

ตัวอย่างแบบบันทึกกิจกรรมทบทวนเวชระเบียนโดยใช้ Trigger tool

ภาควิชาอายุรกรรม ประจำเดือนพฤษภาคม 2558

วันที่ทบทวนกิจกรรม 29 พ.ค. 2558 HN 55xxxxxxxx เพศ ชาย หญิง อายุ 80 ปี

Ward ข้าราชการตำรวจชั้น 8 New admission Readmission จำนวนวันนอนรพ. 35 วัน

Discharge Type

With Approval Against Advice Escape By Transfer Other Dead Autopsy Dead no Autopsy

Trigger ที่ใช้คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อในโรงพยาบาล (I1)

Principle Diagnosis: Cerebral infarction, unspecified

Comorbidity: Type 2 Diabetes mellitus

Essential hypertension

Unspecified atrial fibrillation

Complication: Acinetobater Baumannii pneumonia left upper lobe

Severe sepsis with septic shock

Acute kidney injury

Laceration wound at forehead

Generalized brain edema

Other Diagnosis: Acute subdural hematoma right temporal area

External Cause (s) of Injury: ตกเตียง

Operating Room Procedures: Drainage hematoma at right temporal subdural space

Tracheostomy

Non Operating Room Procedures: Respiratory support

Computed tomography brain

Central venous access

ข้อเสนอแนะในการพัฒนา						
Event	ปัญหาที่พบ	Harm level	Care process ที่มีปัญหา	หน่วยงาน/บุคลากรที่เกี่ยวข้อง	ผู้รับผิดชอบ/ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	กิจกรรมที่ทำต่อไป/ผลการดำเนินงาน
1. ปัญหากระบวนการรักษาของแพทย์						
1.1 Septic shock ตามมาด้วย ผู้ป่วยเกิด Acute kidney injury	1.1 มีการให้ยา ABT ล่าช้า ไม่ตรงตาม Sepsis Guideline (Process error) เนื่องจาก 1.1.1 แพทย์ประเมิน ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะ Septic shock ล่าช้า 1.1.2 มีการสั่งยา ABT ที่ไม่เหมาะสม 1.1.3 ไม่แจ้งให้ พยาบาลผู้ดูแล รับทราบว่ามี การสั่ง ABT เป็นการเร่งด่วน ทำให้ผู้ป่วยได้รับยา ล่าช้า	F F Process error (F)	- Assessment and diagnosis - Plan of care - Communication and care delivery	- แพทย์ พยาบาล แผนกอายุรกรรมและ ศัลยกรรม	- PCT แผนกอายุรกรรมและศัลยกรรม - หัวหน้าหอผู้ป่วย/ICU/OR	- ถอดบทเรียนเพื่อทบทวน แนวทางและกระบวนการให้ การรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการ วินิจฉัย Sepsis ปัญหาที่อาจ เกิดขึ้นตามกระบวนการดูแล ผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการพัฒนา						
Event	ปัญหาที่พบ	Harm level	Care process ที่มีปัญหา	หน่วยงาน/บุคลากรที่เกี่ยวข้อง	ผู้รับผิดชอบ/ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	กิจกรรมที่ทำต่อไป/ผลการดำเนินกิจกรรม
	<p>1.1.4 ระยะเวลาในการประเมินและ ทบทวนผู้ป่วย Septic shock ไม่เหมาะสม</p> <p>1.1.5 ไม่ได้เจาะ coagulogram ผู้ป่วย ก่อนทำหัตถการเพื่อ ฟอกไต (แม้ผู้ป่วยไม่มี AE ของ bleeding หลังทำหัตถการ)</p>	F Process error (D)	- Reassessment - Assessment			- ทบทวนแนวทางและ กระบวนการเตรียมผู้ป่วย ก่อนทำหัตถการ
1.2 Fall ผู้ป่วยเกิด subdural hematoma	1.2 มีการให้ยาระงับ ประสาทเมื่อคนไข้ วุ่นวาย โดยไม่มีการ ประเมินผู้ป่วยซ้ำ เป็น เหตุให้ผู้ป่วยตกจาก เตี้ยง	G	- Plan of care and Reassessment	- แพทย์ พยาบาล แผนกอายุรกรรม- ศัลยกรรม	- PCT แผนกอายุรกรรม-ศัลยกรรม - หัวหน้าหอผู้ป่วย/ICU/OR	- ทบทวนแนวทางการกระ ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการสับสน

ข้อเสนอแนะในการพัฒนา						
Event	ปัญหาที่พบ	Harm level	Care process ที่มีปัญหา	หน่วยงาน/บุคลากรที่เกี่ยวข้อง	ผู้รับผิดชอบ/ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	กิจกรรมที่ทำต่อไป/ผลการดำเนินกิจกรรม
1.3 ได้รับยาเต็มไม่ครบ	1.3 ไม่มีการ Review current medication ของผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถ Control BP ได้ดี	E	- Assessment, plan of care and reaccessment	- แพทย์ พยาบาล แผนกอายุรกรรม-ศัลยกรรม	- PCT แผนกอายุรกรรม-ศัลยกรรม - หัวหน้าหอผู้ป่วย/ICU/OR	- กำชับและส่งเสริมกิจกรรม ทบทวนรายการยาปัจจุบันที่ผู้ป่วยได้รับ (Medication reconciliation) ทุกครั้งที่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล
2. ปัญหากระบวนการรักษาของพยาบาลและการให้บริการ						
2.1 ไม่ได้นำแนวทางการประเมินผู้ป่วยที่มีโอกาสพลัดตกหกล้มมาใช้ในการประเมินผู้ป่วย	2.1 ได้ทบทวนแนวทางทางการประเมินผู้ป่วยที่มีโอกาสพลัดตกหกล้มแล้วพบว่า ยังขาดกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับประสาท ซึ่งจำเป็นต้องมีการผ้าระวางเป็นพิเศษ	Process error (G)	- Assessment, plan of care and reaccessment	- แพทย์ พยาบาล แผนกอายุรกรรม-ศัลยกรรม	- PCT แผนกอายุรกรรม-ศัลยกรรม - หัวหน้าหอผู้ป่วย/ICU/OR	- ถอดบทเรียนเพื่อทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีโอกาสพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาล รวมถึง Revise แนวทางการดูแลให้มีความครอบคลุมและเหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการพัฒนา						
Event	ปัญหาที่พบ	Harm level	Care process ที่มีปัญหา	หน่วยงาน/บุคลากรที่เกี่ยวข้อง	ผู้รับผิดชอบ/ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	กิจกรรมที่ทำต่อไป/ผลการดำเนินกิจกรรม
3. ปัญหาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ						
3.1 ผลระดับ INR 10	3.1 ไม่มีการโทรแจ้งหอผู้ป่วยให้รับทราบเรื่องผลระดับ INR 10	Process error (D)	- Investigation and communication	- ห้องรายงานผลปฏิบัติการ แพทย์พยาบาล แผนกอายุรกรรม-ศัลยกรรม	- PCT แผนกอายุรกรรม-ศัลยกรรม - หัวหน้าหอผู้ป่วย/ICU/OR - หัวหน้าห้องปฏิบัติการ	- กำชับและทบทวนแนวทางการแจ้งผลทางห้องปฏิบัติการเมื่อมีค่าวิกฤติและการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม
3.2 ผู้ป่วยได้รับการถ่ายภาพทางรังสีวินิจฉัยล่าช้ากว่าที่ควรได้รับ	3.2.1 การพิจารณาส่งตรวจทางรังสีวินิจฉัยล่าช้า 3.2.2 ขาดการประสานงานที่ดีระหว่างแพทย์และรังสีแพทย์ 3.2.3 การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังห้องฉายภาพถ่ายรังสีล่าช้า	Process error (E) Process error (E) Process error (E)	- Assessment and diagnosis - communication - Plan of care and care delivery	- แพทย์, รังสีแพทย์ - ห้องถ่ายภาพทางรังสีวินิจฉัย - เวิร์ปเคลื่อนย้ายผู้ป่วย	- แพทย์, รังสีแพทย์ - ห้องถ่ายภาพทางรังสีวินิจฉัย - ศูนย์เคลื่อนย้ายผู้ป่วย	- ทบทวนแนวทางการส่งตรวจทางรังสีวินิจฉัยในกรณีเร่งด่วน - ทบทวนแนวทางการบริหารจัดการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการพัฒนา						
Event	ปัญหาที่พบ	Harm level	Care process ที่มีปัญหา	หน่วยงาน/บุคลากรที่เกี่ยวข้อง	ผู้รับผิดชอบ/ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	กิจกรรมที่ทำต่อไป/ผลการดำเนินงาน
4.ปัญหาการผ่าตัด						
4.1 ตามแพทย์อายุรกรรมมาร่วมประเมินผู้ป่วยเนื่องจากมีปัญหาขณะผ่าตัดล่าช้า	4.1 ขาดการประสานงานที่ดีระหว่างศัลยแพทย์กับอายุรแพทย์	Process error (G)	- Communication	- แพทย์ พยาบาล แผนกศัลยกรรม-อายุรกรรม หอผู้ป่วย ห้องผ่าตัด ICU	- PCT แผนกอายุรกรรม-ศัลยกรรม - หัวหน้าหอผู้ป่วย/ICU/OR	- ทบทวนแนวทางการสื่อสารปรึกษาและส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้มีการทำงานที่ประสานที่ดี
4.2 เติง ICU Neuro ศัลยกรรม	4.2 ห้อง ICU Neuro ศัลยกรรม ไม่เพียงพอในการรับผู้ป่วยไว้ในความดูแล	Process error (G)	- Plan of care	- แพทย์ พยาบาล แผนกศัลยกรรม - ห้องผ่าตัด - ICU	- แพทย์ - หัวหน้าหอผู้ป่วย/ICU/OR	- สร้างมาตรการในการบริหารจัดการเตียงที่มีประสิทธิภาพรวมถึงการสำรองเตียงในกรณีผู้ป่วยฉุกเฉิน - ทบทวนแนวทางการจัดลำดับความสำคัญในการบริหารห้องผ่าตัดและ ICU

ข้อเสนอแนะในการพัฒนา						
Event	ปัญหาที่พบ	Harm level	Care process ที่มีปัญหา	หน่วยงาน/บุคลากร ที่เกี่ยวข้อง	ผู้รับผิดชอบ/ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	กิจกรรมที่ทำต่อไป/ผลการดำเนินงาน
5.ปัญหาการบันทึก Progression note ของแพทย์ ได้แก่						
5.1 บันทึก Progression note ไม่ครบถ้วน	5.1.1 ไม่มีการบันทึก Operation procedure และการใช้ Sign in, Time out, Sign out 5.1.2 ไม่มีการบันทึกสาเหตุและเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยตกเตียง	Process error (C) Process error (C)	- Assessment, plan of care and communication - reassessment, and communication	-แพทย์ แผนก ศัลยกรรม - วิทยาลัยแพทย์/พยาบาล - แพทย์ พยาบาล แผนกศัลยกรรม-อายุรกรรม	- PCT แผนก ศัลยกรรม - ทีมพร้อมห้องผ่าตัด - แพทย์ พยาบาล แผนกศัลยกรรม-อายุรกรรม	- กำชับให้มีการใช้ Surgical safety checklist ให้ครบถ้วนในทุกครั้งที่มีการผ่าตัดและการทำหัตถการ - กำชับให้มีการบันทึกเวชระเบียนและหัตถการให้ถูกต้องครบถ้วน
6.ปัญหาอื่นๆที่พบ						
6.1 มีความไม่พร้อมของอุปกรณ์	6.1 มีความไม่พร้อมของอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจ	Process error (G)	- Care delivery	- เจ้าหน้าที่หน่วยเครื่องมือแพทย์	- หัวหน้าหน่วยเครื่องมือแพทย์	- ทบทวนกระบวนการบริหารเครื่องมือทางการแพทย์ต่างๆให้เพียงพอและพร้อมใช้
6.2 ขาดการประสานงานและการสื่อสารที่ดีระหว่าง	6.2 ขาดการประสานงานและการสื่อสารที่ดีระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	Process error (G)	- Communication	- แพทย์ พยาบาล แผนกศัลยกรรม-อายุรกรรม, หอผู้ป่วย, ห้องผ่าตัด, ICU,	- PCT แผนกอายุรกรรม-ศัลยกรรม - หัวหน้าหอผู้ป่วย/ICU/OR	- ทบทวนแนวทางการสื่อสารปรึกษาและส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้มีการทำงานที่ประสานที่ดี

ข้อเสนอแนะในการพัฒนา						
Event	ปัญหาที่พบ	Harm level	Care process ที่มีปัญหา	หน่วยงาน/บุคลากรที่เกี่ยวข้อง	ผู้รับผิดชอบ/ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	กิจกรรมที่ทำต่อไป/ผลการดำเนินกิจกรรม
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	ทำให้กระบวนการดูแลผู้ป่วยล่าช้า			เจ้าหน้าที่หน่วยเครื่องมือแพทย์, เจ้าหน้าที่ประจำห้องปฏิบัติการ	- หัวหน้าหน่วยเครื่องมือแพทย์ - หัวหน้าห้องปฏิบัติการ	
6.3 ไม่รายงานความเสี่ยงที่เกิดขึ้น	6.3 ไม่มีการบันทึกและรายงานความเสี่ยงแก่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงหรือ TOM ต่อเรื่องราวที่เกิดขึ้น	Process error (G)	- Communication	- แพทย์ พยาบาล แผนกศัลยกรรม-อายุรกรรม, หอผู้ป่วย, ห้องผ่าตัด, ICU, เจ้าหน้าที่หน่วยเครื่องมือแพทย์, เจ้าหน้าที่ประจำห้องปฏิบัติการ	- PCT แผนกอายุรกรรม-ศัลยกรรม - หัวหน้าหอผู้ป่วย/ICU/OR - หัวหน้าหน่วยเครื่องมือแพทย์ - หัวหน้าห้องปฏิบัติการ	- กำชับให้มีการรายงานความเสี่ยงที่เกิดขึ้นและเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยมุ่งเน้นการเรียนรู้และการแก้ไขเชิงระบบ
6.4 มีความเสี่ยงต่อการฟ้องร้องทางการแพทย์เกิดขึ้น	6.4 มีการบันทึกว่าญาติผู้ป่วยไม่พอใจเหตุการณ์ผู้ป่วยตกเตียงและการเลื่อนผ่าตัดคนไข้	Process error	- Information, empowerment and communication	- แพทย์ พยาบาล แผนกศัลยกรรม-อายุรกรรม, หอผู้ป่วย, ห้องผ่าตัด, ICU	- PCT แผนกอายุรกรรม-ศัลยกรรม - หัวหน้าหอผู้ป่วย/ICU/OR	- กำชับการให้ข้อมูลและทักษะการสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ - กำชับให้มีการรายงานความเสี่ยงที่เกิดขึ้น

แจ้งหน่วยงาน/บุคลากรที่เกี่ยวข้องได้แก่ให้รับทราบและนัดติดตามพัฒนาการกิจกรรมดังกล่าวในวันที่ _____

การจัดระดับของความเสี่ยงทางคลินิก*

ระดับ A = ไม่มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่เหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้

ระดับ B = มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเนื่องจากความคลาดเคลื่อนไปไม่ถึงผู้ป่วย

ระดับ C = มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยถึงแม้ว่าความคลาดเคลื่อนนั้นจะไปถึงผู้ป่วยแล้ว

ระดับ D = มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยแต่ยังจำเป็นต้องมีการติดตามผู้ป่วยเพิ่มเติม

ระดับ E = มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราวรวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติม

ระดับ F = มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราวรวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือยืดระยะเวลาในการรักษา

ตัวในโรงพยาบาลออกไป

ระดับ G = มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยถาวร

ระดับ H = มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนเกือบถึงแก่ชีวิต

ระดับ I = มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนถึงแก่ชีวิต

*ที่มา The National Coordinating Council for

Medication Error Reporting and Prevention