

Police General Hospital



Engagement for Patient Safety



พ.ต.ต.กฤติชาติ กำจรปรีชา

กลุ่มงานอายุรกรรม

โรงพยาบาลตำรวจ



ภาพการระเบิดที่โรงไฟฟ้านิวเคลียร์ฟูกูชิมะ (เอฟิ)

วันศุกร์ 11 มีนาคม พ.ศ. 2554

- ❖ อดีตพนักงานบริษัท General Electric และ Hitachi เปิดเผยข้อเท็จจริงด้านการออกแบบโรงไฟฟ้านิวเคลียร์ที่ฟูกูชิมะ
- ❖ Mitsuhiko Tanaka อดีตพนักงานบริษัท Hitachi ได้ออกมาเปิดเผยถึงข้อผิดพลาดในการออกแบบและผลิตชิ้นส่วน Pressure Vessels ซึ่งเป็นชิ้นส่วนที่รักษาความปลอดภัยกรณีเกิดเหตุฉุกเฉินที่จะป้องกันไม่ให้กัมมันตภาพรังสีรั่วไหลจากโรงงาน แต่ในระหว่างกระบวนการผลิต ชิ้นส่วนดังกล่าวนั้นเกิดความผิดพลาดและบริษัท Hitachi เลือกจะกลบเกลื่อนความผิดพลาดดังกล่าวเพื่อปกป้องธุรกิจไม่ให้ล้มละลายจากการต้องผลิตชิ้นส่วนดังกล่าวใหม่ ที่จำเป็นต้องใช้เงินจำนวนมหาศาล และเวลาผลิตอีกราว 3 ปี



Safety

- ❖ ผลการตรวจสอบชี้ หายนะ โรงงานฟลูออรีนเกิดจากฝีมือมนุษย์
- ❖ รายงานทางการจากคณะกรรมการอิสระ เปิดเผยว่า คลื่นสึนามิ ไม่ใช่สาเหตุเพียงอย่างเดียวของการระเบิดของโรงไฟฟ้า หากแต่ ความไม่ระวังของมนุษย์รวมถึงกฎระเบียบข้อบังคับที่ไม่รัดกุมเป็น สาเหตุสำคัญของหายนะครั้งนี้

Lessons from Fukushima

"Fukushima:

The next one is your responsibility"

อย่าปล่อยให้อุบัติภัยนิวเคลียร์ซ้ำรอย

บทเรียนจากฟูกูชิมะ





Safety

❖ ประเทศไทย:

- มีเครื่องปฏิกรณ์ 2 เครื่องอยู่ในแผนที่จะสร้าง
- 4 เครื่องอยู่ระหว่างการพิจารณา
- 1 เครื่องเพื่องานวิจัย
- 1 เครื่องอยู่ระหว่างการก่อสร้าง

ผวา ถึงแก๊สรถเมล์สาย 81 หลุดร่วงลงถนน-แก๊สรั่ว คนหนีวุ่น



วันที่ 26 มกราคม 2558 เวลาประมาณเที่ยง มีรายงานว่า เกิดเหตุถังแก๊สของรถเมล์สาย 81 สีชมพู เกิดระเบิดและหลุดออกมา จนทำให้แก๊สรั่ว เป็นควันพวยพุ่งออกมาก โดยจุดเกิดเหตุอยู่ที่ถนนเพชรเกษม ระหว่างซอยเพชรเกษม 63/1 หน้าปั๊มแก๊สเอ็นจีวี



Why We should Engagement for Patient Safety ?

Over the past ten years, patient safety has been increasingly recognized as an issue of global importance, but much work remains to be done.



Why We should Engagement for Patient Safety ?

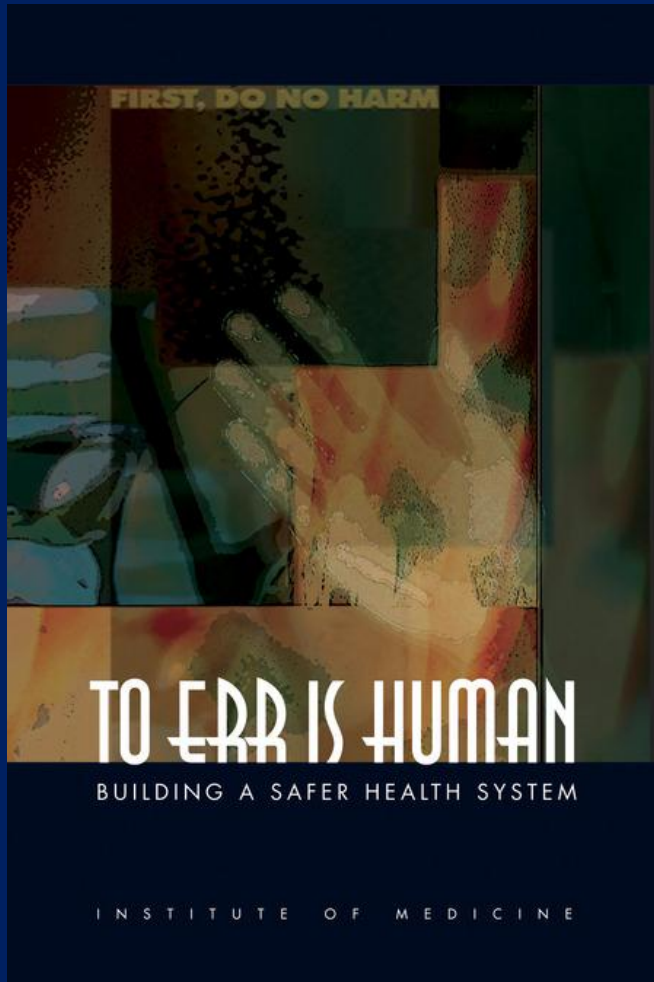
- ❖ Preventable medical errors are actually on the rise by 1% per year
- ❖ There are about 1.7 million HAIs and 99,000 deaths a year
- ❖ There are at least 1.5 million preventable drug events each year due to drug mix ups and unintentional over doses
- ❖ 18 types of medical errors account for 2.4 million extra hospital days and \$9.3 billion in excess care



Why We should Engagement for Patient Safety ?

- ❖ One in five patients discharged from the hospital end up sicker within 30 days and half are medication related
- ❖ One of 10 inpatients suffers as a result of a mistake with medications cause significant injury or death

To Err Is Human



TO ERR IS HUMAN: BUILDING A SAFER HEALTH SYSTEM

Health care in the United States is not as safe as it should be--and can be. At least 44,000 people, and perhaps as many as 98,000 people, die in hospitals each year as a result of medical errors that could have been prevented, according to estimates from two major studies. Even using the lower estimate, preventable medical errors in hospitals exceed attributable deaths to such feared threats as motor-vehicle wrecks, breast cancer, and AIDS.

Medical errors can be defined as the failure of a planned action to be completed as intended or the use of a wrong plan to achieve an aim. Among the problems that commonly occur during the course of providing health care are adverse drug events and improper transfusions, surgical injuries and wrong-site surgery, suicides, restraint-related injuries or death, falls, burns, pressure ulcers, and mistaken patient identities. High error rates with serious consequences are most likely to occur in intensive care units, operating rooms, and emergency departments.

Beyond their cost in human lives, preventable medical errors exact other significant tolls. They have been estimated to result in total costs (including the expense of additional care necessitated by the errors, lost income and household productivity, and disability) of between \$17 billion and \$29 billion per year in hospitals nationwide. Errors also are costly in terms of loss of trust in the health care system by patients and diminished satisfaction by both patients and health professionals. Patients who experience a long hospital stay or disability as a result of errors pay with physical and psychological discomfort. Health professionals pay with loss of morale and frustration at not being able to provide the best care possible. Society bears the cost of errors as well, in terms of lost worker productivity, reduced school attendance by children, and lower levels of population health status.

A variety of factors have contributed to the nation's epidemic of medical errors. One oft-cited problem arises from the decentralized and fragmented nature of the health care delivery system--or "nonsystem," to some observers. When patients see multiple providers in different settings, none of whom has access to complete information, it becomes easier for things to go

Errors...are costly in terms of loss of trust in the health care system by patients and diminished satisfaction by both patients and health professionals.



To Error Is Human

❖ The Study We Have All Heard

- Every year, over 6,000 Americans die from workplace injuries.
- 44,000 to 98,000 patients die a year as a result of medical errors
- Adverse events occur in 2.9 to 3.7% of all hospitalizations
- **More than motor vehicle accident deaths in US**



WHO Global Study (2009)

- ❖ Most evidence comes from developed countries and little from developing countries
- ❖ 1.5 million patients are harmed and thousands are killed every year in USA
- ❖ 70% of patients' medication histories have errors (in some countries)
- ❖ 28-56% of adverse effects are preventable
- ❖ 10% of patients in acute care settings in developed countries experience adverse effects
- ❖ 1 in 4 patients in ICUs will acquire an infection



WHO Global Study (2009)

- ❖ More than 50% of drugs were not correctly prescribed, dispensed or sold.
- ❖ More than 50% of patients took their drugs incorrectly (overuse, underuse or misuse of prescription or non-prescription drugs).
- ❖ Situation is worse in developing countries.
- ❖ Under 40% of patients in the public sector and under 30% in the private sector being treated according to clinical guidelines.



เราตระหนักแต่ไม่ตระหนัก คนไข้จะปลอดภัยได้อย่างไร



“มันเป็นเรื่องปรกติที่ผลงานออกมามีข้อผิดพลาดบ้าง”

สงสัย...
ตาย
เพราะ
หมอ?



โดย นักเขียนสารคดีหญิง

อรสม
สุทธิสาคร



Patient Safety วาระแห่งชาติ



Patient safety (WHO vision)

**Every patient receives safe
health care, every time, everywhere.**



What is Patient Safety ?

World Health Organization definition

“The absence of preventable harm to a patient during the process of health care.”



10 Facts on patient safety

- ❖ **1. Patient safety is a serious global public health issue**
- ❖ There is now growing recognition that patient safety and quality is a critical dimension of universal health coverage.
- ❖ Since the launch of the WHO Patient Safety Program in 2004, **over 140 countries have worked to address the challenges of unsafe care.**



10 Facts on patient safety

- ❖ **2. One in 10 patients may be harmed while in hospital**
- ❖ Estimates show that in **developed countries as many as 1 in 10 patients** is harmed while receiving hospital care.
- ❖ The harm can be **caused by a range of errors or adverse events.**



10 Facts on patient safety

- ❖ **3. Hospital infections affect 14 out of every 100 patients admitted**
- ❖ Of every 100 hospitalized patients at any given time, 7 in developed and 10 in developing countries will acquire health care-associated infections (HAIs).
- ❖ Hundreds of millions of patients are affected worldwide each year.
- ❖ Simple and low-cost infection prevention and control measures, such as appropriate **hand hygiene, can reduce the frequency of HAIs by more than 50%.**



10 Facts on patient safety

- ❖ **4. Most people lack access to appropriate medical devices**
- ❖ There are an estimated 1.5 million different medical devices and over 10,000 types of devices available worldwide.
- ❖ The majority of the world's population is denied adequate access to safe and appropriate medical devices within their health systems.



10 Facts on patient safety

- ❖ **5. Unsafe injections decreased by 88% from 2000 to 2010**
- ❖ Key injection safety indicators measured in 2010 show that important progress has been made in the reuse rate of injection devices (5.5% in 2000), while modest gains were made through the reduction of the number of injections per person per year (2.88 in 2010).



10 Facts on patient safety

- ❖ **6. Delivery of safe surgery requires a teamwork approach**
- ❖ An estimated 234 million surgical operations are performed globally every year.
- ❖ Surgical care is associated with a considerable risk of complications.
- ❖ Surgical care errors contribute to a significant burden of disease despite the fact that **50% of complications associated with surgical care are avoidable.**



10 Facts on patient safety

- ❖ **7. About 20%-40% of all health spending is wasted due to poor-quality care**
- ❖ Safety studies show that additional hospitalization, litigation costs, infections acquired in hospitals, disability, lost of productivity and medical expenses cost some countries as much as US\$ 19 billion annually.
- ❖ **The economic benefits of improving patient safety are therefore compelling.**



10 Facts on patient safety

- ❖ **8. A poor safety record for health care**
- ❖ Industries with a perceived higher risk such as the aviation and nuclear industries have a much better safety record than health care.
- ❖ There is a 1 in 1,000,000 chance of a traveller being harmed while in an aircraft.
- ❖ In comparison, there is a 1 in 300 chance of a patient being harmed during health care.



10 Facts on patient safety

- ❖ **9. Patient and community engagement and empowerment are key**
- ❖ **People's experience** and perspectives are valuable resources for **identifying needs, measuring progress and evaluating outcomes.**



10 Facts on patient safety

- ❖ **10. Hospital partnerships can play a critical role**
- ❖ Hospital-to-hospital partnerships to improving patient safety and quality of care have been used for technical exchange between health workers for a number of decades.
- ❖ These partnerships provide a channel for bi-directional patient safety learning and the co-development of solutions in rapidly evolving global health systems.



Guiding Principles

- ❖ Focus on **systems** improvement
- ❖ Strengthen capacity through **education** and **training**
- ❖ Learn from **mistakes** and **minimize risks** in future
- ❖ **Patient center** approach
- ❖ Target **all levels** of healthcare
- ❖ Apply **evidence based** interventions
- ❖ Ensure **sustainability**



สำรวจความต้องการคุณภาพในทุกมิติ

เข้าถึง	Access	36%
พึงพอใจ	Accept/Responsive	27%
ด้วยหัวใจ	Humanize	64%
เหมาะสม	Appropriate	18%
คุ้มค่า	Efficient	18%
เวลาเหมาะสม	Timeliness	20%
สามารถ	Competency	31%
ต่อเนื่อง	Continuity	15%
เป็นธรรม	Equity	21%



สำรวจความต้องการคุณภาพในทุกมิติ

เข้าถึง	Access	36%
พึงพอใจ	Accept/Responsive	27%
ด้วยหัวใจ	Humanize	64%
เหมาะสม	Appropriate	18%
คุ้มค่า	Efficient	18%
เวลาเหมาะสม	Timeliness	20%
สามารถ	Competency	31%
ต่อเนื่อง	Continuity	15%
เป็นธรรม	Equity	21%
ปลอดภัย	Safety	93%



นโยบายการดำเนินงาน

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ศ. นพ. รัชตะ รัชตะนาวิน

และ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข

นพ. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์



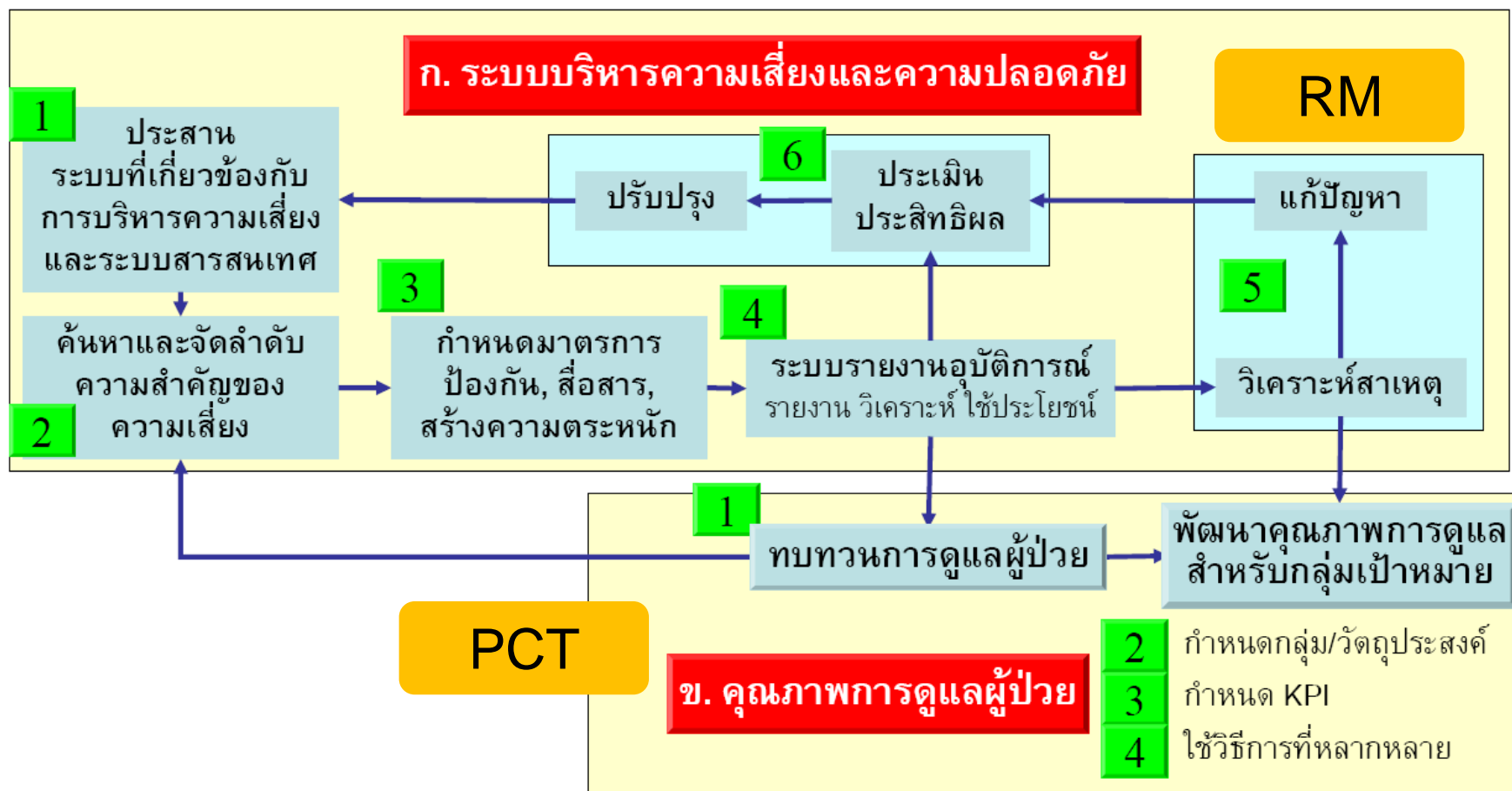
นโยบายรัฐมนตรีกว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ข้อ 2.9 เร่งรัดการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริการ ให้ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัยมากที่สุด และผู้ให้บริการมีความมั่นใจรวมทั้งเกิดความเป็นกัลยาณมิตรระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการ โดยจัดให้มี

“ทศวรรษแห่งการพัฒนาคุณภาพบริการและความปลอดภัยของผู้ป่วย”

II – 1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ (Risk, Safety, and Quality Management System)

มีระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ ของโรงพยาบาลที่มีประสิทธิผลและ
ประสานสอดคล้องกัน รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในลักษณะบูรณาการ





Step of Engagement





ชุมชนนักปฏิบัติหน่วยงานความเสี่งสูง 4 หน่วยงาน



Emergency Room



Labour Room

ชุมชนนักปฏิบัติหน่วยงานความเสี่ยสูง 4 หน่วยงาน



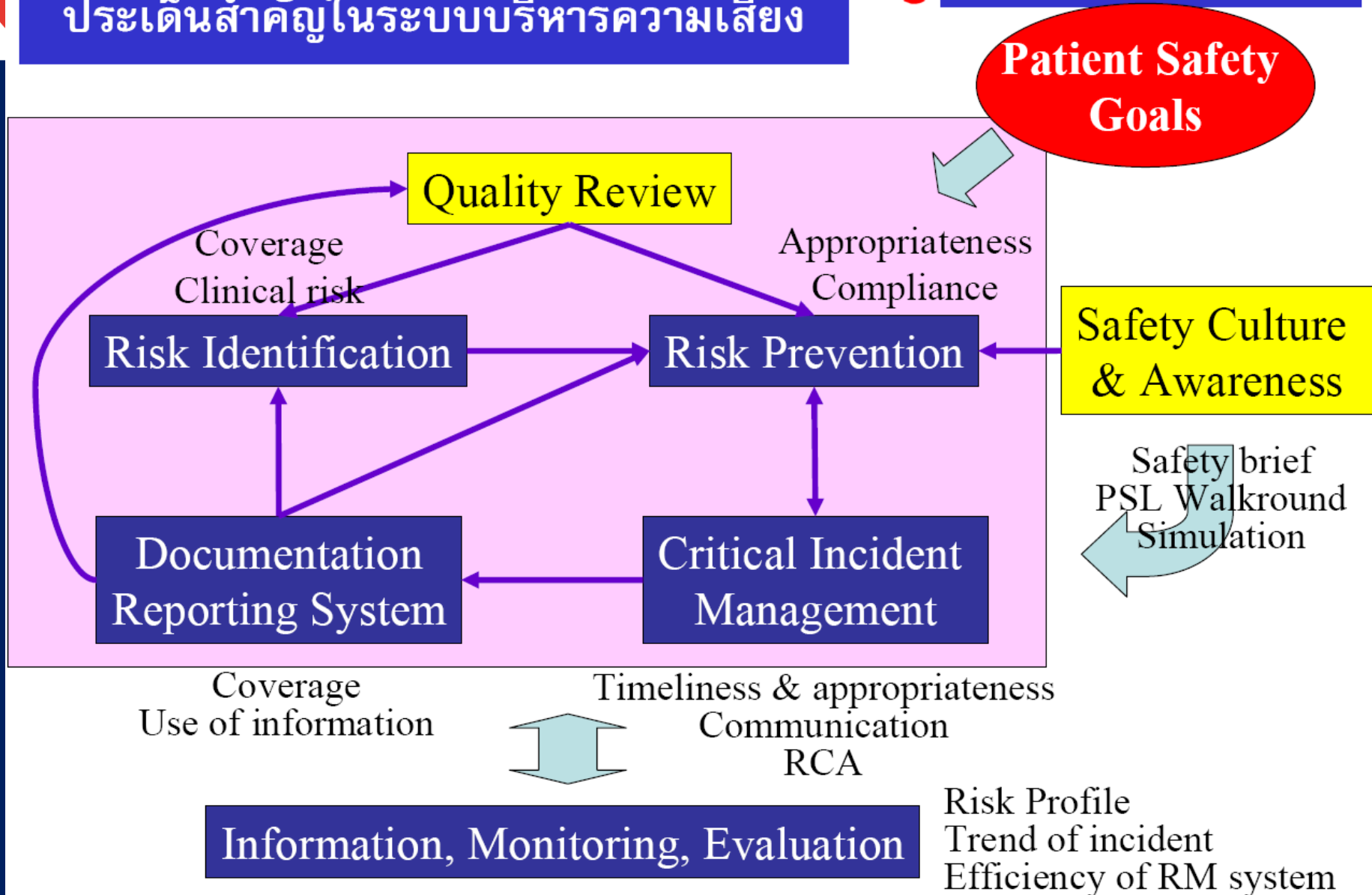
Operating Room



Intensive Care Unit



ประเด็นสำคัญในระบบบริหารความเสี่ยง



Patient Safety Goals : SIMPLE





SIMPLE

- ❖ **SIMPLE** คืออักษรย่อของหมวดหมู่ใหญ่ๆ สำหรับ Patient Safety Goals เพื่อความง่ายในการจดจำ และรองรับเป้าหมายหรือความท้าทายใหม่ๆ ที่จะมีมาในอนาคต
- ❖ S = Safe Surgery (2nd Global Patient Safety Challenge)
- ❖ I = Infection Control (Clean Care ใน 1st Patient Safety Challenge)
- ❖ M = Medication Safety
- ❖ P = Patient Care Process
- ❖ L = Line, Tube, Catheter
- ❖ E = Emergency Response

1. Look-Alike, Sound-Alike Medication (LASA)

นโยบาย

- ให้ความรู้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเป็นระยะ
- สร้างความมั่นใจว่าบุคลากรที่ปฏิบัติ มีคุณสมบัติและสมรรถนะตามที่กำหนด

บัญชีรายการ

- ทบทวนบัญชีรายการยา LASA ที่ใช้ใน รพ.อย่างน้อยปีละครั้ง
- Evidence based
 - พิจารณาชื่อยา, การบรรจุหีบห่อและเขียนฉลาก, ความเข้มข้นที่แตกต่างกันในยาชื่อเดียวกัน

การจัดซื้อ

พิจารณา LASA ในการจัดซื้อยาใหม่

คลังยา

- เก็บยาที่เป็นปัญหา (มีลักษณะคล้ายกัน) ไว้ในที่ห่างไกลกัน หรือไม่ใช้การเรียงลำดับตัวอักษร
- เน้นการเขียนชื่อยาให้เห็นความแตกต่างอย่างชัดเจน เช่น การเน้นตัวอักษรที่สูงกว่าตัวอื่น ในส่วนที่ต่าง

การเสริมพลัง

คำสั่งแพทย์

- หลีกเลี่ยงการสั่งการรักษาด้วยวาจาหรือทางโทรศัพท์
- หลีกเลี่ยงความสับสนเนื่องจากลายมืออ่านไม่ออก
- ระบุทั้งชื่อสามัญและชื่อการค้าในการสั่งยาและเขียนฉลาก
- ระบุวัตถุประสงค์ของการใช้ยาในคำสั่ง

การเตรียมยา

- อ่านฉลากยาอย่างระมัดระวังทุกครั้งที่ยิบยา และก่อนให้ผู้ป่วย
- ตรวจสอบการวินิจฉัยโรคที่เป็นปัจจุบันว่าสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการใช้ยาที่แพทย์ระบุ

การตรวจสอบ

การให้ยา

- ให้ข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษรแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล เกี่ยวกับ ข้อบ่งชี้ ชื่อทั่วไปและชื่อการค้า ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น
- ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องสายตา ภาษา และความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพให้เหมาะสม

2. Patient Identification

นโยบาย

เห็นว่าผู้ให้บริการมีหน้าที่หลักในการตรวจสอบ/ทวนสอบตัวบุคคล โดยผู้ป่วยควรมีส่วนร่วมในการทวนสอบป้ายที่ตนสวมอยู่ และผู้ป่วยควรได้รับความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการสวมป้ายที่ถูกต้อง

การรับผู้ป่วย

มีการทวนสอบตัวบุคคลเมื่อแรกรับและเมื่อจะให้การดูแล โดยใช้ตัวบ่งชี้อย่างน้อยสองตัว (เช่น ชื่อและวันเกิด) ไม่ใช่หมายเลขห้องหรือเลขเตียงผู้ป่วย

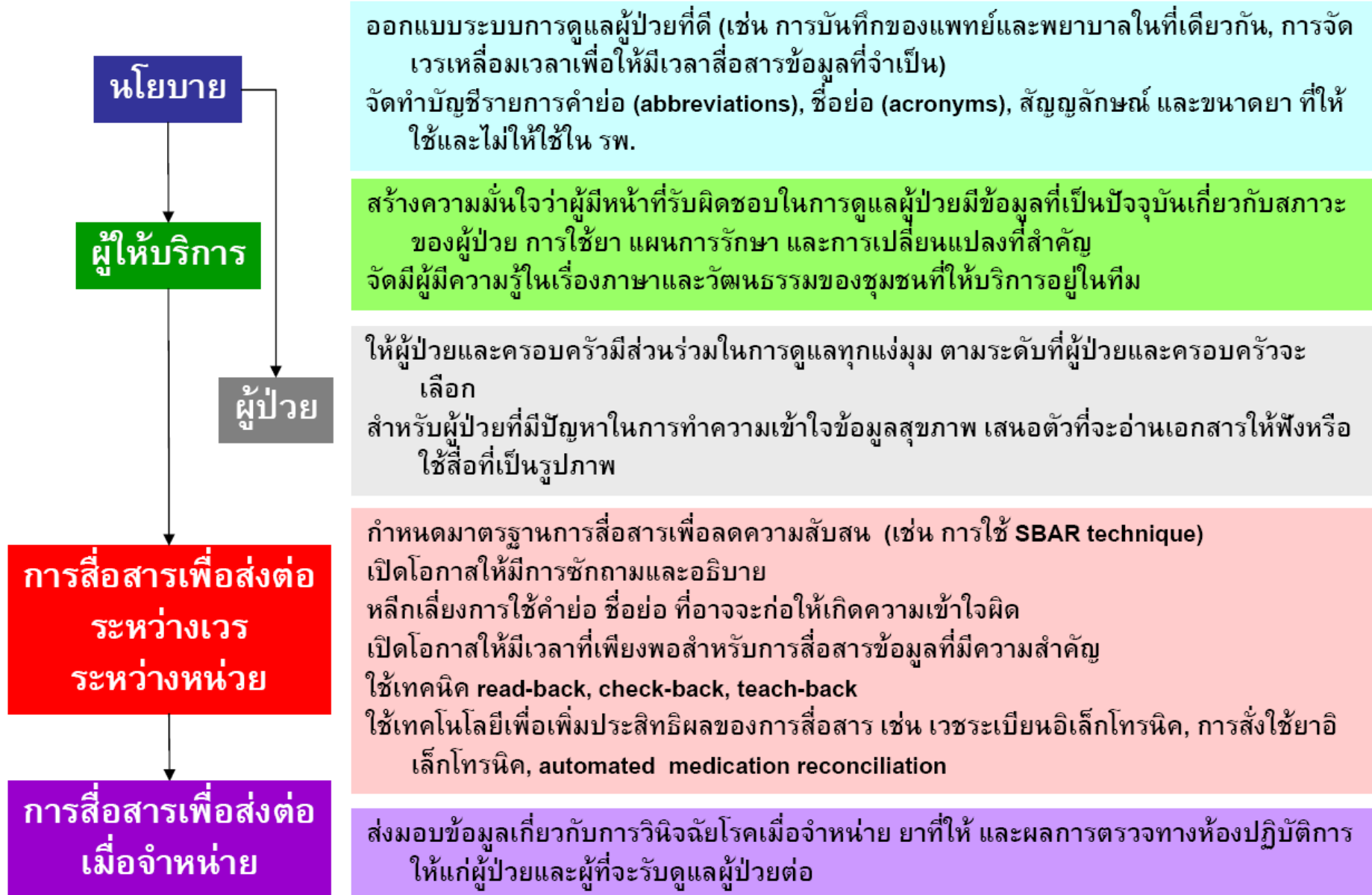
ID Band

- จัดทำมาตรฐานวิธีการระบุตัวผู้ป่วยภายในโรงพยาบาลและเครือข่าย ให้เป็นระบบเดียวกัน
- ใช้ป้ายระบุตัวผู้ป่วยสีขาว ซึ่งมีรูปแบบที่เป็นมาตรฐาน และสามารถเขียนข้อมูลเฉพาะได้ (เช่น ชื่อและวันเกิด)
- สำหรับผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว ใช้วิธีการอื่น ๆ ที่เหมาะสมโดยไม่ต้องสอบถามผู้ป่วย เช่น biometrics

การตรวจสอบ

แม้ว่าผู้ให้บริการจะรู้จักคุ้นเคยกับผู้ป่วย ก็จะต้องตรวจสอบรายละเอียดของข้อมูลบ่งชี้ตัวผู้ป่วยก่อนที่จะมีปฏิสัมพันธ์หรือให้กระทำการใด ๆ กับผู้ป่วย

3. Communication during Hand-overs



4. Wrong Site, Wrong Procedure, Wrong Person Surgery

การสอบทาน
ก่อนผ่าตัด

สร้างความมั่นใจว่ามีเอกสารที่จำเป็นครบถ้วนก่อนที่จะเริ่มต้นทำผ่าตัด มีความสอดคล้องกันในส่วนต่าง ๆ, สอดคล้องกับความคาดหวังของผู้ป่วย, และ สอดคล้องกับความเข้าใจของทีมเกี่ยวกับผู้ป่วย หัตถการ ตำแหน่ง (และ implant) ที่จะผ่าตัด
จะต้องระบุข้อมูลที่ขาดหายไปหรือข้อมูลที่ไม่สอดคล้องกันในช่วงเตรียมการก่อนผ่าตัด

การทำเครื่องหมาย
ที่ตำแหน่งผ่าตัด

ทำเครื่องหมายบ่งชี้ตำแหน่งที่จะทำการผ่าตัดซึ่งสามารถเห็นได้หลังจากที่เตรียมและปูผ้าผ่าตัดแล้ว ในการผ่าตัดซึ่งอาจจะเกิดความสับสนในประเด็นต่อไปนี้

- ข้างซ้าย ข้างขวา
- มีหลายชิ้น (เช่น นิ้วมือ นิ้วเท้า)
- มีหลายระดับ (เช่น การผ่าตัดกระดูกสันหลัง)

“ขอเวลานอก”
ก่อนลงมือ

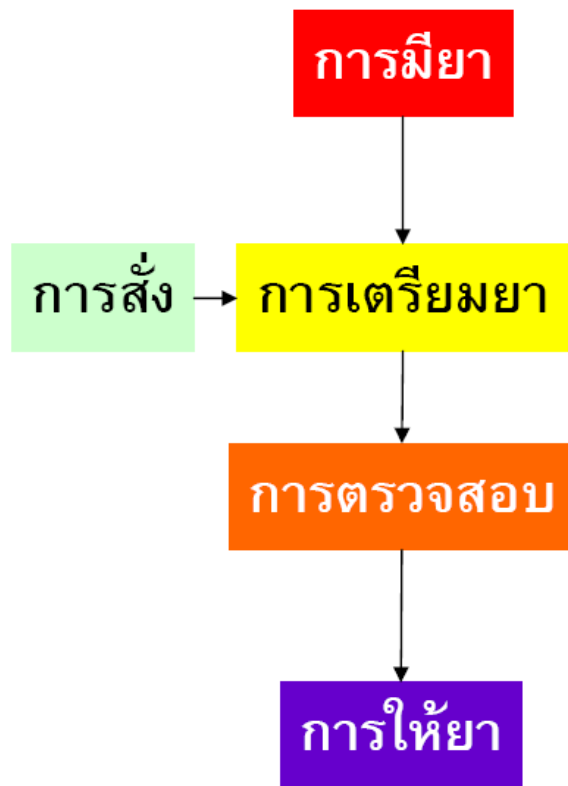
การขอเวลานอกเพื่อ verify ครังสุดท้ายในเรื่องความถูกต้องของผู้ป่วย, หัตถการ, ตำแหน่ง, implant
สมาชิกทีมที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ verify ในลักษณะ fail-safe กล่าวคือถ้ายังมีคำถามหรือมีความกังวลอยู่ จะไม่เริ่มทำการผ่าตัดเป็นอันขาด

การติดตามกำกับ

ติดตามความถี่ของการเกิดอุบัติการณ์จากระบบรายงานด้วยความสนใจ

5. Concentrated Electrolyte Solution

e.g. | concentrated KCl, hypertonic saline



- จัดซื้อสารละลาย electrolyte เข้มข้นที่มีค่าความเข้มข้นน้อยตัวและเป็นมาตรฐาน

- เก็บ electrolyte เข้าชั้นไว้เฉพาะในพื้นที่เตรียมยาของฝ่ายเภสัชกรรมเท่านั้น ไม่เก็บไว้ในหน่วยดูแลผู้ป่วย และให้เภสัชกรเป็นผู้จัดเตรียม

- ใช้สารละลายที่จัดเตรียมไว้แล้ว (premixed parenteral solutions) ถ้าสามารถทำได้

- เขียนฉลากด้วย HIGH RISK WARNING label

มีการตรวจสอบที่เป็นอิสระโดยผู้ประกอบวิชาชีพอีกคนหนึ่ง ในด้าน การคำนวณความเข้มข้น, อัตราการให้, และความถูกต้องของ IV line ที่จะให้

- ใช้ infusion pump ในการให้สารละลายเข้มข้นแก่ผู้ป่วย

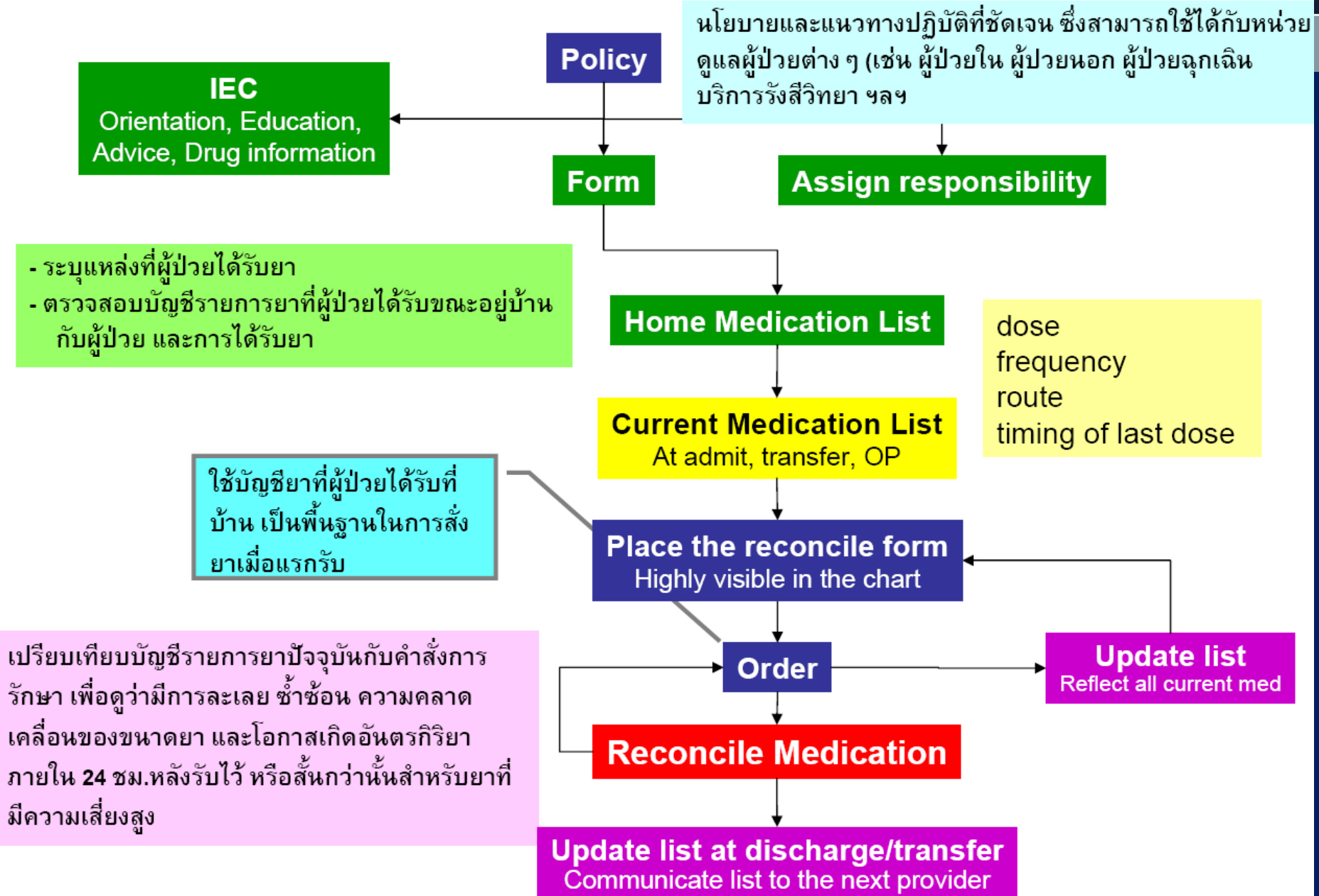
- ถ้าไม่มี infusion pump is not available ให้พิจารณาอุปกรณ์การให้สารละลายอื่น เช่น buretrol administration tubing และให้มีการติดตามตรวจสอบปริมาณและอัตราที่ผู้ป่วยได้รับบ่อย ๆ

โครงสร้างความปลอดภัยพื้นฐาน

- นโยบายและแนวทางปฏิบัติ

- การฝึกอบรมบุคลากร (เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ พนักงานเภสัชกรรม) และการประเมินความรู้ความสามารถ

6. Medical Reconciliation



7. Catheter and Tubing Connection

การจัดซื้อ Cath & Tube ชนิดใหม่

ทดสอบโอกาสที่จะเกิด misconnection

การให้ความรู้

- ให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย ครอบครัว เกี่ยวกับอันตรายของ misconnection
- แนะนำเจ้าหน้าที่ซึ่งไม่ใช่ clinician ผู้ป่วย และครอบครัว ขอความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา ไม่ต่อหรือปลดสายด้วยตนเอง

High Risk Cath
(arterial, epidural, intrathecal)

- เขียน label
- หลีกเลี่ยงที่จะใช้ catheter ซึ่งมีช่องทางสำหรับฉีดยา

การเปลี่ยน Setting/
การเปลี่ยนเวอร์

Line reconciliation (ตรวจสอบการต่อ tube, ติดตาม tubes และ catheter ทุกเส้นไปถึงแหล่งต้นกำเนิดของสารน้ำ)

การให้ยาทางปากหรือ
ให้อาหารทางสายยาง

ไม่ใช่ standard Luer connection ในการให้ยาทางปากหรือให้อาหารทางสายยาง



Patient Safety Goals : SIMPLE โรงพยาบาลตำรวจ

S : Safe Surgery

S 1: SSI Prevention

1. ผู้ป่วย **elective surgery** รับไว้ในรพ.ก่อนผ่าตัดให้ระยะสั้นที่สุดและทำการรักษาโรคอื่นๆให้ดีขึ้นหรือหายก่อนผ่าตัด
 2. ไม่กำจัดขนก่อนผ่าตัด ยกเว้นว่าคนที่บริเวณผ่าตัดจะรบกวนต่อการทำผ่าตัด ให้โกนหรือขลิบขนทันทีก่อนเข้าห้องผ่าตัด (สำหรับ electric clipper มีใช้ในห้องผ่าตัดเท่านั้น)
 3. ให้ **prophylactic antibiotic** ตามข้อบ่งชี้ ซึ่งมีกำหนดไว้ในภาคผนวกของ วิธีปฏิบัติเรื่อง การป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด (WI-ICC-01-004) โดยให้ทางหลอดเลือดดำครั้งแรกขณะเริ่มให้ยาสลบ หรือ 30 นาที ก่อนเริ่มลงมือผ่าตัด ไม่เกิน 2 ชั่วโมงก่อนทำการผ่าตัดและให้ยาป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดนานเกิน 24 ชั่วโมง
 - กรณีผ่าตัด C/S ให้ทันทีหลังจาก clamp สายสะดือ
 - ให้ยาเพิ่มอีก 1 ครั้งหลังให้เข็มแรกถ้าผ่าตัดนานเกิน 4 ชั่วโมง การผ่าตัดที่ผู้ป่วยเสียเลือดมาก ผู้ป่วยที่อ้วนมาก
- อ้างอิง คู่มือการบันทึกแบบบันทึกการเฝ้าระวังการติดเชื้อในรพ. (HB-ICC-02-002) วิธีปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด (WI-ICC-01-004) แบบเฝ้าระวังการติดเชื้อแผลผ่าตัด (FM-ICC-02-003)

S 2: Safe Anesthesia

1. มีวิสัญญีแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วย ASA PS III-V
2. วิสัญญีพยาบาลปฏิบัติการระงับความรู้สึกไม่น้อยกว่าปีละ 50 ราย
3. จัดทำแนวทางป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการให้การระงับความรู้สึก
 - ใช้แนวทางการประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด (HB-ANE-01-001) โดยเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เพื่อประเมินความพร้อมทั้งองค์รวม เยี่ยมประเมินและเตรียมผู้ป่วยเฉพาะโรค หลังจากประเมินแล้ว มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึก คำแนะนำในการปฏิบัติตัวตลอดจนความเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้แก่ผู้ป่วยและญาติ ก่อนลงนามยินยอม



Surgical Safety Checklist

Surgical Safety Checklist

SIGN-IN ก่อนดมยาสลบ หลังตรวจสอบทุกข้อ จึงเริ่มให้ยาระงับความรู้สึก

ตรวจสอบยืนยันความถูกต้อง โดย 1.พยาบาล 2. วิสัญญี 3.อื่นๆ.....

ยืนยัน ☐ ขานชื่อ สกุล ผู้ป่วย

• ใบเซ็นยินยอมรับการผ่าตัด ☐ มี ☐ ไม่มี

• ชื่อการผ่าตัด.....

☐ ตำแหน่งการผ่าตัด

..... ระบุข้าง ☐ ซ้าย ☐ ขวา ☐ ทั้งสองข้าง

..... ระบุข้าง ☐ ซ้าย ☐ ขวา ☐ ทั้งสองข้าง

☐ จอ ICU ☐ ได้ ☐ ไม่ได้

☐ อุปกรณ์ที่ต้องใส่ในร่างกาย (implant, prosthesis) ☐ มี ☐ ไม่มี

• เตรียมพร้อม สำหรับ Film/EKG/Lab/ของใช้อื่นๆ

☐ มี ☐ ไม่มี

☐ ยืนยัน Frozen section ☐ จอ ☐ ไม่จอ

• ความเสี่ยง จะเสียเลือดมากกว่าระหว่างผ่าตัด (>500 cc.ในผู้ใหญ่ , >7cc./kg.ในเด็ก)

☐ ไม่มี ☐ มี / เตรียมเลือด

• ประวัติแพ้ยา รวมถึงการแพ้ยาสลบ

☐ ไม่มี ☐ มี

ตรวจสอบการใช้ยา

• ได้รับยา ลดความดัน ยาโรคหัวใจ ยา beta blocker

☐ ไม่ได้ใช้ ☐ ใช่

• ได้รับยาลดลิ่มเลือด หรือต้านการแข็งตัวของเลือด

☐ ไม่ได้ใช้ ☐ ใช่หยุดวันที่.....

☐ ยา/อุปกรณ์ ในการดมยาสลบ ทำงานปกติ

☐ pulse ox meter พร้อมใช้

☐ เตรียมพร้อม สำหรับ difficult airway

• ภาวะเสี่ยง ต่อการสำลัก หรือความยากในการใส่ท่อช่วยหายใจ

☐ ไม่มี ☐ มี

TIME-OUT ก่อนลงมีดผ่าตัด (ยกเว้นกรณีฉุกเฉิน หรือฉุกเฉินชีวิตผู้ป่วย)

ตรวจสอบยืนยันความถูกต้อง ทีมผ่าตัดทั้งหมดทุกคน

ยืนยัน ☐ ทีมผ่าตัดทุกคน (ชื่อ / หน้าที่)

☐ ความถูกต้องของผู้ป่วย (ถูกคนตามชื่อ สกุล HN)

☐ ชื่อการผ่าตัด

☐ ตำแหน่งผ่าตัด / ข้างที่จะผ่าตัด

☐ อุปกรณ์ที่ต้องใส่ในร่างกาย (implant, prosthesis)

☐ ให้ยาปฏิชีวนะไม่เกิน 60 นาที ก่อนลงมีด

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

การคาดการณ์ภาวะวิกฤตที่อาจเกิดขึ้นระหว่างผ่าตัด

Surgeon:

☐ ภาวะวิกฤตหรือสิ่งผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น.....

☐ ประเมินการระยะเวลาผ่าตัดนาที/ชม.

☐ ประเมินการสูญเสียเลือดcc.

Anesthetist:

☐ ASA.....

☐ การเตรียมพร้อมเมื่อเกิดภาวะวิกฤต

Scrub and circulating Nurse:

☐ ยืนยัน ความพร้อมของเครื่องมือ เครื่องใช้ในการผ่าตัด

☐ ตรวจสอบ sterile indicator

☐ เตรียมพร้อมเครื่องมือที่อาจเกิดภาวะวิกฤต

ผู้บันทึก.....

DATE

SIGN OUT ก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด

ตรวจสอบยืนยันความถูกต้อง โดย

1.พยาบาล 2.วิสัญญี 3.ศัลยแพทย์

ยืนยันกับทีมผ่าตัดด้วยคำพูด

ชื่อการผ่าตัด

☐ นับจำนวนอุปกรณ์ ต่างๆ

เช่น sponge, เข็มใบมีด ของมีคมต่างๆ มีครบทุกชิ้น

☐ ยืนยันสิ่งส่งตรวจและติดป้ายสิ่งส่งตรวจ

(อ่านป้ายชื่อผู้ป่วยและป้ายสิ่งส่งตรวจเสี่ยงต่างๆ)

☐ ตรวจสอบความเสียหายของอุปกรณ์ต่างๆ

(บันทึกและเตรียมส่งซ่อม)

ปัญหาของผู้ป่วยหรือการดูแลที่ต้องส่งต่อให้ห้องพักรับ (ถ้ามี)

ข้อมูลจาก Surgeon

ข้อมูลจาก Anesthetist

ติดสติ๊กเกอร์ผู้ป่วย

I 1: Hand Hygiene

1. จัดให้มี **alcohol-based hand rubs** ที่เข้าถึงได้ง่าย ณ จุดที่ให้บริการผู้ป่วย (point of patient care) ซึ่งผู้ปฏิบัติงานสามารถใช้ได้เมื่อต้องการโดยไม่ต้องออกจากบริเวณที่ทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย (อาจจะเป็นขวด hand rubs ติดกระเป๋าผู้ปฏิบัติงาน หรือ hand rubs ที่ติดกับเตียงผู้ป่วย วางบนโต๊ะข้างเตียง และวางบนรถฉัตยาทำแผล)
2. จัดให้มีน้ำสะอาดและสิ่งอำนวยความสะดวกที่จำเป็นสำหรับการล้างมือซึ่งเข้าถึงได้ง่าย
3. ให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับวิธีการล้างมือที่ถูกต้อง
4. แสดงสื่อเตือนใจในที่ทำงานเพื่อกระตุ้นให้มีการล้างมือ
5. สังเกตติดตามและวัดระดับการปฏิบัติ และให้ข้อมูลป้อนกลับแก่ผู้ปฏิบัติงาน



การจัดระดับของความเลี้ง

ระดับ A = **ไม่มี**ความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่เหตุการณ์ที่อาจทำให้
เกิดความคลาดเคลื่อนได้



ระดับ B = **มี**ความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่**ไม่เป็นอันตราย**ต่อผู้ป่วย
เนื่องจากความคลาดเคลื่อน**ไปไม่ถึง**ผู้ป่วย

ระดับ C = **มี**ความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่**ไม่เป็นอันตราย**ต่อผู้ป่วย
ถึงแม้ว่าความคลาดเคลื่อนนั้นจะ**ไปถึง**ผู้ป่วยแล้ว



การจัดระดับของความเลียง

ระดับ D = มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยแต่
ยังจำเป็นต้องมีการติดตามผู้ป่วยเพิ่มเติม

ระดับ E = มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย
เพียงชั่วคราวรวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือแก้ไข
เพิ่มเติม

ระดับ F = มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย
เพียงชั่วคราวรวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาใน
โรงพยาบาล หรือยืระยะเวลาในการรักษาตัวใน

โรงพยาบาลออกไป

The National Coordinating Council for
Medication Error Reporting and Prevention



การจัดระดับของความเล่ียง

ระดับ G = มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยถาวร

ระดับ H = มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนเกือบถึงแก่ชีวิต

ระดับ I = มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนถึงแก่ชีวิต

สรุป เราจะนับ adverse events เมื่อผลกระทบระดับ E ถึง I เท่านั้น



สถิติความเสี่ยงโรงพยาบาลตำรวจ

ระดับความรุนแรง	2555	2556	2557
A	127	46	26
B	2597	4223	5085
C	4191	2824	1698
D	800	516	354
E	81	43	67
F	22	18	19
G	2	0	0
H	6	2	5
I	5	9	8



WHO Patient Safety - program areas

❖ Action area 1:

1. Clean Care is Safer Care

2. Safe Surgery Saves Lives

❖ Action area 2: Patients for Patient Safety

❖ Action area 3: Research for Patient Safety

❖ Action area 4: International Patient Safety Classification

❖ Action area 5: Reporting and Learning

❖ Action area 6: Solutions for Patient Safety



WHO Patient Safety - program areas

- ❖ **Action area 7: High 5s**
- ❖ **Action area 8: Technology for Patient Safety**
- ❖ **Action area 9: Knowledge Management**
- ❖ **Action area 10: Eliminating central line-associated bloodstream infections**
- ❖ **Action area 11: Education for Safer Care**
- ❖ **Action area 12: Safety Prize**
- ❖ **Action area 13: Medical Checklists**



WHO Patient Safety - program areas

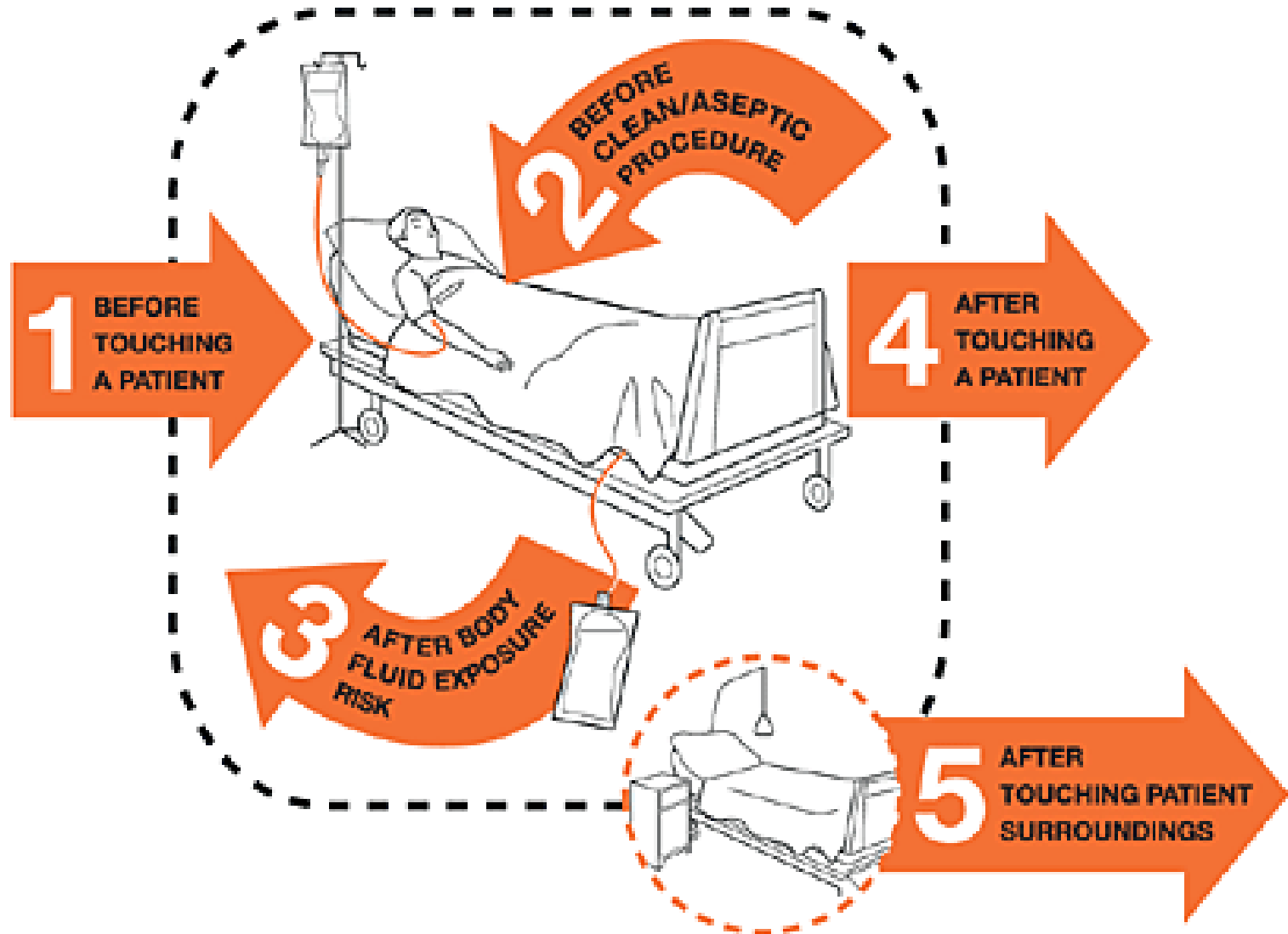
- ❖ Action area 1
- ❖ 1. Clean Care is Safer Care
- ❖ SAVE LIVES: Clean Your Hands - WHO's global annual campaign
- ❖ Announcing the 5 May 2015 Campaign theme!



WHO Patient Safety - program areas

- ❖ After 10 years of the WHO **Clean is Safer Care** program, here are 10 reasons why you should be part of it:
 - Hand hygiene in health care has **saved millions of lives** in the last years.
 - **Hand hygiene is a quality indicator** of safe healthcare systems.
 - **Affordable life-saving** technology is available! Alcohol-based hand rub, which costs approximately \$3 per bottle, can prevent HAI and millions of deaths every year.

WHO Patient Safety – program areas



มากกว่า 80 เปอร์เซ็นต์
ของการติดต่อโรครุนแรง ในโรงพยาบาล
มาจาก “มือคุณ”



“อย่าลืมล้างมือ”

คุณไม่มีเวลา...

หรือคุณไม่คิดจะทำ?

“เพื่อคนอื่น”



“อย่าลืมล้างมือ”

อีกชีวิตที่ต้องสูญเสียจากคำพูดว่า...
“ลืมล้างมือ”



“อย่าลืมล้างมือ”



WHO Patient Safety - program areas

- ❖ **Action area 1**
- ❖ **2. Safe Surgery Saves Lives**
- ❖ The reported crude **mortality rate after major surgery is 0.5-5%**.
- ❖ **At least half of the cases** in which surgery led to harm are considered **preventable**.
- ❖ **Mortality from general anaesthesia** alone is reported to be **as high as one in 150** in some parts of sub-Saharan Africa.

Surgical Safety Checklist



World Health
Organization

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care

Before induction of anaesthesia

(with at least nurse and anaesthetist)

Has the patient confirmed his/her identity, site, procedure, and consent?

☐ Yes

Is the site marked?

☐ Yes

☐ Not applicable

Is the anaesthesia machine and medication check complete?

☐ Yes

Is the pulse oximeter on the patient and functioning?

☐ Yes

Does the patient have a:

Known allergy?

☐ No

☐ Yes

Difficult airway or aspiration risk?

☐ No

☐ Yes, and equipment/assistance available

Risk of >500ml blood loss (7ml/kg in children)?

☐ No

☐ Yes, and two IVs/central access and fluids planned

Before skin incision

(with nurse, anaesthetist and surgeon)

☐ **Confirm all team members have introduced themselves by name and role.**

☐ **Confirm the patient's name, procedure, and where the incision will be made.**

Has antibiotic prophylaxis been given within the last 60 minutes?

☐ Yes

☐ Not applicable

Anticipated Critical Events

To Surgeon:

☐ What are the critical or non-routine steps?

☐ How long will the case take?

☐ What is the anticipated blood loss?

To Anaesthetist:

☐ Are there any patient-specific concerns?

To Nursing Team:

☐ Has sterility (including indicator results) been confirmed?

☐ Are there equipment issues or any concerns?

Is essential imaging displayed?

☐ Yes

☐ Not applicable

Before patient leaves operating room

(with nurse, anaesthetist and surgeon)

Nurse Verbally Confirms:

☐ The name of the procedure

☐ Completion of instrument, sponge and needle counts

☐ Specimen labelling (read specimen labels aloud, including patient name)

☐ Whether there are any equipment problems to be addressed

To Surgeon, Anaesthetist and Nurse:

☐ What are the key concerns for recovery and management of this patient?



WHO Patient Safety - program areas

- ❖ **Action area 2**
- ❖ **Patients for Patient Safety**
- ❖ In the area of patient and consumer involvement, Patients for Patient Safety is building a patient-led, global network of patients and patient organizations to champion patient safety.
- ❖ **Patient engagement became a priority.**



WHO Patient Safety - program areas

- ❖ **Action area 3**
- ❖ **Research for Patient Safety**
- ❖ Research for Patient Safety undertakes global prevalence studies of adverse effects and is developing a rapid assessment tool for use in developing countries.



WHO Patient Safety - program areas

❖ Action area 4

❖ International Patient Safety Classification

- Blood safety
- Injection and immunization safety
- Reporting and learning systems
- Nursing
- Safe surgery
- Infection control



WHO Patient Safety - program areas

- ❖ **Action area 5**
- ❖ **Reporting and Learning**
- ❖ Reporting and Learning aims to generate best practice guidelines for existing and new reporting systems, and facilitate early learning from information available.



WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY

WHO DRAFT GUIDELINES FOR ADVERSE EVENT REPORTING AND LEARNING SYSTEMS

FROM INFORMATION TO ACTION



World Health
Organization



WHO Patient Safety - program areas

- ❖ **Action area 6**
- ❖ **Solutions for Patient Safety**
- ❖ “...system designs or interventions that demonstrate the ability to prevent or mitigate patient harm stemming from the processes of health care.”



WHO Patient Safety - program areas

❖ Action area 6

❖ Solutions for Patient Safety

- Medication Names.
- Patient Identification.
- Communication During Patient Hand-Over.
- Performance of Correct Procedure at Correct Body Site.
- Control of Concentrated Electrolyte Solutions.



WHO Patient Safety - program areas

❖ Action area 6

❖ Solutions for Patient Safety

- Assuring Medication Accuracy at Transitions in Care.
- Avoiding Catheter and Tubing Mis-Connections.
- Single Use of Injection Devices.
- Improved Hand Hygiene to Prevent Health Care-Associated Infections.



WHO Patient Safety - program areas

- ❖ **Action area 7**
- ❖ **High 5s**
- ❖ The High 5s initiative will spread **best practice** for change in organizational, team and clinical practices to improve **patient safety**.
- ❖ The High 5s name derives from the Project's original intent to significantly reduce the frequency of 5 challenging patient safety problems in 5 countries over 5 years.

The High 5s Project

Interim Report





WHO Patient Safety - program areas

- ❖ **Action area 7**
- ❖ **Three Standardized Operating Protocols (SOPs) have been developed. These address:**
 - ❖ 1. Concentrated injectable medicines
 - ❖ 2. Medication accuracy at transitions in care
 - ❖ 3. Correct procedure at the correct body site



WHO Patient Safety - program areas

- ❖ **Action area 8**
- ❖ **Technology for Patient Safety**
- ❖ Technology for Patient Safety focuses on the opportunities to harness new technologies to improve patient safety.



WHO Patient Safety - program areas

- ❖ **Action area 9**
- ❖ **Knowledge Management**
- ❖ Knowledge Management will work with Member States and partners to gather and share knowledge on patient safety developments globally.



WHO Patient Safety - program areas

- ❖ **Action area 10**
- ❖ **Eliminating central line-associated bloodstream infections**
- ❖ WHO Patient Safety will ensure that the results of the work in the State of Michigan, USA, to eliminate central line-associated bloodstream infections is replicated in other settings, this could change the lives of tens of thousands of patients worldwide, especially on intensive care patients.



WHO Patient Safety - program areas

- ❖ **Action area 11**
- ❖ **Education for Safer Care**
- ❖ Education for Safer Care will develop a curricular guide for medical students as well as other resources.



World Health
Organization

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care

Patient Safety Curriculum Guide

Multi-professional Edition





WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY

WHO PATIENT SAFETY CURRICULUM GUIDE FOR MEDICAL SCHOOLS

A SUMMARY



DOWNLOAD THE GUIDE FOR FREE AT:

http://www.who.int/patient_safety/activities/technical/medical_curriculum/en/index.html



World Health
Organization



WHO Patient Safety - program areas

- ❖ **Action area 12**
- ❖ **Safety Prize**
- ❖ The Safety Prize will be an international award for excellence in the field of patient safety that will act as a driver for change and improvement.



WHO Patient Safety - program areas

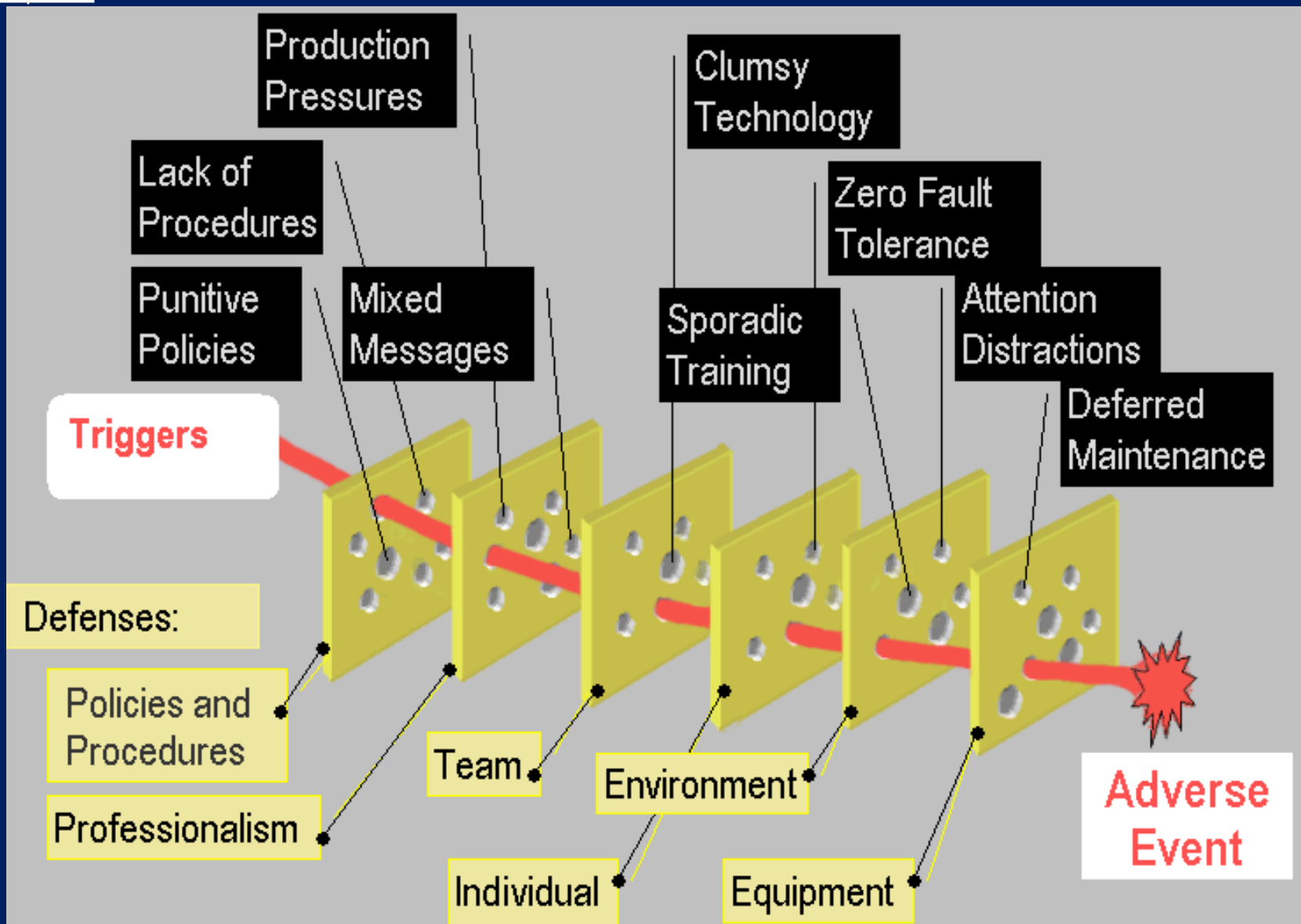
- ❖ **Action area 13**
- ❖ **Medical Checklists**
- ❖ After the success of the **Surgical Safety Checklist** developed by Patient Safety last year, which was shown to **decrease morbidity and mortality by over one-third**, WHO Patient Safety is working on additional checklists in order to determine if this approach is effective in other areas of medicine as well.



Patient Safety Studies

- ❖ Having a **non-punitive environment** would encourage reporting of errors and near misses
- ❖ Both the Joint Commission (TJC) and the Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) **require a non-punitive environment**
- ❖ A **person** who is **reckless** or **does something intentional to harm** a patient should be **terminated from employment**

Multi-Causal Theory “Swiss Cheese” diagram (Reason, 1991)



ทำงานประจำให้ดี

รู้เป้าหมาย
รู้ว่าจะทำให้ดีได้อย่างไร
รู้ว่าทำได้ดีหรือไม่

มีอะไรให้คุยกัน

คุยกันภายในหน่วยงาน
คุยกันระหว่างหน่วยงาน
คุยกันระหว่างวิชาชีพ

ขยันทบทวน

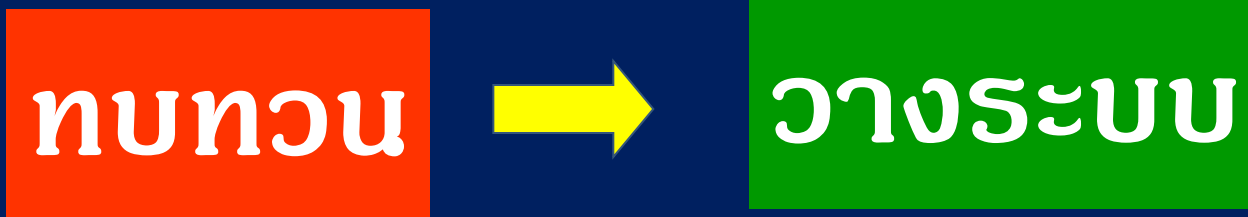
ทบทวนหลังทำกิจกรรม (AAR)
ทบทวนเมื่อมีเหตุการณ์
ทบทวนข้อมูลที่เป็นประโยชน์

ทำเพราะถูกสั่ง



ทำจากแรง
กระตุ้นภายใน

ไม่สั่งก็ทำ
ไม่มีคนอื่นทำ ก็ทำคนเดียว
ทำจนเป็นความเคยชิน
ทำจนความคิดและพฤติกรรมเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น
ชวนกันทำมากขึ้น



จากคอยไล่ดับไฟ สู่การป้องกันไฟ
จากการแก้ไขเป็นราย ๆ สู่ความครอบคลุมทุก ๆ ราย



คุยกันวันละนิด จิตเต็มตัว

ผู้ปฏิบัติงานนำประเด็นความเสี่ยงมาคุยกัน
ในที่ทีมเป็นประจำในทุกเวอร์โดยใช้เวลานสั้น ๆ

**สรุปย่อ ข้อปลอดภัย
(Safety Brief)**

ตรวจสอบปัญหาที่อาจจะถูกละเลย
ไประหว่างการดูแลผู้ป่วยตามปกติ

ทบทวนข้างเตียง

ส่งต่อประเด็นความเสี่ยงและข้อ
พึงระวังที่คุยกันภายในแต่ละเวอร์

ส่งต่อระหว่างเวอร์



ผู้ป่วยที่รับใหม่และปัญหาการดูแลผู้ป่วย
ที่เกิดขึ้นในช่วงเวรบ่ายและเวรดึก

**คุยกันยามเช้า
(Morning Brief)**

**ผู้นำออกหน้ารับรู้
(PS Leadership Walkround)**

ตรวจเยี่ยมหน่วยงานต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอทุกสัปดาห์
เพื่อรับรู้ปัญหาและอุบัติการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น
ให้ความมั่นใจว่าจะมุ่งเน้นการแก้ไขปรับปรุงระบบ
และดำเนินการแก้ไขโดยทันที

การทบทวนข้อมูลและแนวโน้ม

ความเหมาะสมตามข้อบ่งชี้
ผลที่ไม่พึงประสงค์จากยา
ความคลาดเคลื่อนทางยา

การใช้ยา

การสื่อสารกับผู้ป่วยศักยภาพของ รพ.
และความเหมาะสมของการดูแล

ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ

อัตราการติดเชื้อในตำแหน่งต่างๆ
พฤติกรรมป้องกัน
การติดตามหลังจากผู้ป่วยออกจาก รพ.

การติดเชื้อในโรงพยาบาล



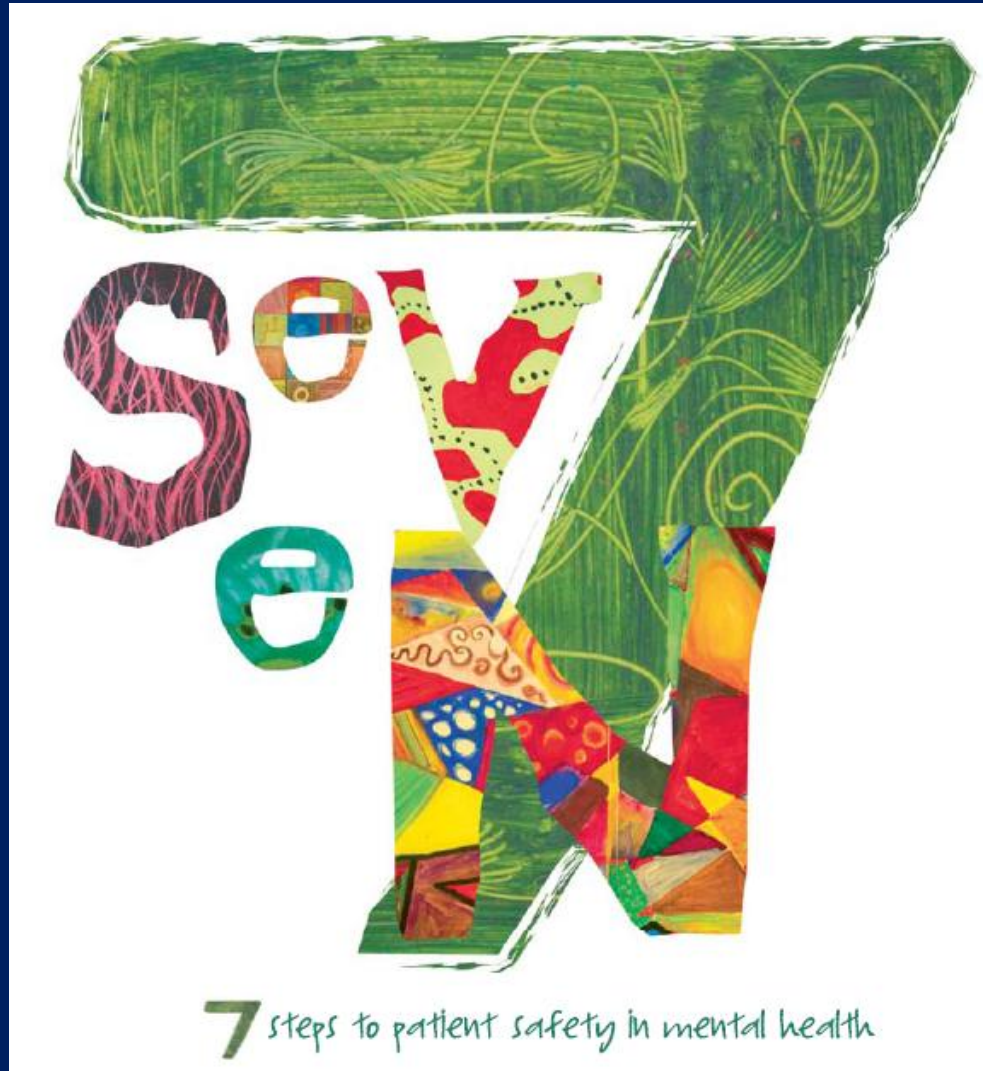
การใช้ทรัพยากร

ที่เกี่ยวกับการตัดสินใจทางการแพทย์
เพื่อนำไปสู่การจัดทำแนวทางดูแลผู้ป่วย
ที่คุ้มค่าและได้ผลดียิ่งขึ้น

ตัวชี้วัดต่าง ๆ

คำร้องเรียนและข้อเสนอแนะ

The Seven steps to patient safety in mental health





The Seven steps to patient safety in mental health

- ❖ The *Seven steps to patient safety in mental health* describes a framework for mental health organizations, staff and teams on which to build work towards **improving the safety of service users**.
- ❖ The steps are part of a continuing process: step one is the foundation step; steps two to seven help you **build** your **safety culture**.



The Seven steps to patient safety in mental health

Step 1: Build a safety culture

Step 2: Lead and support your staff

Step 3: Integrate your risk management activity

Step 4: Strengthen reporting in mental healthcare

Step 5: Involve and communicate with service users and the public

Step 6: Learn and share safety lessons

Step 7: Implement solutions to prevent harm



Step 1: Build a safety culture

- ❖ Create a culture that is open and fair.
- ❖ Looking at **what was wrong in the system** helps organizations to learn lessons that can prevent the incident recurring.
- ❖ A mature, high-functioning safety culture will ensure that clinical and managerial staff are **aware not only of the individual service user risks, but also of the risks associated within the systems that they are working.**



Step 1: Build a safety culture

❖ Individual approach

- ❖ Error prone people
 - individuals are careless, at fault, reckless
- ❖ Find someone to blame
 - punish, shame and train
- ❖ 'Fix' individual
 - = improve safety

❖ Systems approach

- ❖ Error prone situations
 - poor organizational design sets people up to fail
- ❖ Focus on multiple contributing factors not just actions of individual
- ❖ Redesign the process
 - = improve safety



Step 1: Build a safety culture

❖ Action points

- ❖ Discuss with your colleagues, including temporary staff and students, what they hope and expect will happen when they report something that has gone wrong.
- ❖ Build into regular team meetings a prompt to discuss any emerging risks that might need to be reported – and agree who will report them on behalf of the team.



Step 2: Lead and support your staff

- ❖ Establish a clear and strong focus on patient safety throughout your organization.
- ❖ To show that **safety is a priority** and that the management of the organization is committed to improvement, **leaders** must be visible and active in leading patient safety initiatives.



Step 2: Lead and support your staff

Levels of maturity with respect to a 'safety culture'





Step 2: Lead and support your staff

- ❖ **Action points**
- ❖ **Know who your own champion or lead** is for patient safety.
- ❖ Invite them to visit your area, meet the team, and explain their role.
- ❖ **Support** individuals within **your team** when something does go wrong.



Step 3: Integrate your risk management activity

- ❖ Develop systems and processes to manage your risks, and identify and assess things that could go wrong.
- ❖ Patient safety is a key component of risk management, and should be integrated with staff safety, complaints management, litigation and claims handling, and financial and environmental risk.



Step 3: Integrate your risk management activity

- ❖ **Action points**
- ❖ **Review** your structures and processes for managing **clinical and non-clinical risk**.
- ❖ **Develop** performance **indicators** for your risk management system which can be **monitor**.
- ❖ **Use** the information generated by your incident reporting system and organization-wide risk **assessments** to proactively improve service user care.



Step 3: Integrate your risk management activity

- ❖ **Action points**
- ❖ **Discuss the reports** your organization provides on incidents, complaints, etc as a team, to identify new areas your team can make improvements in.
- ❖ **Feedback** any suggestions on improving the information provided to your team.
- ❖ **Keep risk assessment** of issues affecting your team or area active.



Step 4: Strengthen reporting in mental healthcare

- ❖ Ensure your staff can easily report incidents locally and nationally.
- ❖ A high level of reporting within an organization indicates a better safety culture: the more aware staff are of safety problems, the more likely they are to report.
- ❖ A significant barrier to reporting can be the perception from staff that they report but receive no feedback from their organization.



Step 4: Strengthen reporting in mental healthcare

❖ **Action points**

- ❖ **Encourage** your colleagues to **actively report** all patient safety incidents, including those where staff intervened and no harm came to the service user.
- ❖ **Remember to thank team members who report incidents**, and keep them in the loop on any subsequent actions.
- ❖ Give as many staff as possible an opportunity to get involved in **producing and implementing action plans** following incidents.



Step 5: Involve and communicate with service users and the public

- ❖ **Develop ways to communicate openly and listen to service users and the public.**
- ❖ There are three main areas in which organizations can involve service users and the public in making the service safer:
 - ❖ 1. Involving service users and the public in developing safer services at a strategic level.
 - ❖ 2. Involving service users in their own care and treatment.
 - ❖ 3. Encouraging an open, two-way dialogue between health professionals and service users when things go wrong.



Step 5: Involve and communicate with service users and the public

- ❖ **Action points**
- ❖ Develop a local policy covering open communication about incidents with service users and their relatives/carers.
- ❖ Provide your staff with the support, training and encouragement they need to be open with service users and their relatives/carers.
- ❖ Support informal learning within your team, for example asking more experienced staff to share difficult situations they have been through with more junior staff.



Step 5: Involve and communicate with service users and the public

- ❖ **Action points**
- ❖ Make appropriate apologies to service users, their relatives/carers and your colleagues part of the everyday response to minor things that go wrong.
- ❖ Listen in a respectful and sympathetic way and know what action to take whenever service users, their relatives/carers or colleagues tell them they think something is wrong.



Step 6: Learn and share safety lessons

- ❖ Encourage staff to use root cause analysis to learn how and why incidents happen.
- ❖ RCA techniques focus the key questions **not** on ‘who is to blame for the incident?’, but ‘how and why did it occur?’.
- ❖ They pinpoint areas for change, and prompt recommendations for sustainable solutions that reduce the chances of the incident happening again.



Step 6: Learn and share safety lessons

- ❖ **Root Cause Analysis (RCA)**
- ❖ A structured, robust approach to incident investigation which looks beyond the immediate actions and assumed causes and identifies the contributory factors, latent conditions and root causes which lead to an incident occurring.



Step 6: Learn and share safety lessons

❖ **Action points**

- ❖ Ensure your team accesses the formal training your organization offers to you in incident investigation.
- ❖ Share lessons from RCA investigations within team meetings, and review progress against action points.
- ❖ Seek out opportunities to discuss each other's learning from investigations, for example, visiting a team similar to yours in a neighbouring organization.



Step 7: Implement solutions to prevent harm

- ❖ Embed lessons through changes in practice, processes or systems.



Step 7: Implement solutions to prevent harm

- ❖ **Implementation methods which work are:**
- ❖ 1. The use of collaboratives and simple clinically-led interventions.
- ❖ 2. Use of respected individuals or peers who can influence others to change behaviour and practice – ‘the opinion leader model’



Step 7: Implement solutions to prevent harm

- ❖ **Implementation methods which work are:**
- ❖ 3. Multi-modal methods using interactive educational meetings, audit, triggers, reminders, ritual practices and feedback.
- ❖ 4. social marketing and behavioural change initiatives.



Step 7: Implement solutions to prevent harm

Solutions to Prevent Harm

- ❖ Address root causes
- ❖ Make designs of equipment, systems, processes, more intuitive
- ❖ Make wrong actions more difficult
- ❖ Make incorrect actions correct
- ❖ Make it easier to discover error
- ❖ “Telling people to be more careful doesn’t work”



Step 7: Implement solutions to prevent harm

- ❖ **Action points**
- ❖ Always explain and justify proposed changes in practice; aim to win hearts as well as minds.
- ❖ Where you've successfully implemented a change, share the secrets of your success with peers.
- ❖ When you are sent Rapid Response Reports, quickly review what your team needs to do, and make sure all your colleagues know too.



Examples of Compliance

- ❖ Have a patient safety plan
- ❖ Do an report card, use trigger tools
- ❖ Board report at least yearly, consider more frequent, written reports of sentinel events, and whether patient informed
- ❖ Have a patient safety committee
- ❖ Do education for staff to make sure they know near misses must be included in definition of medical error
- ❖ Do patient safety walkabout rounds by senior leaders



Examples of Compliance

- ❖ Ensure MS participation in patient safety
- ❖ Have safety department champion
- ❖ Have a user friendly RCA and FMEA form
- ❖ Do more than just one FMEA a year but know why you picked them (transfusion, infant abduction, medication error, inpatient suicide)

The Momentum Movement



The Momentum Movement



The Momentum Movement



The Momentum Movement



The Momentum Movement



The Momentum Movement



The Momentum Movement



The Momentum Movement



The Momentum Movement



The Momentum Movement



The Momentum Movement



The Momentum Movement



The Momentum Movement





- ❖ Happy workplace
- ❖ Best practice
- ❖ Story telling / Lesson learned
- ❖ Knowledge management
- ❖ CoP
- ❖ Innovation
- ❖ Edutainment



“ข้าพเจ้า ขอสัญญา ต่อน้ำพระพักตร์ สมเด็จพระมหิตลาธิเบศร
อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก ข้าพเจ้าจะล้างมือ ก่อนและหลังทำหัตถการ
หรือสัมผัสผู้ป่วย ขอให้ข้าพเจ้า มีสติ ในการปฏิบัติหน้าที่
เพื่อประโยชน์ เพื่อความสุข เพื่อความเจริญของข้าพเจ้าสืบไป”



พ.ต.ต.หญิงณัชชา ชนกิจสมบัติ
กลุ่มงานผู้ป่วยนอกแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน



พ.ต.ต. ชนวัฒน์ อำพันทรัพย์
กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์



พ.ต.ท. สรวิชญ์ วิจิตรพรกุล
กลุ่มงานศัลยกรรม



พ.ต.ต. สุรัติ กิตติศุภพร
กลุ่มงานศัลยกรรม



ร.ต.ท.หญิง เทพจงจิต อวเจนพงษ์
กลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม



พ.ต.ท.หญิง อัญชลี ชีรวงศ์ไพศาล
กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด



ร.ต.อ.หญิง สุรางคณา ตรงธรรม
กลุ่มงานจักษุวิทยา



ร.ต.ต.หญิง ญาดา พวงสอาด
กลุ่มงานทันตกรรม



พ.ต.ท.หญิง เสาวพัตร โรจนแพทย์
กลุ่มงานรังสีวิทยา



พ.ต.ต.หญิง น้ำฝน อัสวโรจน์พงษ์
กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา



พ.ต.อ.หญิง พัชรวิพรรณ วิเศษสุนน
กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัว



พ.ต.ต.หญิง วินัส ตันอารีย์
กลุ่มงานกุมารเวชกรรม



พ.ต.ต. กฤติชาติ กำจรปรีชา
กลุ่มงานอายุรกรรม



นพ. ชยวัฒน์ สีบุญเรือง
กลุ่มงานอายุรกรรม



ร.ต.ท.นเรศ สาวะจันทร์
กลุ่มงานพยาธิวิทยา



"...ทำงานกับฉัน ฉันไม่มีอะไรจะให้
ฉันมีแต่ความสุขที่ร่วมกันในการทำประโยชน์ให้กับผู้อื่นเท่านั้น..."

พระราชปรากรภในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว

Police General Hospital



Thank You