



Patient and Healthcare provider safety in

Thai healthcare context: Current challenges and Future directions

พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ
สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
17 มิถุนายน 2558

1

Patient Safety

2



Over the past ten years,
patient safety has been increasingly recognized
as **an issue of global importance**,
but much work remains to be done.

3



What is Patient Safety ?

World Health Organization definition

*“The absence of preventable harm to
a patient during the process of
health care.”*

4

World Alliance for Patient Safety



2002, WHA 55.18: "...Urging member states to pay the closest possible attention to...patient safety..."

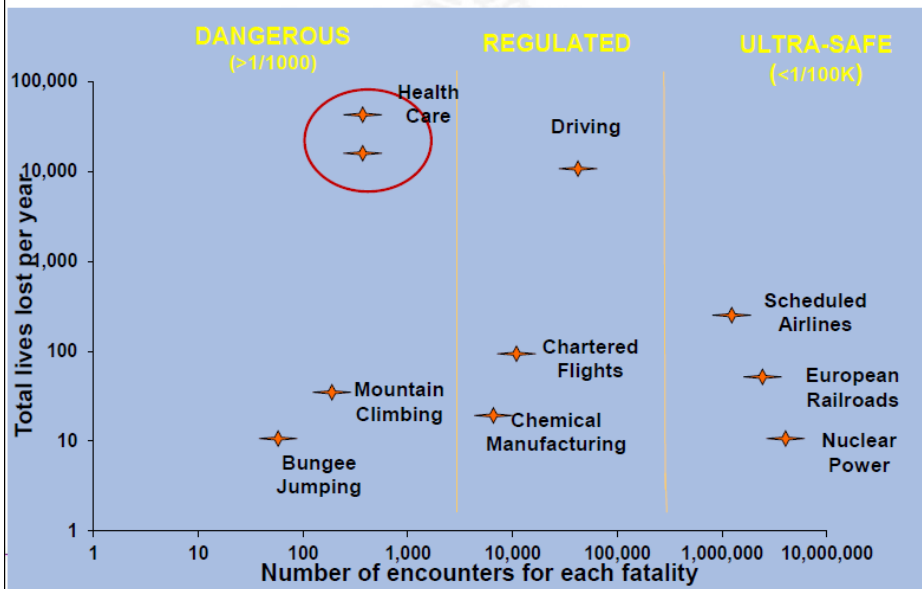
2004 – the 57th World Health Assembly supported the creation of the World Alliance for Patient Safety



2009 – Became a WHO department and renamed "WHO Patient Safety Programme"
2013 – Incorporated into a newly created "Service Delivery and Safety" Department

Patient and community engagement has been a core priority since 2004 until today

HEALTH CARE IS DANGEROUS !



The modern epidemic of unsafe care !

Hundreds of millions of errors and catastrophic events in all countries/year

Poor systems, no legislation to back up safety

- USA (e.g): -100,000 deaths/year medical error
-100,000 deaths/ year HCAI
- Equivalent: 15-20 Jumbo jets crushing each week in USA !!!**
- Other resource-rich countries have similar % data
- How many such Jumbo jets crush in your country?**
- In resource-poor countries almost double particularly in high risk areas (ICUs)
- Equivalent: more than 20 Jumbo jets crushing each week**

Body of evidence shows that healthcare is dangerous

About 10% of all hospital patients suffer an adverse event

Incidence of AE in developing countries double to that of developed

Areas of risk:

- **Health care associated infection (HCAI)**
- **Medication Errors:** wrong drug, wrong dose/wrong concentration, wrong route of administration; wrong time; wrong patient
- **Unsafe Surgery:** wrong patient, wrong site, wrong organ, wrong procedure, anesthesia complications, SSI
- **Clinical Handovers:** Communication when patient is handled between units/healthcare team/ facilities/ community
- **Injection Safety**
- Misdiagnosis, unsafe blood practices, patient falls, catheter and tubing misconnections, unsafe use of concentrated electrolytes..

7

15 YEARS OF PROGRESS

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

The world has:

- defined the science of patient safety
- guidelines and standards
- best practices and solutions in patient safety

We invested in:

- patient safety research
- reporting and learning systems
- awareness raising and safety campaigns
- global and national political commitment
- empowering patients
- global, regional, national movements

Hospitals in developed/transitional countries:

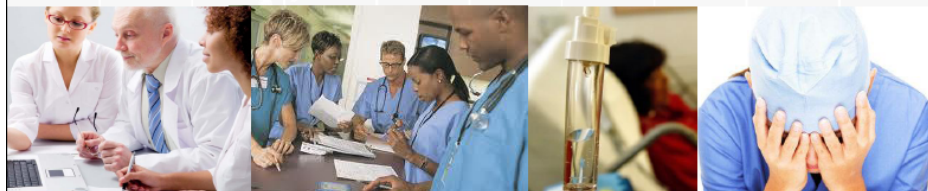
- investments + resources in safety and quality
- leadership supported QI and patient safety efforts



BUT HERE IS THE CHALLENGE...

Unsafe care and harm to patients continues to persist everywhere, worldwide

- Patient safety, QI : NOT a priority in most countries
- Patient safety: NOT a primary CORE VALUE in health care (hc is focused on productivity and not on averting errors)
- Patient safety practices: NOT expensive and NOT implemented widely
- Culture of safety: NOT present in hospitals/facilities
- Public confidence in the health service: NOT there
- Unsafe care: BAD media publicity
- Health care providers: Continue to deliver UNSAFE care



Health care is a complex system



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
(องค์การมหาชน)



Complexity = increased chance of something going wrong!

Evening Standard 02/02/01
'Wrong' leukaemia jab teenager dies in hospital
 THE teenager who was mistakenly injected with an anti-cancer drug into his spine while being

DAILY MAIL 03/02/01
Cancer boy dies after blunder over injection

Sunday Telegraph 11/02/01
Patient dies following fatal injection blunder

INDEPENDENT 03/02/01
Teenage patient dies after doctors' injection mistake

GUARDIAN 28/01/01
Drug mix-up killed leukaemia sufferer

GUARDIAN 03/02/01
Doctors will make mistakes

GUARDIAN 03/02/01
Teenager given wrong drug dies

THE EXPRESS
Doctors may face death charges after drug-blunder teenager dies

THE EXPRESS
Doctors will make mistakes

THE EXPRESS
Drug mix-up killed leukaemia sufferer

THE EXPRESS
But a simple failsafe system is all it takes to stop

Goal

To **improve patient safety at all levels of healthcare** :from primary to referral level and all modalities of healthcare including prevention, diagnosis, treatment and follow up.



