

การประชุมเครือข่าย Accreditation

ครั้งที่ 1

- 0800-0830 แนะนำตัว แลกเปลี่ยนความคาดหวัง
- 0830-0900 บรรยาย แนวคิดเรื่อง accreditation
- 0900-1000 ทดลองประเมินและพัฒนาตนเอง
- 1030-1200 กิจกรรมในช่วงการเริ่มต้นของทีม
 - องค์กรประกอบ ภารกิจ ทีม, ค้นหาเอกลักษณ์/ความจำเป็นของทีม, ใช้บทเรียนจากความสำเร็จ, กำหนดเป้าหมายร่วม, กำหนดกฎกติกาพื้นฐาน, กำหนดบทบาทสมาชิก, วิเคราะห์ผู้มีส่วนได้เสีย
- 1300-1500 สิ่งจำเป็นต่อความสำเร็จของทีม
 - ทำงานอย่างมีแผน, ประชุมอย่างมีประสิทธิภาพ, เทคนิคการระดมสมองและการตัดสินใจ, ทักษะที่จำเป็นสำหรับสมาชิก, การแก้ไขความขัดแย้ง, การปรับเปลี่ยนวิธีคิด, พัฒนาการของทีม
- 1530-1630 การฟุ้งฟักจากสมาชิกและผู้บริหาร
- 1630-1700 สรุป ประเมินผล ก้าวต่อไป

การประชุมเครือข่ายสตินรีเวช

ครั้งที่ 1

□ 0800-0830

แนะนำตัว ตั้งคำถาม

□ 0830-0900

บรรยาย แนวคิดเรื่อง accreditation

□ 0900-1000

ขยายความมาตรฐาน

□ 1000-1100

ประชุมกลุ่ม (หาโอกาสพัฒนา)

□ 1100-1200

นำเสนอผลการประชุมกลุ่ม

□ 1200-1300

อาหารกลางวัน

□ 1300-1400

การทำงานเป็นทีมให้ได้ผล

□ 1400-1500

ประชุมกลุ่ม (จะเริ่มต้นกันอย่างไร)

□ 1500-1600

นำเสนอผลการประชุมกลุ่ม

□ 1600-1700

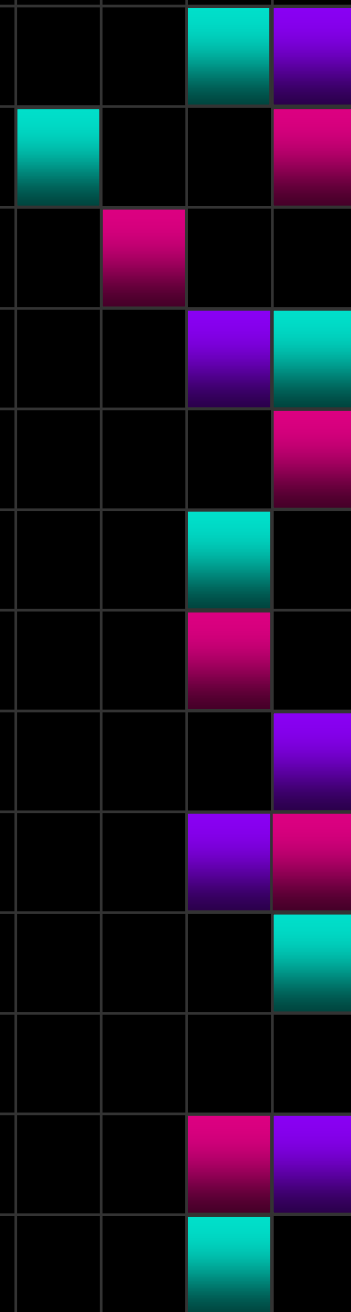
สรุป ประเมินผล ก้าวต่อไป

Hospital Accreditation:

แนวคิดทั่วไป

0830-0900 น.

แนวโน้มน้ของปัญหา



5% ของผู้ป่วยที่นอนรพ.
ต้องประสบภาวะไม่พึงประสงค์ อัน
เนื่องมาจากการกระทำหรือไม่กระทำ
ของผู้ให้บริการ

หนึ่งในสี่ของภาวะเหล่านี้เกิดจาก
ความละเลย

Brennan TA (1991)
The New England Journal of Medicine

เราทำงานภายใต้ความเสี่ยง

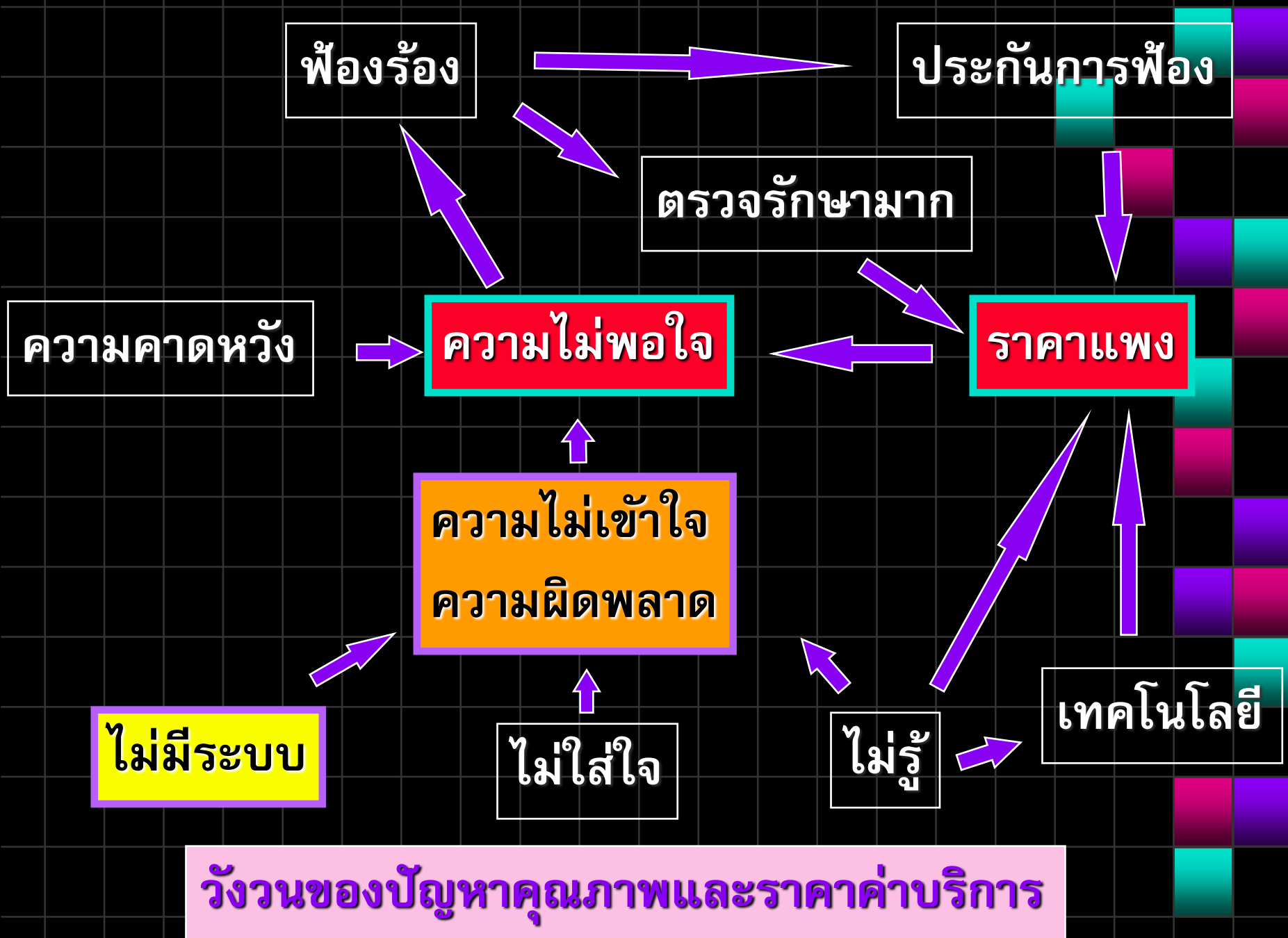
□ แหล่งที่มาของความเสี่ยง

- ผังอยู่ในตัวระบบ
- ตัวเราเอง

□ ทำไม

- ไม่มีการตรวจสอบระบบ
- ไม่มีการตรวจสอบตัวเอง





นอนตะแคง งอเข่าค่ะ เดี๋ยวจะฉีดยาชาเข้า
ไขสันหลังให้

ผมมาส่องกล้องตรวจท่อปัสสาวะ ต้องฉีดยา
ชาเข้าไขสันหลังด้วยหรือครับ

ไหน ขอดูชาร์ทหน่อยซิ อู๋ย ขอโทษค่ะ คน
ละคนกัน

ผู้ป่วยอายุ 92 ปี นอนรพ.เพราะอ่อนเพลียกินข้าวไม่ได้

พยาบาล: คุณหมอเจ้าของไข้ให้กลับบ้านได้แล้วนะคะวันนี้

ผู้อำนวยการเข้ามาเยี่ยม

ผอ.: ทำทางคุณยายยังไม่ค่อยดีเลย เดี่ยวหมอมจะส่งตรวจสมอง
ด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ให้

หลานรีบโทรไปบอกแม่

แม่ รีบมา รพ.เร็ว เขาจะเอาแม่ไปตรวจคอมพิวเตอร์

ข้าไปเสียแล้ว ต่อย

สตรีท่านหนึ่งเข้ารับการผ่าตัดก้อนที่เต้านม
พยาบาลชุดขาวเอายามาให้
ผู้ป่วย: ยานี้เป็นยาแก้อะไรคะ

ผู้แต่งชุดขาวเอามือหยิบยาในถ้วยพลิกไปมา
เอ ไม่รู้เหมือนกันค่ะ เดี๋ยวขอไปเช็คก่อนนะคะ

มีเพียง**ส่วนน้อย**เท่านั้นที่
ภาวะไม่พึงประสงค์ดังกล่าว
เกิดจากความผิดพลาดของ**บุคคล**

ส่วนใหญ่ เกิดจากระบบงานขององค์กร ซึ่ง
สามารถป้องกันได้โดย
การมีระบบตรวจสอบที่ดี (double check)

ในบรรดาความผิดพลาดซึ่ง PRO เคยระบุว่า
75% เป็นของแพทย์ และ
25% เป็นของ รพ.

นักวิจัยพบว่า 74% เป็นปัญหาของ ระบบ
26% เป็นปัญหาการทำงานของแพทย์

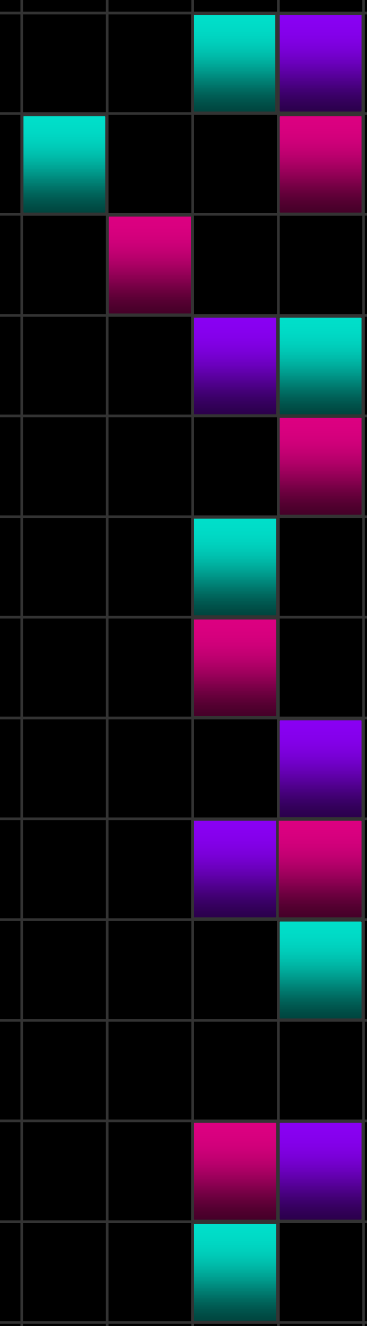
จุดอ่อนที่สำคัญที่สุดของระบบประกัน คุณภาพที่
ทำกันอยู่คือการมุ่งไปค้นหา ความผิดพลาด ที่
ตัวบุคคล เพียงอย่างเดียว

ละเลยกระบวนการซึ่งแวดล้อมผู้ปฏิบัติงาน
สร้างบรรยากาศของความหวาดกลัวและ ความ
เฉื่อยชา

Roberts JS & PM Schyve (1990)
The Quality Letter

Hospital Accreditation

คืออะไร



Hospital Accreditation คืออะไร

(โดยพยัญชนะ)

- **Credit** หมายถึงความน่าไว้วางใจ เกียรติยศ
- **Accredit** หมายถึงการให้ความไว้วางใจ ให้
ความเชื่อถือ
- **Hospital Accreditation** หมายถึง การประเมิน
และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

Hospital Accreditation คืออะไร

(โดยอรรถะ)

- **Hospital Accreditation** หมายถึง การพัฒนาระบบงานภายในของโรงพยาบาล ร่วมกับการเรียนรู้แลกเปลี่ยนกับที่ปรึกษา และการรับรองโดยองค์กรภายนอก

Hospital Accreditation

เน้นการพัฒนาอะไร

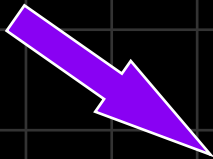
รับรองอะไร

องค์ประกอบสำคัญของ การพัฒนาระบบภายใน

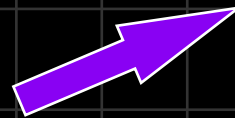
มีทิศทางร่วมกัน



พัฒนาคน



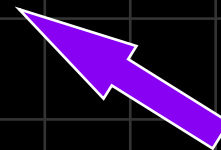
กำหนดมาตรฐาน
วิธีปฏิบัติงาน



ทำตามมาตรฐาน



ตรวจสอบและ
ปรับปรุงตนเอง

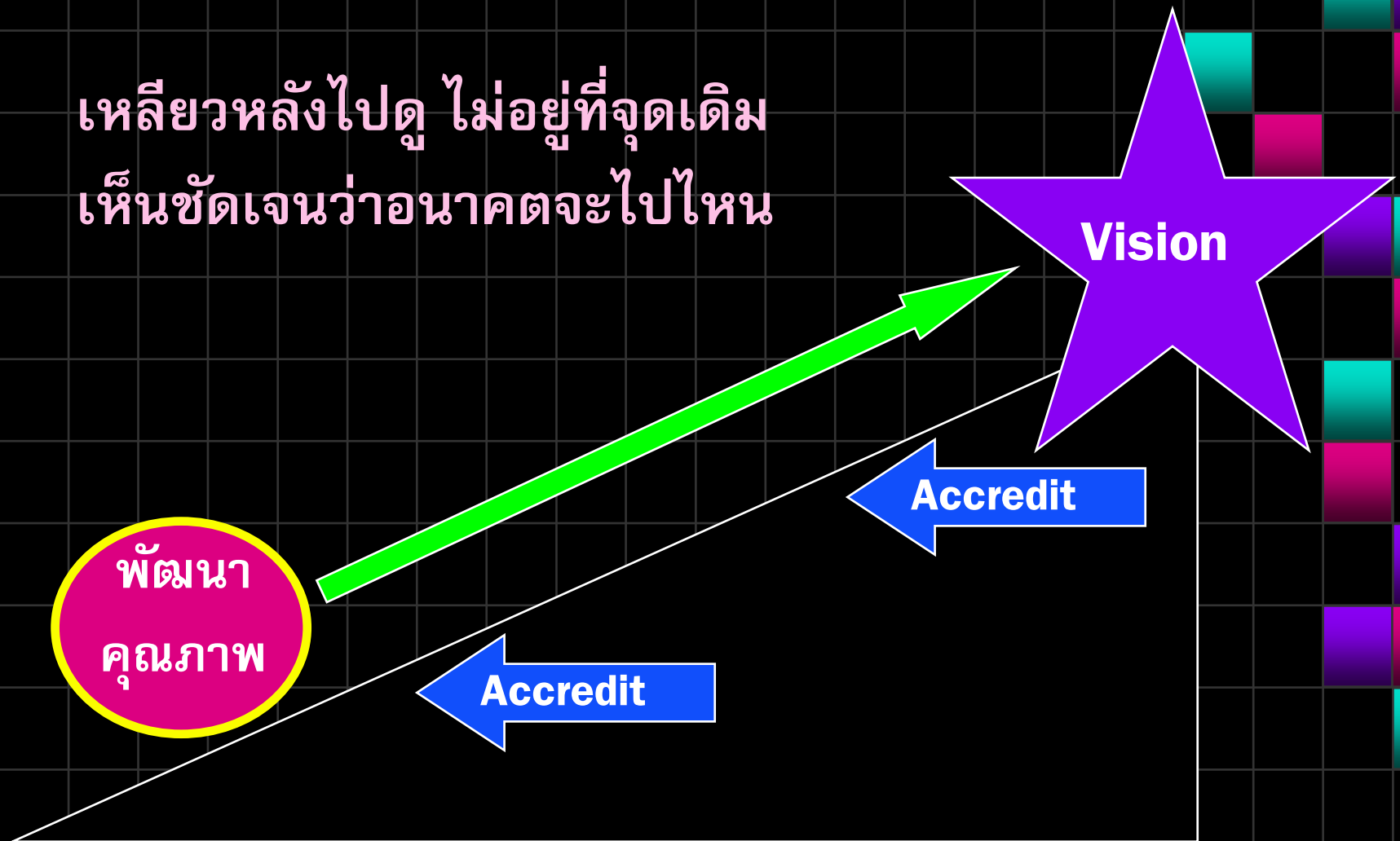


Hospital Accreditation

รับรองว่า โรงพยาบาล

- มี ความมุ่งมั่น ต่อการพัฒนาคุณภาพ
- มี กระบวนการทำงาน ที่เป็นมาตรฐาน
- มี ระบบตรวจสอบตนเอง ที่น่าเชื่อถือ
- มี การบริหารงาน ที่เป็นระบบ/ทำงานเป็นทีม
- มี กำลังคน สถานที่ เครื่องมือ เหมาะสม

เหลียวหลังไปดู ไม่อยู่ที่จุดเดิม
เห็นชัดเจนว่าอนาคตจะไปไหน



มาตรฐานโรงพยาบาล

□ มาตรฐานเชิงโครงสร้าง

- อาคาร เครื่องมือ คน ก.ประกอบโรคศิลปะ/ประกันสังคม
- ระบบงาน Hospital Accreditation

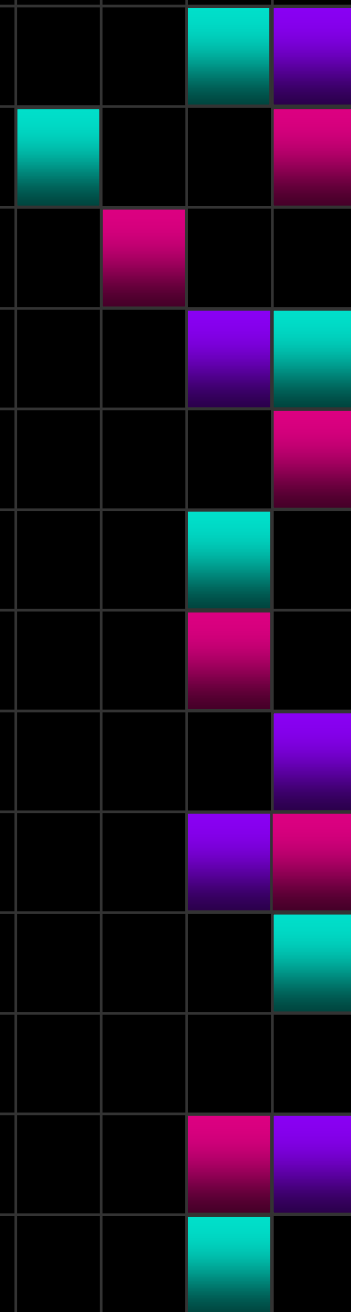
□ มาตรฐานเชิงกระบวนการ

- วิธีปฏิบัติงาน แต่ละ รพ.กำหนดเอง
- แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย องค์กรวิชาชีพ

□ มาตรฐานเชิงผลลัพธ์

รพ.วัดและปรับปรุงตนเอง

โครงการวิจัยและพัฒนา Hospital Accreditation



เป้าหมายของโครงการ

- มีโรงพยาบาลซึ่งเป็น แบบอย่าง ของการพัฒนา คุณภาพ ด้วยกระบวนการเรียนรู้
- มี ความรู้และเครื่องมือ ที่เป็นประโยชน์ในการ พัฒนา ตนเองของโรงพยาบาล และการจัดตั้งกลไกระดับชาติ
- มี ที่ปรึกษา เพียงพอสำหรับเป็นพื้นฐานของการ ขยายตัว ในระดับชาติ
- ผู้เกี่ยวข้อง มีความเข้าใจในหลักการของกระบวนการ การนี้ อย่างถูกต้องและมีความเป็นเจ้าของในการ พัฒนาระบบ

เป้าหมายของโครงการ

ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ

กลไกและความเคลื่อนไหวระดับชาติ

เก็บเกี่ยวความรู้เพื่อการขยายตัว

ผู้เกี่ยวข้องเข้าใจ

มีรพ.ต้นแบบ

มีความรู้/
เครื่องมือขั้นต้น

มีที่ปรึกษา



กระบวนการทำงานของโรงพยาบาล

วิเคราะห์สถานการณ์



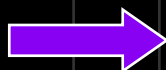
กำหนดเป้าหมาย/แผน



จัดตั้งทีม/โครงสร้าง
การบริหารกิจกรรมคุณภาพ



ฝึกอบรมและสนับสนุน
การทำงานของทีม



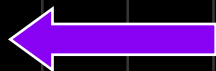
ประเมินตนเอง



เขียนคู่มือ/
มาตรฐาน



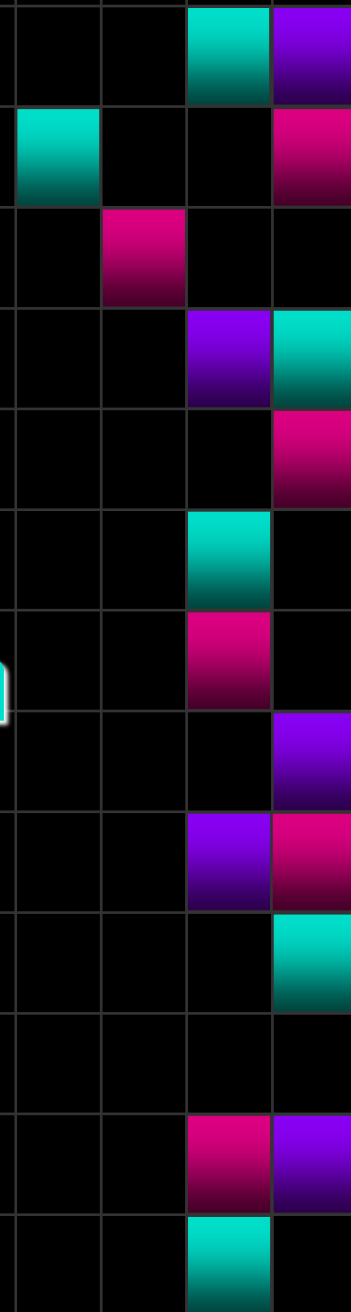
วัดและปรับปรุงระบบงาน



ติดตาม



หลักการในการพัฒนา ระบบงานของโรงพยาบาล



Total Quality Management (TQM)

เป้าหมายร่วม

ทุกคนทำด้วยใจ

Empowered

ใช้กระบวนการวิทยาศาสตร์

เพื่อประโยชน์
ผู้ป่วยและลูกค้า

ปรับปรุงระบบงาน

ร่วมมือทำงานเป็นทีม

วัฒนธรรมของการเรียนรู้และพัฒนาอย่างไม่หยุดยั้ง

โครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพ

ทีมผู้บริหาร/ทีมนำ
สภาคุณภาพ
Patient Care Team
หัวหน้าหน่วยงาน

๐๓๓ÅĒÃ×Í·ŌÁ
«ÖèŞ³Öé¹ÓâĤÃŞ;ÒÃ
áAĐàĒÃŌÁ³¼ĀŦŞãĒé·ŌÁ

ทีมในหน่วยงาน
ทีมคล่อมสายงาน
ทีมหัวหน้าหน่วย

·ŌÁ³¼Ŧ²¹Ō๓Đ³ÀŌ³¼
«ÖèŞ»ÃĐ;Í° éÇĀ¹¼Üéà;ŌèĀÇçéÍ
ã¹;ÃĐ°Ç¹;ŌÃ·Ōè°Đ³¼Ŧ²¹Ō

·ŌÁĒ¹Ŧ°Ē¹Đ¹ĒÃ×Í;ĀĐèĀ³¼ŌèàĀŌéĀŞ
ĒÃ×Í¼Üé°èÇĀàĒÃ×Í;ŌÃàĀŌĀ¹ĀÜé
«ÖèŞÍĀÜè¹Í;âĤÃŞ;ÒÃ

ที่ปรึกษาภายนอก
Facilitator ที่ได้รับการอบรม

TQM Infrastructure

Board/Senior Management Group

(Top Team)
Strategic Direction

Quality Steering Team

*(Subset of Top Team 5-6 People
& Quality Coordinator)*

TQM Policy, Support, Recommend, Track Progress

Coordinating Team/Patient Care Team

(Middle Management Team)
Coordination, Int. Customer Forum

Quality Improvement Team

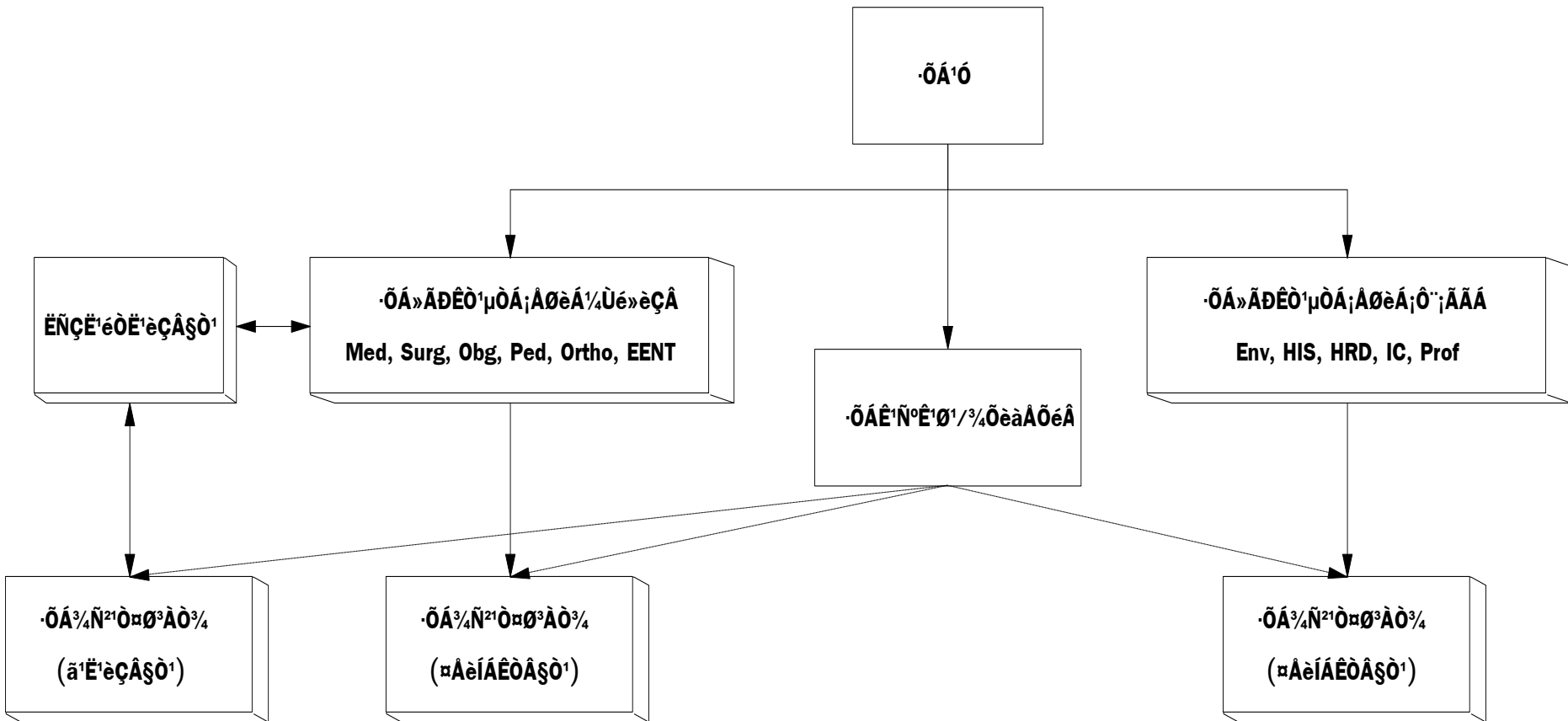
*(Team Leader, 5-6 Members
& Facilitator)*

Quality Support Team

(Quality Coordinator & Facilitator)
Support to QIT



โครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพ



ทีมนำ (Hospital Lead Team)

□ หน้าที่

- กำหนดทิศทาง เป้าหมาย
- ทำเป็นตัวอย่าง
- สนับสนุนทรัพยากร
- ติดตามความก้าวหน้า

□ ท่านคิดว่าทีมนำควรประกอบด้วยใครบ้าง

□ ท่านคิดว่าทีมนำจะเชื่อมโยงกับทีมประสาน และทีมสนับสนุนได้อย่างไร

ทีมสนับสนุน (Quality Support Team)

□ หน้าที่

- จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพระดับ รพ.
- ประสานงานกิจกรรมพัฒนาคุณภาพต่าง ๆ
- ให้การสนับสนุน/เป็นที่คำปรึกษาให้หน่วยงานต่าง ๆ

□ ทีมสนับสนุนของท่านมีอะไรบ้าง

- 5 ส. , ระบบข้อเสนอแนะ, พฤติกรรมบริการ, บริการด้านหน้า , พัฒนาองค์กร, กลุ่ม QC/CQI

□ ทีมสนับสนุนดังกล่าวมีการประสานกัน อย่างไร ประสานกับทีมนำอย่างไร

ทีมคิด/ประสาน

(Division Lead Team/Patient Care Team)

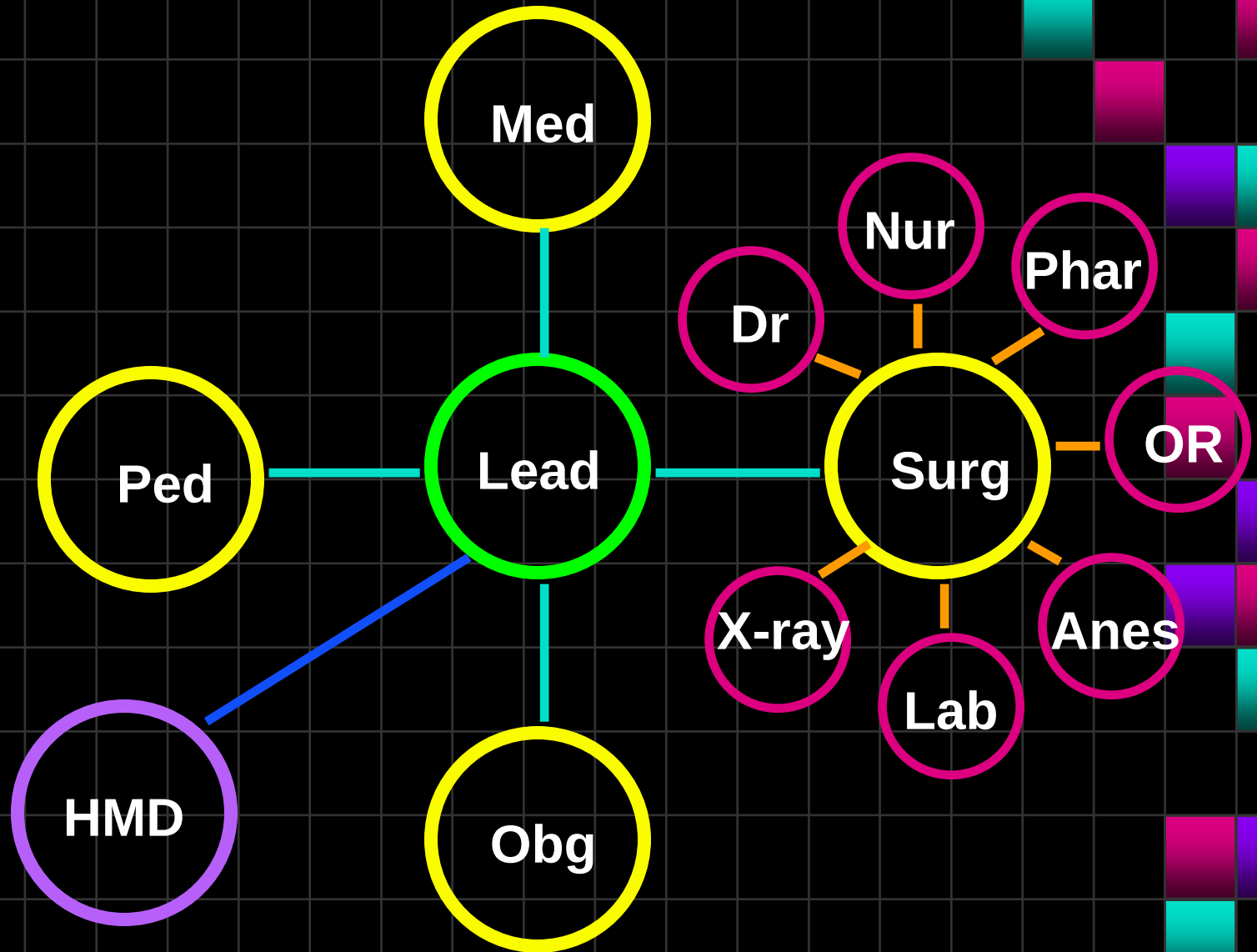
□ หน้าที่

- กำหนดทิศทาง เป้าหมาย ในส่วนที่รับผิดชอบ
- ค้นหาโอกาสพัฒนา
- กำหนดทีมรับผิดชอบ
- สนับสนุนทรัพยากร (ตามที่ได้รับมอบจากทีมนำ)
- ติดตามความก้าวหน้า

□ จะจัดทีมประสานให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ได้อย่างไร

□ ควรมีทีมประสานในด้านใด มีใครร่วม

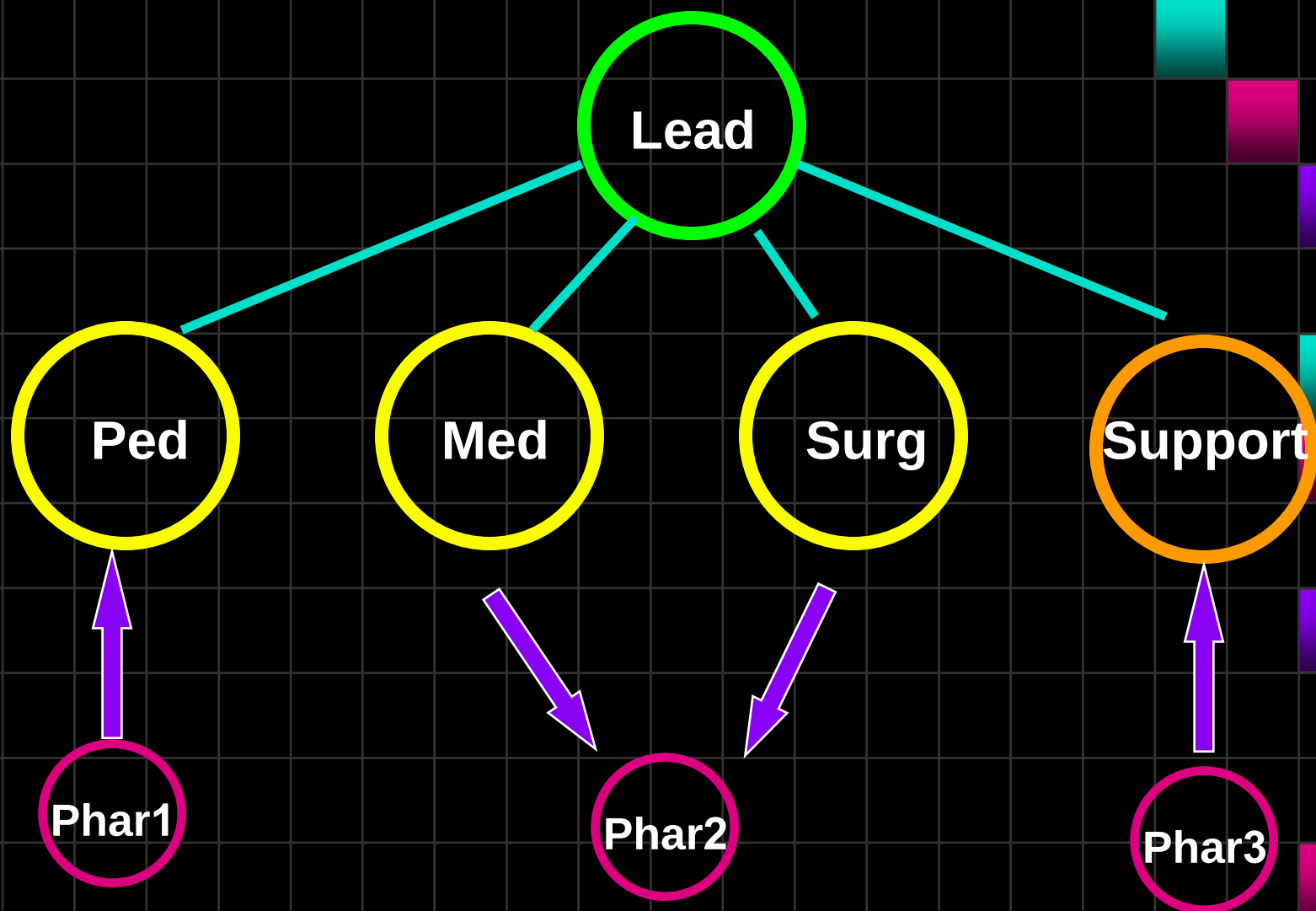
ทีมหลักคือทีมที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง



ทำไมต้องเน้น Patient Care Team

- ทำให้มุ่งที่ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย
- ทำให้ตั้งคำถามที่เฉพาะเจาะจงกับ clinical population
 - ควรมีบริการเชิงป้องกันและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอะไรสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้
 - ควรมี screening ไตเพื่อให้ตรวจพบโรคได้เร็วขึ้น
 - จะมีทางป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องมา รพ./นอน รพ. ได้อย่างไร
 - กระบวนการใดที่สมควร & สามารถปรับปรุงให้ดีขึ้นได้
- เป็นเวทีให้ลูกค้าภายในมาพบปะแลกเปลี่ยน
- ทำให้เห็นภาพรวมได้ดีกว่า
- มีโอกาสเกิด continuous improvement ได้มากกว่า

เริ่มได้ทั้งจากบนลงล่าง และจากล่างขึ้นบน



กระบวนการทำงานของทีม

ผู้ป่วยและลูกค้า



ความคาดหวังของลูกค้า
และมาตรฐานวิชาชีพ



กระบวนการ



ตัวชี้วัด



วัด



รายงาน



หาโอกาส
พัฒนา



พัฒนา



ทีมคิด/ประสาน

ทีมทำ



ทีมทำ (Quality Improvement Team)

□ หน้าที่

- ค้นหาโอกาสพัฒนาในหน่วยงานของตนเอง
- ทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพตามที่ได้รับมอบหมายหรือได้รับการรับรองจากทีมคิด/ประสาน
- รายงานความก้าวหน้าให้ทีมคิด/ประสานทราบเป็นระยะ

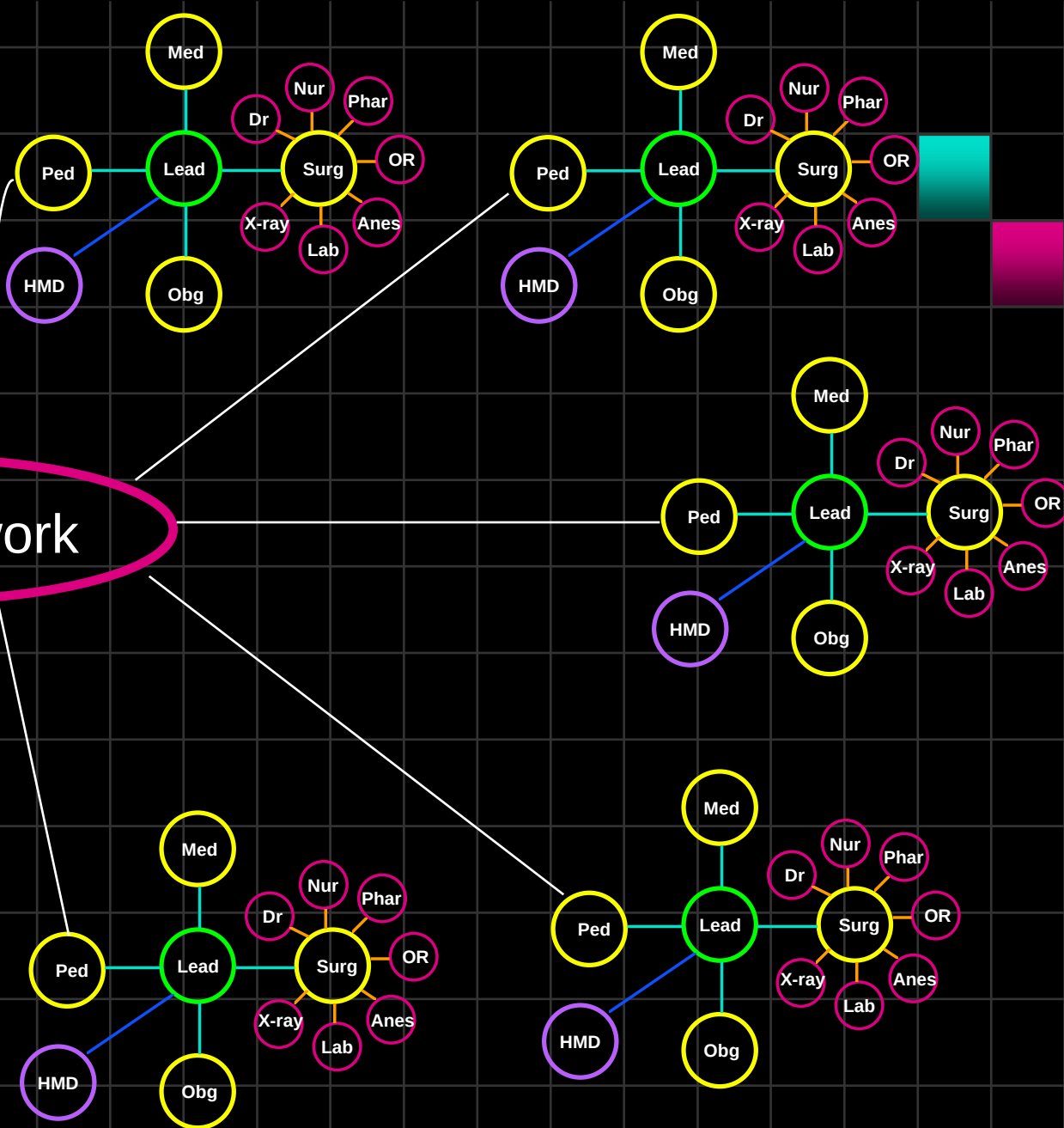
□ ทีมทำอาจจะเป็นทีมในหน่วยงานเดียวกัน หรือเป็น cross-functional team

□ ท่านคิดว่าทีมทำจะเชื่อมโยงกับทีมประสานและทีมสนับสนุนได้อย่างไร

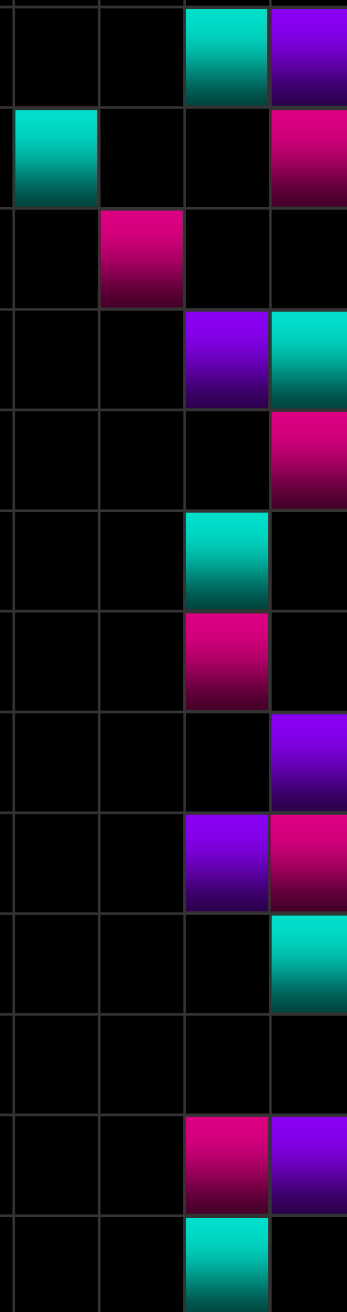
กระบวนการทางวิทยาศาสตร์

อริยสัจสี่	กระบวนการปรับปรุงคุณภาพ	PDCA	การวิจัย	ดูแลผู้ป่วย
อะไรเป็นปัญหาหรือโอกาสที่จะปรับปรุงให้ดีขึ้น	งานของเรามีกระบวนการอะไร เราทำได้ดีเพียงใด	Plan	พรรณนา	มีความผิดปกติอะไร
อะไรเป็นสาเหตุของปัญหา	อะไรเป็นสาเหตุของจุดอ่อน		วิเคราะห์	อะไรเป็นสาเหตุ
อะไรเป็นเป้าหมายของการแก้ปัญหา	กระบวนการนั้นมีเป้าหมายอะไร		ทดลอง	ให้การรักษา ประเมินผล
ทดลองทางเลือก	เราจะทำให้ดีขึ้นกว่าเดิมได้อย่างไร	Do		
สังเกตผล		Ckect		
สรุปบทเรียน		Act		

Ped Network



เราคิดอย่างไร



การคิดด้วยหมวกสีต่าง ๆ

- สีขาว เป็นกลาง ใช้ข้อมูล/ข้อเท็จจริง
- สีแดง อารมณ์ ความเดือดดาล
- สีม่วง มองในทางลบ ชี้ให้เห็นอุปสรรค
- สีเหลือง มองในทางบวก ผลักดันให้เกิด
- สีเขียว แตกหน่อ ใช้ความคิดสร้างสรรค์
- สีฟ้า จัดระบบคิด สรุปความเห็น

อภิปรายกลุ่ม

- ลองใช้หมวกแต่ละสีเพื่อตอบสนองต่อแนวความคิดเรื่อง Hospital Accreditation
- การเปรียบเทียบความคิดกับหมวก สีต่าง ๆ มีประโยชน์อย่างไร
- ในวันนี้เราจะใช้หมวกสีอะไรกันบ้าง