



Information for Patient Safety

(รู้ทัน ใช้เป็น ผู้ป่วยปลอดภัย)

ภก.พรมินทร์ วีระอนันต์วัฒน์

อ.นลกฤษ ศรีเมือง

ดร.สิริรัตน์ เนตรประภา

ท่านเคยได้รับ...ข้อเสนอแนะ
จากการเยี่ยมชมสำรวจแบบนี้ หรือไม่

ตัวอย่าง...ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาคุณภาพ

II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ :



..... นำข้อมูลความเสี่ยงมารวบรวม วิเคราะห์แนวโน้มความเสี่ยงในภาพรวม จัดลำดับความรุนแรง นอกจากนี้ควรมีการส่งเสริมการค้นหาสาเหตุที่แท้จริง (root cause) โดยเชื่อมโยงกับกลุ่มโรคสำคัญ หรือกระบวนการดูแลผู้ป่วย (care process) เพื่อสะท้อนความเสี่ยง/ปัญหาที่เกิดขึ้นและนำมาสู่การปรับปรุงระบบงานที่รัดกุม



ตัวอย่าง...ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาคุณภาพ

II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ :



.....ส่งเสริมให้มีการวิเคราะห์ Adverse event ที่เชื่อมโยงกับกระบวนการดูแลรักษาในกลุ่มโรคสำคัญ นำสู่การพัฒนากระบวนการดูแลรักษา และพัฒนาร่วมกับระบบงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งติดตามผลลัพธ์ภายหลังการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

.... ส่งเสริมการเรียนรู้ในการค้นหาความเสี่ยงทางคลินิกในกลุ่มโรคสำคัญ ในระดับ E ขึ้นไป ที่สามารถระบุถึงกระบวนการดูแลที่ต้องปรับปรุง รวมทั้งผลลัพธ์/ผลกระทบที่เกิดขึ้น เพื่อนำสู่การป้องกันในเชิงรุก /การแก้ไขปัญหาเพื่อลดผลกระทบที่รุนแรง ร่วมกับทีมนำระบบ/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง



ตัวอย่าง...ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาคุณภาพ

II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ :



.....การวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง ควรมีการตามรอยหน้างาน
พิจารณาลำดับขั้นของเหตุการณ์ / จุดเปลี่ยน / ช่วงเวลา ร่วมกับการ
ทบทวนเวชระเบียน เพื่อให้มีการวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริง (RCA)
โดยเฉพาะปัจจัยเชิงระบบที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งมีการทบทวนร่วมกันกับทีม /
ผู้ที่เกี่ยวข้อง (เช่น แพทย์ในกรณีที่เกี่ยวข้องกับการรักษา)

.... กรณีที่มีระดับความรุนแรงสูง (G-H-I) ทีมบริหารความเสี่ยง
ควรร่วมทบทวน เพื่อนำไปสู่การออกแบบวางระบบที่รัดกุม มีการติดตาม
การปฏิบัติและปรับปรุงระบบอย่างต่อเนื่อง



ตัวอย่าง...ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาคุณภาพ

II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ :



..... วิเคราะห์แนวโน้มของความเสี่ยงในภาพรวมของโรงพยาบาลทั้งความเสี่ยงทาง Clinic และ Non Clinic นำข้อมูลความเสี่ยงที่รวบรวมได้จากทุกโปรแกรมมาจัดลำดับความรุนแรง และค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา (root cause) และกำหนดมาตรการป้องกันในเชิงระบบให้เห็นเป็นรูปธรรม รวมทั้งติดตามการดำเนินการตามมาตรการต่างๆ และผลสำเร็จของ Patient Safety Goal ตามที่ได้กำหนด



