

# HA UPDATE 2020



## ENHANCING TRUST IN HEALTHCARE

เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี **HA National Forum** ครั้งที่ 21

10-13 มีนาคม 2563 ศูนย์การประชุมอิมแพ็คฟอรัม เมืองทองธานี

จัดโดย สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)



# HA UPDATE 2020



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

## HA UPDATE 2020

บรรณาธิการ: ทรวง พิลาลัย

ผู้เรียบเรียง: กิตตินันท์ อนรรฆมณี กิตติยา ชัชวาลชาญชนกิจ  
โกเมธ นาควรรณกิจ ทราย ไชยวัง ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ  
ภคันัน ดีพริยะ วราภรณ์ สักกะโต สุภาเพ็ญ ศรีสดีไส  
อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล



### จัดพิมพ์โดย:

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

เลขที่ 88/39 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ชั้น 5

กระทรวงสาธารณสุข ซอย 6 ถ.ติวานนท์

ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทร. 0-2832-9400 โทรสาร 0-2832-9540

[www.ha.or.th](http://www.ha.or.th)

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

ฉบับพิมพ์ครั้งแรก: มีนาคม 2563

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

### ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

ทรวง พิลาลัย.

HA Update 2020.--นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล  
(องค์การมหาชน), 2563.

118 หน้า.

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

I. ชื่อเรื่อง.

362.110684

ISBN 978-616-8024-27-0

ออกแบบ, พิมพ์: บริษัท หนังสือดีวัน จำกัด

**ความไว้วางใจ (trust)** เป็นรากฐานที่สำคัญมากของการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยและครอบครัว ส่งผลต่อเนืองไปถึงคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยจะได้รับ โดยความไว้วางใจเปลี่ยนแปลงได้ตามปัจจัยต่างๆ ที่เข้าไปมีอิทธิพลต่อความคิดและความเชื่อของคน สำหรับในบริการสุขภาพ ความไว้วางใจของผู้ป่วยและครอบครัวที่มีต่อโรงพยาบาลเกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยมีการเจ็บไข้ได้ป่วยที่เกินกำลังความรู้ความสามารถของผู้ป่วยและครอบครัวที่จะเยียวยากันเอง ซึ่งผู้ป่วยและครอบครัวมอบความไว้วางใจต่อบุคลากรทางการแพทย์จะดูแลเขาอย่างมีคุณภาพและเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพและมาตรฐานบริการสุขภาพ ในทางกลับกันบุคลากรทางการแพทย์ก็คาดหวังและไว้วางใจว่า ผู้ป่วยและครอบครัวจะให้ข้อมูลที่เที่ยงตรงและให้ความร่วมมืออย่างจริงจัง เพื่อร่วมกันสร้างผลลัพธ์การดูแลที่ดี

ในสถานการณ์ปัจจุบัน ความไว้วางใจของสังคมที่มีต่อบริการสุขภาพมีแนวโน้มลดลง ซึ่งส่งผลเชิงลบต่อบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย ครอบครัว และสังคมโดยรวมจากปัจจัยทั้งภายในและภายนอก ดังนั้นบริการสุขภาพที่น่าไว้วางใจ จึงเป็นต้นทุนทางสังคมที่สำคัญของประเทศไทย เป็นประเด็นที่ทุกคนพึงให้ความสนใจ และร่วมกันเรียนรู้ เพื่อเสริมสร้างความไว้วางใจในบริการสุขภาพ ด้วยการประสานความร่วมมือในการขับเคลื่อนจากทุกภาคส่วน

ดังนั้น ในการประชุมวิชาการประจำปี HA National Forum ครั้งที่ 21 ระหว่างวันที่ 10-13 มีนาคม พ.ศ. 2563 ณ ศูนย์การประชุม IMPACT FORUM เมืองทองธานี ภายใต้แนวคิด “Enhancing TRUST in Healthcare” พร้อมเป็นเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านวิชาการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย เพื่อเพิ่มความไว้วางใจในระบบบริการสุขภาพ มีความยั่งยืน และส่งมอบคุณค่าให้กับสังคมไทย

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

มีนาคม 2563



<b>ตอนที่ 1 Enhancing TRUST in Healthcare</b>	<b>1</b>
1.1 ความไว้วางใจ (TRUST)	4
1.2 Enhancing TRUST in Healthcare: The Global Perspective	7
1.3 TRUST in Organization	16
1.4 TRUST in Personnel	24
1.5 TRUST Your Soul	26
<b>ตอนที่ 2 Quality 4.0</b>	<b>31</b>
2.1 Quality 1.0 Process Compliance	32
2.2 Quality 2.0 System Perspective	33
2.3 Quality 3.0 Sustained Quality	34
2.4 Quality 4.0 All for Quality	38
<b>ตอนที่ 3 Quality Tools : Up-to-date</b>	<b>45</b>
3.0 ชุดของหลักคิด	45
3.1 ทำงานประจำให้ดีขึ้นด้วยแนวคิด Safety II	46
3.2 มีอะไรให้คุยกัน	49
3.3 ขยับทบทวน	57
3.4 เป้าหมายชัด วัดผลได้	62
3.5 ให้คุณค่า อย่างยึดติด	70

<b>ตอนที่ 4 Quality Movement</b>	<b>ก้าวคุณภาพเพื่อความไว้วางใจ</b>	<b>77</b>
4.1	มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย	77
4.2	Enhancing TRUST in Healthcare by 2P Safety	83
4.3	Healthcare Innovations นวัตกรรมเทคโนโลยี	94
4.4	Responsive ENV and Facility Management	101
4.5	Collaborating and Networking Enhancing Trust	104
4.6	Spiritual Healthcare Appreciation (SHA) Movement	108
<b>บทส่งท้าย</b>		<b>111</b>



ตอนที่  
1

# Enhancing TRUST in Healthcare





# ตอนที่ 1

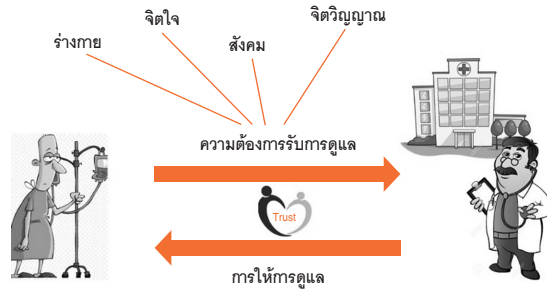
## Enhancing TRUST in Healthcare

TRUST : ความไว้วางใจ เป็นรากฐานที่สำคัญมากของการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งส่งผลต่อเนื่องไปถึงคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยจะได้รับ Oxford dictionary ได้ให้คำนิยามของ Trust ไว้ว่า “Firm belief in the reliability, truth or ability of someone or something” จากนิยามดังกล่าว จะเห็นได้ว่าความไว้วางใจเป็นสิ่งที่เป็นามธรรม เป็นสิ่งที่คนคนหนึ่งมีต่อคนอีกคนหนึ่งหรือต่อสิ่งบางสิ่ง ความไว้วางใจจึงเปลี่ยนแปลงได้ตามปัจจัยต่างๆ ที่เข้ามามีอิทธิพลต่อความคิดและความเชื่อของคนคนหนึ่ง

ความไว้วางใจเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องมีในสถานการณ์ที่ฝ่ายหนึ่งต้องพึ่งพิงความรู้ความสามารถของอีกฝ่ายหนึ่ง โดยฝ่ายที่พึ่งพิงเชื่อว่าฝ่ายที่มีความรู้ความสามารถจะดูแลและจัดการเรื่องที่ฝ่ายที่พึ่งพิงต้องการได้เป็นอย่างดีและเต็มกำลังความสามารถ ความไว้วางใจยังอาจเป็นเงื่อนไขที่จำเป็นของทั้งสองฝ่ายที่เข้ามามีความสัมพันธ์กัน และต่างฝ่ายต่างต้องพึ่งพิงความรู้ความสามารถที่ฝ่ายหนึ่งมีแต่ตนเองไม่มี เพื่อให้ความสัมพันธ์หรือการประสานความร่วมมือของทั้งสองฝ่าย นำไปสู่การบรรลุเป้าหมายร่วมที่ทั้งสองฝ่ายต้องการ

ในบริบทการสุขภาพ ความไว้วางใจของผู้ป่วยและครอบครัวที่มีต่อโรงพยาบาลเกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยมีการเจ็บไข้ได้ป่วยที่เกินกำลังความรู้ความสามารถของผู้ป่วยและครอบครัวที่จะเยียวยากันเอง และผู้ป่วยตลอดจนครอบครัวไว้วางใจว่า บุคลากรทางการแพทย์จะดูแลเขาอย่างมีคุณภาพและเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพและมาตรฐานบริการสุขภาพ ในทางกลับกัน บุคลากรทางการแพทย์ก็คาดหวังและเชื่อว่าผู้ป่วยและครอบครัวจะให้ข้อมูลที่เป็จริงและให้ความร่วมมืออย่างจริงจัง เพื่อร่วมกันสร้างผลลัพธ์การดูแลที่ดี

บริการสุขภาพที่น่าไว้วางใจจึงเป็นต้นทุนทางสังคมที่สำคัญของประเทศไทย และเป็นประเด็นที่ผู้อยู่ในแวดวงการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลพึงให้ความสนใจ และร่วมกันเรียนรู้พัฒนา เพื่อเสริมสร้างความไว้วางใจในบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง



## 1.1 | ความไว้วางใจ (TRUST)

### 1.1.1 องค์ประกอบของความไว้วางใจ

**1) Brand** ปัจจัยเบื้องต้นที่ช่วยสร้างความไว้วางใจที่ผู้ป่วยมีต่อสถานพยาบาล คือ brand ขององค์กร โดยในอดีต ภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลและบุคลากร เช่น ความสะอาดสวยงามของอาคารสถานที่ เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัย วุฒิการศึกษาและเครื่องแต่งกาย ตลอดจนการพูดจา สื่อสารของบุคลากรทางการแพทย์ เป็นปัจจัยหลักที่เสริมสร้างความไว้วางใจที่ผู้ป่วยมีต่อสถานพยาบาลในระยะต้น แต่ในยุคปัจจุบัน brand เป็นคำที่ครอบคลุมปัจจัยดั้งเดิมและรวมไปถึงปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อการสร้างความไว้วางใจในระยะเริ่มต้นที่ผู้ป่วยสัมผัสกับบริการของสถานพยาบาล brand ในยุคปัจจุบันจึงมีสถานะเทียบเท่าบุคคลคนหนึ่ง brand ไม่ใช่เป็นเพียงสัญลักษณ์ที่ใช้ในการขายสินค้าหรือบริการเท่านั้น การสื่อสารหรือกิจกรรมของ brand จึงกว้างไปกว่าความหมายดั้งเดิม แต่ครอบคลุมไปถึงบทบาท จุดยืน และการเคลื่อนไหวของ brand ที่คาดหวังให้สังคมได้รับรู้

อย่างไรก็ตาม brand เป็นเพียงปัจจัยเบื้องต้นที่นำไปสู่การรับบริการ มาเข้ารับบริการ ส่วนการที่จะทำให้เกิดความผูกพันจนเกิดเป็นความไว้วางใจ จำเป็นต้องมีปัจจัยอีกหลายตัวเข้ามาเป็นองค์ประกอบ

**2) Workforce** อัตรากำลัง ขีดความสามารถ และสภาพแวดล้อมในการทำงานของกำลังคนเป็นองค์ประกอบหลักที่กำหนดคุณภาพของทีมงาน ซึ่งเป็นปัจจัยหลักที่สร้างคุณภาพของสินค้าและบริการ นำมาซึ่งความไว้วางใจในสินค้าและบริการ คำว่า “กำลังคน” ในที่นี้ ครอบคลุมถึงบุคลากรที่ทำงานทั้งแบบเต็มเวลาและห้วงเวลา ผู้ประกอบวิชาชีพที่มาทำงานร่วมกับองค์กรผ่านระบบสัญญาจ้าง และอาสาสมัครที่มาช่วยงานในสถานพยาบาล มิติของกำลังคนที่มีผลกระทบสูงต่อการสร้างความไว้วางใจในระบบบริการสุขภาพ ได้แก่

(2.1) Competency ความรู้ความสามารถของบุคลากรเป็นปัจจัยหลักที่ช่วยสร้างความไว้วางใจที่มีต่อสถานพยาบาล ในส่วนของงานบริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล สถาบันการศึกษาและสภาวิชาชีพด้านสุขภาพในประเทศไทยได้ร่วมกันดูแลและยกระดับมาตรฐานวิชาชีพให้ทันต่อความก้าวหน้าในเชิงวิทยาการและเทคโนโลยีมาอย่างต่อเนื่อง ทำให้บริการทางการแพทย์เป็นจุดแข็งอันหนึ่งของประเทศไทย และเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่าประเทศไทยเป็น medical hub ของเอเชีย

อย่างไรก็ตาม จากสภาพสังคมในยุคปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงแบบพลิกโฉม (disruptive change) จึงมีความจำเป็นที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องเรียนรู้และปรับตัวให้เข้ากับแนวคิดและเทคโนโลยีใหม่ๆ ที่ถาโถมเข้ามาอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ เพื่อให้ตนสามารถธำรงความรู้ความสามารถได้อย่างสอดคล้องกับสภาพสังคมที่กำลังเปลี่ยนแปลงไป

(2.2) Integrity มีรากศัพท์มาจากคำภาษาละตินว่า “integer” ซึ่งหมายถึง “ทั้งหมด” หรือ “สมบูรณ์” เป็นคำบ่งบอกความรู้สึกภายในของคนคนหนึ่งที่เข้าถึงองค์รวมที่สมบูรณ์ ในเชิงการรับรู้ของผู้คนภายนอก เป็นการกระทำของบุคคลหรือองค์กรที่ทำให้สังคมเชื่อว่าบุคคลหรือองค์กรนั้นยึดมั่นในคุณธรรม ความซื่อสัตย์ และหลักการที่ตนยึดถืออย่างคงเส้นคงวา

สำหรับผู้บริหารและบุคลากรทางการแพทย์ การมีความรู้ความสามารถสูงอย่างเดียวยังไม่เพียงพอต่อการสร้างความไว้วางใจให้สังคม เพราะงานบริการทางการแพทย์ต้องเกี่ยวกับชีวิตและความเป็นความตายของผู้คนอยู่ตลอดเวลา แต่ในขณะเดียวกันงานบริการทางการแพทย์ก็มีค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ในขณะที่บุคลากรเองก็ต้องดิ้นรนเพื่อสร้างฐานะของตนเองและครอบครัว โดยรอบตัวมีสิ่งรบกวนมากมายที่กระตุ้นความอยากแสวงหาความร่ำรวย

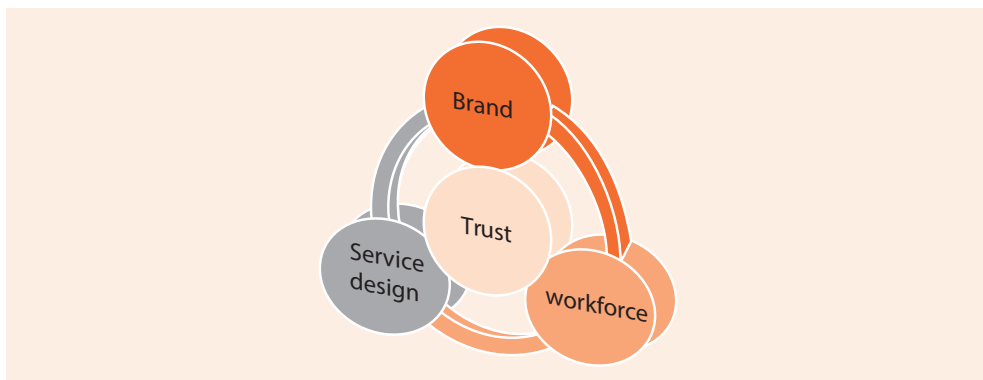
ดังนั้น คุณธรรมและความซื่อสัตย์ของผู้บริหารและบุคลากรทางการแพทย์ใน อันที่จะใช้ความรู้ความสามารถที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง

(2.3) Empathy นอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มกำลังความรู้ ความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์แล้ว ผู้ที่เจ็บป่วยยังคาดหวังว่าจะได้ รับการดูแลรักษาด้วยความเอาใจใส่ดูจรรยาบรรณด้วย บุคลากรทางการแพทย์ จึงควรมีความไวพ้อที่จะรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทุกมิติ และตอบสนองได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ที่เป็นอยู่

การดูแลผู้ป่วยด้วยความเอาใจใส่เป็นเรื่องที่เป็นนามธรรม ทำให้การ จัดการเรียนการสอนโดยตรงมักได้ผลเพียงแค่การจำได้มากกว่าการนำไป ปฏิบัติจริง การปลูกฝังเรื่องนี้มักต้องใช้เวลายาวนาน ผ่านการเรียนรู้จากบุคคล ต้นแบบและค่านิยมที่ดีในสถาบันการศึกษา และในสถานพยาบาลที่บุคลากร ทำงานนั้นไปปฏิบัติงาน จนนำไปสู่การหล่อหลอมมุมมองที่มีต่อชีวิตและงาน บริการที่ตนทำอยู่ แล้วนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนเกิดเป็นพฤติกรรมบริการ ที่เห็นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

**3) Service design** นอกจากบุคลากรที่ให้บริการแล้ว สิ่งที่ผู้ป่วยและ ครอบครัวสัมผัสได้ก็คือกระบวนการให้บริการ ดังนั้น ทีมงานของสถานพยาบาล จึงต้องทำความเข้าใจในความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยและ ครอบครัว แล้วนำข้อมูลเหล่านี้มาประสมกับหลักวิชาการและความรู้ทางการแพทย์ที่มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ เพื่อออกแบบและพัฒนา กระบวนการให้บริการให้สอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวัง ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจในสถานพยาบาลว่าตนจะได้รับบริการตามที่ ต้องการและคาดหวัง

นอกจากการวางกระบวนการให้บริการที่ดีแล้ว การรับรู้ถึงความชอบ ส่วนบุคคล (personal preference) ของผู้ป่วย เช่น วัฒนธรรมและความเชื่อ อาหารการกิน การดูแลตนเองที่ผู้ป่วยใช้เป็นประจำ แล้วนำข้อมูลเหล่านี้มา ปรับกระบวนการให้บริการ (เฉพาะส่วนที่ปรับแล้วไม่มีผลกระทบต่อผลลัพธ์ที่ ต้องการ) ให้สอดคล้องกับสิ่งเหล่านี้ ก็เป็นปัจจัยที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับ ประสบการณ์ที่ดีที่สุดในขณะที่ต้องมาอยู่ที่สถานพยาบาล



ภาพที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของความไว้วางใจ

## 1.2 Enhancing TRUST in Healthcare: The Global Perspective

### 1.2.1 สถานการณ์ความไว้วางใจในบริการสุขภาพ

ปัจจุบัน การบริการสุขภาพบางส่วนได้กลายเป็นกิจการที่แสวงหากำไร จนผู้รับบริการไม่มั่นใจในคุณธรรมของผู้ให้บริการ ส่วนในสถานพยาบาลของรัฐ ความต้องการบริการสุขภาพของประชาชนก็มีจำนวนมากขึ้นและต้องการคุณภาพในระดับที่สูงขึ้น จนทำให้บุคลากรทางการแพทย์มีเวลาดูแลผู้ป่วยแต่ละรายน้อยลง ภาระค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพของประเทศก็สูงขึ้นมาก แต่เงินงบประมาณที่จะใช้ในเรื่องบริการสุขภาพมีจำกัด สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความกังวลว่าบุคลากรทางการแพทย์จะไม่ดูแลตนด้วยความเอาใจใส่ และยังเกิดความระแวงว่าโรงพยาบาลจะให้การดูแลที่ต่ำกว่ามาตรฐาน เพื่อควบคุมค่าใช้จ่าย

นอกจากนี้ จากภาระงานอันมากมายทำให้แพทย์มุ่งเป้าหมายไปที่การรักษา “ไข้” เป็นหลัก จนแทบไม่มีเวลากับการรักษา “คน” ประกอบการที่แพทย์ไม่ค่อยได้มีโอกาสฝึกฝนให้มีความไวพอดที่จะรับรู้ถึงความต้องการอื่นๆ ของคนไข้ นอกเหนือไปจากการหายจากความเจ็บไข้ได้ป่วย เมื่อประสมกับการที่แพทย์จำนวนหนึ่งขาดทักษะและไม่มีเวลาเพียงพอในการสื่อสารสร้างความเข้าใจกับคนไข้ จึงส่งผลให้เกิดความไม่เข้าใจซึ่งกันและกันระหว่างแพทย์กับคนไข้ และนำมาสู่การร้องเรียนและการฟ้องร้องที่เพิ่มสูงขึ้น การร้องเรียนและ

การฟ้องร้องที่เกิดขึ้นทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน เมื่อประสมกับการสื่อสาร เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในลักษณะการสร้างกระแสโจมตีซึ่งกันและกันเพื่อหาผู้ผิด ได้ทำให้ความไว้วางใจในบริการสุขภาพถูกสั่นคลอนมากยิ่งขึ้น

แรงกดดันเหล่านี้ได้บั่นทอนความไว้วางใจที่มีต่อระบบบริการสุขภาพ ซึ่งส่งผลเชิงลบทั้งต่อบุคลากรทางการแพทย์ ตัวผู้ป่วยและครอบครัว และสังคมโดยรวม โดยเมื่อผู้ป่วยไม่ไว้วางใจบุคลากรทางการแพทย์ ก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ค่อยเชื่อและไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาหรือคำแนะนำที่แพทย์ให้ไว้ และมีแนวโน้มว่าเมื่อเกิดเหตุการณ์ที่อยู่นอกเหนือความคาดหว้ง ผู้ป่วยและญาติก็จะใช้วิธีการฟ้องร้องในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งเมื่อบุคลากรทางการแพทย์เกิดความกลัวต่อการฟ้องร้อง บุคลากรทางการแพทย์ก็ต้องกำหนดขั้นตอนการวินิจฉัยโรคและขั้นตอนการทำงานที่ซับซ้อนขึ้น เพื่อให้มีโอกาสที่จะเกิดความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรคและโอกาสที่จะเกิดความผิดพลาดในขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำสุด ซึ่งในหลายกรณี การส่งตรวจและขั้นตอนที่กำหนดขึ้นเหล่านี้ก็จะเกินความพอดี จนทำให้ต้นทุนการดูแลรักษาพยาบาลสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว และกลับมาเป็นภาระของสังคมโดยรวม

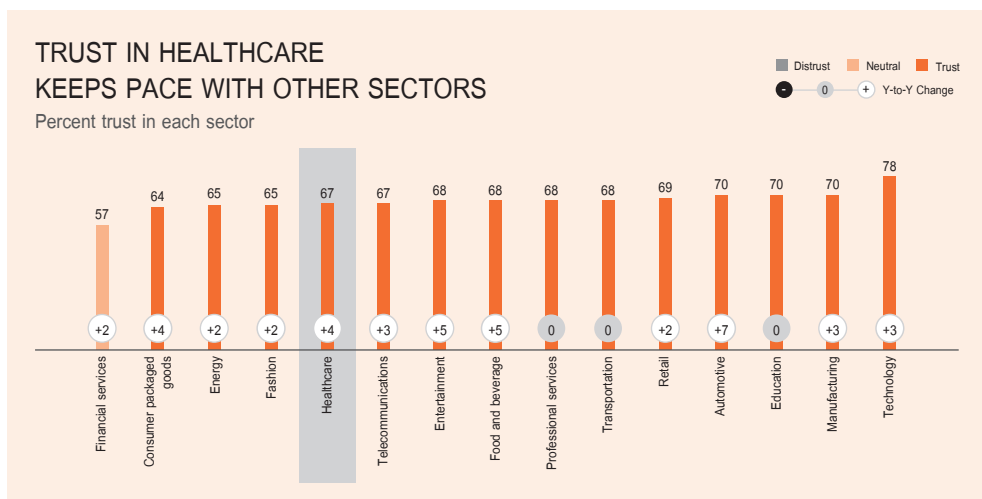
### **ผลการสำรวจของ Edelman**

Edelman เป็นบริษัทที่ให้ความสนใจในเรื่องการเสริมสร้าง brand และชื่อเสียงขององค์กรต่าง ๆ และได้มีการสำรวจความน่าเชื่อถือของภาคธุรกิจต่าง ๆ ทั่วโลกมาอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาสิบกว่าปีที่ผ่านมา ในปี 2019 ได้เผยแพร่รายงาน “2019 EDELMAN TRUST BAROMETER Trust in Healthcare: Global” ซึ่งมีเนื้อหาและสถิติที่น่าสนใจ ดังนี้

- (1) ความไว้วางใจในบริการสุขภาพอยู่ในระดับกลางค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับธุรกิจอื่น โดยต่ำสุดคือธุรกิจทางการเงิน และสูงสุดคือ ธุรกิจด้านเทคโนโลยี
- (2) ความไว้วางใจในบริการสุขภาพของประเทศในแถบเอเชียสูงกว่าในยุโรป และอเมริกา
- (3) ผู้หญิงไว้วางใจบริการสุขภาพต่ำกว่าผู้ชาย อันน่าจะเกิดจากการได้รับสิทธิ ค่าจ้าง และความก้าวหน้าในสังคมต่ำกว่าผู้ชาย ความไม่ยุติธรรมนี้ทำให้ความผูกพันต่ำกว่า ส่งผลให้ความไว้วางใจต่ำกว่า



- (4) บุคลากรในบริการสุขภาพเองไว้วางใจบริการสุขภาพสูงกว่าประชากรทั่วไปร้อยละ 3 (คนในบริการสุขภาพร้อยละ 71, ประชากรทั่วไปร้อยละ 68) แต่ถ้าเทียบกับธุรกิจอื่นแล้ว บุคลากรในบริการสุขภาพเองไว้วางใจธุรกิจของตนเองต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของทุกกลุ่มธุรกิจ ซึ่งอยู่ที่ร้อยละ 77
- (5) ผู้บริหารระดับสูงมีบทบาทมากต่อการสร้างความไว้วางใจที่สังคมมีต่อองค์กร



ภาพที่ 2 2019 EDELMAN TRUST BAROMETER Trust in Healthcare: Global

### 1.2.2 WHAT: TRUST in Healthcare สำคัญอย่างไร?

**ความไว้วางใจ (trust)** มีความสำคัญต่อระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากระบบบริการสุขภาพมีความซับซ้อน และผลลัพธ์การดูแลรักษาโรคต่างๆ มีความไม่แน่นอน มีโอกาสทั้งหายและไม่หาย รวมถึงมีโอกาสเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นจากการรับบริการสุขภาพ แต่ในทางกลับกันพบว่าความคาดหวังของผู้ป่วยและประชาชนผู้รับบริการสุขภาพไม่ว่าจะเป็นโรคใดๆ หรือระดับความรุนแรงแค่ไหน ต่างก็ต้องการหายและปลอดภัยจากโรคหรืออาการนั้นๆ มีการเผยแพร่ผลการศึกษาที่กล่าวว่า “Healthcare is a setting which is characterized by uncertainty and an element of risk regarding the competence and intentions of the practitioner on whom the patient is reliant”

(Titmuss et al., 1968, Alaszkeski et al., 2003). ซึ่งโดยปกติทั่วไปเมื่ออยู่ในสภาวะไม่ปลอดภัยหรือการเจ็บป่วย สิ่งที่มีมนุษย์ต้องการคือการดูแลและความช่วยเหลือ ที่มันใจได้และน่าไว้วางใจ ซึ่ง “Trust appears to be necessary where there is uncertainty and a level of risk” (Jones et al., 1998)

ระบบบริการสุขภาพและบุคลากรในระบบสาธารณสุขโดยเฉพาะแพทย์ ถูกจัดอันดับให้เป็นกลุ่มที่มีความน่าไว้วางใจสูงมาตั้งแต่อดีต มีการสำรวจความไว้วางใจของประชาชน กับวิชาชีพต่างๆ พบว่าแพทย์มักจะได้รับ ความไว้วางใจเป็นลำดับต้น เช่น ในปี ค.ศ. 1998 Harris and associate trust poll พบว่า แพทย์ได้รับความไว้วางใจร้อยละ 83 เป็นอันดับ 3 รองจากวิชาชีพครูและนักบวช แต่ในปี ค.ศ. 2002 USA today, CNN และ Gallop poll สำรวจพบว่า ความน่าไว้วางใจในวิชาชีพแพทย์ลดลงเหลือร้อยละ 66 ในขณะที่วิชาชีพครู ยังคงอยู่ที่ร้อยละ 86 โดยพบว่า การลดลงของความไว้วางใจ ไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะกับวิชาชีพ แต่เกิดขึ้นกับระบบสุขภาพซึ่งส่งผลกระทบต่อ การขับเคลื่อนและการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขเป็นอย่างมาก

David A. Shore<sup>1</sup> เชื่อว่า “Trust improves medical outcomes.” เพราะเมื่อคนไข้เชื่อและศรัทธาแพทย์ สิ่งที่เกิดขึ้นตามมาคือการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ผู้ให้การรักษอย่างเคร่งครัด และพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ให้ความร่วมมือในการรักษา อันนำไปสู่ผลการรักษาที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับ รายงานของ Joe Babaian ปี ค.ศ. 2019 ที่กล่าวถึงผลกระทบสำคัญที่เกิดจากความไว้วางใจในระบบบริการสุขภาพที่ลดลง ดังนี้ (1) Patients less likely to follow treatment plans., (2) Patients more likely to decline critical vaccinations for themselves or children., (3) People less likely to follow medical advice for lifestyle and family planning issues.

### 1.2.3 WHY: เหตุใดจึงเกิดสภาวะ Declining Trust in Healthcare?

Trust in healthcare is declining. Some sobering facts from the *NEJM* and the *NY Times*: “In 1966, more than three-fourths of Americans had great confidence in medical leaders; today, only 34 percent do. Compared with people in other developed countries, Americans are

<sup>1</sup> the Harvard professor and Director of the Trust Initiative of Harvard School of Public Health

*considerably less likely to trust doctors, and only a quarter express confidence in the health system. During some recent disease outbreaks, less than one-third of Americans said they trusted public health officials to share complete and accurate information. Only 14 percent trust the federal government to do what's right most of the time."*

ความไว้วางใจ ทั้งในตัวบุคคลและระบบบริการสุขภาพมีแนวโน้มลดลง โดยเริ่มเห็นการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนใน ปี ค.ศ. 1999 หลังจากมีการเผยแพร่ หนังสือชื่อ *To Err is Human: building a safer health system* ซึ่งมีการเปิดเผยข้อมูลเรื่องความไม่ปลอดภัยจากการรักษาพยาบาลในประเทศสหรัฐอเมริกาสู่สาธารณะ ระบุว่าผู้ป่วยในประเทศสหรัฐอเมริกา 44,000 - 98,000 คนต่อปี เสียชีวิตในโรงพยาบาลจาก *medical errors* ที่สามารถป้องกันได้ ซึ่งส่วนใหญ่เกิดในหอผู้ป่วยวิกฤติ ห้องผ่าตัดและแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยการสูญเสียดังกล่าวทำให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น 170 - 290 ล้านดอลลาร์ต่อปี แต่สิ่งที่สูญเสียมากกว่าค่าใช้จ่าย คือการสูญเสียความไว้วางใจในระบบบริการสุขภาพจากประชาชน จึงทำให้เกิดการตื่นตัวและการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ทั้งในประเทศสหรัฐอเมริกาและทั่วโลก ในการขับเคลื่อนประเด็นความปลอดภัยในผู้ป่วย (*patient safety*) เพื่อลดความไม่ปลอดภัยที่ป้องกันได้ (*preventable harms*) รวมถึงความผิดพลาด (*errors*) ที่มีโอกาสเกิดขึ้น ด้วยการให้ความสำคัญในการพัฒนาระบบมากกว่าตัวบุคคล เนื่องจากปัจจัยข้อจำกัดของมนุษย์ (*human factors*) ที่แม้มีความมุ่งมั่นและเจตนาที่ดีในการดูแลรักษาคนไข้แต่ก็อาจเกิดข้อผิดพลาดได้ ดังนั้น การพัฒนาระบบ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงภายใต้แนวคิด "Errors can be prevented by designing systems that make it hard for people to do the wrong thing and easy for people to do the right thing" ซึ่งกลไกสำคัญในการพัฒนาระบบ คือการพัฒนาคุณภาพ (*quality improvement*) และการจัดการให้มีคุณภาพ (*quality management*) ทำให้เกิดการผลักดันการขับเคลื่อนประเด็น *patient safety* เข้าสู่เวทีการประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลก (*World Health Assembly*) ครั้งที่ 55 ในปี ค.ศ. 2002 ซึ่งมีมติสำคัญเรื่อง *Quality of care: patient safety* โดยมุ่งเน้นให้ประเทศสมาชิกเห็นความสำคัญกับเรื่อง *patient safety* และสร้างวัฒนธรรมคุณภาพและความปลอดภัย (*safety and quality culture*)

## 1.2.4 ผลการสำรวจเรื่องความเชื่อมั่นที่ประชาชนมีต่อสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรอง HA

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ได้จัดทำแบบสำรวจออนไลน์เพื่อประเมินความเชื่อมั่นของผู้รับบริการที่มีต่อโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง HA (มิถุนายน 2562) โดยมีผู้ตอบกลับรวมทั้งสิ้น 3,669 ราย จาก 1,011 โรงพยาบาล

ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นเพศหญิงร้อยละ 70.9 อายุอยู่ในช่วง 21- 40 ปี ร้อยละ 67.1 ศึกษาในระดับปริญญา/อนุปริญญา ร้อยละ 83.6 ในด้านสิทธิการ รักษา เป็นประกันสังคมร้อยละ 42.2 บัตรทองร้อยละ 30.9 สิทธิข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจร้อยละ 24.4 และอื่นๆ ร้อยละ 2.4

ผู้ตอบแบบสอบถามเคยเห็นและรู้ถึงความหมายของตราสัญลักษณ์ HA ร้อยละ 53.2 เคยเห็นแต่ไม่รู้ว่าเป็นอะไร ร้อยละ 9.8 และไม่เคยเห็นและไม่รู้ความหมาย ร้อยละ 37.0 เมื่อถามถึงความเชื่อมั่น ผู้ตอบแบบสอบถามเชื่อมั่นในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรอง HA ร้อยละ 83.2 ไม่ทราบว่าโรงพยาบาลนั้นผ่านการรับรอง HA หรือไม่ ร้อยละ 15.2 และไม่เชื่อมั่นในบริการ ร้อยละ 1.6

กลุ่มที่ไม่เชื่อมั่น ความเห็นที่พบบ่อย คือ ประชาชนยังไม่สามารถสัมผัสได้ถึงบริการที่มีคุณภาพจริง พฤติกรรมการบริการยังไม่เหมาะสม และโรงพยาบาลทำงานคุณภาพเฉพาะช่วงที่ สรพ. จะมาประเมิน

ข้อเสนอแนะโดยรวมของทุกกลุ่ม คือ ให้กำลังใจในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล สรพ.ควรประชาสัมพันธ์ HA ให้มากกว่านี้เพื่อให้ประชาชนเข้าใจว่าการรับรอง HA คืออะไร การทำงานคุณภาพต้องทำอย่างต่อเนื่องไม่เน้นแต่เอกสารแต่ต้องทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ประชาชนสามารถรับรู้และสัมผัสได้จริง และการดำเนินงานของสถานพยาบาลควรได้มาตรฐานครบทุกด้าน

### 1.2.5 HOW: D: Enhancing trust in healthcare อย่างไร?

จากการศึกษาเรื่อง Trust in healthcare พบบริบทสำคัญที่ต้องคำนึงถึง ดังนี้

**1) Individual trust** ประชาชนหรือคนไข้จะไว้วางใจเลือกใช้บริการสุขภาพ โดยพิจารณาจากตัวบุคคลมากกว่าองค์กรหรือระบบ ดังนั้นจุดเริ่มต้นที่ทุกคนต้องสร้างคือ การเริ่มต้นที่ตนเองเพื่อสร้างความไว้วางใจระหว่างบุคคลต่อบุคคล

**2) Critical performance of behavior in building trust in healthcare** จากการสำรวจ โดย Edelman Trust Barometer ปี 2016 พบว่า 3 อันดับแรกที่ประชาชนให้ความสำคัญและสะท้อนว่ามีผลทำให้สูญเสียความไว้วางใจต่อสถานพยาบาลและระบบบริการสุขภาพหากไม่มีการวางระบบหรือดำเนินการให้มีประสิทธิภาพ ได้แก่ (1) การรักษาความลับและข้อมูลของผู้ป่วย (protects consumer data) ร้อยละ 86, (2) การรับประกันคุณภาพในการดูแลรักษา (ensures quality control) ร้อยละ 85, และ (3) ความปลอดภัยของผู้ป่วยและญาติ (keep me and my family safe) ร้อยละ 81

**Trust-Building Behaviors:**

**Data, Quality and Safety are Critical; Biggest Opportunities in Sustainable Business Practices, Leadership and Transparency**

Importance vs. performance of behavior in building trust in a healthcare company

	% Importance	% Performance	Gap
Protects consumer data	86	68	18
Ensures quality control	85	66	19
Keeps me and my family safe	81	66	15
Is transparent in reporting progress on company's social responsibilities	80	56	24
Makes my life easier	80	65	15
Embraces sustainable business practices	80	58	22
Has leadership that effectively represents the interests of all stakeholders	79	57	22
Supports local charities and good causes	75	56	19
Develops intellectual property	74	61	13
Makes me feel connected to something bigger	70	53	17

**ภาพที่ 3** ข้อมูลจากการสำรวจสิ่งที่ประชาชนให้ความสำคัญและมีผลทำให้สูญเสียความไว้วางใจต่อสถานพยาบาลและระบบบริการสุขภาพ Edelman Trust Barometer (2016)

จากข้อมูลดังกล่าวสิ่งที่สถานพยาบาลควรดำเนินการเพื่อสร้างและธำรงไว้ซึ่งความไว้วางใจของประชาชนต่อสถานพยาบาลและระบบบริการสุขภาพ คือการวางระบบการเข้าถึงข้อมูลการรักษาความลับและระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพของโรงพยาบาล แต่ในทางกลับกันจากข้อมูลการสำรวจออนไลน์ เรื่อง Trust in healthcare ในกลุ่มประชาชนประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 4,017 คน พบว่าเกือบร้อยละ 90 มีความไว้วางใจที่จะเล่าเรื่องราวและประวัติส่วนตัวให้กับแพทย์ฟังเป็นอันดับหนึ่ง ซึ่งมากกว่าที่จะเล่าให้คนในครอบครัว ฟังที่ผลสำรวจพบว่าไม่ถึงร้อยละ 60 (Rock Health/Torunor) โดยนอกจากนี้ สถานพยาบาลควรใช้กลไกและเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพบริการในมิติต่างๆ เพื่อเป็นการสร้างหลักประกันคุณภาพบริการที่ส่งมอบให้กับผู้รับบริการ และสร้างความมั่นใจให้กับประชาชน โดยเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย เป็นมิติคุณภาพสำคัญและเป็นความคาดหวังของคนไข้และประชาชนผู้รับบริการทุกคน (expected quality) ซึ่งสถานพยาบาลควรให้ความสำคัญและวางระบบเพื่อป้องกันความไม่ปลอดภัยที่ป้องกันได้ เพราะเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและญาติจากกระบวนการรักษาพยาบาล ในสถานพยาบาล จะส่งผลกระทบต่อความไว้วางใจของผู้ป่วยและประชาชน ลดลง โดยเมื่อเทียบระหว่างผลการดำเนินงานกับความคาดหวังของประชาชน ใน 3 ประเด็นดังกล่าว ยังมีโอกาสพัฒนาอีกมาก ซึ่งเป็นความท้าทายของสถานพยาบาลที่จะจัดลำดับความสำคัญของ **“การพัฒนาเพื่อ Enhancing Trust in Healthcare”**

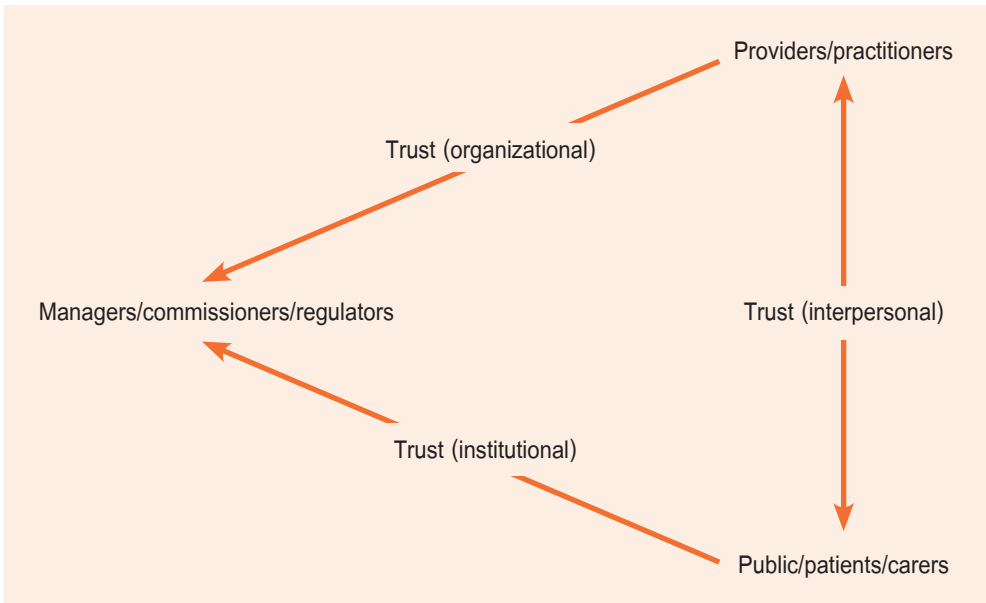
**3) Medical properties trust focus on the most critical components of healthcare delivery** เป็นการจัดลำดับความสำคัญของระบบบริการสุขภาพที่ต้องสร้างความไว้วางใจ โดยพบว่า Acute care in hospitals และ Emergency room คือบริการสุขภาพสำคัญที่ต้องการความไว้วางใจเป็นอันดับหนึ่ง เนื่องจากสถานการณ์และผลของการดูแลรักษาโรค/ภาวะฉุกเฉินต่างๆ ล้วนมีความเสี่ยงสูงและความไม่แน่นอน อีกทั้งต้องการความรวดเร็วในการดูแลรักษาพยาบาล ดังนั้นการสร้างระบบที่ทำให้ผู้ให้และผู้รับบริการมีความมั่นใจในกระบวนการที่มีคุณภาพและความปลอดภัยจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

**4) Relationships in healthcare** การสร้างความไว้วางใจในระบบบริการสุขภาพ ต้องอาศัยความสัมพันธ์ของทั้งองค์กรและระบบ ประกอบด้วย

3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ The state, Healthcare practioners, Patient and public โดยแบ่งเป็น 2 ระดับความสัมพันธ์ ดังนี้

**(4.1) ระดับ micro level** การสร้างความไว้วางใจในความสัมพันธ์ระดับปัจเจกบุคคล ระหว่างคนไข้กับแพทย์, แพทย์กับแพทย์, แพทย์กับวิชาชีพอื่นๆ, บุคลากรทางการแพทย์กับผู้บริหาร, รวมถึงคนไข้กับผู้บริหารองค์กร

**(4.2) ระดับ macro level** การสร้างความไว้วางใจในความสัมพันธ์ระดับภาพกว้างเชิงระบบ ระหว่างคนไข้ ญาติ ประชาชนและสังคม กับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ในภาพรวม ระหว่างของคนไข้ ญาติ ประชาชนและสังคมกับระบบบริการสาธารณสุข และระหว่างบุคลากรทางสาธารณสุขกับระบบบริการสาธารณสุข



ภาพที่ 4 Framing trust relationships in healthcare (Calnan and Rowe : 2006).

## 1.3 TRUST in Organization

การสร้างควมไว้วางใจในองค์กร (trust in organization) มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการขับเคลื่อนองค์กรไปสู่เป้าหมายที่กำหนดไว้ร่วมกัน การมีบรรยากาศความไว้วางใจซึ่งกันและกันของคนทุกระดับในองค์กร เป็นปัจจัยหลักที่จะทำให้องค์กรมีผลการดำเนินการที่ดี ประสบความสำเร็จ ยั่งยืน และส่งต่อความไว้วางใจดังกล่าวสู่ความไว้วางใจของบุคคลภายนอกต่อองค์กร โดยความไว้วางใจของสังคมต่อองค์กร สัมพันธ์กับการสร้างภาพลักษณ์ขององค์กรให้อยู่ในใจผู้คน

ดังนั้น การทำให้เกิดความไว้วางใจระหว่างบุคลากรภายในองค์กรและการสร้างองค์กรที่น่าไว้วางใจ ต้องอาศัยความร่วมมือในการสร้างและการลงมือปฏิบัติ ซึ่งเป็นการสร้างฐานความเข้าใจในการสร้างความไว้วางใจร่วมกันโดย

**กรอบแนวคิด The ABCD Trust Model**

**A: Able (demonstrate competence)** สิ่งที่สำคัญที่จะสร้างความไว้วางใจทั้งภายในและภายนอกองค์กรให้เกิดขึ้นได้ ต้องแสดงให้เห็นว่าองค์กรและคนในองค์กรมีศักยภาพในการทำงาน ซึ่งสามารถรับรู้ได้จาก

- การมีผลลัพธ์การดำเนินงานที่มีคุณภาพ (get quality result)
- แก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้สำเร็จ (resolve problems)
- พัฒนาทักษะที่สำคัญของคนในองค์กร (develop skills)
- สามารถใช้ทักษะต่างๆ ช่วยเหลือผู้อื่น (use skills to assist others)
- เมื่อทำสิ่งใดจะมีผลงานที่ดีหรือดีที่สุด (be good or be the best at what you do)
- มีประสบการณ์และเพิ่มประสบการณ์เสมอ (get experience)

**B: Believable (act with integrity)** องค์กรและคนในองค์กรต้องประพฤติตนให้คนอื่นและสังคมเชื่อถือ ด้วยการดำเนินงานอย่างมี integrity ดังนี้

- ต้องมีความมั่นใจและรักษาความมั่นใจในการทำงานขององค์กรและคนในองค์กร (keep confidence)
- เมื่อมีข้อผิดพลาดเกิดขึ้นองค์กรและคนในองค์กรต้องพร้อมยอมรับ (admit when you're wrong) และไม่ตัดสินเรื่องใดๆ โดยไม่มีข้อมูลรอบด้าน (be nonjudgmental)



- องค์การและคนในองค์กรต้องแสดงให้เห็นถึงความซื่อสัตย์และความจริงใจ (be honest and sincere)
- องค์การและคนในองค์กรไม่มีพฤติกรรมการพุดลับหลังกันเองและกับองค์กรอื่น (don't talk behind backs)
- องค์การและคนในองค์กรต้องเคารพและให้เกียรติซึ่งกันและกัน (show respect)

**C: Connected (care about others)** องค์การและคนในองค์กร ต้องมีการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ต่อองค์กรอื่นและสังคม เพราะความสัมพันธ์ที่ดีนำไปสู่ความไว้วางใจซึ่งสามารถสร้างได้ทั้งภายในองค์กร ดังนี้

- ต้องมีการรับฟังที่ดี (listen well)
- ต้องมีการชื่นชมสรรเสริญผู้อื่นและผู้ร่วมงาน (praise others)
- ให้ความสนใจในเรื่องของผู้อื่นคู่ขนานไปกับแลกเปลี่ยนเรื่องราวของตัวเองในการสร้างความสัมพันธ์ (show interest in others and share about yourself)
- ทำงานร่วมกับผู้อื่นให้ทำงานเป็นทีมให้ได้ (work well with others)
- แสดงความเห็นอกเห็นใจและเข้าใจผู้อื่น (show empathy for others)

**D: Dependable (maintain reliability)** การทำให้เกิดการคงอยู่ด้วยความน่าเชื่อถือได้อย่างต่อเนื่องเป็นเรื่องสำคัญและนำมาซึ่งความไว้วางใจที่องค์กรและคนในองค์กรควรปฏิบัติ ดังนี้

- พุดหรือตกลงสิ่งใดไว้ต้องทำได้ (do what you say, you'll do)
- ให้ความสำคัญในการรักษา ตรงต่อเวลา และทันเวลา (be timely)
- มีความรับผิดชอบและตอบสนองต่อสิ่งที่ได้กระทำทั้งผิดและชอบ (be responsive and accountable)
- สามารถบริหารจัดการได้ (be organized)
- มีความสม่ำเสมอและแน่นอน (be consistent)
- มีกระบวนการติดตามต่อเนื่อง (follow up)

ทุกองค์กรไม่ใช่เฉพาะสถานพยาบาลจำเป็นต้องสร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้นในองค์กร และสร้างสังคมที่ไว้วางใจองค์กร โดยต้องเป็นความตั้งใจจากทุกคนในการนำไปสู่ความไว้วางใจ

## การสร้างความไว้วางใจในบริการสุขภาพโดยสถานพยาบาลเอง

**1) การสร้าง brand** สังคมยุคดิจิทัลมีผู้บริโภคเป็นศูนย์กลาง ช่องทางและความรวดเร็วของการสื่อสารเปิดกว้างกว่ายุคก่อนมาก การสื่อสารกับสังคมสามารถทำได้โดยตรงโดยไม่ต้องผ่านคนกลาง (เช่น สื่อมวลชน) เหมือนในอดีต ดังนั้น การสื่อสาร brand จึงสามารถทำได้บ่อยโดยเสียค่าใช้จ่ายน้อยมาก การทำให้ brand ดูมีชีวิตและมีคุณค่าจึงทำได้ง่ายขึ้น ในยุคที่โลกที่เป็นจริงกับโลกเสมือนเข้ามาซ้อนทับกันมากขึ้น

การสร้าง brand ให้มีชีวิตและมีคุณค่า เริ่มจาก

- การร่วมกันกำหนดความเชื่อและความคิดว่า ทำไมจึงต้องมี brand นี้ brand ควรมียุทธศาสตร์อย่างไร เป้าหมายของ brand คืออะไร และค่านิยมที่คนในองค์กรกำหนดร่วมกันเพื่อสะท้อนความคิดความเชื่อที่มีต่อ brand คืออะไร
- ถ่ายทอดคุณค่าเหล่านี้ผ่านการกระทำขององค์กร เช่น การวางกลยุทธ์ การคัดเลือกเครือข่ายความร่วมมือ การบริหารความสัมพันธ์กับเครือข่าย การสื่อสารตัวตนและเรื่องราวของ brand ผ่านช่องทางต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพ และการจัดบริการที่ตอบสนองต่อความคาดหวังของสังคม
- หล่อหลอมการกระทำให้เกิดเป็นวัฒนธรรมองค์กร ที่สะท้อนบุคลิก (personality) และ อัตลักษณ์ (identity) ของ brand ที่สังคมรับรู้ได้ การสร้างเสริม brand ที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องจะทำให้ brand มีชีวิต และจะทำให้ brand
- สามารถเชื่อมโยงตนเองเข้ากับเรื่องราวต่างๆ ในสังคมได้ง่าย มีการปรับตัวไว และมีอัตลักษณ์ที่ชัดเจน
- เป็นผู้รู้สึก รู้จริง และนำเสนอเรื่องราวต่อสังคมได้ดี ในเรื่องราวที่ brand นั้นเป็นผู้เชี่ยวชาญ
- เปิดกว้างต่อการรับฟังเสียงสะท้อนของผู้มารับบริการ

- สามารถปรับขั้นตอนการให้บริการให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้มารับบริการได้เป็นอย่างดี
- มีการดำเนินงานที่โปร่งใส มีความเอื้ออาทร และจริงใจ
- รับผิดชอบต่อสิ่งที่ได้สื่อสารออกไป
- มีการกระทำที่สม่ำเสมอ คงเส้นคงวา

สำหรับบริการสุขภาพ ผลการศึกษาของ Edelman แนะนำว่าการสื่อสารเรื่องการนำเทคโนโลยีขั้นสูงใหม่ๆ มาใช้ในบริการทางการแพทย์ จะช่วยเสริมสร้างความน่าเชื่อถือและไว้วางใจที่มีต่อ brand

**2) การพัฒนากำลังคน** นอกเหนือจากการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์ที่สถาบันการศึกษาต่างๆ ได้ดำเนินการตามหลักสูตรปกติที่มีการพัฒนามาโดยลำดับแล้ว มีทักษะที่มีความสำคัญมากยิ่งขึ้นและน่าจะเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนากำลังคนในยุคถัดไป คือ

(2.1) ทักษะในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ตลอดชีวิต จากความก้าวหน้าอย่างรวดเร็วของวิทยาการทางการแพทย์ ความรู้ต่างๆ ในขณะที่เรียนมาจึงน่าจะเพียงพอต่อการประกอบวิชาชีพได้เป็นระยะเวลาสั้นลงเรื่อยๆ การมีศักยภาพที่จะเรียนรู้ด้วยตนเองและพัฒนาทักษะต่างๆ อย่างต่อเนื่องหลังจากเรียนจบปริญญาไปแล้ว จึงมีความสำคัญมากยิ่งขึ้น ในโลกยุคปัจจุบัน และเป็นสิ่งที่สถาบันการศึกษาพึงให้ความสำคัญและฝึกฝนให้นักศึกษาที่จบไปมีทักษะเหล่านี้ติดตัวไปใช้ต่อได้ตลอดชีวิต ตัวอย่างทักษะเหล่านี้ ได้แก่ (1) การวิจัย (2) การจัดการความรู้ (3) การสร้างนวัตกรรม (4) การสืบค้นความรู้และข้อมูลต่างๆ ผ่านโลกออนไลน์ และการสกัดข้อมูลที่น่าเชื่อถือกับไม่น่าเชื่อถือออกจากกัน (5) การเรียนรู้ร่วมกับ artificial intelligence (AI) โดยเข้าใจทั้งจุดเด่นและข้อจำกัดของ AI

นอกจากการเรียนรู้เป็นรายบุคคลแล้ว การเรียนรู้ยังเกิดขึ้นได้ในระดับทีมงานและระดับองค์กรด้วย อันเป็นสิ่งที่สถานพยาบาลพึงวางระบบเพื่อสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ในลักษณะนี้เพิ่มขึ้น ตัวอย่างเช่น (1) การเรียนรู้จากการปฏิบัติจริงในลักษณะ inter-professional education (IPE) ในสถาบันการศึกษา และการเรียนรู้ในศูนย์ฝึกภายใต้สถานการณ์จำลอง (simulation center) ในสถานพยาบาล (2) การเรียนรู้จากบริการสุขภาพจริงที่เกิดขึ้นในสถานพยาบาล ผ่านเครื่องมือคุณภาพชนิดต่างๆ เช่น กิจกรรมทบทวน การตามรอย

การวิเคราะห์ผลลัพธ์ การวิเคราะห์สาเหตุรากของปัญหา เพื่อนำไปสู่ความเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงและการพัฒนาขั้นตอนที่เพิ่มประสิทธิผลและประสิทธิภาพของกระบวนการ

(2.2) ทักษะในการฟังและการสื่อสาร การฟังที่ดีคือ การฟังที่จิตของผู้ฟังมีความสงบ อยู่กับปัจจุบัน ไม่พยายามควบคุม โต้แย้ง ต่วนตีความ หรือตัดสินสิ่งที่ตนเองกำลังได้ยินอยู่ การฟังที่ดีจะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์รับรู้และเข้าใจในความหมาย ความห่วงกังวล และคำถามต่างๆ ที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีต่อการเจ็บป่วยในครั้งนี้ การฟังอย่างเปิดใจด้วยจิตที่มุ่งมั่นที่จะพัฒนาตนเอง และช่วยเหลือผู้ป่วย จะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์นำองค์ความรู้ทางวิชาชีพและวิชาการแขนงต่างๆ ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณค่าสูงสุด

การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเป็นรากฐานที่สำคัญของการสร้างความไว้วางใจระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยและญาติ การสื่อสารที่ดีเป็นสิ่งจำเป็นทั้งในแง่การสื่อสารภายในทีมงานของสถานพยาบาลเองเพื่อให้เกิดการจัดบริการที่สอดคล้องประสานกัน และในแง่การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย/ครอบครัว เพื่อให้เกิดการปรับความเข้าใจและความคาดหวังที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน อันจะช่วยลดโอกาสที่จะเกิดเรื่องฟ้องร้องขึ้นเมื่อผลการรักษาไม่เป็นไปตามที่ผู้ป่วยและครอบครัวคาดหวัง

(2.3) การพัฒนาการดูแลด้วยความเอาใจใส่ดูจิตมิติธรรม จากความก้าวหน้าทาง artificial intelligence (AI) ที่เป็นไปอย่างรวดเร็ว จะทำให้ออนาคตอันใกล้ คอมพิวเตอร์วิจนันซ์โรคและวางแผนการรักษาได้ถูกต้องแม่นยำกว่ามนุษย์ แต่สิ่งที่เครื่องจักรยังไม่สามารถมาแทนที่งานบริการของมนุษย์ได้ก็คือ การดูแลด้วยความเอาใจใส่ดูจิตมิติธรรม (empathic care) ดังนั้น ถ้าสถานพยาบาลสามารถพัฒนาการดำเนินงานในมิตินี้ได้ดี ก็จะเป็นจุดแข็งขององค์กรและจะเป็นสิ่งที่ช่วยเสริมสร้างความไว้วางใจต่อองค์กรในระยะยาว

เครื่องมือสำคัญชิ้นหนึ่งที่สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ได้พัฒนาขึ้นมาเพื่อสนับสนุนการดูแลด้วยความเอาใจใส่ดูจิตมิติธรรม และพร้อมๆ กันนั้นก็ช่วยส่งเสริมเรื่อง integrity ด้วย คือ Spiritual Healthcare Appreciation (SHA) โดย SHA จะสนับสนุนการพัฒนามุมมองของบุคลากรที่มีต่อคุณค่าของชีวิตและงานที่ทำอยู่ เข้าใจแนวคิดพื้นฐานของการมีจิตวิญญาณที่ดี คือ การมีความรัก ความเมตตากรุณา ความปรารถนาดี

ทั้งกับตัวเองและกับผู้อื่น เพื่อเสริมสร้างปิติสุขในการทำงาน อันนำไปสู่การพัฒนากระบวนการบริการที่ดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทั้ง “คน” และ “ไข้” คำนี้ถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และความคาดหวังของผู้ป่วยและครอบครัว และสร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ

ในระดับปฏิบัติ SHA จะสนับสนุนการดำเนินการผ่านระบบการนำ การวางกลยุทธ์ และการสร้างวัฒนธรรมองค์กร ที่ชี้นำมุมมองและวิธีปฏิบัติงานของบุคลากร ซึ่งจะแปลงออกมาเป็นรูปธรรมผ่าน (1) กิจกรรมส่งเสริมการเติบโตภายในตัวของบุคลากร (inner life) เพื่อให้มีความสุขในงานที่ทำ (2) การเพิ่มความไวต่อการรับรู้และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว (3) การสื่อสารอย่างสร้างสรรค์ทั่วทั้งองค์กร (4) การพัฒนากระบวนการดูแลที่เน้นคนเป็นศูนย์กลางและเคารพในสิทธิผู้ป่วยและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา มีการจัดบริการทางเลือกที่หลากหลาย (5) การจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเยียวยา ครอบคลุมทั้งโครงสร้างทางกายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก มีการใช้ธรรมชาติ แสง สี กลิ่น ประสาทสัมผัส และศิลปะบำบัด ที่สร้างความสงบ อบอุ่น และผ่อนคลาย

**3) การพัฒนากระบวนการให้บริการ** ในปัจจุบัน มีการพัฒนาวิธีการที่จะทำให้สถานพยาบาลเข้าใจความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยและครอบครัว ได้ดียิ่งขึ้น โดยมี 2 วิธีการที่น่าสนใจ ได้แก่ (1) เสริมวิธีการสังเกต จากเดิมเป็นการสังเกตที่พฤติกรรมและท่าทีของผู้รับบริการในขณะที่มารับบริการ ขยายไปสังเกตถึงการแสดงออกของผู้รับบริการ ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ต่างๆ (2) สร้างประสบการณ์ร่วมในมุมมองของผู้ป่วย เพื่อให้เข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย ได้ดียิ่งขึ้น เช่น เดินตามเส้นทางของผู้ป่วยในขณะที่มารับบริการที่สถานพยาบาล และรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (patient journey map) หรือการสมมติตัวเองเป็นผู้ป่วยที่นอนอยู่ที่เตียง แล้วรับรู้สภาพแวดล้อมรอบตัวในฐานะผู้ป่วย

นอกจากเข้าใจความต้องการและความคาดหวังอย่างดีแล้ว คุณภาพของงานบริการที่เกิดขึ้นจริงก็เป็นประเด็นที่ท้าทายการพัฒนากระบวนการให้บริการเป็นอย่างยิ่ง โดยทั่วไป เมื่อสถานพยาบาลวางกระบวนการให้บริการที่ดีแล้ว งานบริการที่เกิดขึ้นก็น่าจะให้ผลลัพธ์ที่ดีและสอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยและครอบครัว แต่ในสภาพความเป็นจริง มีบ่อยครั้งที่ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเบี่ยงเบนไปจากความคาดหวังมาก และบางครั้งก็มี

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นควบคู่มาด้วย ซึ่งสิ่งเหล่านี้ก็เกิดขึ้นในธุรกิจอื่น ๆ เช่นเดียวกัน นำมาสู่การพัฒนาการบริหารงานคุณภาพ (quality management) ขึ้น โดยเริ่มต้นในภาคการผลิตในโรงงานอุตสาหกรรมก่อน แล้วความรู้และประสบการณ์ที่เกิดขึ้นก็ขยายและนำไปประยุกต์ใช้ทั้งในภาคการผลิตและภาคบริการ การมีระบบการบริหารงานคุณภาพที่ดีจะช่วยให้ผู้บริโภค/ผู้รับบริการมีความมั่นใจและความไว้วางใจต่อสินค้า/บริการ นั้นมากยิ่งขึ้น

ในเชิงพัฒนาการของการบริหารงานคุณภาพ รูปแบบการบริหารจัดการค่อย ๆ ขยายจากการจัดการที่ปลายน้ำโดยบุคลากรที่มีหน้าที่จำเพาะด้านคุณภาพ ไปสู่การจัดการทั่วทั้งองค์กรโดยผู้บริหารร่วมกับบุคลากรทุกระดับ โดยมีกระบวนการบริหารงานคุณภาพที่ค่อย ๆ พัฒนาขึ้นตามลำดับ คือ

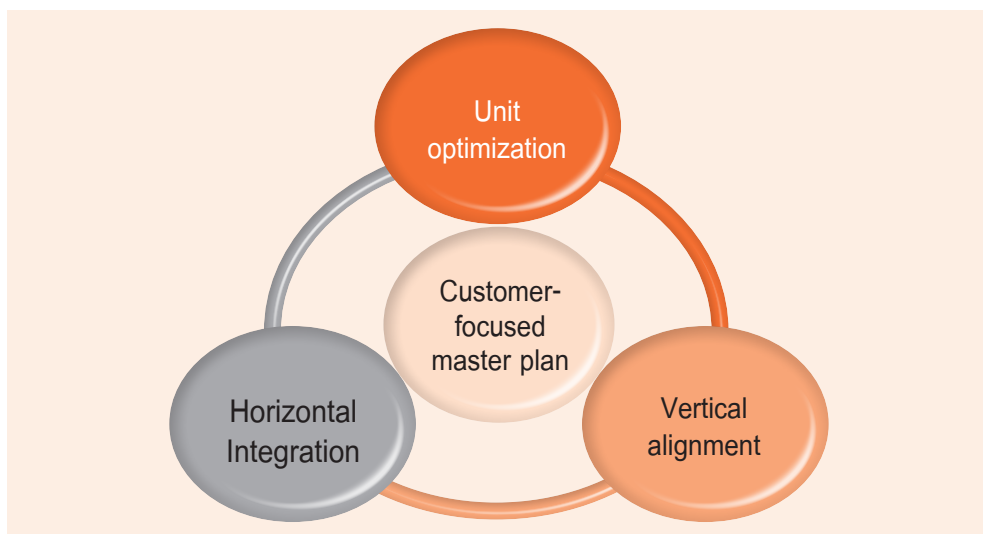
(3.1) การรับและจัดการเรื่องร้องเรียน เมื่อเกิดความไม่พึงพอใจในสินค้าและบริการ

(3.2) การควบคุมคุณภาพ (quality control) ของสินค้าและบริการ โดยการทดสอบสินค้า/บริการก่อนที่จะถึงมือผู้บริโภค/ผู้รับบริการ เพื่อลดข้อร้องเรียน

(3.3) การวางแผนงานคุณภาพ (quality planning) และการประกันคุณภาพ (quality assurance) โดยองค์กรนำเอาความต้องการและความคาดหวังของลูกค้ามากำหนดคุณลักษณะของสินค้า/บริการ และออกแบบระบบงานและกระบวนการที่รัดกุมชัดเจน เพื่อสร้างผลผลิต/บริการ ดังกล่าว หลังจากนั้นก็ส่งผ่านข้อมูลเหล่านี้ไปยังหน่วยผลิต/หน่วยบริการ เพื่อปฏิบัติให้เป็นไปตามที่ได้ออกแบบไว้ พร้อมกันนั้น ก็มีการออกแบบวิธีการทดสอบ/ตรวจสอบกระบวนการที่มีความเสี่ยงสูงว่าการทำงานจริงจะเบี่ยงเบนไปจากสิ่งที่กำหนดไว้ เพื่อเป็นการสร้างความมั่นใจและความน่าเชื่อถือว่า สินค้าและบริการจะมีคุณภาพตรงตามที่กำหนดไว้

