

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

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อ - นามสกุล.....นางสาวจิรพร เหลืองเมตตากุล.....

อายุ.....๔๔.....ปี การศึกษา.....แพทยศาสตรบัณฑิต.....

ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน.....สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา.....

๑.๒ ตำแหน่ง.....นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ.....

หน้าที่ความรับผิดชอบ

- รักษาการหัวหน้ากลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรมอันดับ ๓ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
- รองหัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
- ดูแลรักษาและให้คำปรึกษาผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในทางด้านสูติ-นรีเวชกรรมทั่วไป
- ดูแลรักษาและให้คำปรึกษาผู้ป่วยตั้งครรภ์ความเสี่ยงสูง
- รับผิดชอบคลินิกเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ คลินิกตรวจหาความผิดปกติของทารกในครรภ์ คลินิกตั้งครรภ์ความเสี่ยงสูง
- หัวหน้าหน่วยการศึกษาหลังปริญญา กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
- ปฏิบัติงานทางด้านแพทยศาสตรศึกษา โดยเป็นประธานกรรมการดูแลแพทย์ประจำบ้านสาขาสูติศาสตร์ นรีเวชวิทยา โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สำนักการแพทย์ กทม.
- อาจารย์แพทย์ สอนนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ ๔-๖ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

๑.๓ ชื่อเรื่อง / หลักสูตร.....HA ๖๐๒ วันที่ ๓ : คุณภาพและความปลอดภัยทางคลินิก.....

สาขา.....

เพื่อ ศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

งบประมาณ เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาล

ทุนส่วนตัว

จำนวนเงิน.....๔,๕๐๐.....บาท

ระหว่างวันที่.....๒๕-๒๗ พฤษภาคม ๒๕๖๕.....สถานที่.....on line (Zoom).....

คุณวุฒิ / วุฒิบัตรที่ได้รับ.....(อื่นๆ).....

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย (โปรดให้ข้อมูลในเชิงวิชาการ)

๒.๑ วัตถุประสงค์

๒.๑.๑ ได้เห็นภาพในมุมกว้างของคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ซึ่งครอบคลุมถึงเรื่องการดูแลที่เป็นไปตามมาตรฐาน และการบริหารความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ และมีการบูรณาการของทั้งสองอย่างเข้าด้วยกัน เป็นการตอบสนองการส่งมอบคุณค่าให้กับผู้ป่วย (Value = Quality + Safety)

๒.๑.๒ สามารถใช้เครื่องมือต่างๆหาโอกาสพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยและสามารถวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นที่หน้างาน เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการปรับระบบมีความสอดคล้องและประสานกัน

๒.๒ เนื้อหา

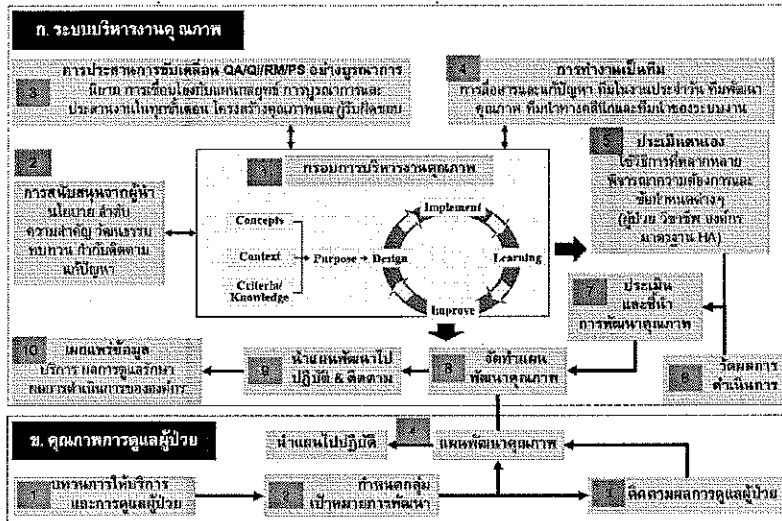
ในประเทศ ระยะสั้นไม่เกิน ๙๐ วัน ให้กรอกเนื้อความความรู้ที่ได้รับ อย่างน้อย ๔ - ๕ หน้ากระดาษ**

๒.๒.๑ แนวคิดการพัฒนาคุณภาพ & ความเสี่ยงความปลอดภัยทางคลินิก

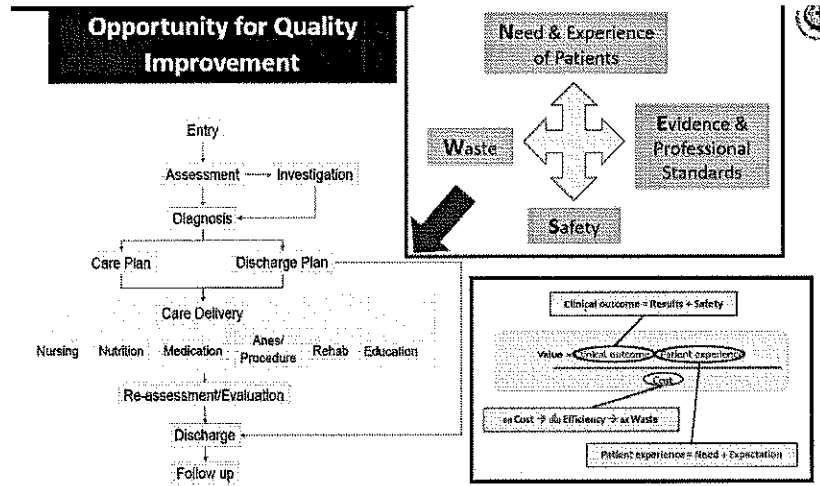
- ค่านิยมและแนวคิดหลัก HA เป็นกระบวนการเรียนรู้มุ่งเน้นผู้ป่วยและสุขภาพโดยมีการพัฒนาต่อเนื่อง
- กระบวนการ HA ขั้นที่ ๑ คือ สืบสวนและป้องกันความเสี่ยงนำปัญหามาทบทวนเพื่อแก้ไขป้องกันปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหา ครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสเกิดสูง ขั้นที่ ๒ คือ ประกันและพัฒนาคุณภาพเริ่มด้วยการวิเคราะห์เป้าหมายและกระบวนการ ประกันและพัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมายของหน่วย ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ในส่วนที่ไม่ยากเกินไป ขั้นที่ ๓ คือ วัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้ ผลลัพธ์คุณภาพที่ดีขึ้น ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน
- เครื่องมือการพัฒนา ๖ quality improvement & ๔ domains

๖ Quality improvement คือ	๔ Domains คือ
๑. Unit optimization	๑. ผู้ป่วย
๒. Patient safety	๒. หน่วยงานบริการ
๓. Clinical population	๓. ระบบงาน
๔. Standard implementation	๔. องค์กร
๕. Strategic management	
๖. Self-assessment	

- โดยการพัฒนาใช้หลัก ๓C (Criteria, Context, Core value) และ PDSA (Plan-Do-Study-Act) โดยมีการบริหารงานคุณภาพ ที่ประสานสอดคล้องกันในทุกระดับ ดังรูป



๒.๒.๒ คุณภาพการดูแลผู้ป่วย กระบวนการสามารถแสดงได้ดังภาพด้านล่าง



- 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

๒.๒.๓. Trigger tool & Medical record review & Adverse event

- Medical record review

- เพื่อเรียนรู้จุดแข็ง จุดอ่อนในกระบวนการดูแลรักษา นำไปสู่การปรับปรุงวิธีการบันทึกให้เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วย และการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น
- สามารถนำผลการทบทวนมาวิเคราะห์สาเหตุ นำสู่การปรับปรุงกระบวนการดูแลรักษาและระบบงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผลลัพธ์การดูแลรักษาดีขึ้น
- เวชระเบียนเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการสะท้อนคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

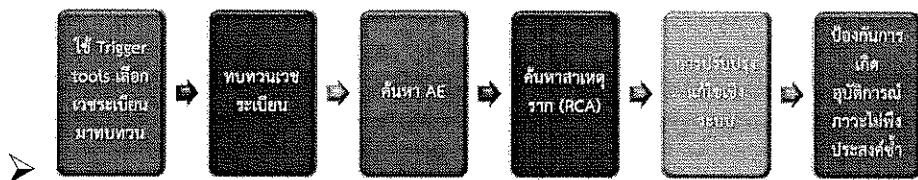
- Trigger tool หมายถึง ลักษณะ กระบวนการเหตุการณ์หรือผลลัพธ์บางประการที่สามารถค้นหาหรือมองเห็นได้ง่าย และมีความสัมพันธ์กับโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (AE) ในการดูแลผู้ป่วย

- สรพ.แนะนำให้ใช้ trigger เป็นเครื่องมือในการคัดกรองเวชระเบียนมาทบทวน เพื่อเพิ่มโอกาสที่จะพบ AE ได้มากขึ้น
- เป้าหมายการใช้เครื่องมือนี้ในระยะแรก มุ่งที่การเรียนรู้ลักษณะการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เพื่อนำไปปรับปรุงระบบ มากกว่าที่จะพยายามคำนวณค่าอัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ให้ถูกต้อง แต่ก็ไม่ละโอกาสที่จะรับรู้ข้อมูลเชิงปริมาณดังกล่าวและพยายามพัฒนาให้มีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

- ความสัมพันธ์ระหว่าง Error และ Adverse event (AE)

- Trigger คือการพบเหตุการณ์ที่เป็นสภาวะล่อแหลมที่อาจจะเกิด AE แต่ก็มิได้เกิด AE เสมอไป
- ในแต่ละ Trigger อาจพบหลาย AE หรืออาจไม่มี AE ก็ได้
- Trigger บางตัวก็เป็น AE ในตัวเองด้วย
- เมื่อพบ Trigger ตัวใดให้ทบทวนหา AE ที่สัมพันธ์กันก่อน แล้วค่อยมองหา AE อื่นๆ
- ผู้ป่วยบางรายอาจพบ AE โดยไม่พบ Trigger ที่เสนอไว้ก็ได้

- ความสัมพันธ์ระหว่าง การทบทวนเวชระเบียน และ AE และ RCA



- การพิจารณาระดับอันตรายของ AE

- D: เกิดความคลาดเคลื่อนหรือผิดพลาดขึ้นและต้องมีการเฝ้าติดตามดูหรือตรวจพิสูจน์บางอย่างจนทราบชัดเจนว่าไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย (ไม่ถือว่าเป็น AE)
- E: เกิดอันตรายชั่วคราวขึ้นกับผู้ป่วยและต้องได้รับการบำบัดรักษา
- F: เกิดอันตรายชั่วคราวขึ้นกับผู้ป่วยซึ่งต้องรักษาในโรงพยาบาลหรือทำให้นอนโรงพยาบาลนานขึ้น
- G: อันตรายถาวรต่อผู้ป่วย
- H: ต้องรับการบำบัดรักษาเพื่อช่วยชีวิต
- I: ผู้ป่วยเสียชีวิต

๒.๒.๔ Clinical Risk to Risk Register

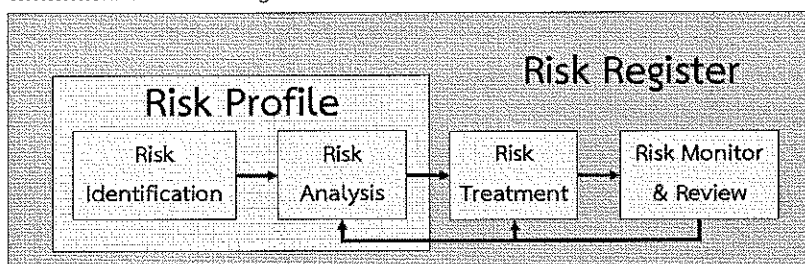
- การบริหารความเสี่ยงมีวัตถุประสงค์เพื่อรับรู้, ป้องกัน, จำกัดความเสี่ยง, อันตรายและความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น, รวมทั้งสร้างความตื่นตัวแก่ผู้เกี่ยวข้อง, และสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร

๑. ความเสี่ยงทั่วไป (Non Clinical Risk) คือ ความเสี่ยงใดๆที่เกิดขึ้นซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยไม่บรรลุนิติภาวะเป้าหมายที่ได้วางไว้, อันไม่เกี่ยวข้องกับกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยตรง

๒. ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risk) คือ ความเสี่ยงใดๆที่เกิดขึ้นในกระบวนการดูแลผู้ป่วย, อันอาจส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วย, รวมถึงโอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากกระบวนการรักษา

- ๒.๑ ความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป (Common Clinical Risk) คือ ความเสี่ยงใดๆที่เกิดขึ้นในกระบวนการดูแลผู้ป่วย, อันอาจส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วย, รวมถึงโอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากกระบวนการรักษา, ที่ไม่เจาะจงเฉพาะโรคใดโรคหนึ่ง
- ๒.๒ ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค (Specific Clinical Risk) คือ ความเสี่ยงใดๆที่เกิดขึ้นในกระบวนการดูแลผู้ป่วย, อันอาจส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วย, รวมถึงโอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากกระบวนการรักษา, ที่พบได้บ่อยหรือมีลักษณะเฉพาะตามกลุ่มโรคหรือเหตุการณ์ที่สำคัญ

- กระบวนการจัดการความเสี่ยง (Risk Management Process) โดยหัวใจของกระบวนการจัดการความเสี่ยง คือ การประเมินและการจัดการความเสี่ยง, โดย มีการสื่อสารและการให้คำปรึกษา, กระบวนการติดตามและทบทวน, รวมถึงการบันทึกและการรายงานความเสี่ยงเป็นแนวทางในการดำเนินงาน
- Risk Register เป็นเอกสารหลักเพื่อเป็นเครื่องมือในการบริหารความเสี่ยงทุกขั้นตอน, ทำให้เป็นกระบวนการที่มีชีวิต, เป็นพลวัตที่มีการปรับปรุงวิธีการทำงานอย่างต่อเนื่อง
- Risk Profile เป็นเอกสารอธิบายชุดของความเสี่ยง, วิเคราะห์สิ่งคุกคามที่องค์กรเผชิญอาจนำเสนอในรูปแบบ risk matrix หรือ risk rating table



- Risk identification สามารถค้นหาได้จาก: รายงานอุบัติการณ์, การทบทวนคุณภาพ, การทบทวนเวชระเบียนโดยใช้ trigger tools, การวิเคราะห์กระบวนการดูแลผู้ป่วย, การวิเคราะห์โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในแต่ละโรค, การตามรอยการดูแลผู้ป่วย, บทเรียนจาก รพ.อื่น, Patient Safety Goals (SIMPLE)
- Risk analysis (การวิเคราะห์ความเสี่ยง) เป็นกระบวนการในทำความเข้าใจธรรมชาติ, แหล่งที่มา และสาเหตุของความเสี่ยง, ประเมินการระดับความเสี่ยง (risk level), ศึกษาผลกระทบที่ตามมา

- ตรวจสอบมาตรการควบคุมที่ใช้อยู่
- Risk treatment (การรับมือกับความเสี่ยง) จะมีการวางแผนคือ ๑. กำหนดมาตรการป้องกันที่รัดกุม ๒. ติดตามตัวชี้วัดหรือข้อมูลเพื่อตรวจจับโอกาสเกิดอุบัติการณ์ หรือรับทราบสถิติการเกิดอุบัติการณ์ ๓. การทูลเกล้าความเสี่ยงหายเมื่อเกิดอุบัติการณ์
 - Risk Monitoring & Review (การติดตามและทบทวนความเสี่ยง) คือการกำกับดูแล ตรวจสอบ และสังเกตอย่างต่อเนื่องในสิ่งที่กำลังเกิดขึ้น เพื่อประเมินว่าจะบรรลุสิ่งที่คาดหวังไว้หรือไม่ และพิจารณาว่าสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นเหมาะสม เพียงพอ และได้ผลในการบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดหรือไม่

๒.๒.๕. ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety) & Personnel safety & มาตรฐานสำคัญจำเป็น ๙ ข้อ

- ความปลอดภัยของผู้ป่วย หมายถึง การลดความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากภัยอันตรายที่ไม่ควรเกิดขึ้นจากการบริการสุขภาพ โดยให้เกิดขึ้นน้อยที่สุดเท่าที่สามารถยอมรับได้
 - Patient safety goal (PSG) เราใช้เป้าหมายคือ SIMPLE
 - Safe surgery
 - Infection prevention & control
 - Medication & blood safety
 - Patient care process
 - Line & Tube & Catheter & Laboratory
 - Emergency response
 - Personnel safety การที่บุคคลากรจะใช้ชีวิตประจำวันได้ โดยปราศจากการคุกคาม หรือ ความหวาดกลัวต่อการเกิดอันตรายทาง จิตใจ อารมณ์ หรือ ทางกายภาพ โดยเป้าหมายจะใช้คำย่อ SIMPLE เช่นกัน คือ
 - Security & privacy of information and social media
 - Infection and exposure
 - Mental health and mediation
 - Process of work
 - Lane and legal issues
 - Environmental and working conditions
 - มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย: สถานพยาบาลต้องดำเนินการในเรื่องมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย ดังนี้
 - มีแนวทางปฏิบัติ
 - แสดงจำนวนอุบัติการณ์
 - กรณีเกิดอุบัติเหตุการณ์ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนดซึ่งส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย(ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป) ให้ สถานพยาบาลทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุรากของปัญหา

- จัดทำแผนควบคุมป้องกันความเสี่ยงที่สัมพันธ์กับมาตรฐานสำคัญจาเป็นต่อความปลอดภัย มีผลการดำเนินงานตามแผนแสดงแก่ผู้เยี่ยมสำรวจ
- มาตรฐานสำคัญจำเป็นมีทั้งหมด ๙ ข้อ ที่สถานพยาบาลทุกแห่งต้องรายงานคือ
 - การผ่าตัดผิดคนผิดข้างผิดตำแหน่งผิดหัตถการ (S: Safe surgery)
 - การติดเชื้อที่สำคัญในสถานพยาบาล
 - บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่
 - การเกิด Medication Error และ Adverse Drug Event
 - การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด
 - การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด
 - ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค
 - การรายงานผลการตรวจปฏิบัติการพยาบาลผิดพลาดเคลื่อน
 - การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๓.๑ ต่อตนเอง ได้รับทราบและได้รับความรู้ในเชิงระบบในกระบวนการคุณภาพและประเมินความเสี่ยงสำหรับผู้ป่วย นอกจากนี้ได้เรียนรู้การใช้เครื่องมือคุณภาพ เพื่อนำมาประเมิน ค้นหา และจัดระบบการป้องกันความเสี่ยง ซึ่งส่งผลทำให้คุณภาพการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง.....

๒.๓.๒ ต่อหน่วยงาน ได้รับความรู้ในภาพกว้างสำหรับการใช้เครื่องมือคุณภาพมาพัฒนากระบวนการสำหรับระบบสำคัญในโรงพยาบาลโดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบการจัดการความเสี่ยง นอกจากนี้ในการประชุมยังได้เรียนรู้เครื่องมือคุณภาพต่าง ๆ ที่สามารถนำไปนำเสนอเพื่อใช้กับทีมนำทางคลินิก เพื่อวิเคราะห์ ปรับปรุงกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยให้มีการพัฒนาอย่างยั่งยืน.....

๒.๓.๓ อื่นๆ (ระบุ) การเรียนรู้ในครั้งนี้ทำให้ผู้ป่วย และ บุคลากรในโรงพยาบาล สามารถได้รับการดูแลรักษาที่ดียิ่งขึ้น หลังจากที่ได้มีการปรับปรุงและพัฒนาต่อยอดของทีมนำทางคลินิก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การสร้างเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย ถ้าสามารถค้นหา วิเคราะห์และพัฒนาอย่างต่อเนื่องของทีมในโรงพยาบาล จะส่งผลให้เกิดความปลอดภัยต่อชุมชนและสังคมโดยรอบโรงพยาบาลได้.....

ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรค

๓.๑ การปรับปรุง

- เนื้อหาสาระค่อนข้างมาก บางหัวข้อมีความหลากหลายท่าน จึงมีข้อจำกัดด้านเนื้อหาและเวลา.....

ทำให้วิทยากรบางท่านพูดเร็ว และเนื้อหาบางหัวข้อไม่ได้ลงลึกถึงรายละเอียด.....


- เนื้อหาบางหัวข้อ ไม่เอกสารให้ ทำให้ไม่สามารถรวบรวมข้อมูลที่สำคัญได้ครบถ้วน.....

๓.๒ การพัฒนา การจดบันทึกและทบทวนเนื้อหาความรู้ทันที ทำให้ความเข้าใจเนื้อหาที่วิทยากร
ต้องการบรรยายได้ดีมากขึ้น นอกจากนี้การนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติจริงจะทำให้เข้าใจสิ่งที่วิทยากรต้องการสื่อ
ได้มากขึ้น

ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ จะความรู้ที่ได้จากการประชุมครั้งนี้มาพัฒนาที่นำทางคลินิก เพื่อให้
กระบวนการดูแลผู้ป่วย การจัดการความเสี่ยงทางคลินิกที่สำคัญ มีการจัดการอย่างเป็นระบบ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วย
ได้รับการบริการที่มีคุณภาพและความปลอดภัย

- ความรู้ที่ได้เรื่องการจัดการเสี่ยงที่ได้จากการประชุมครั้งนี้ ทำให้เห็นภาพกว้างเชิงระบบ ซึ่งสามารถนำมาใช้
ได้กับระบบความเสี่ยงในโรงพยาบาล โดยเฉพาะเรื่องการลงทะเบียนและการวิเคราะห์ความเสี่ยงที่สำคัญ
ซึ่งทำให้กระบวนการวางแผนการป้องกันความเสี่ยงเป็นรูปแบบที่ชัดเจนมากขึ้น

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

ลงชื่อ..... ผู้รายงาน
(นางสาวจิริพร เหลืองเมตตากุล)

ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา