

9 มาตรฐานสำคัญ จำเป็นต่อความปลอดภัย

โรงพยาบาลสวนปรุง



กรมสุขภาพจิต
โรงพยาบาลสวนปรุง

(ฉบับปรับปรุง
พฤษภาคม 2567)



โรงพยาบาลสวนปรุง
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

คำนำ

มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย เป็นมาตรฐานที่กำหนดโดยคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล เพื่อใช้ในการประกอบการพิจารณาและอนุมัติการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ทั้งองค์กรในชั้นที่สามและชั้นก้าวหน้า โรงพยาบาลสวนปรุงได้มีการพัฒนาคุณภาพมาอย่างต่อเนื่องและยาวนานโดยได้รับการรับรองชั้นที่สามครั้งที่ 6 เมื่อวันที่ 21 สิงหาคม 2566

ดังนั้นเพื่อให้เป็นไปตามข้อกำหนดของ สรพ. และเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย รพ.สวนปรุง จึงได้จัดทำคู่มือ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยตามบริบทของโรงพยาบาล และสื่อสารให้บุคลากรของ โรงพยาบาลตระหนักถึงความปลอดภัยและนำคู่มือสู่การปฏิบัติ

คณะผู้จัดทำ

พฤษภาคม 2567

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
การรักษาด้วยไฟฟ้าผิดคน ผิดวิธี ผิดแผนการรักษา	1
การติดเชื้อที่สำคัญในสถานพยาบาลตามบริบทขององค์กร	3
บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่	18
การเกิด medication error และ adverse drug event	20
การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด	27
ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค	38
การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยาคลาดเคลื่อน	46
การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน	49
ภาคผนวก	57
ประกาศคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล	
เรื่องมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย	

การรักษาด้วยไฟฟ้า ผิดคน ผิดวิธี ผิดแผนการรักษา

นิยาม (Definition)

การรักษาด้วยไฟฟ้า ผิดคน ผิดวิธี ผิดการรักษา หมายถึง การรักษาด้วยไฟฟ้า(Electro Convulsive therapy) ที่ผิดไปจากคำสั่งการรักษาของแพทย์ เช่น การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยที่ไม่มีคำสั่งการรักษา หรือผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบ Unmodified ECT ในขณะที่แพทย์มีคำสั่งให้การรักษาแบบ modified ECT หรือผู้ป่วยได้รับการรักษามากกว่า/น้อยจำนวนครั้งที่แพทย์มีคำสั่ง

เป้าหมาย (Goal)

ป้องกันการที่การรักษาด้วยไฟฟ้า ผิดคน ผิดวิธี ผิดแผนการรักษา

แนวทางป้องกัน (Process)

กิจกรรมที่โรงพยาบาลสวนปรุงได้ดำเนินการ เพื่อป้องกันการรักษาด้วยไฟฟ้า ผิดคน ผิดวิธี ผิดแผนการรักษาประกอบด้วย

1. การกำหนดนโยบาย ในการป้องกัน การรักษาด้วยไฟฟ้า ผิดคน ผิดวิธี ผิดแผนการรักษา
2. การจัดทำแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยรักษาไฟฟ้างานี้

2.1 SPI 66.02 แนวทางการใช้แบบประเมิน Suanprung Anesthesia Safety Checklist ในการรักษาด้วยไฟฟ้าปลอดภัย

2.2 SPP 66.05 การดูแลผู้ป่วยขณะรักษาไฟฟ้าแบบ Modified

2.3 SPP 66.06 การดูแลผู้ป่วยหลังรักษาไฟฟ้าแบบ Modified

3. การให้ความรู้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการใช้แบบประเมิน Suanprung Anesthesia Safety Checklist ในการรักษาด้วยไฟฟ้าปลอดภัย และ กำกับติดตามการ ปฏิบัติตาม SPI 66.02

4. กรณีเกิดอุบัติการณ์ การรักษาด้วยไฟฟ้า ผิดคน ผิดวิธี ผิดแผนการรักษา มีการปฏิบัติดังนี้

4.1 รายงานแพทย์เวรรักษาด้วยไฟฟ้า เพื่อประเมินผู้ป่วยและปรับแผนการรักษาให้เหมาะสม

4.2 ประเมินอาการของผู้ป่วยและเฝ้าระวังความผิดปกติ

4.3 แจ้งพยาบาลในหอผู้ป่วยที่รับผิดชอบเพื่อ รายงานแพทย์เจ้าของไข้ เฝ้าระวังอาการ และอาการไม่พึงประสงค์

4.4 กรณีมีความรุนแรงระดับความเสี่ยง E ขึ้นไปให้ส่งต่อผู้ป่วย รักษาทางกาย พร้อมกับแจ้งให้ญาติผู้ป่วยทราบและประสานสิทธิ์ในการรักษาพยาบาล

4.5 ประเมินพฤติกรรม คำพูดของญาติ ที่เสี่ยงต่อการเกิดข้อร้องเรียน (กรณีญาติร้องเรียน หรือมีแนวโน้มร้องเรียนให้ปฏิบัติ SPP 19 ระเบียบปฏิบัติการจัดการข้อร้องเรียน)

4.6 บันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ลงในระบบการบริหารจัดการความเสี่ยง HRMS

4.7 วิเคราะห์ RCA ตาม, ระดับความรุนแรง E, F ขึ้นไปให้ดำเนินการวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้า (Root Cause Analysis) ใช้ 5-Whys, ระดับ G, H, I ใช้ 5 steps

การกำกับติดตาม (Monitoring)

- การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยรักษาไฟฟ้า SPP 66
- อุบัติการณ์ การรักษาด้วยไฟฟ้า ผิดคน ผิดวิธี ผิดแผนการรักษา

การติดเชื้อที่สำคัญในสถานพยาบาลตามบริบทขององค์กรในกลุ่ม

Infection Prevention and Control

I1: Hand hygiene

นิยาม (Definition)

การทำความสะอาดมือเป็นการปฏิบัติเพื่อลดจำนวนเชื้อจุลชีพที่อยู่บนมือโดยการถูมือด้วย แอลกอฮอล์ หรือล้างมือด้วยสบู่ หรือสบู่ผสมน้ำยาทำลายเชื้อ (WHO)

เป้าหมาย (Goal)

- เพื่อให้บุคลากรล้างมืออย่างถูกวิธี
- เพื่อกำจัดเชื้อโรค ป้องกันการติดเชื้อ และแพร่กระจายเชื้อจากมือบุคลากรสู่ผู้ป่วย สู่สิ่งของเครื่องใช้ของผู้ป่วยและสู่สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล

แนวทางป้องกัน (Process)

- ผู้รับผิดชอบ
 1. คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล
 - 1.1 ทบทวนมาตรฐานการ/แนวทางการปฏิบัติให้มีความทันสมัยสอดคล้องกับหลักวิชาการด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
 - 1.2 สรุปรประเมินผลการปฏิบัติพร้อมทั้งหามาตรการส่งเสริม กระตุ้น สร้างบรรยากาศให้เกิดการล้างมือ หรือการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ
 - 1.3 ส่งเสริมการเรียนรู้และการสร้างนวัตกรรมด้านการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล
 2. ICN และ ICWN
 - 2.1 ติดตามนิเทศ ควบคุมกำกับ ให้เกิดการล้างมือในบุคลากรและผู้ป่วยอย่างถูกต้อง
 - 2.2 ประเมินประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของการปฏิบัติตามแนวทางการล้างมือของบุคลากรในหน่วยงาน พร้อมทั้งรายงานผลการดำเนินงาน พร้อมทั้งปัญหาอุปสรรคที่พบ ในหน่วยงานให้ ICC ทราบ
 3. บุคลากร
 - 3.1 ปฏิบัติตามแนวทางการล้างมืออย่างเหมาะสม ถูกต้อง เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล
 - 3.2 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติหรือผู้รับบริการมีความรู้ ความเข้าใจและมีทักษะ สามารถล้างมือได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

3.3 ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคที่พบจากการปฏิบัติต่อผู้รับผิดชอบเพื่อให้ นำ ข้อมูลนำไปพัฒนา/ปรับปรุงระบบ

3.4 ส่งเสริมการเรียนรู้และการสร้างนวัตกรรมด้านการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจาย เชื้อในโรงพยาบาล

วิธีปฏิบัติ

1. ข้อบ่งชี้ในการทำความสะอาดมือ (My 5 Moment for Hand Hygiene)
 - 1.1. ก่อนสัมผัสผู้ป่วย เช่น จับผู้ป่วยพลิกตะแคงตัว ก่อนช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน ก่อนวัด สัญญาณชีพ ก่อนสวมถุงมือทำกิจกรรม
 - 1.2. ก่อนทำกิจกรรมสะอาดหรือปราศจากเชื้อ เช่น ดูดเสมหะ ทำแผล เตรียมยาฉีด เจาะเลือด ก่อนสวมถุงมือทำหัตถการ
 - 1.3. หลังสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง หลังสัมผัสผิวหนังที่มีแผล หลังฉีดยา หลังถอดถุงมือทุกครั้ง
 - 1.4. หลังสัมผัสผู้ป่วยเช่น จับผู้ป่วยพลิกตะแคงตัว หลังช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน หลังวัด สัญญาณชีพ หลังถอดถุงมือ
 - 1.5. หลังสัมผัสสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย เช่น หลังสัมผัสวัสดุอุปกรณ์ ราวกันเตียง ตู้ข้างเตียง ผู้ป่วย ไม่ว่าจะสัมผัสผู้ป่วยหรือไม่สัมผัสผู้ป่วยก็ตาม และหลังถอดถุงมือ

2. การทำความสะอาดมือ

ประเภท	วัตถุประสงค์	แนวทางปฏิบัติ
1.การล้างมือโดยทั่วไป (Normal handwashing)	เป็นการทำความสะอาดมือเพื่อขจัดสิ่งเปราะเปื้อน ฟันละออง เหงื่อโคลบนมือออก เพื่อให้มือสะอาดโดยใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ไม่ได้สัมผัสสิ่งคัดหลั่งจากร่างกายผู้ป่วย ก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วยแต่ละราย ก่อนให้การพยาบาลหรือทำกิจกรรมต่างๆ ให้แก่ผู้ป่วย	1. ฟอกมือด้วยน้ำและสบู่ 1 มล.ตามขั้นตอน 7 ขั้นตอนจนครบ นานอย่างน้อย 10 วินาที แล้วล้างออกด้วยน้ำสะอาด 2.เช็ดมือให้แห้งด้วยผ้าเช็ดมือหรือกระดาษเช็ดมือที่สะอาดและแห้ง
2.การล้างมือด้วยน้ำยาทำลายเชื้อ (Hygienic hand hygiene)	เป็นการทำความสะอาดมือ เมื่อต้องการขจัดเชื้อจุลชีพที่อยู่ชั่วคราวบนมือ ซึ่งอาจเกิดจากการสัมผัสสารคัดหลั่งจากร่างกายผู้ป่วยหรือเครื่องมือแพทย์ สิ่งของเครื่องใช้ของผู้ป่วยที่มีการปนเปื้อน เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากมือของบุคลากร ทำความสะอาด	1. การทำความสะอาดมือ 7 ขั้นตอนจนครบ โดยใช้ น้ำยาฆ่าเชื้อ เช่น 4% chlorhexidine gluconate 3-5 มล หรือ iodophor 7.5% นานอย่างน้อย 30 วินาที แล้วล้างด้วยน้ำสะอาด 2. เช็ดมือให้แห้งด้วยผ้าเช็ดมือที่สะอาดและแห้งหรือด้วยกระดาษเช็ดมือ

	<p>มือเมื่อต้องมีการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง ได้แก่ ทารก ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ ผู้ป่วยซึ่งอยู่ในห้องแยกหรือผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อรุนแรง หรือกรณีก่อนการทำหัตถการเล็กที่ต้องใช้เทคนิคปลอดเชื้อ การปฏิบัติที่ต้องสอดใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์เข้าสู่ร่างกาย หรือหลังจากสัมผัสสิ่งปนเปื้อน หรือสารคัดหลั่งจากผู้ป่วย เช่น</p> <ul style="list-style-type: none">- ก่อนปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้เทคนิคปลอดเชื้อ เช่น การใส่สายสวน การดูดเสมหะ เย็บแผล เจาะท้อง เจาะปอด เป็นต้น- ก่อนและหลังดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วย	
<p>3. การล้างมือเพื่อทำหัตถการ (Surgical hand antisepsis)</p>	<p>เป็นการทำความสะอาดมือเพื่อขจัดเชื้อจุลชีพซึ่งอยู่ชั่วคราวบนมือและลดจำนวนเชื้อจุลชีพประจำถิ่นบนมือเพื่อเตรียมทำหัตถการ เช่น การผ่าตัด การทำคลอด</p>	<p>1. ทำความสะอาดมือด้วยสบู่ยาฆ่าเชื้อ เช่นเดียวกับการทำความสะอาดมือแบบ hygienic hand hygiene แต่เพิ่มการใช้แปรงทำความสะอาด เล็บมือ (ไม่ต้องแปรงมือ) และแปรงเฉพาะ การทำความสะอาดมือครั้งแรกของแต่ละวัน โดยฟอกมือ แขนจนถึงข้อศอก ให้ทั่วเป็นเวลานาน 3-5 นาที</p> <p>2. ล้างมือด้วยน้ำสะอาดและใช้ผ้าแห้งที่ปราศเชื้อซับมือให้แห้ง</p>
<p>4. การใช้ Alcohol – based hand rub : AHR /waterless (แอลกอฮอล์กลีเซอริน)</p>	<p>ใช้เมื่อ กรณีมือไม่เปื้อน</p> <ul style="list-style-type: none">- มีความจำกัด สถานที่ และอุปกรณ์ในการล้างมือ หรือมีความรีบเร่งในการปฏิบัติงาน- กรณีหลังการสัมผัสผู้ป่วยที่ติดเชื้อ Clostridium difficile ไม่ควรใช้แอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือ เพราะแอลกอฮอล์ไม่สามารถทำลายสปอร์ของเชื้อชนิดนี้ได้	<p>1. ใช้ Alcohol – based hand rub ปริมาณ 3-5 มิลลิลิตร (2 ปัด)</p> <p>2. ให้น้ำยาให้ทั่วมือทั้งสองข้าง ทุกซอกทุกมุม รวมทั้งปลายนิ้วปฏิบัติเช่นเดียวกับการทำความสะอาดมือด้วยน้ำและสบู่</p> <p>3. ถูจนกระทั่งแอลกอฮอล์แห้ง ใช้เวลาประมาณ 30 วินาที โดยไม่ต้องล้างน้ำ</p> <p>4. ไม่ใช้ Alcohol – based hand rub</p>

	<ul style="list-style-type: none">- ก่อนและหลังให้การพยาบาลผู้ป่วยแต่ละราย- ก่อนสวมถุงมือปราศจากเชื้อ ก่อนการสอดใส่เครื่องมือแพทย์เข้าสู่ร่างกาย- หลังสัมผัสสิ่งแวดล้อมผู้ป่วย สิ่งของเครื่องใช้ที่อยู่บริเวณเตียงผู้ป่วย- ก่อนสวมและถอดถุงมือ- เมื่อสัมผัสส่วนต่างๆของร่างกายผู้ป่วยที่อาจมีการปนเปื้อนและต้องสัมผัสส่วนของร่างกายที่สะอาดขณะให้การดูแลผู้ป่วยรายเดิม กรณีมือไม่เปื้อน- ก่อนให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความไวต่อการรับเชื้อ (เช่น ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง)- ก่อนและหลังการสัมผัสบาดแผล สายสวนปัสสาวะ และอุปกรณ์อื่นๆที่สอดใส่เข้าสู่ร่างกาย กรณีเร่งด่วน- หลังสัมผัสผู้ป่วยที่ทราบแน่ชัดว่ามีเชื้อก่อโรคที่สำคัญเจริญอยู่ตามส่วนต่างๆของร่างกาย (เช่น MRSA, MDR Klebsiella)	ถุงมือเมื่อเปื้อนหรือสกปรก
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------

3. ขั้นตอนการทำความสะอาดมือ

- ก่อนการล้างมือควรถอดแหวน หรือเครื่องประดับต่างๆ ออกก่อน
- เปิดน้ำราดมือสองข้างถึงข้อมือหรือข้อศอก ควรเปิดน้ำให้ไหลพอสมควร ไม่ไหลแรงเกินไป ถ้าเป็นก๊อกน้ำแบบก๊อกหางปลาให้ใช้ศอกเปิด ไม่ควรใช้มือ
- ฟอกมือด้วยน้ำและสบู่เหลว ปริมาณ 1 มิลลิลิตร ถูทั่วมือถ้าเป็นสบู่เหลวผสมน้ำยาฆ่าเชื้อให้ใช้ปริมาณ 3 - 5 มิลลิลิตรและฟอกมือ ตามขั้นตอน 7 ขั้นตอน ดังนี้

1. ใช้ฝ่ามือถูฝ่ามือ

2. ใช้ฝ่ามืออุ้งหลังมือ โดยอุ้งให้ทั่ว และอุ้งขอกนิ้วมือ จากนั้นสลับใช้ฝ่ามืออีกข้างอุ้งหลังมือรวมไปถึงขอกนิ้ว

3. ใช้ฝ่ามืออุ้งฝ่ามือ และนิ้วอุ้งขอกนิ้ว

4. ใช้หลังนิ้วมืออุ้งฝ่ามือ

5. ใช้ฝ่ามือถูรอบนิ้วหัวแม่มือ รวมไปถึงโคนนิ้วหัวแม่มือและหลังนิ้วหัวแม่มือ

6. ใช้ปลายนิ้วอุ้งฝ่ามือ จากนั้นสลับปลายนิ้วอีกข้างเพื่ออุ้งฝ่ามืออีกข้าง

7. ถูรอบข้อมือ

- ล้างสบู่ออกด้วยน้ำ โดยทั่วไปมักใช้ระยะเวลา 40 – 60 วินาที
- เช็ดมือให้แห้งด้วยผ้าเช็ดมือชนิดใช้ครั้งเดียว
- ในกรณีที่ก๊อกน้ำไม่ได้เป็นระบบอัตโนมัติ ให้ใช้ผ้าเช็ดมือจับลูกบิดก๊อกน้ำเพื่อปิดน้ำ

การกำกับติดตาม (Monitoring)

- อัตราการล้างมือถูกต้องตาม 7 ขั้นตอน $\geq 80\%$
- อัตราการล้างมือตามหลัก My 5 Moments $\geq 80\%$

I 2: Prevention of Healthcare Associated infection

I 2.1: Catheter- Associated Urinary Tract Infection (CAUTI) Prevention

นิยาม (Definition)

การติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่มีการคาสายสวนปัสสาวะมาแล้วไม่น้อยกว่า 2 วัน โดยในวันที่เริ่มมีอาการ หรือการตรวจพบที่นำไปสู่การวินิจฉัยการติดเชื้อผู้ป่วย ยังคงคาสายสวนอยู่หรือถอดสายสวนออกไปแล้วไม่เกิน 1 วัน ตามเกณฑ์วินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล

เป้าหมาย (Goal)

- เพื่อเป็นแนวทางในการสวนคาสายสวนปัสสาวะให้ถูกต้อง
- เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อของทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ

แนวทางป้องกัน (Process)

1. คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล กำหนดแนวทางปฏิบัติ กำกับติดตามระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่มีการคาสายสวนปัสสาวะ

2. เฝ้าระวัง และรายงานการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะที่เกิดขึ้นตามระบบรายงานการติดเชื้อในโรงพยาบาลของคณะกรรมการ ICC / ICN ทุกเดือน
3. แนวทางการปฏิบัติ
 - 3.1 พิจารณาใส่คาสายสวนปัสสาวะเฉพาะมีข้อบ่งชี้ ดังต่อไปนี้
 - ผู้ป่วยมีภาวะปัสสาวะคั่งเฉียบพลัน หรือมีการอุดตันของปลายเปิดกระเพาะปัสสาวะ
 - ผู้ป่วยภาวะวิกฤติต้องการประเมินปริมาณปัสสาวะที่เที่ยงตรง
 - ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเกี่ยวข้องกับระบบทางเดินปัสสาวะ หรือมีการผ่าตัดที่ใช้เวลานาน หรือมีการได้รับสารน้ำจำนวนมากหรือมีความจำเป็นต้องประเมินปริมาณปัสสาวะในขณะที่ผ่าตัด
 - ช่วยส่งเสริมการหายของแผลในผู้ป่วยมีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้และมีแผลบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์หรือ sacral
 - 3.2 ล้างมือทุกครั้งก่อนเตรียมอุปกรณ์ ก่อนใส่สายสวนปัสสาวะ หรือสัมผัสผู้ป่วย หรือระบบระบายปัสสาวะผู้ป่วย
 - 3.3 เตรียมชุดอุปกรณ์ปราศจากเชื้อสำหรับการสวนคาสายสวนปัสสาวะให้ครบถ้วน
 - 3.4 ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ผู้ป่วยก่อนใส่สายสวนปัสสาวะ สวนคาสายสวนปัสสาวะด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ
 - 3.5 ดูแลระบบระบายปัสสาวะ ไม่หักพับ งอ และให้เป็นระบบปิดอยู่เสมอ
 - 3.6 ยึดตรึงสายสวนปัสสาวะป้องกันการเลื่อนหลุด (ผู้หญิงบริเวณหน้าขาด้านใน / ผู้ชายบริเวณหน้าท้อง)
 - 3.7 ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก รูเปิดของท่อปัสสาวะ/ สายสวนปัสสาวะ วันละ 2 ครั้ง และทุกครั้งหลังขับถ่ายอุจจาระ
 - 3.8 จัดถุงรองรับปัสสาวะให้อยู่ระดับต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะเสมอ ไม่วางบนพื้น
 - 3.9 ถ้าต้องการเก็บปัสสาวะเพื่อส่งตรวจ ให้หนีบสายสวนปัสสาวะ 5 -10 นาที จากนั้น paint เหนือบริเวณ connector tube หรือจากช่องที่ออกแบบเฉพาะ (sampling port) ด้วย 10% providone-iodine หรือ 75% แอลกอฮอล์แล้วใช้กระบอกฉีดยาและเข็มเบอร์ 23 – 25 ที่ปราศจากเชื้อแทงสายยางตรงตำแหน่งที่ paint ยา แล้วดูดปัสสาวะตามจำนวนที่ต้องการส่งตรวจ
 - 3.10 เทปัสสาวะออกเมื่อปริมาณในถุงรองรับประมาณ $\frac{3}{4}$ ของถุง ก่อนและหลังเทปัสสาวะ เช็ดปลายท่อสำหรับเทปัสสาวะออกจากถุงด้วย 75% แอลกอฮอล์ หรือ 10% providone-iodine
 - 3.11 สังเกต และบันทึกสี กลิ่น และจำนวนปัสสาวะ
 - 3.12 ถอดสายสวนปัสสาวะทันทีเมื่อหมดข้อบ่งชี้ในการใส่คาสายสวนปัสสาวะ
 - 3.13 หากคาสายสวนแล้ว 2 สัปดาห์ ถ้าไม่พบหินปูนเกาะที่ปลายสายสวน ยังไม่ต้องเปลี่ยนสายสวน
 - 3.14 กำหนดระยะเวลาการเปลี่ยนสายสวน ทุก 1 เดือน
 - 3.15 เมื่อผู้ป่วยแสดงอาการ ปวดปัสสาวะบ่อย มีปัสสาวะแสบขัด ควรกระตุ้นให้ดื่มน้ำมากๆ
 - 3.16 ไม่ควรใส่ผ้าอ้อมให้เพื่อผู้ป่วยตลอดเวลา เพื่อลดการก่อเชื้อโรค ควรพาผู้ป่วยไปเข้าห้องน้ำตามเวลาเพื่อฝึกขับถ่าย

3.17 ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยน้ำและฟอกด้วยสบู่ วันละ 2 ครั้ง และหลังขับถ่าย

การกำกับติดตาม (Monitoring)

- อัตราการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ (CAUTI) ≤ 2 ครั้ง / 1000 cath day)

I 2.2: Hospital-Acquired Pneumonia (HAP) Prevention

นิยาม (Definition)

ภาวะปอดอักเสบจากการติดเชื้อในผู้ป่วยหลังจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 2 วัน โดยในวันที่เริ่มมีอาการ หรือการตรวจพบที่นำไปสู่การวินิจฉัยการติดเชื้อผู้ป่วย โดยไม่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ

เป้าหมาย (Goal)

เพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล

แนวทางป้องกัน (Process)

1. คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล กำหนดแนวทางปฏิบัติ กำกับ ติดตามระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อปอดอักเสบ
2. เฝ้าระวัง และรายงานการติดเชื้อที่เกิดขึ้นตามระบบรายงานการติดเชื้อในโรงพยาบาลของ คณะกรรมการ ICC / ICN ทุกเดือน
3. แนวทางการปฏิบัติ
 - 3.1 ประเมินผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบ
 - ผู้ป่วยที่มีปัญหาในการกลืนลำบากหรือสำลักง่ายเช่น ผู้ป่วย EPS , NMS ผู้ป่วย ปัญญาอ่อน
 - ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เช่นผู้ป่วย catatonia
 - ผู้ป่วยที่เป็นไข้หวัดมาก่อน
 - ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่ได้รับยาทางจิตแล้วทำให้ระดับความรู้สึกตัวลดลง ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเช่น เบาหวาน หัวใจ มะเร็ง ฯลฯ
 - 3.2 ทำความสะอาดมือด้วยวิธี Hygienic hand hygiene อย่างถูกวิธี 7 ขั้นตอนและตามหลักการ 5 moment
 - 3.3 การป้องกันการสำลัก
 - 3.3.1 จัดท่านอน

- ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ให้นอนตะแคงกึ่งคว่ำ เพื่อให้เสมหะไหลออกและป้องกันการตกกลับของลิ้นปิดทางเดินหายใจ
- พลิกตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง เป็นอย่างน้อย เพื่อไม่ให้มีการคั่งของเสมหะที่ปอดข้างใดข้างหนึ่ง
- จัดให้นอนศีรษะสูง 30 – 45 องศา เพื่อป้องกันการสำลักเสมหะในลำคอ
- กรณีที่ผู้ป่วยลุกนั่งได้ กระตุ้นให้ลุกนั่ง เพื่อไม่ให้เสมหะคั่งค้าง

3.3.2 การป้อนอาหาร

- ผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวลดลงและเสี่ยงต่อการสำลักสูง ไม่ควรให้อาหารทางปาก จนกระทั่งระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยดีขึ้น ควรให้อาหารทางสายยางแทน
- ผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืน หรือไอ ขณะกลืนอาหาร ให้ป้อนอาหารและน้ำอย่างช้าๆ
- หลีกเลี่ยงการถามผู้ป่วยขณะป้อนอาหารเพื่อป้องกันการสำลัก
- กรณีให้อาหารทางสายยาง ให้ยกหัวเตียงสูง 30 องศา ประเมินอาหารที่เหลือค้างในกระเพาะอาหาร ทุก 4-6 ชั่วโมง หากมีอาหารเหลือค้างมากกว่า 50 ซี.ซี. ให้เลื่อนอาหารออกไปก่อน 1 ชั่วโมงและประเมินซ้ำอีกครั้ง
- หลังป้อนอาหารหรือให้อาหารทางสายยาง ต้องจัดให้ผู้ป่วย นอนศีรษะสูง 30-45 องศา ต่ออีก 1 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการไหลย้อนกลับของอาหารเข้าสู่หลอดลม

3.3.3 กรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แต่มีเสมหะในลำคอบ้าง กระตุ้นให้ผู้ป่วยไอเอาเสมหะออก โดยให้ผู้ป่วยหายใจเข้า ออก ลึกๆ 3-4 ครั้ง แล้วไอเอาเสมหะออกมา หรือ ช่วยเคาะปอดให้ผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถไอได้เอง ต้องดูดเสมหะด้วย Aseptic technique ให้ หรือเคาะปอดกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอ

3.4 การป้องกันการปนเปื้อน

- ใช้หลัก Aseptic technique ในการใส่สายให้อาหารผ่านทางจมูก
- เช็ดข้อต่อต่างๆด้วย 70 % alcohol ก่อนให้อาหารทางสายอาหารผ่านทางจมูก
- ทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมผู้ป่วยทุกวัน

3.5 การดูแลทำความสะอาดของปากและฟัน เพื่อป้องกันการเจริญของเชื้อที่เจริญอยู่ภายในช่องปากเข้าสู่ปอด มีขั้นตอนการปฏิบัติ ดังนี้

- ประเมินความผิดปกติในช่องปาก (ผื่น/แผล/แตก/แห้ง) ของผู้ป่วยทุกวัน ดูแลไม่ให้แห้งและแตกเป็นแผล ทาวาสลินถ้าริมฝีปากเริ่มแห้ง
- ก่อนทำความสะอาดภายในช่องปากจัดท่าผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30 -45 องศา ตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง หรือให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งหากไม่มีข้อห้าม
- ในกรณีที่ไม่สามารถจัดให้นอนศีรษะสูงได้ให้นอนตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง หรือจัดให้อยู่ในท่านอนตะแคง

- ล้างมือ และสวมถุงมือสะอาดก่อนการดูแลความสะอาดภายในช่องปากให้ผู้ป่วย
- ทำความสะอาดช่องปาก ทุก 4 ชั่วโมงด้วย NSS หรือน้ำยาบ้วนปาก เวลา 10.00 น. 14.00 น. 18.00 น. และ 22.00 น.
- กรณีที่ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ หรือไม่รู้สีกตัว ใช้แปรงสีฟันที่อ่อนนุ่ม ขนาดเล็ก แปรงฟันให้ผู้ป่วยอย่างน้อย วันละ 2 ครั้ง กรณีที่ผู้ป่วยไม่มีฟันใช้ผ้าก๊อซ ปราศจากเชื้อซุบNSS หรือน้ำยาบ้วนปากทำความสะอาดภายในช่องปาก
- กรณีผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ ดูแลผู้ป่วยแปรงฟันอย่างน้อย วันละ 2 ครั้ง
- กรณีผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายให้ใช้ไม้ฟันสำลี ซุบด้วย NSS หรือยาสีฟัน เช็ดทำความสะอาดในช่องปากแทนการใช้แปรงสีฟัน

การกำกับติดตาม (Monitoring)

อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบในโรงพยาบาล ≤ 2 ครั้ง/1,000 pt. day

I 3: Isolate Precautions

นิยาม (Definition)

การปฏิบัติเพื่อป้องกันหรือยับยั้งการแพร่กระจายเชื้อก่อโรคจากผู้เป็นพาหะของโรค ผู้ป่วยด้วยโรคติดเชื้อ ผู้มีอาการติดเชื้อ มาสู่ผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรในโรงพยาบาล

เป้าหมาย (Goal)

ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคในโรงพยาบาล

แนวทางป้องกัน (Process)

1. คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล กำหนดแนวทางปฏิบัติ กำกับ ติดตามระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล
2. เฝ้าระวัง และรายงานการติดเชื้อที่เกิดขึ้นตามระบบรายงานการติดเชื้อในโรงพยาบาลของ คณะกรรมการ ICC / ICN ทุกเดือน
3. ให้ความรู้แก่บุคลากร เกี่ยวกับหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่สำคัญ ได้แก่ Standard transmission-based precautions (contact, droplet, และ airborne precautions)โดยหลักการสำคัญของการแยกผู้ป่วย และการวินิจฉัยโรค ดังนี้

3.1 การป้องกันแบบมาตรฐานสำหรับการดูแลผู้ป่วยทุกราย (Standard precautions) ใช้เมื่อบุคลากรปฏิบัติงานเพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากเลือด สารคัดหลั่ง สิ่งขับถ่าย สารน้ำจากร่างกาย โดยมีการปฏิบัติที่สำคัญดังนี้

- การทำความสะอาดมือ
- สวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกายให้เหมาะสม
- การป้องกันอุบัติเหตุจากของแหลมคมและฟุ้งกระจาย
- การจัดการสิ่งแวดล้อมให้สะอาด ปลอดภัย

3.2 มาตรการป้องกันตามวิธีการที่แพร่กระจายเชื้อ (Transmission - based precautions) แบ่งออกเป็น 3 วิธี คือ

3.2.1 การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคทางอากาศ (Airborne precautions) เป็นมาตรการเสริม สำหรับผู้ป่วยที่สงสัยหรือทราบว่ามีการติดเชื้อที่สามารถแพร่กระจายทางฝุ่นละอองขนาดเล็ก ที่ลอยอยู่ในอากาศ ได้นานและไกล หรือจับกับฝุ่นละออง ซึ่งเมื่อสูดดมจะเข้าถึงปอดทำให้เกิดโรคได้ เช่น วัณโรค หัด โรคสุกใส

วิธีดำเนินการ	
การปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่แพร่กระจายเชื้อทางอากาศ (Airborne precaution)	วิธีปฏิบัติ
ห้องผู้ป่วย	- ควรให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องแยกความดันลบ ประตูห้องแยกควรปิดตลอดเวลา จัดให้มีการแลกเปลี่ยนอากาศภายในห้องอย่างน้อย 6 รอบต่อชั่วโมง - กรณีไม่มีห้องแยกจัดให้ผู้ป่วยติดเชื้อชนิดเดียวกันอยู่ห้องเดียวกัน ได้อุปกรณ์ที่ใช้ในห้องใช้เฉพาะราย - แว่นป้ายแจ้งเตือน
อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย	ผู้ให้การดูแล - สวมผ้าปิดปาก - จมูก ชนิด N 95 เมื่อให้การดูแลผู้ป่วย - สวมถุงมือชนิดใช้ครั้งเดียวทิ้ง ทุกครั้งที่สัมผัสผู้ป่วย - ผู้ป่วยสวม Surgical mask ตลอดเวลา ยกเว้นเวลารับประทานอาหารและแปรงฟัน
การเคลื่อนย้าย	- เคลื่อนย้ายเมื่อจำเป็นและให้ผู้ป่วยใส่ผ้าปิดปาก - จมูกชนิดธรรมดา รวมทั้งแจ้งหน่วยงานที่รับย้ายทราบถึงการแพร่กระจายเชื้อ

3.2.2 การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคจากละอองฝอย (Droplet precautions) เป็นมาตรการเสริมสำหรับผู้ป่วยที่สงสัยหรือทราบว่ามีการติดเชื้อที่สามารถแพร่กระจายได้ทางละอองฝอย เสมหะ น้ำมูก น้ำลาย ซึ่งเกิด จากการพูด ไอ จาม รดกัน เนื่องจากละอองมีขนาดใหญ่จึงล่องลอยไปได้ไม่ไกลเกินระยะ 3 ฟุต เชื้อจะเข้าสู่ ร่างกายทางจมูก และเยื่อตาหรือผิวหนัง

วิธีดำเนินการ	
การปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่แพร่กระจายเชื้อโดย ฝอยละออง (Droplet precautions)	วิธีปฏิบัติ
ห้องผู้ป่วย	- แยกผู้ป่วยไว้ในห้องแยกปิดประตูตลอดเวลากรณีไม่มีห้องแยก จัดให้ผู้ป่วยติดเชื้อชนิดเดียวกันอยู่ห้องเดียวกันได้/อยู่ห่างกันเกิน 3ฟุต อุปกรณ์ใช้เฉพาะราย - แขนป้ายแฉ่งเตือน
อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย	- สวมผ้าปิดปากและจมูก Surgical mask เมื่อให้การพยาบาล ผู้ป่วยระยะไม่เกิน 3 ฟุต - สวมถุงมือเมื่อจับต้องผู้ป่วย
การเคลื่อนย้าย	- เมื่อจำเป็นต้องเคลื่อนย้าย ให้ผู้ป่วยใส่ผ้าปิดปากและจมูก Surgical mask รวมทั้งแจ้งหน่วยงานที่รับย้ายทราบถึงการ แพร่กระจายเชื้อ

3.2.3 การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคที่ติดต่อได้โดยการสัมผัส (Contact precautions) เป็นมาตรการเสริม สำหรับผู้ป่วยที่สงสัยหรือทราบว่ามีการติดเชื้อที่สามารถแพร่กระจายได้โดย การสัมผัสทางตรง (direct contact) เช่น การสัมผัสผิวหนังที่มีแผล หรือการติดต่อโดยการสัมผัสทางอ้อม (Indirect contact) เช่น การ สัมผัสเครื่องมือที่ปนเปื้อน ตลอดจนผู้ป่วยที่มีเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต่างๆ เช่น MRSA, VRE เป็นต้น

วิธีดำเนินการ	
การปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่แพร่กระจายเชื้อโดย การสัมผัส (Contact precautions)	วิธีปฏิบัติ
ห้องผู้ป่วย	- แยกผู้ป่วยไว้ในห้องแยกปิดประตูตลอดเวลากรณีไม่มีห้อง แยกจัดให้ผู้ป่วยติดเชื้อชนิดเดียวกันอยู่ห้องเดียวกันได้/อยู่ห่าง กันเกิน3ฟุต อุปกรณ์ใช้เฉพาะราย - แขนป้ายแฉ่งเตือน
อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย	- สวมถุงมือทุกครั้ง ^๕ ที่เข้าให้การดูแล หลังถอดถุงมือล้างมือทันที - สวมผ้ากันเปื้อน

การเคลื่อนย้าย	- เคลื่อนย้ายผู้ป่วยเมื่อจำเป็น กรณีเคลื่อนย้ายต้องระงับการปนเปื้อนสู่สิ่งแวดล้อมกรณีมีบาดแผลที่มีเชื้อโรคต้องปิดแผลให้มิดชิดรวมทั้งแจ้งหน่วยงานที่รับย้ายทราบถึงการแพร่กระจายเชื้อและให้ทำความสะอาดพาหนะที่เคลื่อนย้ายด้วยน้ำยาทำลายเชื้อตามที่นโยบาย รพ.กำหนด
----------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

การกำกับติดตาม (Monitoring)

อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล < 2 ครั้ง/1,000 pt. Day

I 4: Prevention and Control Spread of Multidrug-Resistant Organisms (MDRD)

นิยาม (Definition)

เชื้อดื้อยาหลายขนาน Multidrug – resistant organisms (MDRD) คือเชื้อที่ดื้อต่อยาต้านแบคทีเรียอย่างน้อย 3 กลุ่มที่นำมาทดสอบเชื้อดื้อยาอย่างกว้างขวาง (extensively drug-resistant) คือ เชื้อที่ดื้อต่อยาต้านแบคทีเรียหลายขนานมากจนเหลือยาที่ยังมีฤทธิ์ต่อเชื่อนั้นไม่เกิน 2 ชนิด

เป้าหมาย (Goal)

ป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

แนวทางป้องกัน (Process)

1. ข้อปฏิบัติสำหรับแผนกผู้ป่วยนอก/ER
 - 1.1 คัดกรองซีกประวัติเชื้อดื้อยา
 - 1.2 ให้การดูแลผู้ป่วยทุกคนที่มารับบริการโดยใช้หลัก standard precaution
 - 1.3 เมื่อมีเหตุการณ์ให้การดูแลโดยใช้หลัก contact precaution
2. ข้อปฏิบัติสำหรับแผนกผู้ป่วยใน
 - 2.1 ฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ป่วยทุกราย และกรณีสงสัยผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ในกลุ่ม High alert MDROs ได้แก่
 - 1.1 Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae (CRE)
 - 1.2 XDR Acinetobacter baumannii และ Psedomonas aeruginosa
 - 1.3 PDR Acinetobacter baumannii และ Psedomonas aeruginosa
 - 1.4 Vancomycin-resistance Staphylococcus aureus (VRSA) , vancomycin-intermediate

- 2.2 ล้างมือก่อนและหลังให้การดูแลผู้ป่วย ยึดหลัก 5 moment
- 2.3 สวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกาย ได้แก่ เสื้อกาวน์และถุงมือทุกครั้ง และเปลี่ยนใหม่เมื่อต้องไปดูแลผู้ป่วยรายอื่น
- 2.4 จัดพื้นที่ในหอผู้ป่วยเพื่อแยกผู้ป่วยออกจากผู้ป่วยอื่น
- 2.5 ส่งเวรให้ทราบว่าเป็นผู้ป่วย contact precaution
- 2.6 กรณีที่แพทย์มีคำสั่งใช้ยาปฏิชีวนะ ในการรักษาผู้ป่วยให้แพทย์วินิจฉัยโรคติดเชื้อด้วยทุกครั้งใน

แบบบันทึก Doctor Order sheet

3. การดูแลสิ่งแวดล้อม

1. ทำความสะอาดอุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วย strict wet mob ทำความสะอาดพื้นผิวด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อที่ รพ. จัดสรรให้ใช้ และเช็ดทำความสะอาดอุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วยโดยปฏิบัติตามคู่มือการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
- 2 .แยกอุปกรณ์ของใช้ส่วนตัวผู้ป่วยไม่ให้ปะปนกับผู้ป่วยรายอื่น

การกำกับติดตาม (Monitoring)

อัตราการติดเชื้อต่อวัน ในโรงพยาบาล 0 ครั้ง/1,000 pt. Day

I 5: การจัดการการระบาดของโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล

นิยาม (Definition)

การระบาดของโรคติดเชื้อ หมายถึง การเพิ่มขึ้นของการติดเชื้อจากอัตราพื้นฐานโดยอาจเป็นการติดเชื้อที่ตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งมากอย่างผิดปกติหรือการติดเชื้อที่เกิดจากโรคชนิดใดชนิดหนึ่งเพิ่มขึ้นอย่างผิดปกติ หรือมีการติดเชื้อที่มีความสำคัญทางระบาดวิทยา เช่น ไข้หวัดนก โรคติดเชื้อไวรัส โควิด-19 เป็นต้น

เป้าหมาย (Goal)

เพื่อหยุดยั้งการระบาดของโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล

แนวทางป้องกัน (Process)

- การจัดการการระบาดของโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล
 1. การแจ้งเมื่อมีหรือสงสัยว่ามีการระบาดของโรคติดเชื้อ ให้รีบแจ้งผู้เกี่ยวข้องโดยด่วน (ทางโทรศัพท์ แล้วตามด้วยเอกสาร) ในเวลาราชการแจ้งICWN/ICN นอกเวลาราชการพยาบาลเวรแจ้งพยาบาลตรวจการณ์
 2. ให้หน่วยงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้องร่วมมือในการสอบสวนการระบาดและวางแผนควบคุมการระบาด
 3. การรายงาน รายงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องผู้บริหารเป็นระยะๆและเมื่อสิ้นสุดการสอบสวน
 4. การติดตามและประเมินผล เฝ้าระวังอย่างจำเพาะเรื่องนั้นๆ จนกว่าจะแน่ใจว่าการระบาดสิ้นสุดแล้ว

● การควบคุมการระบาด

1. หน่วยงานที่พบผู้ป่วยโรคติดเชื้อ โรคติดต่อและโรคระบาดทางวิทยา แยกผู้ป่วยปฏิบัติตามหลัก Isolation Precaution อย่างเคร่งครัด

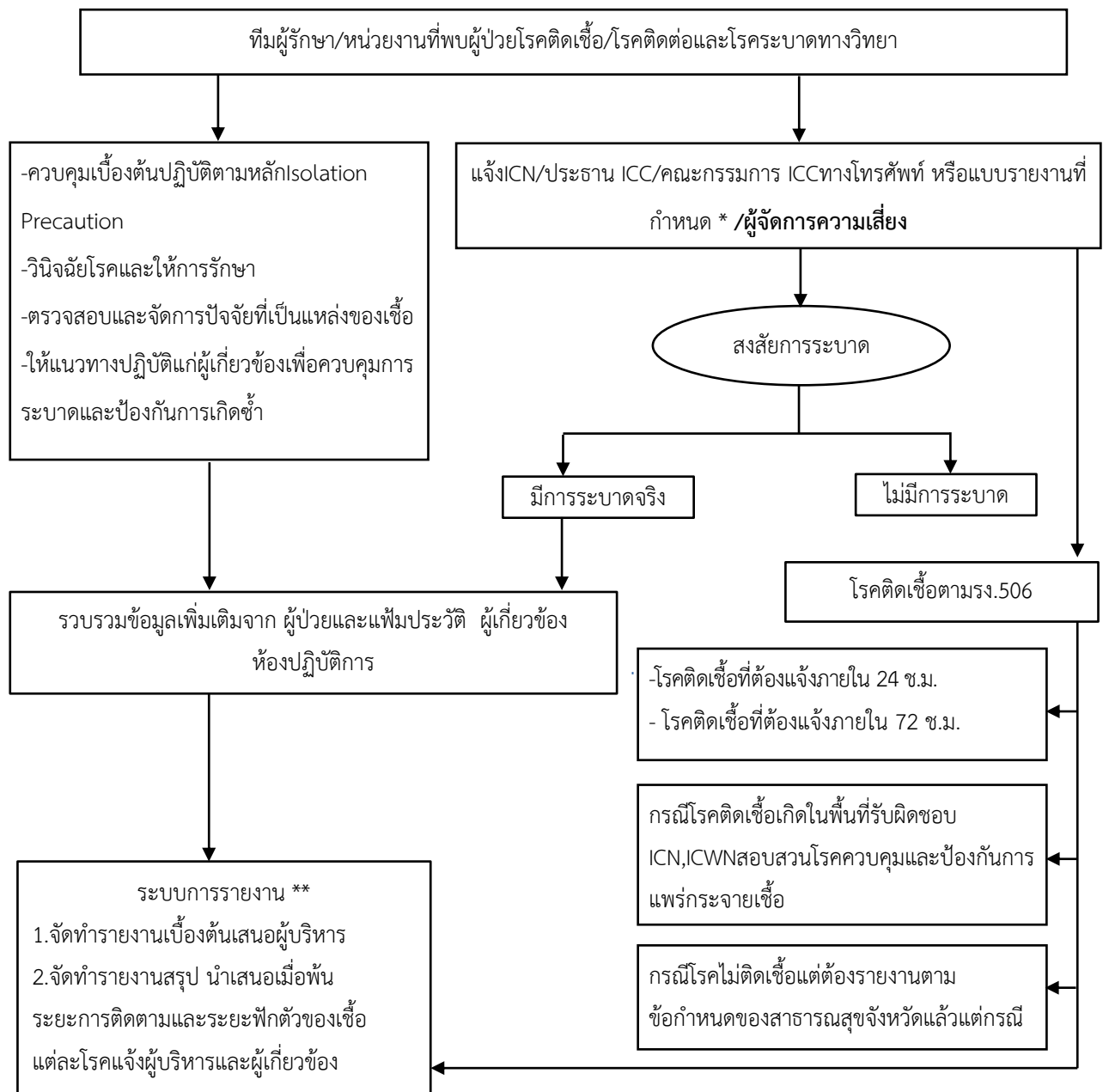
2. ให้การรักษา

3. ตรวจสอบและจัดการปัจจัยที่เป็นแหล่งของเชื้อ

4. ให้แนวทางปฏิบัติแก่ผู้เกี่ยวข้องเพื่อควบคุมการระบาดและป้องกันการเกิดซ้ำ

5. สรุปผลและทำรายงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

● การปฏิบัติเมื่อพบผู้ป่วยโรคติดเชื้อ/โรคติดต่อและโรคระบาดทางวิทยา หรือสงสัยว่ามีการระบาด



หมายเหตุ *กรณีนอกเวลารายงานพยาบาลตรวจการนอกเวลา ,**จัดทำรายงานขึ้นอยู่กับกรณีสถานการณ์โรคระบาด หรือกลุ่มก้อนโรคติดเชื้อ

การกำกับติดตาม (Monitoring)

- เผื่อระวังอย่างจำเพาะเรื่องนั้นๆ จนกว่าจะแน่ใจว่าการระบาดสิ้นสุดแล้ว
- ไม่มีการระบาดของโรคติดเชื้อ

บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติงานหน้าที่

นิยาม (Definition)

ได้แก่ โรคติดเชื้อที่บุคลากรสุขภาพสัมผัสขณะปฏิบัติงานและอาจเกิดการติดเชื้อ (Infection) หรือ โรค (disease) ขึ้น โดยการสัมผัสผู้ป่วยหรือเลือด สารคัดหลั่ง เนื้อเยื่อ อวัยวะของผู้ป่วยหรือสัตว์ทดลอง รวมทั้งวัสดุอุปกรณ์ที่มีเชื้อก่อโรค

เป้าหมาย (Goal)

ความปลอดภัยของบุคลากรสุขภาพทุกระดับจากการติดเชื้อในระหว่างปฏิบัติงานในระดับ National Personnel Safety Goals

แนวทางป้องกัน (Process)

1. กำหนดผู้รับผิดชอบ ได้แก่ งานอาชีพอนามัยและงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
2. ส่งเสริมให้บุคลากรได้รับวัคซีนป้องกันโรค (pre-exposure prophylaxis, active immunization) โดยจัดลำดับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในพื้นที่เสี่ยงสำคัญ
 - บุคลากรสุขภาพทุกระดับได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันต่อโรคติดเชื้อ ต่อไปนี้ ไข้หวัดใหญ่, ไวรัสตับอักเสบบี , Covid-19 และ MR
3. จัดทำแนวปฏิบัติการให้การป้องกันการติดเชื้อแก่บุคลากรสุขภาพหลังสัมผัสโรคติดเชื้อที่อาจติดต่อได้ระหว่างปฏิบัติงาน (post -exposure prophylaxis) ได้แก่ โรคไวรัสตับอักเสบบี และ HIV ให้ได้รับการตรวจวินิจฉัย การดูแลรักษาอย่างถูกต้อง ได้รับการประเมินเพื่อพักการปฏิบัติหน้าที่หรือจำกัดการปฏิบัติหน้าที่ รวมทั้งการลาป่วย ตามสิทธิ
4. ปฐมนิเทศบุคลากรทุกรายเมื่อเริ่มต้นปฏิบัติงานใหม่และอบรมประจำปีในระหว่างปฏิบัติงาน
5. จัดให้มีการคัดกรอง (screen and triage) เพื่อคัดแยกผู้มารับบริการทุกรายก่อนเข้า OPD/ER
6. จัดให้มีพื้นที่เฉพาะสำหรับคัดแยกผู้ป่วยเพื่อป้องกันการสัมผัสโรคและแพร่กระจายเชื้อ (isolation precaution) ในผู้ป่วยที่มีหรือสงสัยโรคติดเชื้อที่อาจติดต่อได้ เช่น วัณโรค โรคติดเชื้ออุบัติใหม่ ในแผนกผู้ป่วยนอก และบริการจิตเวชฉุกเฉิน
7. ปฏิบัติตามแนวทางการระมัดระวังการติดเชื้อขั้นพื้นฐาน standard precaution ในระหว่างการดูแลผู้ป่วย
8. อบรมบุคลากรสุขภาพทุกระดับในการใช้งานเครื่องป้องกันร่างกายส่วนบุคคล (protective personal equipment) อย่างถูกต้อง และประสานงานกับคลังยาให้มีการสำรองเครื่องป้องกันร่างกายส่วนบุคคล (protective personal equipment) อย่างเพียงพอ พร้อมใช้ ตามประเภทกิจกรรมที่เสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อก่อโรค

การกำกับติดตาม (Monitoring)

- กำหนดตัวชี้วัด : 1. อุบัติการณ์บุคลากรได้รับอุบัติเหตุเข็มทิ่มตำหรือสัมผัสสารคัดหลั่ง
2. อุบัติการณ์บุคลากรติดเชื้อด้วยโรคติดต่อขณะปฏิบัติงาน เช่น โควิด-19, สุกใส เป็นต้น

การเกิด medication error และ adverse drug event

Safe from Adverse Drug Events (ADE)

1.1: Safe from High Alert Drug

1.2 Safe from Preventable Adverse Drug Reactions (ADR) แพ้ยาซ้ำ แพ้ยากลุ่มเดียวกัน

1.3: Safe from Fatal Drug Interaction

นิยาม (Definition)

High Alert Drugs คือ ยาที่ต้องระมัดระวังสูงเพราะอาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ เพราะเป็นยาที่มีดัชนีการรักษาแคบ หรือมีการออกฤทธิ์ที่เสี่ยงต่อการเกิด ADR รุนแรง ได้แก่ Lithium, Phenytoin, Valproate, Carbamazepine และ Clozapine

Adverse drug Reaction คือ การตอบสนองของร่างกายต่อยาที่ได้รับในขนาดยาปกติ เกิดเป็นอันตรายขึ้นโดยไม่ตั้งใจ และไม่ได้เกิดจากความคลาดเคลื่อนทางยา มีความหมายรวมถึงการแพ้ยา และการเกิดผลข้างเคียงจากยา

Side effect คือ ผลข้างเคียงซึ่งเป็นผลของยาที่ทราบกันอยู่แล้ว และเป็นฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของยานั้น แต่ไม่ได้ตั้งใจทำให้เกิดขึ้น

Fatal Drug Interaction คือ ปฏิกริยาต่อกันของยาสองชนิดที่มีผลทำให้ฤทธิ์ของยารุนแรงขึ้นจนเกิดอันตรายถึงชีวิตได้

Drug Allergy คือ อาการแพ้ยา เป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากปฏิกิริยาทางภูมิคุ้มกันของร่างกายต่อยาที่ได้รับ

แพ้ยาซ้ำ คือ เหตุการณ์ที่ผู้ป่วยแพ้ยา ซึ่งเป็นยาตัวเดียวกับที่เคยมีประวัติแพ้ โดยมีอาการแสดงที่เหมือนกัน

แพ้ยากลุ่มเดียวกัน คือ เหตุการณ์ที่ผู้ป่วยเกิดอาการแพ้ยา จากยาที่มีโครงสร้างคล้ายกับยาที่มีประวัติแพ้ โดยมีอาการเหมือนกัน

เป้าหมาย (Goal)

1.1: Safe from High Alert Drug

- ลดความคลาดเคลื่อนของยาความเสี่ยงสูงที่จะก่อให้เกิดอันตรายรุนแรงหากถึงตัวผู้ป่วย
- ลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาความเสี่ยงสูง

1.2 Safe from Preventable Adverse Drug Reactions (ADR) แพ้ยาซ้ำ แพ้ยากลุ่มเดียวกัน

- ผู้ป่วยปลอดภัยจากการแพ้ยาซ้ำ แพ้ยากลุ่มเดียวกัน

1.3: Safe from Fatal Drug Interaction

- ผู้ป่วยปลอดภัยจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่มีสาเหตุจากการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา

แนวทางป้องกัน (Process)

1.1: Safe from High Alert Drug

มีการกำหนดรายการยาที่มีความเสี่ยงสูง หรือยาที่ต้องมีความระมัดระวังการใช้สูง และมีแนวทางปฏิบัติที่มีการสื่อสารทำความเข้าใจกับผู้เกี่ยวข้อง โดยมีการกำกับติดตามการใช้ยาอย่างเหมาะสม ได้แก่

- มีแนวทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อติดตามการใช้ High Alert Drug [Auto Lab] ได้แก่ Lithium, Clozapine, Valproate, Phenytoin
- จัดทำแบบเฝ้าระวังการใช้ยา HAD ได้แก่ Lithium, Phenytoin, Valproate, Carbamazepine และ Clozapine
- มีแนวทางการเริ่มและเพิ่มขนาดยา (Clozapine, Valproate, Diazepam IV)
- มีแนวทางการพิจารณาหยุดยาเมื่อพบอาการไม่พึงประสงค์ระดับรุนแรงจากการใช้ยา โดยพยาบาลในหอผู้ป่วย

1.2 Safe from Preventable Adverse Drug Reactions (ADR) แพ้ยาซ้ำ แพ้ยากลุ่มเดียวกัน

- จัด Work flow การซักประวัติแพ้ยาเบื้องต้นและการส่งต่อเภสัชกรเพื่อซักประวัติหากยังไม่มีฐานข้อมูลในโรงพยาบาล
- จัดทำแนวทางซักประวัติอย่างเป็นระบบเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง สามารถนำไปใช้ในการประเมินผลการแพ้ยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- จัดทำแนวทางประเมินประวัติผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เพื่อให้การประเมินประวัติการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในอดีตที่ผู้ป่วยมาแจ้ง เป็นไปอย่างเป็นระบบ ได้ข้อมูลที่เพียงพอต่อการตัดสินใจให้การรักษาผู้ป่วยอย่างปลอดภัย
- มีการบันทึกข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเพื่อให้การส่งต่อข้อมูลแก่บุคลากรทางการแพทย์เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ครอบคลุมทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
- มีการบันทึกข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์ และมีการแจ้งเตือนในประวัติของผู้ป่วย (ระดับ Moderate ขึ้นไป) ลงในโปรแกรม HosXP

1.3: Safe from Fatal Drug Interaction

- จัดทำข้อมูลคู่ยาที่อาจเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาที่รุนแรงหากมีการใช้ร่วมกัน และแนวทางการจัดการที่ชัดเจน

ชื่อยาหลัก	ชื่อยาร่วม	Onset	Doc.	ผลการเกิดปฏิกิริยา	แนวทางการจัดการ
<input type="checkbox"/> Chlorpromazine	<input type="checkbox"/> Propranolol	D	2	เสี่ยงเกิด ADR จากยาทั้งสองรายการ	- ลดขนาดยาเมื่อต้องใช้ร่วมกัน - ตรวจสอบติดตาม EKG
<input type="checkbox"/> Thioridazine	<input type="checkbox"/> Fluoxetine หรือ <input type="checkbox"/> Fluvoxamine	D	3	หัวใจเต้นเสียจังหวะและเกิด Torsades de point	- ห้ามใช้ร่วมกัน - หากจำเป็นต้องใช้ร่วมกัน ให้ติดตาม EKG
	<input type="checkbox"/> Propranolol	D	2	หัวใจเต้นเสียจังหวะ	- ห้ามใช้ร่วมกัน - หากจำเป็นต้องใช้ร่วมกัน ให้ติดตาม EKG
	<input type="checkbox"/> Ziprasidone	D	3	หัวใจเต้นเสียจังหวะ เกิด Torsades de point และกดคลื่นหัวใจ QT interval	- ห้ามใช้ร่วมกัน - หากจำเป็นต้องใช้ร่วมกัน ให้ติดตาม EKG
<input type="checkbox"/> Lithium	<input type="checkbox"/> Thiazide diuretics เช่น HCTZ, Indapamide	D	1	ระดับ lithium ในเลือดเพิ่มขึ้น อาจเกิดพิษจาก Lithium	- หากจำเป็นต้องใช้ร่วมกัน ตรวจสอบวัดระดับ lithium ทุก 2 สัปดาห์*
	<input type="checkbox"/> ACEIs/ARBs เช่น Enalapril, Losartan, Valsartan, Olmesartan	D	3	ระดับ lithium ในเลือดเพิ่มขึ้น อาจเกิดพิษจาก Lithium	- หากจำเป็นต้องใช้ร่วมกัน ให้ตรวจสอบวัดระดับlithium ทุก 4-6 สัปดาห์*
	<input type="checkbox"/> NSAIDs เช่น Diclofenac, Mefenamic, Ibuprofen, Tenoxicam, Naproxen <u>ยกเว้น</u> Aspirin	D	3	ระดับ lithium ในเลือดเพิ่มขึ้น อาจเกิดพิษจาก Lithium	- ตรวจสอบวัดระดับlithium ทุก 1 สัปดาห์* เมื่อเริ่ม / หยุด NSAIDs จนกว่าระดับยาคงที่ - ติดตามประเมินอาการพิษจาก lithium

- มีการแจ้งเตือนในโปรแกรม HosXP หากมีการสั่งใช้ร่วมกัน และครอบคลุมผู้ป่วยนอกที่อาจมารับยาคนละ Visit และผู้ป่วยในที่อาจรับยาจากสถานพยาบาลอื่น (Medication Reconciliation)
- ให้ข้อมูลผู้ป่วยเรื่องอันตรายที่เกิดขึ้น หากไปรับยาจากสถานพยาบาลอื่น (คลินิก ร้านขายยา ฯลฯ) โดยให้ผู้ป่วยให้ข้อมูลการได้รับยาปัจจุบัน กับสถานพยาบาลนั้นๆ เพื่อลดโอกาสการใช้ยาร่วมกันระหว่างสถานพยาบาล

การกำกับติดตาม(Monitoring)

1.1: Safe from High Alert Drug

- ความคลาดเคลื่อนทางยา (การสั่งยา การคำนวณ การจัดจ่ายยา การเตรียมยา การบริหารยา)
- เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น (Adverse Drug Event) เช่น Lithium toxicity, เดนเซอแล็กซึม เป็นต้น

1.2 Safe from Preventable Adverse Drug Reactions (ADR) แพ้ยาซ้ำ แพ้ยากลุ่มเดียวกัน

- ความคลาดเคลื่อนทางยา (การสั่งยา การจ่ายยา และการบริหารยา) ในผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยา
- อุบัติการณ์ผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ
- อุบัติการณ์ผู้ป่วยแพ้ยากลุ่มเดียวกัน

1.3: Safe from Fatal Drug Interaction

- ความคลาดเคลื่อนทางยา กรณีพบการใช้ยาที่มี Drug interaction คู่ดังกล่าว
- อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Drug Event) ที่เกิดขึ้น เพื่อนำมาปรับปรุงระบบให้เกิดความปลอดภัยต่อไป

Safe from Medication Errors

นิยาม (Definition)

Medication errors หรือ ความคลาดเคลื่อนทางยา คือ เหตุการณ์ใดๆที่อาจเป็นสาเหตุหรือนำไปสู่การใช้ยาที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วยที่สามารถป้องกันได้ ขณะที่ยานั้นอยู่ในความควบคุมดูแลของบุคลากรหรือผู้ให้บริการ

คำนิยามของความคลาดเคลื่อนทางยาประเภทต่างๆ มีดังนี้

1. ความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยา (Prescribing error) หมายถึง ความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นในกระบวนการสั่งใช้ยาของแพทย์ที่ส่งผลกระทบต่อทางคลินิก เช่น

- การสั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ หรือผู้ป่วยที่มีข้อห้ามใช้ (เช่น ยาที่ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ ผู้ป่วย G6PD เป็นต้น)
- การสั่งใช้ยาในขนาดที่มากหรือน้อยเกินไป
- การสั่งใช้ยาในรูปแบบที่ไม่เหมาะสม
- การสั่งใช้ยาที่มีปฏิกริยากันหรือมีปฏิกริยากับยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ก่อนแล้ว
- การสั่งใช้ยาซ้ำซ้อน
- การสั่งใช้ยาที่มีวิธีทางให้ยาที่ไม่เหมาะสม และอัตราเร็วในการให้ยาไม่เหมาะสม เป็นต้น

2. ความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งใช้ยา (Transcribing error) หมายถึง การถ่ายทอดคำสั่งแพทย์ที่มีความคลาดเคลื่อน เช่น

- การรับคำสั่งการใช้ยาทางโทรศัพท์คลาดเคลื่อน
- การอ่านคำสั่งแพทย์ผิด
- การคัดลอกผิด
- การบันทึกคำสั่งในคอมพิวเตอร์ผิด เป็นต้น

3. ความคลาดเคลื่อนในกระบวนการก่อนจ่ายยา (Pre-dispensing error) หมายถึง ความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นในขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งของกระบวนการจัดยาในหน่วยงานเภสัชกรรม เช่น การเตรียมยา การเขียน พิมพ์ผลลากยา การจัดยาตามคำสั่งใช้ยา เป็นต้น

4. ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา (Dispensing error) หมายถึง ความคลาดเคลื่อนในกระบวนการจ่ายยาของกลุ่มงาน/ ฝ่ายเภสัชกรรม ที่จ่ายยาไม่ถูกต้องตามที่ระบุในคำสั่งใช้ยา เช่น

- จ่ายยาที่เสื่อมสภาพหรือหมดอายุ
- จ่ายยาที่ไม่มีคำสั่งใช้ยา
- ผู้ป่วยได้รับยาที่มีผลลากผิด/ ชื่อผู้ป่วยผิด
- จ่ายยาที่มีปฏิกริยากัน
- จ่ายยาที่ผู้ป่วยมีข้อห้ามใช้ เป็นต้น

5. ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา (Administration error) หมายถึง ความคลาดเคลื่อนของการบริหารยา ซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ต่างไปจากคำสั่งยาของแพทย์ สามารถจำแนกได้ 11 ความคลาดเคลื่อน ได้แก่

- 1) การให้ยาผิดชนิด
- 2) การให้ยาซึ่งผู้สั่งใช้ยาไม่ได้สั่ง
- 3) การให้ยาผู้ป่วยผิดคน
- 4) การให้ยาผิดขนาด
- 5) การให้ยาผิดวิธีทาง
- 6) การให้ยาผิดเวลา
- 7) การให้ยามากกว่าจำนวนครั้งที่สั่ง
- 8) การให้ยาในอัตราเร็วที่ผิด
- 9) การให้ยาผิดเทคนิค
- 10) การให้ยาผิดรูปแบบยา
- 11) การให้ยาไม่ครบ

เป้าหมาย (Goal)

เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการใช้ยาในทุกขั้นตอน ได้แก่ การสั่งยา การจัดจ่ายยา การให้ยา และการติดตามผลการใช้ยา

แนวทางป้องกัน (Process)

1. ความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยา (Prescribing error)

- แพทย์สั่งยาโดยมีข้อมูลยาและข้อมูลผู้ป่วยครบถ้วน
- โรงพยาบาลมีระบบสารสนเทศเพื่อช่วยแพทย์ในการตัดสินใจสั่งการรักษา โดยมีค่าเตือนหรือมีระบบช่วยตรวจสอบอัตโนมัติเมื่อเกิดการสั่งที่ผิดพลาดคลาดเคลื่อนในระบบ HOSxP เช่น การสั่งยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ การสั่งยาเกินขนาดยาสูงสุด การสั่งยาที่เป็น Fatal drug interaction เป็นต้น

2. ความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งใช้ยา (Transcribing error)

- หลีกเลี่ยงการรับคำสั่งการใช้ยาทางโทรศัพท์ กรณีจำเป็นจะต้องมีการทวนคำสั่งการใช้ยาจากแพทย์ทุกครั้ง
- เจ้าหน้าที่ผู้คัดลอกคำสั่งแพทย์จะต้องคัดลอกจากลายมือแพทย์ที่ชัดเจน กรณีไม่ชัดเจนจะต้องทวนกลับไปยังพยาบาลผู้รับคำสั่งแพทย์

3. ความคลาดเคลื่อนในกระบวนการก่อนจ่ายยา (Pre-dispensing error)

- เจ้าหน้าที่ผู้จัดยาตามคำสั่งใช้ยาจะต้องตรวจสอบยาที่จัดกับคำสั่งใช้ยาให้ถูกต้องก่อนให้เภสัชกรตรวจสอบ

4. ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา (Dispensing error)

- เภสัชกรตรวจสอบยาที่จัดจ่ายกับคำสั่งที่รับโดยตรงจากแพทย์โดยไม่ผ่านการคัดลอกจากบุคลากรอื่น โดยมีข้อมูลยาและข้อมูลผู้ป่วยชุดเดียวกับที่แพทย์ใช้
- ฉลากยาควรมีข้อมูลครบถ้วนให้ตรวจสอบได้ ได้แก่ ชื่อนามสกุลผู้ป่วย เลขประจำตัวผู้ป่วย ชื่อยาทั้งชื่อการค้าและชื่อสามัญ ขนาดยา ความเข้มข้น ปริมาณ วิธีใช้ คำเตือนที่จำเป็น

5. ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา (Administration error)

- พยาบาลผู้ให้ยาสามารถเข้าถึงข้อมูลชุดเดียวกับที่แพทย์และเภสัชกรใช้ และต้องมีการตรวจสอบข้ามระหว่างวิชาชีพก่อนให้ยาแก่ผู้ป่วย
- ก่อนให้ยาผู้ป่วย พยาบาลจะต้องปฏิบัติตามหลัก 10R ดังนี้
 - ให้ยาถูกชนิด
 - ให้ผู้ป่วยถูกคน
 - ให้ขนาดถูกต้อง
 - ให้ถูกทาง
 - ให้ถูกเวลา
 - บันทึกรถูกต้อง
 - สิทธิที่จะได้รับข้อมูลยาและสิทธิในการปฏิเสธยา
 - ตรวจสอบประวัติการแพ้ยาและทำการประเมินถูกต้อง
 - การตรวจสอบปฏิบัติการระหว่างกันของยาและการประเมินถูกต้อง
 - การให้ความรู้และข้อมูลถูกต้อง
- ต้องมีการบันทึกการบริหารยาทุกรายการลงใน Medication Administration Record โดยมีข้อมูลสำคัญได้แก่ ชื่อผู้ป่วย ประวัติแพ้ยา รายการยา ความแรง ขนาด สารละลายที่ใช้ผสมยา วิธีการบริหารยา เวลาบริหารยา เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้ยา/สารน้ำ ตามแผนการรักษา
- มีการกำหนดว่าจะต้องติดตามผลอย่างไรหลังการให้ยาแล้ว เพื่อลดโอกาสเกิดอันตรายจากผลข้างเคียงหรือจากความคลาดเคลื่อนทางยา

การกำกับติดตาม (Monitoring)

- มีระบบรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาผ่านระบบรายงานความเสี่ยงของโรงพยาบาล (HRMS)
- เภสัชกรเก็บรวบรวมข้อมูล Medication Errors แต่ละประเภท เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ และส่งข้อมูลกลับไปยังหอผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ โดยเฉพาะความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป

การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด

นิยาม (Definition)

การบ่งชี้ตัวผู้ป่วยหมายถึง แนวทางการระบุตัวผู้ป่วยโดยใช้ตัวบ่งชี้ตัวผู้ป่วย 2 ตัวบ่งชี้เป็นอย่างน้อย เพื่อให้สามารถแยกแยะผู้ป่วยแต่ละคนได้ชัดเจน ทำให้กระบวนการดูแลรักษาไม่ผิดคน ตั้งแต่แรกรับ ก่อนการดูแลบำบัดรักษา ก่อนส่งต่อไปยังหน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาล และก่อนส่งต่อไปโรงพยาบาลอื่น

Goal (เป้าหมาย)

เพื่อให้การบ่งชี้ตัวผู้ป่วยเป็นไปทิศทางเดียวกัน และป้องกันการบ่งชี้ผู้ป่วยผิด

แนวทาง (Process)

การบ่งชี้ตัวผู้ป่วยมีแนวทางดังนี้

1. ใช้ตัวบ่งชี้ตัวผู้ป่วย 2 ตัวบ่งชี้เป็นอย่างน้อย เช่น 1) ชื่อ-นามสกุล 2) หมายเลขผู้ป่วยนอก (Hospital Number: HN) หรือ 3) หมายเลขผู้ป่วยใน (Admission Number: AN) หรือ 4) รูปภาพ หรือ 5) เลขบัตรประจำตัวประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทาง (Passport No., กรณีชาวต่างชาติ) ห้ามใช้หมายเลขเตียงหรือหมายเลขห้อง

1.1 การบันทึก/ระบุการบ่งชี้

- ฐานข้อมูลโปรแกรม HOSxP: 1) ชื่อ-นามสกุล 2) HN 3) AN 4) รูปภาพ 5) เลขบัตรประจำตัวประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทาง (กรณีชาวต่างชาติ)
- โปรแกรม SP-MENA: 1) ชื่อ-นามสกุล 2) HN 3) AN 4) รูปภาพ
- ป้ายชื่อติดหน้าอก: 1) ชื่อ-นามสกุล 2) AN 3) รูปภาพ
- ป้ายข้อมือ: 1) ชื่อ-นามสกุล 2) HN 3) AN
- Label Sticker: 1) ชื่อ-นามสกุล 2) HN 3) AN
- ไบนัด: 1) ชื่อ-นามสกุล 2) HN
- หนังสือส่งต่อ: 1) ชื่อ-นามสกุล 2) HN

1.2 การบ่งชี้ จำแนกตามพื้นที่

- กรณีผู้ป่วยนอก: ใช้ 1) ชื่อ-นามสกุล 2) HN 3) รูปภาพ 4) เลขบัตรประจำตัวประชาชน หรือเลขหนังสือเดินทาง (กรณีชาวต่างชาติ)
- กรณีผู้ป่วยใน: ใช้ 1) ชื่อ-นามสกุล 2) HN 3) AN 4) รูปภาพ 5) เลขบัตรประจำตัวประชาชน หรือเลขหนังสือเดินทาง (กรณีชาวต่างชาติ)

2. บ่งชี้ตัวผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ ก่อนกระบวนการบำบัดรักษา/หัตถการ/กระบวนการให้ยา/ส่งตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ ก่อนส่งต่อไปยังหน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาล และส่งต่อไปโรงพยาบาลอื่น

3. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในขั้นตอนการบ่งชี้ตัวผู้ป่วยทุกครั้งและทุกกิจกรรม เช่น
 - 3.1 ใช้คำถามปลายเปิดทุกครั้งในการถามชื่อ-นามสกุลของผู้ป่วย (“คุณชื่อ-นามสกุล อะไร ค่ะ/ครับ”) ห้ามเรียกชื่อ-นามสกุลผู้ป่วยก่อน
 - 3.2 ให้ผู้ป่วยร่วมตรวจสอบ ชื่อ-สกุล หรือรูปภาพ เลขบัตรประจำตัวประชาชน หรือเลขหนังสือเดินทาง (กรณีชาวต่างชาติ)
 - 3.3 ให้ผู้ป่วยร่วมตรวจสอบ label Sticker บ่งชี้ตัวผู้ป่วย (ชื่อ-สกุล) ที่ภาชนะใส่เลือดหรือสิ่งส่งตรวจต่าง ๆ
4. กรณีผู้ป่วยสับสน/มีข้อจำกัดในการสื่อสาร/ไม่สามารถสื่อสารได้
 - 4.1 กรณีมีญาติ ให้ญาติผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการบ่งชี้ตัวผู้ป่วย โดยให้ญาติบอกชื่อ-นามสกุล ผู้ป่วย และตรวจสอบรูปภาพ เลขบัตรประจำตัวประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทาง HN, และAN
 - 4.2 กรณีไม่มีญาติ ให้บ่งชี้ตัวผู้ป่วยโดยตรวจสอบชื่อ-นามสกุล HA, AN รูปภาพ เลขบัตร ประจำตัวประชาชน หรือเลขหนังสือเดินทาง (กรณีชาวต่างชาติ)
5. การใช้ label Sticker บ่งชี้ตัวผู้ป่วย โดย print จากโปรแกรม HOSxP และตรวจสอบชื่อ-นามสกุล HN AN ก่อนนำไปติดป้ายข้อมือ เอกสารเวชระเบียน เอกสารที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ และภาชนะใส่ สิ่งส่งตรวจต่าง ๆ
6. ป้ายชื่อติดหน้าอก (กรณีผู้ป่วยใน): ระบุ 1) ชื่อ-นามสกุล 2) AN 3) รูปภาพ

วิธีปฏิบัติการบ่งชี้ตัวผู้ป่วย (เวชระเบียน)

1. ใช้ตัวบ่งชี้ตัวผู้ป่วย ได้แก่ ชื่อ-นามสกุล เลขบัตรประจำตัวประชาชน 13 หลักหรือเลขหนังสือเดินทาง และ HN
 - 1.1 การบันทึก/ระบุการบ่งชี้
 - ผู้ป่วยใหม่ (มาครั้งแรก) ใช้บัตรประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง (กรณีชาวต่างชาติ) และ ดึงข้อมูลใบหน้าผู้ป่วยทุกรายจากบัตรประชาชน บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม HOSxP
 - เมื่อผู้ป่วยมารับบริการทุกครั้ง ตรวจสอบการระบุตัวผู้ป่วยที่ถูกต้อง ดังนี้
 - 1) ให้ผู้ป่วยแสดงบัตรประจำตัวประชาชน/บัตรประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย/บัตรประจำตัวผู้ที่ไม่มียุทธฐานะทางทะเลเบียน/หนังสือเดินทาง (Passport)
 - 2) ตรวจสอบรูปพรรณสัณฐานของผู้ป่วย 3 แหล่งข้อมูล คือ ตัวผู้ป่วย บัตรประจำตัว และภาพถ่ายในโปรแกรม HOSxP
 - ตรวจสอบ ใบนัด (ถ้ามี) : 1) ชื่อ-นามสกุล 2) HN
 - ตรวจสอบ หนังสือส่งต่อ (ถ้ามี): 1) ชื่อ-นามสกุล 2) HN

- 1.2 การบ่งชี้จำแนกตามพื้นที่
 - กรณีผู้ป่วยนอก: ใช้ 1) ชื่อ-นามสกุล 2) HN 3) รูปภาพ 4) เลขบัตรประจำตัวประชาชน หรือเลขหนังสือเดินทาง (กรณีชาวต่างชาติ)
 - กรณีผู้ป่วยใน: ใช้ 1) ชื่อ-นามสกุล 2) HN 3) AN 4) รูปภาพ 5) เลขบัตรประจำตัว ประชาชน หรือเลขหนังสือเดินทาง (กรณีชาวต่างชาติ)
2. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในขั้นตอนการบ่งชี้ตัวผู้ป่วย เช่น
 - 2.1 ใช้คำถามปลายเปิดทุกครั้งในการถามชื่อ-นามสกุลของผู้ป่วย (ตัวอย่าง คุณชื่อ-นามสกุล อะไร ค่ะ/ครับ) ห้ามเรียกชื่อ นามสกุลผู้ป่วยก่อน
 - 2.2 ให้ผู้ป่วยร่วมตรวจสอบ ชื่อ-นามสกุล เลขบัตรประจำตัวประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทาง หรือรูปภาพ
3. กรณีผู้ป่วยสับสน/มีข้อจำกัดในการสื่อสาร/ไม่สามารถสื่อสารได้
 - 3.1 กรณีมีญาติ ให้ญาติผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการบ่งชี้ตัวผู้ป่วย โดยให้ญาติบอกชื่อ-นามสกุล ผู้ป่วย และตรวจสอบรูปภาพ เลขบัตรประจำตัวประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทาง HN, และ/หรือAN
 - 3.2 กรณีไม่มีญาติ ให้บ่งชี้ตัวผู้ป่วยโดยตรวจสอบชื่อ-นามสกุล HA, AN รูปภาพ เลขบัตร ประจำตัวประชาชน หรือเลขหนังสือเดินทาง (กรณีชาวต่างชาติ)
4. การจัดทำแฟ้มเวชระเบียน (กรณี Admit) ตรวจสอบ ชื่อ-นามสกุล HN AN รูปภาพ (บันทึกรูปภาพที่ update จาก ER) และเลขบัตรประจำตัวประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทาง (กรณีชาวต่างชาติ) ในฐานข้อมูลโปรแกรม HOSxP ทุกครั้งให้ถูกต้องก่อนพิมพ์แฟ้มเวชระเบียนเข้าตึก

หมายเหตุ กรณีผู้ป่วยที่ไม่สามารถตรวจสอบชื่อ นามสกุล และไม่มีหลักฐานเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยเรื้อรัง หรือผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวที่ไม่มีญาติให้ใช้การบ่งชี้ ดังนี้ 1) ชื่อ-นามสกุลสมมติตามเพศของผู้ป่วย เช่น ชายไทยไม่ทราบชื่อ ไม่ทราบนามสกุล ถ้าเป็นเด็ก เช่น เด็กหญิงไทยไม่ทราบชื่อ ไม่ทราบนามสกุล เป็นต้น 2) HN หรือ 3) AN และ 4) รูปภาพ

วิธีปฏิบัติการบ่งชี้ตัวผู้ป่วย (ผู้ป่วยนอก)

1. พยาบาลจุดซักประวัติตรวจสอบการระบุตัวผู้ป่วย โดยใช้ตัวบ่งชี้ตัวผู้ป่วย 2 ตัวบ่งชี้เป็นอย่างน้อย ได้แก่

- 1.1 ชื่อ-นามสกุล โดยใช้คำถามปลายเปิด “คุณชื่ออะไร นามสกุลอะไรคะ/ครับ”
ไม่ใช่คำถามนำและต้องทำในทุกขั้นตอนของการให้บริการตั้งแต่ซักประวัติ
เข้าตรวจ จนถึงสิ้นสุดการบริการ
- 1.2 HN หรือเลขบัตรประจำตัวประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทาง (กรณี
ชาวต่างชาติ) ซึ่งต้องตรงกันทั้งในโปรแกรม HOSxP บัตรประชาชนหรือ
หนังสือเดินทาง และใบนำทาง
- 1.3 รูปภาพจากโปรแกรม HOSxP และบัตรประชาชนหรือหนังสือเดินทางให้
ถูกต้องตรงกันก่อนซักประวัติและรับการตรวจรักษา

2. กรณีผู้ป่วยสับสน/มีข้อจำกัดในการสื่อสาร/ไม่สามารถสื่อสารได้/ผู้ป่วยเด็กที่ไม่
สามารถบ่งชี้ได้ด้วยตนเอง

- 2.1 กรณีมีญาติ ให้ญาติผู้ป่วยหรือบิดา มารดา มีส่วนร่วมในการบ่งชี้ตัวผู้ป่วย โดย
ถามญาติด้วยคำถามปลายเปิด ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย และตรวจสอบเลขบัตร
ประจำตัวประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทาง (กรณีชาวต่างชาติ) หรือ HN
หรือรูปภาพในบัตรประชาชนหรือหนังสือเดินทาง(กรณีต่างชาติ) ให้ตรงกับ
โปรแกรม HOSxP และใบนำทาง
- 2.2 กรณีไม่มีญาติ ให้บ่งชี้ตัวผู้ป่วยโดยตรวจสอบชื่อ-นามสกุล HN หรือเลขบัตร
ประจำตัวประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทาง (กรณีต่างชาติ) หรือรูปภาพ ใน
บัตรประชาชนหรือหนังสือเดินทาง (กรณีต่างชาติ) ให้ตรงกับโปรแกรม
HOSxP และใบนำทาง

3. กรณีผู้ป่วยมาตามนัด พยาบาลเพิ่มการตรวจสอบ ชื่อ- นามสกุล และHN ในใบนัดต้อง
ตรงกันทั้งใน โปรแกรมHOSxP บัตรประชาชน/หนังสือเดินทาง (กรณีต่างชาติ) และใบนำทาง

วิธีปฏิบัติการบ่งชี้ตัวผู้ป่วย (จิตเวชฉุกเฉิน)

1. พยาบาลแผนกจิตเวชฉุกเฉินตรวจสอบการระบุตัวผู้ป่วย โดยใช้ตัวบ่งชี้ตัวผู้ป่วย 2 ตัว บ่งชี้เป็นอย่างน้อย ได้แก่

- 1.1 ชื่อ-นามสกุล โดยใช้คำถามปลายเปิด “คุณชื่ออะไร นามสกุลอะไรคะ/ครับ”
ไม่ใช้คำถามนำและต้องทำในทุกขั้นตอนของการให้บริการตั้งแต่ซักประวัติ
เข้าตรวจ จนถึงสิ้นสุดการบริการ
- 1.2 HN หรือเลขบัตรประจำตัวประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทาง (กรณี
ชาวต่างชาติ) ซึ่งต้อง ตรงกันทั้งในโปรแกรม HOSxP บัตรประชาชนหรือ
หนังสือเดินทาง และใบนำทาง
- 1.3 รูปภาพจากโปรแกรม HOSxP และรูปบัตรประชาชนหรือรูปหนังสือเดินทาง
ให้ถูกต้องตรงกันก่อนซักประวัติและรับการตรวจรักษา
 - กรณี admit ถ่ายรูปผู้ป่วยทุกรายที่รับบริการในแผนกจิตเวชฉุกเฉิน
และส่งรูปภาพให้แผนก เวชระเบียน update โปรแกรม HOSxP
(กรณีไม่สามารถถ่ายรูปได้ สื่อสารให้หอผู้ป่วยทราบ และหอผู้ป่วยจะ
ดำเนินการถ่ายรูปและส่งให้แผนกเวชระเบียน update รูปภาพ
โปรแกรม HOSxP ภายใน 24 ชม.และ/หรือเมื่อผู้ป่วยร่วมมือถ่ายรูป
ที่สามารถใช้บ่งชี้ตัวได้)
- 1.4 ติดป้ายข้อมือ (ที่ระบุ ชื่อ-นามสกุล และ HN และผ่านการตรวจสอบแล้ว)
ให้แก่ผู้ป่วยทุกรายที่เข้ามาใช้บริการที่แผนกจิตเวชฉุกเฉิน

2. กรณีผู้ป่วยสับสน/มีข้อจำกัดในการสื่อสาร/ไม่สามารถสื่อสารได้/ผู้ป่วยเด็กที่ไม่
สามารถบ่งชี้ได้ด้วย ตนเอง

- 2.1 กรณีมีญาติ ให้ญาติผู้ป่วยหรือบิดา มารดา มีส่วนร่วมในการบ่งชี้ตัวผู้ป่วย โดย
ถามญาติด้วย คำถามปลายเปิด ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย และตรวจสอบเลขบัตร
ประจำตัวประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทาง (กรณีชาวต่างชาติ) หรือ HN
หรือรูปภาพในบัตรประชาชนหรือหนังสือเดินทาง (กรณีต่างชาติ) ให้ตรงกับ
โปรแกรม HOSxP และใบนำทาง
- 2.2 กรณีไม่มีญาติ ให้บ่งชี้ตัวผู้ป่วยโดยตรวจสอบชื่อ-นามสกุล และHN หรือเลข
บัตรประจำตัวประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทาง (กรณีต่างชาติ) หรือรูปภาพ
ในบัตรประชาชนหรือหนังสือเดินทาง (กรณีต่างชาติ) ให้ตรงกับโปรแกรม
HOSxP และใบนำทาง

3. กรณีผู้ป่วย OPD ที่มีการให้ยา/สารน้ำแล้วส่งต่อให้พยาบาลแผนกจิตเวชฉุกเฉิน
ให้พยาบาลแผนกจิตเวชฉุกเฉินทวนสอบ 1) ใบนำทาง (ระบุชื่อ-นามสกุล และHN จากหน่วยงาน
ให้บริการต่าง ๆ 2) ใบเสร็จรับเงิน และ3) แฟ้มเวชระเบียน (EMR) ให้ถูกต้อง

4. กรณีรับผู้ป่วย refer เพิ่มการตรวจสอบ ชื่อ-นามสกุล และเลขบัตรประจำตัวประชาชนในใบ refer และเอกสารอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยนำมา

5. กรณีรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล

5.1 พยาบาลสอบถามและตรวจสอบ ชื่อ-นามสกุล HN AN รูปภาพ และเลขบัตรประชาชนหรือ เลขหนังสือเดินทาง (กรณีต่างชาติ) ให้ถูกต้องตรงกับข้อมูลโปรแกรม HOSxp เอกสารเวชระเบียนต่าง ๆ ของผู้ป่วยที่ต้องส่งต่อให้แผนกผู้ป่วยใน และป้ายชื่อมือผู้ป่วย

5.2 ให้ผู้ป่วยและหรือ/ญาติร่วมตรวจสอบการบ่งชี้ตัวผู้ป่วย โดยให้ตรวจสอบ ชื่อ-นามสกุล และ อ่านออกเสียงทวนข้อมูลให้ถูกต้อง

5.3 ตรวจสอบซ้ำการติดป้ายชื่อมือให้ผู้ป่วย (ที่ระบุ ชื่อ-นามสกุล และ HN ที่ถูกต้อง)

วิธีปฏิบัติการบ่งชี้ตัวผู้ป่วย (ผู้ป่วยใน)

1. กรณีรับผู้ป่วยใหม่จากแผนกจิตเวชฉุกเฉิน หรือรับย้ายผู้ป่วยจากตึกอื่น ๆ
 - 1.1 พยาบาลตรวจสอบ ชื่อ-นามสกุล HN AN เลขบัตรประจำตัวประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทาง (กรณีต่างชาติ) และรูปภาพของผู้ป่วยจากโปรแกรม HOSxP เอกสารเวชระเบียนต่าง ๆ ของผู้ป่วยให้ถูกต้องตรงกัน
 - 1.2 พยาบาลใช้คำถามปลายเปิดสอบถาม ชื่อ-นามสกุลจากผู้ป่วยซ้ำเพื่อตรวจสอบว่าข้อมูลใน โปรแกรม HOSxP และเอกสารเวชระเบียนต่าง ๆ ตรงกับผู้ป่วยจริง และให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการบ่งชี้ตัว
 - 1.3 กรณีผู้ป่วยมีอาการหรือไม่สามารถบ่งชี้ตนเองได้ ให้พยาบาลตรวจสอบซ้ำตั้งแต่แรกรับ จากญาติหรือผู้นำส่ง เพื่อบ่งชี้ผู้ป่วยให้ถูกต้อง และให้ญาติมีส่วนร่วมในการบ่งชี้ตัวผู้ป่วย
 - 1.4 การตรวจสอบป้ายชื่อมือผู้ป่วย
 - กรณีรับใหม่จากแผนกผู้ป่วยนอก (ป้ายชื่อมือผู้ป่วยจะระบุชื่อ-นามสกุล และHN) ให้ผู้ป่วยและ/ญาติร่วมตรวจสอบซ้ำโดยอ่านป้ายชื่อมือซ้ำอีกครั้ง และตรวจสอบป้ายชื่อมือให้ตรงกับโปรแกรม HOSxP เอกสารเวชระเบียนต่าง ๆ
 - กรณีรับย้าย ตรวจสอบป้ายชื่อมือและป้ายชื่อติดหน้าอกให้ตรงกับโปรแกรม HOSxP เอกสารเวชระเบียนต่าง ๆ และให้ผู้ป่วยร่วมตรวจสอบซ้ำโดยอ่านป้ายชื่อมือและป้ายชื่อติดหน้าอกซ้ำอีกครั้ง
 - กรณีผู้ป่วยไม่มีป้ายชื่อมือ/ป้ายชื่อมือเดิมชำรุด ให้ print label sticker (ระบุชื่อ-นามสกุล HN และ AN) ติดป้ายชื่อมือให้ผู้ป่วย
 - 1.5 กรณีไม่มีรูปภาพ หอผู้ป่วยจะถ่ายรูปและส่งให้แผนกเวชระเบียน update รูปภาพโปรแกรม HOSxP (ภายใน 24 ชม./หรือเมื่อผู้ป่วยร่วมมือถ่ายรูปที่สามารถใช้บ่งชี้ตัวได้)
2. ติดป้ายชื่อหน้าอก (ระบุ ชื่อ-นามสกุล AN และรูปภาพ) ให้ผู้ป่วยในทุกราย (กรณีผู้ป่วยสลับป้ายชื่อติดหน้าอก สามารถบ่งชี้ได้จากป้ายชื่อมือ โปรแกรม HOSxP และเอกสารเวชระเบียน)
3. พยาบาล/พบนง.ช่วยเหลือฯ แนะนำและกำกับให้ผู้ป่วยทุกรายต้องสวมป้ายชื่อมือและป้ายชื่อติดหน้าอกตลอดเวลาที่อยู่ โรงพยาบาล
4. พยาบาล/พบนง.ช่วยเหลือฯ ตรวจสอบ ชื่อ นามสกุล HN AN ของผู้ป่วยทุกราย ใช้คำถามปลายเปิด สอบถามชื่อ นามสกุลจากผู้ป่วยซ้ำ และให้ผู้ป่วย/ญาติมีส่วนร่วม/ตรวจสอบในการระบุตัวทุกครั้ง (ก่อนการ บำบัดรักษา/หัตถการ/กิจกรรมการพยาบาล/การบริหารยา/เจาะเลือด/เก็บหรือส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และก่อนส่งต่อไปยังหน่วยงานหรือโรงพยาบาลอื่น)

5. กรณีบริหารยา ให้พยาบาลเพิ่มการตรวจสอบการบ่งชี้ตัวผู้ป่วยในโปรแกรม SP-MENA ร่วมด้วย
6. พยาบาล/พจน.ช่วยเหลือๆ ให้ผู้ป่วยและ/หรือญาติร่วมตรวจสอบ Label Sticker บ่งชี้ตัวผู้ป่วย (ชื่อ นามสกุล HN AN) ที่ภาชนะใส่เลือดหรือสิ่งส่งตรวจต่าง ๆ ก่อนส่งไปตรวจ
7. กรณีออกใบนัด หรือหนังสือส่งต่อ พยาบาลตรวจสอบการบ่งชี้ตัวผู้ป่วยในใบนัด และหนังสือส่งต่อ (ชื่อ นามสกุล และHN) ทุกครั้ง

วิธีปฏิบัติการบ่งชี้ผู้ป่วย (ระบบยา)

1. กรณีจ่ายยาสำหรับผู้ป่วยนอก
 - 1.1 ขอคู่มือประวัติรับยา
 - 1.2 สอบถามชื่อ-สกุลของผู้ป่วย จากผู้ป่วย/หรือญาติ โดยใช้คำถามปลายเปิดให้ถูกต้องตรงกับข้อมูลในโปรแกรม HOSxP และใบสั่งยา
 - 1.3 ตรวจสอบบัตรประจำตัวประชาชน/บัตรรักษาเดิม ของผู้ป่วย
 - 1.4 ตรวจสอบใบเสร็จรับเงิน ในกรณีผู้ป่วยชำระเงินเอง / ผู้ป่วยเบิกได้ / ผู้ป่วยเบิกจ่ายตรง
2. กรณีจ่ายยาให้ผู้ป่วยใน
 - 2.1 ตรวจสอบชื่อ-นามสกุล และHN ของผู้ป่วยในคำสั่งแพทย์ที่ผ่านระบบสแกนจากหอผู้ป่วย เทียบ กับข้อมูลในโปรแกรม HOSxP
 - 2.2 ตรวจสอบชื่อ นามสกุล และHN ของผู้ป่วยที่ระบุบนสายยาก่อนจ่ายให้หอผู้ป่วย เทียบกับชื่อ- นามสกุลและ HN ในคำสั่งแพทย์
3. กรณีจ่ายยาผู้ป่วยจำหน่าย
 - 3.1 สอบถามชื่อ-สกุลผู้ป่วยจากผู้ป่วย/หรือญาติ โดยใช้คำถามปลายเปิดเทียบกับข้อมูลในใบสั่งยา
 - 3.2 ตรวจสอบชื่อ-สกุลผู้ป่วย ใบเสร็จรับเงิน ในกรณีผู้ป่วยชำระเงินเองเทียบกับข้อมูลในใบสั่งยา

วิธีปฏิบัติการบ่งชี้ตัวผู้ป่วย (กรณีเก็บและส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ)

1. ตรวจสอบ ชื่อ-นามสกุล และHN ผู้ป่วยในคำสั่งการเจาะเลือดและเก็บส่งตรวจ แจ้งให้ทราบ เหตุผลความจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องได้รับการเจาะเลือด/เก็บส่งตรวจ สอบถามการเตรียมตัวของผู้ป่วย เช่น การงดอาหารและเครื่องดื่มมาก่อนในกรณีตรวจ blood glucose, Lipid profile
2. ตรวจสอบชนิดtube/ภาชนะ ปริมาณให้ถูกต้อง และติดชื่อ-นามสกุล HN และหน่วยงานส่งตรวจ
3. ก่อนเจาะเลือด
 - 3.1 กรณีผู้ป่วยนอก เจ้าหน้าที่ผู้เจาะเลือดสอบถาม ชื่อ-นามสกุล และตรวจสอบ HN ผู้ป่วย เทียบกับชื่อในบัตรคิว และชื่อ-นามสกุล คำสั่งการส่งตรวจจากโปรแกรม HOSxP
 - 3.2 กรณีผู้ป่วยใน เจ้าหน้าที่ผู้เจาะเลือด สอบถาม ชื่อ-นามสกุล และตรวจสอบ HN AN ผู้ป่วย เทียบกับป้ายชื่อมือ และทำการติด ชื่อ-สกุล HN AN ตึกที่นำส่ง ที่ tube/ภาชนะส่งตรวจ
 - 3.3 ตรวจสอบคำสั่งการเจาะเลือด/เก็บส่งตรวจ การเตรียมผู้ป่วย เช่น การอดอาหารและเครื่องดื่ม ในใบคำสั่งแพทย์และ HOSxP ให้ถูกต้องตรงกัน
4. การเจาะเลือดใส่ tube/ภาชนะเก็บส่งตรวจ ให้ถูกต้องโดยทำที่ละรายให้ครบถ้วน ก่อนเจาะผู้ป่วยรายใหม่
5. การส่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ หน่วยงานที่ส่งตรวจต้องตรวจสอบ ชื่อ-นามสกุล HN ที่ติดบนภาชนะส่งตรวจ กับคำสั่งแพทย์ในระบบ HOS-xP ที่ละส่งตรวจ ให้ถูกต้องก่อนนำส่งห้องปฏิบัติการ
6. การรับส่งตรวจจากหน่วยงานเพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการ
 - 6.1 เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการตรวจสอบ ชื่อ-นามสกุล HN และหน่วยงานนำส่งของผู้ป่วยที่ติดบน ภาชนะเก็บตัวอย่างให้ตรงกับในระบบโปรแกรม HOSxP และในใบ request
 - 6.2 การตรวจสอบคุณภาพของตัวอย่างหากไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรับ/ปฏิเสธส่งตรวจ กรณีพบว่า ไม่ถูกต้อง เช่น ไม่ติดสติ๊กเกอร์ หรือชื่อ-นามสกุล HN ไม่ตรงกัน เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการจะทำการปฏิเสธส่งตรวจนั้นโดยจะไม่รับลงทะเบียน และให้หน่วยงานที่ส่งตรวจทำการแก้ไขให้ถูกต้อง จึงจะทำการรับส่งตรวจ เพื่อป้องกันการรายงานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดพลาด
 - 6.3 การลงทะเบียนรับ เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการใช้ HN และชื่อ-นามสกุล ในการค้นหาในโปรแกรม HOSxP เพื่อลงทะเบียนรับ

วิธีปฏิบัติการบ่งชี้ตัวผู้ป่วย (กรณีตรวจ EKG, EEG, CXR)

1. ตรวจสอบชื่อ-นามสกุล และHN ของผู้ป่วย ในใบรายการส่งตรวจตามคำสั่งแพทย์ให้ถูกต้องและ ตรงกับโปรแกรมHOSxP
2. ก่อนทำการตรวจ นักเทคนิคการแพทย์/นักรังสีเทคนิค
 - 2.1 กรณีผู้ป่วยให้ความร่วมมือ/สื่อสารได้ ทวนสอบชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย โดยการใช้คำถามปลายเปิด พร้อมกับตรวจสอบป้ายข้อมือหรือป้ายชื่อติดหน้าอกของผู้ป่วย
 - 2.2 กรณีผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ/สื่อสารไม่ได้ ทวนสอบชื่อ-นามสกุล โดยการตรวจสอบป้ายข้อมือหรือป้ายชื่อติดหน้าอกของผู้ป่วย และสอบถามญาติ/ตรวจสอบรูปภาพ พร้อมแจ้งให้ผู้ป่วย/ญาติทราบเหตุผลความจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องได้รับการส่งตรวจ

การกำกับติดตาม (Monitoring)

1. หัวหน้างานกำกับติดตามการปฏิบัติตามแนวทางและวิธีการปฏิบัติการบ่งชี้ตัวผู้ป่วย
2. รายงานอุบัติการณ์ที่เกิดจากการ misidentification ทุกครั้ง
3. รายงานอุบัติการณ์กรณีไม่ปฏิบัติตามแนวทางและ/หรือวิธีการปฏิบัติการบ่งชี้ตัวผู้ป่วย

ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค

นิยาม (Definition)

The Institute of Medicine ให้ความหมายของข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค (Diagnostic Error) ว่าเป็นการที่ (ก) ไม่สามารถอธิบายปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและทันเวลา หรือ (ข) ไม่สามารถสื่อสารคำอธิบายดังกล่าวให้แก่ผู้ป่วยได้ อาจแบ่ง diagnostic error ได้เป็นสามประเภท คือ

1. **Missed Diagnosis** หมายถึงกรณีที่อาการของผู้ป่วยไม่ได้รับคำอธิบาย เช่น อาการอ่อนเพลียหรือเจ็บปวดเรื้อรัง หรือผู้ป่วยมีอาการชัดเจนแต่ไม่ได้รับการวินิจฉัยโรค
2. **Wrong Diagnosis** หมายถึงกรณีที่ให้การวินิจฉัยที่ไม่ถูกต้อง และมาพบสาเหตุที่แท้จริงภายหลัง
3. **Delayed Diagnosis** หมายถึงกรณีที่ควรได้รับการวินิจฉัยโรคเร็วกว่าที่เป็น เช่น การวินิจฉัยโรคมะเร็ง

เป้าหมาย (Goal)

ลดข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค

แนวทางป้องกัน (Process)

1. PCT สุ่มเวชระเบียนมาทำการทบทวนวินิจฉัยโรคว่ามีข้อผิดพลาดหรือไม่ โดยทำการสุ่มทุก 6 เดือน จำนวนที่สุ่มให้สัมพันธ์กับจำนวนผู้ป่วยของแต่ละโรค ประธานทุก PCT นำผลการทบทวนเข้ามาเสนอในที่ประชุมองค์กรแพทย์ เพื่อสร้างการเรียนรู้ร่วมกันในองค์กรแพทย์ต่อไป

2. กรณีที่มีการส่งผู้ป่วยเพื่อไปรับการรักษาโรคทางกาย ทีม PCT โรคแทรกซ้อนทางกายให้ทบทวนผลการวินิจฉัยของโรงพยาบาลที่รับการส่งต่อ เพื่อนำมาเปรียบเทียบกับวินิจฉัยตั้งต้น นำผลลัพธ์จากการทบทวนมานำเสนอในที่ประชุมองค์กรแพทย์ เพื่อร่วมกันค้นหาโอกาสในการพัฒนาต่อไป

3. ส่งเสริมให้มีการรายงานแพทย์โดยใช้ ISBAR ซึ่งจะช่วยให้แพทย์ผู้รับรายงานมองเห็นปัญหาของผู้ป่วยและสามารถให้การวินิจฉัยได้อย่างถูกต้อง

4. องค์กรแพทย์กำหนดแนวทางการควบคุมคุณภาพทางคลินิกขององค์กรแพทย์ไว้ในธรรมนูญองค์กรแพทย์ หน้าที่ 12-13 เพื่อช่วยกำกับมิให้เกิดข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรคของจิตแพทย์

5. กรณีผู้ป่วยจิตเวชที่มีความยุ่งยากซับซ้อน พยาบาลที่ทำหน้าที่ผู้จัดการรายกรณีวิเคราะห์ปัญหาจากข้อมูลที่รวบรวมได้ โดยใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายโรค (SPSD54.09) เป็นเครื่องมือในการประเมินและบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วยเปรียบเทียบกับผลลัพธ์ทางคลินิกในแต่ละวันหรือสัปดาห์ จากนั้นผู้จัดการรายกรณีจัดประชุมและเป็นผู้ดำเนินการนำเสนอข้อมูลผู้ป่วย ประสานงานในการประชุมปรึกษารวมทั้งการขอความเห็นที่สอง รวมทั้งการปรับปรุงการวินิจฉัยโรค เพื่อปรับปรุงและพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยให้มีความเหมาะสมต่อไป

6. งานบริการผู้ป่วยนอกมีการจัดจำนวนผู้ป่วยที่จะเข้าพบแพทย์ในแต่ละวันให้มีความเหมาะสม โดยผู้ป่วยใหม่แต่ละวันไม่เกิน 20-25 ราย และผู้ป่วยนัดของแพทย์แต่ละคนไม่เกิน 30 คนต่อวัน ซึ่งการจัดจำนวนผู้ป่วยดังกล่าวจะทำให้แพทย์มีเวลามากพอในการประเมินผู้ป่วยใหม่ โดยไม่มีการรบกวนสมาธิ

การกำกับติดตาม (Monitoring)

- ร้อยละข้อวินิจฉัยของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อด้วยโรคแทรกซ้อนทางกายจากโรงพยาบาลสวนปรุง สอดคล้องกับวินิจฉัยโรงพยาบาลปลายทาง
- ร้อยละของ Missed Diagnosis, Wrong Diagnosis และ Delayed Diagnosis ของโรคจิตเวชที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลสวนปรุง

ตารางสำหรับการ Review chart ทุก 6 เดือน เพื่อตรวจสอบจำนวนผู้ป่วย Miss Diagnosis, Wrong Diagnosis and Delay Diagnosis ของโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder)

Type of Diagnosis	คำจำกัดความ (Definition)	ตัวอย่าง (Example)	จำนวน	สาเหตุ
Right Diagnosis	วินิจฉัยถูกต้อง	ผู้ป่วยมีกลุ่มอาการที่เข้าได้กับโรคซึมเศร้าและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า		
Missed Diagnosis	ความผิดพลาดในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า	ผู้ป่วยที่มี 9Q มากกว่า 7 และมีอาการที่สำคัญที่สามารถบ่งชี้ว่าอาจจะเป็นโรคซึมเศร้าได้แก่ อาการเศร้าทั้งวันทุกวันเกิน 2 อาทิตย์ หรือไม่อยากทำกิจกรรมที่เคยชอบทำมาก่อนเกิน 2 อาทิตย์		
Wrong Diagnosis	การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าผิดเป็นโรคอื่น	ผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าแต่วินิจฉัยผิดเป็นโรคอื่น เช่น โรค Bipolar disorder หรือ Substance induced mood disorder		
Delayed Diagnosis	การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าที่ล่าช้ากว่าที่ควรจะเป็น	ผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้กับโรคซึมเศร้าแต่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า		

โรคจิตเภท (Schizophrenia)

Type of Diagnosis	คำจำกัดความ (Definition)	ตัวอย่าง (Example)	จำนวน	สาเหตุ
Right Diagnosis	วินิจฉัยถูกต้อง	ผู้ป่วยมีกลุ่มอาการที่เข้าได้กับโรคจิตเภทและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท		
Missed Diagnosis	ความผิดพลาดในการวินิจฉัยโรคจิตเภท	ผู้ป่วยโรคร่วมอื่นนอกจากโรคจิตเภทจะได้รับการวินิจฉัยด้วย เพราะมีผลต่อการรักษา		
Wrong Diagnosis	การวินิจฉัยโรคจิตเภทผิดเป็นโรคอื่น	ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตทุกรายจะถูกคัดกรองโรคทางกายและโรคทางจิตอย่างอื่นที่ไม่ใช่โรคจิตเภท		
Delayed Diagnosis	การวินิจฉัยโรคจิตเภทที่ล่าช้ากว่าที่ควรจะเป็น	ผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้กับโรคจิตเภทแต่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท		

โรคจิตจากแอลกอฮอล์

Type of Diagnosis	คำจำกัดความ (Definition)	ตัวอย่าง (Example)	จำนวน	สาเหตุ
Right Diagnosis	วินิจฉัยถูกต้อง			
Missed Diagnosis	ความผิดพลาดในการวินิจฉัยโรคจิตจากแอลกอฮอล์			
Wrong Diagnosis	การวินิจฉัยโรคจิตจากแอลกอฮอล์ ผิดเป็นโรคอื่น			
Delayed Diagnosis	การวินิจฉัยโรคจิตจากแอลกอฮอล์ ที่ล่าช้ากว่าที่ควรจะเป็น			

โรคจิตจากสารเสพติด

Type of Diagnosis	คำจำกัดความ (Definition)	ตัวอย่าง (Example)	จำนวน	สาเหตุ
Right Diagnosis	วินิจฉัยถูกต้อง	ผู้ป่วยมีประวัติและมีอาการที่เข้าได้กับโรคจิตจากสารเสพติดและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตจากสารเสพติด		
Missed Diagnosis	ความผิดพลาดในการวินิจฉัยโรคจิตจากสารเสพติด	ผู้ป่วยที่มีประวัติใช้สารเสพติด ร่วมกับมีอาการทางจิต เช่น หูแว่ว เห็นภาพหลอน หลงผิด และหวาดระแวง เป็นต้น		
Wrong Diagnosis	การวินิจฉัยโรคจิตจากสารเสพติด ผิดเป็นโรคอื่น	ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตจากสารเสพติดแต่วินิจฉัยผิดเป็นโรคอื่น เช่น โรคจิตเภท หรือ โรค Bipolar disorder		
Delayed Diagnosis	การวินิจฉัยโรคจิตจากสารเสพติด ที่ล่าช้ากว่าที่ควรจะเป็น	ผู้ป่วยที่มีประวัติ และมีอาการที่เข้าได้กับโรคจิตจากสารเสพติด แต่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตจากสารเสพติด		

โรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

Type of Diagnosis	คำจำกัดความ (Definition)	ตัวอย่าง (Example)	จำนวน	สาเหตุ
Right Diagnosis	วินิจฉัยถูกต้อง	ผู้ป่วยมีกลุ่มอาการที่เข้าได้กับโรคสมาธิสั้นและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น		
Missed Diagnosis	ความผิดพลาดในการวินิจฉัยโรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่น	ผู้ป่วยที่มี SNAP IV ด้านขาดสมาธิ: มากกว่า 17 (ครู) 15 (ผู้ปกครอง) คะแนน หรือ ด้านอยู่นิ่ง: มากกว่า 10 (ครู) 13 (ผู้ปกครอง) คะแนน และมีอาการก่อนอายุ 12 ปี แต่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น		
Wrong Diagnosis	การวินิจฉัยโรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ผิดเป็นโรคอื่น	ผู้ป่วยที่เป็นโรคสมาธิสั้นแต่วินิจฉัยผิดเป็นโรคอื่น เช่น โรค Intellectual disability หรือ depression หรือ Learning disability		
Delayed Diagnosis	การวินิจฉัยโรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ที่ล่าช้ากว่าที่ควรจะเป็น	ผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้กับโรคสมาธิสั้น แต่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น หลังพบแพทย์เกิน 2 ครั้งขึ้นไป		

ตารางการทบทวนการส่งต่อผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนทางกาย

H.N.	วินิจฉัยของแพทย์โรงพยาบาลสวนปรุง	วินิจฉัยของแพทย์โรงพยาบาลปลายทาง
5501136	Pneumonia	UTI with Bronchitis
6001616	Cerebral meningioma	Brain tumor
6407535	R/O Pneumonia	Pneumonia with Sepsis
6412070	Hyponatremia R/O Pneumonia	Hyponatremia
6303061	Alteration of conscious R/O Sepsis	Cellulitis
6411991	UTI & Sepsis	Renal abscess
6413760	Anemia R/O blood loss	Anemia
5904260	Sepsis	Pneumonia
6417824	Dyspnea	HAP
6415400	Ac. Abd. pain R/O Ac. cholecystitis	Cholecystitis
6415464	CHF	Pleural effusion/Cardiomegaly
6406333	distal radius Fx with alignment	No Fx
104429	R/O Pneumonia	Pneumonia
6411469	R/O Pneumonia	HAP with Acute decompensated heart failure
6002936	Respiratory failure	Pneumonia with Respiratory failure
5303254	R/O TB	Pulmonary TB
6414705	ARF	UTI
5903352	R/O Appendicitis	Impact fecy HypoMg
6500925	Pneumonia	Fever with bacterial infection unspecified
6502112	R/O Organic caused	Alteration of conscious
6502134	Pneumonia R/O Cellulitis	Pneumonia
0064182	FUO	Pneumonia
6502443	CHF	Acute decompensated heart failure (ADHF)
6502333	R/O Pneumonia	Pneumonia
6502347	HT	Pneumonia
0007141	Dyspepsia (K30), HT (I10)	1) Uncontrolled Hypertension 2) Heart failure
0005759	COPD (BPH ไม่ Dx แต่มี Rx)	UTI with sepsis, Gross hematuria, Herpes
6502163	Pneumonia	Pneumonia with Sepsis
5302034	Gout DLP	Lt.wrist Fracture distal radius
6302381	HT	R/O UGIH, Sepsis, Hepatic encephalopathy

H.N.	วินิจฉัยของแพทย์โรงพยาบาลสวนปรุง	วินิจฉัยของแพทย์โรงพยาบาลปลายทาง
6003542	Hypoglycemia, UGIH	UGIH
6302381	HT Hepatic encephalopathy	Delirium due to multiple etiologies (Cirrhosis/Hepatic encephalopathy/Sepsis)
5904331	Alcohol with Pneumonia	Pneumonia
6503597	Covid with Pneumonia	Covid-19
5601261	Acute dyspepsia, Pneumonia	ICH (post-op)
6104404	Fever R/O Pneumonia	Pneumonia
0005759	Pneumonia with UGIH	HAP with UGIB
6414765	Pneumonia	Pneumonia with respiratory failure
0021035	Old CVA DVT Asthma	Pneumonia with sepsis, AKI with metabolic acidosis
6505388	Pneumonia	Pneumonia with respiratory failure
5301186	R/O Pneumonia	Pneumonia
6005397	R/O Sepsis	Sepsis
6505775	UGIH & Parkinson disease & OBS	UGIH Serotonin syndrome Parkinson disease & OBS
5302034	Fx Rt. Fibula	Closed Fx Rt. Fibula
0115671	R/O Intracranial caused	No Intracranial caused
6505921	R/O Pneumonia	Fever & Pneumonia
6505929	UGIH & AFI & B24	HIV infection
5600730	Aspirated Pneumonia & UGIH	Pneumonia & UGIH
6301378	UGIH & Alcohol withdrawal syndrome	UGIH
6504584	R/O NMS	UTI
6506066	R/O Pneumonia & Gout CHF	Gout Arthritis
6505835	Alteration of conscious	Pneumonia
6506408	Acute liver failure	Paracetamol overdose with Liver injury with ADHD
6506391	Pneumonia	UGIH & Alteration of conscious
6506419	Hypertensive urgency HypoK R/O Bowel Ileus	UGIH

H.N.	วินิจฉัยของแพทย์โรงพยาบาลสวนปรุง	วินิจฉัยของแพทย์โรงพยาบาลปลายทาง
5105761	R/O Stroke	Migraine with Aura
0021035	R/O Pneumonia	Pneumonia
6507089	Pneumonia	Pneumonia c Gout attack
0021035	R/O Pneumonia	Pneumonia
6507089	Pneumonia	Pneumonia c Gout attack
0077303	Factitious disease COPD OCD DM Dyspnea	R/O Pneumonia
6507268	Pneumonia	Electrolyte imbalance, Acute febrile
6507365	R/O Sepsis	R/O Pneumonia
5200037	UGIH c Pneumonia	UGIH
6105883	Pneumonia c UGIH	Pneumonia c Sepsis
0109835	R/O DHF shock	DHF
6507963	Pneumonia	Sepsis
5301537	R/O Pneumonia	Atypical Pneumonia
6507963	Pneumonia	Sepsis
6406453	Delirium c Ac. Hepatitis	Sepsis
6507878	UGIH Encephalopathy	Alteration of consciousness
6507963	Pneumonia	Sepsis
6406453	Delirium c Ac. Hepatitis	Sepsis
6507878	UGIH Encephalopathy	Alteration of consciousness
6501796	Sepsis Vomiting causes	Suspected aspirated pneumonia
6508196	Impending sepsis จาก UTI Lung	HAP UTI
6507717	R/O CVA	Brain atrophy
6104991	R/O Bone contact c Laceration wd. Lt eyebrow	Laceration wd. Lt eyebrow

การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยาคลาดเคลื่อน

นิยาม (Definition)

ผลการทดสอบทางห้องปฏิบัติการของสิ่งส่งตรวจจากผู้ป่วยต้องมีความถูกต้อง คือ รายงานผลที่ตรงกับเจ้าของสิ่งส่งตรวจ และมีความแม่นยำ สามารถสะท้อนถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในร่างกายของเจ้าของสิ่งส่งตรวจได้

การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดพลาด ซึ่งเกิดจาก 3 กระบวนการหลักได้แก่ ขั้นตอนก่อนการวิเคราะห์ ขั้นตอนขณะวิเคราะห์ และขั้นตอนหลังการวิเคราะห์ โดยแหล่งที่มาของความผิดพลาดนั้น มาจากคำร้องเรียนจากผู้ใช้บริการ(แพทย์และพยาบาล) รายงานอุบัติการณ์ หรือจากการตรวจพบของเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการเอง โดยผลการตรวจวิเคราะห์ดังกล่าวได้ถูกส่งไปถึงผู้ใช้บริการแล้ว

ความผิดพลาดจำแนกตามกระบวนการหลักดังนี้

1. กระบวนการก่อนการตรวจวิเคราะห์
 - 1.1 เจาะเลือดผิดคน
 - 1.2 เก็บสิ่งส่งตรวจไม่ถูกต้อง
 - 1.3 เก็บผิด Container
 - 1.4 ลงทะเบียนรับแลปผิดคน
 - 1.5 ติดสติ๊กเกอร์ซึบผิดราย
2. กระบวนการขณะทำการวิเคราะห์
 - 2.1 ตรวจวิเคราะห์สลับราย
 - 2.2 เครื่องเสียทำการตรวจวิเคราะห์ไม่ถูกต้อง
 - 2.3 ทำการตรวจวิเคราะห์ผิดวิธีการ
 - 2.4 ตรวจวิเคราะห์โดยไม่แก้ไขค่า IQC กรณีออกนอกเกณฑ์การยอมรับ
3. กระบวนการหลังการตรวจวิเคราะห์
 - 3.1 รายงานผลตรวจผิดคน
 - 3.2 รายงานผลไม่ครบถ้วน
 - 3.3 พิมพ์ผิดช่อง ตัวอักษร ตัวเลข หรือทศนิยมผิดตำแหน่ง
 - 3.4 ไม่รายงานค่าวิกฤต รายงานผลล่าช้า

เป้าหมาย (Goal)

เพื่อให้ผลการทดสอบทางห้องปฏิบัติการเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและแพทย์ในการวินิจฉัยโรค ให้แนวทางการรักษา ติดตามผลการรักษา พยากรณ์โรค ป้องกันโรค และประเมินสภาวะสุขภาพ

แนวทางป้องกัน (Process)

ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตอนก่อนการวิเคราะห์ (Pre-analysis Process)

1.1 ผู้ให้บริการ

- 1.0 กำหนดแนวทางการระบุตัวผู้ป่วยถูกคนขณะเก็บสิ่งส่งตรวจ (Patient Identification)
- 1.1 ทบทวนคู่มือการจัดเก็บสิ่งส่งตรวจ การเตรียมตัวผู้ป่วยอย่างถูกต้อง เพิ่มรายละเอียดการนำส่งและรักษาสภาพสิ่งส่งตรวจก่อนนำส่งห้องปฏิบัติการ กรณีไม่สามารถนำส่งได้ทันที (SPSD11.01)
- 1.2 กำหนดเกณฑ์การรับและปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ (FM-LA005) เพื่อใช้เป็นมาตรฐานร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการ กับห้องปฏิบัติการ
- 1.3 จัดประชุมให้ความรู้สื่อสาร การเก็บสิ่งส่งตรวจเพื่อลดอัตราการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ

1.2 ห้องปฏิบัติการ

- เจ้าหน้าที่แลป ตรวจสอบความถูกต้องของสิ่งส่งตรวจ ติดสติ๊กเกอร์ ชื่อ –สกุล H-N บน ภาชนะเก็บสิ่งส่งตรวจทุกตัวอย่าง ทุกสาย ปริมาณและภาชนะที่เก็บสิ่งส่งตรวจ
 - ตรวจสอบรายละเอียด คำสั่งการตรวจให้ถูกต้องก่อนลงทะเบียนรับ
 - ใช้ H-N และ ชื่อสกุล ในการค้นหาข้อมูลผู้ป่วยในระบบแทนการค้นหาด้วยชื่อผู้ป่วยอย่างเดียว
- 1.4 ติด Barcode บน Tube, ใบส่งตรวจ, และในสมุดรับแลปเป็นเลข Barcode เดียวกันเพื่อใช้ทวนสอบ
 - 1.5 ติด Barcodeให้สามารถมองเห็นป้ายชื่อที่ติดมาจาก Ward หรือ OPD ซึ่งสามารถตรวจสอบความถูกต้องในการขึ้นบ่ง

2. ขั้นตอนการวิเคราะห์ (Analytical Process)

- 2.0 ตรวจสอบความพร้อมใช้เครื่องมือก่อนเริ่มการตรวจวิเคราะห์ผู้ป่วย รวมถึง การดูแลรักษาเครื่องมืออย่างสม่ำเสมอ (PM)
- 2.1 ควบคุมคุณภาพภายใน (IQC) ประจำวันทำการแก้ไขทันทีเมื่อผลการควบคุมคุณภาพภายในไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน
- 2.2 ตรวจสอบชื่อ-สกุล H-N ผู้ป่วยที่ติด Tube กับ Barcode ต้องถูกต้องตรงกันก่อนนำเลือดเข้าเครื่องตรวจวิเคราะห์
- 2.3 ตรวจสอบเลือดและSerumก่อนนำเข้าเครื่องตรวจวิเคราะห์เพื่อป้องกันก้อน Clot หรือ Fibrin ซึ่งเป็นสาเหตุให้เครื่องวัดปริมาตรตัวอย่างผิดพลาด และทำให้เครื่องมือชำรุด

- 2.4 มีระบบสำรองไฟที่มีคุณภาพ (UPS)
- 3. ขั้นตอนหลังการวิเคราะห์ (Post-analysis Process)
 - 3.0 กำหนดและประกันระยะเวลาการรายงานผล ER , IPD ขอผลด่วน (SPSD11.01)
 - 3.1 ทำการScan ผลแลปนอก แทนการคัดลอกผล
 - 3.2 มีระบบ Alert lab แจ้งผลการตรวจกรณีพบค่าวิกฤตให้ทางWardและ ER ทันที เพื่อการวางแผนการรักษาผู้ป่วยได้ทันเวลา (SPI11.10 วิธีปฏิบัติการรายงานค่าวิกฤต)
 - 3.3 กำหนดแนวทางการตรวจสอบผลแลป โดยปฏิบัติตาม วิธีปฏิบัติการป้องกันการรายงานผลแลปผิดพลาด (SPI11.12)
 - 3.4 รับรองและการออกรายงานผลตรวจโดยนักเทคนิคการแพทย์
 - 3.5 สุ่มตรวจ ตรวจสอบความผิดพลาดย้อนหลังและใน กรณีนี้มีผู้ปฏิบัติงานเพียงคนเดียว (เวรเที่ยง วันหยุด)

การกำกับติดตาม (Monitoring)

- 1. ขั้นตอนก่อนการวิเคราะห์(Pre-analysis Process)
 - 1. เกณฑ์การรับและปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ (FM-LA005) (อัตราการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ)
 - 2. การชี้แจงผู้ป่วยถูกคน (อัตราการชี้แจงผู้ป่วยผิดราย)
- 2. ขั้นตอนการวิเคราะห์ (Analytical Process)
 - 1. การควบคุมคุณภาพภายในและแนวทางการแก้ไขกรณี IQC ไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (QP-LAB-13) (ร้อยละการควบคุมคุณภาพภายใน IQC ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน และครบถ้วน)
 - 2. การควบคุมคุณภาพภายนอกและแนวทางการแก้ไขกรณี EQC ไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (QP-LA-14) (ร้อยละการควบคุมคุณภาพภายนอกห้องปฏิบัติการ EQA ผ่านเกณฑ์มาตรฐานและครบถ้วน)
 - 3. ตรวจสอบความพร้อมใช้ของเครื่องมือและเครื่องสำรองไฟอย่างสม่ำเสมอ (แบบฟอร์มบันทึกการบำรุงรักษาเครื่องสำรองไฟ UPS) (FM-LA-035)
- 3. ขั้นตอนหลังการวิเคราะห์ (Post-analysis Process)
 - 1. อัตราการรายงานผลแลปผิดพลาด (KPI)
 - 2. ร้อยละการรายงานผลแลปตามเวลาที่ประกันเวลาไว้ (KPI)
 - 3. อัตราสอบความผิดพลาดในการรายงานผลโดยการสุ่มตรวจเป็นระยะและสม่ำเสมอ (FM-LA-066)

การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน

นิยาม (Definition)

การคัดแยก (Triage) หมายถึง การประเมินเพื่อจำแนกผู้รับบริการและจัดลำดับให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการณ์ฉุกเฉินตามลำดับความเร่งด่วนทางการแพทย์ฉุกเฉิน

เป้าหมาย (Goal)

เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการคัดแยกและจัดลำดับบริการในห้องฉุกเฉิน

แนวทางป้องกัน (Process)

- Triage system ใช้เกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินตามเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน ครอบคลุมภาวะวิกฤต ภาวะฉุกเฉิน และ ภาวะไม่ฉุกเฉิน ดังนี้

อาการ/ประเภท	Emergency	Urgent	Semi- Urgent	Non- Urgent
1.1 สัญญาณชีพ (Vital signs)	<p>- สัญญาณชีพผิดปกติแสดงถึงภาวะคุกคามชีวิต ต้องช่วยเหลือทันทีหรือมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วตลอดเวลา ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - อุณหภูมิร่างกาย (T) สูงกว่าหรือเท่ากับ 40 องศาเซลเซียส หรือต่ำกว่า หรือเท่ากับ 35 องศาเซลเซียส - ชีพจร (P) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ครั้ง/นาที หรือมากกว่าหรือเท่ากับ 120 ครั้ง/นาที - หายใจ (R) น้อยกว่า 12 ครั้ง/นาที หรือ 	<p>- สัญญาณชีพผิดปกติ อยู่ในภาวะที่สามารถควบคุมได้แต่มีโอกาสที่จะเปลี่ยนแปลงได้ หรือ มีอาการทางคลินิกอื่น ๆ เช่น ใจสั่น เหงื่อออก ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ฯลฯ</p>	<p>- สัญญาณชีพคงที่สามารถควบคุมได้ แต่มีโอกาสที่จะเปลี่ยนแปลงได้เล็กน้อย หรือมีอาการทางคลินิกที่ควบคุมได้ เช่น เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ฯลฯ</p>	<p>- สัญญาณชีพปกติ</p>

อาการ/ประเภท	Emergency	Urgent	Semi- Urgent	Non- Urgent
	<p>มากกว่า 25 ครั้ง/นาที</p> <ul style="list-style-type: none"> - ความดันโลหิต (BP) ต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท+ อาการง่วงซึม หรือ สูงกว่า180/110 มิลลิเมตรปรอท+เจ็บหน้าอก ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน หรือ 220/140 มิลลิเมตรปรอท ร่วมกับอาการทางคลินิกอื่น ๆ เช่น <ul style="list-style-type: none"> - O2 saturation น้อยกว่า 85% - Air hunger - Cyanosis - Apnea - ต้องเฝ้าระวังตลอดเวลา และบันทึกสัญญาณชีพอย่างน้อยทุก 15-30 นาที 			
<p>1.2 อาการและอาการแสดงทางระบบประสาท (Neurological signs)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - อาการ/อาการแสดงทางระบบประสาทผิดปกติ หรือมีการเปลี่ยนแปลงอย่าง - อาการ/อาการแสดงทางระบบประสาทผิดปกติ หรือมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วตลอดเวลา ไม่สามารถควบคุมได้ (GCS ≤ 7 คะแนน) - ชัก นานกว่า 30 วินาที หรือ ชักซ้ำเป็นระยะเวลา 	<ul style="list-style-type: none"> - อาการ/อาการแสดงทางระบบประสาทผิดปกติ อยู่ในภาวะที่อาการ/อาการแสดงทางระบบประสาทผิดปกติ อยู่ในสามารถควบคุมได้แต่มีโอกาสเปลี่ยนแปลงได้ (GCS=8-12 คะแนน) - ชัก น้อยกว่า 30 วินาที หรือชักซ้ำภายใน 1 ชั่วโมง เป็น 	<ul style="list-style-type: none"> - อาการ/อาการแสดงทางระบบประสาทผิดปกติหรือคงที่ (GCS = 13-15คะแนน) - มีประวัติความผิดปกติของอาการ/อาการแสดงทางระบบประสาทภายใน 24 ชั่วโมง - มีประวัติชักภายใน 24 ชั่วโมง - มีประวัติได้รับ 	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีอาการ/อาการแสดงทางระบบประสาท - มีประวัติชักหลัง 24 ชั่วโมง/ควบคุมอาการชักได้ - มีประวัติได้รับอุบัติเหตุทาง

อาการ/ประเภท	Emergency	Urgent	Semi- Urgent	Non- Urgent
	<p>ห่างกันน้อยกว่า 2-5 นาที</p> <ul style="list-style-type: none"> - ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดทุก 15-30 นาที 	<p>ระยะเวลาห่างกันมากกว่า 5 นาที</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีประวัติได้รับอุบัติเหตุทางสมองภายใน 24 ชั่วโมง 	<p>อุบัติเหตุทางสมองมากกว่า 24 ชั่วโมง – 72 ชั่วโมง</p>	<p>สมองหลัง 72 ชั่วโมง</p>
<p>1.3 พฤติกรรมผิดปกติที่เป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน</p> <p>1.3.1 พฤติกรรมทำร้ายตนเอง</p>	<ul style="list-style-type: none"> - มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองที่เป็นอันตรายต่อชีวิต เช่น ถี้ออาวุธ ทำร้ายตนเอง มีบาดแผลรุนแรง มีการบาดเจ็บของอวัยวะภายใน กระดูกหัก วิ่งให้รถชน จะกระโดดตึก หมดสติ ฯลฯ - มีค่าคะแนน OAS : (Overt Aggression Scale) อยู่ในระดับ 3 	<ul style="list-style-type: none"> - พุดข่มขู่จะทำร้ายตนเองหรือลงมือกระทำแต่ไม่รุนแรง เช่น โขกศีรษะ ชกตีตัวเอง ดึงผม ชีตข่วนตัวเอง ฯลฯ - มีค่าคะแนน OAS : (Overt Aggression Scale) อยู่ในระดับ 2 	<ul style="list-style-type: none"> - มีประวัติทำร้ายตนเองก่อนมาโรงพยาบาลภายใน 24 ชั่วโมง และ/หรือยังมีความคิดทำร้ายตนเองต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง 	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีความคิดทำร้ายตนเอง
<p>1.3.2 พฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น</p>	<ul style="list-style-type: none"> - มีพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่นจนได้รับบาดเจ็บเล็กน้อยถึงปานกลาง (ข้่า เคล็ด บวม) หรือทำร้ายผู้อื่นเกิดการบาดเจ็บรุนแรง กระดูกหัก บาดแผลลึก มีการบาดเจ็บของอวัยวะภายใน - มีค่าคะแนน OAS : (Overt Aggression Scale) อยู่ในระดับ 3 	<ul style="list-style-type: none"> - พยายามจะทำร้ายผู้อื่น เช่น แสดง ทำทางคุกคาม ทำท่าต่อยม กำหมัด สีหน้าไม่เป็นมิตร หงุดหงิด กระสับกระส่าย พกพาอาวุธติดตัวมา โรงพยาบาล ฯลฯ - มีค่าคะแนน OAS : (Overt Aggression Scale) อยู่ในระดับ 2 	<ul style="list-style-type: none"> - มีประวัติทำร้ายผู้อื่นก่อนมาโรงพยาบาลภายใน 24 ชั่วโมง / หรือยังมีความคิดทำร้ายผู้อื่น 	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีความคิดทำร้ายผู้อื่น
<p>1.3.3 พฤติกรรมทำลายทรัพย์สิน</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ทำลายทรัพย์สิน เช่น ทูบทำลายของแตกกระจาย จุดไฟเผา ขว้างปาสิ่งของที่เป็นอันตราย ฯลฯ 	<ul style="list-style-type: none"> - ทำลายทรัพย์สิน เช่น ขว้างปาสิ่งของ เตะ เฟอร์นิเจอร์ ทูบ กำแพง ฯลฯ 	<ul style="list-style-type: none"> - ปิดประตูแรงเสียงดัง รื้อข้าวของกระจาย ฯลฯ ก่อนมาโรงพยาบาลภายใน 24 	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีความคิดทำลายสิ่งของ

อาการ/ประเภท	Emergency	Urgent	Semi- Urgent	Non- Urgent
	- มีค่าคะแนน OAS : (Overt Aggression Scale) อยู่ในระดับ 3	- มีค่าคะแนน OAS : (Overt Aggression Scale) อยู่ในระดับ 2	- ชั่วโงมและ/หรือยังมี ความคิดทำลายสิ่งของ - มีค่าคะแนน OAS : (Overt Aggression Scale) อยู่ในระดับ 1	
1.4 การรักษา ด้วยยากลุ่มที่มี ดัชนีการรักษา แคบ (Narrow Therapeutic Index)	- เกิดอาการไม่พึงประสงค์ ด้านยา (ADR) อย่าง รุนแรง ได้แก่ - NMS : เกร็ง ชัก ใช้สูง กล้ามเนื้อ อ่อนแรง ระดับความรู้สึกตัว ลดลงอย่างรวดเร็ว - Steven Johnson Syndrome : มีไข้สูง เยื่อぶตา หรือ เยื่อぶ ช่องปากอักเสบ มี อาการตาแดง เจ็บคอ ปากบวม มีตุ่มผื่นแผล ที่ผิวหนัง หัวใจเต้น ผิดปกติ/ ความดัน โลหิตต่ำ ร่วมกับ อาการชัก ช็อก โคม่า ปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง	- เกิดอาการไม่พึง ประสงค์ด้านยา (ADR) ที่ทำให้ต้องใช้เวลา ใน การรักษาหรือเสีย ค่าใช้จ่ายในการดูแล รักษาเพิ่มขึ้น ได้แก่ Acute Dystonia โดย จะพบอาการ Torticollis : ศีรษะ และคอบิดเบี้ยวไปข้าง ใดข้างหนึ่งอย่างรุนแรง หรือ opisthotonus : ศีรษะ คอ รวมทั้ง ลำตัวแอ่นจนผิดปกติ (Hyper extended) หรือ oculogyric crisis: ตาทั้งสองจ้อง เขม็ง และ เหลือบขึ้น ไปค้างอยู่บนจนไม่เห็น ตาดำ บางรายอาจมีลิ้น โด้ยื่นออกมาจนคับ ปาก และสั้นร่วมกับ อาการซึม พูดไม่ชัด กล้ามเนื้อกระตุก ใช้สูง คลื่นไส้อาเจียน	- เกิดอาการไม่พึง ประสงค์ด้านยา (ADR) แต่ไม่ทำให้ต้องใช้เวลา ในการรักษาหรือเสีย ค่าใช้จ่ายในการดูแล รักษาเพิ่มขึ้น ได้แก่ ลิ้นแข็ง พูดหรือคุย ลำบาก ปวดหรือเมื่อย กล้ามเนื้อ กระวน กระวาย ตื่นเต้น อยู่ไม่ สุข เดินไป เดินมา ดุลก ผูกนั่ง ขาอยู่ไม่สุข (restless legs) ง่วงงาน นั่งไม่ติดที่น้ำลายไหล พูดหรือกลืนอาหาร ลำบาก เดินตัวแข็ง ไม่ แกว่งแขน หรือมือสั้น ขณะพัก กล้ามเนื้อ เกร็ง เดินแบบขอยเท้า หรือเดินต่อส้น สีหน้า ไร้อารมณ์ บางครั้งมี การสั้นหรือมีอาการ แกำมพอง เคี้ยว สูดปาก เลียและดูดปาก แลบ ลิ้น ขากรรไกร เคลื่อนไหวด้านข้าง หรืออาจมีการ	- ไม่พบ ภาวะแทรก ซ้อนจาก การได้รับ การรักษา ด้วยยา

อาการ/ประเภท	Emergency	Urgent	Semi- Urgent	Non- Urgent
			เคลื่อนไหว ลักษณะ กระตุกไม่เป็นจังหวะ ค่อนข้างเร็ว และ คาดคะเนไม่ได้ร่วมกับ อาการปวดศีรษะ มือ สั่นกระหายน้ำ	

- บุคลากรที่ทำหน้าที่ ในการคัดแยกทั้งพยาบาลและพนักงานช่วยเหลือคนไข้ได้รับการฝึกอบรมเป็นอย่างดี (well train)
- มีการจัดทำแนวปฏิบัติกรคัดแยกและการจัดลำดับการบริการ ณ ห้องจิตเวชฉุกเฉิน (Triage policy and procedure)
- ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินได้รับการ triage ภายใน 4 นาที
- กำหนดระยะเวลารอคอยแพทย์และพยาบาล (waiting time) และกิจกรรมการดูแล ตามระดับการคัดแยก ดังนี้

อาการ/ประเภท	Emergency	Urgent	Semi- Urgent	Non- Urgent
Time for nurse assessment	- Immediate	- Immediate	- 5 นาที	- 5 นาที
Time for ER doctor assessment	- Immediate (อาการทางกาย) - 30 นาที (อาการทางจิต)	- Immediate (อาการทางกาย) - 38 นาที (อาการทางจิต)	- 60 นาที	- 110 นาที
Room	- ER	- ER	- OPD	- OPD
Monitor / reassessment	- Continuous full	- Continuous full	- Every 10-15นาที	- Reassessment before D/C
Activity to be done	- CPR - Oxygen and airway therapy - Fluid therapy - Lab/EKG - restraint - ให้อาาPRN	- Fluid therapy - Lab/EKG - restraint - ให้อาาPRN	- restraint	- First aid if necessary

- Triage process

ขั้นตอนการคัดกรองผู้ป่วยมี 4 ขั้นตอน

1. Across The Room Assessment การตรวจด้วยสายตา พยาบาลต้องคัดกรองผู้ป่วยทันที ที่เข้ามาในจุดคัดกรองโดยสังเกตลักษณะอาการที่ต้องการ การดูแลเร่งด่วน ชุกเฉิน
2. Triage Physical Assessment เริ่มจาก Vital Sign ก่อนเสมอ ขั้นตอนนี้เป็นการประเมินจากการสังเกตในขั้นตอนแรก หากพบว่ามีความผิดปกติของ Vital Sign ประเมินปัญหาที่ตรวจพบ พร้อมซักประวัติอย่างย่อ ๆ
3. Triage History การซักประวัติเพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วนจากผู้ป่วยเอง ญาติ และจากผู้นำส่งผู้ป่วย โดยบันทึกในแบบบันทึก Triage
4. Triage Decision ตามความจำเป็นเร่งด่วน

เกณฑ์วิธีการคัดแยกผู้ป่วย

การจัดลำดับประเภทของผู้ป่วย จำแนกออกเป็น 4 กลุ่ม ตามคู่มือประกอบการใช้เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวช ดังนี้

1. ผู้ป่วยประเภทฉุกเฉิน/วิกฤต (Emergency) (ดูแลจากแพทย์และพยาบาลทันที) หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิตกะทันหัน ต้องได้รับการปฏิบัติ ดูแลช่วยเหลือเพื่อแก้ไขภาวะคุกคามต่อชีวิตที่เกิดขึ้นอย่างทันท่วงที มิเช่นนั้นผู้ป่วยอาจมีอันตรายถึงแก่ชีวิตหรืออาจทำให้เกิดความรุนแรงของอาการผิดปกติได้มากขึ้น หรืออาจเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว จำเป็นที่ผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้อง เหมาะสม โดยเร่งด่วนภายใน 30 นาที โดยมีเกณฑ์การประเมินตามแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) OAS=3 คะแนน
2. ผู้ป่วยประเภทเร่งด่วน (Urgent) หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิตอย่างรุนแรง เฉียบพลันมาก จำเป็นต้องได้รับการปฏิบัติ ดูแลช่วยเหลืออย่างรีบด่วน มิฉะนั้นจะทำให้อาการความผิดปกติที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อน ที่อาจส่งผลให้เสียชีวิตหรือความพิการในระยะต่อมาได้ จำเป็นที่ผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้อง เหมาะสม โดยเร่งด่วนภายใน 38 นาที โดยมีเกณฑ์การประเมินตามแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) OAS=2 คะแนน
3. ผู้ป่วยประเภทกึ่งเร่งด่วน (Semi- Urgent) หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิตอย่าง เฉียบพลัน ไม่รุนแรง อาจรอรับการปฏิบัติดูแลช่วยเหลือได้ในระยะเวลาหนึ่ง แต่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรหลายอย่าง และหากปล่อยไว้เกินเวลาอันควร จะทำให้เกิดความผิดปกติที่รุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ และได้รับการดูแลภายในระยะเวลา 60 นาที โดยมีเกณฑ์การประเมินตามแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) OAS=1 คะแนน

4. ผู้ป่วยประเภทไม่เร่งด่วน (Non- Urgent) หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติเกิดขึ้น แต่ไม่ใช่ผู้ป่วยฉุกเฉิน อาจรอรับบริการได้ในเวลาปกติ โดยไม่ก่อให้เกิดอาการรุนแรงหรือมีภาวะแทรกซ้อนตามมา และได้รับการดูแลภายในระยะเวลา 110 นาที

- วิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมได้ทั้งหมดเพื่อจำแนกและจัดระดับความเร่งด่วนของภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละราย
- วินิจฉัยและวางแผนให้การรักษายาบาลบนพื้นฐานข้อมูลที่รวบรวมได้ตามแนวปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วย (triage) SPI 03.01 และ SPP03 ระเบียบปฏิบัติการฉุกเฉิน
- ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นในภาวะวิกฤติที่เป็นอันตราย หรือเสี่ยงต่อการเสียชีวิตตามแนวปฏิบัติของหน่วยงาน (SPP03 ระเบียบปฏิบัติการฉุกเฉิน)
- รายงานและให้ข้อมูลแพทย์ตามขั้นตอนการปฏิบัติของหน่วยงานเพื่อประโยชน์ในการกำหนดวิธีการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย
- Triage เป็น Dynamic process งานจิตเวชฉุกเฉินจึง มีการทำ triage round คือผู้รับบริการที่รอแพทย์ตรวจจะได้รับการประเมินซ้ำ ในระยะเวลาที่เหมาะสมหรือเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงทุกช่วงเวลา
- มีการบันทึกข้อมูลการคัดแยกได้แก่วันและเวลาที่ triage, ชื่อบุคลากรที่ triage, อาการสำคัญ, ประวัติที่เกี่ยวข้อง, ผลการประเมินเบื้องต้น, ระดับความเร่งด่วนการให้การดูแลเบื้องต้นถ้ามีการเปลี่ยนระดับความเร่งด่วนจะมีการระบุเหตุผลทุกครั้งและมีการประเมินประเภทของการคัดแยกโดยพยาบาลจิตเวชฉุกเฉินและจิตแพทย์
- มีกระบวนการคัดกรองโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ที่ติดต่อทางเดินหายใจ (screening) ในผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน ตั้งแต่แรกรับพร้อมไปกับการคัดแยกระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย(triage)
- มีกระบวนการคัดกรองโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ที่ติดต่อผ่านทางเดินหายใจ ในผู้ป่วยที่มาจากระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical service, EMS) และระบบรับส่งต่อผู้ป่วย (referral system) ก่อนผู้ป่วยจะมาถึงสถานพยาบาล เพื่อให้ทีมผู้ดูแลเตรียมความพร้อม และอาจพิจารณาวางระบบร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการให้ทีมดูแลจากสถานพยาบาลต้นทางนำส่งผู้ป่วยในระบบรับส่งต่อไปยังหอผู้ป่วยปลายทางโดยไม่ผ่านห้องฉุกเฉิน เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อและลดจำนวนผู้สัมผัสผู้ป่วย)

- •มีแนวทางการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment, PPE) ตามแนวทางมาตรฐาน มีการวางแผน และควบคุมการใช้ให้เหมาะสมและคุ้มค่า มีการให้ความรู้แก่บุคลากรในการใส่-ถอด การจัดเก็บ การทิ้งและการทำความสะอาด PPE โดยมีการฝึกและทบทวนเป็นระยะ
- Triage structure/Area/Information
 - มีพื้นที่ที่ใช้ในการคัดแยก (triage) ที่มองเห็นชัดและเข้าถึงได้ทันทีคือ ในห้องจิตเวชฉุกเฉิน โดยขนาดของพื้นที่ห้องจิตเวชฉุกเฉินเหมาะสมกับจำนวนบุคลากรห้องฉุกเฉินที่ทำหน้าที่คัดแยก (triage) และจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการห้องจิตเวชฉุกเฉิน โดยมีการคำนึงถึงความปลอดภัยของบุคลากรที่ปฏิบัติงาน มีอุปกรณ์การแพทย์ อุปกรณ์สำนักงานที่ได้มาตรฐาน และมีระบบเทคโนโลยีที่ช่วยในการคัดแยกและบันทึกข้อมูลการคัดแยก
 - Training
 - บุคลากรห้องฉุกเฉินที่มีหน้าที่ในการคัดแยกได้รับการฝึกอบรมดังนี้
 - 1. วิธีปฏิบัติการคัดแยกและจัดลำดับการบริการหน้าห้องฉุกเฉิน
 - 2. วิธีการสื่อสารกับผู้ป่วยโดยใช้รูปแบบการสื่อสารที่เหมาะสม
 - 3. มีการประเมินประสิทธิภาพการคัดแยกและการทำ triage audit โดยจิตแพทย์

การกำกับติดตาม (Monitoring)

1. การเก็บข้อมูลเพื่อประเมินประสิทธิภาพระบบการคัดแยก เช่น จำนวนผู้รับบริการ (ER visit) แยกตามระดับการคัดแยก, ระยะเวลารอคอยแพทย์ (waiting time) แยกตามระดับการคัดแยก, ระยะเวลาในห้องฉุกเฉิน (Length of Stay) แยกตามระดับการคัดแยก, อัตราการรับเป็นผู้ป่วยใน (Admission rate) แยกตามระดับการคัดแยก
2. ทำ triage audit ทุก case โดยจิตแพทย์เป็นผู้ประเมิน
3. ตัวชี้วัด
 - 3.1 under triage น้อยกว่าร้อยละ 5
 - 3.2 over triage น้อยกว่าร้อยละ 15
 - 3.3 ระยะเวลารอคอยแพทย์แยกตามระดับการคัดแยก ดังนี้

Emergency	ภายใน 30 นาที
Urgent	ภายใน 38 นาที
Semi- Urgent	ภายใน 60 นาที
Non- Urgent	ภายใน 110 นาที

ภาคผนวก

มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย



ประกาศคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

เรื่อง มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย

เพื่อให้การดำเนินงานกิจการของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) เกี่ยวกับการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาลเป็นไปด้วยความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพ ตามมาตรฐานที่คณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลกำหนด

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๘ (๔) (ฎ) แห่งพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) พ.ศ. ๒๕๕๒ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ประกอบกับมติคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ในการประชุมครั้งที่ ๑๑/๒๕๖๒ เมื่อวันที่ ๒๒ พฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๖๒ จึงได้ออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล เรื่อง มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย”

ข้อ ๒ ในประกาศนี้

“มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย” หมายความว่า มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนดโดยคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล เพื่อให้ประกอบการพิจารณาและอนุมัติการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลทั้งองค์กรในชั้นที่สามและชั้นก้าวหน้า

ข้อ ๓ มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย มีรายละเอียด ดังนี้

(๑) การผ่าตัด ผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ

(๒) การติดเชื้อที่สำคัญในสถานพยาบาลตามบริบทขององค์กรในกลุ่ม

- Surgical Site Infection (SSI)
- Ventilator-Associated Pneumonia (VAP)
- Catheter-Associated Urinary Tract Infection (CAUTI)
- Central-Line Associated Bloodstream Infections. (CLABSI)

(๓) บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่

(๔) การเกิด medication error และ adverse drug event

(๕) การให้เลือด ผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด

(๖) การระบุ...

-๒-

- (๖) การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด
- (๗) ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค
- (๘) การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยา คลาดเคลื่อน
- (๙) การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน

ข้อ ๔ สถานพยาบาลต้องดำเนินการในเรื่องมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย ดังนี้

- (๑) มีแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วย ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนด
- (๒) แสดงจำนวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละปี ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนด ในแบบประเมินตนเองเพื่อขอรับการรับรองคุณภาพ
- (๓) กรณีเกิดอุบัติการณ์ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนด ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย (ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป) ให้สถานพยาบาลทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุรากของปัญหา
- (๔) จัดทำแผนควบคุมป้องกันความเสี่ยงที่สัมพันธ์กับมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย และมีผลการดำเนินงานตามแผนแสดงแก่ผู้เยี่ยมชมสำรวจ

ข้อ ๕ ประกาศนี้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๓ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๒



(นายธีรพล โตพันธานนท์)

ประธานกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

ตามระเบียบคณะกรรมการบริหารสถาบันว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการในการประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล พ.ศ. 2562 ที่ได้มีการกำหนดเกณฑ์การรับรองกระบวนการคุณภาพไว้ ดังนี้
สถานพยาบาลที่จะผ่านขั้นที่สาม ต้องได้คะแนนในแต่ละบทของตอนที่ I-IV ไม่น้อยกว่า 2.50 จากคะแนนเต็ม 5.00 และผ่านมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยทุกข้อ

สถานพยาบาลที่จะผ่านการรับรองขั้นก้าวหน้า ต้องได้คะแนนในแต่ละบทของมาตรฐานตอนที่ I-III ไม่น้อยกว่า 3.00, ตอนที่ 4 มีคะแนนเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 3.00, ยกเว้นบทที่ II-8 และ II-9 คะแนนต้องไม่ต่ำกว่า 2.50, คะแนนเฉลี่ยโดยรวมไม่น้อยกว่า 3.00 และผ่านมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยทุกข้อ

สถาบันจึงมีประกาศคณะกรรมการสถาบันฯ เรื่องมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย เพื่อเป็นแนวทางสำหรับสถานพยาบาลในการนำไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม โดยมีผลในการบังคับใช้ในการปฏิบัติ ตั้งแต่ 1 เมษายน 2563 ไว้ดังนี้

มาตรฐานสำคัญจำเป็น	รายละเอียดการดำเนินงาน
<ol style="list-style-type: none"> 1. การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ 2. การติดเชื้อที่สำคัญตามบริบทขององค์กรในกลุ่ม SSI, VAP, CAUTI, CABSİ 3. บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่ 4. การเกิด Medication Errors และ Adverse Drug Event 5. การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด 6. การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด 7. ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค 8. การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยาคลาดเคลื่อน 9. การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน 	<p>สถานพยาบาลต้องดำเนินการดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สถานพยาบาลต้องมีแนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกันความปลอดภัยต่อผู้ป่วยในประเด็นที่กำหนด 2. สถานพยาบาลแสดงจำนวนอุบัติการณ์ ที่เกิดขึ้นแต่ละปีในประเด็นที่กำหนด 3. กรณีเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย (ระดับ E ขึ้นไป) ให้สถานพยาบาลทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุราก 4. จัดทำแผนควบคุมป้องกันความเสี่ยงและมีผลการดำเนินงานตามแผนแสดงแก่ผู้เยี่ยมชมสำรวจ


มาจากมาตรฐาน HA และ 2P Safety Goals

มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย	มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4
S: การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ	มาตรฐาน III-4.3 การดูแลเฉพาะ ข.การผ่าตัด (4)
I: การติดเชื้อที่สำคัญในสถานพยาบาลตามบริบทขององค์กรในกลุ่ม SSI, VAP, CAUTI, CABSİ	มาตรฐาน II-4.2 การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ข. การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ (1)
I: บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่ (Personnel Safety)	มาตรฐาน II-4.2 การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ข. การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ (3)
M: การเกิด medication error และ adverse drug event	มาตรฐาน II-6.1 การกำกับดูแลและสิ่งแวดล้อม สนับสนุน ก.การกำกับดูแลการจัดการด้านยา (3)
M: การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด	มาตรฐาน II-7.4 ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต
P: การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด	มาตรฐาน III-1 การเข้าถึงและการเข้ารับบริการ (8)
P: ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค	มาตรฐาน III-2 การประเมินผู้ป่วย ค.การวินิจฉัยโรค (4)
L: การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยาคลาดเคลื่อน	มาตรฐาน II-7.2 บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก ข.การให้บริการ (3) II-7.3 พยาธิวิทยากายวิภาค และ II-7.5 บริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ
E: การคัดแยก (triage) ที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน	มาตรฐาน III-1 การเข้าถึงบริการ (3)



โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

 โทรศัพท์ 0 5390 8500

 www.suanprung.go.th