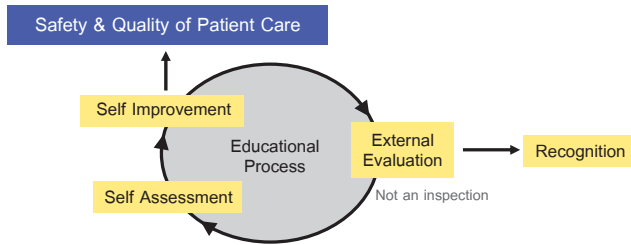


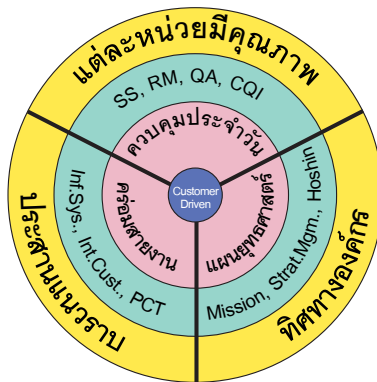
องค์ประกอบของกระบวนการ HA



- **เป้าหมายสำคัญ**ของกระบวนการ HA คือ คุณภาพและความปลอดภัยที่ผู้ป่วยจะได้รับ
- **กระบวนการต้นสำคัญ**ที่ใช้ในกระบวนการ HA ของประเทศไทย คือ Accreditation เป็นกระบวนการเรียนรู้ มิใช่การตรวจสอบ
- **กระบวนการเรียนรู้**เกิดขึ้นจากการประเมินตนเอง การเรียนรู้ควบคู่กับการพัฒนา และการเยี่ยมสำรวจจากภายนอก
- **การประเมินตนเอง**ที่เรียบง่าย ใช้คำถามสำคัญต่อไปนี้ (1) ทำไมต้องมีองค์กร/หน่วยงานของเรา (2) เราทำงานกันอย่างไร (3) เราทำสิ่งที่กำลังทำอยู่ไปเพื่ออะไร (4) เราทำได้ดีหรือไม่ (5) เราจะทำให้ดีขึ้นได้อย่างไร
- **การเยี่ยมสำรวจ**เป็นเพียงจุดหนึ่งในวงล้อนี้ ที่จะเข้ามาเป็นสักขีพยานของการพัฒนา มาส่องกระจกให้เราเห็นหรือทบทวนในสิ่งที่ยังไม่เคยเห็นหรือไม่เคยคิด มากระตุ้นให้เราสร้างกระจก ส่องกระจก ใช้ผลการส่องกระจกด้วยตัวเราเอง รวมทั้งยืนยันให้ความมั่นใจในทิศทางการพัฒนาของโรงพยาบาล
- **การรับรอง**เป็นเพียงผลพลอยได้ของการทำความดี เป็นการประกาศให้สังคมเกิดความเชื่อมั่น และมาพร้อมกับภาระที่จะต้องธำรงความเชื่อมั่นนั้นไว้
- คำว่า **“การรับรองกระบวนการคุณภาพ”** คือการรับรองกระบวนการทำงานและกระบวนการพัฒนาคุณภาพขององค์กร ว่าเป็นไปตามข้อกำหนดในมาตรฐาน โดยมาตรฐาน HA จะระบอบุคคลสำคัญทั้งหมดที่จะทำให้องค์กรบรรลุพันธกิจ
- การใช้มาตรฐาน HA ต้องใช้ในลักษณะบูรณาการระหว่างระบบงานต่างๆ คำนี้ถึงบริบทขององค์กรว่าเรามีจุดแข็งจุดอ่อนในเรื่องนั้นอย่างไร องค์กรมีความต้องการอะไร และดำเนินการพัฒนาภายใต้ค่านิยมหลักของ HA (ทิศทางนำ ผู้รับผล คนทำงาน การพัฒนา พาเรียนรู้)

Anthony Wagemakers ผู้เชี่ยวชาญชาวแคนาดากล่าวไว้ว่า
“Accreditation is an educational process, not an inspection”

Total Quality Management (TQM)



ความหมายของคำว่า “Total” ใน Total Quality Management (TQM) ก็พบว่าสามารถหมายถึง ทุกส่วนงาน ทุกกระบวนการ บุคลากรทุกคน ทุกความต้องการของลูกค้า ซึ่งถ้าเอามาถูกร้อยเรียงกันก็จะได้ว่า **“ทุกส่วนงานร่วมกันจัดการคุณภาพในทุกกระบวนการ โดยบุคลากรทุกคน เพื่อตอบสนองทุกความต้องการของลูกค้า”**

ภาพวงกลมนี้แสดงให้เห็นองค์ประกอบสำคัญ 3 ส่วนของ TQM คือ unit optimization, horizontal integration, vertical alignment ทั้งนี้โดยมีความต้องการของลูกค้าเป็นตัวขับเคลื่อนร่วมอยู่ตรงกลาง

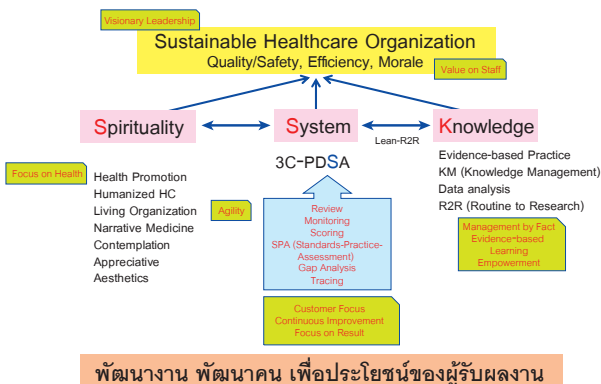
Unit optimization การทำให้แต่ละหน่วยในองค์กรมีคุณภาพอย่างพอเหมาะพอดี ไม่เบียดเบียนส่วนอื่นๆ โดยใช้เครื่องมือคุณภาพต่างๆ เพื่อดูแลการทำงานประจำวันให้เกิดคุณภาพ เช่น ระบบข้อเสนอแนะ (suggestion system-SS), การบริหารความเสี่ยง (RM), การประกันคุณภาพ (QA), การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) คำว่า optimization มีความหมายที่น่าสนใจมาก ที่ทำให้เราต้องระมัดระวังพัฒนาทุกหน่วยไปพร้อมๆ กัน ให้มีการกระจายทรัพยากรในการทำงานและการพัฒนาอย่างทั่วถึง และไม่โยนภาระงานไปให้หน่วยงานอื่นเพียงเพื่อให้งานของตนเองดีขึ้น.

Vertical alignment เป็นการทำให้ทั้งองค์กรขับเคลื่อนสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน โดยอาศัยวิสัยทัศน์ พันธกิจ แผนยุทธศาสตร์ และเข็มมุ่ง เป็นตัวชี้้นำให้เกิดนวัตกรรมในทุกหน่วยงาน

Horizontal integration การประสานในแนวราบ เป็นการทำงานในลักษณะคร่อมสายงาน ผ่านทีมสหสาขาวิชาชีพ ระบบสารสนเทศ รวมถึงการตอบสนองความต้องการของลูกค้าภายใน เพื่อให้เกิดผลในลักษณะ synergy

“การขับเคลื่อนด้วยแนวคิด TQM ใช้ได้ทุกยุคทุกสมัยหากเข้าใจอย่างแท้จริง”

สมดุลของการพัฒนา

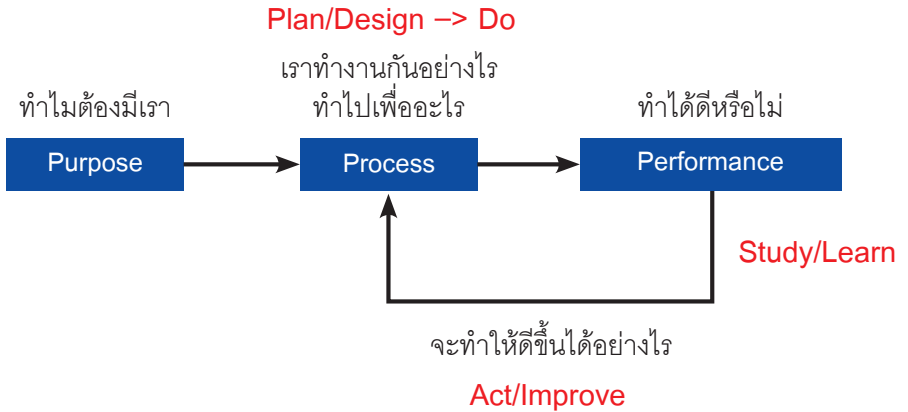


การพัฒนาคุณภาพที่จะนำไปสู่องค์กรที่ยั่งยืน ประกอบด้วยการพัฒนาที่หนุนเสริมกัน ใน 3 ลักษณะอย่างสมดุล ได้แก่ System (ระบบงาน), Spirituality (จิตวิญญาณ), และ Science (ศาสตร์ ปัญญา ความรู้) หรืออาจเทียบเคียงได้กับ Hand, Heart, Head เป็นการพัฒนาทั้งงานและคนไปพร้อมกัน เพื่อประโยชน์ของผู้รับผลงาน

- การวางระบบงาน** ในด้านคุณภาพและการบริหารองค์กร (Quality management System) เป็นการใช้หลัก 3C-PDSA เพื่อออกแบบระบบ สร้างความมั่นใจในการปฏิบัติ มีการประเมินและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง เช่น การทบทวน การตามรอย การประเมินตนเอง ค่านิยมร่วมที่เด่นชัดในส่วนนี้ได้แก่ การมุ่งเน้นลูกค้า การพัฒนาต่อเนื่อง การมุ่งผลลัพธ์
- การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ** (Spirituality) จิตวิญญาณเป็นเรื่องของการมีจิตใจสูง การมีสำนึก ความเชื่อ คุณค่า พลังชีวิต และการปฏิบัติเพื่อประโยชน์ของส่วนรวมหรือพัฒนาจิตใจของตนเอง ตัวอย่างการปฏิบัติในเรื่องนี้ เช่น การพัฒนาให้มีจิตใจที่สงบ การแบ่งปันพลังบวกให้ผู้ป่วย การดูแลด้วยหัวใจ การเยียวยาด้วยเรื่องเล่า การใช้สุนทรียภาพ รวมถึงการใช้แนวคิดองค์กรที่มีชีวิตและจิตตปัญญาศึกษา ค่านิยมร่วมที่เด่นชัดในส่วนนี้ได้แก่ การมุ่งเน้นสุขภาวะ ความคล่องตัว
- การพัฒนาพื้นฐานของปัญญาความรู้** (Knowledge and Wisdom) ทำให้เข้าใจสถานการณ์อย่างถ่องแท้ยิ่งขึ้น เหมาะสมกับสถานการณ์และเหมาะสมตามหลักวิชา ได้แก่การใช้ความรู้ การจัดการความรู้ (การรวบรวม tacit knowledge) การสร้างความรู้ (การวิจัยจากงานประจำ) ค่านิยมที่เด่นชัดในส่วนนี้ได้แก่ การจัดการโดยใช้ข้อมูลและข้อเท็จจริง การใช้ข้อมูลวิชาการ การเรียนรู้ การเสริมพลัง

พัฒนาอย่างสมดุล เปรียบเสมือนการมีศีล สมาธิ ปัญญา ขององค์กร

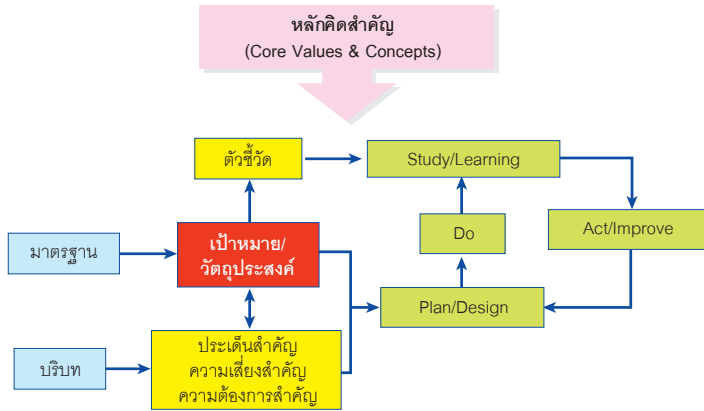
3P Basic Building Block ของการพัฒนา



- **3P คือ Purpose-Process-Performance**
- 3P คือการ **ถอดรหัสเครื่องมือ/แนวทางการพัฒนาคุณภาพ** ต่างๆ ให้เหลือองค์ประกอบพื้นฐานที่น้อยที่สุด และไม่สามารถน้อยกว่านี้ได้ เป็นเสมือน **basic building block** ที่ง่ายต่อการทำความเข้าใจและนำไปใช้
- การทำงานหรือการพัฒนาทุกเรื่องประกอบด้วย **Purpose** การมีเป้าหมายที่ชัดเจน, **Process** มีกระบวนการที่ดีเพื่อบรรลุเป้าหมาย และ **Performance** มีการรับรู้การบรรลุเป้าหมาย เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงให้ดีขึ้น
- **3P เป็นโมเดลที่เรียบง่าย** ตัดสิ่งฟรุ้งฟรุ้งหรืองานเอกสารที่ไม่จำเป็นออกไป เป็นสิ่งที่ง่ายแก่การจดจำและการนำไปใช้
- 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”

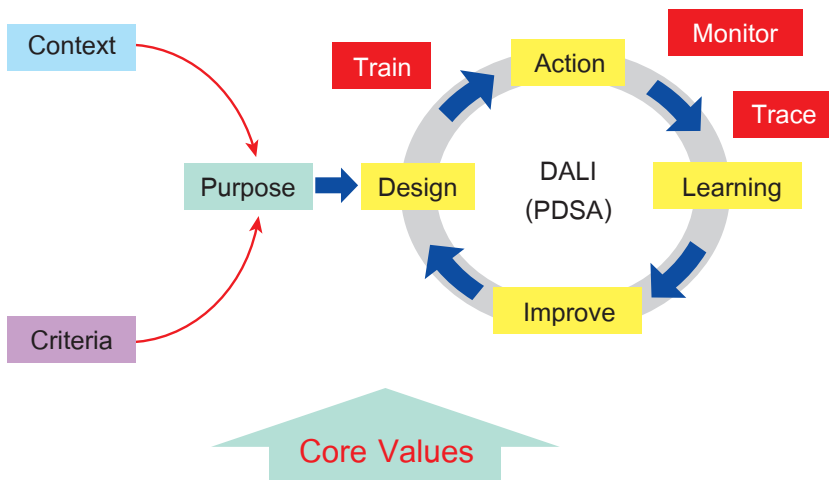
3C-PDSA



- 3C-PDSA มีที่มาจาก**แนวคิดการบริหารองค์กรสู่ความเป็นเลิศ**ของ MBNQA/ TQA ซึ่งแนะนำให้พิจารณา context, criteria, และ core values ร่วมกัน
- 3C คือการพิจารณาว่าควรทำอะไร/อย่างไร ขณะที่ PDSA คือการลงมือขับเคลื่อนและเรียนรู้ โดยมีวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายเป็นตัวเชื่อม อาจเรียกว่า 3C-PDSA เป็นโมเดลของการ **“รู้คิด รู้ทำ”**
- 3C-PDSA ก็คือ 3P ภาคพิศดาร
- **ตัวเชื่อมของ 3C กับ PDSA** คือเป้าหมายและตัวชี้วัดการบรรลุเป้าหมาย เป้าหมายนำไปสู่การออกแบบกระบวนการ ตัวชี้วัดนำไปใช้ในการประเมินผลและเรียนรู้
- **Core values** ค่านิยมหลักเป็นเครื่องกำกับพฤติกรรมและการตัดสินใจ ทำให้เกิดความลุ่มลึกและความยืดหยุ่นในการกระทำ
- **Context** ความเข้าใจบริบททำให้เข้าใจตนเอง รู้ว่าต้องหาข้อมูลอะไร นำข้อมูลมาใช้อย่างไร เพื่อการพัฒนาที่ตรงประเด็น และใช้มาตรฐานอย่างมีความหมาย
- **Criteria/Standards** มาตรฐานทำให้การพัฒนาคบถ้วนและเชื่อมโยง ให้แนวทางที่ชัดเจนว่าแต่ละระบบงานนั้นทำไปเพื่ออะไร ควรทำอะไรบ้าง เชื่อมโยงกันอย่างไร มาตรฐานทำให้เกิดความสมบูรณ์ในแต่ละระบบงาน มาตรฐานเป็นกติการ่วมในการประเมิน มาตรฐานจะเกิดประโยชน์เมื่อทำให้มีชีวิตในงานประจำ

“วงล้อ PDSA จะหมุนอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เพราะหมุนในเรื่องที่เป็นปัญหาจริงตามบริบท ครอบคลุมครบถ้วนตามประเด็นมาตรฐาน และผ่านการพิจารณาอย่างลึกซึ้งด้วยค่านิยม”

Cycle of Learning & Improvement



- 3C-PDSA ก็คือ**วงล้อของการเรียนรู้และพัฒนา** ที่มีลักษณะ “รู้คิด รู้ทำ”
- เพื่อให้สอดคล้องกับลักษณะการปฏิบัติจริง ๆ อาจใช้คำว่า **Design-Action-Learning-Improve** ในลักษณะที่สลับกับ PDSA ได้ คำว่าการออกแบบจะเห็นภาพชัดเจนกว่าการวางแผน
- ในภาพนี้ได้**เพิ่มองค์ประกอบสำคัญที่มักจะถูกละเลย**เข้าไป เพื่อให้มั่นใจว่าระบบที่ถูกออกแบบไว้ได้รับการปฏิบัติอย่างคงเส้นคงวา โดยมีการรับรู้เพื่อปรับปรุงการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ
- **การฝึกอบรม** (training) มีความสำคัญที่จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความเข้าใจและเห็นความสำคัญของระบบที่ออกแบบไว้
- **การกำกับติดตาม** (monitoring) ควรถูกกำหนดไว้ตั้งแต่นั้นขั้นตอนการออกแบบเพื่อให้มั่นใจว่าจะมีการรับรู้ระดับการปฏิบัติ ปัญหาในการปฏิบัติ และนำมาสู่ปฏิบัติการที่เหมาะสมหรือการออกแบบระบบใหม่
- **การตามรอย** (tracing) จะช่วยให้เกิดการสื่อสารที่ดี เห็นภาพจริงของการปฏิบัติ ได้รับรู้ข้อมูลในลักษณะที่เปิดกว้าง หรือข้อมูลเชิงคุณภาพที่อาจจะไม่สามารถได้รับจากระบบกำกับติดตาม

บันได 3 ขั้น

Step 3 : Quality Culture

Identify OFI from standards

Focus on integration, learning, result

Step 2 : Quality Assurance & Improvement

Identify OFI from goals & objectives of units

Focus on key process improvement

Step 1 : Risk prevention

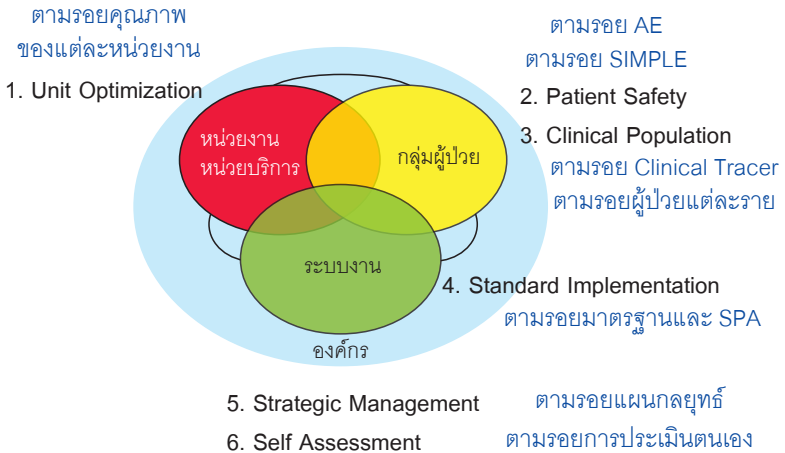
Identify OFI from 12 reviews

Focus on high risk problems

- การพัฒนาและรับรองตามลำดับขั้น คือการสร้างเชื่อมั่นว่าโรงพยาบาล **ฝังวัฒนธรรมคุณภาพเข้าไปในองค์กร** ตามกำลังความสามารถและความพร้อมขององค์กร
- การฝังวัฒนธรรมคุณภาพ คือการมีความเชื่อ มีเจตคติ และมีการปฏิบัติในเรื่องใดเรื่องหนึ่งอย่างเป็นอัตโนมัติ เป็นธรรมชาติ ทำอย่างสม่ำเสมอ
- วัฒนธรรมคุณภาพใน**บันไดขั้นที่ 1 สู่ HA** คือการป้องกันความเสี่ยง การทบทวนคุณภาพด้วยวิธีต่างๆ เพื่อหาโอกาสพัฒนา แล้วปิดช่องโหว่ที่เป็นความเสี่ยงสำคัญ “ทำงานประจำให้ดี มีอะไรให้คุยกัน ชยันทบทวน”
- วัฒนธรรมคุณภาพใน**บันไดขั้นที่ 2 สู่ HA** คือการใช้ 3P กับหน่วยงาน ระบบงาน และการดูแลผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ เพื่อให้มั่นใจว่าผลลัพธ์ที่ออกมาั้นสอดคล้องกับเป้าหมายที่กำหนด โดยใช้กระบวนการ PDCA สร้างระบบประกันคุณภาพและมีการพัฒนาคุณภาพของกระบวนการสำคัญอย่างต่อเนื่อง “เป้าหมายชัด วัดผลได้ ให้คุณค่า อย่ายี้ดติด”
- วัฒนธรรมคุณภาพใน**บันไดขั้นที่ 3 หรือการรับรอง HA** คือการปฏิบัติตามข้อกำหนดในมาตรฐาน HA อย่างครบถ้วน มีบูรณาการ การเรียนรู้ แสดงให้เห็นผลลัพธ์สำคัญ และใช้ core values ของ HA ในทุกระดับ
- ก้าวแรกที่เข้าใจ ก้าวต่อไปก็ไม่ใช่เรื่องยาก ที่สำคัญ กิจกรรมในบันไดขั้นที่ 1 และ 2 เป็นสิ่งที่ต้องเน้นย้ำทำตลอดเวลาเพื่อเป็นพื้นฐานของขั้นที่ 3

*“การพัฒนาที่ละลำดับขั้นด้วยความเข้าใจ
จะนำไปสู่การสร้างที่ยั่งยืนขององค์กร”*

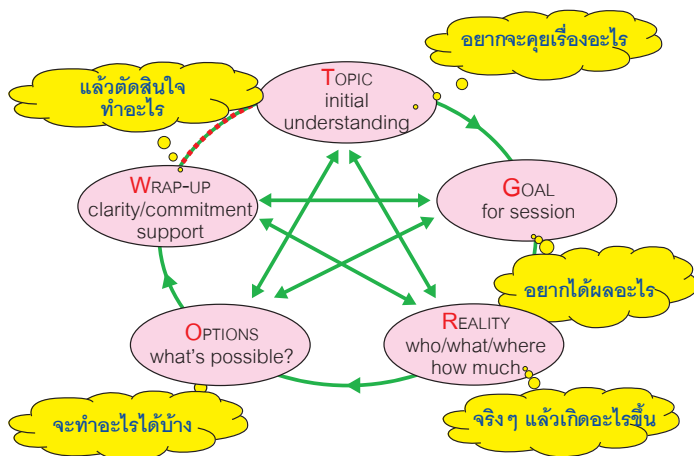
พื้นที่ 4 วง 6 เส้นทาง 8 การตามรอย



- **4 วง** คือการชี้ให้เห็นพื้นที่ของการพัฒนาคุณภาพในองค์กร (หน่วยงาน กลุ่มผู้ป่วย ระบบงาน และทั้งองค์กร) ที่ควรพัฒนาทั้ง 4 พื้นที่ไปพร้อมๆ กัน และมีวิธีการจัดการที่ชาญฉลาดในพื้นที่ที่ทับซ้อนกัน
- **6 เส้นทาง** คือ roadmap การพัฒนาคุณภาพสำหรับพื้นที่ทั้ง 4 ซึ่งแต่ละพื้นที่มีลักษณะและจุดเน้นเฉพาะ สำหรับกลุ่มผู้ป่วยจะพิจารณาทั้งในเชิงของระบบความปลอดภัย และการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม และในส่วนขององค์กรนั้นจะพิจารณาการบริหารยุทธศาสตร์และการประเมินตนเองในภาพรวม
- **8 การตามรอย** คือเครื่องมือที่จะส่งเสริมการพัฒนาใน 6 เส้นทางข้างต้น โดยเน้นการเข้าไปดูในพื้นที่จริง รับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นจริงและปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น เพื่อนำมาร่วมกันพัฒนาต่อเนื่อง
- **การตามรอยเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย** อาจจะตามรอยจากอุบัติเหตุการณ์ที่เคยเกิด ว่ามีระบบปฏิบัติที่ป้องกันการเกิดซ้ำได้ดีเพียงใด และตามรอยการปฏิบัติตามแนวทางใน Patient Safety Goals
- **การตามรอยการดูแลผู้ป่วย** อาจจะเป็นการตามรอยกลุ่มผู้ป่วยด้วยเครื่องมือ Clinical Tracer ซึ่งเป็นการดูทั้งข้อมูลในภาพรวมและการดูการปฏิบัติในสถานที่จริง หรือเป็นการตามรอยการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย (Individual Patient Tracer)

*“การพัฒนาคุณภาพควรทำครอบคลุมทุกพื้นที่
และติดตามกระบวนการพัฒนาด้วยการเรียนรู้
ผ่านการตามรอยอย่างกัลยาณมิตร”*

GROW Model



GROW model คือโมเดลของการโค้ช ซึ่งคนทำงานคุณภาพควรมีทักษะนี้ การโค้ชคือศิลปะในการช่วยให้ผู้อื่นมีผลงานที่ดีขึ้น โดยที่ผู้ถูกโค้ชมีความสามารถที่จะคิดด้วยตนเอง โค้ชต้องไม่คิดว่าตัวเองมีคำตอบที่ถูกต้อง แต่ช่วยให้ผู้ถูกโค้ชสำรวจตรวจสอบ ทำความเข้าใจ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่ดีกว่า การถามเป็นทักษะสำคัญของโค้ช การถามที่มีเป้าหมายและลำดับขั้นที่ชัดเจน ช่วยให้การโค้ชประสบผลสำเร็จได้ดียิ่งขึ้น จึงเป็นที่มาของ GROW model

Topic กำหนดเรื่องราวที่จะคุยร่วมกันอย่างชัดเจน เพื่อทำความเข้าใจร่วมกัน โดยการตั้งคำถามว่า “เราจะคุยกันเรื่องอะไร”

Goal กำหนดเป้าหมายของการพูดคุยร่วมกัน ด้วยคำถาม “อยากเห็นผลลัพธ์อะไร”

Reality ตั้งคำถามเพื่อค้นหาความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในประเด็นต่างๆ ไม่ว่าจะ เป็นใคร ทำอะไร ที่ไหน อย่างไร เพื่อถามถึงความเป็นจริงว่า “จริงๆ แล้วเกิดอะไรขึ้น”

Option เป็นการตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นให้ทีมเกิดความคิดสร้างสรรค์หลังทราบข้อเท็จจริง โดยใช้คำถามว่า “เราจะทำอะไรได้บ้าง”

Wrap up เป็นการสรุปข้อมูลเพื่อการขับเคลื่อน ความช่วยเหลือ และการยืนยัน ด้วยคำถามว่า “แล้วตัดสินใจจะทำอย่างไรต่อไป”

“การโค้ช ไม่ใช่การสอนหรือการสั่ง แต่ทำให้ผู้ถูกโค้ชแสดงพลังและค้นหาศักยภาพในการตัดสินใจ และขับเคลื่อนได้ด้วยตัวเอง”

หมวด 6 สี



หมวด 6 สี

เครื่องมือทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ
 ทำให้กลุ่มคิดด้วยอารมณ์เดียวกัน
 ในแต่ละขณะ มีความสมดุลในการคิด
 ทั้งด้านบวกและด้านลบ และปรับด้านลบ
 มาเป็นด้านบวก

Edward de Bono เป็นผู้เสนอว่าความคิดของคนเรานั้นอาจเปรียบเสมือนการใส่หมวกสีต่างๆ 6 สี การเปรียบเทียบความคิดกับการใส่หมวกทำให้เราสามารถเปลี่ยนวิธีการคิดได้ เหมือนกับการเปลี่ยนหมวกทำให้ไม่เกิดการเสียหน้าหากจะขอร้องให้มีการเปลี่ยนหมวกสีในที่ประชุม

หมวกสีทำให้ความคิดที่เป็นคู่ตรงข้ามมีโอกาสแสดงออกอย่างสมดุลและสันติ แดง-ขาว คือคู่ของอารมณ์และเหตุผล/ข้อเท็จจริง ดำ-เหลือง คือคู่ของความคิดลบและความคิดบวก

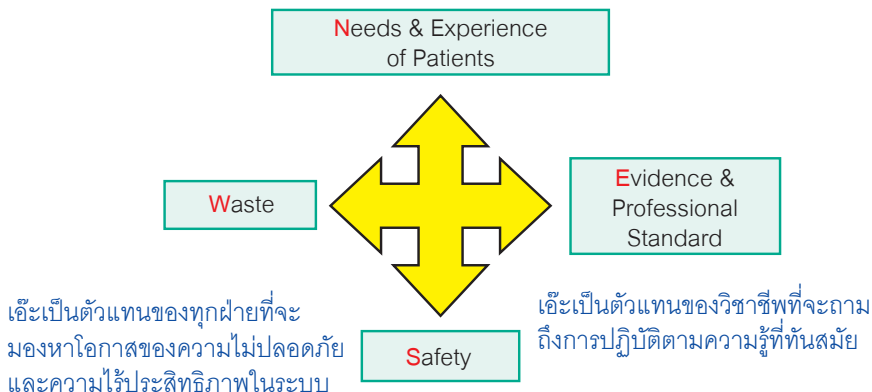
การสรุปผลต่อที่ประชุมว่ามีการใช้หมวกสีประเภทใดมากในการประชุม จะทำให้ที่ประชุมพยายามลดการใช้หมวกสีที่ไม่เหมาะสมลง เช่น สีแดง สีดำ และพยายามใช้หมวกสีขาว สีเหลือง สีเขียว ให้มากขึ้น บางครั้งการใช้หมวกสีดำและสีแดงก็มีประโยชน์ เช่น ใช้หมวกสีดำเพื่อวิเคราะห์แรงต้านต่อการเปลี่ยนแปลง ใช้หมวกสีแดงเพื่อให้ทุกคนได้ระบายความรู้สึก

เราสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการระดมสมอง โดยสมมุติให้แต่ละคนใส่หมวกสีเดียวกันในการมองและร่วมกันแสดงความคิดเห็น เช่น ให้ทุกคนลองใส่หมวกสีดำ เพื่อจะมองค้นหาปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ที่มีโอกาสเกิดขึ้น เราจะระดมสมองได้ปัญหาอุปสรรคมากมาย แล้วชวนให้ทุกคนมาใส่หมวกสีเขียวที่เป็นการชวนให้คิดสร้างสรรค์ว่าเราจะแก้ปัญหา หรือเราจะขับเคลื่อนเรื่องต่างๆ ได้อย่างไรด้วยความคิดที่สร้างสรรค์ การใช้หมวกแต่ละสีในการมองร่วมกัน ทำให้เรามองเรื่องราวต่างๆ อย่างรอบด้านมากขึ้น

