

รายงานการศึกษา ฝึกรอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย ในประเทศ
(ระยะสั้นไม่เกิน ๙๐ วัน และ ระยะยาวตั้งแต่ ๙๐ วันขึ้นไป)

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อ - นามสกุล...นางนงนุช ประยูรหงษ์.....
อายุ.....๔๘.....ปี การศึกษา...พยาบาลศาสตรบัณฑิต.....
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน...สาขาเวชปฏิบัติวิกฤตทารกแรกเกิด.....

๑.๒ ตำแหน่ง.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....
หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ)...ปฏิบัติหน้าที่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยพิเศษ ๒๑ ดูแลผู้ป่วยด้านศัลยกรรม
กระดูก, จักษุ, โสต, ศอ, นาสสิก, อายุรกรรมและศัลยกรรม.....

๒.๑ ชื่อ - นามสกุล...นางสาวกาญจนา รักษาไทย.....
อายุ.....๔๗.....ปี การศึกษา...พยาบาลศาสตรบัณฑิต.....
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน.....จักษุ.....

๒.๒ ตำแหน่ง.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....
หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ)...ปฏิบัติหน้าที่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ๑๖ ดูแลผู้ป่วยชาย
อายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไป ที่มีการเจ็บป่วยทางอายุรกรรม.....

๑.๓ ชื่อเรื่อง / หลักสูตร...HA ๒๐๑๑ รุ่นที่ ๓ HA พื้นฐานสำหรับการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล (Zoom)
สาขา.....
เพื่อ ศึกษา ฝึกรอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย
งบประมาณ เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาล
 ทุนส่วนตัว
จำนวนเงิน.....๓,๐๐๐.....บาท
ระหว่างวันที่ ๓๑ สิงหาคม-๒ กันยายน ๒๕๖๕ สถานที่ รูปแบบการอบรมออนไลน์ผ่านโปรแกรม Zoom
คุณวุฒิ / วุฒิบัตรที่ได้รับ.....ประกาศนียบัตร.....

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกรอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย
(โปรดให้ข้อมูลในเชิงวิชาการ)

๒.๑ วัตถุประสงค์

๒.๑.๑ เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมเข้าใจแนวคิดการพัฒนาคุณภาพ และนำสู่การปฏิบัติในงานประจำได้

๒.๑.๒ เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมเข้าใจและสามารถใช้หลักคิดและเครื่องมือพื้นฐานการพัฒนาคุณภาพ

๒.๑.๓ เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีทัศนคติที่ดีในการทำงานให้มีคุณภาพ

๒.๒. เนื้อหา

แนวคิดการพัฒนาคุณภาพ HA & Quality Concepts

นิยามคุณภาพของ WHO หมายถึง ระดับบริการสุขภาพสำหรับบุคคลและประชากร ที่จะเพิ่มความเป็นไปได้ของผลลัพธ์สุขภาพที่พึงประสงค์ และสอดคล้องกับความรู้ของวิชาชีพซึ่งเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป

บริการสุขภาพที่มีคุณภาพควรมีลักษณะดังนี้

- Effective ให้บริการสุขภาพบนฐานความรู้เชิงประจักษ์
- Safe หลีกเลี่ยงอันตรายต่อผู้รับบริการ
- People-centred ตอบสนองความพึงพอใจ/ความต้องการ/คุณค่าของบุคคล เพื่อให้เห็นประโยชน์ของบริการสุขภาพที่มีคุณภาพยิ่งขึ้น บริการสุขภาพจะต้อง
- Timely ลดระยะเวลารอคอย หรือความล่าช้าที่ก่อให้เกิดอันตราย
- Equitable ไม่เลือกเพศ เชื้อชาติ ที่อยู่ สถานะทางเศรษฐกิจสังคม
- Integrated บริการครบถ้วนทุกลักษณะตลอดช่วงชีวิต
- Efficient ใช้ประโยชน์สูงสุดจากทรัพยากรที่มีและหลีกเลี่ยงความสูญเปล่า

คุณภาพคืออะไร

- ไม่มีปัญหา (zero defect)
- ลูกค้า (ผู้รับผลงาน) พอใจ
 - ตอบสนองปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ
 - ตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ
- ได้มาตรฐาน (evidence-base, professional standard)
 - มาตรฐานวิชาชีพ แนวปฏิบัติ หลักฐานข้อมูลวิชาการ
 - กฎระเบียบ คู่มือปฏิบัติงาน
- มีฐานจริยธรรม

HA คืออะไร

โดยความหมาย Hospital Accreditation คือกลไกกระตุ้นให้เกิดการพัฒนากระบวนการภายในของโรงพยาบาล โดยมีการพัฒนาอย่างเป็นระบบ และพัฒนาทั้งองค์กร ทำให้องค์กรเกิดการเรียนรู้ มีการประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง

ปรัชญาของกระบวนการ HA

๑. HA คือกระบวนการเรียนรู้ มีใช้การตรวจสอบ
๒. การเรียนรู้สำคัญเกิดจากการประเมินและพัฒนาตนเองในโรงพยาบาล
๓. เป้าหมายของ HA คือการส่งเสริมให้โรงพยาบาลเกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย
๔. ผู้เยี่ยมสำรวจเป็นผู้แทน สรพ. เป็นแขกรับเชิญของโรงพยาบาล เป็นกัลยาณมิตร มีใช้ผู้พิพากษา มีใช้ผู้ตรวจสอบ
๕. การเยี่ยมสำรวจคือการยืนยันผลการประเมินตนเองของโรงพยาบาลและการกระตุ้นให้เห็นโอกาสพัฒนาในมุมมองที่กว้างขึ้น
๖. ความสำเร็จของการเยี่ยมสำรวจคือความสุขของผู้ได้รับการเยี่ยมสำรวจ แม้ว่าจะยังมีสิ่งที่จะต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
๗. การรับรองคือการให้กำลังใจในการทำความดีและส่งเสริมให้ทำดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีใช้การตัดสินใจ

เครื่องมือคุณภาพ

เครื่องมือคือตัวช่วยให้เราทำงานได้ง่ายขึ้น สะดวกขึ้น ได้ผลดีขึ้น การใช้เครื่องมือให้เกิดประโยชน์ ต้องเข้าใจเป้าหมาย และไม่ตีกรอบแบบ

เครื่องมือสำคัญของ HA คือการทบทวนเพื่อจุดประกายการพัฒนา

ทบทวนตัวเอง (โดยเจ้าของงาน)

- ทบทวนปัญหาจากการทำงาน (ขั้นที่ ๑)
- หาคำถามพื้นฐาน/๓P (ขั้นที่ ๒)
- ใช้มาตรฐาน HA (ขั้นที่ ๓)

ทบทวนกันเอง (โดยตัวเองหรือเพื่อนต่างหน่วย)

- ตามรอย
- เยี่ยมสำรวจภายใน
- แลกเปลี่ยนเรียนรู้

ทบทวนจากภายนอก

- เยี่ยมสำรวจจากภายนอก
- ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

ทำงานประจำให้ดี

๑. พฤติกรรมบริการที่ดี

- มองหน้า สบตา ยิ้ม ทักทาย ไต่ถาม ตามส่ง

๒. ใช้แนวคิด ๓P ในงานประจำ

- ทำไปเพื่ออะไร ทำอย่างไรให้ดี ทำได้ดีหรือไม่ จะทำให้ดีขึ้นได้อย่างไร
- ทบทวนเมื่อเกิดปัญหา เลือกระเด็นน่าสนใจมาคุยกันในทีมทุกวัน

๓. ใช้แนวคิด patient and customer focus

- รับฟัง ตอบสนอง รับเสียงสะท้อน
- Momma test (ถ้าผู้ป่วยรายนี้เป็นแม่เรา เราจะทำอย่างไร)

๔. ใช้แนวคิด internal customer

- “ฉัน” จะทำให้งานของ “เธอ” ง่ายขึ้นได้อย่างไร

๕. ใช้แนวคิด “ความเรียบง่าย” (simplicity) ในงานประจำ

- Simplicity (ง่าย) ทำงานประจำให้ง่ายขึ้น พัฒนาคุณภาพแบบเรียบง่าย
- Joyful (มัน) จากการได้ทำสิ่งแปลกใหม่ จากการไม่ถูกกดดัน จากสัมพันธภาพระหว่างการทำงาน

