

# Quality Tools

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

บรรยายในการอบรมหลักสูตร HA900: การพัฒนาคุณภาพสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาล

ณ โรงแรมอัศวิน แกรนด์ คอนเวนชั่น

วันที่ 29 พฤษภาคม 2568

## **Content**

- 1. Dream**
- 2. Quality Framework**
- 3. Get Use of Surveyor Recommendation**
- 4. Process Monitoring**
- 5. Planning**
- 6. Learning in Daily Operation**
- 7. Emergent Learning**
- 8. Quality & Safety Culture**



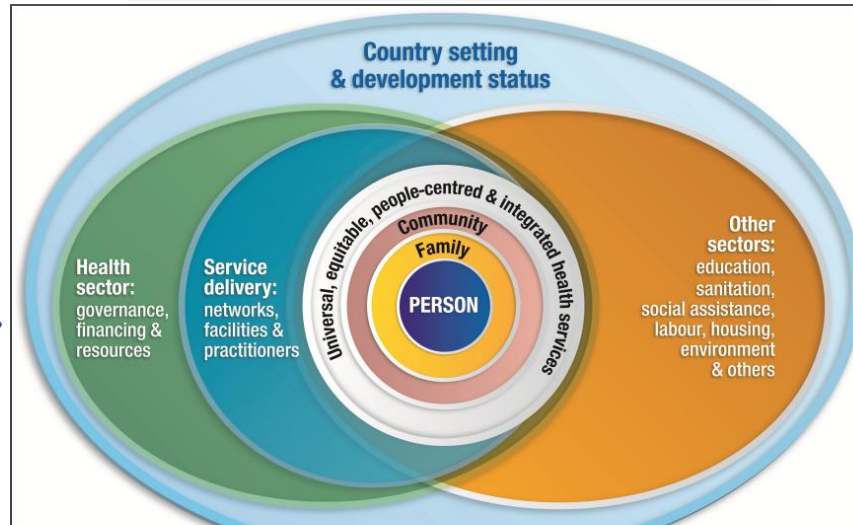
**Dream**

# Success Healthcare Organization



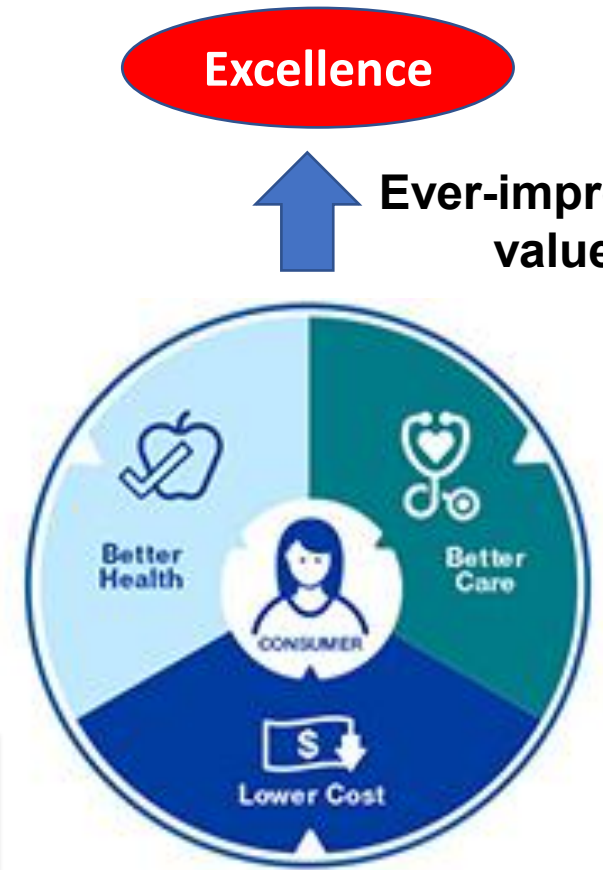
**Ideal Organization**

**Ideal Healthcare System**  
Integrated, people-center care



**People-centered care**

- Tailored to people **need**
- Provided in **partnership** with people
- People, families, and communities are **respected, informed, engaged, supported**, and treated with **dignity and compassion**
- Increase **access**
- Reduce **unnecessary services**
- People get the **right care** at the **right time** in the **right place**



**Ideal Outcome**  
Value-based Healthcare

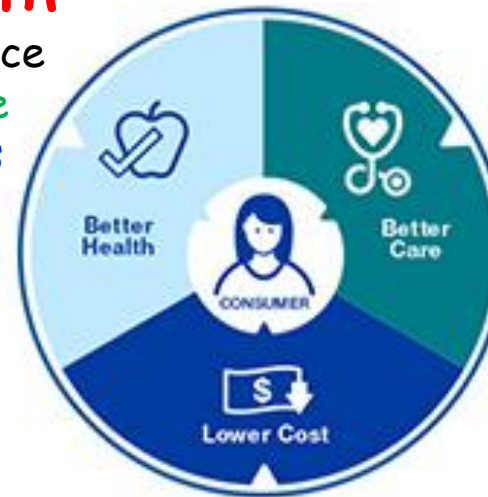
Ever-improving value

# Value-based Healthcare & Triple Aims

ดูใช้

## Better Health

Technical excellence  
Clinical objective  
Appropriateness  
Effectiveness  
Safety



ดูคน

## Better Care

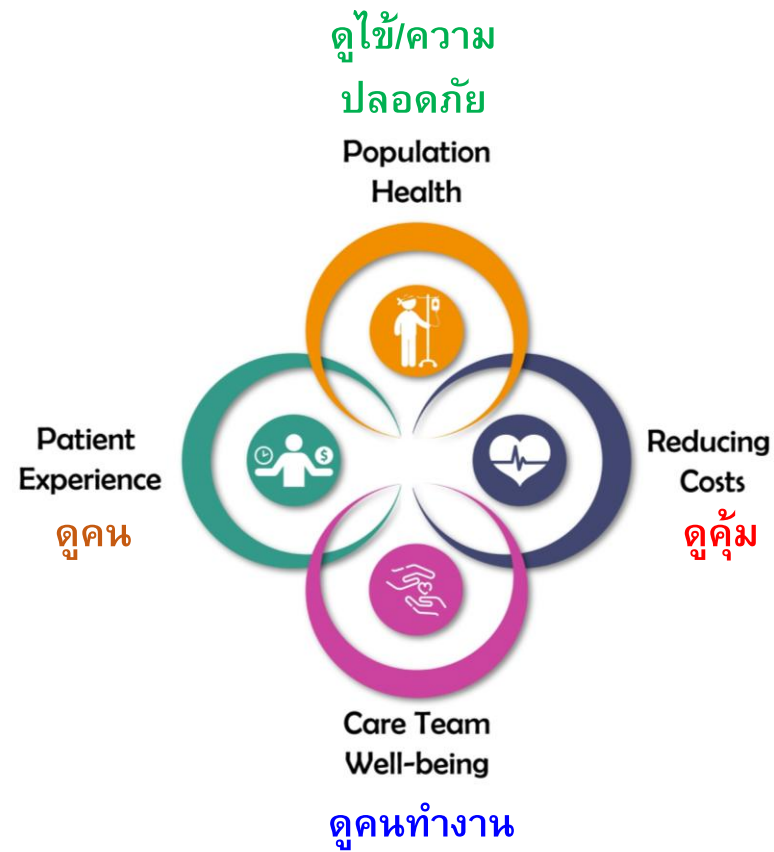
Service excellence  
Social objective  
People-centeredness  
Patient experience  
Equity

## Better Value

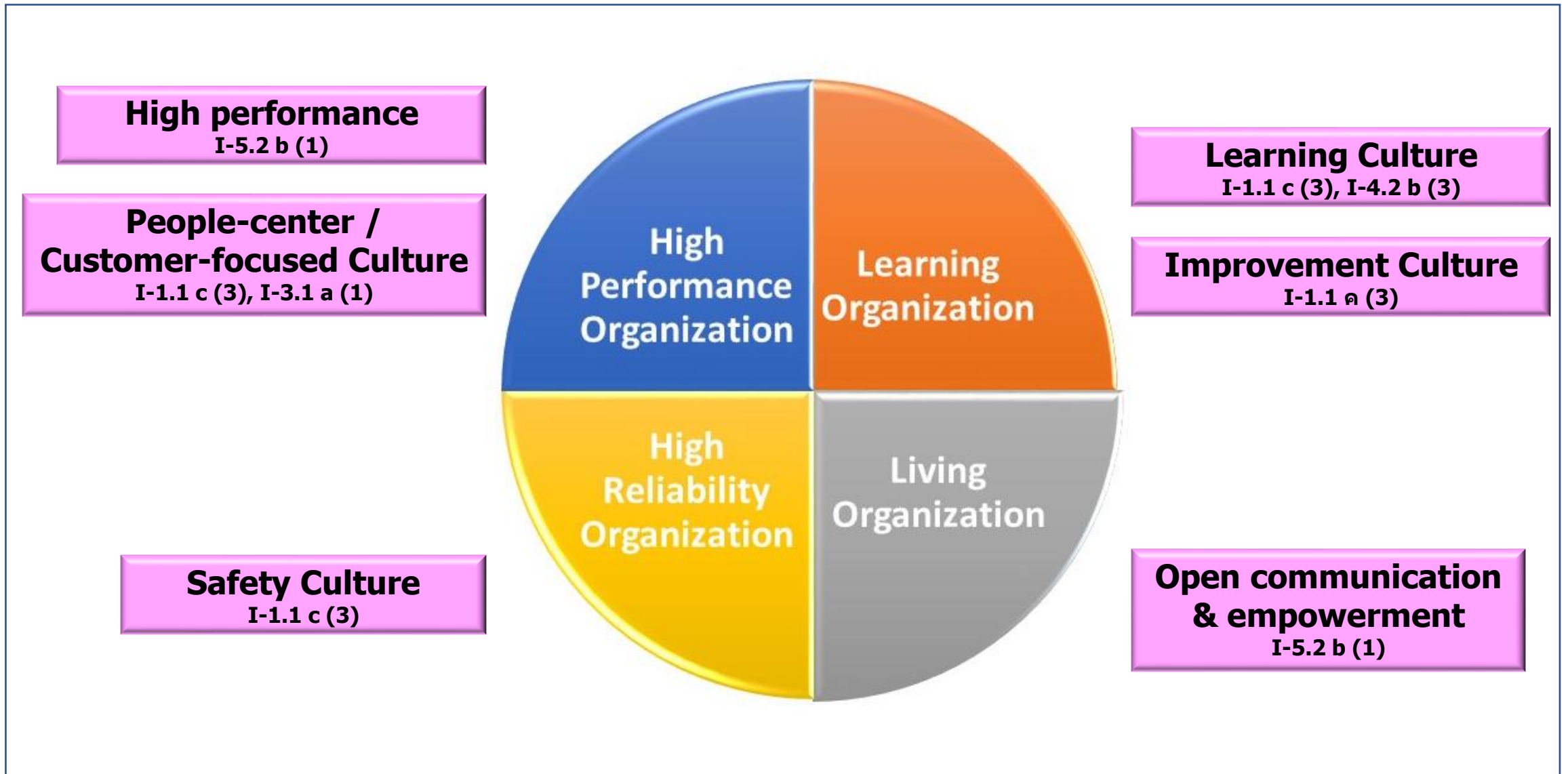
Management excellence  
Economic Objective  
Efficiency

ดูคุ้ม

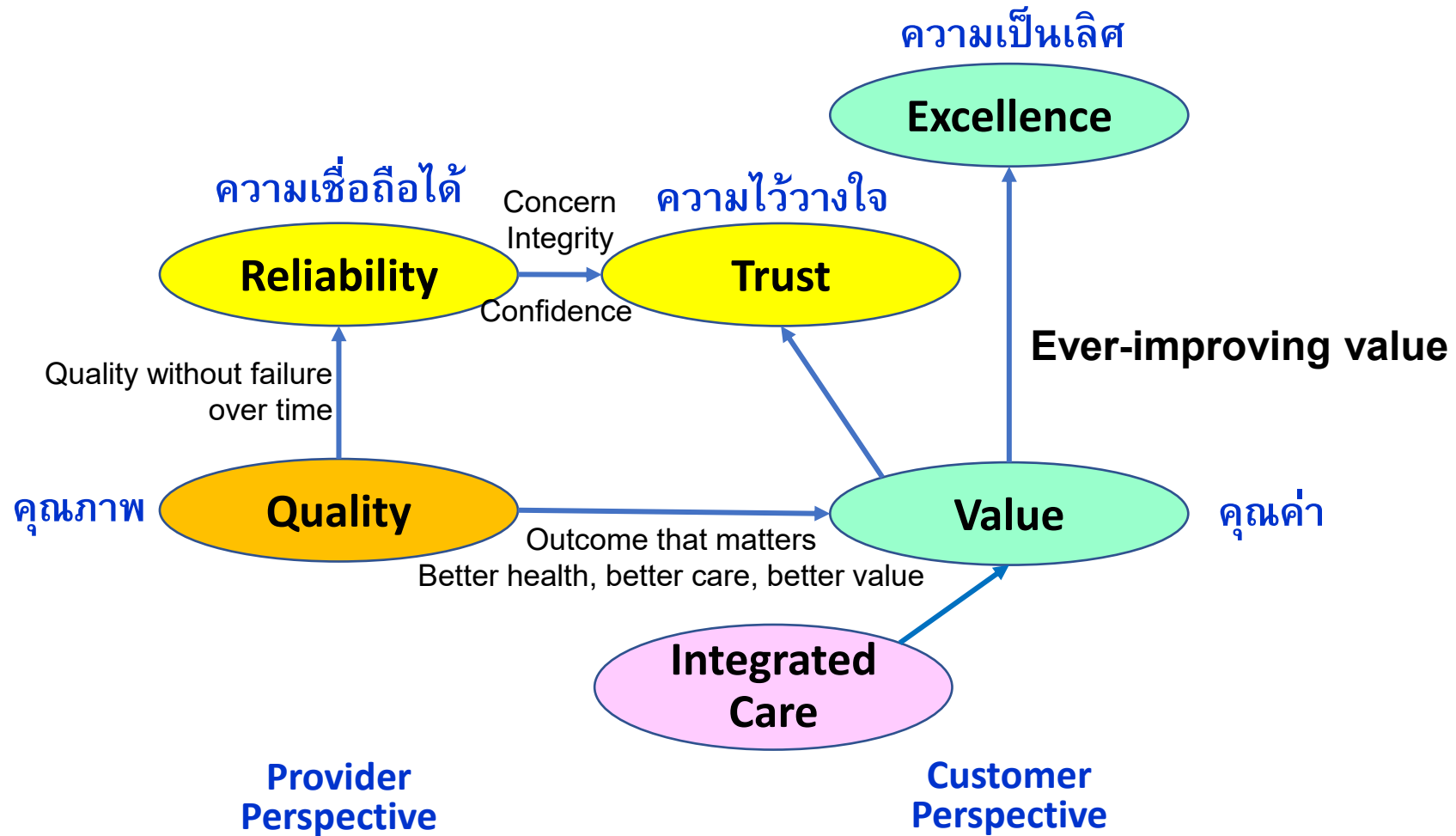
# Aims of Healthcare: Triple-> Quadruple -> Quintuple



# Ideal Organization & Culture in HA Standards



# จะบรรลุความเป็นเลิศ ต้องสร้างคุณค่าให้ผู้รับผลงาน

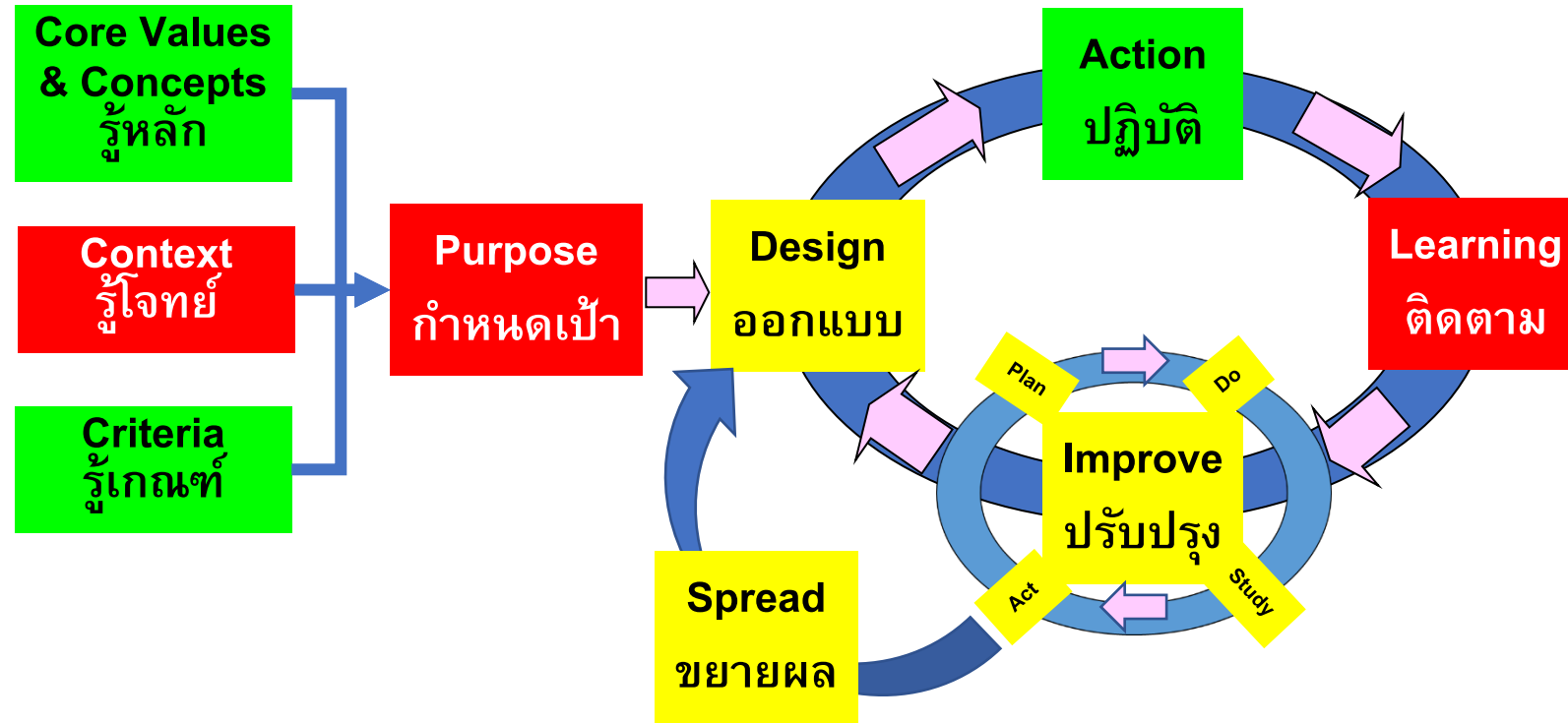






# Quality Framework

# 3C – DALI วงล้อของการเรียนรู้และพัฒนาสู่ความเป็นเลิศ



**3C** มาจาก Core Values & Concepts, Context, Criteria

**DALI** มาจาก Design-Action-Learning-Improvement

เป็นการผสมผสานแนวคิดเรื่อง quality management เข้ากับ performance excellence

# MBNQA Framework for Performance Excellence



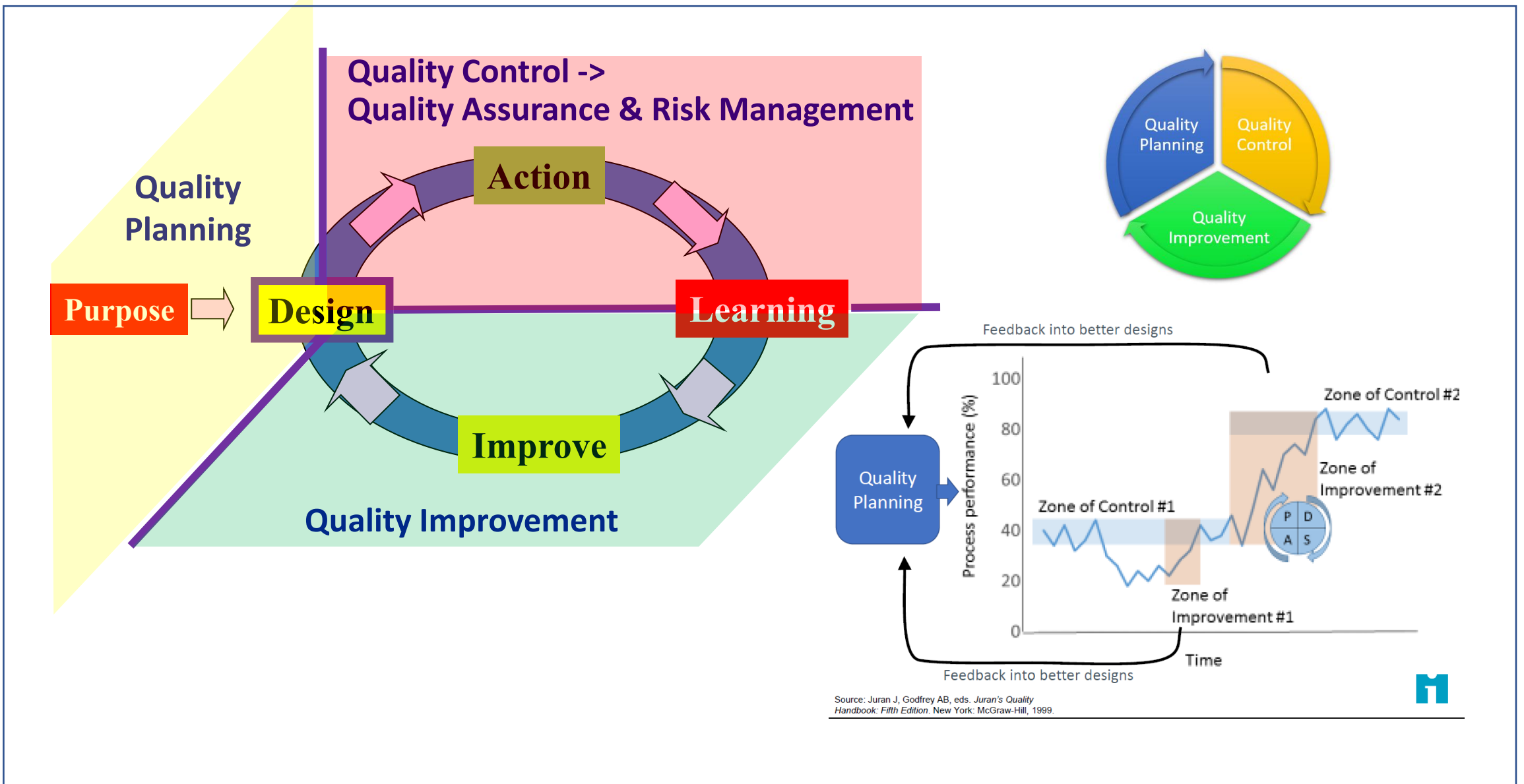
**Organization profile:** คือบริบท หรือลักษณะที่เฉพาะเจาะจงขององค์กร เป็นภาพโดยย่อของ (1) ลักษณะองค์กร (2) สิ่งสำคัญที่มีผลต่อวิธีการดำเนินงาน (3) สภาพแวดล้อมการแข่งขันขององค์กร (เปรียบเสมือนฝาชีที่ครอบจานอยู่)

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

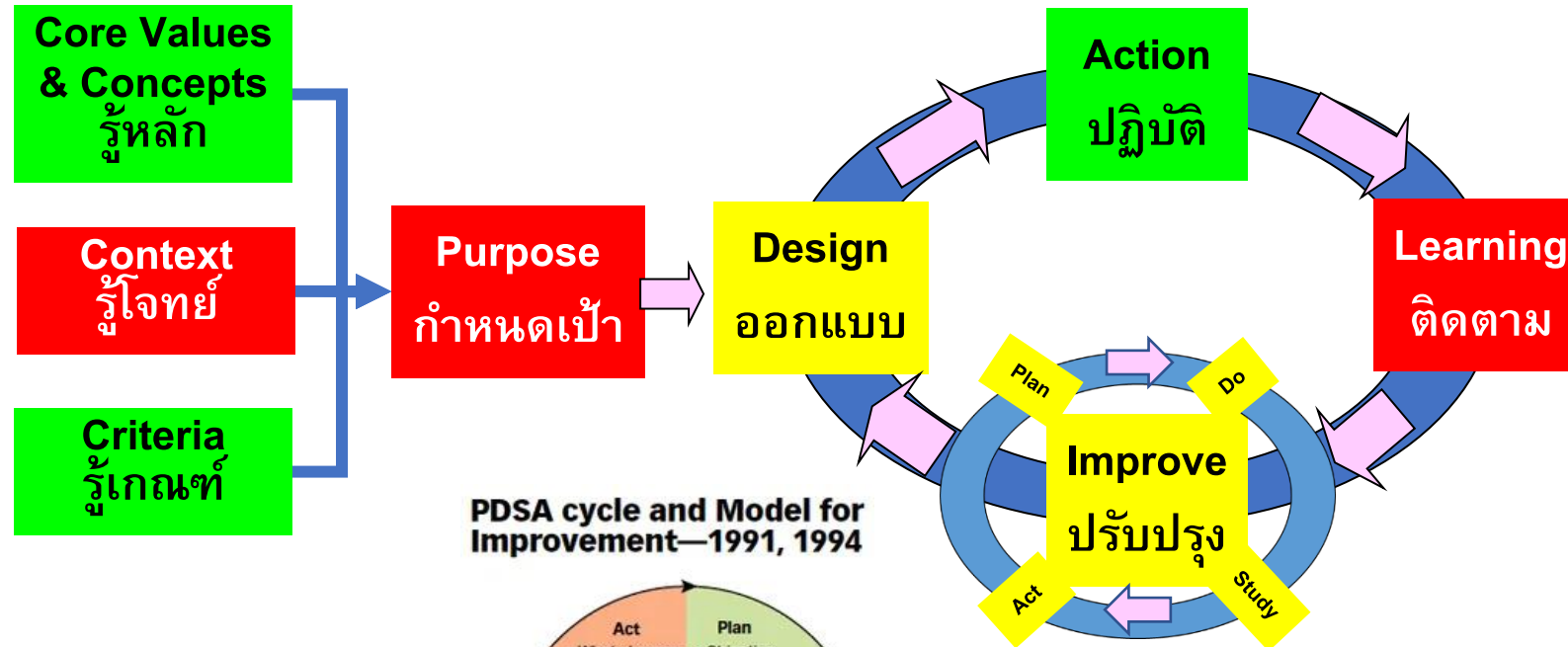
**Core values and concepts:** เป็นความเชื่อและพฤติกรรมที่ฝังลึกอยู่ในองค์กรที่มีผลการดำเนินการที่เป็นเลิศ ก่อให้เกิดพื้นฐานการปฏิบัติ การป้องกัน และความยั่งยืนขององค์กร (เปรียบเสมือนจานชั้นล่าง)

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

# DAI & Juran Trilogy of Quality Management



# Japanese PDCA & Deming PDSA -> DALI



PDSA cycle and Model for Improvement—1991, 1994

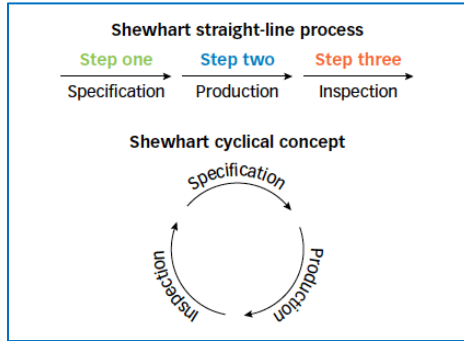


## Japanese PDCA cycle

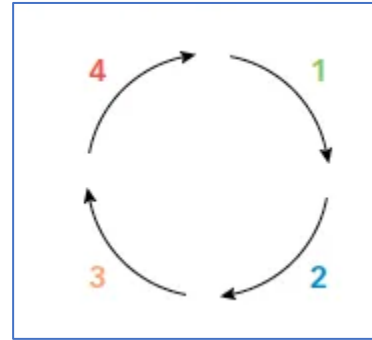


n-do-check-act

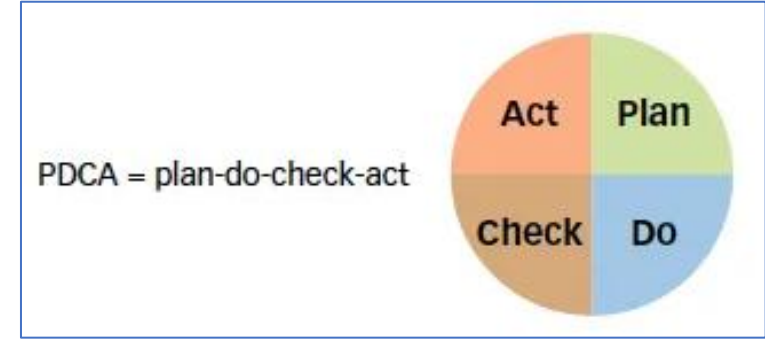
# Shewhart Cycle -> Deming Wheel -> Japanese PDCA Cycle



Shewhart cycle (1939)



Deming wheel (1950)



Japanese PDCA cycle (1951)



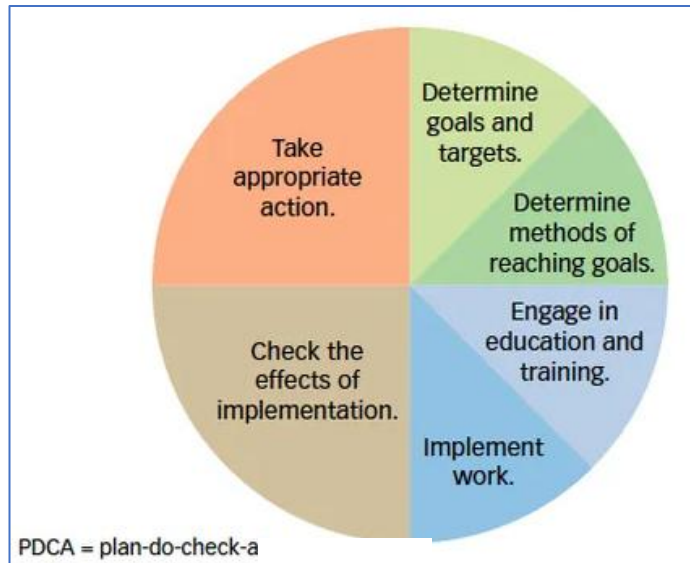
Deming wheel เป็นสิ่งที่ Deming นำ Shewhart cycle มาดัดแปลงและนำเสนอต่อที่ประชุมนักธุรกิจญี่ปุ่น (JUSE Seminar) เมื่อปี 1950

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

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

# Japanese PDCA Cycle vs Deming PDSA Cycle

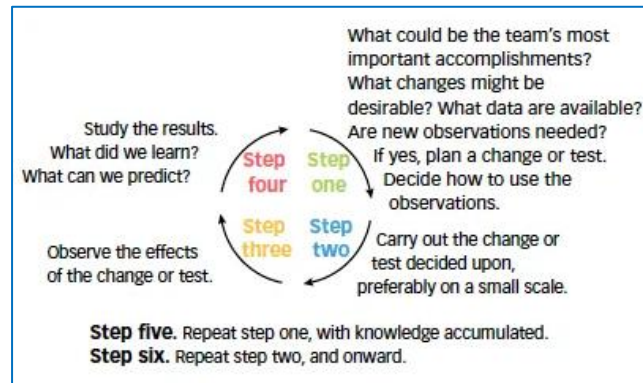
## Japanese PDCA cycle



Dr. Ishikawa ปรับ PDCA cycle:

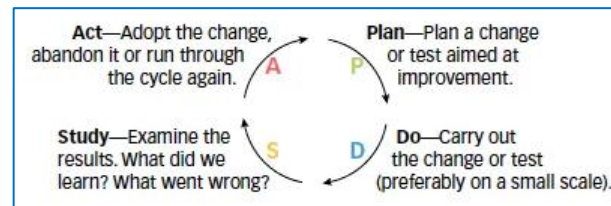
รวมเอาการกำหนด goals & targets และวิธีการบรรลุเป้าไว้ในขั้น Plan และรวมการให้ความรู้ฝึกอบรม และการปฏิบัติไว้ในขั้น Do

## Shewhart cycle: Deming



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

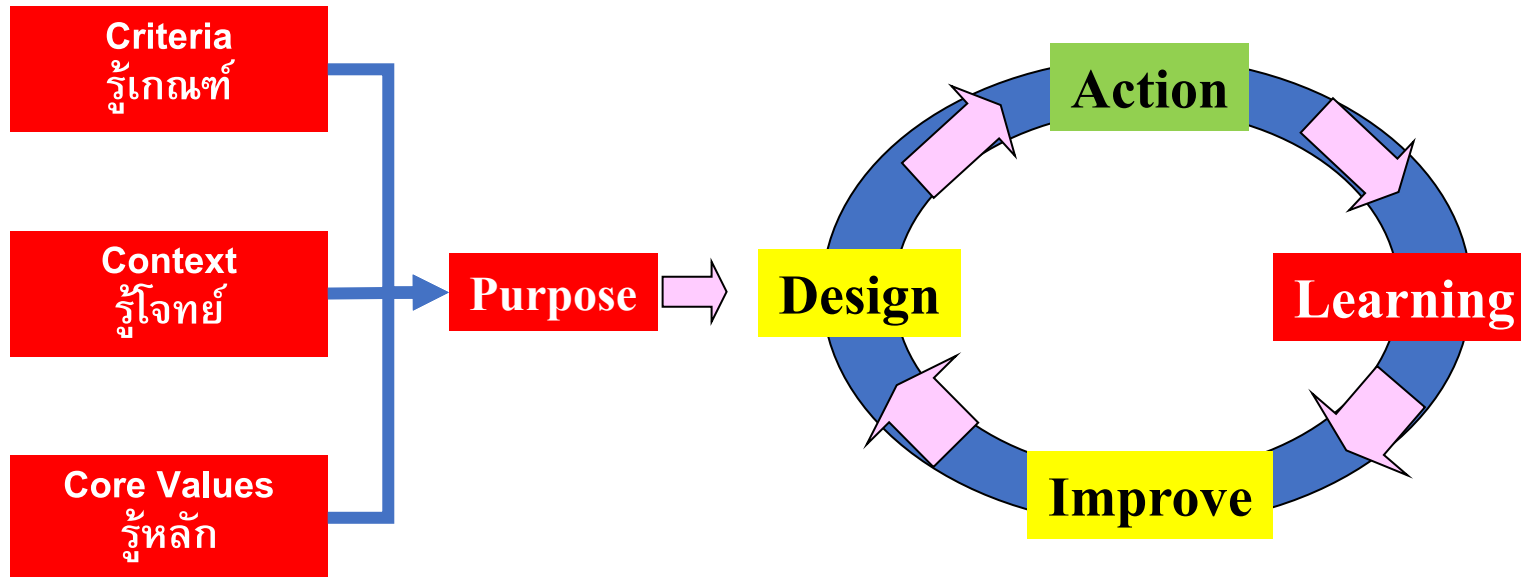
## PDSA cycle: Deming



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

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

# Learning in 3C-DALI



- Reflection**
  - After action review
  - Dialogue
- KM**
  - Knowledge sharing
  - Group discussion
  - Presentation & feedback
- Monitoring**
  - KPI monitoring & analysis
- Review**
  - Medical record review / audit
  - Quality review activities
  - Clinical tracer
  - Internal survey
- Evaluation**
  - Rapid assessment
  - Evaluation research
- Report**
  - Portfolio
  - Self assessment Report (SAR)



# Communication: การใช้มาตรฐานตอนที่ 1 ในระดับหน่วยงาน

5. ผู้นำระดับสูง  
ต้องทำอะไร



4. หัวหน้าหน่วยงาน  
ต้องทำอะไร



ผู้ปฏิบัติงาน

1. รับรู้ (Y/N?)
2. เข้าใจ (Y/N?)
3. นำไปปฏิบัติ (How?)

1. หน่วยงานและสมาชิกช่วยให้องค์กรเข้าใจ**วิสัยทัศน์**มากขึ้นอย่างไร
2. ขอให้เล่าความสำเร็จจากการใช้**ค่านิยม**ขององค์กรในงานประจำ
3. หน่วยงานของเรานำ**จุดเน้น**ขององค์กรเรื่องใดมาปฏิบัติ ผลลัพธ์เป็นอย่างไร
4. เวทีการ**สื่อสารสองทาง**ในหน่วยงานมีอะไรบ้าง ผลลัพธ์เป็นอย่างไร
5. ช่องทางการสร้าง**ความร่วมมือ**กับหน่วยงานอื่นๆ มีอะไรบ้าง ผลลัพธ์ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ปวยมีอะไรบ้าง

1. หน่วยงานมีบทบาทต่อ**แผนกลยุทธ์**ขององค์กรด้านใดบ้าง  
ผลลัพธ์เป็นอย่างไร
2. **ตัวชี้วัด**ของหน่วยงานสอดคล้องกับตัวชี้วัดตามวัตถุประสงค์  
เชิงกลยุทธ์ข้อใดบ้าง
3. หน่วยงานมีบทบาทในการสร้างความเข้มแข็งให้แก่**สมรรถนะ  
หลักขององค์กร**อย่างไร
4. **องค์กรภายนอก**ที่ทำงานใกล้ชิดกับหน่วยงานของเรามี  
อะไรบ้าง เป้าหมายของความร่วมมือคืออะไร ทำอย่างไรให้  
ประสบความสำเร็จ

## I-3 ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

Unit Group  
Work

1. กลุ่ม**ผู้ป่วยสำคัญ**ของหน่วยงานมีอะไรบ้าง (มีความเป็นเลิศ มีความซับซ้อน มีความเสี่ยง เป็นเรื่องใหม่)
2. มี**เรื่องเล่าของผู้ป่วย**อะไรบ้าง ที่สามารถหรือได้นำมาใช้ในการพัฒนา
3. มีการรับฟัง**ประสบการณ์ของผู้ป่วย**อย่างไรบ้าง นำมาใช้ประโยชน์อย่างไร
4. สิ่งที่ผู้ป่วย/ลูกค้า ของหน่วยงานมี **concern** มากที่สุดคืออะไร มีการตอบสนองอย่างไร
5. มีการดูแลกลุ่ม**ผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ** (เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย) อย่างไร

1. หน่วยงานใช้ตัวชี้วัดอะไรเพื่อ**ติดตามการบรรลุเป้าหมาย**ของหน่วยงาน
2. หน่วยงานใช้ตัวชี้วัดอะไรเพื่อ**ติดตามการปฏิบัติงานประจำวัน**หรือควบคุมกระบวนการให้เป็นไปตามข้อกำหนด
3. หน่วยงานนำผลการ**วิเคราะห์ข้อมูล**มาใช้ประโยชน์เพื่อกำหนดโอกาสพัฒนาคุณภาพอย่างไร?
4. อะไรคือ**ความรู้สำคัญ**ที่ทีมงานได้รับจากการปฏิบัติงานประจำ มีการ**สรุปบทเรียน**อย่างไรบ้าง?
5. อะไรคือ**ความรู้เชิงปฏิบัติที่จำเป็น**สำหรับการทำหน้าที่ของหน่วยงาน ทีมงานมีวิธีหาความรู้ดังกล่าวมาได้อย่างไร?

1. อะไรคือจุดแข็งหรือความโดดเด่นของทีม มีการใช้ประเด็นนี้ในการสร้าง**ความผูกพันของบุคลากร**ในหน่วยงานอย่างไร?
2. ในรอบปีที่ผ่านมา บุคลากรในหน่วยงานได้รับเข้ารับ**การพัฒนาและฝึกอบรม**อะไรบ้าง? การอบรมดังกล่าวมีที่มาหรือเหตุผลอย่างไร? มีการนำสิ่งที่ได้จากการพัฒนาและฝึกอบรมมาใช้ในการปฏิบัติงานอย่างไร?
3. หลังจาก**การประเมินผลการปฏิบัติงาน**แต่ละครั้ง ทำให้บุคลากรแต่ละคนพัฒนาตนเองอย่างไร?
4. หน่วยงานมี**การจัดระบบงาน**อย่างไรเพื่อให้มีการทำงานที่เน้นผู้ป่วย/ลูกค้าเป็นศูนย์กลาง?
5. **ความเสี่ยงด้านสุขภาพ**จากการปฏิบัติงานที่หน่วยงานนี้มีอะไรบ้าง? มีแนวทางในการป้องกันอย่างไร?

- 1. คุณค่าสำคัญ**ที่หน่วยงานส่งมอบให้ผู้ป่วย/ลูกค้าคืออะไร? กระบวนการสำคัญที่สุดของหน่วยงานคืออะไร? **ข้อกำหนดของกระบวนการ**ดังกล่าวคืออะไร? ทีมงานทำอย่างไรเพื่อให้บรรลุข้อกำหนดดังกล่าว?
- 2. ในรอบปีที่ผ่านมา** หน่วยงานมี**การปรับปรุงกระบวนการทำงาน** หรือพัฒนาคุณภาพในเรื่องอะไรบ้าง? ผลลัพธ์ของการปรับปรุงหรือพัฒนาเป็นอย่างไร? กิจกรรมดังกล่าวสอดคล้องกับจุดเน้นขององค์กรอย่างไร?



# Get Use of Surveyor Recommendation



## 3P Response to Surveyor Recommendation

ควรเรียนรู้จากการทบทวนอุบัติการณ์ การวิเคราะห์กระบวนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ นำมากำหนดมาตรการป้องกันความเสี่ยงที่รัดกุมและจัดทำแผนแก้ไขหากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เพื่อลดผลกระทบ เป็นการพัฒนาไปสู่เป้าหมายด้านความปลอดภัยตามเข็มมุ่งของโรงพยาบาล

<b>Problems/Context</b> ผู้เยี่ยมเห็นปัญหาอะไร	<b>Processes (QI Plan)</b> ผู้เยี่ยมแนะนำให้เราทำอะไร	<b>Purpose</b> ผู้เยี่ยมต้องการให้เราบรรลุเป้าหมายอะไร
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง</li> <li>• ช่องโหว่ในกระบวนการดูแล</li> <li>• อุบัติการณ์ที่เคยเกิด</li> <li>• เข็มมุ่งความปลอดภัย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ทบทวนอุบัติการณ์ (RCA)</li> <li>• วิเคราะห์ความเสี่ยงในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ</li> <li>• กำหนดมาตรการป้องกัน</li> <li>• กำหนดมาตรการบรรเทาความรุนแรงเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์</li> <li>• สื่อสารฝึกอบรม</li> <li>• ติดตามการปฏิบัติ</li> </ul>	ความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย



**Rapid assessment**  
 การปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดไว้เป็นอย่างไร



# 3P of Planning from Recommendation

ควรเรียนรู้จากการทบทวนอุบัติการณ์ การวิเคราะห์กระบวนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ นำมากำหนด มาตรการป้องกันความเสี่ยงที่รัดกุมและจัดทำแผนแก้ไขหากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เพื่อลดผลกระทบ เป็น การพัฒนาไปสู่เป้าหมายด้านความปลอดภัยตามเข็มมุ่งของโรงพยาบาล

นำคำสำคัญจากข้อเสนอแนะของผู้เยี่ยมสำรวจ มาจัดแบ่งเป็น 3 กลุ่ม



Purpose	Process	Focused Area	Performance Monitor & Evaluate	Performance Results
<b>Purpose</b> ผู้เยี่ยมต้องการให้เราบรรลุเป้าหมายอะไร ความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย	<b>Processes (QI Plan)</b> ผู้เยี่ยมแนะนำให้เราทำอะไร <ul style="list-style-type: none"> <li>• ทบทวนอุบัติการณ์ (RCA)</li> <li>• วิเคราะห์ความเสี่ยงในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ</li> <li>• กำหนดมาตรการป้องกัน</li> <li>• กำหนดมาตรการบรรเทาความรุนแรงเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์</li> <li>• สื่อสารฝึกอบรม</li> <li>• ติดตามการปฏิบัติ</li> </ul>	<b>Problems/Context</b> ผู้เยี่ยมเห็นปัญหาอะไร <ul style="list-style-type: none"> <li>• ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง</li> <li>• ช่องโหว่ในกระบวนการดูแล</li> <li>• อุบัติการณ์ที่เคยเกิด</li> <li>• เข็มมุ่งความปลอดภัย</li> </ul>		

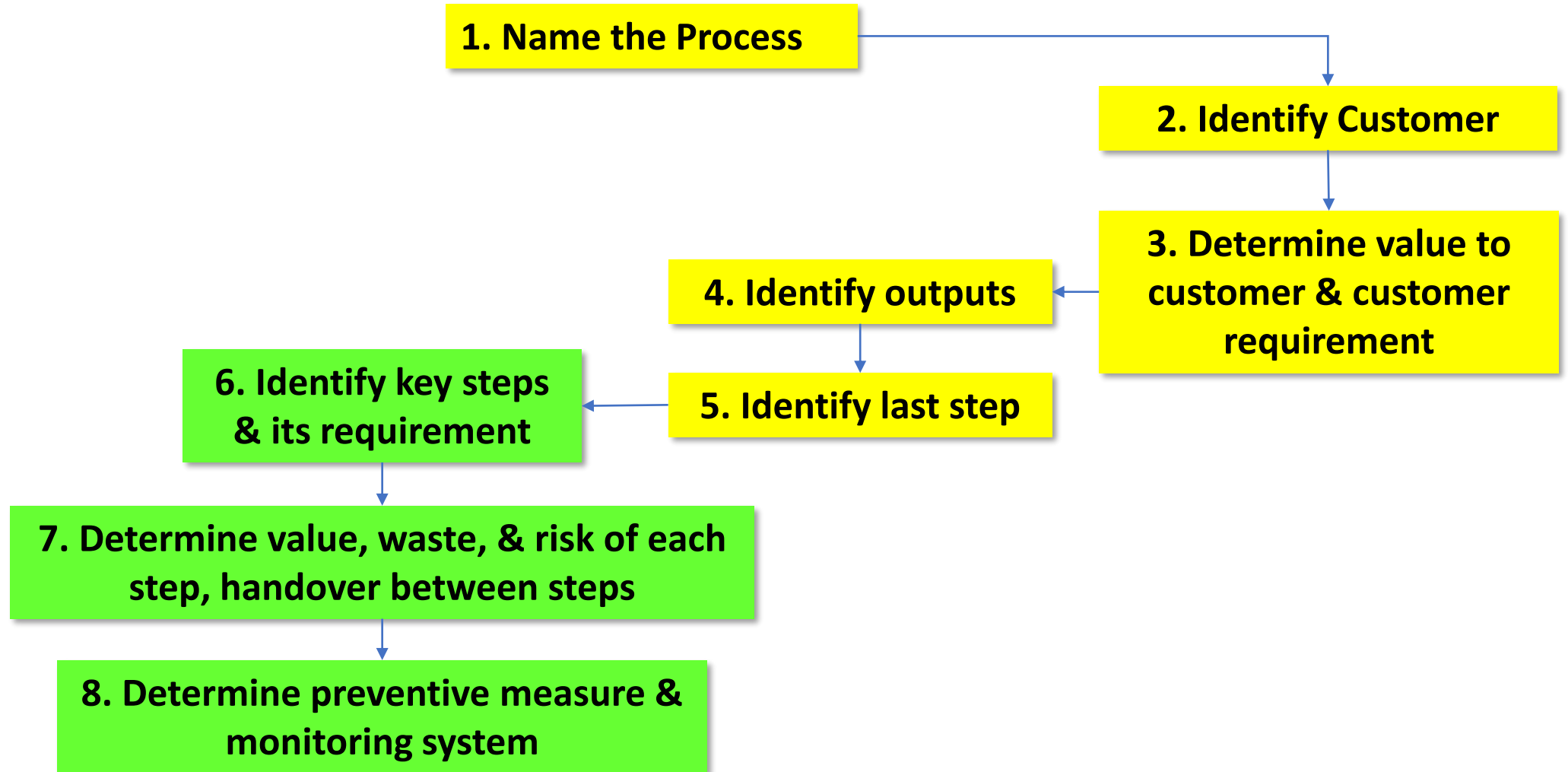


เพิ่มเติมด้วยโจทย์ที่ รพ.ค้นพบเอง



# Process Monitoring

# Process Owner & Process Monitor



# การติดตามที่เรียบง่าย (ขอเวลา ผอ.สัปดาห์ละ 2 ชม.)

	Basic question	Area to address	กระบวนการ / Site Visit Issue
1.1	ซีน่าองศ์	พันธกิจ วิสัยทัศน์ และค่านิยม	การซีน่าองศ์ผ่าน MVV
	ทำให้องค์กรยั่งยืน	การสื่อสาร	การสื่อสารและสร้างความผูกพัน
1.2	การกำกับดูแล	การมุ่งเน้นผลการดำเนินงาน	การมุ่งเน้นและสร้างสภาพแวดล้อมเพื่อความสำเร็จ
		การกำกับดูแลองค์กร	การกำกับดูแล ประเมินการนำ และทบทวน org performance
	การสร้างประโยชน์ให้สังคม	legal & ethical behavior	การส่งเสริม legal & ethical behavior
	การสร้างประโยชน์ให้สังคม	การสร้างประโยชน์ให้สังคม	การสร้างประโยชน์ให้สังคม
2.1	การจัดทำกลยุทธ์	กระบวนการจัดทำกลยุทธ์	การจัดทำกลยุทธ์
2.2	การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ	การจัดทำแผนปฏิบัติการและถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ	การจัดทำแผนปฏิบัติการและถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ
			การสนับสนุนทรัพยากร
	การปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการ	การปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการ	การติดตามและปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการ
3.1	การรับฟังลูกค้า	การรับฟังลูกค้า	การรับฟังลูกค้า
	การตอบสนองลูกค้า	การจำแนกลูกค้าและเสนอผลิตภัณฑ์	การจำแนกลูกค้าและเสนอผลิตภัณฑ์
3.2	การสร้างความสัมพันธ์และเสริมประสบการณ์ของลูกค้า	ประสบการณ์ของลูกค้า	การสร้างความสัมพันธ์
			การสร้างเสริมประสบการณ์ของลูกค้า
		การประเมินความพึงพอใจและความผูกพัน	การประเมินความพึงพอใจและความผูกพัน
4.1	การวัดผลการดำเนินงาน	การวัดผลการดำเนินงาน	การวัดผลการดำเนินงาน
	การวิเคราะห์ ทบทวน และปรับปรุง	การวิเคราะห์ ทบทวน และปรับปรุง	การวิเคราะห์และทบทวนผลการดำเนินงาน
4.2	การจัดการสารสนเทศ	ข้อมูลและสารสนเทศ	การจัดการสารสนเทศและ cybersecurity
	การจัดการสินทรัพย์ความรู้	ความรู้ขององค์กร	การจัดการความรู้ขององค์กร
		การสร้างนวัตกรรม	การสร้างนวัตกรรม
5.1	สภาพแวดล้อมที่เอื้อหนุน	ขีดความสามารถและอัตราค่าจ้าง	การวางแผน สรรหา ดูแลบุคลากรใหม่
		บรรยากาศการทำงาน	การจัดรูปแบบการทำงานและบริหารบุคลากร
		การประเมินและปรับปรุงความผูกพัน	การสร้างบรรยากาศการทำงานที่เอื้อหนุน
5.2	การสร้างความผูกพัน	การประเมินและปรับปรุงความผูกพัน	การประเมินและปรับปรุงความผูกพัน
		วัฒนธรรมองค์กร	การสร้างเสริมวัฒนธรรมองค์กร
		การจัดการและพัฒนาผลการปฏิบัติงาน	การจัดการผลการปฏิบัติงาน
			การพัฒนาผลการปฏิบัติงาน
6.1	การจัดการ ออกแบบ ปรับปรุงผลิตภัณฑ์/กระบวนการ	การออกแบบ	การออกแบบผลิตภัณฑ์และกระบวนการ
		การจัดการและปรับปรุงกระบวนการ	การจัดการและปรับปรุงกระบวนการ
6.2	ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการ	ประสิทธิภาพและประสิทธิผล	การจัดการต้นเหตุน ประสิทธิภาพ และประสิทธิผลของการปฏิบัติการ
		การจัดการเครือข่ายอุปทาน	การจัดการเครือข่ายอุปทาน
		BCM	การทำให้เกิดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย
			การจัดการความต่อเนื่องของกิจการ

1. ผอ.มอบหมายผู้ทำหน้าที่ process monitor
2. จัดเวทิตดตามอย่างสม่ำเสมอทุกเดือน
  - ผอ., รองคุณภาพ, process monitor, รองผอ.ที่เกี่ยวข้อง
3. ประเด็นที่พูดคุย: ความก้าวหน้า แผน การสนับสนุน/ตัดสินใจที่ต้องการ (คนละ 15 นาที เดือนละ 8 ชม. สัปดาห์ละ 2 ชม.)



