ยินดีต้อนรับคณะกรรมการเยี่ยมสำรวจ แนวปฏิบัติที่ดีการบริหารความเสี่ยง

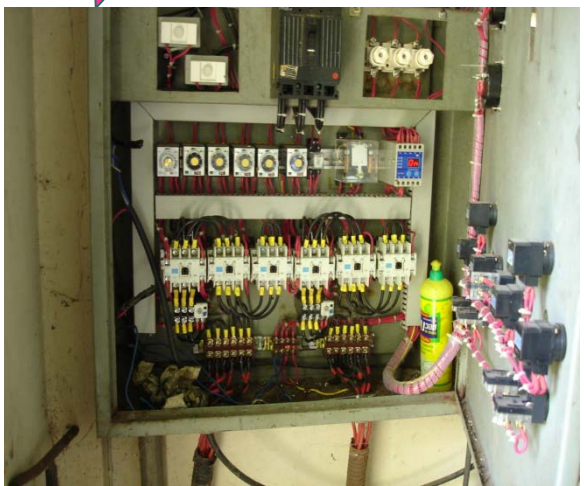
๔ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๔

การบริหารความเสี่ยง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพะเยา

RISK
MANAGEMENT
PLAN

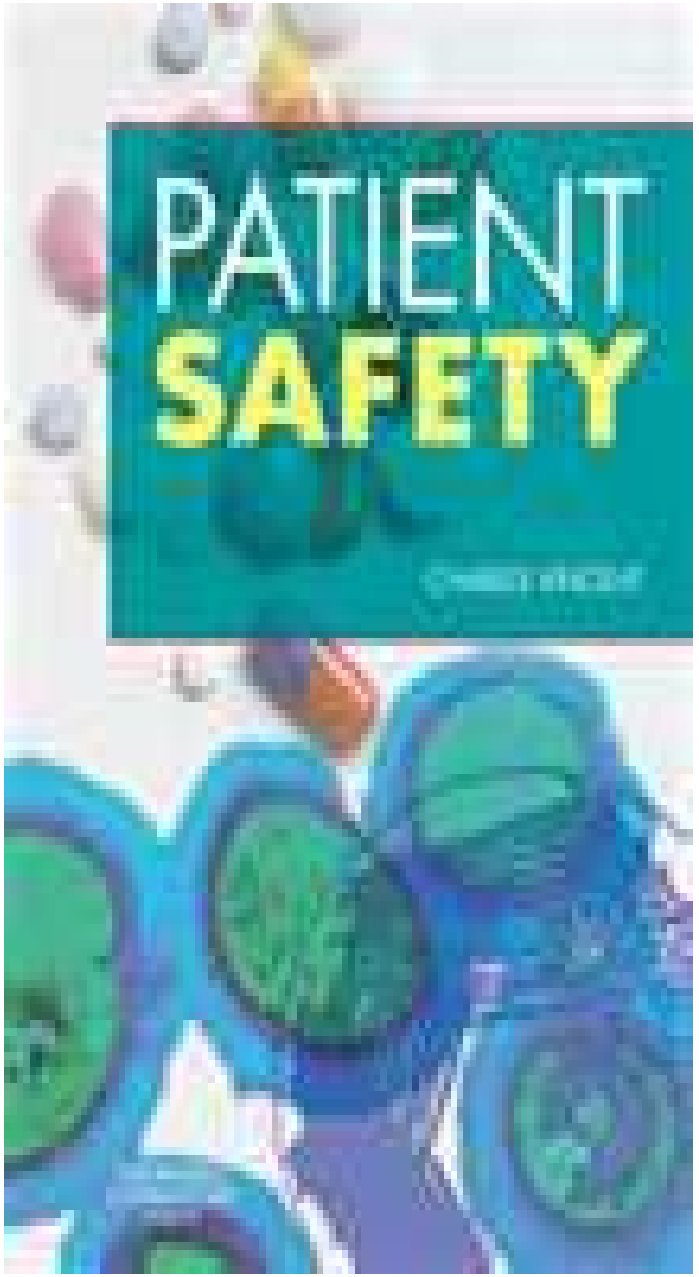
สภาพปัญหา
ด้านสิ่งแวดล้อม



อุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านการฝึกปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาล

ตัวช่วยยื้อชีวิตเยาวชนบนท้องถนน น.15/
ศูนย์เย็นคร่าชีวิต
คช.รายงาน
นสพ.จำหน่ายมากที่สุดของประเทศ
ไฟรั่วดูดตายคาที่
ของโรงพยาบาล
สลดหนูน้อยวัย 5 ขวบ ไปเยี่ยมแม่ที่นอน
ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลกับพ่อ
www.thairath.co.th

น.15/ "เสก...โลโซ" ไกอินเตอร์...ของแท้!! น.35
ผลสอบออกแล้ว
ร.พ.ผิดชัด
หมอนสะดือเด็ก
เหล็กพุ่งเสียบ
แก้มคนขับรถ


PATIENT
SAFETY

ความคิดเห็นของคณะกรรมการวิทยาลัยและผู้ใช้บัณฑิต

การแก้ไขปัญหามุ่งไปที่ตัวบุคคล มากกว่าการแก้ไขปัญหาที่ระบบ และมีการตำหนิ/ลงโทษแก่ผู้กระทำผิดพลาด

ผลการวิเคราะห์ระบบการจัดการปัญหาหรืออุบัติการณ์ความเสี่ยง

ไม่มีการทบทวนอุบัติการณ์เพื่อค้นหาสาเหตุและนำไปปรับปรุงแก้ไขอย่างเป็นระบบ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติการณ์ซ้ำ

การจัดเก็บข้อมูลอุบัติการณ์ไม่เป็นระบบ และไม่ได้นำมาวิเคราะห์อย่างเป็นระบบให้เป็นสารสนเทศเพื่อนำมาใช้ในการบริหารจัดการ

ไม่ตอบสนองและไม่สอดคล้องกับระบบบริหารความเสี่ยง ของ แหล่งฝึก

การจัดการปัญหามีลักษณะ รับ > รุก

ผลการวิเคราะห์ระบบการควบคุมภายในของวิทยาลัย

มองแยกส่วนหรือไม่บูรณาการกับการบริหารความเสี่ยง

ไม่มีการกำหนดพื้นที่เป้าหมายหน่วยงานย่อยของการควบคุมภายใน

การค้นหาความเสี่ยงไม่ครอบคลุมกระบวนการงานหลักของการปฏิบัติงานแต่ละหน่วยงาน

แผนการบริหารความเสี่ยง/ป้องกันความเสี่ยงไม่ได้ถูกนำไปสู่การปฏิบัติหรือทดสอบว่าปฏิบัติได้ผลดีไม่มีอุบัติการณ์ความเสี่ยง

ไม่มีการเฝ้าระวัง ไม่ติดตามไม่บันทึก ไม่รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ของหน่วยงานตนเอง

ระบบการตรวจสอบภายในไม่จริงจัง/ไม่ต่อเนื่องหรือทำปีละ 1 ครั้งเพื่อส่ง สบช.

ปัจจัยภายนอก

1. หลักการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี

2. มาตรฐานการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ (PMQA)

3. การทำคำรับรองการปฏิบัติราชการ

4.มาตรฐานการควบคุมภายใน พ.ศ. 2544

5. มาตรฐานการศึกษาของชาติ

6. เกณฑ์ประเมินคุณภาพการศึกษาภายนอกของ สำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา พ.ศ. 2553

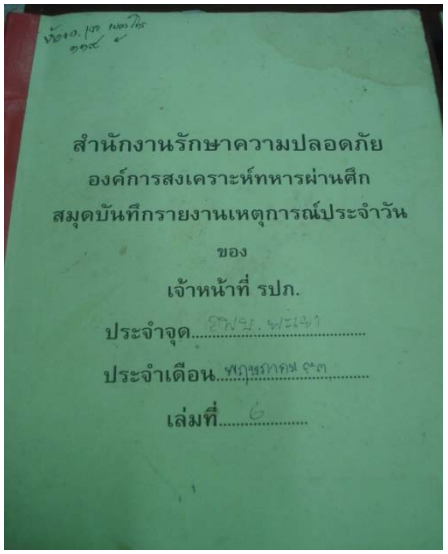
7. เกณฑ์ประเมินคุณภาพการศึกษาภายในของสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา พ.ศ. 2553

การบริหารความเสี่ยง
จึงเริ่มต้นเมื่อปี พ.ศ. 2549

วพบ.พะเยา เริ่มต้น
บริหารความเสี่ยง
อย่างไร ??

รวบรวมข้อมูล
อุบัติการณ์
ความเสี่ยง
จากแหล่งข้อมูล
ต่าง ๆ

ได้ข้อมูลอุบัติการณ์ความเสี่ยง
ย้อนหลังตั้งแต่ปี 2545



กำหนดโปรมแกรมความเสี่ยง บัญชีความเสี่ยง

1. ด้านการเงินและงบประมาณ
2. ด้านนโยบาย/การบริหารจัดการทั่วไป
3. ด้านจริยธรรม คุณธรรมนักศึกษา อาจารย์และบุคลากร
4. ด้านการปฏิบัติงานด้านการเรียนการสอน
5. ด้านการปฏิบัติงานการบริการวิชาการและศูนย์ศึกษา
6. ด้านการปฏิบัติงานการวิจัย
7. ด้านการปฏิบัติงานด้านยุทธศาสตร์และประกันคุณภาพการศึกษา
8. ด้านการปฏิบัติงานกิจการนักศึกษาหอพักและการบริการนักศึกษา
9. เหตุการณ์ภายนอกที่มีผลกระทบต่อวิทยาลัย

1.รวบรวมบันทึกเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น

2. รวบรวมเป็นบทเรียนเพื่อการแก้ไข

3. สร้างวัฒนธรรมในการเรียนรู้ร่วมกันโดยไม่กล่าวโทษกัน

จัดทำแบบบันทึกอุบัติการณ์ความเสี่ยง
จากการฝึกปฏิบัติของอาจารย์และนักศึกษา

จัด[ระบบ]ช่องทางการรายงานความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง

จัดทำคู่มือการบริหารความเสี่ยงและเผยแพร่ให้บุคลากร

กำหนดโครงสร้างงานบริหารความเสี่ยง

จัดตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

จัดอบรมให้ความรู้เรื่องการบริหารความเสี่ยงแก่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

ประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

กำหนดนโยบาย เป้าหมาย วัตถุประสงค์การบริหารความเสี่ยง

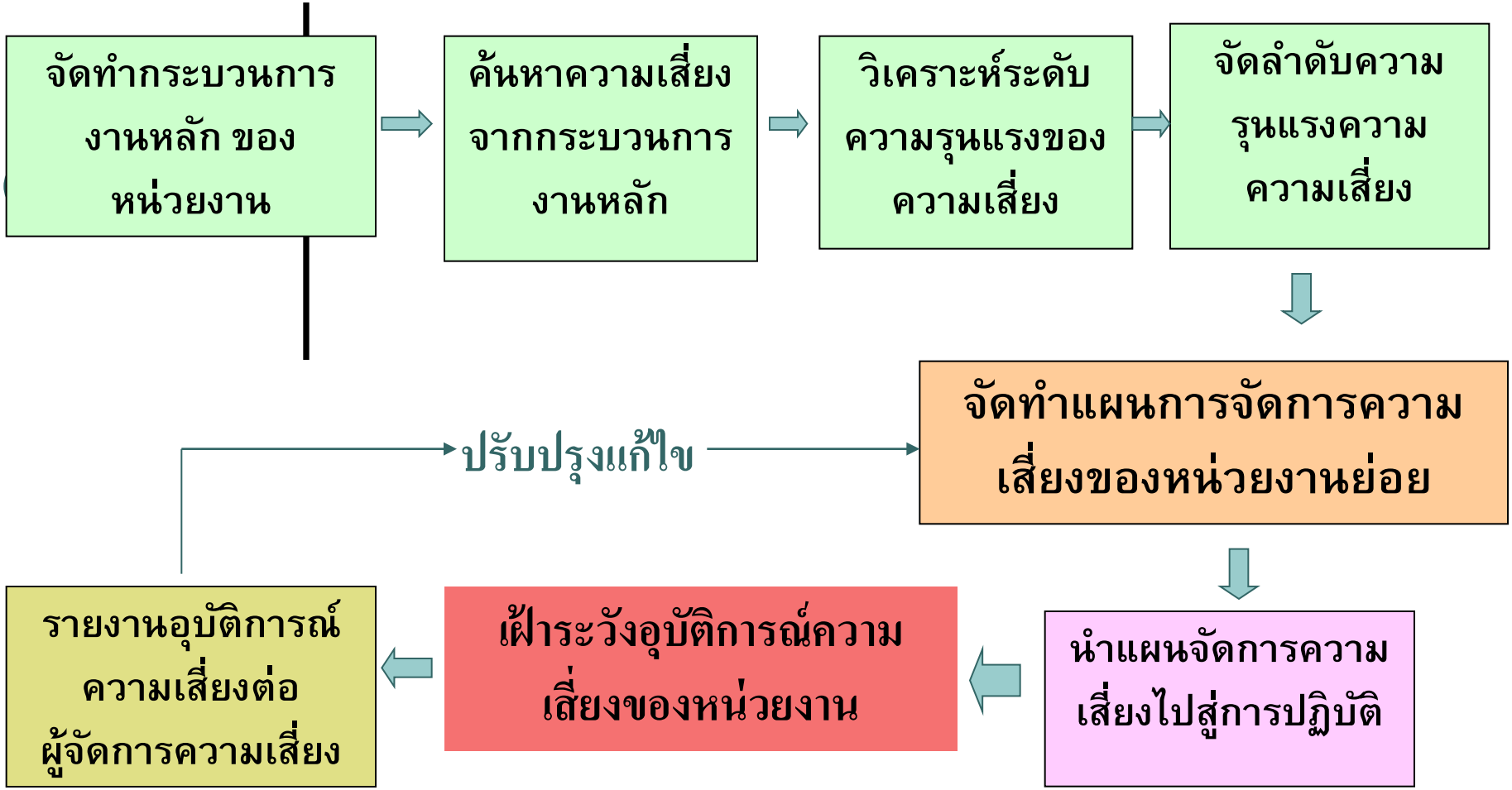
แผนพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยง

เตรียมความพร้อมและการสร้างการมีส่วนร่วมของ อาจารย์ บุคลาการสายสนับสนุน

พัฒนาทักษะการค้นหาความเสี่ยงจากกระบวนหลัก

แก่ทีมบุคลากรที่รับผิดชอบงานธุรการ

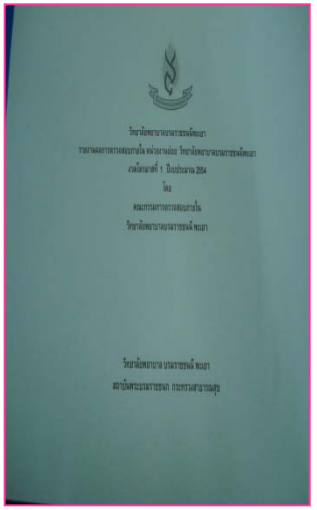
การมีส่วนร่วมของอาจารย์และเจ้าหน้าที่สายสนับสนุน



คณะกรรมการตรวจสอบภายใน

เข้าตรวจสอบภายในหน่วยงานย่อยตามแผนจัดการความเสี่ยงของหน่วยงานย่อย

จัดทำรายงานผลการตรวจสอบภายในต่อคณะกรรมการบริหาร



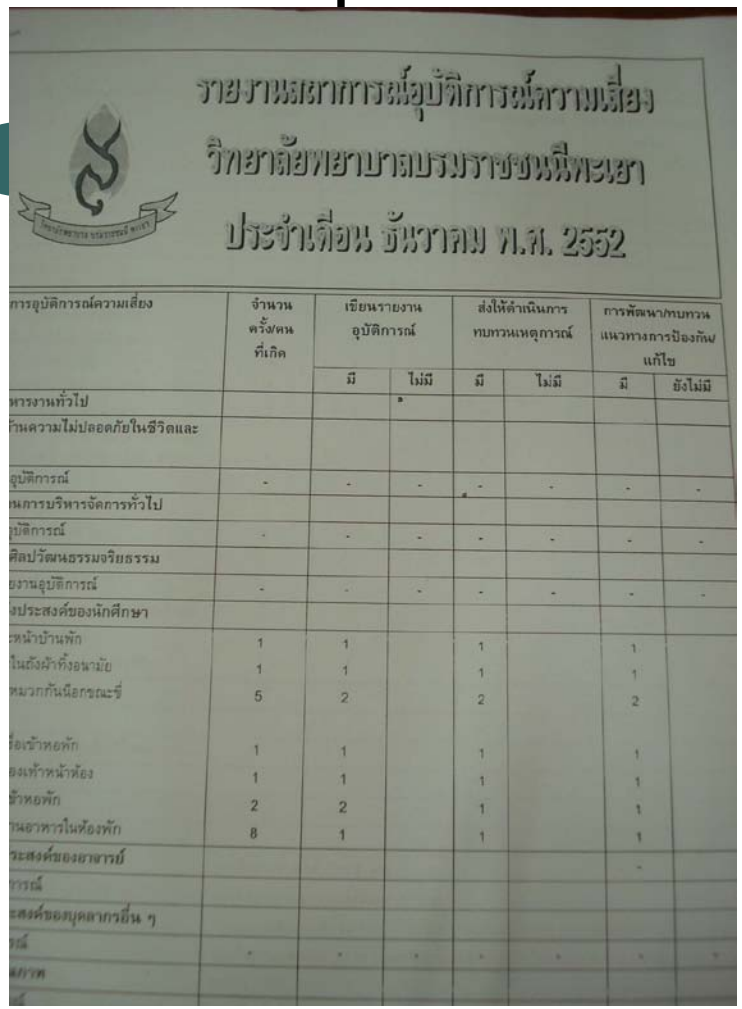
รายงานการควบคุมภายในต่อ สบช. ทุกสิ้นปีงบประมาณ

กำหนดวาระการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง และการติดตามการแก้ไขในการประชุมประจำเดือนคณะกรรมการบริหารและอาจารย์ ข้าราชการและเจ้าหน้าที่

รายงานผลการอุบัติการณ์ความเสี่ยง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพะเยา
ประจำเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2552

การอุบัติการณ์ความเสี่ยง	จำนวนครั้ง/คนที่เกิด	เขียนรายงานอุบัติการณ์		ส่งให้ดำเนินการทบทวนเหตุการณ์		การพัฒนา/ทบทวนแนวทางการป้องกัน/แก้ไข	
		มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ยังไม่มี
หารงานทั่วไป							
ำนความไม่ปลอดภัยในชีวิตและ							
อุบัติการณ์	-	-	-	-	-	-	-
นการบริหารจัดการทั่วไป							
อุบัติการณ์	-	-	-	-	-	-	-
ศิลปวัฒนธรรมจริยธรรม							
องานอุบัติการณ์	-	-	-	-	-	-	-
งประสงค์ของนักศึกษา							
หน้าบ้านพัก	1	1		1		1	
ในถังผ้าทิ้งอนามัย	1	1		1		1	
หมวกกันน็อกขณะขี่	5	2		2		2	
ือเข้าหอพัก	1	1		1		1	
องเท้าหน้าห้อง	1	1		1		1	
้าหอพัก	2	2		1		1	
านอาหารในห้องพัก	8	1		1		1	
ระสงค์ของอาจารย์						-	
ารณ์							
ะสงค์ของบุคลากรอื่น ๆ							
ณ์							
ภาพ							

เผยแพร่ สื่อสาร อุบัติการณ์ความเสี่ยง และผลการแก้ไขปรับปรุงให้กับนักศึกษา ประจำทุกเดือน



รายงานผลการอุบัติการณ์ความเสี่ยง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพะเยา
ประจำเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2552

การอุบัติการณ์ความเสี่ยง	จำนวนครั้ง/คนที่เกิด	เขียนรายงานอุบัติการณ์		ส่งให้ดำเนินการทบทวนเหตุการณ์		การพัฒนาทบทวนแนวทางการป้องกัน/แก้ไข	
		มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ยังไม่มี
หารงานทั่วไป							
ำนความไม่ปลอดภัยในชีวิตและ							
อุบัติการณ์	-	-	-	-	-	-	-
นการบริหารจัดการทั่วไป							
บัติการณ์	-	-	-	-	-	-	-
ศิลปวัฒนธรรมจริยธรรม							
งานอุบัติการณ์	-	-	-	-	-	-	-
งประสงค์ของนักศึกษา							
หน้าบ้านพัก	1	1		1		1	
ในถังผ้าทิ้งอนามัย	1	1		1		1	
หมวกกันน็อกขณะขี่	5	2		2		2	
ื่อเข้าหอพัก	1	1		1		1	
องเท้าหน้าห้อง	1	1		1		1	
ข้าหอพัก	2	2		1		1	
านอาหารในห้องพัก	8	1		1		1	
ระสงค์ของยาขาย์						-	
การณ์							
ะสงค์ของบุคลากรอื่น ๆ							
ณ์	-	-	-	-	-	-	-
ภาพ							

สรุปอุบัติการณ์ความเสี่ยงประจำปี/
ทบทวนบัญชีความเสี่ยง แนวปฏิบัติ

จัดทำคู่มือปฏิบัติงาน/ถอดบทเรียน

การบริหารความเสี่ยงความปลอดภัยผู้ป่วย กับ บทบาทของสถาบันการศึกษาที่ผลิตพยาบาลเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ

บทบาทของอาจารย์พยาบาล และนักศึกษาพยาบาลต่อความปลอดภัยผู้ป่วย

สาเหตุของการเกิดอุบัติการณ์

ความเสี่ยง

ต่อความไม่ปลอดภัยผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดจาก

พยาบาลขาดความตระหนักไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน!!!!

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพะเยาได้สร้างความตระหนัก ในเรื่องความปลอดภัยผู้ป่วย และสร้างภูมิคุ้มกันให้แก่นักศึกษาพยาบาลให้ปลอดภัยจากการถูกฟ้องร้อง

การบูรณาการวิชาการบริหารการพยาบาล
ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ

S: Safe Surgery

Thai Patient Safety Goals

S 3.2: Surgical Safety Checklist (WHO)

คณะทำงานของ WHO จัดทำ Surgical Safety Checklist ขึ้นเพื่อเป็นเครื่องมือในการตรวจสอบและสื่อสารให้เกิดความมั่นใจในความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ซึ่งจะครอบคลุมทั้งเรื่องการผ่าตัดถูกคน ถูกตำแหน่ง ไปจนถึงเรื่องการระงับความรู้สึกที่ปลอดภัย การป้องกันการติดเชื้อ และการสื่อสารที่จำเป็น*

การปฏิบัติตามแนวทางข้างต้น คือการปฏิบัติตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี ตอนที่ II หมวดที่ 4 หัวข้อ 4.2 การป้องกันการติดเชื้อ (IC.2) และ ตอนที่ III หมวดที่ 4 หัวข้อ 4.3 การดูแลเฉพาะ (PCD.3) ก. การระงับความรู้สึก และ ข้อ ข. การผ่าตัด

SURGICAL SAFETY CHECKLIST (DRAFT)

SAFE SURGERY SAVES LIVES
GLOBAL PATIENT SAFTY CHALLENGE
WORLD HEALTH ORGANIZATION

SIGN IN - PRIOR TO INDUCTION OF ANAESTHESIA, THE FOLLOWING ITEMS MUST BE COMPLETED:
- ☐ CONSENT OBTAINED
- ☐ PATIENT CONFIRMED IDENTITY, SITE AND PROCEDURE
- ☐ SITE MARKED / NOT APPLICABLE
- ☐ ANAESTHESIA SAFETY COMPLETED
- ☐ PULSE OXIMETER ON PATIENT AND FUNCTIONING

DOES PATIENT HAVE A:
- KNOWN ALLERGY ☐ NO ☐ YES
- DIFFICULT AIRWAY (E.G. MALLAMPATI 3 OR4) ☐ NO ☐ YES
- KNOW ALLERGY ☐ NO ☐ YES, AND ASSISTANCE AVAILABLE
- RISK OF > 1000ml BLOOD LOSS (15ml/KG IN CHILDREN) ☐ NO ☐ YES, AND ADEQUATE IV ACCESS ESTABLISHED

TIME OUT - PRIOR TO SKIN INCISION, THE FOLLOWING ITEMS MUST BE COMPLETED:
- ☐ SURGEON, NURSE, AND ANAESTHESIA PROFESSIONAL VERBALLY CONFIRM PATIENT, SITE, PROCEDURE, POSITION
- ☐ ANTIBIOTIC PROPHYLAXIS GIVEN IN LAST 60 MIN ☐ NOT APPLICABLE
- ☐ ESSENTIAL IMAGING DISPLAYED ☐ NOT APPLICABLE

ANTICIPATED CRITICAL EVENTS
- ☐ SURGEON REVIEWS: WHAT ARE THE CRITICAL OR UNEXPECTED STEPS, OPERATIVE DURATION, ANTICIPATED BLOOD LOSS?
- ☐ ANAESTHESIA TEAM REVIEW: WHAT ARE CRITICAL RESUSCITATION PLANS, PATIENT- SPECIFIC CONCERNS, IF ANY?
- ☐ NURSING TEAM REVIEWS: WHAT ARE THE STERILITY INDICATOR RESULTS, EQUIPMENT ISSUES, OTHER PATIENT CONCERNS?
- ☐ OTHER CHECKS: _____

SIGN OUT- PRIOR TO REMOVAL OF SURGICAL DRAPES, THE FOLLOWING ITEMS MUST BE COMPLETED:
- ☐ SURGEON REVIEWS WITH ENTIRE TEAM:
  - ■ WHAT PROCEDURE WAS DONE
  - ■ IMPORTANT INTRA-OPERATIVE EVENTS
  - ■ MANAGEMENT PLAN
- ☐ ANAESTHESIA PROFESSIONAL REVIEWS WITH ENTIRE TEAM:
  - ■ IMPORTANT INTRA-OPERATIVE EVENTS
  - ■ RECOVERY PLAN
- ☐ NURSE REVIEW WITH ENTIRE TEAM:
  - ■ INSTRUMENT AND SPONGE COUNTS
  - ■ SPECIMEN LABELLING (INCLUDING PATIENT NAME)
  - ■ IMPORTANT INTRA-OPERATIVE EVENT/RECOVERY PLAN

SIGNATURE DATE

* http://www.who.int/patientsafety/challenge/safe_surgery/en/

L : Line, Tube & Catheter

Thai Patient Safety Goals

Patient Safety Catheter and Tube Misconnections

วิธีการปฏิบัติ : WHO ได้แนะนำวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมไว้ดังนี้

1. การดูแลสภาพร่างกาย และการทำหัตถการอย่างเป็นระบบที่แน่นอน ในแต่ละที่ ได้ดังนี้
   - ให้ความสำคัญกับผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องกับทางการแพทย์ ผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงผู้ที่ไม่เคยดูแลอ่อง หรือใส่ออกคิดซึ่งจะช่วยในการดูและสังเกตุให้กับเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ได้
   - ติดป้ายหรือทำเครื่องหมายขึ้นของก่อสวน (เช่นเส้นเลือดแดง,กระดูกใส่สันหลัง,เยื่อหุ้มปอด,ใน) ใช้สายสวนในการฉีดยาเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายที่อาจเกิดขึ้น
   - มีการสอบและติดตามผู้ที่ดูแลผู้ป่วย ว่ามีการใช้อุปกรณ์ในการยึดติดอ่องต่อสะดวก กดน้ำหรือทำการต่อง่องต่อต่างๆ หรือการให้ยา ให้สายสะดายในรูปแบบต่างๆ
   - มีแนวทางปฏิบัติ ดำเนินการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยมีการสื่อสารให้เป็นมาตรฐานเดียวกันมีการตรวจสอบซ้ำบริเวณต่องต่องต่างๆของสายยาง และมีการติดตามผู้ป่วยที่มีการใส่ก่อสวนและสายยางรวมทั้งผู้ป่วยรายใหม่ที่มาถึง ,การบริการ การดูและสะการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ถูกต่อง
   - ใช้มาตรฐาน Luer การต่อง่องต่อยกระบอกฉีดยา การบริหารการจัดการให้ยาทางปาก หรือการให้อาหารและยาทางสำไส้
   - มีการจัดทำแบบทดสอบเพื่อประเมินวิธีการที่พึงพลาดและต้นเหลว และวิเคราะห์พลาดระบบที่เกิดขึ้น ระบุสิ่งที่เกิดขึ้นจากการต่องต่องต่องพึงพลาดหรือไม่ถูกต่อง เมื่อใส่สายสวนหรือสายยางชนิดใหม่
2. มีการฟิกฟนและพัฒนาการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์และความเสี่ยงต่อการต่องต่องพึงวิธีหรือไม่ถูกต่องแก่บุคลากรที่เกี่ยวข่อง
3. การออกแบบต่องต่องและสายสวน ช่วยให้เกิดความปลอดภัยมากขึ้นเพื่อป้องกันการพึงพลาดในการใช้อุปกรณ์ในการต่องต่องต่างๆ

Looking Forward : ความก้าวหน้าในอนาคต

1. จัดทำกลไกป้องกันทางการแพทย์เพื่อป้องกันการต่อก่อยา/สายสวนพึงพลาด เช่น ออกแบบให้หัวต่อไม่เหมือนกัน
2. ห้ามใช้ Luer-connection syringe ในการให้สารทางปาก
3. ทดลองและประเมินหาโอกาสที่จะต่อก่อยา/สายสวนพึงพลาด ทุกครั้งที่มีการจัดซื้อก่อยา/สายสวนแบบใหม่มาใช้
4. ฝึกอบรมบุคลากรใน รพ.ทั้งที่เกี่ยวข่องและไม่เกี่ยวข่องกับการรักษาเกี่ยวกับอันตรายจากการต่องก่อยา/สายสวนพึงพลาด ต้องให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบถึงข่อห้ามต่องหรือถอดก่อยา/สายสวนด้วยตนเอง
5. จัดทำมาตรฐานการส่งต่อข่อมูลการใช้ก่อยา/สายสวนอย่างสอดคล่องต่อเนื่อง (line reconciliation) ในด้านการตรวจสอบต่องต่องสายสวนก่อยา/สายสวนไปสิ่งต่อทางทุกครั้งที่รับผู้ป่วยไหม่หรือสะเวร
6. ตรวจสอบต่นทางหรือต่องต่องสายทุกครั้งเมื่อต่องปลดหรือต่องสายใหม่ระหว่างการให้ยา/สารน้ำผู้ป่วยทางสาย
7. ติดป้ายเตือน High-risk สำหรับสายสวนที่สำคัญ เช่น arterial, epidural, intrathecal เป็นต่น และหลีกเลี่ยงการใช้สายสวนที่มี Injection port สำหรับตำแหน่งเหล่านี้

Opportunities For Patient and Family Involement

โอกาสที่ดีสำหรับผู้ป่วย และครอบครัวที่เกี่ยวข่อง
ส่งเสริมและสนับสนุนครอบครัว ที่ดูแลผู้ป่วยและตัวผู้ป่วยถึงการตอบคำถามเกี่ยวกับการให้ยาผู้ป่วย หรือโดยวิธีการให้อาหารทางสายยาง, เพิ่มความมั่นใจในการให้ยาที่ถูกต่องเหมาะสม
ให้ความรู้,ข่อมูลแก่ผู้ป่วย,ครอบครัว และผู้ดูแลผู้ป่วย ที่เกี่ยวข่องกับการดูแล,และสายให้อาหาร การดูแลอุปกรณ์และเครื่องมือ และการป่องการให้ยาพึงพลาดขณะอยู่ที่บ้าน

Potential Barriers อุปสรรคที่สามารถเกิดขึ้นได้

- o จนท. ที่ดูแลผู้ป่วย มีความคิดที่พึงเกี่ยวกับการป่องกันความพึงพลาดในการให้ยา
- o จนท. ไม่เคยเปลี่ยนข่อต่อต่างๆ
- o เสียค่าใช้จ่าย เมื่อเปลี่ยนข่อต่อต่างๆ
- o ไม่มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีมาตรฐาน
- o บาซประเภทยากต่อการจัดหามรียัดต่างๆ ที่มีเครื่องมือหรือพลิตภัณฑ์เดียวกันที่สามารถเชื่อถือได้
- o พลการวิจัยและข่อมูลโดยทั่วไปไม่เป็นที่ยอมรับ เทคนูลูกิจและการลดทุนหมุนเวียน สำหรับอุปกรณ์เครื่องมือมีน้อย

Risk for Unintenal consequences : พลสรุปเกี่ยวกับความเสี่ยง

ความเป็นไปได้ในการดูแลรักษาอุปกรณ์ข่อต่อต่างๆ ที่ทำงานร่วมกันได้ แต่ไม่สามารถใช้ประโยชน์ได้

Selected Reference and resources: เอกสารอ้างอิง แหล่งที่มา

M: Medication Safety

Concentrated Electrolyte Solution

SIMPLE Thai Patient Safety Goals

e.g. concentrated KCl, hypertonic saline

การมียา

- จัดซื้อสารละลาย electrolyte เข้มข้นที่มีค่าความเข้มข้นน้อยตัว และเป็นมาตรฐาน
- เก็บ electrolyte เข้มข้นไว้เฉพาะในพื้นที่เตรียมยาของฝ่ายเภสัชกรรม เท่านั้น ไม่เก็บไว้ในหน่วยดูแลผู้ป่วย และให้เภสัชกรเป็นผู้จัดเตรียม

การสั่ง → การเตรียมยา

- ไม่ควรใช้ยาเป็นอัตราส่วน ควรสั่งเป็นปริมาณตัวยาในปริมาตรของสารละลาย เช่น mg ใน .....ml
- ห้ามสั่งใช้ยาฉีดโดยวาจา/โทรศัพท์ ไม่ควรใช้ตัวย่อ

- ใช้สารละลายที่จัดเตรียมไว้แล้ว (premixed parenteral solutions) ถ้าสามารถทำได้
- เขียนฉลากด้วย HIGH RISK WARNING label

การตรวจสอบ

มีการตรวจสอบที่เป็นอิสระโดยผู้ประกอบวิชาชีพอีกคนหนึ่ง ในด้าน การคำนวณความเข้มข้น, อัตราการให้, และความถูกต้องของ IV line ที่จะให้

การให้ยา

- ใช้ infusion pump ในการให้สารละลายเข้มข้นแก่ผู้ป่วย
- ถ้าไม่มี infusion pump ให้พิจารณาอุปกรณ์การให้สารละลายอื่น เช่น buretrol administration tubing และให้มีการติดตามตรวจสอบปริมาณและอัตราที่ผู้ป่วยได้รับบ่อยๆ

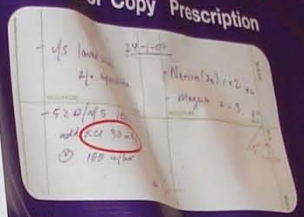
- นโยบายและแนวทางปฏิบัติ
- ...ึกอบรมบุคลากร (เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ พนักงานเภสัชกรรม)
- ...ร็จความสามารถ