เพราะเห็นเป็นความท้าทาย

- Effective (ดี) ต่อตนเองและทีมงาน ต่อผู้รับผลงาน ต่อองค์กร
- Spirituality (มีสุข) ฝากำแพงสู่การมีจิตใจที่งดงาม

๕.๑ แนวคิด Visual management

- ทบทวน ฟัง สกัดแนวคิด

มีอะไรให้คุยกัน (Team Communication)

๑. ฟังเป็น ฟังให้เข้าใจในเนื้อหา และเข้าใจเจตนาของผู้พูด ห้อยแขวนความคิด พุดแทนสมาชิกคนอื่นได้

๒. ใช้ภาษายีราฟ แทนภาษาหมาป่า

ภาษายีราฟคือภาษาที่เข้าใจความรู้สึกและความต้องการของตนเองและคนอื่น

ภาษาหมาป่าคือภาษาที่ตำหนิ ตัดสิน ตีความตนเองและคนอื่น

๓. ใช้เทคนิคหมวก ๖ ใบ

หลักการของหมวก ๖ สีคือ เป็นการจำกัดความคิดของทุกคนในกลุ่มให้คิดไปในแนวทางเดียวกันในเวลาเดียวกัน เรียกว่าการคิดแบบขนาน (Parallel Thinking) เพื่อป้องกันการขัดแย้งทางความคิดซึ่งกันและกัน และลดทิวทัศน์ในความคิดของตนเอง จากนั้นค่อยเปลี่ยนแนวคิดไปอีกแนวหนึ่งพร้อม ๆ กัน โดยควรที่จะวนจนคิดครบทุกมุมมองเพื่อให้ได้พิจารณาในทุกแง่มุม

๔. สร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้คู่การพัฒนา Learning before (peer assist), learn during, learning after (AAR)

Informal AAR ใช้เวลา ๑๕ นาที ทันทีหลังเหตุการณ์หรือกิจกรรม เป็นพื้นที่ปลอดภัย จริงใจ เพื่อให้ทีมได้ทบทวนผลการทำงานและเรียนรู้ บรรยากาศ “rank-free zone” เปิดใจ อิสระ ถอดหัวโชน ถอดยศ ถอดอาวุโส เป็นโอกาสให้พูดความจริงต่อผู้อาวุโส/ผู้บังคับบัญชา “พรรษาน้อย” พูดก่อน

๕. Daily Huddle

เพื่อยกระดับการสื่อสารและมุ่งไปในทิศทางเดียวกันของทีม เป็นการบอกเล่า status ไม่ใช่การแก้ปัญหา เป็นโอกาสที่สมาชิกทีมจะแบ่งปันข้อมูลให้กันและกันทราบ การยืนจะช่วยให้ใช้ระยะเวลาสั้นและตรงประเด็น เป็นการสื่อสารระหว่างบุคคล ตาสัมผัสตา ส่งสัญญาณว่าเราเคารพและเชื่อใจทีมงาน เปลี่ยนจาก They เป็น We สร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของในทีมงาน

๖. ใช้เครื่องมือคุณภาพ “ระดมความคิด” “การรวบรวมความคิด”

- Quantity เน้นปริมาณให้ได้มากที่สุด
- No criticism ไม่มีการวิพากษ์วิจารณ์ความเห็นของผู้อื่น
- Visual aid ใช้การเขียนบัตรคำ/flip chart ช่วยให้ผู้สมาชิกรับรู้ว่าความคิดทั้งหมดของกลุ่มคืออะไร
- Round-robin เวียนรอบวง (เคาะผ่านได้)
- Piggy-back ต่อยอดความคิดของผู้อื่น
- Distance ทุกคนอยู่ในระยะ ๒ ก้าวจาก flip chart

ขยันทบทวน (Team Review & Reflection)

๑๒ กิจกรรมทบทวนคุณภาพ

เป้าหมายสำคัญ เพื่อรับรู้ปัญหา รับรู้สาเหตุ และนำไปสู่การป้องกันอย่างรัดกุม

๑. การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย (C๓THER)

