



แบบฟอร์ม 1

แบบเสนอผลงานกิจกรรมพัฒนาคุณภาพงาน

กระบวนการทำงาน (F-QF-001)

ส่วนที่ 1 (เพื่อประโยชน์ของท่าน กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน)

การเผยแพร่ผลงานในทุก รูปแบบ ☒ อนุญาต ☐ ไม่อนุญาต	สถานภาพกลุ่ม ☒ เริ่มกิจกรรมครั้งแรก/ผลงานใหม่ ☐ กลุ่มกิจกรรมต่อยอด เรื่องที่...../ขยายผล ☐ ผลงานเรื่องนี้เคยส่งประกวด และที่ได้รับรางวัลมาแล้วจาก.....
ประเภทกิจกรรมพัฒนาคุณภาพงาน ☒ CQI ☐ CQI → R2R (ระบุ ประเภทของโครงการวิจัย) ☐ ระบบบริการสุขภาพ ☐ งานสนับสนุนบริการสุขภาพ ☐ การสร้างเสริมสุขภาพ ☐ การศึกษา ☐ วิทยาศาสตร์ทางการแพทย์และเครื่องมือทางการแพทย์ ☐ งานบริหารและธุรการ ☐ อื่นๆ.....	

สำหรับงานพัฒนาคุณภาพงาน เลขที่กลุ่ม..... วันที่รับข้อมูล.....

สรุปปัญหาเชื่อมโยงสอดคล้องกับข้อใด		
ด้านคลินิก (Clinical)	☐ Safe Surgery ☐ Infection Control ☐ Medication Safety ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....	☒ Patient Care Process ☐ Line , Tube & Catheter ☐ Emergency Response
ด้านสนับสนุน (Non Clinical)	☒ ความปลอดภัย [Safety] ☐ ต้นทุน / ความคุ้มค่า [Cost]	☒ คุณภาพ / สิ่งสูญเปล่า [Quality (waste)*] ☐ ครอบคลุมเวลาการทำงาน / การส่งมอบ [Delivery]

ส่วนที่ 2

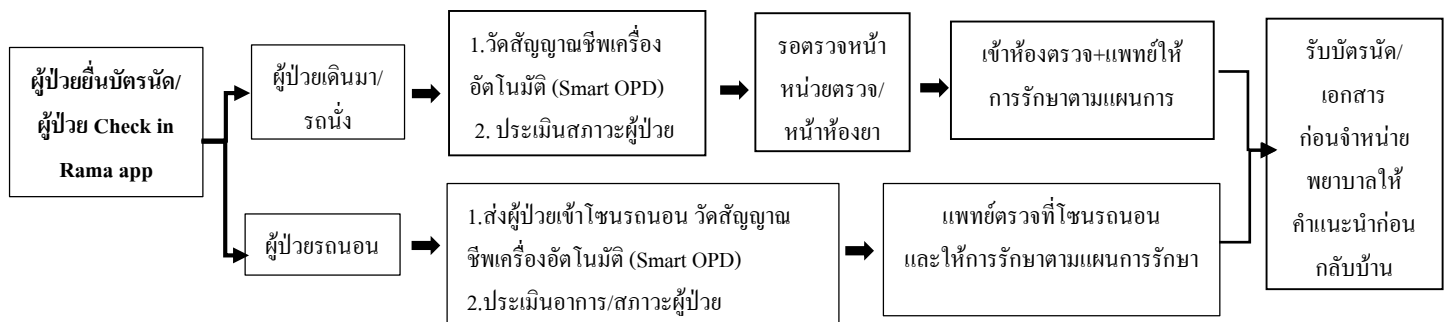
ชื่อเรื่อง / OCC 2P Safety Fall

1. หลักการและเหตุผล ความสำคัญของปัญหา

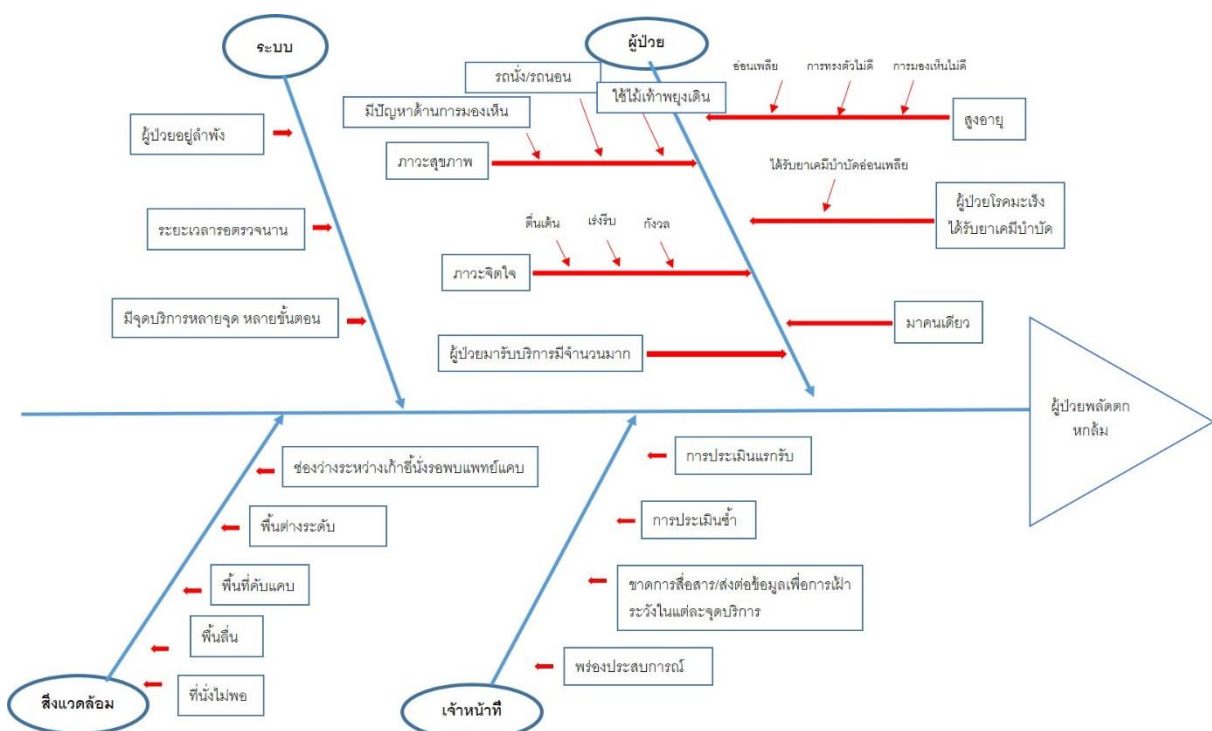
การพลัดตกหกล้มเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากข้อมูลกรมควบคุมโรค พ.ศ. 2564 การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับ 2 รองลงมาจาก การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจากการขนส่ง ในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็ง แม้จะไม่ได้มีเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุแต่ผู้ป่วยมารับบริการส่วนใหญ่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยเนื่องจากสภาวะของโรคมะเร็ง และผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ทำให้มีอาการอ่อนเพลียจึงมีโอกาสเกิดการพลัดตกหกล้ม ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด จากข้อมูลทางสถิติย้อนหลังของหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็ง พบอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้ม ปี พ.ศ.2562 และ 2563 มีอัตราการเกิดการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่มารับบริการที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็งน้อยกว่า 0.01 ครั้ง/ 1,000 visits เป็น 0.038 และ 0.06 ครั้ง/1,000 visits ตามลำดับ และปี 2564 (ม.ค.-มี.ค. 2564) เป็น 0 ครั้ง/1,000 visits ถึงแม้จะเป็นสถิติที่ต่ำมาก แต่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทำให้ต้องมีการรักษาและเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อน ทำให้เสียเวลา เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ และอาจทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ นำไปสู่การร้องเรียนต่อการบริการทางหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็งเล็งเห็นความสำคัญของปัญหานี้ จึงจัดทำโครงการนี้ขึ้นเพื่อพัฒนาระบบบริการในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยและผู้มารับบริการ เป็นแนวทางการปฏิบัติงานสำหรับบุคลากร

2. กรอบแนวคิด หรือ การวิเคราะห์สาเหตุ (Root cause analysis)

2.1 กระบวนการทำงานเดิม (Workflow)



2.2 การวิเคราะห์ปัญหาของโครงการ



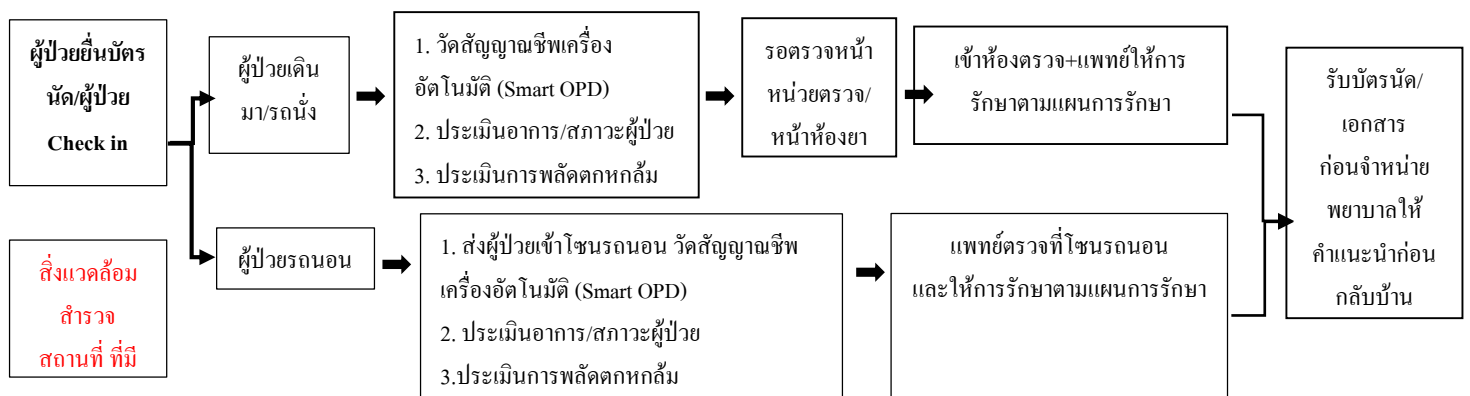
3. วัตถุประสงค์และกระบวนการปรับปรุง

3.1 วัตถุประสงค์

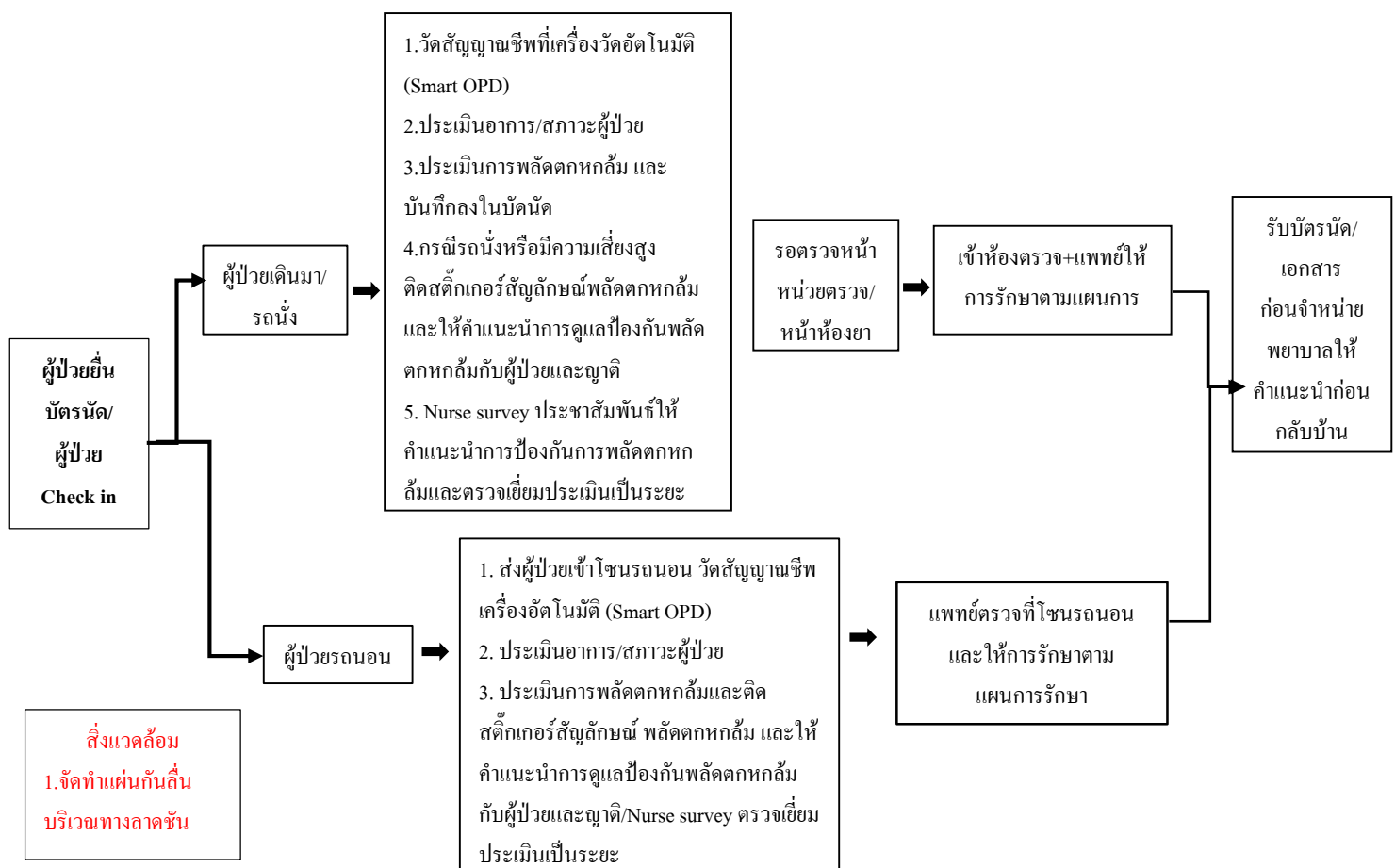
- 3.1.1 เพื่อประเมินความเสี่ยง และลดอัตราการพลัดตกหกล้ม
- 3.1.2 เพื่อให้ผู้รับบริการมีความเข้าใจ และสามารถป้องกันตนเองจากการพลัดตกหกล้ม
- 3.1.3 ผู้ป่วยที่มารับบริการที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็ง ปลอดภัยจากการพลัดตกหกล้ม 100%
- 3.1.4 เพื่อพัฒนาการให้ข้อมูล และแนวปฏิบัติการดูแลป้องกันการพลัดตกหกล้มในหน่วยตรวจผู้ป่วยนอก

3.2 กระบวนการปรับปรุง / วิธีการแก้ไขปรับปรุง

กระบวนการทำงาน รอบที่ 1



กระบวนการทำงาน รอบที่ 2



4. แผนการดำเนินงานกิจกรรม (ขั้นตอนการดำเนินการ)

กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ (เดือน/ปี)																ผู้รับผิดชอบ/ บทบาท หน้าที่ของ ผู้รับผิดชอบ
	ม.ค. 63	ก.พ. 63	มี.ค. 63	เม.ย. 63	พ.ค. 63	มิ.ย. 63	ก.ค. 63	ส.ค. 63	ก.ย. 63	ต.ค. 63	พ.ย. 63	ธ.ค. 63	ม.ค. 64	ก.พ. 64	มี.ค. 64	เม.ย. 64	
1. ระยะเวลาเตรียมงาน ประชุมวางแผนการจัดโครงการ - สํารวจติดตามแผนและรวบรวมปัญหา - วิเคราะห์ปัญหา วางแผน แนวทางการแก้ไข - กำหนดภาระงาน มอบหมายเจ้าหน้าที่รับผิดชอบ - จัดเตรียมอุปกรณ์สถานที่																	ประธานกลุ่ม + สมาชิกกลุ่ม
2. ระยะดำเนินงาน - ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินกิจกรรมให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานรับทราบ																	ประธานกลุ่ม + สมาชิกกลุ่ม
3. ระยะเวลาการประเมิน - ประเมินผลกิจกรรมโดยติดตามจำนวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน																	ประธานกลุ่ม + สมาชิกกลุ่ม
4. สรุปผลการดำเนินกิจกรรม																	ประธานกลุ่ม

↔ วางแผนงาน

← - - -> ปฏิบัติจริง

5. ตัวชี้วัดผลสำเร็จ/ผลดำเนินโครงการ (ที่ระบุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ ในรูปแบบตารางหรือกราฟ)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ร้อยละ)	ผลดำเนินการ			
		ก่อน ดำเนินการ	หลังดำเนินการ		
			ปี2562	ปี2563	ม.ค.-มี.ค.64
1. อัตราการเกิดการพลัดตกหกล้ม ในระดับตั้งแต่ E ของผู้ป่วยที่มารับบริการที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็ง น้อยกว่า 0.01 ครั้ง/ 1,000 Visits.	0	NA	0.03	0.06	0
2. อัตราการประเมินความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มของ ผู้ป่วยที่มารับบริการครบ 100%	100	NA	N/A	96.45 (มี.ค.-ธ.ค.)	100

6. ผลการปรับปรุง / ผลที่คาดว่าจะได้รับเมื่อดำเนินงานเสร็จสิ้น

6.1. ด้านผู้มารับบริการ

6.1.1 ผู้ป่วยและผู้มารับบริการ ไม่มีอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มภายในหน่วยงาน อัตราการเกิดการพลัดตกหกล้ม ในระดับตั้งแต่ E ของผู้ป่วยที่มารับบริการที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็งน้อยกว่า 0.01 ครั้ง/ 1,000 Visits ผู้ป่วยที่มารับบริการทุกรายได้รับการประเมินความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มครบ 100%

6.1.2 ผู้ป่วยและผู้มารับบริการ ได้รับการประเมินและดำเนินการตามแนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้มของหน่วยงาน หน่วยได้มีการพัฒนาด้านการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติเข้าใจและให้ความสำคัญกับการป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น กำหนดแนวปฏิบัติทางการดูแลป้องกันการพลัดตกหกล้มในหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกให้บุคลากรปฏิบัติในการะงานประจำ และผู้ป่วยได้รับการตรวจตามแผนการรักษา

6.2. ด้านบุคลากร

6.2.1 หน่วยงานมีการกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และแนวปฏิบัติทางการดูแลป้องกันการพลัดตกหกล้มในหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกให้บุคลากรปฏิบัติในการะงานประจำร่วมกันของบุคลากรในหน่วยงาน

6.2.2 บุคลากรภายในหน่วยงานทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ ประสานงานส่งต่อการดูแลผู้ป่วยระหว่างจุดบริการอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน

6.2.3 บุคลากรมีแนวทางในการให้ข้อมูล ประเมินความเสี่ยง และสามารถอธิบายกับผู้ป่วยถึงความสำคัญในการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้ม เพื่อเฝ้าระวังดูแลตนเองได้ในระหว่างเข้ารับบริการ

6.2.4. หน่วยงานได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกระดับ มีส่วนร่วมกับคณะกรรมการของคณะฯ ในการตรวจเยี่ยมประเมินความเสี่ยงพลัดตกหกล้มในหน่วยตรวจผู้ป่วยนอก

7. การเรียนรู้ที่ได้รับจากการทำโครงการและการขยายผล

7.1 จัดทำรูปแบบการประเมินและจัดการความเสี่ยงพลัดตกหกล้มในหน่วยตรวจผู้ป่วยนอก กำหนดแนวปฏิบัติทางการดูแลป้องกันการพลัดตกหกล้มในหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกให้บุคลากรปฏิบัติในการะงานประจำและสื่อสารให้บุคลากรในหน่วยงานรับทราบอย่างต่อเนื่องด้านการดูแลผู้ป่วยการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

7.2 เป็นต้นแบบการนำรูปแบบการประเมินและจัดการความเสี่ยงพลัดตกหกล้มในหน่วยตรวจผู้ป่วยนอก สื่อสารให้หน่วยงานภายในโรงพยาบาลนำไปปรับใช้ตามบริบทของแต่ละหน่วยงาน และพัฒนาต่อยอดสู่การวิจัยในงานประจำได้

8. การควบคุม / ติดตาม / ประเมินผล / การป้องกันปัญหาเกิดซ้ำ

- 8.1 ประชุมบุคลากรภายในหน่วยงานรับทราบการติดตามตัวชี้วัดหน่วยงาน คือ อัตราการปลัดตกหกล้มของผู้ป่วยนอก
- 8.2 ทวนสอบการนำรูปแบบการประเมินและจัดการความเสี่ยงปลัดตกหกล้มในหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกปฏิบัติในภาระงานประจำให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน
- 8.3 จัดประชุมบุคลากรภายในหน่วยงาน เพื่อวางแผนพัฒนาและดำเนินการ โครงการอย่างต่อเนื่อง ประเมินผล/ทวนสอบรูปแบบการประเมินและจัดการความเสี่ยงปลัดตกหกล้มทุก 3 เดือน
- 8.3 การทบทวนรายงานอุบัติการณ์ และรายข้อมูลอุบัติการณ์ปลัดตกหกล้มในหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกทุก 6 เดือน

9. โครงการ / กิจกรรม / โอกาสพัฒนาในครั้งต่อไป

- 9.1 นำรูปแบบการประเมินและจัดการความเสี่ยงปลัดตกหกล้มในหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกปฏิบัติในภาระงานประจำอย่างต่อเนื่องจนเป็นปัจจุบัน
- 9.2 ดำเนินการเฝ้าระวังและป้องกันการปลัดตกหกล้มอย่างต่อเนื่องตามแนวทางการป้องกันการปลัดตกหกล้ม และติดตามตัวชี้วัดอัตราการปลัดตกหกล้มของผู้ป่วยนอก