Oct. 2013

Patient Safety ในประเทศไทย



Patient Safety In Thailand

Thai Patient Safety Goals

SIMPLE

สำรวจความต้องการคุณภาพในทุกมิติ

มี	Accept
ดี	Access
เข้าถึง	Appropriate
พึงพอใจ	Competency
ด้วยหัวใจ	Continuity
เหมาะสม	Coverage
คุ้มค่า	Effective
เวลาเหมาะสม	Efficient
สามารถ	Equity
ปลอดภัย	Safety
ต่อเนื่อง	Responsive
ทั่วถึง	Safety
เป็นธรรม	Timeliness

จำนวนผู้ได้รับเงินช่วยเหลือตาม มาตรา ๔๑ ปี ๒๕๔๓-๒๕๕๒ แยกรายสาขา

สาขา	เสียชีวิต	พิการ	บาดเจ็บ	รวม
๑ กุมารเวชกรรม	๑๘๔	๒๐	๕๘	๒๖๒
๒ อายุรกรรม	๒๘๕	๓๖	๗๐	๓๙๑
๓ ศัลยกรรม	๒๑๖	๖๕	๑๒๕	๔๐๖
๔ สูตินรีเวชกรรม	๕๒๘	๑๘๐	๓๒๔	๑,๐๓๒
๕ อื่นๆ	๔๖	๕๑	๖๕	๑๖๒
รวม	๑,๒๖๓	๓๕๖	๖๔๖	๒,๒๖๕

รายงานการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๒/๒๕๕๓

วันที่ ๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๓

จำนวนผู้ได้รับเงินช่วยเหลือตามมาตรา 41 (2556)

แผนก	เสียชีวิต	พิการ/สูญเสียอวัยวะ	บาดเจ็บ	รวม
อายุรกรรม	118	5	28	151 (15.18)
สูติกรรม	228	70	85	383
นรีเวช	4	6	19	29
ทำหมัน	-	2	77	79
ศัลยกรรม	79	13	48	140
ศัลยกรรมกระดูก	15	10	15	40
กุมาร	78	8	38	124
ทันตกรรม	3	-	8	11
หู ตา คอ จมูก	2	10	5	17
อื่นๆ	6	1	14	21
รวม	533	125	337	995

จากการสำรวจเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ปีงบประมาณ 2549 ในรพ.ศูนย์ รพ.ทั่วไป และรพ.ชุมชน พบอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดกับผู้ป่วย 207,073 ครั้ง เฉลี่ย 532 ครั้ง/แห่ง

(ข้อมูลจากร่างคู่มือการบริหารความเสี่ยงความปลอดภัยในโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข)



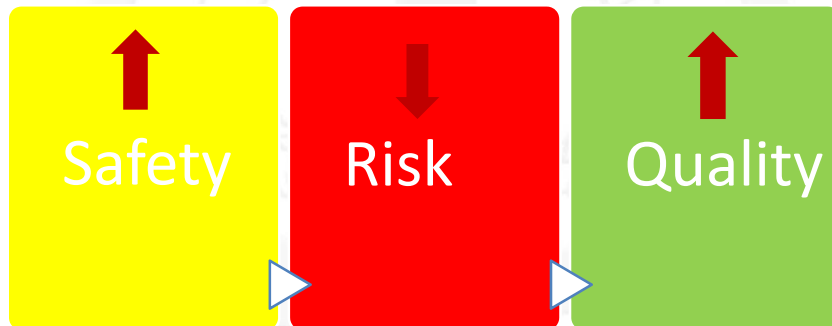
ผลการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น
กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากสปสช.
ปี 2547-2551 รวมทั้งสิ้น 1,932 ราย
เป็นเงินจำนวน 171,369,183 บาท หรือเฉลี่ย 88,700 บาทต่อราย



ปี 2556 เพียงปีเดียวที่ผ่านมา สปสช.จ่ายเงินค่าช่วยเหลือเบื้องต้น
จำนวน 995 ราย เป็นเงินจำนวน 191,575,300 บาท
เฉลี่ย 192,538 บาทต่อราย

ปีงบประมาณ	คำร้อง	เงินที่จ่ายไป	อัตราจ่าย
2547	99	4,865,000	ตาย 80,000 พิการ 50,000 บาดเจ็บ 20,000
2548	221	12,815,000	
2549	443	36,653,500	ตาย 200,000 พิการ 120,000 บาดเจ็บ 50,000
2550	511	52,177,535	
2551	658	64,858,148	
2552	810	73,223,000	
2553	876	81,920,000	
2554	965	92,206,330	ตาย 240,000- 400,000 พิการ 240,000-120,000 บาดเจ็บไม่เกิน 100,000
2555	951	98,527,000	
2556	1,182	191,575,300	
2557	1,112	218,439,200	
2558 (มี.ค.)	534	100,204,300	

Anyway you can do



Goals



การขับเคลื่อน Patient Safety ด้วยบทบาท สรพ.

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

ประเทศไทยมีบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐาน เป็นที่ไว้วางใจของสังคม โดย สรพ. มีบทบาทในการ ส่งเสริมการขับเคลื่อนวัฒนธรรมคุณภาพ (Change Catalyst)



กลไก HA

คือการส่งเสริมให้ รพ.มีกระจกส่องตนเอง แล้วปรับปรุงตัว HA ช่วยเข้าไปดูคุณภาพของกระจก และดูการใช้กระจกให้เป็นประโยชน์