เป้าหมาย เพิ่มความไวในการค้นหาปัญหาของผู้ป่วย ตอบสนอง/แก้ปัญหาของผู้ป่วยในทันที

C : Care ดูแลอย่างเต็มความสามารถ ด้วยความระมัดระวัง

C : Communication สื่อสารข้อมูลที่จำเป็น

C : Continuity ความต่อเนื่อง

T : Team ความร่วมมือระหว่างวิชาชีพ

H : HR ความรู้และทักษะของทีมงานที่เพียงพอ

E : Environment/equipment สิ่งแวดล้อมและเครื่องมือที่ดี และเพียงพอ

R : Record ความสมบูรณ์ของการบันทึก

๒. การทบทวนคำร้องเรียน/ข้อเสนอแนะ

เป้าหมาย รพ.ไวต่อการรับรู้และตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ การที่ผู้รับบริการเห็นว่าโรงพยาบาลยินดีรับข้อคิดเห็น คือภูมิคุ้มกันสำคัญของโรงพยาบาล

วิเคราะห์ภาพรวม แนวโน้ม จัดลำดับความสำคัญของคำร้องเรียน

สื่อสารเพื่อให้เกิดการปรับปรุงทั้งองค์กร

ใช้วิธีการที่ได้รับข้อมูลความต้องการที่ลึกซึ้งมากขึ้นเพื่อรับฟัง Voice of Patients เช่น Patient Journey Map, Through the Eyes of Your Patients, Observation Through Different Lenses, Survey, Interview

๓. การทบทวนการส่งต่อ/ขอย้าย/ปฏิเสธการรักษา

เป้าหมาย มองหาในสิ่งที่เราทำไม่ได้ หรือทำได้ไม่ดี เพื่อนำมาสู่การปรับปรุงศักยภาพของบุคคล/องค์กรและระบบงาน

วางระบบติดตามข้อมูลเพื่อเรียนรู้คำตอบสุดท้าย (Dx/Rx)

ปรับปรุงระบบ/กระบวนการทำงานที่ยังทำได้ไม่ดี (ทำ RCA เสมือนเกิด adverse event)

วางแผนการพัฒนาศักยภาพหรือออกแบบการร่วมบริการที่เหมาะสม ในส่วนที่ยังทำไม่ได้แต่สมควรทำ

ใช้ Patient Journey Map ช่วยวิเคราะห์ในกรณีปฏิเสธการรักษา

๔. การทบทวนโดยผู้ชำนาญกว่า

เป้าหมาย ใช้ศักยภาพของผู้ที่เก่งกว่าในองค์กร มาพัฒนาศักยภาพของผู้ที่มีประสบการณ์น้อยกว่า ทำให้เรียนรู้ตรงประเด็น มีการแก้ไขข้อผิดพลาดอย่างรวดเร็ว

วิเคราะห์ common pitfall และนำมาวางแผนทางปฏิบัติโดยผู้เกี่ยวข้องร่วมกันจัดทำ

ใช้ visual management หรือ reminder system เพื่อให้เกิดการปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้

๕. การค้นหาและป้องกันความเสี่ยง

เป้าหมาย ค้นหาถูกระเบิดที่ซุกซ่อนอยู่ในที่ต่าง ๆ และรอวันระเบิด จัดการกำจัดถูกระเบิดเหล่านั้นให้สิ้น อย่าให้เกิดอันตรายกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

ใช้ Risk Register เพื่อป้องกันและควบคุมความเสี่ยง

๖. การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล (HAI)

เป้าหมาย รับรู้จุดเสี่ยงต่อการติดเชื้อ นำไปสู่การป้องกันเพื่อให้เกิดความปลอดภัยทั้งต่อผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่

๗. การเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา

เป้าหมาย รับรู้โอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนและความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้น นำไปสู่การปรับปรุงเพื่อป้องกันอันตรายจากการใช้ยา

๘. การทบทวนเหตุการณ์สำคัญ

เป้าหมาย จัดการกับปัญหารุนแรงอย่างเหมาะสม เรียนรู้และจัดระบบเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาซ้ำ

เหตุการณ์สำคัญที่ควรทบทวน ผู้ป่วยเสียชีวิตทุกราย ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทุกราย ผู้ป่วยที่ญาติแสดงความไม่พอใจสูง มีโอกาสเกิดการร้องเรียน อุบัติเหตุที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่

ทบทวนโดยใช้ RCA รับผิดชอบทันทีเมื่อทราบเหตุ เก็บข้อมูลรายละเอียดต่าง ๆ ในสถานที่จริงให้มากที่สุด ทั้งจากการสัมภาษณ์ และหลักฐานที่เกี่ยวข้อง

๙. การทบทวนเวชระเบียน

เป้าหมาย เพื่อให้เห็นจุดอ่อนของการบันทึกเวชระเบียนที่เป็นอยู่ นำไปสู่การปรับปรุงวิธีการบันทึกให้เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วย และการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

๑๐. การทบทวนการใช้ความรู้ทางวิชาการ

เป้าหมาย เพิ่มคุณค่าให้แก่การดูแลผู้ป่วย/การปฏิบัติงานด้วยข้อมูลวิชาการ ทำในสิ่งที่เกิดประโยชน์ให้มากขึ้น ละเว้นในสิ่งที่ไม่เกิดประโยชน์ ตรวจสอบโดยมีข้อบ่งชี้ที่เหมาะสมมากขึ้น

๑๑.การทบทวนการใช้ทรัพยากร

เป้าหมาย หาโอกาสปรับปรุงประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร กำหนดข้อตกลงร่วมกัน และพยายามปฏิบัติตามข้อตกลงนั้น โดยใช้การทบทวนและสะท้อนกลับเป็นเครื่องมือช่วย

๑๒.การทบทวนตัวชี้วัด

เป้าหมาย ประเมินการบรรลุวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายของหน่วยงานและการดูแลผู้ป่วย
ทำความเข้าใจมาตรฐาน HA

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA) ฉบับที่ ๕

แนวทางการใช้มาตรฐาน HA

เป้าหมาย เป็นแนวทางในการออกแบบระบบงานที่เหมาะสม ใช้ประเมินเพื่อหาโอกาสพัฒนา
สิ่งที่ต้องใช้ควบคู่กับมาตรฐาน

๑. การพิจารณาบริบทขององค์กรและหน่วยงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปัญหา ความท้าทาย และ
ความเสี่ยง ที่สำคัญ

๒. การใช้ค่านิยมและแนวคิดหลัก (Core Values & Concepts) ของการพัฒนาคุณภาพและ
การสร้างเสริมสุขภาพ

๓. วงล้อการพัฒนาคุณภาพและการเรียนรู้ (Plan-Do-Study-Act) หรือ Design-Action-
Learning-Improve หรือ Purpose-Process-Performance)

ประยุกต์ใช้ ๓C-PDSA ในชีวิตจริง

๓.๑ ถอดรหัสมาตรฐาน เป้าหมาย คุณค่า ใครได้ ใครทำ ต้องทำอะไร

๓.๒ รับรู้ รู้สถานการณ์จากของจริง จากคำพูดของผู้ป่วย

๓.๓ วิเคราะห์ เก็บข้อมูล ใช้ข้อมูลที่มีอยู่ หาความหมายจากข้อมูล จัดลำดับความสำคัญของ
สิ่งที่ต้องทำ

๓.๔ ตั้งเป้า วาดภาพให้ชัดว่าอยากเห็นอะไร เปลี่ยน concept เป็นตัววัด

๓.๕ ใฝ่ดู หา baseline ของตัววัดที่กำหนด แล้วติดตามต่อเนื่อง

๓.๖ ออกแบบ ใช้แนวคิด human-centered design, human factor engineering
ร่วมกับการจัดทำคู่มืออย่างง่าย มีมาตรฐานคู่กับยึดหยุ่น

๓.๗ สื่อสาร ใช้ทุกรูปแบบเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ปฏิบัติรู้ในสิ่งที่ต้องรู้ ณ จุดปฏิบัติ

๓.๘ ปฏิบัติ สนับสนุนและทำให้มั่นใจว่ามีการปฏิบัติตามระบบที่ออกแบบ

๓.๙ ติดตาม มีผู้รับผิดชอบ เก็บข้อมูล ตามรอย เผื่อระวัง ประมวลผล

๓.๑๐ปรับปรุง ตามโอกาสที่พบ เพื่อบรรลุเป้าหมายและผลงานที่ดีขึ้น

๔. แนวทางการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (Scoring Guideline)

การบริหารความเสี่ยง

ความเสี่ยง (Risk) คือ ความไม่แน่นอนต่อการบรรลุวัตถุประสงค์

ความไม่แน่นอน คือ ภาวะของการขาดข้อมูลเกี่ยวกับความเข้าใจหรือความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ ผลที่ตามมา
หรือโอกาสเกิด

อุบัติการณ์ (Incident) คือ เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อบุคคล และ/หรือ คำ
ร้องเรียน การสูญเสีย ความเสียหาย

เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ (Adverse event) คือ อุบัติการณ์ที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย

การบริหารความเสี่ยง คือ การรับรู้ ป้องกัน จำกัดความเสี่ยง อันตรายและความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น รวมทั้ง
สร้างความตื่นตัวแก่ผู้เกี่ยวข้อง และสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร

Risk Management Principles (ISO๓๑๐๐๐)

- ข้อ ๑ RM สร้างและปกป้องคุณค่า (values)
- ข้อ ๒ RM เป็นส่วนหนึ่งของทุกกระบวนการขององค์กร (all processes)
- ข้อ ๓ RM เป็นส่วนหนึ่งของการตัดสินใจ (decision making)
- ข้อ ๔ RM แสดงออกถึงความไม่แน่นอนให้ชัดเจน (uncertainty)
- ข้อ ๕ RM เป็นเรื่องของความเป็นระบบ มีโครงสร้างชัดเจน ทันเวลา (systematic)
- ข้อ ๖ RM อยู่บนพื้นฐานของสารสนเทศที่ดีที่สุดที่มีอยู่ (best information)
- ข้อ ๗ RM ปรับให้สอดคล้องกับบริบทและ risk profile (context)
- ข้อ ๘ RM นำปัจจัยด้านมนุษย์และวัฒนธรรมมาพิจารณา (human and cultural)
- ข้อ ๙ RM มีความโปร่งใสและไม่กีดกัน (transparent & inclusive)
- ข้อ ๑๐ RM มีความเป็นพลวัต หมุนซ้ำ และตอบสนองการเปลี่ยนแปลง (dynamic)
- ข้อ ๑๑ RM ช่วยให้มีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องในองค์กร (improvement)

เป้าหมายของการบริหารความเสี่ยง

- รับรู้ - ความเสี่ยง (ก่อนเกิดเหตุ)
 - อุบัติการณ์ (หลังเกิดเหตุ) สังเกต จดบันทึก
- ป้องกัน - แนวทาง มาตรฐานต่าง ๆ
 - การออกแบบ Human Factors Engineering
 - ความสามารถในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า Near miss
 - Non-technical skill training & design
- จัดการ - การวางระบบ
 - การแก้ปัญหาเฉพาะกรณี
 - การเรียนรู้สู่การป้องกัน
- ตระหนัก - เรียนรู้จากเหตุที่เคยเกิดขึ้น
 - วัฒนธรรมความปลอดภัย

การค้นหาความเสี่ยง

การค้นหาเชิงรุก

- การตรวจสอบ เช่น ENV, IC, RM Round
- การค้นหาจากกระบวนการหลักในการทำงาน
- การทำกิจกรรมทบทวนจากเหตุการณ์สำคัญ และอุบัติการณ์ต่าง ๆ

การค้นหาแบบตั้งรับ

- รายงานต่าง ๆ เช่น รายงานอุบัติการณ์ (Incident Report) รายงานผลการตรวจสอบ

รายงานของเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย

การจัดการตามระดับความรุนแรง

รุนแรงต่ำ เขียนคู่มือปฏิบัติงานเพื่อป้องกันความเสี่ยงโดยใช้วิธีการที่คาดว่าจะได้ผลที่สุด

