

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

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

ชื่อเรื่อง / หลักสูตร HA ๒๐๑: HA พื้นฐานสำหรับการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล
เพื่อ ศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย
งบประมาณ เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาล
 ทุนส่วนตัว ไม่เสียค่าใช้จ่าย

จำนวนเงิน ๔,๕๐๐ บาท

ระหว่างวันที่ ๒๓-๒๕ กรกฎาคม ๒๕๖๖ สถานที่ ห้องประชุม Sapphire ๒๐๓ อาคารอิมแพคฟอรัม เมืองทองธานี จังหวัดนนทบุรี

คุณวุฒิ / วุฒิบัตรที่ได้รับ ประกาศนียบัตร

๑.๑ ชื่อ - สกุล นางสาวอุษา อินทรศรี

อายุ ๓๖ ปี การศึกษา วิทยาศาสตร์บัณฑิต (สาขารังสีเทคนิค)

ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน -

๑.๒ ตำแหน่ง นักรังสีการแพทย์ปฏิบัติการ

หน้าที่ความรับผิดชอบ ปฏิบัติงาน กำกับดูแลและติดตามการปฏิบัติงานของบุคลากร
เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์ และนักรังสีการแพทย์ ในการให้บริการทางด้านรังสีวินิจฉัย
และรังสีร่วมรักษา รวมทั้งการตรวจวิเคราะห์และรักษาเครื่องมือทางรังสี ครอบคลุมถึง
การป้องกันอันตรายของรังสีต่อตนเอง คนไข้ ญาติและผู้ปฏิบัติงานสาขาอื่นๆ

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

๒.๑ วัตถุประสงค์

๒.๑.๑ เพื่อให้ผู้เข้าอบรมรู้และเข้าใจแนวความคิดการพัฒนาคุณภาพ และนำสู่การปฏิบัติใน
งานประจำได้

๒.๑.๒ เพื่อให้ผู้เข้าอบรมรู้ เข้าใจ และสามารถใช้หลักคิดและเครื่องมือพื้นฐานสำหรับ
การพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล ระดับหน่วยงาน

๒.๑.๓ เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีทัศนคติเชิงบวกต่อการพัฒนาคุณภาพ

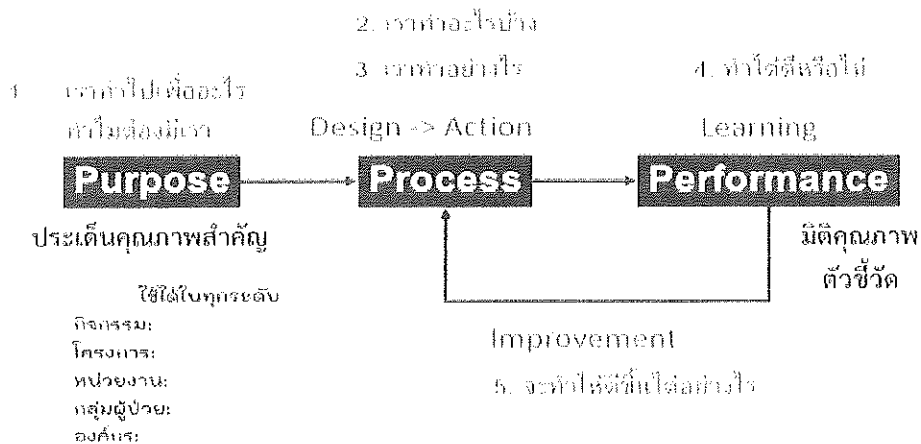
๒.๒ เนื้อหา

แนวความคิดพัฒนาคุณภาพ

ตั้งเป้า-เฝ้าดู-ปรับเปลี่ยน(กำกับติดตาม—ถ้าดีแล้วให้รักษาไว้)