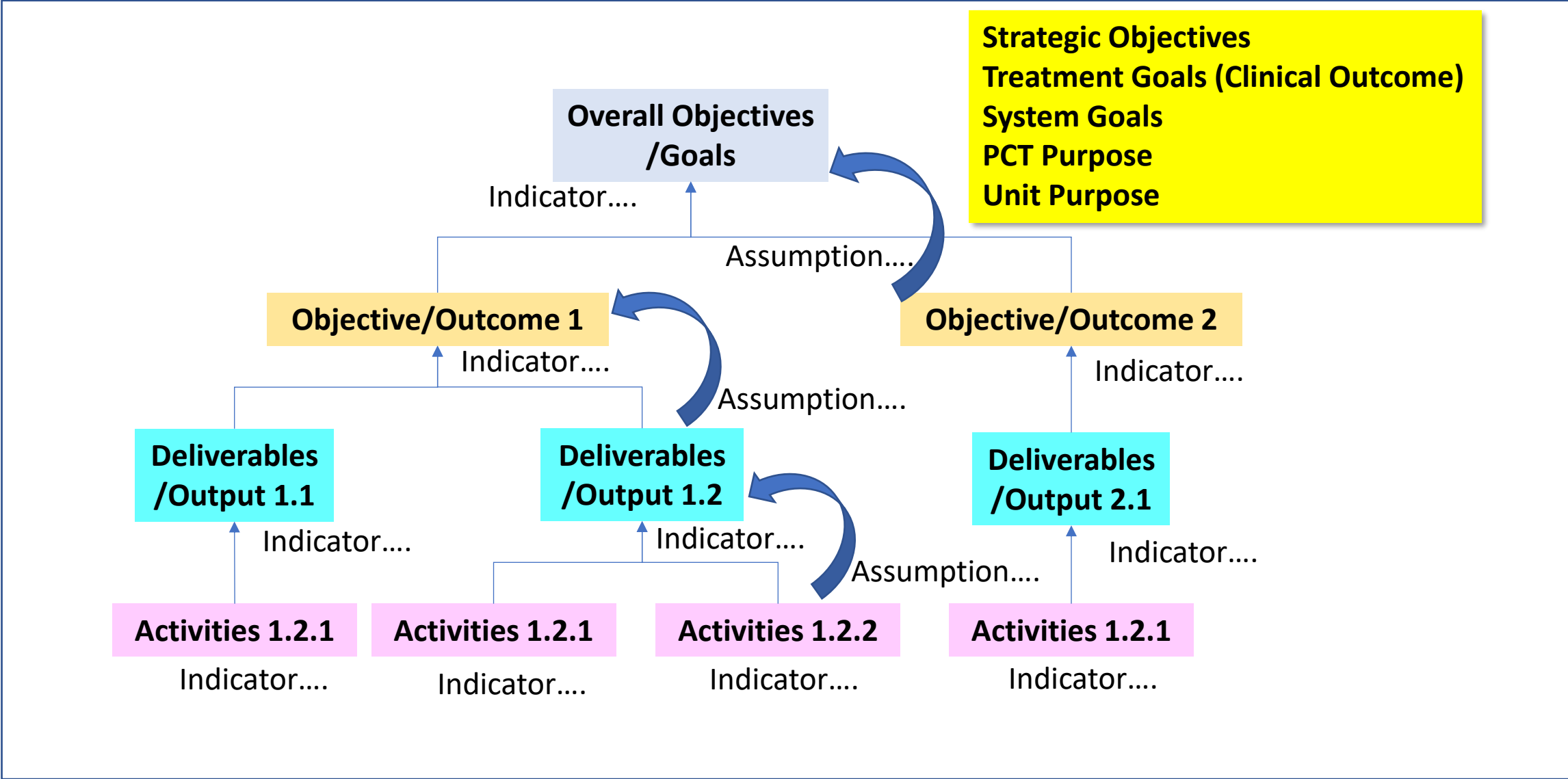
# Planning

# SWOT, Strategic Opportunities, Intelligent Risk Taking





# Outcome Framework

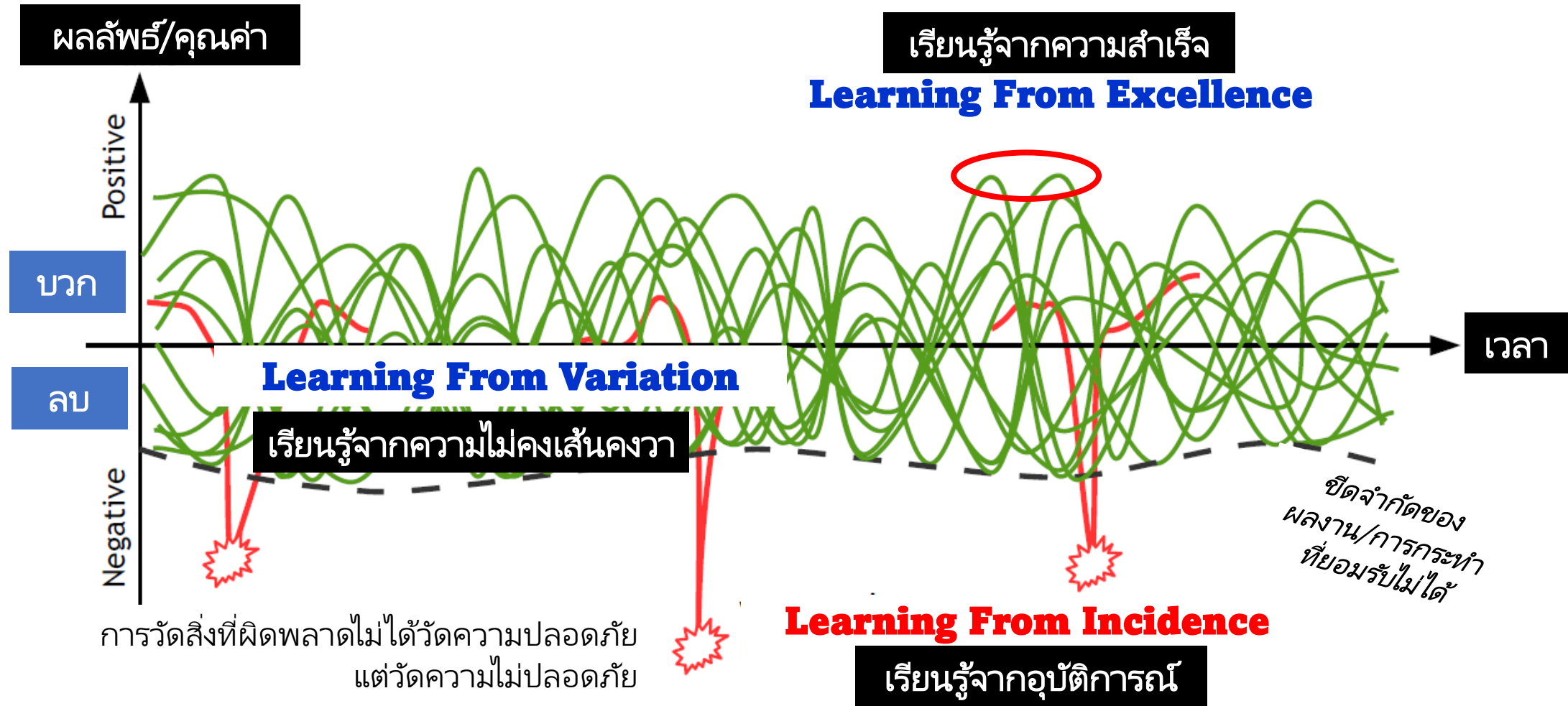






# Learning in Daily Operation

# Learning in Daily Operation



# Learning From Excellence

## ดักจับเรื่องราวดีๆ ในงานประจำ

- การปฏิบัติงานที่ได้ผลดีเป็นพิเศษ
- มีผลงานเหนือกว่าที่คาดหวัง
- การทำงานด้วยวิธีการที่เป็นนวัตกรรม
- การสื่อสารกับผู้ป่วย ญาติ หรือเพื่อนร่วมงานอย่างยอดเยี่ยม
- การทำงานเป็นทีมที่ยอดเยี่ยมในเหตุฉุกเฉินที่ไม่คาดคิด
- การปรับใช้ protocol, guideline, SOP กับผู้ป่วยที่มีลักษณะเฉพาะหรือสิ่งแวดล้อมที่ไม่แน่นอน



## แลกเปลี่ยนเรียนรู้ บันทึก

- What, When, Where, Why, How
- เกิดอะไรขึ้น มีความท้าทายอะไร
- มีการกระทำอะไร/อย่างไร
- ผู้เกี่ยวข้องรู้สึกอย่างไร
- แนวคิดเบื้องหลังการกระทำนั้นคืออะไร
- ทำอย่างไรจะมีการจดบันทึกเรื่องราวดีๆ
- ทำอย่างไรจะมีเวทีนำเรื่องเหล่านี้มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน
- จะส่งเสริมการปฏิบัติที่ยอดเยี่ยมนี้ ขยายผลให้ปฏิบัติกว้างขวางขึ้น อย่างไร

ที่มา: เรื่องราวดีๆ มักไม่ได้รับความใส่ใจ วิธีนี้จะดึงเราออกจากกับดักของการมุ่งแต่ปัญหา

LfE report number	
Subject of report/role	
Participants	
Date of interview	
<b>Definition</b>	
Purpose of meeting	PRAISE project AI interview
<b>Discovery</b> Please describe what happened that day? What was it about you &/or the team that made it happen? What were the challenges and what techniques did you use to overcome them? How did it feel?	<b>Discovery</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ช่วยเล่าให้ฟังว่าเกิดอะไรขึ้นในวันนั้น</li> <li>• คุณหรือทีมได้ลงมือทำอะไร</li> <li>• อะไรคือความท้าทาย คุณใช้เทคนิคอะไรจัดการกับความท้าทายนั้น</li> <li>• คุณรู้สึกอย่างไรบ้าง</li> </ul>
<b>Dream</b> Imagine, in 2 years' time, that situation is routine. What has changed? What are the smallest steps we could take to make that happen?	<b>Dream</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ลองจินตนาการว่าภายใน 2 ปี สถานการณ์นี้เป็นเรื่องปกติ มีการเปลี่ยนแปลงอะไรเกิดขึ้น</li> <li>• การขยับขั้นเล็กๆ ที่เราทำได้เพื่อให้เกิดสิ่งนั้นคืออะไร</li> </ul>
<b>Design/Destiny</b> How can we promote and share this excellent practice?	<b>Design/Destiny</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• เราจะส่งเสริมและแบ่งปันการปฏิบัติที่ยอดเยียมนี้ได้อย่างไร</li> </ul>
<b>Time Taken</b>	

# Learning From Variation

## ดักจับความแปรปรวนในงานประจำ

- สถานการณ์ที่ไม่เป็นไปตามแผนที่วางไว้ หรือที่เคยพบตามปกติ
- ภาระงานและลักษณะผู้ป่วยที่ไม่ปกติ
- ธรรมดา
- มีการใช้ดุลยพินิจที่แตกต่างกัน
- การปฏิบัติที่แตกต่างเนื่องจากตีความ ข้อมูลแตกต่างกัน
- ความจำเป็นที่ต้องใช้ทางลัดในการ ทำงานและไม่เป็นไปตามที่คู่มือกำหนด



## ทำให้เกิดความคงเส้นคงวา

- ยอมรับการที่มีความแปรปรวน
- ร่วมกันหาทางลดความแปรปรวน
- กำหนดกลุ่ม กำหนดค่า ที่ทีมยอมรับว่าจะใช้ เป็นมาตรฐานเดียวกัน
- ปรับจนสิ่งที่เขียนในคู่มือกับสิ่งที่ทำจริงให้ เหมือนกัน โดยแบ่งเป็นสิ่งที่พื้นฐานซึ่ง ปฏิบัติเหมือนกันในทุกสถานการณ์ กับสิ่งที่ ควรมีความยืดหยุ่นและเหมาะกับสถานการณ์ นั้นๆ
- เตรียมแผนรับมือกับสถานการณ์ที่ไม่คาดฝัน
- มีเจ้าภาพ monitor key processes

# สร้าง Standard Work ด้วยการปรับจูน Work-as-Done & Work-as-Imagine



ความหลากหลายของการปฏิบัติเกิดจาก

- การรบกวน ขัดจังหวะ แรงกดดัน
- การแปลความหมายข้อมูลที่ไม่ตรงกัน
- การหาทางลัดเพื่อให้ง่ายในการปฏิบัติ
- การแก้ปัญหาเฉพาะหน้า

จูน  
ให้ทำอย่าง  
ที่เขียน  
และเขียนอย่าง

# Weekly Huddle

เป้าหมายคือการ check in กับสมาชิกทีมว่า **what your day will look like** ไม่ใช่การวางแผนทั้งโครงการ  
เป้าหมายคือการบอกเล่าว่าอยู่ตรงไหน (share the status) ไม่ใช่การแก้ปัญหา  
เป็นโอกาสที่สมาชิกทีมจะแบ่งปันข้อมูลให้กันและกันทราบ และตรวจสอบสถานะภาพของโครงการ.  
การยืนจะช่วยให้ใช้เวลาสั้นและตรงประเด็น

## Agenda

- 1. Good News** เฉลิมฉลองสิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้นในรอบเวลาที่ผ่านมา ชื่นชมคนที่มีส่วนเกี่ยวข้อง
- 2. Numbers** นำเสนอตัวเลข ทำให้เกิดความร่วมรับรับผิดชอบ มั่นใจว่าทีมกำลังไปสู่เป้าหมาย
- 3. Systems** ระบุปัญหาเพื่อจะได้นำมาร่วมกันแก้ไขที่ตัวระบบ
- 4. Projects** สื่อสารสิ่งที่กำลังจะเกิดขึ้นที่จะมีผลกระทบต่อกิจการขององค์กร
- 5. HA Standards** เรียนรู้มาตรฐาน HA ที่จะนำมาปฏิบัติ สัปดาห์ละข้อ
- 6. The Word** ปิดประชุมด้วยคำขอบคุณหรือถ้อยคำประเทืองปัญญา (word of wisdom)

# One-on-One Meeting

หัวหน้าและบุคลากรพบกันตัวต่อตัว ทุกเดือน เดือนละ 1 ชั่วโมง

วิธีการสื่อสารที่ดีเพื่อทำความเข้าใจในเรื่องความคาดหวังต่อ Performance

คุยกันทุกเดือน เพื่อยกระดับ performance ตั้งแต่ต้นปี ดีกว่าการรอประเมินเมื่อสิ้นปี

Purpose:

- Assess ประเมินความผูกพัน ขวัญกำลังใจ ความเครียด ความพึงพอใจ ของบุคลากร.
- Set goals กำหนดเป้าหมายผลงานและการพัฒนาศักยภาพ ทั้งระยะสั้นและระยะยาว
- Track progress ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้
- Uncover obstacles ค้นหาอุปสรรคต่อการบรรลุเป้าหมายและหาทางขจัด
- Discuss specific issues เกี่ยวกับผลงานหรือเจตคติของบุคลากร
- Constructive feedback, and coaching **ปรับ mindset**

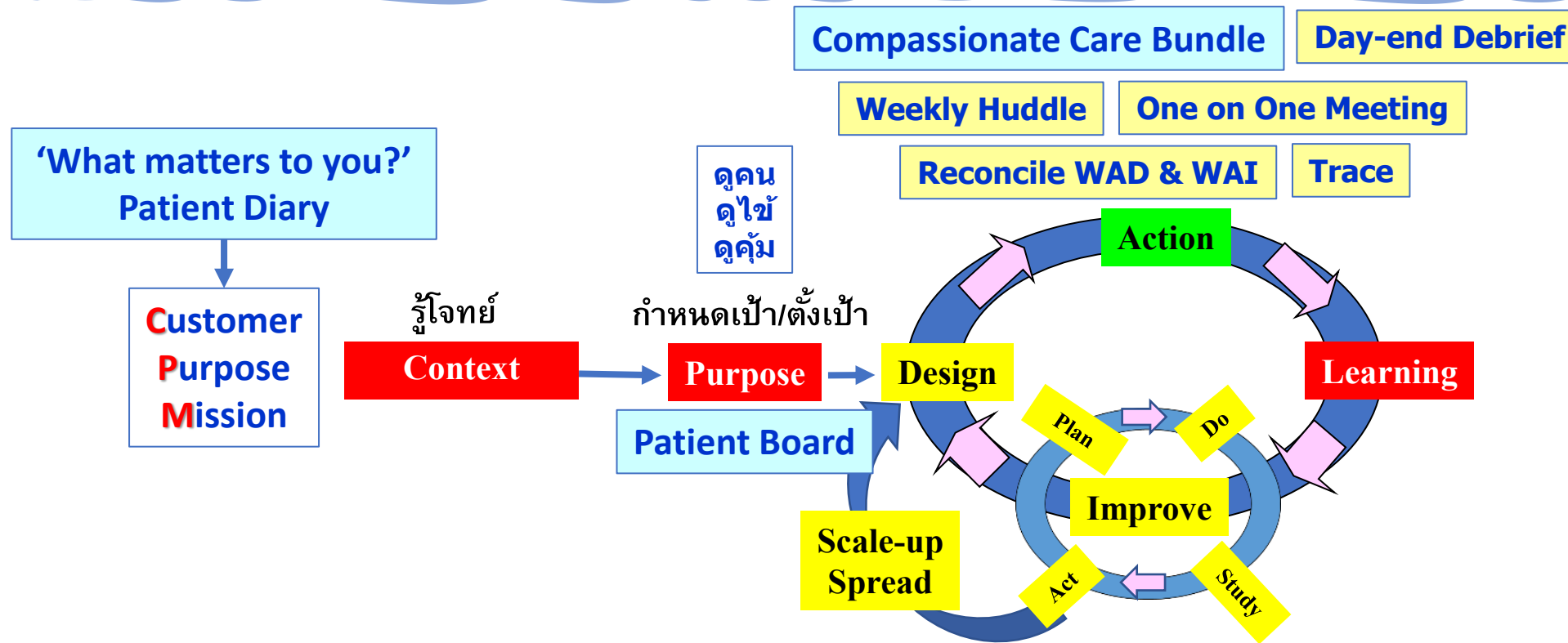




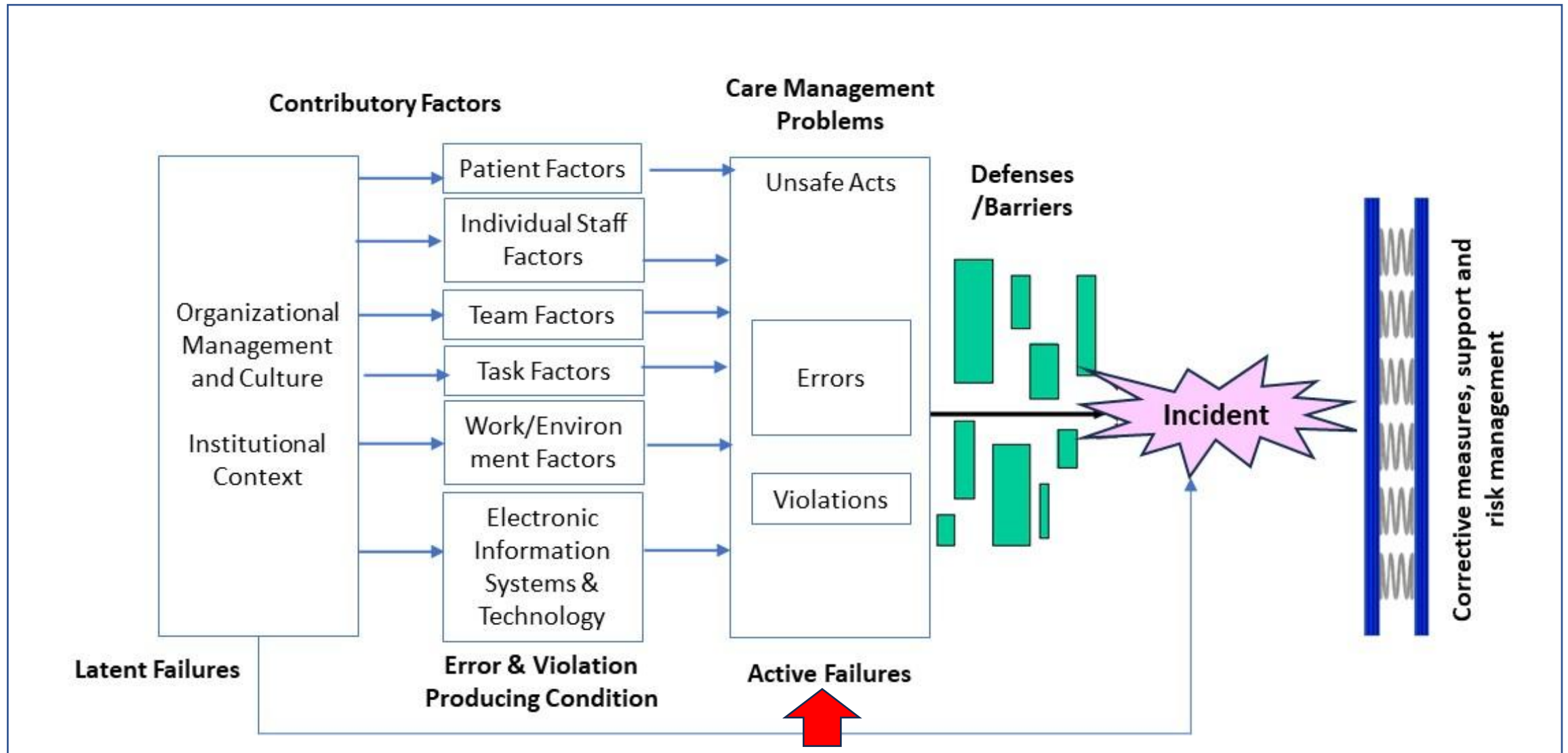
# มีอะไรให้คุยกัน จะคุยกันอย่างไร

- **AAR after Incident**
  - อะไรผิดพลาด ทำไมจึงผิดพลาด จะป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำอย่างไร
  - จะเอาบทเรียนไปสร้าง mindfulness ในทีมงานอย่างไร
- **Day-end debrief หรือ shift-end debrief** สรุปว่าในรอบวันหรือรอบเวรที่ผ่านมา เกิดอะไรที่เป็นบทเรียน ทั้งด้านบวกและด้านลบ
- **Weekly huddle** (ดัดแปลงมาจาก daily huddle)
  - ทบทวนความสำเร็จและโอกาสพัฒนาในรอบเวลาที่ผ่านไป
  - เรียนรู้มาตรฐาน HA เชิงปฏิบัติของหน่วยงาน สัปดาห์ละข้อ
  - เป็นเวทีแจกงานและนำเสนอความก้าวหน้าในงานที่ได้รับมอบหมาย
- **Monthly review**
  - ทบทวนผลงานและโอกาสพัฒนาของหน่วยงานในภาพรวม โดยใช้ service profile เป็นฐาน
  - หาโอกาสพัฒนาโดยใช้หลัก NEWS หรือใช้หลักกลมหลุม-พูนเนิน
    - กลมหลุมคือจัดการเกี่ยวกับปัญหาและความเสี่ยง
    - พูนเนินคือหาโอกาสสร้างสรรค์นวัตกรรมหรือทางออกใหม่ ๆ ในการทำงาน

# Daily Management at Patient Care Unit

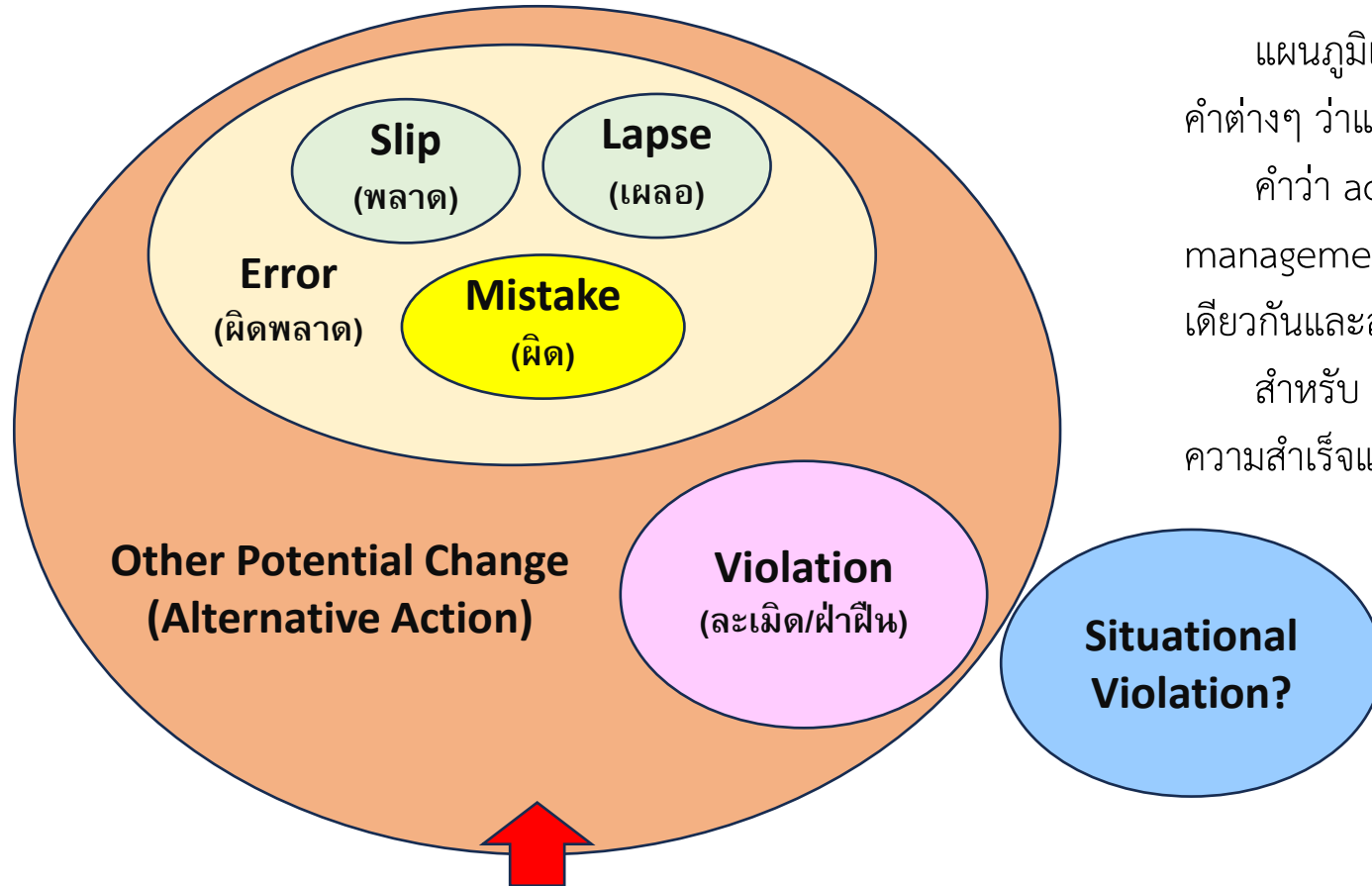


# Organizational Accident Model



Active Failure เป็นจุดที่จะเชื่อมไปสู่ Root Causes ต้องระบุให้ชัดเจนถึงการกระทำและการตัดสินใจในขั้นตอนย่อยๆ

# Active Failure / Unsafe Act / Care Management Problem



แผนภูมิเพื่อช่วยทำความเข้าใจความหมายของคำต่างๆ ว่าแตกต่างและทับซ้อนกันอย่างไร

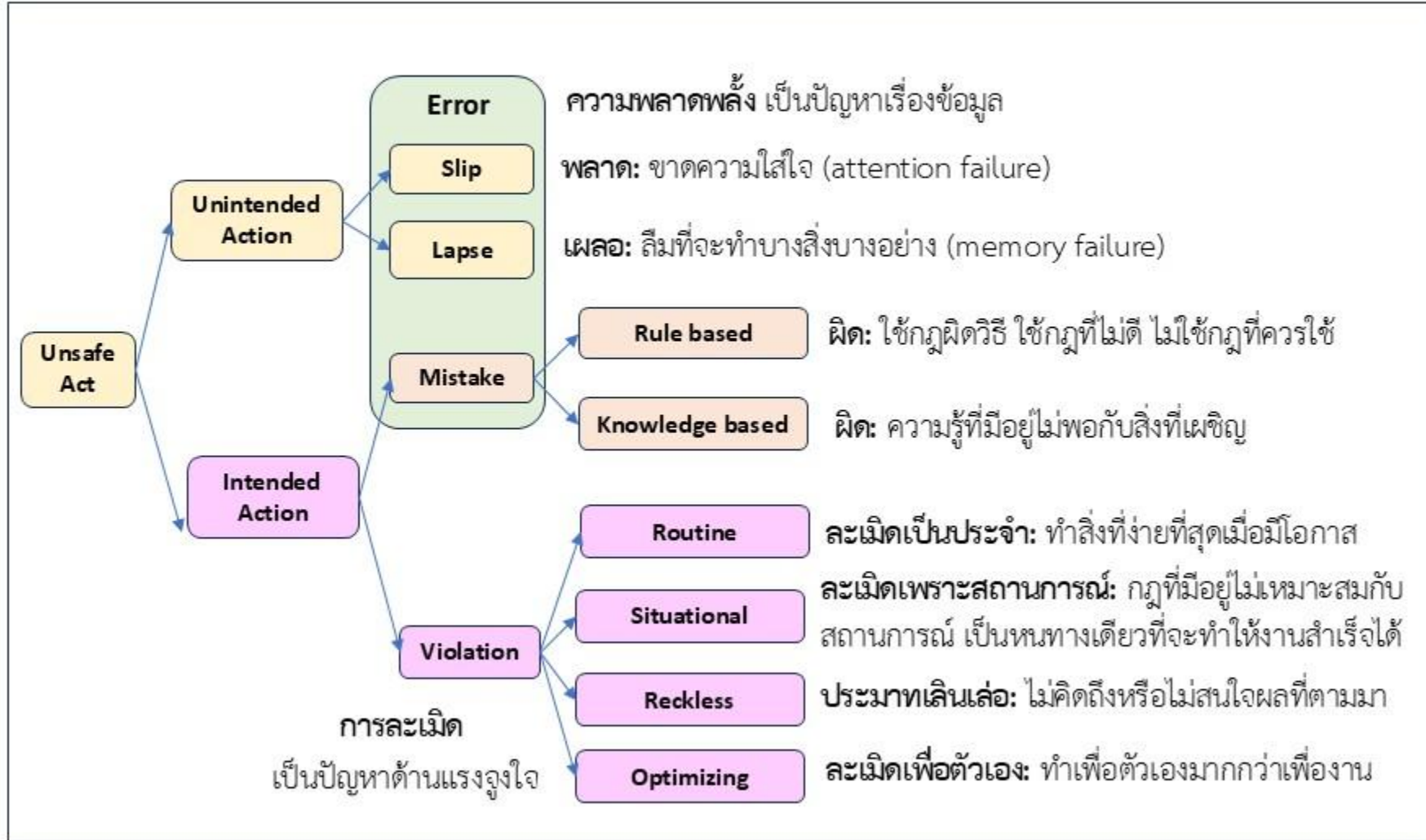
คำว่า active failure, unsafe act, care management problem เป็นคำที่มีความหมายเดียวกันและสามารถใช้แทนกันได้

สำหรับ situation violation อาจจะเป็นความสำเร็จและไม่ใช่อunsafe act?

**Active Failure, Unsafe Act, Potential Change, Care Management Problem**  
มีความหมายใกล้เคียงกัน สามารถใช้ทดแทนกันได้

## Meaning of Terms

### Error & Violation



Source: James & Reason & The Human Diver!



# Fairness

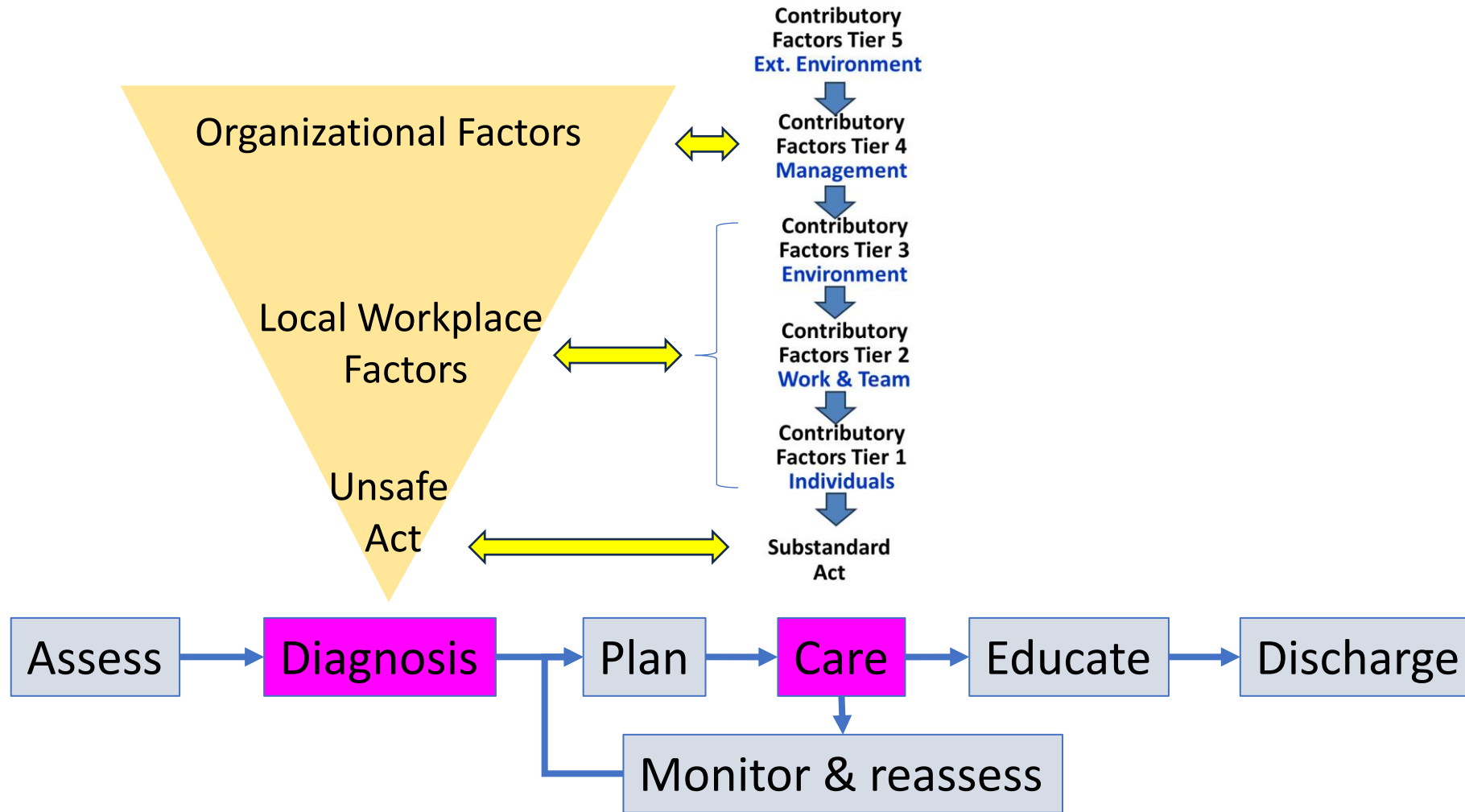
Human Error	At-Risk Behavior	Reckless Behavior
<p>Product of Our Current System Design and Behavioral Choices</p> <p>Manage through changes in:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Choices</li> <li>• Processes</li> <li>• Procedures</li> <li>• Training</li> <li>• Design</li> <li>• Environment</li> </ul>	<p>A Choice: Risk Believed Insignificant or Justified</p> <p>Manage through:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Removing incentives for at-risk behaviors</li> <li>• Creating incentives for healthy behaviors</li> <li>• Increasing situational awareness</li> </ul>	<p>Conscious Disregard of Substantial and Unjustifiable Risk</p> <p>Manage through:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Remedial action</li> <li>• Punitive action</li> </ul>
Console	Coach	Punish



**1. Just culture** เมื่อเกิดอุบัติเหตุการณ์ขึ้น ผู้เกี่ยวข้องได้รับการปฏิบัติอย่างเป็นธรรม สมเหตุสมผล ไม่ถูกกล่าวหาให้ต้องรับผิดชอบต่อความล้มเหลวของระบบ ซึ่งตนไม่มีอำนาจควบคุม

**2. Local rationality** ผู้คนทำในสิ่งที่คิดว่าถูกต้อง สมเหตุสมผล ตามเป้าหมาย ตามความเข้าใจ สถานการณ์ และตามจุดสนใจของพวกเขาในขณะนั้น

# Learning From Incident : 2-Axis Swiss Cheese Model



# Incident: Delayed Dx STEMI

สาเหตุระดับองค์กรอาจจะเป็นสาเหตุร่วมของหลายเรื่องตามมา

Tier 4

การกำกับติดตามโดยผู้บริหาร

Onboarding

ตัวอย่างกรณีศึกษาซึ่งเป็นที่มาของ template

ภาระงานมากใน  
ชั่วโมงเร่งด่วน

Tier 3

สิ่งแวดล้อมที่จุดคัดกรอง  
ไม่เอื้อต่อการสื่อสาร

สถานที่ทำ EKG  
คับแคบ

อาจจะโดดข้ามขั้นได้

เครื่อง EKG  
คนละยี่ห้อ

Tier 2

มีสาเหตุต่อกับเป็นลำดับ

ไม่มีแนวทางการคัดกรอง  
atypical chest pain,  
แบบฟอร์มยุ่งยาก

การสื่อสารในทีม, ไม่มี  
ระบบคิว, ไม่มีการประกัน  
เวลา, ไม่มีระบบติดตาม

ระบบ buddy  
ไม่ work ใน  
ชั่วโมงเร่งด่วน

Tier 1

จทน.ขาดทักษะ  
ถูกผู้ป่วยชี้นำ  
ด้วย GERD

อาจจะจบที่ขั้นไหนก็ได้

พยาบาลจ้างเหมา  
ใหม่ไม่ปรึกษาพี่

แพทย์ไม่ได้ขอ  
2<sup>nd</sup> opinion

แพทย์ ER ขาด  
ความมั่นใจ  
การวินิจฉัย

อาจจะข้ามขั้นก็ได้

อาจจะมีหลายเหตุในขั้นเดียวกัน

Screening error

Delayed EKG

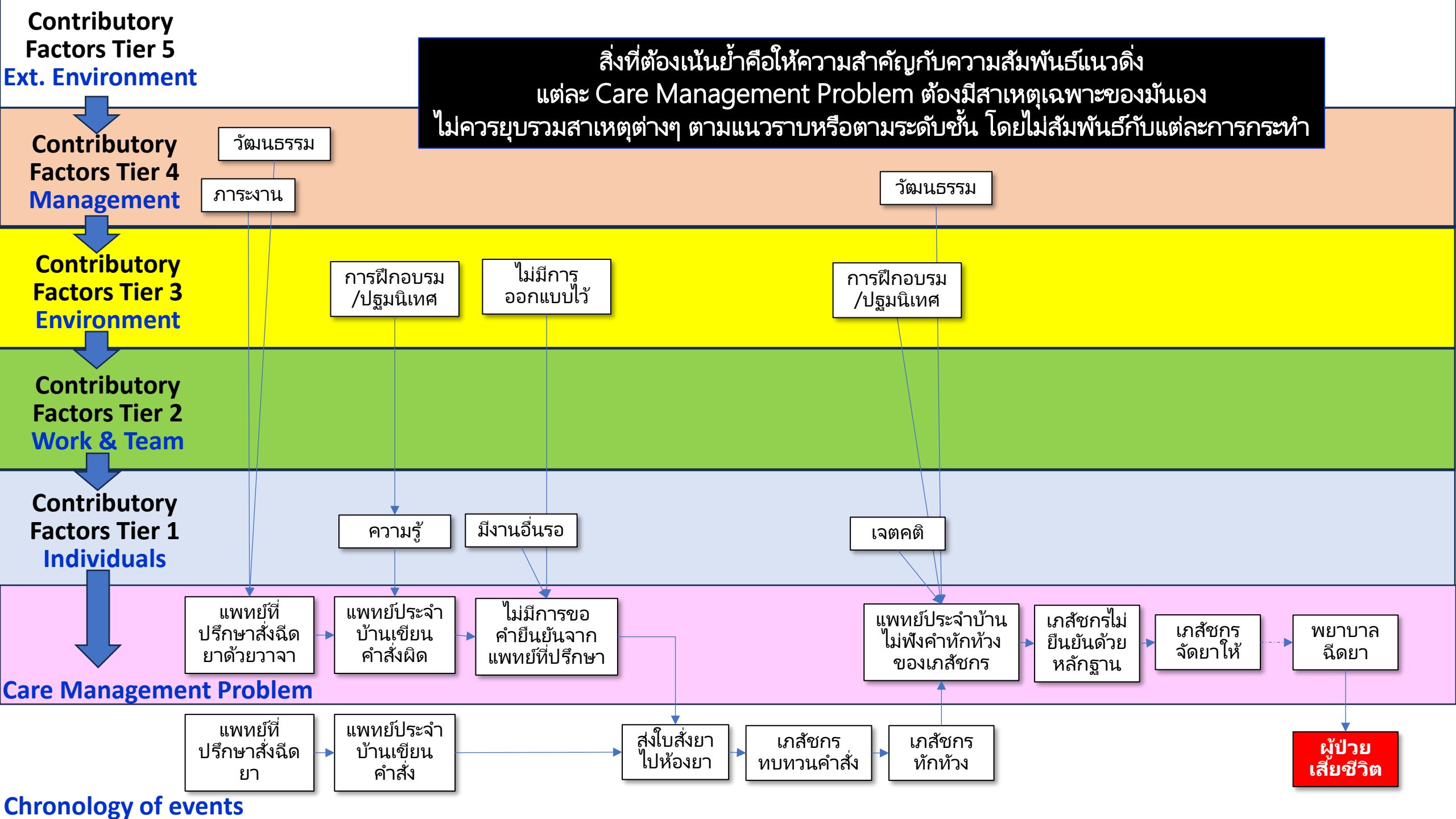
Delayed decision (MD)

Care Management Problem

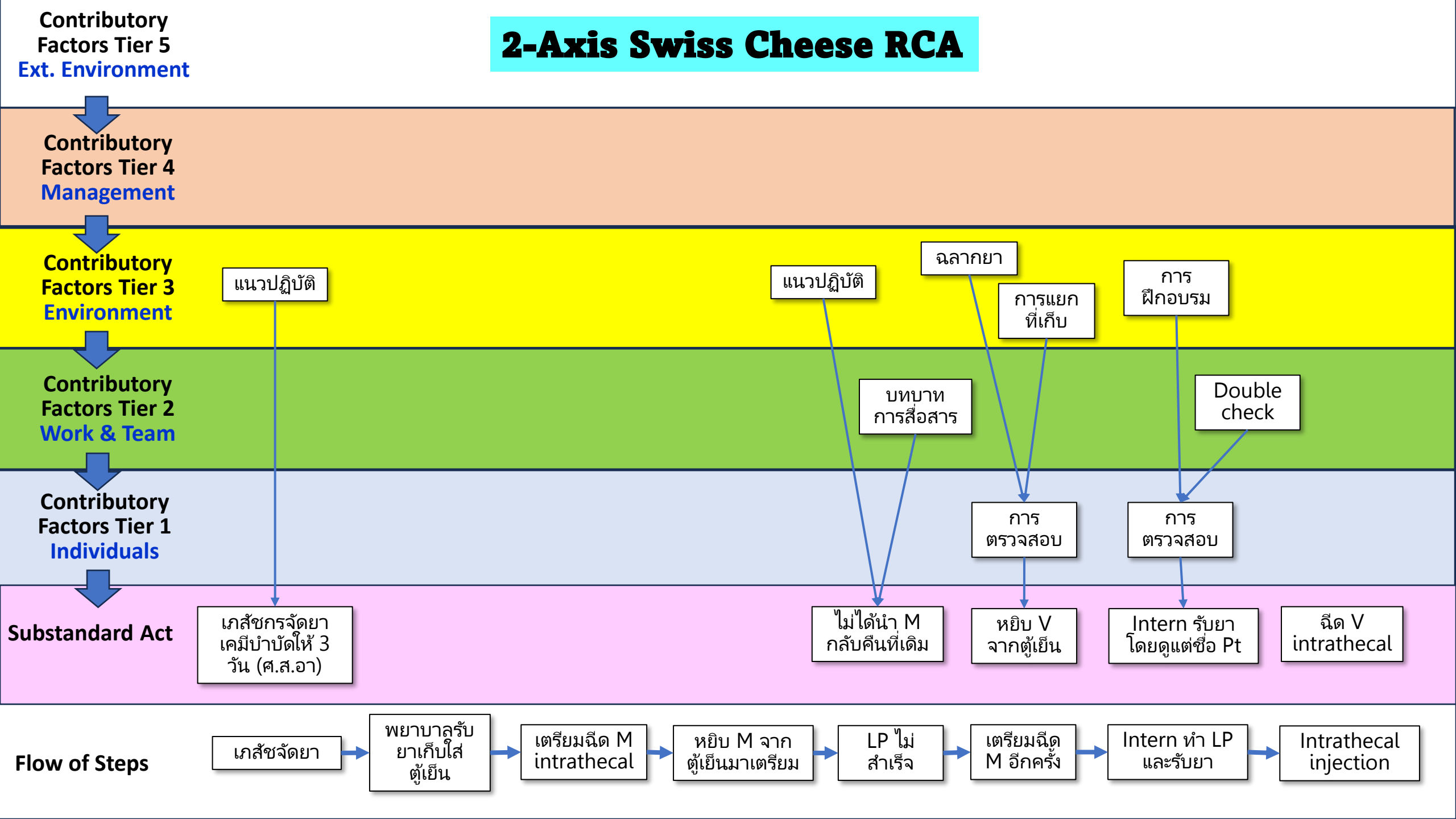
Chronology of events







# 2-Axis Swiss Cheese RCA



# ขั้นตอนของการทำ RCA

## II. Determine how and why it happened

### 3. Proactive fact finding (listen, observe & investigate)

(1) ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องทั้งหมด (2) รับฟังเสียงของผู้เกี่ยวข้องว่าประสบอะไร ได้รับข้อมูลอะไร แปลความหมายอย่างไร ต้องการอะไร มีข้อจำกัดอะไร (ใช้ empathy map) (3) ใช้ guiding question หรือ 5 tiers of contributory factors to AE เพื่อค้นหาปัจจัยก่อเหตุ

### 4. Identify root causes / causal statement

พิจารณาว่ามีรอยโหว่ในปราการป้องกันอะไรบ้าง  
วิเคราะห์ช่องโหว่ของแต่ละ potential change ไปให้ถึง latent condition หรือปัจจัยองค์กร  
เขียนสรุปเป็น causal statement

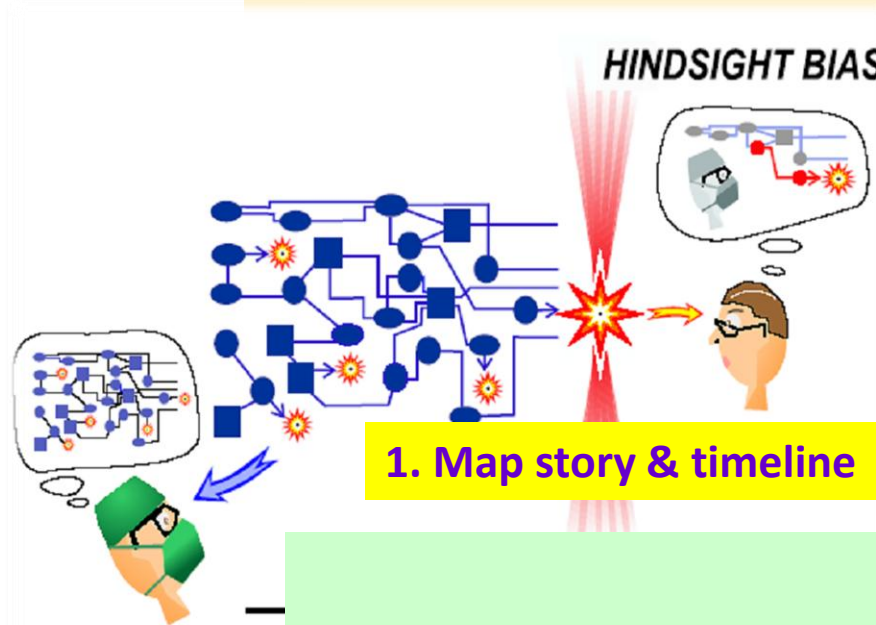
## I. Understand what happened

### 2. Identify potential change or unsafe act

ใช้ประโยชน์จากอคติของการมองย้อนหลังในการหาจุดเปลี่ยนที่เป็นโอกาสพัฒนา โดยไม่ตำหนิผู้คน  
ระบุ potential change ตาม care process หรือ work process ตั้งแต่ต้นน้ำจนถึงปลายน้ำ

ใช้ scale เวลา, เห็นที่การกระทำของผู้เกี่ยวข้องควบคู่กับสถานการณ์

### 1. Map story & timeline



## III. Develop and manage recommended action

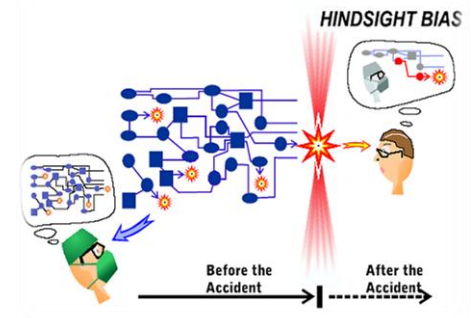
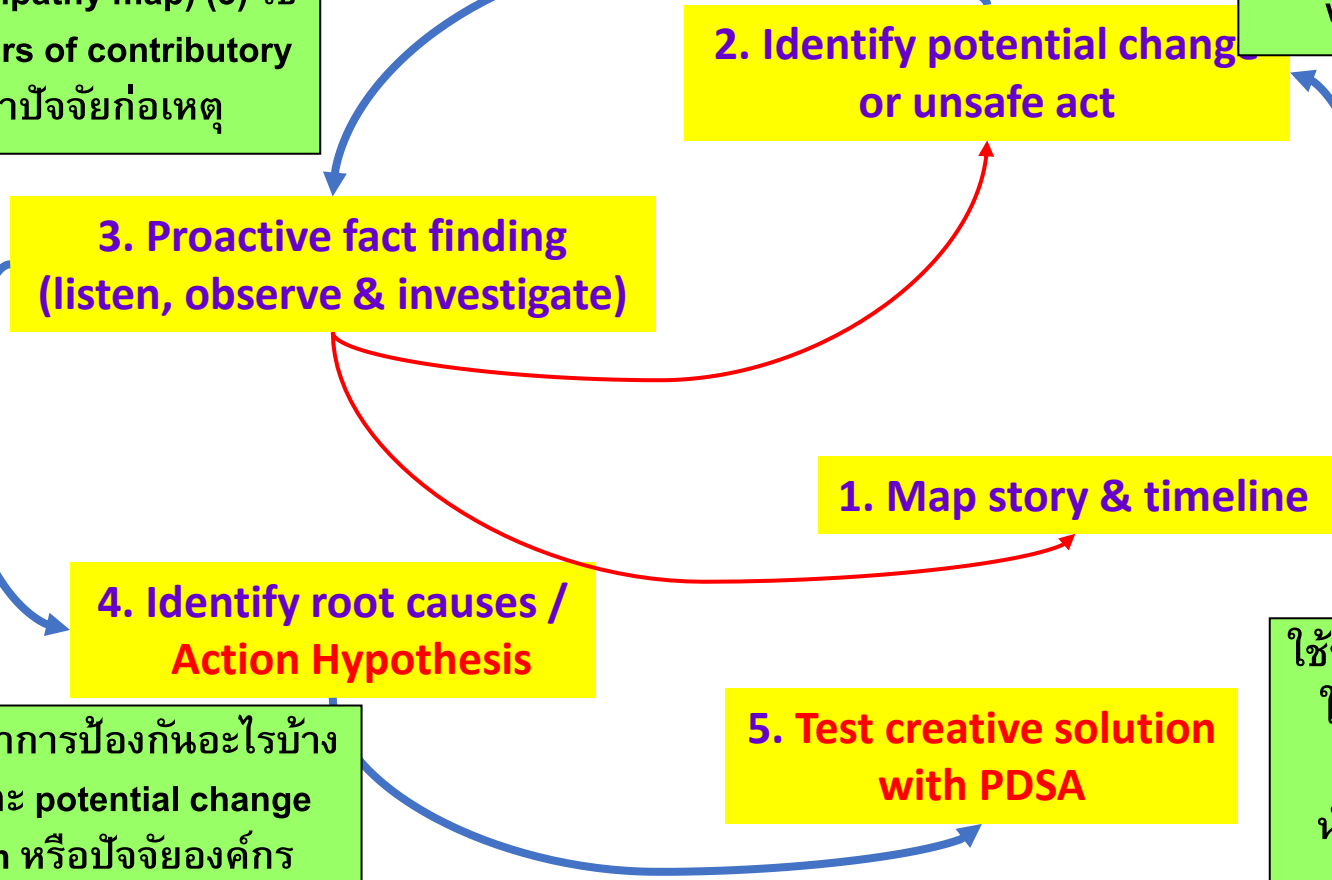
### 5. Propose creative solution

ใช้หลัก human factors ออกแบบเพื่อป้องกัน  
ทำให้ดีขึ้น ตรวจพบให้เร็วขึ้น ทำให้เร็วขึ้นทำ  
ให้เหมาะสมขึ้น  
นำแนวคิดไปทดลองปฏิบัติจนได้ผล (action)  
ใช้สิ่งที่เคยเกิดมาฝึก mindfulness

# ขั้นตอนของการทำ RCA

(1) ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องทั้งหมด (2) รับฟังเสียงของผู้เกี่ยวข้องว่าประสบอะไร ได้รับข้อมูลอะไร แปลความหมายอย่างไร ต้องการอะไร มีข้อจำกัดอะไร (ใช้ empathy map) (3) ใช้ guiding question หรือ 5 tiers of contributory factors to AE เพื่อค้นหาปัจจัยก่อเหตุ

ใช้ประโยชน์จากอคติของการมองย้อนหลังในการหาจุดเปลี่ยนที่เป็นโอกาสพัฒนา โดยไม่ตำหนิผู้คน  
ระบุ potential change ตาม care process หรือ work process ตั้งแต่ต้นน้ำจนถึงปลายน้ำ

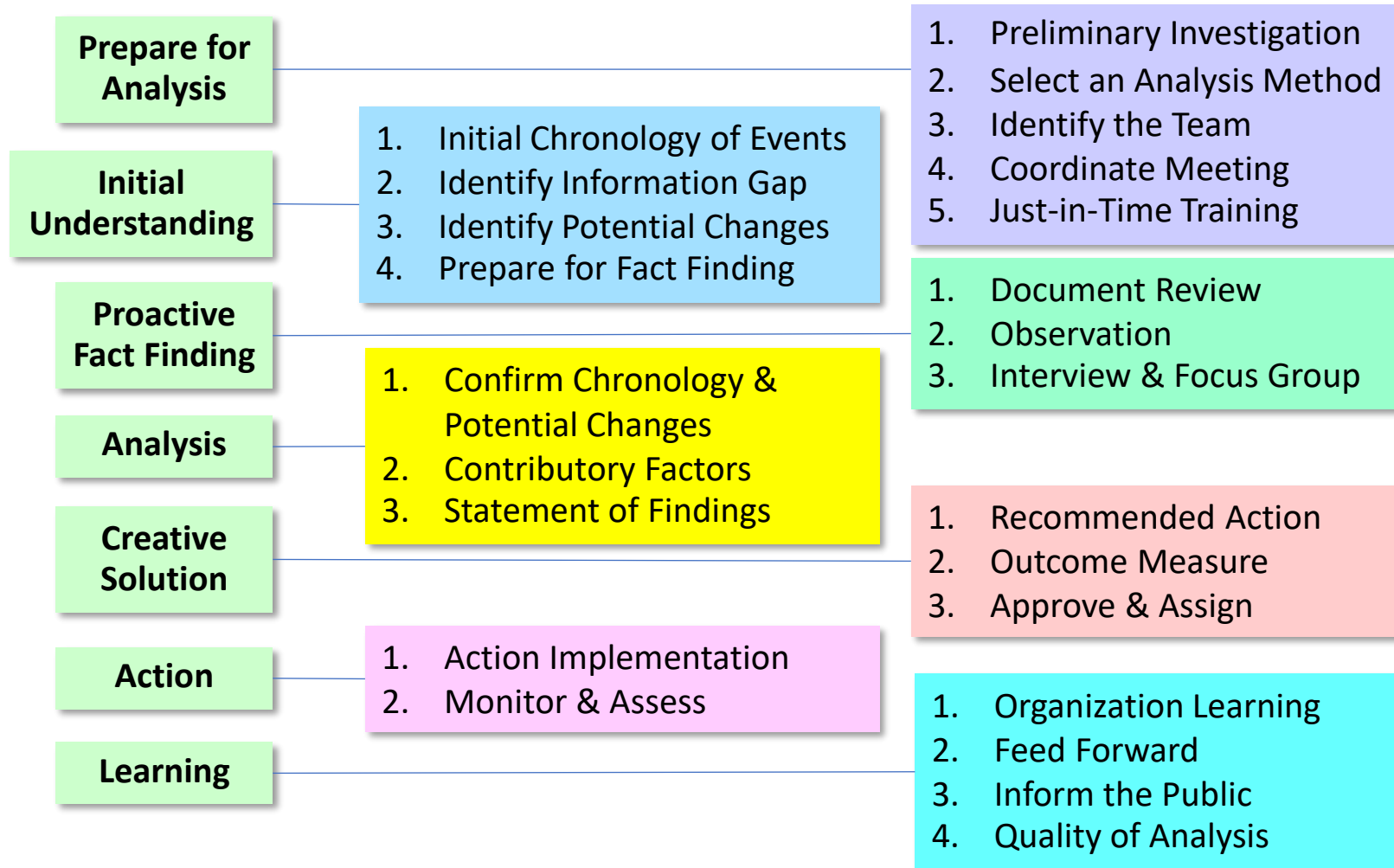


ใช้ scale เวลา, เห็นที่การกระทำของผู้เกี่ยวข้องควบคู่กับสถานการณ์

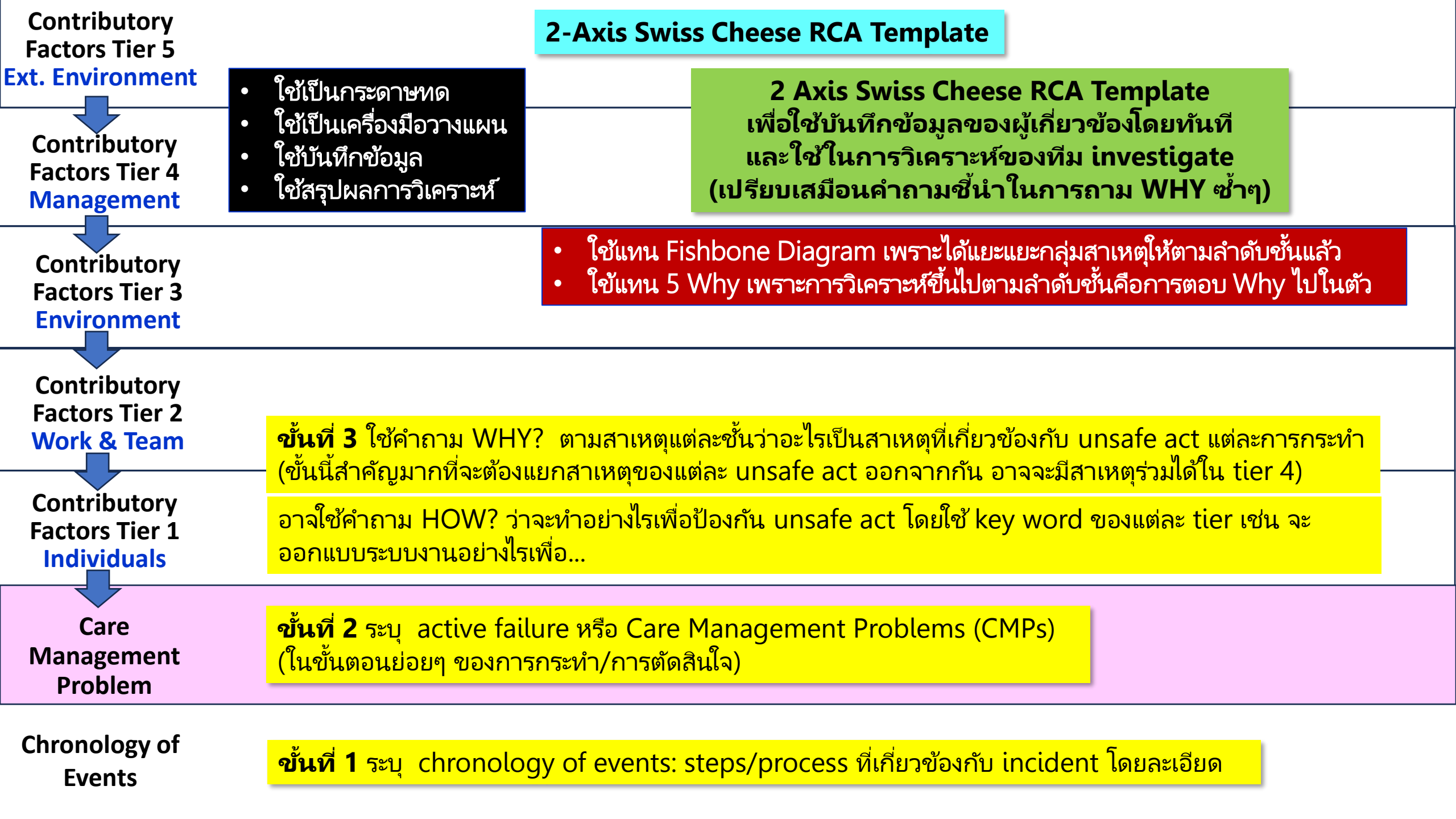
ใช้หลัก human factors ออกแบบเพื่อป้องกัน ทำให้ดีขึ้นตรวจพบให้เร็วขึ้น ทำให้เร็วขึ้นทำให้เหมาะสมขึ้น  
นำแนวคิดไปทดลองปฏิบัติจนได้ผล (action) ใช้สิ่งที่เคยเกิดมาฝึก mindfulness

พิจารณาว่ามีรอยโหว่ในปราการป้องกันอะไรบ้าง วิเคราะห์ช่องโหว่ของแต่ละ potential change ไปให้ถึง latent condition หรือปัจจัยองค์กร เขียนสรุปเป็น causal statement

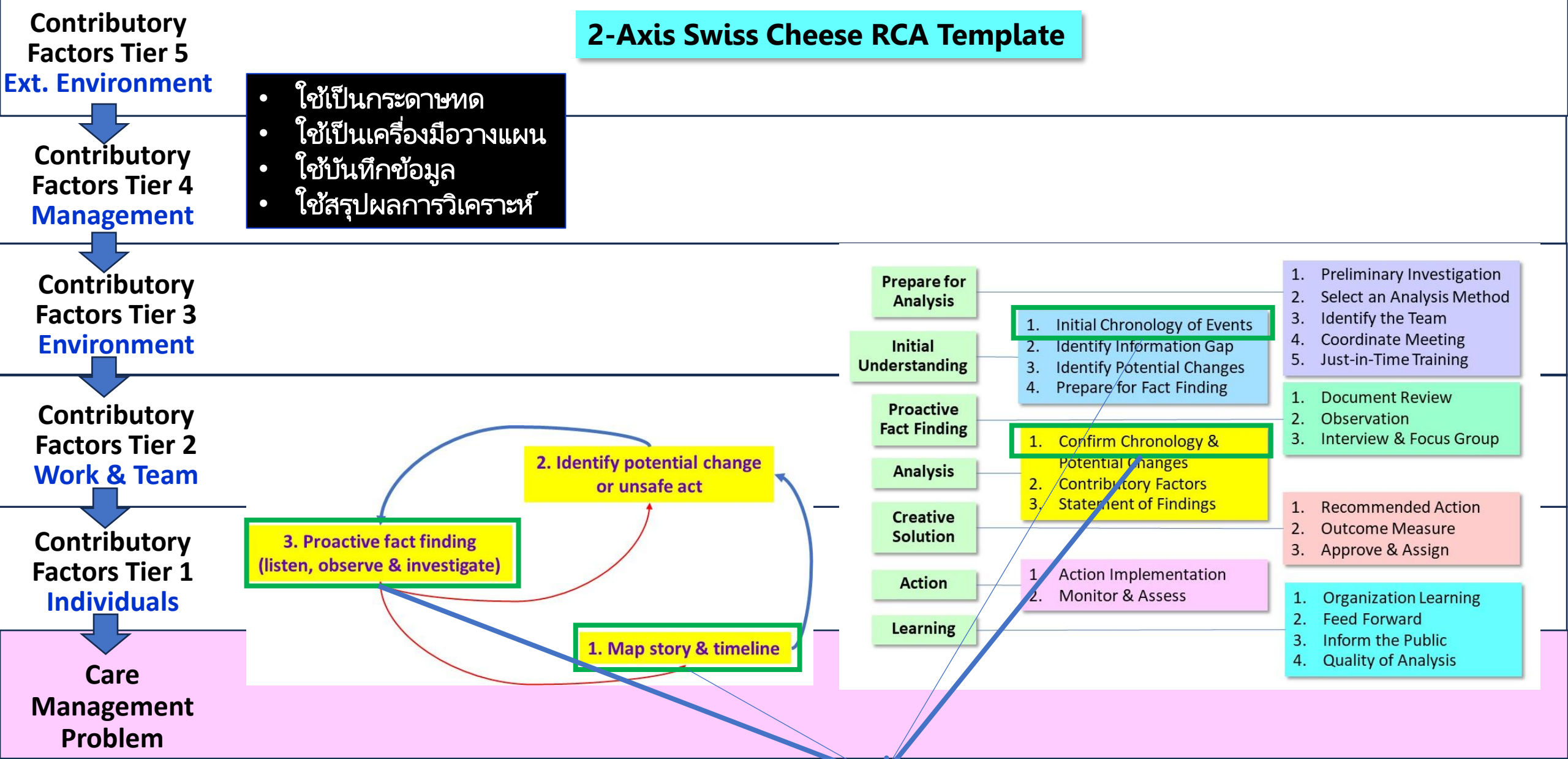
# Steps for Incident Learning Response (or RCA)



## 2-Axis Swiss Cheese RCA Template



# 2-Axis Swiss Cheese RCA Template



**ขั้นที่ 1** ระบุ chronology of events: steps/process ที่เกี่ยวข้องกับ incident โดยละเอียด ควรทำในขั้นเริ่มต้น และปรับปรุงเมื่อได้รับข้อมูลเพิ่มเติมจากการทำ proactive fact finding

## 2-Axis Swiss Cheese RCA Template

- ใช้เป็นกระดาดหา
- ใช้เป็นเครื่องมือวางแผน
- ใช้บันทึกข้อมูล
- ใช้สรุปผลการวิเคราะห์

ตัวอย่างของ CMPs เช่น

- (1) ไม่มีการเฝ้าระวัง สังเกต หรือลงมือกระทำ
- (2) ล่าช้าในการวินิจฉัย
- (3) ประเมินความเสี่ยงผิดพลาด
- (4) ส่งต่อข้อมูลไม่เพียงพอ
- (5) ไม่สังเกตเห็นความผิดปกติของเครื่องมือ
- (6) ไม่ได้ทำการตรวจสอบก่อนผ่าตัด
- (7) ไม่ปฏิบัติตาม protocol ที่ตกลงกันไว้
- (8) ไม่ขอความช่วยเหลือเมื่อจำเป็น
- (9) ไม่กำกับดูแลบุคลากรใหม่อย่างเพียงพอ
- (10) ใช้ protocol อย่างไม่ถูกต้อง
- (11) ให้การรักษาผิดตำแหน่ง
- (12) ให้การรักษาผิด
- (13) การตัดสินใจที่ไม่ถูกต้อง

คำถามเพื่อช่วยระบุ CMPs

- เราจะนึกใจคิดถึงภาวะนี้ (การวินิจฉัยที่พลาดไป หรืออุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น) ได้ในขั้นตอนใดบ้าง
- ข้อมูลอะไร (Hx, VS, PE, Lab) ที่น่าจะกระตุ้นให้เราคิดถึงอะไรบางอย่าง
- มีอะไรที่เป็น red flag แต่ทีมละเลยไป
- มีอะไรที่เป็น must-not-miss diagnosis แต่ทีมไม่ได้คิดถึงไว้ใน differential diagnosis
- การเปลี่ยนแปลงอะไร ณ ช่วงเวลาใด ที่ไม่น่าปล่อยผ่าน
- ควรมีการ monitor อะไร บ่อยเพียงใด
- ควรมีการประเมินอย่างไร ในช่วงเวลาใด
- จุดที่สามารถตัดสินใจแตกต่างออกไป มีตรงไหนบ้าง การตัดสินใจที่เป็นไปได้คืออะไร
- มีการประเมินความเสี่ยงที่คลาดเคลื่อนไปตรงไหนบ้าง
- มีการส่งต่อข้อมูลที่ไม่เพียงพออะไรบ้าง
- มีการกระทำอะไรที่แตกต่างไปจาก CPG/protocol ที่ตกลงกันไว้

**ขั้นที่ 2** ระบุ active failure หรือ Care Management Problems (CMPs)  
(ในขั้นตอนย่อยๆ ของการกระทำ/การตัดสินใจ)

Chronology of  
Events



**ขั้นที่ 3** ใช้คำถาม WHY? ตามสาเหตุแต่ละชั้นว่าอะไรเป็นสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับ unsafe act แต่ละการกระทำ  
อาจใช้คำถาม HOW? ว่าจะทำอย่างไรเพื่อป้องกัน unsafe act โดยใช้ key word ของแต่ละ tier

**Contributory Factors Tier 5  
Ext. Environment**

**Contributory Factors Tier 4  
Management**

**Organizational climate**  
โครงสร้าง นโยบาย วัฒนธรรม กรอบคิด  
ระบบบริหาร อะไรบ้างที่ควรปรับปรุง

**Resource**  
ผู้บริหารควรให้ความสำคัญ  
กับทรัพยากรอะไรเพิ่มเติม

**Organizational process**  
นโยบายและวิธีปฏิบัติ การตัดสินใจ การจัดอัตรากำลัง  
การสนับสนุนของหน่วยงาน อะไรที่ควรปรับ

**Contributory Factors Tier 3  
Environment**

**IEC**  
ควรฝึกอบรม/  
ให้ข้อมูลอะไร

**Supervision**  
ควรกำกับดูแล  
อย่างไร

**Task design**  
ควรปรับการออกแบบ  
วิธีทำงานอย่างไร มี  
protocol อะไร

**Physical Environment**  
แสง เสียง อุณหภูมิ  
อากาศ การจัด layout

**Human-System Interfaces**  
จะปรับสิ่งที่มองเห็นให้เข้าใจง่าย/สะดวกตาหรือ  
ใช้ visual อะไรบ้าง เพื่อจะได้ไม่ทำพลาด

**Contributory Factors Tier 2  
Work & Team**

**Nature of Work**  
ธรรมชาติของงานซับซ้อนเพียงใด จะปรับปรุง workflow อะไรได้บ้าง  
จะลดการขัดจังหวะหรือการที่ต้องทำงานพร้อมกันหลายอย่างได้อย่างไร

**Team**  
ควรปรับการสื่อสารในทีมอะไรบ้าง บทบาทที่ควรทำให้  
ชัดเจนคืออะไร team awareness ที่ควรมีคืออะไร

**Contributory Factors Tier 1  
Individuals**

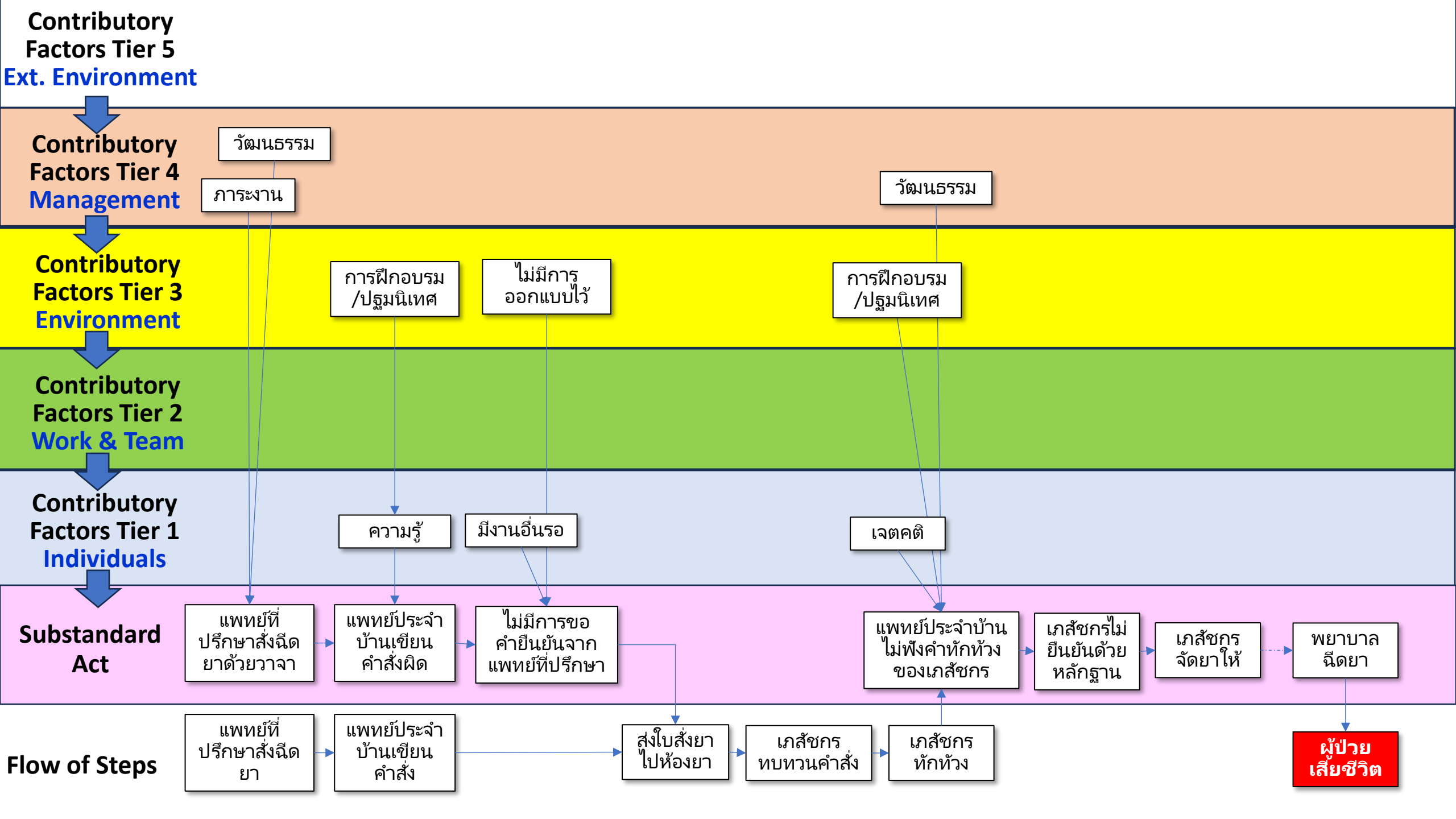
**Individual staff factors**  
บุคลากรควรมีความรู้และทักษะ ความสามารถในการรับรู้ แรงจูงใจ เจตคติ  
ความสามารถทางด้านวัฒนธรรม อะไรเพิ่มเติม

**Patient factors**  
ผู้ป่วยและครอบครัวจะทำอะไรได้บ้างเพื่อป้องกัน AE

**Active Failure  
Care Management  
Problem**

การกระทำ/การตัดสินใจ/cognitive process  
ที่อาจส่งผลให้เกิด adverse event

**Chronology of Events**



# Learning From Incident

## 1. ทันทีที่เกิดอุบัติการณ์

- ดูแลผู้ป่วยเพื่อบรรเทาความเสียหาย
- เก็บหลักฐานทุกอย่างที่เกี่ยวข้องเพื่อการเรียนรู้
- แจ้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบโดยเร็ว
- รายงานอุบัติการณ์เข้าระบบ

## 2. Team Reflection

- ทำ AAR ทันทีที่ทำได้
  - เกิดอะไรขึ้น เห็นโอกาสปรับปรุงอะไร
  - มีการคาดการณ์ เตรียมพร้อม ตาตุ (เอ๊ะ) หูฟัง หรือไม่

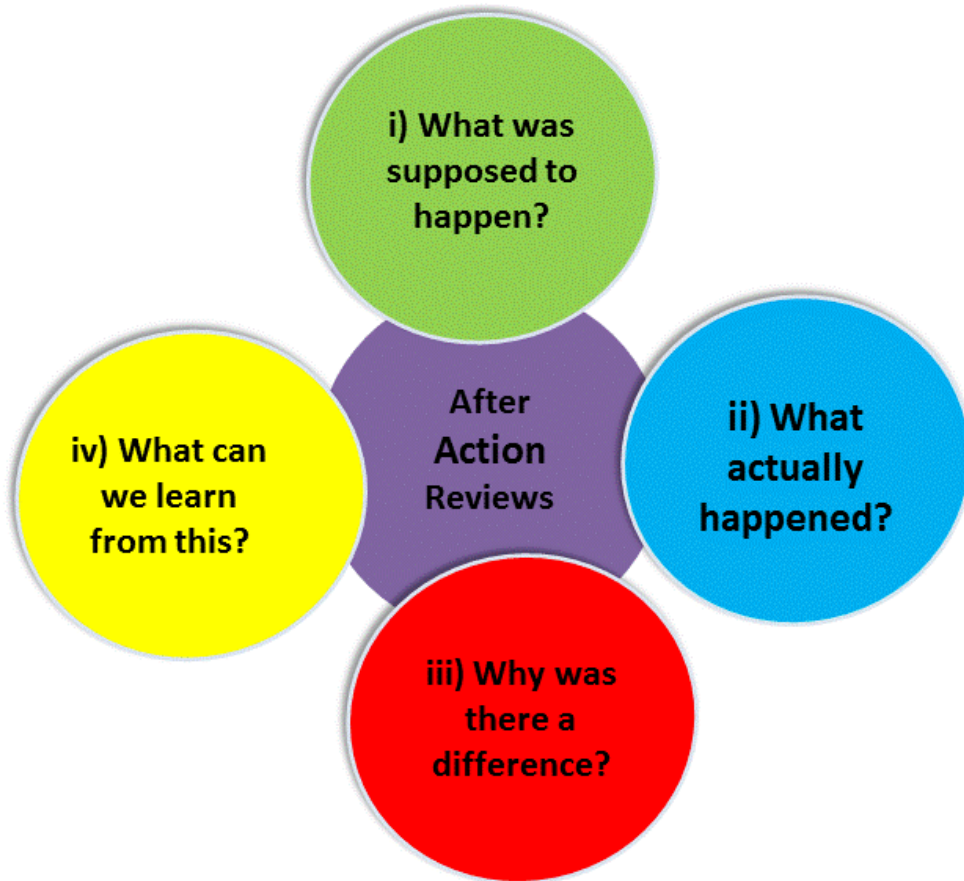
## 3. Self Reflection

- สมาชิกแต่ละคนบันทึกข้อมูลตาม 2 Axis Swiss Cheese RCA Template ตามความเห็นของตนเอง ภายในคืนวันนั้น

## 4. Formal RCA

- มุ่งเน้นที่การปรับปรุงระบบเพื่อให้มั่นใจว่าจะไม่เกิดเหตุการณ์ทำนองเดียวกันซ้ำอีก

# ทบทวนหลังเกิดอุบัติเหตุการณ์ทันที 1: After Action Review (AAR)



- คำถามที่มักใช้ในการทำ AAR
  - คาดว่าจะเกิดอะไรขึ้น? (ทั้งผลลัพธ์และกระบวนการ)
  - จริงๆ แล้วเกิดอะไรขึ้น?
  - มีความแตกต่างอะไร? ทำไมจึงแตกต่าง?
  - เราได้เรียนรู้อะไร? จะทำให้ดีขึ้นอย่างไร?
- ลักษณะ: ใช้เวลา 5–10 นาที ทำทันทีหลังเกิดเหตุการณ์ ในสิ่งแวดล้อมของการทำงาน ใช้กับอุบัติเหตุทุกระดับ
- ผล: ช่วยให้เกิดการสะท้อนคิด การเรียนรู้ และยกระดับปฏิบัติการด้วยความเข้าใจ

# ทบทวนหลังเกิดอุบัติการณ์ทันที 2: Mindfulness Review

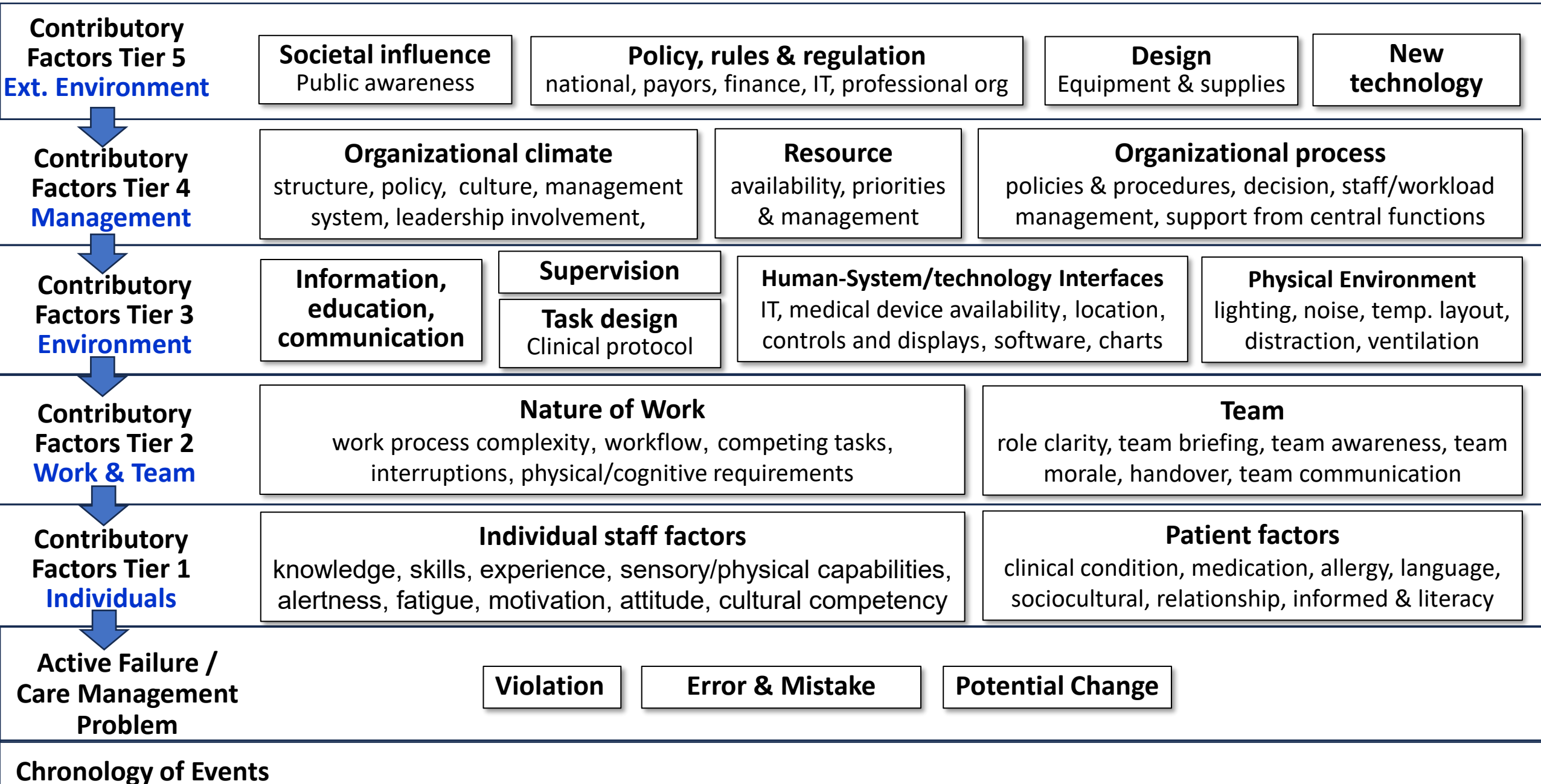
## นำคำถามเหล่านี้ไปร่วมพิจารณาในการทำ RCA ทุกครั้ง

- คาดการณ์ (Preoccupy with failure)
  - ผู้เกี่ยวข้องคาดการณ์อย่างรอบด้านในความเสี่ยงต่างๆ หรือไม่
- เติร์ยมพร้อม (Commitment to resilience)
  - มีข้อมูลแสดงถึงการเตรียมพร้อมรับมือกับปัญหาที่เคยเกิดและคาดว่าจะเกิดหรือไม่
- ตาดู (Sensitivity to operation)
  - มีการประเมินสถานการณ์หรือตรวจจับความผิดปกติ ทั้งตามรูปแบบที่กำหนดและด้วยทักษะพิเศษอย่างไร
- หูฟัง (Deference to expertise)
  - มีการรับฟัง สมาชิกในทีมอย่างไร มีข้อมูลอะไรที่สมาชิกเอ๊ะแต่ไม่ได้พูดออกมา
- ไคร่ครวญ (Reluctance to simplify)
  - มีการด่วนสรุปอะไรที่ง่ายเกินไปหรือไม่ ควรมองปัจจัยอะไรเพิ่มเติม

การทำ RCA ที่ดีจะทำให้เข้าใจสาเหตุหรือปัจจัยเอื้อต่อการเกิดอุบัติการณ์ นำไปสู่การปรับปรุงหรือการออกแบบระบบงานเพื่อป้องกันปัญหาในอนาคต

หากใช้โอกาสนี้มาทบทวนในแง่มุมมองของ mindfulness จะช่วยส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมของการทำงานที่มี mindfulness และเป็นกรณีศึกษาสำหรับการฝึก situation awareness

# แต่ละคนในเหตุการณ์ เขียนความคิดของตัวเอง เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ชั้นที่



# Multidisciplinary Team (MDT) Review

## การทบทวนโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary Team (MDT) Review)

1. เป็นการเรียนรู้จากอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในอดีตหลายๆ ครั้ง และยากที่จะฟื้นความจำของบุคลากร
2. เป็นการทำความเข้าใจอย่างลุ่มลึกเกี่ยวกับ ‘work as done’ หรือสิ่งที่เกิดขึ้นจริง ผ่านการสำรวจ safety theme, pathway หรือ process เช่น ความล่าช้าในการตรวจพบการทรุดลงของผู้ป่วย ด้วยคำถามนำในองค์ประกอบของปัจจัยเอื้อ (contributory factors)
3. เป้าหมายเพื่อให้ได้ข้อสรุปร่วมกันเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อและช่องว่างในระบบที่สำคัญ ผ่านการพูดคุย
4. อาจมีการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยหรือเข้าไปสังเกตเพื่อให้เข้าใจบริบทของอุบัติการณ์

### การชวนคุยเกี่ยวกับ ‘work as done’:

**ทางเลือก 1:** ใช้ appreciative inquiry ตามด้วยคำถามนำตามองค์ประกอบของปัจจัยเอื้อ (contributory factors) :

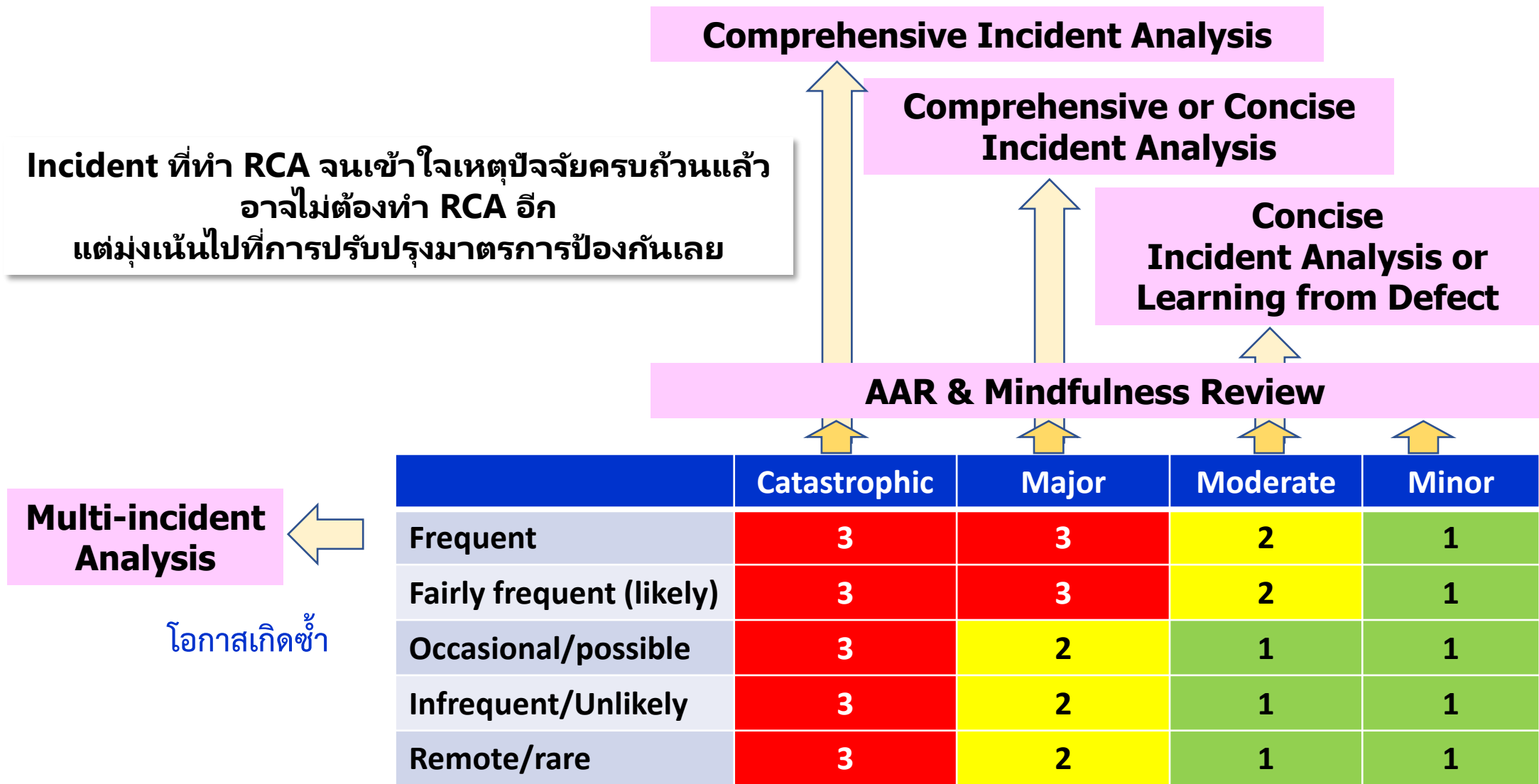
“นี่ถอยกลับไปตอนขึ้นเวรครั้งสุดท้าย ช่วยเล่าให้ฟังเป็นขั้นตอนว่าเกิดอะไรขึ้นในเวรนั้น?”

“อยากรู้ว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค..... ได้รับการดูแลอย่างไร ช่วยอธิบายขั้นตอนต่างๆ ใน patient journey?”

**ทางเลือก 2:** วางโครงสร้างบทสนทนาเกี่ยวกับ ‘work as done’ โดยใช้คำถามนำในแต่ละองค์ประกอบของ SEIPS อย่างเป็นระบบ

**ทางเลือก 3:** แบ่งผู้เข้าร่วมประชุมเป็นคู่/กลุ่มย่อย และขอให้แต่ละคู่/กลุ่มย่อย ถามกันในกลุ่ม/กลุ่มย่อยโดยใช้คำถามนำ ทีละองค์ประกอบของปัจจัยเอื้อ (contributory factors)

# Safety Assessment Matrix กัับการเลือกวิธีการทำ Incident Analysis





# Proper Risk & Incident Management by Level of Errors

CPSI/WHO	NCC MERP Index		Proper Management	Aim
	A	Capacity to cause error	Apply risk register	Proactive risk management
Near miss	B	Not reach the patient	Select serious potential harm for RCA	Prevent serious potential harm
No harm incident	C	Reach, no harm	Select high frequency errors for RCA Try to create a culture of AAR	Reduce frequency of errors
	D	Require monitoring		
Harmful incident	E	Require intervention	AAR & mindfulness review	Effective error prevention Early detection of errors Effective mitigation
	F	Require hospitalization	Concise or comprehensive RCA	
	G	Permanent harm	AAR & mindfulness review	
	H	Intervention to sustain life	Proper mitigation	
	I	death	Comprehensive RCA	

NCC MERP = National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention

## Double-loop Learning

ทำไมจึงมีการบาดเจ็บที่ตามมาหนัก?

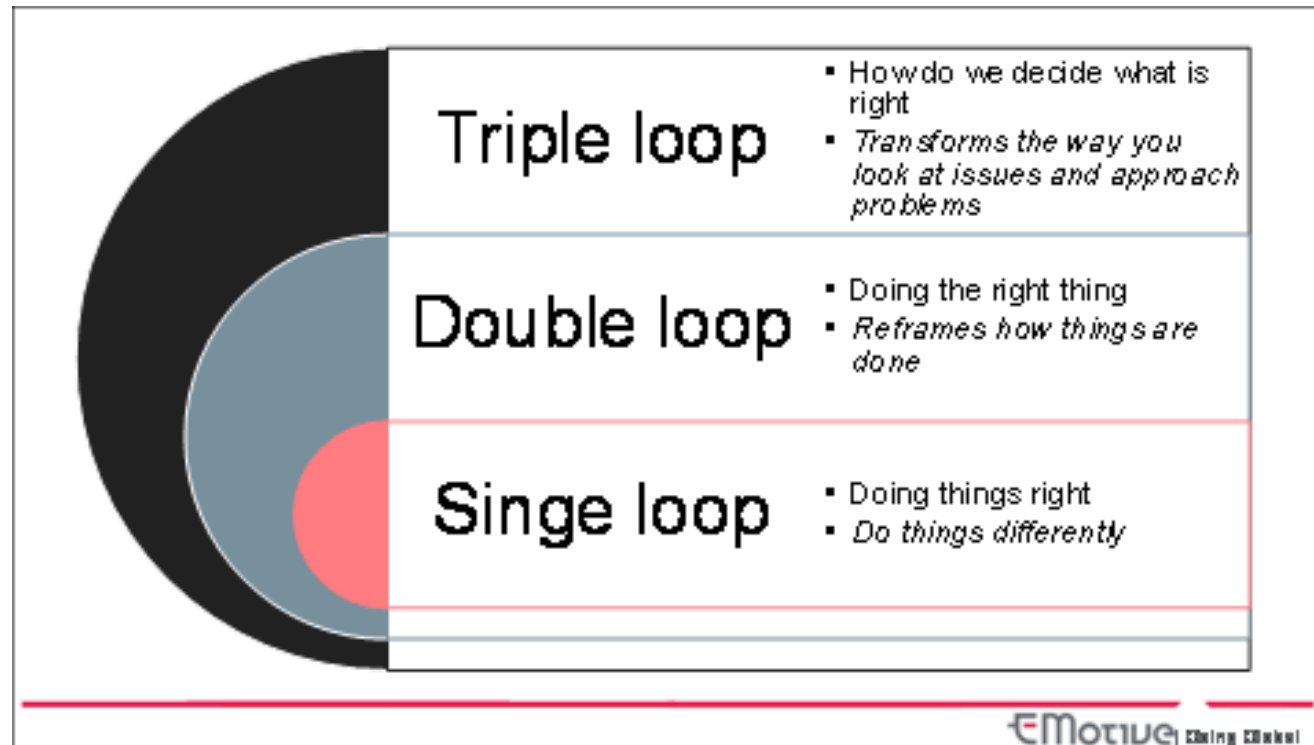
ผู้เชี่ยวชาญการแพทย์สหรัฐที่ไปเยือนโรงพยาบาลภาคสนามที่อิรัก ในสงครามอิรัก และพบว่าโรงพยาบาลให้การดูแลการบาดเจ็บที่หนักๆได้อย่างได้ผลดีมาก

แต่ผู้เชี่ยวชาญคือ Atul Gawande ตั้งข้อสังเกตว่า ทำไมจึงมีการบาดเจ็บที่ตามมาหนัก ได้ความว่าเพราะทหารไม่สวมแว่นป้องกัน เนื่องจากสวมแล้วดูไม่สง่างาม

เมื่อมีการออกแบบแว่นป้องกันเสียใหม่ให้ถูกใจทหาร และทหารสวมกันทุกคน อัตราบาดเจ็บที่ตาลดลงหลายเท่าตัว

นี่คือผลของการตั้งคำถามที่ลึก เป็นคำถามเชิงระบบ ที่นำไปสู่ double-loop learning นำไปสู่การแก้ปัญหาที่ root cause หรือต้นตอ

# Loop of Learning



## Principle

เราใช้หลักอะไรในการตัดสินใจเลือกสิ่งที่ดีควรทำ  
เรียนรู้เพื่อเปลี่ยนแปลงวิธีการมองประเด็นและแก้ปัญหา:  
วิสัยทัศน์ ค่านิยม วัฒนธรรม ข้อตกลง (Transform)

## Purpose

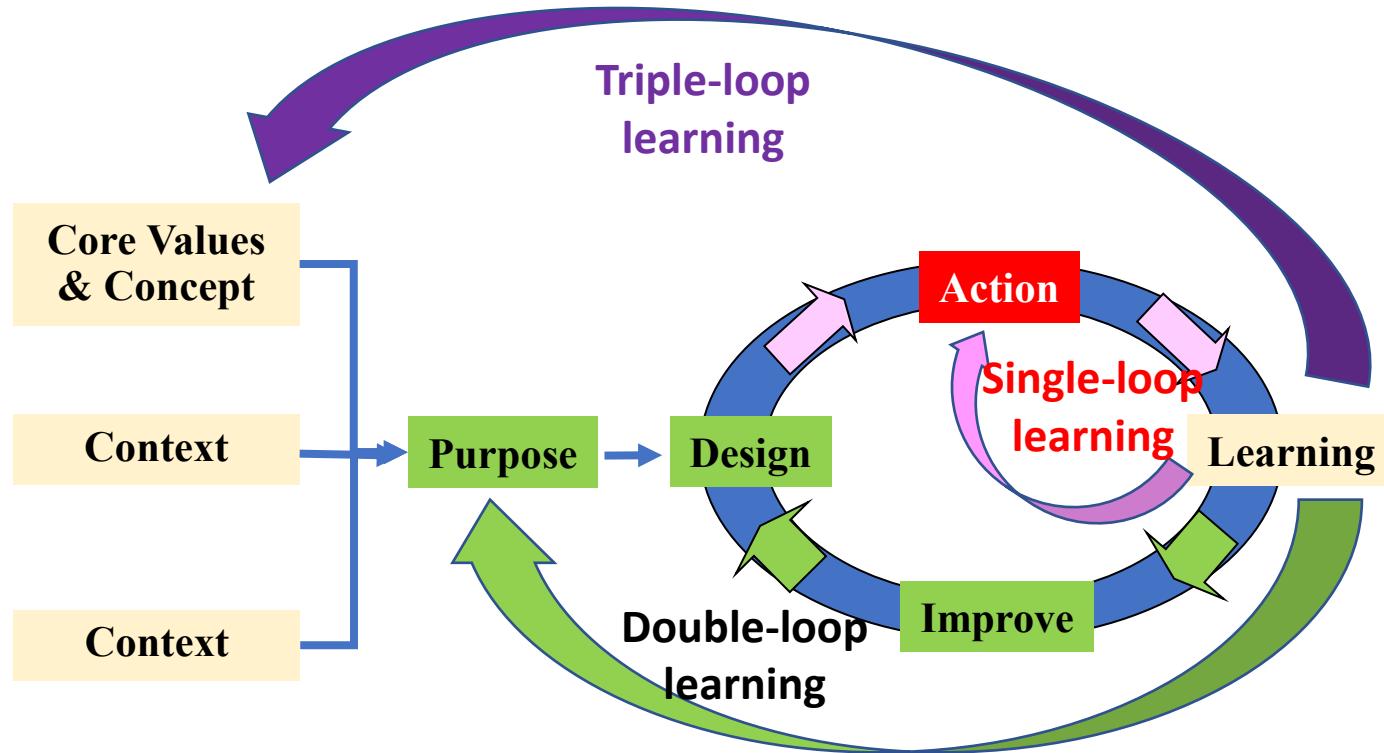
เราทำสิ่งที่ดีควรทำหรือไม่  
เรียนรู้เพื่อกำหนดกรอบวิธีการทำงานใหม่: ระบบ  
โปรแกรม กฎ บทบาท ตัววัดผลงาน (Reframe)

## Process

เราทำถูกต้องหรือไม่  
เรียนรู้เพื่อปรับการแปลความหมาย การใช้ดุลยพินิจ การ  
กระทำ (Action)

# Loop of Learning

ค่านิยมและวิธีคิดเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร (transform)



ปฏิบัติตามที่ออกแบบหรือไม่  
ผลลัพธ์เป็นไปตามเป้าหรือไม่  
(assess compliance  
& adjust action)

ออกแบบได้เหมาะสมกับโจทย์/บริบทของเราหรือไม่  
เป้าหมายและกรอบคิดเหมาะสมหรือไม่ (reframe)

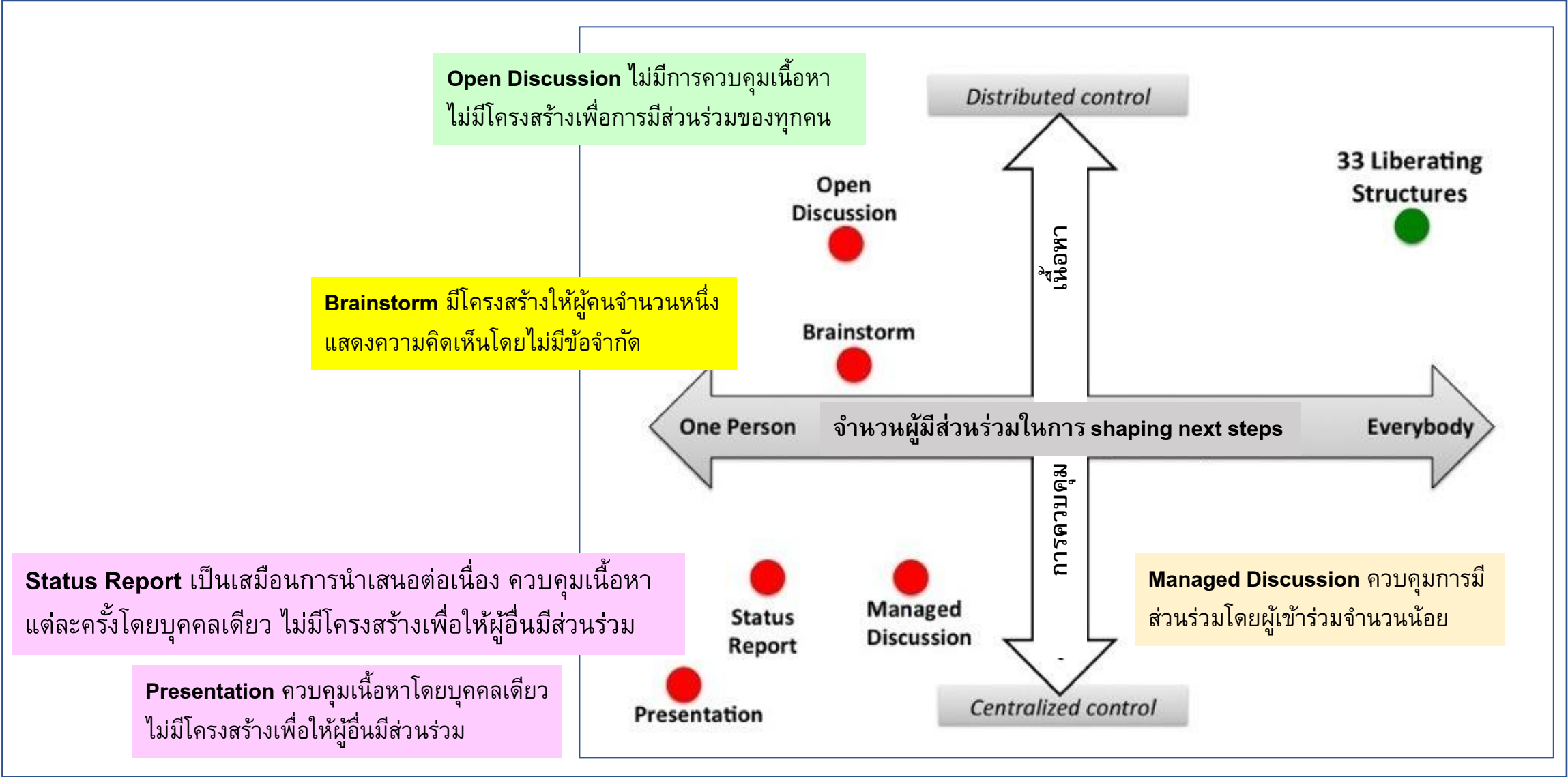
# I-4 การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้

การวัด

การวิเคราะห์

การจัดการความรู้

## Liberating Structures vs Conventional Microstructures



# I-4 การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้

การวัด

การวิเคราะห์

การจัดการความรู้

## Design Elements of Liberating Structures

Design Elements	Conventional Structures	Liberating Structures
คำเชื่อเชิญ	การนำเสนอหรือการบรรยาย ขอให้ทุกท่านรับฟังผู้บรรยาย	1-2-4-All ตั้งคำถามเพื่อขอความเห็นหรือข้อเสนอเกี่ยวกับประเด็นใดประเด็นหนึ่ง
การจัดพื้นที่และอุปกรณ์	ผู้ฟังนั่งเรียงเป็นแถวเข้าหาผู้บรรยาย มีเครื่องฉายสไลด์และจอรับภาพ	กลุ่มที่ประกอบด้วยเก้าอี้ 4 ตัว พร้อมกระดาษจดบันทึก
การมีส่วนร่วม	เวลาเกือบทั้งหมดเป็นของผู้นำเสนอ	ทุกคนได้รับเวลาและโอกาสเท่ากันในการมีส่วนร่วม
การกำหนดกลุ่ม	หนึ่งกลุ่ม ผู้นำเสนอหนึ่งคน	เดี่ยว -> จับคู่ -> กลุ่มสี่คน -> กลุ่มใหญ่ ตามลำดับ
ลำดับขั้นตอนและเวลา	นำเสนอโดยผู้บรรยาย อาจมีการถามตอบต่อท้าย	[1-2 นาที] แต่ละคนคิดเงียบๆ [2-5 นาที] จับคู่แลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น [2-5 นาที] สองคู่มารวมกันแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น [5 นาที] ทุกกลุ่มนำเสนอข้อคิดที่สำคัญหนึ่งข้อต่อที่ประชุมใหญ่และบันทึกข้อสรุป

# I-4 การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้

การวัด

การวิเคราะห์

การจัดการความรู้

## Simple Rules of Liberating Structures

Simple Rules	กฎง่าย ๆ	ขยายความ
Simple	เรียบง่าย	ใช้เวลาไม่กินาทีในการแนะนำวิธีการ
Expert-less	ไม่ต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญ	ผู้เริ่มต้นสามารถทำได้หลังจากผ่านประสบการณ์ครั้งแรก
Results-focused	มุ่งเห็นผลลัพธ์	มักจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ใหม่ๆ เกินความคาดหวัง
Rapid cycling	วงรอบที่รวดเร็ว	การทำซ้ำหลายรอบอย่างรวดเร็วทำให้มีผลิตภาพสูง
Innovative	นวัตกรรม	จุดประกายความสัมพันธ์เชิงสร้างสรรค์กับผู้รับผลงาน
Inclusive	เชิญชวนเข้าร่วม	ทุกคนได้รับการเชิญชวนให้ร่วมกำหนดแนวทางในขั้นต่อไป
Multi-scale	ใช้ได้หลายระดับ	ใช้การได้กับงานประจำวัน โครงการใหญ่ กลยุทธ์ และการเปลี่ยนแปลงขนาดใหญ่
Seriously fun	สนุกสนาน	ส่งเสริมเสรีภาพและความรับผิดชอบ
Self-spreading	ขยายตัวเอง	ง่ายที่จะใช้ตามโดยไม่ต้องฝึกอบรมอย่างเป็นทางการ
Adaptable	ปรับได้	ใช้ Min Specs เพื่อรักษาความถูกต้องและปรับให้เข้ากับสถานการณ์เฉพาะที่

## Discover and Focus on What Each Person Has the Freedom and Resources to Do Now

15 เปอร์เซ็นต์ของคุณคืออะไร?

คุณมีอำนาจและเสรีภาพในการดำเนินการตรงไหน?

คุณสามารถทำอะไรได้บ้างโดยไม่ต้องมีทรัพยากรหรืออำนาจเพิ่มเติม?

- 15% Solution มักอยู่ตรงนั้นให้เราถามและนำไปใช้
- เป็น source of influence ที่ส่วนมากไม่ถูกใช้หรือไม่เป็นที่สังเกต
- เรื่องใหญ่ๆ มักจะผุดบังเกิดจาก butterfly effect
- การหมุ่นวงล้อซ้ำเป็นเรื่อง OK
- 15% Solution แต่ละประเด็นจะช่วยเพิ่มความเข้าใจว่าอะไรที่เป็นไปได้
- การมีเป้าหมายและขอบเขตร่วมกันที่ชัดเจนช่วยให้เกิด coherence ระหว่างคำตอบต่างๆ
- Energizing, motivating, & liberating



SCRUM FACILITATORS

## Troika Consulting


"Get practical and imaginative help from colleagues immediately"

- 1

Form groups of 3. Sit knee to knee.
- 2 min

2

In turn clients shares his/her challenge and potential first steps.


- 6 min

3


Client turns his/her back to the 2 consultants. Consultants offer suggestions and advice. Client remains silent but writes down useful advice.
- 2 min

4

Client turns back and shares useful insights and advice and thanks the consultants.
- 5

Repeat steps 2, 3, 4 for each client (2x).

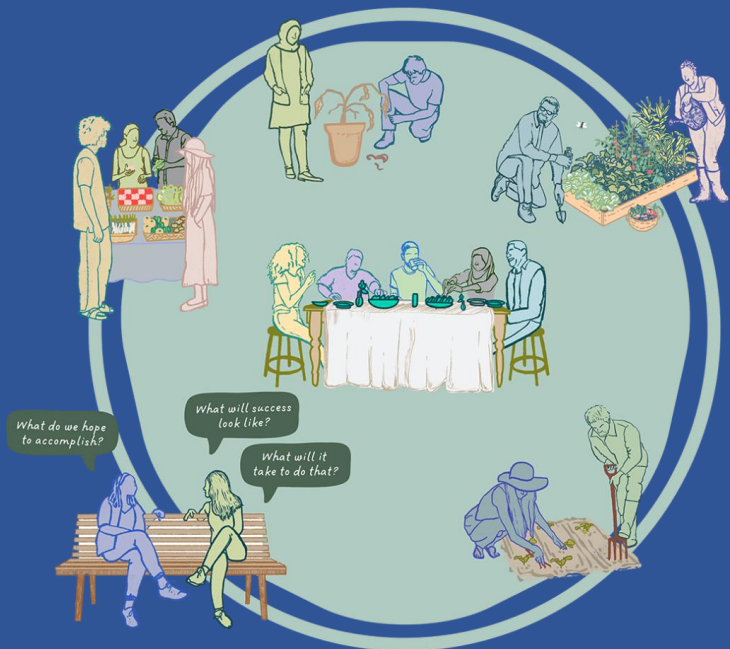
"Silent helps us see new options and alternatives"



You don't Facilitate Scrum alone.  
Join the Scrum Facilitators Community  
[www.scrumfacilitators.nl](http://www.scrumfacilitators.nl)

Designed by Jenny Yung

- จับกลุ่ม 3 คน นั่งชนเข่ากัน
- (1 นาที) ผู้เข้าร่วมไตร่ตรองคำถามที่จะขอคำปรึกษาในฐานะลูกค้า “ความท้าทายของคุณคืออะไร?” และ “คุณต้องการความช่วยเหลืออะไร?”
- (1-2 นาที) ลูกค้ารายแรกตั้งคำถาม
- (1-2 นาที) ที่ปรึกษาถามลูกค้าเพื่อความชัดเจน
- ลูกค้าหมุนตัว หันหลังให้ที่ปรึกษา
- 4-5 นาที ที่ปรึกษาร่วมกันให้ข้อคิด ข้อเสนอแนะ คำแนะนำ
- 1-2 นาที ลูกค้าหันกลับมาและสะท้อนกลับว่าอะไรคือสิ่งที่มีคุณค่าที่สุด
- เปลี่ยนลูกค้าคนต่อไป และทำตามขั้นตอนซ้ำ



# Emergent Learning

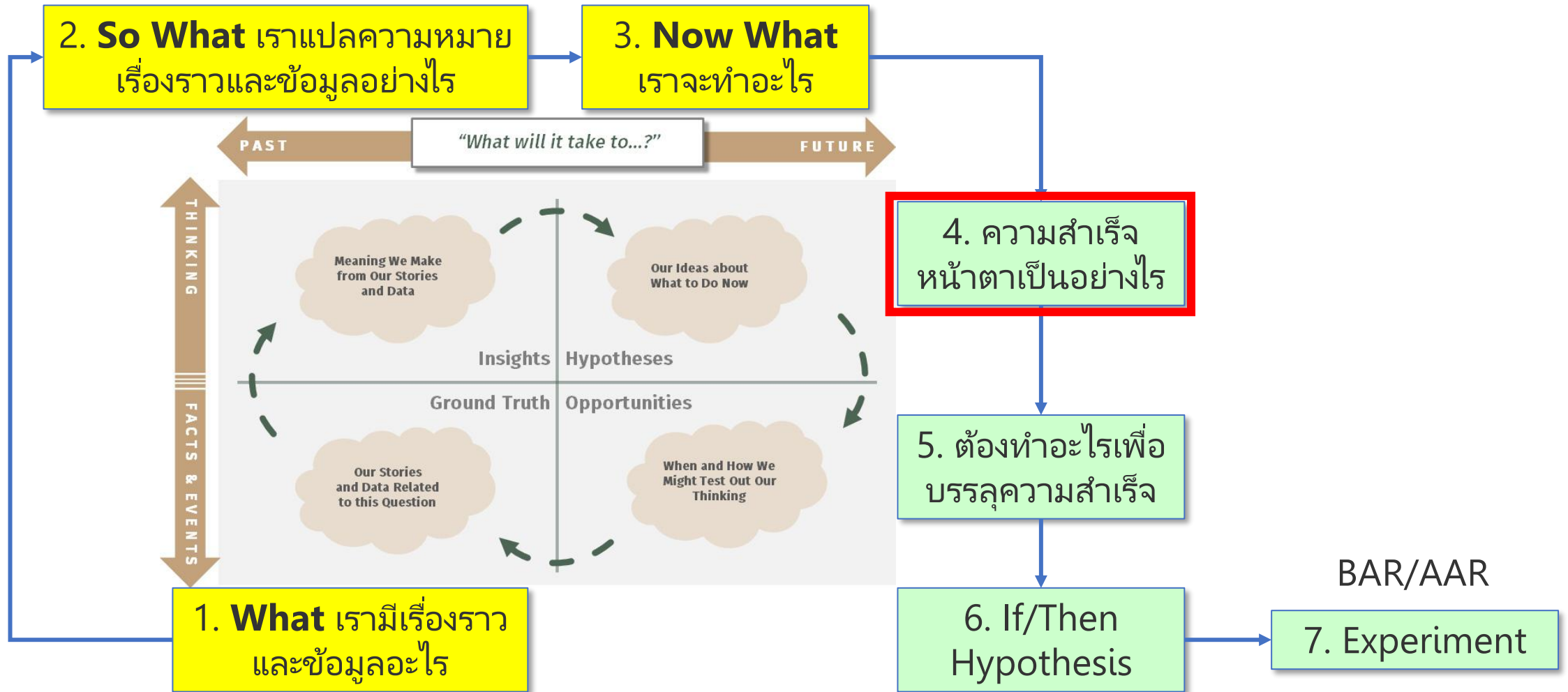
## เรียนรู้คู่การทำงาน

**Emergent Learning** เป็นคำที่หาคำแปลเป็นไทยที่สื่อความหมายได้ยาก จะแปลตรงๆ ว่าการเรียนรู้ฉบับพลัน การเรียนรู้ผุดบังเกิด หรือการเรียนรู้จาด่วน ก็ดูจะไม่สื่อความหมายอะไร แต่เมื่อพิจารณาว่าการเรียนรู้นั้น emerge ขึ้นมาระหว่างการทำงาน เพื่อบรรลุเป้าหมายที่คาดหวังและเพื่อยกระดับผลลัพธ์ที่ดีขึ้น จึงขอแปล Emergent Learning ว่า **“เรียนรู้คู่การทำงาน”** ในเอกสารชุดนี้ และใช้ตัวย่อว่า **EL**

อีกคำหนึ่งที่น่าจะเป็นทางเลือกเมื่อพิจารณาว่า emergence หมายถึงการที่ the whole มีผลรวมมากกว่า its part ก็คือ **“การเรียนรู้ทวีผล”**

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล  
ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล  
เมษายน 2566

# Emergent Learning Practice



# Emergent Learning Principles : Asking Powerful Questions

## How EL questions support Emergent Learning practice?

มีคำถามทรงพลังมากมายที่อยู่ใน EL Practices เช่น BARs และ AARs, EL Tables, Learning Agendas. การใช้คำถามในช่วงเวลาที่เหมาะสมสามารถช่วยกลุ่มให้ชัดเจนขึ้นในเรื่อง line of sight ทำให้ความคิดปรากฏชัด หรือใคร่ครวญและเรียนรู้จากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น.

- **ผลลัพธ์ที่เราต้องการคืออะไร?** (What is our desired outcome?) เมื่อผลลัพธ์ที่ต้องการ รวมถึงจุดประสงค์และเงื่อนไขที่กำหนดความสำเร็จมีความชัดเจน เส้นทางข้างหน้าจะชัดเจนขึ้น และสมาชิกในกลุ่มสามารถไปถึงจุดหมายด้วยกันได้ง่ายขึ้น. การประชุมมีประสิทธิภาพและน่าพึงพอใจมากขึ้น บทสนทนาที่ยากจะน้อยลง ทีมจะมีทิศทางที่นำไปสู่ความสำเร็จ (teams are aligned on what success looks like)
- **ความสำเร็จมีลักษณะอย่างไร?** (What would success look like?) สร้างตัววัดความสำเร็จ (metric of success) ที่ใช้ร่วมกันและจับต้องได้. ช่วยให้สมาชิกเดินไปบนเส้นทางร่วมสู่ความสำเร็จ (on a shared path towards success) และสามารถจัดลำดับความสำคัญระหว่างทางได้ดีขึ้น.
- **จะต้องทำอะไรเพื่อ...?** (What will it take to...?) ช่วยให้เราคิดร่วมกันว่าจะจัดการกับความท้าทายแต่ละประเด็นอย่างไร หรือจะบรรลุผลที่ต้องการได้อย่างไร. เชิญชวนให้ผู้คนนำเสนอการสนทนาและมุมมองที่แตกต่างมาสู่การเรียนรู้ในฐานะชุมชน. ทำให้การสนทนามุ่งไปข้างหน้าและมุ่งเน้นที่การกระทำ (keeps conversation forward focused and action oriented).
- **ตอนนี้เรารู้อะไรบ้าง?** What do we know so far? ช่วยวางแผนโดยดึงบทเรียนจากอดีต เชิญชวนให้ทุกคนเสนอประสบการณ์ของตน ตัดสินใจโดยใช้ข้อมูลจากประสบการณ์ของทั้งกลุ่มว่าอะไรได้ผลและอะไรไม่ได้ผล.
- **ถ้าย้อนเวลากลับไปได้ เราจะทำอะไรที่เหมือนหรือต่างจากเดิม?** (If we could turn the clock back, what would we do the same or differently?) ช่วยระบุสิ่งสำคัญที่จะคงไว้ และวิธีแก้ปัญหาที่จะทำให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีกว่าในอนาคต (มีเหตุผลที่ดีกว่า เฉพาะเจาะจงกว่า และเหมาะสมกับเป้าหมายมากขึ้น)

# Applying Developmental Evaluation (DE)

## Development process

มาพร้อมกัน



กระบวนการประเมิน  
เป็นส่วนหนึ่งของงาน

การตั้งคำถามและการเรียนรู้  
เกิดขึ้นพร้อมกับการลงมือทำ

## Evaluation

### Methods of evaluation

- Interviews
- focus groups
- Surveys
- e-mail questions
- Observation
- Group analysis
- Interpretation

### DE

- สร้างพื้นที่เพื่อท้าทายและตั้งคำถามในลักษณะที่ไม่ปิดกั้นความคิดสร้างสรรค์
- สร้างเงื่อนไขให้ลัดล่อกับกระบวนการประเมินผล

# Applying Developmental Evaluation : Accompaniment

ในฐานะสมาชิกของทีม ผู้ประเมิน DE  
มีส่วนสนับสนุนกลุ่มนวัตกรรมหลัก  
โดยผ่านบทบาทต่างๆ

## As observer

Observe contents & processes

Useful feedback for the team

- สิ่งที่ยพยายามทำคืออะไร?
- สิ่งที่ต้องตัดสินใจคืออะไร?
- ผลของความพยายามเป็นอย่างไร?
- ผลของการตัดสินใจเป็นอย่างไร?

## As questioner

- “ดูเหมือนว่าเราจะเปลี่ยนทิศทาง เรา OK กับทิศทางนั้นไหม?”
- “มีเป้าหมายโดยนัย (implicit goals) ว่าเรายังไม่ได้ระบุออกมา แต่นั่นเป็นสิ่งที่กำหนดการกระทำของเรา – เราควรทำให้ชัดเจนหรือไม่”
- “มีสมมติฐานเบื้องหลังสิ่งที่เรากำลังพูดถึง - ลองระบุให้ชัดเพื่อใช้ตรวจสอบว่าสมมติฐานดังกล่าวถูกต้องหรือไม่เมื่อเราก้าวไปข้างหน้า”

## As facilitator

- ช่วยขับเคลื่อนการสนทนาไปข้างหน้า
- กำหนดกรอบและสังเคราะห์แนวคิด (frame the issue)
- ช่วยให้กลุ่มใคร่ครวญจนเข้าใจ ปรับความคิด และก้าวต่อไป
- ช่วยให้กลุ่มตีความข้อมูลเพื่อป้อนเข้าสู่กระบวนการพัฒนาโดยตรง (test)
- ร่วมอยู่ในการประชุมโครงการ ตั้งคำถามเจาะลึกถึงเจตนาและวัตถุประสงค์
- ไม่ร่วมในการประชุม แต่สอบถามกับผู้เข้าร่วมประชุมเพื่อให้การตีความปรากฏออกมาชัดเจนขึ้น

# Key Features of Developmental Evaluation

## 1. Frame the issue

กำหนดกรอบปัญหา

- มุมมองใหม่หรือแนวทางใหม่ต่อประเด็นปัญหา
- ความเข้าใจที่ชัดเจนขึ้น
- ความไม่แน่นอนใหม่
- กรอบแนวคิดของปัญหา

## 2. Test quick iteration

หมุนการทดสอบอย่างรวดเร็ว

- มีการทดลองโดยธรรมชาติ
- มีการทำงานด้วยวิธีการทำงานใหม่ๆ
- ทำให้ intuitive & tacit ปรากฏชัดขึ้น
- นำข้อมูลและข้อสังเกตมาตีความและตัดสินใจด้วยวิธีการที่เป็นระบบมากขึ้น

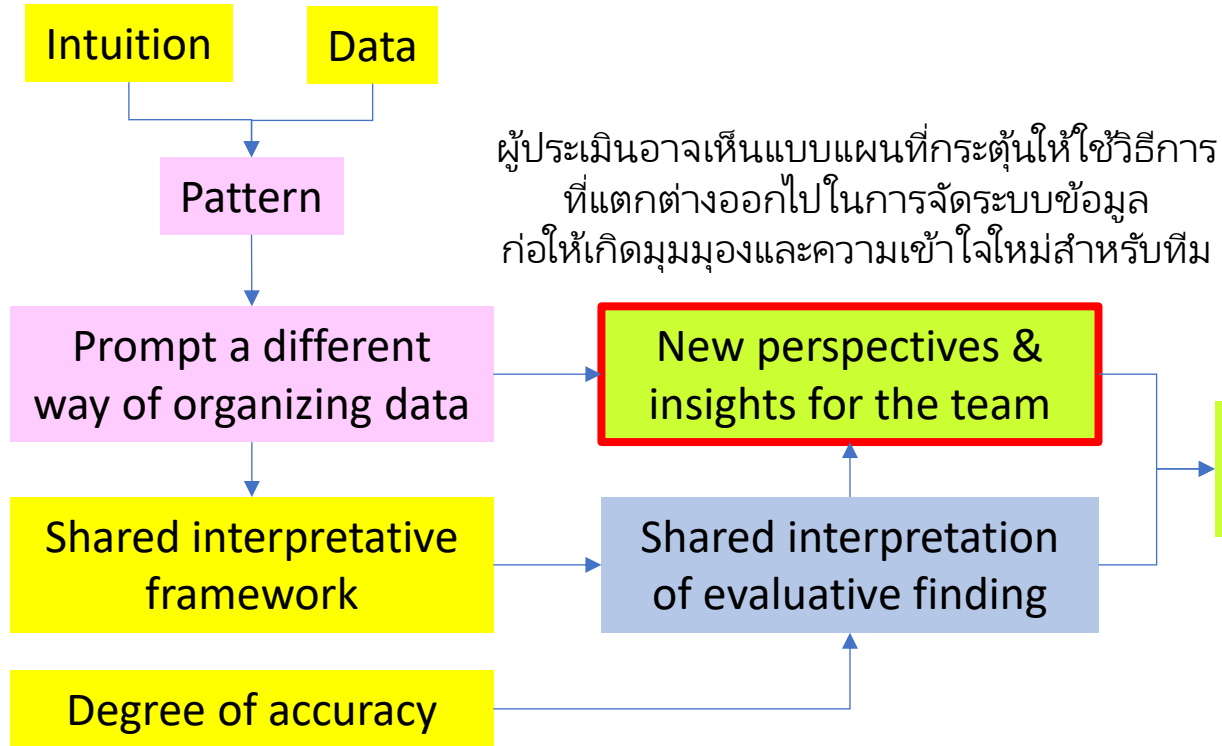
## 3. Track the trajectory of innovation

ติดตามวิถีของนวัตกรรม

- บันทึกข้อมูลเชิงลึกของการพัฒนา
  - เส้นทางที่ไม่ได้ใช้
  - ผลที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้ตั้งใจ
  - การปรับอย่างค่อยเป็นค่อยไป
  - ความตึงเครียด
  - โอกาสที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน
- ทำให้
  - มีความโปร่งใสในการตัดสินใจ
  - ช่วยผู้อื่นที่พบปัญหาที่คล้ายกัน
  - ใช้กระบวนการเรียนรู้ในสถานการณ์อื่น

# Applying Developmental Evaluation: Framing and Reporting

การย่อข้อมูลเป็นความรู้เป็นส่วนหนึ่งของการประเมินแบบ DE  
 ผู้ประเมิน DE จะถักทอสัญชาตญาณกับข้อมูลเชิงประจักษ์เข้าด้วยกัน



ผู้ประเมินอาจเห็นแบบแผนที่กระตุ้นให้ใช้วิธีการ  
 ที่แตกต่างออกไปในการจัดระบบข้อมูล  
 ก่อให้เกิดมุมมองและความเข้าใจใหม่สำหรับทีม

## บันทึก DE

- process observation
- point of tension
- implicit decision
- assumption made
- emerging themes & patterns

การตีความข้อค้นพบจากการประเมิน  
 ร่วมกัน นำไปสู่ความเป็นเจ้าของร่วมของ  
 ผลลัพธ์ และความเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้น

Joint ownership of the results  
 Understanding of what is happening

Knowledge that make sense

Inform action

ข้อมูลจะมีประโยชน์ก็ต่อเมื่อสามารถนำมาใช้  
 ให้ความหมายที่สามารถขึ้นนำการปฏิบัติได้

การวิจัยประเมินผลเป็นการค้นหาความแน่นอน:  
 หาขอบเขตของบางสิ่งเพื่อจะได้ทำความเข้าใจและเฝ้าติดตามได้  
 กรอบการตีความร่วมมีความสำคัญเท่ากับระดับของความถูกต้อง

Evaluator

Innovator



# Quality & Safety Culture

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

มกราคม 2568



# Culture

การเพาะบ่มมนุษย์ให้เติบโตอย่างที่ยากให้เป็น



HA Archive

## Collective

Totality

Sum of total

Cumulative deposit

Predominating

-Are passed along /  
transmitted from one  
generation to the next

-**Socially transmitted**

เป็นผลรวมของหมู่คณะ

มีการสืบทอด

Knowledge, Experience  
Meanings, Beliefs

Values, Attitudes  
Perceptions

Competencies  
Behavior

Arts, Institutions  
Products of human work  
and thought

โดยไม่ต้องคิด

-Accept without thinking  
-**Programming of mind**

**วัฒนธรรม** คือวิถีชีวิตทั้งหมดที่ผู้คนปฏิบัติต่อกันโดยอัตโนมัติ ผู้คนยอมรับและปฏิบัติจนเคยชิน

เป็นผลรวมของหมู่คณะ มีการสืบทอด

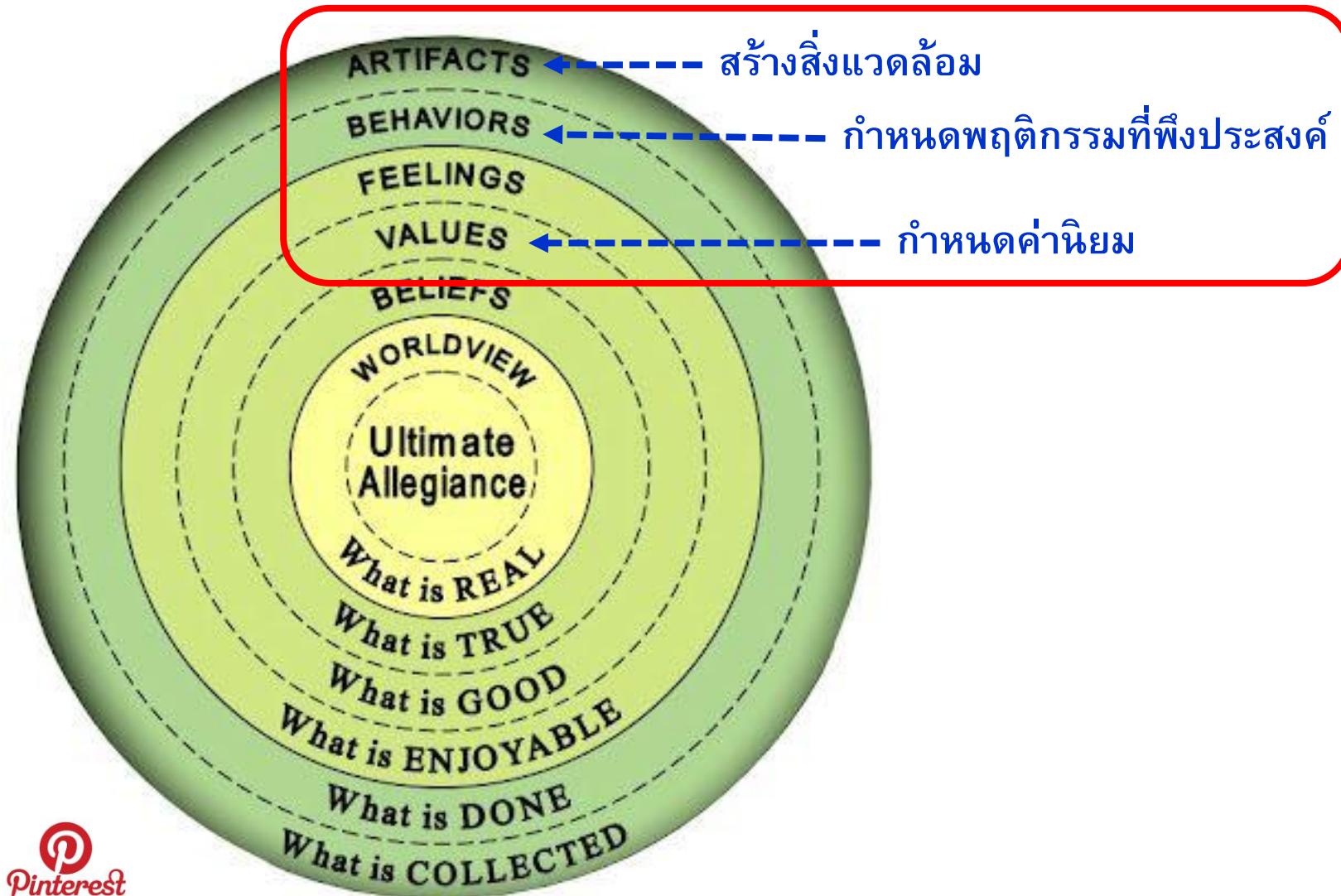
เป็นเรื่องของ ความรู้ ประสบการณ์ ความหมาย ความเชื่อ ค่านิยม เจตคติ พฤติกรรม ความสามารถ

ศิลปะ สถาบัน ผลผลิตของงานและความคิดของมนุษย์

# Onion Model of Culture



HA Archive



# Culture in HA Standards 5<sup>th</sup> Edition



HA Archive

**Open communication & empowerment**

I-5.2 ข (1)

**Living Organization**

**High performance**

I-5.2 ข (1)

**High Performance Organization (HPO)**

**Safety Culture**

I-1.1 ค (3)

**High Reliability Organization (HRO)**

**People-center /  
Customer-focused Culture**

I-1.1 ค (3), I-3.1 ก (1)

**Learning Culture**

I-1.1 ค (3), I-4.2 ข (3)

**Learning Organization (LO)**

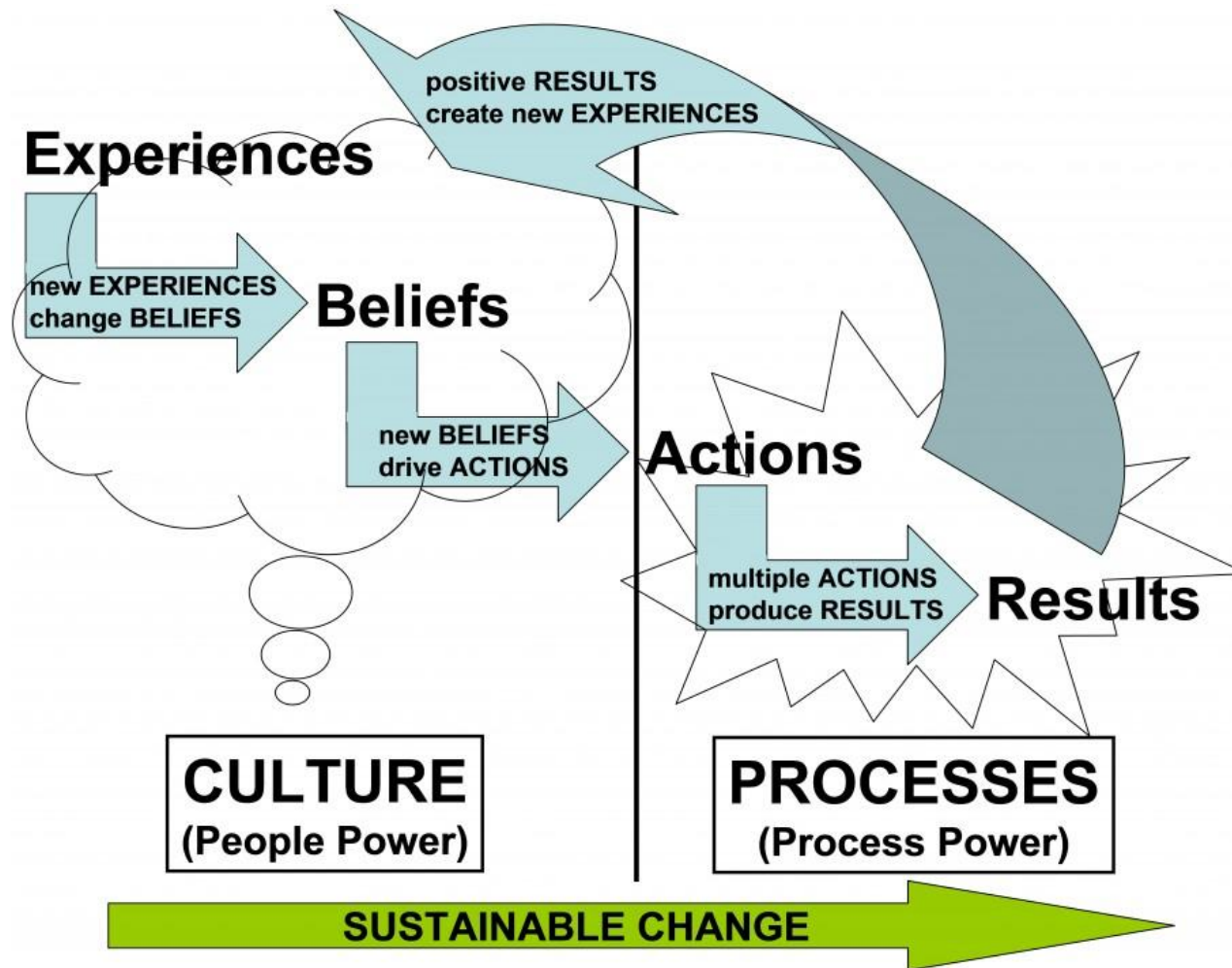
**Improvement Culture**

I-1.1 ค (3)

# ใช้ Results ขับเคลื่อน Culture



HA Archive



# Nudge Theory (ทฤษฎีสะกิดพฤติกรรม)



HA Archive

ทฤษฎีกระบวนการคู่ขนาน (Dual Process Theory) กล่าวว่าสมองของเราทำงานพร้อมกันในรูปแบบที่แตกต่างกันสองอย่าง คือ


(1) ระบบอัตโนมัติ (automatic system) เป็นการทำงานอย่างรวดเร็ว ใช้จิตใต้สำนึก ทำหลายเรื่องขนานกัน ใช้การเชื่อมโยง ใช้พลังงานน้อย

(2) ระบบใคร่ครวญ (reflective system) เป็นการทำงานอย่างช้าๆ อย่างมีสติ ทำงานแบบอนุกรมทีละเรื่อง ใช้พลังงานมาก

ทฤษฎีนี้อธิบายการทำงานที่ล้มเหลวของมนุษย์ว่าเป็นเพราะในขณะนั้นระบบใคร่ครวญยังไม่ตระหนักในปัญหา แล้วระบบอัตโนมัติที่ทำงานไววกว่าก็ให้คำตอบที่ผิด

การสะกิดคือการทำให้ระบบอัตโนมัติของเราเลือกในสิ่งที่แตกต่างออกไปโดยที่เจ้าตัวเองก็ไม่ได้รู้ตัว ขณะเดียวกันก็ไปกระตุ้นระบบใคร่ครวญในเวลาที่เหมาะสม ทำให้แน่ใจว่ามีการตอบสนองที่ดีกว่า



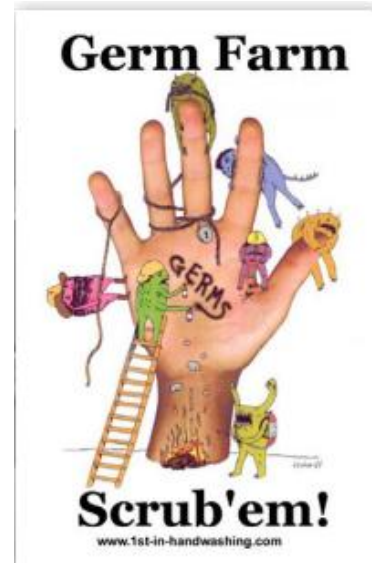
A fly image at the bottom of a urinal  has been proven to improve men's aim, leading to lowered cleaning costs.<sup>[16]</sup>

**Easy**  
**Attractive**  
**Social**  
**Timely**

# Nudge Theory (ทฤษฎีสะกิดพฤติกรรม)



HA Archive



กระตุ้นให้สมาชิกทบทวนการปฏิบัติทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

(+) วันนี้เราทำอะไรบ้างที่ช่วยให้งานไหลรื่น? อะไรทำให้เกิดขึ้น? ทำไม?

จุดมุ่งเน้นของเดือนนี้คือ.... วันนี้เราทำอะไรไปบ้าง?

(-) มีสถานการณ์อะไรที่เราจัดการได้ไม่ดีนัก? เกิดอะไรขึ้น? เราค้นพบเหตุการณ์ได้อย่างไร?

- ไม่มีมารวมตัวกันเพื่อทบทวนบทเรียน
- มารวมตัวกัน แต่ไม่มีประเด็นทบทวน
- มารวมตัวกัน ได้เรียนรู้บางอย่าง
- มีอุปสรรค มีการแข่งขัน มีบางเรื่องที่ยังจัดการไม่ได้ดี
- + มีการเรียนรู้จากเรื่องที่เป็นปัญหา



### Tailored Social Proof

Personalize social proof by region to boost effect

**X**

9 out of 10 people in England pay their tax on time 😞

**✓**

9 out of 10 people in Birmingham pay their tax on time 😎

Source: Inside the Nudge Unit, David Halpern (2015)

**NUDGE**

# ตัวอย่างการใช้ทฤษฎีสะกิดพฤติกรรม



HA Archive

- 1) การติดรูปหยั้หน้าไว้ที่อ่างล้างมือเพื่อกระตุ้นการล้างมือ
- (2) การทำ huddles ด้วยการยืนคุยกันเพื่อให้กระชับเวลา
- (3) การมีระบบลงทะเบียนอัตโนมัติด้วยบัตรประจำตัวประชาชน ทำให้ผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลนำบัตรประจำตัวประชาชนมาด้วยเสมอ เป็นการลดความผิดพลาดในเรื่องการระบุตัวผู้ป่วย
- (4) การออกเสียงดัง ๆ ระหว่างการทำกิจกรรมที่มีความเสี่ยง เป็นการตรวจเช็คซ้ำด้วยตนเองผ่านการรับรู้หลายช่องทาง



# Culture Hacking



HA Archive

**Culture hacking** มาจากแนวคิดของ **computer hacking** ซึ่งเป็นการมองหาจุดอ่อนของรหัสของระบบ แล้วใช้ประโยชน์จากจุดอ่อนนั้น เปลี่ยนแปลงรหัสอย่างสร้างสรรค์เพื่อให้ทำงานแตกต่างออกไป

**Culture hacking** มองหาจุดอ่อนของวัฒนธรรมองค์กร ใช้ความคิดสร้างสรรค์เพื่อหา **solution** ที่ดีกว่า แล้วก็มองหาจุดอ่อนต่อไป สร้างการเปลี่ยนแปลงนัยร้อยซึ่งมีผลต่อวัฒนธรรมองค์กร เป็นการเปลี่ยนแปลงที่สร้างผลกระทบที่ยิ่งใหญ่ โดยใช้ทรัพยากรน้อยมาก

# Culture Hacking



HA Archive

**Culture hacking** เป็นการทำให้สิ่งเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่สามารถทำได้ทุกวัน เพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกซ้ำแล้วซ้ำอีก อาจจะดูเหมือนการ แก้ปัญหาแบบรีบด่วน แต่ที่จริงมีผลมากกว่านั้น เป็นเรื่องของการมุ่งเน้น ในสิ่งเล็ก ๆ ทำให้บ่อย ๆ มากกว่าที่จะไปจัดการเปลี่ยนแปลงในเรื่องใหญ่ ๆ เป็นการทำความตั้งใจ ด้วยความเชื่อว่าวัฒนธรรมเป็นเรื่องของ **living & breathing** จะได้ผลในองค์กรที่เชื่อใน **co-creating culture** ไม่ใช่การสั่ง การจากผู้บริหาร ต้องสร้างสิ่งแวดล้อมทำให้ทุกคนเข้าใจตรงกัน คิด เหมือนกัน ร่วมมือกันปฏิบัติ โดยมี **constant feedback loop** ที่ช่วยให้เกิด การเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องและสร้างวัฒนธรรม

# ตัวอย่างกิจกรรม Culture Hacking



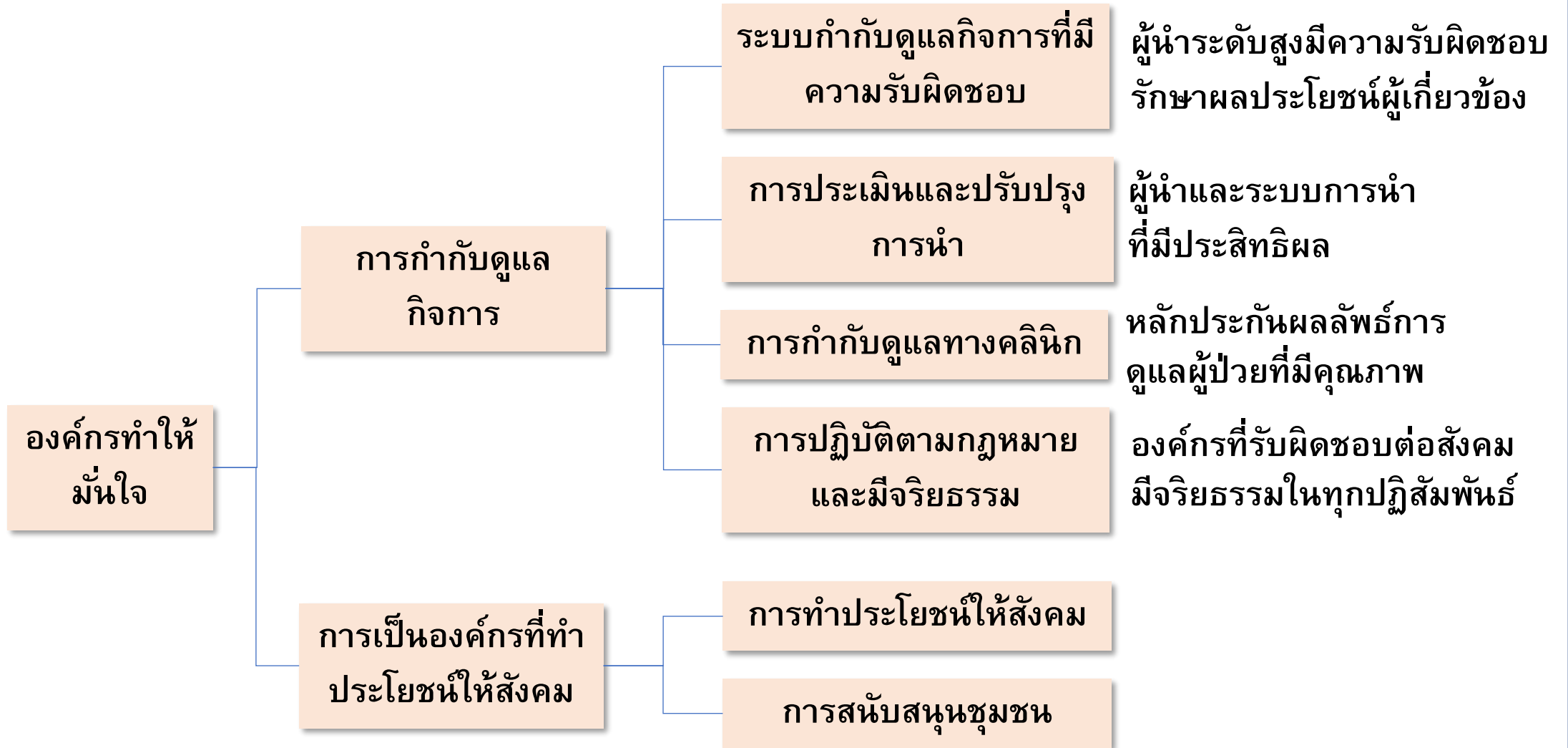
HA Archive

- ระดมความคิดตามธีม (themed brainstorming): เพื่อกระตุ้นการคิดสร้างสรรค์
- ให้คำปรึกษาแบบย้อนกลับ (reverse mentoring): ผู้ที่อายุน้อยให้คำปรึกษาแก่ผู้อาวุโส
- ประชุมแบบเงียบ (silent meeting): ใช้การเขียนเท่านั้น กระตุ้นให้มีการตอบสนองอย่างใคร่ครวญ
- ประชุมกลางแจ้ง (outdoor meeting): จัดประชุมในสวน เพื่อการประชุมสดชื่น มีชีวิตชีวา
- สมุดบันทึกความขอบคุณ (gratitude journals): จดบันทึกประจำวันเพื่อทบทวนถึงสิ่งที่รู้สึกขอบคุณ
- โปสการ์ดชื่นชม (praise postcards): ส่งโปสการ์ดขอบคุณไปยังเพื่อนร่วมงาน ชื่นชมต่อความพยายาม
- ความท้าทายด้านสุขภาพ (wellness challenges): ดำเนินการท้าทายด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมนิสัยที่ดีต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีในหมู่พนักงาน
- การสร้างทีมแบบเสมือนจริง (virtual-team building): รวมกิจกรรมสร้างทีมแบบเสมือนจริงสำหรับทีมระยะไกลหรือทีมที่กระจายกันอยู่ เพื่อส่งเสริมความรู้สึกของการเชื่อมโยงและการทำงานร่วมกัน
- การรับประทานอาหารกลางวันข้ามแผนก (cross-functional lunches): จัดเตรียมอาหารกลางวันที่พนักงานจากแผนกต่างๆ สามารถโต้ตอบและแบ่งปันมุมมอง ทำลายกำแพงการทำงาน
- การจัดแสดงทักษะภายใน (internal skill showcases): จัดเซสชันที่พนักงานสามารถแสดงทักษะหรือความสามารถเฉพาะตัวของตน สร้างแพลตฟอร์มสำหรับการรับรู้และชื่นชมจากภายใน

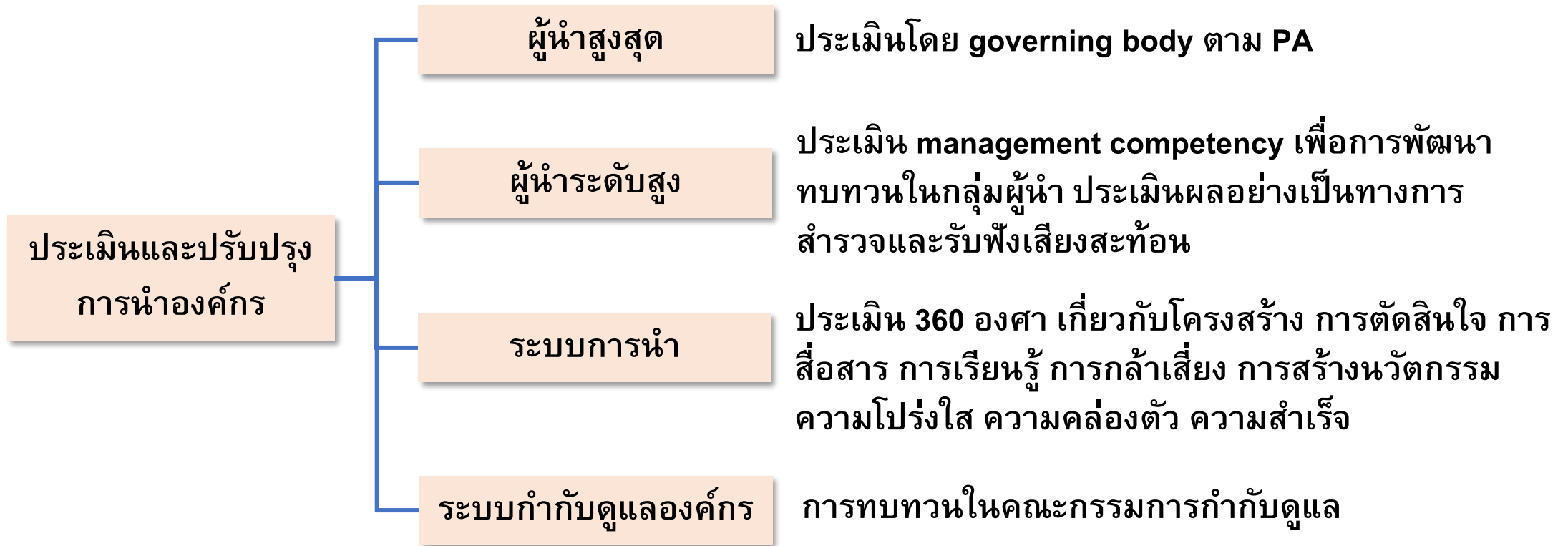
# ตัวอย่างกิจกรรม Culture Hacking ในบริการสุขภาพ

1. การกำหนดให้ patient experience เป็นวาระแรกของการประชุมทุกระดับทั้งองค์กร เพื่อเน้นย้ำว่าองค์กรให้ความสำคัญกับเรื่องนี้มากที่สุด
2. การทำ family meeting รอบเตียงผู้ป่วย โดยผู้เข้าร่วมทุกคนนั่งเก้าอี้เพื่อให้ทุกคนอยู่ในระดับสายตาเดียวกันกับผู้ป่วย เป็นการแสดงความเท่าเทียมกัน
3. การที่หัวหน้าโอบกอดหรือแสดงท่าทีให้กำลังใจผู้เกี่ยวข้องในอุบัติการณ์ พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณที่มีการบอกเล่าหรือรายงานข้อมูลอุบัติการณ์ เพื่อเน้นย้ำนโยบาย no blame
4. การสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องในอุบัติการณ์การดูแลผู้ป่วยด้วยการมองหาสิ่งที่เป็นความสำเร็จ การจัดการกับสถานการณ์ที่ยากลำบากและเกิดผลดี ความทุ่มเทที่น่าชื่นชม เพื่อให้ทีมเชื่อมั่นว่าความทุ่มเทและความพยายามนั้นเป็นที่รับรู้
5. การผนวกคำถามข้อคิดเห็นของผู้ป่วยเกี่ยวกับสิ่งที่พอใจกับสิ่งที่ต้องการให้ปรับปรุงเข้ากับคำแนะนำก่อนจำหน่าย
6. Leadership Walkrounds ที่เน้นการสื่อสารสองทาง

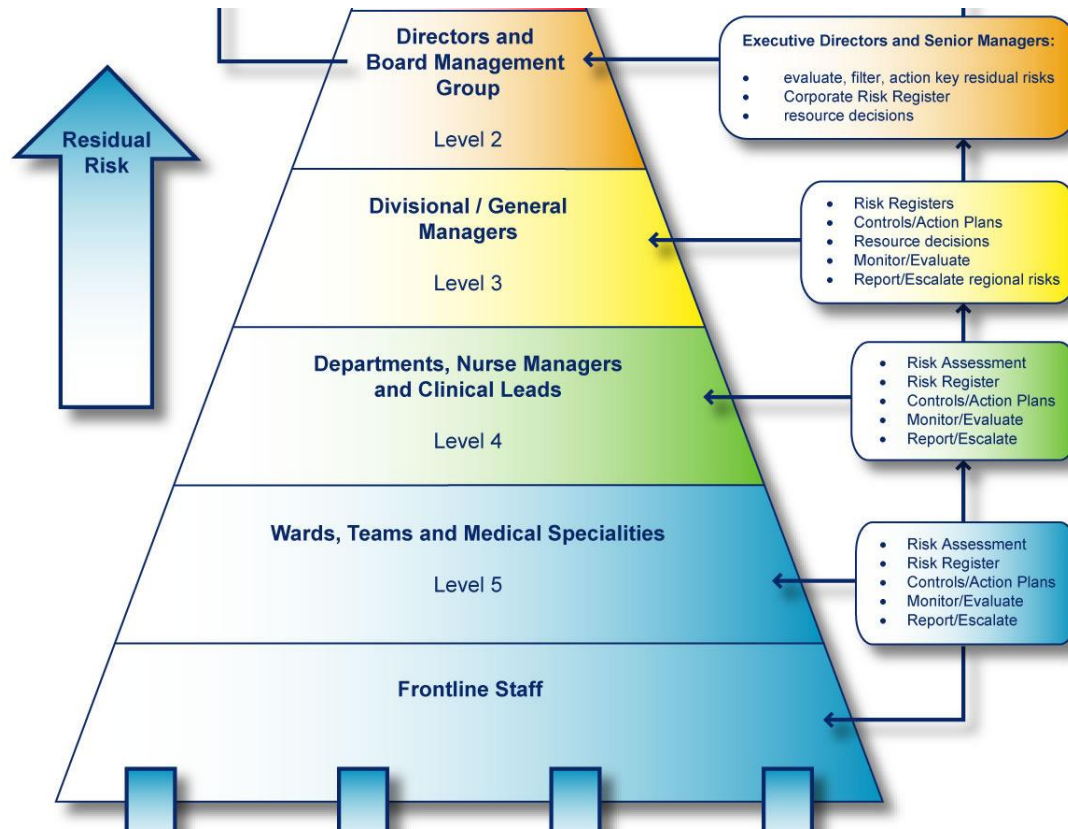
## I-1.2 การกำกับดูแลองค์กรและการทำประโยชน์ให้สังคม



## การประเมินและปรับปรุงการนำ [I-1.2ก(2)]



# การกำกับดูแลทางคลินิก (Clinical Governance)



หลักข้อ 2 การกำกับดูแลไม่เิ่มการบริหาร  
Governance does not mean execution

ถ้าจะกำกับดูแลกันเองภายใน

- ต้องถอดหมวกผู้บริหาร
- ต้องเลิกอวยและเห็นใจกันเอง
- ต้องไม่คิดว่าไม่ใช่เรื่องของเรา
- ตั้งคำถามอย่างจริงจังว่าที่องค์กรทำอยู่นั้นเพียงพอและเหมาะสมหรือไม่ที่จะสร้างความมั่นใจแก่สังคมในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย

หลักข้อ 1 ทุกระดับรับผิดชอบ มีลำดับชั้นของภาระรับผิดชอบ

# การกำกับดูแลทางคลินิก (Clinical Governance)

- Clinical Effectiveness**
  - CPG compliance
  - Clinical audit / review
  - Outcome monitoring
- Safe Care**
  - Risk management
  - Incident management & learning

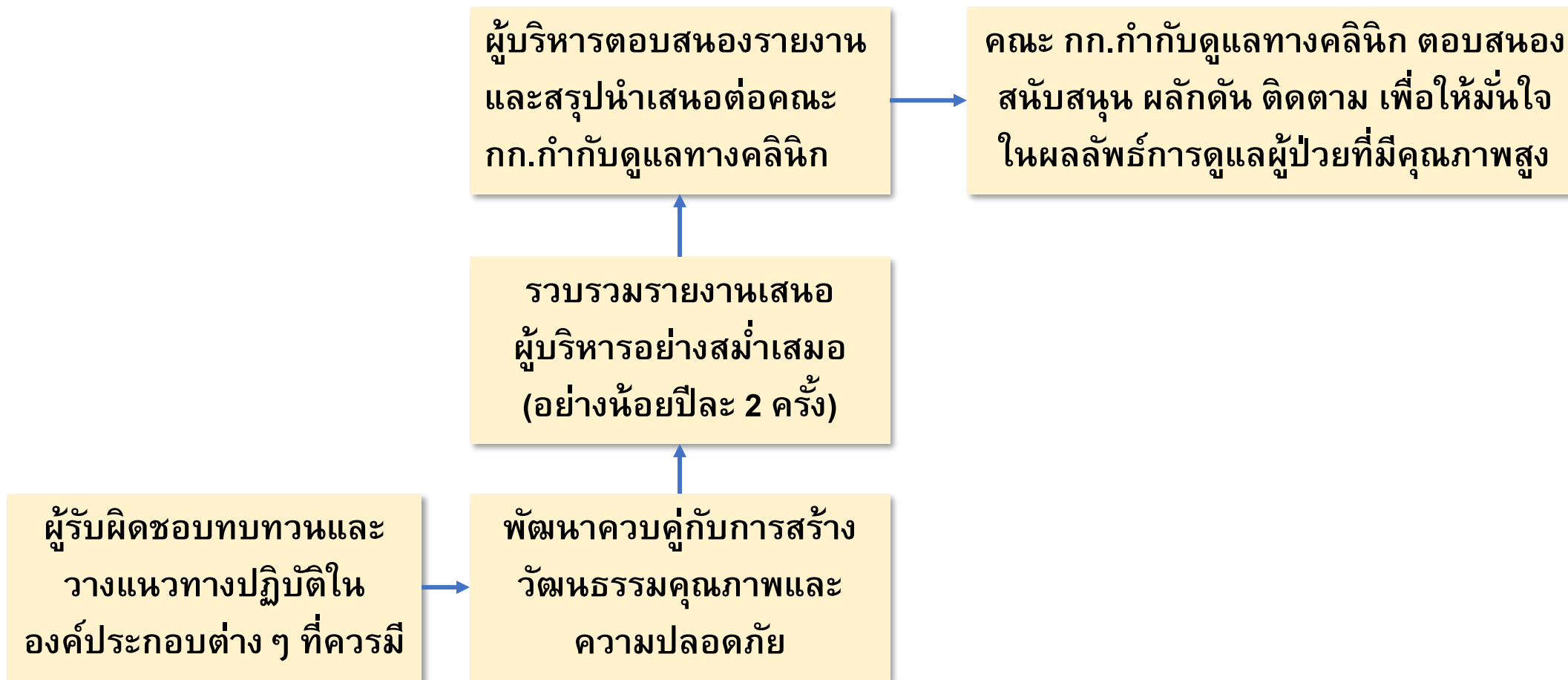
- Patient-centered**
  - Patient experience
  - Openness

- Learning Effectiveness**
  - Continued professional education
  - Affiliation for clinical education
  - Information management
  - Research & development

- รูปแบบของคณะ กก.กำกับดูแลทางคลินิกที่เป็นไปได้
  - คณะกรรมการกำกับดูแลองค์กร (Governing Board) เป็นรูปแบบในฝัน
  - คณะกรรมการประจำคณะแพทยศาสตร์...
  - คณะกรรมการในระดับจังหวัดหรือระดับโซนร่วมกับจังหวัด
  - คณะกรรมการที่มีผู้อำนวยการทำหน้าที่เป็นเลขานุการ
  - คณะกรรมการที่เป็นเครือข่ายผู้อำนวยการในเขตเดียวกัน
  - คณะกรรมการที่มีบุคคลภายนอกมาร่วมให้ความเห็น
  - คณะกรรมการบริหาร รพ.ที่มีผู้อำนวยการเป็นประธาน (ถ้าไม่มีทางเลือกอื่น)



## การกำกับดูแลทางคลินิก (Clinical Governance)



## การส่งเสริมให้มีพฤติกรรมที่มีจริยธรรม (Ethical Behavior)

- บทบาทของตัวผู้นำ [I-1.1ก(2)] กับบทบาทขององค์กร [I-1.2ข(2)]
- การวิเคราะห์ความเสี่ยงเพื่อกำหนดโจทย์ให้ชัด แนวทางจะตามมา
- การมีระบบที่มีความไวในการรับรู้แบบแผนพฤติกรรมเสี่ยง ก่อนที่จะเกิดการประพฤติกที่ฝ่าฝืนหลักจริยธรรม

บทบาทของผู้นำ [I-1.1ก(2)]	บทบาทขององค์กร [I-1.2ข(2)]
การชี้ผ่านหลักจริยธรรมและแนวปฏิบัติ	การส่งเสริมและทำให้มั่นใจ
การปฏิบัติเป็นแบบอย่างในการใช้หลักจริยธรรม	การติดตามกำกับ
	การดำเนินการต่อพฤติกรรมที่ฝ่าฝืน

# ประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ (Ethical Dilemma)

- ❑ เป้าหมาย: เพื่อเป็นกลไกปกป้องคนทำงาน มิใช่กลไกตัดสินผิดถูก
- ❑ กลไกที่ควรมี
  - กลไกการให้คำปรึกษา
  - กลไกแลกเปลี่ยนเรียนรู้
    - แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ที่เคยพบ ethical dilemma และกำหนดแนวทางตอบสนองที่เหมาะสม
    - แลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่องจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นใหม่ ๆ เพื่อเรียนรู้ผลของการตัดสินใจและประสิทธิผลของกลไกที่มีอยู่
- ❑ Dilemma มีหลายประเภท
  - Clinical dilemma เกิดจากความรู้ที่ไม่เท่าเทียมกันหรือไม่เพียงพอ
  - Managerial dilemma เกิดจากการจัดลำดับความสำคัญในการใช้ทรัพยากรที่ไม่มีประเด็นจริยธรรม
  - Ethical dilemma เกิดจากการใช้หลักจริยธรรมที่แตกต่างกันทำให้มีทางเลือกมากกว่าหนึ่งทาง
- ❑ ลำดับขั้นของการตอบสนองเมื่อพบ Ethical Dilemma
  - Recognize รับรู้ -> Break จำแนกประเด็น -> Seek หาข้อมูลเพิ่มเติม -> Decision ตัดสินใจ หรือมองหาทางออกอื่นเพื่อก้าวข้าม -> Critical analysis กลไกวิเคราะห์เชิงลึกช่วย



หลักสูตร HA900 : การพัฒนาคุณภาพสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาล  
(มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 (ตอนที่ 1))  
ระหว่างวันที่ 29-30 พฤษภาคม 2568  
โรงแรมอควิน แกรนด์ คอนเวนชั่น

