่าผู้เกี่ยวข้องจะเกิดความรู้สึกอย่างไรในระหว่างการทำงานและเมื่องานสำเร็จ เป็นเรื่องจำเป็นเพราะไม่มีใครตัดสินใจโดยปราศจากความรู้สึก ผู้นำควรตอบคำถามให้ได้ว่า “ต้องการให้ผู้คนรู้สึกอย่างไร จะเป็นไปได้หรือไม่?”

ความรู้สึกนี้เกี่ยวข้องกับฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ความตระหนักในตนเอง ความเห็นใจ มนุษยสัมพันธ์ การอ่านความรู้สึกคนอื่น ซึ่งจะเป็นส่วนหนึ่งของการทำงานเป็นทีม

3) Use (ใช้)

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

4) Do (ทำ)

เป็นการสร้างและบริหารความคาดหวัง ให้ทุกคนรับทราบกระบวนการหรือขั้นตอนในการทำงาน แต่ละคนรู้ว่าใครจะต้องทำอะไร เมื่อไร

5) Succeed (สำเร็จผล)

เป็นการให้ความหมายของความสำเร็จในด้าน ก) ผลลัพธ์ ข) ความก้าวหน้าตามแผน ค) พฤติกรรมและปฏิสัมพันธ์ในทีม ทีมควรจะถามว่า “อะไรคือค่าจำกัดความของความสำเร็จ?” ในการประชุมทุกครั้ง

▶▶▶ 6.2 การวางแผน (Planning)

การวางแผนคือการออกแบบสนทนาให้ได้ผล ซึ่งจะช่วยรวมความสนใจ สื่อสารว่าอะไรสำคัญและจะวัดอย่างไร เป็นจุดเริ่มสำหรับรับเสียงสะท้อน ฉลองความสำเร็จและเรียนรู้จากความล้มเหลว

ตารางต่อไปนี้เป็นตัวอย่างคำถามที่ผู้นำต้องถามตัวเองก่อนการสนทนา

กับผู้ปฏิบัติงาน

คำถามชุดแรก คือ **Know, Feel, Do Tool** มีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานตัดสินใจได้เหมาะสมยิ่งขึ้น

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

คำถามชุดที่สอง คือ **Use to Succeed Tool** มีเป้าหมายเพื่อให้ทำงานได้มากขึ้นโดยใช้เวลาน้อยลง และประสบความสำเร็จได้ง่าย

<p>Succeed: ชัดเจนพอที่สมาชิกทีมสามารถจัดการตัวเองได้</p>	<p>ความสำเร็จคืออะไร ในเชิงผลลัพธ์, ความก้าวหน้า, พฤติกรรม?</p> <p>สิ่งเหล่านั้นสอดคล้องกับแผนหรือไม่?</p> <p>ผู้บังคับบัญชาของเราให้ความหมายของความสำเร็จเหมือนเราหรือไม่?</p>
--	---

	สมาชิกทีมให้ความหมายความสำเร็จอย่างไร มีความแตกต่างกันอย่างไร?
Use: เครื่องมือ การฝึกอบรม การสนับสนุน วิธีการ เวลา ที่ถูกต้อง	ถ้าเราไม่อยู่ ใครจะตอบคำถามข้างล่างนี้? จะปล่อยให้ใช้เวลาเรียนรู้แทนเรา? ทรัพยากรอะไรบ้างที่มีอยู่แล้ว? จะต้องสร้างหรือหาทรัพยากรใหม่อะไรอีก? ต้องการกำลังคนเท่าไร ต้องการทักษะอะไร? ทรัพยากรบุคคลจากข้างในมีเท่าไร ต้องการจากข้างนอกเท่าไร? ต้องให้การสนับสนุนต่อเนื่องอย่างไร?

▶▶▶ 6.3 การสื่อสารเชิงพฤติกรรม (Behavioral Communication)

เป้าหมายของการสนทนาควรเป็นไปเพื่อทำความเข้าใจ ตั้งคำถาม ไตร่ตรอง มีส่วนร่วม และนำมาสู่ข้อสรุปว่า ใครจะทำอะไร เมื่อไร ฯลฯ แทนที่จะจะมาเพียงเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกัน

ถ้าผู้ฟังสามารถตอบคำถามพื้นฐานทำข้อนี้ได้ การสนทนาจะบรรลุเป้าหมายได้อย่างรวดเร็วและนำไปสู่การกระทำ (สรรพนาม "ฉัน" ในคำถาม จะแทนผู้ฟัง "ท่าน" ในคำขยายความจะแทนผู้นำ)

1) **สิ่งนี้เกี่ยวข้องกับงานที่ฉันทำอยู่อย่างไร?** ภายในห้านาทีแรก หากท่านไม่สามารถทำให้เกิดความชัดเจนแก่ผู้ฟังได้ ท่านก็จะสูญเสียพวกเขาไป แต่ละคนมีเรื่องที่ต้องสนใจมากมาย หากจะต้องสนใจกับทุกเรื่องที่เกี่ยวข้องแล้ว ก็จะได้ทำอะไรสักอย่าง เรื่องของท่านจะเป็นที่น่าสนใจหากสามารถทำให้เชื่อมโยงกับสิ่งที่ผู้คนสนใจและใช้เวลากับเรื่องนั้นอยู่แล้ว เช่น หากจะพูดเรื่องยุทธศาสตร์ใหม่ ควรเริ่มด้วยลำดับความสำคัญของทีมในปัจจุบันแล้วเล่าว่ายุทธศาสตร์ใหม่แตกต่างไปอย่างไร ถ้าไม่สามารถสร้างความเชื่อมโยงให้เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วแล้ว ท่านก็ไม่สามารถทำให้ผู้คนสนใจได้

2) **สิ่งที่ฉันจะต้องทำชัดๆ คืออะไร?** นี้ไม่ใช่การย้อนกลับไปหาระบบสั่งการและควบคุม แต่ความคาดหวังของท่านจะต้องชัดเจนว่า ขั้นตอนต่อไปคืออะไร ขั้นตอนทั้งหมดคืออะไร ใครจะรับผิดชอบในแต่ละขั้นตอน ผู้คนจะรู้ได้อย่างไรถ้ามีการเปลี่ยนแปลงความรับผิดชอบ ท่านต้องสื่อสารสิ่งเหล่านี้

ตั้งแต่เริ่มแรก

3) ฉันจะถูกวัดผลอย่างไร? ผลที่ตามมาคืออะไร? ผู้คนอยากรู้ว่าเขาจะรู้ได้อย่างไรว่าทำได้ดีหรือไม่ หน้าตาของความสำเร็จเป็นอย่างไร จะได้รับ feedback บ่อยเพียงใด ผู้คนควรได้รับรู้ผลกระทบของความสำเร็จและความล้มเหลวด้วยเช่นกัน ทั้งด้านบวกและด้านลบ

4) มีเครื่องมือและการสนับสนุนอะไรบ้าง? เป็นคำถามเกี่ยวกับการทำงานให้สำเร็จ ผู้คนส่วนใหญ่ไม่มีเครื่องมือสำหรับทำงาน หรือหากมีก็มักจะไม่น่าเชื่อถือหรือใช้อย่างไม่เข้าใจอะไรก็ตามที่สามารถเชื่อมต่อสิ่งที่เขาต้องทำกับเครื่องมือที่มีอยู่จะมีพลังมาก เช่น การฝึกอบรม เทคโนโลยีสารสนเทศ การโค้ช ขบประมาณเพิ่ม ชุดอุปกรณ์สื่อสาร การประชุม ชุมชน พี่เลี้ยง เวลาที่เพิ่มขึ้น ข้อมูลข่าวสารที่จัดเตรียมสำหรับแต่ละงาน เจ้าหน้าที่เพิ่ม พื้นที่ทำงานเฉพาะ ข้อมูลวิจัย

บทบาทของผู้นำในการเชื่อมต่อเป็นเรื่องใหญ่มาก เครื่องมือที่ถูกต้องในเวลาที่เหมาะสม และวิธีการที่ถูกต้อง ช่วยลดรายการที่แต่ละคนต้องทำ และช่วยให้ทำงานอย่างมีจุดเน้น มิฉะนั้นจะเป็นการเสียเวลาและสูญเปล่า

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

รูปแบบของการสื่อสารในอุดมคติคือการโค้ชหรือการฝึกอบรมนอกสถานที่ให้กลุ่มอภิปรายเพื่อค้นหาคำตอบด้วยตนเอง เป็นวิธีที่ใช้เวลามากและต้องการ facilitator ที่มีความสามารถ รูปแบบของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพที่รวดเร็ว ชัดเจน คือการใช้ e-mail หรือบันทึกเพื่อตอบคำถามห้าข้อข้างต้น แต่ก็มีจุดอ่อนที่อาจจะไม่ได้ผลหากต้องมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมครั้งใหม่ ไม่มีสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกับผู้ปฏิบัติงาน รูปแบบของการสื่อสารที่เป็นไปได้มากที่สุดคือการประชุม สันทนาการแลกเปลี่ยน โดยเริ่มด้วยคำตอบจำนวนหนึ่งและเปิดโอกาสให้ทีมหาคำตอบที่เหลือ เป็นการใช้เวลาของทุกคนอย่างคุ้มค่าหากมีผู้นำทีมดี

▶▶▶ 6.4 การฟังและเลือกสรร (Listening & Scanning)

เวลาเป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่สุด ถ้าเราสามารถปรับปรุงการใช้เวลาของเราในการรับฟังได้ จะทำให้เรามีเวลาเหลือสำหรับทำสิ่งอื่นๆ ที่จำเป็น

เราควรให้ความสำคัญกับการฟังอะไร อาจจะใช้หัวข้อคำถามในการสื่อสารเชิงพฤติกรรมที่กล่าวมาแล้ว แต่ปรับให้เหมาะสมกับการฟังให้มากขึ้น โดยใช้สูตร CLEAR

C - connected to what I do สิ่งนี้เกี่ยวข้องกับงานของเราอย่างไร? ถ้าไม่เชื่อมต่อกับงานสำคัญในอันดับต้นๆ ที่เราทำอยู่ อย่าไปสนใจ

L - list of next steps เราจะต้องทำอะไร? ถ้าไม่ชัดเจนว่าใครจะต้องทำอะไรในสองสามวันข้างหน้า อย่าไปสนใจ

E - expectation ความสำเร็จจะเป็นอย่างไร? ถ้าไม่ชัดเจนว่าผลลัพธ์ความก้าวหน้า พฤติกรรมของผู้เกี่ยวข้อง จะเป็นอย่างไร อย่าไปสนใจ

A - ability เราต้องการเครื่องมือและการสนับสนุนอะไร? ควรจะถามคำถามเชิงรุก เช่น ใครคือผู้ที่เหมาะสมกับงานนี้ เราจะได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องได้อย่างไร ข้อมูลเหล่านั้นจัดระบบไว้ดีหรือยัง จำเป็นต้องปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหาหรือไม่ ถ้าเห็นว่ามีเครื่องมือน้อยเกินไป มีการฝึกอบรมน้อยไป มีทีมมากเกินไป ประชุมบ่อยเกินไป แสดงว่าเวลาของท่านถูกใช้ไปโดยเปล่าประโยชน์

R - return เรื่องนี้ให้อะไรแก่เรา? ถ้าไม่ให้อะไรแก่เรามากนัก อย่าไปสนใจ

ในการรับฟังที่ดีนั้น ควรใช้สามัญสำนึกร่วมด้วย ควรรู้ว่าในหาคำถามนั้น ข้อใดมีความสำคัญต่อเรามากที่สุด ก่อนที่จะเลิกยุ่งเกี่ยว ควรบอกกับผู้รับผิดชอบว่าเราได้พยายามหาคำตอบอะไร เพื่อให้ผู้รับผิดชอบได้ทบทวนงานของเขา

▶▶▶ 6.5 การร่วมใจ (Engaging)

หากต้องการสร้างความชัดเจนกับผู้ที่อยู่นอกทีมจำนวนนับร้อยนับพัน การใช้แนวทางที่กล่าวมาแล้วอาจจะมีประโยชน์ แต่เป็นเรื่องละเอียดมากเกินไปสำหรับคนหนุ่มๆ เราจะต้องสร้างเป้าหมายและความหมายร่วมสำหรับทุก

คนด้วยวิธีการที่ง่ายกว่า วิธีนั้นก็คือการบอกเล่าเรื่องราว (storytelling)

เมื่อมีเรื่องราวอยู่ในจิตใจ เราจะเห็นความเกี่ยวข้องกับสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตของเรา เกิดความรู้สึกมีชีวิตชีวาอย่างลึกซึ้งและไม่อยากจะปล่อยให้หลุดไป เรื่องราวทำให้เราเกิดความหลงใหล นำเราเข้าไปผูกพัน ทำให้เกิดความชัดเจน

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

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

การบอกเล่าเรื่องราวต้องอาศัยการรับฟังจำนวนมาก ทั้งสิ่งที่เกิดขึ้นในอดีตและที่กำลังจะเกิดขึ้นในอนาคต รับฟังในทุกระดับและทุกหน่วย แล้วนำมาจัดร้อยเรียงเป็นเรื่องราวเพื่อเป้าหมายทางธุรกิจทำให้เกิดความเข้าใจได้ง่ายในลักษณะที่ผู้คนต้องการได้ยิน

1) บอกเล่าความจำเป็นที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลง

ความไม่พึงพอใจกับสิ่งที่อยู่ในปัจจุบัน ความขัดแย้ง คู่แข่ง นำมาสู่การคิดหาวิธีใหม่ๆ ในการทำงาน การบอกเล่าเรื่องราวที่ดีควรมีข้อมูลที่มีประโยชน์และแนวโน้มที่จะเกิดขึ้น พร้อมทั้งการกระตุ้นให้ผู้ฟังหาข้อสรุปด้วยตนเอง

2) บอกเล่าจุดเชื่อมต่อ

ทุกเรื่องราวจะต้องมีจุดเชื่อมต่อเพื่อชักนำความสนใจของผู้ฟัง การที่องค์กรฉลองความสำเร็จและทบทวนบทเรียนที่ได้รับช่วยให้ผู้ฟังเกิดความเข้าใจว่าได้พากันมาถึงไหนและจะปรับปรุงต่อไปอย่างไร ทำให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงทั้งหมดเชื่อมต่อกันอย่างไร และทำให้องค์กรเคลื่อนไปข้างหน้าอย่างไร

3) บอกเล่าความสำเร็จ ณ ปัจจุบัน

เป็นการบอกเล่าความสำเร็จในทุกระดับ ให้คำจำกัดความของความสำเร็จ แปรตัวเลขให้มาเป็นเรื่องราว ทำให้เห็นว่าการวัดผลนั้นมีความหมายต่องานที่แต่ละคนทำอยู่ได้อย่างไร

4) บอกเล่าที่หมายข้างหน้า

ที่หมายหรือเป้าหมายใหม่จะก่อให้เกิดความหวัง ช่วยรวมใจผู้ฟัง และมีผู้คนอาสาเข้าร่วม

7. สรุป

ความเรียบง่ายเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับองค์กรที่จะประสบความสำเร็จ ความเรียบง่ายจะเกิดได้ต้องมาจากความมุ่งมั่น การปรับเปลี่ยนวิถีคิด การปรับเปลี่ยนวิถีการใช้เวลา การปรับเปลี่ยนบทบาทของผู้นำ เพื่อช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความชัดเจน รู้จุดเน้น และมีเวลาทบทวนไต่ตรองวิธีการทำงานที่ใช้อยู่

การพัฒนาคุณภาพด้วยแนวคิดของความเรียบง่ายน่าจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้มากกว่า เร็วกว่า และสูญเสียพลังงานน้อยกว่า

เอกสารอ้างอิง

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

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

ตอนที่ 4

มู ม ม อ ง
 ต่ อ อ ง ค์ ก ร
 ใน อ น า ค ต

- ◆ ระบบที่ซับซ้อนและปรับตัว (Complex Adaptive System)
- ◆ ตัวช่วยในการจัดการกับความซับซ้อน
- ◆ สกว. กับความเป็นองค์กรเคออร์ดิค





ระบบที่ซับซ้อนและปรับตัว (Complex Adaptive System)

นายแพทย์อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล
สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ศาสตร์แห่งความซับซ้อน (Complexity Science)

มีหลายสิ่งในโลกนี้ที่ไม่สามารถทำความเข้าใจได้สมบูรณ์ ในท่ามกลางสิ่งๆ ที่ดูเหมือนจะหลากหลายนั้น กลับมีพฤติกรรมบางอย่างที่ดูคล้ายคลึงกัน ตัวอย่างของสิ่งเหล่านั้นได้แก่ ตลาดหุ้น ร่างกายมนุษย์ ระบบนิเวศของป่า ธุรกิจการผลิต ระบบภูมิคุ้มกัน โรงพยาบาล ด้วยความที่สิ่งเหล่านี้มีองค์ประกอบย่อยๆ จำนวนมากที่มีความเชื่อมโยงกัน จึงอาจเรียกว่า “ระบบ” แบบแผนที่คล้ายคลึงกันในเรื่องของการเปลี่ยนแปลง การปรับตัว การทำลายเพื่อก่อตัวใหม่ ฯลฯ ทำให้เกิดความเข้าใจในเรื่องของความยั่งยืน ความอยู่รอด นวัตกรรม ที่เกิดขึ้นในแต่ละระบบ สามารถนำปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในระบบหนึ่งไปอธิบายระบบอื่นได้ เราเรียกวิทยากรในเรื่องนี้ว่า “ศาสตร์แห่งความซับซ้อน”

ผู้นำและผู้บริหารสถานบริการสุขภาพเริ่มสนใจที่จะนำศาสตร์แห่งความซับซ้อนมาใช้เพื่อแสวงหาวิธีการทำงานใหม่ๆ ที่ได้ผล ด้วยเหตุผลต่อไปนี้

1. ความไม่สมหวังจากวิธีการบริหารที่ใช้อยู่ในปัจจุบันแผนยุทธศาสตร์ที่จัดทำไว้กลับใช้การไม่ได้เพราะไม่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายหลัง มีการเก็บข้อมูลและประชุมกันมากมายแต่ไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงทำงานหนักขึ้นแต่กลับไม่เห็นผลลัพธ์ ศาสตร์แห่งความซับซ้อนได้เปิดโอกาสให้สำรวจมุมมองที่แตกต่างออกไป ลดความเครียด และเสนอทางเลือกใหม่ๆ ในการนำองค์กรและการทำงาน

2. ความสอดคล้องกับสิ่งที่ปฏิบัติอยู่แล้วซึ่งเคยคิดว่าเป็นการใช้สัญชาตญาณ สามัญสำนึก หรือทำแบบลูกทุ่ง การที่สามารถนำทฤษฎีมา

อธิบายสิ่งที่รู้ สิ่งที่ทำอยู่แล้ว นำมาซึ่งความเข้าใจที่ชัดเจนและความมั่นใจในการทำงานมากขึ้น

▶▶ ศาสตร์แห่งความซับซ้อนกับวิทยาการที่เราคุ้นเคย

ศาสตร์แห่งความซับซ้อนช่วยให้เรามองเห็นการเปลี่ยนแปลงของระบบที่มีชีวิต (living system) ในแง่มุมที่เราอาจจะละเลยไป วิทยาการที่เราคุ้นเคยกัน เช่น เศรษฐศาสตร์ การจัดการ และฟิสิกส์ที่พยายามศึกษาและอธิบายสิ่งต่างๆ ตามหลักของนิวตัน เปรียบทุกสิ่งทุกอย่างเป็นเสมือนเครื่องจักรกล เช่น มองว่าจักรวาลเป็นนาฬิกาเรือนใหญ่หรือเครื่องจักรที่ไม่มีชีวิต ทำความเข้าใจสรรพสิ่งด้วยการศึกษาที่ละส่วนแล้วเอามารวมกันเป็นภาพใหญ่ วิธียอดังกล่าวนี้นำมาสู่การค้นพบสิ่งต่างๆ มากมาย ซึ่งใช้การได้ดี ทำความเข้าใจได้ง่าย สำหรับเครื่องจักร แต่สำหรับสิ่งมีชีวิตแล้ว การมองแบบเครื่องจักรนั้นไม่เพียงพอที่จะทำความเข้าใจระบบที่ซับซ้อนได้ องค์กรรวม (the whole) นั้นไม่ใช่ผลรวมของส่วนย่อย (the part) บางครั้งเราไม่สามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นด้วยความรู้ความเข้าใจในส่วนย่อยแต่ละส่วน เช่น การแก้ปัญหาเฉพาะหน้าเมื่อเกิดภัยธรรมชาติ ไม่สามารถคาดการณ์ได้จากการนำทรัพยากรและทักษะในชุมชนมาบวกกันแบบคณิตศาสตร์

ศาสตร์แห่งความซับซ้อนไม่ใช่ทฤษฎีเดี่ยว แต่เป็นการศึกษาแบบแผนความสัมพันธ์ภายในระบบ ความอยู่รอด การควบคุมตัวเอง และผลที่เกิดขึ้นจนสรุปได้เป็นทฤษฎีและแนวคิดจำนวนหนึ่ง มีสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องมากมาย เช่น ชีววิทยา มานุษยวิทยา เศรษฐศาสตร์ สังคมวิทยา วิทยาการจัดการ เพื่อที่จะตอบคำถามพื้นฐานเกี่ยวกับการมีชีวิต และการปรับตัวของระบบ

▶▶ คำจำกัดความของระบบที่ซับซ้อนและปรับตัว (Complex Adaptive System - CAS)

ซับซ้อน หมายถึงความหลากหลาย มีการต่อเชื่อมระหว่างองค์ประกอบต่างๆ จำนวนมาก

ปรับตัว หมายถึงความสามารถที่จะเรียนรู้จากประสบการณ์

ระบบ คือผลรวมของสิ่งที่เชื่อมต่อกันหรือพึ่งพิงกัน แต่ละสิ่งหรือองค์

ประกอบย่อยเหล่านี้ล้วนเป็นอิสระในตัวเอง สิ่งหรือองค์ประกอบย่อยที่ว่านี้ อาจจะเป็นคน โมเลกุล หรือองค์กร

พฤติกรรมขององค์ประกอบย่อยของระบบนั้นไม่ได้ขึ้นกับการควบคุม จากส่วนกลางทั้งหมด แต่เป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นรอบๆ ตัว

ระบบที่ซับซ้อนจะยั่งยืนได้ต้องมีความหลากหลาย ซึ่งจะก่อให้เกิด ศักยภาพในการปรับตัว

องค์กรทั้งหลาย ไม่ว่าจะ มีขนาดเล็กหรือขนาดใหญ่ ก็จัดว่าเป็นระบบ ที่ซับซ้อนและปรับตัว ด้วยมีลักษณะทั้งหลายดังที่กล่าวมา คือมีหน่วยย่อย จำนวนมากที่เชื่อมต่อกัน สมาชิกในองค์กรสามารถเรียนรู้จากประสบการณ์ และปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ที่เข้ามากระทบ พฤติกรรมของสมาชิกใน องค์กรเป็นสิ่งที่เข้าใจได้ยาก เป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นรอบๆ ตัว โดยที่ไม่ได้ขึ้นกับการควบคุมจากส่วนกลางเพียงอย่างเดียว

องค์ประกอบย่อยของระบบที่ซับซ้อนและปรับตัว ก็อาจจะเป็นระบบที่ ซับซ้อนและปรับตัวด้วยเช่นเดียวกัน เช่น สังคมเป็นระบบซับซ้อนที่ประกอบ ด้วยชุมชน องค์กร กิจกรรม จำนวนมาก องค์กรก็เป็นระบบซับซ้อนที่ ประกอบด้วยหน่วยงานและบุคคล บุคคลก็เป็นระบบซับซ้อนที่ประกอบด้วย โครงสร้าง อวัยวะ อารมณ์ จิตใจ ฯลฯ

หลักการบริหารจัดการสำหรับระบบที่ซับซ้อน

การศึกษารวมชาติของระบบที่ซับซ้อนทำให้เกิดความเข้าใจความเป็น ไปของสรรพสิ่งในโลกแห่งความเป็นจริง และนำมาสู่ข้อเสนอเกี่ยวกับวิถีคิด และบทบาทของผู้นำองค์กรที่เปลี่ยนแปลงไป

▶▶▶ 1. มองระบบขององค์กรผ่านแว่นของความซับซ้อน

(Lens of Complexity)

ที่ผ่านมาเรามักจะเปรียบเทียบองค์กรเหมือนกับเครื่องจักรหรือกองทัพ ในกรณีเปรียบองค์กรเหมือนเครื่องจักร สิ่งที่คุณำต้องทำคือกำหนดชิ้นส่วนให้ ชัดเจน และสั่งให้แต่ละส่วนทำหน้าที่ของตัวเอง ในกรณีเปรียบองค์กรเหมือน

กองทัพ สิ่งที่น่าต่อต้านก็คือการสั่งการ ควบคุม สื่อสารโดยอาศัยการบังคับบัญชาและมีการสละชีพเพื่อความอยู่รอด

การบริหารโดยกำหนดให้ชัดเจน สั่งการ ควบคุม สามารถใช้ได้ดี ในสถานการณ์บางอย่าง เช่น การผ่าตัดง่ายๆ แต่ก็มีความไม่ใสใจความเป็นตัวของตัวเองและปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในองค์กร ที่ร้ายกว่านั้นคือเข้าใจว่าทุกสิ่งทุกอย่างสามารถควบคุมได้ด้วยการกำหนดมาตรการเพิ่มมากขึ้น

การมองด้วยแว่นของความซับซ้อนจะช่วยให้เข้าใจการเปลี่ยนแปลงและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นความสำเร็จหรือความล้มเหลว เช่น การระบาดของเชื้อ HIV กลไกการเงินการคลังสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป

การมององค์กรด้วยแว่นของความซับซ้อน เปรียบเทียบของค์กรเหมือน **สิ่งมีชีวิตหรือระบบนิเวศ** จะทำให้เราหันมาทบทวนกิจกรรมบริหารที่ใช้อยู่ (เช่น การจัดทำคำบรรยายลักษณะงาน การจัดทำแผนยุทธศาสตร์) ทำให้เกิดความเข้าใจหากผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง ทำให้เรียนรู้ที่จะยืดหยุ่นและปรับตัวเพื่อความอยู่รอด

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

พฤติกรรมของระบบที่ซับซ้อนมาจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้กระทำ และเป็นสิ่งที่คาดการณ์ได้ยากมาก ความพยายามในการวางแผนอย่างละเอียดขององค์กรจึงไม่ค่อยได้ประโยชน์ เรามักจะพบว่าทันทีที่วางแผนเสร็จ สมมติฐานและปัจจัยนำเข้าต่างๆ ก็เปลี่ยนไปแล้ว ศาสตร์แห่งความซับซ้อนแนะนำให้เราเริ่มเดินทางด้วยข้อกำหนดที่น้อยที่สุด แต่รู้ทิศทางคร่าวๆว่าจะไปทางไหน และเปิดโอกาสให้สมาชิกมีอิสระในการจัดการกับตัวเองและปรับตัวเมื่อเวลาผ่านไป

ข้อกำหนดเพียงน้อยนิดสามารถนำไปสู่พฤติกรรมที่ซับซ้อนได้พฤติกรรมดังกล่าวมาจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้กระทำ มากกว่าจากปัจจัยภายนอกหรือจากการกำหนดรายละเอียด

ในชีวิตจริง เรามักจะกำหนดสิ่งต่างๆ มากเกินจำเป็นเมื่อจะออกแบบหรือวางแผนสำหรับกิจกรรมใหม่ๆ เนื่องมาจากคิดว่าองค์กรเหมือนเครื่องจักร ถ้าเราจะออกแบบเครื่องจักร เราจะต้องคิดรายละเอียดทุกสิ่งทุกอย่าง เพราะเครื่องจักรไม่สามารถคิดได้ด้วยตนเอง แน่แน่นอนว่างานบางอย่าง เช่น การ

ผ้าตัดถุงน้ำดี เราต้องการให้ทีมผ่าตัดทำงานเหมือนเครื่องจักร ทำตามสิ่งที่กำหนดไว้โดยมีความเบี่ยงเบนน้อยที่สุด

ตัวอย่างการประยุกต์แนวคิดนี้ไปใช้ ได้แก่ การทดแทนการวางแผนยุทธศาสตร์โดยละเอียด ด้วยเอกสารง่ายๆ ที่ระบุว่าองค์กรจะไปในทิศทางใด (วิสัยทัศน์) และหลักการพื้นฐานไม่กี่ข้อว่าจะเป็นอย่างไร ปล่อยส่วนที่เหลือให้แก่ระบบที่มีความยืดหยุ่น ปรับตัวได้ และมีความคิดสร้างสรรค์ ตัวอย่างที่ชัดเจนของแนวคิดนี้คือเรื่องบัตรวีซ่า ซึ่งจะมีกฎเกณฑ์ง่ายๆ เพียงรูปแบบบัตร และวิธีการเคลียร์บัญชีร่วมกันเท่านั้น ส่วนเรื่องอื่นๆ ปล่อยให้เป็นอิสระของธนาคารที่เข้ามาร่วมเป็นสมาชิกที่จะใช้ความคิดสร้างสรรค์ของตนเองท่ามกลางระบบเงินตรา และกฎหมายที่หลากหลายทั่วโลก

▶▶▶ 3. ปรับวิธีการนำ

มีผู้จำแนกกระบวนการบริหารเป็นสองลักษณะ

1) บริหารแบบรู้คำตอบ คือ การบริหารในลักษณะการวางแผน กำหนดมาตรฐาน ควบคุม และตรวจวัด

2) บริหารแบบหาคำตอบ คือ การบริหารในลักษณะค้นหาความเป็นไปได้ใหม่ๆ ด้วยการทดลอง ให้อิสระ และทำงานกับสิ่งที่ไม่รู้ ไม่แน่นอน ไม่มีประสบการณ์

ในโลกที่มีความแน่นอนสูงและทุกคนเห็นร่วมกัน การบริหารแบบรู้คำตอบย่อมเป็นการบริหารที่เหมาะสม ผู้กระทำแต่ละคนยอมสละอิสรภาพบางส่วนและวิธีคิดของตน เพื่อทำตามสิ่งที่ตกลงร่วมกันไว้

อย่างไรก็ตามโลกนี้มีความไม่แน่นอนและความเห็นที่ไม่ตรงกันค่อนข้างมาก ในการทำงานกับระบบที่ซับซ้อน ไม่ใช่การบอกว่าสิ่งนี้ดี สิ่งนี้ไม่ดี แต่ประเด็นอยู่ที่การนำสิ่งต่างๆ มาผสมผสานกันให้เหมาะสมกับสถานการณ์ การบริหารแบบหาคำตอบด้วยความสามารถที่จะปรับตัว เปิดกว้างสำหรับการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ และความยืดหยุ่น จึงเป็นสิ่งจำเป็น นอกจากนั้น การบริหารแบบนี้ยังจำเป็นเมื่อการบริหารแบบเดิมๆ ไม่ได้ผลตามที่ต้องการ เมื่อเป้าหมายเปลี่ยนแปลงไป หรือเมื่อความคิดสร้างสรรค์เป็นสิ่งจำเป็น

▶▶▶ 4. ปรับองค์กรไปสู่ชายขอบ (The Edge)

ชายขอบในที่นี้คือรอยต่อระหว่างความแน่นอน ความราบรื่น กับความโกลาหล ในบริเวณชายขอบนั้นจะสามารถเกิดพลังสร้างสรรค์ขึ้นมหาศาล พลังนี้จะไม่เกิดขึ้นในบรรยากาศที่มีความแน่นอนและความเป็นระเบียบสูงเกินไป

พลังสร้างสรรค์ในองค์กรจะเกิดขึ้นต่อเมื่อมีการไหลเวียนของข้อมูลข่าวสาร มีความหลากหลาย มีการเชื่อมต่อ มีอำนาจที่แตกต่าง และมีความกังวลของสมาชิก **ในระดับที่เหมาะสม** องค์กรที่เป็นเสมือนเครื่องจักรหรือกองทัพ จะมีการไหลเวียนของข้อมูลข่าวสารและความหลากหลายน้อย แต่มีความแตกต่างของอำนาจมากเกินไป

เนื่องจากพฤติกรรมโดยละเอียดของระบบที่ซับซ้อนเป็นสิ่งที่ไม่อาจพยากรณ์ได้ จึงไม่สามารถบอกได้ว่าระดับของการไหลเวียนข้อมูลข่าวสาร ความหลากหลาย การเชื่อมต่อ ความแตกต่างของอำนาจ และความกังวลที่เหมาะสมอยู่ตรงไหน เราจะต้องเริ่มด้วยการใช้ความรู้สัญกัษะประมาณเอาอย่างมีทิศทาง และพยายามปรับปัจจัยต่างๆ ไปตามสถานการณ์ พร้อมทั้งไตร่ตรองสิ่งที่เกิดขึ้น

การทบทวนไตร่ตรองเป็นกุญแจสำคัญของระบบที่ซับซ้อน การนำที่ดีไม่ได้เกิดขึ้นจากการบอกให้ผู้คนทำสิ่งต่างๆ แต่จะต้องเปิดกว้างต่อการทดลอง ทบทวนไตร่ตรอง และสะท้อนสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างตรงไปตรงมา

▶▶▶ 5. ทำงานภายใต้ความขัดแย้งและความเครียด

ในระบบที่ซับซ้อน โอกาสที่จะเกิดความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรมได้ดีคือช่วงเวลาที่มีความเครียดสูง และความแตกต่างที่ไม่อาจตกลงกันได้

แทนที่จะพยายามทำให้ทุกสิ่งทุกอย่างราบรื่นปราศจากความขัดแย้ง เราควรมุ่งเน้นที่ความแตกต่างในความคิดเหล่านั้นและหาทางก้าวไปข้างหน้า องค์กรที่พยายามสยบความขัดแย้งจะไม่เกิดการเรียนรู้และไม่สามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ขอให้พิจารณาข้อความที่ขัดแย้งกันในตัวเองต่อไปนี้และใช้กระตุ้นความคิดในการทำงาน

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

การตั้งคำถามที่ท้าทาย คำถามที่ไม่มีคำตอบที่ชัดเจน อาจจะทำให้เกิดความอึดอัด แต่จะนำมาซึ่งการทบทวนสมมติฐานที่ซ่อนอยู่และไม่ได้ตระหนักถึง เช่น เมื่อผู้นำต้องการสร้างบรรยากาศของการทำงานที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น การตั้งคำถามว่า “เราพร้อมหรือยังที่จะมอบความรับผิดชอบการทำงานทั้งหมดให้กับผู้ปฏิบัติงาน” จะทำให้ต้องมาทบทวนสมมติฐานเรื่อง empowerment ว่าทุกฝ่ายมีความพร้อมหรือไม่ จะต้องทำอะไรเพื่อให้เกิดบรรยากาศที่ต้องการจริงๆ

▶▶▶ 6. ทดลองให้หลากหลาย (Multiple Actions at the Fringe)

ปล่อยให้เกิดทิศทางขึ้นจากผลการทดลอง (Let Direction Arise)

เมื่อเรียนรู้ทฤษฎีการบริหารจัดการมากขึ้น เรามักจะเชื่อกันว่าการกำหนดทิศทางและวิธีการปฏิบัติที่ชัดเจนให้มากที่สุด เป็นสิ่งที่จะทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ ถ้ามีความขัดแย้งในทางความคิด จะต้องถกเถียงกันเพื่อให้ได้ข้อสรุปที่เชื่อว่าถูกต้องและเหมาะสมที่สุดจึงค่อยเริ่มดำเนินการ

จากการศึกษาวิวัฒนาการของสิ่งมีชีวิต พบว่าสิ่งมีชีวิตที่มีการเรียนรู้ (ค้นหาคำตอบได้) ที่เหมาะสมด้วยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม) จะมีพัฒนาการได้เร็วกว่าสิ่งมีชีวิตที่ไม่มีการเรียนรู้ ความพยายามในการขับเคลื่อนองค์กรด้วยการหาความเห็นร่วมให้ได้คำตอบเดียวอาจจะเหมือนกับการขยายพันธุ์ในสายพันธุ์กรรมเดียวกัน ซึ่งจะก่อให้เกิดความผิดพลาดและอ่อนแอเพิ่มขึ้น

ในสถานการณ์ที่มีความไม่แน่นอน และไม่มีความเห็นพ้องกัน ผู้นำควรสนับสนุนให้ทำการทดลองขนาดเล็กจำนวนมาก ประเมินว่าเกิดอะไรขึ้นและ

ค่อยๆ ปรับความพยายามไปสู่สิ่งที่ดีที่สุด (นั่นคือเริ่มเกิดทิศทางที่ชัดเจนขึ้น) ตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลพยายามสร้างแรงจูงใจทางการเงินให้กับแพทย์ มีทางเลือกมากมายแต่ละทางเลือกล้วนมีประวัติความสำเร็จและความล้มเหลว เป็นสถานการณ์ที่ไม่แน่นอนและไม่มีความเห็นพ้อง แทนที่จะประชุมกันนานๆ เพื่อหาแนวทางที่ถูกต้องเพียงประการเดียว เราควรจะนำแนวทางทั้งหมด มาทดลอง ดูว่าวิธีใดได้ผล ได้ผลในสถานการณ์อย่างไร สักระยะหนึ่งเราก็จะได้วิธีการที่ถูกต้องสำหรับเรา ซึ่งอาจจะมียุติมากกว่าหนึ่งวิธี

▶▶▶ 7. พังเสียงในเงามืด (Shadow System)

ในแต่ละองค์กรจะมีอยู่สองระบบคือ ระบบที่เป็นทางการ และระบบในเงามืด สมาชิกทุกคนเป็นส่วนหนึ่งของทั้งสองระบบ ระบบในเงามืดอาจจะเป็นการพูดคุยกันตามทางเดิน ข่าวลือ วิธีการทำงานที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด เพื่อให้งานสำเร็จ การบริหารองค์กรแบบดั้งเดิมเพิกเฉยต่อสิ่งเหล่านี้หรือมองว่าเป็นสิ่งที่จะต้องขจัดออกไป

ระบบในเงามืดเป็นแหล่งของความหลากหลายในวิธีคิดและวิธีทำงาน เป็นแหล่งกำเนิดของความคิดสร้างสรรค์ เป็นระบบที่มีกฎเกณฑ์และข้อจำกัด น้อย ความหลากหลาย ความเครียด และความขัดแย้งในระบบทั้งสองที่อยู่ด้วยกันจะเป็นแหล่งของนวัตกรรมจำนวนมากถ้าผู้นำเรียนรู้ที่จะรับฟัง

การที่แพทย์และพยาบาลพูดคุยกันอย่างไม่เป็นทางการบนโต๊ะอาหาร อาจจะนำมาสู่คำตอบของการแก้ปัญหาได้ดีกว่าที่ประชุมซึ่งจัดตั้งขึ้นอย่างเป็นทางการ นำมาสู่การทบทวนกระบวนการอนุมัติโครงการพัฒนาคุณภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการเกิดนวัตกรรมโดยไม่ได้ตั้งใจ

ระบบในเงามืดเป็นองค์ประกอบตามธรรมชาติขององค์กรที่มีความเชื่อมต่อระหว่างสมาชิกมากกว่าระบบที่เป็นทางการ ซึ่งผู้นำควรจะตระหนักและรับฟัง เป็นอีกวิธีหนึ่งในการปรับการไหลเวียนของข้อมูลข่าวสาร ความหลากหลายในความคิด ความกังวล และความแตกต่างของอำนาจ ให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม

▶▶▶ 8. สร้างระบบที่ซับซ้อนด้วยการเชื่อมต่อบางส่วนเล็กๆ

internet เป็นตัวอย่างของระบบที่ซับซ้อน ซึ่งไม่ได้มีใครเป็นคนสร้างเพียงคนเดียว แต่เกิดจากการสร้างส่วนเล็กๆ ปรับจนเกิดความมั่นใจ แล้วจึงนำมาต่อเข้ากับระบบใหญ่

วิธีการที่ดีในการสร้างระบบที่ซับซ้อนคือเริ่มต้นจากส่วนเล็กๆ ทดลองจนได้ชิ้นส่วนที่ได้ผล แล้วเชื่อมต่อชิ้นส่วนนั้นเข้าด้วยกัน โดยตระหนักว่าการเชื่อมต่อนั้นอาจจะก่อให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่คาดฝันเกิดขึ้นได้

ตัวอย่างการนำแนวคิดนี้มาใช้ในองค์กร ได้แก่การที่ผู้นำมองหาและให้การสนับสนุนกลุ่มเล็กๆ ที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติ ให้คำแนะนำและการฝึกอบรม เมื่อเริ่มทำงานได้ผลแล้วก็พยายามหาวิธีให้ทีมทำงานร่วมกันและร่วมมือกับผู้อื่น การเชื่อมต่อใหม่นี้อาจจะก่อให้เกิดผลที่น่าอัศจรรย์

การทบทวนไตร่ตรองและเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง เป็นกฎแจ่มสำคัญในการสร้างระบบที่ซับซ้อน เราไม่สามารถทบทวนไตร่ตรองได้ถ้าไม่ได้ทำอะไร จึงจำเป็นต้องเริ่มต้น แม้จะเป็นเรื่องเล็กๆ แต่ขอให้เริ่ม

▶▶▶ 9. ผสมผสานความร่วมมือกับการแข่งขัน

ธรรมชาติมีทั้งการแข่งขันและความร่วมมือ ซึ่งอาจจะเกิดร่วมกันได้

ตัวอย่างความสำเร็จของระบบบัตรวีซ่า เกิดจากการผสมผสานดังกล่าว องค์กรสมาชิกและธนาคารซึ่งออกบัตร ต่างแข่งขันในด้านราคาและบริการเพื่อดึงดูดลูกค้า ขณะเดียวกันต้องร่วมมือกันเพื่อให้ระบบสามารถทำงานได้ ผู้ขายทุกแห่งจะต้องรับบัตรวีซ่าไม่ว่าใครจะเป็นผู้ออกบัตร การผสมผสานนี้ทำให้ระบบเติบโตไปทั่วโลกโดยไม่มีขีดจำกัดในเรื่องภาษา วัฒนธรรม เงินตรา การเมือง กฎหมาย

ผู้นำที่ใช้ยุทธศาสตร์สร้างความร่วมมือเพียงอย่างเดียว อาจจะพบวาทนเองถูกคนอื่นเอาเปรียบไปเรียบร้อยแล้ว ผู้นำที่ใช้ยุทธศาสตร์การแข่งขันเพียงอย่างเดียว อาจจะพบว่าตัวเองกลายเป็นคนวงนอกขณะที่คนอื่นรวมตัวเป็นพันธมิตรกัน

▶▶▶ สรุป

การนำองค์กรที่มององค์กรเป็นเพียงเครื่องจักรเป็นสิ่งที่ไม่เพียงพออีกต่อไป มีนวัตกรรมทางด้านบริหารเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเพื่อแก้ไขความล้มเหลวของการมุมมองดังกล่าว เช่น learning organization, total quality, empowerment ความรู้เรื่องระบบที่ซับซ้อนและปรับตัว ทำให้เรามีแนวโน้มการจัดการในแนวใหม่เป็นกรอบที่จะดึงเอาความคิดที่หลากหลายและขัดแย้งมาใช้ร่วมกันอย่างเหมาะสมกับแต่ละสถานการณ์



ตัวช่วยในการจัดการ กับความซับซ้อน

นายแพทย์อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล
สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

สิ่งที่นำเสนอต่อไปนี้เป็นเพียงแนวคิดสำหรับการเริ่มต้นนำไปปฏิบัติ
วิธีการที่แน่นอนว่าจะใช้อย่างไรขึ้นอยู่กับผู้ใช้และสถานการณ์ การทดลอง
การทบทวนไตร่ตรอง การเรียนรู้ จะช่วยให้ตัวช่วยเหล่านี้ได้รับการพัฒนาไป
พร้อมกับผู้ใช้และสถานการณ์

1. Stacey Matrix

แนวคิด

ในสถานการณ์ที่มีความแน่นอนและความเห็นพ้องแตกต่างกัน วิธีการ
บริหารที่เหมาะสมกับแต่ละสถานการณ์ย่อมแตกต่างกันออกไป

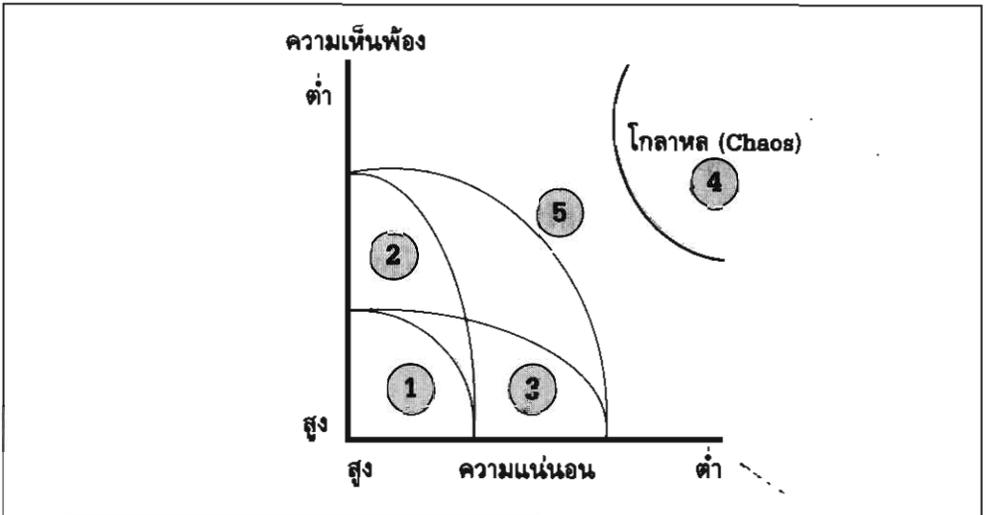
ที่ใช้

- เมื่อจะเลือกว่าจะใช้การบริหารหรือการนำ
- สำหรับการสื่อสารแสดงเหตุผลและความเหมาะสมของวิธีการที่เลือกใช้
- เมื่อต้องการทางเลือกที่มีลักษณะสร้างสรรค์ยิ่งขึ้น ด้วยการเพิ่มระดับของ
ความไม่แน่นอนและความขัดแย้ง

ขยายความ

ศิลปะของการบริหารและการนำอยู่ที่การมีทางเลือกที่หลากหลายและรู้
ว่าจะใช้อะไรสำหรับสถานการณ์ใด Ralph Stacey ได้นำเสนอ matrix เพื่อ
ช่วยให้เข้าใจศิลปะอันนี้ด้วยการระบุจำแนกสถานการณ์ออกเป็นสองมิติ คือ
ระดับความแน่นอน และระดับความเห็นพ้อง

แกนตั้งเป็นแกนของระดับความเห็นพ้อง แกนนอนเป็นแกนของระดับความแน่นอน ซึ่งจะมีสูงเมื่อสามารถระบุความเชื่อมโยงของเหตุและผลได้ มักจะเป็นประเด็นที่คล้ายคลึงกันหรือเคยมีการตัดสินใจมาแล้วในอดีต จากประสบการณ์นั้นสามารถคาดการณ์ผลลัพธ์ได้ค่อนข้างแน่นอน



เราสามารถแบ่งสถานการณ์ต่างๆ ออกเป็นโซนได้ดังนี้

1. สถานการณ์ที่มีความแน่นอนสูงและความเห็นพ้องสูง เราสามารถใช้ทฤษฎีบริหารที่คุ้นเคยได้ผลดี ใช้ข้อมูลจากอดีตมาพยากรณ์อนาคต วางแผนที่ชัดเจนและติดตามการเปลี่ยนแปลงตามแผน เป้าหมายคือการปรับปรุงประสิทธิภาพประสิทธิผลด้วยการทำซ้ำในสิ่งที่เคยได้ผล
2. สถานการณ์ที่มีความแน่นอนสูง แต่มีความเห็นพ้องต่ำ คาดการณ์ได้ว่า จะเกิดผลลัพธ์อะไร แต่ตกลงกันไม่ได้ว่าอะไรคือผลลัพธ์ที่ต้องการ พันธกิจและแผนเป็นสิ่งที่ใช้ไม่ได้ผล ในกรณีนี้ การเมืองจะมีความสำคัญสูง การสร้างแนวร่วม การต่อรอง การประนีประนอม เป็นสิ่งที่จะใช้กำหนดประเด็นและทิศทางขององค์กร
3. สถานการณ์ที่มีความแน่นอนต่ำแต่มีความเห็นพ้องสูง ในกรณีอย่างนี้ การติดตามการเปลี่ยนแปลงตามแผนจะไม่เกิดประโยชน์ ควรเปรียบเทียบกับพันธกิจและวิสัยทัศน์ซึ่งทุกคนเห็นพ้องกัน เป้าหมายคือการมุ่งไปสู่ภาวะในอนาคตที่ได้รับความเห็นชอบ แม้ว่าจะไม่สามารถกำหนดได้ว่า จะเดิน

ทางไปอย่างไร

4. สถานการณ์ที่มีความแน่นอนต่ำ และมีความเห็นพ้องต่ำ (โกลาหล/ยุ่งเหยิง/สับสนอลหม่าน) วิธีการวางแผน สร้างวิสัยทัศน์ ต่อรอง ที่ใช้กันอยู่ ไม่เพียงพอในสถานการณ์เช่นนี้ กลยุทธ์ที่จะนำมาใช้ได้คือการหลีกเลี่ยง แต่ละคนหลีกเลี่ยงที่จะเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับสถานการณ์ดังกล่าว ในระยะสั้นเป็นการปกป้องตัวเอง แต่ในระยะยาวอาจจะเป็นความย่อเย็บ องค์การควรหลีกเลี่ยงที่จะให้เกิดสถานการณ์ดังกล่าว

5. สถานการณ์ที่เป็นชายขอบของความยุ่งเหยิง (โชนของความซับซ้อน) เป็นโชนของความคิดสร้างสรรค์ นวัตกรรม และแหกกฎในอดีต เพื่อสร้างรูปแบบใหม่ในการทำงาน การบริหารแบบดั้งเดิมไม่อาจใช้ได้ผล

ตัวอย่าง

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

ต่อมาได้ขอให้ทีมคิดทบทวนวิธีการจัดการที่ได้ทำลงไปในแต่ละเรื่อง อาจจะช่วยให้ทีมได้ตระหนักถึงความไม่เหมาะสมในวิธีการที่ใช้ เช่น ใช้วิธีง่ายๆ สำหรับปัญหาที่ซับซ้อน หรือใช้วิธีที่ซับซ้อนกับปัญหาง่ายๆ

ขั้นต่อไปคือการขอให้ทีมคิดถึงประเด็นที่กำลังจะทำในปีต่อไป และวิธีการที่จะจัดการกับประเด็นเหล่านั้นอย่างเหมาะสม

2. อุปมาอุปไมย (Metaphore)

แนวคิด

การนำระบบที่คล้ายคลึงกันมาพูดคุยกันช่วยให้ผู้คนเข้าใจสถานการณ์ ในระบบของตนเองได้ชัดเจนอย่างสร้างสรรค์

ที่ใช้

- สมาชิกมีมุมมองต่อเป้าหมายและวิธีการที่แตกต่างกัน แต่ส่วนใหญ่ไม่ได้แสดงออก
- การทำงานของกลุ่มสะดวกหรือไม่ก้าวหน้า

ขยายความ

การอุปมาอุปมัยเป็นเครื่องมือของภาษาซึ่งใช้คำพูดอื่นมาทดแทนสิ่งที่ต้องการพูดถึง การพิจารณาความเหมือนและความต่างของสิ่งสองสิ่งทำให้กลุ่มมีวิธีการคิดและวิธีการมองสถานการณ์ซึ่งจะนำไปสู่การก้าวเคลื่อนไปข้างหน้า เช่น “เราต้องการให้ทีมสุขภาพของเราทำงานเหมือนทีมงานในกระสวยอวกาศของนาซ่า”

ตัวอย่าง

1. **วุ่นเศรษฐกิจ** ในกระถางที่แขวนอยู่ตัวลำต้นและรากจะอยู่ในกระถาง มีไหลแตกทอดตัวย้อยออกนอกกระถาง และตรงปลายจะมีต้นเล็กๆ เป็นจำนวนมาก เราอาจจะนำภาพหรือวุ้นของจริงมาให้กลุ่มดูและพูดคุยกันเรื่องการรวมศูนย์กับการกระจายอำนาจในองค์กร ตัวอย่างคำถามที่จะใช้คือ “เราได้เรียนรู้อะไรจากโครงสร้างของวุ่นเศรษฐกิจที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับประเด็นที่เราพูดคุยกัน”

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

3. **หุบเหว** เป็นบริเวณที่เราตกลงไปแล้วไม่อาจจะกลับขึ้นมาได้อีก เช่น การทำทายนโยบายหรือแผนงานของผู้บริหารระดับสูงที่ไม่เข้าท่าซึ่งทุกคนเห็นอยู่ แต่ไม่มีใครกล้าพูดเพราะรู้ดีว่าจะเกิดผลเสียกับตนเอง ความเงิบจึงเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นรอบหุบเหวและทำให้หุบเหวคงอยู่ การตั้งชื่อหุบเหวช่วยทำลายความเงิบ และเป็นโอกาสที่จะพูดคุยเรื่องนั้นได้อย่างปลอดภัย

ตัวอย่างคำถามที่จะใช้คือ “เราได้เข้ามาสู่หุบเหวอีกแห่งหนึ่งแล้วหรือ”

4. พุตบอลการเมือง ในแต่ละองค์กรจะมีการเมืองอยู่ อาจจะเป็นกลุ่มพลัง หรือตัวบุคคล ซึ่งมีเป้าหมายแฝงเร้นอยู่ คำตอบทางเทคนิคหรือกระบวนการอาจจะประสบความสำเร็จหากไม่ทำความเข้าใจแง่มุมทางการเมืองหรือพูดคุยกันให้ชัดเจน ตัวอย่างคำถามที่จะใช้คือ

- เราจะนำปัญหาหรือผู้เกี่ยวข้องมาเปรียบเทียบกับการเล่นฟุตบอลได้อย่างไร
- ใครเป็นผู้เตะ เตะไปทางไหน ใช้แรงอะไร ด้วยเหตุผลใด ผลน่าจะเป็นอย่างไร
- ใครหรืออะไรที่ถูกเตะ ทำไมจึงไม่สามารถต้านทานได้

5. สิ่งมีชีวิตในธรรมชาติ เช่น ปลาหมึก อะมีบ้า แมงมุม ดอกไม้บางอย่าง อาจจะช่วยให้นักกลุ่มเห็นวิธีการในการจัดระบบเพื่อเป้าหมายที่ต้องการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในแง่มุมของการควบคุมตนเอง และการปรับตัว ตัวอย่างคำถามที่จะใช้คือ

- เราจะทำงานของเราอย่างไร ถ้าเราเป็น...
- มีสิ่งมีชีวิตหรือไม่มีชีวิตในธรรมชาติอะไรที่ทำให้เราเห็นแนวทางทำงานที่จำเป็น

6. การล่ากวาง นักล่ากวางเข้าไปในป่า ยิงกวาง แล้วก็แบกกวางกลับมาบ้าน จริงหรือไม่ว่าเขาเอากวางกลับมาบ้าน ที่จริงเขาเอามาแต่ร่างของกวางที่ไร้ชีวิตต่างหาก สิ่งสำคัญของความเป็นกวางยังคงอยู่ในป่า องค์กรทั้งหลายที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพ มักจะเกิดของเทียมขึ้นเพื่อแสดงว่ามี การดำเนินการ แต่ขาดจิตวิญญาณของแนวคิดที่อยู่เบื้องหลัง ข้อมูลข่าวสารที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับความไม่จริงกระจายไปทั่วองค์กร ชัดขวางโอกาสที่จะเกิดพฤติกรรมเชิงบวกขึ้นในองค์กร ตัวอย่างคำถามที่จะใช้คือ “เรากำลังทำเรื่องนี้กันแบบนักล่ากวางหรือไม่”

7. การว่ายน้ำ การฝึกว่ายน้ำประกอบด้วย การลอยตัว การเคลื่อนที่ การฝึกทำให้สวย การฝึกว่ายน้ำให้นาน และการฝึกว่ายน้ำให้เร็ว เมื่อเปรียบกับการพัฒนาคุณภาพ การลอยตัวคือการฝึกมองหาโอกาสพัฒนา ถ้ามองไม่ออกก็ไม่รู้จะพัฒนาอะไร การเคลื่อนตัวว่ายน้ำในช่วงแรกเราจะใช้วิธีง่ายๆ ด้วยการตีเท้าและขยับมือ การพัฒนาคุณภาพในช่วงแรกก็ควรใช้วิธีง่ายๆ ที่

เป็นธรรมชาติเช่นเดียวกัน แล้วค่อยฝึกใช้เทคนิคและเครื่องมือต่างๆ เพื่อให้ **ทำสวขึ้น** หากเน้นการทำให้ทำสวแต่เริ่มแรกอาจจะไม่ประสบความสำเร็จ เนื่องจากเกิดความท้อแท้เสียก่อน เมื่อทำได้เรื่องหนึ่งแล้วก็ควรจะทำอย่างต่อเนื่องให้เกิดความเข้มแข็งของทีมงาน ไม่ล้มเลิกไปเสียก่อน เปรียบเสมือน การฝึกว่ายน้ำ และเมื่อใกล้ถึงเป้าหมาย ทุกทีมงานสามารถ **เร่งความเร็ว** ให้ถึงเข้าได้ใกล้เคียงกัน

3. คำถามท้าทาย (Wicked Question)

แนวคิด

คำถามท้าทายเป็นเครื่องมือสำหรับเปิดเผยสมมติฐานที่เรายึดถือในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง การรับรู้สมมติฐานเหล่านี้เป็นโอกาสให้เรามองเห็นแบบแผนของความคิด และความแตกต่างในกลุ่ม นำมาสู่ทางเลือกที่สร้างสรรค์ในการแก้ปัญหา

ที่ใช้

- เปลี่ยนบทบาทของผู้นำจากการตอบคำถามมาเป็นการตั้งคำถาม
- ต้องการทางเลือกที่เป็นนวัตกรรม
- มีการแบ่งขั้วในกลุ่ม ซึ่งเน้นคำตอบแบบเลือกเอาอย่างใดอย่างหนึ่ง
- สถานการณ์สับสน กลุ่มต้องการแบบแผนที่ใช้การได้
- ทำให้สิ่งที่นำมาพูดไม่ได้ เป็นสิ่งที่สามารถนำมาพูดได้

ขยายความ

คำถามท้าทายไม่มีคำตอบที่ชัดเจน ใช้เพื่อทำความเข้าใจวิถีคิดและพฤติกรรมของเรา เป็นคำถามที่มีความขัดแย้งและความกดดันแฝงอยู่ ซึ่งจะเปิดโอกาสให้เกิดความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรม คุณค่าของคำถามท้าทายอยู่ที่การเปิดให้เกิดทางเลือกต่างๆ การกระตุ้นให้นำประเด็นพื้นฐานในใจขึ้นมาพูดคุยกันอย่างเปิดเผย

ตัวอย่าง

ถ้าเรากำหนดว่าจะสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงานที่มีคุณภาพ คำถามท้าทาย คือ “สิ่งที่เราปฏิบัติอยู่ทุกวันนี้สะท้อนสิ่งที่เราเขียนไว้หรือไม่?” “เราต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอะไรบ้างหากมุ่งมันจะทำให้ในสิ่งที่เขียนไว้”

4. สืบพันธุภาพไร้พรมแดน (Generative Relationships)

แนวคิด

ความคิดและวิธีการใหม่ๆ มาจากสัมพันธภาพภายในองค์กร และกับ นอกองค์กร บทบาทของผู้นำคือการส่งเสริมให้เกิดสัมพันธภาพและเรียนรู้ จากผลที่เกิดขึ้นปล่อยให้ทิศทางไหลขึ้นมาเอง แทนที่จะกำหนดโดยผู้มีอำนาจ

ที่ใช้

- เมื่อองค์กรต้องการยุทธศาสตร์ใหม่ๆ ที่สร้างสรรค์ทิศทางที่ต่างไปจากเดิม
- เมื่อองค์กรถูกเรียกร้องให้มีความยืดหยุ่นและปรับตัว
- เมื่อกลุ่มกำลังค้นหากระบวนการหรือผลิตภัณฑ์ใหม่ๆ ที่เป็นนวัตกรรม
- เมื่อองค์กรกำลังประเมินผู้ที่จะมาทำงานร่วมกันในระบบหรือเครือข่ายใหม่

ขยายความ

ฉากทัศน์ในอนาคตที่องค์กรต้องเผชิญอาจจะมีลักษณะ 1) ชัดเจน (clear) 2) มีปัญหา (complicated) หรือ 3) ซับซ้อน (complex) ในกรณี ที่อนาคตมีความชัดเจน เรียบง่าย แน่นนอน พยากรณ์ได้ การกำหนดยุทธ- ศาสตร์ด้วยวิธีที่เคยใช้กันอยู่เป็นสิ่งที่สามารถใช้การได้

ในกรณีที่อนาคตมีความซับซ้อนมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วไม่หยุด หย่อน มีความคลุมเครือ ควรใช้เทคนิคสัมพันธภาพไร้พรมแดน ซึ่งยุทธ- ศาสตร์และทิศทางจะเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ต่อเนื่องทั้งในและนอกองค์กร องค์กรประกอบสำคัญของเทคนิคนี้คือ 1) รับรู้ว่าการังเกิดอะไรขึ้นในองค์กร และในระบบที่ใหญ่กว่า ด้วยการตรวจสอบ แปรความหมายจากหลายๆ มุม มอง ในทุกระดับ 2) ส่งเสริมให้เกิดสัมพันธภาพที่กว้างขวาง ดำเนินการตาม

ทิศทาง และแนวคิดที่เกิดขึ้นจากสัมพันธภาพดังกล่าว

สัมพันธภาพไร้พรมแดนจะให้คุณค่าในอนาคตซึ่งไม่อาจคาดเดาได้ ดังนั้นสิ่งที่ทำได้จึงเป็นเพียงการกำหนดเงื่อนไขล่วงหน้า ได้แก่

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

ตัวอย่าง

ในช่วงทศวรรษ 1970 บริษัทคอมพิวเตอร์เล็กๆ ซึ่งผลิตมินิคอมพิวเตอร์ให้กองทัพ ตัดสินใจที่จะขยายกิจการ และเกิดแนวคิดที่จะผนวกคอมพิวเตอร์ เข้ากับสวิตช์โทรศัพท์ จึงได้สร้างสัมพันธภาพกับผู้บริหารของกิจการบริการโทรศัพท์ขนาดกลาง ทำให้เกิดบริการที่ยืดหยุ่นมากขึ้นและลดค่าโทรศัพท์ลงได้ เกิดเทคโนโลยีและผลผลิตใหม่ ภายใต้แนวคิดใหม่ โดยเกิดมาจากบริษัทเล็กๆ มิใช่ยักษ์ใหญ่ในวงการคอมพิวเตอร์หรือโทรศัพท์

5. กำหนดให้น้อยที่สุด (Minimal Specification)

แนวคิด

จัดให้มีข้อกำหนดให้น้อยที่สุดเท่าที่จำเป็น เปิดโอกาสให้เกิดพัฒนาการอย่างสร้างสรรค์ในระบบ

ที่ใช้

- ในช่วงการออกแบบหรือวางแผน
- เมื่อต้องเลือกระหว่างทางเลือกต่างๆ

ขยายความ

การศึกษาระบบซับซ้อนที่ปรับตัวได้ให้ความจริงว่า กฎพื้นฐานง่ายๆ

นำมาสู่พฤติกรรมที่ซับซ้อน แต่เรามักจะสร้างข้อกำหนดมากเกินไปจนจำเป็นต้องจะออกแบบหรือวางแผนทำสิ่งใหม่ๆ

- อย่าพยายามกำหนดผลลัพธ์หรือพฤติกรรมของระบบในรายละเอียด
- จัดให้มีกฎเฉพาะที่ซึ่งสามารถประยุกต์ใช้ได้โดยสมาชิกแต่ละคน หรือในสถานการณ์ต่างๆ
- ให้มีกฎดังกล่าวจำนวนน้อยที่สุด
- เปิดโอกาสให้เกิดพฤติกรรมที่ซับซ้อนจากส่วนล่างในระบบ ด้วยการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก หรือระหว่างสมาชิกกับสถานการณ์

วิธีง่ายๆ ในการสร้างข้อกำหนดให้น้อยที่สุดคือเริ่มด้วยการมีเป้าหมายที่ชัดเจนว่าต้องการเห็นผลลัพธ์อะไรเกิดขึ้น ระดมสมองว่าควรจะมีข้อกำหนดหรือกฎอะไรบ้างเพื่อนำไปสู่เป้าหมายดังกล่าว ไม่มีการวิพากษ์วิจารณ์ระหว่างการระดมสมองนี้ เมื่อได้บัญชีรายการมาแล้ว ให้ท้าทายข้อกำหนดหรือกฎแต่ละข้อว่า “จะมีสถานการณ์ใดบ้างที่เราสามารถบรรลุเป้าหมายที่ต้องการได้โดยที่มีการละเมิดกฎข้อนี้” ถ้าเป็นไปได้แสดงว่ากฎข้อนั้นไม่จำเป็นต้องให้ขีดกฏข้อนั้นออก รวมทั้งกฎที่มีความแตกต่างจากกฎข้ออื่นเพียงเล็กน้อยก็ให้ขีดออก

เอาบัญชีรายการกฎที่เหลือมาพิจารณาทีละข้อโดยถามว่า “ถ้ามีการปฏิบัติตามกฎข้ออื่นทั้งหมด แต่ละเมิดกฎข้อนี้ เราจะบรรลุผลลัพธ์ที่ต้องการหรือไม่” ถ้ายังสามารถบรรลุผลลัพธ์ที่ต้องการได้ ให้ขีดกฏข้อนั้นออกไปเพื่อจะได้ไม่เป็นข้อจำกัดต่อความคิดสร้างสรรค์โดยไม่จำเป็น ทำอย่างนี้ซ้ำจนเหลือกฏน้อยข้อที่สุด

6. นกวอนไตร่ตรอง (Reflection)

แนวคิด

การทบทวนไตร่ตรองเป็นศิลปะของการแยกตัวเองออกมาจากสถานการณ์ชั่วคราว เพื่อคิดไตร่ตรองให้ชัดเจน แผลผลและความหมายของสถานการณ์ และหาบทสรุปที่ลึกลงไปอีกชั้นหนึ่ง

ที่ใช้

- ทุกสถานการณ์ ทั้งก่อนลงมือทำ และหลังลงมือทำ

ขยายความ

การทบทวนไตร่ตรองเป็นกระบวนการธรรมชาติในการเรียนรู้ สิ่งต่างๆ เกิดขึ้นรอบตัวเราอยู่แล้ว และยังคงเกิดต่อไป ไม่ว่าจะคิดถึงมันหรือไม่ แต่ถ้าวเาคิดถึง ทบทวนไตร่ตรองและเรียนรู้จากสิ่งเหล่านี้ เราก็จะให้เห็นแบบแผนของเหตุการณ์รอบตัวซึ่งช่วยให้เราเข้าใจได้ดีขึ้นว่ากำลังเกิดอะไรอยู่ เริ่มปรับความคาดหวังและพฤติกรรมของเรา ส่งผลให้สถานการณ์ในอนาคตเป็นไปในเชิงสร้างสรรค์มากขึ้น การไม่ไตร่ตรองอาจทำให้เรากลายเป็นเหยื่อผู้เคราะห์ร้ายของเหตุการณ์

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

คำถามพื้นฐานที่เราจะใช้ทบทวนไตร่ตรองได้แก่

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

เป้าหมายของการทบทวนไตร่ตรองนี้ก็เพื่อให้ตระหนักในวิธีการคิดและการให้เหตุผลของแต่ละคน

การทบทวนไตร่ตรองนี้อาจจะทำด้วยตนเอง หรือสนทนากับผู้อื่น ซึ่งมีประโยชน์ทั้งคู่และควรใช้ร่วมกัน

การทบทวนไตร่ตรองอาจมีหลายลักษณะ

- 1) การทบทวนไตร่ตรองสิ่งที่เกิดขึ้นแล้วเพื่อแปลความเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และสรุปบทเรียนออกมา
- 2) การทบทวนไตร่ตรองไปข้างหน้า เป็นการจินตนาการเหตุการณ์ไปข้างหน้าเพื่อดูว่าจะทำอย่างไรกับปัจจุบัน และสิ่งที่จะต้องติดตามเฝ้าระวังเพื่อดูว่าจะไปในทิศทางไหน
- 3) การทบทวนไตร่ตรองเข้าไปข้างใน เป็นทักษะที่ละเอียดอ่อนที่สุดทั้งอยู่ในสถานการณ์ปัจจุบันและแยกตัวออกมาจากสถานการณ์ ร่วมในสถานการณ์ร่วมกับการแปลความหมายสถานการณ์ ปรับเปลี่ยนสถานการณ์และเรียนรู้จากสถานการณ์

7. วัฏจักรนิเวศ (Ecocycle)

แนวคิด

ระบบนิเวศมีการทำลายล้างและการเกิดใหม่อยู่ตลอดเวลา ก่อให้เกิดวิวัฒนาการและความอยู่รอด บางครั้งองค์กรก็ต้องทำลายหรือหยุดทำอะไรบางอย่าง เพื่อให้เกิดสิ่งใหม่ๆ ขึ้น

องค์กรที่เข้มแข็งควรจะมีองค์ประกอบในทุกช่วงระยะของวัฏจักร (การเกิด การเติบโตเต็มวัย การสลาย การแปรสภาพ) ซึ่งจะทำให้เกิดความยั่งยืนของระบบ

ที่ใช้

- เพื่อค้นหาว่าควรหยุดทำอะไร จึงจะเปิดโอกาสให้เกิดสิ่งใหม่ๆ ขึ้น
- เพื่อปรับทิศทางการใช้พลังและทรัพยากรไปสู่กิจกรรมซึ่งสนับสนุนการเกิดใหม่และการเปลี่ยนแปลง
- เป็นกรอบพิจารณาว่าควรใช้เทคนิคใดสำหรับช่วงต่างๆ ของการทำงาน

ขยายความ

ทฤษฎีบริหารทั่วไปมักจะเปรียบเทียบองค์กรเหมือนช่วงชีวิตของคนซึ่ง

ประกอบด้วย การเกิด เติบโต และเต็มวัย เหมือน S curve แต่ไม่ได้มองต่อไปถึงอีกด้านหนึ่งของระบบที่มีชีวิต คือการแตกสลายและการเกิดใหม่

ความรู้เรื่องระบบนิเวศ เช่น ป่า ช่วยให้เกิดความเข้าใจองค์กรได้ดีขึ้น เราอาจแบ่งวัฏจักรของระบบนิเวศออกเป็น 4 ช่วง ดังนี้

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

2) การเติบโตเต็มวัย เมื่อถึงระยะหนึ่ง ผืนป่าที่โล่งเตียนจะกลายเป็นแน่นขนัดด้วยต้นไม้ มีการแข่งขันกันเพื่อประสิทธิภาพ ไม้พันธุ์ที่หาอาหารได้มากกว่าจะเติบโตใหญ่กว่าพันธุ์อื่นๆ และเหลืออยู่ไม่กี่พันธุ์ เปรียบกับองค์กรที่เติบโตมาถึงขีดสุด มีการวางแผนและควบคุมเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ มีการจัดสรรทรัพยากรให้กับกิจกรรมที่ให้ผลตอบแทนสูง

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

4) การแปรสภาพ ผืนป่าที่ถูกไฟไหม้ซึ่งเปิดโล่งอันประกอบด้วยแร่ธาตุที่อุดม จะเปิดโอกาสให้มีการรวมตัวกันใหม่ที่หลากหลาย แต่ก็ไม่รู้ว่า การรวมตัวในรูปแบบใดที่จะประสบความสำเร็จที่สุด เปรียบเทียบกับองค์กร เป็นการสร้างความเชื่อมโยง โยกย้ายทรัพยากรและทักษะเพื่อสร้างองค์กรสำหรับอนาคตที่มีผลสัมฤทธิ์และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นกว่าเดิม

รูปแบบและโครงสร้างอาจจะช่วยสนับสนุนการทำงาน แต่ไม่ได้เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการทำงานเสมอไป บางครั้งจำเป็นต้องสลายระบบเดิมลง โดยที่ไม่ทำลายส่วนที่เป็นเนื้อในหรือองค์ประกอบ ซึ่งได้แก่ สมาชิกในองค์กร แม้ข้อกำหนดของวิชาชีพก็อาจจะต้องเปลี่ยนไป นำสมาชิกมาฝึกฝนทักษะ

ใหม่ที่จำเป็น นำมารวมทีมกันในรูปแบบใหม่

สรุป

เราทุกคนต่างอยู่ในระบบที่ซับซ้อนและปรับตัว โดยที่เราไม่รู้ตัว ไม่ได้เรียนรู้ และไม่ได้พยายามใช้ประโยชน์จากระบบดังกล่าว แต่กลับมีความอึดอัดเมื่อสิ่งที่วางแผนไว้ไม่เป็นไปตามที่คาดหรือคาดหวังว่าองค์กรจะกำหนดทุกสิ่งทุกอย่างที่ชัดเจน และทุกคนยอมรับที่จะปฏิบัติตาม การทำความเข้าใจกับระบบที่ซับซ้อนและปรับตัวน่าจะเป็นจุดเริ่มต้นให้องค์กรของเราขับเคลื่อนไปสู่ความสำเร็จตามที่ทุกฝ่ายต้องการ

เอกสารอ้างอิง

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



สกว. กับความเป็น องค์กรเคออร์ติก

ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิจารณ์ พานิช
ที่ปรึกษาสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)

น่าตื่นเต้นใหม่ครับ ถ้าได้รู้ว่า สกว. ของเรากำลังอยู่ในขบวนการปฏิวัติโลกกับเขาด้วย

การปฏิวัตินี้ หมายถึง การปฏิวัติทฤษฎีการบริหารจัดการ จากการบริหารจัดการองค์กรแห่งยุคอุตสาหกรรม มาเป็นการบริหารจัดการแห่งยุคข้อมูลข่าวสาร จากรูปแบบองค์กรที่เน้นสายการบังคับบัญชาจากบนลงล่าง เน้นการควบคุมสั่งการ โดยมีกฎระเบียบแน่นอนตายตัว และเน้นการทำงานให้เกิดประสิทธิภาพ มาเป็นองค์กรแบบเคออร์ติก

สกว. เป็นองค์กรเคออร์ติกมาตั้งแต่ต้นโดยเราไม่รู้ตัว เราช่วยกันคิดรูปแบบการบริหารจัดการขึ้นมาโดยใช้สามัญสำนึก ใช้หลักแห่งเหตุผล และสัญชาตญาณ ใช้การประชุมปรึกษาหารือถึงความคิดสร้างสรรค์ของ “ภาคี” จำนวนมากออกมามหาล่อหลอมปรับปรุง สกว. จนมีรูปแบบการจัดการอย่างที่เห็นอยู่ทุกวันนี้

แล้วอยู่ๆ ตอนกลางปี พ.ศ. 2544 นี้เอง เราจึงรู้ว่า มีทฤษฎีเกี่ยวกับองค์กรแบบนี้แล้ว เขาเรียกว่า องค์กรเคออร์ติก (อ่านว่า เค-ออ-ติก) ซึ่งเป็นศัพท์ใหม่ คิดขึ้นมาอธิบายปรากฏการณ์ใหม่และการบริหารจัดการรูปแบบใหม่โดยเฉพาะ มาจากคำว่า **chaos** ผสมกับคำว่า **order** ผู้คิดคำนี้ขึ้น ชื่อ Dee Hock อดีตประธานผู้ก่อตั้งบัตรเครดิตวีซ่าเมื่อ 30 ปีก่อน

ตามศัพท์ที่คิดขึ้นใหม่ เคออร์ติก (chaordic) เป็นการเอาคำ chaos กับ order มาต่อกัน ให้ความหมายไปในทำนองว่า เป็นองค์กรที่ทำภารกิจในท่ามกลางสภาพไร้ระเบียบ (chaos) กับความเป็นระเบียบ (order)

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

ซับซ้อนและไร้ระเบียบ (complexity)

เข้าใจยากจัง

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

เมื่อก่อนเราไม่สามารถศึกษาระบบซับซ้อน (complex system) ให้เข้าใจองค์แท้ได้ เพราะเกินความสามารถของสมองมนุษย์ แต่เมื่อมีคอมพิวเตอร์พลังสูง นักวิทยาศาสตร์ก็สามารถทำความเข้าใจระบบซับซ้อนได้มากขึ้นเรื่อยๆ และเริ่มเข้าใจมากขึ้นเรื่อยๆ ว่า ระบบต่างๆ ในธรรมชาติเป็นระบบซับซ้อนทั้งสิ้น เช่น ระบบประสาทของคน ระบบภูมิคุ้มกัน ระบบนิเวศรวมไปถึงจักรวาล และระบบบริหารจัดการในองค์กร

แต่แนวความคิดของการบริหารจัดการที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบันยังคงมีหลักการที่สมมติว่าส่วนต่างๆ ขององค์กรอยู่ภายใต้ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง ซึ่งไม่เป็นความจริง จริงๆ แล้วความสัมพันธ์ภายในองค์กรเป็นระบบเชิงซ้อน

จึงต้องการความคิดแบบเคอร์ติค

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

อ่านเรื่องของการก่อกำเนิดรูปแบบการบริหารจัดการของบัตร์เครดิติวิชากับประวัติของคุณดี (ขอเรียกชื่อ Dee Hock ว่าคุณดี เพราะฟังดูเป็นมงคลดี) เทียบกับ “ความบังเอิญ” ที่ สกว. แล้ว เห็นประเด็นสำคัญ 3 ประการที่จะทำให้เกิด “สิ่งใหม่” ด้านการบริหารจัดการองค์กรขึ้น

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

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

หลังจากใช้ชีวิตอย่างล้มเหลว 16 ปี ในวงการธนาคารและการเงินในสหรัฐอเมริกา เนื่องจากนิสัยแหกคอกและหัวดี คุณดีก็ได้โอกาสทำงานสร้างสรรค์บัตรเครดิตวีซ่า เริ่มงานและทำงานแบบไม่กลัวอุปสรรคและความล้มเหลว จนประสบความสำเร็จอันยิ่งใหญ่ ทั้งด้านธุรกิจของบัตรวีซ่าและด้านการสร้างสรรค์รูปแบบการจัดการแบบใหม่ เป็นเวลาอีก 16 ปี ก็เกษียณอายุการทำงานไปใช้ชีวิตอยู่เงียบๆ ที่บ้านในปาร์ริวอชิงตัน ไตร่ตรอง ครุ่นคิด และมีคนมาร่วมคิด จนได้หลักการเคอร์ติค และคิดว่าแนวความคิดนี้จะช่วยแก้ไขความทุกข์ยากในโลกอันเกิดจากการบริหารจัดการในรูปแบบที่ล้าหลังตกยุค จึงเขียนหนังสือเล่มดังกล่าว และตั้งองค์กรนี้ขึ้นมาเผยแพร่หลักการและวิธีการบริหารจัดการแบบเคอร์ติค เรียกว่า Chaordic Alliance แล้วเปลี่ยนรูปแบบและชื่อเป็น Chaordic Commons ผู้สนใจอ่านรายละเอียดได้จากเว็บไซต์ข้างต้น

เคอร์ติค คอมมอนส์ ให้บริการที่ปรึกษาด้านการบริหารจัดการองค์กร และจัดการประชุมปฏิบัติการเพื่อเผยแพร่หลักการและวิธีการเคอร์ติค

ผมมีโอกาสไปร่วมการประชุมปฏิบัติการ ระหว่างวันที่ 13-15 สิงหาคม 2544 ที่เมืองมินนีอาโพลิส รัฐมินนิโซต้า เป็นการประชุมปฏิบัติการครั้งที่ 3 ของ เคอร์ติค คอมมอนส์

ข้อสรุปที่สำคัญที่สุดของการบริหารจัดการแบบเคอร์ติคก็คือจุดสำคัญที่สุดไม่ได้อยู่ที่การบริหารจัดการ แต่อยู่ที่ใจ

ใจที่มองเห็นความเชื่อมโยงเป็นหนึ่งเดียวของสรรพสิ่ง มองทะลุเห็นความงามและความเป็นระเบียบ (order) จากสรรพสิ่งที่ไร้ระเบียบ (complexity) มองคนเดียวไม่เห็น ก็หากคนมาช่วยกันทำ “กระบวนกร” ให้เห็น

ลักษณะขององค์กรเคออร์ดิค

- มีความมุ่งมั่น (purpose) และหลักการ (principle) ที่มั่นคง
- จัดรูปแบบหน่วยงานกันเอง (self-organize) และควบคุมกันเอง (self-govern) ทั้งในองค์กรใหญ่ และในหน่วยย่อยขององค์กร
- องค์กรมีหน้าที่ส่งเสริม (enable) การทำงานของหน่วยย่อย
- รวมพลังจากรอบด้าน สร้างเอกภาพจากภายใน
- กระจายอำนาจ สิทธิ ความรับผิดชอบ และผลประโยชน์
- เจริญงอกงามขึ้นท่ามกลางความหลากหลาย ความซับซ้อนและการเปลี่ยนแปลง
- ใช้ความขัดแย้ง และความเป็น 2 ขั้วในสิ่งเดียวกัน (paradox) อย่างสร้างสรรค์
- หลีกเลี่ยงการควบคุมและสั่งการ
- ใช้ความร่วมมือและการแข่งขันอย่างสร้างสรรค์
- เรียนรู้ ปรับปรุง และสร้างนวัตกรรม เป็นวงจร
- ให้อิสระในการคิดริเริ่ม ประดิษฐ์ หรือตัดสินใจ
- ส่งเสริมความเป็นมนุษย์ และโลกชีวภาพ
- ไม่สามารถบริหารจัดการได้ แต่ใช้ภาวะผู้นำได้

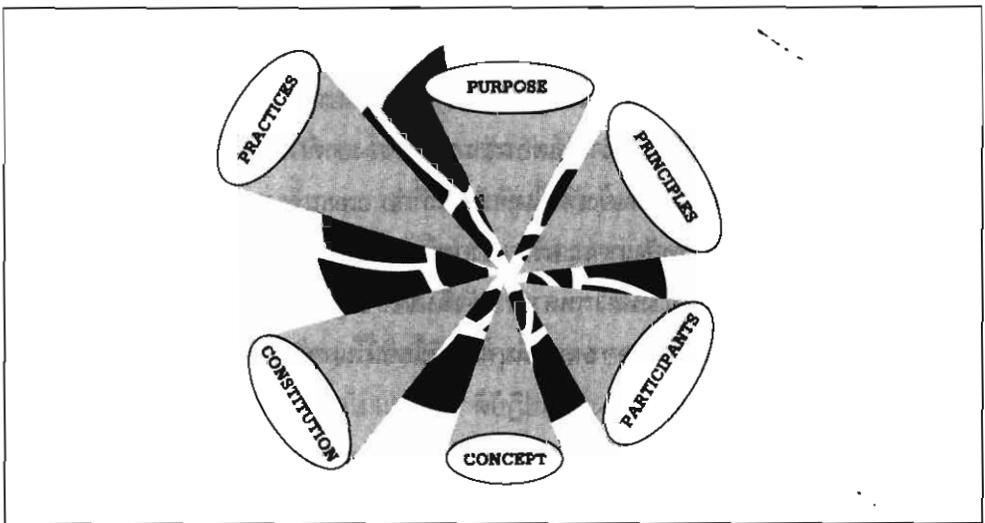
การจัดระบบและโครงสร้างองค์กร

การจัดระบบและโครงสร้างองค์กรนี้ภาษาอังกฤษใช้คำว่า organization หมายถึงการเข้ามารวมตัวกันของส่วนประกอบ เกิดเป็นโครงสร้าง ทำภารกิจอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่าง มีความหมายในทางกระบวนการ ไม่ใช่รูปแบบตายตัว

เรื่องนี้เรามีความรู้สึกอึดอัดขัดข้องกันภายใน สกว. มานานแล้ว เวลาจะอธิบายระบบโครงสร้างองค์กรของ สกว. เราไม่มีรูปผังองค์กรที่เราพอใจ เพราะที่เรารู้จักเป็นผังองค์กรแบบควบคุม สั่งการ หรือองค์กรแบบหัวหน้าลูกน้อง

เพิ่งมาได้วิธีเขียนผังองค์กรของ สกว. เมื่อไปเข้า workshop ครั้งนี้เอง
 เนื่องจากระบบและโครงสร้างองค์กรเคอร์ดิค มีความเป็นพลวัต
 และมีมิติด้านจิตวิญญาณอยู่ด้วย จึงต้องมองหรืออธิบายโดยใช้ "แว่นส่อง" 6
 แว่น จะได้ภาพ 6 ภาพซ้อนทับกันอยู่ในลักษณะของ "ความซับซ้อน"
 (complexity) ได้แก่

- ความมุ่งมั่น (purpose)
- หลักการหรือหลักปฏิบัติ (principles)
- ภาคีหรือผู้มีส่วนร่วม (participants) จะเป็นระดับบุคคล องค์กร หรือ
 ชุมชนก็ได้
- หลักการจัดระบบการทำงาน (organization concept)
- ธรรมนูญ (constitution)
- กิจกรรม หรือบริการ (practices)



ต้องทำความเข้าใจที่ละส่วนให้ครบ 6 ส่วน จึงจะเข้าใจว่าองค์กร
 เคอร์ดิคแตกต่างจากองค์กรแบบควบคุม-สั่งการ อย่างไร

▶▶▶ ความมุ่งมั่น

ความมุ่งมั่น (purpose) เป็นหลักยึด หลักชัย หรือเครื่องมือสร้าง

ความผูกพัน สร้างพลัง ในการร่วมกันทำงานเพื่อบรรลุความสำเร็จอันยิ่งใหญ่
 คำว่า “ความมุ่งมั่น” นี้ มีความหมายลึกกว่าเป้าหมาย (goal) มีมิติ
 ด้านความเชื่อ ค่านิยม และจิตวิญญาณอยู่ด้วย และเป็นภาษาของคนกลุ่มที่
 ไม่ใช่ชาวตุนิยม หากจะเทียบกับภาษาด้านการจัดการที่เราคุ้นเคย ก็น่าจะเป็น
 ลูกลมระหว่าง วิสัยทัศน์ (vision) กับพันธกิจ (mission)

แต่ละองค์กรเคอร์ติค จะต้องเขียนข้อความสั้นๆ กระชับ ที่แสดงความ
 มุ่งมั่นขององค์กรและทุกคนที่เป็นภาคีขององค์กร สำหรับเป็นเครื่องมือสร้าง
 เอกภาพในท่ามกลางความหลากหลาย เป็นเครื่องมือรวมพลังในยามมี
 ประเด็นขัดแย้งหรือมองได้หลายมุม

เราคงจำกันได้ว่า ความมุ่งมั่นของ สกว. คือ “สร้างการเปลี่ยนแปลง
 โดยใช้ความรู้ และการสร้างความรู้”

▶▶▶ หลักการหรือหลักปฏิบัติในองค์กรเคอร์ติค

หลักการหรือหลักปฏิบัตินี้ เขียนไว้เตือนใจให้สมาชิกขององค์กรถือ
 ปฏิบัติร่วมกัน เป็นถ้อยคำที่สะท้อนค่านิยมหรือความเชื่อที่สมาชิกยึดถือ
 เป็นหลักปฏิบัติที่จำเป็นต่อความสำเร็จขององค์กร มักมีหลายข้อและบางข้อ
 อาจดูเสมือนขัดแย้งกัน ในลักษณะที่ก่อ creative tension

โปรดสังเกตนะครับ ว่าองค์กรเคอร์ติค เชื่อในระบบซับซ้อน ซึ่งมีความ
 ความแตกต่างหลากหลาย ดังนั้นหลักปฏิบัติจึงเป็นเครื่องมือให้มีการนำ
 ความแตกต่างหลากหลายนี้มาใช้ประโยชน์ในการสร้างความสำเร็จให้แก่องค์กร

ตัวอย่างของหลักปฏิบัติ

- เปิดโอกาสให้ใครก็ได้ที่ยอมรับความมุ่งมั่นและหลักปฏิบัติขององค์กร เข้า
 มาเป็นสมาชิกขององค์กร
- สมาชิกขององค์กรมีสิทธิรวมตัวกันได้เอง (self-organize) เพื่อปฏิบัติภารกิจ
 ตามความมุ่งมั่นและหลักปฏิบัติขององค์กร
- มอบอำนาจตัดสินใจไว้ที่จุดปฏิบัติงาน หรือใกล้จุดปฏิบัติงานให้มากที่สุด
 และใช้ทรัพยากร ทุน ส่วนงานนั้นๆ ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้
- สร้างความพร้อมใจ ไม่ใช่มุ่งบังคับ ต่อการแสดงพฤติกรรมบางอย่างใดอย่างหนึ่ง

▶▶▶ **ภาคีหรือผู้มีส่วนร่วม**

ผู้มีส่วนร่วมขององค์กรเคอร์ติค กว้างกว่าผู้ปฏิบัติงานภายในองค์กร มีความหมายรวมไปถึงผู้ได้รับผลกระทบจากการปฏิบัติงานขององค์กรด้วย ดังนั้นจึงต้องเขียนรายชื่อกลุ่มของผู้มีส่วนร่วมให้ครบถ้วน การมองภาคีหรือผู้มีส่วนร่วมในวงกว้างเช่นนี้ จะมีผลต่อแนวความคิดและวิธีปฏิบัติข้ออื่นๆ ขององค์กรและคนในองค์กร

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

▶▶▶ **หลักการจัดระบบการทำงาน (Organizational Concept)**

เป็นเรื่องของการจัดความสัมพันธ์ระหว่างส่วนต่างๆ ขององค์กร ทั้งที่เป็นหน่วยงานส่วนย่อย และที่เป็นระดับบุคคล เน้นความสัมพันธ์เชิงภารกิจหรือการทำงาน ไม่ใช่ความสัมพันธ์เชิงอำนาจสั่งการ เน้นกลไกการตัดสินใจ และรวมทั้งกระบวนการกำกับดูแล (governance)

การจัดระบบการทำงานขององค์กรเคอร์ติค จะต้อง “คิดใหม่ ไม่ยึดติดแบบที่เคยชิน” ต้องคิดแบบนามธรรมเสียก่อน โดยต้องใช้จินตนาการให้มาก คิดลึกลงไปถึงมิติด้านคุณค่าและความเชื่อ รวมทั้งยอมรับความไม่ชัดเจน และความไม่แน่นอน

ช่างเหมือนตอนที่เรากำลังสร้าง สกว. เสียจริงๆ

การจัดระบบการทำงานขององค์กรเคอร์ติค มีลักษณะดังต่อไปนี้

- **เปิดกว้าง (inclusive)** เปิดรับทุกคนหรือทุกหน่วยงานที่ยึดถือ “ความมุ่งมั่น” และ “หลักการหรือหลักปฏิบัติ” เดียวกันกับองค์กร
- **มีหลายศูนย์ และกระจายอำนาจ (multicentric & distributive)** อำนาจไม่รวมศูนย์อยู่ที่ใดที่หนึ่ง แต่กระจายอยู่ทั่วไป หน่วยเล็กหรือปลายทางที่สุดเป็นจุดที่มีอำนาจมากที่สุด
- **จัดรูปแบบของตัวเอง และปรับตัวเอง (self-organizing & self-evolving)**

องค์กรเติบโตโดยการจัดรูปแบบตัวเอง ไม่ใช่โดยการควบคุมสั่งการจากส่วนกลาง แต่ละส่วนขององค์กรมีการปรับตัวตามการเปลี่ยนแปลงในภาพรวมขององค์กร

- **ภาคีหรือผู้มีส่วนร่วมเป็นเจ้าของและเป็นผู้กำกับดูแล** ผู้เป็นภาคีกำกับดูแลกันเอง และกำกับดูแลส่วนของเครือข่ายที่ตนเกี่ยวข้อง คณะกรรมการกลางหรือคณะกรรมการนโยบายจะตัดสินใจเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับระบบในภาพรวมเท่านั้น
- **มีความหลากหลาย และปรับตัวอยู่ตลอดเวลา** (diverse & adaptive) องค์กรเคอร์ติค มีการเปิดกว้างต่อการทดลองและการสร้างนวัตกรรม มีการร่วมมือกันอย่างกว้างขวาง และในขณะเดียวกันยุทธศาสตร์ที่ต่างกันสามารถดำเนินการแข่งขันกันได้ แนวความคิดที่ดีสามารถกระจายออกไปได้อย่างรวดเร็ว แนวความคิดที่ไม่ดีก็จะถูกทำให้อ่อนกำลังลงก่อนที่จะก่อผลร้ายมากเกินไป
- **มีความเหนียวแน่น พุ่งสู่ภารกิจที่มุ่งมั่น ยึดหลักการหรือหลักปฏิบัติ** ภารกิจที่มุ่งมั่น (purpose) และหลักการหรือหลักปฏิบัติ (core principles) คือเรื่องยึดเหนี่ยว หรือโครงสร้างที่เอื้อให้ภาคีหรือผู้มีส่วนร่วมกระทำการต่างๆ ได้อย่างหลากหลาย

ภายใต้หลักการจัดระบบการทำงานดังกล่าว ผังองค์กร (organization chart) ขององค์กรเคอร์ติค จึงมีลักษณะเป็นเครือข่าย ไม่เป็นขั้นๆ อย่างองค์กรแบบควบคุมสั่งการ

▶▶▶ **ธรรมนูญ**

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

แน่นอนที่สุดที่การเขียนธรรมนูญต้องปรึกษานักกฎหมาย แต่ที่สำคัญกว่านั้น คือจะต้องเขียนแบบ "มีส่วนร่วม" ควรตั้ง "ทีมยกร่าง" ขึ้นมาคิดและยกร่างอย่างเอาจริงเอาจัง และปรึกษาหารือกับภาคีทั้งหมดเป็นระยะๆ จะ

ต้องใช้ “กระบวนการมีส่วนร่วม” ทำให้เป็นธรรมเนียมของทุกคน

ข้อความในธรรมเนียม จะต้องระบุ ความมุ่งมั่น (purpose), หลักการ หรือหลักปฏิบัติ (principles), และหลักการจัดระบบการทำงาน (organizational concept) รวมทั้งการกำกับดูแล (governance) ไว้ให้ชัดเจน

กระบวนการเขียนธรรมเนียม จะช่วยให้มีการทำความเข้าใจต่อข้อความมุ่งมั่น หลักการ และหลักการจัดระบบการทำงาน และช่วยให้ปรับปรุงข้อเขียนเหล่านั้นให้ดียิ่งขึ้น

ธรรมเนียม เป็นข้อกำหนดทางกฎหมาย ต่อการปฏิบัติหน้าที่ของคณะกรรมการนโยบายขององค์กร ต่อผู้บริหาร พนักงาน และภาคี เพื่อให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามความมุ่งมั่น หลักการ และหลักการจัดระบบการทำงานที่กำหนดไว้ ในลักษณะที่ส่งเสริมให้เกิดการจัดรูปแบบตัวเอง การเจริญเติบโตและวิวัฒนาการขององค์กร

ธรรมเนียมของ สกว. ก็คือ พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการวิจัย พ.ศ. 2535 ซึ่งถ้าอ่านระหว่างบรรทัด ก็จะพบว่าผู้ร่างมีเจตนาให้ สกว. เป็นองค์กรที่ไม่ใช้การบริหารแบบสั่งการและควบคุม ต้องการให้มีความยืดหยุ่น คล่องตัวสูง และไม่กำหนดรูปแบบองค์กรไว้ เปิดช่องให้ผู้บริหารและคณะกรรมการนโยบายสามารถกำหนดรูปแบบขององค์กรให้เหมาะสมต่อภารกิจที่จะทำตามวิสัยทัศน์ และพันธกิจที่เสนอโดยผู้บริหารและคณะกรรมการนโยบายเห็นชอบ

การจัดรูปแบบองค์กร ไม่ได้กำหนดไว้ล่วงหน้า แต่จัดภายหลังกำหนดวิสัยทัศน์ และพันธกิจ เพื่อให้ “โครงสร้าง รับผิดชอบต่อภารกิจ” ไม่ใช่กำหนดโครงสร้างไว้ก่อนอย่างตายตัว แล้วรับการทำงานให้สอดคล้องกับโครงสร้างและกฎระเบียบ อย่างที่ใช้กันอยู่ในหน่วยราชการทั่วไป

นี่คือโชคดีของ สกว.

►►► กิจกรรมหรือบริการ

นี่คือตัวเนื้องานขององค์กร ซึ่งนำไปสู่ผลผลิตหรือบริการ ตามที่กำหนดไว้ใน “ความมุ่งมั่น” ขององค์กร เป็นผลผลิตหรือบริการที่มีคุณภาพ มีคุณค่า ตรงตามความพึงพอใจของลูกค้าหรือผู้ใช้บริการ

ความคล่องตัว ยืดหยุ่น สามารถตัดสินใจได้ ณ จุดปลายสุด หรือจุดที่ใกล้ลูกค้ามากที่สุด จะช่วยให้ผลผลิตหรือบริการมีคุณภาพ และสร้างความพึงพอใจได้สูง โดยที่บริการขององค์กรในรูปแบบเดิม (ควบคุมและสั่งการ) ทาบไม่ติด

กิจกรรมหรือบริการของ สกว. ได้แก่

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

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

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

ระบบซับซ้อนและปรับตัว (รชป.)

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

จะเห็นว่าการก่อกำเนิดของศาสตร์ว่าด้วยความซับซ้อน ใช้เวลาเป็นร้อยปี

เป็นศาสตร์ที่เข้ามาเติมเต็มศาสตร์หรือความเชื่อเดิมที่เรียกว่า “**กระบวนทัศน์คาร์ทเซียน**” (Cartesian Paradigm) หรือบางทีก็เรียกว่า “**โลกทัศน์แบบนิวตัน**” (Newtonian Worldview) ซึ่งเชื่อถือกันมา 400 ปี เป็นกระบวนทัศน์ที่เรียกว่า “**แนวทางแยกส่วน**” (reductionistic) หรือแนวทางวิเคราะห์เจาะลึกหาความหมายของภาพรวมจากการศึกษาองค์ประกอบของภาพรวมนั้น

เมื่อความรู้ด้านต่างๆ ก้าวหน้าขึ้น ก็พบว่าโลกทัศน์คาร์ทเซียน ที่มองสรรพสิ่งแบบแยกส่วน หรือแบบกลไก (mechanistic) ไม่เพียงพอต่อการอธิบายปรากฏการณ์ธรรมชาติหลายอย่าง

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

แนวคิดแบบ รชป. เน้นการมอง**ความเชื่อมโยง** (connectedness) มองความสัมพันธ์หรือการสื่อสารสองทาง หรือหลายทางแบบเครือข่ายเซลล์ประสาท เป็นศาสตร์แห่งการสังเคราะห์ มองภาพรวม ด้วยเลนส์หรือสายตาที่ตระหนักในความซับซ้อน

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

เปลี่ยนแปลงจากการเรียนรู้โดยประสบการณ์

▶▶▶ ลักษณะ 2 ขั้วตรงกันข้าม

ความซับซ้อนมีลักษณะที่แปลกมาก คือมีลักษณะหลายประการที่ดูเหมือนขัดกันเอง หรือมีน้อยเชิงตรงกันข้าม ดังตัวอย่าง

(1) ทั้งใช่และไม่ใช่

“สกว. เป็นหน่วยราชการ ใช่หรือไม่” คำตอบคือ ทั้งใช่และไม่ใช่ ใช่ เพราะ สกว. เป็นหน่วยงานภาครัฐ ใช่งบประมาณแผ่นดินจากภาษีอากรของประชาชน ไม่ใช่เพราะ สกว. อยู่นอกระบบราชการ ไม่ใช่กฎระเบียบของราชการ

(2) เป็นทั้งสองอย่าง ไม่ใช่อย่างใดอย่างหนึ่ง

ตัวอย่างข้างบน ใช้อธิบายลักษณะนี้ได้ด้วย ในหลายๆ กรณี สิ่งใดสิ่งหนึ่งเป็นหลายอย่างในขณะเดียวกัน

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

สกว. กับนักวิจัยต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน เพราะถ้าขาดนักวิจัย สกว. ก็จะไม่มีความหมาย และถ้าขาด สกว. นักวิจัยก็ขาดแหล่งทุนที่ดี ที่สามารถช่วยจัดกระบวนการให้เกิดโจทย์วิจัยดีๆ และมีเงินทุนวิจัยสนับสนุนงานอย่างเต็มที่ แต่ในขณะเดียวกัน สกว. กับนักวิจัยคนใดคนหนึ่งก็เป็นอิสระต่อกัน ไม่อยู่ภายใต้อาณัติซึ่งกันและกัน

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

ในหลายกรณี ความซับซ้อนเกิดจากการจัดตัว (pattern) ของส่วนประกอบที่เหมือนๆ กัน ที่เรียกว่า fractal จำนวนมาก จนได้รูปแบบที่ซับซ้อน เกิดภาพใหม่ที่นึกไม่ออกว่าเป็นผลของการจัดเรียงตัวของ fractal ที่มีลักษณะง่ายๆ

และในขณะเดียวกัน ท่ามกลางความซับซ้อนอย่างเหลือหลายนั้น หากยกระดับกระบวนการทัศน์ในการมองขึ้นไป จะมองเห็นความเรียบง่ายใน “รูป” ที่ผุดบังเกิด (emerge) ขึ้น

(5) มี “เกิด” และ “ดับ” อยู่ด้วยกัน

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

ในระบบนิเวศ การ “ดับ” ของชีวิตหนึ่ง ก็จะได้อินทรีย์สารและอนินทรีย์สารสำหรับเป็นวัตถุดิบให้ชีวิตใหม่ผุดบังเกิดขึ้น

▶▶▶ ลักษณะของระบบซับซ้อนและปรับตัว (รชป.)

