



บทเรียนจากงานมหกรรมคุณภาพ (Quality Fair) ประจำปี 2558

“Healthy, Harmony and High Performance Organization through Innovation”

วันศุกร์ที่ 2 ตุลาคม 2558 เวลา 08.30-09.30 น.

ณ ห้องประชุมราชบัณฑิตาสิรินธร อาคารศรีสวรินทิรา ชั้น 1

ปาฐกถาพิเศษ เรื่อง “Innovation Strategy for National Patient Safety”

วิทยากร พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ

รองผู้อำนวยการ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

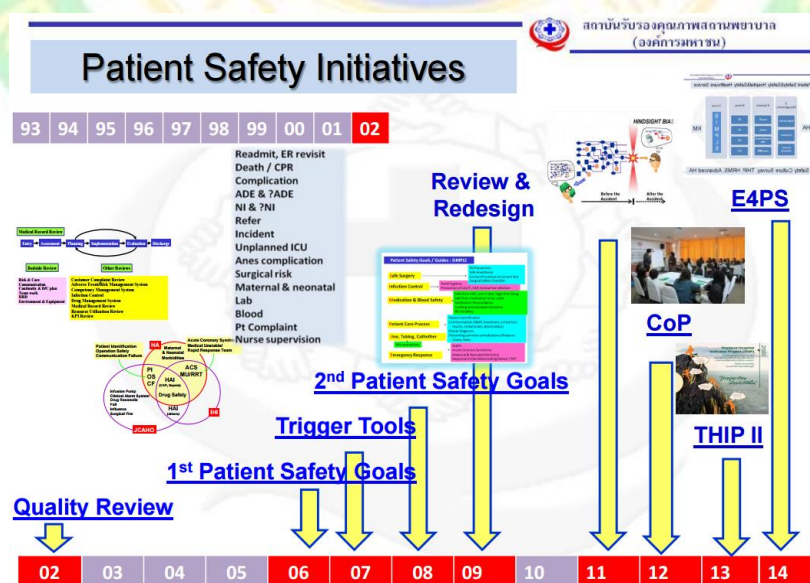
เมื่อพูดถึงนวัตกรรมจะมองในเรื่องของการสร้างแนวความคิดใหม่ๆ และมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ถ้าอยากรู้ว่ามีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นหรือไม่ ต้องเรียนรู้ว่าในอดีตเคยเป็นอย่างไร ในการนำสิ่งต่างๆ มาทำกระบวนการบางอย่างโดยหวังว่าจะทำให้เกิดสิ่งที่ดีขึ้น เพราะฉะนั้นถ้าไม่รู้ในอดีตที่ผ่านมา เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) เป็นอย่างไร ก็จะไม่รู้ว่าทำให้ดีขึ้นมากแค่ไหน หลายคนบอกว่า นวัตกรรม คือ การรวมสิ่งใหม่ๆ มากมาย ที่ส่งผลกระทบต่อสังคม ดังนั้นถ้ามีกลยุทธ์การสร้าง นวัตกรรม (innovation strategy) มาขับเคลื่อนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยจะต้องเกิดผลกระทบต่อสังคม โดยรวมที่ดีมากขึ้น

ราชบัณฑิตยสถานให้ความหมายว่า นวัตกรรม หมายถึง การนำสิ่งใหม่ๆ อาจเป็นแนวความคิด หรือสิ่งประดิษฐ์ใหม่ๆ ที่ยังไม่เคยมีใช้มาก่อน หรือเป็นการพัฒนาดัดแปลงจากของเดิมที่มีอยู่ให้ทันสมัย และมีผลดี มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงกว่าเดิม ซึ่งจะช่วยประหยัดเวลาและแรงงานได้ เพราะฉะนั้น กลยุทธ์การสร้างนวัตกรรมอาจเป็นแนวความคิดบางอย่างที่ไม่เคยมีมาก่อน หรือพัฒนาดัดแปลงจากของเดิม ที่มีอยู่ให้ทันสมัย สิ่งสำคัญอยู่ที่ต้องทำให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงกว่าเดิม ถ้ามีกลยุทธ์การสร้าง นวัตกรรมด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย จะทำให้การดำเนินงานมีการพัฒนาที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ที่ดีขึ้นกว่าเดิม

ดังนั้นจึงต้องมองย้อนไปในอดีตว่าในประเทศไทยเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและ ประสิทธิผลเป็นอย่างไร ควรเปลี่ยนยุทธศาสตร์หรือวิธีการใหม่ๆ ในการขับเคลื่อนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย หรือไม่ ถ้าจำเป็นต้องเปลี่ยน กลยุทธ์การสร้างนวัตกรรมน่าจะมีความสำคัญ หากคิดจะพัฒนาเรื่องใดให้ดีขึ้น นวัตกรรมเป็นคำตอบของการดำเนินงานเรื่องราวดีๆ ที่เกิดขึ้นใหม่ แล้วท้ายที่สุดผลของนวัตกรรมจะต้องเกิด ความสำเร็จ หลายๆ นวัตกรรมของศิริราชไม่ว่าจะเป็น R2R หรือ CQI ล้วนมาจากความคิดที่อยาก เปลี่ยนแปลง เพราะเจอปัญหาและอุปสรรค โดยมีความคิดใหม่ๆ อาจจะเป็นนวัตกรรม และท้ายที่สุดผลงาน ทุกชิ้นมีความสำเร็จของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ใช้วิธีการและกลวิธีในการขับเคลื่อนเรื่องการพัฒนาคุณภาพมากกว่า 18 ปี ลำดับเหตุการณ์ของการขับเคลื่อนความปลอดภัยของผู้ป่วย (รูปที่ 1) มีรายละเอียดดังนี้

1. ปี 2545 Quality Review หรือ ทบทวน 12 กิจกรรม โดยเลือกประเด็นที่มีปัญหาหลักๆ เช่น คนไข้ตาย คนไข้ส่งต่อ หรือคนไข้มีการติดเชื้อ
2. ปี 2549 1st Patient Safety Goals ซึ่งได้แนวความคิดมาจากองค์การอนามัยโลก มีเป้าหมายที่ความปลอดภัย แล้วชวนคนทั้งประเทศให้มาช่วยกันทำ
3. ปี 2550 Trigger Tools การค้นหาเหตุการณ์ความเสี่ยงที่ซ่อนอยู่และยังไม่ได้รายงาน ซึ่งเกิดข้อผิดพลาดขึ้นแล้ว แต่ไม่ได้นำมาทบทวนหรือนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน
4. ปี 2551 2nd Patient Safety Goals ใช้วิธีการเก็บข้อมูลจากความเสี่ยงในประเทศไทย จากการเยี่ยมสำรวจ
5. ปี 2552 Review & Redesign แนวคิดการทำ RCA ในรูปแบบของการมองในมุมที่อยู่ในเหตุการณ์ว่าจะแก้ไขและพัฒนาอย่างไร
6. ปี 2555 CoP ใช้แนวคิดชุมชนนักปฏิบัติที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในหน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูง
7. ปี 2556 THIP II (Thailand hospital indicator project) ขยายผลในเรื่องผลลัพธ์ของ Patient Safety วัดผลการดำเนินการที่เพิ่มมากขึ้นซึ่งมีความสำคัญ
8. ปี 2557 E4PS (Engagement for Patient Safety) โครงการก้าวอย่างสู่โรงพยาบาล เพื่อความปลอดภัย



รูปที่ 1 Patient Safety Initiatives

จากประสบการณ์ของสรพ.ที่ทำงานมาในระยะยาว มีการตั้งคำถามว่าทำแล้วได้อะไร ในปี 2556-57 จึงได้มีรายงานการศึกษาวิจัยโดยเก็บจากประสบการณ์ของโรงพยาบาล พบว่า เรื่องที่เกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มีการปรับปรุงให้ดีขึ้น แล้วมีผลลัพธ์ในการดำเนินการที่ดีขึ้น เห็นผลเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน ได้แก่ risk management system, prevention and control of hospital acquired infection, Medication safety และ environmental safety (physical) ส่วนการวัดผลและติดตามประเมินผลในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยยังไม่ชัดเจน รวมทั้งการสร้างวัฒนธรรมด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยจะต้องทำให้เกิดความเข้มแข็งต่อไป

จากข้อมูลสถิติสามารถใช้ดำเนินการผลักดันเพื่อให้เกิด พรบ.คุ้มครองผู้เสียหาย มาตรา 41 เกิดขึ้นตั้งแต่ปี 2547-52 แยกรายสาขา จำนวนผู้ได้รับเงินช่วยเหลือตามมาตรา 41 สาขาที่สูงที่สุด คือ สาขาสูตินรีเวชกรรม 1,032 ราย จากข้อมูลสถิติดังกล่าว สรพ.คาดหวังว่าผ่านมาเกือบ 10 ปี ตัวเลขควรจะลดลงแต่ในความเป็นจริงจากข้อมูล ปี 2556 รวมทุกสาขามี 994 รายการ เมื่อเปรียบเทียบกับฐานข้อมูลเดิมมีตัวเลขที่เพิ่มขึ้น ในปี 2549 มีการสำรวจเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน พบอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย 207,073 ครั้ง เฉลี่ย 532 ครั้ง/แห่ง ซึ่งสรพ.ได้นำข้อมูลสถิติมาใช้งานและอยู่ระหว่างการร่างคู่มือการบริหารความเสี่ยงความปลอดภัยในโรงพยาบาลร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข ในประเทศไทยงานวิจัยเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้มาจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีจำนวนมากแต่ไม่มีข้อมูลหลักฐานที่เป็นระบบ และการแลกเปลี่ยนเหล่านั้นไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงทางระบบ ในความเป็นจริงพบว่า ยังมีผู้ป่วยที่รู้สึกไม่ได้รับความปลอดภัย ไม่มีความสุข เกิดความไม่เข้าใจ และฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย ต้องการให้เกิดพรบ.คุ้มครองผู้เสียหายทางการแพทย์ รวมทั้งสื่อและเทคโนโลยีที่รวดเร็ว ข่าวสารจึงเข้าถึงได้ง่าย เริ่มมีความไม่ปลอดภัยของบุคลากรทางการแพทย์ ที่สำคัญประชาชนต้องการจะมีส่วนร่วม จึงต้องมีการปรับปรุงและพัฒนาจากฐานข้อมูลเดิมที่มีอยู่ เริ่มคิดใหม่ ทำใหม่ เพราะฉะนั้นกลยุทธ์การสร้างนวัตกรรมจึงมีความสำคัญ

How to: Engage all (staff, professional, patient, family, community) for Patient Safety in Thailand



Sharing is very important to initiative Engagement for Patient Safety in Thailand

รูปที่ 2 กลยุทธ์ Share-Chain-Shape-Change

ดังนั้น สรพ.จึงคิดยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อนในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย ได้แก่ “Engagement for Patient Safety” หมายความว่า ให้คนทุกคนเห็นคุณค่า เห็นความหมาย เห็นความสำคัญ และทุกคนมีความสำคัญ มุ่งเน้นให้ทุกคนได้รับรู้ว่า “ความปลอดภัยในผู้ป่วยร่วมด้วยช่วยได้ทุกคน” โดยใช้หลักของการมีส่วนร่วมของทุกคน ซึ่งถ้าจะผลักดันให้เกิดการทำงานร่วมกัน ให้ผู้คนมาทำ “patient safety education” จะชักชวนให้ประชาชนซึ่งเป็นผู้ป่วยมาเป็น “patient for patient safety” จะเชิญชวนให้โรงพยาบาลและคนในโรงพยาบาลทำ “safety hospital model” จึงต้องเริ่มด้วยการสร้างความสัมพันธ์อันดี และต้องสร้างความผูกพันตามลำดับขั้น คือ รู้สึกเป็นเจ้าของ (ownership), ได้โอกาสทำโดยอิสระ (empower), ได้โอกาสลงมือทำ (collaborate), ได้โอกาสใส่ความคิด (consult), เป็นตัวแทนบอกต่อและเห็นคุณค่า (agency), พอใจและประทับใจ (care & support), รับรู้ (inform) และสร้างสัมพันธ์ (Respect) ดังนั้นการมีส่วนร่วมและทำงานร่วมกันของทุกคนจึงใช้กลยุทธ์ที่เรียกว่า “Share-Chain-Shape-Change” โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแลกเปลี่ยน (sharing) เป็นสิ่งสำคัญในการเริ่มต้นให้เกิดการมีส่วนร่วมสำหรับขับเคลื่อนในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยในประเทศไทย

แผนการขับเคลื่อน Patient Safety ในปี 2015 แผนระยะยาว 10 ปี แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ใช้ระยะเวลา 3 ปี

- การสร้างความตระหนัก ความเข้าใจ ในเรื่อง patient safety ให้กับบุคลากรทางสาธารณสุขและประชาชน
- แผนที่ 2 พัฒนาเครื่องมือและระบบ model นำร่องสำหรับ patient safety
- สร้างเครือข่ายและทีมในการขับเคลื่อนเรื่อง patient safety อย่างจริงจัง
- นำร่องกลุ่มเป้าหมายโดยสมัครใจ เพราะเรื่อง patient safety มีผลกระทบหลายอย่าง
- ต้องได้ผลงานวิจัยเชิงระบบ เพื่อปรับเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เพื่อให้เกิดการพัฒนาในระยะที่ 2

- นำเสนอและมีส่วนร่วมการขับเคลื่อนเรื่อง patient safety ในระดับภูมิภาค (SEAR) ต่อไป

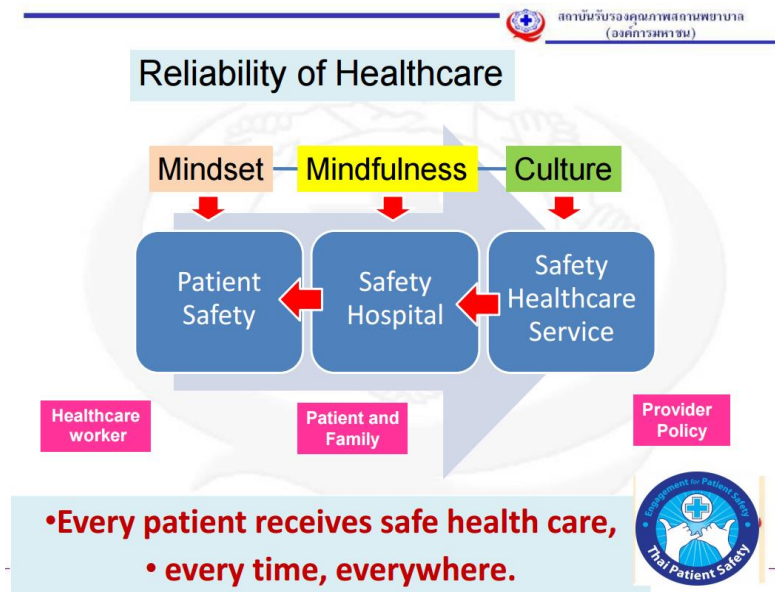
ระยะที่ 2 ใช้ระยะเวลา 4 ปี

- ขยายผลการดำเนินการเป็นนโยบายครอบคลุมทุกโรงพยาบาล ให้ทุกโรงพยาบาลตระหนักเป็น safe hospital
- สนับสนุนกลไกเครื่องมือทรัพยากรให้ทุกโรงพยาบาล
- สนับสนุนการใช้ระบบและการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ
- มีการประเมินผลการติดตามระบบ มีฐานข้อมูลรายงานความเสี่ยงและระบบตัวชี้วัดเปรียบเทียบผลลัพธ์คุณภาพทางคลินิกระดับประเทศ
- นำเสนอและขับเคลื่อนเรื่อง patient safety ระดับ global (WHO)

ระยะที่ 3 ใช้ระยะเวลา 3 ปี

- สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพ
- ครอบคลุม patient safety ทั้งส่งเสริม รักษา ป้องกัน พิ้นฟู
- สื่อสารผลลัพธ์การรักษา เผยแพร่ต่อสาธารณะ
- ประชาชนและทุกคนต้องมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
- มีระบบ feedback, recognition โดยประชาชน และ outcome
- ประเทศไทยเป็นต้นแบบการขับเคลื่อนเรื่อง patient safety แบบมีผลลัพธ์ และเป็นวัฒนธรรมระดับ global

นอกจากนี้ “patient safety education” ที่เริ่มดำเนินการและเสร็จเรียบร้อยแล้ว คือ การแปลหลักสูตรให้กับสถาบันการศึกษาทุกแห่งในประเทศไทย โดยอิสระและสมัครใจ ซึ่งจะมีโมเดลสำหรับเรียนรู้ 11 โมเดล โดยเริ่มพัฒนาโมเดลสำหรับการเรียนการสอน นำร่องที่โมดูล “ผู้ป่วยมีส่วนร่วม” ซึ่งพัฒนาสื่อการสอนโดยใช้เรื่องราวที่เกิดขึ้นจริงของผู้ป่วย ในปัจจุบันมี 133 สถาบันการศึกษาที่สมัครใจเข้าร่วม และในเวลา 1 ปี พบว่า มี 37 สถาบันการศึกษา คิดเป็น 27.82% ที่สามารถนำไปบูรณาการเพื่อใช้งาน และมีผลลัพธ์การดำเนินงาน รวมทั้งในเรื่อง “patient for patient safety” ก็ได้เริ่มดำเนินการร่วมกับ WHO ในปี 2557 ผ่านทางเว็บไซต์ มีการรับสมัครผู้ป่วยที่สมัครใจและอยากมีส่วนร่วม ซึ่งมีหลากหลายกลุ่ม เช่น ผู้ป่วย และเครือข่ายผู้เสียหาย โดยมีการแลกเปลี่ยนวิสัยทัศน์ร่วมกันระหว่างเครือข่ายผู้เสียหายและบุคลากรสาธารณสุข เพื่อนำไปสู่การขับเคลื่อนทางนโยบายโครงการนำร่องเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย “safety hospital model” โดยเริ่มจากการปรับทัศนคติ (mindset) ให้ทุกคนตระหนักและเห็นความสำคัญในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) เมื่อมีระบบและทุกคนใช้ระบบก็จะเกิดการทำงานอย่างมีสติ (mindfulness) ส่งผลให้เกิดการรักษาพยาบาลที่มีความปลอดภัย (safety hospital) และเมื่อทุกคนทำงานเป็นความเคยชินและเป็นวัฒนธรรมขององค์กร (culture) จนก่อนให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วยในการรักษาพยาบาล ก็จะส่งผลให้เกิดการให้บริการด้านรักษาพยาบาลที่มีความปลอดภัย (safe healthcare service) นอกจากนี้ ยังใช้กระบวนการขับเคลื่อนแบบชุมชนนักปฏิบัติ (Community of Practice) โดยการรวมกลุ่มคนนักปฏิบัติและพัฒนาแนวทางที่เป็นจริง โดยอิงความรู้จากวิชาการ และมีบริหารจัดการด้วยผลลัพธ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น มีส่วนร่วมในการดำเนินงานร่วมกันแบบกัลยาณมิตรที่ดี มุ่งสู่เป้าหมายเดียวกันในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยต่อการรักษาพยาบาล



รูปที่ 3 Reliability of Healthcare

ในปัจจุบัน มี 148 โรงพยาบาลที่ขับเคลื่อนร่วมกันเป็นเครือข่ายโรงพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในทุกมิติ นำร่องวางระบบอย่างสมัครใจ เพื่อให้ได้ข้อมูลและงานวิจัยเพื่อเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย โรงพยาบาลที่สมัครใจเข้าร่วมนั้นมาจากทุกเขตบริการสุขภาพ ทุกระดับชั้นของโรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลทั่วไป โดยมีการแลกเปลี่ยนกันผ่านทางเทคโนโลยีระบบสื่อสารทางไกล (GIN conference) และได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานรัฐบาลอิเล็กทรอนิกส์ (องค์การมหาชน)(สรอ.) (EGA) ซึ่งจะขับเคลื่อนด้วยข้อมูล ความรู้ ผลลัพธ์ งานวิจัย และพัฒนาตัวอย่างจากหน้างาน ผู้ปฏิบัติที่เข้าร่วมในชุมชนนักปฏิบัติ แล้วนำมาวิเคราะห์ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ สร้างเป็น “sepsis guideline” สำหรับประเทศไทย และมีผลงานวิจัยรองรับ รวมทั้งยังมีการพัฒนาข้อมูลความเสี่ยง แล้วนำมาแลกเปลี่ยนร่วมกัน และขับเคลื่อนโดยใช้วัฒนธรรมความปลอดภัย รวมทั้ง มีการนำผลลัพธ์มาเปรียบเทียบร่วมกัน และถ้ามีแนวทางปฏิบัติที่ดีก็จะนำมาสื่อสารและเผยแพร่ร่วมกัน นอกจากนี้ ยังมีผลักดันให้เกิดการขับเคลื่อนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยเข้าสู่เวทีระดับโลก (WHO regional committee for South-East Asia)



รูปที่ 4 GIN Conference

ดังนั้น ผลสัมฤทธิ์ของการขับเคลื่อนไม่ว่าจะเป็นเรื่องใดก็ตามต้องมีปัจจัยสำคัญที่เข้ามาเกี่ยวข้อง ได้แก่ “ความสามารถ” ในการที่จะขับเคลื่อนเรื่องใดๆ ก็ตาม ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนจะต้องมีความสามารถในเรื่องนั้นๆ เป็นอย่างดี และ “ความพยายาม” จะต้องมีความมุ่งมั่น โดยพยายามที่จะตั้งใจทำเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างจริงจัง และ “ทัศนคติ” ควรมีทัศนคติของการขับเคลื่อนในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยมองว่าเป็นเรื่องที่ดี เป็นเรื่องที่มีความหมายและมีคุณค่าต่อสังคมโดยรวม เพราะฉะนั้น ในการดำเนินงานเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเรื่องที่จะทำเพียงคนเดียวไม่ได้ แต่ถ้าหากมีการชักชวนให้ทุกคนสมัครใจให้ความร่วมมือและผลักดันให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ยุทธศาสตร์ของการขับเคลื่อนในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย “Engagement for Patient Safety” ก็จะประสบความสำเร็จขึ้นได้

ผู้บันทึกบทเรียน

นางสาวสุรีย์วรรณ วงศ์เลิศ

ผู้ตรวจทาน

นางสาวสมใจ เนียมหอม

Siriraj KM

Link - Share - Learn

งานจัดการความรู้ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
ตึกอำนวยการ ชั้น 1 เลขที่ 2 ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700

โทร. 0 2419 9009, 0 2419 9750

Email : sirirajkm@gmail.com

Website : www.si.mahidol.ac.th/km

Facebook : http://www.facebook.com/sirirajkm