



คณะแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
FACULTY OF MEDICINE  
PRINCE OF SONGKLA UNIVERSITY



# การบริหารความเสี่ยง โปรแกรมการบันทึกและการรายงาน

พว. ยุพา แก้วมณี  
หัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

5 เมษายน 2566

# วิทยาลัยทัน

ปีงบประมาณ 2563-2567

## คณะแพทยศาสตร์เพื่อเพื่อนมนุษย์

(DEDICATED & EXCELLENT  
MEDICAL SCHOOL FOR MANKIND)

### พันธกิจ

- 1 ผลิตและพัฒนาแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ คุณธรรม และจริยธรรม โดยยึดถือประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์เป็นกิจที่หนึ่ง
- 2 ให้บริการด้านรักษาพยาบาลที่เป็นเลิศจนถึงระดับเหนือกว่าตติยภูมิ ด้วยจิตวิญญาณ โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์
- 3 สร้างงานวิจัยที่มีคุณภาพระดับนานาชาติ บนพื้นฐานวัฒนธรรม การวิจัยและนวัตกรรม
- 4 ให้บริการวิชาการ ที่ตอบสนองความต้องการของสังคมไทย และเชื่อมโยงสู่เครือข่ายสากล

### วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (SO)

1

#### Internationalization

พัฒนาคณะแพทยศาสตร์ไปสู่  
การเป็นคณะแพทย์ชั้นนำที่  
ได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติ

2

#### Networking and Societal responsibility

เสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่าย และส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากกรอบความร่วมมือ ร่วมกันอย่างเต็มศักยภาพ รวมถึงการนำองค์ความรู้มาปรับใช้ในสภาพความต้องการและ ปัญหาที่แท้จริงของสังคมและชุมชน

3

#### Smart Organization

สร้างองค์กรอัจฉริยะ สร้างระบบการเรียนรู้ เสริมปัญญา และสร้างเอกลักษณ์ของ วัฒนธรรมองค์กรให้ใช้ทรัพยากรและเทคโนโลยีอย่างคุ้มค่า

3

## คำนิยาม : MED PSU



### ปรัชญา :

ประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์เป็นกิจที่หนึ่ง

### เป้าหมาย :

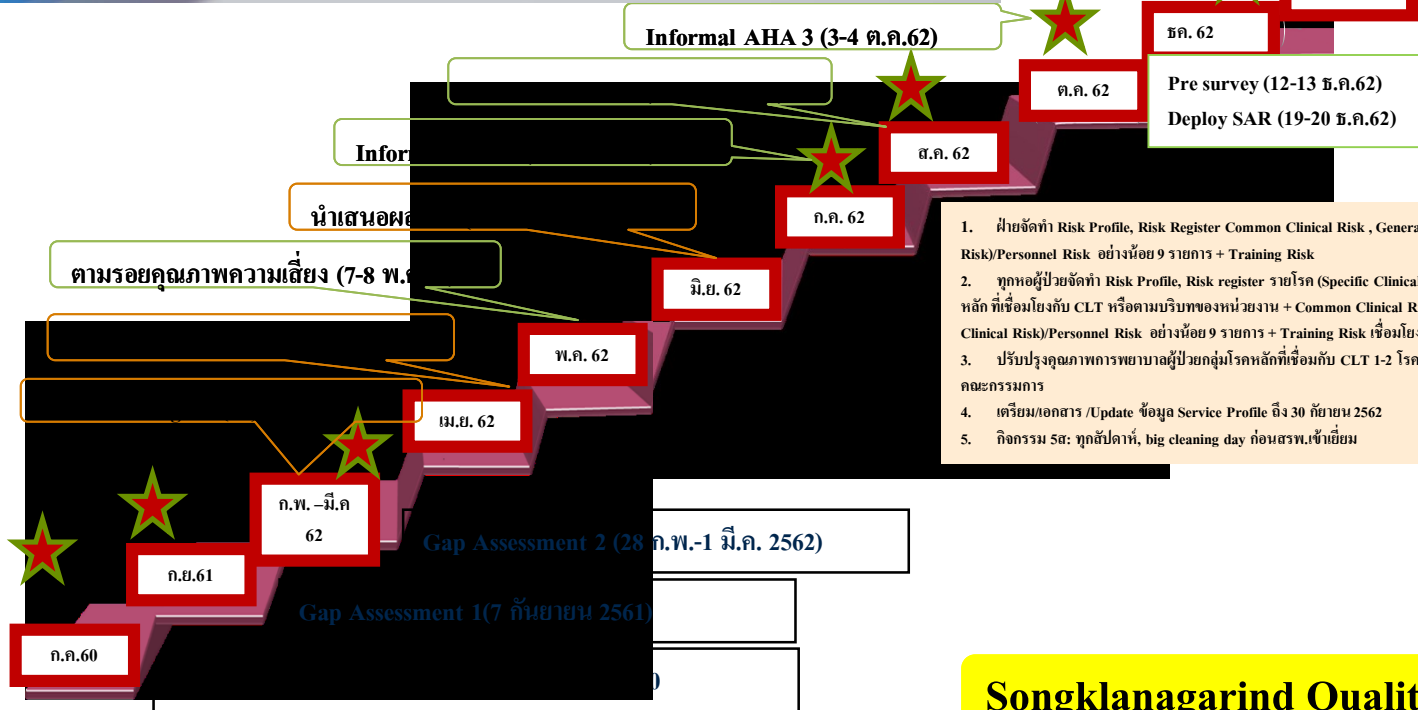
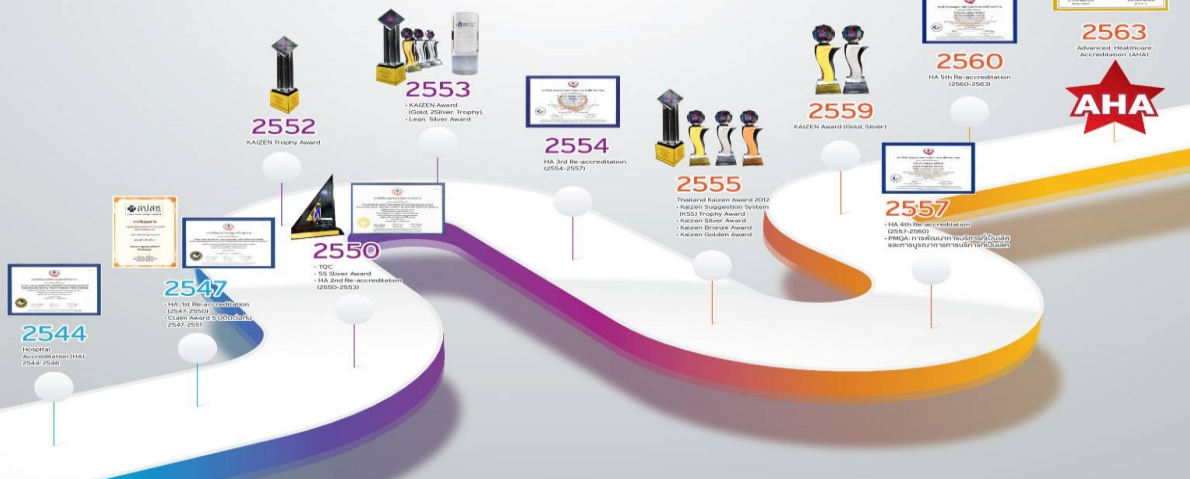
- 1 ผู้รับบริการได้รับการพยาบาลที่เป็นเลิศ
- 2 บุคลากรมีศักยภาพสูง มีคุณธรรมและจริยธรรม มีความพึงพอใจ
- 3 เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้

### วัฒนธรรมองค์กร

1. มุ่งเน้นคุณภาพ
2. ผู้นำการเปลี่ยนแปลง



# Songklanagarind Quality Way is *Never-Ending Journey For AHA*



1. ฝ้ายจัดทำ Risk Profile, Risk Register Common Clinical Risk , General Risk (Non Clinical Risk)/Personnel Risk อย่างน้อย 9 รายการ + Training Risk
2. ทุกคนผู้เกี่ยวข้องทำ Risk Profile, Risk register รายโรค (Specific Clinical Risk) ครอบคลุม 5 โรคหลัก ที่เชื่อมโยงกับ CLT หรือคณบดีของหน่วยงาน + Common Clinical Risk , General Risk (Non Clinical Risk)/Personnel Risk อย่างน้อย 9 รายการ + Training Risk เชื่อมโยงกับฝ้ายฯ
3. ปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มโรคหลักที่เชื่อมกับ CLT 1-2 โรคตามข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ
4. เตรียม/เอกสาร /Update ข้อมูล Service Profile ถึง 30 กันยายน 2562
5. กิจกรรม 5ส: ทุกสัปดาห์, big cleaning day ก่อนสรพ.เข้าเยี่ยม





## ความเสี่ยง (Risk) คืออะไร

- ❖ โอกาสที่จะเกิดความผิดพลาด ความเสียหาย การรั่วไหล ความสูญเปล่า หรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ซึ่งอาจเกิดขึ้นในอนาคตและมีผลกระทบ หรือทำให้การดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์และ เป้าประสงค์ขององค์กร
- ❖ ความไม่แน่นอนว่าผลลัพธ์จะเกิดขึ้นตามที่ตั้งเป้าหมายไว้หรือไม่

ความไม่แน่นอน (uncertainty) อาจมีผลในเชิงลบหรือเชิงบวก

ผลในเชิงลบนั้นถือว่าเป็น “ ความเสี่ยง (Risk) ”

ผลในเชิงบวกถือว่าเป็นการสร้าง “โอกาส (Opportunity)”





## อุบัติการณ์ (Incidence)

อุบัติการณ์คือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นนอกเหนือความคาดหมายจากการทำงานตามปกติ

## เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Events)

ได้แก่ การบาดเจ็บ ความเสียหาย การเกิดอันตราย การไม่พิทักษ์สิทธิหรือศักดิ์ศรีหรือเกิดความสูญเสียจนต้องมีการชดเชยค่าเสียหาย ที่เกิดจากการดูแลรักษาโดยไม่ตั้งใจ

## เหตุการณ์พึงสังวร (Sentinel Events)

ได้แก่ เหตุการณ์สำคัญ รุนแรงและไม่พึงประสงค์เป็นเหตุการณ์ที่ไม่ได้คาดหมาย อาจมีผลต่อชีวิต ร่างกาย การสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะของผู้ป่วย หรือมีผลกระทบต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาล (ซึ่งควรมีการเฝ้าระวังเชิงรุก)

ความเสี่ยง กับ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

## Risk vs. Adverse event



คือสองด้านของเหรียญเดียวกัน

# Risk vs. Problem(Incident)

<b>Risk = ความไม่แน่นอน</b>	<b>Problem = สิ่งที่ไม่ต้องการที่เกิดขึ้นแล้ว</b>
• ใช้ helicopter ไปปฏิบัติงานในพื้นที่อากาศแปรปรวน	• Helicopter ไม่พร้อมใช้งาน
• การขึ้นค่าแรง	• สินค้าราคาแพง
• มรสุม / พายุ	• น้ำท่วม
• การให้เลือด(ในภาวะฉุกเฉิน)	• ให้เลือดผิดหมู่
• การใช้ social media	• ผิดกฎหมาย





คณะแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

## ตอบคำถามต่อไปนี้ (ในการทำงาน)

เหตุการณ์ / เรื่องราว	ความเสี่ยง	อุบัติการณ์
■ ถ่ายภาพรังสีผิดคน ผิดตำแหน่ง		
■ วันนี้เจ้าหน้าที่ลาป่วย		
■ เครื่องมือชำรุด		
■ ผ้าเปื้อนในห้องผ่าตัดมีรอยน้ำรั่ว		
■ ไฟฟ้าดับกะทันหันในรพ.		



คณะแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

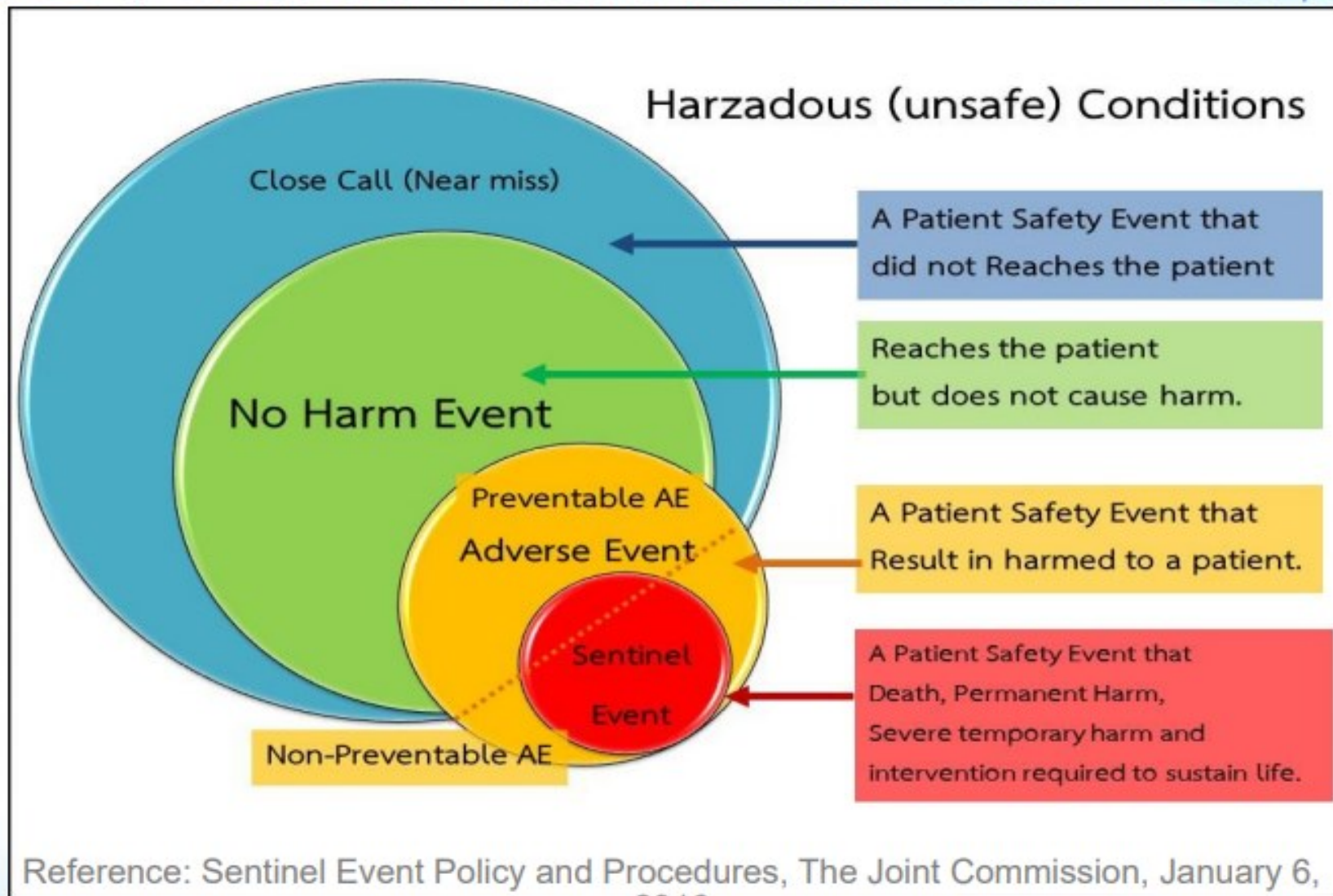
## ตอบคำถามต่อไปนี้ (ในการทำงาน)

เหตุการณ์ / เรื่องราว	ความเสี่ยง	อุบัติการณ์
▪ ตกเลือดหลังคลอด		
▪ ทารกตัวใหญ่กำลังจะคลอด		
▪ ผู้ป่วย COPD ขาดยาพ่น		
▪ ผู้ป่วยปวดท้องที่บริเวณลิ้นปี่		
▪ ผู้ป่วยจะมาขอตรวจพบhypertension		

# A Patient Safety Event



is an event, incident, or condition that could have resulted or did result in harm to a patient.





คือเรื่องเดียวกัน



อยากเกิด **Safety** ต้องลด **Risk**  
โดยทำ **Quality**



## ถามตัวเราเองก่อนว่า

1. ก่อนออกจากบ้านมาทำงานเคยตั้งใจไว้หรือไม่ว่าวันนี้ ผู้ป่วยจะตก/ล้ม  
ท่อช่วยหายใจเลื่อน **Phlebitis Pressure Injury shock** ฯลฯ
2. ก่อนออกจากบ้าน/หอพักเคยตั้งใจไว้หรือไม่ว่า วันนี้จะฉีดยาผิด สัก **2** ครั้ง
3. ถ้าเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดกับเรา ญาติเรา พ่อแม่เรา เราจะรู้ลึกอย่างไร
4. แล้วทุกวันนี้ยังมีเหตุการณ์แบบนี้เกิดขึ้นอยู่บ้างมั๊ย

# Risk & Quality Dimension



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

Dimension	ผู้รับบริการพูดถึงอย่างไร
Accessibility	เข้าถึงง่าย ไม่รอนาน เท่าเทียม
Continuity of services	ไร้รอยต่อ ไม่ซับซ้อน
Effectiveness/Appropriateness	ทันสมัย รักษาเก่ง รักษาหาย
Efficiency	คุ้มค่า
Patient-centeredness	ใส่ใจ ใช้เวลา รับฟัง พูดดี พูดรู้เรื่อง ดูแลทุกคน ดูแลเหมือนเป็นคนคนหนึ่ง
Population focus	เป็นอะไรก็รักษาได้
Safety	ไม่มีของแถม

ใช้มิติคุณภาพทุกมิติมาพิจารณาความเสี่ยง



# องค์กรในฝันกับ Patient Safety



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

ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยสูง

เรียนรู้เรื่องความปลอดภัย



น่าไว้วางใจเพราะไร้ความเสี่ยง  
มีคุณภาพต่อเนื่องคงเส้นคงวา

ใช้แรงบันดาลใจเพื่อความปลอดภัย

# Reliability



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

## Quality without failure over time



**ผู้รับบริการได้รับบริการที่ดี  
เราได้รับความน่าไว้วางใจ**

คำว่า "คุณภาพ" ทำให้เกิดความรู้สึกว่าผู้ได้คือผู้รับผลงานฝ่ายเดียว แต่คำว่า "น่าไว้วางใจ" นั้น ทำให้เกิดความรู้สึกว่าได้กันทั้งสองฝ่าย ผู้รับได้รับสิ่งที่ดีน่าไว้วางใจ ผู้ให้ได้รับความไว้วางใจ



## **Reactive Approach**

ทำงานไปตามปกติ มีอะไรเข้ามาก็ทำไป  
มีปัญหาอะไรก็แก้ไขกันไป





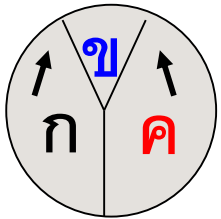


เมื่อเราเดินเรือแล้วต้องเจอกับหินโสโครก แหน่อนเราต้อง  
ขับเรือให้พ้นจากหินโสโครก มากกว่าที่เราจะหวังสมบัติที่  
อยู่บนเรือ นี่คือการแก้ไขปัญหาลูกเฉพาะหน้า

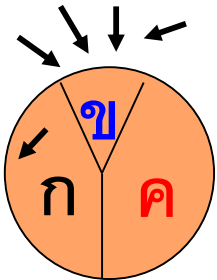
ความเสี่ยงคือ...ความสุข

# ในแต่ละวันเราใช้เวลาทำงาน 3 ประเภทนี้

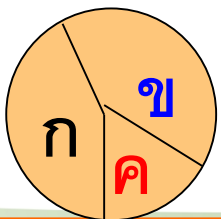
- งานประเภท ก : ทำงานประจำวัน
- งานประเภท ข : ปรับปรุงงาน (ป้องกันไม่ให้เกิดไฟไหม้)
- งานประเภท ค : แก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า (ดับไฟที่เกิดขึ้นแต่ละวัน)



⊕ โดยทั่วไป "การปรับปรุงงาน" จะถูกบีบออกไปโดยงาน ก และงาน ค



⊕ ต้องพยายาม ผลักดันให้ "การปรับปรุงงาน" เป็นส่วนหนึ่งของ งานในแต่ละวัน(งานประจำถูกปรับปรุงให้ดีขึ้น)



⊕ สุดท้ายจะส่งผลให้ "การแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า" น้อยลง และมีเวลาที่จะ "การปรับปรุงงาน" มากขึ้น



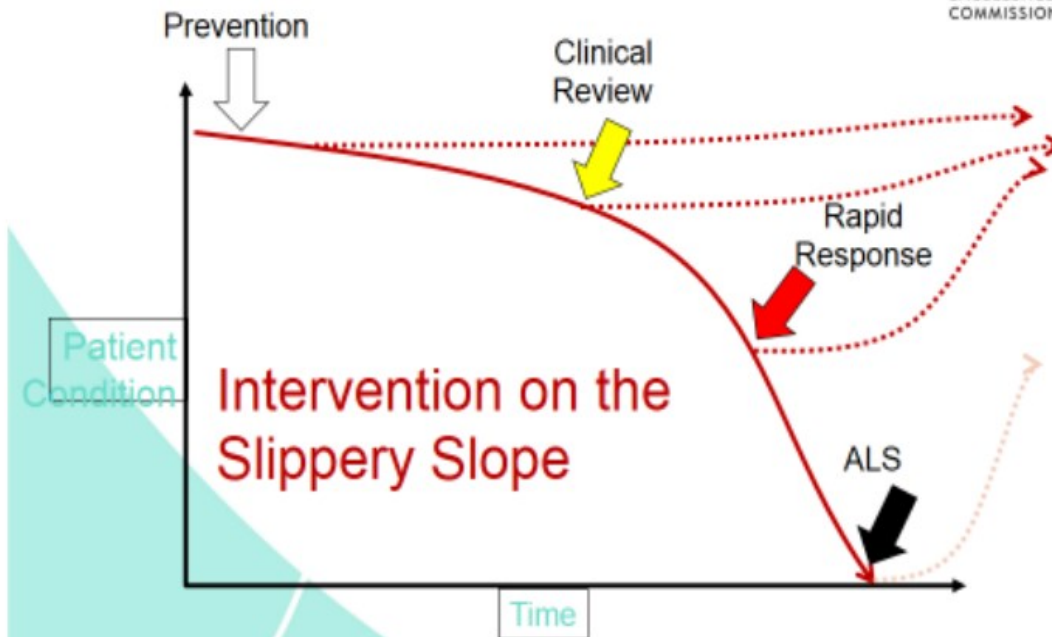
## Better Reactive

- (1) ระบบรับรู้เหตุการณ์ที่มีความไว เช่น early warning chart, early warning sign
- (2) การสื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องรับรู้โดยเร็ว
- (3) การเตรียมพร้อมและร่วมมือกันแก้ไขปัญหา
- (4) การเก็บหลักฐานอย่างครบถ้วนเพื่อให้พิสูจน์ความจริงได้
- (5) การขอโทษและเปิดเผยข้อมูล (open disclosure)
- (6) การเยียวยาผู้เสียหาย



# รับรู้ก่อนจะสายเกินไป

## The Solution



The image shows a clinical record form with several callouts highlighting key features:

- A, B, C, D approach:** A blue callout pointing to a section of the form.
- Patient ID on all pages of clinical record:** A blue callout pointing to a field in the form.
- Rapid Response:** A red callout pointing to a section of the form.
- Clinical Review:** A yellow callout pointing to a section of the form.



## II-1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง (Risk Management System)

องค์กรมีระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน เพื่อจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่ และผู้ที่มาเยือน.

### ก. ข้อกำหนดทั่วไป



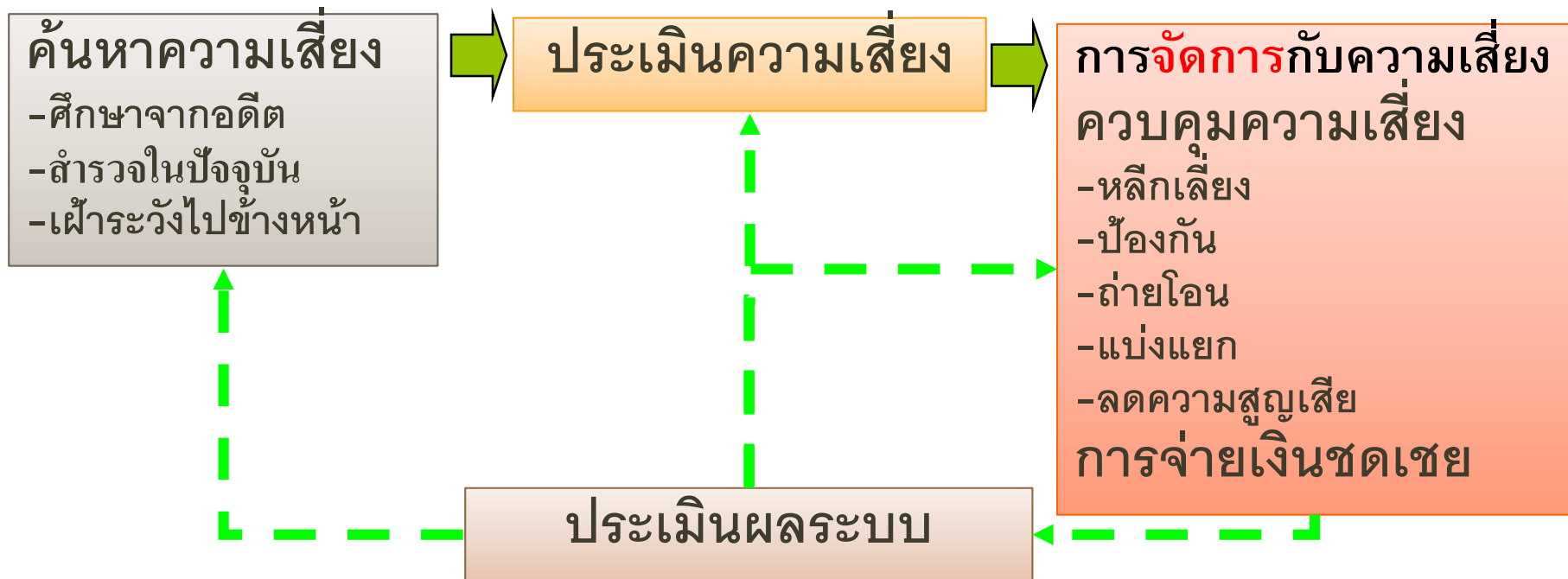
### ข. ข้อกำหนดเฉพาะประเด็น

**1** โปรแกรมสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร (I-5.1 c)

**2** อาคารสถานที่ พื้นที่ใช้สอย อุปกรณ์ เครื่องมือ ยา และวัสดุศัลยกรรม (II-3.1, 3.1, 6)

**3** การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ เวชระเบียน (II-4, 5)

# กระบวนการบริหารความเสี่ยง





## ระบบบริหารความเสี่ยง คุณภาพ ความปลอดภัย

เพื่อลดโอกาสเกิดและผลกระทบของอุบัติการณ์ที่ควรป้องกันได้



# การค้นหาความเสี่ยง

## การค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก

- การตรวจสอบ เช่น ENV, IC, RM round
- การทำกิจกรรมทบทวนจากเหตุการณ์สำคัญ
- การค้นหาจากกระบวนการทำงาน

## การค้นหาความเสี่ยงแบบตั้งรับ

- รายงานต่าง ๆ เช่น รายงานอุบัติการณ์ รายงานผลการตรวจสอบ รายงานของเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย



สถานการณ์ปัจจุบัน

ความเสี่ยงที่เรารายงาน

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

ในสถานการณ์ปัจจุบัน  
การรายงานความเสี่ยง  
ยังมีปริมาณน้อยเปรียบเหมือน  
ปลายยอดของน้ำแข็งที่โผล่ขึ้น  
มา แต่สิ่งที่อยู่ข้างล่างยังมีอีก  
มากมาย เราจึงต้องช่วยกัน  
รายงานความเสี่ยง

ความเสี่ยงที่แฝงอยู่

ความเสี่ยงคือ...ความสุข



# RM-Where Can Healthcare Learn From

Look backward



Analysis of incidents

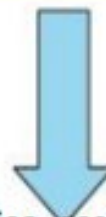


Look forward



Risk analysis

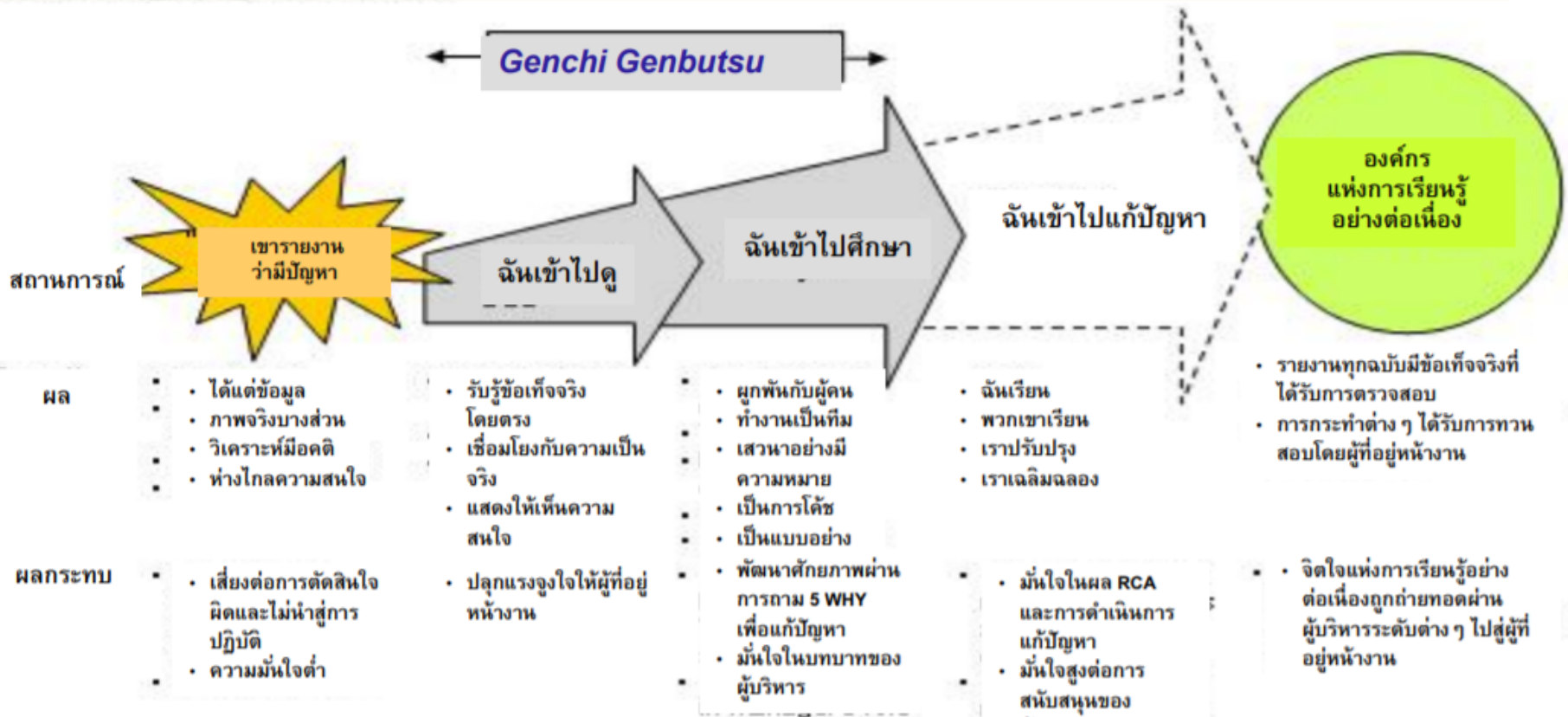
Learn from others



Look aside

# Genchi Genbutsu - เข้าไปดูให้เห็นด้วยตาตนเอง

ผู้บริหาร เข้าไปและศึกษา ด้วยตนเอง เพื่อสร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง



\* Following TPS problem-solving tools, i.e., Plan-Do-Check-Act, with control and standardization of end-result solution  
Source: Former Toyota manager



# Observe & Listen to Gain Insight



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

- **Observe** สังเกต
- **Interview for Empathy**
- **Walkthrough** ขอให้เล่าความรู้สึกและความต้องการ ขณะที่ปฏิบัติงานเหมือนจริงในทุกขั้นตอน
- **Camera Study** ขอให้ถ่ายรูปที่เกี่ยวข้องกับการทำงานและเล่าให้ฟังว่าภาพนั้นมีความหมายอย่างไร
- **Ethnography** เข้าไปร่วมปฏิบัติ ทำตัวเหมือนเจ้าของงาน





# ประเภทความเสี่ยง

- **ความเสี่ยงทั่วไป**

ความเสี่ยงหรือโอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งไม่พึงประสงค์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น สิ่งแวดล้อม อัคคีภัย เครื่องมือ ข้อร้องเรียน

- **ความเสี่ยงทางคลินิก**

เหตุการณ์หรือการดูแลรักษาที่อาจเกิดอันตรายหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วยผู้ป่วย ทั่วไป รายใดก็ได้ โดยไม่ระบุจำเพาะโรค

- **ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค**

ความเสี่ยงใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยและอาจเกิดภาวะไม่พึงประสงค์หรือเสียชีวิตโดยระบุจำเพาะโรคและภาวะเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นกับโรคนั้น ๆ

# ระดับความรุนแรงอุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

## Clinic

- [ ] **ระดับ A:** เหตุการณ์ซึ่งมีโอกาสที่จะก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อน
- [ ] **ระดับ B:** เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้น แต่ยังไม่ถึงผู้ป่วย
- [ ] **ระดับ C:** เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย แต่ไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย
- [ ] **ระดับ D:** เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้ต้องมีการเฝ้าระวังเพื่อให้มั่นใจว่าไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย
- [ ] **ระดับ E:** เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราว และต้องมีการบำบัดรักษา
- [ ] **ระดับ F:** เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราว และต้องนอนโรงพยาบาล หรืออยู่โรงพยาบาลนานขึ้น
- [ ] **ระดับ G:** เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายถาวรแก่ผู้ป่วย
- [ ] **ระดับ H:** เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้ต้องทำการช่วยชีวิต
- [ ] **ระดับ I:** เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต

## Non Clinic

- [ ] **ระดับ 1:** มีผลกระทบต่อผู้ป่วย/บุคลากร/องค์กรน้อย แต่ควรเพิ่มการเฝ้าระวัง
- [ ] **ระดับ 2:** มีผลกระทบต่อผู้ป่วย/บุคลากร/องค์กร สามารถแก้ไขเหตุการณ์ได้มีผลน่าพึงพอใจ
- [ ] **ระดับ 3:** มีผลกระทบต่อผู้ป่วย/บุคลากร/องค์กรแก้ไขได้ระดับหนึ่งและไม่เกิดความเสียหายระยะยาว
- [ ] **ระดับ 4:** มีผลกระทบต่อผู้ป่วย/บุคลากร/องค์กรเกิดความเสียหายระยะยาวเช่น พิการ
- [ ] **ระดับ 5:** มีผลกระทบต่อผู้ป่วย/บุคลากร/องค์กรแก้ไขไม่ได้ มีผลเสียขั้นร้ายแรง เช่น เสียชีวิต ทำให้เสียชื่อเสียงและเสื่อมความศรัทธา

# ระดับความรุนแรงอุบัติเหตุการฉีกขาด / ลื่นล้ม

ลักษณะการบาดเจ็บ / แผล และระดับความรุนแรง

- A = มีสถานการณ์ หรือสิ่งแวดล้อมที่อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดการ พัด ตก / ลื่นล้ม
- B = มีสถานการณ์ที่ผู้ป่วยเกือบมีการ พัด ตก / ลื่นล้ม แต่สามารถช่วยเหลือไว้ได้ทัน
- C = ผู้ป่วยเกิดการ พัด ตก / ลื่นล้ม แต่ไม่ได้รับบาดเจ็บ
- D = ผู้ป่วยเกิดการ พัด ตก / ลื่นล้ม และได้รับบาดเจ็บเล็กน้อย ได้แก่ มีแผลลอก ช้ำ
- E = ผู้ป่วยเกิดการ พัด ตก / ลื่นล้ม และได้รับบาดเจ็บปานกลาง ได้แก่ มีแผลเปิด กล้ามเนื้อฉีกขาด มีจ้ำเลือด (hematoma) มีการเคลื่อนไหวบกพร่องจากการ พัด ตก/ลื่น ล้ม หรืออันตรายอื่น ที่แพทย์มีแผนการรักษา
- F = ผู้ป่วยเกิดการ พัด ตก / ลื่นล้ม และได้รับบาดเจ็บรุนแรง ได้แก่ กระดูกหัก 1 ตำแหน่ง หรือหลายตำแหน่ง มีเลือดออก ในเยื่อหุ้มสมอง ศีรษะได้รับอันตราย ต้องมีแผนการรักษา และทำให้เกิดการพิการชั่วคราว และต้องรักษาตัวอยู่ใน โรงพยาบาลนานขึ้น
- G = ผู้ป่วยเกิดการ พัด ตก / ลื่นล้ม และได้รับบาดเจ็บรุนแรงมาก ส่งผลให้เกิดความพิการถาวร
- H = ผู้ป่วยเกิดการ พัด ตก / ลื่นล้ม และบาดเจ็บรุนแรงมาก และต้องได้รับการรักษาเพื่อช่วยชีวิต
- I = ผู้ป่วยเกิดการ พัด ตก / ลื่นล้ม และเสียชีวิต

# การจัดลำดับความรุนแรงของความเสี่ยงด้านคลินิก

- ระดับ A เหตุการณ์ซึ่งมีโอกาที่จะก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อน
- ระดับ B เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้น แต่ยังไม่ถึงผู้ป่วย
- ระดับ C เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย แต่ไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย

Near miss

- ระดับ D เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้ต้องมีการเฝ้าระวังเพื่อให้**มั่นใจว่าไม่เกิด**

**อันตรายต่อผู้ป่วย**

**Adverse Events**

- ระดับ E เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราวและ**ต้องมีการ**

**บำบัดรักษา**

- ระดับ F เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราว และ**ต้องนอน**

**โรงพยาบาล** หรืออยู่โรงพยาบาลนานขึ้น

- ระดับ G เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายถาวรแก่ผู้ป่วย

**Sentinel events**

- ระดับ H เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้**ต้องทำการช่วยชีวิต**

- ระดับ I เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต



# SIMPLE

**S - Safe Surgery**

**I - Infection Control**

**M - Medication Safety**

**P - Patient Care Process**

**L - Line, Tube and Catheter**

**E - Emergency Response**



# 2P Safety Goals



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

Patient Safety Goals		Personnel Safety Goals	
<b>S</b>	<b>S</b> afe Surgery and Invasive Procedures	<b>S</b>	<b>S</b> ocial Media (communication), <b>S</b> ecurity and privacy of information
<b>I</b>	<b>I</b> nfection Control (Clean Care is Safer Care)	<b>I</b>	<b>I</b> nfection and Exposure
<b>M</b>	<b>M</b> edication & Blood Safety	<b>M</b>	<b>M</b> ental Health and <b>M</b> ediation
<b>P</b>	<b>P</b> atient Care Processes	<b>P</b>	<b>P</b> rocess of work
<b>L</b>	<b>L</b> ine, Tube & Catheter, Device and <b>L</b> aboratory	<b>L</b>	<b>L</b> ane (ambulance), <b>L</b> egal Issues regulation (medical legal)
<b>E</b>	<b>E</b> mergency Response	<b>E</b>	<b>E</b> nvironment & Working conditions

ประกาศเป้าหมายความปลอดภัยของประเทศเพื่อผู้ให้และผู้รับบริการ

# มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย



สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย  
The Health Promotion Foundation

## มาตรฐานสำคัญจำเป็น

1. การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ
2. การติดเชื้อที่สำคัญตามบริบทขององค์กรในกลุ่ม SSI, VAP, CAUTI, CABS
3. บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่
4. การเกิด Medication Errors และ Adverse Drug Event
5. การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด
6. การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด
7. ข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค
8. การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยาผิดพลาด
9. การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน

## รายละเอียดการดำเนินงาน

- สถานพยาบาลต้องดำเนินการดังต่อไปนี้
1. สถานพยาบาลต้องมีแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วยในประเด็นที่กำหนด
  2. สถานพยาบาลแสดงจำนวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นแต่ละปีในประเด็นที่กำหนด
  3. กรณีเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย (ระดับ E ขึ้นไป) ให้สถานพยาบาลทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุราก
  4. จัดทำแผนควบคุมป้องกันการเสี่ยงและมีผลการดำเนินงานตามแผนแสดงแก่ผู้เยี่ยมชมสำรวจ







# การประเมินความเสี่ยง

เพื่อสามารถบอกระดับความรุนแรงของผลกระทบที่ตามมา รวมทั้งสามารถอธิบายหรือคาดการณ์ความรุนแรงของความเสียหายได้

## แนวทางการประเมินความเสี่ยง

พิจารณาจาก : โอกาสเกิดความเสียหาย / ความสูญเสีย

- มีความถี่และรุนแรงมากน้อยเพียงใด
- ก่อให้เกิดความสูญเสียหรือมีผล กระทบอย่างไร
- มีผลต่อองค์กรอย่างไร

เปรียบเทียบเหมือนเราอยู่ในกรงที่มีสิงโต และแมว ถ้าจำเป็นเราฆ่าตัวไหนก่อน แนนอนต้องฆ่าสิงโตก่อน เพราะสิงโตอาจทำร้ายเราได้ ความเสี่ยงก็เหมือนกันต้องจัดการที่รุนแรงมากกว่าก่อน

รุนแรง



ไม่รุนแรง



ความเสี่ยงคือ...ความสุข

# Score Likelihood & Consequence

Likelihood (frequency) (1-5)	ฐาน	Consequence (Impact) (1-5) ด้าน Clinic	Consequence(Impact)(1-5) ด้าน Non-Clinic
1=โอกาสเกิด อย่างน้อย 4 ครั้งต่อปี	1 ครั้ง/3 เดือน	1=Near miss (Score A-B)	1=มีผลกระทบต่อผู้ป่วย(Score A-B)/บุคลากร/องค์กร น้อย แต่ควรเพิ่มการเฝ้าระวัง
2=โอกาสเกิด อย่างน้อย 8 ครั้งต่อปี	2 ครั้ง/3 เดือน	2=Score C-D	2=มีผลกระทบต่อผู้ป่วย(Score C-D)/บุคลากร/องค์กร สามารถแก้ไขเหตุการณ์ได้ มีผลน่าพึงพอใจ
3=โอกาสเกิดอย่างน้อย 12 ครั้งต่อปี	3 ครั้ง/3 เดือน	3= Score E	3=มีผลกระทบต่อผู้ป่วย(Score E)/บุคลากร/องค์กร แก้ไขได้ระดับหนึ่งและไม่เกิดความเสียหายระยะยาว
4=โอกาสเกิดอย่างน้อย 16 ครั้งต่อปี	4 ครั้ง/3 เดือน	4= Score F-G	4=มีผลกระทบต่อผู้ป่วย(Score F-G)บุคลากร/องค์กร เกิดความเสียหายระยะยาว เช่น พิการ
5=โอกาสเกิดอย่างน้อย 20 ครั้งต่อปี	5 ครั้ง/3 เดือน	5= Score H-I	5=มีผลกระทบต่อผู้ป่วย(Score H-I)/บุคลากร/องค์กร แก้ไขไม่ได้ มีผลเสียขั้นร้ายแรง เช่น เสียชีวิต ทำให้

		Likelihood (Frequency)				
		1	2	3	4	5
Consequence (Impact)	5	6	7	8	9	10
	4	5	6	7	8	9
	3	4	5	6	7	8
	2	3	4	5	6	7
	1	2	3	4	5	6

สูงมาก	9-10	★
สูง	7-8	★
ปานกลาง	4-6	
ต่ำ	2-3	

ความเสี่ยง และเสื่อมความศรัทธา

# ตัวอย่างการวิเคราะห์ Risk register

รายงาน Likelihood & Consequence ประจำปีไตรมาสที่ 3/2561 (เดือนเมษายน - มิถุนายน 2561)

บัญชีความเสี่ยง	จำนวนครั้ง	คะแนน	Consequence	คะแนนรวม
<b>L023. ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาล</b>	8	5	5	10
<b>G01. ผู้ป่วยในตกเตียง</b>	5	5	5	10
<b>D0816. phlebitis/extravasation</b>	114	5	4	9
<b>L06. อื่นๆ ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาล</b>	15	5	4	9
D02. Prescribing error ผู้ป่วยใน	14	5	3	8
D0801. ให้ยาผิดขนาด/ให้ยาซ้ำ	26	5	3	8
D0806. ผู้ป่วยไม่ได้รับยา/ได้รับยาไม่ครบ	30	5	3	8
G03. ผู้ป่วยในล้ม หกล้ม	8	5	3	8
L021. ท่อช่วยหายใจล่อนหลุด (ต้องใส่ใหม่)	5	5	3	8
L03. Catheter and tubing mis-connections	24	5	3	8
O05. เครื่องมือแพทย์และระบบจ่ายก๊าซทางการแพทย์	23	5	3	8
P03. อื่นๆ ความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัย	6	5	3	8
A07. อื่นๆ การวินิจฉัยผู้ป่วย	12	5	2	7
B07. อื่นๆ การส่งตรวจ Lab/X-ray	7	5	2	7
C04. อื่นๆ ความผิดพลาดในการทำการผ่าตัด	7	5	2	7
D0803. ให้ยาผิดเวลา	5	5	2	7
D0804. ให้ยาผิดคน(A01)	7	5	2	7
E02. จ่ายเลือดผิดพลาด	4	4	3	7
H03. ผู้ป่วยหิว	4	4	3	7
K01. Restoration Of Spontaneous Circulation (ROSC)	2	2	5	7
L022. ท่อช่วยหายใจล่อนหลุด (ไม่ต้องใส่ใหม่)	6	5	2	7
O02. น้ำ	4	4	3	7
O06. อื่นๆ ระบบสาธารณสุขปภคและระบบสนับสนุน	3	3	4	7
P02. การบาดเจ็บจากการทำงาน	10	5	2	7
Q03. อื่นๆ ความเสี่ยงด้านการเงิน	3	3	4	7
A03. ระบุตัวผิดในการเก็บส่งตรวจ	4	4	2	6
D01. Prescribing error ผู้ป่วยนอก	2	2	4	6
D06. Dispensing error ผู้ป่วยใน	14	5	1	6
N04. โจรกรรม/ทำร้ายร่างกายภายในโรงพยาบาลฯ	3	3	3	6
O01. ไฟฟ้า	4	4	2	6

สูง	9-10
สูง	7-8
ปานกลาง	4-6
ต่ำ	2-3



<p><b>6</b></p>	<p><b>7</b> K01. Restoration Of Spontaneous Circulation (ROSC)</p>	<p><b>8</b></p>	<p><b>9</b></p>	<p><b>10</b> L023. ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาG01. ผู้ป่วยในตึกเตียง</p>
<p><b>5</b> E03. ระบุตัวผิดในการให้เลือด G04. ผู้ป่วยนอกสิ้น หกล้ม L024. Safe Anesthesia</p>	<p><b>6</b> D01. Prescribing error ผู้ป่วยนอก</p>	<p><b>7</b> O06. อื่นๆ ระบบสาธารณสุขโรคและระบบสนับสนุน Q03. อื่นๆ ความเสี่ยงด้านการเงิน</p>	<p><b>8</b></p>	<p><b>9</b> D0816. phlebitis/extravasation L06. อื่นๆ ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาล</p>
<p><b>Consequence</b></p>	<p><b>5</b> F08. อื่นๆ R07. การติดต่อสื่อสาร</p>	<p><b>6</b> N04. โจรกรรม/ทำร้ายร่างกายภายในโรงพยาบาล</p>	<p><b>7</b> E02. จ่ายเลือดผิดพลาด H03. ผู้ป่วยหนี O02. นำ</p>	<p><b>8</b> D02. Prescribing error ผู้ป่วยใน D0801. ให้ยาผิดขนาด/ให้ยาซ้ำ D0806. ผู้ป่วยไม่ได้รับยา/ได้รับยาไม่ครบ G03. ผู้ป่วยในสิ้น หกล้ม L021. ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด (ใส่ใหม่) L03. Catheter and tubing mis-connections O05. เครื่องมือแพทย์และระบบจ่ายก๊าซทางการแพทย์ P03. อื่นๆ ความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัย</p>
<p><b>3</b> A01. ระบุตัวผิดในการให้ยา B01. ระบุข้อมูลในการรับส่งสิ่งตรวจผิด B05. ถ่าย-ส่งภาพเอกซเรย์ผิดตำแหน่ง D0805. ให้ยาผิดวิธี/ทาง D0810. ให้สารน้ำผิดชนิด D0814. ผู้ป่วยได้รับสารน้ำเกิน D0815. ผู้ป่วยไม่ได้รับสารน้ำ D0817. อื่นๆ / D09. ผู้ป่วยแพ้</p>	<p><b>4</b> B03. รายงานผล Lab ผิดพลาด H04. อื่นๆ L04. Pressure Ulcers</p>	<p><b>5</b> D0802. ให้ยาผิดชนิด D0811. ให้สารน้ำผิดความเร็ว G05. อื่นๆ I04. อื่นๆ N05. อื่นๆ</p>	<p><b>6</b> A03. ระบุตัวผิดในการเก็บส่งตรวจ O01. ไฟฟ้า</p>	<p><b>7</b> A07. อื่นๆ การบ่งชี้ผู้ป่วย B07. อื่นๆ การส่งตรวจ Lab/X-ray C04. อื่นๆ ความผิดพลาดในการผ่าตัด D0803. ให้ยาผิดเวลา D0804. ให้ยาผิดคน(A01) L022. ท่อช่วยหายใจเลื่อน</p>
<p><b>Likelih</b></p>			<p><b>ข้อมูลไตร</b></p>	

# ตัวอย่างการวิเคราะห์ Risk register

รายงาน Likelihood & Consequence 4/61

บัญชีความเสี่ยง	จำนวนครั้ง	คะแนน	Consequer	คะแนนรวม
L021. ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด (ต้องใส่ใหม่)	10	5	5	10
L06. อื่นๆ	16	5	5	10
D0801. ให้ยาผิดขนาด/ให้ยาซ้ำ	31	5	4	9
D02. Prescribing error ผู้ป่วยใน	8	5	3	8
D0810. ให้สารน้ำผิดชนิด	5	5	3	8
D0816. phlebitis/extravasation	106	5	3	8
G01. ผู้ป่วยในตกเตียง	6	5	3	8
G03. ผู้ป่วยในลื่น หกล้ม	15	5	3	8
H03. ผู้ป่วยหนี	5	5	3	8
L03. Catheter and tubing mis-connections	36	5	3	8
O01. ไฟฟ้า	5	5	3	8
O05. เครื่องมือแพทย์และระบบจ่ายก๊าซทางการแพทย์	19	5	3	8
P02. การบาดเจ็บจากการทำงาน	15	5	3	8
P03. อื่นๆ	8	5	3	8
A07. อื่นๆ	11	5	2	7
B07. อื่นๆ	5	5	2	7
C04. อื่นๆ	8	5	2	7
D06. Dispensing error ผู้ป่วยใน	11	5	2	7
D0802. ให้ยาผิดชนิด	9	5	2	7
D0803. ให้ยาผิดเวลา	19	5	2	7
D0804. ให้ยาผิดคน(A01)	14	5	2	7
D0806. ผู้ป่วยไม่ได้รับยา/ได้รับยาไม่ครบ	33	5	2	7
D0811. ให้สารน้ำผิดความเร็ว	9	5	2	7
D11. อื่นๆ	5	5	2	7
J02. อื่นๆ	5	5	2	7
L022. ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด (ไม่ต้องใส่ใหม่)	10	5	2	7
R09. อื่นๆ	5	5	2	7
D0805. ให้ยาผิดวิธี/ทาง	4	4	2	6

สูง	9-10
สูง	7-8
ปานกลาง	4-6
ต่ำ	2-3

<b>6</b> K01. Restoration Of Spontaneous Circulation (ROSC)	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b> L021. ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด L06. อื่นๆ
<b>5</b>	<b>6</b> L023. ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาล	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b> D0801. ให้ยาผิดขนาด/ให้ยาซ้ำจากการรักษาพยาบาล
<b>4</b> <b>Consequence</b>	<b>5</b> D09. ผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ O06. อื่นๆ R07. การติดต่อสื่อสาร	<b>6</b> N04. โจรกรรม/ทำร้ายร่างกายภายในโรงพยาบาลฯ	<b>7</b>	<b>8</b> D02. Prescribing error ผู้ป่วยใน D0810. ให้สารน้ำผิดชนิด D0816. phlebitis/extravasation G01. ผู้ป่วยในตกเตียงG03. ผู้ป่วยในลื่นหกล้ม H03. ผู้ป่วยหนี L03. Catheter and tubing mis-connections O01. ไฟฟ้า O05. เครื่องมือแพทย์และระบบจ่ายก๊าซทางการแพทย์ P02. การบาดเจ็บจากการทำงาน P03. อื่นๆ
<b>3</b> D10. ผู้ป่วยที่ป้องกันได้จากการสั่งยาที่เคยแพ้ G02. ผู้ป่วยนอกตกเตียง G04. ผู้ป่วยนอกลื่น หกล้ม Q03. อื่นๆ	<b>4</b> A03. ระบุตัวผิดในการเก็บส่งส่งตรวจ B01. ระบุข้อมูลในการรับส่งส่งตรวจผิดพลาด B04. ถ่าย-ส่งภาพเอกซเรย์ผิดคน D01. Prescribing error ผู้ป่วยนอก D05. Dispensing error ผู้ป่วยนอก D0807. ยาหมดอายุ D0815. ผู้ป่วยไม่ได้รับสารน้ำ D0817. อื่นๆ E06. เก็บเลือด/ส่วนประกอบของเลือดไว้ในที่ไม่เหมาะสม G05. อื่นๆ N01. อาคารสถานที่	<b>5</b> B03. รายงานผล Lab ผิดพลาด D0814. ผู้ป่วยได้รับสารน้ำเกิน F08. อื่นๆ I04. อื่นๆ L04. Pressure Ulcers	<b>6</b> D0805. ให้ยาผิดวิธี/ทาง N05. อื่นๆ	<b>7</b> A07. อื่นๆ B07. อื่นๆ C04. อื่นๆ D06. Dispensing error ผู้ป่วยใน D0802. ให้ยาผิดชนิด D0803. ให้ยาผิดเวลา D0804. ให้ยาผิดคน D0806. ผู้ป่วยไม่ได้รับยา/ได้รับยาไม่ครบ D0811. ให้สารน้ำผิดความเร็ว D11. อื่นๆ J02. อื่นๆ L022. ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด (ไม่ต้องใส่ใหม่) P02. อื่นๆ
<b>2</b> A04. ระบุตัวทารกแรกเกิดผิด	<b>3</b> E01. ระบุข้อมูลในการรับเลือดผิดพลาด	<b>4</b> <b>Likelihood</b>	<b>5</b>	<b>ข้อมูลไตรมาส 4/61</b>





# NEWS Review



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

ทบทวนความต้องการและเสียงสะท้อนของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

**Needs & Experience  
of Patients**

**Waste**

ทบทวนการใช้ทรัพยากร/  
เปลี่ยนความสูญเปล่าเป็นคุณค่า

**Evidence &  
Professional  
Standard**

ทบทวนการใช้ความรู้ที่ทันสมัย

**Safety**

ทบทวนโอกาสเกิดอุบัติการณ์  
และอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นแล้ว



## Root Cause -> Preventive Measures

- ทบทวนว่า รพ.มีมาตรการป้องกันอุบัติการณ์ในเรื่องนั้นไว้  
อย่างไรบ้าง
- พิจารณาว่ามาตรการดังกล่าวสามารถรับมือกับ **root cause**  
ได้หรือไม่
  - ถ้าตอบว่าได้ ทำไมจึงยังเกิดเหตุการณ์
  - ถ้าตอบว่าไม่ได้ จะเพิ่มมาตรการอะไร

# การทบทวน คือเครื่องมือสำคัญ เพื่อจุดประกายการพัฒนา

## ทบทวนตัวเอง

(โดยเจ้าของงาน)

- ทบทวนปัญหาจากการทำงาน (ขั้นที่ 1)
- หาคำถามพื้นฐาน/3P (ขั้นที่ 2)
- ใช้มาตรฐาน HA (ขั้นที่ 3)

## ทบทวนกันเอง

(โดยตัวเองหรือเพื่อนต่างหน่วย)

- ตามรอย
- เยี่ยมสำรวจภายใน
- แลกเปลี่ยนเรียนรู้

## ทบทวนจาก

ภายนอก

- เยี่ยมสำรวจจากภายนอก
- ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

# สาเหตุหลักของการเกิดอุบัติเหตุการณ์

Human	คน
Environment	สภาพแวดล้อม
Equipment	อุปกรณ์ เครื่องมือ
Mission	การปฏิบัติงาน
Management	การบริหาร





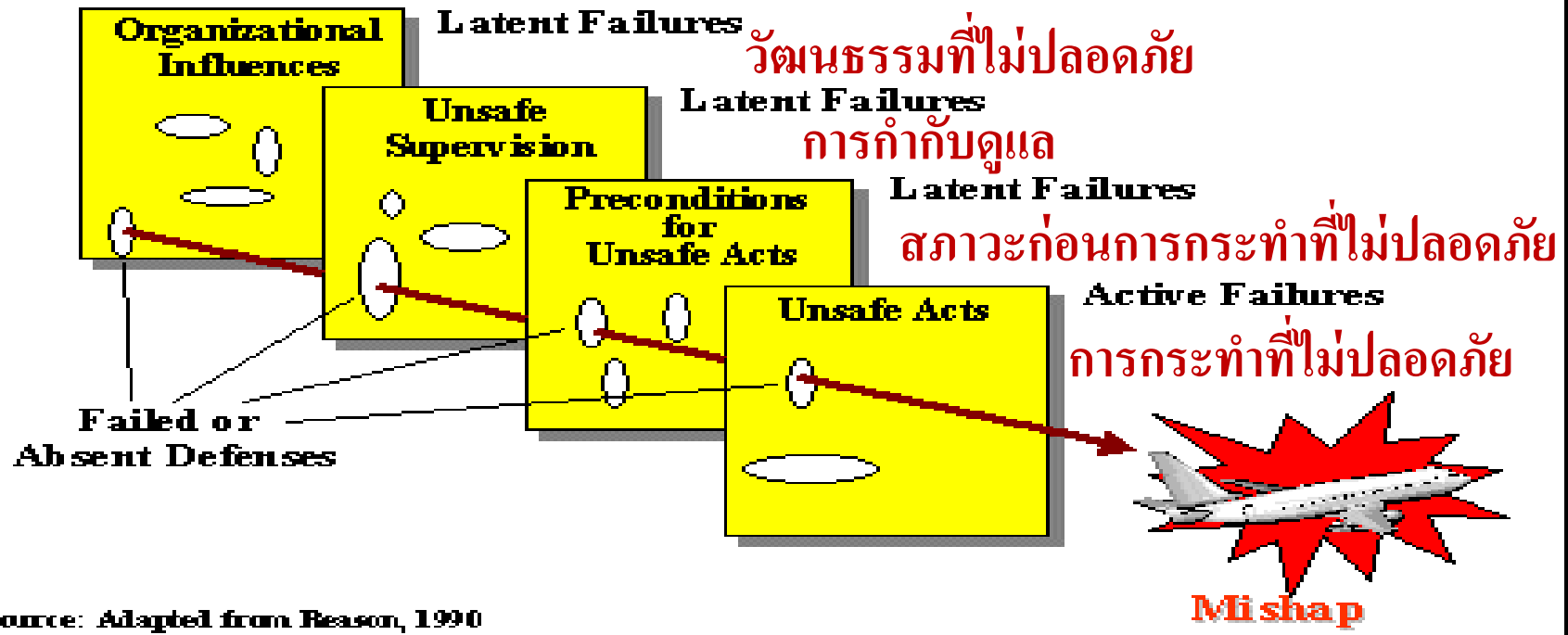
# สืบสาวไปให้ถึงปัจจัยองค์กร



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

Local Workplace Factors	Organizational Factors
ลักษณะของผู้ป่วยมีผลต่อการเกิด AE หรือไม่	แนวทางอะไรที่ควรมีสำหรับผู้ป่วยที่มีลักษณะนี้
บุคลากรมีความเหนื่อยล้า เครียด เสียสมาธิ หรือไม่	การจัดระบบงานและสิ่งแวดล่อมอะไรที่จะป้องกันได้
บุคลากรมีความรู้และทักษะเพียงพอหรือไม่	การฝึกอบรมและการให้ข้อมูลอะไรบ้างที่จำเป็น ระบบเตือน (reminder system) อะไรที่จะช่วยได้
สมาชิกในทีมมีความชัดเจนในบทบาทหน้าที่หรือไม่	มีการมอบหมายงานอย่างไร
สมาชิกในทีมได้รับข้อมูลที่ชัดเจนหรือไม่	แนวทางการบันทึกข้อมูล การสื่อสารและส่งต่อข้อมูลระหว่างสมาชิกที่จะช่วยป้องกันได้ ควรเป็นอย่างไร
เครื่องมือ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ สถานที่ มีความพร้อมหรือไม่	ระบบการจัดการเครื่องมือ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ สถานที่/สิ่งแวดล่อม อะไรที่ช่วยได้ มีทรัพยากรอะไรที่ต้องการเพิ่ม
	ระบบการติดตามกำกับและตอบสนองเป็นอย่างไร
	การออกแบบระบบงานเอื้อต่อการทำงานที่ปลอดภัยหรือไม่
	มีนโยบายอะไรที่เป็นอุปสรรคในเรื่องนี้
	วัฒนธรรมองค์กรเป็นอย่างไร

# The Reason Model and Accident Causal Chain



## SwissCheese Model

สาเหตุที่ทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มาจาก 2 สาเหตุหลักคือ

**Technical Error** และ **Non technical Error**



คณะแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

# To Error is Human

- “ทำไมคนถึงพลาด ??
- และจะลดความผิดพลาดได้อย่างไร”



คณะแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

# Human Factors Engineering: HFE

## The causes of ERRORS

### 1. Personal Interruptions

= multitasking, fear, stress, anger, fatigue, alcohol

### 2. Environmental Interruption

= noise, heat, unusual, stimuli, lack of visibility

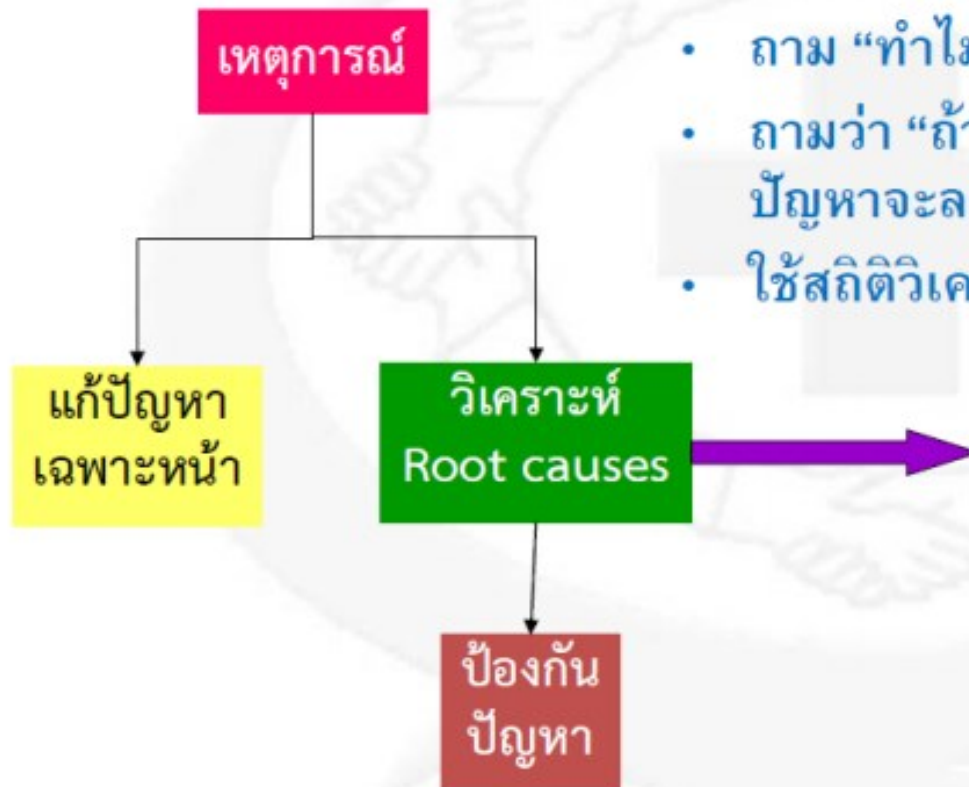
### 3. Lack of knowledge and accurate information





## การวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง

- วิเคราะห์จากเหตุการณ์จริง เข้าไปดูในสถานที่จริงคุยกับผู้ที่เกี่ยวข้อง
- ถาม “ทำไม” เพื่อโยงไปสู่ปัจจัยองค์กร
- ถามว่า “ถ้าจัดการตรงสาเหตุนี้แล้ว ปัญหาจะลดลงหรือหมดไปหรือไม่”
- ใช้สถิติวิเคราะห์เมื่อจำเป็น

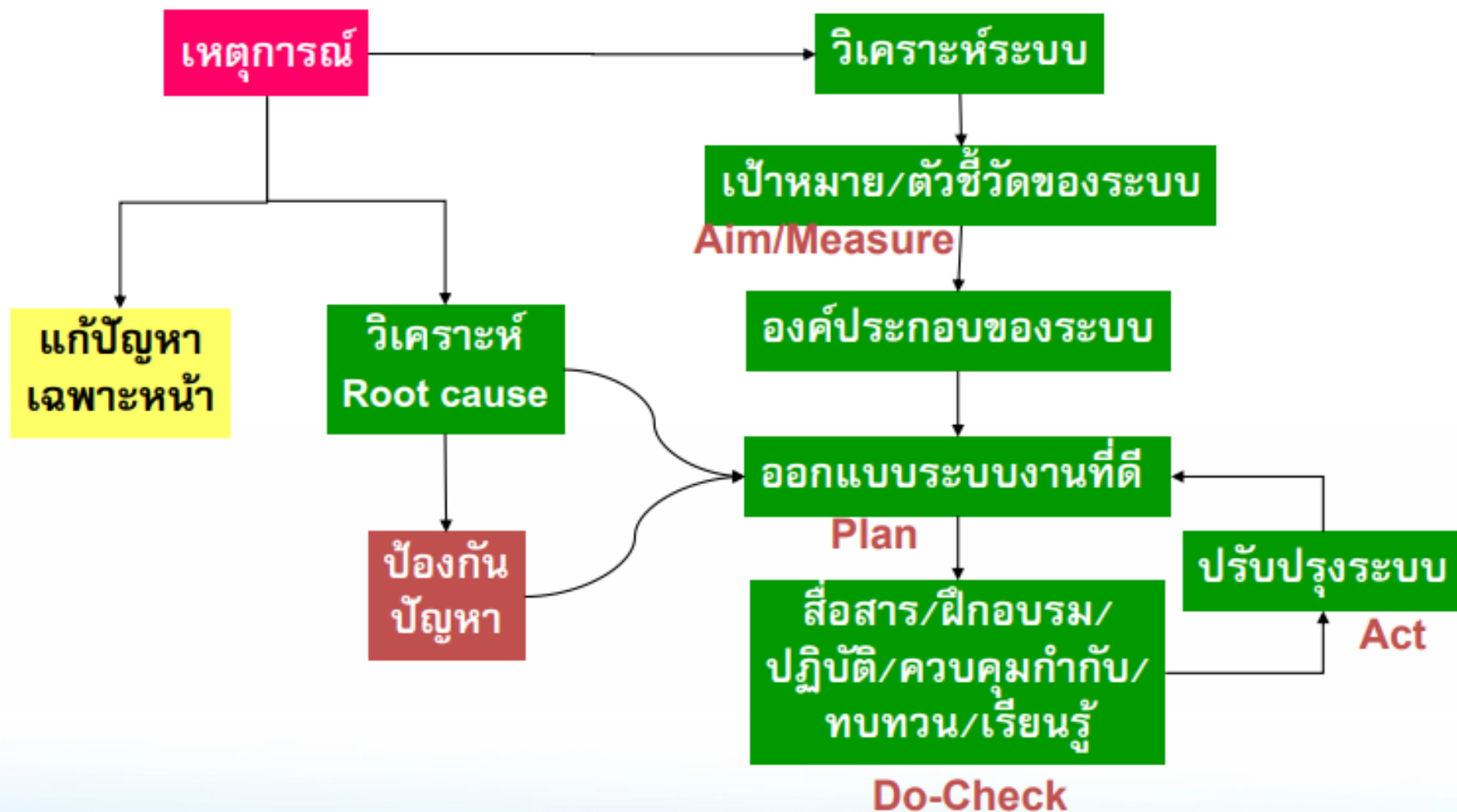


ข้อมูลข่าวสาร  
การศึกษาฝึกอบรม  
การสื่อสาร  
สิ่งแวดล้อมในการทำงาน  
สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ  
ความพร้อมของเครื่องมือ  
การออกแบบกระบวนการทำงาน  
การควบคุมกระบวนการทำงาน  
การบริหารความเสี่ยง  
การนำและวัฒนธรรมองค์กร

# จากการทบทวนสู่การป้องกันอย่างเป็นระบบ



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





## ตัวอย่าง Adverse Event ที่นำมาสู่การทบทวน

ผู้ป่วยท้องร่วง เสียน้ำมากจนมีอาการช็อค และเสียชีวิต

ผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด ต้องตัดมดลูก

ทารกแรกเกิดมีอาการตัวเหลืองมากหลังจากกลับบ้าน

ผู้ป่วยเบาหวานมาห้องฉุกเฉินด้วยอาการเป็นลม เหงื่อออก

ผู้ป่วยโรคจิตอาการกำเริบจนฆ่าตัวตาย

ผู้ป่วยโรคหัวใจมาด้วยอาการปวดท้อง วิงเวียนล่าช้า

ผู้ป่วยผ่าตัดตาแล้วติดเชื้อ ต้องเอาลูกตาออก

แผลในกระเพาะอาหารทะลุ วิงเวียนไม่ได้ ติดเชื้อในช่องท้อง

ผู้ป่วยเบาหวาน มีการติดเชื้อในกระแสเลือดเนื่องจากฟันผุ

ผู้ป่วยบอกว่าถูกตัวอะไรกัดไม่รู้ หยุดหายใจเพราะพิษงูเห่า



# การจัดทำแนวทางป้องกันความเสี่ยง

## ระดับโรงพยาบาล

- กำหนดแนวทางปฏิบัติ (RM - QA , RM - WP) และ Implement เพื่อการปฏิบัติ , จัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติสำหรับบุคลากร

## ระดับหน่วยงาน

- จัดทำเป็น คู่มือ , CPG , แนวทางปฏิบัติ (WP ,WI)

- สื่อสาร ลงสู่การปฏิบัติ
- ติดตามประเมินผล (ตัวชี้วัด อุบัติการณ์ซ้ำ อุบัติการณ์ใหม่)
- ปรับระบบ , คู่มือ , แนวทางปฏิบัติ ถ้าจำเป็น
- หาโอกาสพัฒนาให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น



# การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย



# The Components of Safety Culture:

องค์ประกอบของวัฒนธรรมความปลอดภัย

## Informed Culture

ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติในระบบมีความรู้ที่ทันสมัยเกี่ยวกับปัจจัยมนุษย์ เทคนิค องค์กร และสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีผลต่อความปลอดภัยของระบบโดยรวม

## Reporting Culture

ผู้คนพร้อมที่จะรายงานความผิดพลาดและ near-misses

## Just Culture

บรรยากาศของความไว้วางใจซึ่งผู้คนได้รับการส่งเสริมในการให้ข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับความปลอดภัย ขณะที่มีความชัดเจนในเส้นแบ่งระหว่างพฤติกรรมที่ยอมรับได้และยอมรับไม่ได้

**SAFETY  
CULTURE**

## Flexible Culture

ความสามารถในการปรับตัวขององค์กรเมื่อเผชิญกับสถานะที่มีอันตราย ด้วยการเปลี่ยนจากการมีลำดับชั้นบังคับบัญชามาเป็นการทำงานแบบแนวราบมากขึ้น

## Learning Culture

การสรุปความรู้จากระบบข้อมูลความปลอดภัยและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงขนาดใหญ่

Based on Reason (1997) The Components of Safety Culture

# Risk & The Just Culture

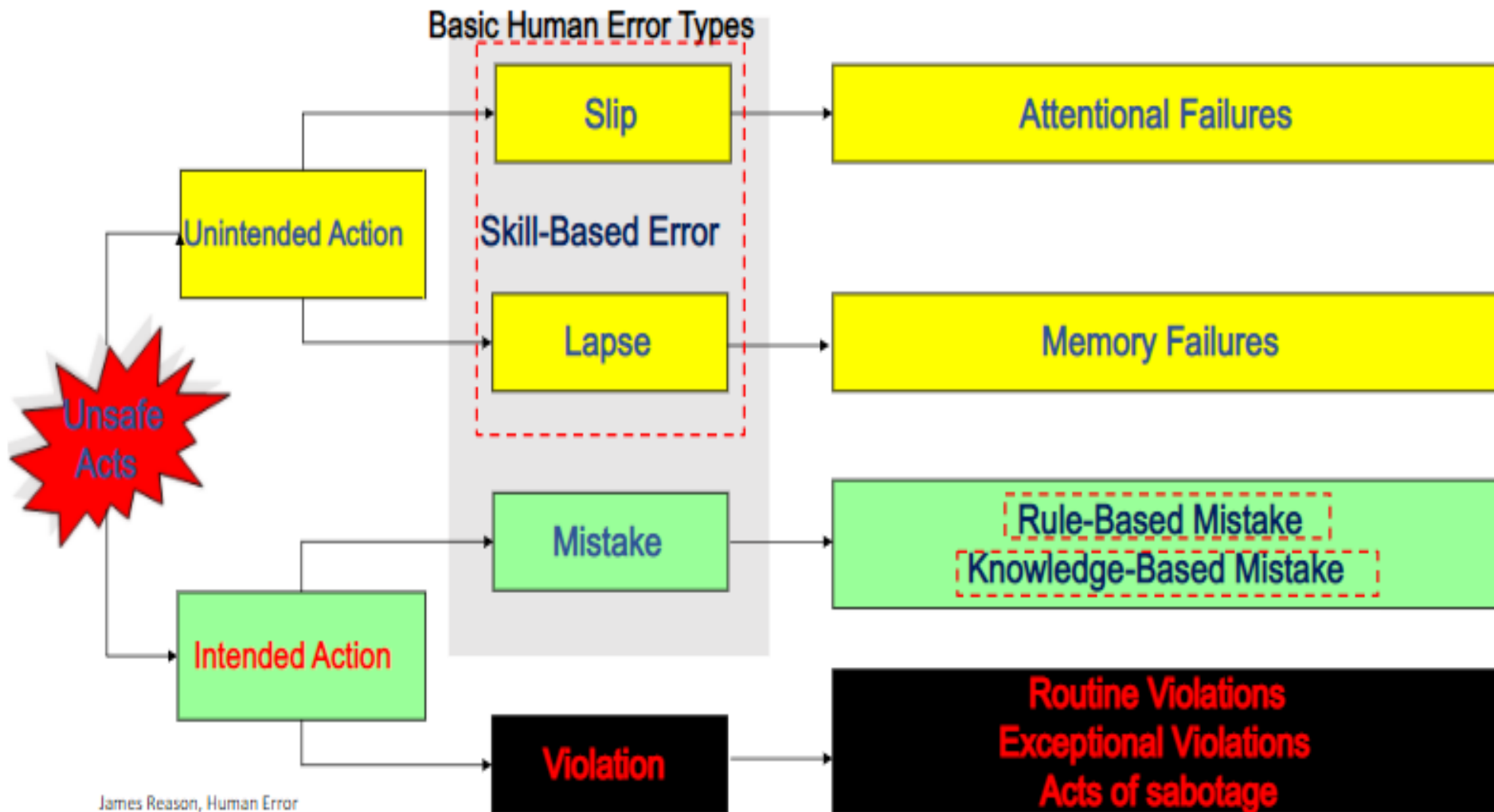
## Accountability for Our Behaviors



David Marx, Outcome Engineering President



# Generic Error Modelling System - GEMS



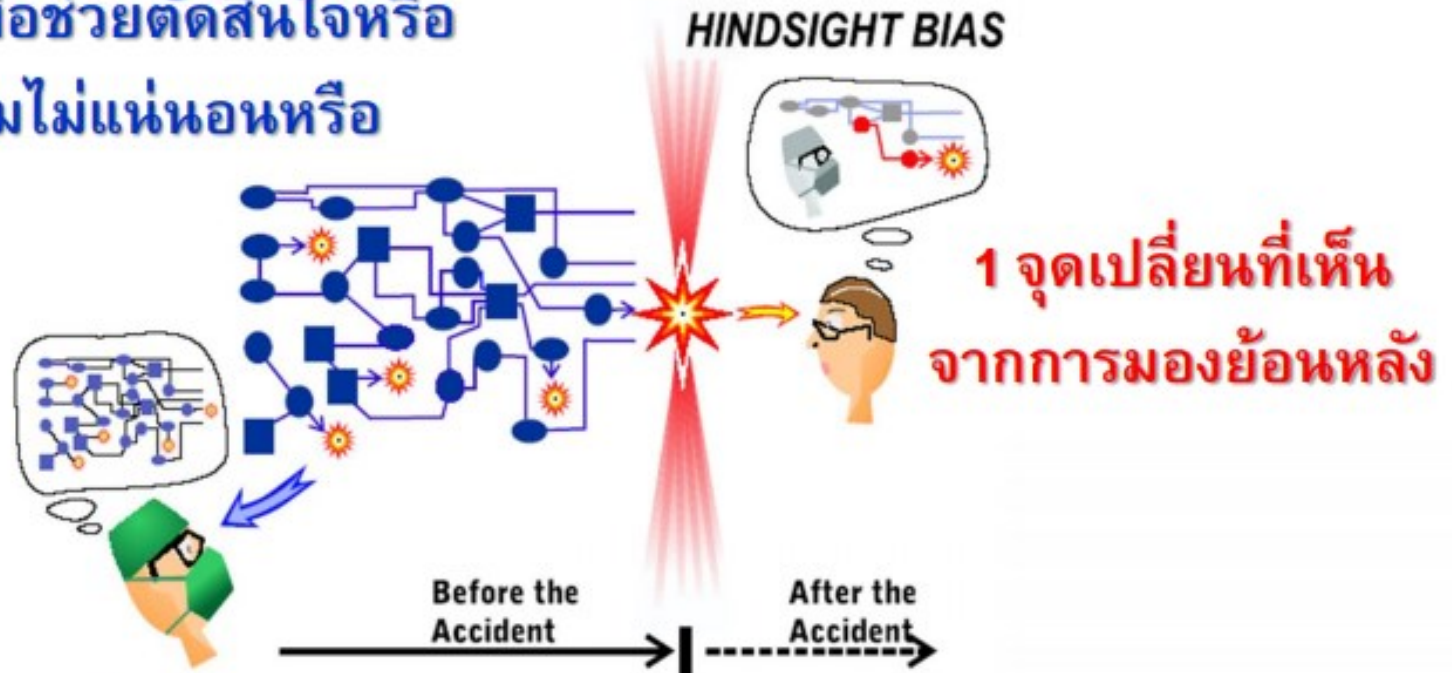


# โอกาสสร้างจุดเปลี่ยนอยู่ตรงไหน



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

3 วิธีการเพื่อช่วยตัดสินใจหรือ  
ลดความไม่แน่นอนหรือ

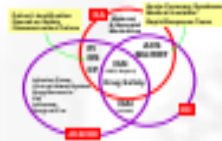


2 จุดเปลี่ยนจากมุมมองของ  
คนทำงานที่เผชิญกับความไม่แน่นอน

# Clinical Quality Tools

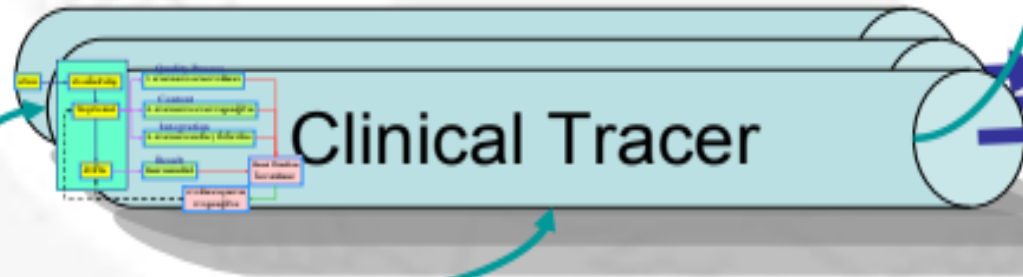
**Input**

Patient Safety Goal



**Process/Daily**

Standard Practice Review



**Outcome**

Indicator



Priority

CQI

Safety Culture Talk  
Bedside Review

Incident Report  
Adverse Event Review  
Other Reviews

Critical Incident Management

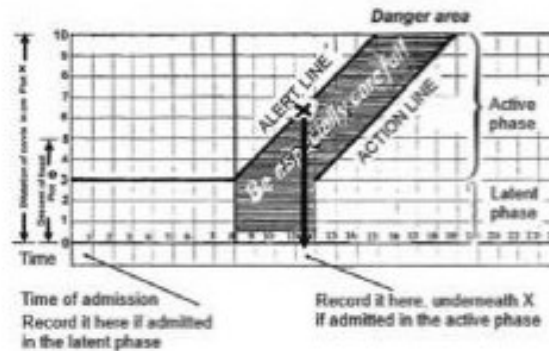


# Visual Management: ตัวอย่าง



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

ระบบสัญญาณเตือน  
การระบุกลุ่ม  
การแสดงผลข้อมูล  
แบบฟอร์ม  
บัตรมอบหมายงาน  
การจัดการสถานที่และสิ่งของ  
การสื่อสาร  
แนวทางปฏิบัติ  
เครื่องช่วยตัดสินใจ



เฝ้าระวังด้วย "ป้องกันจراثิวิต 7 สี"

ปกติ	กลุ่มสี	กลุ่มป้าย ระดับ	โครงการอื่น
ปกติ	0	0	0
0	1	1	1
1	2	2	2
2	3	3	3
3	4	4	4
4	5	5	5
5	6	6	6
6	7	7	7



# สร้างเอ๊ะ สู่ ความปลอดภัย(Situation Awareness)

วิธีการที่สายการบินใช้เรียกว่า **Clinical Resource Management**

- **CRM** การใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิด**ความปลอดภัยและประโยชน์สูงสุด** โดยวิธีเพิ่มประสิทธิภาพการ**สื่อสารและการจัดการ**

**\*\*Non – Technical Skill** เป็นทักษะที่ไม่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพของเรา เป็นทักษะรอบด้านของบุคคล ที่ใช้ร่วมกับ

**\*Technical Skills** เพื่อให้เกิดความปลอดภัย และประโยชน์สูงสุด เช่น วิศวณูแพทย์ต้องมีความรู้ด้านแพทย์ มีทักษะในการใส่ท่อช่วยหายใจ การแทงเส้น ความรู้ในการให้ยาของวิศวณูแพทย์ แต่มีความรู้อีกส่วนที่สำคัญ คือ **Non – Technical Skill** ในการทำงานร่วมกับคนอื่น





# สร้างเอ๊ะสู่ความปลอดภัย(Situation Awareness)

การตื่นรู้ไว้ต่อการรับรู้ใน

สถานการณ์ต่างๆรอบข้าง กระตุ้น “ต่อมเอ๊ะ” นำ **nearmiss** มาเป็นโอกาสในการพัฒนาปรับปรุง พร้อมรับมือ ความเสี่ยงทุกสถานการณ์ สามารถปรับตัว และยืดหยุ่นได้เสมอ โดยเน้นแนวคิดในเรื่อง **No harm No blame** และ **No shame** เพื่อให้บุคลากรทุกคน ทุกระดับ สร้างความปลอดภัย มีคุณภาพ และประสิทธิภาพมากขึ้น

ตื่นรู้ เปิดใจ เรียนรู้ ปรับปรุงพฤติกรรม กระบวนการทำงานต่างๆ การมีส่วนร่วมในการพัฒนางาน จัดกระบวนการทำงานชัดเจน นำเครื่องมือคุณภาพมาใช้ เน้นการใช้ทรัพยากรที่คุ้มค่า เหมาะสม



# สร้างเฝ้าระวังสู่ ความปลอดภัย(Situation Awareness)

ทำอย่างไรให้บุคลากรตระหนักถึงความเสี่ยง และความปลอดภัย ของผู้ป่วย และสามารถดักจับได้ก่อนที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วย

ความปลอดภัย ต้อง

1. มีนโยบาย วัตถุประสงค์ชัดเจน
2. การกำกับดูแลคุณภาพที่ดี
3. การมองหาความเสี่ยง และลดความเสี่ยงให้ได้มากที่สุด
4. ระวังเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของบุคลากร



## การตระหนักรู้ในสถานการณ์ (Situation awareness)

เรียกง่าย ๆ ว่า การเฉลียวใจ หรือการมีเอ๊ะประกอบด้วย

1. การรับรู้ (Perception)
2. ประมวลผล (Comprehension)
3. สร้างภาพที่จะเกิดขึ้น (Projection)
4. จากนั้นตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาอย่างไร (Decision making)

## Non Technical Skill

1. การทำงานเป็นทีม
2. การจัดการงานที่สำคัญ วางแผน จัดลำดับความสำคัญ รักษา มาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยและใช้ ทรัพยากรที่มีอย่างคุ้มค่า
3. การตระหนักถึงสถานการณ์ รวบรวมข้อมูล ตระหนักถึงปัญหา คิดวางแผนล่วงหน้าถึงผลที่จะ เกิดขึ้น
4. การตัดสินใจ ไตร่ตรองถึงทางเลือก ประเมินผลดีผลเสียก่อนตัดสินใจ และประเมินซ้ำๆ เพื่อดูผลจากการ ตัดสินใจเป็นระยะๆ







# ทำความเข้าใจสาเหตุรากเหง้า

- สาเหตุรากเหง้าคือ สาเหตุที่แท้จริงของปัญหา เหตุการณ์ต่าง ๆ หรืออุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น
- มาจาก RCA = root causes analysis
- วิธีการหลากหลาย ได้แก่ RCA 1: แบบเรียบง่าย  
RCA 2: Conventional WHY RCA 3: ย้อนรอยอดีต  
และ RCA 4: พิจารณาปัจจัยรอบด้าน



Dr. Ahmed, This is RN.  
Nada A. Abdelaziz,  
calling about your patient  
Hana Ahmed Abdallah,  
MRN 20001745



Mrs. Hana is having  
increasing dyspnea &  
is complaining of  
chest pain

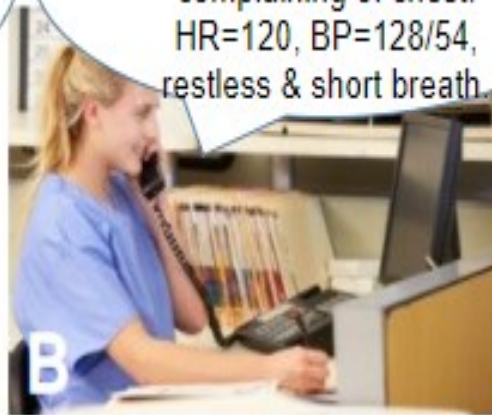


# SBAR

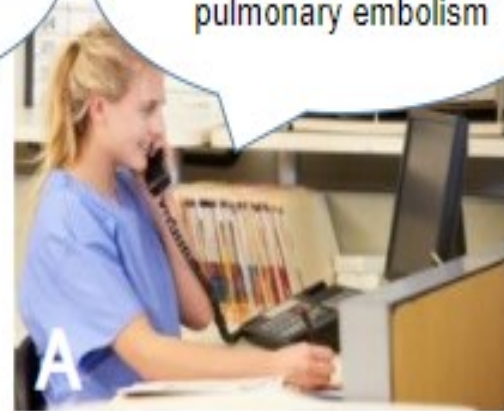
I recommend that  
you see her  
immediately & Start  
O2 stat



She had total knee  
replacement 2 days ago. 2  
hours ago, She began  
complaining of chest.  
HR=120, BP=128/54,  
restless & short breath.



She may be having a  
cardiac event or a  
pulmonary embolism





# Brief & Debrief



Brief & debrief is a strategy for sharing the plan & evaluate performance. To reduce medical errors by getting everyone briefly discuss the event after it occurs. It's conducted in a safe, non-threatening manner that frames mistakes as learning opportunities.

## Brief

- Who is on core team?
- All members understand and agree upon goals?
- Roles and responsibilities understood?
- Plan of care?
- Staff availability?
- Workload?
- Available resources?

## Debrief

- Communication clear?
- Roles and responsibilities understood?
- Situation awareness maintained?
- Workload distribution?
- Did we ask for or offer assistance?
- Were errors made or avoided?
- What went well, what should change, what can improve?





- Used to get someone's immediate attention and only when appropriate urgent situation.
  - I'm **C**oncerned about my resident's condition
  - I'm **U**ncomfortable with my resident's condition
  - I believe the **S**afety of the resident is at risk
- If the safety issue is not acknowledged, a supervisor should be notified.

I am **C**oncerned that Mrs. Sara isn't her usual self. I'm **U**ncomfortable that she is behaving oddly. I believe she is not **S**afe; she may have something serious going on that we're missing

**Stop The Line!**



# Key Takeaways



- Accept that accidents are inevitable and impact of failure can be minimized
- Promote patient safety culture
- Be advocate of our patients
- Teamwork makes the dream work
- Listen to and support front-line staff
- Identify & respond quickly to system abnormalities
- Spread & share the safety solutions
- Become resilient & learn efficiently from adverse events
- Avoid shaming, blaming & organizational hubris
- Integrate the safety activity into your routine work

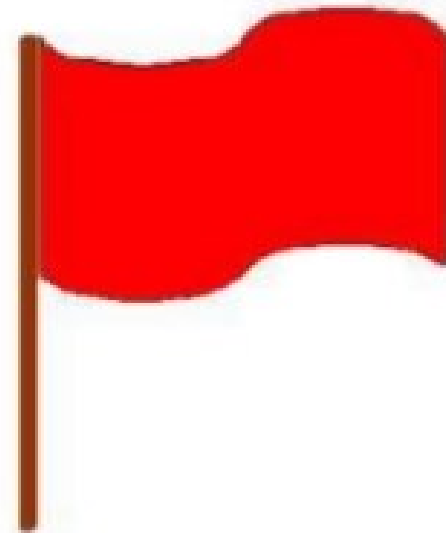
**Get on Board, Please .. Let's Fly!**



## Patient Care Services Quality and Safety

---

- Office of Quality and Safety
- Safety reporting notification structure and follow up
  - Root cause analysis
- Data driven
  - Nurse-sensitive indicators
  - Hospital-acquired conditions
  - Patient satisfaction
  - Nurse satisfaction
- Regulatory requirements
- Practice alerts- red flag
  - SBAR



# Innovation Unit Dashboard



## Throughput and Efficiency

- LOS
- TSI bud/flex
- Wait time for bed to be ready
- Admits
- Medication turnaround time

## Patient & Staff Satisfaction

- MD & RN Communication
- Responsiveness
- Cleanliness
- Noise reduction
- Staff perception of support
- Equitable care

## Quality and Safety

- Unplanned Return to OR
- Readmission Rate
- Restraint Free Rate
- Falls/Pressure Ulcer Reduction
- Foley Catheter Days
- Hard-stop Time Out Performance

Massachusetts General Hospital - PCS Innovation Units Dashboard													
Measure	Ortho	Ortho	Medicine	ICU	Pediatrics		Surgery	CCU	ICU	Obstetrics	Psych	Neuro	
	White	Under 1	Elbow 2	Rate 2	Elbow 2	Elbow 2	White 7	Black 2	Rate 2	Rate 2	Rate 2	Rate 2	Rate 2
<b>QUALITY AND SAFETY</b>													
Patient-Centered Outcome Measures													
Falls per 1,000 Patient Days													
Total Fall Rate	4.50	1.46	4.95	0.77	1.98	1.12	1.36	1.79	TBD	0.65	4.45	0.43	
Observed (N)	11	9	10	1	2	2	5	2		2	10	1	
Falls with Injury per 1,000 Patient Days													
Falls with Injury Rate	0.41	0.46	1.52	0.00	0.06	0.00	0.00	0.05	TBD	0.00	1.46	0.43	
Observed (N)	1	1	4	0	1	0	0	1		0	3	1	
Hospital Acquired (HA) Pressure Ulcers													
Total HA Pressure Ulcer Prevalence Rate	0.0%	0.0%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.7%	TBD	NA	4.8%	4.2%	
Observed (N)	0	0	2	0	0	0	0	1			1	1	
Hospital Acquired (HA) Pressure Ulcers Type I or II													
Total HA Pressure Ulcer Type I or Greater Prevalence	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.7%	TBD	NA	4.8%	4.2%	
Observed (N)	0	0	0	0	0	0	0	1			1	1	
Restraints													
Total Restraint Prevalence Rate	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.7%	TBD	NA	0.0%	0.0%	
Observed (N)	0	0	0	0	0	0	0	1			0	0	
Peripheral Intravenous (PIV) Infiltrations- Pediatric													
Total PIV Infiltration Prevalence	NA	NA	NA	0.0%	0.0%	0.0%	NA	NA	NA	NA	NA	NA	
Observed (N)				0	0	0							
Central Line-associated Bloodstream Infections per 1,000 Line Days (CLABSIs)													
Total CLABS Rate	0.54	NA	1.36	1.90	4.76	0.00	1.30	1.70	TBD	NA	0.00	0.00	
Observed (N)	1		1	1	1	0	1	2			0	0	
Note: metrics to be reported beginning FY 2012													
Catheter-associated Urinary Tract Infections per 1,000 Device Days													
Ventilator-associated Pneumonia per 1,000 Vent. Days													

Color Shading relative to Benchmark

Rate is more (light) than benchmark

Rate is less or equal than benchmark

**Innovation Unit Dashboard**  
*July – September 2011*



# Safety Strategies



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

Optimisation strategies

Strategy	Interventions
Safety as best practice: aspire to standards	Focal safety programme to reduce specific harms
	Improve reliability of targeted processes
	Improve continuous professional education to adopt best practices
	Develop more sophisticated guidelines for complex patients
Improvement of systems and processes	Staff training, assessment and feedback
	Standardisation and simplification of key processes
	IT to support decision making
	Automation of processes
	Improved equipment design
	Formalising team roles and responsibilities
	Standardisation and enhancement of handover
	Improve working conditions : light, noise, physical environment
	Reduce interruptions and distractions
	Improve organisation and level of staffing
Creation of new roles and posts to improve coordination	

## Safety as Best Practice

กำหนดจุดเน้นไปที่การลดอันตรายเฉพาะเรื่อง  
เพิ่ม reliability ของกระบวนการที่เป็นเป้าหมาย  
ให้ความรู้แก่วิชาชีพเพื่อนำ best practice มาปฏิบัติ  
จัดทำแนวทางอย่างละเอียดสำหรับผู้ป่วยที่ซับซ้อน

## Improvement of Systems and Processes

ฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ ประเมิน สะท้อนกลับ  
ทำให้กระบวนการหลักง่ายและเป็นมาตรฐาน  
ใช้ IT ช่วยการตัดสินใจ  
ทำให้กระบวนการเป็นอัตโนมัติ  
ปรับปรุงการส่งมอบและทำให้เป็นมาตรฐาน  
ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในการทำงาน  
ลดการขัดจังหวะและรบกวนสมาธิ  
ปรับปรุงการจัดองค์กรและระดับเจ้าหน้าที่  
ตำแหน่งและบทบาทในการประสานงาน

Risk control

- Withdraw services
- Reduce demand
- Place restrictions on services
- Place restrictions on individuals
- Place restrictions on conditions of operation
- Prioritisation of care either temporarily or permanently

Monitoring, adaptation and response

- Improve safety culture
- Improve detection of deterioration
- Develop emergency response systems
- Develop team cross checking and monitoring
- Briefings and anticipation of hazards
- Improve organisational response to pressures and threats to safety
- Negotiate response to regulatory demands

Mitigation

- Policy of explanation, apology and support for injured patients
- Rapid response to physical harm
- Psychological support for patients and families
- Peer to peer support programmes for staff
- Formal support and mentoring for staff
- Insurance of staff and organisation against claims
- Proactive response to complaints and claims
- Proactive response to media
- Open dialogue with regulators

**Risk Control**

เลิกให้บริการ ลดอุปสงค์  
จำกัดสถานที่ บุคคล เงื่อนไขการปฏิบัติ  
จัดลำดับความสำคัญ

**Monitoring, Adaptation & Response**

ปรับปรุงวัฒนธรรมความปลอดภัย  
ปรับปรุงการตรวจจับอาการผู้ป่วยที่ทรุดลง  
จัดทำระบบตอบสนองฉุกเฉิน  
จัดทำระบบเฝ้าติดตามและตรวจสอบของทีม  
สรุปและคาดการณ์อันตรายที่อาจเกิด  
ปรับปรุงการตอบสนองต่อสิ่งคุกคามและแรงกดดัน

**Mitigation**

นโยบายการอธิบาย ขอโทษ และช่วยเหลือผู้เสียหาย  
การตอบสนองอย่างเร่งด่วนต่อ physical harm  
การช่วยเหลือด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว  
การช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ (ทางการ/เพื่อนช่วยเพื่อน)  
การทำประกัน  
การตอบสนองคำร้องเรียนในเชิงรุก  
การตอบสนองต่อสื่อในเชิงรุก  
การเจรจากับผู้ควบคุม



## 7 Steps to Patient Safety (NHS)

1. สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย

2. นำและสนับสนุนผู้ปฏิบัติงาน

3. บูรณาการกิจกรรม RM

4. ส่งเสริมการรายงาน

5. สัมพันธ์และสื่อสารกับผู้ป่วย

6. เรียนรู้และแบ่งปันบทเรียน

7. นำ solution ไปปฏิบัติเพื่อป้องกัน

### Being Open & Fair

- บุคลากรเปิดใจในเรื่องเกี่ยวกับอุบัติการณ์ที่ตนเกี่ยวข้อง
- บุคลากรและองค์กรมี accountability ต่อการกระทำของตน
- บุคลากรมั่นใจที่จะพูดคุยกับเพื่อนและหัวหน้าเกี่ยวกับอุบัติการณ์ทุกเรื่อง
- องค์กรไม่ปิดบังผู้ป่วย สาธารณะ และบุคลากร เมื่อเกิดความผิดพลาดขึ้น และระบุว่าจะได้บทเรียนอะไร
- บุคลากรได้รับการปฏิบัติอย่างเป็นธรรม ได้รับการดูแลเกื้อหนุนเมื่อเกิดอุบัติการณ์ขึ้น

### Systems approach



# Evidence- Based Patient Safety Improvements

(2012, Gosbee, J.)



MASSACHUSETTS  
GENERAL  
HOSPITAL  
PATIENT CARE SERVICES

Clip slide

## Weak

- Double checks
- Warnings
- Training
- New procedures

## Intermediate

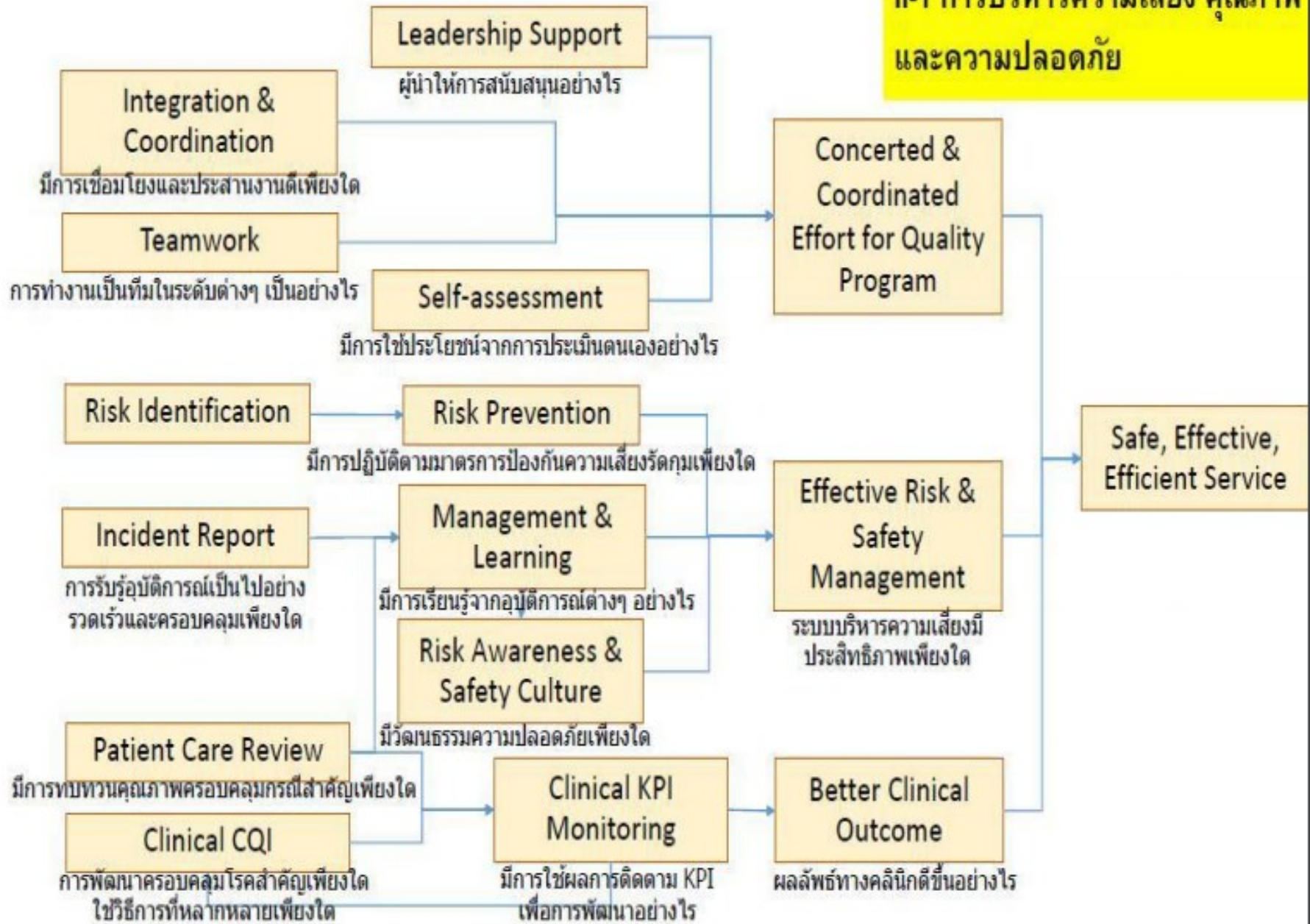
- Redundancy
- Increase staffing
- Checklists
- Standardize communication tools
- Education

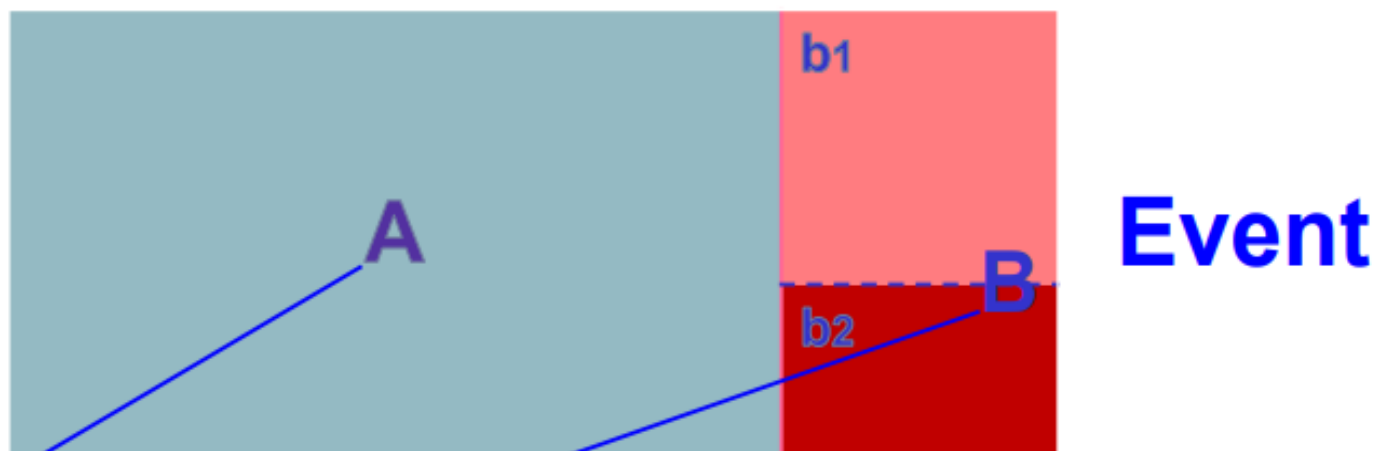
## Strong

- Simplify processes
- Standardize equipment and processes
- Force functions
- New devices with usability testing
- Physical plant changes
- Tangible involvement of leadership



**II-1 การบริหารความเสี่ยง คุณภาพ และความปลอดภัย**





**A** : หลังวิเคราะห์พบว่า เป็นกระบวนการตามธรรมชาติของโรค

**B** : หลังวิเคราะห์พบว่า การบาดเจ็บ อันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนที่เป็นผลจากการดูแลรักษา (*Adverse Event*) ซึ่งประกอบไปด้วย  **$b1 + b2$**

**$b1$**  : การบาดเจ็บ อันตราย หรือภาวะแทรกซ้อน ที่เป็นผลจากการดูแลรักษา ซึ่งเมื่อ วิเคราะห์แล้ว พบว่า การรักษาเป็นไปตามมาตรฐาน (*ไม่พบการเกิด Error*)

**$b2$**  : การบาดเจ็บ อันตราย หรือภาวะแทรกซ้อน ที่เป็นผลจากการดูแลรักษา ซึ่งเมื่อ วิเคราะห์แล้ว พบว่า การรักษา มีข้อผิดพลาด ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน (*เกิดจาก Error*)

# เรื่องราวที่เกิดขึ้น

เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดไปรับผู้ป่วยที่ **Ward...** แจ้งว่ามารับผู้ป่วย  
ห้อง 202

โดยไม่แจ้งชื่อ – สกุล ซึ่งผู้ป่วยรายนี้เตรียมไปห้องผ่าตัดเช่นกัน

พยาบาลให้ยา **pre – med** ก่อนไปห้องผ่าตัดตามแผนการ  
รักษา พอดูชื่อในใบรับผู้ป่วยเป็นชื่อผู้ป่วยอีกคน

## เรื่องราวที่เกิดขึ้น

จนท.เรียกผู้ป่วยเข้าห้องตรวจ “ คุณกุหลาบ สวยงาม  
เชิญเข้าห้องตรวจค่ะ ”

แต่มีผู้ป่วยอีกคน(หญิง)เดินมาหาเจ้าหน้าที่ที่จะสอบถาม  
เรื่องอื่น

“ คุณกุหลาบใช้มั้ยคะเชิญเข้าห้องตรวจค่ะ “ คุณกุหลาบ  
พยักหน้า เดินตามจนท.เข้าห้องตรวจ



## เรื่องราวที่ 2

ผู้ป่วยชายอายุ 62 ปี แพทย์สั่งทำ laser yag ตา  
ขวา แพทย์เขียนออเดอร์ชัดเจนว่าเป็นตาขวา แต่  
เจ้าหน้าที่หยอดขยายม่านตาข้างซ้าย

## เรื่องราวที่ 3

ผู้ป่วยชายไทย รับบริการตรวจสุขภาพ ได้รับผล  
การตรวจซึ่งมีผลการตรวจมะเร็งปากมดลูก

## เรื่องราวที่เกิดขึ้น

ผู้ป่วยมาตรวจชื่อคล้ายกัน 2 รายคนแรกชื่อร่ำเพย มาด้วยไอ  
หอบเหนื่อย อีกคนชื่อร่ำพิ่ง มาลงทะเบียนที่หลัง มาด้วยอาการเจ็บ  
หน้าอก เมื่อแพทย์มาถึง เจ้าหน้าที่ประเมินแล้วทำให้ผู้ป่วยคนที่เจ็บ  
หน้าอกเข้าตรวจก่อน เมื่อเรียกชื่อร่ำพิ่ง เชิญเข้าตรวจ แต่ชื่อร่ำเพย  
เดินมา เจ้าหน้าที่ถามว่าชื่อร่ำพิ่ง ไข่ม้อย คนไข้พยักหน้า ตรวจกับแพทย์  
แพทย์สั่งเอกซเรย์ ผู้ป่วยถือใบขึ้นตอนของร่ำพิ่ง ไปตลอดทุกจุด (การเงิน  
เอกซเรย์) ส่วน ระหว่างนั้น เจ้าหน้าที่เรียกชื่อร่ำเพย มาตรวจหลายครั้ง  
ไม่เจอจึงรู้ว่าตรวจผิดคน

## จุดเน้นในการจัดการเรื่องการระบุดัว

1. เมื่อแรกรับผู้ป่วย
2. เมื่อเข้ารับการรักษา
3. การระบุดัวทารกแรกเกิด
4. การระบุดัวผู้ป่วยในการเจาะเลือด/ให้เลือด
5. การระบุดัวผู้ป่วยในการเก็บสิ่งส่งตรวจ
6. การระบุดัวผู้ป่วยในการให้ยา
7. การระบุดัวผู้ป่วยในการผ่าตัด/ทำหัตถการ



# Case study

ผู้ป่วย **Case Neuroblastoma at Right Adrenal Gland**  
เข้ารับการผ่าตัด ขณะทำ **Hickman Port** (ใน **OR**) มี  
**Supra Venacava Perforate, Massive Hemothorax,**  
**Cardiac Arrest** ผู้ป่วยได้รับการ **CPR** ประมาณ 45 นาที

# Case study

**Case Multiple Myoma (history of myomectomy and C/S x2) มาด้วยปวดท้องน้อย ร่วมกับมี Pressure symptom**  
**Intra-Op: มี Severe adhesion, Tear bladder whole layer 10 cm ระหว่างที่เลาะ Bladder flab เนื่องจากมี Dense adhesion -> consult uro for repair consult urologist for repair bladder**

# Case study

- ตรวจสอบยากลับบ้านของผู้ป่วย พบฉลากยา เป็น
- **Dexamethsone Tablet 4 mg.** จำนวน 4เม็ด
- แต่ตัวยาบรรจุแผงเป็นชื่อ **Doxazosin 4 mg.** จำนวน 4เม็ด

# Case study

- เมื่อทวนสอบใบขอใช้เลือดกับถุงเลือด พบว่า ขอใช้เลือดของผู้ป่วย
- ชื่อ ด.ญ. **XXX** แต่หน่วยงานจ่ายเลือดของ ด.ช. **XXX**
- ให้เจ้าหน้าที่นำถุงเลือด ของ ด.ช. **XXX** ไปคืนคลังเลือด

# Case study

- มีคำสั่ง **film chest portable** เข้า แพทย์ดูผล **online PACS** พบว่าผู้ป่วย
- มี **tracheostomy tube** ซึ่งผู้ป่วยไม่ได้เจาะคอ **on oxygen canula 5 l/m**
- ตรวจปกติโทรประสานงานกับหน่วยตรวจให้แก่ไขรูปภาพผล เอ็กซเรย์





## ทำไมการจัดการความเสี่ยงขององค์กรจึงไม่ work

1. เป็น “The holy workshop” 1 ครั้ง / ปี
2. เป็นการตัดสินใจแก้ปัญหา ไม่ใช่การบริหารความเสี่ยง (incident management)
3. ขาดความเป็นเจ้าของความเสี่ยงและการควบคุม (risk owner-risk control)
4. ไม่มีการติดตามประสิทธิผลของการควบคุมความเสี่ยง (monitoring)
5. ผู้รับผิดชอบถูกตำหนิ ภายหลังการวิเคราะห์เหตุการณ์
6. เป็นหน้าที่ของ risk manager เท่านั้น
7. ไม่มีการจัดการความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง      ineffective of risk management
8. KPI ขององค์กรไม่เชื่อมโยงกับความเสี่ยง



## ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการบริหารความเสี่ยง

1. การสนับสนุนอย่างจริงจังจากผู้บริหารระดับสูง
2. ทีมงานเข้าใจระบบและไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคในการขับเคลื่อนระบบให้ทั่วทั้งองค์กร
3. เชื่อมโยงการบริหารความเสี่ยงเข้ากับโครงสร้างระบบงานเดิม
4. นำการบริหารความเสี่ยงไปใช้เพื่อชี้ให้เห็นถึงโอกาสการปรับปรุงระบบงาน
5. สร้างตัวชี้วัดที่ชัดเจนและเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์องค์กร
6. การสื่อสารถึงผลสัมฤทธิ์และประสิทธิผลให้ทั่วทั้งองค์กร

# กระบวนการเยียวยา

## แนวคิด

- ➡ การยอมรับโดยปราศจากข้อสงสัยว่า ความเสียหายจากการใช้บริการทางการแพทย์เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นทั่วไปในทุกประเทศ
- ➡ แนวคิดหลัก: การดูแลทั้งผู้ป่วย/ครอบครัวและผู้ดูแลรักษา  
(Balance)

# การจัดการลดความรุนแรง (การเจรจาไกล่เกลี่ย)

“รู้เร็ว จัดการเป็น จัดการได้”

- ทีมบริหารจัดการ
  - คัดเลือกผู้ที่เหมาะสมในการ **Approach** ผู้ป่วย/ญาติ
- การเตรียมการเจรจา
- การเจรจา



# การเยียวยา

- กำหนดเกณฑ์การช่วยเหลือเยียวยา
- การให้ความช่วยเหลือด้านมนุษยธรรม

อย่ากลัวว่าถ้า รพ.ให้การเยียวยา หมายถึง การยอมรับว่าผิด

“การรักษาสัมพันธภาพ” เป็นหัวใจสำคัญ

# เกณฑ์กำหนดการช่วยเหลือเยียวยา

ความเสียหาย/การบาดเจ็บ ที่เข้าข่ายการช่วยเหลือเยียวยา  
มีลักษณะดังต่อไปนี้

- ป้องกันได้ (**Avoidable / Preventable**) หมายความว่า ความเสียหายนั้นอาจจะสามารถหลีกเลี่ยงได้ ถ้าหากรักษาด้วยวิธีอื่นหรือ กระทำการแตกต่างออกไป
- เกี่ยวข้องกับเครื่องมือ (**Related to Equipment**) หมายถึง เป็นความเสียหายที่เกิดจากความบกพร่องของตัวเครื่องมือหรือการทำงาน ผิดพลาด (**Defect or Malfunction**) ของเครื่องมือหรือจากการใช้ เครื่องมือ

- เป็นอุบัติเหตุที่เกิดเนื่องจากระบวนการรักษา เช่น คนไข้ตกเตียง ขณะถูกพลิกตัว หรือถูกความร้อนลวกขณะรักษา
- เกี่ยวข้องกับการให้ยาที่ไม่ถูกต้อง (**Incorrect Supply of Pharmaceuticals**)
- เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ หรือมิใช่สิ่งที่ตามปกติคาดว่าจะต้องเกิดกับคนไข้ (**Unexpected**) หรือสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นไม่สามารถอธิบายได้

# การจัดการลดความรุนแรง (การเจรจาไกล่เกลี่ย)

- **คัดเลือกผู้ที่เหมาะสมในการ Approach ผู้ป่วย/ญาติ**

- แพทย์เจ้าของไข้ได้เข้าแสดงความรับผิดชอบและขอโทษต่อญาติของผู้ป่วย  
ที่เสียชีวิต

- งานคุ้มครองผู้รับบริการและควบคุมคุณภาพการบริการรักษาพยาบาลได้  
ติดต่อเพื่อพูดคุยทำความเข้าใจกับญาติเป็นระยะๆ โดยญาติขอให้รอเสร็จพิธีศพ  
ก่อน

- โรงพยาบาลส่งตัวแทนไปร่วมแสดงความเสียใจในพิธีฌาปนกิจศพ และมอบ  
เงินช่วยเหลือร่วมทำบุญเบื้องต้น



Faculty of Medicine  
Prince of Songkla University

# การเขียนรายงานอุบัติการณ์



# วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ขั้นตอนการรายงานเป็นไปในทางเดียวกัน และมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อให้ฝ่ายบริหารได้รับทราบข้อเท็จจริง ซึ่งสามารถนำไปวางมาตรการแก้ไข และป้องกันการเกิดเหตุซ้ำ
3. เพื่อเป็นแนวทางในการติดตาม และประเมินผล การให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วย



# Reporting Culture

- **Hospital may have a policy of reporting incidents**
- **Make to all healthcare workers understand the objectives**  
**(aim to improve safety and quality)**
- **Blame free culture**

# เป้าหมาย

## ตัวอย่าง

### รับรู้อ

ความเสี่ยง (ก่อนเกิดเหตุ)

อุบัติการณ์ (หลังเกิดเหตุ) : สังเกต จดบันทึก

### ป้องกัน

แนวทาง มาตรฐานต่าง ๆ

แผนการช่วยเหลือ กรณีลึฟต์ติด

การออกแบบ : Human Factors Engineering

ความสามารถในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า : Near miss

Non- technical skill training & design

### จัดการ

การวางระบบ

การแก้ปัญหาเฉพาะกรณี

การเรียนรู้สู่การป้องกัน

การฝึกซ้อมการระงับอัคคีภัยและการ

เคลื่อนย้ายผู้ป่วย → นำมาวางระบบ

### ตระหนัก

เรียนรู้จากเหตุที่เคยเกิดขึ้น

วัฒนธรรมความปลอดภัย



# การรับรู้ การรายงานอุบัติการณ์

- รู้ได้อย่างไรว่ามีอุบัติการณ์เกิดขึ้น
- รู้ได้อย่างไรที่มีความรุนแรง ผลกระทบมากน้อยแค่ไหน (รับทราบ ด้วยวาจา การไปประเมินที่หน้างาน)
- การใช้ SBAR เพื่อรับรู้อุบัติการณ์ situation-background-assessment-recommendation
- การรวบรวมข้อมูล (**data gathering**) ผลกระทบ อารมณ์
- การวิเคราะห์สาเหตุเบื้องต้น  $\pm$  report
- การแก้ปัญหาเบื้องต้นให้กับผู้ป่วยและบุคลากร  $\pm$  report
- การติดตามผลหลังแก้ปัญหา  $\pm$  report



## ระบบรายงานอุบัติการณ์

- มีคำจำกัดความของอุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของรพ.
- มีแนวทางที่ชัดเจนว่า ในกรณีใดที่จะต้องรายงาน
- กำหนดผู้มีหน้าที่ในการเขียนรายงาน
- กำหนดเส้นทางเดินของรายงานที่รัดกุม เป็นหลักประกันในการรักษาความลับ และไม่อนุญาตผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องเข้าถึงได้
- การสร้างความเข้าใจว่า การแก้ปัญหานี้มีใช้การลงโทษ





## ขอบเขตการรายงาน

รายงานอุบัติการณ์/  
เหตุการณ์ไม่พึง  
ประสงค์อะไรบ้าง

- เครื่องมือ หรือการจัดการที่ส่งผลต่อผู้ป่วยหรือระบบบริการ/  
โรงพยาบาล/บุคลากร
- ปัญหาภายในที่ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยและรักษาพยาบาล/บุคลากร
- การปฏิบัติงานที่ไม่ถูกต้องตามมาตรฐานของงาน/วิชาชีพ
- ความไม่พึงพอใจของญาติ/ผู้ป่วย/แพทย์

ใครเป็นผู้เขียนรายงาน

- เจ้าหน้าที่ทุกคน อาจเป็นผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์/ผู้พบเห็น  
เหตุการณ์/ผู้ก่อให้เกิดเหตุการณ์ หรือผู้รับทราบเหตุการณ์

# ลักษณะอุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ที่ต้องรายงาน

1. เครื่องมือ หรือการจัดการที่ส่งผลต่อผู้ป่วย  
หรือระบบบริการ/โรงพยาบาล
2. ปัญหาภายในที่ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยและรักษาพยาบาล
3. การปฏิบัติงานที่ไม่ถูกต้องตามมาตรฐานของงาน/วิชาชีพ
4. ความไม่พึงพอใจของ ญาติ/ผู้ป่วย/แพทย์





## เหตุการณ์ผิดคาดร้ายแรง (Sentinel Events)

### ตัวอย่าง

1. การเสียชีวิตในรพ.โดยผิดธรรมชาติ (ไม่สัมพันธ์กับพยาธิสภาพของโรค)
2. ผู้ป่วยสูญเสียอวัยวะหรือพิการถาวรโดยไม่สัมพันธ์กับพยาธิสภาพของโรค
3. การผ่าตัดผิดคน / ผ่าตัดผิดตำแหน่ง / ผิดประเภท (
4. การลักพาตัวทารก/ส่งมอบทารกผิดครอบครัว
5. การทำร้ายร่างกาย / ข่มขืนหรือล่วงเกินทางเพศ ที่เกิดขึ้นภายในโรงพยาบาล
6. การลืมนัดและ/หรือการนับผ้าซับโลहित เครื่องมือ อุปกรณ์ที่ใช้การผ่าตัด ไม่ครบถ้วนตามจำนวน
7. เหตุการณ์ / คำร้องเรียนที่มีความเสี่ยงหรือผู้รับบริการแจ้งว่าจะฟ้องร้อง หรือดำเนินการทางกฎหมาย โดยมีมูลเหตุ

# อุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง

## (Sentinel Events)

ต้องรายงานทันที

ในระบบบริหาร (Non-Medical):

- อัคคีภัย/ช่วงาระเบิด
- โจรกรรมทรัพย์สิน
- การรั่วไหลของสารเคมี/ชีวภาพ/  
แก๊สมันตรังสี/ก๊าซ/ภัยพิบัติ
- เหตุการณ์ ใดๆ ที่เสี่ยงต่อการเสื่อมเสียชื่อเสียง  
ของบุคลากร/รพ. / **IT** ล่ม

ระดับ 4-5





# อุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง

(Sentinel Events)

ต้องรายงานทันที

ในระบบบริหาร (Non-Medical):

- เกิดความเสียหายร้ายแรงแก่รพ./บุคลากร
- อุบัติภัยหมู่
- ความผิดพลาด/ความเสียหายใด ๆ ที่มีโอกาสนำไปซึ่งฟ้องร้อง/การเสื่อมเสียชื่อเสียง

ระดับ 4-5





# อุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง

## (Sentinel Events)

ต้องรายงานทันที

### ในด้านการรักษาพยาบาล (Medical):

➤ การเกิดอันตรายร้ายแรงแก่ผู้ป่วย/บุคลากร และโรงพยาบาล

- หักกระดูก/ผ่าตัดผิดคน/ผิดอวัยวะ/ผิดที่
- ส่งทารกผิดพ่อแม่ ลักพาทารก/ผู้ป่วย
- การทำร้ายร่างกาย/ประทุษร้าย
- เครื่องมือแพทย์/ผ้า ด่างในร่างกาย



ระดับ G,H,I

- [ ] ระดับ G : เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายถาวรแก่ผู้ป่วย
- [ ] ระดับ H : เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้ต้องทำการช่วยชีวิต
- [ ] ระดับ I : เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต



# อุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง

(Sentinel Events)

ต้องรายงานทันที

ในด้านการรักษาพยาบาล (Medical):

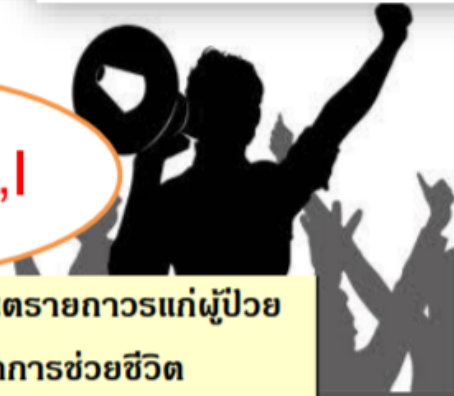
➤ การเกิดอันตรายร้ายแรงแก่ผู้ป่วย/บุคลากร  
และโรงพยาบาล

- การให้เลือดผิดกรุป / ผิดคน
- ผู้ป่วย / บุคคลตกจากที่สูง
- เหตุความลับที่เกี่ยวกับวิชาชีพและบุคคล เช่น  
การล่องละเมิดทางเพศ
- การถูกข่มขู่ / ดุกดาม



ระดับ G,H,I

- [ ] **ระดับ G** : เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายถาวรแก่ผู้ป่วย
- [ ] **ระดับ H** : เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้ต้องทำการช่วยชีวิต
- [ ] **ระดับ I** : เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต



# อุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง

(Sentinel Events)

ต้องรายงานภายใน 6 ชั่วโมง

**Non clinic: ระดับ 3**

- โครงการทรัพย์สินของทางราชการ
- มีผลกระทบต่อผู้ป่วย/บุคลากร/องค์กรแก้ไข  
ได้ระดับหนึ่งและไม่เกิดความเสียหายระยะยาว
- เกิดอัตรีเล็กน้อยและสามารถดับได้ภายใน  
ทันที



**clinic: ระดับ E, F**





# อุบัติเหตุ/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง (Sentinel Events) อื่น ๆ

ต้องรายงานภายใน 6 = ชั่วโมง

ก (8) อุบัติการณ์ที่ไม่เกิดความเสียหายรุนแรงในขณะนั้น แต่เล็งเห็นว่าจะเกิดความเสียหายรุนแรงตามมา



พบความเสี่ยง

# แผนภูมิการจัดการความเสี่ยงโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

แก้ไขเบื้องต้น

ตามคู่มือ / ประสพการณ์ / สามัญสำนึก

อุบัติการณ์  
สำคัญฉุกเฉิน

ใช่

รายงานผู้อำนวยการ(โทรศัพท์)  
รายงานหัวหน้าหน่วยงาน  
ผู้ตรวจการ/ภาควิชา  
ตามลำดับชั้น

ควบคุมสถานการณ์

แก้ไขปัญหา เจรจาต่อรอง

ไม่ใช่

แก้ไขกันเองภายในหน่วยงาน

ผู้รับผิดชอบ/หัวหน้าหน่วยงานบันทึกรายงาน  
อุบัติการณ์/ผลการจัดการความเสี่ยง

แก้ไขได้

ใช่

ไม่ใช่

ขอความช่วยเหลือจากผู้บริหาร/PCT

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงฝ่ายฯ/สาขาวิชา

จัดการได้

ใช่

ไม่ใช่

แจ้งหน่วยพัฒนาคุณภาพ  
ประธานความเสี่ยงโรงพยาบาล  
เพื่อประสานงานต่อ

ออกแนวทางแก้ไข/  
จัดการความเสี่ยงเชิงระบบระดับฝ่ายฯ/สาขาวิชา

แจ้งหน่วยงานถือปฏิบัติ

สิ้นสุด

รายงานความเสี่ยง/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์





## การเตรียมตัวก่อนเขียนรายงานอุบัติการณ์

1. แก้ไขปัญหา/อุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เบื้องต้น ตามขั้นตอนการรายงานอุบัติการณ์
2. เตรียมข้อมูลวันที่ เวลาที่เกิดอุบัติการณ์ หน่วยงานที่เกิดเหตุ หน่วยงานที่เป็นต้นเหตุ
3. รวบรวมข้อมูลภูมิหลัง (Background) เรื่องราวก่อนเกิดเหตุ ปัจจัยที่อาจเป็นสาเหตุหลังเกิดเหตุเกิดผลกระทบอย่างไร ระดับใด จัดการอย่างไร รายงานใครบ้าง ผลเป็นอย่างไร
4. ศึกษาบัญชีความเสี่ยงโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เพื่อเลือกรหัสบัญชีความเสี่ยง
5. ศึกษาการแบ่งระดับระดับความรุนแรงของผลกระทบ ของอุบัติการณ์ทั่วไป และอุบัติการณ์ทางคลินิก



## การ Log in เข้าสู่ระบบ HIS

กรุณานำ User ID และ PIN Number

กำลัง Login เข้าโปรแกรมแสดงข้อมูลรายละเอียดการรักษานักเรียน

แจ้งข่าวสารระบบ HIS โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

\*\*\* ไม่มีข่าวใหม่แจ้ง \*\*\*

User ID:

PIN Number:

เข้าโปรแกรม F10 ออก

แก้ไข PinNumber

หมายเลข HIS สำหรับแจ้งฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศเมื่อคอมพิวเตอร์มีปัญหา

# HIS62401

พัฒนาโดย: ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ คณะแพทยศาสตร์  
แจ้งปัญหาติดต่อ (รายวัน ทั่ววัน) โทร. 074-451951

Windows taskbar: ENG 15:21

### เข้าสู่ระบบ HIS

- ใส่รหัสบุคลากร
- Pin Number



# Log in เข้าสู่ระบบ Incident Report

โปรแกรมพยาบาลผู้ป่วยใน หอผู้ป่วย อายุรกรรมหญิง หน่วยงาน : ศุภินา เค็งเสข

**\*\* ไม่ใช่เครื่อง BackUp ข้อมูล \*\***      Set/ยกเลิก เครื่องBackUp

เตียง	HN	ชื่อผู้ป่วย	แพทย์ Staff	หมายเหตุ (สีแดง ^)
ด01				ใช้สิทธิ์สุขภาพดี
ด02				
ด03				ใช้สิทธิ์สุขภาพดี
ด04				ใช้สิทธิ์สุขภาพดี
ด05				ใช้สิทธิ์สุขภาพดี
ด06				ใช้สิทธิ์ใบส่งตัว
ด07				ใช้สิทธิ์องค์การป
ด08				ใช้สิทธิ์ใบส่งตัว
ด09				ใช้สิทธิ์ใบส่งตัว
ด10				ใช้สิทธิ์ใบส่งตัว
ด11				ใช้สิทธิ์สุขภาพดี
ด12				ใช้สิทธิ์ใบส่งตัว
ด13				ใช้สิทธิ์สุขภาพดี
ด14				ใช้สิทธิ์ใบส่งตัว
ด15				ใช้สิทธิ์ผู้ป่วยประ
ด17				
ด18				
ด20				ใช้สิทธิ์เงินสด

เตียงรวม 35 (เตียงว่าง 3) (กำลังจะว่าง 2)

เขียว=ส่งการเงิน    ชมพู=การเงินรับชำระเงิน    ม่วงเงิน=รอญาติติดต่อการเงิน    ฟ้า=การเงินดำเนินการ    เหลือง=การเงินดำเนินการเสร็จ

F5 รับ Order การรักษา

F6 Nurse's Note

F7 สั่งOrder/ส่งข้อมูล

F8 พิมพ์/ถอนรายการ	F9 กด Lab
F11 ประสิทธิภาพรักษา	F12 เมื่อ/ถอน
กด New Order	refresh ราว
รายงาน Dashboard	เปลี่ยน User/Pin
<b>Incident Report</b>	ผ่านข้อมูล BackUp
รายงานบัญชี	บันทึกเข้า/ออกทำงาน

F10 ออก

Click หัว Colum = เรียงข้อมูลใน Colum ที่ Click      HIS61462      23/10/2019      17:24

ช่องทางที่ 1 เข้าจากหน้าจอหลัก  
โดยเลือกปุ่ม Incident Report



# Log in เข้าสู่ระบบ Incident Report

โปรแกรมพยาบาลผู้ป่วยใน - หอผู้ป่วย อายุรกรรมหญิง รังงามน้อย : ศูนย์ ศัลยศ

**\*\* ไม่ใช่เครื่อง Backup ข้อมูล \*\*** Set/บันทึก เครื่องBackup

เตียง	HN	ชื่อผู้ป่วย	แพทย์ Staff	หมายเหตุ (สีแดง)
ด01				ใช้สิทธิ์สุขภาพดี
ด02				
ด03				ใช้สิทธิ์สุขภาพดี
ด04				ใช้สิทธิ์สุขภาพดี
ด05				ใช้สิทธิ์สุขภาพดี
ด06				ใช้สิทธิ์ใบส่งตัว
ด07				ใช้สิทธิ์องค์การป
ด08				ใช้สิทธิ์ใบส่งตัว
ด09				ใช้สิทธิ์ใบส่งตัว
ด10				ใช้สิทธิ์ใบส่งตัว
ด11				ใช้สิทธิ์สุขภาพดี
ด12				ใช้สิทธิ์ใบส่งตัว
ด13				ใช้สิทธิ์สุขภาพดี
ด14				ใช้สิทธิ์ใบส่งตัว
ด15				ใช้สิทธิ์ผู้ป่วยประ
ด17				
ด18				
ด20				ใช้สิทธิ์เงินสด

เตียงรวม 35 (เตียงว่าง 3) (กำลังจะว่าง 2)

เช็ชง=ส่งการเงิน ชงชงการเงินจับฉัาเงินการ นำเงิน=ส่งมูอิตัดส่งการเงิน นำเงิน=การเงินจับฉัาเงินการเงิน

Click ที่ Column ๓ เป็นข้อมูลใน Column ที่ Click HIS61489 22/10/2019 17:24

โปรแกรมแสดงข้อมูลรายละเอียดการพักรักษาผู้ป่วย โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ -> รังงามน้อย : ศูนย์ ศัลยศ An : 640002476

แสดงข้อมูลผู้ป่วย F11 เบื้อง HN F9 เบื้อง AN  
ผู้ป่วยมีประวัติย้อน F12 เบื้อง F10 ออก  
วันที่ 19-01-2564

F1 ประวัติรักษา F2 บันทึกทางการพยาบาล F3 Lab F4 สิทธิ์/ค่ารักษา F5 งานเฉพาะ F6 งานเฉพาะ F7 วิชาศึกษาเรียนรู้ F8 รายงาน

ส่ง/ตอบ/ลงนาม ใน Consult **ระบบ Incident Report** ระบบ Psychiatry Unit  
แสดงข้อมูลผู้ป่วยส่ง Consult ระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อ ระบบ Pharmacist's Record  
เพิ่ม/แก้ไขเพิ่มเติมล้างสรุป (ผู้ป่วยใน) ส่ง Lab เฝ้าระวังการติดเชื้อ ระบบข้อมูลโรคผู้ป่วยนอกเพื่อส่งเบิก  
เพิ่มผู้ป่วยในส่งแพทย์ Audit **ระบบ Anesthetic Record** ระบบประเมินภาวะโภชนาการผู้ป่วย  
บันทึกข้อมูลฟอร์ม ปกส.มอ.1 ระบบเฝ้าติดตามการรักษาผู้ป่วยรอกกลุ่ม ระบบงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู (Staff)  
เพิ่มประวัติรักษาหลังสิ้นสุดการรักษา ผู้บริหาร รพ. อนุมัติการช่วยเหลือ บันทึกข้อมูลเวลาเข้า/ออกการทำงาน

แพทย์ไกล, ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ คณะพยาบาลฯ รังงามน้อย โทร.074-451951 HIS62401 24/1/2021 15:22

ช่องทางที่ 2 เข้าจากหน้าจอหลัก  
โดยเลือกปุ่ม **F12** คู่มือ/สอบถาม

1. กด F6 งานเฉพาะ
2. เลือกระบบ Incident Report





## Log in เข้าสู่ระบบ Incident Report

ไปชมคนแสดงข้อมูลรายละเอียดการซักถามผู้ป่วย โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ -> ทำงานโดย : สุณิศา เพ็ญสุข An : 640002476

ทางดูข้อมูลในมิติสามารถตรวจสอบได้จากเมนู Tab F2 แสดงข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วย

F11 เปลี่ยน HN	F9 เปลี่ยน AN
F12 เรียกผู้ป่วย	F10 ออก

ชื่อย่อ : 2564

F7 7ชื่อ พยาบาลวิชาชีพ

F8 รายงาน

### LOGIN

**ยืนยันตัวตน**

UserID : 1698 **1**

ชื่อ-สกุล : สุณิศา เพ็ญสุข

PIN :

สังกัดฝ่ายการพยาบาล **2**

ไม่สังกัดฝ่ายการพยาบาล

หน่วยงานที่สังกัด

Ward  OPD  หน่วยงาน **3**

- กลุ่มงานพยาบาลศูนย์บริการศรีเวรวัฒน์
- กลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู
- กลุ่มงานห้องปฏิบัติการทางพยาธิวิทยา
- กลุ่มเลขานุการภาควิชา
- กองคลังมหาวิทยาลัย
- กิจกรรมภาควิชาพยาธิวิทยา
- คณะกรรมการส่งเสริมการให้ทุนบุตรและพัฒนาการ คณะแพทยศาสตร์

ระบบ Psychiatry Unit

Pharmacist's Record

ข้อมูลโรคผู้ป่วยนอกเพื่อส่งเบิก

ประเมินภาวะโภชนาการผู้ป่วย

งานเวชศาสตร์ฟื้นฟู (Staff)

ข้อมูลเวลา เข้า/ออกการทำงาน

หน้าโดย: ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ

401 24/1/2021 15:22

ENG 15:22

### การยืนยันตัวตน

1. ใส่รหัสบุคลากร/ Pin Number
2. เลือกสังกัด หรือไม่สังกัด  
ฝ่ายบริการพยาบาล
3. เลือกหน่วยงานที่สังกัด





# รายงานอุบัติการณ์ (Incident Report)

โปรแกรมพยาบาลผู้ป่วยใน หอผู้ป่วย อายุกรรมหญิง ทางการแพทย์ : ศุภิสรา เพ็งสุข

โปรแกรม Incident ผู้ใช้: ศุภิสรา เพ็งสุข เข้ามาใช้งานเป็นแผนกหน่วยงาน อายุกรรมหญิง

โปรดโปรแกรม Incident

ระดับสิทธิ์ (ดับเบิลคลิกหรือ Enter เพื่อเข้าไปพิจารณา Incident)

หัวหน้าชั้นต้น

ผู้รายงาน Incident

รายงาน

กำหนดสิทธิ์การเข้าถึงข้อมูล	กำหนดสิทธิ์การพิมพ์ Incident
จัดการบัญชีความเสี่ยง	จัดการระดับความรุนแรงเหตุการณ์

หมายเหตุ

ปิดโปรแกรม

\*\* แจ้ง Incident ใหม่และใบทบทวนใหม่ โดยหาข้อมูลย้อนหลัง 3 เดือนนับจากวันที่ปัจจุบัน

หมายเลขคอมฯ HIS6146    23/10/2019    17:28

วิธีใช้=ส่งการเงิน    ชมเชย=การเงินรับชำระเงินการ    นำเงิน=รายงานดีดีต่อการเงิน    นำศาล=การเงินดำเนินการเสร็จ

Click หัว Colum = เรียงข้อมูลใน Colum ที่ Click    HIS61462    23/10/2019    17:26

**กดปุ่ม**  
**ผู้รายงาน Incident**



แสดงรายงานความเสี่ยง/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ตามวันที่ยื่นถึง ผู้ใช้: ศุภนิสา เต็งสุข สถานะรายงาน Incident

แสดงรายงานความเสี่ยง/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ตามวันที่ยื่นถึง ผู้รายงาน Incident

วันที่ยื่นถึง  ถึง   Clinic  Non Clinic วันที่ไม่เกิน 93 วัน

ค้นหา

หน่วยงาน  เลือก Clear

บัญชีความเสี่ยง Clinic  Non Clinic  เลือก Clear

ระดับความรุนแรง Clinic  Non Clinic  เลือก Clear

Incident ที่ต้องพิจารณา Incident ที่รอพิจารณา Incident ที่ส่งให้หน่วยงาน ไบทบทวน

Incident No.	หน่วยงาน	ลักษณะเหตุการณ์	ระดับความรุนแรง	วันที่ยื่นถึงเกิด...	เวลาที่

ข้อมูลทั้งหมด 
  ข้อมูลที่อ่านแต่ยังไม่ส่งให้หัวหน้าถัดไป 
  ข้อมูลที่อ่านและส่งให้หัวหน้าถัดไปแล้ว 
  ข้อมูลที่ยังไม่อ่าน

สีเขียว = Clinic สีน้ำเงิน = Non Clinic

\*\*\* ช่องจำนวนเวลาจากการบันทึกสีแดง = เกิน 24 ชั่วโมง (กรณีที่ยังไม่ส่งให้หัวหน้าชั้นต้นพิจารณา)

พบปัญหาการใช้งานติดต่อ อรอนงค์ 1951 หมายเลขคอมฯ HIS6146 23/10/2019 17:29

**กดปุ่ม  
เพิ่ม Incident**



# การรายงานส่วนที่ 1

รายงานความเสี่ยง/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ผู้ใช้: สุนิศา พิเศษ สถานะ: รายงาน Incident

รายงานความเสี่ยง/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์		หมายเหตุ
<input checked="" type="radio"/> Clinic <input type="radio"/> Non Clinic		Incident No 2019-10-0141
ส่วนที่ 1	ส่วนที่ 2	ส่วนที่ 3
ผู้ได้รับเหตุการณ์ <input type="checkbox"/> ผู้ป่วย / ผู้รับบริการ <input type="checkbox"/> ญาติ <input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่ <input type="checkbox"/> อื่นๆ		
HN ผู้ป่วย    อายุ    ปี    เดือน    วัน    เพศ <input type="checkbox"/> หญิง <input type="checkbox"/> ชาย (อายุนับจากวันเกิดจนถึงวันที่รายงาน Incident)		
Diagnosis		
<input type="checkbox"/> ค่ารักษาแล้วขณะบันทึก Incident    บาท <input checked="" type="radio"/> ผู้ป่วยใน <input type="radio"/> ผู้ป่วยนอก		
<input checked="" type="checkbox"/> เหตุเกิดที่หน่วยงาน		<input checked="" type="checkbox"/> ต้นเหตุเกิดจากหน่วยงาน
<input type="checkbox"/> Ward <input type="checkbox"/> OPD <input type="checkbox"/> หน่วยงาน		เพิ่ม ลบรายการ
<input type="checkbox"/> อื่นๆ		
ประเภท	ชื่อ	
วดป. ที่เกิดเหตุการณ์    --    เวลา    :    น.    (รูปแบบเป็น วัน-เดือน-ปี พ.ศ)		
<input checked="" type="checkbox"/> ส่งให้หัวหน้าลำดับถัดไปพิจารณา    ***คลิกปุ่มหมายเหตุเพื่อดูความหมายของหัวหน้าชั้นต้นและหัวหน้าชั้นกลาง		
บันทึก	ยกเลิก Incident	ขบทวน
ประวัติ	Refresh	Kardex
ประวัติผู้ป่วยนอก	ปิดหน้าจอ	

พบปัญหาการใช้งานติดต่อ ออรอนงค์ 1951    หมายเลขคอมฯ HIS6146    23/10/2019    17:29

- 1 เลือกชนิด Incident (Clinic, Non Clinic)
- 2 เลือกผู้ได้รับเหตุการณ์
- 3 ถ้าเป็นผู้ป่วย ให้ใส่ HN ผู้ป่วย ระบุ ผู้ป่วยนอก/ใน
- 4 ระบุเหตุเกิดที่หน่วยงาน (มีอธิบายเพิ่ม)
- 5 ระบุเหตุเกิดจากหน่วยงาน (มีอธิบายเพิ่ม)
- 6 ระบุวันที่ เวลาที่เกิดอุบัติการณ์
- 7 กดส่งให้หัวหน้าลำดับถัดไปพิจารณา



# การรายงานส่วนที่ 1 : การระบุเหตุเกิดที่หน่วยงาน/ต้นเหตุเกิดจากหน่วยงาน

รายงานตามเตียง/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ผู้ใช้: ศุภิสรา สังข์สุข สถานะผู้รายงาน Incident

รายงานความเสี่ยง/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หมายเหตุ

Clinic  Non Clinic Incident No 2021-01-0138

ส่วนที่ 1 ส่วนที่ 2 ส่วนที่ 3 ส่วนที่ 4

ผู้ได้รับเหตุการณ์  ผู้ป่วย / ผู้รับบริการ ญาติ เจ้าหน้าที่  อื่นๆ

HN ผู้ป่วย  อายุ  ปี  เดือน  วัน เพศ  หญิง  ชาย (อายุนี้มาจากบันทึกวันที่รายงาน Incident)

Diagnosis

คำปรึกษาครั้งสุดท้ายกับ Incident   ผู้ป่วยใน  ผู้ป่วยนอก

**1** เหตุเกิดที่หน่วยงาน **4** ต้นเหตุเกิดจากหน่วยงาน

Ward  OPD  หน่วยงาน

อื่นๆ

ประเภท	ชื่อ
	CCU
	COVID-CAMP
	COVID-ภูเก็ต
	ICU-CVT
	Med-ICU
	MRCU
	NICU
	NMCU

เพิ่มเติม

ลบรายการ

วคป. ที่เกิดเหตุการณ์ -- --

ส่งให้หัวหน้าลำดับถัดไปพิจารณา \*\*\*คลิกปุ่มหมายเหตุเพื่อดูความหมายของหัวหน้าชั้นต้นและหัวหน้าชั้นกลาง

บันทึก ยกเลิก Incident ทบทวน ประวัติ Refresh Kardex ประวัติผู้รายงาน ปิดหน้าจอ

พบปัญหาการใช้งานติดต่อ ออรอนงค์ 1951 หมายเลขคอมฯ HIS6240 24/1/2021 15:27

## การระบุเหตุเกิดที่หน่วยงาน

- 1** ให้ระบุมาจาก Ward /OPD/หน่วยงาน
- 2** ควรเลือกหน่วยงานจากปุ่ม drop down หลีกเลียงการพิมพ์ชื่อหน่วยงานเอง
- 3** กดเพิ่ม กรณีต้นเหตุมีผู้เกี่ยวข้องหลายหน่วยงาน สามารถเลือกและกดเพิ่มได้

## การระบุต้นเหตุจากหน่วยงาน

- 4** เลือกปุ่มต้นเหตุเกิดจากหน่วยงาน ทำเช่นเดียวกับการระบุหน่วยงานที่เกิดเหตุ



# ตัวอย่างการลงข้อมูลส่วนที่ 1

รายงานความเสียหาย/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ผู้ใช้: สุวิภา เกษม ส่วนล่างซ้าย

รายงานความเสียหาย/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์		00 ชม. -380 น New	หมายเหตุ
<input checked="" type="radio"/> Clinic <input type="radio"/> Non Clinic		Incident No	2019-10-0140
ส่วนที่ 1	ส่วนที่ 2	ส่วนที่ 3	ส่วนที่ 4
ผู้ได้รับเหตุการณ์ <input checked="" type="checkbox"/> ผู้ป่วย / ผู้รับบริการ <input type="checkbox"/> ญาติ <input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่ <input type="checkbox"/> อื่นๆ			
HN ผู้ป่วย 1446224    อายุ 42 ปี 5 เดือน 11 วัน เพศ <input checked="" type="checkbox"/> หญิง <input type="checkbox"/> ชาย (อายุขัยจากวันเกิดจนถึงวันที่รายงาน Incident)			
Diagnosis AML			
<input type="checkbox"/> ค่ารักษาสูงสุดขณะบันทึก Incident    บาท <input type="radio"/> ผู้ป่วยใน <input type="radio"/> ผู้ป่วยนอก			
เหตุเกิดที่หน่วยงาน		ต้นเหตุเกิดจากหน่วยงาน	
<input type="checkbox"/> Ward <input type="checkbox"/> OPD <input type="checkbox"/> หน่วยงาน		<input type="checkbox"/> Ward <input type="checkbox"/> OPD <input type="checkbox"/> หน่วยงาน	
<input type="checkbox"/> อื่นๆ		<input type="checkbox"/> อื่นๆ	
ประเภท	ชื่อ	เพิ่ม	
Ward	อายุรกรรมหญิง	ลบรายการ	
วดป. ที่เกิดเหตุการณ์ 23-10-2562    เวลา 03:00 น. (รูปแบบเป็น วัน-เดือน-ปี พ.ศ)			
<input type="checkbox"/> ส่งให้หัวหน้าลำดับถัดไปพิจารณา    ***คลิกปุ่มหมายเหตุเพื่อดูความหมายของหัวหน้าชั้นต้นและหัวหน้าชั้นกลาง			
บันทึก	ยกเลิก Incident	ทบทวน	ประวัติ
		Refresh	Kardex
		ประวัติผู้รายงาน	ปิดหน้าจอ
พบปัญหาการใช้งานติดต่อ อีเมล 1951		หมายเลขคอมฯ HIS6146	23/10/2019 17:41

รายงานความเสียหาย/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ผู้ใช้: สุวิภา เกษม ส่วนล่างซ้าย

รายงานความเสียหาย/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์		00 ชม. -380 น New	หมายเหตุ
<input checked="" type="radio"/> Clinic <input type="radio"/> Non Clinic		Incident No	2019-10-0140
ส่วนที่ 1	ส่วนที่ 2	ส่วนที่ 3	ส่วนที่ 4
ผู้ได้รับเหตุการณ์ <input checked="" type="checkbox"/> ผู้ป่วย / ผู้รับบริการ <input type="checkbox"/> ญาติ <input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่ <input type="checkbox"/> อื่นๆ			
HN ผู้ป่วย 1446224    อายุ 42 ปี 5 เดือน 11 วัน เพศ <input checked="" type="checkbox"/> หญิง <input type="checkbox"/> ชาย (อายุขัยจากวันเกิดจนถึงวันที่รายงาน Incident)			
Diagnosis AML			
<input type="checkbox"/> ค่ารักษาสูงสุดขณะบันทึก Incident    บาท <input type="radio"/> ผู้ป่วยใน <input type="radio"/> ผู้ป่วยนอก			
เหตุเกิดที่หน่วยงาน		ต้นเหตุเกิดจากหน่วยงาน	
<input type="checkbox"/> Ward <input type="checkbox"/> OPD <input type="checkbox"/> หน่วยงาน		<input type="checkbox"/> Ward <input type="checkbox"/> OPD <input type="checkbox"/> หน่วยงาน	
<input type="checkbox"/> อื่นๆ		<input type="checkbox"/> อื่นๆ	
ประเภท	ชื่อ	เพิ่ม	
Ward	อายุรกรรมหญิง	ลบรายการ	
วดป. ที่เกิดเหตุการณ์ 23-10-2562    เวลา 03:00 น. (รูปแบบเป็น วัน-เดือน-ปี พ.ศ)			
<input type="checkbox"/> ส่งให้หัวหน้าลำดับถัดไปพิจารณา    ***คลิกปุ่มหมายเหตุเพื่อดูความหมายของหัวหน้าชั้นต้นและหัวหน้าชั้นกลาง			
บันทึก	ยกเลิก Incident	ทบทวน	ประวัติ
		Refresh	Kardex
		ประวัติผู้รายงาน	ปิดหน้าจอ
พบปัญหาการใช้งานติดต่อ อีเมล 1951		หมายเลขคอมฯ HIS6146	23/10/2019 17:41





# รายงานอุบัติการณ์ส่วนที่ 2

1

ลักษณะเหตุการณ์ระบุตามบัญชีความเสี่ยง กดที่ปุ่มด้านหลังช่อง

รายงานความเสียหาย/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ผู้ใช้: สุวิภา ลีสุข สถานะ: รายงาน Incident

รายงานความเสียหาย/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

Clinic  Non Clinic  Incident No: 2019-10-0140

ส่วนที่ 1 ส่วนที่ 2 ส่วนที่ 3 ส่วนที่ 4

ลักษณะเหตุการณ์  (ระบุตามบัญชีความเสี่ยง) **1**

ลักษณะเหตุการณ์ (กรณีอื่นๆ)  **2**

มูลค่าความเสียหาย

<= 1,000  1001-10,000  10,001-100,000  100,001-1,000,000  >1,000,000

กรณีเลือก D. ความปลอดภัยในการให้ยา สารน้ำ

Extravasation ยาหรือสารน้ำรั่วออกนอกหลอดเลือดโดยที่ตำแหน่งรอบเข็มที่ให้น้ำมีลักษณะบวมแดง พุพอง เป็นวงกว้าง ปวด ต่างจาก phlebitis ที่เห็นลักษณะบวมแดงเกิดตามลำของหลอดเลือด **3**

Phlebitis stage  0 - ไม่มีอาการ  
 1 - ผิวหนังบริเวณเข็มแดงไม่มีอาการปวด  
 2 - ปวดบริเวณที่แทง เข็มหรือมีบวมแดงรอบเข็มด้วย  
 3 - ปวดบริเวณที่แทง เข็ม ผิวหนังบวมแดงเป็นทางคล้ายได้หลอดเลือดแข็งเป็นเส้น <= 1 นิ้ว  
 4 - ปวดบริเวณที่แทง เข็ม ผิวหนังบวมแดงเป็นทางคล้ายได้หลอดเลือดแข็งเป็นเส้นความยาวมากกว่า 1 นิ้ว

ส่งให้หัวหน้าลำดับถัดไปพิจารณา **4**  หมายเหตุเพื่ออธิบายความหมายของหัวหน้าระดับต้นและหัวหน้าระดับกลาง

รายงานความเสียหาย/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ผู้ใช้: สุวิภา ลีสุข

รายงานความเสียหาย/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

ประเภท Clinic  **\*\* บันทึกข้อมูลความเสี่ยง**

บัญชีความเสี่ยง

- A. การฆ่าเชื้อ
- B. การล้างสาร Lab/Tray
- C. ความผิดพลาดในการทำการฆ่าเชื้อ
- D. ความปลอดภัยในการใช้ยา สารน้ำ และสารทางการแพทย์
- E. ความปลอดภัยในการใช้ ให้เลือด
- F. การควบคุมการติดเชื้อ
- G. ความเสี่ยงของผู้ป่วยลดการติดเชื้อ
- H. ผู้ป่วยมีเลือดออก
- I. การเข้าถึงบริการผู้ป่วยภาวะวิกฤต
- J. ห้องห้อง ห้องรับ
- K. การฆ่าเชื้อสิ่งแวดล้อม
- L. การแพร่เชื้อจากกรอกยาขนาด
- S. การสื่อสารที่คลาดเคลื่อนในการดูแลผู้ป่วย (ทางคลินิก)

กดที่เครื่องหมาย + เพื่อเลือกบัญชีความเสี่ยงของอุบัติการณ์

2 ลงข้อมูลกรณีมีความเสียหายที่ประเมินราคาได้ (ถ้ามีข้อมูล/ไม่จำเป็น)

3 กรณีเลือก DO8-16 Extravasation/Phlebitis ถ้าเป็น Phlebitis ให้ระบุระดับความรุนแรง

4 กดส่งให้หัวหน้าลำดับถัดไปพิจารณา ถ้าไม่กดส่งหัวหน้าจะไม่สามารถเข้าไปจัดการต่อได้

รายงานความเสียหาย/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ผู้ใช้: สุวิภา ลีสุข หัวหน้าระดับ

รายงานความเสียหาย/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ 00 ชม -379 ชม New หมายเหตุ

Clinic  Non Clinic  Incident No: 2019-10-0140

ส่วนที่ 1 ส่วนที่ 2 ส่วนที่ 3 ส่วนที่ 4

ลักษณะเหตุการณ์ **DO801 ให้ยาผิดขนาดให้ยาซ้ำ** ... (ระบุตามบัญชีความเสี่ยง)

ลักษณะเหตุการณ์ (กรณีอื่นๆ)

มูลค่าความเสียหาย

<= 1,000  10,001-100,000  100,001-1,000,000  >1,000,000

ยา สารน้ำ

ออกนอกหลอดเลือดโดยที่ตำแหน่งรอบเข็มที่ให้น้ำมีลักษณะบวมแดง พุพอง  
 ต่างจาก phlebitis ที่เห็นลักษณะบวมแดงเกิดตามลำของหลอดเลือด



## ส่วนที่ 3 ลงข้อมูลเฉพาะ Incident Medication error (บัญชีความเสี่ยง D)

1 กดที่ปุ่ม drop down เพื่อเลือกชื่อยาจากรายการยาในโรงพยาบาล

เลือกประเภทของยา  
ระบุวิธีการใช้ยา  
กดเพิ่มข้อมูล

รายงานความเสียหายเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ผู้ใช้: ศุภมา เตชะ สภามูลนิธิ Incident

รายงานความเสียหายเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หมายเลข

Clinic  Non Clinic Incident No 2019-10-0141

ส่วนที่ 1 ส่วนที่ 2 ส่วนที่ 3 ส่วนที่ 4

กรณีเลือก D. ความปลอดภัยในการให้ยา สาเหตุ

ยาจากระบบ 1

ยาที่ Key เอง

ยาทั่วไป  ยา High Alert Drug  ยา Chemotherapy  ยาสารละลาย

รหัสใช้ยา หมายเลข

เพิ่ม ลบรายการยา \*\*\* คัดลอกคลิกเพื่อ Enter เพื่อรายละเอียดเพิ่มเติมรายการยา

ชื่อยา	ประเภทยา

ส่งให้หัวหน้าลำดับถัดไปพิจารณา \*\*\* คัดลอกหมายเลข เพื่อความหมายของหัวหน้าชั้นต้นและหัวหน้าชั้นกลาง

บันทึก ยกเลิก Incident ทบทวน ประวัติ Refresh Kardex ประวัติผู้เกี่ยวข้อง ปิดหน้าจอ

รายงานความเสียหายเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ผู้ใช้: ศุภมา เตชะ สภามูลนิธิ Incident

รายงานความเสียหายเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หมายเลข

Clinic  Non Clinic Incident No 2019-10-0141

ส่วนที่ 1 ส่วนที่ 2 ส่วนที่ 3 ส่วนที่ 4

กรณีเลือก D. ความปลอดภัยในการให้ยา สาเหตุ

ยาจากระบบ

ยาที่ Key เอง

ยาทั่วไป  ยา High Alert Drug  ยา Chemotherapy  ยาสารละลาย

รหัสใช้ยา หมายเลข

เพิ่ม

- 01 ACNE
- 02 ATOPIC
- 03 BODY CREAM
- 04 BODY WASH
- 05 FACE-CREAM
- 06 FACE-WASH
- 07 EYE
- 08 HAIR

รายงานความเสียหายเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ผู้ใช้: ศุภมา เตชะ สภามูลนิธิ Incident

รายงานความเสียหายเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ 00 ชม -379 นู New หมายเลข

Clinic  Non Clinic Incident No 2019-10-0140

ส่วนที่ 1 ส่วนที่ 2 ส่วนที่ 3 ส่วนที่ 4

กรณีเลือก D. ความปลอดภัยในการให้ยา สาเหตุ

ยาจากระบบ

ยาที่ Key เอง

ยาทั่วไป  ยา High Alert Drug  ยา Chemotherapy  ยาสารละลาย

รหัสใช้ยา หมายเลข

เพิ่ม ลบรายการยา \*\*\* คัดลอกคลิกเพื่อ Enter เพื่อรายละเอียดเพิ่มเติมรายการยา

ชื่อยา	ประเภทยา
Fentanyl(0.1mg/2ml) Inj	ยา High Al...

ส่งให้หัวหน้าลำดับถัดไปพิจารณา \*\*\* คัดลอกหมายเลข เพื่อความหมายของหัวหน้าชั้นต้นและหัวหน้าชั้นกลาง

บันทึก ยกเลิก Incident ทบทวน ประวัติ Refresh Kardex ประวัติผู้เกี่ยวข้อง ปิดหน้าจอ



# รายงานอุบัติการณ์ส่วนที่ 4

รายงานความเสียหาย/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ผู้ใช้: อนุภา ศัลยศ สถานพยาบาล Incident

รายงานความเสียหาย/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

Clinic  Non Clinic Incident No 2019-10-0141

ส่วนที่ 1 ส่วนที่ 2 ส่วนที่ 3 **ส่วนที่ 4**

สรุปเหตุการณ์โดยย่อ การแก้ไขเบื้องต้น ระดับความรุนแรง ความคิดเห็น ส่งไม่ส่งต่อรายงาน

**1**

หัวหน้าเริ่มต้น เวลา น. วมแจ้ง Incident

หัวหน้าชั้นกลาง ผู้แจ้ง Incident สุนิสา เพ็งสุข

ผู้บันทึกค่าสุด สุนิสา เพ็งสุข

วันที่บันทึกค่าสุด เวลา น.

ส่งให้หัวหน้าลำดับถัดไปพิจารณา \*\*\*คลิกปุ่มหมายเหตุเพื่อดูความหมายของหัวหน้าเริ่มต้นและหัวหน้าชั้นกลาง



รายงานความเสียหาย/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ผู้ใช้: อนุภา ศัลยศ สถานพยาบาล Incident

รายงานความเสียหาย/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

Clinic  Non Clinic Incident No 2019-10-0141

ส่วนที่ 1 ส่วนที่ 2 ส่วนที่ 3 **ส่วนที่ 4**

สรุปเหตุการณ์โดยย่อ การแก้ไขเบื้องต้น ระดับความรุนแรง ความคิดเห็น ส่งไม่ส่งต่อรายงาน

**2**

หัวหน้าเริ่มต้น เวลา น. วมแจ้ง Incident

หัวหน้าชั้นกลาง ผู้แจ้ง Incident สุนิสา เพ็งสุข

ผู้บันทึกค่าสุด สุนิสา เพ็งสุข

วันที่บันทึกค่าสุด เวลา น.

ส่งให้หัวหน้าลำดับถัดไปพิจารณา \*\*\*คลิกปุ่มหมายเหตุเพื่อดูความหมายของหัวหน้าเริ่มต้นและหัวหน้าชั้นกลาง

บันทึก บันทึก Incident ทบทวน ประวัติ Refresh Kardex ส่งให้ผู้อำนวยการ ปิดหน้าจอ

พบปัญหาการใช้งานติดต่อ อรรถณรงค์ 1951 หมายเลขคอมพิวเตอร์ HIS6 23/10/2019 17:34



รายงานความเสียหาย/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ผู้ใช้: อนุภา ศัลยศ สถานพยาบาล Incident

รายงานความเสียหาย/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

Clinic  Non Clinic Incident No 2019-10-0141

ส่วนที่ 1 ส่วนที่ 2 ส่วนที่ 3 **ส่วนที่ 4**

สรุปเหตุการณ์โดยย่อ การแก้ไขเบื้องต้น **ระดับความรุนแรง** ความคิดเห็น ส่งไม่ส่งต่อรายงาน

**3**

[A] เหตุการณ์ซึ่งมีโอกาสที่จะก่อให้เกิดความเสียหาย

[B] เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้น แต่ยังไม่ถึงผู้ป่วย

[C] เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย แต่ไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย

[D] เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้ต้องมีการมีการตรวจ Investigation เพิ่ม เช่น ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

[E] เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราว และต้องมีการปรับทิศทาง

[F] เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราว และต้องนอนโรงพยาบาล หรืออยู่โรงพยาบาลนอกบ้านขึ้น

[G] เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายถาวรกับผู้ป่วย

[H] เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้ต้องทำการช่วยชีวิต

หัวหน้าเริ่มต้น เวลา น. วมแจ้ง Incident

หัวหน้าชั้นกลาง ผู้แจ้ง Incident สุนิสา เพ็งสุข

ผู้บันทึกค่าสุด สุนิสา เพ็งสุข

วันที่บันทึกค่าสุด เวลา น.

ส่งให้หัวหน้าลำดับถัดไปพิจารณา \*\*\*คลิกปุ่มหมายเหตุเพื่อดูความหมายของหัวหน้าเริ่มต้นและหัวหน้าชั้นกลาง

บันทึก บันทึก Incident ทบทวน ประวัติ Refresh Kardex ส่งให้ผู้อำนวยการ ปิดหน้าจอ

พบปัญหาการใช้งานติดต่อ อรรถณรงค์ 1951 หมายเลขคอมพิวเตอร์ HIS6146 23/10/2019 17:39

- 1** สรุปเหตุการณ์โดยย่อตามลำดับที่เกิดเพื่อนำมา วิเคราะห์หา Root Cause
- 2** ระบุการแก้ไขเบื้องต้น
- 3** เลือกระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ ระดับ A-I
- 4** เลือกชื่อหัวหน้าระดับต้นและระดับกลาง
- 5** กดส่งให้หัวหน้าลำดับถัดไปพิจารณา





# ตัวอย่างการลงข้อมูลส่วนที่ 4

รายงานความเสียหายเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ผู้ใช้: ศุภิกา เก่งสุข ส่วนงาน: เภสัช

รายงานความเสียหายเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ 00 ชม. -379 น. New หมายเหตุ

Clinic Non Clinic Incident No. 2019-10-0140

ส่วนที่ 1 ส่วนที่ 2 ส่วนที่ 3 ส่วนที่ 4

สรุปเหตุการณ์โดยย่อ 1 โย เบื้องต้น ระดับความรุนแรง ความคิดเห็น ส่ง/ไม่ส่งหน่วยงาน

หญิงไทย อายุ 42 ปี, Dx AML, รมย้ายมาจาก ณ. 10 เวลา 01.24 น. On ETT with respirator หายใจไม่เพียงพอ On Fentanyl iv drip มาจาก ณ. ระหว่างเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเปลลงเตียง ปลดสาย IV ออกจากเครื่อง Infusion pump หลังเคลื่อนย้ายผู้ป่วย Medication nurse นำสายเข้าเครื่องและ set rate 10 ml/hr และสอบถาม TL อีกครั้งว่า fentanyl drip rate เท่าไหร่ ได้รับคำตอบว่า 30 ขณะเดียวกัน Intern ซึ่งมาส่งผู้ป่วยบอกว่า rate 30 จึงปรับเพิ่มเป็น rate 30 ml/hr และได้สอบถาม Extern และ chief ตอนนั้นให้ fentanyl rate ml/hr ประเมินแล้วผู้ป่วยไม่เพียงพอจะปรับลด rate หรือไม่ แพทย์ตอบว่าให้ rate เดิม เวลา 3 น. เครื่อง Infusion alarm พยายามไปดูผู้ป่วยพบว่ายาหมด จึงเตรียมยาไปเติม ขณะ recheck ภา เห็น order ว่าแพทย์สั่ง Fentanyl iv dip rate 30 mcg/hr

หัวหน้าชั้นบน หัวหน้าชั้นกลาง ผู้แจ้ง Incident ผู้บันทึกล่าสุด วันที่ยื่นถึงล่าสุด 23-10-2562 เวลา 10:43 น.

ส่งให้หัวหน้าลำดับถัดไปพิจารณา \*\*\* คลิกปุ่มหมายเหตุเพื่อดูความหมายของหัวหน้าชั้นต้นและหัวหน้าชั้นกลาง

บันทึก ยกเลิก Incident ทบทวน ประวัติ Refresh Kardex ประวัติผู้รายงาน ปิดหน้าจอ

พบปัญหาการใช้งานติดต่อ ออธอร์จ 1951 หมายเลขคอมพิวเตอร์ HIS6146 23/10/2019 17:43

รายงานความเสียหายเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ผู้ใช้: ศุภิกา เก่งสุข ส่วนงาน: เภสัช

รายงานความเสียหายเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ 00 ชม. -376 น. New หมายเหตุ

Clinic Non Clinic Incident No. 2019-10-0140

ส่วนที่ 1 ส่วนที่ 2 2 ส่วนที่ 3 ส่วนที่ 4

สรุปเหตุการณ์โดยย่อ การแก้ไขเบื้องต้น ระดับความรุนแรง ความคิดเห็น ส่ง/ไม่ส่งหน่วยงาน

รายงาน chief เวนท์รทรม ให้ Fentanyl iv drip rate 30 mcg/hr ต่อตาม order เดิม โดยผสม Fentanyl 300mcg up NSS to 100 ml iv rate 10 ml/hr  
-ประเมิน N/S ผู้ป่วย GCS = E3-4V1M6  
-ประเมินการหายใจ ผู้ป่วยหายใจไม่เพียงพอ RR=20-24 ครั้ง นาที Record V/S q 2 hr  
-ประเมิน Sedation score = 0-1  
-ตรวจสอบข้อมูลจาก High alert drug ระบุว่าให้ได้ในขนาดไม่เกิน 3 mcg/kg/hr

หัวหน้าชั้นต้น หัวหน้าชั้นกลาง ผู้แจ้ง Incident ผู้บันทึกล่าสุด วันที่ยื่นถึงล่าสุด 23-10-2562 เวลา 10:43 น.

ส่งให้หัวหน้าลำดับถัดไปพิจารณา \*\*\* คลิกปุ่มหมายเหตุเพื่อดูความหมายของหัวหน้าชั้นต้นและหัวหน้าชั้นกลาง

บันทึก ยกเลิก Incident ทบทวน ประวัติ Refresh Kardex ประวัติผู้รายงาน ปิดหน้าจอ

พบปัญหาการใช้งานติดต่อ ออธอร์จ 1951 หมายเลขคอมพิวเตอร์ HIS6146 23/10/2019 17:43

- 1 สรุปเหตุการณ์โดยย่อ
- 2 ระบุการแก้ไขเบื้องต้น
- 3 เลือกระดับความรุนแรงของเหตุการณ์
- 4 เลือกชื่อหัวหน้าระดับต้นและระดับกลาง
- 5 กดส่งให้หัวหน้าลำดับถัดไปพิจารณา

รายงานความเสียหายเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ผู้ใช้: ศุภิกา เก่งสุข ส่วนงาน: เภสัช

รายงานความเสียหายเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ 00 ชม. -378 น. New หมายเหตุ

Clinic Non Clinic Incident No. 2019-10-0140

ส่วนที่ 1 ส่วนที่ 2 ส่วนที่ 3 3 ส่วนที่ 4

สรุปเหตุการณ์โดยย่อ การแก้ไขเบื้องต้น ระดับความรุนแรง 3 ความคิดเห็น ส่ง/ไม่ส่งหน่วยงาน

[A] เหตุการณ์ซึ่งมีโอกาสที่จะก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อน  
 [B] เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้น แต่ยังไม่ถึงผู้ป่วย  
 [C] เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย แต่ไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย  
 [D] เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้ต้องมีการเฝ้าระวัง อาจส่งตรวจ Investigation เพิ่ม เช่น ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ  
 [E] เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราว และต้องมีการบำบัดรักษา  
 [F] เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราว และต้องนอนโรงพยาบาล หรืออยู่โรงพยาบาลมากขึ้น  
 [G] เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายถาวรแก่ผู้ป่วย  
 [H] เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้ต้องทำการช่วยชีวิต

หัวหน้าชั้นต้น หัวหน้าชั้นกลาง ผู้แจ้ง Incident ผู้บันทึกล่าสุด วันที่ยื่นถึงล่าสุด 23-10-2562 เวลา 10:43 น.

ส่งให้หัวหน้าลำดับถัดไปพิจารณา \*\*\* คลิกปุ่มหมายเหตุเพื่อดูความหมายของหัวหน้าชั้นต้นและหัวหน้าชั้นกลาง

บันทึก ยกเลิก Incident ทบทวน ประวัติ Refresh Kardex ประวัติผู้รายงาน ปิดหน้าจอ

พบปัญหาการใช้งานติดต่อ ออธอร์จ 1951 หมายเลขคอมพิวเตอร์ HIS6146 23/10/2019 17:43

# รูปแบบการรายงาน

## ระบบรายงานความเสี่ยงออนไลน์

### โปรแกรมส่งเวรผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ ฝ่ายบริการ พยาบาล

ลงบันทึกข้อมูล	แก้ไขข้อมูล	รายงานข้อมูล
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <u>ผู้ตรวจการพยาบาล</u></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <u>ผู้ตรวจการพยาบาล</u></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <u>ผู้ตรวจการพยาบาล</u></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <u>ผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ</u></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <u>ผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ</u></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <u>ผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ</u></li></ul>
<u>กำหนดสิทธิ์ผู้เข้าใช้ระบบ</u>		<u>ข้อเสนอแนะในการใช้โปรแกรม</u>

### หมายเหตุ

1. การเปิดใช้งานโปรแกรมขอให้ใช้งานผ่าน Google Chrom
2. ก่อนการบันทึกข้อมูลขอให้ตรวจสอบ วันที่และเวลาที่ท่านปฏิบัติงานทุกครั้ง เนื่องจากหากบันทึกข้อมูลผิด จะมีปัญหาในการค้นข้อมูลมารายงานและแก้ไข
3. การลบข้อมูล สามารถ ลบได้จากหน้า แก้ไขข้อมูล
4. การบันทึกข้อมูล คนลา/ปลดอัตรากำลัง/ภาระงานเกิน ในส่วนของเวลาปฏิบัติงาน ขอให้ลงเวลาปฏิบัติงานของผู้



## บันทึกข้อมูลสรุปเหตุการณ์พิเศษ

เวลาปฏิบัติงาน	ช่วงเวลา <input type="text" value="---- Select ----"/> วันที่ <input type="text" value="03/03/2019"/>
ผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ ส่วนที่	<input type="text" value="---- Select ----"/>
หอผู้ป่วย	
<a href="#">ข้อมูล ความรู้ เพิ่มเติม เกี่ยวกับความเสี่ยงและความปลอดภัย</a>	
Situation(ลักษณะเหตุการณ์)	<input type="text" value="{{เขียนเหมือนในบัญชีความเสี่ยงเช่น ระบุตัวผิดในการให้ยา}}"/>
<a href="#">บัญชีความเสี่ยง</a>	
วัน เวลาที่เกิดเหตุการณ์	วันที่ <input type="text" value="วว/ดด/ปปปป"/> เวลา <input type="text" value="--:--"/>
ประเภท/Score(ระดับความรุนแรง)	ประเภท <input type="text" value="---- Select ----"/> ระดับความรุนแรง
	<input type="text"/>

แนวทางการส่งเวรอุบัติเหตุแบบ SBAR

ระบบ SBAR	
<p>S = Situation สถานการณ์/ประเด็นที่ผู้นิเทศเข้าไปนิเทศ</p> <p>B = Background ข้อมูลประกอบที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์</p>	<p>ปัญหา ผป.มาตรวจคลินิกนอกเวลาผิวหนังส่งชิ้นเนื้อไม่ได้</p> <p>วันที่ 12 ธ.ค.57 ผป.มาตรวจคลินิกนอกเวลาผิวหนัง แพทย์ได้ตัดชิ้นเนื้อจนท.คลินิก ให้ ผป.นำชิ้นเนื้อไปส่งที่ห้องรับ Lab แต่ทางห้องรับ Lab ปิดแล้ว ผป.จึงเดินมาถามที่ X-ray ได้แนะนำให้ไปส่งที่ห้อง Lab นอกเวลา แต่ทางห้อง Lab นอกเวลา ไม่รับ ญาติและ ผป.โกรธมาก ไปต่อว่าที่เคาน์เตอร์ X-ray จึงตาม ผตก. นอกเวลา</p>
<p>A = Assessment การประเมินข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องและกิจกรรมการนิเทศที่ดำเนินการไปในครั้งนี้</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- B12ติดต่อห้อง Lab นอกเวลา ทราบว่า             <ul style="list-style-type: none"> <li>* Lab นอกเวลาให้ รปภ. ตามที่คลินิกผิวหนัง คลินิกผิวหนังปิดแล้ว</li> <li>* Lab นอกเวลาไม่รับชิ้นเนื้อ เพราะเคยมีปัญหาหีบแล้ว เก็บไม่ถูกวิธีและชิ้นเนื้อหาย</li> </ul> </li> <li>- ติดต่อ IT ดูชื่อ พ. และติดต่อ พ. อีกครั้ง ยังคงติดต่อไม่ได้             <ul style="list-style-type: none"> <li>* ทราบว่าชิ้นเนื้อแช่ฟอร์มาลิน</li> </ul> </li> <li>- ติดต่อหัวหน้าคลินิกผิวหนังฯ             <ul style="list-style-type: none"> <li>* หัวหน้าคลินิกผิวหนังติดต่อ จนท. ผู้อยู่เวรแจ้งว่า ไม่ทราบว่าห้อง Lab ปิด</li> <li>* ให้เก็บชิ้นเนื้อไว้ในตู้เย็นและส่งวันรุ่งขึ้น</li> </ul> </li> </ul>
<p>R = Recommendation ข้อมูลจากการนิเทศในครั้งนี้</p>	<p>จนท. Lab นอกเวลา ควรรับ Lab ได้ทุกชนิด โดยควรมีมาตรการ ในการจัดเก็บ specimen ทุกชนิด เป็นคู่มือและมีมาตรการในการแก้ไข เรื่อง specimen หาย</p> <p>ข้อเสนอแนะต่อทีมบริหาร</p> <p>จนท. คลินิกนอกเวลา ควรติดต่อห้อง Lab ก่อนให้ ผป. และญาติไปส่ง Lab</p>

# โปรแกรมส่งเวรผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ ฝ่ายบริการพยาบาล

หัวข้อรายงานข้อมูล

1. รายงานข้อมูลการลา/ปลดอัตรากำลัง/ภาระงานเกิน

2. รายงานข้อมูลห้องแยก

3. รายงานเหตุการณ์พิเศษ

4. รายงานข้อมูลจำนวนผู้ป่วยและปัญหา/เหตุการณ์

5. รายงานข้อมูลนิเทศทางการพยาบาล(แต่ละหอผู้ป่วย)

6. รายงานติดตามเหตุการณ์พิเศษ

7. รายงานเหตุการณ์ทั่วไป/เหตุการณ์ที่ต้องติดตามจากผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ

8. รายงานเหตุการณ์ทั่วไป/เหตุการณ์ที่ต้องติดตามจากผู้ตรวจการพยาบาลในเวลาราชการ

กลับสู่หน้าหลัก

กลับสู่หน้าลงข้อมูล

กลับสู่หน้าแก้ไขข้อมูล

# รายงานสรุปเหตุการณ์พิเศษ

[รายงานข้อมูลจำนวนผู้ป่วยและปัญหา/เหตุการณ์](#)

ผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ ส่วนที่ ----- Select ----- ตั้งแต่ วันที่ 02/03/2019 ถึง 02/03/2019 ค้นหา (ดูย้อนหลังได้ไม่เกิน 30 วันค่ะ)

รายงานผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ ส่วนที่ ตั้งแต่ วันที่ - ถึงวันที่ -

## สรุปเหตุการณ์พิเศษ

ผู้ตรวจการส่วนที่	เวลาปฏิบัติงาน	วันที่	หอผู้ป่วย	Situation(ลักษณะเหตุการณ์)	วันเวลาเกิดเหตุการณ์	Score (ระดับความรุนแรง)		Background	Assessment/Action	Recommendations	วันเวลารายงานเหตุการณ์	การรายงานผู้บังคับบัญชา			รหัสบุคลากรผู้บันทึกข้อมูล	ผลการติดตาม	รหัสบุคลากรผู้ติดตามข้อมูล
						ประเภท	ระดับ					ผู้ตรวจการพยาบาลในเวลาราชการ	หัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนอกเวลาราชการ			

แสดงทั้งหมด

# สรุปเหตุการณ์พิเศษ

ผู้ตรวจการ ส่วนที่	เวลาปฏิบัติงาน	วันที่	หอผู้ป่วย	Situation (ลักษณะเหตุการณ์)	วันเวลาเกิดเหตุการณ์	Score (ระดับความรุนแรง)		Background	Assessment/Action	Recommendations	วันเวลายากรณเหตุการณ์	การรายงานผู้บังคับบัญชา			รหัสบุคลากรผู้บันทึกข้อมูล	ผลการติดตาม	รหัสบุคลากรผู้ติดตามข้อมูล	
						ประเภท	ระดับ					ผู้ตรวจการพยาบาลในเวลาราชการ	หัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนอกเวลาราชการ				
1	16.00-08.00 น.	2-03-2562		L021 ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด (ต้องใส่ใหม่)	2-03-2562 21:30:00	Clinic	E(เกิดอุบัติการณ์ ความเสี่ยงแล้วถึงผู้รับบริการได้รับอันตรายหรือเสียหายชั่วคราว จำเป็นต้องดูแลรักษาแต่สามารถจัดการ	ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 47 ปี HN 2178879 Dx. Aortic dissection รู้สึกตัวดี แต่เพิ่ง Off ยา fentanyl drip ผู้ป่วยรับย้ายจาก SICU วันที่ 27/2/62 On O2 high flow หลังจากนั้น intubation วันที่ 28/2/62 ด้วยเรื่องหายใจเหนื่อยขึ้น วันที่ 2/3/62 เวลา 21.30น. พบว่าผู้ป่วยไดโน้มตัวลงใช้มือที่ restraint ไว้ ดึงท่อช่วย	หลังจากที่พบเหตุการณ์ได้รายงานแพทย์ทันที ประเมิน V/S >>RR 22/min ไม่เหนื่อย PR 86/min O2 sat 100% แพทย์พิจารณาให้ On O2 mask 50% 10 lpm ไปติดตามอาการผู้ป่วยช่วงเช้า พบว่าผู้ป่วยได้รับการ re-intubation เวลา 0.20น. ก่อนใส่ผู้ป่วยเหนื่อย RR 38/min PR 86/min BP168/78 mmHg. O2 sat 100% และแพทย์พิจารณาให้	แนะนำให้เขียนรายงานเหตุการณ์ตามขั้นตอน และทบทวนเหตุการณ์การเกิดอุบัติการณ์ครั้งนี้กรณีผู้ป่วยรู้สึกตัวมีแนวโน้มจะดึงท่อช่วยหายใจ ควรเพิ่มความระมัดระวังอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะผู้ป่วยรายนี้ไม่ได้นานวัตรกรรมถุงมือป้องกันการดึงท่อช่วยหายใจมาใช้เนื่องจากผู้ป่วยมีขนาดมือที่ใหญ่กว่าถุงมือและหากผู้ป่วยมี	2-03-2562 22:00:00	ไม่รายงาน	ไม่ได้รายงาน	ไม่รายงาน		ตลอดทั้งคืนผู้ป่วยหลับได้ไม่แสดงอาการที่จะดึงท่อช่วยหายใจ แพทย์จึง off ยา fentanyl drip เวลา 08.00 น		



## สรุปเหตุการณ์พิเศษ

ผู้ตรวจการ ส่วนที่	เวลาปฏิบัติงาน	วันที่	หอผู้ป่วย	Situation (ลักษณะเหตุการณ์)	วันเวลาเกิดเหตุการณ์	Score (ระดับความรุนแรง)		Background	Assessment/Action	Recommendations	วันเวลายากรณเหตุการณ์	การรายงานผู้บังคับบัญชา			รหัสบุคลากรผู้บันทึกข้อมูล	ผลการติดตาม	รหัสบุคลากรผู้ติดตามข้อมูล
						ประเภท	ระดับ					ผู้ตรวจการพยาบาลในเวลาราชการ	หัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนอกเวลาราชการ			
2	08.00-16.00 น.	2-03-2562		ให้ยาผิดขนาด/ให้ยาซ้ำ	2-03-2562 09:00:00	Clinic	D(เกิดอุบัติเหตุ การณ์ ความเสี่ยงแล้วถึงผู้รับบริการแล้วได้รับความเสียหายแต่ไม่เป็นอันตรายแต่จำเป็นต้องมีการเฝ้าระวังให้มั่นใจว่าปลอดภัย)	ผู้ป่วย HN 210-71-79 อายุ 2 ปี Dx Bacterial pneumonia on ET Tube with respirator ผู้ป่วยมี agitate ระหว่าง on เครื่อง 14.00 น.(28-2-62) แพทย์ให้drip dormicum 20 mg add 5%D/W 10 ml drip rate 0.6 ml/hr เป็น order one day ,วันที่ 1/3/62 แพทย์ไม่มี order ยาและไม่มี order off ยา ,12.00 น ยาหมดพยาบาล เตรียม	-รายงานแพทย์ -ประเมิน ผู้ป่วย กลับได้ ระดับความรู้สึกตัวคงเดิม , V/S RR = 34 /min PR= 97 /min , BP = 117/85 mmHg ,O2 sat =100 %	-เน้นย้ำการขอ order แพทย์ให้ชัดเจน ก่อนต่อยา หากไม่มีorder -การ round เวชระเบียน ต้องมีความละเอียดถี่ถ้วน	2-03-2562 10:45:00	ไม่รายงาน	ไม่ได้รายงาน	ไม่รายงาน		เวลา 10.45 น ได้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย เวลา 9.45 น มี.ค 2562 ผู้ป่วยได้ off tube แล้วตื่นดี รู้ตัว รู้เรื่อง V/S P=107 ครั้ง/นาที R = 28 ครั้ง/นาที BP= 120/80 mmHg O2 sat = 100 % ล่าสุด	



Q&A



สวัสดี