**รายงานการศึกษา ฝึกอบรม ดูงาน ประชุม/สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย และการปฏิบัติงาน ในองค์การระหว่างประเทศ**

.....

**ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป**

**๑.๑ ชื่อ/นามสกุล**

| | | |
|---|---|---|
| ๑. นางสาวอัญจนา | พุทธิปิลันธน์ | ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ |
| ๒. นางกมลวรรณ | อนันต์ปิยะสกุล | ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ |
| ๓. นางสาวอารี | ประสพอัครกิจ | ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการพิเศษ |
| ๔. นางสาวนันทวัน | อังคณาวรกุล | ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| ๕. นางสาวปรารถนา | ปลาเงิน | ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| ๖. นางอภิญญา | จงสมชัย | ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ |

**๑.๒ ชื่อเรื่อง/หลักสูตร** ประชุมวิชาการประจำปี HA National Forum ครั้งที่ ๒๒ ภายใต้แนวคิดหลัก “Towards Scaling Up and Resilience in Healthcare”

**งบประมาณ** เงินงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕
จำนวน ๓๐,๐๐๐ บาท (สามหมื่นบาทถ้วน)

**ระหว่างวันที่** ๘ - ๑๑ มีนาคม ๒๕๖๕

**ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกอบรม ดูงาน ประชุม/สัมมนา และปฏิบัติงานวิจัย**

**๒.๑ วัตถุประสงค์**

๑. เพื่อเป็นเวทีสร้างแรงบันดาลใจให้เกิดการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง
๒. เพื่อสร้างภาคีเครือข่าย แลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลต่างๆ
๓. เพื่อให้ทราบแนวคิดหลัก “Towards Scaling Up and Resilience in Healthcare”

**๒.๒ เนื้อหา (โดยย่อ)** ขอสรุปผลการเข้าร่วมประชุม/สัมมนาเป็นเรื่องๆ ดังนี้

**๒.๒.๑ ก้าวกับมาตรฐานใหม่ ด้วยหัวใจ ๓P Safety**

วิทยากร : พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ (สรพ.)

การดำเนินงานในเรื่อง 2P Safety ของประเทศไทยเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ.2561 โดยกำหนดนโยบายให้โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นโรงพยาบาล 2P Safety Hospital จนกระทั่งเกิดการแพร่ระบาดของ COVID-19 ส่งกระทบต่อทุกคนตั้งแต่ผู้ป่วย ญาติ บุคลากรจนไปสู่ชุมชน จึงมีการปรับจาก 2P Safety สู่ 3P Safety มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 มีการเปลี่ยนแปลง มีการบูรณการเรื่อง Patient Safety, Personnel Safety และ People Safety ในแต่ละหมวด ดังนี้

**I-1 การนำ (Leadership)** มองครอบคลุมผู้ป่วยและผู้รับผลงาน โดยผู้รับผลงานคือผู้รับบริการด้านอื่นๆ ที่ไม่ใช่บริการสุขภาพ และไม่ใช่ผู้รับบริการ เช่น ครอบครัวผู้ป่วย ญาติ ชุมชนรอบโรงพยาบาล ถ้ากลุ่ม

เหล่านี้ไม่ได้รับความปลอดภัย จะเป็น People ที่ไม่ได้รับความปลอดภัย ที่สำคัญคือผู้นำต้องให้ความสำคัญกับคุณภาพและความปลอดภัย โดยกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ส่งเสริมการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย และการทบทวนติดตามผลดำเนินการ และมองถึงการทำประโยชน์ให้สังคม การปฏิบัติตามกฎระเบียบข้อบังคับและการสนับสนุนชุมชน และการกำกับดูแลทางคลินิก โดยมีคณะผู้กำกับดูแลทางคลินิกคอยติดตามผลดำเนินการ เช่น การกำจัดสารเคมีจากยาเคมีบำบัด ต้องคำนึงถึง ระบบการกำจัดสารเคมี เพื่อความปลอดภัยของ People ทั้งผู้ป่วย ญาติ คนในชุมชนสังคม และสิ่งแวดล้อม

**I-3 ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (Patient/Customer)** ต้องคำนึงความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย ผู้รับผลงาน เพื่อนำไปออกแบบระบบบริการเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย เริ่มจากการรับฟัง สังเกต ความต้องการจากผู้ป่วย รวมถึงข้อร้องเรียน ที่องค์กรต้องจัดให้มีกระบวนการร้องเรียนที่สามารถเข้าถึงได้โดยทั่วไป และองค์กรต้องมีกระบวนการตรวจสอบแก้ไขข้อร้องเรียนภายในระยะเวลาที่กำหนด

**I-5 บุคลากร (Workforce)** เน้นให้บุคลากร Health, Safety and Well-being สิ่งที่เปลี่ยนแปลงคือในระดับนานาชาติให้ความสำคัญกับบุคลากรเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะเรื่องสวัสดิภาพ คือ ไม่เกิดอันตรายจากการทำงาน ชั่วโมงการทำงานของบุคลากร บ่งบอกถึง Patient & Personnel Safety รวมถึง สุขภาพและความปลอดภัย การดูแลการเจ็บป่วยจากการทำงาน และการสร้างเสริมสุขภาพ ที่สำคัญ Well-being ต้องให้บุคลากรทำงานอย่างมีความสุข Work Life Balance

**I-6.2 ประสิทธิผลของการปฏิบัติการ (Operation Effectiveness)** การจัดการระบบสารสนเทศความปลอดภัยข้อมูลผู้ป่วย บุคลากร รวมทั้งการแพทย์ทางไกล การรักษาออนไลน์ การส่งยาทางไปรษณีย์ ทุกกระบวนการมีโอกาสเสี่ยงและไม่ปลอดภัย จำเป็นต้องมีแนวทางอย่างเป็นระบบ การให้ข้อมูล/คำแนะนำในการส่งต่ออย่างครบถ้วน รวมถึงความปลอดภัยในภาวะภัยพิบัติฉุกเฉิน

**II-1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง (Risk Management System)** อ้างอิงตาม 2P Safety Goals, WHO’s global patient safety challenge หรือ WHO’s charter of Health worker safety มาวางระบบในโรงพยาบาล

**II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย/ ผู้รับผลงาน (Environment of Care)** ต้องปลอดภัยต่อผู้ป่วย บุคลากร และประชาชน (Patient, Personnel และ People) ที่เดินอยู่ในโรงพยาบาลต้องวางระบบความปลอดภัยครอบคลุมทุกส่วน

**II-4 การป้องกันควบคุมการติดเชื้อ (Infection Prevention and Control)** สิ่งที่เปลี่ยนแปลงไปคือแพทย์ต้องเข้ามามีส่วนร่วม ต้องมีความรู้ในเรื่อง IC

**II-5 ระบบเวชระเบียน (Medical Record System)** เวชระเบียนเป็นเครื่องมือในการติดตามกระบวนการรักษาผู้ป่วย ใช้ส่งต่อข้อมูลระหว่างกัน หากบันทึกข้อมูลผู้ป่วยทางอิเล็กทรอนิกส์ต้องดูในเรื่องความปลอดภัยของข้อมูล

**II-6.2 การปฏิบัติในการใช้ยา (Medication User Practices)** ติดตามการส่งมอบยาให้ผู้ป่วยถูกต้องเหมาะสม

**II-7 การตรวจทดสอบเพื่อการวินิจฉัยโรคและบริการที่เกี่ยวข้อง (Diagnostic Investigation and Related Services)** เน้นความปลอดภัยในการตรวจทดสอบ

**II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (Disease and Health Hazard Surveillance)** เพิ่มเติมในเรื่องการรายงาน และการสร้างความตระหนัก การร่วมมือ เช่น สถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ควรสื่อสารกับชุมชนส่งผลต่อ People Safety

**III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (Access and Entry)** การคัดกรองคลาดเคลื่อนต้องวางระบบคัดกรองและคัดแยกผู้ป่วยเพื่อจำแนกกลุ่ม/บริการตรวจรักษาในช่องทางที่เหมาะสมและปลอดภัย

**III-2 การประเมินผู้ป่วย (Patient Assessment)** วางระบบการประเมินเพื่อป้องกันการเกิดความเสี่ยง ส่วนการประเมินซ้ำในผู้ป่วยให้พิจารณาเป็นรายๆ

**III-3 การวางแผน (Planning)** ที่สำคัญคือการวางแผนป้องกัน AE จากการดูแลผู้ป่วย

**III-4.2 การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง (High Risk Patients and High-Risk Services)** ควรกำหนดกลุ่มผู้ป่วย หัตถการที่มีความเสี่ยงสูง และจัดทำแนวทางปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยง

**III-4.3 การดูแลเฉพาะ (Specific Care)** เพิ่มเติมคือการแพทย์แผนไทย มีกลไกกำกับดูแลมาตรฐานและความปลอดภัยของการดูแล โดยบุคคลที่ เหมาะสม สำหรับการแพทย์ทางไกลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลได้รับการประเมิน คัดกรองความเหมาะสมเพื่อเข้ารับบริการ และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการดูแล/ข้อจำกัดก่อนแสดงความยินยอมในการรับบริการ การดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ป่วยได้รับการประเมิน คัดกรองความเหมาะสมและความจำเป็นในการเป็นผู้ป่วยที่สามารถดูแลสุขภาพที่บ้าน มีการบันทึกในระบบเวชระเบียนเพื่อการสื่อสารที่เอื้อต่อการดูแลต่อเนื่อง รวมถึงการส่งผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

**III-6 การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of care)** ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงตั้งแต่อยู่โรงพยาบาล จนกลับบ้าน การทำ Reconcile ข้อมูลสุขภาพมีความสำคัญ ที่สำคัญต้องมีการวางแผนส่งต่อผู้ป่วยตามสภาวะความต้องการผู้ป่วยและครอบครัว สำหรับการดูแลเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ผู้ที่ดูแลต้องมีสมรรถนะ และความพร้อมขณะเคลื่อนย้าย

### ๒.๒.๒ มาตรฐาน HA ฉบับที่ ๕ ที่ทีมนำไม่ควรพลาด

วิทยากร : นพ.สุรชัย ปัญญาพฤทธิ์พงศ์ นพ.ชุติเดช ตาบ-องครักษ์ นพ.สมจิตต์ ชี้เจริญ

**การนำมาตรฐาน HA สู่การปฏิบัติ**

**I-1 การนำ**

I-1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง

ก. (1) ผู้นำระดับสูงชี้นำองค์กร ชี้ให้ถูกทางโดยใช้มาตรฐาน HA เป็น guide เช่น ชี้นำจากค่านิยมองค์กร ซึ่งเป็นนามธรรมมาปรับเป็นมาตรฐานให้เป็นรูปธรรม ให้เข้าใจตรงกัน ถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ และมาตรฐาน HA เป็น visionary leadership สามารถใช้กับโรงพยาบาลทุกระดับเนื่องจากพิจารณาจากบริบทของแต่ละโรงพยาบาล

ค. ความสำเร็จขององค์กร (1) สร้างสภาพแวดล้อมที่ทำให้องค์กรประสบผลสำเร็จ ผู้นำระดับสูงบริหารจัดการด้าน คน เงิน ของ เพื่อทำให้องค์กรบรรลุพันธกิจ (2) ทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างจริงจัง (Focus on Action) ประกอบด้วย การสื่อสารถ่ายทอดให้เห็นความสำคัญของเป้าหมายของงาน กำหนดขั้นตอนของงานและทรัพยากรที่ต้องดำเนินการ ความสำเร็จขององค์กรแสดงให้เห็นถึงภาระรับผิดชอบของผู้นำ (3) ผู้นำระดับสูงสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย ซึ่งจะเชื่อมโยงกับ II-1 ระบบบริหารงานคุณภาพ ความเสี่ยงและความปลอดภัยในมาตรฐานฉบับที่ 5 กำหนดอยู่ในความรับผิดชอบของผู้นำระดับสูง เดิมมีความไม่ชัดเจนคิดว่าเป็นหน้าที่ของ facilitator ทำให้การบริหารความเสี่ยงขององค์กรอ่อนแอ เพราะ facilitator ไม่มีหน้าที่สั่งการ/รับผิดชอบ ดังนั้นมาตรฐาน HA ในการชี้นำองค์กรผู้บริหารควรมี authority และ accountability (ii) ส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัย มี 2 เครื่องมือ มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย 9 ข้อ และ 2P Safety สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย

I-1.2 การกำกับดูแลองค์กรและการทำประโยชน์ให้สังคม

ก.(3) องค์กรวางระบบกำกับดูแลทางคลินิก (i) กำหนดให้มีคณะผู้กำกับดูแลทางคลินิก (Authority) ประธานคณะกรรมการต้องเป็นผู้นำระดับสูงทางการแพทย์ (ii) แสดงความรับผิดชอบในการสร้างหลักประกันผลลัพธ์ การดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ รวมทั้งสนับสนุนให้จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพและติดตามกำกับ (Accountability) หากไม่สำเร็จผู้นำระดับสูงเป็นผู้รับผิดชอบ

**I-2 กลยุทธ์**

I-2.2 การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ

ก. การจัดทำแผนปฏิบัติการและถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ (3) องค์กรจัดสรรทรัพยากรด้านการเงิน (4) องค์กรจัดทำแผนด้านบุคลากร (5) องค์กรกำหนดตัวชี้วัด

**I-4 การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้**

I-4.1 การวัด การวิเคราะห์และใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กร การใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการ หากไม่มีข้อมูลจะไม่ทราบว่าจะดำเนินการต่อไปอย่างไร การวัดมีความสำคัญแต่หากไม่มีการชี้ทิศทางแสดงว่าไม่ได้ใช้ประโยชน์จากข้อมูล ซึ่งเป็นฐานสำคัญที่จะยกระดับองค์กร

I-4.2 การจัดการสารสนเทศและการจัดการความรู้ ข. ความรู้องค์กร (1) องค์กรสร้างและจัดการความรู้ (i) รวบรวม Tacit knowledge (ii) เชื่อมโยง Explicit knowledge เพื่อสร้างความรู้ใหม่ ความรู้ในตัวคนเหนือกว่าความรู้ในตำรา Tacit knowledge จะมีบริบทขององค์กร แต่อาจแก้ปัญหาไม่ได้เพราะมุมมองไม่กว้าง นำ Explicit knowledge มาร่วมเป็นการสร้างความรู้ใหม่กลายเป็นนวัตกรรม (3) ทำให้การเรียนรู้ฝังลึกไปในวิถีการปฏิบัติขององค์กร มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทำจนเป็นกิจวัตรส่งผลต่อการแก้ปัญหา สร้างองค์ความรู้และนำไปปฏิบัติอย่างเป็นระบบ

**บทบาทหน้าที่ของผู้นำ/ทีมนำต่อการขับเคลื่อนพัฒนาองค์กรเพื่อความสำเร็จ(อย่างยั่งยืน) ในกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล**

1. บทบาทผู้กำหนดทิศทางองค์กรเพื่อบรรลุเป้าหมายตามวิสัยทัศน์ พันธกิจ และแผนกลยุทธ์ มาตรฐาน HA ที่เชื่อมโยงกับบทบาทผู้นำ

1) มาตรฐาน I-1; I-1.1 I-1.2 เกี่ยวข้องกับความสำเร็จขององค์กรและการสื่อสาร การกำกับดูแลองค์กรโดยเฉพาะการกำกับดูแลด้านคลินิก

2) มาตรฐาน I-2; I-2.1 I-2.2 การจัดทำกลยุทธ์และการนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ ใช้ข้อมูลที่ผ่านการวิเคราะห์เป็นสารสนเทศนำมาสู่การวางแผน จึงเชื่อมโยงกับ มาตรฐาน I-3 / I-5 / I-6 / II / III

2. บทบาทเป็นผู้กำกับ/ติดตาม/ชี้นำ เพื่อการบรรลุเป้าหมาย มาตรฐาน HA ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ มาตรฐาน I-4 , มาตรฐาน IV การวิเคราะห์และทบทวน จัดการตัวชี้วัดให้สอดคล้องกับองค์กร

3. บทบาทเป็นผู้สนับสนุนทรัพยากรการบริหารจัดการ เพื่อการบรรลุเป้าหมาย มาตรฐาน HA ที่เกี่ยวข้อง มาตรฐาน I-5 / I-6 (สำคัญ) / II / III

**ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จในการใช้มาตรฐาน HA ให้มีประสิทธิผล/ประสิทธิภาพ**

1. ทีมนำ/ผู้นำต้องเข้าศึกษา/เข้าใจเป้าหมายของการใช้มาตรฐาน
2. เป็นผู้นำในการใช้มาตรฐานไปใช้กับองค์กร/หน้างาน
3. หมั่นลงหน้างาน/หน่วยงาน และพูดย้ำเรื่องมาตรฐานกับการใช้ที่หน้างาน/หน่วยงาน

4. สร้างเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลโดยใช้มาตรฐาน HA นำอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง เช่น Quality Steering Team โดยผู้นำเป็นประธาน Sense of Urgency โดยผู้นำ/ทีมนำ Site visit โดยผู้นำ Quality on Stage และ Half year and Annual review

**Towards Scaling-up and Resilience in Healthcare with the 5th HA Standard Leadership Role & Responsibility in Organization's success**

มาตรฐาน I-1.1 ที่เปลี่ยนแปลงเรื่อง องค์กรประสบความสำเร็จ อาจใช้ Purpose-Driven Organization 8 ขั้นตอน เริ่มจากสร้างจินตนาการร่วมกัน ค้นหาจุดม่งหมายที่แท้จริง มาตัดสินใจ เรียนรู้ร่วมกัน ผู้นำนำด้วยเป้าหมาย เชื่อมโยงผู้คนด้วยเป้าหมายและปลดปล่อยพลังเชิงบวก

Leadership สร้างบรรยากาศการนำที่ประสบผลสำเร็จมี 3 เรื่อง

1) Safety & Quality คือ Hospital Wide Patient Safety กำหนดเรื่องที่จะต้องไม่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และกำหนดเรื่องที่เมื่อเกิดเหตุการณ์แล้วจะไม่อันตรายต่อผู้ป่วย

2) Agility

3) Innovation

มาตรฐาน I-1.2 ที่เพิ่มเติมเรื่ององค์กรทำประโยชน์ให้สังคม คือการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย สร้างประโยชน์สิ่งที่ดีต่อสังคม และสิ่งที่ได้จากการสร้างคือ Human Resources Development

มาตรฐาน I-2.1 การจัดทำกลยุทธ์ ในกระบวนการวางแผนกลยุทธ์ ใช้ Seeing Thinking Doing การมองเห็นสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจุบัน Environmental scan

มาตรฐาน I-2.2 การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ การสร้างความเข้มแข็งให้องค์กร ผู้นำประเมินโอกาสที่จะไม่ประสบผลสำเร็จ

มาตรฐาน I-3 เพิ่มความคาดหวังของผู้รับบริการ และการสร้างวัฒนธรรมผู้ป่วย/ผู้รับผลงานเป็นศูนย์กลาง

มาตรฐาน I-5 เพิ่มเติมชีวิตและความเป็นอยู่ของเจ้าหน้าที่ เดิมดูในเรื่อง Physical PPE ซึ่ง IHI เสนอเครื่องมือ Psychological PPE เพื่อจัดการการ burn out ของเจ้าหน้าที่

มาตรฐานฉบับที่ 5 กล่าวถึง Logistic & Supply chain network องค์กรและsuppliers เป็น Business ecosystem

มาตรฐาน I-6.2 ข.(2) ความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูลและสารสนเทศ ย้ายมาจาก มาตรฐาน I-4 เดิม เป็นความรับผิดชอบของผู้นำระดับสูงไม่ใช่ทีม IT

การดึง keyword จากมาตรฐานโดยใช้ Framework ให้เป็นประโยชน์และใช้ และใช้แนวคิดใดมาใช้ในการแก้ปัญหาตามบริบทของโรงพยาบาลเพื่อให้โรงพยาบาลประสบความสำเร็จและยั่งยืน

### ๒.๒.๓ Developmental Evaluation (DE), REAM, and Clinical Audit

วิทยากร : ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

**Developmental Evaluation : DE**

เป็นเครื่องมือที่เอื้อต่อการเรียนรู้ร่วมกัน โดยมีเป้าหมายเพื่อค้นหาหนทางสู่การเปลี่ยนแปลงของผู้เกี่ยวข้อง เป็นการประเมินเพื่อใช้ประโยชน์โดยนำผลไปปรับปรุงผลงานของตัวเอง จึงเป็นมุมที่เกิดการเรียนรู้ที่กว้างขวาง

Developmental Evaluation คือ เครื่องมือที่ใช้ทำความเข้าใจ รวมถึงใช้ในการตีความในสถานการณ์ที่ซับซ้อน (complex situation) และ DE ที่ดี ต้องให้ real-time feedback เพื่อนำไปปรับปรุงได้ทันเวลา อีกทั้งยังเป็นเครื่องมือสร้าง double-loop learning (การเรียนรู้เพื่อปรับปรุงนโยบายองค์กร), triple loop learning (การเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนทิศทางองค์กร) ให้แก่กลุ่มคนที่มีความแตกต่างกันในหน้าที่รับผิดชอบ มุมมอง ความเชื่อ ประสบการณ์ แต่มีเป้าหมายเพื่อความสำเร็จร่วมกัน

Developmental Evaluation ประกอบไปด้วย 5 ปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่

1. เป้าหมายร่วมที่ทรงพลัง (common purpose) ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในเครื่องมือนี้ ในการเริ่มต้นเกิดจากการประชุมปรึกษาร่วมกันในการกำหนดเป้าหมายขององค์กรที่สร้างคุณค่าที่แท้จริงร่วมกัน ไม่ใช่เพียงแต่การสร้างผลงานให้สำเร็จ

2. ข้อมูลหรือผลประเมินที่ตรงเป้าหมาย และแม่นยำ โดยกำหนดข้อมูลที่ต้องการ รวมถึงขั้นตอน และวิธีการเก็บข้อมูล จนถึงการกำหนดการวิธีวิเคราะห์ข้อมูลเหล่านั้น

3. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholders) ที่ครบถ้วน เอาจริงเอาจัง และรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ โดยการเป็น stakeholders ที่ดีนั้น จะต้องมาประชุมครบตามนัด ไม่เปลี่ยนคนไปมา อีกทั้งยังเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนพร้อมที่จะเรียนรู้ เปิดใจพูด เปิดใจฟัง คาดหวังคุณค่าจากมุมมองที่แตกต่าง ไม่ยึดมั่นถือมั่นในมุมมองของตน และสุดท้ายก็คือการมีเป้าหมายใหญ่ที่ทรงคุณค่าร่วมกัน

4. กระบวนการสุนทรียเสวนา (dialogue) เป็นการตีความร่วมกันจากหลายมุมมอง เพราะเป็นการเรียนรู้ความซับซ้อน (complexity) นำผลไปใช้ปรับปรุง ณ จุดทำงานของตนเอง

5. ผู้ประเมิน (evaluator) ที่เป็นเหมือน facilitator ของกระบวนการ dialogue และช่วยอำนวยความสะดวกต่างๆ นอกจากการมี stakeholders ที่ดีแล้วนั้น ทีมประเมินที่ดีต้องมีความเข้าใจโจทย์ใหญ่ในระดับที่ซับซ้อน รู้จัก stakeholder แต่ละคน เคารพทุกวิธีคิด ทุกมุมมอง มีวิธีตะล่อมเป้าหมายที่หลากหลาย สู่เป้าหมายร่วมกัน จับประเด็นความคิดที่ฟุ้งกระจาย ให้กลายเป็นข้อเขียนที่ชัดเจนได้ มีความชำนาญในการเชื่อมโยงความคิด หรือตั้งคำถามให้เกิด double-loop learning อีกทั้งทีมประเมินยังต้องชำชองใน research / evaluation methodology วิธีเก็บข้อมูล ประมวลผลข้อมูล และนำเสนอข้อมูล

ทีม/ผู้ประเมินที่ใช้ Developmental Evaluation เป็นเครื่องมือควรแม่น 3 เรื่อง ได้แก่ การคิดกระบวนระบบ (systems thinking), ทฤษฎีความซับซ้อน (complexity theory) และ developmental evaluation ซึ่งเป็น complex adaptive systems

Developmental Evaluation ในมุมมองของ HA จึงเป็นเครื่องมือในการหมุนวงล้อการเรียนรู้ในกระบวนการคุณภาพของสถานพยาบาล ของบุคลากรสุขภาพ และของทีม สรพ. โดยมีหัวใจสำคัญคือ การใช้พลังของ stakeholders ที่มีเป้าหมายที่ทรงพลังและเห็นคุณค่าร่วมกัน

“DE เป็น ongoing evaluation ไม่ใช่ snapshot evaluation” ฉะนั้นการยกระดับให้กระบวนการพัฒนาคุณภาพ เป็น ongoing evaluation นั้น ต้องเริ่มจากการชักชวน stakeholders มาให้ความเห็นที่หลากหลายร่วมกัน ใช้ DE มาทำให้เกิด internal improvement ด้วยการตีความข้อมูลต่าง ๆ ที่มี ดังนั้น เมื่อผู้เยี่ยมสำรวจเข้าเยี่ยม รพ. จะทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน โดยผู้เยี่ยมสำรวจจะตั้งคำถามที่ช่วยทำให้เกิด double loop learning โดยต้องไม่คิดว่ามีคำตอบตายตัว นำไปสู่ความเข้าใจปัญหาที่ซับซ้อนได้จริง เกิดการแลกเปลี่ยนกันจนตกผลึก และเลือกสิ่งที่ดีที่สุดไปทดลองทำ ซึ่งอาจต้องใช้เวลามากขึ้นในการหาคำตอบ แต่จะเป็นคำตอบที่ยั่งยืน

การทำ DE อาจไม่ได้ตามเป้าหมายตามที่กำหนด แต่ก็จะเกิด emerging idea (ความคิดใหม่) ซึ่งเป็นความสำเร็จเล็ก ๆ ขึ้นมา และมนุษย์ทุกคนมี creativity ในการทำสิ่งใหม่ ๆ ตามกำลัง สภาพแวดล้อมของแต่ละคน ถ้าเราเชื่อในความเป็นมนุษย์ของทุกคน เราจะเห็นความสำเร็จเล็ก ๆ นั้น และจะนำ emerging idea ที่เกิด มาหมุนวงรอบ จากความสำเร็จเล็ก ๆ ก็จะเกิดความสำเร็จใหญ่ ๆ ขึ้นมาได้

**๒.๒.๔ มาตรฐานสำคัญจำเป็น จุดเน้นเพื่อความปลอดภัย**

วิทยากร : นพ.สุรชัย ปัญญาพฤทธิงศ์ (ผู้เยี่ยมสำรวจ), อ.เรวดี ศิรินคร (ผู้เยี่ยมสำรวจ), พว.นุชจารี จังวณิชชชา (รพ.บำรุงราษฎร์ฯ), นพ.ทรนง พิลาลัย

มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย หมายถึง มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนดโดยคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาและอนุมัติรับรองคุณภาพสถานพยาบาลทั้งองค์กรในขั้นที่ ๓ และขั้นก้าวหน้า ซึ่งถือว่าเป็นแนวคิดที่สำคัญในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับความปลอดภัยที่ สรพ. ประกาศท้าทายความสามารถของทีมสุขภาพ และคาดหวังให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เกิดการตื่นตัว เร่งพัฒนาคุณภาพให้ผู้ป่วยและบุคลากร มีความปลอดภัย

**มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย ๙ ประเด็น ประกอบด้วย**

๑) การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ

๒) การติดเชื้อที่สำคัญในสถานพยาบาล

๓) บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่

๔) การเกิด medication error และ adverse drug event.

๕) การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด

๖) การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด

๗) ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค

๘) การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยา คลาดเคลื่อน

๙) การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน

**สรพ. แนะนำให้สถานพยาบาลดำเนินการ ดังนี้**

๑) จัดทำแนวทางปฏิบัติที่เป็นระบบ

๒) จัดกลไกการติดตามประเมินผลการปฏิบัติตามระบบ และผลลัพธ์

๓) กรณีเกิดอุบัติการณ์ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป ให้วิเคราะห์หาสาเหตุเชิงระบบ เพื่อปรับปรุงระบบให้รัดกุมและมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

การแลกเปลี่ยนบทเรียนในคุณค่าที่เกิดขึ้นกับองค์กร ในด้านต่างๆ เช่น ๑) ลดความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากภัยหรืออันตรายที่ไม่ควรเกิดขึ้นจากการให้บริการสุขภาพ หรือให้เกิดขึ้นน้อยที่สุดเท่าที่สามารถยอมรับได้ ๒) เป็นปรัชญาที่จะนำไปสู่การสร้างวัฒนธรรม มุ่งใช้เหตุการณ์ ความเสี่ยงเหล่านั้นเป็นสื่อในการเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อประโยชน์ในการลดและป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ในอนาคตโดยมุ่งเน้นการปรับปรุงระบบด้วยความเข้าใจในข้อจำกัดที่เป็นธรรมชาติของคนหรือ Human errors ซึ่งมาตรการความปลอดภัยของผู้ป่วยด้านต่าง ๆ จะถูกนำไปปฏิบัติและพัฒนาต่อเนื่อง

**๒.๒.๕ Medication Safety เรื่องนี้ต้องขยาย**

วิทยากร : ภญ.วิชชุนี พิตรากูล (รพ.สมุทรสาคร), ภญ.ผุสดี บัวทอง (ผู้เยี่ยมสำรวจ สรพ.), ภก.ภาสกร รัตนเดชสกุล (รพ.พนมไพร จ.ร้อยเอ็ด), อ.มธุรส ภาสน์พิพัฒน์กุล (สรพ.)

หัวใจสำคัญในการจัดการระบบยา คือ การนำข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางด้านยา (Medication error: ME) และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Drug Event: ADE) มาใช้ในการวางแผนพัฒนาระบบยาตั้งแต่การจัดการบัญชียา การสำรองยา การสั่งใช้ยา การจัดจ่ายยา การบริหารยา และการติดตามผลจากการใช้ยา ซึ่งจะทำให้การพัฒนาเป็นไปตามปัญหาของโรงพยาบาลอย่างแท้จริง ดังนั้นหากทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับระบบยา มีความเข้าใจตั้งแต่คำนิยาม ลักษณะความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดขึ้นในระบบ แนวทางการค้นหาและรายงาน จะทำให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพ ครอบคลุม ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญ รวมถึงการนำข้อมูล ME/ADE มาวิเคราะห์ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ จะทำให้ได้แผนพัฒนาระบบหรือการปรับปรุงนโยบาย/แนวทางป้องกัน ME/ADE ที่เป็นไปตามบริบทของโรงพยาบาล เช่น high alert drug, medication reconciliation, ระบบกระจายยา, prescription screening, rational drug use เป็นต้น เรื่องนี้จึงเป็นเรื่องที่ต้องขยายให้ผู้เกี่ยวข้องได้นำไปปฏิบัติอย่างถูกต้อง ตรงประเด็น เพื่อให้การใช้ยามีประสิทธิภาพ คุณภาพ และผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยจากการใช้ยา

**๒.๒.๖ Safe Maternal and Newborn Care; “Act Now for Safe and Respectful Childbirth”**

วิทยากร : รศ.นพ.ชเนนทร์ วนาภิรักษ์ (คณะแพทยศาสตร์ มช.), ผศ.พิเศษ นพ.ศุภวัชร บุญกษิดิ์เดช (สถาบันสุขภาพเด็กฯ), อ.จักษณา ปัญญาชีวิน (สรพ.)

ภาวะสุขภาพที่ดีของมารดาและทารกแรกเกิดของประเทศ นับเป็นหนึ่งในปัจจัยที่บ่งชี้และแสดงถึงมาตรฐานและศักยภาพในการดูแลรักษา ส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในประเทศนั้น จากการวิเคราะห์สาเหตุของการเกิดอุบัติการณ์พบว่าเกิดจากความล่าช้าของการเข้าถึงการบริการทั้งมารดาและทารกจากเหตุปัจจัยต่างๆ...ทำให้มารดาและทารกไม่ได้รับวินิจฉัยและการดูแลรักษาให้ทันท่วงที การที่บุคลากรทางการแพทย์ที่เข้าไปดูแลมารดาและทารกที่สงสัยหรือมีการติดเชื้อนี้มีขั้นตอนที่ยุ่งยาก ซับซ้อนมากขึ้น ส่งผลเสียเกิดทั้งภาวะแทรกซ้อนและนำไปสู่อัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น

เพื่อให้เกิดแนวทางแก้ปัญหาด้วยกลไกต่างๆเพื่อให้ได้มาตรฐานการรักษาที่ดีในมารดาและทารกกลับสู่มาตรฐานที่ดีดังเดิม หรือดียิ่งขึ้นกว่าเดิมต้องอาศัยการวิเคราะห์ข้อมูลที่สำคัญ วางแผนเชิงระบบ กำหนดเป้าหมายในการปรับโครงสร้าง Structures กระบวนการเข้าสู่การบริการ และการให้บริการ (Service Systems and Process) การส่งเสริม การเฝ้าระวัง เพื่อตรวจจับปัญหาสุขภาพของมารดาและทารกได้ตั้งแต่เริ่มต้น (Early Warning Signs for Earlier detection) การพัฒนาความรู้และศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์ (Staffs Competency) เพื่อให้เกิดการดูแลรักษาอย่างทันท่วงที (Timely response) กระบวนการมาตรฐานต่างๆ ที่เหมาะสมนอกจากนำไปสู่สุขภาวะที่ดีของมารดาและทารกแล้วยังส่งผลถึงความปลอดภัยของบุคลากรทางการแพทย์ทางการแพทย์ผู้ดูแลอีกด้วย

การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์จากองค์กรที่วางแผนและดำเนินการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบเพื่อการปรับปรุง แก้ไขปัญหาได้สำเร็จ (Sharing) จะทำให้องค์กรอื่นๆได้แลกเปลี่ยน เรียนรู้จากประสบการณ์จริงและนำไปปรับใช้ได้ตามสถานการณ์จริง (Modifying) นอกจากนี้ยังสามารถประมวลผลทั้งหมดที่นำไปสู่การพัฒนารูปแบบไปสู่การวางแผนในระบบสุขภาพแนวใหม่ (New Normal Medical Systems) เพื่อนำคืนสุขภาพที่ดีของมารดาและทารกให้แข็งแรงสมบูรณ์กลับคืนสู่ประชาชนของประเทศอย่างยั่งยืนต่อไป

**๒.๒.๗ Emergency Response: How to Develop a Scaling-up Strategy**

วิทยากร : รศ.พญ.ยุวเรศมคฐ์ สิทธิชาญบัญชา (คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี), พญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ (ผู้ทรงคุณวุฒิกรมการแพทย์), นพ.พัฒธพงษ์ ประชาสันติกุล (รพ.เจ้าพระยายมราช), พัทธ์ธีรา อัมพรศรีสุภาพ (สรพ.)

เราอยู่ในยุคของการมีภัยคุกคามที่เป็นปัญหาเชิงระบบ (systemic problem) ที่ซับซ้อนที่เราต้องเจอโดยไม่ทันได้ตั้งตัว และดูเหมือนจะเป็นปัญหาระดับโลก เช่น การเปลี่ยนแปลงสภาวะอากาศ (climate change) และโรคระบาดที่เกิดจากไวรัสอย่าง COVID-19 สถานการณ์นี้เป็นการทดสอบที่จะแสดงให้เห็นถึงความพร้อมด้านระบบสุขอนามัย เศรษฐกิจ สังคม การปกครอง และระบบการทำงานของประเทศต่างๆ ในยุคโลกาภิวัตน์ที่มีความเชื่องโยงกัน ว่าจะสามารถตอบสนองหรือรับมือกับผลกระทบได้อย่างมีประสิทธิภาพเพียงไร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของระบบการจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุข นั้น การขยายระบบบริการที่ปลอดภัยให้กับผู้รับบริการในภาพของการจัดการ ECS หรือ Emergency care service นั้น (System safety for Safety design) มีความสำคัญมากในสถานการณ์รูปแบบนี้ และเป็นประเด็นความท้าทาย อีกแบบของระบบริการหนึ่ง และรวมไปถึงการให้ความสำคัญกับบุคคลากรสาธารณสุข (Personnel Safety) เป็นรากฐานสำคัญที่ช่วยให้ระบบบริการสุขภาพสามารถธำรงอยู่ได้ โดยเฉพาะในช่วงการระบาดของโรคอุบัติใหม่ (Emerging Disease) Covid-๑๙ รวมไปถึงอะไรคือประเด็นของการที่เราต้องปรับเปลี่ยน ปรับตัว และรู้เท่าทันเพื่อหวังที่จะมีการรับมือต่อไปในอนาคต โดยมองประเด็นของความยั่งยืน เมื่อการระบาดของโรคอุบัติใหม่ได้ก้าวเข้าสู่ภาวะโรคประจำถิ่น

วิทยากรผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการภัยพิบัติ และผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยในยามฉุกเฉิน-วิกฤตระดับประเทศรวมไปถึงกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข และผู้เรียนรู้ ที่ได้เฝ้าดูการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ระบาด Covid-๑๙ นั้น กับความปลอดภัยทั้งในเชิงระบบ ที่ให้กับผู้ให้บริการและผู้รับบริการจะมาร่วมวิเคราะห์ ปัญหา ข้อสงสัย สรุปแนวทางการปฏิบัติ เพื่อยกระดับคุณภาพ ความปลอดภัย สร้างความมั่นใจ และลดความเหลื่อมล้ำ ให้แก่ผู้รับบริการ และผู้ปฏิบัติงานเพื่อธำรงระบบบริการสุขภาพของประเทศให้คงอยู่ได้ต่อไป

การแลกเปลี่ยนบทเรียนการพัฒนาคุณภาพเพื่อป้องกันการคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อนซึ่งเป็นมาตรฐานสำคัญจำเป็น ที่โรงพยาบาลควรมีการวางระบบที่ชัดเจน ได้แก่

๑) จัดทำแนวทางปฏิบัติที่เป็นระบบ

๒) จัดกลไกการติดตามประเมินผลการปฏิบัติตามระบบ และผลลัพธ์

๓) กรณีเกิดอุบัติการณ์ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป ให้วิเคราะห์หาสาเหตุเชิงระบบ เพื่อปรับปรุงระบบให้รัดกุมและมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

**๒.๒.๘ Personnel Safety : What Happens When COVID Becomes Endermic?**

วิทยากร : รศ.นพ.ยงค์ รงค์รุ่งเรือง (คณะแพทย์ศาสตร์ศิริราชฯ), รศ.ดร.เนสินี ไชยเอีย (คณะแพทย์ศาสตร์ มข.), นพ.สมศักดิ์ อุทัยพิบูลย์ (รพ.เชียงรายประชานุเคราะห์), อ.สุภาเพ็ญ ศรีสดใส (สรพ.)

การขยายระบบบริการที่ปลอดภัยสู่บุคคลากรสาธารณสุข (Personnel Safety) เป็นรากฐานสำคัญที่ช่วยให้ระบบบริการสุขภาพสามารถธำรงอยู่ได้ โดยเฉพาะในช่วงการระบาดของโรคอุบัติใหม่ (Emerging Disease) Covid-๑๙ ที่ระบบบริการมีการปรับเปลี่ยนแบบพลิกโฉมทั้งภายในรพ.และการออกบริการร่วมกับภาคเครือข่ายรัฐ เอกชน และชุมชน การออกแบบระบบการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ปฏิบัติงานจึงต้องปรับเปลี่ยนให้ทันสมัย เหมาะสมกับสถานการณ์ บริบท และลักษณะของเชื้อก่อโรคที่มีวิวัฒนาการจากสายพันธ์อู่ฮั่น สู่สายพันธ์แอลฟ่า เบต้า เดลต้า และ โอไมครอน จากความรู้พื้นฐานของการป้องกันการติดเชื้อ

ในภาพกว้าง นักวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญ และกลุ่มนักปฏิบัติได้เรียนรู้จัดระดับความเสี่ยง (Classification risk) ของกลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วย พัฒนาแนวทางการปฏิบัติ การกักตัว/เฝ้าระวัง การบริหารจัดการบุคลากรภายใต้ข้อจำกัด การบูรณาการโครงสร้าง/บทบาท หน้าที่ของงานควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ งานอาชีวอนามัย และงานบุคลากร ภายใต้หลักทางวิชาการที่เรียนรู้ต่อยอดมาอย่างต่อเนื่องทั้งจากการคาดการณ์โอกาสเกิดความเสี่ยง และจากอุบัติการณ์บุคลากรติดเชื้อที่ขยายวงกว้างขึ้น ในขณะที่การได้รับวัคซีนมีความครอบคลุม เข้มข้น แต่ทว่าอะไรคือปัจจัย สาเหตุสำคัญซ่อนเร้นที่ส่งผลให้ระบบความปลอดภัยในบุคลากรสั่นคลอน และจะมีการรับมือต่อไปอย่างไรเมื่อการระบาดของโรคอุบัติใหม่ได้ก้าวเข้าสู่ภาวะ Endemic

วิทยากรผู้เชี่ยวชาญด้านควบคุมและป้องกันการติดเชื้อระดับประเทศ ผู้เรียนรู้และเฝ้าดูการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ระบาด Covid-๑๙ กับความปลอดภัยในบุคลากรจะมาร่วมวิเคราะห์ ปัญหาข้อสงสัย สรุปแนวทางการปฏิบัติ เพื่อยกระดับคุณภาพ ความปลอดภัย สร้างความมั่นใจให้แก่บุคลากรผู้ปฏิบัติงานเพื่อธำรงระบบบริการสุขภาพของประเทศให้คงอยู่ได้

**๒.๒.๙ Resilience & Scaling Up on Quality and Patient Safety**

วิทยากร : Dr.Mike Durkin (Senior Advisor the Patient Safety Policy and Leadership Institute of Global Health Innovation Imperial College London), พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ (สรพ.)*

จุดมุ่งหมายของการบรรยายหัวข้อนี้

๑. เราจะยกระดับการพัฒนาคุณภาพงานให้ประสบความสำเร็จทั่วทั้งองค์กรได้อย่างไร

๒. อะไรคืออุปสรรคและตัวช่วยในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพงาน

๓. อะไรคือผลกระทบต่อคุณภาพและความปลอดภัย

ประสิทธิภาพของระบบสุขภาพขึ้นอยู่กับการทำงานร่วมกัน ๖ ส่วนในการสร้างระบบ ได้แก่ ธรรมาภิบาลและความเป็นผู้นำ การเงินด้านสุขภาพ บุคลากรด้านสาธารณสุข ระบบข้อมูลด้านสุขภาพ ยาและผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ และการให้บริการ (Biddle et al., ๒๐๒๐; WHO, ๒๐๑๐)

การดูแลแบบองค์รวมและความยืดหยุ่นของระบบเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับ 'ความสามารถของระบบสุขภาพในการเตรียมพร้อมและตอบสนองต่อวิกฤตสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพในขณะที่ยังคงรักษาหน้าที่หลักเมื่อเกิดวิกฤตและมีการจัดระเบียบใหม่ (ปรับและเปลี่ยนแปลง) หากมีเงื่อนไขที่จำเป็น โดยอ้างอิงจากบทเรียนที่เรียนรู้ในระหว่างช่วงเวลาวิกฤต (Kruk et al., ๒๐๑๕).

ความยืดหยุ่นไม่ใช่แค่ให้มีการกลับสู่สภาวะการทำงานเฉกเช่นช่วงก่อนวิกฤตเท่านั้น แต่ยังเกี่ยวข้องกับพัฒนาไปสู่สิ่งที่ดีกว่า (Kruk et al., ๒๐๑๗).

การระบาดครั้งใหญ่ของ COVID-๑๙ ทำให้ระบบสุขภาพของเราต้องมีความยืดหยุ่นมากขึ้นเพื่อให้ต่อสู้กับสภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นได้ ในขณะเดียวกันเพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมีความปลอดภัยรวมถึงบุคลากรด้านสาธารณสุขมีปลอดภัยด้วยเช่นกัน

แนวทางที่เป็นระบบและมีความยั่งยืนนั้นควรให้ความสนใจกับทุกบทบาทหน้าที่ ผู้บริหารระดับสูงต้องมีความมุ่งมั่น มีการดูแลที่มีประสิทธิภาพโดยกำหนดทิศทางนโยบาย มีการลงทุนเชิงกลยุทธ์ในระบบสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งในโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพเพื่อการบริการที่ปลอดภัย มีจำนวนบุคลากรด้านสาธารณสุขที่เพียงพอและมีการกระจายกำลังบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมและมีแรงจูงใจที่เหมาะสม มีโครงสร้างพื้นฐานด้านข้อมูลสุขภาพที่แข็งแกร่งสำหรับภารกิจด้านสุขภาพดิจิทัลแห่งชาติที่มีประสิทธิภาพ มีการวิจัยและพัฒนาในท้องถิ่น มีการผลิตและห่วงโซ่อุปทานของระบบยา วัคซีนและผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ที่เชื่อถือได้

ในการบรรยายหัวข้อนี้เราจะมีการพูดคุยเกี่ยวกับ: การพัฒนารายการตรวจสอบความยืดหยุ่น บทเรียนในการแพร่กระจายและยกระดับนวัตกรรมเพื่อการพัฒนางาน ทบทวนกรอบการทำงานใหม่สำหรับการพัฒนาและประเมินประสิทธิภาพของแนวทางการพัฒนางานที่ซับซ้อน

**๒.๒.๑๐ Safety Tech Talk**

วิทยากร : พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ (สรพ.), ศันสนีย์ ฮวบสมบูรณ์ (สวทช.),ทพ.จเร วิชาไทย (สวรส.), นพ.สมบูรณ์ มะลิขาว (รพ.ระยอง),ร.อ.หญิง ปิ่นรัตน์ พันธุ์มณี (สรพ.)*, เกียรติรัตน์ ทองผาย (สวทช.)

การขับเคลื่อนกลยุทธ์ของ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) และความร่วมมือกับสำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) เพื่อส่งเสริมและพัฒนาเทคโนโลยีนวัตกรรมเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขตามเป้าหมายความปลอดภัย (Safety Goals) ภายใต้แนวคิด Human Factor Engineering สำหรับป้องกันความเสี่ยงที่ป้องกันได้

การแลกเปลี่ยนบทเรียนการพัฒนาเทคโนโลยี นวัตกรรมเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรตามแนวทาง SIMPLE๒ ที่สามารถนำไปใช้แก้ปัญหาความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล เพื่อสร้างแรงบันดาลใจและสร้างความตระหนัก รวมทั้งปัจจัยความสำเร็จเรื่องความปลอดภัยให้กับบุคลากรสาธารณสุขด้วยเทคโนโลยีนวัตกรรม และเป็นแบบอย่างการพัฒนาในการต่อยอดแนวความคิดเชิงนวัตกรรมด้านความปลอดภัย ให้กับโรงพยาบาลที่สนใจ

การขยายผลงานนวัตกรรม จึงมีความจำเป็นที่ต้องใช้มุมมองในด้านการวิจัยและพัฒนาเครื่องมือแพทย์เพื่อมุ่งให้เกิดการนำไปใช้ในวงกว้างหรือเชิงพาณิชย์ จะมีขั้นตอนและมาตรฐานและองค์กรที่เข้ามาเกี่ยวข้องจำนวนมาก เป้าหมายสำคัญสามประการ คือ ความปลอดภัย ประสิทธิผล และความสามารถที่ใช้ได้จริงเพื่อสร้างความได้เปรียบในการแข่งขัน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เป็นหนึ่งในหน่วยให้ทุนวิจัยสนับสนุนด้านการแพทย์และสาธารณสุข และเป็นหนึ่งทางเลือกของหน่วยสนับสนุนทุนวิจัยพัฒนาอุปกรณ์การแพทย์ขณะเดียวกัน จุดเด่นของการมีเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล จะเป็นต้นทุนสำคัญของระบบนิเวศน์การวิจัยที่สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการวิจัยและพัฒนาอุปกรณ์การแพทย์ในประเทศไทย ดังนั้นการทำความเข้าใจกรอบกระบวนการพัฒนาอุปกรณ์การแพทย์เพื่อเชิงพาณิชย์ จะมีประโยชน์ต่อการวางแผนตัดสินใจและควรต้องเข้าไปเกี่ยวข้องกับหน่วยงานใดบ้าง เพื่อทำให้เป้าหมายปลายทางประสบผลสำเร็จ

**๒.๒.๑๑ ระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและความปลอดภัย ด้วยหัวใจการมีส่วนร่วม**

วิทยากร : ภญ.ยุพดี ศิริสินสุข (สปสช.), นพ.สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ (รพ.สมเด็จฯ ณ อำเภอนาทวี), สารี อ๋องสมหวัง (เลขาธิการสภาองค์กรของผู้บริโภค), ดร.บรรจง จำปา (สรพ.), นพ.ทรนง พิลาลัย (สรพ.)*

People Safety ระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและความปลอดภัย ด้วยหัวใจการมีส่วนร่วม จาก ๒P-Safety สู่ ๓P-Safety ความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากร และประชาชน...จุดคานงัดที่เป็นความโอกาส/ความท้าทาย หรือข้อเสนอแนะจากบทเรียนการขับเคลื่อน ในการเสริมพลังการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ กำกับคุณภาพและความปลอดภัยให้แก่ระบบบริการสาธารณสุข ระบบสุขภาพที่มี “ความเป็นธรรม ตอบสนอง ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง การอภิบาลที่ดี people-centered และ resilience”

การแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากมุมมองต่างๆ ในการขับเคลื่อนจุดคานงัดที่เป็นความโอกาส/ความท้าทาย หรือข้อเสนอแนะจากบทเรียนการขับเคลื่อน ในการเสริมพลังการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ การขับเคลื่อนกลไกจากการสร้างมีส่วนร่วมในการควบคุมคุณภาพกำกับคุณภาพและความปลอดภัยให้แก่ระบบบริการสาธารณสุขต่อไป

**๒.๒.๑๒ Towards Scaling Up and Resilience by Safety II**

วิทยากร : นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (ผู้ทรงคุณวุฒิ สรพ.), น.อ.หญิงภคภร โลจนะวงศกร (รพ.ภูมิพลอดุลยเดช), ปิ่นรัตน์ พันธุ์มณี (สรพ.)

**Resilience** คือ ความสามารถของระบบ ประเด็นสำคัญ Adaptive capacity คือความพร้อมหรือศักยภาพของระบบที่จะเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงานที่เป็นอยู่: models, plans, processes, behaviors ไม่ใช่เปลี่ยนตลอดเวลา แต่รู้ว่าเมื่อไรต้องเปลี่ยน

**Concepts of Resilience** ประกอบด้วย

๑. Rebound การฟื้นตัวจาก traumatic disruptive event กลับมาทำหน้าที่เหมือนเดิมได้รวดเร็ว โดยอาศัยขีดความสามารถและทรัพยากรที่มีอยู่มาใช้รับมือกับ surprise

๒. Robustness ความสามารถที่จะดูดซับความแปรปรวน ความยุ่งเหยิง สามารถจัดการกับ worst case ได้

๓. Graceful extensibility ความยืดหยุ่น การปรับตัวรับมือกับ surprise ภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่

๔. Sustained adaptability ความสามารถที่จะปรับตัวได้อย่างยั่งยืนในระยะยาว รับมือกับความท้าทายในรูปแบบต่างๆ ที่เข้ามาซ้ำแล้วซ้ำอีก

Safety-II: ความปลอดภัยเป็นสภาวะที่จำนวน successful outcome ในการทำงานปกติประจำมีค่าสูงสุดเท่าที่เป็นไปได้ เป็นความสามารถในการทำงานให้สำเร็จภายใต้สถานการณ์ต่างๆ การบรรลุ Safety-II เกิดจากความพยายามทำให้ things go right มากกว่าป้องกัน things go wrong

The Resilient Performance Enhancement Toolkit (RPET) ที่จะช่วยในการพัฒนาคุณภาพ เช่น การทบทวนที่มีการกระตุ้นให้สมาชิกทบทวนการปฏิบัติทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ, การทำ Daily Learning และการ Learning from Patterns เป็นต้น

Essential Capabilities in a Resilient System ที่แสดงให้เห็นว่าผู้คนและองค์กรรับมือกับสถานการณ์ในงานประจำวัน (ทั้งเล็กและใหญ่) ได้ทำหน้าที่ที่ต้องทำได้เหมือนกัน ทั้งในสถานการณ์ที่คาดฝันและไม่คาดฝัน

**๒.๒.๑๓ Spiritual Well-being Grows Employee Resiliency in Difficulty Time**

วิทยากร : รศ.นพ.ชเนนทร์ วนาภิรักษ์ (คณะแพทยศาสตร์ มช.), พญ.พรพิศ ตรีบุพชาติสกุล (รพ.พุทธชินราช พิษณุโลก), ดร.ดวงสมร บุญผดุง (ผู้ทรงคุณวุฒิ สรพ.)

วิกฤตการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญกับชีวิตและสภาพแวดล้อมของเราในทุกๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบการใช้ชีวิตประจำวัน การอยู่ร่วมกันในสังคม รวมไปถึงรูปแบบการทำงานที่ปรับเปลี่ยนไปของบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยเกิดความเครียด หวาดกลัว เมื่อเกิดอาการป่วยการกักตัว การใช้ spiritual healthcare มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกต่อระบบงานใน care process หรือในทุกๆ ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล

ในสถานการณ์วิกฤต หากเราสามารถเข้าถึงมิติด้าน spiritual ได้เท่ากับเรารับรู้ บริบทเฉพาะของตัวคนไข้นั้น ๆ ว่าอะไรคือเป้าหมายชีวิตของเขา คุณค่าและความหมายในชีวิตของเขาคืออะไร เท่ากับเราได้ให้เกียรติสำหรับผู้ป่วย และได้คืนศักดิ์ศรีความเป็นคนให้กับผู้ป่วยเหล่านั้นด้วย เป็นหนทางสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วย รวมทั้งตัวผู้ให้บริการมีคุณภาพชีวิตที่ดี เกิดความยั่งยืนได้ แม้ในสถานการณ์ที่ยากลำบากเพียงใด

**๒.๒.๑๔ Crosswalk in Planetree and SHA Survey Process**

วิทยากร : นพ.สมพร คำผง (Regional Representative Planetree International Asia-Pacific), พญ.เอกจิตรา สุขกุล (สรพ.)

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล และ planetree international เป็นสถาบันชั้นนำระดับสากลที่มีเจตนารมณ์ในการส่งเสริม และกระตุ้นให้สถานพยาบาลทุกแห่งมีบุคลากรที่มีจิตวิญญาณในการทำงานและเห็นคุณค่าของศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ รวมทั้งการจัดระบบของสถานพยาบาลมีระบบที่เอื้อเฟื้อต่อความเป็นมนุษย์ กำหนดมาตรฐานและแนวทางการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ และการวิจัยเพื่อพัฒนาความรู้ในระดับที่สูงขึ้น

ที่ผ่านมา สมัชชาองค์การอนามัยโลก (พฤษภาคม , ๒๕๔๑) เพิ่ม “spiritual well-being” ในคำจำกัดความของสุขภาพ ที่นิยาม ‘สุขภาพ’ ว่า “ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล” ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ HA ฉบับที่ ๕ นี้ครอบคลุมไปถึง “สุขภาวะทางจิตวิญญาณ หรือ จิตตปัญญาที่สมบูรณ์ (spiritual health)”

ในระยะเวลาที่ผ่านมาสถาบันฯ และ planetree ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในเวทีวิชาการระดับนานาชาติ และมีความเห็นร่วมกันว่า การสนับสนุนแนวคิด SHA ควบคู่กับ แนวคิด planetree จะส่งผลอย่างยิ่งต่อเป้าหมายที่เน้นบุคคลเป็นศูนย์กลาง (people centered ซึ่งใน session นี้จะสะท้อนประเด็นที่มีความแตกต่าง และ จุดร่วม ร่วมทั้งความเป็นไปได้ในการประเมินและรับรอง โดยการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่มีอยู่ระหว่างสองสถาบัน ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการส่งเสริมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ในระดับนานาชาติต่อไป

**๒.๒.๑๕ ยืนขึ้นท่ามกลางวิกฤติ**

วิทยากร : ผลิพร ธัญญอนันต์ผล (กสศ.), ภญ.จันทร์จรีย์ ดอกบัว (รพ.ปทุมราชวงศา)

วิกฤตการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ในช่วงกลางปี ๒๕๖๔ ปริมาณผู้ติดเชื้อในภาพรวมเพิ่มสูงขึ้นอย่างก้าวกระโดด มีผู้รอการรักษาและเสียชีวิตที่บ้าน ทรัพยากรภาครัฐไม่เพียงพอต่อการดูแลอย่างทั่วถึง ทางด้านสาธารณสุขมีผลกระทบทั้งทางตรง และทางอ้อม ต้องดำเนินการ ทั้งการปฏิบัติงาน ติดตามการปฏิบัติงาน การป้องกัน ควบคุมการระบาด และการรักษาผู้ป่วย

Session นี้จะสะท้อนบทเรียนสำคัญ การมีอยู่ขององค์กรปฏิรูปที่ทำงานเชิงรุก เป็นหน่วยสนับสนุน ปิดช่องว่างการทำงานของทุกภาคส่วน มีความยืดหยุ่นในการทำงาน โน้มนำให้เกิดความร่วมมือ ระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคประชาสังคม ภาคเอกชน เพื่อฝ่าทุกวิกฤต ทุกข้อจำกัด ปัญหา โดยยึดประโยชน์สูงสุดของประชาชนเป็นตัวตั้ง และบทเรียนสำคัญของเภสัชกรในยุค COVID-19 การปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การเป็นผู้นำในการจัดการด้านระบบยาร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ออกแบบระบบที่เอื้อต่อการทำงาน ที่สำคัญ ผลประโยชน์สูงสุดต้องเกิดกับประชาชนผู้มารับบริการ ออกแบบระบบให้ง่ายก็จะง่าย ออกแบบระบบให้ยากก็จะยาก

**๒.๒.๑๖ SHA in the HA Standard ๕th Edition**

วิทยากร : นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (ผู้ทรงคุณวุฒิ สรพ.), ดร.ดวงสมร บุญผดุง (ผู้ทรงคุณวุฒิ สรพ.), อ.สุภาเพ็ญ ศรีสดใส (สรพ.)

ตลอด ๒๒ ปีของกระบวนการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลภายใต้มาตรฐาน HA ที่ผ่านมาทั้ง ๔ version มุ่งเน้นที่คุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยด้วยการดูแลรักษาของทีมสหวิชาชีพ มีระบบงานสำคัญสนับสนุน และการชี้นำองค์กรของทีมนำสูงสุดในการกำกับให้มีการพัฒนาในทิศทางเดียวกัน ซึ่งในเดือนตุลาคม ๒๕๖๕ มาตรฐาน HA ฉบับ๕ ที่ได้พัฒนาและผ่านการรับรองจากสากล (ISQuaEEA) จะถูกประกาศใช้ในการ

รับรองกระบวนการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล ซึ่งการเปลี่ยนแปลงสำคัญสิ่งหนึ่งของมาตรฐานฉบับนี้คือ การบูรณาการมิติจิตวิญญาณในการพัฒนาคุณภาพให้เกิดความปลอดภัย (SHA : Spiritual Healthcare Appreciation) อย่างเป็นระบบ ด้วยการบ่มเพาะ หล่อหลอมจิตวิญญาณแก่บุคลากรให้เกิดองค์ประกอบ ๔ คือ การรับรู้ความหมายของชีวิต (inner life) การเห็นคุณค่าความหมายของงาน (meaningful of work) การเชื่อมโยงกับชุมชน (connection with community) และ การเชื่อมโยงยึดเหนี่ยวจิตใจกับสิ่งที่มีพลัง (spiritual connection) ที่จะทำให้บุคคลเห็นคุณค่า ความหมายของชีวิตและงาน ทุ่มเทการทำงานอย่างเต็มกำลังด้วยองค์ความรู้ของวิชาชีพ ร่วมกับใส่ใจในชีวิต ความรู้สึก จิตวิญญาณของผู้ป่วยซึ่งเป็นการหล่อหลอมให้เกิดวัฒนธรรม people-centered care ที่ส่งมอบบริการอันมีคุณค่าให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว

ใน session นี้วิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิผู้สร้างรากฐาน เป็นต้นแบบของระบบการพัฒนาคุณภาพของประเทศไทยทั้ง ๒ ท่านจะร่วมแลกเปลี่ยน ขยายความให้เห็นการนำมิติจิตวิญญาณที่ถูกซ่อนเร้นในตัวมาบูรณาการการทำงานร่วมกับมาตรฐาน HA อย่างเป็นรูปธรรม ช่วยเกื้อหนุนให้งานในระบบบริการสุขภาพเกิดความยั่งยืนและเกิดผลที่ดีที่สุดแก่เพื่อนมนุษย์ด้วยกัน

**๒.๒.๑๗ หัวใจเล็กๆ กับปาฏิหาริย์ที่ยิ่งใหญ่**

วิทยากร : นพ.ภิญโญ ศรีวีระชัย (รพ.ศิริราช), พว.พรวรินทร์ นุตราวงศ์, ช่อผกา วิริยานนท์

Resilience ในการพัฒนาด้านในและเสริมสร้างศักยภาพของมนุษย์ ให้มีความสามารถในการปรับตัวอย่างรวดเร็ว ภายหลังการเผชิญกับอุปสรรคความทุกข์ยาก หรือเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิต เป็นเสมือนความยืดหยุ่นทางจิตใจเพื่อก่อให้เกิดการตอบสนองเชิงบวกและพร้อมรับกับสถานการณ์ต่างๆ แม้กระทั่งในระยะท้ายของชีวิต จะนำแนวคิด หรือวิธีการใดมาใช้ เพื่อให้ผ่านเหตุการณ์ หรือ พร้อมรับมือกับทุกเหตุการณ์อย่างสง่างามได้อย่างไร รวมถึงญาติ บุคคลที่เกี่ยวข้องจะกลับมาพร้อมรับมือกับห้วงเวลาท้ายของชีวิตอย่างไร

นพ.ภิญโญ ศรีวีระชัย นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สังกัดศูนย์บริรักษ์ โรงพยาบาลศิริราช ผู้เกิดการเปลี่ยนแปลงชีวิตจากคำพูดที่ว่า “การที่ได้ส่งใครไปอย่างสงบเป็นกุศล และขอให้โญมาทำกุศลในครั้งนี้” ซึ่งเป็นคำพูดของท่านแม่ชีศันสนีย์ เสถียรสุต ส่งผลต่อการตัดสินใจเปลี่ยนชีวิตจากวิสัญญีแพทย์สู่หมอดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย นพ.ภิญโญหนึ่งในลูกศิษย์สาวิกาสิขาลัย รุ่น ๒ ในช่วงเวลาที่ต้องตัดสินใจเปลี่ยนผ่านสายวิชาชีพ ได้รับความเมตตาและแรงบันดาลใจจากท่านแม่ชีศันสนีย์ ในการตัดสินใจมาเรียน palliative care กับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และได้รับเมตตาเพื่อมาดูแลท่านแม่ชีศันสนีย์ในช่วงเวลาสุดท้าย เช่นกัน แนวคิดของสาวิกาสิขาลัย เรื่องการเยียวยาตนเอง เมื่อเกิดปัญหาอุปสรรค เยียวยาใจตัวเองให้มั่นคงแข็งแรง ไม่ว่าจะอยู่ในสถานการณ์ใด ต้องฝึกที่จะมองไปด้านนอกแล้วกลับมาพัฒนาด้านในของตนเอง นายแพทย์ภิญโญ ศรีวีระชัย ศูนย์บริรักษ์ โรงพยาบาลศิริราช (Palliative Care Center) “สาวิกาสิกขาลัยไม่ได้สอนให้เปลี่ยนแปลงหรือหนีออกไปจากโลก แต่สอนวิชาแห่งชีวิตที่ไม่มีที่ใดเคยสอน คือสอนให้เรารู้ว่าเราจะอยู่อย่างไรในโลกอย่างที่โลกเป็น”

พี่แอ้ พรวรินทร์ นุตราวงศ์ นางฟ้าของผู้ทนทุกข์ ขอส่งต่อ ความรัก ความห่วงใย และการให้เล็กๆ จากสองมือและหนึ่งดวงใจ สร้างปาฏิหาริย์ที่ยิ่งใหญ่ได้ในที่สุด "พลังรัก พลังใจ ที่มอบให้แก่กัน คือปาฏิหาริย์ที่ใครๆ ก็สร้างได้" คำโปรยเพียงประโยคสั้นๆ นี้ที่สอดแทรกอยู่ปกด้านในหนังสือ 'หัวใจเล็กๆ กับปาฏิหาริย์ที่ยิ่งใหญ่' ซึ่งถ่ายทอดโดยแอ้ - พรวรินทร์ นุตราวงศ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ประสบการณ์ชีวิต กับ resilience ของวิทยากรทั้งสองท่านจะเป็นบทเรียนชีวิตสำคัญให้กับผู้ที่สนใจได้นำไปปรับใช้กับการดำเนินชีวิตบนโลกใบนี้ เพื่อตนเอง เพื่อผู้อื่น เพื่อสังคมและโลกใบนี้ต่อไป

**๒.๒.๑๘ พยาบาลไร้พรมแดน**

วิทยากร : พว.หทัยรัตน์ ใจงาม (รพ.ขุนยวม), พว.นิอิมรอน ดอเลาะ (รพ.ทุ่งยางแดง), พว.วีรชาติ ชูฤทธิ์ (รพ.มหาราชนครเชียงใหม่), พว.วรรณระวี อัคนิจ (รพ.สระบุรี)

จากสภาพแวดล้อมในยุคปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลง ทุกคนต่างเผชิญ กับการแพร่ระบาดของ COVID-19 ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว เป็นวงกว้าง ก่อให้เกิดความยากลำบากและส่งผลกระทบไปทั่วโลก ทำให้องค์กรต่างๆ ต้องเผชิญกับความเสี่ยงและโอกาสใหม่ๆ ที่เข้ามาเป็นความท้าทายให้ทุกภาคส่วน ต้องปรับตัว เปลี่ยนแปลงและยืดหยุ่น เพื่อความอยู่รอดให้บรรลุความสำเร็จ ตามเป้าหมาย ที่องค์กรวางไว้

ใน session นี้จะเป็นการแบ่งปันเรื่องราวที่มีคุณค่า เป็นประสบการณ์การทำงานของพยาบาลในพื้นที่ต่าง ๆ ทั้งการเป็นโรงพยาบาลชายขอบ หรือแม้แต่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ต่างมีบทเรียนที่สามารถสะท้อนได้ถึง การก้าวผ่านข้อจำกัดด้านภูมิประเทศของพื้นที่ ความจำกัดของทรัพยากร อุปสรรค มากมายทั้งด้านพหุวัฒนธรรม ความเชื่อ และทัศนคติของผู้คน การทำงานด้วยจิตวิญญาณที่มุ่งมั่น จึงทำให้เกิดพลังต่อความสำเร็จ

การทำงานอย่างเข้าใจ จึงไร้ขอบเขตและพรมแดนเกิดการหลอมรวมความร่วมมือ ทางด้านสาธารณสุขกับภาคส่วนต่าง ๆ คงคุณภาพชีวิตของประชาชนให้เข้าถึงและพึ่งได้ ภายใต้ความไม่แน่นอนของการแพร่ระบาด COVID-19 ในแต่ละพื้นที่ การนำแนวคิด resilience มาใช้จัดการในช่วงที่ยากลำบาก จึงเกิดการตอบสนองเชิงบวกต่อ สถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น และต่างสามารถปรับตัว ร่วมมือกันจนผ่านพ้นอุปสรรคต่างๆ เกิดคุณค่าและความหมายต่อตนเองและผู้อื่น ตลอดเส้นทางการทำงานที่ผ่านมา ความสำเร็จในการจัดการทุกเรื่องราวที่นำมาแบ่งปัน นับเป็นจุดเริ่มต้น ที่นำไปสู่ความยั่งยืนตามที่ทุกคนมุ่งหวัง การออกแบบปรับระบบงานได้อย่างเข้าใจ จะเป็นภูมิคุ้มกันต่อการเผชิญภาวะวิกฤตในอนาคตได้ต่อไป

**๒.๒.๑๙ Resilience and Enhancing Nursing Value by Telenursing**

วิทยากร : พว.ณัฐภัสสร เดิมขุนทด (คณะแพทย์ศาสตร์วชิรพยาบาล), รศ.ดร.วณิชา พึ่งชมภู (คณะพยาบาลศาสตร์ มช.), อ.มธุรส ภาสน์พิพัฒน์กุล (สรพ.)

ปัจจุบันพบว่าทุกองค์กรได้เผชิญกับเหตุการณ์และความเปลี่ยนแปลงมากมายหลายอย่าง ไม่ว่าจะเป็นสถานการณ์การระบาดไปทั่วโลกของ COVID-๑๙ อีกทั้งการเติบโตของประชากรยุคใหม่ๆ ที่ได้มีความคิดตลอดจนวัฒนธรรมการทำงานในรูปแบบใหม่ การเข้ามาของเทคโนโลยีและนวัตกรรมใหม่ ที่ได้เข้ามาเปลี่ยนแปลงจากหน้ามือ เป็นหลังมือ (disruption) จนทำให้ธุรกิจและบางอาชีพสูญหายไป กล่าวได้ว่า นับจากนี้โลกจะเต็มไปด้วยความไม่แน่นอน ความผันผวน และเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ทั้งหมดนี้เพราะเรากำลังอยู่ในโลกของ VUCA world

ในสถานการณ์เช่นนี้ องค์กรทุกแห่งรวมทั้งระบบสุขภาพต้องมีการปรับตัว ยืดหยุ่น และปรับแนวคิดกระบวนทัศน์การทำงานที่ปรับตัวได้ง่าย (resilience organization) ) ซึ่งเน้นการให้ความสำคัญกับคนมากที่สุด เน้น การสื่อสารมากกว่าการทำเอกสาร เน้นการตอบสนองผู้รับบริการมากกว่าการทำเฉพาะตามหน้าที่ บุคลากรมีความสำคัญยิ่งที่จะนำพาองค์กรสร้างศักยภาพด้านนี้ได้

ใน session นี้จะเป็นการแบ่งปัน “ข้อมูลทางไกลและการพยาบาล” การผสมผสานระหว่างวิทยาการคอมพิวเตอร์ สารสนเทศศาสตร์ และวิทยาศาสตร์การพยาบาลที่ออกแบบมาเพื่อช่วยในการจัดการ

และประมวลผลข้อมูลการพยาบาล ข้อมูล และความรู้เพื่อ สนับสนุนการปฏิบัติการพยาบาล สร้างความพึงพอใจและความประทับใจแก่ผู้ป่วย ทำให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล และยั่งยืน

**๒.๒.๒๐ New Nursing Roles for Shaping Future of Health care**

วิทยากร : ดร.กฤษดา แสวงดี (สภาการพยาบาล), พว.เฉลาศรี เสงี่ยม (รพ.จุฬาลงกรณ์ฯ), อ.จักษณา ปัญญาชีวิน (สรพ.)

การแพร่ระบาดของ COVID-19 ที่ยาวนานกว่า ๓ ปี ส่งผลให้ระบบสุขภาพของทุกประเทศรวมทั้งประเทศไทยต่างปรับตัวเพื่อความอยู่รอดท่ามกลางความเปลี่ยนแปลงบนสถานการณ์ที่ไม่แน่นอน ในขณะเดียวกันการเติบโตของเทคโนโลยีดิจิทัล เป็นไปอย่างก้าวกระโดด หน่วยบริการสุขภาพ บุคลากร รวมทั้งประชาชนต่างต้องปรับตัว เพื่อใช้ชีวิตและการทำงานในวิถีใหม่ ซึ่งคาดการณ์ว่าจะมีพัฒนาการไปสู่บริการสุขภาพอนาคตในยุคถัดไป (next normal) เพื่อรองรับกับความท้าทายใหม่ เช่น สังคมสูงวัยแบบสมบูรณ์ ความก้าวหน้าของของ precision medicine การขยายตัวและเติบโตของดิจิทัลแพลตฟอร์มต่าง ๆ ที่จะช่วยให้การขยายบริการสุขภาพไปได้ทั่วถึงมากขึ้น แต่ประเด็นท้าทายที่สำคัญของระบบสุขภาพในอนาคตกลับไม่ใช่เรื่องขาดแคลนสถานที่หรืออุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้หรือเวชภัณฑ์ หรืองบประมาณ แต่กลับจะเป็นความขาดแคลนกำลังคน โดยเฉพาะการที่จะไม่สามารถ..จัดหาให้มีกำลังคนที่มีทักษะสอดคล้องกับความต้องการในอนาคต

บทเรียนจากการปรับตัวขององค์กรพยาบาลเพื่อตอบโต้ภาวะฉุกเฉินจากการระบาดของ COVID-19 ทำให้เราเรียนรู้ว่า พยาบาลเป็นกำลังสำคัญและความยืดหยุ่นพร้อมปรับตัวของพยาบาลทั่วประเทศเป็นหนึ่งในปัจจัยความสำเร็จในการรองรับสถานการณ์ดังกล่าว แต่ในอนาคตระบบสุขภาพของเราจะไม่กลับไปเหมือนก่อนการระบาดอีกแล้ว คำถามคือ พยาบาลจะใช้ศักยภาพอย่างเต็มที่ได้อย่างไรในระบบสุขภาพที่เปลี่ยนไป บทบาทของพยาบาลควรเป็นอย่างไร จึงจะสามารถช่วยขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสม สามารถตอบสนองต่อความต้องการและเป็นที่พึ่งของประชาชนได้ ในอนาคต

**๒.๒.๒๑ Resilience in Nursing**

วิทยากร : พว.สมถวิล อัมพรอารีกุล (สถาบันบำราศนราดูร), พว.กิติมา ลิ้มประเสริฐ (รพ.สมุทรสาคร), พว.ปราณี มหาศักดิ์พันธ์ (รพ.แม่สอด), พว.วรรณระวี อัคนิจ (รพ.สระบุรี)

วิกฤตการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ที่เกิดขึ้น ในปัจจุบันส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญกับชีวิตและสภาพแวดล้อมของเราในทุกๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบการใช้ชีวิตประจำวัน การอยู่ร่วมกันในสังคม รวมไปถึงรูปแบบการทำงานที่ปรับเปลี่ยนไปให้สอดคล้องกับสถานการณ์ ดังนั้น ความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงหรือการใช้แรงขับเคลื่อนภายใน (inner drive) ความสามารถในการตั้งเป้าหมายและสร้างแรงจูงใจให้ตัวเอง

Resilience ในความหมายง่ายๆ คือ ความสามารถในการปรับตัวของบุคคล ได้อย่างรวดเร็ว หลังจากเผชิญกับอุปสรรค ความทุกข์ยากหรือเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิต เป็นความยืดหยุ่นทางจิตใจที่ฝึกฝน หรือได้รับการหล่อหลอม เพื่อให้เกิดการตอบสนองเชิงบวกต่อสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น จนสามารถก้าวข้ามและผ่านพ้นอุปสรรคไปได้ มีความพร้อมในการดำรงชีวิตและสามารถรับมือกับภารกิจ หรืองานต่างๆ ที่ต้องบริหารจัดการต่อไปอย่างมีประสิทธิภาพ (scaling up)

Session นี้จะเป็นการแบ่งปันประสบการณ์ของโรงพยาบาลในบริบทต่างๆ ต่อการรับมือกับสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 แนวทางการเผชิญกับอุปสรรค รวมทั้งความสามารถในการปรับตัวเพื่อ

ข้ามพ้นสถานการณ์ต่างๆ จนสามารถก้าวข้ามและผ่านพ้นอุปสรรคนี้ได้ และมีความพร้อมในการรับมือกับวิกฤตที่จะเข้ามาในอนาคต

**๒.๒.๒๒ High Tech, High Touch...การพยาบาลกับเทคโนโลยีที่มีหัวใจ**

วิทยากร : พว.จริยา กิตติดิลก (รพ.ระยอง), พว.ชไมพร เจริญไกรกมล (รพ.ศิริราช), พว.กรรณิกา อังกูร (รพ.หาดใหญ่), ดร.อำพัน วิมลวัฒนา (คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล)

การเข้ามาของเทคโนโลยีและนวัตกรรมใหม่ การใช้เครื่องมือที่ "High-Tech" เป็นสิ่งสำคัญของกระบวนการพยาบาล แต่หัวใจการทำงานอยู่ที่ "Hight-Touch" เพราะเป้าหมายของการพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อช่วยอำนวยความสะดวก ลดระยะเวลาในการทำงาน ยังคงประสิทธิภาพดี และทำให้บุคลากรได้มีเวลาปฏิสัมพันธ์ร่วมกันมากยิ่งขึ้น

ใน session นี้จะสะท้อนการผสมผสานกันอย่างลงตัวระหว่างกระบวนการพยาบาลกับเทคโนโลยี การปรับตัวให้รู้เท่าทันเทคโนโลยี การยังคงปฏิสัมพันธ์ การเอาใจใส่ มีความยืดหยุ่น (resilience organization) ซึ่งเน้นการให้ความสำคัญกับคนมากที่สุด เน้น การสื่อสารมากกว่าการทำเอกสาร เน้นการตอบสนองผู้รับบริการมากกว่าการทำเฉพาะตามหน้าที่ เกิดผลลัพธ์การดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพประสิทธิผล และยั่งยืน

**๒.๒.๒๓ Professional Quality Workforce ยกระดับกำลังคนคุณภาพด้วยมาตรฐาน HA**

วิทยากร : ดร.กฤษดา แสวงดี (สภาการพยาบาล), พล.อ.ท.อนุตตร จิตตินันทน์ (ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ), ดร.บรรจง จำปา (สรพ.), อ.รัชดาภรณ์ ทุมมาสุทธิ์ (สรพ.)

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ ๕ ได้นำมาตรฐานฉบับที่ ๔ และเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔ รวมทั้งการบูรณาการมาตรฐานต่างประเทศกับเอกลักษณ์ของไทยมาเป็นหลักในการพัฒนา มาตรฐานบทที่ I-๕ บุคลากร (Workforce) เป็นมาตรฐานที่มีการเปลี่ยนแปลงจากฉบับที่ ๔ ในหลายประเด็น รวมทั้งมีการปรับปรุงคำจำกัดความต่าง ๆ ให้เหมาะสม เข้าใจง่าย และนำไปปฏิบัติได้ง่ายขึ้น

บุคลากรมีความสำคัญต่อความสำเร็จของทุกองค์กรโดยเฉพาะสถานพยาบาล มาตรฐานบทนี้จึงกล่าวถึงวิธีปฏิบัติที่เกี่ยวกับบุคลากร เพื่อมุ่งสร้างและรักษาให้บุคลากร มีสุขภาพและความปลอดภัย ทำให้เกิดสภาพแวดล้อมที่ทำให้งานบรรลุผลสำเร็จอยู่เสมอ และทำให้บุคลากรมีความผูกพันกับองค์กรและมีแรงจูงใจ รวมทั้งมีบุคลากรที่มี ความสามารถเพื่อมุ่งปฏิบัติงานสู่เป้าหมาย ทั้งนี้ ในการสนับสนุนให้การจัดการทรัพยากร บุคคลสอดคล้องไปในแนวทางเดียวกัน กับกลยุทธ์โดยรวม เกณฑ์จึงครอบคลุมการ วางแผนด้านบุคลากรไว้เป็นส่วนหนึ่งในมาตรฐานบทที่ I-๒ กลยุทธ์ด้วย มาตรฐานฉบับที่ ๕ มีการเปลี่ยนจากคำว่า “กำลังคน” ในฉบับที่ ๔ มาเป็น “บุคลากร” ซึ่งเป็นที่คุ้นเคยของสถานพยาบาลมากกว่า โดยบุคลากรครอบคลุมทั้งบุคลากรประจำ พนักงานชั่วคราว พนักงานที่ทำงานไม่เต็มเวลา พนักงานตามสัญญาจ้าง ผู้ประกอบวิชาชีพอิสระและอาสาสมัคร แต่ยังคงแบ่งหัวข้อหลักของมาตรฐานบทที่ I-๕ เป็น ๒ ข้อ ได้แก่

I-๕.๑ สภาพแวดล้อมของบุคลากร และ I-๕.๒ ความผูกพันของบุคลากร I-๕.๑ สภาพแวดล้อมของบุคลากร (Workforce Environment) องค์กรบริหาร ขีดความสามารถและความเพียงพอของบุคลากร เพื่อให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ องค์กรจัดให้มีสภาพแวดล้อมในการทำงาน และบรรยากาศที่เอื้อต่อสวัสดิภาพ สุขภาพ ความปลอดภัย และคุณภาพชีวิตของบุคลากร

I-๕.๒ ความผูกพันของบุคลากร (Workforce Engagement) องค์กรสร้างความผูกพันกับบุคลากร มีระบบจัดการผลการปฏิบัติงาน ส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาเพื่อรักษาบุคคลไว้และให้บุคลากรมีผลการปฏิบัติงานที่ดี

ส่วนหัวข้อย่อยมีการปรับเปลี่ยนจากมาตรฐานฉบับที่ ๔ หลายข้อ ทั้งการปรับเปลี่ยนข้อกำหนดบางข้อมาเป็นหัวข้อย่อยหรือการเพิ่มหัวข้อย่อย การเปลี่ยนแปลงรหัสอ้างอิงมาตรฐานบทที่ I-๕ แสดงตามตาราง ตารางแสดงการเปรียบเทียบรหัสอ้างอิงตามมาตรฐานฉบับที่ ๔ และฉบับที่ ๕

| I-๕ บุคลากร | มาตรฐานฉบับที่ ๔ | มาตรฐานฉบับที่ ๕ |
|---|---|---|
| I-๕.๑ สภาพแวดล้อมของบุคลากร | ก. ขีดความสามารถและความเพียงพอของกำลังคน | ก. ขีดความสามารถและความเพียงพอของบุคลากร |
| | ข. บรรยากาศการทำงานของกำลังคน<br>ค. สุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน | ข. การสนับสนุนการทำงาน และสวัสดิภาพของบุคลากร<br>ค. สุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร<br>ง. ชีวิตและความเป็นอยู่ของบุคลากร |
| I-๕.๒ ความผูกพันของบุคลากร | ก. ความผูกพันและผลการปฏิบัติงานของกำลังคน<br>ข. การพัฒนากำลังคนและผู้นำ | ก. ความผูกพันและผลการปฏิบัติงานของบุคลากร<br>ข. วัฒนธรรมองค์กร<br>ค. การจัดการผลการปฏิบัติงานและการพัฒนาบุคลากร |

คุณค่าที่ผู้เข้าร่วมประชุมจะได้รับได้เรียนรู้ที่มาที่ไปของการเปลี่ยนแปลงในเนื้อมาตรฐาน HA I-๕ การตีความคำศัพท์สำคัญ ๆ เช่น บุคลากร ความผูกพัน เป็นต้น ความเชื่อมโยงระหว่างมาตรฐาน/ระบบงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ตัวอย่างวิธีการจากประสบการณ์การนำลงสู่ภาคปฏิบัติจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อนำสู่การประยุกต์ใช้ได้อย่างเป็นประโยชน์ยิ่งต่อองค์กร ตลอดจนทิศทางการดำเนินการของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลเพื่อร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการยกระดับคนคุณภาพด้วยมาตรฐาน HA

**๒.๒.๒๔ เมื่อกำลังคนสุขภาพกำลังหมดไฟ How to Reboost People Management**

วิทยากร : ดร.บวรนันท์ ทองกัลยา (PMAT) สมาคมการจัดการงานบุคคลแห่งประเทศไทย

แพทย์และพยาบาล บุคลากรด่านหน้า ผู้ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยทั่วประเทศเป็นกลไกสำคัญในการต่อสู้กับโรคร้าย ขณะที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 ยังมีจำนวนผู้ป่วยอื่นอีกเป็นจำนวนมากในสถานพยาบาล จึงมีภาระงานที่เพิ่มขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทั้งยังอยู่ในสถานะที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ซึ่งมีโอกาสถึงแก่ชีวิตอย่างที่เห็นทั้งในและต่างประเทศ กำลังใจในการทำงานเป็นสิ่งสำคัญในการที่จะเพิ่มพลังเพิ่มความเข้มแข็งให้กับกำลังคนสุขภาพดังกล่าว ที่กำลังหมดไฟเพื่อนำพาประชาชนผ่านวิกฤตการณ์ร้ายแรงในครั้งนี้ “การจัดการคน” เพื่อแก้ปัญหาและรักษากำลังคนสุขภาพเพื่อการคงอยู่พร้อมรับความท้าทายใหม่เป็นบททดสอบความแข็งแกร่งขององค์กร การพัฒนาทักษะแห่งอนาคต การพัฒนาทักษะด้านดิจิทัลและการใช้เทคโนโลยีช่วยในการทำงาน การออกแบบงานใหม่ให้ “คนทำงาน” ทันโลก ต้องทำอย่างจริงจัง คำถามคือ “ทำอย่างไร” ผู้นำคือคนสำคัญในการจัดการคน และผู้นำที่ประสบความสำเร็จอาจไม่ใช่คนที่มีความคิดบรรเจิดแต่เป็นคนที่สามารถปรับตัวและแสวงหาโอกาสใหม่ ๆ ตลอดเวลา ขณะเดียวกันฝ่ายทรัพยากรบุคคล (HR) ต้องทำงานเคียงข้างผู้นำในช่วงที่ยากลำบาก และมีกลยุทธ์ที่ชัดเจนสำหรับการพัฒนาพนักงานให้สามารถสร้างผลกระทบเชิงบวกให้แก่องค์กร และพัฒนาความเป็นผู้นำให้พนักงานทุกระดับ นอกจากนั้น HR ต้องสร้างทีมที่ไว้ใจได้ เข้าใจปัญหาอย่างแท้จริง และสร้างความเข้าใจร่วมกัน

**๒.๒.๒๕ ทำ Risk ให้ครบรส**

วิทยากร : ศ.พญ.ดวงมณี เลาหประสิทธิพร, น.อ.หญิงภัคภร โลจนะวงศกร, รศ.พญ.ยุวเรศมคฐ์ สิทธิชาญบัญชา

ศ. พญ.ดวงมณี เลาหประสิทธิพร กล่าวถึงประเด็นการเรียนรู้ 2 ประเด็นคือแนวคิด Enterprise Risk Management (ERM) และประสบการณ์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลว่า คุณภาพ คือ การไม่พบปัญหาปลอดภัยทั้งผู้รับ ผู้ให้บริการ และสังคม เกิดความพอใจในการการแก้ปัญหา ตอบสนองเหตุผลที่นำผู้ป่วยมาหาตามมาตรฐาน จริยธรรมวิชาชีพ กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง มีความถูกต้อง โปร่งใส ตรวจสอบได้

ความเสี่ยงคือความไม่ปลอดภัย เป็นเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นจากกระบวนการหรือกิจกรรมการทำงานการให้บริการ การดูแลรักษาพยาบาล ทำให้เกิดความเสียหาย การไม่บรรลุเป้าหมาย/ความสำเร็จของหน่วยงาน/องค์กร อาจนำไปสู่ความสูญเสียที่รุนแรง อาจเกิดจากความซับซ้อนของระบบ เทคโนโลยี และบุคลากร ยิ่งทำให้ความเสี่ยงเพิ่มขึ้น จึงต้องอาศัยความรู้ หลักฐานทางวิชาการในการจัดการอย่างเป็นระบบ

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ให้ความสำคัญในเรื่องความปลอดภัยเป็นพื้นฐาน มีการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย วัฒนธรรมคุณภาพ วัฒนธรรมการเรียนรู้ มุ่งสู่การเป็นองค์กรที่น่าไว้วางใจ นำไปสู่ Risk-based Thinking คือการทำให้เป็นปกติโดยสัญชาตญาณ สร้างความมั่นใจ และพึงพอใจต่อผู้รับบริการ สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร สามารถตรวจจับ ป้องกัน และแก้ปัญหาที่จะเกิดขึ้นทั้งกับผู้รับบริการหรือผู้ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

Risk Management เป็นส่วนหนึ่งของการควบคุมภายใน (Internal control: IC) มี 5 องค์ประกอบ 1) สภาพแวดล้อมการ 2) การประเมินความเสี่ยง 3) กิจกรรมการควบคุม 4) สารสนเทศและการสื่อสาร 5) การติดตามและประเมินผล (Monitoring Activities เปลี่ยน Reaction RM เป็น Organization Reaction RM มี 4 ด้าน ได้แก่ ด้านยุทธศาสตร์ ด้านคลินิก ด้านปฏิบัติการและด้านการเงิน

การบริหารความเสี่ยงของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มุ่งเน้นไปที่ ความเสี่ยงของผู้ป่วย (Operation) เป็นหลัก มีการบริหารเงินเอง และมีการตรวจสอบภายใน (Internal audit: IA ) จัดให้มีขึ้นเพื่อเพิ่มคุณค่าและปรับปรุงการปฏิบัติงานขององค์กรให้ดีขึ้น และจะช่วยให้องค์กรบรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่กำหนด ด้วยการประเมิน และปรับปรุงประสิทธิผลของกระบวนการบริหารความเสี่ยงการควบคุม และการกำกับดูแลอย่างเป็นระบบ

แนวทางในการบริหารจัดการความเสี่ยง

1. การยอมรับ (Take/Acceptance): ความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้ ไม่ต้องมีการดำเนินการใด ๆ เพิ่มเติม

2. การควบคุม หรือการลดความเสี่ยง (Treat/Reduction): เป็นการดำเนินการเพิ่มเติมจากกิจกรรมที่องค์กรมีอยู่ เพื่อลดความเสี่ยงให้เหลือน้อยลง ซึ่งอาจจะลดได้ทั้งโอกาส และผลกระทบที่เกิดขึ้น

3. การโอน หรือการกระจายความเสี่ยง (Transfer/Sharing): เป็นการถ่ายโอนความเสี่ยงให้แก่องค์กรหรือบุคคลอื่น เช่น การประกันภัย เป็นต้น

4. การหลีกเลี่ยง หรือหยุดดำเนินกิจกรรมทางธุรกิจ (Terminate/Avoidance): เป็นการหยุดกิจกรรมหรือการดำเนินการใด ๆ ขององค์กร เพื่อหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดความเสี่ยง

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล สู่องค์กรที่น่าไว้วางใจ องค์กรสมรรถนะสูงและองค์กรอัจฉริยะเพื่อความเป็นเลิศอย่างยั่งยืน

รศ.พญ.ยุวเรศมคฐ์ สิทธิชาญบัญชา กล่าวว่า Resilience ทุกองค์กรควรมี ความยืดหยุ่น หรือการล้มแล้วลุกเร็ว ทุกๆครั้งที่เจอปัญหา และการทำ scaling up ให้ประสบความสำเร็จได้มีกลุ่มทำงานที่มีความตั้งใจที่ไปด้วยกันและมีการติดตามการดำเนินการ เป้าหมายคือ ดูคน ดูไข้ ดูคุ้ม ในการดูไข้คือการดู Clinical

Effective มีผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม ต่อเนื่อง ปลอดภัย ส่วนการดูคน เป็นลักษณะ People Centre เข้าบริการได้ ยอมรับบริการที่ให้ ความเท่าเทียม และการดูคุ้ม เป็นการบริหารจัดการทรัพยากร รอบเวลา

คุณค่า คือ ในมุมมองของผู้รับบริการคือ คุ้ม

คุณภาพของ Healthcare ดูที่ clinical outcome

Cost ดูที่ รอบเวลาของการบริการ waste

clinical outcome รู้บริบทของโรงพยาบาล มีการกำหนดเป้าหมาย ออกแบบระบบอาจต้อง RCA สู่การปฏิบัติและติดตาม และทบทวนความเสี่ยงจำแนกกลุ่ม ตามรอย พบประเด็นปัญหานำมากำหนดความเสี่ยง ไม่มีโรงพยาบาลใดผ่านการรับรองได้ถ้าไม่สามารถจัดการความเสี่ยงที่สร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วย ดังนั้นควรวิเคราะห์กลุ่มโรคที่มีความเสี่ยงสูง การประเมินที่ไม่เหมาะสม การวางแผนที่ไม่เหมาะสม นำมาทำ risk matrix

Resilience in Healthcare ไม่โทษคนเพราะมีระบบ/ปัจจัยซ่อนอยู่หรือเป็นเหตุจากธรรมชาติ/จากการออกแบบ การบริหารจัดการ เมื่อทำ RCA ควรวิเคราะห์ถึงส่วนนี้โดยเลือกใช้เครื่องมือที่เหมาะสม

ใช้ 3C-PDSA นำข้อมูลจากมาตรฐานบทที่ I-3 มาออกแบบระบบ โดยใช้มาตรฐานวิชาชีพ evidence based และwaste ถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ

จากเรื่องร้ายสามารถกลายเป็นเรื่องดี สร้างวัฒนธรรมคุณภาพและความปลอดภัย ผ่านการขับเคลื่อนโดยใช้มาตรฐาน HA ฉบับที่5

น.อ.หญิงภัคภร โลจนะวงศกร กล่าวถึง คุณภาพกับความเสี่ยง (Quality & Risk) คุณภาพ คือ ภาวะที่เป็นประโยชน์ และมีคุณค่าต่อผู้รับผลงาน ความเสี่ยงคือโอกาสที่จะไม่บรรลุเป้าหมาย ดังนั้นความเสี่ยงคือโอกาสเกิดอุบัติการณ์ ความเสี่ยงกับอุบัติการณ์ (Risk & Incident) ความเสี่ยง คือ โอกาสเกิดอุบัติการณ์ในอนาคต อุบัติการณ์ที่เคยเกิดขึ้นจะยังคงเป็นความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดอีก ถ้าไม่มีการปรับปรุง

มาตรฐาน HA ฉบับที่5 มาตรฐานบทที่ II-1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง (Risk Management System) การประเมินความเสี่ยง ย้ายจากตอนที่II ไปอยู่ที่ตอนที่III และ ปรับการรายงานอุบัติการณ์เป็นการจัดการอุบัติการณ์ที่ได้ผล มี 6 กระบวนการ

1. การบันทึกและรายงานอุบัติการณ์ เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้ว แต่ควรเน้นในเรื่องเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และเหตุการณ์เกือบพลาด พิจารณา Adverse Event Adverse Event แบบใด patient harm มีความรุนแรงระดับใด หรือเกิดerror /incident รุนแรงระดับใด (actual) อะไรคือ potential harm ถ้าถึงผู้ป่วย และจัดระดับความสำคัญกับการจัดการ

2. การตรวจสอบ สืบค้น วิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ (RCA) และตอบสนองต่ออุบัติการณ์

3. การนำข้อมูลหรือสาเหตุที่ได้จากการวิเคราะห์อุบัติการณ์มาใช้ในการพัฒนาและปรับปรุงเพื่อป้องกันลดอุบัติการณ์การเกิดซ้ำ หรือบรรเทาความรุนแรง และเสียหาย

4.การสื่อสารกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เจรจาไกล่เกลี่ย

5. การอบรมบุคลากรเรื่องการระบุความเสี่ยง การรายงานอุบัติการณ์ การตรวจสอบข้อเท็จจริง การวิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ และวิธีการสื่อสารเมื่อเกิดอุบัติการณ์

6. การดูแลช่วยเหลือบุคลากรที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มักจะไม่ได้รับการดูแลเท่าที่ควร เพราะส่วนใหญ่มุ่งเน้นที่ผู้ป่วย

ในมาตรฐานสำคัญจำเป็น 9 ข้อ หากข้อใดองค์กรไม่ยอมให้เกิดอุบัติการณ์ never event แสดงว่าเรื่องนั้นเกิดอันตรายสูงกับผู้ป่วย สามารถควบคุมกระบวนการได้ทั้งหมด Prevention & Control หรือ บางเรื่องที่ไม่สามารถควบคุมได้ทั้งหมดแต่ประกันได้ว่าหากเกิดเรื่องจะไม่เกิดอันตรายเรียกว่า Harm Free Care

เชื่อว่ามนุษย์มีทักษะในการเรียนรู้และจดจำ การทำงานก็เป็นการสั่งสมประสบการณ์ และช่วยให้ในแต่ละวันเราเกิดการพัฒนาขึ้นอย่างต่อเนื่อง เราในวันนี้ดีกว่าเราในเมื่อวาน

**๒.๒.๒๖ Rapid Evaluation and Assessment (REAM), and Clinical Audit in Practice**

วิทยากร : นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (ผู้ทรงคุณวุฒิ สรพ.) ผศ.นพ.วิโรจน์ รักษากุล (คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลฯ), ดร.อำพัน วิมลวัฒนา (คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลฯ)

"ตัวอย่าง และภาคปฏิบัติกับการดำเนินการ Clinical Audit"

การตรวจสอบทางคลินิก (clinical audit) มีเป้าหมายเพื่อการปรับปรุงกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งที่มีความชัดเจน มีเกณฑ์ในการตรวจสอบที่ชัดเจนว่า คาดหวังเห็นการปฏิบัติอย่างไร ซึ่งเกณฑ์นี้มักจะมาจากหลักฐานวิชาการที่น่าเชื่อถือ มีการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนหรือจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์จำนวนหนึ่ง แล้วนำสิ่งที่พบมาพิจารณาว่าควรมีการปรับปรุงในส่วนใด เมื่อปรับปรุงแล้วก็มีการตรวจสอบ ขั้นตอนในการทำ audit/review

๑) เลือกหัวข้อหรือประเด็นที่จะตรวจสอบ โดยพิจารณาจากเรื่องที่มีมาตรฐานหรือแนวปฏิบัติมีปัญหาในการนำไปปฏิบัติผู้ป่วยหรือสังคม ใส่ใจ มีโอกาสที่จะปรับปรุงการให้บริการ มีปริมาณมาก ความเสี่ยงสูง ค่าใช้จ่ายสูง

๒) กำหนดเกณฑ์และมาตรฐาน เกณฑ์คือข้อความที่ระบุชัดเจนว่าจะวัดองค์ประกอบของการดูแลอะไรโดยพิจารณาจากเป้าหมายของการตรวจสอบ และหลักฐานวิชาการที่ดีที่สุดที่มีอยู่มาตรฐานคือ threshold ของความคาดหวังในการปฏิบัติตามเกณฑ์

๓) เก็บข้อมูล กำหนดแนวทางเก็บข้อมูลตั้งแต่เริ่มต้นเพื่อให้มั่นใจว่าได้ข้อมูลที่ถูกต้องและเก็บข้อมูลเท่าที่จำเป็น ความครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วย ผู้ประกอบวิชาชีพ ระยะเวลา ขนาดตัวอย่าง ข้อมูลที่จะเก็บ จุดที่จะมองหาข้อมูลผู้เก็บข้อมูล

๔) เปรียบเทียบสิ่งที่ปฏิบัติกับเกณฑ์และมาตรฐาน ข้อสรุปที่ต้องการคือมีการปฏิบัติตามมาตรฐานได้ดีเพียงใด หาเหตุผลของการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน

๕) ดำเนินการเปลี่ยนแปลงและอาจตามด้วยการตรวจสอบซ้ำเพื่อให้มั่นใจว่าสามารถธำรงการเปลี่ยนแปลงได้

**๒.๒.๒๗ Surveyor Hacks: "มิติคุณภาพ" กับระบบงานสำคัญ**

วิทยากร : อ.เรวดี ศิรินคร (ผู้เยี่ยมสำรวจ), อ.โกเมธ นาควรรณกิจ (สรพ.), ภญ.วิชชุนี พิตรากูล (รพ.สมุทรสาคร), ภก.สงกรานต์ มีชูนึก (ผู้เยี่ยมสำรวจ)

มิติคุณภาพ (Quality dimension) เป็นแนวคิดที่ช่วยในการเพิ่มความลุ่มลึกในการพัฒนาคุณภาพทั้งในการกำหนดเป้าหมาย การตรวจสอบและการทบทวนเพื่อค้นหาโอกาสพัฒนาในกระบวนการ รวมถึงการกำหนดตัวชี้วัด ทั้งยังเชื่อมโยงแนวคิด บริการสุขภาพที่มีคุณค่า (value based healthcare) หรือ "ดูคน ดูไข้ ดูคุ้ม" สู่ระดับการปฏิบัติในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ ที่ผ่านมามีการใช้มิติคุณภาพแบบผสมผสานและมีความชัดเจนมากขึ้นในการพัฒนาคุณภาพทางด้านคลินิก โดยเฉพาะการกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัด ซึ่งในความจริงแล้วในด้านระบบงานสำคัญก็สามารถ ให้แนวคิดมิติคุณภาพได้ในทิศทางเดียวกัน ดังเช่น ด้านความปลอดภัย (safety) ซึ่งพบในทุกระบบงานทั้งความปลอดภัยด้านยา ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ด้านสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย ด้านระบบสารสนเทศ ด้านความเหมาะสม (Appropriate) ที่มีตัวอย่างด้านระบบยาในการบริหารยาปฏิชีวนะในเวลาที่เหมาะสม การปฏิบัติตามแนวทางป้องกันการติดเชื้อเฉพาะตำแหน่งในระบบงานการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ด้านประสิทธิภาพ (Efficiency) ที่พบ

ตัวอย่างในการบริการจัดการเครื่องมือแพทย์ เป็นต้น ทั้งนี้มิติคุณภาพยังเป็นส่วนสำคัญในการกำหนดเป้าหมาย ซึ่งทำให้เกิดการออกแบบระบบงานหลายระบบเชื่อมต่อกันสู่การบรรลุเป้าหมาย ดังเช่น ด้านความปลอดภัยในการทำงานของบุคลากรที่มีการกล่าวถึงทั้งในระบบงานบุคลากร การควบคุม และป้องกันการติดเชื้อและสิ่งแวดล้อมในการทำงานอย่างปลอดภัย เป็นต้น จะเห็นได้ว่ามิติคุณภาพอยู่คู่กับการพัฒนาด้านระบบงานมาตั้งแต่เริ่ม การทำความเข้าใจจนเกิดความชัดเจนจะเป็นส่วนสำคัญในการยกระดับการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลและส่งมอบบริการสุขภาพที่มีคุณค่าให้กับผู้รับบริการ

**๒.๒.๒๘ Clinical Quality in HA Standard ๕th Edition**

วิทยากร : อ.ผ่องพรรณ ธนา (ผู้ทรงคุณวุฒิ สรพ.), รศ.พญ.ยุวเรศมคธ์ สิทธิชาญบัญชา (คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี), อ.กนกรัตน์ แสงอำไพ (ผู้เยี่ยมสำรวจ), ภก.สงกรานต์ มีชูนึก (ผู้เยี่ยมสำรวจ)

๑. Overview: Clinical Quality

๑.๑ Value-based Healthcare: บริการที่ส่งมอบประสบการณ์และผลลัพธ์ที่มีคุณค่าในมุมมองของผู้ป่วยโดยใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพที่สุด

๑.๒ Simplify & Combine the Model: ๓ C-PDSA & Value-Based

๒. เรียนรู้การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐาน HA ฉบับที่ ๕ เพื่อให้เกิด Value -based Healthcare ประกอบด้วย better care / social objectives (ดคน), better health / clinical objectives (ดูไข้) และ economic objectives (ดูคุ้ม)

๓. Culture in HA Standard ๕th edition

๓.๑ Safety culture

๓.๒ People centeredness culture

๓.๓ Learning culture

๓.๔ Improvement culture

๔. From Quality Improvement to Performance Excellence มาร่วมเรียนรู้แนวคิด Value-based Healthcare และการพัฒนาคุณภาพในกระบวนการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐาน HA ฉบับที่ ๕ ด้วยความเข้าใจเป้าหมายและวิธีการ เพื่อส่งมอบบริการและประสบการณ์ที่มีคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย

คุณค่าที่ผู้เข้าร่วมประชุมจะได้รับ ๑) เข้าใจเป้าหมายและ key words ของมาตรฐาน HA ฉบับที่ ๕ กระบวนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างกระจ่างชัด สามารถนำมาตรฐานไปเรียนรู้ ทบทวนการปฏิบัติในสถานการณ์จริงและพัฒนาเพื่อยกระดับผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยได้ ๒) สามารถนำแนวคิด Value-based Healthcare ไปประยุกต์ใช้ให้เกิดคุณค่าต่อผู้ป่วย วิชาชีพและองค์กร และยกระดับการพัฒนาไปสู่ Performance Excellence

**๒.๒.๒๙ การบริหารจัดการระบบคุณภาพ QMR**

วิทยากร : รศ.คลินิก นพ.อุดม ไกรฤทธิ รศ.นพ.ธวัช ชาญชญานนท์

รศ.นพ.ธวัช ชาญชญานนท์ กล่าวถึงจุดเน้นในการพัฒนาคุณภาพ ให้ความสำคัญในเรื่องของความปลอดภัยตั้งแต่การวางระบบ กำหนด 2P Safety การใช้เครื่องมือคุณภาพ ใช้ DSC ขับเคลื่อน monitor กำกับติดตาม และกระบวนการวัด การเปรียบเทียบ benchmarking ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 มีการหยุดชะงักไปบ้าง ปรับรูปแบบการพัฒนาคุณภาพตามบริบท

รศ.คลินิก นพ.อุดม ไกรฤทธิ กล่าวถึงบทบาทหน้าที่ของ QMR ช่วยประสานทุกระดับ ระดับองค์กร ช่วยประเมินภาพรวม(จุดอ่อน จุดแข็ง) นำเสนอแก่ทีมนำ เชื่อมโยงผู้บริหารในการออก policy การ monitor

และการ empowerment ทีมต่างๆ ตอบสนองต่อวิสัยทัศน์องค์กร การทำงานเป็นทีม มีองค์ความรู้ มีทักษะมุมมองเชิงระบบ system design tool และการResilience

**๒.๒.๓๐ การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล**

วิทยากร : อ.โกเมท นาควรรณกิจ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล)

**สถานการณ์การจัดการสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลในปัจจุบัน**

- การปรับสิ่งแวดล้อมและอาคารเพื่อการให้บริการแก่ผู้ป่วยในกลุ่มติดเชื้อ COVID-19
- การปรับปรุงสถานที่และการจัดระบบการให้บริการเพื่อให้บุคลากรมีความปลอดภัยในการให้บริการผู้ป่วย COVID-19
- สถานที่ในการพักรอรับบริการ/ รอตรวจของผู้ป่วยไม่เพียงพอเพราะต้องปรับพื้นที่ให้มีระยะห่างตามแนวทางที่กำหนด
- การจัดการระบบระบายอากาศที่ไม่เหมาะสมกับการให้บริการ
- การจัดหา พัฒนาและประดิษฐ์เครื่องมือเพื่อใช้ในการให้บริการผู้ป่วยและป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ของบุคลากรทางการแพทย์
- การเพิ่มขีดความสามารถในการให้บริการของระบบสนับสนุนต่างๆ โดยไม่มีการวางแผนและเตรียมความพร้อม เช่น ระบบออกซิเจน ระบบปรับอากาศ
- การฝึกซ้อมการป้องกันและระงับอัคคีภัยขาดความต่อเนื่อง การจัดระบบป้องกันอัคคีภัยในหอผู้ป่วย COVID-19 ที่ไม่ชัดเจน
- การดูแลบำรุงรักษาอาคาร สถานที่ การดูแลบำรุงรักษาเครื่องมือ การสอบเทียบขาดความต่อเนื่อง
- สถานที่พักขยะติดเชื้อไม่เพียงพอ การกำจัดไม่ทัน
- ระบบบำบัดน้ำเสียขาดการดูแลต่อเนื่อง ขาดการส่งตรวจผลจากภายนอก

**แนวคิดในการพัฒนาด้านสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล**

๑. Visual management เน้นการออกแบบจัดสิ่งแวดล้อมที่สามารถสัมผัสหรือรับรู้ผ่านการมองเห็น

๒. Human centered design เน้นการออกแบบจัดสิ่งแวดล้อมที่ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ/ ผู้ป่วย/ ญาติให้มีความสะดวก ปลอดภัย

๓. User centered design เน้นการออกแบบจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการใช้งานที่เหมาะสมในแต่ละกลุ่ม และมีความปลอดภัย

**แนวทางการจัดการเพื่อรองรับการปรับตัวและความท้าทายในอนาคต**

๑. บทบาทของผู้บริหาร

- วิเคราะห์สถานการณ์สภาพแวดล้อม การจัดและขยายบริการในปัจจุบันและอนาคตตามแผนกลยุทธ์ แผนการพัฒนายกระดับโรงพยาบาลต่างๆ
- วางแผนกลยุทธ์ในด้านการจัดการอาคาร สถานที่และสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย/ ผู้รับผลงานในภาพรวม
- ดำเนินการสนับสนุนให้มีการจัดทำ Master plan ในการก่อสร้างอาคาร และดำเนินการให้เป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้
- มอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบดูแลอาคาร สถานที่และสิ่งแวดล้อมในภาพรวม
- สนับสนุนงบประมาณในการก่อสร้าง การปรับปรุง การดูแลบำรุงรักษาอาคาร สถานที่และสิ่งแวดล้อมให้อยู่ในสภาพที่ดี

๒. การบริหารจัดการกำลังคน

- การกำหนดกรอบกำลังคนและขีดความสามารถให้เหมาะสม
- การสรรหากำลังคนทั้งในลักษณะประจำและแบบ Outsource
- การพัฒนาศักยภาพของกำลังคนอย่างต่อเนื่องในส่วนที่จำเป็นต่อการทำงาน
- ในกรณีกำลังคนที่เป็น Outsource ต้องมีระบบการกำกับการปฏิบัติงาน
- การจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมในการทำงานให้เหมาะสมทั้งกำลังคนประจำและกำลังคน Outsource
- มีการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาอำนวยความสะดวกในการทำงาน การสื่อสาร ลดขั้นตอน ระยะเวลาในการทำงาน
- การดูแลสุขภาพและความปลอดภัย
- การจัดอุปกรณ์เครื่องมือและอุปกรณ์ป้องกันตนเองให้เหมาะสม

๓. การออกแบบอาคารสถานที่และจัดสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล

- การออกแบบอาคาร
- การออกแบบพื้นที่ให้เหมาะสมกับการให้บริการตามกลุ่มผู้ป่วย
- การบริหารจัดการอาคาร เช่น งานจัดการอาคาร, งานดูแลรักษาอาคาร และการจัดการความปลอดภัยในอาคาร
- การออกแบบอาคาร ในอนาคตควรพิจารณาเกี่ยวกับ

๑) Environmental Responsibility: การปรับเปลี่ยนการออกแบบ การปรับเปลี่ยนการใช้ การอนุรักษ์พลังงาน และการเพิ่มพื้นที่สีเขียว

๒) Patient/ Customer Satisfaction: การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย/ ผู้รับผลงาน

๓) Security & Patient Safety: มีการดูแลรักษาความปลอดภัยด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัยตลอดเวลา

๔) Staff and Business Efficiency: มีการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาอำนวยความสะดวกในการทำงาน ลดขั้นตอนในการทำงาน การให้บริการ

๕) Financial Health: มีระบบการบริหารจัดการให้เกิดความคุ้มค่าของการใช้อาคาร

**อาคารสีเขียว (Green Building)**

- การลดผลกระทบจากอาคารก่อสร้าง ที่จะมีผลต่อสุขภาพของผู้คนและสิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติ
- มีการใช้พลังงาน น้ำและทรัพยากรอื่นๆ อย่างมีประสิทธิภาพ มีการใช้พลังงานทดแทน
- มีการลดมลพิษและของเสีย รวมถึงการนำวัสดุมาใช้ซ้ำและการรีไซเคิล
- มีคุณภาพอากาศภายในอาคารที่ดี มีการใช้วัสดุที่ไม่เป็นพิษ ถูกหลักจริยธรรมและมีความยั่งยืน
- มีการพิจารณาสภาพแวดล้อมในการออกแบบ การก่อสร้างและการใช้งาน
- การออกแบบ การก่อสร้างและการใช้งานจะพิจารณาคุณภาพชีวิตของผู้เกี่ยวข้อง
- มีการออกแบบที่สามารถปรับให้เข้ากับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ

**อาคารอัจฉริยะ (Smart Building)**

- อาคารที่มีระบบการบริหารจัดการอันชาญฉลาด โดยผสมผสานเทคโนโลยีและนวัตกรรมต่างๆ เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าสูงสุด และมีการตอบสนองต่อผู้ใช้อาคารอีกด้วย
- มีการนำเทคโนโลยีต่างๆ มาใช้เพื่อความสะดวก สบาย ประหยัดพลังงาน ลดมลภาวะ ได้แก่ ระบบออโตเมติก เทคโนโลยีไร้สาย ระบบจัดเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล ระบบควบคุมจากทางไกล ระบบอำนวยความสะดวก ระบบวัดค่าพลังงานที่ใช้ เทคโนโลยีประหยัดพลังงาน

๔. การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยา

- การจัดสถานที่ สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลที่ทำให้ผู้ใช้ มีความรู้สึกดี สบายใจ มีความผ่อนคลาย เป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การบำบัดและเยียวยาที่ได้ผล

- การจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย ญาติ และบุคลากร

- การจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมให้มีความเป็นส่วนตัวในบางช่วงเวลา

- การจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่สามารถนำธรรมชาติเข้ามาให้ผู้เกี่ยวข้องกับสถานที่ได้สัมผัส

- การจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมให้สามารถเข้าถึงที่พึ่งทางใจหรือความเชื่อของผู้ใช้อาคาร

๕. การบริหารจัดการอาคาร

- งานจัดการอาคาร เช่น การจัดระบบฐานข้อมูลอาคาร การขออนุญาตและการตรวจสอบการบริหารจัดการพื้นที่ใช้สอย

- งานดูแลรักษาอาคาร เช่น งานดูแลบำรุงรักษาอาคาร งานดูแลบำรุงรักษาระบบสนับสนุนบริการ งานซ่อมบำรุงอาคาร

- การจัดความปลอดภัยในอาคาร เช่น การบริหารความเสี่ยง การจัดการภาวะวิกฤตของอาคาร การรักษาความปลอดภัย

๖. ความปลอดภัยจากอัคคีภัย

- วิเคราะห์จุดเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดอัคคีภัย และหน่วยงานที่ยากลำบากต่อการเข้าช่วยเหลือเพื่อนำสู่การวางแผนในการจัดการ

- ทบทวนแผนการป้องกันและระงับอัคคีภัยให้เหมาะสมกับสถานการณ์อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง และจัดทำแผนเฉพาะหน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูง

- จัดเตรียมอุปกรณ์ในการแจ้งเตือน ระงับอัคคีภัย และมีการเตรียมความพร้อมใช้อย่างเหมาะสมกับอาคาร/ หน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูง

- การจัดเตรียมอุปกรณ์ในการป้องกันตัวเองและการผจญเพลิง

- การจัดเตรียมวิธีการเคลื่อนย้าย เส้นทางหนีไฟ จุดรวมพล และการส่งต่อกรณีจำเป็น

- การฝึกอบรมและฝึกซ้อมบุคลากรกลุ่มเป้าหมายเพื่อให้มีทักษะที่เหมาะสม

- การฝึกซ้อมการระงับอัคคีภัยและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยร่วมกับหน่วยงานภายนอกอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง

๗. การจัดระบบสาธารณูปโภค

- การวิเคราะห์ปริมาณการใช้ (ตามสถานการณ์) และจัดหาให้เพียงพอ

- การจัดระบบสำรองให้เพียงพอต่อปริมาณการใช้ที่มีการเปลี่ยนแปลง

- การตรวจสอบเพื่อเตรียมความพร้อมและบำรุงรักษา

- การตรวจคุณภาพน้ำประปา น้ำดื่ม อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง

- แผนการช่วยเหลือกรณีลิฟต์ติด/ ลิฟต์ค้างและการฝึกซ้อม

- การจัดระบบระบายอากาศ การตรวจสอบและบำรุงรักษา

- แผนผังการเดินระบบสาธารณูปโภคและระบบการจัดการเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน

- ความคุ้มค่า การประหยัดพลังงานและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

- การติดตามรวบรวมข้อมูลปริมาณการใช้/ การชำรุด/ ความไม่พร้อม เพื่อการปรับปรุงระบบ

๘. การจัดการเครื่องมือแพทย์

- การจัดทำแผนการบริหารจัดการเครื่องมือกรณีปกติและกรณีฉุกเฉิน

- การเตรียมความพร้อมใช้ การบำรุงรักษาเชิงป้องกัน และการซ่อมบำรุง

- การสอบเทียบเครื่องมือ การทวนสอบ และการดำเนินการกรณีไม่สามารถสอบเทียบหรือทวนสอบได้ตามระยะเวลาที่กำหนด

- ระบบการสำรองเครื่องมือ/ การจัดตั้งศูนย์เครื่องมือ
- การจัดทำประวัติเครื่องมือ
- การจัดการกรณีมีเหตุฉุกเฉินเกี่ยวกับการจัดการเครื่องมือ
- การรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวกับการจัดการเครื่องมือเพื่อนำมาวางแผน
- การวิเคราะห์ความคุ้มค่าของการบริหารจัดการเครื่องมือ

๙. การจัดการของเสีย

- วิเคราะห์ของเสียที่เกิดจากการให้บริการ รวมทั้งศึกษากฎหมาย/ มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง
- ดำเนินการจัดให้มีระบบบำบัดน้ำเสียที่มีประสิทธิภาพ (มีขนาดเหมาะสม มีการดูแลบำรุงรักษาระบบ โดยบุคลากรที่มีความรู้ มีการตรวจคุณภาพน้ำที่ผ่านการบำบัดเป็นประจำทุกวัน/ ทุกสัปดาห์ และส่งตรวจจากหน่วยงานภายนอกอย่างน้อยปีละ ๔ ครั้ง)
- มีระบบการจัดการขยะ (การรวบรวม การเคลื่อนย้าย การจัดเก็บ การกำจัดและจัดภาชนะ/ สถานที่พักรอการกำจัด) ในแต่ละประเภทเป็นปตามมาตรฐาน
- ส่งเสริมให้มีการลดปริมาณของเสีย นำกลับมาใช้ซ้ำ ลดการใช้ มีการแปรรูปและลดการใช้วัสดุทำลายสิ่งแวดล้อม
- มีการร่วมมือกับชุมชนและหน่วยงานอื่นในการจัดการของเสีย ประเมินและรับฟังเสียงสะท้อน

**๒.๒.๓๑ การจัดการเชื้อโรคที่แพร่กระจายได้ทางอากาศ**

วิทยากร : อ.เชาวลิต เมฆศิริธกุล

มาตรฐานการระบายอากาศและปรับอากาศในโรงพยาบาล

| Function of Space | Pressure Relationship to Adjacent Areas | Minimum Outdoor ach | Minimum Total ach | All Room Air Exhausted Directly To Outdoor | Air Recirculated By Means of Room Units | Design Relative Humidity % | Design Temperature $^0F/^0C$ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **SURGERY AND CRITICAL CARE** | | | | | | | |
| Critical and intensive care | NR | 2 | 6 | NR | No | 30-60 | 70-75/21-24 |
| Emergency waiting area | Negative | 2 | 12 | Yes | NR | Max65 | 70-75/21-24 |
| Operating room | Positive | 4 | 20 | NR | No | 30-60 | 68-75/20-24 |
| Recovery room | NR | 2 | 6 | NR | No | 20-60 | 70-75/21-24 |
| Trauma room(crisis or shock) | Positive | 3 | 15 | NR | No | 20-60 | 70-75/21-24 |
| Treatment room | NR | 2 | 6 | NR | NR | 20-60 | 70-75/21-24 |
| Newborn intensive care | Positive | 2 | 6 | NR | No | 30-60 | 72-78/22-26 |
| **INPATIENT NURSING** | | | | | | | |
| All anteroom | Negative | NR | 10 | YES | No | NR | NR |
| All room | Negative | 2 | 12 | Yes | NR | Max60 | 70-75/21-24 |
| Labor/delivery/recovery | NR | 2 | 6 | NR | NR | Max60 | 70-75/21-24 |
| Continued care nursery | NR | 2 | 6 | NR | NR | 30-60 | 72-78/22-26 |
| Patient room | NR | 2 | 4 | NR | NR | Max60 | 70-75/21-24 |
| Protective Env. room | Positive | 2 | 12 | NR | No | Max60 | 70-75/21-24 |
| Toilet room | Negative | NR | 10 | Yes | No | NR | NR |
| **RADIOLOGY,DIAGNOSTIC AND TREATMENT** | | | | | | | |
| X-ray(diagnostic &treatment) | NR | 2 | 6 | NR | NR | Max60 | 72-78/22-26 |
| X-ray(surgery/critical &catheterization) | Positive | 3 | 15 | NR | No | Max60 | 70-75/21-24 |
| Bronchoscopy | Negative | 2 | 12 | Yes | No | NR | 68-73/20-23 |
| Endoscope cleaning | Negative | 2 | 10 | Yes | No | NR | NR |
| Gastrointestinal endoscopy | NR | 2 | 6 | NR | No | 20-60 | 68-73/20-23 |
| Nuclear medicine treatment | Negative | 2 | 6 | Yes | NR | NR | 70-75/21-24 |

| INPATIENT NURSING | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| All anteroom | Negative | NR | 10 | YES | No | NR | NR |
| All room | Negative | 2 | 12 | Yes | NR | Max60 | 70-75/21-24 |
| Labor/delivery/recovery | NR | 2 | 6 | NR | NR | Max60 | 70-75/21-24 |
| Continued care nursery | NR | 2 | 6 | NR | NR | 30-60 | 72-78/22-26 |
| Patient room | NR | 2 | 4 | NR | NR | Max60 | 70-75/21-24 |
| Protective Env. room | Positive | 2 | 12 | NR | No | Max60 | 70-75/21-24 |
| Toilet room | Negative | NR | 10 | Yes | No | NR | NR |
| **STERILIZING** | | | | | | | |
| Sterilizer equipment room | Negative | NR | 10 | Yes | No | NR | NR |
| STERILE PROCESSING DEPARTMENT | | | | | | | |
| Clean workroom | Positive | 2 | 4 | NR | No | Max 60 | 68-73/20-23 |
| Decontamination room | Negative | 2 | 6 | Yes | No | NR | 60-73/16-23 |
| Sterile Storage room | Positive | 2 | 4 | NR | NR | Max 60 | Max 75/24 |

**หลัก ๖ ประการในการควบคุมการติดเชื้อทางอากาศ**

๑. ป้องกันเชื้อเข้าหรือออกจากห้อง

๒. กำจัดเชื้อออกจากอากาศ

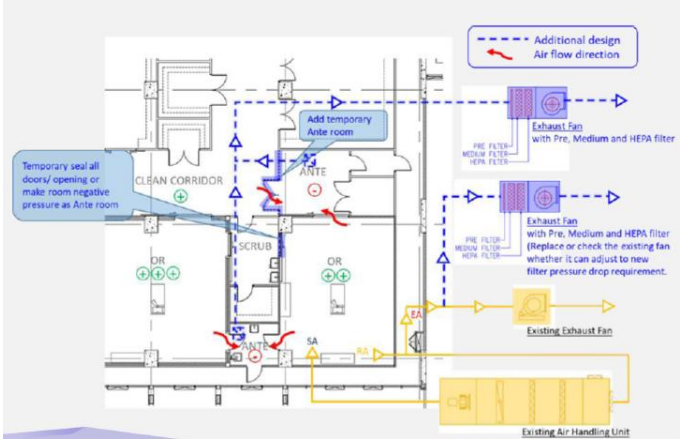
๓. เจือจางเชื้อในอากาศ

๔. ควบคุมให้อากาศไหลจากที่สะอาดมากไปหาสะอาดน้อย

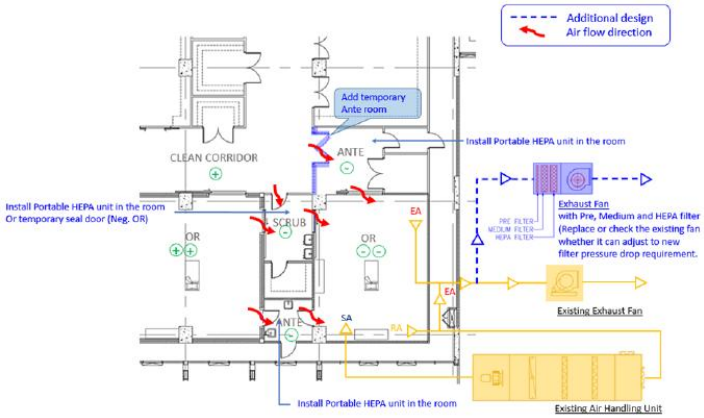
๕. ป้องกันการเจริญเติบโตของเชื้อภายในห้อง

๖. ฆ่าเชื้อในอากาศ

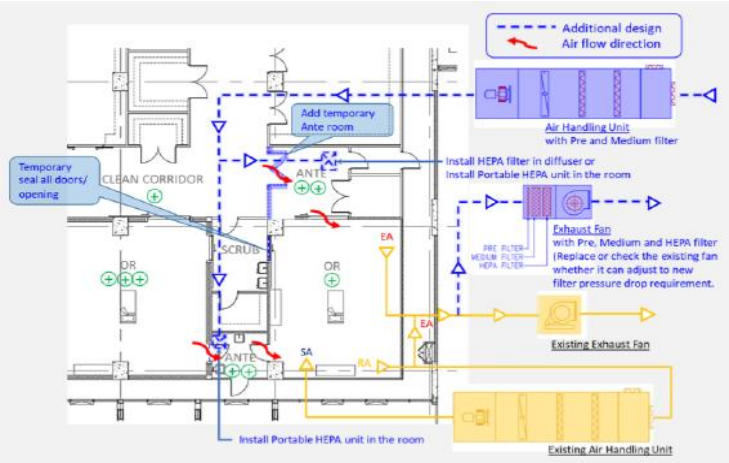
**<u>วิธีที่ ๑</u>** พิจารณาสร้าง Ante room ก่อนเข้าห้องผ่าตัด เพื่อเป็นพื้นที่ป้องกันระหว่างห้องผ่าตัดและภายนอก โดยควบคุมความดันอากาศภายในห้องผ่าตัดให้มากกว่า Ante room และควบคุมความดันภายใน Ante room ให้น้อยกว่าพื้นที่โดยรอบ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากห้องผ่าตัดสู่ภายนอก อากาศที่ดูดทิ้งให้ปล่อยห่างจากหน้าต่าง หรือบุคคลต่างๆ ไม่น้อยกว่า ๘ เมตร หากมีระยะน้อยกว่า ๘ เมตร อากาศระบายทิ้งจะต้องกรองด้วย HEPA Filter



**<u>วิธีที่ ๒</u>** พิจารณาควบคุมให้ห้องผ่าตัดมี Positive pressure น้อยกว่าบริเวณอื่นๆ เช่น บริเวณทางเดิน โดยให้อากาศจากบริเวณทางเดินหรือ Ante room ไหลเข้าหาห้องผ่าตัด ทั้งนี้ต้องทำให้อากาศที่ไหลเข้าห้องผ่าตัดสะอาดแบบเดียวกับอากาศของห้องผ่าตัดโดยให้อากาศผ่าน HEPA filter เพื่อป้องกันเชื้อโรคจากภายนอกเข้าไปในห้องผ่าตัดและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากห้องผ่าตัดสู่ภายนอก อากาศที่ดูดทิ้งให้ปล่อยห่างจากหน้าต่าง หรือบุคคลต่างๆไม่น้อยกว่า ๘ เมตร หากมีระยะน้อยกว่า ๘ เมตร อากาศระบายทิ้งจะต้องกรองด้วย HEPA filter




**<u>วิธีที่ ๓</u>** พิจารณาควบคุมให้ห้องผ่าตัดมี Negative pressure โดยให้อากาศจากบริเวณทางเดิน หรือ Ante room ไหลเข้าหาห้องผ่าตัด ทั้งนี้ต้องทำให้อากาศที่ไหลเข้าห้องผ่าตัดสะอาดแบบเดียวกับอากาศของห้องผ่าตัด โดยให้อากาศผ่าน HEPA filter เพื่อป้องกันเชื้อโรคจากภายนอกเข้าไปในห้องผ่าตัดและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากห้องผ่าตัดสู่ภายนอก อากาศที่ดูดทิ้งให้ปล่อยห่างจากหน้าต่าง หรือบุคคลต่างๆไม่น้อยกว่า ๘ เมตร หากมีระยะน้อยกว่า ๘ เมตร อากาศระบายทิ้งจะต้องกรองด้วย HEPA filter




### ๒.๒.๓๒ Siriraj ๕G Smart Hospital

วิทยากร : ผศ.พญ.ตุลยา สีตสุวรรณ , นพ.เดโชวัต พรมดา , ผศ.นพ.ศรัทธา ริยาพันธ์

เนื่องด้วยความต้องการใช้บริการทางการแพทย์ของคนไทยจะเร่งตัวขึ้น จาก ๒ ปัจจัยหลัก ได้แก่ ๑) การก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัย และ ๒) การเพิ่มขึ้นของวิถีสังคมเมือง ส่งผลต่อพฤติกรรมการกิน การนอน การออกกำลังกาย ความเครียด และมลพิษต่างๆ อันจะสร้างความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งการมาของ ๕G จะก่อให้เกิด Smart Healthcare อย่างเต็มขั้นมากขึ้น ในลักษณะ “Decentralized” มีผู้ป่วยเป็น

ศูนย์กลาง การดึงข้อมูลบนพื้นฐานด้านความปลอดภัยได้อย่างมีประสิทธิภาพบนบล็อกเชน และมาตรฐานการแลกเปลี่ยนข้อมูล (HL๗ FHIR) จะทำให้ การสื่อสารระหว่างสถานพยาบาลสามารถทำได้แบบไร้รอยต่อ ต้นแบบบันทึกสุขภาพส่วนบุคคล บน Siriraj HealthTAG ที่สามารถเชื่อมต่อกับสถานพยาบาลได้จะสามารถมอบประโยชน์มากมายให้กับบริการทางการแพทย์ในอนาคต เข้าถึงคนได้ทุกกลุ่ม Lesson Learned from COVID-19 Pandemic and Cyber Innovative Technology : จะกล่าวถึงแก้ไขปัญหาของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน โดยการนำเทคโนโลยี ๕G และระบบปัญญาประดิษฐ์การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดำเนินงานของศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉินศิริราชในการนำเทคโนโลยีมาใช้เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ระบบผู้ช่วยการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพรายบุคคลสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยปัญญาประดิษฐ์ ผ่านเครือข่าย ๕G ผ่านระบบเว็บแอพลิเคชั่นบนมือถือ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถ เห็นภาพรวมข้อมูลด้านสุขภาพของตนเองในแต่ละวัน และสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในช่วงเวลานั้นๆ เกิดความเข้าใจร่วมกับทีมผู้รักษา ผ่านการเก็บข้อมูลจาก ๓ ส่วน ได้แก่ ๑) การเชื่อมต่อข้อมูลโดยตรงกับอุปกรณ์ IOT เช่น smartwatch และเครื่องวัดระดับน้ำตาลต่อเนื่อง ๒) การบันทึกข้อมูลอาหาร ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลผ่านการถ่ายภาพ ๓) การเชื่อมต่อข้อมูลยากับโรงพยาบาลศิริราช นอกจากนี้แพทย์และทีมสหวิชาชีพสามารถเข้าใช้งานดูข้อมูลผ่านระบบรายงานข้อมูล (Dashboard) ซึ่งใช้การข้อมูลผู้ป่วยมาวิเคราะห์แสดงผล เพื่อใช้ประกอบในการตัดสินใจให้การดูแลรักษาและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยเฉพาะราย

**๒.๒.๓๓ How to Apply LEAN in COVID-19**

วิทยากร : ดร.ไพศาล เติมสินวาณิช, นพ.สิชน ลือฤทธิพงษ์

กระบวนการจัดการฉีดวัคซีนให้แก่ประชาชนในรูปแบบหน่วยบริการและโรงพยาบาลสนามนี้ เพื่อให้บริการแก่ประชาชนด้วยการดำเนินการและพัฒนาแพลตฟอร์ม (Field Vaccination Platform) โดยปราศจากความสูญเปล่าในทุก ๆ กระบวนการ (Lean Vaccination Process) ปราศจากเอกสาร (Paperless) รวดเร็วในการฉีดวัคซีน (Fast Vaccination Process) ประสิทธิภาพและความคุ้มค่าในการใช้และจัดทรัพยากรทั้งระบบ (High Resource Efficiency and Management) จัดตั้งและเคลื่อนย้ายศูนย์ภาคสนามได้ง่าย (Mobility Field Hospital) และความถูกต้องของข้อมูลการรับวัคซีนและประวัติของผู้ฉีดและผู้รับวัคซีนด้วยการยืนยันตัวตน (Digital Identity) ในทุกขั้นตอน โดยกระบวนการให้วัคซีนภาคสนามนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในกระบวนการให้วัคซีนอื่นๆ ทั้งในรูปแบบเชิงความรวมเร็วและปริมาณผู้รับวัคซีนจำนวนมาก หรือประยุกต์ใช้กับหน่วยบริการขนาดเล็กได้ เพื่อลดภาระหน้างานและการทำงานซ้ำซ้อนทั้ง ก่อนและหลังกระบวนการ

**๒.๒.๓๔ BCP during COVID-19 Pandemic บทเรียนพลังเครือข่ายความร่วมมือ**

วิทยากร : ผศ.นพ.ฉัตรชัย มิ่งมาลัยรักษ์,พญ.จิรวรรณ อารยะพงษ์, พ.ต.อ.นพ.กฤติชาติ กำจรปรีชา

Business Continuity Planning (BCP) แผนบริหารความพร้อมต่อสภาวะวิกฤต คือ แผนที่กำหนดแนวทางการดำเนินการของหน่วยงานเมื่อเกิดสภาวะวิกฤตหรือภัยต่างๆ ที่ส่งผลให้กระบวนการทำงานของหน่วยงานหยุดชะงัก เพื่อให้สามารถกลับมาดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งเดิมเป็นแผนที่องค์กรในระบบบริการสาธารณสุขอาจมองไม่เห็นความสำคัญหรืออาจมีการจัดทำเฉพาะแผนจัดการภาวะฉุกเฉินแบบกว้างๆ เหมือนๆกันในทุกโรงพยาบาล เช่น แผนอุบัติภัยหมู่ แต่จากสถานการณ์ระบาดของโรค COVID-19 ที่ส่งผลกระทบกับทุกภาคส่วนจนตั้งรับไม่ทัน เกิดการหยุดชะงักจริงขององค์กรทำให้มุมมองการจัดทำแผน BCP เปลี่ยนแปลงไปจากการทำแผนการจัดการเล็กๆเฉพาะในโรงพยาบาล ได้สร้างส่วนร่วมกับภาคีเครือข่าย

ทั้ง Healthและ non Health sector รวมทั้งภาคเอกชนในการจัดทำกลยุทธ์ เพื่อรับมือตั้งแต่ก่อนเกิดภาวะฉุกเฉินขณะเกิดและระยะฟื้นฟู เกิดการรวมพลังแบ่งปันทรัพยากรและความคิดสร้างสรรในการจัดการภายใต้บริบทที่หลากหลายเพื่อให้ระบบสาธารณสุขสามารถดำรงอยู่ได้

**๒.๒.๓๕ เสียงจากสนาม: บทเรียนการรับมือ COVID-19 จากพื้นที่ชายขอบ**

วิทยากร : นพ.วิรุฬ ลิ้มสวาท , พญ.สายรัตน์นกน้อย, พญ.ภมรรัตน์ศรีธาราธิคุณ, นาถนภา คำลอยฟ้า

จากองค์ความรู้ที่ยังไม่ชัดเจนต่อการรับมือกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งภาคสาธารณสุข ภาคสังคม ภาคการศึกษาต่างเร่งมือในการร่วมกันหาทางออก สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ รวมทั้งกรมควบคุมโรค เป็นองค์กรสำคัญระดับประเทศในการติดตามสถานการณ์อย่างใกล้ชิด รวบรวมประเด็นองค์ความรู้ทั้งในประเทศ ต่างประเทศ ตลอดจนการศึกษาวิจัยเพื่อให้ได้ข้อสรุปของรูปแบบการดำเนินการ การจัดบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมตามบริบทของประเทศ ซึ่งมีความหลากหลายของพื้นที่ ชุมชน วัฒนธรรม วิถีชีวิต ประชาชนทุกสิทธิ ทุกพื้นที่สามารถเข้าถึงการดูแลรักษาได้อย่างเท่าเทียม และสามารถควบคุมหยุดยั้งการระบาดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะเดียวกันโรงพยาบาลพื้นที่ชายขอบที่ต้องจัดบริการภายใต้ความไม่แน่นอน และการเปลี่ยนแปลง จะนำเสนอประสบการณ์การทำงานในสถานการณ์วิกฤตของระบบสุขภาพจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการดูแลประชาชนในพื้นที่เขตชายแดนประเทศไทยและใจกลางมหานครที่ทำงานเพื่อให้ประชาชนกลุ่มชายขอบในพื้นที่และมีการเคลื่อนย้ายได้รับการดูแลสุขภาพอยางทั่วถึง มีอะไรบ้างที่เป็นอุปสรรคและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่นำไปสู่การขยายผลในวงกว้าง เพื่อเพิ่มความเท่าเทียมในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ

**๒.๒.๓๖ Leadership Hack: Future Management for COVID-19 กลยุทธ์แห่งการอยู่รอด**

วิทยากร : รศ.นพ.สุรศักดิ์ ลีลาอุดมลิปิ, ดร.ดนัย จันทร์เจ้าฉาย, ร.อ.นพ.ยงยุทธ มัยลาภ

New Normal เท่ากับ New Moral ความหมายคือโลกยุคใหม่ที่ต้องตื่นรู้ ตระหนัก ถึงการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วในแต่ละวัน และพร้อมในการรับมือด้วยการปรับตัวอย่างยืดหยุ่น ซึ่งองค์การสหประชาชาติ (UN SDG) ได้นำแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดชมาขยายผลด้วยการกำหนดเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน ๑๗ ประเด็นที่ต้องบรรลุร่วมกันภายในปี ๒๕๓๐ โดยมีการจัดอันดับ Social progress index (SPI) ดัชนีชี้วัดการพัฒนาของสังคมที่จะช่วยให้เห็นช่องว่างนำไปสู่การทำกลยุทธ์พัฒนา ปรับปรุงประเทศในระดับมหภาคอย่างมีทิศทาง ใน Session นี้จะวิทยากรและผู้ดำเนินรายการจะร่วมวิเคราะห์ เจาะลึกผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงของโลกอันมาจากการระบาดของ COVID-19 ในมุมมองที่หลากหลาย ทั้งด้านระบบสาธารณสุข เศรษฐกิจ สังคม การศึกษา สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการถูก Disruption จากระบบเทคโนโลยี AI ที่เข้าช่วยการทำงานให้สะดวกสบายแต่ทำให้เกิดปัญหาด้านกำลังคน ผสมผสานช่องว่างระหว่าง Generation ที่ทำให้วัฒนธรรมที่ดีสูญหายไปในระบบ ผู้นำยุคใหม่จะมีกลยุทธ์อย่างไรในการสร้างทีม ขับเคลื่อนองค์กรระบบสาธารณสุขและแผ่ขยายสู่ระบบอื่นๆที่เป็นกลไกร่วมให้ก้าวพ้นวิกฤตและเติบโตได้ในยุค New Moral

**๒.๒.๓๗ สร้างภูมิคุ้มกันหมู่สู้ภัย COVID-19**

วิทยากร : นพ.ชูศักดิ์ วรงค์ชยกุล (รพ.บางใหญ่), ผศ.นพ.อาทิตย์ บุญยรางกูร, วรุตม์ เหลืองวัฒนากิจ, นพ.กิตตินันท์ อนรรฆมณี

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ได้ร่วมเผยแพร่องค์ความรู้เพื่อให้เกิดระบบบริการวัคซีนที่มีประสิทธิภาพ โดยร่วมมือกับศูนย์ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลนครชัยบุรินทร์ ถอดบทเรียนหน่วยงาน/สถานพยาบาลที่ให้บริการระบบวัคซีนในจังหวัดนครราชสีมา ศูนย์ฉีดวัคซีนบางซื่อ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และโรงพยาบาลบางใหญ่ นำมารวบรวมและ สังเคราะห์เพิ่มเติมเป็นแนวปฏิบัติในการฉีดวัคซีน เพื่อลดความเสี่ยงและความผิดพลาดในการฉีดวัคซีน เผยแพร่ใน Website โดยในประเทศไทยใช้แนวคิด Hack Vax Open Design เป็นการออกแบบของทีมนักนวัตกรรม นักออกแบบ นักสื่อสาร ทีมแพทย์ จากโคราชร่วมกับนักวิจัยจาก MIT เพื่อออกแบบกระบวนการฉีดวัคซีนที่มีประสิทธิภาพและสร้างประสบการณ์ที่ดีให้กับผู้มารับบริการโดยใช้หลักคิดสามข้อคือ Human Centered Design: การออกแบบที่ลื่นไหลไปกับความต้องการและข้อจำกัดของมนุษย์ โดยใช้มนุษย์เป็นศูนย์กลางของการออกแบบ Design with Data for Scale: การออกแบบที่ใช้ข้อมูลจริงมาใช้เป็นปัจจัยในการออกแบบเพื่อนำไปสู่ประสิทธิภาพและการใช้งานในวงกว้างและ Opensource Design: งานออกแบบของเราเป็น Opensource ภายใต้ MIT License ทำให้สามารถถูกนำไปต่อยอดและพัฒนาต่อให้ดียิ่งขึ้นได้โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั่วประเทศไทยและทั่วโลก Hack Vax Open Design ใช้โคราชเป็นเมืองต้นแบบด้วยข้อมูลการอำนวยความสะดวกจากทีมแพทย์จากโรงพยาบาลมหาราช จังหวัดนครราชสีมา ด้วยแรงบันดาลใจจากกระบวนการฉีดวัคซีนที่เมือง Boston อเมริกา และร่วมมือกับศูนย์ส่งเสริมสังคม ระบบโตโยต้า บริษัท โตโยต้า ไดฮัทสุ เอ็นจิ เนียริ่ง แอนด์ แมนูแฟคเจอริ่ง จำกัด ทดลองนำร่องการเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการวัคซีนกับโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และโรงพยาบาลบางใหญ่ ซึ่งส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนระบบงานที่เป็นรูปธรรม ระยะเวลาการรับบริการวัคซีนลดลง (รวมทั้งกระบวน การ) ลดลงจาก ๖๐.๔ นาทีเหลือ ๔๒ นาทีต่อคนที่ช่วยส่งเสริมภูมิคุ้มกันหมู่ ควบคุม ป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 ตามนโยบายประเทศและนโยบายความ ปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร (Patient and Personnel Safety)

**๒.๒.๓๘ การปรับเปลี่ยนระบบสุขภาพสู่ยุคดิจิทัลในวิกฤติโรคระบาด**

วิทยากร : รศ.ดร.นพ.วรรษา เปาอินทร์, นายศรัณยู ชเนศร์, พญ.จามรี เชื้อเพชระโสภณ

ในยุคดิจิทัลหลังการระบาดของโรค COVID-19 โรงพยาบาลทุกแห่งต้องเผชิญกับความท้าทายของ Digital Disruption ซึ่งแน่นอนว่ามีข้อดีมากมาย แต่ก็มีข้อเสียต่อสถานะการดำเนินงานของโรงพยาบาลได้เช่นกัน หลายโรงพยาบาลต้องปรับตัวอย่างมาก แต่หลายโรงพยาบาลก็มีข้อจำกัดบางอย่างที่ทำให้ไม่สามารถปรับตัวต่อการดำเนินงานจากสิ่งใหม่ที่เกิดขึ้นจากเทคโนโลยีดิจิทัล แพล็ตฟอร์ม หรือนวัตกรรมต่างๆ ได้ ใน session นี้ จะได้เรียนรู้วิธีการปรับตัวและฟื้นกลับของระบบสุขภาพยุคดิจิทัลในวิกฤติโรคระบาดตามแนวคิด "TOWARDS SCALING UP AND RESILIENCE IN HEALTHCARE" ผ่านการเรียนรู้การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลที่เหมาะสมเพื่อปรับเปลี่ยน (Digital Transformation) ให้ไปสู่สถานะที่พร้อมต่อการบริการที่มีระดับคุณภาพสูงขึ้น พบกับวิทยากรที่เสนอมุมมองของโรงพยาบาลในภาครัฐและเอกชนสำหรับการทำ Hospital Digital Transformation

**๒.๒.๓๙ การบริหารจัดการและการรับมือภัยคุกคามทางไซเบอร์**

วิทยากร : อ.ดร.นพ.นวนรรน ธีระอัมพรพันธุ์, พญ.เอกจิตรา สุขกุล

สังคมในยุคนี้เป็นสังคมยุคดิจิทัลที่สื่อและเทคโนโลยีมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ในการใช้งานระบบสารสนเทศที่เชื่อมต่อกับอินเทอร์เน็ต ไม่ว่าจะเป็นคอมพิวเตอร์ Tablet ฮาร์ดแวร์ ซอฟต์แวร์หรือโปรแกรมและข้อมูลต่างๆ จึงต้องมีการวางแผนป้องกันไม่ให้เสี่ยงที่จะถูกโจมตีก่อการร้ายหรือก่ออาชญากรรมไซเบอร์ที่แสวงผลประโยชน์ได้ เนื่องจากข้อมูลและสารสนเทศเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดขององค์กร แต่พบอุบัติการณ์การโจมตี

ระบบคอมพิวเตอร์ของหน่วยงานรัฐและโรงพยาบาลของในหลายๆ ประเทศ รวมไปถึงประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง จนหลายภาคส่วนเริ่มสงสัยและกังวลว่า เราจะรับมืออย่างไรกับปัญหาที่ขยายตัวอย่างต่อเนื่อง ใน session นี้จะเป็นการกล่าวถึง วิธีรับมือภัยร้ายในรูปแบบใหม่ๆ (Cybersecurity) ที่จะช่วยปกป้องสินทรัพย์ดิจิทัลจากการแฮก การโจมตีโดยมีคำแนะนำสั้นๆ ที่สำคัญดังนี้

๑) สร้างความตระหนักให้บุคลากร

๒) Data backups โดยเฉพาะ offline backup รวมทั้งการทดสอบการกู้คืน

๓) วิเคราะห์ความเสี่ยงด้าน cybersecurity ขององค์กรและมีแผนการจัดการที่เหมาะสม

๔) อับเดต patch สม่ำเสมอ โดยเฉพาะของระบบปฏิบัติการ เช่น Windows server และอุปกรณ์ที่เก็บ file & data storage สำคัญขององค์กร

๕) มีอุปกรณ์ network firewall กั้นระหว่าง network ภายนอกองค์กรกับภายในองค์กรและตั้งค่า firewall rules อย่างเหมาะสม เพื่อป้องกัน attacks จากภายนอก

๖) การใช้ file sharing ควรเปิดใช้งานและจำกัดการเข้าถึงเฉพาะเท่าที่จำเป็น และ เครื่องที่ใช้ file sharing และเครื่องที่เก็บข้อมูลสำคัญในรูปแบบ file storage ควร update patch เต็มที่อย่างสม่ำเสมอ

๗) มีแผนรับมือ (incident response) และแผน BCP สำหรับการทำงานสำคัญอย่างต่อเนื่องแม้ระบบขัดข้อง

**๒.๒.๔๐ Medication Management System เรื่องไหนที่ต้อง ขยาย**

วิทยากร : ภญ.วิชุณี พิตรกูล, ภญ.ผุสดี บัวทอง, ภก.ภาสกร รัตนเดชสกุล, อ.มธุรส ภาสน์พิพัฒน์กุล

**Medication error**

ความคลาดเคลื่อนทางยา หมายถึง เหตุการณ์ความผิดพลาดเกี่ยวกับยาซึ่งเกิดขึ้นขณะที่ยาอยู่ในความควบคุมของบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพ อันอาจเป็นสาเหตุที่นำไปสู่การใช้ยาไม่เหมาะสม หรือเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย แต่เป็นเหตุการณ์ที่สามารถป้องกันได้

Prescribing error

การสั่งยาที่จะนำไปสู่ การใช้ยาที่ไม่เหมาะสม ไม่ได้ผลในการรักษา เกิดอันตรายกับผู้ป่วย

สามารถดักจับได้โดย prescription screening : สามารถเข้าถึงข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วย, มีข้อมูลยาที่จำเป็น และมีระบบคอมพิวเตอร์สนับสนุน การส่งสัญญาณเตือน เช่น

| ข้อมูล | ชนิด PE |
|---|---|
| น้ำหนัก ค่าการทำงานของไต ค่าการทำงานของตับ | ขนาดยา |
| วินิจฉัยโรค | ชนิดยา |
| ประวัติการใช้ยาเดิม (MR) | ไม่ได้รับยาที่ควรได้รับ ได้รับยาซ้ำซ้อน ยาเกิด DI |
| ประวัติการตั้งครรภ์ | การสั่งยาในข้อห้ามใช้ ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยา |
| คู่ยาที่เกิด DI | การสั่งยา |

**Administration error**

การบริหารยาที่จะนำไปสู่การใช้ยาที่ไม่เหมาะสม ไม่ได้ผลในการรักษา เกิดอันตรายกับผู้ป่วย : 5R

- Right Patient >> บริหารยาผิดคน
- Right drug >> บริหารยาผิดชนิด
- Right dose >> บริหารผิดขนาด ความแรง ลืมให้ยา
- Right route >> บริหารยาผิดวิถี ผิดเทคนิค

- Right time >> บริหารยาผิดเวลา

ตัวอย่างการ detect AE

| กระบวนการ | ชนิด AE |
|---|---|
| Labelling | 5 rights |
| ระบบการกระจายยา | Drug, Dose |
| การลงเวลาจริงการบริหารยา | Right time |
| Double check | 5 rights |

**คุณภาพการรายงาน ME**

- ข้อมูล ถูกต้อง ครบถ้วน >> วิเคราะห์หาปัญหา กระบวนการ /ขั้นตอน ที่คลาดเคลื่อนได้ >> PDCA กระบวนการ >> ป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ

- พบปริมาณ >> ขั้นตอนที่ผิดพลาดบ่อย >> ปรับวิธีปฏิบัติงาน
- ร้ายแรง (harm E up) >> RCA >>แก้ไขสาเหตุราก >> ปรับระบบเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ

**Adverse Drug Event (ADE)**

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษา และได้รับการประเมินว่ามีความสัมพันธ์กับการใช้ยา สามารถตรวจเจอได้จาก

- แพทย์ ตรวจพบ >> ส่ง consult, diag, drug induce, หยุดยา + ให้การรักษา
- เภสัชกร >> pharmaceutical care >> DRP (ADR), intensive ADR, trigger tools, patient counseling
- พยาบาล >> patient monitoring
- ห้องปฏิบัติการ Lab >> INR, K, ANC, CPK

**การรายงาน ADE**

- กำหนดเหตุการณ์ ที่ต้องรายงาน เช่น drug allergy (type B), serious type A ADE
- Drug allergy : ประเมินและบันทึกประวัติแพ้ยา >> วางระบบป้องกันแพ้ยาซ้ำ
- Serious type A ADE : อาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงที่ควรรายงาน เช่น hepatitis, acute renal failure, rhabdomyolysis, thrombocytopenia, coagulopathy

**Serious type A ADR : Administration >> High Alert Drug : HAD**

- Phlebitis : Norepinephrine, amiodarone inj., dopamine, dobutamine, cloxacillin inj., 50%$MgSO_4$ inj.
- Extravasation : vesicant (chemotherapy)
- Heart block : KCl
- การรวบรวม serious type A ADR : HAD monitoring, Pharmaceutical care, Trigger tools

## ๒.๒.๔๑ เรื่องเกี่ยวกับ SAR ที่ “น่าจะรู้แบบนี้ตั้งนานแล้ว”

วิทยากร : นพ.สุรชัย ปัญญาพฤธิ์พงศ์, อ.จักษณา ปัญญาชีวิน, นพ.ชาญณรงค์ รุจิระชาติกุล

**ประมวลความคิดเพื่อตอบ SAR**

- คุณค่าและผลลัพธ์ : คุณค่า /ประโยชน์ ที่ผู้รับผลงานได้รับคืออะไร แสดงด้วยข้อมูลอะไร ผลเป็นอย่างไร
- ความเสี่ยง : ความเสี่ยงสำคัญคืออะไร มีการออกแบบหรือมาตรการในการป้องกันอย่างไร
- การปฏิบัติที่ดี : แนวทางการปฏิบัติที่ดี การใช้วิธีการใหม่ๆ ในการทำงานที่ได้ผล (นวัตกรรม) มีอะไรบ้าง
- ความหลายหลาย : ความหลายหลายของสถานการณ์มีอะไรบ้าง มีแนวทางตอบสนองอย่างไร มีแนวทางในการลดความหลายหลายของการปฏิบัติของบุคลากรแต่ละคนอย่างไร
- บูรณาการ : มีการเชื่อมโยงระหว่างกระบวนการ ระบบงาน วิชาชีพ หน่วยงาน องค์กร ต่างๆ อย่างไร มีความพยายามที่จะทำให้เกิดการดูแลที่ไร้รอยต่ออย่างไร
- จิตวิญญาณ : มีการใช้มิติจิตวิญญาณ แนวคิดสุขภาวะทางปัญญา ในการทำงานอย่างไร
- ความรู้ : มีการสร้างความรู้จากการทำงานอะไรบ้าง

**๒.๒.๔๒ คำถามที่ทีมนำต้องไม่พลาดกับมาตรฐาน HA ฉบับที่ ๕**

วิทยากร : นพ.สมจิตต์ ชี้เจริญ, นพ.สุรชัย ปัญญาพฤทธิ์พงศ์, นพ.ชุติเดช ตาบ-องครักษ์, น.อ.หญิงภัคภร โลจนะวงศกร

ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จในการใช้มาตรฐาน HA (เดิม/ใหม่) ให้มีประสิทธิผล / ประสิทธิภาพ

๑. ทีมนำ/ ผู้นำต้องเข้าศึกษา เข้าใจเป้าหมายของการใช้มาตรฐาน

๒. เป็นผู้นำในการใช้มาตรฐานใช้กับองค์กร / หน้างาน

๓. หมั่นลงหน้างาน/ หน่วยงาน และพูดย้ำเรื่องมาตรฐานกับการใช้ที่หน้างาน / หน่วยงานบ่อยๆ

๔. สร้างเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการพัฒนาคุณภาพ รพ. โดยใช้มาตรฐาน HA นำอย่างสม่ำเสมอ เช่น

- QST (Quality Steering Team) โดยผู้นำเป็นประธาน
- Sense of urgency โดยผู้นำ/ ทีมนำ
- Site visit โดยทีมนำ
- Quality of stage
- Half year and annual review เป็นต้น

Core competency ของผู้นำ/ทีมนำที่จะต้องสร้าง เพื่อตอบสนองกับการใช้มาตรฐาน HA ให้เกิดประโยชน์สูงสุด = SMART

S = specific purpose/ system thinking

M = Mindfulness / meaningful / manage by fact

A = Access / entry

R = Responsiveness

T = Teamwork / transformative information

**๒.๒.๔๓ Surveyor Hacks: “มิติคุณภาพ” กับระบบงานสำคัญ**

วิทยากร : อ.เรวดี ศิรินคร, อ.โกเมธ นาควรรณกิจ, ภญ.วิชชุนี พิตรากูล, ภก.สงกรานต์ มีชูนึก

WHO : ขยายความหมายบริการสุขภาพที่มีคุณภาพควรมีลักษณะดังนี้

1. Effective : ได้ผล ให้บริการสุขภาพบนฐานความรู้เชิงประจักษ์แก่ผู้ที่จำเป็นต้องได้รับ
2. Safety : ปลอดภัย หลีกเลี่ยงอันตรายต่อผู้รับบริการ
3. People-centered : คนเป็นศูนย์กลางตอบสนองความพึงพอใจ ความต้องการและคุณค่าของบุคคล
4. Timely : ทันท่วงที ลดระยะเวลารอคอย หรือความล่าช้าที่ก่อให้เกิดอันตราย
5. Equitable : เป็นธรรม ไม่เลือกเพศ เชื้อชาติ ที่อยู่สถานะทางเศรษฐกิจ สังคม
6. Integrated : บูรณาการ ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพต่างๆ ที่จำเป็นได้ตลอดช่วงชีวิต
7. Efficient : ประสิทธิภาพ ใช้ประโยชน์สูงสุดจากทรัพยากรที่มีอยู่และหลีกเลี่ยงความสูญเปล่า

**Drug system & Quality dimension**

Accessibility : เป็นความสามารถในการเข้าถึงได้ และการใช้ประโยชน์ หรือความเสมอภาคของการให้บริการ

-การเข้าถึงยาจำเป็นที่ต้องใช้ในโรงพยาบาล

-การเข้าถึงยาบัญชี จ2

Timeliness : มิติคุณภาพในเชิงกระบวนการ โดยเฉพาะในภาวะฉุกเฉินหรือเร่งด่วน สะท้องความพร้อมในการบริการในภาวะฉุกเฉิน

-Time to needle (Sk, rtpa, ATB, etc.)

-ความล่าช้าในการรักษาด้วยยา

Coverage : มิติคุณภาพที่สำคัญสำหรับโครงการด้านสาธารณสุข หรือการพิจารณาการได้รับบริการที่สำคัญในภาพรวมของกลุ่มประชากรทางคลินิก

-ความครอบคลุมการได้รับ vaccine COVID-19

Efficiency : ประเมินผลลัพธ์กับปัจจัยนำเข้าที่เป็นทรัพยากรประเภทต่างๆ เช่น งบประมาณ เวลา หรือ ทรัพยากรอื่นๆ การประเมินประสิทธิภาพเป็นการสะท้อนความสูญเปล่าของระบบ

-การคัดเลือกยากลุ่มเดียวกัน ผลการรักษา ผลข้างเคียงเหมือนกัน แต่ราคาต่างกัน

-คงคลัง ยาขาด

Appropriateness : มิติคุณภาพในเชิงกระบวนการ อาจได้จากมุมมองของวิชาชีพ หรือสังคม

-การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล

-การใช้ยาตามเกณฑ์ที่กำหนด

Safety : เป้าประสงค์สูงสุด ของระบบสุขภาพ มิติคุณภาพทั้งในเชิงกระบวนการ และผลลัพธ์ องค์กรต้องมีการกำหนดเป็นนโยบาย หรือเป้าประสงค์หลัก

-Medication error ระดับ E ขึ้นไป

-Preventable ADE

**<u>๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ</u>**

๑. ผู้เข้าร่วมประชุมได้เรียนรู้วิธีการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลต่างๆ ที่หลากหลาย ก่อให้เกิดพลังความคิดสร้างสรรค์และแรงกระตุ้นในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

๒. ผู้เข้าร่วมประชุมมีภาคีเครือข่ายในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลซึ่งกันและกัน

๓. ผู้เข้าร่วมประชุมได้เรียนรู้แนวคิดหลัก “Towards Scaling Up and Resilience in Healthcare”

๔. ผู้เข้าร่วมประชุมสามารถนำความรู้ที่ได้มาปรับใช้ในการพัฒนาองค์กร และเผยแพร่ให้กับบุคลากรในโรงพยาบาลได้

**ส่วนที่ ๓ ปัญหา/อุปสรรค**

มีข้อติดขัดในการเข้าร่วมรับชมผ่านระบบการประชุมออนไลน์ของผู้เข้าร่วมประชุมบางส่วน ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการเข้าร่วมประชุมตามกำหนดเวลาเริ่ม

**ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ**

การประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ ๒๒ เป็นการประชุมที่มีประโยชน์ สร้างแรงบันดาลใจ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน รวมถึงมีการสร้างเครือข่ายในวงการสาธารณสุข จึงสมควรส่งบุคลากรเข้าร่วมประชุมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ สร้างเสริมแนวคิดในการทำงานและพัฒนางานคุณภาพของโรงพยาบาลอย่างยั่งยืนต่อไป

(ลงชื่อ).....
(นางสาวอัญจนา พุทธิปิลันธน์)
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

(ลงชื่อ).....
(นางกมลวรรณ อนันต์ปิยะสกุล)
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

(ลงชื่อ).....
(นางสาวอารี ประสพอัครกิจ)
ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการพิเศษ

(ลงชื่อ).....
(นางสาวนันทวัน อังคณาวรกุล
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(ลงชื่อ).....
(นางสาวปรารถนา ปลาเงิน)
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(ลงชื่อ).....

(นางอภิญญา จงสมชัย)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

**ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา**

.....

.....

(ลงชื่อ).....

(นายอรรถพล เกิดอรุณสุขศรี)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชพิพัฒน์