

การทบทวนทางคลินิก

*เป้าหมายและคุณค่า

นพ.สุรชัย ปัญญาพฤทธิพงศ์

HA 20190507

เป้าหมาย

- ❑ เพื่อค้นหาความเสี่ยงทางคลินิกเชิงลึก
- ❑ เพื่อค้นหาจุดอ่อนเชิงระบบที่เป็นปัจจัยเอื้อให้เกิดความเสี่ยง
- ❑ เพื่อเรียนรู้การรักษาตาม Evidence – based
- ❑ เพื่อปรับปรุงระบบ/กระบวนการที่รัดกุมและเหมาะสมกับบริบทในการป้องกันความเสี่ยง

คุณค่า

- ผู้ป่วยปลอดภัย
- ระบบ/ การปฏิบัติงานรัดกุม มีประสิทธิภาพในการป้องกันความเสี่ยง

โครทำ

- โดยทีมนำทางคลินิก
- มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ร่วมทบทวน
- ทบทวนจากเอกสารบันทึกเวชระเบียนและ
การตามรอยการ
ปฏิบัติงาน

ทำอย่างไร

- ❑ วิธีการทบทวนเหมาะสมกับบริบท ที่สามารถนำสู่การปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- ❑ ทบทวนทุก Care process

การเลือก Case

เลือกจาก Trigger Tool

- ❑ เสียชีวิต โดยเฉพาะกรณีไม่คิดว่าจะเสียชีวิต
- ❑ รักษาแล้วอาการทรุดลง จนต้อง
 - ย้ายเข้า ICU, ผ่าตัดซ้ำ, Re-visit, Re-admit, Refer
- ❑ รักษาแล้วเกิดโรคใหม่ เช่น
 - อุบัติเหตุหกล้ม ตกเตียง แพ้ยา

สรุปผล

□ สรุปราย Case

- มี Error หรือไม่ ถ้ามีคืออะไร

ผิดพลาดจากมาตรฐาน Evidence-based
อย่างไร

- มีจุดอ่อนของระบบอะไรบ้างที่เป็นปัจจัย
เกื้อหนุนให้เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง

สรุปผล

□ สรุปภาพรวม

- ระบบ/กระบวนการที่นำไปแก้ไขได้แก่
เรื่องอะไร

- การแก้ไขนั้น ใคร/ทีมใดรับผิดชอบ
ต้องประสานกับใคร/ทีมใด ต้องการ
ทรัพยากรใดเพิ่มเติม กำหนดแล้วเสร็จเพื่อ
นำสู่การปฏิบัติได้เมื่อไร

- การติดตามกำกับและประเมินการ
ปฏิบัติตามระบบ/กระบวนการที่แก้ไข

วิธีการทบทวน 5 steps

- 1. Story and Timeline**
- 2. Identify Potential Change**
- 3. Listen to Voice of Staff**
- 4. Swiss Cheese Hole**
- 5. Creative Solution**

1. Story and Timeline

- ลำดับเหตุการณ์แต่ละช่วงเวลา ทบทวนจากบันทึก เวชระเบียน
 - เกิดอะไรขึ้น
 - ใครบ้างที่เกี่ยวข้อง
 - เกิดขึ้นเมื่อใด
 - เกิดขึ้นที่ไหน

2. Identify Potential Change

- ❑ ระบบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ซึ่งอาจมีหลายเหตุการณ์
- ❑ ระบบขั้นตอนที่อาจก่อให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ พร้อมทั้งระบบการตัดสินใจหรือการกระทำในขั้นตอนนั้น

2. Identify Potential Change

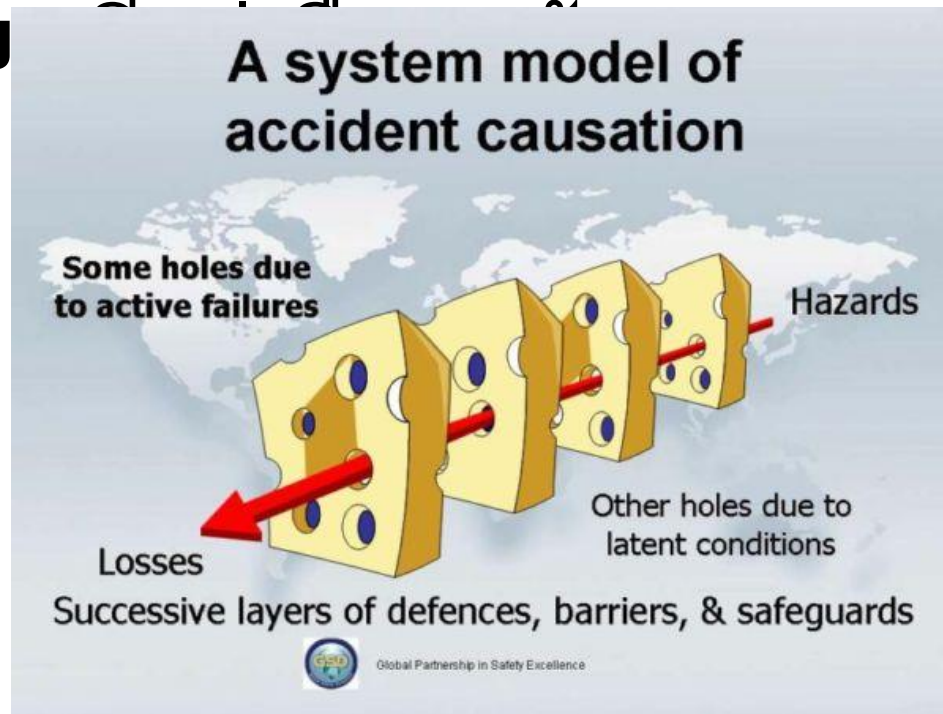
- มองย้อนหลังเพื่อระบุจุดเปลี่ยน
 - จุดเปลี่ยน = ระบบ/มาตรฐานการปฏิบัติ/การตัดสินใจที่ควรเกิดขึ้น
 - เรียนรู้จากผู้เชี่ยวชาญ หลักฐานเชิงประจักษ์
- จุดเปลี่ยนจาก Unsafe act ให้เป็น Appropriate act

