ปาฐกถา รจิต บุรี ครั้งที่ 24
“ภูมิคุ้มกันสำหรับวิชาชีพเวชกรรม”

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

ศิษย์เก่ารามาธิบดีรุ่นที่ 6

กล่าวในการประชุมวิชาการประจำปี 2556 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

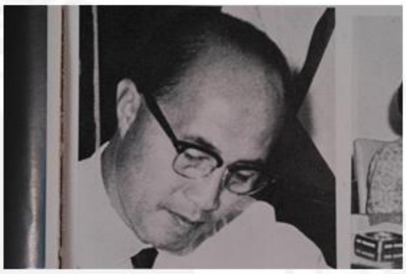
“44 ปี รามาธิบดี: วิถีแห่งการป้องกันโรคและการสร้างเสริมสุขภาพ”

3 พฤษภาคม 2556

กราบเรียนท่านอาจารย์ที่เคารพ และท่านผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่าน.

ผมรู้สึกยินดีและเป็นเกียรติอย่างยิ่ง ที่ได้มายืนอยู่ ณ ที่นี้ เพื่อบอกเล่าประสบการณ์และข้อคิดจากการทำงาน อันเป็นผลพวงของการศึกษาที่รามาธิบดี ซึ่งทำให้ผมได้เกิดในวิชาชีพนี้ ได้ใช้ความรู้ที่อาจารย์และพี่ๆ สั่งสอน ในการทำงานเพื่อประโยชน์ของสังคม. ขอขอบคุณสมาคมศิษย์เก่าแพทย์รามาธิบดีที่ให้โอกาสนี้แก่ผม.

รามาธิบดีก่อกำเนิดขึ้นด้วยมุ่งหวังที่จะเติมเต็มให้กับระบบสาธารณสุขของประเทศไทยในขณะนั้น ด้วยแนวคิดอันมุ่งมั่น ที่จะสร้างความรู้ที่เป็นเรื่องเฉพาะของสังคมไทยแทนที่จะอาศัยแต่ความรู้จากต่างประเทศ และผลิตแพทย์เพื่อตอบสนองความต้องการของสังคมไทย.



ผมเข้ามาเรียนที่รามาธิบดีในช่วงแรกๆ ของการก่อตั้ง ศ.นพ.รจิต บุรี ทำหน้าที่เป็นรองคณบดีและหัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์. พวกเรารับรู้ว่าในระหว่างที่ท่านศึกษาแพทย์อยู่ที่อังกฤษนั้น ท่านเป็นหนึ่งในเสรีไทยที่กระโดดร่มเข้ามาปฏิบัติหน้าที่ในเมืองไทยด้วยจิตใจอันกล้าหาญพร้อมกับ ดร.ป๋วย อึ๊งภากรณ์ และ ศ.นพ.เปรม บุรี. ในสัมผัสและความทรงจำของพวกเรา ท่านคือผู้ใหญ่ใจดีที่มีเมตตา เป็นครูที่อยู่ในหัวใจของศิษย์ เป็นผู้ที่มุ่งมั่นและทุ่มเทพัฒนาคณะแพทย์ที่เพิ่งจะเริ่มก่อตั้งใหม่.

เมื่อปี 2514 มีการจัดพิมพ์หนังสือ “วรรณไวทยากร” ขึ้น เพื่อเป็นที่ระลึกในโอกาสพระเจ้าวรวงศ์เธอกรมหมื่นนราธิปพงษ์ประพันธ์ มีพระชมน์ครบ 80 พรรษา. ศ.นพ.รจิต บุรี ได้เขียนบทความเรื่อง “บทบาทของพฤติกรรมศาสตร์ (behavioral sciences) ต่อการศึกษาวิชาแพทยศาสตร์” แม้เวลาจะล่วงเลยมากว่า 40 ปี ก็ยังคงมีประเด็นสำคัญร่วมสมัยที่น่าจะนำมาใคร่ครวญกันอย่างลึกซึ้ง.

“ข้อบกพร่องประการหนึ่งของหลักสูตรการศึกษาวิชาแพทยศาสตร์ในปัจจุบันคือการขาดความเข้าใจบทบาทของพฤติกรรมศาสตร์ที่มีต่อการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวันของแพทย์ และการขาดการสอนที่ดีในวิชาต่างๆ ที่เกี่ยวกับศาสตร์นี้ ทั้งในระดับเตรียมอุดมศึกษา และในระดับเตรียมแพทย์

วิทยาศาสตร์แท้จริงจะต้องเป็นรากฐานที่จำเป็นสำหรับการแพทย์สมัยปัจจุบันอยู่ตลอดไป แต่วิทยาศาสตร์แท้จริงอย่างเดียวไม่เป็นการเพียงพอสำหรับการดำเนินงานของแพทย์ จะต้องรวมวิทยาศาสตร์และศิลปการแพทย์เข้าเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ศิลปการแพทย์ในที่นี้เป็นศิลปะอันอยู่บนรากฐานแห่งความนึกคิดของจิต ซึ่งได้มาโดยอาศัยประสบการณ์และแบบอย่างที่ดีของผู้ปกครอง ครูอาจารย์ รวมทั้งสังคมทั่วๆ ไป ซึ่งหาได้ยากในเวลานี้ รวมถึงความสามารถของแพทย์ในการตัดสินใจอย่างถูกต้องต่อเหตุการณ์

การสอนศิลปการแพทย์ไม่เป็นเช่นการสอนวิทยาศาสตร์ เราไม่สามารถที่จะมั่นใจในสิ่งที่เรายอมรับนับถือ เราต้องเปลี่ยนแปลงไปเรื่อยๆ สุดแต่พื้นฐานความคิดเห็นและจำต้องตรวจสอบความคิดเห็นนี้อย่างสม่ำเสมอ มนุษย์แต่ละคนมีความคิดเห็นแตกต่างกันไป เราต้องสร้างสรรค์วัสดุและรูปแบบจำลองอยู่ตลอดเวลาที่ผ่านไป ซึ่งยังก้าวหน้าช้าและไม่มั่นคง เราจำเป็นต้องขึ้นอยู่กับประสบการณ์ (หมายถึงสิ่งที่เราเคยพบเห็นหรือได้รับการเรียนรู้มาในอดีต ไม่ว่าจะเป็นการอบรมสั่งสอนของพ่อ แม่ ครู หรือเรียนรู้ด้วยตนเอง)"

ระบบการศึกษาแพทย์เป็นระบบน่าอัศจรรย์และมีประสิทธิภาพอย่างยิ่งในการเปลี่ยนเด็กหนุ่มสาวให้กลายมาเป็นแพทย์ที่มีความรับผิดชอบต่อผู้ป่วยและสังคมในชั่วเวลาไม่กี่ปี.

เรื่องภูมิคุ้มกันของวิชาชีพเวชกรรมอาจจะเป็นเรื่องที่ไม่สำคัญอะไรนัก ถ้าสังคมที่แพทย์ต้องไปทำงานนั้นเป็นสังคมในอุดมคติ หรือสังคมในความฝัน. แต่ในความเป็นจริงมิได้เป็นเช่นนั้น แพทย์ที่จบออกไปต้องไปทำงานในสภาวะที่ไม่แน่นอน คาดการณ์ไม่ได้ หรือไม่เป็นไปตามคาด. แพทย์จบใหม่ต้องใช้เวลาไม่น้อยเพื่อที่จะรับรู้ ทำความเข้าใจ และปรับตัวให้เข้ากับสภาพดังกล่าว. เมื่อปรับตัวไม่ได้ก็เกิดความคับข้องใจ ความขัดแย้ง ความไม่เข้าใจกัน ความย่อหย่อนในการทำหน้าที่ จนก่อให้เกิดปัญหาที่กระทบต่อความรู้สึกต่างๆ ตามมา ดังปรากฏเป็นข่าวในสื่อมวลชน ปรากฏเป็นอารมณ์ที่แสดงออกผ่าน social media ต่างๆ.

ผมขออนุญาตที่จะนำแนวคิดของท่านอาจารย์รจิตมาพิจารณาว่า ภูมิคุ้มกันสำหรับวิชาชีพเวชกรรมนั้นอาจถือได้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของศิลปการแพทย์อันอยู่บนรากฐานแห่งความนึกคิดของจิต เราไม่สามารถที่จะมั่นใจในสิ่งที่เรายอมรับนับถือ และเราจำเป็นต้องตรวจสอบความคิดเห็นนี้อย่างสม่ำเสมอ, โดยอาศัยประสบการณ์ การรับรู้ และความนึกคิดที่เกิดขึ้นกับตนเองมาเป็นตัวจุดประกาย.

ค่ายอาสามหาวิทยาลัยมหิดล: จิตอาสา, ทำได้ทุกเรื่อง

ในช่วงสามปีแรกของการเป็นนักศึกษา พอช่วงปิดภาคเรียนปลายปี ผมได้ไปออก**ค่ายอาสามหาวิทยาลัยมหิดล** เป็นโอกาสที่ทำให้ได้ฝึกฝนในหลายเรื่อง. ที่สำคัญที่สุดน่าจะเป็นการฝึกฝนให้ทำงานได้ทุกเรื่องไม่ว่างานนั้นจะเหนื่อย จะยาก หรือบางครั้งอาจจะไม่ชอบ. สิ่งนี้เป็นประโยชน์มากเมื่อจะต้องไปนำคนอื่นหรือชักชวนให้คนอื่นทำ. เราต้องแสดงให้เห็นว่าเราก็ทำได้ และยินดีทำ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อะไรที่เป็นเรื่องใหม่ๆ เป็นเรื่องที่ไม่เคยมีการปฏิบัติกันมาก่อน.

สวนโมกข์: รับทุกสถานการณ์โดยไม่ทุกข์ร้อน, จัดเหตุแล้วรอผล

พอปีที่สี่ จะต้องย้ายจากคณะวิทยาศาสตร์มาที่รามาธิบดี ผมมีโอกาสดีที่ได้ไปบวชแล้ว**ไปอยู่ที่สวนโมกข์เป็นเวลาหนึ่งเดือน.** สิ่งที่ได้จากสวนโมกข์คือความมั่นใจที่จะไม่ต้องตามกระแส ไม่ต้องทำเหมือนกับที่คนอื่นๆ เขาทำกัน, ฝึกฝนที่จะยอมรับสถานการณ์ต่างๆ ได้โดยไม่ต้องทุกข์ร้อน และเข้าใจว่าเรามีอำนาจการควบคุมที่จำกัด, สิ่งที่ทำได้คือจัดเหตุปัจจัยให้ดีที่สุด แล้วเฝ้าดูผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นโดยไม่ต้องคาดหวัง. หลักคิดนี้ทำให้เราสามารถทำเรื่องที่ไม่เห็นอนาคตได้โดยไม่ต้องมีเดิมพัน ไม่ว่าผลลัพธ์จะออกมาอย่างไร เราก็ไม่เสียใจ ไม่เสียหน้า. (ที่จริงในช่วงบ้าระห่ำนั้นไม่ค่อยจะมีหน้าให้เสียเท่าไรอยู่แล้ว)

ปัจจุบันมี approach เพื่อการเข้าถึงการปฏิบัติทางด้านจิตวิญญาณที่หลากหลาย มีฐานของวิทยาศาสตร์ด้านจิตวิทยาและประสาทวิทยาอธิบายรองรับ. หากสามารถเตรียมตัวน้องๆ นักศึกษา เสียตั้งแต่ปีแรกที่เข้ามาด้วยวิธีที่เรียบง่าย เช่น แค่ตามลมหายใจแล้วหยุดคิดในระยะเวลาสั้นๆ การแยกแยะระหว่างการรับรู้กับความรู้สึกและหยุดแค่การรับรู้โดยไม่ปรุงแต่ง, ก็จะทำให้น้องๆ เหล่านี้จิตใจที่มั่นคง เข้มแข็ง ไม่หวั่นไหวกับสถานการณ์ภายนอก และสามารถที่จะอยู่ได้กับทุกสถานการณ์. เมื่ออยู่ได้ก็จะเริ่มมองเห็นคุณค่าของสถานการณ์นั้นๆ ว่าจะใช้ให้เกิดประโยชน์เชิงสร้างสรรค์ได้อย่างไร.

รามาธิบดี: รับผิดชอบ, ใส่ใจผู้ป่วย, เรียนรู้ต่อเนื่อง, เหตุผล

เมื่อย้อนกลับไปถามตัวเองว่า**สิ่งที่ได้รับจากรามาธิบดี**คืออะไร, แน่นอนว่าความรู้และทักษะซึ่งเป็นพื้นฐานของวิชาชีพแพทย์เป็นพื้นฐานสำคัญที่ทำให้ปฏิบัติหน้าที่แพทย์ได้ในช่วง 15 ปีแรกของการทำงาน, แต่สิ่งที่ฝังลึกยิ่งกว่านั้นคือสิ่งที่อาจารย์ปลูกฝังให้โดยลูกศิษย์ไม่รู้ตัว. ก่อนที่จะขึ้นเรียนชั้นคลินิก ได้มีโอกาสถามรุ่นพี่ว่า *"พี่ครับ เวลาเรียนชั้นคลินิกอาจารย์สอนอะไรบ้าง?"* คำตอบที่ได้รับก็คือ *"อาจารย์สอนให้**มีความรับผิดชอบในการทำหน้าที่** เป็นจุดที่อาจารย์ทุกท่านเน้นอยู่ตลอดเวลาในทุกโอกาส รับผิดชอบ รับผิดชอบ รับผิดชอบ."* และเมื่อได้มาเรียนในชั้นคลินิก ก็เป็นจริงอย่างที่รุ่นพี่กล่าว. ประเด็นต่อมาคือการเน้น**การใส่ใจต่อผู้ป่วยผ่านการซักประวัติและตรวจร่างกายอย่างละเอียด**. สมัยนั้นอาจจะยังไม่มีอุปกรณ์วิเศษมากมายที่ทำให้เราเห็นมากกว่าสิ่งที่เราสัมผัสโดยการใช้ตาดู หูฟัง มือคลำ เช่นในทุกวันนี้. ประเด็นที่สามคือ**ความใส่ใจต่อการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง** แม้ว่าสิ่งที่อาจารย์กระตุ้นให้เราอ่าน journal วันละหนึ่งเรื่องจะไม่สามารถปฏิบัติได้ แต่คำพูดที่ยังก้องในหูก็ทำให้เราไม่อาจหยุดยั้งที่จะเรียนรู้. และที่สำคัญอีกประเด็นหนึ่งก็คือ**การตั้งคำถามที่ critical ต่อการดูแลผู้ป่วยของเราเอง** ซึ่งจะสะท้อนไปสู่ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และความเหมาะสมของการดูแล.

แพทย์ฝึกหัดอุบล: เติบโต, ช่วยเหลือกัน, ผิดพลาด

การไปเป็น**แพทย์ฝึกหัดที่อุบล** เป็นจุดเปลี่ยนที่ทำให้เราต้องเติบโตอย่างรวดเร็ว. ผู้ป่วยจำนวนมากมายมหาศาลที่ต้องให้การดูแล ต้องตัดสินใจในสิ่งที่มีผลต่อผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา ภายใต้การช่วยเหลือของพี่ๆ และเพื่อนๆ. ดูเหมือนว่าการเรียนรู้ที่จะช่วยเหลือกันในกลุ่มเพื่อนจะเป็นหัวใจสำคัญในท่ามกลางข้อจำกัดของพี่ๆ. มีความผิดพลาดเกิดขึ้นภายใต้มือของพวกเราซึ่งปัจจุบันคงจะไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม, แต่เราก็**ยังไม่มีกระบวนการที่เป็นระบบในการที่จะป้องกันความผิดพลาด**เหล่านั้น. เพียงแต่รู้ว่าเรายังทำดีไม่พอ จะต้องมีความระมัดระวังให้มากขึ้น แต่ทำอย่างไรล่ะ เราไม่มีคำตอบ.

ในวันเลี้ยงส่งแพทย์ฝึกหัด พี่เดาะ หรือคุณหมอบัณฑิต เชาวกุล ผู้ดูแลและเป็นพี่เลี้ยงของแพทย์ฝึกหัด กล่าวในโต๊ะสนทนาว่า *“จะไปทำงานที่ไหนให้ประสบความสำเร็จ อย่าไปทะเลาะกับคนไข้ ถ้าคนไข้ต้องการอะไรแล้วไม่เหลือบ่ากว่าแรงก็ควรจะตอบสนอง.”* นี่ก็เป็นจุดยืนเรื่อง **patient focus หรือ patient responsiveness** ในยุคนั้น, ส่วนจะสมดุลกับเหตุผลทางวิชาชีพคงจะเป็น judgment ของแต่ละคน ที่สำคัญก็คือการหลีกเลี่ยงที่จะมีปัญหากับผู้ป่วยและญาติ.

น่าน: สิ่งแวดล้อมในอุดมคติ, เรื่องเล่า, ชื่นชม, กระตุ้นความสนใจ

จังหวัดน่านที่ไปใช้ทุน ถือว่าเป็นสถาบันการศึกษาต่อเนื่องสำหรับแพทย์จบใหม่. จังหวัดน่านในที่นี้รวม รพ.น่านซึ่งเป็น รพ.จังหวัด และ รพ.ชุมชนอีกสองแห่ง คือ รพ.สา และ รพ.ปัว อย่างแยกกันไม่ออก. ด้วยแนวคิดของท่านอาจารย์นายแพทย์บุญยงค์ วงศ์รักมิตร หรือพี่ยงค์ ของน้องๆ, ท่านบอกชัดเจนว่าท่านจะไม่ยอมปล่อยให้แพทย์จบใหม่ต้องไปเผชิญกับสภาวะต่างๆ ที่ไม่คุ้นเคย และมีความเสี่ยงต่อการที่จะทำอะไร

ผิดพลาดลงไป. สิ่งแวดล้อมที่จังหวัดน่าน จึงเป็นสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาและเติบโตภายใต้การดูแลอย่างใกล้ชิดของรุ่นพี่. แพทย์ใช้ทุนสี่คนจะหมุนเวียนกันปฏิบัติงานรอบละ 3 เดือน สลับระหว่าง รพ.น่าน กับ รพ.ชุมชน. รพ.ปัว นั้นมีพี่เจริญ บุญชัย เป็นผู้อำนวยการอยู่แล้ว, การไปอยู่ที่ รพ.ปัว จึงทำหน้าที่แพทย์ที่ตรวจรักษาอย่างเดียว, ขณะที่อยู่ รพ.สา นั้นจะต้องทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยการไปด้วย รพ.น่าน จะรับภาระและรับผิดชอบต่อทุกเรื่องของ รพ.ชุมชน ไม่ว่าจะเป็นการส่งต่อผู้ป่วย การให้ยืมยาและเวชภัณฑ์แล้วจดบัญชีไว้ มีเมื่อไรค่อยจ่าย ไม่มีก็ไม่ต้องจ่าย.

บ้านของพี่ดาวฤกษ์ชั้นล่างถูกดัดแปลงเป็นห้องโถงใหญ่ มีเตียงนอนให้นักศึกษาแพทย์ชายนอนกันได้ไม่น้อยกว่า 15 คน, พวกเราที่เป็นแพทย์จบใหม่ก็ถือโอกาสไม่ไปนอนบ้านพักของตัวเอง แต่นอนร่วมกับน้องๆ นักศึกษาที่มาฝึกงาน.

เที่ยงวันเสาร์เป็นวันนัดพบของพวกเราและแพทย์รุ่นพี่ที่ไม่มีภาระทางครอบครัว, พี่บุญยงค์จะพาเราไปกินข้าวกลางวันกันในตลาด แล้วก็เดิน shopping กันพอเป็นพิธีเพราะว่าไม่มีอะไรให้ shop มากนัก.

พี่บุญยงค์ให้ความสำคัญกับห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลมาก ถือว่าเป็นจุดสำคัญที่สุดที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยและทำให้ รพ.ได้รับความเชื่อมั่นจากประชาชน. ตึกฉุกเฉินตึกแรกที่พวกเราไปทำงานนั้น เป็นตึกที่ดัดแปลงมาจากหอผู้ป่วยธรรมดาในสมัยนั้น. ที่พิเศษก็คือติดกับห้องฉุกเฉินจะมีห้องพักแพทย์ และอุปกรณ์อำนวยความสะดวกต่างๆ ให้เป็นที่มั่วสุมของแพทย์ เป็นทั้งห้องสมุด ห้องกินข้าว ห้องสันทนาการ. แพทย์คนไหนไม่ได้ทำอะไรก็จะมาขลุกกันอยู่ที่ห้องนี้ คุยกันในเรื่องทั่วไปบ้าง ปรึกษาเรื่องวิชาการบ้าง. พี่ดาวฤกษ์ สินธุวณิชย์เป็นผู้ที่ช่างสะสม case แปลกๆ ไว้สอนและทดสอบความรู้ของน้องๆ, ทั้งน้องนักศึกษาแพทย์ที่มาฝึกงาน และแพทย์ใช้ทุนที่มาปฏิบัติงาน.

เมื่อมีการสร้างตึกอุบัติเหตุขึ้นใหม่ ท่านก็สร้างสิ่งที่เป็นความฝันของท่าน, ห้องผู้อำนวยการ ห้องพักแพทย์ อยู่ตรงหน้าห้องฉุกเฉิน. เรียกว่าผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่เข้ามา จะต้องถูกเข็นผ่านห้องผู้อำนวยการและห้องพักแพทย์ แล้วพวกเราก็จะกระโดดเข้ามะรุมมะตุ้มกันอย่างรวดเร็ว. ห้องเอกซเรย์อยู่ตรงนั้น, กล้องจุลทัศน์และน้ำยาย้อมเพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ตรงนั้น, ไม่ต้องยุ่งยากที่จะต้องเดินไปที่อื่นแล้วเป็นเหตุผลที่จะไม่ตรวจหรือส่งให้ห้องปฏิบัติการตรวจโดยแพทย์ไม่ได้เป็นผู้ดูด้วยตนเอง.

พี่บุญยงค์ใช้การเล่าเรื่อง การชื่นชม และการสร้างความสนใจในการสอนพวกเรา. ท่านเล่าเรื่องของพี่สมสิทธิ์ ซึ่งเป็นรุ่นพี่รามาที่เคยไปปฏิบัติงานว่าในคืนหนึ่งท่านเห็นพี่สมสิทธิ์เดินลงมาจากหอผู้ป่วยอายุรกรรมซึ่งอยู่บนชั้นสอง สองมือถือ slide และขวดปัสสาวะของคนไข้ เวลานั้นเป็นเวลาประมาณตีหนึ่ง. ท่านเล่าถึงความประทับใจในตัวพี่สมสิทธิ์ที่ใส่ใจดูแลคนไข้อย่างจริงจังไม่ว่าจะดึกดื่นแค่ไหน. ท่านเล่าเรื่องนี้ในบรรยากาศที่เรานั่งคุยกันสบายๆ ช่วงรับประทานอาหารเย็น มิใช่เล่าอย่างเป็นทางการในห้องประชุม. ทุกเย็นช่วงที่พวกเราอยู่ รพ.น่าน เราจะไปกินข้าวเย็นกันที่ชั้นล่างของบ้านพี่บุญยงค์ ซึ่งพี่บุญยงค์เป็นผู้ผูกปิ่นโตให้พวกเรา. การได้ฟังเรื่องอย่างนี้ในบรรยากาศอย่างนี้ก่อให้เกิดผลหลายประการ. ประการแรก ทำให้เราต้องบอกกับตัวเองว่าอย่าทำเสียชื่อ อย่าทำให้ด้อยกว่าที่พี่สมสิทธิ์ทำไว้. ประการต่อมา ได้เห็นคุณค่าที่พี่บุญยงค์

ให้กับการปฏิบัติที่เราเคยทำมาสมัยที่เป็นนักศึกษา ทำให้เราบอกกับตัวเองว่าสิ่งใดที่อาจารย์สอนเราไว้ เราไม่ควรจะละทิ้งด้วยความมักง่าย.

เมื่อมีความผิดพลาดเกิดขึ้น **พี่บุญยงค์ไม่เคยกล่าวตำหนิพวกเราเลยแม้แต่ครั้งเดียว**. แต่เมื่อไรที่ท่านเห็นโอกาส ท่านจะกล่าวชื่นชมทันที. ผมทำโครงการที่จะขยายการให้ภูมิคุ้มกันแก่เด็กก่อนวัยเรียนร่วมกันสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ แล้วก็ใส่ชื่อสาธารณสุขอำเภอไว้เป็นชื่อแรก ส่วนชื่อผมเป็นชื่อหลัง. ตอนนั้นท่านคงจะรักษาการนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด, ท่านได้เห็นเอกสารโครงการ ท่านก็เอาไปเล่าในวงกินข้าวชื่นชมว่าเราเป็นแพทย์แล้วรู้จักให้เกียรติคนอื่น ไม่เอาตัวเราเองเป็นเบอร์หนึ่งเสมอไป. **คำชื่นชมในลักษณะนี้ส่งผลตอกย้ำให้เราเกิดความเชื่อมั่นในคุณค่าดังกล่าว และฝังอยู่ยาวนาน**.

ช่วงแรกๆ ที่เราไปอยู่ รพ.น่านนั้น พี่บุญยงค์จะเล่าถึงโรคแปลกๆ ที่มีโอกาสพบ เช่น antrax และ obturator hernia ซึ่งพวกเราก็ตื่นเต้นมากที่ได้รับรู้. แล้วเราก็ได้ใช้ประโยชน์จริงๆ ในการวินิจฉัยโรค obturator hernia ซึ่งท่านบอกว่าถ้ามีผู้หญิงอายุ 40 ปีขึ้นไป ผอม มาด้วยอาการ gut obstruction ให้เตรียมวินิจฉัยไว้เลยว่าเป็น obturator hernia เพื่อว่าเมื่อผ่าตัดเข้าไปจะได้มุ่งไปหาที่จุดนั้น. การรู้อย่างนี้ทำให้เราเปิดช่องท้องเข้าไปด้วยความระมัดระวัง และมุ่งตรงไปดูที่จุดนั้นก่อนอื่น.

นอกจากนั้น เมื่อไรก็ตามที่ท่านไปบรรยายตามที่ต่างๆ มา ท่านจะมาสรุปให้พวกเราฟังว่า concept สำคัญที่ท่านไปบรรยายมานั้นคืออะไร เช่น การจำแนก skill ในการทำงานเป็น technical skill, human skill และ conceptual skill และผู้ที่ทำงานในแต่ละระดับต้องการ skill mix อย่างไร ก็ชวนให้พวกเราสนใจในเรื่องการบริหารไปโดยไม่รู้ตัว.

ในช่วงท้ายๆ ก่อนที่พวกเราจะกลับมาเป็นแพทย์ประจำบ้าน ผมถามพี่บุญยงค์ว่าถ้าเราไปอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการที่จะมีบทบาทดังเช่นที่นี่ ควรจะปฏิบัติตัวอย่างไร. ท่านบอกสั้นๆ ว่า *"ให้หมอทำหน้าที่ของหมอให้ดีที่สุด."* ขยายความก็คือว่าถ้าไม่มีโอกาสที่จะเข้าไปช่วยในการบริหารงานของโรงพยาบาลเหมือนกับที่แพทย์ รพ.น่าน หลายท่านทำอยู่ ก็ให้ดูแลคนไข้ของตนเองไปให้ดีที่สุด.

สิ่งแวดล้อมที่ดีเป็นตัวหล่อหลอมพฤติกรรมของแพทย์ ซึ่งจะเป็นเกราะป้องกันตัวที่สำคัญ. แม้ว่าสิ่งแวดล้อมที่จังหวัดน่านในสมัยที่ผมไปใช้ทุนจะเป็นเรื่องยากที่จะเกิดขึ้นในสมัยปัจจุบัน, แต่สาระสำคัญอยู่ที่ท่าทีและความใส่ใจของแพทย์รุ่นพี่ต่อแพทย์รุ่นน้อง. แน่นอนว่าช่องว่างของความคิดระหว่างรุ่นย่อมมีอยู่แน่นอน แต่พี่บุญยงค์ พี่ดาวฤกษ์ พี่คณิต ไม่เคยทำให้พวกเรารู้สึกว่ามีความแตกต่างระหว่างวัย.

แพทย์จบใหม่ที่ไปปฏิบัติงานในต่างจังหวัด บางครั้งก็เหงา บางครั้งก็คับข้องใจ บางครั้งก็ฟุ้งซ่าน. การมีรุ่นพี่เป็นคู่คิด ค่อยให้กำลังใจ ค่อยให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ทั้งด้านสังคมและวิชาการอาจจะช่วยเพิ่มภูมิคุ้มกันในการอยู่กับภาวะเหล่านี้อย่างมีคุณค่า. ปัจจุบันเรามีศักยภาพทั้งด้านการติดต่อสื่อสารและขุมพลังของศิษย์เก่ารามาธิบดีที่กระจายอยู่ทั่วไป, อาจารย์แพทย์และสมาคมศิษย์เก่าสามารถเป็นตัวเชื่อมระหว่างแพทย์จบใหม่กับรุ่นพี่ที่เป็นศิษย์เก่า ที่จะทำให้เกิดการสื่อสารและผลงานเชิงสร้างสรรค์ขึ้น. เรามีปัญหา

สุขภาพในชุมชนเป็น raw material ที่มากมายมหาศาล, หากศิษย์รามาธิบดีจะทำอะไรสักเรื่องหนึ่งเพื่อแก้ปัญหาเหล่านั้นโดยมีศิษย์เก่ารุ่นพี่คอยให้คำแนะนำ ให้ความช่วยเหลือ ก็จะเป็นประโยชน์แก่ทุกฝ่ายร่วมกัน.

สวนดอก: ครู, การให้เกียรติและยอมรับวิชาชีพอื่น

การมาเป็นแพทย์ประจำบ้านที่สวนดอก ทำให้ได้ฝึกฝนการทำหน้าที่เป็นครูภาคค่ำให้กับนักศึกษาแพทย์. ว่าไปแล้วความเป็นครูเป็นภูมิคุ้มกันอย่างหนึ่งของวิชาชีพแพทย์ นิสัยชอบสอนยังติดตัวไปเมื่อไปอยู่ รพ.อุดรธานี. การสอนทำให้เราได้มีโอกาสทำความเข้าใจกับเพื่อนร่วมงานในวิชาชีพอื่น การสอนทำให้เราถูกถามและได้มีโอกาสทบทวนสิ่งที่เราทำลงไป.

นอกจากนั้นความคุ้นชินอย่างหนึ่งก็คือการทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างแพทย์ พยาบาล และนักกายภาพบำบัด, โดยเฉพาะอาจารย์กายภาพบำบัดจะมา conference และ round ร่วมกันอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง มาให้ความเห็นต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วย ทำให้เราได้รับรู้ในมุมมองและคุณค่าของวิชาชีพอื่น.

ในระหว่างที่อยู่สวนดอกนั้น เราพบผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหักแบบมีแผลเปิดจำนวนมาก. วิธีการรักษาที่เป็นมาตรฐานก็คือการใช้ external fixator ตรึงกระดูกไว้และรักษา soft tissue ให้หายดีก่อน แล้วค่อยว่ากันเรื่องกระดูก. อ.สมชัย ปทุมาสูตร ซึ่งเป็นอาจารย์กายภาพบำบัด เห็นเราปวดหัวกับการใช้ external fixator ซึ่งมีราคาเป็นแสน เวลาจะใช้ต้องมีการวางมัดจำ ใครไม่มีเงินก็ต้องให้นอนอยู่กับ รพ. ใช้ครั้งหนึ่งก็ติดตัวคนไข้ไปหลายเดือน จำนวนก็มีอยู่ไม่มากนัก. โดยได้รับคำแนะนำจากอาจารย์ออร์โธ อ.สมชัย ก็เลยประดิษฐ์ external fixator ง่ายๆ ให้เราใช้กัน โดยใช้แท่งอลูมิเนียมสี่เหลี่ยมกลวงเจาะเป็นรูที่สามารถล็อคกับสกรูที่เราเจาะติดกับกระดูก. ข้อดีของอุปกรณ์นี้ก็คือราคาแสนถูก ตัวอลูมิเนียมและที่ยึดราคาเพียง 200 บาท ใส่แล้วสามารถดูแล soft tissue ได้ง่ายดาย มีจำนวนมาก ใส่ให้คนไข้กลับไปอยู่บ้านได้ไม่จำกัด. ส่วนข้อเสียก็คือไม่สามารถขยับหรือปรับอะไรได้ ก่อนใส่ต้องจัดกระดูกให้เข้าที่ หลังใส่ต้องอาศัย bone graft เพื่อทำให้กระดูกเชื่อมกันเป็นส่วนใหญ่. ตัวอย่างนี้เป็นผลของความร่วมมือและการให้เกียรติกันระหว่างแพทย์กับวิชาชีพอื่น ส่งผลดีต่อการดูแลรักษาผู้ป่วย.

จะดีไหม หากในตอนที่เรียนชั้นคลินิก นักศึกษาแพทย์มีโอกาสได้เรียนรู้ข้อคิดเห็นจากครูในวิชาชีพอื่นด้วย? จะเป็นการปลูกฝังสำคัญที่ทำให้แพทย์ให้เกียรติและเห็นคุณค่าของบุคลากรสุขภาพในวิชาชีพอื่น และเป็นพื้นฐานของการทำงานร่วมกันที่สำคัญ.

รพศ.อุดรธานี: ทีม, แรงบันดาลใจ, ความสุขกับงาน

ผมมาเป็นแพทย์ออร์โธปิดิกส์คนแรกของ รพ.อุดรธานี และในปีต่อมาก็มีรุ่นน้องทะยอยมาอยู่ด้วยปีละคน. ในปีแรกผมยังทำหน้าที่เป็นส่วนหนึ่งของทีมศัลยกรรม กลางวันทำงานออร์โธ กลางคืนอยู่เวรศัลยกรรม พอตอนปลายปีก็ขอแยกออกมาทำออร์โธอย่างเดียว. ผู้ป่วยก็เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตามการรับรู้ของ รพ.ต่างๆ. เมื่อมีแพทย์ออร์โธคนที่สองมาอยู่ด้วย ผมก็ชวนให้มาทำงานร่วมกันเป็นทีมโดยไม่แยกสาย และคงทำเช่นนั้นต่อมาเมื่อมีแพทย์คนที่สามมาอยู่ด้วย. ด้วยระบบนี้ทำให้ทุกคนเป็นเจ้าของไข้ของคนไข้ทุกรายทั้ง 60 คนในหอผู้ป่วยที่ท่านอาจารย์มหาบัวสร้างให้. เราสามารถเริ่มผ่าตัดผู้ป่วยเวลา 8.00 น.ได้ทุกวันขณะที่ทีมที่เหลือร่วมกันตรวจเยี่ยมผู้ป่วยทุกรายไปพร้อมๆ กัน. การรู้จักผู้ป่วยทุกรายทำให้เราสามารถดูแลปัญหาได้อย่างต่อเนื่องเมื่ออยู่เวร. ที่สำคัญที่สุดก็คือความรู้สึกว่าเราอยู่ในทีมที่เป็นหนึ่งเดียวกัน เมื่อเกิดความผิดพลาดขึ้นเราทุกคนต่างรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของความผิดพลาดนั้น และร่วมกันหาทางออก.

หัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรมของ รพ.อุดร สมัยนั้น พี่วิชัย ธรรมบวร เป็น role model ที่น่านับถืออย่างยิ่ง. เจ็ดโมงเช้าทุกวัน ท่านจะมา round ผู้ป่วยศัลย์ของท่าน. แปดโมงเช้าในวันที่ท่าน set ผ่าตัด ท่านจะไปปรากฏตัวที่ห้องผ่าตัด. ห้องผ่าตัดจะพร้อมหรือไม่พร้อม ท่านก็ไม่ได้พูดว่าอะไร ท่านก็รอของท่านไป สุดท้ายทีมงานก็ค่อยๆ ปรับตัวจนสามารถเตรียมพร้อมให้เริ่มผ่าตัดได้เมื่อท่านมาถึง.

ทีมออร์โธของเราพยายามยึดท่านเป็นแบบอย่าง แม้จะไม่ได้ขนาดที่ท่านทำไว้. เราเริ่ม round กันตั้งแต่เจ็ดโมงครึ่ง พอถึงแปดโมง คิวของใครเข้าห้องผ่าตัด คนนั้นก็ไปเข้าห้องผ่าตัดเลย ทีมที่เหลือก็ round กันไป.

เราจะปลูกฝังนักศึกษาของเราอย่างไร ให้ตระหนักในคุณค่าของแบบอย่างที่ดีๆ และมีแรงบันดาลใจที่จะนำไปประพฤติปฏิบัติ โดยไม่คิดว่านี่เป็นการเสียเปรียบคนอื่น. ทำอย่างไรน้องๆ แพทย์ของเราจะเข้าใจว่า

คุณค่านั้นไม่ได้อยู่ที่เงินหรือวัตถุเพียงอย่างเดียว. ทำอย่างไรให้เกิดแง่คิดในมุมกลับได้ว่าบางครั้งที่เราคิดว่าเราเสีย แต่เรากลับเป็นฝ่ายได้ในอีกบางด้านซึ่งมีคุณค่าสูงกว่า หรือไกลไปกว่านั้น ไม่ต้องคิดว่านี่เป็นการเสียเปรียบหรือได้เปรียบ แต่เราทำเพราะมีความสุขที่จะทำ.

สมัยเรียนหนังสือ คะแนนศิลปะของผมอยู่ในระดับไม่เอาไหน, แต่ในการเป็นแพทย์ออร์โธ ผมสอดใส่อารมณ์ศิลปะเข้าไปในการทำงานโดยไม่รู้ตัว. ผมรู้สึกมีความสุขที่เห็นเพื่อนฝูงพี่น้องของคนไข้ วาดลวดลายลงบนเฝือกปูนอย่างวิจิตร. เมื่อผมจะใส่เฝือกให้คนไข้ผมจึงมีเป้าหมายให้เฝือกนั้นสวยที่สุด ใช้แรงโน้มถ่วงเพื่อตรึงให้แขนขาอยู่ในแนวที่ต้องการโดยไม่ต้องมีผู้ช่วยจับ แล้วก็ลูบไล้ผิวปูนที่กำลังจะ set ตัวให้ราบเรียบเป็นมันวาวน่าขีดเขียน. ผมรู้สึกว่ามีความสุขที่ได้ทำอย่างนั้น. อีกหลายปีต่อมาหลังจากที่ผมจาก รพ.อุดรมาแล้ว ภาพที่ผมมีความสุขกับการลูบไล้เฝือกนั้นยังอยู่ในความทรงจำของพี่พยาบาลที่ได้พบเห็น.

การจุดบั้งไฟเป็นประเพณีอย่างหนึ่งของชาวอิสาน และก็มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุขึ้นได้บ่อยครั้ง. วันหนึ่งพยาบาลรายงานว่ามีผู้ป่วยถูกบั้งไฟตกใส่หน้าแข้ง. **ป้าเขียน**บอกว่า *"ป้านอนอยู่ในบ้านดีๆ บั้งไฟมันก็หล่นมาใส่หน้าแข้งของป้า."* ดูจากหน้าแข้งที่เละเทะ กระดูกแตกเป็นชิ้นเล็กชิ้นน้อยผมก็บอกป้าเขียนว่าไม่แน่ใจว่าจะเก็บขาของป้าไว้ได้หรือเปล่า.

ปกติบาดแผลเละขนาดนี้มักจะตัดสินใจไม่ยาก เพราะว่าความสกปรกของบาดแผลเป็นตัวช่วยให้เราตัดสินใจได้ง่าย. แต่นี่เป็นบาดแผลที่ค่อนข้างสะอาด กระดูกแม้จะแตกเป็นชิ้นเล็กชิ้นน้อย ก็ไม่เล็กมากเกินไปและส่วนใหญ่จะมีเยื่อหุ้มกระดูกติดอยู่. ผมใช้เวลาไม่น้อยจัดเรียงกระดูกให้เข้าที่ เริ่มจากการ fix กระดูกชั้นใหญ่ด้วย external fixator ของ อ.สมชัย ซึ่งมีบริเวณที่กระดูกใหญ่ชนกันอยู่นิดเดียว แล้วก็เอากระดูกชิ้นเล็กๆ มาเรียงต่อยึดด้วย screw บ้าง K-wire บ้าง, ในใจก็นึกว่ากำลังต่อ jig saw ที่มีชีวิตอยู่. แน่นอนว่ากระดูกเหล่านี้ส่วนหนึ่งก็จะเกิด necrosis ไปในที่สุด แต่ในช่วงแรกมันทำให้เป็นโครงเพื่อการรักษา soft tissue ด้วยการย้ายกล้ามเนื้อทางด้านหลังมาปิดกระดูกที่เปลือยจนเยื่อหุ้มเริ่มแห้ง. ขณะนั้นไม่มีหมอพลาสติก เราก็ทำเองได้ทุกอย่าง. จาก muscle flap มา skin graft และ bone graft ที่ถมเข้าไปทางด้านหลังเพื่อทำหน้าที่ทดแทนกระดูกด้านหน้าที่ตายไป. ใช้เวลาเป็นปีกว่าป้าเขียนจะกลับมาเดินได้เหมือนเดิม ป้าเขียนมีสีหน้าดีใจทุกครั้งที่ได้มาพบหมอที่ทำให้ยังมีขาดั้งเดิมติดตัวอยู่.

งานอะไรก็ตาม ถ้าเรามีความสุขกับงานนั้น เราจะทำได้ดีกว่าการทำเพราะเป็นหน้าที่. เราจะเตรียมแพทย์รุ่นน้องของเราอย่างไรที่จะฝึกรักในสิ่งที่ต้องทำ หรือหาแง่มุมที่เป็นด้านบวกของงานนั้น. อาจจะเป็นการใช้อารมณ์ศิลปะอย่างที่ผมเล่า หรืออาจจะใช้การตีความคุณค่าของงานที่ลึกซึ้ง. เช่น แทนที่จะมองว่าการช่วยคลอดปกติคือการนำทารกออกจากท้องแม่ ก็มองให้ลึกซึ้งมากขึ้นว่าการช่วยคลอดปกติคือการทำคลอดความฝันของแม่ที่ค่อยๆ สะสมมาเป็นเวลา 9 เดือน. การช่วยคลอดทุกครั้งจะเป็นเรื่องใหม่ที่น่าตื่นเต้นเสมอแม้ว่ากระบวนการจะเป็นเช่นเดิม.

เทศกาลสงกรานต์เป็นช่วงเวลาอันหฤโหดสำหรับหมอออร์โธ. ก่อนถึงวันที่ 13 เมษาสักสองสามวันเราเริ่มระบายคนไข้กลับบ้านประมาณครึ่งหนึ่งเพื่อให้มีเตียงสำหรับคนไข้อุบัติเหตุ แต่คนไข้เริ่มเข้ามาตั้งแต่ก่อน

สงกรานต์ เพียงวันเดียวเท่านั้น เตียงที่เราเตรียมไว้ก็เต็มหมดแล้ว. มารู้ทีหลังว่าน้องๆ ออร์โธที่อยู่จังหวัดโดยรอบลาพักร้อนกันหมด บอกว่าที่ รพ.มีผมอยู่คนเดียว ถ้าผมอยู่ก็คางเหลือง. ด้านหนึ่งเราก็พูดอะไรไม่ออก แต่อีกด้านหนึ่งก็เป็นเรื่องท้าทายดี ว่าจะทำให้คนไข้ที่นอนเตียงเสริมจนแทบจะไม่มีทางเดินนั้น สามารถกลับบ้านเร็วที่สุดได้อย่างไร. กลางวันนั้นไม่ค่อยจะมีอะไรนัก พอตอนเย็นก็จะเริ่มทะยอยกันมา ส่วนที่ส่งมาจากที่อื่นก็มักจะมาถึงตอนใกล้เที่ยงคืนแล้ว โชคดีที่ทีมงานของเราเป็นหนึ่งเดียวกัน จึงสามารถระดมสรรพกำลังมาช่วยกันให้ได้นอนก่อนรุ่งเช้า.

ผ่านไปสี่ห้าปี เปิดตำราผ่าตัดที่ไม่เคยทำไปก็มาก แหกตำราทำในสิ่งที่ไม่เหมือนตำราก็มี. สมัยนั้น old dislocation of elbow เป็นสิ่งที่พบอยู่ไม่ขาด พออุบัติเหตุก็ไปหาหมอน้ำมนตร์เป่าให้ หมอน้ำมนตร์คิดว่าเป็นแค่ข้อเคล็ดก็เป่าให้ สามอาทิตย์ก็ยังงอข้อศอกไม่ได้. ตำราเขียนวิธีผ่าตัดไว้วิธีเดียวคือให้ผ่าเข้าทางด้านหลังโดยตัดกล้ามเนื้อ triceps เป็น flap รูปตัว V แล้วเย็บกลับ ดูแล้วไม่ make sense เพราะทำให้สูญเสียความแข็งแรงของกล้ามเนื้อไปมาก และน่าจะเหมาะสำหรับกรณีที่เป็นมานานมากกว่านี้ จึงแหกตำราผ่าเข้าด้านข้างสองข้าง.

การตั้งคำถามหรือตั้งข้อสงสัยต่อสิ่งที่พบเห็นเป็นจุดเริ่มต้นของการสร้างความรู้ใหม่และการค้นพบวิธีการใหม่ๆ. ปัจจุบันมีการส่งเสริมให้ทำ R2R กันอย่างกว้างขวาง และแพทย์มีโอกาสที่จะมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนได้อย่างมากมาย ตั้งแต่การตั้งคำถามกับตนเอง ตั้งคำถามกับเพื่อนร่วมทีม หรือกระตุ้นให้เพื่อนร่วมทีมตั้งคำถามที่เป็นประโยชน์. บางครั้งก็เป็นเรื่องยากที่จะตั้งคำถามว่าที่ตนเองทำไปนั้นดีที่สุด เหมาะสมที่สุดหรือยัง จากคำถามจะนำไปสู่การหาคำตอบได้อย่างไร และจะทำให้คำตอบนั้นเป็นที่น่าเชื่อถือได้อย่างไร. จะเป็นไปได้หรือไม่ที่จะปลูกฝังทักษะพื้นฐานของการตั้งคำถามและหาคำตอบเหล่านี้ตั้งแต่ในปีแรกๆ ของการเป็นนักศึกษา ก่อนที่เขาจะรู้สึกว่าความรู้ต่างๆ มีผู้คิดค้นมาจนหมดสิ้นแล้ว ไม่เหลือให้เขาได้คิดค้นอะไรเพิ่มเติม.

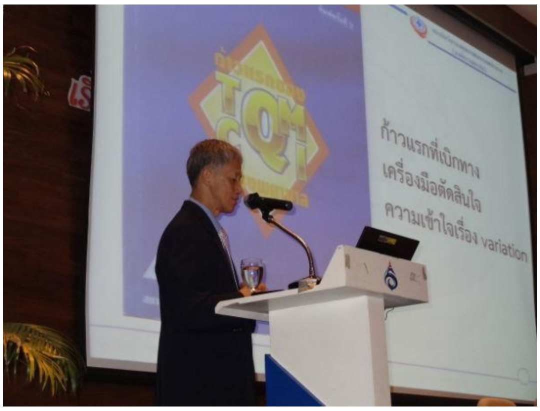
เพราะเริ่มรู้สึกจำเจกับงานบริการ จึงได้ไปเรียนการวิจัยในหลักสูตรระยะสั้น.

เพราะการทำวิจัย ทำให้ได้เข้ามาคลุกคลีเป็นเครือข่ายกับคนในกระทรวงสาธารณสุข.

เพราะความเป็นเครือข่าย ทำให้ต้องมารับตำแหน่งในกระทรวงแทนคุณหมอศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย รามาธิบดีรุ่น 8 ที่ได้รับทุนไปเรียน PhD ที่อังกฤษ.

เพราะการมาทำงานในกระทรวง ทำให้คุณหมอสงวน นิตยารัมภ์พงษ์ รามาธิบดีรุ่น 7 ซึ่งขณะนั้นเป็นผู้อำนวยการกองแผนงานสาธารณสุข ส่งผมไปเรียนหลักสูตรการวางแผนและการคลังสาธารณสุข เพื่อมาทำงานในโครงการบัตรสุขภาพ ระบบประกันสุขภาพด้วยความสมัครใจ. การได้มีเวลาหยุดพักจากงานทางด้านคลินิก ทำให้มีโอกาสเปิดมุมมองต่อระบบสุขภาพและสังคมที่กว้างขึ้น.

เพราะรับทุนไปเรียน จึงต้องย้ายครอบครัวเข้ากรุงเทพ. ฐานเดิมที่กองโรงพยาบาลภูมิภาคก็ยังไม่ทิ้ง ฐานที่ให้ทุนไปเรียนคือโครงการบัตรสุขภาพ และฐานที่เกิดใหม่ตามมาคือสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขซึ่งมีคุณหมอสมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ รามาธิบดีรุ่น 7 เป็นผู้อำนวยการคนแรก.



เพราะมีโต๊ะทำงานอยู่ในสามหน่วยงานในขณะเดียวกัน จึงคิดทำโครงการที่เป็นประโยชน์ต่อทั้งสามหน่วยงานและใช้ประโยชน์จากสถานภาพของหน่วยงานทั้งสาม. **“ก้าวแรกของ TQM/CQI ในโรงพยาบาล”** (2536-2539) เลียนแบบ “National Demonstration Project on Quality Improvement in Healthcare” ที่ Donald Berwick ทำในอเมริกา. ผมสรุปไว้ว่า *“โครงการนี้เปรียบเสมือนก้าวแรกที่เบิกทางซึ่งได้พิสูจน์ให้เห็นว่า การพัฒนาคุณภาพตามแนวคิด TQM/CQI เป็นสิ่งที่สามารถนำมาใช้ได้กับการบริการของโรงพยาบาลในภาครัฐ.”* มีการรวบรวมแนวคิด เครื่องมือ และประสบการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างการทำโครงการไว้เพื่อเป็นฐานสำหรับก้าวต่อๆ ไป.

สิ่งที่ได้เรียนรู้คือเครื่องมือพัฒนาคุณภาพหลากหลายที่จะทำให้ทีมสามารถทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ. ตัวอย่างที่สำคัญคือเครื่องมือในการตัดสินใจ และการทำความเข้าใจเรื่อง variation.

ทุกวันนี้เราใช้การตัดสินใจกันอยู่เพียง 2 วิธีคือการลงคะแนนกับการหาฉันทามติหรือ consensus คือคุยกันไปจนกว่าจะได้ข้อยุติที่ทุกคนยอมรับ. การลงคะแนนนั้นก็ใช้กันอยู่วิธีเดียวว่าจะเลือกข้อไหนที่ชอบที่สุด

แล้วก็ใช้เสียงข้างมากที่เลือกข้อนั้น ซึ่งอาจจะเป็นเพียงเสียงส่วนน้อยของผู้ลงคะแนนเป็นตัวตัดสิน. ขณะที่มีวิธีการตัดสินใจอีกมากมาย ที่สร้างความรู้สึกที่ดีของการมีส่วนร่วม เช่น multivoting เลือกได้หลาย option และเลือกกันหลายครั้งจนกว่าจะได้เสียงข้างมากจริงๆ, หรือวิธีการตัดสินใจที่ทำให้เข้าใจความคิดของกลุ่มและแสดงออกมาในเชิงปริมาณได้ เช่น criteria weighting, หรือกระบวนการที่ทำให้ consensus นั้นมีความไวต่อการรับรู้ความคิดของผู้ที่กำลังรับฟังอยู่ เช่น การพลิกป้ายตรงหน้าสมาชิกว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับความคิดที่กำลังนำเสนอ.

แพทย์เป็นวิชาชีพที่มีความมั่นใจในตัวเองสูง มีความสามารถในการคิดและนำเสนอเหตุผล. หากผสมผสานเข้ากับกระบวนการตัดสินใจที่แยบยล จะทำให้ผลการตัดสินใจนั้นมีผลผูกพันต่อการทำงานของทีมลดความขัดแย้งในผู้เกี่ยวข้อง, แพทย์จะไม่ถูกมองว่า dominate การตัดสินใจของกลุ่ม. ด้วยลักษณะนี้จะทำให้แพทย์เป็นที่รักและที่ยอมรับของผู้ร่วมงาน, นี่เป็นภูมิคุ้มกันอย่างหนึ่งที่ค่อยๆ สะสมขึ้นมา.

ในการทำความเข้าใจเรื่อง variation ผมโชคดีที่ได้ที่ปรึกษาชาวออสเตรเลียชื่อ Kai E. Roland มาร่วมงานด้วยในโครงการนั้น, ท่านเป็นศานุศิษย์ของ Deming และพยายามถ่ายทอดสิ่งที่ Deming สอนให้พวกเราได้เรียนรู้. ในเรื่อง variation นี้ ท่านจะมีเครื่องมือให้พวกเราได้ทดลองเล่นกัน เรียกว่า read bead experiment ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ Deming ประดิษฐ์ขึ้น. เป็นกล่องที่ใส่ลูกปัดสองสี ส่วนมากเป็นสีขาว มีสีแดงปนอยู่จำนวนน้อย มีอุปกรณ์เหมือนตะแกรงที่ให้เราช้อนลงไปตักลูกปัดขึ้นมา แล้วก็นับจำนวนลูกปัดทั้งสองสี สีแดงถือว่าเป็น defect. ระหว่างทำการทดลองท่านก็จะกระตุ้น เร่งเร้า และกดดันให้เราช้อนลูกปัดสีแดงได้น้อยลง ซึ่งไม่มีทางทำได้. บางครั้งก็เพิ่มขึ้น บางครั้งก็ลดลง. ต่อเมื่อเอาลูกปัดสีแดงในกล่องออกจำนวนหนึ่ง ค่าเฉลี่ยของลูกปัดสีแดงที่ช้อนขึ้นมาได้ก็ลดลง.

ความเข้าใจและการแยกแยะระหว่าง common cause of variation เนื่องจากการออกแบบระบบ กับ special cause of variation เนื่องจากการไม่ปฏิบัติตามระบบหรือเหตุสุดวิสัย มีความสำคัญต่อ mindset ของผู้คนเมื่อเกิดภาวะไม่พึงประสงค์ขึ้น. เป็นปัญหาทั้งในแวดวงวิชาชีพและทั้งสังคม. เมื่อเกิดเหตุเราจะตั้งคำถามว่าการดูแลผู้ป่วยรายนี้เป็นไปตามมาตรฐานหรือไม่, แล้วลึกๆ เราก็กลัวที่จะตอบว่าไม่เป็นไปตามมาตรฐาน จึงมักจะได้คำตอบว่าการดูแลเป็นไปตามมาตรฐาน. เราแก้ปัญหาของเราที่เราหาคำตอบให้กับสังคมให้เรารอดตัวได้, แต่เราไม่สามารถแก้ปัญหาที่สังคมคลางแคลงใจว่าถ้าเป็นไปตามมาตรฐานแล้วทำไมยังเกิดเหตุ เนื่องจากเราไม่ให้โอกาสตัวเองในการมองว่าระบบมีโอกาสพัฒนาอะไร. เรายังคงปล่อยให้ระบบเป็นอยู่เช่นเดิมโดยไม่ปรับเปลี่ยน และมีโอกาสที่แพทย์คนใดคนหนึ่งจะตกเข้ามาเป็นเหยื่อของระบบที่ออกแบบไว้ไม่ดี. ระบบที่มีการปรับปรุงเพื่ออุดช่องโหว่อยู่เสมอคือระบบที่เป็นภูมิคุ้มกันที่ดีที่สุดสำหรับทุกคนที่ทำงานในระบบนั้น.

ผลพวงของโครงการ ทำให้ได้หนังสือเบาๆ เพื่อชักชวนผู้คนมาทำงานคุณภาพในชื่อว่า **“โรงพยาบาลที่ (ไม่) น่าไว้วางใจ”** คือจะถอดคำว่า ไม่ ออกได้หรือไม่อยู่ที่ว่าเราจะปรับระบบของเราหรือเปล่า. สถานการณ์ในขณะนั้นก็คือ แม้จะมีการทำกิจกรรมต่างๆ กันมากมาย แต่กิจกรรมเหล่านั้นก็ยังส่งผลต่อคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยได้รับไม่มากนัก ไม่ได้เอาปัญหาของผู้ป่วยเป็นตัวตั้งที่จะนำเครื่องมือหรือเทคนิคต่างๆ ไปใช้. จึงได้นำ

เรื่องราวที่เป็นความเดือดร้อน ความอึดอัด ความคับข้องใจของผู้ป่วยและญาติ มาวิเคราะห์ว่าประเด็นปัญหาคืออะไร พวกเราทุกฝ่ายรวมทั้งผู้ป่วยควรทำอะไรเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาดังกล่าวขึ้นอีกในระบบของเรา.

Sir Liam Donaldson, WHO Envoy for Patient Safety กล่าวเปรียบเทียบว่าในเครื่องยนต์ของเครื่องบินโบอิ้งจะมี orange-colored wire ซึ่งจำเป็นสำหรับการทำหน้าที่ที่ปลอดภัย. ถ้าวิศวกรตรวจพบว่าเส้นลวดนั้นหลุดลุ่ยในลักษณะของความผิดปกติเชิงระบบมากกว่าจาก routine wear เครื่องบินรุ่นนั้นทุกลำจะถูกตรวจสอบทันทีภายใน 2-3 วัน และดำเนินการแก้ไขทันที. โรงพยาบาลของเราให้บริการที่มีผลต่อชีวิตและสุขภาพของผู้ป่วยวันละจำนวนมาก มีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นไม่น้อย. หากโรงพยาบาลมีระบบที่จะสื่อสารให้ทราบถึงกันถึงช่องโหว่ต่างๆ ซึ่งเกิดขึ้นในแต่ละที่ให้โรงพยาบาลอื่นได้รับทราบ ก็จะสามารถปิดกั้นช่องโหว่ต่างๆ ได้ในอัตราที่รวดเร็วอย่างที่สุด ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องประสบภาวะไม่พึงประสงค์ และนี่จะทำให้ผู้ประกอบวิชาชีพทำงานด้วยความมั่นใจและสบายใจ.

จากการเรียนรู้เครื่องมือคุณภาพและความสำเร็จในระดับโครงการ พวกเรายังคงตระหนักดีกว่ายังไม่สามารถขับเคลื่อนทั้งองค์กรได้. เราเริ่มมองหากลไกระดับประเทศที่จะเข้ามาช่วยขับเคลื่อน. ขณะนั้นมีเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นพร้อมๆ กันได้แก่ (1) การจัดทำมาตรฐานสถานพยาบาลที่เป็น main contractor ของสำนักงานประกันสังคม ซึ่ง สวรส.มีส่วนทั้งในการยกร่างและการจัดทำเครื่องมือประเมิน, (2) การเรียนรู้กลไกการตรวจประเมินสถานพยาบาลของเครือ 7th Day Adventist, (3) การมีที่ปรึกษาด้านการบริหารโรงพยาบาลมาให้คำแนะนำแก่ รพ.เทพธารินทร์. ซึ่งบุคคลที่มีส่วนสำคัญในการเชื่อมโยงในช่วงนั้นก็คือท่านอดีตอธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ นพ.ปัญญา สอนคม, ท่านแนะนำให้ผมรู้จักกับที่ปรึกษาอาสาสมัครชาวแคนาดา Mr.Anthony Wagemakers. Tony เป็นผู้บริหารโรงพยาบาลในแคนาดาที่ไม่ใช่แพทย์รุ่นแรกๆ. ท่านได้สาธิตให้เราเห็นถึง approach ของการสังเกตและใช้คำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนา อันเป็นพื้นฐานของกระบวนการ HA ของประเทศไทย.

แนวคิดหลายประการของ Tony เป็นสิ่งที่มีคุณค่าและท้าทาย. การเปลี่ยนมุมมองเพียงเล็กน้อยก็สามารถเปลี่ยนสิ่งที่เป็นลบให้กลับมาเป็นบวกได้ เช่น แนวคิดที่ว่ากระบวนการ HA เป็นกระบวนการเรียนรู้ ไม่ใช่การตรวจสอบ, คุณภาพไม่ได้ขึ้นกับทรัพยากร แต่ขึ้นกับการทำงานเป็นทีมของผู้ประกอบวิชาชีพ. การ

เปลี่ยนมุมมองดังกล่าวเกิดจากบทเรียนแห่งความล้มเหลวของประเทศที่พัฒนาแล้ว หากเราต้องการไล่ตามให้ทัน เราก็ควรจะต้องเรียนลัดจากประเทศเหล่านี้ ไม่จำเป็นที่เราจะต้องเดินตามรอยที่ผิดพลาดซ้ำแล้วซ้ำอีก.

ในการประชุมกับผู้บริหารโรงพยาบาลครั้งหนึ่งเมื่อปี 2543 Tony กล่าวกับที่ประชุมว่า *“โรงพยาบาลไม่ใช่โรงงาน แต่เป็นที่ซึ่งให้การดูแลด้วยความรักความเข้าใจ การบริหารโรงพยาบาลจึงไม่เหมือนกับการบริหารโรงงาน เราควรมองดูกันและกันดุจกัลยาณมิตร ไม่กล่าวโทษกัน แต่ต้องดูภาพรวม. หญิงคนหนึ่งพาลูกสองคนขึ้นไปบนใบหยกทาวเวอร์ที่ชั้นดูวิว ลูกคนหนึ่งมอบไปไกลเห็นภาพทิวทัศน์ที่สวยงามของกรุงเทพฯ, ลูกอีกคนหนึ่งสนใจอยู่กับแมลงวันที่กระจกและไม่เห็นความสวยงามของทิวทัศน์.”* ข้อเปรียบเทียบนี้ท่านสอนทุกฝ่าย สอนให้ผู้บริหารดูภาพรวม ใส่ใจกับหน้าที่ของผู้บริหารที่ยิ่งใหญ่มากกว่าเรื่องเล็กน้อย, สอนให้ผู้เยี่ยมสำรวจมองภาพโดยรวมมากกว่าข้อด้อยเล็กๆ น้อยๆ, และสามารถประยุกต์ใช้กับสมาชิกของทีมงานที่จะมองเรื่องดีๆ มากมายรอบตัว มากกว่าข้อด้อยเล็กๆ น้อยๆ.

วิธีคิดเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม ความคิดเชิงบวก ความคิดยืดหยุ่น ความคิดที่ให้โอกาสผู้อื่น สะท้อนออกมาเป็นพฤติกรรมที่ผู้คนอยากทำงานร่วมด้วย เป็นพฤติกรรมที่เสริมพลังให้ผู้อื่นซึ่งแน่นอนว่าจะนำไปสู่ความสำเร็จของงานเพราะได้ใช้พลังของทุกฝ่ายอย่างเต็มที่. คำถามที่ท้าทายก็คือ เราสามารถหล่อหลอมให้เกิดสิ่งเหล่านี้ในระหว่างที่เป็นนักศึกษาได้หรือไม่? เราจะทำให้นักศึกษาได้รับประสบการณ์ว่าวิธีคิดแบบนี้ พฤติกรรมแบบนี้ ส่งผลสะท้อนให้ทุกคนมีความสุขและงานประสบความสำเร็จได้หรือไม่?

ก่อนที่จะสรุปมาตรฐาน HA ฉบับแรกในปี 2539 เราได้มีโอกาสไปดูงาน HA ที่ประเทศแคนาดา ทั้งในส่วนของการพัฒนาคุณภาพที่โรงพยาบาล ระบบการประเมินและรับรองโดย CCHSA (Canadian Council for Health Services Accreditation) ทำให้เรามั่นใจที่จะบรรจุข้อกำหนดเกี่ยวกับ continuous improvement ไว้ในมาตรฐานด้วย. ความรู้สึกของผู้ที่ไปดูงานในรอบแรกนั้นก็คือ เป็นเรื่องดี แต่ก็เป็นเรื่องใหม่และยากสำหรับประเทศไทย มองไม่ค่อยเห็นอนาคตเท่าไรว่าจะทำให้เกิดขึ้นได้อย่างไร. ผมไม่ได้คิดอะไรมากนัก นอกจากคิดว่าถ้าเห็นว่าเป็นเรื่องดีก็น่าจะลองทำดู ถ้ามันดีจริงก็น่าจะเห็นความสำเร็จเกิดขึ้นบ้าง.

ผมเชื่อว่าแพทย์ทุกคนมี core values เรื่อง achievement อยู่ในตัว ซึ่งเกิดมาจากการที่เราประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยอยู่ทุกๆ วัน. จนในที่สุด core values ตัวนี้กลับมาเป็นตัวขัดขวางที่ทำให้เราไม่ take risk ใดๆ ในการริเริ่มทำสิ่งใหม่ ทำให้เราขาดโอกาสที่จะ take intelligent risk. การไม่ take risk นี้ขยายตัวไปถึงการไม่รับฟังในสิ่งที่ไม่คุ้นเคย. ผลลัพธ์ที่ตามมาก็คือเราต้องทำงานอยู่ในระบบที่ไม่มีการปรับตัวและแวดล้อมด้วยความเสี่ยงที่เราไม่ตระหนัก. แน่นอนว่าที่กล่าวนี้ไม่ได้หมายถึงการ take risk ในการดูแลผู้ป่วย.

ความปลอดภัยของผู้ป่วยคือภูมิคุ้มกันของวิชาชีพเวชกรรม

สิ่งที่แสดงถึงความบกพร่องของภูมิคุ้มกันของวิชาชีพเวชกรรมก็คือการถูกฟ้องร้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งอาจรุนแรงถึงพิการหรือเสียชีวิต.

นพ.บุญยงค์ วงศ์รักมิตร กล่าวว่า *"คาถาที่ผู้ให้บริการด้านสุขภาพในโรงพยาบาลทุกระดับควรยึดถือเป็นของดั้งเดิมซึ่งเพราะ ดี และเรียบง่าย นั่นคือ กฎเสนาบดีว่าด้วยข้อปฏิบัติสำหรับผู้ประกอบโรคศิลปะ ออกตามพระราชบัญญัติการแพทย์เมื่อ พ.ศ. 2472 ซึ่งระบุไว้ว่า (1) ปฏิบัติหน้าที่อย่างเต็มความสามารถ (2) ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความระมัดระวัง ไม่ประมาท (3) ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความหวังดีต่อคนไข้และญาติ. ถ้าท่านทำสามอย่างนี้ ยังมองไม่ออกว่าจะเกิดข้อฟ้องร้องได้อย่างไร."*

การปฏิบัติหน้าที่ด้วยความระมัดระวัง ไม่ประมาท ก็คือการบริหารความเสี่ยงนั่นเอง ซึ่งจะครอบคลุมไม่เฉพาะการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายเท่านั้น แต่ควรหมายความรวมถึงการออกแบบระบบที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยสูงสุด

แพทยสภาแห่งสหราชอาณาจักรได้จัดทำ "Good Medical Practice" ขึ้นเมื่อ พ.ศ. 2549 ระบุหน้าที่ของแพทย์ซึ่งขึ้นทะเบียนกับแพทยสภาไว้ว่า *"ผู้ป่วยจะต้องสามารถให้ความเชื่อใจ ไว้วางใจต่อแพทย์ เกี่ยวกับชีวิตและสุขภาพของพวกเขา เพื่อให้เกิดความไว้วางใจดังกล่าว แพทย์จะต้องเคารพในชีวิตของเพื่อนมนุษย์และจะต้อง......กระทำเวชปฏิบัติและให้การดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานที่ดี, ธำรงความรู้และทักษะทางวิชาชีพให้ทันสมัย, ตระหนักในข้อจำกัดของความสามารถแห่งตน และทำงานภายใต้ข้อจำกัดนั้น....."*

ในแนวทางเรื่องความตระหนักต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ได้มีการให้แนวทางไว้ดังนี้: *"ถ้าแพทย์มีเหตุผลที่เชื่อได้ว่าผู้ป่วยอาจจะไม่ได้รับการดูแลที่ปลอดภัยเนื่องจากสถานที่ เครื่องมือ หรือทรัพยากรอื่นที่ไม่เพียงพอ เนื่องจากนโยบายหรือระบบ, แพทย์ควรจัดการแก้ไขให้ถูกต้องถ้าเป็นไปได้, หากไม่สามารถทำได้แพทย์ควรนำเสนอต่อหน่วยงานที่ตนปฏิบัติงานด้วย, หากหน่วยงานดังกล่าวมิได้ดำเนินการอย่างเหมาะสมแพทย์ควรขอคำปรึกษาจากบุคคลอื่นๆ ว่าสมควรดำเนินการต่อไปอย่างไร, แพทย์จะต้องบันทึกความห่วงกังวลที่เกิดขึ้นและขั้นตอนต่างๆ ที่ได้พยายามดำเนินการแก้ไข"*

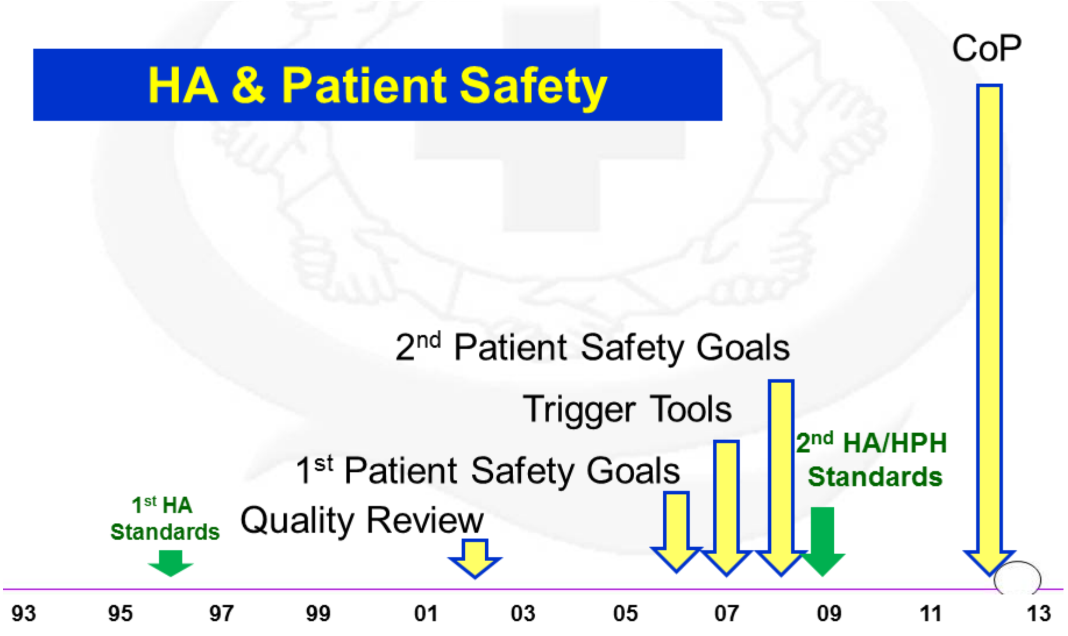
นี่คือบทเรียนของแพทยสภาในประเทศที่มีการรวมตัวของประชาชนเรียกร้องให้ยุบแพทยสภา เนื่องจากเห็นว่าไม่สามารถให้การคุ้มครองในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม. แพทยสภาจึงได้ให้แนวทางที่จะมิให้แพทย์วางตัวเพิกเฉยต่อสถานการณ์ความเสี่ยงในทุกกรณี และจะต้องกระทำอย่างถึงที่สุดเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วย. เริ่มจากการกระทำในเชิงรุก และสุดท้ายหากไม่ได้ผลก็ตั้งรับด้วยการจดบันทึกเพื่อแสดงให้เห็นว่าได้พยายามอย่างเต็มที่แล้ว. แม้จะมิได้มีข้อกำหนดอย่างเป็นทางการสำหรับแพทย์ในประเทศไทย แต่ก็น่าสนใจที่จะนำมาปฏิบัติด้วยความสมัครใจ ซึ่งผู้ปฏิบัติก็จะได้อานิสงส์ของการปฏิบัติ อย่างน้อยมีความสุขที่ได้ทำในสิ่งที่ถูกต้อง.

เรื่องที่จะหยิบยกมาเป็นตัวอย่างนี้สามารถเกิดขึ้น ณ ที่ใดก็ได้ หากแพทย์มิได้ใส่ใจที่จะสร้างภูมิคุ้มกันในตัวเอง และไม่รู้ตัวว่าตนมีภูมิคุ้มกันบกพร่อง.

มารดาซึ่งฝากครรภ์กับ รพ.สต.มาคลอดที่ รพ.ชุมชน, พบว่ามีความเสี่ยงคือ premature rupture of membrane (PROM) และเด็กตัวใหญ่. เจ้าหน้าที่ รพ.สต.ให้ข้อมูลกับมารดาว่าเด็กตัวใหญ่ คลอดยาก. พยาบาลก็แนะนำให้แพทย์ส่งต่อผู้ป่วยเข้า รพ.จังหวัดตั้งแต่เห็นเมื่อแรกรับ, แต่แพทย์ก็ยังคงยืนยันที่จะให้คลอดที่ รพ. ด้วยเหตุผลว่าเคยทำสำเร็จมาแล้ว. ในระหว่างการคลอดต้องใช้ vacuum ช่วย มีปัญหาเด็กเป็นท่า OPP ดึง vacuum ไปสามรอบ และสุดท้ายเด็กเสียชีวิต.

หลังเกิดเหตุ แพทย์เจ้าของ case ดูเหมือนทองไม่รู้ร้อน บอกว่าพยาบาลไม่รายงาน และบอกกับแม่เด็กว่าแม่เด็กมีปัญหาเรื่องการเบ่ง.

การเสียชีวิตเนื่องจากการดูแลรักษาในโรงพยาบาลถือว่าเป็นภาวะไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงที่สุด ที่จะต้องมีการทบทวนและวางมาตรการป้องกัน. จากการมองย้อนหลังจะเห็นคำตอบได้ง่ายเพราะทราบผลลัพธ์สุดท้ายอยู่แล้วว่ามารดารายนี้ถ้าส่งต่อไปรับการดูแลที่ รพ.จังหวัดและได้รับการผ่าตัดคลอด จะเกิดความปลอดภัยแก่ทารก. ขั้นตอนที่สำคัญคือการประเมินและตัดสินใจว่าจะส่งต่อหรือไม่ ซึ่งผู้เกี่ยวข้องต้องมาพูดคุยกันและกำหนดเกณฑ์ตัดสินใจให้ชัดเจน โดยอาศัย scientific-evidence และแนวปฏิบัติขององค์กรวิชาชีพ. **แต่การกำหนดไม่เพียงพอที่จะนำไปสู่การปฏิบัติ จำเป็นต้องมีมาตรการอื่นประกอบ** เช่น มีความชัดเจนว่าใครเป็นผู้ประเมินผู้ป่วยบ้าง ถ้าความเห็นไม่ตรงกันจะทำอย่างไร ถ้าประเมินแล้วเข้าเกณฑ์ว่าควรจะส่งต่อ แต่แพทย์เจ้าของไข้ไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ จะมีมาตรการอย่างไรเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยจะปลอดภัยที่สุด. สุดท้ายหนีไม่พ้นที่ผู้อำนวยการจะต้องเข้ามาตัดสินใจบนพื้นฐานของความปลอดภัยของผู้ป่วย และการที่ผู้อำนวยการจะเข้ามา take action ได้ จะต้องให้อำนาจพยาบาลในการรายงานตรงต่อผู้อำนวยการ. พยาบาลจะสามารถรายงานตรงต่อผู้อำนวยการได้ต้องมีการจัดทำนโยบายของโรงพยาบาลที่ชัดเจนไว้รองรับเพื่อมิให้เกิดข้อขัดแย้งระหว่างบุคคลขึ้นในอนาคต. นโยบายนั้นต้องเกิดจากความยินยอมพร้อมใจของทุกฝ่ายโดยทำความเข้าใจว่าเป็นไปเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย. ด้วยระบบที่ดี จะสามารถปกป้องคุ้มครองให้แพทย์กระทำในสิ่งที่ถูกต้อง แม้ว่าในช่วงแรกจะก่อให้เกิดความอึดอัดใจแก่แพทย์อยู่บ้างก็ตาม.

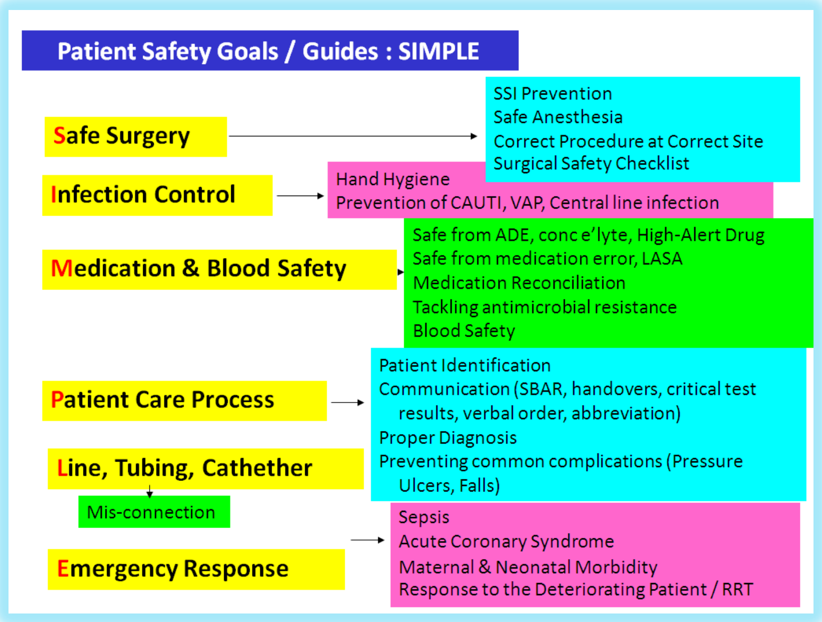


กระบวนการ HA (Hospital Accreditation) พยายามทำอะไรบ้างเพื่อส่งเสริมให้เกิดระบบงานที่เอื้อต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

1. มาตรฐาน HA ฉบับปีกาญจนาภิเษก (2539) ระบุกิจกรรมทบทวนคุณภาพที่พึงกระทำไว้.

2. เมื่อมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า HA ปรับตัวให้มีบันไดสามขั้นสู่ HA (2545) และในบันไดขั้นที่หนึ่งนั้น จะเน้นกิจกรรมพื้นฐานของการพัฒนาคุณภาพร่วมกับกิจกรรมทบทวนคุณภาพสำคัญซึ่งให้แนวทางไว้ 12 กิจกรรม.

3. ออกมาตรฐาน HA ฉบับที่ 2 (2549) มีข้อกำหนดเกี่ยวกับระบบบริหารความเสี่ยงที่ชัดเจน.

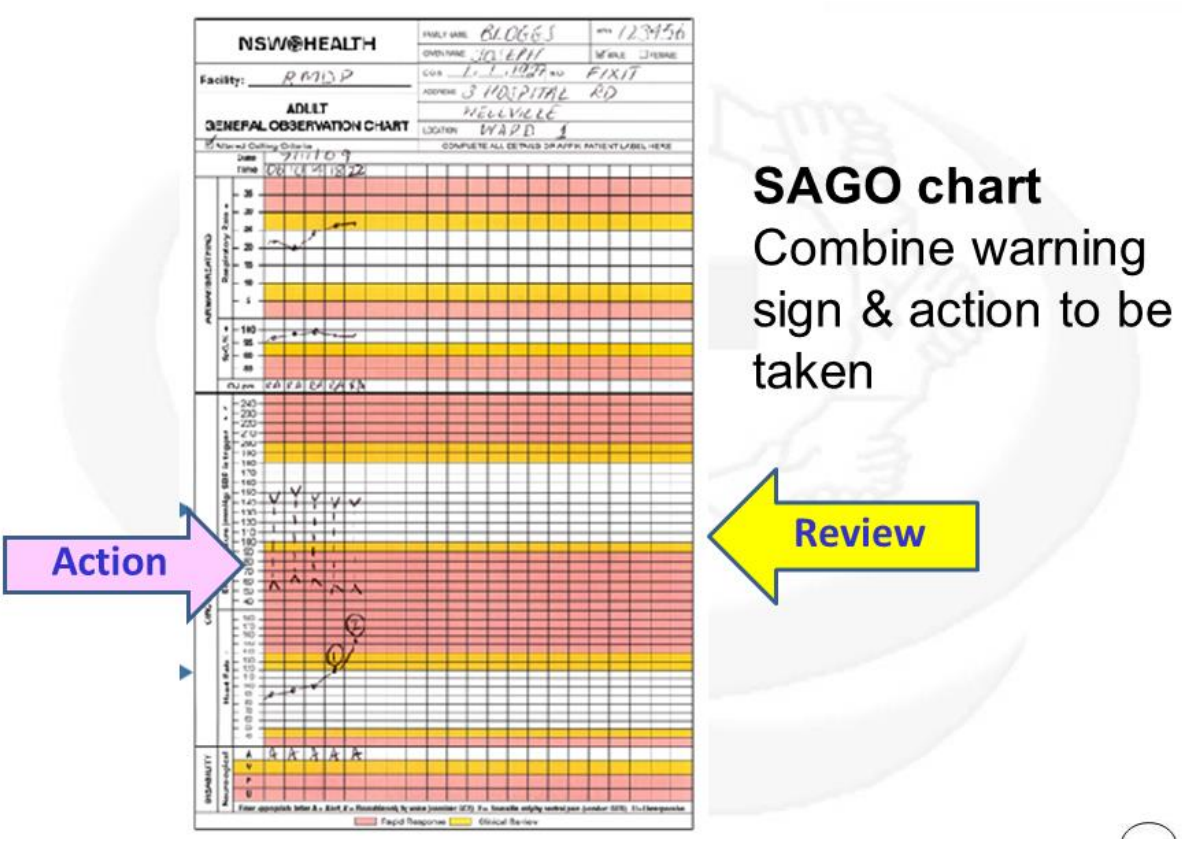


4. มีการกำหนด Thai Patient Safety Goal ขึ้นเพื่อชักชวนให้ รพ.ต่างๆ สนใจประเด็นความปลอดภัยที่สำคัญร่วมกัน โดยกำหนดฉบับแรกเมื่อปี 2549 และมีการปรับปรุงหมวดหมู่เป็น SIMPLE ในปี 2551 ถือว่าเป็นประมวล evidence-based guideline มาให้ง่ายต่อการนำไปใช้.

5. นำ trigger tool ซึ่ง IHI แนะนำไว้ มาดัดแปลงเพื่อค้นหาเวชระเบียนที่มีความเสี่ยงสูงมาทบทวนวิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ และออกแบบระบบงานใหม่เพื่อให้มีความปลอดภัยยิ่งขึ้น (2550).

6. จัดให้มีการพบปะเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ในลักษณะชุมชนนักปฏิบัติ (CoP) สำหรับหน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูง และสรุปบทเรียนเพื่อเผยแพร่ในวงกว้าง (2555).

7. สิ่งที่อยากจะทำคือการรวบรวมคำตอบในการแก้ปัญหาความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในที่ต่างๆ เผยแพร่เพื่อให้แต่ละ รพ.ตรวจสอบและปรับปรุงระบบงานของตน. เป็นการฉีกแนวจากที่ประเทศต่างๆ พยายามจัดให้มีระบบรายงานความเสี่ยงเข้ามารวมศูนย์ แต่เราพยายามจะก้าวข้ามเรื่องความเสี่ยงไปสู่ทางออกในการป้องกันและนวตกรรม.



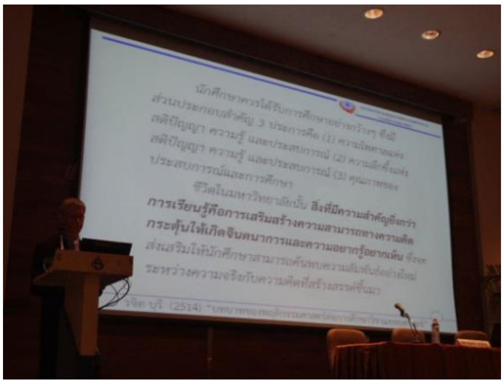
8. อีกประเด็นหนึ่งที่เห็นโอกาสปรับปรุงคือการบันทึกเวชระเบียน ทั้งในส่วนของการบันทึก vital sign ที่ควบรวมเอา early warning sign เข้ามาอยู่ในแบบฟอร์ม พร้อมที่จะทำให้ตัดสินใจได้ทันทีเมื่อจุดบันทึก vital sign ลงไป ดังเช่น SAGO chart ของ NSW, และการบันทึก progress note ในเชิง conceptual ที่อาจจะใช้แผนภูมิความสัมพันธ์ เพื่อช่วยให้เข้าใจปัญหาของผู้ป่วย ที่มาที่ไปของความคิด และข้อสงสัยที่ยังคงอยู่ ซึ่งจะเอื้อให้ผู้ที่มิใช่เจ้าของไข้สามารถเข้าใจสถานการณ์ของผู้ป่วยที่ซับซ้อนและความเป็นมาตั้งแต่เริ่มแรก มากกว่าที่จะดูแต่ปัญหาเฉพาะหน้าในขณะนั้น.

ส่งท้าย

ผมต้องขออภัยหากการเล่าของผมในวันนี้มิได้ครอบคลุมองค์ประกอบในเรื่องภูมิคุ้มกันสำหรับวิชาชีพเวชกรรมอย่างสมบูรณ์, หากแต่มุ่งเน้นที่จะใช้ประสบการณ์และความคิดที่ผ่านเข้ามา เป็นตัวเติมเต็มให้กับสิ่งที่ทุกท่านรับรู้กันอยู่แล้ว.

ผมขอเชิญชวนทุกท่านได้ส่งใจระลึกถึง ศ.นพ.รจิต บุรี และผมขอจบปาฐกถาในวันนี้ด้วยบทสรุปของท่านในบทความ “บทบาทของพฤติกรรมศาสตร์ต่อการศึกษาวิชาแพทยศาสตร์” ว่า

“มีหลักฐานมากมายที่แสดงให้เห็นว่าแพทย์ได้เปลี่ยนทัศนคติไปจากที่เคยตั้งมั่นไว้ขณะที่เป็นนักศึกษาแพทย์อย่างเห็นได้ชัด เปลี่ยนไปจากความสนใจ เข้าใจ และเห็นใจคนไข้ในฐานะมนุษย์คนหนึ่งที่เป็นบุถุชนเช่นเดียวกับตน กลายเป็นความเย็นชาไม่สนใจสิ่งอื่นนอกไปจากการวินิจฉัยโรคตามหลักวิทยาศาสตร์และการรักษา “โรค” เท่านั้นเอง ความเห็นใจคนไข้ในฐานะมนุษย์คนหนึ่งลบเลือนหายไป



นักศึกษาควรได้รับการศึกษาอย่างกว้างๆ ซึ่งมีส่วนประกอบสำคัญ 3 ประการคือ (1) ความไพศาลแห่งสติปัญญา ความรู้ และประสบการณ์ (2) ความลึกซึ้งแห่งสติปัญญา ความรู้ และประสบการณ์ (3) คุณภาพของประสบการณ์และการศึกษา

ชีวิตในมหาวิทยาลัยนั้น สิ่งที่มีความสำคัญยิ่งกว่าการเรียนรู้คือการเสริมสร้างความสามารถทางความคิด กระตุ้นให้เกิดจินตนาการและความอยากรู้อยากเห็น ซึ่งจะส่งเสริมให้นักศึกษาสามารถค้นพบความสัมพันธ์อย่างใหม่ระหว่างความจริงกับความคิดที่สร้างสรรค์ขึ้นมา

จุดประสงค์ของการศึกษาขั้นสูงโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับวิชาชีพ เช่น แพทยศาสตร์ ควรจะรวมถึง (1) การเสริมสร้างความชำนาญสำหรับการเป็นกำลังงานในแต่ละส่วนอย่างเหมาะสม (2) การส่งเสริมพลานุภาพแห่งดวงจิต (3) เพื่อความเจริญก้าวหน้าของการศึกษา (4) เพื่อถ่ายทอดลักษณะประเพณีและมาตรฐานของประชากร

การศึกษาที่มีประโยชน์ควรจะรวมถึงการฝึกหัดให้รู้สภาวะของตัวเอง ของสังคมของตน และสังคมของผู้อื่น สภาวะของโลก และความจริงที่ยอมรับว่าเป็นความจริงให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้”

ด้วยจิตคารวะในพระคุณและความเมตตาของ ศ.นพ.รจิต บุรี และคณาจารย์รามาธิบดีทุกท่าน ที่ได้ก่อกำเนิดเมล็ดพันธุ์ของแพทย์ที่รับผิดชอบต่อสังคมรุ่นแล้วรุ่นเล่า พร้อมที่จะออกไปเติบโตเพื่อทำประโยชน์แก่สังคมในวงกว้าง.

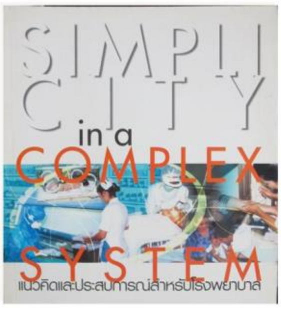
สวัสดีครับ.

กระบวนการ HA ของไทยเป็นระบบที่มีเอกลักษณ์ของตนเอง อาศัยแนวคิดเชิงบวก เน้นการเรียนรู้ มีการปรับตัวอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ทันกับความต้องการและความคาดหวังต่อระบบสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ผสมผสานมิติเรื่องจิตวิญญาณเข้ากับระบบคุณภาพและการจัดการความรู้. กระบวนการครอบคลุมกว้างขวาง ได้รับการยอมรับและความร่วมมือในระดับที่น่าพอใจ. เป็นการเตรียมองค์กรให้มีความพร้อมที่จะรับการพัฒนาในเป้าหมายที่ท้าทายยิ่งขึ้นเรื่อยๆ, และเป็นส่วนหนึ่งของการเพิ่มภูมิคุ้มกันให้กับทุกวิชาชีพที่ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย.

การจัดประชุมวิชาการประจำปีของ HA ถือว่าเป็นปูมบันทึกพัฒนาการทางความคิดและการเคลื่อนไหวของ HA ในแต่ละช่วงเวลา เป็นการเชื่อมต่อกระแสโลกกับความสนใจของผู้คนในระบบสุขภาพของไทย. เราจัดประชุมวิชาการโดยเน้นให้มีความสนุกและจุดประกายผู้คน ผ่านเรื่องเล่าและความสำเร็จในที่ต่างๆ ควบคู่กับการชี้ชวนให้สนใจมองระบบด้วยแว่นหรือมุมมองที่ต่างออกไป เพื่อให้เกิดพลังที่จะก้าวออกจากจุดที่เป็นอยู่. เราเปิดรับข้อเสนอของทุกฝ่ายที่อยากมีส่วนร่วม. เราทำให้ผู้เข้าประชุมรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของการจัดประชุม จากผู้เข้าร่วมประชุม 1,000 คนในการประชุมครั้งแรก เพิ่มมาเป็น 8,000 คนในการประชุมครั้งที่ 14 เมื่อต้นปีนี้.

ผมจะขออนุญาตย้อนและย่อเวลาเพื่อให้เห็นพัฒนาการของความคิดดังกล่าว ว่ามีที่มาที่ไปอย่างไร และจะมีส่วนต่อการสร้างภูมิคุ้มกันสำหรับวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างไร.

การประชุมครั้งที่ 3 (2545) Simplicity in a Complex System (ความเรียบง่ายในระบบที่ซับซ้อน)



3rd HA National Forum (2545)

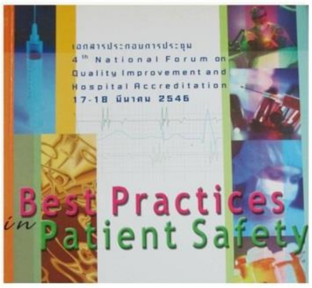
ระบบซับซ้อนที่ปรับตัวได้ต้องเป็นระบบเปิด
มีหนทางที่เรียบง่ายกว่าเสมอถ้าจะค้นหา

เป็นช่วงที่แนวคิดเรื่อง complex adaptive system ระบบซับซ้อนที่ปรับตัวได้ กำลังเป็นที่สนใจของประเทศตะวันตก, แต่ระบบที่ซับซ้อนนั้นทำงานภายใต้ simple rule. วิธีการทำงานที่ยุ่งยากซับซ้อนนั้นมีวิธีการที่เรียบง่ายกว่าเสมอหากจะพยายามค้นหา, แต่บ่อยครั้งที่ยิ่งแก้ปัญหา เรายิ่งทำให้ระบบซับซ้อนมากขึ้น.

ระบบจะปรับตัวได้ต้องเป็นระบบเปิดที่จะรับรู้การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมภายนอก. ระบบของเราที่เกี่ยวข้องกับสังคม จำเป็นต้องเป็นระบบเปิดที่จะรับรู้และตอบสนองความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ระบบที่ปรับตัวไม่ได้จะไม่สามารถอยู่รอดได้. ข้อนี้เป็นอุทาหรณ์สำคัญที่พวกเราต้องตระหนัก เมื่อเกิดความ

สูญเสียขึ้น สังคมต้องการความมั่นใจว่าจะไม่เกิดเหตุซ้ำมากกว่าคำอธิบาย เป็นความท้าทายที่เราจะให้ความมั่นใจนั้นแก่สังคม.

การประชุมครั้งที่ 4 (2546) Best Practice for Patient Safety



4th HA National Forum (2546)

ก้าวให้พ้นการกล่าวโทษ มาสืบสาวปัญหาที่ฝังในระบบ
ปกป้องผู้ปฏิบัติงานมิให้เป็นเหยื่อจากระบบที่ตนไม่มีอำนาจควบคุม

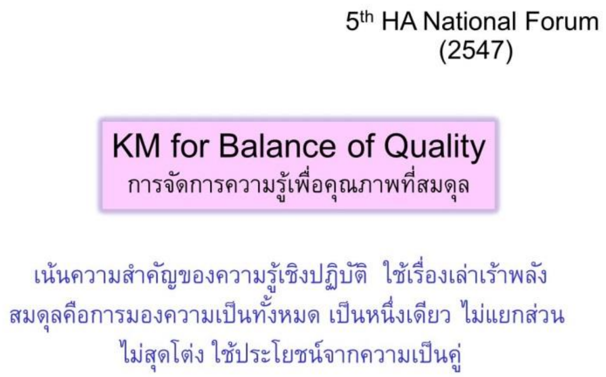
เป็นการเกาะติดสถานการณ์ที่มีการประชุมนานาชาติเรื่อง patient safety ที่สิงคโปร์ในปีก่อนหน้านั้น. เป็นโอกาสให้มีการทบทวนและเรียนรู้แนวคิดเกี่ยว patient safety ซึ่งนับว่าเป็นเรื่องใหม่ในขณะนั้น ควบคู่กับวิธีการในการค้นหาและใช้ประโยชน์จาก best practice เพื่อให้เราสามารถเดินได้เร็วขึ้น ถึงเป้าหมายได้เร็วขึ้น.

การนำแนวคิดเรื่อง “ความปลอดภัย” เข้ามาใช้ ทำให้เห็นความสำคัญของการเปลี่ยนวิธีคิดและวัฒนธรรมองค์กร ที่จะต้องก้าวไปให้พ้นจากบรรยากาศของการกล่าวโทษหรือหาตัวผู้กระทำผิด มาสู่การยอมรับความจริง การให้อภัย, แต่ไม่หยุดที่จะสืบสาวให้ถึงรากของปัญหาที่ฝังอยู่ในระบบใหญ่ขององค์กร.

เป็นการจุดประกายให้เกิดความพร้อมใจในการเคลื่อนไปในทิศทางที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมไทย และเพื่อปกป้องผู้ปฏิบัติงานมิให้เป็นเหยื่อของการถูกกล่าวหาจากความบกพร่องของระบบซึ่งตนเองไม่มีอำนาจควบคุม. อีกทั้งเพื่อเป็นจุดเริ่มต้นในการทำความเข้าใจกับสังคมว่าการกล่าวโทษ ฟ้องร้อง ลงโทษ ด้วยหวังให้เกิดความหลาบจำและมีความระมัดระวังมากขึ้นนั้น มิได้ก่อให้เกิดประโยชน์ใดๆ แต่กลับจะทำให้กระบวนการปรับปรุงเพื่อแก้ไขที่ต้นเหตุของปัญหากลายเป็นเรื่องยาก.

เป็นหน้าที่ของเราทุกคนที่จะแสดงให้สังคมเห็นความมุ่งมั่นที่จะปรับปรุงระบบบริการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในลักษณะที่ยั่งยืน ไม่ฉาบฉวย เต็มใจที่จะขุดเข้าไปปรับรื้อระบบซึ่งเป็นรากเหง้าของปัญหา ขณะเดียวกันให้ข้อมูลแก่สาธารณะเพื่อให้เกิดความเข้าใจธรรมชาติที่แท้จริงของบริการสุขภาพ ซึ่งเต็มไปด้วยความไม่แน่นอน ความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ และบทบาทของผู้รับบริการในการป้องกันสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ดังกล่าว.

การประชุมครั้งที่ 5 (2547) Knowledge Management for Balance of Quality (การจัดการความรู้เพื่อคุณภาพที่สมดุล)



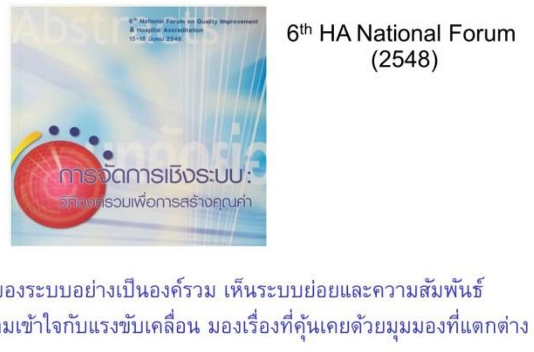
การจัดการความรู้เป็นกระแสที่กำลังก่อตัวขึ้นในช่วงนั้น เป็นการให้คุณค่ากับความรู้ที่เกิดจากการปฏิบัติควบคู่กับการประยุกต์ใช้ความรู้ที่มีหลักฐานพิสูจน์รองรับ โดยมีเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพที่สมดุลในมุมมองและความคาดหวังต่างๆ ทั้งประสบการณ์ของผู้ป่วย ข้อกำหนดของวิชาชีพ และคุณภาพของการบริหารจัดการ.

การประชุมครั้งนี้เป็นจุดเริ่มต้นที่ทำให้เราส่งเสริมให้มีการใช้ "เรื่องเล่าเร้าพลัง" (springboard storytelling) ในการนำเสนอของวิทยากรต่อเนื่องมาถึงปัจจุบัน และกระตุ้นให้ผู้ฟังสร้างเรื่องที่สองของตนเองไปด้วยขณะรับฟัง.

เหตุที่หยิบยกเรื่องคุณภาพที่สมดุลขึ้นมา เพราะถ้าไม่สมดุลแล้วจะเกิดเป็นภาวะสุดโต่ง ยากที่จะทนทาน เกิดสิ่งเป็นพิษสะสม เกิดความเอียง ไม่สมบูรณ์ ทรงตัวอยู่ไม่ได้.

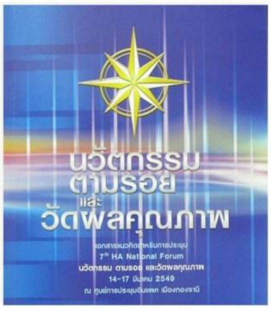
สมดุลคือการมองให้เห็นความเป็นทั้งหมด ความเป็นหนึ่งเดียว ไม่แยกส่วน. ถ้ามีของคู่ อย่ายึดถือแบบสุดโต่งไปด้านใดด้านหนึ่ง, ใช้ประโยชน์จากความเป็นคู่แทนที่จะทำลายหรือละเลยด้านหนึ่งด้านใด. เปิดใจรับฟังและพยายามทำความเข้าใจกับความคิดของผู้อื่นเพื่อนำจุดร่วมมาใช้ในการทำงาน.

การประชุมครั้งที่ 6 (2548) Systems Approach: A Holistic Way to Create Value (การจัดการเชิงระบบ: วิถีองค์รวมเพื่อการสร้างคุณค่า)



Systems approach คือการมองระบบอย่างเป็นองค์รวม เห็นระบบย่อยและความสัมพันธ์ของระบบย่อยภายระบบใหญ่, เห็นทั้งสิ่งที่สัมผัสได้ชัดแจ้งและสิ่งที่เป็น intangible, ทำความเข้าใจระบบตามสภาพความเป็นจริงที่เป็นอยู่, ทำให้เข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นว่ามีแรงขับเคลื่อนอะไรอยู่เบื้องหลังต่อความสำเร็จหรือความไม่สำเร็จ. ว่าไปแล้วก็เป็นสิ่งที่ต่อเนื่องจากคุณภาพที่สมดุล คือการมองให้เห็นความเป็นทั้งหมด. ความเข้าใจนี้จะนำไปสู่การมองเห็นโอกาสที่จะจัดเหตุปัจจัยให้เอื้อต่อการนำองค์กรของเราไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ, เป็นการจัดการหรือดำเนินงานที่ผ่านการวิเคราะห์อย่างรอบด้าน เพื่อไม่ให้การแก้ปัญหานั้นเกิดปัญหาตามมา หรือเกิดผลกระทบในทางลบต่อส่วนอื่นๆ, เกิดการเปลี่ยนแปลงในลักษณะของการเสริมแรง คือยิ่งทำยิ่งเบาแรง มิใช่ยิ่งทำยิ่งต้องออกแรงมากขึ้น. การใช้มุมมองเชิงระบบ เป็นการมองเรื่องที่เราคุ้นเคยด้วยมุมมองที่แตกต่างออกไป เพื่อหาโอกาสและวิธีการใหม่ๆ ในการทำงาน.

การประชุมครั้งที่ 7 (2549) Innovate, Trace & Measure (นวตกรรม ตามรอย และวัดผลคุณภาพ)



7th HA National Forum
(2549)

เติมจุดอ่อนของการพัฒนา
การตามรอยคือภาคปฏิบัติของแนวคิดเชิงระบบ

เป็นการเติมจุดอ่อนของการพัฒนาให้มุ่งเน้นไปที่การคิดค้นนวตกรรมเชิงระบบ การวัดผล และนำแนวคิดเชิงระบบมาขยายผลสู่การปฏิบัติด้วยการตามรอย. ตามเข้าไปดูสถานการณ์จริง ตามรอยเพื่อให้เห็นความเชื่อมต่อของกระบวนการทำงานที่ออกแบบไว้จนเห็นภาพทั้งหมดของระบบ เห็นทั้งจุดแข็งและจุดอ่อน เห็นทั้งกระบวนการพัฒนาและเนื้อการพัฒนา เห็นทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน.

การประชุมครั้งที่ 8 (2550) Humanized Healthcare การดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์

8th HA National Forum
(2550)

ทุกคนมีเมล็ดพันธุ์แห่งความดี
ได้ยินเรื่องดีๆ แล้วจิตขึ้น
มองทั้ง "คน" และ "ไข้"

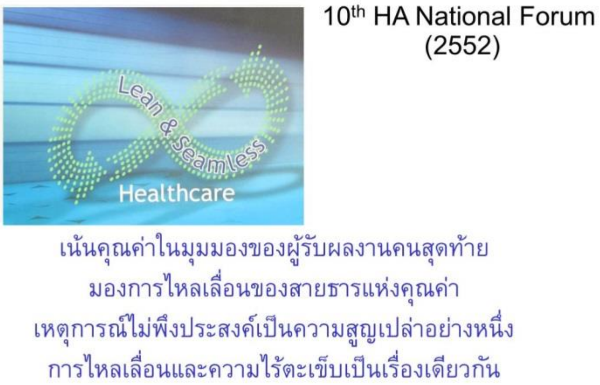
เป็นสิ่งที่ได้รับการจุดประกายจาก ศ.นพ.ประเวศ วะสี และ ดร.นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ จากการประชุมในปีที่ผ่านมา โดยกระตุ้นให้พวกเราสร้างยุคที่ 2 ของการสาธารณสุขไทย ต่อเนื่องจากยุคที่ 1 คือระบบบริการสุขภาพที่ทันสมัยมาสู่ระบบบริการสุขภาพที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์, นำพระบรมราโชวาทเรื่อง “ความเป็นคน” มาพิจารณาอย่างลึกซึ้งและคลี่ออกไปเป็นการปฏิบัติ, มองเห็นทั้ง “ไข้” และ “คน”. ทั้งนี้โดยถือว่าทุกคนมีเมล็ดพันธุ์แห่งความดีอยู่ในหัวใจที่เมื่อความดีไปสัมผัสเข้า จิตจะขึ้น เกิดความปลาบปลื้มยินดีและอยากร่วมมือทำสิ่งดีๆ ที่เรียกว่าทำให้เยียวยาโลกได้.

การประชุมครั้งที่ 9 (2551) Living Organization (องค์กรที่มีชีวิต)

องค์กรที่มีชีวิตมีความต่อเนื่องกับเนื้อหาหลักของการประชุมครั้งที่ผ่านมา เป็นมิติทางจิตวิญญาณทั้งสองเรื่อง. จากการมุ่งเน้นสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วย มาสู่การมุ่งเน้นสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการด้วยกัน. เป็นการเติมเต็มให้กับกระบวนการพัฒนาคุณภาพ ให้มีความละเอียดอ่อนและเข้าถึงหัวใจของการพัฒนาได้ดียิ่งขึ้น. ทำให้เห็นความสัมพันธ์และความเป็นชุมชนภายในองค์กรที่จะต้องใช้ความไม่เป็นทางการเข้ามาเติมเต็มให้เกิดความหมายแต่ผู้ทำงานให้มากขึ้น ในด้านการสร้างจิตวิญญาณและการเรียนรู้ขององค์กร เพื่อให้เป็นองค์กรที่มีคุณค่า มีความหมาย และมีความยั่งยืน.

กระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของประเทศไทยได้ก้าวเข้ามาสู่จุดที่ท้าทายที่สุด ที่จะสร้างสมดุลระหว่างการพัฒนาจากกรอบคิดของประเทศที่พัฒนาแล้ว กับการพัฒนาที่มีมิติทางจิตวิญญาณซึ่งมีรากฐานมาจากปรัชญาตะวันออก. ผู้ที่อยู่ร่วมในกระบวนการจะต้องมีความเชื่อมั่นในทิศทางนี้ สร้างบทเรียนด้วยตนเอง และช่วยกันเติมเต็มให้แก่กันและกัน ด้วยตระหนักว่าแต่ละคน แต่ละองค์กร แต่ละภาคส่วน ล้วนมีความไม่สมบูรณ์ในตนเอง หากยอมรับความไม่สมบูรณ์นั้นและร่วมมือกันพัฒนา ความไม่สมบูรณ์นั้นก็จะค่อยลดลง. เราอาจจะไม่สามารถเป็นผู้นำโลกได้หากจะต้องใช้ทุนที่เป็นสิ่งของ เงิน เทคโนโลยี แต่เราสามารถเป็นผู้นำโลกได้ด้วยปัญญา ด้วยการสอดใส่มิติทางจิตวิญญาณ มิติที่เป็นนามธรรม เข้าในกระบวนการพัฒนาของเรา.

การประชุมครั้งที่ 10 (2552) Lean & Seamless Healthcare



Lean & Seamless Healthcare มีความน่าสนใจในแนวคิดที่เน้นคุณค่าในมุมมองของผู้รับผลงานคนสุดท้าย. ไปไกลกว่าความพึงพอใจ ไกลกว่ามาตรฐานวิชาชีพ ก้าวข้ามการแยกส่วนในองค์กรและระหว่างองค์กร. แต่ต้องมองให้ออกถึงการไหลเลื่อนของสายธารที่สรรสร้างคุณค่าเพื่อให้เกิดผลิตภัณฑ์หรือยกระดับสถานะสุขภาพของผู้รับบริการไปสู่สภาวะที่ใกล้เคียงกับอุดมคติให้มากที่สุด โดยไม่มีอุปสรรคขัดขวางต่อการไหลเลื่อนดังกล่าว ไม่มีความล่าช้า ไม่มีความสูญเปล่า.

ในช่วงนั้นมีการทำโครงการนำร่องในการประยุกต์ใช้แนวคิด Lean กับบริการสุขภาพ. เป็นโอกาสให้โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการได้เข้าใจความหมายของการมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางที่แท้จริง เมื่อนำเอามิติของความสูญเปล่าเข้ามาพิจารณา เปลี่ยนจากการปรับปรุงในส่วนที่เป็นกระบวนการที่สร้างคุณค่ามาเป็นการขจัดกระบวนการที่ไม่สร้างคุณค่าออกไปจากระบบงานของเรา. ยิ่งเราทำให้ Lean หรือขจัดสิ่งที่ไม่เกิดประโยชน์ได้มากเท่าไร เราก็ยิ่งสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้มากขึ้น. ความสูญเปล่าส่วนหนึ่งก็คือการแก้ไขภาวะไม่พึงประสงค์หรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น. นอกจากการลดเวลารอคอย, การปรับปรุง flow, การใช้ visual management เพื่อให้ทุกคนทำงานได้อย่างถูกต้อง, การป้องกันความเสี่ยงก็เป็นส่วนหนึ่งของ Lean เมื่อนำมาประยุกต์ใช้กับโรงพยาบาล.

ส่วนเรื่อง seamless เป็นเสียงเรียงร้องของผู้ที่ทำงานในส่วนภูมิภาคที่ต้องการเป็นระบบส่งต่อระหว่างบริการระดับต่างๆ ดีขึ้น จึงได้นำคำว่า seamless healthcare มาปลุกความสนใจ และในที่สุดก็พบว่าการไหลเลื่อนใน Lean และ ความไร้ตะเข็บ (seamless) เป็นเรื่องที่ส่งเสริมและเกื้อหนุนกันและกันแทบจะกลายเป็นเรื่องเดียวกัน.

การประชุมครั้งที่ 11 (2553) Flexible & Sustainable Development (การพัฒนาที่ยืดหยุ่นและยั่งยืน)

11th HA National Forum
(2553)

ลดความแข็งตัวของการพัฒนาตามรูปแบบ
ความยั่งยืนของการพัฒนา
ความยั่งยืนขององค์กร
ความยั่งยืนของสังคม

เป็นการเล่นอักษรตัว ย.ยักษ์ เนื่องจากเห็นว่ายิ่งพัฒนาไป รพ.เริ่มประสบปัญหาจากระบบคุณภาพที่แข็งตัว. มีข้อกำหนดและเครื่องมือต่างๆ ที่ต้องปฏิบัติตามมากมาย สุดท้ายอาจจะไม่เกิดประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วย, จึงนำเรื่องความยืดหยุ่นมาพิจารณากันว่าจะมีที่ใช้ในระบบคุณภาพของโรงพยาบาลได้อย่างไร.

การพัฒนาที่ไม่สอดคล้องกับความคิดของสมาชิกในองค์กร เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การพัฒนาไม่ประสบผลและไม่สามารถธำรงไว้ได้. เครื่องมือและแนวคิดการพัฒนาต่างๆ มากมายอาจจะเป็นปัญหาเมื่อนำไปใช้หากไม่ทำความเข้าใจแนวคิดให้ชัดเจน ปรับใช้ให้เหมาะสมและเรียบง่าย. การใช้เครื่องมือและแนวคิดการพัฒนาโดยติดกรอบหรือให้ความสำคัญกับรูปแบบมากกว่าหลักคิด ก่อให้เกิดภาระงานที่ไม่จำเป็นและความทุกข์, ขณะที่การพัฒนาโดยไม่ใช้เครื่องมือมาช่วยก็อาจทำให้ไม่เห็นประเด็นสำคัญหรือใช้เวลามากเกินกว่าที่ควร. การพัฒนาอย่างยืดหยุ่นโดยคำนึงถึงเป้าหมายของเครื่องมือและบริบทของตนเอง จึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญไม่แพ้เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน.

ส่วนเรื่องความยั่งยืนนั้นมีที่มาจากข้อห่วงกังวลว่าการพัฒนาต่างๆ ที่ทำกันอยู่นั้นจะยั่งยืน ไม่เป็นไฟไหม้ฟางได้อย่างไร. จุดร่วมของสองเรื่องนี้ก็คือยิ่งแข็งตัวยิ่งไม่ยั่งยืน, ขณะเดียวกันองค์กรที่ยั่งยืนนั้นเป็นเป้าหมายของเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ. เมื่อทบทวนไปก็จะพบว่าแนวคิดเรื่องการพัฒนาที่ยั่งยืนของพระพรหมคุณาภรณ์นั้น เหนือชั้นกว่าแนวคิดของประเทศตะวันตกและองค์กรผู้ให้ทุนทั้งหลาย เพราะท่านเน้นการพัฒนาคนเป็นสำคัญ ไปจนถึงเป้าหมายความยั่งยืนของโลกและมนุษยชาติว่าต้องเป็นการพัฒนาที่ไม่เบียดเบียนธรรมชาติ.

การประชุมครั้งที่ 12 (2554) Beauty in Diversity (ความงามในความหลากหลาย)

12th HA National Forum
(2554)

มองให้เห็นและใช้ประโยชน์จากความหลากหลายอย่างรู้เท่าทัน
ความหลากหลายในระบบบริการสุขภาพ
ความหลากหลายในระบบคุณภาพ
ที่ยืนของความหลากหลายในการพัฒนาคุณภาพ

ความงามในความหลากหลาย คือการสัมผัส มองให้เห็น ชื่นชม และใช้ประโยชน์ จากคุณค่าของความหลากหลายอย่างรู้เท่าทัน.

ธรรมชาติอันยิ่งใหญ่สร้างโลกมาพร้อมกับความหลากหลายของสิ่งมีชีวิตและสิ่งไม่มีชีวิต, ความหลากหลายดังกล่าวก่อให้เกิดระบบนิเวศซึ่งต่างพึ่งพิงกันและกัน งอกงาม ดำรงอยู่ ปรับตัว แตกเหล่าขยายพันธุ์ ทวีความหลากหลาย. มนุษย์ก็เป็นส่วนหนึ่งของความหลากหลายดังกล่าว มีความหลากหลายในเผ่าพันธุ์ ความคิด วิถีชีวิต ประเพณีวัฒนธรรม เกิดความเชี่ยวชาญและการแบ่งหน้าที่กันทำของบุคคลและชุมชน. การดำรงชีวิตด้วยปัจจัยพื้นฐานและความรื่นรมย์ ล้วนอาศัยความหลากหลายของสิ่งรอบตัวเรา. ความหลากหลายทางชีวภาพกลายเป็นปัจจัยสำคัญทางเศรษฐกิจ. ความหลากหลายทางสังคมและการดำรงชีวิตนำมาสู่การเลือกสรร เลียนแบบ ต่อยอด ก่อให้เกิดความสุขสบายในชีวิตของเรา เป็นผลพวงของการสะสมภูมิปัญญาของมนุษยชาติในทุกๆ ด้าน.

เป็นโอกาสให้มีการทบทวนความหลากหลายในระบบสุขภาพ ความหลากหลายในระบบคุณภาพ และที่ยืนของความหลากหลายในการทำงานคุณภาพ.

การประชุมครั้งที่ 13 (2555) The Wholeness of Life (เรียนรู้บูรณาการ งานกับชีวิต)

13th HA National Forum
(2555)

บูรณาการเป็นกระบวนการของชีวิต
ทำให้งานกับการพัฒนาด้านในของชีวิตเป็นหนึ่งเดียวกัน

เนื้อหาหลักของการประชุมครั้งนี้ได้รับการจุดประกายจากหนังสือ "เมล็ดพันธุ์ชีวิตบูรณาการ" ซึ่ง อ.ชัยวัฒน์ ถิระพันธุ์ และคณะ รวบรวมขึ้นจากประสบการณ์เรียนรู้ของนักทำงานและปฏิบัติการเพื่อสังคมในภาคเหนือตอนบน

สิ่งที่ผู้เขียนได้สังเคราะห์และรวบรวมเป็นหนังสือ “เมล็ดพันธุ์ ชีวิตบูรณาการ” คือ การทำความเข้าใจหลักปรัชญาบูรณาการ ภายใต้การนำหลักปรัชญาเต๋า พุทธธรรม ประสานกับความรู้จากวิทยาศาสตร์กระบวนทัศน์ใหม่ ทฤษฎีทางสังคมว่าด้วยความซับซ้อนที่เป็นพลวัตและระบบองค์กรที่มีชีวิต มาย่อยและเชื่อมร้อยหลักการความรู้ต่างๆ ให้เห็นภาพบูรณาการได้กระจ่างขึ้น และได้แนวทางเพื่อลงมือปฏิบัติบูรณาการได้ในสนามการทำงาน.

“บูรณาการไม่ใช่งาน แต่เป็นกระบวนการของชีวิต เราต้องฝึกฝนให้มีในตนทุกเมื่อ ที่ใด มีการบูรณาการ ที่นั่น มีความเจริญงอกงามของชีวิต”

การประชุมครั้งที่ 14 (2556) High Reliability Organization (HRO) องค์กรที่น่าไว้วางใจ

ตื่นรู้: ใคร่ครวญ คาดการณ์ เตรียมพร้อม ตาดู หูฟัง

แนวคิดองค์กรที่น่าไว้วางใจเป็นการเชื่อมต่อระหว่างการสร้างระบบคุณภาพกับการเน้นความมีสติตื่นรู้และการสร้างวัฒนธรรม HRO ให้ความสำคัญกับความตื่นรู้ห้าประการคือ ใคร่ครวญ คาดการณ์ เตรียมพร้อม ตาดู และ หูฟัง

(1) **ใคร่ครวญ** เป็นการตื่นรู้ทางความคิด ตรวจสอบความสัมพันธ์ของสรรพสิ่ง ไม่ด่วนอธิบายปัญหาหรือความล้มเหลวโดยเอาง่ายเข้าว่า แต่ความเข้าใจเหตุผลที่แท้จริงของความเสี่ยงที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ

(2) **คาดการณ์** เป็นการตื่นรู้ในใจ คาดว่ามีความเสี่ยงอะไรที่สามารถเกิดขึ้นได้ เมื่อมีเหตุการณ์เกือบพลาดเกิดขึ้น จะมองว่าเป็นเรื่องที่ต้องใส่ใจให้มากขึ้น

(3) **เตรียมพร้อม** เป็นการตื่นรู้ทางกาย เตรียมพร้อมรับมือทุกสถานการณ์ ฝึกฝนและเตรียมตัวที่จะตอบสนองเมื่อเกิดความล้มเหลวขึ้นในระบบ

(4) **ตาดู** เป็นการตื่นรู้ทางตา มองหาสิ่งผิดปกติรอบตัว ไวต่อสถานการณ์รอบตัว เป็นกุญแจสำคัญในการสังเกตพบความเสี่ยงและป้องกันความเสี่ยงเหล่านั้น

(5) **หูฟัง** เป็นการตื่นรู้ทางหู รับฟังและรับรู้เสียงของผู้คนรอบตัว รับฟังเสียงของผู้รู้จริง

นี่คือจุดบรรจบของการใช้แนวคิดด้าน spiritual ซึ่งก็คือความมีสติหรือความไม่ประมาทของสมาชิกแต่ละคน และการใช้ระบบกำกับ.

Spiritual Healthcare

การนำมิติจิตวิญญาณเข้ามาเป็นจุดเน้นในการพัฒนา เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ ทั้งโดยผู้ที่ทำงานในโรงพยาบาลเอง ชุมชนของผู้ใช้บริการ และชุมชนพัฒนานอกรั้วโรงพยาบาล.

กระบวนการ HA เป็นผู้เอื้ออำนวยให้ขับเคลื่อนไปข้างหน้าอย่างเป็นระบบ เก็บเกี่ยวความรู้และประสบการณ์มาขยายผล ยิ่งทำก็ยิ่งเห็นความสำคัญ และเห็นว่าสิ่งนี้เป็นเป็นตัวตั้งต้นที่สำคัญที่สุดในการสร้างภูมิคุ้มกันสำหรับวิชาชีพ.

ผมเคยเปรียบเทียบให้กับนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่สองฟังอย่างง่ายๆ ว่านึกถึงในสมัยโบราณที่เราไม่มียาและเทคโนโลยีทางการแพทย์เช่นในปัจจุบัน การบำบัดเยียวยาที่เกิดขึ้นในสมัยนั้นส่วนใหญ่แล้วเป็นผลด้านจิตวิญญาณ.

แม้ว่า spirituality จะเป็นนามธรรมที่เข้าใจยาก แต่ลองเปรียบให้เป็นก้อนหินดู. วงรอบของคลื่นที่เกิดจากการโยนก้อนหินลงในน้ำ เปรียบเสมือนผลกระทบของ spirituality ที่เกิดขึ้นกับตัวเรา และแผ่ขยายออกไปโดยรอบ สู่เพื่อนรอบตัว สู่ผู้รับบริการ สู่องค์กร สู่สิ่งแวดล้อมและสู่สังคมภายนอก.

Spirituality ที่เกิดขึ้นกับตัวเอง คือการฝึกฝนที่จะพัฒนาให้เราได้ใช้ “สติ” และ “ปัญญา” จนสามารถทนกับสภาวะบีบคั้นที่เกิดขึ้น และแบ่งปันพลังบวกให้กับผู้อื่นได้. หนังสือชื่อ How to Get the Buddhahood ซึ่ง รศ.นพ.สุรเกียรติ อาชานานุภาพ แปลและเรียบเรียงในชื่อว่า “5 ทางลัด เข้าถึงแก่นแท้ชีวิต” เป็นหนังสือที่ควรอ่านและนำมาฝึกฝนอย่างยิ่ง.

นพ.ยงยุทธ์ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ เน้นความสำคัญของการหยุดความคิดด้วยการอยู่กับลมหายใจที่เป็นปัจจุบัน มีสติอยู่กับกิจที่ทำ ใช้ระฆังแห่งสติเพื่อเตือนให้เรากลับมาอยู่กับลมหายใจของตัวเองให้บ่อยครั้งเท่าที่จะเป็นไปได้ ก็เป็นแนวทางฝึกฝนง่ายๆ อีกวิธีหนึ่ง.

Spirituality กับเพื่อนรอบตัว การไม่เข้าครอบครองและความรักสากล จะทำให้เรามีสัมพันธภาพที่ดีกับทุกคนที่อยู่รอบตัว จะไม่เกิดความรู้สึกเชิงลบกับคนรอบข้าง ไม่สร้างปัญหากับเพื่อนร่วมงาน พร้อมที่จะเป็นผู้รับรู้และช่วยคลี่คลายปัญหา. แบบฝึกหัดที่อาจจะเป็นประโยชน์ชุดหนึ่งคือการที่เรากลับมาปรับ

mindset ของเราเองในทุกครั้งที่เกิดปัญหากับเพื่อนร่วมงาน และหากเป็นไปได้ ทั้งสองฝ่ายร่วมกันยกระดับ mindset ขึ้นไปจนไม่เหลือความขัดแย้ง.

Spirituality ต่อผู้ป่วย เพียงเรามีความสงบเย็น การทำหน้าที่ผู้เยียวยาของเราจะเกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ เพียงการเข้าไปปรากฏกายของเราตรงหน้าผู้ป่วย ผู้ป่วยจะสัมผัสได้ถึงความหวัง ความตั้งใจ ก่อให้เกิดความมั่นใจซึ่งมีผลต่อการเยียวยาเป็นเบื้องต้น. เป็นสิ่งที่ท้าทายมากว่าผู้ประกอบวิชาชีพจะฝึกฝนตัวเราอย่างไรเพื่อขจัดตัวกวนในจิตใจต่างๆ ออกไป.

Spirituality กับองค์กร เมื่อเรารักเพื่อนรอบตัวและผู้ป่วยได้ ก็ไม่เป็นการยากที่เราจะรักเพื่อนร่วมงานทั้งองค์กร รักผู้บริหาร รักองค์กร ร่วมกับขับเคลื่อนเพื่อนำองค์กรฝ่าฟันอุปสรรคต่างๆ สู่ภาพฝันที่วาดไว้. มององค์กรเสมือนบ้านของตนเอง มองเพื่อนร่วมงานเสมือนพี่น้องในครอบครัว คอยเฝ้าระแวดระวังสัญญาณเตือนต่างๆ ที่ควรร่วมกันเข้าแก้ไข ไม่บั่นทอนพลังกันเองด้วยเรื่องเล็กน้อยเพื่อสงวนพลังไว้จัดการกับเรื่องใหญ่ๆ. เปิดโอกาสให้ผู้คนตีความหมายอย่างหลากหลาย พร้อมกันหาจุดร่วม หาคุณค่าร่วมกัน เพื่อให้ใช้พลังของความหลากหลายให้เกิดประโยชน์สูงสุด.

Spirituality กับสิ่งแวดล้อม ด้วยจิตวิญญาณที่เคารพต่อสิ่งแวดล้อมในที่ทำงาน เราจะไม่สร้างภาระให้กับคนอื่นในการดูแลสิ่งแวดล้อม, สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเยียวยาผู้ป่วยด้วยความเคารพและเห็นคุณค่าของสิ่งแวดล้อม.

Spirituality ต่อสังคม ต่อความยั่งยืนของโลกและมนุษยชาติ ความเติบโตทางเศรษฐกิจกำลังบั่นทอนความยั่งยืนของโลกใบนี้ลงเรื่อยๆ เราเบียดเบียนทุกอย่างที่อยู่รอบตัว การเบียดเบียนนั้นส่งผลลบกลับมาหาเรา แต่เรายังไม่รู้ตัวว่าเป็นเพราะพวกเรากันเอง.

เป็นเพราะพวกเรากันเองมิใช่หรือ ที่เพิกเฉยไม่ใส่ใจในการเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากบริการทางการแพทย์ ทำให้ผู้บริโภคต้องรวมตัวกันขึ้นมาเรียกร้อง จนพวกเรากันเองรู้สึกว่าถูกคุกคาม. เป็นพวกเรากันเองมิใช่หรือที่นำการพาณิชย์เข้ามาสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไม่ลืมหูลืมตา จนสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับวิชาชีพ กลายเป็นการทวงสิทธิระหว่างผู้ซื้อกับผู้ขายบริการ. หากจิตใจเรายังคงชาด้านต่อสภาพที่เกิดขึ้น ยังไม่ลดระดับของการเบียดเบียนกันและกันลง ก็ยากที่จะไปถึงสังคมในอุดมคติ จะมีแต่ความโกลาหลที่เพิ่มมากขึ้น.