

VẬN DỤNG CHIẾN LƯỢC ĐA MÔ THỨC TRONG KSNK TẠI VIỆT NAM

TS.BS. Huỳnh Minh Tuấn
Phó Chủ tịch Hội KSNK TP.HCM

Nội dung

1. Dẫn nhập (video)
2. Chiến lược đa mô thức của WHO
3. Mô hình PDSA
4. Thiết lập “Đội hành động”



Group 1
Personal Motivation



Nhóm 1

Động lực cá nhân

Thất bại!!!



0/12

Group 1

Personal Motivation



Group 2

Personal Motivation
Change the Environment



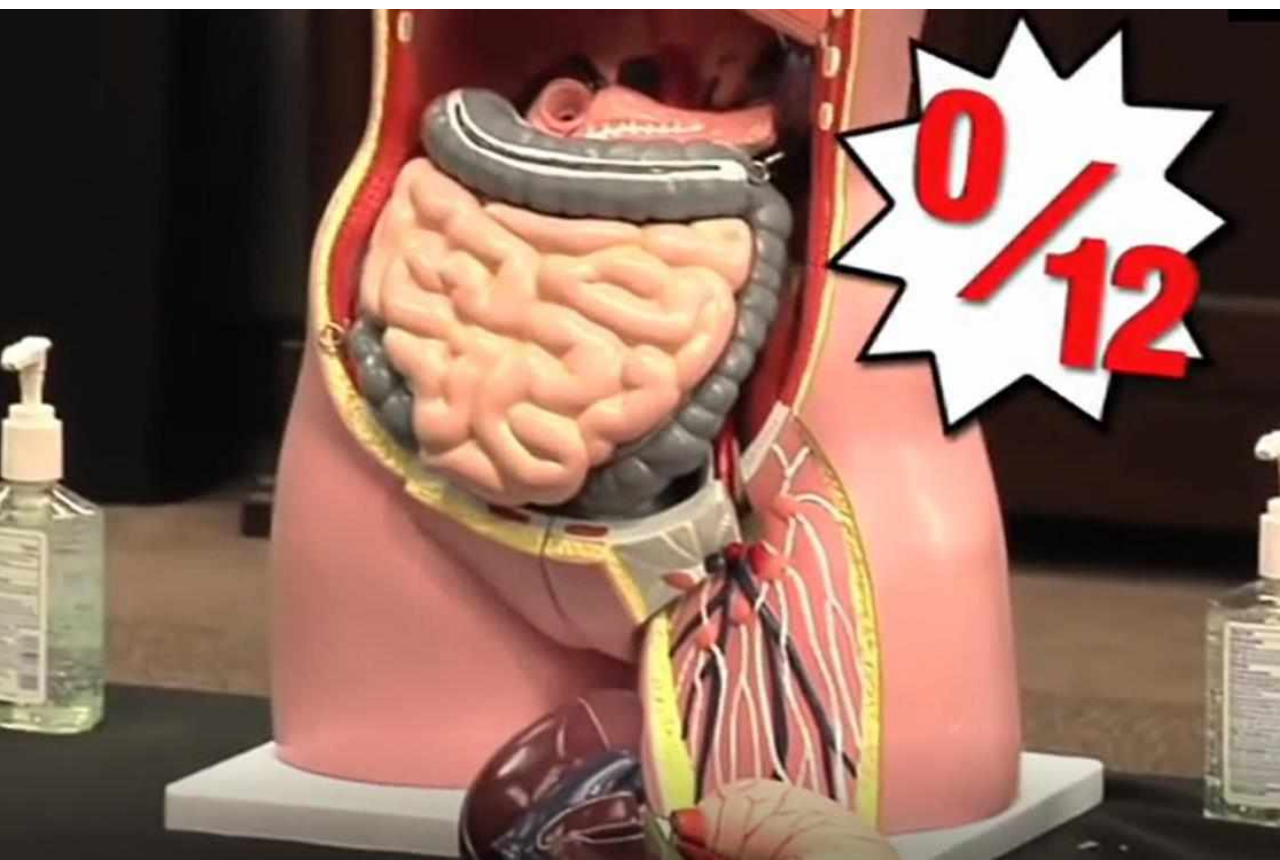
Nhóm 2

Thay đổi điều kiện

Thất bại!!!



Thất bại!!!



- Động lực cá nhân
- Thay đổi điều kiện

an cup

Personal Motivation
Change the Environment



Group 3

Personal Motivation
Change the Environment
Deliberate Practice



Nhóm 3

Động lực cá nhân Thay đổi điều kiện Đào tạo, huấn luyện

Khá hơn!!!



Group 3 ^{3/12}

Personal Motivation
Change the Environment
Deliberate Practice



Group 4

Personal Motivation
Change the Environment
Deliberate Practice
Peer Pressure



Nhóm 4

Động lực cá nhân
Thay đổi điều kiện
Đào tạo, huấn luyện
Áp lực xã hội

Thành công!!!



Chiến lược Đa mô thức

2

**WHO Guidelines
on Hand Hygiene in Health Care**

First Global Patient Safety Challenge
Clean Care is Safer Care



Multimodal strategy

- 1A. System change: alcohol-based handrub
- 1B. System change: access to safe continuous water supply and towels
2. Training and education
3. Observation and feedback
4. Reminders in the workplace
5. Institutional safety climate

In other words, the WHO multimodal improvement strategy addresses these five areas:

2. Teach it

(training & education)



Who needs to be trained? What type of training should be used to ensure that the intervention will be implemented in line with evidence-based policies and how frequently?

Does the facility have trainers, training aids, and the necessary equipment?

Practical example: when implementing injection safety interventions, timely training of those responsible for administering safe injections, including carers and community workers, are important considerations, as well as adequate disposal methods.

4. Sell it

(reminders & communications)



How are you promoting an intervention to ensure that there are cues to action at the point of care and messages are reinforced to health workers and patients?

Do you have capacity/funding to develop promotional messages and materials?

Practical example: when implementing interventions to reduce catheter-associated bloodstream infection, the use of visual cues to action, promotional/reinforcing messages, and planning for periodic campaigns are important considerations.

1. Build it

(system change)



What infrastructures, equipment, supplies and other resources (including human) are required to implement the intervention?

Does the physical environment influence health worker behaviour? How can ergonomics and human factors approaches facilitate adoption of the intervention?

Are certain types of health workers needed to implement the intervention?

Practical example: when implementing hand hygiene interventions, ease of access to handrubs at the point of care and the availability of WASH infrastructures (including water and soap) are important considerations. Are these available, affordable and easily accessible in the workplace? If not, action is needed.

3. Check it

(monitoring & feedback)



How can you identify the gaps in IPC practices or other indicators in your setting to allow you to prioritize your intervention?

How can you be sure that the intervention is being implemented correctly and safely, including at the bedside? For example, are there methods in place to observe or track practices?

How and when will feedback be given to the target audience and managers? How can patients also be informed?

Practical example: when implementing surgical site infection interventions, the use of key tools are important considerations, such as surveillance data collection forms and the WHO checklist (adapted to local conditions).

5. Live it

(culture change)



Is there demonstrable support for the intervention at every level of the health system? For example, do senior managers provide funding for equipment and other resources? Are they willing to be champions and role models for IPC improvement?

Are teams involved in co-developing or adapting the intervention? Are they empowered and do they feel ownership and the need for accountability?

Practical example: when implementing hand hygiene interventions, the way that a health facility approaches this as part of safety and quality improvement and the value placed on hand hygiene improvement as part of the clinical workflow are important considerations.

1

Thay đổi hệ thống

2

Huấn luyện & giáo dục

3

Giám sát & phản hồi

4

Nhắc nhở & giao tiếp

5

Thay đổi văn hóa

Thay đổi hệ thống



Chính sách, quy định, quy trình

Hạ tầng

Thiết bị

Hóa chất, vật tư

Nguồn lực khác

Huấn luyện & giáo dục



Kiến thức

Thực hành

Thái độ

Giám sát & phản hồi



Xác định vấn đề

Phản ứng hợp lý

Ghi nhận cải thiện



Nhắc nhở & giao tiếp



Đúng hành động

Đúng thời điểm

Đúng chỗ

Hình thức “Chiến dịch”



Thay đổi văn hóa



Văn hóa bệnh viện
Đề cao hành động đúng
Nhà quản lý, lãnh đạo
Các mô hình mẫu
Hình tượng nổi bật

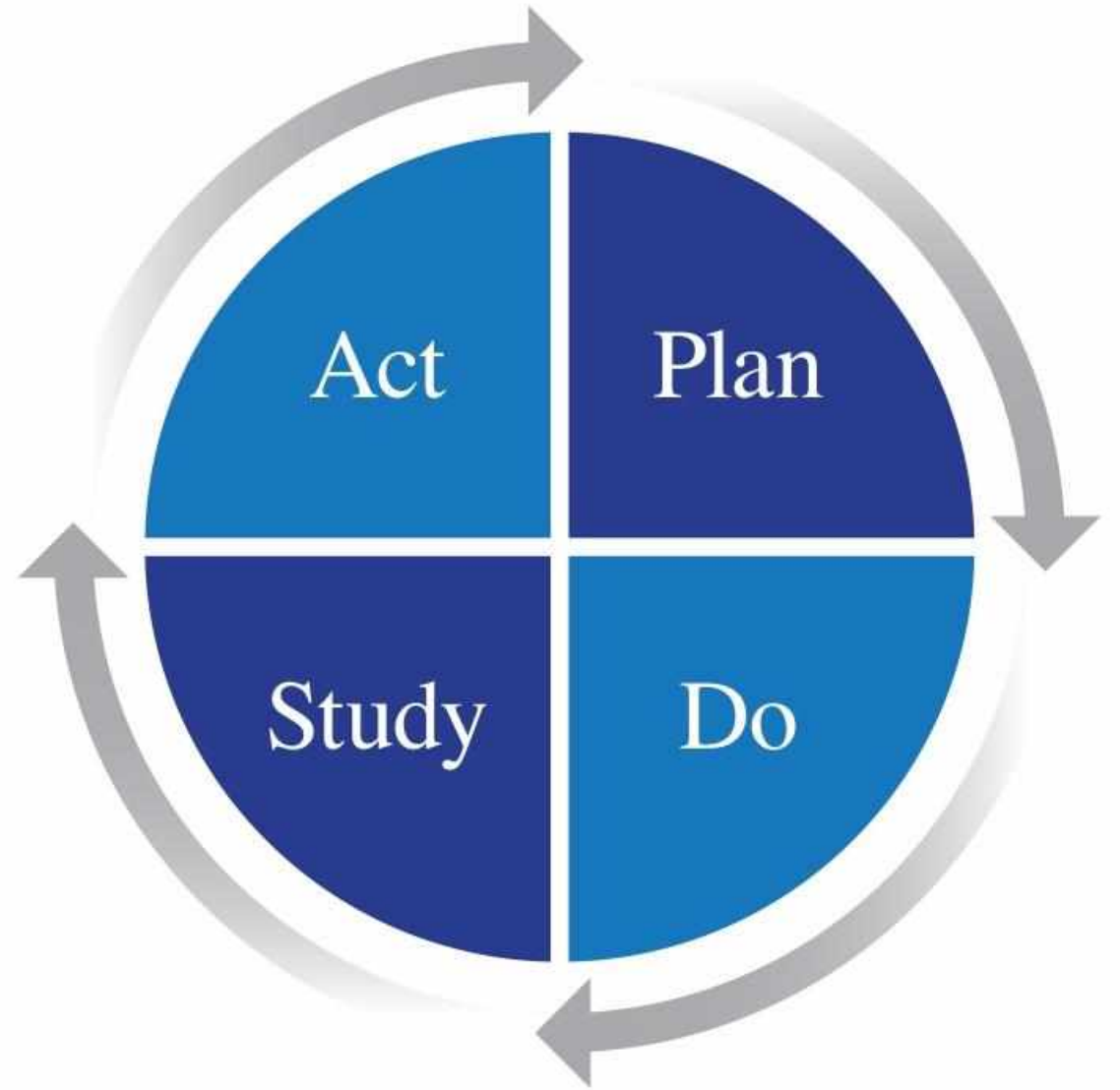
Mô hình cải tiến chất lượng

Plan-Do-Study-Act

3

Chu trình PDCA

Deming Wheel, Deming Cycle



1

- Xác định mục tiêu
- Lập giả thuyết
- Định nghĩa các biến số và cách thức đo lường
- Lập kế hoạch hành động

Plan (lập kế hoạch)

2

- Thực hiện các hạng mục công việc đã được đặt ra trong Bước 1

Do (Thực hiện)

3

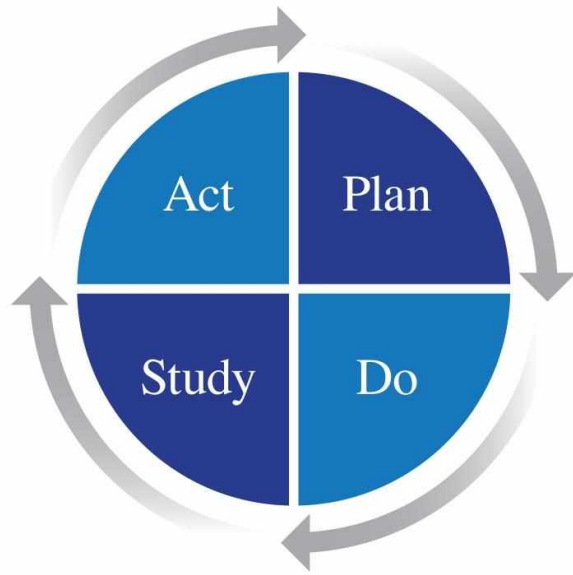
- Các kết quả của bước 2 được theo dõi, đánh giá
- Tiến triển tốt, thành công
- Vấn đề cần khắc phục

Study (học)

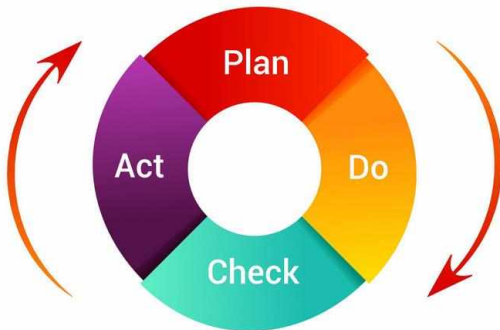
4

- Đóng 1 chu kỳ
- Rút kinh nghiệm từ Bước 3
- Thay đổi mục tiêu, phương pháp, tái lập giả thuyết
- Nhân rộng mô hình

Act (Hành động lại)



PDCA VS PDSA



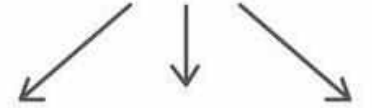
- S = Study
 - Học: Mở rộng kiến thức
- C = Check
 - Đã làm đúng hay sai

Từ nhỏ đến lớn
Từ một đến nhiều

One-to-one



One-to-many



Thiết lập Đội hành động

4

Đội hành động

Xương sống

Trách nhiệm rõ ràng

Gồm:

Lãnh đạo BV (PGĐ phụ trách chuyên môn): chỉ đạo chuyên môn, phê duyệt chính sách

Các Phòng KHTH, TCCB, QLCL, ĐD, QTTN, IT: tham vấn (2 chiều), hỗ trợ các nguồn lực

Các Khoa Hồi sức: KAP

IPC-KSNK: huấn luyện, giám sát, phản hồi, báo cáo

Trưởng Khoa KSNK: **điều phối**

Tóm tắt

Chiến lược đa mô thức: 5 thành tố căn bản

1/ Thay đổi hệ thống, 2/ Huấn luyện & giáo dục, 3/ Giám sát & phản hồi, 4/ Nhắc nhở & giao tiếp, 5/ Thay đổi văn hóa

PDSA: 4 bước

1/ Plan, 2/ Do, 3/ Study, 4/ Act

Đội hành động: đa thành phần, chung mục tiêu, nhiệm vụ rõ ràng

Phối hợp:

1/ Chiến lược đa mô thức

2/ PDSA

3/ Đội hành động

Kết luận

Là mô hình thích hợp áp dụng trong công tác KSNK tại Việt Nam

Thông tin liên lạc

TS.BS. Huỳnh Minh Tuấn

Phó Chủ tịch Hội KSNK TP.HCM

Trưởng Khoa KSNK, BVĐHYD TP.HCM

Email: huynh.tuan@umc.edu.vn

Cell: +84 90 934 9918

**CHÂN THÀNH CẢM ƠN
QUÝ ĐỒNG NGHIỆP
ĐÃ LẮNG NGHE**