3. Listen to Voice of Staff

- ให้ผู้เกี่ยวข้องบอกเล่าและรับทราบคำบอกเล่าของผู้อื่น ว่าทราบข้อมูลอะไร เข้าใจอย่างไร มีความต้องการอะไร มีข้อจำกัดอะไร

4. Swiss Cheese Hole

- ❑ เชื่อมโยงการตัดสินใจหรือการกระทำแต่ละเรื่องกับปัจจัยเฉพาะในขณะนั้น และปัจจัยเชิงระบบ



Swiss Cheese Hole

- ❑ **Organization Factor**
- ❑ **Workplace Factor**
- ❑ **Environment Factor**
- ❑ **People Factor**

Organization Factor

- **Culture**
- **Resource**
- **Policy**
- **Process design**
- **Supervision and Management**
- **Information System**



Workplace Factor

- **Equipment**
- **Material**
- **Staffing**

Environment Factor

- **External Factor**
- **Special Situation**



People Factor

- **Credential**
- **Training Experience**
- **Pivilege**

5. Creative Solution

- ใช้ความคิดสร้างสรรค์เพื่อออกแบบระบบงานให้ง่ายต่อการปฏิบัติในสิ่งที่ควรจะเป็น

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**

Evidence-based Approach

- ❑ การตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูล
วิชาการหรือหลักฐานทางวิทยาศาสตร์
- ❑ การใช้ข้อมูลวิชาการในการให้บริการ
สุขภาพ / ดูแลผู้ป่วย

การปรับปรุงที่มีโอกาสนำสู่การปฏิบัติได้สำเร็จ

1. กำหนดนโยบาย
2. จัดการฝึกอบรม
3. แนวทางปฏิบัติ **double checks**
4. จัดทำเอกสาร
5. จัดทำ **checklists**



การปรับปรุงที่มีโอกาสนำสู่การปฏิบัติได้สำเร็จ

6. เพิ่มขั้นตอน

7. ปรับเปลี่ยนโครงสร้างกายภาพ เพิ่มเติม
อุปกรณ์

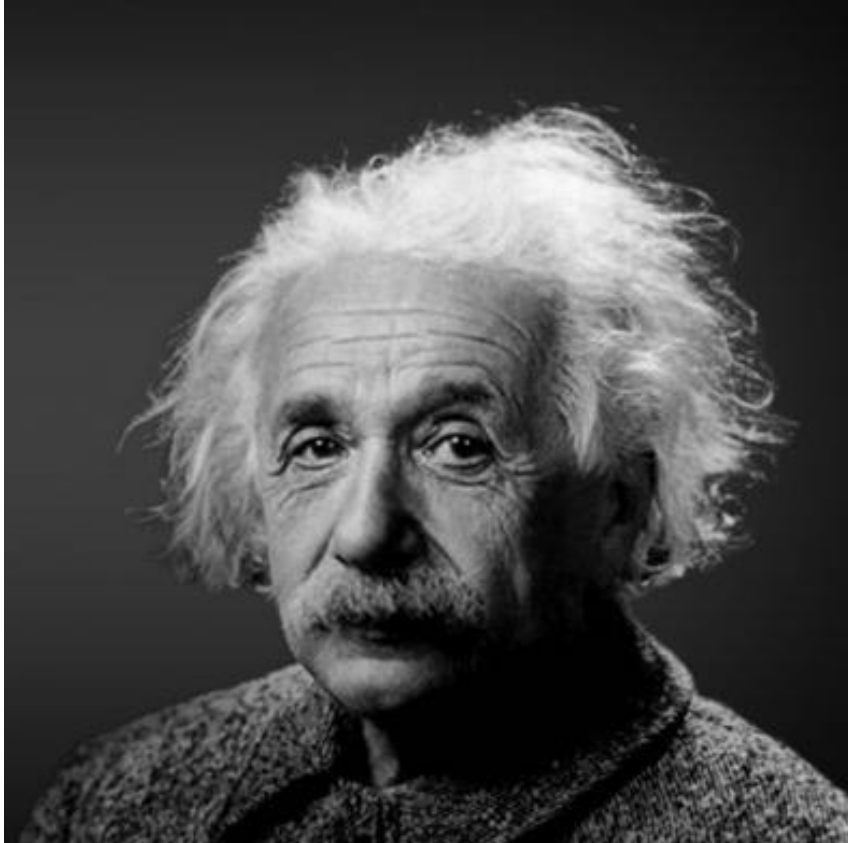
8. ใช้หลัก Engineering control

9. ใช้กระบวนการปฏิบัติตามมาตรฐาน



การปรับปรุงที่มีโอกาสนำสู่การปฏิบัติได้สำเร็จ

10. จัดกระบวนการปฏิบัติตามมาตรฐานที่สามารถปฏิบัติได้ง่าย สะดวก ใช้เวลาน้อย



**Only a life lived for
others
is a life worthwhile**