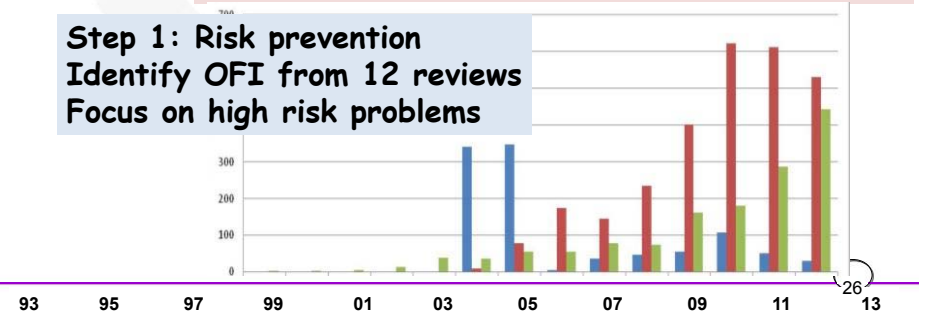
Stepwise Recognition

A strategy to gain acceptance and expand coverage

Step 3: Quality Culture
Identify OFI from standards
Focus on integration, learning, result

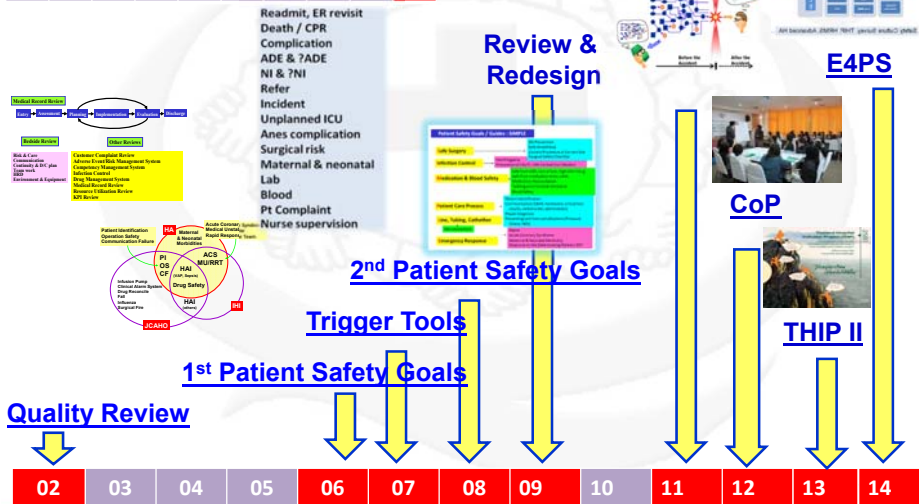
Step 2: Quality Assurance & Improvement
Identify OFI from goals & objectives of units
Focus on key process improvement

Step 1: Risk prevention
Identify OFI from 12 reviews
Focus on high risk problems



Patient Safety Initiatives

93 94 95 96 97 98 99 00 01 02



Healthcare Provider Safety

Second Victim

Alleviating "Second Victim" Syndrome: How We Should Handle Patient Harm

By Carolyn M. Clancy, M.D., Director, Agency for Healthcare Research and Quality

Commentaries by AHRQ director, Dr. Carolyn Clancy, and other staff members.

Physicians, nurses, and other clinicians who are connected to these events often feel somehow responsible. Emotional trauma is frequent. Patient safety expert Albert Wu, M.D., M.P.H., has coined a term for such clinicians: "second victims." According to Dr. Wu, the burden that health care providers feel after a patient is harmed, manifesting in anxiety, depression, and shame, weighs so heavily on providers that they themselves are wounded by the event.

The tragic case of Kimberly Hiatt is illustrative. Ms. Hiatt was a nurse in the cardiac intensive care unit at Seattle Children's

Hospital who last September mistakenly overdosed an 8-month-old patient with calcium chloride. The patient died. Ms. Hiatt, a nurse with 24 years experience, immediately reported the event to colleagues. She suffered professionally from the experience (although the details surrounding that remain in dispute) and faced an investigation. Six months after the event, Ms. Hiatt committed suicide.³

Health Care Professionals as Second Victims after Adverse Events A Systematic Review

Abstract

Adverse events within health care settings can lead to two victims. The first victim is the patient and family and the second victim is the involved health care professional. The latter is the focus of this review. The objectives are to determine definitions of this concept, research the prevalence and the impact of the adverse event on the second victim, and the used coping strategies. Therefore a literature research was performed by using a three-step search procedure. A total of 32 research articles and 9 nonresearch articles were identified. The second victim phenomenon was first described by Wu in 2000. In 2009, Scott et al. introduced a detailed definition of second victims. The prevalence of second victims after an adverse event varied from 10.4% up to 43.3%. Common reactions can be emotional, cognitive, and behavioral. The coping strategies used by second victims have an impact on their patients, colleagues, and themselves. After the adverse event, defensive as well as constructive changes have been reported in practice. The second victim phenomenon has a significant impact on clinicians, colleagues, and subsequent patients. Because of this broad impact it is important to offer support for second victims. When an adverse event occurs, it is critical that support networks are in place to protect both the patient and involved health care providers.

Anthony Staines: หัวใจโลกสนใจ patient safety

แต่ในขณะที่เดียวกันเมื่อ patient ไม่ safety

ทุกคนต่างพูดถึงผู้ป่วยแต่กลับลืมอีกกลุ่มหนึ่งที่ไม่ต้องการ

ให้เกิดเหตุการณ์เช่นเดียวกัน แต่เขาเป็น "second victims"

ที่เขาได้รับผลกระทบอย่างมาก ทั้งการทำงาน ชีวิตประจำวัน และจิตใจ

จึงเริ่มมีงานวิจัยที่สนใจมองประเด็นดังกล่าวตั้งแต่ เมื่อเกิดเหตุ เกิดจากอะไร

เกิดแล้วผู้อยู่ในเหตุเป็นอย่างไร ผลกระทบที่ตามมาเป็นอย่างไร



“understand the second victim phenomenon and to realize that supportive interventions can promote a healthy recovery during this vulnerable period”

ข้อมูลจากงานวิจัยเก็บข้อมูล จาก Second victim

ปัจจัยที่ทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

- **Intrinsic factor** โดยคำตอบส่วนใหญ่โทษตัวเองเช่นฉันไม่มีประสบการณ์
- หรือฉันประสบการณ์ไม่พอฉันมีความรู้ไม่พอ ฉันเหนื่อย ฉันไม่ได้ให้คำแนะนำ
- **Extrinsic factor** เกิดจาก **Case complicate** หรือมีหลายอย่างที่ ต้องทำพร้อมกัน

คนไข้กลุ่มที่มีผลต่อสภาพจิตใจของ

clinician มากที่สุดเมื่อเกิด

ภาวะแทรกซ้อน พบว่า อันดับหนึ่งคือ

กลุ่มญาติเจ้าหน้าที่ อันดับสอง คือเด็ก

อันดับสามคือหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งถ้าเกิดเหตุ

กลับคนกลุ่มนี้ clinician จะมีความเครียด

มาก

ถ้าทุกคนหันมาสนใจที่จะดูแลและ

support ผู้ป่วย เราอาจเสีย clinician ไป

ได้จากข้อมูลพบว่า clinician ที่ได้รับ

ผลกระทบ พบว่า สนใจที่จะทำงานน้อยลง

ความพึงพอใจในงานที่ทำงานน้อยลง พร้อม

จะเปลี่ยนงานมากขึ้น กลัวที่จะทำ

หัตถการมากขึ้น หอนหลับยากขึ้น ซึ่งถือ

เป็น Impact of error to clinician

Common Second Victim Physical Symptoms

- Uncontrolled crying/shaking
- Increased blood pressure
- Extreme fatigue/exhaustion
- Abdominal discomfort
- Sleep Disturbances
- Nausea, vomiting, diarrhea
- Muscle tension
- Headaches

Common Second Victim Psychosocial Symptoms

- Extreme guilt, grief
- Repetitive, intrusive memories
- Difficulty concentrating
- Loss of confidence, self doubt
- Return to work anxiety
- Frustration, anger, depression
- Second-guessing career
- Fear of damage to professional life
- Excessive excitability
- Avoidance of patient care areas

33

Nicoletta von Laue นักจิตวิทยาชาวแคนาดาเล่าเรื่องพยาบาลคนหนึ่ง

“เธอคนนั้นดูแลคนไข้มะเร็ง ที่ต้องให้ยาเคมีสม่ำเสมอ วันนั้นเป็นวันรับยาครั้งสุดท้าย ความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันเพราะดูแลกันมาตลอด เธอทำงานด้วยความเคยชินความจำ และความชำนาญได้รับคำสั่งจากหมอ เป็น short massage เธอก็ไปเตรียมยามาฉีด ความเป็นกันเองความเคยชินและความสบาย ๆ จาก short massage ทำให้เธอคำนวณและให้ยากับ

Patient ไม่ Safety/Healthcare provider ไม่ safety

กลายเป็น“second victims” เพราะความรักความผูกพันที่เธอมีกับคนไข้ เพราะความง่าย ความสบาย ความเคยชิน เธอรอดจากมุมมองคนไข้แต่เธอไม่ “An appropriate culture and support structure are key” เธอเสีย เธอต้องการเพื่อนต้องการที่ปรึกษา ต้องการผู้รับฟัง แต่ในความเป็นจริงเราไม่มีระบบ ที่จะดูแล ความรู้สึกของคน

34

“When a serious event occurs, the healthcare system with a strong culture of safety immediately response not only to support patients and family numbers, but also provides support to its clinicians”

35

Key Actions for Supporting Individual Peer/colleagues

- “Be there”**-Practice active listening skills and allow the second victim to share his or her story. Offer support as you deem appropriate
- If you have experience with an adverse event or bad patient outcome yourself, **share it. “War stories”** are powerful healing words.
- If you don't have experience with an adverse event or bad patient outcome, be **supportive and predict the victim's needs.**
- Avoid condemnation without knowing the story**—It could have been you!
- Let your peer know that you still **have faith** in his or her abilities, and that he or she is **a trusted** member of your unit.
- Determine a way that you can make an individual difference.

36

Key Words to Stimulate Conversation with Second Victims

- "Are you OK?"
- "I'll help you work through this."
- "You are a good nurse working in a very complex environment."
- "I believe in you."
- "I'm glad that we work together."
- "Please call me if you would like to talk about it again."
- "I can't imagine what that must have been like for you. Can we talk about it?"
- "I'm here if you want to talk."

37

ความปลอดภัยจากการปฏิบัติหน้าที่เพื่อ Patient Safety

ศรีสะเกษ - เกิดอุบัติเหตุ "ปาเจโรสปอร์ต" ชนรถพยาบาลฉุกเฉิน รพ.ศรีสะเกษ ขณะออกไปรับผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทำให้พยาบาลเสียชีวิต 1 ราย ขณะผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุรถ จยย.ชนท้ายกระบะ รพ.รพ.บาลคันเกิดเหตุไปรับไม่ทัน ทำให้เสียชีวิตอีก 1 ราย



38

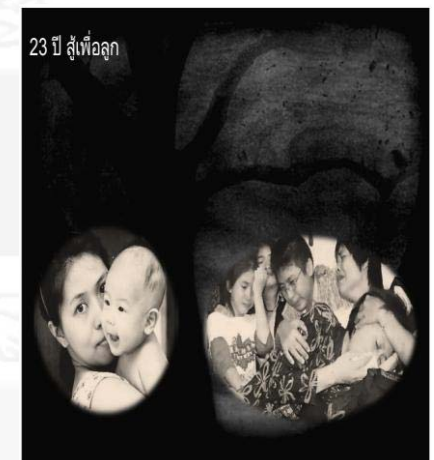
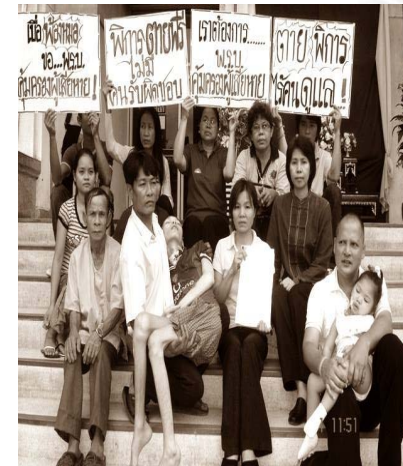
ฟ้องร้องออกสื่อ



- ฟ้องหมอ-รพ.เรียก31.2ล้าน แม่ตายขณะที่ลูกน้อยรอด
 - แม่ลูกอ่อน! จ่อฟ้องหมอลืมผ้าก๊อตในท้องหลังไกล่เกลี่ยไม่สำเร็จ
- 
- ศาลฎีกาสั่ง รพ.ตั้ง “ ” จ่ายเกือบ 10 ล้าน ทำคลอดเมียเสียชีวิต ขณะที่มีคนตายหวังให้คนไข้รายอื่นใช้เป็นแสงสว่างให้แพทย์ตระหนักและมีความรับผิดชอบมากขึ้น

39

เข้าสู่ปีที่ 12 ของการก่อตั้ง "เครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์"



ปฏิรูประบบสุขภาพ ต้องฟังเสียงประชาชน..!

40

Current challenges and Future directions

สถานการณ์จริงตอนนี้.....

Patient ยังไม่ safety

Healthcare Provider ไม่มีความสุข

มีความไม่เข้าใจฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย

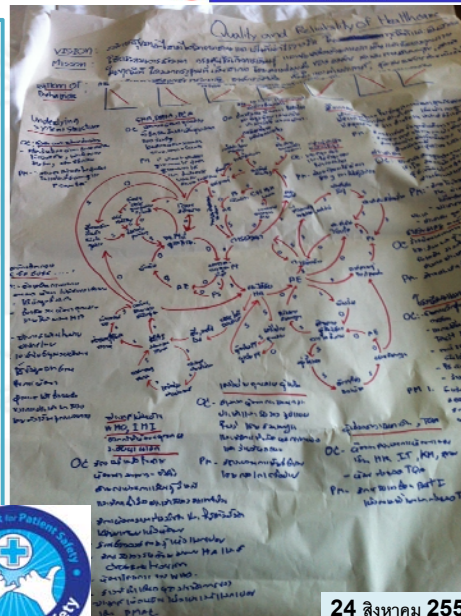
ต้องการมีพรบ.คุ้มครองผู้เสียหายทางการแพทย์

สื่อเทคโนโลยีรวดเร็วข่าวสารเข้าถึงง่าย

เริ่มมีความไม่ปลอดภัยของบุคลากร

ประชาชนต้องการมีส่วนร่วม

An umbrella of of “Engagement for Patient Safety” Program



24 สิงหาคม 2556

ลำดับขั้นของความผูกพัน

Ownership รู้สึกเป็นเจ้าของ

Empower ได้โอกาสทำโดยอิสระ

Collaborate ได้โอกาสลงมือทำ

Consult ได้โอกาสใส่ความคิด

Agency เป็นตัวแทน บอกต่อ เห็นคุณค่า

Care & Support พอใจ ประทับใจ

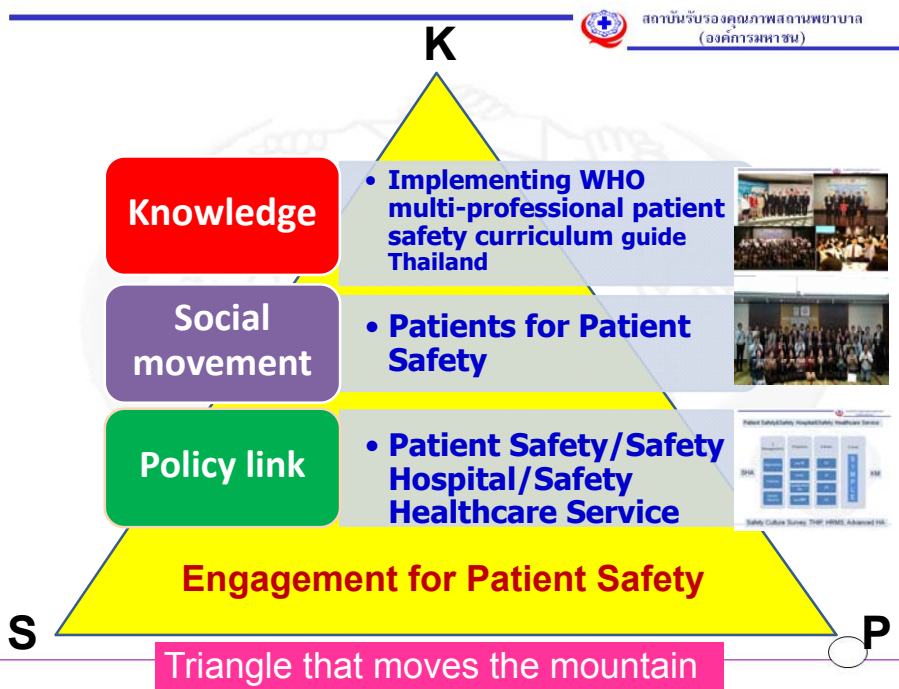
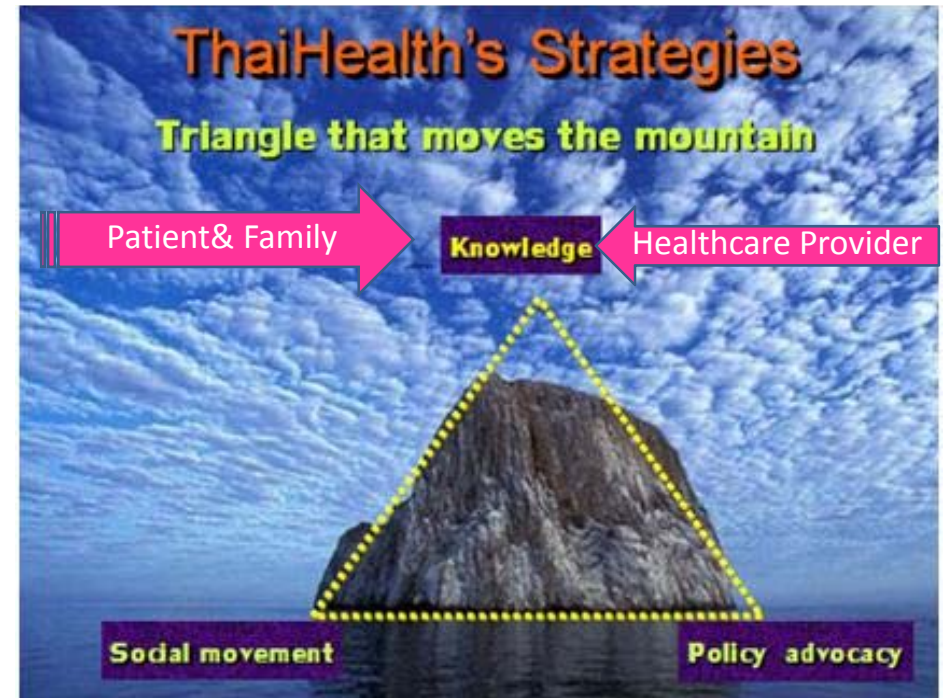
Inform รับรู้

Respect สร้างสัมพันธ์

How to: Engage all (staff, professional, patient, family, community) for Patient Safety in Thailand



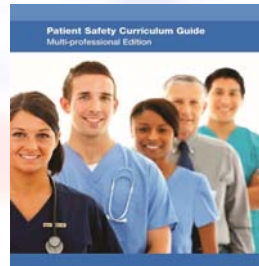
Sharing is very important to initiative Engagement for Patient Safety in Thailand



Knowledge



From global policy to local action: Implementing WHO multi-professional patient safety curriculum guide in Thailand



Piyawan Limpanyalert MD.
The Healthcare Accreditation Institute, Thailand,

49

The signing ceremony of collaborative agreement:



The Ministry of Public Health, The Consortium of Thai Medical Schools, The Medical Council of Thailand, The Preventive Medicine Association of Thailand, The Dental Council of Thailand, The Pharmacy Council, The Thailand Nursing and Midwifery Council, The Healthcare Accreditation Institute (Public organization)



Social Movement

51



WHO Patient Safety - programme areas action area 2 **Patients for Patient Safety**

In the area of patient and consumer involvement, Patients for Patient Safety is building a patient-led, global network of patients and patient organizations to champion patient safety.

Patients for Patient Safety 

Partnerships for safer care

Patient safety is a major public health issue. Globally, millions of patients experience preventable harm every year. Evidence supports the importance of the role of engaged patients in the drive to improve safety.

Patients for Patient Safety is a WHO programme that aims to incorporate the patient voice in all levels of health care. Patients for Patient Safety empowers and facilitates patients and their families to advocate for change collaboratively.

Encouraging partnership, empowerment and inspiring action on patient safety worldwide. ©WHO, 2014

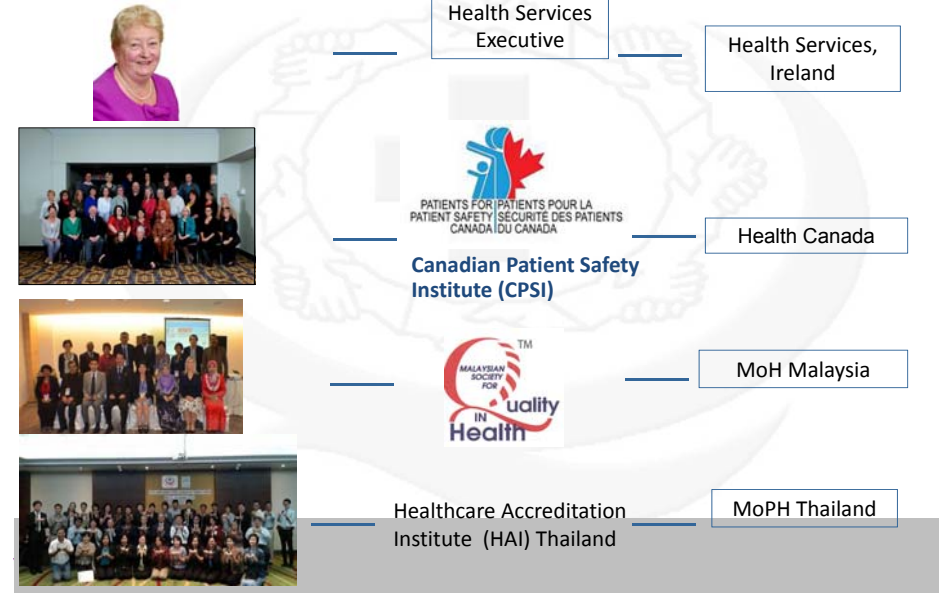
15-16 August 2014
In Thailand

52

Thailand Patients for Patient Safety **Workshop**: 15-16Aug.2014



From innovation to sustainability



After workshop: 2 Meetings of Working Group



This hand gesture shows **pinkie promise** that whenever there is a problem, if the providers and the patients work hand in hand through mutual understanding, **love and trust** everything is possible and together we can achieve

การวางยุทธศาสตร์และกลยุทธ์คณะทำงานภาคประชาชนเพื่อ
ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Thailand Patients for Patient safety)



วิสัยทัศน์ & Vision

- “ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีมาตรฐานและเกิดความปลอดภัยอย่างเท่าเทียมภายใต้ข้อจำกัด องค์กรความรู้ ข้อมูลและความเข้าใจ ในบทบาทหน้าที่ของทุกคน”

Share Vision



“**Public participation** in healthcare system development for **safety and equity**, with evidence-based and common understanding of all partners”

พันธกิจ & Mission



ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือของผู้ให้และผู้รับบริการ ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีมาตรฐาน ปลอดภัย เท่าเทียมโดยประชาชนมีส่วนร่วม

“**To encourage** collaboration between healthcare providers, patients, families, and general public in development for standard, safety and equitable healthcare system.”

ยุทธศาสตร์

- ยุทธศาสตร์ส่งเสริมให้ประชาชนเกิดความตระหนักในสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพและความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพ
- ยุทธศาสตร์สื่อสารองค์ความรู้เรื่องสุขภาพและความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งสร้างความเข้าใจในผู้ให้และผู้รับบริการ
- ยุทธศาสตร์ส่งเสริมการสร้างระบบบริการสุขภาพและความปลอดภัยในสถานพยาบาลและชุมชน
- ยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนและขยายความร่วมมือกับภาคีทุกภาคส่วนเพื่อความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพ

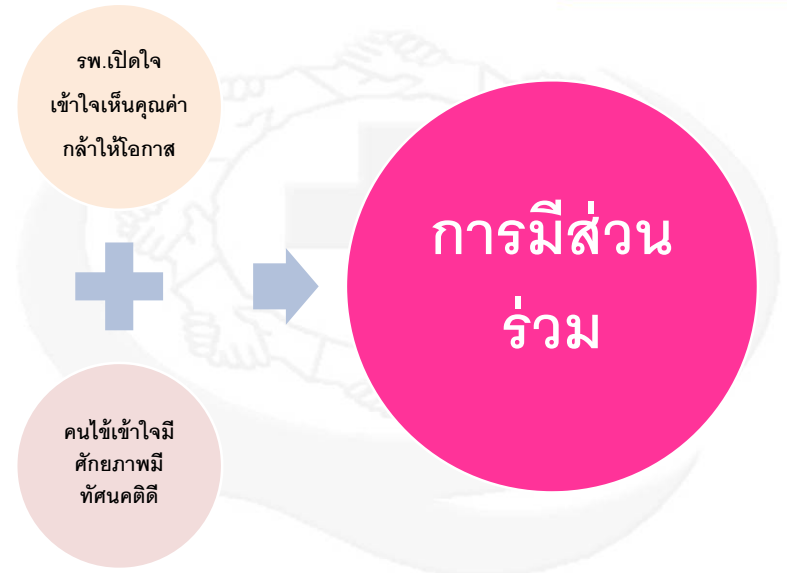
Global Technical Consultation on Patient and Family Engagement Framework 27-28 October 2014



Team building



Public communication



สื่อสารสู่สังคมและสาธารณะ

- 1.1 เมื่อ 26 ธันวาคม 2557 เผยแพร่สัญลักษณ์และเข็มกลัด Pinky Promise ในงานแถลงผลงานกระทรวงสาธารณสุข



โอกาสสะท้อนในเวทีสากลโดยคนไข้

- การเข้าร่วมประชุม PMAC 2015 : Side meeting
“Universal Health Coverage: Ensuring quality care for all



Patients & People at the centre of UHC The Thai experience



Piyawan Limpanyalert, M.D.
Deputy CEO, Healthcare Accreditation Institute, Thailand
PMAC 2015 : Side meeting “Universal Health Coverage: Ensuring quality care for all
January 27 2015



ดึงเขาเป็นพวก รับฟัง เข้าใจ ให้ความสำคัญ

Policy link

นโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

2.9 เร่งรัดการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริการ
ให้ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัยมากที่สุด และ
ผู้ให้บริการมีความมั่นใจ
รวมทั้งเกิดความเป็นกัลยาณมิตรระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการ
โดยจัดให้มี

“ทศวรรษแห่งการพัฒนาคุณภาพบริการและความปลอดภัยของผู้ป่วย”

148 รพ.ที่เข้าร่วมจะขับเคลื่อนร่วมกันเป็นเครือข่าย

โรงพยาบาลเพื่อ Patient safety ในทุกมิติ

นำร่องเพื่อวางระบบอย่างสมัครใจ
เพื่อได้ข้อมูลและงานวิจัยเพื่อเป็นเสนอแนะเชิงนโยบาย

“ความปลอดภัยในผู้ป่วย ร่วมด้วย ช่วยได้ ทุกคน”
ENGAGEMENT FOR PATIENT SAFETY

148 HOSPITALS
300+ Health EXPERT
150,000++ Health Care Provider

“รวมกลุ่มคนนักปฏิบัติ พัฒนาแนวทางที่เป็นจริง
อิงความรู้วิชาการ บริหารจัดการด้วยผลลัพธ์
ยั่งยืนแบบกัลยาณมิตร พิชิตเพื่อความปลอดภัย”

Engagement for Patient Safety
Thai Patient Safety

PATIENT SAFETY & SAFETY HOSPITAL & SAFETY HEALTHCARE SERVICE

8 Cells: Integral Alignment	3 MANAGEMENT ORGANIZATION CUSTOMER HUMAN RESOURCE	4 SYSTEMS IC MEDICATION RM ENV	4 AREA ER LR OR ICU	1 ISSUE SIMPLE	KM
-----------------------------	--	--	---	-----------------------------	-----------

SHA
Emo-Meter

SAFETY CULTURE SURVEY & THIP & HRMS & ADVANCED HA

SHARE → CHAIN → SHAPE → CHANGE

ตัวอย่างการพัฒนาข้อเสนอแนะจากกรณี ตกเลือดหลังคลอด

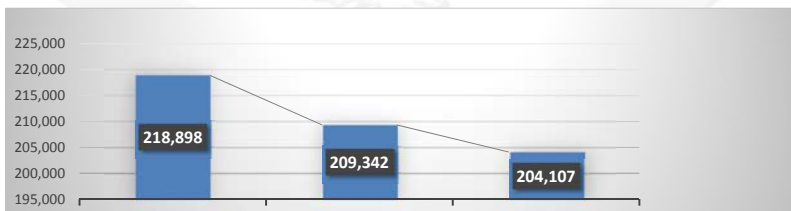
- แลกเปลี่ยนประสบการณ์ทีมงาน
- รวบรวมข้อมูลแต่ละรพ. เพื่อศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลระดับประเทศ
- ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเพื่อหาแนวทางปฏิบัติ
- ทำความร่วมมือผู้เกี่ยวข้องโดยดึงทุกภาคส่วน
- ทดลองปฏิบัติแบบงานวิจัย
- ได้ข้อมูลข้อเท็จจริงสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
- ปัจจัยสำคัญทุกคนมีส่วนร่วมทุกคนเป็นเจ้าของ **Engagement**



สรุปข้อมูลรพ. ที่เข้าร่วมโครงการ

สรุปแบบสำรวจข้อมูลหน่วยบริการเพื่อขอสนับสนุนถุงตวงเลือด

- กลุ่มเป้าหมาย โรงพยาบาลในโครงการ Engagement for Patient Safety จำนวน 148 แห่ง
- ระยะเวลาข้อมูล ย้อนหลัง 3 ปี คือ ปี 2555 ปี 2556 และปี 2557
- ข้อมูลที่ต้องการ
 - จำนวนการคลอด
 - ร้อยละของการตกเลือดหลังคลอด
 - ร้อยละของการตกเลือดที่มีภาวะแทรกซ้อน
 - จำนวนแพทย์ที่ดูแลห้องคลอด (สูติแพทย์ หรือ GP) และพยาบาล



จำนวนแพทย์และพยาบาล



ร้อยละโดยเฉลี่ยของการตกเลือดหลังคลอด และการตกเลือดที่มีภาวะแทรกซ้อน



สรุปสถานการณ์ ตกเลือดหลังคลอด

กลุ่มงานวิจัยแม่เหล็ก, 01 : [3271] ศึกษาการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยใช้ UC ของโรงพยาบาลที่ให้บริการ (hcode)

Part1

ตาราง 1 : จำนวนกรณี

หมวดหมู่ (ระดับประเทศ)	2552	2553	2554	2555	2556	2557	2558
ประเทศไทย	2.3	2.37	2.44	2.4	2.39	2.54	2.65
จำนวนเตียง	10,428	10,708	10,817	10,904	10,165	10,046	3,604
ผู้ป่วย	9,430	9,716	9,867	9,995	9,288	9,189	3,326
พักรักษา	409,319	410,341	404,832	416,660	388,338	361,201	125,489

กลุ่มงานวิจัยแม่เหล็ก, 01 : [2311] ศึกษาการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์และ/หรือการคลอดในหน่วยบริการ โดยใช้ UC ของโรงพยาบาลที่ให้บริการ (hcode)

Part1

ตาราง 1 : จำนวนกรณี

หมวดหมู่ (ระดับประเทศ)	2552	2553	2554	2555	2556	2557	2558
ประเทศไทย	31.9	28.91	24.63	27.05	27.99	29	23.85
จำนวนเตียง	131	119	100	114	109	105	30
ผู้ป่วย	131	119	100	113	109	105	30
พักรักษา	410,627	411,600	405,961	417,798	389,382	362,009	125,764

3 มิย. 58 หรือความเป็นไปได้

ดร.พยันต์ วุฒินรงค์ ผอ.ฝ่ายด้านการจัดการทรัพยากรสุขภาพและการต่อ ยอดเชิงพาณิชย์ มหิดล



ทบทวนข้อมูลทางวิชาการ

Blood collection drape estimating postpartum blood loss

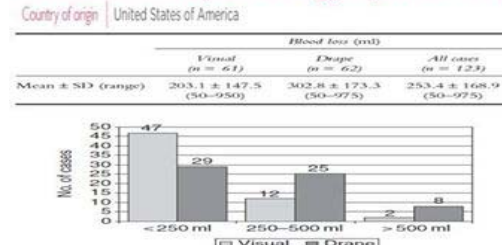


Figure 5. Number of cases detected for specific blood loss ($p < 0.01$). The calibrated drape more accurately determined true blood loss when ≥ 250 ml and more accurately estimated overall levels.

Operating steps

The current standard of practice is visual estimation, which has been shown to be inaccurate. Our product shows potential to improve the accuracy and is easy to use.

Development stage

The blood collection drape was developed for use in a randomized clinical trial in village India in 2002. A randomized, controlled hospital-based study was conducted in India in 2003 which showed that the blood collection drape was more accurate than visual estimation.



เสนอพัฒนาแนวทางและเครื่องมือการดูแลผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด กับราชวิทยาลัยสูติใน 148 รพ.นำร่อง

คู่มือฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด (ฉบับร่าง)

Management of Immediate Post Partum Hemorrhage

Engagement for patient safety

Team management (4C)

Initial evaluation, resuscitation, investigation, planning

Medication

End of bleeding



เพื่อพัฒนาเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย



ผลิตภัณฑ์เป็นประเด็นสำคัญในการขับเคลื่อน



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

ที่ สรพ 2171

10 มิถุนายน 2558

เรื่อง ขอเสนอวาระสำหรับการประชุมคณะกรรมการองค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ สมัยที่ 68

เรียน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

อ้างอิง หนังสือกระทรวงสาธารณสุขที่ สอ 0224.01/2265 ลงวันที่ 5 มิถุนายน 2558

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสาร Concept Note : Promoting Patient Safety and Engagement in strengthening health systems to support UHC จำนวน 1 ชุด

ตามหนังสือที่อ้างถึง กระทรวงสาธารณสุข แจ้งให้สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ) พิจารณาเสนอวาระสำหรับการประชุมคณะกรรมการองค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ สมัยที่ 68 ทั้งนี้ หากมีวาระที่ต้องการนำเสนอให้จัดส่งเอกสารไปยังกระทรวงสาธารณสุข ภายในวันที่ 10 มิถุนายน 2558 ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

ในการนี้ สรพ.ขอเสนอวาระสำหรับการประชุมคณะกรรมการองค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ สมัยที่ 68 ตามเอกสารปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

Quality Healthcare Organization For Quality of Life



Promoting Patient Safety and Engagement in strengthening health systems to support UHC

3. Actions required by the 69th Regional Committee

A Regional Committee decision should be adopted, consisting of the following procedures.

Noted the achievement in drafting the Regional Strategic Framework on Patient Safety in Healthcare Institutes.

Requested the Regional Director

1. To develop regional framework and strategies, including guidelines, to support patient engagement in HSS and UHC, and to support the implementation at the country level.
2. To support the country self assessment of the application and implementation of the Regional Strategic Framework on Patient Safety in healthcare Institutions.
3. To support the country self assessment of the application and implementation of the People-Centred and Integrated Health Services
4. To convene a regional technical workshop to review the progresses, outcomes, challenges and lessons learned from country experiences,
5. To report the outcome of the regional workshop to the 69th session of Regional Committee.

ภาพฝันอนาคต

Patient Safety

เป็นวาระแห่งชาติ ทุกคนทุกภาคส่วนให้ความสำคัญ
และมีส่วนร่วม

“Engagement for Patient Safety”



• “ความปลอดภัยในผู้ป่วย ร่วมด้วยช่วยได้ทุกคน”



“เมื่อชีวิต ยังรักที่จะฝัน
และบอกกับใจ ทุกวันที่ผ่านมา
ด้วยปีกแห่งฝัน จะโฉบบินไปถึงฟ้า
หวังจะไปให้ถึงในซักวัน
กว่าชีวิต จะผ่านไปอีกวัน
อีกก็ความฝัน ที่ฉันจะไขว่คว้า
อีกก็คำถาม ที่รอคอย การค้นหา
แล้วถึงรู้ว่ามัน ไม่มีจริง”



Thank you



“ความปลอดภัยในผู้ป่วย ร่วมด้วยช่วยได้ทุกคน”