





ชื่อหนังสือ การจัดการความรู้สู่องค์กรแห่งการเรียนรู้ :
บทเรียนเพื่อขับเคลื่อนงานสุขภาพจิต

ผู้เขียน นายแพทย์ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
หัวหน้ากลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต

พิมพ์ครั้งที่ 1 กันยายน 2560

จัดพิมพ์โดย กลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง
จังหวัดนนทบุรี 11000

จำนวนพิมพ์ 1,000 เล่ม

พิมพ์ที่ บริษัท ดีนาคู มีเดีย พลัส จำกัด



คำนิยม

หนังสือชุดนี้เป็นการประมวลงาน ของนายแพทย์ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ ผู้ทรงคุณวุฒิ กรมสุขภาพจิต เนื่องในโอกาสเกษียณราชการของท่านในปี 2560 เป็นภาพสะท้อนการทำงานวิชาการให้กับกรมสุขภาพจิตตั้งแต่ก่อตั้งกรม จนเกษียณอายุ ท่านได้สะสมความรู้ทางด้านสุขภาพจิตไว้มากมาย สมควรแก่ การที่จะรวบรวมไว้ให้เป็นหมวดหมู่ โดยจัดทำเป็น 5 เล่ม คือ

- 1) ประสบการณ์การทำงานสุขภาพจิต
 - 2) ศาสตร์ส่งเสริมป้องกันสุขภาพจิต
 - 3) การจัดการความรู้สู่องค์กรแห่งการเรียนรู้: บทเรียนเพื่อขับเคลื่อนงาน สุขภาพจิต
 - 4) บทเรียนการจัดทำข้อเสนอแนะสำหรับผู้บริหาร
 - 5) สร้างสุขด้วยสติในองค์กร(Mindfulness in Organization: MIO)
- หนังสือทั้ง 5 เล่ม ได้จัดทำด้วยวิธีการที่หลากหลายทั้งเอกสารทางวิชาการ การถอดเทปคำบรรยาย และการให้สัมภาษณ์ ทั้งนี้ก็เพื่อให้ได้เนื้อหาที่ครอบคลุม ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

กรมสุขภาพจิต หวังเป็นอย่างยิ่งว่างานวิชาการเหล่านี้ จะเป็นแรงบันดาลใจ ให้ผู้อ่านที่สนใจงานสุขภาพจิต ได้เรียนรู้และใช้ประโยชน์ให้กับสังคม สมดังความตั้งใจของท่านสืบไป

นาวาอากาศตรี 
(บุญเรือง ไตรเรืองวรรณ)
อธิบดีกรมสุขภาพจิต



คำนำ

กรมสุขภาพจิต เป็นที่รู้จักว่าเป็นหน่วยงานราชการที่มีความสามารถและความเข้มแข็งในการจัดการความรู้ จากวิสัยทัศน์ของผู้บริหาร และทีมจัดการความรู้ที่เข้มแข็งทำงานอย่างต่อเนื่อง สมควรแก่ “การจัดการความรู้” เพื่อประโยชน์กับผู้สนใจด้านนี้ ทั้งในและนอกกรมสุขภาพจิต

การจัดเนื้อหาจะเริ่มจากพัฒนาการของการจัดการความรู้ ซึ่งแบ่งไว้เป็น 3 ระยะต่อยอดการจัดการความรู้แบบที่แยกส่วน (KM และวิจัย) ให้เชื่อมโยงกัน บทถัดไปจะกล่าวถึงเส้นทางการจัดการความรู้กรมสุขภาพจิต และการต่อยอดการพัฒนางานสุขภาพจิตด้วย KM สู่ LO (Learning Organization) ทั้ง 4 เรื่อง ได้จากการถอดเทป คำบรรยาย อีกรบหนึ่งที่น่าสนใจและนำมาฝากผู้อ่าน คือ เรื่องเคล็ดลับการทำ KM อย่างมีความสุข มีคุณค่าและยั่งยืน เป็นการถอดเทปการอภิปรายในส่วนที่ผมได้ไปพูดที่มหาวิทยาลัยมหิดล ส่วน Benchmarking กับการพัฒนาคุณภาพสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช เป็นการบรรยายในการประชุมปฏิบัติการของกรมสุขภาพจิต สำหรับภาคผนวกเป็นเนื้อหาที่ผมเกี่ยวข้องด้วยบางส่วน เช่น ให้สัมภาษณ์ ร่วมเขียนหรือแนะนำ โดยเห็นว่าเป็นประโยชน์กับหนังสือเล่มนี้ ประกอบด้วย กรมสุขภาพจิต: KM ได้ผล คนเป็นสุข และ Best Practices (BP) ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์นารายณ์



กล่าวได้ว่ากรมสุขภาพจิต ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ได้ก้าวเข้าสู่การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ คือ การพัฒนาเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization) ซึ่งเป็นความท้าทายอย่างยิ่ง เพราะจะต้องพัฒนาทุกหน่วยงานให้การเรียนรู้เป็นทั้งวัฒนธรรมองค์กร การพัฒนาคน และการพัฒนางาน

การจะสำเร็จได้จึงต้องเข้าใจทั้งความเป็นมาและเป็นไป เพื่อเห็นพัฒนาการและปัจจัยความสำเร็จ รวมทั้งรู้จักเครื่องมือสำคัญๆ ในการจัดการความรู้เป็นอย่างดี จึงเป็นวัตถุประสงค์สำคัญของหนังสือเล่มนี้

นายแพทย์ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
หัวหน้ากลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต



สารบัญ

	หน้า
เปิดบ้านระบบความรู้กรมสุขภาพจิต	1
❏ ทำไมต้องมีกรมสุขภาพจิต	2
❏ บทบาทของกรมสุขภาพจิต	3
❏ พัฒนาการจากอดีต ปัจจุบัน และอนาคต	3
ระยะที่ 1 แปลง Knowledge ให้เป็น Know How	4
หรือ Technology สุขภาพจิต	
ระยะที่ 2 วิจัยสร้างนวัตกรรมเราเอง	9
ระยะที่ 3 จากการถ่ายทอดเทคโนโลยีสู่การจัดการความรู้	14
การจัดระบบความรู้ 2 แบบที่แยกส่วน ให้เชื่อมโยงกัน	19
เส้นทางการจัดการความรู้กรมสุขภาพจิต	31
ต่อยอดการพัฒนางานสุขภาพจิต ด้วย KM สู่ LO ในแผนฯ 12	45
❏ ระบบความรู้ขององค์กร	46
❏ การจัดการความรู้ 2 ชนิด	48
❏ การใช้เครื่องมือจัดการความรู้ทำได้สองแบบ	49
❏ การวิจัย 2 ชนิด	50
❏ การพัฒนาระบบงานด้วย Benchmarking (BMK)	52
❏ แนวทางการสร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization : LO)	56



สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
เคล็ดลับการทำ KM อย่างมีความสุข มีคุณค่าและยั่งยืน	59
📖 การดำเนินงานให้ยั่งยืนในระยะ 5 ปีของแผนฯ 12	71
Benchmarking กับการพัฒนาคุณภาพสถาบัน/โรงพยาบาลทางจิตเวช	75
ภาคผนวก	87
📖 กรมสุขภาพจิต : KM ได้ผล คนเป็นสุข	88
💡 เริ่มต้นที่ผู้นำขับเคลื่อน KM ด้วยการวางรากฐานทีมที่แข็งแกร่ง	89
💡 การพัฒนา KM ต้องต่อยอด ต่อเนื่อง ปรับตัวตามยุคสมัย	94
💡 การพัฒนา CoPs การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่าน Facebook	96
💡 ใช้ KM เป็น...คนมีคุณค่า คนมีความสุข	97
📖 Best Practices (BP) ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว ด้วยระบบเอื้อบุญคุณิณารายณ์	98
💡 ผล (what)	101
💡 วิธีการดำเนินการ (How)	102
💡 ปัจจัยความสำเร็จ (Why)	112





ระยะที่ 1 แปลง Knowledge ให้เป็น Know How หรือ Technology สุขภาพจิต

ระยะที่ 2 วิจัยสร้างนวัตกรรมเราเอง

ระยะที่ 3 จากการถ่ายทอดเทคโนโลยีสู่การจัดการความรู้



เปิดบ้านระบบความรู้
กรมสุขภาพจิต



เปิดบ้านระบบความรู้กรมสุขภาพจิต

ทำไมต้องมีกรมสุขภาพจิต

เมื่อสัก 20 กว่าปีก่อน กรมสุขภาพจิตถือเป็นกรมน้องใหม่ ก่อนหน้านั้นเมื่อพูดถึงงานสุขภาพจิตก็เป็นเพียงหน่วยงานเล็กๆ ระดับกองชื่อว่า ‘กองสุขภาพจิต’ อยู่ในกรมการแพทย์ โดยดูแลหน่วยงานโรงพยาบาลคู่ไปกับประสานให้เกิดการดูแลสุขภาพจิตของประชาชนทั่วประเทศ ซึ่งเป็นความยากอยู่มากที่หน่วยงานระดับกองจะทำงานในระดับประเทศแบบนี้ได้ เพราะฉะนั้นบรรพบุรุษของกรมฯ ต้องต่อสู้กันมากเพื่อให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเห็นความสำคัญของงานสุขภาพจิต การจะทำเช่นนั้นได้องค์กรจะต้องถูกยกระดับให้มีสถานภาพในการจัดการที่ชัดเจน ซึ่งในทางราชการก็คือเป็น ‘กรม’ นั่นเองเมื่อทำได้ดีแล้วในอนาคตค่อยบูรณาการ ประเทศทั่วโลกก็เป็นแบบนี้ อย่างเช่นงานเรื่องการดูแลผู้ด้อยโอกาสในประเทศต่างๆ จะถูกละเลย เขาก็ต้องตั้งองค์กรระดับกระทรวงดูแลไม่ใช่เป็นกรมด้วยซ้ำ อย่างบ้านเราคือกระทรวง



การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ซึ่งนานๆ เข้าหากมีการบูรณาการงานลงสู่พื้นที่ได้อย่างดีแล้ว อาจสามารถมารวมกับงานทางด้านสุขภาพได้ จนกลายเป็นกระทรวงสุขภาพและสวัสดิการสังคม ต่อไปในอนาคต

ในที่สุดเราก็ประสบความสำเร็จ สามารถยกระดับเป็นกรมสุขภาพจิตได้ ในปีพ.ศ.2536 ตอนแรกใช้ชื่อว่า ‘สถาบันสุขภาพจิต’ ซึ่งเป็นหน่วยงานเทียบเท่ากรม ต่อมามีการเปลี่ยนแปลงเปลี่ยนชื่อเป็น “กรมสุขภาพจิต” ซึ่งตอนที่เป็น “สถาบันสุขภาพจิต” ก็ทำงานเสมือนเป็นกรมอยู่แล้ว

บทบาทของกรมสุขภาพจิตคือ เป็นกรมวิชาการมีภารกิจสำคัญ

ในการเป็นกรมวิชาการ เราจะต้องทำงานพัฒนาความรู้หรือทำงานวิชาการได้ด้วยตนเอง หากมองย้อนไปในประวัติศาสตร์ของกรมสุขภาพจิต จะเห็นว่าในยุคหนึ่ง กรมสุขภาพจิตมีการพัฒนาระบบวิชาการหลังจากกรมอื่น เนื่องจากเป็นกรมเกิดใหม่ ถ้าจะมีกรมเกิดใหม่หลังจากเราก็มีแค่กรมแพทยแผนไทยและแพทย์ทางเลือก ส่วนกรมสนับสนุนบริการสุขภาพเป็นการไปจัดงานใหม่ให้แยกออกจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

พัฒนาวิชาการ จากอดีตถึงปัจจุบันและอนาคต

ลำดับต่อไปจะกล่าวถึงพัฒนาวิชาการหรือพัฒนาความรู้ จากอดีตถึงปัจจุบันและอนาคตของกรมสุขภาพจิต ว่าเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรบ้าง โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่างานวิชาการของกรมสุขภาพจิตมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดนิ่ง มีทิศทางและจังหวะก้าวของการพัฒนาที่แตกต่างกันไปในแต่ละระยะ

ระยะที่ 1 แปลง Knowledge ให้เป็น Know How หรือ Technology สุขภาพจิต

เรามาดูยุคแรกของ “กรมสุขภาพจิต” อย่างที่เรารู้ว่างานสุขภาพจิตเป็นงานที่กว้างขวางมาก ทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข ในระบบสาธารณสุขนั้นไม่เพียงแต่ต้องดูแลคนไข้จิตเวชเท่านั้น แต่ยังรวมถึงปัญหาสุขภาพจิตที่ปะปนอยู่ในงานสาธารณสุขอยู่แล้ว เช่น คนไข้เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดและมะเร็ง ที่ทุกคนก็มีปัญหาสุขภาพจิตทั้งนั้น เพียงแต่ผู้ปฏิบัติงานบางคนไม่มีความรู้ว่าจะดูแลอย่างไร ที่เคยเรียนมาสมัยเรียนพยาบาล เรียนแพทย์ก็เรียนมานิดๆ หน่อยๆ แล้วก็ไม่ได้เรียนในเชิงปฏิบัติส่วนใหญ่เขาเรียนทฤษฎี ถึงเวลาก็ลืม เพราะฉะนั้นการจะทำให้ระบบตอบสนองการให้บริการกับเรื่องพวกนี้ได้ หน่วยงานของกรมต้องเปลี่ยนแปลงคนเหล่านี้ให้เขาสามารถให้บริการได้ ส่วนงานสุขภาพจิตนอกระบบสาธารณสุข เช่น การดูแลสุขภาพจิตของเด็กในโรงเรียน เด็กที่อยู่ในกระบวนการยุติธรรมหรือเด็กด้อยโอกาสทั้งหลาย ที่จริงงานสุขภาพจิตทั้ง 3 ระบบนี้มีคนอื่น ๆ ทำอยู่ทั้งหมด เพียงแต่ความชัดเจนในเรื่องของงานสุขภาพจิตยังมีอยู่น้อย

งานของกรมวิชาการช่วงแรกๆ เป็นงานที่มุ่งเน้น “การพัฒนาเทคโนโลยี” คำว่าพัฒนาเทคโนโลยี คือ การหาเครื่องมือไปแปลงองค์ความรู้ให้เป็นการปฏิบัติ ยกตัวอย่างเช่นเราว่าคลื่นเสียงทำให้เกิดความร้อนได้ แต่ความรู้เชิงทฤษฎีนี้จะเป็นการปฏิบัติได้ก็ต้องแปลงไปเป็นเครื่องไมโครเวฟ ซึ่งทฤษฎีว่าคลื่นเสียงกระตุ้นโมเลกุลให้สั่นแล้วกลายเป็นความร้อนเป็นคนละเรื่องกับการที่เป็นเครื่องไมโครเวฟที่ใช้งานได้ง่าย อันหนึ่งเป็นความรู้ทั่วไป อีกอันหนึ่งเป็นความรู้ที่แปลงให้เป็นการปฏิบัติ งานของเราเป็นความรู้ที่มีอยู่ แต่เราจะทำอะไรให้เป็นการปฏิบัติได้ มากไปกว่านั้นคือ จะพัฒนาการปฏิบัติให้ดี

ขึ้นเรื่อยๆ ได้อย่างไร ถ้าพวกเราเกิดมาในยุคสมัยที่มีไมโครเวฟเครื่องแรกๆ จะรู้ว่ามีขนาดใหญ่เทอะทะ ใช้งานได้น้อยมาก ใช้ได้แค่อุ่นอาหาร แต่เดี๋ยวนี้กาลเวลาผ่านไป เครื่องไมโครเวฟเครื่องหนึ่งทำได้มากมายมหาศาล แสดงว่าความรู้จะต้องถูกใช้งานและถูกพัฒนาตลอด เพราะฉะนั้นการพัฒนาความรู้ของกรมวิชาการก็ต้องทำในลักษณะนี้เช่นเดียวกัน

ตอนสมัยที่เราเป็นกรมใหม่ๆ เราต้องทำงานกับกรมอื่นๆ ที่เป็นกรมพื้นฐาน ซึ่งกรมเหล่านี้ต้องทำหน้าที่ดูแลหน่วยบริการต่างๆ ทั้งประเทศ ต่อมามีการปฏิรูประบบสาธารณสุขเกิดขึ้นใน ปีพ.ศ. 2519 ผลจากการปฏิรูปครั้งนั้นคือ ให้มีการตั้งสาธารณสุขจังหวัด แล้วให้อิโณหน่วยงานทั้งหมดให้สาธารณสุขจังหวัด เพราะฉะนั้นหน่วยงานกระทรวงต้องค่อยๆ เลิกดูหน่วยบริการ แต่ตอนนั้นพวกกรมทั้งหลายอยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่าน ก็ดึงหน่วยงานไว้เท่าที่จะดึงได้อย่างเช่นโรงพยาบาลอนามัยแม่และเด็ก โรงพยาบาลควบคุมโรค ด้วยเหตุผลว่าทำงานวิชาการก็ต้องมีหน่วยสาธิต แต่ว่าหน่วยปฏิบัติหายไปเกือบหมด แปลว่าต้องทำหน้าที่วิชาการ หรือสนับสนุนระบบการทำงานด้วยงานวิชาการ ซึ่งบางคนแปลง่ายๆ ว่าเป็นงาน ‘ฝึกอบรม’ เท่านั้น นั่นเป็นสาเหตุที่ทำให้กรมวิชาการทั้งหลายในสมัยนั้นมีงบประมาณส่วนใหญ่ให้กับการจัดฝึกอบรมพัฒนาคณ วิธีการจัดฝึกอบรมก็คล้ายๆ กัน คือ มีตารางกำหนดการอบรม (schedule) ประสานวิทยากร เชิญคนมาอบรม กล่าวได้ว่าเป็นรูปแบบวิชาการที่ได้จากคนอื่น ขาดการพัฒนาต่อเนื่อง

ตอนตั้งกรมสุขภาพจิตภารกิจที่กรมฯ ได้รับมอบหมาย ในปีพ.ศ.2536 คือ AIDS Counseling เป็นช่วงที่เอดส์ระบาดทั่วประเทศไทย ยุคนั้นไม่มียารักษา เมื่อเกิดปัญหาใหญ่มากและไม่สามารถเอาชนะด้วยยาใดๆ วิธีเดียวที่จะดูแลคนไข้โรคเอดส์ได้ในตอนนั้นคือ ต้องดูแลทางสังคมจิตใจ (Psychosocial

Care) อย่างเดียวในระบบ ซึ่งทั้งประเทศไม่เคยมีมาก่อน ทำให้เขาได้เห็นคุณค่าตนเอง แก้ปัญหาได้และมีความรับผิดชอบที่ไม่ไปแพร่เชื้อต่อ จึงเป็นที่มาของการทำ AIDS Counseling ทั้งประเทศไทย แต่ปัญหาอีกอย่างหนึ่งในขณะนั้นคือ ไม่มีผู้ให้การปรึกษา หรือ Counselor ในระบบสาธารณสุข

การทำ AIDS Counseling ทั้งประเทศไทย คืองานแรกที่ กรมสุขภาพจิตถูกมอบหมายตอนตั้งกรมใหม่ๆ พวกเราลองคิดดูว่าในสถานการณ์แบบนั้นในแต่ละปีเราจะผลิต Counselor ได้อย่างไร ซึ่งถ้าผลิตได้สัก 100-200 คนกว่าจะเสร็จก็คงไม่ทันการณ์ เพราะประชากรติดเชื้อมีแล้วในตอนนี้ จึงคิดใหม่ทำใหม่ ตอนแรกทางฝ่ายวิชาการของเราก็ไปเชิญวิทยากรภายนอกมาจัดฝึกอบรมเรื่อง AIDS Counseling เขาเสนอให้จัดโปรแกรมฝึกอบรม 1 เดือน ก็ลองจัดดู ปรากฏว่าจัดหนึ่งเดือนก็ยังไปไม่ถึงไหน แล้วพอไปดู schedule เต็มไปด้วยทฤษฎีต่างๆ ของ Counseling เริ่มตั้งแต่การให้การปรึกษาแบบฟรอยด์ แบบฮิวแมนนิสติกแบบ Cognitive Behavioral Therapy (CBT) แล้วก็อธิบายทักษะต่างๆ ของกระบวนการให้การปรึกษาต้องใช้งบประมาณมากและเสียเวลาไปเกือบเดือน กรมสุขภาพจิตจึงมีแนวคิดใหม่ที่เราต้องเป็นเจ้าขององค์ความรู้ จึงได้พัฒนาหลักสูตรพื้นฐานขึ้นมาใหม่เหลือเพียง 5 วัน โดย 5 วันนี้มุ่งเน้นเรื่องการปฏิบัติเป็นหลัก เริ่มจากการที่จะเป็น Counselor ได้ก็ต้องเปลี่ยนเจตคติ สมัยก่อนต้องใช้เวลามากในการเปลี่ยนเจตคติ เช่น ต้องพาไปดูคนไข้ ต้องเชิญคนมาพูดให้เปลี่ยนแปลงทัศนคติ แต่เราใช้เวลาชั่วโมงเดียว โดยการเปิดเทปชุดเดียวที่สะท้อนถึงผู้ติดเชื้อเอชไอวีหนึ่งที่เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกทอดทิ้งอยู่ในโรงพยาบาล ไม่มีใครเหลียวแลเนื่องจากเจ้าหน้าที่รังเกียจ กลายเป็นเกิดความรู้สึกเห็นใจว่าทำไมชีวิตคนเราไม่ได้มีความผิดอะไร เพียงแต่เขาติดเชื้อต้องถูกปล่อยอย่างนี้ ก็ให้ช่วยกันคิดต่อไปว่าแล้วระบบสาธารณสุขจะเป็นอย่างนี้ต่อไปหรือ หลังจากนั้นก็ฝึกทักษะทั้ง



ทักษะการเป็นนักฟังที่ดี การตั้งคำถามปลายเปิดให้เป็นทวนความให้ได้ สะท้อนความรู้สึกลักษณะเหมาะสมแล้วเข้าสู่กระบวนการของการ Counseling โดยฝึกปฏิบัติ มีกรณีศึกษา มีบทบาทสมมติให้เป็นคนไข้แล้วลัดกันเป็น Counselor ปรากฏว่าเวลา 5 วัน ผู้เข้าอบรมส่วนใหญ่ก็มีเจตคติที่ดี มีความรู้ มีทักษะที่จะไปเป็น counselor ได้ นี่เป็นตัวอย่างงานชิ้นแรกที่เราเห็นว่าถ้าเราใช้วิธีแบบเก่า เราจะสูญเสียทั้งทรัพยากร สูญเสียทั้งเวลาแล้วไม่เกิดผล

ใน 3-4 ปีแรก ได้มีการอบรมไปรวม 2 หมื่นคน ซึ่งจะอบรมขนาดนั้นได้ต้องมี Know How ให้คนสามารถเป็นวิทยากรได้ โดยมีคู่มือวิทยากรและฝึกด้วยวิธี Microteaching หรือ TOT (Training of the Trainer) เป้าหมายคือให้ผู้ผ่านการฝึกอบรมสามารถนำความรู้ไปใช้งานได้แบบ 2 ชั้น คือ สามารถทำ counseling ได้เอง และทำให้ผู้เข้าอบรมเหล่านั้นสามารถไปสอนคนอื่นให้ทำ counseling ได้ด้วย

ด้วยกระบวนการจัดอบรมแบบนี้จึงเป็นจุดกำเนิดที่ทำให้กรมสุขภาพจิตซึ่งเป็นกรมใหม่และมีภาระงานมากให้ความสำคัญและมุ่งมั่นกับการพัฒนาความรู้ในรูปแบบของการนำไปสู่การปฏิบัติให้ได้ ปรากฏว่าใน 10 ปีแรกมีการพัฒนาสื่อที่เรียกว่าเทคโนโลยีสุขภาพจิตด้านต่างๆ มากกว่า 100 เรื่อง

อันนี้ก็คือ จุดตั้งต้นของกรมวิชาการของกรมสุขภาพจิต ซึ่งวางบทบาท (positioning) ของกรมฯ ต่างไปจากกรมวิชาการอื่นๆ ในกระทรวงสาธารณสุข ยุคนั้นจึงเป็นยุคที่มีคนกล่าวถึงกันมากว่า ถ้าใครมาเข้า workshop หรือประชุมปฏิบัติการของกรมสุขภาพจิตจะไม่มี การมานั่งฟังการบรรยายทั้งวัน แต่เป็น workshop ที่เป็น Active Learning ซึ่งทำให้กรมสุขภาพจิตมีชื่อเสียงมากในเวลานั้น แล้วกรมอื่นๆ ก็เริ่มเปลี่ยนแปลงคือ หลังจากนั้นมาวิธีการฝึกอบรมที่เน้นประชุมเชิงปฏิบัติการเป็น Active Learning ก็เริ่มเป็นที่แพร่หลาย กล่าวได้ว่าคนที่เป็นผู้นำให้กรมฯ อันทำ คือ กรมสุขภาพจิต นั่นเอง



การที่จะพัฒนางานให้มีความโดดเด่นในลักษณะนี้ สิ่งสำคัญคือ เราต้องทำงานวิชาการได้ด้วยตัวเราเอง ซึ่งจุดนี้เป็นจุดที่สำคัญมาก ๆ ถ้าความรู้เหล่านี้เราต้องพึ่งคนอื่นก็จะต้องมีข้อเสียว่า เราเองไม่สามารถจะพัฒนาได้เพราะเราไม่ได้เป็นเจ้าของความรู้นั่นเอง แม้กระทั่งความรู้ที่ได้จากการปฏิบัติบางอย่างที่เราไปนำความรู้จากคนอื่นมาแต่ไม่มีความรู้ของตนเองก็จะพัฒนายาก ผมยกตัวอย่างเช่น ตอนที่กลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิตพัฒนาองค์ความรู้เรื่อง ‘สติบำบัด’ ซึ่งได้ร่วมมือกับ Mindfulness Center ของอเมริกา ซึ่งที่นั่นเขาเป็นเจ้าของเครื่องมือตัวนี้มาจากทีมที่พัฒนาโปรแกรมนี้มาอีกที เขาเข้ามาเขาทำเหมือนเดิมเพราะเป็นการถ่ายทอดมาใช้ แต่เมื่อเราได้ไปเรียนรู้กับเขาแล้ว เราสามารถพัฒนาองค์ความรู้ดังกล่าวให้เป็นองค์ความรู้ของกรมฯ เอง เพราะเรามีทั้งความรู้และประสบการณ์ในเรื่องนี้เช่นกัน เราต้องเอาเยี่ยงไม้อื่นเอาอย่าง ตรงไหนที่เป็นข้อดี ตรงไหนที่เป็น evidence based ของเขา เราก็นำมาใช้ เพราะอย่างนั้นกลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิตจึงพัฒนาโปรแกรม ‘สติบำบัด’ ของเราเอง ซึ่งมีข้อดีคือตลอด 3 ปีที่ผ่านมามีการพัฒนาไปโดยตลอด แต่ถ้าเราทำให้เหมือนที่เจ้าของซึ่งเป็นผู้พัฒนา ทุกวันนี้เราก็ได้แค่นั้น แต่ตอนนี้เราพัฒนาไปไกล จนถึงการจัดอบรมในต่างประเทศ สิ่งที่เราได้ข้อคิดเห็นกลับมา คือ ความรู้การทำสติบำบัดในประเทศไทยนี้ มีความชัดเจนของตัวมันเอง ซึ่งเรื่องนี้ก็คือตัวอย่างที่สะท้อนให้เห็นว่า หากกรมสุขภาพจิตจะเป็นกรมวิชาการได้อย่างภาคภูมิใจ สมศักดิ์ศรีของหน่วยงานวิชาการเราต้องพัฒนาองค์ความรู้ที่ตอบสนองต่อบริบทของคนไทย ตอบสนองนโยบาย วิสัยทัศน์ และยุทธศาสตร์ของเรา ‘ด้วยตัวเราเอง’

ระยะที่ 2 วิจัยสร้างนวัตกรรมเราเอง

ด้วยผู้บริหารเริ่มให้ความสนใจว่าการที่คนไทยจะมีคุณภาพได้งานส่งเสริมป้องกันสุขภาพจิตต้องครอบคลุมทั้งประชากร ที่ผ่านมารวมสุขภาพจิตเน้นเรื่องของทักษะส่วนบุคคล เช่น ผักหายใจคลายเครียด ผัก parenting program จึงน่าจะทำเชิงระบบใน population ใหญ่ๆ บ้าง สร้างระบบส่งเสริมป้องกันที่ครอบคลุมระบบและ population ส่วนใหญ่ ตอนนั้นก็มีการเสกที่สำคัญมาก คือเรื่อง EQ อธิบดิชณะนั้นซึ่งต่อมาท่านเป็นปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นายแพทย์วินัย วิริยะกิจจา) มินโยบายให้ทำและมอบหมายสำนักพัฒนาสุขภาพจิตพัฒนาองค์ความรู้ในเรื่องนี้ ซึ่งถือว่าเป็นทิศทางที่ดี แต่สิ่งสำคัญคือ ต้องมีเครื่องมือวัดในส่วนที่วัดได้ยาก ถ้าเราจะทำให้ง่ายก็คือ ต้องแปลเครื่องมือของคนอื่น ซึ่งก็มีปัญหาบริบท ทางออกของเรื่องนี้คือ น่าจะทำการวิจัยและพัฒนา (R&D) เครื่องมือของไทยขึ้นมา เป็น R&D เรื่องแรกๆ ที่ทำอย่างค่อนข้างจะเป็นระบบมากๆ ใช้เวลาสักประมาณปีเศษก็ได้เครื่องมือออกมาใช้ ซึ่งยังทันช่วงที่ท่านเป็นอธิบดีอยู่ ปัจจุบันเป็นเครื่องมือสำคัญที่สนับสนุนให้ประชากรอายุตั้งแต่ 15 ขึ้นไป สามารถทำการประเมินได้ด้วยตนเอง และมีระบบของการประเมินที่ดีมาก แบ่งเป็น ดี เก่ง สุข แล้วยังมี scale ย่อย สามารถที่จะประเมินดูตัวเองได้ว่ามีจุดอ่อนตรงไหน แล้วนำไปสู่วิธีการพัฒนา จากนั้นก็มีการพัฒนาเป็นแบบประเมินในเด็กด้วย นี่ก็เป็นตัวอย่างที่ว่า ‘การพัฒนาองค์ความรู้ นวัตกรรมต้องสอดคล้องกับบริบทของเรา’



นอกจากนี้งานสุขภาพจิต ไม่ได้มีอยู่เพียงในระบบสาธารณสุขเท่านั้น ยังมีงานสุขภาพจิตที่สำคัญมากอยู่ที่เด็กและเยาวชนที่อยู่ในระบบโรงเรียน เพราะฉะนั้นเราก็ต้องคิดโปรแกรมพวกนี้ ยกตัวอย่างโปรแกรมหนึ่งที่มีชื่อเสียงในช่วงนั้นคือระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน ตอนนั้นได้เกิดเหตุการณ์หนึ่งที่สำคัญ เมื่อตอนประมาณ ปีพ.ศ.2541 มีนักเรียนกระโดดตึกฆ่าตัวตาย ในโรงเรียนมัธยมมีชื่อแห่งหนึ่ง กระทรวงศึกษาธิการเป็นเดือดเป็นร้อนมาก เพราะหนังสือพิมพ์ลงข่าวติดต่อกันอาทิตย์หนึ่ง เขาก็ไม่รู้จะแก้ปัญหาอย่างไร ก็เชิญผมไปในฐานะกรมสุขภาพจิต ก็ได้ไปดูสถานการณ์แล้วพบว่าระบบโรงเรียนไม่สามารถที่จะรู้และแยกแยะได้ว่าเด็กคนไหนเสี่ยงต่อปัญหา เพราะฉะนั้นการที่จะมารณรงค์ป้องกันการฆ่าตัวตายอย่างเดียวคงไม่มีประโยชน์มากนัก เนื่องจากยังมีปัญหาอื่นๆ อีกมาก เช่น เด็กกลั่นแกล้งกันเองหรือเด็กได้รับความรุนแรง ฉะนั้นที่สุดแล้วต้องมาทำระบบที่สามารถดูแลเด็กได้ เราก็ทำวิจัยในโรงเรียนมัธยม 7 โรงเรียนที่กำลังมีปัญหา ทำระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนโดยเริ่มจากออกแบบระบบ ทดลองทำแล้วติดตามประเมินผล ปรากฏว่าได้ผลดี 7 โรงเรียนนี้กลายเป็นโรงเรียนที่สามารถรู้ได้ว่า เด็กคนไหนเสี่ยงต่อการมีปัญหาด้วยเครื่องมือที่ชื่อว่าแบบประเมินจุดอ่อนจุดแข็ง (SDQ) ที่มีแค่ 25 ข้อ ก็สามารถคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตพื้นฐานได้ เมื่อคัดกรองแล้วถ้าเด็กมีปัญหา ก็จะต้องช่วยเหลือเบื้องต้นด้วยครูที่ปรึกษา ส่งต่อภายในให้ครูแนะแนวหรือส่งต่อภายนอกตามลำดับ ถ้าเด็กปกติก็ต้องส่งเสริม เช่น ใช้กิจกรรม Home room ให้ครูพัฒนาเด็กทุกสัปดาห์ๆ ละ 1 ชั่วโมง และทุกเช้า 15 นาที ต้องมีการทำงานร่วมกับผู้ปกครองโดยพบปะผู้ปกครอง การประชุมผู้ปกครองชั้นเรียน ปรากฏว่าโปรแกรมนี้ประสบความสำเร็จมาก อธิบดีท่านถัดมาจึงให้ทำทั้งระบบ อันเป็นที่มาของระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน ที่ทำร่วมกันระหว่าง กระทรวงศึกษาธิการและกรมสุขภาพจิต

ความสำคัญของการทำให้เกิดการเคลื่อนไหวเชิงระบบ คือต้องสร้างองค์ความรู้ให้เป็นระบบขึ้นมา ความรู้เชิงระบบเป็นจุดอ่อน แม้กรมสุขภาพจิตเอง อย่างเช่นตอนที่เรากำลังทำเรื่อง counselor เราก็ไปทำแต่ training counseling ผลการประเมินน่าตกใจมากคือ ผูกอบรมไป 20,000 คน ปฏิบัติงานได้จริงเพียง 4,000 คน คือ ร้อยละ 20 เท่านั้น เนื่องจากไม่มีการจัดระบบการทำงานรองรับ เมื่อโรงพยาบาลไม่ได้จัดระบบ เราทำแต่ training ก็มีปัญห แต่ระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนประสบความสำเร็จ เพราะได้ทำทั้งสองอย่าง คือทำ training ที่มีคุณภาพด้วย มี package ของ school based training โดยนำคนที่เกี่ยวข้องมาเป็นวิทยากร ผ่านการจัดอบรม Training of the Trainer แต่ที่สำคัญกว่านั้นคือ นอกจากจะมีคู่มือฝึกอบรมระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนแล้ว ยังมีอีกคู่มือหนึ่งคือ คู่มือบริหารจัดการระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน ซึ่งได้มาจากการถอดบทเรียนจาก 7 โรงเรียนแรกว่าทำไมเขาทำสำเร็จ ระบบดูแลช่วยเหลือต้องไม่ใช่แค่ครูที่ปรึกษาเพราะคนที่ดูแลมีทั้งฝ่ายปกครอง ครูประจำชั้น ครูแนะแนว ต้องให้ 3 กลุ่มนี้มารวมกัน แล้วจัดระบบให้มี cross function อยู่ในโรงเรียน และร่วมกันดูแลระบบและดำเนินการ เพราะฉะนั้นเมื่อมีทั้งคู่มือการฝึกอบรมและคู่มือจัดระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน ภายใต้นโยบายและการนำที่ดีของกระทรวงศึกษาฯ เวลานั้น ก็ประสบความสำเร็จมาก มีนโยบายให้มีการจัดอบรมอย่างเป็นระบบและส่งเสริมโรงเรียนที่ประสบความสำเร็จตั้งแต่ระดับจังหวัด มาประกวดกันเป็นโรงเรียนดีเด่นระดับเขต ระดับประเทศ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อยู่หลายปีติดต่อกัน ผมคิดว่าประเทศไทยถ้าไม่มีระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนซึ่งทำร่วมกันอยู่สองกระทรวง ปัญหาวัยรุ่นในโรงเรียนจะหนักกว่านี้ทุกวันนี้แม้จะหนักแต่ก็มีระบบนี้ดูแลอยู่ แต่ว่าข้อเสียของระบบดูแลก็คือในภายหลังกระทรวงศึกษาฯ มีการเปลี่ยนแปลงระบบครั้งใหญ่ คนที่ทำอยู่แยกย้ายสูญหายไปอยู่ที่ต่างๆ ทำให้ไม่มีคนดูแลระบบที่จะพัฒนาต่อเองได้

เราจึงไปขอทุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ร่วมกันระหว่างสองกระทรวง เพื่อพัฒนาระบบในทศวรรษที่สอง คนที่รับทุน คือ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ ปรากฏว่าไม่ค่อยประสบความสำเร็จเท่าที่ควร แม้จะได้อะไรดีๆ ขึ้นมา เช่น การดูแลช่วยเหลือของประณมศึกษา จะต้องแตกต่างจากมัธยมศึกษาอย่างไร การทำนวัตกรรมเรื่องของนักจิตวิทยา โรงเรียน แต่ว่าการขับเคลื่อนให้ใช้งานได้ในระบบยังไม่ค่อยประสบความสำเร็จเท่าที่ควร

จริงๆ แล้วสมัยแรก งานพัฒนาวิชาการทั้งหมดของกรมฯ จะอยู่แต่ที่สำนักพัฒนาสุขภาพจิต เรียกย่อๆ ว่า “สำนักพัฒนา” ซึ่งเป็นอย่างนี้มาจนกระทั่ง ปีพ.ศ.2544 ก็เริ่มมีความคิดว่างานวิชาการจะอยู่ที่สำนักพัฒนาแห่งเดียวไม่ได้ หน่วยงานต่างๆ ก็ต้องมีบทบาทด้วย จึงเป็นที่มาของ PM คือ Program Manager ถ้าที่ไหนเขามีความสามารถ มีอะไรโดดเด่นให้เขาพัฒนาวิชาการขึ้นมาให้ได้รวมทั้งทำวิจัยแล้วก็เป็นผู้บริหารโครงการ

หลังจากที่มีการเปลี่ยนแปลงงบประมาณให้กระจายไปสู่หน่วยงานอื่นๆ มากขึ้น ปัญหาของทุกหน่วยงานคือไม่มีประสบการณ์การพัฒนาระบบความรู้มาก่อน เนื่องจากประสบการณ์ทั้งหมดอยู่ที่สำนักพัฒนา เมื่อให้หน่วยงานทำ ก็พบว่าบางคนที่เคยร่วมงานกับทีมสำนักพัฒนาสามารถไปพัฒนาองค์ความรู้ต่อได้ บางกลุ่มเขามีภาพตรงนี้น้อยก็อาจจะค่อนข้างลำบาก เพราะฉะนั้นในเวลาต่อมาจึงเป็นที่มาของการตั้งสำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต (สบบส.) และสำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต (สพส.) เพื่อดูแลหน่วยงานอย่างเช่น หน่วยงานที่เป็น Excellence Center ให้สามารถสร้างความรู้และนำผลงานวิจัยไปใช้งานได้ มองในเชิงประวัติศาสตร์ ก็คือเราพยายามที่จะให้หน่วยที่สามารถที่จะสร้างความรู้และเอาความรู้ไปใช้งานมีมากกว่าหน่วยงานกลาง

แต่ดำรงนี้ไม่ได้มาพร้อมกับความสับสนที่ว่าหน่วยงานจะต้องมีเครื่องมือ ฉะนั้น เมื่อพูดถึงมาตรฐานของงานวิชาการจะหลากหลายมาก เรามีโรงพยาบาล ที่ทำงานได้ทัดเทียม เท้าเทียมกับส่วนกลาง กับหน่วยงานที่ยังไม่ชำนาญ เมื่อฝึกอบรมอะไรก็มักจะบรรยาย เลคเชอร์เหมือนกับสมัยก่อน คือ มีความแตกต่างหลากหลายมากในเรื่องของการใช้งาน เพราะฉะนั้นจะเห็นว่าเราต้อง ทำให้หน่วยงานอื่นๆ ของเรามีความเข้มแข็งในการพัฒนาวิชาการ

การพัฒนาเทคโนโลยีสมัยแรกๆ จะใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research & Development : R&D) ที่ค่อนข้างไม่เป็นทางการ เมื่อพัฒนา แล้วก็เรียนรู้ปรับปรุงโดยไม่มีตัวเลขที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based) ในระยะหลังจึงพยายามพัฒนาเทคโนโลยีด้วยกระบวนการวิจัย เพื่อให้มี Evidence Based รวมทั้งการแปลงความรู้เหล่านี้ให้ชัดเจน งานวิจัยจึง มีส่วนสำคัญในการเปลี่ยนแปลง

ระยะที่ 3 จากการถ่ายทอดเทคโนโลยีสู่การจัดการความรู้

ที่ผ่านมาจุดอ่อนที่สำคัญที่สุดของระบบการถ่ายทอดเทคโนโลยีและวิจัยสร้างนวัตกรรมคือ เป็นระบบ Top down คือคนอยู่ข้างบนเป็นคนคิดวิจัยและส่งให้คนอยู่ข้างล่าง เช่น ถ้าคนทำงานโรงพยาบาลมาอบรมหลักสูตร counseling 5 วัน เจ้าของเทคโนโลยีคือกรมสุขภาพจิต คนทำงานเหล่านี้เมื่อเขามีความรู้และอยู่กับการปฏิบัติ ความรู้ที่มีอยู่จึงเป็นความรู้ที่สอดคล้องกับข้อเท็จจริงด้วย แต่คำถามคือ ความรู้พวกนี้ไปอยู่ที่ไหน จึงเป็นจุดเริ่มต้นของยุคใหม่ที่เกิดขึ้นเมื่อ ปีพ.ศ.2548 ที่เรียกว่า ‘การจัดการความรู้’ นั่นคือความรู้จะ top down อย่างเดียวไม่ได้ เพราะความรู้จากผู้ปฏิบัติก็มีมากเช่นกัน ทำอย่างไรที่จะทำให้ความรู้จากการปฏิบัติได้รับการจัดการให้มาใช้งานทั้งระบบทั้งในระบบสาธารณสุข รวมทั้งในโรงพยาบาลจิตเวช ยกตัวอย่างปัญหาการจับคนไข้ที่มีความรุนแรง บางครั้งอาจทำให้คนไข้บาดเจ็บได้ แบบนี้ควรมีการจัดการความรู้ว่าจะมีวิธีปฏิบัติที่ต่ออย่างไรบ้าง หรือว่าคนไข้ไปรักษาโรงพยาบาลจิตเวช กลับบ้านไม่นานก็กลับมารักษซ้ำ (Re-admit) ทำอย่างไรจะไม่ Re-admit ในระบบสาธารณสุข ทำให้เจอโจทย์ เช่น ทำอย่างไรจะทำ Counseling ให้ดี ทำอย่างไรโรงพยาบาลจังหวัดจะจัดบริการจิตเวชได้ ถ้าเราดูพื้นที่ที่ประสบความสำเร็จ เช่น จังหวัดน่าน อุดรดิตถ์ ที่สามารถจัดบริการให้การปรึกษาได้ดีมาก ทำให้ประชาชนลดความทุกข์ลงไปมาก เพราะเดิมคนไข้ต้องเดินทางจากจังหวัดน่านไป admit ที่จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งถ้าเป็นชาวบ้านจนๆ จะทำอย่างไร แล้วถ้าเขา admit ที่เชียงใหม่แล้ว ใครจะมาเยี่ยม ระบบแบบนี้ทำให้ผู้รับบริการไม่มีความสุข หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชของโรงพยาบาลเขาก็ทำงานกระทั่งกลายเป็นระบบที่ดี ปีหนึ่งๆ เคยต้องส่งคนไข้มา admit ที่โรงพยาบาลสวนปรุง 30-40 คน ก็ลดเหลือเพียง 3-4 คน ถ้าจะให้พื้นที่อื่นทำได้ดีจะต้องทำอย่างไร อย่างนี้จึงต้องใช้ ‘การจัดการความรู้’

สมัยก่อนเรเน้นความรู้ top down เช่น คู่มือวินิจฉัยสำหรับแพทย์ ในโรงพยาบาล แต่ว่าปัจจุบันมีความรู้จากประสบการณ์และ Know How ต่างๆ ที่ทำให้งานสำเร็จ แบบนี้ต้องอาศัยการจัดการความรู้ ถอดความรู้ออกมา โดยแยกได้เป็น 2 ลักษณะ

ลักษณะแรก คือ สมรรถนะและความสามารถของคนทำงาน โดยเชิญ ผู้ปฏิบัติที่ทำได้ดีมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อค้นหาขุมและแก่นความรู้ที่สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้ เครื่องมือที่ใช้จัดอยู่ในประเภท Community of Practices (CoP) หรือการจัดชุมชนนักปฏิบัติ ทั้งในหน่วยงานและระหว่าง หน่วยงาน แบบ face to face และ online **ลักษณะที่สอง** คือ การค้นหาความสำเร็จของระบบว่าทำอะไรจึงดี เรียกว่าเป็น Best Practices เป็นส่วนนำแล้ว ตามมาด้วยส่วนหลังซึ่งเป็นส่วนที่สำคัญกว่าคือ ทำอย่างไรให้โรงพยาบาลอื่นๆ ที่ควรทำแบบนี้ให้สามารถทำได้ด้วย โดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ที่เรียกว่า การเทียบระดับ (Benchmarking)

กรมสุขภาพจิตเราไม่ค่อยประสบความสำเร็จเรื่องนี้ เพราะว่า CoPs ก็ยังไม่เข้มแข็งทั้งในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการนำความรู้ไปใช้ ส่วนการค้นหา Best Practices นั้น ตอนถอดความรู้ก็ถอดได้ไม่ชัด ว่าอะไรเป็น Best Practices ที่ชัดเจนและสามารถนำไปเรียนรู้ได้ง่าย อันนี้ระบบการจัดการความรู้ ต้องเข้าไปช่วย หน่วยงานก็ไม่ค่อยชัดถึงสิ่งที่ต้องทำต่อภายหลังได้ Best practices มาแล้ว การจะกระตุ้นให้หน่วยอื่นๆ เข้าไปเรียนรู้และปรับปรุงตัวเอง ซึ่งภาษาทางการจัดการความรู้ เรียก Benchmarking ก็ยังไม่ชัดอีก

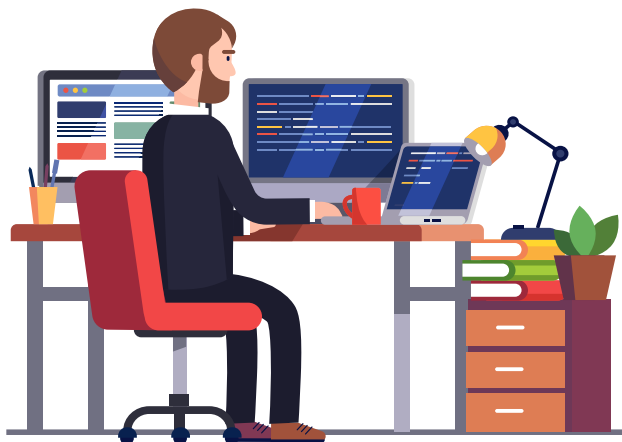
เมื่อไม่ชัดทั้ง 2 ส่วน การขยายงานของงานความรู้เพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงให้เป็นไปตามพันธกิจจึงไม่ชัด สาเหตุหนึ่งมาจากการใช้เครื่องมือคือเรามีเครื่องมือมาก ทำอย่างไรให้เครื่องมือเหล่านี้มีพลัง ...ใครเข้าครัวความรู้เรามีมีดอีโต้ มีดปลายแหลม มีดเล็กกระชับมือและมีดขนาดกลาง ถ้าเราเอามีดอีโต้ไปปลอกมะละกอ ก็คงจะใช้งานไม่ถูก ใช้มีดปอกผลไม้ไปสับกระดูกก็คงไม่ได้ เพราะฉะนั้นเครื่องมือแต่ละชิ้นต้องใช้ให้ถูกและต้องรู้จักใช้ร่วมกัน เพราะงานที่ซับซ้อนก็ต้องใช้เครื่องมือหลายอย่างร่วมกัน ถ้าเราไม่รู้จักเครื่องมืออย่างดีก็จะมีปัญหา ประการแรกเราอาจใช้เครื่องมือผิด ประการที่สอง เครื่องมือนั้นก็ไม่เคยลับให้คมจึงไม่สามารถใช้อย่างชำนาญ ก็จะไม่มีประสิทธิภาพ ผลงานออกมาไม่ดี

กรมต้องพัฒนาความรู้ไม่หยุดและทิศทางการความรู้ก็มีทิศทางการพัฒนาในแต่ละระยะ กล่าวโดยสรุปในระยะแรกความรู้จากทฤษฎีมาเป็นการปฏิบัติ ซึ่งเป็นความรู้พื้นฐานในช่วงก่อตั้งกรมสุขภาพจิต แต่ที่สำคัญในเวลาต่อมาคือต้องเป็นความรู้เชิงประจักษ์ด้วย ซึ่งอันนี้เรามีการใช้เครื่องมือหลายอย่าง เช่น Research and Development (R&D) Routine to Research (R2R) โดย R&D ใช้สำหรับเรื่องใหญ่ๆ R2R ใช้สำหรับการจัดการความรู้จากปัญหาในหน่วยงานแล้วเปลี่ยนเป็นความรู้เชิงประจักษ์ นี่เป็นระยะที่สอง

ในระยะที่สาม ความรู้ไม่ใช่ top down อย่างเดียว ต้อง bottom up ด้วยจากคนอยู่ปฏิบัติงาน เอาความรู้จากหน่วยงานมาใช้ประโยชน์ ทำโมโรงพยาบาลทั่วไปดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้ดีทั้งระบบ ทำโมคลินิกพัฒนาการที่บางอำเภอเขาดี ทำโมคลินิกวัยรุ่นแห่งชาติ พวกนี้ต้องจัดการความรู้

ในบทถัดไปผมจะพูดถึงการลับเครื่องมือให้แหลมคม ต้องรู้ว่าคมมันอยู่ตรงไหน มีประโยชน์อะไรและใช้ให้ประสานกันได้อย่างไร เช่นเดียวกับที่เราไม่สามารถทำกับข้าวอร่อยหม้อหนึ่งด้วยมีดเล่มเดียว ต้องมีมีด 3-4 เล่ม และมีดทุกเล่มต้องคม ต้องเปลี่ยนเครื่องมือที่ใช้ให้เหมาะสมและไม่แยกส่วนกัน ยกตัวอย่างเช่น เชื่อมโยงหน่วยงานที่ดูแลงาน Research กับหน่วยงานที่ดูแลงาน Knowledge Management (KM) ให้เป็นระบบดูแลความรู้กรมฯ เป็นต้น

ในฐานะที่พวกเราเป็นผู้ที่ต้องเรียนรู้ และใช้เครื่องมือวิจัยและจัดการความรู้ในการพัฒนาสุขภาพจิต เรามาดูกันว่าเราจะลับเครื่องมือให้คม และใช้เครื่องมือทั้งสองอย่างนี้ให้เอื้อประโยชน์ต่อกันได้อย่างไร







การจัดการระบบความรู้ 2 แบบ
ที่แยกส่วนกันให้มาเชื่อมโยงกัน



การจัดระบบความรู้ 2 แบบ ที่แยกส่วนกันให้มาเชื่อมโยงกัน

การเชื่อมโยง KM กับวิจัยโดยเฉพาะ R2R ก็มีตัวอย่างว่าถ้าเรารวม KM กับ R2R ได้จะมีพลังมากขนาดไหน เช่น การดูแลคนไข้เบาหวาน ที่คนไข้ก็เอือมระอาตัวเอง เจ้าหน้าที่ก็ต้องคอยย้ำให้กินยาอยู่เป็นประจำ พอติดเชือก็ต้องมาตัดขา ตัดนิ้วและอาจมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ซึ่งอาจทำให้อยู่ในวงวนที่ทั้งสองฝ่ายเบื่อ จึงต้องคิดว่าจะใช้ความรู้อะไรที่ทำให้คนไข้ออกมาจากวงวนนี้ได้ จึงเกิดการเชื่อมโยงกันระหว่าง KM และ R2R ที่ทำให้คนไข้ก็ลดความทุกข์ ผู้ให้บริการก็ลดความเบื่อหน่ายและลดภาระงาน

เขาทำอะไร เริ่มต้นจากเรื่องเล่าเร้าพลัง โดยการรวมตัวกันของคนในอำเภอเพื่อมาคุยกันว่าพวกเราต้องดูแลคนไข้เบาหวานทั้งนั้นเลยเราจะทำอะไร ใครมีความสำเร็จอะไรบ้างให้มาเล่าสู่กันฟัง จึงนำมาสู่การเป็นเรื่องเล่าเร้าพลัง แล้วพยายามจะถอดรหัสว่าปมเงื่อนไขอยู่ตรงไหน เช่นมีคนบางคนเขาเด่นมากในความสำเร็จที่ทำให้คนไข้กลับมาควบคุมอาหารและออกกำลังกาย บางคนมีวิธีการดูแลบาดแผลที่เก่งมาก เขาก็ถอดความรู้พวกนี้ออกมา ทำให้เป็น Know How แล้วทำ R2R โดยทดลองทำแบบที่มีกลุ่มเปรียบเทียบว่าถ้าเราทำวิธีใหม่กับวิธีเดิมจะเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไรเพื่อให้ได้เป็น Evidence based ก็ปรากฏว่ากลายเป็นชุมชนการเรียนรู้ (CoP) ที่คึกคักมาก จากงานดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่คนดูแลรู้สึกเบื่อหน่าย กลายเป็นกลุ่มที่มีพลังมากในการดูแลคนไข้เรื้อรังที่นับเป็น 1 ใน 5 ของประชากรวัยทำงานและสูงอายุ ก็กลายเป็นเครือข่ายของการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD)



จะเห็นว่า หนึ่งเครื่องมือของเขาต้องคม ถ้าเครื่องมือ KM เป็นแค่เรื่องเล่า
เร้าพลัง แต่ถอดความรู้ไม่ออกก็ไม่ได้อะไร คนทำ R2R ก็ต้องคมและนำ
ไปใช้งานได้ **แต่ที่สำคัญคือใช้อาวุธทั้งสองชนิดอย่างเชื่อมกันได้สนิท**
คือเขาสามารถที่จะถอด KM มาเป็นโปรแกรมแล้วก็แลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน
จากนั้น ทำวิจัย R2R หา Evidence based หรือหาคำตอบในสิ่งที่ยัง
สงสัย แล้วสุดท้ายนำไปปรับปรุงระบบการทำงานคือ เปลี่ยนวิธีทำแผลใหม่
เปลี่ยนการแนะนำใหม่ อย่างเช่นพบว่าการบอกให้คนไข่ออกกำลังกายมักจะ
ไม่มีทางสำเร็จ แต่จะได้ผลดีขึ้นถ้าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)
ซึ่งอยู่ใกล้บ้าน จัดกิจกรรม แล้วคนจะออกกำลังกาย ต้องมีแรงจูงใจ ซึ่งแรงจูงใจ
ทางสังคมของมนุษย์เป็นสิ่งสำคัญ ด้วยการค้นหาวิธีการของชาวบ้านแทนการ
เดินแอโรบิก เขาก็มาคิดวิธีการอื่น เช่น ไม้พลอง ซึ่งเข้ากับบริบททางสังคม
ของเขา เป็นการจัดการความรู้ในการหา Intervention หรือกิจกรรมส่งเสริม
ที่ดี เช่นเดียวกับเรื่องการทำอาหารที่ดี ทำอาหารที่ได้อย่างไรถึงอร่อย จึงได้มี
การนัดวันเพื่อทำอาหารที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยต้อง
ลงมือทำด้วยตนเอง แล้วมาชิมด้วยกัน แล้วนำวิธีการที่ดีนั้นกลับไปใช้

การทำแผลก็เหมือนกัน ดูแลแผลที่บ้านทำอย่างไร มีสมุนไพรมีภูมิปัญญาชาวบ้านอะไรบ้างที่ช่วยดูแลแผลให้ดี ซึ่งอะไรที่ตรงกับความคุ้นเคย
ของชาวบ้านก็เอามาใช้กัน ปรากฏว่าพื้นที่ที่ทำเรื่องนี้การดูแลผู้ป่วยดีขึ้นมาก
ทำให้เห็นว่าเครื่องมือที่ใช้ต้องคมชัด ต้องเชื่อมประสานกัน แล้วในที่สุดต้องมา
สู่การปรับปรุงระบบ นำไปสู่การเปิดเครือข่ายความรู้ที่กว้างขวาง ถ้าคุณรู้
อยู่อำเภอเดียวก็มีปัญหาจึงต้องมีชุมชนนักปฏิบัติ (CoP) ระหว่างหน่วยงานเกิดขึ้น
ซึ่งต้องเข้าใจความเชื่อมโยงของ CoP เรื่องเล่าเร้าพลัง (story telling) และ
การวิจัย โดยหากเรียงกันให้เห็นก็จะเริ่มจากเรื่องเล่าเร้าพลังที่ทำให้เห็น
นวัตกรรมต่างๆ ตามกระบวนการของการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เสร็จแล้วก็มาทำ

R2R พิสูจน์ เมื่อพิสูจน์เสร็จก็ต้องนำเข้าสู่ระบบบริการเพื่อปรับเปลี่ยนวิธีการให้บริการที่ดีขึ้น เขียนคู่มือบริการใหม่ แล้วก็ต้องแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันระหว่างพื้นที่ เพราะพื้นที่หนึ่งเด่นเรื่องนี้อีกพื้นที่เด่นอีกเรื่อง แล้วมารวมกันเป็น CoP ซึ่ง CoP นี้จะกระตุ้นให้เกิดการทำงานมากขึ้น เพราะเราได้ความรู้จากคนอื่นมา นี่เป็นตัวอย่างเรื่องแรกว่า ถ้าวบรวมเรื่องการจัดการความรู้ (KM) กับการวิจัยในหน่วยงาน (R2R) แล้วก็จะเกิดผลดีมาก

ตัวอย่างเรื่องที่สอง โรงพยาบาลที่แก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้ประสบผลสำเร็จมาก พบว่ามีการดำเนินการที่สำคัญดังนี้ คือมีข้อมูลตัวเลขของวัยรุ่นที่จะตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่วัยรุ่นในอำเภอคือวัยรุ่นที่อยู่นอกกระบบโรงเรียนที่ตกหล่นตั้งแต่ชั้น ม.3 หรือจบ ม.3 แล้วไม่ได้เรียนต่อ พวกนี้เขาก็จะตั้งครรภ์เร็ว ซึ่งการตั้งครรภ์วัยรุ่นในภาพรวมเป็นปัญหาสาธารณสุขไม่ใช่เฉพาะตั้งครรภ์ไม่พร้อม พอเขาเข้าใจก็ไปดูว่าประชากรวัยรุ่นพวกนี้เขาจะดูแลได้อย่างไร โดยร่วมมือกับท้องถิ่น คือองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ร่วมมือกับทางอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เข้าไปจัดบริการถึงบ้าน จัดอบรมวัยรุ่น โดยผ่านวัยรุ่นในพื้นที่ของเขาเอง บ้านไหนมีวัยรุ่นนอกกระบบเขาก็มีบริการ เช่น ถูยงอนามัย จากการดำเนินงานดังกล่าวปรากฏว่าในเขตพื้นที่พบการตั้งครรภ์วัยรุ่นลดลง

ถ้าพัฒนาตัวอย่างนี้ให้เป็น Best practices โรงพยาบาลที่มีพื้นฐานใกล้เคียงกัน ถ้าเขาเอาระบบนี้ไปใช้ก็จะลดการตั้งครรภ์วัยรุ่นไปได้มาก พวกนี้มีความรู้ที่ไม่ปรากฏชัดแจ้งหรือความรู้ที่ฝังลึกอยู่ในตัวคน (Tacit Knowledge) ที่ต้องถอดออกมา ต้องมีระบบข้อมูลอย่างไรถึงรู้ว่าปัญหาอยู่ตรงไหน เขามีวิธีการอย่างไรให้วัยรุ่นมีส่วนร่วม เขาทำงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างไร เพราะว่าวัยรุ่นเหล่านี้อยู่ในความดูแลของท้องถิ่น ก็เป็นปัจจัยต่างๆ ที่ได้มาจากการถอดบทเรียน คนที่ไม่เคย

ตั้งครรภ์ก็ให้ดูอย่างอนามัย ให้ยาคุม บางคนมีแฟนตั้งแต่อายุ 15-16 ปี พอมีลูกคนแรกแล้วก็มีโอกาสที่จะมีลูกคนที่สองได้ ในช่วงวัยรุ่นต้องให้ความรู้ เรื่องการคุมกำเนิดอีกแบบคือแบบกึ่งถาวร เขาก็แนะนำให้ทำ พอกลับบ้านพ่อแม่ไม่เข้าใจ ถ้าทำหมันกึ่งถาวรต่อไปจะมีลูกได้อีกไหม สุขภาพผู้หญิงจะเสียไหม มันเป็นความเชื่อเสียมาก อย่างนี้เขาก็ได้บทเรียนว่าถ้าหญิงวัยรุ่นคนไหน ตั้งครรภ์เขาจะต้อง Counseling ก่อน โดยเฉพาะช่วงระยะที่ 3 และต้องพาแม่ มาด้วย ซึ่งมีวิธีพูดจูงใจแม่ แลกเปลี่ยนกับแม่ให้สนับสนุนให้ลูกวัยรุ่นไม่มีครรภ์ ที่สอง ฉะนั้นระบบการทำงานของอำเภอก็จะประสบความสำเร็จมากในการ ลดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

KM กับการทำวิจัย R2R ใช้ได้กับหน่วยงานทุกงาน แต่เรามีการวิจัย ที่สำคัญอีกรูปแบบหนึ่ง คือ การวิจัยแบบ R&D เริ่มต้นก็ต้องดูวิสัยทัศน์ และพันธกิจของกรม เมื่อแปลงเป็นโปรแกรมและโครงการต่างๆ เราก็ต้อง วิเคราะห์ให้ออกกว่าเรามีความรู้อะไรในการทำงาน จากความรู้สองประเภท (ความรู้พื้นฐานและความรู้ปฏิบัติ) ความรู้ของเรา เช่น ความรู้ทางการปฏิบัติ เพื่อแก้ปัญหา เพื่อยกระดับคุณภาพของประชากร ความรู้แบบนี้เรียกว่า intervention เรามีหรือไม่ ถ้าไม่มีต้องทำวิจัย R&D เราเคยทำวิจัย R&D มาหลายเรื่อง ที่ประสบความสำเร็จดังที่ยกตัวอย่างไปแล้ว



แต่ถ้ามี intervention อยู่แล้ว เราต้องไปหาความสำเร็จในการดำเนินงานเพื่อทำ KM อย่างเช่นกรณีของบริการสุขภาพจิตที่จังหวัดน่าน ไม่ได้ต้องการ intervention ใหม่ เช่น การคัดกรองคนไข้ การดูแลคนไข้ฉุกเฉิน ทุกอย่างเป็นความรู้อยู่แล้วจึงต้องไปค้นหาความสำเร็จจากการดำเนินงานว่าอะไรที่ดีคือ Best practices เป็นการถอดความรู้สิ่งสำเร็จว่า What อะไรบอกว่าสำเร็จ ต้องวัดได้เป็นตัวชี้วัด How วิธีปฏิบัติอย่างไรถึงสำเร็จ Why ปัจจัยความสำเร็จซึ่งส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการ ไม่ใช่เพียงผู้นำมุ่งมั่นอย่างเดียวต้องมีปัจจัยความสำเร็จอื่นๆ ด้วย เช่น จัดสรรทรัพยากรอย่างไร ทำแผนให้เกิดผลได้อย่างไร ทำให้คนมีคุณภาพต้องทำอย่างไร เรื่องปัจจัยความสำเร็จพวกนี้ต้องมีรายละเอียดที่ได้จากการถอดความรู้ ถ้าสมมุติจังหวัดแพร่อยู่ติดกัน มีปัญหาเดียวกันแต่แพร่ยังล่าช้ากว่า ถ้าจังหวัดแพร่จะทำให้ได้อย่างน่าน ก็ต้องเอาปัจจัย What How Why ที่ตัวเองมีอยู่ไปประกบกับตาราง What How Why ของจังหวัดน่าน

เมื่อจังหวัดแพร่นำ What How Why ของตัวเองไปทาบก็จะพบว่า มีช่องว่างอะไร เช่น ตัวชี้วัดยังไม่บรรลุและไม่ครบถ้วน ก็ต้องไปตั้งเป้าหมายใหม่ และมีตัวชี้วัดให้ครบถ้วน How เช่น วิธีเก็บข้อมูลของเรายังขาดตรงไหน Why เช่น ปัจจัยความสำเร็จของน่าน เขามีอยู่ 7 ข้อ เรามีแค่ 2 ข้อ เราต้องสร้าง 5 ข้อเพิ่ม ด้วยวิธีอย่างนี้ในเวลาไม่นานจังหวัดแพร่ก็จะเกิดการก้าวกระโดดได้อย่างจังหวัดน่าน ทำแบบนี้ถึงจะเป็นการจัดการความรู้ ‘แบบ Benchmarking’

แต่ที่ผ่านมามีสิ่งที่เราเรียกว่า Best practices กลับไม่ใช่ที่เรียกว่า Best practices เพราะการเขียนแบบเรื่องเล่า ไม่ใช่ Best practices แบบ What How Why การถอดความรู้จึงไม่แหลมคมพอที่จะนำไปใช้ อีกประการหนึ่งพอจะเอาให้คนอื่นเรียนรู้ต่อก็กลับไม่ได้ทำ ต้องรู้ว่ามีที่จังหวัดที่ควรจะทำแบบจังหวัดน่าน แล้วคุณได้ไปกระตุ้นให้เขาเรียนรู้โดยทำ Benchmarking กับจังหวัดน่านเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงของระบบให้ขยายออกไป หรือไม่

แม้กรมสุขภาพจิตจะมีครบ มี Best practices แต่ก็เป็น Best practices ที่ยังนำไปใช้งานไม่ได้ ซึ่งน่าจะเรียกว่า Good practice มากกว่า มีจังหวัดที่จะต้องทำให้ได้ตามเป้าหมาย แต่จังหวัดเหล่านั้นก็ไม่ได้ใช้การจัดความรู้นั้นไปเปลี่ยนแปลงระบบ งานของเราจึงอยู่ในวังวนนานมาก เพราะว่าเราใช้เครื่องมือไม่มีประสิทธิภาพ ก็เป็นหน้าที่ของเราที่จะต้องไปร่วมมือกับ Excellence Center ของโรงพยาบาลจิตเวชกับศูนย์สุขภาพจิต เนื่องจากคนในพื้นที่เขาอยู่หน้างานทุกวัน เขาไม่มีทางที่จะรู้จักเครื่องมือพวกนี้เอง จะต้องมีหน่วยงานส่วนกลางช่วยพัฒนาเครื่องมือพวกนี้ขึ้นมา หน่วยงานส่วนกลางของเราก็ต้องติดตามต้องมีใจที่ต้องนึกตลอดเวลาว่าการที่เขาสามารถดูแลคนไข้ในจังหวัดเขาได้ทำให้คุณภาพชีวิตคนไข้ดีขึ้น ไม่ต้องตะลอนๆ พาพ่อแม่ข้ามจังหวัด โรคฝ้ายกายเป็นก็หาย โรคทางจิตต้องดูกันเป็นปีๆ สิ่งเหล่านี้เปลี่ยนแปลงคุณภาพประชากรงานที่เราทำจึงมีคุณค่ายิ่งนัก งานทำให้คนเปลี่ยนแปลงอย่างมีคุณภาพงานเปลี่ยนแปลงมิติทางสุขภาพจิตมีแต่เรารู้ เครื่องมือที่เราใช้อยู่จึงควรทำให้เป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพ

อีกหนึ่งตัวอย่าง คือการทำ R&D การพัฒนาเด็ก เครื่องมือการพัฒนาเด็ก ที่มีอยู่เดิม คือ คู่มือคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กแรกเกิด - 5 ปี (TDSI) ที่ใช้ในการประเมินพัฒนาการมาตรฐาน แต่ใช้งานที่คลินิกเด็กได้ลำบาก กรมอนามัยจึงมีเครื่องมือออกมาชื่ออนามัย 49 แล้วปรับปรุงมาเป็น อนามัย 55 ก็กลายเป็นมีสองเครื่องมือที่ใช้ในระบบ การทำ R&D ที่นายแพทย์สมัย ศิริทองถาวร ทำอยู่ที่ประสบความสำเร็จ คือ เขาไปปรับปรุง ปัญหาจากพื้นที่ พบสองปัญหา เรื่องแรกคือเครื่องมือไม่ไวพอจะคัดกรองได้ และถ้ากรองได้ก็ต้องเรียนรู้เรื่องการแก้ไขพัฒนาการเด็ก กลายเป็นคนละ ความรู้กัน เมื่อสังเคราะห์เครื่องมือเหล่านี้ใหม่ก็ทำให้ทั้ง 2 ปัญหาหมดไป คือ มีความไวและเป็น one platform ได้ทั้งประเมินและส่งเสริม/แก้ไข ต่อมาเขาก็ พัฒนาเครื่องมือตัวหนึ่ง เป็น 3 ระดับที่มี 70 140 และ 300 พฤติกรรมพัฒนาการ ที่จะวัด คือจะเพิ่มความละเอียดขึ้นตามความรุนแรงของปัญหา

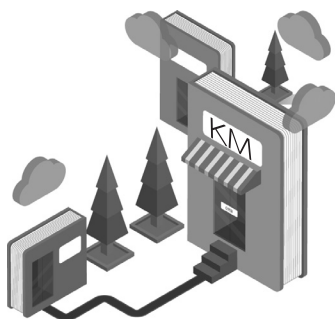
เครื่องมือ 70 ข้อ หรือคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ก็คือทุกหนึ่ง Milestone ที่วัดทุกๆ 6 เดือน จะวัดแค่เรื่องเดียวใน หนึ่งด้าน เช่น กล้ามเนื้อมัดใหญ่ กล้ามเนื้อมัดเล็ก อารมณ์ สังคมและภาษา ทั้งความเข้าใจและการพูด ถ้าเมื่อไรพัฒนาการผิดปกติ จะมี 140 ข้อ หรือ คู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (TEDA4I) โดยช่วยพัฒนาพฤติกรรมในแต่ละวันให้ดีขึ้น เพื่อช่วยให้พ่อแม่กระตุ้นเด็กไป อีกหนึ่งขั้นพฤติกรรม เด็กปกติเขาจะเดินก้าวบันไดก้าวใหญ่ แต่เด็กที่เริ่มล่าช้า บันไดต้องถี่เพราะเขาไม่มีความสามารถที่จะเดินข้ามขั้นได้ก็ต้องซอยให้ถี่ลง เพราะฉะนั้นเครื่องมือจะประเมินเด็กได้ถี่ขึ้น แล้วใช้พฤติกรรมเป็นตัวกระตุ้น ถ้ายังไม่ดีขึ้นอีกแสดงว่าน่าจะเป็นความผิดปกติ ซึ่งจะต้องวินิจฉัยและ รักษา ส่วนการแก้ไขพัฒนาการก็จะมี 300 ข้อ ซึ่งจะซอยถี่ไปอีกใน 6 เดือน ซอยเป็น 4 ช่วง ในทั้ง 5 ด้าน จึงเป็นการประเมินให้ถี่ขึ้น โดยประเมิน

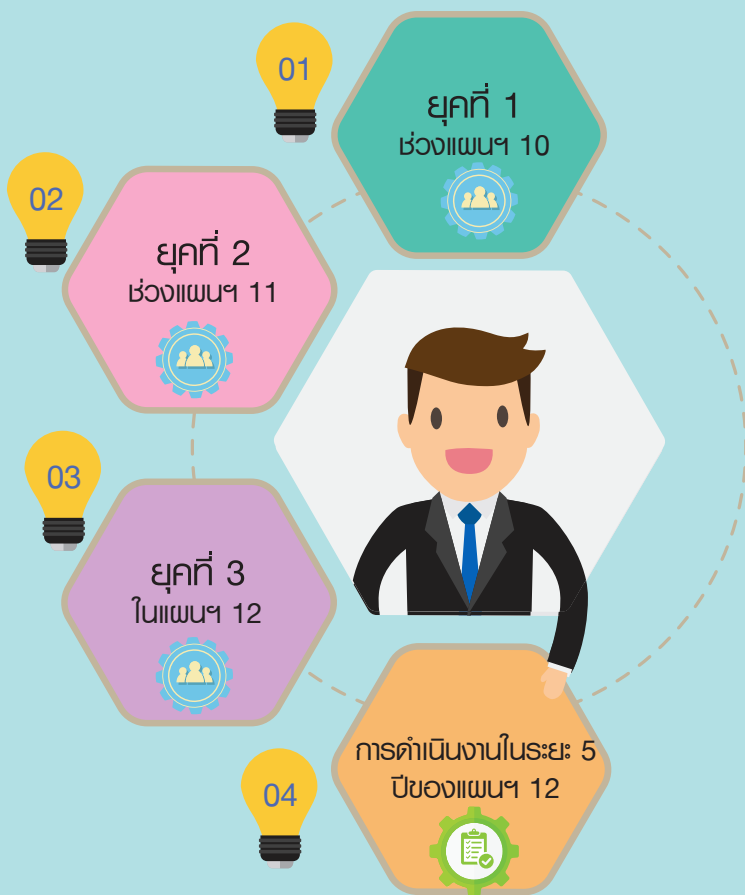
ควบคู่ไปกับการส่งเสริมและแก้ไขไปด้วยกัน เครื่องมือนี้ประสบความสำเร็จในการใช้ เนื่องจากแนวความคิดที่คำนึงถึงคนทำงาน เราต้องนึกถึงว่าเขามีพยาบาลอยู่ 3-4 คน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทำทุกอย่าง เพราะฉะนั้นการจะออกแบบอะไรต้องออกแบบที่เป็นมิตรกับเขา การทำวิจัย R&D ขึ้นนี้เป็นตัวอย่างให้เห็นว่าอะไรเป็นความรู้ที่ขาดก็ไปทำวิจัย ส่วนการจัดการความรู้ก็เน้นให้ได้ว่าในพื้นที่เขาทำอย่างไรจึงประสบความสำเร็จ จัดการให้เอามาใช้งาน แล้วเกิดการเรียนรู้กัน เช่น มีห้องสมุดของเล่น ให้พ่อแม่หยิบยืมไปกระตุ้นพัฒนาการได้ หลายๆ Milestone ก็ต้องใช้เครื่องมือ ให้พ่อแม่นำไปฝึกลูกแล้วภูมิใจให้กลับมาเจอคราวหน้า โรงพยาบาลบางแห่ง ถ้าทำได้ ผู้ป่วยและญาติไม่ต้องเดินทางไปที่สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ พวกนี้ต้องใช้การจัดการความรู้ทั้งนั้น

ก็คงจะปิดท้ายว่างานของกรมสุขภาพจิตเป็นงานที่กล่าวได้ว่าเป็นครึ่งหนึ่งของงานสุขภาพเพราะว่ากายกับจิตคู่กัน ป่วยกายก็เพราะมีปัญหาสุขภาพจิต คนป่วยจิตก็อาจมีปัญหาสุขภาพกายเป็นธรรมดา เพราะฉะนั้น การที่จะให้เรายกระดับงานบูรณาการงานสุขภาพจิตเข้าไปในระบบได้ก็ เป็นส่วนสำคัญยิ่ง ระบบสาธารณสุขเราก็เป็นระบบที่มีการปฏิรูปมาก่อน ตั้งแต่ ปีพ.ศ. 2519 ที่พยายามกระจายอำนาจให้จังหวัดดูแลคนในพื้นที่ตนเอง เพราะ ฉะนั้นในระบบทางสังคมทั้งหมด ทั้งในระบบยุติธรรม ระบบการศึกษา ระบบ การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ล้วนรวมศูนย์มาก มีระบบที่กระจาย อำนาจมากที่สุด คือ กระทรวงสาธารณสุข เพราะฉะนั้นกระทรวงสาธารณสุข จะเข้มแข็งกว่าเพื่อนในการดูแลประชาชน กระทรวงอื่นจึงต้องพึ่งพากระทรวง สาธารณสุข จะดูแลเด็กที่กระทำความผิดในระบบยุติธรรม ในโรงเรียนหรือ กับคนที่สิ้นไร้ไม้ตอกก็ต้องพึ่งหน่วยงานของสาธารณสุข ถ้าเราทำงานของ เราให้ดี ก็จะช่วยทั้งระบบสาธารณสุขและระบบอื่นๆ ให้ดูแลประชาชนได้ ทั้งหมด



คงจะพอให้เห็นภาพความเป็นมาและความเป็นไปของงานวิชาการ ในการสร้างความรู้พวกเราต้องทำงานในเชิงรุก (Proactive) มากๆ ในการเข้าไป เรียนรู้และใช้เครื่องมือ การทำงานหนักไม่ทำร้ายใครแต่ต้องมีทิศทาง หากไปถาม รุ่นพี่ๆ ถึงครั้งที่เรามีเพียงไม่กี่โปรแกรม ก่อนที่เราจะมีเป็นร้อยโปรแกรม ครั้งนั้นการจะสร้างโปรแกรม ทีมต้องไปอยู่ด้วยกัน 3 วัน 5 วัน ทำงานเข้ายันมืด ก็เพื่อให้มีโปรแกรมที่ดีเอามาใช้งานได้ แต่ว่ายุคสมัยนี้เปลี่ยนบทบาทไป เราไม่ใช่แค่สร้างเครื่องมือ แต่มีการ bottom up หมายถึง เราจะได้ทำงาน เพียงการจัดฝึกอบรม ต้องจัดการความรู้จากหน่วยงานให้ได้ กระตุ้นให้พื้นที่อื่น ทำให้ดีขึ้น เราก็ต้อง active หรือใช้ proactive approach







เส้นทางการจัดการความรู้ กรมสุขภาพจิต



เส้นทางการจัดการความรู้ กรมสุขภาพจิต

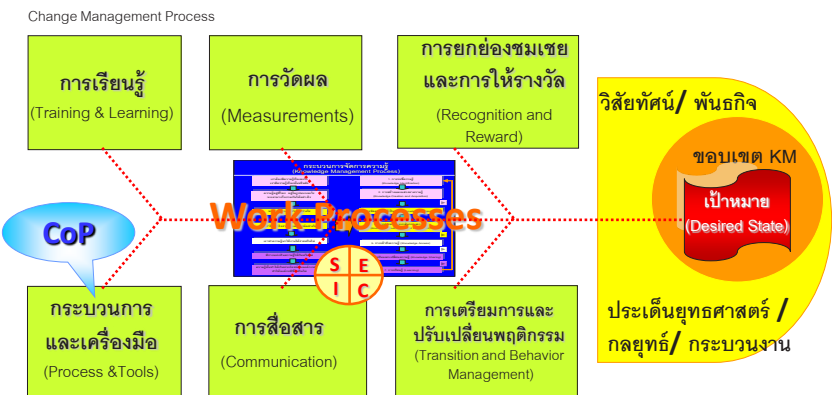
ยุคที่ 1 ช่วงแผนฯ 10 (พ.ศ 2550-2554) เรียนรู้แนวคิดการจัดการความรู้พื้นฐานเพื่อให้มีการจัดการความรู้ในหน่วยงานของตนเอง เช่น ให้หน่วยงานจัดวงแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำความรู้จากประสบการณ์มาเป็นองค์ความรู้ที่สามารถนำไปใช้ในงานได้ แล้วมาแลกเปลี่ยนระหว่างหน่วยงานผ่านตลาดนัดความรู้ เดิมเรามีความรู้อยู่ในบุคคล แต่ไม่ได้มีการจัดการอย่างดี ความรู้จึงมักไม่ได้ถูกใช้ ทั้งนี้ กระบวนการจัดการความรู้ คือ การนำความรู้ที่มีอยู่ในตัวคนมาจัดการให้เป็นความรู้ขององค์กรในการพัฒนาการปฏิบัติงาน โดยกรมสุขภาพจิตใช้แนวคิดการจัดการความรู้ที่สำคัญ 2 แนวคิด ดังต่อไปนี้ คือ



แนวคิดการจัดการความรู้ตามแนวทางสำนักงานคณะกรรมการพัฒนา ระบบราชการ



การเชื่อมโยง KM สู่ วิสัยทัศน์/ พันธกิจ/ ประเด็นยุทธศาสตร์ Change Management Process ... KM Process ...



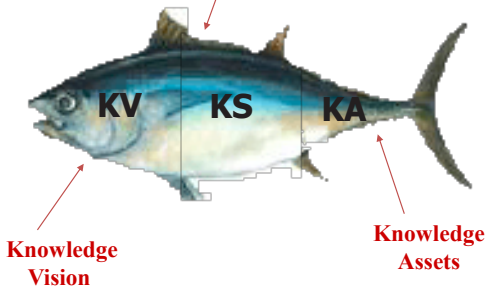
แนวความคิดการจัดการความรู้ของสถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม (สคส.)

KM Model “ปลาทู”

- Knowledge Vision (KV)
- Knowledge Sharing (KS)
- Knowledge Assets (KA)

Knowledge
Sharing

ส่วนกลางลำตัว ส่วนที่เป็น “หัวใจ”
ให้ความสำคัญกับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
ช่วยเหลือ เกื้อกูลซึ่งกันและกัน
(Share & Learn)



Knowledge
Vision

ส่วนหัว ส่วนตา
มองว่ากำลังจะไปทางไหน
ต้องตอบได้ว่า “ทำ KM ไปเพื่ออะไร”

Knowledge
Assets

ส่วนหาง สร้างคลังความรู้
เชื่อมโยงเครือข่าย ประยุกต์ใช้ ICT
“ระดับทาง” สร้างพลังจาก CoPs

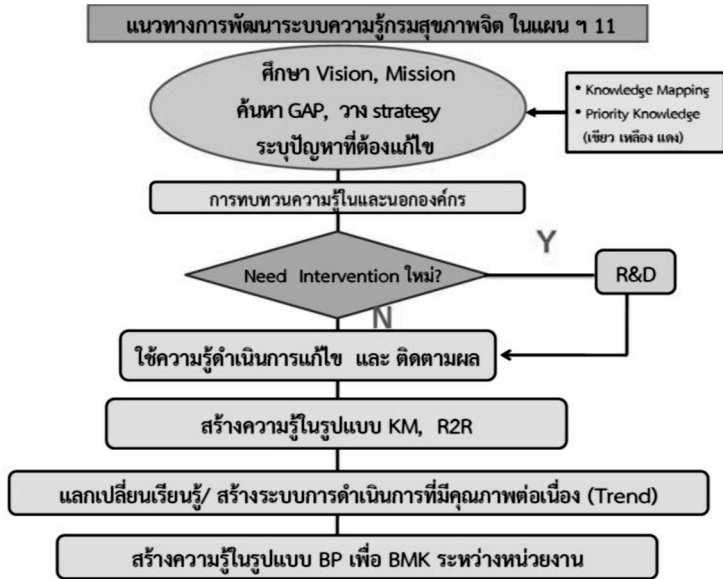


ยุคที่ 2 ช่วงแผนฯ 11 (พ.ศ 2555-2559) กรมสุขภาพจิตต้องการให้มีการจัดการความรู้อย่างเจาะจงมากขึ้น มุ่งเน้นสร้างความรู้ที่จะนำไปตอบพันธกิจของกรมให้ได้ จึงมีการสร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้ขึ้นมาให้ต่อเนื่องกับยุคแรก และพยายามสร้าง CoP ให้เกิดขึ้นตามหัวปลา เพื่อให้คนที่ทำงานด้านนี้ใช้ความรู้ให้เต็มความสามารถ ตอบพันธกิจของกรมให้ได้ รวมทั้งเริ่มพัฒนาการใช้เครื่องมือการเทียบระดับ Benchmarking: (BMK) ดังแสดงในผังภาพ เปรียบเทียบ KM แผนฯ 10 กับแผนฯ 11 นอกจากนี้ เริ่มมีการจัดระบบความรู้ของกรมด้วย

เปรียบเทียบ KM แผนฯ 10 กับ แผนฯ 11

ประเด็น	แผน 10 : KM	แผน 11 : LO
จุดเน้น	พัฒนาคน	พัฒนาองค์กร
เครื่องมือ	KMP , CMP, Model ปลายุ	KMA , BMK/BP, CoP
เป้าหมาย	สร้างความรู้	สร้างความรู้หลักตามพันธกิจ
ผลลัพธ์	ความรู้ระดับหน่วยงาน ↓ คลังความรู้กรม	ความรู้ระดับกรม ↓ ขับเคลื่อนพันธกิจ
ขอบเขตการพัฒนา	เน้นภายในกรม	ทั้งระบบสุขภาพจิต

งาสำคัญอีกอย่างหนึ่งในช่วงนี้คือ กรมสุขภาพจิตเริ่มปรับแนวทางการพัฒนาระบบความรู้ของกรมสุขภาพจิตในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (ปีพ.ศ. 2555 - 2559) ขึ้นใหม่ โดยรวมการพัฒนาความรู้ด้วยเครื่องมือวิจัย (Research) และการจัดการความรู้ (KM) เข้ามาอยู่ในกลุ่มเดียวกันในฐานะเป็นเครื่องมือที่ใช้เพื่อการพัฒนาความรู้ และสามารถใช้งานแบบเอื้อประโยชน์กันและกันเพื่อผลักดันให้วิสัยทัศน์ พันธกิจขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ ไม่แยกวิจัยและการจัดการความรู้เหมือนเมื่อก่อน ภายใต้แนวความคิดแบบนี้ จึงได้ออกแบบกระบวนการดังผังภาพด้านล่าง เพื่อให้บุคลากรกรมสุขภาพจิตเห็นความเชื่อมโยงและมีแนวทางการพัฒนาระบบความรู้ของหน่วยงาน ไปในทิศทางเดียวกับที่กรมสุขภาพจิตกำหนดขึ้น



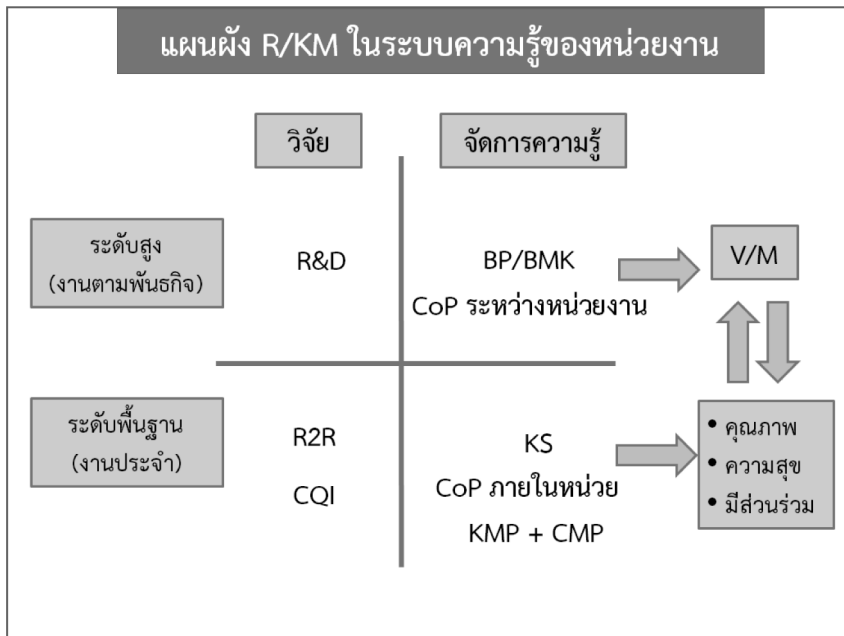
ขั้นตอนอันดับแรกทั้งที่ระดับกรมและหน่วยงานเริ่มต้นคือ ศึกษา วิสัยทัศน์ พันธกิจ แล้วค้นหายังมีช่องว่าง (Gap) อะไรบ้างที่ทำให้งาน ไม่บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย เพื่อนำไปวางแผนยุทธศาสตร์เพื่อแก้ไข ให้ผลลัพธ์การดำเนินงานดีขึ้น โดยวิเคราะห์และทำแผนที่ความรู้ที่อยู่ใน กระบวนการนั้นๆ (Knowledge Mapping) แล้วเรียงลำดับความสำคัญของ ความรู้ที่ต้องจัดการหรือพัฒนาขึ้น (Priority) ขั้นตอนที่ต้องทำต่อมาคือ ต้องรู้ว่าจะต้องใช้ความรู้อะไรเพื่อแก้ปัญหานั้นๆ เมื่อชัดเจนถึงสิ่งที่ยังเป็น ช่องว่าง (Gap) หรือจุดขาดแล้ว ต้องกำหนดยุทธวิธีที่จะต้องแก้ไข โดยต้อง กำหนดความรู้ที่จะใช้หรือพัฒนาควบคู่ไปด้วย ว่าเป็นความรู้เรื่องอะไร ขั้นตอนต่อไปคือการทบทวนความรู้เรื่องนั้นหรือความรู้ที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกองค์กร ว่าเป็นความรู้ประเภทใด มีอยู่แล้วหรือไม่ ถ้ามีอยู่แล้วความรู้นั้นอยู่ที่ใคร หรือแหล่งใด และวิธีการให้เดิมาซึ่งความรู้ต้องทำอย่างไรบ้าง

เพื่อให้เกิดความชัดเจนเราต้องตอบตัวเองให้ได้ว่า มีนวัตกรรมใหม่ๆ ที่จำเป็นต้องสร้างใหม่บ้างหรือไม่ บางปัญหาที่ยังแก้ไขไม่ได้คืออะไร อาจต้องหาองค์ความรู้ที่เป็นนวัตกรรมใหม่มาใช้ในการแก้ไขปัญหาหรือลดช่องว่างปัญหาที่มีอยู่ เช่น ตอนนี้คงยังหาคำตอบไม่ได้ว่าจะทำอย่างไรให้สามารถค้นหาเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้มากขึ้น เพื่อแก้ไขปัญหาเรื่องการเข้าถึงบริการของเด็กกลุ่มนี้ให้ดีขึ้น อย่างนี้ต้องใช้วิจัย แต่ถ้าเป็นปัญหาที่เราแก้ไขไปได้ ก็จัดการความรู้ที่มีอยู่ให้ใช้งานได้ดีขึ้น

ที่จริงแล้วเรื่องใหญ่ๆ เรื่องหนึ่งมักต้องสร้างหรือพัฒนาความรู้ทั้งสองแบบคือ อะไรที่เรายังไม่รู้และอะไรที่เราอยู่แล้ว ยกตัวอย่างเรื่องพัฒนาการล่าช้า เรื่องของการค้นหาอาจต้องพัฒนาความรู้ที่เป็นนวัตกรรมใหม่มาใช้ในกระบวนการค้นหา และเมื่อค้นหาได้แล้วจะทำอย่างไรต่อไป ก็สามารถใช้ความรู้ทั้งด้านการบำบัดรักษาและส่งเสริมป้องกันที่มีอยู่ในกรมสุขภาพจิตมากมายมาใช้ กระบวนการทำแผนที่ความรู้ (Mapping Knowledge) จึงเป็นกระบวนการที่สำคัญ

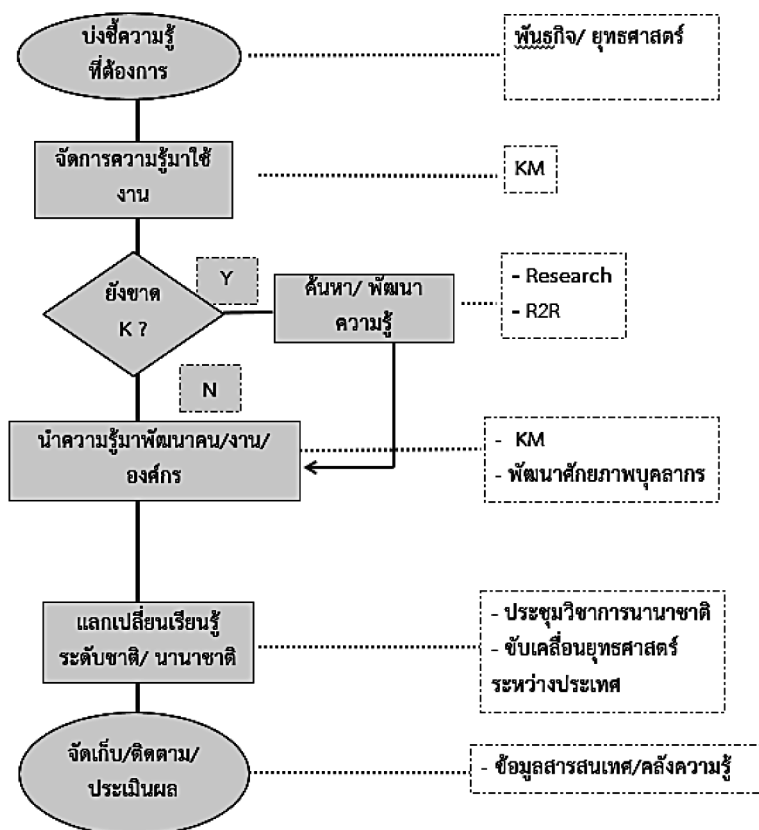
ถ้าความรู้ที่ต้องการเป็นนวัตกรรมใหม่ ต้องใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (R&D) พัฒนาความรู้นั้น ถ้าบางเรื่องสามารถแก้ไขปัญหาด้วยความรู้ที่มีอยู่แล้วก็ใช้ความรู้นั้นแก้ไขปัญหาลงมือติดตามผลลัพธ์ ซึ่งต้องใช้เครื่องมือต่างๆ ทั้ง ‘วิจัย’ เช่น ใช้วิจัยในงานเพื่อพัฒนาการทำงาน (R2R) และ KM เช่น ใช้การทำ CoP ใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นต้น ความรู้ก็จะยิ่งมากขึ้นและจะทำให้กระบวนการทำงานนั้นประสบความสำเร็จได้มากขึ้นด้วย

อย่างไรก็ตาม การทำงานใดๆ ไม่ใช่ทำเฉพาะให้หน่วยงานของเราสำเร็จเท่านั้น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ปฏิบัติงานต่างหน่วยงาน เพื่อช่วยให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จและมีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นการพิสูจน์ว่าความรู้มีการเติบโต และทำให้เกิดความสำเร็จได้จริง คือเป็น CoP ระหว่างหน่วยงานตามประเด็นความรู้ต่างๆ พร้อมกันนั้น ใครที่มีระบบและวิธีปฏิบัติที่ดี (Good Practice) ก็ควรได้รับการจัดการความรู้ให้ชัดเจนและเรียนรู้ได้ง่ายยกระดับขึ้นเป็นวิธีปฏิบัติเป็นเลิศ (Best Practices) เพื่อนำไปสู่การเทียบระดับให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อไป



ยุคที่ 3 ในแผนฯ 12 (พ.ศ 2560-2564) มีหัวใจสำคัญ 2 เรื่อง
เรื่องแรก คือ จัดระบบความรู้ 2 แบบที่แยกส่วนกันให้มาเชื่อมโยงกัน คือ
การวิจัย (คือ สิ่งที่เรายังไม่รู้หรือยังรู้ไม่ชัด ต้องมีการค้นหาเพื่อหาความรู้
ที่ชัดขึ้น) และการจัดการความรู้ (จัดการความรู้ที่มีอยู่ในตัวคนและความรู้
ที่แจ่มชัดแล้วนำมาให้ใช้ประโยชน์ได้) สำหรับวิจัยเราเน้นวิจัยประเภท
R&D และ R2R ซึ่งสามารถตอบโจทย์ของกรมได้ ดังแสดงในผังภาพด้านล่าง
และได้กล่าวไว้ในบทก่อนหน้านี้ด้วย

การพัฒนาระบบวิชาการ/ความรู้กรมสุขภาพจิต แผนฯ 12



เรื่องที่ 2 พัฒนา KM ไปสู่ LO ทำให้การจัดการความรู้ใน
กรมสุขภาพจิตยั่งยืน ซึ่งเราต้องมีการสร้างการเปลี่ยนแปลงคือ การสร้าง
องค์กรแห่งการเรียนรู้ให้เกิดขึ้น โดยปรับปรุงการจัดการความรู้ให้เป็นวิถี
ขององค์กรหรือกล่าวอีกนัยหนึ่งการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ทำให้ KM
ไม่ใช่แค่เป็นเครื่องมือขององค์กร แต่เป็นเป้าหมายขององค์กร ซึ่ง 2 ประการนี้
เป็นประเด็นสำคัญของกรมสุขภาพจิตในปัจจุบัน

การดำเนินงานให้ยั่งยืนในระยะ 5 ปีของแผนฯ 12

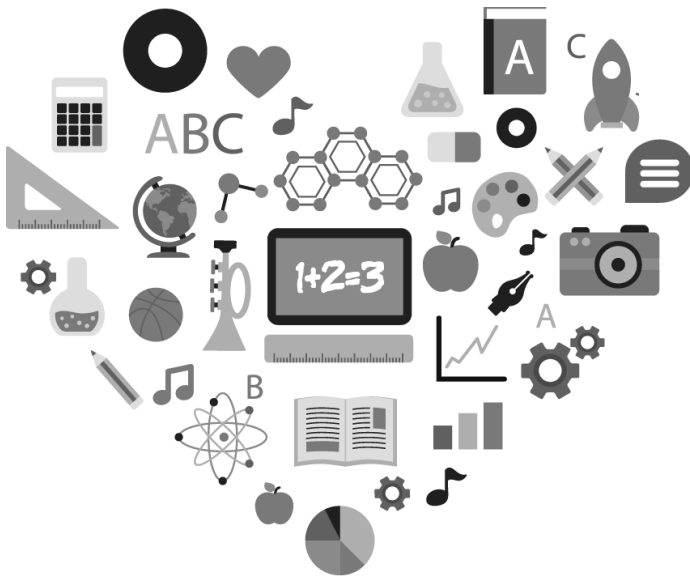
การดำเนินการทั้ง 2 ประการ ดังกล่าวไว้ข้างต้น เราต้องตอบคำถาม
สำคัญต่อไปนี้ให้ได้ว่า

“อะไรคือความรู้สำคัญของหน่วยงาน” (ความรู้ใดที่ตอบสนองพันธกิจ
ของหน่วยงาน)

“ความรู้อะไรที่มีอยู่แล้ว แต่จัดการได้ไม่ดี” ก็ต้องอาศัยการจัดการ
ความรู้ และความรู้อะไรที่ยังไม่มี ก็ต้องพยายามวิจัยออกมาให้ได้

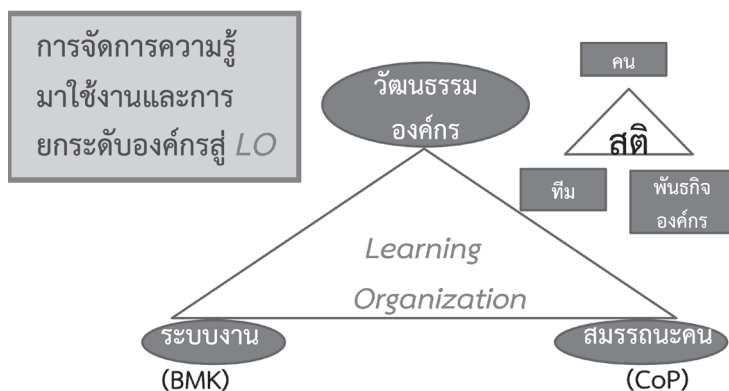
“งานวิจัยกับการจัดการความรู้ไม่ได้แยกกัน เพราะความรู้ในงาน
เดียวกันจะมีทั้งเรื่องที่เรารู้และไม่รู้” เช่น เราไม่รู้ว่า ทำไมงานพัฒนาการเด็ก
จึงไม่ได้ผล หรือผู้ป่วยทำไมถึงไม่รักษาต่อเนื่อง ก็ไปทำวิจัยมาเพื่อแก้ปัญหา
หรือไม่ว่าจะประเมินผู้ป่วย PTSD (Post - Traumatic Stress Disorder)
ในชุมชนให้ง่าย ๆ ก็ไปทำเครื่องมือ/นวัตกรรมมา แต่เรารู้ว่ามีคลินิกเด็กดีที่
ทำงานพัฒนาการเด็กได้ดี หรือคลินิกสุขภาพจิตที่ดูแลผู้ป่วยได้ต่อเนื่อง เราก็
ต้องไปจัดการความรู้เพื่อนำมาใช้งานและขยายผลต่อไป”

“ความรู้ที่เรายังไม่มี ก็ทำวิจัย
ส่วนความรู้ที่รู้แล้ว ก็ต้องจัดการความรู้ต่อไป
ต้องทำให้ระบบความรู้เป็นหนึ่งเดียว
โดยเชื่อมโยง KM กับการวิจัยไว้ด้วยกัน”



ดังนั้นกลไกร่วมของ KM และวิจัย จึงต้องทำด้วยความเข้าใจ โดยต้องรวมตัวกันเชื่อมโยงกันแบบที่เข้าใจโจทย์ของหน่วยงานหรือความรู้ที่ตอบพันธกิจแล้วแยกให้ชัดว่าเรื่องใดต้องทำ KM ซึ่งใช้เครื่องมือแบบหนึ่ง กับวิจัยซึ่งใช้เครื่องมืออีกแบบหนึ่ง (เช่น R&D, R2R) อย่างกรณีโรงพยาบาล กิจกรรม CQI ถือเป็น KM แต่ถ้ามีโจทย์ประเด็นหรือปัญหาที่ใช้ CQI ไม่ได้ ก็ต้องดำเนินการวิจัยคือ R2R

ในยุคที่ 3 นี้ KM ไม่ใช่แค่เครื่องมือ แต่เป็นเป้าหมายขององค์กร ซึ่งจัดอยู่ในตัวชี้วัดและเป็นแผน 5 ปีของกรม ดังนั้นต้องเป็นการจัดการความรู้ที่ตอบพันธกิจขององค์กร ซึ่งการเป็น Learning Organization ได้ต้องทำ 3 เรื่อง ดังนี้คือ



- พัฒนา BP

- What : อะไรชี้วัดความสำเร็จ
- How : ทำอย่างไรจึงสำเร็จ
- Why : ปัจจัยความสำเร็จ

- เทียบระดับกับ BP

- ตามความเชี่ยวชาญ (Excellence/PM)
- ทั้งในหน่วยงาน และข้ามหน่วยงาน
- ทั้ง F2F และ Online

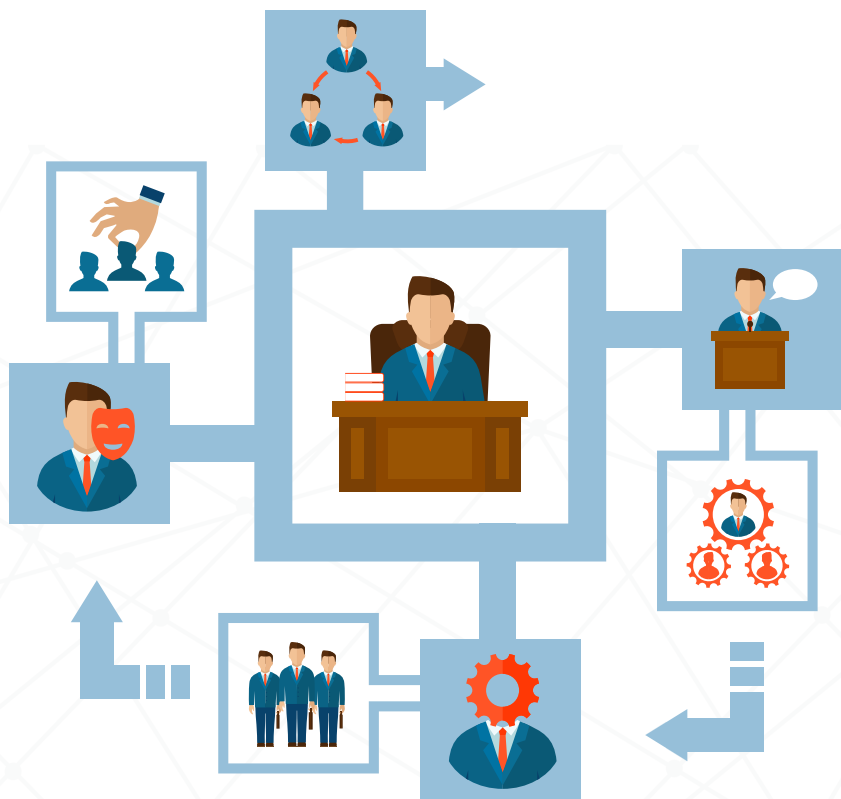
1. คนทำงานในองค์กรต้องมีวัฒนธรรมของการเรียนรู้ โดยได้เลือกใช้เรื่องการสร้างสุขด้วยสติในองค์กร (Mindfulness in Organization: MIO) มาเป็นเครื่องมือหลักในการสร้างวัฒนธรรมองค์กร เพราะสติเป็น Metaskills ที่ใช้ได้ทั้งการทำงานของบุคคล ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (สติสื่อสาร) และใช้สติสนทนาในการประชุมเพื่อขับเคลื่อนพันธกิจขององค์กร รวมทั้งวัฒนธรรมการเรียนรู้ด้วย

2. เพิ่มสมรรถนะคน องค์กรต้องมีการพัฒนาคนผ่านวิธีการต่างๆ โดยเฉพาะการอบรม แต่ผลของการอบรมนั้นสำคัญที่นำมาใช้ได้มากน้อยเพียงใด ดังนั้นต้องมีการอบรมที่มุ่งสมรรถนะ เช่น การจัดอบรมเรื่องสติบำบัดให้แก่ สหวิชาชีพ เป็นต้นและที่สำคัญในด้าน KM คือต้องมีการสร้าง CoP เฉพาะเพื่อการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องในเรื่องเดียวกัน โดยมีเป้าหมายการสร้าง CoP เพื่อการเพิ่มสมรรถนะของคน

3. ระบบงานโดย Benchmarking หรือ BMK อันดับแรกต้องทำให้เป็น Best Practices ได้อย่างแท้จริง และเมื่อมีระบบที่เป็น Best Practices ชัดแล้ว ลำดับต่อไปที่สำคัญกว่าคือ ให้นำหน่วยอื่นมาเรียนรู้หรือหากหน่วยเรายังต้องพัฒนาในระบบใด ก็ไป Benchmarking กับหน่วยอื่นที่เป็น Best Practices เพื่อการพัฒนาปรับปรุงให้หน่วยงานเราเป็น Best Practices ต่อไป

การสร้าง Learning Organization ในบริบทกรมสุขภาพจิต จะต้องทำทั้ง 3 อย่าง โดยมีวัฒนธรรมการเรียนรู้เป็นฐานเพื่อพัฒนางานและคน ซึ่งในระยะเวลา 5 ปี หน่วยงานจะได้วางแผนว่าจะพัฒนาแต่ละองค์ประกอบขึ้นมามีอย่างไรจนครบทั้ง 3 ด้าน





ต่อยอดการพัฒนางานสุขภาพจิต
ด้วย KM สู่ LO ในแผนฯ 12



ต่อยอดการพัฒนางานสุขภาพจิต ด้วย KM สู่ LO ในแผนฯ 12

ระบบความรู้ขององค์กร

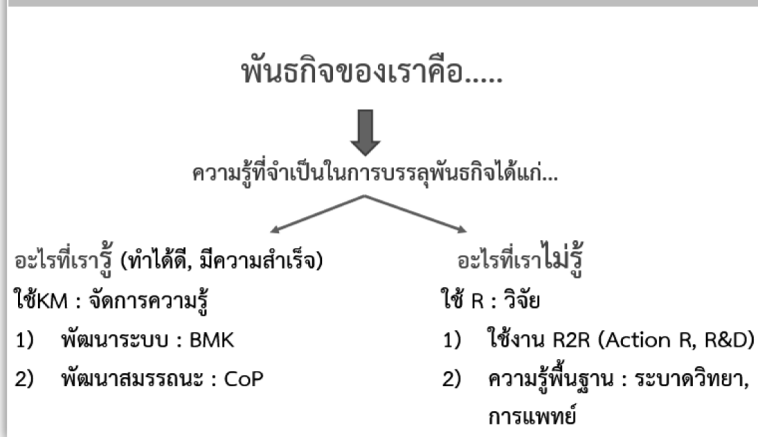
ระบบ คือ สิ่งที่เราได้ดำเนินการให้เป็นประจำ จนกระทั่งกลายเป็นวิถีขององค์กร เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ได้วัตถุประสงค์หนึ่งถ้าเป็นระบบความรู้ก็คือใช้ความรู้ในการทำงาน

ระบบความรู้ คือ ระบบงานวิชาการขององค์กรหรือพูดอีกนัยหนึ่งคือการใช้ความรู้อย่างเป็นประจำและอย่างเป็นระบบเพื่อขับเคลื่อนความสำเร็จขององค์กร

ในการพัฒนาระบบความรู้หรือระบบวิชาการนั้น เริ่มจากหน่วยงานต้องตอบโจทย์คำถามข้อแรก คือ พันธกิจขององค์กรเราคืออะไร ซึ่งหน่วยงานกลุ่มโรงพยาบาล/สถาบันในสังกัดกรมสุขภาพจิตคงจะตอบคำถามข้อนี้ได้ไม่ยากนัก เพราะมีบทบาทหลักสามด้าน ที่เราเรียกกันเล่นๆ คือ EC, 3S และ AHB ในส่วนของ 3S เป็นการดูแลเฉพาะปัญหาสุขภาพจิตในระดับรุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อน ซึ่งเป็นหน้าที่ของทุกโรงพยาบาลอยู่แล้ว EC เป็นความเชี่ยวชาญ

ตามประเด็นเฉพาะ ส่วน AHB ก็เป็นการสนับสนุนงานสุขภาพจิตในพื้นที่ ทาง
 ฟากของศูนย์สุขภาพจิต ก็ดูแลสุขภาพจิตในพื้นที่ หน่วยงานส่วนกลางก็รับเป็น
 งานสนับสนุนทางวิชาการและบริหารจัดการไปตามหน้าที่ของแต่ละองค์กร

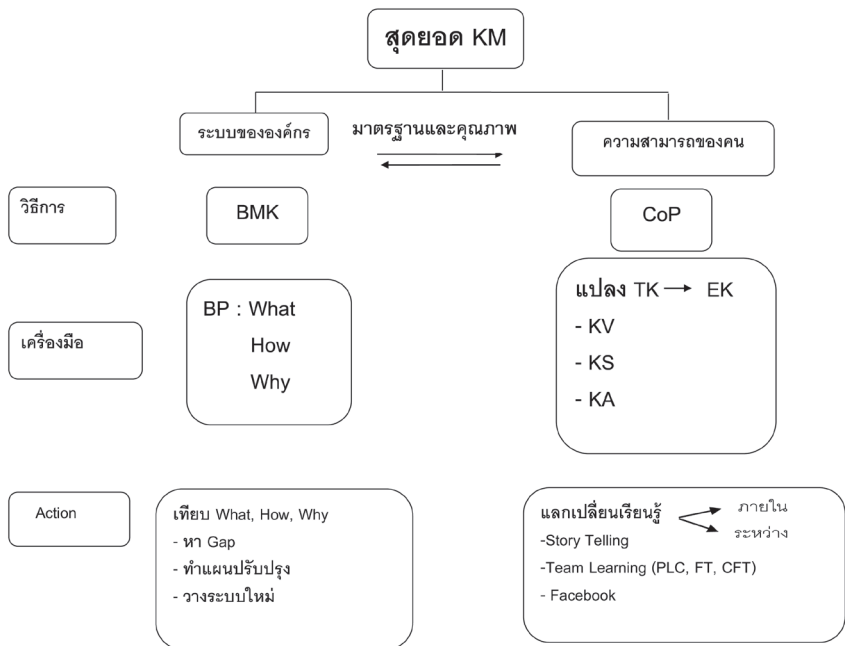
ระบบความรู้ ร.พ. : ความสัมพันธ์ระหว่าง R กับ KM



พอเราได้พันธกิจแล้ว คำถามต่อไปก็คือ เพื่อให้พันธกิจของเราบรรลุ เราต้องการความรู้อะไร ต้องสังเคราะห์หรือประมวลปัญญาความรู้ที่สำคัญ ด้วยทีมวิจัยและทีม KM ของหน่วยงาน เพื่อที่จะตั้งต้นคิดก่อนทำ ไม่ใช่ต่างฝ่าย ต่างคิดต่างทำ งานพวกนี้ก็จะอยู่ในฝ่ายวิชาการของหน่วยงานอยู่แล้ว แต่กลุ่ม ที่ยากคือโรงพยาบาล เพราะองค์กรมักจะใหญ่กว่า แล้วมักจะแยกงานวิจัยและ งานจัดการความรู้(KM)ออกจากกัน แม้ว่าจะอยู่ในสายวิชาการแต่ก็แยกทีมกัน เพราะฉะนั้นแต่ละคนก็จะไปวางแผนกันเองเลยว่าจะทำวิจัยอะไร จะไปทำ KM เรื่องใด การรีบลงไปทำ โดยยังไม่มีเป้าหมายจากพันธกิจที่ชัดเจน จะทำให้งานวิชาการขาดความแหลมคม เมื่อเรารู้ว่าพันธกิจของเราคืออะไร และ ความรู้สำคัญที่จะตอบพันธกิจคืออะไร จะสามารถพัฒนาความรู้ โดยใช้ เครื่องมือ 2 ชนิด คือสิ่งที่เรารู้อยู่แล้วจากการที่เราทำได้ดีมีความสำเร็จ ให้ใช้ ‘KM’ กับ สิ่งที่เรายัง**ไม่รู้**ให้ใช้ ‘วิจัย’

การจัดการความรู้ 2 ชนิด

กรณีศูนย์สุขภาพจิต ต้องรู้ว่างานด้านส่งเสริมป้องกันและงานด้านบริการสุขภาพจิต ใครทำได้ดี เขาทำได้สำเร็จ อันนี้คือสิ่งที่เรารู้ สิ่งที่เราใช้ KM หรือ การจัดการความรู้ เอาความรู้ที่มีอยู่มาจัดการให้ใช้งานได้ดีขึ้น อย่างเช่น มีโรงพยาบาลชุมชนที่เขาทำเรื่องพัฒนาการเด็กได้ดี ทำอย่างไรจะเอาความรู้ตรงนี้กระจายใช้ได้ทุกเขต ทำให้ทุกโรงพยาบาลทำได้ดีเหมือนกับที่นี่ หรือว่าสุขภาพจิตชุมชนของภูคินารายณ์ดีกว่าเพื่อน เราจะทำอย่างไรให้ทุกโรงพยาบาลดีเหมือนอย่างที่นี่ บรรดาความรู้ที่ซ่อนเร้นอยู่ในตัวคน (Tacit Knowledge) ที่แฝงอยู่กับโรงพยาบาลชุมชน และความสามารถของเจ้าหน้าที่ของเราทั้งหลาย เราต้องเอาความรู้นั้นมาจัดการให้เป็นความรู้ที่ใช้งานได้



การใช้เครื่องมือจัดการความรู้ทำได้สองแบบ

แบบที่หนึ่ง ถ้าเราจะทำให้ระบบการทำงานดีขึ้น เราก็ใช้เครื่องมือจัดการความรู้ ที่เรียกว่า “การเทียบระดับ” ของระบบการทำงาน (Benchmarking หรือ BMK) ซึ่งมีเครื่องมือและมี Know How ที่ชัดเจนของวิธีการจัดการความรู้ เริ่มจากพัฒนา Good ให้เป็น Best Practices แล้วนำองค์กรอื่นๆ มาเทียบระดับ (Benchmarking หรือ BMK) แล้วจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว หรือที่เขาเรียกว่าก้าวกระโดด **อันนี้ก็คือประเภทหนึ่งของ KM**

แบบที่สอง ถ้าเรารู้อยู่แล้วว่า เรามีคนเก่ง ๆ ที่ทำเรื่องพัฒนาการเด็ก ทำสุขภาพจิตชุมชน หรือทำเรื่องของ Excellence Center แต่ละด้าน เช่น การดูแลผู้ป่วยซึมเศร้า ผู้ป่วยโรคจิตและผู้ป่วยยาเสพติด ทำอย่างไรจะไม่ให้อยู่แค่ในตัวบุคคล แต่กลายเป็นความรู้ที่ทุกคนเรียนรู้ได้ เครื่องมือที่ดีที่สุดคือ Community of Practices (CoP) ซึ่งทำได้ทั้งในหน่วยงานและข้ามหน่วยงาน ทั้งการประชุมและผ่าน IT โดยเฉพาะ social media และ Web โดยหน่วยงานพื้นฐานของทุกองค์กรควรมี CoP เพื่อทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง จะเห็นว่า ความรู้ที่ซ่อนเร้นอยู่ในตัวคน (Tacit Knowledge) เราต้องจัดการให้เป็นความรู้ที่นำมาใช้งานให้ได้ แล้วมีเครื่องมือในการจัดการที่สำคัญอยู่ 2 เครื่องมือ เนื่องจากเครื่องมือ KM มีมาก ถ้าเราไม่เข้าใจก็จะใช้อย่างสับสน เราต้องใช้เครื่องมือที่สำคัญที่สุด เรียกว่า ใช้เครื่องมือบางตัวที่ทำให้ประสบความสำเร็จโดยสรุป ถ้าต้องการให้ระบบงานดีก็ต้องใช้ BMK ถ้าต้องการให้สมรรถนะดีก็ต้องใช้ CoP แล้วเราก็ต้องเรียนรู้ที่จะใช้เครื่องมือทั้งสองนี้ให้มีคุณภาพ

การวิจัย 2 ชนิด

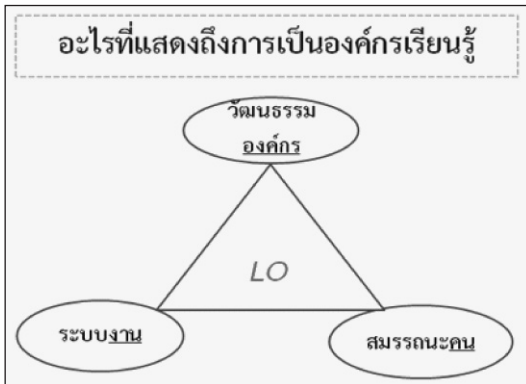
เพื่อให้บรรลุพันธกิจ การพัฒนาความรู้สำคัญที่เราไม่รู้ให้ใช้ ‘วิจัย’ ตัวอย่างเช่น ภาวะซึมเศร้าเรามีเรื่องบางอย่างที่เราไม่รู้ เช่น ถ้าเรายังไม่รู้ว่า การฆ่าตัวตายของวัยรุ่นเป็นอย่างไร หรือว่าเรายังไม่รู้ว่าปัจจัยเสี่ยงในครอบครัวของการฆ่าตัวตายคืออะไร สิ่งที่เราไม่รู้ทำให้เราบรรลุพันธกิจไม่ได้ดีเราต้องทำการวิจัย ซึ่งมีสองประเภท คือ หนึ่งเป็นความรู้พื้นฐาน Basic Knowledge และสองคือ ความรู้ในการใช้งาน ถ้าเป็นความรู้ในการใช้งาน เช่น เราไม่รู้ว่าที่ทั่วโลกเขาว่า Cognitive Behavioral Therapy (CBT) หรือสติบำบัด ให้ผลดีนั้น ให้ผลดีหรือเปล่าในสังคมเรา เราก็เอาไปทดลองใช้ในระบบบริการ โดยทำวิจัย ในหน่วยงาน ที่ดีที่สุดก็คือใช้ R2R สำหรับการจัดการความรู้ จะทำกันได้ง่าย (Practical) กว่าวิจัยมาก เพราะการวิจัยต้องมีคำถาม การวิจัย มีการทบทวนวรรณกรรม พัฒนา Methodology ในการทำวิจัย อะไรที่เราไม่รู้ก็ต้องเลือกวิธีการที่ยากกว่าคือ ‘การวิจัย’ อะไรที่เรารู้แล้วก็เลือกเครื่องมือที่ Practical คือ ‘KM’ ถ้าหน่วยงานใดไม่เคยคิดร่วมกัน ก็ต้องเริ่มด้วยหลักแบบนี้ หน่วยงานขนาดใหญ่ เช่น โรงพยาบาล ทีมวิจัยและทีม KM เวลาเริ่มต้นแต่ละช่วงปี เราจะทำวิจัยและ KM ไດ เราไม่เคยคุยกันเลย ก็หมายถึงเรากำลังที่จะทำงานที่ไม่คุ้มค่า คือ เราไม่รู้ว่างานวิจัยของเรามีค่าจริงหรือเปล่านั้นงานวิจัยอะไรบางอย่างหรือเปล่าที่เราละเลยไป เรากระโดดเข้าไปในโจทย์วิจัยเลย โดยไม่ได้ตั้งคำถามสำคัญ

ส่วนถ้าอะไรที่เป็นความรู้พื้นฐาน เช่น ระบาดวิทยา หรือวิจัยทางคลินิก ก็ใช้วิจัยพื้นฐาน สรุปรมียู่ 4 อย่าง ที่สำคัญที่สุดของระบบความรู้หน่วยงาน ซึ่งที่แบ่งแล้วก็ เป็น 2 ชนิดๆ ละ 2 เครื่องมือ เริ่มจากต้องทำการวิจัยและการจัดการความรู้ ซึ่งต้องตอบคำถามพันธกิจก่อน ซึ่งในแผนฯ 12 เราไม่ควรจะผิดพลาดเรื่องนี้อีก

อีกหนึ่งตัวอย่าง เช่น โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์หรือโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ซึ่งงานดูเหมือนทับซ้อนกัน หน่วยหนึ่งทำ Methodology Excellence Center เรื่องโรคซึมเศร้า อีกหน่วยทำเรื่องฆ่าตัวตาย ถ้าเอาตัวนี้ไปจับมันจะได้คำตอบคนละแบบ สังคมไทยมีคนไข้ 3% ของประชากรที่เป็นโรคซึมเศร้า เข้าถึงบริการ 60% แต่คำว่าเข้าถึงบริการ คือ กินยา ยานี้ไปเปลี่ยน Neurotransmitter ในสมอง ทำให้ลดอาการซึมเศร้า แต่คนเราเวลาซึมเศร้าจะมีอาการคิดลบไปแล้ว ยาเปลี่ยนแปลงแผนความคิดไม่ได้ เปลี่ยนอารมณ์ได้แต่เปลี่ยนแปลงแผนความคิดไม่ได้ การจะเปลี่ยนแปลงแผนความคิดได้ ทุกวันนี้ที่ได้รับการรับรองทั่วโลกว่าได้ผลก็มีสองอย่าง Cognitive Behavioral Therapy (CBT) และสติบำบัด ถามว่าเราได้ทำวิจัยไหม ได้ผลไหม และได้ผลกับใคร ได้ผลแบบไหน แบบนี้ก็คือเรื่องของงานวิจัย ถ้ามีโรงพยาบาลอยู่ 2-3 แห่งที่ทำคลินิกทางด้านสังคมจิตวิทยาได้ดีมาก เช่น โรงพยาบาลศรีธัญญา และจิตเวชขอนแก่นฯ เรารู้ว่าทำได้ดีมีความสำเร็จ ต้องจัดการความรู้ สร้าง CoP ขึ้นมาทั้ง CBT และสติบำบัด ส่วนการทำระบบบริการบำบัดให้ได้ผลดีต้องไปถอดวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศสองโรงพยาบาลนี้แล้วให้หน่วยงานอื่นไป Benchmarking กับเขา

ทั้งนี้องค์กรจะต้องสร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้ขึ้นมาด้วย 3 องค์ประกอบ

ดังรูป



การพัฒนาระบบงานด้วย Benchmarking (BMK)

สุดยอดเครื่องมืออย่างหนึ่งของ KM ที่กรมสุขภาพจิตได้นำมาใช้ในการพัฒนาระบบงาน คือ (Benchmarking หรือ BMK) เป็นเครื่องมือในการพัฒนาระบบงานให้มีคุณภาพ...แบบก้าวกระโดด โดยใช้กระบวนการเทียบระดับ โดยปกติเราจะใช้เครื่องมือในด้านคุณภาพคือ QA, CQI เพื่อธำรงรักษาและพัฒนาคุณภาพระบบงานอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการใช้เครื่องมือดังกล่าวมักมีจุดเริ่มต้นจากภายในองค์กรเอง แต่ BMK เป็นการพัฒนาระบบงานให้มีคุณภาพโดยใช้ความร่วมมือกันหรือใช้ความสำเร็จขององค์กรอื่นมาเรียนรู้อย่างเป็นระบบเป็นขั้นตอน จนทำให้องค์กรของเรามีการเปลี่ยนแปลงคุณภาพเทียบเท่ากับองค์กรที่เป็นต้นแบบในวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practices:BP) ของเรื่องนั้นๆ ด้วยเหตุนี้ องค์กรที่ใช้ BMK จึงมีโอกาสนในการพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว หรือ แบบ...ก้าวกระโดด นั่นเอง

“การทำ BMK ซึ่งต้องมี Best Practices (BP) ให้ได้ก่อน แล้วนำมาถอดความรู้ให้เป็นความรู้ที่ชัดเจน (Explicit Knowledge) เป็นความรู้ที่จำแนกได้ 3 อย่างนั่นคือ What , How, Why (อะไรชี้วัดความสำเร็จ ทำอย่างไรและปัจจัยอะไรทำให้เขาสำเร็จ)”

ในอดีตเวลาเราพูดถึงวิธีปฏิบัติที่ดี หรือ Good Practices (GP) ส่วนใหญ่มักเขียนออกมาเป็นเรื่องเล่า แต่พอจะถามเป็น What, How, Why กลับบอกได้ไม่ชัดเจน ผมเพิ่งได้เอกสาร 2 เรื่อง เรื่องหนึ่งเป็น Best Practices ของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง คือ โรงพยาบาลกุนนารายณ์ในเรื่อง ‘จิตเวชชุมชน’ อีกเรื่องหนึ่งเป็น Best Practices ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาในเรื่อง ‘การดูแลคัดกรองผู้ป่วยที่มีปัญหาทางกาย’ เรามีหน่วยงานที่มีวิธีปฏิบัติที่ดี (Good Practices : GP) แล้วพัฒนาต่อยอดให้เป็นหน่วยงานที่มีวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practices : BP) ก็เป็นการจัดการความรู้ขั้นที่ 1 เมื่อเรามี BP แล้ว เราก็ต้องเอาหน่วยงานที่ยังทำงานนี้ ที่ยังมีจุดอ่อนมาเทียบเคียงสมรรถนะ (Benchmarking : BMK) กับหน่วยงานที่เป็น BP เพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลง เป็นการจัดการความรู้ขั้นที่ 2 ซึ่งสำคัญมากโดยนำ What, How, Why ขององค์กรที่อ่อน ไปเทียบกับองค์กรที่เป็น BP หาช่องว่าง (GAP) ที่เกิดขึ้น และหาทางปรับปรุง แล้วก็ไปวางระบบใหม่ ดำเนินการและประเมินใหม่ที่เราทำได้ดีหรือยัง เหลืออะไรที่จะต้องปรับปรุงต่อไป

เพราะฉะนั้นการจัดการความรู้ในเรื่องของระบบองค์กรใช้ BMK โดยขั้นที่ 1 ต้องทำ BP ให้ได้ก่อนแล้ว ขั้นที่สอง มาเทียบระดับเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลง หากทำในหน่วยงานเดียวกัน เช่น ภายในโรงพยาบาล เราเรียกว่า Internal BMK ถ้าเราทำข้ามโรงพยาบาล เราก็เรียกว่า External BMK

“การทำ BMK ไม่ใช่แค่อ่านหรือดูงาน GP และ BP แต่จะต้องสร้างการเปลี่ยนแปลงที่เรียนรู้อย่างเป็นระบบจาก BP”

การพัฒนาสมรรถนะคนด้วยชุมชนนักปฏิบัติ (Community of Practices : COPs)

ส่วนทางฟากของ CoP หัวใจของ CoP คือการเข้าใจว่าเราจะต้องแปลง Tacit Knowledge ในบุคคลให้เป็น Explicit Knowledge ที่ทุกคนมาใช้งานได้อันนี้โจทยเป็นคน ต่างกับ BMK ที่โจทยเป็นเรื่องระบบ ฉะนั้นเราต้องตั้งประเด็นความรู้ที่ต้องการ (Knowledge Vision) กระบวนการ CoP คือ จัดการให้มี 3 อย่าง อย่างแรก คุณต้องมีโจทยในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Knowledge Vision) ก่อน ถ้าคุณไม่มีโจทย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้บน Facebook และ Line ของคุณก็จะเต็มไปด้วยรูปอาหารและดอกไม้

จากนั้นก็ทำ knowledge sharing เราเป็นผู้เชี่ยวชาญเรื่องนี้นับมานาน คือ ใช้เทคนิค Story Telling ซึ่งไม่จำเป็นว่าต้องใช้แต่ในการประชุมของทีม ในหน่วยงานเท่านั้น Team Learning สามารถทำทาง IT ผ่านระบบ Facebook หรือ LINE สิ่งสุดท้ายที่ต้องทำคือ จัดเก็บความรู้ที่ได้จากการแลกเปลี่ยนหรือแบ่งปันความรู้ร่วมกัน เช่น ชุมชนนักปฏิบัติ ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หรือผู้พยายามฆ่าตัวตาย เราตั้งโจทยในการพูดคุย เช่น ทุกอาทิตย์มีหนึ่งโจทย แล้วก็กระตุ้นให้คนมาแลกเปลี่ยนกัน ใครเก่งเรื่องนั้นก็เรียกเขามาแลกเปลี่ยน แลกเปลี่ยนแล้วมีคนจัดการให้กลายเป็นความรู้เก็บไว้ใน Note ของ Social Media นั้นๆ หมายถึงต้องมีการจัดการเพราะเป็น ‘การจัดการความรู้’ และความรู้เหล่านี้จะไม่เกิดขึ้นแน่ๆ ถ้าเราไม่เข้าไปจัดการ

CoP มีได้ในหลายระดับ เริ่มต้นจาก CoP ในหน่วยงานต่างๆ ที่มีการประชุมกันประจำ โดยเฉพาะการประชุมที่มีคุณภาพ (โดยใช้สถิติสนทนาของ MIO ที่จะกล่าวถึงต่อไป) จะทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement : CQI) หากทำได้ดีเราจะค้นพบว่า บางสิ่งบางอย่างเราไม่มีประสบการณ์พอที่จะแก้ปัญหาหรือไม่แน่ใจว่าวิธีไหนดี

ก็ต้องอาศัยการวิจัย ซึ่งเรามักจะเรียกการวิจัยแบบนี้ว่า R2R (Routine to Research) ซึ่งเป็นเรื่องที่ดีมากเพราะทำให้ทุกคนในหน่วยงานเกี่ยวข้องกับทั้ง KM (ผ่าน CQI) และการวิจัย (ผ่าน R2R)

“CoP ที่ดีต้องเป็น CoP ที่มีชีวิต มีการสร้างความรู้อยู่ตลอดเวลา
ให้คนทำงานได้ดีขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งหมดนี้เป็นประสบการณ์ของกรม
ในการพัฒนา KM ให้เป็นวิถีดองค์กร จนมาถึงขั้นการสร้างองค์กร
ให้เป็น องค์กรแห่งการเรียนรู้ (LO)”

การพัฒนาวัฒนธรรมการเรียนรู้ในองค์กรด้วยโปรแกรมสร้างสุขด้วยสติ
ในองค์กร

การจัดการความรู้ทั้ง 2 แบบได้ดี ต้องมาจากองค์กรที่มีวัฒนธรรม
ของการรับฟัง ของการใฝ่รู้ ของการคิดสร้างสรรค์ เราพยายามหาว่ามีเครื่องมืออะไรที่จะทำให้องค์กรเรามีวัฒนธรรมเหล่านี้ ในหลายปีที่ผ่านมาเราใช้
Mindfulness in Organization : MIO คือใช้เรื่องของ “สติ” มาเป็น METASKILL
ทำให้คนทำงานทำงานด้วยความสุขก่อนเป็นพื้นฐาน แล้วก็ประชุมทีมทุกระดับ
ทีมในสายงาน ทีมข้ามสายงาน ทีมบริหาร ให้เขาประชุมด้วยสติสนทนา
สติสนทนาช่วยสร้างวัฒนธรรมในการสร้างความรู้อย่างมาก เพราะทั้งการ
ประชุมแบบกัลยาณมิตรสนทนา (dialogue) และการอภิปรายอย่างสร้างสรรค์
(creative discussion) ทำให้เกิดความรู้ เป็นวัฒนธรรมองค์กร

“MIO ไม่ใช่แค่การนั่งทำสมาธิ ซึ่งเป็นเพียงกิจกรรมหนึ่งเท่านั้น
แต่เป็นการขับเคลื่อนให้ “สติ” เป็นวิถีขององค์กร ในการทำงานของ
แต่ละคน ทั้งในการสื่อสารกันในทีม ทั้งในการประชุมทุกระดับ
MIO จึงเป็นเครื่องมือหนึ่งในการสร้างวัฒนธรรมองค์กร”

แนวทางการสร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้

(Learning Organization : LO)

ในการทำ LO 3 แนวทางของกรมสุขภาพจิตในขณะนี้ ถือว่าเป็นกรอบแนวคิดที่เข้มแข็งมาก เพียงแต่ว่าเราจะทำอะไรให้สามารถพัฒนาต่อไปงาน KM ของกรม มีความต่อเนื่องมาก นับตั้งแต่ท่านวชิระเป็นรองอธิบดีจนกระทั่งปัจจุบันนี้ก็น่าจะร่วม 15 ปี เพราะฉะนั้นการทำอะไรที่ต่อเนื่องย่อมเป็นข้อดี ตั้งแต่ทีมที่ทำของกรม ทีมที่อยู่ในโรงพยาบาลก็มีความต่อเนื่อง **เราไม่ได้ทำ KM เป็นกิจกรรม แต่ทำให้ KM เป็นค่านิยมและเป็นวิถีชีวิตขององค์กร เรียกว่า learning Organization** สมัยหนึ่งทุกองค์กรมีเรื่องเล่าเร้าพลัง แต่มักทำเป็นกิจกรรม เรื่องเล่ามีเยอะ ถ้าดีกว่านั้นก็คือ ทุกองค์กรทำ KM อย่างเป็นระบบและเป็นวิถีที่สำคัญขององค์กรนั้นหมายถึง ทุกคนในองค์กรใช้ความรู้ในการทำงานและพัฒนางาน

ตัวโรงพยาบาลต้องมีการจัดการความรู้ให้มีคุณภาพ หลักการทำให้มีประสิทธิภาพคืออิงมาตรฐาน แนนอนตอนนี้เราก็มี HA/PMQA ทั้งโรงพยาบาลศูนย์สุขภาพจิตและหน่วยงานส่วนกลาง (ซึ่งอาจจะใช้ ISO ร่วมอยู่ด้วย) การพัฒนามาตรฐานในงานแต่ละด้านให้มีคุณภาพต้องสร้างระบบการจัดการความรู้ในองค์กรควบคู่กันไป ปัจจุบัน HA เขาปรับเกณฑ์การประเมินให้เป็นหมวดตาม PMQA สามารถที่จะนำหมวดเหล่านี้มาใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินว่ากระบวนการต่างๆ เหล่านี้คุณภาพดีไหม ที่ไหนทำได้ดีเราก็ไป Benchmarking ตามต้นทุนของระบบที่เขาพัฒนาไว้ดีแล้ว ตัวอย่างเช่น ถ้าเราจะไปดูงานการดูแลผู้ป่วยในที่มีปัญหาทางกาย ที่เขาทำได้ดีและยกระดับให้เป็น Best Practices แล้วการไปดูงานเราต้องเข้าใจระบบของเขาแล้วเอามาเทียบกัน คือ ทำ Benchmarking แล้วจึงไปสร้างการเปลี่ยนแปลง

สิ่งแรกที่ต้องคำนึงถึงต้องมีตัวชี้วัดที่จะทำให้ดีถึงระดับไหน ซึ่งจะง่ายขึ้นมากกว่าการที่คุณตั้งเป้าหมายลอยๆ ว่า ต่อไปคนไข้ของฉันจะต้องมีอัตราการผิดพลาด ค่าสำหรับเปรียบเทียบในการวินิจฉัยหรือเสียชีวิตเป็นเท่าไรๆ แล้วก็ทำเอง โดยไม่มีค่าสำหรับเปรียบเทียบ (Benchmark) เพราะถ้าเราทำ Benchmarking เราจะรู้เลยว่าเป้าหมายของเราอย่างน้อยก็ต้องดีเท่ากับคนที่เขาทำได้ดีที่สุด ไม่ใช่เป้าหมายลอยๆ ที่ตั้งขึ้นมาเอง

เรื่องที่สอง เราจะปรับปรุงอย่างไร ก็มี know how ที่เราไปศึกษาจากเขา และเรื่องที่สาม เราก็ไปศึกษาปัจจัยความสำเร็จจากเขา หรือเรียนรู้จากเขาและนำมาสร้างการเปลี่ยนแปลงของเรา ยกตัวอย่างเช่น ขณะนี้องค์กร HA ตั้งเป้าว่าโรงพยาบาลจิตเวชต้องมีการสร้างคุณค่าในการดูแลทั้งผู้ป่วยฝ่ายกายและฝ่ายจิต เช่น สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาได้ทำ Benchmarking ของกระบวนการประเมินระหว่างหอผู้ป่วย โดยใช้กรอบแนวคิดนี้ ในการถอดรหัสเป็นเชิงคุณภาพ เพื่อจะได้เปรียบเทียบกันได้ง่าย ทั้งนี้การมี what, how, why ที่ไม่มีมาตรฐานรองรับจะเปรียบเทียบระหว่างองค์กรยาก แต่ถ้า what, how, why ที่มีมาตรฐานเดียวกันจะทำให้เปรียบเทียบกันได้ง่ายว่า เมื่อเราทำแล้วจะได้ตามมาตรฐานนี้เช่นกัน





เคล็ดลับการทำ KM อย่างมีความสุข
มีคุณค่าและยั่งยืน



เคล็ดลับการทำ KM อย่างมีความสุข มีคุณค่าและยั่งยืน

ผมได้มีโอกาสไปแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับกลุ่ม UKM เป็นกลุ่มเครือข่าย KM ของมหาวิทยาลัย ที่มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อวันที่ 2 ตุลาคม 2557 ได้มีโอกาสนำเสนอประเด็นต่างๆ ดังนี้

1. มีเคล็ดลับอะไรที่ทำให้ KM ทำให้งานเรามีความสุข และชีวิตเรามีความสุข
2. มีกระบวนการอย่างไรในการพัฒนาคนในองค์กรให้เขารู้สึกว่า KM ไม่ใช่ภาระ แต่เป็นความสุข เป็นคุณค่า
3. ในแง่ของหน่วยราชการที่เป็นมหาวิทยาลัยจะสร้างการเปลี่ยนแปลงจะสามารถทำได้อย่างไร
4. มุมมองของกรมสุขภาพจิต ทั้งในด้านเป้าหมาย และการนำเอา KM มาเป็นตัวช่วยให้ยั่งยืน

1. มีเคล็ดลับอะไรที่ทำให้ KM ทำให้งานเรามีความสุข และชีวิตเรามีความสุข

ผมคิดว่าการทำ KM ในระบบราชการ มีปัจจัยที่ยากลำบากกว่าภาคเอกชน เนื่องจากสถานการณ์ในเชิงบังคับก็ไม่ค่อยมี ผลลัพธ์ก็ค่อนข้างจะจับต้องได้มากๆ เพราะฉะนั้นเราก็ต้องกลับมาดูตัว Process ให้มาก เช่น การทำให้สำเร็จต้องมี core group ที่เข้มแข็ง คนกลุ่มนี้เขาก็หายใจเข้า หายใจออกเป็นเรื่องของ KM และจะพัฒนาต่อเนื่อง อย่างกรมสุขภาพจิตที่ได้เปรียบคือ กว่า 10 ปีมาเป็นทีมเดียวตลอด เพราะฉะนั้นเขาจะเก็บบทเรียนเมื่อเข้าไปอยู่ในวงเสวนาต่างๆ เขาจะเรียนรู้เครื่องมืออะไรต่างๆ และเชื่อมโยงเข้ากับกลไกและระบบต่างๆ ของกรมคือ เชื่อมทั้งข้างบนและข้างล่าง ซึ่งจะมีความสำคัญมากในส่วนของการราชการ

KM จะสำเร็จต้องมี ใน 2 direction คือ direction ที่จะตอบเรื่องที่เป็นนโยบาย ที่ผู้บริหารเห็นว่าเป็นงานสำคัญหรือ The top มีการสื่อสารเป็นนโยบายองค์กร มีเป้าหมายเป็นผลลัพธ์ที่ชัดเจน มีการวางแผนและจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสม กับ direction ที่จะตอบเรื่องของคนส่วนใหญ่หรือ The most อย่างเช่น ถ้าให้โรงพยาบาลจิตเวชทำเรื่อง KM มันไม่ได้ตอบในปัญหาพันธกิจโดยตรงเสมอไป อย่างเช่นในโรงพยาบาลหนึ่งมีทันตแพทย์และทีมหลายคน พวกเขาทำ KM ได้อย่างไร ก็ตอบโจทย์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างค่อนข้างเฉียดๆ แต่มันต้องสร้างค่านิยมร่วมของคนในองค์กรขึ้นมา ซึ่งความรู้ที่เกิดขึ้นจากทุกคน และทุกคนต้องใช้ อยู่ในความหมายของวัฒนธรรมขององค์กรแห่งการเรียนรู้ มันเป็นความรู้สึกว่ามีคุณค่าที่ได้ใช้ แล้วสร้างความรู้ให้องค์กรทำงานได้ดีขึ้นเรื่อยๆ ไม่ใช่ทำงานไปวันหนึ่งๆ พวกนี้ต้องอาศัยเครื่องมือที่ค่อนข้างจะใกล้ชิดตัวเขา เช่น เรื่องของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยมีโจทย์ที่ชัดเจน เรื่องของการทำ R2R ที่พัฒนาจาก CQI คือ ตั้งโจทย์ขึ้นมาจากการปฏิบัติ

ที่ยังเป็นปัญหาแล้วหาทางที่จะตอบ โดยใช้การวิจัย คือพวกนี้ก็จะได้ The Most แต่ว่าการจะมี The Most ได้ก็ต้องมี The Top เพราะว่าโรงพยาบาลจิตเวชต้องตอบโจทย์ตามนโยบายอย่างที่ว่า “คุณทำให้คนไข้อยู่ในโรงพยาบาลในระยะเวลาสั้นลงไหม” “คุณสามารถทำให้ระบบสาธารณสุขยืนอยู่บนขาของตัวเองได้ไหม” ซึ่งเป็นโจทย์ของคนที่เกี่ยวข้องด้วยจำนวนหนึ่ง อย่างนั้นก็ต้องการว่า ระหว่างเป็น The Most กับ The Top ทำอย่างไรให้มันสมดุลและเกื้อกูลกัน แต่ต้องตอบโจทย์ให้ได้ทั้ง 2 แบบ ตอบโจทย์ The Most ก็ต้องใช้เครื่องมือชนิดหนึ่ง ถ้าตอบโจทย์ The Top ก็ต้องใช้เครื่องมืออีกชนิดหนึ่ง ทั้งหมดนี้ต้องอาศัย Core team ช่วยดูแล

2. มีกระบวนการอย่างไรในการพัฒนาคนในองค์กรให้เขาู้สึกว่า KM ไม่ใช่ภาระ แต่เป็นความสุข เป็นคุณค่า

อันที่จริงเป็นพัฒนาการอย่างหนึ่ง เพราะตอนแรกคนยังไม่ค่อยเข้าใจว่า KM คืออะไร และยังบูรณาการเข้ากับงานปกติไม่ได้ดี ทำเหมือนเป็นกิจกรรมพิเศษ แต่ว่าถ้าเขายังทำอย่างต่อเนื่องในการเรียนรู้และใช้เครื่องมือต่อไป เขาก็จะสามารถ set ระบบที่จะทำให้ KM เหล่านี้กลายเป็นสิ่งที่ตอบสนองต่องานของเขาได้ สรุปก็คือเกี่ยวข้องกับเครื่องมือที่ใช้ และที่สำคัญก็คือการเชื่อมกับระบบงานประจำให้ได้

ผมยกตัวอย่างง่าย ๆ อย่างเช่น กรมต่างๆ ต้องเสียงบประมาณในการที่จะจัดการถอดบทเรียน สรุปบทเรียนเป็นประจำ แต่ว่าการจัดการไม่ดีพอ อันที่จริง KM มีคำว่า “M” อยู่ เพราะฉะนั้น ขึ้นอยู่กับความสามารถในการจัดการ เช่นว่า ถ้าเราเข้าประชุม ต่างคนต่างมานำเสนอแล้วก็กลับ อันนี้เกิดการจัดการน้อยมาก แต่ถ้าถ้าเรามีการหา Theme ชัดเจน Theme ไหนที่เป็น Tacit knowledge ของคนทำงานก็จะเป็นเรื่องเล่าแรงบันดาลใจ Theme ไหนเป็น

เรื่องระบบงาน ก็เป็น Best practices เสร็จแล้วระหว่างนั้นก็ใช้ช่วงเวลานั้นให้เกิด CoP ในประเด็นที่เรามาถอดบทเรียนรวมทั้ง CoP ทาง internet เพื่อจะได้จัดการให้เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องแม้จะอยู่ต่างหน่วยงาน

ผมยกตัวอย่างในปัจจุบัน เช่น เรื่องของพัฒนาการเด็ก เรื่องของปัญหาวัยรุ่นตั้งครรภ์ พอจบจากการประชุมถึงแม้จะใช้งบประมาณเท่าเดิม แต่ถ้ามีการทำ CoP Online และช่วยให้เกิดการจัดการความรู้อย่างต่อเนื่อง จึงเป็นเรื่องของการจัดการ แล้วก็มี การนำเครื่องมือต่างๆ มาช่วย แต่ถ้าคุณใช้เครื่องมืออย่างไม่มีการจัดการ ก็จะไม่สำเร็จกลายเป็นแค่ event ไป คุณอาจจะใช้เครื่องมือต่างๆ เช่น เรื่องเล่าเร้าพลัง หรือมาเรียนรู้ Best practices แต่ก็ไม่เพียงพอ ในหน่วยงานทุกหน่วยงานเองก็มีกิจกรรมของการจัดการ “ความรู้” อยู่แล้ว อย่างเช่นมี Journal club มี Case conference สมัยก่อนก็ไม่มีการจัดการ คือใครอยากเสนออะไรก็เสนอ แต่ว่า ถ้าเรามีการจัดการมากขึ้น เริ่มจาก Knowledge Vision เรามีโจทย์ว่า “ความรู้” ที่อยากจะเสนอ คือเรื่องอะไร ซึ่งต้องตอบโจทย์ที่องค์กรคิดว่าเป็นหน้าที่สำคัญ และเมื่อจัดการให้เกิดความรู้แล้วต้องเอาเข้าไปสู่ระบบการทำงานปกติให้ได้ ถ้าไม่อย่างนั้นแล้วก็จะกลายเป็นเพียงกิจกรรม ต้องเห็นความสำเร็จว่าความรู้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างแท้จริง

สมมุติผมพูดถึงตัวอย่าง The Top กับ The Most ตัวอย่างข้างต้น
ค่อนข้างเป็น The Top ส่วน The Most ต้องให้คนส่วนใหญ่มีส่วนร่วม
เช่นปัญหาของโรงพยาบาลจิตเวชอย่างหนึ่ง ก็คือ เรื่องคนไข้อาละวาด คนที่ดูแล
คือเจ้าหน้าที่พื้นฐาน เขาอาจจบแค่ ม.3 ถ้าเขาจับคนไข้ไม่ดี เกิดการบาดเจ็บคนไข้
ก็จะฟ้องร้องว่าถูกทำร้าย พอเขาอดบทรเรียนอันนี้ได้ ก็กลายเป็นนวัตกรรม
หรือวิธีการที่ใช้กันหมดทั้งโรงพยาบาล อัตราคนไข้บาดเจ็บจากการอาละวาด
ปัจจุบันนี้แทบเป็นศูนย์ คือทุกคนเห็นว่าเป็นประโยชน์ องค์ความรู้เหล่านี้
ที่เราประมวลและนำมาใช้งานได้ อันนี้ก็เป็น The Most เพราะฉะนั้น
ต้องเข้าสู่ระบบการทำงานได้ทั้ง 2 อย่าง

3. ในแง่ของหน่วยราชการที่เป็นมหาวิทยาลัยจะสร้างการเปลี่ยนแปลง จะสามารถทำได้อย่างไร

ต้องกลับไปที่โจทย์ของมหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมีภารกิจ 2 อย่าง คือ
ผลิตคนและผลิตความรู้ ถ้าเราจัดการความรู้เป็นแค่กิจกรรม โดยไม่เชื่อมโยง
กับการผลิตคนและผลิตความรู้ และไม่เข้าสู่ระบบหรือวิถี ก็จะมีการ
เปลี่ยนแปลงได้ยาก ยกตัวอย่างจากที่ผมได้เข้าร่วมการสัมมนาเรื่องการปฏิรูป
การศึกษาในฟินแลนด์และทำให้เห็นว่าเขาทำ KM เป็นวิถีองค์กร วิทยากร
เล่าว่าทำไมโรงเรียนในฟินแลนด์ถึงมีคุณภาพ ทั้งๆ ที่สอนน้อยกว่าที่อื่น
ค่าเฉลี่ยในยุโรปสอนเด็ก 700 ชั่วโมง แต่ฟินแลนด์สอนแค่ 600 ชั่วโมง แต่ผลลัพธ์
กลับดีกว่า ฟินแลนด์ที่เขาเอา 100 ชั่วโมง ที่ไม่ต้องสอน ไป focus เด็กที่เรียน
ไม่ทันเพื่อน เพราะเขาคิดว่าเด็กที่เรียนรู้ได้ดี ก็จะไปเรียนรู้ต่อเนื่องได้เอง
เขาจะเอา 100 ชั่วโมง ให้ครูมาสอนซ่อมเสริมเป็นกลุ่มย่อยให้กับเด็กที่เรียนไม่ทัน
ในทุกวิชาสำคัญ เช่น ภาษา คณิต วิทยาศาสตร์ และจะวัดติดตามว่าเด็กเหล่านี้กระตือรือร้น
หรือไม่ การประชุมครูก็จะมีบรรยากาศมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันหรือเป็น
การจัดการความรู้นั่นเอง เพราะฉะนั้นการประชุมครูก็มีความหมาย ไม่ใช่แค่

เพื่อทราบ หรือมอบภาระให้ครูไปทำ (แบบประเทศไทย) แต่การประชุมครูจะตอบโจทย์เรื่อง การผลิตคน โจทย์มันชัดเจนว่าเราจะผลิตคนที่มีความสามารถด้านภาษา คณิต วิทยา ได้อย่างไร แล้วก็จัดระบบหรือวิธีการที่ต้องสอนซ่อมเสริมเป็นหนึ่งในภารกิจของครู และอยู่ในการวัด performance ของครู การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของครูก็ถือว่าเป็นอีกภารกิจ มันถูก set ให้เป็นระบบและวิธี ที่จะกลับมาตอบโจทย์ว่าจะผลิตนักเรียนที่มีคุณภาพได้อย่างไร

มหาวิทยาลัยก็ต้องผลิตบัณฑิตที่มีความสามารถ แต่คุณไปวัดเสียไกลมากเลยว่าได้งานทำหรือเปล่า แบบนี้ทุกคนก็ไม่ต้องรับผิดชอบต่อสิ่งที่ทำ เพราะกว่าจะเกิดผลก็อีกนาน แล้วก็ไม่ว่าเป็นลูกศิษย์ใคร มันไม่ได้สะท้อนเหมือนองค์กรเอกชนว่าเป็นกำไร ขาดทุน จริงๆ แล้วมหาวิทยาลัยก็มีกำไร ขาดทุน ถ้าคุณผลิตบัณฑิตได้ไม่ดี ไม่มีคุณภาพ ก็ถือว่าขาดทุน ถึงจะวัดได้ไม่ตรงไปตรงมาแบบเอกชน แต่ก็สามารถที่จะวัดให้ใกล้เคียงที่สุดว่า คุณภาพของลูกศิษย์เราเป็นอย่างไร เพื่อไปจัดระบบของตัวเองให้มีคุณภาพตามนั้น

การวัดว่าได้งานทำหรือเปล่า ยังไม่ตรงทันที เช่น ไปวัดการตีพิมพ์ผลงานวิชาการ อาจจะไม่ได้บอกอะไรที่สำคัญ นอกจากว่าได้ตีพิมพ์ไปแล้วจริงๆ ความรู้ของมหาวิทยาลัยมี 3 ประเภท คือ ความรู้ทั่วไป ความรู้ที่ตอบโจทย์เชิงนโยบาย และความรู้ที่ตอบโจทย์เอาไปใช้งาน เช่น สร้างผลิตภัณฑ์และนวัตกรรม ซึ่งแต่ละอย่างมีวิธีวัดที่ไม่เหมือนกัน เช่น ความรู้ทั่วไปก็วัดจากการถูกอ้างอิง ความรู้เพื่อการใช้งานก็วัดที่สามารถนำไปต่อยอดเป็นผลิตภัณฑ์ ความรู้ที่ตอบโจทย์นโยบายก็วัดที่มีข้อเสนอเชิงนโยบาย หรือทำให้เป็นนโยบายได้ก็เรื่อง

เพราะฉะนั้น การวัดก็ต้องให้เกิดผลทันที และ feedback กลับมาปรับปรุงคนและระบบ จึงมีแค่ 2 key word คือ หนึ่ง คุณต้องได้การวัดที่ sensitive สอง การวัดนั้น ใช้เชื่อมโยงกับคนและระบบการทำงาน โดยการจัดการความรู้เป็นส่วนหนึ่งของระบบ

4. มุมมองของกรมสุขภาพจิต ทั้งในด้านเป้าหมายและการนำเอา KM มาเป็นตัวช่วยให้ยั่งยืน

ในแง่ของกรมสุขภาพจิต ความยั่งยืนก็คือ เราพยายามจะทำให้ระบบ KM เป็นส่วนหนึ่งของระบบความรู้ แต่ก่อนเรามักจะทำงานแบบแยกส่วนหมด เช่น คณะกรรมการ research คณะกรรมการ KM คณะกรรมการคลังความรู้ ในยุคใหม่เราพยายามเอาความรู้ไปขับเคลื่อนองค์กร โดยเชื่อมโยงทุกอย่างเข้าด้วยกัน ก่อนอื่นต้องบอกให้ได้ว่า อะไรคือความรู้ที่จะตอบโจทย์พันธกิจของเราใน 5 ปีข้างหน้า เช่น การส่งเสริมป้องกันในแต่ละวัย การขยายบริการจากโรคจิตและโรคซึมเศร้าไปสู่จิตเวชเด็ก เพราะเด็กเป็นประชากรกลุ่มที่สำคัญ เมื่อพันธกิจในแผนฯ 5 ปีชัดเจน มันก็สะท้อนกลับมาว่าเราต้องการความรู้อะไร ความรู้นั้นต้องเป็นความรู้ที่ใช้งานได้จริง ถ้ายังไม่มีก็จะเกิดทางสองแพร่งที่จะต้องไปทำ R&D และ R2R เช่น ในงานพัฒนาการเด็กต้องสร้างเครื่องมือในการประเมินและแก้ไขพัฒนาการเด็กที่ง่ายและ sensitive ส่วนความรู้ที่มีแล้ว ก็จะเป็นบทบาทของ KM คือ ทำอย่างไรที่จะแปลง Tacit knowledge ให้ออกมาชัดเจน และนำไปพัฒนาความสามารถของคนทำงาน เช่น อาศัยเรื่องเล่าเร้าพลัง ควบคู่ไปกับการจัดการความรู้ให้เกิดระบบบริการที่ดี พวกนี้อาศัย Best Practices และ Benchmarking

ทั้งเรื่องเล่าเร้าพลังและ Best Practices เป็นเรื่องการจัดการความรู้เฉพาะ แต่ปัญหาของบ้านเราคือ ถูกทำให้เป็นคำศัพท์ทั่วไป ไม่ได้ถูกใช้งานตามลักษณะของเครื่องมือแต่ละประเภท อย่างเรื่องเล่าเร้าพลัง คุณจะต้องหาแก่นความรู้ให้ได้ และจะต้องเขียนออกมาเป็นแก่น ชุม และเกร็ดความรู้ตามลำดับ เพื่อให้นำมาใช้งานจนเป็นสมรรถนะ (competency) ของคนทำงาน จึงไม่ใช่เพียงจบแค่เรื่องเล่าและบันทึกไว้

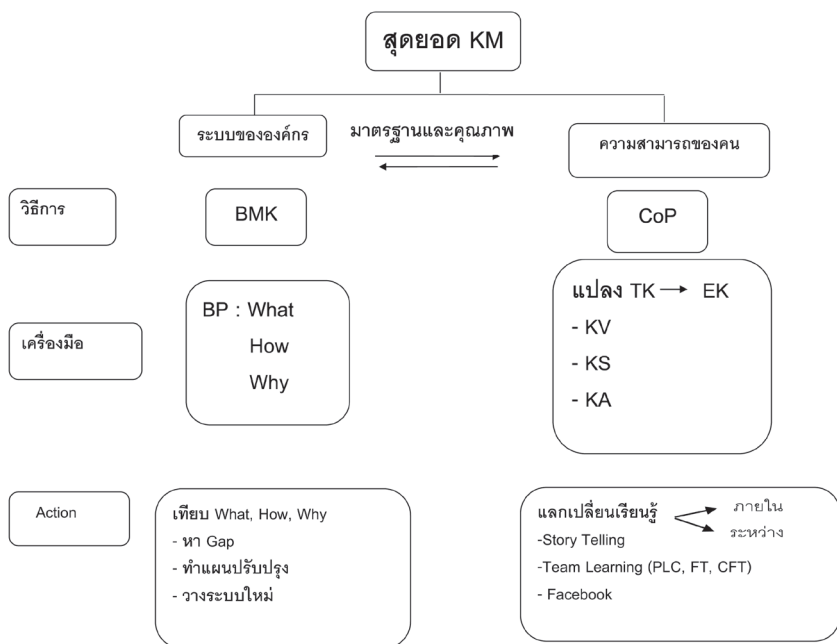
Best Practices ก็ไม่ใช่แค่วิธีปฏิบัติดีๆ ที่มาเล่าสู่กันฟัง แต่เป็นเครื่องมือในการปรับปรุงระบบ ซึ่งสามารถที่จะเรียนรู้และนำมาปรับปรุงได้ง่าย Best Practices ต้องอธิบาย What How Why ได้ชัดเจน

- What อะไรเป็นตัวชี้วัดที่บอกว่าสำเร็จ
- How ทำอย่างไรจึงสำเร็จ
- Why ปัจจัยความสำเร็จ

Best Practices ต้องถูกใช้งานในรูปแบบที่เรียกว่า การเทียบสมรรถนะของระบบ (Benchmarking) ก็คือองค์กรที่ระบบยังไม่ดีพอจะต้องไปเทียบกับ Best Practices ก็จะเห็นช่องว่าง นำไปสู่การวางแผนปรับปรุงและสร้างระบบใหม่ที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีอย่าง Best Practices จะเห็นว่าการผสมผสานกันแน่นให้วิจัย และ KM เชื่อมโยงกันเป็นระบบความรู้ที่ตอบพันธกิจของกรมฯ โดยในส่วนของ KM จะต้องนำมาใช้ทั้งให้คนส่วนใหญ่มีความสามารถ (The Most) และงานสำคัญมีประสิทธิภาพสูงสุด (The Top)

Good Practice เป็นคำที่เราใช้ในความหมายแบบกว้างๆ ของวิธีปฏิบัติที่ประสบความสำเร็จ ซึ่งอาจจะมาจากการเสนอตนเอง หรือการนำเสนอจากผู้อื่นก็ได้ ประเด็นอยู่ที่ว่าโจทย์ที่ตั้งจะต้องชัดเจน ว่าเราต้องการวิธีปฏิบัติในเรื่องใด ยิ่งประเด็นชัดเจนเท่าไร ก็จะได้ Good Practice ย่างขึ้นเท่านั้น เช่น การสอนแบบ Active learning การสร้างจิตสำนึกแห่งวิชาชีพ การประเมินผล ฯลฯ ที่สำคัญกว่านั้นคือ การทำให้ Good Practice เป็น Best Practices ซึ่งมีความหมายเฉพาะในด้านการจัดการความรู้คือ ประกอบด้วย What How Why อย่างที่กล่าวมาแล้ว ซึ่งจะนำไปสู่การเทียบสมรรถนะของระบบต่อไป

ในแง่ของ KM จะมีเครื่องมือทั้งในระดับพื้นฐานและระดับสูง โดยอาจแยกเป็นที่เน้นบุคคลและระบบ สำหรับสมรรถนะบุคคล การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยเรื่องเล่าเป็นเครื่องมือระดับพื้นฐาน แต่ถ้าเป็น CoP ที่ทำ CQI และ R2R รวมทั้งเชื่อมโยงกันทาง online ก็เป็นเครื่องมือขั้นสูงของการพัฒนาสมรรถนะบุคคล เพราะเน้นการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง สำหรับระบบ หากใช้ Good Practice ก็เป็นเครื่องมือขั้นพื้นฐานทำให้เป็นแรงบันดาลใจในการปรับปรุงงาน ขณะที่ Best Practices และ Benchmarking เป็นเครื่องมือขั้นสูง เพราะทำให้เกิดการพัฒนาอย่างก้าวกระโดด เราควรยกระดับจากเรื่องเล่าไปเป็น CoP และจาก Good practice ไปเป็น Best Practices ดังแผนภูมิต่อไปนี้



ขอยกตัวอย่าง คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร มีอาจารย์กลุ่มหนึ่งที่พยายามจะตอบใจหย่ว่า ทำอย่างไรจะผลิตแพทย์ที่มีจิตวิญญาณของความเป็นแพทย์ จึงมีการทบทวนองค์ความรู้ต่างๆ เช่นพบว่า การเปลี่ยนแปลงเจตคติต้องเริ่มตั้งแต่ปีต้น ๆ ไม่ใช่ตอนใกล้จบแล้ว และมีการศึกษา Good Practice และ Best Practices ของต่างประเทศ จนนำมาสู่การพัฒนาหลักสูตร Professional Development ในช่วง 4 ปีแรก ปีที่ 1 เขาจะสอนเทคนิคการคลายเครียด เทคนิคการอ่านหนังสือ การเรียนเป็นกลุ่ม เพราะพบว่า เด็กปี 1 มีโอกาสเข้าชั้นและออกจากการศึกษาได้มาก หลังจากนั้นก็เริ่มให้นักศึกษาเรียนรู้ประสบการณ์ของการเจ็บป่วย เช่น ให้นำสัมภาษณ์ผู้ป่วยจริง ตั้งแต่ยังไม่มีความรู้ทางคลินิก ซึ่งนักศึกษาจะต้องไปดูวิถีชีวิตของผู้ป่วยทั้งหมด ไม่ใช่แต่เรื่องการเจ็บป่วย ต่อมาให้ไปศึกษาบริบทที่เกี่ยวข้องกับทางสังคมของการเจ็บป่วย เช่น ไปสัมภาษณ์โสเภณี ขอกาน ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ ฯลฯ ทั้งหมดนี้ยังเป็น Good Practice ซึ่งน่าประทับใจ แต่ยากที่จะเรียนรู้เพื่อนำมาปรับปรุง แต่ถ้าทำให้เป็น Best Practices ก็จะต้องปรับข้อมูลให้กลายเป็นสารสนเทศและความรู้ที่ชัดเจน ดังนี้

- **What ตัวชี้วัดอะไรที่บอกว่าสำเร็จ** เช่น เปอร์เซ็นต์นักศึกษาที่เรียนเข้าชั้น และออกจากการเรียน คะแนนทัศนคติ ความพึงพอใจของอาจารย์แพทย์ในระดับคลินิก ฯลฯ

- **How ทำอย่างไรจึงสำเร็จ** เช่น หลักสูตรแต่ละปี วิธีการสอน วิธีการประเมินผล ฯลฯ

- **Why ปัจจัยความสำเร็จ** เช่น บทบาทของคณบดีภาควิชาที่รับผิดชอบ การสร้างทีม การมีส่วนร่วมของนักศึกษา การเรียนรู้จากชีวิตจริงของทั้งนักศึกษาและผู้ป่วย ฯลฯ

ถ้าทำแบบนี้ก็จะช่วยให้คณะอื่นมาเรียนรู้ได้ว่า จะผลิตวิชาชีพให้มีทัศนคติที่ดีได้อย่างไร โดยนำ What How Why ของตนมาเทียบ ก็จะมีช่องว่างอันจะนำไปสู่การวางแผน ปรับปรุง ให้เป็นระบบที่ดีต่อไป

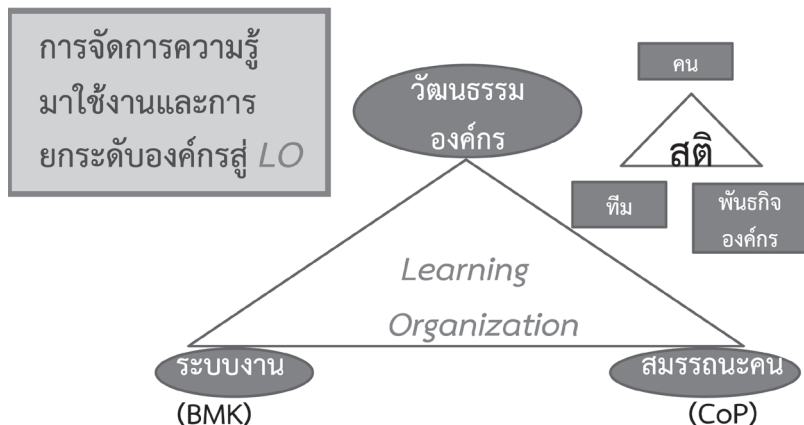
Good Practice สามารถเพิ่มจำนวนขึ้นได้ ทั้งจากการเสนอตัวเองและจากการค้นหา ทั้งนี้ต้องมีโจทย์ที่ชัดเจนและจะต้องพยายามพัฒนาให้เป็น Best Practices เพื่อนำไปสู่การเรียนรู้และเปลี่ยนแปลง เช่นเดียวกับ CoP ต้องทำ CQI และ R2R รวมทั้งเชื่อมโยงกันผ่าน online ทั้งหมดนี้ต้องเป็นวิถีองค์กร โดยทำเป็นเรื่องประจำของทีมทั้งทีมสายงานและทีมข้ามสายงาน ทำแบบนี้จึงจะเป็นการจัดการความรู้ในขั้นสูงและอย่างยั่งยืน ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อองค์กร

การพัฒนา KM เข้าสู่ LO ทำให้การจัดการความรู้ในกรมสุขภาพจิตดีขึ้น ซึ่งเราต้องมีการสร้างการเปลี่ยนแปลงคือ การสร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ให้เกิดขึ้น โดยปรับปรุงการจัดการความรู้ให้เป็นวิถีขององค์กรหรือกล่าวอีกนัยหนึ่งการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ทำให้ KM ไม่ใช่แค่เป็นเครื่องมือขององค์กร แต่เป็นเป้าหมายขององค์กร ซึ่ง 2 ประการนี้คือ KM คุณภาพและ KM สู่ LO อันเป็นประเด็นสำคัญของกรมสุขภาพจิตในปัจจุบัน

การดำเนินงานให้ยั่งยืนในระยะ 5 ปีของแผนฯ 12

การดำเนินการทั้ง 2 ประการดังกล่าวข้างต้น เราต้องตอบคำถามสำคัญดังต่อไปนี้ อันดับแรกเราต้องตอบให้ได้ว่า อะไรคือความรู้สำคัญของหน่วยงาน (ความรู้ใดที่ตอบพันธกิจของหน่วยงาน) ความรู้อะไรที่มีอยู่แล้ว แต่จัดการได้ไม่ดี ก็ต้องอาศัยการจัดการความรู้ ส่วนความรู้ไหนที่ยังไม่มี ก็ต้องพยายามวิจัยออกมาให้ได้ “งานวิจัยกับการจัดการความรู้ไม่ได้แยกกัน เพราะความรู้ในงานเดียวกันจะมีทั้งเรื่องที่เรารู้และไม่รู้” เช่นเราไม่รู้ว่าจะทำโครงการพัฒนาการเด็กจึงไม่ได้ผล หรือผู้ป่วยทำไม่ถึงไม่รักษาต่อเนื่อง ก็ไปทำวิจัยมาเพื่อแก้ปัญหาหรือไม่รู้ว่าจะประเมินผู้ป่วย PTSD ในชุมชนให้ง่าย ๆ ก็ไปทำเครื่องมือ/นวัตกรรมมา แต่เรารู้ว่ามีคลินิกเด็กดีที่ทำงานพัฒนาการเด็กได้ดี หรือคลินิกสุขภาพจิตที่ดูแลผู้ป่วยได้ต่อเนื่อง เราก็ต้องไปจัดการความรู้เพื่อนำมาใช้งาน และขยายผลต่อไปความรู้ที่เรายังไม่มี ก็ไป ‘วิจัย’ ส่วนความรู้ที่รู้แล้วก็ต้องไป ‘จัดการความรู้’ ต่อไปต้องทำให้ระบบความรู้เป็นหนึ่งเดียว โดยเชื่อมโยง KM กับการวิจัยไว้ด้วยกัน ดังนั้นควรตั้งกลไกร่วมของ KM และวิจัย จึงต้องทำด้วยความเข้าใจโดยต้องรวมตัวกันเชื่อมโยงกันแบบที่เข้าใจโจทย์ของหน่วยหรือความรู้ที่ตอบพันธกิจ แล้วแยกให้ชัดว่าเรื่องใดต้อง KM ซึ่งใช้เครื่องมือแบบหนึ่งกับวิจัย ซึ่งใช้เครื่องมืออีกแบบหนึ่ง (เช่น R&D, R2R) อย่างกรณีโรงพยาบาลกิจกรรม CQI ถือเป็น KM แต่ถ้ามีโจทย์หรือประเด็นปัญหาที่ใช้ CQI ไม่ได้ก็ต้องทำเป็นวิจัยคือ R2R

ในแผนฯ 12 KM จึงไม่ใช่แค่เครื่องมือ แต่เป็นเป้าหมายขององค์กร ซึ่งจัดอยู่ในตัวชี้วัดและเป็นแผน 5 ปีของกรม ดังนั้นต้องเป็นการจัดการความรู้ที่ตอบสนองภารกิจขององค์กร ซึ่งการเป็น Learning Organization ให้ได้ต้องทำ 3 เรื่องดังนี้คือ



- พัฒนา BP

- What : อะไรชี้วัดความสำเร็จ
- How : ทำอย่างไรจึงสำเร็จ
- Why : ปัจจัยความสำเร็จ

- ตามความเชี่ยวชาญ (Excellence/PM)
- ทั้งในหน่วยงาน และข้ามหน่วยงาน
- ทั้ง F2F และ Online

- เทียบระดับกับ BP

1. คนในองค์กรต้องมีวัฒนธรรมของการเรียนรู้ โดยเราได้เลือกใช้เรื่อง MIO มาเป็นเครื่องมือหลักในการสร้างวัฒนธรรมองค์กร เพราะสติเป็น Metaskills ที่ใช้ได้ทั้งการทำงานของบุคคล ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (สติสื่อสาร) และใช้สติสนทนาในการประชุมเพื่อขับเคลื่อนพันธกิจขององค์กร รวมทั้งวัฒนธรรมการเรียนรู้ด้วย

2. เพิ่มสมรรถนะคน องค์กรต้องมีการพัฒนาคนผ่านวิธีการต่างๆ โดยเฉพาะการอบรม แต่ผลของการอบรมนั้นสำคัญที่นำมาใช้ได้มากน้อยเพียงใด ดังนั้นต้องมีการอบรมที่มุ่งสมรรถนะ เช่น ที่เราจัดให้วิชาชีพหรือสติบำบัด และที่สำคัญในด้าน KM คือต้องมีการสร้าง CoP เฉพาะเพื่อการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องในเรื่องเดียวกัน โดยมีเป้าหมายการสร้าง CoP เพื่อการเพิ่มสมรรถนะของคน

3. ระบบงานโดย Benchmarking หรือ BMK อันดับแรกต้องทำให้เป็น BP ได้อย่างแท้จริง และเมื่อมีระบบที่เป็น BP ชัดแล้ว ลำดับต่อไปที่สำคัญกว่าคือให้หน่วยอื่นมาเรียนรู้ หรือหากหน่วยเรายังต้องพัฒนาในระบบใด ก็ไป Benchmarking กับหน่วยอื่นที่เป็น Best Practices เพื่อการพัฒนาปรับปรุงให้หน่วยงานเราเป็น Best Practices ต่อไป

การสร้าง Learning Organization ในบริบทกรมสุขภาพจิต จะต้องทำทั้ง 3 อย่าง โดยมีวัฒนธรรมการเรียนรู้เป็นฐานเพื่อพัฒนางานและคนต่อไป ในระยะเวลา 5 ปี ต่อจากนี้ หน่วยงานจะได้วางแผนว่าจะพัฒนาแต่ละองค์ประกอบขึ้นมาอย่างไรจนครบทั้ง 3 ด้าน





Benchmarking กับการพัฒนาคุณภาพสถาบัน/ โรงพยาบาลทางจิตเวช



Benchmarking

กับการพัฒนาคุณภาพสถาบัน/ โรงพยาบาลทางจิตเวช

จากการได้มีโอกาสไปร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “การพัฒนาองค์กรสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้ด้วยการเทียบระดับ” ซึ่งจัดโดยหน่วยงานจิตเวชเด็กแห่งหนึ่งในสังกัดกรมสุขภาพจิตคือ สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ โดยมีหน่วยงานจิตเวชเด็กบางแห่งได้ไปร่วมด้วยนั้น

มีข้อสรุปสำคัญที่ควรแก่การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ตามประเด็นดังต่อไปนี้คือ

1. ตำแหน่ง (บทบาท) ของ Benchmarking ในการพัฒนาคุณภาพสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช
2. ทางเลือกการทำ Benchmarking
3. ขั้นตอนการทำ Benchmarking

ประเด็นที่นำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นประเด็นแรกคือ ‘ตำแหน่ง (บทบาท) ของ BMK ในการพัฒนาคุณภาพสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช’ ซึ่งมีเรื่องที่น่าสนใจสำหรับผู้่าน ดังนี้คือ

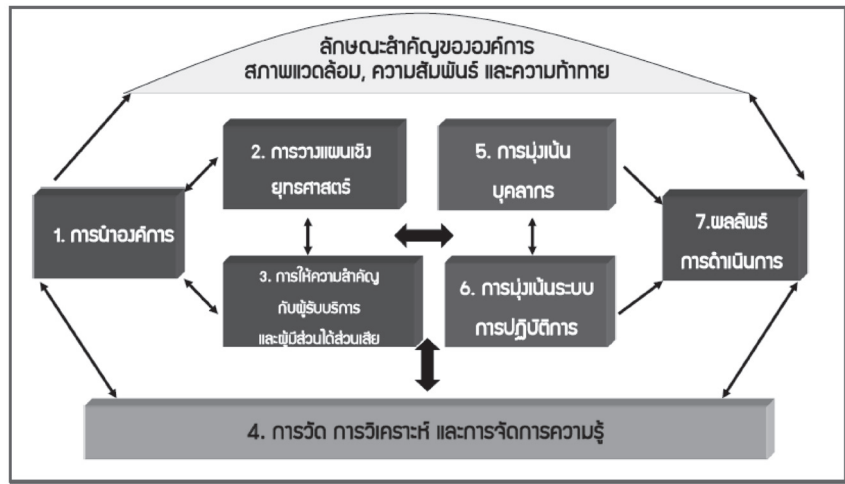
1. เมื่อได้ยินคำว่า Benchmarking หรือ เรียกคำย่อว่า BMK หลายๆ ท่านคงมีคำถามว่า คืออะไร

Benchmarking หรือ BMK เป็นเครื่องมือในการพัฒนาระบบงานให้มีคุณภาพ...แบบก้าวกระโดด โดยใช้กระบวนการเทียบระดับ โดยปกติเราจะใช้เครื่องมือในด้านคุณภาพคือ QA, CQI เพื่อธำรงรักษาและพัฒนาคุณภาพระบบงานอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการใช้เครื่องมือดังกล่าวมักมีจุดเริ่มต้นจากภายในองค์กรเอง แต่ BMK เป็นการพัฒนาระบบงานให้มีคุณภาพโดยใช้ความร่วมมือกันหรือใช้ความสำเร็จขององค์กรอื่นมาเรียนรู้อย่างเป็นระบบเป็นขั้นตอน จนทำให้องค์กรของเรามีการเปลี่ยนแปลงคุณภาพเทียบเท่ากับองค์กรที่เป็นต้นแบบในวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) ของเรื่องนั้นๆ ด้วยเหตุนี้ องค์กรที่ใช้ BMK จึงมีโอกาสในการพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว หรือ แบบ...ก้าวกระโดดนั่นเอง

2. การเทียบระดับ จะทำได้ต้องใช้กรอบของระบบประเมินคุณภาพเพื่อเทียบเคียงระดับร่วมกัน ซึ่งมักเป็นระบบประเมินคุณภาพที่ใช้กันอยู่แล้วในองค์กร เช่น PMQA, HA, ISO ในกรณีของกรมสุขภาพจิต มีการกำหนดนโยบายการประเมินคุณภาพในปี 2560 โดยให้นำระบบ PMQA ไปใช้กับทุกหน่วยงานโดยหลวมรวมกับ HA, ISO ที่ใช้อยู่โดยไม่มีการทำแยกกัน เนื่องจากมีการบูรณาการ HA เข้ากับ PMQA มาก่อนหน้านี้แล้ว ระบบ PMQA / HA มีภาพรวมของระบบ (Macro flowchart) แบบเดียวกัน ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ดังแสดงในภาพด้านล่าง ซึ่งรายละเอียดในแต่ละองค์ประกอบจะมีข้อกำหนดที่เทียบเคียงกันได้หมด แต่ HA จะมีรายละเอียดของระบบงานด้าน

การรักษาพยาบาลที่ชัดเจน เพราะใช้กับโรงพยาบาลโดยตรง “ข้อควรระวังในการทำการเทียบระดับ” คือ ไม่ควรมาสร้างข้อกำหนดใหม่ เพราะจะเป็นภาระและแยกส่วนกับงานที่ทำอยู่แล้ว แต่อาจปรับข้อกำหนดให้เข้าใจง่ายตรงตามบริบทของโรงพยาบาล/สถาบันทางจิตเวช

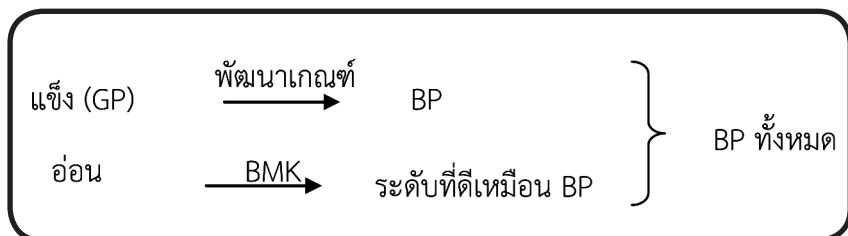
กรอบแนวคิด PMQA



ที่มา : อลิสา อุดมวีรเกษม, เอกสารประกอบการบรรยายความ
เชื่อมโยงของเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ
กรมสุขภาพจิต กับเกณฑ์ HA : 2560

3. เมื่อมีกรอบคุณภาพ (ระบบประเมินคุณภาพ PMQA/HA และข้อกำหนดต่างๆ) ร่วมกันแล้ว จะต้องมีการประเมินระดับคุณภาพตาม “ข้อกำหนด” เพื่อนำไปสู่การแยกระบบงานออกเป็น 2 ส่วน ส่วนแรกคือ ระบบงานที่ทำได้ดี (Good Practices: GP) หรือเป็นจุดแข็งซึ่งจะนำไปปรับให้เป็น

ระบบงานที่ทำได้ดีมากยิ่งขึ้นกว่าเดิมหรือดีที่สุด (Best Practices: BP) เพื่อให้หน่วยงานอื่นมาเรียนรู้ ส่วนที่สองคือ ระบบงานที่ยังทำได้ไม่ดีหรือ เป็นจุดอ่อน ซึ่งสามารถพัฒนาได้โดยต้องไปเรียนรู้อย่างเป็นระบบด้วย “การเทียบระดับ” กับหน่วยงานที่เป็น Best Practices ในเรื่องนั้น



4. การนำเกณฑ์คุณภาพคือ ‘ข้อกำหนด’ มาทำให้เป็นรูปธรรมตามระบบงาน/งานที่เกี่ยวข้องกับข้อกำหนดนั้นๆ โดยเกณฑ์การให้คะแนนจะแยกเป็นเกณฑ์ด้านกระบวนการและเกณฑ์ด้านผลลัพธ์

จุดสำคัญอันดับแรกคือ เกณฑ์ด้านกระบวนการ ตามหลักที่ว่า “กระบวนการที่ดีย่อมให้ผลลัพธ์ที่ดี” โดยเกณฑ์จะบอกถึงระดับคุณภาพของระบบงานนั้นๆ ยกตัวอย่างเช่นกระบวนการดูแลผู้ป่วยของงานการพยาบาลผู้ป่วยใน (IPD) จากมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี) ฉบับปรับปรุง 2558 มีทั้งหมด 6 กระบวนการ ซึ่งในแต่ละกระบวนการงานจะมี “ข้อกำหนด” หรือ “เกณฑ์คุณภาพ” กำกับอยู่ ดังแสดงในตารางต่อไปนี้

กระบวนการ	เกณฑ์คุณภาพ (ข้อกำหนด)
1. การเข้าถึงและเข้ารับบริการ	ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่า ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ง่าย กระบวนการรับผู้ป่วยเหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ/ความต้องการของผู้ป่วย ทันเวลา มีการประสานงานที่ดี ภายใต้ระบบและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ
2. การประเมินผู้ป่วย	ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความต้องการและปัญหาสุขภาพอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสม
3. การวางแผน ยกตัวอย่างเช่น 3.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย 3.2 การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย	- ทีมผู้ให้บริการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีการประสานกันอย่างดีและมีเป้าหมายที่ชัดเจน สอดคล้องกับปัญหา/ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย - มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล
4. การดูแลผู้ป่วย ยกตัวอย่างเช่น 4.1 การดูแลทั่วไป 4.2 การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง	- ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่า จะให้การดูแลผู้ป่วยอย่างทั่วถึงที่ปลอดภัย เหมาะสม เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ - ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยและที่มีความเสี่ยงสูงและให้บริการอย่างทั่วถึงที่ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ



กระบวนการ	เกณฑ์คุณภาพ (ข้อกำหนด)
5. การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว	ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานะสุขภาพแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว และจัดกิจกรรมที่วางแผนไว้เพื่อเสริมพลังผู้ป่วย/ครอบครัว ให้มีความสามารถและรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมทั้งเชื่อมโยงการสร้างเสริมสุขภาพเข้าในทุกขั้นตอนของการดูแล
6. การดูแลต่อเนื่อง	ทีมผู้ให้บริการสร้างความร่วมมือและประสานงานเพื่อให้การติดตามและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ให้ได้

อย่างไรก็ตาม สำหรับ HA จะมีรายละเอียดขยายความ“ข้อกำหนด” เพื่อให้นำไปใช้ได้ตรงตามวัตถุประสงค์จึงต้องดูคำอธิบายของแต่ละข้อกำหนดเหล่านั้นด้วย แล้วนำมาดูว่าระบบงานของเราที่ปรากฏเป็นข้อตกลง (approach) หรือเป็นคู่มือการดำเนินงานที่มี process flowchart และวิธีการปฏิบัติในขั้นตอนต่างๆ ของ flowchart นั้น ว่าตรงกับข้อกำหนด/คำอธิบายหรือไม่ โดยมีหลักการให้คะแนนดังนี้

เกณฑ์การประเมินด้านกระบวนการ		
ระดับคะแนน	คำอธิบายคุณภาพ	ระดับคุณภาพ
1 (P)	มีกระบวนการในการปฏิบัติงานที่ไม่ชัดเจน หรือชัดเจน แต่ยังไม่นำไปสู่การปฏิบัติ	ปรับปรุง
2 (PD)	มีกระบวนการในการปฏิบัติงานที่ชัดเจน และนำไปสู่การปฏิบัติ	พอใช้
3 (PDCA)	มีกระบวนการในการปฏิบัติงานที่ชัดเจน นำไปสู่การปฏิบัติ มีการประเมินและปรับปรุงเป็นระยะ	ค่อนข้างดี
4 (PDCAL)	มีกระบวนการในการปฏิบัติงานที่ชัดเจน นำไปสู่การปฏิบัติ มีการประเมินและปรับปรุงเป็นระยะ มีการเรียนรู้และพัฒนาวิธีการ/กระบวนการอย่างต่อเนื่อง	ดี
5 (PDCALI)	มีกระบวนการในการปฏิบัติงานที่ชัดเจน นำไปสู่การปฏิบัติ มีการประเมินและปรับปรุงเป็นระยะ มีการเรียนรู้และพัฒนาวิธีการ/กระบวนการอย่างต่อเนื่อง และเชื่อมโยงกับระบบอื่นๆ เป็นอย่างดี	ดีมาก

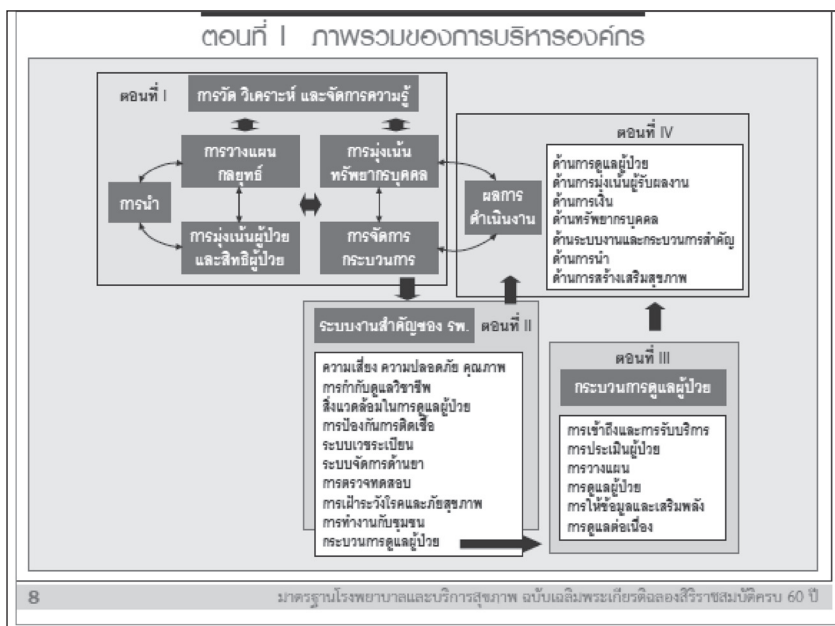
โดยทั่วไปงานขององค์กรที่มี QA มั่นคง ผลการประเมินกระบวนการงานมักได้คะแนนระดับ 3 ซึ่งจัดเป็นระบบงานที่ทำได้ดี (Good Practices : GP) หรือระบบที่เป็นจุดแข็ง จึงเป็นโอกาสที่จะพัฒนาให้เป็นระบบงานที่ทำได้ดีมากยิ่งขึ้นกว่าเดิมหรือดีที่สุด (Best Practices : BP) ซึ่งทำได้ไม่ยากนัก การยกระดับคะแนนจากคะแนน “ระดับ 3” ไปเป็นคะแนน “ระดับ 4” ทำได้ด้วยการสร้างทีมเรียนรู้ (Team learning) นั่นคือให้มีการประชุมเพื่อพัฒนางานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง โดยเครื่องมือที่นำมาใช้ในการพัฒนางานได้แก่ CQI, R2R, BMK, AAR ฯลฯ แต่หากว่าต้องการยกระดับคะแนนไปถึง “ระดับ 5” ก็ต้องเชื่อมโยงกับข้อกำหนดของระบบงานอื่นๆ ว่าจะนำมาปรับปรุงให้คุณภาพดีขึ้นอีกได้อย่างไร ส่วนงานที่ QA (Quality Assurance) ยังไม่มั่นคง ผลการประเมินกระบวนการงานมักได้คะแนนระดับ 1-2 ซึ่งต้องปรับปรุงระบบงานด้วยการ เทียบกับระบบงานที่ทำได้ดีกว่าหรือดีที่สุด Best Practices (BP) ของหน่วยงานอื่น เพื่อนำไปสู่การพัฒนาอย่างก้าวกระโดด นั่นก็คือนำไปสู่คะแนนระดับ 4-5ด้วยการใช้กระบวนการเทียบระดับ หรือ Benchmarking (BMK) ที่จะกล่าวถึงต่อไป

ประเด็นที่นำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นประเด็นที่สองคือ ‘ทางเลือกการทำ Benchmarking’

Benchmarking หรือ BMK เป็นเครื่องมือชนิดหนึ่งของการจัดการความรู้ (Knowledge Management :KM) ที่นำมาใช้ในการพัฒนาระบบงานให้มีคุณภาพ โดยกรมสุขภาพจิตได้เลือกให้เป็น 1 ใน 3 เครื่องมือสำคัญในการพัฒนาองค์กรสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ตามองค์ประกอบ 3 ด้าน (วัฒนธรรม ระบบงาน และคน) ด้วยเหตุนี้ หน่วยงานต่างๆ ของกรมจึงเริ่มเรียนรู้และใช้เครื่องมือ Benchmarking ไปปรับปรุงระบบงานจนเกิดความเชี่ยวชาญในการใช้เครื่องมือให้บรรลุวัตถุประสงค์

ทางเลือกแบบแรก อาจเริ่มต้นจากการทำ Internal Benchmarking ในหน่วยงานเดียวกันหรือระหว่างหน่วยงานในกลุ่มเดียวกัน (ตัวอย่างเช่นกลุ่มหน่วยงานจิตเวชเด็ก) โดยเริ่มต้นจากจุดที่องค์กรสนใจและให้ความสำคัญตาม Macro Flowchart (ภาพรวม) ขององค์กร

ทางเลือกแบบที่สอง บางหน่วยงานเลือก “ระบบหลัก” มาเป็นตัวตั้งในการทำ BMK นั้นหมายถึง การทำ BMK ใน “ระบบงานสำคัญทั้ง 10 ระบบงาน” ตามกรอบแนวคิด HA ดังแผนภาพด้านล่าง ทั้งนี้หน่วยงานเลือกเฉพาะระบบงานที่ 10 คือกระบวนการดูแลผู้ป่วยโดยทำ BMK เน้นลงไปในรายละเอียดของกระบวนการทั้ง 6 กระบวนการ ซึ่งการทำ BMK ในลักษณะนี้ เรียกว่าเป็น “BMK ในระดับกระบวนการ”



ที่มา : สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2558:8



ทางเลือกแบบที่สาม บางหน่วยงานเลือก “ระบบสนับสนุน” ทั้ง 5 องค์ประกอบ คือ ระบบการนำองค์กร การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การมุ่งเน้นบุคลากร การวัดวิเคราะห์และการจัดการความรู้ โดยอาจเลือกปรับปรุงระบบงานด้วยการทำ Benchmarking ครอบคลุมองค์ประกอบดังกล่าวหรือเลือกเฉพาะบางองค์ประกอบ แล้วทำ Benchmarking กระบวนการน้อยๆ ในองค์ประกอบนั้นก็ได้ ทั้งนี้ เนื่องจากการเลือกทำ Benchmarking ครอบคลุมองค์ประกอบนั้นอาจเป็นเรื่องยากสำหรับในช่วงแรกของการใช้เครื่องมือให้มีประสิทธิภาพ ดังนั้นหน่วยงานจึงสามารถเลือกทำ Benchmarking เฉพาะองค์ประกอบสำคัญในทำนองเดียวกันสำหรับโรงพยาบาลที่เลือกทำ Benchmarking ของระบบหลัก อาจเลือกเฉพาะ “กระบวนการดูแลผู้ป่วย” แล้วทำการปรับปรุงระบบงานนี้ โดยเทียบระดับตาม 6 กระบวนการย่อย ที่อยู่ภายใต้ “กระบวนการดูแลผู้ป่วย”

ประเด็นสุดท้ายที่นำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้คือ ขั้นตอนการทำ Benchmarking

กระบวนการทำ Cooperation Benchmarking ซึ่งรวมทั้ง Internal Cooperation Benchmarking และ Collaborative Benchmarking หรือ Group Benchmarking (การเทียบระดับแบบกลุ่ม) จะดำเนินการไปตามลำดับดังต่อไปนี้

1. ตกลงระบบหรือกระบวนการที่จะมา Benchmarking (กำหนดเป้าหมาย/วัตถุประสงค์) ตามข้อสรุปที่ได้ข้างต้น
2. ศึกษาข้อกำหนด ในเรื่องนั้น โดยดูว่า
 - ข้อกำหนดเน้นคุณภาพอย่างไร
 - มีรายละเอียดตรงข้อกำหนดอย่างไร(เฉพาะกรณีระบบ HA ซึ่งมีรายละเอียดคำอธิบายของข้อกำหนด)

3. นำมาเทียบกับงานที่ทำอยู่ ซึ่งส่วนใหญ่จะวางระบบ (P) ในรูปแบบ Process Flowchart และมีรายละเอียดวิธีปฏิบัติอยู่แล้วว่า บรรลุตามคุณภาพ หรือข้อกำหนดและรายละเอียดของข้อกำหนดหรือไม่

4. ให้คะแนนระบบที่ทำอยู่ตามเกณฑ์ประเมินคือ ระดับคะแนน 1-5 พร้อมทั้งเหตุผล (ช่องว่างของคุณภาพที่ค้นพบ) ตัวอย่างสิ่งที่พบจากการประเมินคะแนน เช่น

- ขาดคุณภาพตามรายละเอียดของข้อกำหนดบางประการ
- กระบวนการ PDCAI ไม่ครบ โดยมากจะหยุดที่ PD (2 คะแนน) หรือ PDCA (3 คะแนน) โดยระบบที่ได้คะแนนระดับ 2 ถือว่าต้องปรับปรุง (เป็นจุดอ่อน) ระบบที่ได้คะแนนระดับ 3 ถือว่าเป็นระบบค่อนข้างดี (เป็นจุดแข็งหรือ Good Practice) ที่จะต้องนำไปพัฒนาเป็น Best Practices)

5. ให้คะแนนผลลัพธ์ของระบบ โดยระบุตัวชี้วัดของผลลัพธ์นั้น และให้ระดับคะแนน 1-5 ตามเกณฑ์ระดับคะแนน 2 คือ มีผลลัพธ์ 3 ช่วงเวลาขึ้นไป โดยผลลัพธ์คงที่หรือมีแนวโน้มลดลง ระดับคะแนน 3 มีผลลัพธ์ 3 ช่วงเวลาขึ้นไปและผลลัพธ์มีแนวโน้มดีขึ้น ซึ่งแสดงว่าเกิดจากระบบ สำหรับระดับคะแนน 4 และ 5 คือ มีการประเมินผลลัพธ์ 3 ช่วงเวลาขึ้นไปและผลลัพธ์มีแนวโน้มดีขึ้นหรือโดดเด่นเหนือกว่าองค์กรอื่นๆ ในระดับพื้นที่และระดับชาติตามลำดับ)

6. วางแผนพัฒนา Good Practices (GP) ให้เป็น Best Practices (BP) โดยเน้น

- Team learning (ระดับคะแนน 4) โดยทีมที่รับผิดชอบประชุมเชิงระบบหรือพัฒนางานเป็นประจำ
- บูรณาการเชื่อมโยง (ระดับคะแนน 5) โดยค้นหาจุดเชื่อมโยงกับระบบหรือข้อกำหนดนั้นที่จะทำให้คุณภาพงานดีขึ้น

01

กรมสุขภาพจิต :
KM ได้ผล คนเป็นสุข



เริ่มต้นที่ผู้นำขับเคลื่อน KM
ด้วยการวางรากฐานทีมที่แข็งแกร่ง

การพัฒนา KM ต้องต่อยอด ต่อเนื่อง
ปรับตัวตามยุคสมัย

การพัฒนา CoPs การแลกเปลี่ยน
เรียนรู้ผ่าน Facebook

ใช้ KM เป็น...คนมีคุณค่า
คนมีความสุข



02

Best practices
(BP)

ระบบการดูแลผู้ป่วย
จิตเวชและครอบครัว
ด้วยระบบ
อิเล็กทรอนิกส์รายณั

ผล (what)

วิธีการดำเนินการ (How)

ปัจจัยความสำเร็จ (Why)



ກຳລັງພຸດທະ



กรมสุขภาพจิต : KM ได้ผล คนเป็นสุข

โดย สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ

สืบเนื่องจากการปฏิรูประบบราชการไทย ส่งผลให้หน่วยงานภาครัฐต่างพากันตื่นตัวในการพัฒนาองค์กร เพื่อให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 โดยมีการกำหนดแบบแผนการบริหารราชการ และวิธีการปฏิบัติงานที่ส่วนราชการต่างๆ จะต้องยึดถือเป็นแนวทางปฏิบัติ ซึ่งหนึ่งในประเด็นที่ถูกหยิบยกขึ้นมา เพื่อมุ่งหวังให้การบริหารงานเป็นไปตามแนวทางราชการยุคใหม่ นั่นคือ การสร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ โดยอาศัยกระบวนการ “การจัดการความรู้ (Knowledge Management : KM)” มาเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาระบบราชการไทย



กรมสุขภาพจิต ในฐานะที่เป็นหน่วยงานราชการจึงต้องยึดถือปฏิบัติ ประกอบกับวิสัยทัศน์ของผู้นำในยุคนั้นได้พยายามมองหาเครื่องมือที่จะนำมา พัฒนาคคน พัฒนางาน และพัฒนาองค์กรเช่นกัน ซึ่งคอลัมน์ Interview ฉบับนี้ ได้รับเกียรติจาก นายแพทย์ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ ที่ปรึกษากกรมสุขภาพจิต และหนึ่งในอดีต CKO (Chief Knowledge Officer) ที่คอยผลักดันให้ การจัดการความรู้ (Knowledge Management : KM) เกิดขึ้น และได้ผลจริง ในกรมสุขภาพจิต มาบอกเล่าเรื่องราวจุดเริ่มต้น และแนวทางการผลักดันให้ KM เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในเนื้องาน และวิธีการทำงานของกรมสุขภาพจิตได้ อย่างเป็นรูปธรรม เพื่อให้องค์กรอื่นๆ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ต่อไป

เริ่มต้นที่ผู้นำ ขับเคลื่อน KM ด้วยการวางรากฐานทีมที่แข็งแกร่ง

นายแพทย์ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ ที่ปรึกษากกรมสุขภาพจิต เล่าถึง จุดเริ่มต้นของการทำ KM ในองค์กรให้ฟังว่า “ด้วยหน่วยงานในกระทรวง สาธารณสุขส่วนใหญ่เป็นกรมวิชาการ การใช้ความรู้จึงเป็นเรื่องที่สำคัญ แต่โดยปกติในระบบสาธารณสุข หรือสายการแพทย์มีการจัดการความรู้กัน อยู่แล้ว อาทิ การทำวิจัย การทำ Review เรื่องต่างๆ เพื่อนำมาใช้ในการวางแผน เป็นวิถีปกติของสายการแพทย์ อย่างถ้าจะตรวจวินิจฉัยโรคก็ต้องอาศัยความรู้ แต่ตัวความรู้ที่จะช่วยขับเคลื่อนจริงๆ ต้องเป็นความรู้ที่สัมพันธ์กับปัญหา สัมพันธ์กับการทำงาน เพราะองค์กรไม่ได้ขาดความรู้ที่มาจาก Text Book แต่ขาดความรู้ที่มาจากการทำงานหรือที่เรียกว่า Tacit Knowledge มากกว่า ดังนั้น KM จึงกลายมาเป็นเครื่องมือที่จะช่วยดึงความรู้ดังกล่าวออกมาใช้ให้เกิด ประโยชน์อย่างแท้จริง”

ทั้งนี้ หลังจากที่ได้ผู้นำได้ปกรณอย่างชัดเจนแล้วจะนำ KM เข้ามาใช้ในการพัฒนาองค์กร สิ่งแรกที่เริ่มดำเนินการคือแต่งตั้งคณะกรรมการ และคณะทำงานขึ้นมา เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน KM ในองค์กรอย่างเป็นรูปธรรม โดยได้รับการสนับสนุนจากอธิบดี และรองอธิบดีในขณะนั้น ทำให้บุคลากรมีความตื่นตัว เนื่องจากผู้นำให้ความสำคัญกับเรื่องนี้อย่างแท้จริง โดยกำหนดให้มีวาระการประชุมติดตาม และรายงานความก้าวหน้าทุกเดือนด้วย

“การเลือกคนที่จะมาเข้าร่วมในคณะทำงานก็มีความสำคัญเช่นกัน จะต้องเลือกคนที่มีฉันทะและความมุ่งมั่น แต่สิ่งที่สำคัญที่สุดคือ คณะทำงานจะต้องเลือกเครื่องมือที่เหมาะสม หรือวิธีการที่เหมาะสมที่สุดในการที่จะทำให้การจัดการความรู้เกิดขึ้นภายในองค์กรให้ได้ เพราะช่วงที่เริ่มทำกระแสมาแรงมาก และก็จะมียู 2 Model นั่นคือ Xerox Model ที่มาจาก สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) ซึ่ง Model นี้คนที่อยู่ในระบบราชการส่วนใหญ่จะใช้กัน ส่วนอีก Model หนึ่งเป็นของสถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม (สคส.) เน้นการหาวิธีการที่จะทำให้ KM เกิดประโยชน์อย่างแท้จริงในการทำงาน ซึ่ง Model นี้หน่วยงานด้านสาธารณสุขจะคุ้นเคยกันเป็นอย่างดี โดยใช้ Model ปลาหู เข้ามาช่วยในการแปลง Tacit Knowledge ให้เป็น Explicit Knowledge อีกทั้งใช้เครื่องมือง่ายๆ ที่จะช่วยดึงดูดคนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการความรู้ด้วย ซึ่งคณะทำงาน KM จะต้องมีความเข้มแข็งมาก โดยเฉพาะคณะทำงานในแต่ละหน่วยงาน หากคณะทำงานกลางเข้มแข็งอย่างเดียว เอาแต่ส่งคำสั่งให้หน่วยงานอื่นๆ ทำ ผมคิดว่าไม่มีประโยชน์ แล้วที่หลายหน่วยงานทำ KM ไม่สำเร็จก็เพราะเหตุนี้ แต่ KM ของที่นี่จะต้องเกิดขึ้นจริงในหน่วยงาน ไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานขนาดเล็ก ขนาดกลาง หรือขนาดใหญ่ คุณก็ต้องมีคณะทำงาน KM จัดฝึกอบรม ทำแผนให้เป็น แล้วก็ต้องมีทีมงานที่ช่วย Support เพื่อให้เกิดการจัดการความรู้ในหน่วยงานให้ได้”

ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต กล่าว

โมเดลปลาหัว เริ่มจากหัวปลาคือ ต้องตรวจสอบก่อนว่า อะไรคือความรู้ สำคัญที่ตอบโจทย์พันธกิจหรือยุทธศาสตร์ขององค์กร แล้วค้นหว่า ความรู้เชิง ประสบการณ์ หรือ Tacit Knowledge นั้นอยู่ที่ไหน จะได้เชิญ คุณกิจ เจ้าของ ความรู้เชิงประสบการณ์นั้นมาเข้าร่วมกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งเป็น ส่วนที่เรียกว่าตัวปลาได้ หลังจากนั้นก็รวบรวมองค์ความรู้ ซึ่งจะเป็นเรื่องเล่า หรือเทคนิคดีๆ ของแต่ละคนที่ได้จากวงแลกเปลี่ยนเรียนรู้มาจัดเก็บไว้ใน คลังความรู้ หรือส่วนที่เรียกว่า หางปลา (ที่มา <http://kmi.or.th/>)

คุณภักคนพิน กิตติรักษนนท์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กล่าวเสริมถึงความสำคัญของทีมงานให้ฟังว่า นอกจากจะมีคณะกรรมการ และ คณะทำงานระดับกรมแล้ว ยังมีคณะทำงานระดับหน่วยงานที่มาจากหน่วยงาน ย่อยๆ ของกรมสุขภาพจิตด้วย โดยส่วนกลางจะมีโครงการพัฒนาระบบบริหาร จัดการความรู้ ซึ่งมีกิจกรรมต่างๆ ที่จะช่วยเชื่อมโยงคณะทำงาน ทั้งในระดับ กรมและระดับหน่วยงานเข้าไว้ด้วยกัน ยกตัวอย่างเช่น การสัมมนา CKO และ Facilitator ของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต เป็นเวทีที่เปิดโอกาสให้ ผู้บริหารได้สื่อสารถึงทิศทางของการจัดการความรู้ว่า อนาคตต้องทำอะไร แล้วตอนนี้ทำอะไรอยู่ ซึ่งจะจัดขึ้นเป็นประจำทุกปี และภายใต้โครงการนี้ก็จะม ีกิจกรรมอื่นๆ รองรับอยู่ ไม่ว่าจะเป็น ประชุมคณะกรรมการ คณะทำงาน การพัฒนาศักยภาพบุคลากรดีเด่น ด้านการจัดการความรู้ด้วย

“จากการแต่งตั้งคณะทำงาน จะเห็นได้ถึงความเชื่อมโยงอย่างใกล้ชิดระหว่างทีม KM ของกรมกับทีม KM ของหน่วยงาน ที่จะถูกร้อยรัดกันตั้งแต่การวางแผน การใช้ How To และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งตลอดระยะเวลา 9 ปีที่ทำ KM มาไม่เคยเปลี่ยนทีมหลักเลย คณะทำงาน KM ส่วนกลางยังคงเป็นชุดเดิมแต่จะมีเพิ่ม หรือลดลงบ้าง แต่ทีมหลัก 3-4 คนก็ยังอยู่ตลอด ทำให้คณะทำงานมีความเข้าใจ และสามารถออกแบบกระบวนการในการขับเคลื่อน KM ที่เหมาะสมกับสถานการณ์ของแต่ละระยะที่เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ ทำให้มองเห็นจังหวะก้าวในการขับเคลื่อน KM อย่างชัดเจนว่าแต่ละระยะจะต้องดำเนินการอย่างไร (รายละเอียดตามรูปที่ 1) เพราะ 9 ปีที่ผ่านมาเกิดการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา คณะทำงานต้องวิเคราะห์สถานการณ์ เพื่อกำหนดทิศทางว่าจะต้องรับมืออย่างไร อย่างช่วงแรกก็เน้นใช้เครื่องมือ ต่อมาเน้นเอาความรู้ที่จะนำมาใช้กับการทำงาน จากนั้นก็เริ่มหันกลับมาที่วิสัยทัศน์ และพันธกิจขององค์กร และในปัจจุบันเริ่มชูเรื่องการสร้างองค์กรให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้”

ที่ปรึกษา กล่าว

KM ในแผนฯ10 อนาคต

ผู้องค์กรแห่งการเรียนรู้ +
วัฒนธรรมการเรียนรู้

2554

- ❖ บูรณาการกับเครื่องมือคุณภาพต่างๆ ส่งมอบความรู้เข้าระบบ
ยกระดับคุณภาพความรู้

2551 - 2553

- ❖ ขยาย KM สู่ทุกหน่วยงาน สนับสนุนยุทธศาสตร์กรม/
หน่วยงาน + ขยายหน่วยนำร่อง KM ข้ามหน่วย
- ❖ พัฒนาคลังความรู้
- ❖ ขยายระบบพี่เลี้ยง + พัฒนาศักยภาพบุคลากร
- ❖ ยกระดับคุณภาพความรู้
- ❖ หาหน่วย good /Best practice

2550

- ❖ ขยาย KM สู่ทุกหน่วยงาน สนับสนุนประเด็นยุทธศาสตร์กรม/หน่วยงาน +
หน่วยนำร่องความรู้ข้ามหน่วยงาน
- ❖ พัฒนาระบบพี่เลี้ยง + พัฒนาศักยภาพบุคลากร
- ❖ จัดโครงสร้างเชิงระบบ (CKO, คณะกรรมการ, คณะทำงาน KM)
- ❖ เสริมสร้างทัศนคติที่ดีในการใช้ KM

2549

- ❖ เตรียมความพร้อมด้านโครงสร้างเชิงระบบ ระดับหน่วยงาน
- ❖ มีหน่วยนำร่องทำ KM สู่การสร้างนวัตกรรม
- ❖ พัฒนาศักยภาพบุคลากร
- ❖ เสริมสร้างทัศนคติที่ดีในการใช้ KM

2548

- ❖ เตรียมความพร้อมด้านโครงสร้างเชิงระบบ ระดับกรม
- ❖ สร้างความตระหนัก ความรู้ ความเข้าใจและทักษะที่จำเป็นในการจัดการความรู้ให้แก่
คณะทำงาน KM ของทุกหน่วยงาน

รูปที่ 1 : แผนระยะสั้น และระยะยาวการดำเนินงาน KM ของกรมสุขภาพจิต

ด้วยกระบวนการดังกล่าว ประกอบกับโครงสร้างใหญ่ที่ครอบคลุมด้วย Xerox Model และ Change Management Process พร้อมทั้งกำกับด้วยตัวชี้วัดของกรมส่งผลให้การดำเนินงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ทั้งการจัดการในเชิงระบบและในเชิงที่เกิดเครื่องมือใหม่ๆ ที่จะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดองค์ความรู้ภายในองค์กร อีกทั้งบุคลากรก็สามารถรู้สึกได้ถึงประโยชน์ของการจัดการความรู้อย่างแท้จริง

การพัฒนา KM ต้องต่อยอด ต่อเนื่อง ปรับตัวตามยุคสมัย

นายแพทย์ยงยุทธ เล่าต่อว่า “ในยุคแรกของการทำ KM จะเน้นไปที่สายวิชาชีพเป็นหลัก อาทิ แพทย์ พยาบาลและนักจิตเวช แล้วก็งานที่สำคัญๆ เช่น งานด้านเภสัชกร งานด้านการพยาบาล ซึ่งมีความเป็นวิชาชีพสูง ข้อดีคือจัดการความรู้ได้ง่ายเพราะมีการประชุม หรือหารือกันอยู่เป็นประจำ แต่ข้อเสียคือ ความรู้ที่ได้จะเป็นแนว Vertical มากเกินไป สมมติแผนกทันตกรรมมีความกระตือรือร้นในการทำ KM มาก ความรู้ที่ได้อย่างมากสุดก็จะเป็นเรื่องการดูแลรักษาฟันคนไข้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับภารกิจขององค์กรทั้ง 3 ข้อ ส่งผลให้ยุคหลังของการทำ KM จะเน้นตอบสนองต่อภารกิจขององค์กรมากยิ่งขึ้น”

จุดเด่นอีกจุดหนึ่งของการทำ KM ในกรมสุขภาพจิตคือ การพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยคณะทำงาน KM ส่วนกลาง จะจัดกิจกรรมอบรมพัฒนาศักยภาพให้แก่ผู้แทนหลักที่ทำ KM ของแต่ละหน่วยงานทุกปี ด้วยหลักสูตรต่างๆ ที่ออกแบบกระบวนการเองและมุ่งเน้นการถ่ายทอดความรู้จากทีมวิทยากรที่เป็นต้นทุนทางปัญญาภายในองค์กรเป็นหลัก ซึ่งผู้แทนเหล่านี้จะติดต่อสื่อสารกันอยู่ตลอดเวลา พอปลายปีก็จะมีการจัดงานตลาดนัดความรู้เพื่อเป็นเวทีให้ผู้แทนเหล่านี้ นำสิ่งที่เกิดขึ้นในหน่วยงานของตนออกมาโชว์บนเวทีคือ มีตัวตั้งต้นแล้วก็ต้องมีตัวตอบรับเพราะไม่เช่นนั้นพอทำแล้วแต่ไม่มีเวทีให้มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ก็ไม่มีประโยชน์ อีกทั้งช่วยกระตุ้นให้แต่ละหน่วยงานมีความกระตือรือร้นที่จะจัดการความรู้ตามภารกิจของหน่วยงานตนเอง และในระหว่างปียังมีกระบวนการการเป็นพี่เลี้ยงของทีมส่วนกลาง

หรือบางปีจัดลงไปนิเทศงานแบบแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และติดตามงาน KM ในลักษณะที่ไม่เหมือนกับการนิเทศงานทั่วไป แต่เป็นในลักษณะการแลกเปลี่ยนและเรียนรู้ร่วมกัน โดยเฉพาะเวลาที่ผู้บริหารไปก็จะพูดคุยแบบ Dialog ซึ่งเป็นแนวทางที่ผู้บริหารใช้มาโดยตลอด ทำให้บุคลากรเข้ามามีส่วนร่วมกับ KM มากขึ้น

“มีอยู่ปีหนึ่งเจ้าหน้าที่ยานพาหนะได้ร่วมกันจัดการความรู้เรื่องการสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้มารับบริการ (รถตู้รับ-ส่งเจ้าหน้าที่) เจ้าหน้าที่ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนกัน จนกระทั่งได้เป็นแนวทางการให้บริการที่ดี ถือเป็นอีกวิธีการหนึ่ง ที่ทำให้คนทำงานหันมาให้ความสำคัญ เพราะพวกเขาได้มีโอกาสบอกเล่าให้อริบตีฟังว่าเขาทำอะไรเหล่านี้ได้อย่างไร มีกระบวนการพัฒนา และความรู้นี้เกิดประโยชน์อย่างไรต่อหน่วยงานของตน”

ทั้งนี้ ปกติกิจกรรมตลาดนัดความรู้ จะจัดขึ้นเป็นประจำทุกปี ตั้งแต่ พ.ศ.2549 - 2555 (รวม 8 ครั้ง) แต่ในปีนี้ได้เปลี่ยนรูปแบบการจัดกิจกรรมใหม่ ซึ่ง นายแพทย์ยงยุทธ ได้เล่าถึงการเปลี่ยนแปลงให้ฟังว่า ปีนี้เป็นปีแรกที่ตัดสินใจเปลี่ยนรูปแบบกิจกรรมใหม่ ส่วนหนึ่งมาจาก Direction ที่เปลี่ยนมามุ่งเน้นการจัดการความรู้เพื่อตอบสนองต่อภารกิจขององค์กรมากขึ้น ประกอบกับทุกปีจะต้องมีการจัดงานประชุมวิชาการของกรมสุขภาพจิตอยู่แล้ว ผู้บริหารเลยตัดสินใจผนวกรวมตลาดนัดความรู้เข้าไปอยู่ในกระบวนการของการจัดประชุมวิชาการเลย ข้อดีคือ สามารถ Involve คนได้มาก เพราะถ้าจัดตลาดนัดความรู้ คนมาเข้าร่วมมากที่สุดก็ประมาณ 200-300 คน แต่ถ้าจัดรวมกันจะได้กลุ่มเป้าหมายทั้งในระบบ และนอกระบบมากขึ้น การจัดการความรู้ก็จะกว้างขึ้น ที่สำคัญคือ สามารถบริหารงบประมาณได้อย่างมีคุณภาพ และใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า โดยทีม KM จะเข้าไปสกัดความรู้จากการประชุมวิชาการ ทั้งการถอดบทเรียน ถอดความรู้ และสร้าง CoPs ในประเด็นต่างๆ ด้วย”

นอกจากการสร้างบรรยากาศต่างๆ เพื่อให้บุคลากรได้เข้ามามีส่วนร่วมแล้ว การจัดเก็บความรู้ก็เป็นสิ่งสำคัญเช่นกัน โดยในยุคแรกของการทำ KM ได้นำเอาระบบ IT เข้ามาช่วยในการจัดการคลังความรู้ เพื่อให้บุคลากรในองค์กรสามารถเข้าไปดึงความรู้มาใช้ประโยชน์ได้ ซึ่งในปัจจุบันคณะทำงาน KM ของกรมสุขภาพจิตได้พยายามต่อยอดระบบ IT ในรูปแบบใหม่เพื่อให้ทันสมัย และสอดคล้องกับกระแสสังคมมากขึ้น นั่นคือ

การพัฒนา CoPs การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่าน Facebook

นายแพทย์ยงยุทธ เล่าถึงการพัฒนาการจัดการความรู้ในรูปแบบใหม่ให้ฟังว่า “การใช้ความรู้ผ่าน Website มีข้อจำกัดทั้งในเรื่องความเป็น Interactive น้อย ความรู้ Update ช้า คณะทำงานจึงคิดหาช่องทางในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ใหม่ๆ จึงพบว่า Facebook ถ้าควบคุมดีๆ ก็จะกลายเป็นเครื่องมือในการจัดการความรู้ได้ โดยวิธีการควบคุม คือ เอาหน้าโพสต์มาเป็นตัวกระตุ้นให้คนเอา Tacit Knowledge เข้ามาเติม และในส่วนของบันทึกก็จะเป็นตัวที่เก็บ Explicit Knowledge แต่ทีมงานจะต้องคอยติดตามอยู่ตลอดเวลา เวลาเมื่อไรที่น่าสนใจก็ตั้งประเด็นขึ้นมา เพื่อให้คนเข้ามาแชร์ แชร์เสร็จก็ถอด ถอดเสร็จก็เก็บไว้ในบันทึก เป็นความรู้ที่มีชีวิต คนสามารถเข้ามาสร้างความรู้ได้หลากหลายมากขึ้น ไม่เหมือนกับตัวธนาคารข้อมูลความรู้หรือ Data Bank เก็บแล้วก็ไม่ค่อยมีคนสนใจเข้ามา Update เท่าไร”

โดยการจัดการความรู้รูปแบบใหม่ผ่าน Facebook นี้ เริ่มดำเนินการมาได้ปีกว่าแล้ว ขณะนี้อยู่ในขั้นเรียนรู้และเติบโต ยังไม่ถือว่าประสบความสำเร็จนัก ซึ่งเป็นไปตามวิสัยทัศน์ของผู้นำที่ต้องการพัฒนา ต่อยอด และปรับตัวให้เข้ากับยุคสมัยที่เปลี่ยนแปลงไป

ใช้ KM เป็น...คนมีคุณค่า คนมีความสุข

นายแพทย์ยงยุทธ กล่าวทิ้งท้ายไว้ว่า “หน่วยงานบางแห่งถูก KM ใช้ คือ ทำตามตัวชี้วัดที่กำหนดมา ทำอย่างไรก็ได้ที่ทำให้ตัวชี้วัดดูดี แล้วก็ตามมาด้วยการหาเอกสาร ปั่นเอกสาร ทำกิจกรรมต่างๆ ตามที่ถูกสั่งการมา พวกนี้เรียกว่า ถูก KM ใช้ คือ ทำแล้วไม่มีความสุข ทำแล้วก็ไม่ประสบความสำเร็จ แต่อาจจะเอาตัวรอดไปได้ ก็ไม่ใช่ความสำเร็จที่ยั่งยืน สำหรับคนที่ใช้ KM จะเข้าใจว่า KM ทำให้คนทำงานมีความสุข ทำให้คนทำงานมีคุณค่า ทำให้องค์กรบรรลุพันธกิจได้ แล้วก็ต้องใช้เครื่องมือให้เป็น ถ้าคุณรู้จักเครื่องมือเป็นขึ้นๆ แต่ต่อจิ๊กซอร์ไม่ได้ก็ไม่ประโยชน์”

คุณภักคนพิน กล่าวเน้นย้ำว่า “ผู้รับผิดชอบต้องเห็นคุณค่าของการจัดการความรู้ว่าเป็นสิ่งที่มีคุณค่า ทั้งต่อตัวเอง องค์กร และบุคลากรในหน่วยงาน เพราะถ้าทำเพียงเพราะเป็นคำสั่งก็ไม่สามารถขับเคลื่อนงานได้ หรือเป็นแบบอย่างให้แก่คนอื่นต่อไปได้ ที่สำคัญผู้รับผิดชอบหรือผู้นำจะต้องทำตนเป็นแบบอย่างที่ดี เช่น ถ้าจะฝึกให้บุคลากรเป็น Facilitator หรือ Note Taker เราก็ต้องทำได้ด้วย ดังนั้น การที่องค์กรจะนำเครื่องมือต่างๆ มาใช้ ก็ควรศึกษาเครื่องมือให้ดีเสียก่อน จากนั้น ค่อยวิเคราะห์ว่าเหมาะสมกับคนของเราหรือไม่ แล้วจึงค่อยนำมาปรับใช้ในองค์กรต่อไป และที่สำคัญมาก ๆ คือ ต้องมีการเรียนรู้ และพัฒนาอย่างต่อเนื่องด้วย”

ที่มา : - http://www2.opdc.go.th/oldweb/Mission/File_download/1154681936-1.pdf



Best practices (BP) และ Benchmarking (BMK)

ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว

ด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์รายวัน

นางสาวธนิกานต์ ศรีแพงมน

นักจิตวิทยา โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

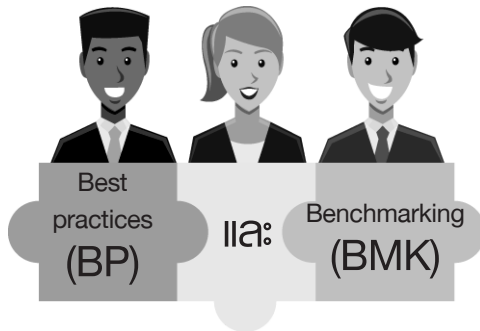
ความเป็นมา(why) รพช.กุฉินารายณ์ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง 144 เตียง มีเนื้อที่ 33 ไร่ 1 งาน มีบุคลากรทั้งสิ้น 452 คน มีจำนวนประชากรทั้งหมด 130,000 คน มีเขตการปกครองทั้งสิ้น 12 ตำบล 142 หมู่บ้าน ห่างจากจังหวัดกาฬสินธุ์ มุกดาหาร ร้อยเอ็ด ประมาณ 80 กิโลเมตร



มีการลงเยี่ยมบ้านครบทุกพื้นที่ในนาม “ทีมไม้เลื้อย” ที่ดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยพิการ กลุ่มที่ต้องได้รับการฟื้นฟูด้านร่างกาย แต่เมื่อทำงานไปสักระยะ กลับพบว่าผู้ป่วยทางกายที่ต้องการการฟื้นฟูนั้น เกือบครึ่งหนึ่งต้องรักษาอาการทางจิตเวช ทำให้ทีมไม้เลื้อยพัฒนาความรู้ด้านจิตเวชเพื่อดูแลผู้ป่วย มีการส่งเสริมอาชีพให้ผู้ป่วย ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ดำเนินไปได้ดี สามารถฟื้นฟูชีวิตผู้ป่วยได้ แต่อุบัติการณ์ผู้ป่วยจิตเวชกำเริบ มีภาวะก้าวร้าว อาละวาดก็ยังมียอยู่ และเพิ่ม และมีผู้ป่วยจิตเวชจำนวนมากเข้าไม่ถึงระบบการรักษาทางจิตเวช เนื่องจากความพิการทางกาย ความยากจน การไม่มีผู้ดูแลหลัก

ในปีงบประมาณ 2556-2557 อำเภอกุฉินารายณ์มีผู้ป่วยจิตเวชที่ขึ้นทะเบียน 825 คน ซึ่งในจำนวน 825 คนนี้มีจำนวน 245 คน จัดอยู่ในกลุ่มใช้สารเสพติดร่วมด้วย สาเหตุของการเกิดโรคทางจิตเวชมีหลายประเด็น แต่ประเด็นหลักที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชมีภาวะทางจิตกำเริบของอำเภอกุฉินารายณ์ คือ ปัญหาสารเสพติด โดยเฉพาะยาบ้า สุรา และการขาดยา เรียกว่า “วงจร เจ็บ จน ทนทุกข์” เพราะผู้ป่วยจิตเวชมีภาวะคุ้มคลั่ง ทำร้ายคนอื่น ทำร้ายครอบครัว ทำร้ายตนเอง คนดูแลเกิดทุกข์ เกิดความสิ้นหวัง ซึ่งไม่ได้เกิดแต่กับญาติ คนในชุมชน แต่ยังรวมถึงคนทำงานในพื้นที่ ทำให้เกิดคำถามว่า “จะทำอะไรเพื่อให้วงจรความทุกข์เหล่านี้หมดไป?”

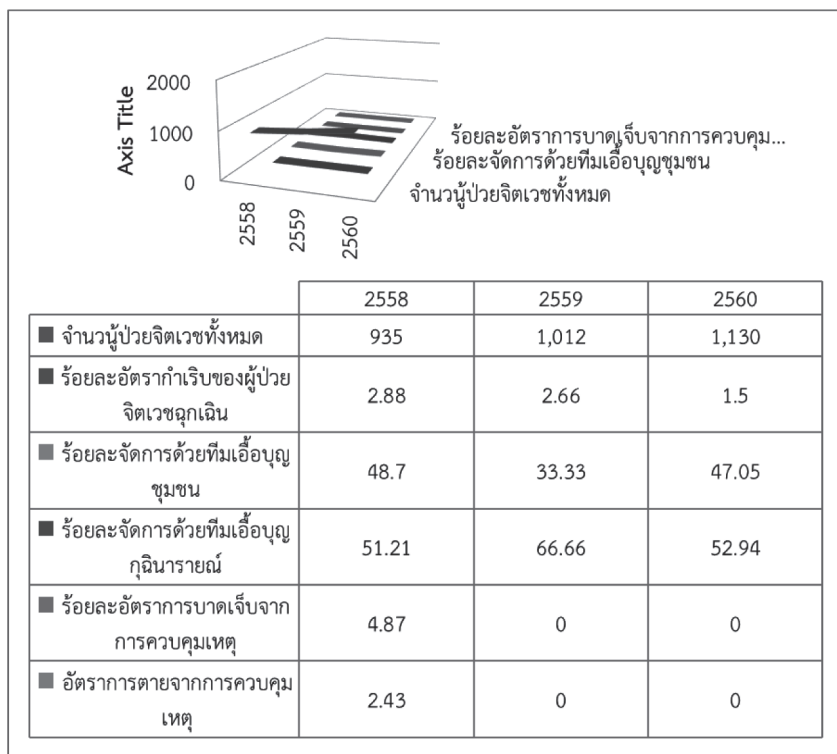
จากการตั้งคำถามนำมาสู่การหาวิธีแก้ปัญหา เริ่มจากการเปิดรับสมัครวิชาชีพที่หายากมากในโรงพยาบาลชุมชนคือ นักจิตวิทยาและนักสังคมสงเคราะห์มาร่วมให้บริการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชร่วมกับพยาบาลจิตเวชที่เป็นผู้รับผิดชอบงานหลักอยู่ก่อน ซึ่งงานจิตเวชชุมชนก่อนหน้านี้เน้นการให้ความรู้คนในชุมชน ปรับเปลี่ยนทัศนคติ การติดตามรักษาต่อเนื่อง ซึ่งกระบวนการเหล่านี้เหมือนดาบสองคมทำให้คนในชุมชนมองว่า เป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายเรื่องการจัดการผู้ป่วยจิตเวช หากจะให้ชุมชนหันกลับมาสนใจเรื่องจิตเวช ต้องเน้นทำเรื่องที่เป็นปัญหาที่กระทบรุนแรงต่อชุมชนนั้นๆ และมีการวางระบบรองรับให้สอดคล้องตามบริบทความรุนแรงของปัญหานั้น ภายใต้ชื่อ ทีมเอื้อบุญคุณิณารายณ์



ผล (what)

1. ในระยะเวลา 5 ปี ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินลดลงร้อยละ 90
2. อัตราการเข้าถึงการบริการของผู้ป่วยจิตเวชในกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดภาวะจิตเวชฉุกเฉินเพิ่มขึ้นร้อยละ 80
3. การเข้าช่วยเหลือของทีมเอื้อบุญในระดับตำบลมีความรวดเร็ว ในเวลาไม่เกิน 15 นาทีหลังได้รับแจ้งเหตุร้อยละ 90
4. อัตราการบาดเจ็บ เสียชีวิต ของผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินร้อยละ 0

ตารางที่ 1 ผลการดำเนินงานเอื้อบุญกุณารายณ์ 3 ปีซ้อนหลัง



วิธีการดำเนินการ (How)

1. สร้างระบบบริการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้รอบด้าน

1.1 การบริการในชุมชน จุดเน้นคือการลดทุกข์ของผู้ดูแล สร้างระบบให้ชุมชนมีส่วนร่วม เน้นประเด็นที่ชุมชนได้รับผลกระทบโดยตรงคือ “จิตเวชถูกฉีณาละวาด” ผ่านกิจกรรมหลัก 5 อย่างคือ

1.1.1 ประชุมหลักสูตรเจรจาต่อรองในผู้ป่วยภาวะวิกฤติทางจิตใจหลักสูตร 2 วัน ทุก 2 ปี เพื่อติดอาวุธด้านการจัดการภาวะวิกฤติทางจิตใจ แก่เครือข่ายการทำงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อส. ตำรวจ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทีมเยี่ยมบ้าน โดยมี จุดเน้น คือ ค้นหา Key person ร่วมทีมเฝ้าบุณยคุณารายณในแต่ละตำบล และในแต่ละหน่วยงาน

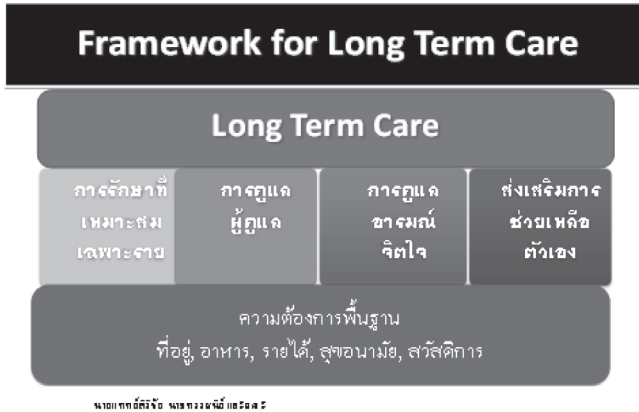
1.1.2 ลงมือทำทันที ช่วงแรกทีมเฝ้าบุณยคุณารายณโดยเฉพาะในส่วโรงพยาบาลต้องเป็นหลักในการปฏิบัติและช่วยเหลือพื้นที่ทันทีที่ร้องขอ ร่วมปฏิบัติงานร่วมกันกับทีมตำรวจและอาสาสมัครรักษาดินแดน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน หน่วย ชรบ. อปพร. เปรียบเหมือนทีมจิตเวชของโรงพยาบาลฯ คือ สาย Soft เน้นการประเมิณการเจรจาต่อรองเป็นหลัก ทีมตำรวจและอาสาสมัครรักษาดินแดน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน หน่วย ชรบ. อปพร. คือ สาย Hard เน้นการเข้าควบคุมผู้ป่วยจิตเวชเชิงยุทธวิธี ซึ่งบางครั้งก่อให้เกิดความบาดเจ็บและเสียชีวิตได้ ซึ่งหลักของการลงมือทำทันทีนั้น เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติในการทำงานของทีมสาย Hard โดยการทำให้เห็นจริงของทีม สาย Soft เช่น การลงพื้นที่เร็วลดการสูญเสีย

ได้มากกว่า การเจรจาต่อรองสามารถลดความรุนแรงของเหตุการณ์ได้จริง

1.1.3 สร้างกองทุนเอื้อบุญคุณิณารายณ์และขยายไปตามพื้นที่ตำบลต่างๆ ในอำเภอ เป้าหมายเพื่อให้มีเงินทุนในการช่วยสนับสนุนการส่ง Refer ผู้ป่วยไปรพ.จิตเวชขอนแก่นฯ ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย จุดเน้นอยู่ที่ กองทุนเอื้อบุญคุณในพื้นที่เป็นผู้บริหารจัดการสรเองโดยที่มาของเงินกองทุนในแต่ละพื้นที่ยึดตามศักยภาพของชุมชนนั้นๆ ในการจัดหาและแสดงถึงการรับรู้และให้ความสำคัญแก่ปัญหาผู้ป่วยจิตเวชต่อชุมชน

1.1.4 การลงติดตามเยี่ยมบ้านของทีมเอื้อบุญและทีมไม้เลื้อยประจำพื้นที่ จุดเน้นคือ การแบ่งเบาภาระงานร่วมกัน ทีมไม้เลื้อยดูแลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ตน ทีมเอื้อบุญเสริมทัพกรณีจิตเวชยุ่งยากซับซ้อนจัดการยาก โดยยึดหลักกระบวนการเยี่ยมรูปแบบใหม่ เปลี่ยนการเยี่ยมบ้านระบบเดิมคือ เยี่ยมบ้านเพื่อติดตามการกินยาเป็นหลัก สนใจปัญหาอื่นๆ ของผู้ป่วยเน้นเฉพาะการให้คำแนะนำ มักไม่ได้ลงมือช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติในการแก้ไขปัญหา มาเป็น ‘ระบบการเยี่ยมบ้านแนวคิดใหม่’ คือ ทุกข์ของชาวบ้านคืองานของเรา เน้นการดูแลทุกมิติเริ่มตั้งแต่แก้ไขปัจจัยพื้นฐานของชีวิตไปจนถึงการช่วยเหลือให้ดำเนินชีวิตอย่างมีเป้าหมายตามกรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุณิณารายณ์ (Kuchinarai Framework for Long Term Care Model) ดังแสดงในภาพที่ 3

ระบบงานใหม่ แนวคิดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของพร.กุนินารายณ์



- 1.1.5 สร้างช่องทางให้ผู้ป่วยจิตเวชได้เข้าร่วมกลุ่มสร้างอาชีพ
ต่างๆ ในพื้นที่ จุดเน้น คือ ยึดฐานรากกรอบแนวคิด
การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช
กุนินารายณ์ คือให้ความสำคัญต่อความต้องการพื้นฐาน
ของผู้ป่วยเป็นหลัก โดยทีมเฝ้าระวังกุนินารายณ์ทำหน้าที่
เป็นผู้ประสาน พัฒนาช่องทางการเข้าถึงแหล่งความ
ต้องการที่ผู้ป่วยขาดโดยความร่วมมือกับองค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่นในแต่ละพื้นที่

1.1.6 การพัฒนาทีมชุมชนให้เข้มแข็งมีสองกระบวนการหลัก คือ

- กระบวนการค้นข้อมูลในพื้นที่เพื่อฟื้นหัวใจความเป็นมนุษย์ ด้วยกระบวนการ F4 model คือ

- **Fact** คือ การค้นความจริงในทุกมิติ ทั้งด้านการแพทย์ ด้านการสังคม เช่นผู้ป่วยจิตเวชกำเริบเพราะติดสารเสพติดและไม่มีผู้ดูแล ด้านการแพทย์ คือ ผู้ป่วยมีโอกาสรายแต่ต้องได้รับยาต่อเนื่อง และไม่ใช้สารเสพติด ด้านสังคม คือ ผู้ป่วยไม่มีคนดูแลเรื่องการรักษาโดยเฉพาะการกินยา และการควบคุมเรื่องการใช้สารเสพติด เป็นต้น

- **Feeling** คือ เปิดพื้นที่ปลอดภัยให้ทุกคนได้เปิดเผยความรู้สึกโดยเฉพาะผู้ดูแลคนไข้ที่อยู่กับความทุกข์ ที่ถูกกระทำซ้ำๆ จากผู้ป่วย รวมถึงผู้ได้รับผลกระทบ ผู้ต้องช่วยเหลือ

- **Future** คือ การสร้างทางเลือกในการรักษาที่หลากหลาย การมองทางออกของปัญหาผ่านทีมผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้เป็นแนวทางในการวางแผนการรักษาเบื้องต้น

- **Flexible** คือการเปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายร่วมแรงร่วมใจช่วยเหลือ เรียนรู้ผ่านกระบวนการจัดการปัญหา รับฟังทุกความคิดเห็นด้วยความใส่ใจ ยืดหยุ่นแนวความคิดในการรักษาที่ไม่มองเพียงมิติด้านการแพทย์

- กระบวนการสร้างเวทีแห่งการเรียนรู้ คือการสร้างเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในพื้นที่ระหว่างทีมงานเอื้อบุญภายในตำบล และเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (เอื้อบุญสัญจร) ระหว่างตำบล โดยมีทีมเอื้อบุญนาโกเป็นวิทยากร จุดเน้นคือ การ Appreciate โดยการสร้างคุณค่าในการทำงานแก่ Key person

2. การบริการส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการบริการ

จุดเน้น คือ การพัฒนาระบบการส่งต่อ โดยเปลี่ยนจาก “ส่งต่อ” เป็น “ทำงานด้วยกัน” โดยการส่งต่อข้อมูลใช้หลัก Logistic model ประกอบด้วย

- **ส่งต่อข้อมูล** มีผู้ประสานงานหลัก คือนักสังคมสงเคราะห์ และ นักจิตวิทยาคลินิก โดยสร้างช่องทางหลักในการแจ้งเหตุเมื่อเกิดผู้ป่วยจิตเวช อลอะวาด ด้วย

- หมายเลขโทรศัพท์เฉพาะทีมเอื้อบุญคุณินารายณ์
- Line เอื้อบุญคุณินารายณ์ ที่มีสมาชิกตั้งแต่นายอำเภอคุณินารายณ์ ลงมาถึงทีมผู้ปฏิบัติงาน
- ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน รับแจ้งเหตุในพื้นที่ หากประเมิน แล้วเกินความสามารถในการควบคุม จะประสานทีมงานหลัก (เอื้อบุญคุณินารายณ์) ผ่านช่องทางที่กล่าวมาข้างต้น

- **ส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่การรักษา** ยึดหลักการส่งข้อมูลการรักษา ให้ครบวงจร กล่าวคือ ก่อนส่งผู้ป่วยมาจากชุมชน ทีมต้องทราบประเด็นปัญหา การกำเริบของผู้ป่วย ปัจจัยกระตุ้นเพื่อส่งต่อไปยังโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นฯ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยที่ส่งต่อต้องได้รับการบริการแบบผู้ป่วยในและประกอบ การวางแผนทางการรักษาเมื่อต้องกลับมารักษาต่อในพื้นที่ ซึ่งในพื้นที่มีการ แบ่งเขตพื้นที่เยี่ยมบ้านตาม รพ.สต. ออกเป็น 17 พื้นที่ มีทีมไม่เลี้ยวออกติดตาม ทุกสัปดาห์ โดยมีนักกายภาพออกเยี่ยมบ้านร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ระดับตำบลในกลุ่มสี่เหลี่ยม และมีผู้นำชุมชนร่วมกับทีมเอื้อบุญ ทีมไม่เลี้ยว เป็นตัวเชื่อมระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและ คลินิกจิตเวช รวมทั้งการส่งต่อระดับตติยภูมิมีระบบการปรึกษาแจ้งจิตแพทย์ก่อน เพื่อให้ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในและร่วมวางแผนการรักษาเมื่อผู้ป่วยกลับคืนสู่ชุมชน

ภาพแผนผังการส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษา



- การเข้าถึงการช่วยเหลือจากเครือข่ายการทำงานที่หลากหลาย เช่น พมจ., บ้านพักเด็ก, วัดพุทธคามนิคมฯ เพื่อสร้างทางเลือกที่เหมาะสมกับ ปัญหาความจำเป็นของผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วย

จุดเน้น คือ การกระตุ้น ชักชวนให้เจ้าหน้าที่นอกหน่วยงาน สาธารณสุขเข้ามารับรู้ปัญหาหน้างานของพื้นที่

3. พัฒนาระบบการจัดการจิตเวชผ่านรูปแบบ Total Manager

เป็นการกระจายความรับผิดชอบให้เหมาะสมและเป็นการดึงศักยภาพทักษะเด่นของแต่ละสหสาขาอาชีพ มาออกแบบการรักษาที่ดีที่สุดผ่านกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน ตัดสินใจร่วมกัน เพื่อนำไปสู่การทำงานแทนกันได้ มีความไว้วางใจกัน ไม่โดดเดี่ยว ไร้รอยต่อ ประกอบไปด้วย

3.1 Disease Manager ได้แก่ จิตแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ประจําทีมทำหน้าที่รับผิดชอบเป็นที่ปรึกษาใหญ่ในการดูแลผู้ป่วยที่พบปัญหาอย่างต่อเนื่อง

3.2 Case Manager ได้แก่ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลวิชาชีพจิตเวชโดยแบ่งเป็นสองด้านคือ

3.2.1 Case Manager ด้านการจัดการในชุมชน ได้แก่ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ทำหน้าที่รับผิดชอบกระบวนการประสานงานระหว่างชุมชนกับโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ รวมถึงหน่วยงานรัฐและเอกชน เช่น บ้านพักเด็กและครอบครัว สถานสงเคราะห์คนไร้ที่พึ่งบ้านเมตตา นครราชสีมา วัดพุทธคามนิม เป็นต้น

3.2.2 Case Manager ด้านคลินิก ได้แก่ พยาบาลจิตเวช พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกจิตเวชพิเศษแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ

- **คลินิกพิเศษ** เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับบริการจากจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นฯ ออกตรวจคลินิกเดือนละ 1 ครั้ง มีผู้รับผิดชอบคือ ทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ จุดเน้นคือ

- การเรียนรู้ร่วมกันระหว่างจิตแพทย์และทีมสหวิชาชีพประจำคลินิก ทั้งวิธีการตรวจวินิจฉัย การรักษา ข้อจำกัดของการรักษา เพื่อแผนการรักษาที่สอดคล้องผู้ป่วยอย่างแท้จริง
- จิตแพทย์ต้องไม่ตรวจเกิน 30 รายต่อวัน เพื่อเปิดโอกาสให้จิตแพทย์ได้ใช้เวลาในการวินิจฉัยวางแผนการรักษาร่วมกับทีมสหวิชาชีพ
- ผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษากับจิตแพทย์ต้องเข้าเกณฑ์ความยุ่งยากในการจัดการโดยผ่านการคัดเลือกจากทีมสหวิชาชีพประจำคลินิก
- บำบัดการเรียนรู้ผ่านการลงเฝ้าบ้าน วิชาการตามความสนใจของทีมงาน
- Conference Case ร่วมหาทางจัดการรักษาในกรณีผู้ป่วยมีปัญหาซับซ้อน เน้นการร่วมกันหาทางออกภายใต้ความรู้ทางวิชาการ มีการ feedback กับพื้นที่ คุยกับทีมเครือข่ายเพื่อสร้างความเข้าใจ

• **คลินิกให้คำปรึกษา** มีพยาบาลจิตเวชเป็นเป็นผู้รับผิดชอบในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่ได้มีปัญหาซับซ้อน จุดเน้น เน้นการดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มที่มารับยาต่อเนื่อง เน้นรู้จักคนไข้ รู้จักระบบงานจิตเวช เน้นความต่อเนื่อง การประเมินความเสี่ยงเพื่อส่งต่อคลินิกพิเศษ

3.3 Drug Manager ได้แก่ เภสัชกรจิตเวช ทำหน้าที่ดูแลระบบยา ให้สะดวก แก่ไขปัญหาการรับประทานยา การเข้าถึงยาให้ต่อเนื่องและการประสานงานกับทีมเกี่ยวกับปัญหาในการใช้ยาของผู้ป่วยเพื่อหาแนวทางแก้ไขต่อไป

3.4 System ได้แก่ ทีมผู้ประสานงานระบบคุณภาพปฐมนุญมีหน้าที่ช่วยเหลือให้การสนับสนุน วิเคราะห์ปัญหา เชื่อมต่อประสานงาน และร่วมจัดกระบวนการเรียนรู้แบบ CBL ตัวอย่างการพัฒนาที่เกิดจากการตัดสินใจร่วมกัน เพื่อให้การรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยมากที่สุด

3.5 Social Manager ได้แก่ ทีมเอื้อบุญในชุมชน ประกอบด้วย กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน พยาบาลประจำ รพ.สต. ตำรวจชุมชน นักพัฒนาชุมชน อสม. มีหน้าที่สร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช เช่น สอดส่องดูแลพฤติกรรมผู้ป่วย ติดตามการทานยา การให้คำปรึกษาญาติ และจัดการบริหารเหตุการณ์หากเกิดกรณีจิตเวชฉุกเฉินในพื้นที่ เป็นต้น



4. การแบ่งประเภทผู้ป่วยเป็นประโยชน์อย่างมากในการวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งแบ่งตามความยุ่งยากซับซ้อนของผู้ป่วย สามารถแบ่งได้เป็น 4 กลุ่มโดยใช้รูปแบบการจัดสี ดังนี้

4.1 กลุ่มไม่ยุ่งยาก “กลุ่มสีเขียว (Simple)” คือ ผู้ป่วยที่ใช้ยาปกติ ต่อเนื่อง มีความพร้อมในการรักษาไม่มีปัญหาการแพ้ยา สามารถดูแลผู้ป่วยได้โดยพยาบาลจิตเวชประจำคลินิกให้คำปรึกษา

4.2 กลุ่มยุ่งยากเชิงเทคนิควิชาการ “กลุ่มสีส้ม (Technically complicated)” คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาด้านการรักษาเชิงคลินิกเป็นหลัก เช่น มีโรคร่วม กลุ่มที่ต้องมีการปรับยา กลุ่มที่เป็นกายป่วยจิต เป็นต้น โดยทีมคลินิกจิตเวชพิเศษเป็นผู้ดูแล

4.3 กลุ่มยุ่งยากเชิงสังคม “กลุ่มสีเหลือง (Socially complicated)” คือผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล ผู้ป่วยติดสารเสพติด ติดการพนัน ไม่มีที่อยู่อาศัย มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ นอกจากทีมจิตเวชประจำแล้วต้องมีทีมชุมชนเข้ามาร่วมดูแล

4.4 กลุ่มยุ่งยากซับซ้อน “สีแดง (Complex)” คือ กลุ่มที่มีความยุ่งยากทั้งเชิงสังคมและความยุ่งยากทางเทคนิควิชาการต้องมีการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทีมคลินิกจิตเวชพิเศษ นักจิตวิทยานักสังคมสงเคราะห์ ทีมชุมชนแพทย์เฉพาะทาง ทีมผู้ประสานงานระบบคุณภาพ ปฐมภูมิและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การปกครองส่วนท้องถิ่น การปกครองระดับอำเภอ

4.5 “สีม่วง (กลุ่มแฝง)” คือ กลุ่มที่สร้างความเดือดร้อนรำคาญ สร้างความรุนแรงในสังคม แต่ยังไม่สามารถนำเข้าสู่ระบบการรักษา

ปัจจัยความสำเร็จ (Why)

1. การสนับสนุนของผู้บริหารที่เน้นนโยบายการคิด การทำงานอย่างอิสระ โดยเน้นการลดทุกข์ของผู้ป่วยและคนทำงานเป็นหลัก
2. วัฒนธรรมองค์กรแห่งการเรียนรู้ มุ่งสู่ความสำเร็จที่ไม่เน้นความสำเร็จขั้นสูง แต่เน้นการเรียนรู้ความสำเร็จเล็กน้อยและค่อยๆ เติบโต
3. การค้นหาและสร้าง key person ในแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
4. ความร่วมมือกับท้องถิ่นและชุมชนในการจัดอาสาสมัครและระบบในการช่วยกันดูแล โดยเฉพาะการให้ผู้กำหนดและผู้นำชุมชนเป็นผู้รับผิดชอบสาย “hard”
5. ระบบงานที่ต่อเนื่องในการดูแลตั้งแต่เริ่ม detect ผู้ป่วยที่รุนแรงจนถึงการดูแลอย่างต่อเนื่อง
6. การเคารพ ให้เกียรติและร่วมแบ่งปันความสำเร็จร่วมกันบ่อยๆ
7. การเกาะติดความท้าทายในการจัดการบริหารความทุกข์ของผู้ป่วย ผู้ดูแลและทีมงาน





กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

กลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทร 0-2590-8238, 0-2590-8303 website : www.advisor.dmh.go.th