

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

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อ - นามสกุล

๑.๑.๑ .....นางสาวเรณู สมใจเดียว.....

อายุ.....๔๗.....ปี การศึกษา.....วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต.....

ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน.....

ตำแหน่ง.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....

๑.๒ หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ)...ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล ประจำแผนกผู้ป่วยนอก เวรเช้า เวรละ ๘ ชั่วโมง ให้บริการครอบคลุม ๔ มิติ คือ การรักษาพยาบาล ป้องกันภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษา การฟื้นฟูสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงการดูแลสุขภาพประชาชนและสิ่งแวดล้อมให้มีคุณภาพ.....

๑.๑.๒ .....นางเจือใจ นนทบุตร.....

อายุ.....๔๔.....ปี การศึกษา.....พยาบาลศาสตรบัณฑิต.....

ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน.....-

ตำแหน่ง.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....

๑.๓ หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ) )...ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล ประจำแผนกผู้ป่วยนอก เวรเช้า เวรละ ๘ ชั่วโมง ให้บริการครอบคลุม ๔ มิติ คือ การรักษาพยาบาล ป้องกันภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษา การฟื้นฟูสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงการดูแลสุขภาพประชาชนและสิ่งแวดล้อมให้มีคุณภาพ.....

๑.๔ ๑.๓ ชื่อเรื่อง / หลักสูตร...การพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อคุณภาพ (Online)(HA๓๐๓).....

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

เพื่อ  ศึกษา  ฝึกอบรม  ประชุม  ดูงาน  สัมมนา  ปฏิบัติการวิจัย

งบประมาณ  เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร  เงินบำรุงโรงพยาบาล

ทุนส่วนตัว

ค่าลงทะเบียนคนละ ๓,๐๐๐ บาท รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๖,๐๐๐ บาท (หกพันบาทถ้วน).....

วัน เดือน ปี สถานที่ : ระหว่างวันที่... ..๒๑-๒๓ มิถุนายน ๒๕๖๕.....

สถานที่...ห้องประชุมบางนาคาภิรมย์ โรงพยาบาลบางนากรุงเทพมหานคร.....

คุณวุฒิ / อนุมัติบัตรที่ได้รับ.....-

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย  
(โปรดให้ข้อมูลในเชิงวิชาการ)

๒.๑ วัตถุประสงค์

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

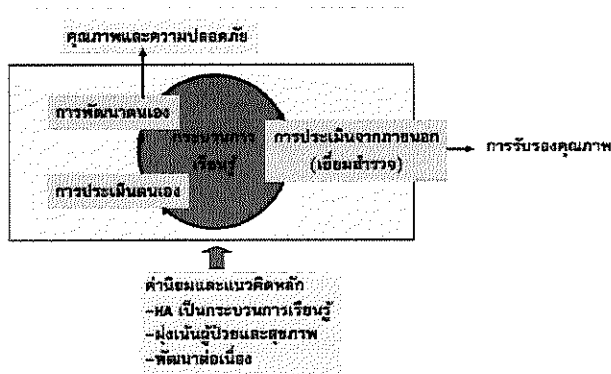
๒. เพื่อการเรียนรู้ การวิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ และการออกแบบระบบที่รัดกุม โดยใช้โรคหรือสถานะทางคลินิกในการประเมินคุณภาพของทุกระบบงานในโรงพยาบาล

๓. เพื่อพัฒนาคุณภาพทางคลินิกโดยเน้นผลลัพธ์และใช้เครื่องมือการพัฒนาคุณภาพที่หลากหลายร่วมกัน ได้เข้าใจบทบาท และทราบระดับความรับผิดชอบในความเสี่ยงที่เกิดขึ้นของหน่วยงาน/ ทีม นำด้านคลินิก/ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง การเชื่อมโยงประสานข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่างๆ ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล และสามารถบูรณาการมาตรฐาน HA ตอนที่ III... เข้าสู่การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย...

๔. เพื่อให้เกิดแรงบันดาลใจให้เกิดการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง.....

๒.๒ เนื้อหา

การพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อคุณภาพ  
แนวคิดการพัฒนาคุณภาพ HA กับมาตรฐานวิชาชีพ



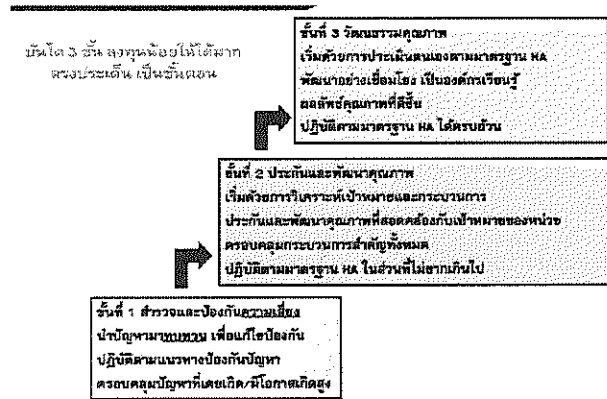
แนวคิดพื้นฐานของกระบวนการ Hospital Accreditation (HA)

หัวใจของการพัฒนาตามกระบวนการ HA

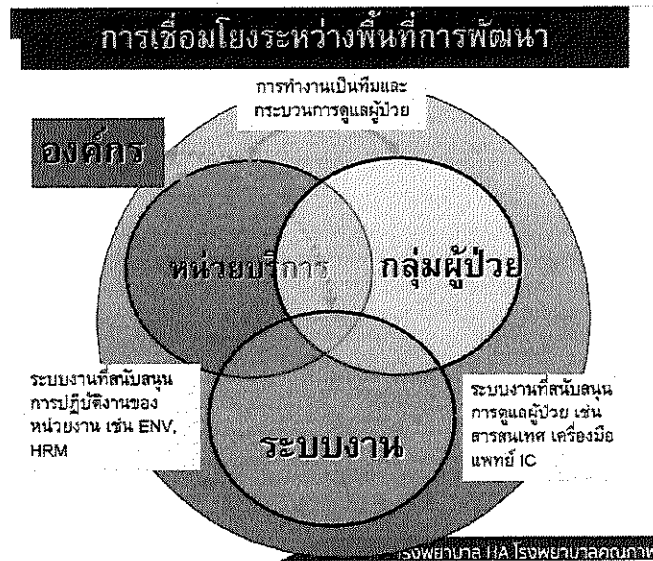
ขั้นที่ 1 สำรองและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหามาทบทวน เพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหา ครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสดังสูง

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 ที่เป็นความเียง 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 วิถ้องค์รวม การใช้ข้อมูลวิชาการ การวิเคราะห์ root cause นวัตกรรม การ

เปรียบเทียบกับผู้ที่ทำได้ดีที่สุด. การปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยควร ครอบคลุมมิติด้านการป้องกัน สร้างเสริม รักษาฟื้นฟู ตามความเหมาะสม

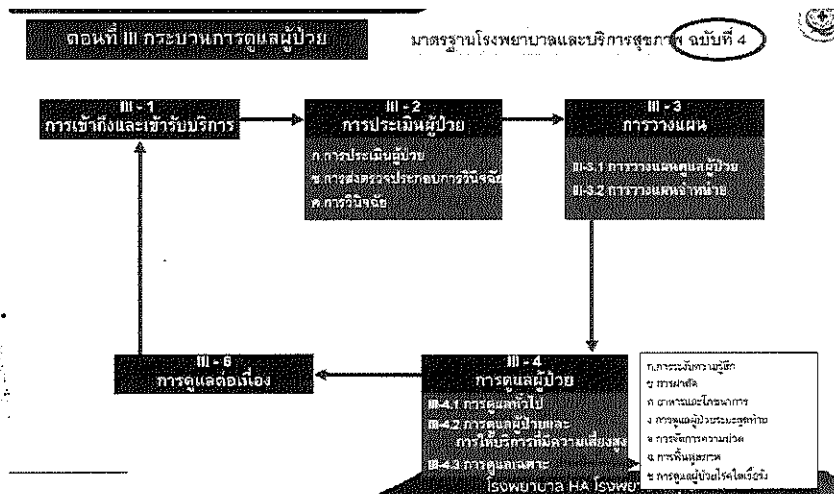
### บทบาทหน้าที่ PCT

- 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 มีประสิทธิภาพ

- Purpose:** เป้าหมายของมาตรฐานคืออะไร [ผู้ป่วยเข้ารับบริการอย่างเหมาะสม ทันเวลา และมีประสิทธิภาพ]
- 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 สู่ระบบที่ดี
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 และประสิทธิภาพ)
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 แต่ก็ไม่ใช่โอกาสที่จะรับรู้ข้อมูลเชิงปริมาณดังกล่าวและพยายามพัฒนาให้มีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

## ความเป็นมาของ Trigger Tool

Trigger Tool เป็นเครื่องมือที่ IHI หรือ Institute for Healthcare Improvement ได้กำหนดขึ้นเพื่อใช้ในการตรวจสอบและพิจารณาว่ามีเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นหรือไม่ ซึ่งการทบทวนโดยใช้วิธีนี้เป็นวิธีการที่ได้ผลดีในการวัดระดับการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในภาพรวมของโรงพยาบาล

IHI ได้พัฒนา Global Trigger Tool ขึ้นเพื่อค้นหา AE และวัดอัตราการเกิด AE ต่อเนื่อง เพื่อติดต่อกการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น 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 นำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการออกแบบระบบงานที่

ปลอดภัยของโรงพยาบาลเปรียบเทียบในช่วงเวลาต่างๆ แสดงให้เห็นแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงผลด้านความปลอดภัย

#### Harm & Error

Harm เป็น Clear clinical outcome ทำให้ทุกฝ่ายมาทบทวนปัจจัยเชิงระบบ การมุ่งเน้นเหตุการณ์ที่ส่งผลต่อผู้ป่วยสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยดีกว่า นตราย และระดับอันตราย

อันตราย (Harm) หมายถึง การสูญเสียโครงสร้างหรือการสูญเสียการท าหน้าที่ของร่างกายหรือ 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 แต่ก็มีได้เกิด 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

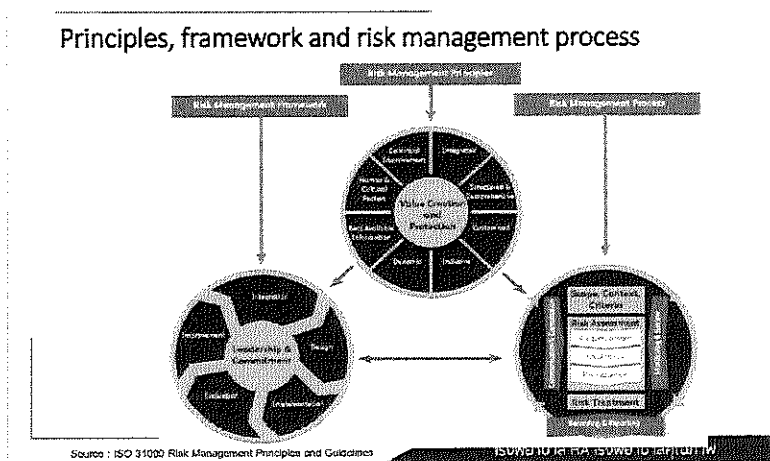
### ประเภทของความเสี่ยง

1. ความเสี่ยงทั่วไป (Non-Clinical Risk) คือ ความเสี่ยงใดๆ ที่เกิดขึ้นซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อไม่บรรลุเป้าหมายที่ได้วางไว้ 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



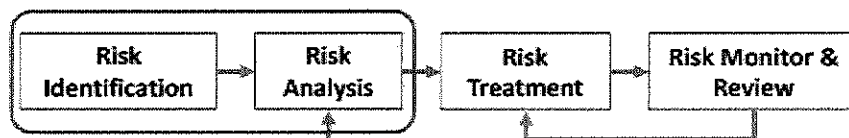
### Risk management principles

1. Integrated บูรณาการการจัดการความเสี่ยงเข้าเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมทั้งหมดขององค์กร
2. Structured and comprehensive มีวิธีการที่เป็นแบบแผนและครอบคลุมในการบริหารความเสี่ยง
3. Customized ปรับเปลี่ยนให้มีความเหมาะสมตามบริบท (ทั้งกรอบและกระบวนการบริหารความเสี่ยง)
4. Inclusive มีความครอบคลุมทุกระดับ รวมถึงการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
5. Dynamic รับรู้และตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงจากภายในและภายนอกองค์กรอย่างทันทั่วทั้งที่
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 รับรู้ และพรรณนาความเสี่ยงที่สามารถมีผลต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร
  - 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 (ไม่เชื่อว่าเกิดได้)	: <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, หรือสิ่งที่เกิดขึ้นไม่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
- Minor: มีอันตราย บาดเจ็บเล็กน้อย สามารถแก้ไขได้โดยง่าย อาจทำให้ต้องนอน รพ. นานขึ้น
- Moderate: มีอันตราย บาดเจ็บปานกลาง ต้องการการรักษาพยาบาลหรือทำหัตถการ, อาจมีการสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกายเล็กน้อยหรือชั่วคราว
- Major: มีอันตราย บาดเจ็บรุนแรง อาจทำให้สูญเสียอวัยวะหรือการทำหน้าที่ของร่างกายอย่างถาวร
- Catastrophic: อุบัติการณ์นำไปสู่การเสียชีวิตหรือทุพพลภาพอย่างถาวร

## การวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk Analysis)

โอกาส/ความถี่ที่จะเกิดเหตุการณ์ (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

คือการสรุปทเรียนแนวทางปฏิบัติที่ได้ผลมีคำตอบที่ผ่านการทดสอบมาแล้วจำนวนหนึ่ง (Evidence Base) เพื่อให้โรงพยาบาลต่างๆสามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับตนเองโดยเสียเวลาดลองผิดลองถูกน้อยลง

## SIMPLE: Gap Analysis

เป็นเครื่องมือคุณภาพที่ใช้วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างสิ่งที่ปฏิบัติจริงกับสิ่งที่เป็นข้อเสนอแนะทางวิชาการแล้วพยายามลดความแตกต่างนั้นลง

## Personal Safety

การที่บุคคลจะใช้ชีวิตประจำวันได้โดยปราศจาก การคุกคาม หรือ ความหวาดกลัวต่อการเกิดอันตรายทาง จิตใจ , อารมณ์ , หรือ ทางกายภาพ

**Personal Safety Goals** เป็นการตั้งเป้าหมาย เพื่อให้มีการเตรียมการจัดการหาเครื่องมือที่จำเป็นเพื่อให้บุคลากรสามารถรับรู้สถานการณ์ที่อาจเป็นอันตราย 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. เมื่อมีเจ้าหน้าที่เล่าหรือแสดงความกังวลด้านความปลอดภัยผู้นำระดับสูงเป็นตัวอย่างเป็นตัวอย่างให้คนในองค์กรหยุดฟังและตรวจสอบข้อมูลและดำเนินการอย่างรวดเร็วเพื่อแก้ไขสถานการณ์ที่ไม่ปลอดภัยนั้น
3. เป็นแบบอย่างให้ผู้ปฏิบัติงานในการนำความรู้ที่เหมาะสมและการตัดสินใจอย่างรอบคอบมาใช้กับความล้มเหลวและความผิดพลาดของตัวเอง

### ผู้สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย

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

## • Designing Reliable Systems

- ระบบที่เชื่อถือได้ จะต้องมีการสร้างขึ้นก่อน ที่จะคาดหวังให้มีการบริการปลอดภัย
- สิ่งที่โรงพยาบาลจะต้องทำ คือ การออกแบบระบบที่ง่าย มีความน่าเชื่อถือมากขึ้น เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานโดยไม่มีผิดพลาดทุกครั้ง
- 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)
- การตามรอยจะมองทั้งในแง่ค้นหาสิ่งดี ๆ และค้นหาโอกาสพัฒนา โดยควรจะเริ่ม ด้วยการค้นหาสิ่งดี ๆ 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 และมาตรฐานที่เกี่ยวข้องอย่าง ต่อเนื่อง.....

๒.๓.๓  อื่น ๆ (ระบุ)


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

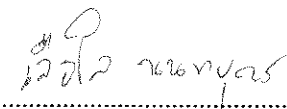
ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรค

๓.๑  การปรับปรุง .....เนื่องจากการอบรมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ZOOM อาจมีบางช่วงที่  
สัญญาณอินเทอร์เน็ตขัดข้อง การได้ยินเสียงของวิทยากรขาดๆหายๆ อาจเกิดจากอินเทอร์เน็ตไม่เสถียร เกิดการ  
หลุดบ่อย.....

๓.๒  การพัฒนา .....การประชุมวิชาการครั้งนี้เป็นการปรับรูปแบบการประชุมเป็นแบบ online  
เนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ถือว่าเป็นการประชุมที่จัดได้เหมาะ  
กับสถานการณ์ จึงควรมีการประยุกต์จัดการประชุมเช่นนี้อีก เพื่อเข้ากับสถานการณ์ปัจจุบัน.....

ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ .....การประชุมวิชาการเป็นการประชุมที่สถาบันรับรองคุณภาพ (องค์การ  
มหาชน) จัดขึ้น เพื่อเป็นเวทีในการถ่ายทอดองค์ความรู้ นวัตกรรมทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ทันสมัย สร้าง  
แรงจูงใจ เป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และประสบการณ์กับผู้ทรงคุณวุฒิและนักวิชาการอื่น ๆ และองค์กรวิชาชีพ  
ต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ดังนั้นจึงควรให้ส่งบุคลากรสหสาขาวิชาชีพเข้าร่วมการประชุมวิชาการนี้ด้วย เพื่อ  
นำความรู้มาพัฒนาองค์กรร่วมกัน.....

ลงชื่อ..........ผู้รายงาน  
(นางสาวเรณู สมใจเตียบ)

ลงชื่อ..........ผู้รายงาน  
(นางเจือใจ นนทบุรี)