

เรียงร้อยและตกผลึก

แนวคิดคุณภาพ ฐานของการสร้างความไว้วางใจ

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชติกุล

ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

เรียงร้อยและตักผลึก แนวคิดคุณภาพ ฐานของการสร้างความไว้วางใจ

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

เรียงร้อยและตกผลึกแนวคิดคุณภาพ ฐานของการสร้างความไว้วางใจ

ผู้เขียน: นพ.อนุวัฒน์ ศุภชติกุล

จัดพิมพ์โดย

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

เลขที่ 88/39 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ชั้น 5

กระทรวงสาธารณสุข ซอย 6 ถ.ติวานนท์

ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทร. 0-2832-9400 โทรสาร 0-2832-9540

www.ha.or.th

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

© 2564 ลิขสิทธิ์เป็นของผู้เขียน

ฉบับพิมพ์ครั้งแรก: มิถุนายน 2564

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

ออกแบบ: P2P

พิมพ์: บริษัท ก.การพิมพ์เทียนทอง จำกัด

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

อนุวัฒน์ ศุภชติกุล.

เรียงร้อยและตกผลึกแนวคิดคุณภาพ ฐานของการ
สร้างความไว้วางใจ.-- นนทบุรี : สถาบันรับรองคุณภาพสถาน
พยาบาล (องค์การมหาชน), 2564.

238 หน้า.

1. การพยาบาลสาธารณสุข. I. ชื่อเรื่อง.

610.734

ISBN 978-616-8024-34-8

คำนำ

คำกล่าวที่ว่า “เรายังไม่รู้ ยังรู้ไม่พอ จึงทำไม่ได้” เป็นความจริงหรือไม่?

ถ้าจะพัฒนาคุณภาพ เราควรจะต้องรู้แค่ไหน?

คำตอบที่มีผลเชิงปฏิบัติมากที่สุดคือ “เรียนไป ทำไป”

จากการร่วมขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพผ่านโครงการ TOM และกระบวนการ HA ทำให้ผู้เขียนมีโอกาส “เรียนไป ทำไป” ในเรื่องคุณภาพ

เรียน ด้วยการอ่าน ฟัง ถาม เรียงร้อย สรุป เชื่อมโยง เพื่อหาว่าแก่นหลักของความรู้ที่มีในโลกนี้คืออะไร

ทำ ด้วยการสอน ชักชวน รับฟังปัญหา ใคร่ครวญขบคิดหาทางออกที่ง่ายในการปฏิบัติ เสนอทางออกเพื่อทดสอบความเป็นไปได้ ติดตามการนำทางออกไปปฏิบัติ

การเรียนรู้และการลงมือปฏิบัติจึงเป็นวงล้อที่หมุนต่อเนื่องไปไม่สิ้นสุด บันทึกช่วงเวลาในแผนภาพสะท้อนให้เห็นพัฒนาการของความคิดที่คลี่คลายจนตกผลึก

แม้เรื่องเล็กๆ ลักเรื่องหนึ่ง ถ้าศึกษาจนเข้าใจแก่นด้วยคำถาม what, why, how แล้วค่อยๆ นำไปทดลองปฏิบัติด้วยตนเอง โดยมีความเข้าใจเรื่อง why เป็นตัวนำ เราก็คจะค่อยๆ เข้าใจเรื่องนั้นได้ลึกซึ้งขึ้น เห็นความสำคัญของรายละเอียดงานของเราก็จะมีความประณีตมากขึ้น

“คุณ ดูใช้ ดูคุ้ม” คุณภาพกับคุณค่า แทบจะเป็นเรื่องเดียวกัน ถ้าทำให้มั่นใจว่าจะมีคุณภาพและส่งมอบคุณค่าได้อย่าง
คงเส้นคงวา ก็จะเป็นหลักประกันให้เกิดความไว้วางใจ

ระบบบริการสุขภาพที่สังคมไว้วางใจน่าจะเป็นเป้าหมายการทำงานของเรา ใช่หรือไม่?

อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล

ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

มิถุนายน 2564

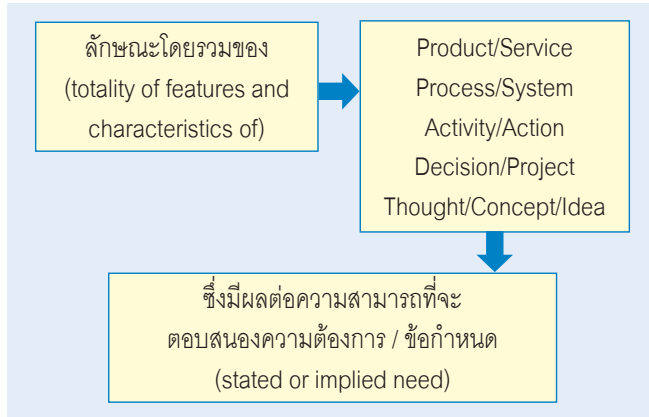
สารบัญ

ความหมายและความเชื่อมโยง	1
กรอบคิด (Framework)	13
องค์กรในฝัน	41
● องค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization)	43
● องค์กรที่มีชีวิต (Living Organization)	45
● องค์กรที่น่าไว้วางใจ (High Reliability Organization - HRO)	49
● High Performance Organization (HPO)	59
บริการสุขภาพในฝัน	61
● บริการสุขภาพที่มีคุณค่า (Value-based Healthcare - VBH)	63
● Integrated People-centered Health Services (IPCCHS)	89
ความเสี่ยงและความปลอดภัย	97
● การบริหารความเสี่ยง	99
● Root Cause Analysis (RCA)	109
● Human Factor Engineering	121
● Safety II	131
● Patient Safety Goals (PSG)	139
● Safety Culture	149

Healthcare Accreditation (HA)	153
Stepwise Quality Journey	169
การใช้มาตรฐาน HA	187
ส่งท้าย	231

ความหมายและความเชื่อมโยง

คุณภาพ (Quality)



ที่มา: ISO 9000

- ### นิยามคุณภาพอื่น ๆ ที่ใช้กัน
- **Fitness for use** (เหมาะสมใช้)
 - **Fitness for purpose** (เหมาะกับเป้าหมาย)
 - **Freedom from defects** (ไม่มีปัญหา)
 - **Delighting Customers** (ลูกค้าพอใจ)
 - **Conformance to requirements** (ได้มาตรฐาน)
 - **A degree of excellence** (สานสู่ความเป็นเลิศ)

- ### นิยามคุณภาพ
- ไม่มีปัญหา
 - ลูกค้าพอใจ
 - ได้มาตรฐาน
 - สานสู่ความเป็นเลิศ

ที่มา: อนุวัฒน์ ศุภชุตikul (2538) โครงการ TQM

ไม่มีปัญหา คือความพยายามที่จะป้องกันปัญหาหรือลดปัญหาให้เหลือน้อยที่สุด
ลูกค้าพอใจ คือการตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับผลงาน
ได้มาตรฐาน คือการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้อย่างคงเส้นคงวา
สานสู่ความเป็นเลิศ คือการพัฒนาให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ความเป็นเลิศ (Excellence)

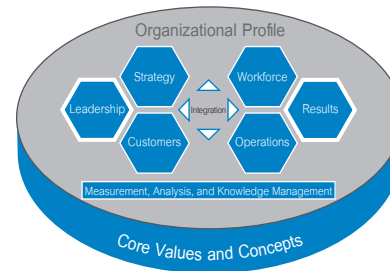
Excellence = extremely good, very high quality
การสร้างความเป็นเลิศ
ควรคำนึงถึงความเป็นเลิศทั้งสามด้านอย่างสมดุล



อนุวัฒน์ ศุภชุตikul (2549) “จาก HA สู่ TQA”
@ การประชุมเพื่อพัฒนาระบบบริการ รพศ./รพท.

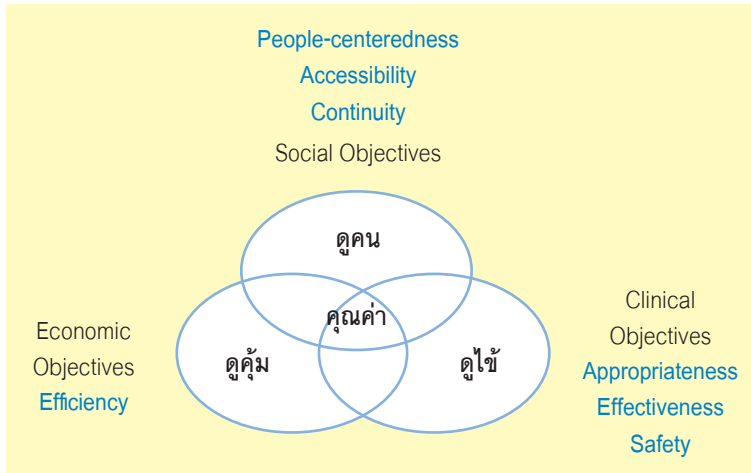
Performance excellence เป็นแนวทางการบริหารผลการดำเนินงานขององค์กรในลักษณะบูรณาการที่ส่งผลให้ (1) ส่งมอบคุณค่าที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง (ever-improving value) ให้แก่ผู้รับผลงานและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ส่งผลให้องค์กรประสบความสำเร็จ (2) ประสิทธิภาพและความสามารถโดยรวมขององค์กรที่เพิ่มขึ้น (3) การเรียนรู้ขององค์กรและสำหรับคนทำงาน

ที่มา: Baldrige Performance Excellence Program



Baldrige Excellence Framework คือกรอบความคิดที่ส่งเสริมให้องค์กรบรรลุพันธกิจ มีผลลัพธ์ที่ดีขึ้น และสามารถแข่งขันได้มากขึ้น ประกอบด้วย (1) เกณฑ์การบริหารสู่ความเป็นเลิศ (2) ค่านิยมและแนวคิดหลัก (3) แนวทางการประเมินกระบวนการและผลลัพธ์

คุณค่า (Value)



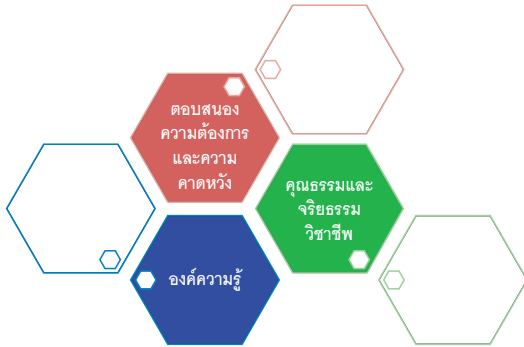
คำว่า value อาจแปลว่า คุณค่า หรือ มูลค่า เมื่อนำมาใช้กับบริการสุขภาพจึงอาจหมายถึง ควบรวมระหว่างสิ่งที่เป็นประโยชน์หรือมีความสำคัญสูง ร่วมกับความคุ้มค่าเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น

อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล (2561) “คุณค่า คุณภาพ คุณธรรม” @ 19th HA National Forum

บริการสุขภาพที่มีคุณค่า คือบริการที่ส่งมอบประสบการณ์และผลลัพธ์ที่มีคุณค่าในมุมมองของผู้ป่วยโดยใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพที่สุด

อาจสรุปได้ว่าบริการสุขภาพที่มีคุณค่า ประกอบด้วย better care หรือ social objectives (คน), better health หรือ clinical objectives (ใช้) และ lower cost หรือ economic objectives (ต้นทุน)

คุณภาพกับคุณธรรม

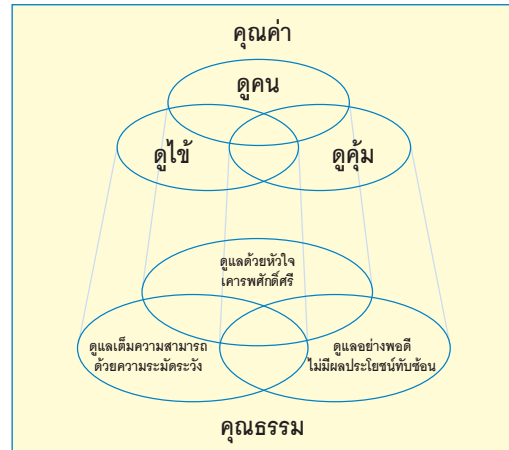
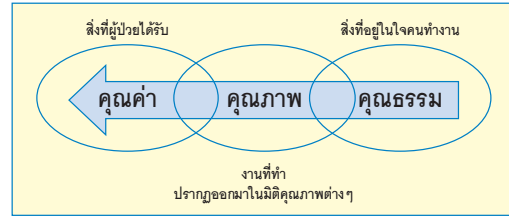


“คุณภาพบริการสาธารณสุข” หมายความว่า คุณลักษณะของบริการสาธารณสุขที่อยู่บนพื้นฐานขององค์ความรู้ทั้งด้านมนุษย สังคม วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และด้านอื่นๆ และพื้นฐานด้านคุณธรรมและจริยธรรมแห่งวิชาชีพตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของประชาชนและสังคมได้อย่างเหมาะสม

“คุณธรรม” หมายความว่า คุณงามความดีที่วิญญูชนพึงสำนึกในจิตใจของตนในเรื่องความจริงความดีความงามและใช้เป็นหลักในการดำเนินชีวิต

“จริยธรรม” หมายความว่า แนวทางแห่งความประพฤติที่ยึดหลักคุณธรรม

ที่มา: ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552



อนุวัฒน์ ศุภชุตikul (2561) “คุณค่า คุณภาพ คุณธรรม”
@ 19th HA National Forum

คุณค่า (Value)

ความสามารถของ

Ability of a

System
Service
Product
Procedure
Process
Machine
Device
Person

ในการทำหน้าที่ที่กำหนด

to perform its intended or required
function or mission

without failure or
failure-free over time

ด้วยความคงเส้นคงวา
ไม่มีผิดพลาด
ทุกลมหายใจ

ในเชิงกว้าง reliability หมายถึงศาสตร์ของ
การคาดการณ์ วิเคราะห์ ป้องกัน ความผิดพลาด
และบรรเทาผลที่เกิดจากความผิดพลาด ตลอดเวลาที่ผ่านมา

อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล (22 สิงหาคม 2556) “HRO” @ มหกรรมคุณภาพ รพ.ศิริราช

ราชบัณฑิตยสถานให้คำแปลของ
reliability ว่า ความเชื่อถือได้
ความไวใจได้

สวท. ให้ความหมายว่า ความ
สามารถของอุปกรณ์ เครื่องมือ
เครื่องใช้หรือระบบใดระบบหนึ่งที่จะ
ทำงานได้ผลดีแน่นอนตามหน้าที่ที่ได้
กำหนดไว้

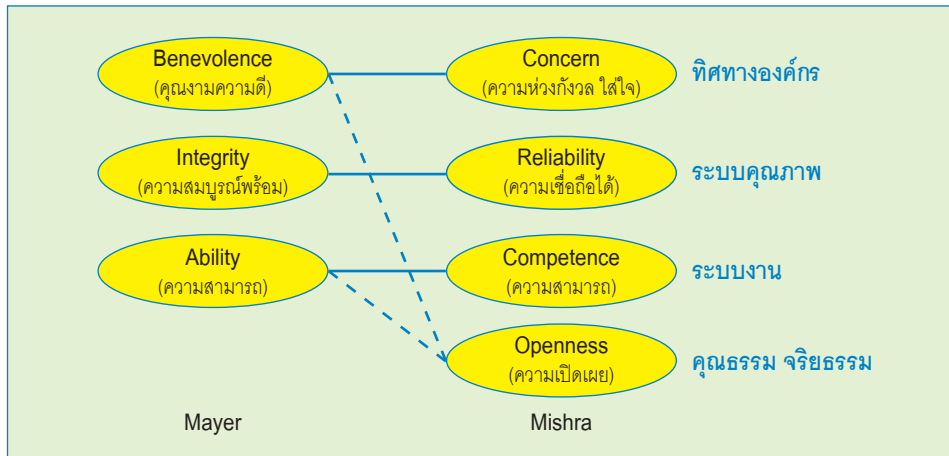
หัวใจสำคัญที่จะทำให้เกิดความ
เชื่อถือได้ คือ *failure-free over time*
(ไม่มีความผิดพลาดอย่างต่อเนื่อง
ตลอดมาและตลอดไป)

Trust

Trust กับ Reliability

Reliability คือความน่าเชื่อถือ (quality of being reliable) สามารถวัดได้ในลักษณะ defect rate
Trust คือความรู้สึกมั่นใจ (confidence) ในความน่าเชื่อถือและวางใจว่าเป็นที่พึงได้

องค์ประกอบของ Trust



อนุวัฒน์ ศุภชุตikul (24 ธันวาคม 2562) “Enhancing Trust in Healthcare” @ รพ.ภูมิพลอดุลยเดช

รหัส NEWS

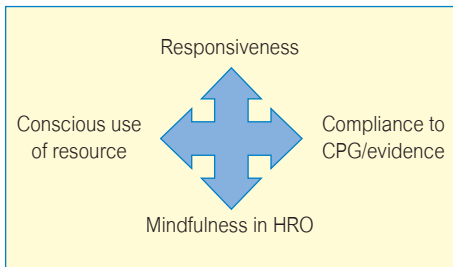
NEWS กับ มิติคุณภาพ



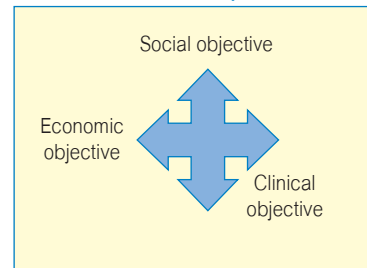
สรพ. (11 พฤศจิกายน 2556)

“Update เครื่องมือ” @ ประชุม QLN

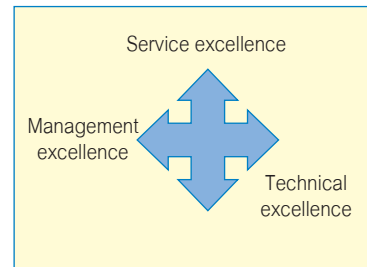
NEWS กับ reliability



NEWS กับ คุณค่า



NEWS กับ ความเป็นเลิศ



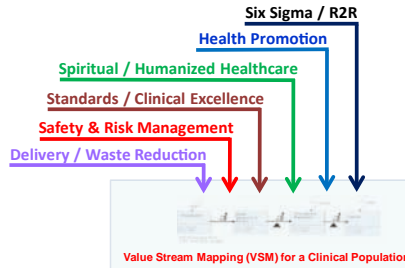
NEWS เป็นการตกผลึกความคิดในการหาโอกาสพัฒนาคุณภาพ ที่พิจารณาจากความต้องการของผู้รับผลงาน หลักฐานวิชาการ/แนวปฏิบัติ ความสูญเสียเปล่า และความเสียดังต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งสามารถเชื่อมโยงกับแนวคิดอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง กับคุณภาพได้เป็นอย่างดี

ที่มาของรหัส NEWS



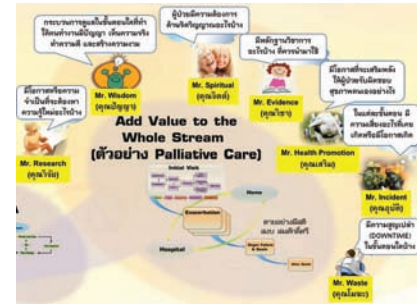
อนุวัฒน์ ศุภชุตกุล (9 กรกฎาคม 2552)
 “Lean & Seamless Healthcare”
 HA Regional Forum ภาคเหนือตอนล่าง

จากการขับเคลื่อนแนวคิด Lean ซึ่งมีการวิเคราะห์กระบวนการทำงาน ออกมาเป็นสายธารแห่งคุณค่า (value stream map) และวิเคราะห์ความสูญเสียเปล่าในขั้นตอนต่างๆ ทำให้เห็นโอกาสใช้มุมมองอื่นๆ ในการวิเคราะห์กระบวนการดูแลผู้ป่วย เริ่มต้นด้วย waste, risk, professional standards, humanized



อนุวัฒน์ ศุภชุตกุล (25 มิถุนายน 2553)
 ประชุมวิชาการเวชศาสตร์ฉุกเฉิน

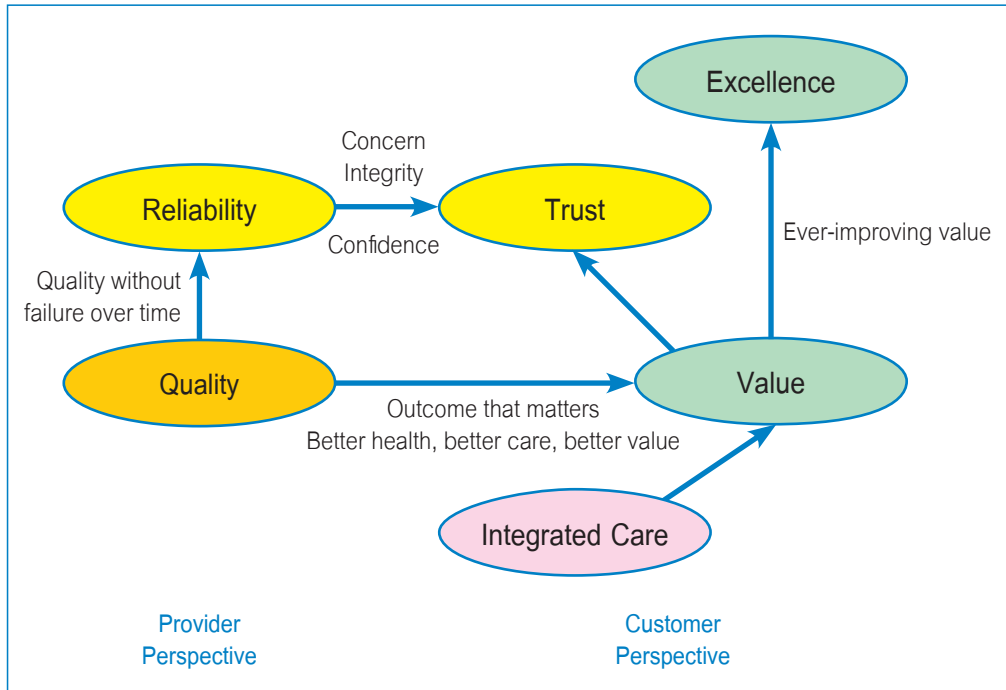
จาก Lean สู่มุมมองการเชื่อมโยงความพยายามในการพัฒนาจากทุกแนวคิดเข้าด้วยกัน พัฒนาทุกแง่มุมเป็นองค์รวม ลดความซ้ำซ้อนในการพัฒนา ยกย่องผลลัพธ์ได้มากกว่าการพัฒนาแบบเดี่ยวๆ



สู่ความเรียบง่าย NEWS

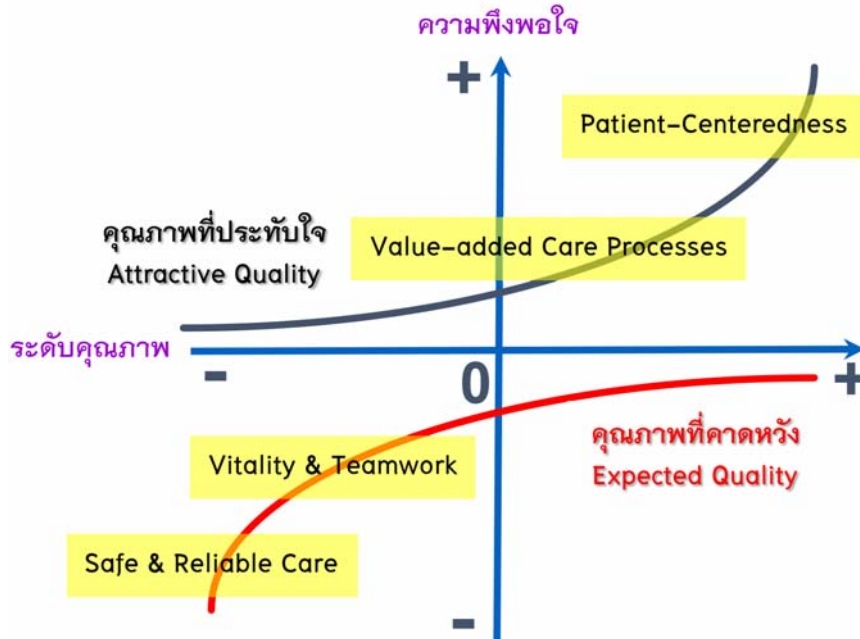
เมื่อพร้อม ควรกลับมาทบทวนโอกาสให้ครอบคลุม
 N รวมถึงการสร้างเสริมสุขภาพและจิตวิญญาณ
 E รวมถึงการสร้างความรู้

ความเชื่อมโยงของคำที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพ



อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (24 ธันวาคม 2562) “Enhancing Trust in Healthcare” @ รพ.ภูมิพลอดุลยเดช

คุณภาพกับความพึงพอใจ

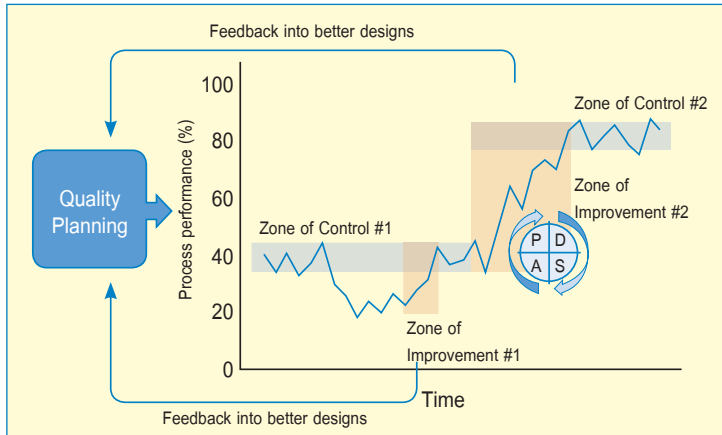


ที่มา: Noriaki Kano Hinshitsu (Quality) 1984

Kano กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างระดับคุณภาพกับระดับความพึงพอใจของคุณภาพ 2 ประเภท คุณภาพที่คาดหวังเป็นสิ่งที่ทำมากเท่าไรก็ไม่เพิ่มความพึงพอใจ แต่ถ้าไม่มีแล้วจะทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ ขณะที่คุณภาพที่ประทับใจ แม้จะไม่มีก็ไม่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ แต่ถ้ามีแล้วจะเพิ่มความพึงพอใจ เป็นแนวคิดที่จะทำให้เกิดความคาดหวังที่ถูกต้องในการพัฒนาคุณภาพ

กรอบคิด (Framework)

Quality Management

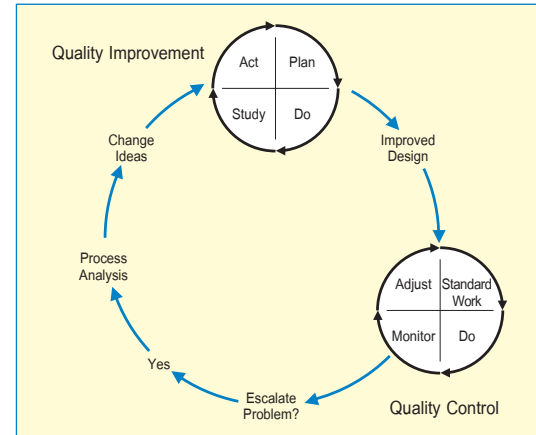


ที่มา: Juran Trilogy

Quality management คือการกำกับดูแลกิจกรรมและงานทั้งปวงที่จำเป็นเพื่อรักษาระดับความเป็นเลิศที่ต้องการ

Quality management ประกอบด้วย (1) การกำหนดนโยบายคุณภาพ (2) การวางแผนคุณภาพ นำไปปฏิบัติ และทำให้มั่นใจว่าเป็นไปตามแผน (quality assurance) (3) การพัฒนาคุณภาพ (quality improvement)

(ที่มา: Investopedia)



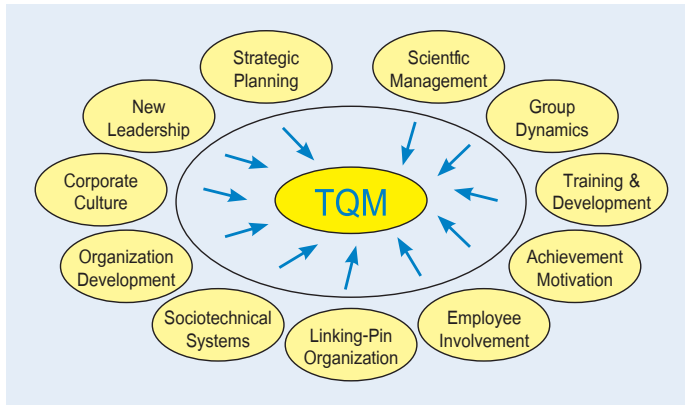
ที่มา: Institute of Healthcare Improvement

Quality control: คือกลไกเพื่อตรวจจับ variation จากมาตรฐานที่ตกลงกันหรือคุณภาพที่ต้องการ โดยประเมิน performance ระหว่างการทำงานเปรียบเทียบกับเป้าหมาย ผู้ปฏิบัติงานเป็นผู้ใช้ข้อมูลเพื่อควบคุมงานของตน

Quality assurance: เป็นการประเมิน performance หลังการทำงาน โดยกลไกอิสระเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ปฏิบัติงานสามารถควบคุมคุณภาพงานของตนได้

Quality Management

นวัตกรรมด้านการบริหารมักจะเกิดขึ้นต่างกรรมต่างวาระ
ซึ่งผู้บริหารมีแนวโน้มที่จะรับเอามาปฏิบัติทีละเรื่องแล้วก็เลิกไป
TQM เน้นการนำเอาแนวคิดต่างๆ ทั้งหลายเหล่านี้
มาปฏิบัติพร้อมๆ กัน



ที่มา: Warren H. Schmidt & Jerome P. Finnigan (1993) “TQManager”
อนุวัฒน์ ศุภชุตikul (2542) “เส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพ คู่มือการเรียนรู้เชิงปฏิบัติ”

1. Scientific management เลือกวิธีการทำงานที่ดีที่สุดโดยการวัดเปรียบเทียบ
2. Group dynamics นำพลังของกลุ่มมาใช้ในการแก้ปัญหา
3. Training & development สร้างกระบวนการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่
4. Achievement motivation theory ตระหนักในความพึงพอใจที่ได้รับจากการประสบความสำเร็จอย่างใดอย่างหนึ่ง
5. Employee involvement ผู้คนจะรู้หรือรู้หนามากขึ้นเมื่อพวกเขาสามารถเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงานของตนและขององค์กรได้
6. Linking-pin organization องค์กรประกอบด้วยทีมจำนวนมากซ้อนกันอยู่ ผู้นำของทีมหนึ่งไปเป็นสมาชิกของทีมหนึ่ง
7. Sociotechnical systems องค์กรเป็นระบบที่ทุกส่วนพึ่งพาอาศัยกัน
8. Organization development ทำให้องค์กรโดยรวมค้นหาและวินิจฉัยปัญหาของตนเอง พร้อมกับเรียนรู้ที่จะปรับปรุง
9. Corporate culture พลังของความเชื่อที่จะมีผลต่อการตัดสินใจและการทำงาน
10. New leadership theory นำด้วยวิสัยทัศน์ ความเป็นเนื้อเดียวกัน empowerment
11. Strategic planning วาดแผนที่ของสิ่งแวดล้อม วางแผนพัฒนาอย่างเป็นระบบ

Total Quality Management (TQM)

Total Quality Management (TQM)

ใคร: ทุกคนมีความมุ่งมั่น ร่วมมือทำงานเป็นทีม
ทำอะไร: ใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์และความคิดสร้างสรรค์ ปรับปรุงระบบงานขององค์กร
เพื่ออะไร: ประโยชน์ของผู้ป่วยและผู้รับผลงาน องค์กรเป็นเลิศ เรียนรู้ อยู่รอด
ในสิ่งแวดล้อมอย่างไร: มีเป้าหมายร่วมกัน ได้รับการเสริมพลัง มีวัฒนธรรมของการเรียนรู้ไม่หยุดยั้ง

Total ใน TQM

คน: ทุกคนทุกหน่วยทุกระดับ ร่วมมือเป็นทีมในหน่วย/ระหว่างหน่วย/ระหว่างวิชาชีพ ร่วมมือระหว่างผู้บริหารกับผู้ปฏิบัติ
งาน: ทุกระบบ ทุกขั้นตอน
ลูกค้า/ผู้รับผลงาน: ทุกคน ทุกความต้องการ
สรุป: ทุกกลมหายใจ

ที่มา: อนุวัฒน์ ศุภชุตikul (2542)
“เส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพ คู่มือการเรียนรู้เชิงปฏิบัติ”

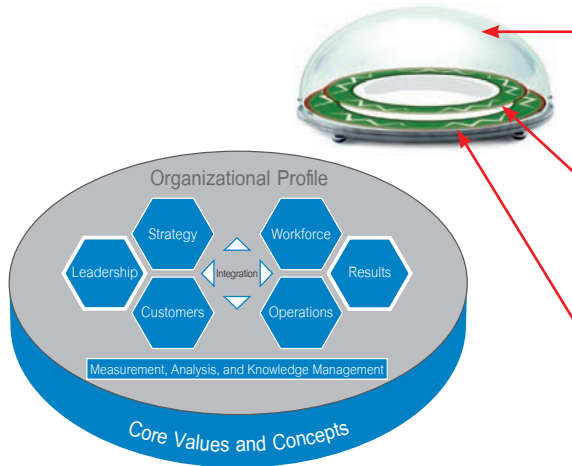


องค์ประกอบสำคัญของ TQM

Unit optimization: แต่ละหน่วยมีคุณภาพอย่างพอเหมาะ ด้วยกิจกรรมคุณภาพต่างๆ ในงานประจำ
Vertical alignment: ทุกส่วนในองค์กรดำเนินการไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อบรรลุพันธกิจและวัตถุประสงค์
Horizontal integration: มีการประสานในแนวราบผ่านการทำงานคร่อมสายงาน โดยมีระบบสารสนเทศสนับสนุน

ที่มา: The Physician Leader's Guide (1998)

Framework for Performance Excellence



Framework for performance excellence ของรางวัล คุณภาพแห่งชาตินี้ เป็นที่มาของกรอบคิด 3C-DALI สำหรับการนำมาตรฐาน HA ไปปฏิบัติ โดยที่ 3C คือ context, criteria, core values & concepts เป็นเสมือนหลักคิดและตัวชี้ทิศ ขณะที่ DALI เป็นวงล้อของการปฏิบัติและการเรียนรู้

Organization profile: คือบริบท หรือลักษณะที่เฉพาะเจาะจงขององค์กร เป็นภาพโดยย่อของ (1) ลักษณะองค์กร (2) สิ่งสำคัญที่มีผลต่อวิธีการดำเนินงาน (3) สภาพแวดล้อมการแข่งขันขององค์กร (เปรียบเสมือนฝาชีที่ครอบจานอยู่)

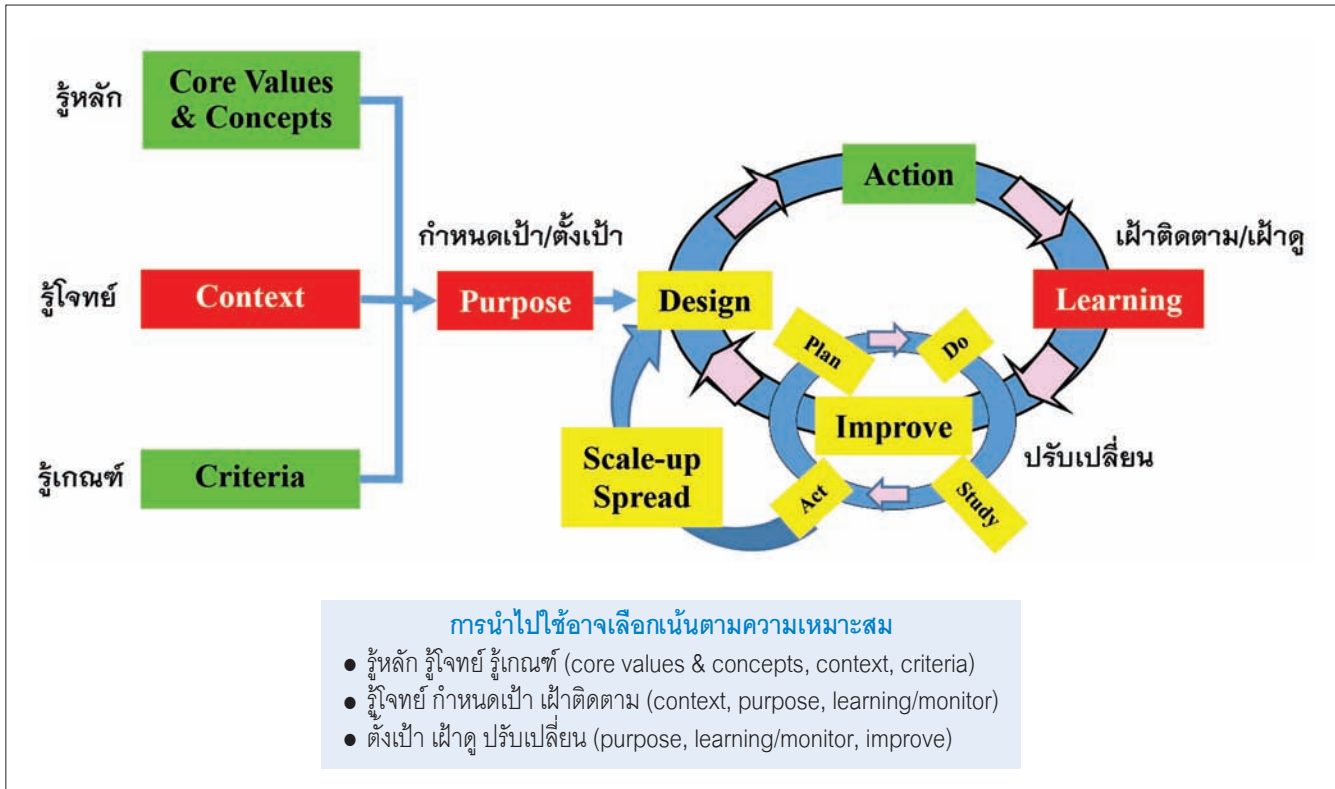
Criteria for performance excellence: คือเกณฑ์เพื่อให้องค์กรได้สำรวจตนเองว่า (1) ดำเนินการได้ด้อย่างที่ควรจะเป็นหรือไม่ (2) รู้ได้อย่างไร (3) ควรปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงอะไร ด้วยวิธีการอย่างไร (เปรียบเสมือนจานชั้นบน)

Core values and concepts: เป็นความเชื่อและพฤติกรรมที่ฝังลึกอยู่ในองค์กรที่มีผลการดำเนินการที่เป็นเลิศ ก่อให้เกิดพื้นฐานการปฏิบัติการที่มั่นคง และความยั่งยืนขององค์กร (เปรียบเสมือนจานชั้นล่าง)

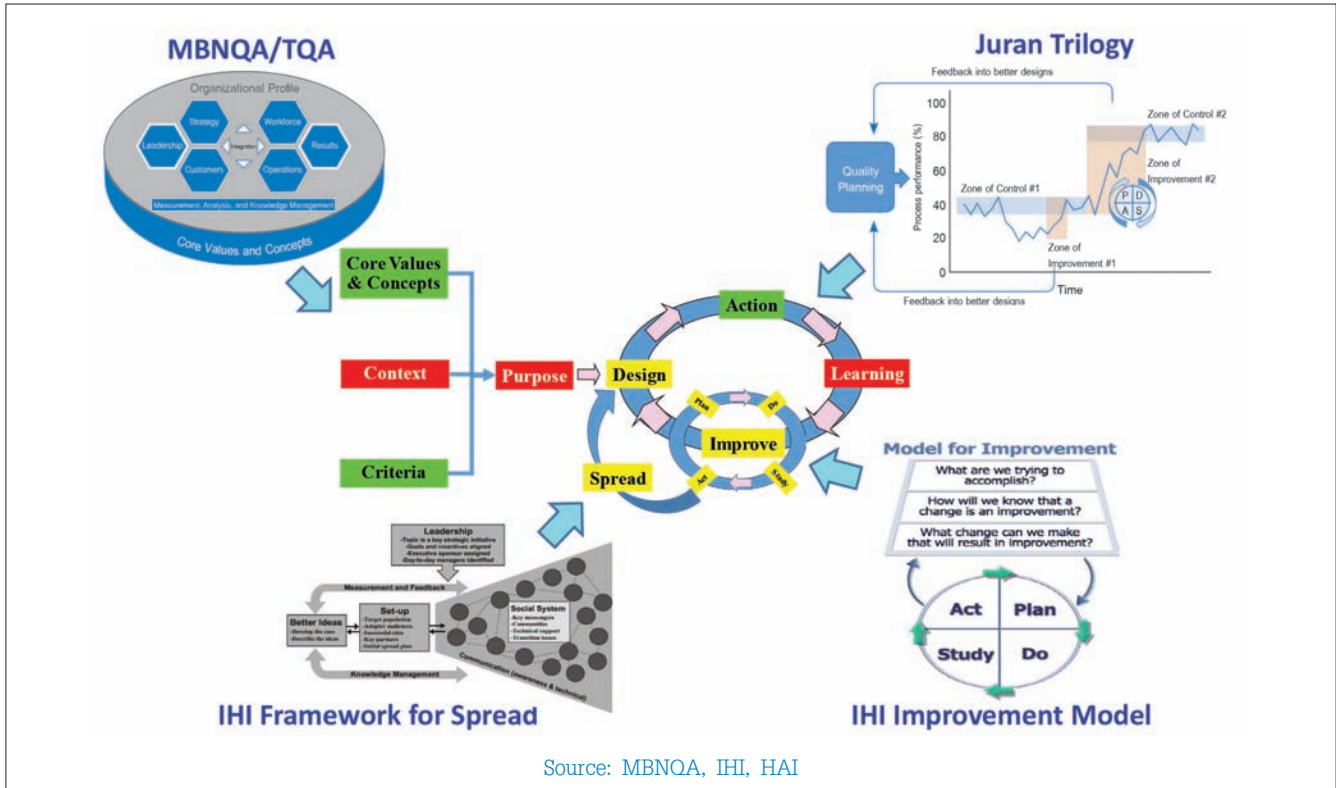
Scoring guideline: เป็นแนวทางสำหรับการประเมิน maturity ขององค์กรตามเกณฑ์ ซึ่งอาจมองเป็น 5 ระดับคือ (1) ตั้งรับปัญหา (2) ขยับมาสู่การปรับปรุง (3) ประเมินผลและปรับปรุงอย่างเป็นระบบ (4) เรียนรู้ ทบทวน และปรับปรุงเชิงกลยุทธ์ (5) วิเคราะห์ระดับองค์กรและสร้างสรรค์นวัตกรรม โดยในส่วนของกระบวนการจะพิจารณา Approach-Deployment-Learning-Integration และในส่วนของผลลัพธ์จะพิจารณา Level-Trend-Comparison-Integration

ที่มา: เกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ 2561-2562

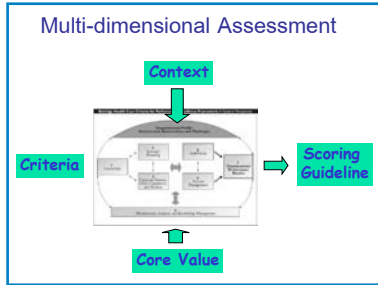
HA Model for Quality Improvement (3C-DALI)



ที่มาของ 3C-DAI

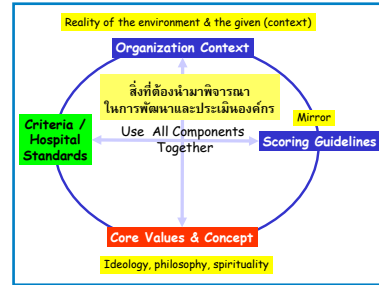


หลากหลายรูปแบบของ 3C-DAI



อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (1 ธันวาคม 2546)

“MBNQA: Assessment of Performance Management System”



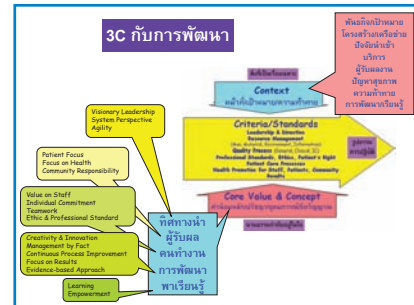
อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (22 เมษายน 2548)

“เปิดใจ HPH/HA” @ ร.มณฑลเต็ร จีเวอร์ไซด์



อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (18 ธันวาคม 2546)

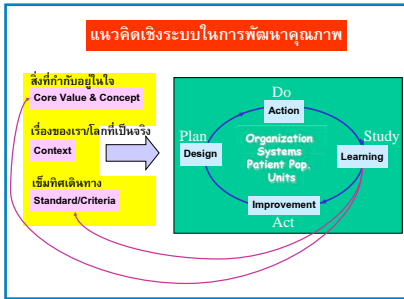
“แนวปฏิบัติสู่ความเป็นเลิศขององค์กร” @ คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามธิบดี



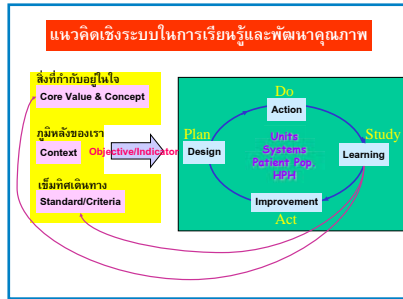
อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (3 พฤษภาคม 2547)

“การปฏิบัติสู่ความเป็นเลิศ” @ รพ.สงขลานครินทร์

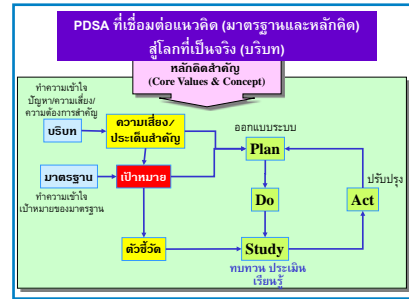
หลากหลายรูปแบบของ 3C-DALI



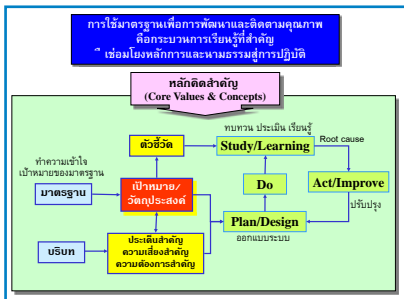
อนุวัฒน์ ศุภชุตกุล (30 กรกฎาคม 2548)
“Nursing Quality of Care” @ รพ.สงขลานครินทร์



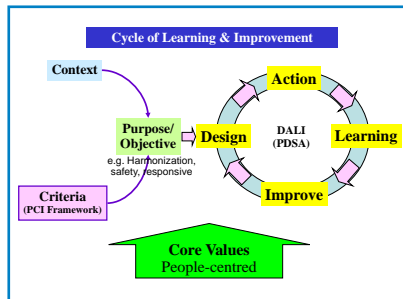
อนุวัฒน์ ศุภชุตกุล (18 สิงหาคม 2548)
@ HACCC มขอนแก่น



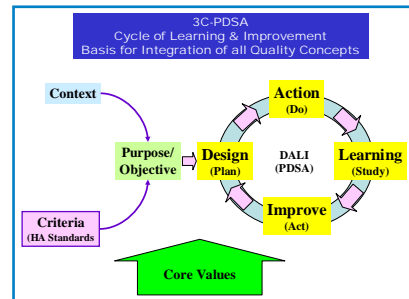
อนุวัฒน์ ศุภชุตกุล (2 ธันวาคม 2548)
“การสร้างร่างตัววัดเพื่อการพัฒนา” @ มทรกรรม KM



อนุวัฒน์ ศุภชุตกุล (7 กุมภาพันธ์ 2549)
@ คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามธิบดี



อนุวัฒน์ ศุภชุตกุล (26 มีนาคม 2552)
The Bi-Regional Forum of HCOs on People-Centered Health Care, Philippines



อนุวัฒน์ ศุภชุตกุล (15 พฤษภาคม 2552)
“HA SPA” @ มทรกรรมคุณภาพ ศิริราช

Core Values and Concepts

แม้จะปฏิบัติตามมาตรฐานทุกข้อ ก็อาจไม่เกิดคุณภาพถ้าขาดการนำหลัก 3 ประการนี้ไปใช้

- Individual commitment
- Teamwork
- Patient focus

Anthony Wagemakers (2540) ที่ปรึกษาโครงการ HA

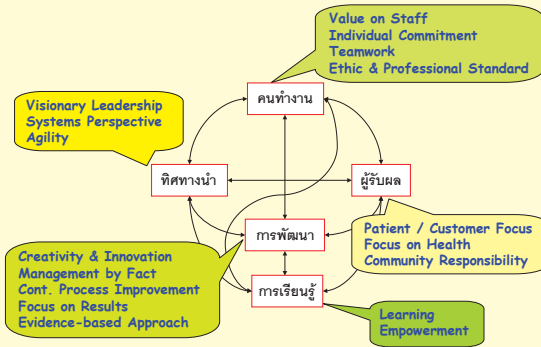


อนุวัฒน์ ศุภชติกุล (2539) โครงการ TQM



Baldrige Criteria for Performance Excellence

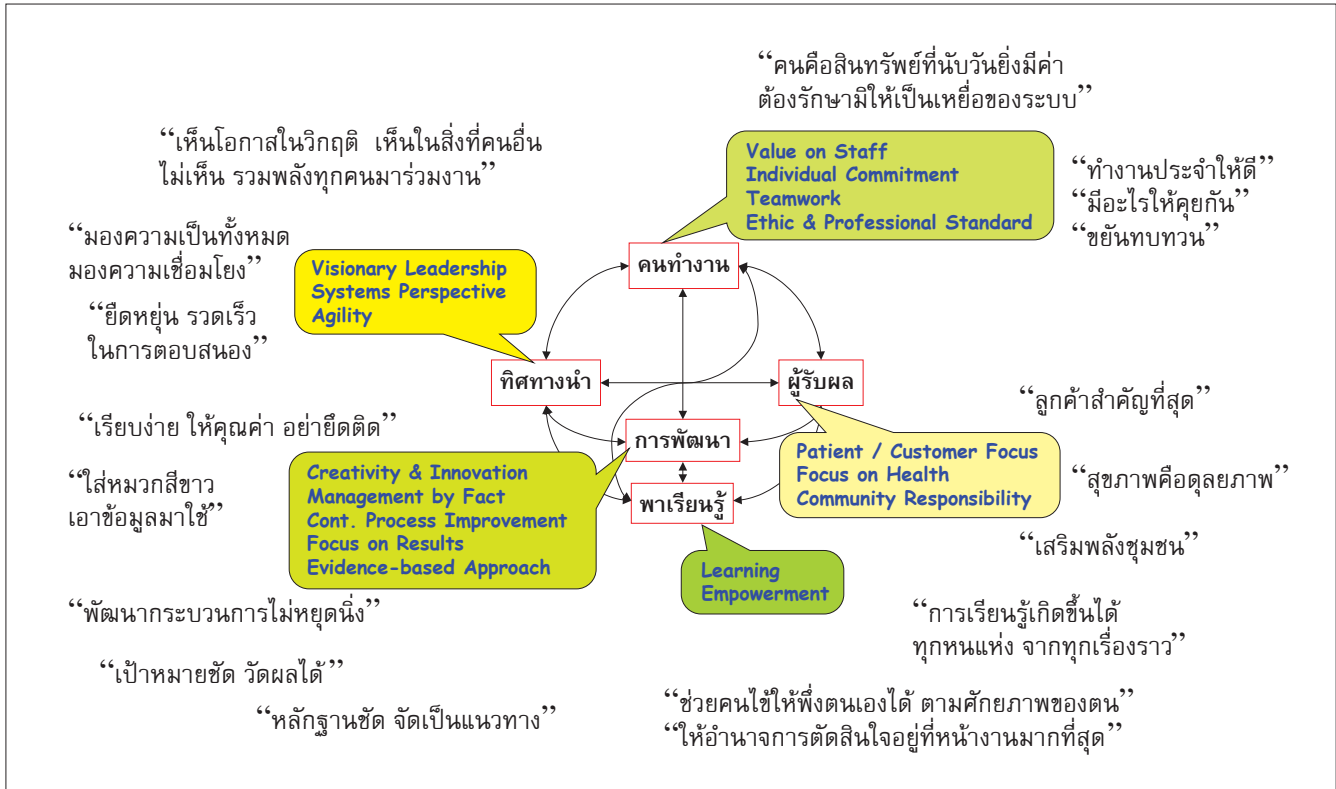
จัดทำขึ้นบนฐานของค่านิยมและแนวคิดหลัก 11 ประการ ซึ่งมี systems perspective เป็นแกนกลางสำคัญ นั่นคือการจัดการกับทุกส่วนขององค์กรในลักษณะ unified whole



HA Core Values & Concepts

มาจากการประมวลค่านิยมของ TQM, การขับเคลื่อน HA, การสร้างเสริมสุขภาพ และ Baldrige รวมเป็นค่านิยมและแนวคิดหลัก 17 ประการ แบ่งเป็น 5 หมวด คือ ทิศทางนำ, ผู้รับผล, คนทำงาน, การพัฒนา, การเรียนรู้ (สรพ. 2549)

HA Core Values and Concepts



HA Core Values and Concepts กับมิติด้านจิตวิญญาณ

Core Values	ชุดความคิดที่เชื่อมโยงกับมิติจิตวิญญาณ
Visionary leadership	กล้าฝัน กล้าขับเคลื่อนในสิ่งที่ยากลำบาก/ผู้คนอาจหัวเราะเยาะ
Systems perspective	มองเป็นองค์รวม มองความเชื่อมโยง ใส่ใจทุกส่วน ได้ยินทุกเสียง
Agility	ไม่ติดกรอบ ไหวต่อกรรับรู้และตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ
Patient/customer focus	ให้บริการด้วยจิตใจที่เบิกบาน มิได้จำกัดกรอบด้วยหน้าที่ มิได้ทำเพราะหน้าที่เป็นตัวผลักดัน แต่ทำด้วยสำนึกของเพื่อนมนุษย์
Focus on health	สุขภาพคือดุลยภาพ นำศักยภาพของผู้ป่วยมาเติมเต็มสุขภาวะ
Community responsibility	ค้นหา/เรียนรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่น เปิดโอกาสให้ชุมชนแสดงศักยภาพ
Value on staff/teamwork	ใช้แนวคิดองค์กรที่มีชีวิต
Individual commitment	มี SHA กับตนเอง เพื่อนร่วมงาน องค์กร
Creativity & innovation	เปิดโอกาสให้จิตใต้สำนึกทำงานให้มากขึ้น
Management by fact	ใส่ใจใน fact ที่เป็นความรู้สึกของผู้อื่น การแปลความ การให้คุณค่า ลดการใช้ความรู้สึกของตนเองมาตัดสิน
Focus on result	มุ่งเป้าระยะยาวที่เกิดจากจินตนาการอันยิ่งใหญ่
Evidence-based	ทำตามหลักฐาน ขวนขวายหาหลักฐานในสิ่งที่ผลลัพธ์ยังไม่ดี
Learning	เรียนรู้จากทุกเรื่องราว ทุกแห่งหน ใช้เรื่องเล่าเพื่อปลุกจิตของผู้ฟัง
Empowerment	ให้โอกาสผู้อื่น พร้อมช่วยเหลือ ลดความเป็นเจ้าของ

อนุวัฒน์ ศุภชุตikul (15 ธันวาคม 2553) “มิตจิตใจ...จิตใหม่ในงานคุณภาพ” @ SHA Conference & Contest

ความสำคัญของ Purpose

คำถามพื้นฐานเพื่อการทบทวนตนเอง

- 1) ทำไมต้องมี องค์กร/หน่วยงาน ของเรา?
- 2) เรากำลังทำอะไร?
- 3) เราทำสิ่งที่กำลังทำอยู่ไปเพื่ออะไร?
- 4) เราทำได้ดีหรือไม่ รู้ได้อย่างไร?
- 5) จะปรับปรุงให้ดีขึ้นได้อย่างไร?

ที่มา: Anthony Wagemakers (2540) ที่ปรึกษาโครงการ HA

Deming's 14 Points for Managements

- 1) Create **constancy of purpose** toward improvement of product and service, with the aim to become competitive and to stay in business, and to provide jobs.

Create constancy of purpose to achieve quality. This is a suggestion to focus on long-term planning rather than a short-term response to changing circumstances and to align periodic planning with the organization's overall mission and vision.

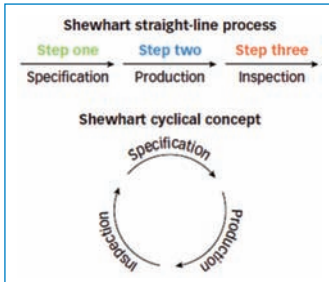
ที่มา: William Edward Deming (1982) “Out of Crisis”

The 7 Habits of Highly Effective People

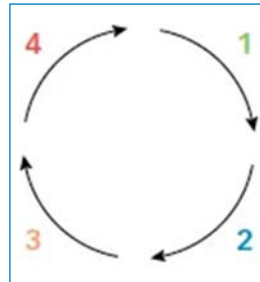
- 1) Be proactive.
- 2) **Begin with the end in mind.** Develop an outcome-oriented mindset in every activity they engage in—projects, meetings, etc.
- 3) Put first things first.
- 4) Think win-win.
- 5) Seek first to understand, then to be understood.
- 6) Synergize.
- 7) Sharpen the saw.

ที่มา: Stephen R. Covey (1989) “The 7 Habits of Highly Effective People”

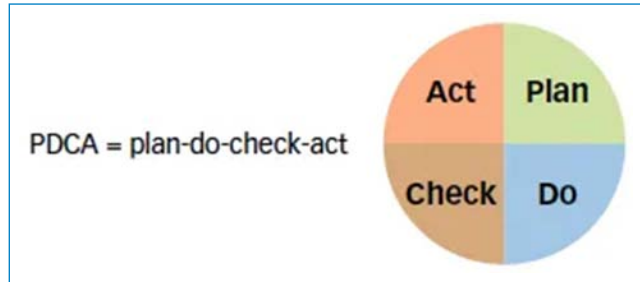
ที่มาของ PDSA Cycle



Shewhart cycle (1939)



Deming wheel (1950)



Japanese PDCA cycle (1951)

Deming wheel	Japanese PDCA cycle
1 Design ออกแบบผลิตภัณฑ์ (โดยมีการทดสอบอย่างเหมาะสม)	Design = Plan
2 Production ทำการผลิต และทดสอบใน line และ lab	Production = Do
3 Sales ขายผลิตภัณฑ์	Sales = Check
4 Research ทดสอบผลิตภัณฑ์ที่ใช้งานจริงและทำวิจัย ตลาดว่าผู้ใช้คิดอย่างไร ทำไมผู้ที่ไม่ใช้จึงไม่สนใจ	Research = Act
5 Re-design โดยใช้ปฏิกิริยาของผู้บริโภคต่อผลิตภัณฑ์	

Deming wheel เป็นสิ่งที่ Deming นำ Shewhart cycle มาดัดแปลงและนำเสนอต่อที่ประชุมนักธุรกิจญี่ปุ่น (JUSE Seminar) เมื่อปี 1950

ในปีต่อมา นักธุรกิจญี่ปุ่นได้ปรับชื่อ Deming wheel เป็น Plan-Do-Check-Act (PDCA) cycle ซึ่งจะเน้นที่การป้องกันความผิดพลาดซ้ำโดยการจัดทำมาตรฐานและปรับปรุงมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง

ที่มา: Ronald Moen. Foundation and History of the PDSA Cycle

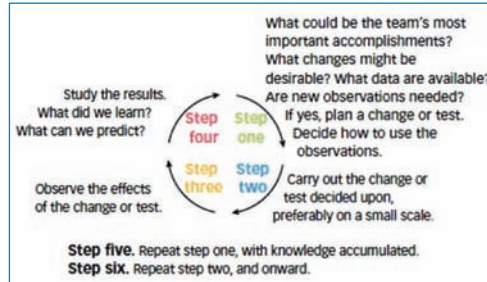
ที่มาของ PDSA Cycle

Japanese PDCA cycle (1985)



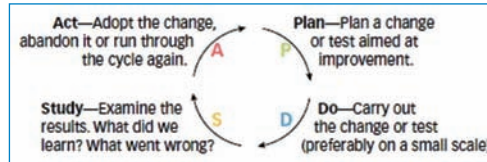
Dr. Ishikawa ปรับ PDCA cycle: รวมเอาการกำหนด goals & targets และวิธีการบรรลุเป้าหมายไว้ในขั้น Plan และรวมการให้ความรู้ ฝึกอบรม และการปฏิบัติไว้ในขั้น Do

Shewhart cycle: Deming (1986)



Deming ได้ reintroduce Shewhart cycle โดยขั้นที่ 1 เป็นการค้นหาความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงและวางแผนทดสอบ ขั้นที่ 2 เป็นการทดสอบ ขั้นที่ 3 สังเกตผลการทดสอบ ขั้นที่ 4 ศึกษาและเรียนรู้ แล้วก็ทำซ้ำ

PDSA cycle: Deming (1993)



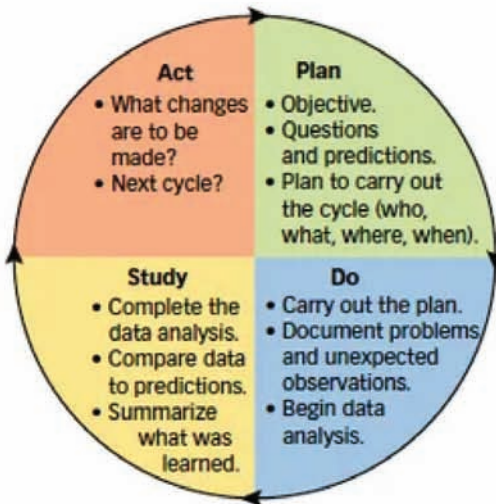
ในปี 1993 Deming ได้ปรับวงล้อของการเรียนรู้และพัฒนาอีกครั้งหนึ่ง และเรียกว่า Shewhart Cycle for learning and improvement พร้อมทั้งปฏิเสธว่าไม่เกี่ยวข้องกับ PDCA cycle ที่ญี่ปุ่นดัดแปลงจาก Deming Cycle

โดยสรุป Shewhart Cycle, Deming Wheel (1950), Japanese PDCA Cycle เป็นวงของการผลิตและความคุณภาพ ขณะที่ Deming PDSA เป็นวงของการพัฒนาคุณภาพ

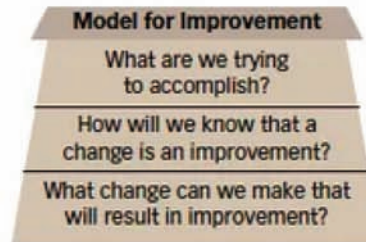
ที่มา: Ronald Moen. Foundation and History of the PDSA Cycle

ที่มาของ PDSA Cycle

PDSA cycle and Model for Improvement—1991, 1994



PDSA cycle



ตั้งเป้า (aim)

เฝ้าดู (measure)

ปรับเปลี่ยน (change)



ทดสอบแนวคิดการ

ปรับเปลี่ยน (PDSA)

IHI Model for Improvement

ที่มา: Ronald Moen. Foundation and History of the PDSA Cycle

QA, CQI, Accreditation

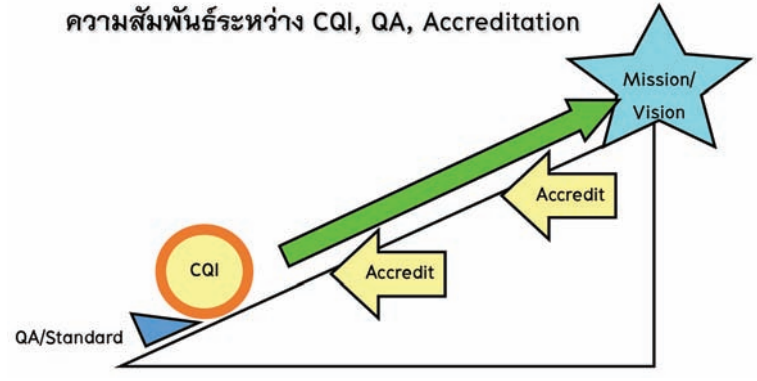
วงล้อของการพัฒนาคุณภาพ



อนุวัฒน์ ศุภชุตikul

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2542)

ความสัมพันธ์ระหว่าง CQI, QA, Accreditation



การประกันคุณภาพ (QA) และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) นั้น หมุนเป็นวงสลับกันไปตลอด และไม่อาจแยกจากกันได้ เพียงแต่มีจุดเริ่มต้นต่างกัน

การประกันคุณภาพ เริ่มต้นด้วยการวางระบบ/เขียนคู่มือ/กำหนดมาตรฐาน/กำหนดเกณฑ์วัด ตามด้วยการทำตามระบบที่วางไว้ และมีการติดตามตรวจสอบ หากไม่เป็นไปตามสิ่งที่กำหนดไว้ก็ต้องดำเนินการแก้ไข

การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเริ่มต้นด้วยการตรวจสอบสิ่งที่ทำได้กับเป้าหมายหรือความต้องการของลูกค้า ซึ่งจะนำมาสู่การปรับปรุง และลงท้ายด้วยการวางระบบหรือมาตรฐานการทำงานใหม่ที่ดีกว่าเดิม

Accreditation มุ่งส่งเสริมทั้ง QA และ CQI เพื่อนำองค์กรไปสู่การบรรลุวิสัยทัศน์ พันธกิจ ที่กำหนดไว้

QA & CQI

วงล้อของการเรียนรู้และพัฒนา



อนุวัฒน์ คุภชุตikul (2542) สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

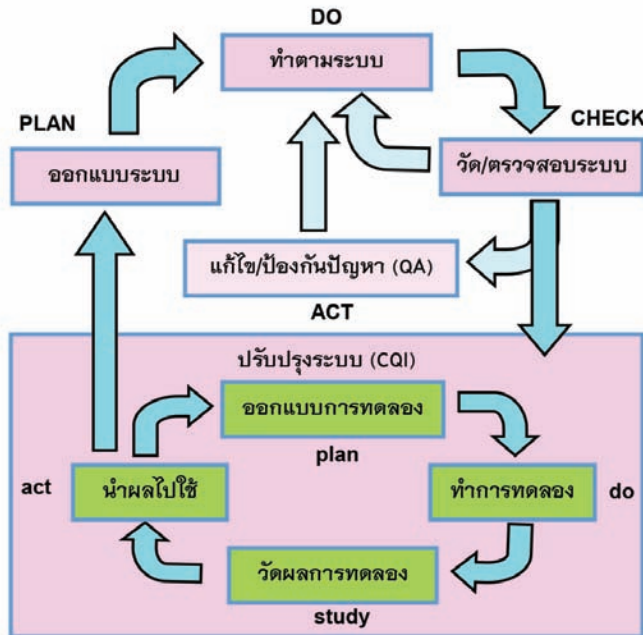
กิจกรรมพัฒนาคุณภาพทุกประเภทล้วนแต่มีองค์ประกอบร่วมกัน เพียงแต่อาจจะมีจุดเริ่มและจุดเน้นแตกต่างกัน เช่น

การประกันคุณภาพ (QA) เริ่มต้นด้วยการวางระบบ/เขียนคู่มือ/ กำหนดมาตรฐาน/กำหนดเกณฑ์วัด ตามด้วยการทำตามระบบที่วางไว้ และมีการติดตามตรวจสอบ หากไม่เป็นไปตามสิ่งที่กำหนดไว้ก็ต้องดำเนินการแก้ไข วงล้อนี้อาจจะเปรียบเทียบกับเป็น PDCA cycle วงใหญ่ก็ได้ การวางระบบคือ Plan การทำตามระบบคือ Do การวัด/ทบทวน/ตรวจสอบ คือ Check และการปรับปรุง คือ Act

การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (COI) เริ่มต้นด้วยการตรวจสอบสิ่งที่ทำได้กับเป้าหมายหรือความต้องการของลูกค้า ซึ่งจะนำมาสู่การปรับปรุง และลงท้ายด้วยการวางระบบหรือมาตรฐานการทำงานใหม่ที่ดีกว่าเดิม

จะเห็นว่าทั้ง QA และ COI นั้น หมุนเป็นวงสลับกันไปตลอด และไม่อาจแยกจากกันได้ หากสิ่งที่กำหนดหรือคาดหวังไว้เป็นสิ่งที่พอใจแล้ว เราก็จัดการแก้ไขหากไม่เป็นไปตามข้อกำหนดหรือความคาดหวัง นั่นคือ QA และหากเราคิดว่าแม้จะเป็นไปตามข้อกำหนดหรือความคาดหวังแล้ว แต่เรายังสามารถทำให้ดีกว่าที่เป็นอยู่ได้ นั่นคือ COI

PDCA / PDSA สองวง



อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล (27 พฤศจิกายน 2542) HA & IT

PDCA / PDSA 2 วง

เพื่อลดความสับสนของ Plan ระหว่างการออกแบบระบบใน QA กับการออกแบบการทดลองใน CQI จึงได้จัดทำแผนภูมิเป็นวงล้อ PDCA/PDSA 2 วงที่ซ้อนกันหรือต่อเชื่อมกัน

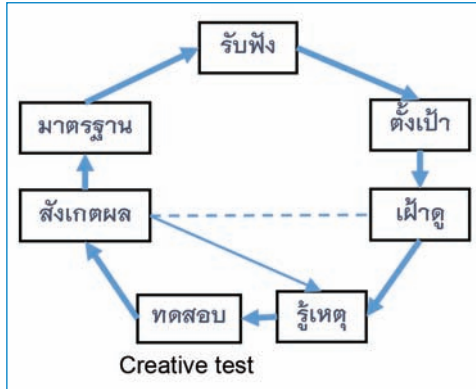
PLAN-DO-CHECK-ACT วงใหญ่เป็นเรื่องของการออกแบบและประกันคุณภาพระบบงาน

plan-do-study-act วงเล็กเป็นเรื่องของการทดลองเพื่อปรับปรุง หรือเป็นการขยายความ ACT ของวงใหญ่ ซึ่งมีขั้นตอนย่อยดังนี้

- plan
 1. หาโอกาสพัฒนา
 2. ทำความเข้าใจระบบ
 3. ประเมินสถานการณ์ปัจจุบัน
 4. วิเคราะห์สาเหตุ
 5. วิเคราะห์ทางเลือก
- do
 6. ทดลองทางเลือก
- study
 7. ศึกษาผล
- act
 8. ทำให้การปรับปรุงเป็นมาตรฐาน
 9. วางแผนการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

Cycle of Learning & Improvement

ขั้นตอนการปรับปรุง



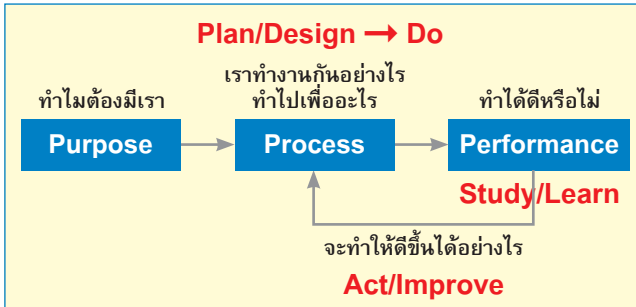
อนุวัฒน์ ศุภชุตikul (2542) โครงการ HA

กระบวนการต่าง ๆ ที่มีพื้นฐานมาจากกระบวนการทางวิทยาศาสตร์

กระบวนการแก้ปัญหา	การปรับปรุงคุณภาพ	PDSA	การวิจัย	การดูแลผู้ป่วย
อะไรเป็นปัญหา	งานของเรามีกระบวนการอะไร เราทำได้ดีเพียงใด	Plan	พรรณนา	มีความผิดปกติอะไร
อะไรเป็นสาเหตุของปัญหา	อะไรเป็นสาเหตุของจุดอ่อน		วิเคราะห์	อะไรเป็นสาเหตุ
อะไรเป็นเป้าหมายของการแก้ปัญหา	อะไรเป็นเป้าหมายของการปรับปรุง		ทดลอง	กำหนดเป้าหมายและวางแผน
ทดลองทางเลือก	เราจะทำให้ดีขึ้นกว่าเดิมอย่างไร	Do	ให้การรักษา	ให้การรักษา
สังเกตผล	สังเกตผล	Study		ประเมินผล
สรุปทเรียน	จัดทำมาตรฐาน	Act		ปรับแผน

อนุวัฒน์ ศุภชุตikul (22 เมษายน 2542) HA Network ครั้งแรก

3P: Basic Building Block ของการพัฒนา



อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (20 มกราคม 2551) การประชุมการพัฒนาคุณภาพ
โรงพยาบาลชั้นที่ 2 เพื่อเตรียมความพร้อมสู่ชั้นที่ 3

3P คือแนวคิดโดยสรุปของ 3C-DALI

3P เป็นโมเดลที่เรียบง่าย ตัดสิ่งที่ยุ่งหรืองานเอกสารที่ไม่จำเป็นออกไป เป็นสิ่งที่ย่ง่ายแก่การจดจำและการนำไปใช้

3P สอดคล้องกับ 5 คำถามพื้นฐานเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนา คือ Purpose: (1) ทำไมต้องมีเรา Process: (2) เราทำงานกันอย่างไร (3) แต่ละขั้นตอนนั้นทำไปเพื่ออะไร Performance: (4) ทำได้ดีหรือไม่ (5) จะทำให้ดีขึ้นได้อย่างไร

เราสามารถประยุกต์แนวคิด 3P ได้กับการพัฒนาทุกเรื่องและทุกระดับของการพัฒนา กับตัวบุคคล กิจกรรม โครงการ หน่วยงาน ระบบงาน องค์กร

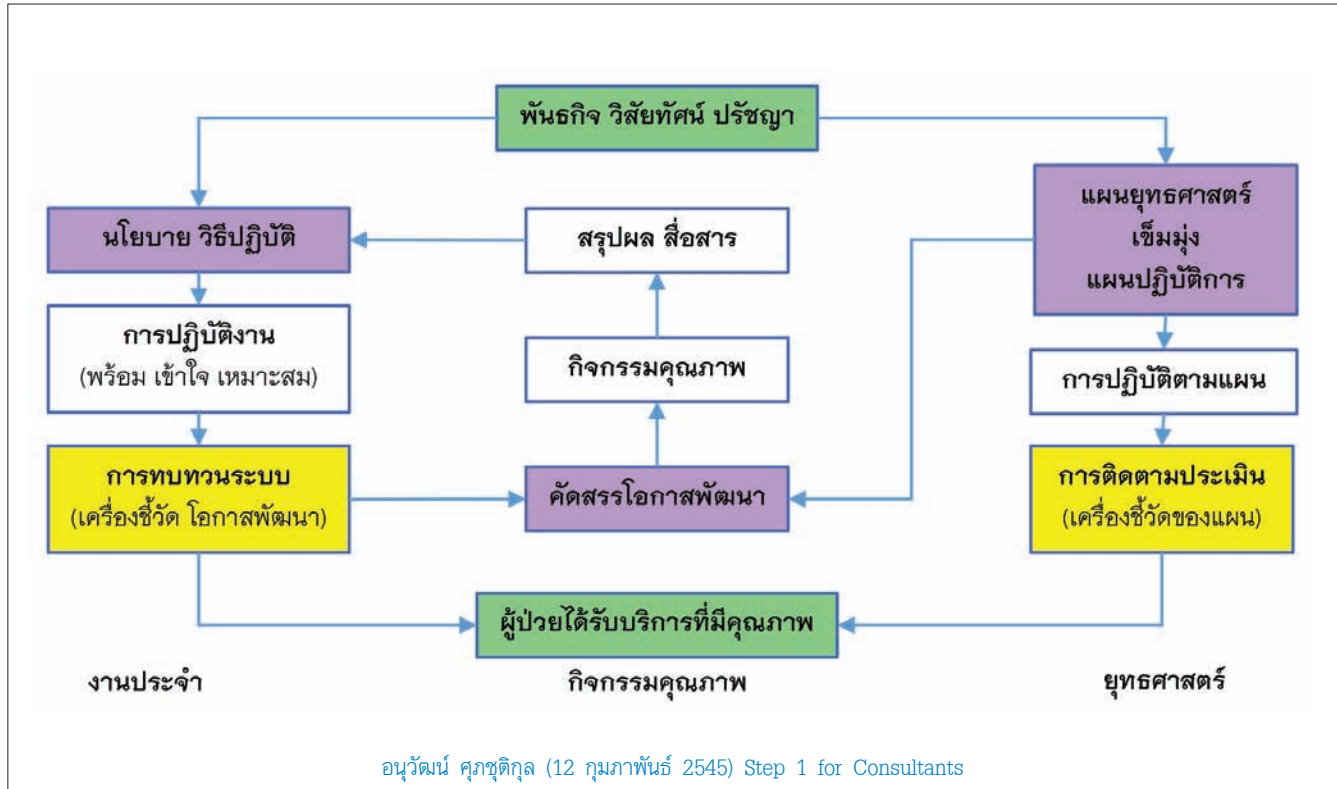
“ใช้ 3P ในชีวิตประจำวัน จะพบว่าชีวิตประจำวันมีคุณค่า เพราะมีการพัฒนาที่มีเป้าหมาย มีผลลัพธ์ นำไปสู่ความสำเร็จอย่างเรียบง่าย”

3P คือ Purpose-Process-Performance

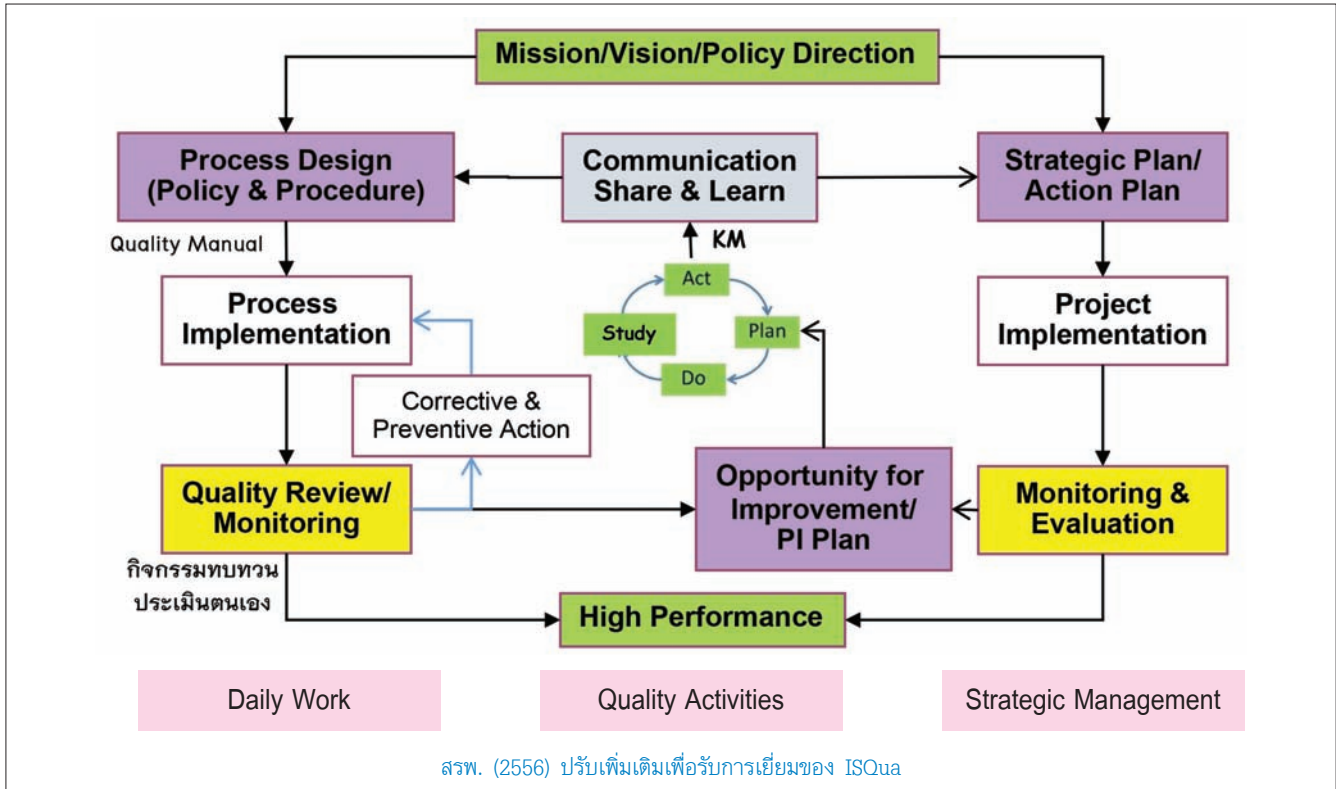
3P คือ การถอดรหัสเครื่องมือ/แนวทางการพัฒนาคุณภาพต่างๆ ให้เหลือองค์ประกอบพื้นฐานที่น้อยที่สุด และไม่สามารถน้อยกว่านี้ได้ เป็นเสมือน basic building block ที่ง่ายต่อการทำความเข้าใจและนำไปใช้

การทำงานหรือการพัฒนาทุกเรื่องประกอบด้วย Purpose การมีเป้าหมายที่ชัดเจน, Process มีกระบวนการที่ดีเพื่อบรรลุเป้าหมาย และ Performance มีการรับรู้การบรรลุเป้าหมายเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงให้ดีขึ้น

กระบวนการคุณภาพในมาตรฐาน HA



PDSA ในงานสามลักษณะ:



Design Thinking

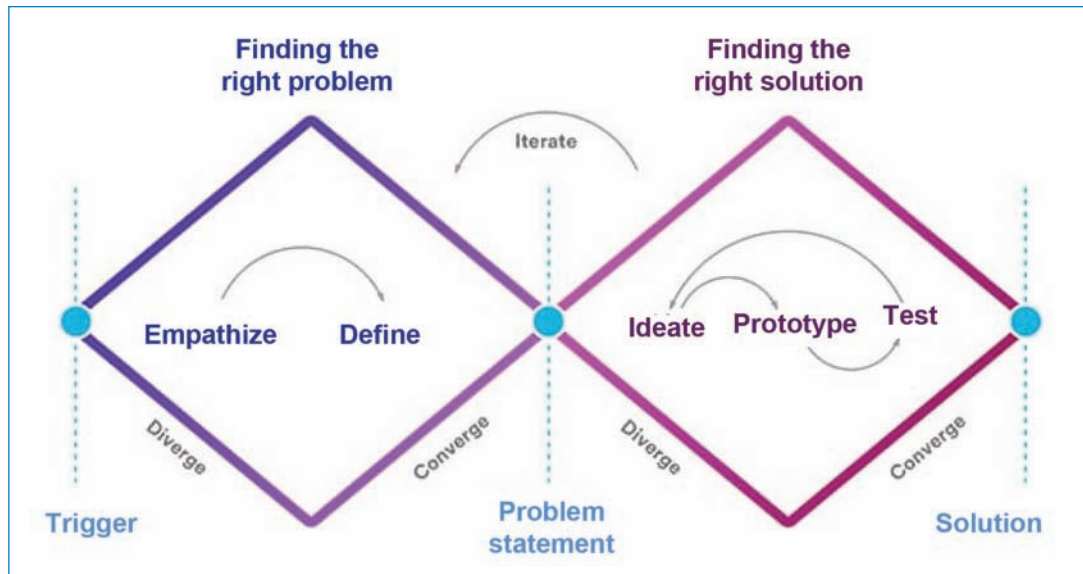
Design Thinking มีพื้นฐานของกรใช้วงล้อ PDSA คือการทดสอบว่า solution ใดจะตอบโจทย์ผู้ใช้ได้มากที่สุด



ที่มา: Stanford d.school (2019)

Design Thinking

Design Thinking เป็นกระบวนการที่มีทั้งการแตกความคิด (diverge) และรวมความคิด (converge) สลับกัน มีการหมุนกลับทั้งในช่วงการค้นหาคำตอบ (จาก test ไป ideate) และจากการค้นหาคำตอบไปสู่การค้นหาปัญหา



ที่มา: The Design Council (2005)

Quality Dimension



ที่มา: Canadian Council on Health Service Accreditation (CCHSA) (AD 1995)

Canadian Council on Health Service Accreditation ให้ความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพไว้ด้วยแผนภูมิด้านซ้าย ซึ่งมีความหมายว่าเป็นการดูแลโดยมุ่งผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เน้นการปรับปรุงกระบวนการอย่างไม่หยุดยั้ง เพื่อให้ได้คุณภาพที่เป็นเลิศ

มิติต่างๆ ของคุณภาคนั้นประกอบด้วย

1. **Competency** คือความรู้และทักษะของผู้ให้บริการซึ่งเหมาะสมกับภารกิจการดูแลผู้ป่วย และมีระบบการประเมินอย่างสม่ำเสมอ

2. **Acceptability** คือการที่กิจกรรมต่างุั้นตอบสนองความต้องการ (need) และความคาดหวัง (expectation) ของผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ให้บริการ และผู้จ่ายเงิน

3. **Effectiveness** คือผลของการรักษาหรือบริการนั้น ทำให้เพิ่มอัตราการรอดหรือเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

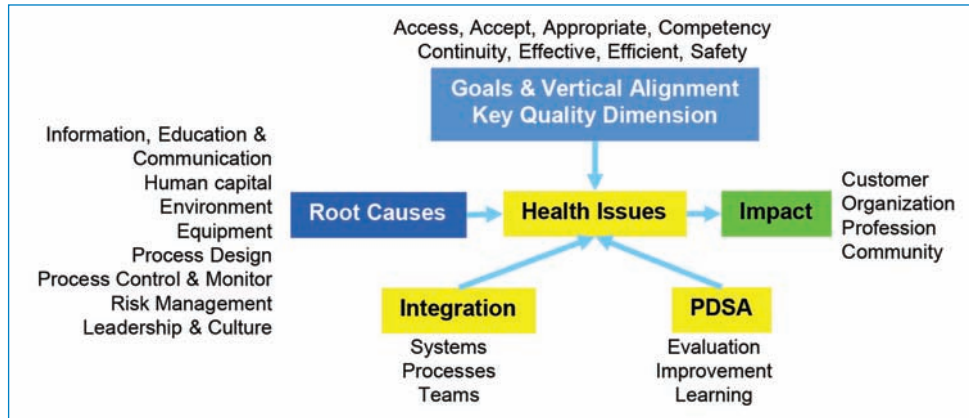
4. **Appropriateness** คือการให้บริการที่ถูกต้องเหมาะสม สอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพหรือหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่น่าเชื่อถือ

5. **Efficiency** คือการใช้ทรัพยากร (เวลา การทดสอบ เครื่องมือ สถานที่) ที่น้อยที่สุดเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ

6. **Accessibility** คือการให้บริการในสถานที่ที่ถูกต้องและในเวลาที่เหมาะสม

7. **Safety** คือการหลีกเลี่ยงหรือลดความเสี่ยงต่างๆ ที่มีโอกาสเกิดขึ้น และมีการอธิบายโอกาสเหล่านั้นแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

การใช้มุมมองเชิงระบบ



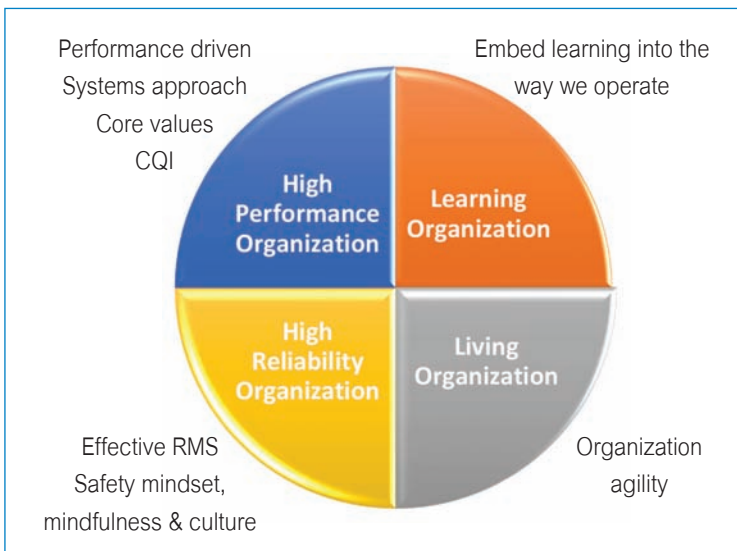
อนุวัฒน์ ศุภชุตikul (3 พฤษภาคม 2547) “การปฏิบัติสู่ความเป็นเลิศ”

จากความรู้เรื่องคุณภาพ และปัญหาที่พบระหว่างการเยี่ยมชมสำรวจ นำมาสู่การหากรอบความคิดให้ผู้เยี่ยมชมสำรวจใช้กระตุ้นการเรียนรู้กับโรงพยาบาลโดยการใช้มุมมองเชิงระบบ เริ่มด้วยสถานการณ์หรือประเด็นสุขภาพที่พบ แล้วตั้งคำถามด้วยมุมมองต่างๆ ต่อไปนี้

- 1) คาดการณ์หรือใช้ข้อมูลพิจารณาผลกระทบต่อผู้เกี่ยวข้องต่างๆ เพื่อพิจารณาว่าเรื่องนี้สำคัญหรือไม่ เพียงใด
- 2) พิจารณาว่าปัญหาที่แท้จริงของเรื่องนี้คืออะไร เกี่ยวข้องกับมิติคุณภาพอะไร เชื่อมโยงกับทิศทางขององค์กรอย่างไร
- 3) พิจารณาว่า root cause ของเรื่องนี้คืออะไร เพื่อจะได้ชี้ทิศทางการพัฒนาที่เหมาะสม
- 4) พิจารณาโอกาสบูรณาการในลักษณะต่างๆ เช่น ระบบ กระบวนการ ทีม เพื่อพัฒนาให้ได้ผลกว้างขวางยิ่งขึ้น
- 5) ส่งเสริมให้มีการใช้วงล้อ PDSA เพื่อการเรียนรู้และพัฒนา

องค์กรในฝัน

องค์กรในฝัน



สรพ. (7 กรกฎาคม 2559) “Enjoy Quality ด้วยวิถี...คนคุณภาพ” @ HA Regional Forum ขอนแก่น

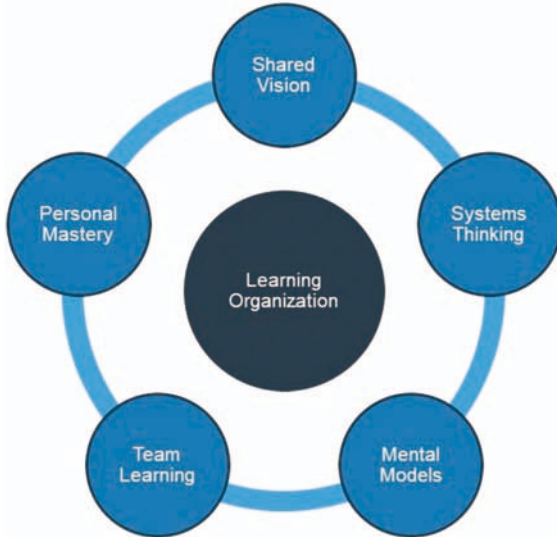
องค์กรที่ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA อย่างเต็มที่
จะเป็นองค์กรในฝัน มุ่งสู่ความเป็นเลิศตามเกณฑ์ TQA

ความท้าทายของสถานพยาบาล

- การสร้างความเข้าใจและความมุ่งมั่นในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย
- การปรับปรุงคุณภาพภายใต้สถานะที่มีความคาดหวังสูง ภาระงานสูง และทรัพยากรจำกัด
- การใช้ accreditation เป็นเครื่องมือในการเรียนรู้เพื่อให้เป็นองค์กรในฝัน

องค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization) ■

องค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization)



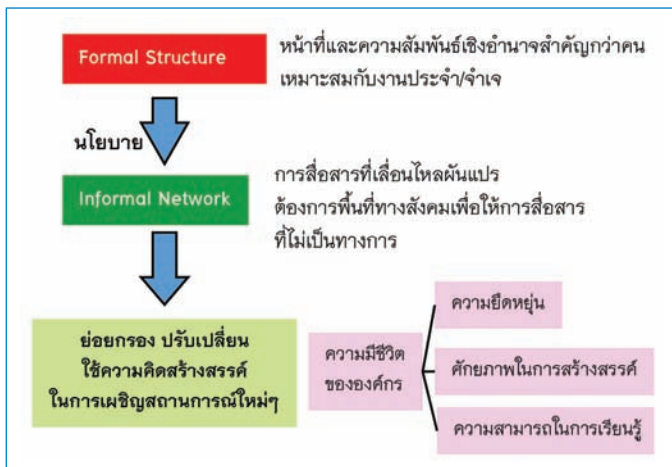
ที่มา: Peter Senge “The 5th Discipline”

วินัยเพื่อสร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้

- **Systems thinking** เข้าใจและพิจารณาความเป็นองค์รวมของทั้งระบบ (the whole) ตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างส่วนย่อย
- **Personal mastery** การที่แต่ละคนทำความเข้าใจในวิสัยทัศน์ของตนเอง ทำให้ลุ่มลึกขึ้น ผีผ่นและพัฒนาตนเองเพื่อให้วิสัยทัศน์เป็นจริง (การฝึกฝน subconscious mind จะทำให้สามารถจัดการกับปัญหาซับซ้อนได้ดีกว่า)
- **Mental models** ความสามารถในการใคร่ครวญสะท้อนคิดเกี่ยวกับสมมติฐาน/ภาพลักษณ์/การอนุมานต่างๆ ที่ฝังลึกในตัวเราและมีผลต่อวิถีการปฏิบัติของเรา ที่ทำให้องค์กรสามารถสร้างคุณค่าเพิ่มขึ้นได้
- **Shared vision** วิสัยทัศน์ที่มีร่วมกันที่จะนำไปสู่การมุ่งสู่การเรียนรู้และความเป็นเลิศเพราะต้องการทำด้วยตนเอง มิใช่ถูกบอกให้ทำ
- **Team learning** การพัฒนาศักยภาพของทีมและปรับให้สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันเพื่อสร้างผลลัพธ์ที่ต้องการเห็น
 - วงล้อการเรียนรู้ของแต่ละคน: reflecting → connecting → deciding → doing →
 - วงล้อการเรียนรู้ของทีม: public reflection → shared meaning → joint planning → coordinated action

องค์กรที่มีชีวิต (Living Organization) ■

องค์กรที่มีชีวิต (Living Organization)



อนุวัฒน์ ศุภชุตกุล (15 พฤศจิกายน 2550)

“Living Organization” @ มทกรรมคุณภาพ รพ.มหาราชนครเชียงใหม่

เมื่อเราวางระบบคุณภาพที่เข้มแข็งมากขึ้น เราเริ่มสังเกตเห็นถึงความสุขที่ลดลง

ความสุขที่ลดลง เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผลการดำเนินงานของเราลดลง

จะอย่างไรให้เกิดสมดุล ระหว่างการมีระบบ และความสุขของพนักงาน นำไปสู่ผลการดำเนินงานที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

องค์กรที่มีชีวิต

มีความสามารถในการสร้างตัวเอง เปลี่ยนแปลง วิวัฒนาการ โดยตัวของมันเองอย่างเป็นธรรมชาติ

ระบบที่มีชีวิตเป็นระบบเปิดซึ่งจัดการตนเอง มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม

ท้าทายวิคิดเดิม

การกำหนดชีวิตของสมาชิกให้ดำเนินไปตามเป้าหมายเท่ากับเป็นการลดทอนความเป็นมนุษย์

การควบคุมคือการพรากคนทำงานไปจากความมีชีวิตชีวา

องค์กรที่มีชีวิตกับ HA Core Values & Concepts

Newtonian Physics →

Modern Management →

เมื่อวิธีคิดและวิธีบริหารแบบเดิมๆ ใช้การไม่ได้ผล แล้วมีผู้นำเอาความรู้เรื่อง quantum physics มาประยุกต์เข้ากับเรื่องการบริหารจัดการ พยายามหาคำอธิบายระเบียบในโลกไร้ระเบียบ ทำให้เข้าใจถึงพลังของสิ่งที่มองไม่เห็น

เมื่อเปลี่ยนมุมมองจากการมององค์กรเป็นเครื่องจักรหรือกองทัพมามองว่าองค์กรเป็นระบบที่มีชีวิต วิธีการปฏิบัติของผู้นำก็แตกต่างออกไป

Quantum Physics

Living Organization

- องค์กรจัดการตนเอง
- อิทธิพลของสนามที่มองไม่เห็น
- ระบบเปิดที่ปรับตัวและยืดหยุ่น
- เครือข่ายที่มีชีวิต
- การสื่อสารที่ไม่เป็นทางการ
- การสืบค้นด้านบวก
- การวางเป้าหมายของตนเอง
- การตีความข้อมูลอย่างหลากหลาย
- องค์กรเป็นศูนย์ประสานปฏิสัมพันธ์

ที่มา: Margaret J. Wheatley (AD 1992) “Leadership and the New Science”

อนุวัฒน์ คุภชุตติกุล (มีนาคม 2551) “องค์กรที่มีชีวิต” @ 9th HA National Forum

องค์กรที่มีชีวิตกับ HA Core Values & Concepts

HA Core Values	การใช้แนวคิดองค์กรที่มีชีวิต
Visionary leadership	สื่อสารผ่านเครือข่ายที่ไม่เป็นทางการ ใช้ประโยชน์จากสนามพลังที่มองไม่เห็น (วัฒนธรรม ค่านิยม วิสัยทัศน์ จริยธรรม) โครงสร้างองค์กรคือช่องทางให้พลังงานมาพบกันเพื่อสร้างสรรค์สิ่งใหม่
Systems perspective	เป็นเครือข่ายที่มีชีวิต หน่วยหนึ่งๆ มีทั้งความเป็นส่วนย่อยและองค์รวม เป็นส่วนย่อยของระบบที่ใหญ่กว่า และมีส่วนย่อยอยู่ภายใน ส่วนย่อยมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์ มีอิทธิพลกระทบถึงกัน
Agility	เป็นระบบเปิด มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม เปิดรับความคิดใหม่ๆ ยืดหยุ่น ปรับตัว ใช้ความไม่สมดุลเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยง
Focus on health	พัฒนาจิตตปัญญา สร้างจิตที่ตื่นรู้ เบิกบาน เป็นจิตใจ ไม่คับแคบ
Community responsibility	มีความรู้สึกร่วมกันถึงความเป็นชุมชน ใช้พื้นที่ทางสังคมเพื่อสร้างความเข้มแข็งของชุมชนแห่งการปฏิบัติ
Value on staff/teamwork	ทำงานกับแรงบันดาลใจและการรับรู้เรียนรู้ (cognitive) ของชีวิต ใส่ตัวทวนที่มีความหมายให้กับสมาชิก ให้สมาชิกนำข้อมูลที่มีอยู่มาหล่อหลอมเป็นปัญญา เติมเต็มให้กับความไม่สมบูรณ์ของแต่ละคนและหน่วยงานด้วยความหลากหลายของชุมชน
Individual commitment	วางเป้าหมายของตนเอง ส่งเสริมศักดิ์ศรีของแต่ละบุคคล ไม่ต้องสูญเสียความเป็นตัวของตัวเองให้กับเป้าหมายขององค์กร
Creativity & innovation	สร้างศักยภาพในการสร้างสรรค์และเรียนรู้ เปิดพื้นที่ให้ความคิดใหม่และความรู้ใหม่ๆ ให้รางวัลต่อการตั้งคำถามและสร้างสรรค์นวัตกรรม เปิดกว้างต่อกิจกรรมที่ชายขอบเพื่อขยายความเข้าใจ
Management by fact	ร่วมด้วยด้วยความหลากหลายของการตีความข้อมูลอย่างอิสระ พัฒนาการรับรู้และการตัดสินใจที่ชาญฉลาด
Focus on result/ evidence-based	ใช้ appreciative inquiry สืบค้นค้นพบ มองข้ามปัญหาสู่สิ่งที่ปรารถนา เมื่อบรรลุเป้าหมาย ปัญหาที่สลายโดยอัตโนมัติ
Learning	ใช้เรื่องเล่าเป็นฐานของการแบ่งปันความรู้ ทำให้เป็นวัฒนธรรมในวิถีชุมชน เปิดพื้นที่ภายในเพื่อให้เห็นร่างแหของวงจรป้อนกลับ สร้างเวทีการเรียนรู้ร่วมกันโดยทุกคนมีส่วนร่วม พิจารณาสังแวดล้อม บริบท ความหมาย คุณค่า วัฒนธรรม
Empowerment	เสริมพลังให้แก่ชุมชนแห่งการปฏิบัติ

ที่มา: Margaret J. Wheatley “Leadership and the New Science”
อนุวัฒน์ ศุภชุตikul (มีนาคม 2551) 9th HA National Forum “Living Organization”

องค์กรที่น่าไว้วางใจ (High Reliability Organization - HRO) ■

องค์กรที่น่าไว้วางใจ (High Reliability Organization - HRO)

3 ระบบที่ซ้อนกันอยู่เพื่อความปลอดภัย



อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล (22 พฤษภาคม 2561)
“Safe Hospital & Safety Culture”
@ รพ.ศิริราช ปิยมหาราชการุณย์

High reliability เป็นแนวคิดที่ช่วยให้เกิดการมุ่งเน้นที่ **mindset & culture** ซึ่งจำเป็นสำหรับการใช้ approach ต่างๆ ในการพัฒนาให้ได้ผล

การนำแนวคิดองค์กรที่น่าไว้วางใจ HRO มาสู่การปฏิบัติคือการผลิตผลงานความตระหนัก (mindset & mindfulness) และวัฒนธรรม (culture) เข้ากับการพัฒนาระบบงาน เป็นจุดบรรจบของการพัฒนาด้านระบบงานกับการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ

Mindset คือมุมมอง ความคิด ความเชื่อที่ฝังในจิตใต้สำนึก ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมและการใช้ชีวิต มักจะฝังแบบไม่รู้ตัว มีทั้งส่วนดีและส่วนไม่ดี

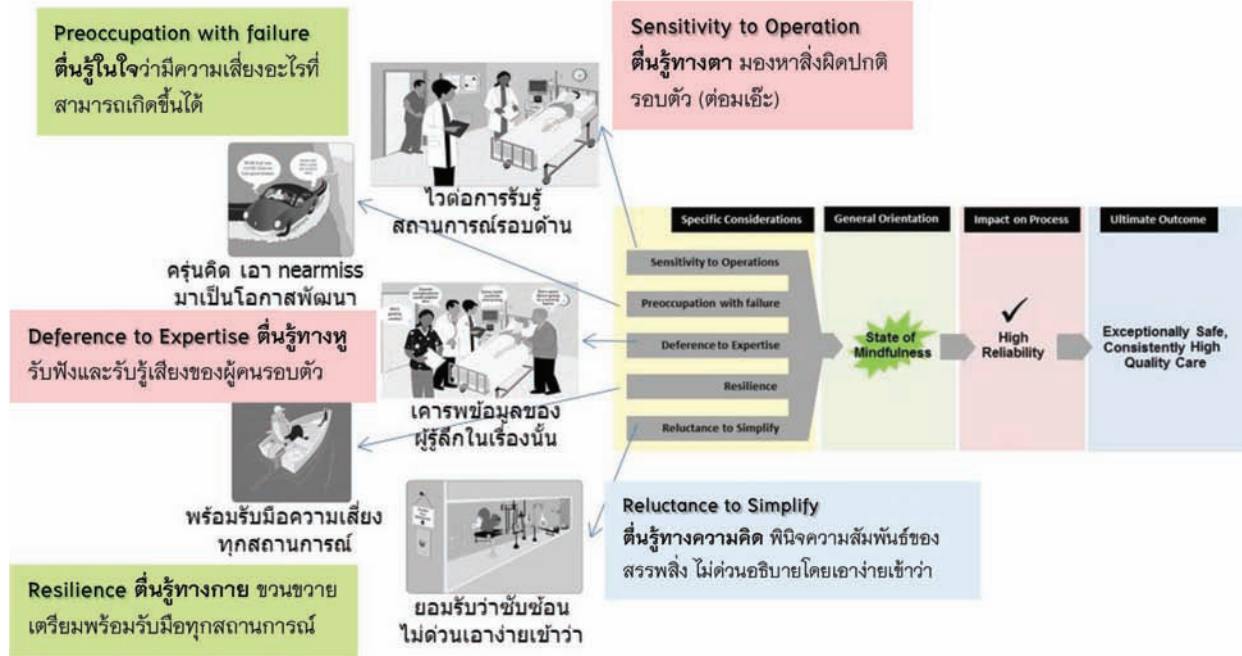
สามารถถูกโปรแกรมและปรับเปลี่ยนได้

Mindfulness คือการรับรู้ ความตระหนัก ความตื่นรู้ ในสถานการณ์ที่กำลังเผชิญในปัจจุบันและอาจจะเกิดขึ้นในอนาคต นำมาสู่การเตรียมความพร้อม การคิดวิเคราะห์ หรือการเลือกลงมือกระทำ

Culture วัฒนธรรมเป็นผลรวมของหมู่คณะเกี่ยวกับความรู้ ความเชื่อ ค่านิยม เจตคติ พฤติกรรม รวมทั้งผลผลิตของงานและความคิดของมนุษย์ ซึ่งเป็นที่ยอมรับของหมู่คณะโดยไม่ต้องคิดและสามารถสืบทอดได้

อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล (2 พฤศจิกายน 2555) “บริการสุขภาพที่น่าไว้วางใจ”
@ HACC เชียงราย

HRO: ลักษณะสำคัญ



Weick & Sutcliffe (AD 2001) "Managing the Unexpected"
 สรพ. (2 พฤศจิกายน 2555) "บริการสุขภาพที่น่าไว้วางใจ" @ HACCC เชียงราย

HRO: Mindset, Mindfulness & Culture

HRO	Mindset	Mindfulness	Culture
Characteristics			
ใครครวญ (ตื่นรู้ทางความคิด)	สรรพสิ่งมีความสัมพันธ์กัน ระบบใหญ่ ประกอบด้วยระบบย่อย ใช้แนวคิดเชิงระบบ เพื่อพิจารณาสิ่งที่ซ่อนอยู่	ยอมรับว่าซับซ้อน ไม่ด่วนอธิบายโดยเอา ง่ายเข้าว่า	RCA วิเคราะห์ให้เห็นต้นตอของปัญหา ใช้ systems thinking พิจารณาจาก event → pattern → structure → mental model
คาดการณ์ (ตื่นรู้ในใจ)	เหตุการณ์อะไรก็เกิดขึ้นได้ถ้าไม่ระมัดระวัง อะไรที่เคยเกิดก็ควรเอามาเป็นข้อเตือนใจ อะไรที่ไม่เคยเกิดก็ควรคาดการณ์อย่างรอบคอบ	ตื่นรู้ในทุกสถานการณ์ว่ามีความเสี่ยงอะไร ที่สามารถเกิดขึ้นได้ ครุ่นคิดเอา miss มาเป็นโอกาสพัฒนา	FMEA, situation awareness งานนี้มีโอกาสผิดพลาดอะไร รวบรวม near miss มาใช้ประโยชน์
เตรียมพร้อม (ตื่นรู้ทางกาย)	ความประมาทนำมาสู่หายนะของทุกฝ่าย	ชวนช่วยพร้อมรับมือทุกสถานการณ์	Preparedness ไม่ประมาท มาทำไหนรับมือ ได้หมด พร้อมรับมือกับทุกเหตุการณ์ที่เป็นไปได้ ด้วย คน เครื่องมือ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ สถานที่
ตาดู (ตื่นรู้ทางตา)	เราควรนำประสบการณ์ของเราเองและของ คนอื่นมาใช้ประโยชน์ในการตรวจจับหาความ ผิดปกติให้มากที่สุด	มองหาสิ่งผิดปกติรอบตัว (ต่อมเอ๊ะ) ไวต่อการรับรู้สถานการณ์รอบด้าน	Sensitivity ใช้ต่อมเอ๊ะให้เป็นประโยชน์ ไวต่อสิ่งผิดปกติรอบตัว KM เรียนรู้/ ถ่ายทอดจากผู้อาวุโส/ผู้มีประสบการณ์
หูฟัง (ตื่นรู้ทางหู)	ความเห็นของทุกคนมีคุณค่า แม้ว่าจะแตกต่าง จากความเห็นของเรา	รับฟังและรับรู้เสียงของผู้คนรอบตัว เคารพข้อมูลของผู้รู้สึกในเรื่องนั้น	Respect & Listen ให้เกียรติและรับฟังเสียง ของทุกคน จัดระบบให้ผู้คนที่ทำงานกันได้

สรพ. (28 ตุลาคม 2556) “โรงพยาบาลที่น่าไว้วางใจ” @ รพ.ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

HRO: การนำแนวคิดไปสู่การปฏิบัติ

การตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมภายนอก

- รวมกลุ่มกันอย่างไม่เป็นทางการระหว่างผู้บริหารและปฏิบัติงาน ร่วมกันกำหนดมาตรฐานการวัดผลและรายงาน
- ใช้วิธีการแบบ informal ค่อยเป็นค่อยไป ให้ธรรมชาติคัดสรรประเด็นสำคัญ
- ความร่วมมือในพื้นที่ มีพลังมากกว่าความร่วมมือระดับชาติ
- รวมทีละกลุ่ม ทำทีละเรื่อง แล้วค่อยขยายตัวเมื่อเวลาที่เหมาะสมมาถึง

องค์ประกอบภายในที่สำคัญ

- ผู้นำสนับสนุน สร้างวัฒนธรรมของกรเปิดใจ ลดความหวาดกลัวและปกป้องตนเอง กำหนดความปลอดภัยเป็นยุทธศาสตร์สำคัญ
- ทำให้เรื่องธุรกิจกับเรื่องคุณภาพสอดคล้องไปด้วยกัน
- กำหนดเป้าหมายให้ชัดเจน เชื่อมโยงผลลัพธ์ที่ต้องการกับการสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับพฤติกรรม
- สร้างวัฒนธรรมของความกล้าที่จะรายงานหรือพูดคุยเรื่องความผิดพลาด โดยไม่ต้องกลัวว่าจะมีผลลบต่อตนเอง (a just culture)

Process application

- บูรณาการเข้ากับกระบวนการที่กำลังทำอยู่แล้ว เพื่อให้เป็นระบบที่เรียบง่ายและยั่งยืน ไม่แยกส่วน
- ตกลงกันล่วงหน้าว่าส่วนที่ประหยัดได้จะเอาไปใช้ทำอะไร
- เริ่มด้วยทำแนวทางปฏิบัติที่มีอยู่ให้เรียบง่ายยิ่งขึ้น เพื่อให้ผู้คนเห็นการเปลี่ยนแปลง
- ค่อยเป็นค่อยไป ใช้วิธีการเชิงบวก

People application

- ถ้าจะยุ่งเกี่ยวกับแพทย์ ฟังเสียงระบบหรือระเบียบปฏิบัติที่ไปกระทบต่อประสิทธิภาพในการทำงานของแพทย์
- สนับสนุนทรัพยากรและความเชี่ยวชาญเพื่อให้แพทย์สามารถเป็นผู้นำการพัฒนาได้
- ดึงผู้คนจากหน่วยงาน และวิชาชีพต่างๆ มาร่วม
- หลีกเลี่ยงการออกแบบโครงการโดยไม่มีข้อคิดเห็นจากผู้ใช้ปฏิบัติ

Doing the work

- Simplifying work process: ปรับกระบวนการทำงานให้เรียบง่าย
- Daily check-in พบปะพูดคุยอย่างสั้นๆ ระหว่างหัวหน้าและทีมงาน
- Executive rounds
- Safety huddle: รวมกลุ่มเช้าและเรื่องความปลอดภัย อย่างน้อยวันละสองครั้ง.
- Performance management: สังเกตพฤติกรรม

Measuring progress

- Measure fewer things better. ลดตัววัดด้วยคำถามง่าย ๆ ว่า เราอยากรู้อะไร? เราจะเก็บข้อมูลระหว่างการทำงานอย่างไร? เราจะนำเสนอผลงานอะไรเมื่อเสร็จสิ้น? เราจะใช้ประโยชน์อย่างไร?
- Stories count and simplify
- Couple measures with high performance standards. เพื่อลดความพึงพอใจเนื่องจากคุ่นชินต่อผลงานที่ไม่เปลี่ยนแปลง

สรพ. (2 พฤศจิกายน 2555) “บริการสุขภาพที่น่าไว้วางใจ” @ HACCC เชียงราย

HRO: Mindfulness ในงานประจำ

ขั้นตอน	โต๊ะทำงาน	ห้องประชุม	ดูแลผู้ป่วย
ก่อนจะเข้าไป	ทบทวนภารกิจ	ทบทวนเป้าหมาย	ทบทวนปัญหาของผู้ป่วย
เมื่อแรกเข้าไป	นำเอกสารและอุปกรณ์ที่จะใช้ทำงานออกมาเตรียมพร้อมให้สะดวกใช้งาน	กวาดตาดูสิ่งแวดล้อมและผู้คน ช่วยกันจัดสิ่งอำนวยความสะดวกในการประชุม	กวาดตาดูสิ่งแวดล้อม สังเกตสีหน้าและความรู้สึกของผู้ป่วย
ระหว่างอยู่ในที่นั้น	ทำงานอย่างมีสมาธิ	รับฟังอย่างตั้งใจ สังเกตปฏิสัมพันธ์ของผู้คนและกระบวนการกลุ่มที่นำไปสู่การบรรลุเป้าหมาย	รับฟังข้อมูลรอบด้านอย่างตั้งใจ สังเกตสิ่งที่ผิดปกติหรือสิ่งที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม
เมื่อจะออกจากที่นั้น	ไม่ทิ้งค้างความไม่เป็นระเบียบ เก็บโต๊ะทำงานให้เรียบร้อย พร้อมทั้งจะทำงานอย่างสะดวก	ไม่ทิ้งค้างภาระให้คนอื่น ร่วมกันตรวจสอบความเรียบร้อยของสถานที่ประชุม จัดเก็บสิ่งของและปิดไฟ	ไม่ทิ้งค้างความเสี่ยงไว้ ทบทวนประเด็นความเสี่ยง สิ่งที่ต้องสื่อสารกัน สิ่งที่ต้องนำไปปฏิบัติ และสิ่งที่ต้องไปปรับปรุงระบบ

สรพ. (22 เมษายน 2556) “HRO” @ การอบรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

HRO: Mindfulness กับคุณภาพในทุกมิติ ทุกลมหายใจ

มิติคุณภาพ	การทบทวนการทำงานในทุกลมหายใจ
การเข้าถึง (Accessibility)	ผู้ป่วยรายนี้มีปัญหาในการเข้าถึงบริการหรือไม่ อย่างไร ผู้ป่วยรายอื่นๆ มีโอกาสประสบปัญหาในการเข้าถึงอะไรบ้าง
ความปลอดภัย (Safety)	ผู้ป่วยรายนี้มีภาวะแทรกซ้อนหรือความเสี่ยงที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อะไรบ้าง เราได้จัดการกับภาวะแทรกซ้อนหรือป้องกันความเสี่ยงอย่างดีที่สุดแล้วหรือไม่?
ความทันเวลา (Timeliness)	เราได้ตอบสนองและให้การดูแลผู้ป่วยในเวลาที่เหมาะสมหรือไม่
คนเป็นศูนย์กลาง (People-centered)	เราได้ประเมินความต้องการของผู้ป่วยรายนี้รอบด้านแล้วหรือไม่ มีความต้องการอะไรที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง เราได้ใช้หัวใจและมิติด้านจิตวิญญาณในการดูแลผู้ป่วยรายนี้เพียงใด
ความเหมาะสม (Appropriateness)	เราได้ใช้ข้อมูลวิชาการเป็นพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยรายนี้อย่างไร เราสามารถอธิบายเหตุผลในการตัดสินใจ ณ ขั้นตอนต่างๆ ในการดูแลอย่างเหมาะสมเพียงใด เราได้บันทึกเหตุผลนั้นไว้ในเวชระเบียนหรือไม่
ประสิทธิภาพ (Efficiency)	เราได้สั่งการตรวจรักษาอย่างรอบคอบโดยคิดถึงทางเลือกและความคุ้มค่าของทางเลือกต่างๆ แล้วหรือไม่ เราสามารถอธิบายเหตุผลในทุกคำสั่งการตรวจรักษาได้หรือไม่ เราได้ใช้ผลการตรวจ investigate ต่างๆ และทบทวนความจำเป็นในการสั่งตรวจเหล่านั้นหรือไม่
สัมฤทธิ์ผล (Effectiveness)	ผลลัพธ์การดูแลเป็นไปตามเป้าหมายที่ควรจะเป็นหรือไม่ เราได้เรียนรู้อะไรจากผู้ป่วยรายนี้
ความต่อเนื่อง (Continuity)	ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องหรือไม่ในระหว่างเวรต่างๆ หรือเมื่อมีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปตามจุดบริการต่างๆ หรือเมื่อมีการส่งต่อ รวมทั้งความต่อเนื่องระหว่างการดูแลที่ รพ.และที่บ้าน

สรพ. (11 กุมภาพันธ์ 2559) “Enjoy Quality Every Moment” @ CoP RM

HRO: Mindfulness กับคุณภาพในทุกขั้นตอน

ขั้นตอน	การทบทวนคุณภาพและความปลอดภัย
การรับผู้ป่วยไว้ใน รพ.	- อะไรคือเหตุผลที่รับผู้ป่วยรายนี้ไว้ใน รพ.
การประเมินผู้ป่วย	- เราประเมินผู้ป่วยครอบคลุมเป็นองค์รวมหรือไม่ เราทำการตรวจวินิจฉัยในสิ่งที่ควรทำหรือไม่
การวินิจฉัยโรคและระบุปัญหา	- การวินิจฉัยโรคของเราเหมาะสมและสอดคล้องกับข้อมูลที่เราได้รับการประเมินหรือไม่ อธิบายปัญหาที่นำผู้ป่วยมาหาเราได้หรือไม่ เกินเลยไปจากสิ่งที่ได้จากการประเมินหรือไม่ คลุมเครือมากเกินไปหรือไม่ - เราระบุปัญหาและความเสี่ยงของผู้ป่วยครบถ้วนทุกประเด็นหรือไม่ อะไรคือความเสี่ยงสำคัญในผู้ป่วยรายนี้ - เราสื่อสารผลการตรวจประเมินและปัญหาที่เราสรุปให้ผู้ป่วยรับทราบหรือไม่
การวางแผนการดูแล	- การวางแผนตอบสนองปัญหาที่ระบุไว้ทุกประเด็นหรือไม่ แผนมีความชัดเจนในเป้าหมายการดูแลเพียงใด - รูปแบบของแผนช่วยในการสื่อสารให้วิชาชีพที่เกี่ยวข้องรับรู้ได้ดีเพียงใด
การดูแลผู้ป่วย	- เราดูแลผู้ป่วยด้วยความระมัดระวัง เต็มความสามารถแล้วหรือไม่ - เราดูแลปัญหาของผู้ป่วยครบถ้วนทุกปัญหาหรือไม่ - เราตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างเหมาะสมหรือไม่ - เรามั่นใจในความก้าวหน้าและเหตุผลในการตัดสินใจของเราไว้ในเวชระเบียนเพียงพอที่ผู้อื่นจะสามารถให้การดูแลต่อเองได้หรือไม่ - ผู้ป่วยนอนอยู่ใน รพ.นานเกินกว่าที่ควรหรือไม่ มีภาวะที่ไม่พึงประสงค์อะไรเกิดขึ้นบ้าง
การจำหน่าย	- เราคาดการณ์ปัญหาและความต้องการที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังจำหน่ายไว้อย่างไร - เราเตรียมพร้อมที่จะให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองและแก้ปัญหาดังกล่าวอย่างไร - เรามีระบบสนับสนุนเมื่อผู้ป่วยประสบปัญหาอย่างไร - เรานัดหมายผู้ป่วยมาดูแลต่อได้อย่างไร มีเป้าหมายและความคาดหวังอะไร

สรพ. (11 กุมภาพันธ์ 2559) “Enjoy Quality Every Moment” @ CoP RM

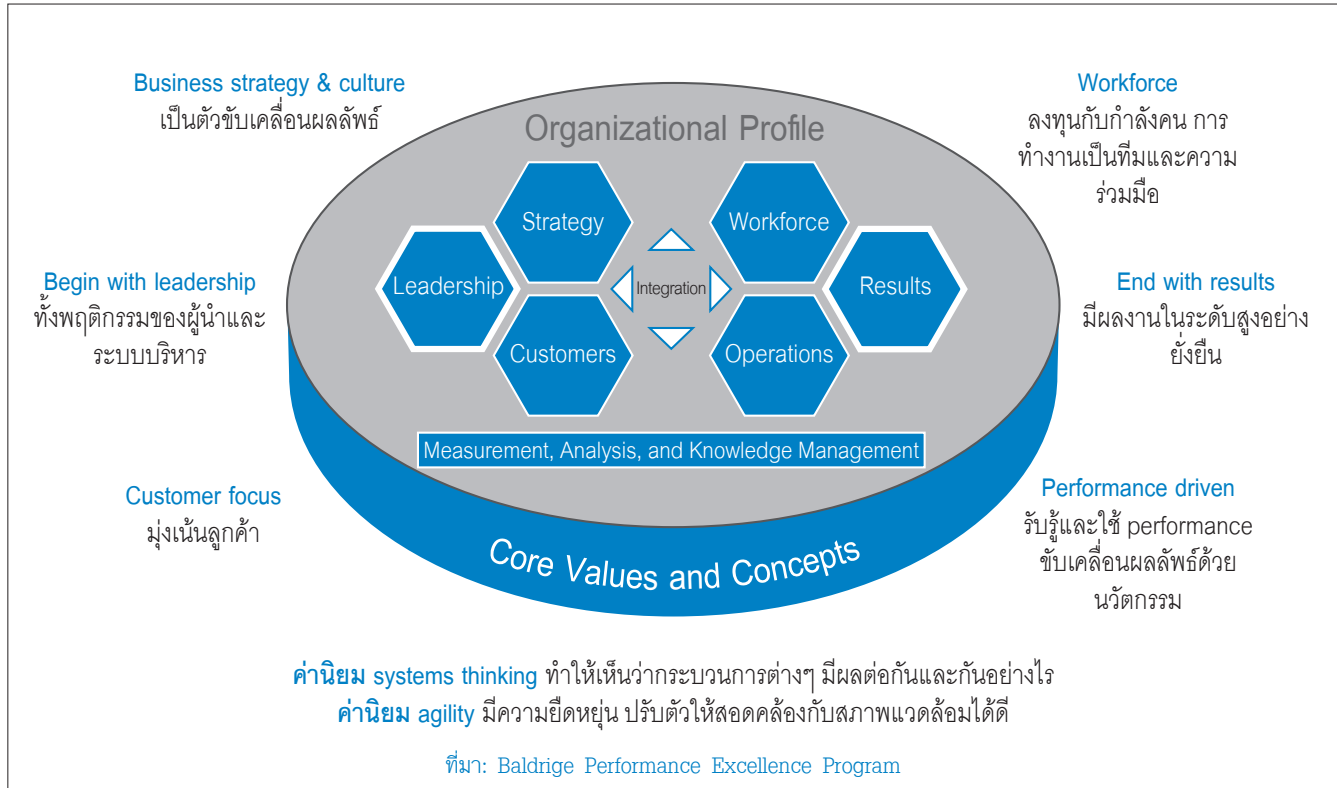
HRO: เส้นทางสู่ความน่าไว้วางใจ

มรรค 8	Journey	จำ	การปฏิบัติ
สัมมาทิฐิ	Right belief	เชื่อ	เชื่อว่านี่คือสิ่งที่ควรทำ เชื่อว่านี่เป็นหน้าที่ของเรา
สัมมาสังกัปปะ	Right intention	มัน	มุ่งมั่นตั้งใจที่จะทำ
สัมมากัมมันตะ	Right action	งาน	วางระบบงานที่รัดกุม ปฏิบัติตามระบบที่วางไว้
สัมมาอาชีวะ	Right livelihood	เหมาะ	พัฒนาอย่างพอเหมาะพอควร ไม่เบียดเบียนกัน
สัมมาวาจา	Right speech	เอื้อ	ใช้การสื่อสารอย่างสร้างสรรค์ที่ผลิดอกออกผล
สัมมาวายามะ	Right effort	ฮึด	พยายามอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ดีขึ้น ทำให้มากขึ้น ทำให้คุ้มค่า
สัมมาสติ	Right mindfulness	ตื่น	สมาชิกรู้ตนเอง องค์กรรู้ตนเอง รับผิดชอบต่อตัว
สัมมาสมาธิ	Right attention	รู้	จดจ่อใคร่ครวญเพื่อให้เกิดปัญญา

ที่มา: อนุวัฒน์ ศุภชุตikul (13 มิถุนายน 2556)

High Performance Organization (HPO)

High Performance Organization (HPO)



บริการสุขภาพในฝัน

บริการสุขภาพที่มีคุณค่า (Value-based Healthcare - VBH) ■

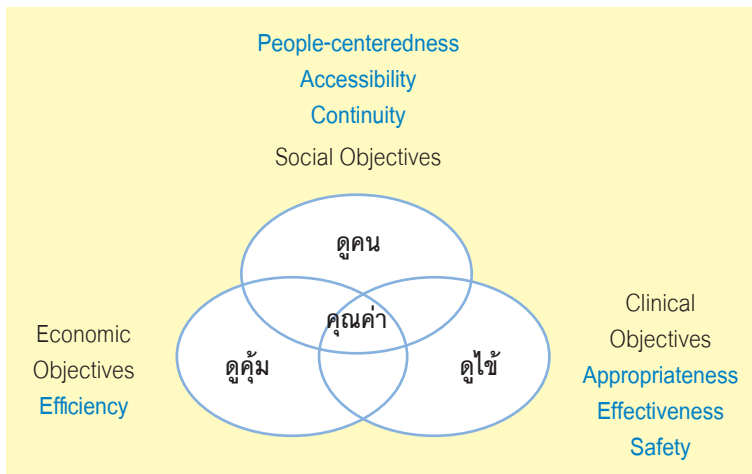
บริการสุขภาพที่มีคุณค่า (Value-based Healthcare - VBH)

บริการสุขภาพที่มีคุณค่า คือบริการที่ส่งมอบประสบการณ์และผลลัพธ์ที่มีคุณค่าในมุมมองของผู้ป่วยโดยใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพที่สุด

บริการสุขภาพที่มีคุณค่า ประกอบด้วย

- better care (ดูคน)
- better health (ดูไข้)
- lower cost (ดูคุ้ม)

บริการสุขภาพที่มีคุณค่า (Value-based Healthcare - VBH)



อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล (มีนาคม 2561) “คุณค่า คุณภาพ คุณธรรม”
@ 19th HA National Forum

การส่งมอบบริการสุขภาพที่มีคุณค่าสูง เป็น
นิยามของความสำเร็จ
คุณค่าเป็นเป้าหมายอย่างเดี่ยวเท่านั้นที่
สามารถรวมความสนใจของผู้เกี่ยวข้องต่างๆ
ในระบบ
สภาวะทางการแพทย์ (medical condition)
เป็นหน่วยพื้นฐานของการสร้างคุณค่า และการ
วัดคุณค่าในการส่งมอบบริการสุขภาพ

ที่มา: Michael E. Porter

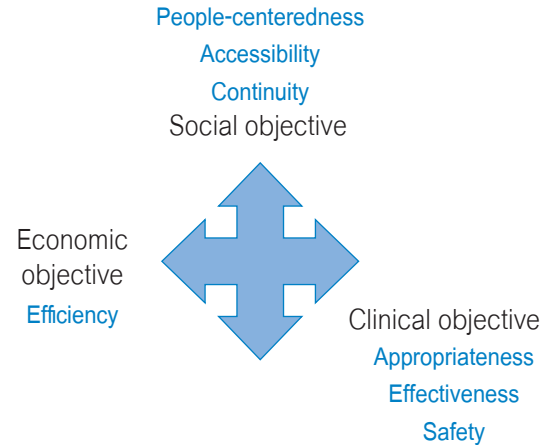
สมการคุณค่า

$$\text{Value} = \frac{\text{Clinical Outcome} + \text{Functional Outcome} + \text{Experience/Perception}}{\text{Harm} + \text{Waste} + \text{Resources Use}}$$

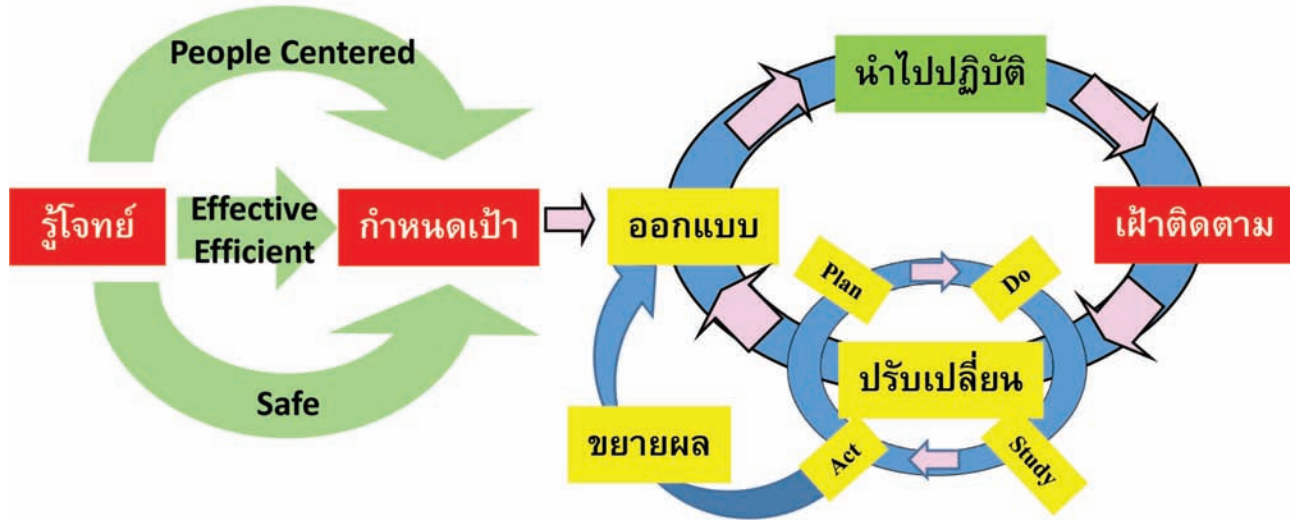
อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล (24 พฤศจิกายน 2562) “ระบบคุณภาพที่ยั่งยืน” @ Thailand LA Forum 2019

VBH เชื่อมโยงกับรหัส NEWS

NEWS กับ Value-based Healthcare



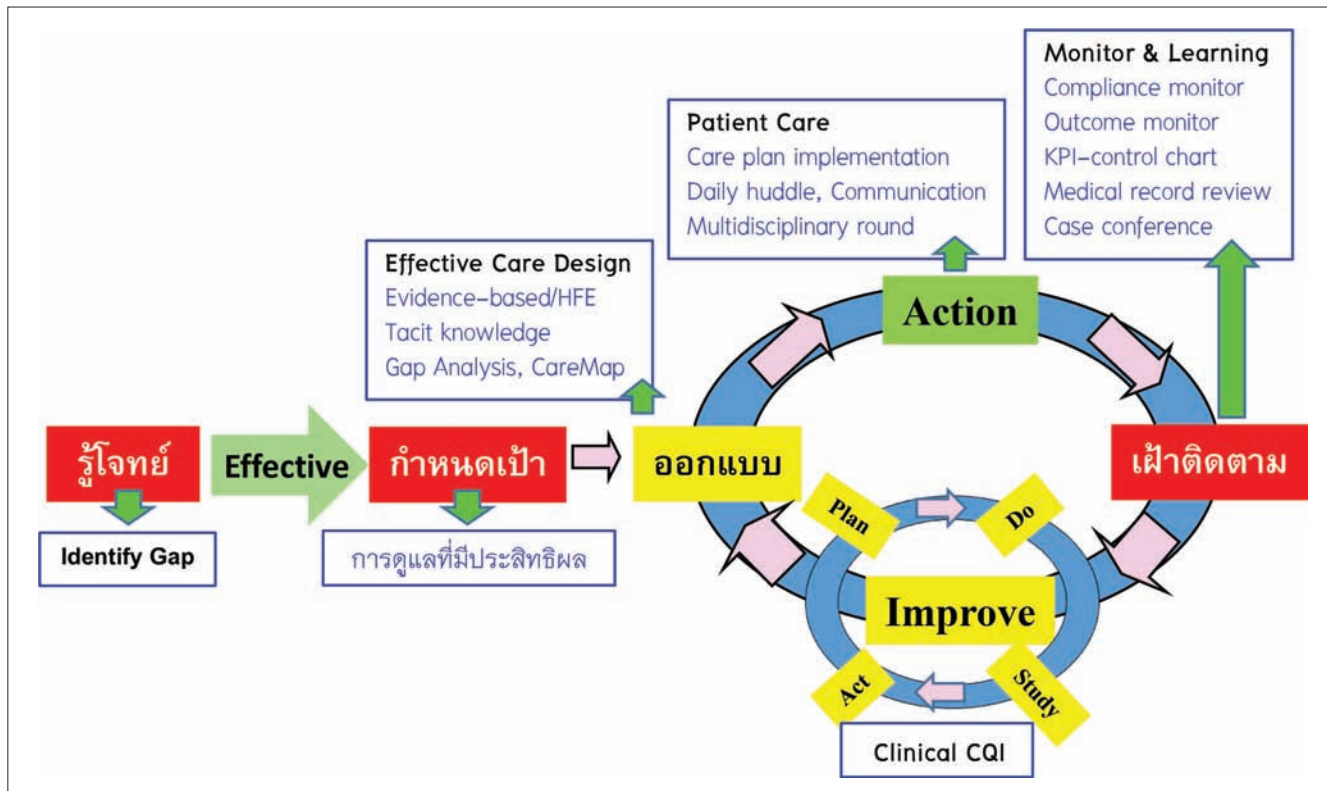
Simplify & Combine 3C-DALI & VBH



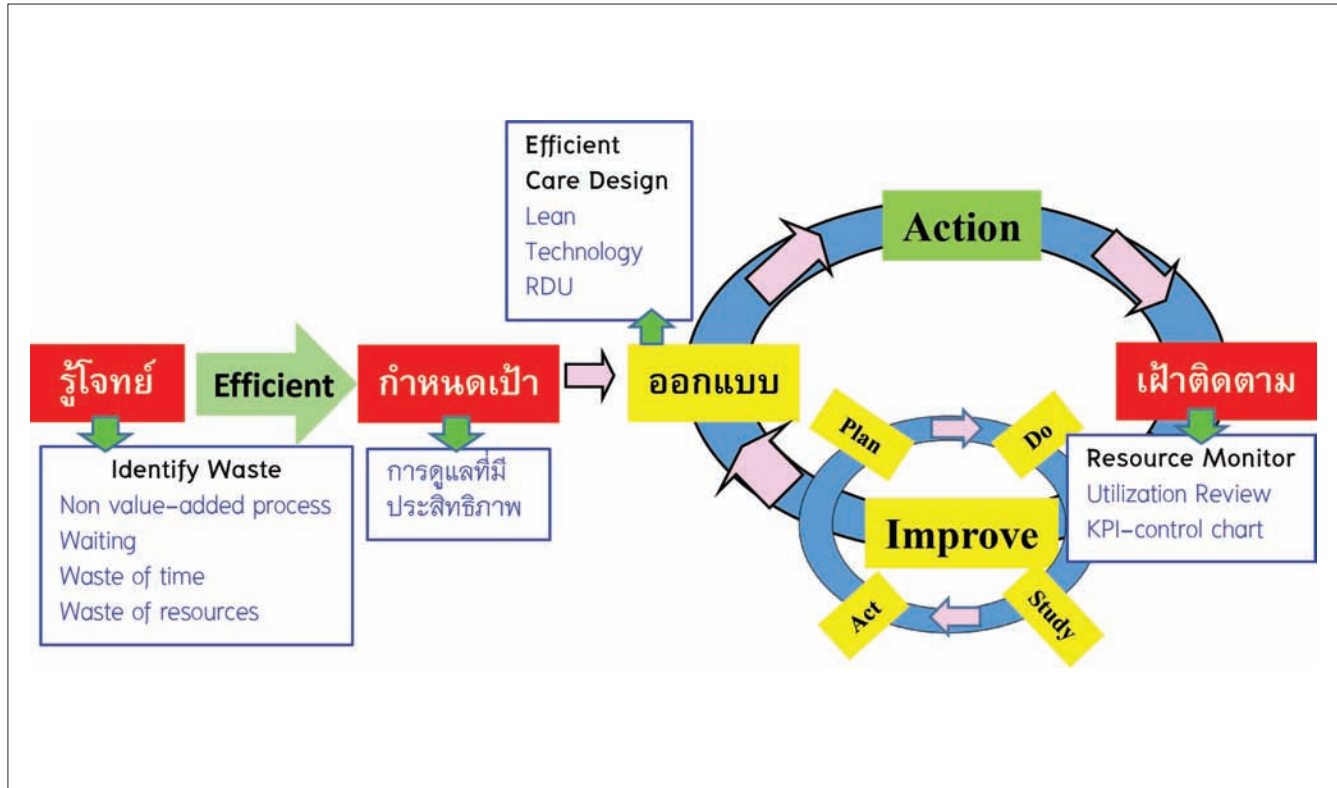
3C ในที่นี้จะเน้นความสำคัญที่ C-Context คือการรู้โจทย์เพื่อนำไปสู่การกำหนดเป้าหมายที่สอดคล้องกับ VBH (ดูคน ดูใช้ ดูคุ้ม) ซึ่งจะสอดคล้องมิติคุณภาพทั้ง 4 คือ people centered, effective, safe และ efficient

อนุวัฒน์ ศุภชุตกุล (17 สิงหาคม 2561) “แนวทางการใช้มาตรฐาน HA เพื่อพัฒนาระบบงานขององค์กร”

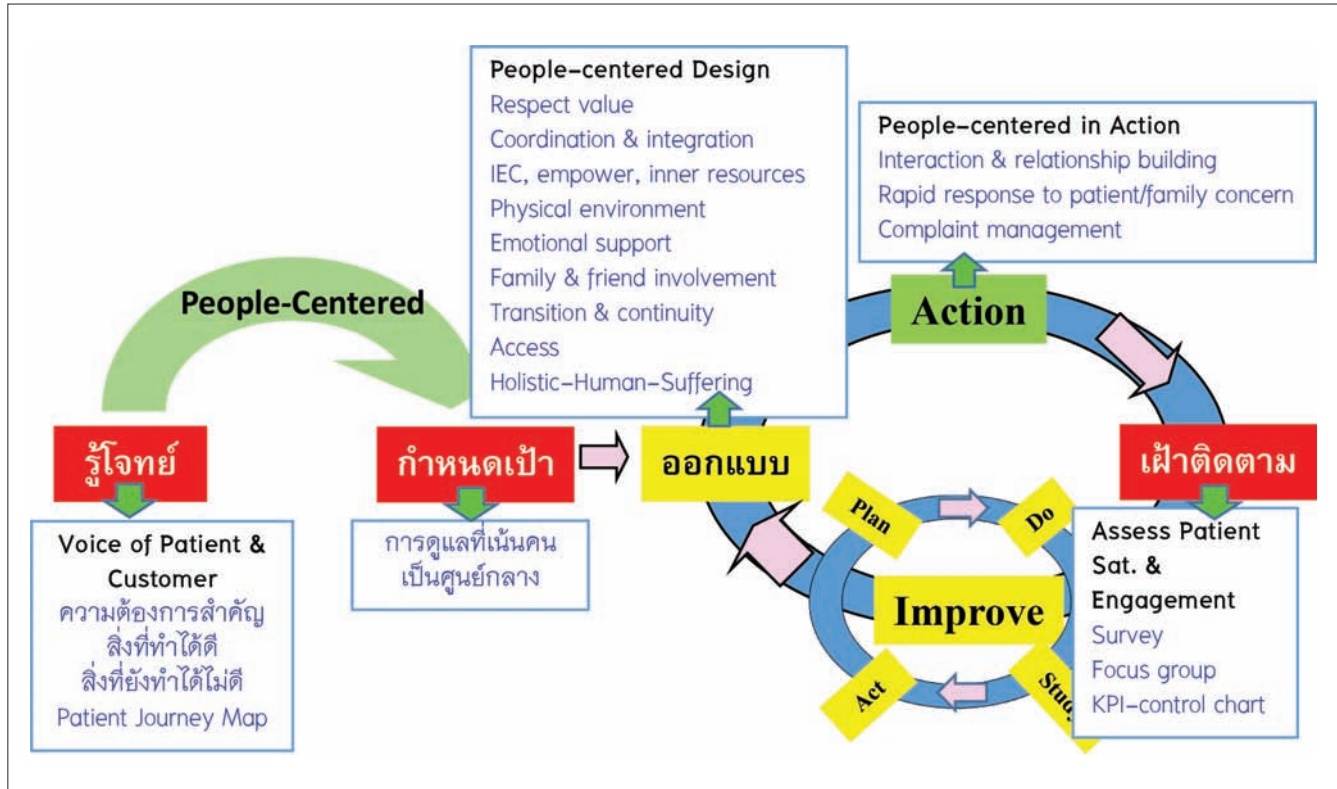
VBH: Effective Care



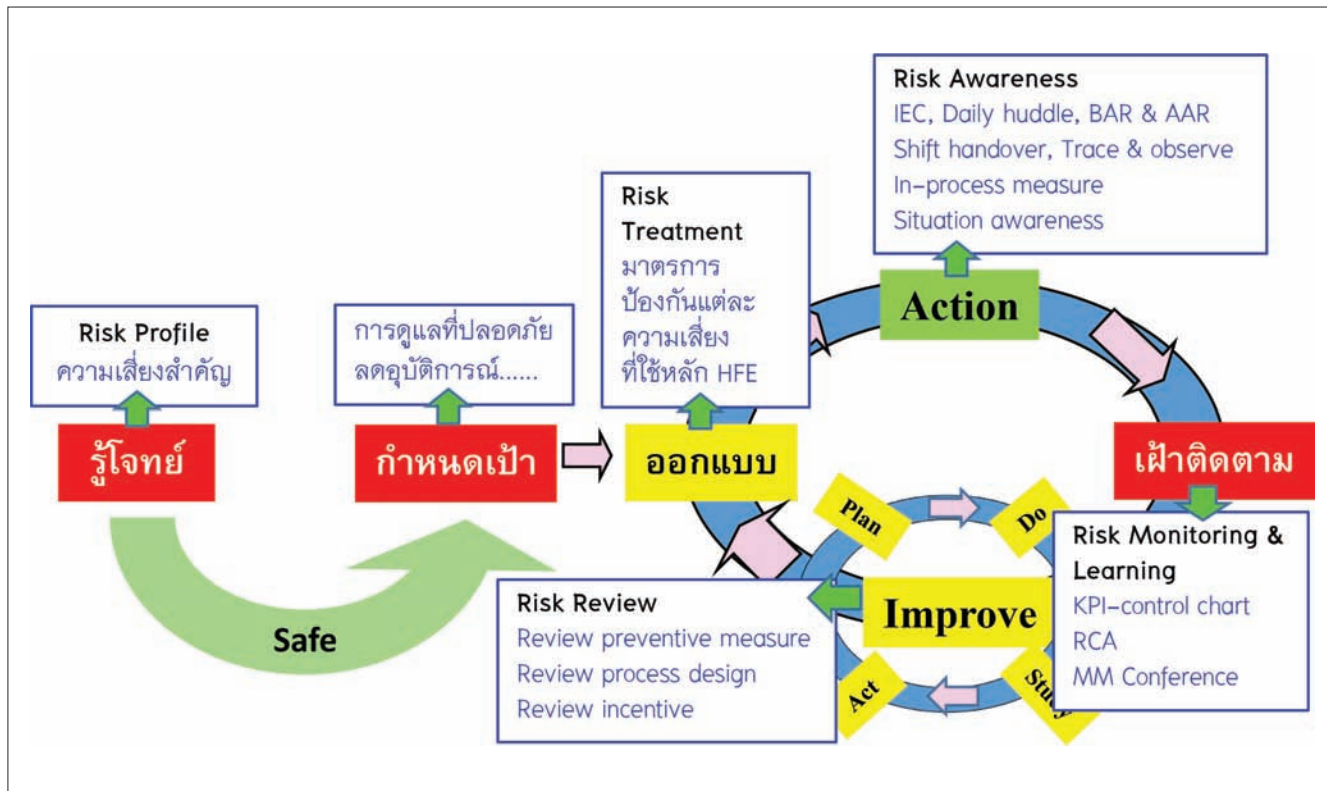
VBH: Efficient Care



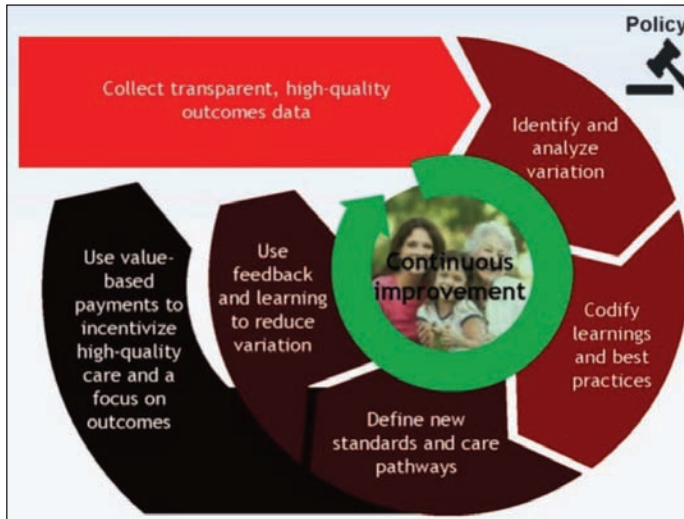
VBH: People-centered Care



VBH: Safe Care



ระบบบริการสุขภาพที่มีคุณค่า (Value-based Health System)



ที่มา: World Economic Forum's Value in Healthcare Project

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณค่าในภาพกว้าง ทั้งระบบ ประกอบด้วย การขับเคลื่อนในสามวงตามภาพ **วงในสุด** เป็นการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของแต่ละสถานพยาบาลเพื่อค้นหารูปแบบที่จะมีคุณค่ามากที่สุด

วงกลาง เป็นความร่วมมือเพื่อพัฒนาร่วมกัน เริ่มจากการรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์การดูแลที่น่าเชื่อถือ วิเคราะห์ความแตกต่างหลากหลาย (variation) ค้นหาหน่วยบริการที่เป็น best practice กำหนดมาตรฐานการดูแลใหม่ ใช้ข้อมูลป้อนกลับและการเรียนรู้เพื่อลดความแตกต่างหลากหลาย

วงนอกสุด เป็นการใช้การจ่ายเงินเพื่อจูงใจให้เกิดบริการที่มีคุณค่า (value-based payment)

ในการพัฒนาเชิงระบบนั้น ต้องคำนึงถึง enabler ที่สำคัญ ได้แก่ (1) informatics (2) benchmarking research (3) สถานพยาบาล (4) ระบบการจ่ายเงิน (5) นโยบาย

คุณ: Bonding & Love Our Patients



Bonding:

- มีพฤติกรรมบริการที่ดี (มองหน้า สบตา ยิ้ม ทักทาย ได้ตาม ตามส่ง)
- Hello my name is..... สวัสดีค่ะ/ครับ (ฉันชื่อ)

Nonviolent communication (NVC):

หยุดทำร้ายใจด้วยคำพูด เปลี่ยนภาษาหมาป่าเป็นภาษายีราฟ

ภาษาหมาป่า: ตำหนิ วิพากษ์วิจารณ์ ตัดสิน เรียกร้อง

ภาษายีราฟ: สังเกต เชื่อมต่อ ความรู้สึก ขอร้อง

- ทำบัญชีรายการภาษาหมาป่าที่เรามักจะเปลือยใช้โดยไม่รู้ตัว
- สร้างประโยคใหม่เป็นภาษายีราฟ ฝึกฝนจนพูดได้เป็นอัตโนมัติ

Momma test:

บททดสอบง่ายๆ เพื่อการดูแลที่เป็นมาตรฐานเสมือนญาติคนสำคัญ
“ถ้าผู้ป่วยรายนี้เป็นแม่ของเรา เราจะทำ (หรือไม่ทำ) อย่างที่กำลังจะทำหรือไม่?”

อนุวัฒน์ ศุภชติกุล (13 พฤศจิกายน 2562)

“Patient Experience: Make It Simple”

@ Patient Experience and Engagement Summit

คุณ: Compassionate Care Bundle

My Board
South West Hospital and Health Service
Building Better Health in the South

Day: _____ Date: _____
My care team members: _____

I like to be called: _____

What's important to me:
1. _____
2. _____
3. _____

What's happening today: _____

My questions / My family's questions: _____
My care instructions: _____

Our Values
Building Better Health in the South

Compassionate Care Bundle เป็นชุดของการดูแลที่พยาบาลสามารถใช้ได้กับผู้ป่วยทุกราย ซึ่งจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้วยหัวใจ ด้วยความรักและเอื้ออาทรอย่างเป็นรูปธรรม

My Board: เพื่อเป็นช่องทางในการสื่อสารและการวางแผนระหว่างทีมผู้ให้บริการกับผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งข้อมูลใน board อาจประกอบด้วย ชื่อทีมผู้ให้การดูแล ชื่อที่ผู้ป่วยอยากให้เรียก สิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วย สิ่งที่จะเกิดขึ้นในวันนี้ คำถามของผู้ป่วย คำแนะนำในการดูแลตนเอง

Purposeful hourly rounding: การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยรายชั่วโมงเพื่อประเมิน ความเสี่ยง การเปลี่ยนแปลงสภาวะของผู้ป่วย อาการปวด และความต้องการอื่นๆ

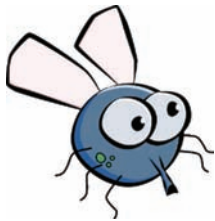
Clinical handover at the bedside: การส่งเวรที่ข้างเตียงผู้ป่วย เพื่อให้มีการสื่อสารข้อมูลที่ถูกต้อง และทำงานกับผู้ป่วยในฐานะพันธมิตร (1) เริ่มต้นด้วย hand hygiene (2) แนะนำตนเองและตรวจสอบ ID ของผู้ป่วย (3) ซักถามเกี่ยวกับสภาวะ ความต้องการ ประวัติ การแพ้ และ alert (4) ตรวจสอบชาร์ท (5) ตรวจสอบสิ่งแวดล้อมและเครื่องมือ (6) update patient board (7) final question (8) hand hygiene

Telephone discharge follow-up: การติดตามหลังจำหน่ายผ่านโทรศัพท์ เพื่อติดตาม ประเมินเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับสภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง คำแนะนำในการดูแลตนเอง การเข้า การนัดหมาย การประสานแหล่งบริการอื่น การขอความช่วยเหลือ รวมทั้งปัญหาที่เกิดขึ้นหลังจำหน่าย

ที่มา: South West Hospital and Health Service (SWHHS), Australia

ถูก: Listen to Voice of Patients (VoP)

Listen to voice of patient การรับฟังเสียงของผู้ป่วยและผู้เข้ารับบริการด้วยความเข้าใจในอารมณ์ความรู้สึก เป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญซึ่งจะนำไปสู่การออกแบบหรือปรับปรุงบริการที่ให้การดูแลความเป็นคนของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น



Act as a patient: ลองทำตัวเสมือนเป็นผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับบริการ เช่น นอนบน stretcher ที่ห้องฉุกเฉินเป็นเวลา 1 เวน หรือนอนในเตียงผู้ป่วยสามัญเป็นเวลา 1 คืน เพื่อรับรู้ความรู้สึกของผู้ป่วย

Observe like a fly: สังเกตสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ สิ่งที่ได้รับ ปฏิสัมพันธ์และความรู้สึก เหมือนแมลงวันที่เกาะอยู่บนผนัง เช่น ใครทำอะไร ผู้ป่วยต้องการอะไร อะไรทำให้ผู้ป่วยประทับใจ อะไรทำให้ผู้ป่วยผิดหวัง ผู้ป่วยประสบปัญหาอะไรบ้าง ผู้ป่วยพูดอะไรคิดอะไร ภาษากายของผู้ป่วยบอกอะไร

Patient shadowing: ขออนุญาตติดตามผู้ป่วยนอกเป็นเงาตามตัวโดยไม่แทรกแซงหรือก้าวกายการทำงานปกติ เพื่อสังเกตสิ่งที่เกิดขึ้นในขั้นตอนต่างๆ ของการเข้ารับบริการ

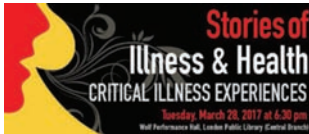
Patient's diary: รับรู้ความต้องการและความรู้สึกผ่านบันทึกของผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นการบันทึกในสมุด ผ่านการพูดหรือเขียนใส่โทรศัพท์มือถือ ผ่านผู้ช่วยบันทึก ผ่านพ่อแม่ของเด็ก หรือพยาบาล ICU (ตามความเป็นไปได้)

อนุวัฒน์ ศุภชุตกุล (13 พฤศจิกายน 2562) “Patient Experience: Make It Simple” @ Patient Experience and Engagement Summit

คุณ: Listen to Voice of Patients (VoP)

Listen to voice of patient การรับฟังเสียงของผู้ป่วยและผู้เข้ารับบริการด้วยความเข้าใจในอารมณ์ความรู้สึก เป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญซึ่งจะนำไปสู่การออกแบบหรือปรับปรุงบริการที่ให้การดูแลความเป็นคนของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น

NEED, WANT
AND HOPE FOR



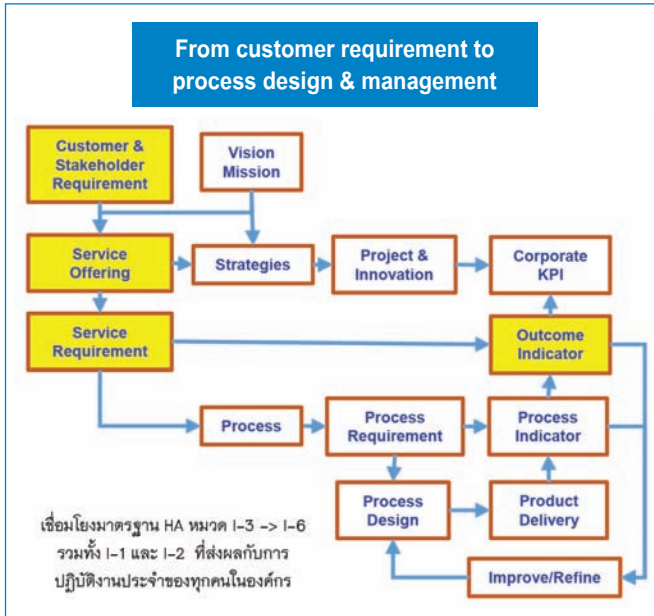
Ask "What matters to you?": ถามผู้ป่วยด้วยคำถามที่ทรงพลัง *"อะไรคือสิ่งที่สำคัญ สิ่งที่มีความหมาย ความต้องการ ความหวัง หรือความห่วงกังวลที่สำคัญ ในขณะนี้?"* เพื่อเรียนรู้ในความต้องการและความคาดหวังที่สำคัญของผู้ป่วย รับฟังและนำไปปฏิบัติ เพื่อเสริมพลังผู้ป่วย ยกกระดับผลลัพธ์ สร้างความไว้วางใจ และความสัมพันธ์ที่ดี

Break the rules for better care: ปรับเปลี่ยนกฎที่เป็นอุปสรรค ถามทั้งผู้ให้บริการและผู้ป่วยว่า *"ถ้าสามารถเปลี่ยนกฎระเบียบได้สักหนึ่งข้อเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประสบการณ์การดูแลที่ดีขึ้น สิ่งนั้นคืออะไร?"*

Narrative medicine: การรับฟังเรื่องราวของผู้ป่วย เป็นการเยียวยาผู้ป่วยในช่วงการเรื้อรังหรือเรื่องราวของตนเอง และทำให้ทีมผู้ให้บริการเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยได้ดีขึ้น ผู้ให้บริการควรฝึกที่จะรับฟังเรื่องราวของผู้ป่วยในลักษณะที่แตกต่างไปจากการซักประวัติที่ทำกัน

อนวัธน์ ศุภชุติกุล (13 พฤศจิกายน 2562) **"Patient Experience: Make It Simple"**
@ Patient Experience and Engagement Summit

ดูคุณ: Response to VoP - Process Management



แนวทางที่ 1 Process Management ตามเกณฑ์ TQA/HA

นำเสียงของผู้ป่วยมาจัดทำข้อกำหนดของบริการหรือคุณลักษณะบริการ (service requirement) ออกแบบและจัดการให้เป็นไปตามข้อกำหนดอย่างคงเส้นคงวา

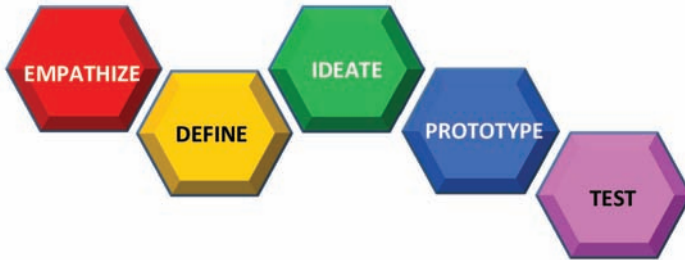
ทุกหน่วยบริการควรเข้าใจและสรุปความต้องการของผู้ป่วยแต่ละกลุ่มของตนให้ชัดเจน

ตัวอย่างข้อกำหนดบริการของหน่วยประสานงานปลูกถ่ายอวัยวะ

Customer Group	Customer Requirement	Service Offering	Service Requirement
Organ transplant candidate	Timely, safe, effective care	Reliable Organ Transplant	- CPG compliance - Thai Red Cross compliance
	Fair organ allocation	Co-ordination Service	- Shared decision making
	Being informed		- Effective & efficient coordination
	Family involvement		- Service mind
	Convenient		
	Warm & kindly interaction		

อนุวัฒน์ คุภชุตikul (13 พฤศจิกายน 2562) “Patient Experience: Make It Simple” @ Patient Experience and Engagement Summit

คุณ: Response to VoP - Design Thinking



แนวทางที่ 2 Design Thinking (Define & Ideate)

ทำความเข้าใจกับความต้องการที่ลึกซึ้งของผู้ป่วย

Define: (ผู้ป่วย)... ต้องการ..... เพราะ.....

Ideate: ใช้คำถาม How Might We.... เพื่อระดมสมองหาทางเลือกใหม่ๆ

For example, if your POV is:

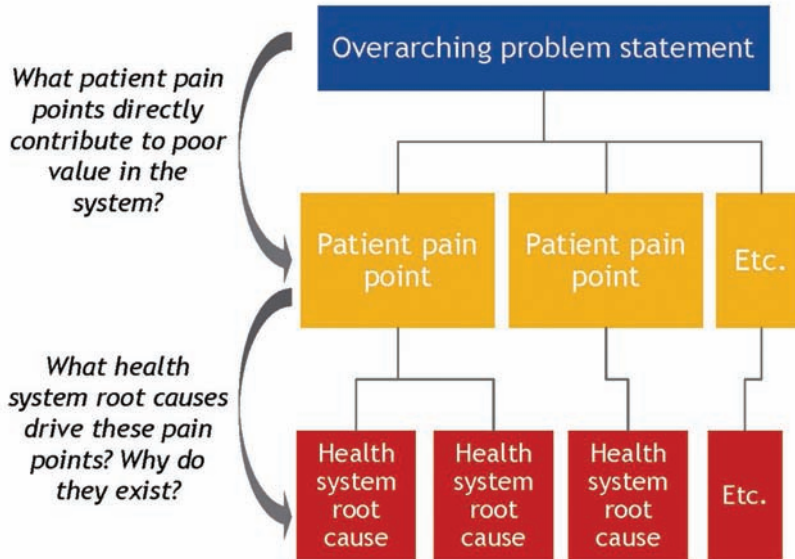
“Teenage girls need... to eat nutritious food... in order to thrive and grow in a healthy way.“

The HMW question may go as follows:

- How Might We make healthy eating appealing to young females?
- How Might We inspire teenage girls towards healthier eating options?
- How Might We make healthy eating something, which teenage girls aspire towards?
- How Might We make nutritious food more affordable?

ที่มา: www.interaction-design.org/

ถูก: Response to VoP - Root Cause at the System Level



ที่มา: World Economic Forum's Value in Healthcare Project

แนวทางที่ 3 ขับเคลื่อน Value-based healthcare & health system

- ใช้ patient journey เพื่อทำความเข้าใจปัญหาของระบบสุขภาพ
- เชื่อมโยงปัญหาความด้อยคุณค่าของบริการสุขภาพ กับ จุดจุดของผู้ป่วยตาม patient journey และสาเหตุต้นตอในระบบสุขภาพ ตาม enabler สำคัญ เช่น รูปแบบบริการ การจ่ายเงิน สารสนเทศ นโยบาย

คุณ: Patient Engagement

ความผูกพันของลูกค้า (Customer Engagement)

ความหมายของความผูกพันของลูกค้าทั่วไปสามารถประยุกต์ใช้กับความผูกพันของผู้ป่วยได้ แต่ความผูกพันของผู้ป่วยมีเป้าหมายที่ไปไกลมากกว่า คือเชื่อมโยงกับการดูแลสุขภาพของตนเองและสังคมด้วย

ระดับขั้นของความผูกพันของผู้ป่วย (Patient Engagement)



เพิ่ม brand awareness & loyalty และบอกต่อ



อนุวัฒน์ คุชชูดิกุล (15 มีนาคม 2562) “กระตุกให้คิด” @ 20th HA National Forum “Change & Collaboration for Sustainability”

ถูก: Spirituality

Compassion มีประโยชน์สำหรับผู้ป่วยไม่ว่าจะเจ็บป่วยด้วยเรื่องใด การดูแลที่ขาด compassion อาจมีผลเสียต่อสุขภาพของผู้ป่วย
Compassion สามารถช่วยพลิกสถานการณ์วิกฤติเรื่องค่าใช้จ่ายในบริการสุขภาพได้
Compassion สามารถเป็น antidote สำหรับ burnout ของผู้ให้บริการได้ เพียง 40 วินาทีของ compassion อาจช่วยชีวิตผู้ป่วยได้

Kindness Bundle

เริ่มต้นและสิ้นสุดการมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีแบบแผน

Warm personal introduction “อยากให้คุณเล่าเรื่องอะไร?”

Shared decision making “อะไรที่เป็นความต้องการสำคัญของคุณ?”
“วันนี้เป็นอย่างไงบ้าง? อะไรจะทำให้วันนี้เป็นวันที่ดีของคุณ?”

Warm close-out

“มีอะไรที่เราจะช่วยให้คุณมีความสุขสบายขึ้น?”

พลังจิตวิญญาณคือทรัพยากรเพื่อการเยียวยาที่มีอยู่ในผู้ป่วยทุกราย
ตอบสนองต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย
เสริมพลังจิตวิญญาณให้ผู้ป่วย
ใช้จิตใจที่สงบของผู้ให้บริการ เพื่อสร้างพลังบวกในการดูแลผู้ป่วย

Compassionate care มีประโยชน์กับผู้ให้บริการ

Domain	Mechanism
Psychological and neurobiological	กระตุ้น pleasure centers ในสมอง กระตุ้นกิจกรรมของ mirror neurons ปรับจากการเน้นตัวเองไปเน้นผู้อื่น Stress-buffering สำหรับผู้ให้บริการ ส่งเสริมให้ผู้ให้บริการรู้สึกว่าเวลามากพอ
Physiological	ปรับสมดุลของระบบประสาทอัตโนมัติ (parasympathetic activity > sympathetic activity)
Professional	เปลี่ยน compassion fatigue เป็น compassion satisfaction

ที่มา: Trzeciak S & Mazzarelli AJ “Compassionomics”

อนุวัฒน์ คุชชิตกุล (13 พฤศจิกายน 2562) “Patient Experience: Make It Simple” @ Patient Experience and Engagement Summit

คู่มือ: Clinical Effectiveness

องค์ประกอบสำคัญ	แนวทางปฏิบัติ
Evidence-based	Clinical appraisal, CPG, CareMap, Clinical audit
Care integration	Care integration design (by medical condition) Care implementation Care team Finance & incentive
Outcome measurement	Clinical outcome, Functional outcome PREM (patient's reported experience measure) PROM (patient's reported outcome measure)
Safety management	Risk management process Learning from incident Learning from daily operation
Digital technology	E-bedside observation & monitoring of clinical deterioration Digital rounding Closed loop medication management Communication between level of care

การดูแลด้านความเจ็บป่วยนั้นอาจพิจารณาองค์ประกอบต่อไปนี้

- ความเหมาะสมทางด้านวิชาการแพทย์ โดยใช้ evidence-based practice
- การออกแบบระบบบริการในลักษณะบูรณาการโดยยึดเอา medical condition เป็นตัวตั้ง
- การวัดผลลัพธ์ทั้งด้านคลินิก ด้าน functional และส่วนที่ผู้ป่วยรายงานผล (patient reported)
- การบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย
- การใช้ digital technology เพื่อประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และความปลอดภัย

ที่มา: อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล (18 พฤศจิกายน 2562) “Unlocking the Opportunities for Healthcare Transformation” ประชุมพยาบาลแห่งชาติ

คู่มือ: Care Integration

Care Integration Design

- จัดบริการโดยใช้กลุ่มของ medical condition เป็นตัวตั้ง
- ดูแลครบ full cycle of care รวมทั้งการเจ็บป่วยร่วมและภาวะแทรกซ้อน
- ดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่ทุ่มเท และร่วมมือกับพันธมิตร
- มีสถานที่เฉพาะที่เหมาะสม
- มีแพทย์หรือ care manager เป็นผู้กำกับดูแล
- มีการวัด outcome, cost, process, patient experience โดยใช้ common platform

Role of Meeting

- Case management meetings เพื่อวางแผนการดูแล
- Difficult case reviews
- Outcome review & improvement processes
- Literature workshops

Care Process Implementation

- จัดทำ process mapping / protocols ที่ชัดเจน พร้อมระบุตำแหน่งของจุดบริการเฉพาะ
- มีกระบวนการ handover ที่รัดกุม
- มีกำหนดเวลาที่ชัดเจน
- มีการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ
- มีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้เชี่ยวชาญภายนอกในสาขาที่เกี่ยวข้อง
- มีวัฒนธรรมของความร่วมมือและการเรียนรู้

Finance & Incentive

- มีระบบการจ่ายเงินกลางระบบเดียว
- การจ่ายสะท้อนเป้าหมายของทีมที่เป็นคุณค่า มิใช่ปริมาณ

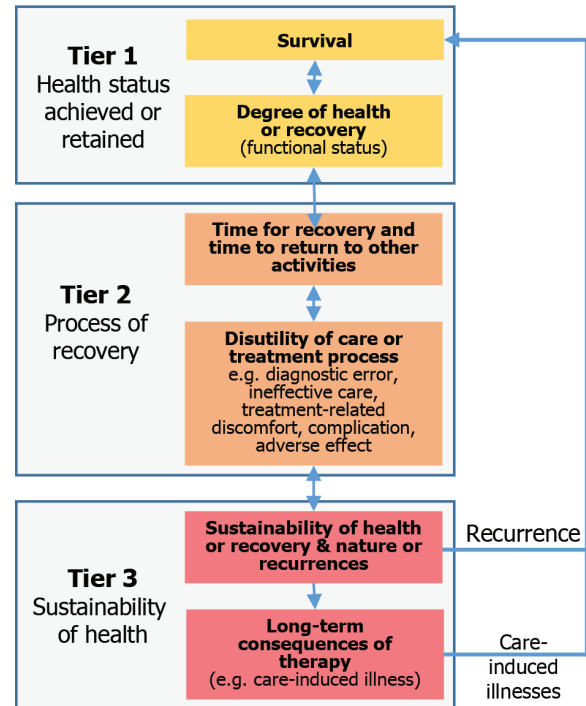
ที่มา: Michael E. Porter

คู่มือ: Outcome Measurement

Outcome Measurement Principles

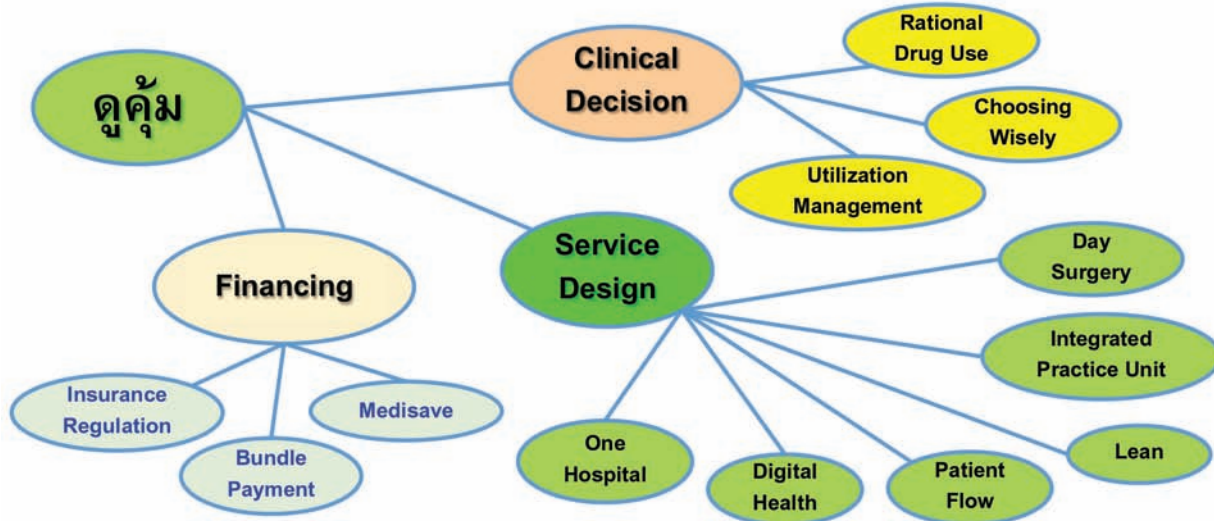
- วัดผลลัพธ์สำหรับสภาวะทางการแพทย์ (medical condition) หรือ segment ของ primary care population
- วัดความสำเร็จโดยรวมของผู้ป่วย
- วัดในสิ่งที่สอดคล้องหรือเป็นผลของการดูแล
- วัดในหลายมิติ ในสิ่งที่มีความสำคัญในมุมมองของผู้ป่วยและวิชาชีพที่ให้การดูแล
- ครอบคลุมตลอดวงจรของการดูแลสำหรับสภาวะนั้น
- ทำให้เป็นมาตรฐานสำหรับแต่ละสภาวะ
- มี risk adjustment สำหรับความรุนแรงและ underlying condition

Michael Porter เสนอให้วัด outcome เป็นสามขั้นคือ (1) สถานะสุขภาพที่ฟื้นกลับมา (2) กระบวนการของการฟื้นตัว รวมทั้งเวลาและภาวะแทรกซ้อน (3) ผลลัพธ์หรือการคงผลในระยะยาว ซึ่งสามารถดูตัวอย่างได้ที่ www.ichom.org



ที่มา: Institute For Strategy & Competitiveness. <https://www.isc.hbs.edu>

ดูคุ้ม: Economic Objective/Management Excellence)



อนุวัฒน์ ศุภชุตกุล (15 มีนาคม 2562) “กระตุกให้คิด” @ 20th HA National Forum “Change & Collaboration for Sustainability”

คู่มือ: Lean Concept

วัตถุประสงค์:
ปลอดภัย คุณภาพ ส่งมอบ ต้นทุนขวัญกำลังใจ
Safety Quality Delivery Cost Morale (SQDCM)

ทำให้เลื่อนไหลต่อเนื่อง

เครื่องมือที่เป็นไปได้:

- ทีมที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
- การจัดเตรียม (setup) ที่รวดเร็ว
- การจัดความสูญเปล่า, ทำให้รอบเวลาใกล้เคียงกับ takt time
- การปรับระดับภาระงานให้ใกล้เคียงกัน
- การปรับอุปทานให้สอดคล้องกับอุปสงค์
- ระบบการดึง (Pull systems)



พัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
โดยการทำงานเป็นทีม
(PDSA)

คุณภาพที่ฝังในระบบ

เครื่องมือที่เป็นไปได้:

- ระบบที่ป้องกันความผิดพลาด (error proof design)
- การควบคุมที่เห็นได้ชัดเพื่อป้องกันการผิดพลาด
- แผงไฟสัญญาณเตือน (andon) (Detect, stop, fix, prevent)

พื้นฐานของการปฏิบัติงานที่สม่ำเสมอ (Operational Stability)

การฝึกอบรม, งานที่เป็นมาตรฐาน (standardized work, เข้าไปดูในสถานที่จริง
แผนที่สายธารแห่งคุณค่า (VSM), การจัดการโดยใช้หลักการมองเห็น (5 ส.) การดูแลทรัพยากรเชิงรุก

Kelvin Loh & Clara Sin (2551) “Lean in Healthcare Project”

ดูคู่: Transform Waste to Value

Value of Healthcare ในมุมมองของผู้ป่วย



Without Delays, Without Mistake

General waste (DOWNTIME)

- Defects rework (การทำงานซ้ำเพื่อแก้ไขข้อบกพร่อง)
- Overproduction (การผลิต/บริการมากเกินไป)
- Waiting (การรอคอย)
- Not using staff talents (ไม่ใช้ภูมิรู้ของเจ้าหน้าที่เต็มที่) Transportation (การขนส่ง)
- Inventory (วัสดุคงคลัง)
- Motion (การเคลื่อนที่)
- Excessive processing (กระบวนการที่มากเกินไป)

แนวคิดสำคัญของ Lean คือการค้นหา waste และเปลี่ยนเป็น value ในมุมมองของลูกค้า

Clinical waste

- Unable to access, waiting (เข้าไม่ถึง รอคอย)
- Delayed/wrong diagnosis & treatment (ความล่าช้าหรือผิดพลาดในการวินิจฉัยโรคและการรักษาโรค)
- Over-use/under-use intervention & technology (การใช้วิธีการรักษาและเทคโนโลยีที่มากเกินไปหรือน้อยเกินไป)
- Error & adverse event (ความผิดพลาดและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์)
- Communication & co-ordination failure (ความบกพร่องในการสื่อสารและประสานงาน)
- Inadequate knowledge & skill (ความรู้และทักษะไม่เพียงพอ)
- Role confusion (ความสับสนในบทบาท)
- Obsolete technique & technology (& malfunction) (เทคนิคและเทคโนโลยีที่ล้าสมัยหรือใช้การไม่ได้)

Kelvin Loh & Clara Sin (2551) "Lean in Healthcare Project"

ดูคู่: Transform Waste to Value

- ใช้แพทย์และบุคลากรวิชาชีพให้ทำงานเต็มศักยภาพตามใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ
- ลด process variation ที่เพิ่มความซับซ้อนและต้นทุน
- ขจัดการให้บริการหรือการทดสอบที่ไม่เพิ่มคุณค่า หรือมีคุณค่าน้อย
- ลด cycle time ทุกขั้นตอนตลอด care cycle เพื่อขยาย capacity ของบุคลากรและสถานที่
- ลงทุนกับการเพิ่มทรัพยากรหรือบริการที่จะช่วยลดต้นทุนโดยรวมตลอด care cycle (เช่น การมาตรวจเพิ่ม การใช้ telemedicine)
- เปลี่ยนการให้บริการที่ไม่ซับซ้อนไปทำในสถานบริการที่ใช้ทรัพยากรน้อยกว่า
- ลดการให้บริการที่ซ้ำซ้อน (service duplication) ระหว่างสถานพยาบาล
- ลดการทำงานสนับสนุนที่ไม่มีประสิทธิภาพ (เช่น การนัดหมาย การจัดการ)
- เพิ่มความตระหนักเรื่องต้นทุนในที่ทำงาน (เช่น ต้นทุนของการใช้ทรัพยากร ระหว่าง suture & staple)
- เพิ่มประสิทธิภาพและ automation ในการเรียกเก็บเงิน

ที่มา: Michael E. Porter

Improve Hospital-wide Patient Flow

Shape or reduce demand

- End-of-life care
- Prevent readmission
- Relocate low-acuity in EDs
- Decrease ED visits and admissions
- Reduce variation in surgical scheduling
- Reduce preventable harm

Match capacity and demand

- Data-driven for hospital-wide patient flow
- Real-time demand & capacity management process

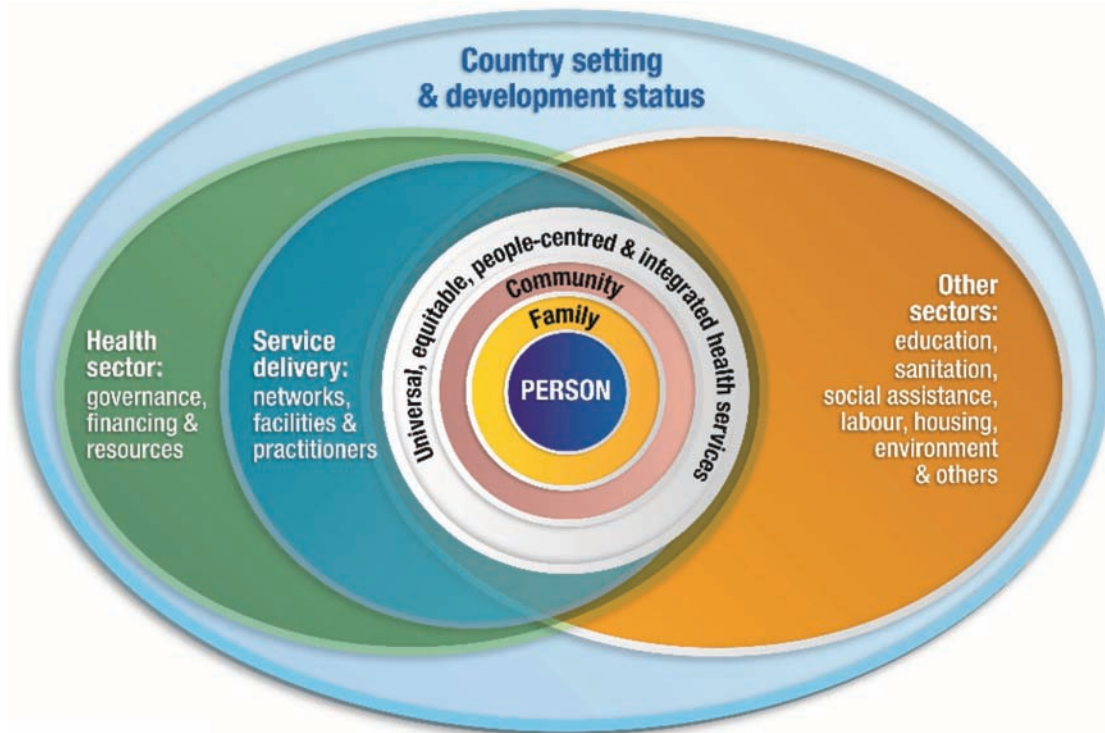
Redesign the system

- Improve efficiency, LOS, throughput
- Hospital discharge process
- Reduce LOS for patients with complex needs

ที่มา: Institute for Healthcare Improvement (IHI)

Integrated People-centered Health Services (IPCHS)

Integrated People-centered Health Services (IPCHS)



© World Health Organization 2015

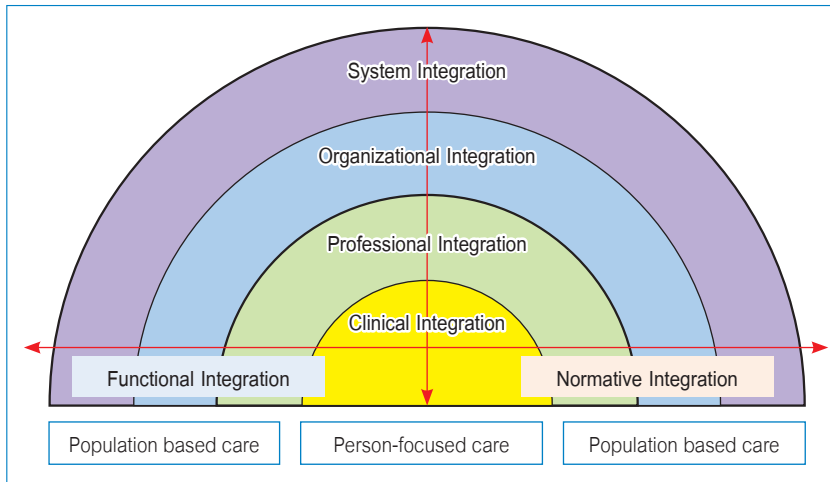
IPCHS: WHO Strategies

Framework on integrated people-centred health services: an overview



IPCHS: Rainbow Model of Integrated Care

Rainbow Model of Integrated Care



การดูแลในลักษณะบูรณาการมีขอบเขตมากกว่าการประสานงาน จึงควรให้ความสำคัญกับการบูรณาการต่อไปนี้ร่วมกับการเสริมพลังผู้ป่วย

- Clinical integration คือการดูแลที่ไร้รอยต่อ
- Professional integration คือความร่วมมือระหว่างวิชาชีพ
- Organization integration คือความร่วมมือระหว่างองค์กรกลไกกับดูแลร่วม กลยุทธ์ร่วม ตัวชี้วัด แรงจูงใจ
- System integration คือนโยบาย การประเมิน การควบคุม การเงิน กำลังคน
- Functional integration คือตัวช่วยด้านเทคนิค เช่น การสื่อสาร ข้อมูลและสารสนเทศ
- Normative integration คือตัวช่วยด้านสังคม เช่น วิทยาลัยศัลยกรรม วัฒนธรรม ความไว้วางใจ การนำ

ที่มา: International Foundation of Integrated Care (IFIC) อ้างอิงของ Valentijn P (AD 2015)

IPCHS: People-Centered

	IFIC	EFFA IHSD	WHO
Identify needs		Stratify health needs & risks	
Tacking determinants		Identify determinants of health Map support needed beyond health services	
Engage & empower patient	Health literacy Supported self-care User feedback Record access Shared decision-making Shared care planning Self-help group	Self-management Shared decision-making Peer-to-peer support Support families and carers	Engage & empower individuals & families Engage & empower informal carers Reaching the underserved & marginalized
Engage & empower communities/ populations		Protecting rights and fostering shared responsibilities Informed choice Enhance health literacy Support development of community health	Engage & empower communities
Co-production			Foster co-production

ที่มา: The European Framework for Action on Integrated Health Services Delivery (EFFA IHSD), The International Foundation for Integrated Care (IFIC), The World Health Organization (WHO) อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล (19 ธันวาคม 2562) **“Integration and Collaboration in Health Care System”**
@ การประชุมวิชาการสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย

IPCHS: Clinical Integration

	IFIC	EFFA IHSD	WHO
Care design	Care assessment & planning Ensure continuity of care Seamless care transitions Care pathways	Include services across a broad continuum Standardize practices Design care pathways Tailor patient care	Defining service priorities based on life-course needs, respecting social preferences Revaluing promotion, prevention and public health
Providers & setting	Case management Single point of entry Volunteer & community involvement	Introduce new and/or re-profiling settings Structure practices for a multidisciplinary approach Adjust the roles & scope of practice of providers Facilitate information exchange	Building strong primary care-based systems Shifting towards more outpatient and ambulatory care
Improve performance		Strengthen clinical governance Create a system of lifelong learning	Strive for quality improvement & safety
Manage service delivery		Ensure appropriate resources Link meaningfully across actors Adopt a results-orientated approach	Balance budget allocation Intersectoral collaboration

ที่มา: The European Framework for Action on Integrated Health Services Delivery (EFFA IHSD), The International Foundation for Integrated Care (IFIC), The World Health Organization (WHO) อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล (19 ธันวาคม 2562) “Integration and Collaboration in Health Care System” @ การประชุมวิชาการสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย

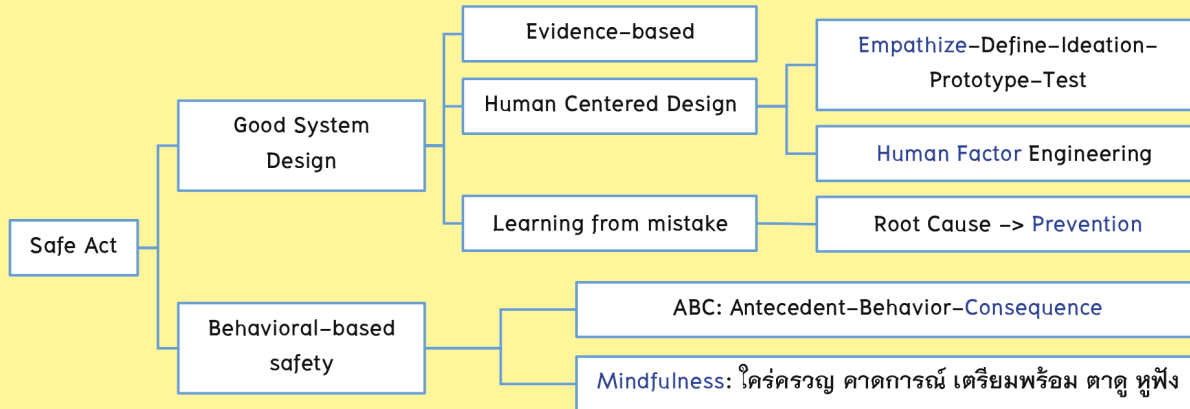
IPCHS: System Integration

Strategies	IFIC	EFFA IHSD	WHO
Accountability	Common outcome measures	Assign clear mandates Ensure resources and tools Generate evidence on performance	Strengthen leadership & management for change
Incentives	Financing & incentive arrangement	Steer the allocation of resources for purchasers Link provider payment mechanisms to performance Implement incentives for patients	Improve funding and reform payment system
Competent workforce	Adequate workforce	Recruit and orientate based on competencies Enable a supportive practice environment Establish continuing professional development	Reorient the health workforce
Others	Align regulatory framework National policies Stakeholder involvement		Align regulatory framework Innovation & spread

ที่มา: The European Framework for Action on Integrated Health Services Delivery (EFFA IHSD), The International Foundation for Integrated Care (IFIC), The World Health Organization (WHO) อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล (19 ธันวาคม 2562) **“Integration and Collaboration in Health Care System”**
@ การประชุมวิชาการสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย

ความเสี่ยงและความปลอดภัย

How to Ensure Safe Act



การทำให้มันแน่ใจว่าจะมีการปฏิบัติที่ปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ควรเน้นทั้งการออกแบบระบบที่ดีควบคู่กับการส่งเสริมพฤติกรรมการทำงานที่ดี ในด้านพฤติกรรมนั้น จะให้ความสำคัญกับการสร้าง mindfulness และการสะท้อนกลับจากผลของพฤติกรรม

อนวัณณ์ ศุภชุตีกุล (8 สิงหาคม 2562) “Risk Management” @ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

การบริหารความเสี่ยง (Risk Management)

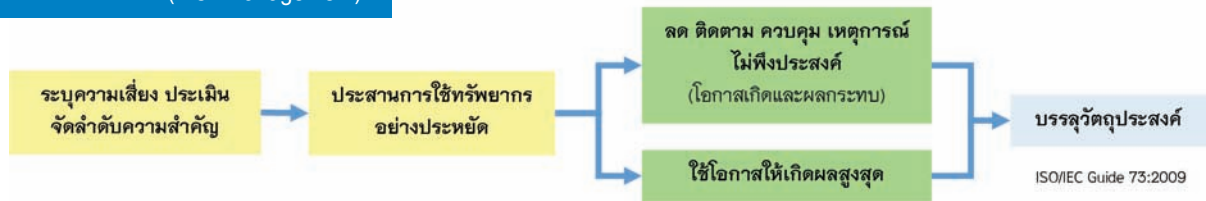
ความเสี่ยงและการบริหารความเสี่ยง

ความเสี่ยง (Risk)



Likelihood / Probability / Possibility of an incident/occurrence; of danger, injury, disease, loss, destruction, death
 WHO 2009

การบริหารความเสี่ยง (Risk Management)

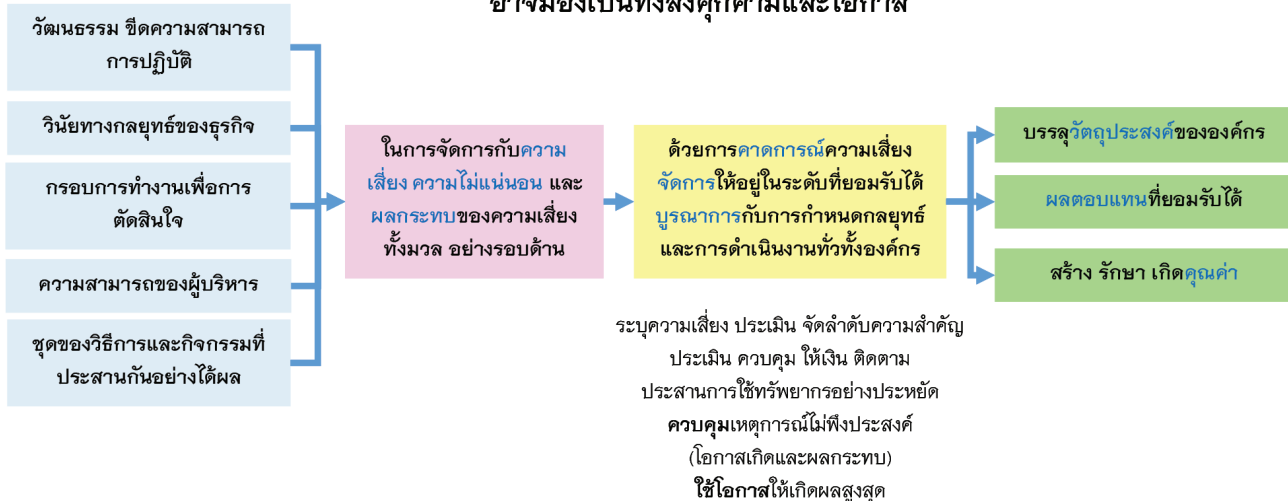


ที่มา: COSO 2017, ISO Guide 73:2009, WHO 2009,
 อนุวัฒน์ คุภชุตikul (9 กรกฎาคม 2562) “การบริหารจัดการความเสี่ยง” Health Policy & Strategy Training Program (HPT4) กสธ.

การบริหารความเสี่ยงองค์กร

การบริหารความเสี่ยงองค์กร (Enterprise Risk Management - ERM)

ในความไม่แน่นอน
อาจมองเป็นทั้งสิ่งคุกคามและโอกาส



ที่มา: CAS, COSO, RIMS, RMA, ASHRM

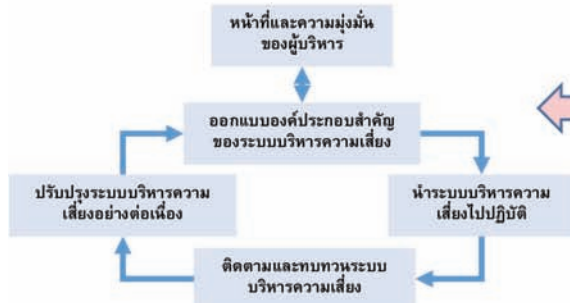
อนุวัฒน์ คุภชุติกุล (9 กรกฎาคม 2562) “การบริหารจัดการความเสี่ยง” Health Policy & Strategy Training Program (HPT4) กสธ.

การบริหารความเสี่ยงองค์กร

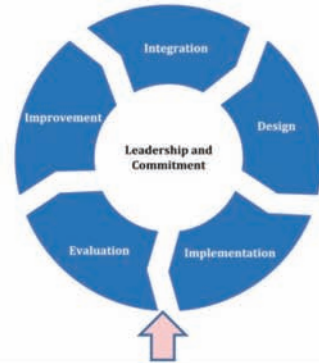
Traditional Risk Management	Enterprise Risk Management (ERM)
ถ่ายโอนความเสี่ยงด้วยการทำประกัน	อาจจะไม่ครอบคลุมด้วยการประกัน
ประเมินผลกระทบเพียงมิติเดียว	ประเมินผลกระทบในหลายมิติ
จัดการความเสี่ยงแต่ละตัว one-by-one	จัดลำดับและจัดการความเสี่ยงในลักษณะที่สัมพันธ์กัน
จัดการเฉพาะในหนึ่งหน่วยธุรกิจ (siloeed)	มองภาพกว้างทั้งองค์กร (holistic) ครอบคลุมทุกพื้นที่
เชิงรับและเป็นครั้งๆ (reactive & sporadic)	เชิงรุกและต่อเนื่อง (proactive & continuous)
พิจารณาเฉพาะด้านความเสียหาย (downside)	พิจารณาทั้งโอกาสและความเสียหาย (upside & downside)
เน้นการปฏิบัติตามกฎ บรรเทาผลกระทบ	มุ่งเน้นที่เป้าหมายของกิจการ ให้คุณค่าสูงสุดกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
เน้นการควบคุมกระบวนการ	ผสานเข้ากับฐานคิดและวัฒนธรรมองค์กรเพื่อบรรลุพันธกิจ
เน้นกิจกรรมประจำวัน	เป็นองค์ประกอบในการตัดสินใจที่สำคัญทั้งหมดทั่วทั้งองค์กร
เป็นกิจกรรมที่แยกส่วน (disjointed activities)	บูรณาการและสนับสนุนกลยุทธ์
เป็นหน้าที่ของหัวหน้าของแต่ละส่วนงาน	เป็นหน้าที่ของผู้บริหารระดับสูง

ที่มา: CAS, RIMS, Protiviti, ASHRM, www.eminsightsbycarol.com และ เกศริน กัทรเปรมเจริญ

Risk Management Framework



ISO 31000: 2009 เริ่มต้นด้วยหน้าที่และความมุ่งมั่นของผู้บริหาร เน้นการออกแบบและหมุนวงล้อ PDSA ของระบบบริหารความเสี่ยง



ISO 31000: 2018 ปรับการนำและความมุ่งมั่นเป็นศูนย์กลางของการบริหารความเสี่ยง และเพิ่ม integration มาต่อกับวงล้อ PDSA



Governance & Culture	Strategy & Objective-Setting	Performance	Review & Revision	Information, Communication, & Reporting
<ol style="list-style-type: none"> Exercises Board Risk Oversight Establishes Operating Structures Defines Desired Culture Demonstrates Commitment to Core Values Attracts, Develops, and Retains Capable Individuals 	<ol style="list-style-type: none"> Analyzes Business Context Defines Risk Appetite Evaluates Alternative Strategies Formulates Business Objectives 	<ol style="list-style-type: none"> Identifies Risk Assesses Severity of Risk Prioritizes Risks Implements Risk Responses Develops Portfolio View 	<ol style="list-style-type: none"> Assesses Substantial Change Reviews Risk and Performance Pursues Improvement in Enterprise Risk Management 	<ol style="list-style-type: none"> Leverages Information and Technology Communicates Risk Information Reports on Risk, Culture, and Performance

COSO 2017 นำ governance, culture, strategy เป็นจุดเริ่มต้นของ ERM

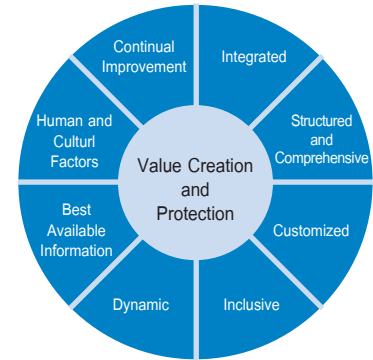
ที่มา: ISO31000:2009, ISO31000: 2018, COSO 2017

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (9 กรกฎาคม 2562) “การบริหารจัดการความเสี่ยง” Health Policy & Strategy Training Program (FTP4) กส5.

Risk Management Principle

1. **Value creation & protection:** RM สร้างและปกป้องคุณค่า
2. **Integrated:** บูรณาการ RM ในทุกกิจกรรม
3. **Structured & comprehensive:** ใช้แนวทางที่เป็นขั้นตอนชัดเจน เป็นองค์รวม
4. **Customized / organization objective:** เชื่อมโยงกับวัตถุประสงค์และกลยุทธ์ขององค์กร
5. **Inclusive:** เชื้อเชิญผู้เกี่ยวข้องเข้าร่วม ทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ
6. **Dynamic:** มีความเป็นพลวัต หมุนซ้ำ ตอบสนองการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสม
7. **Best available information / informed decision:** ตัดสินใจโดยใช้ข้อมูลที่ดีที่สุดที่มีอยู่ในขณะนั้น
8. **Human & cultural factors:** พิจารณาปัจจัยมนุษย์และวัฒนธรรม
9. **Address & manage uncertainty:** พิจารณาและจัดการกับความไม่แน่นอน (ISO 31000 : 2009)
10. **Continual improvement:** ปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

ที่มา: บูรณาการจาก ISO 31000:2018, ISO 31000:2009, COSO, RIMS และ ASHRM อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล (9 กรกฎาคม 2562) Health Policy & Strategy Training Program กสธ.



Risk Management Principles

คือแนวคิด กฎ หรือความจริงพื้นฐาน ซึ่งควรใช้เป็นแนวทางในการออกแบบและนำกระบวนการบริหารความเสี่ยงไปปฏิบัติ โดยมีหลักการที่เป็นแกนสำคัญคือ “การบริหารความเสี่ยงคือการสร้างและปกป้องคุณค่า” รวมทั้งเน้นปรัชญาการบริหารว่าความมองการบริหารความเสี่ยงเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งของการตัดสินใจเชิงกลยุทธ์

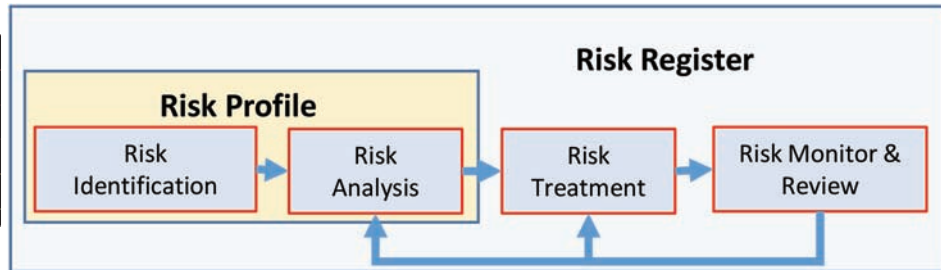
Risk Management Process



Risk Register

Risk Register เป็นเอกสารหลักเพื่อเป็นเครื่องมือในการบริหารความเสี่ยงทุกขั้นตอน ทำให้เป็นกระบวนการที่มีชีวิต เป็นพลวัต มีการปรับปรุงวิธีการทำงานอย่างต่อเนื่อง

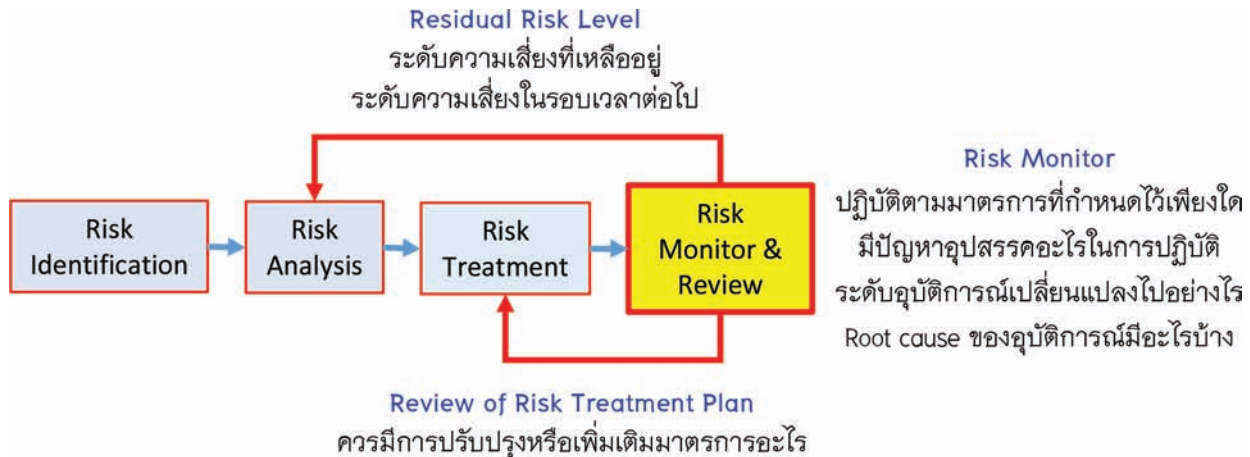
Consequence	Catastrophic	Red	Red	Red	Red	Red
	Major	Orange	Orange	Red	Red	Red
	Moderate	Yellow	Yellow	Orange	Red	Red
	Minor	Green	Yellow	Yellow	Orange	Orange
	Negligible	Green	Green	Green	Yellow	Yellow
		Remote	Uncommon	Occasional	Probable	Frequent
		Likelihood				



Risk Profile เป็นเอกสารอธิบายชุดของความเสียหาย วิเคราะห์สิ่งคุกคามที่องค์กรเผชิญ อาจนำเสนอในรูปแบบ risk matrix หรือ risk rating table

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (14 มีนาคม 2561) “Risk Management Through Risk Register” @ 19th HA National Forum
อ้างอิงคำจำกัดความของ Risk Profile และ Risk Register จาก ISO 31000

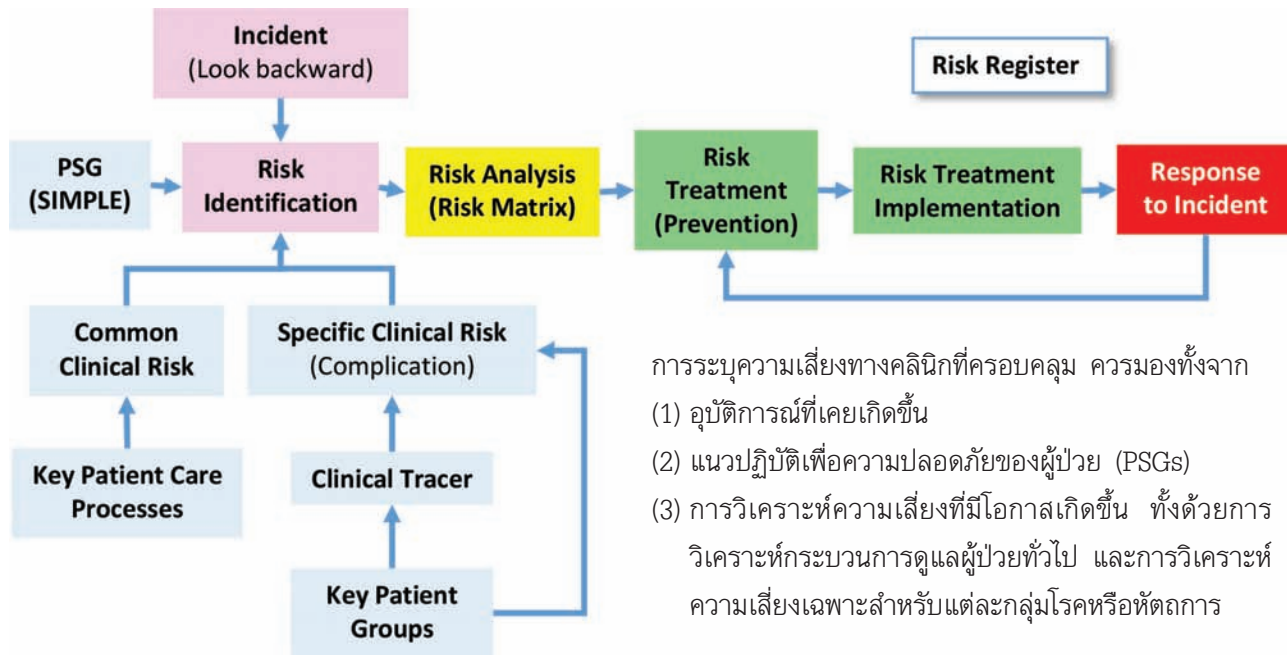
Risk Monitor & Review



คุณค่าสำคัญของ risk register คือการทำให้กระบวนการบริหารความเสี่ยงเป็นพลวัตด้วยการ (1) กำหนด risk owner ที่ชัดเจน (2) กำหนดรอบเวลาของการทบทวนมาตรการป้องกันความเสี่ยงตามระดับความเสี่ยง ประโยชน์จะเกิดขึ้นต่อเมื่อมีการนำผลการทำ RCA ของอุบัติการณ์ต่างๆ มาพิจารณาปรับปรุงมาตรการรับมือ กับความเสี่ยง

อนุวัฒน์ ศุภชุตikul (14 มีนาคม 2561) “Risk Management Through Risk Register” @ 19th HA National Forum

Clinical Risk



การระบุความเสี่ยงทางคลินิกที่ครอบคลุม ความมองทั้งจาก

- (1) อุบัติการณ์ที่เคยเกิดขึ้น
- (2) แนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (PSGs)
- (3) การวิเคราะห์ความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้น ทั้งด้วยการวิเคราะห์กระบวนการดูแลผู้ป่วยทั่วไป และการวิเคราะห์ความเสี่ยงเฉพาะสำหรับแต่ละกลุ่มโรคหรือหัตถการ

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล (8 พฤศจิกายน 2562) “Spotlight on Advanced HA” @ มหกรรมคุณภาพโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

Root Cause Analysis (RCA)

เกณฑ์พิจารณาเลือกใช้วิธีการทำ RCA

Safety Assessment Score

	Catastrophic	Major	Moderate	Minor
Frequent	3	3	2	1
Occasional	3	2	1	1
Uncommon	3	2	1	1
Remote	3	2	1	1

Comprehensive RCA

Concise RCA

CRITERIA	AAR	CONCISE	COMPREHENSIVE	MULTI-INCIDENT
Safety Assessment Score (severity and probability)	1	1 and some 2	3 and some 2	1, 2 and 3
Timelines	1-2 hours	Hours to Days	Weeks to Months	Variable

การทำ RCA สามารถทำได้หลายวิธีขึ้นกับระดับของอุบัติการณ์ซึ่งประเมินจาก Safety Assessment Score

ที่มา: Canadian Patient Safety Institute,

อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล (7 พฤศจิกายน 2562) “High-tech, High-touch, High-trust in Healthcare” @ การประชุม HA Regional Forum ภาคใต้

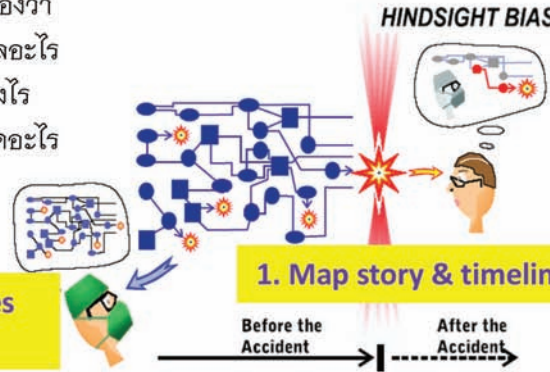
Comprehensive RCA

3. Listen, observe & investigate

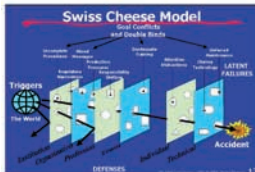
รับฟังเสียงของผู้เกี่ยวข้องว่า
ประสบอะไร ได้รับข้อมูลอะไร
แปลความหมายอย่างไร
ต้องการอะไร มีข้อจำกัดอะไร

2. Identify potential change or unsafe act

ใช้ประโยชน์จากอคติของการมอง
ย้อนหลังในการหาจุดเปลี่ยนที่เป็น
โอกาสพัฒนา โดยไม่ตำหนิผู้คน



4. Identify root causes (Swiss Cheese)



พิจารณา root
cause ว่ามีรอย
โหวในปรากฏ
บ่งกันอะไรบ้าง

1. Map story & timeline

5. Propose creative solution

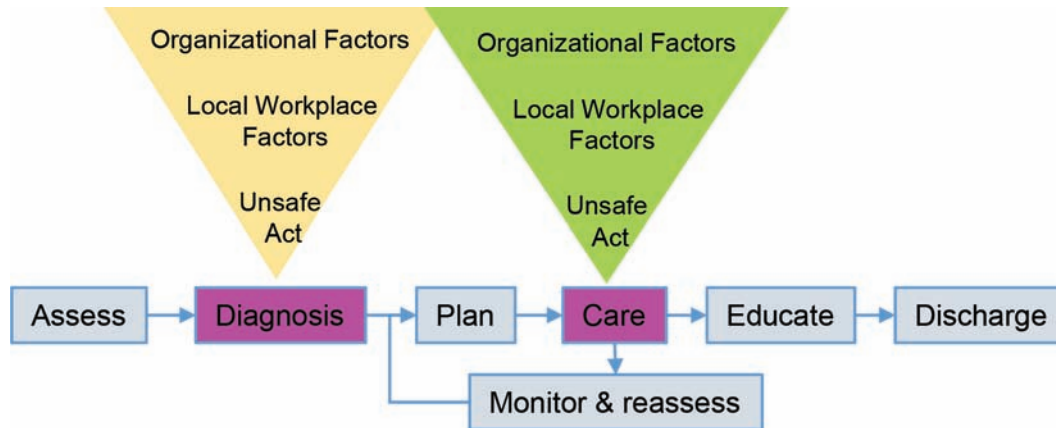
How to prevent it?
How to make it better?
How to detect it earlier?
How to do it earlier?
How to do it more appropriate?

สรพ. (13 กันยายน 2558) “ภาพฝัน ความปลอดภัยของผู้ป่วย” @ 3rd Mini-conference ความปลอดภัยในผู้ป่วย ร่วมด้วย ช่วยได้ทุกคน

RCA มอหงา Swiss Cheese ในสองระนาบ

แต่ละจุดเปลี่ยนหรือ unsafe act มี root cause ของตนเอง
ซึ่งอาจแตกต่างกัน

ถาม WHY โดยมีแนวคิดเชิงระบบอยู่ในใจ



อนุวัฒน์ ศุภชุตikul (15 มิถุนายน 2560) “RCA ทาตันตอให้เจอ” @ การประชุม CoP RM

5 Rules of Causation เพื่อการเขียน Actionable Root Cause

INCORRECT	CORRECT
Rule 1. Clearly show the “cause and effect” relationship. แสดงความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลอย่างชัดเจน	
<p>แพทย์ประจำบ้านอ่อนล้า</p>	<p>แพทย์ประจำบ้านต้องอยู่เวร 80 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ทำให้ระดับความอ่อนล้ามากขึ้น นำไปสู่การอ่านคำแนะนำเรื่องขนาดยาผิดพลาด</p>
Rule 2. Use specific and accurate descriptors for what occurred, rather than negative and vague words. ใช้คำอธิบายที่เฉพาะเจาะจงและตรงกับสิ่งที่เกิดขึ้น หลีกเลี่ยงการใช้ถ้อยคำเชิงลบหรือคลุมเครือ เช่น แย่ ไม่พอเพียง ผิด เลว ล้มเหลว ไม่ระวัง	
<p>คู่มือเขียนไม่ดี (poorly written)</p>	<p>คู่มือผู้ใช้ infusion pump ใช้ font ขนาด 8 point และไม่มีภาพประกอบ ทำให้พยาบาลไม่ค่อยเปิดดู เพิ่มโอกาสที่จะมีการตั้งโปรแกรม infusion pump ไม่ถูกต้อง</p>
Rule 3. Human errors must have a preceding cause. ความผิดพลาดของมนุษย์จะต้องมีสาเหตุนำ	
<p>แพทย์ประจำบ้านสั่งยาผิดขนาด ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาเกินขนาด.</p>	<p>การแสดงรายการยาในระบบ Computerized Physician Order Entry (CPOE) ไม่มีช่องว่างระหว่างขนาดยาที่แตกต่างกันบนหน้าจอมากพอ ทำให้มีโอกาสเลือกยาผิดขนาด นำไปสู่การได้รับยาเกินขนาดของผู้ป่วย</p>
Rule 4. Violations of procedure are not root causes, but must have a preceding cause. การฝ่าฝืนระเบียบปฏิบัติไม่ใช่ root cause จะต้องมีส่วนเหตุ	
<p>เทคนิคเขียนมิได้ทำตามระเบียบปฏิบัติในการทำ CT scans ทำให้ผู้ป่วยได้รับ air bolus จาก syringe แปล่าส่งผลให้เกิด fatal air embolism</p>	<p>เสียงและความสับสนในพื้นที่เตรียมผู้ป่วย ร่วมกับความคิดค้นในการสร้างผลงาน เพิ่มโอกาสที่จะให้ขั้นตอนต่างๆ ในการทำ CT scan ถูกละเลย ส่งผลให้มีการฉีด air embolism จากการใช้ empty syringe</p>
Rule 5. Failure to act is only causal when there is a pre-existing duty to act. การไม่กระทำเป็นสาเหตุต่อเมื่อมีการกำหนดไว้ก่อนว่าเป็นหน้าที่ที่ต้องกระทำ	
<p>พยาบาลมิได้เช็ค STAT orders ทุกครึ่งชั่วโมง ทำให้มีความล่าช้าในการเริ่มต้นให้ anticoagulation therapy เพิ่มโอกาสที่จะทำให้เกิด blood clot</p>	<p>การที่ไม่มีการมอบหมายหน้าที่ให้ designated RNs ตรวจสอบคำสั่งตามเวลาที่ชัดเจน เพิ่มโอกาสที่จะไม่มีการรับคำสั่ง STAT orders หรือรับคำสั่งล่าช้า ทำให้เกิดความล่าช้าในการให้การรักษ</p>

NPSF: RCA² Improving Root Cause Analysis and Actions to Prevent Harm

มุ่งเน้นที่ Strong Action

Weak Action ต้องพึ่งพาความจำของมนุษย์

ประเภท	ตัวอย่าง
Double checks	คนหนึ่งคำนวณขนาดยา อีกคนหนึ่งทบทวน
สัญญาณเตือน	เพิ่มเสียงสัญญาณเตือนหรือฉลากเตือน
คู่มือ	ให้เจ้าหน้าที่จำว่าต้องตรวจสอบ IV site ทุก 2 ชั่วโมง
การฝึกอบรม	สาธิตวิธีการใช้เครื่องมือแพทย์ที่ใช้อยาก

Strong Action ไม่ต้องพึ่งพาความจำของมนุษย์

ประเภท	ตัวอย่าง
ปรับโครงสร้าง	เปลี่ยนเป็นประตูเลื่อนไฟฟ้าเพื่อลดการทกถล่มของผู้ป่วย
การควบคุมทางวิศวกรรม	ไม่ใช้ universal adaptors และใช้ tubing/fitting ที่ป้องกันการผิดพลาดในการต่อเชื่อม
ความเรียบง่าย	ขจัดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นในกระบวนการทำงาน
มาตรฐาน	ใช้ medication pump ที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งโรงพยาบาล
ผู้นำมีส่วนร่วม	มีปฏิสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ สนับสนุนกระบวนการ RCA ชื่อเครื่องมือที่จำเป็น ปรับอัตราค่าล้างและภาระงานให้สมดุล

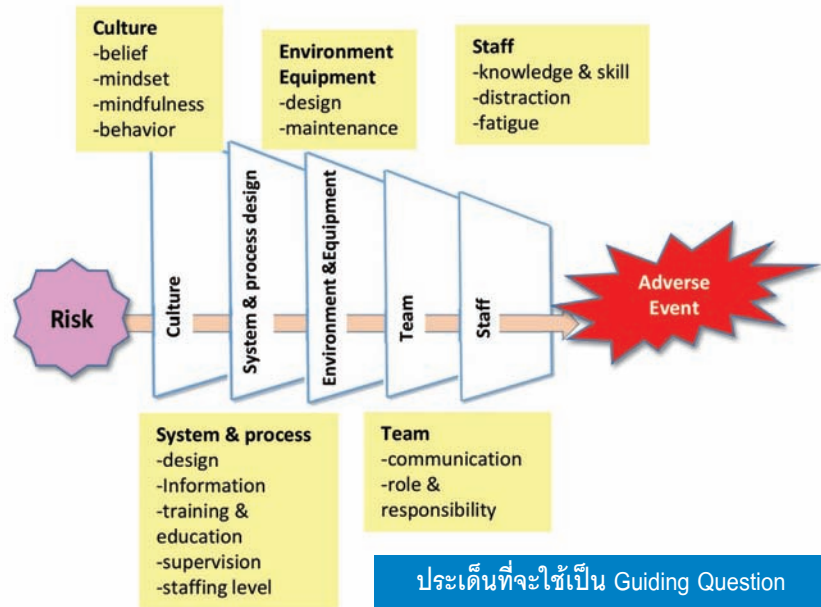
Intermediate Action

ประเภท	ตัวอย่าง
Redundancy	ใช้พยาบาลสองคนคำนวณขนาดยาเสียงสูงโดยอิสระจากกัน
ปรับคนกับงาน	จัดให้มีเจ้าหน้าที่สำรองเพื่อช่วยทำงานในช่วง peak ของงาน
software	ใช้ computer alert เมื่อมี drug-drug interaction
ลดการรบกวน	จัดให้มีห้องที่สงบเงียบสำหรับตั้งโปรแกรมการให้ยา
Simulation-based training	ฝึกอบรมการส่งเวรในห้องปฏิบัติการจำลอง และมี การทำ AAR
Checklist	Pre-induction & pre-incision checklist ในห้องผ่าตัด
ขจัด LASA	ไม่เก็บ LASA drug ไว้ติดกัน
เครื่องมือสื่อสารมาตรฐาน	ใช้ read-back สำหรับ critical lab value ทุกตัว ใช้ read-back หรือ repeat-back สำหรับการสั่งยาด้วยวาจา
การเน้นข้อความบนเอกสาร	Highlight ชื่อยาและขนาดยาบน IV bags

NPSF: RCA² Improving Root Cause Analysis and Actions to Prevent Harm

Concise RCA

- 1) ทบทวนรายงานและเก็บรวบรวมข้อเท็จจริงที่จำเป็นเพื่อทำความเข้าใจว่าเกิดอะไรขึ้น
- 2) ทบทวนข้อมูลที่เกี่ยวข้องและนำมาพูดคุยกันอย่างไม่เป็นทางการ เช่น นโยบายระเบียบปฏิบัติ รายงานวิชาการ การสแกนสิ่งแวดล้อม อุบัติการณ์ที่เคยรายงาน การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ
- 3) ระบุนโยบายการดำเนินงานและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
- 4) ใช้ guiding questions เพื่อสำรวจปัจจัยสาเหตุที่เป็นไปได้ทั้งหมด
- 5) พิจารณาว่ามีหลักฐานเพียงพอที่จะจัดทำข้อเสนอแนะหรือไม่ (โดยทั่วไปจะเป็นมาตรการที่รับรู้อยู่แล้วในวารสารวิชาการ) ถ้ามีให้สรุปเสนอผู้มีอำนาจตัดสินใจ พร้อมทั้งแนวทางการประเมินผล



ที่มา: Canadian Patient Safety Institute, อนุวัฒน์ คุภชุตติกุล (22 มกราคม 2563) “From Incident to Smart Design”

AAR & Debriefing

AAR

- What was expected to happen? (Work-as-Imagine)
- What actually happened? (Work-as-done)
- What is the difference?
- What has been learnt? (Reconcile)

After Action Review (AAR) เป็นการทบทวนง่ายๆ ที่ใช้สรุปบทเรียนหลังทำกิจกรรม เพื่อพิจารณาว่าเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของกิจกรรม อะไรเป็นสิ่งที่ควรรักษาไว้ และอะไรควรปรับปรุงให้ดีขึ้น

แนวทางนี้สามารถนำมาใช้เพื่อการทบทวนหาสาเหตุของอุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงน้อย และมีสาเหตุที่ค่อนข้างชัดเจน ทำให้สรุปผลได้อย่างรวดเร็ว

Debriefing หรือ Huddles ก็มีลักษณะคล้ายกัน

Debriefing or Huddles

หมายถึงการไตร่ตรองสะท้อนคิดโดยมีผู้ช่วยเหลือ (facilitated or guided reflection) ทันทีหลังเกิดเหตุการณ์

เป็นการพูดคุยเกี่ยวกับสิ่งที่ปฏิบัติและกระบวนการที่วางแผนไว้ ส่งเสริมให้มีการไตร่ตรองสะท้อนคิด และประมวลผลเพื่อปรับปรุงการปฏิบัติสำหรับรับมือกับเหตุการณ์ ทำนองเดียวกันในอนาคต

Hagley G, Mills PD, Watts BV, et al. Review of alternatives to root cause analysis: developing a robust system for incident report analysis. *BMJ Open Quality* 2019;8:e000646

Learning from Defect (LFD)

1 เกิดอะไรขึ้น (What happened?)

- มีใครเกี่ยวข้องกับบ้าง?
- มีการกระทำอะไรเกิดขึ้น?
- สมาชิกในทีมคิดและรู้สึกอะไรบ้าง? (ผลประโยชน์/รางวัล/จุดจืด)
- ผู้ป่วยคิดและรู้สึกอะไรบ้าง?
- เกิดอะไรขึ้นในเวลาเดียวกัน?
- อะไรที่เกิดขึ้นแล้วส่งผลกระทบต่อด้านดี?
- อะไรที่เกิดขึ้นแล้วส่งผลกระทบต่อด้านร้าย?
- มีการใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีอะไร ใช้อย่างไร?

2 ทำไมจึงเกิดขึ้น (Why did it happen?)

- ลักษณะของผู้ป่วย/ครอบครัว
- ปัจจัยด้านงาน
- ปัจจัยด้านทีม
- ปัจจัยด้านความรู้และทักษะ
- ปัจจัยด้านเทคโนโลยี
- สิ่งแวดล้อมเฉพาะที่
- ปัจจัยองค์กร
- ปัจจัยอื่นๆ

เลือกสาเหตุสำคัญที่พบบ่อยมาดำเนินการ

3 จะลดความเสี่ยงได้อย่างไร

Weaker

Intermediate

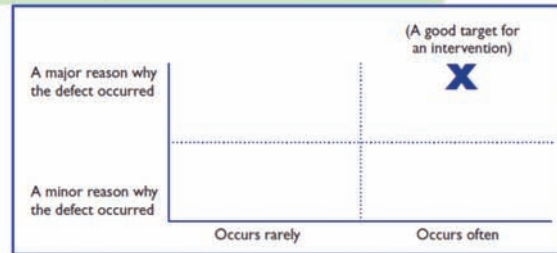
Stronger

บอกให้ผู้ปฏิบัติงานใช้
ความระมัดระวังมากขึ้น

จัดหรือลด
การรบกวน

ออกแบบกระบวนการหรือ
อุปกรณ์เพื่อป้องกันความ
ผิดพลาด

4 จะรู้ได้อย่างไรว่าความเสี่ยงลดลง



วิธีการนี้มีความใกล้เคียงกับ concise RCA

https://www.hopkinsmedicine.org/armstrong_institute/_files/cusp_toolkit_new/learning-from-defects-tool.pdf

Aggregate (multi-incident) RCA

- Multi-incident analysis เป็นการทบทวนหลายๆ อุบัติการณ์ในครั้งเดียวกัน แทนที่จะเป็นการทบทวนทีละอุบัติเหตุ โดยการจัดกลุ่มอุบัติเหตุเป็น themes (ตามองค์ประกอบหรือแหล่งกำเนิด)
- Multi-incident analysis สามารถใช้สำหรับเหตุการณ์ต่อไปนี้ซึ่งเกิดขึ้นในช่วงเวลาสั้นๆ รวมจากทุกที่
 - อุบัติการณ์ที่เกิดอันตรายในระดับต่ำหรือปานกลาง
 - อุบัติการณ์ที่ไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย
 - เหตุการณ์ที่เป็น near miss
- วิธีการนี้สามารถใช้ทบทวนกลุ่มของการวิเคราะห์ที่ได้จัดทำไว้ด้วยวิธี comprehensive และ concise
- การวิเคราะห์นี้สามารถสร้างการเรียนรู้ที่มีคุณค่าในระดับกว้างขององค์กรซึ่งไม่สามารถได้จากวิธีอื่น
 - เปรียบเทียบและหาข้อสรุปเกี่ยวกับแบบแผนของอุบัติเหตุและ descriptive statistics
 - ทำ qualitative analysis เปรียบเทียบปัจจัยสาเหตุและข้อเสนอแนะเพื่อหา common trends

ที่มา: Canadian Patient Safety Institute, อนุวัฒน์ ศุภชติกุล (22 มกราคม 2563) “From Incident to Smart Design”

Put Mindfulness into RCA

นำคำถามเหล่านี้ไปร่วมพิจารณาในการทำ RCA ทุกครั้ง

❑ คาดการณ์ (Preoccupy with failure)

- ผู้เกี่ยวข้องคาดการณ์อย่างรอบด้านในความเสี่ยงต่างๆ หรือไม่

❑ เตรียมพร้อม (Commitment to resilience)

- มีข้อมูลแสดงถึงการเตรียมพร้อมรับมือกับปัญหาที่เคยเกิดและคาดว่าจะเกิดหรือไม่

❑ ตาดู (Sensitivity to operation)

- มีการประเมินสถานการณ์หรือตรวจจับความผิดปกติ ทั้งตามรูปแบบที่กำหนด และด้วยทักษะพิเศษอย่างไร

❑ หูฟัง (Deference to expertise)

- มีการรับฟัง สมาชิกในที่มอย่างไร มีข้อมูลอะไรที่สมาชิกเอ๊ะแต่ไม่ได้พูดออกมา

❑ ไคร้ครวญ (Reluctance to simplify)

- มีการด่วนสรุปอะไรที่ง่ายเกินไปหรือไม่ ควรมองปัจจัยอะไรเพิ่มเติม

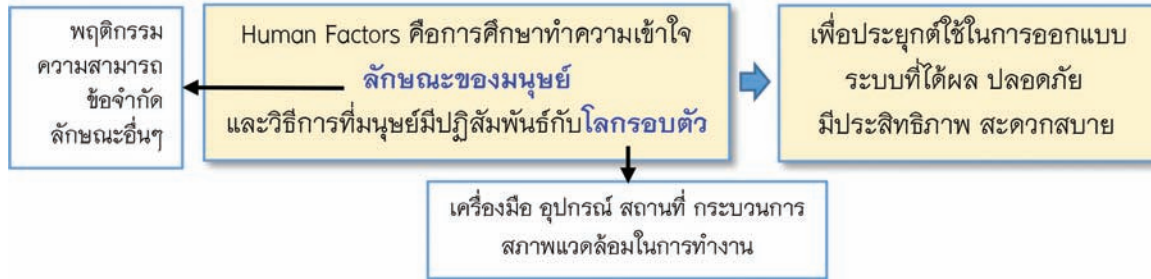
การทำ RCA ที่จะทำให้เข้าใจสาเหตุหรือปัจจัยเอื้อต่อการเกิดอุบัติเหตุ นำไปสู่การปรับปรุงหรือการออกแบบระบบงานเพื่อป้องกันปัญหาในอนาคต

หากใช้โอกาสนี้มาทบทวนในแง่มุมมองของ mindfulness จะช่วยส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมของการทำงานที่มี mindfulness และเป็นกรณีศึกษาสำหรับการฝึก situation awareness

อนุวัฒน์ ศุภชุตikul (7 พฤศจิกายน 2562) “High-tech, High-touch, High-trust in Healthcare” @ HA Regional Forum ภาคใต้

Human Factor Engineering

Human Factors



ศักยภาพของสมองมนุษย์

- มีความคิดสร้างสรรค์ มีจินตนาการ ตระหนักรู้
- ยืดหยุ่นในการคิด
- สามารถหาทางลัดในการทำให้บรรลุเป้าหมาย
- สามารถคัดกรองข้อมูล
- สามารถ make sense of things
- รับมือกับความซับซ้อนและความไม่ชัดเจนได้

ข้อจำกัดของมนุษย์

- มีข้อจำกัดใน capacity of working memory
- ถูกเบี่ยงเบนความสนใจได้ง่าย จากการถูกรบกวนหรือการขัดจังหวะ
- ความอ่อนล้า ความเครียด มีผลต่อการทำงาน
- การตีความ ทำความเข้าใจ และตอบสนอง อาจผิดพลาดได้

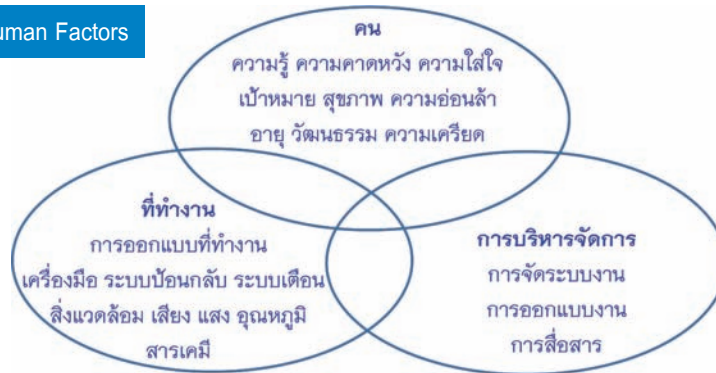
ที่มา: WHO Patient Safety Curriculum Guide 2011

Human Factors

ทำไม Human Factors จึงมีความสำคัญ

- แนวคิดดั้งเดิม “perfectibility” (มนุษย์มีความสามารถที่สมบูรณ์แบบ ถ้าใส่ใจมากพอ ทำงานหนักพอ ใช้การไม่ได้ ได้รับการฝึกอบรมดีพอ จะหลีกเลี่ยงความผิดพลาด) ใช้ไม่ได้ผล
- แนวคิด Human Factors ยอมรับธรรมชาติที่มีอยู่ทั่วไปในเรื่องความผิดพลาดของมนุษย์
- ประเด็น Human Factors เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในบริการสุขภาพ
- การยอมรับว่า human error เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ จึงออกแบบระบบที่จะลดผลกระทบจาก human error

Interaction of Human Factors



ที่มา: WHO Patient Safety Curriculum Guide 2011

Principles of Human Factor Engineering

- Avoid reliance on memory
- Review & simplify process
- Standardize common process
- Use forcing functions and constraints
- Use redundancies
- Take advantage of habits and patterns
- Promote effective team functioning
- Simulation
- Task analysis & workflow
- Macroergonomics

ที่มา: WHO Patient Safety Curriculum Guide 2011 & IHI Open School

Avoid Reliance on Memory

- ❑ สมองของมนุษย์สามารถจดจำข้อมูลได้ครั้งละ 5-7 เรื่องเท่านั้น
- ❑ เมื่อต้องทำงานกับกระบวนการที่ซับซ้อน การทำบัญชีรายการจะช่วยให้
- ❑ การใช้ checklists มีประโยชน์ที่จะทำให้มั่นใจว่าได้ทำทุกขั้นตอนที่จำเป็น
 - เป้าหมายมิใช่การเช็คให้ครบถ้วน แต่ใช้เป็น guide ในการทำงานให้ครบถ้วน
- ❑ ทำหน้าที่เป็น reminder และเป็นโอกาสให้ appreciate ความสำคัญของงาน
- ❑ ตัวอย่าง checklists in health care:
 - A checklist for the processing of chemotherapy orders
 - A central line insertion checklist
 - A fall reduction checklist (assessment & actions to be taken)
 - A database of critical elements of information that nurses must exchange at shift changes
 - A checklist to help reduce the likelihood of surgical errors

ที่มา: IHI Open School

Review & Simplify Process

Design for Simplicity

1. **Historical Review** ถามว่า “สิ่งนี้ยังจำเป็นอยู่หรือไม่”
2. **Shedding, Trimming, Cutting, Slimming** จัดทุกสิ่งที่ไม่สามารถอธิบายความจำเป็นที่ต้องมีอยู่
3. **Listening** รับฟังคนทำงานว่าอะไรจำเป็น
4. **Combining** นำงานที่เคยแยกกันทำ มาทำพร้อมกัน
5. **Extracting Concepts** สะกัดแนวคิดเบื้องต้น ใช้แนวคิดนั้นหาวิธีอื่นที่ง่ายกว่า
6. **Bulk and Exceptions** หาวิธีที่เรียบง่ายสำหรับจัดการกับงานส่วนใหญ่ และออกแบบเฉพาะสำหรับ 'exceptions'
7. **Restructuring** ปรับเปลี่ยนโครงสร้างชั้นพื้นฐาน
8. **Start Afresh** เริ่มต้นออกแบบจากศูนย์โดยมุ่งเน้นคุณค่า
9. **Modules and Smaller Units** แบ่งสถานการณ์ทั้งหมดเป็นหน่วยย่อยเล็กๆ ให้แต่ละหน่วยออกแบบด้วยตนเอง
10. **Provocative Amputation** ลองตัดบางส่วนออกแล้วดูว่าระบบจะทำงานต่อไปได้หรือไม่
11. **Wishful Thinking** ออกแบบ ideal 'simple' process จากความคิดฝันปรารถนา
12. **Shift Energies** เคลื่อนย้ายงานหรือพลังจากส่วนหนึ่งไปยังอีกส่วนหนึ่งของระบบ
13. **The Ladder Approach** พิจารณาคุณค่าที่จะทำให้เกิดขึ้นในขั้นตอนต่อไป และวิธีที่จะทำให้เกิดคุณค่านั้น
14. **The Flavour Approach** มองภาพรวมทั้งหมด และออกแบบรูปธรรมที่เป็นไปได้ในการปฏิบัติ

เชื่อ ว่ามีหนทางที่เรียบง่ายกว่าเสมอ
เป้า ชัดเจนว่าต้องการอะไร
สงสัย → เข้าใจแนวคิดที่ลึกซึ้ง
ท้าทาย หาความเป็นไปได้อื่นๆ

ที่มา: Edward de Bono

Use Forcing Function & Constraint

ออกแบบกระบวนการและระบบ ให้ง่ายที่จะทำในสิ่งที่ถูกต้อง และยากที่จะทำในสิ่งที่ผิด

- **Constraints** ทำให้ยากที่จะทำให้เสร็จด้วยวิธีนั้น เช่น ต้องถูกตรวจสอบ ถูกจำกัด ถูกบังคับให้หลีกเลี่ยงหรือต้องทำบางอย่าง
 - การนำ concentrated electrolytes ออกจากหอผู้ป่วย ถ้าจะใช้ต้องไปเอาจากอีกที่หนึ่งซึ่งต้องมีกระบวนการตรวจสอบ และลดโอกาสที่จะให้โดยไม่เจือจาง ไม่ใช่ว่าจะเอามาใช้ไม่ได้ แต่จะยากขึ้น
 - การจัดทำรายการยาต้านจุลชีพที่ต้องปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อ (ID) ก่อนสั่ง
- **A forcing function**
 - การ redesign enteral tubing ที่ไม่สามารถต่อกับ IV tubing ได้ เพื่อป้องกันการให้สารอาหารที่จะให้ทางปากเข้าทางหลอดเลือด

ที่มา: IHI Open School

Use Redundancies

- ❑ **Double check** เป็นการตรวจสอบโดยบุคคลอื่น
- ❑ **ต้องระวังว่ามีโอกาสที่บุคคลสองคนอาจจะทำผิดพลาดเหมือนกันด้วยเหตุผลต่อไปนี้**
 - บุคคลที่สองอาจจะไม่ใส่ใจในการตรวจสอบเท่าที่ควร
 - บุคคลที่สองอาจจะถูก influence ด้วยบุคคลแรกให้เห็นในสิ่งที่ถูกคาดหวัง
 - อาจจะมีการใช้มากเกินไป จนผู้เกี่ยวข้องไม่ทำอย่างจริงจัง
- ❑ **Cognitive review** ตรวจสอบด้วยคำถามเพิ่มเติมต่อไปนี้
 - ข้อบ่งชี้ในการใช้ยาสอดคล้องกับการวินิจฉัยหรือสภาวะของผู้ป่วยหรือไม่?
 - ตำรับยานี้เป็นตำรับที่ถูกต้องหรือไม่?
 - การคำนวณขนาดยาถูกต้องหรือไม่?
 - สูตรที่ใช้คำนวณขนาดยาถูกต้องหรือไม่?
 - ขนาดยาที่แพทย์สั่งเหมาะสมกับผู้ป่วยรายนี้หรือไม่?
 - ความถี่หรือระยะเวลาของการให้ยาเหมาะสมกับผู้ป่วยรายนี้หรือไม่?
 - วิธีการบริหารยาเหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยรายนี้หรือไม่?
 - การตั้ง infusion pump ถูกต้องหรือไม่? (ถ้ามีการใช้)
 - infusion line ต่อกับ port ที่ถูกต้องหรือไม่?
 - มีการสังเกตตรวจสอบเพื่อติดตามผลของยาอย่างเหมาะสมหรือไม่?
 - มีการ verify ว่าผลการตรวจสอบที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณขนาดยาว่าเป็นของผู้ป่วยรายนี้หรือไม่?

ที่มา: IHI Open School

Habits and Patterns

□ ความหมาย

- Habits (กิจวัตร/นิสัย) สิ่งที่เราทำอย่างสม่ำเสมอเมื่อเผชิญกับบางสิ่ง
- Pattern (แบบแผน) เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ

□ ทดลองกับตัวเอง

- พิจารณา habits & pattern ของเราเอง เช่น กิจวัตรก่อนออกจากบ้าน
- ถ้าต้องกินยาประจำวัน ลองเชื่อมโยงการกินยากับกิจวัตร เช่น กินยาหลังจากแปรงฟัน ทำให้มั่นใจว่าจะกินยาโดยไม่ขาด

□ บริการสุขภาพ

- ให้ antibiotic prophylaxis โดยทีมวิสัญญีขณะที่เริ่ม induction เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับยา ภายใน 30 นาที ก่อนลงมีด

Safety II

Resilient Healthcare

Resilience เป็นความสามารถขององค์กรที่จะคาดการณ์ภาวะ disruption ปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ และสร้างคุณค่าที่ยั่งยืน การปรับตัวและความคิดสร้างสรรค์ซึ่งอาจเป็นปัญหาใน reliable space กลับเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับ resilient space ยังมีความซับซ้อนและคาดการณ์ยากเท่าไร ยังต้องมี resilience มากยิ่งขึ้น

Reliable (น่าไว้วางใจ)

ทำให้ง่ายในการทำสิ่งที่ถูกต้อง

เครื่องมือที่ใช้ เช่น checklist, automation, RCA/FMEA, protocols

Robust (แข็งแกร่ง)

ทำให้การดูแลดีขึ้นในงานประจำวัน

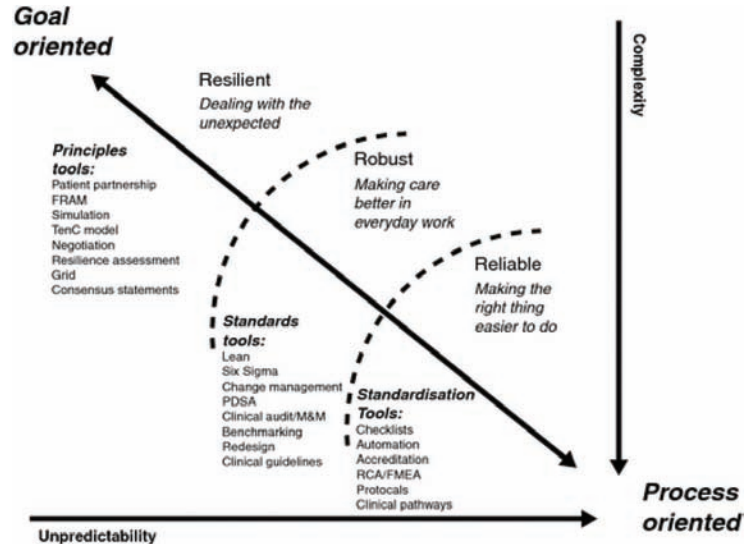
เข้มแข็งด้วยการนำ ปัจจัยมนุษย์ วัฒนธรรมความปลอดภัย การใช้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ เช่น Lean, PDSA, clinical audit, M&M, benchmarking, redesign, CPG

Resilient (ยืดหยุ่น พันตัวไว)

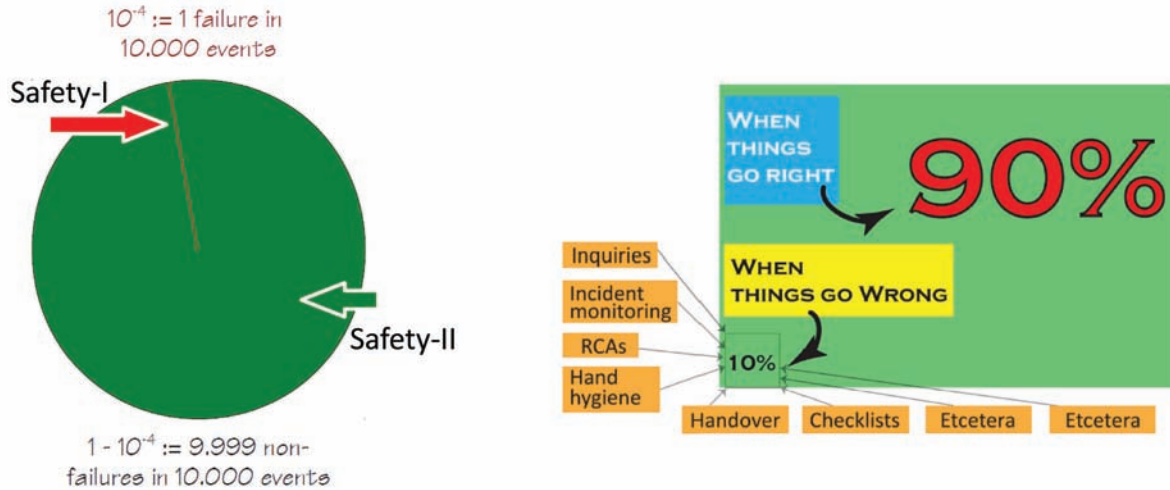
จัดการกับสิ่งที่ไม่คาดฝัน

เครื่องมือที่ใช้ เช่น patient partnership, Safety-II, simulation, negotiation, resilience assessment, consensus statement



ที่มา: Royal Australasian College of Medical Administrators

Safety Perspective



บริการสุขภาพก่อให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ไม่ถึง 10% แต่ให้การดูแลที่ปลอดภัยถึง 90%
Safety-I เรียนรู้จากเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งเป็นเพียงเหตุการณ์ส่วนน้อยของงานทั้งหมด
Safety-II เรียนรู้จากผลลัพธ์ที่ไม่เป็นปัญหา ซึ่งเป็นเหตุการณ์ส่วนใหญ่ในงานปกติประจำวัน

Safety Perspective

	Safety-I	Safety-II
นิยามความปลอดภัย	จำนวนอุบัติเหตุที่ลดลง	ความสามารถในการทำงานสำเร็จภายใต้สถานการณ์ที่หลากหลาย
ความปลอดภัย	เกิดจากการเปลี่ยนแปลงนโยบายและแนวทางปฏิบัติ	เกิดจากการร่วมสร้างโดยคนทำงานซึ่งต้องมีการปรับให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม
การจัดการความปลอดภัย	ตั้งรับ	ทั้งตั้งรับและเชิงรุก
งาน	ควบคุมได้ อยู่นิ่ง เป็นเส้นตรง	ซับซ้อน ไม่เป็นเส้นตรง คาดการณ์ไม่ได้
คน	อาจก่อให้เกิดความผิดพลาดได้	ทรัพยากรที่ทำให้ระบบทำงาน
การปรับตัวของคน	ควรหลีกเลี่ยง	ทำให้ระบบทำงานได้ผลและปลอดภัย
การเรียนรู้	จากสิ่งที่ผิดพลาด จากส่วนเลี้ยวของข้อมูลที่มี	จากสิ่งที่ไม่ผิดพลาด จากข้อมูลส่วนใหญ่ที่มี
การวิเคราะห์	RCA หาสาเหตุของความบกพร่อง หาองค์ประกอบที่ malfunction	FRAM (Functional Resonance Analysis Method) ทำความเข้าใจไม่เกิดปัญหาได้อย่างไร ค้นหาการปรับตัวในงานประจำวัน
ความปลอดภัยกับธุรกิจ	แย่งทรัพยากรกัน	ช่วยเหลือกันและกัน

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุตikul (15 มีนาคม 2562) 20th HA National Forum “Change & Collaboration for Sustainability”

Spectrum of Performance

Easy to see
Complicated aetiology
Difficult to change
Difficult to manage

Safety focus:
accidents & disasters

อุบัติเหตุ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และผลลัพธ์ที่เป็นเลิศ เป็นสิ่งที่มองเห็นได้ง่าย แต่มีเหตุปัจจัยที่ซับซ้อน ยากที่จะเปลี่ยนแปลง ยากที่จะจัดการ

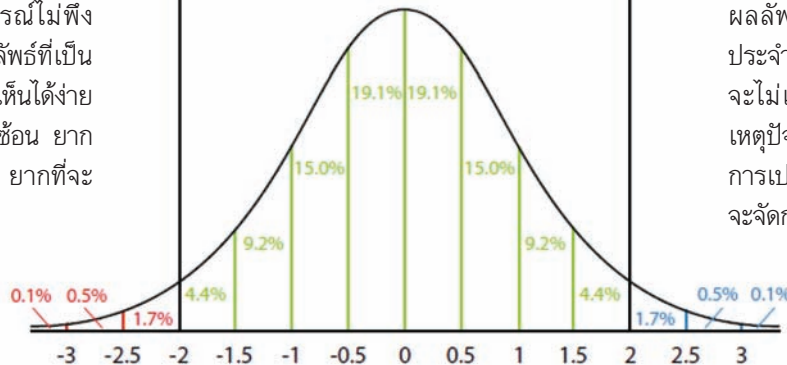
'Difficult' to see
Uncomplicated aetiology
Easy to change
Easy to manage

Normal, routine, day-to-day performance: unknown and generally ignored

Easy to see
Complicated aetiology
Difficult to change
Difficult to manage

Exceptional performance: gratefully accepted

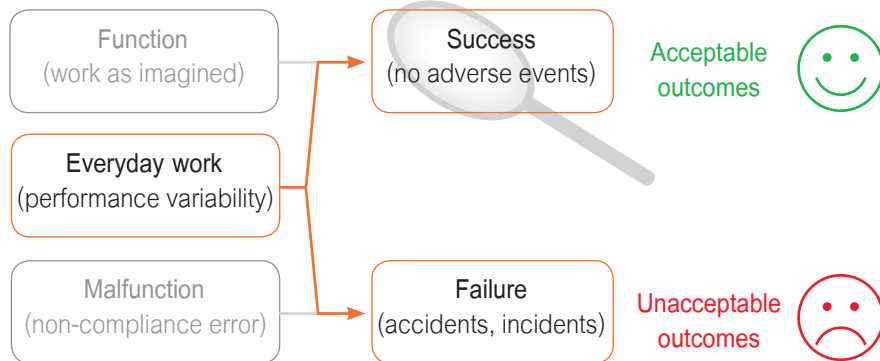
ผลลัพธ์ของการปฏิบัติงานประจำวันที่ไม่เป็นปัญหา มักจะไม่ใช่ที่รับรู้ ถูกละเลย เหตุปัจจัยไม่ซับซ้อน ง่ายในการเปลี่ยนแปลง และง่ายที่จะจัดการ



ที่มา: Eurocontrol (2013). From Safety-I to Safety-II: A White Paper

Variability of Everyday Performance

เป็นความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน
ที่คิดแบบ linear ว่า acceptable
outcome เกิดจากการทำหน้าที่
เป็นปกติของระบบและคน ขณะที่
unacceptable outcome เกิดจาก
malfunction ของระบบและคน



แท้จริงแล้วทั้ง acceptable & unacceptable outcome ล้วนเกิดจากการทำงานปกติประจำซึ่งมีความหลากหลายเกิดขึ้นเนื่องจากภาระงาน สถานการณ์ และการปรับตัวของคนทำงาน การทำความเข้าใจความแตกต่างหลากหลายเหล่านี้มีความสำคัญต่อการปรับปรุงเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดี

Spectrum of Performance

พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความไม่แน่นอนในการทำงาน

1. พฤติกรรมของผู้ปฏิบัติงานที่ส่งผลให้เกิดการรบกวนหรือขัดจังหวะการทำงานที่หลัก สูญเสียเวลาที่จะทำหน้าที่ดังกล่าวให้ดี
2. การที่ผู้ปฏิบัติงานแก้ปัญหาความหลากหลายในงานประจำด้วยวิธีการของตนเองอยู่เสมอโดยที่ไม่ได้มีการกำหนดอย่างเป็นทางการ (permanent and not formally defined functions) เช่น เทคนิคช่วยจำ การจัดลำดับความสำคัญเฉพาะตัว
3. การที่ผู้ปฏิบัติงานแก้ปัญหาความหลากหลายในงานประจำเฉพาะหน้า (intermittent functions)
4. การมีสมมติฐานเกี่ยวกับวิธีการทำงานของคนอื่น (assumptions about how others do their work) และเชื่อว่าคนอื่นมีความรู้และพื้นฐานเหมือนตนเอง

ที่มา: Jeanette Hounsgaard. Patient Safety in Everyday Work

Critical Incident Technique

เป็น appreciative model ที่ศึกษากิจกรรมที่นำไปสู่ผลลัพธ์ที่คาดหวัง ค้นหากิจกรรมที่นำไปสู่ความแตกต่างของผลลัพธ์ทั้งด้านบวกหรือด้านลบ ทั้งกิจกรรมที่ตั้งใจและไม่ตั้งใจ

ที่มา: Collaborative Centres for Safe Health Care



ที่มา: MACQUARIE University

สิ่งที่วาดฝัน
(Work-As-Imagine)
กับสิ่งที่ทำได้
(Work-As-Done)
ยังไม่ไปด้วยกัน
ทางออกที่เป็นไปได้
คือพยายามปรับจน
WAI กับ WAD
เข้าหากัน

Behavioral-based Safety (BBS)



Behavior-based safety เป็นความร่วมมือระหว่างผู้บริหารกับคนทำงาน ประยุกต์ใช้พฤติกรรมศาสตร์กับปัญหาความปลอดภัย จัดการที่ interface ระหว่างการกระทำของคนกับระบบ มุ่งเน้นในสิ่งที่บุคคลกระทำ (สังเกตการกระทำและแยกว่าอะไรเป็น safe act อะไรเป็น at-risk behavior) วิเคราะห์ว่าทำไมจึงทำ (วิเคราะห์ root cause ของ at-risk behavior หรือ unsafe act) ใช้ positive reinforcement ให้เกิด safe act รวมทั้งการให้ข้อมูลป้อนกลับ

ABC model เป็นแนวคิดสำหรับการวิเคราะห์ปัจจัยขับเคลื่อนและแรงจูงใจ เพื่อหาวิธีการปรับเปลี่ยนการกระทำ

ที่มา: www.safetyculture.com

Patient Safety Goals (PSG)

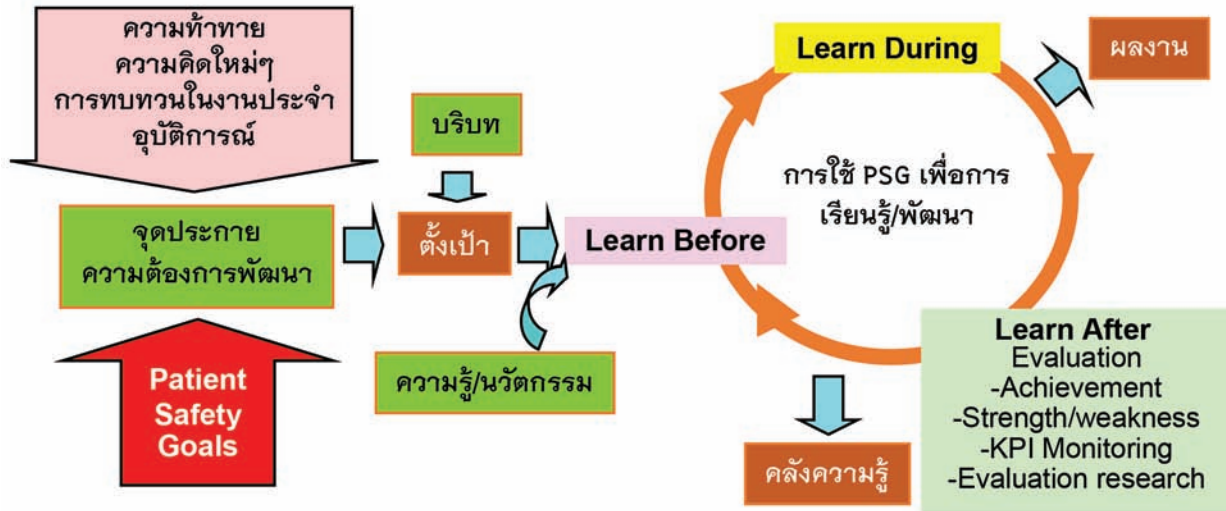
Rationale



นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุตikul (16 มีนาคม 2549) “Thai Patient Safety Goals 2006” @ 7th HA National Forum

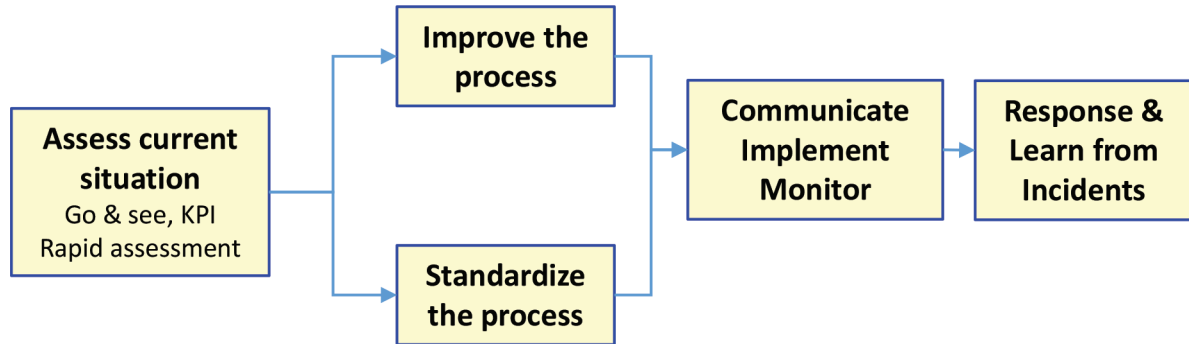
PSG Implementation

คำนึงถึงประโยชน์ ความเป็นไปได้ ความเรียบง่าย
ทำอย่างสมดุล: ทิศทางร่วม & เป็นตัวของตัวเอง
ใช้เพื่อการเรียนรู้: ประเมินตนเอง & พัฒนาต่อเนื่อง



นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุตikul (16 มีนาคม 2549) “Thai Patient Safety Goals 2006” @ 7th HA National Forum

PSG Implementation



ใช้สิ่งที่แนะนำใน PSG มาประเมิน การปฏิบัติเพื่อหา knowledge-practice gap โดยใช้หลายๆ วิธี ร่วมกัน เช่น เข้าไปดูในสถานที่จริง ติดตามวิเคราะห์ตัวชี้วัด ทำการ ประเมินแบบฉับไว

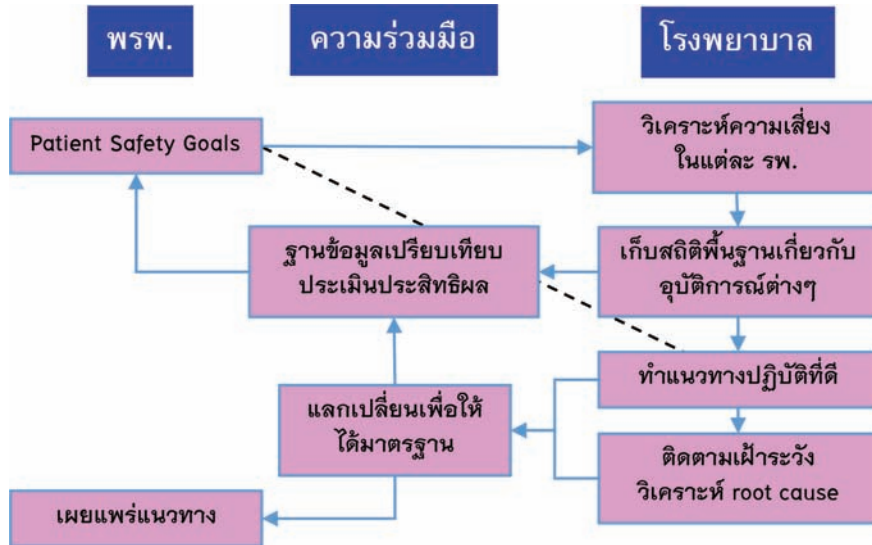
ทำการปรับปรุง กระบวนการ ถ้าพบว่ามี knowledge-practice gap แล้วจัดทำมาตรฐานเพื่อ มั่นใจว่าจะมีการปฏิบัติ อย่างคงเส้นคงวา

สื่อสาร ฝึกอบรม เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ Monitor การปฏิบัติ ด้วยวิธีต่างๆ เช่น AAR ตามรอย ติดตามตัวชี้วัด

ตอบสนองและ เรียนรู้จาก อุบัติการณ์ ใช้ RCA และ Risk Register ให้เป็นประโยชน์

อนุวัฒน์ ศุภชุตikul (25 ตุลาคม 2562) “Quality and Safety in Global Healthcare” @ การประชุมวิชาการ 60 ปี คณะแพทยศาสตร์ มช.

Collaboration for PSG



การขับเคลื่อนเรื่อง Patient Safety Goals จะเป็นไปได้รวดเร็วและกว้างขวางเมื่อมีความร่วมมือทั้งในการเปรียบเทียบผลลัพธ์ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางปฏิบัติที่ดี และการวิเคราะห์ root cause

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุตikul (16 มีนาคม 2549) “Thai Patient Safety Goals 2006” @ 7th HA National Forum

PSG: จาก Goals สู่ Guide

คำถามที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการนำ Patient Safety Goals (SIMPLE) สู่อำนาจปฏิบัติ

1. Patient Safety Goals ชุดนี้จะใช้กับโรงพยาบาลของเราได้หรือไม่
2. โรงพยาบาลต้องกำหนด Patient Safety Goals ให้สอดคล้องกับ SIMPLE หรือไม่ ต้องให้ครบตาม SIMPLE หรือไม่
3. จำเป็นต้องกำหนดทุกเรื่องที่จะพัฒนาเป็น Patient Safety Goals ของโรงพยาบาลหรือไม่
4. Patient Safety Goal แต่ละเรื่องที่กำหนดขึ้นมานั้น จำเป็นต้องมีตัวชี้วัดหรือไม่
5. ถ้าปฏิบัติไม่ได้ตามแนวทางใน SIMPLE หมายความว่าโรงพยาบาลของเรายังไม่ได้มาตรฐานหรือไม่

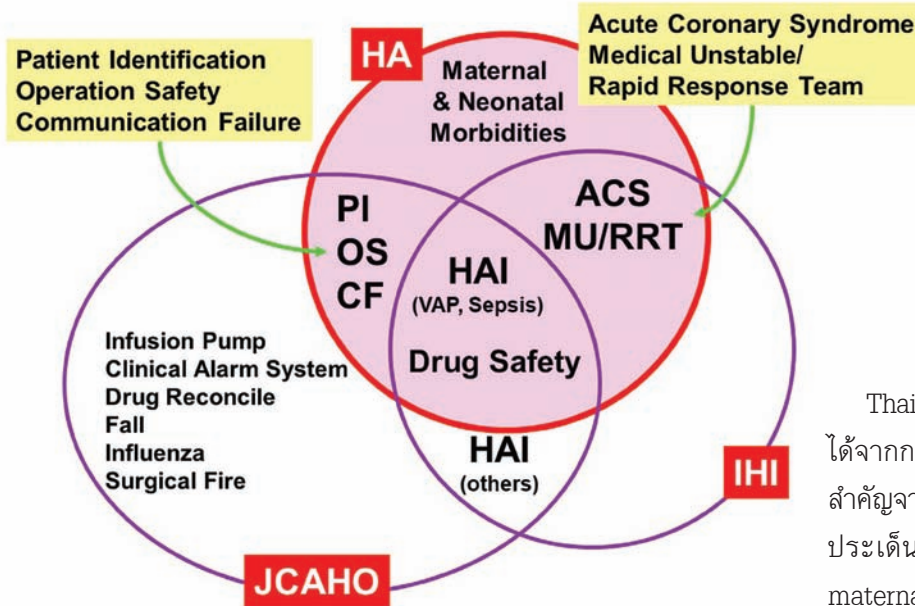
ทั้งหมดที่กล่าวมา สามารถได้คำตอบด้วยการปรับมุมมองของเราต่อ Patient Safety Goals โดยการมองว่าเป็นคือชุดขององค์ความรู้ที่จะเป็นแนวทางเพื่อการพัฒนากระบวนการของเราให้มีความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น

คำว่า “Goals” อาจจะเป็นสิ่งที่สร้างความกดดันให้กับเรา ถ้าเป็นดังนั้นควรจะมองว่าเป็น “Guide” แล้วก็ให้หลักลงไปดูของจริงในพื้นที่ว่าเรามีโอกาสยกระดับความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างไร การตามรอยโดยใช้ประเด็นต่างๆ ใน SIMPLE จึงเป็นสิ่งที่สมควรทำอย่างยิ่ง ไม่ว่าเราจะกำหนดประเด็นเหล่านั้นเป็น Patient Safety Goals หรือไม่

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (25 กุมภาพันธ์ 2552) “Patient Safety is Simple” @ รพ.จุฬาลงกรณ์

PSG: Thai Patient Safety Goals 2006

หัวข้อและที่มาของ PSG



Thai Patient Safety Goals ชุดแรก ได้จากการประมวลประเด็นความเสี่ยงสำคัญจาก JCAHO & IHI เพิ่มด้วยประเด็นความเสี่ยงสำคัญของไทยคือ maternal & neonatal morbidities

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุตikul (16 มีนาคม 2549) "Thai Patient Safety Goals 2006" @ 7th HA National Forum

PSG: Thai Patient Safety Challenge 2007

Global Patient Safety Challenge

Clean Care is Safer Care

Safe Surgery Save Lives

Safe Medication

**Proper Diagnosis
& Response**

High M & M Conditions

การทบทวนความท้าทายด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยได้รับการ
จุดประกายจาก WHO Global Patient Safety Challenge และนำมา
สู่การปรับปรุง Thai Patient Safety Goals ใน 2 ปีต่อมา

Clean Surgery

Safe Anesthesia

Right Patient, Site, Procedure

Safe from ADR

Safe from Med Error

Safe from Transition Error (Med Reconcile)

Patient Identification

Effective Communication (SBAR)

Proper Diagnosis

Rapid Response to Clinical Unstability

Sepsis

Acute Coronary Syndrome

Maternal & Neonatal

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (24 พฤศจิกายน 2550) การประชุม 2nd Annual Congress of JSQSH

PSG: SIMPLE (2009)

Safe Surgery

SSI Prevention
Safe Anesthesia
Correct Procedure at Correct Site
Surgical Safety Checklist

Infection Control

Hand Hygiene
Prevention of CAUTI, VAP, Central line infection

Medication & Blood Safety

Safe from ADE, conc e'lyte, High-Alert Drug
Safe from medication error, LASA
Medication Reconciliation
Blood Safety

Patient Care Process

Patient Identification
Communication (SBAR, handovers, critical test results, verbal order, abbreviation)
Proper Diagnosis
Preventing common complications (Pressure Ulcers, Falls)

Line, Tubing, Catheter

↓
Mis-connection

Emergency Response

Sepsis
Acute Coronary Syndrome
Maternal & Neonatal Morbidity
Response to the Deteriorating Patient / RRT

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2552) "Patient Safety is Simple" @ รพ.จุฬาลงกรณ์

PSG: SIMPLE (2019)

<p>Safe Surgery & Invasive Procedure</p>	<p>➔</p>	<p>Surgical Safety Check list, SSI Prevention, Enhanced Recovery After Surgery, VTE Prevention, Safe Anesthesia, Safe Operating room (Safe Environment, Safe Surgical Instruments, Safe Surgical Process)</p>
<p>Infection Prevention & Control</p>	<p>➔</p>	<p>Hand Hygiene, Prevention of HAI (CAUTI, VAP, CLABSI) Isolation precaution, Control of MDRO</p>
<p>Medication & Blood Safety</p>	<p>➔</p>	<p>Safe from ADE: Safe from High Alert Drug, Safe from Preventable Adverse Drug Reactions, Safe from Fatal Drug Interaction, Safe from Medication Error: LASA & Medication Names, Safe from Using Medication, Medication Reconciliation, Rational Drug Use, Blood Transfusion Safety</p>
<p>Patient Care Process</p>	<p>➔</p>	<p>Patients Identification, Reduction of Diagnostic errors, Refer and transfer safety, Communication: Effective Communication, Communication during Patient Care Handovers, Communicating Critical Test Results, Verbal or Telephone Order, Abbreviations, Acronyms, Symbols, & Dose designation) Preventing Common Complication: Pressure Sore, Fall, Pain Management: Pain Management in General, Acute Pain Management, Safe Prescribing Opioids for Chronic Non-Cancer Patients, Management for Cancer Pain and Palliative Care</p>
<p>Line, Tubing, Catheter and Laboratory</p>	<p>➔</p>	<p>Catheter and Tubing Connection, and Flow Control, Right and Appropriate Laboratory Specimens and Testing</p>
<p>Emergency Response</p>	<p>➔</p>	<p>Response to the Deteriorating Patient / RRT, Medical Emergency (Sepsis, Stroke, Acute Coronary Syndrome, Safety CPR), Stroke, Maternal & Neonatal Morbidity and Mortality (PPH, Safe labor at community hospitals Birth asphyxia), ER Safety</p>

Safety Culture

Safety Culture

Informed Culture

ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติในระบบมีความรู้ที่ทันสมัยเกี่ยวกับปัจจัยมนุษย์ เทคนิค องค์กร และสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีผลต่อความปลอดภัยของระบบโดยรวม

Reporting Culture

ผู้คนพร้อมที่จะรายงานความผิดพลาดและ near-misses

Just Culture

บรรยากาศของความไวเนื้อเชื้อใจซึ่งผู้คนได้รับการส่งเสริมในการให้ข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับความปลอดภัย ขณะที่มีความชัดเจนในเส้นแบ่งระหว่างพฤติกรรมที่ยอมรับได้และยอมรับไม่ได้

SAFETY CULTURE

Flexible Culture

ความสามารถในการปรับตัวขององค์กร เมื่อเผชิญกับสถานะที่มีอันตราย ด้วยการเปลี่ยนจากการมีลำดับชั้นบังคับบัญชามาเป็นการทำงานแบบแนวราบมากขึ้น

Learning Culture

การสรุปความรู้จากระบบข้อมูลความปลอดภัยและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงขนาดใหญ่

The Just Culture

Human Error	At-Risk Behavior	Reckless Behavior
<i>Inadvertent action: slip, lapse, mistake</i>	<i>A choice: risk not recognized or believed justified</i>	<i>Conscious disregard of unreasonable risk</i>
Manage through changes in:	Manage through:	Manage through:
Processes	Removing incentives for At-Risk Behaviors	Remedial action
Procedures	Creating incentives for healthy behaviors	Punitive action
Training		
Design	Increasing situational awareness	
Console	Coach	Punish

ที่มา: David Marx, Outcome Engineering President

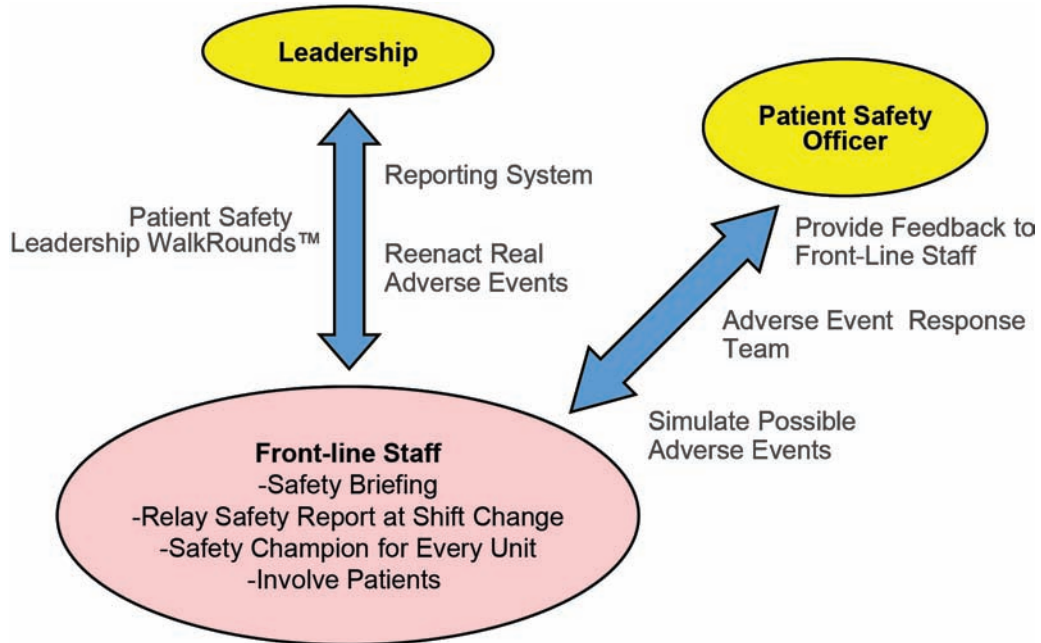
Just culture หมายถึงบรรยากาศของความไว้วางใจที่ผู้คนได้รับการส่งเสริมหรือได้รับรางวัลในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความปลอดภัย โดยมีความชัดเจนในเส้นแบ่งระหว่างพฤติกรรมที่ยอมรับได้กับพฤติกรรมที่ยอมรับไม่ได้

การสร้าง just culture คือการตอบสนองของผู้บริหารที่สอดคล้องกับพฤติกรรมของบุคคลเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขึ้น โดยไม่ขึ้นกับระดับความรุนแรงของอันตรายที่เกิดขึ้น

กรณีที่เกิดจากความผิดพลาด (error) สิ่งที่ผู้บริหารควรทำคือการปลอบขวัญ ให้กำลังใจ และมุ่งไปสู่การจัดการกับระบบงานเพื่อป้องกันกรณีที่เกิดจากพฤติกรรมสุ่มเสี่ยง (at-risk behavior) สิ่งที่ผู้บริหารควรทำคือการโค้ชเพื่อให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดหรือเพิ่มแรงจูงใจ กรณีที่เกิดจากความสะเพร่า ประมาท เลินเล่อ (reckless behavior) สิ่งที่ผู้บริหารควรทำคือการดำเนินการทางวินัย

“Just Culture ทำให้ผู้บริหารจัดการกับพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดปัญหาได้อย่างเหมาะสม เป็นธรรม เกิดบรรยากาศที่ไว้วางใจ”

Change for Safety Culture

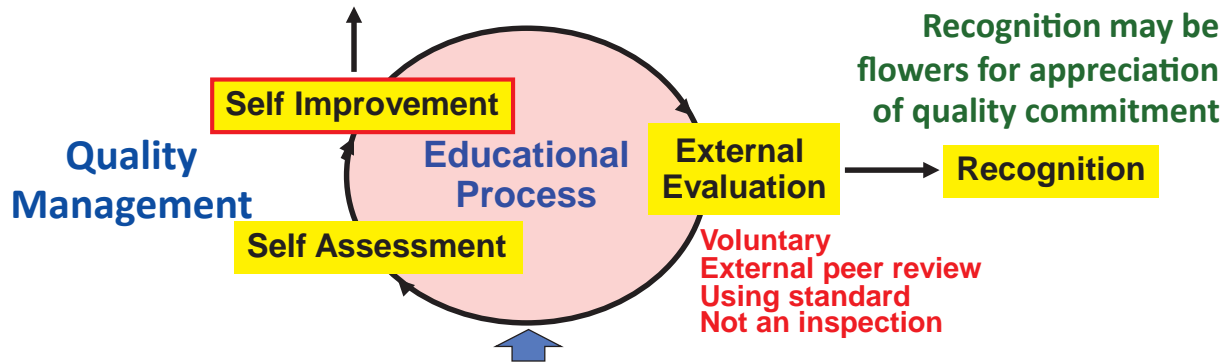


ที่มา: Institute of Healthcare Improvement
อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (18 สิงหาคม 2548) @ HA Regional Forum ขอนแก่น

Healthcare Accreditation (HA)

เป้าหมายหลักของ HA คือคุณภาพและความปลอดภัย

Safety & Quality of Patient Care



Core Concepts:
Flexible, context oriented
System approach, integration
Positive approach
Evaluation to stimulate improvement
Special character of healthcare (uncertainty, autonomy & accountability)

Accreditation

ความหมายของ HA

- แปลตามศัพท์ HA คือการรับรองว่าโรงพยาบาลมีองค์ประกอบของคุณภาพครบถ้วนตามที่กำหนดไว้
- แปลตามการปฏิบัติ HA ครอบคลุมทั้งการพัฒนา การประเมิน และการรับรอง
- แปลตามความมุ่งหมาย HA คือกลไกกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาโรงพยาบาลทั้งองค์กรอย่างมีทิศทางและอย่างเป็นระบบ

เป้าหมายของ HA

- สำหรับผู้ป่วย ความเสี่ยงลดลง คุณภาพการดูแลดีขึ้น ได้รับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและศักดิ์ศรีของความเป็นคน
- สำหรับผู้ปฏิบัติงาน ความเสี่ยงลดลง สิ่งแวดล้อมในการทำงานดีขึ้น ได้เรียนรู้และพัฒนาศักยภาพของตนเอง
- สำหรับโรงพยาบาล เป็นองค์กรเรียนรู้ พัฒนาอย่างต่อเนื่องสู่ความเป็นเลิศอยู่รอดและยั่งยืน
- เป้าหมายระยะยาว กระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง สร้างความโปร่งใส และความรับผิดชอบต่อสังคม ให้ข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้ป่วย สร้างสังคมแห่งการเรียนรู้

การรับรองเป็นของเทียม เป็นเหยื่อล่อ
ของแท้คือคุณภาพที่ผู้ป่วยจะได้รับ

HA เป็นการทวนกระแส

จะต้องสร้างวัฒนธรรมใหม่ในตัวเอง และในองค์กร
วัฒนธรรมใหม่คือการลดอัตรา
ลดอัตราของผู้ให้บริการ → Patient Focus
ลดอัตราของวิชาชีพ → Multidisciplinary Team
ลดอัตราของผู้บริหาร → Empowerment

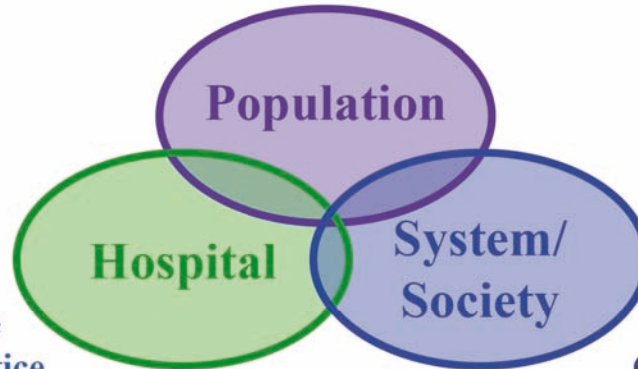
คุณค่าของการพัฒนาคุณภาพ

คุณค่าในส่วนผลลัพธ์
คุณภาพที่พัฒนาได้และดำรงรักษาไว้
คุณค่าในส่วนของกระบวนการ
ผู้ทำให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาตนเอง
คิดเป็น (เป็นระบบ มีเหตุผล สร้างสรรค์ ใช้ข้อมูล)
ทำเป็น (ทำให้เกิดผล ทำเป็นทีม)

อนุวัฒน์ ศุภชุตกุล (2542) สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.)

Benefits of the HA Program

Satisfaction
Safety
More Responsive
Patient's Right Protection
Holistic care & Health Promotion



Reputation
Accountability
Good Governance
Professional Practice
Knowledge-based Org.
Commitment & Participation

National Indicator
Public Participation
Consumer Protection
Access to Quality Care
Efficient Use of Resources

อนุวัฒน์ ศุภชุตikul (14 มิถุนายน 2548) เสนอต่อคณะกรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

ตพพลิกแนวคิด HA

แก่นของ HA

- HA คือกลไกกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพ
- หัวใจของคุณภาพบริการสุขภาพ คือ การเน้นผู้ป่วย/ครอบครัว/ชุมชน เป็นศูนย์กลาง
- หัวใจของการพัฒนาคุณภาพ คือ TQM
- เครื่องมือสำคัญของ HA คือการประเมินและทบทวน ทั้งทบทวนตนเอง ทบทวนกันเอง และทบทวนจากภายนอก

แนวคิด/ปรัชญาของ HA

- คุณค่าของความเป็นไทย: รับผิดชอบ เมตตา กรุณา จรรยาบรรณ
- พัฒนาคณะ: ศักยภาพ คุณธรรม จริยธรรม
- เป็นกระบวนการเรียนรู้: รักษา วิจัย ร่วมพัฒนา
- จิตวิญญาณของคุณภาพ: ใจ ทีม ลูกค้า
- มาตรฐาน: เน้นเป้าหมาย ยึดหยุ่น
- การประเมินตนเอง: เป็นหลักประกันคุณภาพ พัฒนาต่อเนื่อง
- การประเมินจากภายนอก: ยืนยันผลการประเมินตนเอง
- การรับรอง: คือการให้กำลังใจแก่การทำดี

ความเข้าใจ/สิ่งที่มีผลจำกัด	ความเข้าใจ/สิ่งที่มีผลกว้างกว่า
HA คือการตรวจสอบ	HA คือการเรียนรู้
คุณภาพขึ้นกับทรัพยากร	คุณภาพขึ้นกับใจ ทีม การมุ่งเน้นผู้รับผลงาน
มาตรฐานเชิงบงการ	มาตรฐานที่เน้นเป้าหมาย
ประเมินเพื่อวัดระดับ	ประเมินเพื่อหาโอกาสพัฒนา
ผู้ประเมินต้องรู้ดี	ผู้เยี่ยมสำรวจมายืนยันและกระตุ้น
เน้นอย่างใดอย่างหนึ่ง	เน้นกระบวนการเพื่อผลลัพธ์ที่ต้องการ
การรับรองคือการสอยผ่าน	การรับรองคือการให้กำลังใจแก่การทำดี

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (8 ตุลาคม 2544) HA สำหรับ รพ.ชุมชน

แง่มุมต่างๆ ของ HA

พุทธธรรมกับ HA

- เป้าหมายสูงสุดของการเกิดมาเป็นคน คือการพัฒนาตนเอง การทำงานคุณภาพ ทำให้เราได้พัฒนาตัวเอง
- การทบทวนตรวจสอบตนเอง คือการเจริญสติ เจริญสติทั้งในระดับบุคคล ทีมงาน หน่วยงาน องค์กร
- กระบวนการแก้ปัญหาที่อริยสัจ 4 คือสิ่งเดียวกัน
- การทำงานกับผู้คนที่หลากหลาย คือการฝึกปฏิบัติธรรม
- “อนัตตา” คือการเปลี่ยนแปลงกระบวนการที่ครั้งแรก และยิ่งใหญ่ที่สุดในโลก

จิตวิทยากับ HA

- HA เป็นเรื่องของ การเปลี่ยนวิธีคิดและวิธีปฏิบัติ
- การเปลี่ยนแปลงควบคู่ไปกับการต่อต้าน
- เราต้องเข้าใจความคิดของผู้เกี่ยวข้อง มีความไวที่จะรับรู้ความรู้สึกของผู้คน รู้ว่าจะสื่อสารกับผู้คนอย่างไร จะจูงใจผู้คนอย่างไร
- เข้าใจพลวัต (dynamic) ของความคิดและสถานการณ์
- ทบทวนสถานการณ์ และมีการปรับเปลี่ยนอย่างเหมาะสม
- ไม่ใช่ดั่งใจเอาความเห็นของตัวเองเป็นใหญ่

การเรียนรู้กับ HA

- การเรียนรู้ที่ดี คือการเรียนรู้จากการลงมือทำ ไม่ใช่ตำรา
- เราเรียนรู้จากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ว่าความคิดใหม่ๆ ของเราใช้การได้หรือไม่
- เราเรียนรู้ระหว่างการทำงาน ว่าจะดึงศักยภาพและประสานความคิดที่แตกต่างอย่างไร
- Facilitator คือผู้ช่วยเหลือให้เกิดการเรียนรู้ โดยต้องเริ่มจากการเรียนรู้ด้วยตนเองก่อน

ปรัชญาคุณภาพกับ HA

- การพัฒนาคุณภาพคือการเดินทางที่ไม่มีจุดสิ้นสุด
- การตรวจสอบผลงานเสร็จไม่ได้ก่อให้เกิดคุณภาพ คุณภาพเกิดจากการออกแบบและทำให้ถูกต้องแต่เริ่มแรก
- Do thing right ไม่เพียงพอ หากไม่ Do the right thing
- Interdependency อันพึ่งเธอและเธอพึ่งฉัน การส่งมอบที่ดีคือการส่งมอบงานที่ไม่มีปัญหาและสามารถใช้การได้ทันที
- TQM เป็นปรัชญา ไม่ใช่โครงการ ไม่ใช่ขั้นตอนแก้ปัญหา

จะเริ่มจากตรงไหน

- เริ่มที่ตัวเอง สัมตามอง แล้วจะเห็นทาง เยียหุฟัง แล้วจะได้ยินคำตอบ คำตอบอยู่รอบตัวเรา อยู่ที่ว่าจะดึงจับมาใช้ได้อย่างไร
- เริ่มก้าวแรก แล้วจะเห็นก้าวต่อไป
- ปลดปล่อยตัวเองจากพันธนาการ อย่างกลัวผิด อย่างติดรูปแบบ อย่างทำให้ชีวิตยุ่งยากเกินความจำเป็น

อนุวัฒน์ ศุภชุตikul (25 สิงหาคม 2544) @ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ทิศทางของ HA (2544)

ยืนหยัดในแนวทาง “HA เป็นกระบวนการเรียนรู้ ไม่ใช่การตรวจสอบ”
ตอกย้ำด้วยความมั่นใจว่า “การพัฒนาคุณภาพ คือการทำงานประจำให้ดีขึ้น”
แสวงหาความเรียบง่าย ในระบบที่ซับซ้อน (Simplicity in a Complex Adaptive System)

การผสมผสานมิติทางจิตวิญญาณกับระบบคุณภาพ
มุ่งเน้นที่เป้าหมาย

POPI: Purpose Oriented Performance Improvement

POS: Purpose Oriented Survey

“C³THER” ทบทวนระหว่างทำงาน

ลำดับขั้นตอนการเดินทงร่วมกัน: Training, Consultant & Networking,
Intensive Consultancy Visit (ICV/Mock Survey), Preparation Survey,
Accreditation Survey

HA Collaborating Center (HACC) ขยายโอกาสเข้าถึงข้อมูล/ความรู้
แลกเปลี่ยน & สร้างเสริมประสบการณ์ในการเยี่ยมสำรวจ: สักขีพยาน
“ครูเยี่ยมศิษย์” ทางลัดสู่คุณภาพทางคลินิก

“สามสิบบาท” นำไปสู่การรับรอง Primary Care Network & การสร้างแรง
จูงใจเป็นลำดับขั้น

C³THER เป็นกรกำหนดประเด็นสำคัญเพื่อเป็นแนวทาง
สำหรับการทบทวนระหว่างกรดูแลผู้ป่วยอย่างง่าย ๆ ให้
คุณภาพเข้าไปอยู่ในงานประจำ ซึ่งสามารถทำได้โดยผู้ดูแล
แต่ละคนหรือโดยทีม

- Care ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมหรือไม่ ตั้งแต่การ
ประเมิน การวินิจฉัย การบำบัดรักษา บริการพยาบาล และ
ป้องกันความเสี่ยง
- Communication ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลที่จำเป็นและ
เป็นที่เข้าใจหรือไม่
- Continuity ผู้ป่วยและญาติได้รับการเตรียมตัวเพื่อการดูแล
ต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่บ้านหรือไม่
- Team มีการนำวิชาชีพอื่นที่เหมาะสมเข้ามาร่วมดูแลหรือไม่
- Human Resource ทีมงานมีความรู้และทักษะเพียงพอที่
จะดูแลผู้ป่วยรายนี้ที่มีคุณภาพหรือไม่
- Environment ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ปลอดภัย
สะดวกสบายหรือไม่
- Equipment มีเครื่องมือที่จำเป็นและพร้อมใช้งานสำหรับ
ผู้ป่วยรายนี้หรือไม่
- Record บันทึกเวชระเบียนของผู้ป่วยรายนี้สมบูรณ์หรือไม่

ทิศทางของ HA (2548)

1. การขยายตัวและเพิ่มคุณค่า

- บันได 3 ชั้น พัฒนาได้ตรงประเด็น คุ่มค่า ทำได้ทุกโรงพยาบาล รับรองตามสภาพความพร้อมของโรงพยาบาล
 - บันไดสามชั้นเป็นบันไดเวียน ชั้นแรกมีเซชันที่ก้าวแล้วผ่านเลยไป ต้องกลับมาทำซ้ำ ชั้นแรกคือการพุ่งหมัดตรงเป้า ไม่ต้องร่าให้ทำสวย ชั้นแรกคือการปูพื้นฐานวัฒนธรรมคุณภาพที่สำคัญ (เปิดใจรับฟัง วิเคราะห์และป้องกันเชิงระบบ ทำงานเป็นทีม ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง)
 - สร้างความตื่นตัวและส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างโรงพยาบาลต่างๆ ทั่วประเทศ

2. การสร้างแนวร่วม

- HA Collaborating Center ภาคใต้ ขอนแก่น เชียงใหม่ เชียงราย
- รับรอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพร่วมกับกรมอนามัย รับรองคลินิกบำบัดผู้ติดยาและสารเสพติด ร่วมกับสถาบันธัญญารักษ์
- ร่วมมือกับสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ: Benchmarking, TOA
- องค์การวิชาชีพ สถาบันการศึกษา กองทุนประกันสุขภาพ หน่วยงานรับรองในต่างประเทศ

3. เพิ่มคุณค่าผลผลิตและบริการ

- Benchmarking เพื่อค้นหา good practice และเร่งการพัฒนา
- ข้อมูลที่มีประโยชน์และง่ายต่อการนำไปใช้: performance indicator เปรียบเทียบ, good practice
- RCA เพื่อการป้องกันที่ได้ผล
- ปรับปรุงมาตรฐานให้ทันสมัย มีความหมาย: MBNOA, ALPHA, JCI, CCHSA, ACHS, Health Promotion ทดลองใช้ด้วยความสมัครใจในปี 2547

4. การเงิน การคลัง และการลงทุน

5. การสร้างคุณค่าในระบบบริหาร

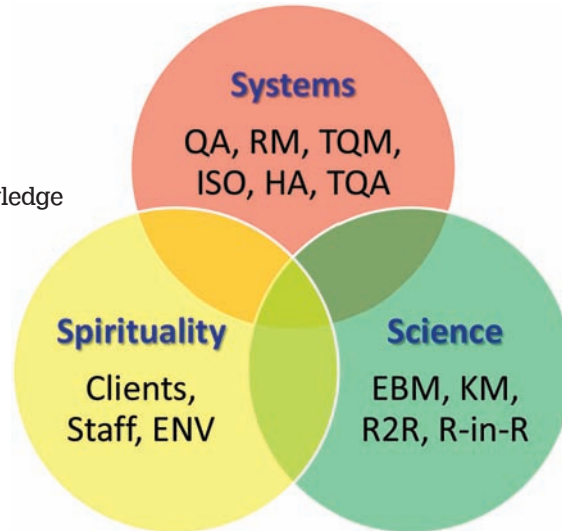
อนุวัฒน์ ศุภชุตikul (8 ตุลาคม 2544) HA สำหรับ รพ.ชุมชน

ลักษณะของ HA ไทย

- มาตรฐานและองค์กรได้รับการรับรองจากสากล (ISOua)
- พัฒนาเป็นลำดับขั้น สามารถใช้เป็นฐานเพื่อการต่อยอด
- มีเอกลักษณ์ที่ทรงคุณค่า
 - Empowerment Evaluation
 - HA is an educational process
 - Balance of Systems-Spirituality-Science & Knowledge

สมดุลของ Systems-Spirituality-Science

- ทีมงานของโรงพยาบาลควรตระหนักในความพยายามของกันและกัน และพัฒนาศักยภาพในส่วนที่ยังด้อยของแต่ละฝ่าย
- ผู้เยี่ยมสำรวจ ควรส่งเสริมให้เกิดความสมดุลของการพัฒนาคุณภาพ
- สรพ. ควรรักษาทิศทางแห่งความสมดุลและทำงานร่วมกับทุกภาคส่วน



อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล (13 พฤศจิกายน 2548) HA Direction

หัวใจสำคัญของ HA คือการเรียนรู้

	พื้นฐาน	ก้าวหน้า	
WHAT	สิ่งนี้คืออะไร	<p>รู้อย่างเชื่อมโยงกับความรู้เดิม</p> <p>รู้ spectrum ของเรื่องนั้น</p> <p>รู้ที่มาของคำศัพท์ที่ใช้</p> <p>รู้ไปถึงการใช้คำอื่นที่เป็นเรื่องเดียวกัน</p>	<p>ทำให้รู้จักจริง รู้ขนาดถ่ายทอดแก่คนอื่นได้ด้วย</p> <p>ถ้อยคำของตนเอง รู้ที่มารู้ความหมายของคำที่ใช้</p>
WHY	ทำไมต้องทำ	<p>รู้ที่มาที่ไปของเรื่องนั้น</p> <p>รู้ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นหากไม่มีการเปลี่ยนแปลง</p> <p>เข้าใจวิธีคิดของคนที่ไม่เห็นด้วยหรือไม่ลงมือทำ</p>	<p>ทำให้คิดเป็น ทำให้ได้เห็นวิธีคิดหรือ mindset ของตนเองเทียบเคียงกับของคนอื่น และทำให้เปลี่ยน mindset ที่ไม่เหมาะสมได้</p>
HOW	ทำอย่างไร	<p>รู้วิธีการวางแผนเพื่อลดแรงต้านและเสริมแรงหนุน</p> <p>รู้วิธีการบริหารจัดการให้เกิดผล</p> <p>รู้ว่าจะแก้ปัญหาอย่างไร, รู้ว่าจะปรับเปลี่ยนการใช้เครื่องมือไหนให้เหมาะกับบริบทของตนอย่างไร</p>	<p>ทำให้ทำเป็น ลงมือทำเพื่อให้มั่นใจและสามารถตอบสนองต่อสถานการณ์ต่างๆ ได้</p>

เครื่องมือสำคัญของ HA คือการทบทวนเพื่อจุดประกายพัฒนา

- ❖ ประเมินเพื่อหาโอกาสพัฒนา (อะไรคือโจทย์ของเรา)
- ❖ ประเมินเพื่อดูความครบถ้วน สมบูรณ์ ของกระบวนการทำงาน (เราทำงานกันอย่างไร)
- ❖ ประเมินเพื่อดู maturity ของการพัฒนา (เราพัฒนากันอย่างไร)
- ❖ ประเมินเพื่อดูผลลัพธ์โดยรวม (ผลการพัฒนาเป็นอย่างไร)

ทบทวนตัวเอง

(โดยเจ้าของงาน)

ทบทวนกันเอง

(โดยตัวเองหรือเพื่อนต่างหน่วย)

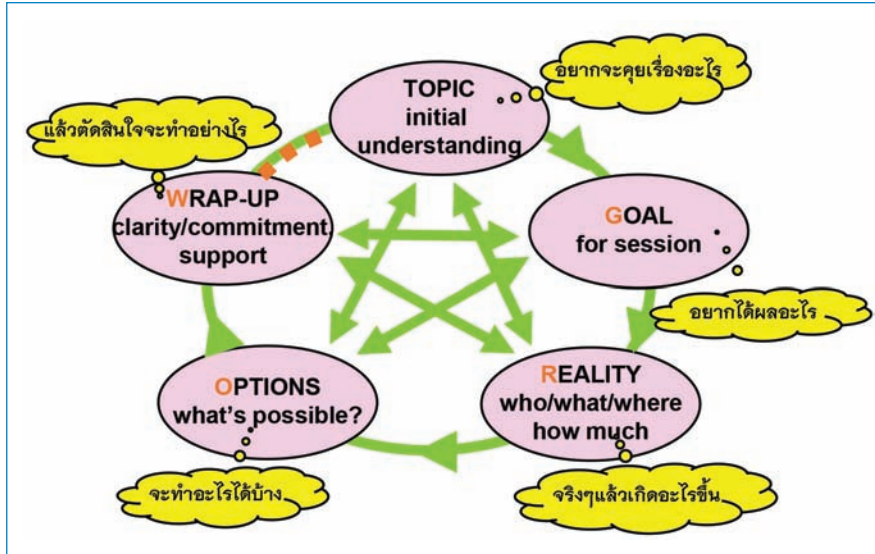
ทบทวนจากภายนอก

(ขั้นที่ 1) ทบทวนปัญหาในการทำงาน
(ขั้นที่ 2) หาคำถามพื้นฐาน / 3P
(ขั้นที่ 3) ใช้มาตรฐาน HA

ตามรอย
เยี่ยมสำรวจภายใน
แลกเปลี่ยนเรียนรู้

เยี่ยมสำรวจจากภายนอก
ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

GROW Model for Coaching



ที่มา: Max Landsberg (1996), Graham Alexander, John Whitmore (1992)

HA เน้นการใช้ทักษะการเป็นโค้ชสำหรับที่ปรึกษาและผู้เยี่ยมสำรวจ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถคิดหาคำตอบได้ด้วยตนเอง และเป็นคำตอบที่เหมาะสมกับสถานการณ์มากที่สุด

การที่ผู้เยี่ยมสำรวจใช้ทักษะการเป็นโค้ช จะช่วยป้องกันการใช้ judgement และการให้ข้อเสนอแนะแบบ prescriptive ของผู้เยี่ยมสำรวจ

GROW Model เป็นขั้นตอนของการโค้ชอย่างง่ายๆ และได้ผล

เรื่องเล่าเร้าพลัง (Springboard Story)

เรื่องเล่าจากมุมมองของตัวละครเอกที่อยู่ในสถานการณ์ที่เป็นต้นแบบสถานการณ์นั้นคุ้นเคยกับผู้ฟังเฉพาะ มีข้อเสนอการเปลี่ยนแปลงเพื่อแก้ไขมีความแปลกหรือความไม่ลงรอยกันสำหรับผู้ฟังเพื่อที่จะดึงดูดความสนใจและกระตุ้นจินตนาการของพวกเขา



ที่มา: Steve Denning (AD 2000) “The Springboard: How Storytelling Ignites Action in Knowledge-Era Organizations”

อนุวัฒน์ คุภชุติกุล (4 มิถุนายน 2547) “การพัฒนาคุณภาพสู่การเรียนรู้”

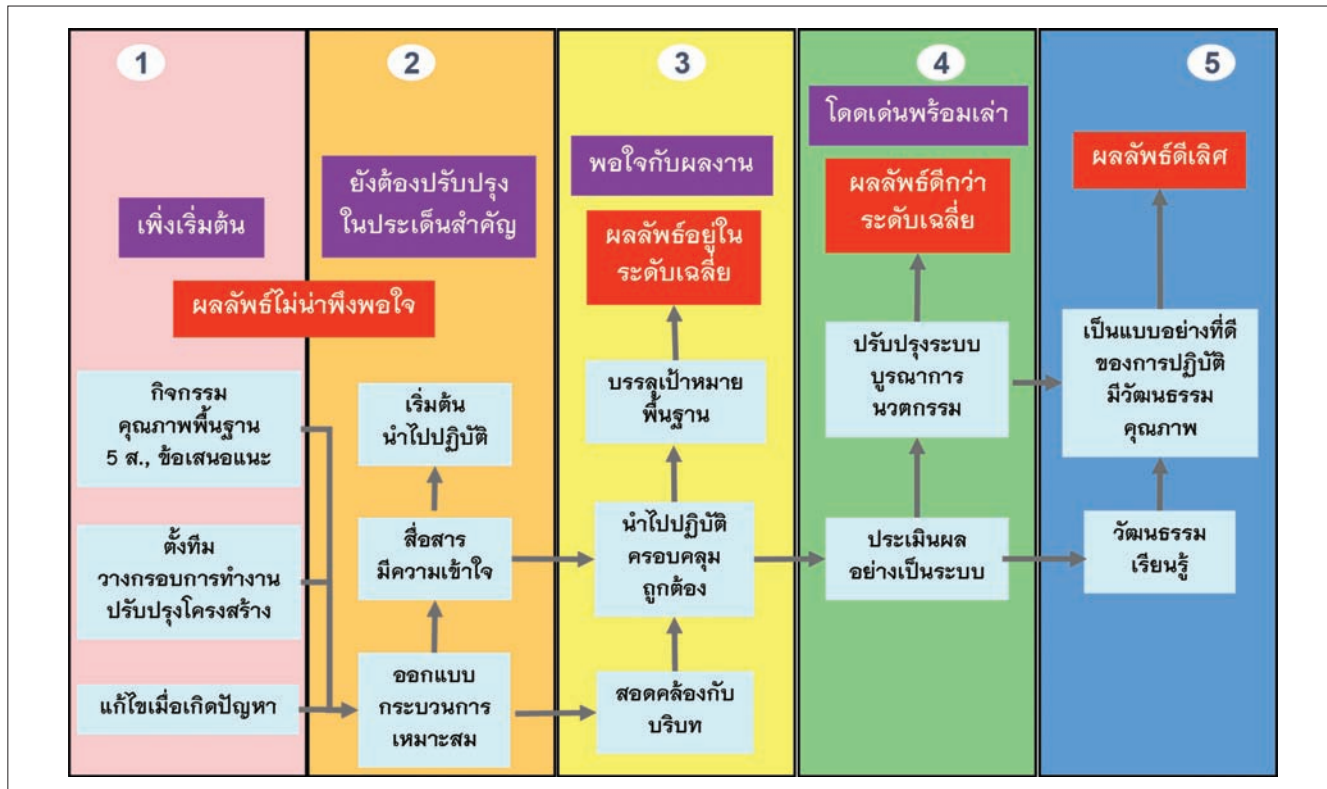
Steve Denning ได้เขียนไว้ในหนังสือของเขาเกี่ยวกับพลังของเรื่องเล่าในการจุดประกายปฏิบัติการในองค์กรที่เน้นการใช้ความรู้ ขับเคลื่อน โดยเรียกเรื่องเล่าเหล่านี้ว่า the springboard story คำว่า springboard หรือกระดานกระโดดน้ำเป็นคำที่มีความหมายดีมาก ซึ่งผู้เขียนเลือกที่จะแปลคำนี้ว่า “เรื่องเล่าเร้าพลัง”

Steve เปรียบเรื่องราวเสมือนพิวส์ชิ้นเล็กๆ ซึ่งมนุษย์เรามีเรื่องราวฝังลึกอยู่ในตัวจำนวนมาก เมื่อถ่ายทอดออกมาจะมาต่อเชื่อมกันได้

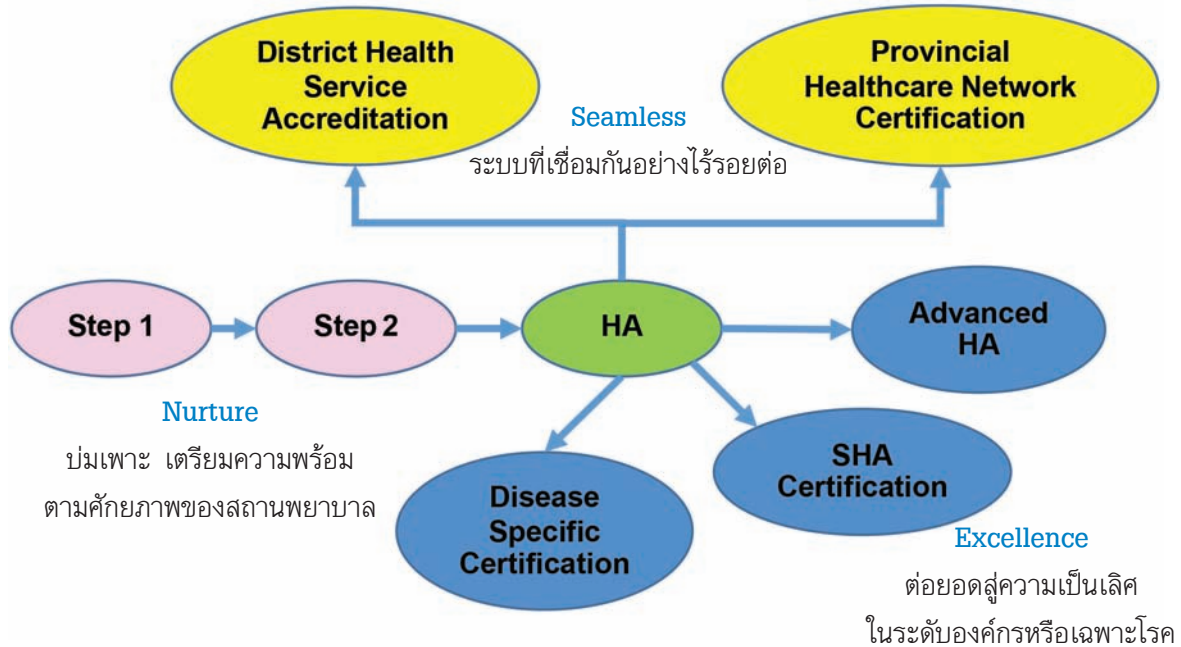
เวลาที่เราสอนความคิดอะไรออกมา ในลักษณะที่เป็นความคิดของเรา ผู้ฟังจะเกิดคำถามว่า “ทำไมต้องทำ?” “ทำไมต้องเป็นเรา?” “เป็นความคิดของใคร?” ทำให้เกิด knowledge-action gap เกิดขึ้น แต่ถ้าเราเปลี่ยนเป็นการเล่าเรื่อง ผู้ฟังจะสร้างเรื่องที่สอดคล้องเป็นเรื่องของตนเองขึ้นในระหว่างการรับฟังนั้น เป็นเรื่องที่เป็นไปได้ในการปฏิบัติ ทำให้ไม่เกิด knowledge-action gap เกิดขึ้น

ด้วยความตระหนักในพลังของเรื่องเล่านี้เอง พรพ.จึงได้สนับสนุนให้หน้า “เรื่องเล่าเร้าพลัง” มาใช้ในการนำเสนอในการประชุม HA National Forum ตั้งแต่ครั้งที่ 5 (2547) เป็นต้นมา สร้างบรรยากาศของการประชุมวิชาการที่แตกต่างจากการประชุมอื่นๆ

ไว้ Scoring Guideline เพื่อยกระดับการพัฒนา



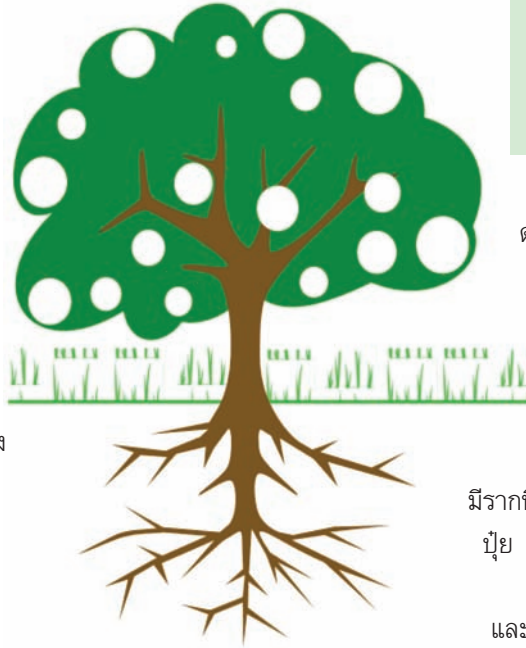
Spectrum ของกระบวนการ HA



ลักษณะสำคัญของ Advanced HA (A-HA)

Empowerment Evaluation

มีลำดับที่แข็งแกร่ง จุดที่ผู้บริหารและ
ผู้ปฏิบัติงานที่ได้รับการเสริมพลังให้มี
ความสามารถในการประเมินตนเอง
และกำหนดประเด็นการพัฒนาด้วยตนเอง
เพื่อสร้างนวัตกรรมในระบบงานของ
โรงพยาบาล



Fruitful
Higher maturity
Higher score
Evaluation Improvement Outcome

มีดอกผลอันอุดมสมบูรณ์
จุดตั้งระบบคุณภาพที่มี maturity สูง
และผลการดำเนินการที่ดีในทุกด้าน

Broad root

มีรากที่แผ่ขยายกว้างขวางสำหรับหาน้ำและ
ปุ๋ย คือ Extended Evaluation Guide
ที่ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติ
และประเมินตนเองเพื่อหาโอกาสพัฒนา

สรพ. (29 มิถุนายน 2559) “การประชุมเชิงปฏิบัติการ A-HA”

Stepwise Quality Journey

หลักพื้นฐานในการทำงานคุณภาพ

Simplicity

ง่าย

ทำงานประจำให้ง่ายขึ้น
พัฒนาคุณภาพแบบเรียบง่าย

Simplicity
Innovation
Human Factors

Joyful

มัน

มันจากการได้ทำสิ่งแปลกใหม่
มันจากการไม่ถูกกดดัน
มันจากสัมพันธ์ภาพระหว่างการทำงาน
มันเพราะเห็นเป็นความท้าทาย

Effective

ดี

ดีต่อตัวเองและทีมงาน
ดีต่อผู้รับผลงาน
ดีต่อองค์กร

CQI
Evidence-based
Patient Safety
Clinical Tracer
Trigger Tools

Spirituality

มีสุข

ฝากำแพงสู่ความมีจิตใจที่งดงาม

บันไดสามขั้นสู่ HA

มองมาตรฐาน เชื่อมโยง ประเมินผล เรียนรู้ ยกระดับ

ขั้นที่ 3 วัฒนธรรมคุณภาพ
เริ่มด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA
พัฒนาอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้
ผลลัพธ์คุณภาพที่ดีขึ้น
ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน

มองงานของตนเอง หาเป้า ฝังคูล ทำให้บรรลุเป้า

ขั้นที่ 2 ประกันและพัฒนาคุณภาพ
เริ่มด้วยการวิเคราะห์เป้าหมายและกระบวนการ
ประกันและพัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมายของหน่วย
ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด
ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ในส่วนที่ไม่ยากเกินไป

โฟกัสตรงไหน ตามไปตรงนั้น กันอย่าให้เกิดซ้ำ

ขั้นที่ 1 สำรวจและป้องกันความเสี่ยง
นำปัญหามาทบทวน เพื่อแก้ไขป้องกัน
ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหา
ครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสเกิดสูง

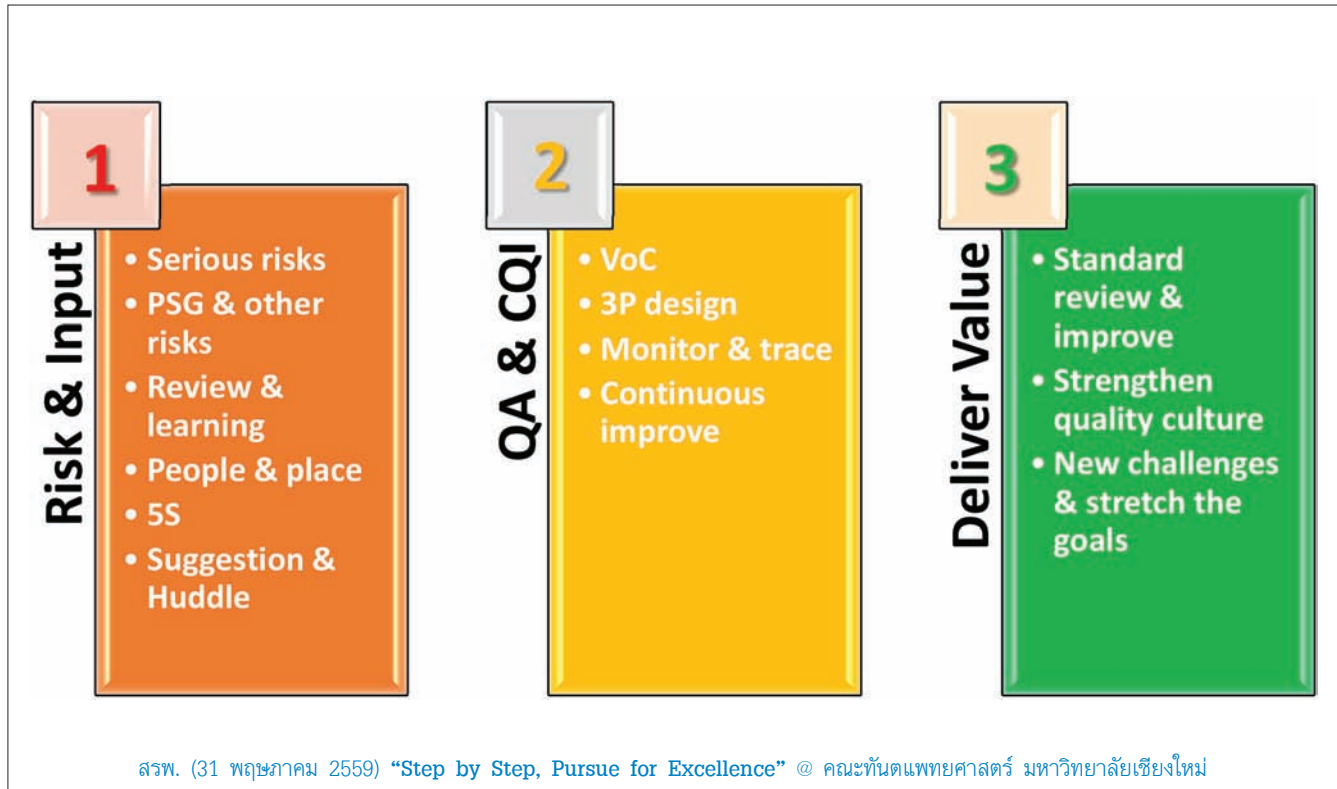
ที่มาของบันไดสามขั้นสู่ HA มาจากการมีระบบประกัน
สุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งผู้กำหนดนโยบายต้องการให้หน่วยบริการ
ต่างๆ มีคุณภาพที่ประชาชนวางใจได้อย่างทั่วถึง จึงพัฒนาให้มี
การรับรองตามความพร้อมของแต่ละสถานพยาบาลเป็นลำดับขั้น

อนุวัฒน์ ศุภชุตikul (20 สิงหาคม 2547) “ทำ HA แบบเรียงง่าย สบายๆ” @ HA Regional Forum ขอนแก่น

บันไดสามขั้นสู่ HA

	Step 1	Step 2	Step 3
Overview	Reactive	Proactive	Quality Culture
Starting Point	Review Problems & Adverse Events	Systematic Analysis of Goal & Process	Evaluate Compliance with HA Standards
Quality Process	Check-Act-Plan-Do	QA: PDCA COI: CARD	Learning & Improvement
Success Criteria	Compliance with Preventive Measures	QA/COI Relevant with Unit Goals	Better Outcomes
HA Standard	Not Focus	Focus on Key Standards	Focus on All Standards
Self Assessment	To Prevent Risk	To Identify Opportunity for Improvement	To Assess Overall Effort and Impact of Improvement
Coverage	Key Problems	Key Processes	Integration of Key Systems

บันไดสามขั้นสู่ HA (Version 2016)



หลักคิดชุดที่ 1 “ทำงานประจำให้ดี มีอะไรให้คุยกัน ขยับทบทวน”

ทำงานประจำให้ดี

รู้เป้าหมาย
รู้ว่าจะทำให้ดีได้อย่างไร
รู้ว่าทำได้ดีหรือไม่

+ Reconcile Work-As-Imagine & Work-As-Done

มีอะไรให้คุยกัน

คุยกันภายในหน่วยงาน
คุยกันระหว่างหน่วยงาน
คุยกันระหว่างวิชาชีพ

+ Conversational Leadership
+ Beyond polarities

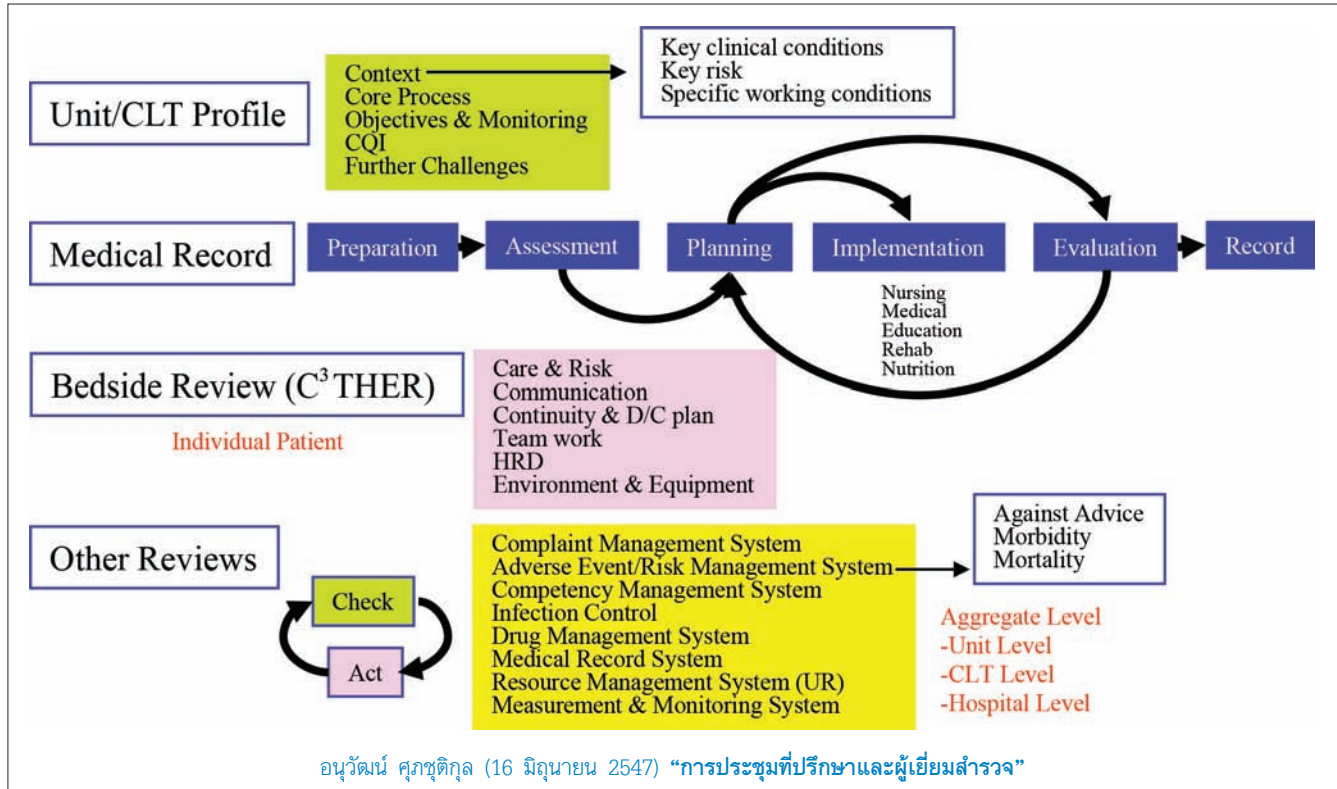
ขยับทบทวน

ทบทวนหลังทำกิจกรรม (AAR)
ทบทวนเมื่อมีเหตุการณ์ (RCA)
ทบทวนข้อมูลที่เป็นประโยชน์

จากหลักคิดในบันไดขั้นที่ 1 สู่ HA “ทำงานประจำให้ดี มีอะไรให้คุยกัน ขยับทบทวน” ได้ update วิธีการเพิ่มเติมและปรับเป็นหลักคิดชุดที่ 1 ซึ่งควรนำมาใช้เป็นประจำ ไม่ว่าจะพัฒนาอยู่ในขั้นไหน

อนุวัฒน์ ศุภชุตikul (24 พฤศจิกายน 2562) “ระบบคุณภาพที่ยั่งยืน” @ Thailand LA Forum 2019

บันไดขั้นที่ 1 สู่ HA: กิจกรรมทบทวนพื้นฐาน



อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล (16 มิถุนายน 2547) “การประชุมที่ปรึกษาและผู้เยี่ยมสำรวจ”

หลักคิดชุดที่ 2 “เป้าหมายชัด วัดผลได้ ให้คุณค่า อย่างยืดติด”

เป้าหมายชัด

พิจารณาจากมิติคุณภาพต่างๆ

+ Outcome framework
/ Theory of Change

วัดผลได้

วัดการบรรลุเป้าหมาย
วัดคุณภาพในกระบวนการทำงาน
ทำให้สอดคล้องกับการประเมินโดยไม่ต้องวัด

+ Measurement for
Improvement

ให้คุณค่า

ให้คุณค่าแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

+ Value Proposition

อย่างยืดติด

ไม่ติดรูปแบบ
ใช้แว่นความงามจัดการกับระบบที่นำเป้า
จุดกำเนิดของนวัตกรรมคือคนชี้ราคาญ

+ Agile

จากหลักคิดในบันไดขั้นที่ 2 สู่ HA “เป้าหมายชัด วัดผลได้ ให้คุณค่า อย่างยืดติด” ได้ update
วิธีการเพิ่มเติมและปรับเป็นหลักคิดชุดที่ 2 ซึ่งควรนำมาใช้เป็นประจำไม่ว่าจะพัฒนาอยู่ในขั้นไหน

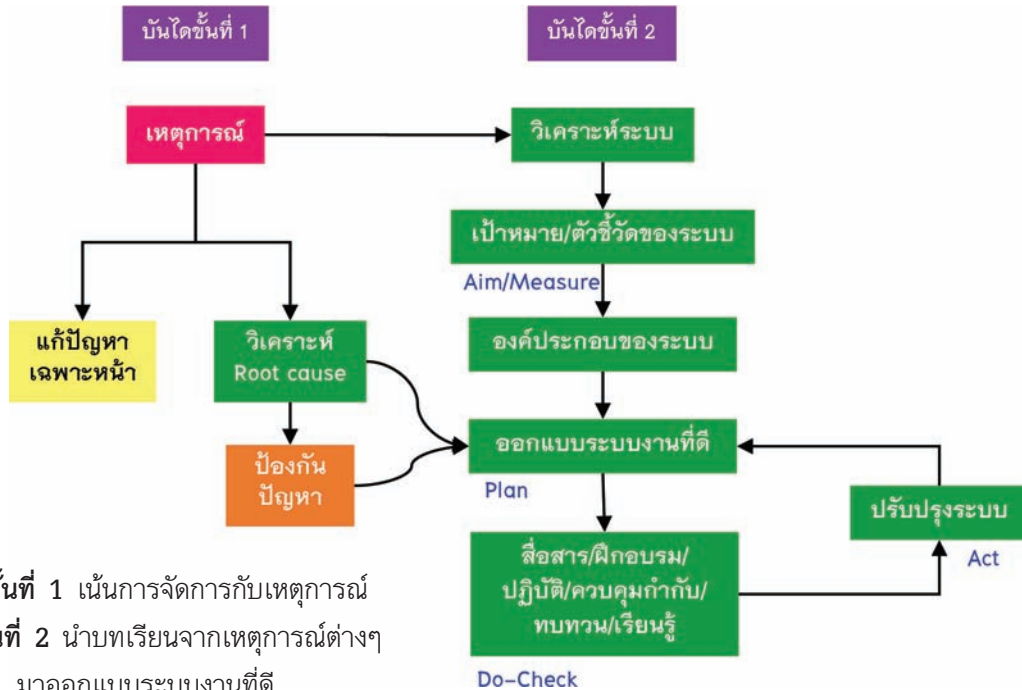
อนุวัฒน์ ศุภชุตกุล (24 พฤศจิกายน 2562) “ระบบคุณภาพที่ยั่งยืน” @ Thailand LA Forum 2019

การต่อเรือจากขั้นที่ 1 สู่ขั้นที่ 2



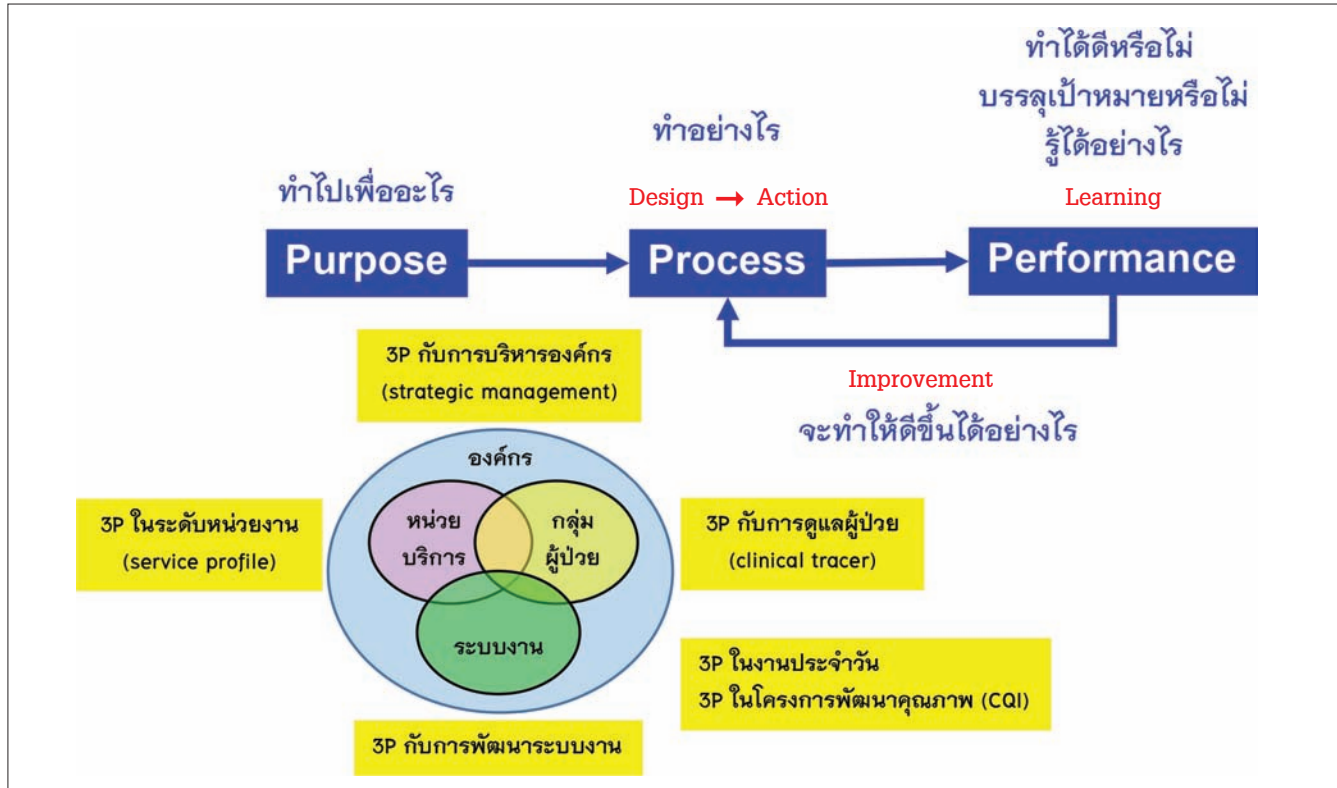
อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (16 สิงหาคม 2547) “การให้คำปรึกษาสำหรับโรงพยาบาลในบันไดขั้นที่ 2”

การต่อเชื่อมจากขั้นที่ 1 สู่ขั้นที่ 2



อนุวัฒน์ ศุภชุตกุล (16 กันยายน 2548) “การจัดการความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยในโรงพยาบาล”

บันไดขั้นที่ 2 สู่ HA: 3P (QA/CQI) ในทุกระดับ

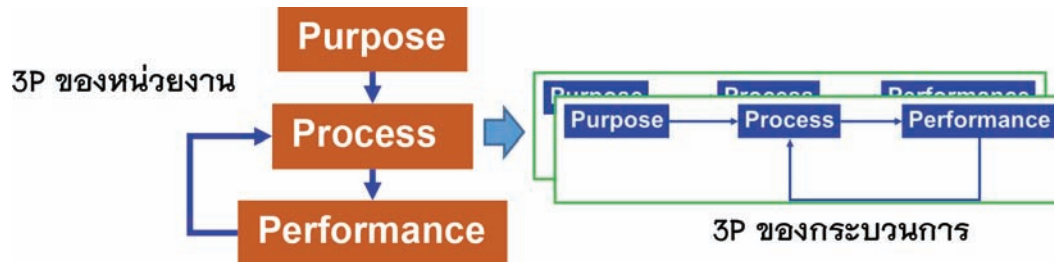


บันไดขั้นที่ 2 สู่ HA: Unit-based Quality

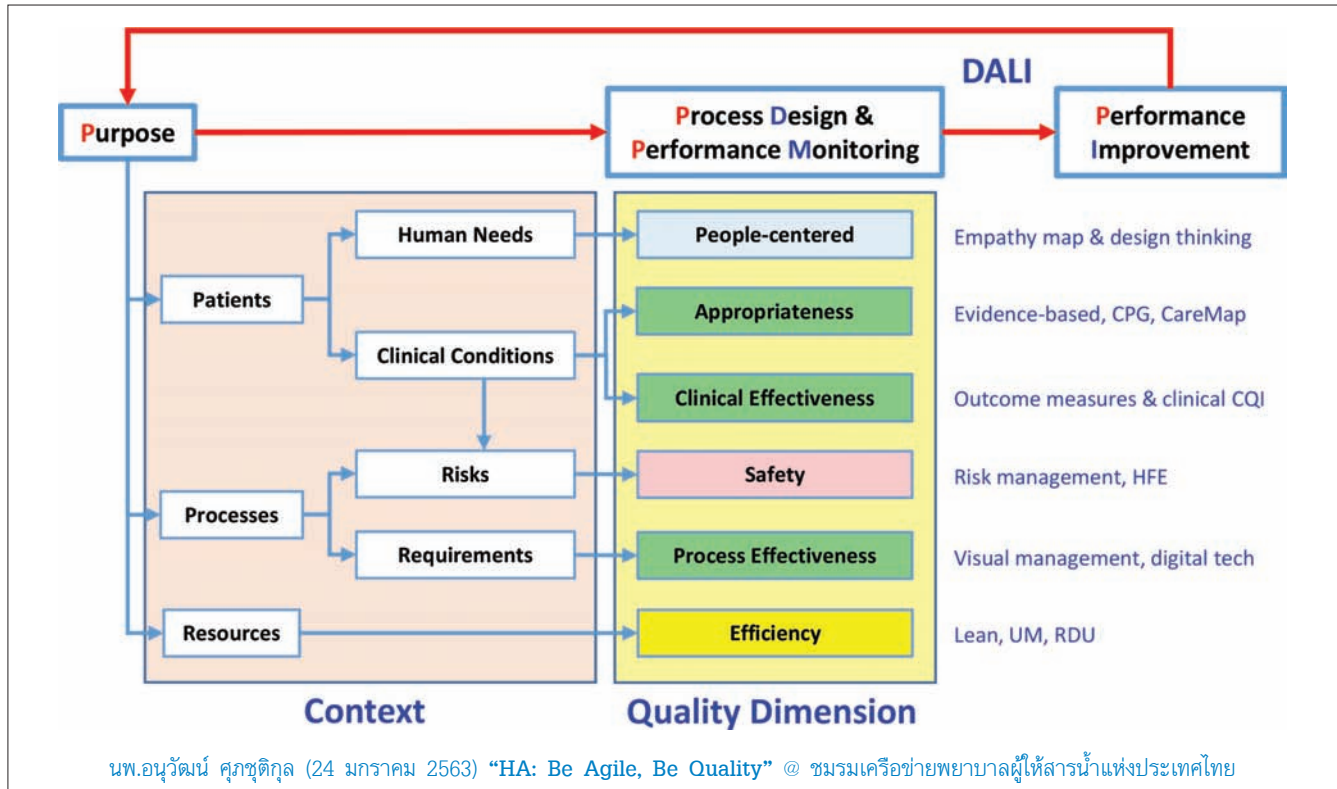
1. แนวคิดพื้นฐาน คือการใช้ 3P
2. หัวหน้าพาทำคุณภาพ
3. กิจกรรมคุณภาพพื้นฐานต่าง ๆ ระบบข้อเสนอแนะ, 5ส., พฤติกรรมบริการสู่ความเป็นเลิศ, ศูนย์เรียนสนทนา, KM
4. Service Profile เป็นเครื่องมือสำหรับวางแผนและติดตามการพัฒนาคุณภาพและการบรรลุเป้าหมายของหน่วยงาน
5. กิจกรรมทบทวนคุณภาพ เป็นกระจกส่องตัวเอง เป็นเครื่องมือในการหาโอกาสพัฒนา ควรเลือกสรรให้เหมาะสมกับแต่ละหน่วยงาน
6. การพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน
7. เชื่อมโยง Performance Management System

Service Profile (Unit Profile)

เครื่องมือในการทำความเข้าใจหน้าที่สำคัญของหน่วย
เครื่องมือวิเคราะห์ประเด็นสำคัญและโอกาสพัฒนา
เครื่องมือวางแผน
เครื่องมือติดตามความก้าวหน้า
เครื่องมือในการสื่อสารและเรียนรู้
บันทึกผลงานของหน่วยงาน



บันไดขั้นที่ 2 สู่ HA: Clinical Quality for Front-line Staff

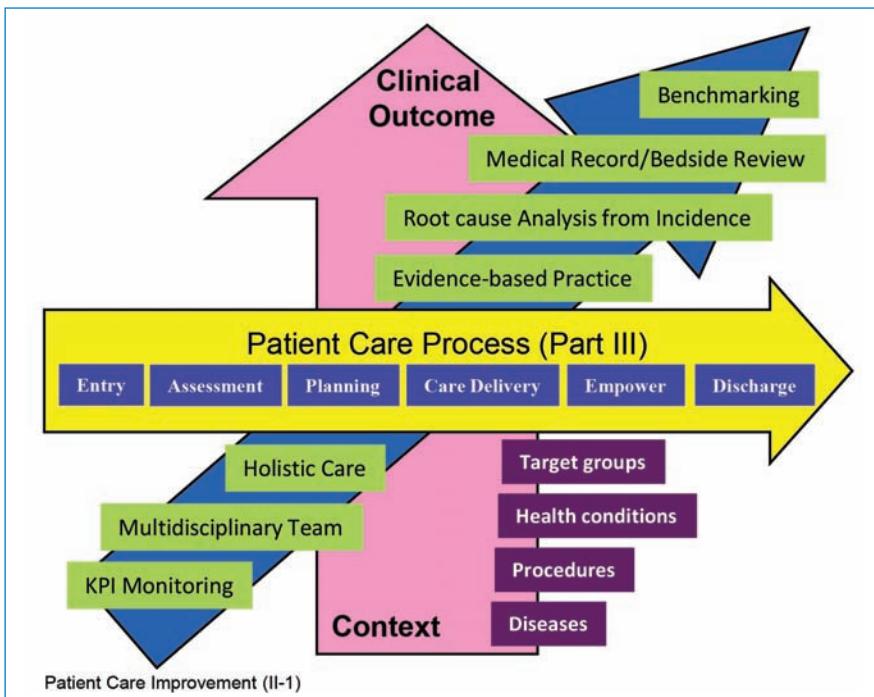


นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (24 มกราคม 2563) “HA: Be Agile, Be Quality” @ ชมรมเครือข่ายพยาบาลผู้ให้สารน้ำแห่งประเทศไทย

บันไดขั้นที่ 2: 3P ใน Clinical CQI



3 แกนในคุณภาพการดูแลผู้ป่วย



ภาพนี้แสดงให้เห็นแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจากหลายๆ มุม และมีประโยชน์ในการใช้ตามรอยการดูแลผู้ป่วย

ลูกศรแนวตั้งแสดงให้เห็นการพิจารณาบริบทของผู้ป่วยหรือ medical conditions เช่น การเป็นโรคหรือการทำหัตถการ และผลลัพธ์ที่คาดหวังในแต่ละโรค ซึ่งอาจร่วมกับการพิจารณาเรื่อง evidence ที่ต้องใช้ในการดูแลสถานะนั้นๆ ด้วย เป็นเรื่องของ*การออกแบบและติดตามผล*

ลูกศรแนวนอนแสดงให้เห็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกแรกรับจนจำหน่าย (ตามมาตรฐาน HA ตอนที่ III) ซึ่งจะมีแบบแผนเดียวกันสำหรับทุกๆ medical conditions แต่จะมีรายละเอียดเฉพาะที่แตกต่างกันไป เป็นเรื่องของงาน*ประจำ*

ลูกศรแนวทแยงแสดงให้เห็นแนวคิดและเครื่องมือสำหรับการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย (มาตรฐาน HA บทที่ II-1) เป็นเรื่องของการ*พัฒนา*

อนุวัฒน์ ศุภชุตกุล (24 ธันวาคม 2547) “การพัฒนาคุณภาพกับระบบบริการสุขภาพ”

การตามรอย

การตามรอยคือภาคปฏิบัติของการมองเชิงระบบ

การตามรอยสิ่งที่คุ้นเคยอย่างตั้งใจ
ทำให้มองเห็นสิ่งที่ถูกละเลย
และเห็นการเชื่อมต่อภายในระบบที่ซับซ้อน
ชี้ให้เห็นการเชื่อมต่อของ HA National Forum ครั้งที่ 6 แนวคิดเชิงระบบ
กับครั้งที่ 7 นวัตกรรม ตามรอย และวัดผลคุณภาพ

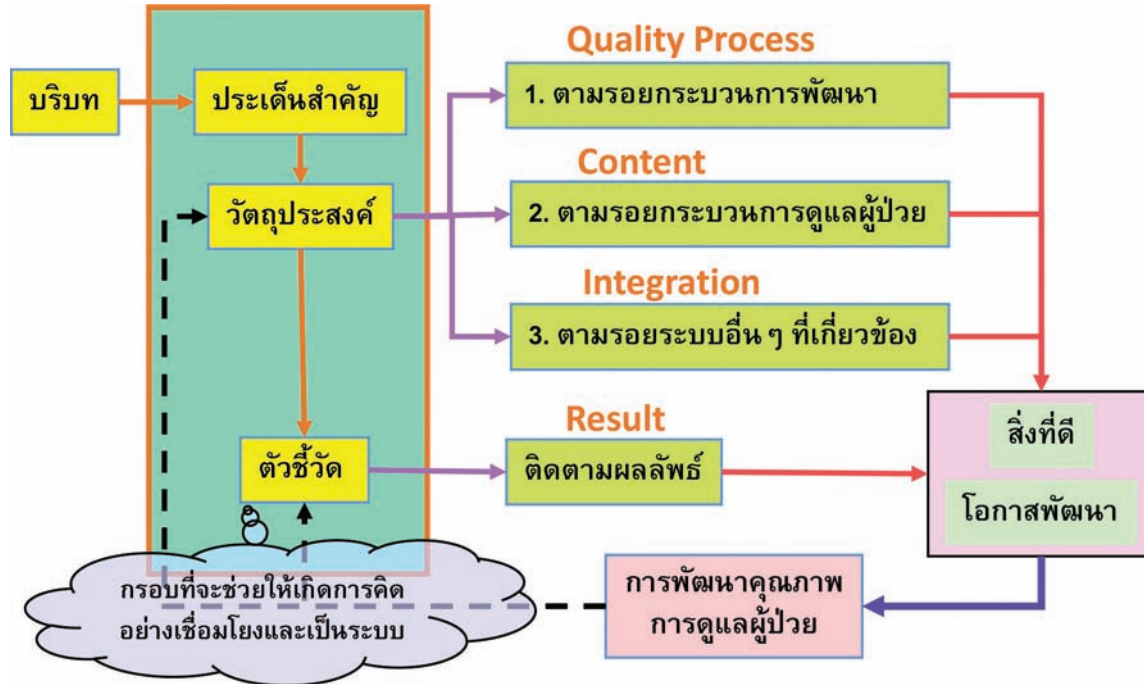
พรพ. (2 กรกฎาคม 2549) Clinical Tracer

ประโยชน์ของการตามรอย

- เป็นรูปธรรมที่เห็นชัดเจน
- เชิญชวนผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเข้ามาร่วม
- ตามรอยคุณภาพได้ทุกองค์ประกอบ
- นำไปสู่ CQI กระตุ้นให้ใช้เครื่องมือคุณภาพที่หลากหลาย
- Clinical Tracer แต่ละตัว ช่วยเสริมมุมมองที่แตกต่างกัน ทำให้มองเห็นระบบในภาพรวมได้สมบูรณ์ขึ้น
- นำ Core Values & Concepts ที่สำคัญมาใช้อย่างเป็นธรรมชาติ
- Patient Focus, Management by Fact, Focus on Result, Evidence-based

พรพ. (30 มีนาคม 2550)

ใช้ Clinical Tracer เพื่อเรียนรู้และพัฒนาทุกองค์ประกอบในระบบงาน



Step 2 Essential

เขียนให้น้อย
คิดให้มาก
ทำให้มากที่สุด
ที่จะคุยกันต่อไปนี้เป็นเครื่องมือช่วยคิด

Step 2 Essential เป็นการนำเอามาตรฐาน HA ที่สำคัญบางเรื่องมาแนะนำให้โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองในชั้นที่ 2 ได้ใช้พัฒนาสำหรับการต่ออายุ เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการก้าวสู่บันไดขั้นที่ 3 หรือการรับรอง HA ได้ง่ายขึ้น

I-1 การนำองค์กร

(6) ทีมนำปรับปรุงหรือแสดงให้เห็นช่องทางการสื่อสารกับบุคลากรที่มีประสิทธิภาพ

WHY

คุณค่าสำคัญของการสื่อสารคือความเข้าใจกัน และความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน สิ่งที่ต้องทบทวนในเรื่องการสื่อสาร (1) กลุ่มเป้าหมาย (2) เนื้อหา (3) ช่องทาง

HOW

- เนื้อหาไม่ได้มีเพียงนโยบาย เป้าหมาย กิจกรรม แต่รวมความถึงสิ่งที่คิด และเหตุผลที่คิดเช่นนั้น
- เหตุผลที่คิดอาจจะเป็นหลักการ ข้อมูล หรือผลการวิเคราะห์

กิจกรรมการสื่อสารอะไรที่จำเป็นประจำ
เนื้อหาการสื่อสารสำคัญที่ควรเน้นคืออะไร?
ผลการสื่อสารเป็นอย่างไร?

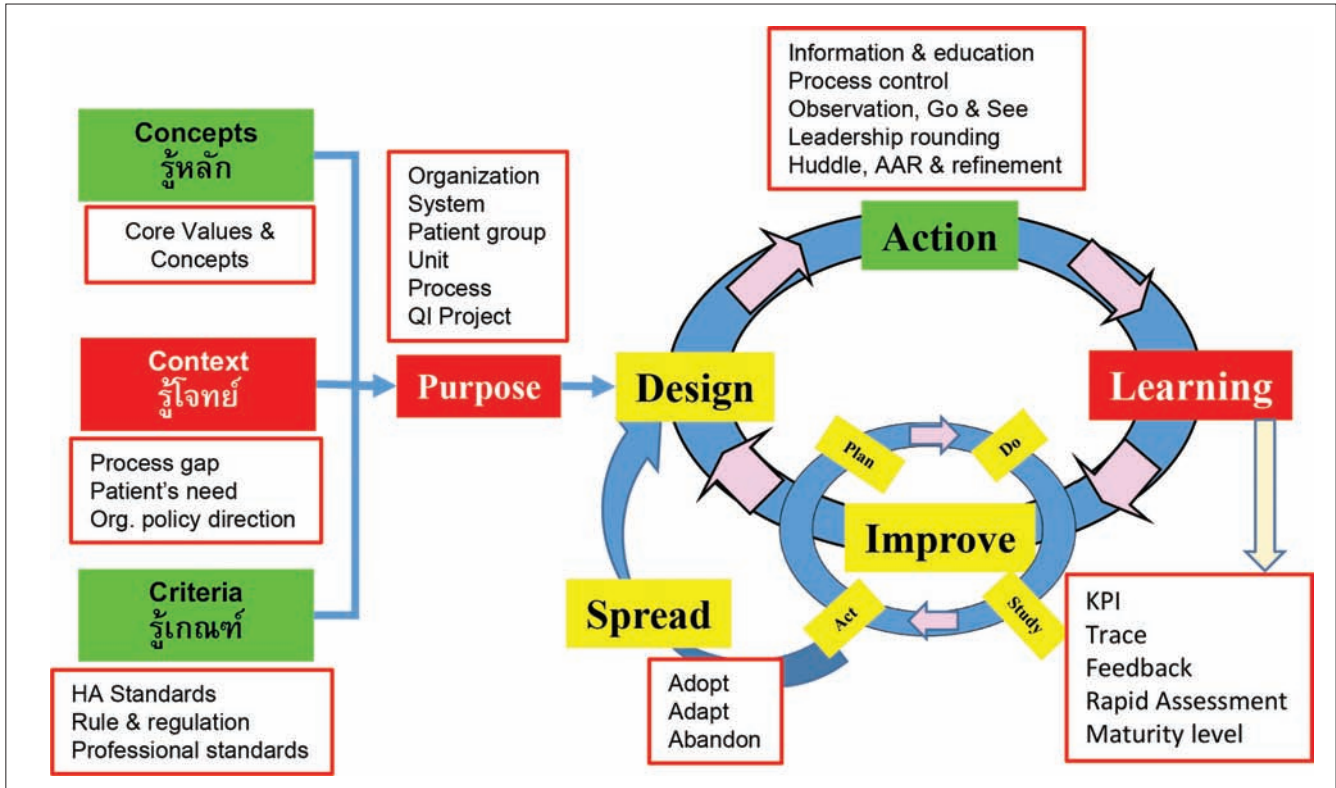
เสริมด้วยคำถามเพื่อการตรวจสอบตนเองใน SPA-in-Action

ขอตัวอย่างเรื่องที่จะต้องสื่อสารกับบุคลากรให้เกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้
อะไรคือช่องทางการสื่อสารสองทางที่ได้ผล
ควรเสริมพลังให้ผู้ปฏิบัติงานตัดสินใจด้วยตนเองในเรื่องอะไรเพิ่มเติมจากที่เป็นอยู่

สพพ. (21 ตุลาคม 2557) “ทางการพัฒนาเพื่อธำรงบันไดขั้นที่ 2 สู่ HA”

การใช้มาตรฐาน HA

การใช้มาตรฐาน HA ตามแนวคิด 3C-DALI



Criteria: รู้เกณฑ์ รู้มาตรฐาน HA

มาตรฐาน HA คือกรอบความคิดที่สื่อให้เห็นถึงองค์ประกอบสำคัญของสถานพยาบาลที่มีคุณภาพ (อย่างยั่งยืน) และความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบเหล่านั้น

- A basis for comparison
- A principle use for the measure of quality



- An explicit statement of expected quality
- Performance specifications that, will lead to the highest possible quality in the system.

มาตรฐาน HA ใช้กรอบแนวคิดของเกณฑ์รางวัลคุณภาพสู่ความเป็นเลิศ (TQA/MBNQA) เป็นฐาน จึงช่วยกระบวนทัศน์ในการเขียนมาตรฐาน จากการใช้เพื่อเป็นฐานในการเปรียบเทียบ และใช้วัดคุณภาพ มาเป็นการแสดงออกถึงคุณภาพที่คาดหวัง เป็นผลการดำเนินงานที่จะนำไปสู่คุณภาพที่สูงสุดที่เป็นไปได้ในระบบ

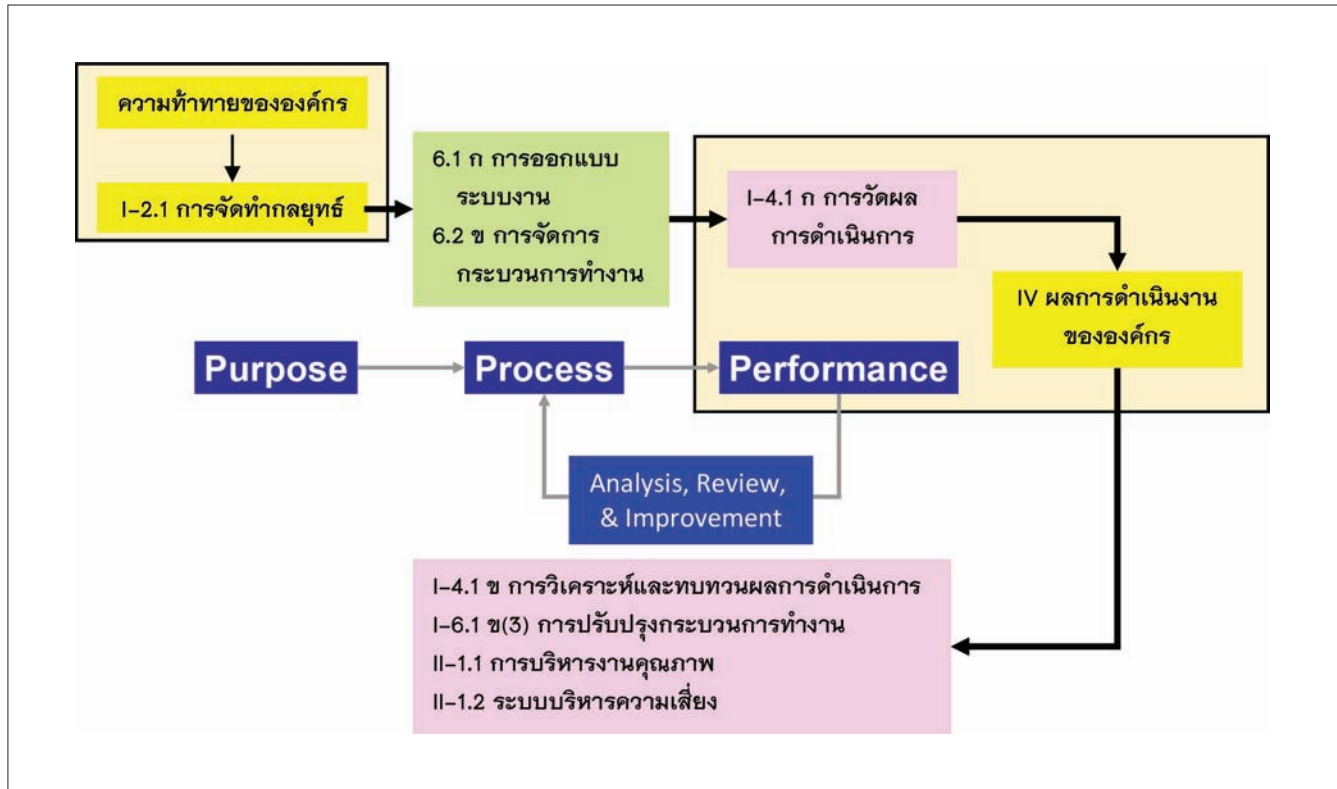
การประเมินของ HA จึงมุ่งกระตุ้นให้เกิดการพัฒนากระบวนการภายในองค์กรอย่างเป็นระบบ และทั่วทั้งองค์กร

รู้จัก: การถอดรหัสมาตรฐาน

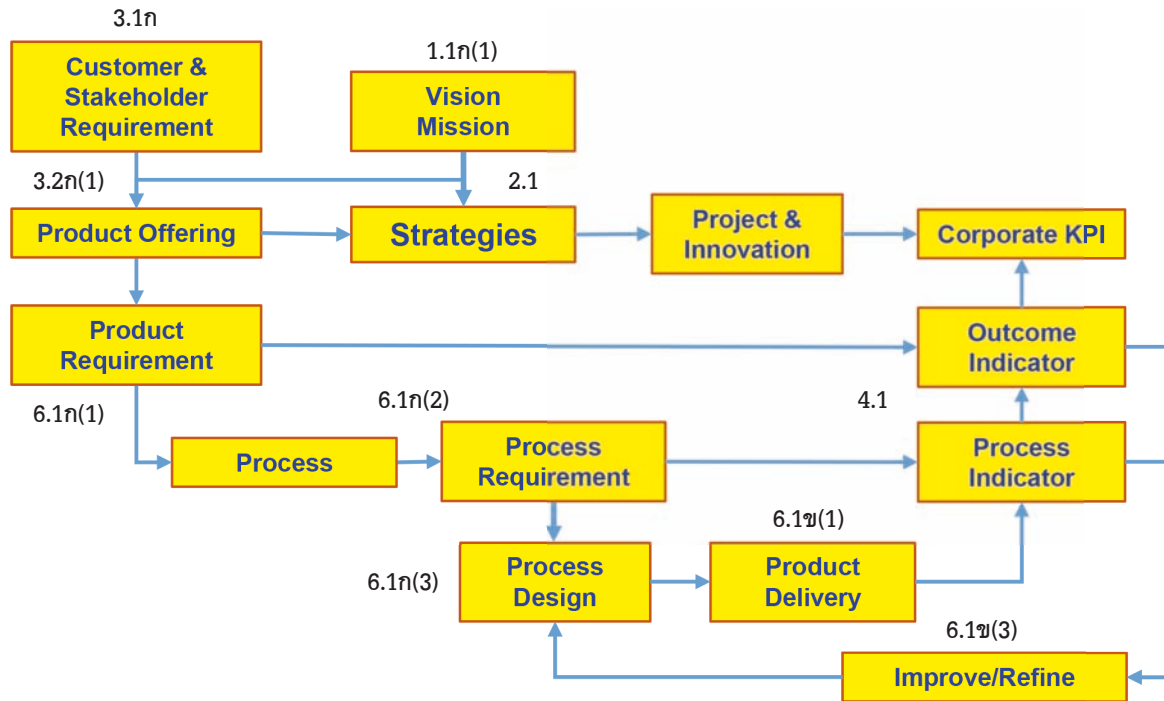
การถอดรหัสมาตรฐานจะช่วยให้เกิดความเข้าใจในมาตรฐานเรื่องนั้นอย่างลึกซึ้ง และได้ประโยชน์เมื่อนำไปใช้

ประเด็น	ตัวอย่าง	
Standard	I-5.2ก(2)(3)	
Standard intent (เป้าหมาย/คุณค่าของเรื่องนี้)	กำลังคนมีความผูกพัน มีแรงจูงใจ และสร้างผลงานที่ดี	
Process customer	กำลังคน	
Value to customer	สิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ดี สร้างความผูกพัน ให้คุณค่าและความเป็นธรรม	
Process owner	คณะกรรมการ HR, ผู้รับผิดชอบงาน HR, หัวหน้าหน่วยงาน	
Process	กำหนดปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพัน → ประเมินความผูกพัน → ปรับปรุงความผูกพัน	
Process requirement	Process	
	Process Requirement	
	กำหนดปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพัน	เป็นปัจจัยที่มีผลจริง สำคัญ มีความเฉพาะกับกลุ่ม
	ประเมินความผูกพัน	เชื่อถือได้ ใช้ประโยชน์ได้ เป็นปัจจุบัน
	ปรับปรุงความผูกพัน	วิธีที่ได้ผล ตรงประเด็น ทัวถึง

รู้เกณฑ์: ใช้ 3P เพื่อดูภาพรวมของการพัฒนาที่องค์กร

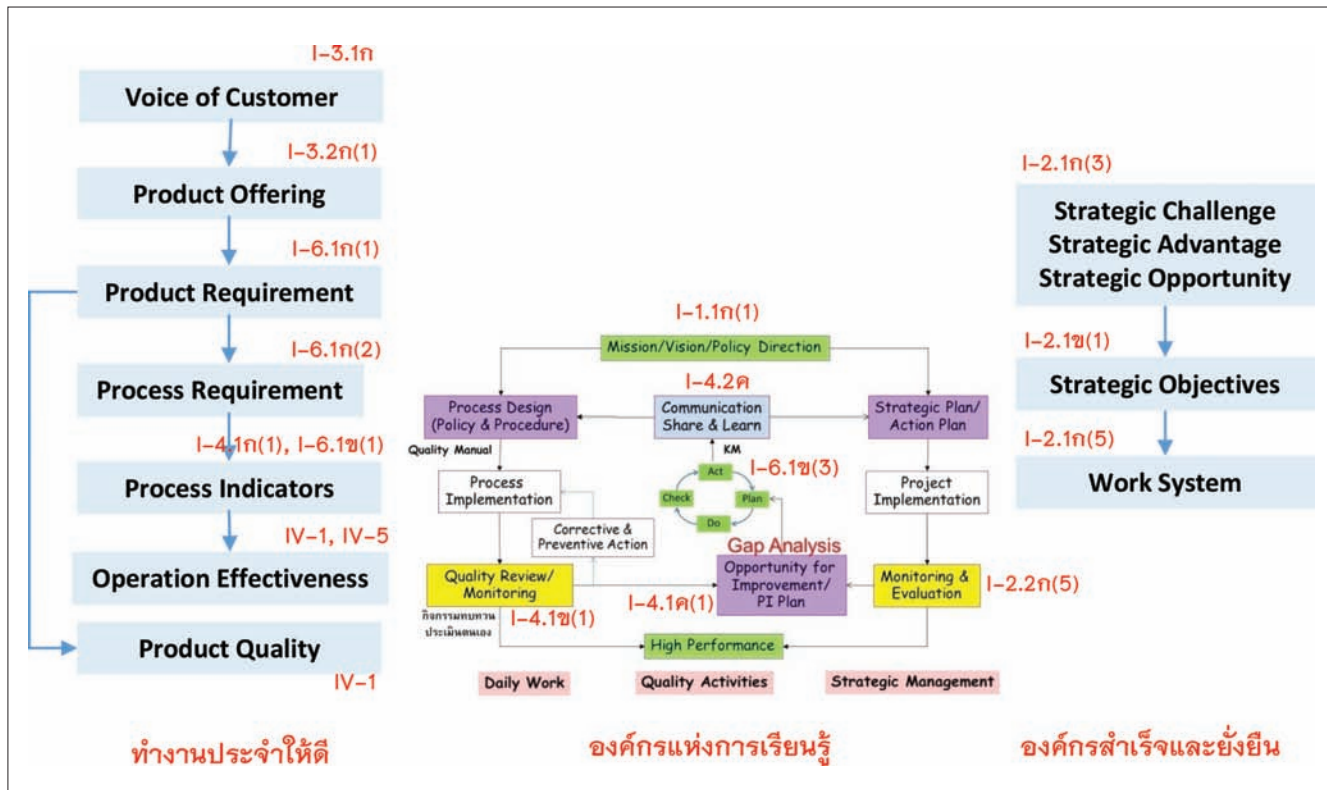


รู้จัก: การเชื่อมโยงระหว่างหมวดต่างๆ ของมาตรฐานตอนที่ 1



อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (29 สิงหาคม 2562) การสัมมนาแนวทางพัฒนาระบบคุณภาพ ม.มหิดล

รู้จัก: การเชื่อมโยงมาตรฐานกับ 3 ลักษณะงานในองค์กร



รู้จัก: มาตรฐาน HA กับความสัมพันธ์ในเรื่องทิศทางองค์กร

แต่ละเรื่องมีความซับซ้อน
การเห็นความสัมพันธ์ที่ชัดเจน
ทำให้ง่ายในการนำไปปฏิบัติ



รู้จัก: SWOT & Strategic Opportunities

ทั้ง Strategic Opportunities และ Strategic Objectives มีลักษณะร่วมกันคือเป็นเรื่องใหม่ๆ ในอนาคต

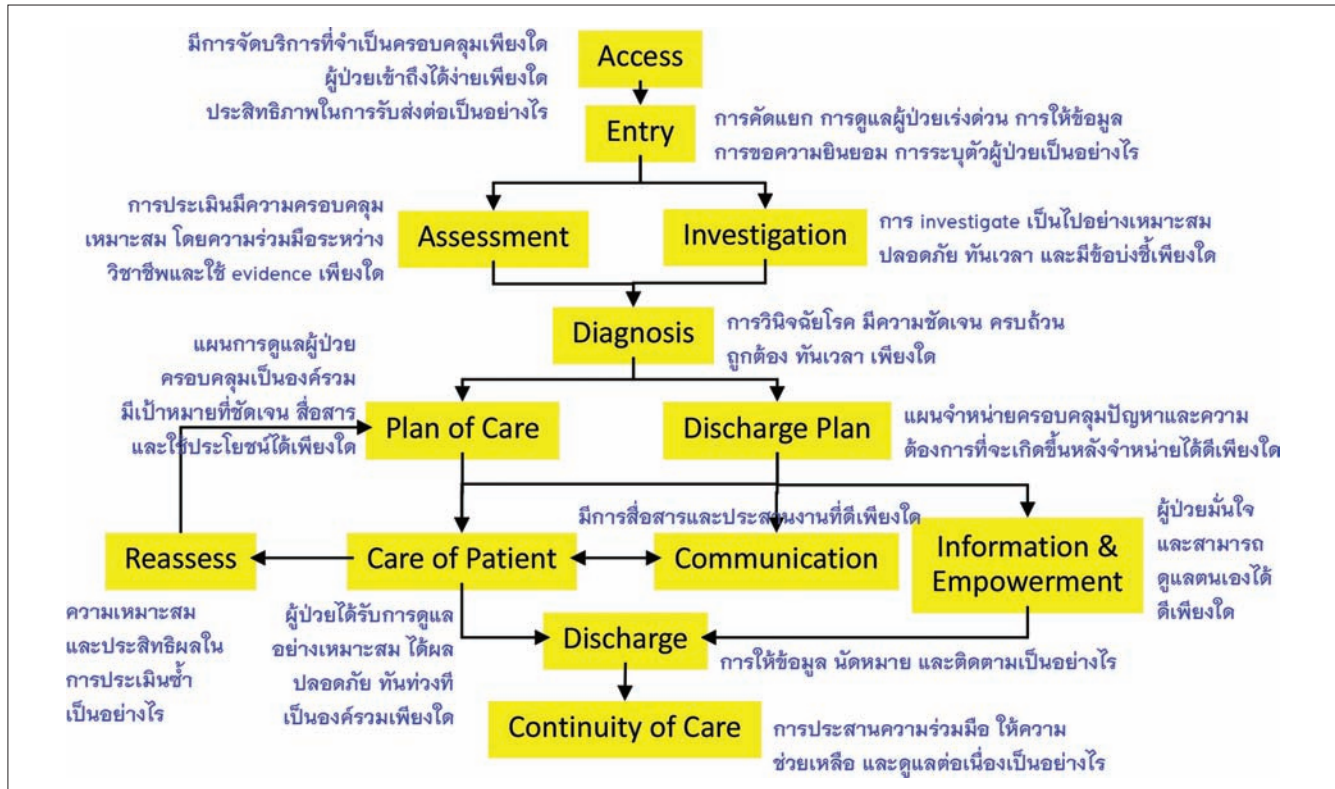


อนุวัฒน์ คุณชูติกุล (5 ตุลาคม 2562) “การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในยุค Disruptive” @ การประชุมวิชาการกรมแพทยทหารเรือ ครั้งที่ 32

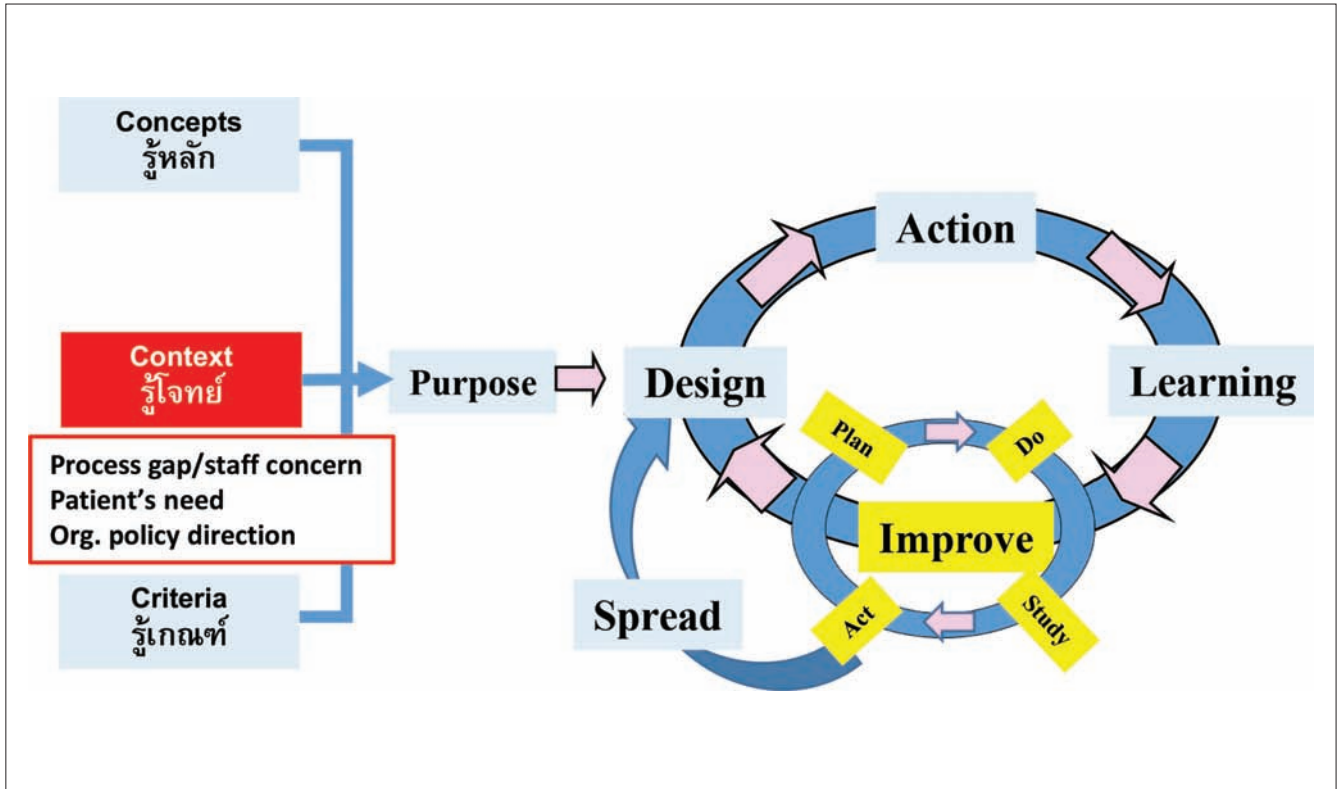
รู้จัก: มาตรฐานตอนที่ I ต้องใช้ถึงระดับหน่วยงาน มิใช่เพียงทีมนำ



มาตรฐานตอนที่ III ควรใช้ประเมินประสิทธิผลของกระบวนการดูแลผู้ป่วย



Context: รั้งจย

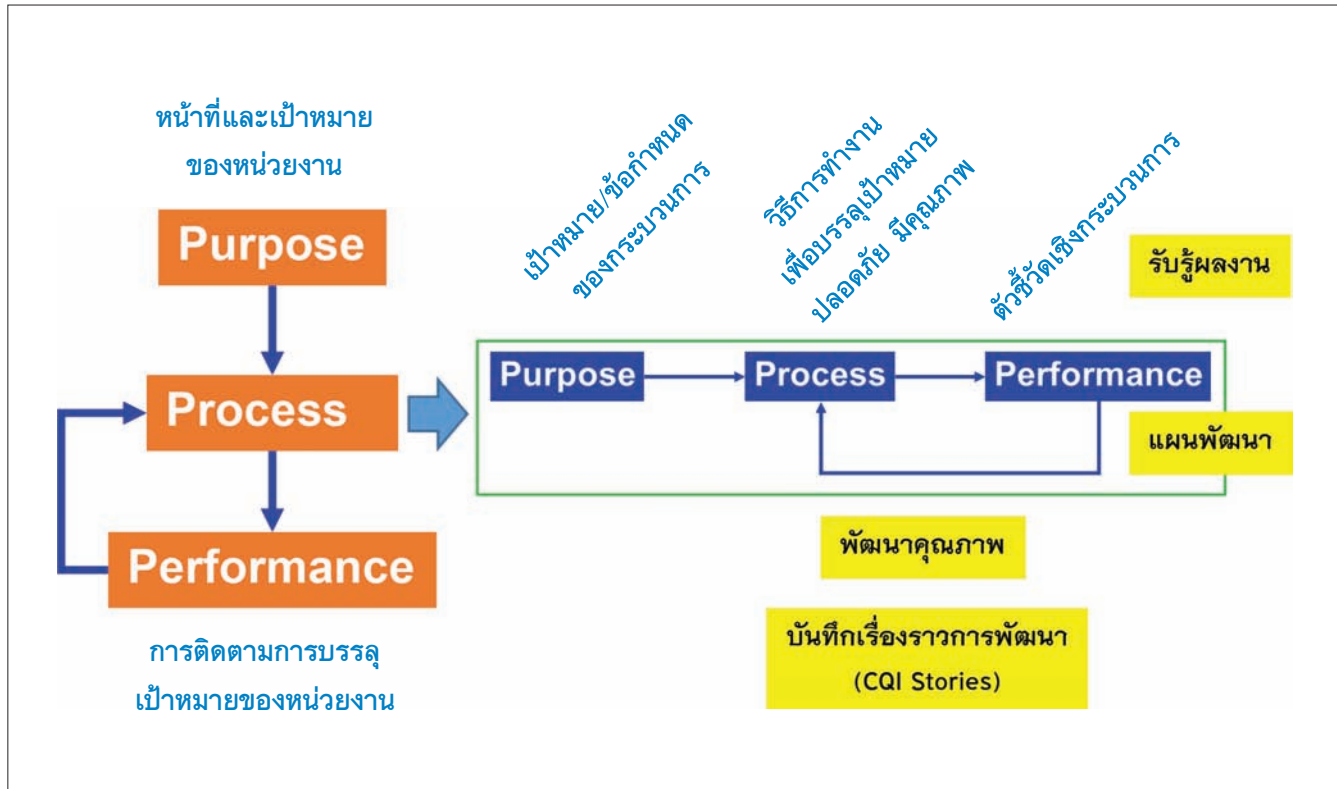


รู้จักัย: รู้จักบริบทของตนเอง

- เราคือใคร มีหน้าที่อะไร ผลิตหรือให้บริการอะไร
- เรามีความเชื่อ/ค่านิยมอย่างไร
- ใครคือผู้รับผลงาน ผู้รับผลงานต้องการอะไร
- เราใช้อะไรในการผลิต/ให้บริการ
- เรามีเป้าหมายอะไร จะไปอยู่ตรงไหนในอนาคต
- อะไรคือความท้าทายของเรา/สิ่งที่เราต้องปรับปรุง
- เราปรับปรุงและเรียนรู้กันอย่างไร

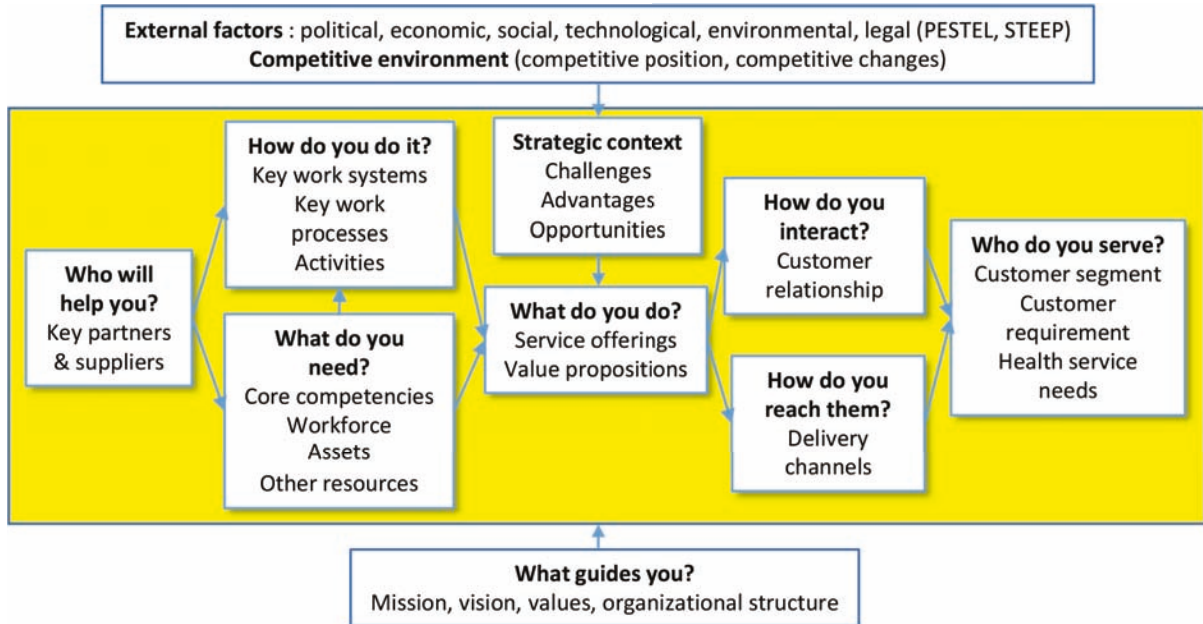
อนุวัฒน์ ศุภชุตikul (16 มกราคม 2547)
การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลสู่ความเป็นเลิศ

รู้จัก: Service Profile คือจ็อกย์และบทเรียนของหน่วยงาน

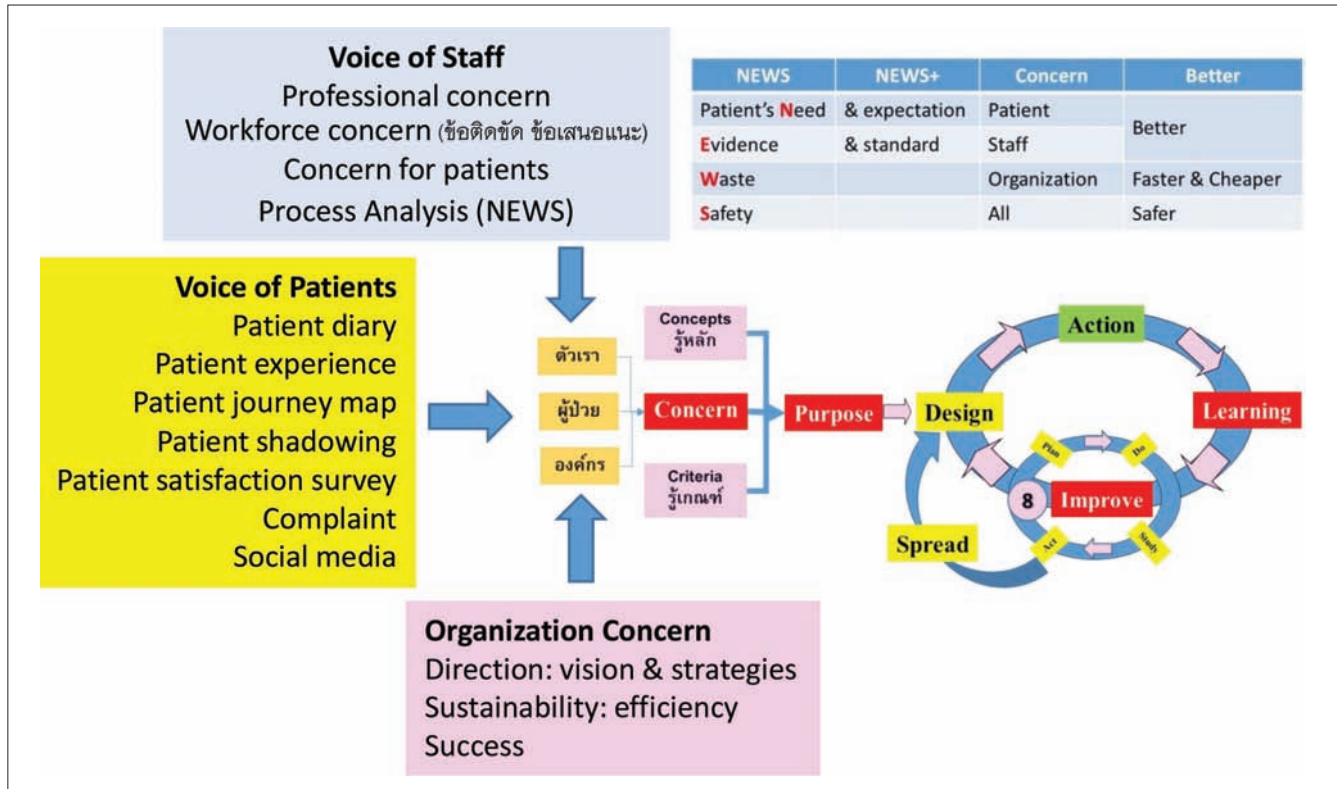


รู้จัก: Hospital Profile คือปัจจัยและข้อมูลสำคัญขององค์กร

บริบท (context) คือลักษณะที่เฉพาะเจาะจงขององค์กร เป็นสิ่งสำคัญที่ต้องพิจารณาในการกำหนดวิธีการดำเนินงาน องค์กรประกอบและความสัมพันธ์ของข้อมูลสำคัญใน Hospital Profile แสดงในภาพ



รู้จัก: เริ่มจาก Concern ของทุกฝ่าย แล้วนำมากำหนด Priorities



รู้จักัย: คุยกันเล่น เห็นของจริง อิงข้อมูล (มาตรฐานในชีวิตประจำวัน)

1. คุยกันเล่น

WHY (in general) มาตรฐานนี้มีเป้าหมายอะไร

WHY (for us) จะช่วยให้ระบบของเราดีขึ้นอย่างไร

WHAT อะไรที่เราทำได้ดี อะไรที่ยังเป็นจุดอ่อน จุดอ่อนนั้นอยู่ตรงไหน กับใคร เมื่อไร ที่ใด

2. เห็นของจริง (ตามรอย)

HOW

เราทำงานกันอย่างไร ไปเยี่ยมชมกันอย่างสนุกๆ
เล่าให้ฟัง ทำให้ดู ลึว่าเราทำกันอย่างไร เราเข้าใจกันอย่างไร
ความล่อแหลมหรือความเสี่ยงอยู่ตรงไหน เราป้องกันอย่างไร
ถ้าเป็นอย่างนั้นจะทำอย่างไร เป็นอย่างนี้จะทำอย่างไร
การส่งต่อระหว่างขั้นตอนเป็นอย่างไร
มีการทำจริงหรือไม่ ดูได้จากตรงไหน ถ้ามได้จากใคร
จะทำอย่างไรให้ทำได้ง่ายขึ้น (ใช้หลัก Human Factors)
รับรู้ประสบการณ์ของผู้ป่วย

3. อิงข้อมูล/อิงวิจัย

HOW MUCH

ชวนกันเป็นคนช่างสงสัย ตั้งประเด็นข้อสงสัยไว้หลายๆ
เรียกร่องข้อมูลเพื่อตอบข้อสงสัย
ใช้ข้อมูลที่มีอยู่หรือเก็บข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อทำความเข้าใจโจทย์ให้ชัดเจน
เลือกประเด็นสำคัญ ตั้งคำถามการวิจัยเพื่อประเมิน
ทำ rapid assessment เก็บข้อมูลแต่น้อย ใช้คำถามน้อย จำนวนตัวอย่างน้อย
เก็บน้อยแต่ให้ได้ข้อมูลและความรู้ที่ตรงประเด็น เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนา
หาความหมายจากข้อมูล จัดลำดับความสำคัญของสิ่งที่ต้องทำ



รู้จัก: ภารกิจที่มีความเฉพาะเจาะจง

- ✍ WHO : ปัญหาเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือบุคลากรกลุ่มใดเป็นพิเศษหรือไม่
- ✍ WHERE : ปัญหาเกิดขึ้นกับจุดบริการใดเป็นพิเศษหรือไม่
- ✍ WHEN : ปัญหาเกิดขึ้นในช่วงเวลาใดเป็นพิเศษหรือไม่

Target Population

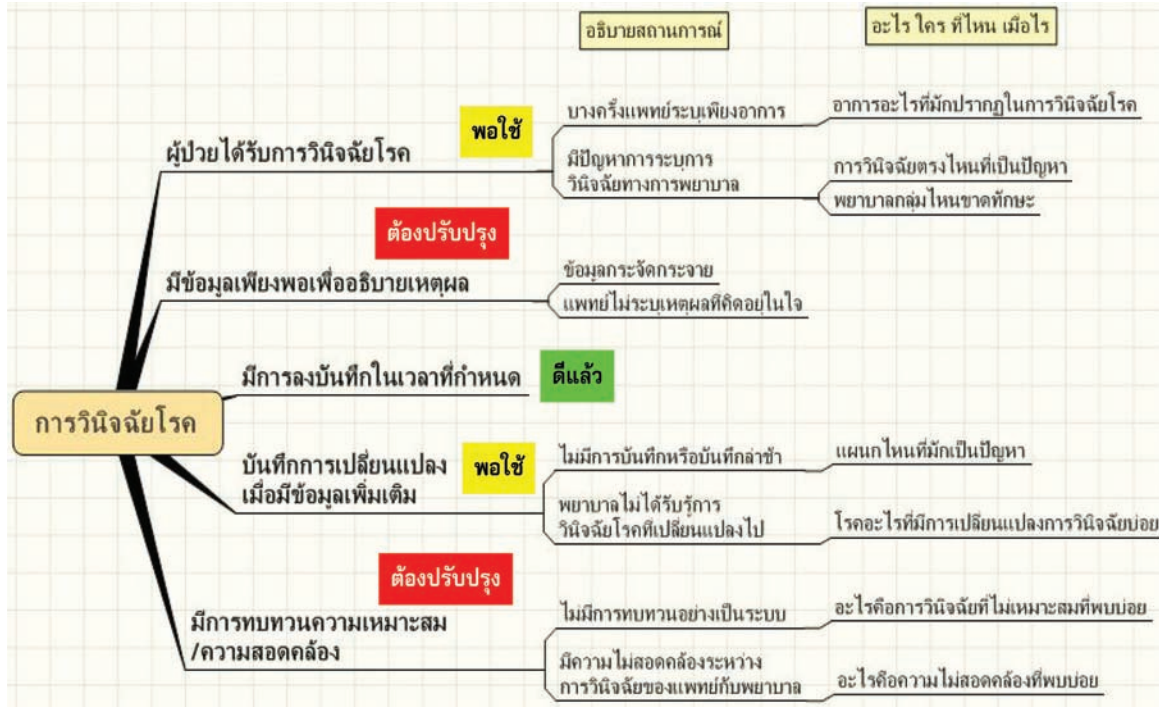


Standards

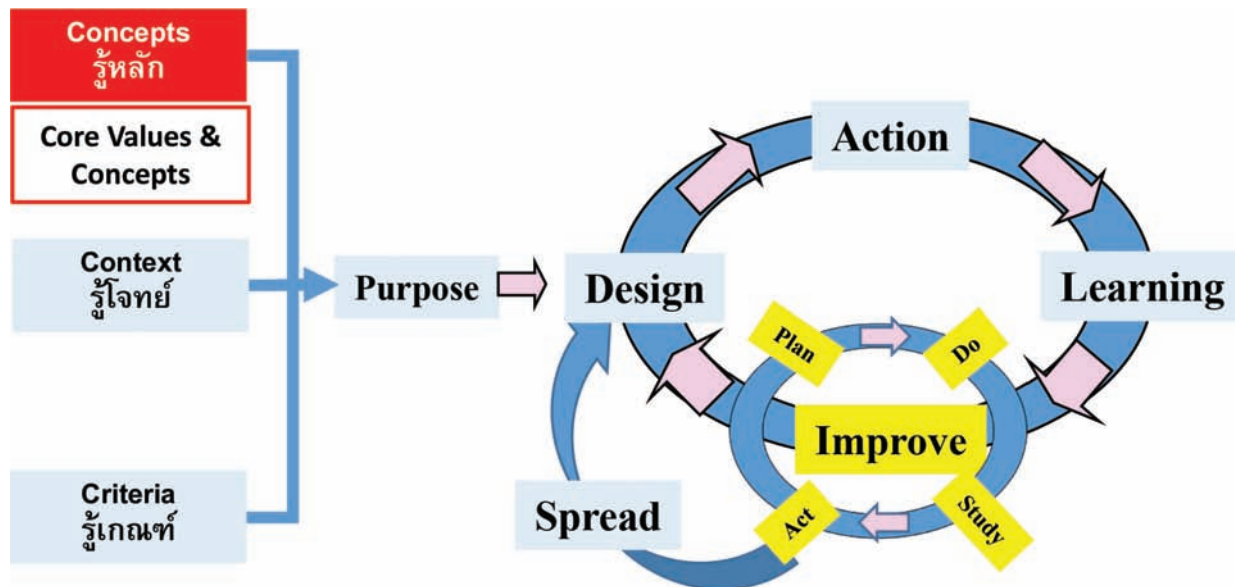


- ✍ เอาเป้าหมายปลายทางเป็นตัวตั้ง (เริ่มจาก ฮ.นกฮูก)
- ✍ อะไรคือมาตรฐานที่ยังปฏิบัติได้ไม่สมบูรณ์ (gap)
- ✍ การต่อเชื่อมระหว่างขั้นตอนตรงไหนที่ขาดหายไป
- ✍ ปัญหาที่เป็นผลของเรื่องนี้คืออะไร

รัฐกิจ: พิจารณา Gap ของการปฏิบัติตามมาตรฐาน

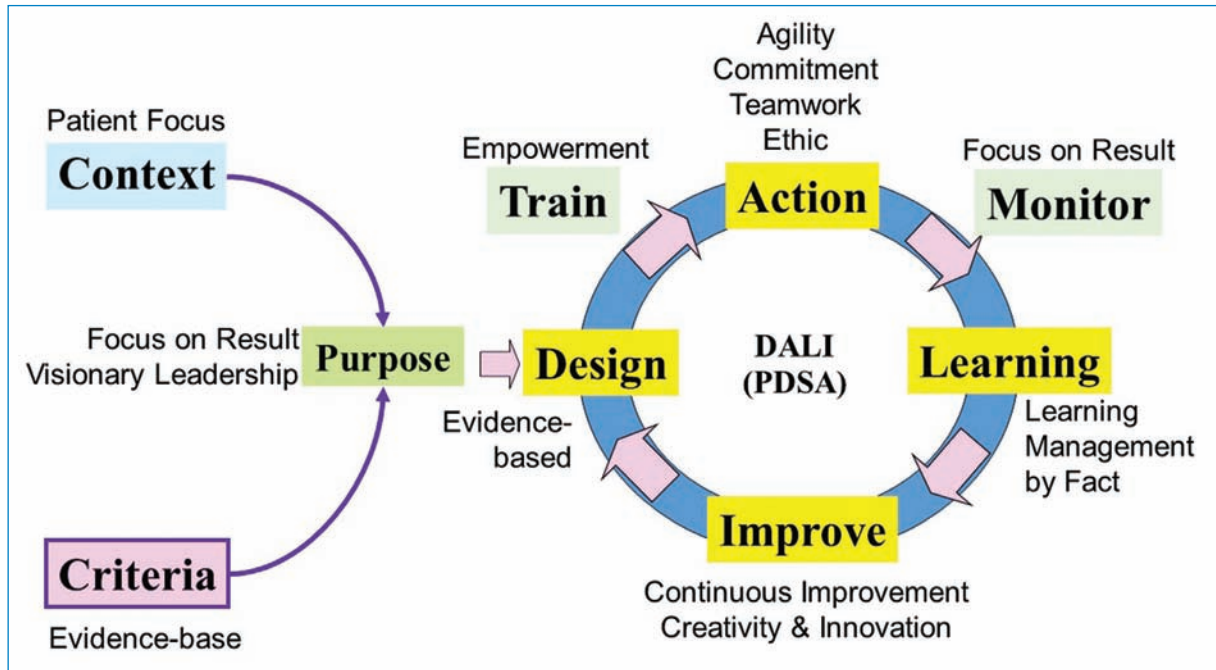


Concepts: รู้หลัก ใช้ Core Values & Concepts ที่เหมาะสม



พิจารณาว่ามาตรฐานที่จะนำไปใช้นั้น ควรนำค่านิยมและแนวคิดหลักในข้อใดมาหนุนเสริม
ทำให้การปฏิบัติตามมาตรฐานเป็นไปอย่างลึกซึ้งขึ้น
ทำให้ค่านิยม แนวคิดหลักฝังลึกเป็นวัฒนธรรมของทีมงาน

รู้หลัก: Core Values & Concepts ที่เหมาะสมกับขั้นตอนของการพัฒนา



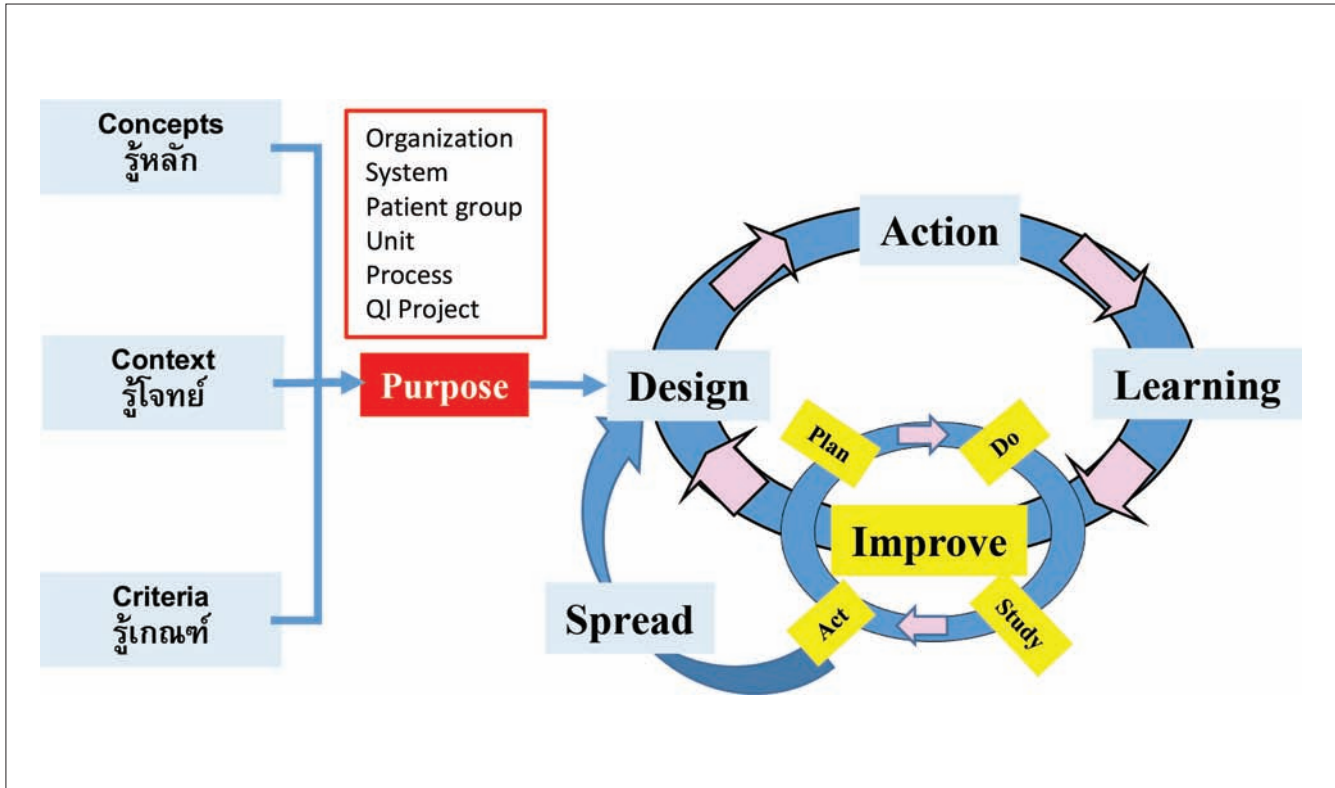
สรพ. (17 กรกฎาคม 2558) @ Regional Forum ขอนแก่น

รู้หลัก: ความสำเร็จ Core Values & Concepts ให้เหมาะกับมาตรฐาน

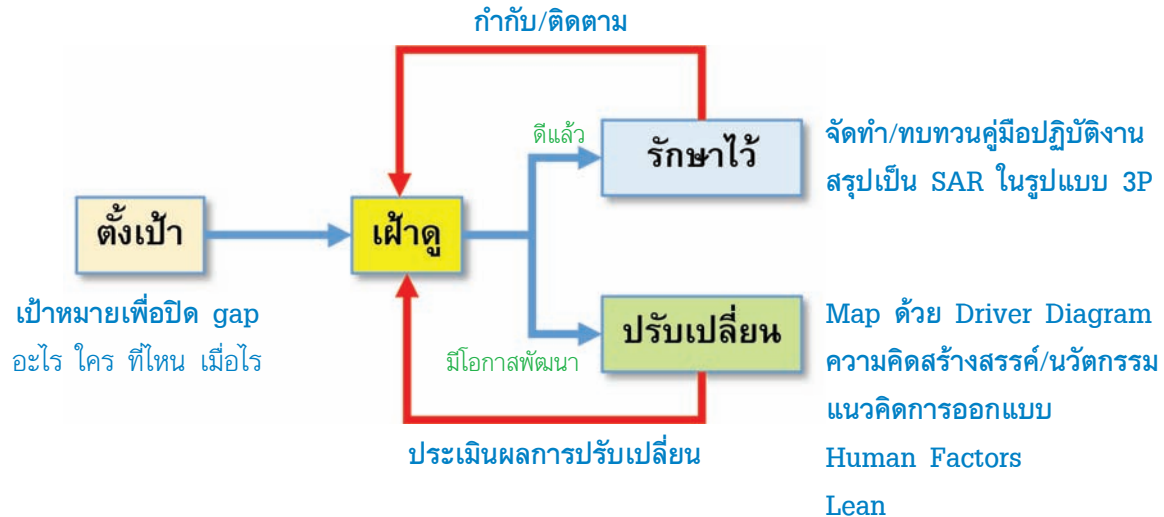


สรพ. (17 กรกฎาคม 2558) @ Regional Forum ขอนแก่น

Purpose: ตั้งเป้าและวิเคราะห์ปัจจัยขับเคลื่อน



ตั้งเป้า - ฝ้าดู - ปรับเปลี่ยน



นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุตikul (9 สิงหาคม 2562) บันทึกวิดิทัศน์ ที่ สรพ. “การนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ”

ตั้งเป้า - ฝ้าดู - ปรับเปลี่ยน

การทบทวนความเหมาะสม/สอดคล้องของการวินิจฉัยโรค

ตั้งเป้า

ทุกสาขามีการทบทวนการวินิจฉัยโรคเพื่อเก็บข้อมูลพื้นฐานภายใน เดือน.... พ.ศ....
ทุกสาขามีการทบทวนการวินิจฉัยโรคในจุดที่เป็นปัญหาทุก 3 เดือน
อัตราการวินิจฉัยที่ไม่เหมาะสมลดลงร้อยละ.... /เหลือ....
อัตราความไม่สอดคล้องของการวินิจฉัยระหว่างแพทย์กับพยาบาลลดลง....

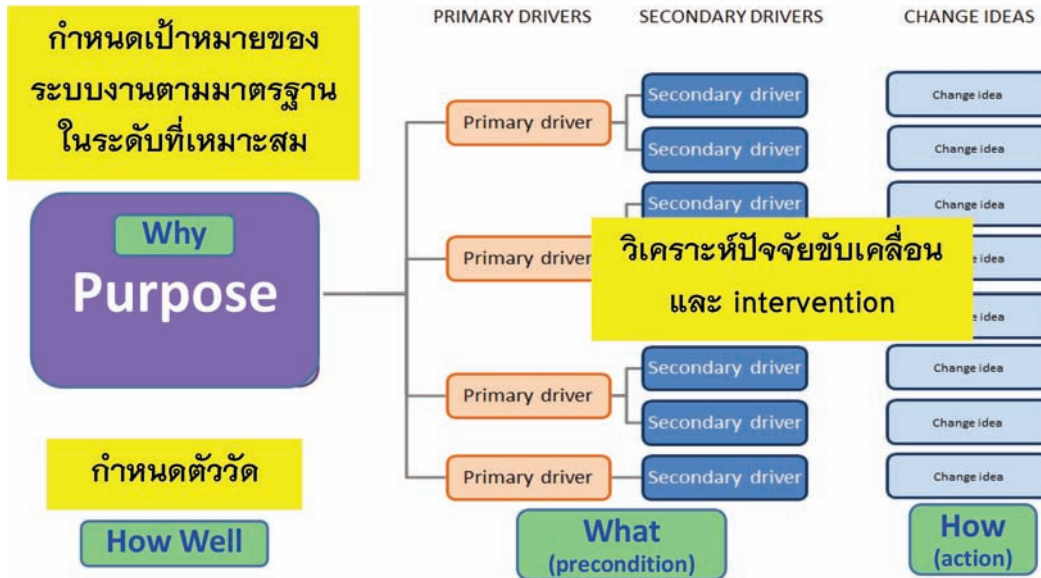
ฝ้าดู

การทบทวนตามกำหนด
อัตราการวินิจฉัยที่ไม่เหมาะสม
อัตราความไม่สอดคล้องของการวินิจฉัย

ปรับเปลี่ยน

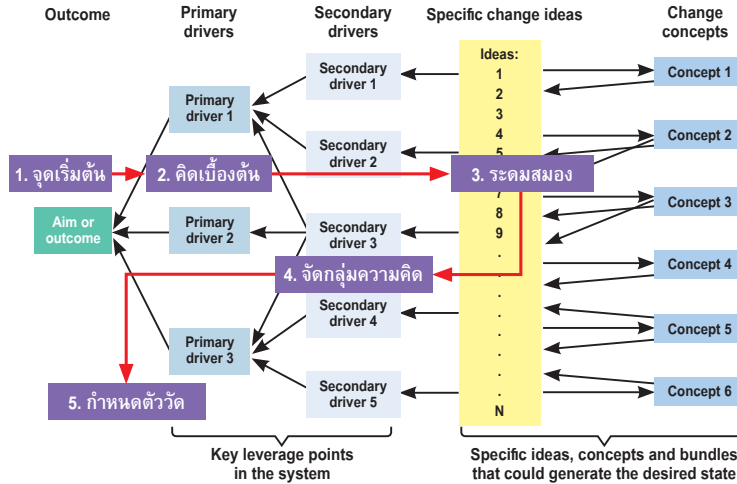
จัดทำเครื่องมืออำนวยความสะดวกในการประเมินและวินิจฉัยโรคที่มักจะเป็นปัญหา
จัดเวทีพูดคุยแลกเปลี่ยนในประเด็นการวินิจฉัยโรคที่เป็นปัญหาทั้งในสาขาและทั้ง รพ.
Direct feedback ให้แก่เจ้าตัว
เลือกผู้ป่วยที่ซับซ้อนมาทบทวนความสอดคล้องของการวินิจฉัยวันละ 1 ราย

ตั้งเป้า: ใช้ Driver Diagram สรุปเป้าหมายและปัจจัยขับเคลื่อน



Driver Diagram มีองค์ประกอบ 4 ส่วนคือ (1) เป้าหมาย (ตอบ WHY) (2) ปัจจัยขับเคลื่อน หรือ precondition สำหรับการบรรลุเป้าหมาย (ตอบ WHAT) (3) ปฏิบัติการเพื่อให้เกิด precondition ซึ่งหากทำอยู่แล้วเรียกว่า intervention หากอยู่ในแผนที่จะทดลองปรับปรุงเรียกว่า change idea (ตอบ HOW) (4) ตัววัด (ตอบ HOW WELL)

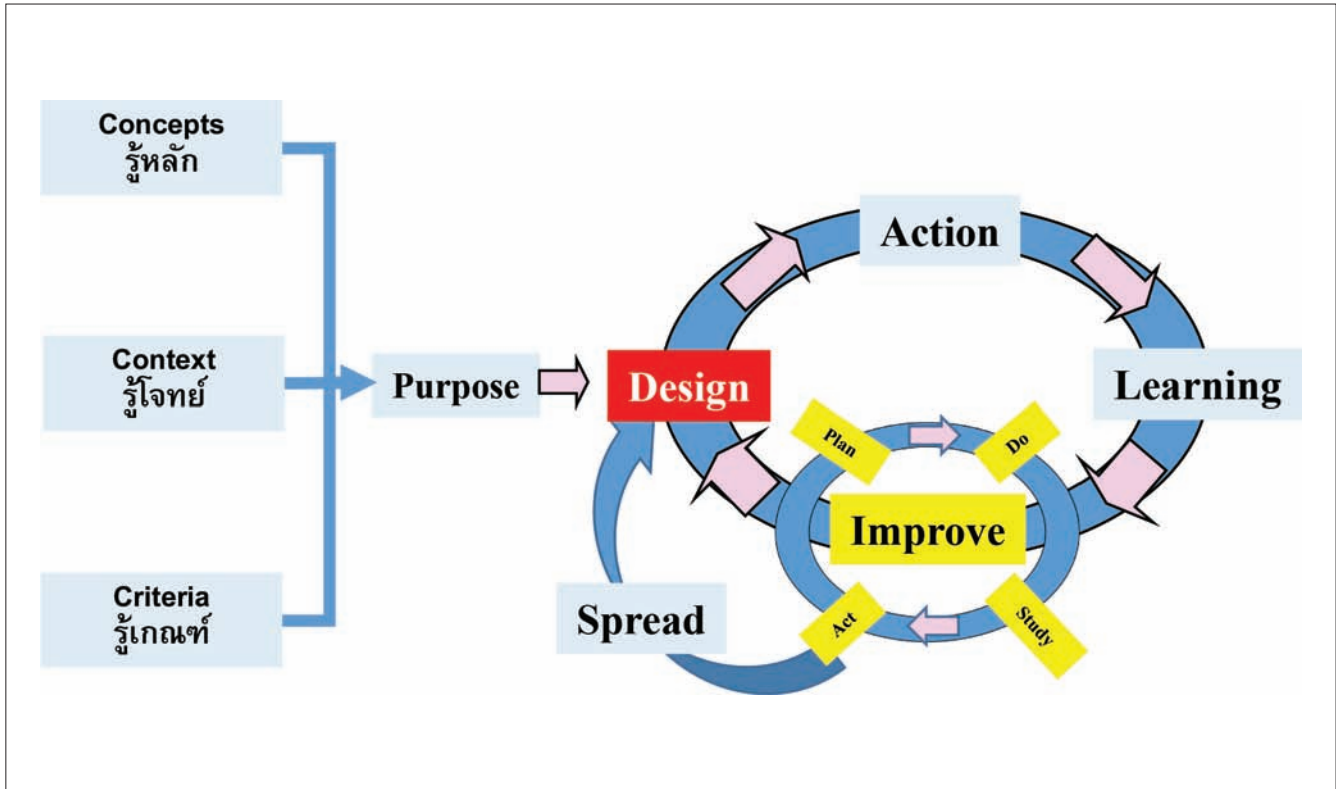
ตั้งเป้า: การทำ Driver Diagram



เคล็ดลับในการทำ Driver Diagram ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้ (1) ตั้งต้นด้วยการระบุเป้าหมายอย่างกระชับ (เน้นสิ่งที่ผู้รับผลงานจะได้) (2) คิดถึง primary driver (ปัจจัยขับเคลื่อนหลัก) เบื้องต้นจำนวนหนึ่ง (ไม่ต้องสมบูรณ์) (3) ระดมสมองว่ามีปฏิบัติการใดที่ทำอยู่แล้วและแนวคิดใหม่ๆ ที่อยากทำเพื่อบรรลุเป้าหมายและ precondition (4) จัดกลุ่มความคิด intervention & change idea แล้วตั้งชื่อ ซึ่งชื่อที่ได้มักจะใช้เป็น secondary driver ทบทวนว่าเพื่อบรรลุ secondary driver แต่ละตัวนั้น จะมี change idea อะไรเพิ่มเติมอีก (5) กำหนดตัววัดในแต่ละกล่องให้ได้มากที่สุด เลือกตัวที่เห็นว่ามีประโยชน์

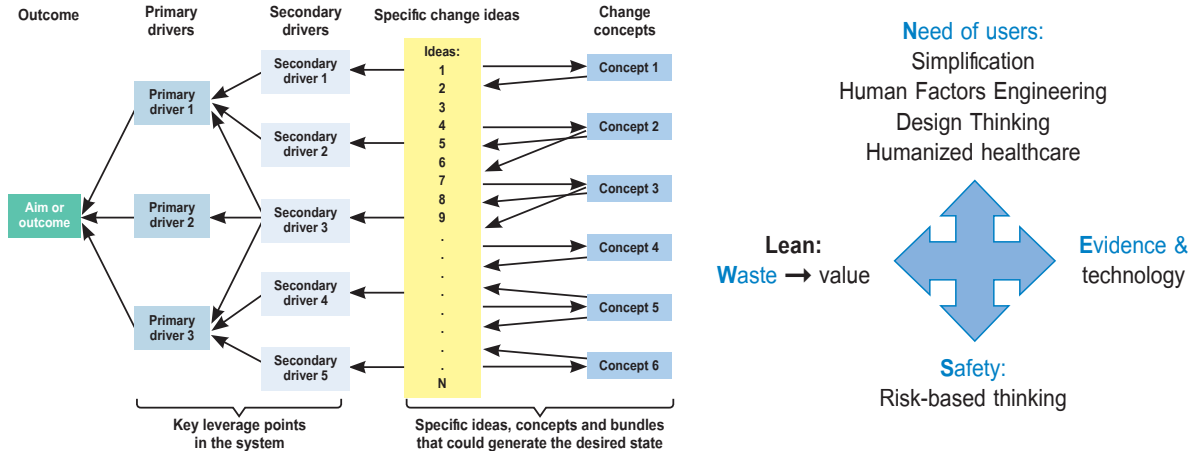
อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล สรุปรจาก NHS England

Design ออกแบบกระบวนการ



ออกแบบ: Change Concept

Conceptual view of a driver diagram



แนวคิดการเปลี่ยนแปลง (Change Concept) เป็นแนวทางกว้างๆ ของการพัฒนา เป็นสิ่งที่จะช่วยจุดประกาย change idea ที่มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับปัญหาที่ทีมงานกำลังเผชิญ การใช้รหัส NEWS มาจัดกลุ่ม change concept ได้ผลตามภาพขบวนการ ซึ่งหลายแนวคิดเป็นการตอบสนองของความต้องการของผู้ใช้ (รหัส N) ได้แก่ การสร้างความเรียบง่าย การคำนึงถึงปัจจัยมนุษย์ การออกแบบด้วยความเข้าใจความต้องการของผู้ใช้ บริการสุขภาพด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ รหัส E คือการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และเทคโนโลยี รหัส W คือการใช้แนวคิด Lean และรหัส S คือการคำนึงถึงความเสี่ยงที่อาจเกิด

อนุวัฒน์ ศุภชุตikul (22 มกราคม 2563) “From Incident to Smart Design” @ การพัฒนาคักยภาพผู้ปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

ออกแบบ: Idea Enhancement

เมื่อได้แนวคิดเฉพาะที่จะนำมาออกแบบหรือทดสอบการเปลี่ยนแปลงแล้ว อาจใช้คำถามต่อไปนี้ เพื่อช่วยยกระดับความคิด

- **Shaping** เราจะปรับความคิดเพื่อรองรับข้อโต้แย้งที่จะนำไปสู่การปฏิเสธอย่างไร
- **Tailoring** เราจะแปลงความคิดเพื่อให้เหมาะสมกับความต้องการของเราอย่างไร
- **Strengthening** เราจะเพิ่มพลังหรือคุณค่าของความคิดได้อย่างไร
- **Reinforcing** เราจะทำอย่างไรเพื่อแก้ไขจุดอ่อน
- **Looking towards implementation** เราจะทำอย่างไรเพื่อให้เป็นไปได้ในการปฏิบัติ จะเกี่ยวข้องกับใคร
- **Comparison to current** ความคิดนี้เปรียบเทียบกับสิ่งที่จะไปทดแทนแล้วเป็นอย่างไร ควรจะปรับขยาย หรือถอย
- **Potential faults or defects** จะมีความผิดพลาดอะไรเกิดขึ้นจากความคิดนี้ เราจะป้องกันอย่างไร
- **Consequences** จะเกิดผลกระทบในระยะกลางและระยะยาวอย่างไร
- **Testability and prototyping** จะทดสอบความคิดนี้ในขนาดเล็กๆ ได้อย่างไร
- **Pre-evaluation** ปรับความคิดเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ที่จะประเมิน

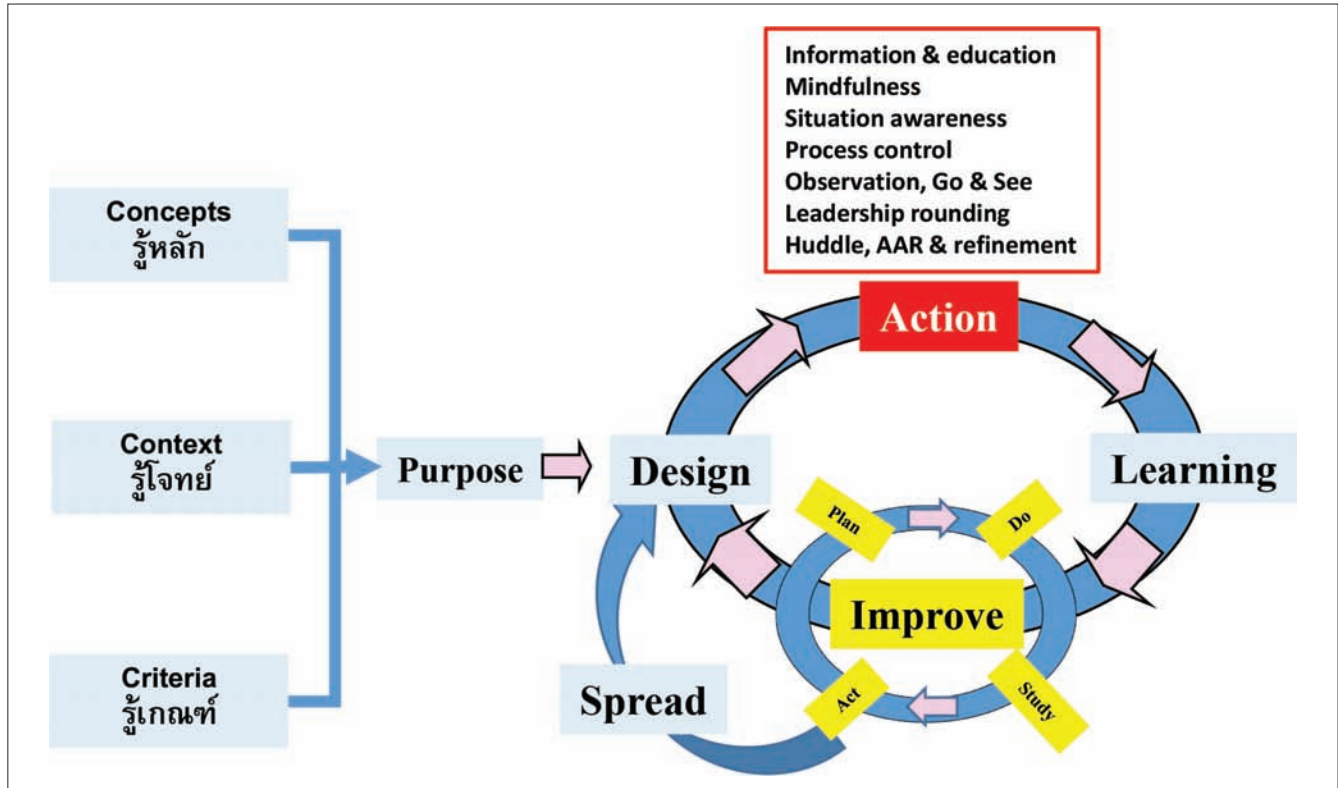
ออกแบบ: Process Requirement & Standardization



มาตรฐานการปฏิบัติงาน เพื่อเป็นหลักประกันความคงเส้นคงวา

- ระบุขั้นตอนการปฏิบัติ: ใคร ทำอะไร อย่างไร
- ระบุเงื่อนไขการปฏิบัติ ว่าถ้ามีทางเลือกในการปฏิบัติ จะใช้เกณฑ์อะไรในการตัดสินใจ
- ถ้ามีความเสี่ยงสำคัญ ให้พิจารณาว่าจะป้องกันอย่างไร
- ระบุว่าในสถานการณ์ที่แตกต่างไปจากปกติหรือเกิดเหตุไม่คาดฝัน จะมีแนวทางใช้ดุลยพินิจอย่างไร
- ระบุการมี feedback loop ระหว่างขั้นตอนสำคัญเพื่อให้มั่นใจว่ามีการส่งต่อระหว่างขั้นตอนตามที่คาดหวังไว้
- ระบุข้อมูลที่จะต้องมีการติดตาม (monitor)

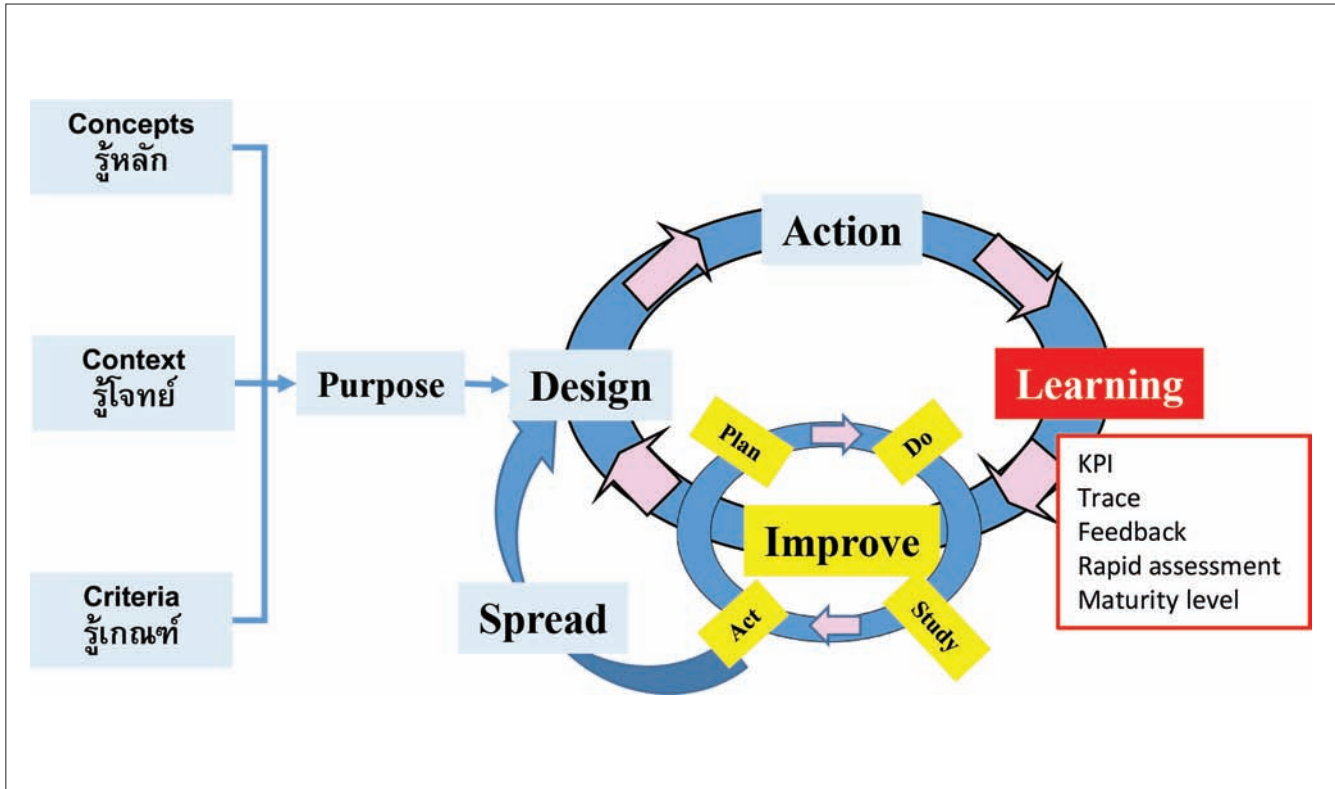
Action นำกระบวนการไปปฏิบัติ



บทบาทของหัวหน้างานในการนำกระบวนการไปปฏิบัติ

- **Information**
 - คู่มือการปฏิบัติงานที่ user friendly และเป็นปัจจุบัน
 - การเข้าถึงข้อมูลที่จำเป็น ณ จุดใช้งาน
- **Education & Training**
 - การฝึกอบรมความรู้และทักษะที่จำเป็น ทั้ง technical & non-technical skill
- **Mindfulness & Situation Awareness**
 - มีสติ มีความตื่นรู้ และตระหนักในสถานการณ์ต่างๆ
- **Process Control**
 - กลไกการรับรู้การปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้
 - การใช้ process indicator เพื่อควบคุมกระบวนการ
- **Go & See**
 - การไปร่วมเรียนรู้และแก้ปัญหากับผู้ปฏิบัติงานที่หน้างาน
- **AAR & Process Refinement**
 - การทบทวนปัญหาหลังปฏิบัติงานและปรับปรุงกระบวนการที่เป็นเรื่องเล็กๆ น้อยๆ

Learning ติดตาม ประเมิน เรียนรู้



Learning: ติดตาม ประเมิน เรียนรู้

(1) KPI monitoring ติดตามตัวชี้วัด

- พิจารณาติดตามตัวชี้วัดโดยใช้แนวคิดวัดเพื่อการพัฒนา
- ติดตามทั้งตัวชี้วัดเชิงกระบวนการและตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์
- ใช้การสุ่มตัวอย่างเพื่อลดภาระการเก็บข้อมูล
- ตัวชี้วัดเชิงกระบวนการอาจพิจารณาเก็บในช่วงเวลาหนึ่ง จนมั่นใจว่าควบคุมกระบวนการได้ ก็อาจเก็บข้อมูลให้ห่างขึ้น
- วิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลด้วย control chart ถ้าเป็นไปได้
- ค้นหาหน่วยงานที่เป็น best practice และวางแผนขยายผล

(2) Trace ตามรอย

- เข้าไปเพื่อรับรู้ความสำเร็จและข้อติดขัดในการปฏิบัติ มิใช่เข้าไปตรวจสอบ
- ใช้การสังเกต สัมภาษณ์ ศึกษาบันทึก/ข้อมูล ร่วมกัน
- ดูการเชื่อมต่อระหว่างขั้นตอนต่างๆ
- ศึกษาการเตรียมพร้อมรับมือกับปัญหา/สถานการณ์ที่ไม่คาดฝัน

(3) Feedback รับฟังเสียงสะท้อนจากผู้เกี่ยวข้อง

- รับฟังประสบการณ์ของผู้ป่วย ด้วยการสัมภาษณ์ ใช้แบบสอบถาม ติดตามเสมือนเงา หรือ patient journey map
- รับฟังประสบการณ์ของคนทำงาน เช่น ใช้การสนทนากลุ่มกับทีมงาน และผู้รับผลงานภายใน วิเคราะห์ที่ใครควรยกว่ อะไรดี อะไรยังไม่ดี เป็นเพราะอะไร

(4) Rapid assessment ประเมินผลอย่างฉับไวเพื่อใช้พัฒนา

- เป้าหมายคือประเมินเพื่อหาโอกาสพัฒนา มุ่งได้ข้อมูลที่เอาไปใช้ประโยชน์ได้ในเวลาอันสั้น
- ตั้งเป้าหมายให้ชัดเจนว่าต้องการประเมินในประเด็นอะไร จะเอาไปใช้ประโยชน์อะไร
- สุ่มตัวอย่างน้อยที่สุดเท่าที่จะได้ข้อมูลที่ต้องการ
 - ในด้านโอกาสพัฒนา ถ้าถามแล้วไม่ได้ข้อมูลที่แตกต่างไปจากที่มีอยู่ก็หยุดได้
 - ในด้านผลลัพธ์ที่ดี อาจจะต้องถามข้อมูลมากกว่าเพื่อยืนยัน
- ใช้คำถามน้อยข้อ ตรงประเด็น ใช้หลัก empathize ผสมผสานทั้งเชิงปรนัยและอัตนัย เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

Learning: KPI เน้นการวัดเพื่อพัฒนา

แง่มุม	การพัฒนา (Improvement)	ภาระรับผิดชอบ (Accountability/Judgement)	การวิจัย (Research)
เป้าหมาย	ปรับปรุงประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ ของการดูแล	เปรียบเทียบ, ทางเลือก, ทำให้มั่นใจ, แรงจูงใจเพื่อเปลี่ยนแปลง	ความรู้ใหม่ (efficacy)
วิธีการ			
- test observability	สามารถสังเกตการทดสอบได้	ไม่มีการทดสอบ ประเมินจากผลงาน ในปัจจุบัน	การทดสอบแบบ blinded หรือ controlled
- bias	ยอมรับอคติที่เกิดขึ้นอย่างคงเส้นคงวา	วัดและปรับเพื่อลดอคติ	ออกแบบเพื่อขจัดอคติ
- sample size	สุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก ต่อเนื่อง ให้ได้ just enough data	ใช้ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง 100% ที่สามารถ หาได้	ชุดข้อมูลขนาดใหญ่ เพื่อรับ สถานการณ์ที่อาจเป็นไปได้
- flexibility of hypothesis	มีสมมติฐานที่ยืดหยุ่น เปลี่ยนแปลงไป เมื่อเกิดการเรียนรู้ขึ้น	ไม่มีสมมติฐาน	มีสมมติฐานที่แน่นอน
- testing strategy	ทดสอบเป็นลำดับไปตามช่วงเวลา	ไม่มีการทดสอบ	ทดสอบขนาดใหญ่ครั้งเดียว หรือ เปรียบเทียบระหว่างสองช่วงเวลา
- การตัดสินใจว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงดีขึ้น	สถิติวิเคราะห์ (SPC)	เน้นที่การไม่เปลี่ยนแปลง	สถิติเชิงอนุมาน
- การรักษาความลับของข้อมูล	ใช้ข้อมูลเฉพาะผู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนา	มีข้อมูลเพื่อให้สาธารณะรับรู้และ ทบทวน	มีการรักษาความลับของตัวบ่งชี้ผู้เป็น subject

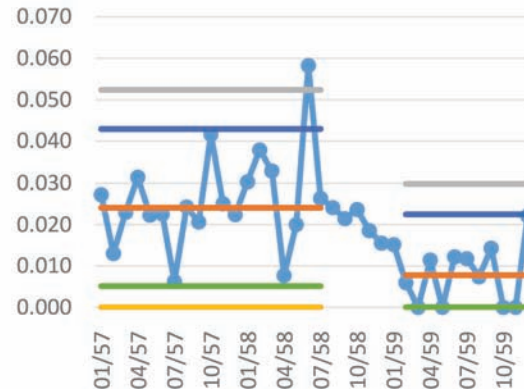
ที่มา: Institute for Healthcare Improvement (IHI)

Learning: คุณค่าของ Control Chart

แสดงให้เห็น variation ใน performance ของระบบ
ยิ่งชอยย่อยจำนวนจุดของการวิเคราะห์เท่าไร ยิ่งเห็น variation ชัดเจนมากขึ้นเท่านั้น
สามภาพข้างล่างนี้มาจากข้อมูลชุดเดียวกัน
ภาพแสดงให้เห็นช่วงเวลาของการเปลี่ยนแปลง เพียงระบุว่าทำอะไรในช่วงนั้น ก็ไม่ต้องเสียเวลาอธิบายมากมาย
แม้ข้อมูลรายสามเดือนก็ไม่อาจแสดงให้เห็น peak ของปัญหาซึ่งสูงขึ้นไปถึง 0.060
ข้อมูลชุดใดไม่มี variation ก็ไม่จำเป็นต้องใช้ Control Chart



Control Chart ข้อมูลรายเดือน
แสดงทั้ง control limit & warning limit

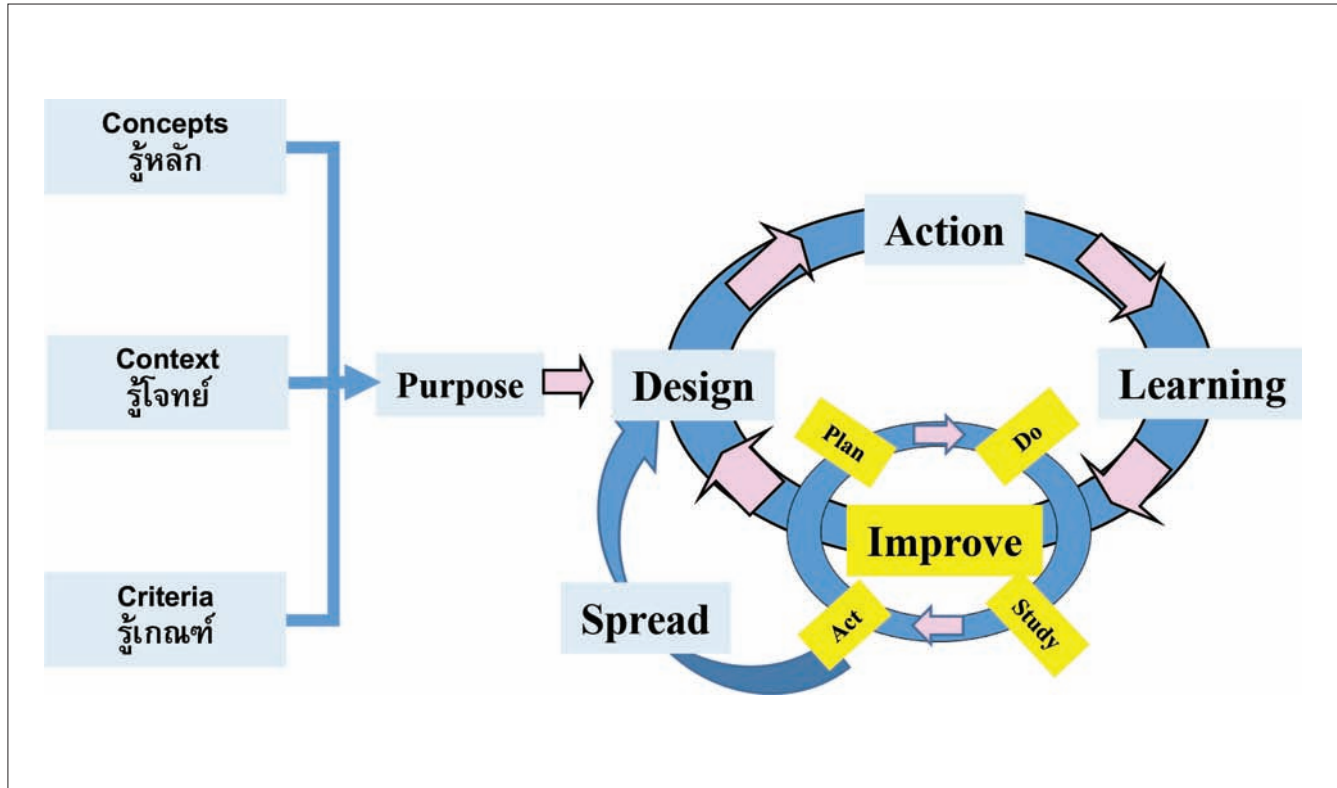


Learning: Performance Evaluation Framework

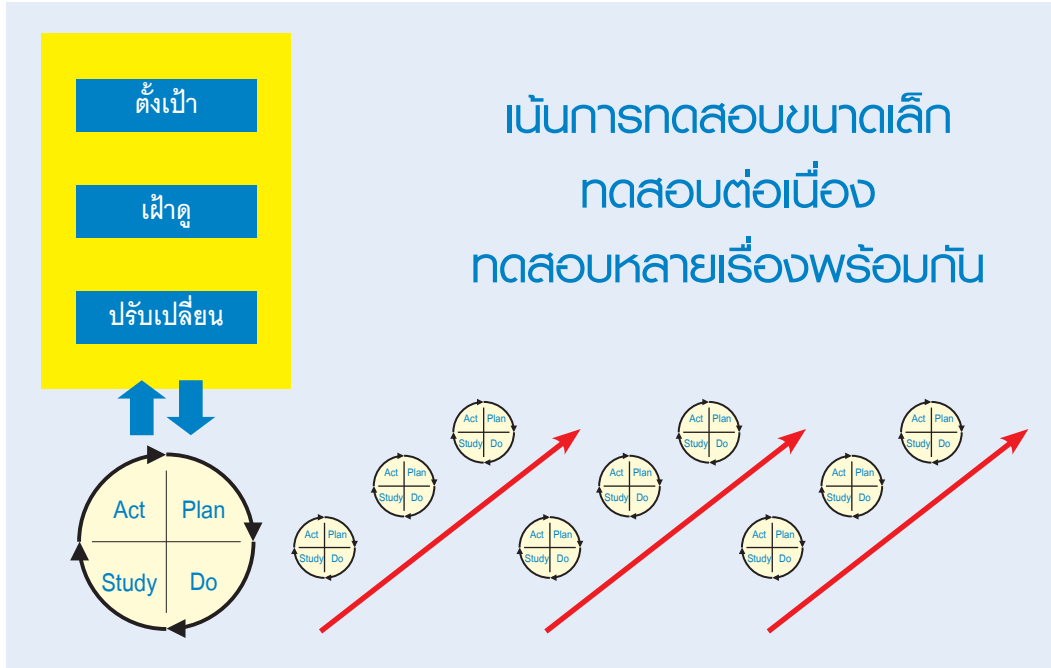
เป็นคำถามเพื่อประเมินการปฏิบัติตามมาตรฐานโดยเน้นไปที่ performance หรือผลของการปฏิบัติว่าบรรลุเป้าหมายของมาตรฐานเพียงใด

	Process Evaluation (HA)	Performance Evaluation (A-HA)
Question	How do we do our work?	How well, how effective?
Starting Point	Standard requirement Hospital context	What are our key issues? What are our goals? How to measure our achievement? Who will be the target groups? What method of evaluation?
Example	How do senior leaders communicate with the staff?	What is the effectiveness of the communication?

Improve

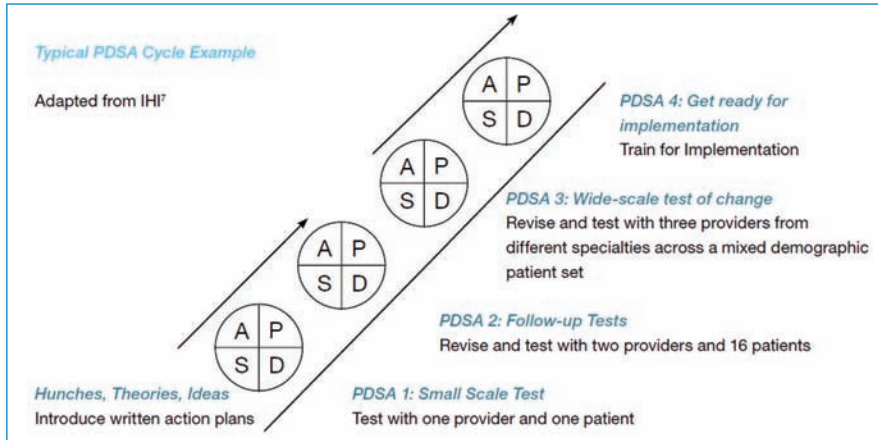


Improve: IHI Improvement Model



ที่มา: Institute for Healthcare Improvement (IHI)

Improve: หมุนวงจรของการทดสอบให้ลื่น

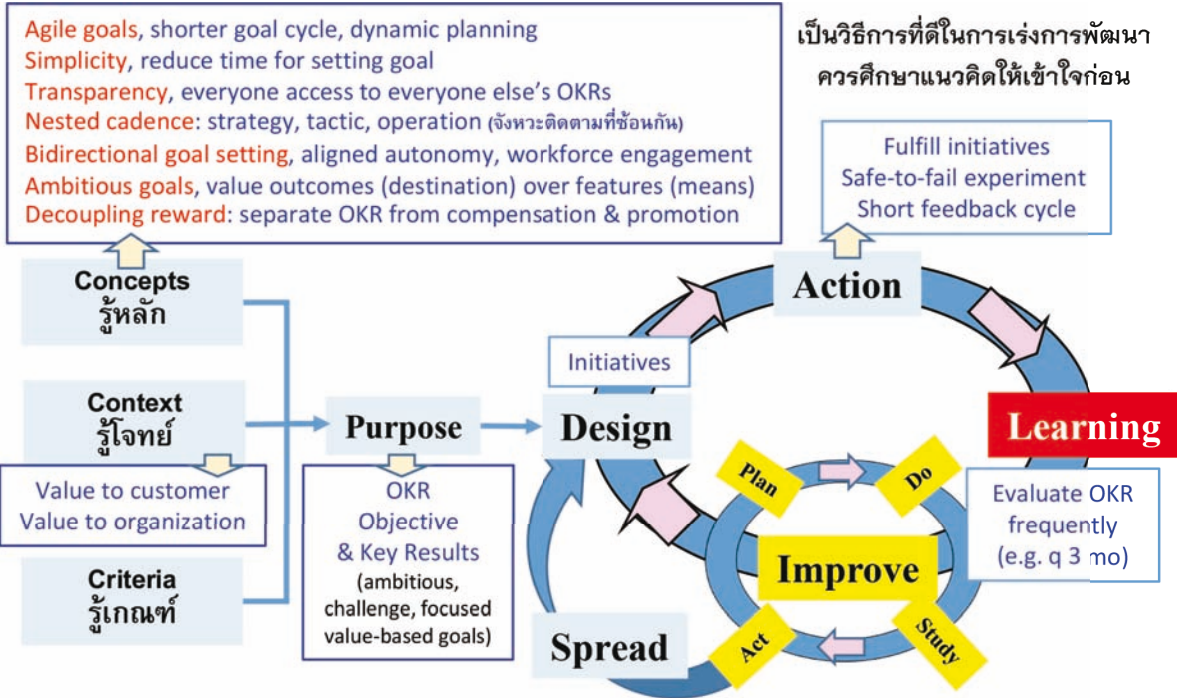


เริ่มทดสอบขนาดเล็กแล้วค่อยขยายผล

- ถ้านึกถึงการทดสอบในช่วงเวลาเป็นเดือน ให้ทดลองลดเป็นสัปดาห์
- ถ้านึกถึงการทดสอบในช่วงเวลาเป็นสัปดาห์ ให้ทดลองลดเป็นวัน
- ถ้านึกถึงการทดสอบในช่วงเวลาหลายวัน ให้ทดลองลดเป็นวันเดียว หรือเป็นเวร
- ถ้านึกถึงการทดสอบกับผู้ป่วยทุกราย ให้ทดลองลดเหลือหนึ่งกลุ่ม
- ถ้านึกถึงการทดสอบกับผู้ป่วยหนึ่งกลุ่ม ให้ทดลองลดเหลือหนึ่งราย
- ถ้านึกถึงการทดสอบกับบุคลากรทุกคน ให้ทดลองลดเหลือหนึ่งแผนกหรือหนึ่งคน

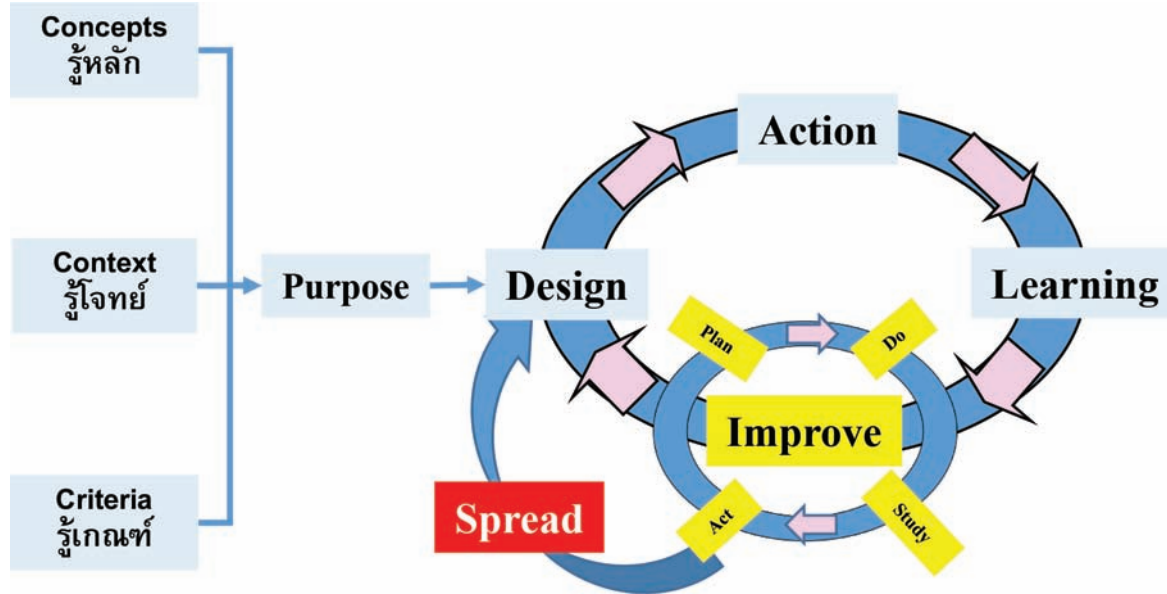
ที่มา: Institute for Healthcare Improvement (IHI)

Improve: OKRs (Objectives & Key Results)



อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (12 มิถุนายน 2562) "Measurement for Improved Quality" @ มหกรรมคุณภาพคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

Spread: ขยายผล



Spread: วางแผนการขยายผล

Leadership for Spread

- การปรับปรุงเรื่องนี้เป็น key strategic initiative ขององค์กรหรือไม่?
- มีผู้บริหารระดับสูงรับผิดชอบในการขยายผลหรือไม่?
- มีบุคคลหรือทีมงานที่จะจัดการกิจกรรม day-to-day spread หรือไม่?
- เป้าหมายหรือแรงจูงใจขององค์กรสอดคล้องกับระบบใหม่นี้หรือไม่?

Set-Up for Spread

- ใครเป็นกลุ่มเป้าหมาย (เช่น หน่วยงานไหน ผู้ป่วยกลุ่มไหน)?
- มีหน่วยนำร่อง (pilot site) ที่ประสบความสำเร็จในเรื่องนี้ที่ไหนบ้าง?
- ใครเป็นกลุ่มสำคัญที่จะตัดสินใจรับเรื่องนี้ไปปฏิบัติ?
- กลยุทธ์ที่จะขยายผล
- ขยายบางองค์ประกอบไปทุกหน่วย หรือทุกองค์ประกอบไปบางหน่วย
- ความสัมพันธ์กับหน่วยนำร่อง

Set-Up for Spread (ต่อ)

- มี champion แล้วหรือต้องพัฒนาขึ้น (ที่ระดับผู้นำและระดับรากหญ้า)
- แผนสื่อสารสองทางระหว่างหน่วยที่รับขยายผลกับหน่วยนำร่อง?
- แนวทางการให้รางวัลและคำชื่นชมในการเข้าร่วมและสร้างความก้าวหน้า?
- ทรัพยากรที่มีอยู่?

Strengthening the Social System

- ใครจะเป็นผู้ส่งสารหลักในการอธิบายระบบใหม่กับกลุ่มเป้าหมาย?
- การใช้ CoP จะช่วยในการขยายผลได้หรือไม่?
- สิ่งที่คนหน้างานกังวลคืออะไร จะช่วยให้เห็นภาพใหญ่และนำเทคโนโลยีมาช่วยในการทำงานอย่างไร?
- เครื่องมือและวิธีการที่หน่วยนำร่องใช้ได้ผลมีอะไรบ้าง จะถ่ายทอดไปยังทีมอื่นอย่างไร จะสร้างสิ่งแวดล้อม “all teach, all learn” อย่างไร จะส่งเสริมให้ทีมนำร่องเรียนรู้จากทีมใหม่อย่างไร?
- ผู้นำจะมีส่วนร่วมและเชื่อมต่อกับทีมด้านหน้าอย่างไร?

ที่มา: Institute for Healthcare Improvement (IHI)

ส่งท้าย

“

มองภาพกว้าง ทำให้เห็นองค์รวมและความเชื่อมโยง
เจาะลึก ทำให้เข้าใจและใช้ประโยชน์ได้
ด้วยเวลาจำกัด ต้องมองภาพกว้างและเจาะลึกสลับกัน
ถ้าสามารถยอมรับความคลุมเครือ และรู้ว่ามีความเป็นไปได้อะไรอยู่เบื้องหลัง
เราก็จะใช้ประโยชน์จากความคลุมนั้นได้
หนังสือเล่มนี้อาจจะชัดในบางเรื่อง คลุมเครือในบางเรื่อง
เป็นโอกาสให้ผู้อ่านตีความและนำไปทดลองปฏิบัติ
แล้วกลับมาแบ่งปันเพื่อใคร่ครวญร่วมกัน

”

คุณภาพ เป็นฐานสำคัญสำหรับความไว้วางใจ
คุณภาพ เป็นความรู้สากล และเป็นประยุกต์วิทยาของศาสตร์หลากหลายแขนง
คุณภาพ คือหน้าที่รับผิดชอบและจริยธรรมของทุกคน
คุณภาพ เป็นการเรียนรู้และหล่อหลอมของบุคคล
คุณภาพ เป็นสื่อกลางที่ทำให้ทีมได้แสดงศักยภาพ
คุณภาพขององค์กร สะท้อนความเป็นมืออาชีพของผู้บริหาร

ISBN 978-616-8024-34-8



9 786168 024348

ราคา 325 บาท