รุนแรงปานกลาง ให้คิดหาวิธีการป้องกันที่ใช้ความคิดสร้างสรรค์เพื่อให้ยากต่อการกระทำที่ผิดพลาด

รุนแรงมาก ให้วิเคราะห์ปัจจัยเชิงระบบที่น่าจะมีส่วนต่อการเกิดเหตุการณ์และคิดกิจกรรมป้องกันหรือ

เตรียมความพร้อมที่เหมาะสม

การติดตามและทบทวนความเสี่ยง (Risk Monitoring & Review)

การติดตามความเสี่ยง (Risk Monitoring) คือการกำกับดูแล ตรวจสอบและสังเกตอย่างต่อเนื่องในสิ่งที่กำลังเกิดขึ้น เพื่อประเมินว่าจะบรรลุสิ่งที่คาดหวังไว้หรือไม่

การทบทวนความเสี่ยง (Risk Review) คือการพิจารณาว่าสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นเหมาะสม เพียงพอ และได้ผลในการบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดหรือไม่

ระบบรายงานอุบัติการณ์

- มีคำจำกัดความของอุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของรพ.
- มีแนวทางที่ชัดเจนว่า ในกรณีใดที่จะต้องรายงาน
- กำหนดผู้มีหน้าที่ในการเขียนรายงาน
- กำหนดเส้นทางเดินของรายงานที่รัดกุม เป็นหลักประกันในการรักษาความลับ และไม่อนุญาตผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องเข้าถึงได้

- การสร้างความเข้าใจว่า การแก้ปัญหาไม่ใช่การลงโทษ

ประเภทของรายงานอุบัติการณ์

- เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง (Sentinel events)
- เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse events)
- เหตุการณ์ผิดปกติ

เครื่องมือคุณภาพ (Quality Tools)

เครื่องมือเพิ่มประสิทธิภาพของทีม และคนทำงาน

- มีอะไรให้คุยกัน (ฟังเป็น Daily Huddle หมวก ๖ สี AAR ฯลฯ)

เครื่องมือการพัฒนาคุณภาพ

- ๕ส, ๑๒ กิจกรรมทบทวน, RCA
- Driver Diagram Trace คือแผนภูมิที่แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยที่จะมีผลต่อความสำเร็จตามเป้าหมาย โดยจำแนกเป็นลำดับชั้นจากปัจจัยขับเคลื่อนไปสู่แนวคิดการปรับเปลี่ยน
- ๓P, CQI, Service Profile

การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง CQI (Continuous Quality Improvement)

CQI คือ การใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ และความคิดสร้างสรรค์ในการปรับปรุงระบบงาน เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงานอย่างไม่หยุดยั้ง โดยมุ่งสู่ความเป็นเลิศ

การทบทวนด้วย NEWS

Model of change

- ตั้งเป้า เป้าหมายชัดเจนและเจาะจง ระบุผลลัพธ์ที่ต้องการเป็นตัวเลขให้รู้ระดับที่คาดหวัง/ทุกคนรับรู้ อย่าย้ำให้เป้าหมายขยับ มุ่งเน้นในส่วนย่อยของระบบในแต่ละช่วงเวลา
- เผ่าดู (ตัวชี้วัด) เพื่อประเมินการบรรลุเป้าหมายวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ กำหนดได้ทั้งตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ บอกรการเปลี่ยนแปลงคุณภาพที่ดีขึ้น
- เปลี่ยน (สิ่งที่ต้องพัฒนา/กระบวนการที่จะต้องปรับปรุง)

Unit-base Quality การพัฒนาคุณภาพในหน่วยงาน

๑. แนวคิดพื้นฐาน คือการใช้ ๓P (Purpose, Process, Performance)

๓P กับ ๕ คำถามพื้นฐาน ใช้ได้ในทุกระดับ

๓P กับ Service Profile

๒. หัวหน้าพาทำคุณภาพ

- Information คู่มือการปฏิบัติงานที่ use friendly และเป็นปัจจุบัน การเข้าถึงข้อมูลที่จำเป็น ณ จุดใช้งาน
- Education & Training การฝึกอบรมความรู้และทักษะที่จำเป็น ทั้ง technical & non-technical skill
- Mindfulness & situation awareness มีสติ มีความตื่นรู้ และตระหนักในสถานการณ์ต่าง ๆ
- Process Control กลไกการรับรู้การปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ การใช้ process indicator เพื่อควบคุมกระบวนการ
- Go & See การไปร่วมเรียนรู้และแก้ปัญหากับผู้ปฏิบัติงานที่หน้างาน
- AAR & Process Refinement การทบทวนปัญหาหลังปฏิบัติงานและปรับปรุงกระบวนการที่เป็นเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ

๓. กิจกรรมคุณภาพพื้นฐานต่าง ๆ

๓.๑ กิจกรรมคุณภาพขั้นพื้นฐาน เช่น ระบบข้อเสนอแนะ, ๕ส., พฤติกรรมบริการสู่ความเป็นเลิศ, สุนทรียสนทนา, KM, Daily Huddle

๓.๒ กิจกรรมเกี่ยวกับการป้องกันและบริหารความเสี่ยง เช่น การทบทวนต่าง ๆ การรายงานอุบัติการณ์ การวิเคราะห์สาเหตุราก การออกแบบเพื่อป้องกันความเสี่ยง

๓.๓ การบริหารกระบวนการ การควบคุมกระบวนการ การติดตามตัวชี้วัด การตามรอย

๓.๔ การหาโอกาสพัฒนาด้วยวิธีการต่าง ๆ เพื่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และการสร้าง

นวัตกรรม

๔. Unit (Service) Profile เป็นเครื่องมือสำหรับวางแผนและติดตามการพัฒนาคุณภาพและการบรรลุเป้าหมายของหน่วยงาน

๕. กิจกรรมทบทวนคุณภาพ เป็นกระจกส่องตัวเอง เป็นเครื่องมือในการหาโอกาสพัฒนา ควรเลือกสรรให้เหมาะสมกับแต่ละหน่วยงาน

๖. การพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน

๗. เชื่อมโยง Performance Management System

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๓.๑ ต่อตนเอง ...ทำให้รู้จักเครื่องมือคุณภาพพื้นฐาน เข้าใจแนวคิดการพัฒนาคุณภาพและเครื่องมือพื้นฐานการพัฒนาคุณภาพ มีทัศนคติที่ดีในการทำงาน.....

๒.๓.๒ ต่อหน่วยงาน ...สามารถให้หลักคิดและเครื่องมือพื้นฐานการพัฒนาคุณภาพนำไปสู่การปฏิบัติในงานประจำ ใช้ Service Profile เป็นเครื่องมือสำหรับการบริหารหน่วยงาน ใช้วางแผนและติดตามการพัฒนาคุณภาพและการบรรลุเป้าหมายของหน่วยงานได้.....

๒.๓.๓ อื่นๆ (ระบุ)สามารถบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ระบบงานที่เชื่อมต่อ เพื่อให้การพัฒนาโรงพยาบาลเป็นไปอย่างทั่วถึง เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย และองค์กรบรรลุเป้าหมาย.....

ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรค

๓.๑ การปรับปรุง ...เนื่องจากสถานการณ์โควิด ๑๙ ทำให้มีความจำเป็นต้องประชุมแบบออนไลน์ผ่านโปรแกรม ZOOM การประชุมบางช่วงไม่ราบรื่น เนื่องจากสัญญาณไวไฟ (WiFi) ที่ขาดช่วง.....

๓.๒ การพัฒนา ...ระบบสัญญาณไวไฟและควรมีการจัดห้องไว้สำหรับประชุมแบบออนไลน์.....

ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ...การประชุมในครั้งต่อ ๆ ไป ถ้าสามารถทำได้ควรจัดประชุมในห้องประชุม ซึ่งจะทำให้การประชุมกลุ่ม การถามตอบในประเด็นต่าง ๆ ราบรื่นกว่าการประชุมแบบออนไลน์.....

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน

()

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน

()

ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

ตัวอย่าง Qr-cord
รูปแบบไฟล์ word

