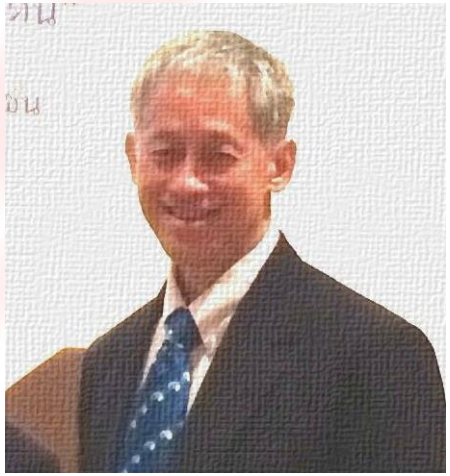
ภาพฝัน ความปลอดภัยของผู้ป่วย

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล
สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

3rd Mini-Conference

ความปลอดภัยในผู้ป่วย ร่วมด้วย ช่วยได้ทุกคน

โรงแรมนารายณ์ 13 กันยายน 2558



ภาพที่ขอเชิญชวนมาฝันร่วมกัน

บริการสุขภาพของไทย
เป็นบริการที่มีคุณภาพ น่าไว้วางใจ
ในทุกมิติ ทุกขั้นตอน ทุกเวลา สำหรับทุกคน

โดยมีระบบงานที่รัดกุม (Design)
ให้การดูแลด้วยความระมัดระวัง (Action)
มีการเรียนรู้จากข้อบกพร่อง (Learning)
ทำให้มีความปลอดภัยยิ่งยวด (Outcome)

เป้าหมายที่ท้าทายเรื่องความปลอดภัย

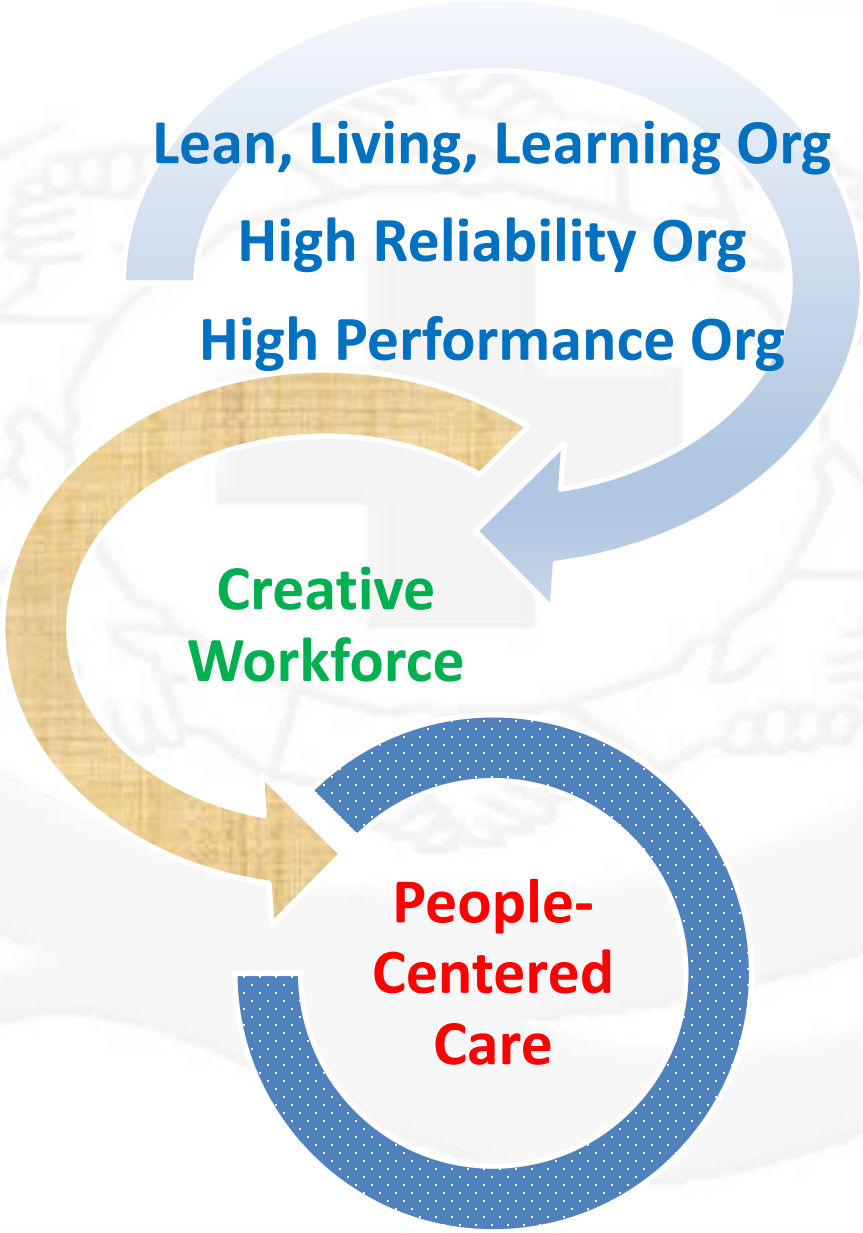
- อุบัติการณ์ที่เคยเกิดไม่เกิดซ้ำอีก
- รพ.ไม่ถูกผู้ป่วยร้องเรียน
- ค่าใช้จ่ายและวันนอนในการดูแลภาวะแทรกซ้อนลดลงปีละ 15%
- 100% ของเวชระเบียนที่ถูกคัดกรองด้วย trigger tool ได้รับการทบทวนและมีมาตรการป้องกันที่ทุกคนยกนิ้วโป้งให้ บอกว่าใช่เลย
- SIMPLE ทุกประเด็นได้รับการปฏิบัติและติดตามผล

ความปลอดภัยจากทุกแง่มุม

- Experience
- Technical
- Management

- Spiritual
- Science, knowledge, wisdom
- System

- People-centered care
- Creative Workforce
- High Performance Org


Lean, Living, Learning Org
High Reliability Org
High Performance Org
Creative Workforce
People-Centered Care

ประสบการณ์และความผูกพันของผู้ป่วย กับความปลอดภัย

Empowerment

- ร่วมกันวางแผนและกำหนดเป้าหมายการดูแลตนเองของผู้ป่วย
- ให้ความรู้ ทักษะ ความมั่นใจ เพื่อ**การดูแลตนเอง**
- มีระบบสนับสนุน เช่น home monitoring, online nurse, virtual coaching
- ส่งเสริมให้ผู้ป่วยติดตามความก้าวหน้าของการดูแลด้วยตนเอง
- **ผู้ป่วยร่วมเป็นส่วนหนึ่งของทีมดูแลผู้ป่วย**

Shared Decision Making

- ให้ข้อมูลทางเลือกในการรักษา ข้อดี ข้อเสีย โดยใช้สื่อที่เหมาะสมช่วย
- รับรู้ความพึงใจ (preference) ของผู้ป่วย
- **ตัดสินใจร่วมกัน**บนพื้นฐานของความพึงใจและหลักฐานวิชาการ

Communicate

- ให้ข้อมูลอย่างเพียงพอก่อนให้ผู้ป่วยยินยอมรับการรักษา (informed consent)
- กระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงความเห็นหรือตั้งคำถาม **(patient speak up)**
- **การบอกข่าวร้ายเมื่อเกิดเหตุไม่พึงประสงค์** การยอมรับความผิดพลาด
- ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเฉพาะราย

Love (รัก)

- Compassion: เห็นใจ, สัมผัส, ให้ความสะดวกสบาย, ตั้งใจฟัง
- Respect: สุภาพ, เคารพศักดิ์ศรี, รับรู้เอกลักษณ์, รักษาหน้า, ให้ข้อมูล
- Humility: ใช้ความรู้และประสบการณ์อย่างสุดฝีมือเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย
- Support: อำนวยความสะดวกในระบบต่างๆ เช่น การนัดหมาย การเติมยา การเตือน

Listen (ฟัง)

- ความคาดหวังของผู้ป่วย
- ความพึงพอใจของผู้ป่วย
- **ประสบการณ์ของผู้ป่วย**

Reliability

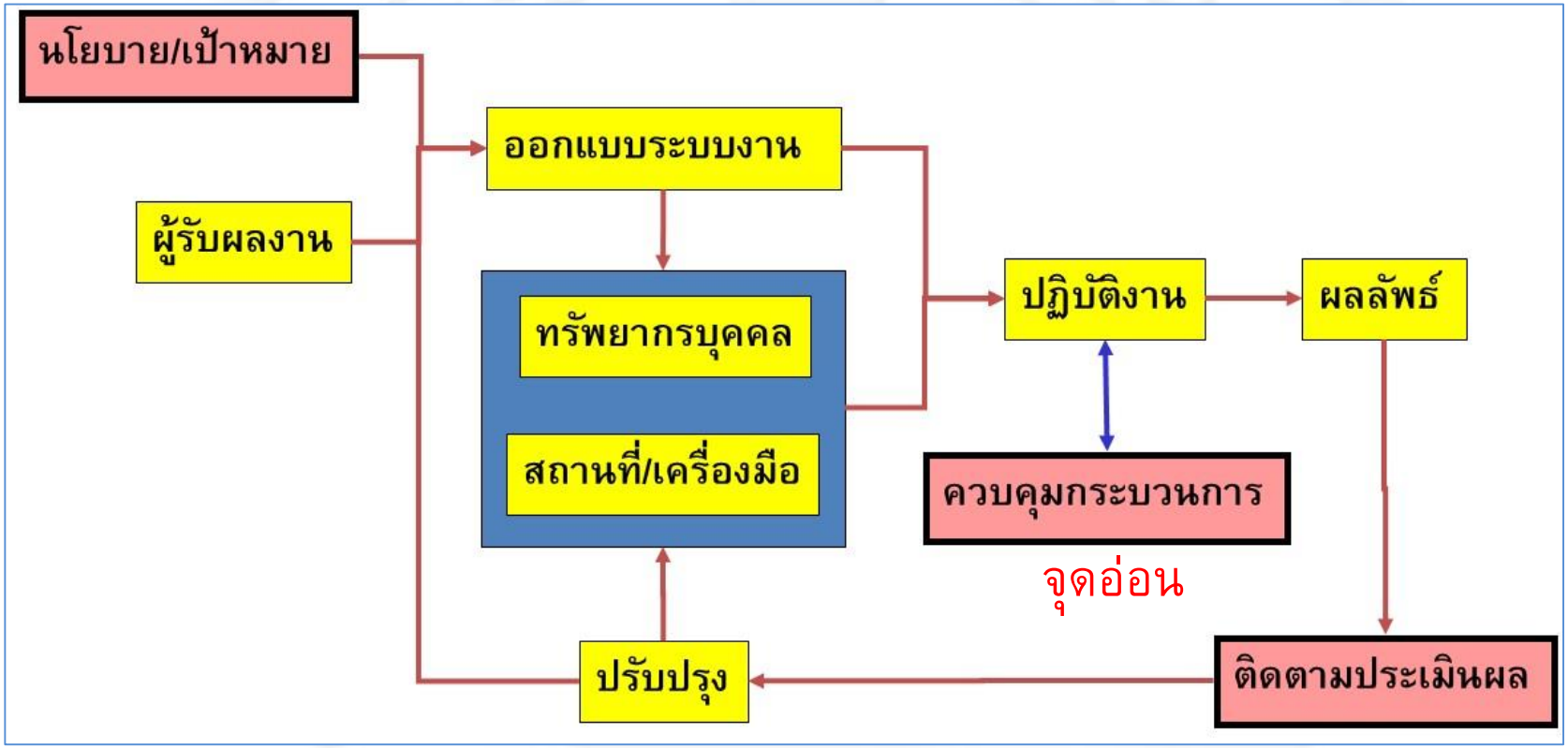
Quality without failure over time

ผู้รับบริการได้รับบริการที่ดี
เราได้รับความน่าไว้วางใจ

คำว่า "คุณภาพ" ทำให้เกิดความรู้สึกว่าผู้ได้คือผู้รับผลงานฝ่ายเดียว แต่คำว่า "น่าไว้วางใจ" นั้น ทำให้เกิดความรู้สึกว่าได้กันทั้งสองฝ่าย ผู้รับได้รับสิ่งที่ดีน่าไว้วางใจ ผู้ให้ได้รับความไว้วางใจ

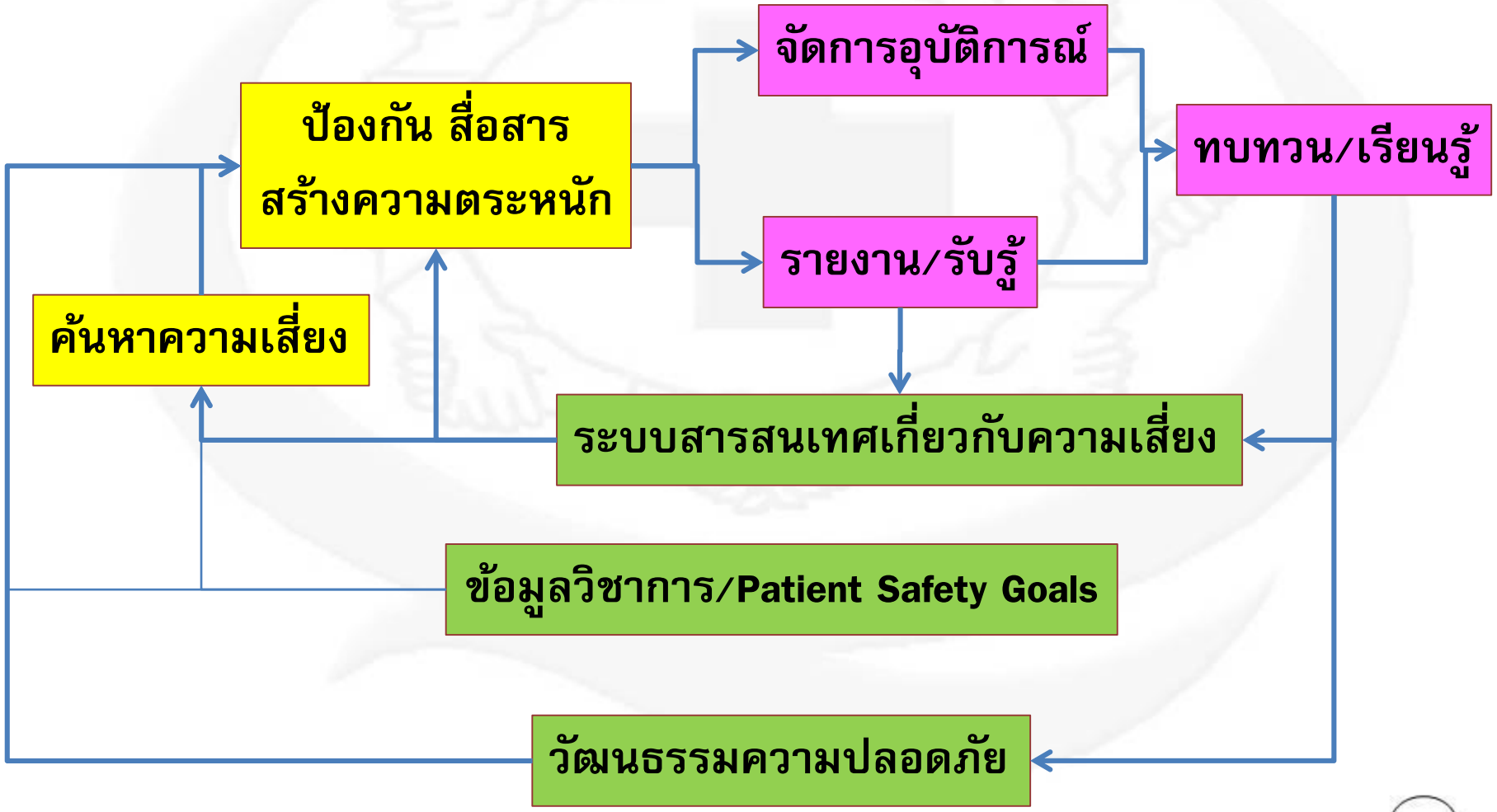
ระบบที่ 1 ระบบงาน

จุดอ่อน



จุดอ่อน

ระบบที่ 2 ระบบบริหาร ความเสี่ยง คุณภาพ ความปลอดภัย

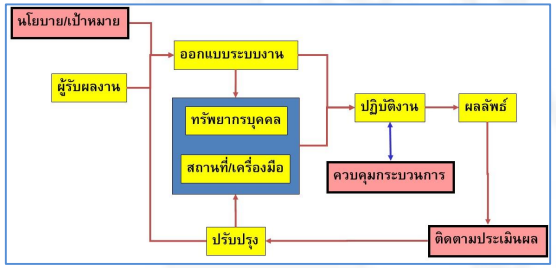


เพื่อลดโอกาสเกิดและผลกระทบของอุบัติการณ์ที่ควรป้องกันได้

High Reliability Organization

ฐานคิด ตื่นรู้ ปฏิบัติโดยอัตโนมัติ

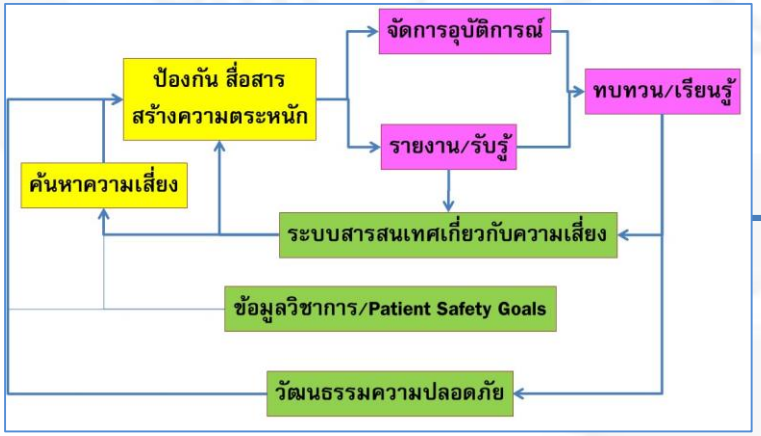
Mindset → Mindfulness → Culture → Reliability



ผสมผสาน Mindset

& Culture

เข้ากับการพัฒนาระบบงาน



ระบบบริหารความเสี่ยง คุณภาพและความปลอดภัย

Safety Mindset

ใคร่ครวญ (ตื่นรู้ทางความคิด พินิจความสัมพันธ์ของสรรพสิ่ง)

คาดการณ์ (ตื่นรู้ในใจ ว่ามีความเสี่ยงอะไรที่สามารถเกิดขึ้นได้)

เตรียมพร้อม (ตื่นรู้ทางกาย ขวนขวายพร้อมรับมือ)

ตาดู (ตื่นรู้ทางตา มองหาสิ่งผิดปกติรอบตัว - ต่อมเอ๊ะ)

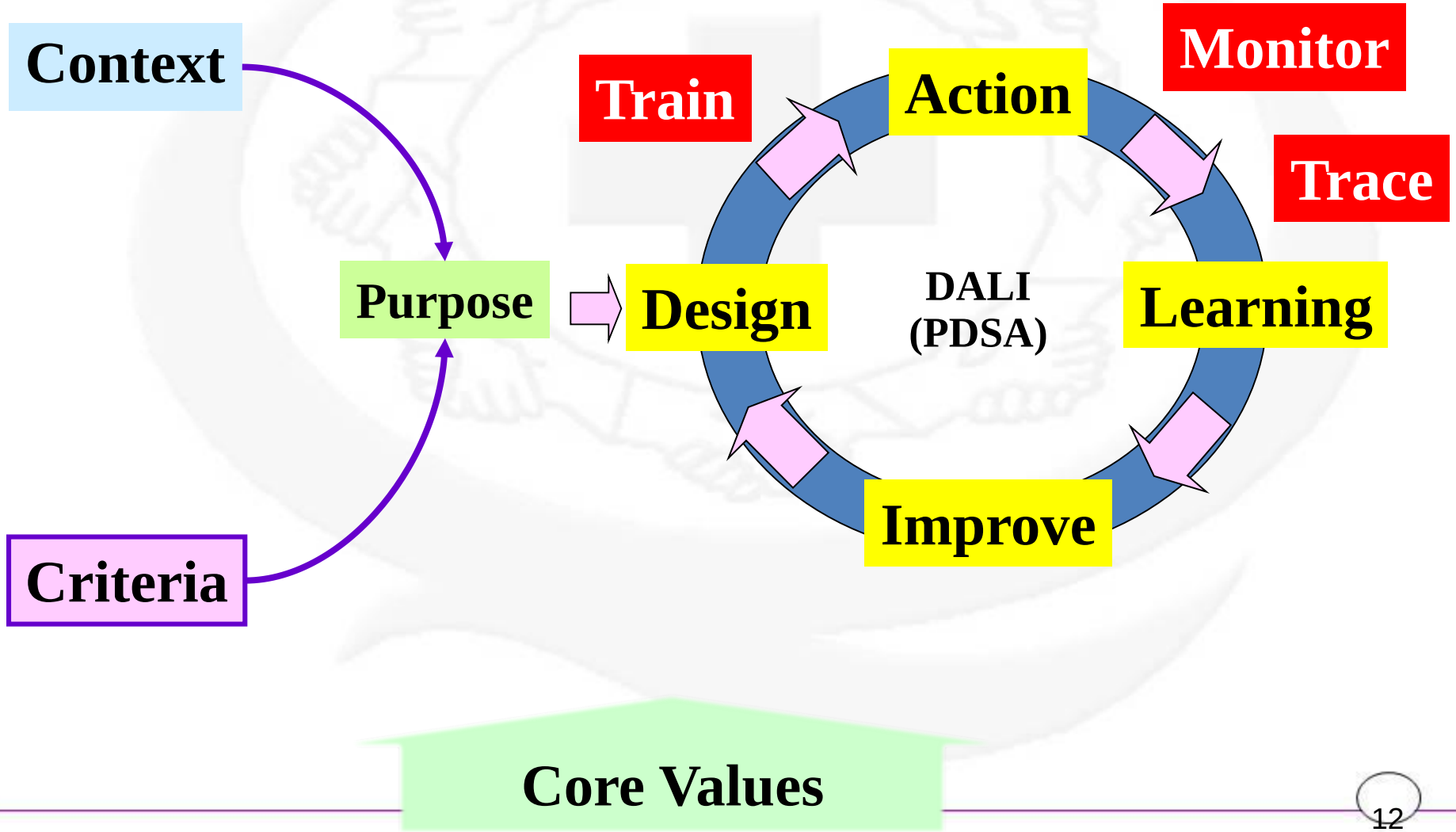
หูฟัง (ตื่นรู้ทางหู รับฟังและรับรู้เสียงของผู้คนรอบตัว)

Preoccupy with failure

ทุกครั้งที่จะวางแผนและลงมือทำหัตถการ

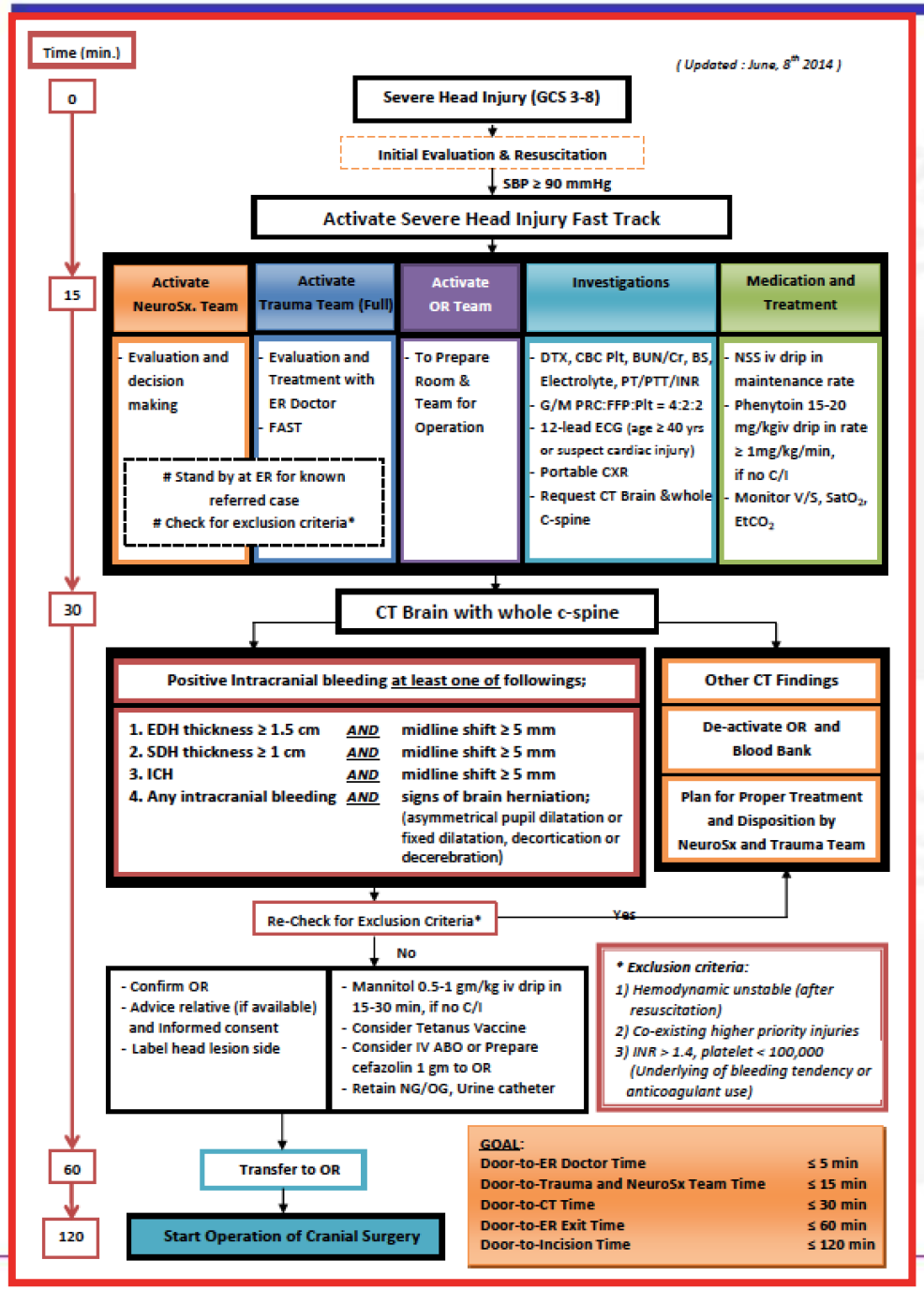
ให้คาดการณ์ถึงปัญหาหรือความล้มเหลวที่จะเกิดขึ้น

Cycle of Learning & Improvement

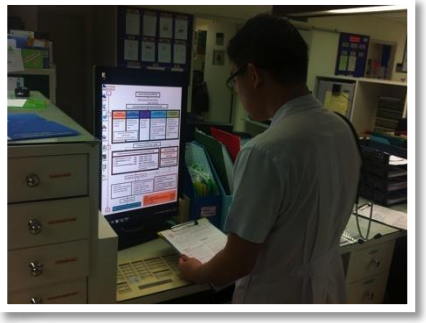


From Case Review to Process Improvement: An Example of Head Injury Fast Tract in Chiangmai University Hospital

Severe Head Injury Fast Tract, Chiangmai University Hospital



From the mortality review of a severe head injury that stayed in ER for 3 hours.



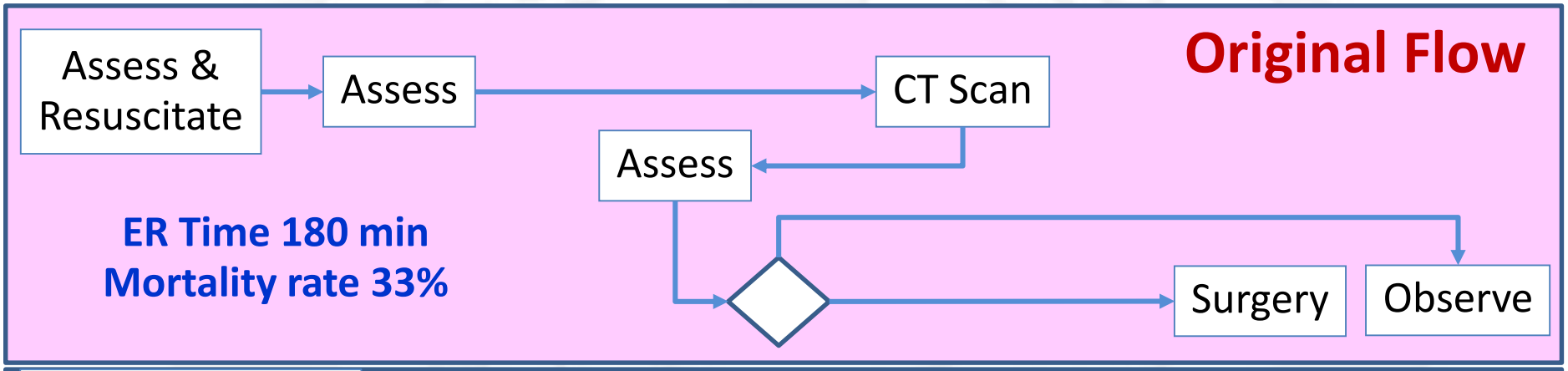
GOAL:

Door-to-ER Doctor Time	≤ 5 min
Door-to-Trauma and NeuroSx Team Time	≤ 15 min
Door-to-CT Time	≤ 30 min
Door-to-ER Exit Time	≤ 60 min
Door-to-Incision Time	≤ 120 min

Severe Head Injury Fast Tract

Emergency Physician | Trauma Team | Neurosurgeon | Imaging Team | OR, Anes, Lab, Blood Bank

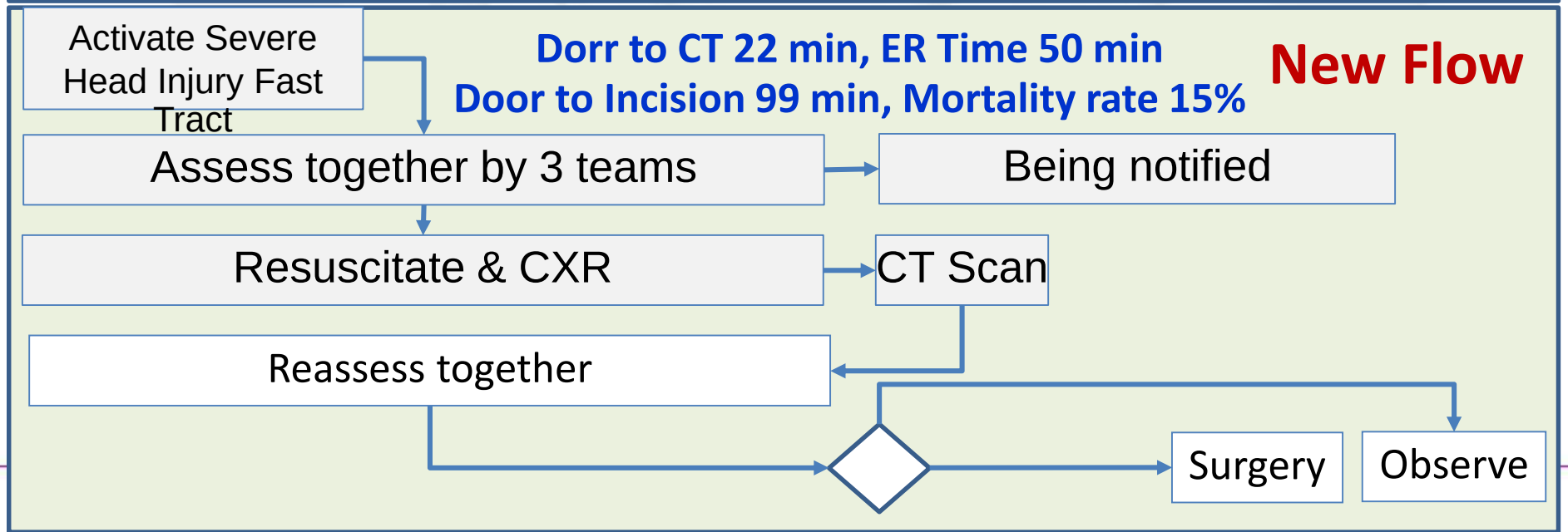
Original Flow



ER Time 180 min
Mortality rate 33%

New Flow

Dorr to CT 22 min, ER Time 50 min
Door to Incision 99 min, Mortality rate 15%



Approach ในการพัฒนาคุณภาพ

Reactive

Reactive Approach

ทำงานไปตามปกติ มีอะไรเข้ามาก็ทำไป

มีปัญหาอะไรก็แก้ไขกันไป

Better Reactive

(1) ระบบรับรู้เหตุการณ์ที่มีความไว เช่น early warning chart, early warning sign

(2) การสื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องรับรู้โดยเร็ว

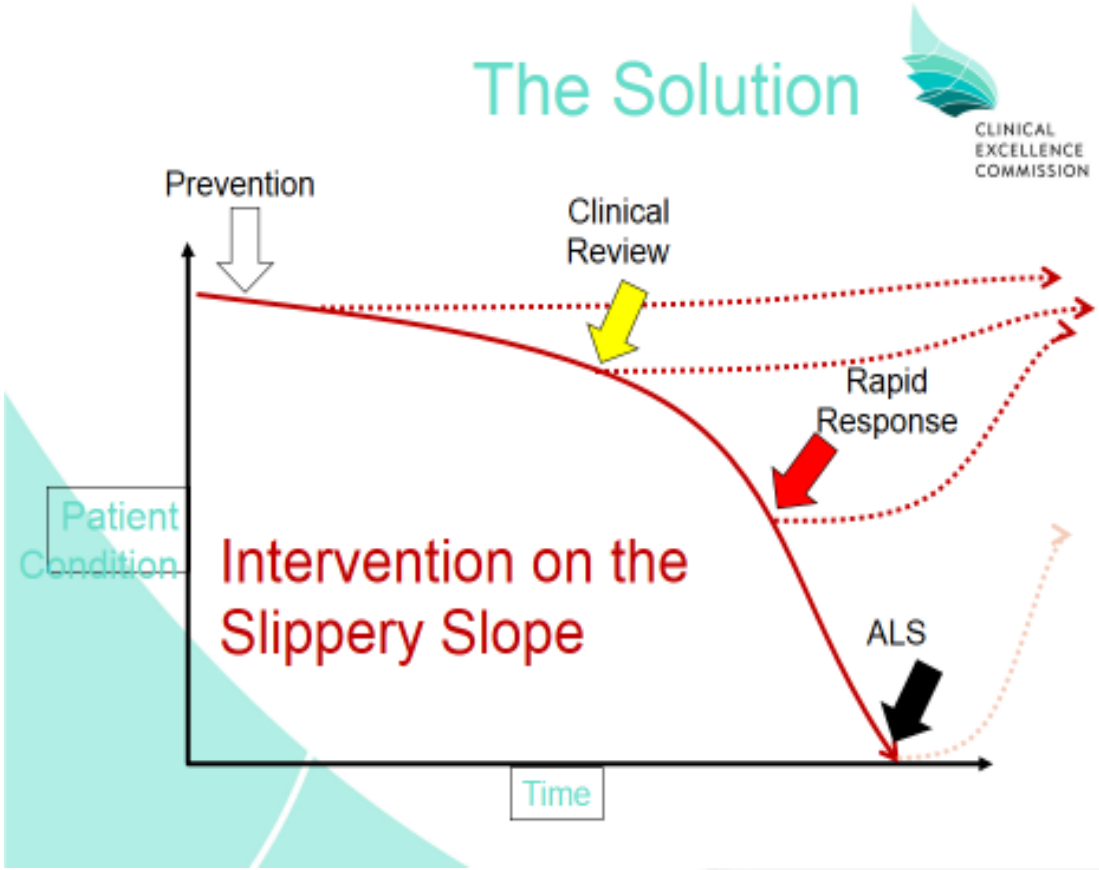
(3) การเตรียมพร้อมและร่วมมือกันแก้ไขปัญหา

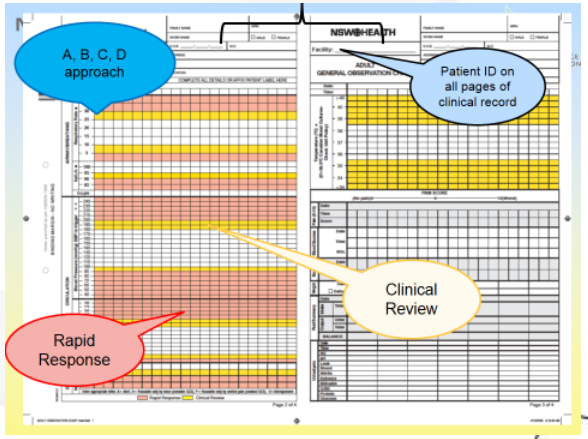
(4) การเก็บหลักฐานอย่างครบถ้วนเพื่อให้พิสูจน์ความจริงได้

(5) การขอโทษและเปิดเผยข้อมูล (open disclosure)

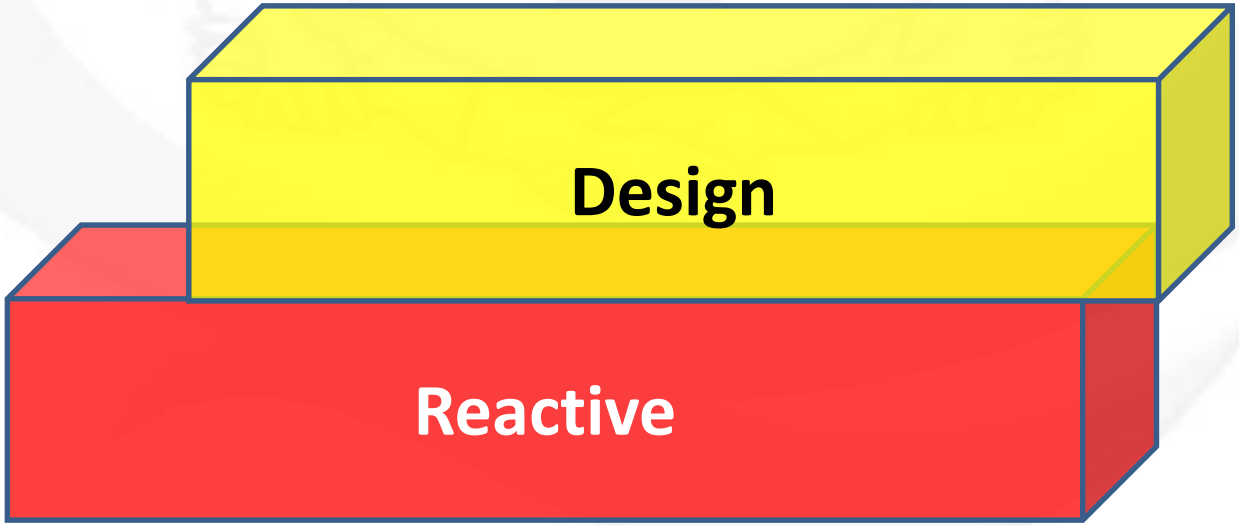
(6) การเยียวยาผู้เสียหาย

รับรู้ก่อนจะสายเกินแก้





Approach ในการพัฒนาคุณภาพ



Design

ออกแบบงานให้ชัดเจน

ในสถานการณ์ปกติทำอย่างไร

ถ้าเกิดเหตุผิดปกติ ใครจะต้องทำอะไร อย่างไร

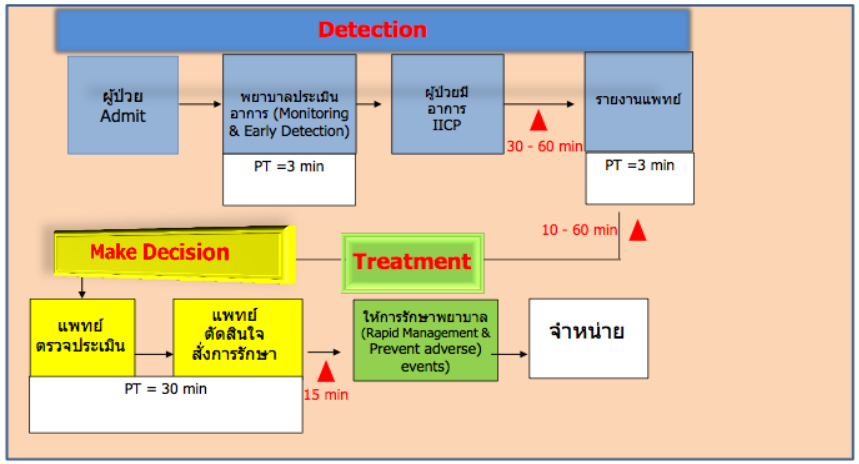
ข้อมูลและทรัพยากรที่ต้องใช้จะได้มาอย่างไร

Modified Early Warning Sign of Increase Intracranial Pressure

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

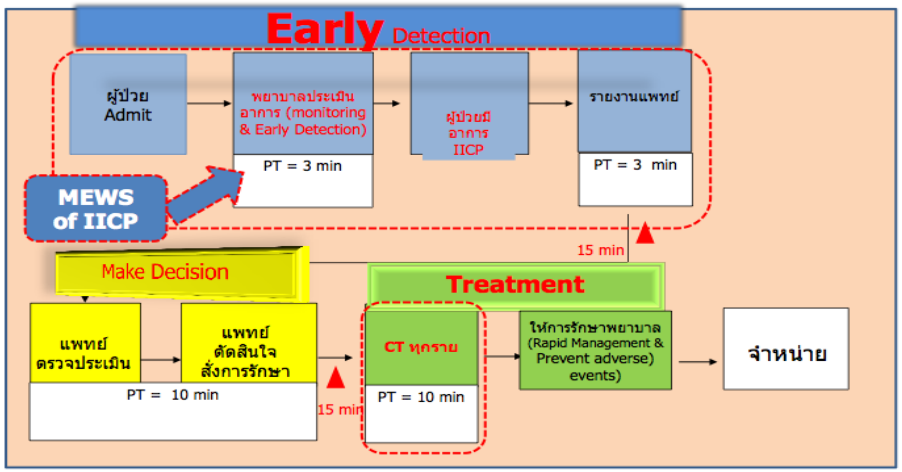
Mahidol University
Faculty of Medicine Siriraj Hospital

แผนภูมิสายธารแห่งคุณค่า/Flow (ก่อนปรับปรุง)



Before Lean

แผนภูมิสายธารแห่งคุณค่า/Flow (หลังปรับปรุง)



After Lean

Outcome of IICP Treatment	Target	Before Lean	After Lean	
			2013	2014
- Improve (%)	≥50	48.80	56.52	55.17
- Death (%)	≤ 8	19.50	9.57	5.75

(1) ออกแบบงานให้ชัดเจนว่าในสถานการณ์ปกติทำอย่างไร ข้อมูลและทรัพยากรที่ต้องใช้จะได้มาอย่างไร

(2) ออกแบบสำหรับช่วงเวลาที่มีความพร้อมลดลงหรือกรณีเกิดเหตุผิดปกติให้มีความชัดเจนและปฏิบัติได้ทันทีว่าใครจะต้องทำอะไร อย่างไร

(3) ออกแบบโดยคำถึงถึงพื้นที่ปฏิบัติการอย่างครอบคลุมทุกระดับ-หน่วยงาน, การดูแลผู้ป่วย, ระบบงานที่เกี่ยวข้อง, ภาพรวมระดับองค์กร

(4) ออกแบบโดยคำนึงถึงความง่ายในการนำไปปฏิบัติ การสื่อสารให้ความรู้ และการกำกับติดตาม

Operating Room Crisis Checklists

ARIADNE LABS

BRIGHAM AND WOMEN'S HOSPITAL

HARVARD SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

A JOINT CENTER FOR HEALTH SYSTEMS INNOVATI

>> Do not remove book from this room <<

Revised July 2013 (072413.1)

Based on the OR Crisis Checklists at www.projectcheck.org/crisis.
All reasonable precautions have been taken to verify the information contained in this publication.
The responsibility for the interpretation and use of the materials lies with the reader.

© 2013 Ariadne Labs: A Joint Center for Health Systems Innovation

SUSPECTED EVENT	INDEX
Air Embolism – Venous	1
Anaphylaxis	2
Bradycardia – Unstable	3
Cardiac Arrest – Asystole/PEA	4
Cardiac Arrest – VF/VT	5
Failed Airway	6

OR Critical Event Checklists

READ OUT LOUD:
Has somebody called for help?

Who is going to be the team leader?

Air Embolism	1
Anaphylaxis	2
Bradycardia - Unstable	3
Cardiac Arrest - Asystole/PEA	4
Cardiac Arrest - VF/VT	5
Failed Airway	6
Fire	7
Hemorrhage	8
Hypotension	9
Hypoxia	10
Malignant Hyperthermia	11
Tachycardia - Unstable	12

All reasonable precautions have been taken to verify the information contained in this publication. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader.

1 Air Embolism – Venous

Decreased end-tidal CO_2, decreased oxygen saturation, hypotension

START

1. **Call for help and a code cart**
   - **Ask**: "***Who will be the crisis manager?***"
2. **Turn FiO_2 to 100%**
3. **Turn off nitrous oxide**
4. **Stop source of air entry**
   - Fill wound with irrigation
   - Lower surgical site below level of heart, if possible
   - Search for entry point (including open venous lines)
5. **Consider...**
   - Positioning patient with left side down
     - Continue appropriate monitoring while repositioning
   - Placing bone wax or cement on bone edges
   - Transesophageal echocardiography (TEE) if diagnosis unclear
   - Using $ETCO_2$ to monitor progression and resolution of embolus or for assessment of adequate cardiac output

Critical CHANGES

If **PEA** develops, *go to* ▷ CHKLST 4

Work Flow & NEWS

Patient's voice
Patient centered outcome research

Needs & Experience of Patients

Waste

Value stream mapping

Evidence & Professional Standard

Critical appraisal

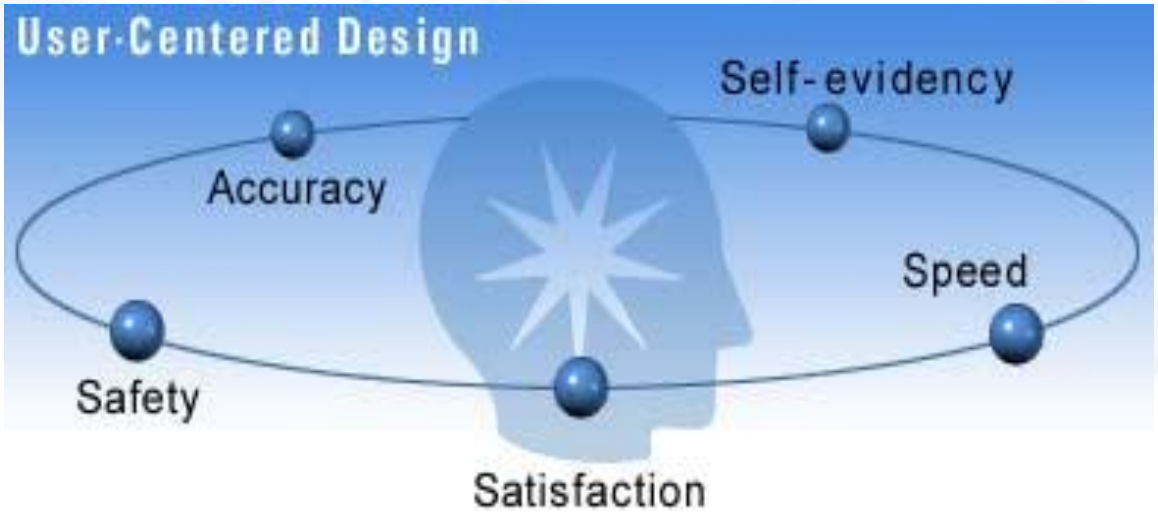
Safety

Proactive risk assessment
RCA & human factor engineering

มองรอบทิศ คิดหาโอกาส

Role of Human Factors

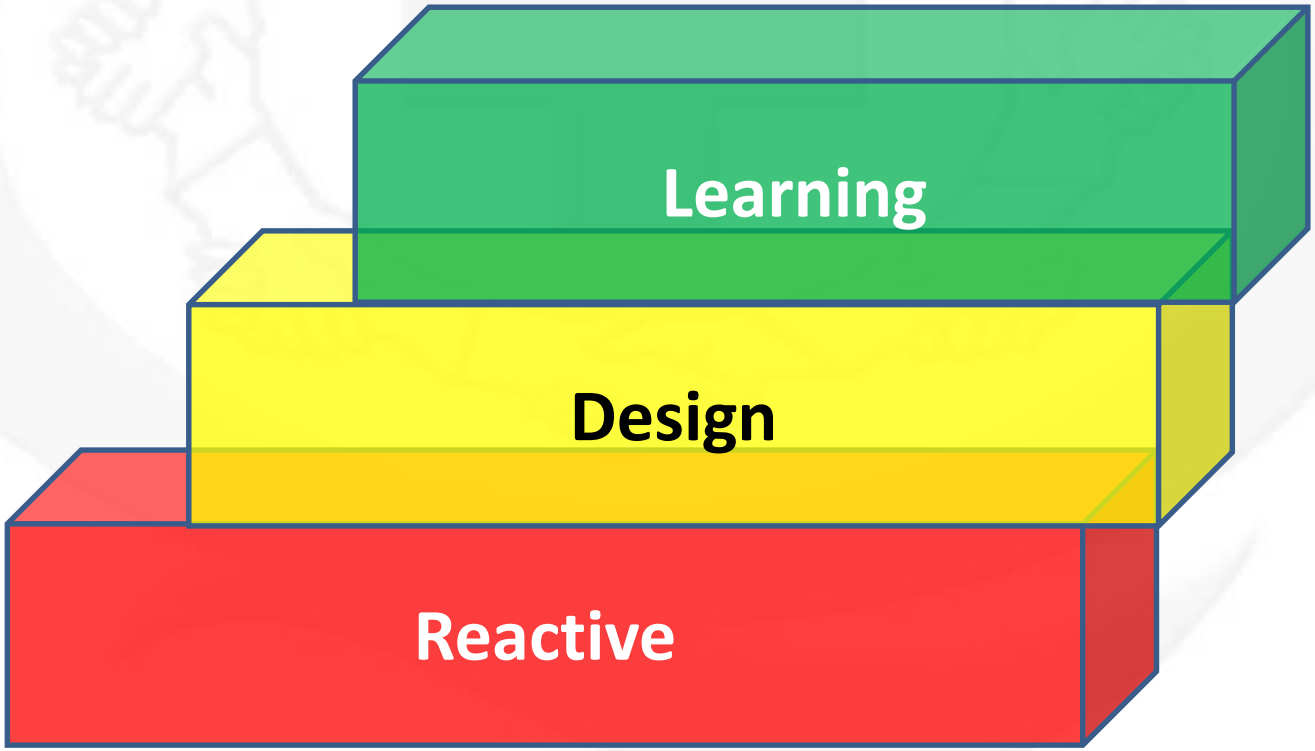
- User-Centered Design
  - Systems designed to fit people (not vice-versa).
  - Reduces training time.
  - Minimizes human error.
  - Improves comfort, safety, and productivity.



Some of the common human factors that can increase risk include:

- mental workload
- distractions
- the physical environment
- physical demands
- device/product design
- teamwork
- process design

Approach ในการพัฒนาคุณภาพ



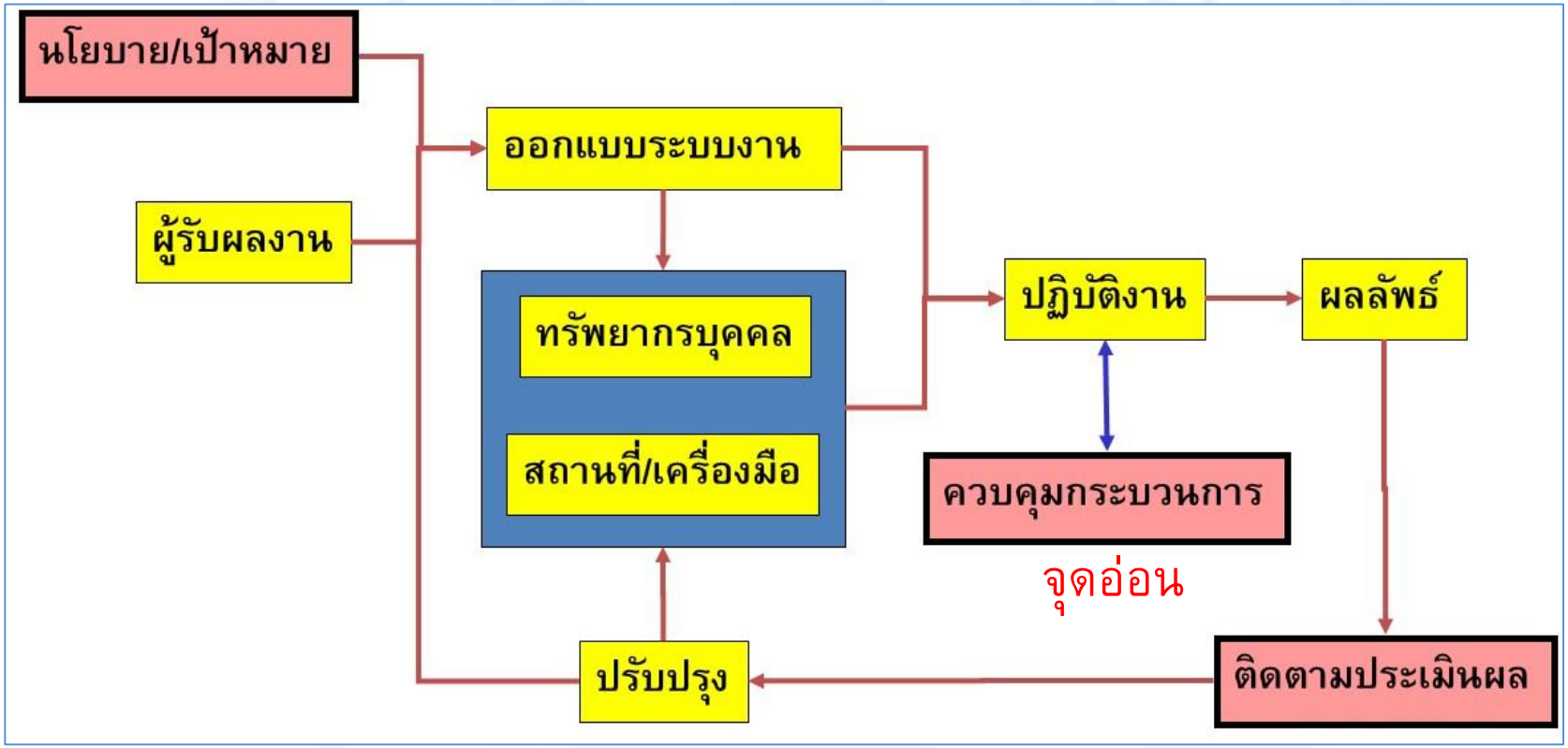
Learning

มีการรับรู้และเรียนรู้ผลที่เกิดขึ้นว่าเป็นไปตามที่ออกแบบไว้หรือไม่ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร

เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ไม่คาดฝันก็เอามาเรียนรู้เพื่อให้เกิดการป้องกันที่ได้ผลอย่างกว้างขวาง

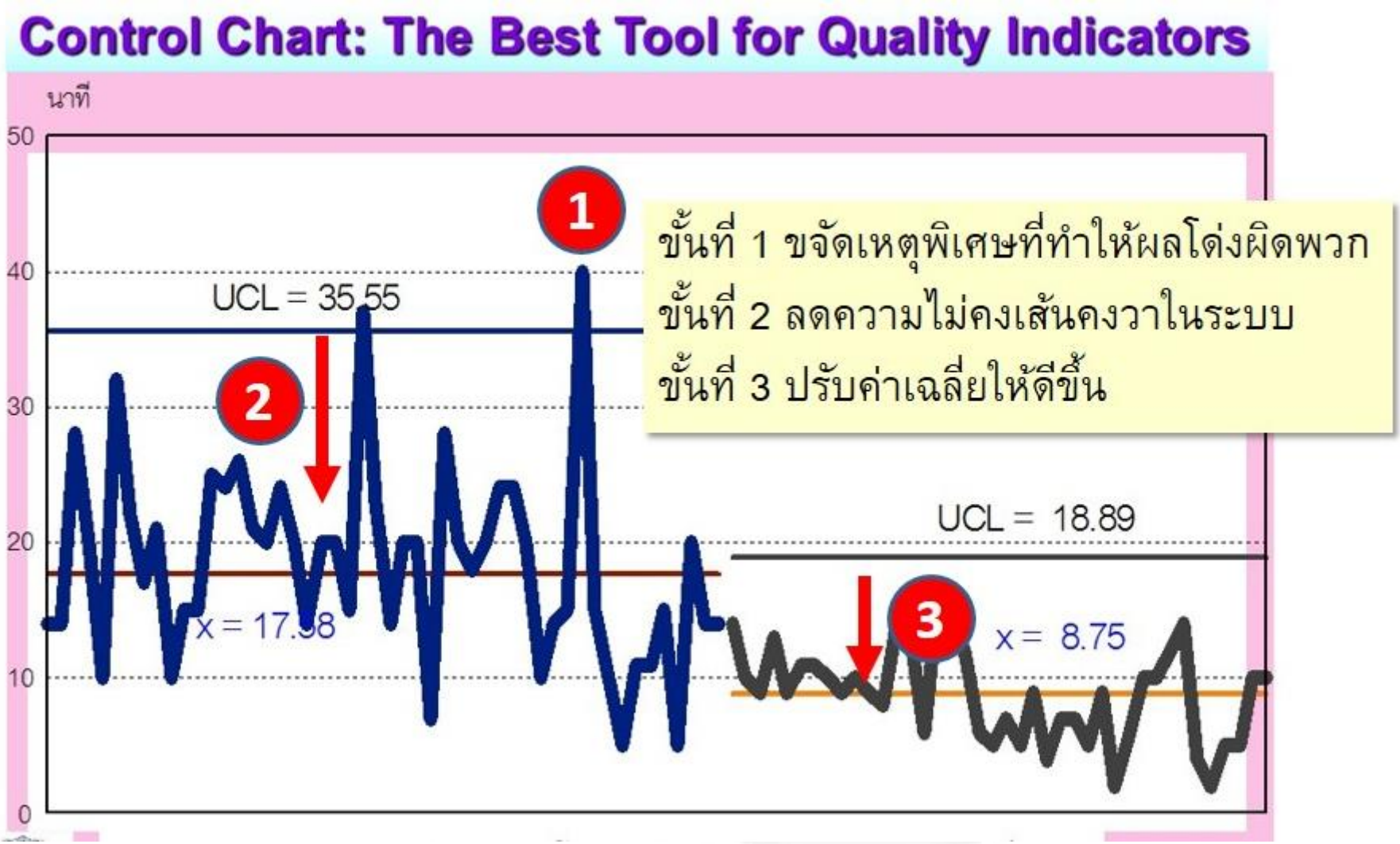
Monitoring

จุดอ่อน

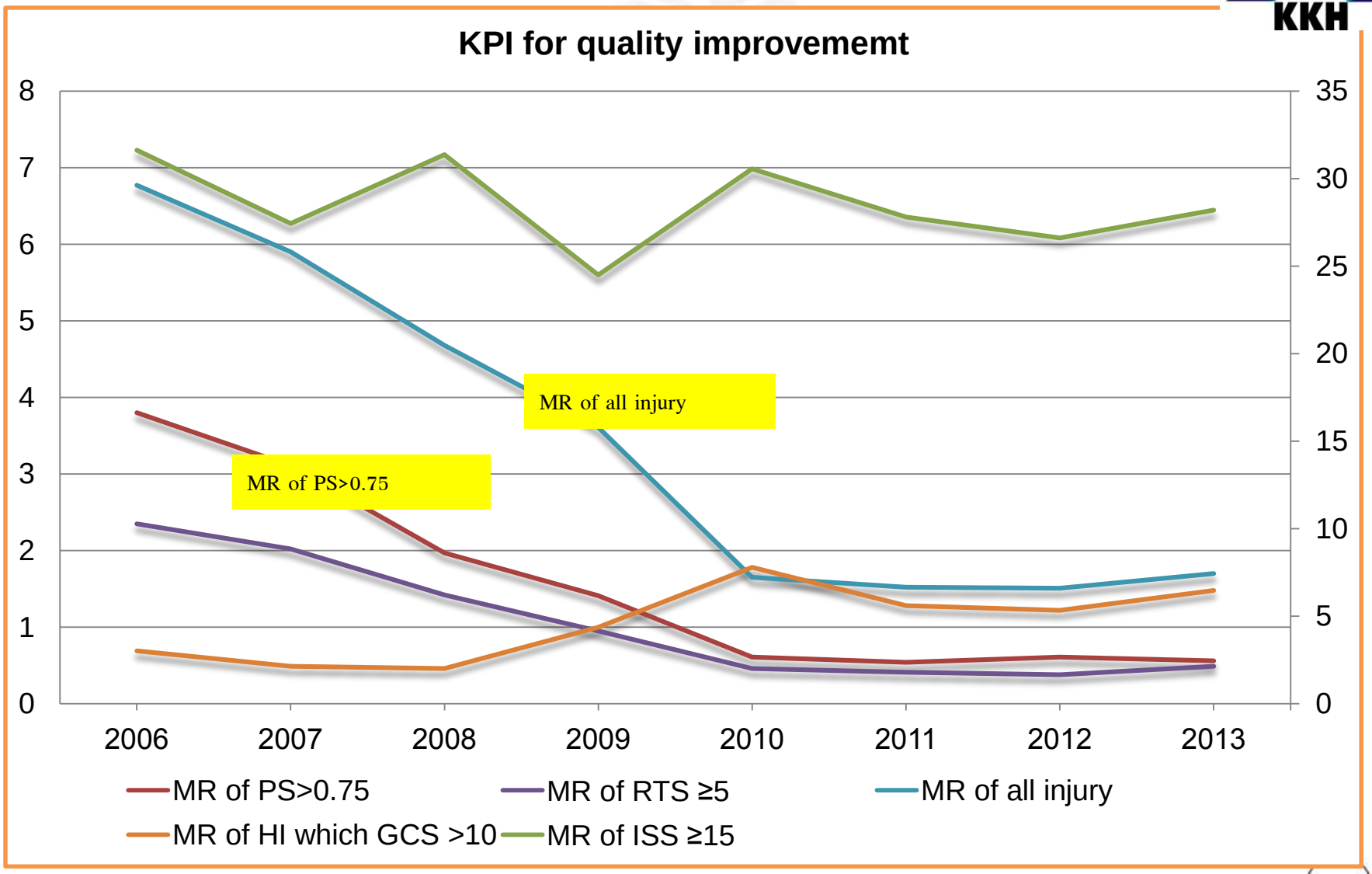


จุดอ่อน

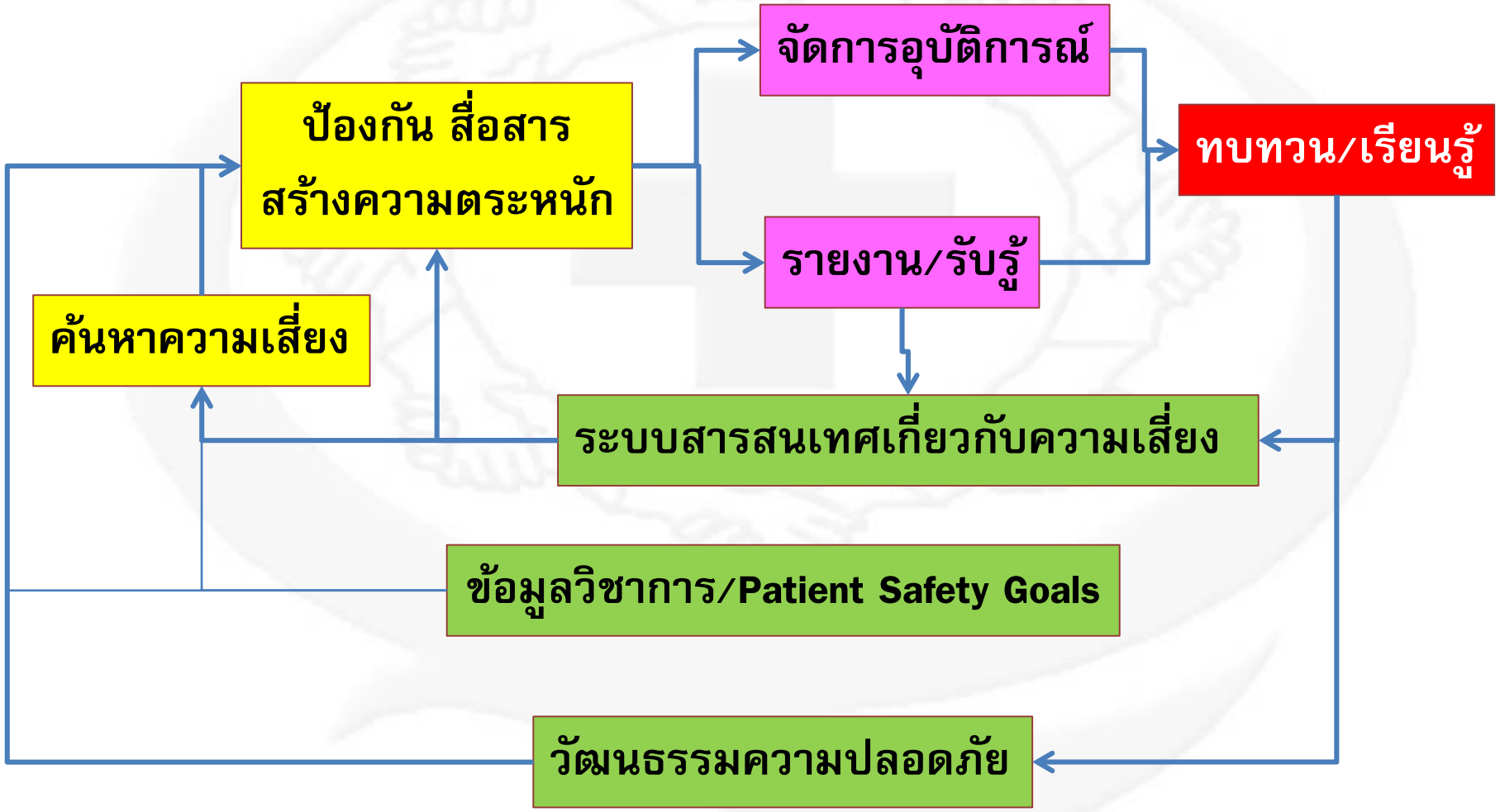
ใช้ Control Chart เพื่อติดตามและเรียนรู้



KPI Trauma Care in KKH 2013

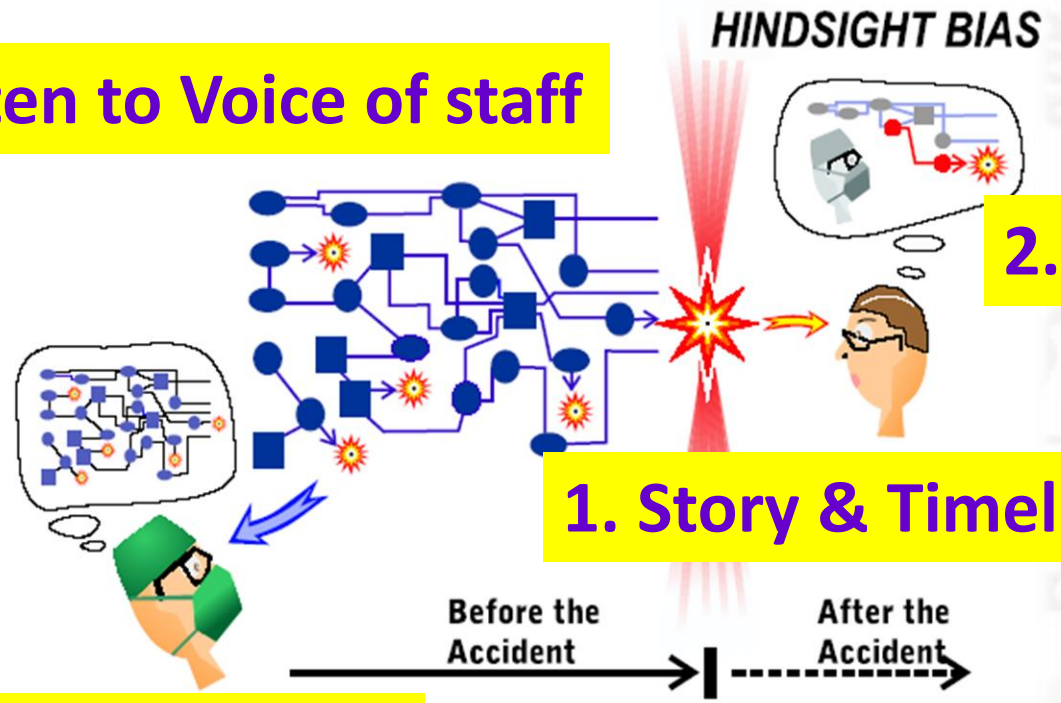


Learning from Adverse Event



เรียนรู้จากข้อผิดพลาด

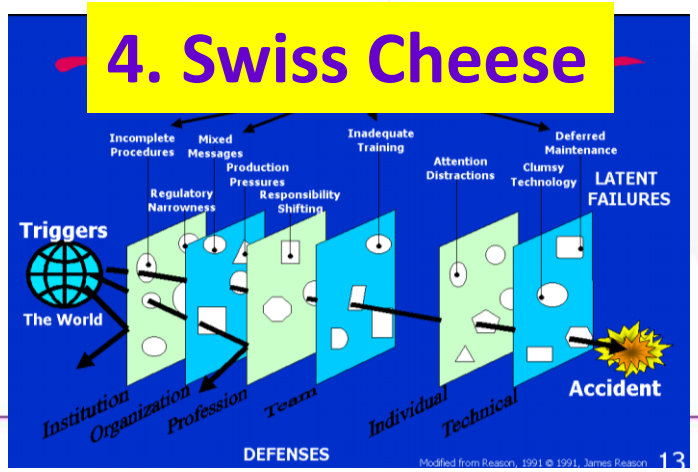
3. Listen to Voice of staff



2. Potential Change

1. Story & Timeline

4. Swiss Cheese



5. Creative solution

How to prevent it?
How to make it better?
How to detect it earlier?
How to do it earlier?
How to do it more appropriate?

เมื่อผู้ป่วยได้รับของแถม

เมื่อเกิดอุบัติการณ์ที่ส่งผลรุนแรงต่อผู้ป่วย

- เกิดการเรียนรู้และแนวทางป้องกันอย่างสร้างสรรค์
- มีการแบ่งปันคำตอบสู่ทุกสถานพยาบาล
- มีการนำบทเรียนของคนอื่นมาทบทวนตลอดเวลา

When will health care pass the orange-wire test ?

By Sir Liam Donaldson
Chair of the WHO World Alliance for Patient Safety

Published in The Lancet (2004: 364; 1567-1568)

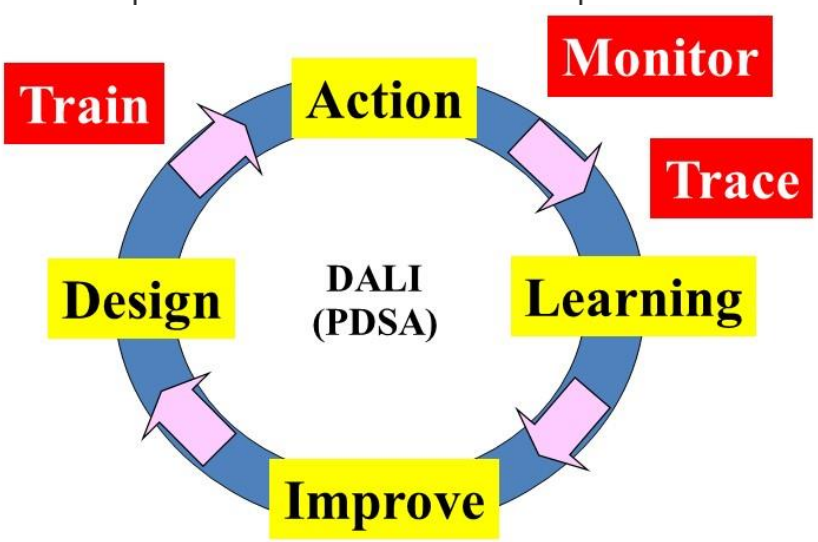
Imagine that a Boeing 757 aircraft engine contained an orange-coloured wire essential to its safe functioning. Imagine that an airline engineer doing a preflight inspection spotted that the wire was frayed in a way that suggested a systematic fault rather than routine wear and tear. Imagine what would happen next. It is likely that most 757 engines in the world would be inspected—probably within days—and the orange wire, if faulty, renewed.

Adverse Events

- Delayed or missed diagnoses
- Medication errors
- Wrong side surgery
- Wrong patient surgery
- Equipment failure
- Patient identity
- Transfusion errors
- Mislabeled specimen
- Patient/resident falls
- Time delay errors
- Laboratory errors
- Radiology errors
- Procedural error
- Lost, delayed, or failures to follow up reports
- Retention of foreign object following surgery
- Contamination of drugs, equipment
- Intravascular air embolism
- Failure to treat neonatal hyperbilirubinemia
- Stage III or IV pressure ulcers acquired after admission
- Wrong gas delivery
- Deaths associated with restraints or bedrails
- Sexual or physical assault

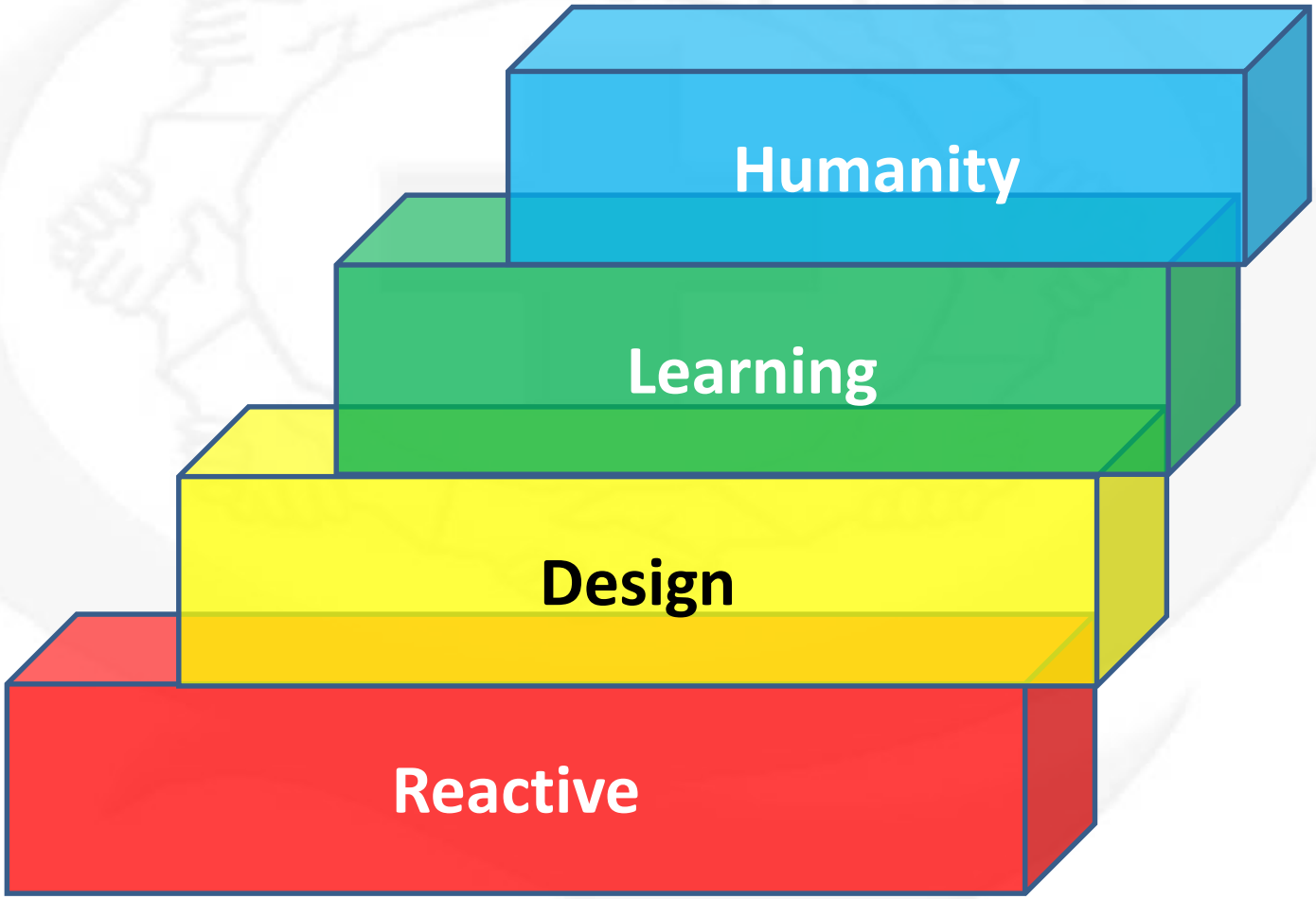
Patient Safety Practice Assessment: SSI Prevention

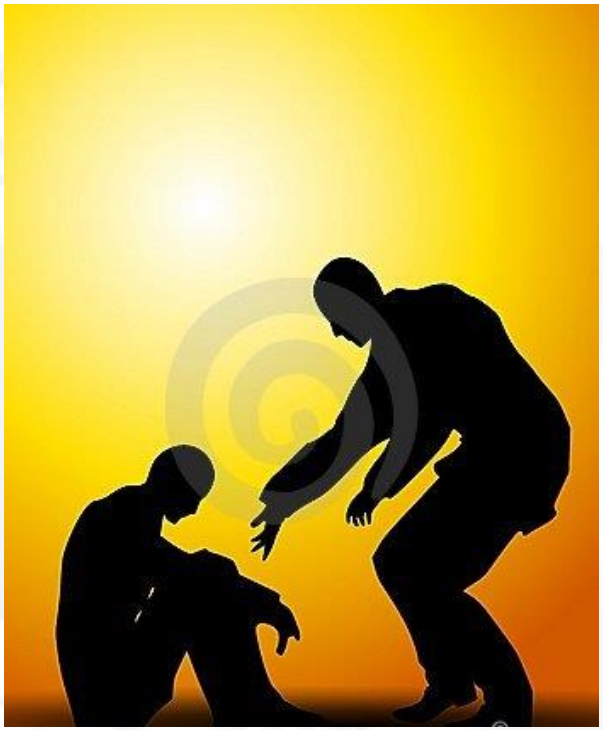
Recommendation	Process Design/ Innovation	Evidence of Compliance/ Indicator Monitoring	Plan for Improvement
SHEA Guideline 2014			
1 ให้ antimicrobial prophylaxis ตามมาตรฐานและแนวปฏิบัติที่อิงหลักฐานวิชาการ (I) -ให้ยาภายใน 1 ชม.ก่อนลงมีดเพื่อให้มีความเข้มข้นของยาในเนื้อเยื่อสูงสุด (หรือ 2 ชม.สำหรับ vancomycin & fluoquinolones -เลือกยาต้านจุลชีพโดยพิจารณาหัตถการ เชื้อที่พบบ่อยที่สุดสำหรับหัตถการนั้น และข้อแนะนำที่ตีพิมพ์ในวารสาร -หยุดยาภายใน 24 ชม.หลังผ่าตัด -ปรับขนาดยาตามน้ำหนักตัวผู้ป่วย -ให้ยาเพิ่มสำหรับการผ่าตัดเป็นระยะเวลานาน (เกิน 2 half-lives นับจากที่ให้ยา) หรือในกรณีที่มีการเสียเลือดมาก -ใช้ combination ของยาฉีดและยากิน สำหรับการผ่าตัด colorectal -วิสัญญีแพทย์/พยาบาลเป็นผู้ฉีดยา			
2 ไม่โกนขนที่บริเวณผ่าตัด นอกจากขนนั้นจะรบกวนการผ่าตัด ถ้าจำเป็น ให้ใช้			



หัวหน้าหน่วย -> PCT Surg -> ผู้บริหารระดับสูง

Approach ในการพัฒนาคุณภาพ





Humanity Approach

ใช้ศักยภาพของมนุษย์ที่จะพัฒนาทั้งด้านความเชื่อ ฐานคิด ความสามารถในการมองเห็นคุณค่าและความหมาย การมีสติ การร่วมสร้างวัฒนธรรม ทำให้เป็นระบบที่น่าไว้วางใจและเอื้อต่อการยกระดับความเป็นมนุษย์

2016 HA National Forum

“คุณภาพในทุกลมหายใจ”

Quality

ขอบคุณทุกท่านที่รักคุณภาพ
ใช้คุณภาพเพื่อสร้างความมีชีวิตชีวาและคุณค่าในงาน