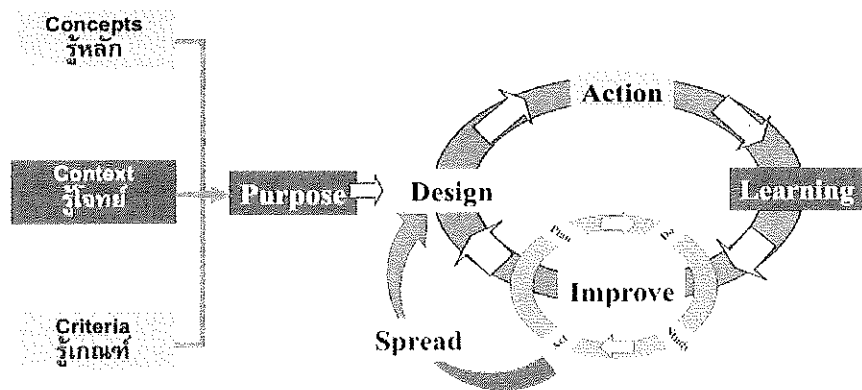
-แนวความคิดพัฒนาคุณภาพ ๓C -PDSA รู้คิด รู้ทำ เพื่อความลุ่มลึก ตรงประเด็น ต่อเนื่อง

3P กับ 5 คำตามพื้นฐาน ใช้ได้ในทุกระดับ



- กลุ่มผู้ป่วย
- การพัฒนาทั้งองค์กร ต้องพัฒนาพื้นที่ทั้ง ๔ วง ได้แก่ องค์กร ระบบงาน หน่วยงาน และ
 - บันได ๓ ชั้น ลงทุนน้อยให้ได้มาก ตรงประเด็น เป็นขั้นตอน
 - ๓C (Concept, Context, Criteria) ทำเพื่อกำหนดเป้าหมาย ใช้กระบวนการ PDSA/DALI หรือไม่ ได้ขยายผล (Spread) หรือไม่ เกิดการเรียนรู้อะไร มีเกณฑ์การให้คะแนนประเมิน ๑ -๕

แนวคิด 3C-PDSA/DALI



หลักคิดชุด...

หลักคิดชุดที่ ๑ “ทำงานประจำให้ดี มีอะไรให้คุยกัน ชยันตบทวน”

หลักคิดชุดที่ ๒ “เป้าหมายชัด วัตถุประสงค์ ให้คุณค่า อย่ายึดติด”

Hospital Accreditation คือกลไกกระตุ้นให้เกิดการพัฒนากระบวนการภายในของโรงพยาบาล โดยมีการพัฒนาอย่างเป็นระบบ และพัฒนาทั้งองค์กรทำให้องค์กรเกิดการเรียนรู้มีการประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง

เครื่องมือสำคัญของ HA

- | | |
|---------------|-------------------------------------|
| บทวนตัวเอง | - ทบทวนปัญหาจากการทำงาน (ขั้นที่ ๑) |
| | - หาคำถามพื้นฐาน/๓P (ขั้นที่ ๒) |
| | - ใช้มาตรฐาน HA (ขั้นที่ ๓) |
| บทวนกันเอง | - ตามรอย |
| | - เยี่ยมสำรวจภายใน |
| | - แลกเปลี่ยนเรียนรู้ |
| บทวนจากภายนอก | - เยี่ยมสำรวจจากภายนอก |
| | - ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา |

๕ แนวทางปฏิบัติเพื่อการทำงานประจำให้ดี

๑. พฤติกรรมบริการที่ดี

- มองหน้าสบตา ยิ้มทักทาย ได้ถาม ตามส่ง

๒. ใช้แนวคิด ๓P ในงานประจำ

- ทำไปเพื่ออะไร ทำอย่างไรให้ดี ทำได้ดีหรือไม่ จะทำให้ดีขึ้นได้อย่างไร
- ทบทวนเมื่อเกิดปัญหา เลือกระเด็นนำเสนอใจมาคุยกันในทีมทุกวัน

๓. ใช้แนวคิด patient and customer focus

- รับฟัง ตอบสนอง รับเสียงสะท้อน
- Momma test (ถ้าผู้ป่วยรายนี้เป็นแม่เราเราจะทำอย่างไร)

๔. ใช้แนวคิด internal customer

- “ฉัน” จะทำให้งานของ “เธอ” ง่ายขึ้นได้อย่างไร

๕. ใช้แนวคิด “ความเรียบง่าย” (simplicity) ในงานประจำ

- Visual management
- ทบทวนฟังควสกัดแนวคิดย่อย

๑๒ กิจกรรมทบทวนคุณภาพ

- เป็นเครื่องมือคุณภาพขั้นพื้นฐาน ของ HA
- เป็นเครื่องมือค้นหาโอกาสพัฒนา
- เป็นกระจกส่องตัวเอง

๑. การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย

๒. การทบทวน...

๒. การทบทวนความคิดเห็น/คำร้องเรียนของผู้รับบริการ
๓. การทบทวนการส่งต่อ/ขอย้าย/ปฏิเสธการรักษา
๔. การทบทวนการตรวจรักษาโดยผู้ชำนาญกว่า
๕. การค้นหาและป้องกันความเสี่ยง

การบริการความเสี่ยง มาตรฐาน SIMPLE และมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

ความเสี่ยง (Risk) คือ ผลของความไม่แน่นอนต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ โดยความไม่แน่นอน คือ ภาวะการณ์ขาดข้อมูลเกี่ยวกับความเข้าใจหรือความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ ผลที่ตามมาหรือโอกาสเกิด

อุบัติการณ์ (Incident) คือ เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อบุคคล และ / หรือ คำร้องเรียน การสูญเสีย ความเสียหาย

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse event) คือ อุบัติการณ์ที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย

เป้าหมายของการบริหารความเสี่ยง

รับรู้ ความเสี่ยงและอุบัติการณ์ โดยการสังเกตและจดบันทึก

ป้องกัน แนวทาง มาตรฐานต่างๆ การออกแบบ ความสามารถในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า

จัดการ การวางระบบ การแก้ปัญหาเฉพาะกรณี การเรียนรู้สู่การป้องกัน

ตระหนัก เรียนรู้จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น วัฒนธรรมความปลอดภัย

มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย

๑. การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ
๒. การติดเชื้อที่สำคัญตามบริบทขององค์กรในกลุ่ม SSI, VAP, CAUTI, CABSII
๓. บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่
๔. การเกิด Medication Errors และ Adverse Drug Event
๕. การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด
๖. การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด
๗. ข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค
๘. การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ /พยาธิวิทยาผิดพลาด
๙. การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน

รายละเอียดการดำเนินการตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย

๑. สถานพยาบาลต้องมีแนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกันความไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วย ในประเด็นที่กำหนด

๒. สถานพยาบาลแสดงจำนวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นแต่ละปีในประเด็นที่กำหนด

๓. กรณีเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย (ระดับ E ขึ้นไป) ให้

สถานพยาบาลทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุ (Root cause analysis: RCA)

๔. จัดทำแผนควบคุมป้องกันความเสี่ยงและมีผลการดำเนินงานตามแผนแสดงแก่ผู้เยี่ยม

สำรวจ

การวิเคราะห์...

การวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง โดยวิเคราะห์จากเหตุการณ์จริง เข้าไปดูในสถานที่จริงคุยกับ
 ผู้คนที่เกี่ยวข้อง ตั้งคำถาม “ทำไม” เพื่อโยงไปสู่ปัจจัยองค์กร ตั้งคำถาม “ถ้าจัดการตรงสาเหตุนี้แล้ว ปัญหาจะ
 ลดลงหรือหมดไปหรือไม่” ใช้สถิติวิเคราะห์เมื่อจำเป็น

ตารางแสดงรายละเอียด มาตรฐาน SIMPLE

	ผู้ป่วย (patient)	บุคลากร (personnel)	ประชาชน (people)
S	Safe surgical team ความปลอดภัยจากการ ผ่าตัด	Security & privacy of information & Social Media ความปลอดภัยเรื่องข้อมูลและ การใช้สื่อ	Social Responsibility and Social Communication มีความ รับผิดชอบและมีการ สื่อสาร
I	Infection prevention & Control ความปลอดภัยจากการติด เชื้อในโรงพยาบาล	Infection & Exposure ความปลอดภัยของบุคลากรจาก การติดเชื้อ	Information security, People Health Record ความปลอดภัยของข้อมูล ของประชาชน
M	Medication & Blood Safety ความปลอดภัยในการรับยา และเลือด	Mental Health & Exposure การเยียวยาทางด้านจิตใจเมื่อเกิด เหตุไม่พึงประสงค์	Mental Support and Motivation การดูแลและ กระตุ้นทางด้านจิตใจ
P	Patient Care Processes ความปลอดภัยใน กระบวนการดูแลผู้ป่วย	Process of work ความปลอดภัยในระหว่าง กระบวนการทำงาน	Promotion and Prevention of Health, Customer Protection การส่งเสริมและป้องกัน สุขภาพ การปกป้อง ผู้บริโภค
L	Line & Tube & Lab ความปลอดภัยในการดูแล ผู้ป่วยที่ใส่สายและผลตรวจ ทางห้องปฏิบัติการที่ถูกต้อง แม่นยำ	Lane (Traffic), Law ความปลอดภัยในการส่งต่อผู้ป่วย หรือการละเมิดกฎหมาย	Lane (Road Safety) and Legal ความ ปลอดภัยในการใช้ถนน และสถาบัน พระมหากษัตริย์
E	Emergency ความปลอดภัยในการ ตอบสนองในสภาวะฉุกเฉิน ให้ถูกต้องและรวดเร็ว	Environment & working condition ความปลอดภัยในการสร้าง สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการ ทำงาน	Exercise and Environment Safety ความปลอดภัยใน การออกกำลังกายและ สิ่งแวดล้อม

กระบวนการบริหารความเสี่ยง

๑. ระบุความเสี่ยง (Risk Identification)
๒. ลำดับความสำคัญความเสี่ยง (Risk Analysis)
๓. มาตรการป้องกันความเสี่ยง (Risk Treatment)
๔. การติดตาม และวัดผลความเสี่ยง (Risk Monitor & Review)

เครื่องมือคุณภาพพื้นฐาน

เครื่องมือพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพ ประกอบไปด้วย

๑. เครื่องมือเพิ่มประสิทธิภาพของทีมและคนทำงาน ได้แก่ มีอะไรให้คุยกัน Daily Huddle หมวก ๖สี AR เป็นต้น
 ๒. เครื่องมือพัฒนาคุณภาพ ได้แก่ ๕ ส กิจกรรมทบทวน RCA Driver Diagram การตามรอย
- ๓ P CQI และ service profile

Driver Diagram คือแผนภูมิที่แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยที่จะมีผลต่อความสำเร็จตามเป้าหมาย โดยจำแนกเป็นลำดับชั้นจากปัจจัยขับเคลื่อนไปสู่แนวคิดปรับเปลี่ยน

ประโยชน์ของ Driver Diagram

๑. เห็นภาพรวมของแนวทางการพัฒนาที่จะเกิดขึ้น
๒. ช่วยตรวจสอบความสมบูรณ์ของสิ่งที่จะทำ
๓. ช่วยกำหนดเป้าหมายและตัววัดความก้าวหน้าในการพัฒนาในแต่ละองค์ประกอบ

วิธีการเขียน Driver Diagram

๑. ใช้รูปแบบ (template) ในลักษณะของแผนภูมิต้นไม้ (tree diagram) หรือแผนภาพ (mind map)
 ๒. ระดมสมองว่าอะไรเป็นตัวขับเคลื่อนความสำเร็จตามเป้าหมายแล้วจัดกลุ่มหรือจำแนก เป็น primary และ secondary driver
 ๓. ระดมสมองว่าในแต่ละdriver มีแนวคิดปรับเปลี่ยนหรือแนวปฏิบัติอย่างไรบ้าง
- การตามรอย เป็นการทำงานกับสิ่งที่สัมผัสได้ชัด ทำให้เข้าใจสถานการณ์ที่เป็นจริง ทั้งด้านดี และด้านไม่ดี ทั้งในกลุ่มทำงาน และผู้บริหาร ทำให้มีการจัดการที่เหมาะสม ช่วยเติมเต็มความไม่สมบูรณ์ มี ๘ การตามรอย ได้แก่

๑. การตามรอยคุณภาพของแต่ละหน่วยงาน
๒. การตามรอยอุบัติการณ์ความเสี่ยง
๓. การตามรอย SIMPLE
๔. การตามรอย Clinical Tracer
๕. การตามรอยผู้ป่วยแต่ละราย
๖. การตามรอยมาตรฐานและ SPA
๗. การตามรอยแผนกลยุทธ์
๘. การตามรอยการประเมินตนเอง

การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement: CQI)

การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement: CQI) คือการใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ และความคิดสร้างสรรค์ในการปรับปรุงระบบงาน เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงานอย่างไม่หยุดยั้ง โดยมุ่งสู่ความเป็นเลิศ เน้นการทดสอบขนาดเล็ก ทดสอบต่อเนื่อง และทดสอบหลายๆเรื่องพร้อมกัน โดยหลักการประกอบด้วย การตั้งเป้า ใฝ่ดู ปรับเปลี่ยน

การตั้งเป้า ต้องรู้โจทย์และมีเป้าหมายที่ชัดเจน

การใฝ่ดู คือการใฝ่ดูตัวชี้วัดที่สะท้อนการบรรลุความสำเร็จ เพื่อประเมินการบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยกำหนดได้ทั้งตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ของการเปลี่ยนแปลงคุณภาพที่ดีขึ้น ตัวชี้วัดเชิงกระบวนการ บอกรูปแบบการเปลี่ยนแปลงในกระบวนการและตัวชี้วัดที่รักษาสมดุล ตรวจสอบว่าเมื่อปรับปรุงแล้วจะไม่ส่งผลกระทบต่อส่วนอื่นๆ การวัดไม่ต้องสมบูรณ์แบบ เน้นการพัฒนา

การปรับเปลี่ยน คือสิ่งที่ต้องพัฒนาหรือกระบวนการที่ต้องปรับปรุง

การพัฒนาคุณภาพระดับหน่วยงาน

การพัฒนาคุณภาพระดับหน่วยงาน คือ การทำให้แต่ละหน่วยงานมีคุณภาพพอเหมาะพอดี ซึ่งเป็นบทบาทการบริหารงานประจำของหัวหน้าหน่วยงาน โดยกำหนดว่า

๑. ใครทำ ทุกคนในหน่วยงานหรือบริการ โดยการนำของหัวหน้าหน่วยงาน
๒. ทำอะไร ทำให้หน่วยงานบรรลุเป้าหมายด้วยการทำงานที่เป็นมาตรฐานหรือการประกันคุณภาพ ไม่มีความเสี่ยง และทำให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

๓. ทำอย่างไร

๓.๑) เข้าใจแนวคิดการพัฒนา คือการใช้ ๓ P

๓.๒) มีการทำกิจกรรมคุณภาพ ที่ออกแบบให้ปลูกฝังอยู่ในงานประจำ

๓.๒.๑) กิจกรรมคุณภาพขั้นพื้นฐาน เช่น ระบบข้อเสนอแนะ ๕ ส. พฤติกรรมบริการสู่ความเป็นเลิศ สนทริยสนทนา KM และ Daily Huddle

๓.๒.๒) กิจกรรมเกี่ยวกับการป้องกันและบริหารความเสี่ยง เช่น การทำ RCA กิจกรรมทบทวนคุณภาพ การรายงานอุบัติการณ์ การออกแบบเพื่อป้องกันความเสี่ยง

๓.๒.๓) การบริหารกระบวนการ การควบคุมกระบวนการ การติดตามตัวชี้วัด การตามรอย

๓.๒.๔) การหาโอกาสพัฒนาด้วยวิธีการต่างๆ เพื่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และการสร้างนวัตกรรม

๓.๓) เครื่องมือการบริหารหน่วยงานที่สำคัญ service profile

๓.๔) การประสานเชื่อมโยงหรือบูรณาการ

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๓.๑ ต่อตนเอง: เพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจแนวคิดการพัฒนาคุณภาพ และนำสู่การปฏิบัติในงานประจำได้

๒.๓.๒ ต่อหน่วยงาน: สามารถใช้หลักคิดและเครื่องมือพื้นฐานสำหรับการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล ระดับหน่วยงาน

๒.๓.๓ อื่น ๆ: เกิดทัศนคติเชิงบวกต่อการพัฒนาคุณภาพ

ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรค

๓.๑ การปรับปรุง

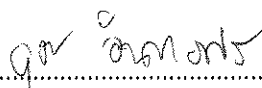
- เนื้อหาสาระค่อนข้างมาก จึงมีข้อจำกัดด้านเวลาและเนื้อหา ทำให้วิทยากรบางท่านพูดเร็ว โดยเฉพาะวันสุดท้ายของการอบรม

๑.๒ การพัฒนา

- ผู้เข้าอบรมควรศึกษามาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ ๕ และการเขียน service profile ก่อนการเข้าอบรม เพื่อให้สามารถเข้าใจเนื้อหาอบรมได้อย่างรวดเร็วและต่อยอดไปเรื่องอื่นๆได้

ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

- นำความรู้เกี่ยวกับการโคชมาพัฒนาโครงการเยี่ยมสำรวจภายใน
- คณะกรรมการตรวจเยี่ยมภายใน ควรได้รับการอบรมหลักสูตรนี้ อาจเชิญวิทยากรมาบรรยายหรือให้ผู้ที่มีความรู้มาถ่ายทอดความรู้เพื่อการพัฒนาองค์กรอย่างยั่งยืน

(ลงชื่อ)  (ผู้รายงาน)
(นางสาวอุษา อินทรศร)

ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

สามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการอบรม เกี่ยวกับพื้นฐานสำหรับการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล ระดับหน่วยงาน มีทัศนคติเชิงบวกต่อการพัฒนาคุณภาพ และเผยแพร่แก่เพื่อนร่วมงาน



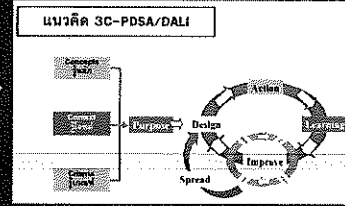
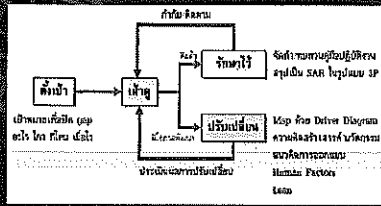
(นายพรเทพ แซ่เฮ้ง)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

HA201

HA พื้นฐานสำหรับการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล

1 แนวคิดการพัฒนาคุณภาพ



2 ทำงานประจำให้ดี

ทำงานประจำให้ดี ผู้เข้ามามีหน้าที่ทำให้ดีอย่างไร ทำให้ได้ดีหรือไม่

วัตถุประสงค์

- มีความรู้ความเข้าใจในรากฐานการพัฒนาคุณภาพ HA โดยเฉพาะการทำงานประจำให้ดี
- เข้าใจและสามารถปรับแนวทางปฏิบัติในการท างานประจำให้ดีขึ้นในการทำงานประจำได้ อย่างเหมาะสม
- ได้ฝึกทักษะในการนำแนวคิด 3P มาใช้จริงในการทำงานประจำ

พฤติกรรมบริการที่ดี

Excellent Service Behavior : ESB
"มองเห็นหน้า สบตา ยิ้ม ทักทาย ได้ตาม ตามส่ง"

แนวคิด "ความเรียบง่าย" (simplicity) ในงานประจำ

Simplicity ง่าย: ทำงานประจำให้คนอื่น พึ่งพาความเหมาะสมของมนุษย์ (Simplicity Innovation Human Factors)

Joyful ยิ้ม: มีบรรยากาศที่ทำงานเป็นกันเอง มีบรรยากาศไม่กดดัน มีบรรยากาศที่เอื้อต่อการทำงาน มีบรรยากาศเป็นกันเอง

Effective ดี: ลดความผิดพลาด (ลดข้อผิดพลาด) มีความปลอดภัย (ความปลอดภัย) มีความพึงพอใจ (ความพึงพอใจ)

Spirituality มีจิตวิญญาณ: มีจิตวิญญาณในการทำงาน (มีจิตวิญญาณในการทำงาน)

ทำงานคุณภาพควร "ง่าย มีดี มีสุข"

3 มีอะไรให้คุยกัน

มีอะไรให้คุยกัน คุยกันก่อนในการทำงาน คุยกันระหว่างทำงาน คุยกันหลังทำงาน

การสื่อสารที่ดี

- ความเข้าใจกันและกัน ความเข้าใจร่วมกัน
- การแก้ปัญหาด้วยกัน
- การเรียนรู้ร่วมกัน
- การมี commitment ร่วมกัน

ขยับทบทวน

มีอะไรให้คุยกัน คุยกันก่อนในการทำงาน คุยกันระหว่างทำงาน คุยกันหลังทำงาน

วัตถุประสงค์

- เพื่อเป็นสื่อกลางในการสื่อสาร
- เพื่อเป็นสื่อกลางในการเรียนรู้
- เพื่อเป็นสื่อกลางในการแก้ปัญหา
- เพื่อเป็นสื่อกลางในการเรียนรู้

หัวข้อ

- ใช้ภาษาที่ง่าย
- ภาษาที่เข้าใจ
- ภาษาที่ชัดเจน
- ภาษาที่กระชับ

หัวข้อ

- หัวข้อที่ชัดเจน
- หัวข้อที่กระชับ
- หัวข้อที่ชัดเจน
- หัวข้อที่กระชับ

หัวข้อ

- หัวข้อที่ชัดเจน
- หัวข้อที่กระชับ
- หัวข้อที่ชัดเจน
- หัวข้อที่กระชับ

4

ขยับทบทวน

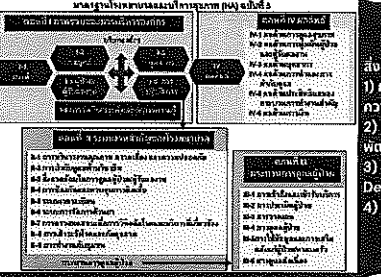
ทบทวนสิ่งที่ทำกิจกรรม (AAR) ทบทวนเพื่อค้นหาสาเหตุ ทบทวนข้อดีที่เป็นประโยชน์

12 กิจกรรมทบทวนคุณภาพ

- เป็นเครื่องมือคุณภาพพื้นฐานของ HA
- เป็นเครื่องมือค้นหาโอกาสพัฒนา
- เป็นกระบอกเสียง

1. ทบทวนทบทวนตนเอง	7. การพิจารณาความคาดหวังของหน่วยงาน
2. ทบทวนทบทวนความคิดเห็นต่อเรื่องเดียวกันของผู้บริหาร	8. การทบทวนทบทวนตนเองจากเหตุการณ์สำคัญ
3. การทบทวนทบทวนสิ่งที่ต้องทำในปัจจุบัน	9. การทบทวนทบทวนตนเองของหน่วยงาน
4. การทบทวนทบทวนเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย	10. การทบทวนทบทวนเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย
5. การคิดหาและป้องกันความเสี่ยง	11. การทบทวนทบทวนเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย
6. การพิจารณาเรื่องที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาล	12. การคิดหาและป้องกันความเสี่ยง

5



ทำความเข้าใจมาตรฐาน HA

เป้าหมาย : เป็นแนวทางในการออกแบบระบบงานที่เหมาะสม ใช้ประเมินเพื่อหาโอกาสพัฒนา

สิ่งที่ต้องไปควบคู่กับมาตรฐาน

- การพิจารณาบริบทขององค์กรและหน่วยงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปัญหา ความท้าทาย และความเสี่ยงที่สำคัญ
- การมีค่านิยมและแนวคิดหลัก (Core Values & Concepts) ของการพัฒนาคุณภาพและการสร้างเสริมคุณภาพ
- วงจรการพัฒนาคุณภาพและการเรียนรู้ (Plan-Do-Study-Act หรือ Design-Action-Learning-Improve หรือ Purpose-Process-Performance)
- แนวทางประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (Scoring Guideline)

6

การบริหารความเสี่ยง

เป้าหมาย ของการบริหารความเสี่ยง

- การระบุ (ระบุความเสี่ยง)
- การประเมิน (ประเมินความเสี่ยง)
- การควบคุม (ควบคุมความเสี่ยง)
- การติดตาม (ติดตามความเสี่ยง)

กระบวนการบริหารความเสี่ยง

การระบุความเสี่ยง (ระบุความเสี่ยง) - การประเมินความเสี่ยง (ประเมินความเสี่ยง) - การควบคุมความเสี่ยง (ควบคุมความเสี่ยง) - การติดตามความเสี่ยง (ติดตามความเสี่ยง)

การบริหารความเสี่ยง

กระบวนการบริหารความเสี่ยง

การระบุความเสี่ยง (ระบุความเสี่ยง) - การประเมินความเสี่ยง (ประเมินความเสี่ยง) - การควบคุมความเสี่ยง (ควบคุมความเสี่ยง) - การติดตามความเสี่ยง (ติดตามความเสี่ยง)

การประเมินความเสี่ยง

การระบุความเสี่ยง (ระบุความเสี่ยง) - การประเมินความเสี่ยง (ประเมินความเสี่ยง) - การควบคุมความเสี่ยง (ควบคุมความเสี่ยง) - การติดตามความเสี่ยง (ติดตามความเสี่ยง)

7 สิ่งที่ได้รับ

จากการอบรมในครั้งนี้สามารถนำมาต่อยอดพัฒนางานคุณภาพของหน่วยงาน และมีความรู้ความเข้าใจในการเข้าร่วมโครงการเยี่ยมชมสำรวจภายในของโรงพยาบาล

น.ส.อุษา อุนทรศรี
 นักร้องสีการแพทย์ปฏิบัติการ
 กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

รายงานอบรม HA ๒๐๑ (อุษา)

