



ประกาศโรงพยาบาลศรีธาดู  
เรื่อง ประกาศเจตนารมณ์การต่อต้านการทุจริต  
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒

โรงพยาบาลศรีธาดู ให้ความสำคัญกับการต่อต้านการทุจริตคอร์รัปชัน ตลอดจนสนับสนุน ส่งเสริมให้บุคลากรทุกระดับมีจิตสำนึกในการป้องกันและต่อต้านการทุจริตคอร์รัปชันทุกรูปแบบ เพื่อสร้าง ความโปร่งใส กล้ายืนหยัดในสิ่งที่ถูกต้อง ไม่กระทำการโกงแผ่นดิน ไม่ทนต่อการทุจริต มีมาตรฐานในการปฏิบัติงานที่ ชัดเจนและเป็นสากล ซึ่งเป็นไปตามหลักคุณธรรมในการบริหารงานโรงพยาบาลศรีธาดู ๔ ประการ อันได้แก่ พอเพียง วินัย สุจริต จิตอาสา ทั้งนี้เพื่อใช้เป็นเครื่องมือกำกับความประพฤติของบุคลากรทุกราย และเพื่อให้การ บริหารราชการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและมีธรรมาภิบาล อันจะทำให้ประชาชนเกิดความมั่นใจ ศรัทธาและ ไว้วางใจในการบริหารงานของโรงพยาบาลศรีธาดู

เพื่อให้บรรลุเจตนางานดังกล่าว โรงพยาบาลศรีธาดู จึงประกาศเจตนารมณ์การต่อต้าน การทุจริต เพื่อให้บุคลากรและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศรีธาดูทุกคน พึงยึดถือเป็นแนวทางปฏิบัติ ดังต่อไปนี้

๑. บริหารงานและปฏิบัติงานด้วยหลักธรรมาภิบาล ซื่อสัตย์ สุจริตและไม่เลือกปฏิบัติในการบริหารงาน ตลอดจนส่งเสริมให้เกิดความโปร่งใสในการปฏิบัติงานทุกขั้นตอนตามที่กฎหมายกำหนด
๒. บุคลากรและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศรีธาดู จะไม่เข้าไปเกี่ยวข้องกับการทุจริต คอร์รัปชันทุกรูปแบบ ไม่ว่าจะโดยทางตรงหรือทางอ้อม ไม่ยอมรับการทุจริตในหน่วยงาน และไม่ทนต่อพฤติกรรมกรรมการทุจริต (Zero Tolerance)
๓. บุคลากรและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศรีธาดู จะไม่ละเลยหรือเพิกเฉย เมื่อพบ เห็นการกระทำที่เข้าข่ายทุจริตคอร์รัปชัน โดยต้องแจ้งให้ผู้บังคับบัญชาหรือบุคคลที่รับผิดชอบรับทราบ
๔. บุคลากรและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศรีธาดู จะมุ่งมั่นสร้างและรักษาวัฒนธรรม องค์กรที่ยึดมั่นว่าการทุจริตคอร์รัปชัน และการให้หรือรับสินบนเป็นการกระทำที่ยอมรับไม่ได้ ไม่ว่าจะเป็นการ กระทำกับบุคคลใดก็ตาม รวมทั้งการทำธุรกรรมกับภาครัฐหรือภาคเอกชน

จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

สั่ง ณ วันที่ ๕ กุมภาพันธ์ พ.ศ.๒๕๖๒

(นายปิยวัตร ตุงคโสภาน)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธาดู

## นโยบายการพัฒนาคุณภาพ และ ความปลอดภัยโรงพยาบาลศรีธาตุ Sithat Hospital : Quality & Safety Policy

โรงพยาบาลศรีธาตุเป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพในพื้นที่ระดับอำเภอศรีธาตุ ซึ่งมีหน้าที่ความรับผิดชอบหลักในการวางแผน และจัดบริการด้านสุขภาพ ที่ครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาโรค และฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขและสุขภาพ โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐานและได้รับความปลอดภัยจากบริการสุขภาพและการคุ้มครองผู้บริโภค นอกจากนี้ยังมีบุคลากรในระบบขององค์กรโรงพยาบาลศรีธาตุที่เป็นปัจจัยสำคัญสำหรับการจัดบริการในระบบสุขภาพ ซึ่งต้องเผชิญกับความเสี่ยงที่มีโอกาสสัมผัสเชื้อโรคทั้งจากสิ่งแวดล้อมและผู้ป่วย และสารเคมี/ชีวภาพ ต่าง ๆ ในสถานที่บริการ รวมทั้งการทำงานท่ามกลางความกดดัน มีโอกาสเกิดความเป็นผู้ได้รับผลกระทบจากการฟ้องร้อง ต่าง ๆ เหล่านี้ อีกทั้งโรงพยาบาลศรีธาตุยังได้เข้าร่วมโครงการต่าง ๆ ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล จำเป็นอย่างยิ่งที่โรงพยาบาลจะต้องมีการพัฒนาระบบจัดการคุณภาพบริการ กำหนดระบบจัดการความเสี่ยง และนโยบายด้านความปลอดภัย เพื่อมุ่งเน้นให้เกิดคุณภาพ ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลขึ้นเพื่อให้โรงพยาบาลศรีธาตุเป็นองค์กรที่น่าไว้วางใจ ในระยะเวลาอันใกล้

### เป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพ

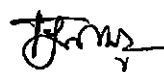
๑. ประชาชน ได้รับบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐานและได้รับความปลอดภัยจากบริการ
๒. บุคลากรมีศักยภาพให้บริการอย่างมีคุณภาพ มาตรฐาน ภายใต้อุปกรณ์ที่ปลอดภัย มีความสุขและได้รับคุ้มครองให้เกิดความปลอดภัยจากปฏิบัติงาน
๓. องค์กรโรงพยาบาลศรีธาตุ เกิดวัฒนธรรมการเรียนรู้ วัฒนธรรมคุณภาพ และวัฒนธรรมความปลอดภัย และสู่การเป็นองค์กรที่น่าไว้วางใจ

### นโยบายด้านคุณภาพและความปลอดภัย

๑. ดำเนินการพัฒนาคุณภาพ และมาตรฐานการให้บริการตามภารกิจของโรงพยาบาล โดยการพัฒนาให้ดำเนินการให้สอดคล้องกับสภาพกับบริบทของพื้นที่ และความต้องการของผู้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
๒. ส่งเสริมและสร้างบรรยากาศให้บุคลากรเรียนรู้และดำเนินการพัฒนาคุณภาพ จากความต้องการของประชาชน (People Center) การทบทวน ค้นหาช่องว่างและโอกาสพัฒนา ร่วมกันเรียนรู้และพัฒนาจากงานประจำ มาตรฐานต่าง ๆ หลักวิชาการที่ทันสมัย และการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานระดับหน่วยงาน ระดับทีมคร่อมและทีมระบบ และผลการดำเนินระดับองค์กรโดยเทียบเคียงจากเป้าหมายที่กำหนดไว้ เทียบเคียงผลงานกับสถานบริการอื่น ๆ เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จนเกิดเป็นองค์กรที่น่าไว้วางใจ
๓. ให้ทีมนำเสนอส่งเสริม อำนวยการ และสร้างบรรยากาศ ให้องค์กรเกิดและมีวัฒนธรรมความปลอดภัย ให้บุคลากรสามารถรายงานความเสี่ยงโดยไม่รู้สึกกลัว/รู้สึกว่าจะถูกลงโทษหรือตำหนิ และต้องไม่เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย (No Blame , No Harm) โดยให้ดำเนินการ

- ๓.๑ เร่งสร้างความรู้ความเข้าใจแก่บุคลากรทุกระดับ : **Inform Culture** ให้มีความเข้าใจในการบริหารจัดการความเสี่ยง เข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยมนุษย์ (Human Factor) เทคนิค องค์กร และสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อระบบความปลอดภัยขององค์กรโดยรวม
- ๓.๒ สร้างบรรยากาศที่ดี ให้บุคลากรมีความพร้อมที่จะรายงานความผิดพลาดและ Near miss : **Reporting Culture**
- ๓.๓ สร้างบรรยากาศของความไวเนื้อเชื้อใจ : **Just Culture** โดยส่งเสริมการให้ข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับความปลอดภัย สร้างความชัดเจนในเส้นแบ่งระหว่างพฤติกรรมที่ยอมรับได้และยอมรับไม่ได้
- ๓.๔ สร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้ : **Learning Culture** โดยการสรุปความรู้ จากระบบข้อมูลความปลอดภัย และนำไปสู่การปรับปรุงเปลี่ยนแปลง
- ๓.๕ **Flexible Culture** โดย ส่งเสริม สนับสนุน ผลักดัน ให้คนในองค์กร โรงพยาบาลศรีธาตุ สามารถปรับตัวเมื่อเผชิญกับสถานะที่มีอันตรายด้วยการเปลี่ยนจากการมีลำดับชั้น บังคับบัญชา มาเป็นการทำงานแบบแนวราบ
๔. จัดระบบการบริหารความเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพ เรียนรู้จากค้นหา จัดระบบ และการทบทวนความเสี่ยง นำสู่การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานในระบบต่าง ๆ เพื่อลดอันตราย เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ที่จะเกิดกับผู้รับบริการ บุคลากรและองค์กรโรงพยาบาลศรีธาตุ รวมทั้งเข้าร่วมเรียนรู้ระบบรายงานระดับชาติ (National Risk Learning System : NRLS) ร่วมกับสถาบันพัฒนาคุณภาพสถานบริการสุขภาพ
๕. ส่งเสริมให้บุคลากรทำงานโดยการทำ ความเข้าใจภารกิจระดับองค์กร ระดับหน่วยงาน และหน้าที่ ความรับผิดชอบระดับบุคคล ทำความเข้าใจเป้าหมายของงานในระดับองค์กร เป้าหมายระดับหน่วยงาน เป้าหมายของงานในระดับบุคคล(ตนเอง) เพื่อออกแบบการพัฒนาและวัดผลการบรรลุ เป้าหมายขององค์กร หน่วยงานและระดับบุคคล (ตนเอง)
๖. กำหนดนโยบายความปลอดภัยโรงพยาบาลศรีธาตุ (Sithat Hospital : 2P Safety Policy) และ ดำเนินการพัฒนาด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร ในประเด็นสำคัญจากการวิเคราะห์ความเสี่ยง บริบท กฎหมายและมาตรฐานต่าง ๆ

ให้บุคลากรโรงพยาบาลศรีธาตุ นำนโยบายการพัฒนาคุณภาพ และ ความปลอดภัยโรงพยาบาลศรีธาตุ : Sithat Hospital Quality & Safety Policy ไปกำกับและนำไปสู่การปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายด้านผู้รับบริการ ด้านบุคลากรและด้านองค์กรโรงพยาบาลศรีธาตุ



( นายปิยวัตร ตุงคโสธา )  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธาตุ  
๑ พฤษภาคม ๒๕๖๑

**นโยบายความปลอดภัยโรงพยาบาลศรีธาตุ**  
**Sithat Hospital : 2P Safety Policy**

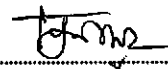
**นโยบายผู้ป่วยปลอดภัย Patient Safety**

1. พัฒนาการตอบสนองต่อความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่อาการทรุดลง : Rapid Response to the Deteriorating Patient
2. Medical Emergency
  - 2.1 พัฒนาศาสนาความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจ  
Improve the safety from Acute Coronary Syndrome
  - 2.2 พัฒนาศาสนาความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ Sepsis : Improve safety from Sepsis
  - 2.3 พัฒนาศาสนาความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง :  
Improve safety from Stroke
  - 2.4 พัฒนาศาสนาความปลอดภัยในกระบวนการช่วยฟื้นคืนชีพ : Safety CPR
3. พัฒนาระบบการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนาน  
Prevention and Control spread of Multi-drug Resistance Organisms: MDRO
4. พัฒนาการป้องกันและแก้ไขภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด :  
Safety From Birth Asphyxia : BA
5. พัฒนามาตรฐานระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในห้องอุบัติเหตุ : Emergency care ER Safety
6. พัฒนาศาสนาความปลอดภัยของมารดาคลอดเพื่อลดและป้องกันภาวะตกเลือดจากการคลอด  
Prevention and Management Postpartum Hemorrhage : PPH
7. พัฒนาประสิทธิภาพการสื่อสารระหว่างทีมผู้ให้การดูแลรักษาผู้ป่วย :  
Improve the effectiveness of communication – SBAR
8. ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล : Rational Drug use : RDU
9. พัฒนาศาสนาความปลอดภัยของระบบการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง :  
Improve the safety from High Alert Drug
10. พัฒนาการให้เลือดปลอดภัย : Improving safety from Blood and component.
11. พัฒนาการสื่อสารการรายงานผลการตรวจทดสอบที่มีค่าวิกฤติ : improving the ability to communicate critical test results
12. พัฒนาการดูแลและการจัดการความเจ็บปวด : Pain management
13. พัฒนาเพื่อป้องกันการติดเชื้อเน้น Hand Hygiene
14. พัฒนาการบ่งชี้ผู้ป่วย Improve the accuracy of patient identification
15. พัฒนาศาสนาความปลอดภัยของระบบการใช้ยา โดยการเปรียบเทียบทางยา : Improving medication safety with Medication Reconciliation

16. พัฒนาเพื่อลดความคลาดเคลื่อนจากยาที่มีชื่อพ้องมองคล้าย: Improve the safety from Look Alike Sound Alike errors: LASA

**นโยบาย บุคลากรปลอดภัย Personal Safety**

1. พัฒนาการความปลอดภัยของบุคลากรในกระบวนการส่งต่อโดยรถพยาบาล : Ambulance and Referral Safety
2. พัฒนาการป้องกันการบาดเจ็บในบุคลากร : Specific Guideline Prevention of work-relate disorder
3. การป้องกันการติดเชื้อในบุคลากร : Infection Prevention
4. พัฒนาการดูแลบุคลากรที่ถูกฟ้องร้องหรือตกเป็นจำเลย Preventive and care for work-force's Mental health (second victim)
5. พัฒนาสิ่งแวดล้อมทางกายภาพให้ปลอดภัย : Safe physical Environment
6. พัฒนาสภาพแวดล้อมในการทำงานเพื่อป้องกันความเจ็บป่วยอันตรายที่จะเกิดแก่บุคลากร : Safe Working condition to Prevention and care for work-force
7. ปรับปรุงแนวทางการสื่อสารระหว่างวิชาชีพทาง Social media เพื่อพิทักษ์สิทธิและป้องกันการละเมิดสิทธิส่วนบุคคล : Safety Social media And Communication professional

ลงชื่อ.....  
( นายปิยวัตร ตุงคโสธา )  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา  
20 พฤษภาคม 2561

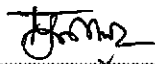
## Patient safety Goals

### 1. พัฒนาการตอบสนองต่อความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่อาการทรุดลง

#### Rapid Response to the Deteriorating Patient : E1

<b>GOAL</b> เป้าหมาย	เพื่อสามารถตรวจจับผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงทรุดลงได้อย่างรวดเร็ว และรับรู้และจัดการดูแลอย่างรวดเร็ว และปลอดภัย
<b>WHY</b> ความสำคัญ	การดูแลผู้ป่วยหากได้รับการประเมินค้นหาและตอบสนองไม่เหมาะสมอาจทำให้เกิดอันตราย หรือเหตุไม่พึงประสงค์ เช่น Un-Planned CPR , Un-planned ETT Unplanned Refer หรืออาจส่งผลกระทบต่อโรงพยาบาลถูกฟ้องร้องชดเชยค่าเสียหาย
<b>แนวทางปฏิบัติ</b> Process	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ค้นคว้าและกำหนดเกณฑ์และระดับความรุนแรงในการตัดสินใจผู้ป่วยที่จะเข้า Early warning signs และ Pre arrest signs โดยทีมนำทางคลินิกตัดสินใจใช้ SAGO Early warning signs</li> <li>2. พัฒนา Form ปรอท โดยบูรณาการ SAGO Early warning signs ลงใน form ปรอท</li> <li>3. ประยุกต์แบบฟอร์ม SAGO Observation ของโรงพยาบาลศรีธาตุ โดยอ้างอิงเกณฑ์ SAGO observation chart ในการบันทึกและเฝ้าระวังตามเกณฑ์</li> <li>4. ใช้ SAGO Observation chart บันทึกสัญญาณชีพตามเวลา ใช้ใบเฝ้าระวังอาการและบันทึกสัญญาณชีพ (ผู้ใหญ่) SAGO Observation เฝ้าระวังอาการ ตาม 6 Parameters ได้แก่ Temperature : T , Heart rate: HR or PR , Respiratory rate : RR , Systolic blood pressure : SBP , Oxygen saturation และ Consciousness แบ่งความรุนแรงออกเป็น 3 Level ใช้สีแทนระดับ โดย <ul style="list-style-type: none"> <li>○ สีขาว : จัดว่าสัญญาณชีพ อยู่ในเกณฑ์ปกติ เฝ้าระวังแบบปกติ คือ ทุก 4 ชั่วโมง หรือตามที่หน่วยงานกำหนด</li> <li>○ สีเหลือง : Early Warning Signs ให้แจ้งพยาบาลหัวหน้าเวร ปฏิบัติแพทย์ทบทวนแผนการรักษา และเฝ้าระวังทุก 30 นาที</li> <li>○ สีแดง : Pre-Arrest signs รายงานแพทย์ โดยใช้ ISBAR , แจ้งประสาน RRT ไว้สำหรับขอความช่วยเหลือ ย้ายผู้ป่วยมาไว้ใน Zone ผู้ป่วยหนัก</li> </ul> </li> <li>5. กำหนดแนวทางการตาม RRT</li> </ol>
<b>การอบรมสำคัญ</b> Training	(ระบุการฝึกอบรมที่จำเป็นในเรื่องนี้) -การอบรมเรื่อง แนวคิด EWS เครื่องมือ SAGO แนวทางการใช้งานเครื่องมือ
<b>การติดตาม</b> Monitoring	ติดตามจากระบบรายงานตัวชี้วัดประจำหน่วยงาน ระบบรายงานตัวชี้วัด <ol style="list-style-type: none"> <li>1. อัตราการ Unplanned CPR ในโรงพยาบาล : 1000 วันนอน</li> </ol> <b>ระบบรายงานความเสี่ยง : รหัสความเสี่ยงตามระบบ NRLS</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) อุบัติการณ์ Un-planned Cardio Pulmonary Resuscitation (CPR) : CPE101 จากระบบรายงานความเสี่ยง /รายงานการทบทวน Triger tools</li> <li>(2) อุบัติการณ์การติดตามประเมินสัญญาณชีพผู้ป่วยไม่สอดคล้องกับความรุนแรง (จำนวนครั้งการติดตามประเมินสัญญาณชีพผู้ป่วยไม่สอดคล้องกับความรุนแรง)</li> <li>(3) อุบัติการณ์ประเมินผู้ป่วยและการรายงานล่าช้า (จำนวนครั้ง)</li> </ol>
<b>Pitfall</b>	(ระบุข้อผิดพลาดในการปฏิบัติโดยไม่มี ความเข้าใจที่อาจเกิดขึ้น) <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ไม่ทราบผู้ป่วยเริ่มเข้า Early Warning Signs</li> <li>2. การปฏิบัติไม่เป็นไปตามแนวทาง ทั้งจากภาระงานมาก ไม่ตระหนัก และไม่เข้าใจ</li> <li>3. ไม่รายงานแพทย์ และไม่แจ้ง RRT</li> </ol>

Reference	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. NSW Government. Revise SAGO Chart –between the flag –SLHD สืบค้นจาก URL <a href="https://www.slhd.nsw.gov.au/btf/pdfs/charts/SAGO/Revised_SAGO_Chart.pdf">https://www.slhd.nsw.gov.au/btf/pdfs/charts/SAGO/Revised_SAGO_Chart.pdf</a></li> <li>2. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. 2561. บัญชีอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระบบ HRMS on cloud. เอกสารอัดสำเนา.</li> <li>3. ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ. 2560. 2P safety Patient and personal safety. เอกสารประกอบการบรรยาย. สถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. สืบค้นจาก URL : <a href="https://hacc.kku.ac.th/haccupload_news/pdf/titile/Tue24545uFpjMOP.pdf">https://hacc.kku.ac.th/haccupload_news/pdf/titile/Tue24545uFpjMOP.pdf</a></li> <li>4. อนุวัฒน์ ศุภชติกุล. 2551. Patient Safety Goals : SIMPLE. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. สืบค้นจาก URL : <a href="https://www.ha.or.th/Backend/fileupload/Quality%20Tools/Attach/Patient%20Safety%20Goals%20%20SIMPLE%202008.pdf">https://www.ha.or.th/Backend/fileupload/Quality%20Tools/Attach/Patient%20Safety%20Goals%20%20SIMPLE%202008.pdf</a></li> </ol>
-----------	---

  
 ลงชื่อ.....  
 (นายปิยวัตร ตุงคโสภาก)  
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา  
 20 พฤษภาคม 2561

## Patient safety Goals

### 2. Medical Emergency : E2

#### 2.1 พัฒนความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจ

#### Improve the safety from Acute Coronary Syndrome : E2.2

<b>GOAL</b> เป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ป่วย ACS : STEMI สามารถรับทราบอาการสำคัญ มาโรงพยาบาลรวดเร็ว</li> <li>2. ทีมสามารถวินิจฉัยได้รวดเร็ว เข้าการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดได้ และส่งต่อไปยัง Cardiologist ได้ทันเวลา</li> <li>3. ลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ /กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน</li> </ol>
<b>WHY</b> ความสำคัญ	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มีภาวะโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI เป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องให้การช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว เหมาะสมและต้องมีการรักษาเฉพาะโดยแพทย์เฉพาะทางที่ต้องประสานงานโดยกำหนดช่องทางด่วน (Fast track) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ดีที่สุดในช่วงระยะ Golden Period
<b>แนวทางปฏิบัติ</b> Process	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจทราบอาการสำคัญที่ต้องรีบมาโรงพยาบาลและมาโรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว             <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 ค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจ / ผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่งเสริมให้ทราบอาการสำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจ และรีบมาโรงพยาบาลวิธีเรียกใช้บริการ 1669 กรณี ไม่มีรถหรือพาหนะพามาที่โรงพยาบาล</li> <li>1.2 ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อประชาสัมพันธ์ต่าง ๆ ในชุมชน ในกลุ่มประชาชนทั่วไป ให้รับทราบอาการสำคัญ และมาโรงพยาบาล วิธีเรียกใช้บริการ 1669 กรณี ไม่มีรถหรือพาหนะพามาที่โรงพยาบาล (ระบุแนวปฏิบัติพร้อมระดับความสำคัญ โดยจัดกลุ่มอย่างเหมาะสมให้ ง่ายต่อการจดจำแจกจ่ายข้อย่อเป็นข้อๆ เพื่อใช้ในการนำไปติดตามแต่ละ ประเด็นหรือประเมินตนเอง</li> <li>1.3 เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ทีม EMS , FR</li> </ol> </li> <li>2. สามารถวินิจฉัยได้รวดเร็วเข้าการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดได้และส่งต่อไปยัง Cardiologist ได้ทันเวลา</li> <li>3. ลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ /กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน             <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 พัฒนาการคัดกรองและประเมินอาการผู้ป่วย ACS และผู้ป่วยที่มาด้วย Atypical Symptom</li> <li>2.2 พัฒนาประสิทธิภาพ Door to EKG / การวินิจฉัยโดยการการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และการตรวจทางห้องปฏิบัติการและระบบการปรึกษา Cardiologist เพื่อยืนยันการวินิจฉัย ACS : STEMI</li> <li>2.3 ศักยภาพโรงพยาบาล/ทีมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะ STEMI ให้สามารถให้ Thrombolytic Agent ได้อย่างมีประสิทธิภาพก่อนส่ง Cardiologist เพื่อลดอันตรายของผู้ป่วยและรับการรักษาเฉพาะต่อไป</li> <li>2.4 พัฒนาระบบการประสานการส่งต่อโดยระบบ การโทรประสานข้อมูลการส่งต่อ การประสานทาง Line Application และระบบ Refer link เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในกระบวนการดูแลระหว่างโรงพยาบาลในระดับต่าง ๆ เชื่อมโยงข้อมูลที่จำเป็นต่อการดูแล</li> <li>2.5 พัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วย NSTEMI โดยการให้ยา Enoxaparin ในโรงพยาบาล ลดระยะเวลาการนอนที่โรงพยาบาลศูนย์ ก่อนส่งไปทำหัตถการหรือการทดสอบเฉพาะ/รักษาเฉพาะโรค โดยแพทย์เฉพาะทาง</li> <li>2.6 เพิ่มประสิทธิภาพการเฝ้าระวังขณะให้ยา Streptokinase และ ความพร้อมของทีม CPR ในการช่วยฟื้นคืนชีพ</li> </ol> </li> </ol>



## Patient safety Goals

### 2. Medical Emergency : E2

#### 2.1 พัฒนาความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจ

#### Improve the safety from Acute Coronary Syndrome : E2.2

<b>การอบรมสำคัญ Training</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การอ่านและแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะ STEMI</li> <li>2. การเตรียม การบริหารยา และการเฝ้าระวังระหว่างการให้ยา Streptokinase , Enoxaparin</li> <li>3. การช่วยฟื้นคืนชีพ</li> </ol> <p>โดยวิธีการประชุมวิชาการ / ฝึกอบรม ฝึกปฏิบัติ การทบทวนหลังปฏิบัติ (AAR) การทบทวนเหตุการณ์สำคัญ On the job training</p> <p>การฟื้นฟูความรู้ทางวิชาการ แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งบุคลากรที่บรรจุเข้ามาใหม่ รวมทั้งการทบทวนหลังปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ</p>
<b>การติดตาม Monitoring</b>	<p>ติดตามจากระบบรายงานตัวชีวิตประจำหน่วยงาน ระบบรายงานความเสี่ยง /รายงานการทบทวน Trigger tools</p> <p>ระบบรายงานตัวชีวิต</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ACS (Organization KPI)</li> <li>(2) อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย AMI : Acute Myocardial Infraction(AMI) Mortality Rate (Organization KPI)</li> <li>(3) ระยะเวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วย AMI STEMI ได้รับการทำ EKG เมื่อมาถึง รพ. : Average door to EKG time (Unit KPI : ER )</li> <li>(4) อัตราผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่ได้รับ Fibrinolytic Agent (Streptokinase :SK) ภายใน 30 นาที เมื่อมาถึงโรงพยาบาล AMI : Time to Thrombolytic Administration (PCT indicator)</li> </ol> <p>ระบบรายงานความเสี่ยง : รหัสความเสี่ยงตามระบบ NRLS</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) อุบัติการณ์ผู้ป่วย Acute Coronary Syndrome ไม่ได้รับการตรวจรักษาในช่วงเวลา golden period : CPE202</li> <li>(2) การเกิด CHF/ Arrhythmia/ Cardiogenic shock ใน AMI : CSM201</li> </ol>
<b>Pitfall</b>	<p>(ระบุข้อผิดพลาดในการปฏิบัติโดยไม่มีสาเหตุที่อาจเกิดขึ้น)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. คัดกรองผู้ป่วยที่มาด้วย Atypical Symptom ไม่ได้</li> <li>2. Delayed / Miss Diagnosis จากการอ่าน EKG และการประเมินซ้ำไม่เหมาะสม</li> </ol>
<b>Reference</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. โรงพยาบาลอุดรธานี . แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย STEMI เครือข่ายดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจจังหวัดอุดรธานี. เอกสารอัดสำเนา.</li> <li>2. สมาคมแพทย์โรคหัวใจ นพระบรมราชูปถัมภ์. 2557. แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ฉบับปรับปรุงปี 2557. สืบค้นจาก URL : <a href="http://www.thaiheart.org/images/column_1291454908/Guideline%20for%20Ischemic%20Heart%20Disease%202104.pdf">http://www.thaiheart.org/images/column_1291454908/Guideline%20for%20Ischemic%20Heart%20Disease%202104.pdf</a></li> <li>3. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. 2561. บัญชีอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระบบ HRMS on cloud. เอกสารอัดสำเนา.</li> <li>4. ปิยะวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ. 2560. 2P safety Patient and personal safety. เอกสารประกอบการบรรยาย. สถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. สืบค้นจาก URL : <a href="https://hacc.kku.ac.th/haccupload_news/pdf/tfile/Tue24545uFpJMOP.pdf">https://hacc.kku.ac.th/haccupload_news/pdf/tfile/Tue24545uFpJMOP.pdf</a></li> </ol>

## Patient safety Goals

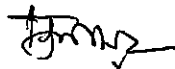
### 2. Medical Emergency :

#### 2.2 พัฒนความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ Sepsis :

##### Improve safety from Sepsis : E2.1

<b>GOAL</b> เป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ทีมดูแลผู้ป่วยสามารถค้นหาและคัดกรอง (Detect) ภาวะ การติดเชื้อในกระแสโลหิต (sepsis / severe sepsis) ได้รวดเร็ว</li> <li>2. ผู้ป่วย Sepsis , Septic shock ได้รับ Fluid Resuscitation อย่างเพียงพอและปริมาณที่เหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดอันตรายและลดการเสียชีวิตในผู้ป่วย Sepsis</li> <li>3. ผู้ป่วย Sepsis / Septic shock ได้รับยาต้านจุลชีพที่เหมาะสม ได้อย่าง รวดเร็ว ค้นหาและกำจัด แหล่งโรค (Source of infection) รวดเร็วเหมาะสม</li> </ol>
<b>WHY</b> ความสำคัญ	<p>ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต Sepsis โดยเฉพาะ Septic shock เป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องให้การช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว เหมาะสม และแก้ไขภาวะ Septic Shock ได้อย่างรวดเร็ว กำจัดสาเหตุของการติดเชื้อ ให้ยาปฏิชีวนะเพื่อลดความรุนแรงของเชื้อ และในผู้ป่วย Septic shock ที่ไม่สามารถรักษาได้ที่โรงพยาบาลศรีธาตุ ต้องมีการประสานงานโดยกำหนดช่องทางด่วน (Fast track) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ดีที่สุด ลดภาวะแทรกซ้อนและอันตรายที่อาจทำให้ถึงแก่ชีวิตได้</p>
<b>Process</b> แนวทางปฏิบัติ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ทบทวน update วิชาการ Sepsis</li> <li>2. ทบทวนแนวทางปฏิบัติ ในการดูแลผู้ป่วย Sepsis ให้สอดคล้องกับแนวทางของประเทศ แนวทางของจังหวัดอุดรธานี Criteria ในการส่งผู้ป่วยเข้าหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชศาสตร์ การดูแลผู้ป่วย Septic shock : Antibiotic การให้ Fluid resuscitation มาตรฐานการรักษา</li> <li>3. ประชุมวิชาการ update Sepsis และสื่อสารแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย Sepsis ที่ปรับปรุงใหม่</li> <li>4. พัฒนาระบบการประสานการส่งต่อโดยระบบ การโทรประสานข้อมูลการส่งต่อ การประสานทาง Line Application และระบบ Refer link เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในกระบวนการดูแลระหว่างโรงพยาบาลในระดับต่าง ๆ เชื่อมโยงข้อมูลที่จำเป็นต่อการดูแล</li> <li>5. ค้นหาเชื้อก่อโรคที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อของชุมชนอำเภอศรีธาตุ เพื่อนำมาวางแผนการป้องกันการเกิด Sepsis ในอำเภอ</li> </ol>
<b>Training</b> การอบรมสำคัญ	<p>การดูแลผู้ป่วย Sepsis update in Sepsis 2017</p> <p>โดยการจัดประชุมวิชาการ การทบทวนหลังปฏิบัติ (AAR) การทบทวนเหตุการณ์สำคัญ</p>
<b>Monitoring</b> การติดตาม	<p>ติดตามจากระบบรายงานตัวชีวิตประจำหน่วยงานระบบรายงานความเสี่ยง / รายงานการทบทวน Trigger tools</p> <p>ระบบรายงานตัวชีวิต</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) อัตราผู้ป่วยตายจากโรค Sepsis (Organization KPI)</li> <li>(2) ร้อยละผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต ได้รับยาต้านจุลชีพ ภายใน 1 ชม. Board Spectrum Antibiotic received in sepsis (In 1 hour) : (PCT indicator)</li> <li>(3) ร้อยละผู้ป่วย ติดเชื้อในกระแสโลหิต Septic Shock ได้รับการให้ Load IV Fluid Therapy อย่างเหมาะสม : (PCT indicator)</li> </ol> <p>ระบบรายงานความเสี่ยง : รหัสความเสี่ยงตามระบบ NRLS</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) อุบัติการณ์ผู้ป่วย Sepsis Dead : CPE201</li> <li>(2) เกิดภาวะ Septic shock / Cardiac arrest ใน Sepsis : CSM603</li> </ol>

<b>Patient safety Goals</b>	
<b>2. Medical Emergency :</b> <b>2.2 พัฒนาคความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ Sepsis :</b> <b>Improve safety from Sepsis : E2.1</b>	
<b>Pitfall</b>	(ระบุข้อผิดพลาดในการปฏิบัติโดยไม่มี ความเข้าใจที่อาจเกิดขึ้น) 1. Detect ผู้ป่วย Infection ที่นอนในโรงพยาบาลที่มี Turn stage เป็น Sepsis , Severe sepsis 2. ผู้ป่วยมาด้วยอาการที่ไม่ทำให้นึกถึง Sepsis 3. การปฏิบัติไม่เป็นไปตามแนวทาง ทั้งจากภาระงานมาก ไม่ตระหนัก และไม่เข้าใจ 4. ไม่รายงานแพทย์ เมื่อผู้ป่วย Sepsis มีอาการเปลี่ยนแปลงลดลง
<b>Reference</b>	1. อนุวัฒน์ ศุภชติกุล. 2551. Patient Safety Goals : SIMPLE. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. สืบค้นจาก URL : <a href="https://www.ha.or.th/Backend/fileupload/Quality%20Tools/Attach/Patient%20Safety%20Goals%20%20SIMPLE%202008.pdf">https://www.ha.or.th/Backend/fileupload/Quality%20Tools/Attach/Patient%20Safety%20Goals%20%20SIMPLE%202008.pdf</a> 2. โรงพยาบาลอุดรธานี. 2560. แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุดรธานี. เอกสารอัดสำเนา 3. แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตและการส่งต่อ เครือข่ายสุขภาพจังหวัดนครราชสีมา. 2560. สืบค้นจาก URL <a href="http://www.medkorat.in.th/admin/ckfinder/userfiles/files/Sepsis%20Fast%20Tract%20Smart%20Initial%20Management.pdf">http://www.medkorat.in.th/admin/ckfinder/userfiles/files/Sepsis%20Fast%20Tract%20Smart%20Initial%20Management.pdf</a> 4. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. 2561. บัญชีปฏิบัติการความเสี่ยงในระบบ HRMS on cloud. เอกสารอัดสำเนา. 5. ปิยวรรณ ลิ่มปัญญาเลิศ. 2560. 2P safety Patient and personal safety. เอกสารประกอบการบรรยาย. สถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. สืบค้นจาก URL : <a href="https://hacc.kku.ac.th/haccupload_news/pdf/titile/Tue24545uFpjMOP.pdf">https://hacc.kku.ac.th/haccupload_news/pdf/titile/Tue24545uFpjMOP.pdf</a>

ลงชื่อ.....  
 ( นายปิยวัตร ตุงคโสธา )  
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธาตุ  
 20 พฤษภาคม 2561

## Patient safety Goals

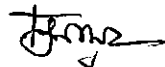
### 2. Medical Emergency :

#### 2.3 พัฒนาความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง :

Improve the safety from Stroke : E2.3

<b>GOAL</b> เป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ป่วยสามารถรับทราบอาการสำคัญ มาโรงพยาบาลรวดเร็ว</li> <li>2. ทีมผู้ดูแลสามารถวินิจฉัยได้รวดเร็ว และประสานการส่งต่อได้รวดเร็ว</li> <li>3. ได้รับการส่งต่อไปยัง แพทย์เฉพาะทาง เพื่อรับยาละลายลิ่มเลือด ได้ทันเวลา ลดอัตราการเสียชีวิต/ความพิการ</li> </ol>
<b>WHY</b> ความสำคัญ	โรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ Ischemic Stroke เป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องให้การช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว เหมาะสมและต้องมีการรักษาเฉพาะโดยแพทย์เฉพาะทางที่ต้องประสานงานโดยกำหนดช่องทางด่วน (Fast track) เพื่อให้ผู้ได้รับการรักษาที่ดีที่สุดในช่วงระยะ Golden Period
<b>Process</b> แนวทางปฏิบัติ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองทราบอาการสำคัญ และรีบมาโรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว             <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) ค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ส่งเสริมให้ทราบอาการสำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจ และรีบมาโรงพยาบาล รุ้วิธีเรียกใช้บริการ 1669 กรณี ไม่มีรถหรือพาหนะพามาที่โรงพยาบาล</li> <li>(2) ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อประชาสัมพันธ์ต่าง ๆ ในชุมชน ในกลุ่มประชาชนทั่วไป ให้รับทราบอาการสำคัญ และมาโรงพยาบาล รุ้วิธีเรียกใช้บริการ 1669 กรณี ไม่มีรถหรือพาหนะพามาที่โรงพยาบาล</li> <li>(3) เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ทีม EMS , FR (การนำส่งและการดูแลขณะนำส่ง)</li> </ol> </li> <li>2. สามารถวินิจฉัยและประสานส่งต่อได้รวดเร็ว</li> <li>3. ลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ             <ol style="list-style-type: none"> <li>(4) พัฒนาการคัดกรองและประเมินอาการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และกำหนดช่องทางด่วนและการสื่อสารระหว่างจุดคัดกรองและหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน</li> <li>(5) พัฒนาศักยภาพในการประเมินและการวินิจฉัย เบื้องต้น และการตรวจทางห้องปฏิบัติการและระบบการปรึกษา อายุรแพทย์โรงพยาบาลภูมิภาคปี และการประสานหน่วย CT Scan : Fast track to CT scan</li> <li>(6) พัฒนาระบบการประสานการส่งต่อโดยระบบ การโทรประสานข้อมูลการส่งต่อ การประสานทาง Line Application และระบบ Refer link เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในกระบวนการดูแลระหว่างโรงพยาบาลในระดับต่าง ๆ เชื่อมโยงข้อมูลที่เป็นต่อการดูแล</li> </ol> </li> <li>3. ลดความรุนแรงและฟื้นฟูสภาพจากความพิการและภาวะแทรกซ้อน             <ol style="list-style-type: none"> <li>(7) พัฒนา Intermediate care เพื่อส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย Stroke และพัฒนา Continuity care เพื่อให้เกิดมีคุณภาพชีวิต และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน</li> </ol> </li> </ol>
<b>Training</b> การอบรมสำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง : การประเมินและวินิจฉัย การรักษา การฟื้นฟู และการดูแลต่อเนื่อง</li> <li>○ Intermediate care</li> </ul> <p>โดยวิธีการประชุม ฝึกอบรม ฝึกปฏิบัติ การทบทวนหลังปฏิบัติ (AAR) การทบทวนเหตุการณ์สำคัญ</p>
<b>Monitoring</b> การติดตาม	<p>ติดตามจากระบบรายงานตัวชีวิตประจำหน่วยงาน ระบบรายงานความเสี่ยง /รายงานการทบทวน Triger tools</p> <p>ระบบรายงานตัวชีวิต</p>

<b>Patient safety Goals</b>	
<b>2. Medical Emergency :</b>	
<b>2.3 พัฒนาคความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง :</b>	
<b>Improve the safety from Stroke : E2.3</b>	
	(1) อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย Stroke (Organization KPI) , (Service Plan) (2) อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง DN0101 (Organization KPI) THIP (3) อัตราผู้ป่วย Stroke ได้รับการส่งต่อภายใน 30 นาที (PCT indicator) <b>ระบบรายงานความเสี่ยง : รหัสความเสี่ยงตามระบบ NRLS</b> (1) Acute Ischemic Stroke ที่ให้การรักษาไม่ทัน golden period : CPE203 (2) Stroke Missed Diagnosis
<b>Pitfall</b>	(ระบุข้อผิดพลาดในการปฏิบัติโดยไม่มี ความเข้าใจที่อาจเกิดขึ้น) ○ เกิด Miss diagnosis และ Delay treatment จากผู้ป่วยที่มาด้วยอาการอื่น ๆ ไม่ชัดเจน
<b>Reference</b>	1. ทศนีย์ ดันดิทธิศักดิ์ (บรรณานุกรม). 2555. แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน สำหรับแพทย์. สืบค้นจาก URL <a href="https://bkk.nhso.go.th/news/documents/BKKNewStrok.PDF">https://bkk.nhso.go.th/news/documents/BKKNewStrok.PDF</a> 2. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. 2561. บัญชีอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระบบ HRMS on cloud. เอกสารอัดสำเนา. 3. ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ. 2560. 2P safety Patient and personal safety. เอกสารประกอบการบรรยาย. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. สืบค้นจาก URL : <a href="https://hacc.kku.ac.th/haccupload_news/pdf/titile/Tue24545uFpjMOP.pdf">https://hacc.kku.ac.th/haccupload_news/pdf/titile/Tue24545uFpjMOP.pdf</a>

ลงชื่อ.....

( นายปิยวัตร ตุงคโสหา )  
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธาด  
 20 พฤษภาคม 2561

## Patient safety Goals

### 2. Medical Emergency :

#### 2.4 พัฒนาความปลอดภัยในกระบวนการช่วยฟื้นคืนชีพ : Safety CPR

<b>GOAL</b> เป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ป่วยได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพที่มีประสิทธิภาพและรอดชีวิตโดยการช่วยชีวิต</li> <li>2. ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการช่วยฟื้นคืนชีพ</li> </ol>
<b>WHY</b> ทำไมต้องพัฒนา	<p>การช่วยฟื้นคืนชีพเป็นกระบวนการสำหรับการช่วยเหลือและแก้ไขภาวะฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น สำหรับผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นในโรงพยาบาลนั้นผู้ป่วยจะมีสัญญาณเตือนล่วงหน้าก่อนเข้าสู่ภาวะหัวใจหยุดเต้น การทราบ รับรู้อาการเตือนล่วงหน้าสามารถวางแผนป้องกัน และสื่อสารทีมเตรียมพร้อมสำหรับการช่วยฟื้นคืนชีพโดยทีมและกระบวนการที่มีประสิทธิภาพสามารถช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นกลับคืนชีพเพื่อส่งโรงพยาบาลระดับสูงขึ้นไป</p> <p>ส่วนผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลประชาชน และทีมในชุมชนมีความสำคัญในการช่วยเหลือเบื้องต้นก่อนที่ทีม EMS จะไปถึง จำเป็นอย่างยิ่งต้องมีการส่งเสริมให้ชุมชนพัฒนาศักยภาพทีม โดยเริ่มจากชุมชนที่มีความพร้อมและเล็งเห็นความจำเป็น</p>
<b>Process</b> แนวทางปฏิบัติ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. แยกกระบวนการช่วยฟื้นคืนชีพสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น ใน โรงพยาบาล (In hospital cardiac arrest : IHCA) ออกจากกระบวนการช่วยชีวิตสำหรับผู้ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล (Outside hospital cardiac arrest : OHCA) ให้มีความชัดเจน</li> <li>2. ทบทวนระบบการช่วยฟื้นคืนชีพในโรงพยาบาล (In hospital cardiac arrest :IHCA)             <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 กำหนดให้มีการจัดทำแนวทางประเมินอาการเตือน ตั้งแต่ Early warning signs , Pre-arrest sings</li> <li>2.2 กำหนดและพัฒนาทีม RRT หรือ MET พร้อมทั้งระบบแจ้งเตือนและขอความช่วยเหลือ</li> <li>2.3 ทำการ CPR โดยทีมที่มีประสิทธิภาพสูง (แนวทางการมอบหมายทีมชัดเจน เครื่องมือ ยา บุคลากรมีความพร้อม และโดยกระบวนการทำ CPR ที่มีประสิทธิภาพ)</li> <li>2.4 การกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้าอย่างรวดเร็ว</li> <li>2.5 การช่วยชีวิตขั้นสูงและการส่งต่อเพื่อดูแลหลังภาวะหัวใจหยุดทำงาน</li> </ol> </li> <li>3. พัฒนาระบบการและศักยภาพการช่วยฟื้นคืนชีพนอกโรงพยาบาล (Outside hospital cardiac arrest :OHCA)             <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1 ส่งเสริมให้ชุมชนมีการรับรู้และระบบการแจ้งตอบรับภาวะ OHCA</li> <li>3.2 พัฒนาศักยภาพชุมชนให้มีทีมกู้ชีพ นวดหัวใจมายปอดที่มีประสิทธิภาพ</li> <li>3.3 ส่งเสริมและสนับสนุนให้ชุมชนที่มีความพร้อม และชุมชนที่ห่างไกลต้องใช้ระยะเวลาในการส่งโรงพยาบาล /ต้องใช้เวลารอ ทีม EMS (จากโรงพยาบาล) ให้มีการจัดหาเครื่องกระตุ้นหัวใจไฟฟ้าอัตโนมัติ (AED) และมีศักยภาพในการใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า</li> <li>3.4 ส่งต่อและดูแลต่อเนื่องด้วยบริการการแพทย์ขั้นพื้นฐานและขั้นสูง</li> <li>3.5 การช่วยชีวิตขั้นสูงและการส่งต่อเพื่อดูแลหลังภาวะหัวใจหยุดทำงาน</li> </ol> </li> <li>4. สื่อสาร ประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้ ให้แก่ประชาชนรับรู้ถึงภาวะหัวใจหยุดเต้น การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 และการช่วยเหลือนเบื้องต้นระหว่างรอ</li> <li>5. ฝึกอบรมให้ความรู้เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพ BSL ในหน่วยบริการต่าง ๆ และ ACLS แก่ทีมที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น</li> <li>6. ทบทวนเครื่องมือและยาที่จำเป็นในการช่วยฟื้นคืนชีพ รวมทั้งวิธีการบริหารยา</li> <li>7. ใช้ระบบ ประสาน Fast track ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลภาวะหลังหัวใจหยุดเต้นไปยัง</li> </ol>

<b>Patient safety Goals</b>	
<b>2. Medical Emergency :</b>	
<b>2.4 พัฒนาการความปลอดภัยในกระบวนการช่วยฟื้นคืนชีพ : Safety CPR</b>	
	โรงพยาบาลในระดับสูงขึ้นไป
<b>Training</b> การอบรมสำคัญ	(ระบุนการฝึกอบรมที่จำเป็นในเรื่องนี้) (1) การอบรมฟื้นฟูการช่วยฟื้นคืนชีพ BLS , ACLS การใช้เครื่อง AED (2) ยาและการบริหารยาสำคัญในขั้นตอนการช่วยฟื้นคืนชีพ (3) สื่อสารแนวทางการช่วยฟื้นคืนชีพ โรงพยาบาลศรีธาตุ
<b>Monitoring</b> การติดตาม	ติดตามจากระบบรายงานตัวชีวิตประจำหน่วยงาน ระบบรายงานความเสี่ยงระบบรายงานตัวชีวิต (1) อัตราการช่วยฟื้นคืนชีพสำเร็จในผู้ป่วยที่ภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล ROSC Return of Spontaneous Circulation rate) $\geq$ 15% (2) อัตราการช่วยฟื้นคืนชีพถูกต้องตามมาตรฐาน $\geq$ 80% ระบบรายงานความเสี่ยง : รหัสความเสี่ยงตามระบบ NRLS (1) เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำ Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) : CPE204
<b>Pitfall</b>	(ระบุข้อผิดพลาดในการปฏิบัติโดยไม่มี ความเข้าใจที่อาจเกิดขึ้น) (1) การช่วยฟื้นคืนชีพ การกดนวดหัวใจ ไม่มีประสิทธิภาพ (2) การใช้ยาถูกเงินต่าง ๆ ในการช่วยฟื้นคืนชีพ (3) การใช้เครื่อง AED และการช่วยกระตุ้นหัวใจด้วยเครื่อง Defibrillator
<b>Reference</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ไฮไลต์ ของแนวทางการนวดหัวใจหยุด (CPR) และการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจหลอดเลือดในภาวะฉุกเฉิน (ECC) ของ American Heart Association (AHA) ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2558. สืบค้นจาก URL : <a href="https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Thai.pdf">https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Thai.pdf</a></li> <li>2. ปริญา คุณาวุฒิ. มปป. CPR guideline of Thailand. เอกสารประกอบคำบรรยาย สืบค้นจาก URL : <a href="http://www.kacpr.org/popup/file/20161007/8.%20CPR%20guidelines%20of%20Thailand.pdf">http://www.kacpr.org/popup/file/20161007/8.%20CPR%20guidelines%20of%20Thailand.pdf</a></li> <li>3. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. 2561. บัญชีปฏิบัติการความเสี่ยงในระบบ HRMS on cloud. เอกสารอัดสำเนา.</li> <li>4. ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ. 2560. 2P safety Patient and personal safety. เอกสารประกอบการบรรยาย. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. สืบค้นจาก URL : <a href="https://hacc.kku.ac.th/haccupload_news/pdf/titile/Tue24545uEpiMOP.pdf">https://hacc.kku.ac.th/haccupload_news/pdf/titile/Tue24545uEpiMOP.pdf</a></li> </ol>

ลงชื่อ..... 

( นายปิยวัตร ตุงคโสภ )

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธาตุ

20 พฤษภาคม 2561

<b>Patient safety Goals</b>	
<b>3. พัฒนาระบบการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนาน</b> <b>Prevention and Control spread of Multi-drug Resistance Organisms: MDRO (I 2.4)</b>	
<b>GOAL</b> เป้าหมาย	เพื่อเฝ้าระวังและควบคุมเชื้อดื้อยาในผู้ป่วย และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปสู่บุคลากรและผู้ป่วยอื่น ๆ รวมทั้งการแพร่กระจายในชุมชน
<b>WHY</b> ทำไมต้องพัฒนา	เชื้อดื้อยาเป็นปัญหาสำคัญ การรักษาใช้ยาที่มีราคาแพงขึ้น และมีผลข้างเคียงมากขึ้น ผู้ป่วยต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน และหากผู้ป่วยนั้นไม่มียาที่สามารถรักษาได้ (ดีทุกตัว) อาจส่งผลให้ผู้ป่วยนั้นเสียชีวิตได้ และอาจไม่สามารถควบคุมรักษาเชื้อในผู้ป่วยอื่น ๆ ได้
<b>Process</b> แนวทางปฏิบัติ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. จัดทำสื่อสิ่งเตือน ป้ายสัญลักษณ์โดยใช้แบบเดียวกับแม่ข่ายระดับจังหวัดในการระบุผู้ป่วยเชื้อดื้อยา MDRO.</li> <li>2. กำหนดแนวทางการสื่อสารและการประสานงาน และการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเคลื่อนย้ายไปยังหน่วยต่าง ๆ และการเตรียมชุมชน</li> <li>3. จัดโซนแยกผู้ป่วย MDRO ที่แผนกต่าง ๆ ในโรงพยาบาล ให้ชัดเจน</li> <li>4. จัดแยกอุปกรณ์ของใช้สำหรับผู้ป่วย และการปฏิบัติการในการป้องกันของ เจ้าหน้าที่และญาติตามหลัก Standard Precaution</li> <li>5. จัดหาอ่างล้างมือ หรือ Alcohol hand-rub ภายในหรือหน้าห้องของผู้ป่วย</li> <li>6. ให้ความรู้แก่บุคลากรในโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการสาธารณสุข</li> <li>7. จัดการความสะอาดและทำลายเช็บบนพื้นผิว บริเวณผู้ป่วยติดเชื้อื้อยา และการจัดการสิ่งคัดหลั่งและมูลฝอยติดเช็้อ</li> <li>8. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และผู้เกี่ยวข้อง</li> </ol>
<b>Training</b> การอบรมสำคัญ	-เรื่องเชื้อดื้อยา MDRO -Standard precaution
<b>Monitoring</b> การติดตาม	<p>ติดตามจากระบบรายงานตัวชี้วัดประจำหน่วยงาน ระบบรายงานความเสี่ยง /รายงานการทบทวน</p> <p>Triger tools</p> <p>ระบบรายงานตัวชี้วัด</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) อัตรา MDRO : 100 Patients</li> <li>(2) อัตราการติดเชื้อื้อยา (เชื้อ 8 ตัว) ในกระแสเลือดต่อผู้ป่วยที่ส่งตรวจ (H/C) ลงลงไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 จาก Baseline data</li> <li>(3) อัตราการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อื้อยาไม่น้อยกว่าร้อยละ 80</li> </ol> <p>ระบบรายงานความเสี่ยง : รหัสความเสี่ยงตามระบบ NRLS</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) อุบัติการณ์ เกิดติดเชื้อื้อยา : CPI401</li> </ol>
<b>Pitfall</b>	(ระบุข้อผิดพลาดในการปฏิบัติโดยไม่มีสาเหตุที่อาจเกิดขึ้น) ไม่ปฏิบัติตามแนวทาง ที่กำหนด มีข้อจำกัดด้านสถานที่
<b>Reference</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. กำธร มาลาธรรม และ ยงค์ รุ่งเรือง. 2560. คู่มือปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล. สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์. นนทบุรี</li> <li>2. กระทรวงสาธารณสุข. 2560. แผนยุทธศาสตร์การจัดการเชื้อื้อยาด้านจุลชีพ ประเทศไทย. เอกสารอัดสำเนา.</li> <li>3. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. 2561. บัญชีอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระบบ HRMS on cloud. เอกสารอัดสำเนา.</li> </ol>

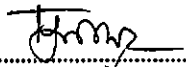


## Patient safety Goals

### 3. พัฒนาระบบการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนาน

Prevention and Control spread of Multi-drug Resistance Organisms: MDRO (I 2.4)

4. ปียวรรณ ลิมปัญญาเลิศ, 2560. 2P safety Patient and personal safety. เอกสารประกอบการบรรยาย. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. สืบค้นจาก URL : [https://hacc.kku.ac.th/haccupload\\_news/pdf/titile/Tue24545uFpiMOP.pdf](https://hacc.kku.ac.th/haccupload_news/pdf/titile/Tue24545uFpiMOP.pdf)

ลงชื่อ..... 

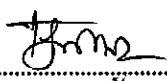
( นายปิยวัตร ตุงคโสภ )

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธาด

20 พฤษภาคม 2561

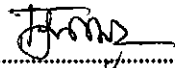
<b>Patient safety Goals</b>	
<b>4. พัฒนาการป้องกันและแก้ไขภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด : Safety From Birth Asphyxia : BA : E3.3</b>	
<b>GOAL</b> เป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ลดอัตราการเกิด Birth Asphyxia ไม่เกิน 25 : 1000 LBS</li> <li>2. ลดอัตราการเกิด Severe Birth Asphyxia ไม่เกิน 12 : 1000 LBS</li> <li>3. ทีมสามารถค้นหาหรือรับทราบความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะขาดออกซิเจน สามารถป้องกัน/จัดการ เพื่อไม่ให้เกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดได้</li> <li>4. ทีมสามารถช่วย NCPDR ได้อย่างมีประสิทธิภาพในทารกที่มีภาวะ Severe Birth Asphyxia และส่งต่อตามระบบ High risk Newborn fast track ได้อย่างมีประสิทธิภาพ</li> </ol>
<b>WHY</b> ทำไมต้องพัฒนา	การเกิดภาวะ การขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดถือว่าเป็นภาวะไม่พึงประสงค์ของทีมดูแลผู้ป่วย และครอบครัวผู้คลอด การเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดจากปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ซึ่งสามารถบริหารจัดการ ได้ และหากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทีมต้องมีความพร้อมในการช่วยแก้ไข ต้นปีงบประมาณ 2561 เกิดอุบัติการณ์ Severe Asphyxia และ Neonatal mortality ที่ต้องชดเชยค่าเสียหาย ตาม ม.41 จำนวนเงิน 400,000 บาท
<b>Process</b> แนวทางปฏิบัติ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ค้นหาความเสี่ยงในการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดตั้งแต่ตั้งครรภ์ และจัดระดับความเสี่ยงและวางแผนการดูแลการจัดการให้เหมาะสมกับความเสี่ยงตามแนวทาง</li> <li>2. เผื่อระวังในกลุ่ม Low Risk โดยประเมินภาวะเสี่ยงในมารดาและทารก ตรวจ อ่านและแปลผล NST และ Fetal heart Monitor เพื่อเผื่อระวังความก้าวหน้าของการคลอดโดยใช้ Pathograph ภาวะ Fetal distress</li> <li>3. Early Intrauterine Resuscitation อย่างเหมาะสม</li> <li>4. พัฒนาระบบการปรึกษาแพทย์สูติแพทย์ และกุมารแพทย์เครือข่ายลุ่มน้ำปาวและเครือข่ายจังหวัด</li> <li>5. Early refer ตามเกณฑ์ของจังหวัด</li> <li>6. พัฒนาศักยภาพและความพร้อมของทีม และการ Resuscitation ให้มีประสิทธิภาพ</li> <li>7. ประสานระบบการส่งต่อช่องทางด่วน Fast track</li> </ol>
<b>Training</b> การอบรมสำคัญ	(ระบุนการฝึกอบรมที่จำเป็นในเรื่องนี้) <ol style="list-style-type: none"> <li>1. แนวทางการจัดการ High Risk ANC</li> <li>2. มาตรฐาน การทำ NCPDR ทีมที่มีประสิทธิภาพ</li> <li>3. การช่วยคลอดในภาวะวิกฤติและฉุกเฉิน (คลอดติดไหล่ คลอดท่าก้น Protopse cord) และการทำสูติศาสตร์หัตถการ (vacuum Extraction)</li> </ol>
<b>Monitoring</b> การติดตาม	<p>ติดตามจากระบบรายงานตัวชี้วัดประจำหน่วยงาน LR ระบบรายงานความเสี่ยง ระบบรายงานตัวชี้วัด</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) อัตราการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด Child: Birth asphyxia rates รหัสตัวชี้วัด PM0204</li> <li>(2) อัตราการขาดออกซิเจนรุนแรงในทารกแรกเกิด Child: Severe birth asphyxia rate รหัสตัวชี้วัด PM0205</li> <li>(3) อัตราตายทารกแรกเกิดระยะต้น(0-7 วัน) Early Neonatal Mortality Rate</li> </ol> <p>ระบบรายงานความเสี่ยง : รหัสความเสี่ยงตามระบบ NRLS</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) ทารกเสียชีวิตจากการคลอด : CPE303</li> <li>(2) ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดที่ป้องกันได้เกิดขึ้นกับทารก (Birth injury) CPE305</li> <li>(3) Severe Birth Asphyxia : CPE306</li> </ol>

<b>Patient safety Goals</b>	
<b>4. พัฒนาการป้องกันและแก้ไขภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด : Safety From Birth Asphyxia : BA : E3.3</b>	
	(4) การเกิด Birth Asphyxia
<b>Pitfall</b>	(ระบุข้อผิดพลาดในการปฏิบัติโดยไม่มี ความเข้าใจที่อาจเกิดขึ้น) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ การช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินเช่นการคลอดติดไหล่</li> <li>○ การคลอด Breech presentation</li> <li>○ การช่วยคลอดภาวะฉุกเฉินวิกฤติ</li> </ul>
<b>Reference</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เกษม เสรีพรกุล และคณะ. 2558. คู่มือเวชปฏิบัติมารดาและทารก สำหรับโรงพยาบาล ชุมชน. กรุงเทพมหานคร.</li> <li>2. โรงพยาบาลอุดรธานี. 2558. คู่มือแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยทางสูติกรรมและผู้ป่วยทารกแรกเกิดจังหวัดอุดรธานี. อุดรธานี. เอกสารอัดสำเนา</li> <li>3. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. 2561. บัญชีปฏิบัติการความเสี่ยงในระบบ HRMS on cloud. เอกสารอัดสำเนา.</li> <li>4. ปิยวรรณ ลิมปัญญาเลิศ. 2560. 2P safety Patient and personal safety. เอกสารประกอบการบรรยาย. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. สืบค้นจาก URL : <a href="https://hacc.kku.ac.th/haccupload_news/pdf/titile/Tue24545uFpjMOP.pdf">https://hacc.kku.ac.th/haccupload_news/pdf/titile/Tue24545uFpjMOP.pdf</a></li> </ol>

ลงชื่อ.....  
 ( นายปิยวัตร ตุงคโสภณ )  
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธาตุ  
 20 พฤษภาคม 2561

<b>Patient safety Goals</b>	
<b>5. พัฒนาคูณภาพระบบการดูแลในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน :</b> <b>Emergency care ER safety : E4</b>	
<b>GOAL</b> เป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ลดอัตราการเสียชีวิตที่ป้องกันได้</li> <li>2. ผู้ป่วยฉุกเฉิน และผู้ป่วยที่ซับซ้อน ได้รับการช่วยชีวิต แก้ไขภาวะฉุกเฉิน ภาวะซับซ้อนอย่างถูกต้อง รวดเร็วในเวลาที่เหมาะสมกับสอดคล้องกับสมภาวะการเจ็บป่วย</li> </ol>
<b>WHY</b> ทำไมต้องพัฒนา	<p>ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินมีความหนาแน่น พลุกพล่าน 60% เป็นผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน ความเสี่ยงและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์สามารถป้องกันได้ด้วยการคัดกรองที่ถูกต้อง การช่วยเหลือโดยทีมที่มีศักยภาพ และในเวลาที่เหมาะสมรวดเร็ว ในสถานที่และเครื่องมือที่พร้อม ผู้ป่วยที่เกินศักยภาพ ได้รับการประสานการส่งต่อช่องทางด่วนที่มีประสิทธิภาพ และการจัดมาตรฐานระบบและทีม</p>
<b>Process</b> แนวทางปฏิบัติ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ทบทวนและกำหนดแนวทางการคัดกรองและจำแนกความรุนแรง Triage โดยทบทวนช่องว่างระบบ ที่ใช้อยู่กับมาตรฐาน Thai Emergency Department Triage scale (TEDT) (กำหนดให้มาตรฐาน การคัดกรอง ER และ OPD ใช้มาตรฐานเดียวกัน)</li> <li>2. ลดจำนวนผู้ป่วยกลุ่ม non-Urgency และ Semi Urgency ใน ER เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วย กลุ่ม Resuscitation , Emergency และ Urgency ตามลำดับ และเพิ่มทางเลือกให้กลุ่ม Semi-Urgency และ non-Urgency</li> <li>3. เพิ่มการใช้บริการ (การเข้าถึง) EMS ในผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ เพิ่มประสิทธิภาพ และศักยภาพ ระบบ EMS</li> <li>4. เพิ่มประสิทธิภาพการวินิจฉัยและรักษาโรคกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญที่พบบ่อยใน ER โรงพยาบาลศรีธาด (จัดทำและปรับปรุง CPG) + เรียนรู้การใช้ National Early warning score (NEWS)**</li> <li>5. พัฒนาสมรรถนะสำคัญที่จำเป็นให้ของบุคลากรห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน</li> <li>6. กำหนด/ปรับปรุงวิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในสถานการณ์วิกฤติ (Communication technique in crisis situation)</li> <li>7. จัดระบบการเคลื่อนย้าย (Patient flow) และโดยลด/จัดการผู้ป่วยที่อยู่รักษาสังเกตอาการใน ER นาน 2-4 ชั่วโมง</li> <li>8. กำหนดแนวทางเตรียมความพร้อมรับภาวะฉุกเฉินและสาธารณภัย (Hospital Preparedness for Emergencies : HOPE)</li> </ol>
<b>Training</b> การอบรมสำคัญ	<p>(ระบุมการฝึกอบรมที่จำเป็นในเรื่องนี้)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การคัดกรองและจำแนกประเภทผู้ป่วย Triage : Thai Emergency Department Triage scale</li> <li>2. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญที่พบบ่อยใน ER โรงพยาบาลศรีธาด</li> <li>3. National Early warning score (NEWS)</li> <li>4. การจัดการในภาวะฉุกเฉินและสาธารณภัย</li> </ol>
<b>Monitoring</b> การติดตาม	<p>ติดตามจากระบบรายงานตัวชีวิตประจำหน่วยงาน ER ระบบรายงานความเสี่ยง ระบบรายงานตัวชีวิต</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) อัตราการเสียชีวิต (ในผู้ป่วยกลุ่ม Emergency) ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินลดลง</li> <li>(2) อัตราการใช้บริการ EMS เพิ่มขึ้น</li> <li>(3) ค่าเฉลี่ยระยะเวลาของผู้ป่วยฉุกเฉินที่มารับบริการที่ห้องผู้ป่วยฉุกเฉิน ไม่เกิน 60 : ER Emergency Department TIME - IN ,TIME - OUT (Average)</li> </ol>

<b>Patient safety Goals</b>	
<b>5. พัฒนาคูณภาพระบบการดูแลในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน :</b> <b>Emergency care ER safety : E4</b>	
	<p>ระบบรายงานความเสี่ยง : รหัสความเสี่ยงตามระบบ NRLS</p> <p>(1) อุบัติการณ์ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่ได้รับการตรวจรักษาภายในระยะเวลา 30 นาที : CPE401</p> <p>(2) อุบัติการณ์ Under triage : CPE402</p> <p>(3) อุบัติการณ์ Over triage : CPE403</p> <p>(4) ผู้ป่วยไม่รอดตรวจ ไม่พึงพอใจ ร้องเรียน : CPE404</p> <p>(5) Delay Diagnosis and Delay treatment ในผู้ป่วย ฉุกเฉิน และผู้ป่วย Fast Track :CPE405</p>
<b>Pitfall</b>	<p>(ระบุข้อผิดพลาดในการปฏิบัติโดยไม่มีสาเหตุที่อาจเกิดขึ้น)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ การคัดกรองผิดพลาด Over or under triage</li> <li>○ ผู้ป่วยไม่ได้รับการตรวจภายในเวลาที่กำหนด</li> </ul>
<b>Reference</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ซาติชาย คล้ายสุบรรณ. 2560. ER คุณภาพ. เอกสารประกอบการบรรยาย. สืบค้นจาก URL <a href="https://thaiecs.net/sites/default/files/2018-01/ER%20คุณภาพ%20นพ.ซาติชาย.pdf">https://thaiecs.net/sites/default/files/2018-01/ER%20คุณภาพ%20นพ.ซาติชาย.pdf</a></li> <li>2. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. 2561. บัญชีอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระบบ HRMS on cloud. เอกสารอัดสำเนา.</li> <li>3. ปิยวรรณ ลีมีปัญญาเลิศ. 2560. 2P safety Patient and personal safety. เอกสารประกอบการบรรยาย. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. สืบค้นจาก URL : <a href="https://hacc.kku.ac.th/haccupload_news/pdf/titue/Tue24545uFpjMOP.pdf">https://hacc.kku.ac.th/haccupload_news/pdf/titue/Tue24545uFpjMOP.pdf</a></li> </ol>

  
 ลงชื่อ.....  
 (นายปิยวัตร ตุงคโสหา)  
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธาตุ  
 20 พฤษภาคม 2561

## Patient safety Goals

### 6. พัฒนความปลอดภัยของมารดาเพื่อลดและป้องกันการตกเลือดจากการคลอด

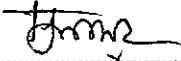
#### Prevention and Management Postpartum Hemorrhage : PPH : P3.1

<b>GOAL</b> เป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ลดอัตราการมารดาตาย</li> <li>2. ลดและป้องกันอันตรายจากภาวะตกเลือด</li> <li>3. ทีมสามารถค้นหา ดำเนินการแก้ไขและป้องกันได้ ตั้งแต่ระยะตั้งครรรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด</li> </ol>
<b>WHY</b> ทำไมต้องพัฒนา	<p>การตกเลือดหลังคลอดถือเป็นภาวะฉุกเฉิน เป็นสาเหตุการตายและภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่สามารถค้นหาและดำเนินการป้องกันได้ เป็นสาเหตุของการฟ้องร้องและชดเชยค่าเสียหายเป็นอันดับต้น ๆ ของประเทศไทย เขตสุขภาพที่ 8 และจังหวัดอุดรธานี</p> <p>โรงพยาบาลสตรีธาตุ ปิงปประมาณ 2559 อัตราการตกเลือดเท่ากับ 2.67% (5 ราย) ได้ให้เลือดทดแทนจำนวน 2 ราย , ปิงปประมาณ 2560 อัตราการตกเลือดเท่ากับ 0.6% (1 ราย) ได้ให้เลือด 1 ราย.</p>
<b>Process</b> แนวทางปฏิบัติ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ค้นหาและคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะชืด และให้การรักษากภาวะชืดเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการตกเลือดในระยะคลอด (ตามระดับความรุนแรงตามแนวทาง)</li> <li>2. คัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดในหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอด ตามแนวทางการดูแลภาวะเสี่ยงของมารดา และเฝ้าระวังตาม Pathograph</li> <li>3. ใช้ถุงตวงเลือดเพื่อช่วยประเมินปริมาณเลือดที่ถูกต้องเพื่อช่วยตัดสินใจในการจัดการจัดการป้องกันและแก้ไขตั้งแต่ระยะ ต้น (300 mL) และเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะตกเลือด (500 mL)</li> <li>4. ปรับปรุงแนวทางการดูแลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอด</li> <li>5. พัฒนาระบบการปรึกษาและการประสานการส่งต่อกรณีต้องส่งต่อ Fast track</li> </ol>
<b>Training</b> การอบรมสำคัญ	<p>(ระบุการฝึกอบรมที่จำเป็นในเรื่องนี้)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การช่วยคลอดทุกระยะ การประเมินการหดตัวของมดลูกทุกระยะของการคลอด การช่วยคลอดรก และการประเมินรก การตรวจเช็คภาวะฉีกขาดของช่องทางคลอดและการเย็บแผลฝีเย็บ</li> <li>2. การตกเลือดหลังคลอด Post Partum Hemorrhage (Update วิชาการ)</li> <li>3. การทำหัตถการ Double balloon Tamponade</li> <li>4. การช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉิน</li> </ol>
<b>Monitoring</b> การติดตาม	<p>(ระบุแนวทางการ monitor ที่ควรจะมี อาจจะเป็นตัวชี้วัดหรือ อื่นๆ หรือความเสี่ยง ก็ได้) ติดตามจากระบบรายงานตัวชี้วัดประจำหน่วยงาน LR ระบบรายงานความเสี่ยง ระบบรายงานตัวชี้วัด</p> <p>(1) สัดส่วนการตายของมารดาจากการตั้งครรรภ์ และ/ หรือการคลอด (ต่อแสนทารกเกิดมีชีวิต) : Mortality rate of mother from pregnancy and/or labor Maternal : PM0101</p> <p>(2) ร้อยละการตกเลือดหลังคลอดเฉียบพลันกรณีคลอดทางช่องคลอด Maternal: Percentage of Immediate postpartum hemorrhage (Vg delivery)</p> <p>(3) ร้อยละการตกเลือดหลังคลอดภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด</p> <p>ระบบรายงานความเสี่ยง : รหัสความเสี่ยงตามระบบ NRLS</p> <p>(1) มารดาเสียชีวิตจากการคลอด : CPE302</p> <p>(2) ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดที่ป้องกัน (PPH) ได้เกิดขึ้นกับมารดา : CPE304</p> <p>(3) เกิดปัญหา in VBAC เช่น Uterine rupture/ ตกเลือด :CSG101</p>
<b>Pitfall</b>	<p>(ระบุข้อผิดพลาดในการปฏิบัติโดยไม่มี ความเข้าใจที่อาจเกิดขึ้น)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) การเกิดภาวะ Retained Placenta , Retained piece of Placenta</li> <li>(2) เกิดภาวะ Uterine Atony</li> <li>(3) เกิดภาวะ การฉีกขาดของช่องทางคลอด : Vaginal Canal tear</li> </ol>

## Patient safety Goals

### 6. พัฒนาคความปลอดภัยของมารดาเพื่อลดและป้องกันการตกเลือดจากการคลอด Prevention and Management Postpartum Hemorrhage : PPH

Reference	<ol style="list-style-type: none"><li>1. โฉมพิลาศ จงสมชัย. 2555. ภาวะตกเลือดหลังคลอด. วิกฤติการทางสูติกรรมที่รุนแรง. พีริ-ดี สแกน. กรุงเทพฯ.</li><li>2. เกษม เสรีพรกุล และคณะ. 2558. คู่มือเวชปฏิบัติมารดาและทารก สำหรับโรงพยาบาลชุมชน. กรุงเทพมหานคร.</li><li>3. โรงพยาบาลอุตรธานี. 2558. คู่มือแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยทางสูติกรรมและผู้ป่วยทารกแรกเกิด จังหวัดอุตรธานี. อุตรธานี. เอกสารอัดสำเนา</li><li>4. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. 2561. บัญชีอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระบบ HRMS on cloud. เอกสารอัดสำเนา.</li><li>5. ปิยวรรณ ลิ่มปัญญาเลิศ. 2560. 2P safety Patient and personal safety. เอกสารประกอบการบรรยาย. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. สืบค้นจาก URL : <a href="https://hacc.kku.ac.th/haccupload_news/pdf/titile/Tue24545uFpjMOP.pdf">https://hacc.kku.ac.th/haccupload_news/pdf/titile/Tue24545uFpjMOP.pdf</a></li></ol>
-----------	--

ลงชื่อ.....

( นายปิยวัตร ดุงคโสภา )

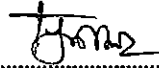
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธาตุ

20 พฤษภาคม 2561

<b>Patient safety Goals</b>	
<b>7. พัฒนาประสิทธิภาพการสื่อสารระหว่างทีมผู้ให้การดูแลรักษาผู้ป่วย</b> <b>Improve the effectiveness of communication – SBAR : P2.1</b>	
<b>GOAL</b> เป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที</li> <li>2. แพทย์ได้รับการสื่อสารรายงานที่ตรงประเด็นกระชับ ได้ใจความ</li> </ol>
<b>WHY</b> ทำไมต้องพัฒนา	การรายงานสภาวะผู้ป่วยหรืออาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่ถูกต้อง ตรงประเด็น และครบถ้วนในประเด็นสำคัญทำให้การสื่อสารกระชับ และมีผลต่อการตัดสินใจมาประเมินอาการผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ทันท่วงทีและตอบสนองต่ออาการเปลี่ยนแปลงและภาวะวิกฤติของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม
<b>Process</b> แนวทางปฏิบัติ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. กำหนดรูปแบบการสื่อสาร ที่หลากหลายในการรายงานแพทย์ เช่น โทรศัพท์ภายใน ห้องพักแพทย์ โทรศัพท์บ้านพัก โทรศัพท์มือถือ อื่น ๆ และไม่ควรรอนานเกิน 5 นาที สำหรับความพยายามในการติดต่อใหม่ ให้ใช้ทุกวิธีก่อนจะสรุปว่าติดต่อแพทย์ไม่ได้</li> <li>2. ก่อนโทรศัพท์รายงานแพทย์ให้ปฏิบัติตามขั้นตอนดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> <li>○ พยาบาลเจ้าของ case ได้เห็นและประเมินผู้ป่วยให้ครอบคลุม</li> <li>○ ปรีกษาสถานการณ์ของผู้ป่วยรายนี้กับพยาบาลหัวหน้าเวร หรือพยาบาลหัวหน้าหน่วยงาน หรือพยาบาลหัวหน้าเวรห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน</li> <li>○ ทบทวนเวชระเบียนเพื่อพิจารณาว่าจะรายงานแพทย์เจ้าของไข้ท่านใดหรือแพทย์เวร</li> <li>○ รับรู้การวินิจฉัยแรกรับ และวันที่รับไว้</li> <li>○ อ่านบันทึกความก้าวหน้าที่แพทย์หรือพยาบาลได้บันทึกไว้ก่อนหน้านั้น</li> </ul> </li> <li>3. เตรียมสิ่งต่อไปนี้ให้พร้อมในขณะรายงาน แพทย์เวร <ul style="list-style-type: none"> <li>○ เวชระเบียนผู้ป่วย</li> <li>○ บัญชีรายการยา สารน้ำที่กำลังได้รับ ประวัติการแพ้ยา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลเดิมเพื่อเปรียบเทียบ (ถ้ามี)</li> <li>○ สัญญาณชีพล่าสุด</li> <li>○ รายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ วันที่และเวลาที่ทำการตรวจทดสอบและผลการตรวจทดสอบครั้งที่แล้ว เพื่อการเปรียบเทียบ</li> </ul> </li> <li>4. พยาบาลหัวหน้าเวร โทรรายงานแพทย์โดยใช้หลักการแนวทาง SBAR <ul style="list-style-type: none"> <li><b>S : Situation</b> สถานการณ์ที่ทำให้ต้องรายงาน : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ระบุตัวผู้รายงาน หน่วยงาน ชื่อผู้ป่วย</li> <li>○ ระบุปัญหาสั้น ๆ เวลาที่เกิดความรุนแรง</li> </ul> </li> <li><b>B : Background</b> : ข้อมูลภูมิหลังเกี่ยวกับสถานการณ์ : การวินิจฉัยเมื่อแรกรับ วันที่รับไว้ บัญชีรายการยา สารน้ำที่กำลังได้รับ ประวัติการแพ้ยา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ครั้งล่าสุด และครั้งที่แล้ว สัญญาณชีพล่าสุด ข้อมูลทางคลินิกอื่น ๆ</li> <li><b>A : Assessment</b> : การประเมินสถานการณ์ของพยาบาล</li> <li><b>R : Recommendation</b> ข้อเสนอหรือความต้องการของพยาบาล</li> </ul> </li> <li>5. ทวนซ้ำแผนการรักษาของแพทย์เพื่อให้เข้าใจข้อมูลถูกต้องตรงกัน</li> <li>6. บันทึกการเปลี่ยนแปลง สภาวะของผู้ป่วยและข้อมูลการรายงานแพทย์ และแผนการรักษาลงในเวชระเบียนผู้ป่วย</li> </ol> <p>หมายเหตุ : นโยบายความปลอดภัยนี้เป็นการปฏิบัติตามมาตรฐานตอนที่ III ข้อ 4.1 การดูแลทั่วไป (ข้อ 6) “มีการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสานการดูแลผู้ป่วยภายในทีม เพื่อความต่อเนื่องในการดูแล”</p>



<b>Patient safety Goals</b>	
<b>7. พัฒนาประสิทธิภาพการสื่อสารระหว่างทีมผู้ให้การดูแลรักษาผู้ป่วย</b> <b>Improve the effectiveness of communication – SBAR : P2.1</b>	
<b>Training</b> การอบรมสำคัญ	สื่อสารนโยบาย 2P Safety แนวคิดการรายงาน SBAR โดยการสื่อสารแลกเปลี่ยนระหว่างการปฏิบัติหน้างาน และการสื่อสารปฐมนิเทศบุคลากรใหม่
<b>Monitoring</b> การติดตาม	ติดตามจากระบบรายงานตัวชี้วัดประจำหน่วยงาน ระบบรายงานความเสี่ยง ระบบรายงานตัวชี้วัด ; - ระบบรายงานความเสี่ยง : รหัสความเสี่ยงตามระบบ NRLS (1) การรายงานอาการ หรือสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยไม่เหมาะสม/ ไม่ครบถ้วน : CPP 201 (2) การสื่อสารหรือส่งต่อข้อมูลการรักษาพยาบาลผู้ป่วยผิดพลาด เช่น ไม่สื่อสาร/ สื่อสารผิด/ สื่อสารไม่ครบถ้วน/ สื่อสารล่าช้า : CPP204
<b>Pitfall</b>	(ระบุข้อผิดพลาดในการปฏิบัติโดยไม่มี ความเข้าใจที่อาจเกิดขึ้น) การรายงานข้อมูลไม่ครบถ้วน รายงานไม่ตรงประเด็นสำคัญ
<b>Reference</b>	1. อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล. 2551. Patient Safety Goals : SIMPLE. สถาบันรับรองคุณภาพ สถานพยาบาล. สืบค้นจาก URL : <a href="https://www.ha.or.th/Backend/fileupload/Quality%20Tools/Attach/Patient%20Safety%20Goals%20%20SIMPLE%202008.pdf">https://www.ha.or.th/Backend/fileupload/Quality%20Tools/Attach/Patient%20Safety%20Goals%20%20SIMPLE%202008.pdf</a> 2. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. 2561. บัญชีปฏิบัติการความเสี่ยงในระบบ HRMS on cloud. เอกสารอัดสำเนา. 3. ปิยวรรณ ลีมปัญญาเลิศ. 2560. 2P safety Patient and personal safety. เอกสาร ประกอบการบรรยาย. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. สืบค้นจาก URL : <a href="https://hacc.kku.ac.th/haccupload_news/pdf/tittle/Tue24545uEpijMOP.pdf">https://hacc.kku.ac.th/haccupload_news/pdf/tittle/Tue24545uEpijMOP.pdf</a>

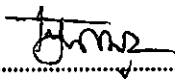
  
 ลงชื่อ.....  
 (นายปิยวัตร ตุงคโสธา)  
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธาตุ  
 20 พฤษภาคม 2561

<b>Patient safety Goals</b>	
<b>8. ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล : Safety from Rational Drug Use : RDU : M.4</b>	
<b>GOAL</b> เป้าหมาย	มีการสั่งใช้ยาที่เหมาะสม ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยจากการใช้ยา
<b>WHY</b> ทำไมต้องพัฒนา	ปัจจุบันการสั่งยามีแนวโน้มที่ไม่เหมาะสม มีการสั่งใช้ยาเกินความจำเป็น ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่อาจเกิดอันตราย หรือความไม่ปลอดภัยจากการใช้ยา รวมกระทั่งอาจเกิดอาการดื้อยาได้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อรายจ่ายของโรงพยาบาลและเศรษฐกิจของประเทศ
<b>Process</b> แนวทางปฏิบัติ	<ol style="list-style-type: none"> <li>กำหนดเกณฑ์แนวทางการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคทางเดินหายใจ โรคท้องเสีย และบาดแผล</li> <li>กำหนดให้หลีกเลี่ยงการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้คลอด / ทำหมัน โดยที่ไม่มีข้อบ่งชี้</li> <li>กำหนดให้มีระบบป้องกันการสั่งใช้ยา ARB และ ACE inhibition ร่วมกัน และพัฒนาระบบป้องกันการสั่งยาคู่กัน</li> <li>กำหนดไม่ให้มีการสั่งใช้ยา NSAIDs ร่วมกัน และพัฒนาระบบป้องกันการสั่งใช้ยาซ้ำซ้อน</li> <li>กำหนดให้หลีกเลี่ยงการสั่งใช้ยา NSAIDs ในผู้ป่วยไตวายระดับ 3B ขึ้นไป และพัฒนาระบบเตือนค่าการทำงานของไต สำหรับป้องกันการสั่งใช้ยา NSAIDs</li> <li>สื่อสารแนวทางปฏิบัติให้แก่เจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล รวมถึงเจ้าหน้าที่ รพ.สต.</li> </ol>
<b>Training</b> การอบรมสำคัญ	(ระบุนักฝึกอบรมที่จำเป็นในเรื่องนี้) ให้ความรู้ความเข้าใจ การใช้ยาปฏิชีวนะในโรคทางเดินหายใจ, ท้องร่วงเฉียบพลัน, และบาดแผลสด แก่เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย ชุมชน
<b>Monitoring</b> การติดตาม	(ระบุแนวทางการ monitor ที่ควรจะมี อาจจะเป็นตัวชี้วัดหรือ อื่นๆ หรือความเสี่ยง ก็ได้) ติดตามจากระบบรายงานตัวชี้วัด ระบบรายงานความเสี่ยง ระบบรายงานตัวชี้วัด <ol style="list-style-type: none"> <li>อัตราการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคที่กำหนดมีความเหมาะสม <ul style="list-style-type: none"> <li>โรกระบบทางเดินหายใจส่วนบน (URI) &lt; 20%</li> <li>โรค Acute diarrhea &lt; 5%</li> <li>ภาวะ Fresh Trauma wound &lt; 40%</li> <li>หญิงหลังคลอด &lt; 10%</li> </ul> </li> <li>อัตราการสั่งใช้ยา NSAIDs ซ้ำซ้อน &lt; 5%</li> <li>อัตราการสั่งใช้ยา NSAIDs ในผู้ป่วยไตวาย ระดับ 3B ขึ้นไป &lt; 5%</li> </ol> ระบบรายงานความเสี่ยง : รหัสความเสี่ยงตามระบบ NRLS <ol style="list-style-type: none"> <li>ไม่มี/ ไม่ปฏิบัติตาม Guideline เกี่ยวกับ Rational Drug Use : CPM401</li> <li>มีการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจส่วนบนและหลอดเลือดมอักเสบ เฉียบพลัน ในผู้ป่วยนอก : CPM402</li> <li>การใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน : CPM403</li> <li>การใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล (ยกเว้นยาปฏิชีวนะ) : CPM404</li> </ol>
<b>Pitfall</b>	(ระบุข้อผิดพลาดในการปฏิบัติโดยไม่มีเหตุจำเป็นที่อาจเกิดขึ้น) เกณฑ์การสั่งใช้ยาอาจไม่ครอบคลุมในผู้ป่วยที่มีอาการแสดงไม่ชัดเจน ทำให้แพทย์ต้องมีการสั่งใช้ยา Antibiotic กันไว้ก่อน
<b>Reference</b>	1. อนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล. 2558. คู่มือการดำเนินโครงการโรงพยาบาล ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational drug use : Hospital manual). พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตร. กรุงเทพฯ.

## Patient safety Goals

### 8. ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล : Safety from Rational Drug Use : RDU : M.4

2. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. 2561. บัญชีอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระบบ HRMS on cloud. เอกสารอัดสำเนา.
3. ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ. 2560. 2P safety Patient and personal safety. เอกสารประกอบการบรรยาย. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. สืบค้นจาก URL : [https://hacc.kku.ac.th/haccupload\\_news/pdf/titile/Tue24545uEpiMOP.pdf](https://hacc.kku.ac.th/haccupload_news/pdf/titile/Tue24545uEpiMOP.pdf)

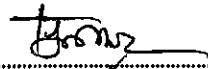
ลงชื่อ.....

( นายปิยวัตร ตุงคโสภณ )

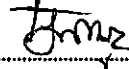
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธาตุ

20 พฤษภาคม 2561

<b>Patient safety Goals</b>	
<b>9. พัฒนาความปลอดภัยของระบบการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง</b> <b>Improve the safety from High Alert Drug : M1</b>	
<b>GOAL</b> เป้าหมาย	1. ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยจากการได้รับยาที่อาจก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรง
<b>WHY</b> ทำไมต้องพัฒนา	ยาบางรายการในโรงพยาบาลมีอันตราย / หรืออาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงหากมีการบริหารยาผิดหรือไม่เหมาะสม การกำหนดรายการยาและวางระบบป้องกันจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการได้รับยาที่มีอันตราย
<b>Process</b> แนวทางปฏิบัติ	<ol style="list-style-type: none"> <li>กำหนดรายการยาที่มีความเสี่ยงสูงในโรงพยาบาล</li> <li>จัดทำสัญลักษณ์ ป้ายเตือนให้รู้ว่าเป็นรายการยาที่มีความเสี่ยงสูง ให้ครอบคลุมกระบวนการสั่งใช้ยา, การจัดเก็บยา, การจัดจ่ายยา, การบริหารยา</li> <li>กำหนดแนวทางการติดตาม หลังการให้ยาให้เป็นไปตามมาตรฐานและเป็นแนวทางเดียวกัน</li> <li>กำหนดแนวทางการสื่อสารกับผู้ป่วย, ญาติผู้ป่วยในการร่วมมือติดตามหลังมีการให้ยาในกลุ่มยาที่มีความเสี่ยงสูง</li> </ol>
<b>Training</b> การอบรมสำคัญ	(ระบุนุกรมฝึกอบรมที่จำเป็นในเรื่องนี้) อบรมรายการยาเสี่ยงสูงของโรงพยาบาล และการติดตามหลังให้ยา
<b>Monitoring</b> การติดตาม	<p>ติดตามจากระบบรายงานตัวชีวิต ระบบรายงานความเสี่ยง ระบบรายงานตัวชีวิต</p> <p>(1) อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาในกลุ่มยาที่มีความเสี่ยงสูง ระดับ E-I ระบบรายงานความเสี่ยง : รหัสความเสี่ยงตามระบบ NRLS</p> <p>(1) ไม่มี/ ไม่ปฏิบัติตาม Guideline ของการใช้ High Alert Drug : CPM102</p> <p>(2) ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้จากการได้รับยาความเสี่ยงสูง : CPM103</p> <p>(3) Mis selection of a strong potassium containing solution*** : CPM104</p> <p>(4) ADE: Adverse Drug Events ในกลุ่มยาที่มีความเสี่ยงสูง ที่มีความรุนแรงระดับ E : CPM105</p>
<b>Pitfall</b>	(ระบุข้อผิดพลาดในการปฏิบัติโดยไม่มี ความเข้าใจที่อาจเกิดขึ้น) การไม่ติดตามหลังการให้ยาตามแนวทางจากภาระงานที่เพิ่มขึ้น
<b>Reference</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล. 2551. Patient Safety Goals : SIMPLE. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. สืบค้นจาก URL : <a href="https://www.ha.or.th/Backend/fileupload/Quality%20Tools/Attach/Patient%20Safety%20Goals%20%20SIMPLE%202008.pdf">https://www.ha.or.th/Backend/fileupload/Quality%20Tools/Attach/Patient%20Safety%20%20SIMPLE%202008.pdf</a></li> <li>คณะกรรมการเภสัชกรรมบำบัด โรงพยาบาลศิริราช. 2560. คู่มือการใช้ยาเสี่ยงสูง. พิมพ์ครั้งที่ 4. โรงพยาบาลศิริราช. สืบค้นจาก URL <a href="http://www1.si.mahidol.ac.th/km/sites/default/files/02_21_2103_HAD_15062560.pdf">http://www1.si.mahidol.ac.th/km/sites/default/files/02_21_2103_HAD_15062560.pdf</a></li> <li>สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. 2561. บัญชีอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระบบ HRMS on cloud. เอกสารอัดสำเนา.</li> <li>ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ. 2560. 2P safety Patient and personal safety. เอกสารประกอบการบรรยาย. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. สืบค้นจาก URL : <a href="https://hacc.kku.ac.th/haccupload_news/pdf/titue/Tue24545uFpiMOP.pdf">https://hacc.kku.ac.th/haccupload_news/pdf/titue/Tue24545uFpiMOP.pdf</a></li> </ol>

  
 ลงชื่อ.....  
 ( นายปิยวัตร ตุงคโสภาน )  
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธาดา  
 20 พฤษภาคม 2561

<b>Patient safety Goals</b>	
<b>9. พัฒนาความปลอดภัยของระบบการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง</b> <b>Improve the safety from High Alert Drug : M1</b>	
<b>GOAL</b> เป้าหมาย	1. ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยจากการได้รับยาที่อาจก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรง
<b>WHY</b> ทำไมต้องพัฒนา	ยาบางรายการในโรงพยาบาลมีอันตราย / หรืออาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงหากมีการบริหารยาผิดหรือไม่เหมาะสม การกำหนดรายการยาและวางระบบป้องกันจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการได้รับยาที่มีอันตราย
<b>Process</b> แนวทางปฏิบัติ	<ol style="list-style-type: none"> <li>กำหนดรายการยาที่มีความเสี่ยงสูงในโรงพยาบาล</li> <li>จัดทำสัญลักษณ์ ป้ายเตือนให้รู้ว่าเป็นรายการยาที่มีความเสี่ยงสูง ให้ครอบคลุมกระบวนการสั่งใช้ยา, การจัดเก็บยา, การจัดจ่ายยา, การบริหารยา</li> <li>กำหนดแนวทางการติดตาม หลังการให้ยาให้เป็นไปตามมาตรฐานและเป็นแนวทางเดียวกัน</li> <li>กำหนดแนวทางการสื่อสารกับผู้ป่วย, ญาติผู้ป่วยในการร่วมมือติดตามหลังมีการให้ยาในกลุ่มยาที่มีความเสี่ยงสูง</li> </ol>
<b>Training</b> การอบรมสำคัญ	(ระบุนการฝึกอบรมที่จำเป็นในเรื่องนี้) อบรมรายการยาเสี่ยงสูงของโรงพยาบาล และการติดตามหลังให้ยา
<b>Monitoring</b> การติดตาม	<p>ติดตามจากระบบรายงานตัวชีวิต ระบบรายงานความเสี่ยง ระบบรายงานตัวชีวิต</p> <p>(1) อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาในกลุ่มยาที่มีความเสี่ยงสูง ระดับ E-I ระบบรายงานความเสี่ยง : รหัสความเสี่ยงตามระบบ NRLS</p> <p>(1) ไม่มี/ ไม่ปฏิบัติตาม Guideline ของการใช้ High Alert Drug : CPM102</p> <p>(2) ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้จากการได้รับยาความเสี่ยงสูง : CPM103</p> <p>(3) Mis selection of a strong potassium containing solution*** : CPM104</p> <p>(4) ADE: Adverse Drug Events ในกลุ่มยาที่มีความเสี่ยงสูง ที่มีความรุนแรงระดับ E : CPM105</p>
<b>Pitfall</b>	(ระบุข้อผิดพลาดในการปฏิบัติโดยไม่มีเหตุที่อาจเกิดขึ้น) การไม่ติดตามหลังการให้ยาตามแนวทางจากภาระงานที่เพิ่มขึ้น
<b>Reference</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล. 2551. Patient Safety Goals : SIMPLE. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. สืบค้นจาก URL : <a href="https://www.ha.or.th/Backend/fileupload/Quality%20Tools/Attach/Patient%20Safety%20Goals%20SIMPLE%202008.pdf">https://www.ha.or.th/Backend/fileupload/Quality%20Tools/Attach/Patient%20Safety%20Goals%20SIMPLE%202008.pdf</a></li> <li>คณะกรรมการเภสัชกรรมบำบัด โรงพยาบาลศิริราช. 2560. คู่มือการใช้ยาเสี่ยงสูง. พิมพ์ครั้งที่ 4. โรงพยาบาลศิริราช. สืบค้นจาก URL <a href="http://www1.si.mahidol.ac.th/km/sites/default/files/02_21_2103_HAD_15062560.pdf">http://www1.si.mahidol.ac.th/km/sites/default/files/02_21_2103_HAD_15062560.pdf</a></li> <li>สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. 2561. บัญชีอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระบบ HRMS on cloud. เอกสารอัดสำเนา.</li> <li>ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ. 2560. 2P safety Patient and personal safety. เอกสารประกอบการบรรยาย. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. สืบค้นจาก URL : <a href="https://hacc.kku.ac.th/haccupload_news/pdf/titue/Tue24545uEpiMOP.pdf">https://hacc.kku.ac.th/haccupload_news/pdf/titue/Tue24545uEpiMOP.pdf</a></li> </ol>

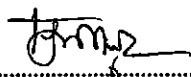
  
 ลงชื่อ.....  
 ( นายปิยวัตร ตุงคโสภณ )  
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช  
 20 พฤษภาคม 2561

## Patient safety Goals

### 10. พัฒนาการให้เลือดปลอดภัย : Improving safety from Blood and component. : M5

<b>GOAL</b> เป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด</li> <li>2. มีระบบที่ปลอดภัยในการเตรียมและเลือดและส่วนประกอบของเลือด</li> </ol>
<b>WHY</b> ทำไมต้องพัฒนา	การให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด หากไม่ได้รับการตรวจสอบ การเตรียม การดูแล และการเฝ้าระวังอย่างมีประสิทธิภาพอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายจากการรับเลือดและส่วนประกอบของเลือด
<b>Process</b> แนวทางปฏิบัติ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ปฏิบัติตามนโยบายการรับบริการโลหิตระดับชาติ : National blood Policy</li> <li>2. รับโลหิตเฉพาะจากผู้บริจาคที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อต่ำ ( รพ.ศรีราชูรับจากสภากาชาด)</li> <li>3. ตัวอย่างโลหิตทุกยูนิตจะต้องได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามมาตรฐานตามนโยบายระดับชาติเพื่อหาร่องรอยการติดเชื้อ ได้แก่ ซิฟิลิส ไวรัสตับอักเสบบี (HbsAg.) ไวรัสตับอักเสบซี (anti - HCV) ไวรัสเอดส์ (Anti - HIV1/2 และ HIV antigen ) อย่างน้อยด้วยวิธี EIA (สำหรับการตรวจหาเชื้อ HIV ถ้าใช้วิธี NAT ไม่จำเป็นต้องตรวจ HIV antigen) , ได้รับการทดสอบหมู่โลหิตและตรวจหา แอนติบอดี ต่อเม็ดเลือดแดงที่ผิดปกติก่อนที่จะนำเลือดไปให้แก่ผู้ป่วยเพื่อ ป้องกัน Serious hemolytic transfusion reactions.</li> <li>4. แยกโลหิตออกเป็นส่วนประกอบต่าง ๆ เตรียม ส่วนประกอบของโลหิต โดยเทคนิค เครื่องมือ และน้ำยาที่ปราศจากเชื้อ ในการแยกส่วนของโลหิต ด้วยวิธีที่มีคุณภาพและปลอดภัย เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับประโยชน์สูงสุดจากการรับบริการโลหิต (รพ.ศรีราชู รับจากสภากาชาด)</li> <li>5. ให้เลือดอย่างปลอดภัยโดย             <ol style="list-style-type: none"> <li>5.1 นักเทคนิคการแพทย์ Cross match โดยการ Identify และ Independence cross check ระหว่าง นักเทคนิคการแพทย์และพยาบาลวิชาชีพเจ้าของไข้เพื่อป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการทำ Cross match ผิดคน</li> <li>5.2 ผู้ช่วยเหลือคนไข้ไปรับเลือดที่ห้องปฏิบัติการการแพทย์ โดยตรวจสอบ ชื่อ-สกุล , AN, HN , หอผู้ป่วย , กรุ๊ปเลือด หมายเลขเลือด วันหมดอายุ ให้ถูกต้อง โดยตรวจสอบร่วมกันกับนักเทคนิคการแพทย์</li> <li>5.3 พยาบาลรับเลือด โดยการตรวจสอบความถูกต้อง รายละเอียด ชื่อ-สกุล, AN, HN,หอผู้ป่วย , กรุ๊ปเลือด หมายเลขเลือด วันหมดอายุ ตรวจสอบสภาพเลือดดูถุงเลือดว่ามีฟองแก๊ส อยู่ในสภาพที่สมบูรณ์ หากพบความผิดปกติ จะโทรปรึกษาและส่งเลือดคืนให้นักเทคนิคการแพทย์ตรวจสอบซ้ำอีกครั้ง</li> <li>5.4 พยาบาลนอกจากตรวจสอบตามข้อ 5.3 แล้ว ตรวจสอบแผนการรักษา Blood number ของ Donor และ Recipient ให้ตรงกันทั้งใบแจ้งที่คล้องมากับถุงเลือด ใบขอเลือด และป้ายถุง</li> <li>5.5 สอบถามประวัติการได้รับเลือดและแพ้เลือดกับผู้ป่วยอีกครั้ง อธิบายและให้ข้อมูลกับผู้ป่วย และญาติเกี่ยวกับขั้นตอนการให้เลือด อาการผิดปกติที่ต้องสังเกตและรายงานแพทย์</li> <li>5.6 ตรวจสอบประเมินสัญญาณชีพ และตรวจสอบผิวหนัง ผื่นต่าง ๆ ฟังเสียงปอดเพื่อประเมิน ก่อนการให้เลือด</li> <li>5.7 เตรียมและให้เลือดตามแผนการรักษา ตรวจสอบขณะเตรียม และขณะให้เลือดโดยพยาบาล โดยวิธีการ Independence check และให้เลือดโดย Aseptic technique</li> <li>5.8 เฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน ตามแนวทาง และเตรียมพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉินหากมีอาการผิดปกติรายงานแพทย์ และพยาบาลแก้ไขอาการเบื้องต้นตามแนวทาง</li> </ol> </li> </ol>
<b>Training</b> การอบรมสำคัญ	(ระบุนการฝึกอบรมที่จำเป็นในเรื่องนี้) มาตรฐานการบริการโลหิตปลอดภัย

<b>Patient safety Goals</b>	
<b>10. พัฒนาการให้เลือดปลอดภัย : Improving safety from Blood and component. : M5</b>	
<b>Monitoring การติดตาม</b>	<p>ติดตามจากระบบรายงานตัวชี้วัดประจำหน่วยงาน ER-IPD-LR ระบบรายงานความเสี่ยงระบบรายงานตัวชี้วัด</p> <p>(1) อัตราการใช้โลหิตต่อการใช้โลหิตจริง</p> <p>ระบบรายงานความเสี่ยง : รหัสความเสี่ยงตามระบบ NRLS</p> <p>(1) อุบัติการณ์การให้เลือดผิดหมู่ (ผิดคน) : CPM501</p> <p>(2) อุบัติการณ์การเกิดการแพ้เลือดซ้ำ</p>
<b>Pitfall</b>	(ระบุข้อผิดพลาดในการปฏิบัติโดยไม่มี ความเข้าใจที่อาจเกิดขึ้น)
<b>Reference</b>	<p>5. ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติสภากาชาดไทย. 2558. มาตรฐานธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต. ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 4. ห้างหุ้นส่วนจำกัดอุดมศึกษา. กรุงเทพมหานคร.</p> <p>6. อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล. 2551. Patient Safety Goals : SIMPLE. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. สืบค้นจาก URL : <a href="https://www.ha.or.th/Backend/fileupload/Quality%20Tools/Attach/Patient%20Safety%20Goals%20%20SIMPLE%202008.pdf">https://www.ha.or.th/Backend/fileupload/Quality%20Tools/Attach/Patient%20Safety%20Goals%20%20SIMPLE%202008.pdf</a></p> <p>7. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. 2561. บัญชีอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระบบ HRMS on cloud. เอกสารอัดสำเนา.</p> <p>8. ปิยวรรณ ลิ่มปัญญาเลิศ. 2560. 2P safety Patient and personal safety. เอกสารประกอบการบรรยาย. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. สืบค้นจาก URL : <a href="https://hacc.kku.ac.th/haccupload_news/pdf/titile/Tue24545uFpjMOP.pdf">https://hacc.kku.ac.th/haccupload_news/pdf/titile/Tue24545uFpjMOP.pdf</a></p>

  
 ลงชื่อ.....  
 (นายปิยวัตร ตุงคโสภ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธาด  
 20 พฤษภาคม 2561

## Patient safety Goals

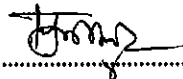
### 11. พัฒนาการสื่อสารการรายงานผลการตรวจทดสอบที่มีค่าวิกฤติ :

Improving the ability to communicate critical test results : P2.3

<p><b>GOAL</b> เป้าหมาย</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. แพทย์เจ้าของไข้ หรือแพทย์ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย ได้รับการรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีค่าวิกฤติ (Critical test Result) ที่ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย อย่างรวดเร็วและถูกต้อง</li> <li>2. ผู้ป่วยที่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีค่าวิกฤติ ได้รับการรักษาหรือแก้ไข ได้รับความปลอดภัยจากกระบวนการดูแล</li> </ol>
<p><b>WHY</b> ทำไมต้องพัฒนา</p>	<p>ผลการทดสอบทางห้องปฏิบัติการที่มีค่าผลการตรวจทดสอบที่อาจส่งผลอันตรายถึงชีวิตหากไม่ได้รับการรายงานในเวลาที่เหมาะสมและผลที่ถูกต้อง ต่อแพทย์ที่เป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง เพื่อให้สามารถแก้ไขผู้ป่วยให้พ้นจากภาวะอันตรายคุกคามต่อชีวิต</p>
<p><b>Process</b> แนวทางปฏิบัติ</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ใช้วิธีการที่เป็นมาตรฐานเพื่อสื่อสารผลการตรวจทดสอบที่มีค่าวิกฤติ             <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 กำหนดและจัดทำบัญชีรายการตรวจทดสอบที่มีความสำคัญและจำเป็นที่จะต้องรายงาน พร้อมทั้งกำหนดว่าการตรวจทดสอบและระดับค่าวิกฤติที่จะต้องมีการรายงานโดยทันที และเป็นที่เชื่อถือได้</li> <li>1.2 ระบุเวลาที่จะต้องรายงานผลการตรวจทดสอบที่มีค่าวิกฤติแก่แพทย์ผู้ส่งตรวจอย่างเหมาะสมกับความเร่งด่วนที่จะต้องแก้ปัญหาผู้ป่วย ข้อบ่งชี้ที่จะต้องรายงาน, วิธีการติดตาม , แนวทางปฏิบัติหากไม่สามารถต่อแพทย์ผู้ที่จะดูแลแทนได้</li> <li>1.3 ระบุให้พยาบาลมีหน้าที่รับผิดชอบในการส่งมอบและรับผลการตรวจทดสอบที่มีค่าวิกฤติ และให้รายงานผลตรงต่อแพทย์ ผู้ส่งตรวจ และแพทย์ที่สามารถแก้ไขปัญหาผู้ป่วยได้ทันที (แพทย์เจ้าของไข้, แพทย์เวรตามที่กำหนด)</li> <li>1.4 กำหนดวิธีการรายงานแพทย์ผู้ส่งตรวจ หรือแพทย์ผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย โดยใช้เทคนิคการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และเหมาะสมที่สุดสำหรับแต่ละสถานการณ์ เพื่อสร้างความมั่นใจว่าจะรับรู้ผลและสามารถลงมือแก้ปัญหาให้ผู้ป่วยได้ทันที</li> <li>1.5 กำหนดนโยบายการสื่อสารร่วมให้เป็นไปในทางเดียวกันสำหรับผลการตรวจทดสอบ ประกอบการวินิจฉัยโรคทุกประเภท</li> </ol> </li> <li>2. ออกแบบระบบที่มีความน่าเชื่อถือไว้ใจได้             <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 กำหนดให้มีการระบุตัวแพทย์ผู้ส่ง และวิธีการติดต่อกลับในขณะที่แพทย์สั่งการตรวจทดสอบ</li> <li>2.2 ออกแบบระบบให้มั่นใจว่าคำสั่งตรวจทดสอบมีข้อมูลทางคลินิกเพียงพอที่จะแปรผลการตรวจทดสอบ</li> <li>2.3 กำหนดระบบติดตามเพื่อให้เกิดการรายงานผลในเวลาที่เหมาะสมและน่าเชื่อถือ</li> <li>2.4 กำหนดวิธีติดตามเพื่อรับรู้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขปัญหาในเวลาที่เหมาะสม</li> </ol> </li> <li>3. ระบบสนับสนุนและบำรุงรักษา             <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1 กำหนดระบบปฐมนิเทศ และระบบการให้ความรู้ต่อเนื่องเกี่ยวกับวิธีการสื่อสารผลการตรวจทดสอบที่มีค่าวิกฤติ</li> <li>3.2 กำหนดวิธีการติดตามประสิทธิภาพของระบบที่เกี่ยวข้องและทบทวนปรับปรุงให้มีความเหมาะสมอย่างต่อเนื่อง</li> </ol> </li> </ol> <p>หมายเหตุ : นโยบายความปลอดภัยข้อนี้เป็นกระบวนการปฏิบัติตามมาตรฐาน ตอนที่ 2 ข้อที่ 7.2 “มีการรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ที่ถูกต้องแก่ผู้ใช้ในเวลาที่เหมาะสม โดยคำนึงถึง การรักษาความลับ ระดับความผิดปกติของผลการตรวจทดสอบที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยและการสืบค้นข้อมูล”</p>



<b>Patient safety Goals</b>	
<b>11. พัฒนาการสื่อสารการรายงานผลการตรวจทดสอบที่มีค่าวิกฤติ :</b> <b>Improving the ability to communicate critical test results : P2.3</b>	
<b>Training</b> การอบรมสำคัญ	(ระบุมการฝึกอบรมที่จำเป็นในเรื่องนี้) แนวทางการสื่อสารรายงานผลการตรวจทดสอบที่มีค่าวิกฤติ โรงพยาบาลศรีธาด
<b>Monitoring</b> การติดตาม	ติดตามจากระบบรายงานตัวชีวิตประจำหน่วยงาน ระบบรายงานความเสี่ยง ระบบรายงานตัวชีวิต (1) อัตราความล้มเหลวในการรายงานผลการตรวจทดสอบที่มีค่าวิกฤติ ระบบรายงานความเสี่ยง : รหัสความเสี่ยงตามระบบ NRLS (1) ไม่รายงาน Critical Test Results หรือรายงานล่าช้า : CPP205
<b>Pitfall</b>	(ระบุข้อผิดพลาดในการปฏิบัติโดยไม่มี ความเข้าใจที่อาจเกิดขึ้น) ความล้มเหลวในการรายงานค่าวิกฤติในเวลาที่เหมาะสม
<b>Reference</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล. 2551. Patient Safety Goals : SIMPLE. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. สืบค้นจาก URL : <a href="https://www.ha.or.th/Backend/fileupload/Quality%20Tools/Attach/Patient%20Safety%20Goals%20%20SIMPLE%202008.pdf">https://www.ha.or.th/Backend/fileupload/Quality%20Tools/Attach/Patient%20Safety%20Goals%20%20SIMPLE%202008.pdf</a></li> <li>2. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. 2561. บัญชีปฏิบัติการความเสี่ยงในระบบ HRMS on cloud. เอกสารอัดสำเนา.</li> <li>3. ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ. 2560. 2P safety Patient and personal safety. เอกสารประกอบการบรรยาย. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. สืบค้นจาก URL : <a href="https://hacc.kku.ac.th/haccupload_news/pdf/titile/Tue24545uEpiMOP.pdf">https://hacc.kku.ac.th/haccupload_news/pdf/titile/Tue24545uEpiMOP.pdf</a></li> </ol>

ลงชื่อ.....  
  
 (นายปิยวัตร ตุงคโสภาน)  
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธาด  
 20 พฤษภาคม 2561

## Patient safety Goals

### 12. พัฒนาการดูแลและการจัดการความเจ็บปวด : Pain management : P5

<b>GOAL</b> เป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ป่วยได้รับการจัดการอาการรบกวน ตามระดับความปวด</li> <li>2. ผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้ Opioids</li> </ol>
<b>WHY</b> ทำไมต้องพัฒนา	กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีอาการปวด เป็นอาการรบกวนหลัก จำเป็นต้องบรรเทาความเจ็บปวดซึ่งมีตลอดเวลา ยาสำหรับบรรเทาความปวดเป็นยาประเภทควบคุมพิเศษมีฤทธิ์ในการเป็นสารเสพติด จึงจำเป็นต้องมีการกำหนดแนวทางการวัดระดับความเจ็บปวดและการจัดการให้ยาาระงับปวดอย่างชัดเจน
<b>Process</b> แนวทางปฏิบัติ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. กำหนดกลุ่มผู้ป่วยเป้าหมายที่จำเป็นต้องได้รับการบรรเทาความปวด</li> <li>2. กำหนดแนวทางการประเมินความรุนแรงของระดับความเจ็บปวด</li> <li>3. จัดทำแนวทางปฏิบัติในการให้ยาแก้ปวดในแต่ละระดับความรุนแรง</li> <li>4. จัดทำแนวทางการบริหารยา การเข้าถึง การสั่งใช้ การขออนุญาตใช้ยาเสพติด และการบริหารยารายบุคคล</li> <li>5. พัฒนาความรู้เรื่องการบริหารยาแก้ปวดในผู้ป่วยระยะสุดท้าย</li> <li>6. กำกับติดตามและประเมินผลระบบ</li> </ol>
<b>Training</b> การอบรมสำคัญ	<p>(ระบุนการฝึกอบรมที่จำเป็นในเรื่องนี้)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การบริหารจัดการความเจ็บปวด</li> <li>2. การบริหารยาในผู้ป่วยระยะสุดท้าย</li> </ol>
<b>Monitoring</b> การติดตาม	<p>ติดตามจากระบบรายงานตัวชีวิตประจำหน่วยงาน ระบบรายงานความเสี่ยง ระบบรายงานตัวชีวิต</p> <p>(1) ร้อยละของผู้ป่วยที่มีระดับความเจ็บปวดลดลงภายใน 1 ชั่วโมงหลังจากได้รับยา</p> <p>ระบบรายงานความเสี่ยง : รหัสความเสี่ยงตามระบบ NRLS</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) ผู้ป่วยไม่ได้รับ หรือได้รับการบรรเทาอาการปวดไม่เหมาะสมกับสภาพอาการ : CPP501</li> <li>(2) ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการจัดการความปวด : CPP502</li> <li>(3) ผู้ป่วย Acute Pain ไม่ได้รับ หรือได้รับการบรรเทาอาการปวดไม่เหมาะสม : CPP503</li> <li>(4) Chronic Non-Cancer Patients ได้รับการสั่งใช้ Opioids ไม่เหมาะสม : CPP504</li> <li>(5) Management for Cancer Pain and Palliative Care ไม่เหมาะสม : CPP506</li> </ol>
<b>Pitfall</b>	<p>(ระบุข้อผิดพลาดในการปฏิบัติโดยไม่มีเหตุอันควรที่อาจเกิดขึ้น)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยถอด subcutaneous เองจากความไม่เข้าใจ</li> </ul>
<b>Reference</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2559 . การให้ยามอร์ฟินสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย. สืบค้นจาก URL <a href="https://www.nhso.go.th/downloadfile/fund/1.%20%E0%B9%81%E0%B8%99%E0%B8%A7%E0%B8%97%E0%B8%B2%E0%B8%87%E0%B8%9A%E0%B8%A3%E0%B8%B4%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%88%E0%B8%B1%E0%B8%94%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3Palliative%20care.pdf">https://www.nhso.go.th/downloadfile/fund/1.%20%E0%B9%81%E0%B8%99%E0%B8%A7%E0%B8%97%E0%B8%B2%E0%B8%87%E0%B8%9A%E0%B8%A3%E0%B8%B4%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%88%E0%B8%B1%E0%B8%94%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3Palliative%20care.pdf</a></li> <li>2. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. 2560. Drug Administration in palliative care. สืบค้นจาก URL <a href="http://www.thaps.or.th/wp-content/uploads/2016/11/15-Drug-uses-in-palliative-care.pdf">http://www.thaps.or.th/wp-content/uploads/2016/11/15-Drug-uses-in-palliative-care.pdf</a></li> <li>3. อนุวัฒน์ ศุภชิตกุล. 2551. Patient Safety Goals : SIMPLE. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. สืบค้นจาก URL : <a href="https://www.ha.or.th/Backend/fileupload/Quality%20Tools/Attach/Patient%20Safe">https://www.ha.or.th/Backend/fileupload/Quality%20Tools/Attach/Patient%20Safe</a></li> </ol>

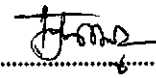
## Patient safety Goals

### 12. พัฒนาการดูแลและการจัดการความเจ็บปวด : Pain management : P5

[ty%20Goals%20%20SIMPLE%202008.pdf](#)

4. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. 2561. บัญชีปฏิบัติการความเสี่ยงในระบบ HRMS on cloud. เอกสารอัดสำเนา.
5. ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ. 2560. 2P safety Patient and personal safety. เอกสารประกอบการบรรยาย. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. สืบค้นจาก URL : [https://hacc.kku.ac.th/haccupload\\_news/pdf/titile/Tue24545uFpjMOP.pdf](https://hacc.kku.ac.th/haccupload_news/pdf/titile/Tue24545uFpjMOP.pdf)

ลงชื่อ.....



( นายปิยวัตร ตุงคโสภ )

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธาตุ

20 พฤษภาคม 2561

<b>Patient safety Goals</b>	
<b>13. พัฒนาเพื่อป้องกันการติดเชื้อเน้น Hand Hygiene : 11</b>	
<b>GOAL</b> เป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> <li>ลดอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลจากมือของบุคลากร</li> <li>บุคลากรให้ความสำคัญกับการล้างมือที่ถูกต้อง ในกิจกรรมสำคัญ (5 Moment)</li> </ol>
<b>WHY</b> ทำไมต้องพัฒนา	การแพร่กระจายในโรงพยาบาลจากผู้ป่วยคนหนึ่งสู่ผู้ป่วยอื่น ๆ หรือแม้กระทั่งตัวเจ้าหน้าที่เอง มีปัจจัยสำคัญคือการแพร่กระจายเชื้อผ่านมือของบุคลากร โดยเฉพาะการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่สำคัญ (5 Moment) ตามที่ WHO ให้ความสำคัญ ดังนั้นการที่บุคลากรล้างมือได้ถูกต้องเหมาะสม เป็นการช่วยลดการแพร่การกระจายเชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพ
<b>Process</b> แนวทางปฏิบัติ	<ol style="list-style-type: none"> <li>ส่งเสริม สื่อสารและให้ความสำคัญกับการล้างมือในกิจกรรมตาม WHO แนะนำ 5 Moment</li> <li>จัดให้มี Alcohol-base hand rub ที่เข้าถึงได้ง่าย ณ จุดบริการผู้ป่วย</li> <li>จัดให้มีน้ำสะอาดและสิ่งอำนวยความสะดวกที่จำเป็นสำหรับการล้างมือซึ่งเข้าถึงได้ง่าย</li> <li>ให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงานที่ถูกต้อง</li> <li>แสดงสื่อเตือนใจในที่ทำงานเพื่อกระตุ้นให้มีการล้างมือ</li> <li>สังเกตติดตามและวัดระดับการปฏิบัติ และให้ข้อมูลป้อนกลับแก่ผู้ปฏิบัติงาน</li> <li>กำหนดหัตถการสำคัญในแต่ละ หน่วยงานที่จะกำกับติดตาม</li> </ol> <p>หมายเหตุ : เป็นการปฏิบัติตามมาตรฐานตอนที่ 2 หมวดที่ 4 : 4.2 การป้องกันการติดเชื้อ “การส่งเสริมการล้างมือและสุขอนามัยส่วนบุคคล”</p>
<b>Training</b> การอบรมสำคัญ	(ระบุนการฝึกอบรมที่จำเป็นในเรื่องนี้) การล้างมือ My 5 Moment
<b>Monitoring</b> การติดตาม	<p>ติดตามจากระบบรายงานตัวชี้วัดประจำหน่วยงาน ระบบรายงานความเสี่ยง ระบบรายงานตัวชี้วัด</p> <p>(1) อัตราการล้างมือถูกต้องในหัตถการสำคัญ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80</p> <p>ระบบรายงานความเสี่ยง : รหัสความเสี่ยงตามระบบ NRLS</p> <p>(1) อุบัติการณ์ไม่ล้างมือ/ ล้างไม่เหมาะสมก่อนทำกิจกรรมกับผู้ป่วย : CPI101</p>
<b>Pitfall</b>	(ระบุข้อผิดพลาดในการปฏิบัติโดยไม่มีสาเหตุที่อาจเกิดขึ้น) <ul style="list-style-type: none"> <li>ละเลยการล้างมือในหัตถการสำคัญ และการล้างมือในกิจกรรม 5 Moment</li> </ul>
<b>Reference</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>สถาบันบำราศนราดูร. 2551. แนวปฏิบัติการทำความสะอาดมือสำหรับบุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาล. โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี.</li> <li>กองสุขศึกษา. 2552. การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาพฤติกรรมการทำ ความสะอาดมือของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาล. ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร.</li> <li>อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล. 2551. Patient Safety Goals : SIMPLE. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. สืบค้นจาก URL : <a href="https://www.ha.or.th/Backend/fileupload/Quality%20Tools/Attach/Patient%20Safety%20Goals%20%20SIMPLE%202008.pdf">https://www.ha.or.th/Backend/fileupload/Quality%20Tools/Attach/Patient%20Safety%20Goals%20%20SIMPLE%202008.pdf</a></li> <li>สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. 2561. บัญชีอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระบบ HRMS on cloud. เอกสารอัดสำเนา.</li> <li>ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ. 2560. 2P safety Patient and personal safety. เอกสาร</li> </ol>

## Patient safety Goals

### 13. พัฒนาเพื่อป้องกันการติดเชื้อเน้น Hand Hygiene : l1

ประกอบการบรรยาย. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. สืบค้นจาก URL :  
[https://hacc.kku.ac.th/haccupload\\_news/pdf/titile/Tue24545uEpiMOP.pdf](https://hacc.kku.ac.th/haccupload_news/pdf/titile/Tue24545uEpiMOP.pdf)

ลงชื่อ.....

( นายปิยวัตร ตุงคโสภา )

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธาดู

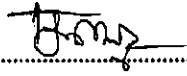
20 พฤษภาคม 2561

<b>Patient safety Goals</b>	
<b>14. พัฒนาการบ่งชี้ผู้ป่วย Improve the accuracy of patient identification : P1</b>	
<b>GOAL</b> เป้าหมาย	1. ป้องกันอันตรายจากการดูแลรักษา และทำหัตถการจากการบ่งชี้ผู้ป่วยผิดพลาด
<b>WHY</b> ทำไมต้องพัฒนา	การให้บริการทางการแพทย์ เช่น การตรวจทางห้องปฏิบัติ การสั่งการรักษาโดยการให้ยาทุกรูปแบบ รวมทั้งการทำหัตถการ หากเกิดความผิดพลาดในการระบุหรือบ่งชี้ผู้ป่วยอาจทำให้เกิดอันตรายร้ายแรง ตั้งแต่ระดับเล็กน้อย จนกระทั่งส่งผลถึงอันตรายต่อชีวิตหรือพิการได้
<b>Process</b> แนวทางปฏิบัติ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เน้นความรับผิดชอบของผู้ให้บริการในการตรวจสอบ Identify ของผู้ป่วยว่าถูกต้องตรงกับบุคคลที่จะให้การดูแลตามแผน เช่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติ หัตถการก่อนให้การดูแล</li> <li>2. ส่งเสริมให้มีการใช้ตัวบ่งชี้อย่างน้อย 2 ตัว เช่น ชื่อ-สกุล และ ที่อยู่ เพื่อยืนยันตัวบุคคลเมื่อแรกรับ หรือเมื่อส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่น และก่อนให้การดูแล</li> <li>3. กำหนดให้วิธีการบ่งชี้ผู้ป่วยเป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งองค์กร</li> <li>4. จัดให้มีวิธีปฏิบัติที่ชัดเจนในการบ่งชี้ผู้ป่วยซึ่งไม่มีตัวบ่งชี้ และเพื่อแยกแยะผู้ป่วยที่มีชื่อซ้ำกัน รวมทั้งแนวทางการบ่งชี้ผู้ป่วยที่ไม่รู้สีกตัว หรือสับสนที่ไม่ใช้การซักถาม</li> <li>5. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในทุกขั้นของกระบวนการบ่งชี้ผู้ป่วย</li> <li>6. ส่งเสริมให้มีการเขียนฉลากที่เกาะสำหรับใส่เลือดและสิ่งส่งตรวจอื่น ๆ ต่อหน้าผู้ป่วย</li> <li>7. จัดให้มีวิธีปฏิบัติที่ชัดเจนในการรักษา Identify สิ่งส่งตรวจของผู้ป่วยตลอดกระบวนการตรวจวิเคราะห์ตั้งแต่ Pre-analytical, analytical และ Post-analytical process</li> <li>8. จัดให้มีวิธีปฏิบัติที่ชัดเจนในการสอบถามเมื่อผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือการตรวจอื่น ๆ ไม่สอดคล้องกับประวัติหรือสถานะทางคลินิกของผู้ป่วย</li> <li>9. จัดให้มีการตรวจสอบซ้ำและทบทวนเพื่อป้องกันการบันทึกข้อมูลซ้ำอัตโนมัติโดยเครื่องคอมพิวเตอร์</li> </ol>
<b>Training</b> การอบรมสำคัญ	(ระบุนการฝึกอบรมที่จำเป็นในเรื่องนี้) วิธีการปฏิบัติในการบ่งชี้ผู้ป่วย (วิธีต่าง ๆ) และสื่อสารทบทวนแนวทางปฏิบัติในการบ่งชี้ผู้ป่วยของโรงพยาบาล
<b>Monitoring</b> การติดตาม	ติดตามจากระบบรายงานตัวชีวิตประจำหน่วยงาน ER-IPD-LR ระบบรายงานความเสี่ยงระบบรายงานตัวชีวิต : - ระบบรายงานความเสี่ยง : รหัสความเสี่ยงตามระบบ NRLS (1) อุบัติการณ์ การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด : CPP101
<b>Pitfall</b>	(ระบุข้อผิดพลาดในการปฏิบัติโดยไม่มีเหตุที่อาจเกิดขึ้น) การตรวจสอบตัวบ่งชี้ไม่ครบ 2 ตัว การตรวจสอบไม่ใช่ตัวบ่งชี้ตามที่ระบบกำหนดไว้
<b>Reference</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล. 2551. Patient Safety Goals : SIMPLE. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. สืบค้นจาก URL : <a href="https://www.ha.or.th/Backend/fileupload/Quality%20Tools/Attach/Patient%20Safety%20Goals%20%20SIMPLE%202008.pdf">https://www.ha.or.th/Backend/fileupload/Quality%20Tools/Attach/Patient%20Safety%20Goals%20%20SIMPLE%202008.pdf</a></li> <li>2. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. 2561. บัญชีอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระบบ HRMS on cloud. เอกสารอัดสำเนา.</li> <li>3. ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ. 2560. 2P safety Patient and personal safety. เอกสารประกอบการบรรยาย. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. สืบค้นจาก URL :</li> </ol>

## Patient safety Goals

14. พัฒนาการบ่งชี้ผู้ป่วย Improve the accuracy of patient identification : P1

[https://hacc.kku.ac.th/haccupload\\_news/pdf/titile/Tue24545uFpjMOP.pdf](https://hacc.kku.ac.th/haccupload_news/pdf/titile/Tue24545uFpjMOP.pdf)

ลงชื่อ.....

( นายปิยวัตร ตุงคโสภณ )  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธาดู  
20 พฤษภาคม 2561

## Personal Safety Goals

### 1. พัฒนาความปลอดภัยของบุคลากรในกระบวนการส่งต่อโดยรถพยาบาล : Ambulance and Referral Safety (L1.1)

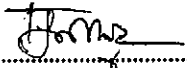
<b>GOAL</b> เป้าหมาย	เพื่อให้บุคลากรได้รับความปลอดภัยในขณะส่งต่อโดยรถพยาบาล
<b>WHY</b> ความสำคัญ	ในการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานบริการ มีความเร่งรีบในการเพื่อส่งต่อให้ถึงที่หมายเร็วสุด มีโอกาสเกิดอันตรายจากอุบัติเหตุเนื่องจากความ เร่งรีบ ความไม่พร้อมของบุคลากรหรือรถพยาบาล หรือจากสาเหตุอื่น ๆ ที่สามารถจัดการได้
<b>Process</b> แนวทางปฏิบัติ	(ระบุแนวปฏิบัติพร้อมระดับความสำคัญ โดยจัดกลุ่มอย่างเหมาะสมให้ ง่ายต่อการจดจำแจกแจงข้อย่อย เป็นข้อๆ เพื่อใช้ในการนำไปติดตามแต่ละ ประเด็นหรือประเมินตนเอง) <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การจัดระบบการตามพนักงานขับรถส่งต่อผู้ป่วย จำกัดไม่เกิน 2 รอบติดต่อกัน และมีการจัดเสริมระหว่างรอบการส่งต่อที่ชัดเจน เพื่อไม่ให้ล้าเกินไป</li> <li>2. ติดกล้องหน้ารถ และกล้องสัญญาณตรวจจับความเร็ว มีการกำกับกรณีที่ขับเร็วเกิน 90 กิโลเมตรต่อชั่วโมง</li> <li>3. กำหนดการตรวจสอบสภาพรถพยาบาลให้พร้อมสำหรับการส่งต่อ</li> <li>4. อบรมกฎหมายการขับขี่รถพยาบาลปลอดภัย</li> </ol>
<b>Training</b> การ อบรมสำคัญ	(ระบุการฝึกอบรมที่จำเป็นในเรื่องนี้) การอบรมการขับขี่รถพยาบาลปลอดภัย “สุภาพบุรุษนักขับรถพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี”
<b>Monitoring</b> การติดตาม	ติดตามจากระบบรายงานตัวชี้วัดประจำหน่วยงาน ระบบรายงานตัวชี้วัด <ol style="list-style-type: none"> <li>1. อุบัติการณ์บุคลากรเสียชีวิตหรือบาดเจ็บจากการปฏิบัติหน้าที่ระหว่างการส่งต่อผู้ป่วยด้วยรถพยาบาล</li> </ol> <b>ระบบรายงานความเสี่ยง : รหัสความเสี่ยงตามระบบ NRLS</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. อุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุในรถ Refer</li> <li>3. อุบัติการณ์ ขับรถพยาบาลเกินความเร็ว</li> <li>4. อุปกรณ์บนรถพยาบาลไม่พร้อมใช้ ไม่เหมาะสมและไม่ปลอดภัยสำหรับการส่งต่อผู้ป่วย</li> <li>5. บุคลากรที่เกิดอุบัติเหตุจากการคมนาคมหรือการเดินทางโดยระบบขนส่ง สาธารณะระหว่างการปฏิบัติงาน</li> <li>6. บุคลากรเสียชีวิตหรือบาดเจ็บจากการปฏิบัติหน้าที่ระหว่างการส่งต่อผู้ป่วยด้วย รถพยาบาล</li> <li>7. เกิดอุบัติเหตุของรถพยาบาลระหว่างปฏิบัติหน้าที่</li> <li>8. พนักงานขับรถมีสภาพไม่พร้อมสมบูรณ์สำหรับการขับรถพยาบาล เช่น พักผ่อน น้อย อายุมาก ดื่มสุรา</li> <li>9. พนักงานขับรถไม่ปฏิบัติตามแนวทางความปลอดภัยของรถบริการการแพทย์ ถูกเฝ้า และรถพยาบาล เช่น ขับรถเร็วเกินกว่ากำหนด</li> </ol>
<b>Pitfall</b>	(ระบุข้อผิดพลาดในการปฏิบัติโดยไม่มีผลที่อาจเกิดขึ้น) <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การปฏิบัติขับรถเกิน กฎหมายกำหนด</li> <li>2. การจัดอุปกรณ์ในรถไม่พร้อม</li> </ol>



## Personal Safety Goals

1. พัฒนาความปลอดภัยของบุคลากรในกระบวนการส่งต่อโดยรถพยาบาล :  
Ambulance and Referral Safety (L1.1)

Reference	<ol style="list-style-type: none"><li>1. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. 2561. บัญชีอุบัติเหตุการณ์ความเสี่ยงในระบบ HRMS on cloud. เอกสารอัดสำเนา.</li><li>2. ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ. 2560. 2P safety Patient and personal safety. เอกสารประกอบการบรรยาย. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. สืบค้นจาก URL : <a href="https://hacc.kku.ac.th/haccupload_news/pdf/titile/Tue24545uFpjMOP.pdf">https://hacc.kku.ac.th/haccupload_news/pdf/titile/Tue24545uFpjMOP.pdf</a></li></ol>
-----------	--

ลงชื่อ.....  
( นายปิยวัตร ตุงคโสภณ )  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธาดู  
20 พฤษภาคม 2561

<b>Personal Safety Goals</b>	
<b>2. พัฒนาการป้องกันการติดเชื้อในบุคลากร :</b> <b>Specific Infection Control and Prevention for Workforce I2</b> 2.1 Airborne Transmission   2.2 Droplet Transmission   2.3 Contact Transmission	
<b>GOAL</b> เป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. บุคลากรมีความรู้และทักษะในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล</li> <li>2. ป้องกันและลดการติดเชื้อในโรงพยาบาล</li> </ol>
<b>WHY</b> ความสำคัญ	บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลซึ่งเป็นแหล่งรวบรวมเชื้อต่าง ๆ ทั้งจากผู้ป่วยที่นำมาจากชุมชน เชื้อที่อยู่ในโรงพยาบาลเอง และเชื้อโรคที่รับจากโรงพยาบาลใหญ่ที่ส่งกลับผู้ป่วยมารักษาต่อเนื่อง ซึ่งเป็นเชื้อที่มีความรุนแรง หากบุคลากรติดเชื้อทำให้เจ็บป่วยต่อร่างกายส่งผลต่อคุณภาพชีวิต เสียค่ารักษา และต้องหยุดงาน องค์กรสูญเสียบุคลากรและงบประมาณ
<b>Process</b> แนวทางปฏิบัติ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ส่งเสริมและสื่อสารและให้ความสำคัญกับการล้างมือ ตามนโยบายความปลอดภัยเรื่อง Hand hygiene</li> <li>2. จัดหาอุปกรณ์ป้องกันตนเอง ได้แก่ Mask เลือกรานวิ แว่นตาหรือ Face shield หมวก และรองเท้าให้ เพียงพอต่อกลุ่มเป้าหมายที่จำเป็นต้องใช้และเข้าถึงง่าย</li> <li>3. แสดงสื่อเตือนใจในที่ทำงานเพื่อกระตุ้นให้มีการสวมอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้ออย่างเหมาะสมกับชนิดของ Transmission (Airborne , Dropped , Contacted Transmission)</li> <li>4. ปรับปรุงคู่มือป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ที่ทันสมัยกับวิชาการด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่เปลี่ยนไป</li> <li>5. ให้ความรู้แก่การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่ทันสมัยแก่บุคลากรใหม่ หรือฟื้นฟูความรู้แก่บุคลากร</li> <li>6. สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคติดต่อ ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Influenza Vaccine บุคลากรที่ให้บริการสัมผัสกับผู้ป่วย</li> <li>○ HBV ในบุคลากรกลุ่มเสี่ยงต่อการสัมผัสเลือดสารคัดหลั่ง ในกรณีตรวจพบมี HBV antibody</li> </ul> </li> <li>7. สังเกตติดตามและวัดระดับการปฏิบัติ และให้ข้อมูลป้อนกลับแก่ผู้ปฏิบัติงาน</li> </ol>
<b>Training</b> การอบรมสำคัญ	(ระบุมามีอบรมที่จำเป็นในเรื่องนี้) <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล Nosocomial Infection</li> <li>2. การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ Standard precaution (Airborne transmission, Dropped transmission และ Contacted transmission)</li> </ol>
<b>Monitoring</b> การติดตาม	<p>ติดตามจาก</p> <p>ระบบรายงานตัวชีวิต</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. อัตราการป่วยจากการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน TB , Chicken pox ที่ติดตามการปฏิบัติงาน</li> <li>2. อัตราการได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในบุคลากร</li> </ol> <p>ระบบรายงานความเสี่ยง : รหัสความเสี่ยงตามระบบ NRLS</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. เจ้าหน้าที่ติดเชื้อ Airborne Transmission จากการทำงาน เช่น วัณโรค : CPI201</li> <li>2. เจ้าหน้าที่ติดเชื้อ Droplet Transmission จากการทำงาน เช่น ไข้หวัดใหญ่ : CPI202</li> <li>3. เจ้าหน้าที่ติดเชื้อ Contact Transmission จากการทำงาน เช่น HIV, HBV : CPI203</li> </ol>
<b>Pitfall</b>	(ระบุข้อผิดพลาดในการปฏิบัติโดยไม่มีความเข้าใจที่อาจเกิดขึ้น) การปฏิบัติในการสวมอุปกรณ์ป้องกันไม่เหมาะสม บุคลากรไม่ยอมรับวัคซีน

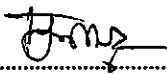
## Personal Safety Goals

### 2. พัฒนาการป้องกันการติดเชื้อในบุคลากร :

#### Specific Infection Control and Prevention for Workforce I2

2.1 Airborne Transmission | 2.2 Droplet Transmission | 2.3 Contact Transmission

Reference	<ol style="list-style-type: none"><li>1. กำธร มาลาธรรม และ ยงค์ รุ่งเรือง. 2560. คู่มือปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล. สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์. นนทบุรี</li><li>2. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. 2561. บัญชีปฏิบัติการณ์ความเสี่ยงในระบบ HRMS on cloud. เอกสารอัดสำเนา.</li><li>3. ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ. 2560. 2P safety Patient and personal safety. เอกสารประกอบการบรรยาย. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. สืบค้นจาก URL : <a href="https://hacc.kku.ac.th/haccupload_news/pdftitle/Tue24545uFpjMOP.pdf">https://hacc.kku.ac.th/haccupload_news/pdftitle/Tue24545uFpjMOP.pdf</a></li></ol>
-----------	--

ลงชื่อ..... 

( นายปิยวัตร ตุงคโสภา )

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธาดู

20 พฤษภาคม 2561

## Personal Safety Goals

### 3. พัฒนาการป้องกันการบาดเจ็บในบุคลากร : Specific Guideline for Prevention of Work-Related Disorder : P2

P 2.1 Physical Hazard P 2.2 Chemical Hazard P 2.3 Radiation Hazard P 2.4 Biomechanical Hazard

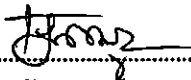
<b>GOAL</b> เป้าหมาย	ป้องกันและลดการเจ็บป่วย/การบาดเจ็บทางกายภาพ (Physical Hazard) จากสารเคมี (chemical Hazard) , การสัมผัสรังสี (Radiation Hazard) และจากสิ่งคุกคามทางชีวกลศาสตร์ (Biochemical Hazard)
<b>WHY</b> ความสำคัญ	บุคลากรที่ปฏิบัติงานมีโอกาสสัมผัสหรือพบเจอสิ่งคุกคามในด้านต่าง ๆ ในโรงพยาบาล ไม่ว่าจะเป็น สารเคมีและสารเคมีอันตรายที่ใช้ในโรงพยาบาล รังสีทางการแพทย์ คลื่นเสียง คลื่นความร้อน หรือแม้กระทั่งท่วงท่าจากการทำงานที่ไม่ถูกสุขลักษณะต่าง ๆ
<b>Process</b> แนวทางปฏิบัติ	<p>(ระบุแนวปฏิบัติพร้อมระดับความสำคัญ โดยจัดกลุ่มอย่างเหมาะสมให้ ง่ายต่อการจดจำแจกแจงข้อย่อย เป็นข้อๆ เพื่อใช้ในการนำไปติดตามแต่ละ ประเด็นหรือประเมินตนเอง)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ส่งเสริมและสื่อสารและให้ความสำคัญการสวมอุปกรณ์ป้องกัน การปฏิบัติในการป้องกันตนเอง จากการรับรังสี และการยศาสตร์ในการปฏิบัติงาน</li> <li>2. จัดหาอุปกรณ์ป้องกันตนเอง ได้แก่ Mask เลือกรานวิ หน้าตาหรือ Face shield หมวก และ รองเท้าให้ ถุงมือกันร้อน หมวกวิเศษ ear plug เลือตตะกั่วและอุปกรณ์ป้องกันรังสี ให้ เพียงพอต่อกลุ่มเป้าหมายที่จำเป็นต้องใช้และเข้าถึงง่าย</li> <li>3. แสดงสื่อเตือนใจในที่ทำงานเพื่อกระตุ้นให้มีการสวมอุปกรณ์ป้องกันตนเอง ได้แก่ PPE การ ป้องกันอันตรายจากรังสี</li> <li>4. จัดทำ/ปรับปรุงคู่มือสารเคมี การป้องกันการสัมผัสและการแก้ไขเมื่อสัมผัสสารเคมี</li> <li>5. จัดทำป้ายกระตุ้นส่งเสริมการทำงานให้ถูกท่วงท่า และสร้างบรรยากาศกระตุ้นการบริหารใน การป้องกัน office Syndrome</li> <li>6. ให้ความรู้แก่บุคลากร เรื่องการยศาสตร์และโรคจากการทำงาน , สารเคมีที่ใช้ในโรงพยาบาล การสวมอุปกรณ์ป้องกันตนเอง และการป้องกันตนเองจากสิ่งแวดล้อม</li> <li>7. สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคติดต่อ ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Influenza Vaccine บุคลากรที่ให้บริการสัมผัสกับผู้ป่วย</li> <li>○ HBV ในบุคลากรกลุ่มเสี่ยงต่อการสัมผัสเลือดสารคัดหลั่ง ในกรณีตรวจพบมี HBV antibody</li> </ul> </li> <li>8. ตรวจสอบสุขภาพเพื่อคัดกรองความเสี่ยงต่าง ๆ เช่น การติดเชื้อโรคติดต่อต่าง ๆ ก่อนเข้างาน เพื่อให้ได้บุคลากรที่มีสุขภาพแข็งแรง</li> <li>9. ลดปริมาณการสัมผัสสารเคมีด้วยมือ(คน) ใช้เครื่องแทน</li> <li>10. สังเกตติดตามและวัดระดับการปฏิบัติ และให้ข้อมูลป้อนกลับแก่ผู้ปฏิบัติงาน</li> </ol>
<b>Training</b> การอบรมสำคัญ	<p>(ระบุการฝึกอบรมที่จำเป็นในเรื่องนี้)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. สารเคมีที่ใช้ในโรงพยาบาล</li> <li>2. การสวมอุปกรณ์ป้องกันตนเองจากอันตราย (PPE) และการป้องกันอันตรายจากของมีคม (Sharp Injury)</li> <li>3. การยศาสตร์ (Ergonomic)</li> </ol>
<b>Monitoring</b> การติดตาม	<p>ติดตามจากระบบรายงานตัวชีวิตประจำหน่วยงาน ระบบรายงานตัวชีวิต</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. อัตราการบาดเจ็บ/เจ็บป่วยของบุคลากรที่เกี่ยวข้องเนื่องจากงาน : THIP SH0301</li> <li>2. อัตราความรุนแรงของการบาดเจ็บ/เจ็บป่วย ของบุคลากรกลุ่มสัมผัสผู้ป่วยโดยตรง : SH0302</li> <li>3. อัตราความรุนแรงของการบาดเจ็บ/เจ็บป่วย ของบุคลากรกลุ่มไม่ได้สัมผัสผู้ป่วยโดยตรง :</li> </ol>

## Personal Safety Goals

### 3. พัฒนาการป้องกันการบาดเจ็บในบุคลากร : Specific Guideline for Prevention of Work-Related Disorder : P2

P 2.1 Physical Hazard P 2.2 Chemical Hazard P 2.3 Radiation Hazard P 2.4 Biomechanical Hazard

	<p>SH0303</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. อัตราความถี่การบาดเจ็บ/เจ็บป่วยของบุคลากรที่เกี่ยวข้องเนื่องจากงานของบุคลากรกลุ่มสัมผัสผู้ป่วยโดยตรง : SH0306</li> <li>5. อัตราความถี่การบาดเจ็บ/เจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องเนื่องจากงานของบุคลากรกลุ่มไม่ได้สัมผัสกับผู้ป่วยโดยตรง : SH0307</li> </ol> <p>ระบบรายงานความเสี่ยง : รหัสความเสี่ยงตามระบบ NRLS</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. บุคลากรถูกของมีคม : GPI101</li> <li>2. บุคลากรเกิดอุบัติเหตุหรือบาดเจ็บจากการทำงาน (ยกเว้น ถูกของมีคม) : GPI102</li> <li>3. บุคลากรไม่ได้รับวัคซีน (pre-exposure prophylaxis, active immunization) ที่เหมาะสมตามลำดับความสำคัญและหน้าที่</li> <li>4. บุคลากรไม่ได้รับการป้องกันการติดเชื้อหลังสัมผัสโรคติดต่อที่อาจติดต่อกันได้ ระหว่างปฏิบัติงาน (post-exposure prophylaxis, passive immunization)</li> <li>5. บุคลากรถูกเลือดหรือสารคัดหลั่งกระเด็นเข้าปาก/ ตา หรือมือที่มีแผลสัมผัสเลือด (exposure to blood and body fluid ที่ไม่ใช่ของมีคมที่มึมตำ)</li> </ol>
<b>Pitfall</b>	(ระบข้อผิดพลาดในการปฏิบัติโดยไม่มี ความเข้าใจที่อาจเกิดขึ้น)
<b>Reference</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. กัธธ มาลาธรรม และ ยงค์ รุ่งเรือง. 2560. คู่มือปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล. สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนดดีไซน์. นนทบุรี</li> <li>2. สถาบันบำราศนราดูร. 2557. แนวปฏิบัติของสถานพยาบาลในการดำเนินการป้องกันการติดเชื้อจากเข็มที่มึมตำของมีคมและการสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งหลังจากการปฏิบัติงานของบุคลากร. พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนา. กรุงเทพมหานคร</li> <li>3. นิวัฒน์ เอกบูรณะวัฒน์. หลักการพื้นฐานด้านอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม. เอกสารประกอบการบรรยาย. สืบค้นจาก URL <a href="http://www.summacheeva.org/documents/slide_basic.pdf">http://www.summacheeva.org/documents/slide_basic.pdf</a></li> <li>4. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. 2561. บัญชีอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระบบ HRMS on cloud. เอกสารอัดสำเนา.</li> <li>5. ปิยวรรณ ลิมปัญญาเลิศ. 2560. 2P safety Patient and personal safety. เอกสารประกอบการบรรยาย. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. สืบค้นจาก URL : <a href="https://hacc.kku.ac.th/haccupload_news/pdf/titile/Tue24545uEpfjMOP.pdf">https://hacc.kku.ac.th/haccupload_news/pdf/titile/Tue24545uEpfjMOP.pdf</a></li> </ol>

ลงชื่อ.....  
 (นายปิยวัตร ตุงคโสภาน)  
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธาตุ  
 20 พฤษภาคม 2561

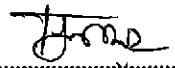
Personal Safety Goals	
<b>4. พัฒนาการดูแลบุคลากรที่ถูกฟ้องร้องหรือตกเป็นจำเลย : M1.2</b> <b>Prevention and care for work-force's Mental health (second victim)</b>	
<b>GOAL</b> เป้าหมาย	ป้องกันไม่ให้เกิดบุคลากรผู้ปฏิบัติจากตกเป็นจำเลยจากภาวะร้องเรียนหรือถูกฟ้องร้อง มีระบบในการปกป้องบุคลากรจากการถูกฟ้องร้องหรือตกเป็นจำเลย ลดความถี่และความรุนแรงของการร้องเรียนทางการแพทย์
<b>WHY</b> ความสำคัญ	แนวโน้มนำการฟ้องร้องทางการแพทย์มีเพิ่มขึ้นทั้งจำนวนและมูลค่าความเสียหาย ซึ่งโรงพยาบาลศรีธาดาไม่ อยากให้เกิดเหตุการณ์ทั้งผู้ป่วยได้รับผลกระทบและเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องในเหตุการณ์ต้องคับข้องใจ มีความกดดัน จากการถูกฟ้องร้องหรือตกเป็นจำเลย การมีระบบการป้องกัน และการเข้าถึงผู้ได้รับผลกระทบอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพสามารถลดความรุนแรง/กดดันแก่บุคลากรได้
<b>Process</b> แนวทางปฏิบัติ	<p>(ระบุแนวปฏิบัติพร้อมระดับความสำคัญ โดยจัดกลุ่มอย่างเหมาะสมให้ ง่ายต่อการจดจำแจกแจงข้อย่อย เป็นข้อๆ เพื่อใช้ในการนำไปติดตามแต่ละ ประเด็นหรือประเมินตนเอง)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ทบทวนโครงสร้างคณะกรรมการเรื่องร้องเรียน โดยกำหนดให้มีทีมที่สำคัญ ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 ทีม RRT สำหรับจัดการเหตุการณ์สำคัญที่มีแนวโน้มฟ้องร้อง ประเมินสถานการณ์ Clam down บรรยากาศ และรับทราบความรู้สึก /ความต้องการของผู้ได้รับผลกระทบ</li> <li>1.2 ทีมเจรจาไกล่เกลี่ย สำหรับประสานงาน ระหว่างผู้บริหารองค์กร และผู้ได้รับผลกระทบ ติดตามความก้าวหน้าผลการเจรจา</li> <li>1.3 ทีมบริหารความเสี่ยง สำหรับการทบทวนเหตุการณ์สำคัญ</li> <li>1.4 ทีมจัดการชดเชยค่าเสียหาย</li> </ol> </li> <li>2. ดำเนินการปกป้องบุคลากรจากการเผชิญหน้ากับผู้ที่ได้รับผลกระทบ และชุมชน</li> <li>3. พัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และการฟ้องร้อง</li> <li>4. พัฒนาทีม RRT , ทีมเจรจาไกล่เกลี่ย รวมทั้งหัวหน้างานในกระบวนการร้องเรียน</li> <li>5. พัฒนาความรู้ความเข้าใจแก่บุคลากรในเรื่องการบริหารจัดการความเสี่ยง</li> <li>6. ติดตามประเมินผลและให้ข้อมูลสะท้อนกลับแก่ผู้ปฏิบัติงาน</li> </ol>
<b>Training</b> อบรมสำคัญ	<p>(ระบุการฝึกอบรมที่จำเป็นในเรื่องนี้)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การบริหารและจัดการความเสี่ยงโรงพยาบาล</li> <li>2. การเจรจาต่อรอง และการดำเนินงานศูนย์สันติวิธี</li> </ol>
<b>Monitoring</b> การติดตาม	<p>ติดตามจากระบบรายงานตัวชีวิตประจำหน่วยงาน</p> <p>ระบบรายงานตัวชีวิต : -</p> <p>ระบบรายงานความเสี่ยง : รหัสความเสี่ยงตามระบบ NRLS</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. เจ้าหน้าที่ที่ถูกคุกคามทางจิตใจ : GPM102</li> <li>2. เจ้าหน้าที่ที่มีภาวะเป็น second victim : GPM103</li> </ol>
<b>Pitfall</b>	<p>(ระบุข้อผิดพลาดในการปฏิบัติโดยไม่มี ความเข้าใจที่อาจเกิดขึ้น)</p> <p>บุคลากรผู้อยู่ในเหตุการณ์ไม่แจ้งสถานการณ์แก่ทีม RRT</p>
<b>Reference</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. อธิพิพล สูงแข็ง. ศูนย์สันติวิธีกระทรวงสาธารณสุข. เอกสารประกอบการบรรยาย. ค้นจาก URL <a href="http://www.legal.moph.go.th/index.php?option=com_remository&amp;Itemid=813&amp;unc=fileinfo&amp;id=719">http://www.legal.moph.go.th/index.php?option=com_remository&amp;Itemid=813&amp;unc=fileinfo&amp;id=719</a></li> <li>2. วิมลรัตน์ วงศ์ธีรฤทธิ. 2Psafety Patient and personal safety. 2560. ค้นจาก URL : <a href="http://betonghospital.net/HA%20FORUM%202017/patient%20and%20personal%20safety.pdf">http://betonghospital.net/HA%20FORUM%202017/patient%20and%20personal%20safety.pdf</a></li> </ol>

Personal Safety Goals

4. พัฒนาการดูแลบุคลากรที่ถูกฟ้องร้องหรือตกเป็นจำเลย : M1.2

Prevention and care for work-force's Mental health (second victim)

- 3. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. 2561. บัญชีอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระบบ HRMS on cloud. เอกสารอัดสำเนา.
- 4. ปิยะวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ. 2560. 2P safety Patient and personal safety. เอกสารประกอบการบรรยาย. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. สืบค้นจาก URL : [https://hacc.kku.ac.th/haccupload\\_news/pdf/titile/Tue24545uFpjMOP.pdf](https://hacc.kku.ac.th/haccupload_news/pdf/titile/Tue24545uFpjMOP.pdf)

ลงชื่อ..........  
( นายปิยวัตร ตุงคโสภา )  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธาตุ  
20 พฤษภาคม 2561

## Personal Safety Goals

### 5. พัฒนาสิ่งแวดล้อมทางกายภาพให้ปลอดภัย : Safe physical Environment : E1

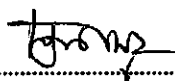
<b>GOAL</b> เป้าหมาย	เพื่อป้องกันและบรรเทาความเสียหายต่อชีวิตของผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่และทรัพย์สินของทางราชการ ป้องกันการเกิดเหตุทำร้ายร่างกายภายในโรงพยาบาล
<b>WHY</b> ความสำคัญ	การทำงานในองค์กรโรงพยาบาล บุคลากรต้องอยู่สิ่งแวดล้อมทางกายภาพต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นโครงสร้าง อาคารสถานที่ มีระบบแก๊สต่าง ๆ ระบบไฟฟ้า รวมทั้งเครื่องมือต่าง ๆ ที่ต้องใช้สารเคมี หรือวัตถุอันตรายต่าง ๆ ที่อาจก่อให้เกิดระบบไฟฟ้าลัดวงจร ระบบอ็อกซิเจน หรือแม้กระทั่งระบบสำรองและลำเลียง กระจายแก๊สเกิดอุบัติเหตุ หรือเป็นสาเหตุของภาวะฉุกเฉินต่าง ๆ ได้ โรงพยาบาลจำเป็นต้องมีการวางระบบต่าง ๆ ทั้งการบำรุงรักษา การตรวจสอบและมีการเตรียมพร้อมและจัดการเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่มีความมั่นใจในการทำงาน ได้รับความปลอดภัยและมีความสุขในการทำงาน
<b>Process</b> แนวทางปฏิบัติ	<p>(ระบุแนวปฏิบัติพร้อมระดับความสำคัญ โดยจัดกลุ่มอย่างเหมาะสมให้ ง่ายต่อการจดจำแจกแจงข้อย่อย เป็นข้อๆ เพื่อใช้ในการนำไปติดตามแต่ละ ประเด็นหรือประเมินตนเอง)</p> <p><b>ก.ระบบความปลอดภัยและสวัสดิภาพ</b></p> <p>(1) การวางแผนการก่อสร้างโครงสร้างอาคารสถานที่ของโรงพยาบาล ต้องมีการวางแผนแปลน ขออนุญาตและตรวจสอบข้อกำหนดตามกฎหมาย และข้อกำหนดในการตรวจสอบอาคารสถานที่ การจัดแบ่งพื้นที่ใช้สอยเป็นไปเพื่อเอื้ออำนวยความสะดวก ความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย การทำงานที่มีประสิทธิภาพของบุคลากรและเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร</p> <p>(2) มอบหมายผู้รับผิดชอบในการกำกับดูแลระบบบริหารอาคารสถานที่ ความปลอดภัย และการรักษาความปลอดภัย ติดตามและประเมินปัจจัยต่าง ๆ เพื่อรายงานผู้บริหารและวางแผนการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง</p> <p>(3) กำหนดการเยี่ยมสำรวจตรวจสอบอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อม เพื่อค้นหาความเสี่ยงและการปฏิบัติที่ไม่ปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อม อย่างน้อยทุก 6 เดือน ในพื้นที่ที่ให้บริการผู้ป่วย/ผู้มาเยือน และทุกปีในพื้นที่อื่น ๆ</p> <p>(4) จัดให้มีการประเมินความเสี่ยงเชิงรุก (รวมถึงการประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดจากงานก่อสร้าง ตกแต่ปรับปรุง และรื้อทำลายสิ่งก่อสร้าง) พร้อมทั้งจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อลดความเสี่ยง ป้องกันการเกิดอันตราย และรักษาซึ่งสภาพแวดล้อมที่สะอาดและปลอดภัย สำหรับผู้ป่วยและบุคลากร</p> <p>(5) ให้ความรู้/ฝึกอบรมเกี่ยวกับบทบาทในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้อต่อการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p><b>ข.ระบบวัสดุและของเสียอันตราย (สารเคมี ยาเคมีบำบัด ของเสียทางการแพทย์ที่ติดเชื้อ ของมีคม)</b></p> <p>(1) ระบุรายการวัตถุ ของเสียอันตรายที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล</p> <p>(2) กำหนดแนวทางในการเลือก สัมผัส จัดเก็บ เคลื่อนย้าย ใช้ และกำจัดและทำลาย ที่ปลอดภัยตามมาตรฐานและหลักวิชาการ</p> <p>(3) จัดอบรมให้ความรู้เรื่องวัสดุและของเสียอันตราย /สื่อสารแนวทางการจัดการวัสดุของเสียอันตรายแก่ผู้รับผิดชอบและบุคลากร</p> <p>(4) กำกับติดตามการปฏิบัติตามแนวทางอย่างเคร่งครัด</p> <p><b>ค. การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน</b></p> <p>(1) วิเคราะห์ความถี่ต่อเหตุการณ์เกิดอันตราย หรือระบุภาวะฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นกับองค์กรโรงพยาบาล ศรีธาตุ</p> <p>(2) จัดทำแผนรองรับภาวะฉุกเฉิน การดำเนินการเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน สำหรับนำไปใช้ปฏิบัติเมื่อเกิด</p>



## Personal Safety Goals

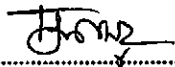
### 5. พัฒนาล้างแวดล้อมทางกายภาพให้ปลอดภัย : Safe physical Environment : E1

	<p>เหตุการณ์ฉุกเฉินขึ้น</p> <p>(3) กำหนดและดำเนินการฝึกซ้อมตามแผน เพื่อทดสอบการจัดการเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน และปรับปรุงข้อบกพร่องที่พบจากการฝึกซ้อม เพื่อให้แผนมีประสิทธิภาพสูงสุด</p> <p>ง. ความปลอดภัยจากอัคคีภัย</p> <p>(1) จัดทำแผนความปลอดภัยจากอัคคีภัย ครอบคลุมการป้องกัน/การลดความเสี่ยงจากอัคคีภัย การตรวจจับ การดับเพลิงและการเคลื่อนย้าย/ขนย้ายออกจากอาคารอย่างปลอดภัยเมื่อเกิดอัคคีภัยหรือภาวะฉุกเฉิน</p> <p>(2) วางระบบตรวจสอบ ทดสอบ และบำรุงรักษาระบบเครื่องมือต่าง ๆ ในการป้องกันและควบคุมอัคคีภัย</p> <p>(3) ให้ความรู้เพื่อสร้างความตระหนัก และดำเนินการฝึกซ้อมแผนอัคคีภัยในสถานการณ์ต่าง ๆ ค้นหาจุดอ่อนและโอกาสพัฒนา และประเมินความพร้อมใช้ของเครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ และประสิทธิผลของการฝึกอบรมเพื่อรองรับอัคคีภัย</p>
<p><b>Training การอบรมสำคัญ</b></p>	<p>(ระบุนการฝึกอบรมที่จำเป็นในเรื่องนี้)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. วัสดุของเสียอันตรายและการจัดการ</li> <li>2. การซ้อมรับภาวะฉุกเฉิน (ระบบแก๊สสารองรั่ว อุทกภัย สารเคมีรั่วซึม)</li> <li>3. การฝึกซ้อมแผนรับอัคคีภัย</li> </ol>
<p><b>Monitoring การติดตาม</b></p>	<p>ติดตามจากระบบรายงานตัวชีวิตประจำหน่วยงาน</p> <p>ระบบรายงานตัวชีวิต : -</p> <p>ระบบรายงานความเสี่ยง : รหัสความเสี่ยงตามระบบ NRLS</p> <p>(1) อันตรายจากโครงสร้างอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมเชิงกายภาพ เช่น แสง เสียง ฝุ่นละออง : GPE101</p>
<p><b>Pitfall</b></p>	<p>(ระบุข้อผิดพลาดในการปฏิบัติโดยไม่มีเหตุที่อาจเกิดขึ้น)</p> <p>บุคลากรมีการปฏิบัติไม่เป็นไปตามแนวทางที่กำหนด จากการอยู่ในสถานการณ์ภาวะฉุกเฉินจริง หรือการซ้อมรับภาวะฉุกเฉินตามแผน</p>
<p><b>Reference</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) . 2561. มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). บริษัทหนังสือดีวัน จำกัด. นนทบุรี</li> <li>2. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). 2561. บัญชีปฏิบัติการความเสี่ยงในระบบ HRMS on cloud. เอกสารอัดสำเนา.</li> <li>3. ปิยวรรณ ลิมปัญญาเลิศ. 2560. 2P safety Patient and personal safety. เอกสารประกอบการบรรยาย. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). สืบค้นจาก URL : <a href="https://hacc.kku.ac.th/haccupload_news/pdf/titile/Tue24545uFpiMOP.pdf">https://hacc.kku.ac.th/haccupload_news/pdf/titile/Tue24545uFpiMOP.pdf</a></li> </ol>

  
 ลงชื่อ.....  
 (นายปิยวัตร ตุงคโสภ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธาด  
 20 พฤษภาคม 2561

<b>Personal Safety Goals</b>	
<b>6.พัฒนาสภาพแวดล้อมในการทำงานเพื่อป้องกันความเจ็บป่วยอันตรายที่จะเกิดแก่บุคลากร :</b> <b>Safe Working condition to Prevention and care for work-force : E2</b>	
<b>GOAL</b> เป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. บุคลากรสุขภาพดีและปลอดภัย</li> <li>2. มีสภาพแวดล้อมในการทำงานที่เอื้อให้บุคลากรมีสุขภาพดีและปลอดภัย</li> </ol>
<b>WHY</b> ความสำคัญ	การที่บุคลากรจะมีสุขภาพดี และได้รับความปลอดภัยในสถานที่ทำงานนั้น องค์กรจำเป็นต้องมีการจัดสภาพแวดล้อม จัดระบบ และแนวทางในการดูแล ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพบุคลากร
<b>Process</b> แนวทางปฏิบัติ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. กำหนดให้มีการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพในสถานที่ทำงาน ได้แก่ ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางอากาศ การระบายอากาศ แสงสว่าง ฝุ่นละออง ความร้อน สารเคมี เป็นต้น</li> <li>2. วางแผนปรับปรุงแก้ปัญหาความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงาน</li> <li>3. จัดเสื้อผ้า และอุปกรณ์ป้องกันตนเองสำหรับบุคลากรให้เพียงพอและสามารถเข้าถึงได้ง่าย</li> <li>4. ติดตามประเมินระดับความเครียดและวางแผนกิจกรรมเพื่อจัดการความเครียด</li> <li>5. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน ตามประเภทงานและความเสี่ยงจากการทำงาน เช่น Influenza Vaccine , Hepatitis Vaccine , Tetanus toxoid และ Vaccine ตามความเสี่ยงด้านการระบาดของโรค เช่น dT Vaccine , RBV เป็นต้น</li> <li>6. ป้องกันอันตรายและความเจ็บป่วยจากท่วงท่าและการหยิบ จับ ยก (การยศาสตร์)</li> <li>7. ประเมินสมรรถนะและให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ การสวมอุปกรณ์ป้องกันตนเอง</li> <li>8. ติดตามและประเมินผลกิจกรรม</li> </ol>
<b>Training</b> การอบรมสำคัญ	(ระบุมการฝึกอบรมที่จำเป็นในเรื่องนี้) <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การยศาสตร์</li> <li>2. การป้องกันการตนเอง : PPE</li> </ol>
<b>Monitoring</b> การติดตาม	ติดตามจากระบบรายงานตัวชี้วัดประจำหน่วยงาน ระบบรายงานตัวชี้วัด :- ระบบรายงานความเสี่ยง : รหัสความเสี่ยงตามระบบ NRLS (1) บรรยากาศในการท างานและสภาวะแวดล้อมไม่เหมาะสม : GPE203
<b>Pitfall</b>	(ระบุข้อผิดพลาดในการปฏิบัติโดยไม่มี ความเข้าใจที่อาจเกิดขึ้น) บุคลากรผู้อยู่ในเหตุการณ์ไม่แจ้งสถานการณ์แก่ทีม RRT
<b>Reference</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). 2561. <b>มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4</b>. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). บริษัทหนังสือดีวัน จำกัด. นนทบุรี</li> <li>2. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). 2561. <b>บัญชีปฏิบัติการความเสี่ยงในระบบ HRMS on cloud</b>. เอกสารอัดสำเนา.</li> <li>3. ปิยวรรณ ลิมปัญญาเลิศ. 2560. <b>2P safety Patient and personal safety</b>. เอกสารประกอบการบรรยาย. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). สืบค้นจาก URL : <a href="https://hacc.kku.ac.th/haccupload_news/pdf/titile/Tue24545uFpjMOP.pdf">https://hacc.kku.ac.th/haccupload_news/pdf/titile/Tue24545uFpjMOP.pdf</a></li> </ol>

ลงชื่อ.....

( นายปิยวัตร ตุงคโสภ )

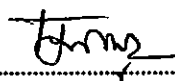
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธาด

20 พฤษภาคม 2561

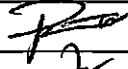
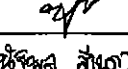
## Personal Safety Goals

7.ปรับปรุงแนวทางการสื่อสารระหว่างวิชาชีพทาง Social media เพื่อพิทักษ์สิทธิและป้องกันการละเมิดสิทธิส่วนบุคคล : Safety Social media And Communication professional : S2

<b>GOAL</b> เป้าหมาย	ผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข ได้รับการปกป้องและพิทักษ์สิทธิ ไม่มีการละเมิด เพื่อให้บุคลากรของสถานพยาบาลมีการใช้งานและการสื่อสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์(Social Media) และสื่ออื่นๆ อย่างเหมาะสมและมีความเป็นมืออาชีพ(Professionalism) และลดปัญหาผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับตัวเองและองค์กร
<b>WHY</b> ความสำคัญ	ปัจจุบัน Social media และเทคโนโลยีมีความรวดเร็วและมีอิทธิพลต่อการสื่อสารต่าง ๆ ทั้งในกระบวนการดูแลผู้ป่วย และไม่เกี่ยวกับกระบวนการดูแลผู้ป่วยโดยบุคลากรสาธารณสุข อาจมีโอกาสเกิดการละเมิดสิทธิทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ จำเป็นต้องมีการกำหนดแนวทางให้มีความชัดเจนสำหรับผู้ปฏิบัติงาน
<b>Process</b> แนวทางปฏิบัติ	<ol style="list-style-type: none"> <li>กำหนดนโยบายการสื่อสาร และเผยแพร่ข้อมูล รูปภาพ ทางสื่อ Online ไม่ละเมิดสิทธิ</li> <li>กำหนดแนวทางปฏิบัติที่เป็นการรักษาความลับของผู้ป่วยโดยยังคงระบุตัวผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ในการส่งข้อมูลรายงานผู้ป่วย และประสานการส่งต่อทางสื่อออนไลน์</li> <li>กำหนดการ Post ต้องระมัดระวัง การตีตราของผู้ป่วยบุคลากรที่กำลังให้บริการ ต่าง ๆ และกำหนดประเด็นที่ห้ามถ่าย ห้ามเผยแพร่ ทางสื่อ Online ที่อาจเสี่ยงต่อการละเมิดสิทธิผู้ป่วย จรรยาบรรณวิชาชีพ และพระราชบัญญัติคอมพิวเตอร์</li> <li>จัดประชุมอบรมสื่อสารแนวทางการเผยแพร่ รายงาน การประสานการรักษา รวมทั้งการเผยแพร่ ภาพ ข้อความ ความคิดเห็นส่วนตัวที่อาจจะมีความเสี่ยงต่อการละเมิดสิทธิ และกฎหมายพระราชบัญญัติ.คอมพิวเตอร์</li> </ol>
<b>Training</b> การอบรมสำคัญ	สื่อสารแนวทางการสื่อสารระหว่างวิชาชีพทาง Social media เพื่อพิทักษ์สิทธิและป้องกันการละเมิดสิทธิส่วนบุคคล
<b>Monitoring</b> การติดตาม	ติดตามจากระบบรายงานตัวชีวิตประจำหน่วยงาน ระบบรายงานตัวชีวิต :- ระบบรายงานความเสี่ยง : รหัสความเสี่ยงตามระบบ NRLS (2) บรรยากาศในการทำงานและสภาวะแวดล้อมไม่เหมาะสม : GPE203
<b>Pitfall</b>	(ระบุข้อผิดพลาดในการปฏิบัติโดยไม่มีความเข้าใจที่อาจเกิดขึ้น) บุคลากรผู้อยู่ในเหตุการณ์ไม่แจ้งสถานการณ์แก่ทีม RRT
<b>Reference</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) . 2561. <b>มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4</b>. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). บริษัทหนังสือดีวัน จำกัด. นนทบุรี</li> <li>สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). 2561. <b>บัญชีปฏิบัติการความเสี่ยงในระบบ HRMS on cloud</b>. เอกสารอัดสำเนา.</li> <li>ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ. 2560. <b>2P safety Patient and personal safety</b>. เอกสารประกอบการบรรยาย. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). สืบค้นจาก URL : <a href="https://hacc.kku.ac.th/haccupload_news/pdf/titue/Tue24545uFpJMOP.pdf">https://hacc.kku.ac.th/haccupload_news/pdf/titue/Tue24545uFpJMOP.pdf</a></li> </ol>

ลงชื่อ.....  
 ( นายปิยวัตร ตุงคโสภา )  
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธาดู  
 20 พฤษภาคม 2561

โรงพยาบาลศรีธาตุ				FM.QIC.002			
ใบนำส่งเอกสาร				แก้ไขครั้งที่ 02-04-04-2561			
รหัสเอกสาร : เฉพาะ				จำนวน 52.. หน้า / ชุด			
เรื่อง : นโยบายการพนัน ตาม พ.ร.บ. ๒๐:๓๓๖๒๕๐๑๖ (วิเทศ)				แก้ไขครั้งที่.....วันที่ 20/๓๓/๒1			
ผู้ถือครองเอกสาร		บันทึกการรับ - คืน เอกสาร					
เลขที่สำเนา	หน่วยงานผู้ถือครอง	ได้รับเอกสารแล้ว		ส่งคืนเอกสารแล้ว		หมายเหตุ	
		วัน/เดือน/ปี	ลายเซ็น	วัน/เดือน/ปี	ลายเซ็น		
ต้นฉบับ	QIC	20 เม.ย 61					
สำเนาคูฉบับที่ 01	OPD	20 เม.ย 61					
สำเนาคูฉบับที่ 02	ER	20 เม.ย 61					
สำเนาคูฉบับที่ 03	HEP (ห้องยา)	20 เม.ย 61					
สำเนาคูฉบับที่ 04	COC (ห้อง)	20 เม.ย 61					
สำเนาคูฉบับที่ 05	LR						
สำเนาคูฉบับที่ 06	IPD		๓ เม.ย ๖1				
สำเนาคูฉบับที่ 07	PCU						
สำเนาคูฉบับที่ 08	DEN คณ.		ร.พ. สักสม				
สำเนาคูฉบับที่ 09	PHA. นก๑๓		๑ พลิกน				
สำเนาคูฉบับที่ 10	PT ๓๓๓๓						
สำเนาคูฉบับที่ 11							
สำเนาคูฉบับที่ 12							
สำเนาคูฉบับที่ 13							
สำเนาคูฉบับที่ 14							
สำเนาคูฉบับที่ 15							
สำเนาคูฉบับที่ 16							
ความคิดเห็นของผู้ควบคุมเอกสารคุณภาพ				เรียนเสนอ : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล พิจารณา			
<input type="checkbox"/> แจกจ่ายได้ <input type="checkbox"/> เผยแพร่ ช่องทาง ระบุ ..... <input type="checkbox"/> เรียกคืน บันทึกเพิ่มเติม ..... ..... .....				<input type="checkbox"/> เห็นชอบให้แจกจ่ายเอกสารได้ <input type="checkbox"/> เห็นชอบให้เผยแพร่ <input type="checkbox"/> เห็นชอบให้เรียกคืน บันทึกเพิ่มเติม ..... ..... .....			
ลงชื่อ ..... (นางสาวสมบุญ ธนศิริวัฒน์) ตำแหน่ง ศูนย์คุณภาพ โรงพยาบาลศรีธาตุ วันที่ 4 เมษายน 2561				ลงชื่อ ..... (นายปิยวัตร ตุงคโสภาก) ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธาตุ วันที่ .....			

โรงพยาบาลศรีธาตุ				FM.QIC.002			
ใบนำส่งเอกสาร				แก้ไขครั้งที่ 02-04-04-2561			
รหัสเอกสาร :				จำนวน ..... หน้า / ชุด			
เรื่อง :				แก้ไขครั้งที่.....วันที่.....			
ผู้ถือครองเอกสาร		บันทึกการรับ - คืน เอกสาร					
เลขที่สำเนา	หน่วยงานผู้ถือครอง	ได้รับเอกสารแล้ว		ส่งคืนเอกสารแล้ว		หมายเหตุ	
		วัน/เดือน/ปี	ลายเซ็น	วัน/เดือน/ปี	ลายเซ็น		
ต้นฉบับ							
สำเนาคู่มือฉบับที่ 01	๑๕๓๗						
สำเนาคู่มือฉบับที่ 02	11๓๕๕ ก.๕๓๓						
สำเนาคู่มือฉบับที่ 03	ก.๓๓๓		ศิริพร สัน๓๓				
สำเนาคู่มือฉบับที่ 04							
สำเนาคู่มือฉบับที่ 05							
สำเนาคู่มือฉบับที่ 06							
สำเนาคู่มือฉบับที่ 07							
สำเนาคู่มือฉบับที่ 08							
สำเนาคู่มือฉบับที่ 09							
สำเนาคู่มือฉบับที่ 10							
สำเนาคู่มือฉบับที่ 11							
สำเนาคู่มือฉบับที่ 12							
สำเนาคู่มือฉบับที่ 13							
สำเนาคู่มือฉบับที่ 14							
สำเนาคู่มือฉบับที่ 15							
สำเนาคู่มือฉบับที่ 16							
ความคิดเห็นของผู้ควบคุมเอกสารคุณภาพ				เรียนเสนอ : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล พิจารณา			
<input type="checkbox"/> แจกจ่ายได้ <input type="checkbox"/> เผยแพร่ ช่องทาง ระบุ ..... <input type="checkbox"/> เรียกคืน บันทึกเพิ่มเติม ..... ..... .....  ลงชื่อ ..... (นางสาวสมบุญ ธนบดีวิวัฒน์) ตำแหน่ง ศูนย์คุณภาพ โรงพยาบาลศรีธาตุ วันที่ 4 เมษายน 2561				<input type="checkbox"/> เห็นชอบให้แจกจ่ายเอกสารได้ <input type="checkbox"/> เห็นชอบให้เผยแพร่ <input type="checkbox"/> เห็นชอบให้เรียกคืน บันทึกเพิ่มเติม ..... ..... .....  ลงชื่อ ..... (นายปิยวัตร ตุงคโสภณ) ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธาตุ วันที่ .....			