

# HA 2023 Update



## SYNERGY FOR SAFETY AND WELL-BEING

พนักำล้ง  
เพื่อความปลอดภัยและสุขภาพะ

14-17 มีนาคม 2566

ศูนย์การประชุมอิมพีคฟอรัม เมืองทองธานี

จัดโดย สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)



# HA 2023 Update

**SYNERGY  
FOR SAFETY  
AND  
WELL-BEING**

พนักำล้ง  
เพื่อความปลอดภัยและสุขภาพะ

# คำนำ

สถานการณ์ของโลกเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมากมาย ทั้งภาวะทางเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยีสิ่งแวดล้อม และการแพร่ระบาดของโคโรนาไวรัส (COVID-19) ซึ่งส่งผลกระทบต่อให้เกิดการปรับตัวและเปลี่ยนแปลงเพื่อการอยู่รอด (resilience) และมองไปข้างหน้าเพื่อการดำรงอยู่ที่ดีกว่าและเป็นสุข (scaling up) สิ่งที่อยู่ชานกับการเปลี่ยนแปลง คือ การรับรู้ที่ยั่งยืนภัยร่วมกันด้วยการรวมตัว การร่วมมือ ทั้งภายในองค์กรและภายนอกองค์กรเป็นวงกว้างระดับประเทศ เป็นเสมือนการผนึกกำลังที่สอดคล้องกับคำว่า Synergy

จากการประชุม HA National Forum ครั้งที่ 22 ที่ส่งต่อการพัฒนาคุณภาพจาก “รากฐาน สานต่อ ก่อการไกล” ที่พัฒนาจากการขับเคลื่อนในระดับโรงพยาบาล (hospital) เป็นระบบบริการสุขภาพ (healthcare system) และระบบสุขภาพ (health system) จากการให้ความสำคัญกับประเด็นความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) คู่ชานกับความปลอดภัยของบุคลากร (personnel safety) ขยายสู่ความปลอดภัยของประชาชน (people safety) จากการมุ่งเน้นเรื่องความปลอดภัย (safety) สู่การมีสุขภาพดี (healthy) และก้าวสู่สุขภาวะ (well-being) เป็นก้าวเดินที่ไม่สามารถทำได้โดยใครคนใดคนหนึ่ง หรือองค์กรใดองค์กรเดียว แต่ต้องขับเคลื่อนโดยมีเป้าหมายและพลังร่วม เชื่อมต่อศักยภาพของผู้คนเกิดการทำงานร่วมแบบเสริมพลัง (working together) ซึ่งตรงกับ คำว่า Synergy ที่ต้องก้าวไปด้วยกัน นำมาซึ่งแนวคิดหลักในการประชุมวิชาการประจำปีนี้ “Synergy for Safety and Well-being” ขวนผู้คนมา “ผนึกกำลังเพื่อความปลอดภัยและสุขภาวะ”

หนังสือ HA Update ของการประชุมวิชาการประจำปี HA National Forum ครั้งที่ 23 ระหว่างวันที่ 14 – 17 มีนาคม 2566 ฉบับนี้ จึงรวบรวมเรื่องราว ความหมาย ความสำคัญ รวมถึงเครื่องมือ หลักการ วิธีคิด และตัวอย่างของการร่วมกันขับเคลื่อนตัวเองและองค์กร ในมิติที่หลากหลาย จากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญมากมายร่วมกันผนึกกำลังถ่ายทอด เรื่องราวเพื่อส่งต่อให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สร้างสรรค์ ก้าวเดินไปด้วยกัน เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ยั่งยืนและเป็นประโยชน์กับทุกคนต่อไป

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

มีนาคม 2566



|             |     |
|-------------|-----|
| คำนำ.....   | II  |
| สารบัญ..... | III |

## ตอนที่ 1 Synergy for Safety and Well-being

|  |    |
|--|----|
| 1.1 Synergy สำคัญอย่างไร.....  | 2  |
| 1.1.1 Synergy Management Model .....   | 3  |
| 1.1.2 11C Synergy Model.....   | 6  |
| 1.1.3 Synergy Model in Healthcare.....   | 9  |
| 1.2 Synergy for Safety .....   | 15 |
| 1.2.1 Journey of Global Patient Safety and Thailand Patient and Personnel Safety ..... | 19 |
| 1.2.2 Global Patient Safety Action Plan 2021-2030 .....                                | 25 |
| 1.3 Synergy for Well-being.....  | 28 |
| 1.3.1 วัตรปฏิบัติเพื่อเยียวยาความสัมพันธ์ในองค์กรและสร้างความผูกพันของบุคลากร.....     | 30 |

## ตอนที่ 2 Insight Quality and HA Standards

|   |     |
|---|-----|
| 2.1 Insight Quality.....  | 35  |
| 2.1.1 Value-based Healthcare การดูแลสุขภาพที่มุ่งเน้นคุณค่า.....                                    | 35  |
| 2.1.2 Catch the Light of Evidence: เครื่องมือหนักกำลังของทีม .....                                  | 41  |
| 2.1.3 Assessment & Evaluation .....   | 61  |
| 2.2 Accreditation in the Future .....   | 79  |
| 2.3 Person-centred Care .....   | 89  |
| 2.3.1 Patient and Family Engagement หุ่นส่วนสุขภาพ.....   | 89  |
| 2.3.2 การใส่ใจดูแลในมุมมองมานุษยวิทยา.....  | 94  |
| 2.4 การประสานพลังของความรู้ในการพัฒนาคุณภาพ<br>(synergy of knowledge for quality improvement) ..... | 97  |
| 2.5 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย: Safety Design and Compliance ...                              | 103 |

### **ตอนที่ 3 วงเล่ารั่วพลึง**

---

|  |     |
|--|-----|
| 3.1 กระทบทัศนคติใหม่ในองค์กร การผสมด้วยจิตวิญญาณในการทำงาน ....  | 108 |
| 3.2 HA & SHA Synergy for Safety and Well-being in Practice.....  | 112 |
| 3.3 การพัฒนาคุณภาพสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงาน .....           | 117 |
| 3.4 HACCC Synergy Collaborating Center for Quality & Safety..... | 122 |
| 3.5 Synergy Between Human & Technology.....                      | 126 |
| 3.6 การฝึกกำลังในพื้นที่โดยการพัฒนาคุณภาพด้วย DHSA PNC .....     | 129 |

### **ตอนที่ 4 สถานพยาบาลมีคุณภาพระบบสากล ประชาชนปลอดภัยด้วยมาตรฐาน HA**

---

|   |            |
|---|------------|
| 4.1 ยุทธศาสตร์ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)<br>พ.ศ.2566-2570 ..... | 133        |
| 4.2 HA Accreditation Journey .....  | 140        |
| 4.3 3P-Safety .....   | 149        |
| 4.4 Primary Care Standards and Movement.....                                      | 156        |
| <b>บทส่งท้าย</b> .....  | <b>163</b> |

ตอนที่

1

# Synergy for Safety and Well-being

## 1.1 Synergy สำคัญอย่างไร

จากการประชุมวิชาการ HA National Forum ครั้งที่ 22 เรื่องราว “รากฐานสานต่อ ก่อการไกล” นำไปสู่การคิดต่อถึงการ “ก่อการไกล” ที่ไม่สามารถขับเคลื่อนได้เพียงคนหรือองค์กรเพียงองค์กรเดียว จึงเป็นที่มาของคำว่า “ไปด้วยกัน” คือการต้องผนึกกำลังจากหลายภาคส่วนในการขับเคลื่อนเรื่องต่างๆ สัมพันธ์กับคำว่า “Synergy” ซึ่งมีรากศัพท์มาจากภาษากรีก คือ Synergos แปลว่า Working Together หรือการทำงานร่วมกัน ใน Wikipedia ให้ความหมายไว้อย่างมีพลังว่า “An Interaction or Cooperation Giving Rise to a Whole That is Greater Than The Simple Sum of Its Parts.”<sup>1</sup> เป็นการประสานอย่างสอดคล้อง อันเป็นผลรวมของปฏิกิริยาหรือการกระทำร่วมกันของสองสิ่งขึ้นไป โดยผลที่เกิดขึ้นจากการประสานกลมกลืนนี้ยิ่งใหญ่ และมีมากกว่าการบวกรวมผลของการกระทำแต่ละอย่างเมื่อปฏิบัติแยกกัน ซึ่งเป็นเสมือนการรวมเพื่อเสริมและเพิ่มที่ได้ผลมากกว่าเดิม เป็นการเสริมฤทธิ์ที่เรียกสั้นๆ ว่าการ “ผนึกกำลัง” ซึ่งสอดคล้องกับ ความหมายของคำว่า Synergy คือผลที่ได้จากการร่วมกันนั้นเกิดส่วนที่เพิ่มพูนขึ้นมากกว่าการรวมกันธรรมดา (the effect that the combined return of a whole is greater than the sum of the return from the individual part) หรือสามารถเขียนเป็นคำอธิบายในลักษณะของสมการง่ายๆ ว่า “ $1+1 > 2$ ” ที่นิยามโดย Harry Igor Ansoff นักคณิตศาสตร์ชื่อดังและบิดาแห่งการจัดการกลยุทธ์

ในแวดวงการบริหารและธุรกิจให้ความสำคัญกับคำว่า Synergy ในเชิงบริหารจัดการ ซึ่งให้นิยามสำหรับการทำงานว่า “The Working Together of Two or More Parts Where The Combined Effort is Greater Than The Effectiveness of The Individual Parts Alone”

โดยมีเหตุผลสำคัญ 3 ประการที่เชื่อว่าการ Synergy จะช่วยให้การบริหารประสบผลสำเร็จคือ

- 1) Synergy ทำให้ผลลัพธ์การทำงานดีขึ้น (creates better results)
- 2) Synergy ทำให้องค์กรบรรลุวิสัยทัศน์และพันธกิจ (achieves the organizational vision and mission)
- 3) Synergy ทำให้สามารถหาคำตอบหรือทางออกของปัญหาต่างๆ ได้ดีกว่า (generates better solutions to problems)

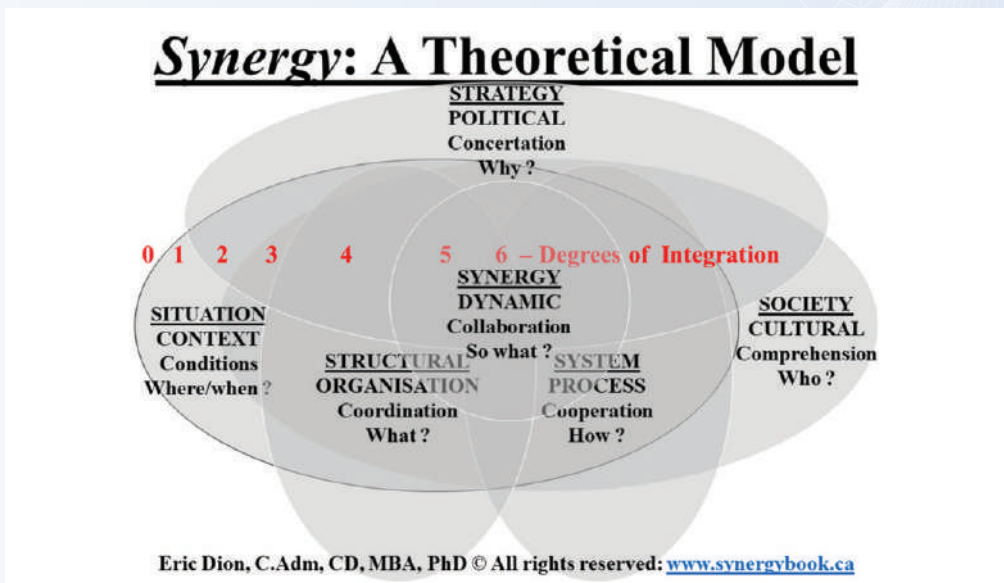
<sup>1</sup> Wikipedia



การ Synergy ที่จะประสบความสำเร็จนั้น องค์กร หน่วยงาน หรือผู้คนที่ผนึกกำลังกันต้องประกอบด้วย การมีความสนใจในประเด็นร่วมกันหรือเป้าหมายเดียวกัน (common interests) มีค่านิยมร่วมกัน (common values) มีความสามารถที่เสริมกัน (complementary talents) มีผลิตภัณฑ์ กระบวนการหรือบริการที่เสริมกัน (complementary product) จึงจะสามารถเสริมฤทธิ์กันในการทำงานได้

### 1.1.1 Synergy Management Model

Synergy เป็นสิ่งที่ปรารถนาให้เกิดขึ้นในการบริหารองค์กร ตามทฤษฎี Synergy Model<sup>2</sup> อธิบายถึง 6 องค์ประกอบสำคัญที่ต้องคำนึงถึงเพื่อนำมาซึ่งการมีส่วนร่วมแบบสมบูรณ์ (comprehensive approach) ในการสร้าง Synergy ให้เกิดขึ้นในการทำงานขององค์กร องค์ประกอบสำคัญหลายอย่างสอดคล้องกับการปฏิบัติตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 ที่จะอธิบายประกอบรวม



ภาพที่ 1 Synergy: a Theoretical Model

- 1) **Situation:** คือบริบท (context) หรือสถานการณ์ หรือสภาวะ (condition) เป็นการตอบคำถามคำว่า Where/When การจะเกิดการผนึกกำลังกันได้ ต้องมีการบริหารจัดการ ทั้งพื้นที่ (space) และเวลาที่เหมาะสม เพื่อให้สภาวะดังกล่าวเกิดการดำเนินงาน

<sup>2</sup> Professor Eric Dion, CD, MBA, PhD.

ร่วมกันที่ผลสัมฤทธิ์เพิ่ม การเริ่มต้นที่จะทำให้การทำงานร่วมกันแล้วได้ผลลัพธ์ที่คุณ  
บรรยากาศการทำงานจึงมีความสำคัญที่ผู้บริหารหรือผู้นำต้องคำนึงถึง ซึ่งสอดคล้อง  
กับมาตรฐาน HA บทการนำองค์กร I-1.1 ค. (1) ที่ผู้นำต้องสร้างสภาพแวดล้อม  
ที่ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ

- 2) **Society and Socio-culture:** สังคมและวัฒนธรรมมีความสำคัญสำหรับการ  
ทำงานร่วมกันที่มีเป้าหมายร่วม คำถามถึง Who/Whom ใครที่จะมาร่วมกันลงมือทำ  
หากมีการหล่อหลอมพฤติกรรมร่วมเป็นวัฒนธรรมจะส่งเสริมให้คนที่มาทำงานร่วมกัน  
เป็นการผนึกกำลังร่วมกันอย่างแท้จริง สังคมและวัฒนธรรมขององค์กรแต่ละแห่ง  
มีความซับซ้อน (comprehensive) บรรยากาศและสังคมที่ทุกคนเห็นคุณค่าและ  
ความหมายของงาน มีความเท่าเทียมไม่เหลื่อมล้ำ สอดคล้องกับมาตรฐาน I-5.2 ข.(1)  
เรื่องการปลูกฝังพฤติกรรมที่ดีของคนในองค์กร รวมถึงการสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ดีจะ  
ส่งเสริมให้เกิดผลปฏิบัติงานที่ดีของคนในองค์กร
- 3) **Structure:** โครงสร้างการทำงานที่มาพร้อมกับคำถาม What คืออะไร อาจเป็น  
โครงสร้างที่อยู่ในสังคม โครงสร้างที่ถูกเขียนในสายการทำงาน แต่ในความเป็น  
จริงโครงสร้างที่จะทำให้เกิด Synergy ของการทำงานอาจไม่ได้เป็นโครงสร้างที่มี  
ลักษณะเป็นแบบแผน หรือการปรับเปลี่ยนโครงสร้างอาจไม่ใช่คำตอบของ Synergy  
ในขณะเดียวกันโครงสร้างก็ไม่ใช่อุปสรรคของการทำงานร่วมกันที่มีพลัง แต่เป็น  
การประสานงาน (coordination) ภายใต้อาณาจักรที่มีให้เกิดผลของงาน ซึ่งการ  
ประสานงานที่ดีเกิดจากการสื่อสารที่สามารถสร้างความเข้าใจการทำงานร่วม  
ในแบบต่างๆ รวมถึงสร้างความผูกพันให้เกิดการร่วมกันทำงานและรู้เป้าหมายร่วมว่า  
จะทำอะไรเพื่ออะไร สอดคล้องกับมาตรฐาน I-1.1 ข.(1)
- 4) **System:** ระบบที่มาพร้อมกับคำถาม How ทำอย่างไร ที่จะทำให้เกิดการดำเนิน  
การร่วม (cooperation) ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการและหน้าที่ที่จะต้องมีการ  
ออกแบบกระบวนการร่วมกันที่เหมาะสม การเสริมพลังในการทำงานร่วมกัน จะต้อง  
ระบุกระบวนการทำงานที่สำคัญ (key process) ซึ่งสัมพันธ์กับมาตรฐาน I-6.1 ก.(2)  
และการเสริมพลังจะเกิดขึ้นด้วยองค์ประกอบที่เสริมในระบบ อาทิ เทคโนโลยี  
ความรู้ที่หลากหลาย ความถนัด ความเชี่ยวชาญมิติต่างๆ สัมพันธ์กับมาตรฐาน  
I-6.1 ก. (3) ที่จะช่วยให้การทำงานร่วมกันประสบความสำเร็จ

- 5) **Strategy:** กลยุทธ์ที่มาพร้อมกับคำถาม Why ซึ่งมีความสำคัญการที่จะสร้าง Synergy ได้อย่างมีความหมาย คือการที่ทุกคนที่มาเผชิญกำลังกันต่างรับรู้ว่าจะทำไมต้องทำ (why we do things we do?) และ Strategy ที่มีพลังคือกลยุทธ์ที่นำไปสู่การบรรลุวิสัยทัศน์ที่เป็นเป้าหมายร่วมระดับองค์กร (corporate goals) ที่ทุกคนต้องมุ่งความสนใจ เห็นพ้องต้องกันและให้ความสำคัญ ซึ่งสัมพันธ์กับมาตรฐาน I-1.1 ก. (1) การกำหนดวิสัยทัศน์ที่ต้องถ่ายทอดสู่การปฏิบัติและมีที่มาจากความร่วมมือ
- 6) **Synergy:** การทำงานร่วมกันที่มีผลเชิงบวก เป็นวงจรคุณธรรม (virtuous circle) ที่มีความเป็นพลวัต ของการทำงานร่วมกันทำแล้วมีความสุข พึงหลีกเลี่ยงการเกิดวงจรอุบาทว์ (vicious circle) คือการทำงานที่ยิ่งร่วมกันทำยิ่งทุกข์ โดยมีมติทั้ง 5 ข้อ สภาวะ สังคม วัฒนธรรม โครงสร้าง ระบบ รวมไปถึงกลยุทธ์ ซึ่งผู้นำจำเป็นต้องให้ความสนใจในการบริหารจัดการ พึงร่วมกันสร้างให้เกิดขึ้นเพื่อเป็นการเสริมให้การทำงานร่วมกัน การร่วมมือกัน (collaboration) ให้เกิดผลตามนิยามคำว่า “Greater Than the Sum of Its Parts” จึงมาพร้อมกับคำถาม So What? การประสบความสำเร็จของการทำงานไม่ได้ขึ้นอยู่กับการลงมือทำของคนคนเดียวหรือการแยกกันทำ แต่ต้องเป็นการทำงานร่วม ซึ่งการทำงานร่วมกันที่จะบรรลุ ไม่ใช่โอกาสที่เกิดขึ้นเอง แต่ต้องมีการลงมือทำ (action) และบูรณาการ (integration) เป็นทฤษฎี ที่มุ่งหวังให้การทำงานบรรลุผลสัมฤทธิ์มากขึ้น (achieve greater effects)



## 1.1.2 11C Synergy Model

**11C Synergy Model** คือ Model การบริหารการทำงานในองค์กรที่ประกอบด้วยส่วนงานต่างๆ ที่มีภาระงานแตกต่างกันหลากหลาย แต่มีเป้าหมายร่วมกันในภาพองค์กร จึงมีการค้นหาวิธีการทำงานร่วมที่จะทำให้เกิด Synergy ที่สามารถยกระดับการทำงานเพิ่มประสิทธิภาพประสิทธิผลทั้งในส่วนของทรัพยากร กิจกรรม และคุณค่าที่ส่งมอบให้ลูกค้า โดย Prof. Ron Meyer ผู้เชี่ยวชาญเรื่อง Strategy and ชาวแคนาดาได้เสนอหนึ่งใน Meyer's Management Models คือ 11C Synergy Model เพื่อตอบคำถาม How Can I Organize Synergies Across Business? ซึ่งท้าทายสมมุติฐานที่มีอย่างกว้างขวางว่าการทำงานร่วมกันหรือ Synergy อาศัยการรวมศูนย์ (centralization) แต่การตอบสนอง (responsiveness) อาศัยการกระจาย (decentralization) การรักษาสมดุลระหว่างการผนึกกำลังร่วมกัน เพื่อการตอบสนองให้เกิดผลสัมฤทธิ์ของงาน จึงต้องเป็นกลไกที่สมดุลระหว่าง “Centralization กับ De-centralization” จึงเกิดเป็น 11C Synergy Model

องค์ประกอบหลักของ 11C Synergy Model เป็นตาราง Matrix 3 x 2 ซึ่งมีแกนหลักคือ Synergy Mechanism และ Synergy Driver

**1) Synergy Mechanism** การทำงานร่วมกันแบบ Synergy จะต้องหากกลไกหรือวิธีที่ทำร่วมกันแล้วสามารถเพิ่มคุณค่าได้มากกว่าทำคนเดียว ด้วยคำถาม “How is Added Value Created?” ซึ่งมี กลไกการทำงานร่วม 3 แบบ ได้แก่ Concentration, Coordination และ Coalition

กลไกที่ 1 Concentration: คือการรวมทรัพยากร กิจกรรมหรือกระบวนการต่างๆ ของแต่ละองค์กรเป็นหนึ่งองค์กรเดียว เป็นการผนวกรวมให้เป็นหนึ่ง

กลไกที่ 2 Coordination: คือการร่วมกันทำงานภายใต้ ทรัพยากร กิจกรรมหรือกระบวนการของแต่ละหน่วยงานที่มีการบริหารจัดการหรือประสานร่วม โดยต่างยังคงการทำงานของหน่วยงานตนเองอย่างต่อเนื่อง เป็นการประสานร่วมกันทำภายใต้โครงสร้างการทำงานเดิม

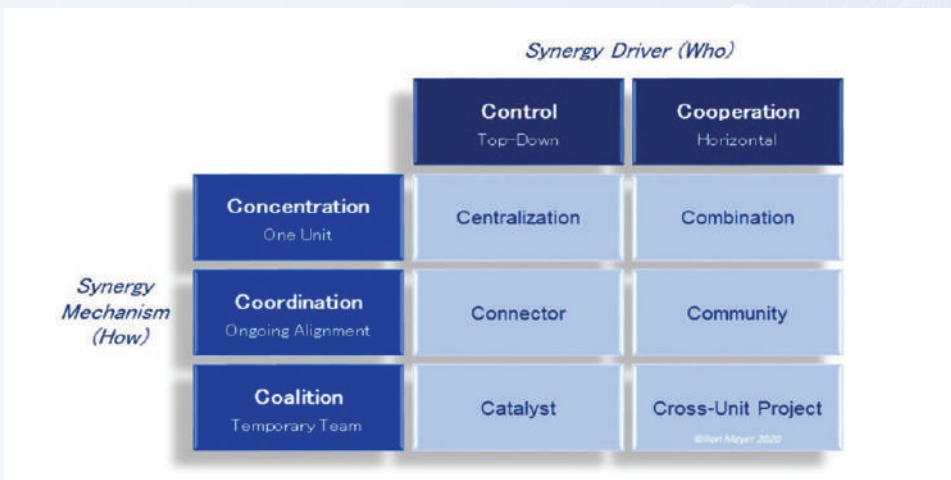
กลไกที่ 3 Coalition: คือการทำงานในลักษณะแนวร่วม โดยทรัพยากร กิจกรรมหรือกระบวนการของแต่ละหน่วยงานมาทำงานร่วมกันภายใต้โครงการที่กำหนดขึ้นเฉพาะเป็นลักษณะการเกิดทีมเฉพาะกิจเพื่อทำเรื่องใดเรื่องหนึ่งร่วมกัน คล้ายกับคำว่า Agile Team ที่เป็นการรวมตัวทำเรื่องให้เห็นตรงกันเฉพาะกิจ



2) **Synergy Driver** การขับเคลื่อนการทำงานร่วมให้มีพลัง นอกจากกลไกในรูปแบบต่างๆ แล้ว คำถามว่าใคร “Who Owns Added Value Creation?” มีความสำคัญว่าใครจะเป็นคนขับเคลื่อนให้เกิดการผนึกกำลังในการทำงานร่วมกันซึ่งจะมี 2 รูปแบบ ได้แก่ Control และ Cooperation

รูปแบบที่ 1 ผู้ขับเคลื่อนแบบควบคุม (control): เป็นลักษณะการทำงานร่วมกันโดยการสั่งการตามลำดับชั้นของสายบังคับบัญชาเป็นลักษณะ Top-down มีการทำงานร่วมกันเริ่มต้นที่ศูนย์กลางองค์กรและบังคับใช้ตามลำดับชั้นที่เป็นทางการ

รูปแบบที่ 2 ผู้ขับเคลื่อนแบบประสานงาน (cooperation): เป็นลักษณะการทำงานร่วมโดยการประสานงานแนวราบ (horizontal) โดยมีการกำหนดความสำเร็จแนวทางการทำงานร่วมกัน



ภาพที่ 2 11 C Synergy Model

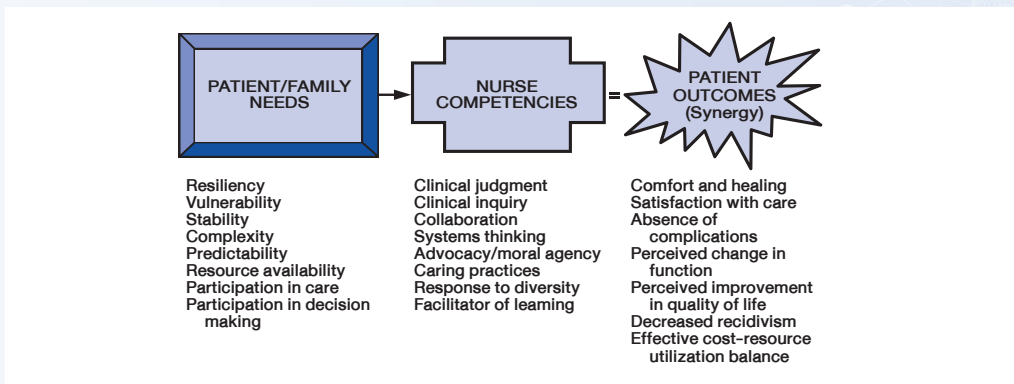
จากกลไกและรูปแบบของผู้ขับเคลื่อนดังกล่าวทำให้เกิดวิธีที่จะทำงานร่วมกันแบบ Synergy 6 วิธี ได้แก่

- 1) วิธี Centralization คือ การทำงานร่วมแบบรวมศูนย์ เป้าหมายร่วมการทำงาน ทรัพยากรร่วมและรายงานตรงที่ศูนย์กลางเดียว
- 2) วิธี Combination คือ การทำงานร่วมแบบผสมผสาน โดยรวมบางกิจกรรมหรือบางเรื่องที่ตกลงกันโดยสมัครใจรายงานเป็นภาพรวมด้วยกันในเรื่องนั้นๆ
- 3) วิธี Connector คือ การทำงานร่วมแบบมีตัวเชื่อมต่อ มีผู้จัดการกลางที่สามารถสั่งการการทำงานของหน่วยงานต่างๆ ร่วมกันได้ หรือเชื่อมประสานการทำงานร่วมได้
- 4) วิธี Community คือ การทำงานร่วมในลักษณะเครือข่ายที่สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูล ทรัพยากร วิธีการการทำงานร่วมกันได้โดยสมัครใจ ไม่มีสายบังคับบัญชา
- 5) วิธี Catalyst คือ การทำงานที่มีผู้จัดการโครงการที่สามารถสั่งการหรือมีพลังในการขับเคลื่อนหลายกลุ่มในการทำงานเดียวกันมาทำงานร่วมกันในโครงการร่วม
- 6) วิธี Cross-unit Project คือ การทำงานในลักษณะทีมชั่วคราวที่ไม่สัมพันธ์กับงานประจำแต่เป็นงานใหม่ที่กำหนดเป้าหมายร่วมกัน

วิธีทั้งหมดสามารถประยุกต์ใช้ได้ในแต่ละบริบทที่แตกต่างไม่ตายตัว แต่ต้องมีเป้าหมายร่วม รวมถึงมีองค์ประกอบของ Synergy ที่ครอบคลุม จึงจะเกิดการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพประสิทธิผล

### 1.1.3 Synergy Model in Healthcare

ในแวดวงสาธารณสุขและระบบบริการสุขภาพที่มีความซับซ้อน เริ่มมีการนำหลักคิดของคำว่า Synergy มาใช้ในกระบวนการดูแลคนไข้ เริ่มต้นจากการพัฒนา Synergy Model for Patient Care ในทางการพยาบาลโดยสมาคมพยาบาลวิกฤตแห่งสหรัฐอเมริกา (the american association of critical-care nurses: AACN) ในปี 1992 เป็นรูปแบบที่ได้รับความนิยมอย่างแพร่หลายโดยมีการปรับปรุงพัฒนาจนสามารถใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้หลากหลายภายใต้ความสัมพันธ์ที่สำคัญของการ Synergy คือการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลต้องสอดคล้องกับลักษณะและความต้องการของผู้ป่วย/ครอบครัว ภายใต้สิ่งแวดล้อมและระบบที่นำไปสู่ผลสัมฤทธิ์ที่ดีที่สุด



ภาพที่ 3 Synergy Model for Patient Care

“Synergy Model for Patient Care” เป็นกรอบแนวคิดที่กล่าวถึงการประสานสอดคล้องระหว่างความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว (family/patient needs) และสมรรถนะพยาบาล (nurse competencies) ที่จำเป็นต้องมี หากทั้งสองส่วนมีการประสานกันอย่างสอดคล้อง (synergy) จะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นคืนกลับสู่สภาวะสูงสุดเท่าที่เป็นไปได้ (optimal outcome) โดยผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายร่วมกันและเกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่เหมาะสมได้บนพื้นฐานที่คำนึงถึง “บริบทของความเจ็บป่วยและสภาพแวดล้อม” ในการดูแลเป็นองค์ประกอบ (ภาพ 3) การพัฒนาการดูแลรักษาแบบฉันทกกำลังให้ความสำคัญกับการทำความเข้าใจลักษณะและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว คู่ขนานไปกับการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลหรือผู้ดูแลที่สามารถเสริมกำลังในการดูแลผู้ป่วยที่มีลักษณะเฉพาะแต่ละรายเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ของการดูแลที่เหมาะสม

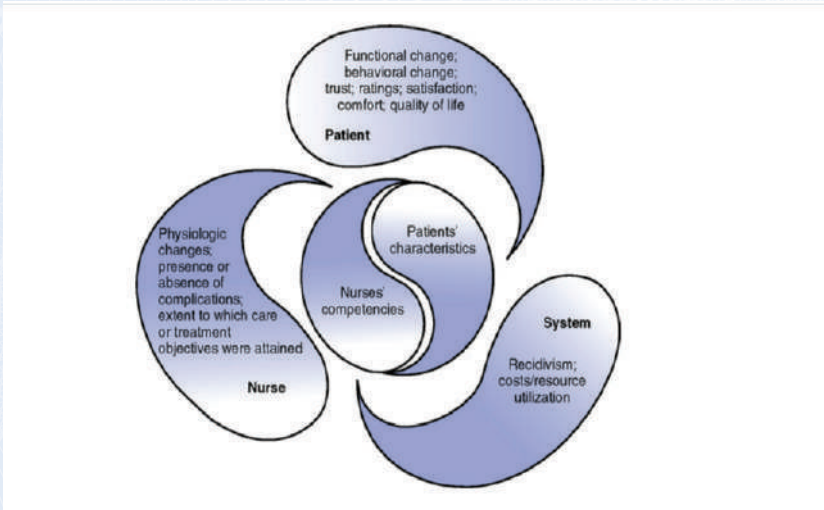


1. **ลักษณะ/ความต้องการของผู้ป่วย (patient' characteristics/needs)** ผู้ป่วยแต่ละคนมีพื้นฐานมาจากบริบทที่ต่างกันส่งผลให้ผู้ป่วยแต่ละคนมีความต่างของศักยภาพที่จะบรรลุสุขภาวะ ซึ่งแต่ละลักษณะที่มีระดับที่แตกต่างต่อเนื่องจากจุดสูงสุดเมื่อมีสุขภาวะและสุขภาพดีให้การประเมินระดับ 5 ไปถึงต่ำสุดเมื่อมีการเจ็บป่วยเป็นระดับ 1 ซึ่งมีความจำเพาะในผู้ป่วยแต่ละราย มีการจำแนกลักษณะและความต้องการของผู้ป่วยเป็น 8 ลักษณะ เพื่อนำมาเทียบเคียงกับสมรรถนะทางการพยาบาลที่จะพัฒนาให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้เป็นผลสัมฤทธิ์ ดังนี้
  - 1) **Resiliency** ความสามารถในการฟื้นคืนกลับมาสู่ภาวะสุขภาพดี การกลับมาทำหน้าที่ดังเดิม โดยใช้กลไกชดเชยหรือการจัดการสุขภาวะ การเผชิญปัญหาสุขภาพ การฟื้นจากการเจ็บป่วย
  - 2) **Vulnerability** ความเปราะบาง ความไวต่อ Stressor ต่างๆ (actual & potential) ที่อาจทำให้เกิดผลทางลบต่อสุขภาพ
  - 3) **Stability** ความสามารถในการคงไว้ซึ่งภาวะสมดุลของร่างกายอย่างต่อเนื่อง และคงที่ ยิ่งมีความสามารถคงไว้สูงยิ่งมีโอกาสตอบสนองต่อการรักษาได้ดี
  - 4) **Complexity** ความซับซ้อนของความเจ็บป่วย ซึ่งมีความเกี่ยวพันกันตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป
  - 5) **Predictability** การพยากรณ์โรค ลักษณะต่างๆ ที่สามารถนำไปใช้ในการคาดหมายหรือพยากรณ์การเจ็บป่วย
  - 6) **Resource Availability** ทรัพยากรที่เอื้อต่อการดูแลรักษา ขอบเขต ปริมาณ และคุณภาพของทรัพยากรทั้งด้านเทคโนโลยี การเงิน ปัจจัยด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ที่ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนสามารถนำมาใช้ในการดูแลรักษา
  - 7) **Participation in Care** ความสามารถในการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย/ครอบครัวในการดูแลรักษา
  - 8) **Participation in Decision Making** การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย/ครอบครัวในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยในด้านต่างๆ
2. **สมรรถนะของพยาบาล (nurse' competencies)** กรอบแนวคิด Synergy Model ให้ความสำคัญกับศักยภาพและสมรรถนะของพยาบาล ซึ่งใช้ความต้องการด้านต่างๆ ของผู้ป่วย/ครอบครัวเป็นปัจจัยกำหนดโดยสมรรถนะของพยาบาลที่ต้องพัฒนาขึ้นมาเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย มีทั้งหมด 8 สมรรถนะ โดยจัดระดับของสมรรถนะเป็น 5 ระดับจากน้อยไปมาก



- 1) **Clinical Judgement** การตัดสินใจทางคลินิกโดยใช้เหตุผลและหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นหลักในการปฏิบัติงาน การคิดอย่างมีวิจารณญาณ และพิจารณาสถานการณ์อย่างเป็นองค์รวม
- 2) **Advocacy/Moral Agency** การปฏิบัติหรือกระทำแทนตามหลักศีลธรรมในการพิทักษ์ปกป้องผู้ป่วยและครอบครัว โดยเข้าใจในประเด็นทางคลินิกและจริยธรรมทางการแพทย์
- 3) **Caring Practices** การให้การดูแลด้วยความเอื้ออาทรด้วยกิจกรรมการพยาบาลที่เสริมสร้างสนับสนุนและเอื้อต่อแผนการรักษาให้สุขสบายและฟื้นหายและป้องกันความทุกข์ทรมาน
- 4) **Collaboration** การทำงานร่วมกับผู้อื่นทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และทีมผู้ให้การดูแลรักษาทั้งในองค์กรและชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวบรรลุเป้าหมายการดูแลรักษา
- 5) **Systems Thinking** การคิดเชิงระบบ โดยใช้องค์ความรู้ เครื่องมือและวิธีการต่างๆ ที่ช่วยให้สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกับทีมทั้งในและนอกสถานพยาบาล
- 6) **Response to Diversity** ตระหนักและตอบสนองอย่างเหมาะสมกับความแตกต่างหลากหลายของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งทางด้านวัฒนธรรม จิตวิญญาณ เพศสภาพ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา
- 7) **Clinical Inquiry** การศึกษาค้นคว้าเพื่อพัฒนาทางคลินิก ซึ่งสามารถดำเนินการอย่างต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยทั้งการค้นคว้าจากผู้ป่วยด้วยการตั้งคำถามและประเมินผล รวมถึงการค้นคว้าทางวิชาการเพื่อหลักฐานเชิงประจักษ์
- 8) **Facilitation of Learning** ส่งเสริมสนับสนุนการเรียนรู้ทั้งที่มีและไม่มีแบบแผนให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ชุมชน สังคม และสมาชิกในทีมการดูแลรักษา  
สมรรถนะเหล่านี้จะมีความครอบคลุมทั้งความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อตอบรับการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและครอบครัวแต่ละรายเพื่อบรรลุการดูแลรักษาที่ดีที่สุด

### 3. Outcomes of Patient-nurse Synergy (Curley, 1998)



ภาพที่ 4 Outcomes of Patient-nurse Synergy

#### 3.1 ผลลัพธ์ที่ได้รับจากผู้ป่วย (patient-derived outcomes)

- 1) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (behavior change) ขึ้นอยู่กับการให้และรับข้อมูลจากผู้ให้บริการ ซึ่งเป็นการเรียนรู้ร่วมกันนำมาสู่ความไว้วางใจ (trust) ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพมากขึ้นและมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองมากขึ้น
- 2) การเปลี่ยนแปลงการทำงาน/กิจวัตรและคุณภาพชีวิต (functional change and quality of life) การทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยและเจาะลึกในบริบทและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงปรับกิจวัตรเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี

- 3) **ความพึงพอใจจากผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น (satisfaction ratings)** การดูแลรักษาแบบผู้ป่วยมีส่วนร่วมและตอบสนองตรงกับความต้องการโดยบุคลากรที่มีสมรรถนะย่อมนำมาซึ่งความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะการได้รับการตอบสนองที่สอดคล้องกับคุณภาพชีวิตที่ดี
- 4) **การรับรู้ความสะดวกสบายที่ได้รับ (comfort ratings)** การดูแลที่เน้นให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์การรักษาที่ดีด้วยจิตใจที่เอื้ออาหารจะส่งผลไปถึงการรับรู้ของผู้ป่วยและครอบครัวในความสะดวกสบายที่ได้รับอย่างเข้าใจเหมาะสม

### 3.2 ผลลัพธ์ที่ได้จากพยาบาล (nurse-derived outcomes)

- 1) **สามารถพบการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้ป่วย (physiologic changes)** การดูแลผู้ป่วยโดยผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินและรู้จักผู้ป่วยอย่างแท้จริง ร่วมกับการใช้ฐานความรู้เชิงวิชาการและการดูแลแบบเอื้ออาหารจะทำให้พยาบาลสามารถสังเกตการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาต่างๆ อันเป็นประโยชน์กับการดูแลรักษาเพิ่มขึ้น
- 2) **การมีหรือไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ (the presence or absence of preventable complications)** การดูแลแบบ Synergy Model ทำให้พยาบาลช่วยสร้างสภาวะแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรได้ การดูแลด้วยความระมัดระวังและการตัดสินใจทางคลินิกด้วยองค์ประกอบที่ครบถ้วน รวมถึงการสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและเพื่อการเยียวยารวมถึงการดูแลด้วยความเอื้ออาหาร จะก่อให้เกิดการคิดถึงการคำนึงถึงความเสี่ยงต่างๆ ที่มีโอกาสเกิดขึ้น
- 3) **ขอบเขตการดูแล และการรักษาบรรลุวัตถุประสงค์ (extent to which care and treatment objectives were attained)** สะท้อนถึงบทบาทของพยาบาลในฐานะผู้บูรณาการการดูแลที่ต้องการความร่วมมือในระดับสูงกับทุกภาคส่วน

### 3.3 ผลลัพธ์ที่ได้เชิงระบบ (system-derived outcomes)

- 1) **การกระทำผิดซ้ำ (recidivism)** การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือการกลับเข้ารับรักษาใหม่ของผู้ป่วยลดลง ซึ่งลดภาระทั้งการดูแลและค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย



## 2) การใช้ต้นทุนและทรัพยากรที่คุ้มค่า (cost and resource utilization)

องค์กรมักจะประเมินต้นทุนทางการเงินตามช่วงเวลาของการดูแล การดูแลที่คุ้มค่าต้องรู้จักผู้ป่วยและความจำเป็นในการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยแต่ละราย ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างเข้าใจของพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์มีผลต่อการใช้ทรัพยากร รวมถึงกรณีที่พยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์ไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้เหมาะสมเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือไม่ สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ อาจส่งผลให้เกิดการลาออก ซึ่งส่งผลให้องค์กรมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น

Synergy Model of Patient Care จึงเป็นต้นแบบของการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ และมีพัฒนาการมาอย่างต่อเนื่อง การผนึกกำลังมีการขยายเป็นลักษณะสหสาขาวิชาชีพ และร่วมกับชุมชนและสังคม ภายใต้เป้าหมายร่วมในการดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความต้องการทั้ง Health Needs และ Social Needs และนำไปสู่ Synergy for Safety and Well-being



## 1.2 Synergy for Safety

ความปลอดภัย (safety) หมายถึง The State of Being “Safe”, The Condition of Being Protected from Harm or Other Danger. Safety Can Also Refer to The Control of Recognized Hazards in order to Achieve an Acceptable Level of Risk.<sup>3</sup> ให้ความสำคัญกับสถานะที่สามารถป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรืออันตรายต่างๆ ได้ รวมถึงการควบคุมสถานะที่อันตรายให้อยู่ในระดับความเสี่ยงที่ยอมรับได้

มีคำสำคัญที่อยู่ในความหมายของ Safety คือ Harm อันตรายที่มีโอกาสเกิดขึ้นที่ต้องป้องกันหรือ Protect คำว่า Hazards ซึ่งเป็นสถานะที่อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนที่อาจนำไปสู่อันตรายหรือความปลอดภัยที่ผู้คนต้องรับรู้และ Control หนึ่งในกระบวนการที่สำคัญคือการค้นหา Contributing Factor ซึ่งเป็นปัจจัยที่อาจนำไปสู่การเกิดความปลอดภัย อาจจะเป็นสิ่งแวดล้อมภายนอกองค์กร ตัวบุคคล ผู้ป่วย อุปกรณ์เครื่องมือ หรือการกระทำที่อาจทำให้เกิดอุบัติเหตุความรุนแรงในระดับต่างๆ เพื่อควบคุมให้เป็นความเสี่ยงหรือ Risk ที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ การที่จะบริหารจัดการให้เกิดความปลอดภัยดังกล่าว จึงมีหลักการหรือระบบที่สำคัญในพัฒนา 3 ระดับดังนี้



ภาพที่ 5 แสดงระบบที่ซ้อนกันอยู่เพื่อความปลอดภัย

<sup>3</sup> Wikipedia

1. **Work Process Management:** ภายใต้การคำนึงถึงสถานะและปัจจัยต่างๆ ที่มีโอกาสเกิดความไม่ปลอดภัยในระบบบริการ การออกแบบระบบ (process design) เพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่างๆ จึงมีความสำคัญ การควบคุมกำกับให้ระบบที่ออกแบบไว้มีการปฏิบัติ (process control) รวมถึงมีการปรับปรุงระบบและกระบวนการ (process improvement) ให้สอดคล้องกับสถานการณ์และทำให้ผลการดำเนินการมีผลลัพธ์ที่ดีขึ้นและปลอดภัย การออกแบบที่ดีจะเป็นหนึ่งในกลไกเริ่มต้นที่จะส่งมอบระบบบริการที่ปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับมาตรฐาน HA I-6.1 กระบวนการทำงาน ข้อ ก. และ ข. เป็นฐานเริ่มต้นสำคัญของดำเนินงานต่างๆ ในองค์กร การออกแบบระบบที่ดีจะต้องการมีส่วนร่วมหรือปรึกษากำลังจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในระบบบริการ
  2. **Risk Management System:** เมื่อมีการออกแบบระบบในการทำงานหรือการให้บริการแล้ว เพื่อความปลอดภัยยังต้องมีระบบบริหารความเสี่ยง ต้องระบุความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้นจากกระบวนการต่างๆ เพื่อวางแผนป้องกัน รวมถึงการเรียนรู้จากอุบัติการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อนำมาปรับระบบในการดำเนินงานเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ ระบบบริหารความเสี่ยงจึงเป็นระบบสำคัญเพื่อความปลอดภัยในการทำงานและต้องมีความร่วมมือกันในการดำเนินการอย่างเป็นระบบทั้งองค์กร สอดคล้องกับมาตรฐาน HA II-1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง
  3. **High Reliability Organization:** การออกแบบระบบและการมีระบบบริหารความเสี่ยงที่ดีจะประสบความสำเร็จได้ ต้องมีผู้ปฏิบัติ หนึ่งในปัจจัยของความปลอดภัยจึงอยู่ที่การสร้าง Mindset ของผู้คนให้มี Safety Awareness มีความตระหนักรู้ (mindfulness) มีพฤติกรรม Mindset ที่สำคัญในการทำงานคือ “คาดการณ์ ไคร่ครวญ ตาดู หูฟังและเตรียมพร้อม” เมื่อเป็นพฤติกรรมที่ทุกคนในองค์กรเห็นความสำคัญและปฏิบัติร่วมกันเสมอ จะกลายเป็นวัฒนธรรมที่นำมาซึ่งความปลอดภัย และนำไปสู่องค์กรที่น่าไว้วางใจ
- การให้ความสำคัญกับเรื่อง Safety ตั้งแต่การออกแบบระบบในการป้องกัน และการบริหารความเสี่ยงที่ดี รวมถึงผู้คนมีพฤติกรรมในการตื่นรู้ จะสอดคล้องกับการขับเคลื่อนแบบ Safety II ที่ไม่ว่าสถานการณ์ใดในการดำเนินการต่างๆ จะมีความปลอดภัยแม้ในสถานการณ์ที่ยากลำบากหรือวุ่นวายซึ่งเป็นเหตุการณ์ส่วนใหญ่ ในขณะที่การเรียนรู้จากอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นแม้เป็นส่วนน้อย แต่เป็น Safety I ที่ทำให้เกิดการเสริมความแข็งแกร่งของระบบหากการเรียนรู้นำไปสู่การปรับระบบเพื่อป้องกัน

ระบบบริการสุขภาพเป็นระบบที่มีความซับซ้อนและมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดความไม่ปลอดภัยกับผู้ให้และผู้รับบริการ ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วนในการวางระบบเพื่อการป้องกันทั้งในระดับสถานพยาบาล ระบบบริการไปจนถึงชุมชนและสังคม การขับเคลื่อนเรื่องความปลอดภัยจึงเป็นประเด็นที่มีการให้ความสำคัญทั้งในระดับ Global และในระดับประเทศ







## 1.2.1 Journey of Global Patient Safety and Thailand Patient and Personnel Safety

การเริ่มต้นขับเคลื่อนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยในระดับสากล เริ่มต้นจากการเผยแพร่หนังสือเรื่อง To Err is Human ที่สะท้อนให้เห็นข้อจำกัดของมนุษย์ซึ่งอาจทำให้เกิดข้อผิดพลาดคลาดเคลื่อนทางการแพทย์ ส่งผลให้ในแต่ละปีมีความสูญเสียจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ นำมาสู่การสร้างความตระหนักในการพัฒนาระบบเพื่อลดข้อผิดพลาดคลาดเคลื่อนของมนุษย์ ในการประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลกครั้งที่ 55 ปี ค.ศ. 2002 ได้มีมติในการให้ความสำคัญกับคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย (WHA 55.13 – quality of care: patient safety) โดยเรียกร้องประเทศสมาชิกให้ความสนใจกับเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) และสนับสนุนให้เกิดการสร้างวัฒนธรรมเพื่อความปลอดภัยในสถานบริการสุขภาพ จากนั้นได้มีการตื่นตัวและมีการตอบรับของประเทศสมาชิก นำมาซึ่งมติของที่ประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลกเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยขึ้นอีกครั้งในปี ค.ศ. 2004 ในเรื่องการสร้างพันธมิตรเพื่อขับเคลื่อนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยในระดับโลก (WHA 57.18 – launch of world alliance for patient safety) หลังจากนั้นองค์การอนามัยโลกได้มีการสนับสนุนการสร้างองค์ความรู้ กลไก เครื่องมือ และแนวทางต่างๆ มากมาย ให้กับประเทศสมาชิก โดยสร้างความร่วมมือในการขับเคลื่อนที่สำคัญ คือ

1. **Patient Safety Challenge:** องค์การอนามัยโลกประกาศประเด็นความปลอดภัยที่ท้าทายและเชิญชวนประเทศสมาชิกทั่วโลกร่วมกันขับเคลื่อน ปี ค.ศ. 2005 ประกาศ The 1<sup>st</sup> Patient Safety Challenge: Clean Care is Safer Care โดยมีเป้าหมายลดอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลปี ค.ศ. 2008 ประกาศ The 2<sup>nd</sup> Patient Safety Challenge: Safe Surgery Saves Lives โดยมีเป้าหมายลดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดที่ป้องกันได้ และมีการขยายการขับเคลื่อนให้เป็นมติดีที่มีความสำคัญในระดับภูมิภาค ในปี ค.ศ. 2017 ประกาศ The 3<sup>rd</sup> Patient Safety Challenge: Medication Without Harm โดยมีเป้าหมายลดอันตรายที่หลีกเลี่ยงได้จากการใช้ยา ประเทศไทยมีการพัฒนาประเด็น Patient Safety Challenge เป็นเป้าหมายความปลอดภัย Patient Safety Goals ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 และในปี พ.ศ. 2561 ได้ทบทวนและปรับให้เป็นเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร หรือ Patient and Personnel Safety Goals: 2P Safety Goals

2. **Patient Safety Incident Reporting and Learning System:** องค์การอนามัยโลกสนับสนุนให้ประเทศสมาชิกพัฒนาระบบการรายงานอุบัติการณ์ เพื่อสร้างการเรียนรู้โดยเริ่มมีแนวทางการปฏิบัติการรายงาน Adverse Event ในปี ค.ศ. 2006 และมีการปรับปรุงพัฒนาต่อเนื่องโดยเปิดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างประเทศสมาชิกให้เกิดการพัฒนากระบวนการร่วมกัน ประเทศไทยได้มีการพัฒนาระบบ National Reporting and Learning System มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 จนปัจจุบันมีระบบรายงานอุบัติการณ์จากโรงพยาบาลสมาชิกโครงการ 2P Safety Hospital จำนวน 950 โรงพยาบาล และมีเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ
3. **Patient Safety Curriculum:** องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญกับการบูรณาการการเรียนการสอนเรื่อง Patient Safety ในสถาบันการศึกษาแต่ละวิชาชีพและสหสาขาวิชาชีพ โดยได้พัฒนา WHO Patient Safety Curriculum Guide เผยแพร่ในปี ค.ศ. 2011 เพื่อเป็นตัวอย่างให้กับประเทศสมาชิกในการพัฒนาระบบการเรียนการสอนเรื่องดังกล่าว ปี พ.ศ. 2556 ประเทศไทยมีการขับเคลื่อนโครงการ Patient Safety Education ร่วมกับองค์การอนามัยโลก (WHO) โดยการประสานเชิญชวนสถาบันการศึกษาต่างๆ ให้บูรณาการเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) เข้าสู่ระบบการเรียนการสอน โดยการนำ WHO Patient Safety Curriculum Guide ฉบับ Multi-professional มาประยุกต์ใช้และแปลเป็นฉบับภาษาไทยปัจจุบันมีการเรียนการสอนเรื่อง Patient Safety ในหลายสถาบันการศึกษาในประเทศไทย
4. **Patients for Patient Safety:** องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเพื่อความปลอดภัย จึงเชิญชวนให้ประเทศสมาชิกเชิญชวนผู้ป่วยเข้ามาร่วมเป็นผู้นำการขับเคลื่อนเรื่อง Patient Safety เป็น Patient Safety Champion ประเทศไทยร่วมจัดโครงการ Patients for Patient Safety กับองค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2557 และมีผู้ป่วยเป็น Patient Safety Champion ร่วมขับเคลื่อนประเด็นดังกล่าวในประเทศไทย

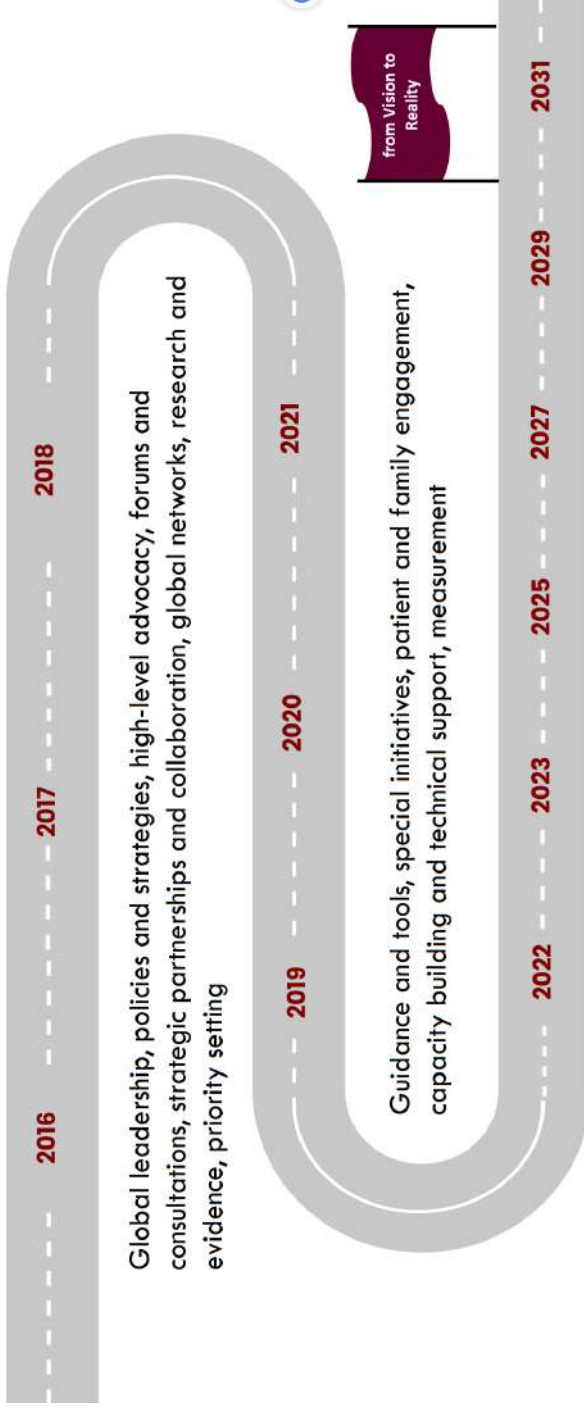
ในปี พ.ศ.2557 ประเทศไทยได้มีส่วนร่วมในการยกย่องมติเสนอต่อการประชุม คณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลกในส่วนภูมิภาค หรือ Regional Committee (RC) ครั้งที่ 68 ให้ความสำคัญว่าเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย เป็นกลไกหลักในการทำให้ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างยั่งยืน โดย WHO-SEAR ได้มีการพัฒนา ร่างยุทธศาสตร์เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (regional strategy for patient safety in the WHO south-east asia region) ร่วมกับทีม ผู้เชี่ยวชาญจากประเทศสมาชิก ที่มีความครอบคลุมการขับเคลื่อนความปลอดภัยของผู้ป่วย ด้วยยุทธศาสตร์และการติดตามประเมินผล ซึ่งสอดคล้องกับการนำไปสู่การปฏิบัติอย่าง เป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น ดังนั้น ในการประชุม RC ครั้งที่ 68 จึงมีการรับรองมติเรื่อง patient safety contributing to sustainable universal health coverage (SEA/RC 68/ R4) ของ ประเทศสมาชิก โดยมีการเรียกร้องและสนับสนุนให้ประเทศสมาชิกรายยุทธศาสตร์ของภูมิภาค ดังกล่าว ไปดำเนินการในระดับประเทศ และมีกระบวนการติดตามประเมินผลที่มุ่งการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งผู้ป่วยและชุมชน โดยแนะนำให้ประเทศสมาชิกมีแผนการดำเนินการ ขับเคลื่อนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ชัดเจน และสรุปรายงานผลที่ได้ต่อองค์การอนามัยโลก ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกจะให้การสนับสนุนองค์ความรู้ และเครื่องมือในการพัฒนาต่างๆ รวมถึงการประเมินและติดตามผลร่วมกัน

WHO-SEAR ได้พัฒนาเครื่องมือในการประเมินสถานการณ์ความปลอดภัยของผู้ป่วยในระดับประเทศขึ้น (country self-assessment for patient safety situation) และได้เชิญชวนให้ประเทศสมาชิกทำการประเมินสถานการณ์ความปลอดภัยของผู้ป่วยภายใน ประเทศของตน ซึ่งเมื่อวันที่ 16 กันยายน พ.ศ. 2559 ประเทศไทยได้สรุปผลการประเมิน ตนเองของประเทศไทย เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวมาวางแผนยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนเรื่อง ความปลอดภัยของผู้ป่วยของประเทศไทย จากผลการประเมินดังกล่าว ประเทศไทยจึงได้ ประกาศนโยบาย “ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข” หรือ “Patient and Personnel (2P) Safety” โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข มียุทธศาสตร์การ ขับเคลื่อนความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร ปี พ.ศ. 2561-2564 และมีคณะกรรมการ ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ที่เป็นความร่วมมือขององค์กรที่มีบทบาทหน้าที่ในระบบบริการสุขภาพ 17 องค์กร ภายใต้โครงการ 2P Safety Hospitals เป็นการผนึกกำลังร่วมกันขับเคลื่อนเพื่อ ความปลอดภัยในประเทศไทยในรูปแบบ ผสมผสานทั้งแบบ Top-Down ด้วยการประกาศ นโยบาย และ Horizontal โดยใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพแบบสมัครใจสร้าง Community of Practice ในกลุ่มโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการเป็น Synergy ลักษณะ Cross Unit Project





## Global Patient Safety Milestones



ภาพที่ 7 Global Patient Safety Milestones



ปี ค.ศ. 2016 การขับเคลื่อนเรื่อง Patient Safety ในระดับ Global เริ่มปรับเปลี่ยนรูปแบบจากเดิมที่ Synergy แบบ Centralization และ Connector ที่เกิดการขับเคลื่อนและนำโดยองค์กรอนามัยโลกเป็นการสร้างการมีส่วนร่วมจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้นำจากประเทศต่างๆ เป็นการ Synergy แบบ Community โดยองค์กรอนามัยโลกเป็น Catalyst เกิดการสร้างความร่วมมือการสร้างกลุ่มการขับเคลื่อนที่สำคัญ คือ

1. **Global Patient Safety Network:** เป็นการรวมตัวกันของ International Experts and Professional Bodies จากประเทศสมาชิกร่วมกันแลกเปลี่ยนข้อมูลเชิงวิชาการและประสบการณ์เพื่อผลักดันการขับเคลื่อน Patient Safety โดยมีการประชุมกำหนดประเด็นสำคัญร่วมกันในการขับเคลื่อนทั้งการประชุมแบบ Onsite และ On-line มีช่องทางการติดต่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นผ่าน Mail Group โดยมี องค์กรอนามัยโลกเป็นเสมือน Connector และ Catalyst ประเทศไทย โดย สรพ. ร่วมเป็นองค์กรเครือข่ายและผู้เชี่ยวชาญด้าน Patient Safety ขับเคลื่อนประเด็นต่างๆ ร่วมกับประเทศสมาชิก
2. **Global Ministerial Summits on Patient Safety:** เกิดการประชุมร่วมในระดับรัฐมนตรีหรือผู้ขับเคลื่อนนโยบายจากแต่ละประเทศ เพื่อกำหนดเป้าหมายและทิศทางร่วมกันของประเทศสมาชิก โดยประเทศไทยได้รับเชิญเข้าร่วมนำเสนอการดำเนินการในประเทศไทยในการประชุมดังกล่าว

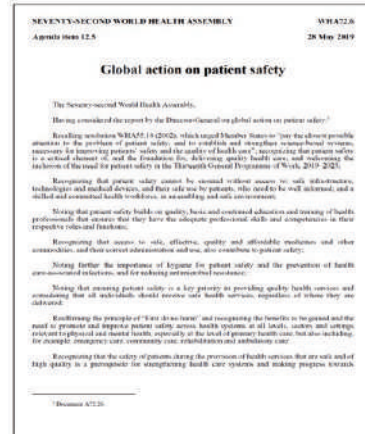
จากการผึกกำลังของ 2 กลุ่มการขับเคลื่อนที่สำคัญนี้ นำมาสู่ การเสนอประเด็น “Global Action on Patient Safety” ในการประชุม World Health Assembly ครั้งที่ 72 ปี ค.ศ. 2019 โดยที่ประชุมมีมติให้การยอมรับ เรื่อง Patient Safety เป็น Global Health Priority และกำหนดให้ทุกวันที่ 17 กันยายน ของทุกปีเป็นวัน World Patient Safety Day โดยประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่สนับสนุนมติดังกล่าวและเป็น Regional One Voice ของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ในการประชุม World Health Assembly ครั้งที่ 74 ปี ค.ศ.2021 มีมติที่ประชุมเห็นชอบ Global Patient Safety Action Plan 2021-2030 เป็นกรอบการพัฒนาเรื่อง Patient Safety ของ Global และประเทศสมาชิกเพื่อการขับเคลื่อนอย่างมีเป้าหมายและทิศทางร่วมกัน โดยให้มีการรายงานผลในที่ประชุมทุก 2 ปี



## 72<sup>nd</sup> World Health Assembly (WHA) 28 May 2019



- ✓ Adopted WHA resolution “**Global action on patient safety**” (WHA72.6)
- ✓ Recognized Patient Safety as a **global health priority**
- ✓ Established an annual **World Patient Safety Day** on 17 September
- ✓ Formulate a **Global Patient Safety Action Plan 2021-2030**

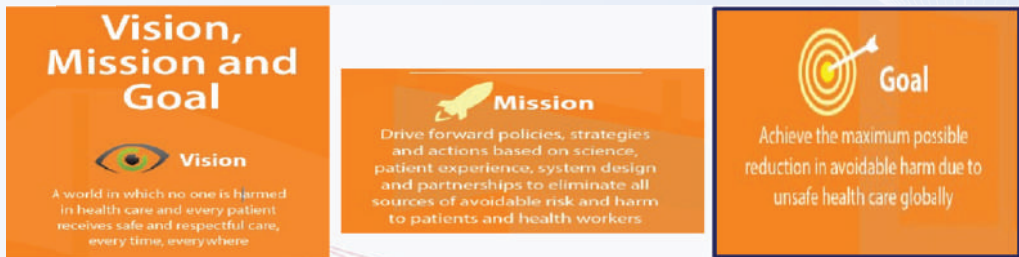


ภาพที่ 8 การประชุม World Health Assembly ครั้งที่ 74

ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่ร่วมขับเคลื่อนและพัฒนา Global Patient Safety Action Plan 2021-2030 รวมถึงได้นำมาปรับให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร โดยได้ปรับเป้าหมายของแผนและยุทธศาสตร์เป็นการขับเคลื่อนความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากร และประชาชน (Patient Personnel and People Safety: 3P Safety)

## 1.2.2 Global Patient Safety Action Plan 2021–2030

เป็นกรอบการขับเคลื่อนเรื่อง Patient Safety ที่พัฒนามาจากการทำงานขององค์การอนามัยโลกและ Global Patient Safety Network โดยองค์การอนามัยโลกเชิญชวนประเทศสมาชิกใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาของทุกประเทศซึ่งมีเป้าหมายร่วมกัน มีวิสัยทัศน์ พันธกิจ และเป้าหมายร่วมกันดังภาพ



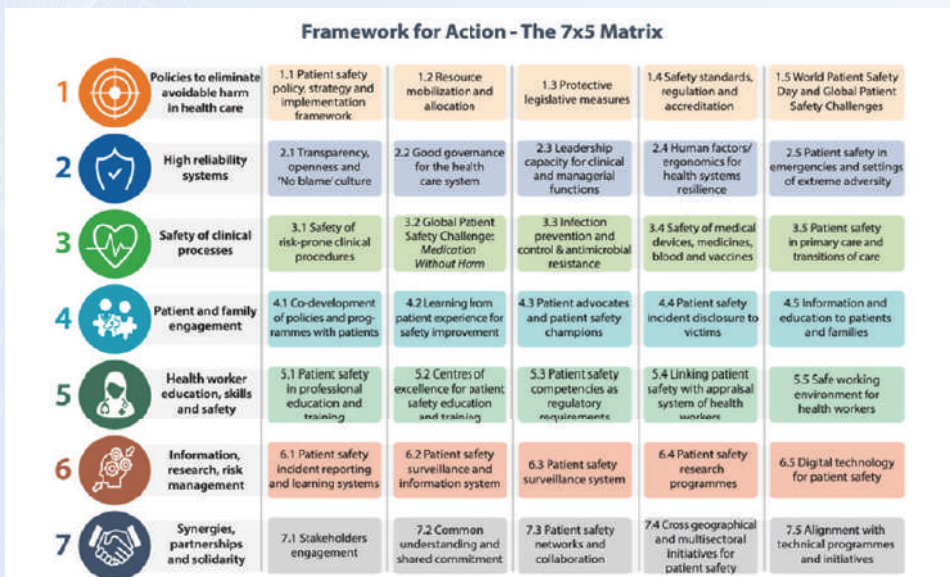
ภาพที่ 9 เป้าหมายร่วมในการขับเคลื่อน Patient Safety

โดยมีหลักการสำคัญในการนำไปสู่การขับเคลื่อน Action Plan ที่สำคัญสำหรับแต่ละประเทศนำไปปฏิบัติ ได้แก่

- 1. Engage Patients and Families as Partners in Safe Care:** การดูแลสุขภาพอย่างปลอดภัยเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของทุกคน และการดูแลสุขภาพให้ปลอดภัยเป็นงานบริการที่ต้องมีส่วนร่วมระหว่างผู้ให้ คือ บุคลากรทางการแพทย์และผู้รับ คือ ผู้ป่วยและครอบครัว โดยร่วมกันเป็นเจ้าของตลอดเส้นทางของการดูแลรักษาในภาพการขับเคลื่อนและพัฒนาาระบบบริการควรให้โอกาสผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในทุกระดับตั้งแต่การกำหนดนโยบายและการวางแผน การกำหนดแนวทางปฏิบัติการกำกับติดตาม และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการพัฒนาระบบเพื่อความปลอดภัย
- 2. Achieve Results Through Collaborative Working:** ให้ความสำคัญกับการกำหนดเป้าหมายระดับโลกเพื่อส่งต่อไปยังประเทศสมาชิกตั้งแต่ การกำหนดนโยบายแนวทาง และเครื่องมือต่างๆ สู่การปฏิบัติที่มีเป้าหมายในการส่งมอบระบบบริการที่ปลอดภัยในทุกประเทศ โดยให้มีการรายงานผลการพัฒนาในระดับพื้นที่ป้อนกลับระดับประเทศ และแลกเปลี่ยนผลร่วมกันระหว่างประเทศในระดับส่วนกลาง เป็นการทำงานร่วมกันเพื่อหวังผลสัมฤทธิ์ร่วมกัน



3. **Analyse and Share Data to Generate Learning:** ให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์ แลกเปลี่ยนข้อมูล เกี่ยวกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เพื่อสร้างการเรียนรู้และพัฒนา
  4. **Translate Evidence into Actionable and Measurable Improvement:** การให้ความสำคัญกับหลักฐานที่ได้จากการปฏิบัติ เช่น ประสิทธิภาพผู้ป่วย นำสู่การปฏิบัติ และการพัฒนาเครื่องมือที่สามารถวัดผลได้
  5. **Base Policies and Action on The Nature of The Care Setting:** การกำหนดนโยบายพื้นฐานและการนำไปปฏิบัติที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมและบริบทของพื้นที่
  6. **Use Both Scientific Expertise and Patient Experience to Improve Safety:** การใช้ทั้งข้อมูลทางวิทยาศาสตร์ ผู้เชี่ยวชาญ และประสบการณ์ผู้ป่วย ในการพัฒนาเรื่องความปลอดภัย
  7. **Instil a Safety Culture in The Design and Delivery of Health Care:** การปลูกฝังวัฒนธรรมความปลอดภัยทั้งในการออกแบบระบบบริการไปจนถึงการส่งมอบบริการต่อผู้ป่วย
- ยุทธศาสตร์การขับเคลื่อน Global Action Plan มีทั้งหมด 7 ยุทธศาสตร์ แต่ละยุทธศาสตร์ มี 5 กลยุทธ์ เป็นแผนยุทธศาสตร์ 7x5 ดังภาพ



ภาพที่ 10 ยุทธศาสตร์การขับเคลื่อน Global Action Plan



ซึ่งการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์แบ่งเป็น 4 ระดับในการขับเคลื่อน ได้แก่

1. **Governments:** การขับเคลื่อนระดับรัฐบาล กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานบริหารทั้งในระดับประเทศและระดับภูมิภาค หรือเขตบริการสุขภาพ รวมถึงกระทรวงอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และหน่วยงานกำกับดูแล
2. **Health Care Facilities and Services:** สถานพยาบาลทุกระดับตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ สถานพยาบาลที่เป็นสถาบันการศึกษา รวมถึงสถานพยาบาลทุกสังกัดทั้งรัฐและเอกชน
3. **Stakeholders:** อาทิจ องค์กรเอกชน องค์กรผู้ป่วยและกลุ่มผู้ป่วย องค์กรวิชาชีพ สมาคม สถาบันการศึกษาและการวิจัย และองค์กรภาคประชาสังคมต่างๆ
4. **WHO Secretariat:** องค์กรอนามัยโลกในทุกระดับ สำนักงานในประเทศ สำนักงานภูมิภาค และสำนักงานใหญ่

โดยทุกภาคส่วนต้องให้ความสำคัญในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ตามบทบาทหน้าที่ โดยเชื่อมต่อสนับสนุนซึ่งกันและกันในการดำเนินการ ข้อมูล และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อเป้าหมายร่วมกัน

## 1.3 Synergy for Well-being

เป้าหมายของระบบบริการสุขภาพในปัจจุบัน ขยับจากการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพและความปลอดภัย ก้าวไปสู่การพัฒนาให้ประชาชนสุขภาพดีและมีสุขภาวะ ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายที่ 3 ของ Sustainable Development Goals (SDG) ที่มุ่งให้ประชาชน มี Good Health and Well-being

คำว่า Well-being ตาม Dictionary มีนิยามว่า The State of Feeling Healthy and Happy หมายถึง สภาวะที่มีสุขภาพดีและมีความสุข Tchiki Davis, Ph.D. ซึ่งเป็นนักจิตวิทยานิยามคำว่า Well-being ในหลายมิติว่า Well-being is Defined as a Sense of Health and Vitality That Arises from Your Thoughts, Emotions, Actions, and Experiences. When We Have Well-being, We Feel Happy, Healthy, Socially Connected, and Purposeful Most of The Time. สะท้อนความเป็นอยู่ที่ดี เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับสุขภาพและความมีชีวิตชีวาที่เกิดขึ้นจากความคิด อารมณ์ การกระทำ และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ถ้ามีความเป็นอยู่ที่ดีผู้คนจะรู้สึกมีความสุข มีสุขภาพดี มีสายสัมพันธ์ทางสังคม และมีเป้าหมายที่เติมเต็มในทุกช่วงเวลา จึงมีการแบ่ง Well-Being ออกเป็น เป็น 5 Type คือ

1. **ความเป็นอยู่ที่ดีด้านอารมณ์ (emotional well-being)** เป็นความสามารถของบุคคลที่สามารถจัดการความเครียด มีวิธีการผ่อนคลาย การฟื้นตัวหรือการเสริมพลังตัวเอง คนกลุ่มนี้จะรักและเคารพตัวเอง ซึ่งจะนำไปสู่การเป็นบุคคลที่มีความรู้สึกที่ดีหรือเป็นคนที่มีความสุข
2. **ความเป็นอยู่ที่ดีด้านร่างกาย (physical well-being)** เป็นความสามารถดูแลร่างกายให้มีสุขภาพดี ทั้งในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน เป็นนิสัยและพฤติกรรมที่ทำต่อเนื่อง รวมถึงการหายจากโรคและการปรับฟื้นตัวจากโรคหรือภาวะไม่ปกติ ซึ่งจะนำไปสู่คนมีสุขภาพดี
3. **ความเป็นอยู่ที่ดีทางสังคม (social well-being)** เป็นความสามารถในการสื่อสาร พัฒนาความสัมพันธ์ที่มีความหมายกับผู้อื่น รักษาและสนับสนุนความสัมพันธ์ของเครือข่ายให้คงอยู่ เอาชนะความเหงาการอยู่คนเดียวแต่อยู่กับผู้อื่นอย่างมีความสุข ซึ่งทำให้เป็นคนมีสังคม
4. **ความเป็นอยู่ที่ดีในที่ทำงาน (workplace well-being)** เป็นความสามารถรับรู้ความสนใจของตนเอง เห็นคุณค่าของตนเองในงานและสามารถค้นหาคุณค่าและความหมายของงานและองค์กรที่ทำงาน สามารถเพิ่มพูนความสุขจากการทำงาน

อย่างมีอาชีพ ซึ่งทำให้เป็นคนมีคุณค่า

5. **ความเป็นอยู่ที่ดีของสังคม (societal well-being)** เป็นความสามารถในการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในชุมชน วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดความเจริญรุ่งเรืองในสังคมที่ดำรงอยู่ ซึ่งทำให้เป็นคนสร้างคุณค่าให้สังคม
6. **ความเป็นอยู่ที่ดีทางการเงิน (financial well-being)** เป็นความสามารถการใช้ชีวิตด้วยความรู้สึกปลอดภัยที่สามารถตอบสนองความต้องการ และวางรากฐานทางการเงินที่แข็งแกร่งเพื่อความสะดวกสบายในอนาคตการไม่มีหนี้สินได้ด้วยการวางแผนอย่างรอบคอบ ซึ่งทำให้เป็นคนที่มีความมั่นคงและปลอดภัยทางการเงิน
7. **ความเป็นอยู่ที่ดีทางปัญญา หรือสุขภาวะทางปัญญา (intellectual well-being)** เป็นความสามารถในการเลือกโอกาสในการเรียนรู้ มีความคิดสร้างสรรค์ สามารถปรับตัว แก้ปัญหา และเอาชนะความท้าทาย สามารถฝึกความคิดและทักษะต่างๆ ที่อยากมีอยากเป็น ซึ่งทำให้เป็นคนที่มีศักยภาพ
8. **ความเป็นอยู่ที่ดีของสิ่งแวดล้อม (environmental well-being)** เป็นความสามารถในการปลูกฝังแนวทางปฏิบัติและดำรงชีวิตในวิถีทางเลือกที่รักษ์และดูแลโลกสิ่งมีชีวิต และทรัพยากรธรรมชาติ ซึ่งรวมถึงการหาวิธีลดผลกระทบจากการดำรงชีวิตต่อสิ่งแวดล้อมด้วยการสร้างนิสัยและทางเลือกที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้เป็นคนที่อนุรักษ์โลก

ประเด็นการสร้างให้เกิด Well-being ในทุกมิติต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้คนทุกคนที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในด้านที่แตกต่าง เสริมพลัง สร้าง สื่อสาร และปฏิบัติร่วมเป็นพลังการขับเคลื่อนทางสังคม



### 1.3.1 วัตถุประสงค์เพื่อเยียวยาความสัมพันธ์ในองค์กรและสร้างความผูกพันของบุคลากร

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

หลายท่านคงเคยได้ยิน ดร.นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ กล่าวว่า ภัยของผู้สูงอายุ เป็นภัยของการเยียวยาความสัมพันธ์ เพื่อได้รับฟังความทุกข์ของคนทำงาน ผู้เขียน<sup>4</sup> จึงได้ ทบทวนว่าจะใช้หลักการเรื่องการเยียวยาความสัมพันธ์เข้ามาช่วยได้อย่างไร

องค์กรที่เราทำงานด้วยเป็นเสมือนบ้านหลังที่สอง บางครั้งก็ทำให้เรามีความสุข บางครั้งก็ทำให้เรามีความทุกข์ ทั้งหมดเกิดจากการกระทำของแต่ละคนที่มีต่อกัน เรามัก ไม่รู้ตัวว่าการกระทำของเรานั้นมีผลต่อผู้อื่นอย่างไร และสะท้อนกลับมาหาตัวเราเองอย่างไร รวมทั้งไม่ตระหนักว่าตัวเราเองแต่ละคนจะมีบทบาทในการเยียวยาหรือฟื้นฟูความสัมพันธ์ ภายในองค์กรได้อย่างไร

จากเรื่องราวที่ได้รับฟัง ผู้เขียนได้นำมาสรุปเป็นจุดเริ่มต้นที่แต่ละคนจะนำไปเป็น หลักในการปฏิบัติเป็นปกติประจำ เรียกว่า “วัตถุประสงค์เพื่อเยียวยาความสัมพันธ์ในองค์กร และสร้างความผูกพันของบุคลากร” โดย 4 ประเด็นแรกที่คิดได้ คือ Appreciation, Compassion, Congratulation, และ Reflection โดยประเด็นที่ผู้เขียนให้ความสำคัญที่สุด คือ การใคร่ครวญสะท้อนคิด (reflection) ที่จะทำให้เราเห็นตัวตนของเรา เห็นผลกระทบว่า การกระทำของเราส่งผลกระทบต่อผู้อื่นอย่างไร ซึ่งเป็นเรื่องที่ยากที่สุด ต้องอาศัยการตั้งปณิธาน อันแรงกล้าและปวารณากับเพื่อนที่ไว้วางใจได้เป็นจุดตั้งต้น (เพื่อนคนนี้ต้องเป็นคนที่กำลังพูด และพูดความจริงด้วย) เมื่อทำได้เห็นประโยชน์กับตัวเองแล้วก็สามารถสร้างกิจกรรมรับฟัง อย่างกว้างขวางได้

เขียนไป คิดไป ก็มีเพิ่มเติมจนเกือบครบ ACCREDIT---ON (2C รวมกับ N ก็ครบ พรหมวิหาร 4 คือ Compassion=เมตตา กรุณา Congratulation=มุทิตา Neutral=อุเบกขา) พอแลกเปลี่ยนแนวคิดออกมาใน Facebook ก็มีสมาชิกช่วยกันเพิ่มเติม ตัวที่เหลือว่างไว้ คือ ATI ดร.นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ก็มาช่วยเติมให้

A - Authentic, Altruism, Appropriate, Acknowledgement;

T - Timely, Tolerant, Transparent, Tasteful;

I - Inspiration, Inclusive, Innovation

<sup>4</sup> นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล ผู้ทรงคุณวุฒิ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล



ดร.นพ.สกล สิงหะ ก็มาช่วยเพิ่ม T – Tolerate; I – Integral รวมทั้งแนะนำว่าตระกูล H ก็น่าสนใจ คือ

H - Humble, Humanistic, Honest, Holistic

พ.ต.หญิง ศิริรัตน์ บุตรดีมี เสนอให้เติม S – Safety; R – Respect ทำให้นึกถึง

SR - Sustained Release

สุดท้ายจึงได้เป็น “H-ACCREDITATION-SR” หรือคิดได้ง่ายๆ ว่าเป็นยาเม็ด HA ที่ออกฤทธิ์นาน

เป็นที่มาว่า Package ของการปฏิบัติเพื่อเยียวยาความสัมพันธ์และสร้างความผูกพัน ของบุคลากร จึงกลายเป็นบัญญัติรายการชุดใหญ่ ซึ่งในทางปฏิบัติจริง คงจะต้องค่อยๆ เลือกเอา ตัวที่เป็นไปได้และจะส่งผลกระทบต่อที่ชัดเจนไปใช้กัน

| ตัวย่อ | คำสำคัญ        | ขยายความ  |
|--------|----------------|---|
| H      | Holistic       | มองเห็นความสัมพันธ์ของปัจจัยรอบตัว รวมทั้งผลกระทบของการกระทำและการตีความหมายของตนเอง                    |
|        | Honest         | มีความจริงใจต่อกัน  |
|        | Humanistic     | ปฏิบัติต่อกันด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์   |
|        | Humble         | อ่อนน้อมถ่อมตน ยอมรับว่าไม่รู้ทุกเรื่อง ยอมรับข้อบกพร่องของตนเอง  |
| A      | Appreciation   | ชื่นชมคุณความดีของผู้คนและสิ่งรอบตัวทั้งภายในจิตใจ และการแสดงออก ขอบคุณกันและกันให้บ่อยๆ                |
| C      | Compassion     | มีเมตตากรุณาเอื้ออาทร ช่วยเหลือเพื่อนร่วมงานโดยไม่มีเงื่อนไข (สอดคล้องกับ Mutual Support ใน TeamSTEPPS) |
| C      | Congratulation | ชื่นชมยินดีด้วยใจจริงต่อผู้ที่ประสบความสำเร็จ   |
| R      | Reflection     | หาวิธีการรับฟังเสียงสะท้อนจากคนใกล้ชิดและปรับปรุงจุดอ่อนของตัวเอง                                       |

| ตัวย่อ | คำสำคัญ           | ขยายความ   |
|--------|-------------------|--|
| E      | Emotional control | การควบคุมอารมณ์เพื่อไม่ให้เสียบรรยากาศในทีม  |
|        | Empathy           | ความเข้าใจและเห็นใจผู้อื่น เอาใจเขามาใส่ใจเรา  |
|        | Empower           | เสริมพลังให้ผู้อื่นได้มีโอกาสภาคภูมิใจในผลงานที่เกิดขึ้น   |
| D      | Dialogue          | ใช้สุนทรียสนทนากันเป็นประจำ รับฟังกันด้วยใจ  |
| I      | Integral          | มีความอึดเต็ม ไม่หิวโหยไขว่คว้าทุกอย่างเข้าสู่ตัวเอง   |
|        | Integrity         | ซื่อสัตย์ มีคุณธรรม จริยธรรม   |
| T      | Trust             | ทำตัวให้เป็นที่ไว้วางใจของผู้อื่น ฟังด้วยการกระทำและ วาจา ไม่มีนอกไม่มีใน แต่เพื่อผลประโยชน์ของส่วนรวม |
| A      | Accountability    | รับผิดชอบต่อผลที่เกิดจากการกระทำของตนเอง   |
|        | Acknowledgement   | ยอมรับในคุณค่า ความคิด และผลงานของผู้อื่น  |
|        | Agreement         | พยายามหาข้อตกลงร่วมกัน โดยไม่ละเลยเสียงส่วนน้อย (ตามหลัก deep democracy)                               |
|        | Altruism          | ร่วมกันมุ่งทำเพื่อประโยชน์ของผู้อื่น   |
|        | Appropriate       | มีการปฏิบัติต่อกันอย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ บุคคล สถานที่ เวลา  |
|        | Authentic         | เป็นของแท้ มีความเป็นมนุษย์ที่แท้จริง  |
| T      | Tasteful          | รู้จักเลือกเฟ้นสิ่งที่รักษาความสัมพันธ์และการอยู่ร่วมกัน   |
|        | Timely            | คุยกันทันทีเมื่อเริ่มรู้สึกที่ไม่เข้าใจกัน ไม่ปล่อยให้ เนิ่นนานจนลืมนึกไปว่าเกิดอะไรขึ้นระหว่างกัน     |
|        | Tolerant          | อดทนต่อถ้อยคำที่ไม่เสนาะหู ฟังให้ได้ยินเจตนา เบื้องหลัง  |
|        | Transparent       | โปร่งใส ตรงไปตรงมา ไม่ปิดบังข้อเท็จจริง  |

| ตัวย่อ | คำสำคัญ     | ขยายความ  |
|--------|-------------|---|
| I      | Inclusive   | เชื่อเชิญและเปิดโอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายมีส่วนร่วม                        |
|        | Innovation  | ใช้การอยู่ร่วมกันเพื่อปลดปล่อยพลังด้านบวก ความคิด อิสระและสร้างสรรค์          |
|        | Inspiration | ใช้ทุกบทสนทนาเพื่อสร้างแรงบันดาลใจ  |
| O      | Ownership   | ทำให้ผู้เกี่ยวข้องรู้สึกว่าเป็นเจ้าของงานร่วมกัน                              |
| N      | Neutral     | ทำตัวเป็นเหล็กไม่มีขั้วไม่ถูกดูดหรือผลักให้กว้าง                              |
| S      | Safety      | สร้างพื้นที่ปลอดภัยให้สามารถพูดคุยกันได้ทุกเรื่อง                             |
| R      | Respect     | ยอมรับนับถือในการมีอยู่ ในความคิด ในการแสดงออก ในการตัดสินใจของสมาชิกในองค์กร |

ลองใคร่ครวญดูให้ดี เลิกหาเหตุผลเข้าข้างตัวเองในการกระทำต่างๆ ของเรา ใช้มุมมองที่แตกต่างออกไปจากเดิมบ้าง จะพบว่าเราสามารถเปลี่ยนแปลงตัวเอง เปลี่ยนแปลงมุมมองของผู้อื่นที่มีต่อเรา และทำให้บุคคลเหล่านั้นเปลี่ยนท่าทีที่มีต่อกัน สามารถเปลี่ยนแปลงองค์กรและเปลี่ยนแปลงโลกได้



ตอนที่

2

Insight Quality  
and  
HA Standards

## 2.1 Insight Quality

### 2.1.1 Value-based Healthcare การดูแลสุขภาพที่มุ่งเน้นคุณค่า

รศ.ดร.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์

การดูแลสุขภาพที่มุ่งเน้นคุณค่า (value-based healthcare หรือ VBHC) เป็นทิศทางที่สำคัญของการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพที่ผ่านมาในหลายๆ ประเทศ ซึ่งแม้ว่าการผลักดันเรื่องการดูแลสุขภาพที่มุ่งเน้นคุณค่าในช่วงระยะประมาณ 20 ปีที่ผ่านมาจะมีที่มาจากความพยายามเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ หรือควบคุมค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว แต่ในที่สุดแล้วการดำเนินการให้การดูแลสุขภาพที่มุ่งเน้นคุณค่าประสบผลสำเร็จต้องอาศัยการปรับปรุงกระบวนการดูแลสุขภาพที่มีเป้าหมายให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยที่ดีขึ้นร่วมกับให้มีการใช้ทรัพยากรหรือต้นทุนค่าใช้จ่ายอย่างสมเหตุสมผลหรือต้นทุนที่ลดลงเป็นเครื่องมือสำคัญ

Porter (2013) นำเรื่องการดูแลสุขภาพมานำเสนอให้เป็นรูปธรรมและได้รับการอ้างอิงอย่างกว้างขวาง แต่การนำไปใช้ในทางปฏิบัติมีความหลากหลายไปตามบริบทของแต่ละประเทศและสถานพยาบาล รวมไปถึงนิยามหรือรูปแบบของการดูแลสุขภาพที่มุ่งเน้นคุณค่าซึ่งในที่นี้ ผู้เขียน<sup>5</sup> จะขอนำเสนอส่วนที่เป็นแนวคิดหรือหลักการที่สำคัญที่เราสามารถมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพของกระบวนการดูแลสุขภาพและสถานพยาบาลได้อย่างกระชับ ใน 6 ประเด็น ดังนี้

- 1) การดูแลสุขภาพที่มุ่งเน้นคุณค่า พิจารณาผลลัพธ์ที่สำคัญต่อผู้ป่วยควบคู่ไปกับการใช้ทรัพยากรที่เหมาะสมในการออกแบบกระบวนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและประชาชน
- 2) การดูแลสุขภาพที่มุ่งเน้นคุณค่า พิจารณาผลลัพธ์ที่สำคัญต่อผู้ป่วยครอบคลุมตลอดวัฏจักรของการดูแลสุขภาพในเรื่องนั้นๆ
- 3) ผลลัพธ์ทางสุขภาพควรพิจารณาผลลัพธ์ที่รายงานโดยผู้ป่วยด้วย
- 4) ต้นทุนของการดูแลสุขภาพแปรไปตามการใช้ทรัพยากร และการใช้เวลา
- 5) การพัฒนาคุณภาพของการดูแลสุขภาพช่วยเพิ่มคุณค่าได้ทั้งจากการยกระดับผลลัพธ์และลดความสูญเสียในการใช้ทรัพยากรและใช้เวลา (ลดต้นทุน)
- 6) การบริหารจัดการระบบนิเวศของการดูแลสุขภาพสนับสนุนให้เกิดคุณค่าของการดูแลสุขภาพ

<sup>5</sup> รศ.ดร.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ คณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ สรพ.

1) การดูแลสุขภาพที่มุ่งเน้นคุณค่า พิจารณาผลลัพธ์ที่สำคัญต่อผู้ป่วยควบคู่ไปกับการใช้ทรัพยากรที่เหมาะสมในการออกแบบกระบวนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและประชาชน ตลอดวัฏจักรของการดูแลสุขภาพ

การดูแลสุขภาพที่มุ่งเน้นคุณค่า เป็นรูปแบบของการจัดการดูแลสุขภาพที่มุ่งเน้นการทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่สำคัญต่อผู้ป่วย ร่วมกับการสร้างสมดุลของการใช้ทรัพยากรหรือต้นทุนของการให้การดูแลอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ การพัฒนาให้การดูแลสุขภาพมุ่งเน้นคุณค่า เป็นการนำแนวคิดที่สำคัญอย่างน้อย 3 ประการมาใช้ร่วมกัน ได้แก่

(1) การดำเนินการผ่านกระบวนการดูแลแบบบูรณาการที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้ความสำคัญกับผลลัพธ์ทางสุขภาพที่สำคัญต่อผู้ป่วยตลอดวัฏจักรของการดูแลสุขภาพ (cycle of care) สำหรับประเด็นหรือปัญหาสุขภาพที่มี ประสิทธิภาพของผู้ป่วยที่ดีตลอดเส้นทางของการใช้บริการ และความเหมาะสมของต้นทุนหรือทรัพยากรที่ใช้ในการดูแลสุขภาพ

(2) การใช้ประโยชน์จากระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพที่จะช่วยสนับสนุนการติดตามผลลัพธ์ทางสุขภาพ กิจกรรมของการดูแลสุขภาพ ประสิทธิภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและต้นทุนค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เกิดขึ้น เอื้อต่อการทบทวนและปรับปรุง

(3) การได้รับการสนับสนุนทางการเงินหรือทรัพยากรที่ส่งเสริมผลลัพธ์หรือคุณภาพของการดูแลที่ดีมากกว่าตามปริมาณความมากน้อยของบริการที่ให้ ออกแบบกลไกทางการเงินเพื่อสนับสนุนผู้ให้บริการสุขภาพเป็นส่วนสำคัญของระบบนิเวศของการดูแลสุขภาพ กลไกทางการเงินที่เหมาะสมจะเหนี่ยวนำให้เกิดการบูรณาการของบริการในขั้นตอนต่างๆ ของการดูแลรักษาพยาบาล ความพยายามเพิ่มประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากร และการตอบแทนประโยชน์ให้กับผู้ให้บริการที่พัฒนาคุณภาพไปในทิศทางดังกล่าวด้วย



## 2) การดูแลสุขภาพที่มุ่งเน้นคุณค่าพิจารณาผลลัพธ์ที่สำคัญต่อผู้ป่วยครอบคลุมตลอด วัฏจักรของการดูแลสุขภาพในเรื่องนั้นๆ

ผลลัพธ์ที่สำคัญต่อผู้ป่วยตามแนวคิดของการดูแลสุขภาพแบบมุ่งเน้นคุณค่า ควรพิจารณาให้ครอบคลุมวัฏจักรของการดูแลสุขภาพ (cycle of care) ซึ่งหมายถึง กระบวนการทั้งหมดที่ต่อเชื่อมกันในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยสำหรับปัญหาสุขภาพ ในเรื่องหนึ่งๆ ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุด วัฏจักรของการดูแลสุขภาพมักมีหลายขั้นตอน หรือระยะขึ้นกับปัญหาสุขภาพ วัฏจักรของการดูแลสุขภาพสำหรับโรคได้ตั้งอีกแบบ เดียวปล้นอาจครอบคลุมตั้งแต่เริ่มมีอาการ การวินิจฉัย การผ่าตัดรักษา การดูแล หลังผ่าตัด จนถึงระยะพักฟื้น ซึ่งอาจรวมระยะเวลาเพียง 1-2 เดือน แต่วัฏจักรของ การดูแลสุขภาพสำหรับโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน อาจเริ่มต้นตั้งแต่การค้นหาคัดกรอง ความเสี่ยง การวินิจฉัย การดูแลรักษาเพื่อควบคุมโรค ตลอดไปจนถึงการดูแลป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนระยะยาวของโรค ซึ่งต่อเนื่องตลอดชีวิต เป็นต้น

Porter (2010) เสนอกรอบของการพิจารณาผลลัพธ์ที่สำคัญต่อผู้ป่วยไว้ใน บทความที่ตีพิมพ์ใน New England Journal of Medicine ประกอบด้วย 3 ชั้น (tier) 6 ระดับ (level) คือ

- ผลลัพธ์ชั้นที่ 1 (tier 1) ได้แก่ สถานะของสุขภาพที่บรรลุหรือรักษาไว้ได้ ซึ่งประกอบด้วย 2 ระดับ คือ ระดับการรอดชีวิตจากสภาวะความเจ็บป่วย และระดับของสุขภาพที่ฟื้นคืนสุขภาพที่ได้จากบริการการดูแลสุขภาพ เช่น ผลของการรักษาพยาบาลที่มีต่อโรคที่ผู้ป่วยเป็น เป็นต้น
- ผลลัพธ์ชั้นที่ 2 (tier 2) ได้แก่ ผลลัพธ์ที่เป็นผลจาก หรือสัมพันธ์กับ กระบวนการฟื้นคืนสุขภาพ (process of recovery) ซึ่งประกอบด้วย 2 ระดับ คือ เวลาที่ใช้ในการฟื้นคืนสุขภาพและใช้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถ กลับไปทำกิจวัตรตามปกติได้ และผลที่ไม่พึงประสงค์จากโรคหรือ การรักษาที่ได้รับ (ความไม่ปลอดภัยของกระบวนการดูแลสุขภาพ) ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้จากภาวะแทรกซ้อนของโรค (complication) หรือ เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ (adverse event) ในระหว่างการฟื้นคืน สุขภาพ ส่งผลต่อสถานะสุขภาพของผู้ป่วยด้วยนอกเหนือจากผลของ ตัวโรคที่เป็นอยู่เดิม
- ผลลัพธ์ชั้นที่ 3 (tier 3) ได้แก่ ความยั่งยืนของสุขภาพ (sustainability of health) ภายหลังจากได้รับการดูแลสุขภาพในเรื่องนั้นและฟื้นคืน สุขภาพกลับมาแล้วต่อเนื่องไปในระยะยาว ซึ่งประกอบด้วย 2 ระดับ

คือ ความยั่งยืนของผลการดูแลรักษา รวมถึงการกลับเป็นซ้ำ และภาวะแทรกซ้อนระยะยาวที่เกิดขึ้นจากโรคที่ผู้ป่วยเป็น รวมถึงผลข้างเคียงระยะยาวที่เกิดจากยาหรือวิธีการรักษาที่ใช้

### 3) ผลลัพธ์ทางสุขภาพควรพิจารณาผลลัพธ์ที่รายงานโดยผู้ป่วย (patient reported outcome)

ในการมุ่งเน้นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่สำคัญต่อผู้ป่วย เราควรพิจารณาผลลัพธ์ที่รายงานโดยผู้ป่วยประกอบด้วย ไม่ใช่เพียงผลลัพธ์ทางคลินิกหรือผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพราะเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยสัมผัส รับรู้ได้ และกระทบถึงการดำรงชีวิตของผู้ป่วยโดยตรง ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพ ทั้งนี้ปัจจุบันมีการพัฒนาให้มีเครื่องมือที่มีความถูกต้องและเชื่อถือได้ ตามหลักวิชาการ และมีคำแนะนำเพื่อนำเครื่องมือประเมินผลลัพธ์เหล่านี้มาใช้มากขึ้น (ICHOM, 2023)

อย่างไรก็ตาม การนำการประเมินผลลัพธ์ที่รายงานโดยผู้ป่วยมาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพที่มุ่งเน้นคุณค่ายังเป็นความท้าทายอยู่มาก วรรณกรรมทางวิชาการที่เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic review) โดย Zanotto และคณะ (2021) ซึ่งได้กลั่นกรองและทบทวนการศึกษาการดูแลสุขภาพแบบมุ่งเน้นคุณค่าที่เข้าหลักเกณฑ์ไว้ 47 เรื่องพบว่า มีเพียง 16 เรื่องที่ใช้การสำรวจผลลัพธ์ที่รายงานโดยผู้ป่วย เพื่อให้ครอบคลุมผลลัพธ์ที่มีความสำคัญกับผู้ป่วย และมีการศึกษาเพียง 3 เรื่อง ที่รายงานผลลัพธ์ ทั้ง 3 ชั้น 6 ระดับ ตามที่ได้เสนอไว้ข้างต้น โดยมีร้อยละ 36 ของการศึกษาที่รายงานคุณค่าโดยใช้ผลลัพธ์ทางการเงินที่มุ่งไปที่การประหยัดต้นทุน ทั้งนี้การวัดหรือประเมินผลลัพธ์ที่สำคัญกับผู้ป่วยให้ได้เห็นผลอย่างแท้จริงและเหมาะสมในทางปฏิบัติยังคงเป็นช่องว่าง (gap) หรือโอกาสพัฒนาที่สำคัญ

### 4) ต้นทุนของการดูแลสุขภาพแปรไปตามการใช้ทรัพยากรและการใช้เวลา

นอกจากคุณค่าของการดูแลสุขภาพจะแปรไปตามผลลัพธ์ที่สำคัญต่อผู้ป่วยที่ได้แล้ว คุณค่ายังแปรผกผันกับต้นทุนของการดูแลด้วย ต้นทุนขึ้นกับทรัพยากรที่ใช้ไป โดยอาจอยู่ในรูปของแรงงาน (labor) วัสดุ (material) ซึ่งรวมถึงสาธารณูปโภคต่างๆ ครุภัณฑ์ อุปกรณ์และพื้นที่ที่ลงทุนไป (capital) ต้นทุนอาจแปรผันไปตามปริมาณของผลผลิต (variable) แปลว่าทำมากก็ใช้ต้นทุนมากตาม หรืออาจเป็นต้นทุนคงที่ (fixed) ซึ่งไม่แปรไปตามปริมาณของผลผลิต ในทางตรงกันข้ามถ้าผลิตน้อยอาจส่งผลให้ต้นทุนรวมเฉลี่ยสูง ในขณะที่ถ้าผลิตได้มาก ก็จะทำให้ต้นทุนรวมเฉลี่ยลดลง

ปัจจัยที่มักทำให้ต้นทุนของบริการการดูแลสุขภาพสูงขึ้นมักเกี่ยวข้องกับเวลาที่ใช้ การใช้เวลาบริการมากเกินไปเนื่องจากมีขั้นตอนบริการที่ไม่จำเป็น หรือสูญเสียเวลาไปกับการรอคอย มักทำให้ต้นทุนของการดูแลสุขภาพสูงขึ้นโดยไม่ส่งผลให้ผลลัพธ์ดีขึ้น นั่นคือคุณค่าของการดูแลสุขภาพน้อยลงด้วย

**5) การพัฒนาคุณภาพของการดูแลสุขภาพช่วยเพิ่มคุณค่าได้ทั้งจากการยกระดับผลลัพธ์และลดความสูญเสียในการใช้ทรัพยากรและใช้เวลา (ลดต้นทุน)**

การพัฒนาคุณภาพของกระบวนการดูแลสุขภาพช่วยนำไปสู่การดูแลสุขภาพที่มุ่งเน้นคุณค่าได้ โดยกำหนดเป้าหมายให้ได้ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่สำคัญต่อผู้ป่วยในระดับที่ดีขึ้น ครอบคลุมผลลัพธ์ทั้ง 3 ชั้นตามวัฏจักรการดูแล โดยนำแนวทางที่มีประสิทธิผล มีหลักวิชาการสนับสนุน มีความคุ้มค่าและมีความเหมาะสมกับผู้ป่วยมาใช้ ตลอดจนออกแบบเส้นทางของการใช้บริการของผู้ป่วย (patient journey) ที่กระชับ ไม่ซับซ้อนพร้อมไปกับการลดความสูญเสียในกระบวนการให้การดูแลและบริการ อาทิ การนำเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพอย่าง เช่น LEAN มาใช้เพื่อลดความสูญเสียที่เราเรียกรวมกันว่า DOWNTIME หรือ Defect ข้อบกพร่องรวมถึงความคลาดเคลื่อนในการทำงาน, Overproduction บริการเกินความจำเป็น, Waiting การรอคอย, Not Utilizing Talent การไม่ใช้คนเก่งให้ตรงกับงาน, Transportation การขนส่งเคลื่อนย้ายที่ไม่จำเป็น, Inventory Excess การมีสินค้าคงคลังเกินระดับของการใช้ประโยชน์, Motion การเคลื่อนไหวของบุคลากรที่เกินจำเป็นไม่เกิดประโยชน์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน, และ Excess processing ขั้นตอนการทำงานที่ไม่เป็นประโยชน์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ทั้งนี้หากเราวิเคราะห์และเลือกแนวทางการดำเนินการได้ดี เราอาจพบว่าการปรับปรุงกระบวนการทำงานหนึ่งๆ ส่งผลได้ทั้งการยกระดับผลลัพธ์ ลดต้นทุน หรือทั้งสองประการไปได้พร้อมๆ กัน

**6) การบริหารจัดการระบบนิเวศของการดูแลสุขภาพสนับสนุนให้เกิดคุณค่าของการดูแลสุขภาพ**

ในหลายกรณี การพัฒนาเพื่อมุ่งไปสู่การดูแลสุขภาพที่มุ่งเน้นคุณค่าให้ได้อย่างแท้จริงและยั่งยืน จำเป็นต้องพิจารณาองค์ประกอบอื่นๆ ในระบบนิเวศ (ecosystem) ของการดูแลสุขภาพนั้นด้วย นอกเหนือจากการดำเนินการภายในหน่วยงานผู้ให้บริการที่รับผิดชอบ ทั้งนี้เพราะองค์ประกอบหลายประการอยู่ภายนอกหน่วยงานอาจเป็นปัจจัยที่สร้างข้อจำกัด หรืออาจเป็นสิ่งที่เปิดโอกาสให้สามารถ



เพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลสุขภาพเพิ่มเติมได้ ซึ่งในที่นี้ ขอกล่าวถึงองค์ประกอบ 3 เรื่องสำคัญ ได้แก่

- เพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลสุขภาพผ่านความร่วมมือเป็นเครือข่ายที่ทำงานเกื้อหนุนกัน (synergistic network) อาทิ ทำงานร่วมกับหน่วยบริการอื่นในพื้นที่ ครอบครัว ชุมชนและตัวผู้ป่วยเอง เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลสุขภาพที่จำเป็นได้ตามที่วางแผนหรือออกแบบไว้
- ใช้ประโยชน์จากระบบสารสนเทศที่มีบูรณาการ (integrated information system) ที่ออกแบบมาให้สามารถประมวลผลและแสดงผลเพื่อติดตามและทบทวนผลลัพธ์ทางสุขภาพ กิจกรรมสุขภาพที่ผู้ป่วยได้รับได้ รวมถึงต้นทุนค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องสำหรับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ต่อเนื่อง
- ร่วมกันสนับสนุนให้มีการขับเคลื่อนระบบบริการด้วยกลไกทางการเงินที่สนับสนุนการมุ่งเน้นคุณค่า (value-based payment) เพื่อให้มั่นใจว่าหน่วยบริการมีทรัพยากรเพียงพอในการให้การดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพตามแนวทางที่กำหนด ในขณะที่สร้างแรงจูงใจให้เกิดการประสานบริการ ลดความสูญเสียในกระบวนการดูแลสุขภาพ และมุ่งสู่การยกระดับผลลัพธ์ที่กำหนดไว้เป็นเป้าหมาย

แม้ว่าการดูแลสุขภาพที่มุ่งเน้นคุณค่าจะยังไม่มีนิยามและรูปแบบที่ทุกคนยอมรับตรงกัน แต่เป็นแนวคิดที่เราสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพของการดูแลสุขภาพเพื่อผู้ป่วยได้เสมอ ทั้งนี้ขอให้ “คิดรอบคอบ คิดไกล ทำไปปรับไป เริ่มในทันที” เพื่อสร้างสรรค์คุณภาพร่วมกัน

## 2.1.2 Catch the Light of Evidence: เครื่องมือฝึกกำลังของทีม

นพ.สุรพร ก้อนทอง

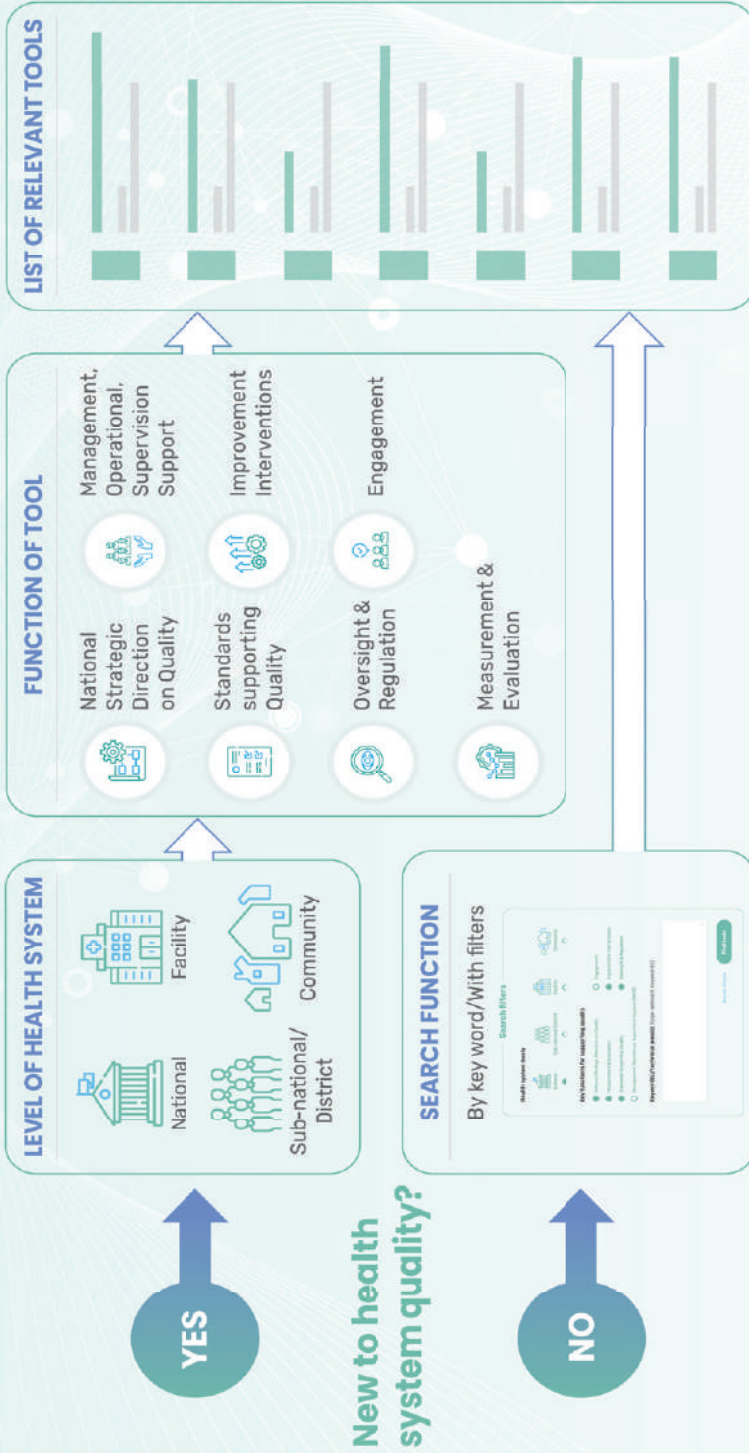
**Catch the light ไล่คว่าแสง** เป็นพื้นที่เสวนาและเรียนรู้เรื่องแนวคิดการพัฒนาคุณภาพและเครื่องมือสนับสนุนการบริหารจัดการองค์กรที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยครูคุณภาพ ผู้เยี่ยมสำรวจ ผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการและผู้ปฏิบัติงานที่มีความสนใจ เพื่อนำความรู้อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ เชื่อมโยงสู่การปฏิบัติจริงโดยการเพิ่มคุณค่าและต่อยอดในการพัฒนาสถานพยาบาลและการเยี่ยมสำรวจในหลากหลายมิติ

Team Synergy คือการที่บุคลากรในทีมร่วมมือ สร้างสรรค์ร่วมกัน และมีความสอดคล้องกันทั้งในระดับเป้าประสงค์ กระบวนการ และผลลัพธ์ที่ต้องการ โดยมีการประสานกันระหว่างทีมบุคลากร มีการแบ่งบทบาท หน้าที่และความรับผิดชอบ ซึ่งช่วยทำให้ทีมสามารถทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ และมีการประสานกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลทำให้เกิดความรวดเร็วในการปฏิบัติงานและมีประสิทธิผลสูงขึ้น

เครื่องมือฝึกกำลังของทีม (team synergy tools) ที่ได้มีการสรุปองค์ความรู้จากวงเสวนา Catch the Light ที่หยิบยกนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จำนวน 3 ชุดเครื่องมือ

### 1) ชุดเครื่องมือ WHO Quality Tools:

เป็นเครื่องมือการพัฒนาคุณภาพที่องค์การอนามัยโลกพัฒนาขึ้น เพื่อให้บุคลากรด้านสุขภาพนำไปประยุกต์ใช้ในการยกระดับคุณภาพชีวิตประชาชนด้วยบริการสุขภาพ ซึ่งแบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับประเทศ (national level), ระดับเขตปกครองขนาดเล็ก (sub-national/district level), ระดับสถานประกอบการ (facility level), และระดับชุมชน (community) ซึ่งในการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลจะกล่าวถึงในระดับสถานประกอบการเป็นหลัก โดยเครื่องมือการพัฒนาจะช่วยให้สถานพยาบาลมีการประเมินคุณภาพการบริการของสถานพยาบาล เพื่อยกระดับการบริการที่ดีขึ้น โดยมุ่งเน้นการพัฒนาเพื่อช่วยเหลือทั้งผู้ป่วยและบุคลากรในสถานพยาบาล โดยมีการดำเนินการ 5 ขั้นตอน ได้แก่ การกำหนดความต้องการของผู้ป่วย, การกำหนดมาตรฐานคุณภาพ, การประเมินคุณภาพบริการ, การจัดการปัญหา, และการพัฒนาคุณภาพบริการ



ภาพที่ 11 WHO Quality Tool Kit (WHO, 2565)



เครื่องมือการพัฒนาในระดับสถานประกอบการ ประกอบด้วย 5 Function of Tools (จาก 7 function ในทุกระดับ) ได้แก่ มาตรฐานที่สนับสนุนคุณภาพ (standards supporting quality), การสนับสนุนด้านการจัดการการดำเนินงาน และการกำกับดูแล (management, operational and supervision support), เครื่องมือเพื่อการปรับปรุง (improvement interventions), การวัดและประเมินผล (measurement and evaluation), และการสร้างความผูกพัน (engagement) ซึ่งแต่ละ Function ได้รวบรวมเครื่องมือที่องค์การอนามัยโลกเคยสร้างไว้ อาทิ หากสนใจเรื่องการสร้าง ความผูกพัน จะพบเครื่องมือทั้งหมด 23 เครื่องมือที่ใช้ได้ ในระดับสถานประกอบการ เพื่อคัดเลือกไปดำเนินการได้ตามเหมาะสม ยกตัวอย่าง เครื่องมือการพัฒนาที่น่าสนใจ 5 เครื่องมือ ในแต่ละด้าน ได้แก่

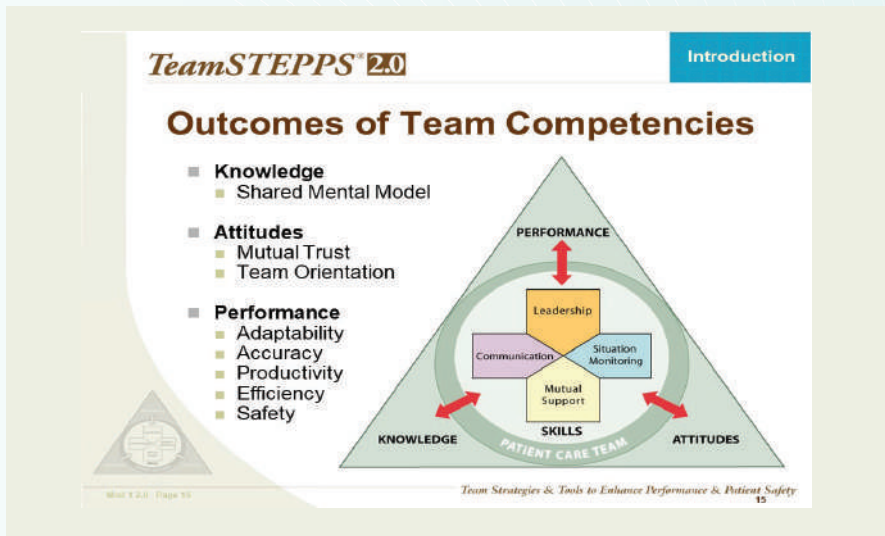
- **มาตรฐานที่สนับสนุนคุณภาพ** (standards supporting quality) อาทิ Improving the Quality of Care for Maternal, Newborn and Child Health Implementation Guide for National, District and Facility Levels สำหรับผู้ดำเนินการด้านแม่และเด็กใช้ประเมินตนเอง เพื่อยกระดับคุณภาพการดำเนินการได้
- **เครื่องมือสนับสนุนด้านการจัดการดำเนินงานและการกำกับดูแล** (management, operational and supervision support) อาทิ Infection Prevention and Control in Primary care: a Toolkit of Resources สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้สถานพยาบาลแม่ข่ายหลักสามารถกำกับเรื่องการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อได้ดีขึ้น
- **เครื่องมือเพื่อการปรับปรุง** (improvement interventions) อาทิ 5 Moment of Medication Safety
- **เครื่องมือการวัดและประเมินผล** (measurement and evaluation) อาทิ Patient Safety Assessment Manual (second edition)
- **เครื่องมือการสร้าง ความผูกพัน** (engagement) อาทิ Integrating Stakeholder and Community Engagement in Quality of Care Initiatives for Maternal, Newborn and Child Health สำหรับผู้ดำเนินการด้านแม่และเด็กใช้ประเมินตนเอง ด้านการสร้าง ความผูกพัน

เครื่องมือคุณภาพที่องค์การอนามัยโลกได้จัดทำขึ้น เป็นเครื่องมือที่ส่งเสริมการทำงานแบบ Team Synergy เสมอทั้งในระดับประเทศและระดับสถานประกอบการ ดังนั้นผู้ดำเนินงานที่เกี่ยวข้องหากได้ทบทวนและนำเครื่องมือที่เหมาะสมกับองค์กรสู่การปฏิบัติ จะสามารถต่อยอดงานระดับทีม สอดคล้องกับแนวโน้มการพัฒนาระดับโลกได้อย่างต่อเนื่อง ผู้ที่สนใจเครื่องมือในกลุ่มนี้สามารถเข้าค้นหาและดาวน์โหลดเอกสารแต่ละ Toolkits นำไปใช้ประโยชน์ได้ที่ <https://quality-healthservices .who.int/quality-toolkit/search-toolkit> โดยเริ่มจากทบทวนตามแนวทาง Quality health service: A Planning Guide (<https://apps.who.int/iris/handle/ 10665/336661>)

## 2) ชุดเครื่องมือ Team STEPPS

TeamSTEPPS<sup>®</sup> ย่อมาจาก Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety คือ กลยุทธ์และเครื่องมือของทีมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย เป็นโปรแกรมฝึกอบรมการทำงานเป็นทีมที่ครอบคลุม ซึ่งพัฒนาโดยหน่วยงานวิจัยและคุณภาพด้านการดูแลสุขภาพแห่งอเมริกา (AHRQ) และกระทรวงกลาโหม เพื่อปรับปรุงคุณภาพและความปลอดภัยของการดูแลสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการสอนทักษะการทำงานเป็นทีมให้กับบุคลากรทางการแพทย์ โปรแกรมนี้ตั้งอยู่บนหลักการของการทำงานเป็นทีมและการสื่อสาร โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อสร้างวัฒนธรรมการทำงานเป็นทีมและการทำงานร่วมกันด้านการดูแลสุขภาพในหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรง

TeamSTEPPS ได้รับการพัฒนาในช่วงปลายทศวรรษ 1990 โดยอาศัยการวิจัยและแนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุดในการทำงานเป็นทีมและการสื่อสาร ได้รับการออกแบบให้มีความยืดหยุ่นและปรับเปลี่ยนได้และสามารถนำไปใช้ในสภาพแวดล้อมและบริบทที่หลากหลายรวมถึงโรงพยาบาลคลินิกและสถานพยาบาลอื่นๆ โปรแกรมนี้รวมถึงสื่อการฝึกอบรมเครื่องมือและทรัพยากรที่ผู้ฝึกสอนสามารถใช้เพื่อสอนทักษะการทำงานเป็นทีมให้กับผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพ ในปัจจุบันได้มีการปรับปรุงเป็น Version 2.0 แล้ว



ภาพที่ 12 TeamSTEPPS KAP (AHRQ, 2019)

สมรรถนะสำคัญของทีมดูแลผู้ป่วยที่ TeamSTEPPS® 2.0 เน้นการฝึกเพื่อปรับปรุงทักษะมี 4 ด้าน ได้แก่

- **Leadership** ความเป็นผู้นำ
- **Situation Monitoring** การติดตามสถานการณ์
- **Mutual Support** การสนับสนุนซึ่งกันและกัน
- **Communication** การสื่อสาร

การฝึกทักษะจะผลักดันให้มีผลลัพธ์ (outcome) ทั้งด้านความรู้ (knowledge) ที่พัฒนามากขึ้นในลักษณะ Share Mental Model ที่จะได้จากการฝึกทักษะระดับทีมเท่านั้น ด้านทัศนคติ ที่ได้ทั้งความไว้วางใจเชื่อใจระหว่างกัน (mutual trust) และเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนในทีม (team orientation) ทั้งในบทบาทสหวิชาชีพ และสมาชิกของทีม ด้านผลการดำเนินงาน จะเห็นผลงานที่เปลี่ยนแปลงของทีมที่ชัดเจนทั้งด้านการปรับตัว ความถูกต้องแม่นยำ ผลผลิตภาพ ประสิทธิภาพ และด้านความปลอดภัย



เครื่องมือนี้สามารถทำความเข้าใจผ่านเว็บไซต์ของ AHRQ (<https://www.ahrq.gov/teamstepps/instructor/index.html>) หรือ ผ่าน Application TeamSTEPS® Pocket Guide โดย AHRQ ซึ่งจะมีเครื่องมือสำคัญ อาทิ SBAR เพื่อการสื่อสาร, การ Call-out สำหรับข้อมูลที่สำคัญ, การทำ Check-back เพื่อยืนยันข้อมูลที่สื่อสาร, การทำ Handoff ด้วยข้อมูลตามตัวย่อ “I PASS THE BATON” เพื่อลดความผิดพลาดในการส่งต่อข้อมูลเมื่อมีการเปลี่ยนถ่ายการดูแล ซึ่งกระบวนการเหล่านี้ต้องทำบนโครงสร้างทีมแบบสหสาขาที่ดี มีการนำที่เน้นประสิทธิผล กำหนดกิจกรรมสำคัญที่ทีมต้องทำร่วมกัน ได้แก่ การวางแผนดูแลร่วมกันด้วย Brief Checklist, การเฝ้าระวังและเปลี่ยนแปลงได้ทันที่ ด้วยการรวมตัวแลกเปลี่ยนสถานการณ์ต่อกันแบบเฉพาะราย, และทบทวนผลการดำเนินงานด้วย Debrief Checklist มีการติดตามสถานการณ์ของตนเองและการติดตามแบบข้ามสายงาน (situation monitoring) ด้วย I’m Safe Checklist เมื่อประเมินได้ถึงสถานการณ์เสี่ยงสูง ใช้แนวคิด Stop The Line ด้วยคำกล่าวภายใต้โครงสร้างประโยคแบบ CUS และ DESC Script

ตัวอย่างหนึ่งของการนำ TeamSTEPS ไปใช้ในสถานพยาบาลที่แนะนำ อาทิ แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล ในสถานการณ์แบบนี้ บุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาล อาจใช้เครื่องมือและเทคนิค TeamSTEPS เพื่อปรับปรุงการสื่อสารและการทำงานร่วมกันระหว่างการดูแลผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น การใช้เครื่องมือ “Call-out” ซึ่งเป็นการหยุดชั่วคราวก่อนขั้นตอนที่สำคัญเพื่อฟังข้อมูลที่จะยืนยันว่าทุกคนที่เกี่ยวข้อง ทราบว่าผู้ป่วยถูกคน หัตถการถูกต้อง (ในห้องผ่าตัดใช้ Time-Out ตามแนวทางของ WHO Surgical Safety Checklist) โดยสรุปด้วยการใช้เครื่องมือและเทคนิคจาก TeamSTEPS ทีมจะสามารถทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นและปรับปรุงคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเป็นรูปธรรม




































มีงานวิจัยที่แสดงถึงผลลัพธ์จากการใช้ TeamSTEPS อาทิ ส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัย ส่งเสริมการทำงานเป็นทีมและความสัมพันธ์ในทีม สมาชิกรับรู้บทบาทของตนเองได้อย่างชัดเจน ยกย่องคุณภาพการสื่อสารและการส่งมอบทางคลินิก ทำให้เกิดการกระจายภาระงานทางคลินิกและลดข้อผิดพลาดทางคลินิกที่สามารถเฝ้าระวังได้ ลดอัตราการผลัดตกหล่น ลดระยะเวลาในการเข้าพัก ICU ลดการเกิดปฏิกิริยาของยาที่ไม่พึงประสงค์ ได้อย่างชัดเจน

### 3) ชุดเครื่องมือ Liberating Structures

Liberating Structure เป็นชุดของเทคนิคการอำนวยความสะดวกในการทำงานเป็นทีม เพื่อปลดปล่อยศักยภาพสูงสุดของทีมออกมา ถูกพัฒนาขึ้นในทศวรรษที่ 1990 โดย Henri Lipmanowicz และ Keith McCandless ซึ่งได้รับแรงบันดาลใจจากงานของนักจิตวิทยา Carl Rogers และ Kurt Lewin ซึ่งเน้นความสำคัญของการมีส่วนร่วมของทุกคนและการมีส่วนร่วมกันในการตัดสินใจของกลุ่ม

Lipmanowicz และ McCandless สนใจที่จะหาวิธีอำนวยความสะดวกในการประชุมเชิงปฏิบัติการที่จะครอบคลุมทุกคนที่เข้าร่วมและเน้นการมีส่วนร่วมมากขึ้นสำหรับผู้เข้าร่วมทุกคน แทนที่จะพึ่งพาแนวทางแบบลำดับชั้นแบบดั้งเดิมในการตัดสินใจ พวกเขาพัฒนาชุดของโครงสร้างที่สามารถใช้เพื่ออำนวยความสะดวกในการเชิงปฏิบัติการ ในลักษณะที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมและความคิดสร้างสรรค์ในขณะเดียวกันก็รักษาวัตถุประสงค์ของการประชุมไว้ได้

Liberating Structure ประกอบด้วย 34 กิจกรรม ซึ่งอาจมีรูปแบบกิจกรรมใหม่เพิ่มขึ้นได้อีกในอนาคตหากทีมผู้พัฒนาสามารถยืนยันประสิทธิภาพประสิทธิผลของกิจกรรมที่กำลังวิจัยอยู่ได้มากขึ้น

|   |  |  |   |   |   |   |
|---|--|--|---|---|---|---|
| LS Menu<br>              | Wicked questions<br>        | What' debrief<br>                | Min specs<br>                | Heard, seen respected<br>  | What I need from you<br>     | Integrated autonomy<br>    |
| Design elements<br>      | Appreciative interviews<br> | Discovery and action dialog<br> | Improv prototyping<br>       | Drawing together<br>       | Open space<br>               | Critical uncertainties<br> |
| 1-2-4-All<br>            | TRIZ<br>                    | Shift & share<br>               | Helping heuristics<br>       | Design storyboards<br>     | Generative relationships<br> | Ecocycle<br>               |
| Impromptu networking<br> | 15% solutions<br>           | 25 : 10 crowdsourcing<br>       | Conversation café<br>        | Celebrity interview<br>    | Agree/certainty matrix<br>   | Panarchy<br>               |
| 9-whys<br>               | Troika consulting<br>       | Wise crowds<br>                 | User experience fishbowl<br> | Social network webbing<br> | Simple ethnography<br>       | Purpose to practice<br>    |

ภาพที่ 13 Liberating Structures (Structures, 2565)

(Keith McCandless, Henri Lipmanowicz; *The Surprising power of Liberating Structures*, <https://www.liberatingstructures.com/>)

## Liberating Structures กฎเกณฑ์ง่าย ๆ เพื่อความคิดอิสระ<sup>6</sup> แนวคิดเบื้องต้น

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชติกุล

### Liberating Structures คืออะไร

**Structures** หรือโครงสร้าง ในที่นี้ไม่ได้หมายถึงโครงสร้างทางกายภาพที่เราเห็นได้ชัดเจนเท่านั้น แต่หมายถึงความถึงทุกสิ่งที่มีผลต่อการทำงานของเรา ซึ่งแบ่งเป็น Macrostructures และ Microstructures

- **Macrostructures** หรือโครงสร้างมหภาค หมายถึง โครงสร้างที่สามารถมองเห็นหรือรับรู้ได้ง่าย อาทิ อาคารสถานที่ โครงสร้างองค์กร นโยบายและระเบียบปฏิบัติขององค์กร
- **Microstructures** หรือโครงสร้างจุลภาค หมายถึง โครงสร้างขนาดเล็กที่มีอิทธิพลต่อปฏิสัมพันธ์ของเรากับผู้อื่น เป็นชุดของกฎง่าย ๆ ที่ระบุวิธีการเชิญชวนให้ผู้คนเข้ามามีส่วนร่วมและมีปฏิสัมพันธ์กัน เป็นวิธีจัดระบบระเบียบปฏิสัมพันธ์ของทีม เป็นสิ่งที่ชี้นำและควบคุมวิธีการทำงานร่วมกันของกลุ่ม มีอิทธิพลต่อบทสนทนาและเนื้อหาการประชุม

**Conventional Microstructure** โครงสร้างการทำงานแบบดั้งเดิมที่ใช้จัดระเบียบวิธีการทำงานร่วมกันของผู้คน อาทิ การนำเสนอ การรายงาน การอภิปรายแบบเปิด การระดมสมอง

**Liberating Structures** เป็นโครงสร้างการทำงานหรือการจัดระเบียบการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในทีมงานแบบง่าย ๆ ที่นำมาสู่ความสัมพันธ์ การประสานงานและความไว้วางใจที่เพิ่มขึ้น เป็นเครื่องมือส่งเสริมการมีส่วนร่วมที่มีชีวิตชีวาอย่างรวดเร็วในกลุ่มทุกขนาด ทำให้สามารถรวมและปลดปล่อยพลังสร้างสรรค์ของทุกคนได้อย่างแท้จริง เป็นอิสระจากการถูกครอบงำหรือควบคุม

<sup>6</sup> แหล่งข้อมูล: [www.liberatingstructures.com](http://www.liberatingstructures.com)



## Liberating Structures มีความสำคัญอย่างไร

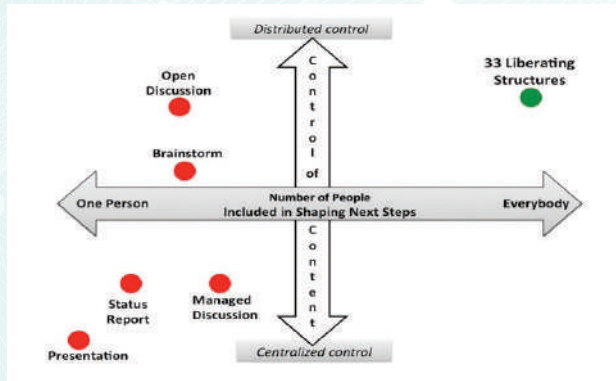
เมื่อเรารู้สึกว่าเราเป็นส่วนหนึ่งและมีความผูกพัน (feel included and engaged) เราจะทำงานได้ดีขึ้น ทีมที่ผู้คนทำงานร่วมกันอย่างดีน่าจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีกว่าอย่างมาก โดยใช้ความคิดดีๆ ที่มีมาจากแหล่งที่คาดไม่ถึง แต่ทำไม่องค์กรจำนวนมากจึงเต็มไปด้วยผู้คนที่ขาดความผูกพันทุ่มเท (disengaged) กลุ่มคนทำงานที่สร้างผลงานไม่ออก (dysfunctional groups) และความคิดที่สูญเปล่า (wasted idea) การเรียนรู้และฝึกฝนที่พวกเราได้รับมานั้น อาจจะไม่เพียงพอที่จะปรับให้เข้ากับความเป็นจริงในปัจจุบัน เพื่อบรรลุอุดมคติข้างต้น

โครงสร้างการทำงานแบบดั้งเดิมที่ใช้จัดระเบียบวิธีการทำงานร่วมกันของผู้คน (conventional structure) นั้นอาจจะขัดขวาง Inclusion & Engagement โดยไม่เจตนา อาจจะทำให้เกิดความรู้สึกคับข้องใจหรือถูกกีดกัน และไม่เปิดพื้นที่สำหรับความคิดดีๆ ที่จะผุดบังเกิดและงอกงาม เรามักมองไม่เห็นบทบาทและอิทธิพลของ Microstructures เหล่านี้ เนื่องจากใช้รูปแบบที่ตายตัวซ้ำแล้วซ้ำอีก ถ้าเราอยากทำงานโดยใช้ระดับเขาวนปัญญาสูงสุดของเราและทีม Liberating Structures จะช่วยให้ Inclusion and Engagement เกิดได้ในองค์กรและชุมชนของเรา

Liberating Structures ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเล็กๆ น้อยๆ ในวิธีที่เราพบปะ วางแผน ตัดสินใจ และสร้างความสัมพันธ์ระหว่างกัน ทำให้พลังแห่งนวัตกรรมอยู่ในมือของทุกคน แนวทางที่เป็นทางเลือกใหม่นี้ใช้ได้จริงและเป็นไปได้ เพราะเป็นเรื่องเรียบง่ายและง่ายต่อการเรียนรู้ ผู้คนในทุกระดับสามารถใช้ได้ ตั้งแต่ระดับผู้บริหารจนถึงระดับรากหญ้า ไม่จำเป็นต้องมีหลักสูตรการฝึกอบรมที่ยาวนานหรือความสามารถพิเศษ เพียงแค่การปฏิบัติก็ทำให้เกิดความเชี่ยวชาญ

## ความแตกต่างของ Liberating Structures กับ Conventional Microstructures

ความแตกต่างของ Liberating Structures กับ Conventional Microstructure อาจพิจารณาจากมิติของการควบคุมเนื้อหามีการรวมศูนย์หรือการกระจาย (แกนตั้ง) และจำนวนผู้คนที่มีส่วนในการกำหนดทิศทางการทำงาน (แกนนอน) ตามภาพ



ภาพที่ 14 ความแตกต่างของ Liberating Structures และ Conventional Microstructures

ลักษณะเด่นของ Liberating Structures คือให้ความสำคัญกับการกระจายการควบคุมเนื้อหา และการเปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางการทำงาน ขณะที่ Conventional Microstructure จะมีจำนวนผู้มีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางน้อยกว่า คือมีเพียงคนเดียวหรือจำนวนหนึ่งแต่ไม่สามารถทำให้ทุกคนมีส่วนร่วม

**Presentation** ควบคุมเนื้อหาโดยบุคคลเดียว ไม่มีโครงสร้างเพื่อให้ผู้อื่นมีส่วนร่วม

**Status Report** เป็นเสมือนการนำเสนอต่อเนื่อง ควบคุมเนื้อหาแต่ครั้งโดยบุคคลเดียว ไม่มีโครงสร้างเพื่อให้ผู้อื่นมีส่วนร่วม

**Managed Discussion** ควบคุมการมีส่วนร่วมโดยผู้เข้าร่วมจำนวนน้อย

**Brainstorm** มีโครงสร้างให้ผู้คนจำนวนหนึ่งแสดงความคิดเห็นโดยไม่มีข้อจำกัด

**Open Discussion** ไม่มีการควบคุมเนื้อหา ไม่มีโครงสร้างเพื่อการมีส่วนร่วมของทุกคน

### ลักษณะของ Liberating Structures

เราอาจจะทำความเข้าใจลักษณะของ Liberating Structure เพื่อให้นำไปใช้อย่างถูกต้องตามเจตนารมณ์ สามารถสร้างวัฒนธรรมของนวัตกรรมได้ จาก Simple Rules of Liberating Structure และใช้เครื่องมือทดสอบแบบฉับไวว่าองค์กรของเราสมควรนำวิธีการนี้มาใช้หรือไม่

## Simple Rules of Liberating Structures

| Simple Rules    | กล้วยๆ                 | ขยายความ   |
|-----------------|------------------------|--|
| Simple          | เรียบง่าย              | ใช้เวลาไม่ก่นาทีในการแนะนำวิธีการ                                  |
| Expert-less     | ไม่ต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญ | ผู้เริ่มต้นสามารถทำได้หลังจากผ่านประสบการณ์ครั้งแรก                |
| Results-focused | มุ่งเน้นผลลัพธ์        | มักจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ใหม่ๆ<br>เกินความคาดหวัง                     |
| Rapid Cycling   | วงรอบที่รวดเร็ว        | การทำซ้ำหลายรอบอย่างรวดเร็วทำให้มีผลิตภาพสูง                       |
| Innovative      | นวัตกรรม               | จุดประกายความสัมพันธ์เชิงสร้างสรรค์กับผู้รับผลงาน                  |
| Inclusive       | เชิญชวนเข้าร่วม        | ทุกคนได้รับการเชิญชวนให้ร่วมกำหนดแนวทางในขั้นต่อไป                 |
| Multi-scale     | ใช้ได้หลายระดับ        | ใช้ได้กับงานประจำวัน โครงการใหญ่ กลยุทธ์ และการเปลี่ยนแปลงขนานใหญ่ |
| Seriously Fun   | สนุกสนาน               | ส่งเสริมเสรีภาพและความรับผิดชอบ                                    |
| Self-spreading  | ขยายตัวเอง             | ง่ายที่จะใช้ตามโดยไม่ต้องฝึกอบรมอย่างเป็นทางการ                    |
| Adaptable       | ปรับได้                | ใช้ข้อกำหนดขั้นต่ำ เพื่อรักษาความถูกต้องและปรับให้เข้า             |

### เครื่องมือทดสอบแบบฉับไว (quick litmus test)

ทีมของเราเหมาะที่จะทดลองนำ Liberating Structures มาใช้หรือไม่  
ลองตอบคำถามเหล่านี้ดู

- เมื่อสมาชิกแต่ละคนมารวมตัวกัน แล้วรู้สึกเหมือน “ฝูงสัตว์” (herding cats) หรือไม่
- ผู้เล่นหลักในระบบมีข้อมูลและอำนาจในระดับที่ไม่เท่าเทียมกันหรือไม่
- จำเป็นต้องมีผู้คนและอาชีพหลากหลายประเภท (ที่มี mental model แตกต่างกัน) เพื่อบรรลุเป้าหมายหรือไม่



- การเชื่อมโยงอย่างเป็นทางการระหว่างผู้มีบทบาทต่างๆ คุณจะไม่นั่นแน่นแฟ้นหรือเข้มแข็งในหลายๆ กรณี
- มีข้อมูลที่จะชี้แนะปฏิบัติในภาพรวมค่อนข้างน้อย หรือไม่ได้รับการปรับเพื่อประยุกต์ใช้ในบริบทเฉพาะที่หลากหลายโดยผู้ปฏิบัติงานแนวหน้า
- การทำให้ส่วนย่อยมีประสิทธิภาพหรือประสิทธิผลมากขึ้นในแต่ละจุด มักจะไม่ทำให้สามารถยกระดับผลการดำเนินการของระบบในระดับที่สูงขึ้นหรือไม่
- แม้ว่าจะมีโครงสร้างองค์กรที่ชัดเจนแล้ว แต่ “แนวปฏิบัติที่เป็นเลิศ” ก็ยังกระจายอย่างไม่สม่ำเสมอ (หรือไม่กระจายเลย) จากการใช้ที่จุดหนึ่งไปยังส่วนอื่นๆ ของระบบหรือไม่
- มีช่องว่างและความล่าช้าในการทำงานหรือสภาพแวดล้อมในชุมชนของคุณ (ซึ่งอาจเปิดโอกาสให้มีแนวทางที่รอบคอบหรือเป็นเส้นตรงมากขึ้น) หายไปซึ่งทำให้ออกาสในการ “คิดออก” หรือ “ทำให้ถูกต้อง” ลดลงหรือไม่
- คำสั่งเกิดขึ้นจากความยุ่งเหยิงโดยไม่คาดคิด แม้จะมีสิ่งที่คาดการณ์ได้จากข้อกำหนดทั่วไปสำหรับวิสัยทัศน์ที่ชัดเจน ความเป็นผู้นำที่แน่วแน่ การประสานงานที่รัดกุม และการวางแผนในแนวตั้งหรือไม่

หากคุณตอบว่า “ใช่” สำหรับคำถามส่วนใหญ่เหล่านี้ Liberating Structures อาจเหมาะกับคุณและสถานการณ์ของคุณ

## ตัวอย่างวิธีการของ Liberating Structures

### 3.1) 1-2-4-All

#### What

เป็นวิธีการเชิญชวนให้ทุกคนมีส่วนร่วม ไม่ว่าจะกลุ่มจะใหญ่ขนาดไหน สามารถดูดเอาความรู้ ความคิด จินตนาการที่กระจายอยู่ทั่วไป มีการกรองคำตอบอย่างรวดเร็ว และผู้เข้าร่วมทุกคนเป็นเจ้าของความคิด

#### Why

สร้างพื้นที่ปลอดภัยให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการค้นหาคำตอบ ลดความเหลื่อมล้ำของอำนาจ เปิดช่องให้บทสนทนาเงียบได้แสดงออก เพิ่มคุณภาพของความเห็นก่อนนำเสนอ สร้างความเข้าใจร่วมกัน อย่างเป็นธรรมชาติ

## How

**Invitation:** ตั้งคำถามเกี่ยวกับประเด็นหรือปัญหาที่จะแก้ไข หรือโครงการที่จะดำเนินการ

### Sequence of Steps

- [1 นาที] ให้แต่ละคนใคร่ครวญความท้าทายตามคำถาม
- [2 นาที] ให้จับคู่กันแลกเปลี่ยนข้อคิดที่ได้จากการใคร่ครวญของแต่ละคน แล้วสรุปเป็นข้อคิดของคุณ
- [4 นาที] ให้กลุ่มสี่คนแบ่งปันและสรุปข้อคิดจากสองคู่ (ระบุความเหมือนและความต่าง)
- [5 นาที] ให้แต่ละกลุ่มสี่คนนำเสนอข้อคิดที่สำคัญที่สุด “What is one idea that stood out in your conversation?”

## 3.2) Impromptu Networking (เครือข่ายฉับพลัน)

### What

เป็นวิธีการแลกเปลี่ยนมุมมองเกี่ยวกับความท้าทายและความคาดหวังของผู้เข้าร่วมประชุมอย่างรวดเร็ว เป็นการสร้างความสัมพันธ์กับคนใหม่ๆ โดยการใช้คำถามที่เชิญชวนให้ร่วมคิด (engaging question)

### Why

เริ่มการมีส่วนร่วมทันทีสำหรับทุกคน เป็นการช่วยอุ่นเครื่องสำหรับผู้ที่ยังอายอยู่ เน้นพลังของการเชื่อมต่อใหม่ๆ หลวมๆ

### How

**Invitation:** ตั้งคำถาม “อะไรคือความท้าทายอันยิ่งใหญ่ที่คุณนำมาสู่ที่ประชุมนี้ อะไรคือสิ่งที่คุณคาดหวังที่จะได้รับและให้แก่ชุมชนแห่งนี้”

### Sequence of Steps

- [2x2 นาที] จับคู่ ขอให้ผู้เข้าประชุมมองหาคนที่ไม่รู้จัก หรือบุคคลที่อยู่ในกลุ่มหรือทำงานที่แตกต่างจากตนเอง ให้เวลา 2 นาที ให้แต่ละคนตอบคำถาม
- จับคู่ใหม่ ทำอีกสองรอบ

### 3.3) Nine Why

#### What

วิธีการทำความเข้าใจในเป้าหมายของการทำงานร่วมกัน เป็นเป้าหมายที่กลุ่มเล็กหรือเป็นพื้นฐานของงาน

#### Why

เพื่อค้นหาว่าอะไรคือสิ่งสำคัญสำหรับสมาชิกกลุ่ม ให้แต่ละคนได้ชี้แจงเป้าหมายส่วนตัวของตน เป้าหมายที่ตรงพลังจะดึงดูดการมีส่วนร่วมของผู้คน เมื่อรู้ว่าทำไม (why) ผู้คนจะยอมรับ Any How

#### How

**Invitation:** ตั้งคำถาม “คุณทำอะไรบ้างเมื่อทำงานเรื่องนี้ \_\_\_\_\_? ขอให้ระบุบัญชีรายการกิจกรรมสั้นๆ ” จากนั้นถามว่า “ทำไมสิ่งนี้จึงสำคัญสำหรับคุณ” (สำคัญสำหรับตัวผู้ตอบ ไม่ใช่สำหรับองค์กร) และถาม “ทำไม ทำไม ทำไม” ไปเรื่อยๆ ถึงแก่ครั้งหรือจนกว่าผู้เข้าร่วมจะไม่สามารถตอบลึกลงไปอีกได้เพราะได้คำตอบที่เป็นเป้าหมายพื้นฐานของงานแล้ว

#### Sequence of Steps

- [2x5 นาที] จับคู่กันแล้วให้สลับกันสัมภาษณ์รอบละ 5 นาที
- [5 นาที] แต่ละคู่จะแบ่งปันประสบการณ์กับอีกคู่หนึ่ง
- [5 นาที] เชื้อเชิญให้กลุ่มใหญ่ใคร่ครวญว่า “เป้าหมายของเรามีอิทธิพลต่อการทำงานขั้นต่อไปอย่างไร”

### 3.4) Wicked Questions (คำถามโหดชวนถก)

#### What

เป็นวิธีการให้ผู้เข้าร่วมได้แลกเปลี่ยนข้อคิดเกี่ยวกับความสับสนหรือข้อขัดแย้งที่เรามักไม่ตระหนัก ซึ่งกลุ่มต้องก้าวข้ามเพื่อเดินทางต่อ

#### Why

ทำให้เข้าใจความเป็นจริงของสถานการณ์ที่ยุงเหยิง เชื้อชวนให้เกิดจินตนาการร่วม เห็นพลังที่ขัดแย้งแต่เสริมแรงกันและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้คน ค้นหากลยุทธ์ที่มีค่า ซึ่งซ่อนอยู่ในความขัดแย้งนั้น และร่วมคิดกลยุทธ์ที่แหลมคมยิ่งขึ้น เราสามารถจุดประกายให้เกิดนวัตกรรมได้ด้วยการลดความคิดแบบ “ใช่ แต่...” หรือ “เลือกเอาอย่างนี้หรืออย่างนั้น”



## How

**Invitation:** ตั้งคำถาม “อะไรเป็นกลยุทธ์ที่ตรงข้ามกัน แต่มีส่วนเสริมกันที่เราต้องดำเนินการพร้อมๆ กัน งานจึงจะสำเร็จ” เช่น “ฉันทุ่มเทให้กับงานและอยู่กับครอบครัวอย่างเต็มที่พร้อมกันได้อย่างไร” “เราทำงานโดยมีทั้ง Integration และ Autonomy ได้อย่างไร”

### Sequence of Steps

- [5 นาที] แนะนำแนวคิดของคำถามโหดชวนถกพร้อมยกตัวอย่าง ใช้รูปแบบประโยค “เราทำ ... และ ... พร้อมกันได้อย่างไร” โดยใส่กลยุทธ์ที่ตรงข้ามกันในช่องว่าง (หลีกเลี่ยงคำถามเชิงตำหนิ)
- [5 นาที] ให้แต่ละคนตั้งคำถามชวนถกเกี่ยวกับงานในหน้าที่ของตนหลายๆ คู่ แล้วมารวมแลกเปลี่ยนในกลุ่มเล็ก (ไม่เกิน 6 คน)
- [5 นาที] แต่ละกลุ่มเลือกคำถามชวนถกที่ส่งผลกระทบและชวนถกมากที่สุด นำเสนอในกลุ่มใหญ่
- [10 นาที] กลุ่มใหญ่เลือกคำถามชวนถกที่ทรงพลังที่สุดและปรับแต่งคำถามชวนถก 1 นาที
- ตามด้วยการใช้ 15% Solutions และ 1-2-4-All เพื่อร่วมกันหาคำตอบและถ่วงถ่วงความคิด

## 3.5) Appreciative Interview (เจาะลึกหาคุณค่า)

### What

เป็นการค้นหาและต่อยอดจากปัจจัยที่เอื้อต่อความสำเร็จ เป็นการมองด้วยความเข้าใจอย่างลุ่มลึกถึงการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกหรือเรื่องราวความสำเร็จที่ซ่อนเร้นอยู่

### Why

ทำให้เกิดพลังสร้างสรรค์โดยเริ่มต้นจากข้อสังเกตเชิงบวก การแบ่งปันเรื่องราวความสำเร็จจะก่อให้เกิดพลังของกลุ่ม ประสบการณ์เชิงปฏิบัติเป็นการพิสูจน์ของ Local Solutions กระบวนการนี้ก่อให้เกิดการเรียนรู้แบบ Peer-to-peer การเคารพซึ่งกันและกัน และการสร้างชุมชน

## How

**Invitation:** ตั้งคำถาม “ขอให้เล่าเรื่องช่วงเวลาที่คุณทำงานที่ท้าทายกับคนอื่นและคุณภูมิใจในสิ่งที่คุณทำสำเร็จ. เรื่องราวเป็นอย่างไร และอะไรที่ทำให้ประสบความสำเร็จ? จับคู่คุยกับคนที่คุณไม่คุ้นเคย”

### Sequence of Steps

- [3 นาที] อธิบายขั้นตอน และระบุธีมหรือลักษณะของเรื่องเล่าที่คาดหวัง
- [15-20 นาที] จับคู่กัน สลับกันสัมภาษณ์และเล่าเรื่องความสำเร็จ ใส่ใจกับสิ่งที่ทำให้ประสบความสำเร็จ
- [15 นาที] รวมกลุ่ม 2 คู่ แต่ละคนเล่าเรื่องราวของกลุ่มของตน ให้ผู้ฟังมองหาแบบแผนของเงื่อนไข/สินทรัพย์ที่สนับสนุนความสำเร็จและจดบันทึก
- [10-15 นาที] รวบรวม Insight & Pattern เขียนบน Flipchart ให้ทุกคนมองเห็น
- 10 นาที ตั้งคำถาม “เราจะลงทุนใน Assets/Conditions ที่ส่งเสริมความสำเร็จอย่างไร” และ “คุณเห็นโอกาสอะไรที่จะทำมากกว่านี้” ใช้ 1-2-4-All เพื่ออภิปราย

## 3.6) TRIZ

### What

เป็นวิธีการหยุดกิจกรรมและพฤติกรรมที่เป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จ เพื่อให้มีพื้นที่สำหรับสร้างนวัตกรรม

### Why

ทำให้สามารถหยุดสิ่งที่พูดไม่ได้ สร้างพื้นที่สำหรับนวัตกรรม วางรากฐานการทำลายล้างอย่างสร้างสรรค์ในรูปแบบที่สนุกสนาน

### How

**Invitation:** ถามคำถามสามขั้น:

1. “เขียนรายการสิ่งที่ทำแล้วจะได้ผลลัพธ์ที่แย่ที่สุดเท่าที่จะคิดได้ เมื่อคำนึงถึงกลยุทธ์หรือวัตถุประสงค์ที่สำคัญที่สุดของคุณ”
2. “พิจารณาทีละรายการและถามตัวเองว่า ‘มีอะไรที่เรากำลังทำอยู่ในขณะนี้ที่คล้ายกับรายการนี้หรือไม่ ไม่ว่าในลักษณะ รูปร่าง หรือรูปแบบใดๆ’”

3. “พิจารณาประเด็นในรายการชุดที่สอง ตัดสินใจว่าจะทำอะไรเป็นอันดับแรกเพื่อหยุดสิ่งที่คุณรู้ว่าก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์”

### Sequence of Steps

- [5 นาที] แนะนำแนวคิดของ TRIZ และระบุผลลัพธ์ที่ไม่ต้องการ แบ่งเป็นกลุ่มเล็ก 4-7 คน
- [10 นาที] แต่ละกลุ่มใช้ 1-2-4-All เพื่อสร้างรายการสิ่งทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ไม่ต้องการมากที่สุด
- [10 นาที] แต่ละกลุ่มใช้ 1-2-4-All เพื่อสร้างรายการสิ่งที่กำลังทำอยู่ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ไม่ต้องการมากที่สุด
- [10 นาที] แต่ละกลุ่มใช้ 1-2-4-All เพื่อพิจารณาว่าสำหรับแต่ละรายการในบัญชีชุดที่สอง จะทำอะไรเป็นอันดับแรกเพื่อยุติกิจกรรม/โปรแกรม/ขั้นตอนที่ไม่ต้องการนี้

### 3.7) 15% Solution

#### What

ค้นหาและมุ่งเน้นในการกระทำเล็กน้อยแต่ละคนมีอิสระและทรัพยากรที่สามารถปฏิบัติได้ทันที เพื่อสร้าง Momentum ที่อาจนำไปสู่ความแตกต่างที่ยิ่งใหญ่

#### Why

ขยับตัวออกจากสิ่งกีดขวาง การปฏิเสธ และความรู้อำนาจ ทำให้ผู้คนค้นพบพลังของตนและพลังของส่วนรวม แสดงให้เห็นว่าไม่มีเหตุผลที่จะต้องรอ รู้สึกไร้พลัง หรือหวาดกลัว แสดงให้เห็นวิธีแก้ปัญหาจากล่างขึ้นบน มันทำให้บุคคลและกลุ่มมุ่งความสนใจไปที่สิ่งที่อยู่ในอำนาจของตน แทนที่จะสนใจสิ่งที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

#### How

**Invitation:** พิจารณาความท้าทายของตนเองหรือของกลุ่ม ให้ตอบคำถาม “15 เปอร์เซ็นต์ของคุณคืออะไร คุณมีอำนาจและเสรีภาพในการดำเนินการตรงไหน คุณสามารถทำอะไรได้บ้างโดยไม่ต้องมีทรัพยากรหรืออำนาจเพิ่มเติม”



### Sequence of Steps

- [5 นาที] แต่ละคนสร้างรายการ 15% Solutions ของตนเอง
- [3 นาทีต่อคน] แต่ละคนแบ่งปันความคิดกับกลุ่มเล็กๆ (สมาชิก 2 ถึง 4 คน) ทีละคน
- [5-7 นาทีต่อคน] สมาชิกกลุ่มให้คำปรึกษาแก่เพื่อนสมาชิกแต่ละคน ทีละคน (ถามคำถามเพื่อความชัดเจนและให้คำแนะนำ)

### 3.8 Troika Consulting (ปรึกษาในกลุ่ม 3 คน)

#### What

เป็นการปรึกษาหารือระหว่างเพื่อนในกลุ่ม 3 คน แบบวนรอบอย่างรวดเร็ว แต่ละคนจะขอความช่วยเหลือและรับคำแนะนำจากเพื่อนร่วมวงอีกสองคน

#### Why

เพื่อเรียนรู้การกำหนดปัญหาและความท้าทายที่ชัดเจน ชัดเจน ทักกะ ในการขอความช่วยเหลือ พัฒนาทักษะการฟังและให้คำปรึกษา ช่วยให้ผู้คนเกิด Insight เกี่ยวกับปัญหาที่พวกเขาเผชิญ และนำ Local Wisdom ออกมาใช้ ช่วยให้ ค้นพบวิธีแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน สร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อหาคำตอบที่ไม่คาดคิด

#### How

**Invitation:** เชิญกลุ่มให้ใคร่ครวญด้วยคำถาม “ความท้าทายของคุณ คืออะไร?” และ “คุณต้องการความช่วยเหลือประเภทใด?” (อาจจะผสมผสานกับ 15% Solution ก็ได้)

#### Sequence of Steps

- จัดกลุ่ม 3 คน นั่งเก้าอี้แบบเข่าชนเข่า
- [1 นาที] เชิญผู้เข้าร่วมให้ไตร่ตรองคำถามที่จะขอคำปรึกษา (ความท้าทายและความช่วยเหลือที่จำเป็น)
- [1-2 นาที] ผู้ขอคำปรึกษารายแรกตั้งคำถาม
- [1-2 นาที] ที่ปรึกษาสอบถามผู้ขอคำปรึกษาเพื่อความชัดเจน
- ผู้ขอคำปรึกษาหมุนตัวหันหลังให้ที่ปรึกษา (เพื่อเพิ่มการฟังอย่างลุ่มลึก)
- [4-5 นาที] ที่ปรึกษาร่วมกันให้ข้อคิด ข้อเสนอแนะ คำแนะนำ
- [1-2 นาที] ผู้ขอคำปรึกษาหันกลับมาและสะท้อนกลับว่าอะไรคือสิ่งที่มีคุณค่าที่สุด
- เปลี่ยนผู้ขอคำปรึกษาคนต่อไป และทำตามขั้นตอนข้างต้นซ้ำ

### 3.9) What, So What, Now What? [W3] (เกิดอะไร เข้าใจว่าอย่างไร จะทำอะไร)

#### What

เป็นวิธีการที่สมาชิกมาร่วมกันทบทวนความก้าวหน้าของงานที่ทำและตัดสินใจว่าควรมีการปรับวิธีการทำงานอย่างไร ด้วยการถามคำถามอย่างเป็นขั้นตอนคือ

- WHAT? รวบรวมข้อเท็จจริงว่าเกิดอะไรขึ้น
- SO WHAT? ทำความเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้น
- NOW WHAT? พิจารณาการกระทำอย่างสมเหตุสมผลที่ควรตามมา

#### Why

ให้ทุกคนเริ่มต้นที่จุดเดียวกัน สร้างความเข้าใจร่วมกันว่าผู้คนสร้างมุมมองความคิด และเหตุผลที่แตกต่างกันอย่างไร หลีกเลี่ยงการทำผิดซ้ำแล้วซ้ำเล่า หลีกเลี่ยงข้อโต้แย้งเนื่องจากข้อมูลหรือการตีความ ขจัดแนวโน้มที่จะกระโดดไปลงมือทำเร็วเกินไป สร้างประสบการณ์ว่าคำถามมีพลังมากกว่าคำตอบเพราะเชิญชวนให้มีการเจาะลึก

#### How

**Invitation:** เชิญชวนให้สมาชิกแบ่งปันประสบการณ์ แล้วถามว่า “WHAT? เกิดอะไรขึ้น คุณสังเกตเห็นอะไร ข้อเท็จจริงหรือข้อสังเกตใดโดดเด่นออกมา” หลังจากรวบรวมข้อสังเกตที่สำคัญแล้ว ให้ถามว่า “SO WHAT? เหตุใดจึงสำคัญ มีแบบแผนหรือข้อสรุปอะไร คุณสามารถตั้งสมมติฐานอะไรได้บ้าง” เสร็จแล้ว ให้ถามว่า “NOW WHAT? การกระทำอย่างสมเหตุสมผลที่ควรตามาคืออะไร”

**Space:** จัดเก้าอี้สำหรับคนนั่งเป็นกลุ่มเล็กๆ 5-7 คน

#### Sequence of Steps

- อธิบายลำดับขั้นตอนและแสดง Ladder of Inference
- ขั้นที่ 1 WHAT ให้เวลาแต่ละคนคิด 1 นาที และในกลุ่มย่อย 2-7 นาที แชรในกลุ่มใหญ่ 2-3 นาที
- ขั้นที่ 2 SO WHAT ให้เวลาแต่ละคนคิด 1 นาที และในกลุ่มย่อย 2-7 นาที แชรในกลุ่มใหญ่ 2-5 นาที
- ขั้นที่ 3 NOW WHAT ให้เวลาแต่ละคนคิด 1 นาที และในกลุ่มย่อย 2-7 นาที แชรในกลุ่มใหญ่ อภิปราย รวบรวม 2-10 นาที

เครื่องมือในการทำงานแบบ Team Synergy ทั้งสามเครื่องมือมีความโดดเด่นที่ต่างกัน แต่สามารถเสริมการทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ อาทิ เราสามารถทบทวนปัญหาเรื่องการติดเชื้อแผลผ่าตัด ด้วยการทบทวนเอกสาร Preventing Surgical Site Infection: Implementation Approaches for Evidence-based Recommendations จาก WHO Quality Tools และใช้กระบวนการ TRIZ และ 1-2-4-ALL เพื่อหาวิธีในการทำงานที่ดีที่สุด จากนั้นใช้กระบวนการ TeamSTEPs เพื่อการปฏิบัติการร่วมกันในทีม จะปิดช่องว่างที่สำคัญของสถานพยาบาลในการสร้างคุณภาพและความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย เพื่อให้คุณค่าของการประเมิน HA ที่เป็น Learning and Empowerment Evaluation เบ่งบานได้อย่างเต็มที่



## 2.1.3 Assessment & Evaluation

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

องค์ประกอบสำคัญของกระบวนการ Healthcare Accreditation (HA) คือการพัฒนาตนเองของสถานพยาบาล การประเมินตนเอง และการเยี่ยมชมสำรวจ โดยใช้มาตรฐานที่ตกลงร่วมกันเป็นสิ่งที่ชี้นำ เพื่อยกระดับคุณค่า คุณภาพ และความปลอดภัยให้แก่ผู้รับบริการ อีกทั้งทำให้สถานพยาบาลเป็นองค์กรที่สังคมเชื่อถือไว้วางใจ

คำถามคือทำไมต้องมีการเยี่ยมชมสำรวจ การเยี่ยมชมสำรวจโดยคนนอกมีประโยชน์จริงหรือไม่ Anthony Wagemakers ได้ให้แนวคิดพวกเราไว้ตั้งแต่เริ่มต้นโครงการ HA ว่า การเยี่ยมชมสำรวจคือ External Peer Review เป็นการทบทวนโดยกัลยาณมิตรจากภายนอก เพื่อยืนยันผลการประเมินตนเองของสถานพยาบาล และชี้ให้เห็นมุมมองที่กว้างขึ้น การเยี่ยมชมสำรวจในลักษณะนี้ทำให้ Accreditation เป็นกระบวนการเรียนรู้ มิใช่การตรวจสอบ และการเรียนรู้นั้นเริ่มต้นด้วยการพัฒนาและประเมินตนเองของสถานพยาบาล

แนวคิดดังกล่าวยังคงเป็นแนวคิดที่ทันสมัย และกลายเป็นทิศทางในอนาคตของ Health & Social Service ในระดับสากล จึงสมควรที่เราจะมาทบทวนแนวคิดเรื่องการประเมินกันอย่างรอบด้าน เพื่อกำหนดทิศทางและบทบาทที่เหมาะสมของผู้เกี่ยวข้องกับกระบวนการ HA โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทของสถานพยาบาลในการประเมินตนเองอย่างรอบด้านถึงระดับผลลัพธ์และผลกระทบด้วยวิธีการที่น่าเชื่อถือ แล้วนำผลการประเมินนั้นมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับผู้เยี่ยมชมสำรวจ

เรามักจะได้ยินคำว่าประเมินตนเองและการประเมินจากภายนอก โดยใช้ภาษาอังกฤษว่า Self-assessment กับ External Evaluation คำภาษาอังกฤษที่ใช้แตกต่างกันมีการแปลภาษาไทยที่มีความเฉพาะเจาะจงคือ การประเมินสำหรับ Assessment และการประเมินผลสำหรับ Evaluation โดยที่การประเมินทั้งสองลักษณะมีจุดร่วมคือ ต้องมีเกณฑ์ มีการวัด มีการใช้หลักฐานยืนยัน ส่วนความแตกต่างนั้นแสดงในตารางที่ 1

## ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง Assessment กับ Evaluation

|                   | Assessment                               | Evaluation                                    |
|-------------------|--|---|
| เป้าหมาย          | เพื่อยกระดับคุณภาพ                       | เพื่อตัดสินคุณภาพ                             |
| จุดเน้น           | Execution                                | Outcome                                       |
| ผู้ได้รับประโยชน์ | ผู้ถูกประเมิน                            | ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอกและผู้ตัดสินใจ      |
| ความถี่           | ทำต่อเนื่อง (ongoing)                    | เมื่อสามารถประเมินผลลัพธ์ได้                  |
| โทน               | เชิงบวก (positive)                       | ตัดสิน (judgmental)                           |
| ฐานที่ใช้พิจารณา  | ปรับให้เข้ากับแต่ละกรณี (individualized) | เทียบกับมาตรฐาน (against standards)           |
| ลักษณะรายงาน      | ให้ข้อมูลย้อนกลับ                        | แสดงจุดอ่อนและสิ่งที่ไม่บรรลุเป้า (shortfall) |

การประเมินตนเองของสถานพยาบาลจึงมีลักษณะ Assessment และการประเมินโดยผู้เยี่ยมชมสำรวจมีลักษณะ Evaluation ผสมผสานกับ Assessment

### Formative & Summative Evaluation

สองคำนี้มีการใช้ในวงการศึกษอย่างกว้างขวาง ภาษาไทยอาจเรียกว่าการประเมินผลย่อยสำหรับ Formative Evaluation และการประเมินผลสรุปสำหรับ Summative Evaluation เมื่อนำมาใช้กับการบริหารองค์กร จะมุ่งเน้นไปที่การประเมินโปรแกรม ซึ่งอาจจะเป็นโครงการที่ริเริ่มขึ้นใหม่ หรือกิจกรรมที่ดำเนินการเป็นประจำ ทั้งการประเมินแบบ Formative และ Summative มีจุดมุ่งหมายเดียวกันคือเพื่อประเมินคุณภาพหรือคุณค่าของโปรแกรม โดยมีความแตกต่างกันดังแสดงในตารางที่ 2

## ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง Formative Evaluation กับ Summative Evaluation<sup>7</sup>

|                          | Formative Evaluation  | Summative Evaluation   |
|--------------------------|---|--|
| การนำไปใช้               | นำไปปรับปรุงโปรแกรม   | นำไปตัดสินใจเกี่ยวกับอนาคตของโปรแกรม   |
| ผู้ใช้                   | ผู้จัดการและเจ้าหน้าที่ของโปรแกรม                             | ผู้บริหาร ผู้กำหนดนโยบาย ลูกค้าในอนาคต   |
| ผู้ประเมิน               | มักเป็นผู้ประเมินภายในที่ได้รับการสนับสนุนจากผู้ประเมินภายนอก | มักเป็นผู้ประเมินภายนอกสนับสนุนโดยผู้ประเมินภายใน                                  |
| ลักษณะสำคัญ              | ให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อปรับปรุงโปรแกรม                         | ให้ข้อมูลแก่ผู้กำหนดนโยบายว่าจะเดินหน้าต่อหรือไม่ หรือแก่ผู้ใช้ว่าจะนำไปใช้หรือไม่ |
| เงื่อนไขการออกแบบ        | ต้องการข้อมูลอะไร เมื่อไร                                     | ใช้มาตรฐานหรือเกณฑ์อะไรในการตัดสินใจ   |
| เป้าหมายของการเก็บข้อมูล | เพื่อการวินิจฉัย  | เพื่อการตัดสินใจ   |
| ความถี่ของการเก็บข้อมูล  | บ่อย  | ไม่บ่อย  |
| ขนาดกลุ่มตัวอย่าง        | ขนาดเล็ก  | ขนาดใหญ่   |
| คำถามที่ใช้              | กำลังทำอะไร ต้องปรับปรุงอะไร จะปรับปรุงอย่างไร                | เกิดผลอะไร เกิดกับใคร ภายใต้เงื่อนไขอะไร ต้องฝึกอบรมอะไร มีค่าใช้จ่ายเท่าไร        |
| บริบทที่ใช้              | มักจะใช้กับโปรแกรมใหม่  | มักจะใช้กับโปรแกรมที่ถึงตัวแล้ว  |

พิจารณาแล้ว Formative Evaluation จะมีลักษณะคล้ายกับ Assessment ซึ่งมีบางท่านก็เรียกว่า Formative Assessment ไปเลย

<sup>7</sup> Jody, L.F, James, R.S. & Blain, R.W. 2012 Programme Evaluation Alternative Approaches and Practical Guidelines



สำหรับกระบวนการ HA แล้ว แม้การประเมินผลโดยผู้เยี่ยมสำรวจซึ่งถือว่าเป็น External Evaluation ก็มีลักษณะการประเมินทั้ง Formative และ Summative Evaluation โดยส่วนที่เป็น Recommendation คือการประเมินในลักษณะ Formative Evaluation เป็นการให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อปรับปรุงระบบงานขององค์กร ขณะที่ส่วนที่เป็นการให้คะแนน และการตัดสินว่ารับรองหรือไม่รับรอง เป็นการประเมินในลักษณะ Summative Evaluation

### Empowerment Evaluation

Fetterman เป็นผู้เสนอให้ใช้แนวคิด Empowerment Evaluation (EE) เมื่อปี 1993 โดยให้ความหมายว่าเป็นการใช้แนวคิด เทคนิค และข้อค้นพบของการประเมินเพื่อ บ่มเพาะการพัฒนาและการตัดสินใจด้วยตนเอง (self-determination) ซึ่งต่อมา Wandersman ได้ขยายความหมายว่าเป็นการประเมินเพื่อเพิ่มความสำเร็จของโปรแกรมโดยติดอาวุธเครื่องมือ สำหรับประเมินการวางแผน การปฏิบัติตามแผน และการประเมินความสำเร็จของโปรแกรม โดยเจ้าของเอง และทำให้การประเมินเป็นกระแสหลักของการวางแผนและบริหารโปรแกรม/ องค์กร

Empowerment Evaluation มีองค์ประกอบหลักสองกระแส คือ (1) Practical EE มีลักษณะเช่นเดียวกับ Formative Evaluation เป็นการเพิ่ม Performance & Productivity โดยเจ้าของโปรแกรม ผู้มีส่วนร่วม และเน้นการแก้ปัญหาเชิงปฏิบัติร่วมกับการปรับปรุง โปรแกรมและผลลัพธ์ (2) Transformative EE เน้นการปลดปล่อยพลังด้านจิตใจ สังคม และการเมือง ส่งเสริมให้ผู้คนเรียนรู้ที่จะควบคุมชีวิตของตนเองและทรัพยากรรอบๆ ตัว การเสริมพลังเป็นเป้าหมายที่ชัดเจน

### **แนวคิดสำคัญของ Empowerment Evaluation**

- **Critical Friend** ทั้งผู้ประเมินและสมาชิกทีมต่างเป็น Critical Friend ที่ให้ Constructive Feedback
- **Culture of Evidence** ผู้ประเมินตั้งคำถามถึงเหตุผลของความเชื่อของ ผู้คน ถามหาหลักฐานหรือเอกสารเพื่อสนับสนุนความเห็นและมุมมอง
- **Cycles of Reflection and Action** ประกอบด้วยขั้นตอนของการ วิเคราะห์ ตัดสินใจ ปฏิบัติการ (ตามผลการประเมิน) แล้วก็หมุนซ้ำจนเป็น เรื่องปกติของการวางแผนและบริหารโปรแกรม

- **Community of Learners** การประเมินลักษณะนี้ถูกขับเคลื่อนด้วยกระบวนการกลุ่ม กลุ่มเรียนรู้จากกันและกัน สมาชิกต่างทำหน้าที่เป็น Peer Review Group, Critical Friend, Resource, และ Norming Mechanism
- **Reflective Practitioners** สมาชิกใช้ข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจและลงมือปฏิบัติการในงานประจำของแต่ละคน ทำให้ทุกคนมีความสามารถในการใช้มุมมองที่กว้าง นำมาสู่คุณภาพของการแลกเปลี่ยน การปลดปล่อยพลัง และแผนปฏิบัติการของกลุ่มที่ดีขึ้น

จะเห็นว่าเป็นการประเมินที่น่าสนุกมาก

## Developmental Evaluation (DE)

Michael Quinn Patton ให้ความหมายของ DE อย่างกระชับว่า “เป็นการประเมินที่สนับสนุนการสร้างนวัตกรรม เพื่อชี้้นำการปรับตัวต่อพลวัตและสิ่งที่ไม่คาดคิด ในสภาพแวดล้อมที่ซับซ้อน” และในปี 2008 ได้ขยายความว่า “DE เป็นความสัมพันธ์อย่างแนบแน่นระยะยาวและเป็นหุ้นส่วนระหว่างผู้ประเมินกับผู้เกี่ยวข้องในโครงการพัฒนาหรือนวัตกรรม ใช้การตั้งคำถามเชิงประเมินและรวบรวมข้อมูลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจและการแก้ไขสถานการณ์ที่ไม่คาดคิดขึ้นระหว่างการพัฒนา ผู้ประเมินเป็นส่วนหนึ่งของทีมที่สมาชิกร่วมกันกำหนดแนวคิด ออกแบบ ทดสอบ ปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง หน้าที่หลักของผู้ประเมินคือการสร้างความเข้าใจผ่านคำถามเชิงประเมิน ข้อมูลและตรรกะ ช่วยเหลือการประเมินและตัดสินใจบนพื้นฐานข้อมูลในระหว่างการพัฒนานวัตกรรม”

ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช เป็นผู้ที่มีความสนใจในเรื่อง DE เป็นอย่างสูง ท่านได้ทบทวนเอกสารจากแหล่งต่างๆ ตีความ สรุปความ เผยแพร่ผ่านทาง Weblog Gotoknow หลายสิบตอน รวมทั้งกระตุ้นให้วงการต่างๆ ให้ความสนใจนำแนวทางนี้ไปสู่การปฏิบัติ

### DE คืออะไร มีความสำคัญอย่างไร

DE เป็นเครื่องมือขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงหรือการพัฒนาเชิงระบบของระบบที่ซับซ้อนและเป็นพลวัต มีเป้าหมายเพื่อเรียนรู้ร่วมกันและค้นหาหนทางสู่การเปลี่ยนแปลงร่วมกันของผู้เกี่ยวข้อง

DE เป็นชื่อที่ผิด เพราะชื่อไปเน้นการประเมิน แต่คุณค่าจริงๆ อยู่ที่การเรียนรู้ (learning) โดยเน้นการเอากระบวนการและผลการประเมินไปใช้ประโยชน์ (utilization-focused evaluation) ชื่อนี้ได้มา เพราะเป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจากการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการประเมิน Michael Quinn Patton

ผู้ประเมินของ DE จะต้องเป็นทั้งผู้ประเมิน (evaluator) และกระบวนกร (facilitator) พร้อมกัน ทั้งทีมประเมินและทีมงานของโปรแกรมร่วมกันตีความข้อค้นพบจากการประเมิน วิเคราะห์ความหมาย และการประยุกต์ใช้ผลต่อการพัฒนางานขั้นต่อไป

สาเหตุที่การทำงานในสภาพที่ซับซ้อนสูงไม่ประสบความสำเร็จเนื่องจาก

- (1) ปฏิเสธความซับซ้อน
- (2) พยายามควบคุมความซับซ้อน
- (3) พยายามหลีกเลี่ยงความซับซ้อน
- (4) ไม่ตระหนักในความซับซ้อนของเรื่องนั้น เคล็ดล้มความสำเร็จอยู่ที่การเผชิญความซับซ้อนอย่างมีสติและปัญญา ไม่ดำเนินการแบบมีแผนที่แข็งที่ตายตัว แต่จ้องค้นหาสิ่งที่เผยตัวออกมาในระหว่างดำเนินการโครงการ เอามาใช้ขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงอย่างพลีไหว โดยทีม DE เป็นผู้ช่วยให้ทีมปฏิบัติงานค้นพบพลังนั้น

จุดบอดของนักประเมินโดยทั่วไปคือมุ่งจับจ้องที่ ผลตามทีคาดหวัง (intended outcome) ทำให้ละเลยผลดีที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดหวังไว้ก่อน หรือละเลยเรื่องราวของผลร้ายที่เกิดขึ้น

DE เป็นเครื่องมือเพื่อการเรียนรู้ของผู้เกี่ยวข้องจาก Feedback ที่ทีม DE ป้อนกลับ หากประเด็นป้อนกลับนำไปสู่การปรับปรุงวิธีทำงานเพื่อแก้ปัญหา การเรียนรู้แบบนี้เรียกว่า Single-loop Learning แต่หากทีมประเมินตั้งคำถามที่ลึกยิ่งขึ้นต่อปรากฏการณ์ที่พบ และนำไปสู่การดำเนินการเพื่อลดปัญหา หรือป้องกันปัญหา การเรียนรู้แบบนี้เรียกว่า Double-loop Learning.

**กระบวนกรร่วมกันตีความคุณค่า** นำโดยการตั้งคำถามเชิงประเมิน (evaluative inquiry) เป็นคำถามที่เกิดจากการได้รับรู้ข้อมูล หรือเชื่อมโยงกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น โดยมีหลักการสำคัญ 2 ประการคือ (1) สิ่งใดที่ท่านผู้นั้นเห็นว่ามีความสำคัญต่อกระบวนการสร้างนวัตกรรม ทำไม่จึงคิดว่าสำคัญ สำคัญอย่างไร (2) ข้อคิดเห็นตามข้อ 1 มีผลต่อการตัดสินใจอย่างไร มีผลต่อขั้นตอนต่อไปของกระบวนการสร้างนวัตกรรมอย่างไร

### เปรียบเทียบเพื่อพิจารณาจุดร่วมและจุดต่าง

#### **เปรียบเทียบ Traditional Evaluation กับ Developmental Evaluation (DE)**

การเข้าใจว่า DE นำเสนอแนวคิดและวิธีการอะไรที่แตกต่างไปจากเดิม อาจจะทำให้เราเห็นความจำเป็นและที่ใช้ของ DE ได้ชัดเจนขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตอบสนองเมื่อกระบวนการคลี่คลายไป หรือการเตรียมพร้อมที่จะเรียนรู้จากสิ่งที่ไม่คาดฝันซึ่งมักเกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา



### ตารางที่ 3 เปรียบเทียบ Traditional Evaluation กับ Developmental Evaluation

|                             | Traditional Evaluation  | Developmental Evaluation   |
|-----------------------------|---|--|
| วัตถุประสงค์                | รองรับการพัฒนา การวัด เพื่อสรุปผลและแสดงภาระรับผิดชอบ                 | สนับสนุนการพัฒนานวัตกรรมและการปรับปรุงในสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง  |
| บทบาทและความสัมพันธ์        | ผู้ประเมินเป็นบุคคลภายนอกที่ให้ความมั่นใจในความเป็นอิสระและเที่ยงธรรม | เป็นส่วนหนึ่งของทีมตลอดกระบวนการทำงานเพื่อรวบรวมข้อมูล ตีความ กำหนดประเด็น ทำให้ประเด็นชัด และทดสอบแบบจำลอง          |
| ภาระรับผิดชอบ               | ต่อหน่วยงานภายนอกและผู้ให้ทุน   | สนับสนุนนวัตกรรมเพื่อสร้างความแตกต่าง  |
| ทางเลือก                    | ใช้การวิจัยที่มีคุณภาพเพื่อประเมินทางเลือก                            | มุ่งเน้นการนำไปใช้ เลือกตัวเลือกเพื่อใช้พัฒนา  |
| การวัด                      | วัดผลงานและความสำเร็จเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ล่วงหน้า              | กำหนดตัววัดและกลไกติดตามอย่างรวดเร็วเมื่อผลลัพธ์เริ่มปรากฏ ตัววัดสามารถเปลี่ยนแปลงได้เมื่อกระบวนการคลี่คลาย          |
| ผลการประเมิน                | รายงานที่เป็นทางการอย่างละเอียด ใช้งานได้ทั่วไป                       | ให้ข้อมูลสะท้อนกลับแบบ Real-time อย่างรวดเร็วในรูปแบบที่ใช้งานง่าย เพื่อเพาะบ่มการเรียนรู้                           |
| ความซับซ้อนและความไม่แน่นอน | ผู้ประเมินพยายามควบคุมการปฏิบัติและกระบวนการประเมิน                   | เรียนรู้ที่จะตอบสนองต่อการไม่ควบคุม สิ่งเกิดขึ้นและตอบสนองตามนั้น  |
| มาตรฐาน                     | ใช้ระเบียบวิธีที่เคร่งครัด นำเชื่อถือ                                 | ใช้ระเบียบวิธีที่ยืดหยุ่น ปรับตัว ใช้การคิดเชิงระบบ มีสมดุลระหว่าง Creative & Critical Thinking อดทนต่อความคลุมเครือ |

## เปรียบเทียบ Empowerment Evaluation (EE) กับ Developmental Evaluation (DE)

EE กับ DE มีความคล้ายคลึงกันในหลายประเด็น อาทิ เป้าหมายเพื่อการพัฒนาความร่วมมือระหว่างผู้ประเมินและเจ้าของงาน การมุ่งเน้นการใช้ข้อมูลและการเรียนรู้ การนำผลของการประเมินไปใช้ปรับปรุงระหว่างดำเนินการโครงการ โดยที่อาจจะมีการใช้ถ้อยคำหรือจุดเน้นบางส่วนที่แตกต่างกัน อาทิ EE เน้นไปที่การเสริมพลังให้เจ้าของงานมีบทบาทในการควบคุมมากขึ้น ขณะที่ DE เน้นการเผชิญกับความซับซ้อนอย่างเท่าทันเพื่อสร้างนวัตกรรม

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบความเหมือนและความต่างผ่านหลักการของการประเมินทั้งสองประเภท

| Empowerment Evaluation   | Developmental Evaluation <sup>8</sup>  |
|--|--|
| <b>Improvement</b> ช่วยปรับปรุงผลงานของโปรแกรม   | <b>Developmental Purpose</b> เป้าหมายอยู่ที่การพัฒนา   |
| <b>Community Ownership</b> ส่งเสริมความรู้สึกเป็นเจ้าของโดยชุมชนเพื่อให้มีการนำไปใช้อย่างยั่งยืน | <b>Co-creation</b> ร่วมสร้างระหว่างทีมประเมินและทีมปฏิบัติงาน  |
| <b>Inclusion</b> เชิญชวนทุกระดับเข้ามาร่วม   |  |
| <b>Democratic Participation</b> มีการตัดสินใจอย่างเปิดเผยและเป็นธรรมชาติ                         |  |
| <b>Social Justice</b> ใช้เพื่อพิจารณาความไม่เป็นธรรมในสังคม                                      | <b>Complexity Perspective</b> ใช้โลกทัศน์ของความซับซ้อน  |
| <b>Community Knowledge</b> เคารพและให้คุณค่าความรู้ของชุมชน                                      | <b>Innovation Niche</b> เน้นที่นวัตกรรม  |
| <b>Evidence-based Strategies</b> เคารพและใช้ความรู้ของนักวิชาการ                                 | <b>Evaluation Rigor</b> ทำกิจกรรมประเมินอย่างเข้มงวดจริงจัง ตั้งคำถามเจาะลึก เก็บข้อมูลด้วยวิธีการที่น่าเชื่อถือ |

<sup>8</sup> Michael Quinn Patton

| Empowerment Evaluation  | Developmental Evaluation <sup>8</sup>   |
|---|---|
| <b>Capacity Building</b> ยกระดับความสามารถในการประเมินของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย   | <b>Systems Thinking</b> ทำความเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องในหลากหลายมิติ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเหล่านั้น |
| <b>Organizational Learning</b> ช่วยให้องค์กรเรียนรู้จากความสำเร็จและความผิดพลาด | <b>Timely Feedback</b> ให้ข้อมูลป้อนกลับเหมาะสมกับเวลา  |
| <b>Accountability</b> ตั้งคำถามว่าโปรแกรมบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่    | <b>Utilization Focus</b> มุ่งการนำไปใช้ประโยชน์   |

### วิธีการประเมินที่เหมาะสมกับช่วงชีวิตและบริบทของโปรแกรม

ช่วงชีวิตและบริบทของโปรแกรมจะเป็นตัวกำหนดวิธีการประเมินที่เหมาะสม ช่วงชีวิตของโปรแกรมอาจจะพิจารณาได้เป็นสามช่วงคือ ช่วงการพัฒนาความคิด ช่วงการปรับตัวให้เป็นมาตรฐาน และช่วงที่ลงตัวแล้ว ซึ่งจะสอดคล้องกับการประเมินแต่ละประเภท ส่วน EE นั้นอาจจะอยู่ระหว่างช่วงของการพัฒนาความคิดกับช่วงการปรับตัวให้เป็นมาตรฐาน

### ตารางที่ 5 เปรียบเทียบการประเมินประเภทต่างๆ

|                             | Developmental Evaluation   | Formative Evaluation                  | Summative Evaluation                 |
|-----------------------------|--|---------------------------------------|--------------------------------------|
| ช่วงชีวิตของโปรแกรมที่จะใช้ | ช่วงการพัฒนา ค้นหา   | กำลังก่อตัว ปรับตัว ทำให้เป็นมาตรฐาน  | ช่วงที่ลงตัวแล้ว อยู่ตัว คาดการณ์ได้ |
| บริบท                       | มีคำถาม ความท้าทาย โอกาส ความสำเร็จ และกิจกรรมใหม่ๆ รอผุดบังเกิด | มีการรับรู้และเข้าใจบริบทเพิ่มมากขึ้น | กิจกรรมต่างๆ ลงตัวและไม่เปลี่ยนแปลง  |
| ความแน่นอน                  | มีความไม่แน่นอนว่าอะไรที่ใช้การได้ จะทำอย่างไร                   | เริ่มคาดการณ์ผลลัพธ์ได้               | มีความแน่นอนสูงในวิธีการทำงาน        |
| ผู้ปฏิบัติงาน               | กำลังมีประสบการณ์กับวิธีการและกิจกรรมใหม่ๆ                       | ดำเนินการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง       | มีประสบการณ์ในสิ่งที่ใช้การได้       |



|                       | Developmental Evaluation             | Formative Evaluation                    | Summative Evaluation              |
|-----------------------|--------------------------------------|---|-----------------------------------|
| เป้าหมายของการประเมิน | สำรวจและสรรค์สร้างวิธีการที่ได้ผล    | ปรับปรุงวิธีการทำงานและทำให้เป็นมาตรฐาน | แสดงความสำเร็จและคุณค่าของโปรแกรม |
| คำถามหลัก             | What is it                           | How is it Working                       | Did it Work                       |
| เทียบกับการปรุงอาหาร  | จะสร้างสรรค์วิธีการปรุงใหม่ๆ อย่างไร | ปรุงถูกตามตำรับอาหารหรือไม่             | อร่อยหรือไม่                      |

### ความร่วมมือเพื่อให้ HA มีประโยชน์เหมาะกับยุคสมัย

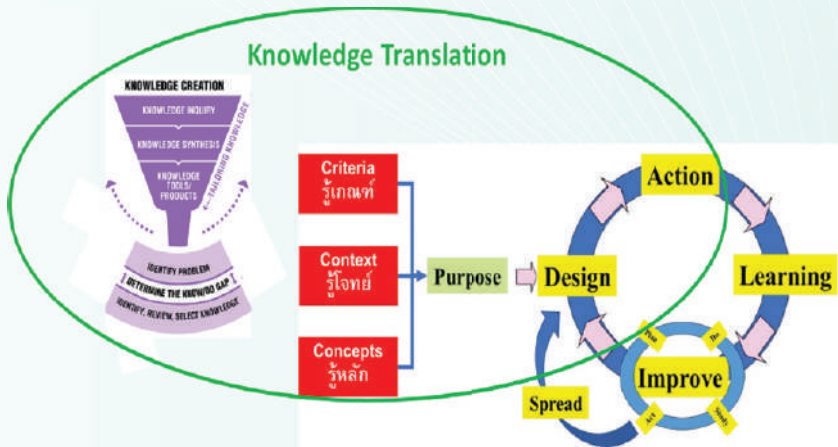
#### การประเมินของ HA

การประเมินของ HA มีลักษณะผสมผสาน คือ การให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงกระบวนการภายในของสถานพยาบาลเป็น Formative Evaluation ส่วนการตัดสินใจให้การรับรองเป็น Summative Evaluation ขณะเดียวกันก็มีความพยายามที่จะเคลื่อนไปสู่ Empowerment Evaluation คือการเสริมพลังให้สถานพยาบาลสามารถมองเห็นโอกาสพัฒนาได้ด้วยตนเอง และเคลื่อนต่อไปสู่ Development Evaluation เพื่อรองรับกับความซับซ้อนของระบบที่เพิ่มมากขึ้น

#### บทบาทเชิงรุกของสถานพยาบาล

สถานพยาบาลสามารถมีบทบาทเชิงรุกในการใช้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพไปขับเคลื่อนระบบคุณภาพและการบริหารองค์กร ซึ่งอาจสรุปได้เป็น 3 องค์ประกอบสำคัญคือ

- (1) Knowledge Translation การนำมาตรฐานโรงพยาบาลและความรู้ที่ทันสมัยในทุกสาขาไปสู่การปฏิบัติ
- (2) การติดตามประเมินผลและเรียนรู้จากการปฏิบัติ
- (3) การปรับปรุง ออกแบบใหม่ และสร้างนวัตกรรม เพื่อยกระดับคุณค่าสำหรับผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง



ภาพที่ 15 บทบาทของสถานพยาบาลในการนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติ

- 1) **Knowledge Translation** คือการถ่ายทอดความรู้ไปสู่การปฏิบัติ ซึ่ง Knowledge ในที่นี้ หมายความว่าทั้งความรู้ด้านวิชาการในสาขาวิชาต่างๆ ที่จะใช้ในการดูแลผู้ป่วยและการบริหารจัดการ ร่วมกับความรู้ที่ถูกสรุปออกมาเป็นข้อกำหนดในมาตรฐาน ขณะที่ Criteria ใน 3C-DALI model ของ HA ก็จะครอบคลุมทั้งมาตรฐานและความรู้ต่างๆ ทั้งความรู้เชิงประจักษ์และความรู้ที่ได้จากการปฏิบัติ การถ่ายทอดความรู้ไปสู่การปฏิบัติมี 2 ขั้นตอน คือ การประมวลและสังเคราะห์ความรู้ให้เป็นความรู้ที่พร้อมใช้ และการนำความรู้นั้นไปปฏิบัติอย่างเหมาะสมกับบริบทก็คือนำความรู้มาพิจารณา Gap ของการปฏิบัติ (criteria/knowledge & context) และเติมเต็ม Gap นั้นอย่างมีเป้าหมาย (purpose) ผ่านการออกแบบ (design) และนำไปปฏิบัติ (action)
- 2) **Learning** ในกระบวนการ HA จะเกิดการเรียนรู้ได้สองช่วงคือการประเมินตนเองของสถานพยาบาลควบคู่ไปกับการพัฒนา และการเรียนรู้ระหว่างการเยี่ยมชมสำรวจ มาตรฐาน HA ได้ระบุวิธีการเรียนรู้ผ่านการประเมินตนเองด้วยวิธีต่างๆ ได้แก่ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การอภิปรายกลุ่ม การเขียนบันทึกความก้าวหน้า และรายงานการประเมินตนเอง การใช้ตัวตามรอยทางคลินิก การเยี่ยมชมสำรวจภายใน การสำรวจและสัมภาษณ์ผู้ป่วย การทบทวนเชิงคุณภาพ การตรวจสอบและป้อนกลับข้อมูล การนำเสนอเพื่อรับฟังข้อวิพากษ์ การทบทวนหลังกิจกรรม การติดตามตัวชี้วัด ซึ่งสถานพยาบาลควรพยายามใช้ทุกวิธีดังกล่าวร่วมกัน

Empowerment Evaluation (EE) และ Developmental Evaluation (DE) น่าจะมีที่ใช้มากขึ้นในกระบวนการ HA เพื่อส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรมในสถานการณ์ที่มีความซับซ้อน แต่อาจจะต้องมีการปรับให้เหมาะสมกับลักษณะวิธีการทำงานของ HA ซึ่งผู้เยี่ยมสำรวจจะเข้าไปเยี่ยมชมองค์กรในระยะเวลาสั้นๆ ไม่ได้ฝังตัวอยู่กับองค์กรเป็นระยะเวลายาวนานเหมือนผู้ประเมินโครงการที่เป็นต้นกำเนิดของ DE

สิ่งที่เป็นไปได้คือ การที่สถานพยาบาลทำการประเมินภายในด้วยวิธีการที่น่าเชื่อถือและไม่เป็นภาระมากเกินไป คือการประเมินแบบฉับไว (rapid assessment) ซึ่งจะกล่าวในตอนต่อไป มีการใคร่ครวญสะท้อนคิด (reflection) ภายในทีมงาน แล้วนำข้อมูลจากการประเมินและการใคร่ครวญสะท้อนคิดนั้นมานำเสนอและอภิปรายร่วมกับผู้เยี่ยมสำรวจ เพื่อให้เกิดการตีความที่หลากหลายและสร้างสรรค์ โดยผู้เยี่ยมสำรวจทำหน้าที่คล้ายกระบวนการตามแนวคิด Developmental Evaluation

- 3) **Improve** เป็นการผสมผสานการใช้ Change Concept, Design Thinking, Creativity, Digital Technology, Lean, Human Factor Engineering และ ฯลฯ เพื่อยกระดับคุณค่า คุณภาพ ความปลอดภัยที่ส่งมอบให้ผู้ป่วย

### Rapid Evaluation and Assessment

การประเมินแบบฉับไว (rapid evaluation and assessment) เป็น Investigation ที่กระชับ เข้มข้น เพื่อประเมินเรื่องใดเรื่องหนึ่งเป็นการเฉพาะโดยใช้การรวบรวมข้อมูลและการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องซ้ำหลายรอบ เพื่อให้แน่ใจว่ามีความเข้าใจในประเด็นนั้นอย่างรอบด้านและรวดเร็ว

เทคนิคการประเมินลักษณะนี้มาจากความรู้ด้านชาติพันธุ์วิทยา (ethnography) การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) และการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) เป็นหลัก

การประเมินแบบฉับไว ทำให้มีการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ คุ่มค่าสามารถเข้าถึงผู้คนที่จะเป็นแหล่งข้อมูลซึ่งปกติอาจไม่ค่อยตอบแบบสำรวจได้มากขึ้น



## คำศัพท์ที่มีการใช้กัน

นักวิชาการ องค์กร และประเทศต่างๆ ใช้คำศัพท์ที่หลากหลายเพื่อเรียกกระบวนการประเมินอย่างรวดเร็วนี้ ได้แก่ Real Time Evaluation (RTE); Rapid Feedback Evaluation (RFE); Rapid Assessment, Rapid Appraisal (RA); Rapid Ethnographic Assessment (REA); Rapid Evaluation Method (REM); Participatory Rural Appraisal (PRA); Lean Testing, Lean Data, Predictive Analytics; Rapid Evaluation, Assessment, and Learning Methods (REALM); Rapid Qualitative Inquiry (RQI), Rapid Assessment Procedures (RAPs), The Rapid Assessment, Response and Evaluation model (RARE model), Rapid-Cycle Evaluations (RCE)

เนื่องจากทุกวิธีมีแนวคิดร่วมกันคือเรื่องการประเมินแบบฉับไวเพื่อนำข้อมูลไปใช้สนับสนุนการตัดสินใจ ถ้าจะใช้คำกลางๆ ที่ครอบคลุมทุกวิธีที่กล่าวมาก็อาจใช้คำว่า **Rapid Assessment**

## คุณลักษณะของ Rapid Assessment

**ความเร็ว (speed)** ลดเวลาที่ใช้แต่คงความแม่นยำและน่าเชื่อถือได้ โดยใช้วิธีใหม่ในการวางแผน จัดการ และวิเคราะห์ข้อมูล อาทิ ใช้การสรุปผลการสัมภาษณ์ แทนการถอดเทป การประชุมทีมในตอนท้ายของทุกวันเพื่อหารือ วิเคราะห์ และสรุปข้อมูล

**การรวบรวมข้อมูลซ้ำ (iterative data collection)** ใช้กระบวนการที่ยืดหยุ่นเพื่อค้นหาสิ่งที่ไม่คาดคิด นำสิ่งที่ไม่คาดคิดมาวิเคราะห์เพื่อวางแผนหาข้อมูลเพิ่มเติม

**การทำงานเป็นทีม (teamwork)** ทีมประกอบด้วย “คนใน” ที่มีความรู้กว้างขวางเกี่ยวกับพื้นที่ และ “คนนอก” ที่มีความรู้ด้านเทคนิคและประสบการณ์ในการประเมินจากสหสาขาวิชาชีพ

**ปฏิบัติได้ง่าย (practicality)** ออกแบบให้ขอบเขตแคบลงโดยเจาะจงเฉพาะชุดหัวข้อที่จะนำไปใช้ออกแบบหรือปรับปรุง Intervention (action-oriented) ไม่นั่นที่คำถามใหญ่ๆ ทั่วไป

**การมีส่วนร่วมของพื้นที่ (local participation)** มีความสำคัญต่อการวางแผน การวิเคราะห์ข้อมูล และการนำผลการประเมินไปใช้

**ใช้วิธีการและแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย (multiple methods and data sources)** โดยส่วนใหญ่จะเน้นไปที่ข้อมูลและระเบียบวิธีเชิงคุณภาพ

## ลักษณะเฉพาะของกระบวนการประเมินแบบฉบับไว (rapid assessment process)

**เน้นการนำข้อมูลไปใช้ (action oriented)** กระบวนการเก็บข้อมูลมีเป้าหมายชัดเจนว่าจะนำไปใช้เพื่อปรับปรุงโครงการ แก้ปัญหา ตัดสินใจ ซึ่งจำเป็นต้องได้ข้อมูลรวดเร็วทันการณ์ขณะที่ผู้ตัดสินใจยังมีความสนใจสูงและก่อนที่คำถามจะลดความสำคัญลงไป

**สืบค้นเจาะลึก (investigative)** กระบวนการจะพยายามค้นหาข้อมูลใหม่หรือหาวิธีการแปลความหมายใหม่ ไม่เพียงค้นหาว่าเกิดอะไรขึ้น แต่พยายามหาคำตอบว่าทำไมจึงเกิดขึ้น หรือไม่เกิดขึ้น เป็นการมองหาทั้งสิ่งที่คาดหวังและสิ่งที่ไม่คาดหวัง เพื่อให้ได้มุมมองที่หลากหลายและเห็นภาพรวมผุดขึ้นมา

**เน้นกระบวนการ (process oriented)** มีการวิเคราะห์ทั้งผลลัพธ์สุดท้ายและกระบวนการที่นำไปสู่ผลลัพธ์นั้น แยกแยะทั้งปัจจัยเอื้อและข้อจำกัด

**ประเมินสถานการณ์อย่างเป็นองค์รวม (assesses situations holistically)** พิจารณาสถานการณ์เดียวกันจากหลายมุมมอง พิจารณาบริบท ปฏิสัมพันธ์ แบบแผน และการเปลี่ยนแปลงไปตามช่วงเวลา โดยไม่จำกัดอยู่กับตัวแปรไม่กี่ตัว

**ทำให้เกิดความเชื่อมั่น (derives confidence)** จากการมีผู้ให้ข้อมูลหลักที่หลากหลาย ได้ข้อมูลเชิงลึก ทำให้โอกาสที่จะได้ภาพที่เป็นจริงเพิ่มขึ้น

**ให้ความสำคัญกับการรับรู้และเห็นพ้อง (informed consensus)** ทำให้มั่นใจว่ามีการตัดสินใจโดยรับรู้ข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การอธิบาย การรับฟัง ให้ได้มุมมองที่หลากหลาย และใช้การตัดสินใจร่วมกัน

**ประสิทธิภาพ (efficient)** เน้นการใช้ข้อมูลอย่างเหมาะสม ทั้งข้อมูลและเอกสารที่มีอยู่แล้ว ร่วมกับการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมด้วยวิธีการเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ

**เน้นการใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพ (emphasizes the use of interdisciplinary teams)** เพื่อให้ได้มุมมองและการแปลความหมายที่หลากหลายจากผู้ที่มีภูมิหลัง ประสบการณ์ และความเชี่ยวชาญต่างสาขา

**ใช้ทั้งคนในและคนนอก (includes “insiders” and “outsiders”)** คนในจะมีความรู้อย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับโครงการ ให้ความเห็นว่าสิ่งที่แนะนำนั้นสามารถปฏิบัติได้หรือไม่ และมีแนวโน้มที่จะนำข้อเสนอแนะไปใช้ถ้าได้มีส่วนร่วมในการประเมิน ขณะที่คนนอกจะสามารถให้มุมมองที่สดใหม่และมีอคติน้อยกว่า

**ชุมชนมีส่วนร่วม (facilitates community involvement)** เป็นกระบวนการที่มีปฏิสัมพันธ์สูง เน้นการรับฟังและการเรียนรู้ ส่งเสริมให้เกิดสุนทรีย

สนทนา ผ่านการตั้งคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้วางแผนและผู้ปฏิบัติได้แสดงความคิดเห็น และให้ข้อเสนอแนะ และข้อแนะนำ

### ข้อดีและข้อด้อยของ Rapid Assessment

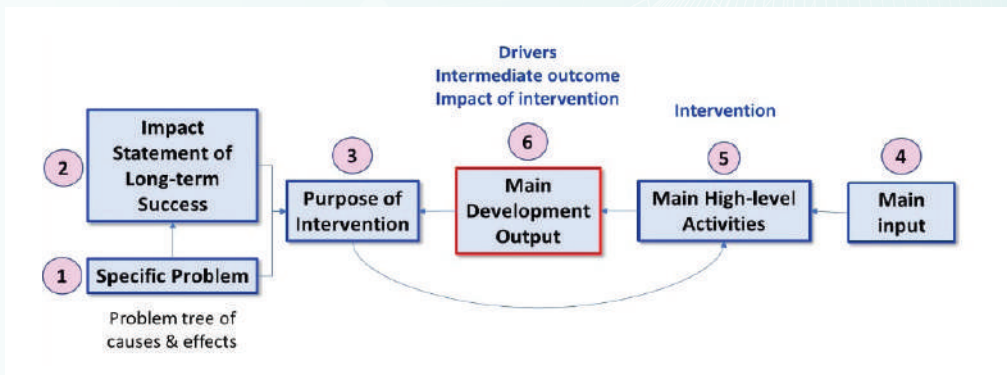
**ข้อดี** คือ คุ่มค่า มีประโยชน์มากเมื่อมีเวลาจำกัด เหมาะสมมากสำหรับการแปลความหมายเหตุการณ์หรือกระบวนการที่ซับซ้อน มีความยืดหยุ่นสูงกว่า เปิดโอกาสให้สำรวจความคิดและประเด็นใหม่ๆ ที่ไม่เคยคิดมาก่อน

**ข้อด้อย** คือ กลุ่มตัวอย่างอาจจะไม่ได้เป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมดเพราะไม่ได้ใช้การสุ่มอย่างเป็นระบบ อาจเกิดอคติได้เนื่องจากผู้สัมภาษณ์หรือผู้สังเกตใช้คำถามปลายเปิดและเครื่องมือวิจัยที่ยืดหยุ่น การบันทึก ลงรหัส และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นเรื่องยาก ไม่มีประโยชน์สำหรับการประเมินที่ต้องใช้การสำรวจอย่างเป็นทางการและการวิเคราะห์เชิงสถิติ ข้อมูลที่ได้อาจไม่แม่นยำและประยุกต์ใช้ในวงกว้างได้น้อยกว่า

### การออกแบบ Rapid Assessment

แนวคิดสำคัญที่ควรนำมาพิจารณาได้แก่ (1) การใช้ Logic Model (2) การวิเคราะห์ท่กลไกและขั้นตอนการส่งมอบ (3) มิติของการประเมินผล

#### 1) การใช้ Logic Model



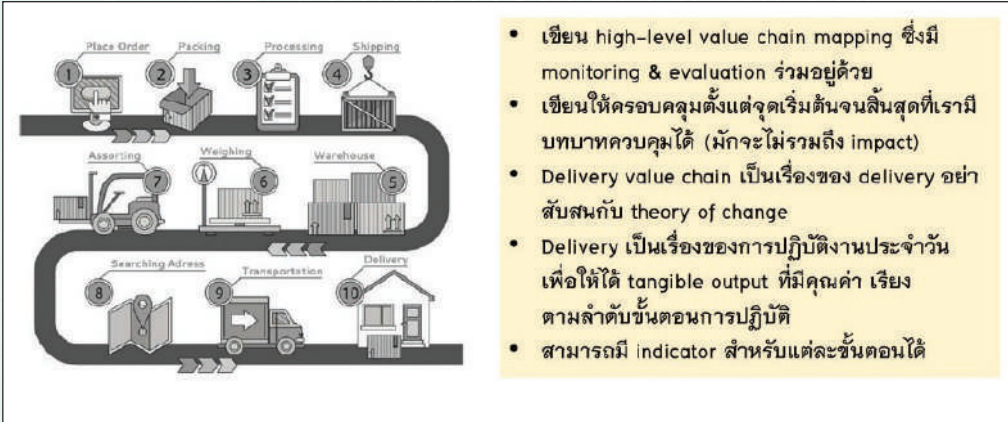
ภาพที่ 16 การใช้ Logic Model – Theory of Change

การใช้ Logic Model คือการพิจารณาความสัมพันธ์ของปัญหา เป้าหมาย ความพยายามที่จะแก้ปัญหา และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โดยเครื่องมือที่เราคุ้นเคยกันดีคือ Driver Diagram หรือคำที่ใช้ทั่วไปในการวางแผนคือ Theory of Change ซึ่งหมายถึงถึงสมมติฐานของโครงการหรือตัวเชื่อมระหว่างกิจกรรมที่ทำกับวัตถุประสงค์



ของโครงการซึ่งบางคนอาจจะเรียกว่า Impact of Intervention หรือ Intermediate Outcome การทำความเข้าใจตรงนี้จะทำให้เราสามารถขยับจากการวัดที่ Process และ Output มาสู่การวัดในระดับ Outcome/Impact ได้มากขึ้น

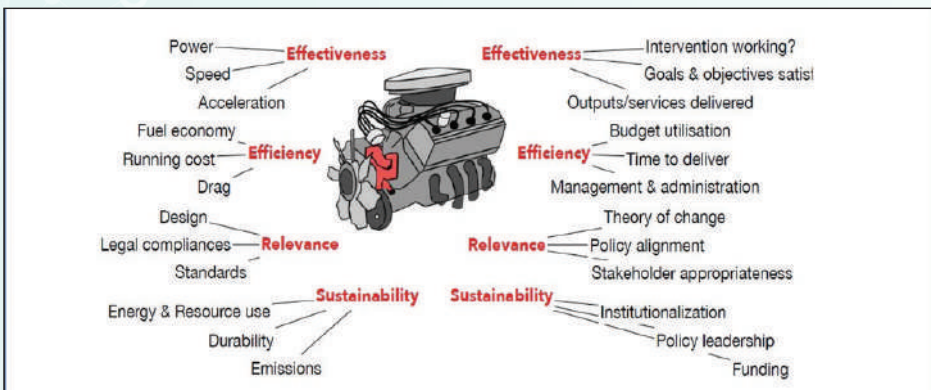
## 2) การวิเคราะห์ห่วงโซ่และขั้นตอนการส่งมอบ



ภาพที่ 17 การวิเคราะห์ห่วงโซ่และขั้นตอนการส่งมอบ

High-level Value Chain Mapping ก็คือการเขียนสิ่งที่เราปฏิบัติงานตามลำดับขั้นตอนจนกระทั่งส่งมอบ Output ให้กับผู้รับผลงาน หรือที่เรารู้จักกันก็คือ Process Flowchart นั่นเอง แต่เป็นการเขียนในระดับ High-level เพื่อให้เห็นภาพรวมได้ด้วยแผนภูมิง่ายๆ ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุด และในแต่ละขั้นตอนนี้ระบุตัวชี้วัดที่มีการใช้ในการควบคุมหรือติดตามด้วย

## 3) มิติของการประเมินผล



ภาพที่ 18 มิติของการประเมินผล หรือการประเมินผ่านเลนส์ของการปฏิบัติ

มิติของการประเมินผลเป็นเสมือนคำถามที่เป็นร่มของการประเมิน เป็นการระบุจุดเน้นของการประเมินว่าต้องการประเมินแนวคิดอะไร ซึ่งในภาพ จะเปรียบเทียบการประเมินเครื่องยนต์กับการประเมินโครงการทางสังคมของรัฐบาล ในระบบบริการสุขภาพน่าจะใช้องค์ประกอบของ Value-based Healthcare คือ ดุคน (people-centered, equity) ดุใช้ (appropriateness, effectiveness, safety) ดุคุ้ม (efficiency) ก็จะครอบคลุมได้ครบถ้วน

### ขั้นตอนในการทำ Rapid Assessment

#### ● กำหนดวัตถุประสงค์และวางแผนการศึกษา

ระบุวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม เจาะจงว่าเพื่อใช้ในการพัฒนา แก้ปัญหา หรือตัดสินใจ

#### ● การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ

ทบทวนและวิเคราะห์ข้อมูลที่มีอยู่ สรุปรื้อค้นพบจากข้อมูลที่มีอยู่เพื่อป้องกันการเก็บข้อมูลที่มีการค้นพบเพียงพอแล้ว

#### ● ทำความเข้าใจมุมมองของคนในระบบ

ทำความเข้าใจในสิ่งที่ผู้เกี่ยวข้องกับระบบที่จะศึกษาคิดว่าเป็นประเด็น สำคัญ ระดับความสำคัญและความสัมพันธ์ระหว่างกัน โดยการมีปฏิสัมพันธ์กับ บุคคลหรือองค์กรในพื้นที่ ใช้ Semi-structured Interviews และ Informal Group Discussions ทำความเข้าใจสถานการณ์ พฤติกรรม เจตคติ และข้อห่วงกังวล และสรุปเป็นรายงานมุมมองของคนในระบบ

### 4) เตรียมการเก็บข้อมูล

เตรียมทีม เตรียมคำถามตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อใช้ในการสังเกต สัมภาษณ์ สทนากลุ่ม เป็นคำถามที่ตรงไปตรงมา ใช้ค่าง่ายๆ กระชับ ไม่คลุมเครือ ไม่ซ้ำซ้อน ไม่ชี้นำ

### 5) การเก็บข้อมูลปฐมภูมิ

อาจใช้หลายวิธีต่อไปนี้ร่วมกัน

**Focus Group Discussions** เป็นการพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการ ผู้เข้าร่วม มีอิสระที่จะให้ความเห็น วิจารณ์ ขยายความ มุมมองของกันและกัน ในหัวข้อเดียวกัน ควรมีการพูดคุยกับกลุ่มต่างๆ

**Key Informant Interviews** ใช้กับผู้เชี่ยวชาญในพื้นที่ซึ่งมีข้อมูลเชิงลึก ทั้งด้านความเชื่อ เจตคติ ประสบการณ์ รวมทั้งกลุ่มที่เป็นผู้ได้รับผลและมี Critical First-hand Information อาจให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เสนอชื่อบุคคลอื่นที่มีมุมมองต่างออกไปเพื่อรับการสัมภาษณ์ต่อ

**Structured Direct Observations** มักใช้ควบคู่กับอีกสองวิธีแรกเพื่อยืนยันข้อมูลกัน ควรจัดเตรียมคำถามที่เป็น Objective ง่ายต่อการประเมินและให้คะแนน

**Informal Surveys** ใช้คำถามปลายเปิดที่ผู้ตอบสามารถใช้คำพูดของตนเอง ขนาดของกลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่าง 25-50 คน ใช้คำถามเหมือนกันกับทุกคน ผู้ตอบคำถามตอบจากมุมมองของตนเอง

### 6) การวิเคราะห์ข้อมูล

เนื่องจากต้องมีการเก็บข้อมูลซ้ำหลายรอบ การวิเคราะห์ข้อมูลจึงต้องทำโดยทันที อาทิ Daily Summary Report ที่จะนำไปใช้ในการวิเคราะห์ขั้นสุดท้าย

การทำ Triangulation ข้อมูลทุติยภูมิ การสังเกต การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม เป็นสิ่งจำเป็นเพื่อลดเวลาการวิเคราะห์ข้อมูลและเพิ่มความน่าเชื่อถือ

การใช้เครื่องมือสรุปความคิดที่มีแบบแผนจะช่วยลดเวลาการวิเคราะห์ เช่น SWOT Matrix, Objective Tree, Log Frame เป็นต้น

### 7) การจัดทำเอกสารข้อมูล

สามารถแบ่งให้สมาชิกรับผิดชอบการทำรายงานตามชุดคำถามต่างๆ โดยมีการ Cross-check ระหว่างประเด็นต่างๆ จัดทำ Powerpoint Presentation เพื่อให้ทีมพิจารณาให้ข้อคิดเห็น

รายงานอาจจะเป็นสรุปย่อขนาด 2 หน้าหรือรายงานที่มีรายละเอียดสมบูรณ์ตามความต้องการของผู้ใช้ โดยเน้นที่วัตถุประสงค์ แหล่งข้อมูล ข้อค้นพบจากการศึกษา ข้อเสนอแนะ เป็นสำคัญ

การประเมินแบบฉับไวทำให้ได้รับรู้ข้อมูลและมุมมองใหม่ๆ ที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ทันที หากมีการใช้กันบ่อยๆ ใช้กันให้มาก ใช้ให้ครอบคลุมมาตรฐาน HA ทุกเรื่อง ครอบคลุมข้อห่วงกังวลของผู้ป่วยและบุคลากรทุกประเด็น จะทำให้เราสนุกกับการหาคำตอบใหม่ๆ และปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานให้ทุกฝ่ายมีประสบการณ์ที่ดีกับระบบบริการสุขภาพ



## 2.2 Accreditation in the Future

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล

การรับรองคุณภาพ (accreditation program) จะต้องปรับตัวให้ทันการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในอัตราเร่ง เพื่อให้มั่นใจว่ากระบวนการนี้จะยังคงมีประโยชน์ต่อระบบบริการสุขภาพและสังคม โดยบทความที่เป็นแหล่งข้อมูลนี้ใช้การมองผ่านเลนส์ของการมีชีวิตในปี 2030 ว่า Accreditation Program จะเป็นอย่างไร?

### หลักการพื้นฐาน

หลักการพื้นฐานของ Accreditation Program ซึ่งเป็นที่ยอมรับในปัจจุบันและจะยังคงใช้การได้ต่อไป มีดังต่อไปนี้

1. Accreditation เป็นเครื่องมือที่ช่วยให้องค์กรมั่นใจว่ามีโครงสร้างและกระบวนการที่พร้อมในการจัดการและปรับปรุงคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย
2. Accreditation เป็นตัวขับเคลื่อนที่ทรงพลังในการปรับปรุงผลการดำเนินการ และมีศักยภาพในการเสริมสร้างวัฒนธรรมขององค์กร โดยเป็นทั้งเป็นกลไกการประกันคุณภาพและกลไกการพัฒนาคุณภาพ
3. Accreditation มีส่วนช่วยให้ผู้รับบริการมีประสบการณ์ที่ดีจากการดูแล ด้วยการนำแนวคิดของการดูแลที่เน้นบุคคลเป็นศูนย์กลาง (person-centered care) ไปสู่การปฏิบัติ
4. Accreditation เป็นเครื่องมือในการกระจายการเรียนรู้ กระจายหลักฐานเชิงประจักษ์และส่งเสริมการนำความรู้ไปใช้
5. มีข้อดีและข้อเสียของการรับรองในระบบสมัครใจและในระบบบังคับซึ่งควรได้รับการพิจารณาอย่างรอบคอบ ไม่ว่าจะระบบบังคับหรือสมัครใจ
6. Accreditation จะมีผลกระทบต่อระบบบริการสูง ถ้า (i) ผู้เกี่ยวข้องในระบบมีความเข้าใจมาตรฐานการรับรองเป็นอย่างดี (ii) ทีมบริการสุขภาพมีความเป็นเจ้าของ (iii) มีการยอมรับในผลการวิเคราะห์ช่องว่างผ่านการประเมินตนเองและนำไปจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ และ (iv) ระบบมีความต้องการและความสามารถในการดำเนินการตามแผน

<sup>9</sup> เนื้อหาของบทความนี้สรุปมาจากบทความชื่อ “Accreditation in 2030” โดย Wendy Nicklin, Carsten Engel, Jacqui Stewart ตีพิมพ์ในวารสาร International Journal for Quality in Health Care, Volume 33, Issue 1, 2021 และคำบรรยายในการประชุม ISQua’s 38<sup>th</sup> International Conference, October 2022

## แนวโน้มในอนาคต

ทุกประเทศในโลกมีประสบการณ์กับแนวโน้มต่อไปนี้ ในระยะและความรวดเร็วที่แตกต่างกัน:

- เทคโนโลยีที่เกิดขึ้นใหม่ ส่งผลกระทบต่อ การดูแลสุขภาพในอัตราเร่ง
- การปฏิวัติจีโนมิกส์ จะมอบโอกาสใหม่ๆ ที่น่าทึ่ง แต่ก็มาพร้อมกับความท้าทาย
- แรงกดดันทางเศรษฐกิจ ทำให้การตัดทอนงบประมาณและเกิดรูปแบบ Funding ใหม่ ๆ
- มีการพัฒนาการดูแลในรูปแบบใหม่ (new model of care) เพื่อระบบสุขภาพที่ยั่งยืน
- การเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม มีอิทธิพลต่อสุขภาพและระบบสุขภาพ
- แรงกดดันด้านการเมือง (political forces) มีแนวโน้มไปสู่ความร่วมมือระหว่างประเทศและโลกาภิวัตน์
- การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ผู้สูงอายุ โรคเรื้อรัง สุขภาพจิต ความเท่าเทียม การกระจายบุคลากร

การระบาดใหญ่ของ COVID-19 สอนเราว่าระบบบริการสุขภาพและระบบสนับสนุนทั้งหมดจะต้องสามารถปรับตัวได้อย่างรวดเร็ว เรากำลังเข้าสู่ทศวรรษใหม่แห่งความท้าทายที่ยิ่งใหญ่

## การยกระดับคุณค่าของ Accreditation

มุมมองแบบคลาสสิกของ Accreditation คือเครื่องมือพัฒนาคุณภาพ มีการจัดทำมาตรฐาน มีการประเมินตามมาตรฐานว่าปฏิบัติได้มากน้อยเพียงใด และมีการให้ข้อมูลป้อนกลับเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเพื่อชี้แนะการพัฒนาต่อเนื่อง ซึ่งหากมอง Accreditation เป็น External Evaluation แล้ว จุดเน้นมักจะไปอยู่ที่การออกแบบกระบวนการประเมินที่จริงจัง น่าเชื่อถือ ปราศจากอคติ และตรงประเด็น

อุปสรรคสำคัญของ Accreditation คือถูกมองว่าใช้เวลามาก ไม่ได้มุ่งเน้นไปที่บริการหลัก มีการแทรกแซง Autonomy ขององค์กรที่ขอรับรอง มาตรฐานการรับรองอาจจะไม่สามารถติดตามให้ทันความรู้หรือการปฏิบัติที่ทันสมัย รวมทั้งทำให้เกิดความแข็งตัวและเป็นอุปสรรคต่อนวัตกรรม

เอกสารความคิดเห็นที่เผยแพร่ในปี 2019 ของ ISQua<sup>10</sup> ท้าทาย Accreditation ให้ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญสามด้าน

1) มาตรฐานต้องมีความยืดหยุ่นมากขึ้น สอดคล้องกับบริบท และเปิดโอกาสให้มีระดับการนำไปปฏิบัติที่แตกต่างกัน

2) การรับรองต้องเปลี่ยนจากการรับรองรายโรงพยาบาลไปสู่การรับรองตามเส้นทางสุขภาพ (health pathway) ของผู้รับบริการแต่ละราย และประเมินทั้งระบบ

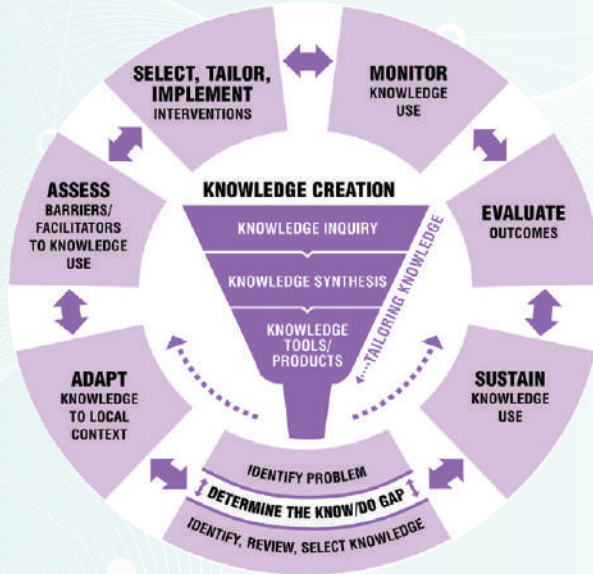
3) Accreditation ต้องสะท้อนถึงยุคดิจิทัล การเติบโตของปัญญาประดิษฐ์และ Telehealth

มีการใช้แนว Knowledge Translation (KT) มาประยุกต์กับกระบวนการ Accreditation กล่าวคือ มองว่า Accreditation มุ่งที่จะสร้างการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่นเดียวกับ Knowledge Translation

Canadian Institute of Health Research ให้นิยาม Knowledge Translation ว่าเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตและหมุนซ้ำ ประกอบด้วย การสังเคราะห์ การเผยแพร่ การแลกเปลี่ยน และการประยุกต์ความรู้เพื่อยกระดับสุขภาพของประชากร ให้บริการสุขภาพที่ได้ผลดีขึ้น และเพิ่มความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพ การนำ Knowledge Translation เข้ามาจะทำให้ Accreditation ก้าวตามทันการเปลี่ยนแปลงความรู้ได้ดีขึ้น

<sup>10</sup> ISQua Opinion Paper. The IEAA Accreditation Council and ISQua's Innovation and Systems Change Working Group. July 2019. Three Challenges for External Evaluation: Ensuring Relevance and Preparing for the 2030's. <https://isqua.org/resources-blog/resources.html>





ภาพที่ 19 Knowledge-to-Action Framework

ภาพที่ 19 แสดงให้เห็นว่า Knowledge to Action Cycle มีองค์ประกอบสองส่วนคือการสร้างความรู้ (knowledge creation) และการประยุกต์ใช้ความรู้ (knowledge action หรือ application) เมื่อนำมาพิจารณากับกระบวนการของ accreditation จะพบว่ามีความสอดคล้องกันตามตารางที่ 1

## ตารางที่ 1 ความสอดคล้องของ Accreditation กับ Knowledge-to-Action (K2A)

Framework

| องค์ประกอบของ K2A                          | การนำมาปฏิบัติใน Accreditation   |
|--|--|
| <b>Knowledge Creation</b>                  |  |
| Knowledge Inquiry                          | การทบทวนและปรับปรุงมาตรฐานอย่างสม่ำเสมอ  |
| Knowledge Synthesis                        | การกำหนดมาตรฐานโดยการสังเคราะห์หลักฐานวิชาการที่ดีที่สุด   |
| Knowledge Tools/<br>Products               | มีข้อกำหนดให้ใช้เครื่องมือเฉพาะ อาทิ การสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย การสำรวจความผูกพันของบุคลากร เพื่อแสดงให้เห็นการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานเฉพาะเรื่อง |
| <b>Knowledge Application</b>               |  |
| Determine the Know/<br>Do Gap              | การประเมินตนเอง การเยี่ยมสำรวจ   |
| Adapt Knowledge to<br>Local Context        | ผู้ขอรับรองศึกษามาตรฐาน จัดทำแผนปฏิบัติการที่สอดคล้องกับบริบทของตน โดย “วิธีการ” เพื่อบรรลุมาตรฐานเป็นการตัดสินใจของผู้ขอรับรอง                              |
| Assess Barriers to<br>Knowledge Use        | ประเมินในช่วงการประเมินตนเอง ระหว่างการเยี่ยมสำรวจ และในรายงานการเยี่ยมสำรวจ   |
| Select, Tailor, Implement<br>Interventions | ผู้ขอรับรองดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ   |
| Monitor Knowledge Use                      | ผู้ขอรับรองติดตามความก้าวหน้าด้วยตนเอง มีระบบให้รายงานความก้าวหน้าตามแผนต่อองค์กรผู้รับรองอย่างสม่ำเสมอ  |
| Evaluate Outcome                           | ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและกลุ่มประชากร   |
| Sustain Knowledge Use                      | มีการขยายผล มีการสร้างนวัตกรรมอย่างต่อเนื่องและนำมาปฏิบัติเป็นงานประจำ   |

Accreditation เป็น Knowledge Translation Tool ที่ทรงพลังด้วยลักษณะต่อไปนี้

- 1) โดยพื้นฐานแล้ว Accreditation เป็นเครื่องมือพัฒนาคุณภาพ ไม่ใช่การตรวจสอบ ไม่ใช่การจับผิด
- 2) มาตรฐานมีความทันสมัยและช่วยยกระดับผลการดำเนินการ
- 3) การเยี่ยมสำรวจเป็นการทวนสอบ (validate) และกระตุ้นต่อยอด
- 4) การตัดสินใจและรายงาน เป็นการยืนยันผลการดำเนินการขององค์กร
- 5) การกำหนดให้ปฏิบัติตามข้อเสนอแนะและรายงานความก้าวหน้า
- 6) Accreditation ถูกบูรณาการเป็นส่วนหนึ่งของแผน/เครื่องมือพัฒนาคุณภาพขององค์กร (ไม่ใช่ทำแบบโครงการเฉพาะกิจ)

ทุกองค์ประกอบของ Accreditation สื่อสารความรู้และข้อมูลข่าวสารต่อผู้ขอการรับรอง มีส่วนทำให้ผู้ขอการรับรองมีและใช้ความรู้ที่ทันสมัย

### The Reframing of Accreditation in 2030

ผู้เขียนวาดภาพฝันว่า ลักษณะของ Accreditation ในปี 2030 มีดังนี้

#### 1. จากการรับรองแบบสำเร็จรูป (off-the-shelf) สู่การปรับให้เหมาะกับแต่ละองค์กร (customized)

ทุกประเทศที่ใช้ Accreditation มีความเข้าใจอย่างชัดเจนว่า Accreditation มีบทบาทที่เหมาะสมในภาพรวมของระบบอย่างไร ช่วยเสริมการใช้กฎระเบียบบังคับ และการออกใบอนุญาตอย่างไร

บทบาทของ Accreditation อาจแตกต่างกันไป เช่น (1) ใช้เป็นร่มใหญ่ที่ครอบคลุมวิธีการจัดระเบียบงานคุณภาพและทำให้ประสานสอดคล้องกัน (2) ใช้เพื่อส่งเสริมการบูรณาการองค์กรที่เป็นอิสระจากกันเข้าสู่ระบบเดียวกัน (3) ใช้เพื่อกระตุ้นการขยายผลการปรับปรุงขนาดใหญ่บางเรื่อง

องค์กรรับรองบางแห่งได้รับมอบบทบาทหน้าที่ที่ใกล้เคียงกับหน่วยงานกำกับดูแล แต่เน้นที่ผลการดำเนินการ มิใช่ตรวจสอบการละเมิดกฎข้อบังคับ

บทบาทขององค์กรรับรองคือการระบุจุดคานงัดที่อาจมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ และแปลงจุดคานงัดเหล่านี้เป็นมาตรฐานที่ช่วยนำความรู้ไปสู่การประเมินผลการดำเนินการ โดยร่วมมืออย่างใกล้ชิดกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกประเภท

องค์กรรับรองหลีกเลี่ยงการสร้างความเข้าใจผิดว่าพวกเขารู้ว่าผู้ให้บริการควรดำเนินการอย่างไร ('สิ่งที่ควรทำ') แต่มุ่งเน้นไปที่การช่วยให้ผู้ให้บริการบรรลุ



เป้าหมายคุณภาพ (‘สิ่งที่คุณต้องการทำ’) สิ่งนี้ถูกสะท้อนให้เห็นในการเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงานดังที่แสดงไว้ในตารางที่ 1 ทักษะคิดต่อการรับรองได้เปลี่ยนจาก Accreditation 1.0 ไปสู่ Accreditation 2.0 โดยที่มีการใช้ทั้งสองแนวทางร่วมกันตามความเหมาะสม

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบ Accreditation 1.0 กับ Accreditation 2.0

| Accreditation 1.0 (2020)  | Accreditation 2.0 (2030)  |
|---|---|
| จัดทำรายการเกณฑ์ (criteria) สำหรับองค์กรที่มีผลการดำเนินการที่ดี            | กำหนดวาระ (agenda) เพื่อบรรลุเป้าหมายที่ระบุไว้                                     |
| มีข้อกำหนดเฉพาะ (specific requirements) สำหรับโครงสร้างและกระบวนการ         | มีข้อชี้แนะ (guidance) สำหรับโครงสร้างและกระบวนการ รวมทั้งสำหรับการนำระบบที่ซับซ้อน |
| ตรวจสอบกระบวนการเพื่อดูการปฏิบัติตามข้อกำหนด (compliance with requirements) | ตรวจสอบกระบวนการเพื่อทำความเข้าใจเหตุผล (understand why) ที่ผลลัพธ์ออกมาเช่นนั้น    |
| สำรวจแบบตรวจสอบ (examination survey)  | สำรวจแบบค้นหา (exploratory survey)  |
| ตัดสินบนพื้นฐานของการปฏิบัติตามกระบวนการที่กำหนด (process compliance)       | ตัดสินบนพื้นฐานของผลลัพธ์และรายงานเกี่ยวกับกลไก (outcome and report on mechanism)   |
| บอกคุณ (telling) ว่าคุณควรทำอะไร (telling you)                              | ช่วยคุณ (helping you) เพื่อบรรลุสิ่งที่คุณต้องการบรรลุ                              |
| ประเมินโดยใช้ระเบียบวิธีแบบดั้งเดิม (classical methodology)                 | ประเมินโดยอาศัยแหล่งข้อมูลมากกว่า (more data sources)                               |

**2. จากการประเมินผลการดำเนินงานขององค์กร (organizational performance) ผู้การประเมินจากมุมมองของผู้ใช้บริการ (perspective of service users)**

ขณะนี้ยังคงมีการรับรองแต่ละองค์กรอยู่ แต่แนวทางหลักคือการรับรองระบบบริการทั้งระบบ ตามเส้นทางเดินของผู้ป่วย (patient journey) ตั้งแต่การดูแลระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ ระดับตติยภูมิ และการดูแลแบบประคับประคอง การสลาย Health Sector Boundaries แทบจะเป็นพื้นฐานของการเปลี่ยนแปลงนี้

เนื้อหาของมาตรฐานและวิธีการประเมินจะมีการเน้นย้ำสู่ภาวะ สุขภาพของสังคมและประชากร โดยที่การสร้างเสริมและธำรงสุขภาพมีความสำคัญเทียบเท่ากับการซ่อมแซมโรค

### 3. จากการรับรองเป็น Event สู่การรับรองเป็น On-going Process

การตัดสินใจรับรองขึ้นอยู่กับความพยายามอย่างต่อเนื่อง ไม่ใช่จากความสำเร็จเพียงครั้งเดียว องค์กรที่เริ่มต้นจะเข้าสู่ Full Accreditation Program โดยใช้เวลา 3-4 ปี ซึ่งจะมีการประเมินตามมาตรฐานที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ผลการประเมินจะเป็นตัวกำหนดรูปแบบและประเด็นที่ต้องเน้นในการประเมินรอบต่อไป

จะมีการติดตามข้อมูลและสารสนเทศจากองค์กรที่ได้รับการรับรองและมีการตั้งค่าตัวส่งสัญญาณ (trigger) เพื่อบ่งชี้ว่าองค์กรผู้รับรองจะต้องทำอะไร อาทิ การขอรายงานจากองค์กรเพื่ออธิบาย Variance ที่เกิดขึ้น หรือเป็นจุดเริ่มให้จัดการสำรวจเสมือนจริงในโรงพยาบาลบางแห่งที่ผลลัพธ์ของ Community-acquired Pneumonia ต่ำกว่าที่คาดไว้

### 4. ขยับจากการมุ่งกระบวนการและโครงสร้างสู่การมุ่งผลลัพธ์

มาตรฐานจะมุ่งเน้นไปที่ผลลัพธ์ซึ่งอ้างอิงถึงโครงสร้างและกระบวนการ แต่ละมาตรฐานจะมีข้อความที่ชัดเจนเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่มุ่งหวังให้มีการพัฒนา รวมทั้งวิธีการประเมินผลลัพธ์ดังกล่าว มาตรฐานจะครอบคลุมการพูดถึงกระบวนการเพื่อขึ้นนำการปฏิบัติขององค์กร แต่การประเมินไม่จำเป็นต้องพิจารณาว่ามีการปฏิบัติตามคำแนะนำนี้หรือไม่

สำหรับบางเรื่องแล้ว การประเมินตัววัดคุณภาพ (quality measures) ที่ดีที่สุดคือการตรวจสอบกระบวนการ อาทิ การที่ไม่มีผู้เสียชีวิตจากเหตุไฟไหม้ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาไม่ได้พิสูจน์ว่าการเตรียมการดับเพลิงของคุณเพียงพอ

การทำให้โครงสร้างและกระบวนการบางเรื่องมีความเป็นมาตรฐาน (standardization) ยังคงเป็นองค์ประกอบสำคัญของมาตรฐานและวิธีการรับรอง Standardization จะเป็นสิ่งที่ดีตราบไต่ที่ช่วยลดความซับซ้อนลง แต่ Over-standardization อาจเพิ่มความซับซ้อนและขัดขวางความสามารถในการปรับตัว

## 5. จากการเยี่ยมชมสำรวจองค์กร (onsite survey) มาสู่การใช้แหล่งข้อมูลอื่นๆ ที่หลากหลาย (a range of other sources of information)

การเยี่ยมชมสำรวจโดยไม่แจ้งล่วงหน้าเป็นเรื่องปกติ โดยใช้ระยะเวลาสั้น 1-2 วัน มีประเด็นที่มุ่งเน้นชัดเจน ส่วนประเด็นอื่นๆ ที่เหลือจะดำเนินการแบบเสมือนจริง

**Accreditation** ไม่สามารถประเมินกระบวนการหรือผลลัพธ์ทั้งหมดได้ **มีการคัดเลือกชุดของมาตรฐานอย่างรอบคอบเพื่อลดภาระของ Accreditation** เป็นมาตรฐานที่ครอบคลุมตัวขับเคลื่อนสำคัญสำหรับการพัฒนา การประกันคุณภาพ รวมถึงกระบวนการที่เสี่ยงต่อความล้มเหลวที่อาจส่งผลร้ายแรง

**Accreditation** ถามคำถามที่ท้าทาย เช่น แผนทรัพยากรบุคคล แสดงให้เห็นการนำไปปฏิบัติ และวิธีที่ลูกค้าจะได้รับหลักประกันความเท่าเทียมและความหลากหลายนั้นในทุกระดับขององค์กร

**Accreditation** จะมองหาข้อมูลเพื่อทำความเข้าใจในเรื่องผลลัพธ์ เช่น การสุ่มถามพนักงานถึงสิ่งที่พวกเขาคิดว่าเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม วิธีการจัดการกับประเด็นดังกล่าว ตัวอย่างที่เกิดขึ้นจริง จะให้ข้อมูลมากกว่าการถามถึงนโยบายและคณะกรรมการ

**หลักฐานมีความสำคัญ** และไม่จำกัดเพียงเอกสารคู่มือการปฏิบัติงาน หรือข้อมูลที่เป็นตัวเลข และหลักฐานเหล่านี้ควรอยู่ในรูปแบบของเอกสารและข้อมูลที่ถูกใช้เป็นประจำ มีการปรับปรุงเทคนิคการสังเกต การตามรอย และการสัมภาษณ์ เพื่อให้ทีมเยี่ยมชมสำรวจสามารถประเมินความสามารถของระบบในการปรับตัวและตอบสนองต่อ Daily Variation และ External Disruptive Events ได้อย่างถูกต้อง

**การประเมินผลการดำเนินการใช้วิธีการที่หลากหลาย** รวมถึงตารางเวลาที่ยืดหยุ่นสำหรับการเยี่ยมชมสำรวจ ซึ่งจะมุ่งเน้นไปยังพื้นที่ที่ถูกกำหนดโดยข้อมูลที่รวบรวมไว้ก่อนหน้านี้และแหล่งข้อมูลอื่นๆ ข้อมูลผลการดำเนินการ ผลการสำรวจประสบการณ์ของผู้ป่วย และผลการสำรวจประสบการณ์ของเจ้าหน้าที่ มีการใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อประเมิน Contribution ขององค์กรต่อสุขภาพของประชากรที่ให้บริการ รวมถึงการประเมินปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการ



มีการใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ ทำให้มีความเป็นอัตโนมัติมากขึ้น เช่น มาตรฐานออนไลน์ การรวบรวมข้อมูลออนไลน์ การส่งข้อมูลออนไลน์เพื่อติดตามผลการปฏิบัติงานขององค์กรที่ได้รับการรับรองอย่างต่อเนื่อง การใช้ปัญญาประดิษฐ์

## Conclusion—Here We Are in 2030—Looking back

แรงขับเคลื่อนคือเพื่อให้มั่นใจว่าบริการสุขภาพและสังคมมีคุณภาพสูง ขณะเดียวกันก็มีความยั่งยืนทางเศรษฐกิจ โดยจะต้องเปลี่ยน Mindset ในเรื่อง Delivery Models of Care และการใช้เทคโนโลยีที่คล่องตัว ยังคงมีความจำเป็นในการใช้มาตรฐานเชิงระบบและกระบวนการและขยายไปสู่ผลลัพธ์ โดยการรับรองเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องและเป็นเส้นทางสู่ความเป็นเลิศ

นอกเหนือจากการรับรู้คุณภาพแบบดั้งเดิมแล้ว ความสามารถในการปรับตัว (adaptability) ความยืดหยุ่นฟื้นตัวไว (resiliency) และความคล่องตัว (agility) ก็เป็นสิ่งที่ให้ความสำคัญสูง

แม้ Accreditation Program จะพัฒนาไปไกล แต่การปรับปรุงอย่างต่อเนื่องยังมีความจำเป็นอยู่เสมอ เพื่อให้ Accreditation ยังคงมีคุณค่า เป็นการเดินทางที่ไม่มีวันสิ้นสุด

## 2.3 Person-centred Care

### 2.3.1 Patient and Family Engagement หุ่นส่วนสุขภาพ

พญ.พรพิศ ตริบุพชาติสกุล

Patient and Family Engagement คือแนวทาง (approach) ที่มุ่งสร้างการมีส่วนร่วมกับผู้ป่วยและญาติ (ผู้เขียนแปลเป็นไทยว่า หุ่นส่วนสุขภาพ) สัมพันธ์กับหลัก Person-centered Care อันเป็นประเด็นที่ถูกกล่าวถึงมากขึ้นในระยะหลัง จากหลายประเทศในตะวันตกซึ่งวิทยาการทางการแพทย์เจริญล้ำหน้า แต่กำลังเผชิญความท้าทายในระบบสุขภาพ การแพทย์แบบสมัยใหม่ (modern health care) ซึ่งอยู่บนฐาน Biomechanical Model of Illness มาถึงทางตันเพราะความซับซ้อนเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ก่อให้เกิดระบบการดูแลที่แยกส่วนและมีช่องว่างมาก ผู้ป่วยและญาติจึงยากที่จะได้รับข้อมูลเพียงพอที่จะเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นกับตัวเอง นำมาซึ่งการขาดการมีส่วนร่วม จึงส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว ต่อระบบสุขภาพ ทั้งด้านคุณภาพ ความปลอดภัย ความเท่าเทียมในการเข้าถึงการรักษาและค่าใช้จ่าย และกระทบต่อระบบเศรษฐกิจของประเทศ

เป้าหมายของแนวทางหุ่นส่วนสุขภาพคือ ระบบสาธารณสุขที่ดีขึ้น สุขภาพประชาชนดีขึ้น ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลดลง ทั้งหมดนี้เกิดขึ้นได้ หากบุคลากรด้านสุขภาพได้เป็นหุ่นส่วนที่แท้จริงกับผู้ป่วยและญาติ อันมีพื้นฐานจาก Mindset ที่เชื่อมั่นในศักยภาพมนุษย์ เคารพในความต่าง แล้วลองพยายามให้มากขึ้นในการเปิดโอกาสและสร้างพื้นที่ปลอดภัยในการมีส่วนร่วม ฟังเป็น ได้ยินเสียงสะท้อนของผู้ป่วยและญาติ นำเสียงสะท้อนเหล่านั้นมาเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาระบบการดูแลรักษา เลือกริธีที่เหมาะสมกับบุคคล จนถึงการนำบทเรียนไปปรับเปลี่ยนระบบ และปรับเปลี่ยนนโยบาย สิ่งนี้สามารถเริ่มต้นทำได้ตั้งแต่ระดับการดูแลคนไข้เฉพาะราย ไปสู่ระดับทีม ระดับหน่วยงาน ระดับองค์กร ในชุมชน และจนถึงระดับสังคมวงกว้าง

มีหลักฐานเชิงประจักษ์มากมายที่แสดงถึงประโยชน์ของการทำ Patient and Family Engagement ในบริบทต่างๆ จนมีผู้กล่าวว่า สิ่งนี้คือยาวิเศษ ที่จะเยียวยาระบบสุขภาพที่กำลังประสบความทุกข์ระทมทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ ตัวอย่างประโยชน์ที่สำคัญ ได้แก่

- มีความปลอดภัยมากขึ้น อาทิ เมื่อมีระบบที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลของตนเองได้ พบว่าการเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง ความผิดพลาดทางยาลดลง ความสม่ำเสมอในการรักษาและการดูแลตนเองดีขึ้น
- ผู้รับบริการพึงพอใจมากขึ้น เมื่อเปิดพื้นที่ให้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยญาติมากขึ้น

- เมื่อครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ บุคลากรมีความรู้สึกปลอดภัยในการทำงานมากขึ้น อัตราการคงอยู่ในระบบของบุคลากรทางการแพทย์สูงขึ้น
- สุขภาพของผู้รับบริการดีขึ้น อาทิ สุขภาวะทางจิตใจดีขึ้นเพราะได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการ อัตราการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ (re-admission) ลดลง คุณภาพการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรังดีขึ้น สมรรถนะในการทำกิจกรรมด้วยตนเองของผู้ป่วยดีขึ้น เป็นต้น
- ลดค่าใช้จ่ายของบริการสุขภาพ

### Core Concept V03 Patient and family engagement

แนวทางหุ้นส่วนสุขภาพ มุ่งเน้นการปรับการปฏิสัมพันธ์ ให้เอื้อต่อการมีส่วนร่วมในระดับสูง (active engagement) เพื่อสานความสัมพันธ์ที่ดี อันนำไปสู่ความร่วมมือ ความเชื่อมั่นไว้วางใจต่อกัน ความสัมพันธ์ราวอุมคติเช่นนี้ อาจสามารถเกิดขึ้นได้จริงด้วยพื้นฐานสำคัญ ดังต่อไปนี้

- **Respect and Dignity** เคารพในคุณค่าและค่านึงถึงศักดิ์ศรี เปิดรับความรู้สึก ความเชื่อ ค่านิยม ภูมิหลังทางวัฒนธรรม รับฟังทางเลือกของผู้ป่วยและครอบครัว นำมาวางแผนการรักษาที่เหมาะสมกับบุคคล
- **Information Sharing** มีทักษะการสื่อสาร รวมทั้งมีเครื่องมือที่ดี เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเข้าใจข้อมูลที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ได้อย่างเท่าเทียมกับผู้ให้บริการเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการมีส่วนร่วมในการดูแลและการตัดสินใจ
- **Participation and Involvement** เปิดพื้นที่ โอกาส สนับสนุน ผู้ป่วยและครอบครัว ให้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลและการตัดสินใจในระดับที่สมัครใจ
- **Collaboration** ผู้รับและผู้ให้บริการสุขภาพ พร้อมทั้งทีมงาน ทำงานร่วมกัน ในการกำหนดนโยบายพัฒนาคุณภาพบริการและประเมินผล



## Patient and family engagement อย่างไร

### 1) สร้างความพร้อมในการเป็นหุ้นส่วนของผู้ป่วยและครอบครัว

ผู้ป่วยแต่ละคน ญาติแต่ละบ้าน ล้วนแตกต่างกันหลากหลาย จึงเป็นความท้าทายอย่างยิ่งที่จะชักนำ ให้ผู้ป่วยและครอบครัวยินดีเข้ามามีส่วนร่วมอย่างเต็มที่มากที่สุด (active engagement) ตามศักยภาพของแต่ละบุคคล ทำอย่างไรให้เขาเชื่อว่าการเข้ามามีส่วนร่วมจะช่วยให้เขาได้รับบริการที่มีคุณภาพและปลอดภัยขึ้น จากเดิมที่มักจะ “แล้วแต่หมอ” “ฉันไม่รู้ ฉันทำไม่เป็น” ทำอย่างไรจะเกิดทักษะและมั่นใจในการดูแล เกิด Autonomy ในการตัดสินใจเลือกทางในการรักษาที่เหมาะสมกับตนเอง

ความรู้สึกลดภัยทางใจ (psychological safety) คือกุญแจสำคัญในการตัดสินใจของคนแต่ละคน ว่าจะมีส่วนร่วมมากน้อยเพียงใด ตัวอย่างวิธีสร้างบรรยากาศที่ปลอดภัยในการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อชักนำให้เกิดความรู้สึกยินดีที่จะเข้ามามีส่วนร่วม ได้แก่

- เปิดโอกาสให้ถามคำถามอะไรก็ได้ อย่างสม่ำเสมอทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ รับฟังและเห็นคุณค่าของเรื่องราวและข้อมูลที่เขาเล่า โดยกล่าวชื่นชมเป็นคำพูดและการแสดงออกทางอวจนภาษา
- บอกเล่าความคืบหน้าในเรื่องต่างๆ ให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้ด้วยรูปแบบและภาษาที่เข้าใจง่าย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมคิดร่วมทำเสมอ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องเล็กหรือเรื่องใหญ่ เพื่อสร้างเสริมพลังอำนาจและความมั่นใจมากขึ้นโดยลำดับ และก่อนที่จะถามว่า “ตัดสินใจอย่างไร” ควรบอกทางเลือกและประเมินความเข้าใจในทางเลือกเหล่านั้นเสมอ
- การค้นหาพลังชีวิต อาทิ Motivation Interviewing เพื่อให้ผู้ป่วยวางแนวทางในการจัดการตัวเองได้ชัดขึ้นและมีกำลังใจที่จะทำได้ตลอดไป เช่น คำถาม “ป่วยแล้วทำอะไรไม่ได้บ้าง อะไรที่อยากทำแต่ทำไม่ได้” “สิ่งที่ทำให้คุณไม่ได้สิ่งนั้นคืออะไร” “ถ้าจะทำสิ่งนั้นให้ได้ เป็นไปได้ไหม อย่างไร” เพื่อช่วยให้เห็นเส้นทางชัดเจน และค้นหาเส้นทางที่พอดีสำหรับตนเอง
- สร้างโอกาสอย่างเป็นระบบและสม่ำเสมอ ให้เกิดพื้นที่แบ่งปันความรู้ โดยเพื่อนกลุ่มโรคเดียวกัน เช่น จัดการนัดพบกลุ่มเพื่อนและช่วยจัดหาสื่อการสอน สร้างเครือข่ายสังคมออนไลน์ เป็นต้น

- เพิ่มตัวช่วยให้การดูแลตนเองทำได้ดีขึ้น เช่น สนับสนุนอุปกรณ์ประเมินตนเองอย่างเครื่องเจาะน้ำตาลสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน หรือ Peak Flow Meter สำหรับผู้ป่วยหอบหืด มีระบบช่วยเตือนวันนัด เป็นต้น
- มีระบบและเครื่องมือรับ Feedback เช่น Patient Experience Survey ที่เข้าถึงง่าย ทำได้อย่างรวดเร็ว เป็นระบบ และสม่ำเสมอ เป็นต้น

## 2) สร้างความพร้อมในการเป็นหุ้นส่วนของบุคลากรทางการแพทย์และผู้บริหารโรงพยาบาล

กระบวนทัศน์ (paradigm) ของระบบสุขภาพแบบเดิม อยู่บนฐานความสัมพันธ์แบบ Paternalism (พ่อดูแลลูก) ผู้ให้เหนือกว่าผู้รับ ทำหน้าที่มอบสิ่งที่ตนเห็นว่าดีแก่ผู้รับ แต่แนวทางหุ้นส่วนสุขภาพนี้ อยู่บนฐานความสัมพันธ์แบบ Partnership ผู้ให้และผู้รับมีคุณค่าเท่าเทียมกัน ต่างฝ่ายต่างอิงอาศัยกัน ต่างฝ่ายต่างก็เป็นผู้ให้และผู้รับ ร่วมกันคิดร่วมกันสร้างระบบที่พอดีกับทั้งสองฝ่าย การสร้างความพร้อมในการเป็นหุ้นส่วน ของบุคลากรทางการแพทย์และผู้บริหารโรงพยาบาลจึงหมายถึงการเปลี่ยนกระบวนทัศน์ เปลี่ยน Mindset เป็นสำคัญ เพราะการสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยและญาติไม่สามารถเกิดขึ้นได้บนกระบวนทัศน์แบบเดิม

ตัวอย่างของการมี Mindset ที่สอดคล้องกับแนวทางหุ้นส่วนสุขภาพ คือ เชื่อมมั่นในศักยภาพมนุษย์ เคารพในความต่าง อาทิ การที่ผู้บริหารเข้าใจและให้ความสำคัญกับการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยโดยให้คุณค่ากับเสียงสะท้อนทั้งจากบุคลากรและผู้รับบริการ หรือการที่องค์กรให้ความสำคัญกับการสร้างบุคลากรที่มีทักษะการสื่อสารที่สร้างคุณค่า เช่น Active Listening, Motivation Interview เพราะทักษะเหล่านี้สนับสนุนให้เกิดความสัมพันธ์แบบ Partnership กับผู้ป่วยและญาติ เป็นต้น

## 3) การออกแบบระบบที่สร้างเสริม Patient and family engagement

สร้างบรรยากาศที่เปิด ด้อนรับการมีส่วนร่วม และอำนวยความสะดวกให้แก่การเข้ามามีส่วนร่วมอย่างเป็นรูปธรรม มีการประกาศเป็นนโยบายของโรงพยาบาลอย่างชัดเจนว่าเน้นความร่วมมือจากผู้ป่วยและครอบครัว ตัวอย่างการออกแบบระบบที่สอดคล้องกับแนวทางหุ้นส่วนสุขภาพ ได้แก่

- ระบบรายงาน Adverse Events โดยผู้ป่วยและครอบครัวที่รวดเร็วและสามารถทำเองได้โดยง่าย

- Medical Record ที่เปิดให้ผู้ป่วยและญาติร่วมเป็นเจ้าของ (open note) สมุดประจำตัวที่ใช้ภาษาที่ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ มีข้อมูลเกี่ยวกับโรค ผลเลือด ผลการตรวจสำคัญ รายการยา วันนัด และมีส่วนที่มอบหมายให้ผู้ป่วยและญาติร่วมบันทึกด้วย เช่น ผลการตรวจวัดที่ทำได้อเอง อาการผิดปกติ เป็นต้น
- จัดให้มีบริการ การวางแผนการดูแลสุขภาพล่วงหน้า (advance care plan: ACP) เพื่อให้ประเด็นเรื่องคุณค่า ความหมายชีวิต ศักดิ์ศรี ความต้องการที่แท้จริง เพราะเป็นข้อมูลสำคัญเพื่อประกอบแผนการดูแล
- วางมาตรฐานเรื่องการทำ Family Meeting ในเวลาสำคัญ เช่น เมื่อย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤต ก่อนผ่าตัดใหญ่ เป็นต้น
- ออกแบบ Care Process เป็นระบบเปิด อนุญาตให้ Family Care Giver สามารถทำกิจกรรมได้สม่ำเสมอ ตามความสมัครใจและความพร้อม เช่น มีการส่งเวรข้างเตียง (bed-sided nurse shift report) โดยพยาบาลต้องปรับภาษาในการส่งเวรให้ญาติเข้าใจได้ด้วย มีกระดานสื่อสารให้ญาติ เขียนเป้าหมายรายวันให้ผู้ป่วย รวมทั้งเป็นพื้นที่ให้ผู้ป่วยและญาติสามารถจดคำถาม หรือบอกข้อสังเกตได้สะดวก มีตารางสอนทำกิจกรรมเฝ้ายาจิตใจ ผ่อนคลายความเครียด เช่น เช็ดตัว ป้อนวด อ่านหนังสือ สวดมนต์ข้างเตียง ระเบียบที่มีความยืดหยุ่นเรื่องเวลาในการเข้าเยี่ยม สำหรับผู้ที่เป็น Care Giver หรือสมาชิกครอบครัวคนสำคัญ เป็นต้น
- ระบบ Transition Care Coordination สำหรับผู้ป่วยซับซ้อน Care Coordinator ประสานแผนการรักษา จัดหาสิ่งสนับสนุน ถ่ายทอดทักษะให้ Family Care Giver เป็นตัวกลางในการสื่อสารความคาดหวังให้ตรงกัน (เช่น หายขาดหรือรักษาตามอาการ ประคับประคอง) กำหนดข้อตกลงร่วมกรณีเกิดภาวะแทรกซ้อน เชื่อมต่อข้อมูลจากทุกแหล่ง ยา การรักษา ความเห็นของแพทย์แต่ละคน Care Coordinator คือเพื่อนของ Family Care Giver รับรู้ในความยุ่งยากลำบากของ Care Giver



## unสรุป

แนวทางหุ้นส่วนสุขภาพ มุ่งเน้นการสร้างโอกาสการปฏิสัมพันธ์ฉันมิตร อันเอื้อต่อการมีส่วนร่วมในระดับสูง (active engagement) ของผู้ป่วยและญาติ นำไปสู่ความร่วมมือ ความเชื่อมั่นไว้วางใจต่อกัน โดยวิธีการ “สื่อสารมีประสิทธิภาพ สร้างความรู้ที่เท่าเทียม คำนึงอำนาจการกำกับชีวิตตัวเองให้ผู้ป่วยและครอบครัว”

### 2.3.2 การใส่ใจดูแลในมุมมองมานุษยวิทยา

นายซัชชล อัจฉนาภิตติ

“ทศวรรษที่ผมเป็นผู้ดูแลหลักของโจนได้สร้างชีวิตผมขึ้นมาใหม่... การดูแลทำให้ผมเข้มแข็งและรู้สึกดีกับตัวเองมากขึ้นในความสัมพันธ์กับคนอื่น มันยังทำให้ผมเป็นอิสระจากความทะเยอทะยานที่คอยผลักดันให้ไปข้างหน้า และจากการหมกมุ่นอยู่แต่กับงาน มันทำให้ผมเรียนรู้ที่จะดูแลการมีชีวิตอยู่ การสัมพันธ์กับครอบครัว และรายละเอียดปลีกย่อยของชีวิตประจำวัน ซึ่งจะว่าไปแล้วก็คือเรื่องของชีวิตอยู่นั่นเอง ผมดูแลมากขึ้น และมากขึ้นไปอีก แต่การดูแลกลับทำให้ผมเห็นว่าอะไรคือสิ่งสำคัญที่แท้จริง”

ข้อความข้างต้นเป็นส่วนหนึ่งของประสบการณ์ของอาเธอร์ ไคลน์แมน (arthur kleinman) จิตแพทย์และนักมานุษยวิทยาการแพทย์คนสำคัญแห่งมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด ที่บันทึกไว้ในหนังสือเรื่อง “วิญญูณแห่งการดูแล: การบ่มเพาะทางศีลธรรมของแพทย์คนหนึ่ง” ซึ่งกล่าวถึงประสบการณ์การดูแลโจน ไคลน์แมน ภรรยาของเขาผู้ป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์ หนังสือเล่มดังกล่าวได้บันทึกชีวิตของไคลน์แมนในฐานะแพทย์และนักวิชาการชั้นนำที่ต้องผ่านช่วงเวลาของการเปลี่ยนแปลงอย่างลึกซึ้งซึ่งทั้งหน้าที่การงาน ความสัมพันธ์ในครอบครัว รวมถึงชีวิตด้านใน

ไคลน์แมนเล่าว่า การทำหน้าที่ผู้ดูแลภรรยาตั้งแต่เธอเริ่มล้มป่วยจบจนวาระทำให้เขาได้เรียนรู้และเข้าใจความหมายและการกระทำที่เรียกว่าการใส่ใจดูแลอย่างแท้จริงที่น่าแปลกก็คือแม้จะผ่านการร่ำเรียนและฝึกฝนเพื่อเป็นแพทย์ซึ่งมีหน้าที่หลักคือการรักษาโรคและดูแลคนไข้มามากกว่า 30 ปี แต่เขากลับชี้ว่าตลอดชีวิตของการเรียนและการทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายใต้สถานการณ์ที่ระบบการดูแลถูกขับเคลื่อนอย่างเร่งรีบและมุ่งตอบสนองความต้องการของตลาด ยิ่งทำให้การบ่มเพาะทักษะและความเข้าใจเรื่องการใส่ใจดูแลของบุคลากรทางการแพทย์เกิดขึ้นได้อย่างจำกัด จนอาจกล่าวได้ว่า การใส่ใจดูแลกลายเป็นเรื่องในอุดมคติไปเสียแล้ว ทั้งที่จริงๆ แล้วสิ่งนี้ควรเป็นเรื่องพื้นฐานที่ปรากฏอยู่ในระบบการเยียวยารักษาทุกระดับ

การสัมผัสประสบการณ์ของการใส่ใจดูแลอย่างใกล้ชิดด้วยสายตาของนักมานุษยวิทยา ทำให้โคลน์แมนได้มองเห็นแง่มุมที่สำคัญของการใส่ใจดูแล เขาเสนอว่ามนุษย์จะได้เรียนรู้ การใส่ใจดูแลที่แท้จริงก็ต่อเมื่อได้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง การใส่ใจดูแลจึงถือเป็นปฏิบัติการเชิงศีลธรรมที่ย้อนกลับมาสู่รากฐานของการใคร่ครวญถึงความหมายของชีวิต การมีความเห็นอกเห็นใจ ตลอดจนความรับผิดชอบและหน้าที่ที่มนุษย์คนหนึ่งพึงมีต่อผู้อื่นในฐานะผู้ดูแลและผู้รับการดูแล ซึ่งไม่จำกัดตัวอยู่แค่ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์เท่านั้น แต่ความสัมพันธ์ในฐานะผู้ดูแลและผู้รับการดูแลปรากฏอยู่ในชีวิตมนุษย์ทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน ไปจนถึงสังคมโดยรวม

ในมุมมองทางมานุษยวิทยา การใส่ใจดูแลเป็นความสัมพันธ์ต่างตอบแทนที่ไม่มีฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเป็นผู้ให้และรับแต่เพียงฝ่ายเดียว แต่ทั้งผู้ให้การดูแลและผู้รับการดูแลต่างก็กำลังดูแลกันและกัน และต่างก็เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการบ่มเพาะตัวตน (self-cultivation) ในการเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น โดยพื้นฐานที่สุด การใส่ใจดูแลคือการอยู่ร่วมหรือการอยู่ต่อหน้าทั้งกายและใจ (presence) ที่ผู้ดูแลสามารถทำให้ผู้รับการดูแลรู้สึกได้ว่าพวกเขาเป็นส่วนหนึ่งของกันและกัน พร้อมเผชิญความยากลำบากและความเจ็บปวดร่วมกัน การแสดงออกที่เรียบง่าย เช่น การกุ่มมือ สบตา พุดคุย และรับฟังเรื่องราวความเจ็บป่วยอย่างลึกซึ้ง เหล่านี้สามารถแสดงให้เห็นความตั้งใจแน่วแน่และความตื่นตัวที่จะตอบสนองต่อสถานการณ์การดูแลที่มักยืดเยื้อยาวนาน

การใส่ใจดูแลจึงไม่ได้มีเพียงด้านที่สวยงามหรือโรแมนติคอย่างที่เรามักเข้าใจหรือรับรู้กันโดยทั่วไป ในทางตรงข้าม การใส่ใจดูแลเป็นปฏิบัติการที่ต้องอาศัยทั้งร่างกาย แรงใจ และทรัพยากรต่างๆ มหาศาล ไม่ว่าจะเป็นเวลา พลังงาน เงิน วัสดุอุปกรณ์ รวมถึงโครงสร้างพื้นฐานต่างๆ แม้ว่าโดยผิวเผินจะดูเหมือนการใส่ใจดูแลจะเป็นเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล แต่จริงๆ แล้วกลับเต็มไปด้วยมิติทางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม การใส่ใจดูแลจึงเป็นเรื่องส่วนตัวเท่าๆ กับที่เป็นเรื่องสาธารณะ ด้วยเหตุนี้ วิธีการศึกษาทางมานุษยวิทยาที่ให้ความสำคัญกับการฝังตัวเชิงลึก เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์การให้และรับการดูแลในระดับปัจเจกที่เชื่อมโยงกับบริบทเชิงโครงสร้างทางสังคมวัฒนธรรม จะช่วยทำให้มองเห็นช่องว่างในการสร้างสังคมแห่งการใส่ใจดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาระบบสาธารณสุขที่ถือเป็นกลไกพื้นฐานที่ทำหน้าที่อันสำคัญยิ่งนี้

สุดท้าย เมื่อการใส่ใจดูแลเป็นประสบการณ์ภาคปฏิบัติ ความหมายและวิธีการที่จะทำให้เราบรรลุถึง “การใส่ใจดูแลที่ดี” หรือ “ความเป็นอยู่ที่ดี” (well-being) จึงไม่มีนิยามหรือวิธีการที่ถูกกำหนดไว้ล่วงหน้าอย่างตายตัว แต่การใส่ใจดูแลที่ดีเป็นการพยายามลองผิดลองถูกอย่างไม่หยุดหย่อนท่ามกลางสถานการณ์ที่คลุมเครือและตึงเครียด นอกจากนี้ การใส่ใจดูแลที่ดีไม่ได้เกิดขึ้นภายใต้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์ด้วยกันเท่านั้น แต่สิ่งที่ไม่ใช่มนุษย์ ไม่ว่าจะเป็นพืช สัตว์ วัตถุสิ่งของ อาคารสถานที่ หรือบรรยากาศ ต่างก็เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างประสบการณ์และอารมณ์ความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับการใส่ใจดูแลได้ทั้งสิ้น จินตนาการของการออกแบบสิ่งที่เรียกว่า “ความเป็นอยู่ที่ดี” จึงสามารถขยายออกไปได้กว้างขวาง ดังนั้น การสร้างและพัฒนาระบบการเฝ้าระวังรักษาโรคที่สะท้อนให้เห็นการใส่ใจดูแลที่ดี จึงจำเป็นต้องเปิดกว้างต่อการมีส่วนร่วมจากชุดความรู้และประสบการณ์ของผู้คนที่แตกต่างกันหลากหลาย เพื่อช่วยให้มองเห็นความเป็นไปได้ใหม่ของระบบ ที่สำคัญ เพื่อเปิดโอกาสให้กับการค้นพบศักยภาพภายในตัวตนของบุคลากร ในฐานะมนุษย์ที่เราต่างก็เป็นทั้งผู้ให้และรับการใส่ใจดูแล



## 2.4 การประสานพลังของความรู้ในการพัฒนาคุณภาพ (Synergy of Knowledge for Quality Improvement)

รศ.ดร.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์

ความรู้เป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญของการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ การให้ความสำคัญกับความรู้ แฝงอยู่ในค่านิยมและแนวคิดหลัก (core values and concepts) ที่การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation: HA) ของไทยเรานำมาใช้อย่างต่อเนื่อง โดยแฝงอยู่ในค่านิยมและแนวคิดหลักเกือบทุกข้อ ทั้งนี้ในเรื่องที่สำคัญและเด่นชัดโดยเฉพาะคือ การพัฒนาที่ต้องใช้ Evidence-based Approach กล่าวคือ การตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลวิชาการหรือหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ และการใช้ข้อมูลวิชาการในการให้บริการสุขภาพ/ดูแลผู้ป่วย ประเด็นท้าทายอย่างยิ่งต่อการพัฒนาคุณภาพ คือ เราจะประสานพลังจากความรู้ที่มีอยู่ร่วมกันอย่างไรในการพัฒนาคุณภาพเพื่อใช้ในการขึ้นนำการพัฒนาคุณภาพรวมถึงการออกแบบปรับปรุงบริการและการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างไร

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 ระบุสาระสำคัญเกี่ยวกับความรู้ขององค์กรไว้เป็นส่วนหนึ่งของมาตรฐานตอนที่ 1-4.2 การจัดการสารสนเทศและการจัดการความรู้ (information and knowledge Management) ซึ่งโดยหลักถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของพื้นฐานของระบบ (system foundation) ที่จำเป็นต่อการจัดการที่มีประสิทธิภาพและระบบที่มีความคล่องตัว (agility) ในการปรับปรุงผลการดำเนินการและความสามารถขององค์กร ซึ่งต้องใช้ข้อมูลจริง (fact) และองค์ความรู้ (knowledge) เป็นแรงผลักดัน ทั้งนี้โดยระบุไว้ให้ “องค์กรมีข้อมูล (data) สารสนเทศ (information) สินทรัพย์ความรู้ (knowledge asset) ที่จำเป็น ที่มีคุณภาพและพร้อมใช้งาน และมีการจัดการความรู้ที่ดี มีการปลูกฝังการเรียนรู้เข้าไปในงานประจำ” และมีรายละเอียดเกี่ยวกับความรู้ขององค์กรดังนี้

### ข. ความรู้ขององค์กร (organizational knowledge)

- (1) องค์กรสร้างและจัดการความรู้ขององค์กร. ประกอบด้วย
  - (i) รวบรวมและถ่ายทอดความรู้จากการปฏิบัติของบุคลากร
  - (ii) ผสมผสาน เชื่อมโยง และประมวลผลข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เพื่อสร้างความรู้ใหม่
  - (iii) รวบรวมและถ่ายทอดความรู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ในการสร้างนวัตกรรม และวางแผนกลยุทธ์
  - (iv) การนำหลักฐานทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับประสิทธิภาพของวิธีการและเทคโนโลยีสำหรับบริการสุขภาพ (healthcare intervention & technology) มาประยุกต์ใช้

- (2) องค์กรแลกเปลี่ยนวิธีหรือแนวทางปฏิบัติที่ดี (good practice) ขององค์กร ดังนี้
- (i) ระบุหน่วยงานหรือหน่วยปฏิบัติการที่มีผลงานดี
  - (ii) ระบุวิธีหรือแนวทางการปฏิบัติที่ดีเพื่อการแลกเปลี่ยน
  - (iii) นำวิธีหรือแนวทางปฏิบัติที่ดีไปปฏิบัติในส่วนอื่นๆ ขององค์กร
- (3) องค์กรใช้ความรู้และทรัพยากรขององค์กร ทำให้การเรียนรู้ฝังลึกไปในวิถีการปฏิบัติงานขององค์กร

โดยมาตรฐาน HA ขยายความ การเรียนรู้ฝังลึกไปในวิถีการปฏิบัติงาน ว่าหมายถึง การเรียนรู้อย่างเป็นระบบ เพื่อให้เกิดกระบวนการทำงานที่เป็นการปฏิบัติจริงอย่างเป็นประจำ มี 2 รูปแบบ คือ 1) การฝังวิธีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานประจำวันที่ทำงานเป็นกิจวัตร และส่งผลต่อการแก้ปัญหาที่ต้นเหตุโดยตรงหรือเห็นโอกาสในการเปลี่ยนแปลงที่มีความสำคัญ 2) การสร้างองค์ความรู้และการแบ่งปันองค์ความรู้ทั่วทั้งองค์กร เช่น การฝังสินทรัพย์ความรู้ (knowledge assets) ที่ได้จากการเรียนรู้เข้าไปในการทำงานประจำ จนเกิดการปฏิบัติจริง เช่น การมีคู่มือ การมี Work Instruction ที่มีการปรับปรุงจากการเรียนรู้และนำไปปฏิบัติอย่างเป็นระบบ รวมถึงการสร้างนวัตกรรมที่นำไปใช้ในองค์กร เป็นต้น

มาตรฐานข้างต้น ต้องการให้โรงพยาบาลที่มีคุณภาพมีการสร้างและจัดการความรู้ขององค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ นั่นคือนำสู่การใช้ประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพได้อย่างเป็นรูปธรรม การบรรลุถึงประโยชน์ดังกล่าวเป็นจุดมุ่งหมายที่สำคัญซึ่งการกำหนดจุดมุ่งหมายของการใช้ประโยชน์จากความรู้หรือวัตถุประสงค์ของการจัดการความรู้ควรเป็นจุดตั้งต้นหรือขั้นตอนแรกของการจัดการความรู้ในองค์กร ที่จะนำความรู้ไปบูรณาการ หรือประสานพลัง (synergize) ให้เกิดผลในการพัฒนาคุณภาพด้วยเรื่องใด อย่างไร เช่น

1) การพัฒนาคุณภาพผ่านใช้ความรู้จากการปฏิบัติงานของบุคลากรด้วยความรู้ของบุคลากรที่สะสมมา และการพัฒนางานโดยบุคลากรที่มีความรู้ ซึ่ง (1.1) บุคลากรเป็นผู้ที่จะนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงานประจำวันที่มีคุณภาพ (1.2) บุคลากรยังเป็นผู้ใช้ความรู้ในกระบวนการพัฒนาคุณภาพ และ (1.3) ใช้ความรู้ในการคิดค้น ออกแบบและตัดสินใจในกระบวนการต่างๆ ที่สำคัญขององค์กรทั้งสิ้น ทั้งในส่วนของการบริการสุขภาพ การสนับสนุนและการบริหารจัดการ

2) การพัฒนาคุณภาพผ่านการเรียนรู้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับประสิทธิภาพของวิธีการและเทคโนโลยีสำหรับบริการสุขภาพมาประยุกต์ใช้ ซึ่งองค์กรมักนำความรู้มาใช้ประกอบการออกแบบกระบวนการในการประเมิน วินิจฉัย และ

วางแผนการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ป่วยและประชาชน นอกจากนี้ยังนำมาจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ ฝึกรวมบุคลากร และจัดหาเทคโนโลยีที่จำเป็นเพื่อให้มีใช้ในองค์กร หรือส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการภายนอก เป็นต้น

3) การพัฒนาคุณภาพโดยกระบวนการเรียนรู้จากหน่วยงานหรือหน่วยปฏิบัติการที่มีผลการดำเนินการที่ดี แล้วนำวิธีหรือแนวทางปฏิบัติที่ดีที่เกิดขึ้นในองค์กรมาเรียนรู้ และขยายผล โดยองค์กรบูรณาการกระบวนการแลกเปลี่ยนวิธีหรือแนวปฏิบัติที่ดีกับวิธีการในการวัด วิเคราะห์และใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กร (ตอนที่ 1-4.1) ครอบคลุมถึงการสรุปบทเรียนและข้อสรุปของโครงการพัฒนาคุณภาพที่ได้ดำเนินการสำเร็จจนเป็นวิธีการปฏิบัติงาน เพื่อให้ได้องค์ความรู้มาบูรณาการกับการออกแบบและปรับปรุงระบบและกระบวนการทำงานที่สำคัญขององค์กร รวมถึงบริการสุขภาพ และกระบวนการดูแลสุขภาพ ตลอดจนการถ่ายทอดสู่การปฏิบัติให้เป็นการทำงานประจำ เช่น การทบทวนและจัดทำแนวปฏิบัติใหม่ หรือการทบทวนและออกแบบระบบเทคโนโลยีสารสนเทศขององค์กร เป็นต้น

4) การพัฒนาคุณภาพผ่านการนำความรู้ไปใช้ในการจัดการนวัตกรรม โดยการบูรณาการกระบวนการจัดการความรู้เข้ากับการส่งเสริมการใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และการสนับสนุนในด้านอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น ทรัพยากรทางการเงิน และการแสวงหาความเชี่ยวชาญเพิ่มเติมจากภายนอก เพื่อนำไปสู่นวัตกรรมของการรักษาพยาบาล การให้บริการ การจัดการสิ่งแวดล้อม การบริหารจัดการ รูปแบบการดำเนินการ ตลอดจนสิ่งประดิษฐ์ต่างๆ เพื่อประโยชน์ในการให้การดูแลสุขภาพประชาชน

5) การพัฒนาคุณภาพผ่านการนำความรู้ไปใช้ในการวางแผนกลยุทธ์ขององค์กร เพื่อวิเคราะห์และระบุจุดแข็งและจุดอ่อน โอกาส ภาวะคุกคาม รวมถึงสมรรถนะหลัก ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ และโอกาสเชิงกลยุทธ์ขององค์กร การนำความรู้ขององค์กรไปใช้ประโยชน์ยังช่วยในการกำหนดสาระสำคัญของแผนปฏิบัติการและตัวชี้วัด การวิเคราะห์สิ่งที่จำเป็นต้องใช้เพื่อสนับสนุนแผนปฏิบัติการให้ประสบผลสำเร็จ ตลอดจนการคาดการณ์ผลการดำเนินการในอนาคต และการระบุเป้าหมายของการพัฒนาตามตัวชี้วัดที่เหมาะสมว่าควรอยู่ในระดับใด เป็นต้น

แน่นอนว่า การพัฒนาคุณภาพในแต่ละเรื่องข้างต้นไม่น่าจะใช้ความรู้เพียงเรื่องเดียวหรือด้านเดียว เพื่อให้งานประสบผลแต่ก็ต้องอาศัยความรู้ในหลายเรื่องหลายด้านร่วมกัน ซึ่งต้องการการระบุแหล่งของความรู้ วิธีการเก็บรวบรวม นำความรู้เหล่านั้นมาใช้ และติดตามทบทวนรวมถึงปรับปรุงการจัดการความรู้อย่างเป็นระบบ



ในลำดับต่อไป อย่างไรก็ตาม มาตรฐาน HA ไม่ได้ระบุไว้ชัดเจนว่าความรู้ในองค์กรและความรู้ขององค์กร มีอยู่ที่กลุ่มหัวข้อหรือกี่ประเภท และในการดำเนินการหรือพัฒนาคุณภาพในแต่ละเรื่อง องค์กรพึงนำความรู้ใดบ้างมาพิจารณาบ้างร่วมกัน ซึ่งผู้เขียนเสนอว่า โรงพยาบาลสามารถเริ่มต้นได้โดยอ้างอิงจากการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ได้ เช่น

- ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้รับผลงาน ลูกค้าและตลาด เพื่อทำให้องค์กรมีความเข้าใจที่เพียงพอและสามารถคาดการณ์ได้เกี่ยวกับ ความต้องการทางสุขภาพ ความเสี่ยงและภาวะการเจ็บป่วย ความต้องการและความคาดหวังต่อบริการ พฤติกรรมและประสบการณ์การใช้บริการสุขภาพ ความรู้ในกลุ่มนี้มักได้จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลและสารสนเทศจากแหล่งต่างๆ เกี่ยวกับ ผู้ป่วย ครอบครัว ประชากรในพื้นที่ และภาพรวมของประเทศ รวมไปถึง งานวิชาการอื่นๆ ที่สามารถแสดงแนวโน้มที่สามารถเกิดขึ้นได้กับกลุ่มผู้รับผลงานเป้าหมายขององค์กร
- ความรู้ทางเทคนิคหรือความรู้ทางวิชาการ มาตรฐาน แนวทางเวชปฏิบัติ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในทางวิชาการ เพื่อใช้ประกอบการออกแบบบริการสุขภาพและกระบวนการดูแลผู้ป่วย กระบวนการทางวิชาชีพและกระบวนการในระบบงานที่สำคัญขององค์กร เช่น การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ระบบจัดการด้านยา การเฝ้าระวังโรคและภัยทางสุขภาพ เป็นต้น
- ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับแนวทางปฏิบัติและเทคโนโลยีด้านอื่นนอกเหนือจาก ประเด็นทางการแพทย์ที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้การพัฒนาบริการสุขภาพ และกระบวนการทำงานที่สำคัญขององค์กรได้ อาทิ ความรู้เกี่ยวกับระบบ เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร เป็นต้น
- ความรู้ที่เป็นเรื่องภายในองค์กรของตนเอง ผู้เชี่ยวชาญภายในองค์กร รวมถึง ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับข้อกำหนดตามกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับและข้อกำหนดด้านจริยธรรมที่สำคัญ ความรู้กลุ่มนี้ครอบคลุมถึงเคล็ดลับหรือวิธีการที่ผู้ปฏิบัติงานเรียนรู้และปรับปรุงขึ้น กลายเป็นแนวทางปฏิบัติที่ดี ยืดหยุ่น มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลให้เกิดผลการดำเนินการที่ดีขึ้น ในขณะที่ยังมีความสอดคล้องกับข้อกำหนดข้างต้นเหล่านั้นขององค์กร

- ความรู้เกี่ยวกับระบบนิเวศของการดำเนินการขององค์กร อาทิ ความรู้เรื่องสภาพแวดล้อมของตลาดบริการสุขภาพและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญ, ความรู้ที่เกี่ยวกับการดำเนินการของคู่แข่งหรือคู่แข่งที่เทียบขององค์กรว่าใครทำอะไรดี ตีอย่างไร ทำอย่างไรถึงดี ตลอดจนความรู้เกี่ยวกับเครือข่ายอุปทาน เช่น ผู้รับเหมารายไหนดีเชื่อถือได้อย่างไร เป็นต้น

การประสานรวมความรู้เกี่ยวกับผู้รับผลงาน ความรู้ทางเทคนิค ความรู้รอบในเทคโนโลยี ด้านอื่น ความรู้ภายในองค์กร และความรู้เกี่ยวกับระบบนิเวศขององค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อองค์กรต้องวิเคราะห์ปัญหา ค้นหาโอกาสใหม่ๆ ออกแบบทางเลือกในการพัฒนาคุณภาพของงาน ตัดสินใจและถ่ายทอดแนวทางต่างๆ ที่ออกแบบไว้สู่การปฏิบัติ จะช่วยให้ทีมงานดำเนินการเพื่อก้าวไปข้างหน้าด้วยโอกาสแห่งความสำเร็จที่เพิ่มขึ้น ช่วยสนับสนุนการบริหารความเสี่ยง และประหยัลดทรัพยากรที่อาจต้องสูญเสียไปจากการลองผิดลองถูกได้ ดังที่ระบุไว้ในมาตรฐาน HA อื่นๆ หลายๆ ส่วน (นอกเหนือจากที่กล่าวมาแล้ว) เช่น

- หัวข้อ I-2.2 ความรู้เพื่อสนับสนุนแผนด้านบุคลากรขององค์กร
- หัวข้อ I-5.1 และ ii-5.2 ความรู้เพื่อขีดความสามารถและการพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคลากร
- หัวข้อ II-2.1 และ II-2.2 การกำกับดูแลวิชาชีพพยาบาลและแพทย์ ตามลำดับ
- หัวข้อ II-3.1 การให้ความรู้และฝึกอบรมด้านความปลอดภัยและสวัสดิภาพ
- หัวข้อ II-3.2 การให้ความรู้แก่ผู้ใช้เครื่องมือตามแผนบริหารเครื่องมือ
- หัวข้อ II-4.1 การออกแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ การใช้ผลการเฝ้าระวัง ตลอดจนการให้ความรู้ผู้ที่เกี่ยวข้อง
- หัวข้อ II-5.1 การให้ความรู้แก่บุคลากรเพื่อรักษาความปลอดภัยและความลับในระบบเวชระเบียน
- หัวข้อ II-6.1 ความรู้ความสามารถของบุคลากรที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับระบบยา และการใช้ยา
- หัวข้อ II-7.1 ความรู้เพื่อการจัดการบริการทางรังสีวิทยาและป้องกันอันตรายจากรังสี
- หัวข้อ II-8.1 ความรู้สำหรับบุคลากรที่ต้องทำงานด้านการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ

- หัวข้อ III-3.1 ความรู้เกี่ยวกับหลักฐานวิชาการหรือแนวปฏิบัติเพื่อการวางแผนการดูแลผู้ป่วย
- หัวข้อ III-4.2 การให้ความรู้ในกระบวนการทำงานของ RRT ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง
- หัวข้อ III-4.3 ค. การให้ความรู้ด้านอาหาร โภชนาการ และโภชนบำบัด
- หัวข้อ III-4.3 จ. ฉ. และ ช. การจัดการความปวด การฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพ และแพทย์แผนไทย ที่ต้องดูแลผู้ป่วยโดยบุคลากรที่มีความรู้ความชำนาญ
- หัวข้อ III-6 ความรู้เพื่อการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อการดูแลต่อเนื่อง

โดยสรุป การประสานพลังของความรู้เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพที่จะทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ การจัดการความรู้ขององค์กรจึงไม่ได้มีจุดมุ่งหมายหลักที่การเก็บรวบรวมความรู้ หรือแสดงให้เห็นว่าองค์กรมีความรู้เกิดขึ้น แต่เป็นการนำความรู้ที่เกิดขึ้นรวบรวมได้ หรือสร้างขึ้นใหม่มาใช้ประโยชน์ โดยการประสานพลังของความรู้ในด้านต่างๆ เพื่อช่วยให้งานประจำที่ทำหรืองานพัฒนาคุณภาพที่วางแผนไว้ บรรลุผลได้เป็นอย่างดี



## 2.5 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย: Safety Design and Compliance

นพ.สรุชัย ปัญญาพฤทธิพงษ์ค์

อุบัติการณ์ตั้งแต่ E ขึ้นไป การติดตามผลลัพธ์อุบัติการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อระดับ E ขึ้นไป นำมา ทบทวน เพื่อวิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ (RCA) เป็นสิ่งสำคัญ

อย่างไรก็ดี การติดตามกำกับและ Monitor ความเสี่ยงระดับ A (circumstances or events that have the capacity to cause error) และอุบัติการณ์ระดับ B C D เป็นเรื่องสำคัญมาก

อุบัติการณ์ระดับ A ควรได้รับการแก้ไขเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์

อุบัติการณ์ระดับ B C D หากพบบ่อย แสดงถึงปัญหา Compliance ของการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ ควรรวบรวมอุบัติการณ์ เพื่อค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อ Compliance และแก้ไข

**\* อয়ারอให้เกิดอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไป ค่อยแก้ไข เพราะบางครั้งการเกิดอุบัติการณ์รุนแรงเพียงครั้งเดียว ส่งผลกระทบต่อเกินเยียวยา**

### การจัดทำแนวทางปฏิบัติ

การจัดทำแนวทางปฏิบัติในเรื่องสำคัญ ควรออกแบบเป็นระบบ ซึ่งมีองค์ประกอบ ดังนี้

- กำหนดขั้นตอนชัดเจน ผู้รับผิดชอบแต่ละขั้นตอนชัดเจน
- ปฏิบัติซ้ำได้
- ประเมินผลได้ ทั้ง Compliance และผลลัพธ์
- คาดการณ์ผลลัพธ์ได้

**ระบบและประสิทธิผลการปฏิบัติตามระบบ คือ หัวใจสำคัญของการบริหารความเสี่ยง**

**\* ความท้าทาย ออกแบบระบบอย่างไร ให้เกิด Compliance ในการปฏิบัติ**

### การบริหารความเสี่ยงระดับองค์กร

ทีมนำควรกำหนดมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย 9 ประเด็น เป็นนโยบาย ความเสี่ยงระดับองค์กร โดยดำเนินการ

**Communication** ใ้บุคลากรเข้าใจเป้าหมาย ผลลัพธ์ที่คาดหวัง ความสำคัญและคุณค่าของบุคลากรต่อมาตรฐานความปลอดภัย

**Action** การกำหนดทีมที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันออกแบบระบบและแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน และเหมาะสมกับบริบทขององค์กร

**Resource** ทีมนำสนับสนุนทรัพยากร งบประมาณ อัตรากำลัง และจัดระบบงาน เพื่อให้สามารถปฏิบัติตามระบบที่ออกแบบไว้อย่างมีประสิทธิภาพ

### Safety Culture

**\*การพัฒนาระบบความปลอดภัย การพัฒนาบุคลากร จนบุคลากรสามารถปฏิบัติได้ เป็นวัฒนธรรม คือ มาตรการความปลอดภัยที่ยั่งยืน**

#### แนวคิดจากมาตรฐานความปลอดภัย

มาตรฐานสำคัญจำเ็นต่อความปลอดภัย บางประเด็นมีแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานจากสถาบันระดับสากล สถาบันระดับชาติ องค์กรวิชาชีพ โรงพยาบาลสามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดท้ระบบ ที่เหมาะสมกับองค์กร โดยเน้นประสิทธิผลการปฏิบัติ เช่น

- การผ่าตัด ผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ ใช้ WHO SURGICAL SAFETY CHECKLIST
- การติดเชื้อที่สำคัญในสถานพยาบาล SSI Prevention ใช้ CDC Recommendation for Prevention of SSI
- การให้เลือดผิดคนผิดหมู่ ใช้แนวทางปฏิบัติจาก WHO ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย
- การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด ใช้แนวทางปฏิบัติ Patient Identification ของ WHO

อย่างไรก็ดี บางประเด็น อาทิ ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค เป็นประเด็นที่มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลากหลาย ยากในการออกแบบระบบ

**\* ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค สำคัญทั้งขั้นตอนการออกแบบระบบป้องกัน และการติดตามกำกับ**

## ปฏิบัติการณ์ 5 ถูก

การออกแบบระบบโดยใช้แนวทางจากมาตรฐาน HA เป็นแนวทางหนึ่ง ที่ขอเสนอให้เป็นทางเลือก

### ถูกหมอ

การประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัย การวางแผนการรักษาพยาบาล โดยบุคลากรที่มีคุณสมบัติตามคุณวุฒิ หากใช้บุคลากรที่ต่ำกว่าคุณวุฒิที่กำหนด อาทิ แพทย์ที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรม พยาบาล ต้องจัดระบบการให้คำปรึกษาและติดตามผล

### ถูกมาตรฐาน

ขั้นตอนกระบวนการดูแลผู้ป่วยเป็นไปตาม Evidence-based การวินิจฉัยโรคโดยมีข้อมูลเพียงพอ จากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ก่อนจะเขียนการวินิจฉัยตามอาการ เช่น Fever Caused, Headache Caused, Abdominal Pain Caused, Alteration of Consciousness Caused เป็นต้น

แพทย์ต้องประเมินผู้ป่วยเพื่อวินิจฉัยแยกโรค จากการประมวลผลการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคที่มีความเสี่ยงสูง

เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ควรตรวจประเมินซ้ำและเปลี่ยนการวินิจฉัยเมื่อมีข้อมูลเพิ่มเติมเพียงพอ

### ถูกเวลา

จัดกระบวนการให้แพทย์และทีมผู้รักษาพยาบาล ประเมินแรกรับ และประเมินซ้ำในช่วงเวลาที่กำหนด ตามเกณฑ์อาการความรุนแรงของผู้ป่วย

จัดทำ Early Warning Sign เพื่อใช้ในการประเมิน และให้การรักษาพยาบาล ถูกเวลา

### ถูกบันทึก

แพทย์และทีมผู้รักษาพยาบาลควรบันทึกเวชทะเบียน ที่มีข้อมูลสมบูรณ์ เพียงพอ และทันเวลา เพื่อใช้ประโยชน์ในการใช้สื่อสารระหว่างทีมผู้รักษาพยาบาล ในขณะรักษาพยาบาลและการดูแลต่อเนื่อง, ใช้แสดงกระบวนการรักษาพยาบาลตาม Evidence-based, ใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย



## ☑️ ถูกทบทวน

เป้าหมายการทบทวน เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย และเรียนรู้ วิเคราะห์ปัญหา ข้อผิดพลาด นำสู่การพัฒนาปรับปรุง

การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย (การดูแลผู้ป่วยข้างเตียง) การทบทวนโดยผู้ชำนาญกว่า (การปรึกษาแพทย์ที่มีวุฒิเหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยบุคลากรต่ำกว่าวุฒิ)

การทบทวนผู้ป่วยตาม Trigger ที่กำหนดไว้ หรือผู้ป่วยที่เกิดอุบัติเหตุ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

### การทบทวนเพื่อวิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ (RCA)

การทบทวนเพื่อเรียนรู้ว่าจุดอ่อนของระบบใด และขั้นตอนใดในการปฏิบัติงานที่เปิดโอกาสให้เกิด Unsafe Act ส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เพื่อใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงระบบและวิธีการปฏิบัติที่รัดกุมในการป้องกันความเสี่ยง วิธีการทบทวนครอบคลุมทั้ง 2 ประเด็น ได้แก่ ความถูกต้องตามมาตรฐานการดูแลรักษาพยาบาล และ Effectiveness ของระบบและกระบวนการที่ออกแบบไว้

### 3P Safety

มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย 9 ประเด็นเป็นเรื่องสำคัญ แต่ยังมีประเด็นอื่นที่โรงพยาบาลควรพิจารณากำหนดเป็นนโยบายและแนวทางการปฏิบัติ ตามบริบทของโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดความปลอดภัยทั้งผู้ป่วย บุคลากร และประชาชน โดยใช้ 3P Safety เป็นแนวทางหนึ่งในการสร้างการเรียนรู้

Don't Learn SAFETY by INCIDENT

ตอนที่

# 3

วงเล่า  
เร้าพลัง

## 3.1 กระบวนทัศน์ใหม่ในองค์กร การผสมผสานด้วยจิตวิญญาณ ในการทำงาน (a new paradigm in organizations: synergy with spirituality)

ดร.ดวงสมร บุญผดุง

พลังของจิตวิญญาณ (spirituality) เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดสุขภาวะทางจิตวิญญาณหรือ สุขภาวะทางปัญญา (spiritual health) ซึ่งเป็นฐานการทำงานด้านสุขภาพที่สำคัญยิ่ง และมีส่วนสำคัญในการยกระดับประสิทธิภาพของบุคลากรในองค์กรให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยมีหลักฐานทางวิชาการและงานวิจัย จำนวนมากที่ได้นำเสนอและอ้างอิง<sup>11</sup>

ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา นักวิชาการได้ระบุถึงการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ ในการจัดการองค์กร แนวคิด และแนวทางการปฏิบัติในองค์กร จากระบบที่ซับซ้อน ความ โกลาหล การควบคุมสั่งการ เป็นระบบที่สร้างความเชื่อใจ ความไว้วางใจ และการเสริม พลังอำนาจให้ทีมงาน บทบาทของผู้นำที่มีบทบาทพาทีมสู่การเปลี่ยนแปลงให้องค์กร มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น องค์กรจะไม่แสวงหาผลกำไรเพียงอย่างเดียว แต่มีเป้าหมายเพื่อ สร้างความสมดุล ระหว่าง ผลประโยชน์ขององค์กร คุณภาพชีวิตของพนักงานและครอบครัว ระบบงานที่ยืดหยุ่น และ ความรับผิดชอบต่อสังคมและสิ่งแวดล้อม และการเชื่อมโยงระหว่าง สรรพสิ่ง และการสร้างจิตวิญญาณในการทำงาน

ศ.นพ.ประเวศ วะสี ได้กล่าวในบทความเรื่อง “สุขภาวะทางจิตวิญญาณ-สุขภาวะ ทางปัญญา ว่า การจะมี สุขภาวะทางปัญญา นั้นจะต้องเข้าถึงความจริงสูงสุดซึ่งเป็นมิติของ Spirituality ซึ่งต้องใช้ปัญญา นวัตกรรมและวิธีการทำงานใหม่ๆ เหล่านี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อ เติมพลังใจให้กับพนักงานและในขณะเดียวกัน ก็สามารถสร้างประสิทธิภาพที่ผลลัพธ์ที่ดี ให้องค์กร ปรากฏการณ์วิธีการทำงานใหม่ๆ นี้จึง เป็นการผสมผสานจิตวิญญาณในการทำงาน เรียกว่า “จิตวิญญาณในการทำงาน” โดยการที่องค์กร ต้องสร้างนวัตกรรม เพื่อส่งเสริม ให้องค์กร สามารถส่งเสริมจิตวิญญาณในการทำงาน (spiritual workplace) ให้พนักงาน เกิดสุขภาวะทางปัญญา และผลบวกสุขภาพกาย ใจ สามารถทำงานด้วยความอึดอ้อมใจ สร้างความผูกพันและการมีส่วนร่วม

ในความหมายโดยทั่วไปจิตวิญญาณเป็นสิ่งสำคัญในตัวมนุษย์เป็นความตระหนักรู้ ระดับสูงของมนุษย์และมีความเชื่อมโยงกับสิ่งที่มีอำนาจหรือมีพลังสูงกว่าตนเอง จิตวิญญาณ จะทำให้มนุษย์เป็นผู้มีสติรับรู้ธรรมชาติและยอมรับความเป็นจริงของชีวิตมีความสามารถแก้ไข ปัญหาได้อย่างเหมาะสมมีความกตัญญูรู้คุณให้อภัยคนได้และมีเมตตากรุณา คุณสมบัติของผู้ที่

<sup>11</sup> ดร.ดวงสมร บุญผดุง ผู้ทรงคุณวุฒิ สรพ.



มีจิตวิญญาณเป็นคุณลักษณะที่ดีของพนักงานที่ทุกองค์กรมีความต้องการและเป็นคุณสมบัติของมนุษย์ที่สมบูรณ์

### จิตวิญญาณในการทำงาน

แนวคิดจิตวิญญาณในการทำงานเริ่มเกิดขึ้นในช่วงปลายคริสต์ศตวรรษที่ 20 จากพัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของความรู้ด้านวิชาการและเทคโนโลยีที่ทันสมัย นำมาสู่การพัฒนาด้านอุตสาหกรรมและธุรกิจต่างๆ เกิดการแข่งขันในด้านการผลิต องค์กรมีการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบเพื่อพัฒนาโครงสร้างการทำงาน อีกทั้งมุ่งเน้นถึงความเป็นวัตถุนิยมสูงมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วนี้ มีผลกระทบต่อพนักงานที่ปฏิบัติงาน ถูกบั่นทอนความเป็นอิสระและความเป็นมนุษย์ ส่งผลให้สังคมเริ่มมีการถดถอยทางด้านจริยธรรม และคุณค่าของสังคม

เมื่อลักษณะการทำงานพนักงานใช้ชีวิตการทำงานส่วนใหญ่อยู่กับเครื่องจักรและเทคโนโลยี จนขาดความสัมพันธ์การสื่อสาร กับเพื่อนร่วมงาน การทำงานมีการจำกัดลักษณะงานเป็นกลุ่ม แบ่งแยกหน้าที่เป็นความชำนาญเฉพาะตามโครงสร้างขององค์กรเพื่อเน้นประสิทธิภาพและผลผลิตให้สูงขึ้น มีสายการบังคับบัญชาการควบคุมกำกับหลายชั้น ทำให้เกิดปรากฏการณ์ที่พนักงานถูกแปลกแยก จำกัดตัวในวงแคบกับเครื่องจักร และเทคโนโลยี ตัดขาดจากสังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม เกิดลักษณะของความแปลกแยกสูงจนทำให้พนักงานถูกบั่นทอนคุณค่าแห่งความเป็นมนุษย์ให้ลดน้อยลงไป

ปรากฏการณ์นี้ส่งผลถึงการเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์ใหม่ (new paradigm) ในการจัดการองค์การ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงเป้าหมายการทำงานจากการมุ่งเน้นเฉพาะด้านเศรษฐกิจหรือรายรับ รายจ่ายขององค์การเพียงอย่างเดียว ไปสู่การสร้างสมดุลของการสร้างรายได้ กำไร คุณภาพชีวิตของคนทำงาน มิติทางด้านจิตใจ หรือจิตวิญญาณในการทำงาน การสร้างความตระหนักด้านความรับผิดชอบต่อสังคมมากขึ้น

### ปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมจิตวิญญาณในการทำงาน

ผลงานทางวิชาการมีความสอดคล้องกันว่า องค์กรที่ต้องการส่งเสริมจิตวิญญาณในการทำงานควรมีแนวคิดหลักดังนี้

#### ผู้นำองค์กร

ในองค์กรที่ผู้นำมีบทบาทในการเสริมพลังอำนาจในการทำงานให้กับพนักงานอย่างชัดเจน ส่งผลให้พนักงานมีความพึงพอใจในงานสูง และอัตราการลาออกจากงานลดลงกว่าเดิม นอกจากนั้น จากผลการวิจัยของนักวิชาการจากหลายประเทศซึ่งมีวัฒนธรรมการทำงานที่แตกต่างกัน พบว่า บทบาทของผู้นำเชิงจิตวิญญาณได้แสดงผลลัพธ์ในเชิงบวกต่อความมุ่งมั่น

ในการทำงานของพนักงานลดข้อขัดแย้งในการทำงาน มีความพึงพอใจในการทำงาน มีหลักปฏิบัติโดยยึดถือประโยชน์ของผู้อื่นเป็นที่ตั้ง เพิ่มผลลัพธ์ในการทำงาน

ผู้นำองค์กร จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อจิตวิญญาณในการทำงานของพนักงานโดยการสร้างแรงบันดาลใจในการทำงาน เป็นผู้นำที่ใช้ปัญญาในการบริหารจัดการเริ่มจากบทบาทการกำหนดวิสัยทัศน์ที่มีคุณค่ามีประโยชน์ต่อสังคมและผู้อื่น ผู้นำมีค่านิยมทางจิตวิญญาณ ค่านิยมดังกล่าวดำเนินการผ่านวัฒนธรรม และค่านิยมขององค์การการทำตัวเป็นแบบอย่างที่ดี กระตุ้นให้พนักงาน มีอิสระในการแสดงความคิดเห็นในการทำงาน สร้างแรงบันดาลใจ ส่งเสริมให้พนักงานแสดงศักยภาพและ มีความรับผิดชอบ

### **วัฒนธรรมองค์กร**

วัฒนธรรมองค์กรเป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่มีผลต่อจิตวิญญาณในการทำงานของพนักงาน ด้วยการสร้างวัฒนธรรมองค์กร ที่กระตุ้นให้พนักงาน เกิดความรู้สึกรักผู้อื่นอย่างแผ่ไพศาลโดยไม่มีเงื่อนไข เป็นความรักที่เห็นประโยชน์ของผู้อื่นเป็นที่ตั้ง ความรักในลักษณะนี้จะมีผลต่อการปฏิบัติงานของพนักงานปลุกฝังความรู้สึกห่วงใยต้องการดูแลซึ่งกันและกัน เห็นคุณค่าทั้งของตนเองและคุณค่าของผู้อื่นอย่างแท้จริงมีความรู้สึกรับรู้ว่าตนเองเป็นสมาชิกหนึ่งของชุมชน และเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรด้วย

ในองค์กรที่มีพื้นฐานค่านิยม วัฒนธรรมของ ความไว้วางใจ ความเมตตากรุณา ความยุติธรรม ความเคารพต่อกัน ความรักในเพื่อนมนุษย์ มีความเข้าใจความหมายของงาน มีความหวัง ความซื่อสัตย์ และความมีเกียรติ ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้จะช่วยสร้างสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศในการทำงานที่ส่งเสริมและหล่อเลี้ยงให้พนักงานมีจิตวิญญาณในการทำงานที่ดี และมีความผูกพันในการทำงานมากยิ่งขึ้น

### **การออกแบบงานที่เหมาะสม**

การออกแบบงานให้เหมาะสมกับความต้องการด้านจิตใจของพนักงาน เช่น การให้ความสำคัญกับสุขภาพร่างกายและความปลอดภัย การค้นหาความพึงพอใจในการทำงาน การออกแบบงานให้มีความยืดหยุ่น พนักงานมีอิสระและส่งเสริมให้แสดงศักยภาพจากการทำงานที่มีความหลากหลาย พบว่าการออกแบบงานลักษณะนี้เป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างจิตวิญญาณในการทำงานและเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานมากขึ้น พนักงานจะรับรู้ถึงคุณค่าของการทำงาน และมีความสุขในการทำงาน

**จิตวิญญาณในการทำงาน และประสิทธิภาพขององค์กร (spirituality and organizational performance)**

แม้ว่าการนำจิตวิญญาณในองค์กรเป็นเรื่องใหม่มีความซับซ้อนและมีข้อถกเถียงกันมาก แต่นักวิชาการได้ศึกษาค้นคว้าทบทวนข้อโต้แย้ง การวัดในเชิงประจักษ์ ถึงความเชื่อมโยงกับการเพิ่มประสิทธิภาพขององค์กร นักวิจัยกลุ่มหนึ่งมีแนวคิดว่าการใช้จิตวิญญาณในการทำงานเป็นการต่อต้านวัตถุนิยม ในขณะที่นักวิจัยอีกกลุ่มหนึ่งได้สนับสนุนว่า จิตวิญญาณในการทำงานจะส่งผลลัพธ์และประสิทธิภาพที่ดีขององค์กร ผลการวิจัยที่เพิ่มเติมต่อเรื่องพบว่า จิตวิญญาณในการทำงาน ทำให้พนักงานมีเป้าหมายในการทำงาน มีจิตอาสา ส่งผลต่อผลลัพธ์และประสิทธิภาพขององค์กร

### จิตวิญญาณในการทำงานและมุมมองในด้านทรัพยากรบุคคล (human resources perspective)

- จิตวิญญาณในการทำงานจะช่วยส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดี (well-being) และคุณภาพชีวิตที่ดี (quality of life)
- ส่งเสริมให้เกิด มุมมองและอุดมการณ์ในการทำงาน (philosophical perspective) รับรู้คุณค่าและความหมายของการทำงาน
- สร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเพื่อนร่วมงาน ญาติ ผู้ป่วย (interpersonal perspective) ที่เรียกว่าเกิดจิตสำนึกร่วมของการเป็นชุมชนและการอยู่ร่วมกัน ความเชื่อมโยงระหว่างกัน (sense of interconnected less community)

### จิตวิญญาณในการทำงาน และการผสมพลังแนวคิดและปรัชญาการทำงาน (philosophical perspective)

- ช่วยให้พนักงานมีการรับรู้เป้าหมาย และคุณค่าของงานและภารกิจที่รับผิดชอบ (purpose and meaning)
- ลดการเกิดปัญหาในการทำงาน และเกิดความผูกพันระหว่างทีม
- เกิดความปิติและมีความสุข ในการทำงานและมีความคิดสร้างสรรค์
- มีความคิดสร้างสรรค์ แสวงหาหนทางใหม่และมีความคิดไตร่ตรอง
- มีชีวิตอย่างมีความหมาย

จิตวิญญาณในการทำงานเป็นแนวทางหนึ่งที่จะสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการเตรียมคนไทยสู่ความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ในศตวรรษที่ 21 เป็นการบ่มเพาะเมล็ดพันธุ์ความดีงามในตัวบุคคลให้เจริญงอกงามและมีลักษณะที่พึงประสงค์ ได้แก่ มีปัญญาที่เฉียบแหลม มีทักษะที่ดีมีจิตใจอันดีงาม มีแรงบันดาลใจ มีความมุ่งมั่นเพื่อให้ชีวิตอยู่อย่างมีพลังและมีคุณค่ามีความรักในตนเองและผู้อื่น เกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์สามารถสร้างนวัตกรรมใหม่ๆ อีกทั้งมีจิตสำนึกยึดประโยชน์ของส่วนรวมเป็นที่ตั้ง เป็นคุณสมบัติที่ทุกสังคมทุกองค์กรมีความต้องการ



## 3.2 HA & SHA Synergy for Safety and Well-being in Practice

นพ.ธีรสุทธิ ปิตวิบลเสถียร

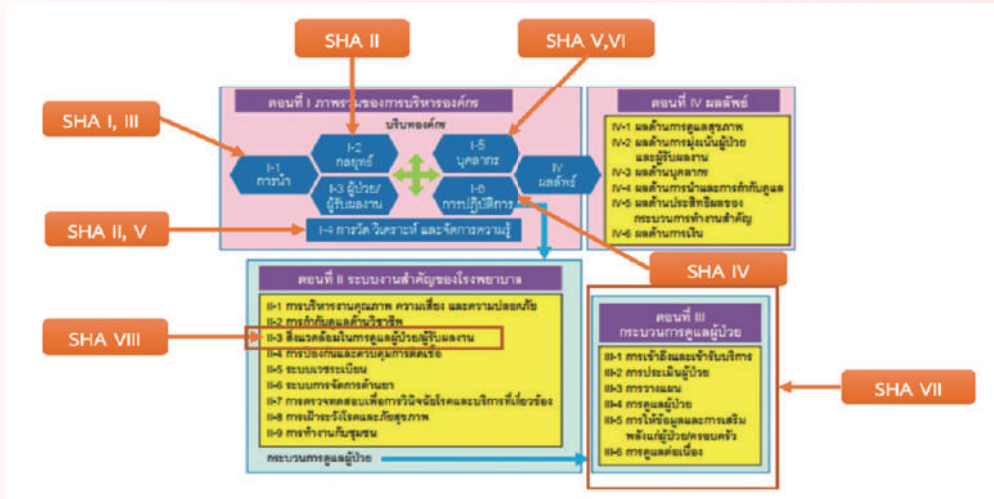
จากแนวคิด Person-centered Care โดย สรพ. นำมาสู่การปฏิบัติโดยส่งเสริมการใช้เป็นแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยด้านมิติจิตวิญญาณ (พัฒนาต่อยอดมาเป็นแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยด้วยมิติจิตวิญญาณ (spiritual healthcare in action หรือ SHA ในปัจจุบัน) บูรณาการร่วมกับกระบวนการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล HA โดย HA สร้างให้เกิด Physical Safety และ SHA มาเติมเต็มสร้างให้เกิด Psychological Safety มากขึ้น จากมุมมองของผู้เขียน<sup>12</sup> ในบทบาทของผู้อำนวยการในช่วงเวลาที่บริหารงานอยู่ที่โรงพยาบาลสว่างอารมณ์, โรงพยาบาลหนองฉาง, และโรงพยาบาลหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี ได้บูรณาการ HA และ SHA สู่การปฏิบัติ มีบทเรียนจากแนวทางการดำเนินงานไปสู่เป้าประสงค์ขององค์กร จนเกิดการเปลี่ยนแปลง

การรับรู้ ตระหนักและให้ความสำคัญกับความต้องการของผู้มารับบริการ อาทิ ผู้ป่วย ญาติและครอบครัวของผู้ป่วย ชุมชน รวมถึงบุคลากรผู้ให้บริการ จุดเริ่มการพัฒนา SHA สามารถเริ่มต้นได้หลายช่องทางสอดคล้องตามบริบทองค์กร เช่น การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การช่วยเหลือผู้ไร้โอกาส ผู้พิการ เป็นต้น เริ่มจากการพัฒนาจิตวิญญาณการทำงานของบุคลากรในองค์กร อันจะส่งผลต่อการพัฒนาองค์กรและการดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในที่สุด



<sup>12</sup> นพ.ธีรสุทธิ ปิตวิบลเสถียร

ใช้มาตรฐาน HA และ SHA เป็นแนวทางและกรอบแนวคิดหลัก HA ใช้ในการขับเคลื่อนองค์กรในภาพรวม นำ SHA มาเป็นจุดเน้นในการพัฒนาบุคลากร และบางส่วนของ SHA บูรณาการไปกับมาตรฐาน HA ได้ เป็นการเพิ่มคุณค่า เพิ่มมุมมอง เพิ่มมิติในการพัฒนา มาตรฐานในบทนั้นๆ ให้มีความลุ่มลึกมากขึ้น



ภาพที่ 20: SHA บูรณาการกับมาตรฐาน HA

ขับเคลื่อนด้วยการกำหนดวิสัยทัศน์ ค่านิยม ยุทธศาสตร์ แผนงาน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกคน สร้างเวทีรับฟังความคิดเห็น เปิดกว้างทางความคิด ร่วมสร้างภาพฝันที่อยากเห็นโรงพยาบาลของเราพัฒนาไปในทิศทางใดในอนาคต การมีส่วนร่วมทำให้บุคลากรมีความรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ รู้ว่างานของตนตอบสนองภาพฝันขององค์กรได้ งานที่ทำจึงเป็นงานที่มีความหมายและเกิดคุณค่าเมื่อผลลัพธ์ของงานนั้นบรรลุผล ผู้นำควรอยู่ในกระบวนการด้วยเพื่อสื่อสารเจตนาธรมณ์ให้บุคลากรให้ไปในทิศทางเดียวกัน

ในแผนงานมีการกำหนดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้บรรลุเป้าหมายตามมาตรฐาน SHA ที่เป็นแนวทางหลักในการพัฒนาคุณภาพทางมิติจิตวิญญาณสำหรับสถานพยาบาลมีอยู่ 8 บท ได้แก่

บทที่ 1 การนำและการกำกับดูแล บทที่ 2 กลยุทธ์ และบทที่ 3 วัฒนธรรมองค์กร ทำไปพร้อมกับการทำแผนยุทธศาสตร์ ซึ่งเป็นการบูรณาการในมิติจิตวิญญาณเข้าไปด้วย เช่น การกำหนดวิสัย หลังดำเนินการตามขั้นตอนแล้วจะมีค่าสำคัญที่บ่งบอกว่าองค์กรของเราได้ให้ความสำคัญในเรื่อง SHA ยกตัวอย่าง...เป็นโรงพยาบาลที่ประชาชนเชื่อมั่นศรัทธา บุคลากรมีคุณค่าและมีความสุข และต้องอธิบายความหมาย เป้าหมาย แผนงาน การวัดผลในการดำเนิน ให้ไปสู่จุดนั้นที่ชัดเจนได้ เป็นต้น

บทที่ 4 การจัดการและการออกแบบการทำงาน มีการออกแบบระบบงานให้ความเคารพเห็นคุณค่าของผู้ป่วยและญาติ บุรณาการด้านจิตวิญญาณ เช่น ธรรมะนำทางในแผนกผู้ป่วยใน มีการนิมนต์พระสงฆ์มารับบิณฑบาตจากผู้ป่วยสูงอายุในวันสำคัญ การจัดบริการ One Stop Service ในคลินิก NCD การเข้าไปบริการในชุมชน การบริการเชิงรุก เพื่อการเข้าถึงบริการที่สะดวกของคนไข้ เป็นต้น ที่สำคัญคือต้องตรงความต้องการของผู้รับบริการด้วย

บทที่ 5 การส่งเสริมจิตวิญญาณในการทำงานของทีมงานผู้ให้บริการ และบทที่ 6 องค์ประกอบจิตวิญญาณในการทำงาน จากองค์ประกอบจิตวิญญาณในการทำงาน ได้แก่ 1) การรับรู้ชีวิตด้านในหรือคุณค่าภายใน (inner life) 2) การทำงานที่มีความหมาย (meaning and purpose in work) 3) จิตสำนึกร่วมความเป็นชุมชน (sense of connection & community) 4) เชื่อมโยงกับสิ่งที่มีพลังหรือที่ศรัทธา (spiritual connection) นำมาเป้าหมายในการกำหนดกิจกรรม เช่น กิจกรรมการวาดดอกไม้ (การรับรู้คุณค่าในตนเอง), กิจกรรมหัวใจสามดวง (สอนการรักตนเองและเคารพตนเอง เห็นคุณค่าในงานที่ทำ การส่งมอบความรักให้เพื่อนร่วมงานและผู้ป่วย), กิจกรรม Role Play (เสริมสร้างสำนึกร่วมในชุมชน การเข้าใจผู้อื่น การรักองค์กร), กิจกรรม NASA (เสริมสร้างความรัก ความสามัคคี การทำงานเป็นทีม), กิจกรรมการเล่าเรื่อง (สร้างความเชื่อมโยง ความศรัทธา อุทิศคุณธรรมการทำงานของบุคลากร), กิจกรรมธรรมะนำทางในแผนกผู้ป่วยใน เป็นต้น ในการจัดกิจกรรมจะมีการสร้างกระบวนการ เพื่อมาเป็นทีมงานร่วมกันขับเคลื่อนกิจกรรม โดยคัดเลือกจากบุคคลที่มีบุคลิกประเภท Influence (จากแบบประเมิน DISC) ซึ่งเป็นการส่งเสริมบุคลากรได้ใช้ความสามารถของตนมาพัฒนาองค์กรได้ เป็นการบ่มเพาะเมล็ดพันธุ์ SHA ขยายเมล็ดพันธุ์ความดีงาม

บทที่ 7 ระบบการดูแลผู้ป่วยที่บุรณาการมิติจิตวิญญาณ เป็นการเพิ่มมุมมองผู้ให้บริการเพื่อการดูแลผู้ป่วยให้ครบถ้วนทั้งทางด้านร่างกาย จิต สังคม รวมถึงจิตวิญญาณ ดูแลแบบคนทั้งคน ทั้งผู้ป่วย ญาติ รวมถึงชุมชนที่ผู้ป่วยอยู่ เช่น การดูแลผู้ป่วยไร้ญาติ นอกจากการดูแลแบบครบถ้วนตามมาตรฐานที่ควรได้รับแล้ว ทีมงานได้ดำเนินการให้ผู้ป่วยสามารถใช้สิทธิทางการรักษาได้ มีการติดต่อประสานงานกับ พมจ. เพื่อหาที่พักหลังจากออกจากโรงพยาบาลแล้ว ในระหว่างการดูแลที่โรงพยาบาลมีจิตอาสาดูแลในเรื่องตัดผมให้ด้วย มิติด้านชุมชนมีการดำเนินงานร่วมกับ พชอ. เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมและเป็นการส่งเสริมดูแลกันเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะในชุมชน กลุ่มโรคบางอย่างสามารถใช้เป็นช่องทางในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่บุรณาการด้านจิตวิญญาณ เช่น ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบ Palliative Care เป็นต้น



บทที่ 8 สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเยียวยา Healing Environment นอกจากการสร้าง สิ่งแวดล้อมที่สวยงามและปลอดภัยแล้ว ทำให้เรามีมุมมองว่าจะทำอะไรให้สถานที่สร้างความพึงพอใจกับผู้รับบริการแต่ละประเภทเช่นมีมุมของเด็ก หรืออำนวยความสะดวกส่งเสริมการเยียวยาด้วยความเชื่อ ความศรัทธา เช่น สวนธรรม สถานที่สวดมนต์ เป็นต้น นอกจากสถานที่ที่เป็นรูปธรรมแล้วต้องคำนึงถึงสิ่งที่เป็นนามธรรมด้วย เช่น แสง สี เสียง กลิ่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่าง ผู้รับและผู้ให้บริการ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการด้วยกันเอง ซึ่งจะเป็น สิ่งที่สร้างบรรยากาศให้กับองค์กร สถานที่นั้นๆ ที่มีผลต่อการดูแลได้ กิจกรรมที่ช่วยสร้างจิตสำนึกความเป็นชุมชนยังมีส่วนส่งเสริมการพัฒนาในส่วนนี้ด้วย

แนวทางการพัฒนาคุณภาพทางมิติจิตวิญญาณทั้ง 8 บท ช่วยทำให้เรามีแนวทาง ในการเริ่มต้น หลังจากดำเนินการได้ระยะหนึ่งมีการทบทวนความต้องการ ทบทวนกิจกรรมที่เหมาะสมเพิ่มเติมเพื่อการพัฒนาต่อเนื่องต่อไป เช่น การให้รางวัลเจ้าหน้าที่ที่มีผลงานดี เป็นบุคคลต้นแบบ มี Soft Skill บางอย่างทำให้การพัฒนา SHA ดีขึ้น เช่น การฟัง การสื่อสารเชิงบวก เป็นต้น

### บทเรียนที่ค้นพบจาก SHA ได้แก่

- ผู้นำมีส่วนสำคัญอย่างมากในการขับเคลื่อน นอกจากเป้าหมายที่ชัดเจนก็อยากให้ เกิด Spiritual Healthcare ในองค์กรแล้ว ผู้นำควรมีส่วนร่วมในกิจกรรม มีการ สื่อสารกับทีมสม่ำเสมอ คอยสร้างแรงบันดาลใจให้ทีมงาน ให้โอกาสสร้างเวทีให้ บุคลากรได้แสดงศักยภาพที่มี ชื่นชม ให้รางวัล การลงเยี่ยมในหน้างานเพื่อทราบ สถานการณ์ที่แท้จริง
- การติดตามผลลัพธ์การดำเนินการ ทั้งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม ผลลัพธ์การ ดูแลผู้ป่วย ผลลัพธ์ด้านการบริหารจัดการ เช่น ความพึงพอใจ KPI อัตราการ ขอย้าย ลาออก Happinometer ความผูกพันองค์กร เรื่องเล่า พฤติกรรมการดูแล คนไข้ที่เปลี่ยนไป การสนับสนุนจากชุมชน ความร่วมมือของชุมชน ความไว้วางใจ พฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ เป็นต้น นำผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นมาพัฒนาอย่างต่อเนื่องต่อไป
- การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับโรงพยาบาลอื่นที่ดำเนินการพัฒนา SHA ทำให้ได้รับความรู้ ทักษะ นำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ของตนเองได้ เช่น การสร้างกระบวนการ การดำเนินงานของ SHA ที่สอดคล้อง ตอบสนองความต้องการทางด้านความเชื่อ ความศรัทธา ศาสนา ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยดีขึ้น มีแหล่งความหลากหลายที่ช่วย ในการพัฒนา SHA เช่น หลักสูตร HA801 การเรียนรู้จากการลงเยี่ยมของผู้เยี่ยมสำรวจ ประสพการณ์องค์ความรู้ของทีมงาน เป็นต้น

HA และ SHA สร้างความสมดุลระหว่าง ระบบบริการทางการแพทย์ เทคโนโลยี ผู้ให้บริการ กับ ผู้ป่วยซึ่งครอบคลุมการดูแลทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ครอบครัว และสังคมโดยรวม อันจะนำไปสู่ 3P Safety: Patient Safety, Personnel Safety, and People Safety เป็นการผนึกกำลังเพื่อความปลอดภัย (safety) และสุขภาวะที่ดี (well-being) ของประชาชนในที่สุด



### 3.3 การพัฒนาคุณภาพสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงาน (working environment) นายโกเมธ นาควรรณกิจ

การทำงานในยุคปัจจุบันนอกจากจะต้องอาศัยปัจจัยในเรื่องของคน และเทคโนโลยี ซึ่งถือเป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนทุกภารกิจให้บรรลุเป้าหมายแล้ว การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงานที่ดี ก็ถือเป็นปัจจัยสำคัญยิ่งต่อการขับเคลื่อนทุกภารกิจให้บรรลุเป้าหมายไม่แพ้กัน เพราะสภาพแวดล้อมในการทำงาน ถือเป็นเครื่องมือพื้นฐานสำคัญที่จะยกระดับคนและเทคโนโลยีให้กลายเป็นนวัตกรรมและนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายหรือผลสัมฤทธิ์สูงสุดของงานหรือภารกิจต่างๆ

สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงานที่ดีนั้น หมายรวมถึงการสร้างบรรยากาศแบบองค์รวมทั้งหมดภายในองค์กรที่เกี่ยวข้องกับบุคลากร กระบวนการทำงาน สถานที่หรืออุปกรณ์ในการทำงาน ระบบบริหารงานบุคคล ไปจนถึงผู้บริหารสูงสุดในหน่วยงาน ที่ต้องประสานเป็นหนึ่งเดียวที่จะทำให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงาน ซึ่งจะก่อให้เกิดสุขภาวะที่ดี (well-being) ต่อบุคลากรที่อยู่ในองค์กร ในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อในการทำงาน ควรมีการพัฒนาให้ครอบคลุมในด้านต่างๆ ดังนี้ คือ

#### 1) การบริหารทรัพยากรบุคคล (human resource management)

การบริหารทรัพยากรบุคคลถือเป็นปัจจัยสำคัญยิ่งในการสร้างสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ดี เพราะการบริหารทรัพยากรบุคคลคือการสร้างกลไกหรือระบบที่จะช่วยสร้างสมดุลการทำงานของคนในหน่วยงานให้มุ่งไปสู่เป้าหมายของหน่วยงานงาน เกิดความมุ่งมั่นตั้งใจต่อการทำงาน สิ่งที่ต้องดำเนินการพัฒนา ได้แก่

- 1.1 ระบบและบริหารอัตรากำลังให้เพียงพอต่อภาระงาน บุคลากรมีส่วนร่วมในการบริหารอัตรากำลัง มีการสรรหา การพัฒนา และการธำรงรักษาบุคลากรให้มีประสิทธิภาพ
- 1.2 ระบบการจัดการผลการปฏิบัติงาน (performance management system) ของบุคลากร ที่เน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรที่ถูกประเมินผลงาน และการนำผลการประเมินไปใช้ในการพัฒนาศักยภาพ การบริหารค่าตอบแทน การยกย่อง ชมเชยหรือการสร้างแรงจูงใจในการทำงานของบุคลากร
- 1.3 การจัดระบบสวัสดิการและผลประโยชน์ตอบแทนที่เหมาะสมตามหน้าที่ ความรับผิดชอบและการปฏิบัติงาน อย่างโปร่งใส เน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากร
- 1.4 การจัดการเรื่องสวัสดิภาพสำหรับบุคลากร มีการประเมินความปลอดภัยของ



สถานที่ทำงาน มีมาตรการปกป้องคนทำงานจากความรุนแรง การกลั่นแกล้ง การคุกคาม และการล่วงละเมิดที่ดี มีแผนป้องกัน เผชิญเหตุและแผนฟื้นฟูที่เหมาะสม

1.5 การจัดระบบการไหลของงาน กระบวนการทำงานเพื่อให้บุคลากรทำงานได้อย่างราบรื่นมีการจัดระบบการประสานงานภายในหน่วยงาน การประสานงานระหว่างหน่วยงาน และการประสานงานภายนอกองค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อลดความกดดันต่างๆ ในการประสานงาน

1.6 การจัดการชีวิต ความเป็นอยู่ของบุคลากร เช่น การจัดการความเครียด (stress management), การป้องกันและจัดการภาวะ เช่น การหมดไฟในการทำงาน (burnout syndrome), การกำหนดชั่วโมงในการทำงานที่เหมาะสมและการติดตามวัดระดับภาระงาน (workload monitoring) เป็นต้น

## 2) สมรรถนะของบุคลากร

การยกระดับความรู้ความสามารถ หรือการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรในองค์กรนั้นถือเป็นรากฐานสำคัญยิ่งในการสร้างสภาพแวดล้อมการทำงานที่ดี การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรนี้ ย่อมหมายถึงความรวมถึงการพัฒนาองค์ความรู้หรือทักษะจำเป็นทั้งที่เกี่ยวข้องโดยตรง หรือช่วยสนับสนุนการปฏิบัติการกิจขององค์กร ได้แก่

- 2.1) การฝึกฝนให้บุคลากรเห็นคุณค่าของตัวเอง เพื่อนร่วมงาน และคนรอบข้าง รับรู้และเข้าใจว่าทุกคนมีความหมาย มีการทำงานด้วยความตระหนักในคุณค่าและความหมายของงานกับตัวเอง กับเพื่อนร่วมงาน
- 2.2) การพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรให้สอดคล้องกับสมรรถนะหลัก แผนกลยุทธ์ขององค์กร และที่เกี่ยวข้องกับหน้าที่ความรับผิดชอบ
- 2.3) การพัฒนาสมรรถนะที่ช่วยสนับสนุนการทำงาน การให้บริการ เช่น การพัฒนาทักษะด้านภาษาต่างประเทศ การพัฒนาทักษะด้านคอมพิวเตอร์ จริยธรรม และคุณธรรม เป็นต้น มีระบบการทบทวนความพร้อม ความสามารถ และสมรรถนะในการทำงานของบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ

ในการพัฒนานั้นสามารถดำเนินการได้หลายรูปแบบ เช่น การศึกษาต่อ การอบรม การดูงาน การศึกษาด้วยตนเอง หรือการแลกเปลี่ยนบุคลากรกับหน่วยงานทั้งในและต่างประเทศ ที่สำคัญคือการสนับสนุนให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมทุกสาขาวิชาชีพในองค์กร เป็นต้น

### 3) สุขภาพของบุคลากร

สุขภาพของบุคลากรถือเป็นเรื่องที่สำคัญ ถ้าองค์กรมีบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถในการทำงานทุกด้านแต่สุขภาพร่างกายอ่อนแอ ไม่แข็งแรง มีแต่โรคภัยไข้เจ็บ ย่อมส่งผลกระทบต่อองค์กร การสร้างสุขภาพที่ดีให้แก่บุคลากรจึงเป็นเรื่องที่จะนำไปสู่ การบรรลุเป้าหมายขององค์กร ผ่านการสร้างสภาพแวดล้อมการทำงานที่ดีที่เอื้อต่อสุขภาพ ของบุคลากร ซึ่งมีหลากหลายวิธีการ และควรจะครอบคลุมในทุกด้านตั้งแต่การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟู ได้แก่

- 3.1 การจัดให้มีโปรแกรมเพื่อคุ้มครองสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร โดยมีการประเมินและจัดการความเสี่ยงต่อสุขภาพที่สำคัญอย่างเป็นระบบ และต่อเนื่อง ทั้งในภาวะปกติและในสถานการณ์ภัยพิบัติ/ภาวะฉุกเฉิน เช่น การป้องกันการติดเชื้อจากการทำงาน, การป้องกันอันตรายจากสารเคมี, การป้องกันอันตรายทางกายภาพ เช่น ความร้อน แสง เสียง และรังสี, การป้องกันอันตรายจากปัจจัยทางด้านการยศาสตร์ เช่น เครื่องจักร สถานที่ สิ่งแวดล้อม และระบบงาน, การจัดอุปกรณ์ในการป้องกันที่เหมาะสมเพียงพอ และการให้วัคซีน ยา หรือหัตถการที่เหมาะสมแก่บุคลากรเพื่อการป้องกันโรค
- 3.2 การสนับสนุนให้บุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพเป็นระยะ เพื่อประเมินสมรรถภาพการทำงาน และเพื่อประเมินการเจ็บป่วยหรือการติดเชื้อเนื่องจากการทำงาน ตามลักษณะงานที่รับผิดชอบ
- 3.3 การจัดระบบการดูแลบุคลากรที่เจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงาน ที่มีการประเมินและดูแลรักษาที่เหมาะสม
- 3.4 มีการส่งเสริมสนับสนุนให้บุคลากรมีส่วนร่วมส่วนร่วม เรียนรู้ ตัดสินใจ และปฏิบัติในการสร้างเสริมสุขภาพ

### 4) การจัดสิ่งแวดลอมเพื่อสร้างบรรยากาศในสถานที่ทำงาน

การสร้างบรรยากาศในสถานที่ทำงาน ด้วยการตกแต่งสถานที่ การจัดสิ่งแวดลอม และอุปกรณ์ในการทำงานที่สวยงาม ทันสมัย หรือเอื้อต่อการทำงาน ย่อมส่งผลให้การทำงานดูง่าย ผ่อนคลาย และประสบผลสำเร็จมากยิ่งขึ้น การจัดสิ่งแวดลอมเพื่อเพิ่มบรรยากาศในการทำงานและการมีสุขภาวะที่ดีนั้น ควรต้องพิจารณาดำเนินการใน 4 มิติ คือ

- 4.1) **สุขภาพะทางกาย** เป็นการออกแบบสถานที่และสิ่งแวดล้อมให้มีความสะอาด เป็นระเบียบ ร่มรื่น ไม่แออัด มีสิ่งอำนวยความสะดวก อุปกรณ์เครื่องมือในการทำงานที่เหมาะสม เพียงพอ มีระบบสาธารณสุขที่ที่เหมาะสม มีระบบการจัดการของเสียที่ดี มีความปลอดภัยจากการทำงาน หรือสถานที่ สิ่งแวดล้อม และการกระทำของบุคคลที่ไม่เกี่ยวข้อง และดำเนินการตามหลักอาชีวอนามัย อย่างเคร่งครัด
- 4.2) **สุขภาพะทางจิตใจ** เป็นการออกแบบสถานที่และสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมในการทำงาน ทำให้เกิดความสุข ความผ่อนคลาย สร้างความกระตือรือร้น การมีจิตใจที่มั่นคง มีสมาธิ ลดความกังวล ความเครียด ได้แก่ ลดการรบกวนจากสิ่งแวดล้อม มีการออกแบบสิ่งแวดล้อม แสง เสียง สี อุณหภูมิที่เหมาะสม ต่อการทำงาน มีการนำแสงธรรมชาติเข้ามาในสถานที่ทำงาน มีการจัดพื้นที่ที่สามารถมองออกไปด้านนอกได้แบบอิสระเห็นสวนหรือสีเขียวของต้นไม้ การจัดพื้นที่พักผ่อนในระหว่างทำงาน เลือกรูปแบบเฟอร์นิเจอร์สำนักงานที่ใช้งาน สะดวก หรือเก้าอี้ที่นั่งแล้วสบาย รูปภาพและของประดับที่ทรงคุณค่าต่อจิตใจ สิ่งที่น่าเบื่อชู้ชา การจัดหาเสียงธรรมชาติ หรือเสียงเพลง ปรับปรุงกลิ่นที่สร้างบรรยากาศในการทำงาน เป็นต้น
- 4.3) **สุขภาพะทางสังคม** เป็นการจัดสิ่งแวดล้อมที่เปิดโอกาสให้เกิดการอยู่ร่วมกัน ได้ด้วยดี มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมได้ในระดับที่เหมาะสม ซึ่งจะก่อให้เกิดความ มั่นคงทางจิตใจ การมีแรงบันดาลใจ และการผ่อนคลายจากความวิตกกังวล ได้แก่ การจัดพื้นที่ทำงานหรือกิจกรรมส่วนกลางร่วมกัน เพื่อให้สะดวกในการ บริโภคอาหารหรือการพูดคุย การจัดพื้นที่สำหรับการรับแขก เพื่อนที่มาพบปะ การจัดพื้นที่เตรียมอาหารและรับประทานอาหารร่วมกัน เป็นต้น
- 4.4) **สุขภาพะทางปัญญา** เป็นการออกแบบสิ่งแวดล้อมในการทำงานในทุก ด้านที่กล่าวมาข้างต้น ที่ส่งผลให้ผู้ที่ทำงานเกิดความสุขที่นรมย์ มีการรับรู้ ทางสุนทรียภาพและเกิดปัญญาที่เข้าใจต่อธรรมชาติ สังคม วัฒนธรรม และสภาพแวดล้อมที่อยู่รอบตัวของตนเอง



## 5) การส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากร

การสร้างสภาพแวดล้อมการทำงานที่ดี มีสิ่งหนึ่งที่ต้องให้ความสำคัญ คือ การส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในองค์กร ซึ่งมีหลากหลายวิธีการ เช่น ต้องสร้างให้องค์กรปราศจากระบบอุปถัมภ์อย่างแท้จริง ไม่สนับสนุนพฤติกรรมการเห็นแก่ตัว ส่งเสริมคนดีคนเก่งความสามารถให้มีโอกาสในการแสดงความสามารถ ส่งเสริมการทำงานร่วมกันเป็นทีม การจัดให้มีที่ปรึกษาและการถ่ายทอดงานที่สู่น้อง การจัดกิจกรรมเพื่อจูงใจให้เกิดการช่วยเหลือกันระหว่างบุคลากรในโอกาสต่างๆ เช่น การแลกเปลี่ยนหมุนเวียน หรือ Rotate การทำงาน เพื่อลดความมีอิทธิพลหรือผลประโยชน์ต่อบุคคล การจัดเวทีพบปะสังสรรค์แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ในการทำงาน การส่งเสริมให้มีการทำงานร่วมกันแบบคร่อมสายงานหรือฝ่าย การจัดกิจกรรมร่วมกันในการช่วยเหลือสังคม เป็นต้น

## 3.4 HACCC Synergy Collaborating Center for Quality & Safety

HACC หรือ Hospital Accreditation Collaborating Center หรือศูนย์ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เป็นหน่วยงานความร่วมมือที่มีการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพในเชิงพื้นที่ด้วยความร่วมมือที่หลากหลาย ทั้งด้านวิชาการ การพัฒนาพี่เลี้ยงคุณภาพ และประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่มีมาอย่างยาวนาน และเพื่อให้สอดคล้องประสานกับทิศทาง HAI ภายใต้กลยุทธ์ที่ 2 **Raising Synergy Collaborating and Networking for Quality and Safety** “เสริมพลังความร่วมมือเครือข่ายพัฒนาทั่วโลกเพื่อคุณภาพและความปลอดภัย” จึงมีแนวคิดที่จะปรับการทำงานและขยายความร่วมมือออกไปเพื่อให้เกิด **Synergy** กับภาคส่วนต่างๆ มากยิ่งขึ้น โดยจะเป็นเสมือนการรวมเพื่อเสริมและเพิ่มสิ่งที่ได้ผลมากกว่าเดิม เพราะเชื่อว่า 1+1 แล้วน่าจะได้ผลลัพธ์มากกว่า 2

ศูนย์ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล (HACC) ปัจจุบันมีจำนวน 6 แห่ง ได้แก่ ศูนย์ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล คณะแพทยศาสตร์เชียงใหม่, มหาวิทยาลัยนเรศวร, มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ภาคใต้, เขตนครชัยบุรีรินทร์, และโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ได้ทำทวนบทบาทหน้าที่และความครอบคลุมของการทำงานคุณภาพในพื้นที่ให้เกิดความเข้มแข็งและครอบคลุมมากขึ้น โดยพบว่า พื้นที่ในความรับผิดชอบมีเพียง 7 เขตสุขภาพ ยังไม่ครอบคลุมทุกเขตสุขภาพ จึงพบโอกาสในการขยายเครือข่ายพื้นที่ ชักชวนเพื่อนร่วมเส้นทางคุณภาพขยายแนวคิดคุณภาพ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในพื้นที่ให้พัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง อีกจำนวน 6 เขตสุขภาพ (ดังแผนภาพ)





ดังนั้น แนวคิดการ Synergy เพื่อการทำงานที่ประสบความสำเร็จมากกว่า ของ HACCC ในปี 2566 ภายใต้คณะกรรมการบริหารงานศูนย์ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ที่ประกอบด้วย ผู้อำนวยการศูนย์ความร่วมมือฯ และผู้จัดการศูนย์ฯ ที่เกิดขึ้น ภายใต้การขยายเครือข่ายและสร้างความเข้มแข็งด้านคุณภาพให้สถานพยาบาลในพื้นที่ของประเทศไทยให้ครอบคลุมมากขึ้น พบแนวทาง Synergy ดังนี้

**HACC มี Quality Concepts เป็น Common Interests** ของทุก HACCC มีความสนใจในเรื่องการพัฒนาคุณภาพ กระบวนการคุณภาพและความปลอดภัย การจัดตั้งศูนย์ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อขยายแนวคิดการพัฒนาคุณภาพ ควบคู่กับหลักวิชาการที่ทันสมัยในด้านกระบวนการดูแลรักษาและกระบวนการคุณภาพ ดังนั้น HACCC จึงทำหน้าที่ในการสื่อสารแนวคิดคุณภาพ มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพให้กับบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล

**HACC มีค่านิยมร่วมกัน (common values)** เป็นสิ่งที่ทุก HACCC ใช้ในการทำงานกับสถานพยาบาลในพื้นที่ ค่านิยมร่วมที่ใช้ ได้แก่ การสร้างพลังความสำเร็จโดยใช้การทำงานเป็นทีม (teamwork) เพราะการพัฒนาคุณภาพทั้งองค์กร ทุกคนในองค์กรควรทำไปด้วยกัน อย่างมีเป้าหมายร่วม การทำงานร่วมแบบเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อน (collaboration) การเรียนรู้และเสริมพลังคนทำงานให้มีพลังในการขับเคลื่อนความดีเพื่อผู้ป่วยปลอดภัย (learning & empowerment)

**HACC มีความสามารถที่เสริมกัน (complementary talents)** มีการเสริมการทำงานทั้งภายในพื้นที่และระหว่างพื้นที่ของ HACCC มีการประสานความเข้มแข็งระหว่างที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพในพื้นที่ ผู้เยี่ยมสำรวจ ตลอดจนผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการที่หลากหลาย จนเกิดผลงาน CQI หรือผลงานวิชาการจำนวนมากนำเสนอในเวทีวิชาการประจำปี ทั้ง Regional Forum และ National Forum ในทุกๆ ปี

**HACC มีกระบวนการทำงานที่เสริมกัน (complementary product)** ตัวอย่างกระบวนการทำงานที่เสริมพลังกัน เช่น การจัดกิจกรรมเฝ้าระวังหลังการรับรองกระบวนการคุณภาพ (surveillance workshop) ที่จัดขึ้นเพื่อส่งเสริมให้สถานพยาบาลที่ได้รับการรับรอง HA แล้ว เกิดการพัฒนาที่ต่อเนื่องและเตรียมการเข้าสู่การรับรองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ การรับรองอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็น Advanced HA, HNA, PDSC HACCC ยังเป็นผู้นำในการขอรับรองเป็น Model นำร่องให้สถานพยาบาลต่างๆ ได้เป็นแบบอย่าง นอกจากนี้ยังมีกระบวนการพัฒนาคนคุณภาพ (quality experts) ได้แก่ พี่เลี้ยงคุณภาพที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ เพื่อการเผยแพร่แนวคิดคุณภาพร่วมกับ สรพ. อย่างต่อเนื่อง



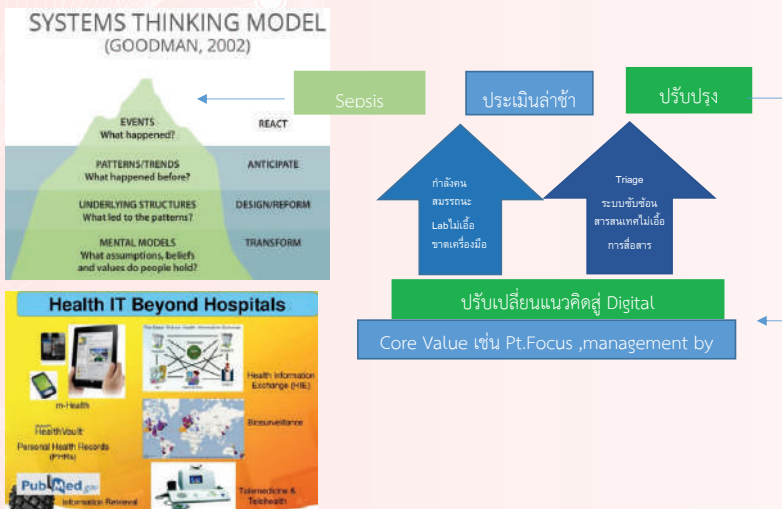
HACC เป็นการผนึกกำลังเครือข่ายความร่วมมือกับทุกภาคส่วนในการร่วมกันพัฒนาระบบบริการสุขภาพของไทยให้มีคุณค่าและความหมายสำหรับทุกคน รวมถึงเป็นระบบนิเวศของวงจรแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การชื่นชมความสำเร็จของกันและกัน เสริมสร้างกำลังใจและสร้างแรงบันดาลใจในการเดินทางร่วมกับ สรพ. ต่อไป และพร้อมเปิดรับแนวร่วมสำหรับคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย หรือเขตสุขภาพที่สนใจเข้าร่วมผนึกกำลังเพื่อคุณภาพ ความปลอดภัย และ สุขภาวะไปกับ HACC และ สรพ. จะยินดีเป็นอย่างยิ่ง ....มาจับมือเดินไปด้วยกัน **เพื่อร่วมกันสร้างระบบบริการสุขภาพของไทยให้มีคุณภาพและความปลอดภัยและเป็นหัวใจไว้วางใจของประชาชนตลอดไปด้วยพลังร่วมของคน.....**

### 3.5 Synergy Between Human & Technology

นพ.กิตติ โล่สุวรรณรักษ์

ภารกิจหลักของโรงพยาบาลมีหน้าที่ในการส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู รักษา ที่มีคุณภาพ และความปลอดภัย ร่วมกับบทบาทในการเรียนการสอนสำหรับโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย ที่ต่างต้องมีการบริหารต้นทุนให้มีผลประกอบการที่ดี และบรรลุต่อวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม ความเชี่ยวชาญขององค์กร ตามทิศทาง เป้าหมายขององค์กร<sup>13</sup>

เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของโรงพยาบาล ในการดูแลประชาชน ผู้ป่วย ให้มีคุณภาพ และความปลอดภัยนั้น การออกแบบระบบให้เกิดความเชื่อมโยงและผสมผสาน (synergy) ในหลากหลายมิติ หลากหลายแนวคิด มุมมอง ร่วมกับการวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ ที่ฝังรากลึกลงไป มากกว่าการแก้ไข จัดการเฉพาะปัญหา สาเหตุที่อยู่บนยอดภูเขาน้ำแข็ง และหาโอกาส สร้างสรรนาระบบเทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการบริหารจัดการให้เกิดบริการที่ปลอดภัย (digital & technology transformation) ลดโอกาสเกิดความผิดพลาด ลดภาระงาน ทำให้เกิด ประสิทธิภาพของระบบจึงเป็นสิ่งที่ต้องร่วมกันออกแบบให้ผสมผสานและเชื่อมโยง (synergy) ระบบต่างให้ลงตัว เพื่อตอบโจทย์เป้าหมาย โอกาส ปัญหา อุปสรรคขององค์กร



ภาพที่ 22 Systems Thinking Model

<sup>13</sup> นพ.กิตติ โล่สุวรรณรักษ์



นับตั้งแต่สถานการณ์โรคโควิด เข้ามากระทบกับบริการสาธารณสุขมากมาย การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อมาส่งเสริมการควบคุมป้องกันโรค ช่วยให้บุคลากรทำงานได้ง่าย และประชาชนสะดวกสบายมากขึ้น จำเป็นจะต้องมีองค์ประกอบหลายอย่าง มิฉะนั้นอาจจะเกิดปัญหาตามมาได้ เช่น Ransomware Hack ระบบ ทำให้ข้อมูลรั่วไหล ความปลอดภัยในการใช้สารสนเทศ การได้ข้อมูลที่ผิดพลาดทำให้การรักษาผิดพลาดไปด้วย เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามการนำระบบเทคโนโลยีมาใช้ให้เกิดประโยชน์ เกิดประสิทธิภาพที่ไม่เป็นการซ้ำเติมระบบที่ยุ่งวุ่นวาย ซับซ้อนได้นั้นจึงต้องอาศัยการวิเคราะห์ จัดกระบวนการด้วยมุมมองเชิงระบบ (system perspective) และออกแบบกระบวนการทำงานร่วมโดยยึดถึง เป้าหมายและคุณค่าที่ส่งมอบเป็นสำคัญ เช่น การนำระบบคิวอัตโนมัติมาใช้แทนการมารอคอยคิวที่มีเป้าหมาย



ลดเวลารอคอย อาจเกิดการคับคั่งรอ เสียบบัตร หรือการรอตรอนาน ถ้าไม่พิจารณาระบบการจัดการนัดที่เสี้อมเวลา การจัดแพทย์ตรวจที่สมดุลย์กับการนัด หรือการกระจายคลินิกในการใช้คิวอัตโนมัติ เป็นต้น

ปัจจุบันมีเครื่องมือมากมาย ให้เลือกที่จะพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น มาตรฐาน ISO, ITIL, COBIT, NIST เป็นต้น ซึ่งสมาคมเวชสารสนเทศไทยได้มีความร่วมมือกันกับ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) พัฒนาเครื่องมือคือ Hospital IT: HA IT Quality Improvement Framework (HITQIF v2) ซึ่งอ้างอิงมาตรฐานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศต่างๆ มาทำให้อยู่ในกรอบ 7 ด้าน Structure and Role, Technology, People, Processes, Control, Metrics, Data & Information ซึ่ง Framework หัวใจหรือว่าไขแดงก็คือเรื่องของ Data & Information ซึ่งโดย Concept ก็คือ ทำให้เกิดการผสมผสานและเชื่อมโยงทั้งระบบและวิธีคิด นำเทคโนโลยี มาทำให้เกิด Data & Information เพื่อนำไปขับเคลื่อนเป้าหมายขององค์กร ซึ่งก็เป็นหัวใจที่สำคัญที่สุดของการพัฒนาที่เรียกว่า “Data Driven”

## หลักเกณฑ์ในการพิจารณาเพื่อรับรองระบบพัฒนาคุณภาพด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล

1. **Process Management** แสดงให้เห็นการจัดการกระบวนการอย่างเป็นระบบ กับกระบวนการสำคัญที่ครอบคลุม ตลอดสายธารแห่งคุณค่า (value stream)
2. **Results** แสดงให้เห็นผลลัพธ์ที่ดีถึงดีมาก และแนวโน้มที่ดีขึ้น มีการใช้ข้อมูล เทียบเคียงที่ทำทหายอย่างเป็นรูปธรรม
3. **Learning (Evaluation & Improvement, Integration, Innovation)** แสดงให้เห็นการประเมินและปรับปรุงอย่างต่อเนื่องของระบบที่ขอรับการ รับรอง โดยระบบงานมีการบูรณาการ การสร้างนวัตกรรม และ/หรืองานวิจัย จากงานประจำ หรือการสร้างองค์ความรู้ที่สำคัญ
4. **Quality Concepts** แสดงให้เห็นกระบวนการพัฒนาที่ขจัดความสูญเปล่า ป้องกันความเสี่ยง ใช้หลักฐานทางวิชาการ รวมถึงการสร้างเสริมสุขภาพและมีติ ด้านจิตวิญญาณ



## 3.6 การผนึกกำลังในพื้นที่โดยการพัฒนาคุณภาพด้วย DHSA PNC

พญ.ธีรารัตน์ พลราชม

จากแนวคิดสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคน All for Health ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแนวคิดในการดำเนินงานที่สร้างความตระหนักในการดูแล ป้องกัน สร้างเสริมสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม (Health Literacy) โดยขยายขอบเขต ผนึกกำลังการทำงานที่เกี่ยวข้องกับทุกภาคส่วน ไม่ใช่แค่เรื่องในระบบการแพทย์และสาธารณสุข (public health systems) เท่านั้น แต่เป็นการเปิดพื้นที่ให้ทุกคนทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชนเข้ามาทำงานเกี่ยวกับสุขภาพในมิติต่างๆ ดังเห็นได้ชัดจากสถานการณ์ระบาด COVID-19

โรงพยาบาลกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร<sup>14</sup> จัดบริการสุขภาพเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพผ่านกลไกการพัฒนาระบบสุขภาพของอำเภอ คือ **กระบวนการ District Health System Accreditation (DHSA)** คู่ขนานการผนึกกำลังพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพสต.ติดดาว) โดยประสานกำหนดทิศทางการขับเคลื่อนระบบบริการปฐมภูมิที่มีเป้าหมายร่วมกันกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตามแนวคิด UCCARE (unity team, customer focus, community participation, appreciation, resource sharing and human development, and essential care) เพื่อให้เกิดการจัดบริการระดับอำเภอที่เชื่อมประสานกันแบบไร้รอยต่อได้มาตรฐาน อย่างมีเป้าหมายร่วมชัดเจน ด้วยแนวคิด

**Network:** คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

**Integrated People-center Care:** กลุ่มโรคสำคัญ/ประชาชนตามกลุ่มวัย

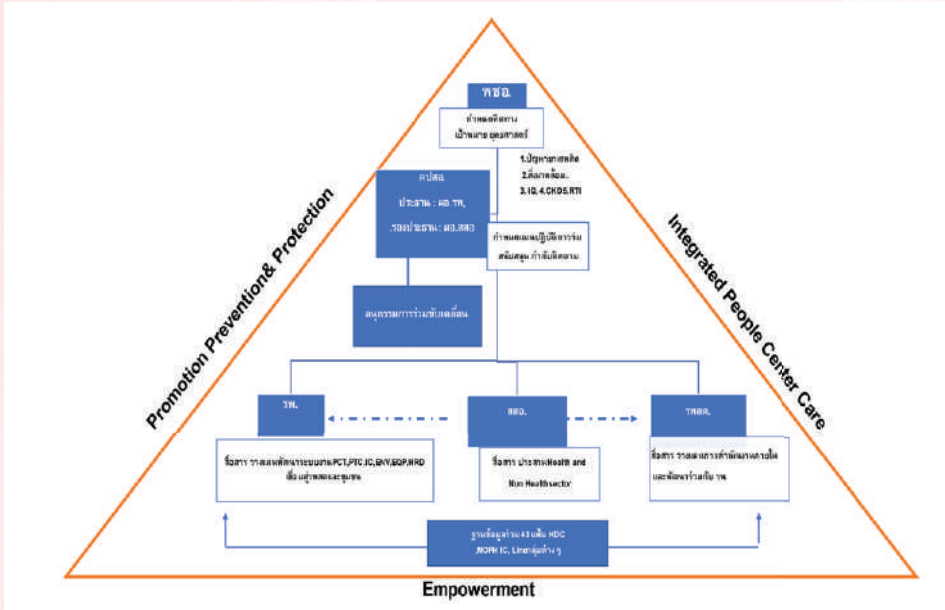
**Promotion Prevention & Protection:** ส่งเสริมป้องกัน และควบคุมโรค

**Empowerment:** แสร์ทรัพยากรและเรียนรู้ร่วมกัน ก่อให้เกิด Seamless

Healthcare Systems ระบบการดูแลที่ไร้รอยต่อภายใต้ Strengthening Supporting System ระบบสนับสนุนบริการในเครือข่ายที่เข้มแข็ง

<sup>14</sup> พญ.ธีรารัตน์ พลราชม





ภาพที่ 23 การผนึกกำลังขับเคลื่อนเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอกุสุมาลย์

บทเรียนของโรงพยาบาลกุสุมาลย์ ในการพัฒนาเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ สู่วิทยาบาลถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและชุมชน อย่างเป็นร้อยต่อร้อยนั้นเชื่อมโยงผ่าน

- 1) การจัดทำยุทธศาสตร์ เป้าหมายร่วมกันที่ชัดเจนและสื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องนำสู่การปฏิบัติ กำหนดตัวชี้วัดที่จะใช้ติดตามความสำเร็จที่สอดคล้องกับเป้าหมาย ภายได้ข้อมูลสุขภาพจากฝั่งสาธารณสุขและความต้องการของประชาชน โดยมีท่านนายอำเภอเป็นประธาน
- 2) ระบบงานสำคัญ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุข (คปสอ.) ระดับอำเภอ กุสุมาลย์ ระบุยุทธศาสตร์จาก พชอ. สื่อสารสู่ผู้ปฏิบัติ ตั้งคณะกรรมการสนับสนุนงานในส่วนของ พชอ. ทีมนำ คุณภาพในโรงพยาบาล (QST) วางแผนพัฒนาระบบงานเชื่อมโยงถึง รพสต. และชุมชน
- 3) ระบบการจัดการข้อมูล ที่เชื่อมข้อมูลทั้งเครือข่ายและนำมาวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ ติดตามประเมินผล เช่น HDC, 43 แพ้ม, MOPH IC, Long Term Care, Line กลุ่มต่างๆ

- 4) กระบวนการดูแลผู้ป่วย กำหนดกลุ่มโรคในการพัฒนาจาก Hospital Base, Community Base และทิศทาง พขอ. 5 ประเด็น จัดทำ CPG และวางระบบการดูแล

### ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- 1) นโยบายของจังหวัดสกลนคร กำหนดการจัดบริการสุขภาพให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพผ่านกลไกการพัฒนาระบบสุขภาพของอำเภอ District Health System Accreditation: DHSA
- 2) มีคณะทำงาน “คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.)” ที่จะประสานการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโดยการมีส่วนร่วม มีการกำกับติดตาม มีการกำหนดเป้าหมายทิศทางร่วมกัน
- 3) กิจกรรมมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ร่วมด้วยช่วยกันในพื้นที่ในรูปแบบทางการ (formal) และไม่เป็นทางการ (informal) ทำให้เกิดการประสานงานทั้งแนวดิ่งและแนวราบ
- 4) มีเสริมพลังการทำงานให้กับทีมงานและภาคีเครือข่ายโดยการร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินการและร่วมรับผิดชอบ/ผลประโยชน์
- 5) ระบบการจัดการข้อมูลสุขภาพเพื่อนำมาวิเคราะห์และคืนข้อมูลให้กับภาคีเครือข่าย

จากความสำเร็จและคุณค่าที่ส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการระดับอำเภอทำให้เกิดการเรียนรู้ขยายการพัฒนาระบบบริการให้เชื่อมต่อกันอย่างแนบสนิทในระดับจังหวัด ภายใต้กรอบแนวคิดของการประเมินรับรอง Provincial Network Certification (PNC) หรือ HNA ในโรคที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ Stroke STEMI แม่และเด็ก ที่ทำให้ให้ผู้ป่วยทุกคนไม่ว่าจะอยู่ในพื้นที่ตำแหน่งไหนของจังหวัดสกลนคร สามารถเข้าถึงระบบบริการรักษาโรคดังกล่าวได้อย่างเท่าเทียมกันพร้อมการรักษาที่เป็นมาตรฐาน ลดอัตราการเสียชีวิต ลดค่าใช้จ่ายและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับประชาชน ซึ่งเป็นการผนึกกำลังจากระดับอำเภอสู่ระดับจังหวัด ที่ส่งมอบคุณค่าบริการให้เกิดความปลอดภัย และเกิดส่วนร่วมในการดูแลสร้างเสริมสุขภาพในวงกว้างต่อไป

ตอนที่

4

สถานพยาบาล  
มีคุณภาพระบบสากล  
ประชาชนปลอดภัย  
ด้วยมาตรฐาน HA



## 4.1 ยุทธศาสตร์ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) พ.ศ.2566–2570

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) ได้จัดทำแผนปฏิบัติราชการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 – 2570) โดยมีกรอบแนวทางในการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติของหน่วยงานเพื่อให้บรรลุตามวิสัยทัศน์ พันธกิจ วัตถุประสงค์การจัดตั้งองค์กร โดยวางกรอบแนวคิดเชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 ประเทศไทย 4.0 นโยบายรัฐบาล การปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง โดยแผนปฏิบัติการฉบับนี้ได้คำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงของบริบททางสังคม การเปลี่ยนแปลงปัจจัยภายในและภายนอก และความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่ส่งผลต่อระบบบริการสุขภาพทั้งในปัจจุบันและอนาคต

### วิสัยทัศน์ “สถานพยาบาลมีระบบคุณภาพระดับสากล ประชาชนปลอดภัยด้วยมาตรฐาน HA”

#### พันธกิจ:

- 1) ประเมินและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล รวมทั้งกำหนดมาตรฐานเพื่อการพัฒนาและการรับรอง
- 2) ส่งเสริมให้เกิดกลไกการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและความปลอดภัยของสถานพยาบาล โดยประสานความร่วมมือกับหน่วยงานภาคีทั้งในและต่างประเทศ
- 3) สนับสนุนการสร้าง เผยแพร่ และจัดการความรู้ การศึกษาวิจัย และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ด้านการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล
- 4) จัดหลักสูตรและฝึกอบรมแก่บุคลากรของสถานพยาบาล เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

#### เป้าประสงค์ (Goals):

- 1) สถานพยาบาล: ยกระดับและเพิ่มความครอบคลุมของสถานพยาบาลได้รับการพัฒนาและประเมินรับรองคุณภาพมาตรฐาน HA
- 2) ประชาชน: ประชาชนได้รับบริการด้านสาธารณสุขที่มีคุณภาพและความปลอดภัยจากสถานพยาบาลที่มีคุณภาพมาตรฐาน HA
- 3) ระบบบริการสุขภาพ: การพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพประเทศไทยได้รับการยอมรับในระดับสากล



## วิสัยทัศน์ (Vision)

### สถานพยาบาลมีคุณภาพระดับสากล ประชาชนปลอดภัยด้วยมาตรฐาน HA

### พันธกิจ

1. ว่าเป็นและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล รวมทั้งกำหนดมาตรฐานเพื่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
2. ส่งเสริมให้เกิดกลไกการพัฒนาแบบบูรณาการที่มีคุณภาพและความปลอดภัยของสถานพยาบาล โดยประสานร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในแต่ละประเทศ
3. สนับสนุนการสร้าง เผยแพร่ และจัดการความรู้ การศึกษาวิจัย และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ด้านการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล
4. จัดหลักสูตรและฝึกอบรมแก่บุคลากรของสถานพยาบาล เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรฐานและการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล



### เป้าหมาย (Goal)

1. ยกระดับและเพิ่มความครอบคลุมสถานพยาบาลที่ได้รับการพัฒนาและประเมินรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA
2. ประชาชนได้รับบริการด้านสาธารณสุขที่มีคุณภาพและความปลอดภัย จากสถานพยาบาลที่มีคุณภาพมาตรฐาน HA
3. การพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพประเทศไทยได้รับการยอมรับในระดับสากล

## T Toward Building TRUST in Healthcare System

### ประเมินรับรองเพื่อสร้างคุณค่าและความไว้วางใจ

1. ได้รับความครอบคลุมรับรองสถานพยาบาลมาตรฐาน HA
2. หน่วยงาน /องค์กรต่างๆ ใช้ผลการรับรองคุณภาพ HA ในการให้ทุนค่าสถานพยาบาล
3. สถานพยาบาลมีผลสัมฤทธิ์ความปลอดภัยตามมาตรฐานค่าดัชนีจำเป็นชาติ
4. มาตรฐาน HA ได้รับการยอมรับในระดับสากลเพื่อสร้างความไว้วางใจในระบบบริการสุขภาพ

## R Raising and Synergy Collaborating and Networking for Quality and Safety

### การพัฒนาภาคได้ความร่วมมือและองค์ความรู้

1. เพิ่มขีดความสามารถและความเข้มแข็งได้กลไกความร่วมมือ และเครือข่าย เพื่อขยายความครอบคลุมและความต่อเนื่องของการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของสถานพยาบาล
2. บูรณาการความร่วมมือเครือข่ายภาคประชาชนในการมีส่วนร่วมการพัฒนาคุณภาพความปลอดภัย หรือระบบการประเมินรับรอง
3. สร้างความร่วมมือกับองค์กร/เครือข่ายในประเทศและต่างประเทศเพื่อยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยของสถานพยาบาล

## U Upscale of Knowledge Management for Change

### ยกระดับการจัดการความรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง

1. สร้างและส่งเสริมกระบวนการจัดการความรู้ การศึกษาวิจัย และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล
2. ส่งเสริมเผยแพร่และใช้ประโยชน์จากการจัดการความรู้ในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขเป็นวงกว้าง

## S Strengthening & Capacity Building for HA Academy

### พัฒนาทุนมนุษย์เพื่อการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ

1. เป็นสถานที่สร้างและพัฒนากุญแจไขที่ขับเคลื่อนด้านคุณภาพ ไร้ขีดศักยภาพ และจำนวนเพียงพอ
2. ส่งเสริมให้กระบวนการสร้างและพัฒนาผู้เชี่ยวชาญสร้างเป็นไปตามมาตรฐานสากล (ISQ:IAEEA)

## T TRUST and Smart Organization

### การมีเหตุจูงใจของทั้งความรู้สู่ความเป็นเลิศ

1. ยกระดับ สวท. ให้เป็นองค์กรที่มีระบบทฤษฎี
2. ส่งเสริมให้ สวท. มีการพัฒนาองค์กร (Organization) ตามมาตรฐานทั้งในประเทศและต่างประเทศ



## องค์กรมีชีวิต องค์กรที่เป็นมิตร องค์กรที่ใคร ๆ ก็คิดถึง

ภาพที่ 24 กลยุทธ์การดำเนินงานของสถาบัน

## กลยุทธ์ที่ 1 สร้างความไว้วางใจในระบบบริการสุขภาพด้วยกระบวนการ HA (toward building TRUST in healthcare system)

### วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

1. เพิ่มความครอบคลุมการรับรองสถานพยาบาล มาตรฐาน HA
2. สถานพยาบาลมีผลลัพธ์ความปลอดภัยตามมาตราฐานสำคัญจำเป็นที่ดี
3. หน่วยงาน /องค์กร ต่างๆ ใช้ผลการรับรองคุณภาพ HA ในการให้คุณค่าสถานพยาบาล
4. มาตรฐาน HA ได้รับการยอมรับในระดับสากล เพื่อสร้างความไว้วางใจในระบบบริการสุขภาพ

### ตัวชี้วัด

1. จำนวนความครอบคลุมของสถานพยาบาลมาตรฐาน HA (สถานพยาบาล)
2. ร้อยละอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ (preventable harms) ตามที่คณะกรรมการกำหนด ที่มีระดับความรุนแรงถึงตัวผู้ป่วยในสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองลดลง (ประชาชน)
3. จำนวนเงื่อนไขที่องค์กรหรือหน่วยงานต่างๆ นำผลการรับรอง HA ไปใช้เป็นเงื่อนไขในการให้คุณค่าสถานพยาบาล (ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย)
4. จำนวนมาตรฐานการรับรองคุณภาพของสถาบัน ได้รับการรับรองจาก ISQua EEA (สถาบันและประเทศ)

### แนวทางการพัฒนา

1. สร้างการยอมรับให้ HA เป็นกลไกการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาลทุกประเภท
2. ขับเคลื่อนความไว้วางใจด้วยผลลัพธ์คุณภาพในระบบบริการของสถานพยาบาล มาตรฐาน HA
3. เพิ่มคุณค่าให้ HA เป็นเงื่อนไขและให้คุณค่าสถานพยาบาล เพื่อการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพไทย
4. พัฒนามาตรฐานและกระบวนการ Hospital Accreditation ให้ได้รับการยอมรับในระดับสากล



## กลยุทธ์ที่ 2 เสริมพลังความร่วมมือเครือข่ายพัฒนาคลินิกเพื่อคุณภาพและความปลอดภัย (raising synergy collaborating and networking for quality and safety)

### วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

1. เพิ่มขีดความสามารถและความเข้มแข็งให้กลไกความร่วมมือและเครือข่าย เพื่อขยายความครอบคลุมและความต่อเนื่องของการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของสถานพยาบาล
2. สร้างความร่วมมือกับองค์กร/เครือข่ายในประเทศและต่างประเทศเพื่อยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยของสถานพยาบาล
3. บูรณาการความร่วมมือเครือข่ายภาคประชาชนในการมีส่วนร่วมการพัฒนาคุณภาพ ความปลอดภัยหรือระบบการประเมินรับรอง

### ตัวชี้วัด

1. จำนวนสถานพยาบาลที่ใช้กลไกเครื่องมือ Quality Measurement ในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย (สถานพยาบาล)
2. ร้อยละของอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้ของสถานพยาบาลที่ได้รับการแก้ไข (ประชาชน)
3. จำนวนสถานพยาบาลภายใต้เครือข่ายพื้นที่ที่ได้เข้าสู่กระบวนการคุณภาพ HA และการรับรองที่หลากหลาย (สถานพยาบาล)
4. จำนวนกลไกหรือเครื่องมือ หรือองค์ความรู้ หรือแนวทางปฏิบัติ ที่เกิดจากการดำเนินงานร่วมกับคู่ความร่วมมือทั้งในประเทศและต่างประเทศ (สถาบัน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย )
5. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาเครือข่ายสถานพยาบาลปฐมภูมิ (ประชาชนและประเทศ)

### แนวทางการพัฒนา

1. พัฒนาเครือข่าย สถานพยาบาลคุณภาพและความปลอดภัยด้วยกลไก 3P Safety เพื่อการเปลี่ยนแปลง
2. เสริมพลังเครือข่ายพื้นที่เพื่อการพัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืน
3. สร้างความร่วมมือกับองค์กรเครือข่ายในประเทศและต่างประเทศเพื่อยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยในระดับสากล
4. พัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลปฐมภูมิ

## กลยุทธ์ที่ 3 ยกระดับการจัดการความรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง (upscale of knowledge management for change)

### วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

1. สร้างและส่งเสริมกระบวนการจัดการความรู้ การศึกษาวิจัย และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล
2. สร้างพื้นที่การจัดการความรู้ที่ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญจากสหสาขาวิชาชีพและผู้ปฏิบัติ
3. ส่งเสริมการเผยแพร่และใช้ประโยชน์ จากการจัดการความรู้ในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขเป็นวงกว้าง

### ตัวชี้วัด

1. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาแผนการจัดการความรู้ขององค์กร
2. จำนวนข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่ถูกกำหนดเป็นนโยบาย แนวทางหรือนำไปปฏิบัติ
3. จำนวนผลงานวิชาการ งานวิจัย นวัตกรรม ที่นำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนา และยกระดับระบบบริการสุขภาพ
4. ร้อยละของสถานพยาบาลที่เข้าร่วมการประชุมวิชาการประจำปี

### แนวทางการพัฒนา

1. พัฒนาระบบการจัดการความรู้ขององค์กรที่เป็นระบบ
2. สร้างกระบวนการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ
3. พัฒนาผลงานวิชาการ งานวิจัย นวัตกรรม เพื่อใช้ประโยชน์ในการพัฒนาและยกระดับระบบบริการสุขภาพ
4. เป็นศูนย์กลางองค์ความรู้เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องคุณภาพความปลอดภัยสำหรับสถานพยาบาลและประชาชน

## กลยุทธ์ที่ 4 เพิ่มความเข้มแข็งให้ สรพ. เป็นสถาบันแห่งการเรียนรู้และสร้างทุนมนุษย์ด้านคุณภาพ (strengthening & capacity building for HA academy)

### วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

1. มีแผนในการสร้างและพัฒนาทุนมนุษย์ด้านคุณภาพ
2. เป็นสถาบันสร้างและพัฒนาทุนมนุษย์ด้านคุณภาพ ให้มีศักยภาพ และจำนวนเพียงพอ
3. ส่งเสริมให้กระบวนการสร้างและพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจเป็นไปตามมาตรฐานสากล ISQua EEA

### ตัวชี้วัด

1. ระดับความสำเร็จการจัดทำแผนการสร้างและพัฒนาบุคลากรขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพในประเทศไทย
2. โปรแกรมการพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจได้รับการรับรองมาตรฐาน ISQua EEA
3. จำนวนของ quality expert ที่ขึ้นทะเบียน
4. ร้อยละของสถานพยาบาลที่มีผู้บริหารด้านคุณภาพ (QMR) หรือ ผู้จัดการศูนย์คุณภาพ ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรของสถาบัน
5. จำนวนหลักสูตรฝึกอบรมหรือหลักสูตรการศึกษาดูงาน สำหรับต่างประเทศ
6. ระดับความสำเร็จของแผนเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริหารทรัพยากรมนุษย์

### แนวทางการพัฒนา

1. พัฒนาแผนการสร้างและพัฒนาทุนมนุษย์ขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพในประเทศไทย
2. สร้างและพัฒนาผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาคุณภาพ (quality expert) ในระบบบริการสุขภาพประเทศ
3. เป็นศูนย์กลางการเรียนรู้และฝึกอบรมเรื่องมาตรฐาน การพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในระดับประเทศและภูมิภาค
4. พัฒนาทรัพยากรมนุษย์และส่งเสริมวัฒนธรรมองค์กร

แผนงาน: พัฒนาทุนมนุษย์เพื่อการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ

### โครงการสำคัญ

1. โครงการพัฒนา HAI Academy
2. โครงการสร้างและพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจ
3. โครงการสร้างและพัฒนาที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ
4. โครงการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และส่งเสริมวัฒนธรรมองค์กร



## กลยุทธ์ที่ 5 องค์กรที่มีสมรรถนะสูงพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงและมีธรรมาภิบาล (TRUST and smart organization)

### วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

1. ยกระดับ สรพ. ให้เป็นองค์กรที่มีธรรมาภิบาล
2. ส่งเสริมให้ สรพ. มีการพัฒนาองค์กร (organization) ตามมาตรฐานทั้งในประเทศและต่างประเทศ

### ตัวชี้วัด

1. ผลการประเมินและรับรององค์กรมาตรฐานสากล ISQua EEA และมาตรฐานระดับประเทศ (สถาบัน ประเทศ)
2. ความสามารถในการหารายได้ขององค์กร (สถาบัน)
3. ร้อยละความเชื่อมั่นต่อการดำเนินของสถาบัน (สถาบัน สถานพยาบาล)
4. จำนวนของระบบที่ใช้ดิจิทัลในการเปลี่ยนแปลงองค์กร (สถาบัน) ร้อยละของสถานพยาบาลที่มีผู้บริหารด้านคุณภาพ (QMR) หรือ ผู้จัดการศูนย์คุณภาพที่ผ่านการอบรมหลักสูตรของสถาบัน
5. จำนวนหลักสูตรฝึกอบรมหรือหลักสูตรการศึกษาดูงาน สำหรับต่างประเทศ
6. ระดับความสำเร็จของแผนเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริหารทรัพยากรมนุษย์

### แนวทางการพัฒนา

1. เพิ่มความเข้มแข็งและขีดความสามารถการบริหารจัดการองค์กรเพื่อความมั่นคง
2. การบริหารจัดการองค์กรเพื่อให้เป็นองค์กรสมรรถนะสูง และมีธรรมาภิบาล
3. สื่อสารประชาสัมพันธ์เพื่อส่งเสริมภาพลักษณ์องค์กร

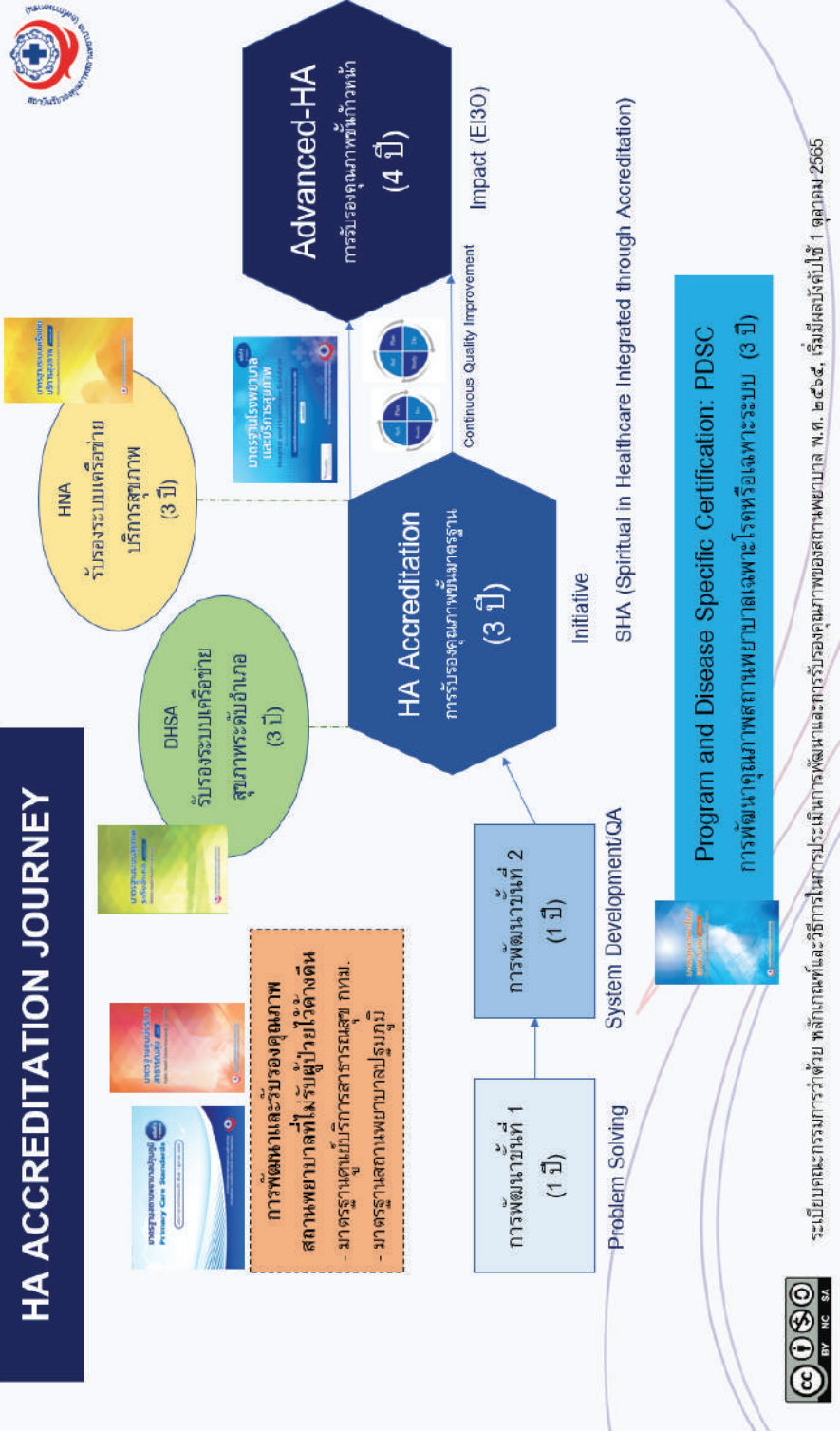
## 4.2 HA Accreditation Journey

มาตรฐาน HA เป็นหนึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินและรับรองสถานพยาบาล แต่ที่ผ่านมามาตราการณต่างๆ มีการปรับเปลี่ยนทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมีผลต่อความไม่แน่นอนของการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล สรพ. ได้เข้าใจถึงการพัฒนาคูณภาพในแต่ละสถานการณ์ที่แตกต่างกัน จึงมีการพัฒนารูปแบบของการประเมินที่หลากหลาย เพื่อกระตุ้นให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน ภายใต้บทบาทหน้าที่ตามพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งองค์กร ที่กำหนดให้การรับรองคุณภาพ หมายความว่า การรับรองว่าสถานพยาบาลมีองค์ประกอบของการปฏิบัติงานและการพัฒนาคูณภาพที่เชื่อได้ว่าจะสามารถให้บริการด้านสาธารณสุขที่ดีและมีคุณภาพตามมาตรฐานที่คณะกรรมการกำหนด โดยเป็นการรับรองระบบการดำเนินงานของสถานพยาบาล มิใช่การรับรองผลการรักษาผู้ป่วยแต่ละราย

สถาบันได้ขยายการรับรองคุณภาพที่หลากหลาย แต่เป็นการพัฒนาระบบที่มีฐานเริ่มจากสถานพยาบาล โดยระเบียบคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการในการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล พ.ศ.2565 ได้กำหนดการประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ดังนี้

1. การประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลทั้งองค์กร ประกอบด้วยสถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน และสถานพยาบาลที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน
2. การประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลเฉพาะโรคหรือเฉพาะระบบ
3. การประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลที่พัฒนาระบบเครือข่าย

# HA ACCREDITATION JOURNEY



ภาพที่ 25 HA Accreditation Journey



ผลลัพธ์สำคัญของการพัฒนาคุณภาพ คือ สถานพยาบาลมีระบบการให้บริการที่ทำให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ ปลอดภัย เกิดความไว้วางใจ ซึ่งเป็นความคาดหวังที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของ สรพ. ที่กล่าวว่า “สถานพยาบาลมีระบบคุณภาพระดับสากล ประชาชนปลอดภัยด้วยมาตรฐาน HA” ดังนั้น ตราสัญลักษณ์ HA ที่สถานพยาบาลได้รับ จะเป็นเครื่องหมายที่แสดงถึงคุณภาพ ความปลอดภัย และความไว้วางใจ

กระบวนการ HA เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ให้ความสำคัญกับการเสริมพลังแก่สถานพยาบาลในการยกระดับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ด้วยวิธีการประเมินตนเอง Self-Evaluation & Improvement ร่วมกับการประเมินจากภายนอกด้วยวิธีการ Empowerment Evaluation & Recognition โดยในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา มีจำนวนสถานพยาบาลได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพด้วยมาตรฐาน HA ดังนี้ 794, 839, 1,024, 784 และ 868 แห่ง ในปี 2561-2565 ตามลำดับ ซึ่งเป็นรูปแบบการรับรองด้วยมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพที่ได้รับการรับรองมาตรฐานสากล จาก ISQua EEA นอกจากนี้ ได้ขยายรูปแบบการพัฒนาและรับรองคุณภาพที่มีฐานจากโรงพยาบาล เป็นการรับรองในรูปแบบต่างๆ เช่น การรับรองสถานพยาบาลที่พัฒนาระบบดำเนินงานในลักษณะเครือข่าย การรับรองการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลเฉพาะโรคหรือเฉพาะระบบ เป็นต้น เพื่อเพิ่มคุณค่าและแสดงถึงศักยภาพของโรงพยาบาลที่เป็นศูนย์กลางสำคัญในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งการพัฒนามาตรฐานสถานพยาบาลปทุมภูมิ เพื่อส่งเสริมให้มีกลไกการกำกับดูแลเรื่องมาตรฐานคุณภาพและความปลอดภัยในการให้บริการในระบบบริการปทุมภูมิทั่วประเทศที่คล้อยตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี และนโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขที่ได้กำหนดจุดมุ่งเน้นในการสร้างระบบสุขภาพปทุมภูมิเข้มแข็ง ดังนี้

| รูปแบบการประเมิน<br>การพัฒนา<br>และการรับรองคุณภาพ  | คุณค่าของการรับรอง  |
|---|---|
| <b>การพัฒนา (appreciation)</b>  |   |
| <p><b>การพัฒนาขั้นที่หนึ่ง</b> หมายถึง สถานพยาบาลมีกิจกรรมทบทวนเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้จากปัญหาที่เคยประสบมาและนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น</p> <p><b>การพัฒนาขั้นที่สอง</b> หมายถึง สถานพยาบาลมีการสร้างกระบวนการเพื่อประกันคุณภาพในระดับหน่วยงานและระบบต่างๆ และเริ่มต้นนำมาตรฐานมาเป็นแนวทางการพัฒนาทั้งองค์กร การประเมินการพัฒนาเพื่อให้กำลังใจสถานพยาบาลที่เริ่มพัฒนา จากการทบทวนและปรับปรุงกระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ แต่ยังไม่ชัดเจนในการออกแบบระบบ และการนำไปใช้อย่างครอบคลุม ในบางโรงพยาบาลที่เคยได้รับการรับรอง HA แต่หากขาดความต่อเนื่อง หรือไม่สามารถธำรงระบบได้ ก็จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการลดขั้นการรับรองมาเป็น Step 2 ได้เช่นกัน</p> |   |
| <b>การรับรองกระบวนการคุณภาพ (accreditation)</b>   |   |
| <p>การรับรองขั้นมาตรฐาน<br/>HA Accreditation (AS)/<br/>Re-accreditation (RS)</p>  | <p><b>การรับรองคุณภาพขั้นมาตรฐาน</b> หมายถึง การรับรองคุณภาพสถานพยาบาลมีการพัฒนาที่เน้นการขับเคลื่อนคุณภาพทั้งองค์กร เกิดผลการดำเนินงานที่เป็นไปตามมาตรฐานที่คณะกรรมการกำหนด มีการบูรณาการและการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง โดยอาจเป็นการต่อยอดจากการพัฒนาขั้นที่สองและสถานพยาบาลได้มีการจัดทำแบบประเมินตนเอง และรับการเยี่ยมสำรวจตามกระบวนการของสถาบัน</p> <p>การรับรองกระบวนการคุณภาพตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 ประกาศใช้เพื่อการประเมินรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565</p> |

| รูปแบบการประเมิน<br>การพัฒนา<br>และการรับรองคุณภาพ | คุณค่าของการรับรอง  |
|--|---|
|  | <p>Hospital Accreditation คือกลไกกระตุ้นให้เกิดการพัฒนา ระบบงานภายในของโรงพยาบาล โดยมีการพัฒนาอย่างเป็นระบบ และพัฒนาทั้งองค์กร ทำให้องค์กรเกิดการเรียนรู้ มีการประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง เป้าหมายของการพัฒนาที่แท้จริงอยู่ที่คุณภาพบริการซึ่งผู้ป่วยจะได้รับ</p>   |
| <p>AHA<br/>(Advanced HA)</p>                       | <p><b>การรับรองคุณภาพขั้นก้าวหน้า</b> หมายถึง สถานพยาบาล มีการพัฒนาต่อยอดจากการรับรองคุณภาพขั้นมาตรฐาน หรือการรับรองคุณภาพจากองค์กรสากลอื่นๆ โดยมีการขับเคลื่อนการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเป็นระบบ มีการใช้ประโยชน์จากผลลัพธ์ในการพัฒนาเพื่อยกระดับ สถานพยาบาลให้บรรลุวิสัยทัศน์และมุ่งสู่ความเป็นเลิศ โดยมีการจัดทำแบบประเมินตนเองและรับการเยี่ยมชมตามกระบวนการของสถาบัน</p> <p>การรับรองกระบวนการคุณภาพขั้นก้าวหน้ามุ่งให้ สถานพยาบาลแสดงผลลัพธ์คุณภาพของการพัฒนา กระบวนการคุณภาพอย่างเป็นระบบ ที่มีผลลัพธ์เหนือกว่าค่าเฉลี่ย (Score &gt; 3) เป็นการพัฒนาที่มี Multiple Cycle of CQI ใช้วิธีการประเมินด้วย Empowerment Evaluation, มีการบูรณาการแผนการดำเนินงาน กระบวนการ และการปฏิบัติ อย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้ Core Value ในการกำกับการพัฒนาเพื่อให้เกิดความยั่งยืน</p> |



| รูปแบบการประเมิน<br>การพัฒนา<br>และการรับรองคุณภาพ | คุณค่าของการรับรอง  |
|--|---|
| DHSA<br>(District Health System<br>Accreditation)  | <p><b>การรับรองเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ</b> เป็นกลไกหนุนเสริมให้ระบบสุขภาพระดับอำเภอมีความเข้มแข็ง และเป็นเครื่องมือที่จะช่วยพัฒนาการทำงานกับภาคีเครือข่ายต่างๆ ให้มีประสิทธิภาพ รวมทั้งส่งเสริมการขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>โดยการรับรอง DHSA เพื่อส่งเสริมและให้ความมั่นใจว่าโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการในพื้นที่อำเภอทั้ง Healthcare Sector และ Non-healthcare Sector มีความร่วมมือกันในการจัดบริการตามความต้องการของประชาชนในพื้นที่ และใช้แนวคิดคุณภาพในการขับเคลื่อน มีประเด็นสำคัญในการสร้างคุณค่า ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การบริหารจัดการเครือข่ายที่มีประสิทธิผล จากเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ต่อยอดความร่วมมือกับภาคส่วนพื้นที่ในภาพระดับอำเภอ</li> <li>2. มุ่งเน้นมิติของการส่งเสริมและป้องกัน ลดปัจจัยเสี่ยงภัยสุขภาพ เพื่อสร้างสุขภาวะ</li> <li>3. เสริมพลังคนทำงาน</li> <li>4. ระบบการดูแลที่ไร้รอยต่อ</li> <li>5. กระบวนการดูแลที่เป็นองค์รวม เน้นคนเป็นศูนย์กลาง</li> <li>6. ระบบสนับสนุนบริการสำคัญที่รัดกุมในเครือข่าย</li> </ol> |

| รูปแบบการประเมิน<br>การพัฒนา<br>และการรับรองคุณภาพ   | คุณค่าของการรับรอง   |
|--|--|
| <p>HNA<br/>(Health Healthcare<br/>Accreditation)</p> | <p><b>การรับรองเครือข่ายบริการสุขภาพ</b> เพื่อส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาระบบบริการที่มีความเชื่อมโยงแบบไร้รอยต่อและการพัฒนาระบบงานให้มีความเชื่อมโยงในทิศทางเดียวกันในรูปแบบที่หลากหลาย เช่น เครือข่ายบริการระดับจังหวัด เครือข่ายบริการกลุ่มโรค เครือข่ายสถานพยาบาลสังกัดต่างๆ หรือเครือข่ายสถานพยาบาลเอกชน เป็นต้น โดยองค์ประกอบสำคัญของการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Seamless: เครือข่ายมีการพัฒนาคุณภาพระบบการเชื่อมต่อของสถานพยาบาลในทุกกระดับ เพื่อลดรอยต่อภายในเครือข่ายและนอกเครือข่ายที่มีการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อเนื่อง รวมทั้งการมีระบบฐานข้อมูลที่สามารถใช้ในการบริหารจัดการของเครือข่ายในภาพรวม</li> <li>2. Network: เครือข่ายมีการกำหนดโครงสร้าง บทบาทหน้าที่ เป้าหมาย และเครื่องชี้วัดของสถานพยาบาลในแต่ละระดับที่ชัดเจน สอดคล้องและเชื่อมโยง มีการบริหารจัดการทรัพยากรร่วมกันภายในเครือข่ายอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล</li> <li>3. Patient Safety: เครือข่ายมีการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่สะท้อนให้เห็นการบริหารจัดการร่วมและเชื่อมโยงโดยมีเป้าหมายเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยทั้งผู้ป่วยภายในสถานพยาบาลทุกระดับและการดูแลเชื่อมโยงในเครือข่าย ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยในทุกขั้นตอนตั้งแต่การเข้าถึงบริการถึงการดูแลต่อเนื่อง</li> </ol> |

| รูปแบบการประเมิน<br>การพัฒนา<br>และการรับรองคุณภาพ                                | คุณค่าของการรับรอง   |
|---|--|
|   | <p>4. Output/Outcome: เครือข่ายมีการกำหนดเป้าหมาย และเครื่องชี้วัดในภาพรวมเครือข่าย มีจัดการระบบฐานข้อมูล มีระบบการติดตามผลการดำเนินงาน และวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมทั้งเครือข่ายตามฐานประชากร ซึ่งผลลัพธ์การดำเนินงานที่สำคัญควรมีแนวโน้มที่ดีต่อเนื่อง</p>   |
| Primary Care Service Accreditation  | <p><b>การประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน</b> เพื่อส่งเสริมการพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เข้มแข็ง โดยมีขอบเขตการพัฒนาและการรับรองคุณภาพครอบคลุมทั้งด้านการบริหาร การรักษาพยาบาลแบบผสมผสาน การฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรค ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) การรับรองคุณภาพมาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร</li> <li>2) การรับรองคุณภาพมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ</li> </ol>                                    |
| <b>ประกาศนียบัตรการประเมินการพัฒนาและการรับรองกระบวนการคุณภาพ (certification)</b> |  |
| PDSC (Program & Disease Specific Certification)                                   | <p><b>การประเมินการพัฒนาและรับรองการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลเฉพาะโรคหรือเฉพาะระบบ</b> เพื่อส่งเสริมให้สถานพยาบาลพัฒนาความสามารถ ความเชี่ยวชาญ เฉพาะโรค/เฉพาะระบบ และการใช้แนวคิด Continuous Improvement ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง</p> <p>PDSC จะเป็นเครื่องมือยกระดับการพัฒนาของระบบการดูแลผู้ป่วยรายโรคหรือระบบเฉพาะให้มีผลลัพธ์ที่ดีอย่างต่อเนื่อง สามารถใช้เป็นเครื่องมือกระตุ้นระบบการดูแลผู้ป่วยรายโรคที่เมื่อรวบรวมได้หลายโรค/หลายระบบ จะก้าวสู่การพัฒนาเพื่อขอรับรอง Advanced HA ได้ต่อไป</p> |



| รูปแบบการประเมิน<br>การพัฒนา<br>และการรับรองคุณภาพ | คุณค่าของการรับรอง   |
|--|--|
|  | <p>กระบวนการพัฒนาในโรคหรือระบบสะท้อนหลักพื้นฐาน<br/>ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Process Management แสดงให้เห็นการจัดการกระบวนการอย่างเป็นระบบกับกระบวนการสำคัญที่ครอบคลุม ตลอดสายธารแห่งคุณค่า (value stream)</li> <li>2. Result แสดงให้เห็นผลลัพธ์ที่ดีถึงดีมาก และแนวโน้มที่ดีขึ้น มีการใช้ข้อมูลเทียบเคียงที่ทำทหายอย่างเป็นรูปธรรม</li> <li>3. Learning (evaluation &amp; improvement, integration, innovation) แสดงให้เห็นการประเมินและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง เฉพาะโรค/ระบบที่ขอรับการรับรอง โดยระบบงานมีการบูรณาการ การสร้างนวัตกรรม และ/หรืองานวิจัยจากงานประจำ หรือการสร้างองค์ความรู้ที่สำคัญ</li> <li>4. Quality Concepts แสดงให้เห็นกระบวนการพัฒนาที่ขจัดความสูญเปล่า ป้องกันความเสี่ยงใช้หลักฐานทางวิชาการรวมถึง การสร้างเสริมสุขภาพและมิติด้านจิตวิญญาณ</li> </ol> |

### 4.3 3P-Safety

ประเทศไทยมีการกำหนดเป้าหมายในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้มีระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและความปลอดภัยที่คำนึงถึงทั้งประชาชน ผู้มารับบริการ และบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้เกิดระบบบริการที่มีคุณค่าและผลลัพธ์สุขภาพที่ดีของประชาชน ซึ่งปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานที่ผ่านมาเกิดจากความร่วมมือขององค์กรต่างๆ ในส่วนระบบบริการสุขภาพและองค์กรอื่นๆ ที่ต่างมีเป้าหมายร่วมที่ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยที่มีคุณภาพและความปลอดภัย (quality and safety) และอยู่ในระบบสุขภาพที่ส่งเสริมให้ทุกคนมีสุขภาพดีและมีความสุข (well-being) ในสังคมสุขภาวะ ตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (sustainability and development goals) ก้าวสำคัญในการขับเคลื่อนเรื่อง Safety ในระบบบริการสุขภาพ จึงขยับจาก Patient Safety ซึ่งป้องกันไม่เกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วยในกระบวนการดูแลผู้ป่วย (the absence of preventable harm to a patient during the process of healthcare) ผนึกกำลังร่วมเป็น Personnel Safety ที่ต้องช่วยกันป้องกันอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์กับบุคลากรสาธารณสุขที่มีโอกาสเกิดจากกระบวนการทำงาน (the absence of preventable harm to a personnel during the process of work.) หรือ 2P Safety ที่ต่างต้องเป็นทีมเดียวกันในกระบวนการดูแลรักษา และในปัจจุบันก้าวไปสู่การให้ความสำคัญและผนึกกำลังร่วมกับประชาชนให้เป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยกันป้องกันอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์อันมีโอกาสเกิดกับทุกคน ภายใต้ยุทธศาสตร์ที่มุ่งสู่การเป็น 3P Safety โดยร่วมกันสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย (safety culture) และร่วมกันส่งเสริมและเสริมสร้างให้ประชาชนมีสุขภาพดีและมีความสุข (well-being) ก้าวสู่ 3P Safety and well-being ที่ต้องผนึกกำลังทุกภาคส่วนในการประสานทำงานร่วม และเสริมพลังไปสู่เป้าหมายเดียวกัน และเพื่อขยายการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยสู่ระบบบริการปฐมภูมิ ส่งเสริมให้ภาคประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วม ลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงการบริการ รวมทั้งส่งเสริมให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยให้กับทุกภาคส่วนเพิ่มมากยิ่งขึ้น

คณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขของประเทศไทยได้มีการทบทวนทิศทางการขับเคลื่อนเรื่อง Patient Safety ระดับ Global เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานของประเทศไทย โดยมีการปรับ**วิสัยทัศน์** “ประเทศไทยมีระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและความปลอดภัยสำหรับทุกคน (healthcare systems with quality and safety for all)” และขยาย**เป้าหมาย** ความปลอดภัยที่ครอบคลุม

ทั้งด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรสาธารณสุข และประชาชน Patient, Personnel and People Safety (3P safety) โดยมีการนำ Strategic Framework of the Global Patient Safety Action Plan 2021–2030 มาทำ Country Analysis เพื่อนำมาทบทวนการจัดทำแผนกลยุทธ์ความปลอดภัยของประเทศไทยสำหรับการดำเนินงานระยะที่ 2 ช่วงปี พ.ศ. 2565-2568 ที่ยังคงดำเนินงานภายใต้ยุทธศาสตร์เดิม 5 ยุทธศาสตร์ ได้แก่

**ยุทธศาสตร์ที่ 1** สร้างระบบให้มีการผลิต พัฒนา และส่งเสริมให้บุคลากรสาธารณสุข มีศักยภาพและความตระหนักเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากร และประชาชน

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์: เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนัก เจตณคติ สมรรถนะ และแรงบันดาลใจในการดำเนินการเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากร และประชาชน

**ยุทธศาสตร์ที่ 2** สร้างการมีส่วนร่วมกับผู้ป่วยครอบครัว ชุมชน เครือข่ายภาคประชาสังคมและองค์กรต่างๆ ในการขับเคลื่อนเรื่องความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพ (engage of all for 3P safety in healthcare system)

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์: เพื่อสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆ การเสริมพลังให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรและประชาชน

**ยุทธศาสตร์ที่ 3** พัฒนากลไกและระบบสนับสนุนที่สำคัญในการขับเคลื่อน 3P Safety

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์: เพื่อให้สถานพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีระบบบริการสุขภาพที่น่าไว้วางใจเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรและประชาชน

**ยุทธศาสตร์ที่ 4** สร้าง และพัฒนาระบบข้อมูล องค์กรความรู้และงานวิจัยเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรและประชาชน

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์: เพื่อให้เกิดการใช้ประโยชน์จากข้อมูลสารสนเทศในการบริหารจัดการหรือพัฒนาระบบเพื่อความปลอดภัยของ ผู้ป่วย บุคลากร และประชาชน (Management by fact for 3P Safety)

**ยุทธศาสตร์ที่ 5** ขับเคลื่อนนโยบาย กำกับ และอภิบาลระบบบริการสุขภาพ เพื่อ 3P Safety

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์: เพื่อระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยปลอดภัย และน่าไว้วางใจสำหรับทุกคน





## Patient Personnel and People Safety

### Healthcare Systems with Quality and Safety for All 2022-2026

St.1: Prepare health personnel by enhancing their capability and raising their awareness about quality and safety

5

Health worker education, skills and safety

St.2: Establish collaboration with the network of civil society and the organizations involved in the healthcare system.

4

Patient and family engagement

7

Synergy, partnership and solidarity

St.3: Develop supporting systems necessary for ensuring the quality and safety in the healthcare system.

3

Safety of clinical processes

St.4: Set up the systems for reporting, learning, and measuring the quality and safety outcomes

6

Information, research and risk management

St.5: Increase the efficiency of the overseeing and nurturing of the healthcare system.

1

Policies to eliminate avoidable harm in health care







2

High-reliability systems

### Matching Global on Patient safety with the National Patient and Personnel Safety Strategies

ภาพที่ 26 แผนกลยุทธ์ความปลอดภัยของประเทศไทย

## Framework for Action - The 7x5 Matrix

|  |   |   |   |  |  |
|--|---|---|---|--|--|
| <br><b>1</b><br>Policies to eliminate avoidable harm in health care | 1.1 Patient safety policy, strategy and implementation framework<br>2.1 Transparency, openness and 'No blame' culture<br>3.1 Safety of risk-prone clinical procedures | 1.2 Resource mobilization and allocation<br>2.2 Good governance for the health care system<br>3.2 Global Patient Safety Challenge: <i>Medication Without Harm</i> | 1.3 Protective legislative measures<br>2.3 Leadership capacity for clinical and managerial functions<br>3.3 Infection prevention and control & antimicrobial resistance | 1.4 Safety standards, regulation and accreditation<br>2.4 Human factors/ergonomics for health systems resilience<br>3.4 Safety of medical devices, medicines, blood and vaccines | 1.5 World Patient Safety Day and Global Patient Safety Challenges<br>2.5 Patient safety in emergencies and settings of extreme adversity<br>3.5 Patient safety in primary care and transitions of care |
| <br><b>2</b><br>High reliability systems                            | 4.1 Co-development of policies and programmes with patients<br>5.1 Patient safety in professional education and training  | 4.2 Learning from patient experience for safety improvement<br>5.2 Centres of excellence for patient safety education and training                                | 4.3 Patient advocates and patient safety champions<br>5.3 Patient safety competencies as regulatory requirements  | 4.4 Patient safety incident disclosure to victims<br>5.4 Linking patient safety with appraisal system of health workers  | 4.5 Information and education to patients and families<br>5.5 Safe working environment for health workers  |
| <br><b>3</b><br>Safety of clinical processes                        | 6.1 Patient safety incident reporting and learning systems<br>7.1 Stakeholders engagement   | 6.2 Patient safety surveillance and information system<br>7.2 Common understanding and shared commitment  | 6.3 Patient safety surveillance system<br>7.3 Patient safety networks and collaboration   | 6.4 Patient safety research programmes<br>7.4 Cross geographical and multisectoral initiatives for patient safety  | 6.5 Digital technology for patient safety<br>7.5 Alignment with technical programmes and initiatives   |
| <br><b>4</b><br>Patient and family engagement                       |   |   |   |  |  |
| <br><b>5</b><br>Health worker education, skills and safety          |   |   |   |  |  |
| <br><b>6</b><br>Information, research, risk management              |   |   |   |  |  |
| <br><b>7</b><br>Synergies, partnerships and solidarity             |   |   |   |  |  |

ภาพที่ 27 ยุทธศาสตร์การขับเคลื่อน Global Action Plan

และจากการประเมินตนเองตาม Strategic Framework of the Global Patient Safety Action Plan 2021–2030 ทั้ง 7 ด้าน พบโอกาสพัฒนาดังนี้

| Strategic Objective                                      | Opportunity for Improvement  |
|--|--|
| SO1: Policies to Eliminate Avoidable Harm in Health care | <ul style="list-style-type: none"> <li>● การทำกำหนดคณะกรรมการ 3P Safety committee ในทุกระดับในการขับเคลื่อนเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องและติดตามการดำเนินงาน,</li> <li>● การสื่อสาร สร้างองค์ความรู้ให้กับ Patient Safety Champion/ Policy Maker ในทุกระดับ</li> <li>● การพัฒนากฎหมายความคุ้มครอง กรณีรายงานอุบัติการณ์เพื่อการเรียนรู้</li> </ul> |
| SO2: High-reliability Systems                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>● การสร้างคนให้มี Leadership, การมี Patient Expert Champion, การพัฒนาหลักสูตรสำหรับผู้บริหาร/ผู้นำให้มีด้าน Quality and Safety</li> <li>● การขับเคลื่อน Quality and Safety ร่วมกับ WHO</li> </ul>   |
| SO3: Safety of clinical processes                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>● การขับเคลื่อนเชิงกลยุทธ์ด้าน Assure the Safety of Patients in All Settings, Including in Mental Health Settings and Care Homes, with a Focus on Primary Care and Transitions of Care</li> </ul>   |



| Strategic Objective                       | Opportunity for Improvement   |
|---|---|
| <p>SO4: Patient and Family Engagement</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● การผลักดันให้มีผู้ป่วยมีส่วนร่วมในทีมบริหารโรงพยาบาล การมี Guideline หรือแนวทางในการให้ตัวแทนผู้ป่วยเข้าเป็นทีมกำกับกิจการ พัฒนาช่องทางรองรับผู้ป่วยมาพัฒนาระบบ และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์</li> <li>● การแต่งตั้ง Subnational Committee</li> <li>● การดำเนินการ Patient Advocates &amp; Patient Champion การวางระบบการ Training Program</li> <li>● การผลักดันให้มี National Guideline of Practice ด้าน Procedures are in Place to Disclose Adverse Events to Patients and Families &amp; Psychological Support to Patients</li> <li>● การพัฒนาทั่วโลกให้เป็น Proactive และกำหนดในมาตรฐาน HA และมาตรฐานพยาบาล</li> <li>● การพัฒนาให้มี Health Literacy เรื่อง Patient Safety การสร้างหลักสูตรการอบรม/การพัฒนาเครื่องมือในการส่งเสริมความรู้ สร้าง Engage ไปยังสถานศึกษา และให้ประชาชนมีความรู้และความตระหนัก</li> </ul> |

| Strategic Objective                              | Opportunity for Improvement  |
|--|--|
| SO5 : Health Worker Education, Skills and Safety | <ul style="list-style-type: none"> <li>● การเพิ่มให้สถาบันมีการเรียนการสอนเรื่อง Patient Safety</li> <li>● การกำหนดสมรรถนะ เช่น การ Re-licensing อย่างเป็นระบบทุกวิชาชีพ, การให้ความสำคัญกับการเรียนรู้ของบุคลากรทางการแพทย์ในเรื่อง Patient Safety เพื่อการต่ออายุวิชาชีพ</li> <li>● การให้ Reward กับบุคคลที่ทำได้ดี และการ Identified for Payment เพื่อลด Harm ในโรงพยาบาล</li> <li>● การให้ความสำคัญเรื่องความปลอดภัยกับบุคลากรและสนับสนุนเป็นนโยบายในสถานพยาบาล โดยเฉพาะ Vaccination และการให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของบุคลากรเรื่องการติดเชื้อและ Violence</li> </ul> |
| SO6: Information, Research, and Risk Management  | <ul style="list-style-type: none"> <li>● การเชื่อมต่อข้อมูล Investor Relations (IR) ของหน่วยงานต่างๆ เป็นส่วนกลาง และเข้ามาเรียนรู้ร่วมกัน</li> <li>● การพัฒนางานวิจัย Research และการพัฒนาระบบการใช้ Digital Technology เข้ามา Support ด้าน Patient Safety ทั้งด้าน Information Technology และ Surveillance</li> </ul>  |
| SO7: Synergy, Partnership and Solidarity         | ประเทศไทยดำเนินการครอบคลุมในทุกกลยุทธ์   |

ซึ่งจากการประเมิน Gap ที่เป็นโอกาสพัฒนานั้นมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องประสานความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในระบบสาธารณสุขทั้งด้านการศึกษา ด้านการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย ด้านการพัฒนาระบบบริการของสถานพยาบาลในทุกระดับทั้งปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ร่วมทั้งในส่วนภาคประชาชนเข้ามาร่วมขับเคลื่อนกลไกที่จำเป็นต่อคุณภาพและความปลอดภัยของระบบบริการสุขภาพเพื่อให้เกิดความยั่งยืนต่อไป

## 4.4 Primary Care Standards and Movement

“การแก้ไขที่ยากและซับซ้อน ทำด้วยความรู้เท่าที่มีได้ยาก ต้องทำแบบหาคำตอบไปด้วยกัน เพราะเราไม่มีทางรู้คำตอบหรือวิธีที่ดีที่สุด มาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ เป็นมาตรฐานที่มีความเป็นพลวัต ทำให้เรียนรู้ไปและมุ่งเน้นกระบวนการเรียนรู้ด้วยแนวคิดคุณภาพ”

### สถานพยาบาลปฐมภูมิ คืออะไร

“สถานพยาบาลปฐมภูมิ” หมายความว่า สถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

“บริการสุขภาพปฐมภูมิ” หมายความว่า บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มุ่งหมายดูแลสุขภาพของบุคคลในเขตพื้นที่รับผิดชอบหรือในกลุ่มประชากรที่รับผิดชอบ ในลักษณะองค์รวม ตั้งแต่แรก ต่อเนื่อง และผสมผสานครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ โดยสถานพยาบาลปฐมภูมิ รวมทั้งเชื่อมโยงกับครอบครัว ชุมชน และบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ที่จัดขึ้นร่วมกับสถานพยาบาลหรือหน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

### เป้าประสงค์ของการพัฒนามาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ

เพื่อเป็นกรอบมาตรฐานและคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิที่พึงประสงค์ เป็นแนวทางในการออกแบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เหมาะสม และขึ้นนำการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่การขับเคลื่อนการพัฒนากลไก กระบวนการจัดการจนสถานพยาบาลปฐมภูมิสามารถแสดงผลการดำเนินงานในระดับที่เป็นที่ยอมรับ มีคุณภาพปลอดภัย ตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับปัจจัยสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพ และส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองที่จำเป็น



## หลักคิดสำคัญของการพัฒนามาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) มีบทบาทหน้าที่สำคัญตามพระราชบัญญัติการจัดตั้งองค์กร ในการดำเนินการเกี่ยวกับการประเมินระบบงานและการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล รวมทั้งกำหนดมาตรฐานของสถานพยาบาลเพื่อใช้เป็นแนวทางการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล โดยหลักคิดสำคัญของการพัฒนามาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ ได้แก่

- เป็นมาตรฐานเพื่อการเรียนรู้และพัฒนามากกว่าการกำกับควบคุมตรวจสอบ
- เป็นกลไกพัฒนาที่เชื่อมโยงภาคีที่กำลังพยายามพัฒนาเรื่องมาตรฐานและคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิมาร่วมกันหาวิธีทำให้มาตรฐานไม่กลายเป็นตัวขัดขวางการพัฒนา
- ส่งเสริมการพัฒนาที่เหมาะสมกับสภาพความเป็นจริงในบริบทประชากรที่มีความหลากหลาย
- เป็นเครื่องมือสร้างและส่งเสริมให้เกิดกลไกประเมินคุณภาพบนพื้นฐานการออกแบบร่วมกันและกำหนดเป้าหมายร่วมกันในระดับพื้นที่
- เป็นตัวช่วยสนับสนุนการสร้างให้เกิดภาคีร่วมพัฒนาและทำให้เกิดการเรียนรู้ด้วยแนวคิดคุณภาพ
- เป็นมาตรฐานที่มีความเป็นพลวัต ทำไปเรียนรู้ไปและมุ่งเน้นกระบวนการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องบนพื้นฐานการมีข้อมูลเพื่อนำไปสู่เป้าหมาย ทำให้พื้นที่เป็นเจ้าของร่วมกัน ประเมินผลการพัฒนาและเพิ่มคุณค่าด้วยมาตรฐาน ใช้กลไกร่วมคิด ร่วมพัฒนา ร่วมลงมือ ร่วมประเมินผลในมิติที่เห็นความเป็นพื้นที่

คณะกรรมการสถาบัน ได้มีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการพัฒนามาตรฐานการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญ ในด้านระบบบริการสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพ ร่วมกับคณะทำงานพัฒนามาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ ซึ่งประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญ ตัวแทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และตัวแทนผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ร่วมดำเนินการกำหนดหลักการ ทิศทาง และพัฒนามาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ ส่งผลให้มาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ มีคุณลักษณะเด่น ดังนี้

1. มีการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วมและเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายร่วมขับเคลื่อนการพัฒนา มีการทดลองใช้มาตรฐานในสถานพยาบาลปฐมภูมิและนำผลมาปรับให้เหมาะสมกับบริบท และมีความเป็นพลวัต

2. มีความเป็นสากล โดยการนำหลักการและแนวทางการพัฒนามาตรฐานการประเมินสถานพยาบาลซึ่งเป็นที่ยอมรับในระดับสากลของ The International Society for Quality in Health Care External Evaluation Association (ISQua EEA) และเรียนรู้จากการทบทวนวรรณกรรมมาตรฐานต่างประเทศและประเทศไทย มาใช้เป็นแนวทางการพัฒนามาตรฐาน
3. มีหลักการและแนวคิดการพัฒนามาตรฐานเพื่อการเรียนรู้และส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาคุณภาพในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ มีความยืดหยุ่นและสามารถปรับใช้กับบริบทสถานพยาบาลปฐมภูมิที่มีความหลากหลาย มากกว่าการควบคุมกำกับ
4. มุ่งเน้นการสร้างและส่งเสริมให้เกิดกลไกประเมินคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิบนพื้นฐานการออกแบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (primary care service delivery) ที่เป็นการทำงานในลักษณะเครือข่าย และกำหนดเป้าหมายการพัฒนาร่วมกันในระดับพื้นที่ โดยใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพ
5. การบูรณาการเอกลักษณ์บริการปฐมภูมิของประเทศไทย อาทิ การทำงานด้วยจิตวิญญาณ การสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การขับเคลื่อนการทำงานแบบมีส่วนร่วม
6. สนับสนุนการขับเคลื่อนตามประเด็นคุณภาพสำคัญ ของ พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

มาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ ฉบับที่ 1 จึงเป็นเสมือนเครื่องมือในการบริหารสถานพยาบาลปฐมภูมิและการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างเป็นระบบ

### หลักการในการพัฒนามาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ

หลักการในการพัฒนามาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ สอดคล้องตามข้อกำหนดสากลของการพัฒนามาตรฐานตามแนวทาง Principles for the Development of Health and Social Care Standards ขององค์กรสากล The International Society for Quality in Health Care (ISQua EEA) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ดังนี้

1. พัฒนามาตรฐานให้สอดคล้องกับที่กฎหมายกำหนด อาทิ พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562
2. พัฒนามาตรฐานตามหลักการและแนวคิดสำคัญของกระบวนการ HA (healthcare accreditation)

- พัฒนามาตรฐานตามหลักการและข้อกำหนดสากลของการพัฒนาตามแนวทาง Principles for the Development of Health and Social Care Standards ขององค์กรสากล The International Society for Quality in Health Care (ISQua EEA) ซึ่งองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ มาตรฐานต้องมีการประเมินครอบคลุมเรื่องบทบาทหน้าที่ ทิศทาง แผนและผลการดำเนินงานขององค์กร (organization roles, planning and performance), ครอบคลุมการบริหารความเสี่ยงสำหรับผู้ป่วย ครอบคลุมบุคลากร ผู้มาเยือนและผู้เกี่ยวข้อง (safety and risk), สะท้อนให้เห็นการดูแลที่เน้นคนเป็นศูนย์กลาง (person-centred care), องค์กรสามารถประเมินและวัดผลคุณภาพของบริการได้การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (quality performance)
- มาตรฐานต้องพัฒนาให้สอดคล้องตามยุทธศาสตร์ของการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพในประเทศไทย โดยคำนึงถึง 3 ประเด็นหลัก คือ ปัญหาสุขภาพของคนไทย (people), บุคลากรสาธารณสุข (professional), ยุทธศาสตร์ชาติ (policy) รวมถึงเชื่อมโยงกรอบการดำเนินงานเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพปฐมภูมิในระดับสากล

### กรอบแนวคิดมาตรฐานและการจัดหมวด มาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ



ภาพที่ 28 กรอบแนวคิดมาตรฐานและการจัดหมวด มาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ



## ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารสถานพยาบาลปฐมภูมิ

ผู้นำของสถานพยาบาลปฐมภูมิ ชี้นำ บริหารจัดการ และกำกับติดตามการดำเนินการ เพื่อส่งมอบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพและความปลอดภัย ตอบสนองต่อความจำเป็น ด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับปัจจัยสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพ และส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองที่จำเป็น

## ตอนที่ II การบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพ

สถานพยาบาลปฐมภูมิ มีการออกแบบ จัดการ และปรับปรุงการบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพ ปลอดภัย เป็นองค์รวม เข้าถึงบริการแต่แรก มีการดูแลต่อเนื่อง ครอบคลุม ประสานเชื่อมโยง และยึดมิติคนเป็นศูนย์กลาง เหมาะกับปัจจัยสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพ และส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองที่จำเป็น โดยทำงานร่วมกับครอบครัวและชุมชน โดยมีมิติคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิที่สำคัญ ได้แก่

### ตอนที่ II การบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพ

| มิติคุณภาพที่สำคัญ                                     | คำนิยาม  |
|--|--|
| องค์รวม (holistic)                                     | หมายถึง การดูแล “คน” ไม่ใช่ “โรค” เพียงอย่างเดียว แต่จะมองการดูแลทุกมิติทุกด้านที่มีผลกระทบต่อ การเจ็บป่วยทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ เศรษฐสังคม สิ่งแวดล้อม ครอบครัว ชุมชน จิตวิญญาณ   |
| เข้าถึงบริการแต่แรก (first contact accessibility)      | หมายถึง บริการสุขภาพที่ผู้รับบริการ/ประชากรที่รับผิดชอบ นึกถึงเป็นครั้งแรกและเป็นสิ่งที่พึงได้ สามารถเข้าถึง บริการได้โดยแพทย์หรือทีมบริการสุขภาพตั้งแต่เริ่มพบปัญหาในทุกเชิงตั้งแต่แรก ได้รับการดูแลรักษาในขั้นต้น (care on first contact basis) เน้นการดูแลสุขภาพตนเอง ให้บริการอย่างสง่าเสมอตามความจำเป็น |
| การดูแลต่อเนื่อง (continuity of care)                  | หมายถึง การดูแลทุกช่วงชีวิตของสภาวะสุขภาพด้วยความเข้าใจ ก่อให้เกิดความเชื่อมั่น ความไว้วางใจ ความศรัทธา และสัมพันธภาพที่ดี   |
| ครอบคลุม (comprehensiveness)                           | หมายถึง ครอบคลุมทุกด้าน ตั้งแต่การรักษาพยาบาลให้หายจากโรค การป้องกันโรคไม่ให้เกิดความเจ็บป่วย การส่งเสริมสุขภาพให้มีสุขภาพแข็งแรง และการฟื้นฟูสภาพไม่ให้เสื่อมถอยหรือพิการ รวมถึงการคุ้มครอง ผู้บริโภคให้คำแนะนำวิธีการดูแลสุขภาพ การพึ่งตนเองด้านสุขภาพให้เหมาะสม   |
| การดูแลประสานเชื่อมโยง (coordination of care)          | หมายถึง การประสานการดูแลระหว่างทีมผู้ให้บริการสุขภาพและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ การประสานงานกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยกับหน่วยงาน/สถานพยาบาลที่จะรับการส่งต่อ การดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมและปลอดภัย รวมถึงการประสานข้อมูลการดูแลที่จำเป็น                                   |
| การดูแลที่ยึดมิติคนเป็นศูนย์กลาง (person-centred care) | หมายถึง การดูแลที่สำคัญถึงปัจจัย ความสำคัญ ความต้องการ และข้อจำกัดของแต่ละคนเป็นหลักในการดูแล เช่น การมุ่งเน้นบูรณาการการดูแลผู้ป่วย สิทธิผู้ป่วย การจัดการข้อร้องเรียน การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ทัศนคติการสื่อสาร ความเชื่อทางวัฒนธรรม และความต้องการที่แตกต่างกันของผู้ป่วย/ผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม       |

ภาพที่ 29 การบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพ

- องค์ประกอบสำคัญของการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ ได้แก่
- **การเข้าถึงบริการ:** มีบริการที่ประชาชนพึงได้ ประจำตัว และคิดถึงเป็นที่แรก เข้ารับบริการสม่ำเสมอ สะดวก ทันเวลา ปลอดภัย เป็นธรรมชาติ
  - **การประเมิน:** มีบริการเป็นองค์รวม ครอบคลุม ไม่แยกที่ละโรค/ที่ละบริการ คำนึงถึงปัจจัยจิตสังคม มีการประเมินทันที่และปลอดภัย
  - **การวางแผน:** มีการวางแผนการดูแลที่เป็นองค์รวม ใช้ความรู้ทางวิชาการอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัย เหมาะกับสภาพความเป็นจริงและปัจจัยสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพ มีการสื่อสารระหว่างทีมบริการสุขภาพและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง
  - **การดูแล:** มีการดูแลที่ครอบคลุม เป็นองค์รวม ไม่แยกที่ละโรค/ที่ละบริการ ประสาน เชื่อมโยง ปลอดภัย ได้ผล และทันเวลา
  - **การเสริมพลัง:** มีการเสริมพลังที่เหมาะสม มีส่วนร่วม สื่อสารอย่างได้ผลและสร้างความมั่นใจ
  - **การดูแลต่อเนื่อง:** มีการดูแลต่อเนื่องทุกช่วงชีวิตของสภาวะสุขภาพ และส่งต่อ/ติดตามการดูแล รวมถึงข้อมูล
  - **Home-based Care:** มีบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน ที่ครอบครัวดูแล และครอบครัวมีส่วนร่วม
  - **Partnering with Community:** มีบริการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับชุมชน จัดบริการไร้รอยต่อ เหมาะสมกับสภาพความเป็นจริงและบริบท

### ตอนที่ III กระบวนการสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ

สถานพยาบาลปฐมภูมิ มีการดำเนินการ จัดการ ควบคุมกำกับ การปฏิบัติ และปรับปรุง กระบวนการสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิที่สำคัญ ร่วมกับหน่วยงาน/เครือข่าย ให้มีความเชื่อมโยง เหมาะสม มีประสิทธิภาพ เพื่อเอื้อต่อการดำเนินบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่มีประสิทธิผลและปลอดภัย

โดยมีองค์ประกอบของระบบสนับสนุนที่สำคัญ โดยการบริหารจัดการร่วมกับเครือข่าย ได้แก่ การบริหารงานคุณภาพ ความเสี่ยงและความปลอดภัย, การพัฒนาสิ่งแวดล้อม ในการดูแล, การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ, การจัดการข้อมูลสารสนเทศและระบบเวชระเบียน, ระบบการจัดการด้านยา, และการตรวจทดสอบเพื่อการวินิจฉัยโรค

### ตอนที่ IV ผลลัพธ์

สถานพยาบาลปฐมภูมิแสดงให้เห็นผลการดำเนินงานที่ดีและการพัฒนา/ปรับปรุง ในประเด็นสำคัญ เพื่อบรรลุเป้าหมายของการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิ มีความปลอดภัย เป็นที่ยอมรับ และตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพ โดยแสดงให้เห็น ระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญ การวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ ปัจจัยเชิงระบบ ที่สำคัญ และสะท้อนการมีส่วนร่วมกับหน่วยงาน/เครือข่าย



# บทส่งท้าย

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ได้มอบรางวัลเชิดชูเกียรติ  
“ปฐมบรมครู ผู้เยี่ยมเปี่ยมปัญญา” แก่ นายแพทย์ปัญญา สอนคม  
ครูผู้เป็นต้นแบบการเยี่ยมสำรวจสถานพยาบาลของประเทศไทย  
ด้วยปัญญาและความเป็นกัลยาณมิตร

เยี่ยมสำรวจกระบวนการฐานความคิด  
ร่วมเรียนรู้มาตรฐานงานสำคัญ

กัลยาณมิตรกิจสร้างสรรค์  
ให้มุ่งมั่นพัฒนาบูรณาการ

สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย  
ยกระดับการรักษาพยาบาล

พลังใจรักสมัครสมาน  
จิตวิญญาณเคารพศักดิ์ศรีคน

ทศวรรษผ่านไปไทยก้าวหน้า  
คุณภาพคุณค่าเทียบสากล

แรงศรัทธา HA ไทยไกลไปทุกหน  
ส่งผลสุขสภาวะประชาไทย

เอกลักษณ์เยี่ยมสำรวจใช้ตรวจสอบ  
ประจักษ์แจ้งให้ผลด้วยกลไก

คือระบอบนวัตกรรมใหม่  
บริบทประยุกต์ใช้ได้ผลดี

ครู ปัญญา สอนคม คมความคิด  
เยี่ยมสำรวจ HA ไทยได้วิธี

ปฐมครูผู้ประสิทธิ์คิดวิถี  
มวลหมู่ศิษย์มีวันนี้เพราะมีครู

ครูผู้สอนที่ศนะที่ทักษะเยี่ยม  
ครูผู้ให้ผู้ก่อขอเชิดชู

ครูผู้เปี่ยมคุณธรรมนำความรู้  
นำไทยสู่กระบวนการทัศน์การพัฒนา

ครูสร้างทางทางสร้างคนคนสร้างชาติ  
ปฐมบรมครูผู้เยี่ยมเปี่ยมปัญญา

ศิลปศาสตร์การเยี่ยมเปี่ยมคุณค่า  
แรงศรัทธาจารย์ก้อยู่คู่ สรพ.

ครูสร้างศิษย์ร่วมทางสร้างชาติให้  
เราเหล่าศิษย์ปณิธานสานงานต่อ

ประชาชนปลอดภัยในมือหมอ  
ตั้งมั่นขอตอบแทนคุณแผ่นดิน

ประพันธ์โดย นพ.สุรชัย ปัญญาพฤทธิพงษ์

## เอกสารอ้างอิง

- ICHOM (2023). Patient-centered outcome measures. International Consortium for Health Outcomes Measurement. Accessed 3 January 2023. <https://www.ichom.org/patient-centered-outcome-measures/>.
- Porter, M. E. (2010). What is value in health care? *New England Journal of Medicine*, 363(26), 2477–2481, <https://doi.org/10.1056/NEJMp1011024>.
- Porter, M. E., & Lee, T. H. (2013). The strategy that will fix health care. *Harvard Business Review*, 91(10), 50–70. *Harvard Business Review*. <https://hbr.org/2013/10/the-strategy-that-will-fix-health-care>.
- Zanotto BS, Etges APBDS, Marcolino MAZ, Polanczyk CA. (2021). Value-Based Healthcare Initiatives in Practice: A Systematic Review. *J Healthc Manag.*, 66(5), 340-365. doi: 10.1097/JHM-D-20-00283. PMID: 34192716; PMCID: PMC8423138.
- อาเธอร์ ไคลน์แมน. 2565. วิญญานของการดูแล: การบ่มเพาะทางศีลธรรมของแพทย์คนหนึ่ง (เนาวนิจ สิริผาดิวิรัตน์, แปล) กรุงเทพฯ: คบไฟ.
- Mol, A., Moser, I. & Pols, J. 2010. *Care in Practice: On Tinkering in Clinics, Homes and Farms*. Bielefeld: transcript.
- Mol, A. 2008. *The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice*. New York: Routledge.
- Pink, S. 2018. *Sarah Pink: Design Anthropology for Wellbeing*. Retrieved from <https://youtu.be/gM8q3l6nPcK>
- Pink, S. 2019. *Design for Wellbeing*. RMIT University.
- AHRQ. (June 2019). TeamSTEPPS 2.0 Fundamentals. เข้าถึงได้จาก AHRQ Official Website: <https://www.ahrq.gov/teamstepps/instructor/fundamentals/index.html>
- Liberating Structures. (28 ธันวาคม 2565). Liberating Structures. เข้าถึงได้จาก Liberating Structures: <https://www.liberatingstructures.com/25-open-space-technology/>
- WHO. (28 ธันวาคม 2566). WHO Quality Toolkit. เข้าถึงได้จาก WHO Quality Toolkit: <https://qualityhealthservices.who.int/>
- Antonio Hercules (2019) Rapid Evaluation Toolkit. Department of Planning, Monitoring, and Evaluation, Republic of South Africa. [https://www.evalforward.org/sites/default/files/2020-10/Rapid%20Evaluations%20Toolkit\\_1.pdf](https://www.evalforward.org/sites/default/files/2020-10/Rapid%20Evaluations%20Toolkit_1.pdf)



Garvin Bennett & Nasreen Jessani. The Knowledge Translation Toolkit: Bridging the Know-Do Gap. A Resource for Researchers. IDRC. <https://www.idrc.ca/en/book/knowledge-translation-toolkit-bridging-know-do-gap-resource-researchers>

Sharon E. Straus, Jacqueline Tetroe, & Ian D. Graham. (2013) Knowledge translation in healthcare. John Wiley & Sons.

Global Evaluation Initiative. Evaluation Approaches. [www.betterevaluation.org](http://www.betterevaluation.org)

The Development Monitoring and Evaluation Office, Government of India. Evaluation Toolkits. <https://dmeo.gov.in/evaluation/toolkits/dmeo>

ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช (พ.ศ.2563) Developmental Evaluation.  
<https://www.gotoknow.org/posts/680315>

## ที่ปรึกษา

ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ

บรรจง จำปา

เอกจิตรา สุขกุล

## บรรณาธิการ

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

## ผู้เรียบเรียง

กิตติ โล่สุวรรณรักษ์

โกเมธ นาควรรณกิจ

รองศาสตราจารย์จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์

ซัชชล อัจนาภิตติ

ดวงสมร บุญผดุง

ทรนง พิลาลัย

ธีรรัตน์ พลราชม

ธีรสุทธิ ปิตวิบลเถียร

ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ

ปิ่นรัตน์ พันธุ์มณี

พรพิศ ตริบุพชาติสกุล

วราภรณ์ สักกะโต

วิญญาวรรณ แมตสถาน

สุภาเพ็ญ ศรีสดีใส

สุรชัย ปัญญาฤทธิ์พงศ์

สุรพร ก้อนทอง

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

และ

คณะทำงานวิชาการ

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

# Synergy for Safety and Well-being ผนึกกำลังเพื่อความปลอดภัยและสุขภาวะ

ISBN 978-616-8024-53-9

พิมพ์ครั้งแรก : กุมภาพันธ์ 2566

จำนวนพิมพ์ : 7,000 เล่ม

**จัดพิมพ์โดย :** สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

เลขที่ 88/39 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ชั้น 5 ซอย 6 กระทรวงสาธารณสุข  
ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ : 02-027-8844

โทรสาร : 02-026-66803

**พิมพ์ที่ :** บริษัท สหมิตรพรีนติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด

59/4 หมู่ 10 ถนนกาญจนาภิเษก ตำบลบางม่วง

อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี 11140

โทรศัพท์ : 02-903 8257-9

โทรสาร : 02-921 4587





**Synergy**  
**1 + 1 > 2**









# สถานพยาบาลมีคุณภาพระดับสากล ประชาชนปลอดภัยด้วยมาตรฐาน HA



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

เลขที่ 88/39 อาคารสุภาพแห่งชาติ ชั้น 5 ซอย 6 กระทรวงสาธารณสุข  
ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000  
โทรศัพท์ 02-027-8844 โทรสาร 02-026-6680



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



HA Thailand



HA Thailand



HA E-learning



Quality The Story