สรุปผลการดำเนินการ

CoP MSMC SIMPLE 1 st: VTE

ในโครงการ การบริหารความเสี่ยงแบบบูรณาการ

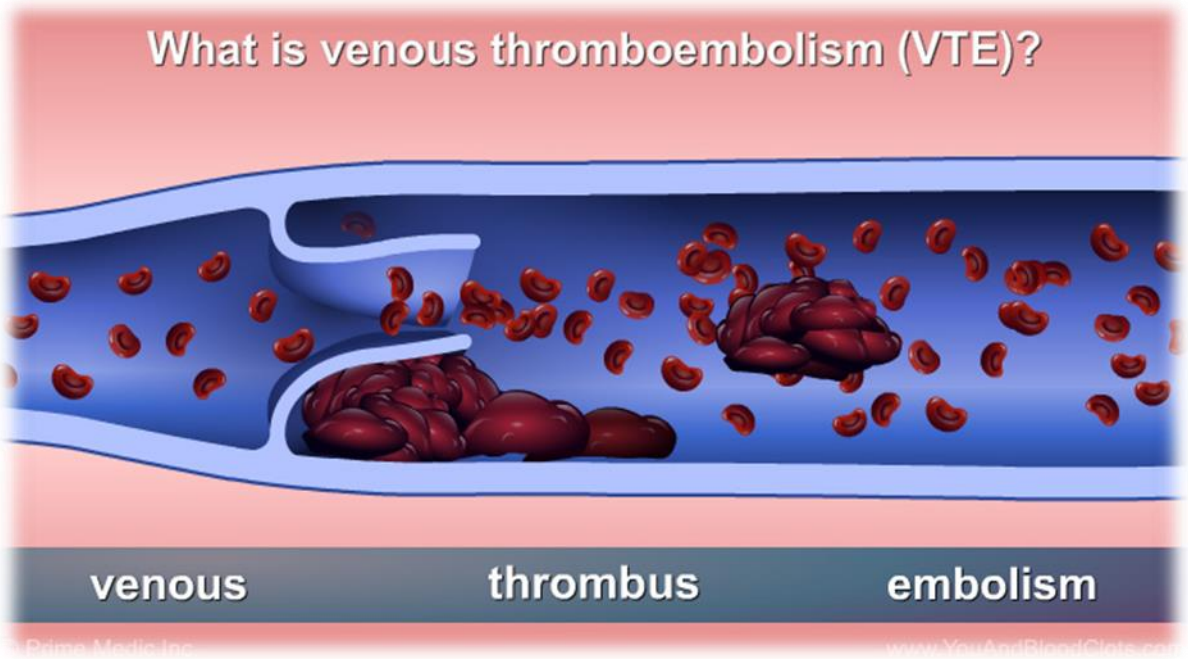
(Proactive Risk Management)

S : Safe Surgery (S1.4 Venous Thromboembolism Prophylaxis)

วันพฤหัสบดีที่ 31 ตุลาคม 2562 เวลา 13.00 – 16.00 น.

ณ ห้องประชุมงานวิจัยและวิเทศน์สัมพันธ์ ชั้น 8

อาคารคณะแพทยศาสตร์



สรุปผลการดำเนินการ CoP MSMC SIMPLE 1 st : VTE

ในโครงการ การบริหารความเสี่ยงแบบบูรณาการ

(Proactive Risk Management)

S : Safe Surgery (S1.4 Venous Thromboembolism Prophylaxis)

วันพฤหัสบดีที่ 31 ตุลาคม 2562 เวลา 13.00 – 16.00 น.

ณ ห้องประชุมงานวิจัยและวิเทศน์สัมพันธ์ ชั้น 8 อาคารคณะแพทยศาสตร์

ผู้เข้าร่วม CoP

1.	พญ.รัชพร ทวีรุจจนะ	รองผู้อำนวยการฯ ฝ่ายพัฒนาคุณภาพ
2.	นพ.วฤทธ มงคลเนาวรัตน์	ผู้ช่วยผู้อำนวยการฯ ฝ่ายพัฒนาคุณภาพ
3.	ผศ.พญ.นิศา มะเครือสี	อาจารย์แพทย์ภาควิชาอายุรศาสตร์
4.	นพ.นพพร โรจน์เพ็ญเพียร	อาจารย์แพทย์ภาควิชาสูติศาสตร์ - นรีเวชวิทยา
5.	ผศ.นพ.ปริญญา อัครานุรักษ์กุล	หัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์
6.	พญ.พัชนี ภาษิตชาคริต	ประธานทีมนำทางคลินิกวิสัญญีวิทยา
7.	นพ.สุทธา หามนตรี	หัวหน้าภาควิชาสูติศาสตร์ - นรีเวชวิทยา
8.	พญ.ศิริลักษณ์ สุทธินนท์	อาจารย์แพทย์ภาควิชาอายุรศาสตร์
9.	นางสาวจิราภรณ์ จิตต์โสภา	หัวหน้างานการพยาบาลวิสัญญี
10.	นางปรียาภรณ์ บูรณากาญจน์	หัวหน้างานการพยาบาลผ่าตัด
11.	นางสาวรจนา จี๋มะลิ	เลขานุการทีมนำทางคลินิกศัลยศาสตร์
12.	นางสาวสุลี ถาวรกุล	เลขานุการทีมนำทางคลินิกออร์โธปิดิกส์
13.	นางสาวปรารถนา กันทอน	เลขานุการทีมนำทางคลินิกอายุรศาสตร์
14.	นางชญาภา อิ่มจิตร	เลขานุการทีมนำทางคลินิกสูติ – นรีเวชวิทยา
15.	นางสาวสุธารัตน์ สุขศรี	รักษาการแทนหัวหน้างานการพยาบาลพิเศษ 8/1
16.	นางศิณัฐชานันท์ คณะวรรณ	หัวหน้างานการพยาบาลสามัญหลังคลอด - นรีเวชวิทยา 8/2
17.	นายนิติ วรรณทอง	เภสัชกร
18.	นางสาวจิดาภา เงินกระโทก	เภสัชกร
19.	นางสุพัตรา คำไพเราะ	หัวหน้างานพัฒนาคุณภาพ รพ.
20.	นางพัทธนันท์ คงชุ่ม	พยาบาล งานพัฒนาคุณภาพ รพ.
21.	นางสาวขนิษฐา ซันซี	นักจัดการงานทั่วไป งานพัฒนาคุณภาพ รพ.
22.	นางสาวสุกัญญา บุญยะวาศ	ผู้ปฏิบัติงานทั่วไป งานพัฒนาคุณภาพ รพ.
23.	นางสาวสุพิชชา บุญช่วย	พยาบาล OR

ผู้ทำหน้าที่ FA คือ พญ.รัชพร ทวีรุจจนะ รองผู้อำนวยการฝ่ายพัฒนาคุณภาพ รพ.

ผู้ทำหน้าที่ Note Taker คือ นางพัทธนันท์ คงชุ่ม พยาบาล งานพัฒนาคุณภาพ รพ.

ประเด็นหารือ คือ ประเด็น Safe Surgery : S 1.4 Venous Thromboembolism

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริม กระตุ้นบรรยากาศ สร้างการมีส่วนร่วม ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระบบบริหารจัดการความเสี่ยง โดยบูรณาการ 2P Safety Goals.
2. เพื่อให้การจัดทำทะเบียนความเสี่ยง (Risk Register) ครอบคลุมกลุ่มโรคสำคัญของแต่ละ CLT อุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไป และ 2P Safety Goal: (SIMPLE)2
3. เพื่อร่วมกันสร้างแนวทางการบริหารจัดการที่เป็นแนวทางกลางขององค์กร ในการสื่อสาร ปฏิบัติ และวัดผลลัพธ์ในแนวทางเดียวกัน (Flow/ GPG/แบบประเมินความเสี่ยงต่อ VTE/KPI/CQS)

Out Come CoP

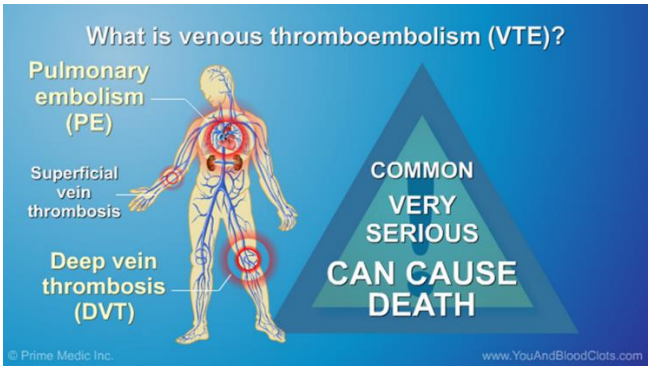
1. Update CQS VTE
2. รูปแบบการประเมิน แบบประเมินกลางที่ใช้ร่วมกัน
3. KPI ในประเด็น Process indicator และ Outcome indicator
4. ระบบการรายงานอุบัติการณ์ และ ข้อมูล under report และ Risk register
5. การพัฒนา CPG

เริ่มต้น CoP เวลา 13.00 น.

เหตุผลที่เลือกประเด็น VTE ขึ้นมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เนื่องจากปัจจุบันมีผู้ป่วยจำนวนมากที่มีความเสี่ยงต่อภาวะ VTE โดยจากข้อมูลของภาควิชา Orthopedic พบว่าปี 2562 มีผู้ป่วยที่มีภาวะ VTE 7 case และยังเกิดเหตุการณ์ระดับ I ในหลายๆ ภาควิชา เช่น อายุรศาสตร์ สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ศัลยศาสตร์

Definition :

VTE หมายถึง ภาวะการเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำ ซึ่งถ้าอยู่ส่วนลึกของขา (Deep vein thrombosis) และอยู่บริเวณเหนือข้อเข่าขึ้นไป (Proximal DVT) จะมีโอกาสเกิดการอุดกั้นในปอด (Pulmonary embolism) อย่างเฉียบพลัน



Goal:

ป้องกันการเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำของขา (Deep Vein Thrombosis) และภาวะลิ่มเลือดอุดกั้นในปอด (Pulmonary Embolism; PE)

Why:

การเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำของขาและมีภาวะลิ่มเลือดอุดกั้นในปอด เป็นภาวะแทรกซ้อนที่ฉับพลันและรุนแรง มีระดับความรุนแรงตั้งแต่น้อยไปหามาก ทำให้เกิดพยาธิสภาพที่แตกต่างกัน อาจจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตถึงแม้จะได้รับการรักษา ทำให้ผู้ป่วยมีอัตราตายสูง ซึ่งถ้าผู้ดูแลรักษาตระหนักถึงปัญหานี้และมีการประเมินปัจจัยเสี่ยงอย่างเป็นระบบ โดยนำมาตรการป้องกันมาใช้อย่างเหมาะสมจะสามารถลดปัญหานี้ได้

Process :การประเมินในผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล ต้องประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด VTE

1. ข้อมูลของผู้ป่วย (Demographic data) เช่น อายุ เพศ ฯลฯ
2. ประวัติหรือประวัติครอบครัว เคยเป็น VTE มาก่อน
3. มีประวัติเคยเป็นมะเร็งที่ใดที่หนึ่งหรือกำลังเป็นอยู่
4. ได้รับฮอร์โมนอย่างต่อเนื่อง
5. มีการบาดเจ็บของหลอดเลือด (Major vascular injuries) เช่น Pelvic fracture
6. นอนนานเกิน 4 วันหลังผ่าตัด (Delayed ambulation) ฯลฯ

นอกจากประเมินความเสี่ยงดังกล่าวนี้แล้ว สำหรับโรงพยาบาลที่มีความพร้อมอาจจะใช้ "Caparini Risk Assessment Model for VTE""

การป้องกัน มีมาตรการในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยง ดังนี้

1. ให้คำแนะนำกับผู้ป่วยให้ออกกำลังข้อเท้า (Foot ankle exercise, ankle pump)
2. การลุกจากเตียงโดยเร็ว (Early ambulation)
3. Mechanical prophylaxis ได้แก่ สวมถุง Graduated Compression Stockings (GCS) หรือสวมIntermittent pneumatic compression devices (IPCD) ถ้าโรงพยาบาลมี

อุปกรณ์นี้ และผู้ป่วยไม่มีข้อห้าม เช่น Severe peripheral arterial disease, Congestive Heart Failure (CHF), Acute superficial venous thrombosis

4. Pharmacological prophylaxis ในกรณีที่ต้องใช้ยาป้องกัน VTE เช่น Aspirin, Heparin, หรือยาอื่น ๆ จำเป็นต้องประเมินภาวะเลือดออกผิดปกติก่อนเสมอ โดยปฏิบัติตามหลักฐานทางวิชาการ หรือตามคำแนะนำขององค์กรวิชาชีพหลังผ่าตัดมีการเฝ้าระวังอาการของ DVT เช่น อาการปวด/บวมของขา ควรมีการตรวจร่างกายและตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อหาสาเหตุ ถ้าอาการดังกล่าวเกิดจาก DVT ที่ตำแหน่งเหนือหัวเข่า ต้องรีบให้การดูแลรักษาอย่างเหมาะสม เพื่อลดการเกิด Pulmonary Embolism (PE)

Training :

- ❑ ให้ความรู้และทบทวนภาวะ VTE แก่ผู้ร่วมงาน
- ❑ เมื่อมีกรณีการเกิด VTE ต้องจัดให้มีการทบทวนและอภิปรายร่วมกัน

Monitoring : ควรมีการติดตามดังต่อไปนี้

1. มีการประเมินโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะนี้ในผู้ป่วย
2. เน้นการซักประวัติปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ
3. นำมาตรการป้องกันที่เหมาะสมมาใช้
4. เก็บข้อมูลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีขาบวม และให้การวินิจฉัยว่าเป็น Proximal DVT (สูงกว่าหัวเข่า)
5. เก็บข้อมูลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น PE โดยการทำ Computed Tomography Angiography (CTA) เพื่อหาปัจจัยของการเกิด

Pitfall :

- ❑ การขาดความตระหนักของผู้ปฏิบัติงานในเรื่องนี้ ถึงแม้จะมีข้อมูลเชิงประจักษ์
- ❑ ประเทศไทยควรมีข้อมูล VTE ในระดับชาติเพื่อใช้ในการเปรียบเทียบและศึกษาแนวทางดำเนินการ

มาตรฐาน HA :

การปฏิบัติตามแนวทางข้างต้น คือการปฏิบัติตามมาตรฐาน โรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 ตอนที่ III หมวดที่ 4 หัวข้อ 4.3 การดูแลเฉพาะ (PCD.3) ข. การผ่าตัด (1)

ประเด็นที่ได้จาก Community of Practice

1. แบบประเมินมีความหลากหลาย เมื่อพิจารณาความเหมาะสมกับบริบท พบว่าหากทำตามทุกข้อของแบบประเมิน บางประเด็นไม่เหมาะกับบริบทศูนย์การแพทย์ฯ และยากต่อการปฏิบัติของทีม
2. กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงที่เคยพบที่ศูนย์การแพทย์ ฯ ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องใช้เวลาในการผ่าตัดเวลานาน ผู้ป่วย case มะเร็งทางนรีเวชทุกราย ผู้ป่วยอายุรศาสตร์ที่นอนนาน ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทาง Orthopedic จากประสบการณ์พบว่า case มะเร็งทางนรีเวช ถึงแม้จะมีการประเมินและเฝ้าระวัง แต่ก็ยังมีอุบัติการณ์เกิดขึ้น เนื่องจากมีความเสี่ยงสูงโดยภาวะโรคอยู่แล้ว ดังนั้น ทักษะการประเมินและเฝ้าระวังจึงมีความสำคัญ
3. อุปกรณ์ Pneumatic pump ทางศูนย์การแพทย์ฯ มีไม่เพียงพอ และระบบการบริหารจัดการยังกระจัดกระจาย โดยปัจจุบันที่ตรวจเช็คได้ คือ ทาง OR มี 4 เครื่อง W14/1 มี 1 เครื่อง W14/2 มี 1 เครื่อง

W8/1 มี 1 เครื่อง W8/2 มี 1 เครื่อง W semi-med มี 1 เครื่อง และมีอีกจำนวนหนึ่งอยู่ที่ ฝ่ายการพยาบาล

4. ความคุ้มค่า คุ้มทุน และ matching เครื่องและถุงเท้า
5. การเก็บข้อมูล KPI ไม่ได้กำหนดชัดเจน และประเทศไทยยังไม่มีฐานข้อมูล VTE ทั้งในระบบ THIP, UHosNet และ EpNet
6. บุคลากรหน้างานไม่ทราบว่า ต้องรายงานเข้าสู่ระบบ HRMS จึงมีแต่การเก็บข้อมูลที่หน่วยงาน และไม่มีการทบทวนและหาแนวทางป้องกันหลังเกิดเหตุ
7. มีการพัฒนา KM ในหน่วยงาน 12/2 ในการป้องกันภาวะ VTE ร่วมกับแพทย์

ประเด็นการพัฒนาที่ได้จาก Community of Practice

ประเด็นการพัฒนา	ผู้รับผิดชอบ
1.เห็นควรมีการพัฒนาแบบประเมินความเสี่ยงต่อภาวะ VTE ร่วมกัน โดยการค้นคว้าเนื้อหาวิชาการจาก http://thrombosiscanada.ca/wp-content/uploads/2017/04/VTE-Risk-Assessment-Tool-Caprini-Score-Card-Eng-30Apr2018.pdf และ https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0031/812938/vte-prevention-guideline.pdf	ทีมพัฒนาคุณภาพร่วมกับทีม CoP VTE
2.ขอให้มีการประเมินความเสี่ยงทุก case ที่ต้องได้รับการผ่าตัดทั้ง case ศัลยกรรม และ case มะเร็งทางนรีเวช โดย resident และหากมีความเสี่ยงต้องแจ้งแพทย์เจ้าของไข้ทุก case เพื่อพิจารณาแนวทางการรักษา และหากต้องรับการผ่าตัด *หากไม่มีการประเมิน จากวิสัญญีจะไม่มีการดมยา*	ทีม CLT surg. ทีม CLT สูติ-นรีเวช ทีม CLT วิสัญญี
3.ใน case ที่มีการประเมินว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะ VTE ควรมีป้าย Identify ที่เตียง เพื่อให้ทีมที่ให้การดูแลรักษาทุกคน เฝ้าระวัง และ monitor ติดตาม	ทุกทีมที่ให้การดูแลรักษา
4.ในกรณี case อายุรศาสตร์ เช่น bed ridden Hypercoagulation ... ขอให้ภาคอายุรศาสตร์พิจารณาประเมินความเสี่ยงในลำดับต่อไป	ทีม CLT อายุรศาสตร์
5.การบริหารจัดการเครื่อง Pneumatic pump จากการหารือในประเด็นความคุ้มค่าคุ้มทุน ควรเจรจากับบริษัทที่ขาย ในการเจรจาซื้อถุงเท้าแต่ขอแถมเครื่อง ในกรณีมีความจำเป็นต้องใช้จำนวนมาก	ทีมผู้บริหาร ทีม CLT ที่เกี่ยวข้อง และงานพัสดุ
6.ทีมควรร่วมกับพัฒนา Flow Chart การดูแล case VTE การ Set ระบบ consult คำแนะนำ ข้อสังเกต Early detection ในกลุ่มเสี่ยง การใช้ well score	ทีมพัฒนาคุณภาพร่วมกับทีม CoP : VTE
7.KPI กลางในการเก็บข้อมูล VTE ของศูนย์การแพทย์ฯ คือ 7.1 ร้อยละการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะ VTE เป้าหมาย 100% 7.2 จำนวนอุบัติการณ์ผู้ป่วยได้รับอันตรายจากภาวะ VTE ระดับ E ขึ้นไป เป้าหมาย 0 ครั้ง 7.3 ร้อยละของการปฏิบัติตามมาตราการที่วางไว้ (Flow Chart)	

ประเด็นการพัฒนา	ผู้รับผิดชอบ
โดยระบบการเก็บข้อมูล ทีมพัฒนาคุณภาพจะออกแบบรูปแบบการเก็บข้อมูลเพื่อรวบรวมเข้าสู่ส่วนกลางต่อไป รวมถึงการพัฒนา Risk Owner : VTE ของแต่ละภาควิชา	
8.ส่งเสริมให้มีการรายงานอุบัติการณ์ VTE เข้าสู่ระบบ HRMS	
9.พัฒนาระบบ Fast Track VTE	
10.ส่งเสริมการให้ความรู้ พัฒนาทักษะบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ในการประเมินภาวะเสี่ยง การเฝ้าระวัง การใช้ Early Warning sign การดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะ PE	

การติดตาม

ขอให้มีการนัดประชุม CoP VTE ครั้งที่ 2 เพื่อร่วมกันพิจารณาแบบประเมิน VTE ที่ได้พัฒนาขึ้น รวมถึงร่วมกันพัฒนา Flow การดูแล VTE ร่วมกันต่อไป โดยวันเวลาจะแจ้งให้ทีมทราบอีกครั้ง

ปิด CoP เวลา 16.00 น.

บันทึกโดย งานบริหารจัดการความเสี่ยง งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

.....

ภาพ Community of Practice