

รายงานการศึกษา ฝึกรอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย ในประเทศ  
(ระยะสั้นไม่เกิน 90 วัน และระยะยาวตั้งแต่ 90 วันขึ้นไป)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1 ชื่อ - นามสกุล...นางสาวสุชัญญา ดีเฝ้า  
อายุ 31 ปี การศึกษา...เภสัชศาสตรบัณฑิต  
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน...เภสัชกรรมคลินิก  
ตำแหน่ง...เภสัชกรปฏิบัติการ

หน้าที่ความรับผิดชอบ รับผิดชอบงานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก

1.3 ชื่อเรื่อง / หลักสูตร

เพื่อ  ศึกษา  ฝึกรอบรม  ประชุม  ดูงาน  สัมมนา  ปฏิบัติการวิจัย  
งบประมาณ  เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร  เงินบำรุงโรงพยาบาล  
 ทุนส่วนตัว

จำนวนเงิน.....4,500.....บาท

ระหว่างวันที่ 31 พฤษภาคม - 2 มิถุนายน 2566 ในรูปแบบ online ผ่านโปรแกรม ZOOM

คุณวุฒิ / วุฒิบัตรที่ได้รับ.....-.....

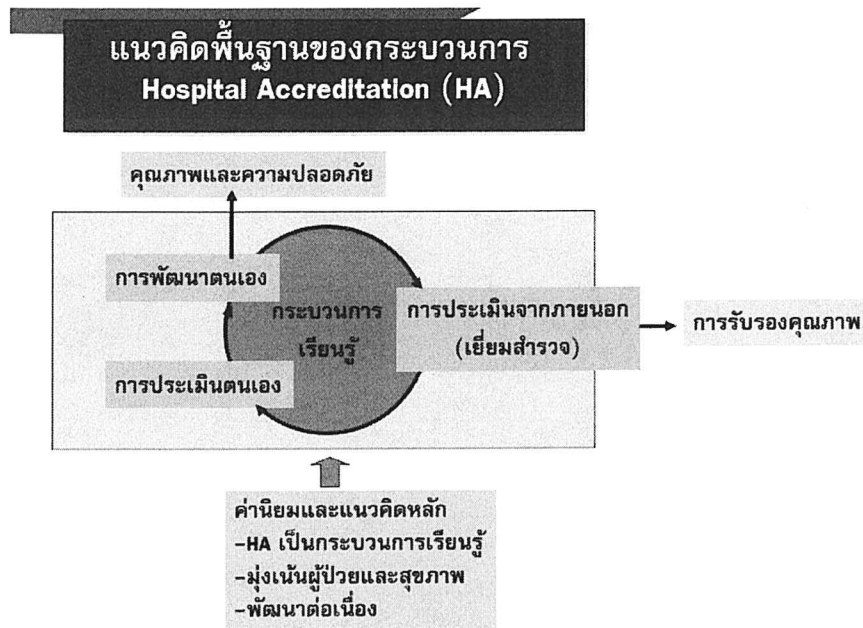
ส่วนที่ 2 ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกรอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

2.1 วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมการอบรมสามารถวางระบบการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก ทั้งในระดับ  
ภาพรวมและระดับทีมผู้ป่วย โดยในอดีต (เวชระเบียน การทบทวนการดูแลผู้ป่วย รายงานอุบัติการณ์) เพื่อการ  
เรียนรู้ การวิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ และการออกแบบระบบที่รัดกุม เพื่อใช้โรคหรือสภาวะทางคลินิกในการ  
ประเมินคุณภาพของทุกระบบงานในโรงพยาบาล มีความรู้ในการพัฒนาคุณภาพทางคลินิกโดยเน้นผลลัพธ์และ  
ใช้เครื่องมือการพัฒนาคุณภาพที่หลากหลายร่วมกัน ให้เข้าใจบทบาทและระดับความรับผิดชอบในความเสี่ยงที่  
เกิดขึ้นของหน่วยงาน/ทีมนำคลินิก/คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง การเชื่อมโยงประสานข้อมูลเกี่ยวกับ  
ความเสี่ยงต่างๆ ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล และมีความรู้ในการบูรณาการมาตรฐาน HA ตอนที่ III เข้าสู่การ  
พัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย

## 2.2 เนื้อหา

### แนวคิดการพัฒนาคุณภาพลดความเสี่ยงความปลอดภัยทางคลินิก

#### แนวคิดพื้นฐานของกระบวนการ Hospital Accreditation (HA)



HA เป็นกระบวนการเรียนรู้, มุ่งเน้นผู้ป่วยและสุขภาพ และพัฒนาต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยต่อผู้ป่วยและผู้ที่มาใช้บริการ

#### การพัฒนากระบวนการตาม HA

ขั้นที่ 1 สำรองและป้องกันความเสี่ยงนำปัญหาที่พบ เพื่อแก้ไขป้องกันปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสสูง

ขั้นที่ 2 ประกันและพัฒนาคุณภาพเริ่มด้วยการวิเคราะห์เป้าหมายและกระบวนการประกันและพัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมายของหน่วยงานครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ในส่วนที่ไม่ยากเกินไป

ขั้นที่ 3 วัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาอย่างเชื่อมโยง

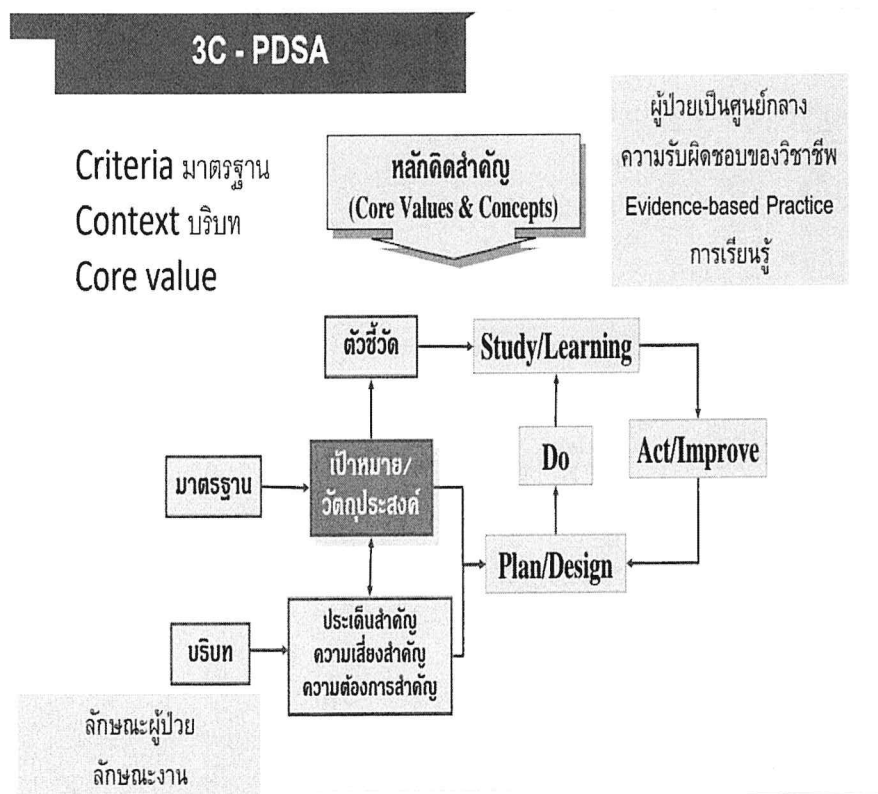
เป็นองค์กรการเรียนรู้ผลลัพธ์คุณภาพที่ดีขึ้น ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน

#### เครื่องมือการพัฒนา 6 QI ประกอบด้วย

1. การพัฒนาคุณภาพในระดับหน่วยงาน (Unit Optimization) : ใช้ 3P (Purpose-Process-Performance) ในงานประจำ หัวหน้าพาทำงานคุณภาพ ทำกิจกรรมงานคุณภาพพื้นฐาน ค้นหาความหมาย/ความเชื่อมโยงใน (Service Profile = เครื่องมือในการทำความเข้าใจหน้าที่สำคัญของหน่วยงาน) และทบทวนบรรลุเป้าหมายของหน่วยงาน

2. ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety): การหาวิเคราะห์รากสาเหตุ (Root Cause Analysis) และตามรอย 2P Safety (Patient = ผู้ป่วย และ P=Personnel Safety = ความปลอดภัยส่วนบุคคล) นำไปสู่การทบทวน/วางระบบความเสี่ยงทั้งหน่วยงานหรือระบบ (Trigger Tool) สู่การบูรณาการข้อมูล
3. ปัญหาทางคลินิกที่เน้นความสำคัญ (Clinical popular) วิเคราะห์โรค เป้าหมาย ประเด็นที่สำคัญ (20โรค) และสรุปประเด็นพัฒนาที่ชัดเจนดำเนินการพัฒนา และสรุปตามรอยทางคลินิก (Clinical Tracer)
4. การปรับใช้ (Standard deployment) กำหนดโครงสร้างที่ระดับกลาง ตามรอยเพื่อให้เห็นของจริง พัฒนาระบบเชื่อมโยงกับหน่วยงานอื่นๆ เขียนการวิเคราะห์และออกแบบระบบ (System Analysis and Design: SA)
5. กลยุทธ์การจัดการ (Strategic management) ทบทวนกลยุทธ์/ตัวชี้วัด
6. การประเมินตัวเอง (Self management) การให้คะแนนตัวเอง, วางแผนและเขียนงานวิจัย

3C-PDSA

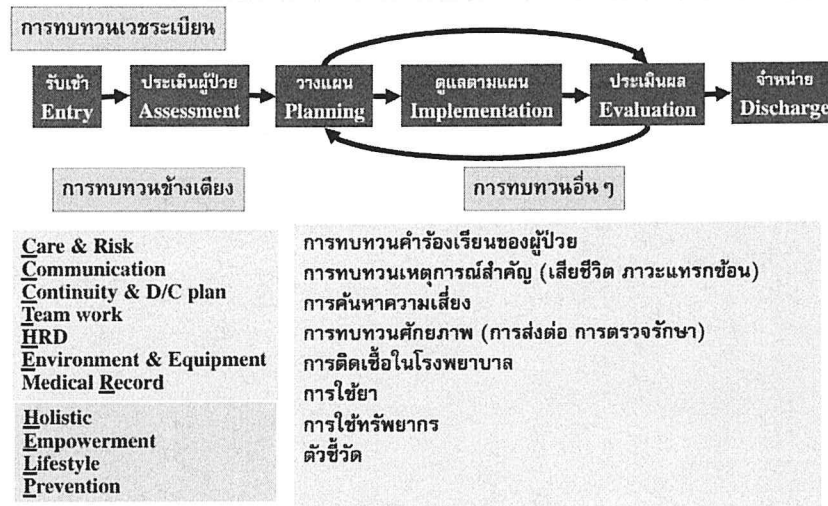


คุณภาพการดูแลผู้ป่วย

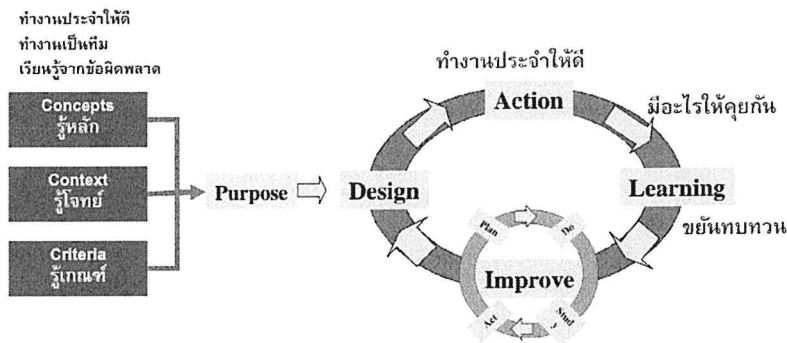
1. การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ
2. ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดกลุ่มประชากรทางคลินิก เป้าหมายที่จะพัฒนา
3. ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการติดตาม
4. ทีมดูแลผู้ป่วยใช้กิจกรรม และวิธีการที่หลากหลายร่วมกันในการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย แบบสหสาขาวิชาชีพ

## การทบทวนเวชระเบียน

การทบทวนเวชระเบียน เพื่อให้เห็นจุดอ่อนของการบันทึกเวชระเบียนที่เป็นอยู่ นำไปสู่การปรับปรุงวิธีการบันทึกให้เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วย และการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วย



### การทบทวนคือการหมุนวงล้ออย่างต่อเนื่อง



### การใช้เวชระเบียนให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลผู้ป่วยและพัฒนาการดูแลผู้ป่วย

บันทึกสิ่งที่มีคุณค่า และสามารถใช่ประโยชน์ได้ในเวชระเบียน ทบทวนการใช้ประโยชน์ร่วมกัน ระหว่างวิชาชีพ ทบทวนเวชระเบียนกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน ทบทวนเวชระเบียนโดยใช้ Trigger tool ปัญหาที่พบจากเวชระเบียน

การบันทึกข้อมูลไม่เพียงพอ การประสานงานในทีม การประเมินที่แยกส่วน การประเมินที่ไม่ครอบคลุมคร่อม การวางแผนจำหน่าย

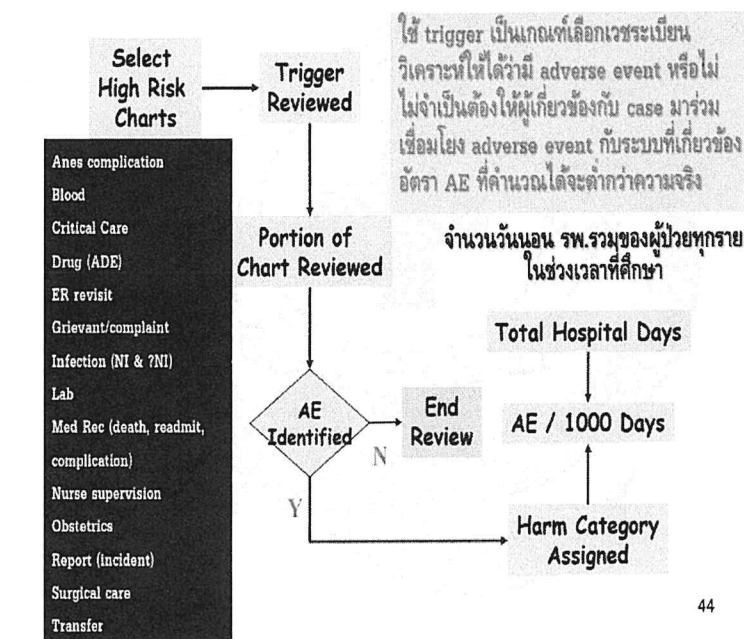
Trigger tool เครื่องมือในการค้นหา และติดตามระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย

Trigger tool หมายถึงลักษณะ กระบวนการ เหตุการณ์ หรือผลลัพธ์บางประการที่สามารถค้นหาหรือมองเห็นได้ง่าย และมีความสัมพันธ์กับโอกาสที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การใช้ Trigger tool เป็นเครื่องมือคัดกรองเวชระเบียนมาทบทวน เป็นการเพิ่มโอกาสที่จะพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มากขึ้น

เป้าหมาย คือ ใช้เครื่องมือนี้ในระยะแรก มุ่งที่การเรียนรู้ลักษณะการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เพื่อนำไปปรับปรุงระบบ ยิ่งพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ยิ่งเป็นโอกาสให้พัฒนาระดับมากขึ้น

Harm	Error
<ul style="list-style-type: none"> <li>มุ่งเน้นที่ระบบมากขึ้น</li> <li>มองไปที่ผลที่ไม่พึงประสงค์ทั้งหมด</li> <li>ทำให้การวัดง่ายขึ้น</li> <li>มุ่งเน้นที่ harm และความผิดพลาดที่นำไปสู่ harm</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ความผิดพลาดเป็นศูนย์กลางของการพูดคุยและหาคำตอบ</li> <li>มีแนวโน้มจะมุ่งไปที่ผลลัพธ์ที่รู้สึกว่าจะเกี่ยวกับความผิดพลาดหลายเหตุการณ์อื่นๆ</li> <li>ต้องใช้ judgment</li> <li>มักสรุปว่าคนเป็นต้นเหตุของความผิดพลาด</li> </ul>

Thai HA trigger tool



44

## 2.3 ประโยชน์ที่ได้รับ

2.3.1 ต่อตนเอง เป็นการเรียนรู้การวางระบบการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก ทั้งในระดับภาพรวม และระดับทีมผู้ป่วย.....

2.3.2 ต่อหน่วยงาน นำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการเชื่อมโยงประสานข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่างๆ ที่เกิดขึ้นของหน่วยงาน โรงพยาบาล และบูรณาการความรู้เข้าสู่การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย

2.3.3 อื่น ๆ (ระบุ)

### ส่วนที่ 3 ปัญหาและอุปสรรค

3.1 การปรับปรุง เนื้อหาในแต่ละหัวข้อค่อนข้างมาก ทำให้วิทยากรมีการบรรยายที่เร็วต้องแข่งกับเวลา

3.2 การพัฒนา น่าจะมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานและการแก้ไขปัญหาของผู้ร่วมประชุม เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในสถานปฏิบัติ และร่วมวิเคราะห์ปัญหา หรือการอบรมแบบ on-site

### ส่วนที่ 4 ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

4.1 อาจารย์และวิทยากรมีความรู้ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้และวิทยากรใหม่ให้กับผู้เข้าร่วมประชุมทำให้เข้าใจง่าย

ลงชื่อ ศุภรดา ผู้รายงาน  
(นางสาวสุชัญญา ดีเฝ้า)

### ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

สามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการอบรม เกี่ยวกับระบบการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก ทั้งในระดับภาพรวมและระดับทีมผู้ป่วย นำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการเชื่อมโยงประสานข้อมูลเกี่ยวกับ ความเสี่ยงต่างๆ ที่เกิดขึ้นของหน่วยงานในโรงพยาบาล และบูรณาการความรู้เข้าสู่การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย และถ่ายทอดแก่บุคลากรในหน่วยงานได้



(นายพรเทพ แซ่เฮ็ง)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์



# คุณภาพและความปลอดภัยด้านคลินิก

## แนวคิดพื้นฐานของกระบวนการมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (Hospital Accreditation: HA)

HA เป็นกระบวนการเรียนรู้, มุ่งเน้นผู้ป่วยและสุขภาพ และพัฒนาต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยต่อผู้ป่วย



### เครื่องมือการพัฒนา 6 การพัฒนาคุณภาพ (QI)

- การพัฒนาคุณภาพในระดับหน่วยงาน (Unit Optimization) : ใช้ 3P ในงานประจำ (วัตถุประสงค์, กระบวนการ, การกระทำ)
- ความปลอดภัยของผู้ป่วย : การวิเคราะห์สาเหตุ และตามรอย 2P safety (การสร้างความปลอดภัยให้กับผู้ป่วยและบุคลากร)
- ปัญหาคลินิกที่เน้นสำคัญ สรุปรายทางคลินิก (Clinical tracer)
- การปรับใช้ กำหนดโครงสร้างทีมระดับกลาง
- กลยุทธ์การจัดการ ทบทวนตัวชี้วัด
- การประเมินตนเอง วางแผนและเขียนงานวิจัย



### การทบทวนเวชระเบียน

การทบทวนเวชระเบียน เพื่อให้เห็นจุดอ่อนของการบันทึกเวชระเบียนที่เป็นอยู่ นำไปสู่การปรับปรุงวิธีการบันทึกให้เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยการใช้เวชระเบียนให้เกิดประโยชน์สูงสุด คือการทบทวนร่วมกันระหว่างวิชาชีพ โดยใช้เครื่องมือในการค้นหา (trigger tool)

## การพัฒนากระบวนการตาม HA

**ขั้นที่ 1** สำรวจและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหาที่มากบกทวน เพื่อแก้ไขป้องกันปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบคลุมปัญหาที่เกิดขึ้น

**ขั้นที่ 2** ประเมินและพัฒนาคุณภาพ

**ขั้นที่ 3** การสร้างวัฒนธรรมคุณภาพ

### คุณภาพการดูแลผู้ป่วย

- การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วยสม่ำเสมอ
- ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดกลุ่มประชากรทางคลินิก เป้าหมายที่จะพัฒนา
- ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการติดตาม
- ทีมดูแลผู้ป่วยใช้กิจกรรม และวิธีการที่หลากหลายร่วมกัน



### ประโยชน์ที่ได้รับ

เป็นการเรียนรู้การวางระบบการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก ทั้งในระดับภาพรวมและระดับทีมผู้ป่วย และสามารถนำความรู้ประยุกต์ใช้ในการเชื่อมโยงข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่างๆ ที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน

นางสาวสุชัญญา ดีเหิระ  
เภสัชกรปฏิบัติการ  
โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

