

รายงานการศึกษา ฝึกรอบม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย ในประเทศ และต่างประเทศ
(ระยะสั้นไม่เกิน 90 วัน และ ระยะยาวตั้งแต่ 90 วันขึ้นไป)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1 ชื่อ/นามสกุล นางสาวอรรวรรณ เจริญไผ่ดี

อายุ 41 ปี การศึกษา แพทยศาสตรบัณฑิต

ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

- หน้าที่ความรับผิดชอบ หัวหน้ากลุ่มงานอายุรกรรม ตรวจและรักษาผู้ป่วยโรคทางอายุรกรรม ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ตรวจและรักษาผู้ป่วยโรคต่อมไร้ท่อทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

1.2 ชื่อ/นามสกุล นายชวลิต ภาณุมาตร์ศรี

อายุ 37 ปี การศึกษา แพทยศาสตรบัณฑิต

ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ

- หน้าที่ความรับผิดชอบ ตรวจรักษาผู้ป่วยในหอผู้ป่วยสามัญพิเศษ และ ICU ตรวจรักษา ผู้ป่วยนอกในคลินิกอายุรกรรม คลินิกหอบหืด และคลินิกวัณโรค

1.3 ชื่อ/นามสกุล นางสาวอาทิตยา ยี่สิน

อายุ 36 ปี การศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

- หน้าที่ความรับผิดชอบ ปฏิบัติการประจำหอผู้ป่วยชิวาภิบาล ให้การดูแลพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองผู้สูงอายุ และผู้ป่วยระยะกลางที่ต้องการได้รับฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการเจ็บป่วย ทำหน้าที่ให้บริการด้านการประเมิน การดูแลพยาบาลการกระตุ้น การฟื้นฟู และแนะนำให้คำปรึกษา ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบต่อเนื่อง

1.4 ชื่อเรื่อง/หลักสูตร อบรม HA 602 : คุณภาพและความปลอดภัยทางคลินิก

เพื่อ ศึกษา ฝึกรอบม ประชุม ดูงาน สัมมนา

ปฏิบัติการวิจัย

งบประมาณ เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาล

ทุนส่วนตัว

จำนวนเงิน 13,500 บาท (หนึ่งหมื่นสามพันห้าร้อยบาทถ้วน)

ระหว่างวันที่ 6 - 8 กรกฎาคม 2565

สถานที่ รูปแบบออนไลน์
คุณวุฒิ / วุฒิบัตรที่ได้รับ -

ส่วนที่ 2 ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

2.1 วัตถุประสงค์

1. สามารถวางระบบการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก ทั้งในระดับภาพรวมและระดับทีมดูแลผู้ป่วย
2. ใช้ข้อมูลอดีต (เวชระเบียน การทบทวนการดูแลผู้ป่วย รายงานอุบัติการณ์) เพื่อการเรียนรู้ การวิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ และการออกแบบระบบที่รัดกุม
3. ใช้โรคหรือสภาวะทางคลินิกในการประเมินคุณภาพของทุกระบบงานในโรงพยาบาล
4. พัฒนาคุณภาพทางคลินิกโดยเน้นผลลัพธ์และใช้เครื่องมือการพัฒนาคุณภาพที่หลากหลายร่วมกัน
5. เข้าใจบทบาทและระดับความรับผิดชอบในความเสี่ยงที่เกิดขึ้นของหน่วยงาน/ทีมนำด้านคลินิก/ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง การเชื่อมโยงประสานข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่างๆ ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล
6. บูรณาการมาตรฐาน HA ตอนที่ 3 เข้าสู่การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย

2.2 เนื้อหา (โดยย่อ) ขอสรุปผลการเข้าร่วมประชุม/สัมมนาเป็นเรื่องๆ ดังนี้

1. แนวคิดพื้นฐานของกระบวนการ Hospital Accreditation (HA) ประกอบไปด้วย

1.1 ค่านิยมและแนวคิดหลัก

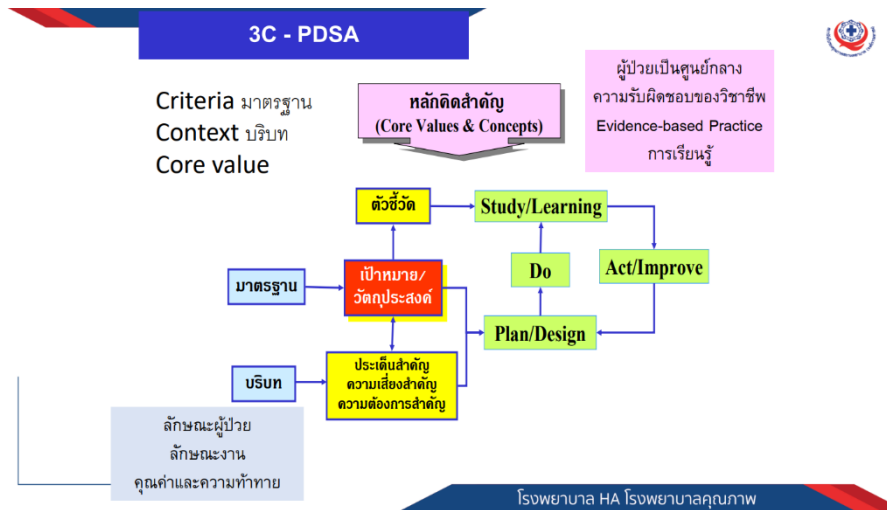
- HA เป็นกระบวนการเรียนรู้
- มุ่งเน้นผู้ป่วยและสุขภาพ
- พัฒนาต่อเนื่อง

โดยหัวใจของการพัฒนาตามกระบวนการ HA มี 3 ขั้นตอน

ขั้นที่ 1 สํารวจและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหามาทบทวน เพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหา ครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสเกิดสูง

ขั้นที่ 2 ประกันและพัฒนาคุณภาพ เริ่มด้วยการวิเคราะห์เป้าหมายและกระบวนการ ประกันและพัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมายของหน่วย ครอบคลุม กระบวนการสำคัญทั้งหมด ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ในส่วนที่ไม่ยากเกินไป

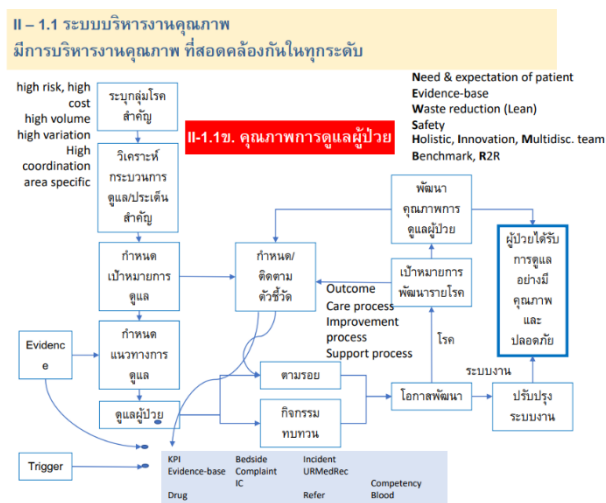
ขั้นที่ 3 วัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้ ผลลัพธ์คุณภาพที่ดีขึ้น ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน



การนำหลักสำคัญ มาทำเป็น 3C -PDSA ในการทำให้เกิด เป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ เพื่อให้เกิด ประเด็นสำคัญ ความเสี่ยงสำคัญ ความต้องการสำคัญ เป็นผลต่อการกำหนดตัวชี้วัด

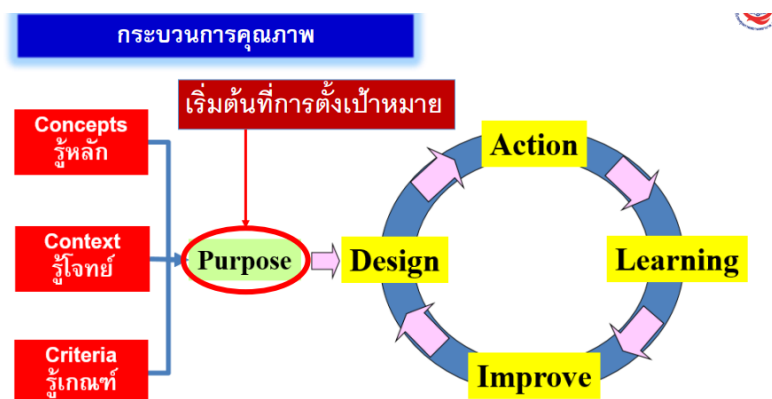
2. การบริหารงานคุณภาพ (Quality management)

2.1 คุณภาพการดูแลผู้ป่วย



1. มีการทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของการดูแล และค้นหาโอกาสพัฒนา
2. ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดกลุ่มประชากรทางคลินิก เป็นเป้าหมายที่จะพัฒนา กำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ในการดูแลและพัฒนาคุณภาพ
3. ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการติดตามกำกับผลการดูแลผู้ป่วย กลุ่มเป้าหมาย
4. ทีมดูแลผู้ป่วยใช้กิจกรรมและวิธีการที่หลากหลายร่วมกันในการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย เช่น ความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ วิถืองค์รวม การใช้ข้อมูลวิชาการ การวิเคราะห์ root cause นวัตกรรม การเปรียบเทียบกับผู้ทำได้ดีที่สุด การปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยควร ครอบคลุมมิติด้านการป้องกัน สร้างเสริม รักษา พัฒนา ตามความเหมาะสม

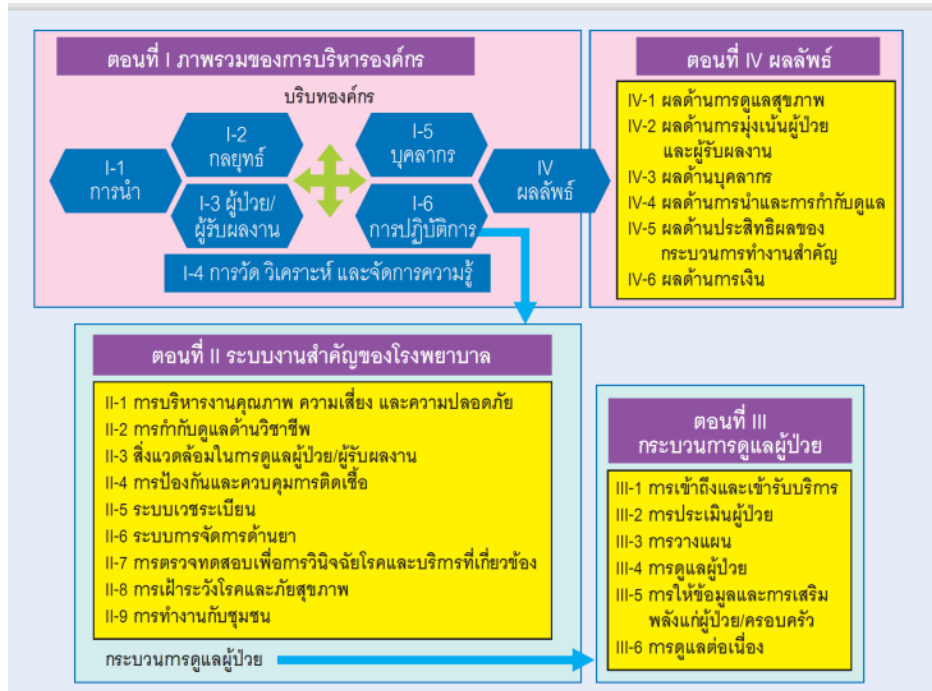
2.2 กระบวนการคุณภาพ



จะต้อง รู้หลัก รู้โจทย์

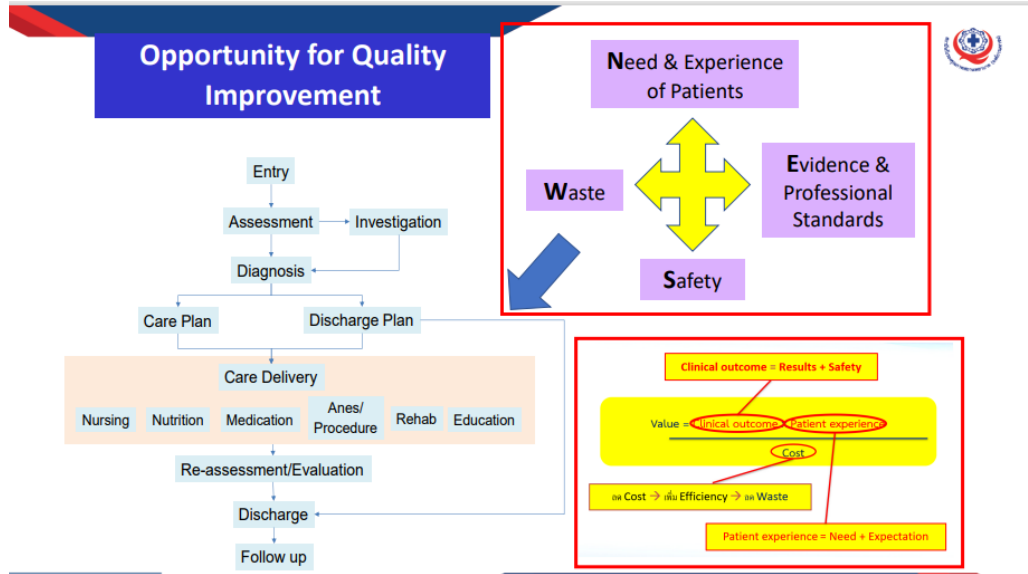
และรู้

เกณฑ์ โดย เริ่มต้นที่เป้าหมาย จนเกิด DALI คือ Design Action Learning และ Improve โดยจะประกอบทั้งหมด 4 ตอน คือ



- ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร ตั้งแต่ การนำ กลยุทธ์ ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน การวัด วิเคราะห์และจัดการความรู้ บุคลากร การปฏิบัติการ
- ตอนที่ 2 ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล
- ตอนที่ 3 กระบวนการดูแลผู้ป่วย
- ตอนที่ 4 ผลลัพธ์

โดยกระบวนการ patient care process ทั้ง 10 care process นำมาซึ่ง clinical outcome



ยกตัวอย่างการเข้าถึง โดยใช้กระบวนการ 3 P

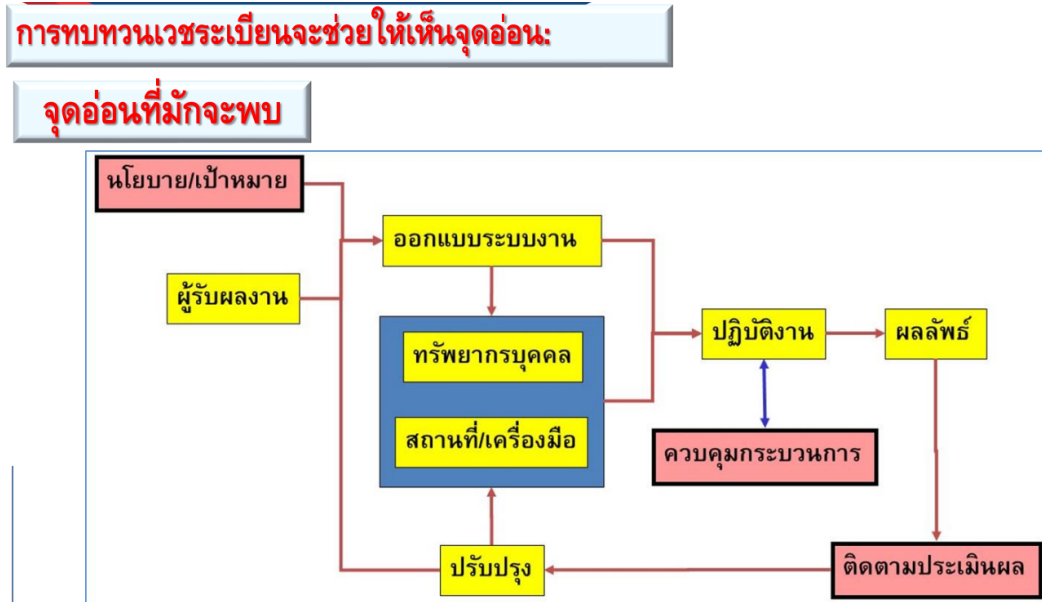
องค์กรสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วย/ผู้รับผลงานสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้โดยสะดวก มีกระบวนการรับผู้ป่วยที่เหมาะสมกับปัญหา สุขภาพ/ความต้องการของผู้ป่วยอย่างทันเวลา มีการประสานงานที่ดี ภายใต้ ระบบงานและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ

2.3 การทบทวนเวชระเบียน

โดยปัญหาที่พบจากการทบทวนเวชระเบียน

- การบันทึกข้อมูลที่ไม่เพียงพอ ขาดความครอบคลุมปัญหาขาดความต่อเนื่อง
- การประสานงานภายในทีมดูแลรักษา
- การประเมินที่แยกส่วน ขาดการประสานการประเมินร่วมกันในทีม
- การประเมินที่ไม่ครอบคลุมองค์รวม
- การประเมินซ้ำที่ไม่เหมาะสมกับความรุนแรงของการเจ็บป่วย
- แผนการดูแลที่ไม่ได้ระบุเป้าหมายร่วมกันอย่างชัดเจน ขาดการสื่อสารแผน ร่วมกัน
กันในทีมอย่างชัดเจน
- การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง ก่อนผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤต อาการทรุดลงอย่าง
ทันการณ์
- การให้ข้อมูล เสริมพลังที่มีความเหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยราย
บุคคล
- การวางแผนจำหน่าย ที่มีความครอบคลุมตามปัญหาความต้องการของผู้ป่วย
ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่ายกับครอบครัวผู้ป่วย

- การประสานข้อมูลในการส่งต่อการดูแลต่อเนื่อง ที่ระบุปัญหา ความต้องการผู้
ป่วย ครอบคลุมอย่างชัดเจน และกำหนดเป้าหมายในการดูแลต่อเนื่องร่วมกัน

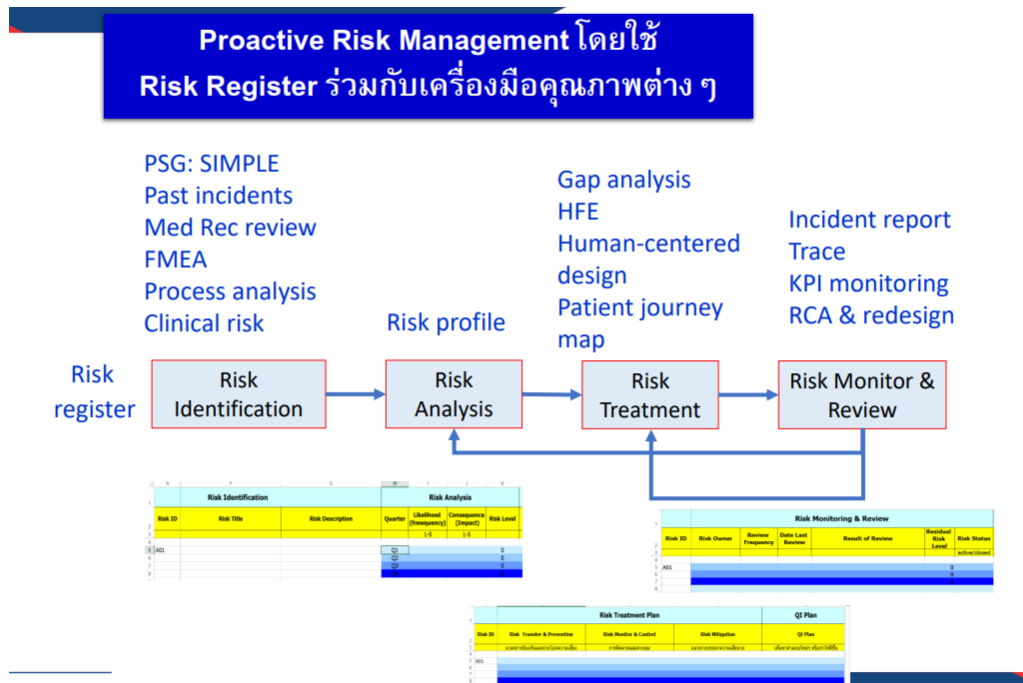


การทบทวนเวชระเบียน ก็จะเริ่มทบทวนในทุก 6 กระบวนการในการดูแล คือ

Entry > Assessment > Planning > Implementation > Evaluation > Discharge



ความเสี่ยงคือผลของความไม่แน่นอนต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ Proactive Risk Management
โดยใช้ Risk Register ร่วมกับเครื่องมือคุณภาพต่างๆ



2.4 การทำ Trigger tool

Trigger หมายถึง ลักษณะ กระบวนการ เหตุการณ์หรือผลลัพธ์บางประการที่สามารถ ค้นหาหรือมองเห็นได้ง่าย และมีความสัมพันธ์กับโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (AE) ในการดูแลผู้ป่วย สรพ. แนะนำให้ใช้ trigger เป็นเครื่องมือในการคัดกรองเวชระเบียนมา ทบทวน เพื่อเพิ่มโอกาสที่จะพบ AE ได้มากขึ้น

เป้าหมายการใช้เครื่องมือนี้ในระยะแรก มุ่งที่การเรียนรู้ลักษณะการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เพื่อนำไปปรับปรุงระบบมากกว่าที่จะพยายามคำนวณค่าอัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ให้ถูกต้อง แต่ก็ไม่ใช่โอกาสที่จะรับรู้ ข้อมูลเชิงปริมาณดังกล่าวและพยายามพัฒนาใหม่ ความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

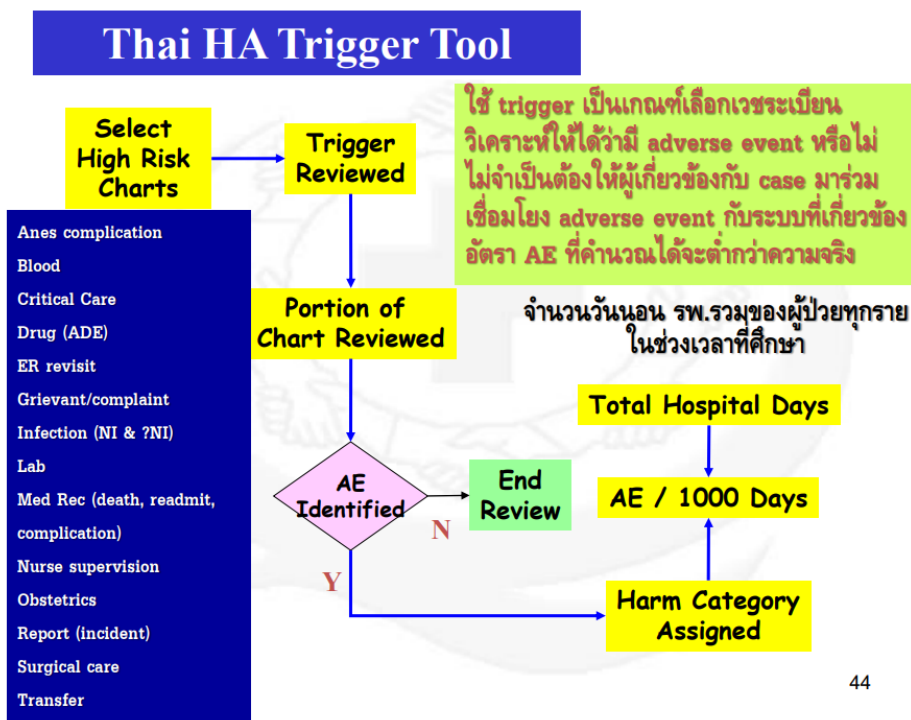
ความสัมพันธ์ ระหว่าง Trigger กับ AE

- Trigger คือการพบเหตุการณ์ที่เป็นสภาวะล่อแหลมที่อาจจะเกิด AE แต่ก็มีได้ เกิด 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

การนับ AE

- นับเฉพาะ AE ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล

- การใช้ยาตัวเดียวกันแต่เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น 2 ลักษณะ ให้นับเป็น AE เพียงครั้งเดียว
- การผ่าตัด 1 ครั้ง แต่เกิดอันตรายต่ออวัยวะหลายแห่งให้นับ AE ตามจำนวนการบาดเจ็บที่เกิดขึ้น
- กรณีที่ผู้ป่วยมีความรุนแรงตั้งแต่เริ่มต้นมากและต้องใช้ intervention หลายอย่าง ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจาก intervention เหล่านั้นให้นับเป็น AE แต่หากมีการเสียชีวิตขึ้นให้พิจารณาว่าการเสียชีวิตนั้นเป็นผลจาก AE หรือเป็นผลจากความรุนแรงของโรคเอง



2.5 การตามรอยทางคลินิก (Clinical tracer) คือ การตามรอยกระบวนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง ร่วมกับองค์ประกอบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนั้น

การตามรอยนี้ควรทำทั้งการตามรอยผู้ป่วยแต่ละรายที่ทำงานจริง และการทบทวนข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยทั้งหมด

องค์ประกอบที่นำมาพิจารณาในการตามรอยทางคลินิก

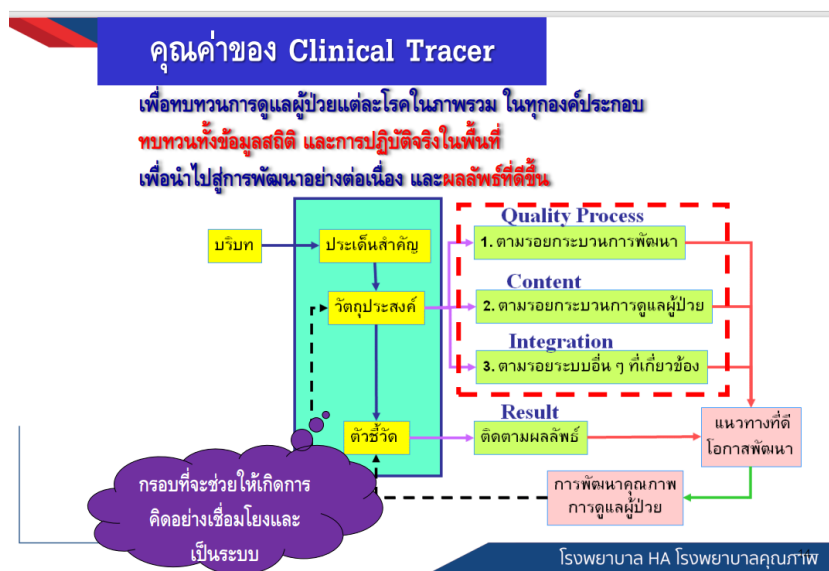
1. เป้าหมายการดูแลผู้ป่วย
2. กระบวนการดูแลผู้ป่วย
3. กระบวนการและระบบงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย
4. กระบวนการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย
5. ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย

การทบทวนข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยทั้งหมด คือการทบทวน ในประเด็น

1. ตัวชี้วัดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยทั้งตัวชี้วัดเชิงกระบวนการ และตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์
2. โอกาสพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย
3. กระบวนการพัฒนาคุณภาพที่ผ่านมา โอกาสที่จะใช้แนวคิด และเครื่องมือใหม่ๆ ในการพัฒนาคุณภาพ

การสรุปข้อมูลการตามรอยทางคลินิก

1. ใช้หลัก 3P หรือ PDSA คือ แสดงให้เห็นชัดเจนในประเด็น purpose, process design, process deployment, performance monitoring, performance improvement
2. สรุปข้อมูล เป็นแผนภูมิ ตาราง กราฟ ที่สะท้อนความเข้าใจของทีมงาน
3. บันทึกไว้ใน PowerPoint และนำมาทบทวน/ปรับปรุงกันบ่อยๆ เพื่อฉลองความสำเร็จ หาโอกาสพัฒนาต่อเนื่อง ดำเนินการพัฒนา



2.6 Driver Diagram

WHY:

1. เห็นภาพรวมของแนวทางการพัฒนาที่จะเกิดขึ้น
2. ช่วยตรวจสอบความสมบูรณ์ของสิ่งที่จะทำ
3. ช่วยกำหนดเป้าหมายและตัววัดความก้าวหน้าในการพัฒนาในแต่ละ

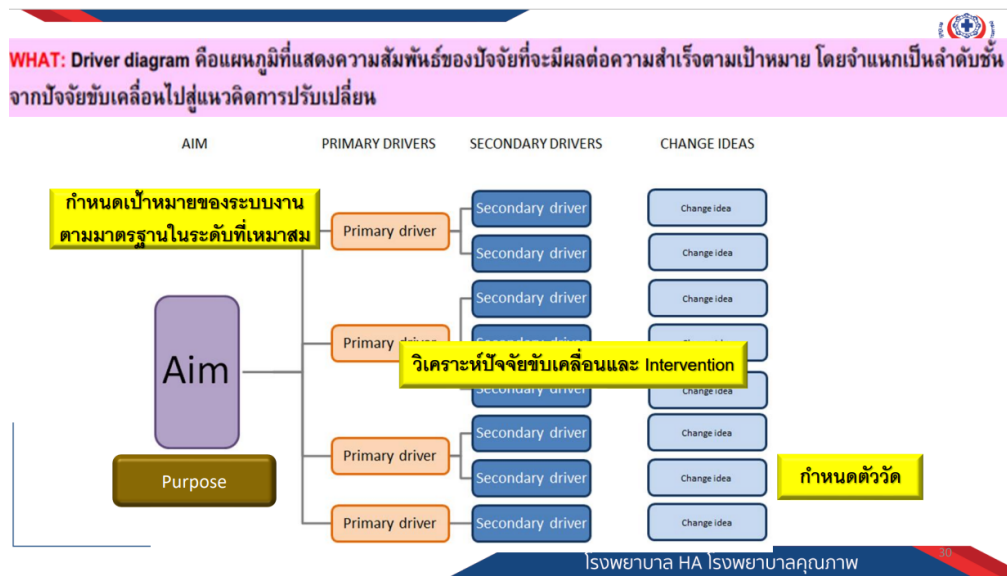
องค์ประกอบ

HOW:

1. ใช้ template ในลักษณะของ tree diagram
2. ระดมสมองว่าในอะไรเป็น driver เพื่อความสำเร็จตามเป้าหมาย
3. การระบุ driver ในเชิงแนวคิดจะทำให้มองเห็นโอกาสใหม่ๆ เพิ่มขึ้น
4. จัดกลุ่ม/จำแนก เป็น primary & secondary driver
5. ระดมสมองว่าในแต่ละ driver มีแนวทางการปรับเปลี่ยนหรือ action/

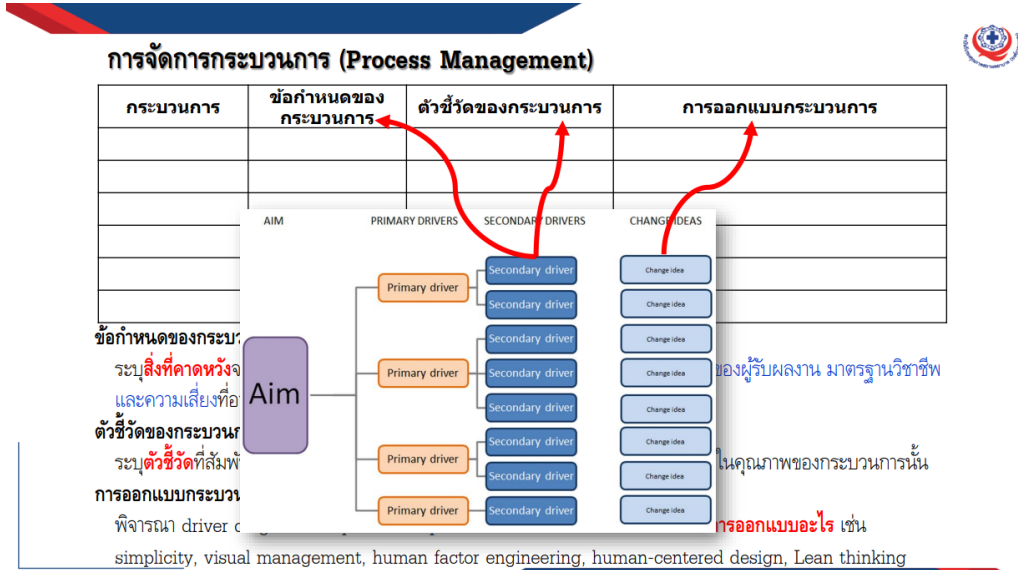
intervention อะไรบ้าง

6. กำหนดตัวชี้วัดเพิ่มในแต่ละระดับตามความเหมาะสม



2.7 การจัดการกระบวนการ (Process management)

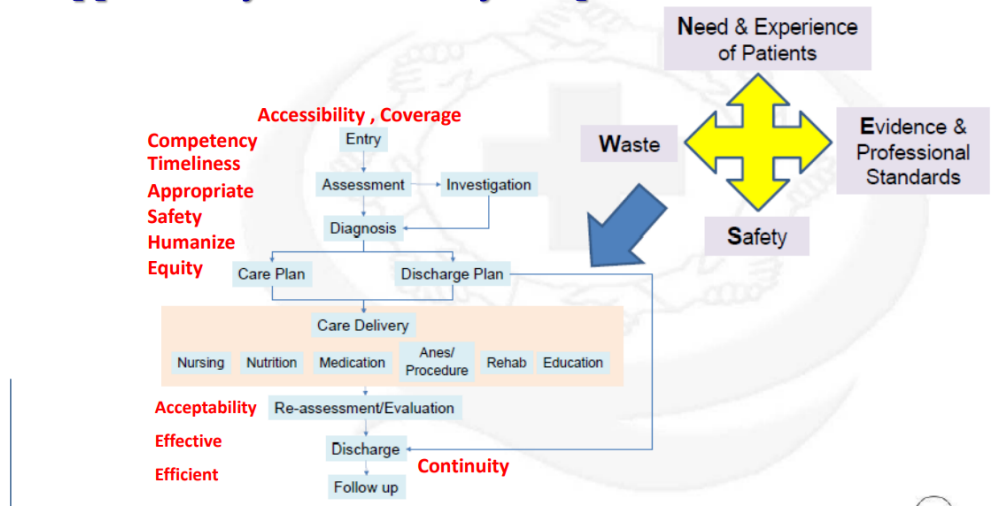
1. ข้อกำหนดของกระบวนการ (process requirement) ระบุสิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการด้วย key word สั้นๆ โดยพิจารณาจากความต้องการของผู้รับผลงาน มาตรฐานวิชาชีพ และความเสี่ยงที่อาจทำให้ไม่บรรลุเป้าหมาย
2. ตัวชี้วัดของกระบวนการ (process indicators) ระบุตัวชี้วัดที่สัมพันธ์กับข้อกำหนดของกระบวนการ และเป็นประโยชน์ในการทำให้มั่นใจในคุณภาพของกระบวนการนั้น
3. การออกแบบกระบวนการ (process design) พิจารณา driver diagram และ process requirement แล้วพิจารณาว่าจะใช้แนวทางการออกแบบอะไร เช่น simplicity, visual management, human factor engineering, human-centered design, Lean thinking



2.8 ตามรอยคุณภาพ

- คุณภาพของกระบวนการดูแลผู้ป่วย
- กระบวนการพัฒนาคุณภาพ
- ระบบงานที่เกี่ยวข้อง

Opportunity for Quality Improvement



2.3 ประโยชน์ที่ได้รับ

2.3.1 ต่อตนเอง

1. สามารถมีความรู้เข้าใจการพัฒนาคุณภาพความเสี่ยงทางคลินิก
2. สามารถมีความรู้ความเข้าใจในการทบทวนเวชระเบียน
3. สามารถมีความรู้ความเข้าใจในการปรับกระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับผลลัพธ์
4. สามารถมีความรู้ความเข้าใจในการทำ Driver diagram

2.3.2 ต่อหน่วยงาน

1. สามารถนำมาเป็นแนวทางการทำ trigger tool ในการนำมาทบทวนเวชระเบียนในกลุ่มงานอายุรกรรม
2. สามารถนำปัญหาที่พบ อุบัติการณ์มาทำเป็น risk profile ของหน่วยงาน
3. สามารถนำมาปรับทำ PCT profile ของกลุ่มงานอายุรกรรม
4. สามารถนำมาปรับทำ PROXY DISEASE ในโรคที่สำคัญของกลุ่มงานอายุรกรรม

2.3.3 อื่น ๆ (ระบุ)

1. สามารถนำความรู้ความเข้าใจ ในการร่วมเป็นทีมนำในการพัฒนาคุณภาพในภาพรวมของโรงพยาบาล

ส่วนที่ 3 ปัญหาและอุปสรรค

3.1 การปรับปรุง

- เป็นการเข้าร่วมประชุมแบบ ZOOM อาจมีปัญหาในเรื่องของสัญญาณอินเทอร์เน็ตและการเข้าร่วมการสอบถาม

3.2 การพัฒนา

- การปรับให้มีการประชุมการเข้าร่วมแบบ on-site จะช่วยให้มีการเข้าร่วมพูดคุยซักถามในประเด็นที่สนใจได้มากขึ้น

ส่วนที่ 4 ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

หากสถานการณ์โควิดดีขึ้น การเข้าร่วมอบรมแบบประชุมจริง จะเป็นประโยชน์ในการซักถามทำความเข้าใจกับเรื่องที่ประชุมได้มากขึ้น และหากมีการเข้าร่วมในทุกๆ ทีมนำของโรงพยาบาล เช่น ทีมนำ PCT ต่างๆ จะช่วยให้งานพัฒนาคุณภาพเป็นไปในทางที่ดีขึ้น

ลงชื่อ.....

(นางสาวอรรณณ เอียร์ไผ่ดี)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

ลงชื่อ.....

(นายชวลิต ภาณุมาตรศรี)

นายแพทย์ชำนาญการ

ลงชื่อ.....

(นางสาวอาทิตยา ยี่สิน)

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

ส่วนที่ 5 ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา _____

ลงชื่อ.....