

9 มาตรฐานสำคัญ จำเป็นต่อความปลอดภัย

โรงพยาบาลสวนปรุง



กรมสุขภาพจิต
โรงพยาบาลสวนปรุง

(ฉบับปรับปรุง
สิงหาคม 2569)



โรงพยาบาลสวนปรุง
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
การรักษาด้วยไฟฟ้าผิคน ผิดวิธี ผิดแผนการรักษา	1
การติดเชื้อที่สำคัญในสถานพยาบาลตามบริบทขององค์กร	7
Infection Prevention and Control	7
I1: Hand hygiene	7
I2: Prevention of Healthcare Associated infection	11
I2.1: Catheter- Associated Urinary Tract Infection (CAUTI) Prevention	11
I2.2: Hospital-Acquired Pneumonia (HAP) Prevention	13
I2.3: Upper Respiratory Tract Infection Prevention; URI, Influenza, COVID-19	17
I2.4: Tuberculosis (TB) Prevention	22
I3: Isolate Precautions	25
I4: Prevention and Control Spread of Multidrug-Resistant Organisms (MDRD)	28
I5: การจัดการการระบาดของเชื้อในโรงพยาบาล	29
บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่	31
การเกิด medication error และ adverse drug event	35
Safe from Adverse Drug Events (ADE)	35
Safe from Medication Errors	38
การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด	41
ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค	51
การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยาคลาดเคลื่อน	56
การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน	59
ภาคผนวก	68
ก. แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยจิตเวช (HAP Risk Assessment)	
ข. แบบคัดกรองภาวะกลืน (Dysphagia Screening)	
ประกาศ สรพ. เรื่องมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย	

การรักษาด้วยไฟฟ้า ผิดคน ผิดวิธี ผิดแผนการรักษา

นิยาม (Definition)

การรักษาด้วยไฟฟ้า ผิดคน ผิดวิธี ผิดการรักษา หมายถึง การให้การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy: ECT) ที่ไม่เป็นไปตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ มาตรฐานการดูแลหรือแนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาล อันเนื่องมาจากความคลาดเคลื่อนในกระบวนการดูแลผู้ป่วยส่งผลให้เกิด การรักษาผิดคน ผิดวิธี ผิดชนิดการรักษา ผิดแผนการรักษา เช่น

- รักษาด้วยไฟฟ้าผิดคน
- รักษาโดยไม่มีคำสั่งแพทย์หรือคำสั่งไม่ถูกต้อง
- รักษาผิดชนิด (Modified / Unmodified)
- รักษามากกว่าหรือน้อยกว่าจำนวนครั้งที่แพทย์กำหนด

มาตรการป้องกัน

โรงพยาบาลสวนปรุงได้ดำเนินการ เพื่อป้องกันการรักษาด้วยไฟฟ้า ผิดคน ผิดวิธี ผิดแผนการรักษา ประกอบด้วย

1. การกำหนดนโยบาย ในการป้องกัน การรักษาด้วยไฟฟ้า ผิดคน ผิดวิธี ผิดแผนการรักษา ระบุจุดที่ต้องยืนยันตัวตนและแผนการรักษา 5 จุด ได้แก่ 1.) แพทย์สั่งการรักษา 2.) พยาบาลห่อผู้ป่วย ตรวจสอบความถูกต้อง 3.) วิสัญญีพยาบาลตรวจสอบและประเมิน pre-anesthetic 4.) วิสัญญีพยาบาล รับผู้ป่วยเข้าสู่ศูนย์ 5.) ก่อนเริ่มรักษา (Time Out)
2. มีการจัดทำแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยรักษาด้วยไฟฟ้าดังนี้
 - 2.1 SPI 66.03 การดูแลผู้ป่วยก่อนรักษาไฟฟ้า
 - 2.2 SPI 66.05 การดูแลผู้ป่วยขณะรักษาไฟฟ้าแบบ Modified
 - 2.3 SPI 66.06 การดูแลผู้ป่วยหลังรักษาไฟฟ้า
3. ใช้แบบประเมิน Suanprung Anesthesia Safety Checklist ก่อน, ระหว่างและหลัง ในการรักษาด้วยไฟฟ้า ระหว่างและหลังในการรักษาด้วยไฟฟ้า ปฏิบัติตาม SPI 66.05
4. กรณีเกิดอุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องกับ การรักษาด้วยไฟฟ้า ผิดคน ผิดวิธี ผิดแผนการรักษา ปฏิบัติตามนโยบายการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล มีการปฏิบัติดังนี้
 - 4.1 รายงานแพทย์เวรรักษาด้วยไฟฟ้า เพื่อประเมินผู้ป่วยและปรับแผนการรักษาให้เหมาะสม
 - 4.2 ประเมินอาการของผู้ป่วยและเฝ้าระวังความผิดปกติ
 - 4.3 แจ้งพยาบาลในหอผู้ป่วยที่รับผิดชอบเพื่อรายงานแพทย์เจ้าของไข้เฝ้าระวังอาการและอาการไม่พึงประสงค์
 - 4.4 กรณีมีความรุนแรงระดับความเสี่ยง E ขึ้นไปให้ส่งต่อผู้ป่วยรักษาทางกาย พร้อมกับแจ้งให้ญาติ ผู้ป่วยทราบและประสานสิทธิ์ในการรักษาพยาบาล
 - 4.5 ประเมินพฤติกรรม คำพูดของญาติ ที่เสี่ยงต่อการเกิดข้อร้องเรียน (กรณีญาติร้องเรียน หรือมีแนวโน้มร้องเรียนให้ปฏิบัติ SPP 19 ระเบียบปฏิบัติการจัดการข้อร้องเรียน)
 - 4.6 บันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ลงในระบบการบริหารจัดการความเสี่ยง HRMS
 - 4.7 วิเคราะห์ RCA ตามระดับความรุนแรง E ขึ้นไปขึ้นๆ ให้ดำเนินการวิเคราะห์สาเหตุ (Root Cause Analysis) ใช้ 5-Whys, ระดับ G, H, I ใช้ 5 steps
 - 4.8 จัดทำมาตรการป้องกันและติดตามผลการดำเนินการ

4.9 ถ่ายทอดบทเรียน (Lesson Learned) แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ

แนวทาง (Process)

1. ระยะก่อนการรักษาด้วยไฟฟ้า

ความเสี่ยง ณ หอผู้ป่วย (Ward)

- 1.1 คำสั่งการรักษาของแพทย์: คำสั่งการรักษาไม่ครบถ้วน ไม่ได้ระบุ ชนิด จำนวนครั้ง ของการรักษาไม่ชัดเจน และไม่ได้ระบุข้อบ่งชี้ของการรักษาด้วยไฟฟ้า การสั่งการ รักษาทางโทรศัพท์
- 1.2 การบันทึกข้อมูลใน Google form เพื่อขอรับคิวรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT): บันทึกชื่อ-นามสกุล หรือ HN ผิด, บันทึกข้อมูลผู้ป่วยผิวดรายหรือบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน หรือไม่ตรงกับ คำสั่งแพทย์ ส่งผลให้จัดคิวหรือระบุตัวตนผู้ป่วยคลาดเคลื่อน
- 1.3 การส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาดูด้วยไฟฟ้าจากหอผู้ป่วย: ส่งผู้ป่วยผิวดราย, ระบุตัวตนผู้ป่วย ไม่ถูกต้อง, ป้ายชื่อผิดคน, การสื่อสารข้อมูลสำคัญระหว่างหอผู้ป่วยและศูนย์ ECT ไม่ครบถ้วน
- 1.4 ความพร้อมของผู้ป่วย: ส่งผู้ป่วยที่ยังไม่พร้อมรับการรักษาดู เช่น NPO ไม่ครบ, ยังไม่ได้ ประเมินก่อนรักษา, ยังไม่ได้งดยาตามแผน, ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือการตรวจ พิเศษไม่ครบ
- 1.5 เอกสารการรักษาดูด้วยไฟฟ้า: ใบยินยอมรับการรักษาดูด้วยไฟฟ้าไม่ครบถ้วนหรือ เอกสาร ประกอบการรักษาไม่ครบหรือไม่เป็นปัจจุบัน

มาตรการป้องกัน

- 1.1 คำสั่งแพทย์ในการรักษาต้องครบถ้วนสมบูรณ์ ได้แก่ 1.) ชนิดการรักษา (Modified ECT) 2.) จำนวนครั้งของการรักษา 3.) ข้อบ่งชี้ในการรักษา 4.) ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และ 5.) ลงชื่อแพทย์ที่สั่งการรักษา
- 1.2 มีการตรวจสอบข้อมูลกับคำสั่งแพทย์ แพ้ม และระบบ HOSxP ก่อนบันทึกข้อมูลลงใน Google Form เช่น ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย 2.) HN / AN ตรงกัน
- 1.3 มีการตรวจสอบการระบุตัวตนผู้ป่วยก่อนออกจากหอผู้ป่วย โดยตรวจสอบ ชื่อ-นามสกุล HN และหรือ AN ของผู้ป่วยในคำสั่ง พร้อมทั้งตรวจสอบ ป้ายชื่อหน้าอกและป้ายข้อมือ (ที่ระบุ ถึง ชื่อ-นามสกุล HN และหรือ AN) ก่อนส่งผู้ป่วยพร้อมแพ้มผู้ป่วย
- 1.4 มีการให้ข้อมูล/ความรู้และตอบคำถามผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวสำหรับการรักษา ด้วยไฟฟ้า ผลกระทบและการฟื้นตัวจากการรักษาดูด้วยไฟฟ้า
- 1.5 มีการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยตามแบบประเมินการดูแลผู้ป่วยก่อน/หลังการรักษา ด้วยไฟฟ้า (SPFM54.18) เช่น การเซ็นยินยอมรับการรักษาดูด้วยไฟฟ้า การงดน้ำงดอาหารตามเวลา ที่กำหนด การงดยาตามแผนการรักษา, ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือการตรวจพิเศษ
- 1.6 มีการสื่อสารและแก้ไขกรณีพบความไม่สมบูรณ์ของการเตรียมก่อนการรักษาดูด้วยไฟฟ้า แก่แพทย์และศูนย์การรักษาดูด้วยไฟฟ้า

2. ระหว่างการรักษาดูด้วยไฟฟ้า

ความเสี่ยง ณ ศูนย์ ECT

- 2.1 การรักษาดูด้วยไฟฟ้าผิวดคน: ผู้ป่วยที่เข้าห้องรักษาไม่ตรงกับรายชื่อในตารางการรักษา, ระบุตัวตนผู้ป่วยโดยใช้ข้อมูลเพียงตัวเดียว หรือไม่ได้ให้ผู้ป่วยบอกชื่อ-นามสกุล ด้วยตนเอง, ป้ายข้อมือ ป้ายชื่อ แพ้มเวชระเบียนหรือเอกสารการรักษาเป็นของ ผู้ป่วยคนละราย,

มีผู้ป่วยชื่อหรือนามสกุลคล้ายกัน ทำให้เลือกแฟ้มเอกสารผิด, มีการเปลี่ยนลำดับคิวหรือสลับคิว โดยไม่ได้สื่อสารให้ทีมรักษารับทราบตรงกัน, ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารหรือให้ข้อมูลได้ และไม่มีการตรวจสอบด้วยข้อมูลอื่นเพิ่มเติม

2.2 การรักษาผิดแผนการรักษา: ให้การรักษาโดยไม่มีคำสั่งแพทย์ที่เป็นปัจจุบัน, ให้การรักษาเกินหรือน้อยกว่าจำนวนครั้งที่แพทย์กำหนด, ให้การรักษาผิดวัน ผิดลำดับ หรือผิดความถี่ตามแผน

2.3 ความพร้อมของผู้ป่วยและทีมก่อนปล่อยกระแสไฟฟ้า: ผู้ป่วยยังไม่ได้รับยาระงับความรู้สึก หรือยาคลายกล้ามเนื้อครบถ้วนตามแผน, การช่วยหายใจ การให้ออกซิเจน หรือการติดตามสัญญาณชีพยังไม่พร้อม, อุปกรณ์ฉุกเฉินและยาช่วยชีวิตไม่พร้อมใช้งาน, ทีมยังไม่ได้ยืนยันบทบาทและข้อมูลสำคัญร่วมกัน

มาตรการป้องกัน

2.1 มีการยืนยันตัวตนผู้ป่วยก่อนเริ่มรักษา

- กรณีผู้ป่วยสื่อสารได้ 1) ให้ผู้ป่วยบอกชื่อ-นามสกุลด้วยคำถามปลายเปิด ไม่ใช่คำถามนำ 2) ผู้ป่วยแสดงป้ายชื่อมือหรือป้ายชื่อ 3) คำสั่งการรักษาด้วยไฟฟ้าของแพทย์ 4) เวชระเบียน และ 5) รายชื่อคิว ที่ตรงกัน

- กรณีผู้ป่วยสื่อสารไม่ได้ ให้ตรวจสอบจาก 1) ป้ายชื่อมือหรือป้ายชื่อ 2) รูปภาพจากเวชระเบียน 3) คำสั่งการรักษาด้วยไฟฟ้าของแพทย์ 4) เวชระเบียน และ 5) รายชื่อคิว ที่ตรงกัน

2.2 ยืนยันแผนการรักษา: เปรียบเทียบคำสั่งแพทย์ฉบับปัจจุบันกับรายชื่อคิวและบันทึกการรักษาครั้งก่อน, ตรวจสอบชนิด วิธี จำนวนครั้ง กรณีมีคำสั่งใหม่หรือเปลี่ยนแผนต้องมีการบันทึก และสื่อสารให้ทีมรับทราบก่อนเริ่มรักษา

2.3 ใช้ Suanprung Anesthesia Safety Checklist: ดำเนินการ Time Out ก่อนการรักษาทุกราย ก่อนปล่อยกระแสไฟฟ้า ให้จิตแพทย์และวิสัญญีพยาบาลหยุดกิจกรรมอื่นชั่วคราว และยืนยันตัวตนผู้ป่วย คำสั่งการรักษา ชนิดของการรักษา ลำดับครั้งของการรักษา และความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มการรักษาด้วยวาจาให้ทีมได้ยินตรงกัน หาก Checklist ไม่ครบ ห้ามเริ่มการรักษาจนกว่าจะตรวจสอบและแก้ไขเรียบร้อยแล้ว

2.4 หยุดกระบวนการรักษาด้วยไฟฟ้าครั้งนั้นๆ ไว้ก่อน เมื่อพบความคลาดเคลื่อน ได้แก่ ตัวตนผู้ป่วยไม่ตรงกัน ไม่มีคำสั่งแพทย์หรือคำสั่งไม่ชัดเจน, เอกสารหรือ Checklist ไม่ครบ, ผู้ป่วย เครื่องมือ ยา หรือทีมยังไม่พร้อม

3. ระยะหลังการรักษาด้วยไฟฟ้า

ความเสี่ยง ณ ศูนย์ ECT

3.1 การบันทึกข้อมูลการรักษาคลาดเคลื่อน

- บันทึกผลการรักษาในเวชระเบียนผิดราย
- ใช้ Label Sticker หรือแบบบันทึกของผู้ป่วยคนอื่น
- บันทึกชื่อ-นามสกุล HN หรือ AN ไม่ตรงกับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา
- บันทึกจำนวนครั้งของการรักษาไม่ถูกต้อง เช่น ระบุครั้งที่รักษาผิดหรือไม่บันทึกที่ทำจริง
- บันทึกค่าที่ใช้ในการรักษา ระยะเวลาการชัก หรือผลการรักษาไม่ครบถ้วน

- ไม่บันทึกการเปลี่ยนแปลงแผนหรือคำสั่งของจิตแพทย์หลังการรักษา
- บันทึกข้อมูลของผู้ป่วยรายก่อนลงในเวชระเบียนของผู้ป่วยรายถัดไป

ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น ข้อมูลที่คลาดเคลื่อนอาจถูกนำไปใช้กำหนดคิว จำนวนครั้ง หรือวางแผนการรักษาครั้งต่อไป ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาเกินจำนวน ขาดการรักษา หรือได้รับการรักษาไม่ตรงตามแผน

3.2 การสรุปจำนวนครั้งและแผนการรักษาต่อเนื่องไม่ถูกต้อง: ไม่ปรับปรุงข้อมูลในตารางคิวหรือระบบที่ใช้บริหารจัดการคิว, ผู้ป่วยครบจำนวนครั้งแล้วแต่ยังคงอยู่ในรายชื่อรักษาหรือผู้ป่วยยังไม่ครบจำนวนครั้งแต่ถูกนำออกจากคิว

3.3 การส่งต่อข้อมูลหลังการรักษาไม่ครบถ้วนหรือคลาดเคลื่อน

- ส่งข้อมูลหรือเอกสารกลับหอยผู้ป่วยผิดราย
- ไม่ยืนยันตัวตนผู้ป่วยก่อนส่งกลับหอยผู้ป่วย
- ไม่แจ้งเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษา
- ไม่แจ้งข้อควรเฝ้าระวังหรือการดูแลต่อเนื่องแก่หอยผู้ป่วย
- การสื่อสารด้วยวาจาไม่ตรงกับข้อมูลในเอกสารหรือเวชระเบียน

3.4 การจัดการอุบัติการณ์ไม่ครบถ้วน: ไม่ประเมินผู้ป่วยทันทีเมื่อพบความคลาดเคลื่อนและไม่รายงานจิตแพทย์หรือแพทย์ผู้รับผิดชอบเพื่อประเมินผลกระทบ, รายงานอุบัติการณ์ล่าช้าทำให้ไม่สามารถรวบรวมข้อมูลหรือทบทวนเหตุการณ์ได้ครบถ้วน

มาตรการป้องกัน

3.1 ตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของเวชระเบียน ภายหลังการรักษาทุกราย ให้ตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูล

3.2 ทวนสอบจำนวนครั้งและสถานะของแผนการรักษา ปรับปรุงสถานะในระบบบริหารจัดการคิวหลังการรักษา

3.3 ส่งต่อข้อมูลอย่างเป็นระบบ ก่อนส่งผู้ป่วยกลับหอยผู้ป่วย ให้ยืนยันตัวตนด้วยตัวบ่งชี้อย่างน้อย 2 ตัว และส่งต่อข้อมูลที่จำเป็น ได้แก่ ผู้ป่วยได้รับการรักษาครั้งที่เท่าใด ผลการรักษา และเหตุการณ์สำคัญระหว่างทำ ประเด็นที่ต้องเฝ้าระวังและการดูแลต่อเนื่อง

3.4 รายงานอุบัติการณ์ในระบบเมื่อเหตุการณ์ที่เกิดกับผู้ป่วยแล้ว

3.5 จัดการทันทีเมื่อพบอุบัติการณ์ ประเมินสภาพผู้ป่วยและผลกระทบที่เกิดขึ้น รายงานจิตแพทย์ หรือแพทย์ผู้รับผิดชอบเพื่อประเมินและปรับแผนการรักษา บันทึกและรายงานเหตุการณ์ในระบบ

การดูแลต่อเนื่องที่หอยผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า

1. พยาบาลหอยผู้ป่วยรับส่งต่อข้อมูลจากศูนย์ ECT และทวนสอบตัวตนผู้ป่วยก่อนรับกลับหอยผู้ป่วย
2. ประเมินและติดตามอาการผู้ป่วยหลังการรักษาด้วยไฟฟ้า ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ การข้างเคียงหลังรักษาด้วยไฟฟ้า และภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามแนวทางที่กำหนด
3. จัดหอยผู้ป่วยพักผ่อนในพื้นที่ที่ปลอดภัย พร้อมเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้ม
4. บันทึกผลการประเมินและการพยาบาลในเวชระเบียนให้ครบถ้วน
5. หากพบความผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อน ให้รายงานแพทย์ทันที รวมทั้งรายงานอุบัติการณ์ในระบบ

Competency บุคลากร

1. วิทยาลัยพยาบาลได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาด้วยไฟฟ้าสำหรับผู้ป่วยจิตเวช
2. วิทยาลัยพยาบาลรับการอบรมฟื้นฟูวิชาการวิทยาลัยพยาบาลสำหรับวิทยาลัยพยาบาลประจำทุกปี
3. พยาบาลวิทยาลัย ได้รับการอบรม ACLS PROVIDER และทบทวน ACLS Algorithm ร่วมกัน เดือนละ 2 ครั้ง
4. เจ้าหน้าที่ประจำศูนย์รักษาด้วยไฟฟ้าทบทวน BLS ทุกเดือน

การดูแลยา (Medication Management)

1. ยาที่ใช้ในการรักษาด้วยไฟฟ้าจัดเก็บตามมาตรฐานการบริหารยาและนโยบายของโรงพยาบาล
2. วิทยาลัยพยาบาลตรวจสอบชื่อยา ความเข้มข้น ขนาดยา วันหมดอายุ และสภาพยาก่อนใช้ทุกครั้ง
3. ดำเนินการตามหลัก Right Patient, Right Drug, Right Dose, Right Route, Right Time ก่อนบริหารยา
4. กรณียาที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert Drug) ให้ดำเนินการ Double Check ก่อนบริหารยา
5. บันทึกการใช้ยาในแบบบันทึกวิทยาลัยและเวชระเบียนให้ครบถ้วน
6. หากพบความคลาดเคลื่อนด้านยา ให้รายงานอุบัติการณ์และดำเนินการตามระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล

การดูแลเครื่องมือ (Equipment Management)

1. มีการตรวจสอบความพร้อมของเครื่อง ECT ก่อนใช้งานทุกวัน และตรวจสอบการตั้งค่าเครื่อง ECT ให้ตรงตามแผนการรักษาของแพทย์ก่อนเริ่มรักษาทุกราย
2. มีการตรวจสอบอุปกรณ์ความพร้อมของเครื่องดมยาสลบ เครื่องดูดเสมหะ เครื่องช่วยหายใจ เครื่องติดตามสัญญาณชีพ อุปกรณ์ช่วยชีวิต ระบบไปป์ไลน์ออกซิเจน, Defibrillation, Video-laryngoscope, เครื่องรักษาไฟฟ้า Thyatron ก่อนเริ่มให้การรักษากาย
3. หากพบเครื่องมือชำรุด ให้งดใช้งานทันที และแจ้งหน่วยวิศวกรรมหรือบริษัทผู้รับผิดชอบทำการแก้ไข

การบำรุงรักษาเครื่อง (Preventive Maintenance)

1. มีการบำรุงรักษาเชิงป้องกัน (Preventive Maintenance: PM) เครื่อง ECT และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องตามแผนของโรงพยาบาล
2. ต้องมีการสอบเทียบ (Calibration) เครื่องมือ ตามรอบระยะเวลาที่กำหนด ได้แก่ เครื่องรักษาด้วยไฟฟ้า, เครื่องดมยาสลบ, เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ (Defibrillator), เครื่องติดตามสัญญาณชีพ, เครื่องดูดเสมหะ (Suction Unit)
3. มีการบันทึกประวัติการซ่อม การบำรุงรักษา และการสอบเทียบเครื่องมือทุกครั้ง
4. ก่อนนำเครื่องกลับมาใช้งานหลังการซ่อม ต้องผ่านการตรวจสอบความพร้อมและทดสอบการทำงาน

ตัวชี้วัด ด้านกระบวนการ

ระยะก่อนการรักษาด้วยไฟฟ้า

1. จำนวนครั้งของความไม่สมบูรณ์ในการเตรียมผู้ป่วยก่อนการรักษาด้วยไฟฟ้า (เช่น NPO ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่ครบ ใบยินยอมไม่ครบ คำสั่งการรักษาไม่ครบถ้วน และยังไม่ได้รับการประเมินก่อนการระงับความรู้สึก) เป้าหมาย เท่ากับ 0
2. จำนวนครั้งของความคลาดเคลื่อนของคำสั่งการรักษา เป้าหมาย เท่ากับ 0
3. จำนวนครั้งของความคลาดเคลื่อนของการระบุตัวตนผิดพลาดก่อนส่งรักษาด้วยไฟฟ้า เป้าหมายเท่ากับ 0

ระหว่างการรักษาด้วยไฟฟ้า

4. ร้อยละของผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ในขณะทำการรักษาด้วยไฟฟ้า เป้าหมายเท่ากับ 0

$$\text{ร้อยละ} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ในขณะรับการรักษาด้วยไฟฟ้า}}{\text{จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าทั้งหมด}} \times 100$$

ระยะหลังการรักษาด้วยไฟฟ้า

5. ร้อยละของเวชระเบียนผู้ป่วยที่บันทึกข้อมูลการรักษาครบถ้วน เป้าหมาย 100%

$$\text{ร้อยละ} = \frac{\text{จำนวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่บันทึกข้อมูลการรักษาครบถ้วน}}{\text{จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าทั้งหมด}} \times 100$$

6. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อข้อมูลหลังการรักษาด้วยไฟฟ้าครบถ้วน เป้าหมาย 100%

$$\text{ร้อยละ} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อข้อมูลหลังการรักษาไฟฟ้าครบถ้วน}}{\text{จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าทั้งหมด}} \times 100$$

ตัวชี้วัด ด้านผลลัพธ์

1. จำนวนอุบัติการณ์การรักษาด้วยไฟฟ้าผิดคน = 0 ราย
2. จำนวนอุบัติการณ์การรักษาด้วยไฟฟ้าผิดวิธี = 0 ราย
3. จำนวนอุบัติการณ์การรักษาด้วยไฟฟ้าผิดแผนการรักษา = 0 ราย

การกำกับติดตาม (Monitoring)

1. หัวหน้าหอผู้ป่วยมีการสอน/นิเทศ การปฏิบัติตามแนวทางการรักษาด้วยไฟฟ้า
2. มีการทบทวนอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไป ทุกครั้งและนำผลการทบทวนมาปรับปรุงระบบ
3. Risk Owner และคณะกรรมการ PCT ECT ร่วมกันติดตามตัวชี้วัดและสรุปผลการติดตามต่อคณะกรรมการคุณภาพ

การติดเชื้อที่สำคัญในสถานพยาบาลตามบริบทขององค์กร

Infection Prevention and Control

I1: Hand hygiene

นิยาม (Definition)

การทำความสะอาดมือเป็นการปฏิบัติเพื่อลดจำนวนเชื้อจุลชีพที่อยู่บนมือโดยการถูมือด้วยแอลกอฮอล์หรือล้างมือด้วยสบู่ หรือสบู่ผสมน้ำยาทำลายเชื้อ (WHO)

เป้าหมาย (Goal)

- เพื่อให้บุคลากรล้างมืออย่างถูกวิธี
- เพื่อกำจัดเชื้อโรค ป้องกันการติดเชื้อ และแพร่กระจายเชื้อจากมือบุคลากรสู่ผู้ป่วย
สู่สิ่งของเครื่องใช้ของผู้ป่วยและสู่สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล

แนวทางป้องกัน (Process)

● ผู้รับผิดชอบ

1. คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล

1.1 ทบทวนมาตรฐานการ/แนวทางการปฏิบัติให้มีความทันสมัยสอดคล้องกับหลักวิชาการ
ด้านการ ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

1.2 สรุปประเมินผลการปฏิบัติพร้อมทั้งหามาตรการส่งเสริม กระตุ้น สร้างบรรยากาศให้เกิด
การล้างมือ หรือการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ

1.3 ส่งเสริมการเรียนรู้และการสร้างนวัตกรรมด้านการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจาย
เชื้อในโรงพยาบาล

2. ICN และ ICWN

2.1 ติดตามนิเทศ ควบคุมกำกับ ให้เกิดการล้างมือในบุคลากรและผู้ป่วยอย่างถูกต้อง

2.2 ประเมินประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของการปฏิบัติตามแนวทางการล้างมือของบุคลากร
ในหน่วยงาน พร้อมทั้งรายงานผลการดำเนินงาน พร้อมทั้งปัญหาอุปสรรคที่พบ ในหน่วยงานให้ ICC ทราบ

3. บุคลากร

3.1 ปฏิบัติตามแนวทางการล้างมืออย่างเหมาะสม ถูกต้อง เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
ในโรงพยาบาล

3.2 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติหรือผู้รับบริการมีความรู้ ความเข้าใจและมีทักษะ สามารถล้างมือ
ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

3.3 ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคที่พบจากการปฏิบัติต่อผู้รับผิดชอบ
เพื่อนำข้อมูลไปพัฒนา/ปรับปรุงระบบ

3.4 ส่งเสริมการเรียนรู้และการสร้างนวัตกรรมด้านการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจาย
เชื้อในโรงพยาบาล

วิธีปฏิบัติ

1. ข้อบ่งชี้ในการทำมาความสะอาดมือ (My 5 Moment for Hand Hygiene)

- 1.1. ก่อนสัมผัสผู้ป่วย เช่น จับผู้ป่วยพลิกตะแคงตัว ก่อนช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน ก่อนวัดสัญญาณชีพ ก่อนสวมถุงมือทำกิจกรรม
- 1.2. ก่อนทำกิจกรรมสะอาดหรือปราศจากเชื้อ เช่น ดูดเสมหะ ทำแผล เตรียมยาฉีด เจาะเลือด ก่อนสวมถุงมือทำหัตถการ
- 1.3. หลังสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง หลังสัมผัสผิวหนังที่มีแผล หลังฉีดยา หลังถอดถุงมือทุกครั้ง
- 1.4. หลังสัมผัสผู้ป่วย เช่น จับผู้ป่วยพลิกตะแคงตัว หลังช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน หลังวัดสัญญาณชีพ หลังถอดถุงมือ
- 1.5. หลังสัมผัสสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย เช่น หลังสัมผัสวัสดุอุปกรณ์ รวากันเตียง ตู้ข้างเตียงผู้ป่วย ไม่ว่าจะสัมผัสผู้ป่วยหรือไม่สัมผัสผู้ป่วยก็ตาม และหลังถอดถุงมือ

2. การทำมาความสะอาดมือ

ประเภท	วัตถุประสงค์	แนวทางปฏิบัติ
1.การล้างมือโดยทั่วไป (Normal hand washing)	เป็นการทำมาความสะอาดมือเพื่อขจัดสิ่งเปื้อนเปื้อน ผื่นละออง เหงื่อไคลบน มือออก เพื่อให้มือสะอาดโดยใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ไม่ได้สัมผัสสิ่งคัดหลั่งจากร่างกายผู้ป่วย ก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วยแต่ละราย ก่อนให้การพยาบาลหรือทำกิจกรรม ต่างๆ ให้แก่ผู้ป่วย	1. ฟอกมือด้วยน้ำและสบู่ 1 มล. ตามขั้นตอน 7 ขั้นตอนจนครบ นานอย่างน้อย 20-30 วินาที แล้วล้างออกด้วยน้ำสะอาด 2.เช็ดมือให้แห้งด้วยผ้าเช็ดมือหรือกระดาษเช็ดมือที่สะอาดและแห้ง 3.ใช้ระยะเวลาทั้งหมดจนมือแห้ง 40-60วินาที
2.การล้างมือด้วยน้ำยาทำลายเชื้อ (Hygienic hand hygiene)	เป็นการทำมาความสะอาดมือ เมื่อต้องการขจัดเชื้อจุลชีพที่อยู่ชั่วคราวบนมือ ซึ่งอาจเกิดจากการสัมผัส สารคัดหลั่งจากร่างกายผู้ป่วยหรือเครื่องมือแพทย์ สิ่งของเครื่องใช้ ของผู้ป่วย ที่มีการปนเปื้อน เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากมือของบุคลากร ทำมาความสะอาดมือเมื่อต้องมีการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง ได้แก่ ทารก ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ ผู้ป่วยซึ่งอยู่ในห้องแยกหรือผู้ป่วยที่มี การติดเชื้อรุนแรงหรือกรณีก่อนการทำหัตถการเล็กที่ต้องใช้เทคนิคปลอดเชื้อ การปฏิบัติที่ต้องสอดใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์เข้าสู่ร่างกาย หรือหลังจาก	1. การทำมาความสะอาดมือ 7 ขั้นตอนจนครบ โดยใช้ทำลายเชื้อ เช่น 4% chlorhexidine gluconate 3-5 มล หรือ iodophor 7.5% นานอย่างน้อย 20 - 30 วินาที แล้วล้างด้วยน้ำสะอาด 2. เช็ดมือให้แห้งด้วยผ้าเช็ดมือที่สะอาด และแห้งหรือด้วยกระดาษเช็ดมือ 3. ใช้ระยะเวลาทั้งหมดจนมือแห้ง 40 - 60วินาที

	สัมผัสสิ่งปนเปื้อนหรือสารคัดหลั่งจากผู้ป่วย เช่น - ก่อนปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้เทคนิคปลอดเชื้อ เช่น การใส่สายสวน การดูดเสมหะ เย็บแผล เจาะท้อง เจาะปอด เป็นต้น - ก่อนและหลังดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วย	
3. การล้างมือเพื่อทำหัตถการ (Surgical hand antisepsis)	เป็นการทำความสะอาดมือ เพื่อขจัดเชื้อจุลชีพซึ่งอยู่ชั่วคราวบนมือและลดจำนวนเชื้อจุลชีพประจำถิ่นบนมือเพื่อเตรียมทำหัตถการ เช่น การผ่าตัด การทำคลอด	1. ทำความสะอาดมือด้วยสบู่ยาฆ่าเชื้อ เช่นเดียวกับการทำความสะอาดมือแบบ hygienic hand hygiene แต่เพิ่มการใช้แปรงทำความสะอาดเล็บมือ (ไม่ต้องแปรงมือ) และแปรงเฉพาะการทำความสะอาดมือครั้งแรกของแต่ละวัน โดยฟอกมือ แขนจนถึงข้อศอกให้ทั่วเป็นเวลานาน 3-5 นาที 2. ล้างมือด้วยน้ำสะอาดและใช้ผ้าแห้งที่ปราศเชื้อซับมือให้แห้ง
4. การใช้ Alcohol – based hand rub: AHR /waterless (แอลกอฮอล์กลีเซอริน)	ใช้เมื่อ กรณีมือไม่เปื้อน - มีความจำกัดสถานที่ และอุปกรณ์ในการล้างมือ หรือมีความรีบเร่งในการปฏิบัติงาน - กรณีหลังการสัมผัสผู้ป่วยที่ติดเชื้อ Clostridium difficile ไม่ควรใช้แอลกอฮอล์ ทำความสะอาดมือ เพราะแอลกอฮอล์ไม่สามารถ ทำลายสปอร์ของเชื้อชนิดนี้ได้ - ก่อนและหลังให้การพยาบาลผู้ป่วย แต่ละราย - ก่อนสวมถุงมือปราศจากเชื้อก่อนการสอดใส่เครื่องมือแพทย์เข้าสู่ร่างกาย - หลังสัมผัสสิ่งแวดล้อมผู้ป่วย สิ่งของ เครื่องใช้ที่อยู่บริเวณเตียงผู้ป่วย - ก่อนสวมและถอดถุงมือ - เมื่อสัมผัสส่วนต่างๆของร่างกายผู้ป่วยที่อาจมีการปนเปื้อนและต้องสัมผัสส่วนของร่างกายที่สะอาดขณะให้การดูแลผู้ป่วยรายเดิม กรณีมือไม่เปื้อน	1. ใช้ Alcohol – based hand rub ปริมาณ 3-5 มิลลิลิตร (2 ปั้น) กรณีมือขนาดใหญ่ควรใช้ในปริมาณ 4-6 มิลลิลิตร 2. ถูน้ำยาให้ทั่วมือทั้งสองข้าง ทุกซอกทุกมุม รวมทั้งปลายนิ้วปฏิบัติเช่นเดียวกับการทำความสะอาดมือด้วยน้ำและสบู่ 3. ถูจนกระทั่งแอลกอฮอล์แห้ง ใช้ระยะ เวลา 20 - 30 วินาที โดยไม่ต้องล้างน้ำ หากรู้สึมือแห้งในระยะเวลาน้อยกว่า 15 วินาที ให้กดแอลกอฮอล์เพิ่ม และถูมือซ้ำอีกครั้ง 4. ไม่ใช้ Alcohol – based hand rub ถูมือเมื่อเปื้อนหรือสกปรก

	- ก่อนให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความไวต่อการรับเชื้อ (เช่น ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง) - ก่อนและหลังการสัมผัสบาดแผล สายสวนปัสสาวะ และอุปกรณ์อื่นๆ ที่สอดใส่เข้าสู่ร่างกาย กรณีเร่งด่วน - หลังสัมผัสผู้ป่วยที่ทราบแน่ชัดว่ามีเชื้อก่อโรคที่สำคัญเจริญอยู่ตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย (เช่น MRSA, MDR Klebsiella)	
--	---	--

3. ขั้นตอนการทำความสะอาดมือ

- ก่อนการล้างมือควรถอดแหวน หรือเครื่องประดับต่างๆ ออกก่อน
- เปิดน้ำราดมือสองข้างถึงข้อมือหรือข้อศอก ควรเปิดน้ำให้ไหลพอสมควร ไม่ไหลแรงเกินไป ถ้าเป็นก๊อกน้ำแบบก๊อกทางปลาให้ใช้ศอกเปิด ไม่ควรใช้มือ
- ฟอกมือด้วยน้ำและสบู่เหลว ปริมาณ 1 มิลลิลิตร ถูทั่วมือถ้าเป็นสบู่เหลวผสมน้ำยาฆ่าเชื้อ ให้ใช้ปริมาณ 3 - 5 มิลลิลิตรและฟอกมือ ตามขั้นตอน 7 ขั้นตอน ดังนี้
 1. ใช้ฝ่ามือถูฝ่ามือ
 2. ใช้ฝ่ามือถูหลังมือ โดยถูให้ทั่ว และถูข้อมือด้วยมือ จากนั้นสลับใช้ฝ่ามืออีกข้างถูหลังมือรวมไปถึงข้อมือ
 3. ใช้ฝ่ามือถูฝ่ามือ และนิ้วถูข้อมือ
 4. ใช้หลังนิ้วมือถูฝ่ามือ
 5. ใช้ฝ่ามือถูรอบนิ้วหัวแม่มือ รวมไปถึงโคนนิ้วหัวแม่มือและหลังนิ้วหัวแม่มือ
 6. ใช้ปลายนิ้วถูฝ่ามือ จากนั้นสลับปลายนิ้วอีกข้างเพื่อถูฝ่ามืออีกข้าง
 7. ถูรอบข้อมือ
- ล้างสบู่ออกด้วยน้ำ โดยทั่วไปมักใช้ระยะเวลาทั้งหมด 40 – 60 วินาที
- เช็ดมือให้แห้งด้วยผ้าเช็ดมือชนิดใช้ครั้งเดียว
- ในกรณีที่ก๊อกน้ำไม่ได้เป็นระบบอัตโนมัติ ให้ใช้ผ้าเช็ดมือจับลูกบิดก๊อกน้ำเพื่อปิดน้ำ

การกำกับติดตาม (Monitoring)

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

I2: Prevention of Healthcare Associated infection

I2.1: Catheter- Associated Urinary Tract Infection (CAUTI) Prevention

นิยาม (Definition)

การติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่มีการคาสายสวนปัสสาวะมาแล้วไม่น้อยกว่า 2 วัน โดยในวันที่เริ่มมีอาการ หรือการตรวจพบที่นำไปสู่การวินิจฉัยการติดเชื้อผู้ป่วย ยังคงคาสายสวน อยู่หรือถอดสายสวนออกไปแล้วไม่เกิน 1 วัน ตามเกณฑ์วินิจัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล

เป้าหมาย (Goal)

- เพื่อเป็นแนวทางในการสวนคาสายสวนปัสสาวะให้ถูกต้อง
- เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อของทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ

แนวทางป้องกัน (Process)

1. คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล กำหนดแนวทางปฏิบัติ กำกับ ติดตามระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่มีการคาสายสวนปัสสาวะ
2. เฝ้าระวัง และรายงานการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะที่เกิดขึ้นตามระบบรายงานการติดเชื้อ ในโรงพยาบาลของคณะกรรมการ ICC / ICN ทุกเดือน
3. แนวทางการปฏิบัติ
 - 3.1 พิจารณาใส่คาสายสวนปัสสาวะเฉพาะมีข้อบ่งชี้ ดังต่อไปนี้
 - ผู้ป่วยมีภาวะปัสสาวะคั่งเฉียบพลัน หรือมีการอุดตันของปลายเปิดกระเพาะปัสสาวะ
 - ผู้ป่วยภาวะวิกฤติต้องการประเมินปริมาณปัสสาวะที่เที่ยงตรง
 - ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเกี่ยวข้องกับระบบทางเดินปัสสาวะ หรือมีการผ่าตัดที่ใช้เวลานาน หรือ มีการได้รับสารน้ำจำนวนมากหรือมีความจำเป็นต้องประเมินปริมาณปัสสาวะในขณะผ่าตัด
 - ช่วยส่งเสริมการหายของแผลในผู้ป่วยมีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้และมีแผลบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์หรือ sacral
 - 3.2 ล้างมือทุกครั้งก่อนเตรียมอุปกรณ์ ก่อนใส่สายสวนปัสสาวะ หรือสัมผัสผู้ป่วย หรือระบบระบาย ปัสสาวะผู้ป่วย
 - 3.3 เตรียมชุดอุปกรณ์ปราศจากเชื้อสำหรับการสวนคาสายสวนปัสสาวะให้ครบถ้วน
 - 3.4 ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ผู้ป่วยก่อนใส่สายสวนปัสสาวะ สวนคาสายสวนปัสสาวะ ด้วยเทคนิค ปิดดเชื้อ
 - 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 เหนือ บริเวณ connector tube หรือจากช่องที่ออกแบบเฉพาะ (sampling port) ด้วย 10% providone-iodine หรือ 75% แอลกอฮอล์แล้วใช้กระบอกฉีดยาและเข็มเบอร์ 23 – 25 ที่ปราศจากเชื้อแทงสายยาง ตรงตำแหน่งที่ 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 ถอดสายสวนปัสสาวะทันทีเมื่อหมดข้อบ่งชี้ในการใส่สายสวนปัสสาวะ
- 3.13 หากสายสวนแล้ว 2 สัปดาห์ ถ้าไม่พบหินปูนเกาะที่ปลายสายสวน ยังไม่ต้องเปลี่ยนสายสวน
- 3.14 กำหนดระยะเวลาการเปลี่ยนสายสวน ทุก 1 เดือน
- 3.15 เมื่อผู้ป่วยแสดงอาการ ปวดปัสสาวะบ่อย มีปัสสาวะแสบขัด ควรกระตุ้นให้ดื่มน้ำมากๆ
- 3.16 ไม่ควรใส่ผ้าอ้อมให้เพื่อผู้ป่วยตลอดเวลา เพื่อลดการก่อเชื้อโรค ควรพาผู้ป่วยไปเข้าห้องน้ำ
ตามเวลาเพื่อฝึกขับถ่าย
- 3.17 ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยน้ำและฟอกด้วยสบู่ วันละ 2 ครั้ง และหลังขับถ่าย

การกำกับติดตาม (Monitoring)

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

I2.2: Hospital-Acquired Pneumonia (HAP) Prevention

นิยาม (Definition)

ภาวะปอดอักเสบจากการติดเชื้อในผู้ป่วยหลังจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 2 วัน โดยในวันที่เริ่มมีอาการ หรือการตรวจพบที่นำไปสู่การวินิจฉัยการติดเชื้อผู้ป่วย โดยไม่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ

เป้าหมาย (Goal)

เพื่อป้องกันและลดอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล (HAP)

แนวทางป้องกัน (Process)

1. คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล (ICC / ICN) กำหนดแนวทางปฏิบัติ กำกับ ติดตามระบบการเฝ้าระวัง รวมถึงรายงานการติดเชื้อที่เกิดขึ้นตามระบบรายงานของคณะกรรมการฯ ทุกเดือน

2. แนวทางการปฏิบัติ

2.1 การประเมินผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบ (HAP Risk Assessment)

ประเมินเมื่อแรกรับ หลังมีอาการเปลี่ยนแปลง และหลังมีการปรับยาจิตเวช โดยใช้ "แบบประเมิน ความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบ (HAP Risk Assessment Form) " กลุ่มเสี่ยง ได้แก่

2.1.1 ความเสี่ยงต่อการสำลัก (Aspiration Risk)

- ภาวะกลืนลำบาก (Dysphagia)
- ไอหรือสำลักขณะรับประทานอาหาร
- มีน้ำลายไหลมาก
- ผู้ป่วยที่มีภาวะ EPS
- ผู้ป่วย Neuroleptic Malignant Syndrome (NMS)
- ผู้ป่วยที่เคยเกิด Aspiration Pneumonia

2.1.2 ระดับความรู้สึกลดลง

- ได้รับยาจิตเวชที่ทำให้ง่วงซึม
- ได้รับ Benzodiazepines
- ได้รับ Clozapine หรือยาหลายชนิดร่วมกัน
- ซึม ไม่ร่วมมือ รับประทานอาหารเองไม่ได้

2.1.3 ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง

- Catatonia
- ผู้ป่วยติดเตียง
- ผู้ป่วยปัญญาบกพร่อง
- ผู้ป่วยต้องมีผู้ป้อนอาหาร

2.1.4 กลุ่มเสี่ยงสูง

- ผู้สูงอายุ ≥ 65 ปี
- เบาหวาน

- โรคหัวใจ
- โรคปอดเรื้อรัง
- ภาวะทุพโภชนาการ
- มีประวัติไข้หวัดใหญ่หรือปอดอักเสบในช่วงที่ผ่านมา

2.2 การทำความสะอาดมือ

- บุคลากรปฏิบัติตาม Hygienic Hand Hygiene อย่างถูกวิธี 7 ขั้นตอนและตามหลักการ 5 moment
- ส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำความสะอาดมือก่อนรับประทานอาหารและหลังเข้าห้องน้ำ

2.3 การป้องกันการสำลัก

2.3.1 คัดกรองการกลืน

ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการสำลัก ควรได้รับการคัดกรองภาวะกลืนลำบาก (Dysphagia Screening) ก่อนรับประทานอาหาร น้ำ หรือยาทางปาก โดยใช้แบบประเมินผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบ ในผู้ป่วยจิตเวช (HAP Risk Assessment) และ แบบคัดกรองภาวะกลืนลำบาก สำหรับผู้ป่วยจิตเวช (Dysphagia Screening) ของโรงพยาบาล (ภาคผนวก)

ให้ประเมินซ้ำเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของอาการ ระดับความรู้สึกตัว หรือหลังมีการปรับยาจิตเวชที่อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการสำลัก หากพบภาวะกลืนลำบาก ไอหรือสำลักขณะรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำ ระดับความรู้สึกตัวลดลง หรือไม่ผ่านการคัดกรองการกลืน ให้รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาประเมินเพิ่มเติม และกำหนดแนวทางการให้อาหารหรือการรักษาที่เหมาะสม

2.3.2 การดูแลตามผลการคัดกรอง

ผ่านการคัดกรอง → รับประทานอาหารตามแผนการรักษา จัดท่าศีรษะสูง และเฝ้าระวัง

ไม่ผ่านการคัดกรอง → แจ้งแพทย์ งดอาหารและน้ำทางปากเมื่อมีข้อบ่งชี้ตามคำสั่งแพทย์ ปรับชนิดอาหารหรือวิธีให้อาหารตามแผนการรักษา และป้องกันการสำลัก

2.3.3 การจัดท่า

- นั้งศีรษะสูง 60–90 องศา ระหว่างรับประทานอาหาร
- หลังรับประทานอาหารให้นั่งหรือนอนศีรษะสูง 30 – 45 องศา อย่างน้อย 30 – 60 นาที
- ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ให้นอนตะแคงกึ่งคว่ำ เพื่อให้เสมหะไหลออกและป้องกันการตกกลับของลิ้นปิดทางเดินหายใจให้พลิกตะแคงทุก 2 ชั่วโมง
- ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ จัดให้นอนศีรษะสูง 30 – 45 องศา เพื่อป้องกันการสำลักเสมหะในลำคอ
- ส่งเสริมการลุกนั่งและการเคลื่อนไหวเมื่อไม่มีข้อห้าม

2.3.4 การให้อาหาร

- ผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวลดลง ไม่ควรรับประทานอาหารทางปากจนกว่าแพทย์จะประเมินว่าปลอดภัย
- ป้อนอาหารทีละคำเล็ก ๆ ช้า ๆ
- ไม่เร่งหรือพูดคุยกับผู้ป่วยขณะกลืน
- ปรับชนิดอาหารตามความสามารถในการกลืนตามคำสั่งแพทย์

- หากให้อาหารทางสายยาง ให้ปฏิบัติตามแนวทางการให้อาหารทางสายยาง

2.4 การดูแลระบบทางเดินหายใจ

- กระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจลึกและไอขับเสมหะ
- ดูแลให้ได้รับน้ำอย่างเพียงพอ (หากไม่มีข้อห้าม)
- ช่วยเคาะปอดเมื่อมีข้อบ่งชี้
- ดูแลเสมหะด้วยหลัก Aseptic Technique เมื่อจำเป็น

2.5 การป้องกันการติดเชื้อ

- ใช้ Aseptic Technique ในหัตถการทุกชนิด
- ดูแลความสะอาดอุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วย
- ทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมและจุดสัมผัสร่วมทุกวัน
- ปฏิบัติตาม Standard Precautions และ Transmission-based Precautions ตามข้อบ่งชี้

2.6 การดูแลสุขอนามัยช่องปาก

- ประเมินช่องปากทุกวัน
- ดูแลริมฝีปากไม่ให้แห้งแตก ทาวาสลินถ้าริมฝีปากเริ่มแห้ง
- แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง
- ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ให้เจ้าหน้าที่ช่วยแปรงฟันด้วยแปรงขนนุ่ม
- ผู้ไม่มีฟัน ใช้ผ้าก๊อชชุบ NSS หรือน้ำยาบ้วนปาก เช็ดทำความสะอาดช่องปาก
- ทำความสะอาดช่องปากหลังอาหารและก่อนนอน
- ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงเลือดออกง่าย ใช้ไม้พันสำลีชุบ NSS หรือน้ำยาบ้วนปาก ทำความสะอาดแทนการแปรงฟัน
- ก่อนทำความสะอาดภายในช่องปากจัดทำผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30 -45 องศา ตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง หรือให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งหากไม่มีข้อห้าม
- ในกรณีที่ไม่สามารถจัดให้นอนศีรษะสูงได้ให้นอนตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง หรือจัดให้อยู่ในท่านอนตะแคง
- ล้างมือ และสวมถุงมือสะอาดก่อนการดูแลทำความสะอาดภายในช่องปากให้ผู้ป่วย

2.7 การเฝ้าระวัง เฝ้าระวังอาการต่อไปนี้ทุกวัน หากสงสัย HAP ให้แจ้งแพทย์และ ICN ทันที

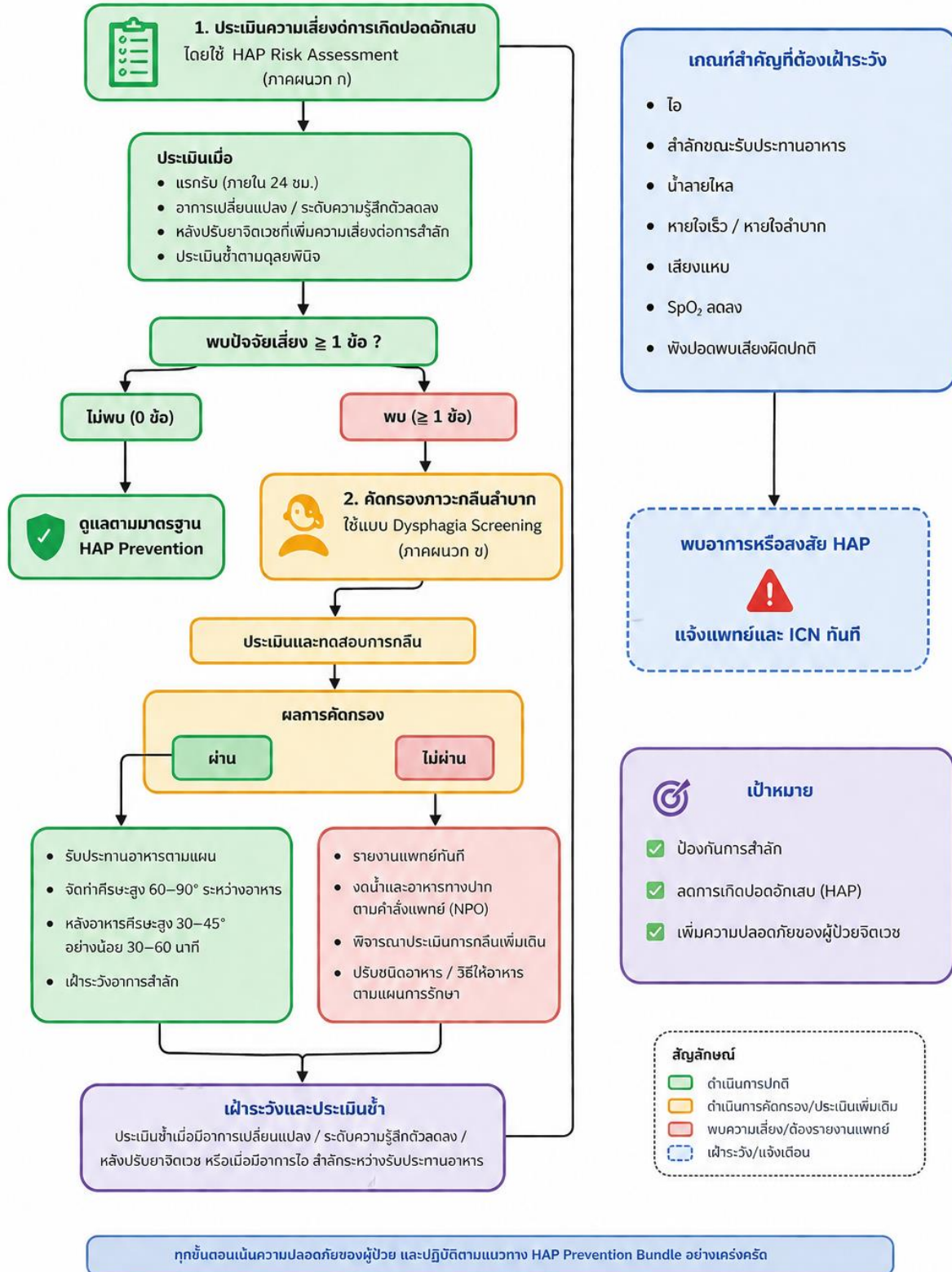
- ไอ
- ไอ
- เสมหะเพิ่มขึ้น
- หายใจเร็ว
- ค่า Oxygen saturation ลดลง
- ฟังปอดพบเสียงผิดปกติ
- ผลเอกซเรย์ปอดผิดปกติ (ตามข้อบ่งชี้)

การกำกับติดตาม (Monitoring)

อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบในโรงพยาบาล ≤ 2 ครั้ง/1,000 pt. Day

Flow การประเมินและป้องกันปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยจิตเวช

ใช้แบบประเมิน 2 ชุด ควบคู่กัน เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย



12.3: Upper Respiratory Tract Infection Prevention; URI, Influenza, COVID-19

นิยาม (Definition)

การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน (Upper Respiratory Infection: URI) ครอบคลุมถึงภาวะติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจส่วนบน ได้แก่ จมูก โพรงจมูก คอหอย และกล่องเสียง และสำหรับสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่หรือโรคที่มีความสำคัญทางระบาดวิทยา เช่น COVID-19 และ ไข้หวัดใหญ่ (Influenza) ให้ถือเป็นกรณีที่ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดและปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออย่างเคร่งครัด

การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน (Upper Respiratory Infection; URI; pharyngitis, laryngitis, epiglottitis) ผู้ป่วยต้องมีลักษณะเข้าได้กับเกณฑ์การวินิจฉัยอย่างน้อย 1 ข้อต่อไปนี้

1. มีอาการหรืออาการแสดงต่อไปนี้อย่างน้อย 2 อย่างคือ มีไข้ (อุณหภูมิ > 38.0 องศาเซลเซียส) คอแดง* เจ็บคอ* ไอ* เสียงแหบ* หรือมีเสมหะคล้ายหนองในลำคอ*

ร่วมกับข้อใดข้อหนึ่งอย่างน้อย 1 ข้อ ต่อไปนี้

1.1 ตรวจพบเชื้อด้วยการเพาะเชื้อหรือวิธีการอื่นจากทางเดินหายใจส่วนบนคือ larynx, pharynx และ epiglottis (ไม่นับรวมเสมหะหรือการดูดเสมหะจากหลอดลมเป็นสิ่งส่งตรวจในกรณีนี้ เพราะไม่ใช่สิ่งส่งตรวจจากระบบทางเดินหายใจส่วนบน)

1.2 ตรวจพบ IgM antibody ต่อเชื้อก่อโรคสูงถึงระดับที่ใช้วินิจฉัย 1 ครั้ง หรือ IgG antibody ต่อเชื้อก่อโรค เพิ่มขึ้น 4 เท่าขึ้นไปในการตรวจครั้งที่สอง

1.3 แพทย์ให้การวินิจฉัย

2. ตรวจพบฝีหนอง (abscess) จากการตรวจทางกายวิภาคหรือทางพยาธิวิทยา

COVID-19 และ Influenza กรณีที่อาการอยู่เฉพาะทางเดินหายใจส่วนบน: จะใช้นิยามตามรหัส EENT-UR (เกณฑ์ข้อที่ 1 ด้านบน) โดยมีสิ่งยืนยันจำเพาะคือผลตรวจ Antigen หรือ NAAT/RT-PCR ของเชื้อ Influenza หรือ SARS-CoV-2 เป็นบวก (Positive) จากสิ่งส่งตรวจทางเดินหายใจ

เป้าหมาย (Goal)

- เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคทางเดินหายใจสู่บุคลากรผู้ป่วยรายอื่น และสิ่งแวดล้อมภายในโรงพยาบาล
- เพื่อหยุดยั้งการระบาดของโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล
- เพื่อให้บุคลากรปฏิบัติงาน ภายใต้มาตรฐานความปลอดภัยอย่างถูกต้อง

แนวทางป้องกัน (Process)

1. การคัดกรองและการวินิจฉัย

- คัดกรองผู้ป่วยตั้งแต่จุดแรกรับ (OPD/ER) และประเมินซ้ำ หากพบผู้ป่วยมีอาการในหอผู้ป่วยโดยสังเกตอาการไข้ ไอ จาม น้ำมูก เจ็บคอ
- ให้ผู้ป่วยสวมหน้ากากอนามัยทันทีที่พบอาการสงสัย
- คัดแยก (Triage) ผู้ป่วยที่มีอาการทางเดินหายใจออกจากผู้ป่วยทั่วไปแยกไว้ที่ ARIC หรือในหอผู้ป่วยให้แยกผู้ป่วย/ห้องแยก ดูแลผู้ป่วยตามมาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
- ตรวจวินิจฉัยโรคและรักษาตามแผนการรักษา

2. มาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ (Transmission-based Precautions)

มาตรการ	แนวทางปฏิบัติ
Standard Precautions	ล้างมือด้วยน้ำและสบู่ หรือแอลกอฮอล์เจล 7 ขั้นตอน ตามหลัก 5 Moments ก่อนและหลังดูแลผู้ป่วย
Droplet Precautions	สวม Surgical mask เมื่อดูแลผู้ป่วยระยะไม่เกิน 3 ฟุต และจัดให้ผู้ป่วยอยู่ห่างกันเกิน 3 ฟุต หรือแยกห้อง
Contact Precautions	สวมถุงมือและเสื้อกาวน์ทุกครั้งที่ทำให้การดูแลสัมผัสสิ่งแวดล้อมหรือใกล้ตัวผู้ป่วย

เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชอาจมีข้อจำกัดด้านระดับความรู้สึกตัว หรือความร่วมมือในการสวมหน้ากาก และการล้างมือ บุคลากรต้องเพิ่มมาตรการการดูแลดังนี้

- การดูแลสุขอนามัย: บุคลากรต้องดูแลและควบคุมการล้างมือรวมถึงการดูแลทำความสะอาดช่องปากให้ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ
- การเฝ้าระวังอาการ: สังเกตอาการทางระบบทางเดินหายใจอย่างใกล้ชิดในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการสำลัก
- การจัดการสภาพแวดล้อม: ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาด ปลอดภัยและจัดระยะห่างเมื่อทำได้

3. การจัดการเชิงพื้นที่ (Setting-Specific Strategies)

3.1 กรณีหอผู้ป่วยมีห้องแยก (Isolation Room)

มาตรการ	แนวทางปฏิบัติ
การแยกผู้ป่วย	แยกผู้ป่วยในห้องแยกและปิดประตูตลอดเวลา
อุปกรณ์ป้องกัน	สวม PPE ที่เหมาะสม สำหรับ Droplet และ Contact precaution (ใช้ N95 สำหรับเหตุการณ์ที่อาจเกิด aerosol)

3.2 กรณีหอผู้ป่วยไม่มีห้องแยก

- ใช้มาตรการ "Cohort" และการจำกัดพื้นที่: การแยกกลุ่ม (Cohort): จัดผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อชนิดเดียวกันอยู่ร่วมกัน และแยกจากผู้ป่วยรายอื่นในหอผู้ป่วย
- การเว้นระยะห่าง: ในกรณีไม่มีห้องแยก ต้องจัดให้ผู้ป่วยแต่ละรายอยู่ห่างกันอย่างน้อย 3 ฟุต หรือมากกว่า
- การควบคุมการเคลื่อนย้าย: จำกัดพื้นที่การเคลื่อนย้ายของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหรือระหว่างหอผู้ป่วยเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้อื่น
- การกำกับดูแล: เพิ่มความถี่ในการดูแลและสังเกตอาการผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เพื่อป้องกันการระบาดภายในหอผู้ป่วย

4. การเฝ้าระวังและการรายงานสถานการณ์การระบาด

หากบุคลากรพบสัญญาณหรือสงสัยว่าเกิดการระบาดของโรคติดเชื้อ ต้องแจ้งพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (ICN/ICWN) หรือพยาบาลตรวจการณ์ทันที เพื่อร่วมประเมินสถานการณ์ โดยพิจารณาจากเกณฑ์ดังนี้

4.1 อัตราการติดเชื้อสูงกว่าปกติ: จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างผิดปกติ เมื่อเทียบกับอัตราการติดเชื้อพื้นฐาน (Baseline) ของหอผู้ป่วยนั้นๆ

4.2 พบการติดเชื้อเป็นกลุ่มก้อน (Cluster): พบผู้ป่วยติดเชื้อในตำแหน่งอวัยวะเดียวกันมากผิดปกติ หรือพบโรคติดเชื้อสำคัญทางระบบหายใจเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด (เช่น COVID-19, ไข้หวัดใหญ่, เชื้อดื้อยา)

4.3 มีภาวะสงสัยการระบาด (Suspected Outbreak): พบสัญญาณบ่งชี้หรือเหตุการณ์ผิดปกติอื่นๆ ที่ทำให้เชื่อได้ว่าอาจเกิดการระบาดขึ้น

ขั้นตอนการรายงานเมื่อเข้าเกณฑ์การระบาด

1. ผู้พบเหตุการณ์/บุคลากร: รายงานเหตุการณ์สงสัยการระบาดต่อคณะกรรมการ ICC/ICN ทันที
2. ICN: ดำเนินการบันทึกข้อมูลลงในแบบรายงาน รง.506 (หรือแบบรายงานผู้ป่วยโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา) เพื่อดำเนินการสอบสวนโรคต่อไป

5. การจัดการเรื่องญาติหรือผู้เยี่ยมชมในหอผู้ป่วยจิตเวชที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ (URI, COVID-19, Influenza) เพื่อเฝ้าระวังการป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออย่างเคร่งครัด ดังนี้

5.1 การคัดกรองและการเข้าถึงพื้นที่ (Access Control)

- **การคัดกรองเบื้องต้น:** ต้องทำการคัดกรองญาติหรือผู้เยี่ยมชมทุกคนที่จุดแรกรับหรือหน้าหอผู้ป่วย โดยสังเกตอาการไข้ ไอ จาม หรือน้ำมูก
- **มาตรการปฏิเสธการเข้าเยี่ยม:** หากญาติมีอาการสงสัยหรือมีอาการป่วยทางเดินหายใจ
 - ต้องงดการเข้าเยี่ยมโดยเด็ดขาดเพื่อป้องกันการนำเชื้อเข้าสู่หอผู้ป่วย
 - แจ้งให้ญาติทราบถึงความจำเป็นที่ต้องงดเยี่ยม และแนะนำให้ญาติไปรับการตรวจรักษา เสนอช่องทางการติดต่อทางเลือก
 - ขอให้ญาติออกจากพื้นที่หน้าหอผู้ป่วยหรือจุดแรกรับโดยเร็วที่สุด
 - บันทึกเหตุการณ์และรายงานต่อหัวหน้าเวรหรือหน่วยงานที่รับผิดชอบ (ICN/ICWN) เพื่อติดตามเฝ้าระวังการติดเชื้อในหอผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

5.2 การปฏิบัติตัวสำหรับญาติที่ได้รับอนุญาตให้เยี่ยม

- **สุขอนามัยส่วนบุคคล:** ญาติทุกคนต้องล้างมือด้วยแอลกอฮอล์เจลหรือน้ำสบู่ให้ถูกต้องตามหลัก 5 Moments ก่อนและหลังการเข้าเยี่ยม
- **การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกัน:** บังคับให้ญาติสวมหน้ากากอนามัย (Surgical mask) ตลอดเวลาที่อยู่ในหอผู้ป่วย
- **การสอนสุขอนามัย (Respiratory Hygiene):** แนะนำญาติให้ปิดปากและจมูก เมื่อไอหรือจาม ด้วยกระดาษชำระหรือต้นแขนด้านใน และทิ้งในถังขยะติดเชื้อ

5.3 การจัดการพื้นที่และเวลาเยี่ยม

- **จำกัดระยะเวลา:** ควรจำกัดเวลาในการเยี่ยมให้สั้นลง เพื่อลดระยะเวลาในการสัมผัสเชื้อภายในหอผู้ป่วย

- **การเว้นระยะห่าง:** จัดพื้นที่เยี่ยมให้ห่างจากผู้ป่วยรายอื่นอย่างน้อย 3 ฟุต เพื่อเป็นไปตามมาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อผ่านละอองฝอย (Droplet Precautions)
- **การจำกัดจำนวนผู้เยี่ยม:** อาจพิจารณาจำกัดจำนวนญาติเข้าเยี่ยมต่อรอบ เพื่อลดความแออัดภายในหอผู้ป่วย

5.4 การเฝ้าระวังและการสื่อสาร

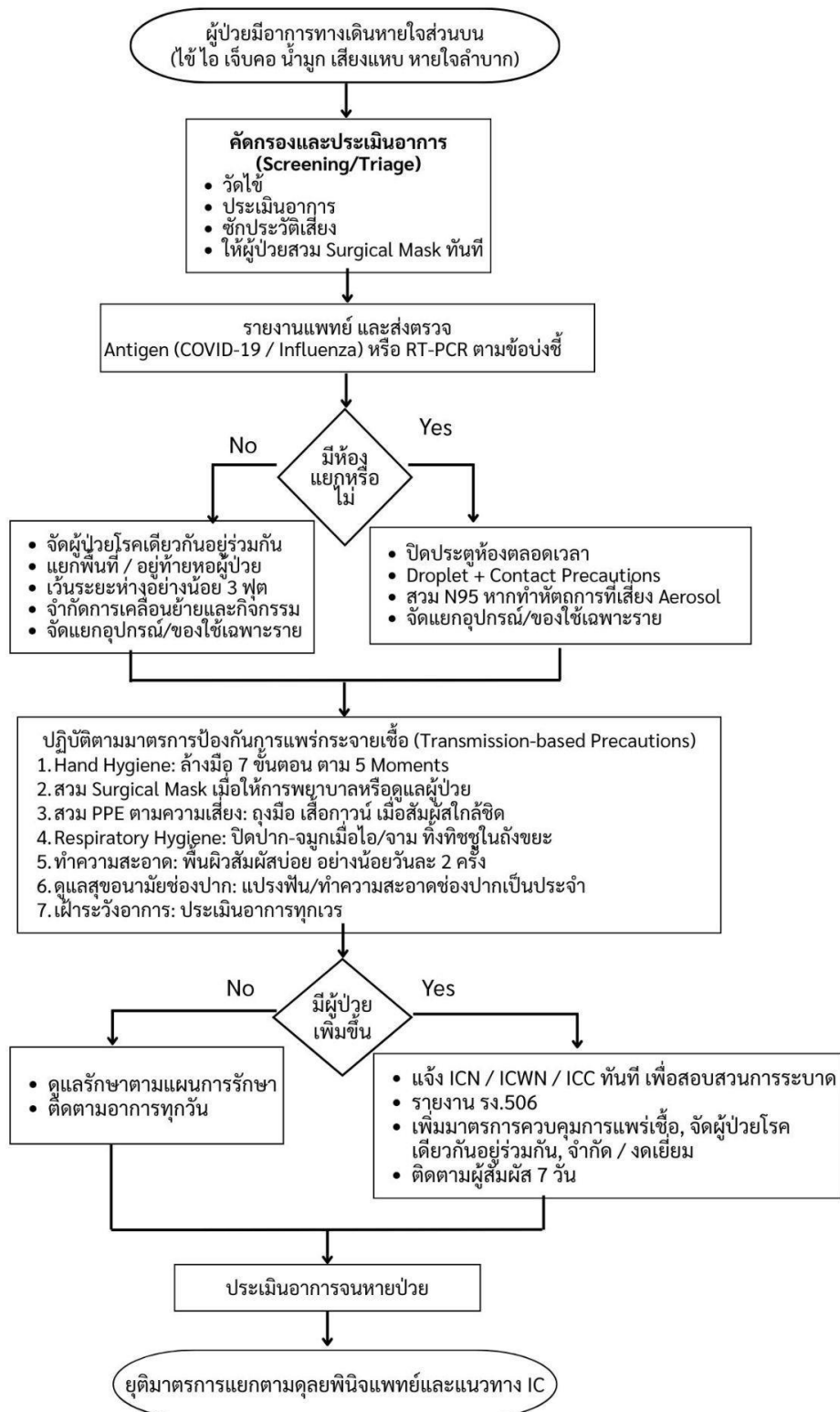
- **การแจ้งเตือน:** กรณีพบว่าญาติที่เข้าเยี่ยมมีอาการป่วยหรือตรวจพบการติดเชื้อในภายหลัง ให้ญาติรีบแจ้งทางหอผู้ป่วยทันที เพื่อดำเนินการเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่ระบาด (Contact tracing)
- **การให้ข้อมูล:** สื่อสารกับญาติอย่างชัดเจนถึงความจำเป็นของมาตรการเหล่านี้ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการป้องกันความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย

5.5 กรณีสถานการณ์การระบาดในหอผู้ป่วย หากมีการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยติดเชื้ออย่างผิดปกติเพิ่มขึ้นอย่างสังเกตได้ เป็นกลุ่มก้อน หรือภาวะสงสัยการระบาด การพิจารณาดูเยี่ยมชั่วคราวหรือเปลี่ยนเป็นการเยี่ยมผ่านช่องทางออนไลน์ (VDO Call) อาจเป็นมาตรการเสริมที่มีประสิทธิภาพที่สุดในการหยุดยั้งการแพร่กระจายเชื้อ

การกำกับติดตาม (Monitoring)

- อัตราผู้ป่วยติดเชื้อ URI /1000 pt. day $\leq$ 2 /1,000 pt. Day
- จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อโควิด -19 ในโรงพยาบาล เท่ากับ $\leq$ 2 ราย
- จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อไขหวัดใหญ่ในโรงพยาบาล $\leq$ 2 ราย

แนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ URI, COVID-19 และ Influenza ในผู้ป่วยจิตเวช



12.4: Tuberculosis (TB) Prevention

นิยาม (Definition)

โรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Mycobacterium tuberculosis* แพร่กระจายจากคนสู่คนผ่านทางอากาศ (airborne transmission) เมื่อผู้ป่วยวัณโรคปอดไอ จาม ทำให้เกิดละอองฝอย (droplet หรือ aerosol) ละอองฝอยที่มีขนาดใหญ่บางส่วนจะตกลงสู่พื้น ส่วนขนาดเล็กขนาด 1-5 ไมครอน จะลอยอยู่ในอากาศ เมื่อผู้อื่นสูดหายใจเข้าไปสู่ถุงลมปอดอาจเกิดการติดเชื้อที่ปอดเป็นวัณโรคปอด (ส่วนใหญ่ 80%) และอาจเกิดในระบบอื่นๆของร่างกาย (วัณโรคนอกปอด)

ผู้ที่น่าจะเป็นวัณโรค (presumptive TB) หมายถึง ผู้ที่มีอาการหรืออาการแสดงเข้าได้กับโรค เช่น ไอทุกวันเกิน 2 สัปดาห์ ไอเป็นเลือด น้ำหนักลดผิดปกติ มีไข้ เหงื่อออกมากผิดปกติตอนกลางคืน เป็นต้น

ผู้ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง (latent TB infection) หมายถึง ผู้ที่ได้รับเชื้อและติดเชื้อวัณโรคแฝงอยู่ในร่างกายแต่ร่างกายมีภูมิคุ้มกัน สามารถยับยั้งการแบ่งตัวของเชื้อวัณโรคได้ ไม่มีอาการผิดปกติใดๆ และไม่สามารถแพร่เชื้อสู่ผู้อื่นได้

ผู้สัมผัสวัณโรค (contacts of TB case) หมายถึงบุคคลที่สัมผัสกับผู้ป่วยที่แพร่เชื้อ (index case) สัมผัสวัณโรคจากการอยู่ร่วมกัน ทำงานด้วยกัน ซึ่งจะต้องได้รับการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาวัณโรค ได้แก่

1) ผู้สัมผัสวัณโรคร่วมบ้าน (household contact) หมายถึง บุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมบ้านกับผู้ป่วย กรณีนอนห้องเดียวกัน (household intimate) มีโอกาสรับและติดเชื้อสูงกว่าผู้ที่อาศัยในบ้านเดียวกัน หากนอนแยกห้อง (household regular) ไม่นับรวมญาติพี่น้องที่อาศัยอยู่คนละบ้านไปมาหาสู่เป็นครั้งคราว นับระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา ตั้งแต่อ่อนผู้ป่วยมีอาการหรือก่อนวินิจฉัย

2) ผู้สัมผัสใกล้ชิด (close contact) หมายถึงบุคคลที่ไม่ใช่ผู้อาศัยร่วมบ้านแต่เป็นพื้นที่เฉพาะ เช่น ทำงานที่เดียวกันในช่วงเวลานาน เฉลี่ยวันละหรือ 120 ชั่วโมง ใน 1 เดือน และนับระยะเวลาที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วย ก็วันก็ได้ในช่วงระหว่าง 3 เดือนที่ผ่านมา ตั้งแต่อ่อนผู้ป่วยมีอาการ หรือก่อนวินิจฉัย

เป้าหมาย (Goal)

เพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในโรงพยาบาล

แนวทางป้องกัน (Process)

1. คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล กำหนดแนวทางปฏิบัติกำกับ ติดตามระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อวัณโรค

2. เฝ้าระวัง และรายงานการติดเชื้อที่เกิดขึ้นตามระบบรายงานการติดเชื้อในโรงพยาบาลของคณะกรรมการ ICC / ICN ทุกเดือน

3. แนวทางปฏิบัติ

3.1 พยาบาลจุดทั้งแผนกจิตเวชฉุกเฉินและหอผู้ป่วย ประเมินผู้ป่วยและญาติตามแบบฟอร์มการค้นหา คัดกรองวัณโรคในผู้ป่วยจิตเวช ดังนี้

3.1.1 ประเมินผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค ได้แก่

- 1) ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคปอด
- 2) ผู้ต้องขัง ผู้อาศัยในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการ/สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง
- 3) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

- 4) ผู้ป่วยโรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง ได้แก่ เบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (HbA_{1c} มากกว่า หรือเท่ากับ 7 mg%) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หรือได้รับยากดภูมิคุ้มกัน
- 5) ผู้สูงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี ที่สูบบุหรี่ หรือมีโรค COPD หรือ DM ร่วมด้วย
- 6) ผู้ใช้สารเสพติด ติดสุราเรื้อรัง
- 7) บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพ

แห่งชาติหรือสิทธิว่าง

3.1.2 ประเมินประวัติและอาการสงสัยวัณโรคปอด ได้แก่

- 1) มีประวัติเคยรักษาวัณโรคปอด
- 2) มีคนในครอบครัวเป็นหรือเคยเป็นวัณโรคปอด
- 3) มีอาการไอทุกวัน เกิน 2 สัปดาห์ หรือไอเป็นเลือด ใน 1 เดือนที่ผ่านมา
- 4) น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุใน 1 เดือนที่ผ่านมา
- 5) มีไข้ทุกวัน นาน 1 สัปดาห์ ใน 1 เดือนที่ผ่านมา
- 6) เหงื่อออกมากผิดปกติตอนกลางคืน

3.2 สรุปผลการคัดกรอง และปฏิบัติดังนี้

3.2.1 คะแนนเท่ากับ 0 ให้เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของวัณโรค

3.2.2 คะแนนรวม 1-2 รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาส่งตรวจ CXR (กรณีนอกเวลาคะแนนรวม ≥ 1 รายงานแพทย์พิจารณาตามดุลพินิจของแพทย์)

3.2.3 คะแนนรวม ≥ 3 รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาส่งตรวจ CXR และส่งตรวจเสมหะ โดยส่งตรวจ AFB และ/หรือตรวจด้วยวิธีอณูชีววิทยา (Molecular Testing) พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยใส่หน้ากากอนามัย (Surgical mask) และจัดให้อยู่โซนแยกผู้ป่วยเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ

3.2.4 หากแพทย์พิจารณาแล้วมีความจำเป็นต้อง admit ให้ผู้ป่วยใส่หน้ากากอนามัย (Surgical Mask) และจัดให้อยู่โซนแยกผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อก่อน

3.2.5 ประสาน ICN ในเวลาราชการ และนอกเวลาราชการประสานพยาบาลตรวจการณ์

3.2.6 หากแพทย์พิจารณาส่งตรวจเสมหะโดยส่งตรวจ AFB และ/หรือตรวจด้วยวิธีอณูชีววิทยา (Molecular Testing) ให้เรียนแพทย์พิจารณา admit ห้องความดันลบ

3.3 บุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อวัณโรค ปฏิบัติดังนี้

3.3.1 ล้างมือให้ครบ 7 ขั้นตอน และ 5 โอกาสในการล้างมือ

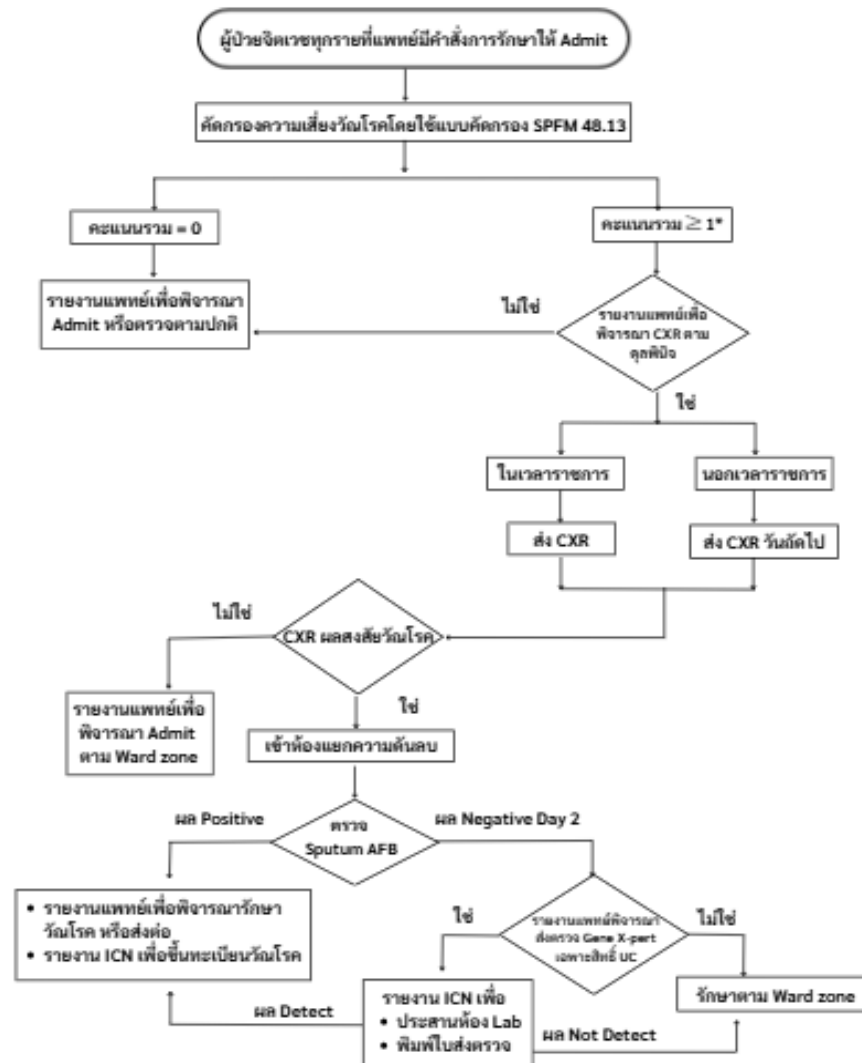
3.3.2 สวม PPE อย่างถูกต้องและเหมาะสม ได้แก่ N95, Gown, Gloves, Face Shield

3.3.3 ทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมในห้องผู้ป่วยวันละ 1 ครั้ง ด้วย Sodium hypochlorite (Virulux™) โดยสวม PPE อย่างเหมาะสม

การกำกับติดตาม (Monitoring)

- จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรคในโรงพยาบาล เท่ากับ 0 ราย

แนวทางการดำเนินการคัดกรองและรักษาวัณโรคในผู้ป่วยจิตเวช



*ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อวัณโรค 7 กลุ่มเสี่ยง ดังนี้

1. ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคปอด
2. ผู้ต้องขัง ผู้อาศัยในสถานกักขังและพัฒนาด่านพินิจ/สถานกักขังคนไร้ที่พึ่ง
3. ผู้ติดเชื้อมาลาเรีย
4. ผู้ป่วยโรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (HbA1C มากกว่า หรือเท่ากับ 7 mg %), ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หรือได้รับยากดภูมิคุ้มกัน
5. ผู้สูงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี ที่สูบบุหรี่ หรือมีโรค COPD หรือ DM ร่วมด้วย
6. ผู้ใช้สารเสพติด ติดสุราเรื้อรัง
7. บุคลากรสาธารณสุขปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่มีสิทธิเข้าถึงระบบสุขภาพแห่งชาติหรือสิทธิว่าง

หมายเหตุ: ผู้ป่วย 7 กลุ่มเสี่ยงพิจารณา CXR จากสิทธิ UC และไม่เคย CXR ในระยะเวลา 1 ปี

*ผู้ที่ไม่สามารถส่งวัณโรคพิจารณาอีกประวัติดังนี้

1. ประวัติการรักษาวัณโรค สถานที่รักษา วันที่เริ่มรักษา ระยะเวลาที่หยุดรักษา และให้ยาตามจากบ้านด้วย
2. กรณีที่ไม่เคยรักษาหาความจำเป็นในการ admit ให้รายงานแพทย์พิจารณา admit เข้าห้องแยกความดันลบ และ CXR วันถัดไป
3. กรณีที่รับการรักษาไม่ครบ หรือน้อยกว่า 21 วัน หากมีความจำเป็นในการ admit ให้รายงานแพทย์พิจารณา admit เข้าห้องแยกความดันลบ เพื่อรับยาตามแผนการรักษาจนครบ 21 วัน
4. กรณีรักษาครบ หรือ มากกว่าหรือเท่ากับ 21 วัน ได้รายงานแพทย์พิจารณา admit ตาม ward zone ได้

ฉบับปรับปรุง, เริ่มใช้ 9 เมษายน พ.ศ.2569

I3: Isolate Precautions

นิยาม (Definition)

การปฏิบัติเพื่อป้องกันหรือยับยั้งการแพร่กระจายเชื้อก่อโรคจากผู้เป็นพาหะของโรค ผู้ป่วยด้วยโรคติดเชื้อ ผู้มีอาการติดเชื้อ มาสู่ผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรในโรงพยาบาล

เป้าหมาย (Goal)

ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคในโรงพยาบาล

แนวทางป้องกัน (Process)

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

3.1 การป้องกันแบบมาตรฐานสำหรับการดูแลผู้ป่วยทุกราย (Standard precautions) ใช้เมื่อบุคลากร ปฏิบัติงานเพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากเลือด 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 วัณโรคหัด วัณโรคสุกใส

วิธีดำเนินการ	
การปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่แพร่กระจายเชื้อทางอากาศ (Airborne precaution)	วิธีปฏิบัติ
ห้องผู้ป่วย	- ควรให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องแยกความดันลบ ประตูห้องแยก ควรปิดตลอดเวลา จัดให้มีการแลกเปลี่ยนอากาศภายในห้องอย่างน้อย 6 รอบต่อชั่วโมง - กรณีไม่มีห้องแยกจัดให้ผู้ป่วยติดเชื้อชนิดเดียวกันอยู่ห้องเดียวกันได้อุปกรณ์ที่ใช้ในห้องใช้เฉพาะราย - แขนงป่วยแข็งแรง

อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย	ผู้ให้การดูแล - สวมผ้าปิดปาก - จมูก ชนิด N 95 เมื่อให้การดูแลผู้ป่วย - สวมถุงมือชนิดใช้ครั้งเดียวทิ้ง ทุกครั้งที่สัมผัสผู้ป่วย - ผู้ป่วยสวม Surgical mask ตลอดเวลา ยกเว้น เวลารับประทานอาหารและแปรงฟัน
การเคลื่อนย้าย	- เคลื่อนย้ายเมื่อจำเป็นและให้ผู้ป่วยใส่ผ้าปิดปาก - จมูกชนิดธรรมดา รวมทั้งแจ้งหน่วยงานที่รับย้าย ทราบถึงการแพร่กระจายเชื้อ

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

วิธีดำเนินการ	
การปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่แพร่กระจายเชื้อ โดยฝอยละออง (Droplet precautions)	วิธีปฏิบัติ
ห้องผู้ป่วย	- แยกผู้ป่วยไว้ในห้องแยกปิดประตูตลอดเวลากรณีไม่มีห้องแยกจัดให้ผู้ป่วยติดเชื้อชนิดเดียวกันอยู่ห้องเดียวกันได้/อยู่ห่างกันเกิน 3ฟุต อุปกรณ์ใช้เฉพาะราย - แวนป่วยแจ้งเตือน
อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย	- สวมผ้าปิดปากและจมูก Surgical mask เมื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะไม่เกิน 3 ฟุต - สวมถุงมือเมื่อจับต้องผู้ป่วย
การเคลื่อนย้าย	- เมื่อจำเป็นต้องเคลื่อนย้าย ให้ผู้ป่วยใส่ผ้าปิดปากและจมูก Surgical mask รวมทั้งแจ้งหน่วยงานที่รับย้ายทราบถึงการแพร่กระจายเชื้อ

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

วิธีดำเนินการ	
การปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่แพร่กระจายเชื้อ โดยการสัมผัส (Contact precautions)	วิธีปฏิบัติ
ห้องผู้ป่วย	- แยกผู้ป่วยไว้ในห้องแยกปิดประตูตลอดเวลากรณีไม่มีห้องแยกจัดให้ผู้ป่วยติดเชื้อชนิดเดียวกันอยู่ห้องเดียวกันได้/อยู่ห่างกันเกิน3ฟุต อุปกรณ์ใช้เฉพาะราย - แวนป่วยแจ้งเตือน

อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย	- สวมถุงมือทุกครั้งที่ใช้การดูแล หลังถอดถุงมือล้างมือทันที - สวมผ้ากันเปื้อน
การเคลื่อนย้าย	- เคลื่อนย้ายผู้ป่วยเมื่อจำเป็น กรณีเคลื่อนย้ายต้องระวัง การปนเปื้อนสู่สิ่งแวดล้อมกรณีมีบาดแผลที่มีเชื้อโรคต้องปิด แผลให้มิดชิดรวมทั้งแจ้งหน่วยงานที่รับย้ายทราบถึงการแพร่ กระจายเชื้อและให้ทำความสะอาดพาหนะที่เคลื่อนย้ายด้วยน้ำ ยาทำลายเชื้อตามขั้นตอนนโยบาย รพ.กำหนด

การกำกับติดตาม (Monitoring)

- อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล < 2 ครั้ง/1,000 pt. Day

I4: 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 คัดกรองซักประวัติเชื้อดื้อยา

1.2 ให้การดูแลผู้ป่วยทุกคนที่มารับบริการโดยใช้หลัก standard precaution

1.3 เมื่อมีเหตุการณ์ให้การดูแลโดยใช้หลัก contact precaution

2. ข้อปฏิบัติสำหรับแผนกผู้ป่วยใน

2.1 เฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ป่วยทุกราย และกรณีสงสัยผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในกลุ่ม 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 และเปลี่ยนใหม่เมื่อต้องไปดูแล

ผู้ป่วยรายอื่น

2.4 จัดพื้นที่ในหอผู้ป่วยเพื่อแยกผู้ป่วยออกจากผู้ป่วยอื่น

2.5 ส่งเวรให้ทราบว่าเป็นผู้ป่วย contact precaution

2.6 กรณีที่แพทย์มีคำสั่งใช้ยาปฏิชีวนะ ในการรักษาผู้ป่วยให้แพทย์วินิจฉัยโรคติดเชื้อด้วย

ทุกครั้งในแบบบันทึก Doctor Order sheet

3. การดูแลสิ่งแวดล้อม

3.1 ทำความสะอาดอุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วย strict wet mob ทำความสะอาดพื้นผิวด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อที่ รพ. จัดสรรให้ใช้ และเช็ดทำความสะอาดอุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วยโดยปฏิบัติตามคู่มือการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

3.2 แยกอุปกรณ์ของใช้ส่วนตัวผู้ป่วยไม่ให้ปะปนกับผู้ป่วยรายอื่น

การกำกับติดตาม (Monitoring)

อัตราการติดเชื้อดื้อยา ในโรงพยาบาล 0 ครั้ง/1,000 pt. Day

15: การจัดการการระบาดของโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล

นิยาม (Definition)

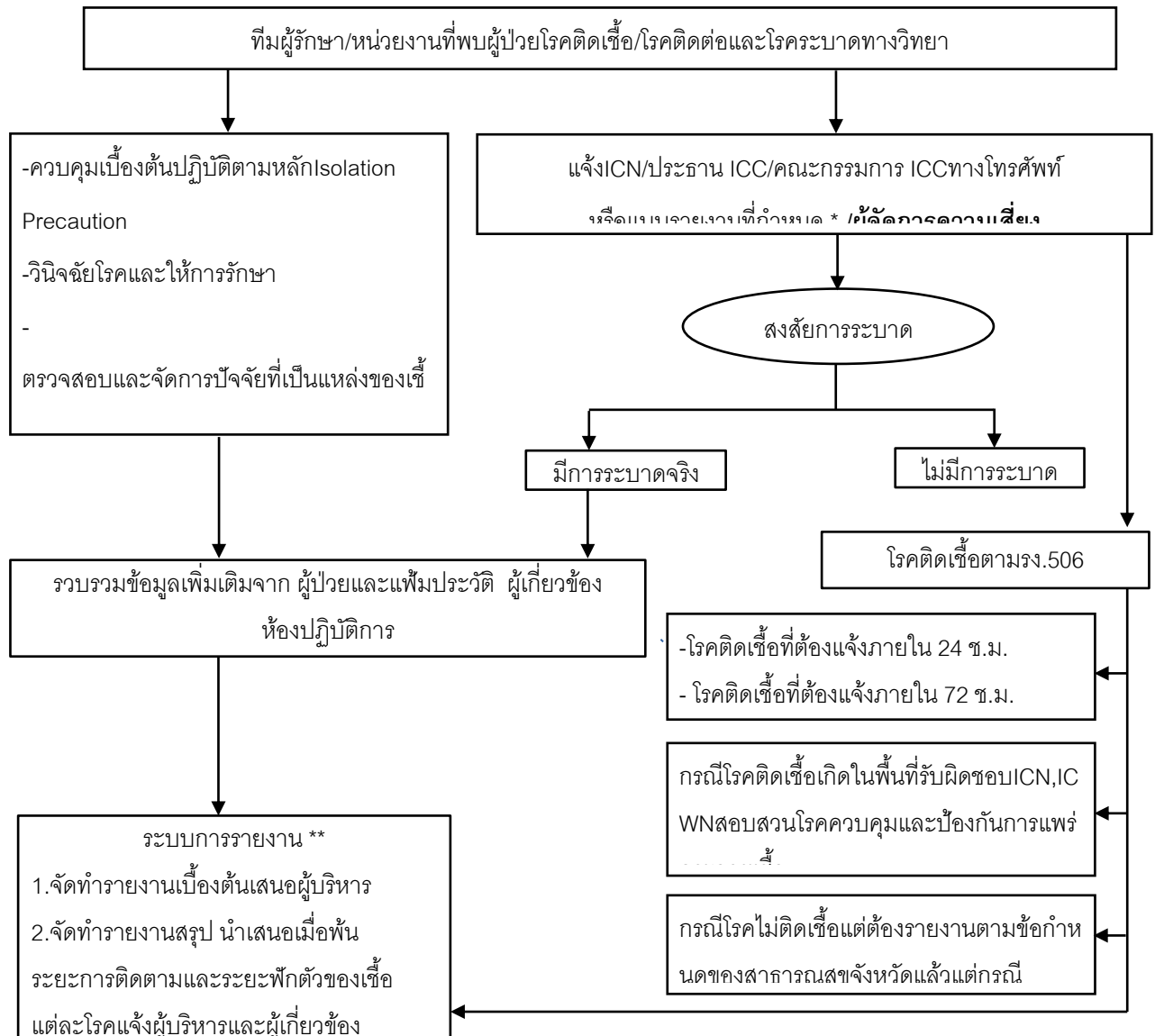
การระบาดของโรคติดเชื้อ หมายถึง การเพิ่มขึ้นของการติดเชื้อจากอัตราพื้นฐานโดยอาจเป็นการติดเชื้อที่ ตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งมากอย่างผิดปกติหรือการติดเชื้อที่เกิดจากโรคชนิดใดชนิดหนึ่งเพิ่มขึ้นอย่างผิดสังเกต หรือมีการติดเชื้อที่มีความสำคัญทางระบาดวิทยา เช่น ไข้หวัดนก โรคติดเชื้อไวรัส โควิด-19 เป็นต้น

เป้าหมาย (Goal)

เพื่อหยุดยั้งการระบาดของโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล

แนวทางป้องกัน (Process)

- การจัดการการระบาดของโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล
 1. การแจ้งเมื่อมีหรือสงสัยว่ามีการระบาดของโรคติดเชื้อ ให้รีบแจ้งผู้เกี่ยวข้องโดยด่วน (ทางโทรศัพท์ แล้วตามด้วยเอกสาร) ในเวลาราชการแจ้ง ICWN/ICN นอกเวลาราชการพยาบาลเวรแจ้งพยาบาลตรวจการณ์
 2. ให้องค์กรและบุคลากรที่เกี่ยวข้องร่วมมือในการสอบสวนการระบาดและวางแผนควบคุมการระบาด
 3. การรายงาน รายงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องผู้บริหารเป็นระยะๆ และเมื่อสิ้นสุดการสอบสวน
 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 หรือ กลุ่มก้อนโรคติดเชื้อ

การกำกับติดตาม (Monitoring)

- เฝ้าระวังอย่างจำเพาะเรื่องนั้นๆ จนกว่าจะแน่ใจว่าการระบาดสิ้นสุดแล้ว
- ไม่มีการระบาดของโรคติดเชื้อ

บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน

นิยาม (Definition)

หมายถึง โรคติดเชื้อที่บุคลากรของโรงพยาบาลสวนปรุงสัมผัสขณะปฏิบัติงานและอาจเกิดการติดเชื้อ (Infection) หรือโรค (disease) ขึ้น โดยการสัมผัสผู้ป่วยหรือเลือด สารคัดหลั่ง เนื้อเยื่อ อวัยวะของผู้ป่วย รวมทั้งวัสดุอุปกรณ์ที่มีเชื้อก่อโรค

เป้าหมาย (Goal)

เพื่อให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสวนปรุงปลอดภัยจากการติดเชื้ออันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่ในระดับ National Personnel Safety Goals

ขอบเขตการเฝ้าระวัง

ครอบคลุมบุคลากรทุกระดับที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสวนปรุง

ประเภทของโรคติดเชื้อจำแนกตามวิธีการแพร่กระจายเชื้อก่อโรค

ผู้ป่วยจิตเวชมักพร่องการรับรู้ในการดูแลตนเอง เช่น ผู้ป่วยไม่สวมใส่หน้ากากอนามัย ผู้ป่วยถ่มน้ำลาย ผู้ป่วยไอจามใส่ผู้อื่น ฯลฯ บุคลากรปฏิบัติงาน มีการสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยจิตเวชในการดูแลทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การดูแลกิจวัตรประจำวัน การควบคุมผู้ป่วยก้าวร้าวรุนแรงหรือจำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัด เป็นต้น ส่งผลให้บุคลากรมีความเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน โดยจำแนกประเภทตามวิธีการแพร่กระจายของเชื้อก่อโรค ได้แก่

1. ผ่านทางอากาศ (Airborne Transmission) ได้แก่ วัณโรคทางเดินหายใจ อีสุกอีใส และหัด รวมทั้งโรค ติดเชื้ออุบัติใหม่ เช่น SARS
2. ผ่านละอองสารคัดหลั่งทางเดินหายใจ (Droplet Transmission) ได้แก่ โรคโควิด-19, ไข้หวัดใหญ่, ไข้หวัด, คอตีบ, โอลิกริน ฯลฯ
3. ผ่านการสัมผัสเชื้อ (Contact Transmission) ได้แก่ HIV, HBV, HCV จากอุบัติเหตุเข็มทิ่มตำ เลือดและสารคัดหลั่งกระเด็น รวมทั้งถูกกัด ถูกข่วน
4. ผ่านทางสัตว์พาหะนำโรค (Vector Borne Transmission) โดยเฉพาะยุง เช่น ไข้เลือดออก ไวรัสชิคา มาลาเรีย ฯลฯ พบได้น้อยมาก นอกจากในโรงพยาบาลอยู่ในพื้นที่ชุกชุมโรค

แนวทางป้องกัน (Process)

1. กำหนดผู้รับผิดชอบหลัก ได้แก่ คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน และคณะกรรมการบริหารทรัพยากรบุคคล และบทบาทหน้าที่ดังนี้

ผู้รับผิดชอบ	หน้าที่
คณะกรรมการบริหารทรัพยากรบุคคล	- จัดทำทะเบียนและตรวจสอบสุขภาพบุคลากรก่อนเข้าทำงาน - จัดสรรบุคลากรให้เหมาะกับลักษณะงาน - บริหารงานทรัพยากรบุคคลกรณีมีการเจ็บป่วยต้องหยุดงาน
คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน	- บริการตรวจสอบสุขภาพบุคลากร - ให้ความรู้การดูแลสุขภาพแก่ บุคลากร - ให้คำปรึกษาแก่บุคลากรด้านความเสี่ยง และการป้องกันโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพ - ให้ความรู้ด้านการส่งเสริมภูมิคุ้มกันโรคแก่บุคลากร - ดำเนินการให้วัคซีนที่จำเป็นต่อบุคลากร - ติดตามการฉีดวัคซีนและภูมิคุ้มกัน
คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล	- ประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ในกรณีเกิดโรคติดต่อในโรงพยาบาล - ให้แนวทางการจัดการหลังสัมผัสโรค

2. กำหนดแนวทางการคัดกรองภูมิคุ้มกันโรคติดเชื้อที่สำคัญของบุคลากรและส่งเสริมให้บุคลากรได้รับวัคซีนป้องกันโรค (pre-exposure prophylaxis, active immunization) เพื่อลดความรุนแรง หากเกิดการติดเชื้อ และลดการแพร่กระจายสู่ผู้ป่วยที่มาใช้บริการในโรงพยาบาล รวมทั้งมีการตรวจสอบสุขภาพประจำปีเพื่อติดตามความเสี่ยง ตามระเบียบปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (SPP48)

3. กำหนดให้มีการปฐมนิเทศบุคลากรทุกรายเมื่อเริ่มต้นปฏิบัติงานใหม่และอบรมประจำปีในระหว่างปฏิบัติงาน

4. กำหนดให้มีแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อแก่บุคลากรตามหลัก Standard Precautions โดยให้คำนึงว่าผู้ป่วยทุกรายอาจจะมีเชื้อโรคในร่างกายที่สามารถติดต่อโดยเลือดและสารคัดหลั่ง (Blood, Body fluid, Secretion, Excretion) อ้างอิงตามคู่มือ SPSPD 48.02

5. กำหนดให้มีแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อติดเชื้อตามหลัก Transmission-Based Precautions และอบรมบุคลากรสุขภาพในการใช้งานเครื่องป้องกันร่างกายส่วนบุคคล (protective personal equipment) อย่างถูกต้อง ตามประเภทกิจกรรมที่เสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อก่อโรคให้ครอบคลุม อ้างอิงตามคู่มือ SPSPD 48.02 และ SPI 48.17

6. ในหน่วยงานมีการเฝ้าระวังคัดกรองอาการป่วยของบุคลากรในที่อย่างใกล้ชิด แนะนำให้บุคลากรรักษาร่างกายให้แข็งแรง หากบุคลากรเป็นไข้หวัดหรือเป็นโรคระบบทางเดินหายใจ ควรรับรักษาให้หาย และหลีกเลี่ยงการขึ้นเวรติดต่อกันเกินเกณฑ์การจัดอัตรากำลังในหอผู้ป่วย

7. จัดให้มีระบบการคัดกรอง (screen) เพื่อคัดกรองผู้มารับบริการทุกรายก่อนเข้า OPD/ER หากพบผู้ป่วยที่มีอาการทางเดินหายใจ เช่น ไอ จาม หรือโรคผิวหนัง ให้แยกผู้ป่วยทันที

8. จัดให้มีพื้นที่เฉพาะเพื่อป้องกันการสัมผัสโรคและแพร่กระจายเชื้อ (isolation precaution) ที่ ARI clinic ในผู้ป่วยที่มีหรือสงสัยโรคติดเชื้อที่อาจติดต่อได้ เช่น วัณโรค โรคติดเชื้ออุบัติใหม่ ในแผนกผู้ป่วยนอก

และบริการจิตเวชฉุกเฉิน และสวม PPE ที่ยกระดับขึ้น เช่น หน้ากาก N95 เมื่อต้องดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง อ้างอิงตาม SPI 48.18

9. มีแนวปฏิบัติการจัดการสิ่งแวดล้อม (Environmental Management) **บริเวณพื้นที่คัดกรอง** ห้องตรวจ และหอผู้ป่วย ได้แก่ การดูแลระบบระบายอากาศให้อากาศถ่ายเท การทำความสะอาด และทำลายเชื้อบนพื้นผิว (Disinfection) สิ่งของหรืออุปกรณ์ที่ผู้ป่วยสัมผัสบ่อยด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อที่เหมาะสม อ้างอิงตาม SPI 48.17

10. กำหนดให้มีแนวทางการป้องกันการติดเชื้อเฉพาะบริบทเฉพาะ เช่น

10.1 วิธีแยกผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการคลุ้มคลั่งและผู้ป่วยติดเชื้อในช่วงเวลาเดียวกันของหอผู้ป่วย ควรให้ผู้ป่วยโรคติดเชื้ออยู่ในห้องแยกเป็นลำดับแรก ส่วนผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการคลุ้มคลั่ง ให้จำกัดพฤติกรรมในบริเวณพื้นที่อื่นของหอผู้ป่วย

10.2 มีการซ้อมแผนร่วมกันระหว่างทีม IC และทีมจัดการพฤติกรรมรุนแรงเพื่อเข้าควบคุมผู้ป่วยก้าวร้าวรุนแรงที่มีโรคติดเชื้อร่วมด้วย เช่น การผูกมัดผู้ป่วย (Restraint) อย่างปลอดภัยบุคลากรที่เข้าควบคุมต้องสวม PPE ให้ครบถ้วนและปฏิบัติหน้าที่อย่างรวดเร็วเพื่อลดเวลาในการสัมผัสใกล้ชิด

10.3 การจัดกิจกรรมกลุ่มของผู้ป่วยในระยะฟื้นฟู หากมีผู้ป่วยสงสัยหรือมีอาการของโรคทางเดินหายใจ ควรให้ผู้ป่วยสวมใส่หน้ากากอนามัยและเลี่ยงการเข้ากลุ่มบำบัดก่อน หรือบำบัดรักษาเป็นรายบุคคลเมื่ออาการดีขึ้นแล้ว

แนวทางการจัดการเมื่อบุคลากรสงสัยหรือมีการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน

อ้างอิงตามคู่มือ SPSPD 48.02 และ SPI 48.16 โดยปฏิบัติดังนี้

1. มีระบบรายงานการติดเชื้อในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่รวดเร็ว เพื่อให้ทีมควบคุมการติดเชื้อ (ICN) สามารถลงพื้นที่สอบสวนโรคและควบคุมการระบาดภายในหอผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างทันท่วงที

2. มีช่องทางและขั้นตอนการรายงานที่ชัดเจนทันทีเมื่อบุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน

3. มีแนวทางการตัดสินใจมีการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานหรือไม่ เมื่อได้ดำเนินการสอบสวนโรคพบว่าบุคลากรปฏิบัติงานในหน่วยงานที่มีผู้ป่วยโรคติดเชื้อใดเชื้อหนึ่งเกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยไม่มีประวัติการสัมผัสติดเชื้อจากคนในครอบครัว/คนใกล้ชิด หรือแหล่งชุมชนมาก่อน รวมทั้งให้แนวทางปฏิบัติตัวแก่ผู้ที่ปฏิบัติงานร่วมกันในหน่วยงานเพื่อควบคุมการระบาดและป้องกันการเกิดซ้ำ

4. บุคลากรได้รับการตรวจวินิจฉัย การดูแลรักษาอย่างถูกต้องจากแพทย์และประเมิน เพื่อพักการปฏิบัติหน้าที่หรือจำกัดการปฏิบัติหน้าที่ การลาป่วยตามสิทธิ หรือแยกกักตัวตามเกณฑ์ของโรคนั้นๆ เพื่อไม่ให้แพร่เชื้อสู่ผู้อื่น

5. มีแนวทางการให้คำแนะนำข้อปฏิบัติของบุคลากรหลังสัมผัสโรคหรือป่วยเป็นโรคติดเชื้อในการดูแลตนเองและให้รายงานอาการตนเองต่อผู้บังคับบัญชาทราบจนกว่าจะหายดี แล้วกลับมาทำงานใหม่

6. มีการจัดเก็บข้อมูลที่เป็นความลับและค้นหาสาเหตุการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานได้อย่างรวดเร็ว และมีการประชุมทบทวนหาสาเหตุ (RCA) เพื่อนำไปปรับปรุงเชิงระบบต่อไป

แนวทางการบริหารจัดการเมื่อบุคลากรเกิดอุบัติเหตุเข็มตำสัมผัสเลือดหรือสารคัด ตาม SPI.48.01 โดยปฏิบัติดังนี้

1. กำหนดให้มีระบบรายงานบันทึกอุบัติการณ์ และมีแนวปฏิบัติเมื่อได้รับอุบัติเหตุเข็มตำสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลัง
2. มีการประเมินระดับความเสี่ยงการสัมผัสเชื้อของบุคลากร (High/Low risk) จากอุบัติเหตุเข็มตำสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลังโดยทีมควบคุมการติดเชื้อ (ICN) และแพทย์
3. มีแนวปฏิบัติการให้การป้องกันการติดเชื้อแก่บุคลากรสุขภาพหลังสัมผัสโรคติดเชื้อที่อาจติดต่อได้ระหว่างปฏิบัติงาน (post-exposure prophylaxis) ได้แก่ ไวรัส HIV ไวรัสตับอักเสบบีให้ได้รับการตรวจวินิจฉัย และการดูแลรักษาอย่างถูกต้องและรวดเร็ว
4. มีการจัดเก็บข้อมูลที่เป็นความลับและค้นหาสาเหตุการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานได้อย่างรวดเร็ว และมีการประชุมทบทวนหาสาเหตุ (RCA) เพื่อนำไปปรับปรุงเชิงระบบต่อไป

การกำกับติดตาม (Monitoring)

กำหนดตัวชี้วัด :

1. อุบัติการณ์บุคลากรได้รับอุบัติเหตุเข็มตำ สัมผัสเลือดหรือสารคัดหลัง เป้าหมาย เท่ากับ 0
2. อัตราบุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติงานผ่านทางอากาศ เป้าหมาย เท่ากับ 0
3. อัตราบุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติงานผ่านละอองสารคัดหลั่งทางเดินหายใจ เป้าหมาย เท่ากับ 0
4. อัตราบุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติงานผ่านการสัมผัสเชื้อ เป้าหมาย เท่ากับ 0
5. อัตราบุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติงานผ่านทางสัตว์พาหะนำโรค เป้าหมาย เท่ากับ 0

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

มีการกำหนดรายการยาที่มีความเสี่ยงสูงหรือยาที่ต้องมีความระมัดระวังการใช้สูง 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) แพทย์ซ้ำ แพียกลุ่มเดียวกัน

- จัด Work flow การซักประวัติแพ้ยาเบื้องต้นและการส่งต่อเภสัชกรเพื่อซักประวัติ หากยังไม่มีฐานข้อมูลในโรงพยาบาล
- จัดทำแนวทางซักประวัติอย่างเป็นระบบเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง สามารถนำไปใช้ในการ ประเมินผลการแพ้ยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- จัดทำแนวทางประเมินประวัติผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เพื่อให้การ ประเมินประวัติการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในอดีตที่ผู้ป่วยมาแจ้ง เป็นไปอย่างเป็นระบบ ได้ข้อมูลที่เพียงพอต่อการตัดสินใจให้การรักษาผู้ป่วยอย่างปลอดภัย
- มีการบันทึกข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเพื่อให้การส่งต่อข้อมูลแก่บุคลากรทาง การแพทย์เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ครอบคลุมทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
- มีการบันทึกข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์ และมีการแจ้งเตือนในประวัติของผู้ป่วย (ระดับ Moderate ขึ้นไป) ลงในโปรแกรม HosXP

1.3 Safe from Fatal Drug Interaction

- จัดทำข้อมูลคู่ยาที่อาจเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาที่รุนแรงหากมีการใช้ร่วมกัน และแนวทางการ จัดการที่ชัดเจน

ชื่อยาหลัก	ชื่อยาร่วม	Onset	Doc.	ผลการเกิดปฏิกิริยา	แนวทางการจัดการ
☐ Chlorpromazine	☐ Propranolol	D	2	เสี่ยงเกิด ADR จากยาทั้งสองรายการ	- ลดขนาดยาเมื่อต้องใช้ร่วมกัน - ตรวจติดตาม EKG
☐ Thioridazine	☐ Fluoxetine หรือ ☐ Fluvoxamine	D	3	หัวใจเต้นเสียจังหวะ และเกิด Torsades de point	- ห้ามใช้ร่วมกัน - หากจำเป็นต้องใช้ร่วมกัน ให้ติดตาม EKG
	☐ Propranolol	D	2	หัวใจเต้นเสียจังหวะ	- ห้ามใช้ร่วมกัน - หากจำเป็นต้องใช้ร่วมกัน ให้ติดตาม EKG
	☐ Ziprasidone	D	3	หัวใจเต้นเสียจังหวะ เกิด Torsades de point และกดคลื่น หัวใจ QT interval	- ห้ามใช้ร่วมกัน - หากจำเป็นต้องใช้ร่วมกัน ให้ติดตาม EKG

ชื่อยาหลัก	ชื่อยาร่วม	Onset	Doc.	ผลการเกิดปฏิกิริยา	แนวทางการจัดการ
□ Lithium	□ Thiazide diuretics เช่น HCTZ, Indapamide	D	1	ระดับ lithium ในเลือดเพิ่มขึ้น อาจเกิดพิษจาก Lithium	- หากจำเป็นต้องใช้ร่วมกัน ตรวจวัดระดับ lithium ทุก 2 สัปดาห์*
	□ ACEIs/ARBs เช่น Enalapril, Losartan, Valsartan, Olmesartan	D	3	ระดับ lithium ในเลือดเพิ่มขึ้น อาจเกิดพิษจาก Lithium	- หากจำเป็นต้องใช้ร่วมกัน ให้ตรวจวัดระดับlithium ทุก 4-6 สัปดาห์*
	□ NSAIDs เช่น Diclofenac, Mefenamic, Ibuprofen, Tenoxicam, Naproxen <u>ยกเว้น</u> Aspirin	D	3	ระดับ lithium ในเลือดเพิ่มขึ้น อาจเกิดพิษจาก Lithium	- ตรวจวัดระดับlithium ทุก 1 สัปดาห์* เมื่อเริ่ม / หยุด NSAIDs จนกว่าระดับยาคงที่ - ติดตามประเมินอาการพิษ จาก lithium

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

การกำกับติดตาม (Monitoring)

1. จำนวนการแพ้ยาซ้ำ = 0 ครั้ง
2. จำนวน ADR ระดับ Severe ขึ้นไป = 0 ครั้ง
3. จำนวน ADR ระดับ Severe ขึ้นไป จาก High alert drug = 0 ครั้ง

Safe from Medication Errors

นิยาม (Definition)

Medication errors หรือ ความคลาดเคลื่อนทางยา คือ เหตุการณ์ใดๆที่อาจเป็นสาเหตุหรือนำไปสู่การ ใ้ยาที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วยที่สามารถป้องกันได้ ขณะที่ยานั้นอยู่ในความควบคุมดูแลของบุคลากรหรือผู้ให้บริการ

คำนิยามของความคลาดเคลื่อนทางยาประเภทต่างๆ มีดังนี้

1. ความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยา (Prescribing error) หมายถึง ความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นในกระบวนการสั่งใช้ยาของแพทย์ที่ส่งผลกระทบทางคลินิก เช่น

- การสั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ หรือผู้ป่วยที่มีข้อห้ามใช้ (เช่น ยาที่ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ ผู้ป่วย G6PD เป็นต้น)

- การสั่งใช้ยาในขนาดที่มากหรือน้อยเกินไป
- การสั่งใช้ยาในรูปแบบที่ไม่เหมาะสม
- การสั่งใช้ยาที่มีปฏิกิริยากันหรือมีปฏิกิริยากับยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ก่อนแล้ว
- การสั่งใช้ยาซ้ำซ้อน
- การสั่งใช้ยาที่มีวิธีทางให้ยาที่ไม่เหมาะสม และอัตราเร็วในการให้ยาไม่เหมาะสม เป็นต้น

2. ความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งใช้ยา (Transcribing error) หมายถึง การถ่ายยทอดคำสั่งแพทย์ที่มีความคลาดเคลื่อน เช่น

- การรับคำสั่งการใช้ยาทางโทรศัพท์คลาดเคลื่อน
- การอ่านคำสั่งแพทย์ผิด
- การคัดลอกผิด
- การบันทึกคำสั่งในคอมพิวเตอร์ผิด เป็นต้น

3. ความคลาดเคลื่อนในกระบวนการก่อนจ่ายยา (pre-dispensing error) หมายถึง ความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นในขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งของกระบวนการจัดยาในหน่วยงานเภสัชกรรม เช่น การเตรียมยา การเขียน พิมพ์ฉลากยา การจัดยาตามคำสั่งใช้ยา เป็นต้น

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

- จ่ายยาที่เสื่อมสภาพหรือหมดอายุ
- จ่ายยาที่ไม่มีคำสั่งใช้ยา
- ผู้ป่วยได้รับยาที่มีฉลากผิด/ ชื่อผู้ป่วยผิด
- จ่ายยาที่มีปฏิกิริยากัน
- จ่ายยาที่ผู้ป่วยมีข้อห้ามใช้ เป็นต้น

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

- 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 โดยมีคำเตือนหรือมีระบบช่วยตรวจสอบอัตโนมัติเมื่อเกิดการสั่งที่ผิดพลาดคลาดเคลื่อนในระบบ 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
- บันทึกถูกต้อง
- สิทธิ์ที่จะได้รับข้อมูลยาและสิทธิ์ในการปฏิเสธยา
- ตรวจสอบประวัติการแพ้ยาและทำการประเมินถูกต้อง
- การตรวจสอบปฏิกริยาระหว่างกันของยาและการประเมินถูกต้อง
- การให้ความรู้และข้อมูลถูกต้อง

- ต้องมีการบันทึกการบริหารยาทุกรายการลงใน Medication Administration Record โดยมีข้อมูลสำคัญได้แก่ ชื่อผู้ป่วย ประวัติแพ้ยา รายการยา ความแรง ขนาด สารละลายที่ใช้ผสมยา วิธีการบริหารยา เวลาบริหารยา เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้ยา/สารน้ำ ตามแผนการรักษา

- มีการกำหนดว่าจะต้องติดตามผลอย่างไรหลังการให้ยาแล้ว เพื่อลดโอกาสเกิดอันตรายจากผลข้างเคียงหรือจากความคลาดเคลื่อนทางยา

การกำกับติดตาม (Monitoring)

1. จำนวน ADE ที่เกิดจาก Medication Error ระดับ E ขึ้นไป = 0 ครั้ง
2. รายงานความคลาดเคลื่อนทางยาทุกระดับความรุนแรงผ่านระบบรายงานความเสี่ยงของโรงพยาบาล = 100%

การบ่งชี้ตัวผู้ป่วย

นิยาม (Definition)

การบ่งชี้ตัวผู้ป่วยหมายถึง แนวทางการระบุตัวผู้ป่วยโดยใช้ตัวบ่งชี้ตัวผู้ป่วย 2 ตัวบ่งชี้เป็นอย่างน้อย เพื่อให้สามารถแยกแยะผู้ป่วยแต่ละคนได้ชัดเจน ทำให้กระบวนการดูแลรักษาไม่ผิดคน ตั้งแต่แรกรับก่อนการดูแลบำบัดรักษา ก่อนส่งต่อไปยังหน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาล ก่อนส่งต่อไปโรงพยาบาลอื่น และการติดตามต่อเนื่อง

Goal (เป้าหมาย)

เพื่อให้การบ่งชี้ตัวผู้ป่วยเป็นไปทิศทางเดียวกัน และป้องกันการบ่งชี้ผู้ป่วยผิดพลาดในกระบวนการรักษา การทำหัตถการ และการตรวจวินิจฉัย

แนวทาง (Process)

การบ่งชี้ตัวผู้ป่วยมีแนวทางดังนี้

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

1.1 การบันทึก/ระบุการบ่งชี้

1.1.1 ฐานข้อมูลโปรแกรม HOSxP: 1) ชื่อ-นามสกุล 2) HN 3) AN 4) รูปภาพผู้ป่วย (ถ่ายไม่เกิน 6 เดือนหรือรูปถ่ายปัจจุบัน กรณีรูปถ่ายเกิน 6 เดือนหรือไม่ใช้รูปปัจจุบัน ให้ถ่ายรูปผู้ป่วยใหม่ โดย รูปหน้าตรง ไม่หันซ้าย ไม่หันขวา ไม่สวมแว่นกันแดด ไม่สวมหมวก เป็นต้น) 5) เลขบัตรประจำตัวประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทาง (กรณีชาวต่างชาติ)

1.1.2 โปรแกรมบริหารยา: 1) ชื่อ-นามสกุล 2) HN 3) AN 4) รูปภาพผู้ป่วย

1.1.3 ป้ายติดหน้าอก (กรณีผู้ป่วยใน): 1) ชื่อ-นามสกุล 2) AN 3) รูปภาพผู้ป่วย

1.1.4 ป้ายข้อมือ: 1) ชื่อ-นามสกุล 2) HN 3) AN

1.1.5 Label Sticker: 1) ชื่อ-นามสกุล 2) HN 3) AN

1.1.6 ไบนัด: 1) ชื่อ-นามสกุล 2) HN

1.1.7 หนังสือส่งต่อ: 1) ชื่อ-นามสกุล 2) HN

1.2 การบ่งชี้จำแนกตามแผนก

1.2.1 แผนกผู้ป่วยนอก: ใช้ 1) ชื่อ-นามสกุล 2) HN 3) รูปภาพผู้ป่วย 4) เลขบัตรประจำตัวประชาชน หรือเลขหนังสือเดินทาง (กรณีชาวต่างชาติ)

1.2.2 แผนกผู้ป่วยใน: ใช้ 1) ชื่อ-นามสกุล 2) HN 3) AN 4) รูปภาพผู้ป่วย 5) เลขบัตรประจำตัวประชาชน หรือเลขหนังสือเดินทาง (กรณีชาวต่างชาติ)

2. ตรวจสอบและระบุตัวผู้ป่วยให้ถูกต้องตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ก่อนและหลังกระบวนการบำบัดรักษา/หัตถการ/กระบวนการให้ยา/ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ก่อนส่งต่อไปยังหน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาล ก่อนส่งต่อไปโรงพยาบาลอื่น และการติดตามต่อเนื่อง

3. การใช้ label Sticker บ่งชี้ตัวผู้ป่วย โดย print จากโปรแกรม HOSxP และตรวจสอบ ชื่อ-นามสกุล HN AN ก่อนนำไปติดป้ายข้อมือ เอกสารเวชระเบียน เอกสารที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ และภาชนะใส่สิ่งส่งตรวจต่าง ๆ

4. ให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของกระบวนการบ่งชี้ตัวผู้ป่วยทุกครั้งและทุกกิจกรรม โดย
 - 4.1 ให้ความรู้และแนวทางในการบ่งชี้ตัวผู้ป่วยกับผู้ป่วยและญาติเพื่อให้เกิดความเข้าใจ และมีส่วนร่วมในการระบุดำเนินการตามแนวทางที่กำหนด
 - 4.2 อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเหตุผลและความจำเป็นของการสวมป้ายชื่อมือ
 - 4.3 บุคลากรถามชื่อ-นามสกุลของผู้ป่วย (“คุณชื่อ-นามสกุล อะไร คะ/ครับ”) ห้ามถามนำ/เรียกชื่อ-นามสกุลของผู้ป่วยก่อน
 - 4.4 ให้ผู้ป่วยร่วมตรวจสอบ ชื่อ-สกุล HN หรือ เลขบัตรประจำตัวประชาชน หรือ เลขหนังสือเดินทาง (กรณีชาวต่างชาติ) ที่ป้ายชื่อ ป้ายชื่อมือ
 - 4.5 ให้ผู้ป่วยร่วมตรวจสอบ label Sticker บ่งชี้ตัวผู้ป่วย (ชื่อ-สกุล) ที่ภาชนะสำหรับใส่เลือดหรือสิ่งส่งตรวจต่าง ๆ
5. กรณีผู้ป่วยสับสน/มีข้อจำกัดในการสื่อสาร/ไม่สามารถสื่อสารได้
 - 5.1 กรณีมีญาติ ให้ญาติมีส่วนร่วมในการบ่งชี้ตัวผู้ป่วย โดยให้ญาติบอกชื่อ-นามสกุล ผู้ป่วย
 - 5.2 กรณีไม่มีญาติ ให้บ่งชี้ตัวผู้ป่วยโดยตรวจสอบ ชื่อ-นามสกุล HA AN รูปภาพผู้ป่วย เลขบัตรประจำตัวประชาชน หรือเลขหนังสือเดินทาง (กรณีชาวต่างชาติ)

วิธีปฏิบัติการบ่งชี้ตัวผู้ป่วย (เวชระเบียน)

1. ใช้ตัวบ่งชี้ตัวผู้ป่วย ได้แก่ 1) ชื่อ-นามสกุล 2) เลขบัตรประจำตัวประชาชน 13 หลักหรือเลขหนังสือเดินทาง และ3) HN
 - 1.1 การบันทึก/ระบุการบ่งชี้
 - 1.1.1 ผู้ป่วยใหม่ (มาครั้งแรก) ใช้บัตรประจำตัวประชาชน โดยรู้ข้อมูลจากบัตรประชาชน/หนังสือเดินทาง (กรณีชาวต่างชาติ) ดึงข้อมูลรูปภาพผู้ป่วยทุกรายจากบัตรประชาชน (ใช้รูปภาพที่ถ่ายที่ไม่เกิน 6 เดือนหรือรูปภาพปัจจุบัน กรณีรูปถ่ายเกิน 6 เดือนหรือไม่ใช้รูปปัจจุบัน ให้ถ่ายรูปภาพผู้ป่วยใหม่) และบันทึกข้อมูลในโปรแกรม HOSxP
 - 1.1.2 ผู้ป่วยครั้งรอง เมื่อผู้ป่วยมารับบริการทุกครั้ง ตรวจสอบการระบุตัวผู้ป่วยที่ถูกต้อง ดังนี้
 - 1) ให้ผู้ป่วยแสดงบัตรประจำตัวประชาชนและรู้ข้อมูลจากบัตรประชาชน/บัตรประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย/บัตรประจำตัวผู้ที่ไม่มีความสามารถทางทะเบียน/หนังสือเดินทาง (Passport)
 - 2) ตรวจสอบรูปพรรณสัณฐานของผู้ป่วย 3 แหล่งข้อมูล คือ ตัวผู้ป่วย บัตรประจำตัว และรูปภาพผู้ป่วยในโปรแกรม HOSxP (ใช้รูปภาพที่ถ่ายไม่เกิน 6 เดือนหรือ รูปภาพปัจจุบัน กรณีรูปถ่ายเกิน 6 เดือนหรือไม่ใช้รูปปัจจุบัน ให้ถ่ายรูปภาพ ผู้ป่วยใหม่)
 - 1.1.3 ตรวจสอบ ไบเนต (ถ้ามี): 1) ชื่อ-นามสกุล 2) HN
 - 1.1.4 ตรวจสอบ หนังสือส่งต่อ (ถ้ามี): 1) ชื่อ-นามสกุล 2) HN
 - 1.2 การบ่งชี้จำแนกตามแผนก
 - 1.2.1 แผนกผู้ป่วยนอก: ใช้ 1) ชื่อ-นามสกุล 2) HN 3) รูปภาพผู้ป่วย 4) เลขบัตรประจำตัวประชาชน หรือเลขหนังสือเดินทาง (กรณีชาวต่างชาติ)
 - 1.2.2 แผนกกรณีผู้ป่วยใน: ใช้ 1) ชื่อ-นามสกุล 2) HN 3) AN 4) รูปภาพผู้ป่วย 5) เลขบัตรประจำตัว ประชาชน หรือเลขหนังสือเดินทาง (กรณีชาวต่างชาติ)

2. ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในขั้นตอนการบ่งชี้ตัวผู้ป่วยทุกครั้งและทุกกิจกรรม โดย
 - 2.1 บุคลากรสอบถามชื่อ-นามสกุลของผู้ป่วย (“คุณชื่อ - นามสกุล อะไร คะ/ครับ”) ห้ามถามนำ/เรียกชื่อ-นามสกุลของผู้ป่วยก่อน โดยสอบถามทุกครั้งก่อนให้บริการในจุดบริการต่างๆ
 - 2.2 ให้ผู้ป่วยร่วมตรวจสอบ ชื่อ-นามสกุล เลขบัตรประจำตัวประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทาง หรือรูปภาพผู้ป่วยทุกครั้ง
3. กรณีผู้ป่วยสับสน/มีข้อจำกัดในการสื่อสาร/ไม่สามารถสื่อสารได้
 - 3.1 กรณีมีญาติ ให้ญาติผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการบ่งชี้ตัวผู้ป่วย โดยให้ญาติบอกชื่อ - นามสกุล ผู้ป่วย และตรวจสอบรูปภาพผู้ป่วย เลขบัตรประจำตัวประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทาง
 - 3.2 กรณีไม่มีญาติ ให้บ่งชี้ตัวผู้ป่วยโดยตรวจสอบชื่อ - นามสกุล HA AN รูปภาพผู้ป่วย เลขบัตรประจำตัวประชาชน หรือเลขหนังสือเดินทาง (กรณีชาวต่างชาติ)
4. การจัดทำแฟ้มเวชระเบียน (กรณี Admit) ตรวจสอบ ชื่อ-นามสกุล HN AN รูปภาพผู้ป่วย (บันทึกรูปภาพผู้ป่วยที่ update จาก ER) และเลขบัตรประจำตัวประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทาง (กรณีชาวต่างชาติ) ในฐานข้อมูลโปรแกรม HOSxP ทุกครั้งให้ถูกต้องก่อนพิมพ์แฟ้มเวชระเบียนเข้าตึก

หมายเหตุ

- กรณีผู้ป่วยที่ไม่สามารถตรวจสอบชื่อ นามสกุล และไม่มีหลักฐานเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยเรื้อรัง หรือผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวที่ไม่มีญาติให้ใช้การบ่งชี้ ดังนี้ 1) ชื่อ-นามสกุล (สมมติตามเพศของผู้ป่วย) เช่น ชายไทย ไม่ทราบชื่อ ไม่ทราบนามสกุล ถ้าเป็นเด็ก เช่น เด็กหญิงไทยไม่ทราบชื่อ ไม่ทราบนามสกุล เป็นต้น 2) HN หรือ 3) AN และ 4) รูปภาพผู้ป่วย

- กรณีมีผู้ป่วยเพศเดียวกัน ชื่อ-สกุล ไม่ทราบ ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปให้เพิ่มลำดับเลข เช่น
ชายไทย หรือ ชายต่างชาติ ไม่ทราบชื่อ-ไม่ทราบนามสกุล 1
ชายไทย หรือชายต่างชาติ ไม่ทราบชื่อ-ไม่ทราบนามสกุล 2
หญิงไทยหรือหญิงต่างชาติ ไม่ทราบชื่อ-ไม่ทราบนามสกุล 1
และใช้เลขที่ HN หรือ AN และรูปภาพผู้ป่วย ประกอบในการบ่งชี้ตัวผู้ป่วย

วิธีปฏิบัติการบ่งชี้ตัวผู้ป่วย (ผู้ป่วยนอก)

1. พยาบาลจุดซักประวัติตรวจสอบการระบุตัวผู้ป่วยโดยใช้ใบนำทางระบุการบ่งชี้ตัวผู้ป่วย 2 ตัวบ่งชี้เป็นอย่างน้อย ได้แก่

1.1 ชื่อ-นามสกุล โดยใช้คำถามปลายเปิด “คุณชื่ออะไร นามสกุลอะไรคะ/ครับ” ไม่ใช้คำถามนำและต้องทำในทุกขั้นตอนของการให้บริการตั้งแต่ระยะก่อนตรวจ ขณะตรวจ หลังตรวจ และจนสิ้นสุดการบริการ

1.2 HN หรือเลขบัตรประจำตัวประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทาง (กรณีชาวต่างชาติ) ซึ่งต้องตรงกันทั้งในโปรแกรม HOSxP บัตรประชาชนหรือหนังสือเดินทาง และใบนำทาง

1.3 รูปภาพผู้ป่วยจากโปรแกรม HOSxP (ใช้รูปภาพที่ถ่ายที่ไม่เกิน 6 เดือนหรือรูปภาพปัจจุบัน) และบัตรประชาชนหรือหนังสือเดินทางให้ถูกต้องตรงกันก่อนซักประวัติและรับการตรวจรักษา

2. พนักงานช่วยเหลือคนไข้จุดหน้าห้องตรวจ ก่อนนำผู้ป่วยเข้าห้องตรวจ ให้ตรวจสอบบัตรคิว ห้องตรวจให้ตรงกับใบนำทางทุกครั้ง พร้อมทั้งถามชื่อ-นามสกุลของผู้ป่วยทุกครั้ง โดยใช้คำถามปลายเปิด “คุณชื่ออะไร นามสกุล อะไรคะ/ครับ” ไม่ใช้คำถามนำ

3. พยาบาล/พนักงานช่วยเหลือคนไข้จุดหลังพบแพทย์เรียกชื่อ-สกุล ผู้ป่วยที่รับบริการตามลำดับคิวที่ยื่นหลังจากผู้ป่วยมานั่งรับบริการให้ถามชื่อ-นามสกุลทุกครั้ง โดยใช้คำถามปลายเปิด “คุณชื่ออะไร นามสกุลอะไรคะ/ครับ” ไม่ใช่คำถามนำ

4. กรณีผู้ป่วยสับสน/มีข้อจำกัดในการสื่อสาร/ไม่สามารถสื่อสารได้/ผู้ป่วยเด็กที่ไม่สามารถบ่งชี้ได้ด้วยตนเอง

4.1 กรณีมีญาติ ให้ญาติผู้ป่วยหรือบิดามารดา มีส่วนร่วมในการบ่งชี้ตัวผู้ป่วย โดยถามญาติด้วยคำถามปลายเปิด ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย และตรวจสอบเลขบัตรประจำตัวประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทาง (กรณีชาวต่างชาติ) หรือ HN หรือรูปภาพผู้ป่วยในบัตรประชาชนหรือหนังสือเดินทาง (กรณีต่างชาติ) ให้ตรงกับโปรแกรม HOSxP และใบนำทางทุกครั้งก่อนให้บริการในจุดบริการต่างๆ

4.2 กรณีไม่มีญาติให้บ่งชี้ตัวผู้ป่วยโดยตรวจสอบชื่อ-นามสกุล และ HN หรือเลขบัตรประจำตัวประชาชน หรือเลขหนังสือเดินทาง (กรณีต่างชาติ) หรือ รูปภาพผู้ป่วยในบัตรประชาชน หรือหนังสือเดินทาง (กรณีต่างชาติ) ให้ตรงกับโปรแกรม HOSxP และใบนำทาง ทุกครั้งก่อนให้บริการในจุดบริการต่างๆ

5. กรณีผู้ป่วยมาตรวจตามนัด/มารับยาเดิมตามนัด พยาบาลเพิ่มการตรวจสอบ ชื่อ- นามสกุล และ HN ในใบนัดต้องตรงกันทั้งในโปรแกรม HOSxP บัตรประชาชน/หนังสือเดินทาง (กรณีต่างชาติ) และใบนำทางให้ตรงกัน

6. การส่งส่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ต้องตรวจสอบ ชื่อ-นามสกุล HN ที่ติดบนภาชนะส่งส่งตรวจกับคำสั่งแพทย์ในระบบ HOSxP ครึ่งละส่งส่งตรวจ และให้ผู้ป่วยร่วมตรวจสอบให้ถูกต้องก่อนนำส่งห้องปฏิบัติการ

7. กรณีส่งตรวจ EKG, EEG, X-Ray บุคลากรตรวจสอบ ชื่อ-นามสกุล HN และหรือ AN ของผู้ป่วย ในคำสั่งแพทย์ ให้ตรงกับ รายการส่งตรวจในโปรแกรม HOSxP และบุคลากรสอบถาม ชื่อ-นามสกุล ผู้ป่วย พร้อมทั้งตรวจสอบ ใบนำทาง/ป้ายชื่อมือ (ที่ระบุ ถึง ชื่อ-นามสกุล HN และหรือ AN) ก่อนส่งผู้ป่วยไปยังหน่วยงานที่รับการตรวจ

วิธีปฏิบัติการบ่งชี้ตัวผู้ป่วย (จิตเวชฉุกเฉิน)

1. พยาบาล/พนักงานช่วยเหลือคนไข้แผนกจิตเวชฉุกเฉินตรวจสอบการระบุตัวผู้ป่วย โดยใช้ตัวบ่งชี้ตัวผู้ป่วย 2 ตัวบ่งชี้เป็นอย่างน้อย ได้แก่

1.1 ชื่อ-นามสกุล โดยใช้คำถามปลายเปิด “คุณชื่ออะไร นามสกุลอะไรคะ/ครับ” ไม่ใช่คำถามนำ และต้องถามในทุกขั้นตอนของการให้บริการตั้งแต่ซักประวัติ เข้าตรวจ จนถึงสิ้นสุดการบริการ

1.2 HN หรือเลขบัตรประจำตัวประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทาง (กรณีชาวต่างชาติ) ซึ่งต้องตรงกัน ทั้งในโปรแกรม HOSxP บัตรประชาชนหรือหนังสือเดินทาง และใบนำทาง

1.3 รูปภาพผู้ป่วยจากโปรแกรม HOSxP (ใช้รูปภาพที่ถ่ายที่ไม่เกิน 6 เดือนหรือรูปภาพปัจจุบัน) และรูปภาพจากบัตรประชาชนหรือรูปภาพจากหนังสือเดินทางต้องถูกต้องตรงกันก่อนซักประวัติและรับการตรวจรักษา

1.4 ติดป้ายชื่อมือ (ที่ระบุ ชื่อ-นามสกุล และ HN และผ่านการตรวจสอบความถูกต้องแล้ว) ให้แก่ผู้ป่วยทุกรายที่เข้ามาใช้บริการที่แผนกจิตเวชฉุกเฉิน

2. กรณีผู้ป่วยสับสน/มีข้อจำกัดในการสื่อสาร/ไม่สามารถสื่อสารได้/ผู้ป่วยเด็กที่ไม่สามารถบ่งชี้ได้ด้วยตนเอง

2.1 กรณีมีญาติ ให้ญาติผู้ป่วยหรือบิดา มารดา มีส่วนร่วมในการบ่งชี้ตัวผู้ป่วย โดยถามญาติด้วยคำถามปลายเปิด ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย และตรวจสอบเลขบัตรประจำตัวประชาชน หรือเลข

หนังสือเดินทาง (กรณีชาวต่างชาติ) หรือ HN หรือรูปภาพผู้ป่วยในบัตรประชาชนหรือหนังสือเดินทาง (กรณีต่างชาติ) ให้ตรงกับโปรแกรม HOSxP และใบนำทางทุกครั้งก่อนให้บริการ ในจุดบริการต่างๆ

2.2 กรณีไม่มีญาติ ให้บ่งชี้ตัวผู้ป่วยโดยตรวจสอบชื่อ-นามสกุล และ HN หรือเลขบัตรประจำตัวประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทาง (กรณีต่างชาติ) หรือรูปภาพผู้ป่วย ในบัตรประชาชนหรือหนังสือเดินทาง (กรณีต่างชาติ) ให้ตรงกับโปรแกรม HOSxP และใบนำทางทุกครั้งก่อนให้บริการในจุดบริการต่างๆ

2.3 กรณีผู้ป่วยไม่มีญาติ ไม่มีบัตรประชาชน ไม่สามารถให้ข้อมูลเพื่อแสดงตัวตน (ไม่ทราบชื่อและไม่ทราบนามสกุล) ตรวจสอบชื่อ-นามสกุลสมมติตามเพศของผู้ป่วย HN หรือ AN และรูปภาพผู้ป่วยประกอบในการบ่งชี้ตัวตน

3. กรณีผู้ป่วย OPD ที่แพทย์มีคำสั่งการให้ยา/สารน้ำ/ส่งตรวจพิเศษ/ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือทำการหัตถการก่อนกลับบ้าน แล้วส่งต่อผู้ป่วยให้มารับบริการที่แผนกจิตเวชฉุกเฉิน ให้พยาบาลทวนสอบการระบุตัวผู้ป่วยก่อนให้บริการทุกครั้งโดย 1) สอบถามชื่อ-สกุลผู้ป่วย 2) ใบนำทาง (ระบุชื่อ-นามสกุล และ HN จากหน่วยงานการให้บริการต่าง ๆ 3) คำสั่งแพทย์ในการให้ยา/สารน้ำ/หัตถการ/ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ) 4) ใบเสร็จรับเงิน และ 5) แฟ้มเวชระเบียน (EMR) ให้ถูกต้องตรงกัน

4. กรณีรับผู้ป่วย refer ตรวจสอบ ชื่อ-นามสกุล และเลขบัตรประจำตัวประชาชนในใบ refer และเอกสารอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยนำมาให้ตรงกัน

5. กรณีรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล

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

5.2 ให้ผู้ป่วยและหรือ/ญาติร่วมตรวจสอบการบ่งชี้ตัวผู้ป่วย โดยให้ตรวจสอบ ชื่อ-นามสกุล และอ่านออกเสียงทวนข้อมูลให้ถูกต้อง

5.3 ตรวจสอบซ้ำการติดป้ายชื่อมือให้ผู้ป่วย (ที่ระบุ ชื่อ-นามสกุล AN ที่ถูกต้อง)

5.4 ถ่ายรูปภาพผู้ป่วยทุกราย และ update รูปภาพ โปรแกรม HOSxP

5.4.1 กรณีไม่สามารถถ่ายภาพผู้ป่วยได้ เช่น ผู้ป่วยไม่ร่วมมือ ให้แจ้งแผนกเวชระเบียนเพื่อใช้รูปจากฐานข้อมูลของผู้ป่วยที่มารับบริการครั้งก่อนหน้า (รูปถ่ายไม่เกิน 6 เดือน) หรือใช้รูปจากบัตรประชาชน

5.4.2 กรณีผู้ป่วยไม่มีบัตรประชาชน และไม่สามารถถ่ายรูปได้ เช่น ผู้ป่วยไม่ร่วมมือ พยาบาลแผนกจิตเวชฉุกเฉินส่งต่อข้อมูลและสื่อสารให้หอผู้ป่วยทราบ และหอผู้ป่วยจะถ่ายรูปผู้ป่วย และ update รูปภาพผู้ป่วยโปรแกรม HOSxP ภายใน 24 ชม. และ/หรือเมื่อผู้ป่วยร่วมมือถ่ายรูปที่สามารถใช้บ่งชี้ตัวได้ที่เป็นปัจจุบัน

6. การส่งสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ต้องตรวจสอบ ชื่อ-นามสกุล HN ที่ติดบนภาชนะสิ่งส่งตรวจกับคำสั่งแพทย์ในระบบ HOS-xP ครั้งละสิ่งส่งตรวจให้ถูกต้องก่อนนำส่งห้องปฏิบัติการ

7. กรณีส่งตรวจ EKG, EEG, X-Ray บุคลากรตรวจสอบ ชื่อ-นามสกุล HN และหรือ AN ของผู้ป่วยในคำสั่งแพทย์ ให้ตรงกับรายการส่งตรวจในโปรแกรม HOSxP และบุคลากรสอบถาม ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วยพร้อม ทั้งตรวจสอบ ใบนำทาง/ป้ายชื่อมือ (ที่ระบุ ถึง ชื่อ-นามสกุล HN และหรือ AN) ก่อนส่งผู้ป่วยไปยังหน่วยงานที่รับตรวจ

วิธีปฏิบัติการบ่งชี้ตัวผู้ป่วย (ผู้ป่วยใน)

1. กรณีรับผู้ป่วยใหม่จากแผนกจิตเวชฉุกเฉิน หรือรับย้ายผู้ป่วยจากตึกอื่น ๆ
 - 1.1 พยาบาลตรวจสอบ ชื่อ-นามสกุล HN AN เลขบัตรประจำตัวประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทาง (กรณีต่างชาติ) และรูปภาพผู้ป่วยของผู้ป่วยจากโปรแกรม HOSxP (ใช้รูปภาพที่ถ่ายที่ไม่เกิน 6 เดือน หรือรูปภาพปัจจุบัน) เอกสารเวชระเบียนต่าง ๆ ของผู้ป่วยให้ถูกต้องตรงกัน ตั้งแต่แรกรับเข้าหอผู้ป่วย
 - 1.2 พยาบาล/พนักงานช่วยเหลือคนไข้สอบถามชื่อ-นามสกุลจากผู้ป่วยซ้ำเพื่อตรวจสอบว่าข้อมูลในโปรแกรม HOSxP และเอกสารเวชระเบียนต่าง ๆ ตรงกับผู้ป่วยจริง และให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการบ่งชี้ตัว
 - 1.3 กรณีผู้ป่วยมีอาการหรือไม่สามารถบ่งชี้ตนเองได้ ให้พยาบาลตรวจสอบซ้ำตั้งแต่แรกรับ จากญาติ หรือผู้นำส่งเพื่อบ่งชี้ผู้ป่วยให้ถูกต้องและให้ญาติมีส่วนร่วมในการบ่งชี้ตัวผู้ป่วย
 - 1.4 การตรวจสอบป้ายชื่อมือผู้ป่วย
 - 1.4.1 กรณีรับใหม่จากแผนกผู้ป่วยนอก (ป้ายชื่อมือผู้ป่วยจะระบุชื่อ-นามสกุล และ HN) ให้เปลี่ยนเป็นป้ายชื่อมือสำหรับผู้ป่วยใน (ป้ายชื่อมือจะระบุ ชื่อ-นามสกุล, AN และ QR Code สำหรับใช้ตรวจสอบเพิ่มเติมในการบ่งชี้ตัวผู้ป่วยก่อนการบริหารยา) และให้ผู้ป่วยและ/ญาติร่วมตรวจสอบซ้ำโดยอ่านป้ายชื่อมือซ้ำอีกครั้ง และตรวจสอบป้ายชื่อมือให้ตรงกับโปรแกรม HOSxP เอกสารเวชระเบียนต่าง ๆ
 - 1.4.2 กรณีรับย้าย ตรวจสอบป้ายชื่อมือและป้ายชื่อติดหน้าอกให้ตรงกับโปรแกรม HOSxP เอกสารเวชระเบียนต่าง ๆ และให้ผู้ป่วยร่วมตรวจสอบซ้ำโดยอ่านป้ายชื่อมือและป้ายชื่อติดหน้าอกซ้ำอีกครั้ง
 - 1.4.3 กรณีผู้ป่วยไม่มีป้ายชื่อมือ/ป้ายชื่อมือเดิมชำรุด ให้ print label sticker (ป้ายชื่อมือจะระบุ ชื่อ-นามสกุล, AN และ QR Code)
 - 1.5 กรณีไม่มีรูปภาพผู้ป่วย/รูปภาพผู้ป่วยไม่เป็นปัจจุบัน หอผู้ป่วยจะถ่ายรูปภาพในปัจจุบันของผู้ป่วย โดยเป็นรูปหน้าตรง ไม่หลบตา ไม่สวมแว่นกันแดด ไม่สวมหมวก เป็นต้น และ update รูปภาพผู้ป่วยโปรแกรม HOSxP (ภายใน 24 ชม. /หรือเมื่อผู้ป่วยร่วมมือถ่ายรูป)
2. ติดป้ายชื่อหน้าอก (ระบุ ชื่อ-นามสกุล AN และรูปภาพผู้ป่วย) ให้ผู้ป่วยในทุกราย (กรณีผู้ป่วยสลับป้ายชื่อติดหน้าอก สามารถบ่งชี้ได้จากป้ายชื่อมือ โปรแกรม HOSxP และเอกสารเวชระเบียน)
3. พยาบาล/พนัก.ช่วยเหลือฯ แนะนำและกำกับให้ผู้ป่วยทุกรายต้องสวมป้ายชื่อมือและป้ายชื่อติดหน้าอกตลอดเวลาที่อยู่ โรงพยาบาล
4. พยาบาล/พนัก.ช่วยเหลือฯ ตรวจสอบ ชื่อ นามสกุล HN AN ของผู้ป่วยทุกราย โดยสอบถามชื่อ นามสกุลจากผู้ป่วยซ้ำ และให้ผู้ป่วย/ญาติมีส่วนร่วม/ตรวจสอบในการระบุตัวทุกครั้ง และตรวจสอบกับป้ายชื่อมือ โปรแกรมการตรวจสอบออนไลน์ และเวชระเบียน (ก่อนการ บำบัดรักษา/หัตถการ/กิจกรรมการพยาบาล/บริหารยา/เจาะเลือด/เก็บหรือส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและก่อนส่งต่อไปยังหน่วยงานอื่น ๆ ในโรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลอื่น)
5. การบริหารยา พยาบาลตรวจสอบการบ่งชี้ตัวผู้ป่วยกับป้ายชื่อมือ QR CODE และโปรแกรมบริหารยา ก่อนบริหารยาให้ผู้ป่วยทุกครั้ง และพยาบาลทำหน้าที่บริหารยาดด้วยตนเอง ห้ามมอบหมายผู้ช่วยพยาบาลหรือพนักฯ นำยาไปให้ผู้ป่วย

6. พยาบาล/พนักง.ช่วยเหลือฯ ให้ผู้ป่วยและ/หรือญาติร่วมตรวจสอบ Label Sticker บ่งชี้ตัวผู้ป่วย (ชื่อ นามสกุล HN AN) ที่ภาชนะใส่เลือดหรือสิ่งส่งตรวจต่าง ๆ ก่อนส่งไปตรวจ
7. กรณีออกใบนัด หรือหนังสือส่งต่อ พยาบาลตรวจสอบการบ่งชี้ตัวผู้ป่วยในใบนัดและหนังสือส่งต่อ (ชื่อ นามสกุล และ HN) ทุกครั้ง
8. สิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ต้องตรวจสอบ ชื่อ-นามสกุล HN ที่ติดบนภาชนะสิ่งส่งตรวจกับคำสั่งแพทย์ในระบบ HOS-xP ครึ่งละสิ่งส่งตรวจให้ถูกต้องก่อนนำส่งห้องปฏิบัติการ
9. กรณีส่งตรวจ EKG, EEG, X-Ray บุคลากรตรวจสอบ ชื่อ-นามสกุล HN และหรือ AN ของผู้ป่วยในคำสั่งแพทย์ให้ตรงกับรายการส่งตรวจในโปรแกรม HOSxP และบุคลากรสอบถาม ชื่อ-นามสกุล ผู้ป่วยพร้อมทั้งตรวจสอบใบนำทาง/ป้ายชื่อมือ (ที่ระบุ ถึง ชื่อ-นามสกุล HN และหรือ AN) ก่อนส่งผู้ป่วยไปยัง หน่วยงานที่รับการตรวจ

วิธีปฏิบัติการบ่งชี้ตัวผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า

1. ก่อนรักษาด้วยไฟฟ้า
 - 1.1 ตรวจสอบคำสั่งแพทย์ในการรักษาไฟฟ้าให้ครบถ้วนสมบูรณ์ ได้แก่ 1.) ชนิดการรักษา (Modified ECT) 2.) จำนวนครั้งของการรักษา 3.) ข้อบ่งชี้ในการรักษา 4.) ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และ 5.) ลงชื่อแพทย์ที่สั่งการรักษา
 - 1.2 ตรวจสอบ ชื่อ-นามสกุล HN และหรือ AN ของผู้ป่วยในคำสั่ง พร้อมทั้งตรวจสอบป้ายชื่อหน้าอกและป้ายชื่อมือ (ที่ระบุ ถึง ชื่อ-นามสกุล HN และหรือ AN) ก่อนส่งผู้ป่วย พร้อมแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยไปยังศูนย์รักษาไฟฟ้า
2. ระหว่างการรักษาด้วยไฟฟ้า
 - 2.1 พยาบาลวิสัญญียืนยันตัวตนผู้ป่วยก่อนเริ่มรักษา
 - 2.1.1 กรณีผู้ป่วยสื่อสารได้ 1) ให้ผู้ป่วยบอกชื่อ-นามสกุลด้วยคำถามปลายเปิด ไม่ใช่คำถามนำ 2) ผู้ป่วยแสดงป้ายชื่อมือหรือป้ายชื่อ 3) คำสั่งการรักษาด้วยไฟฟ้าของแพทย์ 4) เวชระเบียน และ 5) รายชื่อคิวของผู้ป่วย ที่ตรงกัน
 - 2.1.2 กรณีผู้ป่วยสื่อสารไม่ได้ ให้ตรวจสอบจาก 1) ป้ายชื่อมือหรือป้ายชื่อ 2) รูปภาพผู้ป่วยจากเวชระเบียน 3) คำสั่งการรักษาด้วยไฟฟ้าของแพทย์ 4) เวชระเบียน และ 5) รายชื่อคิวที่ตรงกัน
 - 2.2 ยืนยันแผนการรักษา โดยเปรียบเทียบคำสั่งแพทย์ปัจจุบันกับรายชื่อคิวและบันทึกการรักษาครั้งก่อน, ตรวจสอบชนิด วิธี จำนวนครั้ง กรณีมีคำสั่งใหม่หรือเปลี่ยนแผน ต้องมีการบันทึกและสื่อสารให้ทีมรับทราบก่อนเริ่มรักษาด้วยไฟฟ้า
3. หลังรักษาด้วยไฟฟ้า

ก่อนส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย พยาบาลวิสัญญีตรวจสอบ ชื่อ-นามสกุล HN AN เลขบัตรประจำตัวประชาชน หรือเลขหนังสือเดินทาง (กรณีต่างชาติ) และรูปภาพผู้ป่วยของผู้ป่วยจากโปรแกรม HOSxP เอกสารเวชระเบียนต่าง ๆ ของผู้ป่วยให้ถูกต้องตรงกัน โดยยืนยันตัวตนด้วยตัวบ่งชี้อย่างน้อย 2 ตัว และส่งต่อข้อมูลที่จำเป็นให้พยาบาลที่หอผู้ป่วยทราบ

วิธีปฏิบัติการบ่งชี้ผู้ป่วย (ระบบยา)

1. กรณีจ่ายยาสำหรับผู้ป่วยนอก
 - 1.1 ขอคู่มือประวัติรับยา
 - 1.2 สอบถามชื่อ-สกุลของผู้ป่วย จากผู้ป่วย/หรือญาติ โดยใช้คำถามปลายเปิด ให้ถูกต้องตรงกับข้อมูลในโปรแกรม HOSxP และใบสั่งยาทุกครั้ง
 - 1.3 ตรวจสอบบัตรประจำตัวประชาชน/บัตรรับยาเดิม ของผู้ป่วย
 - 1.4 ตรวจสอบใบเสร็จรับเงิน ในกรณีผู้ป่วยชำระเงินเอง / ผู้ป่วยเบิกได้ / ผู้ป่วยเบิกจ่ายตรง
 - 1.5 กรณีผู้ป่วยรับยาทางไปรษณีย์ ตรวจสอบชื่อ สกุลผู้ป่วยและที่อยู่ในการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ทุกครั้ง
2. กรณีจ่ายยาให้ผู้ป่วยใน
 - 2.1 ตรวจสอบชื่อ-นามสกุล และHN ของผู้ป่วยในคำสั่งแพทย์ที่ผ่านระบบสแกนจากหอผู้ป่วย เทียบ กับข้อมูลในโปรแกรม HOSxP ทุกครั้ง
 - 2.2 กรณีผู้ป่วยที่นำยามาจากบ้าน ตรวจสอบชื่อ สกุลผู้ป่วยบนซองยาจากบ้าน เปรียบเทียบกับรายการยาที่ต้องจัดบนฉลากยาและใบ print out
 - 2.3 ตรวจสอบชื่อ นามสกุล และHN ของผู้ป่วยที่ระบุบนสายยาก่อนจ่ายให้หอผู้ป่วย เทียบกับชื่อ-นามสกุลและ HN ในคำสั่งแพทย์
3. กรณีจ่ายยาผู้ป่วยจำหน่าย
 - 3.1 สอบถามชื่อ-สกุลผู้ป่วยจากผู้ป่วย/หรือญาติ โดยใช้คำถามปลายเปิดเทียบกับข้อมูลในใบสั่งยา ทุกครั้ง
 - 3.2 ตรวจสอบชื่อ-สกุลผู้ป่วย ใบเสร็จรับเงิน ในกรณีผู้ป่วยชำระเงินเองเทียบกับข้อมูลในใบสั่งยา

วิธีปฏิบัติการบ่งชี้ตัวผู้ป่วย (กรณีเก็บและส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ)

1. ตรวจสอบ ชื่อ-นามสกุล และ HN ผู้ป่วยในคำสั่งการเจาะเลือดและเก็บส่งตรวจ แจ้งให้ทราบเหตุผลความจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องได้รับการเจาะเลือด/เก็บส่งตรวจ สอบถามการเตรียมตัวของผู้ป่วย เช่น การงดอาหารและเครื่องดื่มมาก่อน ในกรณีตรวจ blood glucose, Lipid profile ดื่มน้ำเปล่าได้ตามปกติ
2. ตรวจสอบชนิด tube/ภาชนะ ปริมาณให้ถูกต้อง และติดชื่อ-นามสกุล HN และหน่วยงานส่งตรวจ
3. ก่อนเจาะเลือด
 - 3.1 กรณีผู้ป่วยนอก บุคลากรผู้เจาะเลือดสอบถาม ชื่อ-นามสกุล และตรวจสอบ HN ผู้ป่วย เทียบกับชื่อในบัตรคิว และชื่อ-นามสกุล คำสั่งการส่งตรวจจากโปรแกรม HOSxP ทุกครั้ง
 - 3.2 กรณีผู้ป่วยใน บุคลากรผู้เจาะเลือด สอบถาม ชื่อ-นามสกุล และตรวจสอบ HN AN ผู้ป่วย เทียบกับป้ายชื่อมือ และทำการติด ชื่อ-สกุล HN AN ตึกที่นำส่ง ที่ tube/ภาชนะส่งตรวจทุกครั้ง
 - 3.3 ตรวจสอบคำสั่งการเจาะเลือด/เก็บส่งตรวจ การเตรียมผู้ป่วย เช่น การอดอาหาร และเครื่องดื่ม ในใบคำสั่งแพทย์และ HOSxP ให้ถูกต้องตรงกัน
 - 3.4 ให้ผู้ป่วยร่วมตรวจสอบ label Sticker บ่งชี้ตัวผู้ป่วย (ชื่อ-สกุล) ที่ภาชนะสำหรับใส่เลือด หรือส่งตรวจต่าง ๆ
4. ตรวจสอบความตรงกันของชื่อ-สกุล HN AN บน Tube, ใบส่งตรวจ และระบบHOS-xp ก่อนนำส่งทุกครั้ง (Triple Check) โดยทำที่ละรายการให้ครบถ้วนก่อนเจาะผู้ป่วยรายใหม่

5. การส่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ หน่วยงานที่ส่งตรวจต้องตรวจสอบ ชื่อ-นามสกุล HN ที่ติดบน ภาชนะส่งตรวจ กับคำสั่งแพทย์ในระบบ HOS-xP ที่ละส่งตรวจ ให้ถูกต้องก่อนนำส่งห้องปฏิบัติการ
6. การรับส่งตรวจจากหน่วยงานเพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการ
 - 6.1 เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการตรวจสอบ ชื่อ-นามสกุล HN และหน่วยงานนำส่งของผู้ป่วยที่ติดบน ภาชนะเก็บตัวอย่างให้ตรงกับในระบบโปรแกรม HOSxP และในใบ request ทุกครั้ง
 - 6.2 การตรวจสอบคุณภาพของตัวอย่างหากไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรับ/ปฏิเสธส่งตรวจ กรณีพบว่า ไม่ถูกต้อง เช่น ไม่ติดสติ๊กเกอร์ หรือชื่อ-นามสกุล HN ไม่ตรงกัน ไม่ส่งรายการตรวจ เจ้าหน้าที่ ห้องปฏิบัติการจะทำการปฏิเสธส่งตรวจนั้นโดยจะไม่รับลงทะเบียน และให้หน่วยงานที่ส่ง ตรวจทำการแก้ไขให้ถูกต้อง จึงจะทำการรับส่งตรวจ เพื่อป้องกันการรายงานผลตรวจ ทางห้องปฏิบัติการผิดพลาด
 - 6.3 การลงทะเบียนรับส่งตรวจ เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการใช้ HN และชื่อ-นามสกุล เพื่อค้นหาใน โปรแกรม HOSxP ตรวจสอบความถูกต้องก่อนลงทะเบียนรับทุกครั้ง

วิธีปฏิบัติการบ่งชี้ตัวผู้ป่วย (กรณีตรวจ EKG, EEG, X-Ray)

1. ตรวจสอบชื่อ-นามสกุล และHN แพ้มวทะเบียนของผู้ป่วย ใบรายการส่งตรวจตามคำสั่งแพทย์ หรือใบนำส่งให้ถูกต้อง ตรงกับรายการส่งตรวจในโปรแกรมHOSxP
2. ก่อนทำการตรวจ นักเทคนิคการแพทย์/นักรังสีการแพทย์
 - 2.1 กรณีผู้ป่วยให้ความร่วมมือ/สื่อสารได้ ทวนสอบชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย โดยการใช้คำถาม ปลายเปิด พร้อมกับตรวจสอบป้ายชื่อมือหรือป้ายชื่อติดหน้าอกของผู้ป่วยทุกครั้ง
 - 2.2 กรณีผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ/สื่อสารไม่ได้ ทวนสอบชื่อ-นามสกุล โดยการตรวจสอบ ป้ายชื่อมือหรือป้ายชื่อติดหน้าอกของผู้ป่วย สอบถามญาติ/ตรวจสอบรูปภาพผู้ป่วย และข้อมูลในโปรแกรม HOSxP พร้อมแจ้งให้ผู้ป่วย/ญาติทราบเหตุผลความจำเป็นที่ผู้ป่วย ต้องได้รับการส่งตรวจ
3. กรณี X ray: การรับส่งข้อมูล ดังนี้
 - 3.1 งานรับข้อมูลเข้าระบบ INFINITT จากแผ่น CD ภาพถ่ายเอกซเรย์จากโรงพยาบาลอื่น จะต้อง มี sticker ชื่อ-HN ของผู้ป่วยติดมาด้วยอย่างครบถ้วน
 - 3.2 กรณีดึงภาพจาก Data Center นครพิงค์ สามารถโทรแจ้งชื่อ-HN ของโรงพยาบาลต้นทาง และของสวนปรุง หรือนำใบนำทางจากโรงพยาบาลเดิมส่งให้กับห้องเอกซเรย์ได้โดยตรงเพื่อดึงข้อมูลลงระบบ INFINITT ของโรงพยาบาลสวนปรุง
 - 3.3 หากต้องการขอแผ่น CD ภาพถ่ายเอกซเรย์ของผู้ป่วยภายในโรงพยาบาลสวนปรุง เพื่อส่งตัว ไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น สามารถโทรแจ้งชื่อ-HN ของผู้ป่วยที่ห้องเอกซเรย์ จากนั้นให้ญาติหรือเจ้าหน้าที่ เข้ามาเซ็นชื่อรับแผ่น CD ด้วยทุกครั้ง
 - 3.4 กรณีต้องการส่งตัวไปยังโรงพยาบาลภายในเครือข่าย Data Center นครพิงค์ (โรงพยาบาลรัฐ ภายในจังหวัดเชียงใหม่) ให้ทาง Ward โทรแจ้งชื่อ-HN ของผู้ป่วยพร้อมทั้งแจ้งโรงพยาบาลปลายทาง จากนั้น ให้เจ้าหน้าที่เข้ารับใบนำทางส่งภาพเข้าระบบ Data Center ก่อนส่งตัวผู้ป่วยทุกครั้ง

การกำกับติดตาม (Monitoring)

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

ตัวชี้วัด (KPI) ด้านผลลัพธ์

1. อุบัติการณ์การบ่งชี้ตัวผู้ป่วยในการเก็บส่งตรวจ/ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดคน = 0
2. อุบัติการณ์การไม่บ่งชี้ตัวผู้ป่วยในการเก็บส่งตรวจ/ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ = 0
3. อุบัติการณ์การความคลาดเคลื่อนทางยาจากการบ่งชี้ผิดคน (Medication error) = 0
4. อุบัติการณ์การบ่งชี้ตัวผู้ป่วยในเวชระเบียนผิดคน = 0
5. อุบัติการณ์บ่งชี้ตัวผู้ป่วยผิดคน ระดับ D ขึ้นไป = 0

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 นำผลลัพธ์จากการทบทวนมาเสนอในที่ประชุมองค์กรแพทย์ 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 ของ

โรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder)

Type of Diagnosis	คำจำกัดความ (Definition)	ตัวอย่าง (Example)	จำนวน	สาเหตุ
Right Diagnosis	วินิจฉัยถูกต้อง	ผู้ป่วยมีกลุ่มอาการที่เข้าได้กับโรคซึมเศร้าและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า		
Missed Diagnosis	ความผิดพลาดในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า	ผู้ป่วยที่มี 9Q มากกว่า 7 และมีอาการที่สำคัญที่สามารถบ่งชี้ว่าอาจจะเป็นโรคซึมเศร้า ได้แก่ อาการเศร้าทั้งวัน ทุกวันเกิน 2 อาทิตย์ หรือ ไม่อยากทำกิจกรรมที่เคยชอบ ทำมาก่อนเกิน 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	ผู้ป่วยที่มีประวัติใช้สารเสพติดร่วมกับมีอาการทางจิต เช่น หูแว่ว เห็นภาพหลอน หลงผิด และหวาดระแวง เป็นต้น		
Wrong Diagnosis	การวินิจฉัยโรคจิตจากสารเสพติด ผิดเป็นโรคอื่น	ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตจากสารเสพติดแต่วินิจฉัยผิดเป็นโรคอื่น เช่น โรคจิตเภท หรือโรค 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		

การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยาคลาดเคลื่อน

นิยาม (Definition)

ผลการทดสอบทางห้องปฏิบัติการของสิ่งส่งตรวจจากผู้ป่วยต้องมีความถูกต้อง คือ รายงานผลที่ตรงกับเจ้าของสิ่งส่งตรวจ และมีความแม่นยำ สามารถสะท้อนถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในร่างกายของเจ้าของสิ่งส่งตรวจได้

การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดพลาด ซึ่งเกิดจาก 3 กระบวนการหลัก ได้แก่ ขั้นตอนก่อนการวิเคราะห์ ขั้นตอนขณะวิเคราะห์และขั้นตอนหลังการวิเคราะห์ โดยแหล่งที่มาของความผิดพลาดนั้นมาจากคำร้องเรียนจากผู้ให้บริการ(แพทย์และพยาบาล) รายงานอุบัติการณ์ หรือจากการตรวจพบของเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการเอง โดยผลการตรวจวิเคราะห์ดังกล่าวได้ถูกส่งไปถึงผู้ให้บริการแล้ว

ความผิดพลาดจำแนกตามกระบวนการหลักดังนี้

1. กระบวนการก่อนการตรวจวิเคราะห์

- 1.1 เจาะเลือดผิดคน
- 1.2 เก็บสิ่งส่งตรวจไม่ถูกต้อง
- 1.3 เก็บผิด Container
- 1.4 ลงทะเบียนรับแลปผิดคน
- 1.5 ติดสติ๊กเกอร์ขี้บ่งผิดราย

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

- 1.1.1. กำหนดแนวทางการระบุตัวผู้ป่วยถูกต้องขณะเก็บสิ่งส่งตรวจ (Patient Identification) โดยก่อนนำส่งสิ่งส่งตรวจต้องตรวจสอบ ชื่อ-นามสกุล HN ที่ติดบน

ภาชนะสิ่งส่งตรวจกับคำสั่งแพทย์ในระบบHOS-XP ที่ละสิ่งส่งตรวจ ให้ถูกต้อง ก่อนนำส่งห้องปฏิบัติการ

- 1.1.2. ทบทวนคู่มือการจัดเก็บสิ่งส่งตรวจ การเตรียมตัวผู้ป่วยอย่างถูกต้อง เพิ่มรายละเอียดการนำส่งและรักษาสภาพสิ่งส่งตรวจก่อนนำส่งห้องปฏิบัติการกรณีไม่สามารถนำส่งได้ทันที (SPSD11.01)
- 1.1.3. กำหนดเกณฑ์การรับและปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ (SPSD11.01) เพื่อใช้เป็นมาตรฐานร่วมกันระหว่างผู้ใช้บริการ กับห้องปฏิบัติการ
- 1.1.4. จัดประชุมให้ความรู้สื่อสาร การเก็บสิ่งส่งตรวจเพื่อลดอัตราการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ

1.2 ห้องปฏิบัติการ

- 1.2.1. เจ้าหน้าที่แลป ตรวจสอบความถูกต้องของสิ่งส่งตรวจ ติดสติ๊กเกอร์ ชื่อ –สกุล HN บน ภาชนะเก็บสิ่งส่งตรวจทุกตัวอย่าง ทุกราย
- 1.2.2. ตรวจสอบปริมาณและภาชนะที่เก็บสิ่งส่งตรวจ
- 1.2.3. ตรวจสอบรายละเอียด คำสั่งการตรวจให้ถูกต้องก่อนลงทะเบียนรับ
- 1.2.4. ใช้ HN และ ชื่อสกุล ในการค้นหาข้อมูลผู้ป่วยในระบบแทนการค้นหา ด้วยชื่อผู้ป่วยอย่างเดียว
- 1.2.5. ติด Barcode บน Tube, ใบส่งตรวจ, และในสมุดรับแลปเป็นเลข Barcode เดียวกันเพื่อใช้ทวนสอบ
- 1.2.6. ติด Barcodeให้สามารถมองเห็นป้ายชื่อที่ติดมาจาก Ward หรือ OPD ซึ่งสามารถตรวจสอบความถูกต้องในการขึ้น

2. ขั้นตอนการวิเคราะห์ (Analytical Process)

- 2.1. ตรวจสอบความพร้อมใช้เครื่องมือก่อนเริ่มการตรวจวิเคราะห์ผู้ป่วย รวมถึงการดูแลรักษาเครื่องมืออย่างสม่ำเสมอ (PM)
- 2.2. ควบคุมคุณภาพภายใน(IQC) ประจำวันทำการแก้ไขทันทีเมื่อผลการควบคุมคุณภาพภายในไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน
- 2.3. ตรวจสอบชื่อ-สกุล H-N ผู้ป่วยที่ติดTube กับ Barcode ต้องถูกต้องตรงกันก่อนนำเลือดเข้าเครื่องตรวจวิเคราะห์
- 2.4. ตรวจสอบเลือดและ Serum ก่อนนำเข้าเครื่องตรวจวิเคราะห์เพื่อป้องกันก้อน Clot หรือ Fibrin ซึ่งเป็นสาเหตุให้เครื่องวัดปริมาตรตัวอย่างผิดพลาด และทำให้เครื่องมือชำรุด
- 2.5. มีระบบสำรองไฟที่มีคุณภาพ (UPS)

3. ขั้นตอนหลังการวิเคราะห์ (Post-analysis Process)

- 3.1. กำหนดและประกันระยะเวลาการรายงานผล OPD, ER, IPD ขอลดด่วน (SPSD11.01)
- 3.2. ทำการ Scan ผลแลปนอก แทนการคัดลอกผล
- 3.3. มีระบบ Alert lab แจ้งผลการตรวจกรณีพบค่าวิกฤตให้ทาง Ward และ ER ทันทีเพื่อการวางแผนการรักษาผู้ป่วยได้ทันเวลา (SPI11.10 วิธีปฏิบัติการรายงานค่าวิกฤต)
- 3.4. กำหนดแนวทางการตรวจสอบผลแลป โดยปฏิบัติตาม วิธีปฏิบัติการป้องกันการรายงานผลแลปผิดพลาด (SPI11.12)

- 3.5. รับรองและการออกรายงานผลตรวจโดยนักเทคนิคการแพทย์
- 3.6. สุ่มตรวจ ตรวจสอบความผิดพลาดย้อนหลังและใน กรณีมีผู้ปฏิบัติงานเพียงคนเดียว (เวรเที่ยง วันหยุด) (FM-LA-066)

การกำกับติดตาม (Monitoring)

1. อัตราการปฏิเสธส่งตรวจ เป้าหมาย < 2%
2. อัตราการรายงานผลแลปผิดพลาด เป้าหมาย 0%
3. ร้อยละการควบคุมคุณภาพภายใน IQC ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน และครบถ้วน 100%
4. ร้อยละการควบคุมคุณภาพภายนอก EQA ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน และครบถ้วน 100%
5. อัตราการรายงานผลทันตามเวลาที่กำหนด เป้าหมาย 80%
6. จำนวนครั้งที่ไม่รายงานค่าวิกฤติ เป้าหมาย 0
7. อัตราการรายงานค่าวิกฤติภายในเวลา 5 นาที เป้าหมาย 100%

การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน

นิยาม (Definition)

การคัดแยก (Triage) หมายถึง กระบวนการประเมินทางคลินิกอย่างรวดเร็วและเป็นระบบเพื่อจำแนกและจัดลำดับความเร่งด่วนทางการแพทย์ฉุกเฉินในการให้การช่วยเหลือตามความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วยและความเสี่ยง ดำเนินการโดยพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมและประเมินสมรรถนะด้านการคัดแยก ณ ห้องฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือ การตรวจประเมินโดยแพทย์ และการรักษาภายในระยะเวลาที่เหมาะสม

การคัดกรอง (Screening) หมายถึง กระบวนการประเมินเบื้องต้นด้วยการสังเกตอาการ และการสอบถามข้อมูลที่จำเป็นโดยย่อ ณ บริเวณทางเข้าแผนกผู้ป่วยนอก ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่ช่วยเหลือคนไข้ ตามแบบคัดกรองที่โรงพยาบาลกำหนด มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการประเมิน โดยพยาบาลวิชาชีพ และนำส่งห้องฉุกเฉินโดยทันที ทั้งนี้ การคัดกรองเบื้องต้นไม่ใช่การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน และผู้ปฏิบัติไม่มีอำนาจหน้าที่ในการจัดลำดับความเร่งด่วน

เป้าหมาย (Goal)

เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการคัดแยกและจัดลำดับบริการในห้องฉุกเฉิน

แนวทางป้องกัน (Process)

- Triage system ใช้เกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินตามเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวช กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

อาการ/ประเภท	Emergency	Urgent	Semi- Urgent	Non- Urgent
1.1 สัญญาณชีพ (Vital signs)	- สัญญาณชีพผิดปกติ แสดงถึงภาวะคุกคามชีวิต ต้องช่วยเหลือทันทีหรือ มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วตลอดเวลา ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น - อุณหภูมิร่างกาย (T) สูงกว่าหรือเท่ากับ 40 องศาเซลเซียส หรือน้อยกว่า หรือเท่ากับ 35 องศาเซลเซียส - ชีพจร (P) น้อยกว่า หรือเท่ากับ 40 ครั้ง/นาที หรือมากกว่าหรือเท่ากับ 120 ครั้ง/นาที - หายใจ (R) น้อยกว่า 12 ครั้ง/นาที หรือมากกว่า 25 ครั้ง/นาที	- สัญญาณชีพผิดปกติ อยู่ในภาวะที่สามารถควบคุมได้แต่มีโอกาสที่จะเปลี่ยนแปลงได้หรือมีอาการ ทางคลินิกอื่นๆ เช่น ใจสั่น เหงื่อออก ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ฯลฯ	- สัญญาณชีพคงที่สามารถควบคุมได้ แต่มีโอกาสที่จะเปลี่ยนแปลงได้เล็กน้อย หรือมีอาการทางคลินิกที่ ควบคุมได้ เช่น เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ฯลฯ	- สัญญาณชีพปกติ

อาการ/ประเภท	Emergency	Urgent	Semi- Urgent	Non- Urgent
	- ความดันโลหิต (BP) ต่ำ กว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท + อาการง่วงซึม หรือ สูงกว่า 180/110 มิลลิเมตรปรอท + เจ็บ หน้าอก ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน หรือ 220/140 มิลลิเมตรปรอท ร่วมกับอาการทางคลินิก อื่น ๆ เช่น - O2 saturation น้อยกว่า 85% - Air hunger - Cyanosis - Apnea - ต้องเฝ้าระวังตลอดเวลา และบันทึกสัญญาณชีพ อย่างน้อยทุก 15-30 นาที			
1.2 อาการ และอาการแสดงทางระบบประสาท (Neurological signs)	- อาการ/อาการแสดงทางระบบประสาทผิดปกติ หรือมีการเปลี่ยนแปลงอย่าง - อาการ/อาการแสดงทางระบบประสาทผิดปกติ หรือมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วตลอดเวลา ไม่สามารถควบคุมได้ (GCS $\leq$ 7 คะแนน) - ชัก นานกว่า 30 วินาที หรือชักซ้ำเป็นระยะ เวลาห่างกันน้อยกว่า 2-5 นาที - ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดทุก 15-30 นาที	- อาการ/อาการแสดงทางระบบประสาทผิดปกติ อยู่ในภาวะที่อาการ/อาการแสดงทางระบบประสาทผิดปกติ อยู่ในสามารถควบคุมได้แต่มีโอกาสเปลี่ยนแปลง ได้ (GCS= 8-12 คะแนน) - ชัก น้อยกว่า 30 วินาที หรือชักซ้ำภายใน 1 ชั่วโมง เป็นระยะเวลาห่างกัน มากกว่า 5 นาที - มีประวัติได้รับอุบัติเหตุ ทางสมองภายใน 24 ชั่วโมง	- อาการ/อาการแสดงทางระบบประสาทผิดปกติหรือคงที่ (GCS = 13-15คะแนน) - มีประวัติ ความผิดปกติของอาการ/อาการแสดงทางระบบประสาท ภายใน 24 ชั่วโมง - มีประวัติชักภายใน 24 ชั่วโมง - มีประวัติได้รับอุบัติเหตุ ทางสมองมากกว่า 24 ชั่วโมง – 72 ชั่วโมง	- ไม่มีอาการ/อาการแสดงทางระบบประสาท - มีประวัติชักหลัง 24 ชั่วโมง /ควบคุมอาการชักได้ - มีประวัติได้รับอุบัติเหตุทางสมองหลัง 72 ชั่วโมง
1.3 พฤติกรรมผิดปกติที่เป็นอันตรายต่อ	- มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองที่เป็นอันตราย ต่อชีวิต เช่น ถู้อาวุธ ทำร้ายตนเอง มีบาดแผลรุนแรง มีการ	- พุดช่มชู่จะทำร้ายตนเอง หรือลงมือกระทำแต่ไม่รุนแรง เช่น โขก ศีรษะ	- มีประวัติทำร้ายตนเองก่อนมาโรงพยาบาล ภายใน 24 ชั่วโมง และ/หรือยังมีความคิด	- ไม่มีความคิดทำร้ายตนเอง

อาการ/ประเภท	Emergency	Urgent	Semi- Urgent	Non- Urgent
ตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน 1.3.1พฤติกรรม ทำร้ายตนเอง	บาดเจ็บ ของอวัยวะภายใน กระดูกหัก วิ่งให้รถชน จะกระโดดตึก หมดสติ ฯลฯ - มีค่าคะแนน OAS : (Overt Aggression Scale) อยู่ในระดับ 3	ชกตีตัวเอง ตึงผม ขีดข่วนตัวเอง ฯลฯ - มีค่าคะแนน OAS : (Overt Aggression Scale) อยู่ในระดับ 2	ทำร้ายตนเอง ต้อง เฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง	
1.3.2 พฤติกรรม ทำร้ายผู้อื่น	- มีพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น จนได้รับบาดเจ็บเล็กน้อย ถึงปานกลาง (ซ้ำ เคล็ด บวม) หรือ ทำร้ายผู้อื่น เกิดการ บาดเจ็บรุนแรง กระดูกหัก บาดแผลลึก มีการบาดเจ็บของอวัยวะ ภายใน - มีค่าคะแนน OAS : (Overt Aggression Scale) อยู่ในระดับ 3	- พยายามจะทำร้าย ผู้อื่น เช่น แสดงท่าทาง คุกคาม ทำท่าต่อยม กำหมัด สีหน้าไม่เป็น มิตรหงุดหงิด กระสับ กระส่าย พกพาอาวุธ ติดตัวมาโรงพยาบาล ฯลฯ - มีค่าคะแนน OAS : (Overt Aggression Scale) อยู่ในระดับ 2	- มีประวัติทำร้ายผู้อื่น ก่อนมาโรงพยาบาล ภายใน 24 ชั่วโมง / หรือยังมีความคิดทำ ร้ายผู้อื่น	- ไม่มีความคิด ทำร้ายผู้อื่น
1.3.3 พฤติกรรม ทำลายทรัพย์สิน	- ทำลายทรัพย์สิน เช่น ทุบทำลายของแตก กระจาย จุดไฟเผา ขว้างปาสิ่งของ ที่เป็นอันตราย ฯลฯ - มีค่าคะแนน OAS : (Overt Aggression Scale) อยู่ในระดับ 3	- ทำลายทรัพย์สิน เช่น ขว้างปาสิ่งของ เตะ เฟอร์นิเจอร์ ทุบกำแพง ฯลฯ - มีค่าคะแนน OAS : (Overt Aggression Scale) อยู่ในระดับ 2	- ปิดประตูแรงเสียงดัง หรือข้าวของกระจาย ฯลฯ ก่อนมาโรงพยาบาล ภายใน 24 ชั่วโมง และ/หรือยังมีความคิด ทำลายสิ่งของ - มีค่าคะแนน OAS : (Overt Aggression Scale) อยู่ในระดับ 1	- ไม่มีความคิด ทำลายสิ่งของ
1.4 การรักษา ด้วยยากลุ่มที่มี ดัชนีการรักษา แคบ (Narrow Therapeutic Index)	- เกิดอาการไม่พึง ประสงค์ ด้านยา (ADR) อย่างรุนแรง ได้แก่ - NMS: เกร็ง ชัก ไข้สูง กล้ามเนื้อ อ่อนแรง ระดับความรู้สึกตัวลดลง อย่างรวดเร็ว - Steven Johnson Syndrome: มี ไข้ สูง			

อาการ/ประเภท	Emergency	Urgent	Semi- Urgent	Non- Urgent
	เยื่อตา หรือ เยื่อ ช่องปากอักเสบ มีอาการ ตาแดง เจ็บคอ ปากบวม มีตุ่ม ผื่น แผล ที่ผิวหนัง หัวใจเต้นผิดปกติ/ ความ ดันโลหิตต่ำ ร่วมกับ อาการชัก ช็อก โคม่า ปัสสาวะ ออกน้อย กว่า 30 มิลลิลิตร/ ชั่วโมง - Acute Dystonia โดยจะพบอาการ Torticollis: ศีรษะ และ คอบิดเบี้ยว ไปข้างใด ข้างหนึ่ง อย่างรุนแรงหรือ opisthotonus: ศีรษะ คอ รวมทั้ง ลำตัว แอ่นจน ผิดปกติ(Hyper extended) หรือoculogyric crisis: ตา ทั้งสองจ้อง เข้ม และ เหลือบขึ้น ไป ค้างอยู่ บนจอไม่เห็นตาดำ บางราย อาจมีลิ้นโต ยื่นออกมา จนคับปาก และ สั่นร่วม กับอาการ ชี้น ผุดไม่ชัด กล้ามเนื้อ กระตุก ใช้สูง คลื่นไส้ อาเจียน			

- บุคลากรที่ทำหน้าที่ในการคัดกรองและการคัดแยกทั้งพยาบาลและพนักงานช่วยเหลือคนไข้ ได้รับการฝึกอบรมเป็นอย่างดี (well train)
- มีการจัดทำแนวปฏิบัติการคัดแยกและการจัดลำดับการบริการ 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 - ให้ยาPRN	- Fluid therapy - Lab/EKG - restraint - ให้ยาPRN	- restraint	- First aid if necessary

มาตรฐานการปฏิบัติ

โรงพยาบาลจัดให้มีระบบการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่จุดแรกที่เข้ารับบริการโดยเชื่อมโยงกระบวนการประเมิน อย่างเป็นระบบ 2 ขั้นตอน ดังนี้

1. การคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้น (Screening) ดำเนินการ ณ บริเวณทางเข้าแผนกผู้ป่วยนอก โดยพนักงานช่วยเหลือคนไข้ที่ผ่านการอบรมตามเกณฑ์ที่โรงพยาบาลกำหนด เพื่อค้นหาสัญญาณเตือนภาวะฉุกเฉิน และความเสี่ยงสำคัญทั้งด้านร่างกายและจิตเวช หากพบสัญญาณเตือน หรือไม่สามารถสรุปผลการคัดกรองได้อย่างมั่นใจ ให้ถือว่าผู้ป่วยอาจมีภาวะเสี่ยง และประสานพยาบาลวิชาชีพเพื่อประเมินทันที

2. การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน (Triage) ดำเนินการ ณ ห้องฉุกเฉิน โดยพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรม และได้รับการประเมินสมรรถนะด้านการคัดแยกผู้ป่วย พยาบาลประเมินผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติ การคัดแยกผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวนปรุง (SPEPT) ร่วมกับการประเมินความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าว ด้วยแบบประเมิน Overt Aggression Scale: OAS การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การทำร้ายผู้อื่น และการหลบหนี รวมถึงการประเมินภาวะฉุกเฉินทางกาย โดยจัดระดับความเร่งด่วน ตามภาวะที่มีความรุนแรงและคุกคามต่อชีวิตหรือความปลอดภัยสูงสุด

● Triage process

ขั้นตอนการคัดกรองผู้ป่วยมี 4 ขั้นตอน *** คัดกรองหรือคัดแยก

1. Across The Room Assessment การตรวจด้วยสายตาเจ้าหน้าที่ที่ต้องคัดกรอง ผู้ป่วยทันทีที่เข้ามาในจุดคัดกรองโดยสังเกตลักษณะอาการที่ต้องการการดูแลเร่งด่วน ฉุกเฉิน เมื่อพบสัญญาณเตือนหรือ

ประเมินแล้วไม่มั่นใจว่าผู้ป่วยอาจมีภาวะความเสี่ยง ให้ประสานพยาบาลแจ้งทันที เพื่อประเมินคัดแยก และจัดลำดับความเร่งด่วนในการให้การช่วยเหลือตามความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วยและ ความเสี่ยง

2. Triage Physical Assessment เริ่มจาก Vital Sign ก่อนเสมอ ขั้นตอนนี้เป็นการประเมินจากการสังเกตในขั้นตอนแรก หากพบว่ามีความผิดปกติของ Vital Sign ประเมินปัญหาที่ตรวจพบพร้อมซักประวัติอย่างย่อ ๆ

3. Triage History การซักประวัติเพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วนจากผู้ป่วยเอง ญาติ และจากผู้นำส่งผู้ป่วย โดยบันทึกในแบบบันทึก Triage

4. Triage Decision ตามความจำเป็นเร่งด่วน

เกณฑ์วิธีการคัดแยกผู้ป่วย

การจัดลำดับประเภทของผู้ป่วย จำแนกออกเป็น 4 กลุ่ม ตามคู่มือประกอบการ ใช้เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวช ดังนี้

1. ผู้ป่วยประเภทฉุกเฉิน/วิกฤต (Emergency) (ดูแลจากแพทย์และพยาบาลทันที) หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิตกะทันหัน ต้องได้รับการปฏิบัติ ดูแลช่วยเหลือเพื่อแก้ไขภาวะคุกคามต่อชีวิตที่เกิดขึ้นอย่างทันด่วนที่ มิเช่นนั้นผู้ป่วยอาจมีอันตรายถึงแก่ชีวิตหรืออาจทำให้เกิดความรุนแรงของอาการผิดปกติได้มากขึ้น หรืออาจเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว จำเป็นที่ผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้อง เหมาะสม โดยเร่งด่วนภายใน 30 นาที โดยมีเกณฑ์การประเมินตามแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) OAS=3 คะแนน

2. ผู้ป่วยประเภทเร่งด่วน (Urgent) หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิตอย่างรุนแรงเฉียบพลันมาก จำเป็นต้องได้รับการปฏิบัติ ดูแลช่วยเหลืออย่างรีบด่วน มิฉะนั้นจะทำให้อาการความผิดปกติที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อน ที่อาจส่งผลให้เสียชีวิตหรือความพิการในระยะต่อมาได้ จำเป็นที่ผู้ป่วยต้องได้รับ การช่วยเหลืออย่างถูกต้อง เหมาะสม โดยเร่งด่วนภายใน 38 นาที โดยมีเกณฑ์การประเมินตามแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) OAS=2 คะแนน

3. ผู้ป่วยประเภทกึ่งเร่งด่วน (Semi- Urgent) หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิตอย่าง เฉียบพลัน ไม่รุนแรง อาจรอรับการปฏิบัติดูแลช่วยเหลือได้ในระยะเวลาหนึ่ง แต่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรหลายอย่าง และหากปล่อยไว้เกินเวลาอันควรจะทำให้เกิดความผิดปกติที่รุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ และได้รับการดูแลภายในระยะเวลา 60 นาที โดยมีเกณฑ์การประเมินตามแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) OAS=1 คะแนน

4. ผู้ป่วยประเภทไม่เร่งด่วน (non-urgent) หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติเกิดขึ้นแต่ไม่ใช่ผู้ป่วยฉุกเฉิน 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 คือ ผู้รับบริการที่รอแพทย์ตรวจจะได้รับการประเมินซ้ำในระยะเวลาที่เหมาะสมหรือเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงทุกช่วงเวลา
- มีการบันทึกข้อมูลการคัดแยกได้แก่วันและเวลาที่ triage, ชื่อบุคลากรที่ triage, อาการสำคัญ, ประวัติที่เกี่ยวข้อง, ผลการประเมินเบื้องต้น, ระดับความเร่งด่วน การให้การดูแลเบื้องต้นถ้ามีการเปลี่ยนระดับความเร่งด่วนจะมีการระบุเหตุผลทุกครั้งและมีการประเมินประเภทของการคัดแยกโดยพยาบาลจิตเวชฉุกเฉินและจิตแพทย์
- มีกระบวนการคัดกรองโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ที่ติดต่อทางเดินหายใจ (screening) ในผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน ตั้งแต่แรกเริ่ม พร้อมไปกับการคัดแยกระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย (triage)
- มีกระบวนการคัดกรองโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ที่ติดต่อผ่านทางเดินหายใจในผู้ป่วยที่มาจากระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical service, EMS) และระบบรับส่งต่อผู้ป่วย (referral system) ก่อนผู้ป่วยจะมาถึงสถานพยาบาล เพื่อให้ทีมผู้ดูแลเตรียมความพร้อม และอาจพิจารณาวางระบบร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการให้ทีมดูแลจากสถานพยาบาลต้นทางนำส่งผู้ป่วยในระบบรับส่งต่อไปยังหอผู้ป่วยปลายทางโดยไม่ผ่านห้องฉุกเฉิน เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อและลดจำนวนผู้สัมผัสผู้ป่วย)
- มีแนวทางการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment, PPE) ตามแนวทางมาตรฐาน มีการวางแผน และควบคุมการใช้ให้เหมาะสมและคุ้มค่า มีการให้ความรู้แก่บุคลากรในการใส่-ถอด การจัดเก็บ การทิ้งและการทำความสะอาด PPE โดยมีการฝึกและทบทวนเป็นระยะ

● Triage structure/Area/Information

- จุดคัดกรองเบื้องต้นบริเวณทางเข้าแผนกผู้ป่วยนอกอยู่ในตำแหน่งที่สามารถสังเกตเห็น ผู้รับบริการได้อย่างชัดเจน และมีป้ายระบุว่าเป็นจุดคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้น มิใช่จุดกำหนดระดับ Triage
- จัดให้มีแบบคัดกรอง ช่องทางโทรศัพท์หรือระบบสัญญาณเตือน รถเข็น เปล อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล และเส้นทางนำส่งไปห้องฉุกเฉินที่ชัดเจนและปลอดภัย
- จุด Triage ภายในห้องฉุกเฉินต้องมองเห็นได้ชัดเจน เข้าถึงได้โดยสะดวก และคำนึงถึงความปลอดภัยส่วนตัวของผู้ป่วยโดยไม่กระทบต่อความปลอดภัย
- มีอุปกรณ์วัดสัญญาณชีพ เครื่องวัด SpO₂ เครื่องตรวจน้ำตาล และอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ช่วยชีวิตพร้อมใช้
- มีระบบขอความช่วยเหลือหรือสัญญาณเตือนฉุกเฉิน
- จัดให้มีเส้นทางออกที่ปลอดภัยสำหรับบุคลากร และหลีกเลี่ยงการประเมินผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในพื้นที่ปิดหรือพื้นที่ที่จำกัดทางออก
- จัดพื้นที่สำหรับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางกายให้เหมาะสมกับระดับความเสี่ยง

- ระบบสารสนเทศสามารถบันทึกเวลา ระดับการคัดแยก ผลการประเมินซ้ำ การเปิดใช้ Fast Track และผลการทบทวนความเหมาะสมโดยแพทย์ได้

- Training

บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่คัดกรองเบื้องต้นและคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินต้องได้รับการฝึกอบรมและประเมินสมรรถนะตามบทบาทหน้าที่ เพื่อให้สามารถค้นหาภาวะเสี่ยง จัดลำดับความเร่งด่วน ประสานการดูแล และส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว และปลอดภัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. พนักงานช่วยเหลือคนไข้ประจำจุดคัดกรองเบื้องต้น ต้องได้รับการฝึกอบรมและประเมินสมรรถนะในประเด็นสำคัญ ได้แก่

- การสังเกตและประเมินอาการผู้ป่วยจากระยะที่เหมาะสม โดยใช้รายการตรวจสอบสัญญาณเตือนทางกายและทางจิตเวชตามเกณฑ์ที่โรงพยาบาลกำหนด

- เกณฑ์และช่องทางการประสานพยาบาลวิชาชีพ โดยยึดหลักว่า เมื่อพบสัญญาณเตือน หรือไม่สามารถสรุปผลการคัดกรองได้อย่างมั่นใจ ให้ถือว่าผู้ป่วยอาจมีความเสี่ยง และประสานพยาบาลทันที

- การสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติด้วยรูปแบบที่เหมาะสมกับภาวะอารมณ์ พฤติกรรม ระดับการรับรู้ และบริบทของผู้ป่วย

- การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (Basic Life Support: BLS) การขอความช่วยเหลือฉุกเฉิน และการเปิดใช้ระบบตอบสนองภาวะฉุกเฉินของโรงพยาบาล

- การลดระดับความรุนแรงด้วยการสื่อสาร (Verbal de-escalation) การดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างปลอดภัย

- การเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง การป้องกันการหลบหนี การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล และการคัดกรองโรคติดต่อเบื้องต้น

2. พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วย ต้องได้รับการฝึกอบรมและประเมินสมรรถนะด้านการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน ครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้

แนวปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวนปรุง (SPEPT) และการจัดลำดับความเร่งด่วน ตามภาวะที่คุกคามต่อชีวิตและความปลอดภัยสูงสุด

- การประเมินทางเดินหายใจ การหายใจ และการไหลเวียนโลหิต (Airway, Breathing and Circulation: ABC) ระดับความรู้สึกตัวด้วย Glasgow Coma Scale: GCS สัญญาณชีพ และ Modified Early Warning Score: MEWS

- การใช้แบบประเมิน Overt Aggression Scale: OAS และการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การทำร้ายผู้อื่น และการหลบหนี

- การประเมินภาวะเพื่อสับสน ภาวะมึนเมา ภาวะถอนสารหรือสารเสพติด และอาการไม่พึงประสงค์จากยาจิตเวช

- การลดระดับความรุนแรงด้วยการสื่อสาร การจัดการพฤติกรรม และการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงอย่างปลอดภัย

- การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การประเมินภาวะฉุกเฉินทางกาย และการเปิดใช้ระบบตอบสนองภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ (Medical Emergency Response System)

- การสื่อสารตามหลัก AIDET รวมถึงการบริหารจัดการช่วงรอยต่อระหว่างจุดคัดกรองเบื้องต้นกับห้องฉุกเฉิน

- การบันทึกผลการประเมิน ระดับความเร่งด่วน เวลาในการประเมิน เวลาในการประสานงาน และการดำเนินการที่เกี่ยวข้องอย่างครบถ้วนและตรวจสอบได้

และกำหนดให้มีการทบทวนความรู้และประเมินสมรรถนะของบุคลากรอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง รวมทั้งเมื่อมีการปรับปรุงแนวปฏิบัติ เกณฑ์การประเมิน หรือระบบบริการ โดยจัดให้มีการฝึกสถานการณ์จำลองที่ครอบคลุมภาวะฉุกเฉินทางกาย ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง การหลบหนี และการส่งมอบผู้ป่วยจากจุดคัดกรองเบื้องต้นเข้าสู่ห้องฉุกเฉิน พร้อมนำผลการประเมินมาใช้วางแผนพัฒนาสมรรถนะบุคลากรอย่างต่อเนื่อง.

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

ภาคผนวก ก.

แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยจิตเวช (HAP Risk Assessment)

ชื่อ-สกุล..... HN..... หอผู้ป่วย.....

วันที่..... เวลา..... ผู้ประเมิน.....

☐ แกร็บ ☐ หลังปรับยาจิตเวช ☐ อาการเปลี่ยนแปลง ☐ ประเมินซ้ำ

1. ประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล (HAP Risk Assessment) (✓)

รายการ	พบ
1. ความเสี่ยงต่อการสำลัก	
☐ กลืนลำบาก / น้ำลายไหลมาก	☐
☐ ไอหรือสำลักขณะรับประทานอาหาร/ดื่มน้ำ	☐
☐ EPS หรือ NMS ที่มีผลต่อการกลืน	☐
☐ เคยเกิด Aspiration Pneumonia	☐
2. ระดับความรู้สึกตัวลดลง	
☐ ซึม ง่วง รับประทานอาหารเองไม่ได้	☐
☐ ได้รับ Clozapine / Benzodiazepines / Polypharmacy	☐
3. ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง	
☐ Catatonia / ติดเตียง	☐
☐ ต้องมีผู้ป้อนอาหาร / ปัญญาบกพร่อง	☐
4. ปัจจัยเสี่ยงทางกายและโรคร่วม	
☐ อายุ ≥ 65 ปี	☐
☐ เบาหวาน / โรคหัวใจ / โรคปอดเรื้อรัง	☐
☐ ทุพโภชนาการ	☐
☐ ใช้หวัดใหญ่หรือปอดอักเสบในช่วงที่ผ่านมา	☐

2. สรุปผล

☐ ไม่พบความเสี่ยง → ดูแลตามมาตรฐาน HAP Prevention

☐ พบความเสี่ยง (≥ 1 ข้อ) → ทำแบบคัดกรองการกลืน (Dysphagia Screening)

ภาคผนวก ข.

แบบคัดกรองภาวะกลืน (Dysphagia Screening)

ความพร้อมก่อนทดสอบ

รายการ	ใช่	ไม่ใช่
รู้สึกตัวดี ทำตามคำสั่งได้	☐	☐
นั่งศีรษะสูง 60–90° ได้	☐	☐

หากตอบ "ไม่ใช่" ข้อใดข้อหนึ่ง

- รายงานแพทย์
- พิจารณางดอาหารและน้ำทางปาก (NPO) ตามคำสั่งแพทย์

การทดสอบการกลืน

รายการ	ผ่าน	ไม่ผ่าน
กลืนน้ำ 5 ml. ไม่ไอ ไม่สำลัก	☐	☐
ดื่มน้ำ 30–50 ml. ไม่ไอ ไม่สำลัก	☐	☐

3. แนวทางปฏิบัติ

ผลประเมิน	การดำเนินการ
ผ่าน	● รับประทานอาหารตามแผนการรักษา ● จัดศีรษะสูง 60–90° ระหว่างอาหาร ● หลังอาหารศีรษะสูง 30–45° 30–60 นาที ● เฝ้าระวังอาการสำคัญ
ไม่ผ่าน	● รายงานแพทย์ ● งดอาหารและน้ำทางปาก (NPO) ตามคำสั่งแพทย์ ● พิจารณาประเมินการกลืนเพิ่มเติม ● ปรับชนิดอาหาร/วิธีให้อาหารตามแผนการรักษา

ผู้ประเมิน.....วันที่...../...../.....

มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย



ประกาศคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

เรื่อง มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย

เพื่อให้การดำเนินการของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (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) การผ่าตัดผิดคน 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) การให้เลือดผิดคน 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 และมีผลการดำเนินงานตามแผนแสดงแก่ผู้เกี่ยวข้อง

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 ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2563 ไว้ดังนี้

มาตรฐานสำคัญจำเป็น	รายละเอียดการดำเนินงาน
1. การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ 2. การติดเชื้อที่สำคัญตามบริบทขององค์กรในกลุ่ม SSI, VAP, CAUTI, CABS 3. บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่ 4. การเกิด Medication Errors และ Adverse Drug Event 5. การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด 6. การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด 7. ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค 8. การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยาคลาดเคลื่อน 9. การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน	สถานพยาบาลต้องดำเนินการดังต่อไปนี้ 1. สถานพยาบาลต้องมีแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วยในประเด็นที่กำหนด 2. สถานพยาบาลแสดงจำนวนอุบัติการณ์ ที่เกิดขึ้นแต่ละปีในประเด็นที่กำหนด 3. กรณีเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย (ระดับ E ขึ้นไป) ให้สถานพยาบาลทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุราก 4. จัดทำแผนควบคุมป้องกันการเสี่ยงและมีผลการดำเนินงานตามแผนแสดงแก่ผู้เยี่ยมชมสำรวจ

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, CABS	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 ธนาการเลือดและงานบริการโลหิต
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