“หากเราถอดตัวตนเราได้เหมือนถอดหมวก เราจะเห็นสิ่งต่าง ๆ ในโลกอีกมากมาย”

Safety Awareness

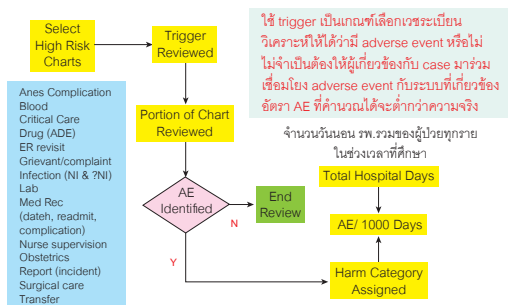
เอ๊ะเป็นตัวแทนผู้ป่วยที่จะถามถึงความต้องการของพวกเขา



เราสามารถฝึกการกำหนดรู้คุณภาพและความปลอดภัยในทุกลมหายใจของการดูแลผู้ป่วย ด้วยการตั้งคำถามเอ๊ะในทุกทิศทาง (NEWS)

- **N**eed & Experience of Patients ฝึกตั้งคำถามเอ๊ะโดยเป็นตัวแทนของผู้ป่วยถามถึงความต้องการของผู้ป่วยหรือประสบการณ์ที่ผู้ป่วยเคยได้รับ เช่น ถ้าเราเป็นผู้ป่วยที่จะผ่าตัดเราต้องการทราบข้อมูลอะไร หรือจากประสบการณ์การผ่าตัดครั้งที่ผ่านมาผู้ป่วยมีความไม่สบายใจหรือมีความกังวลในเรื่องใด ซึ่งการเอ๊ะโดยเป็นตัวแทนของผู้ป่วยจะทำให้เราค้นหาความเสี่ยงในมุมมองที่ผู้ป่วยคำนึงถึงและเพิ่มความระมัดระวังด้วยความเข้าใจและใส่ใจ
- **E**vidence & Professional Standard ฝึกตั้งคำถามเอ๊ะโดยเป็นตัวแทนของวิชาชีพที่จะถามถึงการปฏิบัติตามความรู้ที่ทันสมัย เช่น เราสืบค้นสาเหตุของโรคด้วยวิธีการที่ครบถ้วนเพียงพอหรือยัง หรือมีวิธีการอื่นที่มีการศึกษายืนยันว่าจำเป็นและเกิดประโยชน์ ซึ่งการเอ๊ะโดยเป็นตัวแทนวิชาชีพทำให้เราได้ป้องกันความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้จากดูแลคนไข้ซึ่งอาจมีจำนวนมากด้วยความเคยชินจนอาจละเลยความก้าวหน้าทางวิชาการและแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานใหม่ ๆ
- **W**aste และ **S**afety ฝึกตั้งคำถามเอ๊ะโดยเป็นตัวแทนของทุกฝ่ายที่จะถามถึงความสูญเปล่า (waste) หรือมองหาโอกาสความไม่ปลอดภัย ซึ่งอาจพบร่วมกันหรือไม่ก็ได้ เช่น delayed & wrong diagnosis ผู้ป่วยรายนี้มีโอกาสวินิจฉัยล่าช้าหรือวินิจฉัยคลาดเคลื่อนหรือไม่ อย่างไร error & adverse event ผู้ป่วยรายนี้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือความคลาดเคลื่อนทางการรักษาอะไร เป็นต้น

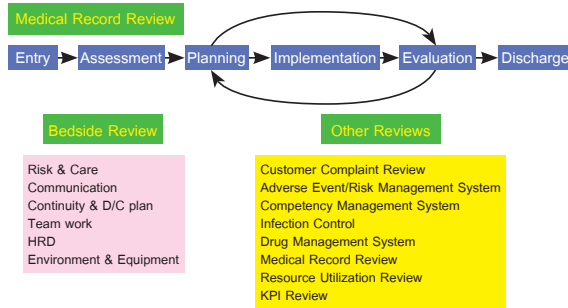
Trigger Tool



ข้อคิดเกี่ยวกับการใช้ Trigger Tool

- Trigger คือ **ตัวส่งสัญญาณแต่เห็น ๆ** เพื่อให้เกิดการทบทวนตรวจสอบ และพิจารณาว่ามีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นหรือไม่
- เป้าหมายของการใช้ Trigger Tool คือการนำเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มา **เรียนรู้ เพื่อป้องกันมิให้เกิดซ้ำ** จึงเป็นเครื่องมือที่ใช้ควบคู่กับ RCA และ process design
- สิ่งที่จะมาเป็น Trigger ให้เราตระหนักถึงเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มีอยู่รอบตัว ถ้าเรามีความไวพอ เราจะรับรู้และใช้ประโยชน์ในการป้องกัน นี่คือ **concurrent Trigger Tool** เห็นอะไรที่ผิดปกติ ผิดตา กัดกั๊ก รับรู้ และจัดการโดยทันที
- ข้อมูลและเหตุการณ์ทุกอย่างในการดูแลผู้ป่วย ถูกบันทึกไว้ในเวชระเบียน **เวชระเบียน จึงเป็นขุมทรัพย์สำหรับการเรียนรู้** จากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และ Trigger Tool เป็นเครื่องมือที่จะช่วยค้นหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้ง่ายขึ้น โดยใช้เป็นตัวช่วยคัดเลือกเวชระเบียนมาทบทวน หรือช่วยตัดสินใจว่าเวชระเบียนฉบับนี้จะมีโอกาสพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือไม่
- **การตัดสินใจ**ว่ามีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นหรือไม่ ใช้หลักพิจารณาว่าสิ่งนั้นเกิดจากกระบวนการธรรมชาติของโรคนั้นหรือไม่ (ถ้าใช่ก็ไม่ใช่ AE) หรือมี intervention ใดที่รับรู้กันว่าหากนำมาใช้อย่างเหมาะสมถูกเวลาแล้ว จะป้องกันเหตุการณ์ดังกล่าวได้ (ถ้ามีแล้วไม่ได้ทำก็เป็น AE เช่นกัน)
- **การบันทึกข้อมูลลงใน timeline** จะช่วยให้พิจารณาลำดับการเกิดเหตุการณ์ การรับรู้ข้อมูล และความสัมพันธ์ต่างๆ ได้ง่ายขึ้น
- การเลือกใช้ Trigger ที่กำหนดในระดับประเทศ ทำให้สามารถ **เปรียบเทียบข้อมูล** อัตราการเกิด AE ระหว่างสถานพยาบาลได้ ขณะที่การเลือก Trigger ที่ระดับหน่วยงานและองค์กร ทำให้เกิดความคล่องตัวและเลือก Trigger ที่มีความไวเพิ่มขึ้น
- การคำนวณอัตราการเกิด AE ต่อพันวันนอน จะช่วยให้เห็น **แนวโน้ม performance** ของตนเอง

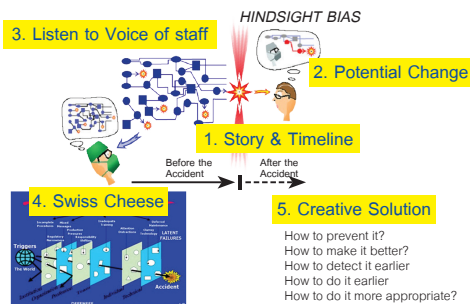
กิจกรรมทบทวน



- การทบทวนคุณภาพ**เปรียบเสมือนการส่องกระจก** ยิ่งส่องบ่อยก็ยิ่งปรับปรุงตัวเองได้มาก
- **วิธีการทบทวนต่าง ๆ** ที่มีมากมาย เปรียบเสมือนการมีเครื่องมือจับปลาหลายประเภท อยู่ที่ว่าจะเลือกใช้อย่างไรให้เหมาะสมกับสถานการณ์
- การทบทวนจะทำได้บ่อย หาก**ไม่สร้างเงื่อนไขที่ยุ้งยาก** เช่น เงื่อนไขว่าต้องมีคนนั้นคนนี้ เงื่อนไขว่าต้องบันทึกอย่างนั้นอย่างนี้ เพราะหัวใจของการทบทวนคือการฝังชิปเข้าไปในมวลสมาชิกว่า “การทบทวนคือการเรียนรู้และพัฒนาตนเองของทุกคน เป็นประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับทุกคน เป็นเสมือนภูมิคุ้มกันสำหรับทุกคน”
- กิจกรรมทบทวนคุณภาพคือการหาโอกาสพัฒนาเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยจากเหตุการณ์จริง **การทบทวนที่ดี ควรตั้งคำถามต่อไปนี้เสมอ ๆ**
 1. การออกแบบระบบเพื่อป้องกันความผิดพลาด: ปრაการป้องกันที่มีอยู่เพียงพอต่อการป้องกันโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนได้ดีเพียงใด?
 2. ออกแบบวิธีปฏิบัติให้สามารถเห็นความผิดพลาด: ระบบการติดตาม การควบคุมที่มีอยู่สามารถที่จะตรวจพบความคลาดเคลื่อนได้หรือไม่?
 3. การบรรเทาผลของความผิดพลาดนั้น: มีระบบหรือกิจกรรมอะไรที่สามารถหรือบรรเทาความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น?
- การทบทวนมีได้หลายรูปแบบ เช่น การทบทวนข้างเตียงที่สามารถทำได้เป็นประจำทุกวัน การทบทวนเวชระเบียนซึ่งเป็นการทบทวนที่เห็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยตลอดเส้นทางตั้งแต่เข้าถึงโรงพยาบาลจนกลับบ้าน กิจกรรมทบทวนนับเป็นกิจกรรมขั้นต้นเกี่ยวกับเรื่อง patient safety ที่ง่ายทำได้เลยกับทุกคนและทุกที่ในงานที่ทำ สอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาคุณภาพขั้นที่ 1 “ทำงานประจำให้ดี มีอะไรให้คุยกัน ชยันทบทวน”

“ทำให้การทบทวนเป็นเรื่องปกติประจำ ทำได้ง่าย ๆ”

Culture of Learning from Mistake



วัฒนธรรมการเรียนรู้ที่สำคัญคือการเรียนรู้จากข้อผิดพลาดเพื่อนำมาปรับเปลี่ยนและพัฒนากระบวนการหรือกลไก สู่การออกแบบระบบที่รัดกุม เพื่อป้องกันหรือบรรเทาความรุนแรงจากความผิดพลาดนั้น ความสามารถในการเรียนรู้จากความผิดพลาดในงานประจำจึงเป็นสิ่งที่น่าพัฒนาให้เกิดขึ้น จนเป็น Learning Culture เราสามารถพัฒนากระบวนการเรียนรู้จากความผิดพลาดให้อยู่ในชีวิตประจำวันได้ดังนี้

1. **เล่าเรื่องราว หรือใช้บันทึกเหตุการณ์ตามลำดับเวลา** เป็นการตั้งต้นเรียนรู้ เพื่อให้สามารถพิจารณาความสัมพันธ์ของเหตุการณ์และการรับรู้ข้อมูลว่าอะไรเกิดก่อน อะไรเกิดหลัง มีช่วงเวลาห่างกันเท่าไร
2. การมองย้อนหลัง พิจารณาว่า**จุดที่มีโอกาสเปลี่ยนแปลง**การตัดสินใจหรือการกระทำซึ่งอาจมีผลทำให้เหตุการณ์เปลี่ยนแปลงไปมีอะไรบ้าง พิจารณาด้วยใจที่เป็นกลาง ไม่กล่าวโทษหรือตำหนิผู้เกี่ยวข้อง
3. **รับฟังข้อมูลจากผู้ที่เกี่ยวข้อง** ด้วยบรรยากาศที่ผู้บอกเล่ารู้สึกปลอดภัย เพื่อรับรู้ สถานการณ์ ความรู้สึก ข้อจำกัด และการต้องการความช่วยเหลือ เพื่อมองปัญหารอบด้านด้วยความเข้าใจ
4. พิจารณา**ปราการป้องกันเหตุการณ์**ไม่พึงประสงค์ที่มีการกำหนดไว้ และรอยโหว่ที่เกิดขึ้นในปราการดังกล่าว โดยเน้นปราการที่เกี่ยวข้องกับจุดที่มีโอกาสเปลี่ยนแปลงเป็นสำคัญ เช่น นโยบายและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน การสื่อสารระบบสัญญาณเตือน หรือระบบการขอคำปรึกษาเป็นต้น
5. สร้าง **creative solution** ด้วยคำถามทำอย่างไร เพื่อป้องกันปัญหา ทำให้ดีขึ้น ตรวจสอบได้เร็วขึ้น ลดความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้น จะทำให้เห็นโอกาสพัฒนาด้วยความเข้าใจ

“บรรยากาศของความไวใจ เชื่อใจ เชื่อมั่นโดยมีพื้นฐานแห่งความรัก มีความสำคัญในการสร้าง Learning Culture ในองค์กร”

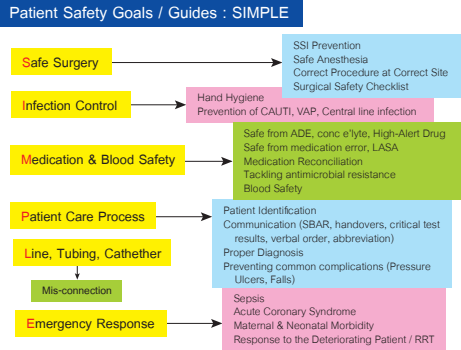
Just Culture

Normal Error	At-Risk Behavior	Reckless Behavior
<i>Inadvertent action: slip, lapse, mistake</i>	<i>A choice: risk not recognized or believed just lied</i>	<i>Conscious disregard of unreasonable risk</i>
Manage through changes in: <ul style="list-style-type: none"> ● Processes ● Procedures ● Training ● Design ● Environment 	Manage through: <ul style="list-style-type: none"> ● Removing incentives for At-Risk Behaviors ● Creating incentives for healthy behaviors ● Increasing situational awareness 	Manage through: <ul style="list-style-type: none"> ● Remedial action ● Punitive action
Support	Coach	Sanction

- Just culture หมายถึงบรรยากาศของความไว้วางใจที่ผู้คนได้รับการส่งเสริมหรือได้รับรางวัลในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความปลอดภัย โดยมีความชัดเจนในเส้นแบ่งระหว่างพฤติกรรมที่ยอมรับได้กับพฤติกรรมที่ยอมรับไม่ได้
- การสร้าง just culture คือการตอบสนองของผู้บริหารที่สอดคล้องกับพฤติกรรมของบุคคลเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขึ้น โดยไม่ขึ้นกับความรุนแรงของอันตรายที่เกิดขึ้น
- กรณีที่เกิดจากความผิดพลาด (error) สิ่งที่ผู้บริหารควรทำคือการปลอบขวัญให้กำลังใจ และมุ่งไปสู่การจัดการกับระบบงานเพื่อป้องกัน เช่น ปรับปรุงกระบวนการฝึกอบรม ออกแบบ จัดสิ่งแวดล้อม
- กรณีที่เกิดจากพฤติกรรมสุ่มเสี่ยง (at-risk behavior) สิ่งที่ผู้บริหารควรทำคือการโค้ชเพื่อให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดแรงจูงใจที่จะกระทำ เพิ่มแรงจูงใจที่จะไม่ทำ เพิ่มความตระหนักในสถานการณ์
- กรณีที่เกิดจากความสะเพร่า ประมาท เลินเล่อ (reckless behavior) สิ่งที่ผู้บริหารควรทำคือการดำเนินการทางวินัย

“ความเข้าใจ Just Culture จะทำให้ผู้บริหารจัดการกับพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดปัญหาได้อย่างเหมาะสม เป็นธรรมชาติเกิดบรรยากาศของความไว้วางใจ”

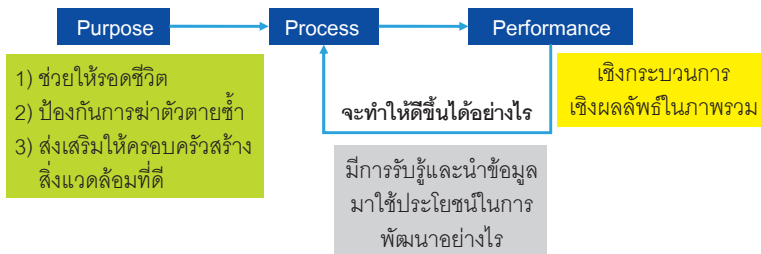
Patient Safety Goals



- Patient Safety Goals – PSG เป็นเป้าหมายความปลอดภัยที่เชิญชวนให้พิจารณา **นำไปปฏิบัติอย่างจริงจัง ควบคู่กับการติดตามผล**
- PSG ที่ สรพ.จัดทำขึ้น ได้มาจากการทบทวนประเด็นความปลอดภัยที่สำคัญ การศึกษาหลักฐานทางวิชาการและแนวทางปฏิบัติ การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ สรุปเป็นแนวทางที่ง่ายต่อการปฏิบัติ
- ณ วันนี้ ไม่ควรมีคำถามว่าจะต้องทำอะไรเรื่อง ทำเรื่องใดบ้าง **คำตอบที่สังคมคาดหวังคือทุกเรื่อง**ที่โรงพยาบาลมีโอกาสเกี่ยวข้อง ควรให้หลักประกันความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ
- การนำ Patient Safety Goals ไปสู่การปฏิบัติ อาจทำได้ผ่านวิธีการต่างๆ คือ
 1. gap analysis วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างสิ่งที่อยู่ในข้อแนะนำและสิ่งที่ปฏิบัติจริง แล้วพยายามลดความแตกต่างดังกล่าว
 2. ใช้การตามรอยเพื่อดูการปฏิบัติจริงในพื้นที่อย่างสม่ำเสมอ
 3. ใช้แนวคิด Human Factor Engineering เพื่อออกแบบระบบให้สะดวกต่อการปฏิบัติ
 4. ใช้การวิจัยจากงานประจำ (R2R) เพื่อให้เข้าใจสภาพปัญหาในการปฏิบัติ
- โรงพยาบาลสามารถแสดงถึงการนำ SIMPLE ไปสู่การปฏิบัติอย่างจริงจังได้ดังนี้
 1. สรุปแนวทางปฏิบัติที่ดีหรือเคล็ดลับของการนำ SIMPLE ไปสู่การปฏิบัติอย่างได้ผล
 2. นำเสนอตัวชี้วัดที่แสดงถึงกระบวนการ (การปฏิบัติตามแนวทางที่แนะนำ) หรือผลลัพธ์ (การลดลงของปัญหา) ถ้าสามารถทำได้
 3. นำเสนอผลการทำวิจัยหรือ R2R ในกรณีนี้ที่เห็นว่ายังต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับสถานการณ์ของปัญหา สาเหตุของปัญหา หรือการประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

การตามรอยอย่างเรียบง่าย

ER: การวินิจฉัย, การล้างท้อง, การใช้ antidote
 ICU: เฝ้ารอให้ปลอดภัย, การใช้เครื่องช่วยหายใจ
 หอผู้ป่วย: การเฝ้ารอฆ่าตัวตายซ้ำ, การให้คำปรึกษา,
 การนำครอบครัวมาร่วมวางแผน



● ที่มาของแนวคิดเรื่องการตามรอย

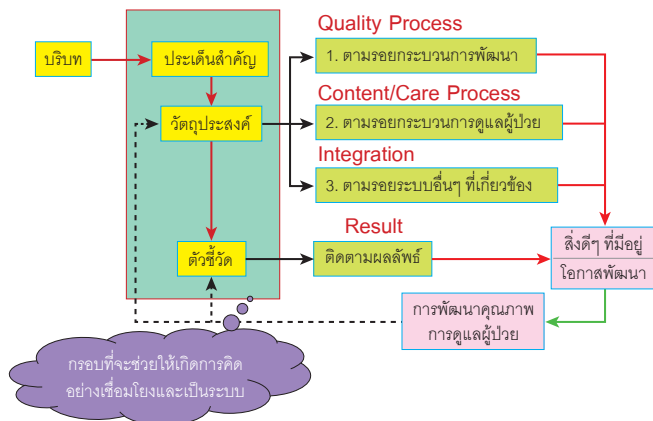
(1) ในการเยี่ยมสำรวจ จะเห็นรูปธรรมของคุณภาพได้ชัดเจน เมื่อมีตัวเดินเรื่อง ซึ่งอาจจะเป็น โรค หัตถการ สิ่งของ หรือปัญหา (2) การตามรอยทำให้เห็นสภาพแวดล้อม ความเป็นไปได้ ข้อจำกัด ความเข้าใจ ความรู้สึกของผู้คน และการปฏิบัติจริง (3) การพัฒนาคุณภาพที่ได้ผลเต็มที่ได้คือการนำเครื่องมือและแนวคิดคุณภาพที่หลากหลายมาใช้พร้อมๆ กันกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง

● การตามรอยอย่างเรียบง่าย คือการใช้หลัก 3P ได้แก่ พิจารณาเป้าหมายของเรื่องที่จะตามรอย การเข้าไปดูในพื้นที่จริงเพื่อให้เห็นการปฏิบัติในขั้นตอนสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมาย รับรู้ผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้น และติดตามว่ามีการนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาอย่างไร

● ประโยชน์ของการตามรอย ได้แก่ (1) เป็นรูปธรรมที่เห็นชัดเจน (2) เชิญชวนผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเข้ามาร่วม (3) ตามรอยคุณภาพได้ทุกองค์ประกอบ (4) นำไปสู่ CQI กระตุ้นให้ใช้เครื่องมือคุณภาพที่หลากหลาย (5) การตามรอยแต่ละกลุ่มผู้ป่วย ช่วยเสริมมุมมองที่แตกต่างกัน ทำให้มองเห็นระบบในภาพรวมได้สมบูรณ์ขึ้น (6) นำ core values & concepts ที่สำคัญมาใช้อย่างเป็นธรรมชาติ โดยเฉพาะ patient focus, management by fact, focus on result, evidence-based

“หัวใจสำคัญของการตามรอยอยู่ที่การกัดไม่ปล่อย
 กัดไม่ปล่อยจนกว่า จะเห็นองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องทั้งหมด
 จะเห็นทางออกใหม่ ๆ ที่สร้างสรรค์ และเห็นผลลัพธ์ของการเปลี่ยนแปลง”

Clinical Tracer

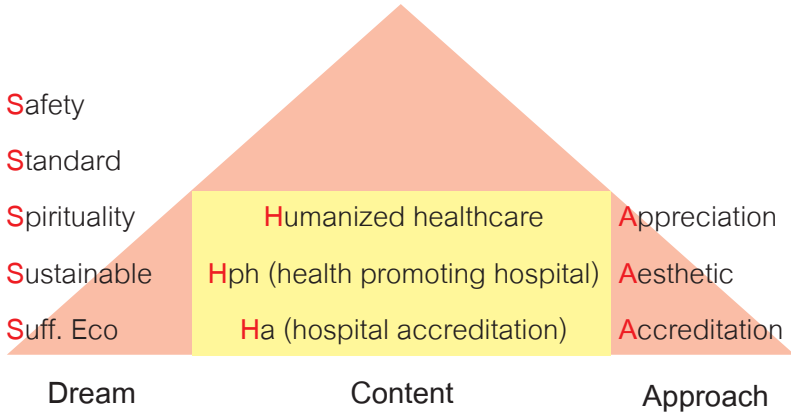


ข้อคิดเกี่ยวกับการตามรอยทางคลินิก

- หัวใจสำคัญของการตามรอย คือ **การเข้าไปดูในสถานที่จริง** การรับฟังปัญหาจากหน้างาน และการสังเกตการปฏิบัติงานจริงทั้งส่วนที่เป็นของดีและโอกาสพัฒนา
- **ความผิดพลาดที่ใหญ่หลวง** คือ การมุ่งแต่จะเขียนรายงานการตามรอยส่ง สรพ.
- **การตามรอยอย่างง่ายคือการใช้หลัก 3P:** Purpose การดูแลโรคนี้มีเป้าหมายอะไร Process ขั้นตอนสำคัญมีอะไรบ้าง แต่ละขั้นตอนมีประเด็นคุณภาพและความเสี่ยงอะไร เราทำอย่างไรกับประเด็นเหล่านั้น Performance ผลลัพธ์การดูแลเป็นอย่างไร สอดคล้องกับเป้าหมายหรือไม่ ใช้อะไรเป็นตัวบอก
- ขยายความ**การตามรอยกระบวนการ**ให้ลึกซึ้งขึ้นโดยพิจารณาเป็นสามส่วน (1) ตามรอยกระบวนการดูแล (2) ตามรอยระบบงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแล (3) ตามรอยการใช้เครื่องมือต่างๆ ในการพัฒนา
- **การตามรอยกระบวนการดูแล** ควรดู (1) ออกแบบดีหรือไม่ (2) ปฏิบัติได้ตามที่ออกแบบไว้หรือไม่ (3) มีระบบ monitor ที่ดีหรือไม่ (4) การสื่อสารและส่งมอบระหว่างจุดบริการเป็นอย่างไร
- **การตามรอยกระบวนการพัฒนา** อาจใช้แนวคิดและเครื่องมือคุณภาพต่างๆ หรือใช้ core values ของ HA มาพิจารณา
- **การตามรอยผลลัพธ์** อาจใช้มิติคุณภาพต่างๆ มาพิจารณา
- **เอกสารเกี่ยวกับการตามรอย** (1) บันทึกทุกอย่างที่ได้พบเก็บไว้ใช้ประโยชน์เอง (2) สรุปส่วนที่เป็นประเด็นสำคัญเพื่อสื่อสารให้ สรพ.รับทราบตามประเด็นหลักใน 3P

Spiritual Healthcare Appreciation (SHA)

SHA การพัฒนาสู่ความยั่งยืน



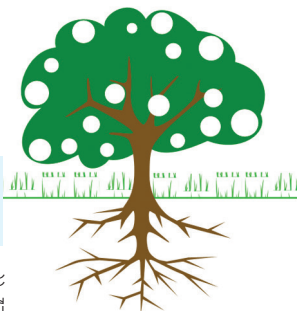
- **SHA** เริ่มต้นจากการทำงานเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาล และเห็นความสำคัญของการใช้มิติด้านจิตวิญญาณเพื่อการเยียวยาและเสริมพลังผู้ป่วย
- **S** ใน SHA เริ่มต้นเป็นอักษรย่อของ Sustainable ต่อมาเปลี่ยนเป็นอักษรย่อของ Spiritual
- **S** คือการรวม**ภาพฝันของโรงพยาบาลที่ดี** คือ มีความปลอดภัย (safety) มีมาตรฐาน (standard) มีการนำมิติด้านจิตวิญญาณมาใช้ในการทำงานและดูแลผู้ป่วย (spirituality) มีการประยุกต์ใช้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง (sufficiency economy) และมีความยั่งยืน (sustainable)
- **H** คือเนื้อหาที่ใช้ในการขับเคลื่อน ได้แก่ มาตรฐาน Hospital Accreditation และมาตรฐาน Health Promoting Hospital แถมด้วยแนวคิด Humanized Healthcare
- **A** คือ approach ที่ใช้ขับเคลื่อน มี appreciation เป็นตัวนำ เสริมด้วย aesthetic และ accreditation
- การส่งเสริมการนำมิติด้านจิตวิญญาณเข้ามาในระบบบริการสุขภาพ อาจทำได้โดย (1) ผังแนวทางการปฏิบัติบางเรื่องเข้าไป**ในระบบงาน** (2) ส่งเสริมการใช้ **mindfulness & peacefulness** ในการดูแลผู้ป่วย (3) ส่งเสริม**พัฒนาการด้านปัญญา**ที่รู้เท่าทัน ตระหนักในคุณค่าและความหมายของชีวิตและสรรพสิ่ง

“SHA เปรียบเสมือนกลไกสำคัญที่ใช้มิติทางจิตใจ ผสมผสานเข้ามาหล่อหลอมให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพ อย่างดีงามและมีความสุข”

Advanced HA

Empowerment
Evaluation

มีลำดับที่แข็งแกร่ง ดูกทีมผู้บริหารและ
ผู้ปฏิบัติงานที่ได้รับการเสริมพลังให้มี
ความสามารถในการประเมินตนเอง
และกำหนดประเด็นการพัฒนาดตนเอง



Broad root

มีรากที่แผ่ขยายกว้างขวางสำหรับหน้าและปยุ
คือ Extended Evaluation Guide
ที่ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติ
และประเมินตนเองเพื่อหาโอกาสพัฒนา

Fruitful
Higher maturity
Higher score
EI³O

ดอกผลอันอุดมสมบูรณ์
ดูจัดระบบคุณภาพที่มี maturity สูง
และผลการดำเนินการที่ดีในทุกด้าน

การรับรอง Advanced HA (A-HA) หรือการรับรอง HA ขั้นก้าวหน้า คือการรับรอง
กระบวนการคุณภาพของสถานพยาบาล**ในลักษณะการต่อยอด** มีระบบงานและผลลัพธ์ที่
เหนือชั้น และทีมงานมีความสามารถในการขับเคลื่อนการพัฒนาด้วยตนเอง ทำให้เป็นองค์กร
แห่งการเรียนรู้ องค์กรที่น่าไว้วางใจ และองค์กรที่มีผลงานดี

A-HA เปรียบเหมือน**ต้นไม้อันแข็งแรงสมบูรณ์** (1) มีรากที่แผ่ขยายกว้างขวาง
สำหรับหน้าและปยุ คือ Extended Evaluation Guide ที่เป็นแนวทางในการปฏิบัติและ
หาโอกาสพัฒนา (2) มี**ลำดับที่แข็งแกร่ง** คือทีมงานของโรงพยาบาลที่ได้รับการเสริมพลังให้มี
ความสามารถในการกำหนดประเด็นพัฒนาด้วยตนเอง (3) มี**ดอกผลอันอุดมสมบูรณ์** ดูระบบ
คุณภาพที่มี maturity สูง และผลการดำเนินการที่ดีในทุกด้าน

สาระที่สำคัญของการต่อยอดคือ (1) การมุ่งเน้นการประเมินในระดับ **performance**
เพิ่มเติมจากการประเมิน process คือการถามว่าทำได้ดีเพียงใด ควบคู่กับการถามว่าทำ
อย่างไร (2) การ**บูรณาการ**แผนงาน กระบวนการ ระบบข้อมูลข่าวสาร (3) **ผลลัพธ์**ที่ดีเยี่ยม
หรือมีแนวโน้มสูงขึ้นจากค่าเฉลี่ย (4) การนำ **HA core values** มาใช้จนเห็นผล

**โรงพยาบาลที่ควรจะใช้มาตรฐานและแนวคิดของ A-HA คือทุกโรงพยาบาลที่
ผ่านการรับรอง HA แล้ว** เพราะจะช่วยให้โรงพยาบาลมีผลการดำเนินการที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง
เนื่อง สำหรับการขอรับรอง A-HA นั้นมีเงื่อนไขพื้นฐานว่าโรงพยาบาลจะต้องเคยได้รับการ
รับรอง HA มาก่อน หรือเคยได้รับรับรองจากโปรแกรมที่ ISQua รับรอง แต่ที่สำคัญกว่านั้น
คือความมุ่งมั่นที่จะนำองค์กรสู่ความเป็นเลิศ และความพร้อมของโรงพยาบาลที่มีวัฒนธรรม
และโครงสร้างของการพัฒนาและเรียนรู้ มีการติดตาม performance ของระบบงานต่างๆ และ
การดูแลผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ อย่างต่อเนื่อง