

วาระที่ 3.3

สรุปผลการดำเนินงานกำกับติดตาม Falling ประจำปี 2566

เสนอที่ประชุมคณะทำงานภายใต้

อนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเขต 6 ระยอง ชุดที่ 2
ครั้งที่ 2/2566 วันที่ 7 เดือน มิถุนายน พ.ศ.2566

นางสุปราณี ศรีพลาวงษ์

ผู้แทนสภาการพยาบาล

มติคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข
เขต ๖ ระยอง ครั้งที่ ๑/๒๕๖๖ วันที่ ๑๕ มีนาคม ๒๕๖๖

เห็นชอบแผนกำกับติดตาม Falling ปี ๒๕๖๖

Flowchart ของการดูแลผู้ป่วย Falling



พบอุบัติเหตุการณ์ ปี 2565

| อุบัติเหตุการณ์ | รายละเอียด | มติกรรมการมาตรา 41 |
|---|--|--|
| สิ้นลัมในห้องน้ำ วันที่ 13 สิงหาคม 2565 รพ.พระสมุทรเจดีย์สวาทยา นนท์ | ผู้ป่วยโควิด-19หญิงอายุ 83 ปี เข้าพักรักษาอยู่ที่ห้องผู้ป่วยโควิด สิ้นลัมในห้องน้ำ มีกระดูกต้นขา ข้างขวาหักและกระดูกข้อมือข้าง ขวาหัก ได้รับทำการผ่าตัดกระดูก ที่สะโพกข้างขวา | มติคณะกรรมการฯ จ่ายชดเชย 100,000 บาท |


ประเด็นจาก RCA

| สาเหตุ/ปัญหาที่พบ | แนวทางการปฏิบัติ |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. ในห้องน้ำไม่มีราวจับ2. พื้นห้องน้ำเปียกและลื่นง่าย3. ผู้ป่วยสูงอายุ 83 ปีการทรงตัวไม่ดีอาจลื่นล้มได้ง่าย4. ไม่ได้นำแบบประเมินการพลัดตกหกล้มมาใช้ | <ol style="list-style-type: none">1. ปรับปรุงห้องน้ำโดยทำราวจับบริเวณจุดอาบน้ำ และจุดลุกนั่งบริเวณชักโครกและเปลี่ยนพื้นห้องน้ำให้มีลักษณะไม่ลื่น2. มีป้ายแจ้งเตือนการเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มเตือนเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลให้มีการเฝ้าระวังใกล้ชิด3. มีการส่งต่อข้อมูลเรื่องการเฝ้าระวังพลัดตกหกล้ม4. มีการนำแนวทางการปฏิบัติป้องกันการพลัดตกหกล้มของโรงพยาบาลสมุทรปราการแม่ข่ายมาใช้ในการให้การดูแลรักษาทุกราย5. ใช้แบบประเมินการป้องกันการพลัดตกหกล้มตามแบบประเมินของ Hendrich II6. หัวหน้าหน่วยงานนิเทศกำกับการใช้แบบประเมินการพลัดตกหกล้ม |

ข้อเสนอของทีมาจากการตรวจพบ

| ประเด็น | ข้อเสนอ |
|---------|---------|
|---------|---------|

1. โรงพยาบาลไม่มีแนวทางปฏิบัติการป้องกันการพลัดตกหกล้มในห้องน้ำ(ห้องแยกโรคไม่มีญาติเฝ้า)



The infographic is divided into two main sections: '1. ป้องกันเสี่ยงภายใน' (Prevent internal risks) and '2. ป้องกันเสี่ยงภายนอก' (Prevent external risks). It lists 8 specific measures for fall prevention in hospitals, such as adjusting bed heights, providing handrails, and ensuring proper footwear. It also includes illustrations of a person falling, a person using a walker, and a person in a hospital bed.

1. การเปลี่ยนแปลงท่านสายตายของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะปัญหาสายตาวายและโรคต้อ ทำให้ผู้สูงอายุมองเห็นไม่ชัด จึงเกิดการหกล้มได้
2. จัดโต๊ะและชั้นชั้นของสูง ทำให้ผู้สูงอายุเอื้อมไม่ถึง
3. ผู้สูงอายุนักบิเป็นหาบิสสาวน้อยหรือบิสสาวเล็ก กลืนไม่อยู่ ทำให้ต้องรับน้ำห้องน้ำ จนเกิดการหกล้มในที่สุด
4. การโง่งงอย่างถาวร ก็เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้สูงอายุหกล้ม เนื่องจากถูกรังยงยา ทำให้เกิดอาการง่วงซึมหรือวูบได้ เช่น ยานอนหลับ ยาความดันโลหิต ยาต้านอาการซึมเศร้า
5. สภาพแวดล้อมรอบตัวผู้สูงอายุ
6. พื้นบ้านที่ลื่นหรือมีสิ่งกีดขวาง ทำให้ผู้สูงอายุอาจมองไม่เห็นบนสะดือหรือหกล้มได้
7. เติมนอน หรือดื่มผู้ป่วย ที่สูงเกินไป หรือไม่มีราวในการช่วยในการพยุงตัว อาจทำให้ผู้สูงอายุหกล้มได้
8. ห้องน้ำ ที่พื้นห้องน้ำเปียกชื้น หรือมีอุปกรณ์ที่ไม่เหมาะสมต่อการใช้งานของผู้สูงอายุ เป็นบริเวณที่ก่ออุบัติเหตุกับผู้สูงอายุบ่อยที่สุด
9. รองเท้าของผู้สูงอายุที่ไม่เหมาะสม ไม่สามารถยึดเกาะพื้นได้ดี หรือไม่สบายเท้า จะส่งผลให้ผู้สูงอายุสะดุดหกล้มได้ง่าย

1. จัดทำแนวทางปฏิบัติการป้องกันการป้องกันการพลัดตกหกล้มในห้องน้ำ(ห้องแยกโรคไม่มีญาติเฝ้า)
- วิเคราะห์สาเหตุการลื่นล้มในห้องน้ำจากปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ย้อนหลัง 3 ปี (ปี2563 ถึง 2565) และประกาศเป็นนโยบายของโรงพยาบาล
2. จัดทำแนวประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มตามบริบทของโรงพยาบาล(ถ้ายังไม่มี)
3. จัดให้มีระบบการบันทึกการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มตั้งแต่แรกรับและประเมินต่อเนื่องจนจำหน่าย(ถ้ายังไม่มี)
4. กำหนดสัญลักษณ์ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงทุกระดับอาจไว้ที่เตียงผู้ป่วย/ติดหน้า chart เพื่อสื่อสารกับสหวิชาชีพ และมีการส่งต่อข้อมูลทุกระดับ
5. กำหนดแนวทางการสื่อสารข้อมูลการป้องกันการพลัดตกหกล้มให้ญาติเข้าใจและให้ความร่วมมือ
6. ถ่ายทอดแนวทางปฏิบัติการป้องกันการป้องกันการพลัดตกหกล้มในห้องน้ำ(ห้องแยกโรคไม่มีญาติเฝ้า)
7. จัดให้มีกริ่งขอความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยเข้าห้องน้ำ และมีกล้องวงจรปิด ดูผ่านจอในห้องแยก
8. วางระบบนิเทศ กำกับ ติดตามในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงทุกระดับ

หมายเหตุ : ถ้ามีการวางระบบครบทั้ง 8 ข้อ
ประเด็นคือ แนวทางปฏิบัติที่กำหนดไว้ไม่ครอบคลุม

- ต้องทบทวน GAP ที่แนวทางปฏิบัติไม่ครอบคลุม หรือ ปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้หรือไม่

ข้อเสนอของทีมจากการตรวจพบ

ประเด็น

ข้อเสนอ

2. ห้องน้ำผู้ป่วยในห้องแยกโรคไม่เหมาะสมทำให้ผู้ป่วยเกิดการลื่นล้ม

1. ทบทวนสภาพแวดล้อมในห้องน้ำเหมาะสมเพียงพอต่อการป้องกันผู้ป่วยลื่นล้มหรือไม่ เช่น
 - การป้องกันพื้นลื่น : แยกพื้นที่เปียก/พื้นที่แห้ง การทำความสะอาดห้องน้ำเป็นประจำ ตั้งจัดวางสิ่งของให้เป็นระเบียบ ติดไฟให้ส่องสว่าง
 - จัดให้มีอุปกรณ์กันลื่น เช่น ราวจับ รองเท้ากันลื่น พรมกันลื่น กระเบื้องห้องน้ำกันพื้นลื่น เป็นต้น
 - จัดให้มีพื้นที่นั่งอาบน้ำ
2. ใช้นวัตกรรมป้องกันผู้ป่วยลื่นล้ม เช่น นวัตกรรมรองเท้าเตือนภัย ป้องกันลื่นล้มของมหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร ปี 2565



รายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการระดับชาติ
สำหรับนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร ครั้งที่ 2
15 มีนาคม 2565

635

นวัตกรรมรองเท้าเตือนภัย ป้องกันการลื่นหกล้ม

The Warning Shoes Innovation to Prevent Falling

สุเมธ ปัญญาทอง¹ สุกัญญา จันทนิล¹ กมลวรรณ ใจรักดี¹ อรจิรา คำบันลือ¹ และสุภาพร ประรามย์²

Sumate panyakong¹, Sukanya Jantani¹, Kamolwan Jairakdee¹,

Ornjira Kambunlua¹ and Supaporn Prarom²

¹นักศึกษาชั้นปีที่ 1 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร



ภาพที่ 2 อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ ที่นำมาประกอบเป็นสัญญาณเตือนภัยน้ำ

- 4) นำแผ่นยางกันลื่นมาตัดตามแบบรองเท้าและใช้กาวยึด
- 5) นำร่องเท้ามาประกอบเป็นนวัตกรรมรองเท้าเตือนภัย ป้องกันการลื่นหกล้ม โดยนำเครื่องเตือนระดับน้ำ มาติดกับบนหลังเท้าและตกแต่งให้สวยงาม
- 6) ตรวจสอบความแข็งแรง ความปลอดภัย และความสวยงาม



พบอุบัติเหตุการณ์ ปี 2566 เคสที่ 1

| อุบัติเหตุการณ์ | รายละเอียด | มติกรรมการมาตรา 41 |
|---|--|--|
| ผู้ป่วยจิตเวช กระโดดตึก 12 ตุลาคม 2565 รพร.สระแก้ว | ER ผู้ป่วยจิตเวชอายุ 23 ปี มีอาการกระสับกระส่าย อยู่ไม่นิ่ง วุ่นวาย และ หลบหนีจากแผนกอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน หนีไปกระโดด อาคารชั้นที่ 8 ตกลงมา เสียชีวิต | มติคณะกรรมการฯ จ่าย ชดเชย 400,000 บาท เนื่องจากเสียชีวิต |

ประเด็นจาก RCA

| สาเหตุ/ปัญหาที่พบ | แนวทางการปฏิบัติ |
|--|--|
| 1. ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ ขาดทักษะในการประเมินผู้ป่วย | จัดให้ความรู้เรื่องการ Approach ผู้ป่วยจิตเวช |
| 2. ผู้ปฏิบัติไม่ทำตามแนวทางปฏิบัติ หัวหน้าทีมตัดสินใจไม่เหมาะสม ไม่ขอความช่วยเหลือจาก รพภ. | ปรับเปลี่ยนการดูแล เป็น Case Method และประเมินผู้ป่วย high risk of suicidal or violent patient จัด รพภ.มาช่วยเหลือ |
| 3. ขาดแนวทางในการเฝ้าระวังในผู้ป่วยจิตเวชรวมการผูกมัด | จัดทำแนวทางผูกมัดผู้ป่วยร่วมกับเซ็นต์ไบยินยอม |
| 4. เฝ้าระวังความปลอดภัยของตึกสูงใน รพ. | ปรับปรุงและเฝ้าระวังความปลอดภัย |

ข้อเสนอของทีมจากการตรวจพบ

ประเด็น

ข้อเสนอ

การป้องกันการเกิดซ้ำ

1. การลดหรือขจัดโอกาสเกิดความผิดพลาด



- กำหนดขั้นตอนปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (Acute Care) ที่แผนกฉุกเฉิน/OPD ให้ครอบคลุม 3 ด้าน คือ ด้านบุคลากร ด้านอาคารสถานที่และ วัสดุอุปกรณ์

(อาจใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินสำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข ของกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต)

- กำหนดแนวทางการสื่อสารสำหรับญาติ เกี่ยวกับแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูง โดยเฉพาะกรณีที่มีประณินพบว่ามีโอกาสที่จะเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย อาจต้องใช้ข้อกำหนดรับไว้เป็นผู้ป่วยในเพื่อประณินอาการและหรือต้องมีการทำหัตถการ

- ถ่ายทอดนโยบายขั้นตอนปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินลงสู่ปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง

- จัดอบรมวิชาการและเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่ ER/OPD แก่บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง

2. ทำอย่างไรให้เห็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้น

- พยาบาลOPD/ER มีการประเมินซ้ำอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐานวิชาชีพจนจำหน่ายและให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่กำหนด

- กำหนดสถานที่สำหรับผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินกลุ่มเสี่ยงสูงที่สามารถสังเกตเห็นได้ชัดเจน

- กำหนดสัญลักษณ์ให้ทีมสหสาขาทราบว่าต้องมีการเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง

- ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินกลุ่มเสี่ยงสูงต้องมีผู้ดูแลติดตามผู้ป่วยเสมอ

3 วางระบบที่จะลดความรุนแรงที่จะเกิดขึ้น

- ระบบการบันทึกการประณินความรุนแรงทางจิตเวชเช่น การประณินเครื่องมือประณิน 9 Q, QAS (Over Aggression Scale) หรือ ตามบริบทของแต่ละพื้นที่

- ระบบการมอบหมายงานผู้รับผิดชอบ ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาจิตเวชฉุกเฉิน

- ระบบประสานทีมช่วยเหลือ

- ระบบการเฝ้าระวัง กำกับ ติดตาม และรายงานผลการปฏิบัติงานตามแนวทาง

พบอุบัติเหตุการณ ปี 2566 เคสที่ 2

| อุบัติเหตุการณ | รายละเอียด | มติกรรมการมาตรา 41 |
|--|---|--|
| ตกเตียงในโรงพยาบาล วันที่ 4 พฤษภาคม 2566 รพ.บางละมุง | ER ผู้ป่วยหญิงอายุ 83 ปี สงสัยมีภาวะติดเชื้ของท่อ น้ำดี ตกเตียงหลังทำ หัตถการ ตรวจทวารหนัก ไม่ได้ยกไม้กั้นเตียงขึ้น มี แผลบริเวณใบหน้า ฟันหัก ไม่มีเลือดออกในสมอง | มติคณะกรรมการฯจ่าย ชดเชย 80,000 บาท |

ประเด็นจาก RCA

| สาเหตุ/ปัญหาที่พบ | แนวทางการปฏิบัติ |
|--|--|
| 1. มีแบบประเมิน Morse ที่ ER แต่ยังไม่ปฏิบัติ | กำกับติดตามให้มีการใช้แบบประเมิน และแนวทาง |
| 2. ไม่มีแนวทางที่ชัดเจนขณะทำหัตถการ บุคลากร ไม่เฝ้าระวังการพลัดตกจากเตียงโดยเฉพาะผู้สูงอายุและผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ | จัดทำแนวทางให้ครอบคลุม ให้ความรู้แก่บุคลากร และจัดทำอุปกรณ์ ป้องกันเฝ้าระวัง |
| 3. ขาดการนิเทศ ควบคุม กำกับ | เพิ่มการนิเทศ ควบคุม กำกับ |

ข้อเสนอของทีมจากการตรวจพบ

| ประเด็น | ข้อเสนอ |
|---|--|
| มีผู้ช่วยแพทย์ขณะตรวจทางทวารหนักหรือไม่ และภายหลังการตรวจประเมินอาการ/ตรวจทางทวารหนักแพทย์/ผู้ช่วยแพทย์ดึงไม้กั้นเตียงขึ้นหรือไม่ | <ol style="list-style-type: none">1. ทบทวนแนวทางปฏิบัติการป้องกันพลัดตกหกล้มแก่บุคลากรทางการแพทย์ เช่น<ul style="list-style-type: none">- ระบบการประเมิน Fall Score แรกรับ หากพบว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง ให้ทำสัญลักษณ์เพื่อสื่อสารให้ทีมสหสาขาที่เข้ามาดูแลรักษาผู้ป่วยเข้าใจและช่วยเฝ้าระวัง (ใช้ Visual Management)- ประเมินผู้ป่วยซ้ำหลังทำกิจกรรมการตรวจรักษา- ระบบสื่อสารข้อมูลให้ผู้ป่วยทราบถึงกิจกรรมการรักษา และเมื่อต้องการความช่วยเหลือให้เรียกเจ้าหน้าที่เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม- ดึงไม้กั้นเตียงขึ้นภายหลังทำกิจกรรมทุกครั้ง- คาดสายรัดผู้ป่วยบนรถเข็นนอนเสมอเมื่อไม่ได้ทำกิจกรรมการตรวจรักษา หรือขณะนอนรอผลตรวจ- ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงควรจัดพื้นที่ใกล้ Nurse Station2. จัดระบบการมอบหมายงาน<ul style="list-style-type: none">- ให้มีพยาบาลเจ้าของไข้/ผู้ช่วยพยาบาลช่วยแพทย์ทำการกิจกรรมการตรวจรักษา3. การนิเทศ กำกับ ติดตามการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการป้องกันพลัดตกหกล้ม |

ประเด็นวิเคราะห์และข้อเสนอ จากอุบัติการณ์ในการเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้ม

| ประเด็น | ข้อเสนอ |
|---|--|
| มีแบบประเมินและแนวทางการเฝ้าระวังพลัดตกหกล้ม ในแต่ละ รพ. ทั้ง OPD ,ER, IPDแต่ยังไม่ได้นำไปปรับใช้ | กำหนดให้มีการประเมิน Fall ตั้งแต่ประเมินแรกรับ (AOP) และต่อเนื่อง ทั้ง OPD/ER/IPD |
| รับนโยบายจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลเขต 6 ติดตามผลตัวชี้วัด แต่ยังไม่วิเคราะห์ | เสนอผู้บริหาร สปสช. เน้นย้ำให้กับผู้บริหาร รพ. ทุกระดับ (เพื่อติดตามต่อเนื่อง) |
| บุคลากรทุกระดับยังไม่เห็นความสำคัญ และเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง | -คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของ รพ. ใช้ SIMPLE ของ สรพ. -กำหนดลดอุบัติการณ์ Falling เป็น Safety goal ของ รพ. ทุกปี |
| การนิเทศ ควบคุม กำกับ ยังไม่ชัดเจน | พยาบาล |
| การจัดการด้านอุปกรณ์ป้องกัน เช่นสายรัดตัวผู้ป่วยทั้งรถเข็นนั่ง นอน | งานบริหาร และงานช่าง ของแต่ละ รพ -จัดให้มีการประกวดนวัตกรรม |