Buzz group : ข้อมูลสารสนเทศที่ต้องการใช้

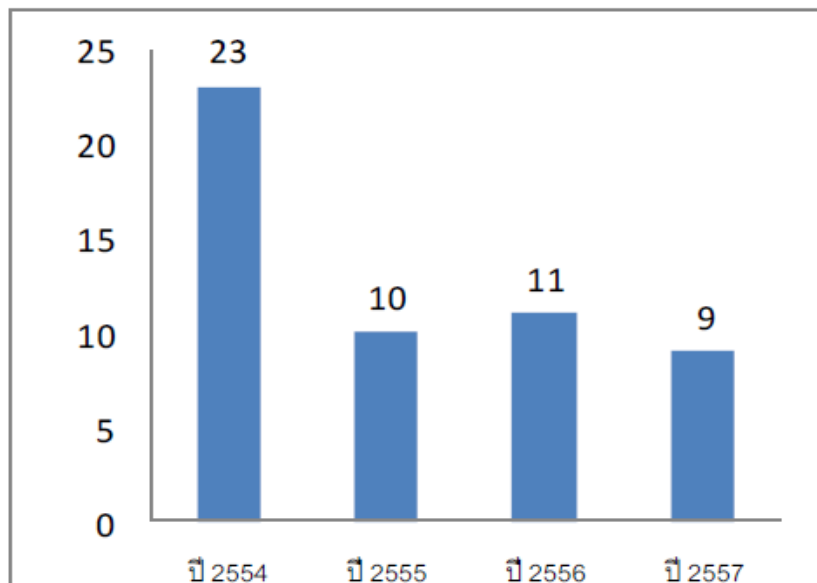


ตัวอย่าง ข้อมูลสารสนเทศที่พบในปัจจุบัน



ข้อมูล / ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2554	2555	2556	2557 (ตค-กค)
ระบบบริหารความเสี่ยง					
- จำนวนรายงานความเสี่ยงที่ได้รับ	>1,000	1,132	1,128	1,394	783
- จำนวนรายงานระดับ E-I		23	10	11	9

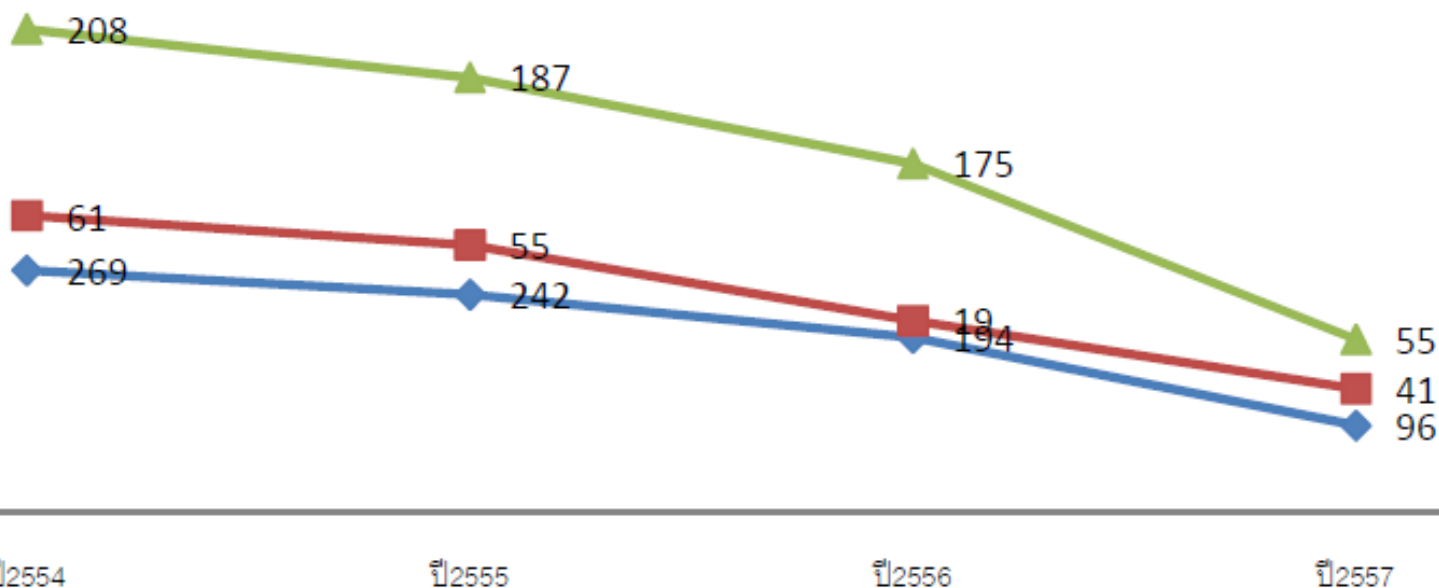
จำนวนรายงานความเสี่ยงระดับ E-I



จากข้อมูลในปี 2554 – 2556 ที่ผ่านมา พบความเสี่ยงระดับ E – I จำนวน 23,10,11 เรื่อง ในปี 2557 ที่มบริหารความเสี่ยงได้นำแนวคิด 3P มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพ และ ทีมต่าง ๆ มีการพัฒนางานมากขึ้น โดยเฉพาะทีม PCT จึงส่งผลทำให้ความเสี่ยงระดับ E-I มีแนวโน้มลดลง เหลือ 9 เรื่องในปี 2557

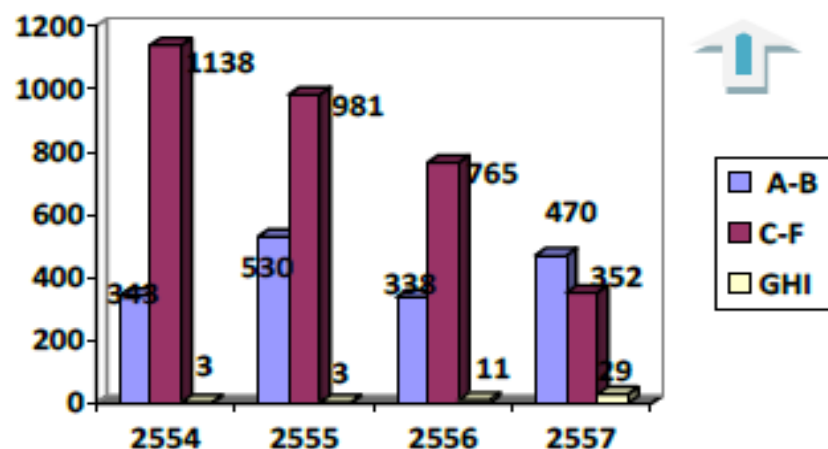
จำนวนการรายงานความเสี่ยง4ปีย้อนหลัง(2554-2557)

—◆— ความเสี่ยงรวม —■— ความเสี่ยงทั่วไป —▲— ความเสี่ยงคลินิก



จากกราฟพบว่าจากปี2554เป็นต้นมาแนวโน้มความเสี่ยงทั้งด้านทั่วไปและทางคลินิกมีแนวโน้มลดลง ที่มตามรอยพบว่า การค้นหาและรายงานความเสี่ยงโดยเฉพาะความเสี่ยงที่เป็น AE ลดลง เนื่องจากขาดการกระตุ้นและติดตามความก้าวหน้าระบบบริหารความเสี่ยง ที่มจึงเริ่มมีการใช้มาตรการหาความเสี่ยงเชิงรุกมาช่วยในปี 2557 เช่น การ round จากทีมต่างๆ, การทำ trigger tool เป็นต้น และทำให้ได้ความเสี่ยงเพิ่มขึ้นและได้ความเสี่ยงที่เป็น near miss เพิ่มขึ้นตามมา

4-5 ผลลัพธ์ด้านระบบงานและกระบวนการสำคัญ: จำนวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระดับต่าง ๆ ย้อนหลังตั้งแต่ปี 2554 - 2557



การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในปี 2556 มีแนวโน้มลดลงจากปี 2555 เนื่องจากเป็นช่วงการปรับปรุงโปรแกรมการลงข้อมูลการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงมาใช้ระบบ Internet ที่ทุกคนสามารถเข้าถึงอุบัติการณ์ความเสี่ยงได้ และมีการจัดลำดับการเข้าถึงข้อมูลอุบัติการณ์ความเสี่ยง ทำให้ผู้บริหารสามารถเข้าถึงข้อมูลความเสี่ยงได้ง่ายขึ้น จากข้อมูลอุบัติการณ์ความเสี่ยงพบว่า ความเสี่ยงที่พบสูงสุดคือ ระดับ C-F ซึ่งถึงตัวผู้ป่วยแล้ว ทางทีมมีนโยบายที่จะค้นหาอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่อยู่ในระดับ A-B ซึ่งเป็นความเสี่ยงที่ยังไม่ถึงผู้ป่วย เพื่อให้เจ้าหน้าที่ที่มีความตระหนักและสร้างมาตรการป้องกันก่อนที่จะถึงตัวผู้ป่วย ส่วนความเสี่ยงระดับ GHI มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น แต่จากการทบทวนพบว่าเป็นการประเมินระดับรุนแรงที่ไม่ถูกต้อง ทางทีมได้ร่วมกันแก้ไขโดย สร้างความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่ถึงระดับความรุนแรง ทำเอกสารแจกทุกหน่วยงาน

II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ :บริหารความเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ให้และผู้รับบริการปลอดภัย					
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2554	2555	2556	2557
1.จำนวนความเสี่ยงที่ได้รับรายงานทั้งหมด	เพิ่มขึ้น 10%	1079	1194	1049	1413
2.อัตราความครอบคลุมการรายงานความเสี่ยงของ หน่วยงาน	>90%	64% (16/25)	80% (20/25)	88% (22/25)	92% (23/25)
3.สัดส่วนการรายงานเหตุการณ์ Miss:near miss	1:5	1 165/914	1.5 244/950	2 289/760	2 379/1034
4.ความเสี่ยงระดับE-I ที่ได้รับการทบทวนเชิงระบบ	100%	83.33 10/12	100 11/11	83.33 20/24	100 16/16
5.จำนวนอุบัติการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง G-I	<3	3	2	2	3
6.การเกิดความเสี่ยง GHI ช้ำ	0	0	1	0	0
7.จำนวนข้อร้องเรียน	ลดลง	30	52	92	103

ระบบบริหารความเสี่ยง						
1.	จำนวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั้งหมด		1484	1514	1114	851
1)	Clinic		829	945	831	477
2)	Non Clinic		655	569	310	374
2.	จำนวนอุบัติการณ์ Near Miss		342	530	338	470
3.	จำนวนอุบัติการณ์ Miss		1142	984	776	381
4.	ร้อยละอุบัติการณ์ความเสี่ยง					
-	A- B	> 30 %	23.05	35.01	30.34	55.23
-	C- F	< 30 %	76.68	64.8	68.67	41.36
-	G- H- I ,Sentinel event	< 5 %	0.02	0.2	0.9	3.41
5.	ร้อยละของอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป	> 80 %	92	90.27	85	86
ได้รับการทบทวนและสร้างมาตรการป้องกัน						



II-1การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ

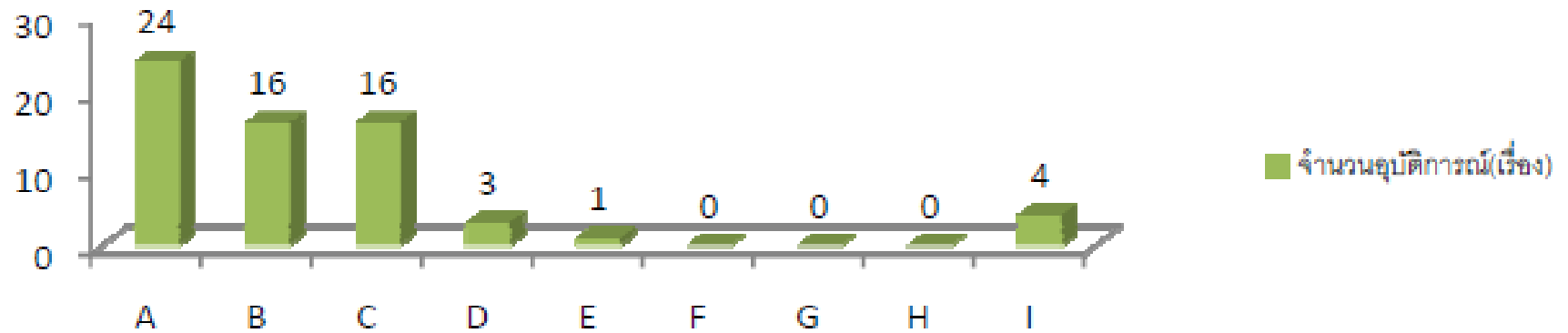
เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2554	2555	2556	2557
1.จำนวนอุบัติการณ์ระดับรุนแรง(G-I)ด้านclinic	0	1	0	2	4
2.จำนวนอุบัติการณ์ระดับรุนแรง(4)ด้านnon-clinic	0	0	1	2	0
3.จำนวนอุบัติการณ์ด้านclinicแยก near miss /miss		108/2	105/82	171/4	24/31
4. จำนวนอุบัติการณ์ด้าน non –clinic แยก near miss /miss		0/159	0/55	0/19	16/25
5.ร้อยละของหน่วยงาน ที่มีการจัดทำ risk profile	80%	NA	NA	80%	80%
6.จำนวนอุบัติการณ์ระดับรุนแรง ที่ได้รับการทบทวนแก้ไขตามระบบ	80%	50%	50%	50%	69.3%
7.อัตราการทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับรุนแรง ภายใน 1 สัปดาห์	100%	50%	50%	50%	50%

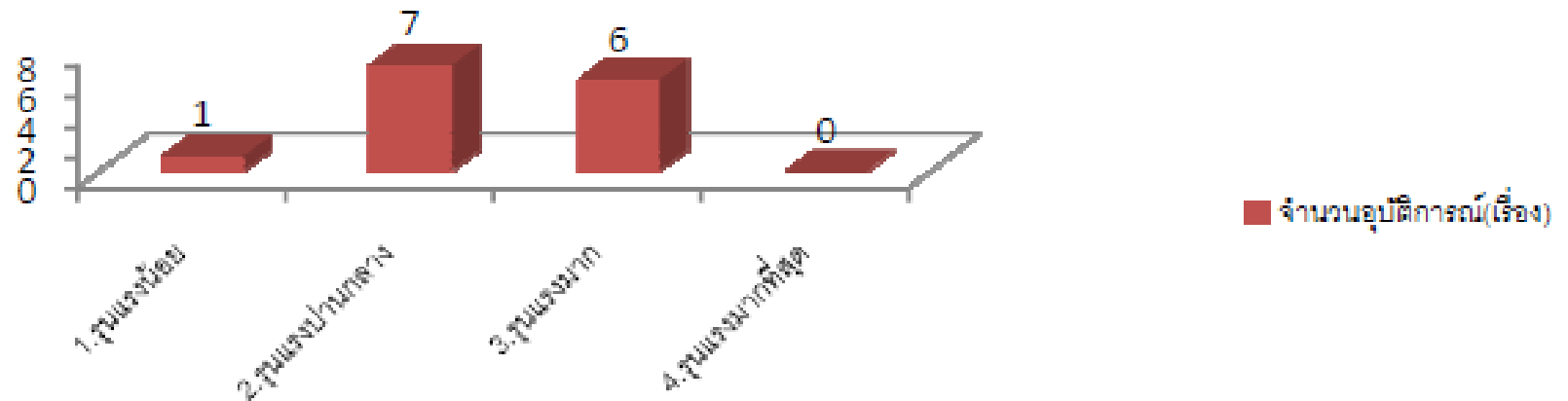


HA National Forum 16th วันที่ 10-13 มีนาคม 2558 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

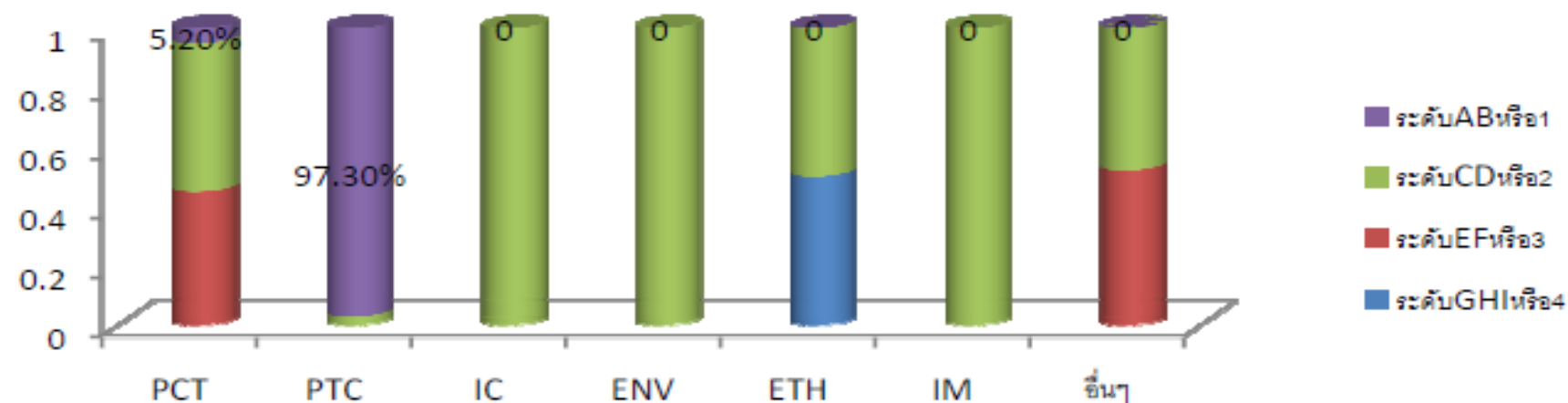
แยกตามระดับความรุนแรงทางคลินิกปี2557



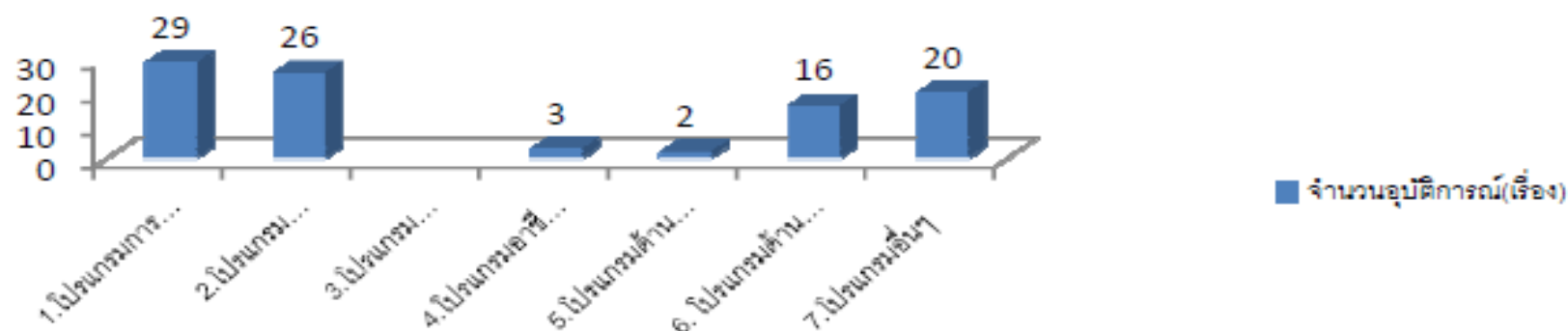
แยกตามระดับความรุนแรงความเสียหายทั่วไปปี2557



สัดส่วนการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดจำแนกรายโปรแกรมปี2554-2556



จำนวนอุบัติการณ์ปี2557(เรื่อง)



Scoring guideline 2011



17 การวิเคราะห์ข้อมูลและการทบทวนผลการดำเนินงาน	มีการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีง่าย ๆ เช่น วิเคราะห์ แนวโน้มจำแนกกลุ่มย่อย	มีการวิเคราะห์ข้อมูลให้ได้สารสนเทศที่มีความหมายทั้งในระดับผู้ใช้และในระดับองค์กร	การวิเคราะห์และทบทวนผลงานขององค์กรนำมาสู่การกำหนดลำดับความสำคัญเพื่อการปรับปรุงและถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ	การวิเคราะห์และทบทวนผลงานทำให้เข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่าง ๆ นำมาสู่การปรับปรุงระบบงาน/นโยบายสำคัญ	การวิเคราะห์และทบทวนผลงานนำมาสู่การสร้างนวัตกรรม การปรับปรุงความร่วมมือกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
	1	2	3	4	5



Pitfall จากการใช้ข้อมูลสารสนเทศ



- ผู้ใช้ข้อมูลให้ความสำคัญแต่จำนวน...ขาดการวิเคราะห์ข้อมูล
เช่น จำนวน / ความถี่ ของเหตุการณ์, ร้อยละของการปฏิบัติ,
ระยะเวลาเฉลี่ย
- ข้อมูลที่ได้ไม่เอื้อต่อการวิเคราะห์ข้อมูล
- บทบาทของทีมระบบงานสำคัญ ในการมองภาพรวม



ใครต้องการใช้ข้อมูลสารสนเทศ



หน่วยงานต่าง ๆ

ทีมนำทางคลินิก

ทีมนำทางระบบต่าง ๆ

ทีมนำองค์กร



หากหน่วยงานส่งข้อมูลดิบไปให้ โดยไม่วิเคราะห์เป็นสารสนเทศก่อน

คำถาม ???? :

ระดับที่นำระบบ / องค์กร สามารถมองภาพรวมได้หรือไม่ ???

Score

WORKSHOP

ผู้ป่วยหญิงอายุ 68 ปี รับการรักษาอย่างต่อเนื่องด้วยเรื่อง DM&HT ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีมารับการตรวจที่ห้องฉุกเฉินหลายครั้งด้วยอาการ Dyspepsia ต่อเนื่อง

เมื่อเดือนพฤษภาคมมาที่ห้องฉุกเฉิน 3 ครั้งด้วยอาการ Dyspepsia ได้ถูกนัดที่ OPD Med แต่ผู้ป่วยไม่สามารถมาตามนัดได้เนื่องจากไม่มีคนพามา

กลางเดือนกันยายน ผู้ป่วยมารับการตรวจที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการทานอาหารไม่ได้ ปัสสาวะขัดตรวจร่างกายพบว่า BP 80/50 mmHg., dry lip, soft tender Rt. Abdomen. R/O hypovolumic shock, hyperosmolar coma ได้รับผู้ป่วยไว้ใน รพ. ผู้ป่วยเสียชีวิตหลังจากอยู่ รพ. ได้ 2 วัน จากการตรวจมี Bowel rupture จากการเห็น free air ใต้ dome diaphragm แต่ condition ผู้ป่วยแย่มากๆ prognosis แล้วญาติยอมรับได้

จากการทบทวน
ท่านต้องการ...ข้อมูลสารสนเทศ อะไร



ข้อมูลสารสนเทศจากการทบทวน



- เป็นประเด็นความเสี่ยงอะไร ?
- ระดับความรุนแรงอะไร ??
- โรคอะไร ?
- อยู่ในขั้นตอนกระบวนการดูแลผู้ป่วย กระบวนการไหน ?
- หน่วยงานอะไร ?
- ช่วงเวลาใด ?
- เชื่อมโยงกับระบบงานสำคัญอะไร ?



การวิเคราะห์สารสนเทศที่ได้จากการทบทวน



- ภาพรวมความเสี่ยง เป็นประเด็นอะไร / ความรุนแรงอย่างไร
- ภาพรวมของโรคในแต่ละโรค
- ภาพรวมในแต่ละ care process
- ภาพรวมในแต่ละหน่วยงาน / ช่วงเวลา
- ภาพรวมในระบบงานสำคัญที่ควรประสาน / เชื่อมโยง



การนำเสนอเสนอเทศที่วิเคราะห์ไปใช้ประโยชน์



- จัดทำแผนยุทธศาสตร์ เพื่อให้เกิดความปลอดภัย / คุณภาพ
- กำหนดกลุ่มประชากรทางคลินิกและพัฒนา Clinical tracer highlight
- พัฒนาในแต่ละกระบวนการดูแลผู้ป่วย (III-1 – III-6)
- พัฒนาเชื่อมโยงกับหน่วยงาน
- พัฒนาเชื่อมโยงกับระบบงานสำคัญที่เกี่ยวข้อง



ข้อมูลสารสนเทศสู่การพัฒนา



ภาพรวมความเสี่ยง (ประเด็น / รุนแรง)

แผนยุทธศาสตร์องค์กร

ภาพรวมของโรค

Clinical population
Clinical Tracer Highlight

ภาพรวมแต่ละกระบวนการ

พัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย III-1 – III-6

ภาพรวมหน่วยงาน / ช่วงเวลา

Unit Optimization

ภาพรวมในแต่ละระบบ

ระบบงานสำคัญ



HA National Forum 16th วันที่ 10-13 มีนาคม 2558 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี



สามารถตอบโจทย์ตามข้อเสนอแนะ และ “Information for Patient Safety” หรือไม่



HA National Forum 16th วันที่ 10-13 มีนาคม 2558 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี