

SAFETY PRACTICE IN PRIVATE HOSPITAL

PRAWEEN J. MD. FTCEP
EMERGENCY PHYSICIAN OF BDMS

SAFETY FROM WHAT ?

Malpractice

Hospital

Patient and family

Colleagues

Medical errors

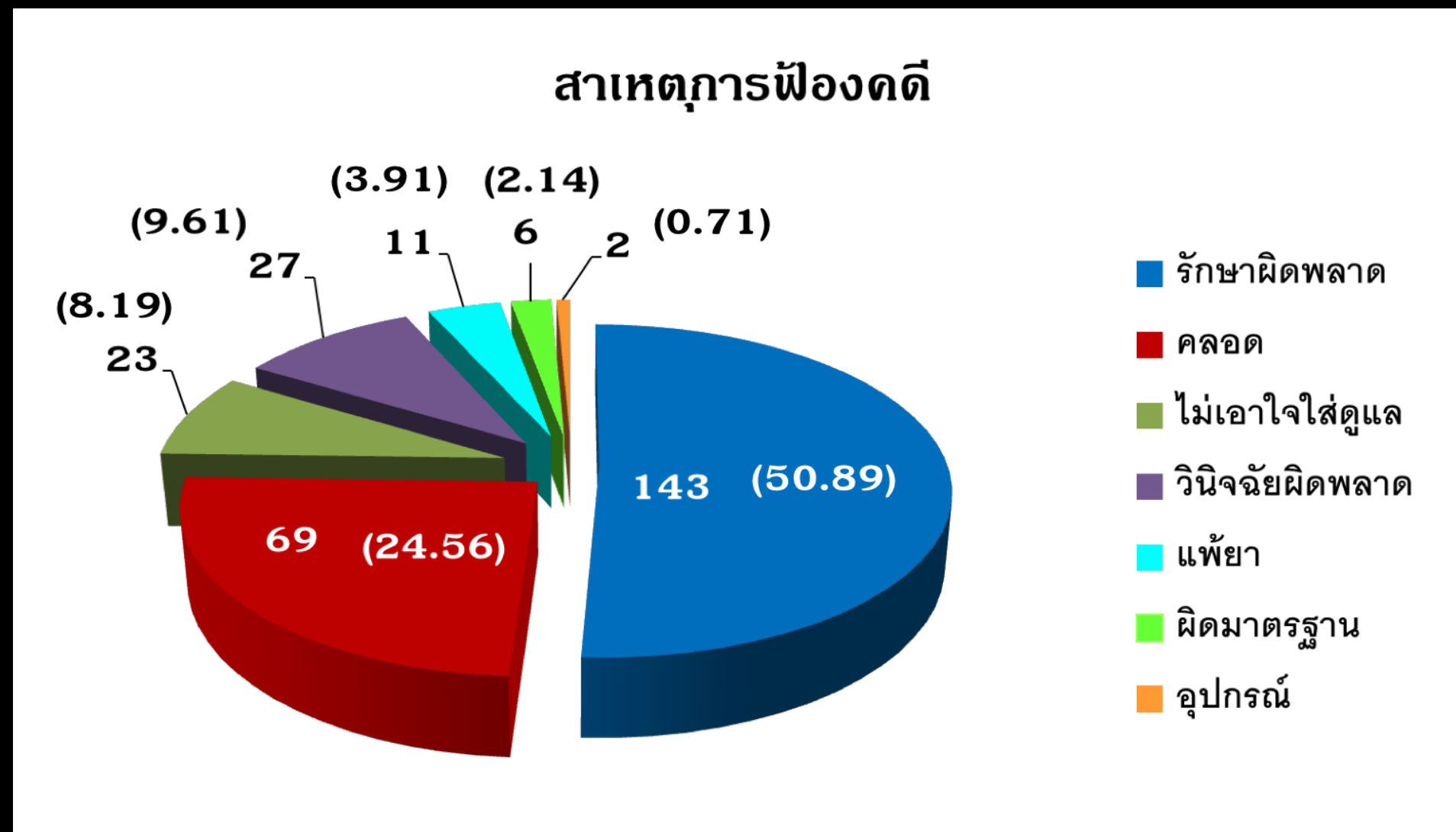
Quality first or Quantity first ?

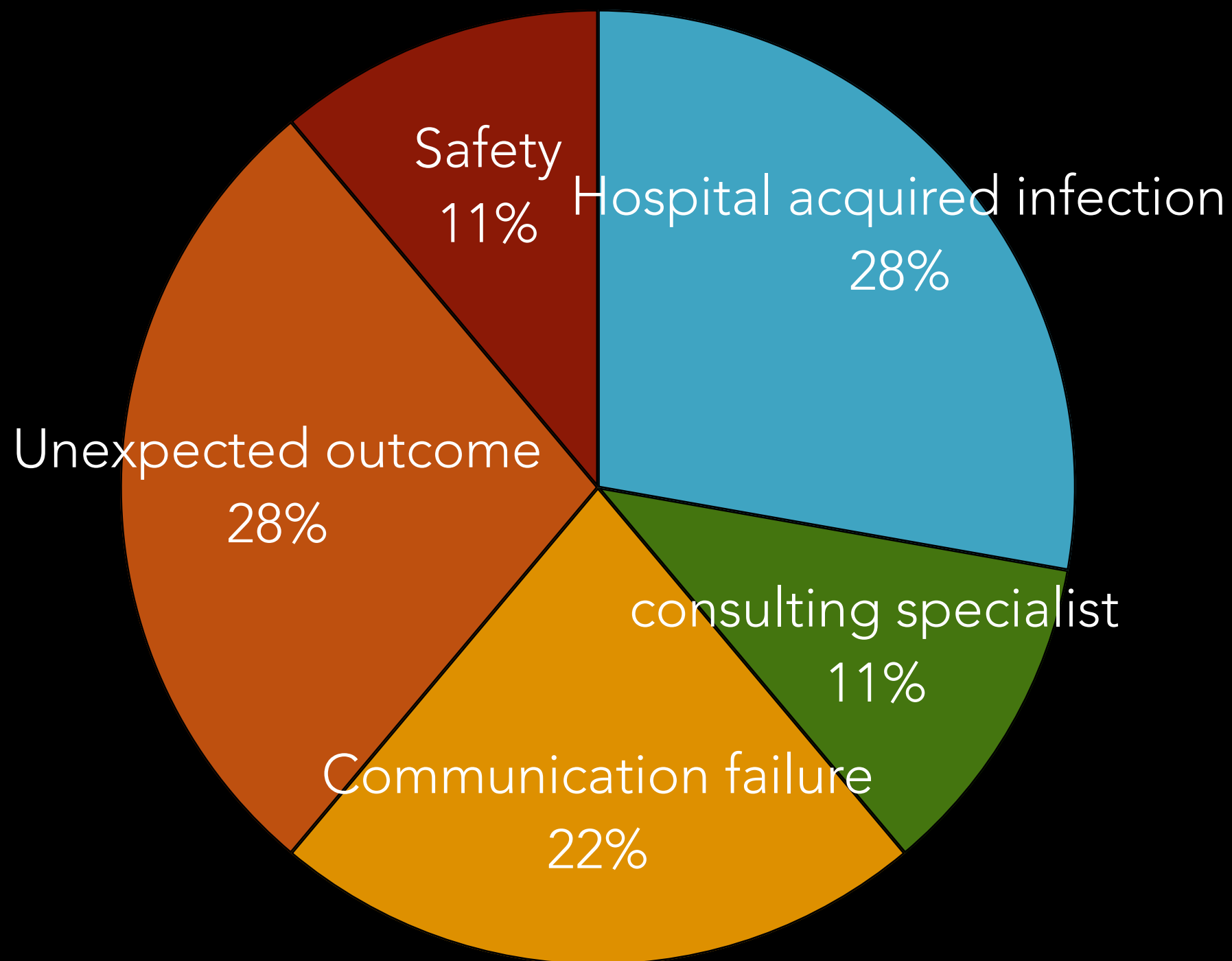
AMERICA FIRST

Patient Safety FIRST

สถิติการฟ้องร้อง

ในประเทศไทย ล่าสุด 30 ตุลาคม 2560





การฟ้องร้องค่าเสียหายกรณีแพ่งและอาญา

- การฟ้องร้องในคดีแพ่ง
 - ความรับผิดในทางสัญญา Contractual relationship
 - ความรับผิดในทางละเมิด Liability for malpractice

- ความรับผิดชอบในทางสัญญา Contractual relationship
- ในสถานประกอบการเอกชน หากเป็นกรณีปกติ ไม่มีภาวะฉุกเฉินเร่งด่วน ในแง่กฎหมายแล้ว แพทย์หรือสถานพยาบาลสามารถปฏิเสธการให้การรักษายาบาลได้ ถือว่าสัญญายังไม่เกิดขึ้น
- ในสถานพยาบาลรัฐ ไม่สามารถปฏิเสธการให้การรักษายาบาลได้ เนื่องจากเป็นการให้บริการสาธารณะที่ต้องให้บริการแก่ประชาชน

ความรับผิดจากการละเมิด LIABILITY FOR MALPRACTICE

- กฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 420 “ผู้ใดจงใจหรือประมาทเลินเล่อทำต่อบุคคลอื่นโดยผิดกฎหมาย ให้เขาเสียหายถึงแก่ชีวิตก็ดี แก่ร่างกายก็ดี เสรีภาพก็ดี ทรัพย์สินหรือสิทธิอย่างใดอย่างหนึ่ง ท่านว่าผู้นั้นทำละเมิด จำต้องใช้ค่าสินไหมทดแทนเพื่อการนั้น”

การฟ้องร้องทางอาญา

- มาตรา 291 “ผู้ใดกระทำโดยประมาทและการกระทำนั้นเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตายต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสิบปีและปรับไม่เกินสองหมื่นบาท”

การฟ้องร้องทางอาญา

- มาตรา 300 “ได้รับอันตรายสาหัส จำคุกไม่เกินสามปี”
- มาตรา 390 “ได้รับอันตรายแก่กายหรือจิตใจ จำคุกไม่เกินหนึ่งเดือน”

การฟ้องร้องทางอาญา

- มาตรา 323 “ผู้ใดล่วงรู้หรือได้มาซึ่งความลับของผู้อื่น... โดยเหตุที่ประกอบอาชีพเป็นแพทย์ เภสัชกร คนจำหน่ายยา นางผดุงครรภ์ ผู้พยาบาล...หรือโดยเหตุที่เป็นผู้ช่วย ในการประกอบอาชีพนั้น และเปิดเผยความลับในประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้หนึ่งผู้ใด ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

การฟ้องร้องทางอาญา

- มาตรา 269 "ผู้ใดประกอบกิจการงานในวิชาแพทย์ กฎหมาย บัญชี หรือวิชาอื่นใด ทำคำรับรองเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่นหรือประชาชน ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสองปี หรือปรับไม่เกินสี่พันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

สิทธิของประชาชนตาม พรบ.ที่เกี่ยวข้อง

- มาตรา 8 พรบ.สุขภาพแห่งชาติ พศ.2550 วรรคหนึ่ง
- “ในการ บริการสาธารณสุขบุคคลากรด้านสาธารณสุขต้องแจ้ง ข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ ให้ผู้รับบริการ ทราบอย่างเพียงพอที่ผู้รับบริการจะใช้ประกอบการตัดสินใจ ในการรับหรือไม่รับบริการใด และในกรณี ที่ผู้รับบริการ ปฏิเสธไม่รับบริการ ใดจะให้บริการนั้นมิได้

คำประกาศสิทธิผู้ป่วย พ.ศ. 2541

- ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและเข้าใจชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตนเว้นแต่เป็นการช่วย เหนือรีบด่วนหรือจำเป็น

การฟ้องร้องคดีผู้บริโภค



ฟ้องหมอ-รพ.ดัง เรียก31.2ล้าน ลูกติดหัวคด09ตาย

สองสามีภรรยายื่นฟ้องหมอกับบริษัทโรงพยาบาล
มีชื่อ เรียกค่าเสียหาย 31.2 ล้านบาท เหตุลูกเข้า
รักษาตัวและเสียชีวิตด้วยหวัด 2009 ประธาน
เครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์เผยเคยไปพบ
นายกฯกับ รมว.สาธารณสุขแต่เรื่องเงียบจนเหลือ
เวลาอีกวันเดียวจะหมดเขตเลยต้องฟ้อง...

EMTALA >> UCEP

Individual Physician Penalties Resulting From Violation of Emergency Medical Treatment and Labor Act: A Review of Office of the Inspector General Patient Dumping Settlements, 2002–2015

Sophie Terp, MD, MPH, Brandon Wang, BS, Brian Raffetto, MD, MPH, Seth A. Seabury, PhD, and Michael Menchine, MD, MPH

ABSTRACT

Objective: The objective was to describe characteristics of civil monetary penalty settlements levied by the Office of the Inspector General (OIG) against individual physicians related to violation of the Emergency Medical Treatment and Labor Act (EMTALA).

Methods: Descriptions of all civil monetary penalty settlements between 2002 and 2015 were obtained from the OIG. Characteristics of settlements against individual physicians related to EMTALA violations were described including settlement date, location, amount, whether there was an associated hospital settlement, the medical specialty of the physician involved, and the nature of the allegation.

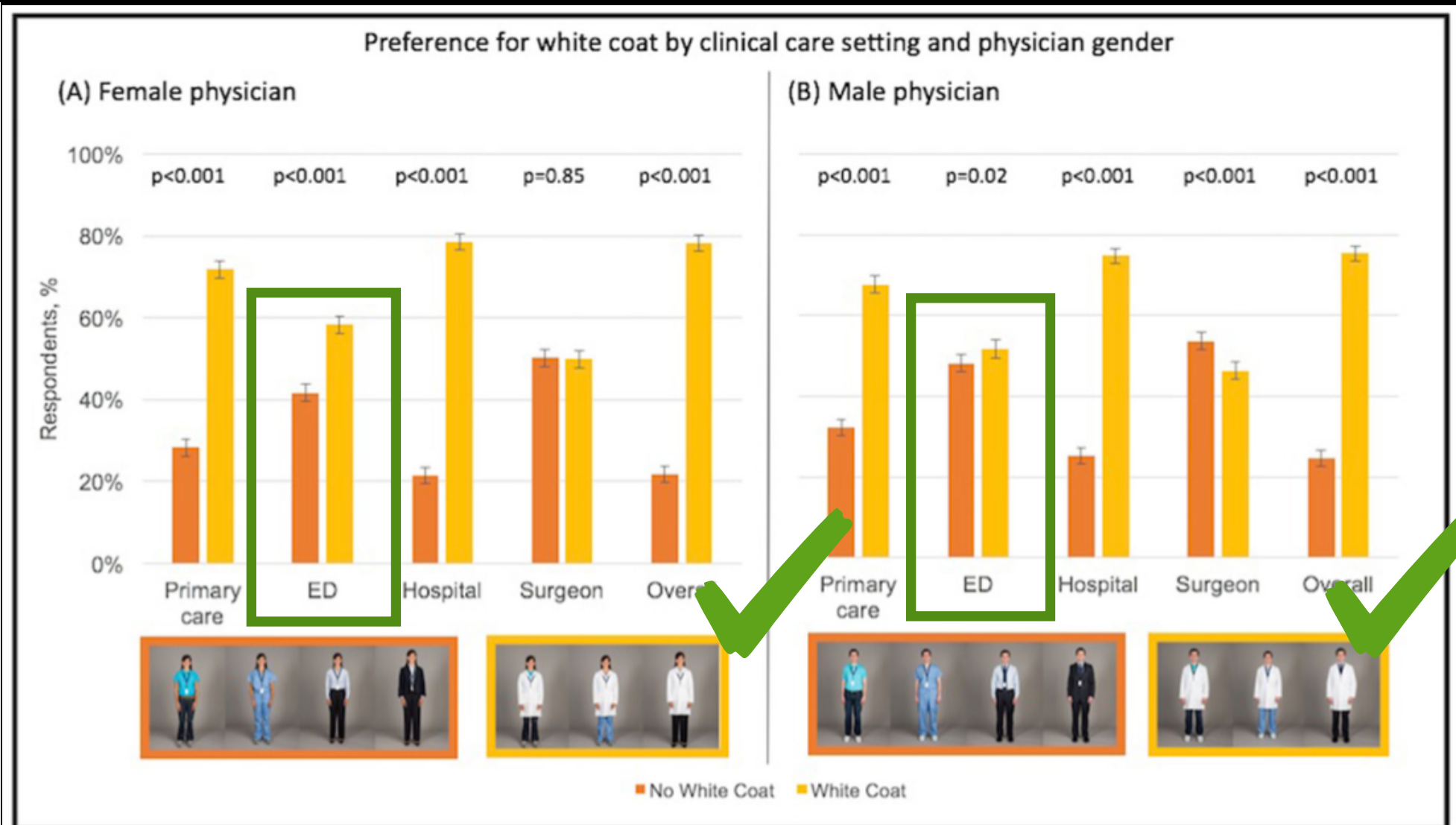
Results: Of 196 OIG civil monetary penalty settlements related to EMTALA, eight (4%) were levied against individual physicians, and 188 (96%) against facilities. Seven of the eight penalties against individual physicians were imposed upon on-call specialists, including six who failed to respond to evaluate and treat a patient in the emergency department (ED), and one who failed to accept appropriate transfer of a patient requiring higher level of care. The only penalty imposed on an emergency physician involved a case where a provider repeatedly failed to provide a medical screening examination to a pregnant teen based on the erroneous belief that a minor could not be evaluated or treated absent parental consent. Four of eight penalties against individual physicians were levied within the first 3 years of the 14-year study period. Half of all physician settlements were associated with a separate hospital civil monetary penalty settlement.

Conclusions: For emergency physicians, a civil monetary penalty is a feared consequence of EMTALA enforcement, as a physician can be held individually liable for fine of up to \$50,000 not covered by malpractice insurance. Although EMTALA is an actively enforced law, and violation of the EMTALA statute often results in hospital citations and fines, and occasionally facility closure, we found that individual physicians are rarely penalized

DRESS

Table 2 Respondent preferences for physician attire (by setting)

| Preference for physician attire (by Setting) | Total no (%) |
|--|--------------|
| Which doctor would you prefer for your primary care physician? | n=3959 |
| Casual | 133 (3) |
| Casual and white coat | 417 (11) |
| Scrubs | 201 (5) |
| Scrubs and white coat | 586 (15) |
| Formal | 610 (15) |
| Formal and white coat | 1758 (44) |
| Business suit | 251 (6) |
| Which doctor would you prefer to see when visiting the emergency room? | n=3966 |
| Casual | 54 (1) |
| Casual and white coat | 240 (6) |
| Scrubs | 1577 (40) |
| Scrubs and white coat | 1351 (34) |
| Formal | 113 (3) |
| Formal and white coat | 592 (15) |
| Business suit | 39 (1) |
| Which doctor would you prefer when in the hospital? | n=3946 |
| Casual | 61 (2) |
| Casual and white coat | 351 (9) |
| Scrubs | 412 (10) |
| Scrubs and white coat | 1126 (29) |
| Formal | 280 (7) |
| Formal and white coat | 1546 (39) |
| Business suit | 170 (4) |
| Which doctor would you prefer for your surgeon? | n=3952 |
| Casual | 32 (1) |
| Casual and white coat | 151 (4) |
| Scrubs | 1648 (42) |
| Scrubs and white coat | 926 (23) |
| Formal | 150 (4) |
| Formal and white coat | 824 (21) |
| Business suit | 221 (6) |
| Overall, which clothes do you feel your doctor should wear? | n=3924 |
| Casual | 60 (2) |
| Casual and white coat | 292 (7) |
| Scrubs | 329 (8) |
| Scrubs and white coat | 1013 (26) |
| Formal | 340 (9) |
| Formal and white coat | 1708 (44) |
| Business suit | 182 (5) |



Preference for white coat by clinical care setting and physician gender. ED, emergency department.

GREETING AND INTRODUCING

- สวัสดีครับ ผมหมอประวิณ เป็นหมอฉุกเฉินครับ
- Hi, I am Dr.Praween , I'm Emergency Physician

PRESENT ILLNESS AND PHYSICAL EXAMINATION

- ชักถาม
- รับฟัง
- ตรวจร่างกายให้ครอบคลุม
- ฟังระลึกไว้ว่าเราเป็นแพทย์มืออาชีพ ผู้ป่วยที่ผ่านมือเราควรจะรู้สึกถึงความคุ้มค่าที่ได้มาพบเรา

PHYSICIAN-PATIENT COMMUNICATION

- Verbal and non-verbal
- ให้คำแนะนำแนวทางการรักษา ให้ชัดเจน ตามแนวทางมาตรฐาน
- ไม่ต่อต้านความต้องการ
- พยายามให้มีบุคคลที่สามเสมอเวลา ให้คำแนะนำ โดยเฉพาะญาติ หากเป็นไปได้ควรมีเอกสารหรือ Consent form ด้วย

PHYSICIAN'S EXPLANATION

- ปัจจัยที่ต้องพิจารณาในการสื่อสารกับผู้ป่วย
- Before treatment
- Patient's consent was obtained
- Patient factors : Gender, Age
- Number of physician involvement
- Medical facility or policy

RESEARCH ARTICLE

Open Access

Physicians' explanatory behaviours and legal liability in decided medical malpractice litigation cases in Japan

Tomoko Hamasaki¹ and Akihito Hagihara^{2*}

Abstract

Background: A physician's duty to provide an adequate explanation to the patient is derived from the doctrine of informed consent and the physician's duty of disclosure. However, findings are extremely limited with respect to physicians' specific explanatory behaviours and what might be regarded as a breach of the physicians' duty to explain in an actual medical setting. This study sought to identify physicians' explanatory behaviours that may be related to the physicians' legal liability.

Methods: We analysed legal decisions of medical malpractice cases between 1990 and 2009 in which the pivotal issue was the physician's duty to explain (366 cases). To identify factors related to the breach of the physician's duty to explain, an analysis was undertaken based on acknowledged breaches with regard to the physician's duty to explain to the patient according to court decisions. Additionally, to identify predictors of physicians' behaviours in breach of the duty to explain, logistic regression analysis was performed.

Results: When the physician's explanation was given before treatment or surgery ($p = 0.006$), when it was relevant or specific ($p = 0.000$), and when the patient's consent was obtained ($p = 0.002$), the explanation was less likely to be deemed inadequate or a breach of the physician's duty to explain. Patient factors related to physicians' legally problematic explanations were patient age and gender. One physician factor was related to legally problematic physician explanations, namely the number of physicians involved in the patient's treatment.

Conclusion: These findings may be useful in improving physician-patient communication in the medical setting.

PROVISIONAL DIAGNOSIS

- Plan of investigations >> ผล Investigation อาจออกมาแล้วไม่เป็นไปตามที่เราคาด
- Plan of managements

- อันนี้เทียบระหว่าง Resident/non-resident แต่ก็ปัจจัยที่เราคุ้นเคย อย่าง skill, document, communication
- "Clinical judgment, communication and documentation are the most prevalent contributing factors in all cases and should be targets for risk-reduction strategies. "

NCBI Resources How To

PubMed.gov
US National Library of Medicine
National Institutes of Health

PubMed Advanced

Format: Abstract Send to

Acad Emerg Med. 2018 Apr 17. doi: 10.1111/acem.13430. [Epub ahead of print]

Comparison of Emergency Medicine Malpractice Cases Involving Residents to Non-Resident Cases.

Gurley KL^{1,2}, Grossman SA³, Janes M⁴, Yu-Moe CW⁴, Song E⁴, Tibbles CD⁵, Shapiro NI⁶, Rosen CL⁷.

Author information

Abstract

BACKGROUND: Data are lacking on how emergency medicine (EM) malpractice cases with resident involvement differs from cases that do not name a resident.

OBJECTIVES: To compare malpractice case characteristics in cases where a resident is involved (resident case) to cases that do not involve a resident (non-resident case) and to determine factors that contribute to malpractice cases utilizing EM as a model for malpractice claims across other medical specialties.

METHODS: We used data from the Controlled Risk Insurance Company (CRICO) Strategies' division Comparative Benchmarking System (CBS) to analyze open and closed EM cases asserted from 2009-2013. The CBS database is a national repository that contains professional liability data on > 400 hospitals and > 165,000 physicians, representing over 30% of all malpractice cases in the U.S (> 350,000 claims). We compared cases naming residents (either alone or in combination with an attending) to those that did not involve a resident (non-resident cohort). We reported the case statistics, allegation categories, severity scores, procedural data, final diagnoses and contributing factors. Fisher's exact test or t-test was used for comparisons (alpha set at 0.05).

RESULTS: Eight hundred and forty-five EM cases were identified of which 732 (87%) did not name a resident (non-resident cases), while 113 (13%) included a resident (resident cases) (Figure 1). There were higher total incurred losses for non-resident cases (Table 1). The most frequent allegation categories in both cohorts were "Failure or Delay in Diagnosis/Misdiagnosis" and "Medical Treatment" (non-surgical procedures or treatment regimens i.e. central line placement). Allegation categories of Safety and Security, Patient Monitoring, Hospital Policy and Procedure and Breach of Confidentiality were found in the non-resident cases. Resident cases incurred lower payments on average (\$51,163 vs. \$156,212 per case). Sixty six percent (75) of resident vs 57% (415) of non-resident cases were high severity claims (permanent, grave disability or death) (p=0.05). Procedures involved were identified in 32% (36) of resident and 26% (188) of non-resident cases (p=0.17). The final diagnoses in resident cases were more often cardiac related 19% (21) vs 10% (71), p<0.005 whereas non-resident cases had more orthopedic related final diagnoses 10% (72) vs 3% (3), p<0.01. The most common contributing factors in resident and non-resident cases were clinical judgment 71% vs 76% (p=0.24); communication 27% vs 30% (p=0.46); and documentation 20% vs 21% (p=0.95). Technical skills contributed to 20% (22) of resident versus 13% (96) of non-resident cases (p=0.07) but those procedures involving vascular access 2.7% (3) vs 0.1% (1) and spinal procedures 3.5% (4) vs 1.1% (8) were more prevalent in resident cases (p<0.05 for each).

CONCLUSIONS: There are higher total incurred losses in non-resident cases. There are higher severity scores in resident cases. The overall case profiles, including allegation categories, final diagnoses and contributing factors between resident and non-resident cases are similar. Cases involving residents are more likely to involve certain technical skills, specifically vascular access and spinal procedures, which may have important implications regarding supervision. Clinical judgment, communication and documentation are the most prevalent contributing factors in all cases and should be targets for risk-reduction strategies. This article is protected by copyright. All rights reserved.

DILIGENT TO ENSURE APPROPRIATE PATIENT CARE

- Follow standard practice guideline
- Moral and medical ethics
- Physician and patient bonding

WELL DOCUMENTED METHODS

- Chief complaint & Present illness
- Physical examination : At least 3 systems
- Doctor comments
- Progress note
- Consent form
- Medical certificates
- Insurance claim form

CLAIM FORM

- เขียน โใบเคลม ในลักษณะเป็นกลาง
- ไม่เปลี่ยนจากดำเป็นขาว จากขาวเป็นดำ
- อย่าพยายามแก้ไขเปลี่ยนแปลง เพราะจะทำให้เราขาดความน่าเชื่อถือ



Physician

Patient

Payer



AWARENESS OF EXHAUSTION FROM JOB DUTY

- ควรพักผ่อน ให้เพียงพอ หากไม่เพียงพอ ให้รู้ตัวเองเสมอ
- เก็บอารมณ์ เก็บความรู้สึกที่ไม่ดี หายใจลึกๆ
- อย่าทะเลาะกับญาติ คนไข้ ไม่ควรโต้แย้งด้วย

UPDATE KNOWLEDGE

NO BLAME CULTURE

- หากคาดว่าจะมีปัญหา ส่งปรึกษาแพทย์ท่านอื่นได้เลย
- ถ้าอะไรไม่แน่ใจ อย่าเพิ่งทำ อย่าคิดว่าทำได้ Call for help + Consult
- หากเกิดปัญหา ให้แจ้งทีมหรือหัวหน้างานทันที
- อย่าชี้แจงจุดคนไข้ ถึงแม้ Outcome จะไม่ดี แต่ก็จะไม่มีปัญหา
- Nice person งานที่ไม่เกี่ยวข้องกับภาระงานตนเอง หากมีการร้องขอหรือไหว้วาน จงพยายามแสดง Spirit

“เอาความรักคนไข้ เป็นเกราะป้องกันตัว”

นพ.อภิชาติ พิริยกานนท์ ศัลยแพทย์ รพ.กรุงเทพขอนแก่น

“Not only safety practice, You should be a valued doctor for your career path. Your life and your family will get long lasting happiness from your professionalism.”

–PRAWEEEN JUNJUMPA MD.