

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

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อ - นามสกุล

๑.๑.๑ นางนฤมล ปราสัยงาม อายุ..... ๓๕.....ปี การศึกษา.....พยาบาลศาสตรบัณฑิต.....
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน.....
ตำแหน่ง.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....

๑.๒ หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ).....ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล
ประจำห้องอุบัติเหตุ -ฉุกเฉิน ปฏิบัติงานเวรเช้า เวรละ ๘ ชั่วโมง ให้บริการด้านการพยาบาลครอบคลุม ๔ มิติ
คือ การส่งเสริมสุขภาพ การดูแลรักษาพยาบาล ป้องกันภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษา การฟื้นฟูสภาพ
และการส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงการดูแลสุขภาพประชาชนและสิ่งแวดล้อมให้มีคุณภาพและความปลอดภัย

๑.๑.๒ นายจิรฉัตร เจียมเจริญวงศ์...อายุ..... ๒๗.....ปี การศึกษา.....แพทยศาสตรบัณฑิต.....
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน.....
ตำแหน่ง.....นายแพทย์ปฏิบัติการ.....

๑.๒ หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ).....ปฏิบัติงานในตำแหน่งนายแพทย์ปฏิบัติการ ประจำแผนกผู้ป่วยนอก
ให้บริการครอบคลุม ๔ มิติ คือ การส่งเสริมสุขภาพ การตรวจวินิจฉัยโรค การดูแลรักษา การป้องกันภาวะ
แทรกซ้อนระหว่างการรักษา การฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการดูแลสุขภาพประชาชนและสิ่งแวดล้อมให้มีคุณภาพ
และความปลอดภัย รวมทั้งปฏิบัติหน้าที่เป็นรองประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล

๑.๓ ชื่อเรื่อง / หลักสูตร..... HA ๖๐๒ : คุณภาพและความปลอดภัยทางคลินิก รุ่นที่ ๒.....
สาขา.....

เพื่อ ศึกษา ผูกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย
งบประมาณ เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาล ทุนส่วนตัว
จำนวนเงิน คนละ ๔,๕๐๐ บาท รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๙,๐๐๐ บาท (เก้าพันบาทถ้วน)

ระหว่างวันที่... ๑๘ มกราคม - ๒๐ มกราคม ๒๕๖๖...สถานที่.....ในรูปแบบออนไลน์ผ่านโปรแกรม zoom....
คุณวุฒิ / วุฒิบัตรที่ได้รับ.....

การเผยแพร่รายงานผลการศึกษา / ผูกอบรม / ประชุม สัมมนา ผ่านเว็บไซต์สำนักงานการแพทย์ และกรุงเทพมหานคร

ยินยอม

ไม่ยินยอม

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย (โปรดให้ข้อมูลในเชิงวิชาการ)

๒.๑ วัตถุประสงค์

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

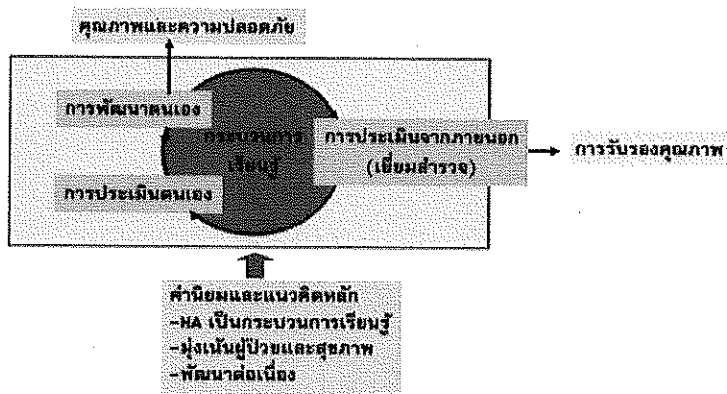
๒. เพื่อการเรียนรู้ การวิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ และการออกแบบระบบที่รัดกุม โดยใช้โรคหรือสภาวะทางคลินิกในการประเมินคุณภาพของทุกระบบงานในโรงพยาบาล

๓. เพื่อพัฒนาคุณภาพทางคลินิกโดยเน้นผลลัพธ์และใช้เครื่องมือการพัฒนาคุณภาพที่หลากหลายร่วมกัน ได้เข้าใจบทบาท และทราบระดับความรับผิดชอบในความเสี่ยงที่เกิดขึ้นของหน่วยงาน ทีมนำด้านคลินิก คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง การเชื่อมโยงประสานข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่างๆ ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล และสามารถบูรณาการมาตรฐาน HA ตอนที่ III เข้าสู่การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย

๒.๒ เนื้อหา

คุณภาพและความปลอดภัยทางคลินิก

แนวคิดการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยทางคลินิก แนวคิดพื้นฐานของกระบวนการ Hospital Accreditation (HA) คือ กลไกประเมินเพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนากระบวนการภายในของโรงพยาบาล โดยมีการพัฒนาอย่างเป็นระบบ และพัฒนาทั้งองค์กรทำให้องค์กรเกิดการเรียนรู้ มีการประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง



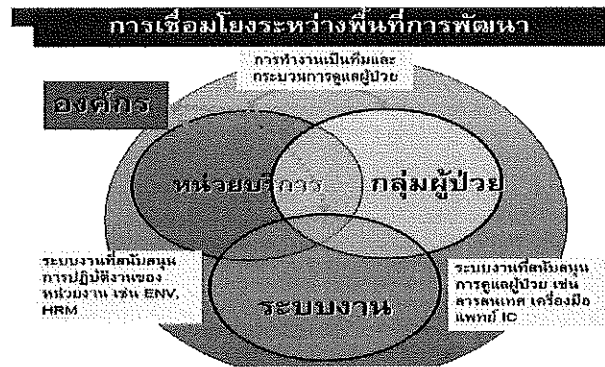
หัวใจของการพัฒนาตามกระบวนการ HA บันได ๓ ขั้น

ขั้นที่ ๑ สำรองและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหามาทบทวน เพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหา ครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสเกิดสูง

ขั้นที่ ๒ ประกันและพัฒนาคุณภาพ เริ่มด้วยการวิเคราะห์เป้าหมายและกระบวนการประกันและพัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมายของหน่วย ครอบคลุม กระบวนการสำคัญทั้งหมด ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ในส่วนที่ไม่ยากเกินไป

ขั้นที่ ๓ วัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ผลลัพธ์คุณภาพที่ดีขึ้น ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน

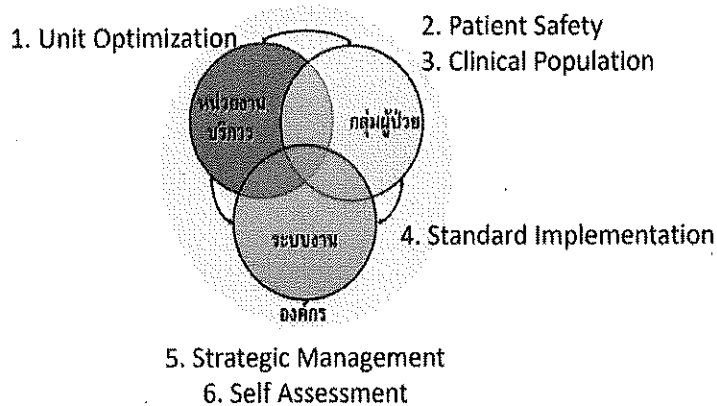
พื้นที่การพัฒนาในโรงพยาบาลและการเชื่อมโยงระหว่างพื้นที่การพัฒนา ตามแผนภาพ



เครื่องมือการพัฒนา ๖ QI Tracks & ๔ Domains

หมายถึง เส้นทางของการพัฒนาคุณภาพที่มีลักษณะเฉพาะ มีจุดตั้งต้น มีความต่อเนื่อง ก้าวหน้า บรรลุเป้าหมายและเป้าหมายที่สูงขึ้น โดยมี ๖ เส้นทางของการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาล และการพัฒนาคุณภาพในส่วนต่างๆ ของโรงพยาบาลประกอบด้วย ๕ กลุ่ม ดังนี้

๑. Unit Optimization : ประกอบด้วย แนวคิดพื้นฐาน คือ การใช้ ๓P ในงานประจำ หัวหน้าพาทำคุณภาพ กิจกรรมคุณภาพพื้นฐานต่าง ๆ (๕ส, KM, ระบบข้อเสนอแนะ) และ Service Profile
๒. Patient Safety : ทบทวนความครอบคลุมของกิจกรรมทบทวน โดยใช้ประโยชน์จากกิจกรรมการทบทวน เช่น RCA, Standardized Work
๓. Clinical Population : เริ่มจากการวิเคราะห์โรคสำคัญ เป้าหมาย ประเด็นสำคัญ (๒๐ โรค) ขึ้นอยู่กับบริบทแต่ละโรงพยาบาล จากนั้นกำหนดประเด็นพัฒนาที่ชัดเจน ดำเนินการพัฒนา และสรุปเป็น Clinical Highlight
๔. Standard Deployment : เป็นการตามรอยตามมาตรฐาน และหลัก SPA โดยกำหนดโครงสร้างที่มนำ โดยทีมศึกษาแนวทางใน SPA (Standards – Practice – Assessment) เพื่อเห็นของจริงและอ้างอิงจากงานวิจัย
๕. Strategic Management : การตามรอยตามแผนกลยุทธ์/ ตัวชี้วัด Self Assessment : การตามรอยการประเมินตนเอง



แนวคิด ๓C – PDSA

๓C คือ การกำหนดสิ่งที่จะนำไปหมุนให้เหมาะสมกับสถานการณ์และหลักการ ประกอบด้วย

๑. Criteria : มาตรฐาน กฎเกณฑ์ แนวทาง ข้อกำหนดทางวิชาชีพ

๒. Context : บริบท ส่วนที่เป็นสถานการณ์ ปัญหาเฉพาะของโรงพยาบาล ความสามารถข้อจำกัด ทรัพยากรของโรงพยาบาล

๓. Core value : ค่านิยม หลักคิดแนวคิดที่อยู่ในใจของคนทุกคนในองค์กรในการทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง PDSA (Plan-Do-Study-Act) คือ การหมุนวงล้อของการพัฒนาและการเรียนรู้ ประกอบด้วย

Plan คือ การกำหนด / ออกแบบแนวทาง วิธีการทำงาน แผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการ

Do คือ การลงมือทำตามแนวทางที่กำหนดไว้

Study คือ การเรียนรู้จากการที่เราลงมือทำหรือขณะทำตามแนวทางนั้น

Action คือ การเข้าปรับปรุงเปลี่ยนแปลงตามผลลัพธ์ที่ได้เรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

๓C-PDSA จะเริ่มจากตรงไหนก่อนก็ได้ แต่เริ่มแล้วควรขยับไปจนครบทุกองค์ประกอบที่เหลือ สิ่งที่เชื่อมระหว่างการคิด (๓C) กับการทำ (PDSA) คือ เป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ ซึ่งมาจากการวิเคราะห์ context คู่กับเป้าหมายของ criteria เมื่อได้เป้าหมายสามารถกำหนดตัวชี้วัด เพื่อการติดตามกำกับหรือการประเมินผลได้ เมื่อมีเป้าหมายชัดเจน รู้ประเด็นสำคัญต่างๆ ที่เป็นความโยง ทำให้สามารถออกแบบระบบงานที่เหมาะสมโดยมีค่านิยมหลัก (core value & concepts) เป็นตัวกำกับเป็นสิ่งที่ทำให้เห็นโอกาสพัฒนามากขึ้น

มาตรฐานสำคัญ & Patient Care Team

ตอนที่ II-๑.๑ การบริหารงานคุณภาพ (Quality Management) มีการบริหารงานคุณภาพ ที่ประสานสอดคล้องกันในทุกระดับ

ก. ระบบบริหารงานคุณภาพ

ข. คุณภาพการดูแลผู้ป่วย

(๑) มีการทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินคุณภาพและ ประสิทธิภาพของการดูแล และค้นหาโอกาสพัฒนา

(๒) ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดกลุ่มประชากรทางคลินิก เป็นเป้าหมายที่จะพัฒนา กำหนด เป้าหมายและ วัตถุประสงค์ในการดูแลและพัฒนาคุณภาพ

(๓) ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการติดตามกำกับผลการดูแลผู้ป่วย กลุ่มเป้าหมาย

(๔) ทีมดูแลผู้ป่วยใช้กิจกรรมและวิธีการที่หลากหลายร่วมกันในการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย เช่น ความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ วิถ้องค์รวม การใช้ข้อมูลวิชาการ การวิเคราะห์ root cause นวัตกรรม การเปรียบเทียบกับผู้ที่ทำได้ดีที่สุด การปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยควร ครอบคลุมมิติด้านการป้องกัน สร้างเสริม รักษา ฟื้นฟู ตามความเหมาะสม บทบาทหน้าที่ PCT

- วิเคราะห์โอกาสพัฒนา กำหนดทิศทาง ชี้นำมองภาพรวมการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย

- ระบุความเสี่ยงทางคลินิกที่สำคัญรายโรค

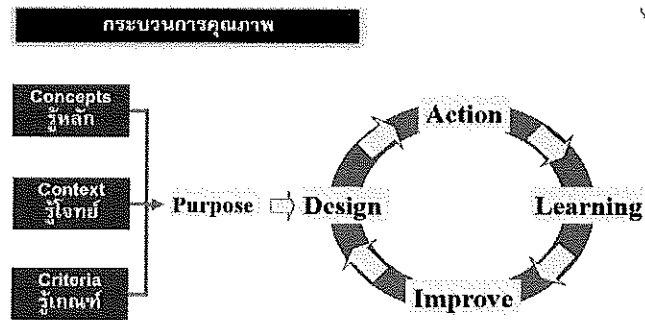
- ประสานความร่วมมือ / สนับสนุนทรัพยากรทั้งหน่วยงาน/วิชาชีพ

- ประเมิน ติดตามผล

๒. คุณภาพการดูแลผู้ป่วย & ตามมาตรฐานตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

คุณภาพการดูแลผู้ป่วย เกิดจาก ผลลัพธ์ทางคลินิก (clinical outcome) และประสบการณ์ของผู้ป่วย (patient experience) ที่มีความต้องการและความคาดหวังของการดูแลรักษา ซึ่งต้องทำอย่างมีระบบและมี กระบวนการ มีขั้นตอนที่ชัดเจน สามารถทำซ้ำได้ วัดผลสำเร็จได้ และมีการใช้ข้อมูลสารสนเทศเพื่อการเรียนรู้และ

พัฒนา กระบวนการคุณภาพต้องเริ่มต้นจากการกำหนดเป้าหมาย (Purpose) ก่อน แล้วจึงรู้หลัก รู้โจทย์ รู้เกณฑ์ตาม บริบทโรงพยาบาล แล้วจึงมีการหมุนวงล้อ PDSA เพื่อการเรียนรู้และพัฒนา



มาตรฐานตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

III-๑ การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (Access and Entry)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วย/ผู้รับผลงานสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้โดยสะดวกทันเวลา ระบบมีประสิทธิภาพ

III-๒ การประเมินผู้ป่วย (Patient Assessment)

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความต้องการปัญหาสุขภาพและความเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายจากกระบวนการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสม ครมมี CPG เพื่อลดความแปรปรวน

III-๓ การวางแผน (Planning)

มีการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วย มีการประสานงาน และมีเป้าหมายชัดเจน

III-๔ การดูแลผู้ป่วย (Patient Care Delivery)

สร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลอย่างทันทั่วทั้งที่ปลอดภัย เหมาะสม ให้ครอบครัวมีส่วนร่วม

III-๕ การให้ข้อมูลและการเสริมพลัง

III-๖ การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care)

สร้างความร่วมมือ ประสานงานเพื่อให้มีการติดตามและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

๓. Trigger tool and Medical record review

การทบทวนเวชระเบียน (Medical record review)

เวชระเบียนเป็นเอกสารบันทึกที่สะท้อนเรื่องราวของเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยแต่ละรายตั้งแต่ต้นจนจบ เวชระเบียนจึงเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการสะท้อนคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นการทบทวนเวชระเบียนจึงต้องทำเพื่อเรียนรู้จุดแข็ง จุดอ่อนในกระบวนการรักษา และนำการทบทวนมาวิเคราะห์หาสาเหตุ นำไปสู่การปรับปรุงกระบวนการดูแลรักษาและระบบงาน เพื่อให้ผลลัพธ์การดูแลรักษาดีขึ้น

Trigger tool

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

เป้าหมายการใช้เครื่องมือนี้ในระยะแรก มุ่งที่การเรียนรู้ลักษณะการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เพื่อนำไปปรับปรุงระบบ มากกว่าที่จะพยายามคำนวณค่าอัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ให้ถูกต้อง แต่ก็ไม่ใช่โอกาสที่จะ

รับรู้ข้อมูลเชิงปริมาณดังกล่าวและพยายามพัฒนาให้มีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น จึงแนะนำให้ใช้ trigger เป็นเครื่องมือในการคัดกรองเวชระเบียนมาทบทวน เพื่อเพิ่มโอกาสที่จะพบ AE ได้มากขึ้น

ความเป็นมาของ Trigger Tool

Trigger Tool เป็นเครื่องมือที่ IHI หรือ Institute for Healthcare Improvement ได้กำหนดขึ้นเพื่อใช้ในการตรวจสอบและพิจารณาว่ามีเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นหรือไม่ ซึ่งการทบทวนโดยใช้วิธีนี้เป็นวิธีการที่ได้ผลดีในการวัดระดับการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในภาพรวมของโรงพยาบาล

IHI ได้พัฒนา Global Trigger Tool ขึ้นเพื่อค้นหา AE และวัดอัตราการเกิด AE ต่อเนื่อง เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยการทบทวนเวชระเบียนที่สุ่มขึ้นมา และใช้ trigger ช่วยในการค้นหาภายใต้เวลาที่จำกัด

ความแตกต่างระหว่าง Haความเสี่ยง & Error

Haความเสี่ยง มองไปที่ผลไม่พึงประสงค์ทั้งหมด มุ่งเน้นระบบมากขึ้น ทำให้การวัดง่ายขึ้น มุ่งเน้นที่ haความเสี่ยง และความผิดพลาดที่นำไปสู่ haความเสี่ยง มุ่งเน้น Clinical outcome

Error ความผิดพลาดเป็นศูนย์กลางของการพูดคุยและหาคำตอบ มีแนวโน้มจะมุ่งไปที่ผลลัพธ์ที่รู้สึกว่าจะเกี่ยวกับความผิดพลาดละเลยเหตุการณ์อื่นๆ ต้องใช้ judgment มักจะสรุปว่าคนเป็นต้นเหตุของความผิดพลาด เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event)

หมายถึง การบาดเจ็บ อันตรายหรือภาวะแทรกซ้อน ที่เป็นผลจากการดูแลรักษา มิใช่กระบวนการตามธรรมชาติของโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต นอนโรงพยาบาลนานขึ้น หรืออวัยวะสูญเสียการทำหน้าที่

ความสัมพันธ์ ระหว่าง Trigger กับ AE

- Trigger คือ การพบเหตุการณ์ที่เป็นสภาวะล่อแหลมที่อาจจะเกิด AE แต่ก็มีได้เกิด AE เสมอไป
- ผู้ป่วยแต่ละรายอาจพบ ๑ 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 ประกอบด้วย Timeline, Trigger tools, RCA และ Clinical tracer

Clinical Risk to Risk register

องค์กรต้องมีระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีผลประสิทธิผล เพื่อจัดการความเสี่ยง และสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย บุคลากร และผู้มาเยือน วัตถุประสงค์ ของการบริหารความเสี่ยง เพื่อรับรู้ ป้องกัน และจำกัดความเสี่ยง ให้เกิดความตื่นตัว และเกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร

ความแตกต่างระหว่างความเสี่ยง และอุบัติการณ์

ความเสี่ยง คือโอกาสเกิดอันตรายกับผู้ป่วย ที่อาจเคยเกิดอุบัติการณ์ ขึ้นมาก่อนหรือไม่ก็ได้

อุบัติการณ์ เป็นสิ่งที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงในปัจจุบัน และอนาคตหรือไม่ก็ได้ โดยเราสามารถปรับปรุงแก้ไขเพื่อไม่ให้เกิดเป็นความเสี่ยงได้ แยกประเภทความเสี่ยงได้เป็น Non-clinic Clinic: common (ไม่เจาะจงโรค) และ

specific (เกิดเฉพาะโรคนั้น ๆ) หลักการของความเสี่ง ประกอบไปด้วยรูปแบบการทำงานที่ประสานกันระหว่าง
“Principle + Framework + Management process”

Principle ของความเสี่ง ประกอบด้วย ๘ ข้อ ดังนี้

- Integrate บูรณาการความเสี่งเข้าเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมทั้งหมดขององค์กร
- Structure and comprehensive มีวิธีการที่เป็นแบบแผน และครอบคลุม ความเสี่ง
- Customized ปรับเปลี่ยนตามบริบท ทั้งกรอบและกระบวนการบริหาร Risk
- Inclusive ต้องครอบคลุมทุกระดับ ผู้มีส่วนได้/ส่วนเสีย ต้องมีส่วนร่วม
- Dynamic รับรู้และตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงทุกด้านอย่างทันท่วงที
- Best available info อยู่บนพื้นฐานของข้อมูลที่ดีที่สุดที่มี
- Human and cultural factors ปัจจัยด้านมนุษย์ และวัฒนธรรม มีอิทธิพลต่อความเสี่งทุกด้าน
- Continual improvement ความเสี่งเป็นกระบวนการเรียนรู้จากประสบการณ์ และต้องอาศัยการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

กรอบแนวทางของความเสี่ง ประกอบไปด้วย integration, design, implementation, evaluation, improvement

- ต้องรู้หลัก (concepts ความเสี่ง principles) ู้จ้ทอ้ย (organize context) ู้เก้ณท้ (criteria ความเสี่ง standard เช่น HA, ISO๓๑๐๐๐)

- สร้างเป็น Purpose, ความเสี่ง policy โดยผู้บริหารต้องเห็นความสำคัญ และอำนวยการ

- ใช้หลักการ Design-Action-Learning-Improve

กระบวนการจัดการความเสี่ง ประกอบด้วย ๔ ขั้นตอน ดังนี้

๑. Identification การระบุความเสี่ง โดยดูข้อมูลแยกว่าเป็น corporate risk หรือ operational risk ดูข้อมูลจากการรายงานอุบัติการณ์ การทบทวนคุณภาพ การทบทวนเวชระเบียน โดยใช้ trigger tools วิเคราะห์กระบวนการดูแลผู้ป่วย วิเคราะห์โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนแต่ละโรค และการตามรอยใช้บทเรียนจากโรงพยาบาลอื่น และใช้ SIMPLE ทำตารางระบุความเสี่ง โดยมี วันเวลา รหัสความเสี่ง ชื่อความเสี่ง และคำจำกัดความที่เกี่ยวข้องที่ใช้ในรายละเอียดความเสี่งที่ระบุนั้น

๒. Analysis การวิเคราะห์ความเสี่ง คือกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการทำความเข้าใจธรรมชาติ แหล่งที่มา และสาเหตุของความเสี่ง ประเมินระดับความเสี่ง (Risk level) ศึกษาผลกระทบ และ ตรวจสอบมาตรการควบคุมที่ใช้อยู่ นำมาจัดทำเป็น risk matrix

๓. Risk treatment การรับมือกับความเสี่ง คือกระบวนการลดความรุนแรงของความเสี่ง (risk modification process) ประกอบด้วยทางเลือกทางเลือก และการนำทางเลือกไปปฏิบัติ การดูแลความเสี่งหายเมื่อเกิดอุบัติการณ์ จัดทำเป็นตาราง ประกอบไปด้วยหัวข้อ มาตรการป้องกัน และถ่ายโอนความเสี่ง /Risk transfer & prevention การติดตาม / risk monitor แนวทางบรรเทาความเสี่งหาย / risk mitigation และ Quality improvement plan การหาสิ่งใหม่ ๆ ที่ทำให้ดีขึ้น

๔. Risk monitoring & review ตรวจสอบอย่างต่อเนื่องเพื่อดูว่าบรรลุสิ่งที่คาดหวัง และวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ ควรมีการปรับปรุงมาตรการอะไร จัดทำเป็นตาราง ประกอบไปด้วยหัวข้อ

- Risk owner บุคคล หรือคณะ ผู้ได้รับมอบหมายในการจัดการความเสี่ยงนั้นๆ
- Review frequency ความถี่ของการเกิดความเสี่ยงนั้นๆ
- Review date วันที่จะทบทวนอุบัติการณ์นั้นๆ
- Result of review: ทบทวนอุบัติการณ์ สาเหตุ มาตรการป้องกัน และการปฏิบัติ

๒P Safety: ๙ มาตรฐานสำคัญจำเป็น

Patient safety: การลดความเสี่ยงจากอันตรายที่ไม่ควรเกิด หรือ หลีกเลี่ยงได้ จากการบริการสุขภาพ ให้เกิดน้อยที่สุดเท่าที่ยอมรับได้

Patient safety goals/ PSG: ตั้งเป้าเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยตามบริบท และปัญหาของแต่ละโรงพยาบาล ดำเนินการอย่างเป็นระบบให้เกิดการสร้างกระบวนการมาจัดการกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม

Patient safety solutions: การสรุปบทเรียนแนวทางปฏิบัติที่ได้ผล ผ่านการทดสอบมาแล้ว (มี evidence base) เพื่อให้สามารถนำไปใช้ให้เหมาะสมได้ โดยเสียเวลาลองผิดลองถูกน้อยลง แยกดูหัวข้อตามหลัก SIMPLE โดยมีรูปแบบการทำงาน คือ

๑. Goal: ลดความเสี่ยงเรื่องอะไร
๒. Why: ความสำคัญคืออะไร หากไม่ปฏิบัติอย่างเหมาะสมจะมีผลกระทบอย่างไร
๓. Process: แนวทางปฏิบัติ
๔. Training: การฝึกอบรมที่จำเป็น
๕. Monitoring: แนวทางการ monitor เช่น ตัวชี้วัด
๖. Pitfall: ข้อผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น หากปฏิบัติโดยไม่มีสมาธิ

SIMPLE: Gap analysis เป็นเครื่องมือคุณภาพที่ใช้วิเคราะห์ความแตกต่าง ระหว่างสิ่งที่ปฏิบัติจริง กับ สิ่งที่เป็นข้อเสนอแนะทางวิชาการ แล้วพยายาม ลดความต่างนั้นลง พิจารณาว่า ข้อเสนอแนะมาจาก SIMPLE หรือทางวิชาการ (recommendation) ว่าเป็นอย่างไร สิ่งที่ปฏิบัติอยู่จริงเป็นอย่างไร พิจารณาว่าจะปรับอย่างไรให้เป็นไปตามมาตรฐาน เน้นกิจกรรมที่ทำได้แล้วได้ผลจริงมากกว่าการกำหนดแนวทางปฏิบัติ

Personnel safety: ความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงาน สามารถปฏิบัติงานได้โดยปราศจากการถูกคุกคาม หวาดกลัว จากอันตรายทั้งทาง จิตใจ อารมณ์ หรือทางกายภาพ

Personnel safety goals: การตั้งเป้า เพื่อให้มีการเตรียมเครื่องมือที่จำเป็น ให้บุคลากร สามารถรับรู้สถานการณ์ที่เป็นอันตราย เพื่อป้องกัน หรือลด อันตรายกับตัวเอง โดยวางระบบป้องกันแบบมีส่วนร่วม ดังนี้

