

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

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อ - นามสกุล

๑.๑.๑นางสาวจันทิรา แก้วอรสาร.....

อายุ.....๓๕.....ปี การศึกษา.....พยาบาลศาสตรบัณฑิต.....

ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน.....-.....

ตำแหน่ง.....พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ.....

๑.๒ หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ)...ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ด้านการ

พยาบาล ประจำแผนกผู้ป่วยนอก เวรเช้า เวรละ ๘ ชั่วโมง ให้บริการครอบคลุม ๔ มิติ คือ การรักษาพยาบาล ป้องกันภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษา การฟื้นฟูสภาพ และการส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงการดูแลสุขภาพประชาชนและสิ่งแวดล้อมให้มีคุณภาพ.....

๑.๑.๒นางสาวพรพรรณ แสนคำ.....

อายุ.....๓๐.....ปี การศึกษา...พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ...

ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน.....-.....

ตำแหน่ง.....พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ.....

๑.๒ หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ)...ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ด้านการ

พยาบาลประจำห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน เวรเช้า เวรละ ๘ ชั่วโมง ให้บริการครอบคลุม ๔ มิติ คือ การรักษาพยาบาล ป้องกันภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษา การฟื้นฟูสภาพ และการส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงการดูแลสุขภาพประชาชนและสิ่งแวดล้อมให้มีคุณภาพ.....

๑.๓ ชื่อเรื่อง / หลักสูตร.....คุณภาพและความปลอดภัยทางคลินิก (Online) (HA๖๐๒).....

สาขา.....สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน).....

เพื่อ ศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

งบประมาณ เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาล

ทุนส่วนตัว

ค่าลงทะเบียนคนละ ๔,๕๐๐ บาท รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๙,๐๐๐ บาท (เก้าพันบาทถ้วน)

วัน เดือน ปี สถานที่ : ระหว่างวันที่... ..๒๕-๒๗ พฤษภาคม ๒๕๖๕.....

สถานที่...ห้องประชุมบางนาคาภิรมย์ โรงพยาบาลบางนาคกรุงเทพมหานคร.....

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

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกรอบม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย (โปรดให้ข้อมูลในเชิงวิชาการ)

๒.๑ วัตถุประสงค์

๑. เพื่อมาความรู้ ความเข้าใจ ในการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก ทั้งในระดับภาพรวมและระดับทีมในการดูแลผู้ป่วย สามารถใช้ข้อมูลจากอดีต (เวชระเบียน การทบทวนการดูแลผู้ป่วย รายงานอุบัติการณ์)

๒. เพื่อการเรียนรู้ การวิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ และการออกแบบระบบที่รัดกุม โดยใช้โรคหรือสภาวะทางคลินิกในการประเมินคุณภาพของทุกระบบงานในโรงพยาบาล

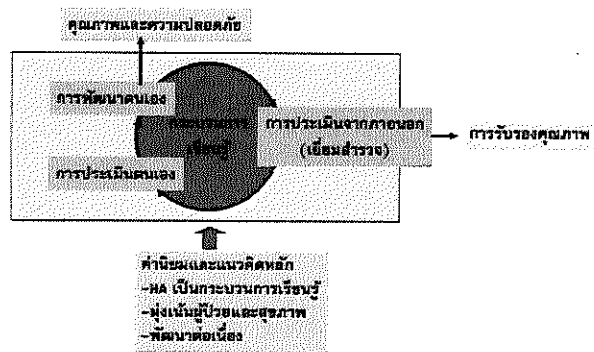
๓. เพื่อพัฒนาคุณภาพทางคลินิกโดยเน้นผลลัพธ์และใช้เครื่องมือการพัฒนาคุณภาพที่หลากหลายร่วมกัน ได้เข้าใจบทบาท และทราบระดับความรับผิดชอบในความเสี่ยงเกิดขึ้นของหน่วยงาน/ ทีม นำด้านคลินิก/ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง การเชื่อมโยงประสานข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่างๆ ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล และสามารถบูรณาการมาตรฐาน HA ตอนที่ III เข้าสู่การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย...

๔. เพื่อให้เกิดแรงบันดาลใจให้เกิดการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง.....

๒.๒ เนื้อหา

คุณภาพและความปลอดภัยทางคลินิก

แนวคิดและหลักการคุณภาพและความปลอดภัยทางคลินิก



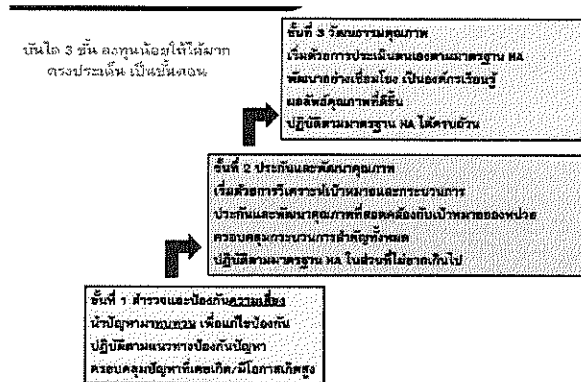
แนวคิดพื้นฐานของกระบวนการ Hospital Accreditation (HA)

หัวใจของการพัฒนาตามกระบวนการ HA

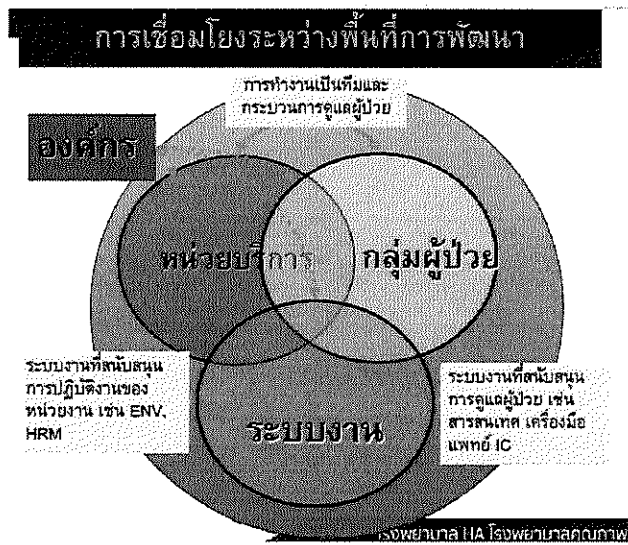
ขั้นที่ 1 สำรองและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหามาทบทวน เพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหา ครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสดังสูง

ขั้นที่ 2 ประกันและพัฒนาคุณภาพ เริ่มด้วยการวิเคราะห์เป้าหมายและกระบวนการประกันและพัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมายของหน่วย ครอบคลุม กระบวนการสำคัญทั้งหมด ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ในส่วนที่ไม่ยากเกินไป

ขั้นที่ 3 วัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้ ผลลัพธ์คุณภาพที่ดีขึ้น ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน



พื้นที่การพัฒนาในโรงพยาบาลและการเชื่อมโยงระหว่างพื้นที่การพัฒนา



เครื่องมือการพัฒนา 6 QI Tracks & 4 Domains

หมายถึง 6 เส้นทางของการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาล และการพัฒนาคุณภาพในส่วนต่างๆ ของโรงพยาบาลประกอบด้วย 4 กลุ่ม ดังนี้

1. Unit Optimization: ประกอบด้วย แนวคิดพื้นฐาน คือ การใช้ 3P, หัวหน้าพาทำคุณภาพ, กิจกรรมคุณภาพพื้นฐานต่างๆ (5ส, KM, ระบบข้อเสนอแนะ), Service Profile
2. Patient Safety: กิจกรรมการทบทวน โดยใช้ประโยชน์จากกิจกรรมการทบทวน เช่น RCA, Standardized Work
3. Clinical Population: เริ่มจากการวิเคราะห์โรคสำคัญ เป้าหมาย ประเด็นสำคัญ (20 โรค) ขึ้นอยู่กับบริบทแต่ละโรงพยาบาล จากนั้นกำหนดประเด็นพัฒนาที่ชัดเจน ดำเนินการพัฒนา และสรุปเป็น Clinical Tracer (การตามรอย Clinical Tracer และการตามรอยผู้ป่วยแต่ละราย)
4. Standard Deployment: เป็นการตามรอยตามมาตรฐาน และหลัก SPA โดยกำหนดโครงสร้างทีม นำ โดยทีมศึกษาแนวทางใน SPA (Standards – Practice – Assessment) เพื่อเห็นของจริงและอ้างอิงจากงานวิจัย
5. Strategic Management: การตามรอยตามแผนกลยุทธ์/ ตัวชี้วัด
6. Self Assessment: การตามรอยการประเมินตนเอง

กระบวนการพัฒนาคุณภาพ 3C-PDSA

3C คือ แนวคิดและการวางแผนในการพัฒนา ประกอบด้วย

1. Criteria: มาตรฐาน หลักฐานทางวิชาการวางไว้อย่างไร
2. Context: บริบทแต่ละโรงพยาบาลเป็นอย่างไร
3. Core value: ค่านิยม หลักคิดในการพัฒนาคุณภาพ

PDSA (Plan-Do-Study-Act) คือ วงล้อของการปฏิบัติเกิดการพัฒนาและการเรียนรู้ ตั้งแต่การออกแบบ การนำไปปฏิบัติ ทบทวน ติดตามประเมินผล และการปรับปรุงให้ดีขึ้น 3C-PDSA จะเริ่มจากตรงไหนก่อนก็ได้ แต่เริ่มแล้วควรขยับไปจนครบทุกองค์ประกอบที่เหลือ สิ่งที่เชื่อมระหว่างการคิด (3C) กับการทำ (PDSA) คือเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ ซึ่งมาจากการวิเคราะห์ context คู่กับเป้าหมายของ criteria เมื่อได้เป้าหมายสามารถกำหนดตัวชี้วัด เพื่อการติดตามกำกับหรือการประเมินผลได้ เมื่อมีเป้าหมายชัดเจน รู้ประเด็นสำคัญต่างๆ ที่เป็นความเร่ง ทำให้สามารถออกแบบระบบงานที่เหมาะสมโดยมีค่านิยมหลัก (core value & concepts) เป็นตัวกำกับเป็นสิ่งที่ทำให้เห็นโอกาสพัฒนามากขึ้น

มาตรฐานสำคัญ & Patient Care Team

1.1 การบริหารงานคุณภาพ (Quality Management)

ข. คุณภาพการดูแลผู้ป่วย

(1) มีการทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของการดูแล และค้นหาโอกาสพัฒนา.

(2) ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดกลุ่มประชากรทางคลินิก เป็นเป้าหมายที่จะพัฒนา กำหนด เป้าหมายและวัตถุประสงค์ในการดูแลและพัฒนาคุณภาพ.

(3) ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการติดตามกำกับผลการดูแลผู้ป่วย กลุ่มเป้าหมาย.

(4) ทีมดูแลผู้ป่วยใช้กิจกรรมและวิธีการที่หลากหลายร่วมกันในการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย เช่น ความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ วิถืองค์รวม การใช้ข้อมูลวิชาการ การวิเคราะห์ root cause นวัตกรรม การ

เปรียบเทียบกับผู้ที่ดีที่สุด. การปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยควร ครอบคลุมมิติด้านการป้องกัน สร้างเสริม รักษาฟื้นฟู ตามความเหมาะสม

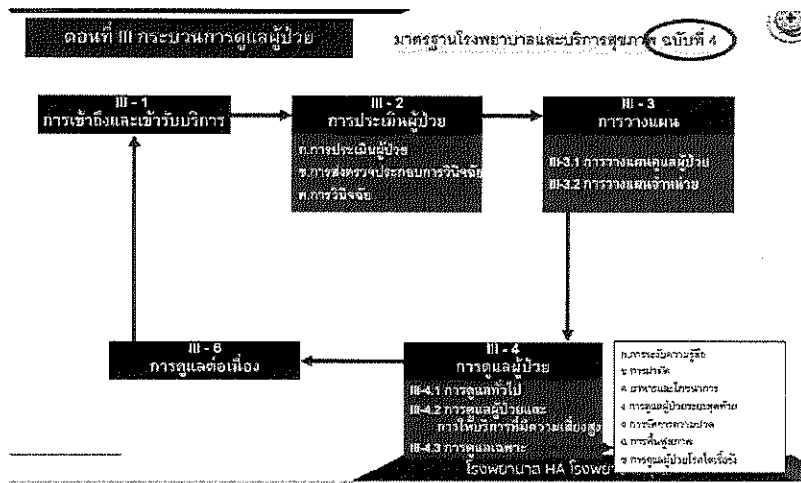
บทบาทหน้าที่ PCT

- วิเคราะห์โอกาสพัฒนา กำหนดทิศทาง ชี้นำมองภาพรวมการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย
- ระบุความเสี่ยงทางคลินิกที่สำคัญรายโรค
- ประสานความร่วมมือ / สนับสนุนทรัพยากรทั้งหน่วยงาน/วิชาชีพ
- ประเมิน ติดตามผล

คุณภาพการดูแลผู้ป่วย & ตามมาตรฐานตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

กระบวนการดูแลผู้ป่วยมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4



สิ่งที่ซ่อนอยู่ในมาตรฐานแต่ละข้อ

ความมุ่งหมาย:	Intent (รู้ว่าทำไปเพื่ออะไร)
เจ้าของกระบวนการ:	Process Owner (รู้ว่าใครต้องทำ)
ผู้รับผลของกระบวนการ:	Process Customer (รู้ว่าคนทำต้องคิดถึงใคร)
ขั้นตอนสำคัญที่ต้องทำ	Process
ผลการดำเนินงาน	Performance

III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (Access and Entry)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วย/ผู้รับผลงานสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้โดยสะดวก มีกระบวนการรับผู้ป่วยที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ ความต้องการของผู้ป่วยอย่างทันเวลา มีการประสานงานที่ดี ภายใต้ระบบงานและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม มีประสิทธิผล

Purpose:	เป้าหมายของมาตรฐานคืออะไร [ผู้ป่วยเข้ารับบริการอย่างเหมาะสม ทันเวลา และมีประสิทธิผล]
Process Owner:	ใครเป็นคนทำ [PCT,CLT] [1.1 ER-OPD-คลินิกเฉพาะโรค]
Process Customer:	ผู้รับผลของกระบวนการนี้ ผู้ป่วยกลุ่มไหน ใครที่ต้องถึง [ทบทวนข้อมูลกลุ่มผู้ป่วย วิเคราะห์ดูว่ากลุ่มไหนบ้าง แต่ละกลุ่มต้องการอะไร]
Process:	กระบวนการ/ขั้นตอนสำคัญที่ต้องทำ [แนะนำให้เปิดมาตรฐาน]
Performance:	ผลการดำเนินงาน [ระยะเวลารอคอยแสดงข้อมูลต่อเนื่อง,.....]

การประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

1. ทบทวน compliance จากเวชระเบียน
2. Bedside Review
3. จาก AE สุระบบที่ดี
4. ตามรอย SIMPLE
5. ตามรอยทางคลินิก (Clinical Tracer)
6. ใช้โรคเฉพาะ (Proxy Disease) สะท้อนคุณภาพในแต่ละขั้นตอนของการดูแล
7. ประมวลผลข้อมูลทั้งหมดตามมาตรฐาน

การใช้ประโยชน์จากแบบประเมินตนเอง

1. เพื่อให้ทราบถึงบทบาท หน้าที่ และความสำคัญของตนเอง/หน่วยงาน/ทีม อันมีผลต่อความสำเร็จขององค์กร
2. เพื่อใช้ในการระบุ ประเมิน และติดตามความก้าวหน้าของความสำเร็จของตนเอง/หน่วยงาน/ทีม (ทั้งในด้านประสิทธิภาพ และประสิทธิผล)
3. เพื่อใช้ในการระบุโอกาสในการพัฒนาระดับองค์กรและสร้างการเรียนรู้ ทั้งในระดับบุคคลและระดับองค์กร

Medical record review

การทบทวนเวชระเบียน (Medical record review) เพื่อให้เห็นจุดอ่อนของการบันทึกเวชระเบียนที่เป็นอยู่ นำไปสาการปรับปรุงวิธีการบันทึกให้เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วย และการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

การทบทวนเพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา

- การทบทวนเวชระเบียน โดยกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน เช่น ครอบคลุมการประเมินความเหมาะสมของการวินิจฉัยโรค ความรวดเร็วในการตอบสนองเมื่อเกิดเหตุการณ์การใช้ประโยชน์จากการรายงานทางห้องปฏิบัติการ การทบทวนเวชระเบียนโดยใช้ trigger tool เลือกเวชระเบียนที่มีโอกาสพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มาทบทวน

- การทบทวนข้างเตียง
- การทบทวนอื่นๆ

Trigger tool

Trigger หมายถึง ลักษณะ กระบวนการ เหตุการณ์ หรือผลลัพธ์ บางประการที่สามารถค้นหาหรือมองเห็นได้ง่าย และมีความสัมพันธ์กับโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (AE) ในการดูแลผู้ป่วย

- สรพ. แนะนำให้ใช้ trigger เป็นเครื่องมือในการคัดกรองเวชระเบียนมาทบทวน เพื่อเพิ่มโอกาสที่จะพบ AE ได้มากขึ้น

- เป้าหมายการใช้เครื่องมือนี้ในระยะแรก มุ่งที่การเรียนรู้ลักษณะการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เพื่อนำไปปรับปรุงระบบ มากกว่าที่จะพยายามคำนวณค่าอัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ให้ถูกต้อง แต่ก็ไม่ละโอกาสที่จะรับรู้ข้อมูลเชิงปริมาณดังกล่าวและพยายามพัฒนาให้มีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

ความเป็นมาของ Trigger Tool

Trigger Tool เป็นเครื่องมือที่ IHI หรือ Institute for Healthcare Improvement ได้กำหนดขึ้นเพื่อใช้ในการตรวจสอบและพิจารณาว่ามีเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นหรือไม่ ซึ่งการทบทวนโดยใช้วิธีนี้เป็นวิธีการที่ได้ผลดีในการวัดระดับการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในภาพรวมของโรงพยาบาล

IHI ได้พัฒนา Global Trigger Tool ขึ้นเพื่อค้นหา AE และวัดอัตราการเกิด AE ต่อเนื่อง เพื่อติดต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยการทบทวนเวชระเบียนที่สุ่มขึ้นมา และใช้ trigger ช่วยในการค้นหาภายใต้เวลาที่จำกัด และเป็นเครื่องมือวัดแนวโน้มการเกิด Adverse event ต่อผู้ป่วยปรับปรุงมาจากเวชระเบียนจากระเบียบวิธีการวิจัย สุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนที่มีจำนวนมาก ทบทวนเวชระเบียนอย่างน้อย 20 ฉบับต่อเดือน

โดยแบ่งออกเป็น 6 modules: Care, Medication, Surgical, Intensive care, Perinatal care, Emergency department

การคำนวณผลจากการทบทวน: AE/1000 patient days, AE/1000 admissions, Percent of admission with AE นำผลการทบทวนต่อเนื่องมาทำกราฟ นำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการออกแบบระบบงานที่ปลอดภัยของโรงพยาบาลเปรียบเทียบในช่วงเวลาต่างๆ แสดงให้เห็นแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงผลด้านความปลอดภัย

Harm & Error

Harm เป็น Clear clinical outcome ทำให้ทุกฝ่ายมาทบทวนปัจจัยเชิงระบบ การมุ่งเน้นเหตุการณ์ที่ส่งผลต่อผู้ป่วยสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยดีกว่า นตราย และระดับอันตราย

อันตราย (Harm) หมายถึง การสูญเสียโครงสร้างหรือการสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกายหรือ จิตใจ ซึ่งอาจเป็นการสูญเสียชั่วคราวหรือถาวรก็ได้ระดับอันตรายในที่นี้จึงได้แก่หัวข้อ E, F, G, H, และ I

Harm	Error
- มุ่งเน้นระบบมากขึ้น	- ความผิดพลาดเป็นศูนย์กลางของการพูดคุยและหาคำตอบ
- มองไปที่ผลไม่พึงประสงค์ทั้งหมด	- มีแนวโน้มจะมุ่งไปที่ผลลัพธ์ที่รู้สึกว่าจะเกี่ยวกับความผิดพลาดละเลยเหตุการณ์อื่นๆ
- ทำให้การวัดง่ายขึ้น	- ต้องใช้ judgment
- มุ่งเน้นที่ harm และความผิดพลาดที่นำไปสู่ harm	
- มุ่งเน้น Clinical outcome	

Adverse Event

หมายถึงการบาดเจ็บ อันตรายหรือภาวะแทรกซ้อน ที่เป็นผลจากการดูแลรักษา มิใช่กระบวนการตามธรรมชาติของโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต นอนโรงพยาบาลนานขึ้น หรืออวัยวะสูญเสียการทำหน้าที่ การดูแลรักษา ในที่นี้ครอบคลุมทั้งการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ให้บริการแต่ละคน ระบบและกระบวนการที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมทั้งการที่ไม่สามารถให้การวินิจฉัยหรือรักษาได้ และการวินิจฉัยหรือรักษาที่ไม่ถูกต้องไม่เป็นไปอย่างที่ควรจะเป็น

ความสัมพันธ์ ระหว่าง Trigger กับ AE

- Trigger คือ การพบเหตุการณ์ที่เป็นสภาวะล่อแหลมที่อาจจะเกิด AE แต่ก็มิได้เกิด AE เสมอไป
- ผู้ป่วยแต่ละรายอาจพบ 1 Trigger หรือหลาย Trigger (หรือไม่พบเลยก็ได้)
- ในแต่ละ Trigger อาจพบหลาย AE หรืออาจไม่มี AE ก็ได้
- Trigger บางตัวก็เป็น AE ในตัวเองด้วย
- เมื่อพบ Trigger ตัวใดให้ทบทวนหา AE ที่สัมพันธ์กันก่อน แล้วค่อยมองหา AE อื่นๆ
- ผู้ป่วยบางรายอาจพบ AE โดยไม่พบ Trigger ที่เสนอไว้ก็ได้

การใช้เครื่องมือคุณภาพเชื่อมโยงกับการทบทวนเวชระเบียน

- Timeline
- Trigger tools
- RCA
- Clinical tracer

Risk Management System

การบริหารความเสี่ยงมีวัตถุประสงค์เพื่อรับรู้ ป้องกัน จำกัดความเสี่ยง อันตรายและความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น รวมทั้งสร้างความตื่นตัวแก่ผู้เกี่ยวข้อง และสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร

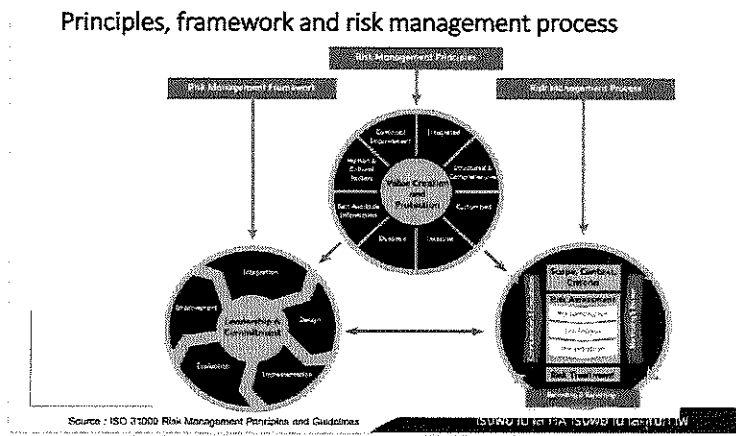
ประเภทของความเสียหาย

1. ความเสี่ยงทั่วไป (Non-Clinical Risk) คือ ความเสี่ยงใดๆ ที่เกิดขึ้นซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยไม่บรรลุเป้าหมายที่ได้วางไว้ อันไม่เกี่ยวข้องกับกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยตรง เช่น โครงสร้างอาคารและสิ่งแวดล้อมไม่ปลอดภัย ความไม่พร้อมของระบบป้องกันอัคคีภัย ความเสถียรและระดับความสามารถในการป้องกันภัยคุกคามทางไซเบอร์ของระบบข้อมูลสารสนเทศ การใช้ความรุนแรงในโรงพยาบาล

2. ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risk)

2.1 ความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป (Common Clinical Risk) คือ ความเสี่ยงใดๆ ที่เกิดขึ้นในกระบวนการดูแลผู้ป่วย อันอาจส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงโอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากกระบวนการรักษา ที่ไม่เจาะจงเฉพาะโรคใดโรคหนึ่ง เช่น การให้ยา การให้เลือดผิดคน การส่งตรวจ และการรายงานผลทางห้องปฏิบัติการผิดพลาด การเกิดแผลกดทับ ผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม เป็นต้น

2.2 ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค (Specific Clinical Risk) คือ ความเสี่ยงใดๆ ที่เกิดขึ้นในกระบวนการดูแลผู้ป่วย อันอาจส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงโอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากกระบวนการรักษา ที่พบได้บ่อยหรือมีลักษณะเฉพาะตามกลุ่มโรคหรือเหตุการณ์ที่สำคัญ เช่น



Risk management principles

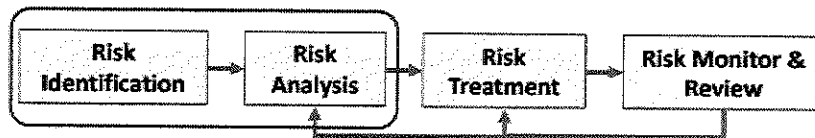
1. Integrated บูรณาการการจัดการความเสี่ยงเข้าเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมทั้งหมดขององค์กร
2. Structured and comprehensive มีวิธีการที่เป็นแบบแผนและครอบคลุมในการบริหารความเสี่ยง
3. Customized ปรับเปลี่ยนให้มีความเหมาะสมตามบริบท (ทั้งกรอบและกระบวนการบริหารความเสี่ยง)
4. Inclusive มีความครอบคลุมทุกระดับ รวมถึงการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
5. Dynamic รับรู้และตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงจากภายในและภายนอกองค์กรอย่างทันท่วงที
6. Best available information ที่สุดเท่าที่มีอยู่อย่างจำกัด การบริหารความเสี่ยงนั้นพิจารณาบนพื้นฐานของข้อมูลที่ดี
7. Human and cultural factors ด้านปัจจัยด้านมนุษย์และวัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อความเสี่ยงทุก
8. Continual improvement การจัดการความเสี่ยง เป็นกระบวนการเรียนรู้จากประสบการณ์และต้องอาศัยการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment)

Risk assessment เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ

- Risk identification ค้นหา รับรู้ และพรรณนาความเสี่ยงที่อาจมีผลขัดขวางการบรรลุวัตถุประสงค์
- Risk analysis ทำความเข้าใจธรรมชาติ แหล่งที่มาและสาเหตุของความเสี่ยง ประเมินค่าระดับความเสี่ยง ศึกษาผลกระทบของความเสี่ยง ตรวจสอบการควบคุมที่ใช้อยู่
- Risk evaluation เปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ความเสี่ยงกับ risk criteria เพื่อตัดสินใจว่าเป็นระดับความเสี่ยงที่ยอมรับได้หรือไม่

- Risk criteria เป็น TOR ที่ใช้ประเมินความเสี่ยงว่ายอมรับได้หรือไม่



การระบุความเสี่ยง (Risk Identification) เป็นกระบวนการในการ

- ค้นหา รับรู้และพรรณนาความเสี่ยงที่สามารถมีผลต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร
- ระบุแหล่งของความเสี่ยงที่เป็นไปได้
- ระบุสาเหตุที่เป็นไปได้ และผลที่อาจเกิดขึ้น

สามารถใช้วิธีการต่อไปนี้

- ข้อมูลในอดีต (อุบัติการณ์ที่เคยเกิดขึ้น)
- การวิเคราะห์เชิงทฤษฎี (การทำ FMEA หรือการวิเคราะห์กระบวนการ)
- ความเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
- คำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

การวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk Analysis)

แนวทางปฏิบัติ:

- วิเคราะห์โอกาสที่ความเสี่ยงจะกลายเป็นอุบัติการณ์ (Likelihood)
- วิเคราะห์ผลกระทบหรือความรุนแรงของอุบัติการณ์หากเกิดขึ้น
- ประเมินการโดยให้คะแนน 1-5 (1 ต่ำสุด 3-ปานกลาง, 5 สูงสุด) บวกหรือคูณคะแนนทั้งสอง

เข้าด้วยกันเป็น Risk Level

พิจารณาลำดับความสำคัญของ Risk ทั้งหมด

โอกาสเกิด (Likelihood)

1-Rare (ไม่เชื่อว่าจะเกิดได้)	: <0.5%
2-Unlikely (ไม่คาดว่าจะเกิด)	: 0.5-1% หรือ >? ครั้งต่อปี
3-Possible (เป็นครั้งคราว)	: 1-5% หรือ >? ครั้งต่อเดือน
4-Likely (บ่อย)	: 5-10% หรือ >? ครั้งต่อสัปดาห์
5-Frequent (บ่อยมาก)	: >10% หรือ? ครั้งต่อวัน

ความรุนแรง (Consequence)

- Negligible: มีอันตราย บาดเจ็บเพียงเล็กน้อย ไม่ต้องการการปฐมพยาบาล, หรือสิ่งที่เกิดขึ้นไม่เกี่ยวกับ การรักษาพยาบาล

- Minor: มีอันตราย บาดเจ็บเล็กน้อย สามารถแก้ไขได้โดยง่าย อาจทำให้ต้องนอน รพ. นานขึ้น

- Moderate: มีอันตราย บาดเจ็บปานกลาง ต้องการการรักษาพยาบาลหรือทำหัตถการ, อาจมีการ สูญเสียการทำงานที่ของร่างกายเล็กน้อยหรือชั่วคราว

- Major: มีอันตราย บาดเจ็บรุนแรง อาจทำให้สูญเสียอวัยวะหรือการทำงานที่ของร่างกายอย่างถาวร

- Catastrophic: อุบัติการณ์นำไปสู่การเสียชีวิตหรือทุพพลภาพอย่างถาวร

การวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk Analysis)

โอกาส/ความถี่ที่จะเกิด เหตุการณ์ (Likelihood)	ความรุนแรงของผลกระทบ (Impact)				
	1 (น้อยมาก)	2 (น้อย)	3 (ปานกลาง)	4 (สูง)	5 (สูงมาก)
5 (เกิดบ่อยมาก)	5	10	15	20	25
4 (เกิดบ่อย)	4	8	12	16	20
3 (เกิดปานกลาง)	3	6	9	12	15
2 (เกิดน้อย)	2	4	6	8	10
1 (เกิดน้อยมาก)	1	2	3	4	5

Patient safety

ความปลอดภัยของผู้ป่วย หมายถึง การลดความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากภัยอันตรายที่ไม่ควรเกิดขึ้นจากการบริการสุขภาพ โดยให้เกิดขึ้นน้อยที่สุดเท่าที่สามารถยอมรับได้ กล่าวคือ ระดับความเสี่ยงที่ยอมรับได้บนพื้นฐานของข้อมูล ความรู้ ทรัพยากร และบริบทที่เกี่ยวข้อง รวมถึงความเสี่ยงระหว่างการไม่ได้รับหรือได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ

Patient Safety Goals -PSG

- การตั้งเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย
เราจะคำนึงถึงสิ่งที่เราจะต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบ
- การหาเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย
ขึ้นกับบริบทและปัญหาต่างๆของโรงพยาบาลนั้นๆ
- การหาเป้าหมายความปลอดภัย
จะช่วยให้โรงพยาบาลสามารถจัดสรรทรัพยากรและสร้างกระบวนการที่สำคัญขึ้นมาจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ

Patient Safety Solutions

คือการสรุปบทเรียนแนวทางปฏิบัติที่ได้ผลมีคำตอบที่ผ่านการทดสอบมาแล้วจำนวนหนึ่ง (Evidence Base) เพื่อให้โรงพยาบาลต่างๆสามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับตนเองโดยเสียเวลาลองผิดลองถูกน้อยลง

SIMPLE: Gap Analysis

เป็นเครื่องมือคุณภาพที่ใช้วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างสิ่งที่ปฏิบัติจริงกับสิ่งที่เป้าหมายทางวิชาการแล้วพยายามลดความต่างต่างนั้นลง

Personal Safety

การที่บุคคลจะใช้ชีวิตประจำวันได้โดยปราศจาก การคุกคาม หรือ ความหวาดกลัวต่อการเกิดอันตรายทาง จิตใจ , อารมณ์ , หรือ ทางกายภาพ

Personal Safety Goals เป็นการตั้งเป้าหมาย เพื่อให้มีการเตรียมการจัดการเครื่องมือที่จำเป็นเพื่อให้บุคลากรสามารถรับรู้สถานการณ์ที่อาจเป็นอันตราย เพื่อลด หรือ ป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายกับตัวเอง

การวางระบบป้องกันแบบมีส่วนร่วม

- Leader Responsibility
- Designing Reliable Systems
- Culture change & Creating a safety culture

• Leader Responsibility

ความรับผิดชอบของผู้นำ

1. พิจารณากระบวนการทำงานที่มีความเสี่ยง (At-Risk Situations) และกำหนดเครื่องมือหรือมาตรการป้องกันและจัดระบบการฝึกอบรม เพื่อให้ผู้ปฏิบัติรู้ความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัยและระบบที่ไม่ปลอดภัย
2. เมื่อมีเจ้าหน้าที่เล่าหรือแสดงความกังวลด้านความปลอดภัยผู้นำระดับสูงเป็นตัวอย่างให้คนในองค์กรหยุดฟังและตรวจสอบข้อมูลและดำเนินการอย่างรวดเร็วเพื่อแก้ไขสถานการณ์ที่ไม่ปลอดภัยนั้น
3. เป็นแบบอย่างให้ผู้ปฏิบัติงานในการนำความรู้ที่เหมาะสมและการตัดสินใจอย่างรอบคอบมาใช้กับความล้มเหลวและความผิดพลาดของตัวเอง

ผู้สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย

1. มีการกำหนดให้ความปลอดภัย (safety) เป็นค่านิยมหลักผู้บริหารระดับสูงจนถึงเจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ ตระหนักว่าในการทำงานต้องยึดหลักความปลอดภัย
2. ผู้นำในทุกระดับสนับสนุนวัฒนธรรมความปลอดภัยมีการแสดงออกอย่างชัดเจนที่จะทำให้เกิดการดูแลความปลอดภัยและมีการพูดเตือนเมื่อมีคนทำพฤติกรรมในลักษณะที่อาจส่งผลให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย
3. มีการเสริมพลังให้เจ้าหน้าที่ที่จะต้องรับผิดชอบต่อดูแลผู้ป่วยให้ตระหนักเรื่องความปลอดภัยของตัวเองและผู้ป่วย

• Designing Reliable Systems

- ระบบที่เชื่อถือได้ จะต้องมีการสร้างขึ้นก่อน ที่จะคาดหวังให้มีการบริการปลอดภัย
- สิ่งที่โรงพยาบาลจะต้องทำ คือ การออกแบบระบบที่ง่าย มีความน่าเชื่อถือมากขึ้น เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานโดยไม่ผิดพลาดทุกครั้ง
- สิ่งที่ผู้ปฏิบัติงานต้องทำ คือ ปฏิบัติงานตามระบบที่ออกแบบ รู้ข้อผิดพลาดของตัวเอง และรับผิดชอบต่อสิ่งที่ตัวเองทำ

• Culture change & creating a safety culture

การเปลี่ยนแปลง ในทัศนคติและค่านิยมของกลุ่ม ทำให้เกิดบรรทัดฐานของพฤติกรรมแบบใหม่ เพื่อให้เกิดการปรับปรุงประสิทธิภาพที่ดีขึ้น ต้องมีการปรับเปลี่ยนในกระบวนการ (Process change) ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม (Culture change)

Clinical Tracer: การตามรอยทางคลินิก

การตามรอยทางคลินิก (Clinical tracer)

- การตามรอยกระบวนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง ร่วมกับองค์ประกอบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนั้น
- การตามรอยนี้ ควรทำทั้งการตามรอยผู้ป่วยแต่ละรายที่หน้างานจริง และการทบทวนข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยทั้งหมด

องค์ประกอบที่นำมาพิจารณา ในการตามรอยทางคลินิก

1. เป้าหมายการดูแลผู้ป่วย
2. กระบวนการดูแลผู้ป่วย
3. กระบวนการและระบบงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย
4. กระบวนการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย
5. ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย

การสรุปข้อมูลการตามรอยทางคลินิก ประกอบด้วย

- การใช้หลัก 3P หรือ PDSA คือแสดงให้เห็นชัดเจนในประเด็น purpose, process deployment, performance monitoring, performance improvement
- สรุปข้อมูล เป็นแผนภูมิ ตาราง กราฟ ที่สะท้อนความเข้าใจของทีมงาน
- บันทึกไว้ใน PowerPoint และนำทบทวน/ปรับปรุงกันบ่อยๆ เพื่อฉลองความสำเร็จ หาโอกาสพัฒนาต่อเนื่อง ดำเนินการพัฒนา

Clinical Tracer

ตามรอยคุณภาพให้ครอบคลุม

- 1) ด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วยหรือกระบวนการทำงานในเรื่องนั้น
 - 2) กระบวนการพัฒนาคุณภาพ
 - 3) ระบบงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพ / องค์ประกอบอื่นๆ เช่น การพัฒนาบุคลากร ระบบสารสนเทศเครื่องมือ สิ่งแวดล้อม ระบบยา การทำงานกับชุมชน เป็นต้น (สรุปแล้วคือสามารถตามรอยได้ในทุกองค์ประกอบของมาตรฐาน โรงพยาบาล)
- การตามรอยจะมองทั้งในแง่ค้นหาสิ่งดีๆ และค้นหาโอกาสพัฒนา โดยควรจะเริ่ม ด้วยการค้นหาสิ่งดีๆ ที่มีอยู่แล้วเป็นอันดับแรก จากนั้นจึงทบทวนเทียบกับ เป้าหมายว่ามีอะไรที่สามารถพัฒนาให้ดีขึ้นได้
 - การตามรอยกระบวนการพัฒนาคุณภาพ จะทำให้เห็นโอกาสที่จะใช้เครื่องมือ หรือวิธีการที่อาจจะถูกละเลยไป

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๓.๑ ต่อตนเอง

มีความรู้ ความเข้าใจ ในการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก ทั้งในระดับภาพรวมและระดับทีมในการดูแลผู้ป่วย สามารถใช้ข้อมูลจากอดีต (เวชระเบียน การทบทวนการดูแลผู้ป่วย รายงานอุบัติการณ์) และได้เข้าใจบทบาท สามารถนำเครื่องมือการพัฒนาคุณภาพมาใช้ได้อย่างหลากหลาย และสามารถนำความรู้มาประยุกต์ใช้ในการขับเคลื่อนกระบวนการคุณภาพในองค์กร และเกิดแรงบันดาลใจในการทำงานคุณภาพ...

๒.๓.๒ ต่อหน่วยงาน

เกิดการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลตามมาตรฐาน HA และมาตรฐานที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง.....

๒.๓.๓ อื่น ๆ (ระบุ)

.....ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ ตลอดจนเกิดความสัมพันธ์อันดีระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ
อันนำไปสู่การสร้างเครือข่ายความร่วมมือในการขับเคลื่อนกระบวนการคุณภาพร่วมกัน จนเกิดแรงบันดาลใจให้
เกิดการพัฒนาคูณภาพมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง.....


ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรค

๓.๑ การปรับปรุงเนื่องจากการอบรมผ่านออนไลน์ อาจมีบางช่วงที่สัญญาณอินเทอร์เน็ต
ขัดข้อง การได้ยินเสียงของวิทยากรขาดๆหายๆ อาจเกิดจากอินเทอร์เน็ตไม่เสถียร เกิดการหลุดบ่อย.....

๓.๒ การพัฒนาการประชุมวิชาการครั้งนี้เป็นการปรับรูปแบบการประชุมเป็นแบบ online
ครั้งแรก เนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ถือว่าเป็นการประชุมที่จัดได้
เหมาะสมกับสถานการณ์ จึงควรมีการประยุกต์จัดการประชุมเช่นนี้อีก เพื่อเข้ากับสถานการณ์ปัจจุบัน.....

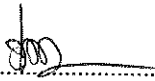
ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะการประชุมวิชาการประจำปีเป็นการประชุมที่สถาบันรับรองคุณภาพ
(องค์การมหาชน) จัดขึ้น เพื่อเป็นเวทีในการถ่ายทอดองค์ความรู้ นวัตกรรมทางการแพทย์และสาธารณสุขที่
ทันสมัย สร้างแรงจูงใจ เป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และประสบการณ์กับผู้ทรงคุณวุฒิและนักวิชาการอื่น ๆ และ
องค์กรวิชาชีพต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ดังนั้นจึงควรให้ส่งบุคลากรสหสาขาวิชาชีพเข้าร่วมการประชุม
วิชาการนี้ด้วย เพื่อนำความรู้มาพัฒนาองค์กรร่วมกัน.....

ลงชื่อ.....จันทิภา ทวีอักษร.....ผู้รายงาน
(นางสาวจันทิรา แก้วอรสาร)

ลงชื่อ..........ผู้รายงาน
(นางสาวพรพรรณ แสนคำ)

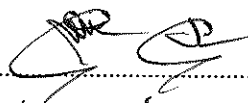
ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

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

ลงชื่อ..... .....หัวหน้าฝ่าย/กลุ่มงาน
(นางสาวคณิษฐ์ แวอูมา)
หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

ส่วนที่ ๖ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป

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

ลงชื่อ..... .....หัวหน้าส่วนราชการ
(นายอุทฤษฎ์ อุเทนสุด)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางนากรุงเทพมหานคร