

ถอดบทเรียนจากการประชุมวิชาการ (Quality Conference) ครั้งที่ 1/2556

เรื่อง “KM@Siriraj ก้าวสู่ปีที่ 9 อย่างก้าวสู่ความยั่งยืน”

วันศุกร์ที่ 18 มกราคม 2556 เวลา 12.45 – 15.00 น.

ณ ห้องประชุมอภิตยาทรกิตติคุณ ตึกสยามินทร์ ชั้น 7

วิทยากรร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้

นางสาวนิตยา อังพานิชเจริญ	งานการพยาบาลศาสตร์และศาสตร์ออร์โธปิดิกส์
ภญ.วุฒิรัตน์ ธรรมวุฒิ	ฝ่ายเภสัชกรรม
ผศ. พญ.ดารินทร์ สากิยลักษณ์	ภาควิชาจักษุวิทยา
นางสาวนาถวี อุดมรัตน์โยธิน	หัวหน้าฝ่ายนโยบายและแผน

ผู้ดำเนินการอภิปราย : นางสาวสมใจ เนียมหอม หัวหน้างานจัดการความรู้

การประชุมวิชาการ (Quality Conference) ครั้งที่ 1/2556 ได้รับเกียรติจาก ศ. พญ. ดวงมณี เลหาพร ประสิทธิพร รองคณบดี ฝ่ายพัฒนาคุณภาพ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เป็นประธานในพิธีเปิดการประชุม เรื่อง KM @ ศิริราชก้าวสู่ปีที่ 9 อย่างก้าวสู่ความยั่งยืน

นางสาวสมใจ เนียมหอม หัวหน้างานจัดการความรู้ กล่าวเรียนเชิญ ศ. พญ. ดวงมณี เลหาพร ประสิทธิพร มอบรางวัล KM ยกแก๊ง เป็นกิจกรรมส่งเสริม สนับสนุน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านทาง Siriraj KM Website ซึ่งมีเกณฑ์การพิจารณาดังนี้

- ทุกคนในหน่วยงานเป็นสมาชิก KM 100%
- ทุกคนในหน่วยงานเข้าร่วมกิจกรรมใน KM Website ทุกเดือนตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม – 30 กันยายน 2555
- โพสรูปกิจกรรม sharing ในหน่วยงานทุกเดือนอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งผ่านหน้า KM Website
- หน่วยงานที่ได้รับรางวัล KM ยกแก๊ง มีดังนี้
 - หอผู้ป่วยสลาकिनแบ่ง 5
 - หอผู้ป่วย 84/1 ตะวันตก
 - หอผู้ป่วย 100 ปี พระศรีฯ 13/2
 - งานประเมินต้นทุน

ในปี 2556 งานจัดการความรู้ขอเชิญชวนเข้าร่วมกิจกรรม Knowledge transfer เป็นกิจกรรมส่งเสริม สนับสนุน การถ่ายทอดความรู้ ทักษะการทำงาน ผ่านทาง Sirisaj KM Website ซึ่งมีเกณฑ์การพิจารณาดังนี้

- 1) บุคลากรในหน่วยงานเป็นสมาชิก KM 100%
- 2) ร้อยละของบุคลากรที่มีการถ่ายทอดความรู้ ทักษะประสบการณ์ การทำงานสูงสุด 3 ลำดับแรก ตั้งแต่วันที่ 18 มกราคม – 30 เมษายน 2556
- 3) เผยแพร่ความรู้ผ่านทาง KM Website

ศ. พญ.ดวงมณี เลหาประสิทธิพร รองคณบดี ฝ่ายพัฒนาคุณภาพ บรรยายเนื้อหาในหัวข้อ Sirisaj Excellence & Sustainability through Quality Development & Knowledge Management ดังนี้

1) ปรัชญา วิสัยทัศน์ พันธกิจ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ปรัชญา

ความสำเร็จของการศึกษาที่แท้จริงอยู่ที่การนำวิทยาการทางการแพทย์ไปใช้ให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชนทุกระดับ

วิสัยทัศน์

เป็นสถาบันทางการแพทย์ของแผ่นดินมุ่งสู่ความเป็นเลิศระดับสากล

พันธกิจ

- จัดการการศึกษาเพื่อผลิตบัณฑิต
- ทำวิจัย สร้างบรรยากาศทางวิชาการ
- ให้บริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ

2) พัฒนาการของการพัฒนาคุณภาพศิริราช

เริ่มต้นตั้งแต่ปี 2541 คณะฯได้รับการเชิญชวนจากสถาบันรับรองคุณภาพ(สรพ.) มีการนำเครื่องมือคุณภาพต่างๆมาใช้ซึ่งดำเนินการโดยงานพัฒนาคุณภาพ(QD) ต่อมาคณะฯผ่านการรับรองคุณภาพในปี 2545 และมีหน่วยงานเพิ่มขึ้นมาใหม่ในปี 2545 คือ งานบริหารทรัพยากรสุขภาพ (UM) ในปี 2546 คือ งานจัดการความรู้ (KM) และงานประจำสู่งานวิจัย (R2R) ซึ่งทั้ง 4 งานนี้ก็ทำงานร่วมกันอย่างบูรณาการเพื่อให้การดำเนินการมีคุณภาพและผ่านการรับรองคุณภาพในทุกๆ 3 ปี มีการกำหนดระยะการพัฒนาคุณภาพเพื่อกำหนดเป้าหมายว่าระยะนี้มุ่งเน้นทางด้านใด ในปี 2546 การจัดการความรู้หรือ KM ในระยะต้นเป็นเรื่อง การจัดตั้งชุมชนนักปฏิบัติเพื่อมุ่งเป้าเรื่องการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องหรือ CQI (Continue Quality Improvement) เพื่อทำให้องค์ความรู้กระจายไปได้อย่างรวดเร็ว

3) แนวทางการดำเนินการ Sirisaj KM สู่ความยั่งยืน

คณะฯได้เรียนเชิญที่ปรึกษาจากภายนอกจากสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ ดร. บุญดี บุญญาภิกิจ และ Mr.Robert Osterhoff ทำให้มีความเข้าใจใน KM มากขึ้น ในปี 2550 คณะฯให้ความสำคัญเรื่องเกณฑ์รางวัลคุณภาพ Thailand Quality Award (TQA) ซึ่งปัจจุบันก็เป็นที่ยอมรับว่าเป็นเกณฑ์ที่ใช้เป็นกรอบในการบริหารจัดการองค์กรสู่ความเป็นเลิศและยั่งยืน เพราะฉะนั้นในการที่ประเมินระบบของ KM จึงใช้เกณฑ์ของ TQA เป็นกรอบในการดำเนินการตรวจประเมินการจัดการความรู้หรือ KMA (Knowledge Management Assessment) ซึ่งจากการตรวจประเมินทำให้เข้าใจเรื่องของ KM รวมถึงมองเป็นระบบมากขึ้นจากเดิม

4) ความท้าทายในการพัฒนาคุณภาพคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ความท้าทายภายใน

- เป็นสถาบันการแพทย์ที่เก่าแก่ที่สุด (124 ปี)
- มีขนาดใหญ่
 - บุคลากรกว่า 14,000 คน
 - โรงพยาบาล 2,221 เตียงให้บริการ
 - ผู้ป่วยนอก > 2.5 ล้านคน/ปี
 - ผู้ป่วยใน 8 หมื่นคน/ปี
 - นักศึกษา ผู้ฝึกอบรม (กว่า 3,600 คน/ปี)
- การประสาน บูรณาการความเชี่ยวชาญที่หลากหลาย ในพันธกิจหลัก 3 ด้าน
- เป็นที่ยอมรับของสังคม ในการเป็นสถาบันทางการแพทย์ของแผ่นดิน มุ่งสู่ความเป็นเลิศระดับสากล
- การบริหารจัดการทรัพยากรอย่างเหมาะสม คุ่มค่า

ความท้าทายภายนอก

- ปริมาณผู้ป่วยที่ซับซ้อนเพิ่มขึ้น
- ความคาดหวังและความต้องการของสังคมที่สูงขึ้น
- การเปลี่ยนแปลงกฎระเบียบ กฎหมาย อย่างรวดเร็ว
- ศักยภาพและความสามารถของสถาบันอื่นๆ ที่สูงขึ้น
- ความรู้และเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว
- ความพร้อมรับการตรวจประเมินจากองค์กรภายนอก

ความสำคัญที่สุดและจำเป็นที่สุด คือ การบริหารและพัฒนาคนซึ่งเป็นทรัพยากรที่ค่ามากที่สุดของคณะฯ ให้มีความรู้ความสามารถ พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็ว และเหมาะสมในทิศทางเดียวกัน

5) การพัฒนาคุณภาพศิริราชสู่ความเป็นเลิศอย่างยั่งยืน

การพัฒนาคุณภาพคณะฯมีการกำหนดระยะการพัฒนาคุณภาพ ระยะแรก เริ่มพัฒนาระบบคุณภาพในโรงพยาบาล ในหน่วยงานทางคลินิก โดยเฉพาะในฝ่ายการพยาบาลจะมีความเข้มแข็ง และในสายงานอื่นๆ จะค่อยๆ ขยับขึ้นมา ต่อมาในปี 2548 มีมาตรฐานอื่นๆ เข้ามาและคณะฯ กำหนดเป็นนโยบายว่าทุกห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ต้องได้รับการรับรองมาตรฐาน ISO 15189 มีการตรวจสอบทุก 2 ปี มหาวิทยาลัยเข้ามาเยี่ยมคณะฯ ที่เรียกว่า MUQD เป็นการประเมิน การบริหารจัดการด้านการศึกษา การวิจัย การบริการวิชาการ และการทุนบำรุงศิลปวัฒนธรรมตามพันธกิจของมหาวิทยาลัย วันนี้นศิริราชต้องขยับเรื่องของคุณภาพให้มีความเข้าใจตรงกันทั้งคณะฯ ทุกพันธกิจมีความเข้าใจเรื่องคุณภาพโดยเรื่องคุณภาพอยู่ในใจของพวกเราในการทำงาน เป็นการพัฒนาคุณภาพในระยะที่ 4 2551-2554 การพัฒนาสู่องค์กรที่มีชีวิตและเรียนรู้สู่นวัตกรรม (ภาพที่ 1) จึงมองเรื่องการใช้ KM Tool, Lean และ R2R โดยมีพื้นฐานของ CQI หรือ PDCA



ภาพที่ 1 การพัฒนาคุณภาพศิริราชสู่ความเป็นเลิศอย่างยั่งยืน

ในปี 2555 -2558 คณะฯ มีการปรับเรื่องยุทธศาสตร์และแผนกลยุทธ์ต่างๆ มีการกำหนดเรื่องเสริมสร้างองค์กรการเรียนรู้ ในปี 2555 -2558 กำหนดระยะที่ 5 พัฒนาสู่การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย วัฒนธรรมคุณภาพและวัฒนธรรมการเรียนรู้

โดยเราทำอะไร ให้คนของเราเป็นคนดี คนเก่ง และใช้ความรู้ในการทำงาน เรามีความมุ่งมั่นที่พัฒนาคนเพื่อให้พัฒนางานประจำอย่างเป็นระบบและบูรณาการโดยการสื่อสารคำว่า Link- Share- Learn ภายใต้อุดมคติ No Harm, No Blame, No shame

6) โครงสร้างฝ่ายพัฒนาคุณภาพ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

หน่วยงานที่ดูแลเรื่องการพัฒนาคุณภาพ มี 3 หน่วยงานหลัก คือ 1. งานพัฒนาคุณภาพ 2. งานจัดการความรู้ 3. งานบริหารทรัพยากรสุขภาพ และมีหน่วยงาน R2R ซึ่งอดีตอยู่กับฝ่ายพัฒนาคุณภาพแต่ปัจจุบันขึ้นอยู่กับงานวิจัย แต่ยังทำงานร่วมกันอยู่ มีการประชุมทุก 2 สัปดาห์ และมีการทำงานร่วมกับฝ่ายพยาบาลทำให้การขับเคลื่อนไปในทิศทางเดียวกัน

7) กรอบมาตรฐานของ HA

เป็นมาตรฐานที่ผสมผสานมาตรฐานสากลเข้ามาหลายมาตรฐาน มีทั้งหมด 4 ตอน ดังนี้

1. ภาพรวมของการบริหารองค์กร สอดคล้องกับเกณฑ์ TQA
2. ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล สอดคล้องกับมาตรฐาน ISO 15189
3. กระบวนการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับมาตรฐาน JCIA
4. ผลการดำเนินการขององค์กร สอดคล้องกับเกณฑ์ TQA

8) กำหนดจุดเน้นการพัฒนาคุณภาพคณะฯประจำปี

ปี 2551-2554 “SAE-HI”

1. Safety by prevention or reduction the risk
2. Area of excellence
3. Health promotion
4. Effective communication
5. Increase customer satisfaction

ปี 2555-2556 “HEROES”

1. Healthy community
2. Journey to Excellence & sustainability
3. Safety culture by Risk management
4. Learning Organization
5. Communication Effectiveness
6. Increase customer and staff Satisfaction

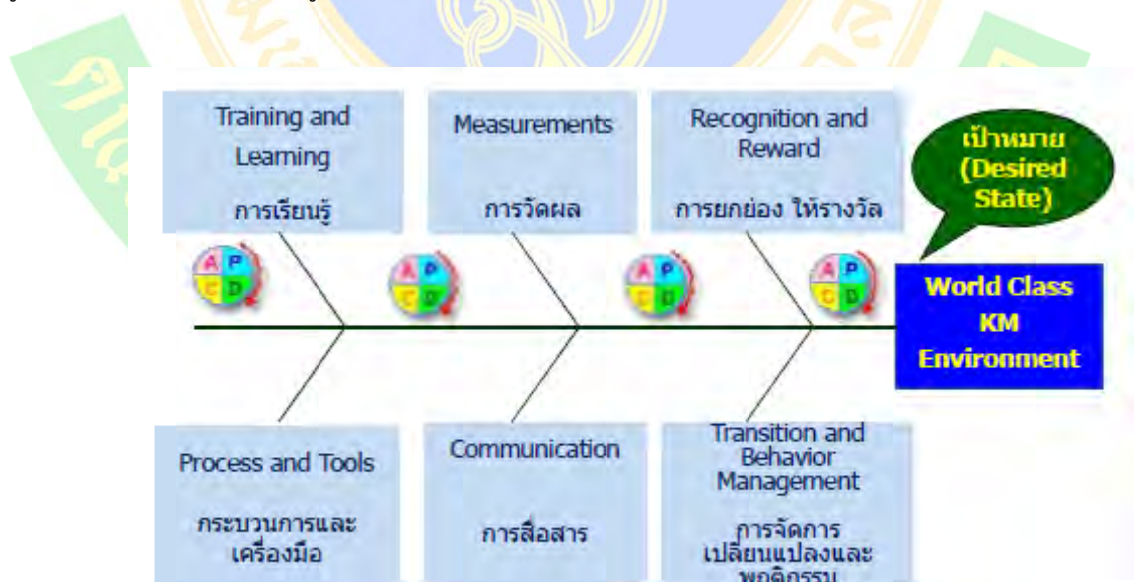
9) ขับเคลื่อนด้วย Siriraj cultural value

1. Seniority : รักกันคุณพี่น้อง
2. Integrity : ซื่อสัตย์ ถูกต้อง เชื่อถือได้
3. Responsibility : รับผิดชอบ มีประสิทธิภาพ ตรงต่อเวลา
4. Innovation (o) : คิดสร้างสรรค์ไม่รู้
5. Respect : ให้เกียรติกัน เอาใจเขามาใส่ใจเรา
6. Altruism : คำนึงถึงประโยชน์ของผู้อื่น และส่วนรวมเป็นที่ตั้ง
7. Journey to excellence and sustainability : มุ่งพัฒนาสู่ความเป็นเลิศและยั่งยืน

ซึ่งสอดคล้องกับการที่คณะฯจะเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้เพราะว่าการที่จะจัดการความรู้ได้ Siriraj cultural ทั้ง 7 ตัว คือ คุณลักษณะของคนในองค์กรต้องมี

10) การจัดการความรู้ (knowledge management)

ความรู้ขององค์กรมี 2 ส่วน คือ 1.ความรู้ปฏิบัติ (tacit) 2.ความรู้เชิงทฤษฎี/ประจักษ์ (Explicit) ส่วนใหญ่ KM มักจะมุ่งเน้นตรงความรู้ปฏิบัติ (tacit) ที่เกิดจากทักษะ ประสบการณ์ องค์กรจึงมีเวที ที่จะดึงความรู้ที่ฝังอยู่ในตัวเราออกมา โดยจัดเวทีคุยกัน สกัดความรู้ จัดเก็บให้เป็นความความรู้เชิงทฤษฎี/ประจักษ์ (Explicit) คนในองค์กรจะเก่งขึ้นฉลาดขึ้นอย่างรวดเร็ว ถ้าไม่มีกระบวนการตรงนี้ทุกคนจะไม่เปิดเผยความรู้ที่อยู่ในตัวเรา การจัดการความรู้ส่วนใหญ่ จึงเป็นการบริหารจัดการเรื่องของคน



ภาพที่ 2 การบริหารจัดการการจัดการความรู้ 6 Steps

การบริหารจัดการการจัดการความรู้ มี 6 Steps (ภาพที่ 2) คือ 1. การจัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรม (Transition and Behavior Management) 2. การสื่อสาร (Communication) 3. กระบวนการและเครื่องมือ (Process and Tools) 4. การเรียนรู้ (Training and Learning) 5. การวัดผล (Measurements) 6.การยกย่องให้รางวัล (Recognition and Reward) ต้องหมุนไปพร้อมกับกระบวนการจัดการความรู้ตั้งแต่ระดับความรู้ที่เราต้องการจัดเก็บ รวบรวม เรียบเรียง เผยแพร่ แลกเปลี่ยน ใช้และสร้างความรู้ (ภาพที่3)



ภาพที่ 3 กระบวนการจัดการความรู้

เครื่องมือการจัดการความรู้ (KM Tools) ที่ศิริราชใช้บ่อย ได้แก่ Success story technique (SST) Story Telling (ST), After Action Review (AAR), before action review (BAR)

เวทีในวันนี้เป็นการเล่าเรื่องของวิทยากรหลายๆท่านที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ ประสบการณ์ที่ดีมา Sharing กันเป็น Success story technique (SST) ,Story Telling (ST) และการทบทวนงาน(After Action Review-AAR) หลังจากที่เรามีการทำกิจกรรมอะไรแล้ว เราทบทวนว่าจะทำให้ดีกว่านี้อย่างไร ถ้าเราจะทำใหม่ระบบที่ดีควรจะเป็นอย่างไร After Action Review (AAR) จะเป็นตัวช่วยให้เราทำงานเป็นระบบที่ดีขึ้นเรื่อยๆ และก่อนจะเริ่มงานใหญ่เราต้อง Before action review (BAR) มีการเตรียมตัวกัน ทบทวนจากที่เราทำกัน ครั้งที่แล้วในส่วนที่ยังไม่เรียบร้อยจะวางแผนอย่างไร ลองเอาเครื่องมือเหล่านี้ไปใช้การทำงานจะง่ายขึ้น

11) กรอบแนวความคิด Link- share- Learn

Link

ก่อนการ Link เราต้องระบุผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งบุคลากรสายสนับสนุนที่เกี่ยวข้อง มีทีมเอื้อ คือ ผู้บริหารและทีมประสานงาน และความรู้ที่ต้องอยู่บนหลักฐานวิชาการ โดยการตั้งวงคุยกันในลักษณะ ชุมชนนักปฏิบัติ (ชุมชนนักปฏิบัติ หรือ CoP คือ กลุ่มคนที่มารวมตัวคุยกัน เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และวิธีปฏิบัติร่วมกัน)

Share

จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเป้าหมายและในเรื่องราวเดียวกันให้ดีขึ้นและมีการจัดเก็บความรู้

Learn

เรียนรู้สิ่งที่เราทำการประเมินทบทวนผลของตัวเองตาม KPI & benchmark เพื่อ ทบทวนงานและ เกิด CQI หลังจากทบทวนงานแล้วให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีเป็นแบบอย่างที่ดีต้องเผยแพร่ และสามารถสร้างนวัตกรรมขึ้นใหม่หรือกระบวนการใหม่เกิดขึ้น ต้องสร้างความแปลกใหม่ในสิ่งที่เป็นไปได้

Link- Share- Learn ทำให้เราเกิดบรรยากาศการเป็นทีม ทุกคนทำงานอย่างมีคุณค่าสามารถพัฒนาระบบงานได้ ความรู้จะดีขึ้น มีการยกระดับความรู้คนและขององค์กร และออกสู่ภายนอก

12) การบริหารจัดการสู่ความเป็นเลิศ

การบริหารจัดการสู่ความเป็นเลิศ มีกรอบแนวคิดในการดำเนินการอย่างเป็นระบบ วันนี้ Plan ของเรามี Approach-A มองถึงความเป็นระบบ ความเป็นระบบ คือสามารถทำซ้ำได้ มีผู้รับผิดชอบในการดำเนินการ มีรอบเวลาที่ชัดเจน วัดผลได้ และเป็นระบบที่ Integration-I บางครั้งคิดระบบขึ้นมาปรากฏว่าคนข้างเคียงทำไม่ได้ ต้องนึกถึงเรื่องของการบูรณาการ และสู่การปฏิบัติ (Deployment-D) สามารถที่จะมองภาพถึงความครอบคลุมของพื้นที่เป้าหมาย ความทั่วถึงของบุคลากรที่ได้ปฏิบัติจริง มีระบบตรวจติดตามให้ปฏิบัติสม่ำเสมอตาม KPI วัดผลแล้วร้อยเรียงกันไปในแต่ละช่วงการดำเนินการเพื่อจะดูแนวโน้มของตัวเอง (Levels-Le) และเปรียบเทียบ (Comparisons-C) ระยะต้นเปรียบเทียบกับตัวเองและดูแนวโน้ม (Trends-T) ระยะถัดไปดูหน่วยงานข้างเคียง หรือหน่วยงานภายนอกถ้าเราใช้หลักการอันนี้ จะพัฒนาปรับปรุงเปลี่ยนแปลงเกิด Learning-L แล้วย้อนกลับไปทบทวนระบบที่เรามีอยู่ หมุนวนตรงนี้ให้ชัดเจนขึ้นคือกรอบแนวคิดของTQA : ADLI & LeTCI (ADLI = Approach-A, Deployment-D, Learning-L, Integration-I , LeTCI = Levels-Le, Trends-T, Comparisons-C, Integration-I)

13) สู่องค์กรแห่งการเรียนรู้ด้วยการจัดการความรู้

ตัวอย่าง การใช้ กระบวนการจัดการความรู้ เพื่อพัฒนาระบบการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยภาวะวิกฤต และ นำสู่การปฏิบัติทั้งโรงพยาบาล เริ่มจาก 1. หอผู้ป่วย/หน่วยตรวจตามแปลเพื่อนำส่งผู้ป่วย เจ้าหน้าที่เคลื่อนย้าย

ผู้ป่วยแจ้งศูนย์เฟื่องฟ้า เพื่อลือคิฟท์ ทั้งหน่วยส่งและหน่วยรับ 2. เจ้าหน้าที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วยพร้อมเจ้าหน้าที่ รปภ. นำเปลขึ้นไปรับผู้ป่วยที่หน่วยตรวจ/หอผู้ป่วย (หน่วยส่ง) (ขาขึ้นไปรับผู้ป่วยจากหน่วยตรวจ/หอผู้ป่วย) 3. เจ้าหน้าที่ รปภ. ลือคิฟท์รอ ทีมดูแลผู้ป่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วย โดยไม่หยุดคิฟท์หรือจอดรถระหว่างขึ้น กรณี ต้องขึ้นลิฟท์ไปยังหน่วยงานปลายทาง รปภ.ต้นทางวิทยุแจ้งศูนย์เฟื่องฟ้าให้แจ้งเจ้าหน้าที่ รปภ.ปลายทางเพื่อ ลือคิฟท์ (ขาลงจากรับผู้ป่วยแล้ว) 4. เจ้าหน้าที่ รปภ.ของตึกหน่วยตรวจ/หอผู้ป่วย (หน่วยรับ) ลือคิฟท์รอ และขึ้นไปส่งผู้ป่วย โดยไม่หยุดคิฟท์ หรือจอดรถระหว่างขึ้น (ขาขึ้นไปส่งผู้ป่วยไปหน่วยตรวจ/หอผู้ป่วย)

การใช้ กระบวนการจัดการความรู้ เพื่อพัฒนาระบบงานทำให้เกิดการพัฒนาปรับปรุงหลายๆเรื่องมากขึ้น การพิจารณาเลือกเรื่อง พิจารณาจากเรื่องที่มีความสำคัญ มีผลกระทบกับคนเป็นจำนวนมาก เริ่มจากเชิญชวนผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง มาตั้งวงคุยกัน เกิดการพัฒนางานออกมาเป็นแนวปฏิบัติและบทเรียนที่ดี เราจะนำไปเผยแพร่และนำไปใช้งานทั้งคณะฯ เช่น เรื่อง Medication Reconciliation ได้ใช้กระบวนการ KM และนำไปขยายผล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ซึ่งวันนี้ทางทีมงาน คงมาเล่าแลกเปลี่ยนประสบการณ์ให้ฟัง

ตัวอย่างงานอื่นๆที่ใช้กระบวนการ KM คือ R2R โครงการ Lean การเยี่ยมสำรวจภายใน และโครงการติดตาม เป็นต้น

ผลการใช้กระบวนการ KM หรือ Link- Share- Learn ทำให้เกิดการทำงานเป็นทีม ทำงานอย่างมีคุณค่า มีการพัฒนางาน มีการสร้างความรู้และยกระดับความรู้ให้ดีขึ้น ทั้งในระดับหน่วยงานทั้งภายในและยกระดับสู่ภายนอก

14) ความภาคภูมิใจในการจัดการความรู้

- ได้รับรางวัล Thailand ICT Excellence Awards 2009 ; รางวัล Project of the year สาขา Knowledge Management

- ได้รับการเสนอเป็น 1 ใน 34 MAKE finalists จากผู้เชี่ยวชาญของเอเชียด้าน KM โดยเป็นหนึ่งในเดียวขององค์กรด้าน Healthcare provider ที่ได้รับการเสนอชื่อและเป็นหนึ่งเดียวขององค์กรของประเทศไทยที่ได้รับการเสนอชื่อ

- ได้รับรางวัล Thailand Trusted Brands Award 2012 6 ปีติดต่อกัน เป็นองค์กรเดียว

15) ผลประเมินด้วยวาจาในการต่ออายุการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจาก สรพ.ครั้งที่ 3

เห็นว่าคณะฯมีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องของการกระตุ้นให้บุคลากรระดับปฏิบัติงานมีศักยภาพในการทำงานและมีคุณค่าและมีความเป็นระบบพัฒนางานที่อยู่ในงานประจำอย่างชัดเจน

16) ปัจจัยความสำเร็จ

- ได้รับการสนับสนุน จากผู้นำ/ผู้บริหาร อย่างต่อเนื่อง
- มีการกำหนดกลยุทธ์และผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนและมีการบูรณาการของทีม QD, UM, KM, R2R มุ่งเน้นการพัฒนาคน
- สร้างความมีส่วนร่วมของทุกระดับ สามารถสร้างคุณค่าแก่ทุกฝ่าย มีการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ เชื่อมโยงผู้เชี่ยวชาญและระบบสนับสนุน ที่ครบถ้วน สอดคล้องกับทิศทางขององค์กร และสังคมอย่างสมดุล
- มีการประเมินผล(ภายในและภายนอก) เพื่อพัฒนาต่อเนื่องและต่อยอดสู่ความเป็นเลิศ
- ใช้ Siriraj KM strategy (Link-Share-Learn) และ Siriraj culture ขับเคลื่อน
- ชาวศิริราชมีความมุ่งมั่นในการทำดีเพื่อส่วนรวม

นางสาวสมใจ เนียมหอม หัวหน้างานจัดการความรู้ ผู้ดำเนินการอภิปรายกล่าวแนะนำวิทยากรและมอบเวทีให้ นางสาวนิตยา อังพานิชเจริญ งานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์

นางสาวนิตยา อังพานิชเจริญ งานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ ได้เล่าการดำเนินการจัดการความรู้ ในงานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์มี 3 เรื่องหลักๆ

1. CoP การจัดการความปวดของผู้ป่วย (CoP Pain nursing care)
2. Link-Share-Learn in Area of Excellence
3. Concurrent trigger Tool

1. CoP การจัดการความปวดของผู้ป่วย (CoP Pain nursing care)

งานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ ทำตามทฤษฎีกระบวนการจัดการความรู้ เริ่มจากระบุความรู้ที่สำคัญเรื่องของ Pain เพราะว่าคนไข้โดยส่วนใหญ่เป็นคนไข้หลังผ่าตัดก็จะมีเรื่องของความปวดโดยเฉพาะ acute Pain แล้วสร้างความรู้และจัดเก็บไว้ให้เข้าถึงได้ง่ายอาจอยู่ในรูปแบบ IT บน KM website และแลกเปลี่ยนความรู้ ซึ่ง CoP ที่ขึ้นทะเบียนมีหลายเรื่องหนึ่งในนั้นคือเรื่องการจัดการความปวดของผู้ป่วย ก่อนการจัดประชุม มีการ audit ความรู้ความปวดแต่ละเรื่องว่า เรามีความรู้เรื่องนี้หรือไม่ และเป็นความรู้ประเภท tacit (ทักษะ/ประสบการณ์) หรือ explicit (ทฤษฎี)

เป้าหมาย(Desired State)/วัตถุประสงค์

- มีการแลกเปลี่ยนความรู้เรื่องการจัดการความปวดของผู้ป่วย

- สร้างฐานข้อมูลเพื่อเป็นแหล่งความรู้ทางการแพทย์ในการจัดการความปวดของผู้ป่วย
- ส่งเสริมและกระตุ้นให้บุคลากรทางการแพทย์นำความรู้จากฐานข้อมูลมาใช้ในการบรรเทาความปวดของผู้ป่วยอย่างได้ผลดี

เครื่องชี้วัดและเป้าหมาย (มีการกำหนด KPI ทั้ง process และ outcome KPI)

- จำนวนเครือข่าย CoP ที่เป็นความรู้สำคัญในงานฯ 1 CoP/ปี
- จำนวนหอผู้ป่วยที่ใช้เทคนิควิธีการจัดการความรู้ เป็นเครื่องมือในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ > 5 หอผู้ป่วย/ปี
- จำนวน Knowledge Assets ที่เป็น Good Practice 1 เรื่อง/ปี
- จำนวน Knowledge Assets ที่ถูกจัดเก็บใน CoP Website > 5 เรื่อง/ปี
- จำนวนความรู้จากฐานข้อมูลที่นำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล > 5 เรื่อง/ปี
- PS $\geq$ 7 ติดต่อกัน 2 ครั้ง < 10% กรณี CHEOPs $\geq$ 11 NIP $\geq$ 6 ติดต่อกัน 2 ครั้ง
- PS $\geq$ 6 2 ครั้งขึ้นไปใน 24 ชม. < 20% กรณี CHEOPs $\geq$ 10 NIP $\geq$ 6
- PS $\geq$ 6 2 ครั้งขึ้นไปทุก 4 ชม. < 15% กรณี CHEOPs $\geq$ 10 NIP $\geq$ 6
- ผู้ป่วยสามารถนอนหลับได้ > 90% (ไม่ได้ตื่นหรือนอนไม่หลับจากความปวด)

กำหนดบทบาทและหน้าที่หลักของ CoP ดังนี้

Facilitator

- นางสาวนิตยา อังพานิชเจริญ
- นางสาวอุษา พิพัฒน์สาธกิจ
- นางสาวสุพัฒน์ตรา ตันติศรีไกรแสง
- นางสาววิมลลักษณ์ ชัยศักดิ์ชาติ

Historian

- นางนิสกร อังกลมเกลียว
- นางสาวสุวคล โกสีย์ไกรนิรมล
- นางสาวสุจิตรา วันพุธ

Administrator

- นางสาวสมิตรา สิ้นศรีนิมานะ
- นายคมกฤษ เกตุทอง

Expertise

- รศ. พญ.วิมลลักษณ์ สนั่นศิลป์
- นางสีดา สุจริตกุล
- นางสาวสุมาลี อยู่ผ่อง

- นางสาววิมลลักษณ์ ชัยศักดิ์ชาติ

CoP การจัดการความปวดของผู้ป่วย (CoP Pain nursing care) เริ่มจาก mission ไม่ใช่ passion KM จริงๆแล้วต้องมาจาก passion แต่ว่าค่อนข้างยากที่จะทำให้เกิด Passion ตั้งแต่แรก เพราะฉะนั้นเมื่อมาจาก mission เป้าหมายของงานเราจะต้องจัดการ acute Pain ให้ดี เราจะมีการรวมตัวของอนุกรรมการ Pain หน่วยงานของหอผู้ป่วยมาเป็นสมาชิก CoP Pain แล้วจัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทุกเดือน บรรยายการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ค่อนข้างดี มีการนำไปใช้และพัฒนาต่อยอด และใช้กระบวนการ AAR หลังทำ CoP ทุกครั้ง เราทำมา 2 ปีแล้ว ปี 2554 ได้สาระความรู้มา 7 เรื่อง คือ

- การให้ข้อมูลผู้ป่วย
- การประเมินระดับความปวดให้เที่ยงตรง เชื่อถือได้
- การประเมิน Relief pain และการดูแลให้ยาบรรเทาปวด
- การจัดการแก้ไขปัญหาพยาบาลภาระงานมากทำให้ดูแลให้ยาบรรเทาปวดกับผู้ป่วยล่าช้า
- การประเมิน pain at rest และ pain at move
- การลงบันทึก pain score และ Graphic sheet
- การลงบันทึก pain score ใน พ.05

ในปี 2555 ได้สาระความรู้มา 6 เรื่อง คือ

- แนวทางการประเมิน Pain on movement ในผู้ป่วยหลังผ่าตัด
- แบบติดตามการประเมินผลปฏิบัติ การจัดการความปวดเฉียบพลัน
- แนวทางการ Audit pain
- การจัดการความปวดเมื่อ PS ≥ 3
- ทำอย่างไรเมื่อผู้ป่วยปฏิเสธยาแก้ปวด
- ประเมินระดับความปวด หลังให้ยาบรรเทาปวด opioids ชนิดฉีดอย่างไรให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน

จากนั้น มีการต่อยอดโดยสร้างนวัตกรรมเพื่อแก้ปัญหาเรื่อง สัมประเมินหลังให้ยาและประเมินหลังให้ยาแก้ปวดไม่ตรงเวลาเพราะภาระงานมาก สมาชิก CoP จึงคิดนวัตกรรม LCD ช่วยงานบรรเทาปวดขึ้นมา เป็นนวัตกรรมช่วยเตือนเวลาและแก้ปัญหาการให้ยาแก้ปวดล่าช้า ซึ่งได้รับรางวัลโครงการติดตาม และมีผลลัพธ์ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตัวชี้วัดผลสำเร็จของโครงการและผลลัพธ์ของนวัตกรรม LCD ช่วยงานบรรเทาปวด

ตัวชี้วัด (KPI)	เป้าหมาย (Target)	ผลลัพธ์ที่ปฏิบัติได้		
		พ.ย.-53	ธ.ค.-53	ม.ค.-54
1. อัตราผู้ป่วยได้รับการติดตามประเมินผลหลังให้ยาระงับปวด	100	100	100	100
2. อัตราผู้ป่วยได้รับการติดตามประเมินผลหลังให้ยาระงับปวดตรงเวลา	100	94	100	100
3. อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบรรเทาความปวด	90	88	92	96.55
4. อัตราการบันทึกผลการประเมินผลหลังให้การระงับความปวด	100	100	100	100

สำหรับการประเมินผลลัพธ์ กระบวนการจัดการความรู้เรื่อง การจัดการความปวดผู้ป่วยและผลลัพธ์ของการจัดการความปวดเฉียบพลัน เราประเมินผลตามตัวชี้วัดดังแสดงในในตารางที่ 2 และ 3 ซึ่งผลลัพธ์ในเชิงกระบวนการเป็นไปตามเป้าหมาย แต่ผลลัพธ์ในเชิง outcome บางตัวยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เราคงต้องมีการพัฒนาและปรับปรุงต่อไป

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์กระบวนการจัดการความรู้เรื่อง การจัดการความปวดผู้ป่วย

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลลัพธ์
1. จำนวนเครือข่าย CoP ที่เป็นความรู้สำคัญในงานฯ	1 CoP/ปี	CoP Pain nursing care
2. จำนวนหอผู้ป่วยที่ใช้เทคนิควิธีการจัดการความรู้เป็นเครื่องมือในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้	> 5 หอผู้ป่วย/ปี	16 หอผู้ป่วย
3. จำนวน Knoeledge Assets ที่เป็น Good Practice	1 เรื่อง/ปี	1 เรื่อง
4. จำนวน Knowledge Assets ที่ถูกจัดเก็บใน CoP Website	> 5 เรื่อง/ปี	9 เรื่อง
5. จำนวนความรู้จากฐานข้อมูลที่นำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล	> 5 เรื่อง/ปี	> 5 เรื่อง

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์ของการจัดการความปวดเฉียบพลัน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย (%)	เดือน				
		ม.ค.55	มี.ค.55	เม.ย.55	พ.ค.55	มิ.ย.55
		N = 70	N = 169	N = 192	N = 170	N = 190
1. PS ≥ 7 ติดต่อกัน 2 ครั้ง	<10	11.43	24.85	17.71	11.76	15.79
2. PS ≥ 6 2 ครั้งขึ้นไปใน 24 ชม.	<20	17.14	23.08	14.58	14.12	24.21
3. PS ≥ 6 2 ครั้งขึ้นไปทุก 4 ชม.	<15	17.14	23.67	13.54	7.65	12.11
4. ผู้ป่วยสามารถนอนหลับได้	>90	78.57	94.67	95.31	97.06	95.79

2) Link-Share-Learn in Area of Excellence

เรามีการจัดการความรู้ในเรื่อง Area of Excellence คือ คนไข้ Neurosurgery หรือ โรค Pituitary tumors (เนื้องอกต่อมใต้สมอง) โดยนำ case study โรคนี้มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน โดยเชิญพยาบาลในหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคนี้มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อดึงความรู้ ทักษะและประสบการณ์จากการปฏิบัติในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย ตั้งแต่ผู้ป่วยมาอนโรงพยาบาล จนถึงผู้ป่วยกลับบ้าน ซึ่งความรู้ที่ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นความรู้ที่ได้จากเอกสาร ตำรา หรือจากทักษะ ประสบการณ์การทำงาน ทำให้บุคลากรจากหน่วยงานอื่นที่ไม่มีประสบการณ์เรื่องนี้ หรือน้องใหม่ หรือน้องกลางๆที่เริ่มทำงาน ได้เรียนรู้การดูแลผู้ป่วยโรคนี้ได้ถูกต้องมากขึ้น เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความซับซ้อน และเราประเมินผู้ป่วยได้รวดเร็ว ป้องกันอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เรามีการสกัดและจัดเก็บความรู้โดยใช้ mind map มาใช้ และส่งให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบก่อนเผยแพร่ความรู้

3) Concurrent trigger Tool

การเรียนรู้ข้ามทีมเรามีการใช้ Concurrent trigger Tool เข้ามาเป็นตัวดักจับสัญญาณความเสี่ยงในผู้ป่วย 3 ระบบ คือ

1. Modified Early Warning Signs of Increase Intracranial Pressure
2. Modified Early Warning Signs of Active bleeding post cardiac surgery
3. Modified Early Warning Signs of acute arterial occlusion (post operation/revascularization)

ในการดำเนินการของทั้ง 3 ทีม ทาง อ.ดวงมณี ได้มาขายแนวคิดเรื่อง การใช้ตัวดักจับสัญญาณความเสี่ยงในผู้ป่วย ที่เราเรียกย่อๆว่า MEWS (Modified Early Warning Signs) งานการพยาบาลศัลยศาสตร์ฯ ได้นำแนวคิดนี้มาดำเนินการ จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในทั้ง 3 กลุ่ม แต่ละกลุ่มจะมีการช่วยเหลือกัน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน มีการสร้างและพัฒนา guideline/care map การดูแลผู้ป่วยแต่ละโรค จากเดิมที่ แต่ละกลุ่มอาจไม่เท่ากัน แต่มาเรียนรู้ในระหว่างร่วมกัน สามารถพัฒนาให้ทันกันได้ โดยบรรยากาศที่ดี กลุ่มที่ทำได้ดีจะเป็นแบบอย่างที่ดีให้อีกกลุ่ม รวมทั้งมีการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เพราะในการทำงานนั้นไม่ใช่เรื่องง่าย

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- ผู้บริหาร มีส่วนสำคัญมากในทุกระดับ ตั้งแต่คณะฯ ฝ่ายการพยาบาล งานการพยาบาลฯ ที่ให้การสนับสนุนทั้งด้านเวลา งบประมาณ และกำลังใจ

- ระบบ/ทีมสนับสนุน ใน CoP Pain มีทีมกรรมการ Pain มาช่วย audit และเป็น expert ส่วนในเรื่อง Concurrent trigger Tool มี อ.ดวงมณี และทีมพัฒนาคุณภาพ เป็นทีมสนับสนุน

- การทำงานเป็นทีม มีบรรยากาศการทำงานเป็นทีม สำหรับเรื่อง Concurrent trigger Tool จะมีแพทย์เข้าร่วมเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ

- สมาชิก CoP จากเดิมที่มารวมตัวกันด้วย mission เริ่มมี passion จากพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปคือการนำความรู้ไปใช้งาน มีการพัฒนานวัตกรรม ต่อยอดความรู้

- การติดตามอย่างสม่ำเสมอ เป็นเรื่องที่สำคัญมากและเป็น lesson learned สำหรับทีมเรา ถ้าจะให้เกิดความยั่งยืน ควรมีการติดตาม การทำไปใช้แล้วเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไร และควรมีการพัฒนาต่อเนื่องอย่างไร

นางสาวสมใจ เนียมหอม ผู้ดำเนินการอภิปรายกล่าวสรุปว่า งานการพยาบาลศาสตร์ฯ มีการดำเนินการจัดการความรู้อย่างเป็นระบบ มีการขึ้นทะเบียน CoP อย่างเป็นทางการ มีการกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัด มีการประเมินผลและติดตามอย่างใกล้ชิด แต่ในวันนี้มีตัวอย่างของการจัดการความรู้เรื่อง Medication Reconciliation ที่ใช้ CoP เป็นเครื่องมือในแบบที่ไม่เป็นทางการ จาก 2 หน่วยงานคือ ฝ่ายเภสัชกรรม และภาควิชาจักษุ

จากนั้น ญญ.วุฒิรัตน์ ธรรมวุฒิ ฝ่ายเภสัชกรรม ได้เล่าการดำเนินการจัดการความรู้เรื่อง Medication Reconciliation ดังนี้

ในช่วงต้นของการทำ Medication Reconciliation เริ่มต้นทำในหอผู้ป่วยนำร่องก่อนโดยช่วงแรกจะมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันระหว่างพยาบาลกับเภสัชกรเกี่ยวกับการซักประวัติผู้ป่วย อาจจะยังไม่ได้ใช้กระบวนการ KM อย่างชัดเจน ต่อมาจนถึงระยะการขยายผลเมื่อ ปี 2553 มีกระบวนการ KM เข้ามาก็มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมร่วมกับรองคณบดีฝ่ายพัฒนาคุณภาพ ฝ่ายการพยาบาล แพทย์ทีมนำทางคลินิก งานจัดการความรู้ และเภสัชกร จึงได้อาความรู้ต่างๆที่เกิดขึ้นจากกระบวนการในระยะนำร่องมาขยายผลโดยใช้กระบวนการ KM มีการจัดทำแนวทางการปฏิบัติงาน มีการสกัดความรู้ต่างๆที่ได้จากทุกคน จัดทำเป็น Workflow รวบรวมข้อมูลมาทำคู่มือการทำงาน จัดทำโปสเตอร์ มีการจัดเก็บความรู้เป็นฐานข้อมูล สามารถให้คนในองค์กรสามารถไปค้นหาความรู้ได้ที่ KM website หลักการทำงานที่ผ่านมาคือ ทางทีมงานจะขยายผลไปที่ละภาควิชา โดยทุกภาควิชาจะมีขั้นตอนเหมือนกัน เริ่มต้นที่ทีมงานจะเข้าไปประชุมชี้แจงกับ Clinical Lead Team ของทุกภาควิชาเพื่อปรึกษาและกำหนดแนวทางร่วมกัน กำหนดบทบาทของแต่ละวิชาชีพร่วมกัน กำหนดว่าเราทำในผู้ป่วยกลุ่มไหน หลังจากที่ได้ข้อตกลงแล้ว จะเข้าสู่กระบวนการ Workshop โดยมีพี่เลี้ยงคือ พี่รุ่นเก่ากับคนที่เคยทำมาก่อนมาถ่ายทอดความรู้ให้กับน้องใหม่ที่ยังไม่เคยทำเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างวิชาชีพ เราจัด Workshop ทั้งของพยาบาลและแพทย์ ช่วงแรกที่เราทำไปคือ เราพูดซ้ำๆหลายๆรอบอาจจะเข้าใจบ้างไม่เข้าใจบ้าง ทางทีมงานมีการเรียนรู้เพิ่มเติมจึงจัดทำเป็นวิดีโอ เพื่อให้คนเข้าร่วมประชุมเข้าใจง่ายและเห็นภาพชัดเจนมากขึ้น หลังจาก Workshop จะมีทีมเภสัชขึ้นไป Coaching ประมาณ 2 สัปดาห์เพื่อให้ทางผู้ปฏิบัติงานมั่นใจว่าสามารถทำได้และมีที่ปรึกษา

หลังจากเราเริ่ม implement ไปสักระยะจะมีระบบ feedback ให้ทางภาควิชา และหอผู้ป่วย รวบรวมปัญหาที่ผ่านมา เป็นการ feedback ระบบเพื่อหาทางพัฒนาต่อไปหลังจากที่เราดำเนินการมาแล้ว ทางทีมงานมีระบบการติดตามผลดำเนินงาน ซึ่งที่ผ่านมาผลการดำเนินงานดีขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งเราไม่ได้เก็บผล ข้อมูลแค่ตัวเลข เรายังนำประเด็นปัญหาที่พบนำเสนอทุกทีมนำทางคลินิกและภาควิชาเพื่อหาว่าแต่ละทีม มี ปัญหาตรงไหน เราต้องพัฒนาอย่างไรต่อไป เป็นการใช้กระบวนการ KM ในการขับเคลื่อนจัดการความรู้ต่างๆ ให้หน่วยงาน จากการดำเนินการที่ผ่านมา เราเรียนรู้จากปัญหา สู่การพัฒนาและแก้ไข ดังนี้

1. ผู้ป่วยไม่ได้นำยามาโรงพยาบาล เราได้ประสานงานเพื่อให้ข้อมูลเรื่องยากับผู้ป่วยที่ admission center
2. ผู้ป่วยไม่ได้ดื่ยกกลุ่ม antiplatelet/ anticoagulant ก่อนการผ่าตัด ทำให้เกิดการงัด/ เลื่อน ผ่าตัด เราได้จัดทำเอกสาร แผ่นภาพพลิกและเครื่องมือเพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่ admission center
3. การใช้ประโยชน์ของใบ Medication reconciliation หากผู้ป่วย re-admit เราได้สร้างและ พัฒนาการทำใบ MR ในระบบ IT

ตอนนี้เรากำลังจะขยายผลต่อไปนี้คือ implement Medication Reconciliation ในระบบ IT สามารถสร้างใบ MR ในระบบ สามารถเรียกดูข้อมูลจากการทำ MR ครั้งก่อนได้เลยคือ ไม่ต้องมานั่งเขียนใหม่ ทำให้ระบบการทำงานเราง่ายและรวดเร็วขึ้น โดยคาดว่าจะเริ่มประมาณ กพ.ปีนี้

ผศ. พญ.ดารินทร์ สากิยลักษณ์ ภาควิชาจักษุวิทยา ได้เล่าการดำเนินการจัดการความรู้เรื่อง Medication Reconciliation ของภาควิชาจักษุวิทยา ดังนี้

คนในภาควิชาจักษุวิทยา ไม่รู้ว่าต้องทำ KM เคยได้ยินแต่คำว่า Medication Reconciliation จะเล่า ให้ฟังว่าทำไมถึงทำ Medication Reconciliation ได้ แล้วถ้าไม่มี KM มันไม่น่าจะทำได้ ในช่วงแรกที่ทาง ทีมงานมาคุยกับ Clinical Lead Team ว่าต้องทำ Medication Reconciliation บรรยาการไม่ได้ราบรื่นนัก ต่างคนต่างมองภาพกันไป และมองเห็นปัญหา แต่เปิดใจ นำมาถกเถียงกันเพื่อแก้ไขและหาข้อสรุป และตกลง กันว่าจะทดลองทำ

จากการทบทวนในภาควิชาจักษุวิทยา พบปัญหาในด้านต่างๆ ดังนี้

ผู้ป่วย

- ไม่ได้นำยาที่เข้ามา
- นำยามา แต่ไม่ระบุชนิด ขนาดและวิธีใช้
- แก้ไขโดยแพทย์ผู้นัดและพยาบาล OPD ช่วยย้ำ

ลักษณะผู้ป่วยจักษุ

- อายุมาก
- หลายโรค

- Short stay
- High turnover rates
- Admit post-op (75-80%)

พยาบาล

- ไม่เข้าใจการบันทึก/ลืมหาใบ MR
- ชักประวัติการใช้ยาได้ไม่ครบถ้วน
- แก้ไขโดยเภสัชกรช่วยทวนสอบในช่วงแรก

แพทย์

- ไม่เข้าใจการบันทึก/ลืมหาใบ MR
- สังการรักษไม่ตรงกับใบ MR
- ดู Rx ใน OPD card ไม่ซักประวัติการใช้ยาในปัจจุบัน
- แพทย์สั่งยา antiplatelet แต่ไม่มีคำสั่งเริ่มรับประทาน
- แพทย์เปลี่ยนการรักษา หลังทำใบสรุปการใช้ยา
- แก้ไขโดยพยาบาลและเภสัชกรช่วยกันดูแล

ในการดำเนินการ งานจัดการความรู้เข้ามาประสานงาน และช่วยสนับสนุนในเรื่องเอกสาร การประชุมรับฟัง Feedback ช่วยทำให้กระบวนการต่างๆรวดเร็วขึ้น ในการทำช่วงแรก เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยมีมาก นอนโรงพยาบาลไม่นาน จึงเริ่มต้นในเวลาเช้า เวลา 7.00-15.00 น. (เวรเช้า มีบุคลากรพยาบาลเป็นจำนวนมากกว่าเวรอื่นๆ) ทำในกลุ่มผู้ป่วยที่นัดมานอนโรงพยาบาลก่อนทำผ่าตัดเพื่อเรียนรู้ ภายหลังเกิดการเรียนรู้ จึงขยายไปในกลุ่มผู้ป่วยที่นัดผ่าตัดที่ห้องผ่าตัด จึงมีการเก็บตัวชี้วัดเพื่อประเมินผล ผลลัพธ์ที่ได้เหนือความคาดหมาย คือ ตัวชี้วัดบรรลุเป้าหมาย 3 ตัว ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด ในทุกหอผู้ป่วย เมื่อทำ Medication Reconciliation แล้วการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น คือ ลด Medical error, เพิ่มการทำงานร่วมกันเป็นสหสาขา, เพิ่มการปรึกษากันระหว่างแพทย์-พยาบาล, เพิ่มการดูแลผู้ป่วยเป็นองค์รวม และเพิ่มทักษะการซักประวัติเพิ่ม เช่น ยาทันใจ (กลุ่มยาแอสไพริน) และที่ได้เพิ่มโดยไม่คาดหวังคือ เพิ่ม DRG จากกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจ โรคไตวายร่วมด้วย

ปัจจัยความสำเร็จ

- การสนับสนุนโดยการใช้วิธีการของ KM
- การประสานงานโดยทีมงาน KM
- เรื่องที่ให้เห็นผลลัพธ์ได้เร็ว

นางสาวนาถวี อุดมรัตน์โยธิน หัวหน้าฝ่ายนโยบายและแผน ได้เล่าการดำเนินการจัดการความรู้ ฝ่ายนโยบายและแผน ในบริบทหน่วยงานสนับสนุน ดังนี้

ขั้นตอนการทำ KM ในฝ่ายนโยบายและแผนเริ่มตั้งแต่กำหนดทิศทาง หลังจากนั้นเรามีการประชุมฝึกรอบรม และแบ่งทีมกันทำงานเป็น Teamwork มีที่ปรึกษาจากบริษัทปูนซีเมนต์ไทยการบัญชีเข้ามาทำงานร่วมกับเรา เรากำหนดให้แต่ละงานย่อยของเราต้องมีการจัดทำ CQI มีการจัดเก็บความรู้ เช่น ทำเป็นเอกสารคุณภาพ และมี CoP ของฝ่ายนโยบายและแผน ความสำเร็จวันนี้ไม่ใช่อยู่ที่นโยบายและแผน อย่างเดียวแต่เป็นเพราะหน่วยงานที่เข้ามาทำงานร่วมกับเราผ่านกิจกรรม CoP ซึ่งในหลายๆกิจกรรมที่เราทำร่วมกัน

ตอนเริ่มต้นปีงบประมาณ เราจะต้องมีการประชุมชี้แจงงบประมาณร่วมกับภาควิชาและหน่วยงาน เพื่อจะบอกว่าในแต่ละปีคณะฯจะทำงานอะไร ต้องมีเป้าหมายในเรื่องอะไรบ้าง แล้วก่อนที่จะทำแผนให้ได้ คนที่อยู่ในเรื่องนี้จะต้องมีองค์ความรู้เรื่องของการวางแผนเป็นอย่างดี เพื่อไปสู่การวางแผนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ฝ่ายนโยบายและแผนนั้นข้อมูลค่อนข้างเยอะ ช่องทางการสื่อสารนั้นมีความจำเป็น Website ของหน่วยงานจะบรรจุข้อมูลต่างๆที่มีความจำเป็นสำหรับหน่วยงานอื่นที่จะเข้าไปดาวน์โหลดเพื่อจัดทำแผนประจำปี

การที่เรามีความรู้เรื่อง การจัดทำนโยบายและแผน มีมูลค่า ตัวอย่างที่น่าเสนอในวันนี้คือ โครงการไทยเข้มแข็ง ที่ทางคณะฯใช้ความรู้ในการจัดทำแผนเสนอและได้รับอนุมัติจากรัฐบาล ใน 6 โครงการ คิดเป็นวงเงิน 2, 730 ล้านบาท ซึ่งคณะฯใช้องค์ความรู้ที่มีและดำเนินการเสร็จสิ้นภายในระยะเวลาที่กำหนด

การสื่อสารและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผ่านทางระบบ IT เว็บไซต์นโยบายและแผน จัดทำวารสารเพื่อชี้แจงข่าวสารให้กับภาควิชา/หน่วยงาน เขียนบทความด้านวางแผนและติดตามงบประมาณ/ ผลผลิต การรับเยี่ยมชมและศึกษาดูงานจากองค์กรทั้งภายในและภายนอก

ถ้าเปรียบไปแล้วการทำ KM หรือการนำความรู้มาใช้ในองค์กร เปรียบเหมือนการเล่นฟุตบอลคือ เราจะต้องมีวิสัยทัศน์ร่วม ทำยังไงให้คนในองค์กรจะได้รับทราบว่าแผนกลยุทธ์หรือแผนยุทธศาสตร์ที่คณะฯวางไว้ว่ามีเรื่องอะไรบ้าง แล้วเรามีเป้าหมายในแต่ละเรื่องอย่างไร ถัดมาเราก็มีความพร้อมและเล่นเป็นทีม ทีมเราไม่ใช่ฝ่ายนโยบายและแผนงานเดียว ทั้ง 97 หน่วยงานภายในคณะต้องมีความพร้อม ต้องเล่นกันเป็นทีม เราไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค เข้าใจเป้าหมายและปรับปรุงตลอดเวลา

รางวัลและความภาคภูมิใจของฝ่ายนโยบายและแผน

- หน่วยงานดีเด่น - ดีเด่นดาวทอง 6 ปีซ้อน (2549-2554) และรางวัลโครงการติดตาม 6 โครงการ
- การเป็นส่วนหนึ่งของโครงการที่ได้รับรางวัลระดับประเทศ Thailand ICT Excellence Awards 2008
- รางวัลชนะเลิศ Good Practice 2555 ด้านการบริหารการเงินและงบประมาณ จัดโดยสถาบันพระบรมราชชนก

นางสาวสมใจ เนียมหอม ผู้ดำเนินการอภิปราย สอบถามวิทยากรว่า KM คืออะไร แล้วทำไมจึงต้องทำ KM

นางสาวนิตยา อังพานิชเจริญ งานการพยาบาลศาสตร์และศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ กล่าวว่า KM น่าจะเป็น Link- Share-Learn คือ KM Strategy Plus Sirisaj Culture และการทำ KM ไม่ได้มีทั้ง แต่ทำ KM แล้วมีใจ เพื่อนำความรู้ไปพัฒนาต่อยอดเพื่อปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้น

ภญ.วุฒิรัต ธรรมวุฒิ ฝ่ายเภสัชกรรม กล่าวว่า KM คือ เครื่องมือที่เป็นวงจรชีวิตเราที่ทำให้องค์กรพัฒนาไปข้างหน้าอย่างรวดเร็วและให้เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

ผศ. พญ.ดารินทร์ สากิยลักษณ์ ภาควิชาจักษุวิทยา กล่าวว่า KM เป็นเครื่องมือที่พัฒนาคน เมื่อคนพัฒนาแล้วงานจะพัฒนาตาม เข้าใจว่าจุดมุ่งหมายจริงๆ ของ KM เป็นการพัฒนาคน ถ้าเราหยิบเครื่องมือตัวอื่นมาใช้โดยไม่สนใจ KM มันก็ไปได้เหมือนกัน แต่เชื่อมั่นว่าเมื่อคิดจะปรับปรุงพัฒนางานอะไร มีคนบอกว่าอย่าไปดีกว่ามีเราคนเดียวที่คิดจะทำ คนอื่นเคยทำมาก่อน มีคนอื่นที่มีประสบการณ์ถ้าเราใช้ประสบการณ์ของคนอื่น การเรียนรู้จะทำให้เร็วขึ้น แล้วลดขั้นตอนลองถูกลองผิด สรุปว่า KM เป็นเครื่องมือพัฒนาคุณภาพ ที่พัฒนาคน

นางสาวนาถวี อุตรรัตนโยธิน หัวหน้าฝ่ายนโยบายและแผน กล่าวว่า เราใช้ความรู้เข้ามาเต็มแล้วเป็นการพัฒนางานไปเรื่อยๆ KM จะเกิดในเนื้องาน

นางสาวสมใจ เนียมหอม หัวหน้างานจัดการความรู้ ผู้ดำเนินการอภิปราย กล่าวสรุปว่า วันนี้เราได้มาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ได้มารู้จัก KM ในบริบทศิริราช ผাগ 3 คำกับไปให้ทุกคนในการทำ KM ให้ใช้ Link-Share-Learn เพื่อนำพาศิริราชไปสู่เป้าหมายวิสัยทัศน์ที่ตั้งไว้ ขอขอบคุณทุกท่านให้ความสนใจกับ KM

ช่วงสุดท้าย ศ. พญ.ดวงมณี เลหาประสิทธิ์พร รองคณบดี ฝ่ายพัฒนาคุณภาพ กล่าวปิดการประชุมและสรุปว่า เราคงได้เรียนรู้และเข้าใจเรื่องของการจัดการความรู้ ทุกคนสามารถทำได้โดยบูรณาการเข้าไปกับการทำงานประจำ จะเสริมให้การทำงานเราดีขึ้นและพี่น้องๆ ในทีมงานมีบรรยากาศที่ดีขึ้น วันนี้เราต้องตระหนักในเรื่องของพื้นฐานการทำงานของเรานั้นมีความเสี่ยงอะไร บริหารความเสี่ยงให้กลายเป็นความปลอดภัย ให้อภัย ให้คนที่รับหรือให้บริการของเรารู้สึกประทับใจ รู้สีกว่างานที่เราให้เป็นงานที่มีค่า ไม่ใช่เป็นเสี่ยงที่ร้องเรียนเรา แต่เป็นเสี่ยงของคำชม แล้วงานก็จะดีขึ้นเรื่อยๆ แต่ถ้ามีอะไรที่ไม่เป็นไปตามที่มุ่งหวังหรือผิดพลาดไม่อย่างที่จะพูดคุยแลกเปลี่ยนกัน มองไปข้างหน้าเล็งได้ว่าจะเกิดความเสี่ยงจะเกิดความปลอดภัย จะเกิดปัญหา แก่ และป้องกัน แล้วไม่กล่าวโทษกัน เชื่อว่าไม่มีใครอยากทำผิด ไม่มีใครอยากทำไม่ดี เราทุกคนทำงานวันนี้เราหวังสิ่งที่เราทำนั้นเราทำดีที่สุด แต่มีโอกาสที่จะเกิดความปลอดภัย แต่ให้น้อยลงไปเรื่อยๆ หรือไม่เกิดจะดีกว่า เพราะฉะนั้นถ้ามีอะไรเกิดขึ้นก็ช่วยเหลือกัน มาคุยกันว่าครั้งต่อไปเราจะทำกันอย่างไร No harm, No Blame, No shame โดยใช้ Link share Learn เข้ามาช่วยกันขยาย 2 สิ่งนี้ออกไปโดยใช้



วัฒนธรรมศิริราช 7 ตัว จะทำให้เราก้าวกระโดดไปสู่สถาบันทางการแพทย์ของแผ่นดินและมุ่งสู่ความเป็นเลิศระดับสากล ขณะเดียวกันเราสามารถสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย วัฒนธรรมคุณภาพ วัฒนธรรมการเรียนรู้ เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง และสู่ความเป็นเลิศอย่างยั่งยืน

ผู้บันทึกและถอดบทเรียน

นายเมธา

ศรีสุชินธรา

ผู้ตรวจสอบบทเรียน

นางสาวสมใจ

เนียมหอม



วิทยากรร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้



นางสาวนิตยา อังพานิชเจริญ
งานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล



ภญ.วุฒิรัตน์ ธรรมวุฒิ
ฝ่ายเภสัชกรรม
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล



ผศ. พญ.ดารินทร์ สากุลลักษณ์
ภาควิชาจักษุวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล



นางสาวนาถวดี อุดมรัตน์โยธิน
หัวหน้าฝ่ายนโยบายและแผน
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล