

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

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑. ชื่อ - นามสกุล นางสาวธัญญา กาญจนวงศ์วัฒน์ อายุ ๒๖ ปี  
การศึกษา ปริญญาตรี  
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน แพทยศาสตร์บัณฑิต  
ตำแหน่ง นายแพทย์ปฏิบัติการ  
หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ)  
คณะกรรมการงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล และคณะกรรมการบริหารและควบคุมความเสี่ยง

๒. ชื่อ - นามสกุล นางสาวอินย์ชนก สุธรรมปวง อายุ ๒๖ ปี  
การศึกษา ปริญญาตรีเภสัชศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน การบริหารทางเภสัชกรรม  
ตำแหน่ง เภสัชกรปฏิบัติการ  
หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ)

๑) ส่วนงานบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

- ให้การบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วน และความเหมาะสมของใบสั่งยาสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งในแง่ของ ชนิดยาและขนาดยาที่เหมาะสม ความแรงยาและวิธีการบริหารยาที่ผู้ป่วยได้รับมีความเหมาะสมและสะดวกต่อการใช้ยา ตรวจสอบและป้องกันการเกิดอันตรกิริยาที่อาจเกิดขึ้น ทั้งอันตรกิริยาระหว่างตัวยารักษา โรค และอาหารที่ผู้ป่วยรับประทาน ตรวจสอบจำนวนยาให้เพียงพอต่อการนัดของผู้ป่วย
- ส่งมอบยาอย่างมีประสิทธิภาพ ตามมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรม ชี้แจงรายละเอียด ตัวยารักษา วิธีการรับประทาน อาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา
- ให้คำปรึกษาและข้อมูลด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วย ญาติ รวมถึงสหสาขาวิชาชีพ
- เก็บสถิติข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาเพื่อรายงานคณะกรรมการความเสี่ยง
- คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- ผู้ดูแลความเสี่ยงประจำหน่วยงาน (Risk owner)

๒) ส่วนงานคลังปลีก ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก

- เบิกยาและเวชภัณฑ์จากคลังใหญ่ เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการให้บริการ
- ตรวจสอบและปรับแก้ไขเลขที่ผลิต และวันหมดอายุที่อาจคลาดเคลื่อนหลังจากการ เบิกยาและเวชภัณฑ์จากคลังใหญ่
- จัดเตรียมยาที่ใกล้หมดอายุเพื่อนำไปแลกเปลี่ยนกับโรงพยาบาลหรือบริษัทยา ก่อนที่ ยาจะหมดอายุ พร้อมทั้งตรวจสอบและรับเข้าคลังปลีกเมื่อยาได้รับการแลกเปลี่ยน

๓. ชื่อ - นามสกุล นางสาวณิชชา หับเกษมปิติโสภา อายุ ๔๙ ปี  
การศึกษา ปริญญาตรี  
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เทคนิคการแพทย์  
ตำแหน่ง นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ

หน้าที่ความรับผิดชอบ

- หัวหน้ากลุ่มงานชั้นสูตโรคกลางและธนาการเลือด
- คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน
- คณะกรรมการ Bangkok GREEN & CLEAN Hospital Plus (BKKGC+)
- คณะกรรมการบริหารและควบคุมความเสี่ยง (RM)
- คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC)
- คณะกรรมการบริหารทรัพยากรบุคคล (HRD)
- คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ (SVT)
- คณะกรรมการสารสนเทศและเวชระเบียน (IM)
- คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการการให้บริการ
- คณะกรรมการพิจารณาจ่ายเงินค่าตอบแทนและเงินเพิ่มพิเศษ

ชื่อเรื่อง / หลักสูตร การอบรมเชิงปฏิบัติการผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ หลักสูตร HA๒๐๑ : HA พื้นฐาน  
สำหรับการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล รุ่นที่ ๒

เพื่อ  ศึกษา  ผูกอบรม  ประชุม  
 ดูงาน  สัมมนา  ปฏิบัติการวิจัย  
งบประมาณ  เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร  เงินบำรุงโรงพยาบาล  
 ทุนส่วนตัว  ไม่มีค่าใช้จ่าย

จำนวนเงิน คนละ ๓,๐๐๐ บาท (สามพันบาทถ้วน)

ระหว่างวันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๕ - ๒ มิถุนายน ๒๕๖๕

สถานที่ รูปแบบการอบรมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ โปรแกรม Zoom

คุณวุฒิ/วุฒิบัตรที่ได้รับ ประกาศนียบัตรการเข้าร่วมอบรมหลักสูตร HA พื้นฐานสำหรับการ  
พัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล (Online) (HA๒๐๑)

## ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย (โปรดให้ข้อมูลในเชิงวิชาการ)

### ๒.๑ วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าร่วมการอบรม ซึ่งกลุ่มเป้าหมายคือบุคลากรที่เริ่มต้นเข้าสู่การพัฒนาคุณภาพในสถานพยาบาล หรือบุคคลทั่วไปที่สนใจงานพัฒนาคุณภาพตามแนวทางของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) สามารถนำแนวคิดและปรัชญาคุณภาพไปประยุกต์ใช้กับการปฏิบัติงานประจำได้ สามารถใช้เครื่องมือคุณภาพขั้นพื้นฐาน เพื่อการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลได้อย่างเหมาะสม มีการสร้างทัศนคติในการทำงานให้มีคุณภาพ มีมุมมองต่อการพัฒนาคุณภาพในแง่บวก และเปิดโอกาสการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลของแต่ละสถานพยาบาล

### ๒.๒ เนื้อหา

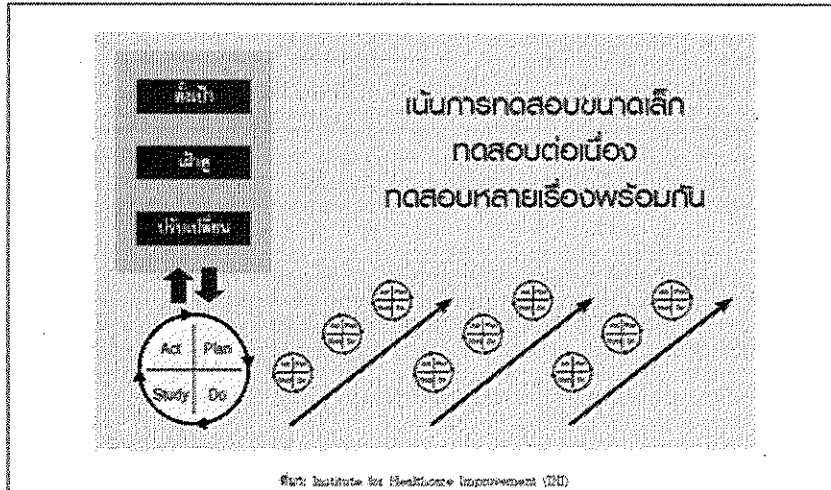
นิยามของคำว่าคุณภาพ คือ ลักษณะโดยรวมของสรรพสิ่งซึ่งมีผลต่อความสามารถที่จะตอบสนองความต้องการ / ข้อกำหนด หมายถึง การเหมาะกับการใช้งาน เหมาะสมกับเป้าหมาย ปราศจากข้อบกพร่อง ให้ความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ ทำให้เกิดความเป็นเลิศ โดย WHO ได้นิยามคำว่า “คุณภาพ” ไว้ว่าระดับของบริการสุขภาพสำหรับบุคคลและประชากร ที่จะเพิ่มความเป็นไปได้ของผลลัพธ์สุขภาพที่พึงประสงค์ และสอดคล้องกับความรู้ของวิชาชีพซึ่งเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป และ ISQua ได้นิยามคำว่า “คุณภาพ” ไว้ว่าระดับความเป็นเลิศ หรือความสามารถที่องค์กรจะตอบสนองความต้องการหรือวัตถุประสงค์ที่ระบุ และทำให้เกิดความคาดหวัง โดยรวมแล้ว งานบริการสุขภาพที่มีคุณภาพควรมีลักษณะดังนี้

- Effective ให้บริการสุขภาพบนฐานความรู้เชิงประจักษ์
- Safe หลีกเลี่ยงอันตรายต่อผู้รับบริการ
- People-centred ตอบสนองความพึงใจ/ความต้องการ/คุณค่าของบุคคล
- Timely ลดระยะเวลาารอคอย หรือความล่าช้าที่ก่อให้เกิดอันตราย
- Equitable ไม่เลือกเพศ เชื้อชาติ ที่อยู่ สถานะทางเศรษฐกิจสังคม
- Integrated บริการครบถ้วนทุกลักษณะตลอดช่วงชีวิต
- Efficient ใช้ประโยชน์สูงสุดจากทรัพยากรที่มีและหลีกเลี่ยงความสูญเปล่า

พื้นฐานการพัฒนาคุณภาพ (Basic of Quality Improvement) เป็นระบบในการปรับปรุงคุณภาพที่นำไปสู่การคิดวิเคราะห์เพื่อลงมือทำ และมีการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อการยกระดับมาตรฐานการทำงานให้สูงขึ้น

แบบแผนที่ใช้ในการปรับปรุงคุณภาพ (Quality improvement Models)

- PDSA cycles: Plan-Do-Study-Act
- Six Sigma
- Lean



### Hospital Accreditation (HA)

กลไกกระตุ้นให้เกิดการพัฒนากระบวนการภายในของโรงพยาบาลโดยมีการพัฒนาอย่างเป็นระบบและพัฒนาทั้งองค์กร ทำให้องค์กรเกิดการเรียนรู้มีการประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาทั้งองค์กรมีความจำเป็น เนื่องจากงานแต่ละส่วนล้วนพึ่งพิงการทำงานซึ่งกันและกัน การแยกส่วนพัฒนาจึงไม่สามารถบรรลุจุดสูงสุดที่เราต้องการได้ การเรียนรู้ขององค์กรเกิดจากการประเมินตนเอง การลงมือทำด้วยตนเอง การเรียนรู้แลกเปลี่ยนกับที่ปรึกษา/โรงพยาบาลอื่น และการได้รับข้อเสนอแนะจากผู้เยี่ยม การรับรองเป็นเพียงส่วนหนึ่งในขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการทั้งหมด เป้าหมายของการพัฒนาที่แท้จริงอยู่ที่คุณภาพบริการซึ่งผู้ป่วยจะได้รับ “เป้าหมายสำคัญของ HA คือคุณภาพและความปลอดภัย”

### หลักคิดการพัฒนาคุณภาพ

#### ทำงานประจำให้ดี (Quality in daily work)

๑. พฤติกรรมบริการที่ดี : Excellent Service Behavior (ESB)
๒. ใช้แนวคิด ๓P ในงานประจำ
  - ทำไปเพื่ออะไร ทำอย่างไรให้ดี ทำได้ดีหรือไม่ จะทำให้ดีขึ้นได้อย่างไร
  - ทบทวนเมื่อเกิดปัญหา เลือกประเด็นที่น่าสนใจมาคุยกันในทีมทุกวัน
๓. ใช้แนวคิด patient and customer focus : รับฟัง ตอบสนอง รับเสียงสะท้อน
  - patient and customer focus คือการสนองความต้องการ ใช้มาตรฐานวิชาชีพ เพื่อผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้รับผลงานทั้งผู้รับผลงานภายนอกและภายใน ซึ่งจำเป็นต้องรับรู้ปัญหา/ความต้องการ รับฟังเสียงสะท้อน เพื่อตอบสนองให้บริการที่ตรงปัญหา ได้ผล ปลอดภัย ใส่ใจ เคารพสิทธิ ดูแลอย่างเต็มความสามารถ เอาใจเขามาใส่ใจเรา
๔. ใช้แนวคิด internal customer
  - “ฉันจะทำงานของเธอให้ง่ายขึ้นได้อย่างไร” เพื่อพัฒนาระบบการทำงานของเราให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นและก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยและผู้มารับบริการ

### มีอะไรให้คุยกัน (Team Communication)

การคุยกันเป็นรูปแบบหนึ่งของการสื่อสารที่ดี ที่นำมาสู่ความเข้าใจกันและกัน ความเข้าใจร่วมกัน การแก้ปัญหาาร่วมกัน การเรียนรู้ร่วมกัน และการมี commitment ร่วมกัน

๑. ฟังเป็น ฟังให้เข้าใจในเนื้อหาและเข้าใจเจตนาของผู้พูด ห้อยแขวนความคิด พุดแทนสมาชิกคนอื่นได้
๒. ใช้ภาษายีราฟแทนภาษาหมาป่า เป็นการเปลี่ยนจากการใช้ภาษาที่ตำหนิ ตัดสิน และตีความผู้อื่น เป็นการใช้ภาษาที่เข้าใจความรู้สึกและความต้องการของคนอื่น
๓. ใช้เทคนิคหมวก ๖ สี หลักการคือเป็นการจัดความคิดของทุกคนในกลุ่มให้คิดไปในแนวทางเดียวกัน ในเวลาเดียวกัน เรียกว่าการคิดแบบขนาน (Parallel Thinking) เพื่อป้องกันการขัดแย้งทางความคิดซึ่งกันและกัน ทำให้มองแบบรอบด้าน และช่วยจัดระเบียบความคิด ทำให้การคิดมีประสิทธิภาพ
๔. สร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้คู่การพัฒนา

- เรียนรู้ระหว่างพัฒนา (Learn During) After Action Review (AAR)
- เรียนรู้หลังการพัฒนา (Learn After) Evaluation
- เรียนรู้ก่อนการพัฒนา (Learn Before) Knowledge Sharing Peer Assist

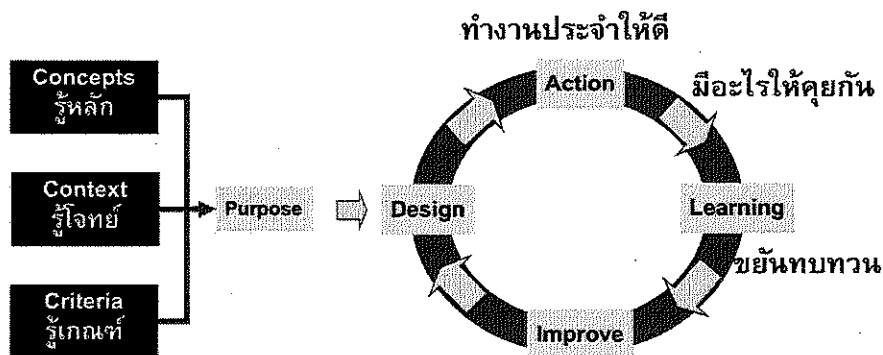
๕. Daily Huddle ยืนจับกลุ่มสนทนาวันละ ๑๕ นาที เพื่อยกระดับการสื่อสารและมุ่งไปในทิศทางเดียวกันของทีม เป็นโอกาสที่สมาชิกทีมจะแบ่งปันข้อมูลให้กันและกันทราบ สร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของในทีมงาน

๖. ใช้เครื่องมือคุณภาพ ระดมความคิด และรวบรวมความคิด

- การระดมความคิด เน้นปริมาณให้ได้มากที่สุด ไม่มีการวิพากษ์วิจารณ์ความเห็นของผู้อื่น ใช้การเขียนบัตร flip chart ช่วยให้สมาชิกรับรู้ว่าความคิดทั้งหมดของกลุ่มคืออะไร และต่อยอดความคิดของผู้อื่น
- การรวบรวมความคิด มาจากการระดมความคิดโดยอิสระ ไม่มีกำหนดกลุ่มล่วงหน้า ทำการจัดกลุ่มความคิดที่ใกล้เคียงกัน (affinity) อาจจะเปิดโอกาสให้มีการย้ายบัตรคำโดยอิสระ แต่ไม่มีการอภิปราย ตั้งชื่อกลุ่มด้วยความคิดอิสระ และสุดท้ายทำสรุปเป็นแผนภูมิ (Affinity Diagram, Tree Diagram, Free Style)

### ขยันทบทวน (Team Review & Reflection)

หลักการของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลคือ ๓P ประกอบด้วย Purpose-Process-Performance หรือ ตั้งเป้า-เฝ้าดู-ปรับเปลี่ยนการทำหมุนเวียนวนไปเป็นวงล้อแต่ละรอบ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ข้อผิดพลาดและทำให้เกิดการพัฒนากระบวนการให้ดีขึ้นโดยหนึ่งในเครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาคุณภาพคือการขยันทบทวนผ่านเครื่องมือ ๑๒ กิจกรรมทบทวนคุณภาพ



๑๒ กิจกรรมทบทวนคุณภาพเป็นเครื่องมือคุณภาพขั้นพื้นฐานของ HA ที่ใช้ในการค้นหาโอกาสการพัฒนาเป็นเสมือนกระจกส่องตนเองโดยมีเป้าหมายสำคัญของการทำกิจกรรมเพื่อให้รับรู้ปัญหาที่รับรู้สาเหตุและนำไปสู่การป้องกันอย่างรัดกุมได้ โดยการทบทวนนี้จะเป็นการเรียนรู้กันของทีม ทำร่วมกันในหน่วยงานซึ่งการทบทวนที่ดีจะนำมาสู่การเข้าใจและเห็นปัญหาร่วมกัน ช่วยให้สามารถเข้าใจสาเหตุที่ลึกซึ้ง ร่วมกันคิดค้นทางออกอย่างสร้างสรรค์ ทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ในการแก้ปัญหาด้วยกันของคนในทีม

๑. การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย

ใช้หลักการ CnTHER เพื่อเพิ่มความไวในการค้นหาปัญหาของผู้ป่วย แก้ปัญหาของผู้ป่วยในทันที

- C: Care ดูแลอย่างเต็มความสามารถด้วยความระมัดระวัง
- C: Communication สื่อสารข้อมูลที่จำเป็นให้ผู้อื่นรับทราบ
- C: Continuity มีความต่อเนื่องของการสื่อสาร การรักษา และการส่งต่อข้อมูล
- T: Team มีความร่วมมือระหว่างวิชาชีพและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง
- H: HR ทีมงานมีความรู้และทักษะของทีมงานที่เพียงพอ
- E: Environment/equipment มีสิ่งแวดล้อมและเครื่องมือที่ดีและเพียงพอ
- R: Record ความสมบูรณ์ของการบันทึก

- ๒. การทบทวนความคิดเห็น/คำร้องเรียนของผู้รับบริการ
- ๓. การทบทวนการส่งต่อ/ขอย้าย/ปฏิเสธการรักษา
- ๔. การทบทวนการตรวจรักษาโดยผู้ชำนาญกว่า
- ๕. การค้นหาและป้องกันความเสี่ยง
- ๖. การทบทวนการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- ๗. การเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา
- ๘. การทบทวนเหตุการณ์สำคัญการเสียชีวิตหรือการเกิดภาวะแทรกซ้อน
- ๙. การทบทวนความสมบูรณ์ของเวชระเบียน

ตั้งแต่กระบวนการรับเข้า การประเมินผู้ป่วย การวางแผนการรักษา การดูแลตามแผนการรักษา ประเมินผล และการจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อให้เห็นถึงจุดอ่อนของการบันทึกเวชระเบียนที่เป็นอยู่ นำไปสู่การปรับปรุงวิธีการบันทึกให้เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วย และการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น



- ๑๐. การทบทวนการใช้ความรู้ทางวิชาการ
- ๑๑. การทบทวนการใช้ทรัพยากร
- ๑๒. การติดตามเครื่องชีวิตสำคัญ

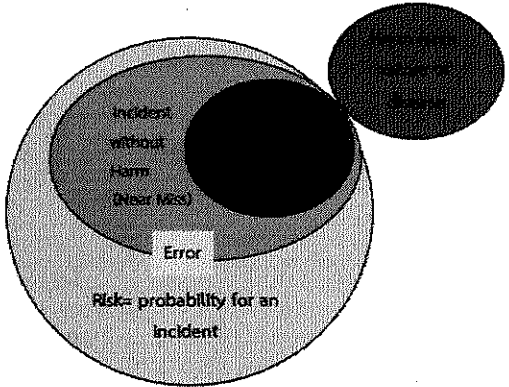
โดยการทบทวนจะนำไปสู่การวางระบบร่วมกันเพื่อตอบโจทย์ปัญหาและโอกาสการพัฒนาของหน่วยงาน

# ทำความเข้าใจมาตรฐาน HA

มาตรฐาน HA ใช้เป็นแนวทางในการออกแบบระบบงานที่เหมาะสม ใช้ประเมินเพื่อหาโอกาสในการพัฒนา โดยสิ่งที่จะต้องใส่ใจควบคู่กับมาตรฐาน คือการพิจารณาบริบทขององค์กรและหน่วยงาน พิจารณาปัญหา ความท้าทาย และความเสี่ยงที่สำคัญ มีการใช้ค่านิยมและแนวคิดหลัก (Core values & Concepts) ของการพัฒนาคุณภาพและสร้างเสริมสุขภาพ ใช้วงล้อการพัฒนาคุณภาพและการเรียนรู้ (Plan-Do-Study-Act, Design-Action-Learning-Improve หรือ Purpose-Process-Performance) และใช้แนวทางการประเมินระดับปฏิบัติการตามมาตรฐาน (Scoring guideline)



# การบริหารความเสี่ยง



ความเสี่ยง (Risk) คือ ผลของความไม่แน่นอนต่อการบรรลุเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ ซึ่งเกิดจากการขาดข้อมูลเกี่ยวกับความเข้าใจหรือความรู้ เกี่ยวกับเหตุการณ์ ผลที่ตามมา หรือโอกาสที่จะเกิดอันตราย

อุบัติการณ์ (Incident) คือ เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อบุคคล และ/หรือ ค้ำร้องเรียนการสูญเสีย ความเสียหาย ซึ่งอุบัติการณ์ในอดีตอาจเป็นความเสี่ยงในปัจจุบันหรืออนาคต แต่อาจไม่เป็นความเสี่ยงอีกต่อไปถ้าหากมีการปรับปรุงแก้ไข

ซึ่งอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นถ้าหากก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย จะเรียกว่า เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ (Adverse event)

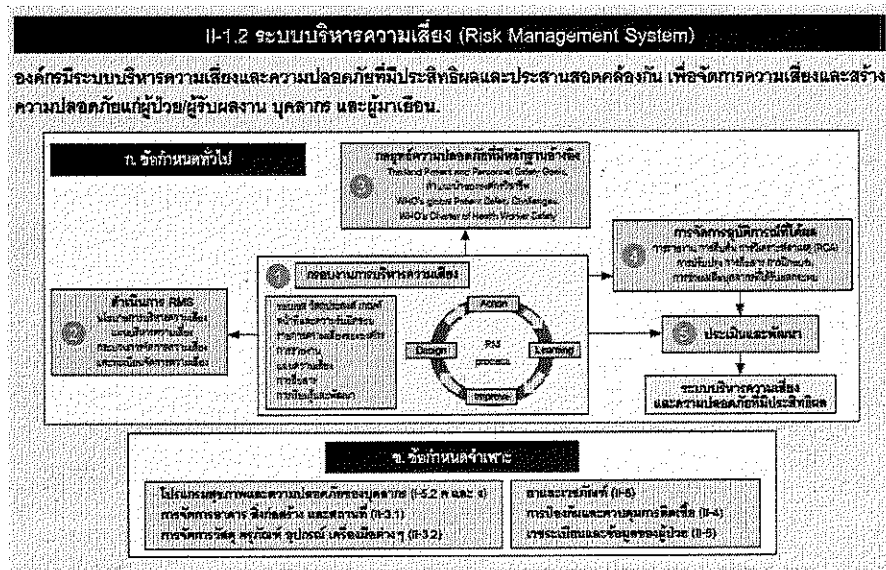
การบริหารความเสี่ยงเป็นหนึ่งในระบบงานสำคัญของมาตรฐาน HA เป็นการรับรู้ ป้องกัน จำกัด ความเสี่ยง อันตรายและความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น รวมทั้งสร้างความตื่นตัวแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง และสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร โดยเป้าหมายของการบริหารความเสี่ยงคือเพื่อ

รับรู้ความเสี่ยง - ความเสี่ยงก่อนเกิดเหตุ และอุบัติการณ์หลังเกิดเหตุ ผ่านการสังเกต จัดบันทึก

ป้องกันความเสี่ยง - โดยการกำหนดแนวทาง มาตรฐานต่าง ๆ มีความสามารถในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า

จัดการความเสี่ยง - โดยการวางระบบ การแก้ปัญหาเฉพาะกรณี และเรียนรู้สู่การป้องกัน

สร้างความตระหนักรู้ - โดยเรียนรู้จากเหตุที่เคยเกิดขึ้น และสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยต่อไป

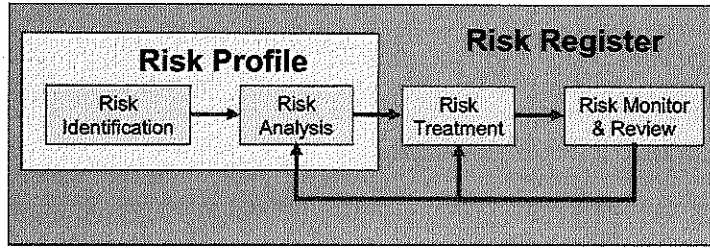


กระบวนการบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วย

๑. Risk profile เป็นเอกสารอธิบายชุดของความเสี่ยง วิเคราะห์สิ่งคุกคามองค์กร ในรูปแบบ risk matrix หรือ risk rating table โดยต้องเริ่มจากการค้นหาความเสี่ยง (Risk identification) ไม่ว่าจะเป็นการค้นหาจาก Patient Safety Goal; SIMPLE, ทบทวนจากอุบัติการณ์ในอดีต, การทบทวนเวชระเบียน หรือการวิเคราะห์ ความเสี่ยงทางคลินิก เป็นต้น จากนั้นทำการวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk analysis) จัดทำเป็น Risk profile ขององค์กร

๒. Risk register เป็นเอกสารหลักเพื่อเป็นเครื่องมือในการบริหารความเสี่ยงทุกขั้นตอน ทำให้เป็น กระบวนการที่เกิดการทบทวน ปรับปรุงวิธีการทำงานอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วยการแก้ไขความเสี่ยง (Risk treatment) จากการทำ Gap analysis, Human-centered design หรือ Patient/Customer experience เป็นต้น จากนั้นทำการติดตามและทบทวนความเสี่ยง (Risk monitor & Review) โดยการทำให้ incident report, Trace, KPI monitoring หรือ RCA & redesign





การค้นหาความเสี่ยงมีทั้งการค้นหาเชิงรุกและการค้นหาแบบตั้งรับ วิธีการมีความหลากหลายขึ้นกับบริบทของสถานพยาบาล การค้นหาเชิงรุก เช่น การตรวจสอบโดย ENV, IC, RM หรือการ round การค้นหาความเสี่ยงจากกระบวนการหลักในการทำงาน หรือการทำกิจกรรมทบทวนจากเหตุการณ์สำคัญ และอุบัติการณ์ต่าง ๆ ส่วนการค้นหาความเสี่ยงแบบตั้งรับ เช่น การเก็บข้อมูลจากการรายงานต่าง ๆ รายงานอุบัติการณ์ (incident report) รายงานผลการตรวจสอบ รายงานของเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย การทบทวนกิจกรรมย้อนหลัง โดยความเสี่ยงมีทั้ง Clinical risk และ Non-Clinical risk

การประเมินความเสี่ยงจะช่วยบอกระดับความรุนแรงของผลกระทบที่ตามมา รวมทั้งช่วยให้อธิบายหรือคาดการณ์ความรุนแรงของความเสี่ยงได้ โดยแนวทางการประเมินความเสี่ยง ควรพิจารณาจากโอกาสของการเกิดเหตุการณ์/ความสูญเสีย พิจารณาความถี่ในการเกิดและระดับความรุนแรงของการเกิด ผลกระทบของความเสียหายที่เกิดขึ้น และผลกระทบต่อองค์กร

ระดับ	ผลกระทบ	การจัดกลุ่ม
A	ไม่พบเหตุการณ์เกิดขึ้น แต่มีโอกาสทำให้เกิดอุบัติการณ์เกิดขึ้นได้	Near miss
B	เกิดความเสี่ยงเล็กน้อย และยังไม่ก่อผู้ป่วย	Low Risk
C	เกิดความเสี่ยงเล็กน้อยกับผู้ป่วย แต่ไม่ทำผู้ป่วยมีอาการรุนแรง	
D	เกิดความเสี่ยงเล็กน้อยกับผู้ป่วย ส่งผลให้การเฝ้าระวัง แต่ไม่พบผู้ป่วยมีอาการรุนแรง	
E	เกิดความเสี่ยงเล็กน้อยกับผู้ป่วย มีผลทำให้ต้องรับการรักษาเพิ่มขึ้น	
F	เกิดความเสี่ยงเล็กน้อยกับผู้ป่วย มีผลทำให้ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล	Moderate
G	เกิดความเสี่ยงเล็กน้อยกับผู้ป่วย มีผลทำให้เกิดความพิการอย่างถาวร	High Risk
H	เกิดความเสี่ยงเล็กน้อยกับผู้ป่วย มีผลทำให้ต้องมามีชีวิตอยู่เพียงดิ้นรน	
I	เกิดความเสี่ยงเล็กน้อยกับผู้ป่วย มีผลทำให้เสียชีวิต	

		Consequence				
		Negligible 1	Minor 2	Moderate 3	Major 4	Catastrophic 5
Likelihood	5 Almost certain	Moderate 5	High 10			
	4 Likely	Moderate 4	High 6	High 12		
	3 Possible	Low 3	Moderate 6	High 9	High 12	
	2 Unlikely	Low 2	Moderate 4	Moderate 6	High 8	High 10
	1 Rare	Low 1	Low 2	Low 3	Moderate 4	Moderate 5

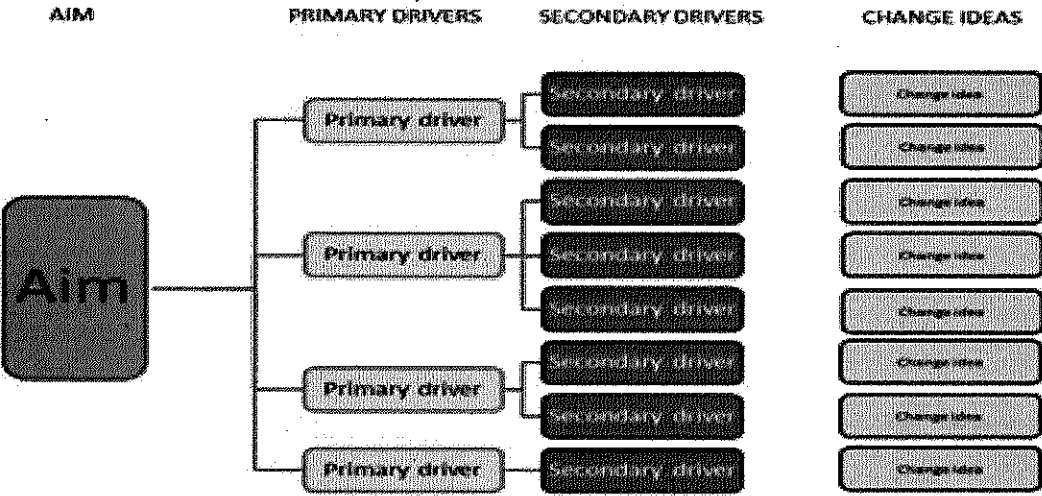
การจัดการความเสี่ยง นอกจากจะพิจารณาระดับความรุนแรงของการเกิดแล้วยังต้องพิจารณาความถี่ในการเกิด เพื่อใช้ประเมินความเสี่ยง โดยระดับความรุนแรงต่ำ อาจจัดการโดยการเขียนคู่มือปฏิบัติงาน เพื่อป้องกันความเสี่ยงโดยใช้วิธีการที่คาดว่าจะได้ผลที่สุด ระดับความรุนแรงปานกลาง ให้คิดวิธการป้องกันที่ใช้ความคิดสร้างสรรค์เพื่อให้ยากต่อการกระทำที่ผิดพลาด ส่วนระดับความรุนแรงมาก ให้วิเคราะห์ปัจจัยเชิงระบบที่น่าจะมีส่วนต่อการเกิดเหตุการณ์และคิดกิจกรรมป้องกันหรือเตรียมความพร้อมที่เหมาะสม (Root cause analysis; RCA) โดยมาตรฐาน HA มีการกำหนดมาตรฐานสำคัญจำเป็น ๙ ข้อในการจัดการความเสี่ยง ซึ่งการเกิดความเสี่ยงในระดับ E ขึ้นไปจะต้องทำ RCA ในการแก้ไข ทบทวนและติดตามความเสี่ยง

มาตรฐานสำคัญจำเป็น	รายละเอียดการดำเนินงาน
1. การฆ่าดัดมีดคน มีดข้าง มีดตำแหน่ง มีดตัดการ 2. การติดเชื้อที่สำคัญตามบริบทขององค์กรในกลุ่ม SSI, VAP, CAUTI, CABSII 3. บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่ 4. การเกิด Medication Errors และ Adverse Drug Event 5. การให้เลือดมีดคน มีดหมู มีดชนิด 6. การระบุตัวผู้ป่วยมีดพลาด 7. ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค 8. การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยาคลาดเคลื่อน 9. การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน	สถานพยาบาลต้องดำเนินการดังต่อไปนี้ 1. สถานพยาบาลต้องมีแนวทางปฏิบัติที่ป้องกันการป้องกันความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วยในประเด็นที่กำหนด 2. สถานพยาบาลแสดงจำนวนอุบัติการณ์ ที่เกิดขึ้นในแต่ละปีในประเด็นที่กำหนด 3. กรณีเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย (ระดับ E ขึ้นไป) ให้สถานพยาบาลทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุราก 4. จัดทำแผนควบคุมป้องกันความเสี่ยงและมีผลการดำเนินงานตามแผนแสดงแก่ผู้เกี่ยวข้อง

เครื่องมือการพัฒนาคุณภาพพื้นฐาน (Quality tools)

Driver Diagram

Driver diagram คือแผนภูมิที่แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยที่จะมีผลต่อความสำเร็จตามเป้าหมาย โดยจำแนกเป็นลำดับชั้นจากปัจจัยขับเคลื่อนไปสู่แนวคิดการปรับเปลี่ยน โดยมีจุดประสงค์เพื่อทำให้เห็นภาพรวมของแนวทางการพัฒนาที่จะเกิดขึ้น ช่วยตรวจสอบความสมบูรณ์ของสิ่งที่จะทำ และช่วยกำหนดเป้าหมายและตัววัดความก้าวหน้าในการพัฒนาในแต่ละองค์ประกอบ

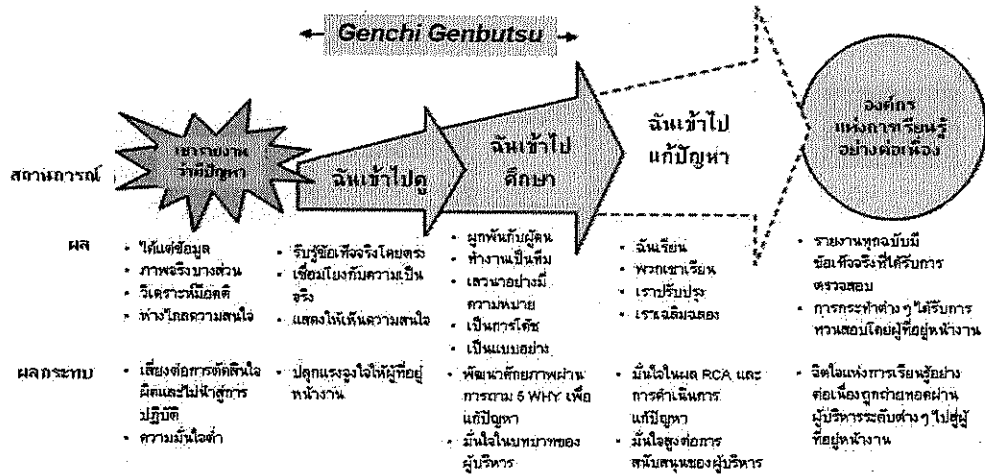


Trace (การตามรอย)

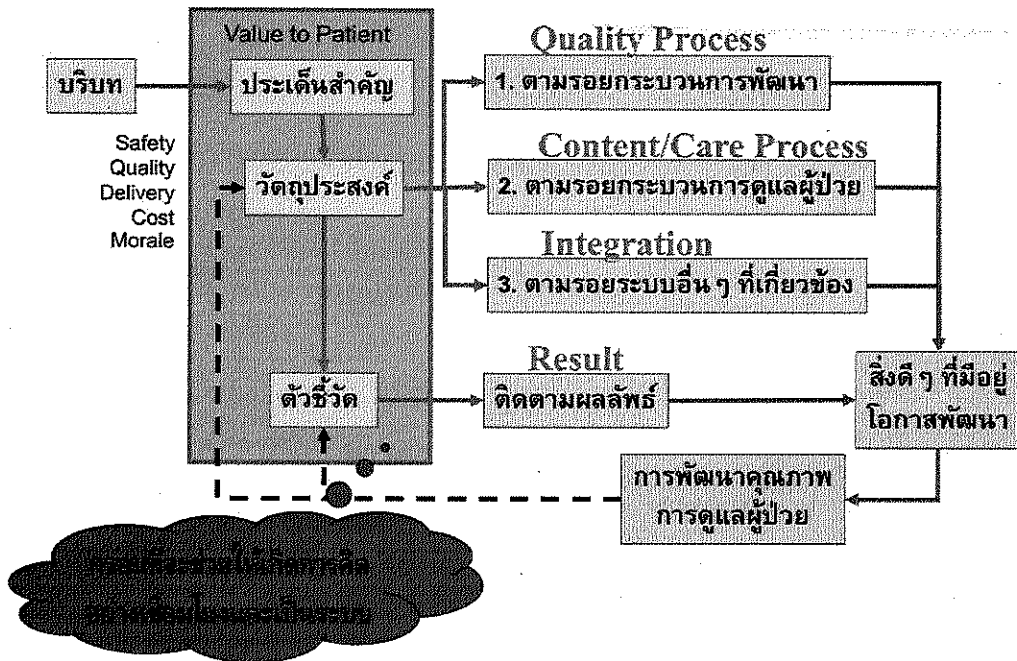
หัวใจสำคัญของการตามรอยต้องตามรอยจนกว่าจะเห็นองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องทั้งหมด เห็นทางออกใหม่ ๆ ที่สร้างสรรค์ และเห็นผลลัพธ์ของการเปลี่ยนแปลง

# Genchi Genbutsu - เข้าไปดูให้เห็นด้วยตาตนเอง

ผู้บริหาร เข้าไปและศึกษา ด้วยตนเอง เพื่อสร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

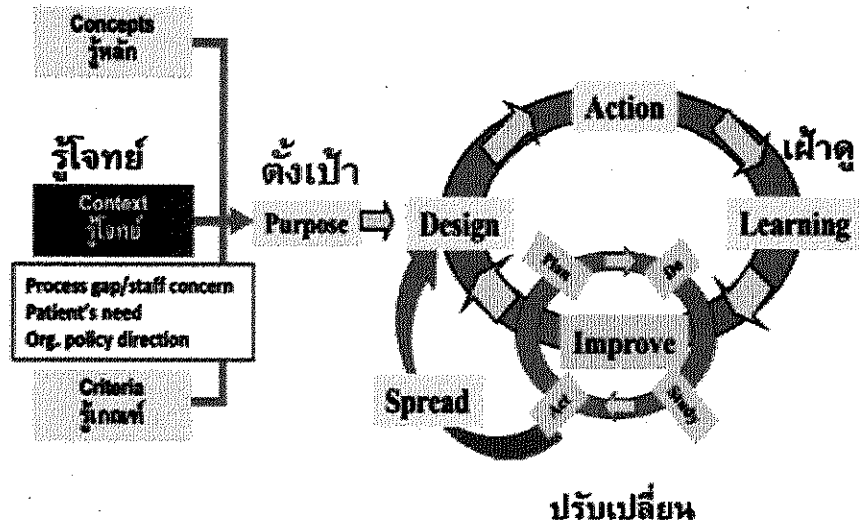


\* Following TPS problem-solving tools, i.e., Plan-Do-Check-Act, with control and standardization of end-result solution  
Source: Former Toyota manager



## กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ CQI

CQI (Continuous Quality Improvement) การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง คือ การใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ และความคิดสร้างสรรค์ในการปรับปรุงระบบงาน เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงานอย่างไม่หยุดยั้ง โดยมุ่งสู่ความเป็นเลิศ



โดยการตั้งเป้า จำเป็นต้องกำหนดเป้าหมายให้ชัดเจนและเจาะจง ระบุผลลัพธ์ที่ต้องการเป็นตัวเลขให้ทุกคนรับรู้ และรู้ระดับที่คาดหวัง มุ่งเน้นในส่วนย่อยของระบบในแต่ละช่วงเวลา ถัดมา การเฝ้าดู ทำเพื่อประเมินการบรรลุเป้าหมายวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ และสุดท้ายการปรับเปลี่ยนเพื่อพัฒนาอัตราร้อยรั่ววิธีที่ใช้ให้ดียิ่งขึ้นเพื่อบรรลุเป้าหมายให้ได้ดีที่สุด

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๓.๑  ต่อตนเอง ได้ให้ความสนใจและทราบถึงแนวทางการพัฒนาองค์กรเพื่อคุณภาพในการให้บริการ และได้รับประสบการณ์ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับสถานพยาบาลอื่น ๆ ในการจัดการความเสี่ยงตามหลักการ np safety CQI เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ ในการดูแลผู้ป่วย พัฒนาองค์กร ต่อไปในอนาคต.....

๒.๓.๒  ต่อหน่วยงาน สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในแต่ละหน่วยงาน จัดทำ Service plan ต่างๆ เพื่อให้ทั้งโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ตั้งเป้าหมายของการพัฒนาหน่วยงาน จัดการความเสี่ยงในหน่วยงาน และมีเป้าหมายของการพัฒนาอย่างชัดเจนมากยิ่งขึ้น.....

๒.๓.๓  อื่น ๆ (ระบุ) ช่วยยกระดับบริการของโรงพยาบาลให้มีคุณภาพและความปลอดภัยต่อผู้รับบริการอย่างสูงสุด.....


ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรค

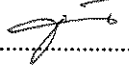
๓.๑  การปรับปรุง เนื่องจากเป็นการประชุมผ่านระบบออนไลน์ ทำให้มีปัญหาด้านเครื่องมือสื่อสาร อุปกรณ์ไม่พร้อม สัญญาณขาดหาย ทำให้เสียเวลาบางส่วนไป.....


๓.๒  การพัฒนา ควรมีการพัฒนา หน่วยงาน IT ของโรงพยาบาลให้มีประสบการณ์ในการดูแลการจัดประชุมแบบ virtual conference เพื่อให้สามารถจัดประชุมในรูปแบบดังกล่าวได้ ซึ่งช่วยประหยัดทั้งเวลา และค่าใช้จ่ายในการประชุมได้เป็นอย่างดี และเหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบัน.....

ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

เสนอแนะว่า ควรเปิดโอกาสให้มีผู้เข้าร่วมประชุมมากกว่า ๓ คนในปีหน้าเนื่องจากหัวข้อค่อนข้างเป็นประโยชน์ แก่บุคคลากรในการนำไปพัฒนาตนเองและจะช่วยสร้างแรงบันดาลใจให้ทีมงาน ผู้ทำงานในระบบพัฒนาคุณภาพได้เป็นอย่างดี อาจเป็นระดับผู้นำองค์กรเป็นผู้เข้าร่วมกันอบรมด้วย เนื่องจากบางหัวข้อเป็นประโยชน์ต่อการบริหารจัดการของระดับหัวหน้าองค์กร


ลงชื่อ..........ผู้รายงาน  
(แพทย์หญิงธัญญา กาญจนวงศ์วิช)  
นายแพทย์ปฏิบัติการ

ลงชื่อ..........ผู้รายงาน  
(นางสาวธัญชนก สุธรรมปวง)  
เภสัชกรปฏิบัติการ

ลงชื่อ..........ผู้รายงาน  
(นางสาวนิตชา หับเกษมพิติโสภา)  
นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ

ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

.....  
.....  
.....  
.....

ลงชื่อ..........หัวหน้าส่วนราชการ  
(.....นางบันด์ตา สีลาอุทมนลิปี.....)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน