



HA Update 2025



**สร้างวัฒนธรรมคุณภาพ และความปลอดภัย
เพื่อความยั่งยืนในอนาคต**

**เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี HA National Forum ครั้งที่ 25
18-21 มีนาคม 2568 ณ อิมแพ็คฟอรัม เมืองทองธานี จังหวัดนนทบุรี**

จัดโดย สถาบันรณรงค์คุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)



HA Update 2025



สร้างวัฒนธรรมคุณภาพ และความปลอดภัย
เพื่อความยั่งยืนในอนาคต

HA Update 2025

Building Quality and Safety Culture for the Future Sustainability

สร้างวัฒนธรรมคุณภาพและความปลอดภัย เพื่อความยั่งยืนในอนาคต

ISBN

978-616-8024-64-5

พิมพ์ครั้งแรก

มีนาคม 2568

จำนวนพิมพ์

7,700 เล่ม

จัดทำโดย

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

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

โทรศัพท์ 0 2027 8844 โทรสาร 0 2026 6680

www.ha.or.th

ออกแบบและพิมพ์ที่

บริษัท สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด

59/4 หมู่ 10 ถนนกาญจนาภิเษก ตำบลบางม่วง

อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี 11140

โทร 0 2903 8257-59

คำนำ

ในช่วงเวลาที่ระบบบริการสุขภาพทั่วโลกต้องเผชิญกับความท้าทายที่ซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เรากำลังอยู่ในยุคที่ประชากรกำลังเติบโตและอายุขัยของมนุษย์ยาวนานขึ้น ส่งผลให้ความต้องการด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น การแพร่ระบาดของโรคใหม่ ๆ การเปลี่ยนแปลงในสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม กำลังสร้างความท้าทายที่ไม่เคยมีมาก่อน ท่ามกลางความยากลำบากนี้ เทคโนโลยีดิจิทัลกลายเป็นเครื่องมือที่ช่วยสร้างการเปลี่ยนแปลง ทำให้ระบบสุขภาพสามารถพัฒนา และปรับตัวได้รวดเร็วมากขึ้น ทั้งนี้ในปัจจุบันทั่วโลกได้ให้ความสำคัญกับแนวคิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน ซึ่งเป็นการพัฒนาที่ตอบสนองต่อความต้องการของคนรุ่นปัจจุบัน โดยไม่ลดทอนความสามารถในการตอบสนองต่อความต้องการของคนรุ่นหลัง โดยส่งเสริมให้องค์กรและสถานพยาบาลตระหนักถึงผลกระทบจากการดำเนินการต่อสังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ

การสร้างวัฒนธรรมคุณภาพและความปลอดภัยในสถานพยาบาล เป็นพื้นฐานที่ทำให้ระบบบริการสุขภาพสามารถเติบโตไปข้างหน้าได้อย่างยั่งยืน ความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงนั้น ไม่ได้เพียงแค่พึ่งพานวัตกรรมและเทคโนโลยีใหม่ ๆ หากยังต้องอาศัยความแข็งแกร่งภายในองค์กร การสร้างความไว้วางใจ ความเชื่อมั่น และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ จึงเป็นสิ่งที่จะทำให้เราไม่เพียงแค่รับมือกับความท้าทายในปัจจุบัน แต่ยังสามารถสร้างอนาคตที่ดีกว่าได้ เป็นการเปิดโอกาสให้ทุกคนในองค์กร ภาควิชาและประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างความเปลี่ยนแปลงที่มีคุณค่า พร้อมทั้งเสริมสร้างศักยภาพในการบริหารความเสี่ยงและการคาดการณ์อนาคต ซึ่งคือกุญแจที่จะทำให้ระบบบริการสุขภาพสามารถเติบโตอย่างมั่นคงและยั่งยืน

การประชุมวิชาการประจำปี HA National Forum ครั้งที่ 25 ภายใต้แนวคิด **“Building Quality and Safety Culture for the Future Sustainability สร้างวัฒนธรรมคุณภาพและความปลอดภัย เพื่อความยั่งยืนในอนาคต”** เป็นโอกาสสำคัญที่จะเปิดพื้นที่ให้เราทุกคนได้มาเรียนรู้ แบ่งปัน และสร้างแนวทางใหม่ ๆ ในการสร้างวัฒนธรรมคุณภาพและความปลอดภัย เพื่อให้เราสามารถก้าวไปสู่อนาคตที่ดีกว่า พร้อมรับมือกับทุกการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และสร้างระบบสุขภาพที่แข็งแกร่ง มีความยั่งยืน และเป็นประโยชน์แก่ทุกคนในสังคม

นี่คือเวลาที่เราจะต้องยืนหยัดและสร้างการเปลี่ยนแปลงอย่างมีพลัง เพื่อความยั่งยืนในอนาคตของระบบบริการสุขภาพที่ดีที่สุดสำหรับทุกคน

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

กุมภาพันธ์ 2568

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	3
สารบัญ	4
ตอนที่ 1	
Building Quality and Safety Culture for the Future Sustainability	7
1. คุณภาพและวัฒนธรรมคุณภาพ (Quality and Quality Culture)	8
2. ความปลอดภัยและวัฒนธรรมความปลอดภัย (Safety and Safety Culture)	10
3. ความยั่งยืนในระบบบริการสุขภาพ (Sustainability in Healthcare)	15
4. วิวัฒนาการคุณภาพและความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพ (The Evolution of Quality and Safety in Healthcare)	17
5. สร้างวัฒนธรรมคุณภาพและความปลอดภัย เพื่อความยั่งยืนในอนาคต (Building Quality and Safety Culture for the Future Sustainability)	23
ตอนที่ 2	
Update Knowledge for Quality and Safety Development	27
1. การพัฒนาองค์กรยั่งยืน (Sustainable Organization Development)	28
2. การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อความยั่งยืนของสถานพยาบาล	32
3. ศิลปะการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient Center Care; The Art of Quality Care Through Patient's Eyes)	37
4. คู่มือผู้นำด้านการสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วย (Leadership Guide to Patient Safety)	48
5. ยกกระตือรือร้นการทำงานแบบมีส่วนร่วม (Enhance Collaborative of Work)	58
6. ความปลอดภัยของผู้ป่วยและปัญญาประดิษฐ์	62
7. ระบบจัดการดิจิทัลเทคโนโลยีในการดูแลรักษา (Digital Care Management Systems)	75

ตอนที่ 3

Empowering Knowledge for Integrated through Co-Production	78
1. Engagement of All and Sustainable Practices: A Holistic Approach to Quality Healthcare in the Future	79
2. การประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลปฐมภูมิ (P-HA: Primary Healthcare Accreditation)	83
3. กรอบการพัฒนา AI Roadmap ขององค์กร	95
4. Co-Production: ร่วมกันสร้างสรรค์คุณภาพ ผ่าน HA-IT จากเทคโนโลยีสู่คุณภาพและความยั่งยืนที่แท้จริง	102
5. จากการประกันคุณภาพสู่การผลิตร่วม	108
6. บทเรียนของการพัฒนานวัตกรรมด้านสุขภาพในสถานพยาบาล (2P Tech)	117



တစ်ခု



Building Quality and Safety Culture for the Future Sustainability

การพัฒนาเรื่อง “คุณภาพและความปลอดภัย” ในระบบบริการสุขภาพเกิดขึ้นมาอย่างต่อเนื่องยาวนานตั้งแต่ก่อนคริสต์ศตวรรษที่ 19 มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบ วิธีการและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ตอบสนองกับความท้าทายหลากหลายทั้งในสถานการณ์ปัจจุบันและคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นอนาคต คู่ขนานไปกับบ่มเพาะและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกระบวนการทำงาน และการดูแลผู้ป่วยให้เป็นวัฒนธรรมของบุคลากรสาธารณสุขที่ให้ความสำคัญและคำนึงถึงคุณภาพและความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพ เพื่อผู้ป่วย บุคลากร และประชาชนมีสุขภาพที่ดีมีสุขภาวะ และเพื่อการดำรงอยู่อย่างมีความสุขของมวลมนุษยชาติในอนาคตอย่างยั่งยืน

1. คุณภาพและวัฒนธรรมคุณภาพ (Quality and Quality Culture)

คำว่า “คุณภาพ” ในระบบบริการสุขภาพเป็นคุณภาพของการดูแล หรือ Quality of Care ซึ่งตามนิยามขององค์การอนามัยโลก หมายถึง “ระดับของบริการสุขภาพสำหรับบุคคลและประชากร ที่จะเพิ่มความเป็นไปได้ของผลลัพธ์สุขภาพที่พึงประสงค์ และสอดคล้องกับความรู้ของวิชาชีพซึ่งเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป” (quality: the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge.) ซึ่งความหมายครอบคลุมการดูแล รักษา ป้องกัน ปั่นฟู ทั้งบุคคล ประชากร และชุมชน ที่ต้องใช้ความรู้ทางวิชาชีพที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อการบรรลุสู่เป้าหมายการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า (health for all) รวมถึงการบรรลุเป้าหมายความยั่งยืน การมีสุขภาพดีและสุขภาวะ (health and well-being)

คุณภาพในการดูแลในระบบบริการสุขภาพมีองค์ประกอบที่สำคัญ ดังนี้

1. การดูแลที่มีประสิทธิผล (effectiveness) การดูแลและการให้บริการสุขภาพที่ใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ มีหลักฐานเชิงประจักษ์ สอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุด
2. การดูแลที่ปลอดภัย (safety) การดูแลและการให้บริการสุขภาพที่สร้างความมั่นใจว่าจะหลีกเลี่ยงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและประชาชนอันเกิดจากกระบวนการดูแลรักษา
3. การดูแลที่มุ่งเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง (people-centredness) การดูแลและการให้บริการสุขภาพที่ให้ความเคารพและตอบสนองต่อความชอบ ความต้องการ และค่านิยมส่วนบุคคล

4. การดูแลที่ทันเวลา (timeliness) การดูแลและให้บริการสุขภาพที่ไม่เกิดความล่าช้า โดยไม่จำเป็น การดูแลอย่างทันทั่วทั้งที่ ระยะเวลาการรอคอยที่อาจเกิดอันตรายกับผู้ป่วย จากการดูแลล่าช้า
5. การดูแลที่เป็นธรรม (equity) การดูแลและให้บริการสุขภาพที่เป็นธรรม ไม่แบ่งแยกแตกต่าง ผู้ป่วยทุกคนสามารถเข้าถึงการดูแลที่มีคุณภาพ โดยไม่คำนึงถึงสถานะทาง เศรษฐกิจและสังคม ชาติพันธุ์ เพศ อายุ หรือที่ตั้งทางภูมิศาสตร์
6. การดูแลแบบบูรณาการ (integration) การดูแลและให้บริการสุขภาพที่มีการบูรณาการ ประสานเชื่อมโยงหน่วยงานองค์กร บุคคล ชุมชน ด้วยวิธีการที่หลากหลายอย่าง ครบวงจรเพื่อสามารถดูแลสุขภาพผู้ป่วยได้ต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิต
7. การดูแลที่มีประสิทธิภาพ (efficiency) การดูแลและให้บริการสุขภาพที่เกิดประโยชน์ สูงสุดภายใต้ทรัพยากรที่มีอย่างคุ้มค่าและลดการสิ้นเปลืองโดยไม่จำเป็น

การบ่มเพาะ ปลูกฝัง และเป็นแบบอย่างให้บุคลากรสาธารณสุขมีวิถีปฏิบัติ ความเชื่อ ค่านิยม เจตคติ และพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพตามองค์ประกอบดังกล่าว ด้วยความตระหนักในประโยชน์ และผลลัพธ์ที่ดีที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ประชาชน สังคม และตนเอง และเกิดการปฏิบัติจนเคยชิน จะเป็นเสมือนการสร้างวัฒนธรรมคุณภาพ (quality culture) ในการดูแลผู้ป่วยที่ดีให้เกิดขึ้นในระบบบริการสุขภาพ



ภาพที่ 1 องค์ประกอบสำคัญของคุณภาพในระบบบริการสุขภาพ (Element of Healthcare Quality)
ที่มา: Lohr KN (ed). Medicare: a Strategy for Quality Assurance. Washington DC: Institute of Medicine, 1990.

2. ความปลอดภัยและวัฒนธรรมความปลอดภัย (Safety and Safety Culture)

คำว่า “ความปลอดภัย” ในระบบบริการสุขภาพ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) มุ่งเน้นและให้ความสำคัญเรื่องความปลอดภัยในผู้ป่วย หรือ Patient Safety มาอย่างต่อเนื่อง มีการกำหนดนิยามเพื่อให้เกิดการตระหนักในการปฏิบัติของบุคลากรสาธารณสุขว่า ความปลอดภัยของผู้ป่วย หมายถึง การไม่ทำให้เกิดอันตรายที่ป้องกันหรือหลีกเลี่ยงได้กับผู้ป่วย ครอบคลุมไปถึงการลดโอกาสเกิดอันตรายที่ไม่ควรเกิดขึ้นจากกระบวนการดูแลในระดับต่ำสุดที่ยอมรับได้ (The absence of preventable harm to a patient and reduction of risk of unnecessary harm associated with health care to an acceptable minimum) และมีการขับเคลื่อนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยคู่ขนานไปกับการดูแลที่มีคุณภาพ โดยเสนอประเด็นสำคัญในที่ประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลก ครั้งที่ 55 เรื่อง Quality of Care: Patient Safety ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2002 ส่งผลให้มีการกำหนดประเด็นความท้าทายเรื่องความปลอดภัยในผู้ป่วยที่เป็นความเสี่ยงสำคัญที่มีโอกาสเกิดขึ้นจากกระบวนการดูแลรักษา เช่น เรื่องการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็น The 1st Patient Safety Challenge: Clean Care is Safer Care ในปี ค.ศ. 2005 เรื่องความปลอดภัยจากการผ่าตัด เป็น The 2nd Patient Safety Challenge: Safe Surgery Save Lives ในปี ค.ศ. 2008 และเรื่องความปลอดภัยด้านยา เป็น The 3rd Patient Safety Challenge: Medication without Harms เพื่อสร้างความตระหนักและท้าทายประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ในการตั้งเป้าหมายเพื่อความปลอดภัย และขับเคลื่อนผ่านวิธีการหลากหลาย อาทิ การสร้างระบบการรายงานและการเรียนรู้จากอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ ผ่าน Guideline for Adverse Events Reporting and Learning System ในปี ค.ศ. 2006 การบูรณาการเรื่อง Patient Safety ในหลักสูตรการเรียนการสอนนักศึกษาที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพและสาธารณสุข ผ่าน WHO Patient Safety Curriculum Guide ในปี ค.ศ. 2011 และการสร้างโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมและเป็นผู้นำในการขับเคลื่อนเรื่อง Patient Safety ผ่านโครงการ Patients for Patient Safety ในปี ค.ศ. 2013 เป็นต้น แต่ยังพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากกระบวนการดูแลรักษาในระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ปี ค.ศ. 2019 ที่ประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลก ครั้งที่ 72 ได้มีการขับเคลื่อนเรื่อง Patient Safety อีกครั้ง โดยกำหนดให้เป็น Global Action on Patient Safety และประกาศ Global Patient Safety Action Plan 2021-2030 ที่ในการประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลก ครั้งที่ 74 โดยประกาศให้ประเทศสมาชิกทั่วโลกร่วมกันขับเคลื่อนและมีการกำหนดความหมายของคำว่า Patient Safety เพิ่มเติมภายใต้บริบทของระบบสุขภาพที่กว้างขึ้น ความปลอดภัยของผู้ป่วย หมายถึง “กรอบการทำงานหรือกิจกรรมขององค์กร



ที่ก่อให้เกิดวัฒนธรรม กระบวนการ ขั้นตอน พฤติกรรม เทคโนโลยี และสภาพแวดล้อม ในการดูแลสุขภาพ ที่ลดความเสี่ยง อันตรายที่หลีกเลี่ยงได้ และการกระทำที่เกิดข้อผิดพลาด ให้มีโอกาสเกิดน้อยลง อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และยั่งยืน รวมไปถึงการลดผลกระทบจาก อันตรายหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เมื่อเกิดขึ้น”





ภาพที่ 2 การขับเคลื่อน Patient and Personnel Safety สู่ Patient, Personnel and People Safety
ที่มา: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). การขับเคลื่อน Patient and Personnel Safety สู่ Patient, Personnel and People Safety

ประเทศไทยมีการขับเคลื่อนเรื่องความปลอดภัยในผู้ป่วย หรือ Patient Safety มาอย่างต่อเนื่อง โดยบูรณาการร่วมกับการพัฒนาคุณภาพ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 ผ่านมาตรฐาน และกระบวนการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล หรือ Hospital Accreditation มีการสร้าง การเรียนรู้กับสถานพยาบาลเรื่องการประเมินตนเองร่วมกับการประเมินจากองค์กรภายนอก เพื่อค้นหาความเสี่ยงและโอกาสพัฒนา ทบทวนและวางระบบเพื่อเกิดคุณภาพและความปลอดภัย ในระบบบริการสุขภาพ คู่ขนานกับการพัฒนาเชิงระบบโดยกลไกการพัฒนาต่าง ๆ เช่น ในปี พ.ศ. 2551 มีการกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย หรือ Patient Safety Goals เพื่อเป็นแนวทางให้สถานพยาบาลมีเป้าหมายความปลอดภัยและนำไปสู่การปฏิบัติ ปี พ.ศ. 2555 สร้างเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในหน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูง อาทิ ห้องฉุกเฉิน ห้องคลอด ห้องผ่าตัด และหน่วยดูแลผู้ป่วยวิกฤต เพื่อเป็นพื้นที่แลกเปลี่ยนประสบการณ์และ วิธีคิดระหว่างผู้เชี่ยวชาญกับผู้ปฏิบัติงานหน้างานในการค้นหาความเสี่ยง อุบัติการณ์ และร่วมกัน ออกแบบระบบบริการหรือวิธีการเพื่อป้องกัน ผ่านชุมชนนักปฏิบัติ (community of practice: CoPs) มีการขับเคลื่อนเรื่องการบูรณาการหลักสูตรการเรียนการสอนเรื่อง Patient Safety โดยแปล WHO Patient Safety Curriculum เป็นภาษาไทย ในปี พ.ศ. 2556 เพื่อขยาย การนำไปใช้เป็นวงกว้าง และปี พ.ศ. 2557 เกิดการสร้างการมีส่วนร่วมกับผู้ป่วยและประชาชน ผลักดันให้เกิด Patients for Patient Safety Thailand ปี พ.ศ. 2558-2560 เกิดโครงการ Engagement for Patient Safety ที่สร้างพื้นที่รวมตัวของสถานพยาบาล และกลุ่มคนที่สนใจ การขับเคลื่อนเรื่องความปลอดภัยในผู้ป่วยสู่การปฏิบัติมาร่วมกันพัฒนารูปแบบ เครื่องมือ องค์ความรู้ ที่นำไปสู่การพัฒนาและเสนอแนะนโยบายเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย จุดเปลี่ยน สำคัญของการขับเคลื่อน Patient Safety ในประเทศไทย คือการประกาศนโยบายโดยรัฐมนตรี ว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2560 ที่ให้ความสำคัญทั้งบุคลากรและผู้ป่วยในการประกาศ นโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร (patient and personnel safety: 2p safety) นำไป สู่การมีคณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบาย และการมีแผนยุทธศาสตร์การขับเคลื่อน และเป้าหมาย ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรประเทศไทย (national patient and personnel safety goals: 2P safety goals) และระบบรายงานอุบัติการณ์และการเรียนรู้ระดับประเทศ (national reporting and learning system: NRLS) และมีการขับเคลื่อนสู่การ ปฏิบัติผ่านสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety จำนวนมากกว่า 900 สถานพยาบาล ปี พ.ศ. 2566 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขประเทศไทยได้ขยับก้าวเรื่องความปลอดภัย ในระบบบริการสุขภาพไปถึงประชาชน โดยได้ประกาศนโยบาย ความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากร และประชาชน หรือ Patient, Personnel and People Safety หรือ 3P Safety ทำให้ความหมายเรื่องความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ครอบคลุม

ความปลอดภัยเพื่อทุกคนดังนี้

- **ความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety)** หมายถึง การปราศจากอันตรายที่หลีกเลี่ยงได้กับผู้ป่วยระหว่างกระบวนการดูแลสุขภาพ (the absence of avoidable harm to a patient during the process of health care.)
- **ความปลอดภัยของบุคลากร หมายถึง (personnel safety)** การปราศจากอันตรายที่หลีกเลี่ยงได้กับบุคลากรระหว่างกระบวนการทำงาน (the absence of avoidable harm to a personnel during the process of work.)
- **ความปลอดภัยของประชาชน หมายถึง (people safety)** การปราศจากอันตรายที่หลีกเลี่ยงได้ที่เกิดขึ้นกับประชาชนจากระบบบริการสุขภาพและระบบสุขภาพ (the absence of avoidable harm to people from healthcare system and health system.)

โดยมีการกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากร และประชาชน พร้อมแนวทางปฏิบัติ เพื่อสื่อสารสร้างการเรียนรู้กับสถานพยาบาล โดยบูรณาการกับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ และเป็นเป้าหมายสำคัญในกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลในประเทศไทย

การขับเคลื่อนเรื่องความปลอดภัยในประเทศไทยตั้งแต่ระดับนโยบาย การกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยและแนวทางปฏิบัติ สนับสนุนให้เกิดการรายงานอุบัติการณ์และสร้างการเรียนรู้ร่วมกันระดับประเทศ สร้างการมีส่วนร่วมระหว่าง ผู้นำ ผู้ปฏิบัติ นักวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญ และประชาชน ผ่านกลไกเครื่องมือต่าง ๆ อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ให้เกิดค่านิยมเรื่องความปลอดภัยในระบบบริการ เกิดความมุ่งมั่นที่ทุกคนตระหนักและปฏิบัติร่วมกันเพื่อความปลอดภัย เพื่อบ่มเพาะวัฒนธรรมความปลอดภัย (safety culture) ประกอบทั้งวัฒนธรรมการได้รับรู้ (informed culture) ที่มีกระบวนการ สื่อสารข้อมูล ความสำคัญ และสร้างการรับรู้ เรื่องทิศทางสถานการณ์เป้าหมายความปลอดภัยของประเทศ วัฒนธรรมการรายงาน (reporting culture) ด้วยการรายงานอุบัติการณ์ผ่านระบบ National Reporting and Learning System และวัฒนธรรมการเรียนรู้ (learning culture) โดยเรียนรู้กระบวนการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา (root cause analysis: RCA) จากอุบัติการณ์ที่รายงานเข้ามาในระบบเพื่อออกแบบการพัฒนากระบวนการป้องกันแก้ไข มีการบูรณาการเรื่องวัฒนธรรมความปลอดภัยในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาในสถานพยาบาลอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน



3. ความยั่งยืนในระบบบริการสุขภาพ (Sustainability in Healthcare)

คำว่า “Sustainability” หรือ ความยั่งยืน มาจากรากศัพท์ของคำว่า Sustain และ Ability แปลว่า ความสามารถสู่ความยั่งยืน จึงเป็นความสามารถของสังคมมนุษย์ในการดำรงอยู่อย่างไม่สิ้นสุด ภายใต้วัฏจักรธรรมชาติของโลก¹ นำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน ซึ่งเป็นการพัฒนาที่ตอบสนองต่อความต้องการของคนรุ่นปัจจุบันโดยไม่ลดทอนความสามารถในการตอบสนองต่อความต้องการของคนรุ่นหลัง² ในระบบบริการสุขภาพ องค์การอนามัยโลกได้ให้นิยาม ของความยั่งยืนในระบบบริการสุขภาพ หมายถึง ระบบที่สามารถปรับปรุง รักษา หรือฟื้นฟูสุขภาพ โดยเกิดผลกระทบด้านลบต่อสิ่งแวดล้อมน้อยที่สุด และใช้ประโยชน์จากโอกาสในการฟื้นฟูและปรับปรุง เพื่อประโยชน์ของสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของคนรุ่นปัจจุบันและอนาคต

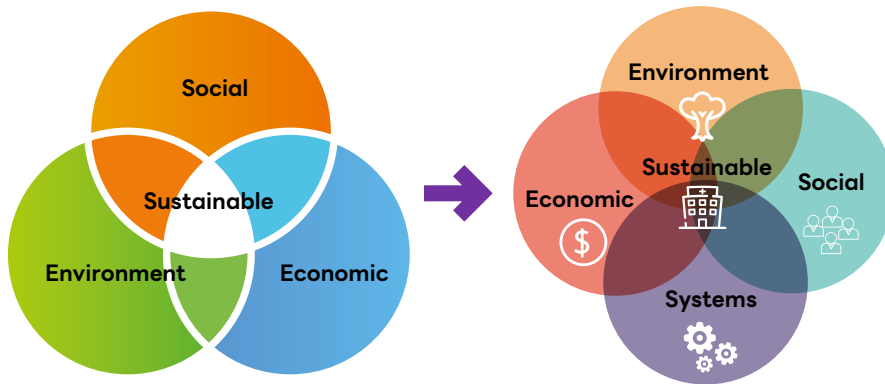
“A Sustainable Healthcare System as ‘a system that improves, maintains or restores health, while minimizing negative impacts on the environment and leveraging opportunities to restore and improve it, to the benefit of the health and well-being of current and future generations”

¹ Sustainability Illustrated. Sustainability is the Capacity of Our Human Society to Continue Indefinitely within Earth’s Natural Cycles. 2013.

² Sustainable development is development that meets the needs of the present without compromising the ability of future generations to meet their own needs; Brundtland Report, 1987.

ดังนั้น การพัฒนาระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันให้มีคุณภาพและความปลอดภัยเพื่อความยั่งยืน จึงไม่เพียงเป็นการออกแบบหรือพัฒนาระบบเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย (health needs และ social needs) เฉพาะในปัจจุบัน หากแต่ต้องคาดการณ์และคำนึงถึงความต้องการและผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงที่มีโอกาสเกิดขึ้นกับผู้ป่วย บุคลากร ประชาชนและชุมชน ในอนาคต

การพัฒนาสู่ความยั่งยืนโดยทั่วไปประกอบด้วย 3 เสาหลัก ได้แก่ องค์ประกอบทางสังคม องค์ประกอบสิ่งแวดล้อม และองค์ประกอบทางเศรษฐกิจ แต่ความยั่งยืนของบริการสุขภาพเพิ่มองค์ประกอบเรื่องระบบเพื่อความยั่งยืน ภาพที่ 3



ภาพที่ 3 The Traditional Pillars of Sustainability

ที่มา: Blanch S. The Traditional Pillars of Sustainability: Social, Environmental and Economic, in Addition to Systems Sustainability in The Context of Healthcare. Sketch by: Shari Blanch, 2021.

1. ความยั่งยืนทางสิ่งแวดล้อม (environmental sustainability) ในระบบสุขภาพให้ความสำคัญ และคำนึงถึงเรื่องการออกแบบและพัฒนาระบบที่ต้องคำนึงถึงสิ่งแวดล้อมลดการเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างและปล่อยก๊าซเรือนกระจก รวมถึงมลพิษต่าง ๆ ที่อาจเกิดจากระบบบริการสุขภาพ และการใช้พลังงานอย่างมีประสิทธิภาพ
2. ความยั่งยืนทางสังคม (social sustainability) ในด้านการดูแลสุขภาพมุ่งเน้นไปที่การยกระดับคุณภาพชีวิต และปรับปรุงความเป็นอยู่ที่ดีของประชากร การเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและความปลอดภัยอย่างเป็นธรรม
3. ความยั่งยืนทางด้านเศรษฐกิจ (economic sustainability) ระบบบริการสุขภาพต้องคำนึงถึงการออกแบบระบบบริการที่ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความคุ้มค่า และเพิ่มคุณค่าในระบบ

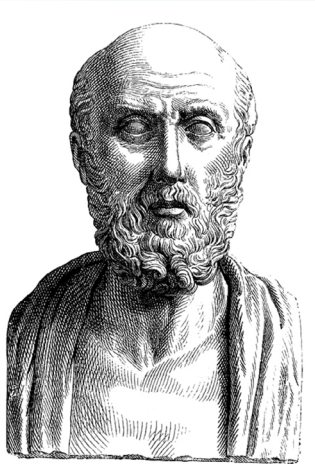
4. ความยั่งยืนการดูแลสุขภาพ (systems sustainability) ต้องคำนึงถึงการออกแบบระบบที่ประกอบด้วยบุคลากรที่มีศักยภาพ เพียงพอ เหมาะสม และมีสุขภาวะ การออกแบบกระบวนการทำงานที่มีคุณภาพพร้อมรับการเปลี่ยนแปลง และการสนับสนุนด้วยดิจิทัลเทคโนโลยีที่เหมาะสม

4. วิวัฒนาการคุณภาพและความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพ (The Evolution of Quality and Safety in Healthcare)

การพัฒนาเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องยาวนานย้อนหลังไปช่วงก่อนคริสต์ศตวรรษที่ 19 จนถึงปัจจุบัน เกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ วิธีคิด และธรรมเนียมปฏิบัติตามช่วงระยะเวลาต่าง ๆ ซึ่งสัมพันธ์กับสถานการณ์สิ่งแวดล้อม สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งทำให้เกิดการคาดการณ์การเปลี่ยนแปลงวิถีปฏิบัติที่จะบ่มเพาะให้เกิดเป็นวัฒนธรรมที่มีในระบบบริการสุขภาพเพื่อความยั่งยืน

1. Pre-19th Century: The Era of Professional Autonomy (before 1800s)

ช่วงก่อนคริสต์ศตวรรษที่ 19 คุณภาพของการดูแลรักษาผู้ป่วย เป็นการมุ่งเน้นที่ความสามารถ ทักษะ และประสบการณ์ของแพทย์แต่ละคน ประกอบกับการปฏิบัติตามหลักจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพเป็นหลัก โดยสืบทอดแนวคิดนี้มาตั้งแต่ช่วง 460 ปีก่อนคริสต์ศักราช เป็นช่วงเวลาที่ก่อกำเนิด ฮิปโปเครติส (hippocrates) แพทย์ชาวกรีกโบราณ บิดาแห่งการแพทย์ (the father of medicine) ซึ่งเป็นผู้ค้นคว้านำวิธีการรักษาโรคแบบใหม่ที่ต้องวินิจฉัยถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคก่อนแล้วจึงทำการรักษา แทนการรักษาด้วยพิธีกรรมตามความเชื่อต่าง ๆ ฮิปโปเครติสเป็นคนแรกที่เริ่มทำระเบียบบันทึกอาการและประวัติของคนไข้ รวมถึงวางกฎเกณฑ์วิธีการปฏิบัติของแพทย์ต่อคนไข้ เพื่อสอนแพทย์ทุกคนให้เป็นผู้มีคุณธรรม มีศีลธรรมจรรยา ประพฤติปฏิบัติต่อคนไข้ให้ถูกต้องตามหลักวิชาแพทย์อย่างเคร่งครัดตาม “คำปฏิญาณอันเป็นจริยธรรมของแพทย์” ซึ่งเรียกว่า Hippocratic Oath คำปฏิญาณที่เป็นข้อความอมตะว่า “first, do no harms” เป็นเสมือนจุดเริ่มต้นของการปฏิญาณที่จะดูแลคนไข้ให้ปลอดภัย



ภาพที่ 4 The Greek Physician Hippocrates

ที่มา: <https://en.wikipedia.org/wiki/Hippocrates>

ความท้าทายของระบบบริการสุขภาพในช่วงนี้คือ การดูแลรักษาขึ้นอยู่กับความรู้ และประสบการณ์แบบดั้งเดิมของตัวบุคคล ยังไม่มีหลักฐานตรวจสอบทางวิทยาศาสตร์ การเกิด อันตรายหรือการบาดเจ็บของผู้ป่วยจากการดูแลรักษา (adverse events) สามารถเกิดขึ้นได้

2. 19th Century: Sanitation and Environment (1800s-1899s)

ช่วงคริสต์ศตวรรษที่ 19 เป็นช่วงที่การดูแลรักษาความสะอาด สุขอนามัย และ สิ่งแวดล้อมมีความสำคัญ สามารถลดการเสียชีวิตจากโรคระบาด และเป็นช่วงที่เกิดบุคคลสำคัญ ในวงการพยาบาลในช่วงสงครามไครเมีย (ค.ศ. 1853-1856) ฟลอเรนซ์ ไนติงเกล เป็นผู้เริ่มต้น จัดการสุขอนามัยโรงพยาบาลสนามในค่ายทหารให้โล่ง เปิดหน้าต่างให้ลมพัดผ่าน แสงแดด ส่องถึง จัดหาน้ำสะอาด วางระบบระบายน้ำและของเสีย ปิดฝาท่อระบายน้ำสกปรก รวมถึง การดูแลล้างแผล ทำความสะอาดบาดแผลให้ทหารที่ได้รับบาดเจ็บในเวลากลางคืน เป็นที่มา ของ The Lady with the Lamp ส่งผลให้ทำให้อัตราการเสียชีวิตของทหารลดลงอย่างมาก เกือบร้อยละ 60 อัตราการตายจากร้อยละ 42 เหลือเพียงร้อยละ 2 ภายในเวลา 6 เดือน เป็นการดูแลที่ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยและเป็นจุดเริ่มต้นของคุณภาพ ซึ่งต่อเนื่องมาจนถึงช่วงต้น ของคริสต์ศตวรรษที่ 20



ภาพที่ 5 Florence Nightingale (ค.ศ. 1820 -1910), “The Lady with the Lamp”

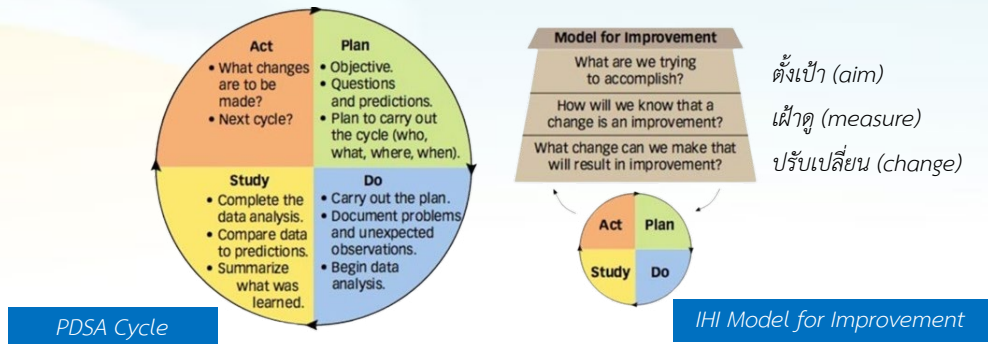
ที่มา: <https://nursefocus.org/remembering-the-lady-with-a-lamp/>

3. Early 20th Century: Standardization and Regulation (1900s - 1950s)

ช่วงต้นคริสต์ศตวรรษที่ 20 สถานพยาบาลเริ่มมีการกำหนดมาตรฐานการดูแลขั้นพื้นฐานเพื่อสร้างความมั่นใจการให้บริการที่มีความสม่ำเสมอ เริ่มมีการกำหนดและกำกับ การออกใบอนุญาตในการดูแลรักษา และเกิดองค์กรที่รับรองสถานพยาบาลคือ The Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH) ในปี ค.ศ. 1951 เป็นครั้งแรก ที่ประเทศสหรัฐอเมริกาโดยเป็นการรับรองการปฏิบัติตามมาตรฐานเพื่อความปลอดภัยขั้นพื้นฐาน เป็นการเริ่มต้นของการพัฒนาคุณภาพโดยการมุ่งเน้นทำตามแนวทางปฏิบัติ ซึ่งเป็น Quality 1.0 งานด้านสาธารณสุขให้ความสำคัญไปที่สุขอนามัย ความสะอาด และการควบคุม การติดเชื้อ แต่ยังมุ่งเน้นการปฏิบัติตามกระบวนการ เป็นหลักมากกว่าผลลัพธ์ของผู้ป่วย ยังคงมีความเข้าใจที่จำกัดเกี่ยวกับข้อผิดพลาดด้านการดูแลสุขภาพอย่างเป็นระบบ

4. Mid-20th Century: The Quality Assurance Era (1960s - 1980s)

ช่วงกลางคริสต์ศตวรรษที่ 20 เป็นช่วงของการให้ความสำคัญกับการประกันคุณภาพ และการปรับปรุงกระบวนการ การเพิ่มขึ้นของโครงการประกันคุณภาพอย่างเป็นทางการใน โรงพยาบาล มีการแนะนำแนวคิดจากอุตสาหกรรมอื่น ๆ เช่น การจัดการคุณภาพโดยรวม (Total Quality Management: TQM) และการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement: CQI) มาพัฒนาในระบบบริการสุขภาพ เป็นการเริ่มต้นการพัฒนาคุณภาพ อย่างเป็นระบบ มีการกำหนดเป้าหมาย ผลลัพธ์ ปรับปรุงเปลี่ยนแปลง เป็นการพัฒนาทั้งองค์กร เป็นช่วงของการเริ่มต้นการพัฒนาคุณภาพ แบบ Quality 2.0 โดยมีการพัฒนาแนวปฏิบัติและ ระเบียบปฏิบัติทางคลินิกตามหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ และมีการรับรู้ถึงปัจจัยของมนุษย์และข้อ ผิดพลาดของระบบที่ส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย แต่ยังมีข้อจำกัดในเรื่องการรวบรวมและ วิเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ อย่างเป็นระบบที่ชัดเจน



ภาพที่ 6 Ronald Moen. Foundation and History of the PDSA Cycle

ที่มา: Langley GL, Moen R, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance* (2nd Edition).

San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 2009.

5. Late 20th Century: Patient Safety Movement (1990s - Early 2000s)

ปี ค.ศ. 1997 เกิดจุดเปลี่ยนสำคัญในการเคลื่อนไหวเรื่องความปลอดภัยในผู้ป่วย จากรายงานของ Institute of Medicine (IOM) เรื่อง “To Err Is Human” ที่สะท้อนให้เห็นความคลาดเคลื่อนทางการแพทย์ที่เกิดจากระบบแทนการกล่าวโทษตัวบุคคล เข้าใจข้อจำกัดของมนุษย์ ให้ความสำคัญกับการสร้างระบบเพื่อการป้องกัน เกิดการขับเคลื่อนเป็นวงกว้างเรื่อง Patient Safety ในระดับนโยบายโดยผู้นำประเทศ และการเชิญชวนประเทศสมาชิกทั่วโลกให้ความสำคัญกับเรื่อง Patient Safety ผ่านการประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลก มีการกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยระบบรายงานอุบัติการณ์ เกิดการทบทวน การเรียนรู้ และกระบวนการทำ Root Cause Analysis เกิดการขับเคลื่อนเรื่อง Patient Safety เป็นวงกว้าง ให้ความสำคัญกับ Quality of Care รวมถึงมีการออกแบบระบบในการทำงานใหม่ ๆ เช่น Six Sigma และ Lean Healthcare เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ท้าทาย เป็นการสร้างความเชื่อในธรรมเนียมปฏิบัติใหม่ที่สำคัญกับระบบเพื่อนำไปสู่วัฒนธรรมคุณภาพและความปลอดภัย



ภาพที่ 7 หนังสือ To Err is Human เผยแพร่ ปี ค.ศ. 1999 โดย Committee on Quality of Health Care in America และเกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายโดยประธานาธิบดี บิล คลินตัน

6. Early 21st Century: Data-Driven Quality and Patient-Centered Care (2010s - Present)

ช่วงต้นคริสต์ศตวรรษที่ 21 เป็นช่วงที่ให้ความสำคัญการเก็บและใช้ประโยชน์จากข้อมูลในการวิเคราะห์มีการใช้ Electronic Health Records (EHRs) มีการใช้แดชบอร์ดทางคลินิก ตัวชี้วัดประสิทธิภาพหลัก (KPI) และเครื่องมือเปรียบเทียบ ให้ความสำคัญกับผลลัพธ์ของบริการสุขภาพมากกว่าปริมาณ มุ่งเน้นการสร้างคุณค่าจากระบบบริการ (value based care) รวมถึงการให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วม (patient engagement) และมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered care) เสริมพลังและร่วมตัดสินใจ (shared decision-making) ขยายการมุ่งเน้นไปที่ความแตกต่างด้านการดูแลสุขภาพและปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม ในขณะที่มีความท้าทายในการสร้างสมดุลระหว่างเทคโนโลยีกับการดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ในการดูแลสุขภาพ การรักษาและคุ้มครองความปลอดภัยของข้อมูล ความสามารถในการทำงานร่วมกันของผู้คนที่หลากหลายต่าง generation และภาระการดูแลระบบต่าง ๆ ที่เกิดจากเทคโนโลยีเข้ามาสนับสนุน

7. Future of Quality and Safety: Predictive and Personalized Healthcare (2020s and Beyond)

การคาดการณ์อนาคตเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพ นำไปสู่การบูรณาการปัญญาประดิษฐ์ (artificial intelligence: AI) การเรียนรู้โดย machine และการวิเคราะห์ข้อมูลขนาดใหญ่ (big data) เพื่อคาดการณ์การเสื่อมสภาพของผู้ป่วยและเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลกับระบบบริการสุขภาพ ก้าวสู่การแพทย์ที่แม่นยำ (precision medicine) เพิ่มการมุ่งเน้นด้านการดูแลสุขภาพเฉพาะบุคคล (personalized healthcare) ปรับแต่งการรักษาตามพันธุกรรมและปัจจัยการดำเนินชีวิต การใช้เทคโนโลยีพัฒนาการเข้าถึงและให้บริการที่คาดไม่ถึง มีการออกแบบบริการแบบมีส่วนร่วมทั้งผู้ให้บริการ และผู้เชี่ยวชาญทางด้านดิจิทัลเทคโนโลยี ที่วางระบบป้องกันข้อผิดพลาดและมีความปลอดภัย ขยายกลยุทธ์การจัดการด้านสุขภาพของประชากรโดยให้ประชาชน ชุมชน และสังคมมีส่วนร่วมเพื่อจัดการกับโรคเรื้อรังและการดูแลป้องกันที่ยั่งยืน เป็นการก้าวสู่การพัฒนาคุณภาพอย่างมีส่วนร่วม (co-production) ซึ่งเป็น Quality 3.0 อย่างไรก็ตามมีความท้าทายเรื่องจริยธรรมของการใช้ AI ในการตัดสินใจด้านการดูแลสุขภาพ รวมถึงความแตกต่างในการเข้าถึงและใช้กับระบบบริการที่ขับเคลื่อนด้วยเทคโนโลยี

ตารางที่ 1 The Evolution of Quality and Safety in Healthcare

Era	Focus	Approach	Key Innovations
Pre-19 th Century (Before 1800s)	Individual Competence	Ethical Practice	Hippocratic Oath, Apprenticeship
19 th Century (1800s-1899s)	Sanitation and Environment	Compliance	Florence Nightingale
Early 20 th Century (1900s - 1950s)	Standardization & Regulation	Compliance and Audits	Accreditation, Public Health
Mid-20 th Century (1960s - 1980s)	Quality Improvement	Process Control and Assurance	TQM, CQI, Evidence-based Care
Late 20 th Century (1990s - Early 2000s)	Patient Safety Movement	System-based Error Prevention	RCA, Lean, Six Sigma
Early 21 st Century (2010s – Present)	Data-driven Care	Patient-centered and Value-based	EHRs, Value-based Purchasing
Future Trends (2020s and Beyond)	Predictive and Personalized	AI-driven, Proactive Safety	AI, Precision Medicine, Wearables

การสร้างวัฒนธรรมคุณภาพและความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพมีวิวัฒนาการต่อเนื่องมายาวนาน มีการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ ทศนคติ และวิถีปฏิบัติตามช่วงเวลา สถานการณ์ แต่สิ่งที่เป็เป้าหมายร่วมของการเปลี่ยนแปลงต่อเนื่องมาโดยตลอดทุกยุคสมัย คือ การมุ่งหวังให้ผู้ป่วยรักษาหาย ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการมีสุขภาพดี มีสุขภาพะ ทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ การบ่มเพาะให้บุคลากรสาธารณสุขมีวัฒนธรรมคุณภาพและความปลอดภัยที่ดีเป็นพื้นฐาน จักนำไปสู่ออกแบบระบบบริการสุขภาพที่คำนึงถึงคุณภาพและความปลอดภัย โดยตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย (health needs และ social needs) ในปัจจุบัน และคำนึงถึงผลกระทบกับการเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อม สังคม และเศรษฐกิจรวมถึงความต้องการประชากรและผู้ป่วยในอนาคตร่วมด้วย การสร้างวัฒนธรรมคุณภาพและความปลอดภัยในระบบบริการจึงเป็นจุดคานงัดสำคัญในการส่งเสริมให้ระบบบริการสุขภาพของไทยมีอนาคตที่ยั่งยืน (building quality and safety culture for the future sustainability)

5 Building Quality and Safety Culture for the Future Sustainability

การสร้างวัฒนธรรมคุณภาพและความปลอดภัยในองค์กร เป็นสิ่งที่จะช่วยหล่อหลอมคนในองค์กรร่วมกันขับเคลื่อนงานในองค์กรบรรลุเป้าหมายร่วมขององค์กร และนำไปสู่ความยั่งยืน โดยมีขั้นตอนการสร้างวัฒนธรรมคุณภาพและความปลอดภัยเสนอเป็นแนวทางสำหรับการปฏิบัติมีดังนี้

- 1. Leadership Commitment** การสร้างวัฒนธรรมคุณภาพและความปลอดภัยในองค์กรควรเริ่มที่ผู้นำมีความมุ่งมั่นตั้งใจในการผลักดันเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยในองค์กรซึ่งประกอบด้วย
 - Vision and Strategy: การกำหนดวิสัยทัศน์และกลยุทธ์การขับเคลื่อนองค์กรที่ให้ความสำคัญกับเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย
 - Role Modeling: ผู้นำเป็นต้นแบบในการแสดงพฤติกรรมที่มุ่งเน้นเป้าหมายคุณภาพและความปลอดภัยในระบบบริการและการทำงานประจำ
 - Resource Allocation: สนับสนุนทรัพยากรในการทำงานเพื่อนำไปสู่คุณภาพและความปลอดภัย
- 2. Employee Engagement and Accountability** สร้างความสัมพันธ์และบรรยากาศในองค์กรให้บุคลากรมีความตระหนักร่วมในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยในการทำงานร่วมกัน
 - Involve Everyone: ให้ความสำคัญกับบุคลากรทุกคนในองค์กรเสมือนเป็นเจ้าขององค์กรร่วมกัน มีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร
 - Accountability Frameworks: สร้างความตระหนักและรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ชัดเจนของบุคลากรทุกคนในองค์กร ซึ่งนำไปสู่คุณภาพและความปลอดภัย
 - Empowerment: รับฟังและเสริมพลังให้บุคลากรสามารถสะท้อนความรู้สึก ความกังวล ข้อจำกัด ในการทำงานด้วยความมั่นใจและปราศจากการนำไปสู่ผลกระทบต่อบุคลากรในเชิงลบ
- 3. Transparent Communication** มีการสื่อสารที่เปิดกว้าง โปร่งใส และซื่อสัตย์ ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญในการสร้างวัฒนธรรมคุณภาพและความปลอดภัย ดังนี้
 - Incident Reporting Systems: มีระบบรายงานความเสี่ยงและอุบัติการณ์ครอบคลุมความคลาดเคลื่อน (error) หรือเกือบพลาด (near-misses) และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เพื่อสร้างการเรียนรู้จากข้อผิดพลาด โดยไม่นำไปสู่การลงโทษ



- Regular Feedback: จัดให้มีรูปแบบ วิธีการ ในการสะท้อนการทำงานกัน อย่างสม่ำเสมอในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยเพื่อการพัฒนาให้ดีกว่าเดิม
- Interdisciplinary Collaboration: ส่งเสริมให้เกิดการทำงานร่วมกัน แบบสหสาขาวิชาชีพ และข้ามสายงาน โดยแลกเปลี่ยนและแบ่งปันข้อมูล และทรัพยากรร่วมกัน ลดการทำงานแบบไซโล

4. Continuous Education and Training ส่งเสริมให้มีการเรียนรู้และฝึกอบรม เพื่อเสริมสมรรถนะและทัศนคติเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง

- Ongoing Training: จัดให้มีการเรียนการสอนหรือสร้างเรียนรู้แนวทางปฏิบัติ เพื่อความปลอดภัย การปฏิบัติงานที่มีแนวทางที่มีหลักฐานอ้างอิงเชิงวิชาการ และเรียนรู้เครื่องมือคุณภาพต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้สามารถประยุกต์ ใช้ในการทำงานประจำ
- Simulation Training: การใช้สถานการณ์จริง หรือจำลองสถานการณ์ หรือ เหตุการณ์ต่าง ๆ เพื่อสร้างการเรียนรู้เรื่องคุณภาพและความปลอดภัยในวิถีปฏิบัติ
- Leadership Development: ให้ความสำคัญกับการสร้างและพัฒนาผู้นำ ในการขับเคลื่อนเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยในองค์กร รวมถึงผู้นำ ในองค์กรทุกคนต้องตระหนักและทำตัวเป็นแบบอย่าง

5. Foster a Learning Organization ส่งเสริมให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ให้ความสำคัญกับการพัฒนาและเรียนรู้จากข้อผิดพลาดเชิงสร้างสรรค์ ดังนี้

- Root Cause Analysis: ส่งเสริมให้เกิดกระบวนการค้นหาสาเหตุหรือปัจจัย กระตุ้นให้เกิดปัญหา เพื่อการพัฒนาระบบมากกว่าการมุ่งเน้นตำหนิหรือค้นหา คนผิดเป็นรายบุคคล
- Continuous Improvement Programs: ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาคุณภาพ อย่างต่อเนื่องในการทำงานประจำ โดยใช้แนวคิดเชิงระบบเพื่อปรับปรุง กระบวนการ เช่น การประยุกต์ใช้ Plan-Do-Study-Act (PDSA) cycles ในการ พัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง
- Benchmarking: เรียนรู้การใช้ประโยชน์จากการวัดคุณภาพหรือผลลัพธ์การ ทำงาน จากการเปรียบเทียบ หรือเทียบเคียง องค์กรที่ทำงานในลักษณะเดียวกัน หรือเทียบกับมาตรฐานหรือค่าผลลัพธ์ที่เป็น best practices เพื่อหาโอกาสพัฒนา อย่างสม่ำเสมอ

6. Patient-Centered Care การใช้หลักคิดหรือค่านิยมมุ่งเน้นผู้ป่วยหรือประชาชน เป็นศูนย์กลางจะนำไปสู่การออกแบบระบบบริการและการทำงานที่มีคุณภาพและ ความปลอดภัย โดยสามารถมีแนวทางดำเนินการดังนี้

- **Involve Patients:** การส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการออกแบบการดูแลรักษา การตัดสินใจกระบวนการดูแลรักษา รวมถึงรับทราบและร่วมกำหนดตัววัดผลคุณภาพและความปลอดภัยจากระบบบริการ
- **Feedback Mechanisms:** ส่งเสริมให้เกิดระบบที่ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถให้ข้อมูลสะท้อนกลับทั้งเรื่องความพึงพอใจ ความคาดหวัง ความต้องการ การร้องเรียน เพื่อนำข้อมูลมาออกแบบระบบบริการเพื่อการพัฒนา ให้ความสำคัญกับประสบการณ์ผู้ป่วยซึ่งเป็นเสียงสะท้อนจากการได้รับบริการจริง
- **Health Literacy:** สร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจกระบวนการดูแลรักษา การปฏิบัติตัว ผลกระทบ และการมีส่วนร่วม ที่นำมาซึ่งคุณภาพและความปลอดภัยของกระบวนการ โดยมีความรู้ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตัวเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของทีม เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและข้อผิดพลาดจากกระบวนการดูแลรักษา และเพิ่มผลลัพธ์ระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและความปลอดภัย

7. Collaboratives การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการพัฒนาระบบเพื่อลดข้อจำกัดของมนุษย์ในการส่งมอบระบบบริการที่มีคุณภาพและความปลอดภัย โดยมีตัวอย่างดังนี้

- **Electronic Health Records (EHR):** การใช้เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์เพื่อเพิ่มความแม่นยำถูกต้องในการเก็บรวบรวมในการเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ
- **Data Analytics:** การพัฒนาระบบการติดตามและวิเคราะห์ข้อมูลสะท้อนผลลัพธ์คุณภาพและความปลอดภัย แบบ real time.
- **Clinical Decision Support Systems:** การพัฒนาระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก เพื่อลดโอกาสที่จะเกิดความคลาดเคลื่อนหรือผิดพลาดจากข้อจำกัดของมนุษย์ โดยใช้ระบบดิจิทัลเทคโนโลยีพัฒนาข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจตามหลักฐานเชิงประจักษ์และข้อมูลเชิงวิชาการ

8. Monitoring and Evaluation พัฒนาระบบการประเมินติดตามผลเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง โดยมีการกำหนดประเด็นสำคัญต่าง ๆ ดังนี้

- **Key Performance Indicators (KPIs):** กำหนดและติดตามตัวชี้วัดที่สะท้อนคุณภาพและความปลอดภัยเชิงระบบ เช่น อัตราการติดเชื้อ อัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำ และความพึงพอใจของผู้ป่วย

- Audits and Reviews: กำหนดให้มีกระบวนการตรวจสอบและการทบทวน การดำเนินการอย่างสม่ำเสมอเพื่อสร้างความมั่นใจกระบวนการทำงานว่าเป็นไปตามมาตรฐานเพื่อคุณภาพและความปลอดภัย
- Feedback Loops: กำหนดให้มีวงจรป้อนกลับ เพื่อใช้ผลการประเมินที่ได้รับ การสื่อสารมาปรับปรุงระบบและกระบวนการเพิ่มเติมเพื่อยกระดับคุณภาพ และความปลอดภัยของระบบบริการ

9. Foster a Culture of Trust องค์การควรส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดวัฒนธรรม ความไว้วางใจให้เกิดขึ้นในองค์กรด้วยวิธีการต่าง ๆ ดังนี้

- Psychological Safety: สร้างความมั่นใจให้บุคลากรรู้สึกปลอดภัย ความปลอดภัยในการรายงานปัญหาหรือเสนอแนะการเปลี่ยนแปลงในองค์กร
- Respect and Inclusion: องค์กรสร้างบรรยากาศในสถานที่ทำงานที่สนับสนุน ให้เกิดความเคารพซึ่งกันและกัน การไม่แบ่งแยก รวมถึงส่งเสริมความหลากหลาย และความเป็นธรรมเพื่อสร้างสถานที่ทำงานที่สนับสนุน
- Celebrate Successes: ส่งเสริมให้เกิดการเฉลิมฉลองความสำเร็จ สื่อสาร ให้สังคมทั้งในและนอกองค์กรรับทราบและให้รางวัลความสำเร็จในด้าน การปรับปรุงคุณภาพและความปลอดภัยอย่างเป็นรูปธรรม

10. Long-Term Commitment ผู้บริหารและบุคลากรต้องมีความความมุ่งมั่นระยะยาว ในการบ่มเพาะและสร้างให้เกิดการสร้างวัฒนธรรมคุณภาพและความปลอดภัยต่อเนื่อง และยั่งยืน โดยควรมีกระบวนการที่ต้องคำนึงถึงประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

- Periodic Assessments: ควรมีการประเมินวัฒนธรรมคุณภาพและความปลอดภัยเป็นระบบอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้มีความตระหนักรู้และปรับเปลี่ยนกระบวนการที่เหมาะสม
- Adaptability: ส่งเสริมให้บุคลากรและองค์กรมีความสามารถในการปรับตัว สามารถปรับกลยุทธ์ วิธีการ ระเบียบ ที่สอดคล้องกับทิศทางและการปรับเปลี่ยน
- Sustainability: การคำนึงถึงความยั่งยืน ที่ต้องออกแบบระบบที่สอดคล้องกับ เป้าหมายที่กว้างขึ้น โดยคำนึงถึง สิ่งแวดล้อม สังคม เศรษฐกิจ อย่างเป็นระบบ เพื่อเกิดความยั่งยืนในระบบบริการเพื่อคนรุ่นปัจจุบันและอนาคต

တစ်ပတ်



Update Knowledge for Quality and Safety Development



1. การพัฒนาองค์การที่ยั่งยืน (Sustainable Organization Development)

บทคัดย่อ

องค์การที่ยั่งยืน (sustainable organization) เป็นคำที่มีความเป็นนามธรรมอย่างมาก หากจะทำให้เกิดผลในการดำเนินการ ทั้งนักวิชาการและนักปฏิบัติจำเป็นต้องร่วมกันถอดความหาแนวทางในการดำเนินการร่วมกันจึงจะสำเร็จ บทความวิชาการนี้ สรุปและนำเสนอตัวแบบการพัฒนาองค์การที่ยั่งยืน (sustainable organization development model) ที่มีฐานมาจากการวิจัยเรื่อง Alignment for Achieving Sustainable Organization ที่ผู้เขียนได้นำเสนอในการประชุม ครั้งที่ 23 ASIAN AHRD Conference 2024 โดยใช้กระบวนการวิจัยแบบทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic literature review) ร่วมกับกรอบแนวคิดปัจจัยทั้งเก้า เพื่อการพัฒนาผลการปฏิบัติงาน (nine performance variables) โดยตัวแบบการพัฒนาองค์การที่ยั่งยืนนี้นำเสนอตามกรอบกระบวนการคิดเชิงระบบ (systems thinking) มีองค์ประกอบ 4 ส่วนที่สำคัญ (1) เริ่มจากเป้าหมายการเป็นองค์การที่ยั่งยืน ซึ่งแนวทางการดำเนินการเพื่อให้ได้ทั้งผลผลิตและผลลัพธ์ (goal as an output and outcome) (2) การพัฒนานวัตกรรม (innovation) ซึ่งเป็นเรื่องพื้นฐานในการพัฒนาองค์การที่ยั่งยืน เสมือนเป็นปัจจัยนำเข้า (input) ของกระบวนการพัฒนาองค์การ (3) การพัฒนาผลการปฏิบัติงานสมรรถนะสูง (high performance) เป็นกระบวนการสำคัญเพื่อเรียนรู้และพัฒนาให้เกิดผลการปฏิบัติงานสอดคล้องกับเป้าหมายขององค์การที่ยั่งยืน และ (4) การพัฒนาโครงสร้าง ระบบงาน และพัฒนาบุคลากร (structure, system, and people development) อันเป็นฐานของการพัฒนาองค์การที่ยั่งยืน

คำสำคัญ: องค์การที่ยั่งยืน, การพัฒนาองค์การ, นวัตกรรม

“การพัฒนาที่ยั่งยืน” (sustainable development) เป็นแนวคิดที่ถือกำเนิดอย่างเป็นทางการเมื่อสหประชาชาติในปี ค.ศ. 1987 คณะกรรมาธิการบรันด์แลนด์ (brundtland commission) ของสหประชาชาติได้ให้คำจำกัดความว่า “การพัฒนาที่ตอบสนองความต้องการของคนรุ่นปัจจุบันโดยไม่ทำลายความสามารถของคนรุ่นหลังในการตอบสนองความต้องการของตนเอง” แนวคิดเกี่ยวกับ “องค์กรที่ยั่งยืน” (sustainable organization) เริ่มได้รับความนิยมอย่างมากตั้งแต่ช่วงต้นทศวรรษ 1990s โดยการประชุม Earth Summit ที่เมือง Rio de Janeiro ในปี ค.ศ. 1992 ซึ่งได้กำหนดหลักการสำคัญเกี่ยวกับการพัฒนาอย่างยั่งยืนในระดับโลก UN Global Compact รายงานว่าปี ค.ศ. 2010 ร้อยละ 93 ของผู้บริหารระดับสูง (CEO) จำนวน 766 คนจากบริษัทระดับโลกที่ได้รับการสำรวจโดย Accenture เห็นว่าประเด็นด้านความยั่งยืนควรถูกรวมเข้ากับกลยุทธ์และการดำเนินงานขององค์กรอย่างสมบูรณ์ นอกจากนี้

ร้อยละ 96 ของผู้บริหารระดับสูง (CEO) เหล่านี้ยังเชื่อว่าความยั่งยืนจะมีความสำคัญต่อความสำเร็จในอนาคตของบริษัทของตน

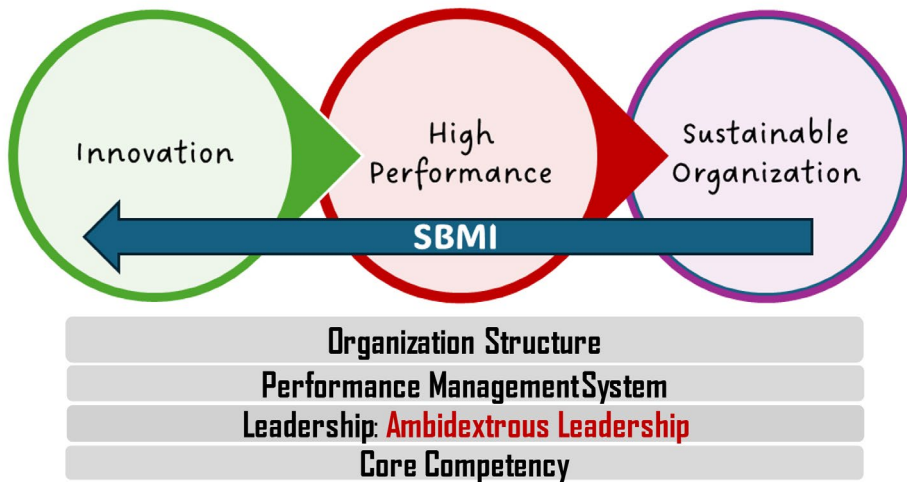
การพัฒน่องค์การยั่งยืน (Sustainable Organization Development)

การพัฒน่องค์การยั่งยืน (sustainable organization development) ให้ประสบความสำเร็จ ผู้เขียนหลายท่านได้กล่าวถึงแนวคิด Triple Bottom Line ซึ่งเป็นพื้นฐานการดำเนินธุรกิจครอบคลุมสามด้านหลัก ได้แก่ ด้านการเงิน ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม (Fauzi et al., 2010) แนวคิดนี้คล้ายกับแนวทาง 3Ps ที่เน้นสามเสาหลักขององค์กรที่ยั่งยืน ได้แก่ **People (คน) Planet (โลก) และ Profit (กำไร)** โดยทั้ง Triple Bottom Line และแนวทาง 3Ps ถูกมองว่าเป็นผลลัพธ์หรือวิสัยทัศน์ร่วมกันขององค์กรที่ยั่งยืน แม้ว่าหลายองค์กรจะเริ่มนำโครงการด้านความยั่งยืนมาใช้ แต่ยังคงมีความจำเป็นในการศึกษาว่าโครงการเหล่านี้สามารถหลอมรวมเข้าไปในวัฒนธรรมขององค์กรได้อย่างไร การวิจัยอาจมุ่งเน้นไปที่การระบุแนวทางในการฝังหลักการด้านความยั่งยืนเข้าไปในค่านิยม (core value) บรรทัดฐาน (norm) และพฤติกรรม (behavior) ของพนักงาน รวมถึงการปรับระบบให้สอดคล้องกันเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการพัฒน่องค์กร เพื่อช่วยให้ทุกองค์ประกอบภายในองค์กรทำงานร่วมกันอย่างสอดคล้องเพื่อบรรลุเป้าหมายร่วมกัน

งานวิจัย Alignment for Achieving a Sustainable Organization (Akaraborworn, 2024) นำเสนอผลการศึกษาความสอดคล้องกันของการพัฒน่องค์การยั่งยืน ซึ่งเป็นผลการทบทวนวรรณกรรมที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสาร Scimago ระดับ Quartile 1-2 โดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนา Nine Performance Variables เพื่อค้นหาปัจจัยความสำเร็จในการพัฒน่องค์การยั่งยืน ผลการวิจัยนำเสนอผลสรุปเป็นภาพที่ 8

การพัฒน่องค์การยั่งยืน (sustainable organization) จำเป็นต้องมีฐานการพัฒนานวัตกรรม (innovation) ในกระบวนการทำงาน เพื่อให้ผลการทำนวัตกรรมนั้นสร้างคุณค่า (value added) และส่งต่อถึงผลสัมฤทธิ์ให้องค์การมีสมรรถนะสูงขึ้น (high performance) สามารถทำพันธกิจที่เป็นเป้าหมายขององค์กรดังวิสัยทัศน์ที่ตั้งไว้ ทั้งนี้โดยมีฐานการพัฒนาโครงสร้างองค์กร (organization structure) ระบบการบริหารผลการปฏิบัติงาน (performance management system) ภาวะการณนำ (leadership) และสมรรถนะหลัก (core competency)

Sustainable Organization Development



ภาพที่ 8 การพัฒนาองค์กรยั่งยืน (Sustainable Organization Development Model)

องค์กรยั่งยืน (Sustainable Organization)

การเป็นองค์กรยั่งยืน (sustainable organization) เริ่มจากวิสัยทัศน์ (vision) ควรมีความกระชับและชัดเจน เพื่อให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่ายเข้าใจได้ง่าย และสามารถสื่อสารเป้าหมายด้านความยั่งยืนได้อย่างชัดเจนไม่คลุมเครือ วิสัยทัศน์ควรสะท้อนมุมมองระยะยาว โดยมุ่งเน้นเป้าหมายด้านความยั่งยืนที่คาดการณ์ถึงความท้าทายและโอกาสในอนาคตซึ่งสะท้อนความสำเร็จด้านสิ่งแวดล้อม สังคม และเศรษฐกิจที่องค์กรมุ่งหวังจะให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้ วิสัยทัศน์ควรนิ่ง (stable) พอที่จะทำให้ทิศทางที่องค์กรตั้งไว้สามารถทำให้สำเร็จได้ ขณะเดียวกัน วิสัยทัศน์ต้องมีความยืดหยุ่น (flexibility) เพื่อปรับเท่าทันการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยี พลวัตของตลาด และสภาพแวดล้อมด้านกฎระเบียบ นอกจากนี้ วิสัยทัศน์ที่มีประสิทธิภาพควรสามารถสร้างแรงบันดาลใจให้แก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยการแสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่นขององค์กรต่อความยั่งยืนที่จะดึงดูดใจพนักงาน ลูกค้า และพันธมิตร โดยการแสดงให้เห็นถึงประโยชน์ที่เป็นรูปธรรมของการเดินทางสู่ความยั่งยืน

เป้าหมายองค์กร (corporate goals) ที่ยั่งยืนควรสะท้อนถึงความสมดุลระหว่างเป้าหมายทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมวัฒนธรรมแห่งความยั่งยืนภายในองค์กร ซึ่งองค์กรยั่งยืนให้ความสำคัญ หรือคุณค่า (value) กับพันธกิจสามประการที่ปรากฏเป็นตัวแปรอิสระทั่วไป ในการอธิบายผลการดำเนินงานขององค์กร ได้แก่ การอยู่รอด การเติบโต และกำไร (survive, growth, and profit)

เมื่อแนวคิดความยั่งยืนถูกถอดออกมาเป็นเป้าหมายองค์การที่ชัดเจน สามารถสื่อสาร ถ่ายทอด นำไปปฏิบัติ ประเมิน ติดตามได้ โดยการศึกษาพบว่า กระบวนการพัฒนาที่สำคัญ ในการร้อยแนวคิดความยั่งยืนไปที่การพัฒนานวัตกรรม (innovation) และการพัฒนาสมรรถนะ สูง (high performance) จำเป็นต้องใช้ Sustainable Business Model Innovation (SBMI) หรือ นวัตกรรมรูปแบบธุรกิจที่ยั่งยืน

SBMI: กระบวนการปรับเปลี่ยนหรือออกแบบรูปแบบธุรกิจ (Business Model)

SBMI มุ่งเน้นการผสานแนวคิดด้านความยั่งยืนเข้าไปในทุกมิติของการดำเนินงาน ซึ่งรวมถึงสิ่งแวดล้อม สังคม และเศรษฐกิจ เพื่อสร้างคุณค่าอย่างยั่งยืนทั้งสำหรับองค์กร ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และโลกโดยรวม เช่น ลดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ส่งเสริมความเป็นธรรมทางสังคม สร้างคุณค่าทางการเงินอย่างยั่งยืน เป็นต้น โดยกระบวนการนี้สร้างสมดุลระหว่างการพัฒนา ปรับปรุง ระบบงานเดิมที่มีอยู่ (exploiting) และสร้างสรรค์ระบบงานใหม่ (exploration) ซึ่งจะทำให้การพัฒนางานองค์การที่ยั่งยืนเกิดขึ้นได้ หลักการของการบริหารความยั่งยืนจำเป็นต้องอยู่บนฐานของกระบวนการ SBMI ตั้งแต่การทำนวัตกรรม และการพัฒนาสมรรถนะสูง

กระบวนการพัฒนางานองค์การที่ยั่งยืน
โดยมีฐานรากการพัฒนานวัตกรรม (innovation)
เพื่อให้เกิดคุณค่าแก่บุคลากรในการพัฒนาตนเอง
และงานให้กลายเป็น “องค์กรสมรรถนะสูง”
(high performance organization)

2. การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อความยั่งยืนของสถานพยาบาล

สถานการณ์ภาวะโลกร้อน (Global Warming)

ในปัจจุบันสถานการณ์ภาวะโลกร้อน (global warming) ที่กำลังพัฒนาเข้าสู่ภาวะโลกเดือด (global boiling) เป็นสถานการณ์ที่สภาพภูมิอากาศของโลกเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและรุนแรง ซึ่งเกิดจากผลกระทบของกิจกรรมมนุษย์ ได้แก่ การปล่อยก๊าซเรือนกระจก การตัดไม้ป่า การใช้พลังงานหมุนเวียนน้อย และการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ธรรมชาติผลกระทบของภาวะโลกร้อนรวมถึงอากาศร้อนจัด น้ำท่วม การสูญเสียชีวิต การเกิดโรคต่าง ๆ และความขาดแคลนทางอาหาร ในประเทศไทย การเปลี่ยนแปลงทางสภาพภูมิอากาศมีผลกระทบที่รุนแรง มีข้อมูลรายงานว่าในปี พ.ศ. 2565 มีแนวโน้มที่อุณหภูมิเฉลี่ยสูงสุดเพิ่มขึ้นจากปีก่อนหน้าถึง 1.5 องศาเซลเซียส สภาพนี้มีผลกระทบที่สำคัญต่อสิ่งแวดล้อมและชีวิตคนในประเทศไทย อุณหภูมิสูงสุดในเดือนเมษายน 2566 ที่ผ่านมา จังหวัดตากวัดอุณหภูมิสูงถึงระดับ 44.6 องศาเซลเซียส ซึ่งถือเป็นอุณหภูมิที่อันตรายมากสำหรับชีวิตของคน และสิ่งมีชีวิตที่อาศัยอยู่ในพื้นที่นั้น อุณหภูมิสูงขนาดนี้ สามารถเกิดขึ้นเนื่องจากการกระทบของภาวะโลกเดือด

การให้บริการด้านสาธารณสุข เป็นหนึ่งในกิจกรรมที่จำเป็นของมนุษย์ และมีส่วนในการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ โดยผลการศึกษาในต่างประเทศ ของ Care Without Harm/Arup พบว่า การให้บริการทางการแพทย์ทั่วโลก (health sector) ส่งผลให้เกิดก๊าซเรือนกระจกประมาณ ร้อยละ 4.4 ของการปล่อยก๊าซเรือนกระจกทั่วโลก

The Greenhouse Gas Protocol เป็นมาตรฐานการจัดทำบัญชีก๊าซเรือนกระจกสำหรับภาครัฐและเอกชน ซึ่งพัฒนาโดย World Resource Institute (WRI) ร่วมกับ World Business Council for Sustainable Development (WBCSD) โดยแบ่งการปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากการดำเนิน โดยทางตรงและทางอ้อมเป็น 3 ขอบเขต (scope) ได้แก่

- Scope 1 การปล่อยก๊าซเรือนกระจกโดยตรง (direct emissions) จากกิจกรรมทั้งหมดขององค์กรหรือภายใต้การควบคุมขององค์กร เช่น การเผาไหม้เชื้อเพลิง
- Scope 2 การปล่อยก๊าซเรือนกระจกทางอ้อม (indirect emissions) จากพลังงานที่ซื้อมาใช้ภายในองค์กร เช่น การใช้ไฟฟ้า ไอน้ำ หรือความร้อน
- Scope 3 การปล่อยก๊าซเรือนกระจกทางอ้อมอื่น ๆ (indirect value chain emissions) ที่เกิดขึ้นจากกิจกรรมต่าง ๆ ขององค์กร แต่ไม่อยู่ภายใต้การควบคุมโดยตรง เช่น การกำจัดขยะ การขนส่งวัตถุดิบ หรือการใช้ผลิตภัณฑ์

จากการคาดการณ์ว่าระบบสุขภาพทั่วโลกมีส่วนในการปล่อยก๊าซเรือนกระจกโดยประมาณ 15% และ 50% ของการปล่อยก๊าซเรือนกระจกนั้นมาจาก Scope 1 และ 2 ตามลำดับ ส่วน Scope 3 ซึ่งรวมถึงการปล่อยทางอ้อมต่าง ๆ คิดเป็นสัดส่วนที่ใหญ่ที่สุดประมาณ 50-70%

สถานการณ์การปล่อยก๊าซเรือนกระจกของสถานพยาบาลในประเทศไทย

ในประเทศไทยก็มีการวิจัยเกี่ยวกับปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของสถานพยาบาล กรณีศึกษา (พ.ศ. 2562-2564) ในสถานพยาบาลทุกระดับ ทั้งระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ โดย HITAP โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ ผลพบว่า สถานพยาบาลระดับตติยภูมิมีการปล่อยก๊าซเรือนกระจกสูงที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 288,497 (219,696 – 357,299) ตันคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า (tCO₂e) รองลงมาคือ สถานพยาบาลระดับทุติยภูมิมีการปล่อยก๊าซเรือนกระจกเฉลี่ยอยู่ที่ 2,208 (742 – 4,055) ตันคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า (tCO₂e) ในขณะที่สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิมีการปล่อยก๊าซเรือนกระจกต่ำที่สุด เฉลี่ยอยู่ที่ 37 (27 – 53) ตันคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า (tCO₂e) การปล่อยก๊าซเรือนกระจกทางอ้อมอื่น ๆ หรือ Scope 3 มีส่วนสำคัญที่สุดในปล่อยก๊าซเรือนกระจก โดยสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ปล่อยก๊าซจาก Scope 3 ในสัดส่วน 60% 85% และ 97% ตามลำดับ ซึ่งกิจกรรมหลักที่ก่อให้เกิดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกมากที่สุด คือ การเดินทางของผู้ป่วยไปสถานพยาบาล รองลงมาคือการใช้ไฟฟ้า การใช้น้ำประปา การจัดการของเสีย และการเดินทางของบุคลากรในสถานพยาบาลแต่ละระดับ

การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อความยั่งยืนของสถานพยาบาล

ในการจัดการสิ่งแวดล้อมให้มีความยั่งยืน สถานพยาบาลต้องทำความเข้าใจถึงขนาด และขอบเขตของปัญหา ดำเนินการวิเคราะห์และเริ่มแก้ปัญหาหรือป้องกันบรรเทาการปล่อยก๊าซเรือนกระจกไม่ให้เกิดผลกระทบต่อการให้บริการของสถานพยาบาลและสิ่งแวดล้อม แนวทางการดำเนินการเพื่อลดผลกระทบและการสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อความยั่งยืนของสถานพยาบาล ได้แก่

1. **การกำหนดนโยบายในระดับองค์กร** เพื่อการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกทางการให้บริการของสถานพยาบาลที่ชัดเจน มีการจัดตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานที่ประกอบด้วยตัวแทนจากทุกหน่วยงานมาทำหน้าที่กำหนดแนวทางในการจัดการเกี่ยวกับการระบบบริการเพื่อลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกในองค์กร จัดให้มีการทบทวนกระบวนการให้บริการและกระบวนการบริการลดความซับซ้อนสู่ยุเป่่าลดการใช้พลังงาน มีการนำเทคโนโลยีมาลดขั้นตอนในการทำงาน ลดการเคลื่อนย้าย/การขนส่งของผู้ป่วย



2. **การบริหารจัดการพลังงาน** เพื่อลดการใช้พลังงาน เปลี่ยนมาใช้พลังงานสะอาด ไม่ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ด้วยการออกแบบ ก่อสร้าง ปรับปรุงอาคารให้เป็นแบบประหยัดพลังงาน ใช้วัสดุลดความร้อน การใช้แสงจากธรรมชาติ การปรับมาใช้พลังงานทดแทนที่เป็นพลังงานสะอาด เช่น การใช้ Solar Cell การปรับเปลี่ยนมาใช้รถพลังงานไฟฟ้า ทบสวนและปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อลดการใช้พลังงาน เช่น การใช้ Telemedicine การใช้ Social Media ในการประชุม เป็นต้น มีระบบการสำรองพลังงานไฟฟ้าให้เพียงพอต่อการให้บริการได้ตลอดเวลา
3. **การบริหารจัดการน้ำ** เพื่อลดผลกระทบต่อการใช้บริการของสถานพยาบาล ชุมชน และสิ่งแวดล้อมโดยรอบสถานพยาบาล ด้วยการปรับเปลี่ยนอุปกรณ์หรือสุขภัณฑ์ เพื่อประหยัดการใช้น้ำในอาคาร ปรับเปลี่ยนระบบระบายความร้อนด้วยน้ำในการระบายความร้อนของอุปกรณ์การแพทย์จากการใช้น้ำ ระบบทำความเย็นเป็นระบบปิดเพื่อลดการสูญเสียน้ำหรือปรับเปลี่ยนมาใช้อากาศแทน มีการปรับปรุงสภาพน้ำ ควบคุมการระบายน้ำทิ้งและการเติมน้ำให้มีความเหมาะสม การนำน้ำที่ผ่านการบำบัดจากระบบบำบัดน้ำเสีย และมีคุณภาพตามมาตรฐานกลับมาใช้ในการรดน้ำต้นไม้ หรือนำมาใช้เป็นน้ำในการชำระล้างในห้องน้ำ มีการติดตามประเมินระบบท่ออุปกรณ์ของระบบประปา และดำเนินการบำรุงรักษาให้อยู่ในสภาพดี มีระบบการจัดเตรียม จัดหา สำรองน้ำดื่ม/น้ำใช้ที่มีคุณภาพให้เพียงพอต่อการให้บริการ
4. **การบริหารจัดการน้ำเสีย** มีการจัดการน้ำเสียที่เกิดขึ้นจากการให้บริการของสถานพยาบาลให้มีคุณภาพน้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัดเป็นไปตามมาตรฐานและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เพื่อลดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ด้วยการประเมินปริมาณน้ำเสียที่เกิดจากการให้บริการ เพื่อพิจารณาปรับปรุงเพื่อลดปริมาณน้ำเสียให้มีปริมาณเหมาะสมกับการให้บริการ มีระบบบำบัดน้ำเสียที่มีขนาดที่เหมาะสมกับปริมาณน้ำเสียที่เกิดจากการให้บริการ มีการดูแลบำรุงรักษาระบบบำบัดให้อยู่ในสภาพที่ดีมีความสามารถในการบำบัดน้ำเสีย มีกระบวนการตรวจสอบระบบท่อรวบรวมน้ำเสีย และอุปกรณ์ของระบบบำบัดน้ำเสีย และมีกระบวนการติดตามตรวจสอบคุณภาพน้ำที่ผ่านการบำบัดให้เป็นไปตามมาตรฐานและกฎหมาย
5. **การบริหารจัดการขยะ** มีการจัดการมูลฝอยหรือขยะทุกประเภทที่เกิดจากการให้บริการของสถานพยาบาล เพื่อลดการปนเปื้อน การแพร่กระจายเชื้อ ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและชุมชน ด้วยการกำหนดประเภทของขยะให้สอดคล้องกับบริการ



ที่ให้บริการ มีการกำกับติดตามให้มีการจัดการขยะที่เป็นไปตามมาตรฐานตั้งแต่กระบวนการรวบรวม เคลื่อนย้าย สถานที่พัก และกระบวนการกำจัดให้เป็นไปตามประเภทของขยะ ลดการเกิดมลพิษที่เกิดจากการกำจัด มีการใช้มาตรการ 3R ในการจัดการขยะอย่างเป็นรูปธรรม ได้แก่ การลดการใช้ (reduce) นำกลับมาใช้ซ้ำ (reuse) นำวัสดุมาแปรรูปเพื่อเป็นวัสดุใหม่กลับมาใช้ได้ (recycle) ทั้งในสถานพยาบาลและชุมชน เพื่อลดปริมาณขยะ

6. **การบริหารจัดการมลพิษทางอากาศ** เพื่อลดมลพิษทางอากาศที่เกิดจากการให้บริการของสถานพยาบาล ไม่ให้ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ด้วยการควบคุมการออกแบบ/การปรับปรุงอาคาร สถานที่และสิ่งแวดล้อม ให้สามารถป้องกันมลพิษทางอากาศจากภายนอกอาคาร มีการควบคุมมลพิษทางอากาศที่เกิดจากแหล่งกำเนิดภายในอาคาร และมีการลดการสะสมของมลพิษทางอากาศจากการระบายอากาศ การกรองอากาศ และระบบบำบัดอากาศให้เป็นไปตามมาตรฐานของอากาศที่เหมาะสมตามพื้นที่ต่าง ๆ มีการออกแบบการใช้ระบบระบายอากาศแบบธรรมชาติหรือแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่ที่เหมาะสม มีการควบคุมแหล่งกำเนิดฝุ่นละออง การควบคุมเหตุรำคาญจากฝุ่นละออง เพื่อลดการเกิดมลพิษทางอากาศ และมีการบำรุงรักษาอย่างต่อเนื่อง เหมาะสมตามสภาพการใช้งาน มีระบบการติดตามประเมินผลตามแผนปฏิบัติงานการควบคุมคุณภาพอากาศอย่างต่อเนื่อง
7. **การลดการปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์** เป็นการพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการให้บริการ และกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นสถานพยาบาลที่ปลดปล่อยคาร์บอนต่ำ ลดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม มีการวิเคราะห์และรวบรวมกิจกรรมที่ก่อให้เกิดก๊าซคาร์บอนภายในสถานพยาบาล ทั้งทางตรง ทางอ้อม และทางอ้อมอื่น ๆ เพื่อดำเนินและกำหนดเป้าหมายการปลดปล่อยก๊าซคาร์บอนสำหรับสถานพยาบาล มีการออกแบบโครงสร้างอาคารและการก่อสร้างบนพื้นฐานแนวคิดหลักการคาร์บอนต่ำ (low carbon) การออกแบบระบบบริการสุขภาพและการรักษาพยาบาลให้มีการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม มีการจัดทำโครงการพลังงานทดแทน และการใช้พลังงานอย่างมีประสิทธิภาพ การลดปริมาณการเกิดของเสียและการจัดการของเสียจากสถานพยาบาลอย่างยั่งยืน มีการจัดการระบบการขนส่งภายในและภายนอก การจัดซื้อจัดจ้างเวชภัณฑ์ คอมพิวเตอร์ เครื่องมือแพทย์ อุปกรณ์ทางการแพทย์ อาหาร และผลิตภัณฑ์อื่น ๆ ที่เหมาะสมบนพื้นฐานแนวคิดคาร์บอนต่ำ (low carbon)

8. **การจัดการพื้นที่สีเขียว** เพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมในสถานพยาบาลให้เป็นที่พักผ่อนของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ ประชาชน และช่วยทำให้มีสุขภาพที่ดี ลดปริมาณก๊าซคาร์บอนในอากาศ สถานพยาบาลควรมีการกำหนดนโยบายในการเพิ่มพื้นที่สีเขียวให้มากขึ้น จัดสวนในระหว่างอาคารและพื้นที่ต่าง ๆ เพื่อช่วยควบคุมอุณหภูมิและกรองมลพิษต่าง ๆ จัดทำทางเดิน ทางจักรยาน สถานที่พักผ่อนภายในสวนเพื่อให้ผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และประชาชนใช้ประโยชน์
9. **มีการวางแผน** และดำเนินการบำรุงรักษาอาคาร สถานที่ เครื่องมือและอุปกรณ์ ในการสนับสนุน อุปกรณ์การแพทย์ตามแผนที่วางไว้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้อาคารสถานที่ อุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์อยู่ในสภาพที่ดี ลดการใช้พลังงาน และไม่เพิ่มมลพิษต่อสิ่งแวดล้อมและชุมชน
10. **การวางแผนตอบโต้ภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน** มีการวิเคราะห์ภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นอันเป็นผลกระทบจากภาวะโลกร้อนหรือภาวะโลกเดือด ทั้งด้านพลังงาน น้ำท่วม/น้ำแล้ง แผ่นดินไหว อุณหภูมิที่มีการเปลี่ยนแปลง เรื่องวัตถุอันตรายและอาหาร โรคระบาดต่าง ๆ นำมาวางแผนในการป้องกัน การตอบโต้/เผชิญเหตุ และการฟื้นฟู ดำเนินการจัดเตรียมวัสดุ อุปกรณ์ ระบบสำรองต่าง ๆ ให้มีความเพียงพอ พร้อมใช้ในกรณีเกิดเหตุการณ์ขึ้น เพื่อสนับสนุนให้ระบบบริการของสถานพยาบาลดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง

สรุป

การรับมือกับผลกระทบที่จะเกิดจากภาวะโลกร้อนและภาวะโลกเดือดต้องเป็นความรับผิดชอบร่วมกันของทุกคนในสถานพยาบาลและประชาชน โดยการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจก ส่งเสริมพลังงานที่มีประสิทธิภาพ การอนุรักษ์ หรือลดการใช้ทรัพยากรธรรมชาติ การสร้างการเข้าใจในสิ่งแวดล้อม และการเผชิญหน้ากับภาวะโลกเดือดที่กำลังเกิดขึ้น ทุกคนมีส่วนสำคัญในการรับมือกับภาวะนี้เพื่อให้สิ่งแวดล้อมมีความมั่นคงและยั่งยืนต่อไปในอนาคต ตามความหมายของคำว่า Sustainable ที่ว่า “การพัฒนาสิ่งที่มีอยู่ในปัจจุบันให้คงอยู่เพื่อต่อยอดสู่อนาคตและตอบสนองต่อความต้องการของคนในปัจจุบัน โดยที่ไม่ส่งผลกระทบต่อคนรุ่นหลัง”

3. ศิลปะการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient Center Care; The Art of Quality Care Through Patient's Eyes)

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient centered care) มีมาในประวัติศาสตร์ทางการแพทย์ และระบบสุขภาพมา เป็นระยะเวลานาน แต่มาเริ่มต้นอย่างจริงจังตั้งแต่ช่วงคริสต์ศักราชที่ 17 อันเป็นยุคที่รุ่งโรจน์ หรือ ยุครุ่งอรุณ ของการพัฒนาสุขภาพสมัยใหม่ เนื่องจาก ผู้รับบริการมีความตื่นตัวในการดูแลสุขภาพของตนเอง และต้องการมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาลให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น ในช่วงเวลานั้นองค์กรและหน่วยงานด้านสุขภาพได้ยอมรับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมีการกำหนดนโยบายด้านนี้ลงสู่การดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรมมีความชัดเจน

ระบบการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง นับว่าเป็นเป้าหมายสำคัญในการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยขึ้นมามีระดับ ด้วยการให้ความเคารพ และการรับฟังความต้องการของผู้ป่วยอย่างเอาใจใส่ และมีระบบการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างทันทั่วที่ ผ่านการสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ทำให้การตัดสินใจทางคลินิกและขั้นตอนการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยเพิ่ม “คุณค่า” ให้กับผู้ป่วยอย่างสมบูรณ์ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ และส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อการรักษาพยาบาล จึงนับได้ว่าแนวคิดของการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ได้ถูกนำมาใช้ภายใต้บริบทและคุณลักษณะและมุมมองอันแตกต่างหลากหลายของผู้ป่วย นับว่าเป็นการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเจาะจงเฉพาะราย (individualized patient care) นั่นเอง โดยไม่มุ่งเน้นเฉพาะการรักษาเฉพาะทางด้านโรคเพียงอย่างเดียว

ในปี ค.ศ. 1988 Picker Commonwealth Program for Patient-Centered Care สถาบันการวิจัยในเมืองบอสตัน สหรัฐอเมริกา ได้วิจัยเชิงคุณภาพระดับชาติเพื่อค้นหากระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ให้คุณค่ากับผู้ป่วยมากที่สุด ด้วยการสำรวจประสบการณ์ของผู้ป่วย (patient experience) และนำผลการสำรวจนี้มาเป็นแนวทางในการกำหนดแนวทางในประเมินการดูแลตามแนวการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ในช่วงเวลานั้น ได้มีการให้คำนิยามศัพท์ของการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางว่า การยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง หมายถึง การดูแลสุขภาพที่สร้างความร่วมมือระหว่างผู้ปฏิบัติงาน ผู้ป่วย และครอบครัวของพวกเขา เพื่อให้แน่ใจว่าการตัดสินใจด้วยความเคารพความต้องการ ความจำเป็น และความชอบ ความปรารถนาที่จริงใจของผู้ป่วย และผู้ป่วยได้รับข้อมูลและความรู้ที่เหมาะสม ตลอดจนการสนับสนุนที่จำเป็นในการร่วมตัดสินใจ และมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลตนเอง³ และองค์การอนามัยโลกให้คำอธิบายว่า การดูแลผู้ป่วย

³ Rogers A, Kennedy A, Nelson E, Robinson A (2005) *Uncovering the Limits of Patient-centeredness: Implementing a Self-management Trail for Chronic Illness. Qualitative Health Research* 125(2): 224-39.

เป็นศูนย์กลาง คือ การปฏิบัติต่อผู้ป่วยในฐานะของปัจเจกบุคคล “treating the patient as a unique individual”⁴

การรวบรวมข้อมูลจากประสบการณ์ของผู้ป่วยได้ตอกย้ำความเข้าใจว่าการสร้างร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อออกแบบการดูแลผู้ป่วยมีความสำคัญมากต่อกระบวนการรักษาพยาบาลเพียงใด เป็นเวลาหลายทศวรรษแล้วที่สถาบันการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวแห่งสหรัฐอเมริกาได้ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยรวมทั้งการสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น และในปัจจุบันองค์กรทั่วทั้งโลกให้การยอมรับแนวคิดเหล่านี้แพร่หลายมากขึ้น

Patient centered Care การดูแลผู้ป่วยที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางได้เป็นหัวข้อหลักในการอภิปรายอย่างกว้างขวางให้เป็นองค์ประกอบหนึ่งในหอคงค์ประกอบที่สำคัญของการยกระดับคุณภาพการบริการด้านสุขภาพขั้นสูง โดยยึดลูกค้าเป็นศูนย์กลางและที่ให้ความสำคัญกับการเคารพผู้ป่วย และมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง เป็นการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ กับผู้ป่วยที่มีคุณภาพสูง และมีความเป็นมืออาชีพ

ในปี ค.ศ. 2022 สถาบัน The Beryl Institute – Ipsos PX Pulse ประเทศสหรัฐอเมริกาได้สำรวจประสบการณ์การรับบริการของผู้ป่วย พบว่า ร้อยละ 60 ของผู้ที่ตอบแบบสอบถามให้ความเห็นว่าตนเอง มีประสบการณ์การดูแลสุขภาพเชิงลบโดยสิ้นเชิง เหตุผลของการมีประสบการณ์ที่ไม่ดีเกิดจากความกดดันในระบบสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น เช่น ระยะเวลารอคอยที่นานมากขึ้น ปัญหาการเข้าถึงบริการ บุคลากรทางการแพทย์ลดลง ทำให้มีการตอบสนองล่าช้า ทำให้การรับฟังผู้ป่วยลดลง การสื่อสารด้วยความเข้าใจน้อยลง จนทำให้เกิดความรู้สึกว่าผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลด้วยความเคารพ และไม่มีศักดิ์ศรี อย่างไรก็ตามบทวิเคราะห์ของการสำรวจได้มีข้อคิดเห็นเพิ่มเติมว่า ปัจจัยหนึ่งอาจจะมีผลมาจากการที่ผู้ป่วยมีความคาดหวังสูงขึ้นต่อระบบบริการสุขภาพ

ระบบการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient centred care) นี้ จึงควรจะต้องมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องและมีระบบใหญ่ เพื่อกำหนดนโยบายและสนับสนุนทรัพยากรอย่างจริงจัง ไม่ต่างคนต่างทำ มีระบบการให้ความรู้ความเข้าใจสำหรับบุคลากร ที่ลึกซึ้ง ที่ทำให้แนวคิดนี้มีความเป็นไปได้อย่างต่อเนื่อง และมีความยั่งยืน

คนเป็นศูนย์กลาง ภาวะของศิลปะ Person-centredness – The ‘state’ of the art

แนวคิดคนเป็นศูนย์กลาง หรือการบริการที่ยึดคนเป็นศูนย์กลางได้กลายเป็นเรื่องปกติในการให้บริการด้านสุขภาพระดับทั่วโลก แต่ความหมายที่ซ่อนภายใต้คำว่า “คนเป็นศูนย์กลาง” หรือ การดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางนั้น มีความหมายที่สำคัญกว่านั้นคือ เป็นการแสดงถึง

⁴ World Health Organization, WHO Global Strategy on People-centred and Integrated Health Service.



การที่องค์กรมีความสามารถจัดการบริการสุขภาพที่มีมนุษยธรรม หรือมีความเป็นมนุษย์สูงขึ้น โดยจะมีระบบที่สร้างความมั่นใจผู้ป่วยว่า จะมีการส่งมอบการดูแลที่ดี และสอดคล้องกับความต้องการมากที่สุด เพราะในความหมายที่แท้จริงของความเป็นคน หรือการยึดคนเป็นศูนย์กลางนั้น องค์กรหรือบุคลากรทางการแพทย์ จะต้องเรียนรู้ข้อมูลเชิงลึกของบุคคลนั้น ๆ เช่น วัฒนธรรม ความเชื่อ บริบท และสังคม เพื่อนำมาประกอบการนำลงสู่การปฏิบัติ เพื่อให้ได้ตามเป้าหมายของคำว่า “การยึดคนเป็นศูนย์กลาง” ซึ่งนับว่าเป็นความท้าทายอย่างมาก

ความหมายของคำว่า “คนเป็นศูนย์กลาง” นี้ คงไม่มุ่งเน้นเฉพาะการดูแลผู้ป่วย ญาติ ครอบครัวเท่านั้น แต่หมายรวมถึง การให้ความสำคัญกับคุณค่า ของ “คนทำงาน” หรือ บุคลากรทางการแพทย์ด้วย ที่ทุกองค์กรไม่ควรละเลย

องค์การอนามัยโลกยังได้ส่งเสริมแนวทางที่ยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง โดยมีเป้าหมายระดับโลกคือ การดูแลสุขภาพที่มีมนุษยธรรม (humanized healthcare) โดยมีรากฐานจากหลักการสากลด้านสิทธิมนุษยชนและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ การไม่เลือกปฏิบัติ การมีส่วนร่วม และการเสริมอำนาจ การเข้าถึงและความเสมอภาค และความร่วมมือที่เท่าเทียมกัน

“The overall vision for people-centered health care is one in which individuals, families and communities are served by and are able to participate in trusted health systems that respond to their needs in humane and holistic ways...” ⁵

ใน ปี ค.ศ 2022 สมาคมนานาชาติเพื่อคุณภาพในการดูแลสุขภาพ International Society for Quality in Health Care (ISQua) ได้ตีพิมพ์บทความที่ชื่อว่า Person Centered Care Systems: From Theory to Practice. ได้อ้างอิงคำกล่าวของ ฮิปโปเครติส (hippocrates) ผู้ที่ได้รับการยกย่องว่าเป็น “ผู้ให้กำเนิดวิชาแพทย์” หรือ “บิดาแห่งการแพทย์” คำกล่าวนั้นเป็นรากฐานสำคัญของแนวคิด การยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง “cure sometimes, treat often, comfort always.” คำกล่าวของฮิปโปเครติสนี้ จึงยืนยันว่าสิ่งที่เราควรให้ความสำคัญที่สุดนั่นคือ ความเป็นคนตลอดเวลา หรือคนเป็นศูนย์กลางของการรักษาพยาบาล ดังนั้น แนวคิดของการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางคือ การที่เราเข้าใจว่า ทุกคนเกิดมาพร้อมกับร่างกายและ

⁵ World Health Organization. People-centred Health Care: A Policy Framework. Manila: WHO Regional Office for the Western Pacific; 2007.

สุขภาพที่เป็นของตนเอง ดังนั้น บทบาทของการดูแลสุขภาพคือ การสนับสนุนบุคคลในการดูแลสุขภาพของตนเอง มีความเข้าใจ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจร่วมกันในทุกกระบวนการดูแลสุขภาพ การดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เป็นการเพิ่มอำนาจการดูแลตนเอง (empowerment) ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและตัดสินใจในการรักษาพยาบาล เพื่อให้มั่นใจว่ากระบวนการรักษาพยาบาลสามารถตอบคำถามว่า “อะไรคือสิ่งสำคัญของผู้ป่วย” (What matters to you?) บุคลากรทางการแพทย์ ทำงานร่วมกันภายใต้ข้อจำกัดต่าง ๆ เพื่อให้สู่เป้าหมายสำคัญที่มีคุณค่าและความหมายต่อผู้ป่วย การได้รับข้อมูลที่สำคัญและจำเป็นจากผู้ป่วยทำให้ สิ่งสำคัญของผู้ป่วยร่วมเป็นเป้าหมายหนึ่งของการดูแลที่มีความประณีตนี้

โดยปกติบุคคลนั้นจะมีอัตลักษณ์ของตนเองตามประวัติศาสตร์ วัฒนธรรม และภูมิหลัง การที่บุคคลนั้นเกิดการเจ็บป่วยและกลายเป็น “ผู้ป่วย” บุคคลนั้นจะมีบทบาทที่สองคือ “การเป็นผู้ป่วย” ในทำนองเดียวกัน บุคลากรทางการแพทย์ก็เป็นบุคคลที่มีภูมิหลังและอัตลักษณ์ของตนเอง และเมื่อทำหน้าที่เป็นแพทย์ พยาบาล บุคคลนั้นจะมีบทบาทที่สองคือ “การมีอาชีพทางการแพทย์พยาบาล”

ดังนั้น แนวคิดการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางได้พัฒนาขึ้นเพื่อให้กระบวนการรักษาพยาบาล ยอมรับว่าทั้งบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย มีบทบาทเท่าเทียมกันในฐานะมนุษย์เป็นอันดับแรก

ในปัจจุบันการแพทย์สมัยใหม่ มีผลลัพธ์อันโดดเด่น และประสบความสำเร็จอย่างมาก สามารถยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนทั้งในระดับปัจเจกบุคคล และระดับสังคมได้เป็นที่ประจักษ์ อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อกังวลที่เกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำเล่าเกี่ยวกับการรับรู้ ความต้องการ ความเข้าใจ ความเข้าอกเข้าใจ และการเคารพผู้ป่วยในฐานะมนุษย์คนหนึ่ง กระบวนการ Patient Centered Care จึงตอบสนองช่องว่างนี้ ด้วยการปรับเปลี่ยนจากระบบเดิมที่เน้นการวินิจฉัยโรคเป็นศูนย์กลาง เป็นการเน้นที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง แบบบูรณาการและมีลักษณะเป็นเชิงรุกมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการให้ความรู้แก่ผู้เชี่ยวชาญหรือบุคลากรด้านสุขภาพให้มีความรู้เพียงพอทั้งด้านความปลอดภัย คุณภาพของกระบวนการรักษาพยาบาล และสามารถปรับให้สอดคล้องกับความคาดหวัง ความต้องการของผู้ป่วย และมีหลักฐานเชิงประจักษ์

“ศิลปะของการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง คือ มนุษย์ทุกคนเกิดมาพร้อมเจตจำนงหรือเป้าหมายชีวิตของตนเองมนุษย์ทุกคนจะมีความสมบูรณ์และได้รับการยอมรับให้มีส่วนร่วมในกระบวนการที่สำคัญ การเจ็บป่วย เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตหรืออาจจะเป็นวิถีชีวิตของมนุษย์เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตมนุษย์ การยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางจึงไม่ใช่กระบวนการที่ผิวเผิน แต่เป็นการสนับสนุนให้บุคคลให้มีศักยภาพ มีพลังใจ ในการค้นหาวีถีชีวิตใหม่ ค้นพบความหมายในสถานการณ์ที่ทุกข์ยากนี้ เลือกวิธีร่วมสร้างสุขภาพส่วนบุคคลและดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี”

การลดทอนคุณค่ามนุษย์ในระบบสุขภาพ (Depersonalization)

เมื่อ “บุคคล” คนหนึ่งเปลี่ยนบทบาทเป็น “ผู้ป่วย” ในความเป็นจริงบุคคลนั้น ก็ยังคงความเป็นมนุษย์อยู่ในบางครั้ง ในระบบการให้บริการเรามักจะแยกคำว่า คน (person) และผู้ป่วย (patient) ออกจากกัน ความไม่สัมพันธ์นี้ หรือช่องว่างนี้ เป็นที่มาของแนวคิด Patient Centered Care

มีปรากฏบางอย่างที่มักจะเกิดขึ้นในระหว่างการให้บริการผู้ป่วย และทำให้เกิดช่องว่างระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกลดทอนคุณค่า ถูกละเลย หรือถูกเพิกเฉย (ignoring the person who is also a patient) การลดทอนอาจเกิดขึ้น จากปัจจัยหลัก 4 ประการดังนี้

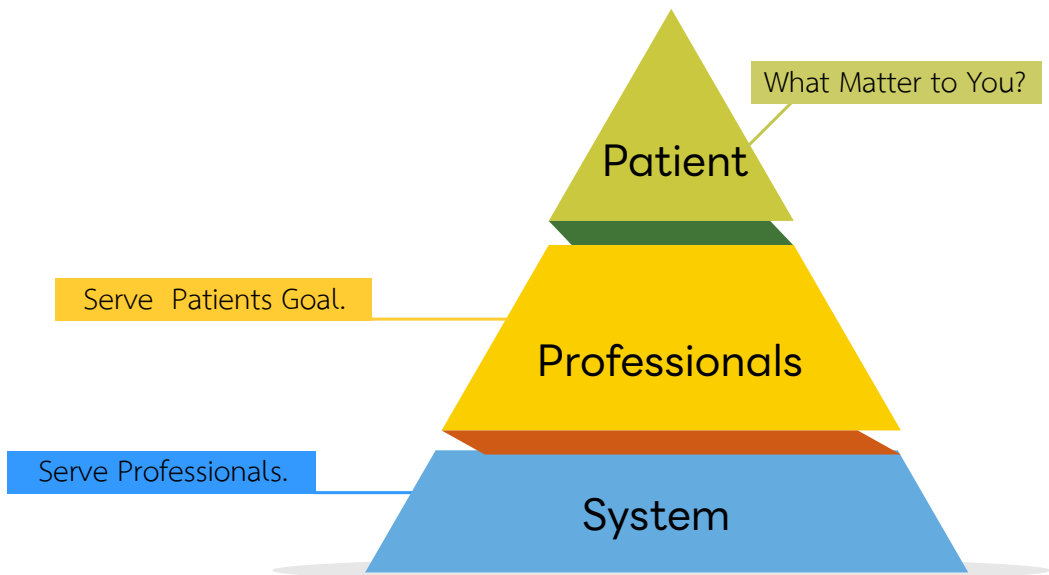
1. การลดความเป็นตัวตนหรืออัตลักษณ์ของผู้ป่วย เช่น ชื่อ ประวัติ รูปร่างหน้าตา เพศ เป็นต้น เกิดความสูญเสียความเป็นปัจเจกบุคคล (de-individuation)
2. การทำให้ผู้ป่วยกลายเป็นผู้ไม่มีพลังอำนาจ เช่น ความยุ่งยาก ความซับซ้อน หรือถูกบังคับให้เลือก การถูกปฏิเสธในทุกขั้นตอนของระบบสุขภาพ เป็นต้น (denial of agency)
3. ความไม่เสมอภาคในระบบสุขภาพ (dissimilarity)
4. ความสับสนในบทบาทของผู้ป่วยและบทบาทของความเป็นบุคคลของตนเอง ภูมิหลัง การศึกษา วัฒนธรรมของแต่ละคน มีผลต่อบทบาทของการเป็นผู้ป่วย (confusing the patient role with the person's identity.) เพราะการที่บุคคลธรรมดาที่มีบทบาทต่าง ๆ ในสังคมมาเป็นผู้ป่วยซึ่งต้องมีบทบาทแตกต่างไปจากเดิม

ปัจจัยต่าง ๆ ดังที่กล่าวมาข้างต้น หากบุคลากรทางการแพทย์ ยังขาดความตระหนักหรือให้ความใส่ใจน้อย จะส่งผลต่อการรับรู้ของผู้ป่วยโดยปริยายว่า ผู้ป่วยอยู่ในสถานะของ “คนอื่น” ไม่ใช่ในสถานะ “ฉันและของฉัน”

Patient Centered Care จึงเป็นกระบวนการที่จะยกระดับให้ผู้ป่วยอยู่ในฐานะ หรือบทบาทพันธมิตรที่เท่าเทียมกันในการร่วมตัดสินใจ ในการร่วมออกแบบการรักษาพยาบาล ตลอดจนการดูแลสุขภาพของตนเองร่วมกับผู้เชี่ยวชาญและบุคลากรด้านสุขภาพ ตลอดเส้นทางการเจ็บป่วย (patient journey) เพื่อไปสู่เป้าหมายที่มีคุณค่า และมีความหมายต่อชีวิตผู้ป่วย

ให้ความสำคัญกับมุมมองและสิ่งที่มีความหมายของผู้ป่วย (The Patient Perspective on Health and What matters to you?)

การยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับมุมมองและสิ่งที่มีความหมายหรือสำคัญของผู้ป่วย ควบคู่กับทุกกระบวนการของการรักษาพยาบาลจากพื้นฐานของสิทธิอันชอบธรรมของบุคคลในการรับรู้และตัดสินใจในเรื่องสุขภาพของตนเอง



ภาพที่ 9 Patient Centered Model

ที่มา: The New Mental Model. Person-centered Core (PCC): The People's Perspective.
International Journal for Quality in Health Care, Volume 33, Issue Supplement_2_2, November 2021.

จากแนวคิด Patient Centered ตามโมเดลนี้ อธิบายอย่างชัดเจนว่า ทุกระบบในองค์กรมีไว้เพื่อตอบสนองความต้องการหรือสิ่งที่เป็นความสำคัญในชีวิตของผู้ป่วย หรือระบบในองค์กรมีไว้เพื่อตอบสนองความต้องการและความจำเป็นของบุคลากรทางการแพทย์ และเพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ ทำหน้าที่ในการตอบสนองความต้องการผู้ป่วย อันเป็นเป้าหมายสูงสุดในการดูแลผู้ป่วย

การบูรณาการจิตวิญญาณในการดูแลผู้ป่วย: องค์ประกอบสำคัญของการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Integrating Spirituality Into Patient Care: an Essential Element of Person-centered Care)

ปัจจุบันการนำแนวคิดจิตวิญญาณบูรณาการในระบบสุขภาพเป็นประเด็นที่ทั่วโลกให้ความสนใจ และมีหลักสูตรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้ความรู้ในเรื่องนี้ เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกาได้จัดหลักสูตรสำหรับนักศึกษาแพทย์ พยาบาล เพื่อให้มีความเข้าใจว่า ความต้องการด้านจิตวิญญาณ ความเชื่อ คุณค่าและความหมายของผู้ป่วยมีผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (healthcare outcome) การรับรู้ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย เป็นองค์ประกอบด้านในชีวิตของผู้ป่วยที่มีความสำคัญมากต่อการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

ตัวอย่างหน่วยงานต่างประเทศที่ให้ความสำคัญในเรื่องนี้ ได้แก่ NHS Education for Scotland (NES) และ International Council of Nurses ได้จัดทำแนวทาง และรายละเอียดของการปฏิบัติในการบูรณาการจิตวิญญาณในการดูแลสุขภาพ เช่นเดียวกับประเทศไทยที่สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ได้จัดทำแนวทางการบูรณาการลงสู่การปฏิบัติที่เรียกว่า SHA (spiritual healthcare in action) สำหรับสถานพยาบาลทุกแห่งได้ศึกษาและนำไปปฏิบัติเพื่อสู่เป้าหมายการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมอย่างสมบูรณ์แบบ

ความสำคัญของมิติจิตวิญญาณคือ การดูแลแบบการเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient centered care) คือการดูแลผู้ป่วยจะต้องให้ครบทุกมิติ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และด้านสังคม แม้ว่าทักษะนี้บุคลากรทางการแพทย์ยังไม่ได้รับการฝึกฝนอย่างเพียงพอ หรือแม้จะมีข้อโต้แย้งว่า ในสถานพยาบาลมีข้อจำกัดจากการมีผู้ป่วยมีจำนวนมาก มีภาระที่ล้นมือ แต่ถ้าหากว่าการดูแลด้านจิตวิญญาณมีความสำคัญเท่าเทียมกับการดูแลสุขภาพด้านการเจ็บป่วยทางกาย เรื่องการดูแลด้านจิตวิญญาณก็ไม่ควรถูกเพิกเฉยอีกต่อไป

การดูแลแบบองค์รวมหรือการเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient centered care) จะเกิดขึ้นอย่างจริงจัง ครบถ้วน และมีประสิทธิภาพ บุคลากรทางการแพทย์ควรมีความสามารถดังนี้

- ความสามารถในการดูแลด้านจิตวิญญาณของตนเองและผู้อื่น (spiritual care) ก่อนที่บุคลากรทางการแพทย์จะเข้าใจและรับรู้จิตวิญญาณของผู้ป่วย หรือ ครอบครัวผู้ป่วย จะต้องรู้จักและเข้าใจจิตวิญญาณของตนเองก่อน เช่น ความสามารถในการตระหนักรู้ (self-awareness) ความไวในการรับรู้ความต้องการ ตลอดจนความเชื่อด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย (patient's spiritual beliefs) ทักษะเหล่านี้ จำเป็นที่จะต้องมีความเข้าใจและฝึกฝนด้วยการหล่อเลี้ยงจิตวิญญาณของบุคลากรทางการแพทย์ จากการสร้างปัจจัย



ในองค์กร ที่ช่วยยกระดับจิตวิญญาณได้ เช่น การนำ การกำหนดกลยุทธ์ การใช้ค่านิยมที่เหมาะสม (spiritual core value) การสร้างวัฒนธรรมองค์กร และการออกแบบงานให้ประณีตเหมาะสมกับความต้องการของผู้ให้บริการ มีความสมดุล รวมทั้งมีการให้ความรู้ เรื่องจิตวิญญาณ และการฝึกในทักษะที่สำคัญ

- พัฒนาให้บุคลากรมีคุณสมบัติเฉพาะตนที่เหมาะสมในการดูแลจิตวิญญาณและความเป็นองค์กรรวม เช่น ความเข้าอกเข้าใจผู้อื่น (empathy) ความเห็นใจ (compassion) การมีสติ (mindfulness) ซึ่งทักษะเหล่านี้ ต้องมีการปลูกฝังเพิ่มเติมตลอดเวลา และต่อเนื่อง
- การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเพื่อนร่วมงาน และกับผู้ป่วย
- มีทักษะการฟังที่ดี เพื่อสามารถรับรู้ ระบุสิ่งที่สำคัญของผู้ป่วย หรือสิ่งที่มีความหมาย เวลาที่มีความทุกข์จากการเจ็บป่วย
- ส่งเสริมจิตวิญญาณในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้รับรู้คุณค่า และความหมายของงานตนเอง นำไปสู่การดูแลและรับรู้ความหมายของผู้ป่วย

ความพร้อมและความพร้อมในการช่วยเหลือผู้อื่น (Available) ส่วนสำคัญของ Patient Centered Care

ความพร้อมของบุคลากร และความปรารถนาที่จะช่วยเหลือผู้อื่น ผสานกับทักษะที่ทำให้บุคลากรมีทักษะที่เฉพาะในการดูแลตามแนวคิดคนเป็นศูนย์กลาง ทำให้บุคลากรพร้อมที่จะอยู่เคียงข้างผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยและความทุกข์ที่เราอาจจะมองข้าม หรือเรามองไม่เห็นได้อย่างเข้าอกเข้าใจ ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ เกิดการเยียวยาตนเอง และการฟื้นฟูทั้งทางร่างกายและจิตใจ

บุคลากรที่มีความพร้อมที่จะดูแลตามแนวทาง ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง หรือแบบองค์รวม (patient centered care) ควรมีหลักการในการเตรียมความพร้อม ดังนี้

- มีความพร้อมของตนเอง (availability to self) ด้วยการฝึก Self-Reflection มีความสามารถไตร่ตรอง สะท้อนคิด ทำให้เข้าใจว่า ตนเองเป็นใคร มีความหมายอย่างไร? และมีเป้าหมายอะไรในการทำงานหรือในชีวิต
- มีความพร้อมสำหรับผู้อื่น (availability to others) มีความพร้อมในการช่วยเหลือผู้อื่นเสมอ มีทักษะการฟังที่ดี และมีสติอยู่กับปัจจุบันเมื่ออยู่กับผู้ป่วย มีความกระตือรือร้นในการดูแลผู้ป่วย และการสร้างสัมพันธภาพที่ดี
- มีความพร้อมสำหรับชุมชน หรือสังคม (availability to community) ฝึกฝน ให้มีความพร้อมในการช่วยเหลือ หรือการตอบสนองความต้องการของชุมชน หรือสังคม



เรียนรู้จุดอ่อนและความเปราะบาง (Vulnerability) สู่การบริการที่เข้าใจในบริบทผู้ป่วย

จุดอ่อน หรือความเปราะบางของมนุษย์ อาจจะเป็นทั้งทางด้านร่างกาย (physical) อารมณ์ (emotion) หรือแม้แต่ในวิชาชีพ (professional) ถ้าบุคลากรทางการแพทย์ สามารถสร้างการตระหนักรู้ (self-awareness) ไตร่ตรองและยอมรับ และเข้าใจอย่างลึกซึ้ง ถึงความเปราะบางหรือจุดอ่อนของผู้ป่วยก็จะสามารถให้การดูแล การบริการ ที่สอดคล้องกับ ข้อมูลเชิงลึกที่อยู่ภายในตัวผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วน ส่งผลถึงขอบเขตการให้บริการที่เหมาะสม

Vulnerability มีผู้ให้ความหมายที่แตกต่างกัน ในบางครั้งความเปราะบาง คือ ช่องโหว่ ที่เกิดจากความไม่สอดคล้อง ระหว่าง คุณลักษณะ บริบทของผู้ป่วยกับจัดระบบบริการ การสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วย หรือ ความต้องการของผู้ป่วยกับกระบวนการตอบสนอง ของผู้ให้บริการที่ไม่สอดคล้องกัน หรือ ความเปราะบางอาจจะหมายถึงโอกาสที่บุคลากรทาง การแพทย์ หรือแม้แต่ผู้ป่วย อยู่ในสถานะที่มีโอกาสได้รับการทำร้ายทางด้านจิตใจหรือ ร่างกายก็ได้

แนวคิดความเปราะบาง หรือช่องว่าง จุดอ่อนเหล่านี้ มาพบพบในระบบการดูแล ที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางได้ โดยมีหลักการดังนี้

- รู้จุดอ่อน หรือ ความเปราะบางของตนเอง (vulnerability to self) ด้วยการ ฝึกการยอมรับความเปราะบาง จุดโหว่ที่เกิดขึ้น ด้วยความตระหนักรู้ หรือ การประเมินตนเองสม่ำเสมอ (self-assessment) ยอมรับความจริงในตนเอง เปิดกว้าง และซื่อสัตย์ต่อความรู้สึก ความคิด และความต้องการของตนเอง
- เข้าใจ และยอมรับ ความเปราะบาง ที่เกิดจากผู้อื่น (vulnerability to others) เช่น ยอมรับการถูกตรวจสอบ การสะท้อน และการวิจารณ์ ที่สร้างสรรค์ รับรู้ข้อ จำกัด และความผิดพลาดของตน สามารถเปิดใจแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ป่วยเพื่อ ความโปร่งใส ซื่อสัตย์
- เข้าใจความเปราะบางของชุมชน สังคม (vulnerability to the community) เช่น ความยากจน ความไม่เท่าเทียมกัน สถานะทางสังคม การเลือกปฏิบัติ ด้วยการให้การสนับสนุน รักษาผลประโยชน์ ของผู้ป่วยและชุมชนที่ดูแล

“แนวคิด เรื่อง Vulnerability นี้เมื่อนำมาลงสู่การปฏิบัติในการรักษาพยาบาลจะนำไปสู่การสร้างความสัมพันธ์ที่ดี ความไว้วางใจ (trust) และความเข้าอกเข้าใจ (empathy) ผู้ป่วยและเพื่อนร่วมงานได้ดีขึ้น”

ความตั้งใจเป็นเรื่องสำคัญ (Intentionality is Important)

สิ่งสำคัญประการหนึ่งที่ควรตระหนัก ในการนำ เรื่องจิตวิญญาณมาบูรณาการในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ถึงเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง คือ “**ความตั้งใจ**” ของบุคลากรทางการแพทย์ ก่อนการทำงานที่เป็นกิจวัตรของตนเอง เช่น ก่อนการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ก่อนการทำงานประจำ บุคลากรต้องหลบล้างจิตวิญญาณของตนเอง เพิ่มพลังตนเอง ด้วยการมีสติ การสร้างความตระหนัก ถึงแก่นแท้ของการทำงานที่มีความหมาย การสร้างอารมณ์ที่ผ่อนคลาย และร่างกายที่มีความพร้อม มุ่งเน้นให้ความสำคัญกับสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติ มีความกังวล มีข้อสงสัย

กระบวนการนี้ไม่ได้ง่ายในการลงมือปฏิบัติ เพราะในการดูแลผู้ป่วยมีเงื่อนไขอื่น ๆ มากมายเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ความเร่งด่วน เวลาที่จำกัด ความรุนแรงของความเจ็บป่วย แต่ถ้าตระหนักว่าในช่วงวิกฤตนี้เอง เป็นช่วงที่ผู้ป่วย ญาติ มีความกังวล รวมถึงมีความหวังในการรับการรักษาที่ดีที่สุดสำหรับบุคคลที่มีความสำคัญของเขา ถ้าผู้ให้บริการเข้าใจ ในแง่มุมของจิตวิญญาณของผู้ป่วยเพิ่มเติม จะสามารถเจาะลึกถึงความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้มากขึ้น ส่งผลถึง ความหมายและแก่นแท้การทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ได้มากขึ้น

การดูแลผู้ป่วยที่คำนึงถึงจิตวิญญาณไปพร้อม ๆ กับการดูแลทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีขั้นสูง ในการดูแลผู้ป่วยนั้น เป็นมิติใหม่ของการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient centered care) อาจจะเป็นข้อเท็จจริงที่บุคลากรทางการแพทย์ บางคนอาจจะไม่คุ้นเคยกับการสร้างสมดุลระหว่างการใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์และจิตวิญญาณในการดูแลผู้ป่วย มีความรู้สึกว่ามีทัศนคติด้านวิทยาศาสตร์มากกว่า และไม่ใช่ว่าบุคคลที่มีความถนัด หรือความสามารถพิเศษ ด้านจิตวิญญาณ แต่ถ้าเราลองใช้เวลาทบทวนและไตร่ตรอง สะท้อนคิดจากจิตวิญญาณของเราเองว่าเราต้องการอะไร? เราจะเข้าใจความต้องการของผู้ป่วยได้มากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในเวลาช่วงวิกฤติของชีวิต บุคลากรทางการแพทย์จึงควรหมั่นฝึกฝนทักษะการผสมผสานจิตวิญญาณในขณะที่ปฏิบัติการด้วยความรู้ทางวิทยาศาสตร์อย่างเหมาะสม “Embracing Spirituality While Representing Science”⁶

⁶ Richard H. Savel, MD; Cindy L. Munro, RN, PhD, ANP (2014). *The Importance of Spirituality in Patient-Centered Care*. American Association of Critical-Care Nurses.



ความพิเศษของการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Remarks on Patient Centered Care)

การดูแลที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เป็นการออกแบบระบบการทำงานที่มีความตั้งใจและเจตนาที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการดูแลผู้ป่วยให้ครบถ้วนทุกมิติ อย่างเป็นองค์รวม อย่างเป็นรูปธรรม ยกระดับการดูแลเพื่อนมนุษย์ อย่างสมศักดิ์ศรี ด้วยจิตวิญญาณของผู้ให้บริการ สร้างจุดแข็งในกระบวนการดูแลผู้ป่วยและสร้าง “ความเป็นมืออาชีพ”

“อาจจะเป็นงานที่ทำท่าย อาจจะเป็งานหนัก อาจจะใช้เวลา แต่เมื่อสามารถทำได้สำเร็จ และออกมาได้ผลลัพธ์ที่ดี นั่นคือความคุ้มค่าของระบบสุขภาพ และนั่นคือรางวัลของผู้ให้บริการ และผู้ป่วยทุกคน”

แต่ที่สำคัญผู้ให้บริการทุกคน ต้องมีพลังใจมีพลังกายที่ดี มีจิตวิญญาณในการทำงานสูง เพื่อที่จะรับรู้จิตวิญญาณและความต้องการของผู้ป่วย สามารถทำหน้าที่เป็น “ผู้เข้าไปเยือน” ในชีวิตด้านในของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยเป็นเจ้าของบ้านที่ดี คอยชี้แนะข้อเประบางของตนเอง มีเป้าหมายของการรักษาร่วมกัน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถช่วยดูแลตนเองอย่างเข้าใจ อย่างศรัทธา โดยพึงพิงระบบสุขภาพให้น้อยที่สุด และนี่คือเป้าหมายที่สำคัญของ Patient Centered Care



4. คู่มือผู้นำด้านการสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วย (Leadership Guide to Patient Safety)⁷

ความสำคัญของบทบาทการเป็นผู้นำ

ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นประเด็นสำคัญที่ทุกองค์กรด้านการดูแลสุขภาพต้องให้ความสำคัญ การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยที่เข้มแข็งและยั่งยืนต้องอาศัยความมุ่งมั่นและการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายในองค์กร โดยมีผู้นำเป็นหัวใจสำคัญในขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงอย่างยั่งยืน ผู้นำต้องให้ความสำคัญกับกลยุทธ์ กำหนดเป้าหมาย วัดผล และจัดสรรทรัพยากร เพื่อพัฒนาระบบการจัดการให้มีความน่าเชื่อถือ ส่งเสริมการวิเคราะห์ปัญหาที่เป็นระบบ แทนที่จะมุ่งเน้นหาผู้กระทำผิด เมื่อผู้นำเปลี่ยนวิธีการตอบสนองต่อความผิดพลาดและความล้มเหลว เช่น จากคำถามว่า “เกิดอะไรขึ้น” แทนที่จะถามว่า “ใครเป็นคนทำผิด” วัฒนธรรมภายในองค์กรก็จะเริ่มเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น ผู้นำจึงต้องรับผิดชอบในการสร้างระบบที่สนับสนุนคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและลดข้อผิดพลาดทางการแพทย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการสร้างวัฒนธรรมที่ส่งเสริมความโปร่งใสและการเรียนรู้จะเป็นรากฐานสำคัญของความสำเร็จในระยะยาว นอกจากนี้ ผู้นำควรสนับสนุนให้บุคลากรค้นหาเรื่องราวเกี่ยวกับอันตรายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในสถานพยาบาล และใช้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เหล่านี้เป็นจุดเริ่มต้นในการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพในสถานพยาบาล การเรียนรู้จากความผิดพลาดและการเปิดเผยข้อมูลอย่างตรงไปตรงมา จะช่วยสร้างวัฒนธรรมแห่งความปลอดภัยที่ยั่งยืน



⁷ Botwinick L, Bisognano M, Haraden C. Leadership Guide to Patient Safety. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2006.

แนวทางในการบรรลุความปลอดภัยของผู้ป่วยและความน่าเชื่อถือ (Steps to Achieving Patient Safety and High Reliability)

เพื่อให้บรรลุความปลอดภัยของผู้ป่วยและสร้างมาตรฐานและความน่าเชื่อถือในสถานพยาบาล มี 8 ขั้นตอน สำคัญที่ควรพิจารณาดำเนินการ ดังนี้



ภาพที่ 10 ขั้นตอนดำเนินการเพื่อให้บรรลุความปลอดภัยของผู้ป่วยและความน่าเชื่อถือในสถานพยาบาล

ขั้นที่ 1 ลำดับความสำคัญเชิงกลยุทธ์ วัฒนธรรม และโครงสร้างพื้นฐาน (address strategic priorities, culture, and infrastructure) ประกอบด้วย 4 ประเด็น สำคัญ

การกำหนดความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นลำดับความสำคัญเชิงกลยุทธ์ในองค์กร ผู้นำต้องมุ่งเน้นที่เป้าหมาย ที่ไม่ได้ทำให้ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเพียงกิจกรรมประจำวัน แต่ควรเป็นวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่สำคัญขององค์กร และทำให้ทุกคนในองค์กรเข้าใจว่าความปลอดภัยเป็นส่วนหนึ่งในบทบาทหน้าที่ตัวเอง นอกจากนี้ ผู้นำควรมีการสร้างกระบวนการรองรับในการส่งเสริมให้ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเรื่องสำคัญ เช่น การตามรอยเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในองค์กรเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยสร้างความสำคัญของความปลอดภัย และผู้นำสามารถนำประเด็นเหล่านี้มาประยุกต์กับเป้าหมายที่ต้องการ ตลอดจนการ **ประเมินวัฒนธรรมองค์กร** เป็นสิ่งสำคัญ ผู้นำควรสนับสนุนการใช้เครื่องมือในการสำรวจความปลอดภัย เช่น แบบสอบถามสำรวจ และประเมินวัฒนธรรมองค์กร ในระยะเริ่มต้นของการประเมินควรมีการการวัดซ้ำ ๆ ทุก 6 เดือน จนกว่าผลการวัดจะคงที่ในระดับที่ต้องการ และหลังจากนั้น ให้ทำการประเมินปีละครั้ง

สร้างวัฒนธรรมที่สนับสนุนความปลอดภัยของผู้ป่วย ควรละทิ้งแนวปฏิบัติเดิม เช่น การมุ่งหาผู้กระทำผิด การตำหนิและลงโทษบุคลากรที่เกี่ยวข้องในเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ ฯลฯ ผู้นำควรส่งเสริมและสร้างวัฒนธรรมแห่งความไว้วางใจในหน่วยงาน เพื่อกระตุ้นให้เกิดการสื่อสารระหว่างกันเมื่อเกิดความผิดพลาด โดยมีแนวทางจัดการที่ไม่ลงโทษหากมีการรายงานข้อผิดพลาด เช่น การให้รางวัลแก่ผู้จัดการระดับกลางที่มีส่วนในการรายงานเหตุการณ์ (incident reports) รวมถึงการแบ่งปันการวิเคราะห์รายงานเหตุการณ์ ไม่พึงประสงค์กับบุคลากร ฯลฯ โดยเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้ผู้บริหารโรงพยาบาลสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย คือ “กลยุทธ์เพื่อความเป็นผู้นำ โดยผู้บริหารโรงพยาบาลมีบทบาทในการส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย” วัฒนธรรมความปลอดภัยจะช่วยให้องค์กรมีภูมิคุ้มกันทำให้สามารถตรวจจذب ป้องกัน และแก้ปัญหาที่จะเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงานได้ดีขึ้น รวมถึงการลดข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นได้

การจัดการโครงสร้างพื้นฐานขององค์กรเป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญ ผู้นำควรมีการสนับสนุนและบูรณาการงานต่าง ๆ เช่น การจัดการความเสี่ยง การประกันคุณภาพ การปรับปรุงคุณภาพ การตรวจสอบคุณสมบัติบุคลากร และทรัพยากรอื่น ฯลฯ เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายเชิงกลยุทธ์ รวมถึงสร้างสภาพแวดล้อมด้วยการฝึกอบรมด้านการปรับปรุงคุณภาพ การรายงานที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการวัดผล เพื่อนำข้อมูลกับผู้นำและทีมงานด้านความปลอดภัยหรือการนำมาปรับปรุงคุณภาพ และการติดตามระยะยาว นอกจากนี้ ผู้นำควรเรียนรู้เกี่ยวกับ**ความปลอดภัยของผู้ป่วยและวิธีการปรับปรุง** โดยเข้าใจหลักการของความปลอดภัยของผู้ป่วยและกระบวนการปรับปรุง และทำความเข้าใจต่อเครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาคุณภาพ ระบบสุขภาพ เช่น Model for Improvement ที่เป็นแนวทางการพัฒนาอย่างมีระบบและมีประสิทธิภาพ, PDSA ช่วยให้องค์กรสามารถทดสอบและปรับปรุงการเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิผล ฯลฯ หากผู้นำมีความเข้าใจแนวคิดและเครื่องมือดังกล่าว จะสามารถนำมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สร้างการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนและเพิ่มคุณภาพความปลอดภัยของผู้ป่วยในองค์กรได้อย่างแท้จริง

ขั้นสอง สร้างการมีส่วนร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก (engage key stakeholders) เป็นขั้นตอนสำคัญในการปรับปรุงคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ผู้นำควรส่งเสริมให้คณะกรรมการบริหาร แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยและครอบครัว มีส่วนร่วมในกระบวนการนี้ โดยแต่ละกลุ่มมีบทบาทสำคัญ ดังนี้

1) **คณะกรรมการบริหาร** ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อนองค์กรยกระดับในด้านความปลอดภัยและประสิทธิภาพ ในด้านกำกับดูแลคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย

2) **แพทย์และพยาบาล** ควรมีการค้นหาและสนับสนุนแพทย์ให้เป็นผู้นำด้านคุณภาพ

โดยแพทย์ผู้นำควรมีความรู้และประสบการณ์ด้านแนวทางการปรับปรุงคุณภาพ และรับผิดชอบตัวชี้วัดด้านคุณภาพทั้งในระดับแผนกและระดับโรงพยาบาล

3) เจ้าหน้าที่/พนักงาน การมีส่วนร่วมของบุคลากรสามารถช่วยปรับปรุงความปลอดภัยและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้ การสร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนการทำงานเป็นทีมและการสื่อสารที่ดีช่วยส่งเสริมวัฒนธรรมแห่งความปลอดภัย และกระตุ้นให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการปรับปรุงคุณภาพ

4) ผู้ป่วยและครอบครัว การให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองเป็นสิ่งสำคัญ ผู้ป่วยและครอบครัวควรได้รับข้อมูลที่ชัดเจนและถูกต้อง มีการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมดูแลสุขภาพ และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจทางคลินิกร่วมกับทีมแพทย์ หรือ “มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง” (patient-centered care) สามารถลดข้อผิดพลาดทางการแพทย์ และสนับสนุนให้ระบบการดูแลสุขภาพมีคุณภาพและปลอดภัยเพิ่มขึ้น

ขั้นสาม สื่อสารและสร้างความตระหนักรู้ (communicate and build awareness) เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีความปลอดภัยและมีคุณภาพยิ่งขึ้น ผู้นำสามารถนำแนวทางต่อไปนี้ปรับใช้เพื่อพัฒนาองค์กรให้เป็นสถานที่ที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยและบุคลากร 4 ข้อ ดังนี้

1) การเดินตรวจสอบความปลอดภัย (walk rounds) ผู้นำควรเริ่มต้นด้วยการเดินสำรวจตรวจสอบความปลอดภัย เพื่อสร้างพื้นที่พบปะบุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ เพื่อพูดคุยเกี่ยวกับประเด็นด้านความปลอดภัย วิธีนี้จะช่วยให้ผู้นำเข้าใจปัญหาที่แท้จริงจากมุมมองของเจ้าหน้าที่ได้ผู้ปฏิบัติงานจริง รวมถึงเป็นการส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่กล่าวรายงานข้อผิดพลาด และติดตามผลการนำไปสู่การแก้ไขปัญหา ซึ่งไม่เพียงแต่ช่วยลดความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย แต่ยังเป็นการเสริมสร้างความไว้วางใจและความร่วมมือภายในองค์กร

2) การประชุมสรุปการดำเนินงานด้านความปลอดภัย (safety briefings) เป็นอีกแนวทางหนึ่งที่ช่วยสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย ลดข้อผิดพลาดด้านยา และปรับปรุงคุณภาพการดูแล โดยผู้นำระดับสูงมีบทบาทในการสนับสนุนและให้อำนาจแก่ผู้จัดการและบุคลากรในการดำเนินการประชุม หากใช้ควบคู่ไปกับ Walk Rounds จะเพิ่มประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมองค์กรให้มีความปลอดภัยขึ้น โดยสามารถใช้ได้ทุกแผนกของโรงพยาบาล หากมีการใช้ Safety Briefings อย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้องค์กรด้านการดูแลสุขภาพ สร้างระบบที่ปลอดภัยขึ้นสำหรับผู้ป่วยและบุคลากร

3) การปรับปรุงการสื่อสารโดยใช้เครื่องมือ SBAR (situation, background, assessment, recommendation) ในการสื่อสารจะช่วยลดความคลาดเคลื่อนของข้อมูลและเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย รวมถึงการช่วยจัดกรอบการสื่อสารในสถานการณ์ที่ต้องการตัดสินใจและการตอบสนองอย่างรวดเร็วและเป็นระบบ เช่น การรายงานอาการฉุกเฉินของผู้ป่วย



ให้แพทย์ทราบ การส่งต่อผู้ป่วยระหว่างแผนกหรือบุคลากร และการประสานงานด้านการดูแลรักษา ทำให้ทีมดูแลผู้ป่วยตัดสินใจได้รวดเร็วขึ้น ลดข้อผิดพลาดและเพิ่มคุณภาพการดูแล

4) การนำกลยุทธ์การจัดการทรัพยากรและทีม (crew resource management: CRM) เป็นกระบวนการสื่อสารที่มุ่งเน้นการตัดสินใจในแบบทีม (team-centered decision making) เน้นการทำงานร่วมกันของบุคลากรที่มีบทบาทต่างกันภายใต้โครงสร้างและแนวทางที่ชัดเจน โดยหลักการสำคัญ คือ การสื่อสารอย่างมีโครงสร้าง การตัดสินใจร่วมกันเป็นทีม บทบาทและความรับผิดชอบที่ชัดเจน และการเรียนและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง แนวคิดนี้สามารถนำไปใช้ในทุกระบบการพยาบาลที่ต้องการความร่วมมือระหว่างบุคลากรหลายฝ่าย สามารถช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ ทำงานเป็นทีมได้ดีขึ้น ลดความผิดพลาดทางการแพทย์โดยทำให้การตัดสินใจเป็นระบบและอิงตามทีมมากกว่าบุคลากรและเพิ่มความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย

ขั้นสี่ กำหนด ดูแล และสื่อสารเป้าหมายตามระบบแต่ละระดับ (establish, oversee and communicate system-level aims) การกำหนด ดูแล และสื่อสารเป้าหมายตามระบบแต่ละระดับเป็นขั้นตอนสำคัญในการยกระดับความปลอดภัยและคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยในสถานพยาบาล ผู้นำควรให้ความสำคัญ 2 ประเด็นหลัก ดังนี้

1) กำหนดเป้าหมายให้เหนือกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ผู้นำต้องเป็นผู้ผลักดันการเปลี่ยน ไม่ใช่แค่บรรลุเกณฑ์มาตรฐาน แต่ต้องมุ่งสู่คุณภาพสูงสุด โดยสร้างระบบการดูแลคุณภาพที่ลดความผิดพลาดให้ลดลงเหลือศูนย์ นำแนวทางปฏิบัติที่มีหลักฐานสนับสนุนมาใช้ และกำหนดเป้าหมายที่ท้าทาย เมื่อทุกสถานพยาบาลมีความรู้ในการลดความเสี่ยงอยู่แล้ว ทุกโรงพยาบาลควรตั้งเป้าหมายในการลดอัตราการเกิด Ventilator- Associated Pneumonia (VAP) ให้เหลือศูนย์ เพราะคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ไม่ควรมียกจำกัด

2) การวัดและติดตามเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ มีเครื่องมือหลายอย่างที่สามารถวัดและติดตามเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (adverse events) จะช่วยให้ผู้นำสามารถกำหนดมาตรฐานการวัดผลของระบบที่ชัดเจนและสามารถติดตามได้ เป็นรายเดือนหรือบ่อยกว่านั้น การตั้งเป้าหมายเพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ก้าวกระโดด หรือการกำหนดกลไกกำกับดูแล เป้าหมายเหล่านี้ในระดับสูงสุดของฝ่ายบริการและคณะกรรมการองค์กร เพื่อให้องค์กรสามารถปรับปรุงความปลอดภัยของผู้ป่วยได้อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ

ขั้นห้า ติดตาม วัดผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและเสริมพลังการวิเคราะห์ (track/measure performance over time strengthen analysis) เป็นขั้นตอนสำคัญในการประเมินประสิทธิภาพของมาตรการด้านความปลอดภัย และนำข้อมูลมาปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก ดังนี้

1) การวัดความเสียหายเมื่อเวลาผ่านไป เป็นมาตรฐานระบบแต่ละระดับ โดยสามารถ

ใช้เครื่องมือดังต่อไปนี้

1.1 การทบทวนการเสียชีวิตในโรงพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลการเสียชีวิต เพื่อทำความเข้าใจปัจจัยที่ส่งผลต่ออัตราการเสียชีวิต และนำไปสู่การปรับปรุงคุณภาพเพื่อลดจำนวนการเสียชีวิตในโรงพยาบาล

1.2 เครื่องมือการตรวจจับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (global trigger tool) ทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง โดยใช้ตัวกระตุ้นค้นหาการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และระดับความรุนแรง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

2) การปรับปรุงการวิเคราะห์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เป็นการประเมินเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เพื่อหาสิ่งที่ผิดพลาด หรือระบบพื้นฐานที่นำไปสู่ข้อผิดพลาด และออกแบบระบบใหม่เพื่อป้องกันข้อผิดพลาด โดยมีเครื่องมือที่สามารถช่วยสนับสนุนการเรียนรู้ ได้แก่

2.1 Root Cause Analysis (RCA): การวิเคราะห์หาสาเหตุหลักเพื่อระบุว่า “เกิดอะไรขึ้น? ทำไม? และจะแก้ไขอย่างไรในอนาคต?”

2.2 Failure Modes and Effects Analysis (FMEA): การประเมินเชิงรุกเพื่อหาว่าขั้นตอนใดอาจล้มเหลว รูปแบบความล้มเหลว ผลกระทบ และวิธีป้องกัน

2.3 AHRQ Patient Safety Indicators (PSIs): เป็นเครื่องมือช่วยในการระบุภาวะแทรกซ้อนและเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นได้ในโรงพยาบาล และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นภายหลัง การผ่าตัด ขั้นตอนการรักษา และการคลอดบุตร เพื่อเป็นโอกาสในการปรับปรุง

3) การเสริมสร้างระบบการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ผู้นำควรสนับสนุนการรายงานเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ โดยการรายงานเหตุการณ์ (incident reports) อันตรายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และเหตุการณ์ Near Miss ที่เกือบก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย โดยระบบต้องสามารถเข้าถึงง่ายต่อการรายงาน รวมถึงการดำเนินการหลังจากการได้รับรายงาน ควรต้องนำข้อมูลการรายงานมาวิเคราะห์และปรับปรุงระบบตามข้อมูลที่ได้รับ และแจ้งผลการดำเนินงานกลับไปยังผู้รายงานเพื่อให้เห็นว่าข้อมูลที่ส่งเข้ามามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงจริง ระบบรายงานเหตุการณ์ที่ดีไม่ใช่เพียงการบันทึกข้อมูล แต่ต้องนำไปสู่การปรับปรุงระบบและส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร

ขั้น ๓ สนับสนุนบุคลากรและผู้ป่วย/ครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากข้อผิดพลาดทางการแพทย์ (support staff and patients/families impacted by medical errors) เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์อันเป็นผลมาจากความผิดพลาดทางการแพทย์ สิ่งสำคัญของบทบาทผู้นำคือการให้การสนับสนุนที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรที่ได้รับผลกระทบ ซึ่งมักจะประสบกับความเครียดทางอารมณ์อย่างรุนแรง โดยมีแนวทาง ดังนี้



1) การเปิดเผยข้อมูลและการขอโทษอย่างเหมาะสม การเปิดเผยข้อมูลอย่างตรงไปตรงมาและการกล่าวคำขอโทษอย่างจริงใจในต่อผู้ป่วยและครอบครัว ถือเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญของการเยียวยา ช่วยลดความรู้สึกขุ่นเคืองและป้องกันข้อพิพาททางกฎหมายที่อาจเกิดขึ้น

2) การสื่อสารที่เปิดเผยและโปร่งใสจะช่วยสร้างความไว้วางใจ และแสดงให้เห็นถึงความรับผิดชอบของสถานพยาบาล นอกจากนี้ ผู้นำควรให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของบุคลากรในโรงพยาบาล การสร้างสภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัย เช่น อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล, ระบบลดความเสี่ยง และอุปกรณ์ช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เป็นต้น 3) การแสดงให้เห็นว่าผู้นำให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของพวกเขาจะช่วยสร้างความเชื่อมั่น และส่งผลดีต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในท้ายที่สุด

ขั้นเจ็ด จัดแนวมาตรการ กิจกรรมและแรงจูงใจครอบคลุมทั้งระบบ (align system-wide activities and incentives) การจัดแนวกิจกรรมและแรงจูงใจครอบคลุมทั้งระบบเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้องค์กรบรรลุเป้าหมาย ผู้นำต้องสร้างความสอดคล้องระหว่างกลยุทธ์ มาตรการและโครงการ โดยทำให้ทุกภาคส่วนเข้าใจเป้าหมายร่วมกัน มีการนำแผนไปปฏิบัติ ติดตาม ตรวจสอบและปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอ พร้อมทั้งสร้างแรงจูงใจที่เหมาะสม เช่น ค่าตอบแทน การยกย่องชมเชย โอกาสในการเรียนรู้และพัฒนา หรือความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน เพื่อกระตุ้นให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนองค์กรไปสู่ความสำเร็จ โดยการสร้างแรงจูงใจเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้บุคลากรมีกำลังใจและมุ่งมั่นในการทำงาน ผู้นำควรมีการเชื่อมโยงค่าตอบแทนกับความสำเร็จด้านความปลอดภัยและคุณภาพ กรณีตัวอย่างของ Sentara Healthcare 25% ของค่าตอบแทนผู้นำ ขึ้นอยู่กับการปรับปรุงประสิทธิภาพทางคลินิก และยังมีโบนัสเพิ่มอีก 5% หากองค์กรบรรลุเป้าหมายด้านคุณภาพและความปลอดภัยตามที่กำหนดไว้ ซึ่งเป็นแนวทางที่ช่วยส่งเสริมให้บุคลากรตระหนักถึงความสำคัญของความปลอดภัย และคุณภาพในการทำงาน

ขั้นแปด ออกแบบระบบใหม่และเพิ่มความเชื่อถือและความปลอดภัยของผู้ป่วย (redesign systems and improve reliability) การปรับปรุงความปลอดภัยของผู้ป่วยไม่ใช่เพียงหน้าที่ของแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ แต่ความรับผิดชอบของทุกคนในองค์กร ซึ่งผู้นำมีบทบาทสำคัญในการสร้างความเข้าใจ และสนับสนุนการบริหารจัดการ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยของผู้ป่วยในระบบสุขภาพ ผ่านการกำหนดนโยบาย การจัดการความเสี่ยง และการส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัย โดยมีขั้นตอนสำคัญ ดังนี้

- 1) ออกแบบกระบวนการดูแลใหม่เพื่อเพิ่มความเชื่อถือจากบุคลากร ผู้ป่วย และญาติ ความน่าเชื่อถือ (reliability) ในบริบทด้านการดูแลสุขภาพ หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจ การให้ข้อมูล และกระบวนการรักษาที่ถูกต้องและทันเวลา ตามมาตรฐานและความต้องการของผู้ป่วย โดยกลไกสำคัญในการออกแบบ

ระบบใหม่ให้มีความน่าเชื่อถือ ต้องใช้แนวทางการออกแบบใหม่, การตั้งมาตรฐานที่ชัดเจน, การพัฒนาให้สอดคล้องกับปัจจัยมนุษย์ และการเรียนรู้จากองค์กรที่มีความน่าเชื่อถือสูง

- 2) **การนำทีมตอบสนองฉุกเฉิน (rapid response teams, RRT)** เป็นแนวทางสำคัญในการลดภาวะวิกฤติของผู้ป่วย ช่วยให้ทีมแพทย์สามารถให้รักษาได้อย่างทันท่วงทีและมีประสิทธิภาพมากขึ้น เป้าหมายหลักคือ การป้องกันภาวะวิกฤติของผู้ป่วยก่อนที่อาการจะทรุดหนัก โดยหลักการทำงานของ RRT จะประกอบด้วยบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านวิกฤติการแพทย์ และมีระบบแจ้งเตือนจากอาการผู้ป่วย (early warning system, EWS) บุคลากรทุกคนสามารถเรียก RRT ได้เมื่อพบสัญญาณอันตราย
- 3) **การจำลองสถานการณ์ (simulation)** เป็นแนวทางช่วยเตรียมบุคลากรให้พร้อมรับมือกับสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง, เหตุการณ์ผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นได้บ่อย (error-prone situations) และสถานการณ์เฉพาะทางที่ไม่คาดคิด นอกจากนี้การนำ simulation มาใช้ในโรงพยาบาลทำให้เกิดการพัฒนาความสามารถบุคลากร แต่ยังช่วยลดข้อผิดพลาดทางการแพทย์และเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 4) **ใช้ระบบคอมพิวเตอร์สำหรับคำสั่งทางการแพทย์** เพื่อลดความผิดพลาดคลาดเคลื่อนทางการแพทย์ เช่น การสั่งยาด้วยการเขียนด้วยลายมือแพทย์ การสนับสนุนการใช้คอมพิวเตอร์จะช่วยลดความผิดพลาดที่เกิดจากการสื่อสารที่ไม่ชัดเจน หรือการตีความคำสั่งที่ผิดพลาด

การปรับปรุงความปลอดภัยของผู้ป่วย เป็นความรับผิดชอบของทุกคนในองค์กร โดยผู้นำมีบทบาทสำคัญในการสร้างความเข้าใจและสนับสนุนการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดความปลอดภัย ผ่านการกำหนดนโยบาย การจัดการความเสี่ยง และการส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัย

โดยมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 ในบทนำ I-1 ได้ให้ความสำคัญกับผู้นำระดับสูง ผู้บริหาร โดยมีเป้าหมายเพื่อให้องค์กรประสบความสำเร็จ ผ่านการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ และ ค่านิยม การสื่อสารที่ได้ผล การสร้างสภาพแวดล้อมเพื่อความสำเร็จ และการทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างจริงจัง ได้แก่

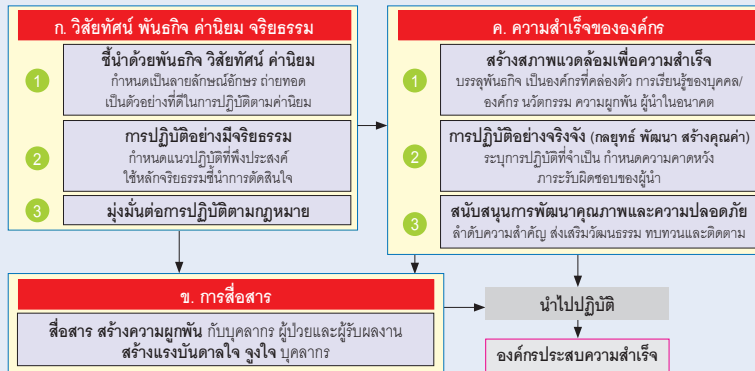
- I-1.1 ก.การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง (Senior Leadership)

ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

I-1 កម្រិត (Leadership)

I-1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง (Senior Leadership)

ผู้นำระดับสูงซึ่งนำและทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ ผ่านการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจและค่านิยม การสื่อสารที่ได้ผล การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อความสำเร็จ และการทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างจริงจัง.



14

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

I-1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง (Senior Leadership)

ผู้นำระดับสูงชั้นนำและทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ ผ่านการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจและค่านิยม การสื่อสารที่ได้ผล การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อความสำเร็จ และการทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างจริงจัง.

ก. วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และจริยธรรม (Vision, Mission, Values and Ethics)

(1) ผู้นำระดับสูงชี้แจงองค์กร:

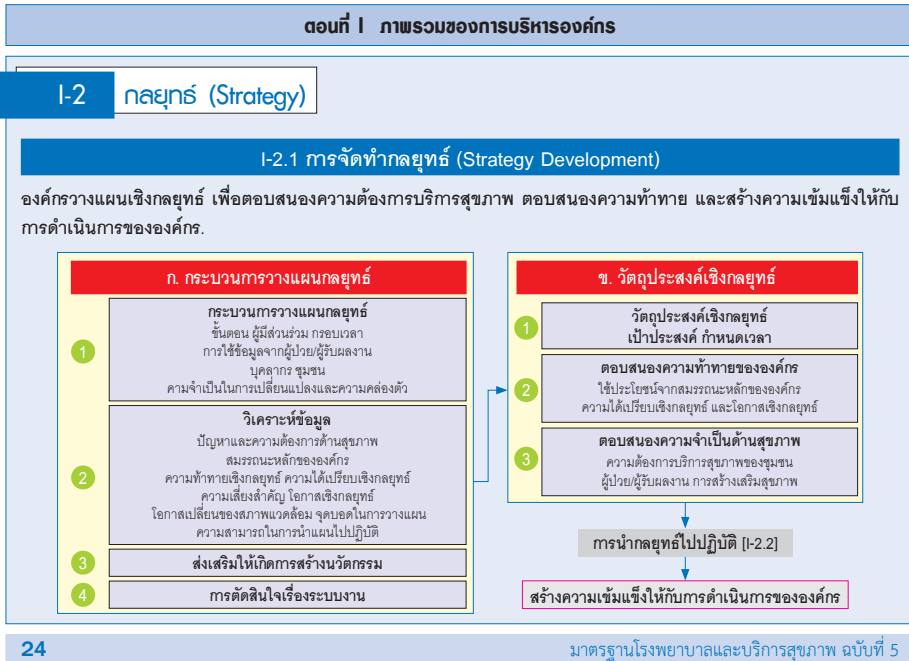
- (i) กำหนดวิทยาลัยฯ พันธกิจ และค่านิยม เป็นลายลักษณ์อักษร และถ่ายทอดสิ่งเหล่านี้สู่การปฏิบัติ¹;
- (ii) เป็นตัวอย่างที่ดีในการปฏิบัติตามค่านิยมขององค์กร และการทำงานเป็นทีม.

ภาพที่ 11 I-1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง (Senior Leadership)

ที่มา: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5, (2564).



- I-2.1 ก.การจัดทำกลยุทธ์ (Strategy) ให้มีความสำคัญต่อการวางแผนเชิงกลยุทธ์ เพื่อตอบสนองความต้องการสุขภาพ ตอบสนองความท้าทาย และสร้างความเข้มแข็งให้กับ การดำเนินการขององค์กร



24

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

(vi) ความสามารถในการนำแผนไปปฏิบัติ.

(3) กระบวนการวางแผนกลยุทธ์ส่งเสริมให้เกิดการสร้างนวัตกรรมขององค์กร.

(4) องค์กรตัดสินใจ¹⁸เรื่องระบบงานขององค์กรว่ากระบวนการทำงานใดที่จะดำเนินการเองได้ กระบวนการทำงานใดที่จะให้ผู้ส่งมอบหรือพันธมิตรทำ และกระบวนการทำงานใดจะสร้างความร่วมมือกับองค์กรภายนอก.

ภาพที่ 12 I-2.1 การจัดทำกลยุทธ์ (Strategy Development)

ที่มา: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5, (2564).

กล่าวคือ บทบาทของผู้นำในการพัฒนาความปลอดภัยของผู้ป่วย ควรมีวิสัยทัศน์ และกลยุทธ์เพื่อขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงและสร้างระบบที่ปลอดภัยและมีคุณภาพ โดยแนวทางสำคัญในการพัฒนาคือ สร้างระบบสนับสนุนบุคลากร ส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัย และใช้เครื่องมือและแนวทางสากล ในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เมื่อผู้นำมีความมุ่งมั่นสนับสนุน ด้านคุณภาพและความปลอดภัย จะสามารถเปลี่ยนแปลงระบบการดูแลสุขภาพและพัฒนาชีวิต ของผู้ป่วยและชุมชนในพื้นที่บริการได้



5. ยกระดับการทำงานแบบมีส่วนร่วม (Enhance Collaborative of Work)

การทำงานแบบมีส่วนร่วมในองค์กรด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยยกระดับคุณภาพ การดูแลและบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการทำงานแบบมีส่วนร่วมทำให้บุคลากร มีความเข้าใจเป้าหมายร่วมกัน สนับสนุนซึ่งกันและกัน และแลกเปลี่ยนแนวคิดเพื่อผลักดัน การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ การเปิดโอกาสให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น และการตัดสินใจ ยังช่วยเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่เข้มแข็ง กระตุ้นให้เกิดนวัตกรรม ด้านสุขภาพที่สามารถนำไปใช้ได้จริง ส่งผลให้ระบบสุขภาพมีประสิทธิภาพและเติบโตอย่างยั่งยืน

Institute for Healthcare Improvement (IHI) ได้พัฒนาเครื่องมือประเมินระดับ การมีส่วนร่วมในการทำงาน หรือ **Assessment Scale for Collaboratives**⁸ เพื่อเป็นแนวทาง ให้องค์กรสามารถติดตามและประเมินความก้าวหน้าของการทำงานแบบมีส่วนร่วมได้อย่าง เป็นระบบ เครื่องมือนี้ช่วยเสริมสร้างการทำงานเป็นทีม พร้อมทั้งสนับสนุนการปรับกลยุทธ์ และจัดสรรทรัพยากรให้สอดคล้องกับความต้องการขององค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมี เป้าหมายการประเมิน ดังนี้

1. **ติดตามและรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานรายเดือน** เพื่อให้ข้อมูลที่เป็น ประโยชน์ต่อผู้บังคับบัญชา/ที่ปรึกษา สนับสนุนการปรับปรุงและพัฒนากระบวนการ ทำงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
2. **เปิดโอกาสให้แต่ละทีมประเมินตนเอง (self-assessment)** เพื่อค้นหาช่องว่าง (gap) ในการพัฒนา โดยการแลกเปลี่ยนมุมมองระหว่างทีมและผู้บังคับบัญชา/ที่ปรึกษา และ ร่วมกันหาแนวทางปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง
3. **เสริมสร้างความรู้สึกร่วมในงาน** ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจระหว่างทีมและ ผู้บังคับบัญชา/ที่ปรึกษา โดยมุ่งเน้นการเรียนรู้และติดตามความก้าวหน้าตามระยะเวลา ที่กำหนด
4. **สร้างความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับความสำเร็จและแผนการปรับปรุง** เพื่อให้ทุกฝ่ายเห็น ภาพรวมของผลลัพธ์ที่ต้องการ ตลอดจนวางแผนการพัฒนา และปรับปรุงงานให้ สอดคล้องกับเป้าหมายระยะยาว

⁸ Institute for Healthcare Improvement Assessment Scale for Collaboratives. Boston: Institute for Healthcare Improvement; 2024.



เมื่อองค์กรให้ความสำคัญกับการทำงานแบบมีส่วนร่วมมากขึ้น ย่อมเกิดประสิทธิภาพในการทำงานร่วมกัน ลดอุปสรรคในการสื่อสาร และเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างทีมอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้คุณภาพบริการด้านสุขภาพได้รับการพัฒนาให้ได้มาตรฐานสูงขึ้น สามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ การทำงานแบบมีส่วนร่วมนำไปสู่วัฒนธรรมองค์กรที่แข็งแกร่ง เอื้อต่อการสร้างสรรค์นวัตกรรมและแนวคิดใหม่ ๆ โดยบุคลากรรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรอย่างแท้จริง ทั้งยังช่วยส่งเสริมความยั่งยืนขององค์กร ทำให้องค์กรสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาได้อย่างต่อเนื่องในอนาคต

แนวทางการประเมินระดับการมีส่วนร่วม (Assessment Scale for Collaboratives)

การประเมินระดับการมีส่วนร่วมในการทำงานหรือการพัฒนางานด้านต่าง ๆ ควรดำเนินการโดยผู้บังคับบัญชา (collaborative director) หรือที่ปรึกษา (improvement advisor) พร้อมให้ข้อเสนอแนะเชิงสร้างสรรค์ เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจและส่งเสริมการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ทั้งนี้ ควรปรับแนวทางการวัดผลให้สอดคล้องกับบริบทขององค์กร โดยมีบันทึกหลักฐานและเอกสารประกอบการประเมิน เพื่อพิจารณาคะแนนตามระดับที่กำหนด โดยมีหลักการ ดังนี้

- การระบุคะแนน จะเพิ่มขึ้นทีละ 0.5 ตามระดับการประเมิน (ไม่มี 0.25 หรือ 0.75)
- ต้องมีการตอบสนองครบทุกองค์ประกอบ (definition) ในระดับคะแนนนั้น ๆ จึงจะให้คะแนนได้
- มีการบันทึกรายงานการประเมินประจำเดือน พร้อมหลักฐานเชิงประจักษ์



ตาราง 2 องค์ประกอบการของระดับการมีส่วนร่วม

Assessment Scale		Definition
1.0	Forming Team	• สร้างทีม • กำหนดผู้ที่เกี่ยวข้อง/กลุ่มเป้าหมาย • ตั้งเป้าหมาย • เริ่มการวัดฐานข้อมูล
1.5	Planning for the Project has Begun	• ทีมเริ่มการประชุม • วางแผนโครงการ
2.0	Changes, No Improvement	• ทีมมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และหารือร่วมกัน แต่ไม่สามารถระบุได้ว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการทำงานร่วมกัน
2.5	Modest Improvement	• มีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการทำงานร่วมกัน แต่ไม่มีการปรับปรุงการดำเนินงานให้สอดคล้องกับตัวชี้วัด • มีรายงานผลดำเนินงานตามตัวชี้วัด
3.0	Modest Improvement	• เริ่มมีการหมุนวงล้อการพัฒนาคุณภาพ (PDSA) • มีการปรับปรุง/พัฒนากระบวนการดำเนินงานอย่างเห็นได้ชัด
3.5	Improvement	• มีการหมุนวงล้อการพัฒนาคุณภาพ (PDSA) และปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง
4.0	Significant Improvement	• มีการปรับปรุง/พัฒนากระบวนการดำเนินงานกับกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจนมากขึ้น (population of focus)
4.5	Sustainable Improvement	• มีการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้น ให้เกิดผลลัพธ์ (outcome) ในการทำงานตามแผน • บรรลุเป้าหมายการดำเนินงาน ร้อยละ 75 • เผยแพร่ไปสู่บุคลากรภายในองค์กรเป็นวงกว้างมากขึ้น
5.0	Outstanding Sustainable Results	• เผยแพร่ออกไปสู่นอกองค์กรเป็นวงกว้างมากขึ้น • บรรลุเป้าหมายการดำเนินงานตามแผน • เกิดผลลัพธ์ที่สามารถเทียบเคียงได้ในระดับประเทศ • อยู่ระหว่างการเผยแพร่ไปยังองค์กรอื่น ๆ

การนำแนวทาง Collaboratives ไปประยุกต์ใช้ในองค์กรหรือสถานพยาบาลสามารถช่วยยกระดับคุณภาพการดูแลและบริการสุขภาพได้อย่างเป็นระบบ โดยมุ่งเน้น **การทำงานร่วมกันอย่างมีส่วนร่วม** เพื่อให้บุคลากรทุกระดับได้มีบทบาทในการพัฒนาองค์กรอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

- **ร่วมกำหนดเป้าหมายและแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน**
 - วางแผนการดำเนินงานร่วมกัน โดยกำหนดเป้าหมายที่เป็นรูปธรรม
 - สร้างความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างบุคลากร ทีมงาน และผู้บริหาร
- **ใช้การประเมินเป็นเครื่องมือในการพัฒนา**
 - ดำเนินการประเมินระดับการมีส่วนร่วมเป็นรายเดือนหรือรายไตรมาส
 - เปิดโอกาสให้แต่ละทีมทำ Self-Assessment เพื่อตรวจสอบความก้าวหน้า และหาแนวทางปรับปรุง
- **เสริมสร้างวัฒนธรรมการมีส่วนร่วม**
 - ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ระหว่างทีม
 - สนับสนุนการเรียนรู้ร่วมกันผ่านเวทีประชุมและเวิร์กช็อป
- **ปรับกลยุทธ์และทรัพยากรให้เหมาะสม**
 - ใช้ผลการประเมินเป็นแนวทางในการปรับปรุงกลยุทธ์
 - จัดสรรทรัพยากรให้ตรงกับความต้องการของทีมแต่ละทีม
- **ติดตามผลและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง**
 - ใช้ข้อมูลจากการประเมินมาวิเคราะห์แนวโน้มและวางแผนพัฒนาระยะยาว
 - สร้างระบบบันทึกข้อมูลและเอกสารประกอบการประเมินเพื่อความต่อเนื่องในการพัฒนา

สรุป

ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 ได้ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วม ทั้งจากของบุคลากรในสถานพยาบาลในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน รวมถึงระบบงานต่าง ๆ และการสร้างความร่วมมือกับองค์กรภายนอก เป็นหนึ่งในหลักคิดที่ใช้กระตุ้นการปฏิบัติที่เกิดผลอย่างแท้จริง ตามหลักคิดชุดที่ 1 มีอะไรให้คุยกัน หรือคำนิยม teamwork แนวทางการประเมินระดับการมีส่วนร่วม (assessment scale for collaboratives) สามารถใช้เป็นเครื่องมือเพื่อประเมินตนเอง และหาโอกาสพัฒนาที่สำคัญในการดำเนินงาน เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมที่ชัดเจน นำไปสู่การพัฒนาสู่ความเป็นเลิศ ยกระดับระบบสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ และยั่งยืน

6. ความปลอดภัยของผู้ป่วยและปัญญาประดิษฐ์⁹

6.1 โอกาสและความท้าทายในการดูแลผู้ป่วย

การเปิดตัว ChatGPT ของ OpenAI ในช่วงปลายปี 2022 ทำให้เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์สร้างสรรค์ (Generative AI หรือ GenAI) ได้รับความสนใจอย่างกว้างขวางจากทุกภาคส่วน โดยเฉพาะในภาคระบบสุขภาพซึ่งมีความสำคัญ ความซับซ้อน และต้นทุนที่สูง การนำเทคโนโลยี GenAI ที่มีศักยภาพสูงมาใช้ จึงน่าจะทำให้เกิดการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ลดค่าใช้จ่าย และเพิ่มประสบการณ์ที่ดีให้กับทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ อย่างไรก็ตามยังมีข้อกังวลว่า GenAI อาจนำมาซึ่งภัยคุกคามใหม่ต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เช่น การแสดงผลที่ไม่ตรงกับความจริง (hallucination) การมีอคติ และความเสี่ยงในการลดทักษะของบุคลากร (deskilling)

ในเดือนมกราคม 2024 สถาบัน Lucian Leape Institute ได้จัดประชุมผู้เชี่ยวชาญเพื่อศึกษาโอกาสและความเสี่ยงของ GenAI ต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย รวมถึงระบุภัยคุกคามและเสนอแนวทางในการเพิ่มประโยชน์สูงสุดในการใช้งาน และลดความเสี่ยงให้เหลือน้อยที่สุด โดยคณะผู้เชี่ยวชาญได้ทำการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับ AI และความปลอดภัยของผู้ป่วย รวมถึงอภิปรายเกี่ยวกับกรณีศึกษา 3 กรณี ที่มีแนวโน้มสูงสุดในการใช้งาน GenAI ในด้านการดูแลสุขภาพ ได้แก่ 1) การสนับสนุนเอกสารทางคลินิก เช่น การสร้างบันทึกทางการแพทย์จากการสนทนาระหว่างบุคลากรและผู้ป่วย หรือการสรุปข้อมูลจากบันทึกทางการแพทย์ 2) การสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก เช่น การแนะนำการวินิจฉัยหรือการรักษา และ 3) แอปบอทที่ใช้ตอบคำถามผู้ป่วย เช่น การตอบคำถามด้านสุขภาพหรือช่วยเหลือผู้ป่วยในการเข้าถึงบริการสุขภาพ

ผลจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ศักยภาพของเครื่องมือ GenAI สามารถลดความเหนื่อยล้าของแพทย์ เพิ่มความแม่นยำในการวินิจฉัย และอาจลดต้นทุนได้ นอกจากนี้ AI ที่ออกแบบอย่างดีสามารถช่วยระบุช่องว่างในการดูแลและสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงต่อความผิดพลาดได้แบบเรียลไทม์ ทำให้เกิดโอกาสในการป้องกันความผิดพลาดได้ทันที

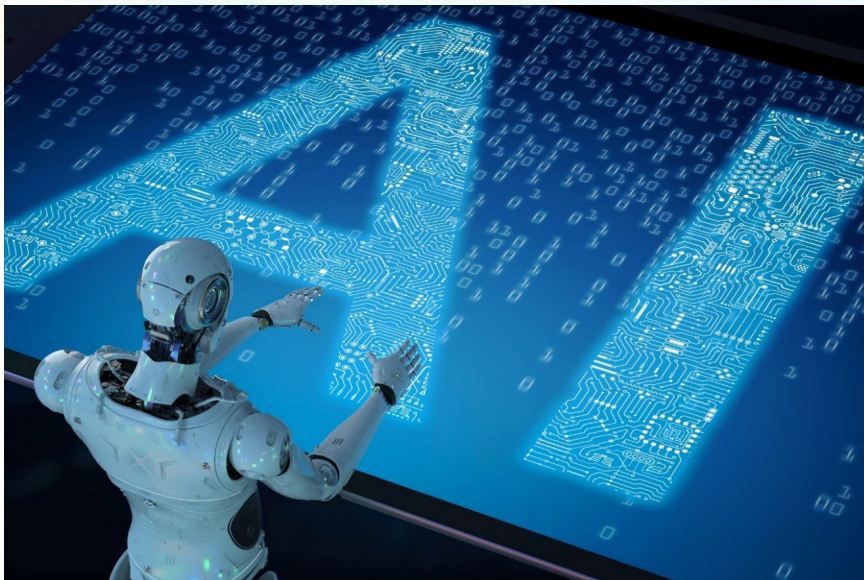
แต่อย่างไรก็ตาม พบว่ามีความเสี่ยงหลายประการ เช่น การทำให้การดูแลผู้ป่วยขาดความเป็นมนุษย์ การขาดการตรวจสอบผลลัพธ์ที่ได้จาก AI จากมนุษย์ ทำให้เกิดความผิดพลาด รวมถึงความท้าทายในการผนวก AI เข้ากับกระบวนการทำงานที่มีอยู่เดิม นอกจากนี้ ความลำเอียงของผลลัพธ์ที่สร้างโดย AI และการลดทักษะทางคลินิกของแพทย์ก็เป็นประเด็นสำคัญที่ควรให้ความสนใจ โดยความลำเอียงของผลลัพธ์ อาจทำให้ลดลงได้โดยการจัดทำชุดข้อมูลที่ครอบคลุม การเปิดเผยผลประโยชน์ทับซ้อนอย่างโปร่งใส และใช้วิธีการคำนวณรูปแบบใหม่ ในขณะที่

⁹ Lucian Leape Institute. *Patient Safety and Artificial Intelligence: Opportunities and Challenges for Care Delivery*. Boston: Institute for Healthcare Improvement; 2024.

การลดทักษะทางคลินิกอาจต้องการการวิจัยเชิงรุกเพื่อแก้ปัญหาต่อไป

ถึงแม้จะมีความเสี่ยงดังที่ได้กล่าวข้างต้น แต่ผู้ร่วมอภิปรายก็ยังเชื่อมั่นในการใช้ GenAI เพื่อปรับปรุงความปลอดภัยและคุณภาพของการดูแลสุขภาพ โดยในการพัฒนาเครื่องมือ GenAI อย่างต่อเนื่องและการนำไปใช้ในระบบการดูแลสุขภาพ คณะผู้เชี่ยวชาญได้เสนอคำแนะนำดังนี้

- **การให้บริการและปกป้องผู้ป่วย:** เปิดเผยและอธิบายการใช้เครื่องมือ AI ซึ่งเน้นการให้บริการแก่ผู้ป่วยโดยตรง เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยเข้าใจถึงการใช้และผลกระทบของเครื่องมือที่นำมาใช้ในการดูแล รวมถึงให้อำนาจแก่ผู้ป่วยในการเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วย เลือกใช้ หรือปฏิเสธบริการ AI ได้ นอกจากนี้ ยังควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา ดำเนินการ กำกับดูแล และติดตามเครื่องมือ GenAI เพื่อให้แน่ใจว่าความต้องการ และข้อกังวลด้านความปลอดภัยของพวกเขาได้รับการตอบสนอง
- **เรียนรู้ร่วมกับแพทย์ สร้างการมีส่วนร่วม และรับฟังความคิดเห็น:** ให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับ GenAI และประเด็นด้านจริยธรรมที่เกี่ยวข้องแก่แพทย์และบุคลากรสาธารณสุข รวมถึงคำแนะนำเฉพาะเกี่ยวกับวิธีการใช้เครื่องมือ AI ที่มีอยู่ และควรมีระบบในการรับฟัง รวบรวมความคิดเห็นของแพทย์เกี่ยวกับประสิทธิภาพของเครื่องมือ AI เพื่อนำสู่การพัฒนา ปรับปรุงการใช้งานและประสิทธิภาพของ GenAI ต่อไป
- **ประเมินและรับรองประสิทธิภาพของ AI และความเป็นอิสระจากอคติ:** จัดทำฐานข้อมูลหลักฐานของเครื่องมือที่ใช้ AI ซึ่งผ่านการทดสอบและตรวจสอบอย่างเข้มงวด รวมถึงผลลัพธ์ของการใช้งานในสถานการณ์ทางคลินิกจริง โดยทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง รวมถึงรัฐบาล นักพัฒนา AI ระบบบริการสุขภาพ มูลนิธิ และสถาบันวิชาการ ต้องลงทุนเวลาและทรัพยากรในการรวบรวมชุดข้อมูลที่เพียงพอและไม่มีอคติ และสร้างฐานหลักฐานที่เป็นกลางเพื่อตรวจสอบความปลอดภัยและประสิทธิภาพของเครื่องมือ AI ในการปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิกอย่างสม่ำเสมอและเท่าเทียมกัน
- **กำหนดกฎระเบียบและการกำกับดูแล AI ที่เข้มงวด:** จัดตั้งระบบการกำกับดูแลและให้คำแนะนำเกี่ยวกับ AI ทั้งในระดับระบบการให้บริการสุขภาพรายบุคคล และระดับรัฐบาลกลาง
- **ออกแบบและดำเนินการ AI อย่างรัดกุม รวมถึงประเมินผลอย่างต่อเนื่อง:** ปฏิบัติตามหลักการออกแบบที่มุ่งเน้นมนุษย์ มีส่วนร่วมกับผู้ใช้งานในทุกขั้นตอนของการออกแบบ และตรวจสอบความถูกต้องของโมเดลและเครื่องมือด้วยการทดสอบขนาดเล็กในสถานการณ์ทางคลินิกจริง
- **สร้างการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างระบบการดูแลสุขภาพ:** ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนความรู้และความร่วมมือระหว่างระบบการดูแลสุขภาพต่าง ๆ



ผลกระทบของ GenAI ต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

นอกเหนือจากการพิจารณาด้านความปลอดภัยสำหรับแอปพลิเคชัน GenAI ทางคลินิกที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง คณะผู้เชี่ยวชาญจาก IHI Lucian Leape Institute ได้หารือเกี่ยวกับศักยภาพของ GenAI ในการส่งผลกระทบต่อ **ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย** โดยเฉพาะ โดยเครื่องมือ GenAI อาจสามารถช่วยในด้านต่อไปนี้:

- **รวบรวมและวิเคราะห์** รายงานเหตุการณ์ด้านความปลอดภัย ตอนการรักษา และข้อมูลการวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง
- **ให้ข้อมูลแบบเรียลไทม์** เพื่อตรวจจับและแก้ไขปัญหาด้านความปลอดภัย
- **ระบุปัจจัยที่นำไปสู่ปัญหาความปลอดภัย** ที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ ตามระยะเวลา
- **ปรับปรุงการติดตามการตรวจสอบ (audit tracking)**
- **ช่วยในการออกแบบกระบวนการทำงานใหม่** ให้มีประสิทธิภาพและใช้งานง่ายขึ้น
- **ฝึกอบรมผู้เชี่ยวชาญด้านความปลอดภัยและคุณภาพ**
- **บูรณาการประสบการณ์และข้อเสนอแนะของผู้ป่วย** เข้าสู่กระบวนการปรับปรุงความปลอดภัย เช่น การเชื่อมโยงข้อมูลจากแบบสำรวจที่มีส่วนร่วมของผู้ป่วย รายงานเหตุการณ์ หรือข้อมูลการเรียกร้องค่าเสียหาย

แต่ละฟังก์ชันเหล่านี้สามารถช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์เปลี่ยนแนวทาง **จากการตอบสนองต่อข้อผิดพลาดไปสู่การคาดการณ์ปัญหาความปลอดภัยล่วงหน้า** อีกทั้งยังสามารถเสริมสร้างศักยภาพให้ผู้เชี่ยวชาญด้านความปลอดภัยและคุณภาพ สามารถตอบสนองต่อปัญหาได้แบบเรียลไทม์ด้วยข้อมูลที่ได้รับการวิเคราะห์อย่างรอบคอบ

แนวทางใหม่ของการประเมินและตอบสนองต่อปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วย

ปัจจุบัน แนวทางหลักของการตรวจจับปัญหาด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยมักใช้วิธี **วิเคราะห์เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์และสถานะที่ไม่ปลอดภัย** ซึ่งอาศัยรายงานเหตุการณ์ (incident reports) และการวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง (root cause analysis) อย่างไรก็ตามงานวิจัยหลายชิ้นพบว่า รายงานเหตุการณ์นั้น **ไม่สามารถสะท้อนปัญหาที่แท้จริงได้ทั้งหมด** และมักจะเน้นไปที่ประเด็นที่เป็นผลพลอยได้มากกว่าการระบุปัญหาสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วย

ในด้านการดำเนินการแก้ไขปัญหา การวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง (root cause analysis) เป็นวิธีหลักที่ใช้โดยระบบบริการสุขภาพในการทำความเข้าใจและแก้ไขปัญหาด้านความปลอดภัย **GenAI สามารถนำมาใช้เพื่อช่วยระบุรูปแบบการดูแลที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงและเสนอแนวทางแก้ไขที่อิงจากข้อมูลในอดีต** ขององค์กรนั้น ๆ หรือแม้แต่ข้อมูลจากระบบสุขภาพอื่น ๆ หากสามารถเข้าถึงข้อมูลได้

อีกทั้ง GenAI ยังสามารถช่วยตรวจสอบได้ว่ามาตรการที่นำมาใช้ได้ผลจริงหรือไม่ และสามารถติดตามประสิทธิภาพของมาตรการแก้ไขปัญหาดังได้ในระยะยาว และที่สำคัญ การนำ GenAI มาช่วยตรวจสอบข้อมูลจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (EMR) เพื่อหาสัญญาณของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และสถานะที่ไม่ปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง จะสามารถเปลี่ยนแนวทางการเรียนรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยของระบบบริการสุขภาพได้ งานวิจัยพบว่า การใช้ AI ตรวจสอบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์สามารถช่วย **ตรวจพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้มากกว่าถึง 10 เท่า และสามารถคาดการณ์อันตรายล่วงหน้าได้ถึง 72 ชั่วโมง**

นอกจากนี้ GenAI สามารถช่วยลดระยะเวลาของบุคลากรในการทบทวนเอกสารและรายงานเพื่อปฏิบัติตามข้อกำหนดของหน่วยงานรับรองมาตรฐาน บริษัทประกัน และหน่วยงานกำกับดูแลต่าง ๆ ซึ่งเวลาที่ได้คืนกลับมานี้ องค์กรควรนำไปใช้ในการเพิ่มการดำเนินกิจกรรมที่มีคุณค่าเกี่ยวกับความปลอดภัยและคุณภาพของผู้ป่วย แทนที่จะใช้เป็นข้ออ้างในการลดจำนวนพนักงานลง

บทบาทของ GenAI ในการสนับสนุนและปรับปรุงความปลอดภัยของผู้ป่วย

- รวบรวมและวิเคราะห์ รายงานเหตุการณ์ ข้อมูลการรักษา และข้อมูลการวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง
- ใช้ข้อมูลแบบเรียลไทม์ เพื่อตรวจจับและแก้ไขปัญหาความปลอดภัย
- ระบุปัจจัยที่ส่งผลต่อปัญหาความปลอดภัย ในระยะยาว
- ช่วยติดตามการตรวจสอบ และออกแบบกระบวนการทำงานใหม่ให้มีประสิทธิภาพและเข้าใจง่าย
- ฝึกอบรมบุคลากรด้านความปลอดภัยและคุณภาพ
- รวมประสบการณ์และข้อเสนอแนะของผู้ป่วย เข้ากับข้อมูลด้านความปลอดภัย
- ช่วยระบุการวินิจฉัยที่มีความเสี่ยงและตรวจจับปัญหาความปลอดภัยในระยะเริ่มต้น เช่น การติดเชื้อในโรงพยาบาล (hospital-associated infections), เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา (adverse drug events), ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ (venous thromboembolism), และ ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด
- ลดภาระงานของบุคลากรด้านความปลอดภัยและคุณภาพ เพื่อให้สามารถจัดสรรทรัพยากรไปยังมาตรการปรับปรุงความปลอดภัยของผู้ป่วยได้มากขึ้น

สรุป

ปัญญาประดิษฐ์เชิงสร้างสรรค์ (generative AI) กำลังจะปฏิวัติวงการสุขภาพ รวมถึงช่วยเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยและคุณภาพการดูแล อย่างไรก็ตาม การนำเทคโนโลยีนี้มาใช้ต้องดำเนินการอย่างรอบคอบ เนื่องจากเทคโนโลยีใหม่ในระบบสุขภาพมักมีผลกระทบที่ไม่คาดคิด และคุณสมบัติเฉพาะของ GenAI อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงในรูปแบบใหม่

กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลัก ต้องทำงานร่วมกันด้วย ความตั้งใจ และรัดกุม เพื่อให้แน่ใจว่า GenAI ถูกนำมาใช้ในลักษณะที่เสริมสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วย คณะผู้เชี่ยวชาญจาก IHI Lucian Leape Institute มีความหวังว่า GenAI จะสามารถช่วยปรับปรุงระบบสุขภาพ และรายงานฉบับนี้จะกระตุ้นให้ผู้มีส่วนได้เสียหลากหลายกลุ่มดำเนินการเพื่อให้นับใจว่าการนำ GenAI มาใช้ในระบบบริการสุขภาพเป็นไปอย่างปลอดภัย และมีความรับผิดชอบร่วมกัน

6.2 ข้อพิจารณาสำหรับกลุ่มสำคัญ

ในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาถึงศักยภาพของ GenAI และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย คณะผู้เชี่ยวชาญของ IHI Lucian Leape Institute ได้ทบทวนข้อพิจารณาสำหรับกลุ่มสำคัญและให้คำแนะนำเฉพาะ พร้อมทั้งกลยุทธ์ในการลดความเสี่ยงสำหรับกลุ่มเหล่านี้ ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ป่วยและผู้แทนผู้ป่วย 2) แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ 3) ผู้เชี่ยวชาญด้านความปลอดภัยและคุณภาพ 4) ระบบบริการสุขภาพ 5) นักพัฒนา (GenAI developers) 6) นักวิจัย และ 7) หน่วยงานกำกับดูแลและผู้กำหนดนโยบาย

โดยในบทความนี้ จะขอแนะนำเฉพาะส่วนของ ผู้ป่วยและผู้แทนผู้ป่วย แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ และผู้เชี่ยวชาญด้านความปลอดภัยและคุณภาพ

ความปลอดภัยของผู้ป่วยและข้อพิจารณาเกี่ยวกับ GenAI สำหรับกลุ่มผู้ป่วยและผู้แทนผู้ป่วย

เมื่อ GenAI ถูกนำมาใช้ในระบบสุขภาพ ความปลอดภัยและความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ป่วยต้องยังคงเป็นลำดับความสำคัญสูงสุด คณะผู้เชี่ยวชาญจาก IHI Lucian Leape Institute ได้เสนอคำแนะนำต่อไปนี้สำหรับ ผู้ป่วยและผู้แทนของผู้ป่วย

1. เรียกร้องความโปร่งใสและสามารถไว้วางใจได้

- ผู้ป่วยมีสิทธิ์ได้รับข้อมูล เมื่อ GenAI ถูกนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพของตน
- แม้การแจ้งให้ทราบอาจมีความจำเป็นน้อยลงเมื่อ AI กลายเป็น ส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพอย่างเป็นกิจวัตร แต่ในระยะเริ่มต้นนี้ องค์กรด้านสุขภาพต้องกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำสำหรับการเปิดเผยข้อมูล และการขอความยินยอมจากผู้ป่วย
- ระบบสุขภาพต้องให้ทางเลือกแก่ผู้ป่วยในการปฏิเสธการใช้ GenAI และต้องมีแนวทางทางเลือก ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ต้องการใช้บริการที่เกี่ยวข้องกับ AI

2. ให้ความรู้และสนับสนุนผู้ป่วย

- ผู้ป่วยต้องได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีที่ GenAI จะช่วยแพทย์ในการดูแลสุขภาพของพวกเขา
- แพทย์และเทคโนโลยี AI (เช่น แชทบอท) ต้องสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยสามารถให้ผู้ป่วยตั้งคำถามและแสดงความกังวลได้ เช่น การกระตุ้นให้ผู้ป่วยถามด้วยคำถามอย่างเช่น “คุณยังมีคำถามอะไรอีกไหม?” หรือ “คุณมีข้อกังวลอะไรบ้าง?”

3. ส่งเสริมการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

- GenAI อาจช่วยลดภาระงานด้านเอกสารของแพทย์ ซึ่งเวลาที่ได้รับคืนมา ต้องถูกนำไปใช้ เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลและความใส่ใจต่อผู้ป่วย ไม่ใช่เพียงแค่ลดต้นทุน
- แนวทางในการใช้เวลาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นอาจรวมถึง
 - เพิ่มเวลาการพบแพทย์-ผู้ป่วย เพื่อให้มีการสื่อสารที่ดีขึ้น
 - ให้แพทย์มีเวลาทบทวนและแก้ไขเอกสาร ก่อนและหลังการพบผู้ป่วย
 - ให้แพทย์มีช่วงพัก เพื่อช่วยลดภาระงาน และสามารถมีสมาธิกับการดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น

4. ปกป้องความเป็นส่วนตัวและความปลอดภัยของข้อมูล

- ระบบสุขภาพและนักพัฒนา AI ต้องรับผิดชอบต่อการปกป้องข้อมูลของผู้ป่วยและการใช้ข้อมูลอย่างเหมาะสม
- ผู้ป่วยต้องให้ความยินยอมโดยมีการให้ข้อมูลที่ครบถ้วน (informed consent) โดยรวมถึง
 - ข้อมูลใดที่จะถูกนำไปใช้
 - ข้อมูลจะถูกใช้เพื่อวัตถุประสงค์ใด
 - วิธีการปกป้องข้อมูลของพวกเขา
- กลุ่มที่เกี่ยวข้องต้องมีมาตรการเชิงรุกในการระบุและจัดการกับความเสี่ยงใหม่ ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปกป้องข้อมูล เช่น การขโมยบันทึกเสียงของการสนทนาแพทย์ผู้ป่วยผ่านระบบ Digital Scribes ฯลฯ

5. สนับสนุนการบูรณาการ AI อย่างมีประสิทธิภาพ

- ผู้ป่วยและผู้แทนของผู้ป่วยสามารถสนับสนุนการพัฒนา AI ที่ช่วยเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย และผลักดันนโยบายที่เกี่ยวข้อง
- ผู้ป่วยและผู้แทนของผู้ป่วย ควรมีส่วนร่วมในกระบวนการกำกับดูแล และการให้คำแนะนำเกี่ยวกับ GenAI
- ความรับผิดชอบหลักในการทำให้เทคโนโลยีปลอดภัยต่อการใช้งานทางคลินิกไม่ควรตกอยู่ที่ผู้ป่วยและผู้แทนของผู้ป่วยเพียงลำพัง กลุ่มอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยงานด้านสุขภาพ นักพัฒนา AI และรัฐบาล ฯลฯ ต้องมีบทบาทหลักในการดูแลให้แน่ใจว่า AI ถูกใช้อย่างปลอดภัยและมีจริยธรรม

สรุป

เมื่อ AI ถูกนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพ ความโปร่งใส การศึกษา การคุ้มครองข้อมูล และการบูรณาการอย่างมีประสิทธิภาพ จะเป็นกุญแจสำคัญในการรับรองว่าผู้ป่วยยังคงเป็นศูนย์กลางของกระบวนการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยและผู้แทนผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการเรียกร้องมาตรฐานเหล่านี้ แต่ในขณะเดียวกัน ภาระหน้าที่หลักในการทำให้ AI ปลอดภัยและเป็นประโยชน์ควรอยู่ที่ผู้ให้บริการด้านสุขภาพและนักพัฒนาเทคโนโลยี เพื่อให้ AI ทำงานได้อย่างเหมาะสม และสนับสนุนคุณภาพของการดูแลสุขภาพอย่างแท้จริง



ความปลอดภัยของผู้ป่วยและข้อพิจารณาเกี่ยวกับ GenAI สำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์

เมื่อ GenAI ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในระบบสุขภาพ แพทย์ต้องเรียนรู้เกี่ยวกับเทคโนโลยีใหม่เหล่านี้อย่างจริงจัง และเข้าใจวิธีการใช้งานอย่างเหมาะสมในการให้บริการดูแลผู้ป่วย คณะผู้เชี่ยวชาญจาก IHI Lucian Leape Institute ได้ให้คำแนะนำสำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ ดังต่อไปนี้

1. ใช้เวลาที่ได้รับคืนจาก AI เพื่อปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ AI สามารถช่วยลดภาระงานด้านเอกสารที่ใช้เวลามาก ซึ่งอาจช่วยให้แพทย์มีเวลามากขึ้นในแต่ละวัน สิ่งนี้สามารถนำไปสู่สภาพแวดล้อมการทำงานที่ดีขึ้น ลดภาวะหมดไฟของแพทย์ ลดภาระทางจิตใจ ปรับปรุงประสบการณ์ของผู้ป่วย และเพิ่มคุณภาพและความปลอดภัยของการดูแลสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ประโยชน์เหล่านี้อาจลดลง หากไม่มีการปรับปรุงกระบวนการทางคลินิกให้สอดคล้องกับแนวทางเอกสารแบบใหม่ หรือหากเวลาที่ได้รับคืนทั้งหมดถูกนำไปใช้เพียงเพื่อเพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่แพทย์ต้องดูแลหรือช่วยลดต้นทุนของระบบสุขภาพ ดังนั้น แพทย์ต้องเป็นเรียกร้องให้เวลาอันมีค่าที่ได้รับคืนจาก AI ถูกนำไปใช้เพื่อสนับสนุนสวัสดิภาพของแพทย์และเพิ่มคุณภาพของการดูแลสุขภาพให้ปลอดภัยมากขึ้น

2. สนับสนุนการพัฒนาและปรับปรุง AI อย่างต่อเนื่อง

- แพทย์ต้องเข้าใจข้อจำกัดและความท้าทายของ GenAI และร่วมมือในการพัฒนาหรือทำวิจัยเกี่ยวกับ AI ผ่านโครงการปรับปรุงคุณภาพ
- แพทย์ควรใช้ทักษะและความเชี่ยวชาญของตนเพื่อช่วย ระบุและแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ของ AI เช่น
 - อคติที่เกิดจากข้อมูลที่ AI ใช้ (AI bias)
 - การขาดแคลนชุดข้อมูลที่ครอบคลุมประชากรกลุ่มเปราะบาง
 - การขาดกระบวนการทดสอบที่เข้มงวด เพื่อยืนยันความแม่นยำของ AI
 - ความไม่โปร่งใสของผลลัพธ์ที่ AI แนะนำ

3. ตระหนักว่า AI อาจพบข้อขัดแย้งที่ต้องได้รับการตรวจสอบ

- แม้ว่า GenAI สามารถสรุปเวชระเบียนทางการแพทย์ได้ดี แต่บางครั้งอาจพบความขัดแย้งของข้อมูล เช่น ความคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับยาที่ใช้หรือสถานะของการรักษา (code status)

- ระบบ AI ควรได้รับการออกแบบเพื่อแสดงข้อขัดแย้งเหล่านี้แก่แพทย์ (และในบางกรณี ผู้ป่วย) และให้โอกาสพวกเขาในการตรวจสอบข้อเท็จจริง
- อย่างไรก็ตาม กระบวนการนี้ต้องได้รับการออกแบบอย่างระมัดระวัง เพื่อไม่ให้เพิ่มภาระงานที่ไม่จำเป็นแก่แพทย์ และต้องแน่ใจว่า เมื่อมีการแก้ไขข้อมูลแล้ว ระบบจะอัปเดตให้สะท้อนข้อมูลที่ถูกต้องในอนาคต

4. พัฒนาทักษะใหม่และรักษาทักษะเดิม

- การพึ่งพาผลลัพธ์และคำแนะนำที่ AI สร้างขึ้นมากเกินไป อาจทำให้แพทย์สูญเสียทักษะทางคลินิก (clinical deskilling)
- ดังนั้น แพทย์ต้องฝึกฝนทักษะพื้นฐานทางคลินิกอย่างต่อเนื่อง เช่น
 - การวิเคราะห์และพัฒนาแนวทางการวินิจฉัยที่แตกต่างกัน (differential diagnosis)
 - การจัดทำแผนการรักษา
 - การตรวจหาสัญญาณของอาการทรุดลงของผู้ป่วย
 - การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพกับผู้ป่วย ผู้ดูแล และเพื่อนร่วมงาน
- นอกจากนี้ แพทย์ต้องพัฒนาทักษะที่เกี่ยวข้องกับ GenAI เช่น
 - ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับ GenAI
 - จริยธรรมของ AI
 - การฝึกฝนผ่านการจำลองสถานการณ์เกี่ยวกับเครื่องมือ AI ทางคลินิก
 - แนวปฏิบัติและนโยบายของระบบสุขภาพ รวมถึงขั้นตอนการทำงานเมื่อระบบ AI ล่ม หรือเมื่อผู้ป่วยปฏิเสธที่จะใช้ AI ในการรักษา

5. ใช้ AI เป็นเครื่องมือช่วยเหลือ ไม่ใช่ตัวแทนของแพทย์

- ปัจจุบัน GenAI ทำหน้าที่เป็นเครื่องมือสนับสนุนสำหรับแพทย์ โดยช่วยในบางส่วนของงานทางคลินิก และ AI ยังไม่มีความสามารถเพียงพอที่จะทำงานโดยอิสระจากแพทย์ แพทย์ต้องเป็นผู้ตัดสินใจขั้นสุดท้ายร่วมกับผู้ป่วย โดยใช้ทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์และความเห็นอกเห็นใจ ในการแนะนำแนวทางการรักษา
- ระบบสุขภาพต้องมี กลยุทธ์ที่เข้มงวด เพื่อให้แน่ใจว่าแนวทาง “แพทย์ต้องมีส่วนร่วมในกระบวนการ AI” (clinician in the loop) นั้น ไม่ใช่เพียงการสร้างความรู้สึกลดภัย แต่ต้องนำไปสู่ความปลอดภัยที่แท้จริง

สรุป

แพทย์มีบทบาทสำคัญในการนำ GenAI มาใช้ในทางคลินิกอย่างมีประสิทธิภาพ และปลอดภัย โดยต้องมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ เข้าใจข้อจำกัดของ AI และช่วยปรับปรุงเทคโนโลยีให้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ แพทย์ต้องรักษาทักษะทางคลินิกของตนเอง และใช้ AI เป็นเครื่องมือช่วยเหลือ แทนที่จะพึ่งพา AI อย่างสมบูรณ์

ในขณะที่ AI ช่วยลดภาระงานของแพทย์ได้ ต้องแน่ใจว่าเวลาที่ได้รับคืนมา ถูกนำไปใช้เพื่อเพิ่มคุณภาพของการดูแลผู้ป่วย แทนที่จะใช้เพื่อเพิ่มภาระงานหรือเพียงลดต้นทุนของระบบสุขภาพ แพทย์ต้องเป็นกระบอกเสียงเรียกร้องให้ AI ถูกนำมาใช้เพื่อประโยชน์สูงสุดของทั้งแพทย์และผู้ป่วย

ความปลอดภัยของผู้ป่วยและข้อพิจารณาเกี่ยวกับ GenAI สำหรับผู้เชี่ยวชาญด้านความปลอดภัยและคุณภาพ

ด้วยบทบาทในการตรวจสอบกระบวนการ ระบุความเสี่ยง และดำเนินแนวปฏิบัติที่ดีที่สุด ผู้เชี่ยวชาญด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและคุณภาพมีหน้าที่ ป้องกันข้อผิดพลาด ลดอันตราย และปรับปรุงผลลัพธ์ของผู้ป่วย ด้วยความรับผิดชอบนี้ พวกเขาสามารถช่วยลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ GenAI ในขณะเดียวกันก็สามารถใช้เทคโนโลยีใหม่นี้ เพื่อส่งเสริมความปลอดภัยและคุณภาพของการดูแลสุขภาพ คณะผู้เชี่ยวชาญจาก IHI Lucian Leape Institute ได้เสนอคำแนะนำต่อไปนี้ สำหรับผู้เชี่ยวชาญด้านความปลอดภัยและคุณภาพ ดังนี้

1. ใช้ AI เพื่อส่งเสริมความปลอดภัยและคุณภาพ

- ผู้เชี่ยวชาญด้านความปลอดภัยและคุณภาพ มักใช้เวลากว่า 50% ของเวลาทำงาน กับการรวบรวมข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ในการรายงานและตรวจสอบ GenAI สามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพ ในการตรวจจับและติดตามปัญหาด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย และช่วยให้การรายงานตามข้อบังคับมีประสิทธิภาพมากขึ้นโดยเครื่องมือ AI อาจทำให้กระบวนการความปลอดภัยของผู้ป่วยในปัจจุบันมีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น
 - การรวบรวมและจัดทำรายงานเหตุการณ์ (incident reports)
 - การสกัดข้อมูลจากเวชระเบียน
 - การวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา (root cause analysis)
- สิ่งสำคัญคือต้องแน่ใจว่า เวลาที่ได้รับคืนจาก AI นั้น ถูกนำไปใช้กับกิจกรรมที่ช่วยลดความเสี่ยงด้านความปลอดภัยอย่างแท้จริง ไม่ใช่เพียงแค่เพื่อลดต้นทุนของระบบสุขภาพ

2. ทบทวนแนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย

- ก่อนนำ AI มาใช้เพื่อปรับปรุงกระบวนการรายงานเหตุการณ์ ระบบสุขภาพควรทบทวน แนวทางการตรวจจับปัญหาความปลอดภัยในปัจจุบัน ว่ายังมีประสิทธิภาพหรือไม่ ตัวอย่างเช่น ในอดีต องค์กรด้านสุขภาพอาศัยรายงานเหตุการณ์โดยสมัครใจ เพื่อระบุกรณีการติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล (healthcare-associated infections: HAIs) ปัจจุบัน ระบบสุขภาพส่วนใหญ่นิยมใช้การตรวจสอบเวชระเบียน และข้อมูลห้องปฏิบัติการที่แม่นยำกว่า แทนการพึ่งพารายงานเหตุการณ์โดยสมัครใจที่ทั้งใช้เวลามากและมีความแม่นยำต่ำ
- GenAI สามารถช่วยให้ผู้เชี่ยวชาญด้านความปลอดภัยสามารถตรวจสอบข้อมูลทางคลินิกได้อย่างครอบคลุมและแบบเรียลไทม์ ซึ่งช่วยให้สามารถ
 - ระบุ ผู้ป่วยและแพทย์ที่มีความเสี่ยงต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
 - คาดการณ์ปัญหาก่อนที่จะเกิดอันตราย ทำให้สามารถป้องกัน แทนที่จะต้องตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไปแล้ว

3. ร่วมมือเพื่อเสริมสร้างการกำกับดูแลและตรวจสอบ AI

การมีมนุษย์คอยตรวจสอบการทำงานของ AI (human oversight) อาจไม่ใช่กลไกป้องกันความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพเสมอไป เนื่องจากมนุษย์มีแนวโน้มที่จะตรวจสอบข้อมูลของ AI อย่างผ่าน ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อ AI ให้ผลลัพธ์ที่แม่นยำเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งการตรวจสอบแบบผิวเผินนี้ ไม่ช่วยเสริมความปลอดภัยอย่างแท้จริง ดังนั้น ผู้เชี่ยวชาญด้านความปลอดภัยและคุณภาพต้องทำงานร่วมกับกลุ่มสำคัญอื่น ๆ เช่น แพทย์และผู้ป่วย บุคลากรเทคโนโลยีสารสนเทศและนักวิทยาศาสตร์ข้อมูล ผู้นำองค์กรและผู้กำหนดนโยบาย โดยมีเป้าหมายของความร่วมมือ คือ สร้างระบบที่เอื้อให้เกิดการดูแลสุขภาพที่ปลอดภัยและมีคุณภาพสูง โดยให้แน่ใจว่า การกำกับดูแล AI ต้องเป็นความร่วมมืออย่างแท้จริง และต้องมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ไม่ใช่เพียงแค่การมีส่วนร่วมในเชิงสัญลักษณ์ ที่ทำให้เกิดภาพลวงตาของความปลอดภัยโดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่แท้จริง

นอกจากนี้ ผู้เชี่ยวชาญด้านความปลอดภัยและคุณภาพควรเข้ามามีบทบาทในหน่วยงานกำกับดูแลทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับชาติ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ AI ในระบบสุขภาพ เป้าหมายคือ เพื่อให้แน่ใจว่า AI ถูกออกแบบและนำไปใช้โดยคำนึงถึงความปลอดภัยและคุณภาพของการดูแลสุขภาพเป็นหลัก

สรุป

ผู้เชี่ยวชาญด้านความปลอดภัยและคุณภาพมีบทบาทสำคัญในการลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจาก AI และในขณะเดียวกันก็นำเทคโนโลยีใหม่นี้มาใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลสุขภาพ

- ก่อนใช้ AI ต้องมีการทบทวนแนวทางการตรวจจับปัญหาความปลอดภัยที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน เพื่อให้แน่ใจว่าระบบสุขภาพใช้วิธีที่แม่นยำและทันสมัยที่สุด
- การกำกับดูแล AI ต้องเป็นมากกว่าการตรวจสอบผิวเผิน ผู้เชี่ยวชาญด้านความปลอดภัยต้องร่วมมือกับกลุ่มอื่น ๆ เพื่อให้แน่ใจว่ามีกลไกกำกับดูแลที่แท้จริงและต่อเนื่อง
- ผู้เชี่ยวชาญด้านความปลอดภัยและคุณภาพ ควรมีบทบาทในหน่วยงานกำกับดูแลทั้งระดับท้องถิ่นและระดับประเทศ เพื่อให้แน่ใจว่า AI ถูกออกแบบและนำไปใช้โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นอันดับแรก
- GenAI สามารถช่วยลดภาระงานด้านการรวบรวมและรายงานข้อมูล ทำให้มีเวลาไปพัฒนาแนวทางลดความเสี่ยงด้านความปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น



7. ระบบจัดการดิจิทัลเทคโนโลยีในการดูแลรักษา (Digital Care Management Systems)

ขณะนี้เราอยู่ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่การปฏิบัติดิจิทัล ซึ่งความก้าวหน้าของเทคโนโลยีโดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญญาประดิษฐ์และการเรียนรู้ของเครื่องยนต์เป็นศูนย์กลางของ Megatrends ทั้งหมด มีแนวโน้มว่ามนุษย์จะถูกแทนที่ด้วยเครื่องจักร หุ่นยนต์ และ AI สามารถเรียนรู้ได้รวดเร็วกว่ามนุษย์ ผลทำให้โลกจะเชื่อมต่อกับอินเทอร์เน็ตมากขึ้น หุ่นยนต์และปัญญาประดิษฐ์จะถูกใช้งานมากขึ้น ซึ่งจะช่วยลดค่าใช้จ่ายลง สามารถส่งมอบผลิตภัณฑ์ที่ดี ประชากรโลกจะมีอายุยืนมากขึ้น อันเป็นผลจากการนำดิจิทัลเทคโนโลยีมาช่วยดูแลด้านสุขภาพ พัฒนาวิธีการรักษาโรคให้ผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้เป็นโอกาสที่ระบบสาธารณสุขต้องคิดและพัฒนาให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงดิจิทัลเทคโนโลยีที่รวดเร็ว

ดิจิทัลเทคโนโลยีจะเข้ามาเปลี่ยนแปลงวิธีการดูแลรักษา เช่น การประเมิน การวินิจฉัย การผ่าตัด การดูแลรักษา ตลอดจนกระบวนการดูแลสุขภาพในลักษณะองค์รวม ฯลฯ รวมถึงช่วยให้เราสามารถดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้านโดยไม่จำเป็นต้องเดินทางมาที่สถานพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งเทคโนโลยีด้านปัญญาประดิษฐ์ Generative AI (เช่น ChatGPT, Bing Copilot, Claude-3 Gemini เป็นต้น) ซึ่งมีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว และเข้ามามีบทบาทสำคัญในระบบบริการสุขภาพ

สถานพยาบาลที่นำดิจิทัลเทคโนโลยีมาสนับสนุนกระบวนการดูแลรักษาโดยการออกแบบจัดการ และปรับปรุงการจัดบริการสุขภาพ/กระบวนการดูแลที่สำคัญ ทำให้มั่นใจว่ากระบวนการดูแลรักษาที่นำดิจิทัลเทคโนโลยีมาใช้เป็นไปตามข้อกำหนดที่สำคัญ มีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน มีความปลอดภัยตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพ และทำให้องค์กรประสบความสำเร็จตามเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้ ในการนี้ The International Society for Quality in Health Care External Evaluation Association (ISQua EEA) ได้ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพบริการสอดคล้องตามการคาดการณ์แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของโลกที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและชีวิตความเป็นอยู่ของผู้คน/สังคมในอนาคตและให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบจัดการดิจิทัลเทคโนโลยีในการดูแลรักษา มีคำแนะนำสำหรับสถานพยาบาล ที่ปรากฏใน ISQua EEA Guidelines and Principles for the Development of Health and Social Care Standards (Draft 6th Edition, V2.0 February 2024) เพื่อสร้างความเชื่อมั่นว่ามีระบบจัดการดิจิทัลเทคโนโลยีในการดูแล ที่ครอบคลุมทั้งบริการสุขภาพทางไกลและการใช้ปัญญาประดิษฐ์/การเรียนรู้ของเครื่อง (machine learning) ในกระบวนการดูแลรักษา ที่เหมาะสม มั่นคงปลอดภัย และมีประสิทธิภาพเพื่อการดูแลที่มีคุณภาพสูงและปลอดภัย ครอบคลุมประเด็นสำคัญ ดังนี้



- มีการกำหนดนโยบาย วัตถุประสงค์/กลยุทธ์ กลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับผลงานเป้าหมาย การสนับสนุนทรัพยากร โดยครอบคลุมการประเมิน การวิเคราะห์ต้นทุน แผนการนำสู่ การปฏิบัติ และการจัดการระบบจัดการดิจิทัลเทคโนโลยีในการดูแลรักษา และการใช้ ปัญญาประดิษฐ์
- ออกแบบและวางแผนโดยการมีส่วนร่วมของผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง ติดตามการนำสู่ การปฏิบัติและกำกับดูแล ให้มีความเหมาะสม สอดคล้องตามกฎหมาย/ข้อกำหนด มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง มีความมั่นคงปลอดภัย ประสิทธิภาพ และปลอดภัย และประเมิน ประสิทธิภาพอย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนา.
- กำหนดแนวทางปฏิบัติ และนำสู่การปฏิบัติ ครอบคลุมประเด็นดังต่อไปนี้:
 - มีการประเมินและคัดกรองตามข้อบ่งชี้ที่เหมาะสม และให้ข้อมูลการดูแล รวมถึงข้อจำกัด/ความเสี่ยงที่เพียงพอประกอบการตัดสินใจก่อนแสดง ความยินยอมในการรับบริการ
 - มีมาตรการ/แนวทางปฏิบัติการใช้ดิจิทัลเทคโนโลยีในกระบวนการประเมิน การวินิจฉัยโรค การวางแผน การดูแล ที่มีหลักฐานวิชาการอ้างอิงและเป็นปัจจุบัน อย่างเหมาะสม ปลอดภัย และมีแนวทางการจัดการเมื่อมีภาวะแทรกซ้อน ที่ไม่พึงประสงค์
 - มีการบริการข้อมูลการดูแลที่เพียงพอและเหมาะสมสำหรับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ทีมผู้ให้การดูแล บุคลากรที่เกี่ยวข้อง
 - กรณีที่คาดว่าจะการตรวจวินิจฉัยหรือให้การดูแลผู้ป่วยด้วยดิจิทัลเทคโนโลยีอาจ ทำให้เกิดหรือมีเหตุอันทำให้เชื่อได้ว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วย ผู้ป่วย/ผู้รับผลงานต้องได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องและได้รับ คำแนะนำเกี่ยวกับทางเลือกในการดูแลผ่านทางวิธีการอื่น หรือได้รับการส่งต่อ ไปรับการรักษาด้วยวิธีการอื่นอย่างเหมาะสม
 - มีระบบการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านเทคนิคในการใช้ดิจิทัลเทคโนโลยีในการดูแล ที่เหมาะสมและสะดวก
 - มีการทบทวนและปรับปรุงแนวทางปฏิบัติให้เป็นปัจจุบันอย่างสม่ำเสมอ
- ทีมผู้ให้บริการมีการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนอย่างเหมาะสม เพียงพอสำหรับการสื่อสาร และการดูแลต่อเนื่อง
- สถานพยาบาลทำให้มั่นใจว่าผู้ให้บริการและบุคลากรที่เกี่ยวข้องมีความรู้ความสามารถ ในการใช้ดิจิทัลเทคโนโลยีในการดูแลรักษา รวมถึงความตระหนักถึงความมั่นคงปลอดภัย ของสารสนเทศ และการรักษาความลับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

- มีการประเมินผลการใช้ดิจิทัลเทคโนโลยีในการดูแลรักษาและการใช้ปัญญาประดิษฐ์อย่างสม่ำเสมอ และนำไปปรับปรุง

สรุป

สถานพยาบาลที่นำดิจิทัลเทคโนโลยีมาสนับสนุนกระบวนการดูแลรักษา ควรมีการจัดการและพัฒนาคุณภาพระบบจัดการดิจิทัลเทคโนโลยีในการดูแลรักษา เพื่อสร้างความเชื่อมั่นว่ามีระบบจัดการดิจิทัลเทคโนโลยีในการดูแล ที่ครอบคลุมทั้งบริการสุขภาพทางไกลและการใช้ปัญญาประดิษฐ์ในกระบวนการดูแลรักษาที่เหมาะสม มั่นคงปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ เพื่อการดูแลที่มีคุณภาพสูงและปลอดภัย มีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยใช้แนวคิด 3C (concepts & core Values, context, criteria) ในการกำหนดเป้าหมาย/วัตถุประสงค์ ควบคู่กับวงจรการพัฒนา เช่น DALI (design-action-learning-improvement), 3P (purpose-process-performance) ฯลฯ ทำให้เกิดการทำงานที่มีการกำกับ ประเมินผล พัฒนาและเรียนรู้ เพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ



တစ်ပုဒ်



Empowering Knowledge for Integrated through Co-Production



1. Engagement of All and Sustainable Practices: A Holistic Approach to Quality Healthcare in the Future

การรวมพลังทุกภาคส่วนและการปฏิบัติที่ยั่งยืน โดยการพิจารณาปัจจัยด้านสุขภาพอย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม นำสู่การริเริ่มกลยุทธ์สำคัญ เพื่อสร้างหลักประกันในการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพในปัจจุบัน และเป็นรากฐานในการดำเนินการต่อเนื่องในอนาคต สู่เป้าหมายการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขอย่างมีคุณภาพที่ยั่งยืน

1. Establishing Share Vision and Goals

การกำหนดวิสัยทัศน์และเป้าหมายที่ชัดเจนและสามารถบรรลุได้ (clear and achievable) เป็นสิ่งสำคัญสำหรับสถาบัน และองค์การด้านการแพทย์และสาธารณสุขทุกแห่ง การกำหนดวิสัยทัศน์มีปัจจัยที่ต้องคำนึงถึงสำหรับอนาคต ในประเด็นต่อไปนี้

1.1 โลกาภิวัตน์ (globalization) การเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพ ทั้งจากธรรมชาติและสิ่งที่มนุษย์สร้างขึ้น มีผลกระทบเชื่อมโยงทั่วโลกอย่างรวดเร็ว

1.2 ความร่วมมือกันในระดับโลก (international collaboration) เพื่อยกระดับมาตรฐานด้านการแพทย์และสาธารณสุข และการสร้างหลักประกันคุณภาพ โดยการรับรองคุณภาพจากองค์การระดับสากล

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ของประเทศไทยเป็นสถาบันรับรองคุณภาพมาตรฐานระดับสากล

2. Driving an Organization with Strategy

การจัดทำกลยุทธ์ เพื่อขับเคลื่อนองค์กรให้บรรลุวิสัยทัศน์และพร้อมรับมือต่อสภาพแวดล้อมทางการแข่งขัน (strategic to achieve its vision and response to the competitive environment) กลยุทธ์สำคัญที่ต้องวางรากฐานเพื่ออนาคต ได้แก่

2.1 การสร้างฐานข้อมูลขนาดใหญ่ ที่ครอบคลุม มีความรวดเร็ว มีความหลากหลาย เชื่อถือได้ และมีคุณค่า (big data) มีระบบการประมวลและวิเคราะห์ข้อมูลให้เป็นสารสนเทศ (information) ที่มีความหมายและนำไปใช้ประโยชน์ได้ เพื่อเป็นองค์กรที่ใช้ข้อมูลในการขับเคลื่อนการพัฒนา (data driven organization)

2.2 พัฒนาปัญญาประดิษฐ์และการเรียนรู้ของเครื่อง (artificial intelligence and machine learning) ซึ่งเป็นเทคโนโลยีที่กำลังเปลี่ยนแปลงโลกอย่างพลิกโฉม ใช้ประมวลและวิเคราะห์ข้อมูลที่ซับซ้อน ได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว

2.3 การใช้ประโยชน์จากโอกาสเชิงกลยุทธ์ในการขับเคลื่อนนวัตกรรม (leveraging strategic opportunities to drive innovation) ทั้งนวัตกรรมการบริหาร นวัตกรรมเชิงระบบ และสิ่งประดิษฐ์

3. Building a Collaborative Work Culture

การสร้างวัฒนธรรมการทำงานร่วมกัน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน โดยการเปิดโอกาสให้ทุกคนมีความเท่าเทียมในการแสดงความคิดเห็น การสื่อสารที่โปร่งใส และเปิดเผย

การสร้างจิตวิญญาณในการทำงาน (spirit at work) เป็นวัฒนธรรมที่มีคุณค่าอย่างยิ่งในโลกแห่งเทคโนโลยีในยุคโลกาภิวัตน์ เพื่อรักษาคุณค่าของความเป็นมนุษย์ ได้แก่

3.1 การรับรู้คุณค่าและเป้าหมายชีวิตของตนเอง (inner life)

3.2 การทำงานที่มีความหมายและสร้างประโยชน์ต่อตนเองและสังคม (meaningful work)

3.3 การมีจิตสำนึกร่วมความเป็นชุมชน (sense of connection community)

3.4 การเชื่อมโยงจิตวิญญาณกับสิ่งที่มีพลังหรือที่ศรัทธา (spiritual connection)

4. Community Driven Initiative

ส่งเสริมโครงการที่ริเริ่มและขับเคลื่อนโดยชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อแก้ไขปัญหาพัฒนาคุณภาพชีวิต และสร้างสรรค์สิ่งดี ๆ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของชุมชน สร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน เพื่อให้ชุมชนพึ่งพาตนเองอย่างยั่งยืน ประเด็นที่ชุมชนพึงให้ความสำคัญ ได้แก่

4.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) เพื่อให้ประชากรในชุมชนมีความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ประโยชน์อย่างถูกต้อง เพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน

4.2 การจัดการภัยพิบัติและการระบาดของโรคอย่างมีประสิทธิภาพ (efficient disaster and epidemic management) โดยการตระหนักรู้ การเตรียมความพร้อม การเฝ้าระวัง การป้องกัน ความร่วมมือกับหน่วยงานที่รับผิดชอบ และการฟื้นฟูสภาพภายหลังจากการเกิดภัยพิบัติและโรคระบาด

5. Training and Knowledge Development

การส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงในยุคโลกาภิวัตน์ เป็นเรื่องสำคัญ

การวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ (research and development health technology) เพื่อสร้างสรรค์เทคโนโลยีใหม่ ในการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ การพัฒนาเทคโนโลยีที่สำคัญในอนาคตคือ เรื่องวัสดุชีวภาพและวิศวกรรมเนื้อเยื่อ (biomaterial and tissue engineering) โดยการใช้วัสดุชีวภาพเป็นโครงสร้างในการสร้างเนื้อเยื่อเทียม เพื่อใช้ซ่อมแซมอวัยวะ และปลูกถ่ายอวัยวะ เช่น ผิวหนัง กระดูกอ่อน กระดูก หลอดเลือด ไต ตับ หัวใจ

6. Patient-Centered Care

การดูแลรักษา โดยเน้นให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย แต่ละราย

6.1 การดูแลสุขภาพเชิงพยากรณ์ (predictive healthcare) โดยการประมวลผลและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึก เพื่อคาดการณ์ภาวะสุขภาพในอนาคตของแต่ละบุคคล มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงโอกาสเกิดโรคในอนาคต เพื่อวางแผนป้องกัน โดยใช้เทคโนโลยีการแพทย์ด้านพันธุกรรม (genetic medicine) การตัดต่อยีน การแก้ไขยีน (gene editing) ใช้ในการป้องกันและรักษาโรคทางพันธุกรรม โรคภูมิคุ้มกันตนเอง (autoimmune diseases) โรคติดเชื้อ โรคเรื้อรังต่าง ๆ อาทิ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคเมะเร็ง

6.2 การดูแลรักษาแบบจำเพาะบุคคล (personalized medicine) โดยการวิเคราะห์ข้อมูลพันธุกรรมและปัจจัยส่วนบุคคล เพื่อใช้ในการออกแบบการดูแลรักษาที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพสูงเฉพาะแต่ละบุคคล

7. Lifestyle Medicine

เวชศาสตร์วิถีชีวิต เป็นการแพทย์ที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย และผู้ที่ต้องการมีภาวะสุขภาพที่ดี โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนบุคคล ซึ่งเป็นการป้องกันและรักษาโรคที่ต้นเหตุ ส่งผลให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพอย่างยั่งยืน โดยยึดหลักการดำเนินชีวิต ดังต่อไปนี้

7.1 รับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ (health food)

7.2 ใส่ใจกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายและการออกกำลังกาย (physical activity and exercise) อย่างสม่ำเสมอ



7.3 การจัดการความเครียด (stress management) ฝึกมองโลกในแง่ดี รู้จักปล่อยวาง ฝึกสมาธิ เป็นต้น

7.4 การนอนหลับลึกอย่างเพียงพอ (sleep health) วันละ 6-8 ชั่วโมง

7.5 การหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด (avoid Risky substances) ยา บุหรี่ สุรา ยาเสพติด

7.6 การสร้างสัมพันธ์ที่ดีทางสังคม (social connection and healthy relationship) สร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว ในโรงเรียน ในที่ทำงาน และสังคม

8. Environmental Sustainability in Healthcare

ความยั่งยืนด้านสิ่งแวดล้อมในระบบสุขภาพ โดยใช้หลักการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม และไม่สร้างมลภาวะ ในทุกขั้นตอนของระบบสุขภาพ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม การใช้ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ การกำจัดขยะของเสียทางการแพทย์ การใช้พลังงานสะอาด การลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจก การไม่ทิ้งสารพิษปนเปื้อนธรรมชาติในชุมชน การไม่ทำลายทรัพยากรธรรมชาติ

9. Legal and Ethical Challenges

ความท้าทายทางกฎหมายและจริยธรรม จากความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยี ทางด้านการสื่อสารออนไลน์ ปัญญาประดิษฐ์ การเรียนรู้ของเครื่อง วัสดุชีวภาพและวิศวกรรมเนื้อเยื่อ การแพทย์ทางด้านพันธุกรรม เกิดความท้าทายที่จะเกิดความเสี่ยง เช่น การรักษาความลับข้อมูลส่วนบุคคล ความรับผิดชอบของบุคลากรทางการแพทย์ ในการตัดสินใจให้การวินิจฉัยและการดูแลรักษา ตามข้อมูลจากปัญญาประดิษฐ์และการเรียนรู้ของเครื่อง บุคคลที่มีหน้าที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค จะได้รับการปฏิบัติที่เท่าเทียมในการศึกษา การสมัครงาน หรือการประกันชีวิตหรือไม่ เป็นต้น

การแก้ไขและออกกฎหมายให้ทันกับความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี เป็นความจำเป็นที่ผู้เกี่ยวข้องต้องดำเนินการอย่างรอบคอบ เพื่อความสงบสุขของสังคม

ประเด็นด้านจริยธรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งทางการแพทย์ มีความละเอียดอ่อน แต่เป็นความท้าทายอย่างสูงสำหรับบุคลากรทางแพทย์และสาธารณสุข ที่จะร่วมการกำหนดมาตรการที่เหมาะสม เพื่อให้แพทย์ พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุข สามารถปฏิบัติงานให้การดูแลรักษาพยาบาลประชาชน ได้ตามมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ

2. การประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลปฐมภูมิ (P-HA: Primary Healthcare Accreditation)

บทบาทของ สสพ. ในการกำหนดมาตรฐานและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลปฐมภูมิ

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) มีบทบาทหน้าที่ตามกฎหมายในการกำหนดมาตรฐานและการรับรองคุณภาพในการให้บริการของสถานพยาบาลที่จัดตั้งขึ้นโดยหน่วยงานของรัฐทุกประเภท และสถานพยาบาลภาคเอกชนเฉพาะประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน เพื่อเป็นหลักประกันให้ประชาชนได้รับการบริการด้านสาธารณสุขที่มีคุณภาพไม่ต่ำกว่ามาตรฐาน อันเป็นการยกระดับมาตรฐานและคุณภาพในการให้บริการของสถานพยาบาล และเพื่อให้ประชาชนได้รับการบริการด้านสาธารณสุขที่ดีและมีคุณภาพ ในการนี้ “การรับรองคุณภาพ” ของ สรพ. เป็นการรับรองว่าสถานพยาบาลมีองค์ประกอบของการปฏิบัติงานและการพัฒนาคุณภาพที่เชื่อได้ว่าจะสามารถให้บริการด้านสาธารณสุขที่ดีและมีคุณภาพตามมาตรฐานที่คณะกรรมการกำหนด โดยเป็นการรับรองระบบการดำเนินงานของสถานพยาบาล มิใช่การรับรองผลการรักษาผู้ป่วยแต่ละราย

คุณภาพและมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิในประเทศไทย

คุณภาพขั้นพื้นฐานของสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์บริการสาธารณสุข ฯลฯ) ต้องจัดให้มีเครื่องมือ เครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์ทั่วไปที่จำเป็น ในจำนวนที่เหมาะสมและเพียงพอ¹⁰ ในการนี้สถานพยาบาลดังกล่าวที่ผ่านการรับรองคุณภาพจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หรือจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ก็ถือได้ว่าเป็นสถานพยาบาลที่มีมาตรฐานตามข้อ 11 แห่งประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการกำหนดลักษณะของสถานพยาบาลและมาตรฐาน ซึ่งได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่ในบังคับตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล พ.ศ. 2561 ซึ่งเป็นการกำหนดเกณฑ์คุณภาพขั้นพื้นฐานของสถานพยาบาลภาครัฐที่ขึ้นทะเบียนตามประกาศฉบับดังกล่าวนี้

¹⁰ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการกำหนดลักษณะของสถานพยาบาลและมาตรฐานซึ่งได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่ในบังคับตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขปรับปรุง

สถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ตาม พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ต้องมีการพัฒนาและประเมินคุณภาพตามเกณฑ์ คู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการตาม พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 และพัฒนาศักยภาพ/คุณภาพบริการ PCU/NPCU ซึ่งเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานดังกล่าวเป็นเกณฑ์ตามกฎหมาย ซึ่งได้มีการพัฒนาจากเกณฑ์คุณภาพ รพสต.ติดดาว ของกระทรวงสาธารณสุข



มาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ ที่กำหนดโดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) เป็นมาตรฐานที่พัฒนาตามแนวทางการพัฒนามาตรฐานสถานพยาบาลที่เป็นสากล จากลักษณะงานที่สำคัญของสถานพยาบาลที่ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิซึ่งมีความหลากหลาย ตั้งแต่การดูแลตั้งแต่เริ่มแรก รอบด้านและครบถ้วน ผสมผสานครอบคลุมกับทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ดูแลใส่ใจ ต่อเนื่อง ประสานเชื่อมโยงกับสถานพยาบาลและเครือข่ายทุกระดับ ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการ ในการนี้ได้นำประเด็นคุณภาพสำคัญสอดคล้องตามเกณฑ์คู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้รับบริการและประชาชน โดยสามารถขึ้นนำการพัฒนาคุณภาพให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง เปิดกว้างรับนวัตกรรมการจัดการใหม่ ๆ ที่ไม่ยึดติดวิธีการบริหารทรัพยากรในรูปแบบเดิม มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน ควบคู่กับการพัฒนากลไกส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิร่วมกับหน่วยงานกำกับ (อาทิ องค์การบริหารส่วนจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) และศูนย์ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลในพื้นที่

โดยมาตรฐานมีคุณลักษณะเฉพาะ ดังนี้

- ส่งเสริมการเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายและความร่วมมือทำให้มีการพัฒนาร่วมกันได้
- กำหนดมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิในลักษณะองค์รวมเป็นหลัก ให้อบรมด้านและครบถ้วน
- มุ่งเน้นการป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพตั้งแต่เริ่มต้นของปัญหา โดยยึดหลักการ สร้างนำซ่อม เป็นแนวทางในการปฏิบัติ
- ส่งเสริมการเรียนรู้เพื่อให้เกิดการพัฒนาบริการให้ได้มาตรฐานตามบริบทของประเทศ
- สร้างอัตลักษณ์การให้บริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย ที่สะท้อนลักษณะสถานพยาบาลปฐมภูมิประจำตัว “ใกล้บ้านใกล้ใจ เป็นที่พึ่ง ประชาชนนึกถึงเป็นที่แรก”



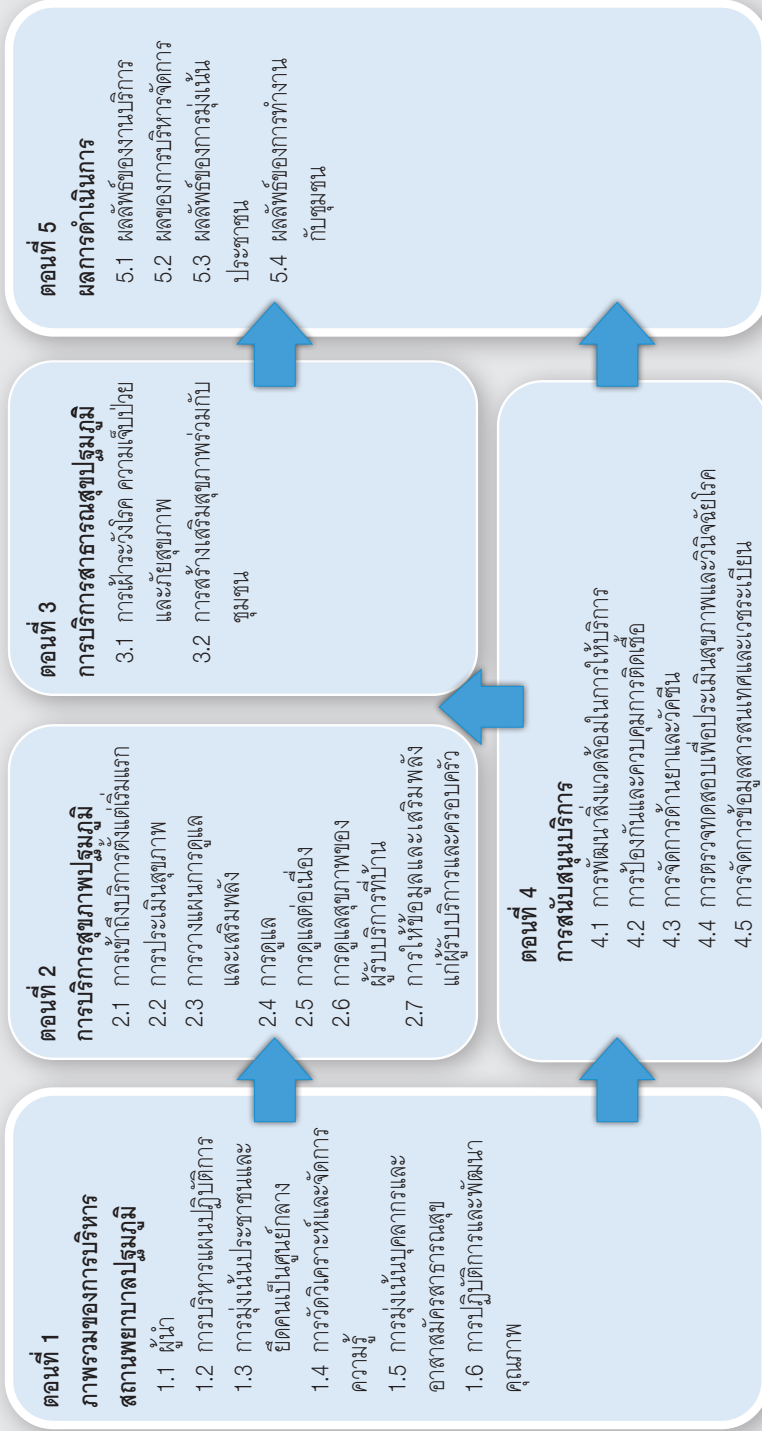
สถานพยาบาลปฐมภูมิประจำตัว
“ใกล้บ้านใกล้ใจ เป็นที่พึ่ง นึกถึงเป็นที่แรก”



ดูแลตั้งแต่เริ่มแรก รอบด้านและครบถ้วน ดูแลใส่ใจ ต่อเนื่อง ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ
ประสานเชื่อมโยงกับสถานพยาบาลและเครือข่ายทุกระดับ และก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการ
บริการสุขภาพปฐมภูมิที่สะท้อนอัตลักษณ์ปฐมภูมิไทย ตามมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ

มาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ จัดเป็นหมวดหมู่และขั้นตอน โดยแบ่งออกเป็น 5 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารสถานพยาบาลปฐมภูมิ ตอนที่ 2 การบริการสุขภาพปฐมภูมิ ตอนที่ 3 การบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ ตอนที่ 4 การสนับสนุนบริการ และตอนที่ 5 ผลการดำเนินการ มีรายละเอียดภาพรวมตามกรอบมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ

บริบทพื้นที่ ผู้รับบริการและประชาชนที่รับผิดชอบ



ไกลบ้านไกลใจ ดูแลตั้งแต่เริ่มแรก รอบด้านและครบถ้วน ดูแลใส่ใจ ต่อเนื่อง
 ประสานเชื่อมโยงกับสถานพยาบาลและเครือข่ายทุกระดับ ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการ

ภาพที่ 13 ภาพรวมของการบริหารสถานพยาบาลปฐมภูมิ

ที่มา: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ ฉบับที่ 1, (2567).

มาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ เป็นการพัฒนาที่สามารถต่อยอดการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ สอดคล้องตามเกณฑ์คู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายใต้ พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 โดยรายละเอียดสำคัญตามตารางเทียบเคียงประเด็นคุณภาพมาตรฐาน ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 3 ตารางเทียบเคียงประเด็นคุณภาพมาตรฐาน

คู่มือคุณภาพมาตรฐาน บริการสุขภาพปฐมภูมิ	มาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ (ประเด็นคุณภาพ)	ประเด็นต่อยอดพัฒนา
ส่วนที่ 1 ด้านระบบบริหารจัดการ 1.1 ผู้นำ (แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 7-10 คน มี ผอ.รพสต. เป็น ประธาน) 1.2 แผน (สอดคล้องกับแผนระบบปฐมภูมิ 2564-2575) 1.5 การจัดการข้อร้องเรียนและรับฟังความต้องการ 1.6 มีแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคล	ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารสถานพยาบาลปฐมภูมิ 1.1 ผู้นำ (บริหารจัดการ ชี้นำ กำหนดเป้าหมาย/จุดมุ่งเน้นการพัฒนา และการปฏิบัติที่จำเป็น สื่อสารเป้าหมาย ติดตามและประเมินกำกับดูแล เสริมพลังคนทำงาน และสนับสนุนกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพสม่ำเสมอ) 1.2 การบริหารแผนปฏิบัติการ (สอดคล้องกับเป้าหมายตามบริบท) 1.3 การมุ่งเน้นประชาชนและยึดคนเป็นศูนย์กลาง (การรับฟังด้วยวิธีที่เหมาะสมและตอบสนองการจัดการข้อร้องเรียน การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย) 1.5 การมุ่งเน้นบุคลากรและอาสาสมัครสาธารณสุข (กำกับติดตามการปฏิบัติตามมาตรฐาน แผนพัฒนาที่เหมาะสม บริหารจัดการความเพียงพอร่วมกับเครือข่าย/หน่วยงานกำกับ สภาพแวดล้อมการทำงานและสวัสดิภาพ	1.4 การวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้ (กำหนดตัววัดผลตรงประเด็น กับเป้าหมายและบริบท วิเคราะห์และใช้ประโยชน์ ข้อมูล จัดทำและเผยแพร่ผลงานการพัฒนาคุณภาพ)

คู่มือคุณภาพมาตรฐาน บริการสุขภาพปฐมภูมิ	มาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ (ประเด็นคุณภาพ)	ประเด็นต่อยอดพัฒนา
ส่วนที่ 2 ด้านการจัดบุคลากร และศักยภาพในการให้บริการ 2.1 บุคลากร (กำหนดอัตรา กำลังขั้นต่ำของ FP/ Nurse/สาธารณสุข) 2.2 ศักยภาพบริการองค์รวม (สร้างเสริมเสริมพลัง ระบบส่งต่อครอบคลุม ประเด็นสุขภาพสำคัญ)	1.5 การบริหารอัตรากำลัง (ให้เพียงพอ และมีคุณสมบัติเหมาะสมร่วมกับ เครือข่ายหน่วยงานกำกับ) 1.6 การปฏิบัติการและพัฒนาคุณภาพ ก. การออกแบบและพัฒนางานบริการใน ลักษณะใกล้บ้านใกล้ใจ จ. การประสานงานร่วมกับสถานพยาบาล เครือข่าย หน่วยงานกำกับ	1.6 การปฏิบัติการและ พัฒนาคุณภาพ ข. การบริหารความเสี่ยง และจัดการ ความปลอดภัย ค. การจัดหาวัสดุและ เวชภัณฑ์ และ จัดงาน บริการ Outsource
ส่วนที่ 3 ด้านสถานที่ตั้ง หน่วยบริการ อาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อม ข้อกำหนดด้าน สถานที่บริการและสิ่งแวดล้อม	ตอนที่ 4.1 การพัฒนาสิ่งแวดล้อมในการ ให้บริการ ก. สถานที่บริการและสิ่งแวดล้อม ข. การจัดการวัสดุและของเสียอันตราย ค. การจัดการเครื่องมือ ง. การป้องกันและระงับอัคคีภัย จ. การจัดการและกำจัดขยะ ฉ. การจัดการและกำจัดเชื้อในน้ำทิ้งดู แหล่งน้ำสาธารณะประชากร	ครอบคลุมการจัดทำ แนวทางตาม กฎหมาย และข้อกำหนดสำคัญ มีการปฏิบัติ ติดตาม ประเมินผล ปรับปรุง
ส่วนที่ 4 ด้านระบบสารสนเทศ 4.1 การให้ข้อมูลสุขภาพและ สิทธิผู้รับบริการอย่าง ถูกต้อง 4.2 การให้ข้อมูลการรักษาแก่ ผู้รับบริการอย่างครบถ้วน 4.3 การให้ข้อมูลเกี่ยวแพทย์ และบุคลากรสาธารณสุข 4.4-4.6 ระบบการจัดการ ข้อมูลและคุ้มครองข้อมูล ส่วนบุคคล	ตอนที่ 2 การบริการสุขภาพปฐมภูมิ 2.1 การเข้าถึงบริการตั้งแต่เริ่มแรก (ช่องทางการเข้าถึง บริการข้อมูลสิทธิ) ตอนที่ 4.5 การจัดการข้อมูลสารสนเทศ และเวชระเบียน ก. จัดการข้อมูลสารสนเทศให้ได้ตาม กฎหมายและมาตรฐาน ข. จัดการเวชระเบียนให้ได้ตามกฎหมาย และมาตรฐาน 1.6.ง. การรักษาความลับของผู้รับบริการ และการระบุตัวผู้ป่วยให้ถูกต้อง	

คู่มือคุณภาพมาตรฐาน บริการสุขภาพปฐมภูมิ	มาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ (ประเด็นคุณภาพ)	ประเด็นต่อยอดพัฒนา
ส่วนที่ 5 ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ 5.1 การจัดบริการตามสภาพปัญหาสำคัญของพื้นที่ 5.2 การบริการในสถานบริการ (แบ่งตามระดับศักยภาพ) 5.3 บริการทันตสาธารณสุข/ทันตกรรม 5.4 บริการแพทย์แผนไทย/กายภาพบำบัด 5.5 การบริการในชุมชน (COC/SRRT) *ระบุเป็นตารางประเมินตนเอง และรายละเอียดเชิงปฏิบัติในบริการที่ระบุ	ตอนที่ 1.6 การปฏิบัติการและพัฒนาคุณภาพ (ไม่ระบุบริการจำเพาะ แต่ให้ระบุบริการสำคัญตามบริบทที่เป็นเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพ) ตอนที่ 2 การบริการสุขภาพปฐมภูมิ (เรียนรู้ผ่านกระบวนการดูแล ได้แก่ การเข้าถึงบริการตั้งแต่เริ่มแรก การประเมินสุขภาพ การวางแผนดูแล การดูแล การดูแลต่อเนื่อง การดูแล สุขภาพของผู้รับบริการที่บ้าน การให้ข้อมูลและการเสริมพลังแก่ผู้รับบริการ และครอบครัว) ตอนที่ 3 การบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ 3.1 การเฝ้าระวังโรค ความเจ็บป่วย และภัยสุขภาพ 3.2 การสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับชุมชน	นำมิติคุณภาพที่สำคัญของบริการปฐมภูมิมาใช้ออกแบบและพัฒนาบริการ โดยมุ่งเน้นบริการสำคัญตาม บริบทของพื้นที่ ให้เรียนรู้การกำหนด เป้าหมาย ตัววัดผลงาน การระบุความเสี่ยง และจัดการ ควบคุมและกำกับให้ได้ตามเป้าหมาย ติดตาม และประเมินผล ปรับปรุงพัฒนาต่อเนื่อง
ส่วนที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการการแพทย์และสาธารณสุข ระบุรายละเอียดบุคลากร สถานที่ น้ำยาและเครื่องมือทดสอบ กระบวนการทดสอบ การประกันคุณภาพ การทดสอบ การรายงานผล	ตอนที่ 4.4 การตรวจทดสอบเพื่อประเมินสุขภาพและวินิจฉัยโรค ก. มอบหมายความรับผิดชอบให้บุคลากรที่มีคุณสมบัติ ข. การจัดการตรวจทดสอบเพื่อประเมินสุขภาพและวินิจฉัยโรค (มีแนวทางปฏิบัติ ประสานงานกับสถานพยาบาลหน่วยงานกำกับ ติดตาม ประเมินผล และปรับปรุงร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง)	
ส่วนที่ 7 ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.) : การบริหารจัดการระบบยา การคัดเลือกส่งมอบที่ปลอดภัย และมีคุณภาพ คลังยาและเวชภัณฑ์ การใช้ อย่างปลอดภัย/สมเหตุสมผล งานคุ้มครองผู้บริโภค	ตอนที่ 4.3 การจัดการยาและวัคซีน 4.3 ก. การมอบหมายความรับผิดชอบให้บุคลากรที่มีคุณสมบัติและสนับสนุน ให้ได้รับการพัฒนา 4.3 ข. การจัดการด้านยา (แนวปฏิบัติการจัดการ RDU การประสานงาน การเก็บรวบรวมข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยา การติดตาม ประเมินผล ปรับปรุง ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง) 4.3 ค. การจัดการวัคซีน (แนวปฏิบัติการจัดการ การประสานงาน การติดตาม ประเมินผล ปรับปรุง ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง)	4.3 ง. การพัฒนา อสม. และผู้ดูแลในชุมชนให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบยา

คู่มือคุณภาพมาตรฐาน บริการสุขภาพปฐมภูมิ	มาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ (ประเด็นคุณภาพ)	ประเด็นต่อยอดพัฒนา
ส่วนที่ 8 ด้านระบบการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อ การป้องกันและควบคุมการ ติดเชื้อ การจัดการมูลฝอยและมูลฝอย ติดเชื้อ	ตอนที่ 4.2 การป้องกันและควบคุมการ ติดเชื้อ 4.2 ก. การปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในผู้รับบริการ บุคลากร และชุมชน (การจัดทำแนว ปฏิบัติ ระบุความเสี่ยง ประสานงาน ติดตาม ประเมินผล และปรับปรุง ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง) 4.2 ข. ต้องจัดการอบรมและทดลอง ปฏิบัติงาน สำหรับบุคลากรและ อสม. ตอนที่ 4.1 จ. การจัดการและกำจัดขยะ	4.3 ค. การรับรู้สถานการณ์ โรคติดเชื้ออุบัติใหม่
	ตอนที่ 5 ผลการดำเนินการ: ● ผลลัพธ์ของงานบริการ ● ผลของการบริหารจัดการ ● ผลลัพธ์ของการมุ่งเน้นประชาชน ● ผลลัพธ์ของการทำงานกับชุมชน	

การประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพตามมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ (P-HA)

สถานพยาบาลปฐมภูมิ หมายถึง สถานพยาบาลประเภทไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนที่จัดตั้งขึ้นและดำเนินการโดยหน่วยงานของรัฐ รวมถึงสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนภาครัฐที่มีการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิและได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิตาม พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

สถานพยาบาลปฐมภูมิ เรียนรู้การนำมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิไปใช้พัฒนาผ่านหลักคิด “รู้เรื่องเรา เข้าใจหลัก รักประชาชน” และการประเมินตนเอง เพื่อค้นหาโอกาสพัฒนาเปรียบเทียบกับมาตรฐาน แล้วนำโอกาสที่พบจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ และดำเนินการพัฒนา/ปรับปรุงการปฏิบัติงานอย่างเป็นขั้นเป็นตอน

หลักคิการนำมาตรฐานไปใช้พัฒนา “รู้เรื่องเรา เข้าใจหลัก รักประชาชน”



รู้เรื่องเรา

- บริบทของประชาชนพื้นที่และสถานพยาบาลของเรา คืออะไร?
- ความเสี่ยงสำคัญของระบบบริการและบริหารของเรา คืออะไร?
- กลุ่มคนไข้/ประชากรสำคัญของเรา คืออะไร?
- ความเสี่ยงภัยสุขภาพและประเด็นการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน คืออะไร?
- ใครบ้างที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพปฐมภูมิของเรา? (ผู้รับผลงาน/ผู้มีส่วนได้เสีย/หน่วยงาน)

เข้าใจหลัก

- อะไรคือข้อจำกัด?
- อะไรคือหลักการทำงาน?
- อะไรคือสิ่งที่ต้องทำ?
- อะไรคือมาตรฐาน? อะไรคือคุณภาพ?
- อะไรคือมาตรฐานวิชาชีพ? อะไรคือมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ?

รักประชาชน

- พัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลปฐมภูมิแล้วประชาชนได้อะไร?
- อะไรคือสิ่งที่ประชาชนต้องการในการบริการสุขภาพปฐมภูมิ?
- อะไรคือสิ่งที่บอกได้ว่าการทำงานของเราสะท้อนความรักประชาชน และประชาชนเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ?

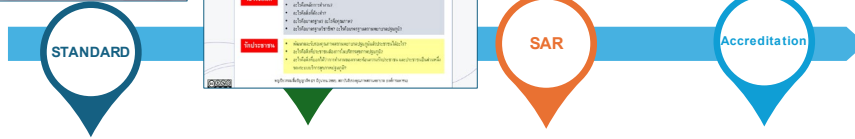
พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ (21 มิถุนายน 2566), สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

ภาพที่ 14 หลักคิการนำมาตรฐานไปใช้พัฒนา “รู้เรื่องเรา เข้าใจหลัก รักประชาชน”

การประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพตามมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ (P-HA: Primary Healthcare Accreditation) เป็นเครื่องมือขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิ ร่วมกับการพัฒนากลไกการนำมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิสู่การปฏิบัติในสถานพยาบาลปฐมภูมิ ด้วยแนวคิดการเสริมพลังและขีดความสามารถของหน่วยงานกำกับ/ศูนย์ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพ/โรงพยาบาลแม่ข่ายระดับพื้นที่ให้สามารถประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพด้วยตนเอง (decentralized accreditation) ร่วมกับการใช้ข้อมูลผลด้านการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ (primary healthcare result) และการมีส่วนร่วมของประชาชน (people/social participation) ที่สะท้อนความเชื่อมั่นต่อสถานพยาบาลปฐมภูมิ โดยเริ่มจากสถานพยาบาลปฐมภูมิและเครือข่าย/หน่วยงานกำกับที่มีความพร้อมในการพัฒนาและใช้เครื่องมือการประเมินตนเอง ประกอบมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิขับเคลื่อนการพัฒนาโดยเป็นกระบวนการรับรองคุณภาพโดยสมัครใจ และเป็นการต่อยอดการพัฒนาคุณภาพจากคู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิตาม พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 เฉพาะในหน่วยบริการปฐมภูมิที่จัดตั้งขึ้นโดยสถานพยาบาลภาครัฐ



Primary Care Standard IMPLEMENTATION



Primary Care Standard



การพัฒนาคุณภาพ

"รู้เรื่องเรา เข้าใจหลัก รักษาประชาชน"
"ทำงานประจำให้ดี (3P)
มีอะไรให้คุยกัน ชัยชนบททวน"
แบบประเมินตนเอง ขั้นพัฒนา

การรับรองคุณภาพ



PHA Accreditation

- รับรองการพัฒนาคุณภาพ (2 ปี)
- รับรองคุณภาพ (3 ปี)



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), มีผลบังคับใช้ตั้งแต่ วันที่ 16 ธันวาคม พ.ศ. 2566

ระบบประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพตามมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ



PHA

Primary Healthcare Accreditation



- ✓ บริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพ เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง
- ✓ บริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ
- ✓ มีระบบป้องกันความเสี่ยง พัฒนาและธำรงไว้ซึ่งคุณภาพ
- ✓ พึ่งพิงสิทธิผู้ป่วยและความอยู่ดีมีสุขของบุคลากร
- ✓ เน้นการนำมาตรฐานวิชาชีพและความรู้ที่ทันสมัย

รับรองการพัฒนาคุณภาพ (2 ปี)

มาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ

สามารถสรุปข้อมูลบริบท ความคาดหวัง ความเสี่ยงสุขภาพของประชาชน และโอกาสพัฒนาสำคัญ เพื่อนำมากำหนดเป้าหมายการพัฒนา มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพ และสามารถสรุปบทเรียนการพัฒนาสำคัญที่จะย้อนการใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพในการพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิ

Problem Solving: หลักคิดชุดที่ 1
ทำงานประจำให้ดี มีอะไรให้คุยกัน ชัยชนบททวน
มี P-HA Scoring ของตอนต้นที่ 1-3
มีค่าเฉลี่ย ไม่น้อยกว่า 1.5

"รู้เรื่องเรา เข้าใจหลัก รักษาประชาชน"

การปฏิบัติงานและการพัฒนาคุณภาพ ที่เชื่อได้ว่า จะสามารถให้บริการด้านสาธารณสุขที่ดีและมีคุณภาพ



Continuous Quality Improvement:
หลักคิดชุดที่ 2
"เป้าหมายชัด วัดผลได้ ให้อุ่นใจ อย่ายัดยัด"

การรับรองคุณภาพ (3 ปี)

มาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ

Primary Healthcare Accreditation

Initiative & Continuous Quality Improvement
P-HA Scoring ของแต่ละบท (ตอนต้นที่ 1-4)
คะแนนไม่น้อยกว่า 2.50 (เต็ม 5.00)

ระเบียบสถานรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) เรื่อง หลักเกณฑ์การพิจารณาและอนุมัติการรับรองการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลทั้งองค์กรที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนตามมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ

1. การรับรองการพัฒนาคุณภาพ ขั้นพัฒนา ระยะเวลารับรอง 2 ปี

หมายความว่า การรับรองการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลปฐมภูมิ (ขั้นพัฒนา) ตามมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิที่คณะกรรมการสถาบันกำหนด ว่าสถานพยาบาลมีองค์ประกอบของการปฏิบัติและกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของสถานพยาบาลปฐมภูมิทั้งองค์กรตามบริบท ณ ขณะนั้น ตามเกณฑ์ที่สถาบันกำหนด โดยต้องแสดงให้เห็นว่าสามารถสรุปข้อมูลบริบท ความคาดหวัง ความเสี่ยงสุขภาพของประชาชน และโอกาสพัฒนาสำคัญ เพื่อนำมากำหนดเป้าหมายการพัฒนา มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพ และสามารถสรุปบทเรียนการพัฒนาสำคัญที่จะย้อนการใช้แนวคิดคุณภาพในการพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิ



2. การรับรองคุณภาพ ขึ้นมาตรฐาน ระยะเวลารับรอง 3 ปี

การรับรองคุณภาพ หมายความว่า การรับรองว่าสถานพยาบาลมีองค์ประกอบของการปฏิบัติงานและการพัฒนาคุณภาพ ที่เชื่อได้ว่าจะสามารถให้บริการด้านสาธารณสุขที่ดีและมีคุณภาพ ตามมาตรฐานที่คณะกรรมการกำหนด โดยเป็นการรับรองระบบการดำเนินงานของสถานพยาบาล มิใช่การรับรองผลการรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย

การรับรองคุณภาพในบริบทของสถานพยาบาลที่จัดบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีบริบทหลากหลายและมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรที่แตกต่างกัน สถาบันพัฒนาเครื่องมือสำหรับการประเมินตนเอง เพื่อการรับรองคุณภาพประกอบมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ ประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐานของสถานพยาบาล รายงานแบบประเมินตนเอง และเอกสารประกอบการประเมินตนเอง เพื่อสะท้อนการปฏิบัติให้ได้ตามข้อกำหนดย่อยพื้นฐานจำเป็น (essential requirements) และการพัฒนาต่อเนื่องตามข้อกำหนดย่อยเพื่อการพัฒนา (developmental requirements) รวมถึงการเรียนรู้การพัฒนาผ่านแบบสำรวจความเชื่อมั่นการดำเนินงานของสถานพยาบาล ที่สะท้อนประเด็นที่ส่งผลต่อความเชื่อมั่นของประชาชน/ผู้รับบริการของสถานพยาบาล และสถาบันอยู่ระหว่างการพัฒนารูปแบบการประเมินรับรองคุณภาพโดยนำดิจิทัลเทคโนโลยีมาใช้นับสนุนการประเมินตนเองของสถานพยาบาล ร่วมกับการสร้างและพัฒนาบุคลากรด้านการพัฒนาคุณภาพในพื้นที่ (อาทิ พี่เลี้ยงการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพสถานพยาบาลปฐมภูมิ วิทยากรด้านการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลปฐมภูมิ ผู้เยี่ยมสำรวจสถานพยาบาลปฐมภูมิ) ควบคู่ไปกับการพัฒนารูปแบบการรับรองที่สมดุล และเหมาะสมกับบริบทของสถานพยาบาลปฐมภูมิประเทศไทย

สถานพยาบาลปฐมภูมิที่จะได้รับการรับรองคุณภาพ ต้อง “สร้างความเชื่อมั่น” ในการปฏิบัติงานตามข้อกำหนดย่อยพื้นฐานจำเป็นอย่างครบถ้วน และสะท้อนผลการพัฒนาคุณภาพในประเด็นเป้าหมายการพัฒนาตามบริบทอย่างเหมาะสม และต้อง “ทำให้มั่นใจ” ในการปฏิบัติได้ในประเด็นข้อกำหนดที่สำคัญจำเป็น อาทิ การจัดการส่งเสริมสุขภาพปฐมภูมิเชิงรุกตามบริบท การจัดการกับภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์และภาวะวิกฤติฉุกเฉิน การศึกษาส่งต่อและรับกลับกับสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพและการตอบสนองต่อการระบาดที่เหมาะสมตามบริบท การสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับชุมชน การปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ การจัดการด้านวัคซีน การจัดการตรวจทดสอบเพื่อวินิจฉัยโรค เป็นต้น

สถานพยาบาลปฐมภูมิกลุ่มแรกที่มีศรัทธาเข้าสู่กระบวนการพัฒนาตามมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ ผ่านการรับรองการพัฒนาคุณภาพขั้นพัฒนา และได้รับการประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลปฐมภูมิ โดยการสนับสนุนของศูนย์ส่งเสริมการเรียนรู้เพื่อการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลปฐมภูมิ องค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร จำนวน 7 แห่ง

และศูนย์ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลเขตสุขภาพนครชัยบุรินทร์ จำนวน 6 แห่ง ได้แก่

ตารางที่ 4 ศูนย์ส่งเสริมการเรียนรู้เพื่อการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลปฐมภูมิ

ศูนย์ส่งเสริมการเรียนรู้	จังหวัด	ชื่อสถานพยาบาลปฐมภูมิ
องค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร	สกลนคร	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเพียงใหม่ อำเภอกุสุมาลย์
		โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบอน อำเภอกุสุมาลย์
		โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแสนพัน อำเภอกุสุมาลย์
		โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองบัวสร้าง อำเภอกุสุมาลย์
		โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองผือ อำเภอพรรณานิคม
		โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยกอก อำเภอกุสุมาลย์
		โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพธิ์ไพศาล อำเภอกุสุมาลย์
HACC นครชัยบุรินทร์/ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	นครราชสีมา	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคูขาด อำเภอบัวใหญ่
		โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงพลอง อำเภอจักราช
		โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าลาดขาว อำเภอโชคชัย
		โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแจ้งใหญ่ อำเภอบัวใหญ่
		หน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
HACC นครชัยบุรินทร์/ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี		
HACC นครชัยบุรินทร์/ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ	ชัยภูมิ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแย้ อำเภอหนองบัวระเหว

ทั้งนี้ในปีงบประมาณ 2567 มีสถานพยาบาลปฐมภูมิที่ได้รับการรับรองการพัฒนาคุณภาพ จำนวน 53 แห่ง และในปีงบประมาณ 2568 มีสถานพยาบาลปฐมภูมิที่แสดงความประสงค์เข้าสู่กระบวนการประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพ ดังนี้ เขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 106 แห่ง เครือข่ายศูนย์ความร่วมมือ เพื่อการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล เขตสุขภาพนครชัยบุรินทร์ จำนวน 160 แห่ง, องค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต จำนวน 21 แห่ง, และการขยายเครือข่าย ศูนย์การเรียนรู้ในจังหวัดสกลนคร

3. กรอบการพัฒนา AI Roadmap ขององค์กร

กรอบการพัฒนา AI Roadmap และ AI 5 ระดับ

ในยุคที่ AI เป็นประเด็นสุดร้อนแรงในทุกวงการ องค์กรต้องการได้ชื่อว่าได้ นำ AI มาใช้งานแล้ว เพื่อสร้างภาพลักษณ์ความทันสมัย และมีประสิทธิภาพ มีความพยายามส่งคนไปอบรมใช้งาน Chatbot เพื่อช่วยทำงานด้านการตลาด การใช้วาดรูป วาดกราฟ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูล หรือ ช่วยจัดทำเอกสาร ย่อยข้อมูลเขียนวิเคราะห์รายงานต่าง ๆ ซึ่งก็สร้างความประหลาดใจให้กับหลายคนว่า AI มันฉลาดได้ขนาดนี้เชียวนะหรือ

จนกลุ่มผู้พัฒนา AI ระดับโลกเริ่ม บัญญัติศัพท์ใหม่ที่เรียกว่า AGI (artificial general intelligence) เพื่อระบุถึงความสามารถระดับที่ทำงานเทียบเท่ามนุษย์ได้จริง

บริษัท Open AI พยายามจัดระดับความสามารถของ AGI (artificial general intelligence) ออกเป็น 5 ระดับ

Level 1 ChatBot: AI ที่สามารถคุยโต้ตอบในเรื่องทั่ว ๆ ไปกับมนุษย์ได้ เสมือนเป็นมนุษย์อีกคน ซึ่งในปี 2023 ที่ผ่านมา AI อยู่ใน “ระดับนี้เรียบร้อย” เราสามารถชวนคุย ถามตอบ เรื่องทั่ว ๆ ไปได้เหมือนเป็นเพื่อนคนหนึ่ง แถมยังขอให้ช่วยจำลองสไตล์และบุคลิกการคุยในรูปแบบต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นชาย หญิง เด็ก หนุ่ม คนแก่ หรือ นักศิลปะ นักวิทยาศาสตร์ หรือ นักร้อง

Level 2 Reasoner: AI ที่สามารถวิเคราะห์เชื่อมโยงเหตุผลและองค์ความรู้ต่าง ๆ เข้าหากันได้ สามารถคิดแนวทางแก้ปัญหาที่สมเหตุผลได้ ซึ่ง AI ระดับ 2 เปิดตัวไปเรียบร้อยแล้ว ในปลายปี 2024 โดยเริ่มเปิดให้บริการในราคาเดือนละ \$200 โดยมันจะมีการทำงานร่วมกันระหว่าง AI หลายตัวในหลังฉาก ก่อนจะตอบและแสดงลำดับความคิดให้เราเห็นด้วย

Level 3 Agent: AI ที่สามารถทำงานอัตโนมัติเอง โดยไม่ต้องพึ่งพา Input จากมนุษย์ เช่น ไม่ต้องมานั่งสั่งหรือถามทีละอย่าง ทีละขั้น ไม่เหมือน Chatbot ที่เราต้องคอยป้อนคำถามให้คิดทีละขั้นทีละตอน แต่ AI Agent มันจะคิดได้ว่ามีขั้นตอนย่อย ๆ หรือ มีข้อมูลอื่นใด ต้องใช้ประกอบการทำงานตามที่สั่ง แล้วตัดสินใจแก้ปัญหา และทำงานไปได้เองจนสำเร็จ

Level 4 Innovator: AI ที่สามารถคิดนวัตกรรม สิ่งประดิษฐ์ หรือ เทคโนโลยีใหม่ ๆ ขึ้นมาเองได้ เพื่อแก้ปัญหา เช่น ให้สร้างภาษาใหม่สำหรับสื่อสารขึ้นมาเลย สร้างเทคโนโลยี 7G หรือ สร้างยารักษาโรค สร้างโปรตีน สร้างเอ็นไซม์ใหม่ขึ้นมา โดยจะไม่ใช่แค่เพียงสรุป หรือ สกัด หรือ เชื่อมโยงเหตุผล จากข้อมูลที่ป้อนให้

สมมติว่าจะทำ AI Roadmap เพื่อให้เป็นไปตามกระแส (อย่างรู้เท่าทัน) จะเริ่มต้นอย่างไร ต้องทำอะไรบ้าง?

องค์ประกอบต่าง ๆ ของ AI Roadmap มีดังนี้

1. การวิเคราะห์สถานะปัจจุบัน (current state assessment)

เริ่มต้นด้วยการประเมินตนเองก่อน ว่าองค์กรของเรามีเทคโนโลยี มีระบบอะไร อยู่แล้วบ้าง และมีการใช้งาน AI ทำอะไรอยู่แล้วหรือไม่ นี่ถือเป็นขั้นตอนในการทำ Inventory Checking หลังจากประเมินแล้วก็มาดูว่าองค์กรเรามีความต้องการ-มีเป้าหมายที่อยากบรรลุ หรือ มีปัญหาทางธุรกิจอะไรที่อยากแก้บ้าง และ ปัญหาไหนที่ใช้ AI ช่วยแก้ไขได้บ้าง ซึ่งปัญหาที่เหมาะสมกับ AI มักเป็นปัญหาที่ต้องการใช้ข้อมูลจำนวนมาก ต้องการให้อัตโนมัติขึ้น ต้องการให้ถูกต้องมากขึ้น หรือ ต้องการความรวดเร็วมากขึ้น

ขั้นตอนการสำรวจนี้ จะรวมไปถึงการสำรวจทักษะของบุคลากรที่จะมารับผิดชอบงานด้าน AI ด้วย

2. การกำหนดวิสัยทัศน์และเป้าหมาย (vision and goal setting)

กำหนด (เลือก) วิสัยทัศน์ที่ต้องการให้ AI มาช่วยในการบรรลุ ซึ่งก็เลือกจากวิสัยทัศน์หลักขององค์กรที่วางไว้แล้ว นำมาปรับให้จำเพาะเจาะจงมากขึ้นและล่อกับงานในส่วนที่ AI จะมาช่วยเสริม เช่น วิสัยทัศน์เราเน้นภาพความทันสมัยเป็นผู้นำ เน้นการบริการลูกค้า เน้นความเร็วในการบริการ หรือ เน้นอะไร? แล้วมาแปลงออกเป็นเป้าหมายเชิงการปรับเปลี่ยนทางดิจิทัลที่ใช้ AI ขั้นตอนนี้ รวมถึงการกำหนดเป้าหมายที่จับต้องและตรวจวัดได้ด้วย เช่น ลดค่าใช้จ่ายอะไรเท่าไร? เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานเรื่องอะไรแค่ไหนวัดอย่างไร วัดด้วยเวลา (ที่ใช้ในแต่ละขั้นตอนขั้นตอนไหนดี จับเวลาจากกตรงไหนดี) วัดด้วยเงิน (เช่น ค่าใช้จ่าย รายได้ หรือ ค่าไฟ หรือ ค่าโซหุ่ย (overhead cost) ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการผลิตสินค้าและบริการ เป็นต้นทุนแฝง ฯลฯ) วัดด้วยอัตราความผิดพลาดที่ลดลง (เช่น ข้อมูลผิดน้อยลง เอกสารผิดน้อยลง การตีเรื่องกลับน้อยลง ฯลฯ)

ในขั้นตอนนี้ ยังประกอบด้วย การแจกแจง AI Projects และ Use Cases ต่าง ๆ ออกมา เพื่อประเมินความคุ้มค่า (ได้ประโยชน์มากไหม เทียบกับทรัพยากรที่ลงไป) ความเป็นไปได้ (ยากง่ายเพียงใด) ความสำคัญ (สอดคล้องกับเป้าหมายวิสัยทัศน์หลักขององค์กรแค่ไหน ส่งเสริมวิสัยทัศน์สำคัญข้อไหนแค่ไหน) และระดับของผลกระทบ (คือ กระทบทางอ้อมกับงานอย่างอื่นเป็นลูกโซ่มากน้อยแค่ไหน) ปัจจัยเหล่านี้สามารถนำไปใช้เป็นเกณฑ์การจัดลำดับ (ranking) พิจารณาว่าจะบรรจุลงใน AI Roadmap หรือไม่ มีลำดับก่อนหลังอย่างไร



3. การวางแผนกลยุทธ์ (strategic planning)

เป็นการกำหนดและเขียนกลยุทธ์ที่จะทำให้ไปถึงเป้าหมายและวิสัยทัศน์ เช่น จะนำเอา AI ประเภทไหนมาใช้งาน เทคโนโลยีอะไรบ้าง แพลตฟอร์มเครื่องมืออะไรที่เหมาะสม แล้วแต่ละชิ้นส่วนทำงานร่วมกัน หรือ เชื่อมต่อกันอย่างไร ตลอดจนวางแผนกรอบเวลาในแต่ละขั้นตอนการทำงานไว้ด้วยให้เรียบร้อย

นอกจากนี้ ยังต้องระบุทรัพยากรที่จำเป็น (required resources) ออกมาไว้ล่วงหน้า เพื่อทำการจัดเตรียม และประเมินความคุ้มค่าไปในตัว ทรัพยากรตรงนี้ มักมองข้าม Soft Skills หรือ Soft Issues ไป เช่น การประสานขอความร่วมมือ การแสดงให้คนในองค์กรเห็นว่าผู้บริหารสนับสนุน การมอบหมายงานและกำหนดตัวชี้วัดของแต่ละคนให้ชัดเจน การออกกฎหรือระเบียบเพิ่มเติมให้ทำงานได้ชัดเจน รวมถึงการกำหนดรางวัลและสิ่งจูงใจ ซึ่งไม่จำเป็นต้องเป็นโบนัส หรือ ขึ้นเงินเดือนเสมอไป อาจจะเป็นการได้รับ Recognition การได้รับรางวัล เป็นต้น

กรอบความคิด คือ จะเอาอะไรมาประกอบกันก็ตาม ต้องตอบได้ว่า มันส่งผลต่อวิสัยทัศน์ และเป้าหมายให้สำเร็จได้ใช่หรือไม่ มีลำดับของตรรกะในการคิดอย่างไร

4. การพัฒนาทักษะและความรู้ (skill and knowledge development)

เป็นการจัดการฝึกอบรม ให้มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องที่ขาดตกบกพร่องที่ทราบจากการสำรวจในข้อแรก อาจจะเป็นการส่งไปเรียน โดยกำหนดงานและเป้าหมายที่ต้องมาทำต่อ การจ้างที่ปรึกษามาทำงานด้วยกันเพื่อช่วยคิด หรือ รูปแบบอื่นก็แล้วแต่เหมาะสม

โดยส่วนตัวของผู้เขียน สนับสนุนการจ้างที่ปรึกษามาช่วยทำงานด้วยกันมากกว่า แต่ต้องเลือกที่ปรึกษาที่ถึงลูกถึงคน ชอบทำงานใกล้ชิด ชอบปฏิบัติ และทำงานเชิงรุก อย่างไรก็ตามวิธีนี้เหมาะกับกรณีคนในองค์กรของเราก็ขยันด้วย และพร้อมทำงานเชิงรุกไปด้วยกันกับที่ปรึกษา และเรียนรู้สิ่งใหม่ ถ้า Active ทั้งคู่ จะเวิร์คมาก

5. การดำเนินงานและการปรับใช้ (implementation and deployment)

ตรงนี้ เป็นการทดลองทำงานจริง นำ AI มาใช้จริง หรือ พัฒนา AI ใช้งานจริง แต่เป็นในระดับการทดลองทดสอบกับกรอบหรือเป้าหมายเล็ก ๆ ก่อนปรับใช้งานเต็มรูปแบบ (full scale deployment) เช่น ใช้ข้อมูลจากแผนกเดียวก่อน ทดลองใช้งานในหนึ่งทีมงานก่อน หรือ แยกเป้าหมายใหญ่เป็นเป้าหมายเล็ก ๆ แล้วลองดำเนินการดูเพื่อให้ทราบชัดเจนว่าต้องปรับอะไรตรงไหน อย่างไร เพื่อให้มั่นใจก่อนขยายผลใช้งานจริง หรือประเมินว่าคุ้มค่าที่จะเดินต่อหรือไม่ ก่อนปรับใช้งานเต็มรูปแบบ

6. การวัดผลและการปรับปรุง (evaluation and improvement)

หลังจากปรับใช้งานเต็มรูปแบบแล้ว การวัดผลการดำเนินงานนั้นจำเป็น เพื่อให้มั่นใจว่าเป็นไปตามที่คาดการณ์ห้วงผลแต่แรกหรือไม่ หากพบว่าไม่ใช่ ก็ควรทบทวนสาเหตุและประเมินว่าจะไปต่อหรือจะยุติ ขั้นตอนนี้ก็ปรึกษาหารือ ปรับแผน ปรับเป้าหมาย และระดมทรัพยากรที่อาจมองข้ามไปในตอนแรก ในส่วนตรงนี้ หากมีผู้ที่มีประสบการณ์เชิงปฏิบัติบุกเบิกด้านดิจิทัลมามาก และเป็นคนที่มีความคิดยืดหยุ่น ปรับเปลี่ยนได้ไร้กระบวนการทำอะไรจะได้ประโยชน์มาก เพราะเขาจะคิดนอกกรอบและแก้ปัญหาเก่ง (ภาษาอังกฤษท่านใช้คำว่า resourceful) และให้เลือกคนในองค์กรที่มีคุณลักษณะแบบนี้มาดำเนินการทำงานร่วมกับผู้เชี่ยวชาญจากภายนอกมาเป็นพี่เลี้ยงด้วยก็ได้

7. การบริหารจัดการและการควบคุม (governance and control)

เนื่องจาก AI Project มักเป็นของใหม่ องค์กรไม่เคยทำมาก่อน ไม่เหมือนการทำงานที่เป็นกิจวัตร (routine) ที่มีขั้นตอนแบบแผนชัดเจน ดิ้นไม่ได้ เมื่อเริ่มทำไม่เนิ่ง ต้องมีการบริหารจัดการให้เข้ากรอบเป็นระยะ ๆ ต้องสกัดมาตรฐาน สกัดกระบวนการที่ชัดเจนออกมาได้ด้วย เพื่อให้เอาไปเป็นกรอบแนวคิดที่ให้ผู้อื่นลดเวลา ลองผิดลองถูกลงได้ ขอเน้นอีกทีว่า AI Project ในระยะเริ่มแรกมักมีคุณลักษณะปรับเปลี่ยนได้ตลอด การบริหารจัดการเพื่อให้เข้าใจทั้งขั้นตอนการทำงานใหม่ ผลลัพธ์ใหม่ ข้อมูลใหม่ และทักษะใหม่ เมื่อถึงจุดหนึ่งก็จะทราบได้ว่ามีประเด็นอะไรที่หละหลวมไม่ได้ควบคุม หรือยังไม่มีมาตรฐานข้อตกลงบ้าง

การควบคุมนี้ ยังรวมไปถึงการควบคุมให้เป็นไปตามนโยบายขององค์กร วิสัยทัศน์ และเป้าหมายที่ตั้งไว้อีกด้วย คือ ต้องตอบให้เข้าร่องเข้ารอยเป็นระยะ ๆ

8. ผู้เกี่ยวข้องและบทบาทหน้าที่ (stakeholders' roles & responsibilities)

เรื่องนี้สำคัญมาก จำเป็นต้องประชุม ทบทวนงาน และซักซ้อมกันบ่อย ๆ กำหนดหน้าที่รับผิดชอบของแต่ละคนแต่ละแผนกพร้อมวันส่งมอบงานให้ชัด แล้วทุกคนต้องอยู่ภายใต้ความเข้าใจตรงกันว่า AI Project เป็นเรื่องใหม่ในองค์กร ต้องยอมปรับยอมแก้ วนไปมาหลายรอบอย่าหงุดหงิดง่าย



กรอบการพัฒนา AI Roadmap กับองค์กรทางด้านสุขภาพ

กรอบการพัฒนา AI ขององค์กรนี้ เป็นกรอบหลัก กรอบสำคัญที่สามารถปรับใช้กับงานองค์กรได้ทุกประเภท ทุกสาขา ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ ภาคราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือเป็นภาคธุรกิจหลากหลายสาขา โดยเฉพาะทางด้านสุขภาพ ซึ่งยังมีความท้าทายสูง เนื่องจากต้องใกล้ชิดรับผิดชอบชีวิตผู้คน มีแนวทาง และผลิตภัณฑ์มากมายทางสุขภาพที่เริ่มพัฒนากันออกมา โดยวิสาหกิจเริ่มต้น (startup) มากมาย เช่น AI Chatbot สำหรับตอบคำถามด้านสุขภาพ หรือ AI สำหรับวิเคราะห์ภาพเอ็กซเรย์ ที่เริ่มนำมาทดลองในหลายโรงพยาบาล

AI ยังไม่สามารถมาแทนแพทย์ได้ ที่แทนแพทย์ไม่ได้ ไม่ใช่ว่าไม่สามารถทำงานวิเคราะห์โรคได้ แต่ตรงกันข้าม เนื่องจากตอนนี้ AI สามารถวิเคราะห์โรค फिल्मเอ็กซเรย์ ได้ดีและแม่นยำมาก ๆ แล้ว เพียงแต่ในทางกฎหมาย การรักษาคนไข้ยังต้องมีมนุษย์เป็นผู้ลงนามทั้งการสั่งยา ใบรับรองแพทย์ หรือ การอนุมัติให้ใช้เครื่องมือ หรือ กระบวนการรักษา

นอกจากในทางกฎหมายแล้วในทางจิตวิทยา คนไข้เอง ก็ยังอยากคุยกับหมอ หากเลือกได้ คนไข้ย่อมเลือกที่จะได้พูดคุยกับหมอที่เป็นมนุษย์มากกว่าจะคุยกับ AI และคนไข้ส่วนใหญ่ มักต้องการการดูแลเอาใจใส่ เช่น ต้องการให้หมอใช้เวลาตรวจโรคอย่างละเอียด พูดคุยซักถามอาการ และเปิดโอกาสให้คนไข้ได้สอบถามให้กระจ่าง ไม่ได้ต้องการความเร็วชนิดที่ใช้ AI วินิจฉัยภายใน 10 วินาที แล้วจบ เพียงแต่หากใช้ AI มาช่วยวิเคราะห์ในลักษณะความเห็นที่สอง เพื่อว่าแพทย์จะหลุดหรือห่อหุ้มไปบ้าง

นอกจากนี้ ในหลายงาน AI ยังไม่สามารถทำได้ เช่น การผ่าตัด การฉีดยา การตรวจด้วย
การสัมผัส การเอ็กซเรย์ และการเข้าเฝือก เพราะสิ่งเหล่านี้ เป็นสิ่งกายภาพที่ต้องการระบบ
หุ่นยนต์ที่ซับซ้อน ยิ่งอีกนานที่จะพัฒนาไปถึงจุดนั้น

อย่างไรก็ตาม AI และหุ่นยนต์ อาจจะเริ่มทดแทนบุคลากรทางการแพทย์ในบางส่วน บางหน้าที่ได้ เช่น การวัดชีพจร วัดความดัน วัดน้ำหนัก วัดส่วนสูง การจัดยา การตรวจ ในห้องปฏิบัติการ การคัดกรองเอกสาร การจัดระเบียบข้อมูล การติดตามนัดหมาย การสอบถาม ข้อมูลเบื้องต้น ฯลฯ เพื่อเตรียมการให้พร้อมที่สุดเมื่อพบแพทย์

အံ့

มุมมองการนำ AI มาใช้กับหน่วยงานด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาล ไม่จำเป็นต้องเพื่อการวิเคราะห์ รักษา หรือ บำบัดเท่านั้น อาจนำมาใช้เพื่องานทางกระบวนการทางธุรกิจทั่วไปก็ได้ เช่น การคำนวณตัวเลขและแจ้งหนี้ การเลือกตารางนัดหมายพบแพทย์ การวิเคราะห์ข้อมูลทางการเงิน การจัดการงานทะเบียนคนไข้ งานเอกสาร งานข้อมูลบุคลากรในองค์กร จะเห็นว่ามีอีกมาก ที่ AI สามารถนำมาเสริมทัพในแง่การยกระดับประสิทธิภาพการทำงานได้



4. Co-Production: ร่วมกันสร้างสสคคุณภาพ ผ่าน HA-IT จากเทคโนโลยีสู่คุณภาพและความยั่งยืนที่แท้จริง

“คุณเคยรู้สึกไหมว่า IT ในโรงพยาบาลเป็นเรื่องยุ่งยากและซับซ้อน?”

แต่ถ้าหาก IT ไม่ได้เป็นแค่เครื่องมือบริหารจัดการ แต่สามารถ สร้างคุณภาพและความยั่งยืนให้กับระบบสุขภาพได้จริงล่ะ?

คุณเคยรู้สึกไหมว่า เทคโนโลยีในโรงพยาบาลเป็นอะไรที่ยุ่งยาก ซับซ้อน และไม่เป็นมิตรกับผู้ใช้งาน? แต่ถ้าเราบอกว่า IT สามารถทำให้โรงพยาบาลของคุณดีขึ้นได้จริงล่ะ? ไม่ใช่แค่เพื่อลดภาระงาน แต่เพื่อช่วยให้แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ทำงานได้สะดวกขึ้น และที่สำคัญ ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพและปลอดภัยมากขึ้น

นี่คือแนวคิด **Co-Production for Quality and Sustainability** ที่ช่วยให้การใช้ IT ในโรงพยาบาลไม่ใช่แค่เรื่องของเทคโนโลยี แต่เป็นการร่วมมือกันสร้างคุณค่า ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ คนไข้ และระบบสุขภาพ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด

Co-Production: ร่วมกันสร้างสสคคุณภาพ ผ่าน HA-IT

Co-Production คือ แนวทางที่เปลี่ยนจาก “การให้บริการ” มาเป็น “การร่วมมือกัน” ระหว่างผู้ให้บริการ (แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ IT) และผู้รับบริการ (คนไข้ ครอบครัว ชุมชน)

- IT ไม่ใช่แค่ระบบสนับสนุน แต่เป็นเครื่องมือที่เชื่อมโยงทุกฝ่ายเข้าด้วยกัน
- HA-IT เป็นตัวช่วยให้การร่วมมือกันง่ายขึ้น เพราะข้อมูลถูกจัดเก็บอย่างเป็นระบบ ทุกฝ่ายเข้าถึงได้ และใช้ร่วมกันได้
- ผลลัพธ์คือการสร้างระบบสุขภาพที่มีคุณภาพและยั่งยืน โดยไม่ใช่แค่การพึ่งพาเทคโนโลยีเพียงอย่างเดียว

HA-IT: จากเทคโนโลยี...สู่การพัฒนาที่มีส่วนร่วม

Co-Production ใน HA-IT ไม่ใช่แค่ “ระบบที่ดีขึ้น” แต่คือการ “เปลี่ยนวิธีคิดให้ทุกฝ่ายมีส่วนร่วม” ในการสร้างคุณภาพและความปลอดภัย

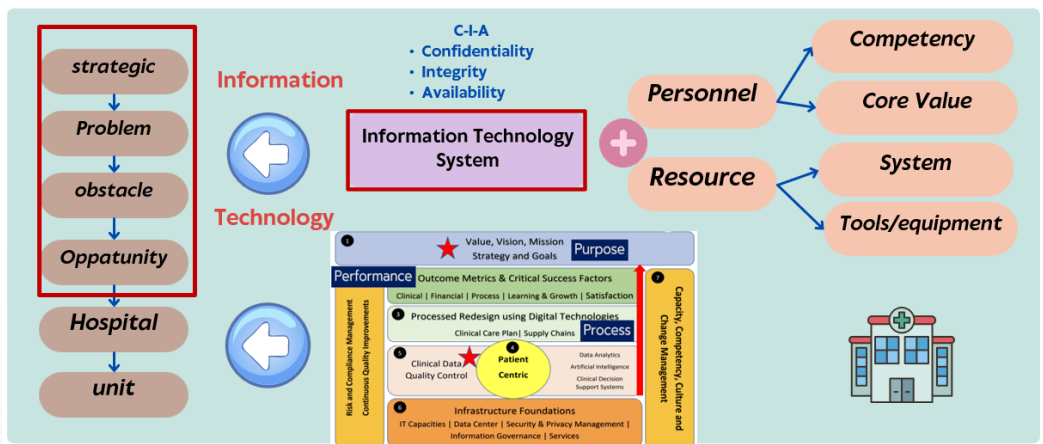
- แพทย์-พยาบาล: ใช้ IT เพื่อลดภาระงาน ทำให้ดูแลคนไข้ได้ดีขึ้น
- เจ้าหน้าที่ IT: สร้างระบบที่ใช้งานง่าย และรองรับการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์
- ผู้ป่วย: มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตัวเอง ผ่านระบบที่เข้าถึงข้อมูลได้ง่ายขึ้น
- ผู้บริหารโรงพยาบาล: ใช้ข้อมูลจาก HA-IT ในการตัดสินใจเชิงกลยุทธ์เพื่อพัฒนาโรงพยาบาล

รู้จัก HA-IT: ก้าวสำคัญของการพัฒนาโรงพยาบาลไทย

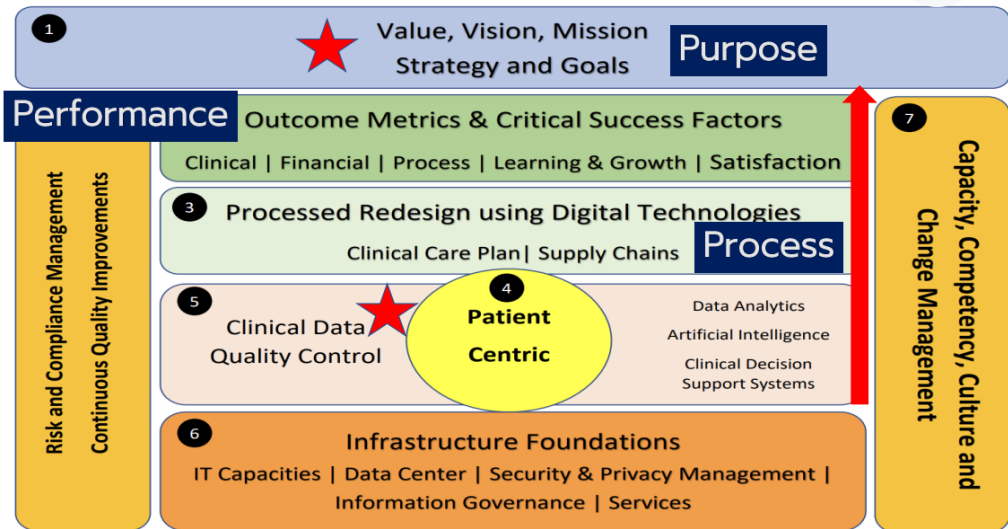
ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ร่วมกับ สมาคมเวชสารสนเทศไทย (TMI) ได้พัฒนารอบคุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล (TMI Hospital IT Maturity Model) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการประเมินและพัฒนาคุณภาพ IT ในโรงพยาบาล โดยเริ่มมีการรับรองคุณภาพ HA-IT ตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา

ต่อมาในปี พ.ศ. 2560 กระทรวงสาธารณสุขให้การสนับสนุนให้โรงพยาบาลในสังกัดพัฒนา คุณภาพระบบ IT อย่างทั่วถึง ส่งผลให้มีโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง HA-IT ในระดับต่าง ๆ มากกว่า 47 แห่ง

ในปี พ.ศ. 2565 สมาคมเวชสารสนเทศไทยและ HAI ได้ร่วมกันพัฒนา Hospital IT Quality Improvement Framework Version 2 (HITQIF v2) และ เกณฑ์การประเมินตนเองตามมาตรฐานการรับรองเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ (Program and Disease Specific Standards) เพื่อช่วยให้โรงพยาบาลสามารถประเมินสถานะการพัฒนาของตนเองได้อย่างชัดเจน และพัฒนาอย่างเป็นระบบ จนสามารถขอรับรองมาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบได้ ซึ่งจะช่วยให้สถานพยาบาลสามารถให้บริการที่มีคุณภาพ ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพมากขึ้น



ภาพที่ 16 Digital Transformation in Hospitals



ภาพที่ 17 Hospital Digital Transformation Concept Framework 2021



Hospital IT Quality Improvement Framework (HITQIF)

ภาพที่ 18 Co-Production HAI+TMI

แนวคิดเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของการปรับตัวสู่ ยุค Digital Transformation ซึ่งเทคโนโลยีดิจิทัลไม่ได้ถูกนำมาใช้เพียงเพื่อสร้างภาพลักษณ์ที่ทันสมัย แต่ต้องมุ่งเน้นที่ การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ลดต้นทุน และเพิ่มคุณค่าของบริการ (value-based healthcare) อย่างแท้จริง

โดย HA-IT ไม่ใช่แค่ “มาตรฐาน” แต่คือ เครื่องมือที่ช่วยให้โรงพยาบาลพัฒนาไปข้างหน้าได้จริง โดยเน้นไปที่

- ลดภาระงานของบุคลากร ด้วยระบบที่ใช้งานง่าย
- ลดข้อผิดพลาดทางการแพทย์ ด้วยข้อมูลที่แม่นยำและเป็นปัจจุบัน
- ช่วยให้แพทย์ตัดสินใจได้ดีขึ้น ด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ
- เสริมความปลอดภัยของข้อมูล ให้มั่นใจได้ว่าข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยจะไม่ถูกคุกคาม

Digital Transformation: จาก “IT” สู่ “คุณค่า” ที่แท้จริง

ในยุคที่ Digital Transformation เข้ามามีบทบาท โรงพยาบาลไม่ได้ต้องการเพียงแค่ “ระบบที่ทันสมัย” แต่ต้องการ IT ที่ช่วยเพิ่มคุณค่าให้กับการรักษาพยาบาล

สิ่งสำคัญที่โรงพยาบาลต้องโฟกัส ไม่ใช่แค่การมีเทคโนโลยีล้ำ ๆ แต่คือ

- ใช้ IT เพื่อลดต้นทุน และเพิ่มประสิทธิภาพการรักษา
- ใช้ IT เพื่อให้คนไข้ได้รับการรักษาที่รวดเร็วและแม่นยำขึ้น
- ใช้ IT เพื่อให้บุคลากรทำงานได้อย่างราบรื่นและมีความสุขมากขึ้น

เพราะฉะนั้น โรงพยาบาลที่นำ HA-IT มาใช้ ไม่ได้แค่ “มีเทคโนโลยี” แต่กำลังก้าวสู่การเป็นโรงพยาบาลที่มี “คุณภาพ” อย่างแท้จริง

ตัวอย่าง Co-Production ใน HA-IT: เปลี่ยนการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

โรงพยาบาลน่าน: ร่วมมือกันเพื่อดูแลหัวใจของชุมชน

โรงพยาบาลน่านนำแนวคิด Co-Production มาใช้ในการพัฒนาระบบ STEMI (ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน)

- แพทย์-พยาบาล ใช้ระบบ Fast Pass และ Telemedicine ในการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลลดระยะเวลารอคอย
- ชุมชน-อสม. มีส่วนร่วมแจ้งเตือนอาการคนไข้ และช่วยนำส่งผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว
- ระบบ IT ช่วยวิเคราะห์ข้อมูล ทำให้สามารถประสานงานระหว่างโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์ได้อย่างรวดเร็ว

ผลลัพธ์

- เพิ่มอัตราความสำเร็จในการเปิดหลอดเลือดหัวใจจากร้อยละ 82.35 เป็นร้อยละ 96.97
- ลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย STEMI
- โรงพยาบาลมีระบบที่ทำงานร่วมกันเป็นหนึ่งเดียว



โรงพยาบาลบ้านใหม่ไชยพจน์: ลดภาระงาน ด้วย IT และข้อมูลที่มีคุณค่า

โรงพยาบาลใช้ HA-IT และแนวคิด Co-Production ในการพัฒนาระบบที่ช่วยลดขั้นตอนซ้ำซ้อนและช่วยให้แพทย์-พยาบาลทำงานได้สะดวกขึ้น

- บุคลากรทางการแพทย์: สามารถดูแลคนไข้ได้มากขึ้น โดยไม่ต้องเสียเวลาไปกับงานเอกสาร
- ผู้ป่วยและญาติ: ได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษามากขึ้น
- ผู้บริหาร: ใช้ข้อมูลวิเคราะห์เพื่อลดต้นทุน และเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน

ผลลัพธ์

- ✓ ลดเวลารอคอย
- ✓ ลดภาวะแทรกซ้อน
- ✓ ลดค่าใช้จ่าย
- ✓ เพิ่มคุณภาพการรักษา

โรงพยาบาลคูเมือง: ยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

โรงพยาบาลใช้หลัก Co-Production ในการพัฒนาระบบ HA-IT เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโดยอาศัยข้อมูลเป็นศูนย์กลาง (data-driven organization) และขับเคลื่อนแนวทาง Value-Based Healthcare อย่างแท้จริง โดยมีแนวทางสำคัญดังนี้

- **การรับรอง PDSC** เป็นก้าวสำคัญที่ช่วยให้โรงพยาบาลบริหารจัดการข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดข้อผิดพลาด และเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย
- ระบบแจ้งเตือนเพื่อความปลอดภัย ลดความคลาดเคลื่อนในกระบวนการดูแลลดภาระงานบุคลากร และช่วยให้ทีมสหวิชาชีพทำงานร่วมกันได้ดีขึ้น
- **Strong Action ในการดูแลกลุ่มโรคสำคัญ** มุ่งเน้นการบริหารจัดการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (NCDs), โรคซับซ้อน (IMC), การดูแลระยะยาว (LTC), และการดูแลแบบประคับประคอง (PC) อย่างมีประสิทธิภาพ
- **ลดต้นทุน** ยกระดับคุณภาพบริการด้วยการใช้ข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อจัดการทรัพยากรอย่างเหมาะสม ลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น และสร้างความเชื่อมั่นให้แก่บุคลากรและผู้รับบริการ
- **พัฒนาองค์กรอย่างยั่งยืน** สร้างระบบที่สามารถปรับตัว และเติบโตได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อรองรับความท้าทายในการดูแลสุขภาพในอนาคต

ผลลัพธ์

- ✓ ลดความคลาดเคลื่อน
- ✓ ลดต้นทุน



- ✓ ลดภาระงานบุคลากร
- ✓ เสริมสร้าง Strong Action ในการดูแลผู้ป่วย
- ✓ ยกระดับคุณภาพบริการ

Sustainability: HA-IT สร้างระบบสุขภาพที่ยั่งยืนได้อย่างไร?

Co-Production ไม่ได้หยุดอยู่แค่ “การพัฒนาระบบ” แต่ช่วยให้โรงพยาบาลสร้างความยั่งยืน (sustainability) ผ่าน 3 ปัจจัยหลัก

1. ลดความสูญเปล่า (waste reduction): HA-IT ช่วยลดความผิดพลาดทางคลินิก ลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น และช่วยให้โรงพยาบาลใช้ทรัพยากรได้อย่างคุ้มค่า
2. เพิ่มคุณค่าการรักษ (value-based healthcare): IT ไม่ใช่แค่เครื่องมือจัดเก็บข้อมูล แต่ช่วยให้แพทย์ตัดสินใจแม่นยำขึ้น ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น
3. สร้างความร่วมมือระยะยาว (long-term collaboration): เมื่อทุกฝ่ายมีส่วนร่วม ระบบสุขภาพจะพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยไม่พึ่งพาใครเพียงคนเดียว

แล้วโรงพยาบาลของคุณล่ะ? พร้อมก้าวสู่ HA-IT และ Co-Production แล้วหรือยัง?

ถ้าคุณต้องการ...

- ลดภาระงานของบุคลากร
- ลดข้อผิดพลาดในการรักษา
- ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีขึ้น
- ใช้ IT ให้เกิดคุณค่าอย่างแท้จริง



ถึงเวลาเปลี่ยนแปลงแล้ว!



สนใจข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับ HA-IT และ Co-Production ติดต่อ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (HAI) หรือ สมาคมเวชสารสนเทศไทย (TMI) ได้เลย!

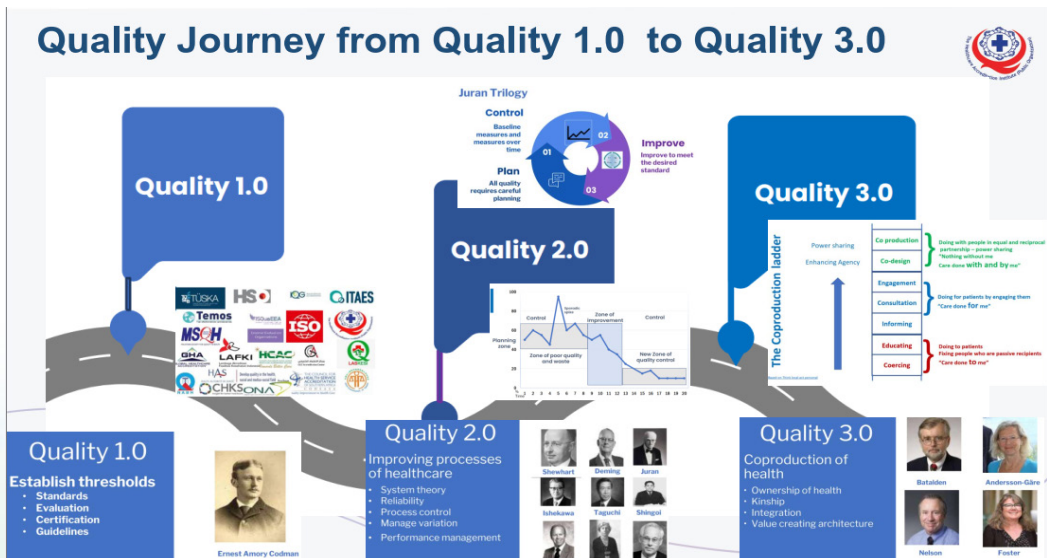
สรุป

การพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศ (IT) ในโรงพยาบาลเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการและการให้บริการทางการแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยุคดิจิทัลที่เทคโนโลยีสามารถช่วยลดข้อผิดพลาดทางคลินิก สนับสนุนการตัดสินใจเชิงกลยุทธ์ และเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย นอกจากนี้ การนำแนวทาง Co-Production มาประยุกต์ใช้ช่วยให้เกิดความร่วมมือระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการ ส่งผลให้เกิดการพัฒนาระบบสุขภาพที่มีคุณภาพและยั่งยืน

5. จากการประกันคุณภาพสู่การผลิตร่วม

5.1 มากกว่าศตวรรษของการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ

ระบบบริการสุขภาพทั่วโลกที่มุ่งเน้นการรักษาที่ได้ผลลัพธ์ที่ดี ซึ่งแต่เดิมผ่านการปฏิบัติให้ถูกต้องตามมาตรฐาน แนวทางที่กำหนด (quality 1.0) สู่การพัฒนาให้เกิดคุณภาพผ่านการพัฒนาระบบการ ระบบการต่าง ๆ ที่มีในองค์กรให้น่าเชื่อถือ ลดความแปรปรวน เป็นการจัดบริการระหว่างลูกค้า กับผู้ให้บริการ และมุ่งเน้นการวัดที่ผลลัพธ์ (quality 2.0) สู่วิวัฒนาการใหม่ ที่มุ่งเน้นการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วมจากการเพิ่มคุณค่า บูรณาการปัจจัย ผลกระทบต่าง ๆ อย่างหลากหลาย ให้เกิดการจัดบริการสุขภาพที่ดี ซึ่งเป็น Coproduction of Health (quality 3.0) อันมีกรอบแนวคิดสำคัญคือ (1) เป็นการจัดบริการสุขภาพที่ส่งมอบคุณค่าแก่ผู้รับบริการ (2) สร้างการมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของ (3) สร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (4) บูรณาการระบบความรู้ที่หลากหลาย (5) โครงสร้างเชิงระบบที่เอื้อต่อการสร้างคุณค่า



ภาพที่ 19 Three Approaches for Improving the Quality of Healthcare Services.

ที่มา: พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ (2567) “The Future Accreditation” การประชุม 3P Safety Hospital

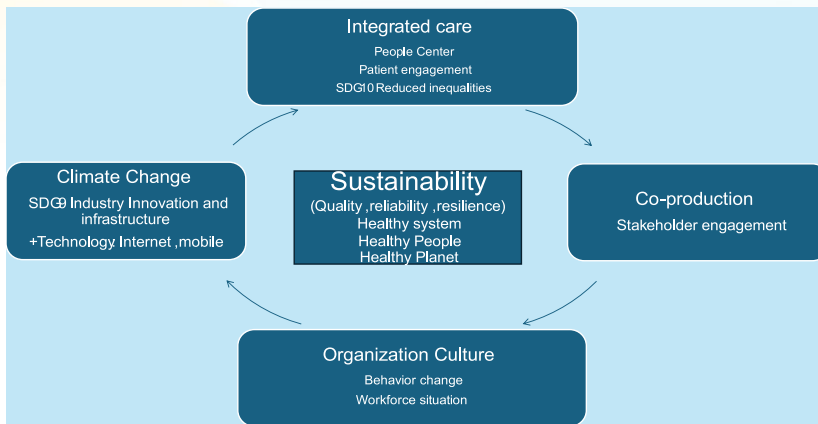
ตารางที่ 5 แนวคิด Quality 1.0, Quality 2.0 และ Quality 3.0¹¹

Quality 1.0	Quality 2.0	Quality 3.0
Thresholds	Organization-wide systems	Co-production of health
“How might we establish thresholds for good healthcare service?”	“How might we use ‘enterprise-wide systems’ for best disease management?”	“How might we improve the value of the contribution that healthcare service makes to health?”
Illustrative themes: • Standards • Inspection • Certification • Guidelines	Illustrative themes: • Systems, processes • Reliability • Customer-supplier • Performance measurement	Illustrative themes: • Service-making logic • Ownership of “health” • Kinship of coproducing people • Integration of multiple knowledge systems • Value-creating system architecture

5.2 Quality Journey from Istanbul 2024

จากวิวัฒนาการดังกล่าวจึงเป็นทิศทางให้ระบบบริการสุขภาพทั่วโลกได้หันมาให้ความสำคัญในการจัดบริการที่มุ่งสร้างความร่วมมือ บูรณาการ และร่วมเป็นเจ้าของตาม Quality 3.0 ซึ่งในการประชุมวิชาการประจำปีขององค์กรระดับโลก ISQua 40th International Conference 2024 ที่จัด ณ กรุงอิสตันบูล ประเทศตุรเคีย มีสมาชิกประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกมาร่วมนำเสนอผลงานวิชาการ แลกเปลี่ยนองค์ความรู้ และสร้างเครือข่ายเพื่อจับมือร่วมกันในการยกระดับคุณภาพบริการนั้นพอจะสรุปกรอบแนวคิดในงานวิชาการภายใต้หัวข้อ “Health for People and Planet: Building Bridges to a Sustainable Future” ได้พอสังเขป ดังแผนภาพ

¹¹ Batalden P, Foster T. From Assurance to Coproduction: A Century of Improving the Quality of Health-Care Service. International Journal for Quality in Health Care, 2021.

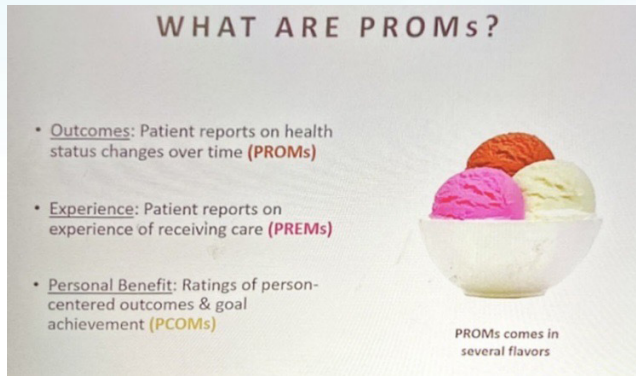


SupaphenSrisodsai; summary from ISQua Conference 2024, Istanbul, Turkey

ภาพที่ 20 ISQua Conference 2024 “Health for People and Planet: Building Bridges to a Sustainable Future”

“สุขภาพสำหรับประชาชนและโลก สร้างสะพานสู่อนาคตที่ยั่งยืน” เป็นธีมงานที่แสดงให้เห็นความสำคัญของการสร้างสุขภาพที่จะยั่งยืนซึ่งสะท้อนจาก การยกระดับคุณภาพระบบบริการที่น่าเชื่อถือ และความสามารถในการฟื้นตัวขององค์กร อันจะทำให้เกิดระบบสุขภาพที่แข็งแรง ประชาชนเกิดสุขภาพ และเกิดสภาพแวดล้อมที่สมดุล ที่จะช่วยเอื้อส่งเสริมสู่การเกิดสุขภาพที่ดีได้อย่างยั่งยืน อันประกอบด้วย

1. การดูแลแบบผสมผสาน บูรณาการ (integrated care) ที่เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง การสร้างความผูกพันกับผู้ป่วย และลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ ซึ่งหมายถึงผู้ให้บริการต้องมีการรับฟังความต้องการ รับรู้ประสบการณ์ผู้ป่วย ผู้รับบริการหรือ Patient’s Experience ตลอดจนเรียนรู้อุปสรรคของผู้ป่วย ผู้รับบริการตามวิถีชีวิต บริบทอันแตกต่าง หลากหลาย นำมาสู่การจัดการบริการด้วยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยอย่างลงตัว ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเห็นคุณค่า ความหมายของตนเองในการดูแลสุขภาพ และเกิดความผูกพัน ความร่วมมือในการดูแลตนเองอย่างดีต่อเนื่อง ซึ่งในการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางนี้ สามารถติดตามประเมินผลทั้ง Patient-Reported Experience Measures (PREMs) ประเมินประสบการณ์ของผู้ป่วยกับการดูแล และ Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) การประเมินผลการรักษาหรือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจากมุมมองของผู้ป่วยเอง

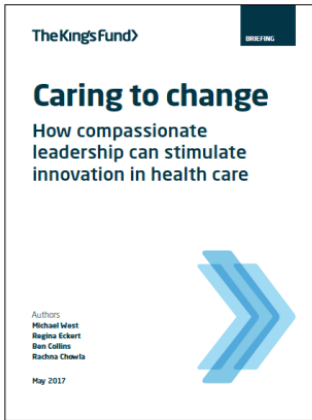


2. การร่วมสร้าง (co-production) เป็นการสร้างความร่วมมือกับเครือข่าย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้ง Health และ Non-health Sector ในการร่วมคิด ร่วมออกแบบ แบ่งปัน จัดหาทรัพยากรร่วมกันในการจัดบริการ ทำให้แต่ละภาคส่วนเกิดความรู้สึกมีคุณค่า มีความหมาย ความสำคัญ ร่วมรับผิดชอบ ร่วมเป็นเจ้าของบริการ อันส่งผลให้การบริการหรือร่วมดูแลสุขภาพเกิดความยั่งยืน



3. วัฒนธรรมองค์กร (organization culture) โดยพิจารณาถึงสถานการณ์ของบุคลากรในปัจจุบันอย่างถ่องแท้ เช่น Generation ของบุคลากรที่เปลี่ยนแปลงสู่คนรุ่นใหม่ อันมีความต้องการ วิถีชีวิตที่คาดหวังในการทำงานแตกต่างจากเดิม เช่น การทำงานขึ้น-ลงตรงเวลา งานที่ชอบ วงจรการทำงานที่สั้นหรือเปลี่ยนงานบ่อย การสื่อสารสั้น ๆ การใช้ข้อมูล ข้อเท็จจริง การใช้เทคโนโลยี เป็นต้น

Compassionate Leadership



- "Compassionate leadership enhances the intrinsic motivation of NHS staff and reinforces their fundamental altruism. It helps to promote a culture of learning, where risk-taking (within safe boundaries) is encouraged and where there is an acceptance that not all innovation will be successful – an orientation diametrically opposite to a culture characterised by blame, fear and bullying.
- "Compassion also creates psychological safety, such that staff feel confident in speaking out about errors, problems and uncertainties and feel empowered and supported to develop and implement ideas for new and improved ways of delivering services. They also work more co-operatively and collaboratively in a compassionate culture, in a climate characterised by cohesion, optimism and efficacy."

ที่มา: West, M., Eckert, R., Collins, B., & Chowla, R. Caring to Change: How Compassionate Leadership Can Stimulate Innovation in Health Care; 2017.

ทั้งนี้ เพื่อหาหนทางล่อหลอมบุคลากรให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสู่พฤติกรรมที่พึงประสงค์ ในองค์กร เช่น การสร้างวัฒนธรรมการยอมรับ ในความคิดเห็นที่แตกต่าง ร่วมกับล่อหลอม วัฒนธรรมความเป็นพี่น้อง ความเอื้ออาทร ความเมตตาและวัฒนธรรมปลอดภัยที่ทำให้เกิด บรรยากาศสภาพแวดล้อมที่กล้าที่จะแสดงออก สื่อสารในสิ่งที่เห็นว่าเกิดความเสียหาย ไม่เหมาะสม ในการบริการ มีการเรียนรู้ระหว่างทีมวิชาชีพ ที่ทำให้เกิดความรู้สึกผูกพันต่อองค์กร และถ่ายทอดสิ่งดีงามจากรุ่นสู่รุ่น

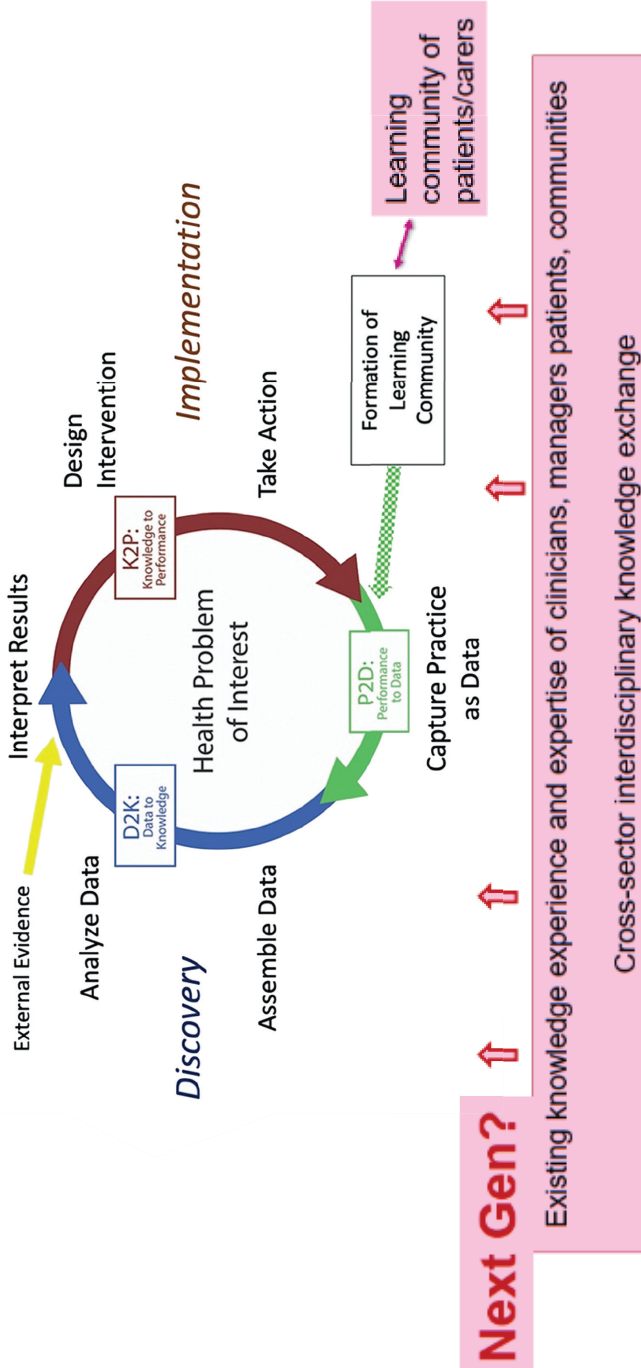


Learning Health System

Friedman, 2022



AUSTRALIAN INSTITUTE
OF HEALTH INNOVATION



ภาพที่ 21 Learning Health System

ที่มา: Friedman, Charles P. "What is unique about learning health systems?" Learning Health Systems; 2022.

Tips: หลักการเรียนรู้ของคนรุ่นใหม่ Next Generation LHS: Shift of Focus from Data to People? 1) Clinical/Patient Relationships 2) Continuous Learning Culture 3) Incentives and Enablers 4) Workforce Capacity

4. การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศของโลก (Climate Change) เป็นปัจจัยสำคัญที่ฟังดูเหมือนจะไกลตัว แต่แท้จริงนั้นการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศโลกเป็นปัจจัยสำคัญรากฐาน ที่ส่งผลกระทบต่อการเจ็บป่วยในปัจจุบันและอนาคต เช่น ฝุ่น PM 2.5 น้ำแข็งขั้วโลกละลาย ภาวะโรคร้อน อันทำให้เกิดการอพยพย้ายถิ่นของสัตว์พาหะต่าง ๆ และสภาพอากาศที่ร่างกายปรับตัวไม่ทัน ทั้งนี้รวมถึงการเปลี่ยนแปลงในความก้าวหน้าของระบบอุตสาหกรรม การเกิดนวัตกรรม เทคโนโลยีใหม่ ๆ การสื่อสารที่ไร้พรมแดน การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้อย่างสะดวก

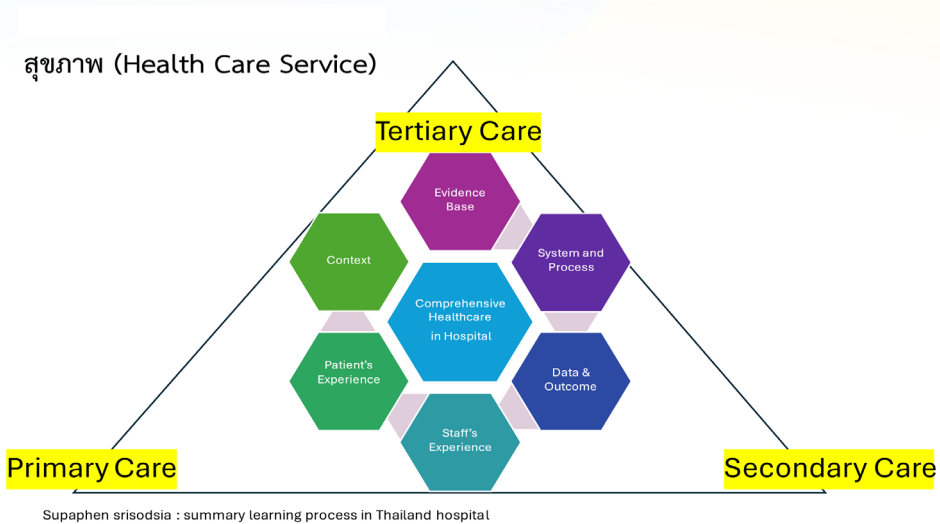
องค์ประกอบทั้ง 4 นั้นเป็นปัจจัยที่ควรคำนึงถึงในการพัฒนา ปรับปรุงให้มีระบบบริการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมและเกิดความยั่งยืนได้อย่างแท้จริง

5.3 การพัฒนาคุณภาพกับระบบสาธารณสุขไทย

กระบวนการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลของประเทศไทย โดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ที่มีความต่อเนื่องมากกว่า 25 ปีนั้น ได้ส่งเสริมให้สถานพยาบาลทั่วประเทศได้ใช้กระบวนการเรียนรู้ อย่างหลากหลาย (HA is an educational process) ทั้งเรียนรู้ผ่านหลักวิชาการ เรียนรู้จากกระบวนการ และผลลัพธ์

ด้วยการยอมรับซึ่งกันและกันของทุกวิชาชีพ การเรียนรู้จากผู้ป่วย และบริบทของโรงพยาบาลที่มีความเป็นพลวัตร รวมทั้งเชื่อมโยงการเรียนรู้ในมิติการรักษา ร่วมกับการสร้างเสริมสุขภาพซึ่งมีชุมชน เครือข่ายเป็นพลังสำคัญซึ่งทั่วโลกต่างยอมรับ (โดยเฉพาะในช่วงการระบาดของ COVID-19)

กระบวนการเรียนรู้ของระบบคุณภาพในโรงพยาบาลสู่การบูรณาการระบบบริการสุขภาพ (Health Care Service)



ภาพที่ 22 สรุปกระบวนการเรียนรู้กระบวนการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล

นอกจากนั้นยังได้ประสานระบบการพัฒนาคุณภาพระหว่าง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสท.) กับโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) หรือ โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) กับโรงพยาบาลแม่ข่าย โรงพยาบาลจังหวัด นำมาสู่การบูรณาการพัฒนาคุณภาพให้เกิดระบบบริการที่เหมาะสม (co-production) อันแตกต่างจากกระบวนการตรวจสอบของระบบคุณภาพอื่น ๆ ส่งผลให้ระบบคุณภาพของโรงพยาบาลประเทศไทยนำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นหลักสำคัญของแนวคิด Quality 3.0 มาใช้อย่างเป็นธรรมชาติ การต่อยอดให้นำปัจจัยสำคัญทั้ง 4 มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพได้อย่างครอบคลุมทุกองค์ประกอบ และต่อเนื่องยั่งยืนนั้น นับเป็นความท้าทายต่อไปในอนาคต

ตัวอย่างการพัฒนาคุณภาพในระบบสาธารณสุขไทย

1. การพัฒนาบริการที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของบริการ โดยส่งเสริมการสื่อสารที่ดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย รวมถึงการใช้ข้อมูลเพื่อปรับแผนการรักษาให้เหมาะสมกับบุคคล
2. การนำเทคโนโลยีมาใช้ เช่น ระบบ Telemedicine, AI สำหรับวิเคราะห์ข้อมูลทางการแพทย์ และ Internet of Things (IoT) สำหรับติดตามสุขภาพของผู้ป่วยมาเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ



3. การสร้างความยั่งยืนในระบบ ลดความสูญเสียและความซ้ำซ้อนในระบบ เช่น การบูรณาการข้อมูลสุขภาพของป่วยในระดับประเทศผ่านระบบดิจิทัล
4. การเสริมสร้างคุณภาพบุคลากร เน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคลากรทาง การแพทย์ ให้มีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การส่งเสริมมิติจิตวิญญาณ ในบุคลากร (spiritual healthcare) รวมถึงการฝึกอบรมเพื่อปรับตัวเข้ากับเทคโนโลยี และแนวคิดใหม่ ๆ
5. การพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพในรูปแบบเครือข่าย (district health system, healthcare network system) ที่เชื่อมโยง ประสานการบริการ องค์ความรู้ การบริหารทรัพยากร ให้เกิดความไหลลื่น ไร้รอยต่อ ส่งผลลัพธ์ที่ดี

ตัวอย่างของประโยชน์ของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

1. เพิ่มความรวดเร็วและความแม่นยำในการให้บริการ ซึ่งสะท้อนคุณภาพด้าน ประสิทธิภาพ
2. ลดช่องว่างด้านการเข้าถึงบริการในพื้นที่ห่างไกล สะท้อนคุณภาพเรื่องความเท่าเทียม
3. เสริมสร้างความไว้วางใจและความพึงพอใจของผู้ป่วย
4. ส่งเสริมการพัฒนาแบบยั่งยืน ลดภาระค่าใช้จ่ายในระยะยาว
5. เกิดระบบบริการที่เป็นหนึ่งเดียว ครอบคลุมทั้งรักษา ป้องกัน สร้างเสริมสุขภาพ อันทำให้เกิดผลลัพธ์สุขภาพที่ดี
6. ทำให้บุคลากรเกิดความรัก ความผูกพันต่อองค์กร และสร้างความผูกพันของ ผู้ป่วยในการดูแลตนเองได้อย่างสมศักดิ์ศรี

ความท้าทายเรื่องการพัฒนาคุณภาพในประเทศไทย เช่น การพัฒนาโครงสร้าง พื้นฐานดิจิทัลในพื้นที่ชนบท การฝึกอบรมบุคลากรให้พร้อมรับมือกับเทคโนโลยีใหม่ การสร้างความ เชื่อมั่นในระบบข้อมูลสุขภาพ และการพัฒนาระบบบริการอย่างมีส่วนร่วม ตั้งแต่ระดับ ครอบครัว ชุมชน สังคม ในระดับพื้นที่ไปจนถึงการสร้างมีส่วนร่วมในองค์กรระดับปฏิบัติ และระดับนโยบาย โดยนำเป้าหมายประชาชนหรือผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนา อย่างยั่งยืน การผสมผสานระหว่างความใส่ใจต่อมนุษย์ เทคโนโลยี และการบริหารจัดการ ที่มีคุณภาพ จะช่วยให้ประเทศไทยสามารถสร้างระบบสาธารณสุขที่แข็งแกร่งและตอบโจทย์ ความต้องการของประชาชนในทุกมิติ

6 บทเรียนของการพัฒนานวัตกรรมด้านสุขภาพในสถานพยาบาล (2P tech)

ในยุคที่เทคโนโลยีก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว การสร้างนวัตกรรมทางการแพทย์ถือเป็นหนึ่งในสิ่งที่สำคัญไปแล้วในปัจจุบัน การพัฒนานวัตกรรมเพื่อเพิ่มความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพถือเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง โดยเฉพาะเมื่อระบบสุขภาพมีความซับซ้อนในการดูแลรักษามากขึ้น และมีโรคอุบัติใหม่เกิดขึ้นในสังคมโลก เช่น ไวรัสโคโรนา-19 อหิวาตกโรค โรคไข้หวัดนก ซึ่งในปี พ.ศ. 2568 ล่าสุดสื่อต่างประเทศได้รายงาน องค์การอนามัยโลก หรือ WHO ประกาศ “อหิวาต์” เป็นภาวะฉุกเฉิน นอกจากนี้ยังมีไข้เลือดออก ไข้ฉี่หนู โรคไม่ทราบสาเหตุจากคองโก ฯลฯ ยังต้องระวังต่อเนื่องด้วย นอกจากนี้ยังมีทางด้านการจัดการทรัพยากร การดูแลผู้ป่วยและการป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรสาธารณสุขและประชาชน ปัจจุบันจึงเริ่มมีการพัฒนานวัตกรรม พัฒนาต่อยอดขยายผลเป็นงานวิจัย หรือ R2R และสิ่งประดิษฐ์ รวมไปถึงการจดทะเบียนสิทธิบัตร หรือทรัพย์สินทางปัญญามากขึ้น ในการสร้างหรือพัฒนานวัตกรรมจึงจำเป็นต้องพิจารณาทั้งมิติของประสิทธิภาพ และผลกระทบทางสังคม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจร่วมด้วย และผลกระทบทางการแพทย์ให้การพัฒนานวัตกรรมมีความยั่งยืนในการใช้งานในระบบบริการ เพื่อลดและแก้ปัญหาเชิงระบบ โดยยอมรับในข้อจำกัดและค้นหาวิธีการช่วยลดข้อผิดพลาดคาดเคลื่อนของมนุษย์ หรือ Human Error

ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหัวใจสำคัญของระบบบริการสุขภาพที่ดี ข้อผิดพลาดทางการแพทย์ เช่น การใช้ยาเกินขนาดหรือการวินิจฉัยผิดพลาดคาดเคลื่อน อาจก่อให้เกิดผลกระทบที่ร้ายแรง ดังนั้น นวัตกรรมที่สามารถลดความเสี่ยงเหล่านี้ เช่น ระบบตรวจสอบอัตโนมัติ การใช้ปัญญาประดิษฐ์ (AI) ในการวินิจฉัยโรค และการพัฒนาระบบเตือนภัยสำหรับผู้ป่วย ฯลฯ หรือนวัตกรรมเสมือนจริง จึงเป็นสิ่งที่ช่วยเพิ่มคุณภาพและความปลอดภัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จุดเริ่มต้นของการพัฒนาเทคโนโลยีนวัตกรรมเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข หรือ 2P Safety Tech เป็นการพัฒนาเครื่องมือหรือนวัตกรรมในการป้องกันอุบัติการณ์หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ที่มีโอกาสเกิดในกระบวนการดูแลรักษา (process of care) เป็นการทบทวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วมองหาโอกาสช่องว่างที่จะช่วยลดความคลาดเคลื่อนโดยใช้เทคโนโลยี ต่อมาเมื่อปี พ.ศ. 2562 จึงเกิดความร่วมมือ Collaboration ระหว่างสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หรือ สรพ. ทำความร่วมมือกับสำนักงานวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) มาจนถึงปัจจุบัน ด้วยการจับคู่ทุนนวัตกรรม Start Up

ของ สวทช. ร่วมกับบุคลากรของโรงพยาบาลที่สมัครร่วมโครงการพัฒนาเทคโนโลยีนวัตกรรมที่สามารถป้องกันอุบัติการณ์ความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วย และบุคลากรที่อาจเกิดขึ้นได้จากกระบวนการดูแลรักษาในโรงพยาบาลในการพัฒนานวัตกรรมให้ตอบโจทย์ความต้องการ หรือ Pain Point ของโรงพยาบาลที่สอดคล้องตามเป้าหมายความปลอดภัย Patient and Personnel Safety Goal (SIMPLE)² 12 ด้าน ตามบริบทของโรงพยาบาลภายใต้แนวคิด Human Factor Engineering

ประเภทนวัตกรรม



ภาพที่ 23 ประเภทนวัตกรรมเพื่อความปลอดภัยด้วยหลัก 3P (care, collaboration, change)

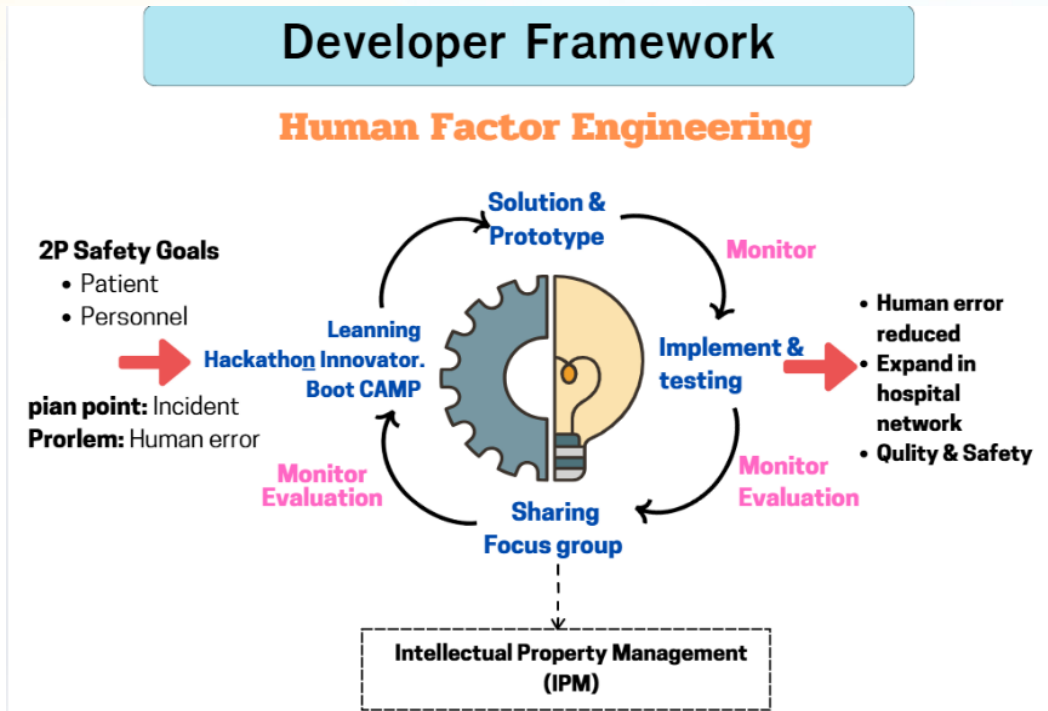
ก้าวสู่ 7 ปี ของการพัฒนาเทคโนโลยีนวัตกรรม เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข หรือ 2P Safety Tech มีผลงานนวัตกรรมมากมายกว่า 200 ผลงาน และมีผลงานสามารถพัฒนาต่อยอดเกิดนวัตกรรมต้นแบบที่ใช้งานได้จริงกว่า 40 ผลงาน ที่นำไปใช้ในการแก้ปัญหาได้จริง และถ่ายทอดเทคโนโลยีไปยังโรงพยาบาลทั่วประเทศที่สนใจ พัฒนาระดับขยายผลเป็นงานวิจัยและจดสิทธิบัตรรับรองแล้ว 3 ผลงาน และนวัตกรรมที่พัฒนามากที่สุดเรื่อง Patient Care Process, Medical and Blood Safety และ Emergency Response Line, Tube and Catheter & Laboratory, Infection Prevention and Control, Safe Surgery ตามลำดับ นอกจากนี้ยังได้มีการแบ่งประเภทผลงานนวัตกรรมเป็น 3 ประเภท ในการหมุนวงรอบการพัฒนาคุณภาพนวัตกรรมเพื่อความปลอดภัยด้วยหลัก 3C: Care-Collaboration-Change ให้กับนวัตกรรมที่มีการพัฒนาขึ้น อีกหนึ่งประเภทเพื่อเป็นกำลังใจให้กับสถานพยาบาลผลงานนวัตกรรมประเภท Rising Star

ตารางที่ 6 ผลงานนวัตกรรมปี 2566-2567

นวัตกรรมดีเด่นด้าน Care	นวัตกรรมดีเด่นด้าน Collaboration	นวัตกรรมดีเด่นด้าน Change
1. การพัฒนาการให้บริการแพทย์ทางไกล Telemedicine: โรงพยาบาล ราษฎร์รักษ์ ขอนแก่น จ.ขอนแก่น 2. Blood Transfusion Safety: Patient Identify: โรงพยาบาลสุรินทร์ จ.สุรินทร์	1. ศูนย์ปันสุข ร่วมกับเครือข่ายดูแลต่อเนื่องทุกกลุ่มวัย ใกล้บ้าน ใกล้ใจ: โรงพยาบาลคูเมือง จ.บุรีรัมย์ 2. IPD Rapid Response Alert: โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง จ.เชียงใหม่	1. โรคประจำตัวของฉัน : โรงพยาบาลค่ายนวมินทราชินี จ.ชลบุรี 2. SPR Blood Transfusion Safety: โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จ.นครสวรรค์
นวัตกรรมประเภท Rising star	1. Vachira Phuket Patient Identification and Care Process Management: โรงพยาบาลวชิรภูเก็ต จ.ภูเก็ต 2. NAH Surviving Sepsis: ค่ายสมเด็จพระนเรศวรมหาราช จ.พิษณุโลก 3. Application Rayong Network Alert SOS Score for Repsis: โรงพยาบาลระยอง จ.ระยอง 4. การพัฒนาระบบตรวจสอบและติดตามอุณหภูมิและความชื้นตู้เย็นแช่ยาและเวชภัณฑ์ผ่านระบบ Smart Central Monitor: โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง จ.เชียงราย 5. EMAR on View chart: โรงพยาบาลสุรินทร์ จ.สุรินทร์ 6. Smart MED-Admin in IPD: โรงพยาบาลค่ายสมเด็จพระนเรศวรมหาราช จ.พิษณุโลก 7. Surin in Sight Application “ให้คนไข้อยู่ในสายตาเรา”: โรงพยาบาลสุรินทร์ จ.สุรินทร์ 8. S2G (safe to give): โรงพยาบาลตราด จ.ตราด 9. DM WUH Care: โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ จ.นครศรีธรรมราช 10. ผู้ป่วยปลอดภัย มั่นใจ ไม่พลัดตก หกล้ม Saint Mary’s Hospital Fall Risk Model (เครื่องส่งสัญญาณเตือน ผู้ป่วยลงจากเตียงเอง): โรงพยาบาลเซนต์แมรี่ จ.นครราชสีมา 11. นวัตกรรม เครื่องมือคัดกรองอาการเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน: จุดคัดแยกประเภทผู้ป่วย: โรงพยาบาลราชสีห์ จ.ศรีสะเกษ	



ตลอดการส่งเสริมพัฒนาและเฝ้ามองได้บทเรียน กรอบแนวคิดที่สำคัญจากการพัฒนา
นวัตกรรมที่ยั่งยืน เห็นกรอบแนวคิดกระบวนการพัฒนา



ภาพที่ 24 กรอบแนวคิดกระบวนการพัฒนานวัตกรรม

สรพ. ร่วมกับ สวทช. มีแนวคิด 1) มุ่งเน้นการส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัย ผ่านกิจกรรมการเรียนรู้จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ขยายผลนวัตกรรมที่สามารถป้องกันอุบัติการณ์ ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นให้กับสถานพยาบาล 2) การจัดหาแหล่งทุนสนับสนุน หรือการสร้างรายได้ จากการบริหารจัดการทรัพย์สินทางปัญญาจากนวัตกรรม 3) หลักสูตรการพัฒนานวัตกรรม ด้านความปลอดภัย หลักสูตรอื่นที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล ได้แก่ การค้นหาสาเหตุ ของปัญหาแนวทางการแก้ปัญหาด้วยนวัตกรรม 4) Hackathon Innovation Boot Camp ในการพัฒนาเป็น MPV และการนำไปทดลองใช้ ติดตามประเมินผล และนำมาปรับปรุงนวัตกรรม 5) นำไปทดลองใช้ในแผนกหรือส่วนงาน และ 6) ติดตาม ประเมินผลเป็นการหมุนวนรอบครั้งที่ 2 และนำไปขยายผลกับโรงพยาบาลเครือข่าย และพัฒนาส่งเสริมการทำ IPM ในอนาคต

เห็นรูปแบบขั้นตอน เกณฑ์การทดสอบการพัฒนาระหว่างทีมตลอดทั้งโครงการที่ขับเคลื่อน

- การเยี่ยมชมตามมีลักษณะเฉพาะใช้แนวทางเชิงพรรณนาให้เห็นทางการคลินิกทางเทคโนโลยี มาตรฐานของอุปกรณ์ทางการแพทย์ และแนวทางการดูแลสุขภาพ รวมถึงการอภิปรายกลุ่ม การสังเกต การสอบถามเชิงปรากฏระหว่างการเรียนรู้ และสัมมนากลุ่มสนทนา
 - การทดสอบความน่าเชื่อถือ: ทีมนวัตกรรมของ สวทช. ตรวจสอบการทดสอบของโรงพยาบาล และการประเมินตามมาตรฐานโรงพยาบาล และมาตรฐานของอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง
 - การทดสอบความถูกต้อง และความละเอียดอ่อน: จัดสัมมนากลุ่มสนทนาเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับผลการทดสอบระหว่างทีมผู้พัฒนา ผู้เชี่ยวชาญ และผู้สังเกตการณ์
 - เกณฑ์ความก้าวหน้าในการพัฒนาผลงาน เป็น 4 สถานะ
- | | |
|------------|--|
| ขั้น 1 | อยู่ในระหว่างการวางแผนพัฒนา/อนุมัติดำเนินโครงการ |
| ขั้น 2-2.5 | กำลังดำเนินการพัฒนานวัตกรรมเพื่อนำไปสู่การทดลองใช้จริง |
| ขั้น 3 | นวัตกรรมต้นแบบเสร็จแล้วและดำเนินการทดลองใช้จริง |
| ขั้น 4 | มีการประเมินผลการทดลองใช้จริง |

เรื่องเล่าบทเรียนจากสถานพยาบาลที่เข้าร่วมพัฒนานวัตกรรมด้านความปลอดภัย

• โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

“หลังจากทีม โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาของเรา เข้าร่วมโครงการ 2P Safety Tech ตั้งแต่ปี 2564 ได้มีการพัฒนาปรับปรุง PEWS application อย่างต่อเนื่อง จนลดอัตราการตายของผู้ป่วยเด็กลงได้ตามเป้าหมาย โดยล่าสุดได้มีโอกาสเข้าร่วมเป็นทีมนวัตกรรมต้นแบบในปี 2567 ทำให้เห็นมุมมองด้านนวัตกรรมสุขภาพใหม่ ๆ จากทีมท่านอาจารย์ สรพ. และ สวทช. รวมทั้งได้สร้างร่วมมือใหม่กับทีมโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ในเรื่อง Paperless IPD กับ PEWS App มาพัฒนาใช้ร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยเด็กให้ปลอดภัยยิ่งขึ้นค่ะ ขอบคุณโครงการดี ๆ นี้มาก ๆ ค่ะ”

• โรงพยาบาลค่ายนวมินทราชินี

Application “โรคประจำตัวของฉัน” เริ่มพัฒนาตั้งแต่ปี 2564 มีการหมุนงรอบพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดยั้ง ไม่ย่อท้อ application นี้จะบันทึกและแยกผลตรวจสุขภาพอัตโนมัติเป็น 5 สี ผู้ใช้งานตรวจสอบสถานะสุขภาพ ดูผลตรวจย้อนหลัง รับคำแนะนำ นัดหมายพบแพทย์ผ่านแอปฯ โรงพยาบาล ยังใช้ Dashboard เพื่อติดตาม บริหารจัดการสุขภาพเชิงรุก โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มสีส้ม โรงพยาบาลได้นำมาประยุกต์ใช้ในกระบวนการทำงาน รายงานผลการตรวจสุขภาพได้เร็วขึ้นร้อยละ 93.3 จากเดิม 3 เดือน เหลือ 1 สัปดาห์ อัตราการคัดกรองผิดพลาดลดลงจากร้อยละ 18 เหลือเพียงร้อยละ 0.66 ลดค่าใช้จ่ายด้านเอกสาร ค่าเดินทางไปแจ้งผล ลดจำนวน



บุคลากรที่ใช้ในการคัดแยกสี และลดเวลาลงได้อย่างมาก ความภาคภูมิใจในการขยายผลนวัตกรรม และได้รับรางวัล หน่วยงานต้นแบบการดำเนินงานรูปแบบบริการ (service model) เชิงนวัตกรรม ที่มีการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ดีเด่นระดับ ประเทศ ปี 2567 จากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข: โรงพยาบาลค่ายนวมินทราชินี จ.ชลบุรี

• โรงพยาบาลบ้านโป่ง

“IPD Rapid Response Alert เป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนานวัตกรรมในโรงพยาบาล บ้านโฮ้งมีขนาดเล็ก 30 เตียง ผลลัพธ์ของการพัฒนาทำให้ ผู้ป่วยลดการเกิดภาวะ shock ลดการ ใส่ท่อช่วยหายใจ และลดการเสียชีวิต ผลการพัฒนาได้ผลดีจึงทำให้มีแผนขยายต่อไปในการดูแล ถึงชุมชน รู้ก่อน รักษา ก่อน ภาวะแทรกซ้อนจึงลดลง”

• โรงพยาบาลค่ายสมเด็จพระนเรศวรมหาราช

“2T Safety in ER” เข้าโครงการปี 2565 ได้รับรางวัล “rising star” ได้พัฒนาหมุน วงรอบมาต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน application 2T Safety in ER ช่วยให้การจัดการผู้ป่วยฉุกเฉิน เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยกว่า 80,000 ราย ได้รับความปลอดภัย อัตราการระบุตัว ผิดพลาดเท่ากับ 0 อัตรา under triage ลดลงเหลือร้อยละ 4.3 อัตราผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามชีวิต ได้รับการรักษารายใน 4 นาที ร้อยละ 100 รวมทั้งความพึงพอใจของผู้รับบริการและญาติสูงถึง ร้อยละ 95.5 และต่อมาได้รับได้รับรางวัล กพร. นวัตกรรมบริการ ระดับดีเด่น ปี 2566

นับเป็นความภาคภูมิใจของทีมงานมาก ๆ โรงพยาบาลค่ายสมเด็จพระนเรศวรมหาราช

• โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

“โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ DM WUH care application มาใช้งานตั้งแต่เม.ย. 2567 จนถึงปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้ในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ลดอัตราการไม่มาตามนัด ผู้ป่วยลดค่าใช้จ่ายจากภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้จากการสำรวจ ความพึงพอใจ พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานประทับใจการใช้งาน application เนื่องจากสามารถ ดูกราฟผลเลือดได้ และมี SMS แจ้งเตือนวันนัด นอกจากนี้ยังมี video สื่อความรู้การดูแลตนเอง ให้เรียนรู้ใน application”

• โรงพยาบาลตราด

S2G Tagline “ยกระดับมาตรการที่เป็นหลักประกันต่อความปลอดภัยในการให้เลือด ตลอด 1 ปี ของการพัฒนาและใช้งานจริงในโรงพยาบาลตราด ยืนยันผลลัพธ์ด้วยความผิดพลาด เป็นศูนย์ พร้อมอัตราการใช้งานและความพึงพอใจจากบุคลากรที่สูงกว่าร้อยละ 95 และปัจจุบัน ทางทีมยังไม่หยุดยั้งในการพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย”

uniริย 2P Safety Tech ในมุมมองของนวัตกรรมต่อเชื่อมกับบุคลากรสาธารณสุข ที่เห็นปัญหา เป็นการแสวงหาโอกาสในการแก้ปัญหา นวัตกรรมที่เกิดขึ้นมีการทดลองใช้ หมุนวงล้อของการพัฒนา เพื่อให้เกิดการพัฒนาต่อยอด ด้วยประสบการณ์ที่เพิ่มมากขึ้น และวิวัฒนาการของเทคโนโลยี รวมถึงการทดลองใช้ในการแก้ปัญหาได้จริงเมื่อเกิดผลลัพธ์ของการเปลี่ยนแปลง นำมาซึ่งความปลอดภัยทั้งของผู้ป่วยและผู้รับบริการ และวนกลับมาสร้างพลัง สร้างทีม สร้างการเรียนรู้ และสร้างความภาคภูมิใจให้กับทุกโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ เกิดการเปลี่ยนแปลง Mindset ในใจของทีมงาน ทีมนำ ทีมสนับสนุน และผู้คน ให้คำนึงถึงความปลอดภัยเป็นสำคัญ

ความท้าทายและแนวทางแก้ไข ถึงแม้จะมีความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์แต่การพัฒนา นวัตกรรมในระบบสุขภาพยังเผชิญกับความท้าทาย เช่น การขาดแคลนงบประมาณ บุคลากรไม่เพียงพอ การไม่พร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงของบุคลากร และการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลในการดูแลรักษา หนึ่งในแนวทางสำคัญคือการสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐ และเอกชน รวมทั้งการส่งเสริมงานวิจัย และการสร้างวัฒนธรรมที่เปิดรับการเปลี่ยนแปลงในองค์กร (create a culture of building)

สรุป

การพัฒนานวัตกรรม เพื่อความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพอย่างยั่งยืน ส่งผลให้เจ้าหน้าที่หรือบุคลากรเห็นเป้าหมายร่วม เกิดภาพการสร้างทีม สร้าง Engagement ของคนในองค์กรที่เห็นพ้องต้องกัน ร่วมก้าวเดินไปด้วยกันและยังสร้างความตระหนักรู้ถึงความสำคัญของการทำงานที่ทำให้ดียิ่งขึ้น การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การปรับตัวให้เข้ากับเทคโนโลยีใหม่ ๆ ในสถานการณ์โลกปัจจุบัน การสร้างระบบสุขภาพที่ยั่งยืน ไม่ใช่เพียงหน้าที่ของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง แต่เป็นความรับผิดชอบร่วมกันของสหวิชาชีพและทุกภาคส่วนในองค์กร การขับเคลื่อน 2P Safety Tech ที่ผ่านมาก่อเกิดเรื่องราวดี ๆ มากมาย เห็นเครือข่ายความร่วมมือ (co-collaboration) ในระบบสาธารณสุขและเครือข่ายนอกสาธารณสุขที่มีมุมมองที่แตกต่างกัน การขยายผลนวัตกรรมต้นแบบ (co-production) ให้กับโรงพยาบาลที่สนใจและเรียนรู้ตามบริบทของสถานพยาบาล มีการเติมเต็มให้ระบบบริการสุขภาพได้พัฒนาศักยภาพมากยิ่งขึ้นในด้านต่าง ๆ เช่น การนำเสนอผลงาน เทคนิคต่าง ๆ ฯลฯ (co-creation) ของทีมนวัตกรรม ซึ่งเป็นตัวผลักดันให้คนทำงาน ทีมงานสนับสนุน ให้โรงพยาบาลมีชีวิตชีวา และมีหัวใจเดียวกันเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยสำหรับทุกคน

“2P Safety เกิดได้ทุกที่ ทำได้ทุกคน”

บรรณาธิการและผู้เรียบเรียง

ที่ปรึกษา

ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ

บรรจง จำปา

เอกจิตรา สุขกุล

บรรณาธิการ

ขวัญหทัย เปรมพงษ์

รุ่งนภา บุชบง

ผู้เรียบเรียง

โกเมธ นาควรรณกิจ

ศาสตราจารย์จิระประภา อัครบวร

ดวงสมร บุญผดุง

ทรนง พิลาสัย

ธีราพร ไชยมาลา

นาถนภา คำลอยฟ้า

เนตรนภา ปานมน

ร้อยเอกหญิงปิ่นรัตน์ พันธุ์มณี

ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ

มนต์ศักดิ์ โช้เจริญธรรม

มธุรส ภาสน์พิพัฒน์กุล

รตนอร จุห้อง

รุ่งนภา บุชบง

สุพรรณิ สุวรรณศรี

สุภาเพ็ญ ศรีสไต

สุรัชย์ ปัญญาพฤทธิพงศ์

สุรพร ก้อนทอง

เอกจิตรา สุขกุล

และคณะทำงานด้านวิชาการและการจัดการความรู้
สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)



การประเมินรับรอง

สถานพยาบาลทั้งองค์กร มาตรฐาน HA



การประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพ ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA)

Healthcare Accreditation



มาตรฐาน HA เป็นเครื่องมือสำคัญของกระบวนการ HA เนื่องจากเป็นข้อกำหนดที่ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาล ในช่วงเริ่มต้นของการขับเคลื่อน HA มีการส่งเสริมการพัฒนาเป็นขั้นตอนตามศักยภาพและความพร้อมของโรงพยาบาล เรียกว่า บันได 3 ขั้นสู่ HA โดยบันไดขั้นที่ 1 ใช้หลักคิด “ทำงานประจำให้ดี มีอะไรให้คุยกัน ขยันทบทวน” บันไดขั้นที่ 2 ใช้หลักคิด “เป้าหมายชัด วัดผลได้ ให้คุณค่า อย่ายึดติด” หรือการใช้ 3P และหลักการดังกล่าวยังคงใช้ต่อเนื่องสำหรับโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง HA แล้ว

การรับรองสถานพยาบาลขั้นก้าวหน้า

(Advanced HA : A-HA)

สถานพยาบาลที่มีการพัฒนาต่อยอดจากขั้นที่ 3 (HA) โดยมีการขับเคลื่อนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีการใช้ประโยชน์จากผลลัพธ์การพัฒนาเพื่อยกระดับคุณภาพสถานพยาบาล ให้บรรลุวิสัยทัศน์และมุ่งสู่ความเป็นเลิศ

การรับรองระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ

(District Health System Accreditation : DHSA)



ระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนงานบริการสุขภาพ และการสร้างสุขภาพในระดับพื้นที่ เน้นการ “สร้างนำซ่อม” ช่วยสนับสนุนการสร้างสังคมสุขภาพะที่มีการดูแลเอื้ออาทรกัน แนวคิดสำคัญที่ใช้ในการประเมินรับรองระบบสุขภาพระดับอำเภอการประเมินรับรองเพื่อเสริมพลัง (Empowerment Evaluation)

การรับรองระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ

(Healthcare Network System Accreditation : HNA)



เป็นการรับรองเครือข่ายสถานพยาบาลที่ต้องการพัฒนาระบบงานให้มีความเชื่อมโยงในทิศทางเดียวกันโดยมีเป้าหมายในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลร่วมกันอาจเป็นเครือข่ายบริการระดับจังหวัด เครือข่ายบริการกลุ่มโรค เครือข่ายสถานพยาบาลสังกัดต่างๆ หรือเครือข่ายสถานพยาบาลเอกชน เป็นต้น ซึ่งสามารถแสดงผลลัพธ์การดูแลที่โดดเด่นได้

การรับรองมาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุข

(Primary Health Care Accreditation : PHCA)



เป็นมาตรฐานที่ใช้ในการพัฒนา และประเมินกระบวนการคุณภาพของหน่วยบริการสุขภาพ ประเภทที่ไม่ได้รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน โดยมีขอบเขตครอบคลุมทั้งด้านการบริหาร การรักษาพยาบาลแบบผสมผสาน การฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพและควบคุม ป้องกันโรค มีการเริ่มใช้ที่ศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร (BMA Health Center) และจะขยายไปสู่สถานพยาบาลที่รับผิดชอบการบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ

การรับรองมาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ

(Program and Disease Specific Certification : PDSC)



ได้พัฒนาขึ้นมาเพื่อสร้างการเรียนรู้และกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพในสถานพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะโรค หรือระบบ รวมถึงเป็นการสร้างทีมทางคลินิกที่เข้มแข็งเพื่อขยายผลสู่การรับรองคุณภาพทั้งสถานพยาบาล และปัจจุบันเริ่มมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงไปเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาภายในสถานพยาบาลในลักษณะของการบูรณาการระหว่างระบบบริการดูแลรักษาในกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ ที่ทีมได้ดำเนินการพัฒนากระบวนการอย่างต่อเนื่องสามารถแสดงให้เห็นผลลัพธ์ที่ดีถึงดีมาก และมีแนวโน้มที่ดีขึ้น และ/หรือมีการเทียบเคียงผลลัพธ์กับองค์กรอื่นที่ทำหายอยู่เสมอ และเป็นการปูพื้นฐานสำหรับองค์กรที่จะยกระดับการพัฒนาสู่การขอรับรองขั้นก้าวหน้า (Advanced HA) ต่อไป



ชวนรู้จัก ตราสัญลักษณ์มาตรฐาน HA

✓ **สื่อถึง** การที่โรงพยาบาลสามารถแสดงให้เห็นได้ว่า



1

บริการอย่างมีคุณภาพ
เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

2

บริหารทรัพยากร
อย่างมีประสิทธิภาพ

3

มีระบบป้องกันความเสี่ยง
พัฒนา และดำรงไว้ซึ่งคุณภาพ

4

พิทักษ์สิทธิผู้ป่วย
และไม่ละเลยดูแลผู้ประกอบการ

5

เน้นการนำมาตรฐานวิชาชีพ
และความรู้ที่ทันสมัย

6

สื่อถึงโรงพยาบาลเปิดโอกาส
ให้กลายานมิตรเข้าไปเยี่ยมชมสำรวจ



ช่องทางการสื่อสารออนไลน์



HA Thailand

www.facebook.com/HATHAILANDfanpage



HA Thailand

www.youtube.com/HAITHAILAND



HA Thailand

https://twitter.com/hai_thailand



HA Thailand

https://www.instagram.com/hathailand_ig



HA Thailand

www.tiktok.com/@hathailand



HA Thailand

www.ha.or.th





**"เรียนรู้ ปั่นเพาะ ต่อยอด
วัฒนธรรมคุณภาพ และความปลอดภัย
เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพไทยให้ยั่งยืน"**



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
88/39 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ชั้น 5 กระทรวงสาธารณสุข ซอย 6 ถนนติวานนท์
ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000
โทร. 0 2027 8844 โทรสาร 0 2026 6680



www.ha.or.th



HA Thailand



HA Thailand



HA E-learning



Quality The Story