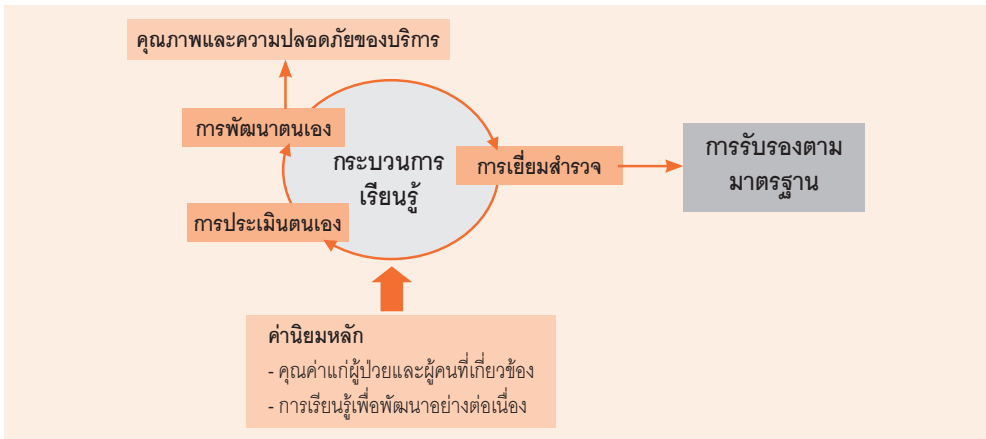
(3.4) การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (continuous quality improvement) และการบริหารงานคุณภาพทั้งองค์กร (total quality management - TQM) CQI เป็นการขยายมุมมองของงานคุณภาพออกไปว่า การพัฒนาคุณภาพเป็นเรื่องของทุกคน เป็นงานเชิงรุก เป็นการมองหาโอกาสในการพัฒนา ถึงงานไม่มีปัญหา ที่งานก็สามารถทำให้งานดีขึ้นได้เรื่อยๆ อย่างไม่มีจุดสิ้นสุด การทำ CQI ส่วนใหญ่มักอยู่ในระดับ unit optimization คือช่วยให้งานของบุคคลหรือหน่วยงานย่อยเกิดคุณภาพ แต่ก็สามารถขยายแนวคิดนี้ไปถึงระดับองค์กร อัน

เป็นลักษณะที่สำคัญของ TQM โดยศูนย์กลางของ TQM คือแผนแม่บทซึ่งมีความต้องการของลูกค้าเป็นแรงขับเคลื่อน ล้อมรอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ คือ (1) การจัดการงานประจำวันให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จนเกิด unit optimization (2) การวางนโยบาย และการจัดความสัมพันธ์แนวตั้ง (vertical alignment) เพื่อให้การพัฒนาที่เกิดขึ้นสอดประสานกันในทุกส่วน อันนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายของแผนแม่บท (3) การประสานงานในแนวราบ (horizontal integration) ในลักษณะক্র่อมสายงาน เพื่อลดข้อติดขัดในการสั่งการในแนวดิ่ง



ภาพที่ 5 Total Quality Management

เมื่อสถานพยาบาลมีการพัฒนากระบวนการคุณภาพด้วยตนเองมาถึงระดับหนึ่งแล้ว รูปแบบที่จะเข้ามาช่วยต่อยอดการพัฒนาก็คือ การบริการประเมินรับรองกระบวนการคุณภาพจากหน่วยงานภายนอก เพื่อเสริมความมั่นใจว่าองค์กรพัฒนามาถูกทาง และช่วยให้เห็นโอกาสในการพัฒนาในบางประเด็นที่คนในองค์กรเองอาจจะมองได้ไม่ชัดเจน ซึ่งในประเทศไทย สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) เป็นหน่วยงานหลักของรัฐที่รับผิดชอบบทบาทในด้านนี้



ภาพที่ 6 แนวคิดพื้นฐานของการประเมินรับรองตามมาตรฐาน HA

## 1.4 TRUST in Personnel

ความไว้วางใจในตัวบุคคลเป็นเรื่องสำคัญ โดยเฉพาะบุคลากรในวิชาชีพทางสาธารณสุข ซึ่งต้องทำงานที่เกี่ยวกับการดูแลรักษาคนไข้ที่อยู่บนความคาดหวัง การศึกษาต่างๆ พบว่า ปัจจัยที่ทำให้คนไข้ไว้วางใจในตัวแพทย์ หรือบุคลากรทางสาธารณสุขมีปัจจัยหลัก 2 ประการ ได้แก่ 1) ปัจจัยที่ตัวบุคคล (clinician performance) และ 2) ปัจจัยความสัมพันธ์ (patient-clinician relations) ซึ่งสามารถสร้างให้เกิดขึ้นได้ ดังนี้

- **Clinician performance** สัมพันธ์กับสมรรถนะของตัวบุคคล ทั้งในส่วนของความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษา ทักษะที่เกี่ยวกับหัตถการ และกระบวนการต่างๆ ความสามารถในการทำได้และมีผลลัพธ์ที่ดี ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน รวมถึงประสบการณ์ในการดูแลรักษา ซึ่งคุณสมบัติและสมรรถนะของแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์จะสะท้อนออกมาในคุณภาพผลการดูแลรักษาตามที่คาดหวัง (expected quality) ซึ่งสัมพันธ์กับการหายและความปลอดภัยของคนไข้ นำมาสู่ความไว้วางใจในระบบบริการสุขภาพ
- **Patient-clinician relation** การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยและญาติ เป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความไว้วางใจและความเชื่อถือในกระบวนการ



รักษาพยาบาล รวมถึงผลการรักษาที่เกิดขึ้น วิธีการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับคนไข้ มีหลักสำคัญที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ง่าย ได้แก่ (1) Engagement, (2) People-centred care, และ (3) Patient experience

**Engagement :** การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีทำให้คนไข้ผูกพันกับกระบวนการรักษา โดยการสร้างความผูกพันทำได้ตั้งแต่ (1) Listening การรับฟังทั้งความต้องการ ความคิดเห็น ความรู้สึกและสิ่งที่อยู่ในใจ, (2) Communication การสื่อสารที่เปิดกว้าง ให้เกียรติซึ่งกันและกัน เห็นอกเห็นใจ, (3) Shared decision Making การร่วมตัดสินใจการรับรู้ปัญหา ข้อจำกัดและโอกาสต่างๆ ร่วมกันด้วยความจริง, (5) Empower and co-production การเสริมพลังและการร่วมเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการดูแลรักษาสุขภาพตัวเองเช่น การติดตามผลระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิต, และ (6) Co-leader การร่วมเป็นเจ้าของสุขภาพของตัวเองที่นำไปสู่การส่งเสริมป้องกันและการสื่อสารนำให้คนอื่นมีสุขภาพดี

**People-centred care** เป็นการสร้างความสัมพันธ์แบบให้ความสำคัญและมีความหมาย ซึ่งนำไปสู่การสร้าง attractive quality ของกระบวนการดูแลรักษาที่ทำให้เกิดความประทับใจ และสร้างประสบการณ์ที่ดีให้กับคนไข้ นำมาซึ่งความไว้วางใจในระบบบริการสุขภาพ

การสร้างความไว้วางใจของตัวบุคคลมีความสำคัญ เพราะเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่นำมาซึ่งความเสียหาย จะทำให้ลดความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ในระบบบริการสุขภาพ โดย clinician performance จะทำให้ลดข้อผิดพลาดทางการแพทย์ ลดปัญหาการฟ้องร้องจากอุบัติเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เพิ่มความไว้วางใจในระบบบริการ ส่วน patient-clinician relation จะเพิ่มความไว้วางใจที่เสมือนเป็นเกาะคุ้มครองป้องกันการฟ้องร้อง เพราะเมื่อผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและเชื่อใจในผลการรักษาที่เกิดขึ้นจากกระบวนการร่วมรับรู้และตัดสินใจอย่างมีส่วนร่วม การเปิดเผยและจริงใจ รวมถึงความพึงพอใจที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึงจะทำให้เหตุการณ์การฟ้องร้องลดลงด้วยความเข้าใจ

## 1.5 | TRUST Your Soul

การเริ่มต้นสร้างความไว้วางใจที่ดีที่สุด คือการสร้างความไว้วางใจกับตัวเอง ในเวทีประชุมวิชาการของนักวิชาการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความคิดเห็น เรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างความไว้วางใจกับตัวเอง ซึ่งถอดบทเรียนเป็น ข้อความสำคัญคือ **I Trust หรือ ฉันไว้วางใจในตัวเอง เพราะ?** เพื่อสร้างให้เกิดความไว้วางใจในตัวของเราและผู้อื่น

**I TRUST** ตัวฉันเพราะ...

**I Integrity** ฉันเป็นคนที่ยึดมั่นใน คุณธรรม ศีลธรรม และจริยธรรม

**T Transparency** ฉันเป็นคนที่โปร่งใส ตรวจสอบได้ ในทุกงานของเราที่ทำ

**R Responsive & Reliability** ฉันเป็นคนตอบสนองต่อเรื่องต่างๆ อย่างฉับไว และฉันเป็นคนที่น่าไว้วางใจ เชื่อถือได้ พูดคำไหนคำนั้น

**U Unity & Understand** ฉันทำงานร่วมกับผู้อื่นเป็นอย่างดีเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันและฉันเข้าใจข้อจำกัดเหตุผลของผู้อื่นเสมอด้วยการรับฟังอย่างรอบด้าน

**S Safety & Spirituality** ฉันมี safety awareness ในจิตใจทำทุกอย่างด้วยความระมัดระวังและมีหัวใจของความเป็นมนุษย์

**T Truth** ฉันมีความจริงใจ พูดความจริงทั้งต่อหน้าและลับหลัง

### บทบาทภาคส่วนอื่นในการสร้างความไว้วางใจในบริการสุขภาพ

นอกเหนือจากการสร้างเสริมความไว้วางใจที่ดำเนินการโดยสถานพยาบาลเอง ภาคส่วนอื่นก็มีส่วนสำคัญในการร่วมสร้างความไว้วางใจในบริการสุขภาพด้วย ที่สำคัญได้แก่

1) บทบาทของสถาบันการศึกษาที่จะหล่อหลอมให้บัณฑิตมีความรู้ความสามารถ มีคุณธรรม และมีจิตวิญญาณของการดูแลด้วยความเอาใจใส่ โดยการฝึกการทำงานเป็นทีม การพัฒนาเรื่องจิตตปัญญา และการยกย่องเชิดชูบุคคลต้นแบบ

2) บทบาทของผู้ป่วยและครอบครัวในการเข้ามาร่วมสะท้อนความคิดเห็นที่มีต่อคุณภาพงานบริการและมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบงานบริการให้ดียิ่งขึ้น

3) บทบาทของหน่วยนโยบายและกองทุนด้านสุขภาพ ในการกำหนดกลไกการจ่ายเงินที่โปร่งใสเป็นธรรม และคำนึงถึงเสียงสะท้อนของผู้ป่วยและครอบครัว

4) บทบาทของสื่อมวลชน ในการสื่อสารเรื่องราวดีๆ ของหน่วยงานและบุคคลต้นแบบ เพื่อเสริมสร้างค่านิยมของการมีคุณธรรมในการทำงาน

5) บทบาทของภาคประชาชนในการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจพื้นฐานด้านสุขภาพ เพื่อการดูแลตนเองและมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างเหมาะสม

6) บทบาทของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ในการใช้การประเมินรับรองแบบเสริมพลังเพื่อยกระดับคุณภาพงานบริการของสถานพยาบาล และการประสานภาคีเครือข่ายต่างๆ เพื่อร่วมกันเสริมสร้างคุณธรรมและจิตวิญญาณของการดูแลด้วยความเอาใจใส่ในบุคลากรทางการแพทย์

## สรุป

ความไว้วางใจเป็นสายใยสำคัญที่ถักร้อยระบบบริการสุขภาพไทยจนเกิดเป็นความสัมพันธ์อันดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายควรช่วยกันสร้างเสริมและธำรงสิ่งเหล่านี้ไว้ให้คู่กับสังคมไทยตลอดไป

ขอส่งท้ายด้วยคำคมของศาสตราจารย์คลินิก เกียรติคุณ นายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร อดีตรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้กล่าวไว้ในที่ประชุมองค์การอนามัยโลกครั้งที่ 72 เมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2562 ว่า “Trust is more important than love because you cannot always trust the one you love, but you can always love the one you trust.”

## เอกสารอ้างอิง

1. ปิยะชาติ อิศรภักดี. Branding 4.0. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: อมรินทร์ฮาวทู อมรินทร์พริ้นติ้งพับลิชชิ่ง; 2560.
2. อนุวัฒน์ ศุภชุตikul. ก้าวแรกของ TQM/CQI ในโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ: บริษัทดีไซร์ จำกัด; 2543.
3. Böckler-Raettig, Anne. The Psychology of Trust. TEDxFrankfurt [online]. [cited 2019 Aug 26]; Available from: URL : <https://www.youtube.com/watch?v=wc3VhvgUtB8>
4. Davis, James. Building trust. TEDxUSU [online]. [cited 2019 Aug 26]; Available from: URL : <https://www.youtube.com/watch?v=s9FBK4epmAA>
5. Edelman. 2019 EDELMAN TRUST BAROMETER Trust in Healthcare: Global [online]. [cited 2019 Aug 26]; Available from: URL : [https://www.edelman.com/sites/g/files/aatuss191/files/2019-04/2019\\_Edelman\\_Trust\\_Barometer\\_Global\\_Health\\_Report.pdf?utm\\_source=downloads&utm\\_campaign=trust\\_barometer](https://www.edelman.com/sites/g/files/aatuss191/files/2019-04/2019_Edelman_Trust_Barometer_Global_Health_Report.pdf?utm_source=downloads&utm_campaign=trust_barometer)
6. O'Neill, Onora. What we don't understand about trust. TEDTalk [online]. [cited 2019 Aug 26]; Available from: URL : [https://www.youtube.com/watch?v=1PNX6M\\_dVsk](https://www.youtube.com/watch?v=1PNX6M_dVsk)
7. South University. 3 Ways to Build Rapport with Patients [online]. 2014 May 27 [cited 2019 Aug 26]; Available from: URL: <https://www.southuniversity.edu/whoweare/newsroom/blog/3-ways-to-build- rapport-with-your-patients>
8. The Harvard professor and director of the trust initiative of Harvard school of public health.
9. To Err is human: building a safer health system, Institute of medicine; Committee on quality of health care in America; Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, and Molla S. Donaldson, Editors.
10. The importance of trust in healthcare in Healthcare Leadership, August 20, 2019. by Joe Babaian.
11. Trust works: four keys to building lasting relationships by Ken Blanchard, Cynthia Olmstead and Martha Lawrence.

| ตอนที่ |  
**2** |

# Quality 4.0





## ตอนที่ 2

# Quality 4.0

“คุณภาพ” เป็นสิ่งที่ทุกคนต้องการได้รับ ในทุกครั้งที่ซื้อสินค้าหรือรับบริการใดๆ ในแง่ของคำจำกัดความ ISO ได้ให้ความหมายของ “คุณภาพ” ซึ่งพอสรุปเป็นภาษาไทยได้ว่า “คุณภาพ คือ คุณสมบัติที่แฝงอยู่ในสินค้าหรือบริการที่ช่วยให้สินค้าหรือบริการนั้นสามารถตอบสนองต่อความต้องการและความคาดหวังของลูกค้าและกลุ่มผู้เกี่ยวข้องสำคัญได้อย่างครบถ้วนสมบูรณ์ และคุณภาพจะยิ่งสูงมากขึ้น ถ้าการตอบสนองนั้นทำได้เกินกว่าความคาดหวัง การผลิตสินค้าและบริการที่มีคุณภาพจะช่วยให้องค์กรประสบความสำเร็จอย่างยั่งยืน” โดยกลุ่มผู้เกี่ยวข้องสำคัญที่ต้องคำนึงถึง คือ กลุ่มที่ถ้าความต้องการหรือความคาดหวังไม่ได้รับการตอบสนองตามที่คาดหมาย จะทำให้เกิดผลกระทบเชิงลบที่สำคัญต่อองค์กร ตัวอย่างกลุ่มผู้เกี่ยวข้องสำคัญ ได้แก่ ลูกค้า เจ้าของกิจการ ผู้ปฏิบัติงานในองค์กร พันธมิตร/ผู้จัดส่งวัตถุดิบ และสังคมโดยรวม

คุณภาพของบริการสุขภาพในประเทศไทยมีพัฒนาการมาโดยลำดับตามกระแสโลกาภิวัตน์ โดยเมื่อย้อนหลังไปราวห้าสิบปี คุณภาพของบริการสุขภาพตั้งอยู่บนฐานของความเชื่อมั่นในความรู้ความสามารถเฉพาะตนของแพทย์และความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ซึ่งปัจจัยทั้งสองนี้ได้ประกอบกันเป็นคุณภาพและความน่าไว้วางใจของบริการสุขภาพ อันเป็นตัวกำหนดว่าเมื่อเกิดการเจ็บไข้ได้ป่วยขึ้น ผู้ป่วยและญาติจะเลือกไปรับการรักษาพยาบาลที่ใด และกับใคร ซึ่งปัจจัยทั้งสองนี้ยังคงมีอิทธิพลต่อคนไทยในการที่จะเลือกไปรับการรักษาพยาบาลที่ใดมาจนถึงยุคปัจจุบัน

## 2.1 Quality 1.0 Process Compliance

ปี พ.ศ. 2525 ประเทศไทยมีพัฒนาการทางสังคมและเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ความต้องการและความคาดหวังในบริการสุขภาพถูกยกระดับขึ้นอย่างมาก เกิดการเปิดโรงพยาบาลเอกชนเพิ่มมากขึ้น เพื่อตอบสนองความต้องการและความคาดหวังด้านบริการสุขภาพของประชาชนที่มีฐานะดีขึ้น โรงพยาบาลภาครัฐเองก็ต้องมีการปรับตัวขนานใหญ่ เพื่อปรับภาพลักษณ์องค์กรว่าไม่ใช่สถานที่ที่รักษาเพียงคนไข้ที่มีรายได้น้อยแบบสังคมสงเคราะห์เท่านั้น

แนวคิดสำคัญที่นำมาพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาลในยุค 1.0 เป็นแนวคิดที่ประยุกต์มาจากต่างประเทศ คือ คุณภาพไม่ใช่เรื่องของวิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่งโดยเฉพาะ แต่เป็นเรื่องที่ทีมงานที่ทำหน้าที่รักษาพยาบาลต้องมาพัฒนาร่วมกัน และพึงมีมาตรฐานกลางที่สะท้อนกระบวนการที่สถานพยาบาลต้องปฏิบัติเพื่อนำไปสู่คุณภาพที่พึงประสงค์ ซึ่งในปี พ.ศ. 2527 กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มมีการประเมินขีดความสามารถของโรงพยาบาลในระดับต่างๆ ทั้งในด้านการบริหาร บริการ และวิชาการ ภายใต้โครงการ “ติดตามโรงพยาบาล” และพัฒนาต่อมาเป็น “การพัฒนาระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค (พบส.)”, “มาตรฐานสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคม” จนในที่สุด ได้ก่อกำเนิดเป็น สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ซึ่งได้มีการจัดทำมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกัญจนภิเษกขึ้นในปี พ.ศ. 2539

ลักษณะสำคัญของ Quality 1.0 คือ คุณภาพขยับจากการให้ความสำคัญที่ความรู้ความสามารถและพฤติกรรมบริการของปัจเจกชน (คือแพทย์/พยาบาลแต่ละท่าน) ไปสู่คุณภาพของกระบวนการทำงานขององค์กรที่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด โดยผู้ที่กำหนดมาตรฐานคือผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิในแต่ละสาขา



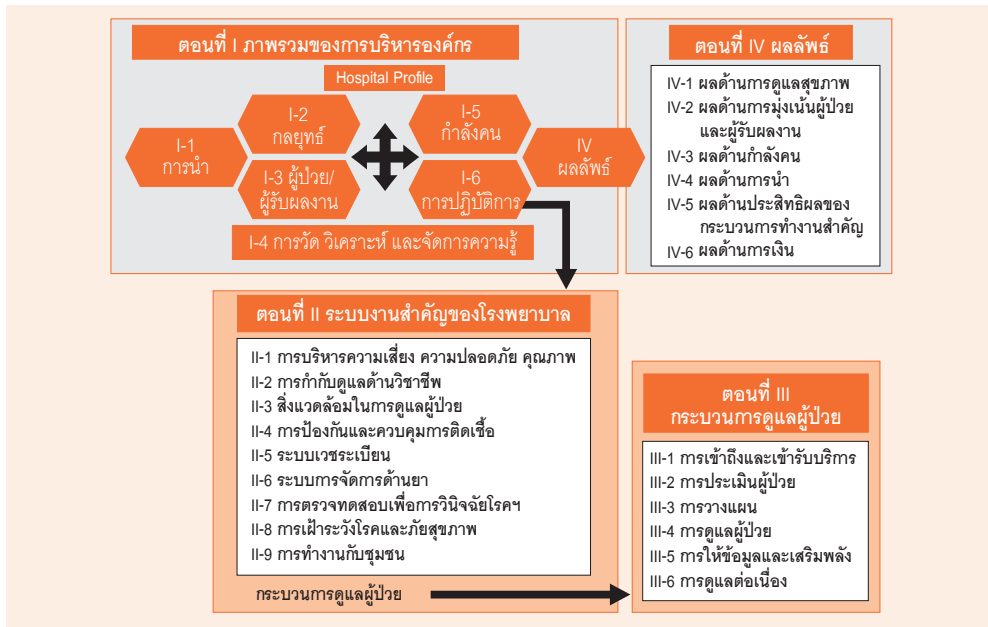
## 2.2 Quality 2.0 System Perspective

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 แนวคิดและเกณฑ์คุณภาพที่มีอิทธิพลอย่างสูงต่อการปรับปรุงและพัฒนามาตรฐานด้านคุณภาพของหน่วยงานต่างๆ ในประเทศไทย คือ Thailand Quality Award (TQA) หรือในชื่อภาษาไทยว่า เกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ เกณฑ์นี้มีพื้นฐานทางด้านเทคนิคและกระบวนการตัดสินรางวัลเช่นเดียวกับรางวัลคุณภาพแห่งชาติของประเทศสหรัฐอเมริกา หรือ The Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA) เกณฑ์ TQA ได้ขยายมุมมองด้านคุณภาพที่เดิมมุ่งอยู่ที่กระบวนการที่เป็นมาตรฐาน ออกไปครอบคลุมทั้งส่วนที่เป็นภาพรวมของการบริหารองค์กรและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น หรือก็คือการมององค์กรเหมือนกับระบบๆ หนึ่ง ที่มีสภาพแวดล้อมรอบระบบ มี input, process, output และ information feedback loop ที่ช่วยให้ระบบดำรงสถานะอยู่ได้อย่างเสถียร

ใน TQA ได้แบ่งเกณฑ์เป็น 7 หมวด โดยมีน้ำหนักคะแนนเต็มของแต่ละหมวด ดังนี้

หมวด	คะแนนเต็ม	หมวด	คะแนนเต็ม
1. การนำองค์กร	110	5. บุคลากร	100
2. กลยุทธ์	95	6. การปฏิบัติการ	100
3. ลูกค้า	95	7. ผลลัพธ์	400
4. การวัด วิเคราะห์ และการจัดการความรู้	100	<b>รวม</b>	<b>1,000</b>

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ได้นำเกณฑ์ TQA ทั้ง 7 หมวด มาใช้เป็นโครงของกรอบมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 จนถึงปัจจุบัน แต่ได้มีการประยุกต์ใช้ให้เหมาะกับบริบทของโรงพยาบาล โดยแต่กรรายละเอียดของหมวดปฏิบัติการออกไปเป็นระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล และกระบวนการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนแยกผลลัพธ์ออกไปเป็นอีกตอนหนึ่ง นอกจากนี้ ยังให้น้ำหนักกับการประเมินในเรื่องระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล และกระบวนการดูแลผู้ป่วย มากกว่าเกณฑ์การปฏิบัติการของ TQA และให้น้ำหนักเรื่องผลลัพธ์น้อยกว่าเกณฑ์ TQA



ภาพที่ 7 กรอบมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

ใน Quality 2.0 คุณภาพเป็นเรื่องของการออกแบบและจัดการเชิงระบบ (quality by system design) ไม่ใช่เพียงการควบคุมกระบวนการให้เป็นไปตามมาตรฐานที่ผู้เชี่ยวชาญกำหนดไว้เท่านั้น นอกจากนี้ ผู้รับบริการยังต้องสามารถจับต้องคุณภาพที่ดีได้อย่างเป็นรูปธรรม ผ่านผลลัพธ์งานบริการที่ดีที่สัมผัสได้สำหรับผู้ให้บริการ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นไปตามที่คาดหวังหรือไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง ก็จะเป็น information feedback loop ที่ถูกนำมาทบทวนเพื่อสร้างการเรียนรู้และพัฒนากระบวนการทำงานให้มีประสิทธิผลดียิ่งขึ้นอย่างต่อเนื่อง

## 2.3 Quality 3.0 Sustained Quality

คลื่นลูกที่สามเกิดตามหลังคลื่นลูกที่สองไม่นานนัก จากการพยายามแก้ไขโจทย์ว่าถึงการทำงานจะมีผลลัพธ์ที่ดีและตอบสนองความต้องการของลูกค้าได้ แต่ถ้ากระบวนการนั้นมีค่าใช้จ่ายที่สูงมาก ก็จะทำให้สถานะทางการเงินขององค์กรไม่มั่นคง ส่งผลให้ระบบคุณภาพนั้นไม่ยั่งยืน ประสิทธิภาพจึงต้องควบคู่กับประสิทธิผล

ในช่วงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 เครื่องมือสำคัญที่เข้ามาช่วยในการปรับปรุงประสิทธิภาพของกระบวนการในโรงพยาบาล คือ lean โดย lean ให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์กระบวนการ เพื่อเข้าใจว่าในแต่ละขั้นตอนการทำงานนั้น มีขั้นตอนใดหรือกระบวนการใดบ้างที่ไม่สร้างคุณค่าเพิ่มให้แก่ผู้มารับบริการ (non value-added time) กระบวนการหรือช่วงเวลาที่เพิ่มคุณค่าถือเป็นการสูญเสีย (waste) ที่แฝงอยู่ในกระบวนการ และเราจะทำให้กระบวนการมีประสิทธิภาพมากขึ้น ถ้าเราออกแบบกระบวนการใหม่หรือปรับปรุงกระบวนการเดิมให้สามารถลดการสูญเสียเหล่านี้ได้

### 8 Wastes

The 8 Wastes are eight types of process obstacles that get in the way of providing value to the customer.

 <b>Defects</b> Efforts caused by rework, scrap, and incorrect information.	 <b>Overproduction</b> Production that is more than needed or before it is needed.	 <b>Waiting</b> Wasted time waiting for the next step in a process.	 <b>Non-utilized Talent</b> Underutilizing people's talents, skills, & knowledge.
 <b>Transportation</b> Unnecessary movements of products & materials.	 <b>Inventory</b> Excess products and materials not being processed.	 <b>Motion</b> Unnecessary movements by people (e.g., walking).	 <b>Extra-Processing</b> More work or higher quality than is required by the customer.

ภาพที่ 8 การสูญเสีย (waste) ที่แฝงอยู่ในกระบวนการ

เครื่องมืออีกชุดหนึ่งก็ตามมาและนำมาใช้ควบคู่กับ lean ได้เป็นอย่างดีคือ logistics โดย logistics ในโรงพยาบาล หมายถึง กิจกรรมและกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการวางแผน ดำเนินการ และควบคุม การไหลของสินค้าและบริการ ไม่ว่าจะเป็นการขนส่งสินค้า (เช่น ยา เวชภัณฑ์ พัสดุ และอื่นๆ หรือแม้กระทั่งผู้ป่วย) การกระจายสินค้า การจัดเก็บรักษาสินค้าที่คลังและหอผู้ป่วย ตลอดจนสารสนเทศที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดำเนินการมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล จากจุดผลิตหรือจุดเริ่มต้นไปจนถึงจุดที่มีการใช้งาน

Logistics มีองค์ประกอบใหญ่ๆ 3 องค์ประกอบ คือ

- (1) การบริหารจัดการพัสดุ ทั้งในด้านการวางแผน การกำหนดที่ตั้งของคลังพัสดุใหญ่และคลังพัสดุย่อย (ถ้ามี) และการบริหารคลังพัสดุให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด
- (2) การจัดการการไหลของพัสดุและข้อมูลข่าวสารว่าจะทำอย่างไรให้การขนส่งและกระจายพัสดุ รวมถึงการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย จากจุดหนึ่งไปยังอีกจุดหนึ่ง มีประสิทธิภาพและความปลอดภัยสูงสุด
- (3) การวิเคราะห์และปรับปรุงกระบวนการ โดย flowchart และ lean จะเป็นเครื่องมือสำคัญในองค์ประกอบนี้

Logistic เป็นต้นทุนที่สำคัญของสินค้าที่มีการซื้อขายกันในตลาด เคยมีการศึกษาในประเทศไทยพบว่า ค่าใช้จ่ายทาง logistic คิดเป็นร้อยละ 18 ของต้นทุนสินค้า ในขณะที่ในประเทศที่พัฒนาแล้ว สัดส่วนต้นทุนสินค้าที่เกิดจากค่า logistic จะต่ำกว่านี้มาก ส่วนในโรงพยาบาล ยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนว่า ค่าใช้จ่ายทาง logistic คิดเป็นร้อยละเท่าไรของต้นทุนพัสดุ แต่คาดได้ว่าน่าจะไม่ต่ำนัก ดังนั้น การจัดการ logistic ในโรงพยาบาลให้ดี จะช่วยให้ประสิทธิภาพโดยรวมของทั้งระบบดีขึ้นด้วย

แนวคิดล่าสุดที่เข้ามาในประเทศไทยในช่วงราวปี พ.ศ. 2557 ที่สร้างกระแสความตื่นตัวในเรื่องการสร้างคุณภาพในงานบริการสุขภาพ คือ Value-based healthcare ของ Michael E. Porter ซึ่งในแนวคิดนี้ คุณค่าที่ส่งมอบให้ผู้ป่วยเป็นปัจจัยหลักที่จะทำให้เกิดความสำเร็จในระบบบริการสุขภาพอย่างยั่งยืน และยังช่วยให้สามารถดึงดูดการลงทุนจากกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องสำคัญเข้ามาช่วยในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพได้ คุณค่านี้เกิดขึ้นได้จากปัจจัยหลัก 2 ประการ คือ การสร้างผลลัพธ์การดูแลรักษาได้สอดคล้องกับผู้ป่วยคาดหวัง โดยมีต้นทุนในการดูแลรักษาที่ไม่สูงจนเกินไป

Porter ได้เสนอองค์ประกอบ 6 ประการที่ควรมีการพัฒนา เพื่อนำไปสู่ Value-based healthcare คือ

- (1) จัดระบบบริการที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ในลักษณะ Integrated Practice Unit ไม่ยึดเพียงความสะดวกของผู้ให้บริการเหมือนในอดีตที่ผ่านมา
- (2) ประเมินผลการรักษาในผู้ป่วยแต่ละราย ครอบคลุมทั้งตามที่แพทย์คาดหวังและผู้ป่วยคาดหวัง รวมถึงค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น

(3) จ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาลเป็นยอดรวมตามผลลัพธ์การรักษา ไม่จ่ายเป็นรายการตามกิจกรรมย่อยที่เกิดขึ้น

(4) ประสานงานระหว่างเครือข่ายผู้ให้บริการ เพื่อกระตุ้นให้เกิดศูนย์ความเป็นเลิศที่รักษาโรคที่ซับซ้อน ด้วยต้นทุนที่ได้รับการควบคุม

(5) กำหนดศูนย์ความเป็นเลิศที่รักษาโรคที่ซับซ้อน ให้สอดคล้องกับสภาพทางภูมิศาสตร์

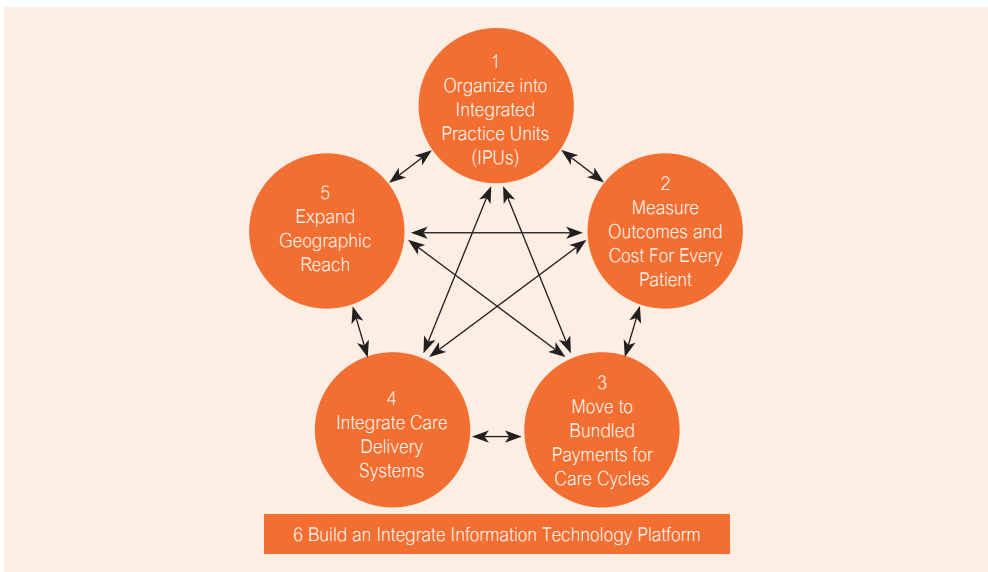
(6) พัฒนาระบบสารสนเทศที่สามารถสนับสนุนการจัดบริการในโรงพยาบาลและเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างเครือข่ายได้เป็นอย่างดี

**Solving the Health Care Problem**

- The fundamental **goal and purpose** of health care is to deliver high and improving **value for patients**

$$\text{Value} = \frac{\text{Health outcomes that matter to patients}}{\text{Costs of delivering these outcomes}}$$

- Delivering high value health care is the **definition of success**
- Value is the only goal that can **unite the interests** of all system participants



ภาพที่ 9 A mutually reinforcing strategic agenda

แนวคิด Value-based healthcare ได้มีการพูดถึงในหลายเวทีวิชาการ และมีความพยายามพัฒนาต้นแบบเรื่องนี้ในประเทศไทย แต่จนถึงปี พ.ศ. 2562 การขับเคลื่อนยังไม่ได้ผลออกมาเป็นต้นแบบที่ชัดเจน

ใน Quality 3.0 เรื่องคุณภาพได้ขยายวงต่อจากประสิทธิผลในมุมมองของโรงพยาบาล ครอบคลุมประสิทธิภาพ ประสิทธิผลในมุมมองของผู้ป่วย และการรับรู้ภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจนสิ้นสุดกระบวนการดูแลรักษา ทั้งนี้เพื่อเป็นหลักประกันว่าคุณภาพที่เกิดขึ้นได้ตอบสนองต่อความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยและกลุ่มผู้เกี่ยวข้องที่สำคัญด้วยต้นทุนที่เหมาะสม อันจะเป็นหลักประกันความสำเร็จขององค์กรในระยะยาว

## 2.4 Quality 4.0 All for Quality

ในช่วงเดียวกับที่ Value-based healthcare เริ่มเป็นที่สนใจในประเทศไทย สรพ. ก็ได้เริ่มพัฒนากระบวนการประเมินรับรองในลักษณะเครือข่ายสถานพยาบาล โดยมีแนวคิดสำคัญ คือ คุณภาพบริการที่ผู้ป่วยได้รับไม่ควรสะดุดลงเมื่อผู้ป่วยต้องได้รับการส่งต่อ กระบวนการดูแลรักษาที่ดีควรมีการเชื่อมโยงกันทั้งภายในสถานพยาบาลและระหว่างสถานพยาบาลอย่างไร้รอยต่อ (seamless care) จากแนวคิดนี้ นำมาสู่การพัฒนา

- มาตรฐานที่เน้นการเชื่อมโยงการดูแลรักษาโรคที่ซับซ้อนที่ต้องมีการส่งต่อกันระหว่างสถานพยาบาล เกิดเป็นมาตรฐานบริการสุขภาพระดับจังหวัด (Provincial Healthcare Network Certification: PNC)
- มาตรฐานบริการปฐมภูมิที่เน้นการทำงานเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาล ชุมชนกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อการสร้างสุขภาวะของประชาชน เกิดเป็นมาตรฐานระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System Accreditation: DHSA)

ณ สิ้นปีงบประมาณ 2562 สรพ. ได้ให้การรับรอง PNC ไปแล้วจำนวน 11 เครือข่าย และรับรอง DHSA ไปแล้วจำนวน 15 เครือข่าย

นอกจากการขยายเครือข่ายความร่วมมือระหว่างสถานพยาบาลอันนำไปสู่คุณภาพการดูแลรักษาที่ดีแล้ว ในระดับนานาชาติยังได้มีการชี้แนะและเชิญชวนให้กลุ่มผู้ป่วย (ซึ่งในช่วงที่ผ่านมา เรามองผู้ป่วยเป็นผู้รับผลงาน ที่เรา

เพียงรับฟังเสียงสะท้อนและความคิดเห็น เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงงานบริการ) เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของทีมพัฒนาคุณภาพบริการโดยตรง ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยจะมีบทบาทตั้งแต่ขั้นตอนการรับรู้สถานการณ์ร่วมกับสถานพยาบาล ออกแบบระบบบริการร่วมกัน สะท้อนประสบการณ์ที่ได้รับ (patient experience) และประเมินผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้น (Patient Reported Outcome Measures-PROMs) ซึ่ง สรพ. ได้มีการนำแนวคิดนี้มาดำเนินการโดยการจัดตั้งกลุ่ม Patients for patient safety ซึ่งกลุ่มดังกล่าวก็ได้ช่วยสะท้อนประสบการณ์ในการรับการดูแลรักษา ตลอดจนเสนอแนะรูปแบบการจัดบริการที่ควรมีการพัฒนา ส่วนเครื่องมือ patient experience และ PROMs ได้มีการส่งเสริมให้โรงพยาบาลในโครงการ 2P safety นำไปประยุกต์ใช้



ภาพที่ 10 ตัวอย่างสื่อที่กลุ่มผู้ป่วยออกแบบร่วมกับ สรพ. ในการพัฒนาการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย

ในเรื่องการส่งเสริมบทบาทของกลุ่มผู้เกี่ยวข้องซึ่งสำคัญในการเข้ามา ร่วมพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ ประเทศไทยได้มีการออกระเบียบสำนัก นายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ทำให้ เกิดการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งมี บทบาทหน้าที่ในการกำหนดแผนงานและเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ให้เหมาะสมกับสภาพข้อเท็จจริงและสภาพปัญหาในพื้นที่ ตลอดจนให้การ สนับสนุน เสนอแนะ และให้คำปรึกษาการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิต

ซึ่งในอำเภอที่โรงพยาบาลชุมชนมีความเข้มแข็ง กลไก พชอ. ได้เข้ามามีส่วนช่วยสนับสนุนทรัพยากรและการประสานการจัดการด้านสุขภาพ (เรื่องที่มีมีการดำเนินการ ได้แก่ การดูแลรักษาผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน และการควบคุมปัจจัยทางสังคมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ) ทำให้การขับเคลื่อนเรื่องสุขภาพมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ และเกิดความยั่งยืนมากยิ่งขึ้น

ในยุค Quality 4.0 การทำให้ระบบบริการสุขภาพมีคุณภาพอย่างยั่งยืน จึงไม่ใช่การดำเนินการของสถานพยาบาลเพียงฝ่ายเดียว แต่มีความจำเป็นที่กลุ่มผู้เกี่ยวข้องสำคัญทุกกลุ่มต้องเข้ามาร่วมสนับสนุน ร่วมดำเนินการ ร่วมติดตาม ประเมินผล และร่วมพัฒนาปรับปรุง เพื่อสร้างให้ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยมีมาตรฐาน มีความน่าไว้วางใจ และเป็นที่ยิ่งของประชาชนทุกระดับได้ตลอดไป

## unสรุป

คุณภาพของระบบบริการสุขภาพ คือ คุณสมบัตินี้ที่แฝงอยู่ในระบบบริการสุขภาพที่ทำให้ระบบบริการสุขภาพสามารถตอบสนองต่อความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยและกลุ่มผู้เกี่ยวข้องสำคัญได้เป็นอย่างดี ทั้งความต้องการในปัจจุบันและที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เส้นทางเดินของการพัฒนาคุณภาพในระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยเริ่มจากความไว้วางใจในตัวปัจเจกชน คือแพทย์และพยาบาลผู้ให้การรักษาพยาบาล ค่อยๆ พัฒนาไปสู่ความเชื่อมั่นและความไว้วางใจในระบบบริการสุขภาพ ที่มีการทำงานเป็นสหวิชาชีพ ภายใต้เป้าหมายที่สอดคล้องกับบริบท มีกระบวนการทำงานที่เป็นไปตามหลักวิชาการและมาตรฐานวิชาชีพ ตลอดจนมีการทำงานเชื่อมโยงกันเป็นอย่างดีระหว่างเครือข่ายที่ให้บริการ อันนำไปสู่ผลสัมฤทธิ์ที่ต้องการ ภายใต้การใช้ทรัพยากรที่เหมาะสม และนำไปสู่ความไว้วางใจในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของการสร้างหลักประกันของความยั่งยืนของคุณภาพบริการสุขภาพในระยะยาว



## เอกสารอ้างอิง

1. ดวงพรรณ กริชชาญชัย, ศิริรัตน์ ศรีสกุลวรรณ. รู้จักโรงพยาบาลผ่านมุมมองวิศวกร Best Practices in Hospital Logistics จากทฤษฎีสู่ปฏิบัติ.
2. ราชกิจจานุเบกษา. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561. 9 มีนาคม 2561.
3. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). เหลียวหลังแลหน้า 12 ปี ของกระบวนการ HA จาก พรพ. สู่ สรพ. 2553.
4. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4. พิมพ์ครั้งที่ 2. บริษัทหนังสือดีวัน จำกัด; 2561.
5. สำนักงานรางวัลคุณภาพแห่งชาติ. ความเป็นมารรางวัลคุณภาพแห่งชาติ. [online]. [cited 2019 Oct 22]; Available from: URL : <https://www.tqa.or.th/th/tqa-award/background/>
6. goLEANSIXSIGMA.com. 8 Wastes. [online]. [cited 2019 Oct 22]; Available from: URL : <https://goleansixsigma.com/8-wastes/>
7. Porter, Michael, E.. Value-Based Health Care Delivery: Core Concepts. [online]. [cited 2019 Oct 22]; Available from: URL : <https://www.isc.hbs.edu/Documents/pdf/value-based-healthcare-core-concepts.pdf>; 2019.



ตอนที่  
**3**

## Quality Tools : Up-to-date





## Quality Tools : Up-to-date

### 3.0 ขุดของหลักคิด

ในช่วงเริ่มต้นของการขับเคลื่อน HA มีการส่งเสริมการพัฒนาเป็นขั้นตอนตามศักยภาพและความพร้อมของโรงพยาบาล เรียกว่าบันได 3 ขั้นสู่ HA โดยบันไดขั้นที่ 1 และขั้นที่ 2 จะมีหลักคิดเป็นแนวทางง่าย ๆ เพื่อการปฏิบัติคือ

**บันไดขั้นที่ 1** ใช้หลักคิด “ทำงานประจำให้ดี มีอะไรให้คุยกัน ขยันทบทวน” เน้นการใช้กระบวนการคุณภาพเบื้องต้น ให้คุณภาพอยู่ในงานประจำ นำข้อมูลและเหตุการณ์ต่างๆ มาทบทวนเพื่อปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอ

**บันไดขั้นที่ 2** ใช้หลักคิด “เป้าหมายชัด วัดผลได้ ให้คุณค่า อย่ายี้ดติด” หรือการใช้ 3P ในทุกส่วนงานของโรงพยาบาล ได้แก่ หน่วยงาน ระบบงาน กลุ่มผู้ป่วย โดยส่งเสริมทั้งการประกันคุณภาพควบคู่กับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

หลักการดังกล่าวยังคงใช้ได้สำหรับโรงพยาบาลที่กำลังพัฒนาในบันไดขั้นที่ 1 และขั้นที่ 2 และยังคงต้องใช้อย่างต่อเนื่องสำหรับโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง HA แล้ว เพื่อมิให้เข้าใจคลาดเคลื่อนว่าเป็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพขั้นเบื้องต้นต่อไปนี้จะขอเรียกว่า

**หลักคิดชุดที่ 1 “ทำงานประจำให้ดี มีอะไรให้คุยกัน ขยันทบทวน”**

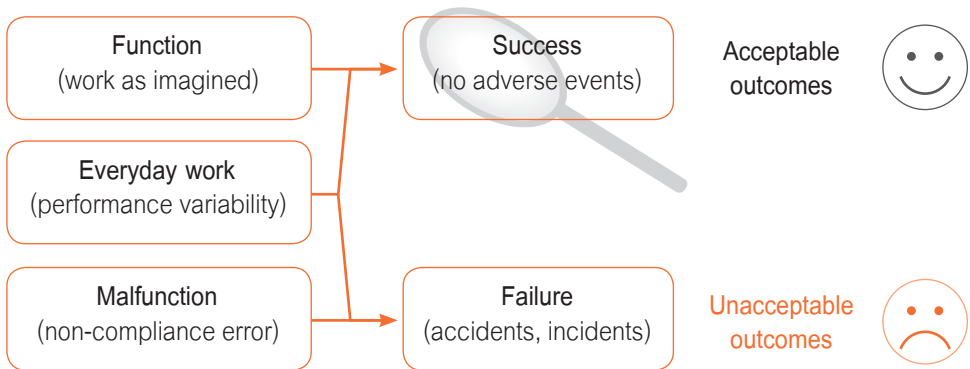
**หลักคิดชุดที่ 2 “เป้าหมายชัด วัดผลได้ ให้คุณค่า อย่ายี้ดติด”**

### 3.1 | งานประจำให้ดีขึ้นด้วยแนวคิด Safety II

#### ข้อแนะนำเบื้องต้น:

การทำงานประจำวันของแต่ละคนให้ดีขึ้น เจ้าของงานควรจะต้อง (1) รู้เป้าหมายของงานนั้นว่าทำไปเพื่ออะไร, (2) รู้ว่าจะทำงานนั้นให้ดีขึ้นได้อย่างไร, (3) รู้ว่างานนั้นทำได้ดีหรือไม่

#### ความเข้าใจในสาเหตุของผลลัพธ์ที่ไม่ต้องการ:



โดยทั่วไป เรามักเข้าใจกันว่าผลลัพธ์ที่ต้องการ (acceptable outcomes) มาจากการปฏิบัติงานที่ถูกต้อง เป็นไปตามแนวทางที่กำหนด ภายใต้ความพร้อมของทรัพยากรต่างๆ ขณะที่ผลลัพธ์ที่ไม่ต้องการ (unacceptable outcomes) มาจากการปฏิบัติที่ผิดพลาด ไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด หรือทรัพยากรต่างๆ ไม่พร้อมใช้ตามที่ควร

ในความเป็นจริงแล้ว ผลลัพธ์ทั้งสองประเภท (ทั้งที่ต้องการและไม่ต้องการ) มิได้เกิดจากสภาวะการณืที่แตกต่างกัน แต่มาจากการปฏิบัติงานในสภาวะการณืเดียวกัน คือการทำงานประจำที่มีความแปรปรวน หลากหลาย ไม่คงเส้นคงวา (everyday work variability)

## แนวคิด Safety-I และ Safety-II

ที่ผ่านมาเรามักจะใช้แนวคิด Safety I คือการมุ่งเน้นนำเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มาวิเคราะห์สาเหตุ แต่ละเลยที่จะเรียนรู้จากสถานการณ์มากกว่าร้อยละ 90 ที่ไม่เกิดปัญหา

แนวคิด Safety II มุ่งทำความเข้าใจว่าในสถานการณ์ที่หลากหลายนั้น ผู้คนปรับตัวกันอย่างไรไม่ให้เกิดปัญหา และมีความแปรปรวนอะไรที่อาจเป็นปัญหา

	Safety I	Safety II
Definition of safety	ความปลอดภัยคือจำนวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ลดลง	ความปลอดภัยคือความสามารถทำงานได้สำเร็จโดยไม่มีปัญหาภายใต้สถานการณ์ที่หลากหลาย
Safety management	ตั้งรับ	ทั้งตั้งรับและเชิงรุก (จัดการกับสถานการณ์ในงานประจำวัน)
Work environment	ควบคุมได้ ไม่เปลี่ยนแปลง ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง	ซับซ้อน คาดการณ์ไม่ได้ ความสัมพันธ์ไม่เป็นเส้นตรง
People	เป็นองค์ประกอบที่สร้างความผิดพลาดได้	เป็นทรัพยากรที่ทำให้ระบบใช้งานได้
People adjustment	ควรหลีกเลี่ยงการปรับตัวของคน	ทำให้มั่นใจการทำหน้าที่ของระบบอย่างปลอดภัยและได้ผล
Learning	เรียนรู้จากสิ่งที่ผิดพลาด	เรียนรู้จากสิ่งที่ไม่ผิดพลาด
Analysis	RCA หาสาเหตุของความผิดพลาด หาองค์ประกอบที่ทำงานไม่ถูกต้อง	ทำความเข้าใจว่าสิ่งต่างๆ เป็นไปโดยไม่เป็นปัญหาอย่างไร เรียนรู้การปรับวิธีการทำงานในงานประจำวัน คาดการณ์ผลกระทบที่จะเกิดจากความแปรปรวน

## Work-as-imagined และ Work-as-done

Work-as-imagined เป็นสิ่งที่ผู้ออกแบบ ผู้บริหาร ผู้ควบคุม และผู้มีอำนาจเชื่อว่าจะเกิดขึ้นหรือควรเกิดขึ้น ซึ่งจะใช้เป็นพื้นฐานสำหรับการออกแบบ การฝึกอบรม และการควบคุม ในขณะที่ Work-as-done เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงในการดูแลผู้ป่วยหรืองานประจำวัน

## ความแปรปรวนในงานประจำ

ความแปรปรวนเป็นผลของความแตกต่างระหว่างวิธีการทำงานในฝัน (work-as-imagined หรือ WAI) กับ วิธีการทำงานที่เกิดขึ้นจริง (work-as-done หรือ WAD)

ความแปรปรวนนี้อาจเกิดจาก (1) การมีสมมติฐานเกี่ยวกับวิธีการทำงานของคนอื่น เชื่อว่าคนอื่นมีความรู้ความเข้าใจและพื้นฐานเหมือนตนเอง, (2) การรบกวนหรือขัดจังหวะการทำงาน, (3) การแก้ปัญหาเฉพาะหน้า, (4) การใช้เทคนิคบางอย่างเฉพาะตัวซึ่งไม่ได้ตกลงร่วมกันหรือกำหนดเป็นทางการ

## การศึกษาความแตกต่างระหว่าง WAI & WAD

การทำความเข้าใจ WAD เป็นสิ่งที่มีประโยชน์ แต่ด้วยความซับซ้อนและเป็นพลวัตของการดูแลผู้ป่วยทำให้เรื่องนี้มิใช่เรื่องง่าย การค้นหาความแตกต่างระหว่าง WAI กับ WAD สามารถใช้แว่นค้นหาได้หลากหลาย ซึ่งแต่ละวิธีล้วนมีคุณลักษณะและข้อจำกัดของตัวเอง

“work-as-documented” คือการใช้ (1) บันทึกกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ซึ่งความถูกต้องและสมบูรณ์ขึ้นกับทักษะและความทรงจำของผู้บันทึก ความง่ายในการบันทึก ร่วมกับ (2) ข้อมูลการบริหารต่างๆ

“work-as-observed” คือการสังเกตการทำงานของผู้ใช้บริการ แต่อาจมีผลให้ผู้ปฏิบัติมิได้ทำตามปกติเมื่อรู้ตัวว่าถูกสังเกต

“work-as-abstracted” คือการใช้คอมพิวเตอร์มาช่วยทำ simulation เพื่อวิเคราะห์ผลการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรต่างๆ

“work-as-claimed” คือหลักฐานที่ใช้เบิกเงินประกันสุขภาพ ซึ่งมักจะเป็นข้อมูลในอดีตเป็นเวลานาน

“work-as-simulated” คือการจำลองสถานการณ์โดยทำในพื้นที่จริง ซึ่งอาจทำได้ทั้งงานง่ายๆ และงานใหม่ที่ซับซ้อน มีประโยชน์สำหรับการรับรู้ WAD สำหรับเหตุการณ์ที่พบไม่บ่อย

วิธีการต่างๆ เหล่านี้หนุนเสริมกันและควรใช้ร่วมกันเพื่อให้เห็นภาพรวมของการปฏิบัติงานจริง



## ทำงานประจำให้ดี

สามารถทำได้ดังนี้ (1) ชวนกันคุยว่าสมาชิกในทีมมีวิธีการทำงานเพื่อรองรับสถานการณ์ที่มีความหลากหลายอย่างไร สิ่งใดที่ควรนำมากำหนดเป็นมาตรฐานที่ใช้เหมือนกัน, (2) ภายใต้อรรถกาศที่ปลอดภัย ชวนกันคุยว่ามีความแตกต่างอะไรระหว่าง WAI & WAD ความแตกต่างนั้นอาจก่อให้เกิดปัญหาอะไร ปรับจูน เพื่อให้ WAI & WAD เป็นสิ่งเดียวกัน, (3) ใช้วิธีต่างๆ ในการศึกษาทำความเข้าใจ WAD ดังที่กล่าวมา

## เอกสารอ้างอิง

1. Deutsch ES. Bridging the Gap between Work-as-Imagined and Work-as-Done. Pennsylvania Patient Safety Advisory. 2017 Jun; 14 (2): 80-3.

## 3.2 มีอะไรให้คุยกัน

### ข้อเสนอเบื้องต้น:

ควรมีการสร้างช่องทางและเวลาที่พูดคุยต่อไปนี้ (1) คุยกันภายในหน่วยงาน, (2) คุยกันระหว่างหน่วยงาน, (3) คุยกันระหว่างวิชาชีพ

### การคุยกันมากขึ้น

การคุยกันมากขึ้นอาจพิจารณาแนวคิดต่อไปนี้ (1) ระบุว่า “อะไรสำคัญ ทำให้เราสนุกกับงาน”, (2) ก้าวข้ามขีดความคิดที่ขัดแย้ง, (3) ใช้เทคนิคการสนทนาที่หลากหลายและได้ผล, (4) สัญญาใจ

### 3.2.1 “อะไรสำคัญ ทำให้เราสนุกกับงาน”

#### 1) สอบถามและรับฟัง “อะไรสำคัญ ทำให้เราสนุกกับงาน”

ใช้เทคนิค appreciative inquiry ด้วยชุดคำถามต่อไปนี้ (1) “อะไรที่ทำให้เป็นวันดีๆ สำหรับพวกเรา”, (2) “อะไรที่ทำให้เรภาคภูมิใจในการทำงาน”, (3) “ขอให้อธิบายช่วงเวลาที่เราทำได้ดีที่สุด”

มีเวทีให้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นในประเด็นต่อไปนี้ (1) เรามองเห็นความหมายในงานที่กำลังทำอยู่หรือไม่, (2) เราสามารถสร้างความแตกต่างได้หรือไม่, (3) เราทำให้เสียงของพวกเราเป็นที่ได้ยินหรือไม่สร้างความรู้สึกไว้วางใจกันและกันด้วยการสื่อสารที่โปร่งใส และทำให้รู้สึกว่าได้รับการใส่ใจ

ฟังจนเข้าใจและมองเห็น bright spots เช่น การมีทางเลือกและความยืดหยุ่นในการขึ้นเวร สามารถเข้ารับการอบรมในหลักสูตรต่างๆ ได้ง่ายขึ้น สามารถขอคำปรึกษาจากรุ่นพี่ได้ง่ายขึ้น ได้รับคำแนะนำในเชิงสร้างสรรค์ด้วยข้อมูลเหล่านี้สามารถนำไปสู่การตอบสนองด้วยความสร้างสรรค์ทันที

## 2) ค้นหากรวดในรองเท้า (อุปสรรคที่ทำให้ไม่สนุกกับงาน)

ทำความเข้าใจธรรมชาติความต้องการของมนุษย์ (1) ร่างกายและจิตใจ, (2) ความหมายและเป้าหมาย, (3) ทางเลือกและอิสระที่จะเลือก, (4) มิตรภาพและการทำงานเป็นทีม, (5) ความเป็นธรรมและความเท่าเทียมกัน

ค้นหาว่าอะไรเป็นความอัดอั้น สิ่งที่ทำให้หงุดหงิด สิ่งที่ทำให้ปัจจัยในข้อ 1 ไม่สามารถเกิดขึ้นได้

สำรวจทางเลือกต่างๆ ที่เป็นไปได้ ศึกษาว่าอะไรได้ผล อะไรไม่ได้ผล ทำงานร่วมกับทีมทั้งในแผนกและคร่อมสายงาน

## 3) ใช้แนวทางเชิงระบบโดยรับผิดชอบร่วมกันทุกระดับเพื่อให้งานเป็นเรื่องสนุก

ผู้นำทุกระดับ (1) ให้ความสำคัญให้การสนับสนุนทั้งเรื่องทรัพยากร เวลา การพัฒนาทักษะ, (2) ถามว่าควรจัดการเรื่องอะไรก่อน, (3) สร้างแรงจูงใจให้ร่วมกันลงมือทำ หลีกเลี่ยงการมอบหมายหน้าที่, (4) ใช้ passion ของแต่ละคนเป็นตัวขับเคลื่อน, (5) เป็นแบบอย่างของพฤติกรรมและวัฒนธรรมสนุกกับงาน, (6) สนับสนุนให้ทุกคนมีปฏิสัมพันธ์ที่เคารพกันและกัน กล้าแสดงความคิดเห็น แสดงคำขอบคุณไม่ว่าจะเป็นเรื่องเล็กเรื่องใหญ่

## 4) ใช้ศาสตร์การพัฒนาเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลง

(1) ใช้วิธีการง่ายๆ ในการพัฒนา ตั้งเป้า ฝ้าดู ทดสอบการแนวความคิดการเปลี่ยนแปลงขนาดเล็กก่อนขยายผล, (2) ติดตามผลลัพธ์ของการทดสอบ เผยแพร่ให้รับทราบและเข้าใจ มีทั้งตัววัดทั้งระบบและตัววัดเฉพาะจุด, (3) เชิญชวนให้ทุกคนมีส่วนร่วม, (4) เลือกการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลสูงและมีงานเพิ่มไม่มาก, (5) ฉลองความสำเร็จทั้งเรื่องเล็กและเรื่องใหญ่

### 3.2.2 ก้าวข้ามข้อความคิดที่ขัดแย้ง (beyond polarities)

ในการทำงาน ที่เราอาจพบความคิดหรือข้อเสนอซึ่งเป็นขั้วที่ตรงข้ามกัน ขัดแย้งกัน โดยทั่วไปเรามักพยายามหาเหตุผลมาช่วยตัดสินว่าจะเลือกทางใด จึงจะเกิดประโยชน์สูงสุด แต่บางครั้งการมุ่งเน้นขั้วใดขั้วหนึ่งมากเกินไป ละเลย อีกขั้วหนึ่ง ส่งผลให้ด้านลบของขั้วที่ถูกละเลยนั้นปรากฏชัดขึ้น อาจจำเป็น ที่จะใช้ความคิดทั้งคู่ (both/and) มากกว่าการเลือกเพียงทางใดทางหนึ่ง โดยมี เป้าหมายเพื่อใช้ข้อได้เปรียบของข้อดีของทั้งสองขั้วร่วมกันอย่างสมดุลและ ลดผลของข้อไม่ดี

#### Polarity map

แผนที่ขั้วความคิดที่ขัดแย้ง (polarity map) เป็นเครื่องมือสำหรับการวิเคราะห์ขั้วความคิดที่ขัดแย้งโดยจัดทำตาราง 2X2 ขึ้น ระบุด้านบวกหรือ ข้อดี และด้านลบหรือข้อเสียของทั้งทางเลือก แล้วพิจารณาว่าจะมีกิจกรรม หรือปฏิบัติการอะไรบ้างเพื่อใช้ด้านบวกของแต่ละขั้ว ขณะเดียวกันต้องใช้ ตัววัดอะไรบ้างเพื่อเฝ้าติดตามผลลบจากความไม่สมดุลที่เน้นขั้วใดขั้วหนึ่ง มากเกินไป

เป้าหมายของการใช้สองขั้วอย่างสมดุล:			
กิจกรรมหรือปฏิบัติการ เพื่อใช้ด้านบวกของขั้วซ้าย	ผลบวกจากการมุ่งเน้น ขั้วซ้าย	ผลบวกจากการมุ่งเน้น ขั้วขวา	กิจกรรมหรือปฏิบัติการ เพื่อใช้ด้านบวกของขั้วขวา
	<b>ขั้วซ้าย</b>	<b>ขั้วขวา</b>	
ตัววัดที่ใช้ติดตามว่า เกิดผลลบจากขั้วซ้าย	ผลลบจากการเน้นขั้ว ซ้าย>ขวา	ผลลบจากการเน้นขั้ว ขวา>ซ้าย	ตัววัดที่ใช้ติดตามว่าเกิด ผลลบจากขั้วขวา
ผลเสียของการขาดสมดุล:			

ภาพที่ 11 Polarity map

เมื่อไรก็ตามที่พบว่าทางเลือกชั่วใดชั่วหนึ่งจะตามมาด้วยผลเสียมากกว่าผลดี ทีมสามารถใช้ความคิดของทั้งสองชั่วผสมผสานกันอย่างสมดุลด้วยการพิจารณา polarity map

### เอกสารอ้างอิง

1. NHS Sustainable Improvement Team and the Horizons Team. Leading large scale change: a practical guide. NHS England, Quarry House, Quarry Hill, Leeds. 2018 Apr: 89-92.

### 3.2.3 ใช้เทคนิคการสนทนาที่หลากหลายและได้ผล

การสนทนาเป็นเครื่องมือการบริหารงานที่ทรงพลังที่สุดที่เรามีใช้ เป็นรูปแบบการทำงานที่สำคัญที่สุด เป็นวิธีการที่คนทำงานค้นพบว่าพวกเขาทำอะไร แบ่งกันกับเพื่อนร่วมงาน และสร้างความรู้ใหม่สำหรับองค์กร ผู้นำจึงควรเข้าใจพลังของการสนทนาและใช้ conversational approach ในการทำงาน

#### สร้างนิสัยการสนทนาที่ดี

**พูดให้มากขึ้น** เริ่มต้นการสนทนาและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้คนที่ให้มากขึ้น สร้างความสัมพันธ์ที่ลึกซึ้งขึ้น ทำตัวให้เข้าถึงได้ง่ายขึ้น

**เชื่อมต่อกับผู้คนที่ให้มากขึ้น** พบปะพูดคุยกันมากขึ้นระหว่างสมาชิกในทีม

**ฟังให้มากขึ้น** มีความจดจ่อในความคิดของผู้พูดว่าเขากำลังคิดอะไร จะคิดอะไรต่อไป และจะทำอะไรกับสิ่งที่เขาคิด

**เรียนรู้และฝึกฝนวิธีการสนทนาในรูปแบบต่าง ๆ**

วิธีการสนทนาที่เป็นที่รู้จักกันดี เช่น สนทนาสนทนา (dialogue), เพื่อนช่วยเพื่อน (peer assists), AAR (after action reviews) หมวกหกสี, เรื่องเล่าเจ้าพลัง (storytelling), ชุมชนนักปฏิบัติ (communities of practice), ระดมสมอง (brainstorming), การทบทวนเมื่อโครงการเสร็จสิ้น (post project reviews) ซึ่งจะไม่ขอก้าวซ้ำในที่นี้

**Knowledge Café** เป็นการสนทนาของกลุ่มคนกลุ่มเล็ก ๆ ที่มีความสนใจร่วมกันเพื่อเป้าหมายเฉพาะ (เรียนรู้จากกันและกัน แบ่งปันข้อคิดเห็น ทำความเข้าใจประเด็นให้ลึกซึ้งขึ้น สรรวจความเป็นไปได้ใหม่ ๆ) โดยกระบวนการ

ประกอบด้วย การบรรยายสรุปอย่างสั้น ๆ การตั้งคำถามกระตุ้นเพื่อให้ผู้เข้าร่วม ประชุมล้อมวงสนทนาเป็นกลุ่มย่อย เมื่อเปลี่ยนกลุ่มและทำซ้ำครบสามรอบแล้ว ก็มารวมเป็นวงใหญ่เพื่อแบ่งปัน actionable insight โดยไม่พยายามที่จะหา ฉันทามติหรือความเห็นร่วม

**World Café** มีกระบวนการที่คล้ายคลึงกับ Knowledge Café มาก อาจสรุปข้อแตกต่างได้ดังนี้

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง World Café กับ Knowledge Café

World Café	Knowledge Café
มุ่งเน้นชุมชน	มุ่งเน้นกิจการ
สำคัญที่การเก็บเกี่ยว มีการใช้ flipchart และ กระดาษความคิด	สำคัญที่การสนทนา ไม่มีการใช้ flipchart หรือ กระดาษความคิด
ผู้เข้าร่วมจำนวนมาก มักจะมากกว่าร้อยละคนขึ้นไป	ออกแบบสำหรับผู้เข้าร่วม 12-24 คน
ใช้เวลาทั้งวัน	ใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง
มักจะใช้หลายคำถาม	มักจะใช้คำถามเดียว
แต่ละโต๊ะมีเจ้าบ้าน (host)	ไม่มีเจ้าบ้าน ผู้นำ ผู้บันทึก
กลุ่มย่อย 4-5 คน หรืออาจจะใหญ่กว่า	กลุ่มย่อย 3-4 คน ไม่เกินกว่านี้
จบด้วยรายงาน	จบในวงสนทนา
ไม่มีการแบ่งปัน actionable insight	มีการแบ่งปัน actionable insight

**Randomized coffee trials** เป็นการเชื่อมต่อผู้คนในองค์กรโดยการสุ่ม ให้เวลาที่จะดื่มกาแฟและพูดคุยกันในเรื่องอะไรก็ได้ที่ต้องการ โดยสมาชิกที่ สนใจจะสมัครเข้าไป มีการจัดการสุ่มให้ผู้คนได้มาพบกัน (ไม่จำเป็นว่าต้องเป็น คู่ที่มีความสัมพันธ์ในกระบวนการทำงาน) ผู้บริหารจะอนุญาตให้คู่สนทนาได้ มาพบกันเป็นเวลา 30 นาที กระบวนการนี้ช่วยให้ผู้คนมีความสัมพันธ์ข้ามสาย งานมากขึ้น มีความผูกพันและมีความสุขมากขึ้น

**ล้อมวงฟังเรื่องเล่า (anecdote circles)** เป็นการเล่าเรื่องที่มีแบบแผน คือตอบคำถามตามประเด็นที่ตั้งไว้ โดยผู้ฟังบันทึกความคิดที่เกิดขึ้นระหว่างที่ ฟังบนกระดาษ post-it บัตรละหนึ่งความคิดแล้วส่งให้ผู้เล่าเรื่องเมื่อสิ้นสุดการ

เล่าเรื่อง เมื่อครบทุกคำถามแล้วจะขอให้ทุกคนนำกระดาษ post-it ไปติดบนผนังและร่วมกับทบทวนความคิดที่สมาชิกได้ร่วมกันแบ่งปัน

**Open Space Technology** เป็นการประชุมของผู้คน 5 - 2,000 คน โดยผู้เข้าร่วมประชุมเป็นผู้กำหนดวาระการประชุมเอง มี facilitator เป็นผู้ดำเนินการประชุมและบันทึกผลการพูดคุย มีเป้าหมายเพื่อจัดการกับประเด็นที่ท้าทาย ซับซ้อน หรือยากลำบากที่สุดที่ผู้คนจำนวนมากต้องเผชิญ ผู้เข้าประชุมทุกคนมีสิทธิที่จะเสนอประเด็น ถ้าได้รับการสนับสนุนเพียงพอก็จะถูกบรรจุเข้าในวาระและให้ผู้เข้าร่วมประชุมเลือกเข้าในหัวข้อต่างๆ ล้อมวงคุยกัน โดยเจ้าของประเด็นเป็นผู้เกริ่นนำ โดยมีหลักการดังนี้ (1) ใครที่มาก็คือคนที่ใช่, (2) เมื่อไรที่เริ่มคือเวลาที่ถูก, (3) ทุกสิ่งที่เกิดขึ้นคือสิ่งที่ใช่, (4) เมื่อจบก็คือจบ เพื่อเริ่มประเด็นต่อไป

**Collective Sensemaking** เป็นการทำความเข้าใจความหมายเชิงลึกของสิ่งที่เกิดขึ้นหรือสิ่งที่การพูดกัน มีการจัดเวลาเพื่อให้มีการใคร่ครวญสะท้อนคิดร่วมกันทั้งองค์กร สมาชิกมีส่วนร่วมในการกำหนดวาระ เน้นการเชื่อมต่อกันเป็นอันดับแรก สร้างบรรยากาศที่มี psychological safety ใช้กลุ่มสนทนาที่มีขนาดเล็กพอที่ทุกคนมีเวลาเพื่อแสดงความคิดเห็น เรียนรู้ในกลุ่มเล็กแล้วไปบูรณาการในกลุ่มใหญ่ แม้จะมีโครงสร้างกระบวนการแลกเปลี่ยนที่ชัดเจนและเข้าใจร่วมกันก็สามารถเปลี่ยนแปลงเพื่อทดลองแนวคิดใหม่ๆ ได้

### ใช้การสนทนาในโอกาสต่างๆ

ใช้เทคนิคการสนทนาในโอกาสต่างๆ ต่อไปนี้ (1) ทำให้เกิดความเข้าใจที่ดีขึ้น, (2) สร้างความสัมพันธ์, (3) ยกระดับความผูกพัน, (4) ปรับปรุงการตัดสินใจ, (5) ลดการแยกส่วนเป็น silo ในองค์กร, (6) จำลองสถานการณ์ปฏิบัติการ, (7) กระตุ้นนวัตกรรม, (8) สำรวจโอกาส, (9) ทำให้ปัญหาปรากฏชัด, (10) แก้ปัญหา, (11) ระบุความเสี่ยง, (12) แบ่งปันความรู้, (13) เปิดโอกาสให้ผู้คนแสดงความคิดเห็น, (14) ระดมความคิด, (15) โค้ชกันและกัน

### เอกสารอ้างอิง

1. David Gurteen. <https://www.slideshare.net/assocpm/an-introduction-to-conversational-leadership>

### 3.2.4 สัญญาใจ (compact)

สัญญาใจคือความคาดหวังของสมาชิกองค์กร ซึ่งมีลักษณะ (1) เป็นที่เข้าใจกันแต่ไม่ได้ระบุอย่างแจ่มชัด, (2) มีข้อแลกเปลี่ยนว่าจะให้อะไร และจะได้รับการอะไร, (3) เป็นประโยชน์ร่วมกันต่อองค์กรและสมาชิก

แพทย์ที่จบใหม่จะมีความคาดหวังต่อไปนี้ (1) เป็นวิชาชีพที่กำกับดูแลตนเอง, (2) ไม่มีเจ้านาย, (3) มี clinical autonomy, (4) มีความมั่นคงในงานและการเงิน, (5) ได้รับการเคารพตามสถานภาพ

สัญญาใจที่เข้าใจกันก็คือ แพทย์มีหน้าที่รักษาผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ โดยที่แพทย์จะได้รับ autonomy การคุ้มครอง และการได้รับสิทธิในฐานะแพทย์

ขณะที่ผู้บริหารต้องเผชิญกับความต้องการและข้อกำหนดต่างๆ มากขึ้น เช่น คุณภาพและความปลอดภัยที่สูงขึ้น การมุ่งเน้นผู้ป่วย การเข้าถึง การเพิ่มประสิทธิภาพ งานที่เป็นมาตรฐาน การจัดการความหลากหลายที่ไม่เกิดคุณค่า เมื่อเวลาผ่านไป คำมั่นสัญญาเดิมก็เริ่มไม่เพียงพอ

มีการปรับรูปแบบของ compact ให้เป็นทางการมากขึ้นโดยความร่วมมือระหว่างฝ่ายบริหารและผู้แทนแพทย์ของ Virginia Mason Medical Center โดยที่ compact มีลักษณะดังต่อไปนี้ (1) เป็นความคาดหวังและมีข้อแลกเปลี่ยนที่ชัดเจน, (2) จัดทำเป็นลายลักษณ์อักษร, (3) จัดทำร่วมกันระหว่างฝ่ายบริหารและผู้แทนแพทย์, (4) เป็นความคาดหวังที่มุ่งสู่เป้าหมายร่วม, (5) ใช้กฎการมีส่วนร่วมในการจัดทำ, (6) ระบุสิ่งที่แต่ละฝ่ายจะปฏิบัติต่อกัน, (7) เป็นพื้นฐานสำหรับการให้ feedback และมีภาระรับผิดชอบร่วมกัน

Compact ไม่ใช่สิ่งต่อไปนี้ (1) ไม่ใช่เอกสารทางกฎหมาย, (2) ไม่ใช่ประมวลจริยธรรม, (3) ไม่ใช่บัญชีรายการพฤติกรรมอย่างละเอียด, (4) ไม่ใช่เครื่องมือสำหรับการจับผิด

กระบวนการจัดทำ compact ที่ร่วมกันจัดทำจะทำให้ reset พลวัต กล่าวคือมีการเปลี่ยนแปลงทั้งในส่วนของแพทย์และผู้บริหาร เป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดความผูกพันอย่างกว้างขวาง

## หน้าที่รับผิดชอบขององค์กร

## หน้าที่รับผิดชอบของแพทย์

### ส่งเสริมความเป็นเลิศ

- สรรหาและธำรงรักษาแพทย์และบุคลากรที่มีความสามารถ
- สนับสนุนความก้าวหน้าและความพึงพอใจของวิชาชีพ
- รับรู้ผลงานในการดูแลผู้ป่วยและต่อองค์กร
- สร้างโอกาสให้มีส่วนร่วมหรือสนับสนุนงานวิจัย

### มุ่งเน้นผู้ป่วย

- ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความรู้ที่ทันสมัย มีคุณภาพ
- ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลและตัดสินใจ
- ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงได้อย่างเหมาะสม
- ยืนหยัดในการให้บริการที่ไร้รอยต่อ

### รับฟังและสื่อสาร

- แบ่งปันข้อมูลเกี่ยวกับเจตจำนงของกลยุทธ์ลำดับความสำคัญขององค์กร และการตัดสินใจทางธุรกิจ
- เปิดโอกาสให้มี constructive dialogue
- จัดทำการประเมินผลและ feedback เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างสม่ำเสมอ

### ร่วมมือในการให้บริการ

- แพทย์เข้าร่วมทีมกับเจ้าหน้าที่อื่นและผู้บริหาร
- ปฏิบัติต่อสมาชิกทุกคนด้วยความเคารพ
- ปฏิบัติตามหลักจริยธรรมทั่วไปและของวิชาชีพในระดับสูงสุด
- ปฏิบัติในลักษณะที่สอดคล้องกับเป้าหมายของกลุ่ม
- มีส่วนร่วมหรือสนับสนุนการเรียนการสอน

### การศึกษา

- สนับสนุนและเอื้ออำนวยต่อการเรียนการสอน การศึกษาต่อเนื่อง
- ให้ข้อมูลและเครื่องมือที่จำเป็นเพื่อปรับปรุงการทำเวชปฏิบัติ

### รับฟังและสื่อสาร

- สื่อสารข้อมูลทางคลินิกอย่างชัดเจน ทันทีที่
- ขอข้อมูล ทรัพยากรที่จำเป็นในการให้บริการที่สอดคล้องกับเป้าหมายขององค์กร
- ให้และรับ feedback

### การให้รางวัล

- จัดให้มีระบบค่าตอบแทนที่ชัดเจน เหมาะสมกับตลาด สอดคล้องกับเป้าหมายองค์กร
- สร้างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนทีมและปัจเจก

### การแสดงความเป็นเจ้าของ

- ปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลที่องค์กรยอมรับ
- มีส่วนร่วมและสนับสนุนการตัดสินใจของกลุ่ม
- มุ่งเน้นแง่มุมทางเศรษฐกิจในการทำเวชปฏิบัติ

### การนำ

- บริหารและนำองค์กรอย่างมี integrity & accountability

### การเปลี่ยนแปลง

- ลงมือสร้างนวัตกรรมและการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- เข้าร่วมในการเปลี่ยนแปลงขององค์กรที่จำเป็น

ภาพที่ 12 Virginia Mason Medical Center Physician Compact



### 3.3 | ขยับบทวน

#### ข้อแนะนำเบื้องต้น:

ควรมีการทบทวนต่อไปนี้ (1) ทบทวนหลังทำกิจกรรม (AAR), (2) ทบทวนเมื่อมีเหตุการณ์, (3) ทบทวนข้อมูลที่เป็นประโยชน์

#### หลากหลายวิธีสำหรับการทำ RCA

การวิเคราะห์ root cause เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงและป้องกันที่ได้ผล สามารถทำได้หลายวิธีตามลักษณะความรุนแรงและความถี่ของการเกิดเหตุการณ์ รวมไปถึงเหตุการณ์ที่เป็น near miss ซึ่งการวิเคราะห์มีได้ตั้งแต่ (1) AAR ที่สามารถทำเสร็จสิ้นได้ภายใน 1-2 ชั่วโมง, (2) concise RCA ทำแบบสั้นกระชับ เสร็จสิ้นภายใน 1-2 วัน, (3) comprehensive ซึ่งต้องอาจใช้เวลาเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือน, (4) multi-incident analysis เป็นการวิเคราะห์เหตุการณ์ประเภทเดียวกันที่เกิดขึ้นหลายครั้งเพื่อดูความสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ ในภาพรวม

#### แนวทางการเลือกวิธีการทำ RCA ที่เหมาะสม

พิจารณาจาก Safety Assessment Score (SAS) ง่ายๆ ที่แบ่งความถี่และความรุนแรงของอุบัติการณ์ เป็น 4 ระดับ และสรุป SAS เป็น 1-3 ดังตาราง

		ความรุนแรง			
		Catastrophic	Major	Moderate	Minor
ความถี่	Frequent	3	3	2	1
	Occasional	3	2	1	1
	Uncommon	3	2	1	1
	Remote	3	2	1	1
Criteria	AAR	Concise RCA	Comprehensive RCA	Multi-incident RCA	
Safety assessment score	1	1 และ 2 บางส่วน	3 และ 2 บางส่วน	1, 2 และ 3	

### 3.3.1 AAR

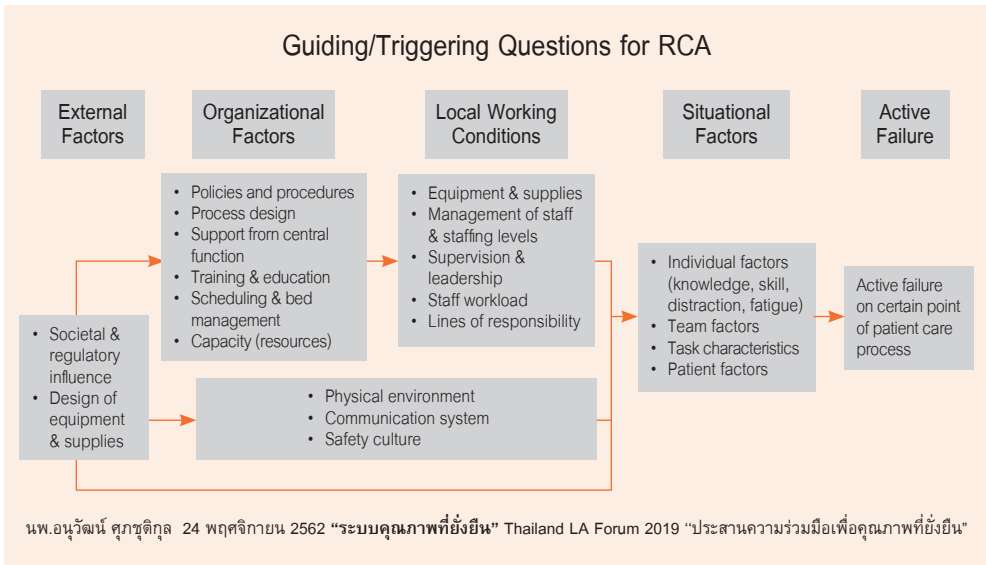
ใช้สำหรับอุบัติการณ์ที่ไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือมีอันตรายที่ไม่รุนแรง สามารถทำได้ทันทีและเสร็จสิ้นภายใน 1 - 2 ชั่วโมงหลังเกิดเหตุการณ์ ด้วยการพูดคุยกันในประเด็นต่อไปนี้

- 1) สิ่งที่เราคาดหวังว่าจะเกิดขึ้นคืออะไร
- 2) สิ่งที่เกิดขึ้นจริงๆ คืออะไร
- 3) มีความแตกต่างอะไรระหว่างสิ่งที่คาดหวังกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริง
- 4) เราได้เรียนรู้อะไรเพื่อปรับปรุงการปฏิบัติสำหรับรับมือกับเหตุการณ์ ทำนองเดียวกันในอนาคต (อาจนำไปสู่การปรับแนวทางการปฏิบัติการ ออกแบบระบบงานในฝ่ายต่อการทำสิ่งที่ถูกต้อง หรือการนำไปเป็นกรณีศึกษาเพื่อสร้าง situation awareness)

### 3.3.2 Concise RCA

ใช้สำหรับเหตุการณ์ที่มีความรุนแรงน้อยหรือปานกลาง สามารถทำได้เสร็จสิ้นในไม่กี่ชั่วโมง หรือไม่เกิน 2 วัน

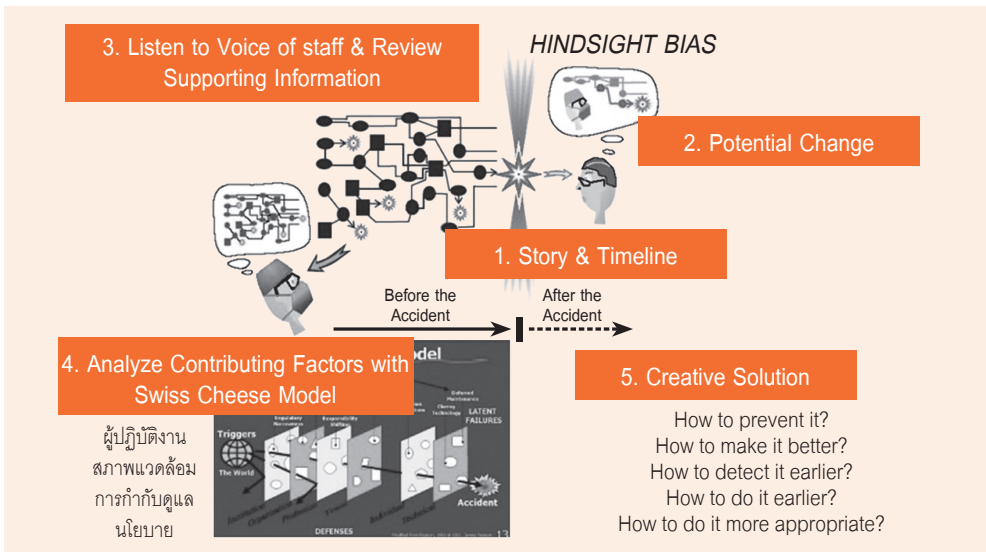
- 1) ทบทวนรายงานและเก็บรวบรวมข้อเท็จจริงที่จำเป็นเพื่อทำความเข้าใจว่าเกิดอะไรขึ้น
- 2) ทบทวนข้อมูลที่เกี่ยวข้องและนำมาพูดคุยกันอย่างไม่เป็นทางการ เช่น นโยบาย ระเบียบปฏิบัติ รายงานวิชาการ การสแกนสิ่งแวดล้อม อุบัติการณ์ที่เคยรายงาน การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ
- 3) ระบุอุบัติการณ์และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
- 4) ใช้ guiding questions เพื่อสำรวจปัจจัยสาเหตุที่เป็นไปได้ทั้งหมด
- 5) พิจารณาว่ามีหลักฐานเพียงพอที่จะจัดทำข้อเสนอแนะหรือไม่ (โดยทั่วไปจะเป็นมาตรการที่รับรู้อยู่แล้วในวารสารวิชาการ) ถ้ามีให้สรุปเสนอผู้มีอำนาจตัดสินใจ พร้อมทั้งแนวทางการประเมินผล



ภาพที่ 13 ประเด็นที่จะเป็น Guiding/Triggering Questions สำหรับการทำให้ Concise RCA

### 3.3.3 Comprehensive RCA

ใช้สำหรับเหตุการณ์ที่มีความรุนแรงสูงหรือปานกลาง โดยมีขั้นตอนต่างๆ ตามที่เคยปฏิบัติสภาพ



ภาพที่ 14 ขั้นตอนในการทำให้ Comprehensive RCA

ตอนที่ 3 Quality Tools : Up-to-date

รายละเอียดของการวิเคราะห์ในแต่ละขั้นตอน มีจุดที่ควรเน้นเพิ่มเติม ดังนี้

- 1) **Story & timeline** ประกอบด้วยการทบทวนรายงานอุบัติการณ์ การทบทวนข้อมูลอื่นๆ (เวชระเบียน การสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องเบื้องต้น การตรวจเยี่ยมสถานที่เกิดเหตุ การตรวจสอบสิ่งของเครื่องใช้ที่เกี่ยวข้อง) และนำมาจัดทำ timeline แสดงลำดับและเวลาที่เกิดกิจกรรม/เหตุการณ์ต่างๆ
- 2) **Potential change** เป็นการใช้ประโยชน์จากการมองย้อนหลังว่าขั้นตอนใดของกระบวนการที่มีโอกาสจะเปลี่ยนแปลงและทำให้ผลลัพธ์เปลี่ยนแปลงไปได้ บางที่อาจใช้คำว่า unsafe act ควรระบุให้ชัดเจนว่าอุบัติการณ์หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์คืออะไร และระบุ potential change หรือ unsafe act ในขั้นตอนต่างๆ และพึงตระหนักว่าแต่ละจุดเปลี่ยนจะมี Swiss cheese หรือปัจจัยสาเหตุเฉพาะของจุดนั้น
- 3) **Listen to voice of staff and review supporting information** เป็นการหาหลักฐานสนับสนุนเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยสาเหตุสำหรับแต่ละจุดเปลี่ยน ทั้งในส่วนที่เป็น (1) ข้อเท็จจริงที่ผู้เกี่ยวข้องรับรู้และแปลความหมาย ความคิดเห็นของผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์ ซึ่งอาจทำให้เข้าใจปัจจัยมนุษย์ได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งต้องอาศัยผู้สัมภาษณ์ที่มีประสบการณ์ และมีบรรยากาศของความปลอดภัยและความไว้วางใจ, (2) ข้อมูลสนับสนุนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น นโยบาย ระเบียบปฏิบัติ รายงานวิชาการ การสแกนสิ่งแวดล้อม อุบัติการณ์ที่เคยรายงาน การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ
- 4) **Analyze contributing factors** โดยประมวลข้อมูลที่ได้รับทั้งหมด เชื่อมโยงจาก unsafe act ไปสู่ local workplace factor และ organizational factor (อาจใช้ triggering/guiding Questions และคำถาม 5 Why ช่วย) สรุปปัจจัยสาเหตุโดยใช้ five rules of causation
- 5) **Creative solution** ใช้ความคิดสร้างสรรค์และหลักการ human factors เพื่อออกแบบและให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับมาตรการป้องกันที่ได้ผล จัดลำดับความสำคัญ เสนอให้ผู้บริหารให้ความเห็นชอบ มอบหมาย และเสริมพลังให้นำไปสู่การทดสอบหรือการปฏิบัติในระบบ

## Five rules of causation

### ตารางที่ 2 Five rules of causations

INCORRECT	CORRECT
<b>Rule 1. Clearly show the “cause and effect” relationship. แสดงความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลอย่างชัดเจน</b>	
แพทย์ประจำบ้านอ่อนล้า	แพทย์ประจำบ้านต้องอยู่เวร 80 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ทำให้ระดับความอ่อนล้ามากขึ้น นำไปสู่การอ่านคำแนะนำเรื่องขนาดยาผิดพลาด
<b>Rule 2. Use specific and accurate descriptors for what occurred, rather than negative and vague words. ใช้คำอธิบายที่เฉพาะเจาะจงและตรงกับสิ่งที่เกิดขึ้น หลีกเลี่ยงการใช้ถ้อยคำเชิงลบหรือคลุมเครือ เช่น แย่ ไม่พอเพียง ผิด เลว ล้มเหลว ไม่ระวัง</b>	
คู่มือเขียนไม่ดี (poorly written)	คู่มือผู้ใช้ infusion pump ใช้ font ขนาด 8 point และไม่มีภาพประกอบ ทำให้พยาบาลไม่ค่อยเปิดดู เพิ่มโอกาสที่จะมีการตั้งโปรแกรม infusion pump ไม่ถูกต้อง
<b>Rule 3. Human errors must have a preceding cause. ความผิดพลาดของมนุษย์จะต้องมีสาเหตุนำ</b>	
แพทย์ประจำบ้านสั่งยาผิดขนาด ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาเกินขนาด	การแสดงรายการยาในระบบ Computerized Physician Order Entry (CPOE) ไม่มีช่องว่างระหว่างขนาดยาที่แตกต่างกันบนหน้าจอมากพอ ทำให้มีโอกาสเลือกยาผิดขนาดนำไปสู่การได้รับยาเกินขนาดของผู้ป่วย
<b>Rule 4. Violations of procedure are not root causes, but must have a preceding cause. การฝ่าฝืนระเบียบปฏิบัติไม่ใช่ root cause จะต้องมีส่วนเหตุที่นำ</b>	
ผู้ปฏิบัติงานไม่ได้ทำตามระเบียบปฏิบัติในการทำ CT scans ทำให้ผู้ป่วยได้รับ air bolus จาก syringe แปล่าส่งผลให้เกิด fatal air embolism	เสียงและความสับสนในพื้นที่เตรียมผู้ป่วย ร่วมกับความกดดันในการสร้างผลงาน เพิ่มโอกาสที่จะทำให้ขั้นตอนต่างๆ ในการทำ CT scan ถูกละเลย ส่งผลให้มีการฉีด air embolism จากการใช้ empty syringe
<b>Rule 5. Failure to act is only causal when there is a pre-existing duty to act. การไม่กระทำจะเป็นสาเหตุต่อเมื่อมีการกำหนดไว้ก่อนว่าเป็นหน้าที่ที่ต้องกระทำ</b>	
พยาบาลไม่ได้ตรวจสอบ STAT orders ทุกครั้งซึ่งอาจทำให้เกิดความล่าช้าในการเริ่มต้นให้ anticoagulation therapy เพิ่มโอกาสที่จะทำให้เกิด blood clot	การที่ไม่มีการมอบหมายหน้าที่ให้ designated RNs ตรวจสอบคำสั่งตามเวลาที่ชัดเจน เพิ่มโอกาสที่จะไม่มีการรับคำสั่ง STAT orders หรือรับคำสั่งล่าช้า ทำให้เกิดความล่าช้าในการให้การรักษา

### 3.3.4 Multi-incident RCA

นอกเหนือจากการทบทวนรายงานอุบัติการณ์และข้อมูลที่เกี่ยวข้องแล้ว การทำ multi-incident RCA มีลักษณะเพิ่มเติมดังนี้

- 1) เปรียบเทียบรายงานอุบัติการณ์และวิเคราะห์เพื่อหาข้อสรุปเกี่ยวกับแบบแผนของอุบัติการณ์ และสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics)
- 2) ทำ qualitative analysis เปรียบเทียบปัจจัยสาเหตุและข้อเสนอแนะเพื่อมองหา common trends

### 3.3.5 วัฒนธรรมแนวคิด Mindfulness กับการทำ RCA

นำคำถามเหล่านี้ไปร่วมพิจารณาในการทำ RCA ทุกครั้ง เพื่อให้ได้บทเรียน และนำข้อมูลมาเป็นกรณีศึกษาสำหรับการฝึกอบรม situation awareness

- 1) คาดการณ์ (preoccupy with failure) “ผู้เกี่ยวข้องคาดการณ์อย่างไร รอบด้านในความเสี่ยงต่างๆ หรือไม่”
- 2) เติร์ยมพร้อม (commitment to resilience) “มีข้อมูลแสดงถึงการ เติร์ยมพร้อมรับมือกับปัญหาที่เคยเกิดและคาดว่าจะเกิดหรือไม่”
- 3) ตาดู (sensitivity to operation) “มีการประเมินสถานการณ์หรือตรวจจับ ความผิดปกติ ทั้งตามรูปแบบที่กำหนด และด้วยทักษะพิเศษอย่างไร”
- 4) หูฟัง (deference to expertise) “มีการรับฟังสมาชิกในที่มอย่างไร มีข้อมูลอะไรที่สมาชิกเอ๊ะแต่ไม่ได้พูดออกมา”
- 5) ไคร้ครวญ (reluctance to simplify) “มีการด่วนสรุปอะไรที่ง่ายเกินไปหรือไม่ ควรมองปัจจัยอะไรเพิ่มเติม”

## 3.4 เป้าหมายชัด วัตถุประสงค์

**ข้อเสนอแนะเบื้องต้น:**

ควรทำความเข้าใจในเป้าหมายแต่ละระดับต่อไปนี้ (1) เป้าหมายของโครงการพัฒนา, (2) เป้าหมายของหน่วยงาน, (3) เป้าหมายของระบบงาน, (4) เป้าหมายการดูแลผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม, (5) เป้าหมายหรือวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ขององค์กร

การกำหนดเป้าหมายควรพิจารณา (1) ความต้องการของผู้รับผลงาน หรือคุณค่าที่ผู้รับผลงานจะได้รับ, (2) ความท้าทายที่สำคัญ, (3) ทิศทางและ เป้าหมายขององค์กร

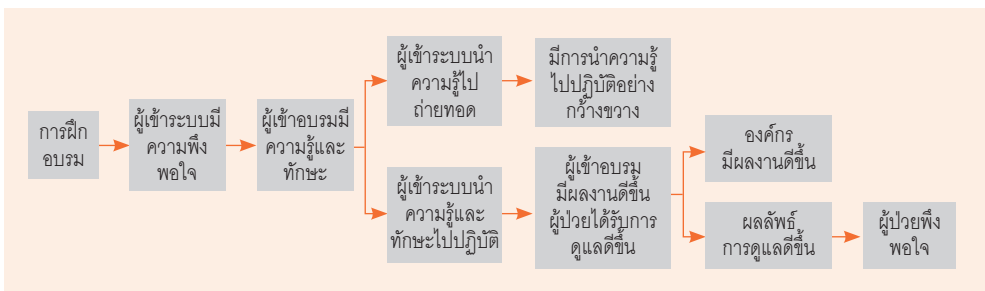
การวัดผล ควรพิจารณา (1) ตัววัดการบรรลุเป้าหมาย, (2) ตัววัดคุณภาพ ในกระบวนการทำงาน, (3) ทำให้สมดุลระหว่างการวัดกับการประเมินโดยไม่ ต้องวัด

### ตัวช่วยใหม่ ๆ:

ตัวช่วยในการกำหนดเป้าหมายและตัววัดได้แก่ (1) การวิเคราะห์สายธาร แห่งคุณค่า (value stream) ที่เกิดจากกิจกรรมหรือโครงการ, (2) การจัดทำ outcome framework ในลักษณะคิดย้อนหลังจากเป้าหมาย, (3) Driver diagram เครื่องมือที่ช่วยให้คิดถึงเป้าหมายและวิธีการเพื่อบรรลุเป้าหมายอย่างเป็น ระบบ, (4) แนวทางเกี่ยวกับตัววัด, (5) OKRs

### 3.4.1 Value stream: forward mapping

เป็นการคิดจากกิจกรรมที่ทำว่าจะส่งผลให้เกิดคุณค่าอะไรเป็นลำดับชั้น จนเกิดผลกระทบที่ไกลออกไป ซึ่งอาจจะมีประโยชน์ในระยะยาวที่เผด็จิตตาม ผลกระทบเหล่านั้น และมีผลย้อนกลับมาสู่การประเมินประสิทธิผลของวิธีการ ที่ใช้ได้ดียิ่งขึ้น

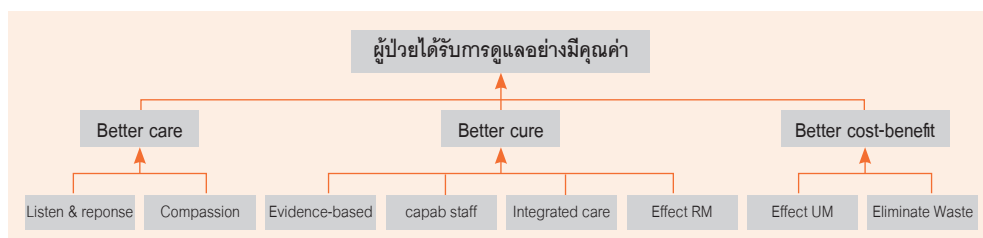


ภาพที่ 15 ตัวอย่างคุณค่าที่เกิดขึ้นจากการฝึกอบรมเป็นลำดับขั้น

ผู้รับผิดชอบโครงการสามารถกำหนดเป้าหมายและตัววัดเป็นลำดับชั้นไปไกลที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยจะต้องพิจารณาว่าถึงจุดใดที่จะยังคงสะท้อนอิทธิพลของกิจกรรมหรือโครงการนั้นอยู่ และถ้าไกลไปกว่านั้นจะได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอื่นๆ มากกว่า

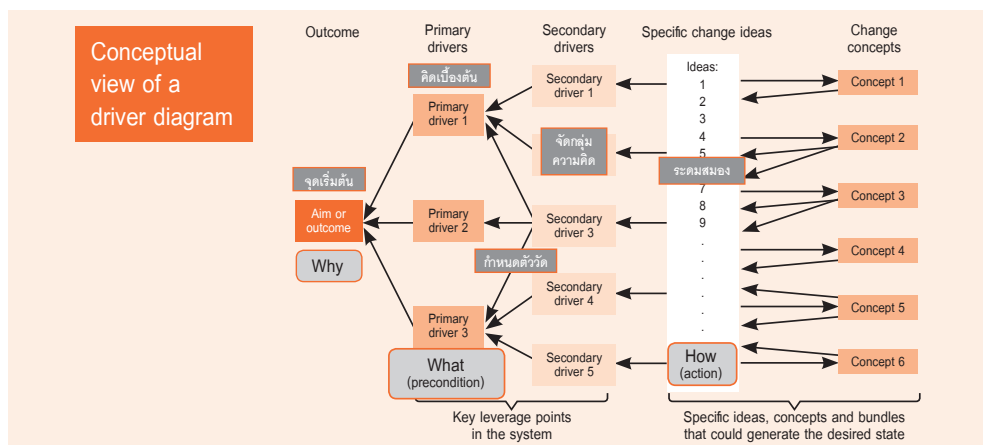
### 3.4.2 Outcome framework: backward mapping

เป็นการคิดโดยเอาเป้าหมายระยะยาวเป็นตัวตั้ง แล้วคิดย้อนหลังกลับว่าจะต้องมีสถานะอะไรเกิดขึ้นก่อน จึงจะบรรลุเป้าหมายดังกล่าว ซึ่งมักจะแตกแขนงเป็นปัจจัยหลายๆ ประการ ได้ผลลัพธ์ของการวิเคราะห์ออกมาเป็น outcome framework หรือ driver diagram



ภาพที่ 16 ตัวอย่าง outcome framework โดยคิดจากเป้าหมายสุดท้ายย้อนกลับมา

### 3.4.3 Driver diagram: systematic approach to fill the missing link



ภาพที่ 17 Driver Diagram



Driver diagram เป็น mind map ในลักษณะของแผนภูมิต้นไม้ (tree diagram) ที่เริ่มต้นด้วยเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ และตั้งคำถามเหมือนกับการทำ outcome framework คือเพื่อบรรลุเป้าหมายนี้จะต้องมีปัจจัยขับเคลื่อนหรือสถานะที่ต้องบรรลุอะไรบ้าง โดยอาจแตกแขนงเป็นลำดับชั้น เช่น เป็น primary driver, secondary driver, และ tertiary driver ก็ขึ้นก็ได้ และจาก driver ชั้นสุดท้ายก็ไปคิดถึงวิธีการที่ปฏิบัติอยู่ (intervention) หรือความคิดในการทดลองวิธีการใหม่ๆ (change ideas)

### ประโยชน์ของการใช้ Driver diagram

- 1) ทำให้เชื่อมโยงความคิดที่หลากหลายเข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ มององค์ประกอบที่จำเป็นเพื่อการบรรลุเป้าหมายอย่างครบถ้วน
- 2) ทำให้เห็นตัวเชื่อมต่อระหว่างเป้าหมายกับความพยายาม ซึ่งอาจเรียกตัวเชื่อมต่อนี้ว่า ปัจจัยขับเคลื่อน เงื่อนไขที่ต้องบรรลุก่อนสมมติฐาน
- 3) ทำให้สามารถตรวจสอบความครบถ้วนของความคิด และกระตุ้นให้เกิดการเติมเต็ม
- 4) ช่วยในการกำหนดตัวชี้วัดที่สมเหตุสมผลในทุกระดับ
- 5) เป็นการสรุปภาพรวมทั้งส่วนที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม ทั้งส่วนที่ปฏิบัติอยู่แล้วและส่วนที่คิดขึ้นใหม่
- 6) สามารถใช้แนวคิดการเปลี่ยนแปลงมากระตุ้นให้เกิดความคิดใหม่ ๆ ในการทำงาน

### ข้อแนะนำในการจัดทำ Driver diagram

- 1) ให้มุ่งประโยชน์จากกระบวนการร่วมคิดมากกว่าผลลัพธ์ที่เป็นแผนภูมิ ผลลัพธ์จะค่อย ๆ ดีขึ้นเป็นลำดับเมื่อทีมทำงานร่วมกันไประยะหนึ่ง
- 2) กำหนดเป้าหมายโดยเน้นคุณค่าหรือผลลัพธ์ที่ผู้รับผลงานจะได้รับ มิใช่สิ่งที่ทีมจะได้รับ เขียนให้กระชับและตรงประเด็น พิจารณาเป้าหมายของภาพรวมมากกว่าของโครงการพัฒนาเล็กๆ ที่เป็นส่วนย่อย เขียนลงในกรอบทางซ้ายมือของแผนภูมิ

- 3) ร่วมกันคิด primary driver ขึ้นมาจำนวนหนึ่ง เขียนแตกแขนงจากเป้าหมายออกไปทางขวามือ โดยไม่ต้องใส่ลูกศร พยายามเขียนให้ มีคุณลักษณะที่สามารถประเมินได้มากกว่าเขียนเฉพาะค่านามเฉยๆ
- 4) หลังจากได้ primary driver แล้ว ถ้าทีมมีปัญหาในการคิดหา secondary driver ให้ใช้วิธีระดมสมองว่าวิธีการปฏิบัติที่ใช้อยู่หรือที่มีแนวคิดจะปรับปรุงเปลี่ยนแปลงมีอะไรบ้าง
  - อาจใช้ change concept ต่างๆ เป็นตัวช่วยกระตุ้นความคิดในการระดมสมอง
  - ระดมสมองให้ได้มากที่สุด แล้วนำข้อมูลที่ได้จากการระดมสมองมาจัดกลุ่มและตั้งชื่อ (ชื่อกลุ่มความคิดที่ได้มักจะเป็น secondary driver) นำชื่อที่ได้ไปเชื่อมต่อกับ primary driver
- 5) ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแผนภูมิ โดยการถามกลับไปกลับมาทั้งสองทิศทาง
  - จากซ้ายไปขวา ถามว่าเพื่อบรรลุเป้าหมายนี้ จะต้องทำอะไรหรือต้องมีอะไรอีก
  - จากขวามาซ้าย ถามว่าทำไปเพื่ออะไร ตรงกับ driver หรือเป้าหมายที่อยู่ทางซ้ายมือหรือไม่ ถ้าทำทั้งหมดนี้แล้วจะบรรลุสิ่งที่อยู่ทางขวามือหรือไม่ ถ้ายังก็คิดเพิ่มอีก
- 6) ในแต่ละองค์ประกอบของแผนภูมิ ให้พิจารณาว่าจะวัดการบรรลุเป้าหมายหรือระดับการปฏิบัติเรื่องนั้นได้อย่างไร ควรคิดให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยพิจารณาความเชื่อมโยงระหว่างตัวชี้วัดระดับต่างๆ ที่เชื่อมโยงกันด้วย จากนั้นพิจารณาเลือกตัวชี้วัดที่มีประโยชน์และเป็นไปได้

### 3.4.4 ตัววัด (Measure)

#### แนวทางในการกำหนดตัววัด

แนวทางในการกำหนดตัววัด สามารถพิจารณาจากมุมมองต่างๆ ให้อบต๋านได้ดังนี้

- 1) ตัววัดที่พิจารณาจาก driver diagram ซึ่งจะมีทั้งส่วนที่เป็นตัววัดการบรรลุเป้าหมายหรือ outcome indicator และตัววัดระดับการปฏิบัติ ซึ่งเป็น process indicator
- 2) ตัววัดที่พิจารณาจาก process requirement ซึ่งมาจากการวิเคราะห์ขั้นตอนต่างๆ ของกระบวนการว่ามีเป้าหมายหรือมีสิ่งทีทำทำพืงได้ อะไร
- 3) ตัววัดที่พิจารณาจากคุณค่าและมิติคุณภาพ
  - ดุคน (social objective) ได้แก่ตัววัดในมิติ people-centeredness เช่น ความพึงพอใจ ความผูกพัน การเสริมพลัง การมีส่วนร่วม
  - ดุไข้ (clinical objective) ได้แก่ตัววัดในมิติ appropriateness, effectiveness, safety
  - ดุคู้ม (economic objective) ได้แก่ตัววัดในมิติ efficiency

#### แนวทางในการระบุชื่อตัววัด

- 1) ขึ้นต้นตัววัดด้วยลักษณะของตัวเลขที่ต้องการวัด (metric) เช่น
  - ร้อยละ... , ร้อยละของผู้ป่วยที่... , อัตรา...
  - จำนวน....
  - คะแนนเฉลี่ย...
  - ระยะเวลา...
  - เวลาที่ใช้ในการ...
- 2) ตามด้วยชื่อผลลัพธ์หรือกระบวนการที่ต้องการวัด
- 3) อาจมีการกำหนดเกณฑ์สำหรับการวัด เช่น ระดับที่ถือว่าผ่านเกณฑ์ เพื่อคำนวณร้อยละที่ผ่าน แต่ไม่ควรกำหนดค่าเป้าหมายติดไปกับตัววัด เพราะค่าเป้าหมายเป็นสิ่งที่ควรปรับเปลี่ยนให้ทำหายขึ้นเมื่อบรรลุแล้ว

## แนวทางในกำหนดคำนิยามเชิงปฏิบัติ (operational definition) ของตัววัด

### 1) ระบุองค์ประกอบที่เฉพาะเจาะจงของตัววัด

- ระบุเฉพาะและส่วนถ้าตัววัดเป็นร้อยละหรือหรืออัตรา
- ถ้าตัววัดเป็นค่าเฉลี่ย ให้ระบุการคำนวณสำหรับการได้มาซึ่งค่าเฉลี่ย
- ระบุเครื่องมือหรืออุปกรณ์พิเศษที่จำเป็นในการเก็บข้อมูล
- ถ้าเป็นคะแนน (เช่น คะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วย) ให้อธิบายวิธีการได้มาซึ่งคะแนน
- ถ้าเป็นตัววัดที่สะท้อนแนวคิด เช่น ความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา หรือข้อผิดพลาด ให้อธิบายเกณฑ์ที่จะใช้ในการตัดสิน “ความถูกต้อง”.

### 2) แผนการเก็บข้อมูล (data collection plan)

- ใครเป็นผู้รับผิดชอบในการเก็บข้อมูล ?
- จะเก็บข้อมูลบ่อยเพียงใด ? (เช่น ทุกชั่วโมง ทุกวัน ทุกสัปดาห์ หรือทุกเดือน)
- อะไรคือแหล่งข้อมูล ? (ระบุให้เฉพาะเจาะจง)
- อะไรที่จะนำรวมเข้ามา (inclusion) อะไรที่จะไม่นำรวมเข้ามา (exclusion)
- จะเก็บข้อมูลอย่างไร ? (เก็บด้วยมือ เก็บจากสมุดบันทึก เก็บจากระบบอัตโนมัติ)

### 3) การวัดค่าฐาน (baseline measurement)

- อะไรคือตัวเลขข้อมูลค่าฐาน (baseline data) ที่แท้จริง ?
- ข้อมูลค่าฐานนั้นเก็บในช่วงเวลาใด ?

### 4) ค่าเป้าหมายสำหรับตัววัด (target or goal for this measure)

- ระบุค่าเป้าหมายอย่างสมเหตุสมผลโดยพิจารณาจากข้อมูลค่าฐาน ค่าเทียบเคียง และเป้าหมายจากภายนอก
- กำหนดค่าเป้าหมายตามระยะเวลาโดยพิจารณาสมดุลระหว่างความเป็นไปได้และการกระตุ้นให้เกิดความพยายาม
- ใช้คำนิยาม continuous improvement ด้วยการปรับค่าเป้าหมายให้ท้าทายขึ้นเป็นลำดับ มีการขยับเป้าหมายเมื่อบรรลุค่าที่ตั้งไว้

### 3.4.5 OKRs (Objectives and Key Results)

#### OKRs คืออะไร

OKRs เป็นระบบการกำหนดเป้าหมาย ที่มีการกำหนด/ติดตาม/ประเมินซ้ำก่อนข้างถี่ (ทุกไตรมาส) เป็นกระบวนการที่เรียบง่าย จังหวะก้าวเร็ว ใช้มุมมองและความคิดสร้างสรรค์ของแต่ละทีม เพื่อสร้าง alignment และ จังหวะก้าวที่คงเส้นคงวาให้กับองค์กร

Objective คือการระบุสิ่งที่ต้องการบรรลุที่จดจำได้ ควรจะสั้น สร้างแรงจูงใจ และความผูกพัน ทำหายทีม

Key Results เป็นชุดของตัววัด (metric) ที่วัดความก้าวหน้าสู่ Objective แต่ละ Objective อาจมีตัววัด 2-5 ตัว ต้องสามารถวัดในเชิงปริมาณได้

#### แนวคิดสำคัญของ OKRs

- 1) **Agile goal** เป้าหมายที่ยืดหยุ่น แทนที่จะทำแผนประจำปีที่แข็งตัว ก็ใช้วิธีการที่คล่องตัว มีวงรอบของเป้าหมายที่สั้นลง ทำให้ปรับและตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงได้ดีขึ้น
- 2) **Simplicity** ความเรียบง่าย ลดเวลาที่ใช้ในการกำหนดเป้าหมายไม่ให้มากเกินไป ใช้ทรัพยากรกับการทำให้บรรลุเป้าหมายมากกว่าใช้ไปกับการกำหนดเป้า
- 3) **Transparency** ความโปร่งใส ให้ทุกคนเข้าถึง OKRs ของคนอื่นได้ เพื่อการสร้าง alignment ในองค์กร
- 4) **Nested cadences** จังหวะที่ซ้อนกันและแตกต่างกันในแต่ละระดับ
  - Strategic cadence ช่วงเวลาเป็นรายปี
  - Tactical cadence ช่วงเวลาเป็นไตรมาส
  - Operational cadence ช่วงเวลาเป็นสัปดาห์
- 5) **Bidirectional goal setting** การกำหนดเป้าหมายสองทิศทาง (ล่างขึ้นบนและบนลงล่าง) จาก strategic OKRs ขององค์กร ทีมจะเข้าใจว่าตนเองสามารถมีส่วนต่อ overall strategy อย่างไร ร้อยละ 60 ของ tactical OKRs ถูกกำหนดโดยทีม และสอดคล้องกับเป้าหมายขององค์กร วิธีการนี้ทำให้เกิดความผูกพันและเข้าใจ strategy ได้ดีขึ้น

- 6) **Ambitious goals** เป้าที่ต้องเอื้อม มุ่งไปที่เป้าที่ยากและต้องเอื้อม นอกจากวัตถุประสงค์ที่สร้างแรงบันดาลใจ OKRs ยังเชื่อในการเพิ่มความสามารถของทีมในการกำหนดเป้าที่ทำหาย เป้าที่ทำให้ทีมต้องคิดถึงวิธีการทำงานของตนใหม่ เพื่อให้ถึง peak performance
- 7) **Decoupling reward** ไม่ผูกติด OKRs กับค่าตอบแทนหรือการเลื่อนตำแหน่งเพื่อส่งเสริมการตั้งเป้าที่ต้องเอื้อม ผู้ปฏิบัติจะรู้ว่าจะไม่สูญเสียรายได้หากตั้งเป้าที่ต้องเอื้อม OKRs เป็นเครื่องมือบริหาร ไม่ใช่เครื่องมือประเมินผลงาน

### ข้อพึงระวัง

มีข้อคิดเกี่ยวกับการใช้ OKRs ดังนี้

- 1) เลือกใช้ OKRs กับงานที่ต้องการให้มีการพัฒนาอย่างก้าวกระโดด
- 2) เชื่อมโยงกับเป้าหมายระยะยาวขององค์กร ซึ่งต้องทำให้มั่นใจว่ามีเป้าหมายดังกล่าวที่ชัดเจน
- 3) หลีกเลี่ยงการเชื่อมโยงความสำเร็จตามเป้าหมายกับการให้รางวัล ค่าตอบแทน หรือการเลื่อนตำแหน่ง เพื่อส่งเสริมการตั้งเป้าที่ต้องเอื้อม

## 3.5 | ให้คุณค่า อย่างยืดติด

### ข้อแนะนำเบื้องต้น:

ให้คุณค่าและอย่างยืดติด คือการส่งมอบบริการหรือผลิตภัณฑ์โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้รับผลงาน ใช้ความคิดสร้างสรรค์ ไม่ติดกับวิธีการเดิมๆ หรือกรอบความคิดเดิม ๆ

### ตัวช่วยใหม่ ๆ:

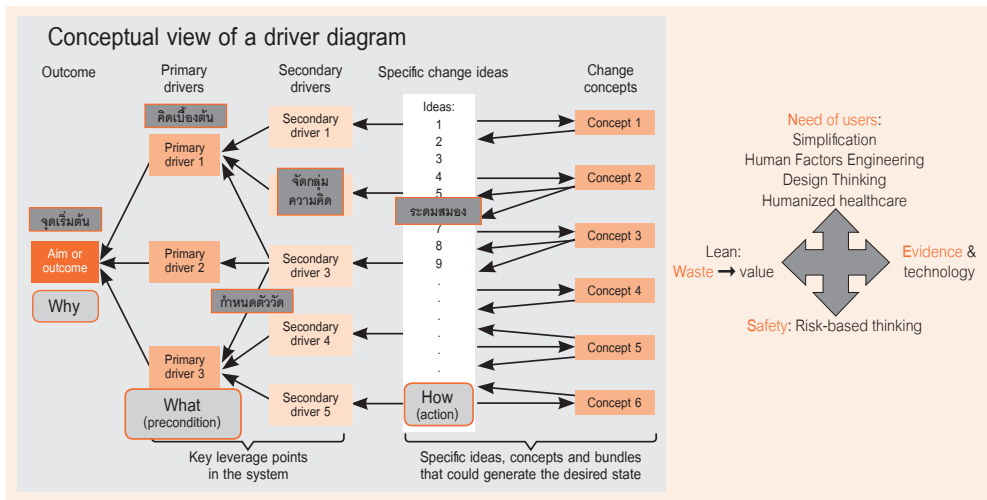
แนวคิดและเครื่องมือใหม่ๆ ที่จะช่วยให้ส่งมอบคุณค่าให้แก่ผู้รับผลงาน ได้ดีขึ้นได้แก่ (1) design thinking, (2) change concepts, (3) ritual descent, (4) agile concept

### 3.5.1 Design thinking

Design thinking (การคิดเชิงออกแบบ หรือการคิดอย่างหนักออกแบบ) คือ กระบวนการคิดที่เน้นผู้ใช้เป็นศูนย์กลาง เริ่มต้นด้วย

- (1) **Empathize** การทำความเข้าใจความต้องการของผู้ใช้อย่างลึกซึ้ง
- (2) **Define** กำหนดเป้าหมายในมุมมองของผู้ใช้
- (3) **Ideate** ออกแบบเพื่อตอบสนองความต้องการโดยใช้ความคิดสร้างสรรค์
- (4) **Prototype** สร้างต้นแบบ
- (5) **Test** นำมาทดสอบกับผู้ใช้เพื่อให้ได้แนวทางหรือนวัตกรรมที่ตอบโจทย์กับผู้ใช้และสถานการณ์นั้นๆ

### 3.5.2 Change concepts



ภาพที่ 18 Change concepts ที่นำมากระตุ้นการคิด Change ideas

Change concepts คือแนวคิดการเปลี่ยนแปลงที่จะนำมาใช้ออกแบบวิธีการใหม่ๆ ในการแก้ปัญหา ซึ่งอาจนำมาใช้ประกอบในขั้น ideate ของ design thinking หรือนำมากระตุ้น change ideas ถ้าวางแผนด้วย driver diagram เนื่องจากมี change concepts จำนวนมากที่สามารถนำมาใช้ได้ ในที่นี้จึงขอจัดกลุ่มตามรหัส NEWS คือ

- 1) **Need of users** พิจารณาความต้องการของผู้ใช้เป็นหลัก เช่น การใช้แนวคิดความเรียบง่าย (simplification) การใช้แนวคิดปัจจัยมนุษย์ (human factors engineering) การใช้แนวคิดดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ (humanized healthcare)
- 2) **Evidence and technology** พิจารณาหลักฐานวิชาการและเทคโนโลยี ทั้งเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เปลี่ยนแปลงไป และดิจิทัลเทคโนโลยี (digital technology)
- 3) **Lean** เปลี่ยน waste เป็น value เช่น การลดกระบวนการที่ไม่ก่อให้เกิดคุณค่า การลดความสูญเปล่าในรูปแบบต่าง ๆ การปรับปรุงทานให้สอดคล้องกับอุปสงค์ การปรับการไหลเวียนของงาน
- 4) **Safety** การใช้ risk-based thinking ด้วยการพิจารณาว่ามีความเสี่ยงอะไรบ้าง จะป้องกันความเสี่ยงอย่างไร จะเฝ้าระวังแนวโน้มของโอกาสที่ความเสี่ยงจะเปลี่ยนไปเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อย่างไร จะบรรเทาความเสียหายที่เกิดขึ้นอย่างไร

### 3.5.3 Ritual descent (นำเสียงไม่เห็นด้วยมาปรับความคิด)

เป็นแนวทางเพื่อลดความยึดติดในขั้นตอนของการออกแบบด้วยการรับฟังคำวิพากษ์วิจารณ์และการตอบสนองเชิงลบในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยโดยมีแบบแผนที่ชัดเจน

กระบวนการจะแบ่งผู้เข้าร่วมเป็นทีมย่อย 3 - 4 ทีม แต่ละทีมมีข้อเสนอเพื่อการพัฒนาของตน แล้วส่งตัวแทนไปนำเสนอแก่อีกทีมหนึ่งเป็นเวลา 3 นาที หลังจากนำเสนอเสร็จแล้ว ผู้นำเสนอจะหันหลังกลับและเปิดโอกาสให้ทีมที่ฟังให้คำวิพากษ์สิ่งที่เป็จุดอ่อนของข้อเสนอ หรือข้อแนะนำให้มีการปรับปรุง โดยผู้นำเสนอไม่ต้องตอบสนองใดๆ แต่เก็บข้อคิดเห็นทั้งหมดกลับไปปรึกษากันกับทีมเพื่อปรับปรุงข้อเสนอให้ดีขึ้น การที่ให้ผู้นำเสนอหันหลังกลับ เพื่อให้ทีมที่รับฟังสามารถให้ความเห็นได้อย่างเต็มที่โดยไม่ต้องมีความกังวลกับภาษากายของเจ้าของความเห็น

เมื่อทีมปรับปรุงข้อเสนอแล้ว ให้ส่งผู้แทนมานำเสนอให้กับอีกทีมหนึ่งในทำนองเดียวกัน และทำเช่นนี้ซ้ำอีกครั้งหนึ่ง



### 3.5.4 Agile concept

เป็นแนวทางลดการยึดติดในขั้นตอนของการทดสอบ คือเมื่อจัดทำต้นแบบเบื้องต้นพอที่จะทำการทดสอบได้แล้ว ก็จะนำไปทดสอบกับผู้ใช้ แล้วนำเสียงสะท้อนของผู้ใช้มาปรับปรุงต้นแบบให้ตอบโจทย์ผู้ใช้งานมากขึ้น แนวคิด agile คือการลดเวลาของการรับฟังเสียงสะท้อนจากผู้ใช้แล้วนำมาปรับปรุงให้เหลือสั้นที่สุด



ตอนที่  
4

# Quality Movement ก้าวคุณภาพเพื่อความไว้วางใจ





## Quality Movement ก้าวคุณภาพเพื่อความไว้วางใจ

### 4.1 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย

มาตรฐานเป็นกลไกหรือเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาและรับรองคุณภาพตามนियามการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลที่กำหนดไว้ในพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล พ.ศ. 2552 ว่า

“การรับรองคุณภาพ” หมายความว่า การรับรองว่าสถานพยาบาลมีองค์ประกอบของการปฏิบัติงานและการพัฒนาคุณภาพที่เชื่อได้ว่าจะสามารถให้บริการด้านสาธารณสุขที่ดีและมีคุณภาพตามมาตรฐานที่คณะกรรมการกำหนด โดยเป็นการรับรองระบบการดำเนินงานของสถานพยาบาล มิใช่การรับรองผลการรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 4 เป็นมาตรฐานที่กำหนดโดยคณะกรรมการสถาบันเพื่อใช้ในการพัฒนาและรับรองสถานพยาบาลทั้งองค์กร และมีเกณฑ์ในการพิจารณาตามระเบียบคณะกรรมการบริหารสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ว่าด้วย หลักเกณฑ์และวิธีการในการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล พ.ศ. 2562

เพื่อเป็นการสร้างระบบที่สะท้อนการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลตามภารกิจหลักคือกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มุ่งเน้นระบบบริการที่มีคุณภาพ ความปลอดภัยที่ทุกสถานพยาบาลปฏิบัติและเห็นการเปลี่ยนแปลงเป็นรูปธรรม คณะกรรมการจึงมีการกำหนดให้มีมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย (Essential Standards for Safety) เป็นหนึ่งในหลักเกณฑ์ในการพิจารณาสถานพยาบาลที่จะผ่านการรับรองคุณภาพขั้นที่สาม และขั้นก้าวหน้า โดยจะต้องปฏิบัติได้ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่คณะกรรมการกำหนดทุกข้อ

## WHY: มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยมาจากไหน?

มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยเป็นมาตรฐานที่ปรากฏอยู่ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 และสอดคล้องกับเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขประเทศไทย (Thailand Patient and Personnel Safety Goals: 2P Safety Goals) ที่ประกาศโดยคณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน โดยเลือกประเด็น preventable harms ที่เป็นประเทศต่างๆ ทั่วโลกให้ความสำคัญ มีการกำหนดเป็นเป้าหมายในระดับสากล รวมถึงการใช้ข้อมูลจากระบบ National Reporting and Learning System (NRLS) ประกอบเพื่อวิเคราะห์ประเด็นสำคัญที่สัมพันธ์กับสถานการณ์ของประเทศไทย

## WHAT: มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย มีอะไรบ้าง?

“มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย” หมายความว่า มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย ที่กำหนดโดยคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาและอนุมัติการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลทั้งองค์กรในชั้นที่สามและชั้นก้าวหน้า

โดย มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย มี 9 ข้อดังนี้

- (1) การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ
- (2) การติดเชื้อที่สำคัญในสถานพยาบาลตามบริบทขององค์กรในกลุ่ม SSI, VAP, CAUTI, CLABSI
- (3) บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่
- (4) การเกิด medication error และ adverse drug events
- (5) การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด
- (6) การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด
- (7) ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค
- (8) การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยาคลาดเคลื่อน
- (9) การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน

ซึ่งมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยทั้ง 9 ข้อ เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้สถานพยาบาลจัดลำดับความสำคัญในการระบุความเสี่ยงที่สำคัญ (risk identification) เพื่อวางแผนทางปฏิบัติในการป้องกันแก้ไขและกำกับติดตามสอดคล้องกับการทำ risk register ตามมาตรฐานระบบบริหารความเสี่ยง โดยประกาศของคณะกรรมการได้กำหนดแนวทางปฏิบัติสำหรับทุกสถานพยาบาลที่จะได้รับการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA ต้องดำเนินการในเรื่องมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่ประกาศทุกข้อ ดังนี้

(1) สถานพยาบาลมีแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วย ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนด

(2) สถานพยาบาลแสดงจำนวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นแต่ละปี ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนด ในแบบประเมินตนเองเพื่อขอรับการรับรองคุณภาพ

(3) กรณีเกิดอุบัติการณ์ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนด ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย (ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป) ให้สถานพยาบาลทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุรากของปัญหา

(4) สถานพยาบาลจัดทำแผนควบคุมป้องกันความเสี่ยงที่สัมพันธ์กับมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย และมีผลการดำเนินงานตามแผนแสดงแก่ผู้เยี่ยมชมสำรวจ

การที่สถานพยาบาลวางระบบเพื่อป้องกันอุบัติการณ์ที่สำคัญตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย นำไปสู่การสร้างระบบที่นำมาซึ่งความเชื่อมั่นและไว้วางใจทั้งของผู้ให้และผู้รับบริการในระบบสุขภาพ

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ของมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยกับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 4 เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขประเทศไทย (Thailand Patient and Personnel Safety Goals) และ ความสำคัญระดับสากล

มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย	มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 4	เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขประเทศไทย	ความสำคัญระดับสากลหรือประเทศ
การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ	มาตรฐาน III-4.3 การดูแลเฉพาะ ข.การผ่าตัด (4)	Patient Safety Goals S: Safe Surgery, S1 Safe Surgery and Invasive procedure	Safe Surgery Saves Lives เป็น The 2 <sup>nd</sup> Patient Safety Challenge โดย WHO ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2008
การติดเชื้อที่สำคัญใน สถานพยาบาลตาม บริบทขององค์กรใน กลุ่ม SSI, VAP, CAUTI, CLABSI	มาตรฐาน II-4.2 การ ปฏิบัติเพื่อป้องกันการ ติดเชื้อ ข.การป้องกัน การติดเชื้อในกลุ่ม เฉพาะ (1)	Patient Safety Goals I: Infection Prevention and Control, I2 Prevention of HAI	Clean Care is Safer Care ถูกกำหนดเป็น The 1 <sup>st</sup> patient safety challenge โดย WHO ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2005
บุคลากรติดเชื้อจาก การปฏิบัติหน้าที่	มาตรฐาน II-4.2 การ ปฏิบัติเพื่อป้องกันการ ติดเชื้อ ข.การป้องกัน การติดเชื้อในกลุ่ม เฉพาะ (3)	Personnel Safety Goals I: Infection and Exposure, I2 Specific Infection prevention and control for workforce	Personnel Suffering on Harm ของ I: Infection and exposure สูงสุดใน Personnel Safety Goals จากระบบ NRLS



ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ของมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยกับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 4 เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขประเทศไทย (Thailand Patient and Personnel Safety Goals) และ ความสำคัญระดับสากล (ต่อ)

มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย	มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 4	เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขประเทศไทย	ความสำคัญระดับสากลหรือประเทศ
การเกิด medication error และ adverse drug events	มาตรฐาน II-6.1 การกำกับดูแลและสิ่งแวดล้อมสนับสนุน ก.การกำกับดูแลการจัดการด้านยา (3)	Patient Safety Goals M: Medication and Blood Safety, M1 Safe from ADE และ M2 Safe from medication error	Medication without harms ถูกกำหนดเป็น The 3 <sup>rd</sup> Patient Safety Challenge โดย WHO ปี ค.ศ. 2017 โดยกำหนดเป้าหมายให้ลด Medication with harms ลง ร้อยละ 50 ภายใน 5 ปี
การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด	มาตรฐาน II-7.4 ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต	Patient Safety Goals M: Medication and Blood Safety, M5 Blood transfusion safety	Unintentional transfusion of ABO-incompatible blood components ถูกกำหนดเป็น 1 ใน Never events สำคัญของ NHS และอีกหลายแห่งในระดับสากล
การระบุตัวผู้ป่วย ผิดพลาด	มาตรฐาน III-1 การเข้าถึงและการเข้ารับบริการ (8)	Patient Safety Goals P: Patient Care Process, P1 Patient Identification	Identify Patients Correctly ถูกกำหนดเป็น International Patient Safety Goals (IPSG)

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ของมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยกับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 4 เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขประเทศไทย (Thailand Patient and Personnel Safety Goals) และ ความสำคัญระดับสากล (ต่อ)

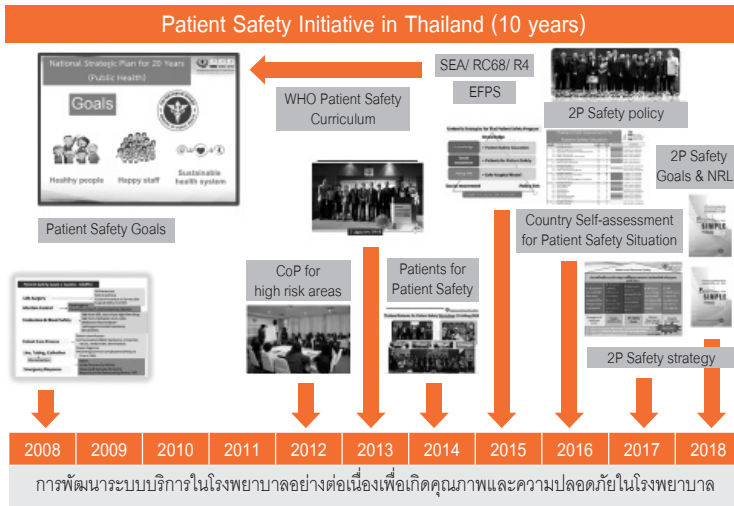
มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย	มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 4	เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขประเทศไทย	ความสำคัญระดับสากลหรือประเทศ
ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค	มาตรฐาน III-2 การประเมินผู้ป่วย ค. การวินิจฉัยโรค (4)	Patient Safety Goals P: Patient Care Process, P3 Reduction of diagnostic errors	ประเด็นสำคัญระดับสากลที่ให้ความสำคัญซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรง และสะท้อนคุณภาพบริการเชิงระบบ
การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยาคลาดเคลื่อน	มาตรฐาน II-7.2 บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก ข. การให้บริการ (3) II-7.3 พยาธิวิทยากายวิภาค และ II-7.5 บริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ	Patient Safety Goals L: Line Tube and Catheter & Laboratory, L2 Right and Accurate Laboratory Results	เป็นระบบที่ป้องกันได้และส่งผลกระทบต่อกระบวนการรักษา ซึ่งเป็นมาตรฐานที่ควบคุมกำกับของงานห้องปฏิบัติการที่เป็นสากล
การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน	มาตรฐาน III-1 การเข้าถึงบริการ (3)	Patient Safety Goals E: Emergency Response, E4 ER Safety, E4.1 Effective triage	เป็นนโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขและนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งเน้น ER คุณภาพ ER Safety

## 4.2 Enhancing TRUST in Healthcare by 2P Safety

จากข้อมูลผลการสำรวจในหลายประเทศพบว่า ความไว้วางใจในระบบสุขภาพมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องในปัจจุบัน ซึ่งเป็นผลกระทบจากการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ ทำให้เกิดการฟ้องร้องและความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสาธารณสุข ดังนั้นการพัฒนาระบบการและระบบบริการที่ทำให้คนไข้และผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพและความปลอดภัยจึงเป็นหนึ่งในเรื่องสำคัญสำหรับการสร้างความไว้วางใจในระบบบริการสุขภาพ โดยประเทศไทยได้มีการขับเคลื่อนเรื่อง patient safety เพื่อสร้างความไว้วางใจในระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องและยาวนานมากกว่า 20 ปี สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ได้บูรณาการการพัฒนาระบบบริการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) ในกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล โดยให้ความสำคัญกับมาตรฐานกระบวนการดูแลผู้ป่วยและการบริหารความเสี่ยง รวมถึงมีการประสานการขับเคลื่อนร่วมกับหน่วยงานองค์กรภาคีอย่างต่อเนื่อง ผ่านการพัฒนาเครื่องมือและกลไกต่างๆ ทั้งในแนวราบและแนวตั้ง ขยายการพัฒนาให้ครอบคลุมทั้งความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข โดยสรุปการขับเคลื่อนที่สำคัญในประเทศไทย ดังนี้

### ความก้าวหน้าการขับเคลื่อน Patient and Personnel Safety (2P Safety) ของประเทศไทย

ปี พ.ศ. 2551 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ได้ประกาศเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Goals : PSGs) โดยรวบรวมข้อมูลอุบัติการณ์และความเสี่ยงสำคัญที่พบจากการเยี่ยมสำรวจและการศึกษาข้อมูลจากต่างประเทศมาสรุปเป็นหมวดหมู่ว่า SIMPLE เผยแพร่เป็นคู่มือแนวทางปฏิบัติร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขและสถาบันวิจัยระบบบริการสุขภาพ ซึ่งผนวกเป็นประเด็นสำคัญเพื่อสร้างการเรียนรู้กับสถานพยาบาลในการพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพ



ภาพที่ 19 แสดง timeline ของการขับเคลื่อนเรื่อง patient safety ในประเทศไทย

ปี พ.ศ. 2555 สรพ. ให้ความสำคัญกับหน่วยงานความเสี่ยงสูงต่อการเกิดความไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วยที่ป้องกันได้ (preventable harms) โดยสร้างการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของผู้ปฏิบัติหน้างานและผู้เชี่ยวชาญเพื่อลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ผ่านกระบวนการจัดการความรู้ในรูปแบบชุมชนนักปฏิบัติหน่วยงานความเสี่ยงสูง (Community of Practice : CoPs) ได้แก่ ห้องฉุกเฉิน (ER), ห้องคลอด (LR), ห้องผ่าตัด (OR), และหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) ทำให้เกิดการวางแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ทำได้จริง เกิดความร่วมมือระหว่างผู้ปฏิบัติและผู้เชี่ยวชาญ ขยายการสร้าง CoPs ไปยังหน่วยงานต่างๆ และโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

ปี พ.ศ. 2556 เริ่มขับเคลื่อนเรื่อง patient safety ในสถาบันการศึกษาประเทศไทย เพื่อสร้างให้นักศึกษาที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ มีความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยก่อนออกมาทำงานจริง โดยนำ WHO Patient safety curriculum guide ขององค์การอนามัยโลก ด้รับอนุญาตให้แปลเป็นภาษาไทย มาบูรณาการกับหลักสูตรการเรียนการสอนในสถาบันการศึกษา โดยปัจจุบันมีสถาบันการศึกษาเข้าร่วมและนำแนวทางการเรียนการสอนเรื่อง patient safety ไปบูรณาการ จำนวน 130 สถาบันการศึกษา และมีการพัฒนาผู้สอนที่ผ่านหลักสูตร Training for the trainers มากกว่า 300 คน รวมถึงมีการพัฒนาหลักสูตรในรูปแบบ Inter-professional education

**ปี พ.ศ. 2557** เริ่มผลักดันให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนเรื่องความปลอดภัย ตามแนวทาง Patients for Patient Safety ขององค์การอนามัยโลก เกิดการรวมกลุ่ม Thailand Patients for Patient Safety ขึ้น โดยมี Patients for Patients safety champions ของประเทศไทย มากกว่า 10 คน เป็นคณะทำงานขับเคลื่อนภาคประชาชน มีผลการดำเนินงาน ตัวอย่างเช่น แนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยโดยผู้ป่วยมีส่วนร่วม เป็นต้น

**ปี พ.ศ. 2558** ขับเคลื่อนโครงการ Engagement for Patient Safety เพื่อสร้างเครื่องมือ กลไก เครือข่าย รูปแบบ และผลักดันนโยบายให้เกิดการขับเคลื่อนเรื่อง patient safety อย่างเป็นรูปธรรมและมีทิศทางเป้าหมายที่ชัดเจน โดยความร่วมมือกับทุกภาคส่วน ทั้งแนวราบและแนวตั้ง ผ่านแนวคิด 3 เหลี่ยม เขี่ยอนุภูเขา ประกอบด้วย

- Knowledge movement ขับเคลื่อนด้วยความรู้ สร้างองค์ความรู้และเผยแพร่องค์ความรู้ มุ่งเน้นเรื่อง patient safety education ในสถาบันการศึกษา
- Social movement ขับเคลื่อนทางสังคมผ่านเครือข่ายภาคประชาชน สื่อมวลชน โดยให้สังคมเริ่มเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการ เพื่อรับรู้เข้าใจและร่วมเป็นเจ้าของ
- Policy movement ขับเคลื่อนนโยบายจากแนวราบ โดยมีโรงพยาบาลสมัครใจ 148 แห่ง ร่วมสร้างการเรียนรู้ทำความเข้าใจและพัฒนากลไกเครื่องมือต่างๆ เช่น ระบบบริหารความเสี่ยง เป้าหมายความปลอดภัย ในประเด็นสำคัญร่วมกับผู้เชี่ยวชาญจากสาขาต่างๆ เพื่อเสนอเป็นนโยบายสู่การปฏิบัติ และขับเคลื่อนแนวตั้งผ่านกลไกการร่วมเสนอ resolution ในการประชุม Regional Committee ครั้งที่ 68 เรื่อง Patient safety contributing to sustainable universal health coverage ซึ่งให้ประเทศสมาชิกขับเคลื่อนตาม regional strategy เรื่อง patient safety

**ปี พ.ศ. 2559** ผลจากการประเมิน Country self-assessment on patient safety ตาม regional strategy ของประเทศไทย พบโอกาสพัฒนาสำคัญ ได้แก่ ประเด็นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการขับเคลื่อนเรื่อง patient safety และการมีระบบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เพื่อการเรียนรู้ระดับประเทศ

## Thailand Self-Assessment for Patient Safety Situation

Legend		
0%	0	Need to commence
1-25%	1	Weak, need attention
26-50%	2	Fair and room to improve
51-75%	3	Good, need to expand
76-100%	4	Excellent, and maintain

Strategy Number	Strategic Direction	Total Marks	Marks Scored	Assessment	Comments
1	Strategic Direction 1	52	38		Good, need to expand
1.1	Legal and Regulatory Framework	32	25		Excellent, and maintain
1.2	Accreditation and External Quality Assessment	12	9		Good, need to expand
1.3	Safety Culture at HCF	4	3		Good, need to expand
1.4	Patient Involvements in PS and Care	4	1		Weak, need attention
2	Strategic Direction 2	12	3		Weak, need attention
2.1	Adverse Events Monitoring	12	3		Weak, need attention
3	Strategic Direction 3	32	15		Fair and room to improve
3.1	Competent Workforce	16	9		Good, need to expand
3.2	Patient Safety Risk Management	16	6		Fair and room to improve
4	Strategic Direction 4	40	38		Excellent, and maintain
4.1	Infection Prevention and Control	28	26		Excellent, and maintain
4.2	Sterilized Equipment	4	4		Excellent, and maintain
4.3	Environment, General Hygiene and Sanitation	8	8		Excellent, and maintain
5	Strategic Direction 5	80	61		Excellent, and maintain
5.1	Safe Surgical Care	8	5		Good, need to expand
5.2	Safe Childbirth	8	6		Good, need to expand
5.3	Safe Injection	16	14		Excellent, and maintain
5.4	Safe Medication	4	2		Fair and room to improve
5.5	Blood Safety	4	3		Good, need to expand
5.6	Medical Devices Safety	8	7		Excellent, and maintain
5.7	Safe Transplantation	32	24		Good, need to expand
6	Strategic Direction 6	12	6		Fair and room to improve
6.1	Research Capacity	12	6		Fair and room to improve

ภาพที่ 20 แสดงผลการประเมิน Country self-assessment on patient safety ตาม regional strategy

จากผลการประเมินตนเองดังกล่าว นำมาซึ่งการประกาศนโยบายเรื่อง patient safety ในประเทศไทย และเพื่อให้สอดคล้องกับทิศทางการขับเคลื่อนของกระทรวงสาธารณสุข ที่กำหนดเป้าหมายให้มีความสำคัญทั้งผู้ป่วยและบุคลากร คือ ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข จึงประกาศนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขประเทศไทย หรือ 2P safety (Patient and personnel safety) เมื่อวันที่ 16 กันยายน พ.ศ. 2559 ดังนี้

1. กำหนดให้มีเป้าหมายความปลอดภัยเป็น National patient and personnel safety goals และวางยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข จากความร่วมมือของทุกภาคส่วน
2. สนับสนุนให้มี National incidents Reporting and Learning System ที่เกิดจากความร่วมมือของบุคลากรและหน่วยงานตั้งแต่ระดับพื้นที่ส่วนภูมิภาค ส่วนกลาง และระดับประเทศ เพื่อเกิดการพัฒนาเชิงระบบ

3. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาเพื่อความปลอดภัยในระบบบริการสาธารณสุขอย่างสร้างสรรค์

โดยมีการลงนามความร่วมมือ 16 องค์กรหลัก เช่น กระทรวงสาธารณสุข, สปสช., สภาวิชาชีพต่างๆ, มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค, และ สรพ. เป็นต้น

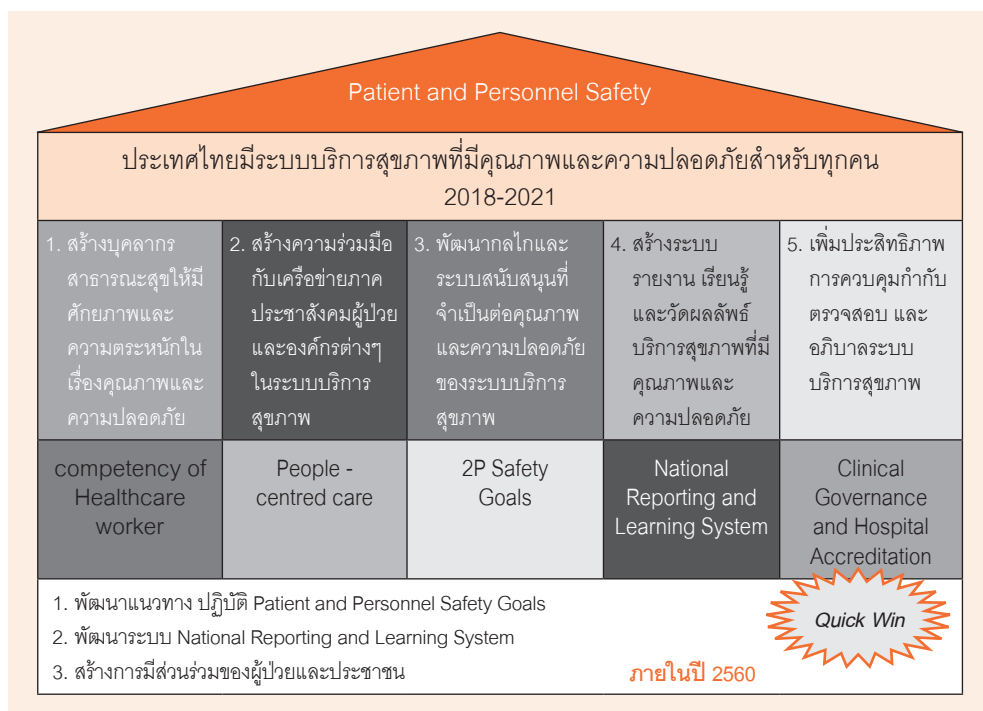


ภาพที่ 21 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข นโยบายการขับเคลื่อนความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข

ปี พ.ศ. 2560 ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธาน มีผู้นำจาก 16 องค์กรความร่วมมือเป็นกรรมการ และ สรพ. ทำหน้าที่เลขานุการ ได้มีการกำหนดทิศทางการทำงานขับเคลื่อนเรื่องดังกล่าวโดยมีแผนยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร

สาธารณสุข ปี 2561-2564 ที่มีเป้าหมาย ให้ “ประเทศไทยมีระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและความปลอดภัยสำหรับทุกคน” ผ่านยุทธศาสตร์ 5 ข้อคือ

1. สร้างบุคลากรสาธารณสุขให้มีศักยภาพและความตระหนักในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย
2. สร้างความร่วมมือกับเครือข่ายภาคประชาสังคม ผู้ป่วย และองค์กรต่างๆ ในระบบบริการสุขภาพ
3. พัฒนากลไกและระบบสนับสนุนที่จำเป็นต่อคุณภาพและความปลอดภัยของระบบบริการสุขภาพ
4. สร้างระบบรายงาน เรียนรู้ และวัดผลลัพธ์บริการสุขภาพที่มีคุณภาพและความปลอดภัย
5. เพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมกำกับ ตรวจสอบ และอภิบาลระบบบริการสุขภาพ



ภาพที่ 22 Patient and Personnel Strategy 2018-2021



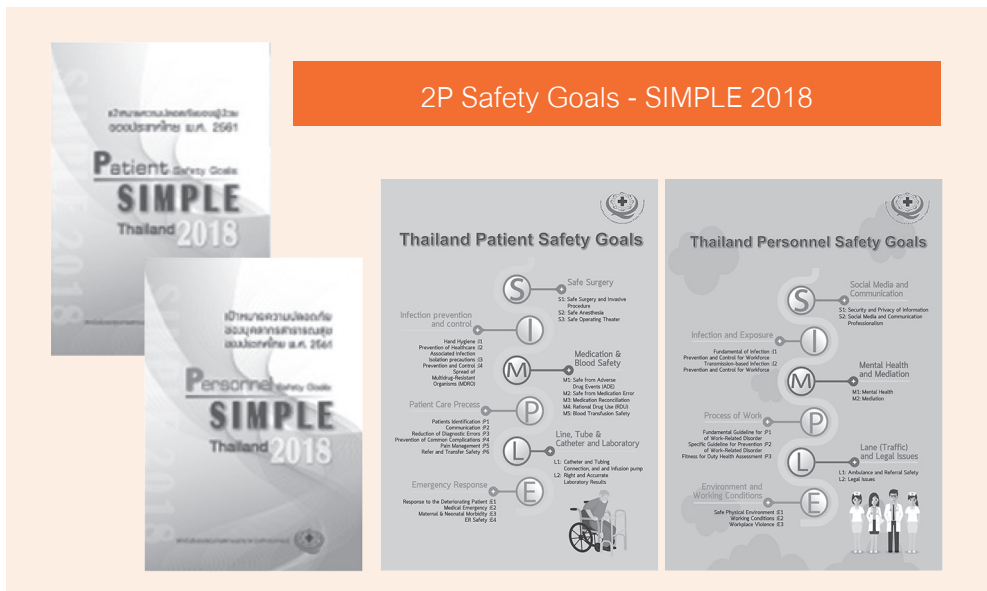
ใช้งบประมาณการขับเคลื่อนผ่านแผนบูรณาการ “พัฒนากลไกเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยของระบบบริการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม” และมีการแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ 3 ชุด โดยมีเป้าหมายระยะสั้น คือ การกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขประเทศไทย Thailand Patient and Personnel Safety Goals พัฒนาระบบ National Reporting and Learning System และสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและประชาชนในการขับเคลื่อน และได้มีการประชุมศาสตร์การขับเคลื่อนในวันที่ 17 กันยายน พ.ศ. 2560 โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้กำหนดให้วันดังกล่าวเป็น “วันแห่งความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขประเทศไทย” (Thailand National Patient and Personnel Safety Goals)



**ภาพที่ 23** สัญลักษณ์ วันแห่งความปลอดภัยของผู้ป่วยโลก และ วันแห่งความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขของประเทศไทย

**ปี พ.ศ. 2561** คณะกรรมการและคณะกรรมการขับเคลื่อนความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขดำเนินการตามยุทธศาสตร์อย่างต่อเนื่อง ผ่านแผนบูรณาการฯ และมีผลดำเนินงานที่เป็นรูปธรรม ได้แก่

หลักสูตร Training for the trainers เรื่อง 2P Safety, ระบบการประเมิน patient experience เพื่อพัฒนาระบบเพื่อความปลอดภัย, สื่อความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยโดยผู้ป่วยมีส่วนร่วม, พัฒนาระบบ National Reporting and Learning System ที่มีโรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจเป็น 2P Safety hospital ปีแรก จำนวน 163 แห่ง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่ประกาศเป้าหมายความปลอดภัย 2P Safety และพัฒนาหลักสูตรต่างๆ ร่วมกัน เช่น กลไกเครื่องมือ Hospital safety culture survey เพื่อนำมาขยายผลการพัฒนาในโรงพยาบาลอื่นๆ ในอนาคต และมีการพัฒนาเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขของประเทศไทย (National Patient and Personnel Safety Goals: 2P Safety Goals) ซึ่งเป็น critical preventable harms ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญหลากหลายสาขาวิชาชีพ โดยจัดหมวดหมู่และแนวทางปฏิบัติเป็น (SIMPLE)<sup>2</sup> โดยมีการประกาศ 2P Safety Goals 2018 ในวันที่ 17 กันยายน พ.ศ. 2561 ซึ่งเป็นการจัดงาน Thailand Patient and Personnel Safety Day ครั้งที่ 2 ของประเทศไทย



ภาพที่ 24 แนวทางปฏิบัติเป็น (SIMPLE)<sup>2</sup> ที่ได้มีการประกาศ 2P Safety Goals 2018

ปี พ.ศ. 2562 คณะกรรมการขับเคลื่อนความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข เห็นว่าเรื่อง Patient and Personnel Safety Goals เป็นเรื่องที่สำคัญและควรปฏิบัติ จึงไม่ควรใช้ความสมัครใจแต่ให้ถือเป็นหน้าที่ของทุกโรงพยาบาลต้องปฏิบัติและมุ่งมั่นพัฒนาโรงพยาบาลให้สร้างความมั่นใจและไว้วางใจในระบบบริการที่มีคุณภาพและความปลอดภัยสำหรับทุกคน จึงมีมติให้โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง เป็น 2P Safety hospitals และให้บูรณาการเรื่อง 2P Safety เข้าไปในกระบวนการประเมินและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนในการพัฒนาเรื่องดังกล่าวในสถานพยาบาลและระบบบริการสุขภาพประเทศไทย โดย สรพ. ได้บูรณาการไว้ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4



**ภาพที่ 25** ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ให้โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นโรงพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข (Patient and Personnel Safety: 2P Safety)

และปี พ.ศ. 2562 เรื่อง patient safety ได้ถูกกำหนดเป็น agenda ในการประชุม World Health Assembly ครั้งที่ 72 ในหัวข้อ Global Action on Patient Safety โดยประเทศไทยได้ร่วมสนับสนุน agenda ดังกล่าว รวมถึงเป็นตัวแทนภูมิภาคนำเสนอ Regional one voice ของการกล่าวแสดงความคิดเห็นซึ่ง agenda เรื่องดังกล่าวที่ประชุมได้รับรอง โดยมีสาระสำคัญที่ให้ประเทศสมาชิกทุกประเทศร่วมกันขับเคลื่อน โดยกำหนดให้วันที่ 17 กันยายน ของทุกปี เป็น World Patient Safety Day ซึ่งประเทศไทยได้จัดงานวันดังกล่าวร่วมกับองค์การอนามัยโลกและประเทศต่างๆ กว่า 60 ประเทศทั่วโลก เป็นงาน The 1<sup>st</sup> World Patient Safety Day and The 3<sup>rd</sup> Thailand Patient and Personnel Safety Day ซึ่ง นายอนุทิน ชาญวีรกูล รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธาน



**ภาพที่ 26** นายอนุทิน ชาญวีรกูล รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธานงาน The 1<sup>st</sup> World Patient Safety Day and The 3<sup>rd</sup> Thailand Patient and Personnel Safety Day

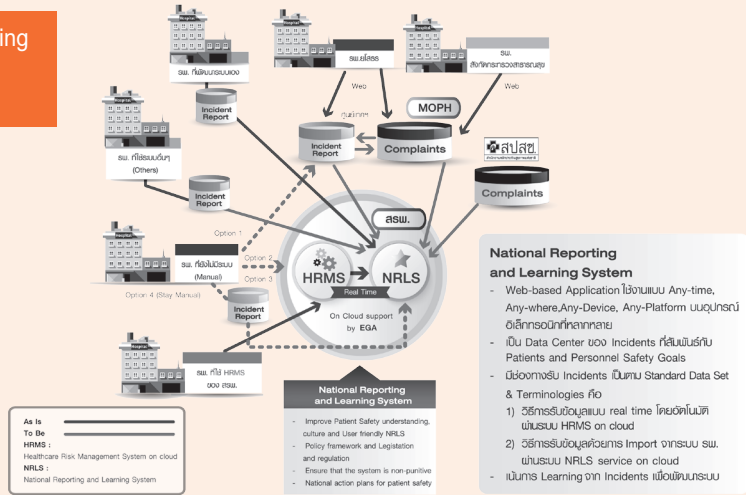
รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศเจตนารมณ์การขับเคลื่อนเรื่อง patient safety ร่วมกับองค์การอนามัยโลกและประเทศต่างๆ รวมถึงประกาศการขับเคลื่อนในประเทศไทยที่ให้ความสำคัญทั้ง patient and personnel safety โดยมีการเผยแพร่เรื่องดังกล่าวไปทั่วโลก



**ภาพที่ 27** นายอนุทินชาญวีรกูล รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ประกาศเจตนารมณ์ การขับเคลื่อนเรื่อง patient safety ร่วมกับองค์การอนามัยโลกและประเทศต่างๆ ทั่วโลก

สรุปผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. 2562 มีโรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการ 2P Safety Hospitals จำนวน 370 แห่ง และมีระบบ National Reporting and Learning System ที่ปัจจุบันมีรายงานอุบัติการณ์เข้ามาในระบบสะสม จำนวน 230,615 อุตการณ์ (นับถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2562) ซึ่งพบว่าอุบัติการณ์ที่มีการรายงานอันดับหนึ่งของเรื่อง patient safety ตามหมวด SIMPLE ได้แก่ M: Medication and blood safety แต่หมวดที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยมากที่สุด (patient suffering) ได้แก่ E: Emergency response ซึ่งได้กำหนดเรื่องดังกล่าว เป็นเรื่องที่จะพัฒนาเชิงระบบในปี พ.ศ. 2563 ส่วนอุบัติการณ์ที่มีการรายงาน อันดับหนึ่งใน personnel safety ได้แก่ E: Environment and working conditions แต่หมวดที่มีการรายงานผลกระทบต่อบุคลากรมากที่สุด (personnel suffering) ได้แก่ I: Infection and exposure จึงได้มีการกำหนดเรื่องดังกล่าวเป็นมาตรฐาน สำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย ในการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

## National Reporting and Learning System: NRLS



ภาพที่ 28 กรอบการพัฒนาระบบ National Reporting and Learning System (NRLS)

ประเทศไทยมีการขับเคลื่อนเรื่อง patient safety อย่างต่อเนื่อง โดยได้รับความร่วมมือและการสนับสนุนจากทุกภาคส่วน จากการพัฒนากระบวนการ จนนำไปสู่การพัฒนาเชิงระบบในปัจจุบัน ซึ่งมีการรวบรวมวิเคราะห์เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่มีเป้าหมายชัดเจนและเกิดประโยชน์ต่อประชาชน ผู้รับบริการและบุคลากรสาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและปลอดภัย นำไปสู่ระบบบริการสุขภาพที่น่าไว้วางใจ และประเทศไทยเป็นผู้นำในการขับเคลื่อนเรื่อง patient safety ในระดับภูมิภาคและสากลต่อไป

### 4.3 Healthcare Innovations นวัตกรรมเทคโนโลยี

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ร่วมมือกับสำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) ริเริ่มโครงการ 2P safety tech ในปี พ.ศ. 2561 โดยนำเทคโนโลยีมาใช้แก้ปัญหาจริงในโรงพยาบาล เพื่อส่งเสริมการพัฒนาเทคโนโลยีสนับสนุนด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ตามหมวด SIMPLE โดยมีบทบาทในการดำเนินงานดังนี้

ตารางที่ 3 แสดงบทบาทของ สรพ. และ สวทช. ในโครงการ 2P safety tech

บทบาทของ สรพ. : Care	บทบาทของ สวทช. : Change
<ul style="list-style-type: none"> <li>• สนับสนุนการพัฒนากระบวนการให้เกิดความปลอดภัยในผู้ป่วยและบุคลากร</li> <li>• ส่งเสริมโรงพยาบาลในการวิเคราะห์สาเหตุ ราก ให้เห็นปัจจัยเชิงระบบที่แท้จริง</li> <li>• สนับสนุนแหล่งเงินทุน</li> <li>• สร้างโอกาสให้โรงพยาบาลนำเสนอผลงาน</li> <li>• จัดกิจกรรม Healthcare innovation camp</li> <li>• ลงพื้นที่ติดตามการพัฒนาผลงาน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• สนับสนุนทีมนวัตกรรมเข้ามาช่วยสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรมเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในโรงพยาบาลและลด human error</li> <li>• ให้คำแนะนำด้านการพัฒนาเทคโนโลยี</li> <li>• สนับสนุนแหล่งเงินทุน</li> <li>• ลงพื้นที่ติดตามการพัฒนาผลงาน</li> </ul>

### ผลการพัฒนานวัตกรรม 2P safety tech จำนวน 12 นวัตกรรม

ตารางที่ 4 แสดงผลงานนวัตกรรมในโครงการ 2P safety tech

ลำดับ	โรงพยาบาล	ชื่อนวัตกรรม	เป้าหมาย
1	รพ.สุโขทัย-ลก จ.นราธิวาส	Stop fall in childhood	แก้ปัญหาเด็กตกเตียง
2	รพ.สวรรค์ประชารักษ์ จ.นครสวรรค์	ระบบบริหารเวรเปลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัย: SPR care application	แก้ปัญหาเจ้าหน้าที่เวรเปลไม่เพียงพอต่อการให้บริการรับ/ส่งผิดที่ไม่ทันเวลา
3	รพ.มหาสารคาม จ.มหาสารคาม	Smart OPD เพิ่มคุณค่าลดเวลาการรอคอย	แก้ปัญหาหอรอคิวนาน ไม่ทราบสถานะคิวขณะรอตรวจ
4	รพ.หนองม่วง จ.ลพบุรี	รถขนส่งอาหารขับเคลื่อนไฟฟ้า 4.0	แก้ปัญหาการบาดเจ็บของเจ้าหน้าที่ขนส่งอาหาร
5	รพ.สมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 19 จ.กาญจนบุรี	EMS mapping for mobile application	แก้ปัญหา ไม่พบบ้านผู้ป่วย/ไปถึงล่าช้า
6	รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร จ.ปราจีนบุรี	การพัฒนาโปรแกรมลดการคัดลอกยาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารยา	แก้ปัญหาการให้ยาไม่ตรงเวลา ขั้นตอนการบริหารยา

ตารางที่ 4 แสดงผลงานนวัตกรรมในโครงการ 2P safety tech (ต่อ)

ลำดับ	โรงพยาบาล	ชื่อนวัตกรรม	เป้าหมาย
7	รพ. สัตหีบ กม.10 จ.ชลบุรี	สื่อสารปลอดภัยโดย Automatic ISBAR	แก้ปัญหาการสื่อสารรับส่งเวช ให้เป็นแนวทางเดียวกัน ครบถ้วน ตรงประเด็น
8.	รพ. ร้อยเอ็ด จ.ร้อยเอ็ด	อุปกรณ์แจ้งเตือนเพื่อป้องกัน แผลกดทับ	แก้ปัญหาแผลกดทับ
9	รพ. สอนสราญรมย์ จ.สุราษฎร์ธานี	ตัว sensor แรงกดทับ	เฝ้าระวังผู้ป่วยพยายามฆ่าตัว ตาย
10	รพ. ระยอง จ.ระยอง	Digital wristband for patient safety monitoring and identification at all time	แก้ปัญหาการระบุตัวผู้ป่วยผิด พลาด
11	รพ.เจ้าพระยามรราช จ.สุพรรณบุรี	The administration Yommarat- Nurse Advance	ป้องกัน administration error
12	รพ. ชุนหาญ จ.ศรีสะเกษ	Smart Stroke Alert	ลดความพิการและเสียชีวิตของ ผู้ป่วย stroke ที่มารับบริการ ล่าช้า

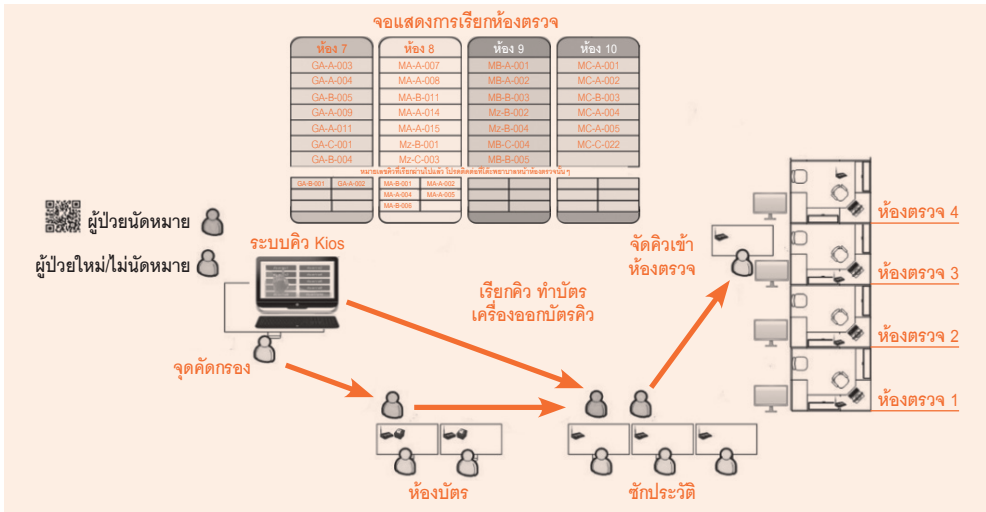
**บทเรียนจากนวัตกรรม 2P safety tech ดีเด่น 4 ด้าน ได้แก่**

**ผลงานที่ 1 นวัตกรรมด้าน Care : smart OPD เพิ่มคุณค่า ลดเวลา  
รอคอย (โรงพยาบาลมหาสารคาม)**

**การพัฒนา prototype : ประกอบด้วย**

- 1) ตู้กดคิวอัตโนมัติ kiosk 3 ตู้
- 2) Queue service in OPD
- 3) Queue application แจ้งอาการไม่ปกติไปแจ้งเตือนที่พยาบาลได้
- 4) ไลน์ด online





ภาพที่ 29 แสดง prototype นวัตกรรม smart OPD เพิ่มคุณค่า ลดเวลารอคอย

**ผลการพัฒนา :** ปริมาณผู้ป่วยที่รับบริการ 600 คน/วัน สามารถบริการได้รวดเร็ว ผู้ป่วยปลอดภัย ฟังพอใจทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ ระยะเวลาให้บริการเฉลี่ยที่ OPD อายุกรรม ศัลยกรรม และศัลยกรรมกระดูกลดลง ความพึงพอใจผู้รับบริการเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 80.26

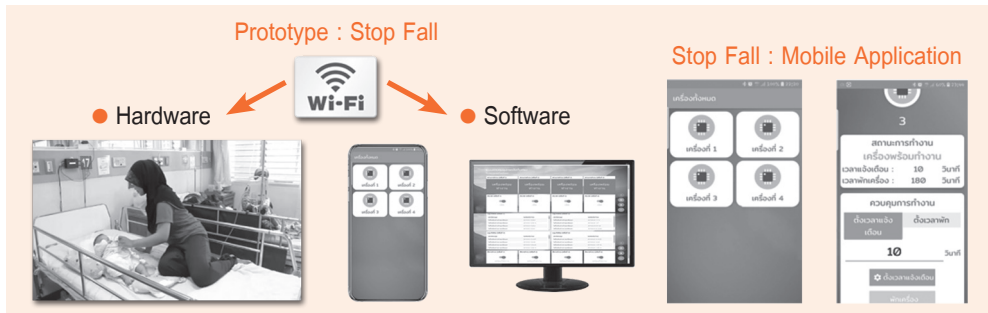
**แผนพัฒนาต่อยอด :**

1. ขยายระบบคิวอัตโนมัติ ทุกห้องตรวจ
2. เพิ่มศักยภาพของตู้ Kiosk เช่น เก็บเงินรูด EDC เป็นต้น
3. พัฒนาเครื่องวัดส่วนสูง น้ำหนัก และเครื่องวัดความดันอัตโนมัติ
4. ระบบนัด/จองคิวออนไลน์

**ผลงานที่ 2 นวัตกรรมด้าน Care : stop fall In childhood (โรงพยาบาลสุโขทัย-ลก)**

**การพัฒนา prototype** ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. **Hardware :** เซ็นเซอร์ติดหัวเตียงมีเสียงร้องเตือนเมื่อยกไม้กั้นเตียงลงภายในเวลา 10 วินาที สามารถปรับตั้งเวลาเตือนและตั้งเวลาพักได้ โดยระบบจะกลับมาทำงานได้เองเมื่อยกไม้กั้นเตียงขึ้น
2. **Software :** Mobile application ติดตั้งอยู่ที่มือถือพยาบาลและคอมพิวเตอร์ที่ nurse station



ภาพที่ 30 แสดง Prototype นวัตกรรม stop fall in childhood

**ผลการพัฒนา :** ได้ทดลองใช้ในเดือนมีนาคมถึงกันยายน พ.ศ. 2562 พบว่าพฤติกรรมยกไม้กั้นเตียงของผู้ดูแลเมื่อได้ยินเสียงร้องเตือนจากอุปกรณ์ ร้อยละ 100 อุบัติการณ์ตกเตียงเท่ากับ 0

**แผนพัฒนาต่อยอด :** เปลี่ยนเสียงเตือน “ยกไม้กั้นเตียงขึ้น” 2 ภาษา (ไทย ยาวี) เปลี่ยนไซเรนใหญ่ขึ้นติดที่หัวเตียงให้กลางวันเป็นเสียงเตือน กลางคืนเป็นแสงเตือนเพื่อไม่รบกวนเด็กและเพิ่มเสียงเตือนที่มือถือและคอมพิวเตอร์ที่ nurse station เมื่อยกไม้กั้นเตียงลง 10 วินาที

**ผลงานที่ 3 นวัตกรรมด้าน Change :** ระบบบริหารเวรเปลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัย SPR care application (โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์)

**การพัฒนา : prototype** ระบบบริหารเวรเปลโดยใช้ระบบบริการออนไลน์ผ่าน application เพื่อให้ส่งผู้ป่วยได้ถูกคน ถูกที่ และทันเวลา ขั้นตอนการใช้บริการดังนี้

1. Request Easy ขอใช้บริการ ได้ง่าย สะดวก ผ่าน application บนมือถือ โดยสแกน QR Code ที่ป้ายข้อมือผู้ป่วย เพื่อระบุตัวตนผู้ป่วย
2. จ่างาน real time ศูนย์จ่างานเวรเปลได้รับใบงานที่ถูกต้อง ครบถ้วน สามารถตรวจสอบได้ ว่าใคร ทำอะไร ที่ไหน เมื่อไรและเห็นสถานะเจ้าหน้าที่สามารถจ่างานได้ทันที
3. รับงาน real time เจ้าหน้าที่เวรเปลได้รับการแจ้งเตือนในงานใหม่จาก application

4. Match patient and job เจ้าหน้าที่เวรเปลรับตัวผู้ป่วยโดยการเปิดใบงานจาก application บนมือถือ และ scan QR code ที่ป้ายข้อมือผู้ป่วยเพื่อระบุตัวตนผู้ป่วย ลดการใช้กระดาษลงได้

5. Right place เจ้าหน้าที่เวรเปลส่งผู้ป่วยถึงจุดหมาย โดยการเปิดใบงานจาก application และ scan QR code ของหน่วยงานเพื่อยืนยันความถูกต้องของจุดหมาย



ภาพที่ 31 แสดง prototype นวัตกรรม ระบบบริหารเวรเปลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัย SPR care application

**ผลการพัฒนา :** ส่งผู้ป่วยได้ถูกคน ถูกที่ และทันเวลา ผู้ป่วยปลอดภัย เจ้าหน้าที่มีความสุข

1. อุบัติการณ์รับผู้ป่วยผิดคน ส่งผู้ป่วยผิดที่ ลดจาก 8 ครั้งต่อเดือน เหลือ 0 ครั้งต่อเดือน
2. ให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ไม่ต้องจัด OT เสริม ไม่มีงานค้าง
3. ระยะเวลารอเปลเพื่อกลับบ้านของผู้ป่วยลดลงจาก 87.57 นาที เหลือ 34.14 นาที
4. ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการใช้ระบบเวรเปล เท่ากับ 7.12 (พึงพอใจมาก)

## ผลงานที่ 4 นวัตกรรมด้าน Collaboration : รถขนส่งอาหารขับเคลื่อนไฟฟ้า 4.0 (โรงพยาบาลหนองม่วง)

การพัฒนา : prototype ประกอบด้วย การนำรถขนส่งอาหารที่ได้รับบริจาคและไม่ได้ใช้มา 16 ปี มาออกแบบเป็นรถเข็นอาหารผู้ป่วยที่ขับเคลื่อนด้วยไฟฟ้า ได้รับความร่วมมือในการพัฒนาร่วมกับวิทยาลัยเทคนิคลพบุรี ศึกษาดูงานโรงพยาบาลพระพุทธบาท หากครุภัณฑ์ที่ไม่ได้ใช้แล้ว มาพัฒนานวัตกรรม ได้ตัดตัวรถ และตัดช่องวางถาดให้พอดี จัดทำโครงรถและเพลลาแขวนตู้ ต่อชุดขับเคลื่อนไฟฟ้า ทาสีใหม่ ติดฉลากโภชนาการ

### รถขนส่งอาหารสามารถขับเคลื่อนได้



ภาพที่ 32 แสดง prototype นวัตกรรม รถขนส่งอาหารขับเคลื่อนไฟฟ้า 4.0

#### ผลการพัฒนา :

1. ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้นวัตกรรม ร้อยละ 70
2. ความเหมาะสมของขนาด รูปร่าง นวัตกรรมที่นำมาใช้ ร้อยละ 75
3. ความสะดวกในการใช้นวัตกรรม ร้อยละ 50
4. นวัตกรรมใช้ง่าย ขั้นตอนสะดวก ร้อยละ 60

#### แผนพัฒนาต่อยอด :

1. ปี พ.ศ. 2563 ปรับเส้นทางการขนส่งภายในโรงพยาบาล
2. จัดทำรถไฟฟ้าแบบตัวพ่วง เพื่อไปเกาะกับรถขนส่งอื่นๆ ในโรงพยาบาล
3. ดูแลความปลอดภัยและความสะดวกในการปฏิบัติงานของบุคลากร



“ชื่นชมโรงพยาบาลที่สามารถเปลี่ยน pain point ให้กลายเป็น solution ในเวลาเพียงไม่ถึง 1 ปี ผู้ที่ได้รับรางวัลคือผู้ที่สามารถพัฒนาได้เร็ว ทำให้สามารถทดสอบและรู้ว่าสิ่งที่ทำนั้นใช่หรือไม่ใช่ นำไปสู่การปรับปรุงได้ทันเวลา ในปีต่อไป สวทช.ยังคงให้ความร่วมมือกับ สรพ. พัฒนานวัตกรรมเพื่อสร้างสิ่งที่ยิ่งใหญ่สำหรับประเทศต่อไป”

ต้นสนีย์ ฮวบสมบูรณ์

(ผู้อำนวยการศูนย์บ่มเพาะธุรกิจเทคโนโลยี สวทช.)



