

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

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

- ๑.๑ ชื่อ - นามสกุล นางสาวสุกัญญา ชัยขวัญ
อายุ ๔๘ ปี การศึกษา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญ
หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ) ดูแลงานคุณภาพของโรงพยาบาล
- ๑.๒ ชื่อ - นามสกุล นางสาวสุภาวดี อาษาชานา
อายุ ๓๒ ปี การศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน -
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ) ประจำหน่วยงานหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายปฏิบัติหน้าที่ดูแล
ผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมชาย
- ๑.๓ ชื่อ - นามสกุล นางสาวกนกวรรณ เหมียงสันเทียะ
อายุ ๓๐ ปี การศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน -
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ) เป็นพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยงานหอผู้ป่วยอายุรกรรม
หญิงและศัลยกรรมหญิง
- ๑.๔ ชื่อเรื่อง / หลักสูตร HA. ๖๐๒ : คุณภาพและความปลอดภัยทางคลินิก รุ่นที่ ๓
เพื่อ ศึกษา ฝึกรอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย
งบประมาณ เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาล
 ทุนส่วนตัว ไม่มีค่าใช้จ่าย
จำนวนเงิน ๔,๕๐๐ บาท เป็นจำนวนเงิน ๑๓,๕๐๐.- บาท
ระหว่างวันที่ ๖-๗ กรกฎาคม ๒๕๖๕ สถานที่ ผ่านระบบออนไลน์ โปรแกรม Zoom
คุณวุฒิ/วุฒิบัตรที่ได้รับ การอบรมหลักสูตร HA ๖๐๒ : คุณภาพและความปลอดภัยทางคลินิก

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกรอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย
(โปรดให้ข้อมูลในเชิงวิชาการ)

๒.๑ วัตถุประสงค์

๒.๑.๑ ผู้เข้ารับการอบรมเห็นภาพในมุมมองของคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ซึ่งครอบคลุมถึงเรื่อง
การดูแลที่เป็นไปตามมาตรฐาน และการบริหารความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ และมี การบูรณาการของทั้งสอง
อย่างเข้าด้วยกันเป็นการตอบสนองการส่งมอบคุณค่า ให้กับผู้ป่วย (Value-Quality + Safety)

๒.๑.๒ ผู้เข้ารับการอบรมสามารถใช้เครื่องมือต่าง ๆ หาโอกาสพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย
และสามารถวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นที่หน้างาน เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการปรับระบบมีความสอดคล้อง
และประสานกัน

๒.๒ เนื้อหา

แนวคิดและหลักการ คุณภาพและความปลอดภัยทางคลินิก

๑. บัณฑิต ๓ ชั้นลงทุนน้อยให้ได้มากตรงประเด็นเป็นขั้นตอน
๒. ๓C – PDSA รู้คิดรู้ทำ เพื่อความลุ่มลึก
๓. พื้นที่การพัฒนา ๔ วงเพื่อความครอบคลุม

จุดเน้นในการพัฒนาทางคลินิก

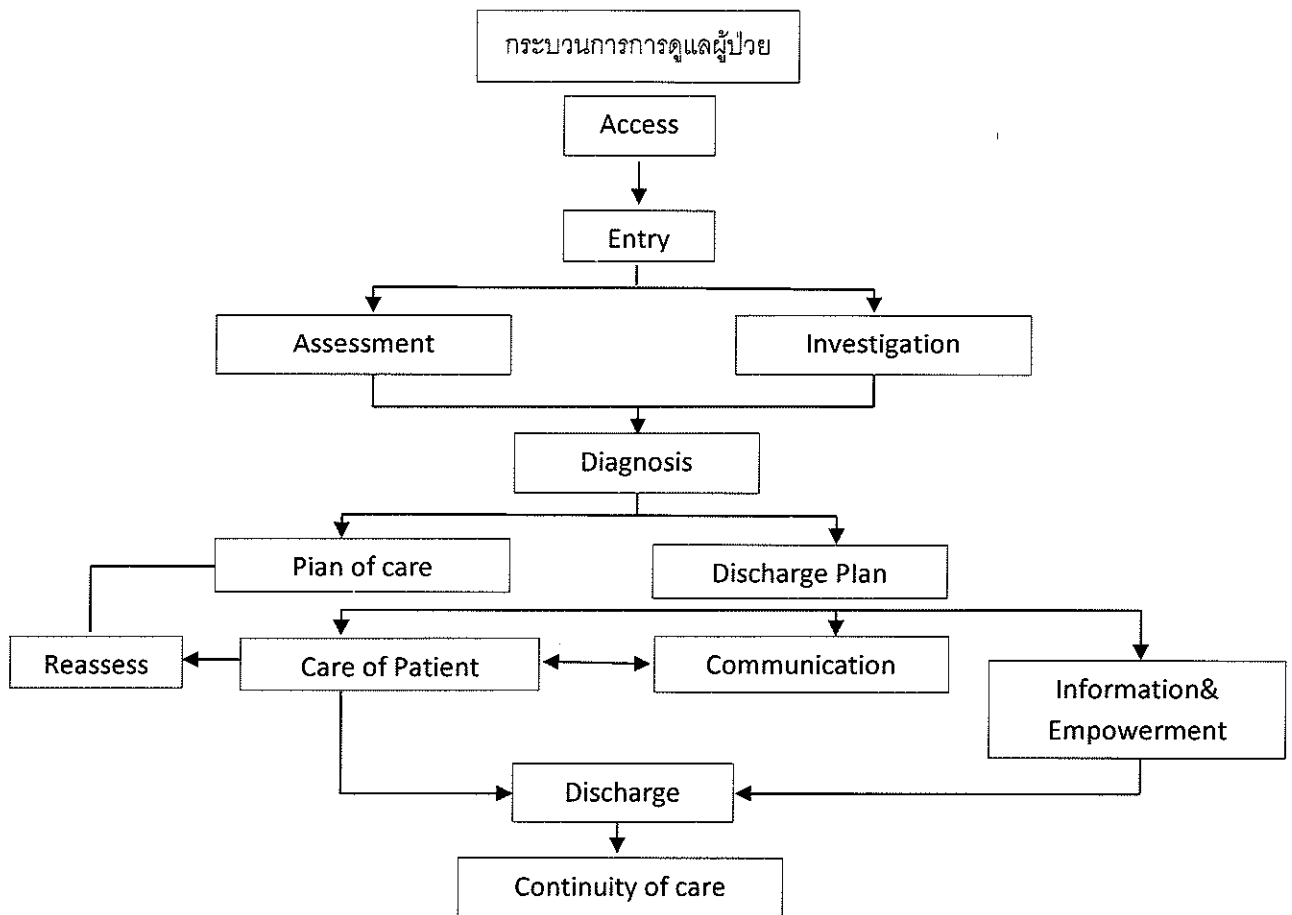
๑. อะไรคือโรคที่สำคัญ (เสียงสูง, พบบ่อย, ผลลัพธ์ไม่ดี, ต้องประสานกัน, ยึดเชื้อ)
๒. อะไรคือประเด็นสำคัญในโรคดังกล่าว
๓. จะปรับปรุงการดูแลโรคดังกล่าวได้อย่างไร
๔. ใช้การทบทวนหาสาเหตุ/นำเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มาวิเคราะห์ (Adverse event/Root cause Analysis)
๕. ใช้แนวคิดองค์กรรวม/มุมมองของทีมสหสาขาวิชาชีพเข้ามามอง
๖. ใช้ความรู้และวิชาการเข้ามาเทียบ (Gap Analysis)
๗. ใช้เครื่องชี้วัดเข้ามาวัด (Indicator monitoring)

บทบาทหน้าที่ PCT

๑. วิเคราะห์โอกาสพัฒนา กำหนดทิศทางการพัฒนามองภาพรวมการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย
 ๒. ความเสี่ยงทางคลินิก
 ๓. ประสานงานร่วมมือ/ สนับสนุนทรัพยากร
 ๔. ประเมิน ติดตามผล
- จากผู้ป่วย ๑ รายสู่กลุ่มผู้ป่วย
- ๑) กลุ่มโรคเดียวกัน
 - ๒) การทำหัตถการเดียวกัน
 - ๓) กลุ่มที่มีปัญหาคล้ายกัน

- ปัญหาในขั้นตอนเดียวกัน เช่น การวินิจฉัยที่ไม่ชัดเจน
- ใช้วิธีการรักษาคล้ายกัน เช่น การใช้ยาต้านจุลชีพ
- มีภาวะแทรกซ้อนคล้ายกัน เช่น การติดเชื้อ

เหตุผลที่เลือกกลุ่มผู้ป่วยอาจมีได้หลากหลาย เช่น พบบ่อย ค่าใช้จ่ายสูง มีความเสี่ยงสูง ผลการดูแลรักษาไม่ดี ต้องมีความร่วมมือประสานงานกันสูง มีมิติด้านการสร้างเสริมสุขภาพ จิตใจ อารมณ์ สังคม



การประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

๑. ทบทวน compliance จากเวชระเบียน
๒. Bedside Review
๓. จาก AE สู่ระบบที่ดี
๔. ตามรอย SIMPLE
๕. ตามรอยทางคลินิก (Clinical Tracer)
๖. ใช้โรคเฉพาะ (Proxy Disease) สะท้อนคุณภาพในแต่ละขั้นตอนของการดูแล
๗. ประมวลผลข้อมูลทั้งหมดตามมาตรฐาน

- ประเมินตนเอง ๓ ประเด็น ๓ บรรทัด -> ทำอะไร ทำอย่างไร ผลเป็นอย่างไร

แนวทางการพัฒนาการดูแลกลุ่มผู้ป่วย

- ๑) คุยกันเล่น
 - ประเด็นสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนั้นคืออะไร
 - กระบวนการเพื่อให้การดูแลในประเด็นดังกล่าวมี คุณภาพ
- ๒) เห็นของจริง
 - ตามไปดูการทำงานจริงที่เกิดขึ้นในขั้นตอนต่าง ๆ
- ๓) Clinical Tracer
 - ประเมินกระบวนการดูแล, กระบวนการพัฒนา, ระบบงานที่เกี่ยวข้อง, ตัวชี้วัดสำคัญ
- ๔) Clinical CQI

- ตั้งเป้า ใฝ่ดู ปรับเปลี่ยน
- พัฒนาตามแนวคิด Lean

Trigger tool & Medical Record review

Medical Record review

หัวใจสำคัญของการทบทวนเวชระเบียน: เพื่อให้เห็นจุดอ่อนของการบันทึกเวชระเบียนที่เป็นอยู่นำไปสู่การปรับปรุงวิธีการบันทึกให้เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยและการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

การทบทวนเพื่อหาโอกาสพัฒนา

๑. การทบทวนเวชระเบียน
๒. การทบทวนข้างเตียง
๓. การทบทวนอื่น ๆ เช่น การทบทวนคำร้องเรียนของผู้ป่วย, การทบทวนเหตุการณ์สำคัญ/เสียชีวิต/ภาวะแทรกซ้อน, การติดเชื้อในโรงพยาบาล, การใช้ยา, การใช้ทรัพยากร, ตัวชี้วัด, การค้นหาความเสี่ยง, การทบทวนศักยภาพ (การส่งต่อ, การตรวจรักษา)

การทบทวน คือ การหมุนวงล้ออย่างต่อเนื่อง โดยใช้หลัก ๓C PDSA

๓C= Concepts, Context, Criteria

PDSA= Purpose, Design, Action, Learning, Improve

การใช้เวชระเบียนให้เกิดประโยชน์สูงสุด บันทึกสิ่งที่มีคุณค่า และสามารถใช้ประโยชน์ได้ในเวชระเบียน ทบทวนการใช้ประโยชน์ร่วมกันระหว่างวิชาชีพ ทบทวนเวชระเบียนโดยกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน ครอบคลุมของการประเมิน ความเหมาะสมของการวินิจฉัยโรค ความรวดเร็วในการตอบสนองเมื่อเหตุการณ์ การใช้ประโยชน์จากรายงานทางห้องปฏิบัติการ

การเริ่มต้นทบทวนเวชระเบียน โดยการใช้ Timeline ในการทบทวนเวชระเบียน

ประโยชน์ของ Timeline

๑. ช่วยให้เห็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในแต่ละช่วงเวลา
๒. ช่วยให้เห็นความสัมพันธ์เชิงเหตุ เชิงผลของเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
๓. ช่วยให้เห็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญที่เชื่อมโยงกับกระบวนการดูแลผู้ป่วย
๔. ช่วยให้เห็นหาอุบัติเหตุได้ง่ายและชัดเจนขึ้น

ปัญหาในการทบทวนเวชระเบียนที่พบบ่อย

๑. ไม่รู้จะเริ่มต้นอย่างไร, ใครควรจะเป็นผู้ทบทวน, หาอุบัติเหตุการณ์และภาวะไม่พึงประสงค์ไม่พบ, ขาดแรงจูงใจในการทบทวน ทำเพราะถูกสั่งให้ทำ, ทบทวนไม่สม่ำเสมอไม่ต่อเนื่อง, เป็นภาระ, การบันทึกข้อมูลที่ไม่เพียงพอ ขาดความครอบคลุมปัญหา, ขาดความต่อเนื่อง, ขาดการประสานงานการประเมินร่วมกันในทีมรักษา

๒. ภาระงานมากจะทบทวนได้อย่างไร

๒.๑ ยิ่งภาระงานมากยิ่งต้องทบทวนว่าอะไรคือข้อมูลที่จำเป็น

๒.๒ การทบทวนต้องนำมาสู่ความเข้าใจว่าอะไรคือข้อมูลที่จำเป็นและเป็นประโยชน์

๒.๓ ถ้าไม่มีการทบทวนจะยิ่งเสียเวลากับเรื่องไม่จำเป็น ไม่มีโอกาสสร้างคุณค่าใหม่ๆ

ให้กับผู้รับบริการ เวชระเบียนเป็นเอกสารการบันทึกที่สะท้อนเรื่องราวของเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการ

ดูแลรักษาผู้ป่วยแต่ละราย ตั้งแต่ต้นจนจบที่จะช่วยให้เห็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างทีมผู้ดูแลรักษา กับผู้ป่วยและญาติ
เวชระเบียนจึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการสะท้อนคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

Trigger tool

๑. สามารถใช้ trigger tool เพื่อค้นหา AE เพื่อเรียนรู้จุดอ่อนในกระบวนการดูแลรักษา
๒. สามารถนำ AE ที่ได้จากการทบทวน trigger tool มาวิเคราะห์สาเหตุ นำสู่การปรับปรุง
๓. กระบวนการดูแลรักษาและระบบงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผลลัพธ์การดูแลรักษาดีขึ้น
๔. สามารถเลือกใช้ trigger tool ได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน และบูรณาการสู่
การปฏิบัติงานประจำวันได้

Trigger หมายถึง ลักษณะกระบวนการ เหตุการณ์ หรือผลลัพธ์ ที่สามารถค้นหาหรือมองเห็นได้ง่าย
และมีความสัมพันธ์กับโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ ไม่พึงประสงค์ (AE) ในการดูแลผู้ป่วย แนะนำให้ใช้ trigger
เป็นเครื่องมือในการคัดกรองเวชระเบียนมาทบทวนเพื่อเพิ่มโอกาสที่จะพบ AE ได้มากขึ้น เมื่อพบเหตุการณ์ต้อง
แก้ปัญหาเฉพาะหน้าก่อน และวิเคราะห์สาเหตุ หาแนวทางป้องกันปัญหา ออกแบบระบบงานที่ดีมีการปรับปรุง
ระบบและการสื่อสาร/ฝึกอบรม/ปฏิบัติ/ควบคุมกำกับ/ทบทวน/เรียนรู้

ความสัมพันธ์ระหว่าง trigger กับ AE

๑. Trigger คือ การพบเหตุการณ์ที่เป็นสภาวะล่อแหลมที่อาจจะเกิด AE แต่ก็มิได้เกิด AE เสมอไป
๒. ผู้ป่วยแต่ละรายอาจพบ ๑ trigger หรือหลาย trigger (หรือไม่พบเลยก็ได้)
๓. Trigger บางตัวก็เป็น AE ในตัวเองด้วย
๔. เมื่อพบ trigger ตัวใดให้ทบทวนหา AE ที่สัมพันธ์กันก่อนแล้วค่อยมองหา AE อื่น ๆ
๕. ผู้ป่วยบางรายอาจพบ AE โดยไม่พบ trigger ที่เสนอไว้ก็ได้

ขั้นตอนการดำเนินการ

กำหนดทีม → กำหนดช่วงเวลา → กำหนดแหล่งข้อมูล → กำหนด trigger และจำนวน
charge นำ charge มาทบทวน AE → วิเคราะห์ข้อมูล → สรุปลักษณะของการเกิด AE เพื่อใช้ประโยชน์
ความสัมพันธ์ระหว่างการทบทวนเวชระเบียน AE และ RCA

ใช้ trigger tools เลือกเวชระเบียนมาทบทวน → ทบทวนเวชระเบียน → ค้นหา AE →
ค้นหาสาเหตุแรก → การปรับปรุงแก้ไขเชิงระบบ → ป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ภาวะไม่พึงประสงค์ซ้ำ

Clinical Tracer

ตามรอยทางคลินิก คือ การตามรอยกระบวนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง ร่วมกับองค์ประกอบอื่น ๆ
ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนั้น การตามรอยนี้ควรทำทั้งการตามรอยผู้ป่วยแต่ละรายที่หน้างานจริงและ
การทบทวนข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยทั้งหมด

องค์ประกอบที่นำมาพิจารณาในการตามรอยทางคลินิก

๑. โดยใช้หลัก ๓P หรือ PDSA
๒. สรุปข้อมูลเป็นแผนภูมิ ตาราง กราฟ ที่สะท้อนความเข้าใจของทีมงาน
๓. บันทึกไว้ใน power point และนำมาทบทวน / ปรับปรุงกันบ่อยเพื่อความเข้าใจหาโอกาส

พัฒนาต่อเนื่องดำเนินการพัฒนา

องค์ประกอบของ Clinical Tracer

๑. บริบท context
๒. ประเด็นสำคัญ / ความเสี่ยงสำคัญ

๓. เป้าหมายเครื่องชี้วัดสำคัญ โดยใช้วิธี Diver Diagram
๔. กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ
๕. ผลลัพธ์
๖. แผนการรักษา

Diver Diagram คือแผนภูมิที่แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยที่จะมีผลต่อความสำเร็จตามเป้าหมาย ทำให้เห็นภาพรวมของแนวทางการพัฒนาที่เกิดขึ้น ช่วยตรวจสอบความสมบูรณ์ของสิ่งที่ทำ ช่วยกำหนดเป้าหมาย และตัวชี้วัดและตัววัดความก้าวหน้าของการพัฒนาในแต่ละองค์ประกอบ

Clinical Risk to Risk Register

- ความเสี่ยง คือ โอกาสที่จะเกิดอันตรายกับผู้ป่วย
- อุบัติการณ์ คือ เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วย (ที่ไม่ควรเกิดขึ้น)
- อุบัติการณ์ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นแล้ว ความเสี่ยงเป็นสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้น
- อุบัติการณ์ ในอดีต อาจเป็นความเสี่ยงในปัจจุบันและอนาคต
- อุบัติการณ์ ในอดีต อาจไม่เป็นความเสี่ยงอีกต่อไป หากมีการปรับปรุงแก้ไขอย่างรัดกุม
- ความเสี่ยง มีทั้งอุบัติการณ์ที่เคยเกิดขึ้น และโอกาสเกิดซึ่งยังไม่เคยมีอุบัติการณ์การบริหาร ความเสี่ยงมีวัตถุประสงค์ เพื่อรับรู้ ป้องกัน จำกัดความเสี่ยงอันตรายและความสูญเสียที่จะเกิดขึ้นรวมทั้งสร้างความตื่นตัวแก่ผู้เกี่ยวข้อง และสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร

ประเภทของความเสี่ยง

๑. ความเสี่ยงทั่วไป (Non clinical risk)
๒. ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical risk)
 - ๒.๑ ความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป (Common clinical risk)
 - ๒.๒ ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค (Specific clinical risk)
 - ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรคสุติ นรีเวชกรรม เช่น PPH มีโอกาสเกิด Hemorrhagic shock, Sheehan syndrome เป็นต้น
 - ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรคศัลยกรรม เช่น Severe head injury มีโอกาสเกิด Increased Intracranial pressure ตามมาด้วย brain herniation เป็นต้น
 - ความเสี่ยงทางคลินิกอายุกรรม เช่น Acute myocardial infarction มีโอกาสเกิด Congestive Heart failure และ Sudden cardiac arrest

Risk Register เป็นเอกสารหลักเพื่อเป็นเครื่องมือในการบริหารความเสี่ยงทุกขั้นตอน ทำให้เป็นกระบวนการที่มีชีวิตเป็นพลวัตมีการปรับปรุงวิธีการทำงานอย่างต่อเนื่อง

ทะเบียนการจัดการความเสี่ยง

Risk profile = Risk identification → Risk Analysis

Risk Register = Risk Treatment → Risk Monitor Review

การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment) ประกอบด้วย ๓ ขั้นตอน

๑. Risk identification ค้นหา ระบุ และพรรณนาความเสี่ยงที่มีผลขัดขวางการบรรลุวัตถุประสงค์
๒. Risk Analysis ทำความเข้าใจธรรมชาติ แหล่งที่มาและสาเหตุของความเสี่ยง ประเมินค่าระดับ ความเสี่ยงศึกษาผลกระทบของความเสี่ยง ตรวจสอบการควบคุมที่ใช้อยู่

๓. Risk Evaluation เปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ความเสี่ยงกับ risk criteria เพื่อตัดสินใจว่าเป็นระดับความเสี่ยงที่ยอมรับได้หรือไม่

การระบุความเสี่ยงทางคลินิก

รายงานอุบัติการณ์ → ทบทวนคุณภาพ → การทบทวนเวชระเบียนโดยใช้ trigger tools
การวิเคราะห์กระบวนการดูแลผู้ป่วย → การวิเคราะห์โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในแต่ละโรค →
การตามรอยการดูแลผู้ป่วย → บทเรียน จากรพ. อื่น → Patient Safety Goals (simple)

การวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk Analysis)

Risk level = Consequences x Likelihood

แนวทางปฏิบัติ

๑. วิเคราะห์โอกาสที่ความเสี่ยงจะกลายเป็นอุบัติการณ์ (likelihood)
๒. วิเคราะห์ผลกระทบหรือความรุนแรงของอุบัติการณ์หากเกิดขึ้น
๓. ประเมินการโดยให้คะแนน ๑-๕ (๑=ต่ำสุด ,๓=ปานกลาง,๕=สูงสุด) บวกหรือคูณคะแนนทั้งสองเข้าด้วยกันเป็น Risk Level

๔. พิจารณาลำดับความเสี่ยงสำคัญของ Risk ทั้งหมด

โอกาสที่จะเกิดขึ้น (Likelihood)

๑. Rare (ไม่เชื่อว่าจะเกิดขึ้นได้)
๒. Unlikely (ไม่คาดว่าจะเกิด)
๓. Possible (เป็นครั้งคราว)
๔. Likely (บ่อย)
๕. Frequent (บ่อยมาก)

ความรุนแรง (Consequence)

๑. Negligible มีอันตราย / บาดเจ็บเพียงเล็กน้อย ไม่ต้องการปฐมพยาบาลหรือสิ่งที่เกิดขึ้นไม่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
๒. Minor มีอันตราย/บาดเจ็บเล็กน้อย สามารถแก้ไขได้โดยง่าย อาจทำให้ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น
๓. Moderate มีอันตราย/บาดเจ็บปานกลาง ต้องการการรักษาพยาบาลหรือหัตถการ, อาจมีการสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกายเล็กหรือชั่วคราว
๔. Major มีอันตราย/บาดเจ็บรุนแรงอาจทำให้สูญเสียอวัยวะหรือการทำหน้าที่ของร่างกายอย่างถาวร
๕. Catastrophic อุบัติการณ์นำไปสู่การเสียชีวิตหรือทุพพลภาพอย่างถาวร

การรับมือความเสี่ยง (Risk Treatment)

เป็นกระบวนการในการลดความรุนแรงของความเสี่ยง ประกอบด้วยเลือกทางเลือก และการนำทางเลือกไปปฏิบัติ

Risk prevention กำหนดมาตรการป้องกันที่รัดกุม

Risk monitoring ติดตามตัวชี้วัดหรือข้อมูลเพื่อตรวจจับโอกาสเกิดอุบัติการณ์ หรือรับทราบสถิติการเกิดอุบัติการณ์

Risk mitigation การทุเลาความเสียหายเมื่อเกิดอุบัติการณ์

Quality improvement plan หาคำตอบที่ชัดเจนยิ่งขึ้นในการป้องกัน

RCA Improving Root Cause Analyses and Actions to Prevent Harm & Safety design ปัญหาที่พบของการทำ RCA

๑. ไม่สามารถระบุความเสี่ยง / อุบัติการณ์ได้อย่างชัดเจน
 ๒. มีการทำ RCA กรณีความเสี่ยงระดับรุนแรงเท่านั้น
 ๓. ทักษะของทีมต่อการทำ RCA : กังวล กลัวความคิด ไม่ได้เป็นการร่วมแก้ปัญหา
 ๔. RCA แยกตามแต่ละหน่วยงาน การมีส่วนร่วมกับทีมนำระบบงานที่เกี่ยวข้องยังไม่ครอบคลุม
 ๕. สรุปผลการทำ RCA เหตุการณ์สำคัญ / ความเสี่ยงส่วนใหญ่มักเกิดจาก ไม่มีแนวทางปฏิบัติ
- บุคลากรขาดความรู้ ขาดความตระหนัก บุคลากรไม่ปฏิบัติตามแนวทาง
๖. ยังไม่ได้สาเหตุของปัญหา
 ๗. ผลจากการทำ RCA เป็นการแก้ไขปัญหาหลังเกิดเหตุการณ์ ยังไม่ชัดเจนในการออกแบบระบบงานใหม่เพื่อป้องกันปัญหา
 ๘. ผลจากการทำ RCA ไม่ได้นำลงสู่การเรียนรู้ไปยังหน่วยงานต่าง ๆ
 ๙. ยังไม่ชัดเจนในการกำกับ ติดตาม

Root Cause Analysis (RCA)

๑. RCA ช่วยในการระบุ What, How, Why ในอุบัติเหตุ หรือความล้มเหลวที่เกิดขึ้น
๒. Root Cause เป็นสิ่งอยู่เบื้องหลัง สามารถค้นหาได้ จัดการได้และเป็นทางออกที่ใช้ป้องกันได้กว้างขวาง

หลักการในการทำ RCA

๑. ใช้แนวคิดเชิงระบบ
๒. มุ่งป้องกันการเกิดซ้ำ
๓. ใช้หลัก Pareto เน้นสาเหตุจำนวนน้อยที่ทำให้เกิดปัญหามาก
๔. การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

RCA จะทำเมื่อมีเหตุการณ์รุนแรง มีผลกระทบสูง ทำ RCA ทุกราย หรือมีเหตุการณ์มีความรุนแรงต่ำ ให้ดูแนวโน้ม หากเกิดปัญหาซ้ำควรทำ RCA ในภาพรวม

RCA เรียนรู้จากความผิดพลาด

๑. Story & timeline เกิดอะไรขึ้น, เกิดขึ้นเมื่อใด, ใครบ้างที่เกี่ยวข้อง, เกิดขึ้นที่ไหนประโยชน์ของการเขียน timeline: เรียนรู้ลำดับการเกิดเหตุการณ์ก่อนหลัง และช่วงห่างของเหตุการณ์ช่วยให้เห็นชัดเจนว่า AE คืออะไร เกิดขึ้นในช่วงไหน ช่วยในการพิจารณาความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล, ช่วยในการตั้งคำถามว่ามีอะไรเกิดขึ้นระหว่างเหตุการณ์ที่ระบุ
๒. Potential change จุดเปลี่ยน=ระบบ/มาตรฐานการปฏิบัติ/การตัดสินใจ ที่ควรเกิดขึ้น
๓. Listen to voice of staff ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้บอกเล่าจากมุมมองของตนตามความเหมาะสม ทุกคนมีบทบาท และควรรับทราบบทบาทของผู้อื่น และสร้างบรรยากาศที่ดีในการสนทนา ทำตัวเป็นกลางไม่ตัดสินใคร มองโลกในแง่ดี, ใช้คำถามปลายเปิด พยายามถามหา Why
๔. Swiss Cheese เป็นหน้าที่ของ RCA Facilitator ที่จะประมวลข้อมูลทั้งหมด มาสรุปเป็นปัจจัยเชิงระบบสำหรับแต่ละจุดเปลี่ยน
๕. Creative solution ออกแบบโดยยึดหลักยอมรับในข้อจำกัดของคนและใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วย

RCA เน้นการปรับปรุงแก้ไขอย่างเป็นระบบ เพื่อป้องกันการเกิดเหตุการณ์ซ้ำ ไม่ควรพิจารณานานกว่า ๓๐-๔๕ วัน ประชุมแต่ละครั้งไม่เกิน ๒ ชั่วโมง มีรายละเอียดของแต่ละขั้นตอน/ มีแผนปฏิบัติการ/ ผลลัพธ์/ติดตามการประเมินผล/ปรับปรุง

๒P Safety (Patient & Personal Safety)

Patient Safety Goals-PSG

๑. การตั้งเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย เราจะคำนึงถึงสิ่งที่เราจะต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบ
๒. การหาเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย ขึ้นอยู่กับบริบทและปัญหาต่าง ๆ ของโรงพยาบาลนั้น ๆ
๓. การหาเป้าหมายความปลอดภัย จะช่วยให้ โรงพยาบาลสามารถจัดสรรทรัพยากรและกระบวนการที่สำคัญขึ้นมาจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม
๔. เมื่อผู้ป่วยได้รับบริการประกอบไปด้วยบุคลากรหลายฝ่าย (แพทย์, ทันตแพทย์, พยาบาล, เภสัชกร, โภชนาการ, นักสังคมสงเคราะห์ และบุคลากรอื่น ๆ)
๕. การตรวจสอบวิธีการปฏิบัติต่าง ๆ
๖. การเรียนรู้จากความผิดพลาด
๗. การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพกับคนอื่นในทีม กิจกรรมเหล่านี้จะช่วยลดค่าใช้จ่ายพร้อมกับลดผลเสียแก่ผู้ป่วย
๘. การรายงานและการวิเคราะห์ความผิดพลาดเป็นเรื่องสำคัญที่จะช่วยให้คิดถึงการเปลี่ยนแปลงที่จะนำไปป้องกันความผิดพลาด
๙. การเข้าใจปัจจัยที่นำไปสู่ความผิดพลาดเป็นเรื่องสำคัญที่จะช่วยให้คิดถึงการเปลี่ยนแปลงที่จะนำไปป้องกันความผิดพลาดนั้น

Patient Safety Solution คือ การสรุปบทเรียนแนวทางปฏิบัติที่ได้ผลมีคำตอบที่ผ่านการทดสอบมาแล้วจำนวนหนึ่ง (Evidence Base) เพื่อให้โรงพยาบาลต่าง ๆ สามารถนำไปประยุกต์ ใช้ให้เหมาะสมกับตนเองโดยเสียเวลาลองผิดลองถูกน้อยลง

Patient Safety การลดความเสี่ยงของอันตรายที่หลีกเลี่ยงได้ ซึ่งสัมพันธ์กับการบริการสุขภาพให้อยู่ในระดับที่น้อยที่สุดที่จะยอมรับได้

Personal Safety เป็นการตั้งเป้าหมายเพื่อให้มีการเตรียมการจัดการเครื่องมือที่จำเป็นเพื่อให้บุคลากรสามารถรับรู้สถานการณ์ที่อาจจะเป็นอันตราย เพื่อลดหรือป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายกับตนเอง

Patient Safety Goals

S: Safe Surgery and Invasive Procedures

I: Infection Prevention and Control

M: Medication & Blood Safety

P: Patient Care Processes

L: Line, Tube & catheter, Device and Laboratory

E: Emergency Response

Personnel Safety Goals

S: Security and privacy of information on social media (communication)

- I: Infection and Exposure
- M: Mental Health and Mediation
- P: Process of work
- L: Lane (ambulance), legal issues
- E: Environment & Working conditions

การวางระบบป้องกันแบบมีส่วนร่วม

๑. Leader Responsibility

๑.๑ พิจารณากระบวนการทำงานที่มีความเสี่ยง และกำหนดเครื่องมือหรือมาตรการป้องกัน และจัดการระบบฝึกอบรม เพื่อให้ผู้ปฏิบัติรู้ความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัยและระบบที่ไม่ปลอดภัย

๑.๒ เมื่อมีเจ้าหน้าที่เล่า หรือแสดงความกังวลด้านความปลอดภัย ผู้นำระดับสูงเป็นตัวอย่าง ให้คนในองค์กร หยุด ฟัง และตรวจสอบข้อมูล และดำเนินการอย่างรวดเร็ว เพื่อแก้ไขสถานการณ์ที่ไม่ปลอดภัย

๑.๓ เป็นแบบอย่างให้ผู้ปฏิบัติงานในการนำความรู้ที่เหมาะสม และการตัดสินใจอย่างรอบคอบมาใช้กับความล้มเหลวและความผิดพลาดของตัวเอง

๑.๓ มีการกำหนดให้ความปลอดภัยเป็นค่านิยมหลัก

๑.๔ มีการเสริมพลังให้เจ้าหน้าที่ที่จะต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยให้ตระหนักเรื่องความปลอดภัยของตนเองและผู้ป่วย

๒. Designing Reliable System

๒.๑ สิ่ง que ผู้ปฏิบัติงานต้องทำ คือ ปฏิบัติงานตามระบบที่ออกแบบ รู้ข้อผิดพลาดของตัวเองและรับผิดชอบต่อสิ่งที่ตัวเองทำด้วย

๒.๒ พนักงานจะต้องได้รับการอบรมให้รู้และเข้าใจในงานและวิธีปฏิบัติอย่างละเอียด แต่ประสิทธิภาพของการทำงาน ที่ได้จากการอบรม ผ่านการบรรยายเพียงอย่างเดียว มีผลไม่มากนัก

๒.๓ ต้องมีการทบทวนความรู้, ขั้นตอนการปฏิบัติ และการประเมินความชำนาญของเจ้าหน้าที่บ่อย ๆ จะทำให้เจ้าหน้าที่คุ้นชินในการปฏิบัติจนกลายเป็นนิสัย

๓. Culture change

๓.๑ เป็นการเปลี่ยนแปลง ในทัศนคติและค่านิยมของกลุ่มการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม

๓.๒ การเปลี่ยนแปลงในวิธีการคิด ที่ทำให้เกิดบรรทัดฐานของพฤติกรรมแบบใหม่ เพื่อให้เกิดการปรับปรุงประสิทธิภาพที่ดีขึ้น

๓.๓ ต้องมีปรับเปลี่ยนในกระบวนการ ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม

มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย

๑. มีแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วยตามมาตรฐานจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนด

๒. แสดงจำนวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละปีตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนดและแบบประเมินตนเองเพื่อขอรับการรับรองคุณภาพ

๓. กรณีเกิดอุบัติการณ์ ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนดซึ่งส่งผลกระทบต่อถึงตัวผู้ป่วย (ระดับ E ขึ้นไป) ให้สถานพยาบาลทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุรากของปัญหา

๔. จัดทำแผนควบคุมป้องกันความเสี่ยงที่สัมพันธ์กับมาตรฐานกับมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย

มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย

๑. การผ่าตัด ผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ
๒. การติดเชื้อที่สำคัญในสถานพยาบาล (SSI,VAP,CAUTI)
๓. บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่
๔. การเกิด Medication error และ adverse drug event
๕. การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด
๖. การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด
๗. ความคลาดเคลื่อนจากการวินิจฉัยโรค
๘. การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
๙. การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน

สรุปสิ่งที่ต้องปฏิบัติ คือ

๑. มีแนวทางปฏิบัติ
๒. แสดงจำนวนอุบัติการณ์
๓. กรณีเกิดอุบัติการณ์ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ให้ทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุแรกของปัญหา
๔. จัดทำแผนควบคุมป้องกันความเสี่ยง และมีผลการดำเนินงานตามแผนแสดงแก่ผู้เยี่ยมชมสำรวจ

การติดตามกระบวนการดูแลผู้ป่วย (Patient Care Process Monitoring)

กระบวนการที่ต่อเนื่องจากกระบวนการค้นหาความเสี่ยงและจัดการความเสี่ยงทางคลินิก เพื่อให้หน่วยงานได้เห็นผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ทั้งในด้านของการแยกประเภทความเสี่ยง ความรุนแรง และแนวโน้มของ ความเสี่ยงทางคลินิกต่าง ๆ

ทำไม ต้องติดตามความเสี่ยงและความปลอดภัยทางคลินิก

๑. เห็นภาพรวมของความเสี่ยงทางคลินิก ที่สอดคล้องตามกระบวนการดูแลผู้ป่วย
๒. เห็นแนวโน้มของผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย
๓. จัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงทางคลินิกตามกระบวนการดูแลผู้ป่วย
๔. ตัดสินใจในประเด็นการพัฒนาคุณภาพซึ่งอาจจะต้องมีหลายเรื่องที่ต้องดำเนินการไปพร้อมกัน
๕. ช่วยให้หน่วยงานสามารถกำหนดเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพ ตามกลุ่ม โรคที่เป็นโอกาสพัฒนา และตามกระบวนการดูแลผู้ป่วย
๖. ช่วยให้หน่วยงานสามารถประเมินประสิทธิภาพของกระบวนการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะระบบบริหารความเสี่ยงทางคลินิกและความปลอดภัยทางคลินิกจะเลือก KPI อะไร -> INPUT – PROCESS – OUTCOME

ข้อมูลคุณภาพของแต่ละโรค/หัตถการ (Clinical Tracer, Clinical Quality Summary)

- Purpose แสดงเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจนพร้อมปัจจัยขับเคลื่อน
- Process แสดงคุณภาพในทุกขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุด
- Zoom out แสดง flow chart ของ key patient care processes พร้อมประเด็นสำคัญ
- Zoom in ระบุสิ่งต่อไปในในแต่ละขั้นตอน
- Process requirement (รวมทั้ง requirement ที่ได้จากการวิเคราะห์ ความเสี่ยงในขั้นตอน)
- Process design หรือวิธีการเพื่อให้ บรรลุ requirement นั้น

- Process indicator ตัววัดที่ใช้ monitor คุณภาพของขั้นตอน (ถ้าเป็นประโยชน์)
- Performance แสดงระดับและแนวโน้มของผลลัพธ์ที่สำคัญ (ตามเป้าหมาย)
 - แสดงด้วย run chart หรือ control chart
 - พร้อมด้วย annotation ที่ระบุ CQI ที่ทำในช่วงเวลาต่าง ๆ
 - แสดงค่าเป้าหมายที่มีการปรับตามผลลัพธ์ล่าสุด
 - แสดงค่าเทียบเคียง (benchmark) ถ้ามี

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๓.๑ ต่อตนเอง

๑. มีความเข้าใจ เชิงระบบบริหารความเสี่ยงทางคลินิกทั้งในระดับภาพรวมและระดับทีมนำทางคลินิกและทั่วไป

๒. สามารถใช้ข้อมูล มาวิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ

๒.๓.๒ ต่อหน่วยงาน

๑. สามารถนำความรู้ที่ได้มาร่วมพัฒนาเชิงระบบและสามารถนำเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพได้อย่างเหมาะสม

๒. วางระบบความเสี่ยงทางคลินิก ทั้งในระดับภาพรวมและระดับทีมดูแลผู้ป่วย

๒.๓.๓ อื่น ๆ เพื่อวางระบบการบริหารความเสี่ยงทั้งในระดับทีมและในการดูแลผู้ป่วยพัฒนาคุณภาพได้อย่างเหมาะสม

ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรค

๓.๑ การปรับปรุง

เนื่องจากขาดบุคลากรในการปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วย ทำให้มีปัญหาในการส่งบุคลากรไปอบรม

๓.๒ การพัฒนา

กระตุ้นให้เกิดการพัฒนาเชิงระบบงานภายในโรงพยาบาล ทำให้เกิดการพัฒนอย่างต่อเนื่อง และมีการติดตามตัวชี้วัดและนำตัวชี้วัดที่ไม่บรรลุเป้าหมายมาวางแผนพัฒนา

ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

หลักสูตรดังกล่าวเป็นประโยชน์กับโรงพยาบาลและผู้ให้บริการอบรมเนื่องจากสามารถนำความรู้ที่ได้รับกลับมาพัฒนาระบบงานคุณภาพและความปลอดภัยทางคลินิก ควรมีการส่งบุคลากรไปอบรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อการพัฒนาระบบงานให้มีประสิทธิภาพต่อไป

ลงชื่อ.....*สุวิภา ชัยขวัญ*.....ผู้รายงาน
(นางสาวสุกัญญา ชัยขวัญ)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ลงชื่อ.....*สุภาวดี อสาชานา*.....ผู้รายงาน
(นางสาวสุภาวดี อสาชานา)
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

ลงชื่อ.....*กมล*.....หัวหน้ากลุ่มงาน
(นางสาววิลาสินี พุกนัต)
นายแพทย์ชำนาญการ
หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ
อาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม

ลงชื่อ.....*กนกวรรณ*.....ผู้รายงาน
(นางสาวกนกวรรณ เหมียงสันเทียะ)
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

ลงชื่อ.....*วิไล*.....หัวหน้าฝ่าย
(นางสาววิไล เจียรบรรพต)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้าพยาบาล

ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา *สุวิภา ชัยขวัญ* *สุภาวดี อสาชานา* *กมล* *กนกวรรณ* *วิไล* *วิลาสินี พุกนัต*
กนกวรรณ *วิไล* *วิลาสินี พุกนัต*

ลงชื่อ.....*วิลาสินี พุกนัต*.....หัวหน้าส่วนราชการ
(นายอดิสร วิตตางกูร)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินฺธโร อุทิศ

รายงานการอบรมหลักสูตร HA ๖๐๒: คุณภาพและความปลอดภัยทางคลินิก ของข้าราชการ

๑. นางสาวสุกัญญา ชัยขวัญ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
๒. นางสาวสุภาวดี อาสาชนา ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
๓. นางสาวกนกวรรณ เหมียงสันเทียะ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

โรงพยาบาลหลวงพ่อกี้ ๓๓ ตำบล ชูติโนโร อุทิศ

<https://shorturl.asia/luCQJ>

