

หลักสูตร HA 602

คุณภาพและความปลอดภัยทางคลินิก



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.)

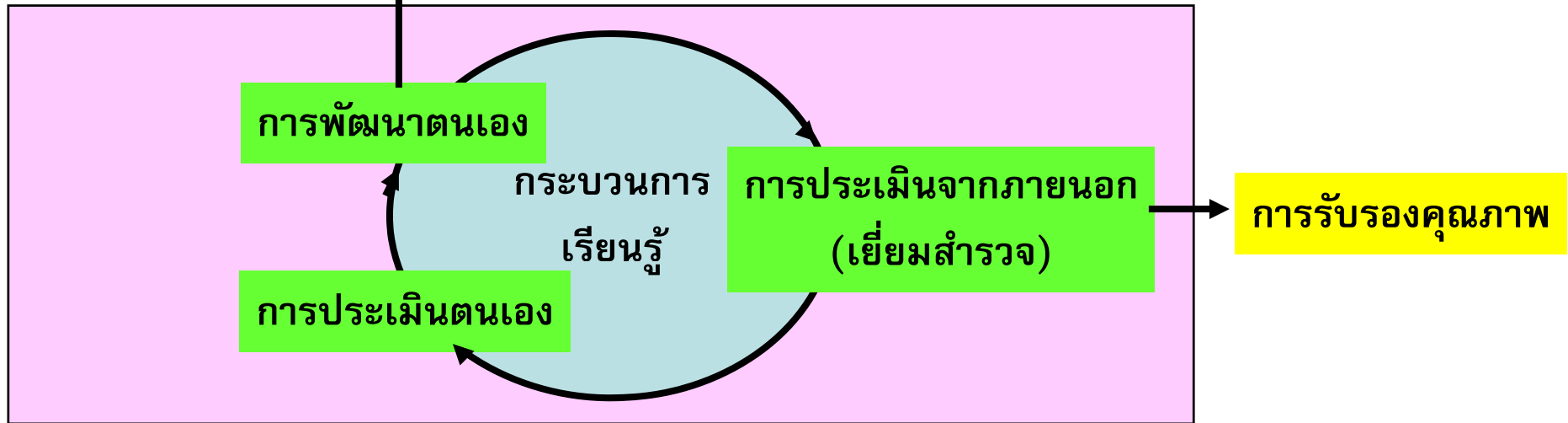
**The Institute of Hospital Quality
Improvement and Accreditation Thailand
(HA-Thailand)**

แนวคิดและหลักการ

คุณภาพและความปลอดภัยทางคลินิก

แนวคิดพื้นฐานของกระบวนการ Hospital Accreditation (HA)

คุณภาพและความปลอดภัย



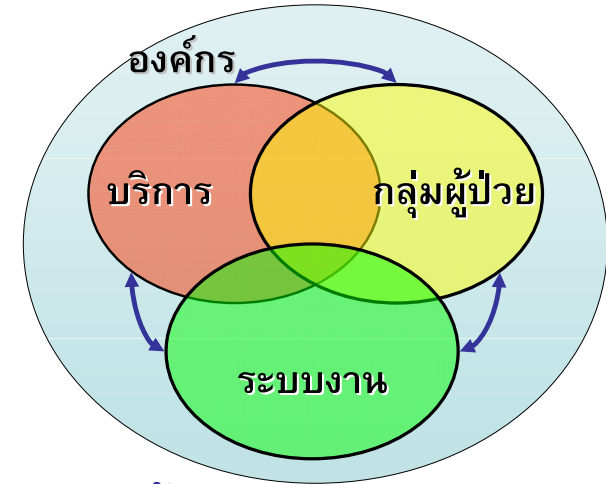
ค่านิยมและแนวคิดหลัก

- HA เป็นกระบวนการเรียนรู้
- มุ่งเน้นผู้ป่วยและสุขภาพ
- พัฒนาต่อเนื่อง

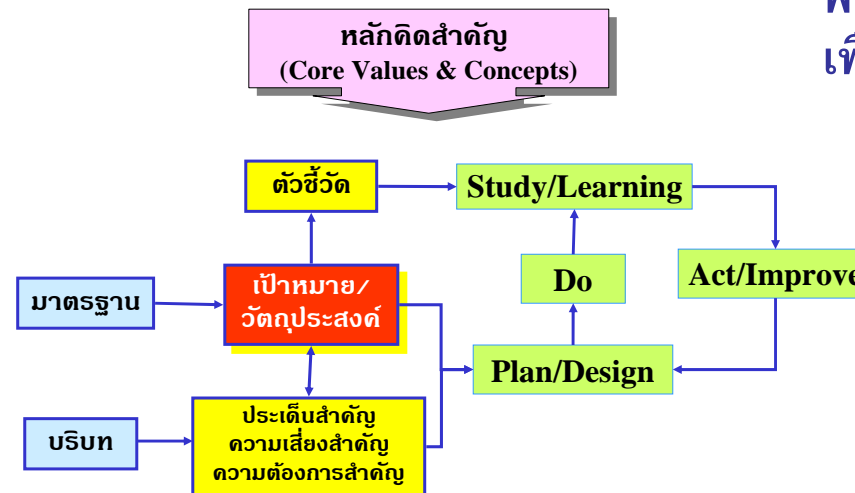
หัวใจของการพัฒนาตามกระบวนการ HA



บันได 3 ขั้น ลงทุนน้อยให้ได้มาก
ตรงประเด็น เป็นขั้นตอน



พื้นที่การพัฒนา 4 วง
เพื่อความครอบคลุม

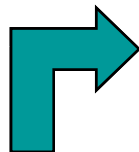


3C PDSA รู้คิด รู้ทำ
เพื่อความลุ่มลึก ตรงประเด็น ต่อเนื่อง

บันไดสามขั้นสู่ HA

ขั้นที่ 3 วัฒนธรรมคุณภาพ

เริ่มด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA
พัฒนาอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้
ผลลัพธ์คุณภาพที่ดีขึ้น
ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน



ขั้นที่ 2 ประกันและพัฒนาคุณภาพ

เริ่มด้วยการวิเคราะห์เป้าหมายและกระบวนการ
ประกันและพัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมายของหน่วย
ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด
ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ในส่วนที่ไม่ยากเกินไป

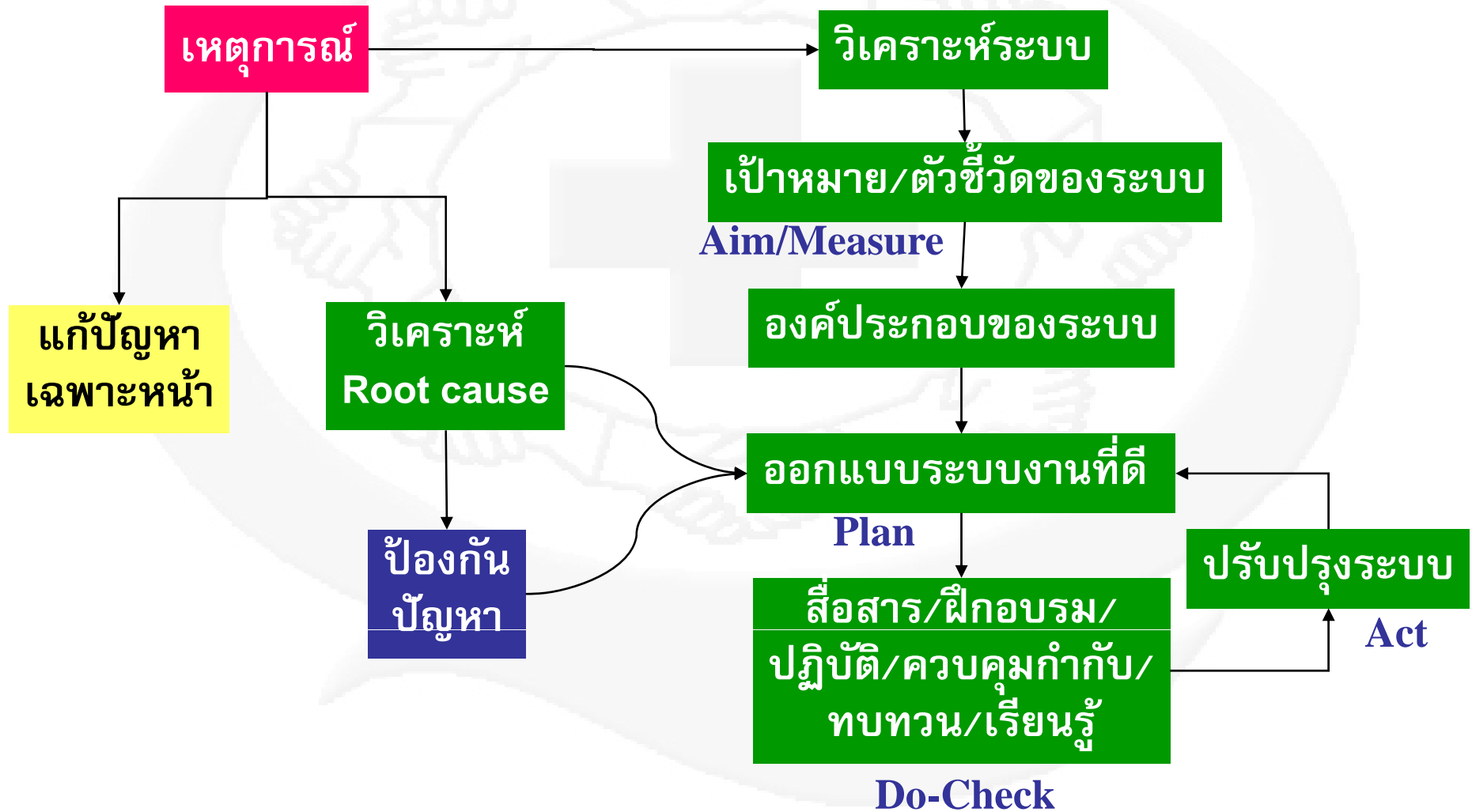


ขั้นที่ 1 สำรวจและป้องกันความเสี่ยง

นำปัญหามา**ทบทวน** เพื่อแก้ไขป้องกัน
ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหา
ครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสดังสูง



จากการแก้ปัญหาสู่การป้องกัน



RCA คืออะไร

- การค้นหาปัจจัยที่เป็นรากของปัญหา
- การค้นหาสาเหตุพื้นฐานของความแปรปรวนในการปฏิบัติงาน
- การค้นหาสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ
- การค้นหาสาเหตุของเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง

RCA อย่างไร เพื่ออะไร

- มุ่งเน้นที่ระบบ / กระบวนการ
- หาโอกาสที่จะปรับปรุงระบบ / กระบวนการ
- ลดโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

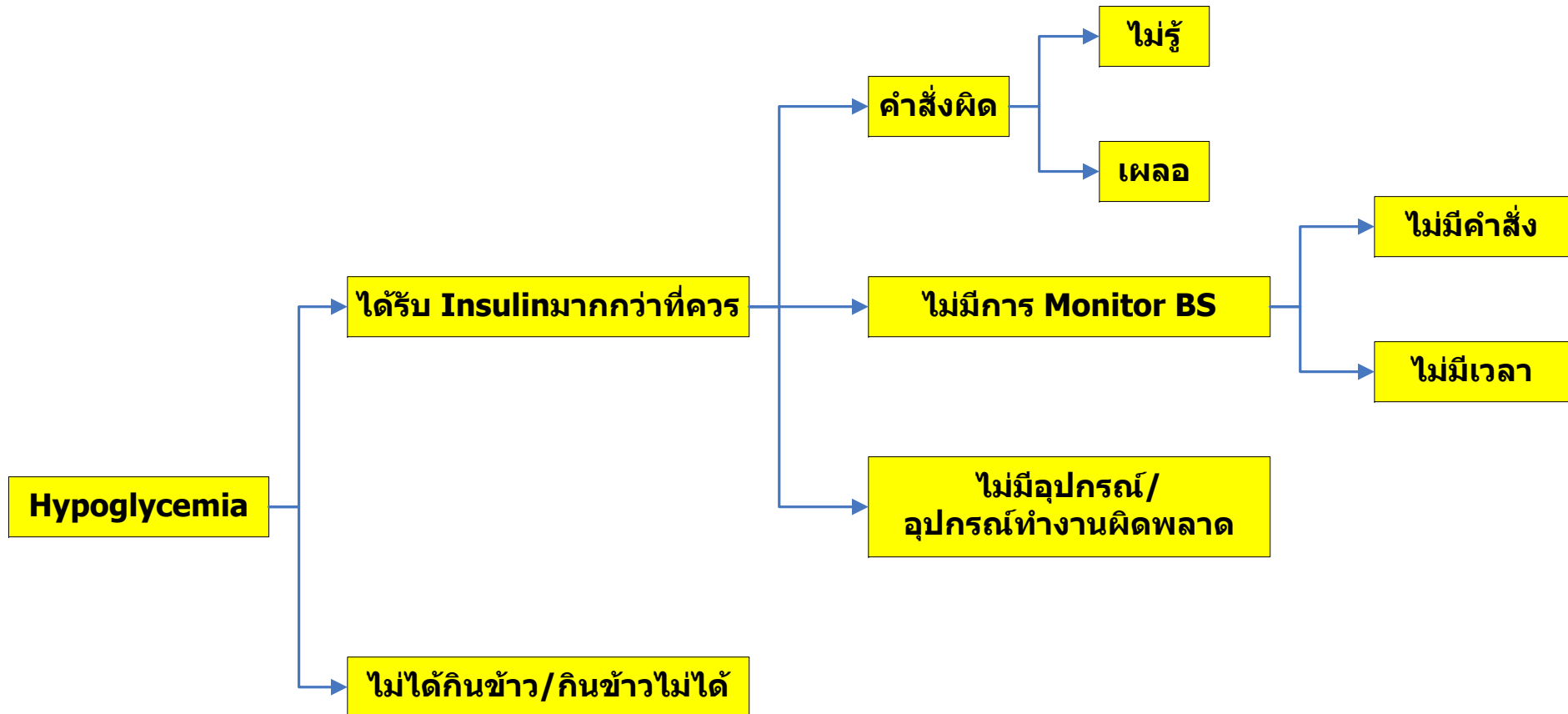
RCA 1: แบบเรียบง่าย

- ไม่วิเคราะห์บนกระดาษ
- วิเคราะห์จากเหตุการณ์จริง
- การเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจหรือพฤติกรรมตรงจุดใดที่อาจทำให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยเปลี่ยนไป
- จะออกแบบระบบหรือสร้างสิ่งอำนวยความสะดวกอย่างไร เพื่อให้เกิดการตัดสินใจหรือพฤติกรรมที่คาดหวัง

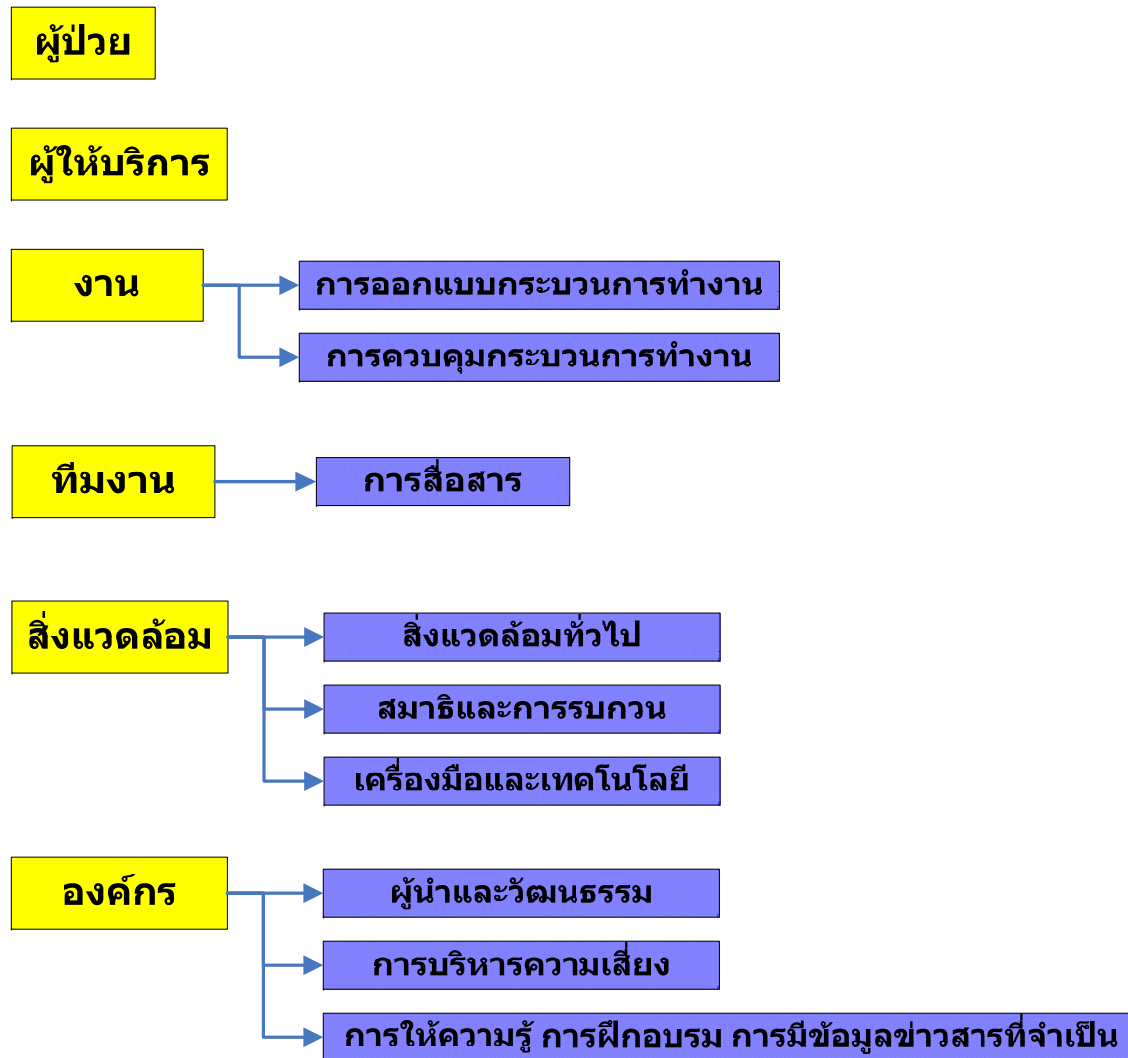
RCA 2: ย้อนรอยอดีต

ขอให้ผู้อยู่ในเหตุการณ์**ย้อนรอยอดีต**ที่เกิดขึ้น
และ**บอกเล่า**ความคิด ความรู้สึก ความต้องการ
ในขณะที่ปฏิบัติงานออกมา**ดัง** ๆ

RCA 3: Conventional WHY



RCA 4: วิจารณ์ปัจจัยรอบด้าน



จากปัจจัยหรือสาเหตุแท้จริงที่วิเคราะห์นำไปสู่การออกแบบระบบ 3 ประการ คือ

1.

การออกแบบระบบเพื่อป้องกันความผิดพลาด
ปรากฏการป้องกันที่มีอยู่เพียงพอต่อการป้องกันโอกาสเกิดความ
คลาดเคลื่อนได้ดีเพียงใด

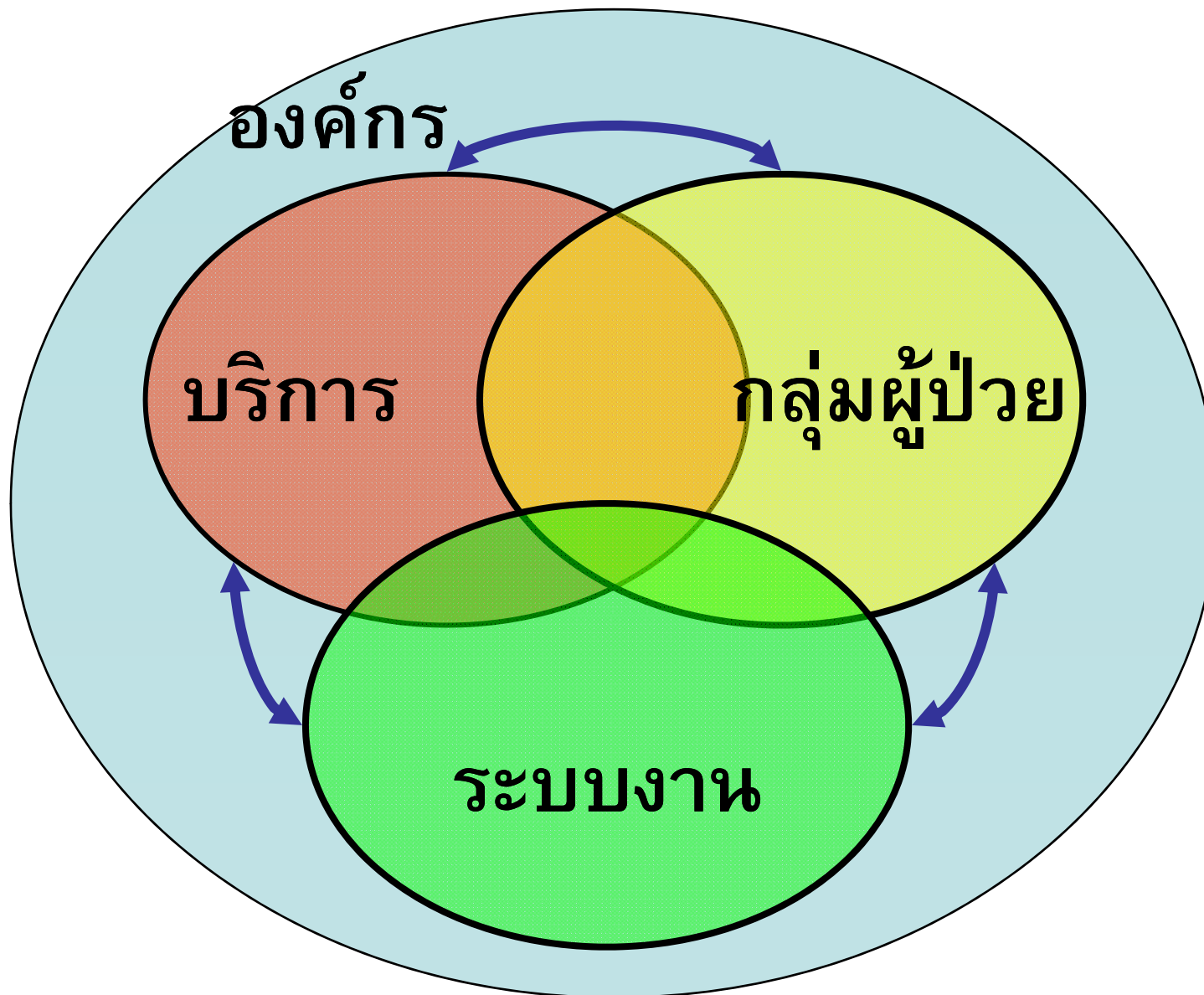
2.

**ออกแบบวิธีปฏิบัติให้สามารถเห็นความผิดพลาด ระบบการ
ติดตาม การควบคุมที่มีอยู่สามารถที่จะตรวจพบความ
คลาดเคลื่อนได้หรือไม่**

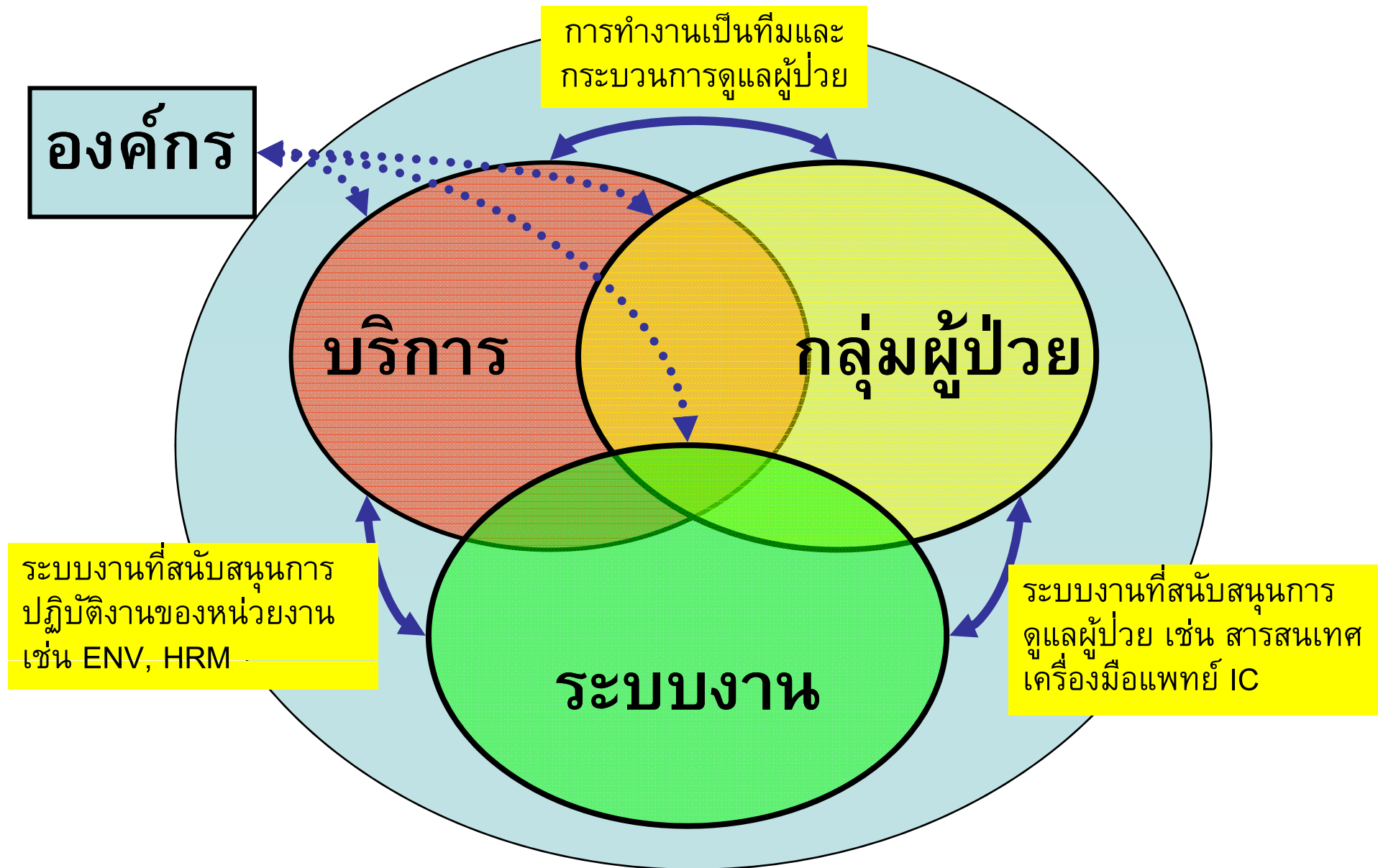
3.

**การบรรเทาผลของความผิดพลาดนั้น
มีระบบหรือกิจกรรมอะไรที่สามารถหรือบรรเทาความรุนแรงที่
อาจเกิดขึ้น ควรดำเนินการให้เร็วที่สุดที่รู้ว่าเกิดคลาดเคลื่อน
โดยทีมที่รับผิดชอบเฉพาะให้ข้อมูลที่ชัดเจนถึงสาเหตุ
ผลที่อาจเกิดขึ้นตามมา ความรับผิดชอบโดยองค์กร การมอง
องค์รวมผู้รับบริการ และความผิดพลาดที่เกิดขึ้นต้องถูกนำ
กลับมาวิเคราะห์ เพื่อการออกแบบระบบใหม่**

พื้นที่การพัฒนาในโรงพยาบาล

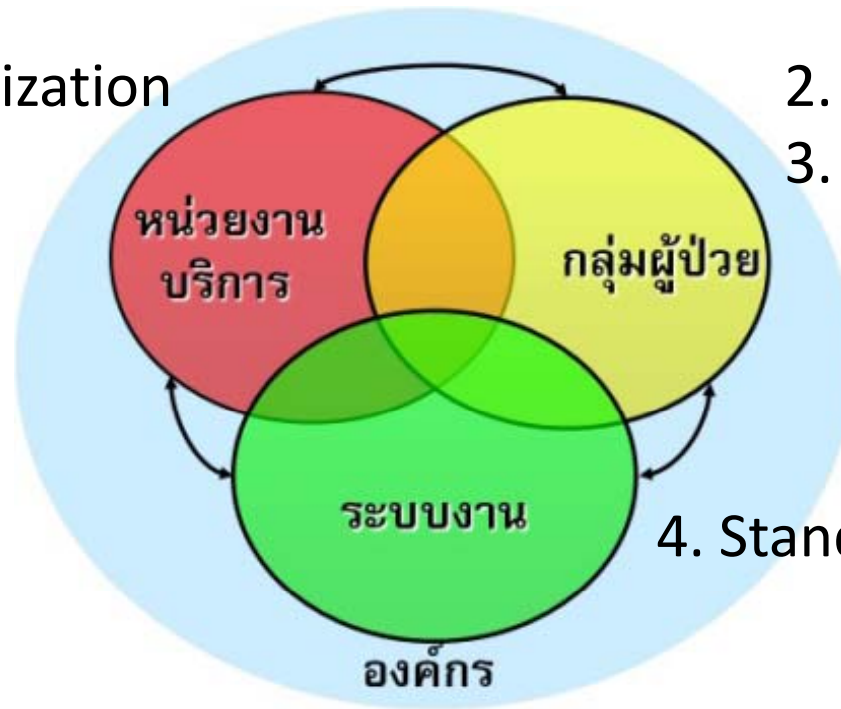


การเชื่อมโยงระหว่างพื้นที่การพัฒนา



6 QI Tracks & 4 Domains

1. Unit Optimization



2. Patient Safety

3. Clinical Population

4. Standard Implementation

5. Strategic Management

6. Self Assessment

Track 1 : Unit Optimization

3P ในงานประจำ

หัวหน้าพาทำคุณภาพ

กิจกรรมคุณภาพพื้นฐาน

ค้นหาความหมาย/ความเชื่อมโยงใน Service F

CQI

ทบทวนการบรรลุเป้าหมาย
กำหนดแผนการพัฒนาหน่วย

เชื่อมโยง

1. แนวคิดพื้นฐาน คือการใช้ 3P
2. หัวหน้าพาทำคุณภาพ
3. กิจกรรมคุณภาพพื้นฐานต่างๆ ระบบ
ข้อเสนอแนะ, 5ส., พฤติกรรมบริการสู่
ความเป็นเลิศ, สนทริยสนทนา, KM
4. **Service Profile** เป็นเครื่องมือสำหรับ
วางแผนและติดตามการพัฒนาคุณภาพ
และการบรรลุเป้าหมายของหน่วยงาน
5. **กิจกรรมทบทวนคุณภาพ** เป็นกระจก
ส่องตัวเอง เป็นเครื่องมือในการหา
โอกาสพัฒนา ควรเลือกสรรให้
เหมาะสมกับแต่ละหน่วยงาน
6. **การพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน**
7. **เชื่อมโยง Performance
Management System**

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

11

12

หัวหน้าพาทำคุณภาพ: หมั่นถามกันเป็นประจำ

พรุ่งนี้จะทำอะไรให้ดีขึ้น (continuous improvement)

จะทำให้งานง่ายขึ้นอย่างไร

จะทำให้เพื่อนของเราทำงานง่ายขึ้นอย่างไร (internal customer)

จะเพิ่มคุณค่าให้ผู้รับผลงานของเราอย่างไร (external customer)

เราทำหน้าที่ตามเป้าหมายของหน่วยงานสมบูรณ์หรือยัง

Track 2 : Patient Safety

ทบทวนความครอบคลุมของกิจกรรมทบทวน

ใช้ประโยชน์จากกิจกรรมทบทวน

RCA, Standardized Work

ตามรอย PSG: SIMPLE & Improve

ทบทวน / วางระบบบริหารความเสี่ยง

วิเคราะห์ความเสี่ยง/ป้องกัน (หน่วยงาน/ระบบงาน)

Trigger Tool

บูรณาการข้อมูล & ระบบบริหารความเสี่ยง

01

02

03

04

05

06

07

08

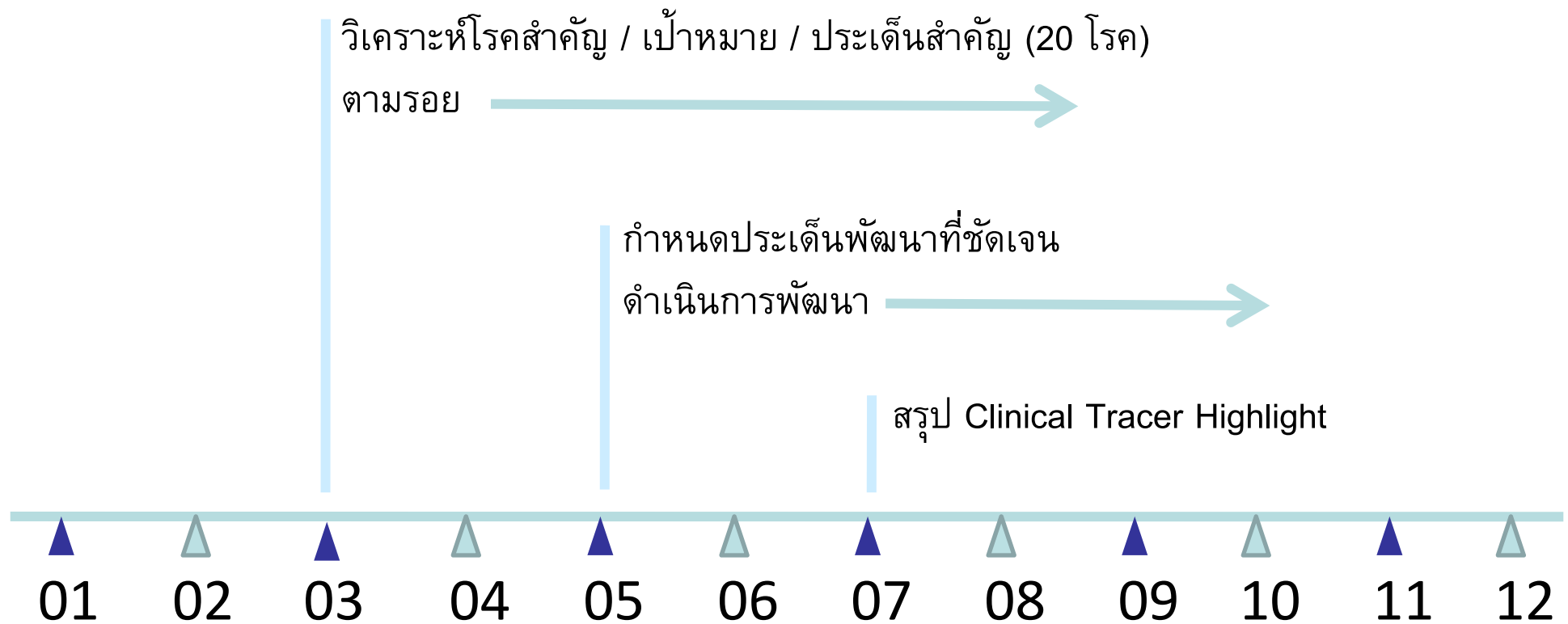
09

10

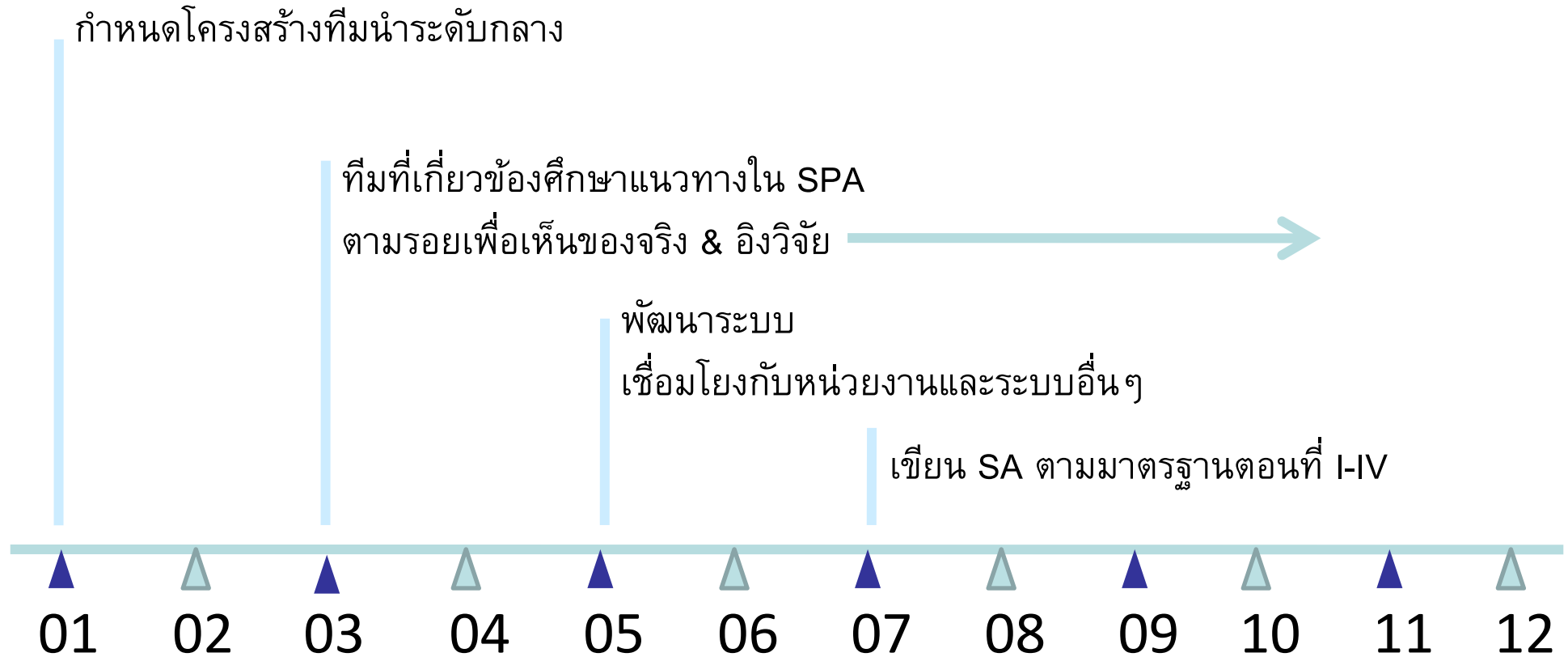
11

12

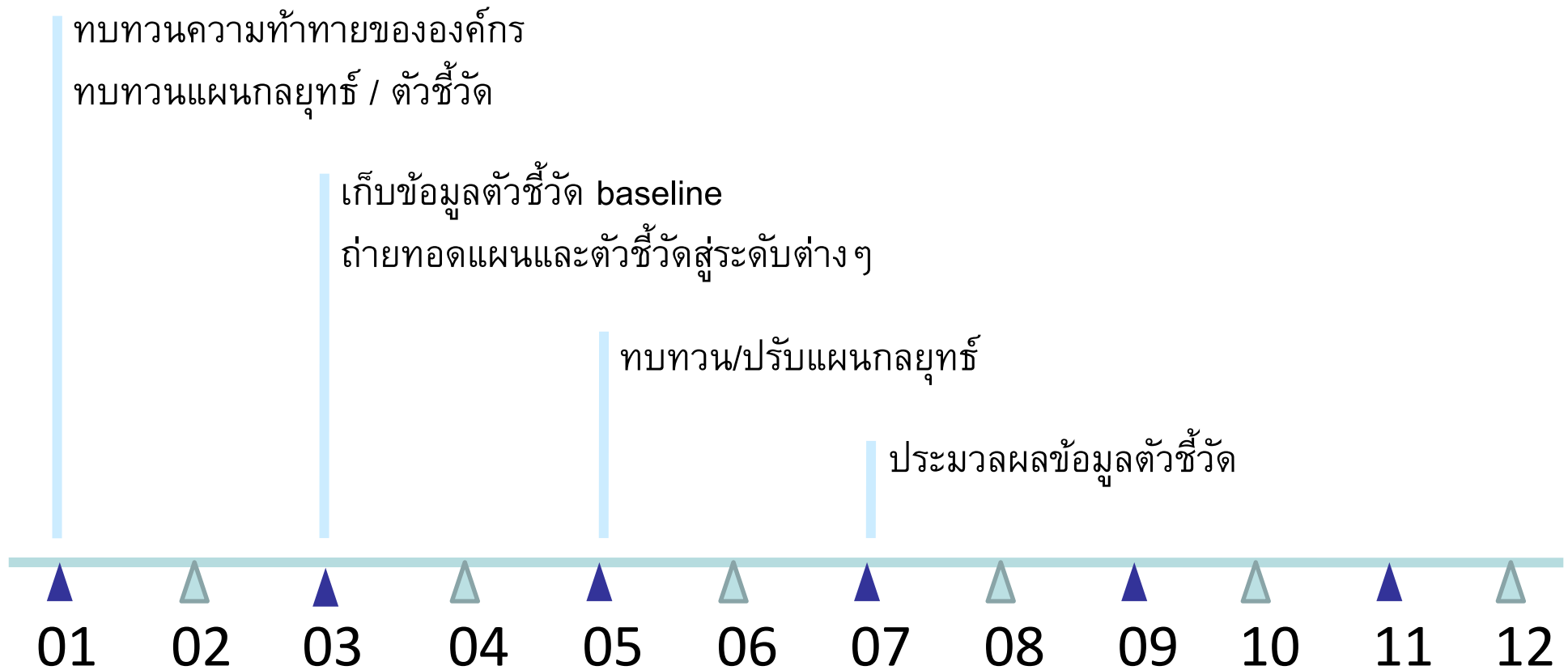
Track 3 : Clinical Population



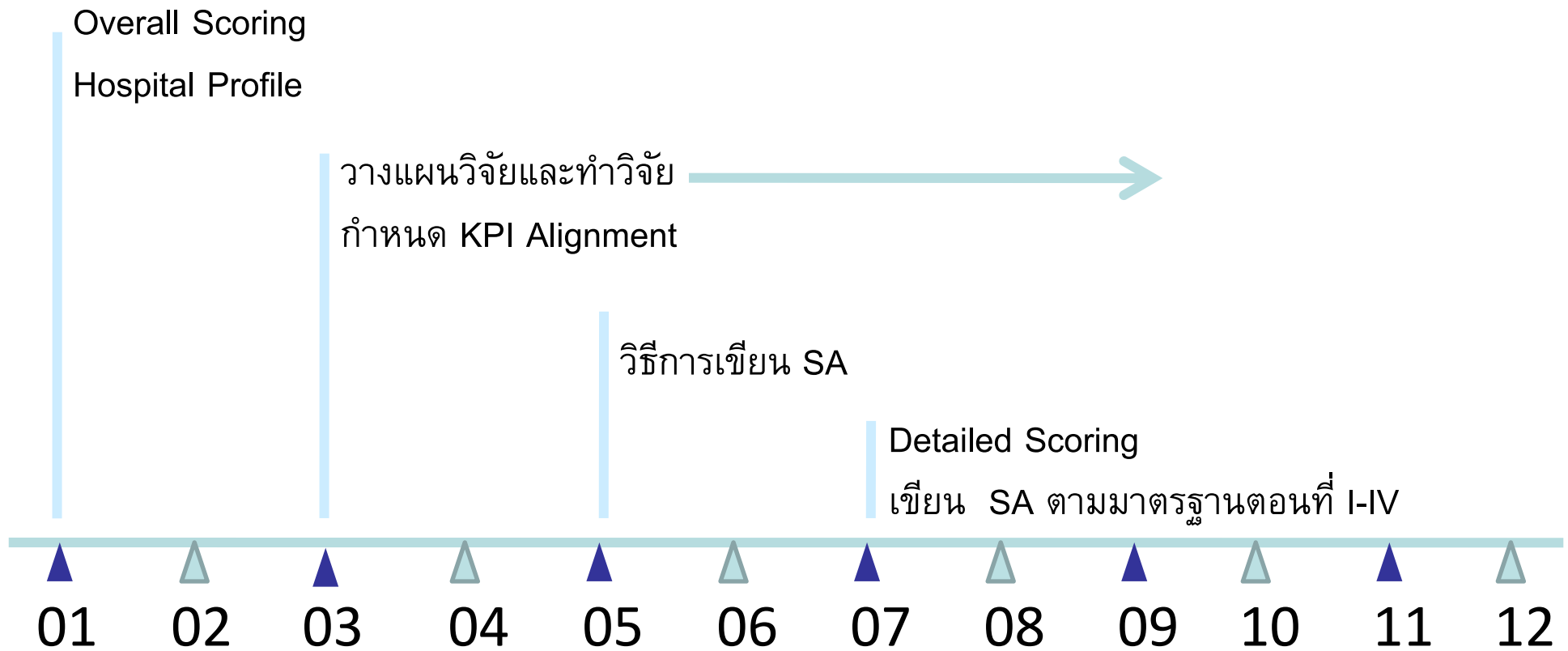
Track 4 : Standard Deployment



Track 5 : Strategic Management



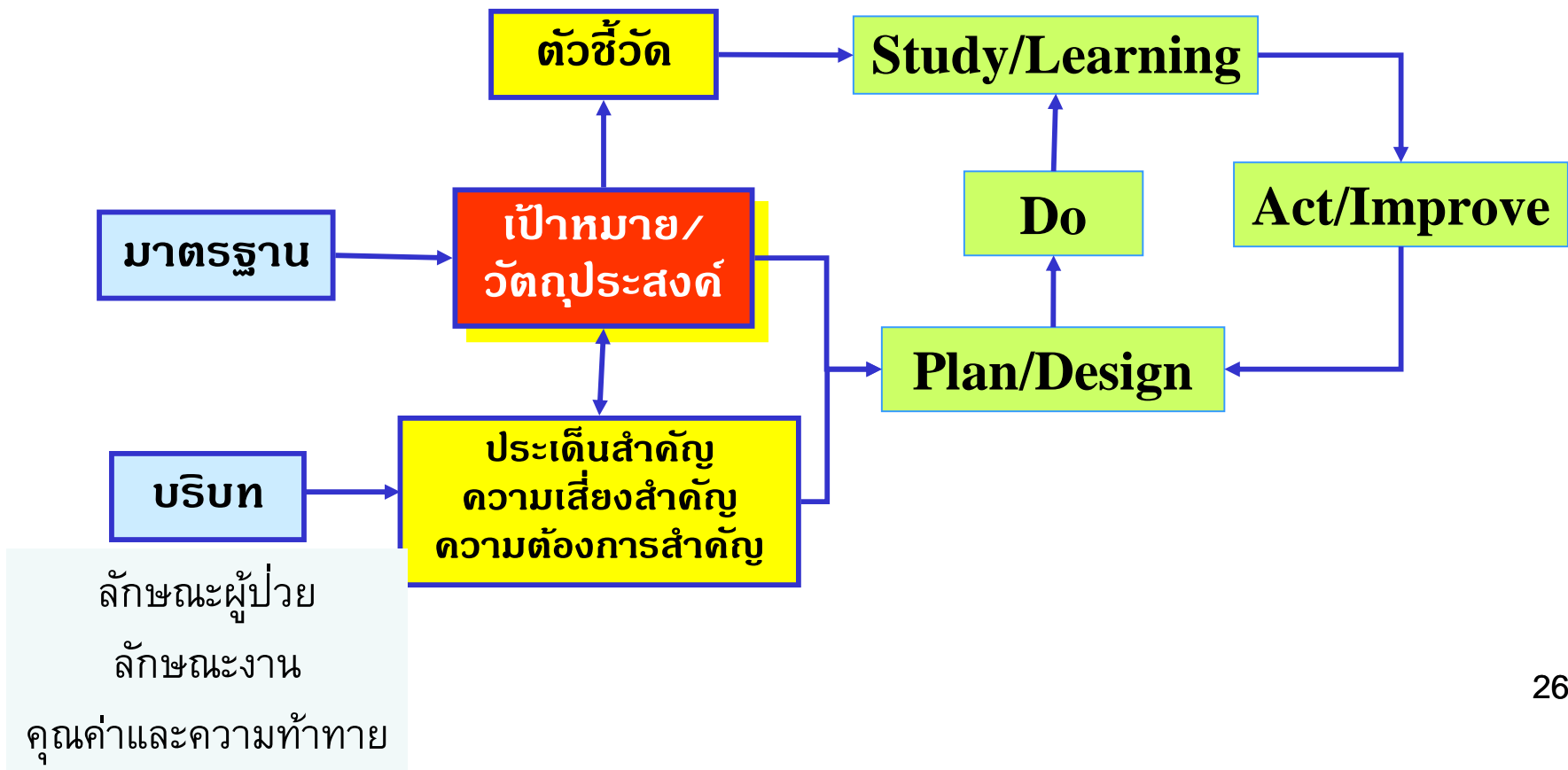
Track 6 : Self Assessment



3C - PDSA

หลักคิดสำคัญ
(Core Values & Concepts)

ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
ความรับผิดชอบของวิชาชีพ
Evidence-based Practice
การเรียนรู้



Clinical Risk

ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risk)

เหตุการณ์ที่อาจก่อให้เกิดความเสียหายขึ้นกับผู้ป่วย
อันมีเหตุเกิดจากกระบวนการให้บริการหรือกิจกรรม
การตรวจวินิจฉัย และการดูแลรักษาพยาบาล
หรืออุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์

อาจประกอบด้วย

- Sentinel Events (อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์/ไม่น่าเกิด)

- Iatrogenic injury (โรคหมอทำ)

- Malpractice (เวชปฏิบัติไม่เหมาะสม ไม่เป็นไปตามข้อบ่งชี้)

- Medical errors (ความผิดพลาดในมัลมเหลวของ

การรักษาจากแผนการรักษาที่วางไว้)

- Complication (ภาวะไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการดูแล

รักษาที่ไม่ตั้งใจ

69.9% ของภาวะไม่พึงประสงค์
สามารถป้องกันได้

สำคัญอย่างไร

1. เป็นคุณภาพพื้นฐานที่สำคัญที่สุดของโรงพยาบาล

2. นำไปสู่ความเสียหายที่รุนแรงได้

3. ต้องอาศัยความรู้ หลักฐานวิชาการ

ผู้ป่วยไม่สามารถป้องกันตัวเองจากอันตรายดังกล่าวได้

4. การบริหารจัดการต้องอาศัยทีมของวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

ตัวอย่างความเสี่ยงทางคลินิก

1. ความผิดพลาดในการสื่อสารและการระบุตัวผู้ป่วย

2. ความผิดพลาดของการวินิจฉัย

3. ความผิดพลาดของการวางแผนการดูแลรักษาพยาบาล

4. ความผิดพลาดหรืออุบัติเหตุในการให้การรักษาพยาบาล

5. อาการหรือภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดหรือการทำหัตถการ

เมื่อเกิดความเสียหายหรือภาวะไม่พึงประสงค์..

ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการบาดเจ็บ

มีภาวะแทรกซ้อน บาดเจ็บแต่ไม่พิการ

อยู่โรงพยาบาล
นานขึ้น

การบาดเจ็บทำให้พิการชั่วคราว

การบาดเจ็บทำให้พิการถาวร

..เสียชีวิต..

ความเสี่ยงทางคลินิก อาจเกิดได้จาก

ผู้ป่วยไม่ได้รับสิ่งที่ควรจะได้

ผู้ป่วยได้รับสิ่งที่ไม่ควรจะได้

การศึกษาในสหรัฐอเมริกา (Schuster et.al., 1998)

50% ไม่ได้รับการดูแลด้านการป้องกันโรคตามที่แนะนำ

30% ไม่ได้รับการดูแลรักษาระยะเฉียบพลันตามข้อบ่งชี้

30% ได้รับการดูแลรักษาระยะเฉียบพลันด้วยวิธีการ

ที่เป็นข้อห้าม

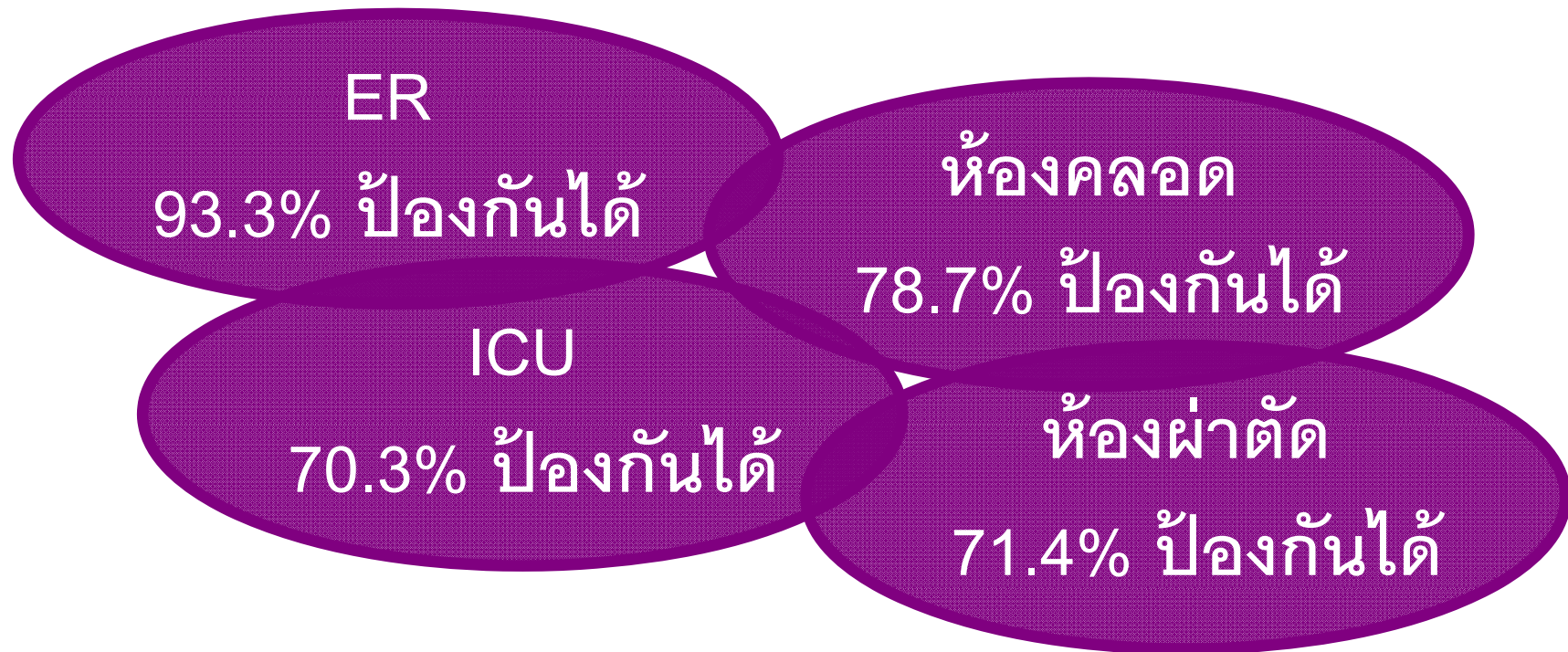
40% ไม่ได้รับการดูแลรักษาโรคเรื้อรังตามข้อบ่งชี้

20% ได้รับการดูแลรักษาโรคเรื้อรังที่เป็นข้อห้าม

ความเสี่ยงส่วนมากป้องกันได้

การศึกษาของมหาวิทยาลัย Harvard (HMPS, 1984)

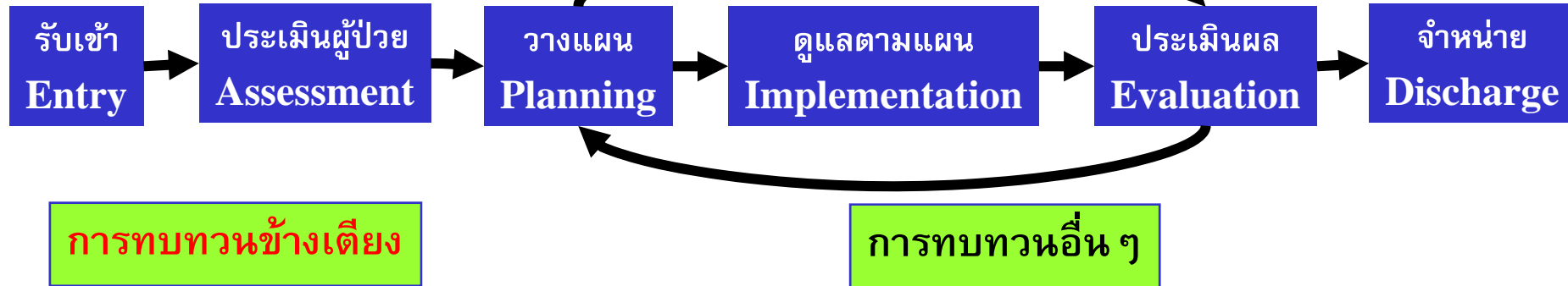
สถานที่ที่เกิดภาวะไม่พึงประสงค์ที่สามารถป้องกันได้..





การทบทวนคุณภาพกับความเสี่ยงทางคลินิก

การทบทวนเวชระเบียน



- Care & Risk
 - Communication
 - Continuity & D/C plan
 - Team work
 - HRD
 - Environment & Equipment
- Holistic
 - Empowerment
 - Lifestyle
 - Prevention

- การทบทวนคำร้องเรียนของผู้ป่วย
- การทบทวนเหตุการณ์สำคัญ (เสียชีวิต ภาวะแทรกซ้อน)
- การค้นหาความเสี่ยง
- การทบทวนศักยภาพ (การส่งต่อ การตรวจรักษา)
- การติดเชื่อในโรงพยาบาล
- การใช้ยา
- การใช้ทรัพยากร
- ตัวชี้วัด

แนวทางการจัดระดับความรุนแรง

The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention

- ระดับ A** เหตุการณ์ซึ่งมีโอกาที่จะก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อน
- ระดับ B** เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้น แต่ยังไม่ถึงผู้ป่วย
- ระดับ C** เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย แต่ไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย
- ระดับ D** เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้ต้องมีการเฝ้าระวังเพื่อให้มั่นใจว่าไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย

แนวทางการจัดระดับความรุนแรง

- ระดับ E** เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย
ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราว และ
ต้องมีการบำบัดรักษา
- ระดับ F** เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย
ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราว และ
ต้องนอนโรงพยาบาล หรืออยู่โรง
พยาบาลนานขึ้น
- ระดับ G** เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย
ส่งผลให้เกิดอันตรายถาวรแก่ผู้ป่วย

แนวทางการจัดระดับความรุนแรง

ระดับ H **เกิดความคลาดเคลื่อนกับ
ผู้ช่วยส่งผลให้ต้องทำการ
ช่วยชีวิต**

ระดับ I **เกิดความคลาดเคลื่อนกับ
ผู้ช่วยซึ่งอาจเป็นสาเหตุของ
การเสียชีวิต**

Clinical Risk

■ Common Clinical risk

- เป็นความเสี่ยงโดยทั่วไปในกระบวนการทางการแพทย์
การดูแลผู้ป่วย

■ Specific Clinical risk

- เป็นความเสี่ยงเฉพาะตามกลุ่มโรค/หัตถการที่สำคัญ

ความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป (Common Clinical RISK)

- ❶ เป็นความเสี่ยงทางคลินิกที่ระบุกว้างๆ ในกระบวนการรักษา
- ❷ ไม่จำเพาะต่อโรคใดโรคหนึ่ง
- ❸ อาจพบร่วมในหลายคลินิกบริการ
- ❹ อาจใช้มาตรการเดียวกันในการป้องกันในภาพรวม
- ❺ นำไปสู่การค้นหาความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรคได้
- ❻ พบในระยะแรกของการพัฒนา ในระยะถัดมาจะมีความนิ่งและสามารถแก้ไขได้เป็นส่วนใหญ่

ความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป

(Common Clinical Risk)

- 🇹🇭 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ/เอกซเรย์ผิดพลาด
- 🇹🇭 การให้เลือดผิดคน
- 🇹🇭 การให้ยาผิดพลาด
- 🇹🇭 การให้สารน้ำผิดพลาด
- 🇹🇭 การติดเชื้อในโรงพยาบาล
- 🇹🇭 แผลกดทับ
- 🇹🇭 ตกเตียง
- 🇹🇭 ฆ่าตัวตาย/ถูกฆาตกรรม

ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค

**Disease-Specific
Clinical RISK**

Specific Clinical risk อายูรกรรม

Disease/condition/procedure Clinical risk/AE/Cx

- | | |
|---------------------------|-----------------------|
| • Myocardial infarction | • Shock/CHF |
| • Cerebrovascular disease | • IICP/Rebleeding |
| • Tuberculosis | • Relapse/Reinfection |
| • Diabetic Foot | • Limb loss |

Specific Clinical risk ศัลยกรรม

Disease/condition/procedure **Clinical risk/AE/Cx**

- | | |
|----------------------|------------------------|
| • Head injuries | • IICP/Herniation |
| • Acute appendicitis | • Ruptured |
| • Multiple trauma | • Shock |
| • Limb injuries | • Replantation failure |

Specific Clinical risk สูตินรีเวช

Disease/condition/procedure **Clinical risk/AE/Cx**

- | | |
|---------------------|------------|
| • Ectopic pregnancy | • Shock |
| • Preclampsia | • clampsia |
| • Normal Labour | • PPH |

Specific Clinical risk กุมภาพันธ์

Disease/condition/procedure	Clinical risk/AE/Cx
-----------------------------	---------------------

• DHF	• Shock
-------	---------

• New born	• Hypoglycemia Jx
------------	-------------------

หลักพื้นฐานในการทำงานคุณภาพ

Simplicity

ง่าย

ทำงานประจำให้ง่ายขึ้น
พัฒนาคุณภาพแบบเรียบง่าย

Simplicity
Innovation
Human Factors

Joyful

มัน

มันจากการได้ทำสิ่งแปลกใหม่
มันจากการไม่ถูกกดดัน
มันจากสัมพันธ์ภาพระหว่างการทำงาน
มันเพราะเห็นเป็นความท้าทาย

Effective

ดี

ดีต่อตัวเองและทีมงาน
ดีต่อผู้รับผลงาน
ดีต่อองค์กร

CQI
Evidence-based
Patient Safety
Clinical Tracer
Trigger Tools

Spirituality

มีความสุข

ฝากำแพงสู่ความมีจิตใจที่งดงาม