- Leader responsibility เริ่มจากการตระหนัก และให้ความสำคัญจากผู้นำ/ผู้บริหารในองค์กร และเป็นแบบอย่างให้ผู้ปฏิบัติ
- Designing reliable system สร้างระบบที่ง่าย และน่าเชื่อถือให้ผู้ปฏิบัติทำได้โดยไม่ผิดพลาดทุกครั้ง มีการอบรม ทบทวนขั้นตอนการปฏิบัติเป็นประจำ และต้องประเมินสมรรถนะด้วย

- Culture change & creatin a safety culture: มีการปรับเปลี่ยนกระบวนการร่วมกับการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมให้เอื้อต่อความปลอดภัย

๒P safety ๙ มาตรฐานสำคัญจำเป็น ดังนี้ ๑) ผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง : Safe surgery ๒) การติดเชื้อที่สำคัญตามบริบทองค์กร : Infection prevent and control ๓) บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่ : Infection prevention and control ๔) Medication error และ Adverse drug event: Medication & Blood safety ๕)การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด : medication & blood safety ๖)การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด : Patient care process ๗) ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค : Patient care process ๘) การรายงานผลการตรวจปฏิบัติการพยาบาลวิทยาลัย คลาดเคลื่อน : Line, tube, and catheter & Laboratory ๙) การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน : Emergency response

Safety design ประกอบด้วย

- Story & time line: สร้าง time line ให้เห็นว่า เกิดอะไรขึ้น เกิดขึ้นที่ไหน เกิดขึ้นตอนไหน ใครเกี่ยวข้อง มี consequence อะไร รุนแรงขนาดไหน และ likelihood ที่จะเกิดขึ้นซ้ำมีหรือไม่ จะช่วยให้เห็นว่า AE และความสัมพันธ์เชิงเหตุผลชัดเจน และช่วยให้คิด/ตั้งคำถามว่าเกิดอะไรขึ้นระหว่างเหตุการณ์ที่ระบุ

- Potential change: ใช้ประโยชน์จากการวิเคราะห์เหตุการณ์ หรือร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เพื่อปรับเปลี่ยนมาตรฐานให้ดีขึ้น หรือเปลี่ยนจาก unsafe act ไปเป็น safe act

- Listen to voice of staff: สร้างเวที ให้ผู้เกี่ยวข้องได้บอกเล่า จากมุมมองของตนตามความเหมาะสม เช่น ได้รับข้อมูลอย่างไร ความต้องการ ข้อจำกัด โดยควรมี Facilitator ช่วยตั้งคำถามที่เหมาะสม และสร้างบรรยากาศที่ดีในการสนทนา ไม่ตัดสินใคร มองโลกในแง่ดี เป็นกลาง เน้นที่กระบวนการ ไม่เน้นกล่าวโทษตัวบุคคล พยายามถามหาเหตุผล สาเหตุ (โดยมีแนวคิดเชิงระบบอยู่ในใจ) วิเคราะห์ว่าเกิดจากปัญหาระดับใด organization, local work place หรือ unsafe act

- Swiss cheese: สรุบบัจจัยเกือบหนูน เป็นหน้าที่ ของ facilitator ที่ต้องประมวลข้อมูล สรุบบเป็นปัจจัยเชิงระบบ สำหรับแต่ละจุดเปลี่ยน

- Creative solution: หาวิธีใหม่ เช่น ที่จะช่วยป้องกัน วิธีที่ทำให้ดีขึ้น ง่ายขึ้น โดยใช้แนวคิดการออกแบบการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เช่น CPG, technology

RCA^b (improve root cause analysis and action to prevent haความเสี่ยง) เป็นการเน้นการปรับปรุงแก้ไข อย่างเป็นระบบ เพื่อป้องกันการเกิดเหตุการณ์ ซ้ำ นำ solution และ corrective actions มา implementation แล้วประเมินผล และ feed back ไปปรับปรุงแก้ไขต่อ โดยใช้หลัก Design-Action-Learning-Improve

Clinical tracer & Driver diagram

Clinical tracer คือ การตามรอยกระบวนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง ร่วมกับองค์ประกอบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ควรทำทั้งการตามรอยผู้ป่วยแต่ละรายที่ทำงานจริง และการทบทวนข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลทั้งหมดโดยใช้หลัก ๓P หรือ PDSA ควรสรุปข้อมูลเป็นกราฟหรือแผนภูมิ บันทึกไว้แล้วนำมาทบทวน ปรับปรุงบ่อยๆ เพื่อหาโอกาสพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ควรให้ครอบคลุมกระบวนการดูแลผู้ป่วยหรือกระบวนการทำงานในเรื่องนั้นๆ กระบวนการพัฒนาคุณภาพ

ระบบงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (การพัฒนาบุคลากร สารสนเทศ เครื่องมือ สิ่งแวดล้อม ฯ) การตามรอยควรเริ่มด้วยการค้นหาสิ่งดีๆ ที่มีอยู่แล้ว จากนั้นจึงทบทวนเทียบกับเป้าหมายว่ามีอะไรที่สามารถพัฒนาให้ดีขึ้นได้ องค์ประกอบของ clinical tracer ประกอบด้วย ๑) บริบท (context) มองจาก ศักยภาพ และข้อจำกัดของโครงสร้าง เครือข่าย คน เครื่องมือ พิจารณาว่าใครคือกลุ่มเป้าหมาย ความต้องการหรือคาดหวังในภาพรวมคืออะไร และความท้าทายสำคัญคืออะไร ๒) ประเด็นสำคัญ / ความเสี่ยงสำคัญ (Critical issues/ Risk) ดูจากความต้องการและประสบการณ์ของผู้ป่วย (patient focus)

Driver diagram ปัจจัยขับเคลื่อนที่แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยที่จะมีผลต่อความสำเร็จตามเป้าหมาย โดยจำแนกเป็นลำดับชั้น จากปัจจัยขับเคลื่อนไปสู่แนวคิดการปรับเปลี่ยนเพื่อเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ ช่วยให้คิดว่าอะไรเป็นปัจจัยขับเคลื่อนเพื่อความสำเร็จ การระบุปัจจัยขับเคลื่อนช่วยให้มองเห็นโอกาสใหม่ๆ เพิ่มขึ้น เห็นภาพรวมของแนวทางการพัฒนาที่จะเกิดขึ้น ช่วยกำหนดเป้าหมาย และตัววัดความก้าวหน้าในการพัฒนาในแต่ละองค์ประกอบ Patient care monitoring

คือ การติดตามกระบวนการดูแลผู้ป่วย หมายถึง กระบวนการที่ต่อเนื่องจากกระบวนการค้นหาความเสี่ยงและจัดการความเสี่ยงทางคลินิก เพื่อให้หน่วยงานได้เห็นผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ทั้งในด้านของการแยกประเภทความเสี่ยง ความรุนแรง และแนวโน้มของความเสี่ยงทางคลินิกต่างๆ เพื่อเห็นภาพรวมของความเสี่ยงทางคลินิกที่สอดคล้องตามกระบวนการดูแลผู้ป่วย เห็นแนวโน้มของผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย จัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงทางคลินิกตามกระบวนการดูแลผู้ป่วย ตัดสินใจในประเด็นการพัฒนาคุณภาพซึ่งอาจจะต้องมีหลายเรื่องที่ต้องดำเนินการไปพร้อมกัน ช่วยให้หน่วยงานสามารถกำหนดเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพ ตามกลุ่มโรคที่เป็นโอกาสพัฒนา และตามกระบวนการดูแลผู้ป่วย ช่วยให้หน่วยงานสามารถประเมินประสิทธิภาพของกระบวนการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะระบบบริหารความเสี่ยงทางคลินิกและความปลอดภัยของผู้ป่วย

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๓.๑ ต่อตนเอง

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

๒.๓.๒ ต่อหน่วยงาน

เกิดการพัฒนาศูนย์สุขภาพสถานพยาบาลตามมาตรฐาน HA และมาตรฐานที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง

๒.๓.๓ อื่น ๆ (ระบุ)

ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ ทำให้เกิดความสัมพันธ์อันดีระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ นำไปสู่การสร้างเครือข่ายความร่วมมือในการขับเคลื่อนกระบวนการคุณภาพร่วมกัน ทำให้เกิดแรงบันดาลใจในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องต่อไป


ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรค

๓.๑ การปรับปรุงเนื่องจากการอบรมผ่านออนไลน์ อาจมีบางช่วงที่สัญญาณอินเทอร์เน็ตเน็ตช้าต้อง
การได้ยินเสียงของวิทยากรหลายๆ หายๆ อาจเกิดจากอินเทอร์เน็ตไม่เสถียร. เกิดการหลุดบ่อย.....

๓.๒ การพัฒนา.....ควรจัดอบรมต่อเนื่องทุกๆ ปี เพื่อติดตามข้อมูลทางวิชาการที่เป็นปัจจุบัน มีการ
แบ่งกลุ่มเพื่อทำกิจกรรมโดยแต่ละกลุ่มมีความหลากหลายเป็นสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้มองเห็นภาพและมุมมองในการ
พัฒนาคุณภาพที่แตกต่าง ทำให้สามารถนำมาปรับใช้ในหน่วยงานของตนเองได้ดียิ่งขึ้น.....

ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะการจัดประชุมวิชาการที่สถาบันรับรองคุณภาพ (องค์การมหาชน) จัดขึ้นเพื่อ
เป็นเวทีในการถ่ายทอดองค์ความรู้ นวัตกรรมทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ทันสมัย สร้างแรงจูงใจ เป็นเวที
แลกเปลี่ยนเรียนรู้และประสบการณ์กับผู้ทรงคุณวุฒิและนักวิชาการด้านอื่น ๆ และองค์กรวิชาชีพต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและ
เอกชน จึงควรให้ส่งบุคลากรสหสาขาวิชาชีพเข้าร่วมการประชุมวิชาการนี้ด้วยเพื่อนำความรู้มาพัฒนาองค์กรร่วมกัน.....

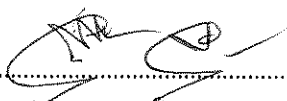
ลงชื่อ..... นงนุช ปราบัติงามผู้รายงาน
(นางนงนุช ปราบัติงาม)

ลงชื่อ..... ผู้รายงาน
(นายจิรฉัตร เจริญเจริญวงศ์)

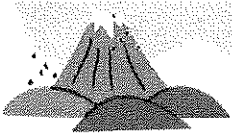
ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น *เห็นความสำคัญได้ร้องขอการอบรม มา นักวิชาการคุณภาพ
ในหน่วยงาน และในภาคการดูแล ผู้ให้ เพื่อให้ได้รู้ ความรู้ ความชำนาญ และ ส่งเสริมภาพและ ทัศน
ภาพที่ดี*

ลงชื่อ..... อ. อ.หัวหน้าฝ่าย/กลุ่มงาน
(นางวิไลพร ฉายะระถิ)

ส่วนที่ ๖ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป *ให้เป็นตัว มี การให้ ความรู้ ใน ส่วนงานของผู้
อีกประการคือ ใช้ ในทาง ศาสตร์ เพื่อ ให้ เกิด ความรู้ ความชำนาญ มากขึ้น ซึ่งจะทำให้ ผู้รับ อบรม ได้ ประโยชน์ สูงสุด
จากการพัฒนาคุณภาพ*

ลงชื่อ..... หัวหน้าส่วนราชการ
(นายอุกฤษฏ์ อุเทนสุด)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางนากรุงเทพมหานคร



คุณภาพและ ความปลอดภัยทางคลินิก

หัวใจของการพัฒนา
กระบวนการHA

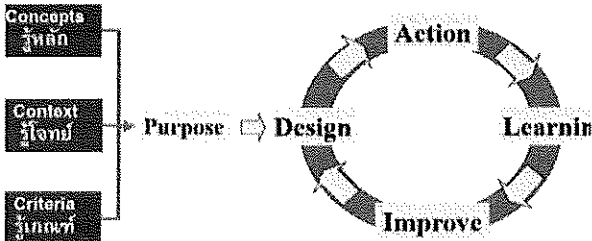
1. มั่นใจ 3 ชั้น
2. 3c-PDSA
3. พื้นที่การพัฒนา 4 วง

2P SAFTY
ใช้รูปแบบ
SIMPLE

Patient safety

Personnel safety

กระบวนการคุณภาพ



มาตรฐานตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ
(Access and Entry)

III-2 การประเมินผู้ป่วย
(Patient Assessment)

III-3 การวางแผน (Planning)

III-4 การดูแลผู้ป่วย
(Patient Care Delivery)

III-5 การให้ข้อมูลและการเสริมพลัง

III-6 การดูแลต่อเนื่อง
(Continuity of Care)

การใช้เครื่องมือคุณภาพเชื่อมโยงกับการ
ทบทวนระยะสั้น

- Timeline
- Trigger tools
- RCA
- Clinical tracer

Risk management

เพื่อรับรู้ ป้องกัน และจำกัดความเสี่ยง ให้เกิดความ
ตื่นตัว และเกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร

- * non - clinic
- * clinic

Principle

Framework

Process

RCA

- เหตุการณ์มีความรุนแรง มีผลกระทบสูง
- เหตุการณ์มีความรุนแรงต่ำ แต่มีแนวโน้มเกิดซ้ำ

RCA²

เป็นการปรับปรุงแก้ไข อย่างเป็นระบบ เพื่อ
ป้องกันการเกิดเหตุการณ์ซ้ำ

Patient care monitoring

ติดตามกระบวนการดูแลผู้ป่วย

Clinical tracer

การตามรอยกระบวนการดูแลผู้ป่วย

INPUT

PROCESS

OUTCOME

- บริบท (context)
- ประเด็นสำคัญ/ความเสี่ยงสำคัญ
(Critical issues/ Risk)
- เป้าหมายเครื่องชี้วัดสำคัญ
(Purpose & key indicators)
- กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ
(Key process for quality)

CLT/PCT Profile

1. กำหนดพันธกิจ
2. กำหนดกลุ่มผู้ป่วย
3. กำหนดตัวชี้วัด
4. กำหนดความเสี่ยงและ
มาตรการป้องกัน
5. สรุปการพัฒนาคุณภาพ

บทบาทหน้าที่ PCT

1. วิเคราะห์โอกาสพัฒนา กำหนด
ทิศทาง
2. ระบุความเสี่ยงทางคลินิก
3. ประสานความร่วมมือ
4. ประเมิน ติดตามผล

HR602 SUMMARY 18-20 JAN 2023

1. แนวคิดการพัฒนาศูนย์บริการ และความเสี่ยงความปลอดภัยทางคลินิก

แนวคิดพัฒนาของระบบการ Hospital Accreditation (HA) ทั่วโลกเป็นเพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาระบบงานภายในของโรงพยาบาล โดยมีพัฒนาการอย่างเป็นระบบ และพัฒนาทั้งองค์กรทำให้องค์กรเกิดการเรียนรู้ มีการประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง หัวใจของการพัฒนาศูนย์บริการ HA = วัตถุประสงค์ 3 ข้อ

1. มาตรฐานและป้องกันความเสี่ยง -> 2. วัตถุประสงค์พัฒนาศูนย์บริการ -> 3. วัตถุประสงค์พัฒนาศูนย์บริการที่ PCT - บริการให้เฉพาะเจาะจง ทำหน้าที่เฉพาะ ชี้นำของภาพรวมการพัฒนาศูนย์บริการ - ระบุความเสี่ยงทางคลินิกที่สำคัญรายโรค - ประสานความร่วมมือ / สัมพันธภาพระหว่างหน่วยงาน/วิชาชีพ, ประเมิน ติดตามผล

IC = Criteria - Context - Core value
PDSA = Plan - Do - Study - Action



ห้องปฏิบัติการพัฒนา 6 CI Tracks & 4 Domains

2. คุณภาพการดูแลผู้ป่วย มองอย่างไรให้รอบด้านกับมาตรฐานตอนต้น

1-1 การเข้าถึงและเข้าถึง (Access and Entry) -> 1-2 การประเมินผู้ป่วย (Patient Assessment) -> 1-3 การวางแผน (Planning)
1-4 การดูแลผู้ป่วย (Patient Care Delivery) -> 1-5 ภารกิจภายใน-การส่งต่อ -> 1-6 ภารกิจภายนอก (Continuity of Care)

4. CLINICAL RISK TO RISK REGISTER

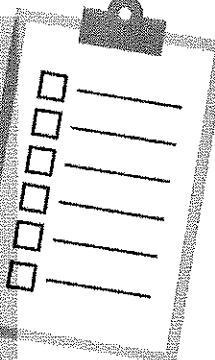
องค์กรต้องประเมินระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพ เพื่อจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยกับผู้ป่วย บุคลากร และผู้มาเยือน

วัตถุประสงค์ เพื่อระบุ ป้องกัน และจัดการความเสี่ยง ให้เกิดความชัดเจน และเกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร

>> ความเสี่ยง คือ โอกาสเกิดอันตรายกับผู้ป่วย ที่อาจเกิดขึ้นจากการดำเนินงานหรือไม่ได้ แต่ก็เป็น clinic (containing/specific) และ non-clinic
>> วัตถุประสงค์ เป็นสิ่งที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงในหน่วยงาน และอนาคตหรือไม่ก็ได้ โดยเราสามารถปรับปรุงแก้ไข เพื่อไม่ให้เกิดเป็นความเสี่ยงได้

Principle	>> Framework	>> Management process
Integrate	บูรณาการ-เชื่อมโยง-บูรณาการ	Risk identification (trigger tools, SIMPLE)
Customized	ปรับแก้เฉพาะ	Risk analysis
Inclusive	Integration	(risk level -> risk matrix)
Dynamic	Design	Risk treatment: Plan

Best available information Implementation (prevention/monitoring/mitigation)
Human & cultural factors Evaluation -> Quality improvement plan
Continual improvement Improvement Risk monitoring & review



6. RCA & SAFETY DESIGN

RCA การสืบสวนหาสาเหตุของเหตุการณ์
สาเหตุการเกิดเหตุการณ์มีหลายสาเหตุ > ทำการสืบ เป็นรายกรณี
เหตุการณ์มีความรุนแรง แต่มีต้นเหตุเป็นต้นเหตุ > ทำการป้องกัน

5 ข้อ RCA

1. Story & timeline
2. Potential change
3. Listen to voice of staff
4. Swiss cheese
5. Creative solution

** RCA : improve root cause analysis and action to prevent harm (เน้นการปรับปรุงแก้ไขอย่างเป็นระบบ เพื่อป้องกันเหตุการณ์ซ้ำ) **

8. PATIENT CARE MONITORING

ความหมายของการติดตามระบบการดูแลผู้ป่วย
- กระบวนการที่ต่อเนื่องในการตรวจติดตามความเสี่ยงและจัดการความเสี่ยงทางคลินิก เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและผลลัพธ์การพัฒนาศูนย์บริการการดูแลผู้ป่วย ทั้งในด้านของการบรรลุเป้าหมายความเสี่ยง ความรุนแรง และแนวโน้มของความเสี่ยงทางคลินิกต่างๆ

หลักการ KPI monitoring
INPUT (Structure) - PROCESS - OUTCOME (Output/Impact)
Structural indicators - Process indicators - Outcome indicators
ในแต่ละระดับของการ monitor เป็น 3 ระดับ

- >> sw : End result Outcome indicators
- >> tu : Disease Specific End Result Outcome Indicators
- >> tuw : Disease Specific Intermediate Outcome Indicators
- > เป็นโปรแกรมที่สนับสนุนและสนับสนุนการพัฒนาศูนย์บริการด้วยเครื่องมือในการควบคุมคุณภาพ 7QC tools - problem-solving tools 5-6 ระดับ

PDSA = 3P = DALI			
Plan	Purpose	Purpose	DALI
	Process design	Process	Design
Do	Process deployment		Action
Study	Performance measurement	Performance	Learning
Act	Performance improvement		Improvement

3. TRIGGER TOOL & MEDICAL RECORD REVIEW

กระบวนการทบทวนประวัติ (Medical record review) ทำเพื่อเปรียบเทียบ จุดอ่อนในกระบวนการรักษา และนำการทบทวนมาวิเคราะห์หาสาเหตุ นำไปสู่การปรับปรุงกระบวนการรักษาและระบบงาน เพื่อให้ผลลัพธ์การดูแลรักษาดีขึ้น

Trigger tool - ลักษณะ กระบวนการ เหตุการณ์ หรือผลลัพธ์ บางประการที่สามารถค้นหาหรือมองหาลำบาก และมีความสัมพันธ์กับโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (AE) ในมารดาผู้ป่วย

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event) หมายถึง การบาดเจ็บ อันตรายหรือการเสียชีวิต ที่ไม่ผลจากการดูแลรักษา มีกระบวนการตามธรรมชาติของโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต โดยไม่พยายามมาบน หรืออวัยวะถูกใช้ผิดที่ผิดทาง

การใช้เครื่องมือคุณภาพเพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ->
1. Timeline 2. Trigger tools 3. RCA 4. Clinical tracer

5. 2P SAFETY: 9 มาตรฐานสำคัญ

Patient safety: ทัศนคติความเชื่อจากวัฒนธรรมที่ไม่เคร่งครัด หรือหลีกเลี่ยงได้ จากการบริหารคุณภาพ ได้ลดข้อผิดพลาดที่ซ่อนอยู่

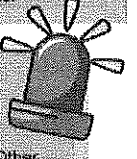
Type of errors: 1. Diagnostic 2. Treatment 3. Preventive 4. Other
>> Patient safety goals/PSG: ตั้งเป้าเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยตามบริบท และปัญหาของแต่-โรงพยาบาล ตามการออกแบบเป็นระบบ ให้ลดการร้องเรียนการบาดเจ็บที่ผู้ป่วยได้เองอย่างมีประสิทธิภาพ และเหมาะสม

Solutions: แนวทางปฏิบัติหลัก SIMPLE + Gap analysis
>> Personnel safety: ความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงาน สามารถปฏิบัติตนได้โดยปราศจากการถูกรบกวน ความกลัว จากอันตรายที่อาจเกิด จิตใจ อารมณ์ หรือทางกายภาพ โดยวางระบบป้องกันแบบมีส่วนร่วม

ดังนี้ 1. Leader responsibility -> 2. Designing reliable system -> 3. Culture change & create a safety culture

2P safety: 9 มาตรฐานสำคัญ

1. ปลอดภัยคน ศักดิ์ศรี
2. มาตรฐานเชิงลึกด้านระบบขององค์กร
3. บุคลากรต้องมีความรู้ความเข้าใจ
4. Medication error
5. Adverse drug event
6. การให้เลือดผิดพลาด
7. ความปลอดภัยในการวินิจฉัยโรค
8. การรายงานเหตุการณ์ของอุบัติการณ์การแพทย์
9. การคัดลอก



7. CLINICAL TRACER & DRIVER DIAGRAM

Clinical tracer
o คือ การติดตามระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง ร่วมกับองค์ประกอบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง การทำกิจกรรมตามรอยผู้ป่วยแต่ละรายที่ทำงานจริง และการทบทวนเชิงลึกเพื่อหาการดูแลที่บกพร่อง

โดยมีหลัก 3P หรือ PDSA แสดงให้เห็นขั้นตอนเป็น-เป็น purpose-process design-process deployment-performance monitoring-performance improvement

องค์ประกอบที่สำคัญ: 1. บริบท (Context) 2. ประเด็นสำคัญ/ความเสี่ยงสำคัญ (Critical Issues/ Risk) 3. เป้าหมายเครื่องมือวัดสำคัญ (Purpose & Key Indicators)

-> 12 step to develop driver diagram

1. Define the problem you want to fix - important-relevance-achievable-evidence-good project
2. Gather the people with the right expertise together
3. Develop your AIM - เป้าหมายเพื่อการพัฒนา ความรู้ เป็นราย และ เวลา ที่ต้องการบรรลุผล (SMART - specific-measurable-achievable-relevant-time bound)
4. Identified primary driver : ระบุข้อบกพร่องหลัก ประเด็นหรือกระบวนการสำคัญที่จำเป็นต้องปรับปรุงเป้าหมาย (สิ่งที่บ่งชี้ปัญหาสำคัญ ความเสี่ยงที่สำคัญ หรือรากของปัญหา)
5. What have we correct about this
6. Generate change ideas : แนวคิดการเปลี่ยนแปลง เพื่อบรรลุเป้าหมาย อาจอาศัย CPQ/evidence base, technology
7. Look for pattern or theme - จัดหมวดหมู่ให้ กลุ่มแนวคิด
8. Populate driver diagram : สร้างแผนภูมิ โดยแนวคิดการเปลี่ยนแปลงจะดูทิศทางบรรลุ และอยู่ด้วยกับตามแนวคิด
9. Prioritize activity : กำหนดลำดับความสำคัญของแนวคิดการเปลี่ยนแปลง เช่น ตาม Impact (high VS low) หรือ implementation (hard VS easy)
10. Agree measure : เลือกตัวชี้วัดที่จะใช้ติดตามการเปลี่ยนแปลง
11. Get start -> 12. Monitoring

** กระบวนการเพื่อได้คุณภาพ Key process for quality ** -> มาตรฐานของ (Clinical tracer)
-> การทำแผน Process flow chart 11: Process management, requirement, indicator, design

9. CLT/PCT PROFILE & CLINICAL QUALITY SUMMARY

วัตถุประสงค์:
1. กำหนดพันธกิจ/ความมุ่งหมายของ CLT/PCT, ขอบเขตบริการ, ผู้รับบริการและความต้องการ และจุดเน้นของการพัฒนา
2. กำหนดกลุ่มผู้ป่วยสำคัญของ CLT/PCT ครอบคลุมจากกรณีที่มีความสำคัญของแต่ละโรคตามเกณฑ์ต่างๆ ดังนี้ 1-5 (เช่น High risk, High cost/ Long LOS, New evidence/technology, Complex care)
3. กำหนดตัวชี้วัดของ CLT/PCT ตามมิติคุณภาพ:
1. ง่าย/เข้าถึง/ต่อเนื่อง/เหมาะสม/มีประสิทธิภาพ/ปลอดภัย/เป็นมิตร/ส่งเสริมสุขภาพ
2. ทัศนคติความเสี่ยงและมาตรฐานป้องกัน จากนั้นนำมาเขียนใส่ลง Proxy disease กับคุณภาพของขั้นตอนต่างๆ ในระบบการดูแล
3. ระบุการพัฒนาคุณภาพ การวิจัย และนวัตกรรม และสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ การวิจัย นวัตกรรม
-> โดยอิงข้อมูลคุณภาพของแต่-โรค/เหตุการณ์ (Clinical Tracer, Clinical quality Summary) กระบวนการ 3P (Purpose-Process-Performance) ของทุกโรคที่ระบุไว้เป็นโรครายสำคัญ

Purpose (Driver Diagram & Indicator) แสดงเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจนพร้อมป้องกันข้อบกพร่อง
Process: แสดงคุณภาพในทุกขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ต้นจนจบ
แสดง process flow chart ของ key patient care process พร้อมประเมินความเสี่ยง + 5-6 ขั้นตอนในขั้นต้น
Performance (Interventions) แสดงระดับและแนวโน้มของผลลัพธ์ที่สำคัญ (ตามเป้าหมาย)
- แสดงด้วย run chart หรือ control chart พร้อมด้วย annotation ที่ระบุ CQI แสดงค่าเป้าหมายของการปรับปรุงผลลัพธ์สำคัญ และกำกับความเสี่ยง (ถ้ามี)