M: Medication Safety

การบริหารจัดการยา High Alert Drugs

SIMPLE Thai Patient Safety Goals

Scanned or Copy Prescription



To stick Red Sticker High-Alert drug

Example of Checklist for High Alert Drugs

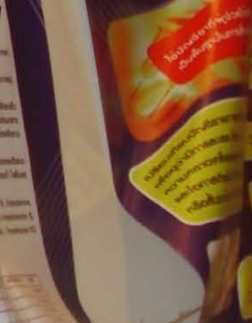
Information : MAR

PDCA : 2

High Alert Drug

M: Medication Safety

Medication Reconciliation



S: Safe Surgery

SIMPLE Thai Patient Safety Goals

S 1: SSI Prevention (CDC)

CDC Recommendation for Prevention of SSI (1999)* ซึ่งมีหลักฐานสนับสนุนในระดับ Category 1A มีดังนี้

1. สำหรับผู้ป่วย elective surgery ให้ค้นหาและรักษาการติดเชื้อทุกอย่างที่เกิดขึ้นห่างจากตำแหน่งที่จะผ่าตัด และเลื่อนการผ่าตัดไปจนกว่าการติดเชื้อจะหมดไป

2. ไม่ทำการจัดขนก่อนผ่าตัด ยกเว้นว่าขนที่บริเวณผ่าตัดจะรบกวนต่อการทำผ่าตัด ถ้าต้องทำจัดขน ให้ทำก่อนผ่าตัด และควรใช้ electric clipper

3. ให้ prophylactic antibiotic เฉพาะผู้ที่มีข้อบ่งชี้ โดยเลือกให้เหมาะสมกับเชื้อที่จะพบบ่อยสำหรับการผ่าตัดนั้นๆ โดยให้ทางหลอดเลือดดำในเวลาที่ทำให้มีระดับยาในธีร์รีนและเนื้อเยื่อสูงพอสำหรับทำจัดเชื้อโรค (adequate tissue concentration) เมื่อถึงระยะมีผ่าตัด ให้รักษา therapeutic level ของยาได้ตลอดการผ่าตัดและหลังผ่าตัดไปอีก 2-3 ชั่วโมง สำหรับการผ่าตัดคลอดที่มีความเสี่ยงสูงให้ antibiotic ทันทีหลังจาก clamp สายสะดือ

US National Surgical Prevention Project และ SSI bundle ของ IHI ได้ให้คำแนะนำที่สำคัญเพิ่มเติมที่สำคัญ คือ perioperative glucose control

หมายเหตุ

US National Surgical Care Improvement Project ได้เสนอแนะแนวทางป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ประกอบด้วย 4 modules คือ

(1) surgical infection prevention
(2) cardiovascular complication prevention
(3) venous thromboembolism prevention
(4) respiratory complication prevention

การปฏิบัติตามแนวทางข้างต้น คือการปฏิบัติตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติ ฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี ตอนที่ II หมวดที่ 4 หัวข้อ 4.2 การป้องกันการติดเชื้อ (IC.2) ข้อ (4) *มีการดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงของการติดเชื้อที่สำคัญของอวัยวะ เช่น การติดเชื้อแผลผ่าตัด การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อ ระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อจากการให้สารน้ำและการติดเชื้อในกระแสเลือด* และ ตอนที่ III หมวดที่ 4 หัวข้อ 4.3 การดูแลเฉพาะ (PCD.3) ข.การผ่าตัด ข้อ (3) *มีการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อม ลดความเสี่ยงจากการผ่าตัดและการติดเชื้อ ทั้งในกรณีผ่าตัดฉุกเฉิน และกรณีผ่าตัดที่มีกำหนดนัด ล่วงหน้า. มีกระบวนการที่เหมาะสมในการป้องกันการผ่าตัด ผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง*

* http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/guidelines/SSI.pdf

S: Safe Surgery

SIMPLE Thai Patient Safety Goals

S 2: Safe Anesthesia

จากการศึกษาภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีในประเทศไทยโดยราชวิทยาลัยวิสัญญีแห่งประเทศไทย มีข้อแนะนำเพื่อความปลอดภัยในการให้บริการวิสัญญีดังนี้

1. สนับสนุนให้มีวิสัญญีแพทย์ไปโรงพยาบาลที่ไปขึ้นมีโอกาสดูแลผู้ป่วย ASA PS III-V
2. สนับสนุนให้มีวิสัญญีพยาบาลได้มีโอกาสปฏิบัติการระงับความรู้สึกไม่น้อยกว่าปีละ 60 ราย
3. ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการให้การระงับความรู้สึก
   - 3.1 มีมาตรการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเฉพาะอย่าง เช่น การป้องกันการเกิดคลื่นไส้อาเจียน
   - 3.2 มีมาตรการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเชิงระบบ ได้แก่
     - การตรวจเยี่ยมผู้ป่วย : ทำก่อน ศูนย์ดูผู้ ประสบการณ์ การระบุนำก่อนทำงาน ตามกำหนดมูลค่าโดยผู้มีความสำนาญ การให้คำปรึกษากรณีที่ถูกเติม
     - การประเมินความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับแต่ละวิธีใหม่ : ทั้งด้านวิสัญญีและศัลยกรรม
     - การประเมินและวางแผนการดูแลภาวะจิ้นประธรอบในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง หรือผู้ป่วยที่ได้รับยาอย่างอย่าง รวมทั้งการเตรียมผู้ป่วยให้มีสภาวะที่ดีก่อนได้รับการระงับความรู้สึก ในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถรอผ่าตัดได้ เป็นการประเมินร่วมกันของวิสัญญีแพทย์ ศัลยแพทย์ อายุรแพทย์ ฯลฯ
     - การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและความยินยอมในการให้การระงับความรู้สึกก่อนผ่าตัด เช่นข้อมูลสิ่งที่ผู้ป่วยอาจจะต้องประสบเมื่อได้รับการระงับความรู้สึก
     - การเลือกวิธีการระงับความรู้สึกที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย : ทั้งวิสัญญีแพทย์ ทีมวิสัญญี เจ้าหน้าที่ธนาคารเลือด ห้องปฏิบัติการ เจ้าหน้าที่ชิ้นเทคนิค ฯลฯ
     - การระบุตัวผู้ป่วยและข้อมูล / ข้างของการผ่าตัด รวมทั้งการตรวจสอบยาที่จะให้กับผู้ป่วย
     - หลีกเลี่ยงความผิดพลาดจากการต่อสายยาที่จะให้กับผู้ป่วย : catheter and tubing mis-connections
     - เพาะระบุสิ่งที่ต้องการและผลลัพธ์ที่ต้องการ ในระยะเวลาที่ได้รับการระงับความรู้สึก
     - สิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัด : บุคลากรได้รับการฝึกฝน เครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็น เครื่องมือเฝ้าระวัง และเครื่องมืออื่นมีเพียงพอ มีมาตรฐานความปลอดภัย พร้อมและใช้งานได้ดี
     - มีการประเมินและรายงานผลการระงับความรู้สึก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีโอกาสเกิดวิกฤตการณ์ระหว่างการระงับความรู้สึก
     - การดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัด : ในห้องพักฟื้น หอผู้ป่วย
4. มีแนวทางจัดการเมื่อเกิดภาวะไม่พึงประสงค์ : เพื่อไม่ให้นำไปสู่ผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์ เป็นต้นว่า การระงับความตกใจ การขอความช่วยเหลือจากแพทย์ที่เชี่ยวชาญ การเรียกแพทย์ที่ปรึกษาที่เกี่ยวข้องแพทย์ที่มาที่ ฉุกการวิจารณ์ใจอไม่ทราบสาเหตุแน่ชัดว่าเหตุใดพึงประสงค์เกิดจากสาเหตุใด เรียกเครื่องเหตุการณ์และไม่ปันที่การเหตุการณ์ในลักษณะซ้ำแล้ว สื่อสารกันงานดีเป็นทีม รายงานผู้จัดการความเสี่ยงและพูนังกันบันทึก รวมทั้งการจัดการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องกับญาติ
5. Moderate / Conscious Sedation

   Moderate sedation คือการใช้ยาถดระดับความรู้สึกของผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยสามารถตอบสนองอย่างมีเป้าหมายต่อคำพูดหรือการให้คำพูดร่วมกับสิ่งเร้าเบาๆ ได้ เพื่อให้สามารถทำหัตถการบางอย่างได้อย่างราบรื่น โดยที่ไม่ต้องใช้มาตรการหรืออุปกรณ์พิเศษในการรักษาช่องทางเดินหายใจ ผู้ป่วยสามารถหายใจเองได้เพียงพอ

   ในการให้ยาดังกล่าว จะต้องมีการถือตามสภาวะทางสรีรวิทยาของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม และผู้ที่ได้รับมอบมายาให้ทำต้องผ่านการอบรมมาระดับหนึ่ง
6. ใช้แนวทางการให้บริการทางวิสัญญีวิทยา ของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ตลอดจนแนวทางที่เป็นมาตรฐานระดับนานาชาติ

การปฏิบัติตามแนวทางข้างต้น คือการปฏิบัติตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี ตอนที่ III หมวดที่ 4 หัวข้อ 4.3 การดูแลเฉพาะ (PCD.3) ก. การระงับความรู้สึก ข้อ (1) มีการประเมินผู้ป่วยเพื่อค้นหาความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นระหว่างการระงับความรู้สึก, นำข้อมูลจากการประเมินมาวางแผนการระงับความรู้สึกที่เหมาะสม รวมทั้งบริเวณผู้ที่อยู่ข้างเคียงที่เกี่ยวข้อง. (2) ผู้ป่วยครอบครัวได้รับข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการระงับความรู้สึก และมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการระงับ ความรู้สึกที่เป็นไปได้. ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจก่อนการระงับ ความรู้สึก. (3) กระบวนการระงับความรู้สึกเป็นไปอย่างราบรื่นและปลอดภัยตามมาตรฐานทางวิชาชีพซึ่งเป็นที่ยอมรับปัจจุบันที่สุดภายใต้สถานการณ์ของโรงพยาบาล โดยบุคลากรที่เหมาะสม.

S: Safe Surgery

S 3.1: Correct Procedure at Correct Body Site (WHO PS

WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions ได้จัดทำแนวทางเรื่อง Correct Procedure at Correct Body Site* ขึ้น มีองค์ประกอบสำคัญได้แก่ verification time-out

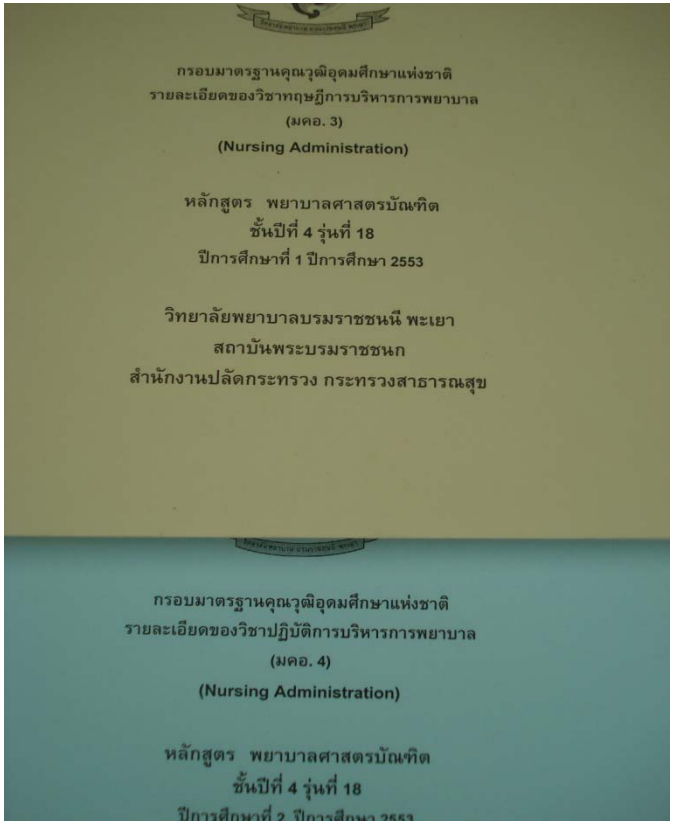
1. Verification มีการสอบทวนหรือยืนยันตัวผู้ป่วย หัตถการ ตำแหน่งข้าง prosthesis (ถ้ามี) ที่ว่างแผนจะทำ ในช่วงก่อนที่จะทำผ่าตัด รวมทั้งยืนยันว่า ที่จะต้องใช้นั้นมีพร้อมในเวลาที่จะผ่าตัด สร้างความมั่นใจว่าเอกสารที่เกี่ยวข้อง การตรวจพิเศษ มีพร้อม มีการระบุตลากเหมาะสม และมีแสดงให้เห็น

   ยืนยันอุปกรณ์พิเศษและ/หรือ สิ่งที่ต้องสอดใส่เข้าไปในร่างกาย มีอยู่ ณ ขณะนั้น
2. Mark site กำหนดให้แพทย์ที่จะทำหัตถการทำเครื่องหมายแสดงตำแหน่งที่จะ สอดใส่อุปกรณ์อย่างชัดเจน โดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย

   การทำเครื่องหมายควรจะทำอย่างคงเส้นคงวา / เหมือนกันทั่วทั้งองค์กร ควรจะ ทำหัตถการ ถ้าเป็นไปได้ควรจะทำในที่ที่ผู้ป่วยตื่นดีและมีสติ (awake และ aware) และ หลังที่ทำความสะอาดหนังหนังและปูผ้าคลุมสำหรับผ่าตัดแล้ว การทำเครื่องหมายระดูทำ ควรทำในทุกรายที่ตำแหน่งที่จะผ่าตัดมีสองข้าง มีหลายโครงสร้าง (นิ้วมือ นิ้วเท้า หลายระดับ (เช่น กระดูกสันหลัง)
3. Time-out กำหนดให้มีช่วง "ขอเวลานอก" ณ เวลาก่อนที่จะเริ่มให้การระงับความ หัตถการ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกคนตรวจสอบและยืนยันความถูกต้องตรงกันว่า ของผู้ป่วย หัตถการที่จะทำ ตำแหน่ง และ implant or prosthesis (ถ้ามี) และทำข้อ ต้องกลับไปทบทวนใหม่ทั้งหมดจนมั่นใจ

* http://www.jcipatientsafety.org/fpdf/presskit/PS-Solution4.pdf

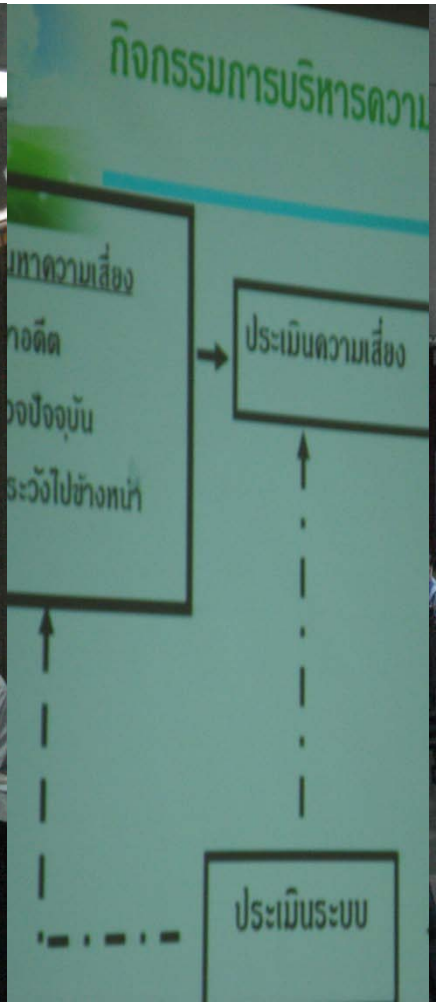
สำรวจความคิดเห็นประเด็นและแนวโน้มการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยผู้ป่วยกับอาจารย์พี่เลี้ยงแหล่งฝึก



ออกแบบการสอนตามกรอบ TQF ใน มคอ. 3 และ มคอ.4

ปฐมนิเทศนักศึกษาก่อนฝึก
ปฏิบัติบนหอผู้ป่วย

ปฐมนิเทศและศึกษาดูงานระบบ
บริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย
ผู้ป่วยในโรงพยาบาลแหล่งฝึก



ปฐมนิเทศและศึกษาระบบการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลแหล่งฝึก

นักศึกษารับการปฐมนิเทศระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยผู้ป่วยบนหอผู้ป่วย

นักศึกษาค้นหาความเสี่ยงผู้ป่วย ร่วมกับอาจารย์พี่เลี้ยง

pre-post conference

ประเด็นความเสี่ยงและความปลอดภัยผู้ป่วยร่วมกับทีมการ

☐ D 01 ไม่ใช้เครื่องป้องกันตามมาตรฐานขณะกระทำหัตถการต่าง ๆ ☐ D 02 ถูกเข็มตำ/ของมีคมตำ

☐ D 03 ถูกสารคัดหลั่งกระเด็นเข้าอวัยวะต่าง ๆของร่างกาย ☐ D 04 ถูกผู้ป่วยถุกตาม/ก้าวร้าวใส่ ☐ D 05 ถูกญาติถุกตามก้าวร้าวใส่

☐ D 06 ลื่นหกล้มขณะปฏิบัติงาน☐ D 07 เกิดอุบัติเหตุทางจราจร ☐ D 08 ถูกทำร้ายร่างกายจากบุคคลอื่น ๆ ☐ D 09 ถูกทำร้ายจิตใจจากทีม สุขภาพ ☐ D 10 เป็นลมหมดสติขณะฝึกปฏิบัติ ☐ D 11 อื่น ๆ ระบุ.....

การทบทวนอุบัติการณ์

หน่วยงาน/ นักศึกษาชั้นปี/อาจารย์ ผู้นิเทศ	กิจกรรมที่ทบทวน	เหตุการณ์/ประเด็นปัญหา	สาเหตุ/เนื้อหา	แนวทางปฏิบัติ/แก้ไข	ประเมินผล
ortho วิสาขา รุ่น 5 ต.ค. วุฒิ	-การสนทนาร่วมกับ MO ที่ให้คำปรึกษา * ระดับ D *	ผู้ป่วย BE เพศชาย อายุ 50 ปี D x OCF. BB (R) Ankle @ OF BB (L) Leg ได้รับ MO ศัลย Post op	- ไม่ได้ check ยา - คนนี้ก็สั่งคนเราอีกคน คนสั่ง=คนสั่ง - ไม่ได้ยืดยันตัว 6 R	- แยกยา High Alert drug ไว้ต่างหาก ตรวจเช็คซ้ำ - มีการถามย้ำก่อน check - สายวนนี้ Exchange - เช็ค monitor v/s - ป้องกัน Human error โดย ms พิศิษฐ์ ก็ควรจะเก็บแยกไว้ High Alert drug	- เพิ่มความเข้าใจอุบัติการณ์ การเกิดความเสี่ยง และแนวทางแก้ไข ร่วมกับอาจารย์นิเทศ และเพื่อนนักศึกษา

การแปลระดับความรุนแรงและการปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติการณ์

ระดับ A : เหตุการณ์ที่มีโอกาสก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อน (บันทึกรายงานอุบัติการณ์หลังทบทวนกับนักศึกษา ส่งให้ผู้จัดการความเสี่ยง

นักศึกษาบันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง
ที่เกิดขึ้นขณะฝึกปฏิบัติ

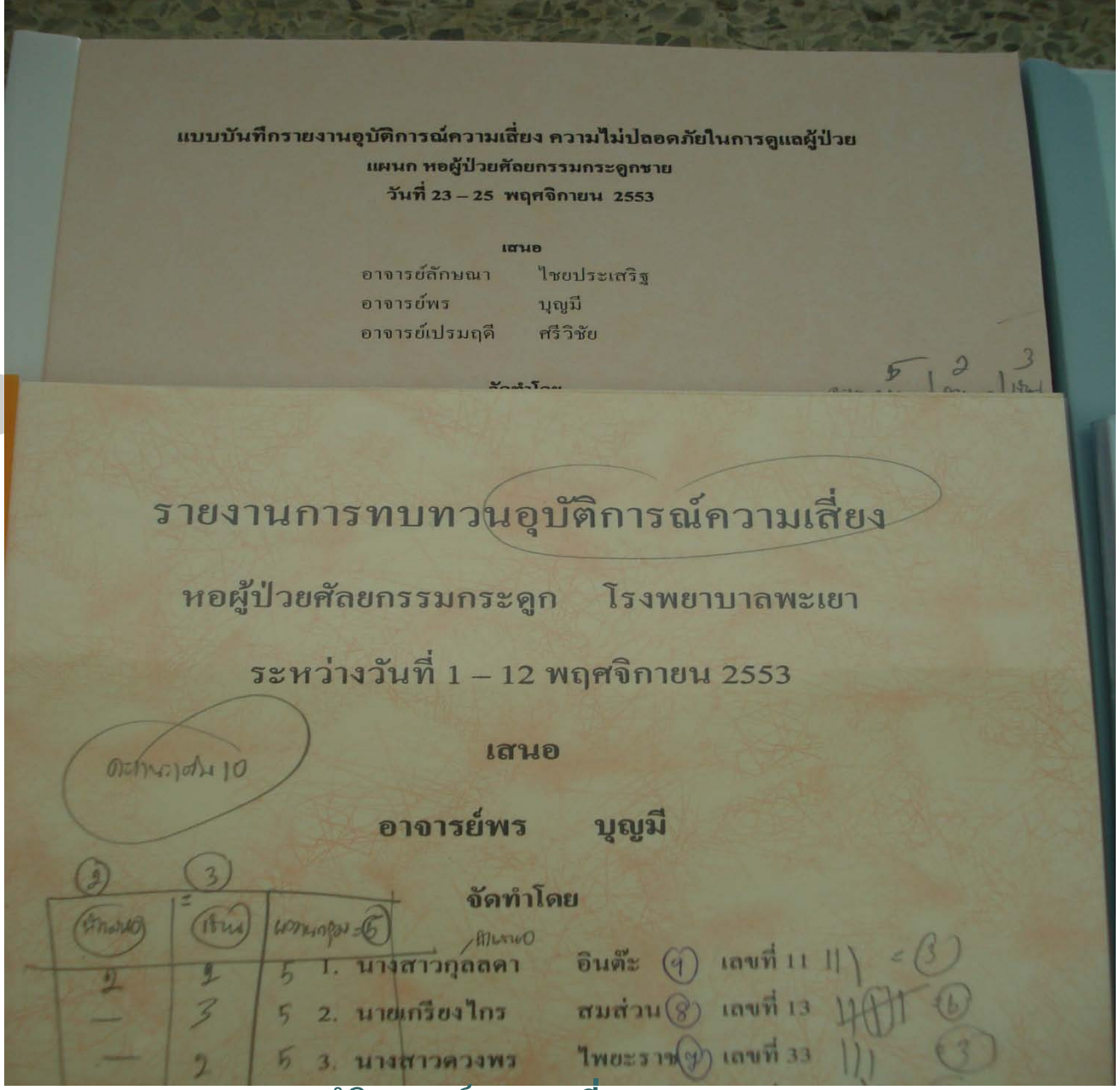
นักศึกษาทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงร่วมกับทีมพยาบาลพี่เลี้ยง
และอาจารย์พยาบาล

รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

หอผู้ป่วย นิ้วเวชกรรม

ระหว่างวันที่ 21 ธค 52 **ถึง** 30 ธค 52

ลำดับ	วัน เดือน ปี/เวลา	รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง	สาเหตุ	การแก้ไขเบื้องต้น	การทบทวนเหตุการณ์ที่เกิด
	25 ธค 52 15.00 น.	- จัดยาผิดวิธี	- ไม่ได้มีบริการจำนวนเม็ดยา ทำให้จำเองยากลือ	- ค้นหาสาเหตุที่แท้จริง	- Double check - ใช้ปากกาเขียนเพื่อ double check
	28 ธค 52 14.00 น.	- จัดยา/เตรียมยาผิดวิธี	- ผสมยาผิดวิธี	- Observe อาการผู้ป่วยเสี่ยวดับผลข้างเคียงภายหลังที่ผู้ป่วยได้	- double check - ใช้ปากกาเขียนเพื่อ double check ซ้ำ
	15 ธค 52	- ของ steriles หมดอายุ	- เนื่องจาก พส. เข้าใจผิดวัน Exp. ของเหลือง ตีนของอีกวัน	- นำของ sterile ที่หมดอายุ ส่ง supply	- ตรวจสอบก่อนเบิกใช้
	25 ธค 52	- ไม่ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาในผู้ป่วยแพะเสาหิ	- ไม่ได้บอกระยะเวลาของยาที่ผู้ป่วยได้รับ	- แจกเอกสารยาและบอกวิธีใช้	-



แบบบันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ความไม่ปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย
แผนก หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย
วันที่ 23 – 25 พฤศจิกายน 2553

เสนอ
อาจารย์ลักษณา ไชยประเสริฐ
อาจารย์พร บุญมี
อาจารย์เปรมฤดี ศรีวิชัย

รายงานการทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยง

หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลพะเยา

ระหว่างวันที่ 1 – 12 พฤศจิกายน 2553

เสนอ

อาจารย์พร บุญมี

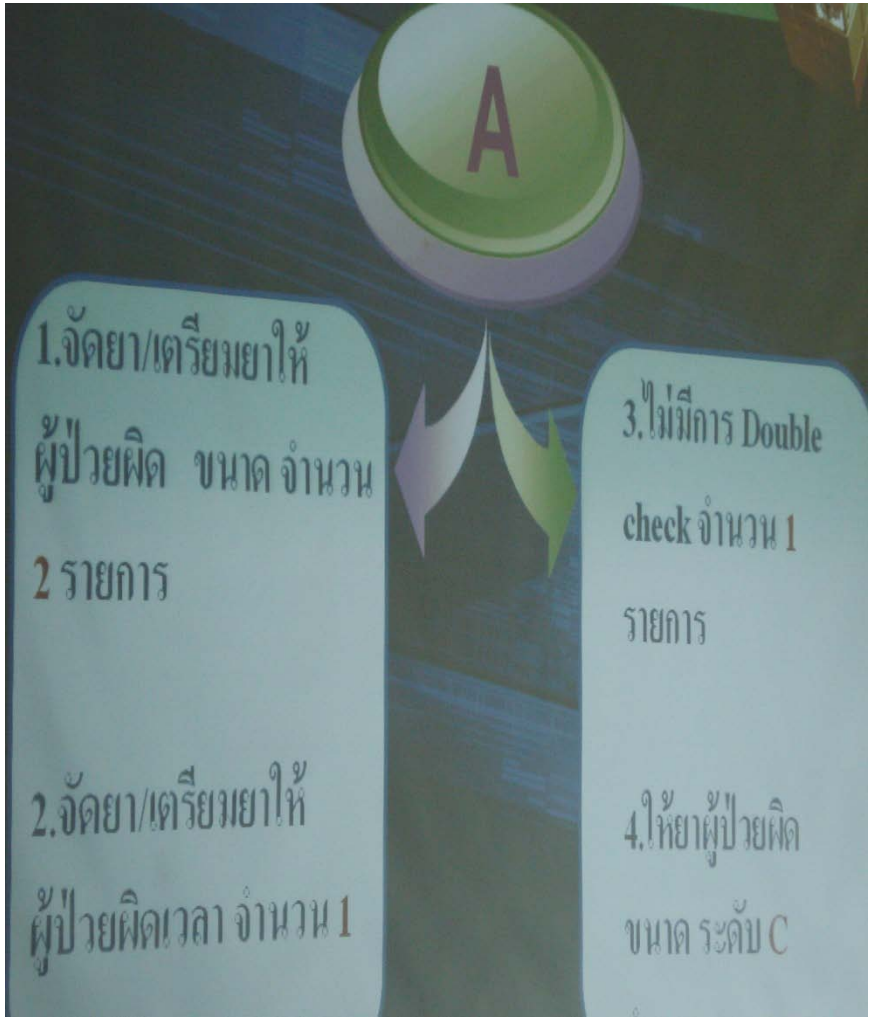
จัดทำโดย

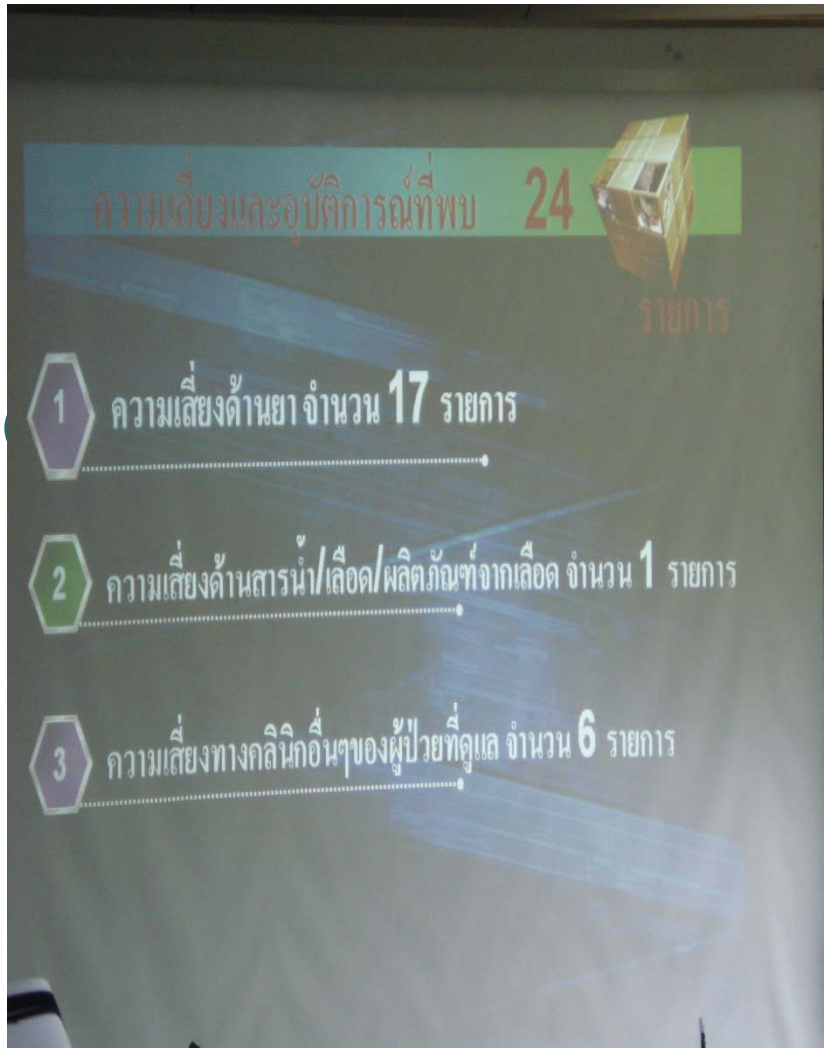
1. นางสาวกุลลดา อินต๊ะ เลขที่ 11
2. นายเกรียงไกร สมส่วน เลขที่ 13
3. นางสาวดวงพร ไพยะรา เลขที่ 33

รวบรวมอุบัติการณ์ความเสี่ยงและสรุป
รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของกลุ่ม

นักศึกษานำเสนอ

อุบัติการณ์ความเสี่ยงขณะขึ้นฝึกปฏิบัติ





นักศึกษามีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประเด็นอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น

การประชุมสัมมนาอุบัติการณ์ความเสี่ยงของนักศึกษาพยาบา
วิชาการบริหารการพยาบาล ภาคปฏิบัติ ชั้นปีที่ 4 รุ่น
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพะเยา ประจำปีการศึ

การประชุมสัมมนาอุบัติการณ์ความเสี่ยงของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต
วิชาการบริหารการพยาบาล ภาคปฏิบัติ ชั้นปีที่ 4 รุ่นที่ 18
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพะเยา ประจำปีการศึกษา 2553

วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี พะเยา

มุ่งสร้างคน สร้างปัญญา ร่วมพัฒนาสุขภาพ

แผนภูมิแสดงเกี่ยวกับร้อยละอัตราอุบัติการณ์ความเสี่ยง
47.37%
10.53%
21.05%
50.00%
45.00%
40.00%
35.00%
30.00%
25.00%
20.00%
15.00%
10.00%
5.00%
อื่นๆ

บรรจุ หัวข้อการประเมินทางการพยาบาล

เพื่อค้นหาความเสี่ยง ความไม่ปลอดภัยผู้ป่วย

ในวิชาแนวคิดและทฤษฎีการพยาบาล

โดยให้วิเคราะห์กรณีศึกษาในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2

นักศึกษาค้นหาความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมของวิทยาลัย ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านวิศวกรความปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อม

นักศึกษาค้นหาความเสี่ยง ศูนย์เด็กเล็กของวิทยาลัย

นักศึกษาค้นหาความเสี่ยง สมาชิกในครอบครัวเดียวกัน และวางแนวทางป้องกันอุบัติการณ์ความเสี่ยง

นักศึกษาทบทวน
อุบัติการณ์ที่เกิดกับนักศึกษา

ขี่มอเตอร์ไซด์
ไม่สวมหมวกนิรภัย

ธรรมนูญการขับขี่

รถมอเตอร์ไซด์ในนักศึกษา

จัดตั้งคณะอนุกรรมการบริหารความเสี่ยงในนักศึกษาแต่ละชั้นปี

กิจกรรมเสริมความรู้ความเสี่ยงจากการถูกฟ้องร้องของพยาบาล

กับ ความไม่ปลอดภัยผู้ป่วยแก่นักศึกษา

รายงานการวิจัยในชั้นเรียน
เรื่อง

การพัฒนาสมรรถนะการจัดการความเสี่ยง
และความปลอดภัยผู้ป่วย

ในนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 รุ่นที่ 16

พร บุญมี
ลักษณา ไทยประเสริฐ

วิชาปฏิบัติการบริหารการพยาบาล
ประจำปีการศึกษา 2551

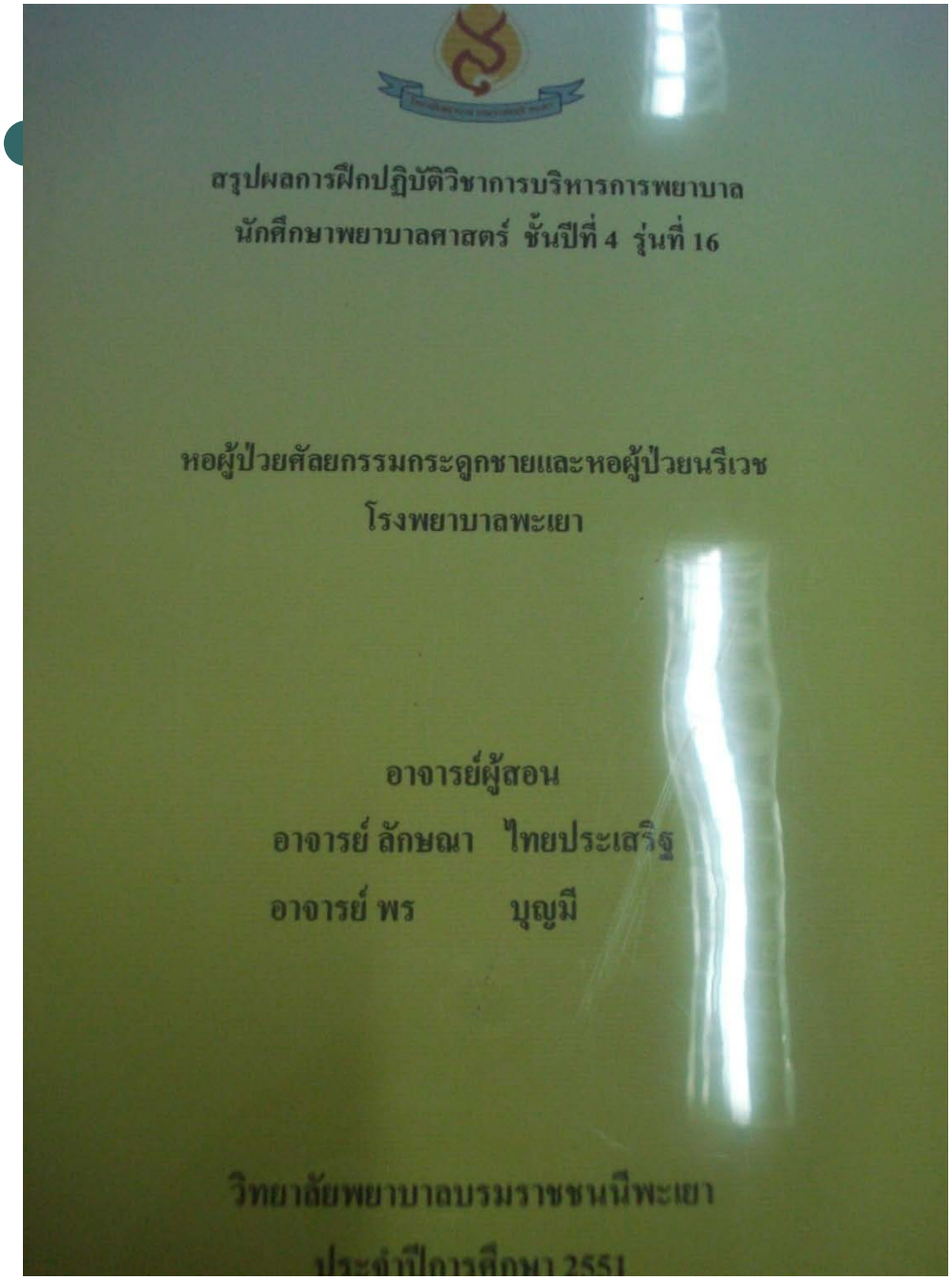
ความปลอดภัยของผู้ป่วยกับบทบาทของอาจารย์พยาบาลและนักศึกษาพยาบาลในยุคปัจจุบัน

พร บุญมี* พย.ม.(การบริหารการพยาบาล)
พยาบาลวิชาชีพ 8วช. (ด้านการสอน)
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพะเยา

ปัจจุบันในระบบการจัดการด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ได้ให้ความสำคัญในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เพราะความปลอดภัยมีความสำคัญต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยและเป็นเป้าหมายของการเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ นอกจากนี้ผลลัพธ์ที่เป็นด้านลบจากการบำบัดรักษาพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น ทำให้ทุพลภาพในระยะสั้นหรือถาวรและสูญเสียชีวิตโดยไม่จำเป็น อีกทั้งสูญเสียความไว้วางใจของพ่อแม่ ญาติพี่น้องของผู้ป่วยต่อการรับบริการทางสุขภาพ สำหรับตัวบุคลากรทางสุขภาพเมื่อกระทำผิดพลาด พบว่า มีผลให้ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ถูกฟ้องร้องทางกฎหมายและหรือถูกเพิกถอนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ นอกจากนี้โรงพยาบาลหรือองค์กรสุขภาพก็ได้รับผลกระทบไปด้วยคือสูญเสียลูกค้า เสียชื่อเสียงด้านการบริการและถูกฟ้องร้องทางกฎหมายเพื่อเรียกค่าเสียหาย ดังนั้นแนวคิดการจัดการความปลอดภัยเชิงรุกที่สามารถป้องกันและลดความเสียหายต่อผู้ป่วย บุคลากรทางสุขภาพและองค์กรด้านสุขภาพจึงเกิดขึ้น ทั้งนี้เพื่อประกันคุณภาพการบริการที่ทำให้เกิดความมั่นใจว่า การรับบริการสุขภาพของผู้ป่วยมีความปลอดภัย

ในสถาบันการศึกษาพยาบาล ที่มีการการจัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและการปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง มีความจำเป็นต้องหันมาให้ความสนใจในระบบการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยของโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งฝึก ตลอดจนนำแนวคิด กระบวนการและแนวปฏิบัติความปลอดภัยทางคลินิกของผู้ป่วย ไปสู่การปฏิบัติ และเข้าไปเรียนรู้ แลกเปลี่ยน ตลอดจนสอนให้นักศึกษาพยาบาลได้เรียนรู้ในเรื่องความปลอดภัยผู้ป่วยในสถานการณ์จริง เพื่อหล่อหลอมให้นักศึกษาพยาบาลได้ให้ความสำคัญในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยและมีทักษะที่มีความไวอย่างเพียงพอที่จะประเมินความปลอดภัยของผู้ป่วยได้อย่างแม่นยำ ถูกต้องและรวดเร็วได้ อันจะส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลจบไปเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยได้ต่อไป

บทความนี้ผู้เขียนในฐานะเป็นครูพยาบาลคนหนึ่งที่เคยมีประสบการณ์ในการเป็นพยาบาลวิชาชีพในระบบบริการมานานถึง 19 ปี และได้ติดตามการเปลี่ยนแปลงในระบบการดูแลด้านความ

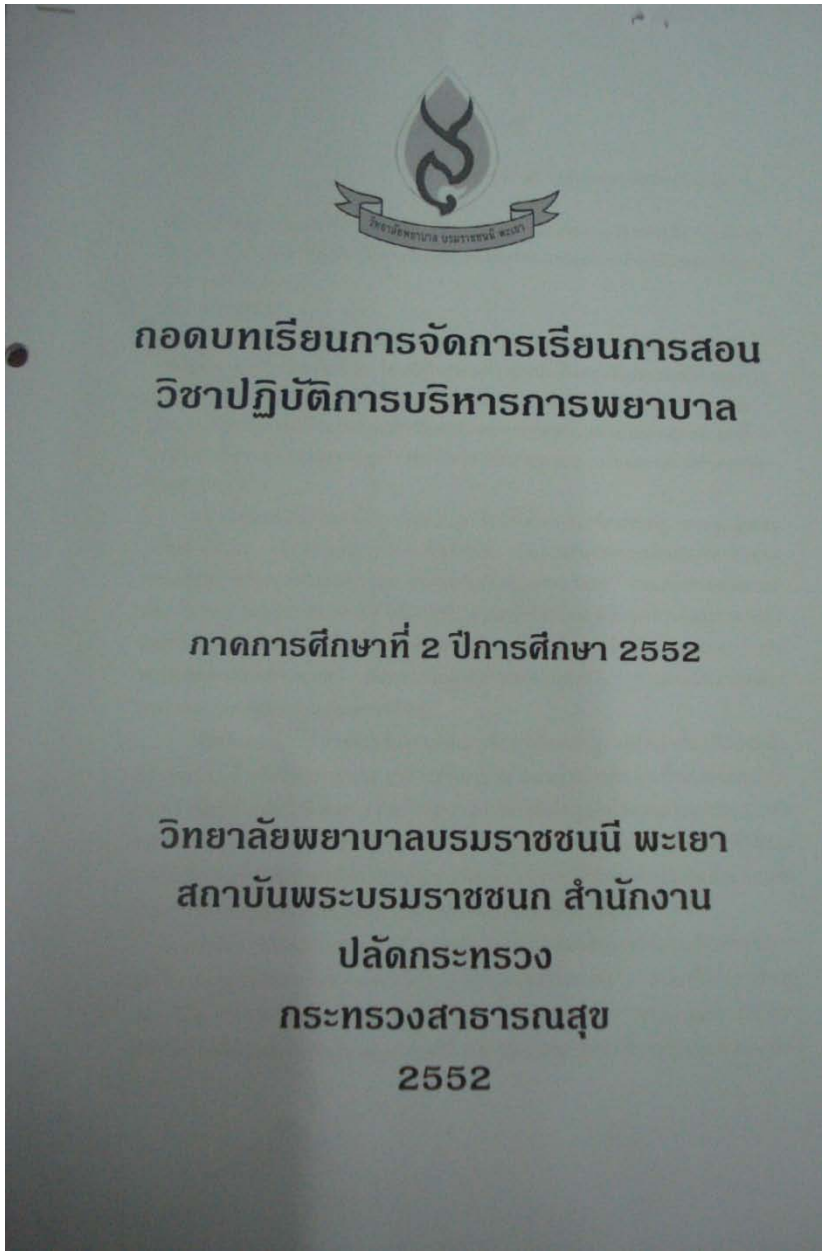


สรุปผลการฝึกปฏิบัติวิชาการบริหารการพยาบาล
นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 รุ่นที่ 16

หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชายและหอผู้ป่วยนรีเวช
โรงพยาบาลพะเยา

อาจารย์ผู้สอน
อาจารย์ ลักษณา ไทยประเสริฐ
อาจารย์ พร บุญมี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพะเยา
ประจำปีการศึกษา 2551



ถอดบทเรียนการจัดการเรียนการสอน
วิชาปฏิบัติการบริหารการพยาบาล

ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2552

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา
สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงาน
ปลัดกระทรวง
กระทรวงสาธารณสุข
2552

วิจัยอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านยา ของนักศึกษาพยาบาล : กรณีศึกษาย้อนหลัง 3 ปี

ฐานข้อมูลอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากการฝึกปฏิบัติของอาจารย์และนักศึกษาพยาบาล

ผลลัพธ์และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

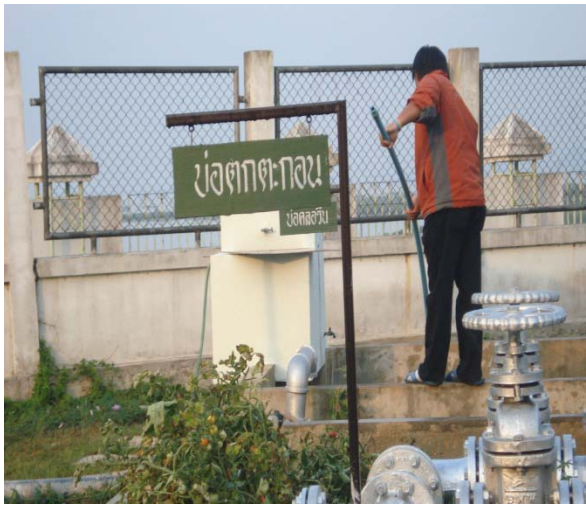
มีระบบและกลไกการบริหารความเสี่ยงที่ชัดเจนและมีการนำระบบไปสู่การปฏิบัติได้อย่างแท้จริง

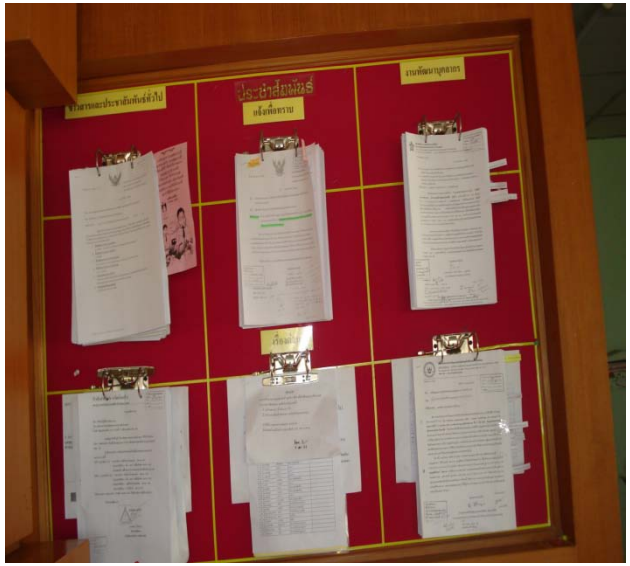
มีรูปแบบการบูรณาการการบริหารความเสี่ยงกับการเรียนการสอน

มีรูปแบบการบูรณาการการบริหารความเสี่ยงของระบบบริการสุขภาพร่วมกับความเสี่ยงของสถาบันการศึกษา

มีข้อมูลอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ผู้บริหารนำใช้ในการตัดสินใจในการบริหารจัดการ

การปรับปรุงเปลี่ยนแปลงความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม





การปรับปรุงเปลี่ยนแปลงความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม

รายงานการวิจัยในชั้นเรียน
เรื่อง

การพัฒนาสมรรถนะการจัดการความเสี่ยง และความปลอดภัยผู้ป่วย

ในนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 รุ่นที่ 16

พร บุญมี
ลักษณา ไทยประเสริฐ

วิชาปฏิบัติการบริหารการพยาบาล
ประจำปีการศึกษา 2551

ความปลอดภัยของผู้ป่วยกับบทบาทของอาจารย์พยาบาลและนักศึกษาพยาบาลในยุคปัจจุบัน

พร บุญมี* พย.ม.(การบริหารการพยาบาล)
พยาบาลวิชาชีพ 8วช. (ด้านการสอน)
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพะเยา

ปัจจุบันในระบบการจัดการด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ได้ให้ความสำคัญในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เพราะความปลอดภัยมีความสำคัญต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยและเป็นเป้าหมายของการเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ นอกจากนี้ผลลัพธ์ที่เป็นด้านลบจากการบำบัดรักษาพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น ทำให้ทุพลภาพในระยะสั้นหรือถาวรและสูญเสียชีวิตโดยไม่จำเป็น อีกทั้งสูญเสียความไว้วางใจของพ่อแม่ ญาติพี่น้องของผู้ป่วยต่อการรับบริการทางสุขภาพ สำหรับตัวบุคลากรทางสุขภาพเมื่อกระทำผิดพลาด พบว่า มีผลให้ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ถูกฟ้องร้องทางกฎหมายและหรือถูกเพิกถอนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ นอกจากนี้โรงพยาบาลหรือองค์กรสุขภาพก็ได้รับผลกระทบไปด้วยคือสูญเสียลูกค้า เสียชื่อเสียงด้านการบริการและถูกฟ้องร้องทางกฎหมายเพื่อเรียกค่าเสียหาย ดังนั้นแนวคิดการจัดการความปลอดภัยเชิงรุกที่สามารถป้องกันและลดความเสียหายต่อผู้ป่วย บุคลากรทางสุขภาพและองค์กรด้านสุขภาพจึงเกิดขึ้น ทั้งนี้เพื่อประกันคุณภาพการบริการที่ทำให้เกิดความมั่นใจว่า การรับบริการสุขภาพของผู้ป่วยมีความปลอดภัย

ในสถาบันการศึกษาพยาบาล ที่มีการการจัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและการปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง มีความจำเป็นต้องหันมาให้ความสนใจในระบบการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยของโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งฝึก ตลอดจนนำแนวคิด กระบวนการและแนวปฏิบัติความปลอดภัยทางคลินิกของผู้ป่วย ไปสู่การปฏิบัติ และเข้าไปเรียนรู้ แลกเปลี่ยน ตลอดจนสอนให้นักศึกษาพยาบาลได้เรียนรู้ในเรื่องความปลอดภัยผู้ป่วยในสถานการณ์จริง เพื่อหล่อหลอมให้นักศึกษาพยาบาลได้ให้ความสำคัญในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยและมีทักษะที่มีความไวอย่างเพียงพอที่จะประเมินความปลอดภัยของผู้ป่วยได้อย่างแม่นยำ ถูกต้องและรวดเร็วได้ อันจะส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลจบไปเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยได้ต่อไป

บทความนี้ผู้เขียนในฐานะเป็นครูพยาบาลคนหนึ่งที่เคยมีประสบการณ์ในการเป็นพยาบาลวิชาชีพในระบบบริการมานานถึง 19 ปี และได้ติดตามการเปลี่ยนแปลงในระบบการดูแลด้านความ

ผลงานวิจัยเรื่อง

วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยและการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย

นำมาใช้ในการเรียนการสอน
วิชาการบริหารการพยาบาล

ถอดบทเรียนการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพะเยา

มาตรฐานคุณภาพการศึกษา ได้กำหนดให้มีตัวบ่งชี้คุณภาพการศึกษา ที่ 5.1.4 ให้มีการนำระบบบริหารความเสี่ยงมาใช้ในกระบวนการบริหารการศึกษา โดยกำหนดเกณฑ์มาตรฐาน อยู่ 5 ระดับ คือให้มีการดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการหรือคณะทำงานบริหารความเสี่ยง โดยมีผู้บริหารระดับสูงและตัวแทนทุกหน่วยงานในสังกัดร่วมเป็นคณะกรรมการหรือคณะทำงาน โดยผู้บริหารระดับสูงต้องมีบทบาทสำคัญในการกำหนดนโยบายหรือแนวทางในการบริหารความเสี่ยง มีการวิเคราะห์และระบุปัจจัยที่ส่งผลกระทบหรือสร้างความเสียหายหรือความสูญเสียหรือลดโอกาสที่จะบรรลุเป้าหมายในการบริหารงานและจัดลำดับความสำคัญของปัจจัยเสี่ยง โดยให้มีการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยง โดยแผนต้องกำหนดมาตรการหรือแผนปฏิบัติการในการสร้างความรู้ ความเข้าใจให้กับบุคคลทุกระดับในด้านการบริหารความเสี่ยงและการดำเนินการแก้ไข ลด หรือ ป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นให้เป็นรูปธรรม ตลอดจนให้มีการดำเนินการตามแผนบริหารความเสี่ยง และให้มีการสรุปผลการดำเนินงานตามแผนบริหารความเสี่ยง ตลอดจนให้มีการกำหนดแนวทางและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแผนบริหารความเสี่ยงโดยได้รับความเห็นชอบจากผู้บริหารสูงสุดของสถาบัน

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพะเยา ได้ เล็งเห็นถึงความจำเป็นดังกล่าว จึงได้ดำเนินการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงขึ้นมา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 จนถึงปัจจุบันจึงสรุปบทเรียนการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยง โดยแบ่งการถอดบทเรียนออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ปี พ.ศ. 2549 เป็นระยะเริ่มต้นของการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงซึ่งในปี พ.ศ. 2549 ยังไม่ได้มีการกำหนดตัวบ่งชี้คุณภาพตามมาตรฐานการประกันคุณภาพการศึกษา การดำเนินงานของวิทยาลัยในขณะนั้นได้เล็งเห็นถึงความจำเป็นและความสำคัญของการนำระบบบริหารความเสี่ยงมาใช้ในการบริหารการศึกษาของสถาบันที่ผลิตบุคลากรทางด้านสุขภาพให้ออกไปสู่ระบบสุขภาพที่มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะการนำระบบบริหารความเสี่ยงความปลอดภัยมาใช้จัดการคุณภาพ ในสถาบันการศึกษาพยาบาล ที่มีการการจัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและการปฏิบัติ กับผู้ป่วยจริง มีความจำเป็นต้องหันมาให้ความสนใจในระบบการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยของโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งฝึก ตลอดจนนำแนวคิดกระบวนการและแนวปฏิบัติความปลอดภัยทางคลินิกของผู้ป่วย ไปสู่การปฏิบัติ และเข้าไปเรียนรู้แลกเปลี่ยน ตลอดจนสอนให้นักศึกษาพยาบาลได้เรียนรู้ในเรื่องความปลอดภัยผู้ป่วยในสถานการณ์จริง เพื่อหล่อหลอมให้นักศึกษาพยาบาลได้ให้ความสำคัญในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยและมีทักษะที่มีความไวอย่างเพียงพอที่จะประเมินความปลอดภัยของผู้ป่วยได้อย่างแม่นยำ ถูกต้องและ

การพัฒนาการปฏิบัติงานที่ดี (Good Practice)
ตัวบ่งชี้คุณภาพ 5.1.4
มีการนำระบบบริหารความเสี่ยง
มาใช้ในกระบวนการบริหารการศึกษา

จัดทำโดย

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

ปีการศึกษา 2550
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพะเยา
สถาบันพระบรมราชชนก

แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การบริหาร

ความเสี่ยงกับวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา.

แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การบริหารความเสี่ยง

กับวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี.

แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การบริหาร

ความเสี่ยงกับสถาบันการศึกษาในเวทีนำเสนอแนวปฏิบัติที่ดี

ตัวบ่งชี้ความสำเร็จของการบริหารความเสี่ยง

ลำดับ	ตัวชี้วัดความสำเร็จการบริหารความเสี่ยง	เป้าหมาย	ผลงานที่ปฏิบัติได้ ปีการศึกษา				
			2549	2550	2551	2552	2553
1.	ระดับคุณภาพการบริหารความเสี่ยงตามเกณฑ์ สกอ. ปีการศึกษา 2549-2552	5 ระดับ	5 ระดับ	5 ระดับ	5 ระดับ	5 ระดับ	-

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

มีนโยบายชัดเจน

มีการกำกับติดตามต่อเนื่อง

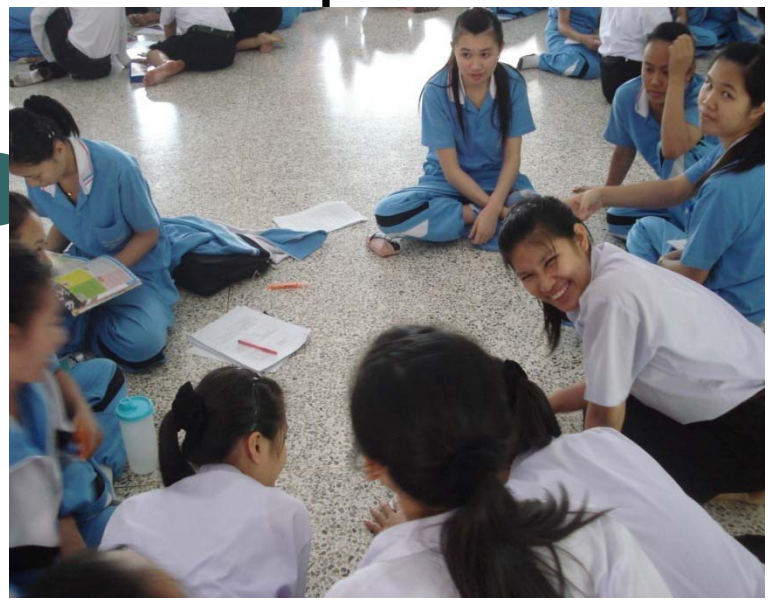
สนับสนุนงบประมาณ

ตอบสนองแก้ไขปัญหาต่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

บุคลากรให้ความร่วมมือในการ ค้นหา วิเคราะห์ จัดทำแผนบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงวิเคราะห์ ค้นหาสาเหตุของอุบัติการณ์ความเสี่ยง และให้ข้อคิดเห็นต่อการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยง

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ



นักศึกษาให้ความร่วมมือในการค้นหาความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม ในชั้นปี ในครอบครัวเดียวกัน ในผู้ป่วย กำหนดแนวทางการป้องกัน และรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ค้นหาสาเหตุและให้ข้อคิดเห็นต่อการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยง

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

การได้รับความร่วมมือจากองค์กรภายนอก

มีการเตรียมความพร้อมของบุคลากรให้มีความรู้ความเข้าใจและให้มีทัศนคติที่ดีต่อการบริหารความเสี่ยง อย่างต่อเนื่อง

มีการสื่อสารอุบัติการณ์ความเสี่ยงและการแก้ไขปัญหาให้กับบุคลากรนักศึกษาอย่างต่อเนื่อง

มีความมุ่งมั่นทุ่มเท ของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

มีระบบติดตาม รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงอย่างต่อเนื่องประจำทุกเดือน

มีระบบการค้นหาความเสี่ยง ที่ครอบคลุมกระบวนการงานของหน่วยงานย่อยและมีการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงตามความรุนแรง

ขอขอบคุณ