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

รชป. มีลักษณะที่หลากหลายมาก แล้วแต่มุมมอง และแล้วแต่ความสามารถในการมองเห็นของแต่ละคน ลักษณะเด่นๆ มีดังต่อไปนี้

(1) รชป. ผึ่งตัวอยู่ใน รชป. อื่น

เซลล์อยู่ในร่างกาย ร่างกายอยู่ในระบบนิเวศ บุคคลอยู่ในระบบครอบครัว ครอบครัวอยู่ในชุมชน

(2) รชป. ผุดบังเกิดขึ้นจากปฏิสัมพันธ์ที่หลากหลายและซับซ้อนอย่างยิ่ง

สกว. ผุดบังเกิดขึ้นจากความพยายามที่จะแก้ไขระบบการจัดการงานวิจัย แก้ไขความไม่มีประสิทธิภาพของระบบราชการ การให้ความสำคัญแก่งานวิจัย การริเริ่มองค์กรแบบใหม่ การสร้างความสัมพันธ์แบบใหม่ระหว่างแหล่งทุนวิจัยกับนักวิจัย การพัฒนาระบบการจัดการงานวิจัยแบบที่จะให้เกิดผลงานที่มีคุณภาพ การแยกแยะนักวิจัยตามประวัติความสำเร็จในการสร้างสรรค์ผลงานและพฤติกรรมเกี่ยวกับการเงิน การสร้างระบบ social accountability ขององค์กรรัฐแบบใหม่ การจัดระบบ governance แบบใหม่ขององค์การภาครัฐที่มีความเป็นอิสระ ฯลฯ

(3) ความแตกต่างหลากหลาย เป็นปัจจัยส่งเสริมศักยภาพต่อการปรับตัวในอนาคต

ระบบนิเวศที่มีความหลากหลายทางชีวภาพสูง จะสามารถปรับตัวและสามารถดำรงอยู่ได้ดีกว่าระบบนิเวศที่มีความหลากหลายทางชีวภาพต่ำ

สิ่งมีชีวิต สปีชีส์ที่พันธุกรรมมีความหลากหลายน้อย โอกาสสูญพันธุ์

จะสูง เพราะความสามารถในการปรับตัวให้สามารถดำรงอยู่เมื่อสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลงจะต่ำ

ประเทศที่คนคิดเหมือนๆ กันหมด โอกาสไปสู่หายนะเกิดได้ง่าย เช่น ประเทศเยอรมนีสมัยฮิตเลอร์

(4) ความแตกต่างหลากหลายเป็นบุญแก่ส่วนวัตรกรรม และสามารถในการดำรงอยู่ในระยะยาว

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

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

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

(6) มีวิวัฒนาการร่วม (coevolution) ไปกับสภาพแวดล้อม

รชป. ผุดบังเกิดขึ้นจากการจัดตัวภายใน ร่วมกับอิทธิพลจากภายนอก และจะเปลี่ยนแปลงในลักษณะ “วิวัฒนาการ” ร่วมกับสภาวะแวดล้อม คือมีอิทธิพลต่อกันและกัน

(7) ปรากฏการณ์ผีเสื้อ (butterfly effect)

การเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย อาจก่อผลลัพธ์สุดท้ายที่รุนแรงยิ่ง เช่น ผีเสื้อตัวหนึ่งกระพือปีกที่แอฟริกาตะวันตก เกิดผลต่อเนื้อจมน้ำพายุเข้าฝั่งตะวันออกของสหรัฐอเมริกา

(8) เรียนรู้กลยุทธ์ใหม่ๆ จากประสบการณ์

ประสบการณ์ทำให้ สกว. เรียนรู้วิธีการตั้งโจทย์ชุดโครงการวิจัยที่แตกต่างหลากหลายมากขึ้น และในบางสถานการณ์ไม่จำเป็นต้องลงทุนจัด

กระบวนการมากมาย หรือใช้เวลามากอย่างที่เคยม่า

(9) ผูกติดอยู่กับประวัติศาสตร์

ไม่มีสิ่งใดที่เป็น ราชป. อยู่อย่างโดดเดี่ยว และไม่มีประวัติศาสตร์หรือ ภูมิหลัง สถานภาพปัจจุบัน และการปรับตัวเปลี่ยนแปลงในอนาคตขึ้นอยู่กับ ประวัติศาสตร์ของสิ่งนั้นด้วย

มองในเชิงองค์กร ประวัติศาสตร์เป็นตัวกำหนดวัฒนธรรมองค์กร (corporate culture) ซึ่งเป็นตัวกำหนดสภาพปัจจุบันและการปรับตัวใน อนาคตอีกต่อหนึ่ง

(10) ไม่เสถียร (unstable) เปลี่ยนแปลงไปสู่ order ใหม่ได้

ขณะนี้ สกว. เปลี่ยนแปลงบทบาท (หรือที่ถูกว่า ขยายบทบาท) ไป แสดงบทบาทด้านนโยบายเกี่ยวกับระบบวิจัยด้วย ทั้งๆ ที่กฎหมายระบุไว้ ชัดเจนให้ทำหน้าที่ด้านการส่งเสริมการวิจัย

(11) ลักษณะขององค์กรวมไม่ใช่ผลรวมของส่วนย่อย

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

(12) จะทำความเข้าใจส่วนย่อยของระบบ ต้องรู้บริบทขององค์กรวม

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

(13) สำระสำคัญของระบบไม่ได้อยู่ที่ขนาดหรือปริมาณ แต่อยู่ที่ คุณภาพ และรูปแบบ (pattern)

สกว. เป็นองค์กรเล็ก มีพนักงานรวมทั้งสิ้นเพียง 50 คนเศษ แต่ สกว. ได้ สร้างผลกระทบให้สังคมไทยอย่างยิ่งใหญ่ ด้วยคุณภาพและรูปแบบการทำงาน

(14) ความเชื่อมโยง

ราชป. มีการเชื่อมโยง ติดต่อสื่อสารระหว่างส่วนย่อยอย่างซับซ้อนและเป็นอิสระ และเป็นการเชื่อมโยงแบบไม่เป็นเส้นตรง (non-linear)

(15) มีระบบสัญญาณ ช่วยในการรับรู้และเรียนรู้

การรับรู้และเรียนรู้ของ ราชป. เกิดขึ้นในทุกส่วนย่อย เกิดการเรียนรู้ทั้ง

ต่อองค์กรรวมและต่อส่วนย่อย การรับรู้และเรียนรู้ไม่จำเป็นจะต้องเหมือนกัน ในส่วนย่อยที่ต่างกัน

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

สกว. ผุดบังเกิดขึ้นภายใต้ รัชป. ของประเทศไทย ตัว สกว. เองเป็น รัชป. และได้รับการพัฒนาขึ้นภายใต้ความเชื่อใน รัชป. การบริหาร สกว. ใช้ หลักการจัดการองค์กรที่ซับซ้อนและปรับตัว ซึ่งอาจเรียกว่า **องค์กรเคอร์ติค** หรือ **องค์กรควอนตัม** องค์กรแบบดังกล่าวทำงานภายใต้สมมติฐานหรือความเชื่อชุดหนึ่งซึ่งไม่ใช่รูปแบบขององค์กรแบบควบคุม-สั่งการ ภายใต้อำนาจแนวดิ่ง สมมติฐานหรือความเชื่อชุดนั้นเกิดจากความรู้ หรือศาสตร์ว่าด้วยระบบซับซ้อนและปรับตัว

สรุป

องค์กรเคอร์ติค คือองค์กรที่ปรับตัว โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จากสภาพแวดล้อมอยู่ตลอดเวลาแต่ดำรงความมุ่งมั่นหรือเป้าหมายขององค์กรไว้อย่างมั่นคง มีธรรมเนียมที่เอื้อต่อการเรียนรู้และปรับตัว มีหลักการหรือหลักปฏิบัติ และการจัดรูปแบบองค์กร ที่เน้นความเป็นเครือข่าย เน้นคุณค่า และความเป็นมนุษย์ ไม่มีลักษณะควบคุมสั่งการ แต่มีลักษณะกระจายอำนาจตัดสินใจ และสร้างคุณค่าและคุณภาพของสินค้าและบริการ จากความคิดริเริ่มจากสมองมนุษย์ทั้งซีกซ้ายและซีกขวา

นี่คือองค์กรแห่งยุคหลังอุตสาหกรรม หรือยุคเศรษฐกิจสังคมความรู้ การทำความเข้าใจองค์กรเคอร์ติค ต้องใช้สมองซีกขวาให้มาก หรือให้สมดุลกับสมองซีกซ้าย กล่าวคือต้องไม่ละเลยมุมมองด้านคุณค่า จิตใจ จิตวิญญาณ ความเคารพและเชื่อในศักยภาพแห่งมนุษย์ ความรู้ความเข้าใจระบบที่ซับซ้อนเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลง และความเชื่อมโยงเป็นหนึ่งเดียวของสรรพสิ่ง

ความเรียบง่ายคือพลัง ที่จะทำให้น้อยลง
(ในสิ่งที่ไม่มีความจำเป็น) คือพลัง ที่จะทำให้มากขึ้น (ในสิ่ง
ที่จำเป็นต้องทำ)

มีแนวคิดเรื่องความเรียบง่ายอยู่ 2 แนวทาง แนวทางหนึ่ง
เน้นเรื่องการจัดการในองค์กรด้วยการใช้เวลาทำความเข้าใจกับสิ่งที่
ซับซ้อน (นำเสนอโดย Bill Jensen) แนวทางที่สองเน้นเรื่องของการคิด
เพื่อหาวิธีทำงานที่เรียบง่ายกว่าที่เป็นอยู่ (นำเสนอโดย Edward de Bono)
แนวทางทั้งสองเป็นสิ่งที่สามารถผสมผสานนำมาใช้ร่วมกันได้

Edward de Bono กล่าวถึงคุณค่าของความเรียบง่ายไว้ว่า การทำใน
สิ่งที่ซับซ้อนเป็นสิ่งที่ไร้ประสิทธิภาพ ทำให้สูญเสียเวลา ความตั้งใจ และพลัง
โดยไม่จำเป็น หากมีวิธีการที่ง่ายกว่าก็ไม่เห็นเหตุผลที่จะต้องทำในสิ่งที่ซับซ้อน เรา
มีโอกาที่จะพบวิธีการทำงานที่ง่ายกว่าเดิมอยู่ตลอดเวลา ขอเพียงเราให้คุณค่า ให้ความสำคัญ
และพยายามคิดสร้างสรรค์หาแนวทางที่ง่ายกว่า

ความซับซ้อนคือความล้มเหลวของความเรียบง่ายเสมอ ความซับซ้อนหมายถึง
ถึงความพยายามที่สะเปะสะปะ ความเรียบง่ายหมายถึงความพยายามที่มีจุดเน้น จุดเน้น
ในที่นี้น่าจะเป็นเป้าหมายของงาน

ผู้ที่คุ้นเคยกับความซับซ้อนจะไม่สังเกตเห็นความซับซ้อน และมักจะเพิ่มความ
ซับซ้อนให้มากยิ่งขึ้นไปอีก การหาวิธีทำงานให้เรียบง่ายขึ้น น่าจะเป็นการดีกว่าการฝึก
ให้ผู้คนจัดการกับความซับซ้อน

ความเรียบง่ายจะเกิดได้ต่อเมื่อเราให้ความสำคัญกับแนวคิดที่เป็นเป้าหมายของ
การทำงานมากกว่ารายละเอียดของการปฏิบัติ

แรงจูงใจที่จะแสวงหาความเรียบง่ายจะช่วยให้เราเริ่มมองดูสิ่งที่ไม่เป็นปัญหา
และเริ่มต้นถามว่า "นี่เป็นวิธีการที่เรียบง่ายที่สุดในการทำงาน หรือไม่"

สิ่งที่ทำต่อเนื่องกันมาเป็นเวลานานนั้นอาจจะไม่ใช่สิ่งที่ดีที่สุด แต่อาจเป็น
เพราะในอดีตนั้นไม่มีเทคโนโลยีที่จะทำได้ด้วยวิธีอื่น (ที่ง่ายกว่า)

ความเรียบง่ายเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับองค์กรที่จะประสบความสำเร็จ ความ
เรียบง่ายจะเกิดได้ต้องมาจากความมุ่งมั่น การปรับเปลี่ยนวิธีคิด การปรับเปลี่ยน
วิธีการใช้เวลา การปรับเปลี่ยนบทบาทของผู้นำ เพื่อช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานเกิด
ความชัดเจน รู้จุดเน้น และมีเวลาทบทวนไตร่ตรองวิธีการทำงานที่ใช้อยู่

การพัฒนาคุณภาพด้วยแนวคิดของความเรียบง่ายน่าจะช่วยให้
เกิดการเปลี่ยนแปลงได้มากกว่า เร็วกว่า และสูญเสียพลังงานน้อยกว่า

ห้องพิมพ์ ๓๐๐ ปี สม พริ้งพวงแก้ว



00002103

ISBN 974-294-431-8



9 789742 944315

ราคา 140 บาท