“กระบวนการแก้ปัญหาต่างๆ ไม่อาจหลุดจากกรอบเดิมได้ถ้าเรายังคงคิดอยู่ภายใต้กรอบเดิม และการแก้ปัญหายังคงได้ผลเหมือนเดิม นวัตกรรม 2P safety เป็นการแสดงให้เห็นการนำกรอบคิดใหม่และเทคโนโลยีใหม่ มาใช้ในการแก้ปัญหา”

นพ.กิตติพันธ์ อรรถรมณี

(ผู้อำนวยการ สรพ.)

## 4.4 Responsive ENV and Facility Management

ในการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้น นอกจากต้องมีการจัดระบบการให้บริการดูแลรักษาที่ดีมีคุณภาพและความปลอดภัยแล้ว สิ่งหนึ่งที่สำคัญคือ อาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อม และระบบสนับสนุนต่างๆ ที่จะทำใหักระบวนการรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพ

ปัจจัยเบื้องต้นที่ช่วยสร้างความไว้วางใจที่ผู้ป่วยมีต่อโรงพยาบาล คือ ภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลและบุคลากร เช่น ความสะอาดสวยงามของอาคารสถานที่ เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัย โดยต้องมีการปรับเปลี่ยนแนวทางการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่และระบบสนับสนุนที่เกี่ยวข้อง คือ

1) การบริหารจัดการอาคารสถานที่ เป็นการทำงานที่ทดแทนการเข้ามาดูแลอาคารสถานที่ในแบบเดิมเป้าหมายที่สำคัญคืออาคาร สถานที่ที่ดีที่สุด มีความสะอาด สวยงาม ระบบสนับสนุนประกอบอาคารที่มีความพร้อมในการให้บริการ ซึ่งได้แก่ งานดูแลรักษาอาคาร (building operation and maintenance) งานจัดการอาคาร (building management) ลักษณะงานของการบริหารจัดการอาคารที่ ประกอบด้วย การจัดระบบฐานข้อมูลอาคารและการตรวจสอบ การบริหารจัดการพื้นที่ใช้สอย การวางแผนดูแลบำรุงรักษาอาคารทั้งแผนระยะสั้นและแผนระยะยาว การวางแผนดูแลบำรุงรักษาระบบสนับสนุนประกอบอาคาร การจัดการความปลอดภัยในอาคาร (building safety) และการบริหารความเสี่ยง การจัดการภาวะวิกฤตของอาคาร และการจัดบริการที่เกี่ยวข้องกับอาคาร เช่น ระบบการซ่อมบำรุง เป็นต้น

2) การบริหารจัดการพื้นที่ที่เหมาะสมกับการให้บริการ เป็นการทำงานที่ออกแบบพื้นที่ในการให้บริการโดยนำความต้องการ บริบท ลักษณะของผู้ป่วย มาใช้ประกอบการออกแบบและจัดการพื้นที่ที่เหมาะสมกับประเภทของผู้ป่วย ได้แก่ ระบบการเข้ารับบริการและเส้นทางการเคลื่อนย้าย บริเวณการคัดกรอง/ซักประวัติ สถานที่รอตรวจของผู้ป่วย ห้องตรวจ การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกอื่น ๆ เช่น ห้องน้ำ อุปกรณ์ในการขอความช่วยเหลือ อุปกรณ์ในการระงับอัคคีภัย เป็นต้น ยกตัวอย่างการจัดคลินิกผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์จะต้องมีเส้นทาง ความกว้าง ประตู สถานที่ซักประวัติ สถานที่รอตรวจ ห้องตรวจที่เหมาะสมกับการใช้รถนั่งรถนอนหรือไม่ทำ การจัดเตรียมห้องน้ำที่เหมาะสมกับการใช้รถนั่ง หรือกรณีที่มีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยลำบาก เป็นต้น

3) การบริหารจัดการเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ เป็นการจัดเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้มีความเหมาะสมกับโรค ความเร่งด่วน มีความเพียงพอพร้อมในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย โดยมีแนวทางการดำเนินการที่สำคัญ คือ มีการวางแผน คัดเลือก และติดตั้งเครื่องมือแพทย์ให้เหมาะสมกับการใช้งานในแต่ละแผนก มีการบริหารจัดการข้อมูลและประวัติของเครื่องมือแพทย์ทุกชนิดให้ครบถ้วนเป็นปัจจุบัน มีการทดสอบและยืนยันความพร้อมในการใช้งานของเครื่องมือแพทย์อย่างสม่ำเสมอ มีการบำรุงรักษาเชิงป้องกันและทำการสอบเทียบเครื่องมือแพทย์ตามแผนที่กำหนด มีการซ่อมแซมและแก้ไขเครื่องมือแพทย์ให้พร้อมใช้

งานเสมอ มีระบบสำรองเพื่อจัดการกรณีมีเหตุฉุกเฉินและจำเป็น และควรมีการจัดตั้งศูนย์บริการเครื่องมือแพทย์ส่วนกลางเพื่อบริหารเครื่องมือแพทย์ให้คุ้มค่า

4) การบริหารจัดการระบบสนับสนุนการให้บริการของโรงพยาบาล เป็นการบริหารจัดการที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมความพร้อมใช้ การบำรุงรักษา เชิงป้องกัน การตรวจทดสอบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบไฟฟ้า ระบบน้ำประปา ระบบก๊าซทางการแพทย์ ระบบการผลิตอากาศ ระบบการขนส่งในอาคาร ระบบการป้องกันและระงับอัคคีภัย ระบบการจัดการขยะ ระบบบำบัดน้ำเสีย รวมทั้งระบบสำรองต่างๆ ให้มีความเพียงพอ มีความพร้อมในการให้บริการทั้งในกรณีปกติและฉุกเฉิน

5) การจัดการสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกอาคารโดยรวม เพื่อให้ผู้ป่วย ญาติ ประชาชน รวมทั้งเจ้าหน้าที่ที่มีความประทับใจ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี มีความปลอดภัยตลอดเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล การจัดการสิ่งแวดล้อมจึงต้องคำนึงถึงการตอบสนองความต้องการของผู้ที่เกี่ยวข้องนั้น ในการปรับปรุงนั้นต้องศึกษาแนวคิดต่างๆ เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเยียวยา (healing environment) การนำ 5ส. สู่การปฏิบัติ เป็นต้น

นอกจากแนวทางการสร้างความน่าเชื่อถือที่กล่าวมาข้างต้น ในอนาคตแนวคิดเกี่ยวกับ **Intelligent hospital infrastructure** หรือโครงสร้างพื้นฐานโรงพยาบาลอัจฉริยะเป็นแนวคิดที่จะถูกนำมาประยุกต์ใช้มากขึ้น เพราะจะส่งเสริมการใช้ทรัพยากรให้เกิดความคุ้มค่า และมีการนำเทคโนโลยีต่างๆ มาสนับสนุนในการให้บริการเพิ่มความสะดวกสบายและความไว้วางใจแก่ผู้รับบริการ และเจ้าหน้าที่ ผลที่จะเกิดขึ้น คือ

- **Environmental responsibility:** มีการปรับปรุงประสิทธิภาพด้านสิ่งแวดล้อมและการควบคุมการใช้พลังงาน เพื่อลดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม
- **Patient satisfaction:** การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยด้วยการบริหารจัดการอาคารให้มีสิ่งอำนวยความสะดวก ความบันเทิงต่างๆ มีความปลอดภัยจากการติดเชื้อ มีการนำแนวคิดการจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านมาประกอบในการจัดสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลเพื่อสร้างความคุ้นเคยให้กับผู้ป่วย

- **Security and patient safety:** มีการจัดระบบการรักษาความปลอดภัยที่ดีที่สุด ทั้งความปลอดภัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ผู้รับบริการ ความปลอดภัยเกี่ยวกับการทำงานของเจ้าหน้าที่
- **Staff and business efficiency:** มีระบบและสิ่งอำนวยความสะดวกในการทำงานที่เหมาะสม มีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่สามารถสนับสนุนการทำงานได้อย่างเหมาะสม ทำให้ระยะเวลาลดลง
- **Financial health:** มีระบบการบริหารจัดการเกี่ยวกับอาคาร สถานที่ สิ่งแวดล้อม การลดการใช้พลังงานต่างๆ และระบบรักษาความปลอดภัยที่ดี ก็จะทำให้มีสถานะทางการเงินดี

### เอกสารอ้างอิง

1. <https://blog.se.com/tag/intelligent-hospital-infrastructure/>
2. [https://med.mahidol.ac.th/sdmc/th/technology/MedicalManagement\\_MedicalGasSystems-th](https://med.mahidol.ac.th/sdmc/th/technology/MedicalManagement_MedicalGasSystems-th)

## 4.5 Collaborating and Networking Enhancing Trust

### ปฐมบทจากความร่วมมือสู่ความไว้วางใจ

นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 เมื่อครั้ง สรพ. ยังเป็น “สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล” หรือ พรพ. สถานพยาบาลในประเทศไทยที่ผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพมาตรฐาน HA ยังมีจำนวนไม่มากนัก ปัญหาที่แท้จริงในขณะนั้นคือ การขาดองค์ความรู้เรื่องคุณภาพ ขาดที่ปรึกษา ขาดผู้เยี่ยมสำรวจ รวมทั้งการเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการไม่ทันต่อความต้องการ จึงมีแนวคิดการพัฒนาความร่วมมือ โดยเริ่มต้นจากโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพที่มีความน่าเชื่อถือ มีความน่าเคารพ ศรัทธา และเป็นแหล่งการเรียนรู้การสอนของแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข ดังนั้นโรงพยาบาลขนาดใหญ่และคณะแพทยศาสตร์ จึงเป็นองค์กรที่เป็นความหวังในการช่วยเหลือคลายปัญหาและสถานการณ์ดังกล่าวได้

ปี พ.ศ. 2544 สรพ. ขยายแนวคิดการพัฒนาคุณภาพออกไปสู่ภูมิภาคต่างๆ ดำเนินกลยุทธ์ความร่วมมือกับโรงพยาบาลขนาดใหญ่และคณะ



แพทยศาสตร์ 6 แห่ง<sup>2</sup> ของประเทศไทย ก่อตั้งเป็นศูนย์ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation Collaborating Center: HACC) ครอบคลุมทุกภูมิภาค ทำหน้าที่วิเคราะห์สถานการณ์การพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาลในพื้นที่ ร่วมมือกับผู้บริหารสาธารณสุขในพื้นที่ ติดตามความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เป็นศูนย์กลางของการอบรมและเผยแพร่องค์ความรู้ในการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลโดยร่วมกำหนดทิศทางนโยบายกับ สรพ.

ในระยะต่อมา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน HA จำนวนหนึ่งอาสาเข้ามาช่วยเป็นที่ปรึกษาในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในจังหวัดที่สมัครใจและมีความพร้อมให้เข้าสู่กระบวนการรับรองมาตรฐาน HA ก่อตั้งเป็นที่มเรียกว่า **high performance node** ซึ่งผลการดำเนินงานในขณะนั้น ปรากฏว่าโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการเข้าสู่กระบวนการรับรอง HA ได้ทั้งหมด สรพ. มองเห็นศักยภาพบุคลากรของสถานพยาบาลที่มีความเข้าใจบริบทพื้นที่ และมีองค์ความรู้ จึงได้เชิญชวนโรงพยาบาลหรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่สนใจทำงานร่วมกันเป็นเครือข่ายพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลด้วยระบบพี่เลี้ยง หรือ Quality Learning Network (QLN) ซึ่งมีการดำเนินการต่อเนื่องและขยายจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 20 แห่ง ในปี พ.ศ. 2554 เป็น 71 แห่งในปี พ.ศ. 2563



ภาพที่ 33 แสดงแผนที่เครือข่ายพัฒนาคุณภาพ HACC และ QLN

<sup>2</sup> ศูนย์ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล 6 แห่ง ได้แก่ HACC คณะแพทยศาสตร์ ม.เชียงใหม่, HACC คณะแพทยศาสตร์ ม.นเรศวร, HACC คณะแพทยศาสตร์ ม.ขอนแก่น, HACC รพ.เชียงใหม่ประชานุเคราะห์, HACC ภาคใต้, และ HACC นครชัยบุรินทร์

## คุณค่าหรือประโยชน์จากการทำงานเครือข่ายความร่วมมือ



คุณค่าที่เกิดขึ้นจากการทำงานเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่องนั้น สะท้อนคุณค่าทั้งต่อผู้ป่วย ผู้ให้บริการ และโรงพยาบาล เกิดการทำงานเป็นทีม การสร้างพลังความร่วมมือระหว่างกันและการไว้วางใจซึ่งกันและกัน ดังคำกล่าวของ

ท่าน ศ.เกียรติยศ นพ.สงคราม ทรัพย์เจริญ อธิบดีประธานคณะกรรมการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ได้กล่าวไว้ว่า *“จุดเริ่มต้นของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเกิดจากความร่วมมือกันในหมู่ของผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอง ซึ่งมีความตั้งใจและเห็นประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและตัวผู้ปฏิบัติงาน การมี สรพ. ส่งผลให้เกิดการประสานเชื่อมโยงหน่วยงานและวิชาชีพที่เกี่ยวข้องอย่างมีระบบ ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย... เราจึงต้องมีการพัฒนาต่อเนื่องเพื่อให้ประชาชนผู้เจ็บป่วยจะได้รับประโยชน์มากยิ่งขึ้นจากกระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล”*

**คุณค่า** จึงเป็นแรงจูงใจสำคัญของ HACCC ต่างๆ ในการเข้าร่วมเป็นเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล โดยบทเรียนจากเครือข่ายที่สะท้อนคุณค่าของการทำงาน สรุปลงได้ดังนี้

- (1) Innovation of quality and safety improvement** เป็นวิธีการใหม่ๆ ในการทำให้สถานพยาบาลทั่วประเทศได้รับการส่งเสริมกระตุ้นพัฒนาให้มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง มีการยกระดับการพัฒนาคุณภาพตามระดับขั้นและ章程การพัฒนา ส่งผลให้ประชาชนได้รับบริการที่มีมาตรฐานและปลอดภัยให้เกิดขึ้นทั่วประเทศไทย
- (2) Unity and understand friendly teamwork หรือ Happiness teamwork** เกิดพื้นที่ของการแบ่งปันให้ความช่วยเหลือกันและกัน ทำงานร่วมกันบนฐานคิดของการเสริมพลังในทุกๆระดับ ตั้งแต่ที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพเสริมพลังให้กับพี่เลี้ยง พี่เลี้ยงเสริมพลังให้กับทีมโรงพยาบาล เครือข่ายเข้าใจบริบทและข้อจำกัดของกันและกัน ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมวางแผน ดำเนินการและติดตามผลร่วมกัน

- (3) **Empowerment** บุคลากรของศูนย์ความร่วมมือฯ ได้รับการพัฒนา ศักยภาพเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ (surveyor) และปรึกษากระบวนการ คุณภาพ (quality coach) รวมทั้งได้รับการหล่อหลอมให้มีความ เชื้อเพื่อ มีจิตอาสาพร้อมแบ่งปันเพื่อสร้างการเรียนรู้กับโรงพยาบาล ทั้งที่อยู่ในพื้นที่และนอกพื้นที่ความรับผิดชอบ
- (4) **Thai style knowledge sharing** เป็นสังคมอุดมความรู้ เกิดการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ good practices ด้านการพัฒนาคุณภาพในระดับ ภูมิภาค ทั้งจาก HA regional forum เกิดผลงาน/องค์ความรู้ด้าน การพัฒนาคุณภาพที่เป็นแบบอย่างที่ดี เพื่อนำเสนอในการประชุม HA national forum เป็นประจำทุกปี

### ก้าวต่อไปของความร่วมมือ

เพื่อให้วิสัยทัศน์ “ระบบบริการสุขภาพมีคุณภาพและไว้วางใจได้ด้วย มาตรฐาน HA” เกิดขึ้นจริงจากพลังการทำงานร่วมกันทั้ง สรพ. และเครือข่าย กัลยาณมิตร มีพันธะสัญญาร่วมกันที่จะสร้างความไว้วางใจในระบบบริการสุขภาพ ที่มีคุณภาพและมาตรฐาน ให้ประชาชนสัมผัสได้ ด้วยการขยายการมีส่วนร่วมไป สู่ภาคประชาชน การพัฒนาศักยภาพบุคลากรของสถานพยาบาล พัฒนาระบบ การเยี่ยมสำรวจ ตลอดจนเพิ่มการสื่อสารคุณค่าของการรับรองกระบวนการ คุณภาพตามมาตรฐาน HA ให้กว้างขวาง ยืนยง และทรงคุณค่าสืบไป



ภาพที่ 34 คณะกรรมการประสานงานบริหารศูนย์ความร่วมมือเพื่อพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

## 4.6 Spiritual Healthcare Appreciation (SHA) Movement

คำถามสำคัญของการนำแนวคิดจิตวิญญาณไปใช้ในการทำงาน คือ จะนำแนวคิดนี้ลงสู่การปฏิบัติได้อย่างไร อะไรคือคุณค่าที่เพิ่มขึ้นจากการขับเคลื่อนมิติจิตวิญญาณในการทำงานขององค์กร การนำแนวคิดจิตวิญญาณในการทำงานลงสู่ระบบงานขององค์กรเป็นเรื่องท้าทาย ซึ่งไม่สามารถหาคำตอบด้วยกระบวนการปกติธรรมดา ต้องใช้การทบทวนเอกสารทางวิชาการ การวิจัยค้นคว้าขั้นสูง แม้ว่าองค์กรต่างๆ ทั่วโลกมีความต้องการให้บุคลากรมีจิตวิญญาณในการทำงานที่เพิ่มขึ้น ด้วยสาเหตุจากความซับซ้อนและความยากในการนำไปปฏิบัติ ประกอบกับเหตุผล 3 ประการ คือ (1) ความหลากหลายในเรื่องความหมายและการวัดผล, (2) แนวคิดจิตวิญญาณในการทำงานมีหลากหลายแง่มุม หลากหลายปรากฏการณ์, และ (3) จิตวิญญาณในการทำงานในบริบทของทั้งระดับองค์กรยังไม่เป็นที่แพร่หลาย

สรพ. โดยการริเริ่มของ ดร.ดวงสมร บุญผดุง มีความพยายามที่จะส่งเสริมให้สถานบริการสุขภาพและสถานพยาบาลทุกแห่งได้นำแนวคิดนี้ลงสู่ระบบงานเพื่อการปฏิบัติควบคู่กับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ โดยหวังว่าเป็นคุณสมบัติพิเศษเฉพาะ และเป็นเอกลักษณ์ของสถานบริการสาธารณสุขของประเทศไทย จึงได้มีการศึกษาค้นคว้าและถอดบทเรียนการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลา 15 ปี จนสามารถนำแนวคิดสรุปเป็นแนวทางปฏิบัติที่เป็นกรอบการดำเนินงานในการขับเคลื่อนมิติจิตวิญญาณสู่ระบบงานในโรงพยาบาล

ปี พ.ศ. 2562 สรพ. ร่วมกับโรงพยาบาลที่สมัครใจ จำนวน 28 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลสังกัดคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ร่วมกันเรียนรู้แนวคิดและมาตรฐานการนำมิติจิตวิญญาณในการบูรณาการกับการพัฒนาคุณภาพ 8 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การนำ, (2) กลยุทธ์, (3) วัฒนธรรมองค์กร, (4) การจัดการและออกแบบการทำงาน, (5) การส่งเสริมจิตวิญญาณในการทำงานของทีมงานผู้ให้บริการ, (6) องค์ประกอบจิตวิญญาณในการทำงาน, (7) ระบบงานที่ให้ความเคารพเห็นคุณค่าของผู้ป่วยและญาติ บูรณาการมิติจิตวิญญาณ และ (8) สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเยียวยา

จากการถอดบทเรียนของโรงพยาบาลจำนวน 9 แห่ง ที่สะท้อนความงามบนความหลากหลายขององค์กรที่มีการเปลี่ยนแปลง ถ่ายทอดบทเรียนที่สะท้อนคุณค่า ความหมาย และความงาม โดยสรุป ดังนี้

**โรงพยาบาลหนองฉาง จ.อุทัยธานี** พบความงามของการนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูงเป็นแบบอย่าง ขยายแนวคิดจิตวิญญาณลงสู่บุคลากรและชุมชน สร้างความผูกพัน ระหว่าง ผู้นำ เจ้าหน้าที่ และชุมชนผ่านกิจกรรมที่บุคลากรและชุมชนร่วมดำเนินงาน เช่น กิจกรรมวันเด็ก เป็นต้น

**โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จ.สุรินทร์** ความงามอยู่ที่บุคลากรที่ทุ่มเทฝ่าฟันองค์กรให้พ้นจากปัญหา อุปสรรค ร่วมกับพลังศรัทธาของชุมชนในการร่วมเป็นเจ้าของของโรงพยาบาล “connect with community”

**โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก** ขยายแนวคิดจิตวิญญาณเริ่มจากแกนนำแพทย์ หัวหน้าหน่วยงาน โดยใช้กลยุทธ์แวนตาหาความดี มองหาความงามจากภายใน รับรู้คุณค่าขององค์กร และบูรณาการปัญหาของระบบงานบุคลากรจริง มาสู่การร่วมแก้ไขปรับ mindset เช่น ปรับจากการนิเทศ เป็นการรับฟัง ช่วยเหลือผู้ปฏิบัติงาน

**โรงพยาบาลเซนต์แมรี จ.นครราชสีมา** บูรณาการแนวคิดโรงพยาบาลคุณธรรมเข้ากับแนวคิดและองค์ประกอบของ SHA ในด้านการนำ บุคลากรการดูแลผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อม บูรณาการเข้ากับปรัชญาการทำงานตามแนวคิดของศาสนจักร งานอภิบาล เพื่อมุ่งสู่วิสัยทัศน์ Ideal Catholic Hospital

**โรงพยาบาลแม่จัน จ.เชียงราย** เสริมสร้างแนวคิดจิตวิญญาณในคนรุ่นใหม่ด้วยกลยุทธ์การสื่อสารทางโซเชียล รับรู้ความต้องการใช้หลัก work life balance ปลุกพลังความร่วมมือ เห็นคุณค่าในงาน สร้างความผูกพันในบุคลากร ส่งผลสู่การดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้นและมีการวัดผลด้วย Emo meter

**โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี** ใช้แนวคิดปลุกเจ้า กระจาย ปลุกเจ้าบุคลากร รับรู้ชีวิตด้านในคุณค่าภายในของบุคลากร เริ่มจากกลุ่มเล็กๆ ขยายกว้างขวาง ที่ยกระดับจิตใจบุคลากร เกิดบรรยากาศปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันในเชิงบวก ส่งผลให้ค้นพบบุคลากรที่มีศักยภาพเพิ่มขึ้น

**โรงพยาบาลเดอะโกลเด้นท์เกท จ.นครราชสีมา** มุ่งมั่นยกระดับจิตใจบุคลากร ในการดูแลผู้ต้องขังในเรือนจำแบบไร้เงื่อนไขซึ่งเป็นการท้าทายที่ต้องติดตาม

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จ.สงขลา ใช้รากฐานจิตวิญญาณที่ยึดเหนี่ยวตามคำสอนของสมเด็จพระราชบิดา และองค์กรธรรมภิบาล เป็นโรงพยาบาลเพื่อสังคมไทย ใช้หลัก moral ในการยกย่อง เชิดชู ให้รางวัลแก่ผู้ทำความดี ร่วมกับพัฒนายกระดับจิตวิญญาณบุคลากร บุรณาการในการทำงานเดิมที่มีพื้นฐาน เช่น การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การพัฒนาบุคลากร นักศึกษา แพทย์ (hospital heroes) การดูแลผู้ทุกข์ยากในสามจังหวัดชายแดนใต้ เป็นต้น

โรงพยาบาลภูหลวง จ.เลย เป็นโรงพยาบาลชุมชน มีวิสัยทัศน์ คือ องค์กรคุณภาพคู่ชุมชน เปิดใจ เปลี่ยนโลกทัศน์ภายในบุคลากรทุกระดับโดยใช้หลัก 3P ในการทำงาน และเรียนรู้วิถีชีวิตชุมชน



ภาพที่ 35 ถอดบทเรียนโรงพยาบาลที่นำแนวคิดและมาตรฐานการนำมิติจิตวิญญาณในการบูรณาการกับการพัฒนาคุณภาพ วันที่ 23-24 มกราคม พ.ศ. 2563

ณ เวลานี้เริ่มมองเห็นรูปธรรมในการนำแนวคิดนี้ลงสู่ ระบบการจัดการในองค์กร ได้อย่างงดงามและเป็นก้าวที่สำคัญอีกครั้งหนึ่ง มีความหวังเป็นอย่างยิ่งว่าแนวคิดการทำงานด้วยจิตวิญญาณนี้ จะสามารถจุดประกายและขยายผลการพัฒนาให้ดีขึ้นกว่านี้ได้ หากได้รับความร่วมมือจากทุกฝ่ายและเป็นประโยชน์ต่อสถานบริการสุขภาพทุกแห่ง รวมทั้งสถานบริการด้านอื่นๆ ต่อไป จะเป็นการพัฒนาคุณภาพองค์กรให้มีประสิทธิภาพ ควบคู่กับการเสริมสร้างจิตวิญญาณในการทำงาน ให้เป็นผู้ที่มีความสุขซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดของการดำรงชีวิตอย่างแท้จริง

# บทส่งท้าย

ก่อนที่จะเราจะ Enhancing TRUST in Healthcare  
เราควร Enhancing TRUST ในตัวเรา  
ด้วย “I TRUST”

**I TRUST** ตัวฉันเพราะ...

**I Integrity** ฉันเป็นคนที่ยึดมั่นใน คุณธรรม ศีลธรรม และจริยธรรม

**T Transparency** ฉันเป็นคนที่โปร่งใส ตรวจสอบได้ ในทุกงานของเราที่ทำ

**R Responsive & Reliability** ฉันเป็นคนตอบสนองต่อเรื่องต่างๆ อย่างฉับไว  
และเราเป็นคนที่น่าไว้วางใจ เชื่อถือได้ พูดคำไหนคำนั้น

**U Unity & Understand** ฉันทำงานร่วมกับผู้อื่นเป็นอย่างดีเป็นอันหนึ่ง  
อันเดียวกันและเราเข้าใจข้อจำกัดเหตุผลของผู้อื่นเสมอด้วยการรับฟังอย่าง  
รอบด้าน

**S Safety & Spirituality** ฉันมี safety awareness ในจิตใจทำทุกอย่างด้วยความ  
ระมัดระวังและมีหัวใจของความเป็นมนุษย์

**T Truth** ฉันมีความจริงใจ พูดความจริงทั้งต่อหน้าและลับหลัง

## บรรณาธิการและผู้เรียบเรียง

### บรรณาธิการ

ทรงนง พิลาสัย

### ผู้เรียบเรียง

กิตตินันท์ อนรรฆมณี

กิตติยา ชัชวาลชาญชนกิจ

โกเมธ นาควรรณกิจ

ทราย ไชยวัง

ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ

ภคินัน ดีพริยะ

วราภรณ์ สักกะโต

สุภาเพ็ญ ศรีสดใส

อนวัฒน์ ศุภชุติกุล

และ

คณะทำงานวิชาการ

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

(องค์การมหาชน)





ความไว้วางใจ เป็นรากฐานที่สำคัญมากของการสร้างความสัมพันธ์  
ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยและครอบครัว  
ซึ่งส่งผลต่อเนื่องไปถึงคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยจะได้รับ

ในบริการสุขภาพ ความไว้วางใจของผู้ป่วยและครอบครัวที่มีต่อโรงพยาบาล  
เกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยมีการเจ็บไข้ได้ป่วยที่เกินกำลังความรู้ความสามารถของผู้ป่วย  
และครอบครัวที่จะเยียวยาตนเอง และผู้ป่วยตลอดจนครอบครัวไว้วางใจว่า  
บุคลากรทางการแพทย์จะดูแลอย่างมีคุณภาพและเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ  
และมาตรฐานบริการสุขภาพ ในทางกลับกัน บุคลากรทางการแพทย์ก็คาดหวัง  
และเชื่อว่าผู้ป่วยและครอบครัวจะให้ข้อมูลที่เป็นจริงและให้ความร่วมมืออย่างจริงจัง  
เพื่อร่วมกันสร้างผลลัพธ์การดูแลที่ดี

บริการสุขภาพที่นำไว้วางใจจึงเป็นต้นทุนทางสังคมที่สำคัญของประเทศไทย  
และเป็นประเด็นที่ผู้อยู่ในแวดวงการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลพึงให้ความสนใจ  
และร่วมกันเรียนรู้พัฒนา เพื่อเสริมสร้างความไว้วางใจในบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

ISBN 978-616-8024-27-0



9 786168 024270

ราคา 125 บาท