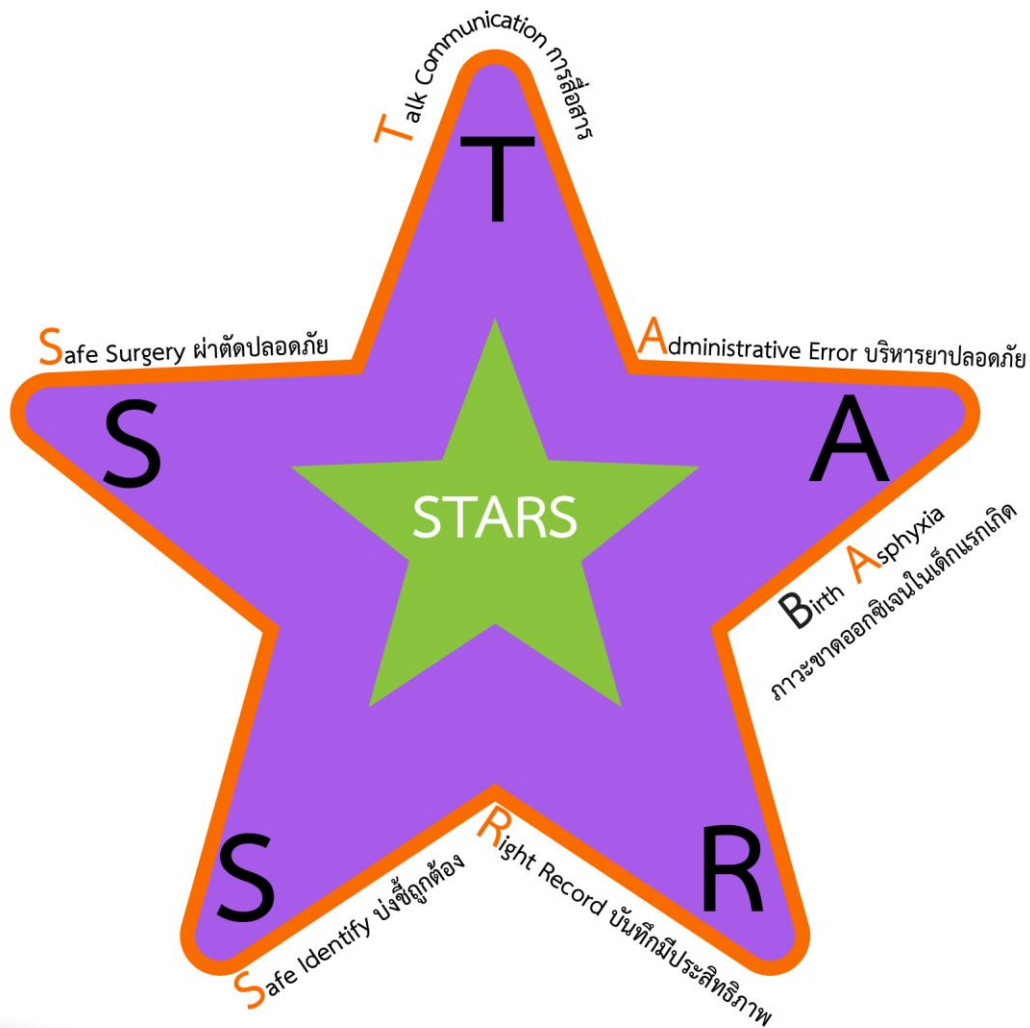




คู่มือปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ตามหลัก SIMPLE



โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์
จังหวัดอุบลราชธานี

คำนำ

ความปลอดภัยและความพึงพอใจในการรับบริการเป็นความต้องการหลักของผู้ป่วยและบุคลากรผู้ให้บริการ โรงพยาบาลทุกโรงพยาบาลจึงได้มุ่งมั่นที่จะพัฒนาระบบงานให้มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน โดยพัฒนางานด้านการบริหาร บริการและวิชาการให้มีความสอดคล้องและบูรณาการ การบริหารความเสี่ยงเป็นระบบงานที่สำคัญ ที่จะส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัยทั้งชีวิต ทรัพย์สิน ชื่อเสียงของผู้รับบริการและองค์กร

ความเสี่ยงและความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการบริการ เป็นสาเหตุให้เกิดการร้องเรียนเพื่อเรียกร้องค่าเสียหายจากสถานบริการ ผู้ให้บริการ และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ทำให้ผู้ให้บริการเสียกำลังใจในการทำงาน ส่งผลให้เกิดการลาออกเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ขาดแคลนบุคลากรตามมา ด้านผู้รับบริการก็ขาดความมั่นใจในการรับบริการ จากความสำคัญดังกล่าวการป้องกันความเสี่ยงก่อนที่จะเกิดความเสียหาย จึงเป็นแนวทางที่ดีที่สุดที่ทุกองค์กรมุ่งมั่นดำเนินการ ภายใต้การพัฒนาตามมาตรฐานต่างๆ

โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ได้ดำเนินการตามมาตรฐาน HA (Hospital Accreditation) ฉบับฉลองสิริราชสมบัติ 60 ปี มาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2545 มีการทบทวนความเสี่ยงต่างๆ ที่เกิดขึ้นทั้งทางด้าน Clinic และ Non-Clinic รวบรวมรายงานอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น และวิเคราะห์หาสาเหตุซึ่งพบว่า โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์มีความเสี่ยงในหลายๆด้าน ซึ่งมีการดำเนินการตามเข้มมุ่งความปลอดภัยทุกปี ในปี 2556-2558 ได้ดำเนินการตามเข้มมุ่งความปลอดภัยตามโครงการ Safety STARS ซึ่งโรงพยาบาลกำหนดเป็นจุดเน้นของโรงพยาบาล ยังพบว่าต้องมีการดำเนินการต่อเนื่องและเข้มข้นมากขึ้น ในปีงบประมาณ 2559 นี้ ได้กำหนดนโยบายด้านความปลอดภัยของผู้รับบริการตามหลัก SIMPLE ให้ครบทุกหัวข้อและเข้มข้นในจุดเน้น “STARS” มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติ เพื่อให้บุคลากรทั่วทั้งโรงพยาบาล ได้ปฏิบัติในแนวทางเดียวกัน เกิดผลดีและบรรลุเป้าประสงค์เพื่อผู้ป่วยและผู้รับบริการปลอดภัย เพิ่มความพึงพอใจและลดข้อร้องเรียนด้านคุณภาพการรักษายาบาล โดยคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลติดตามผลการปฏิบัติงาน ตามวงรอบและจากตัวชี้วัดที่กำหนด

จึงใคร่ขอให้บุคลากรทุกท่านให้ความร่วมมือ ร่วมใจสร้างความปลอดภัยให้เป็นวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กร เป็นแนวคิดหลักในการทำงานประจำ และมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์

ธ.ค. 2558

สารบัญ

เรื่อง	หน้า	
คำนำ		2
สารบัญ	3	
นโยบายด้านความปลอดภัยผู้ป่วย	5	
เข็มมุ่งความปลอดภัย Safety “STARS”		6
ตัวชี้วัด KPI		7
ตารางมอบหมายผู้รับผิดชอบแต่ละหัวข้อ	8	
Patient Safety Goals : SIMPLE		
S : Safe Surgery ★		
S 1. S 1 : SSI Prevention (CDC)		11
S 2. S 2 : Safe Anesthesia		12
S 3. S 3 : Safe Surgical Team		14
S 3. S 3.1: Correct procedure at correct body site		14
S 3. S 3.2: Surgical Safety Checklist		16
I : Infection Control (Clean care)		
I 1: Hand Hygiene (WHO PSS#9)		17
I 2: Prevention of Healthcare Associated Infection		18
I 2.1: CAUTI Prevention		18
I 2.2: VAP Prevention		20
I 2.3: Central line infection Prevention		22
M : Medication Safety ★		
M 1: Safe Form ADE		24
M 1.1: Control of concentrated electrolyte Solutions		24
M 1.2: Improve the safety High Alert Drug		25
M 2 Safe form medication error		26
M 2.1: Look Alike - Sound Alike Medication Name (LASA)		26
M 3: Assuring Medication Accuracy at Transition in care (High 5s/WHO PSS#6)		27
Medication Reconciliation		
M 4: Blood Safety		28

เรื่อง

หน้า

P : Patient Care Process ★

P 1: Patients Identification เน้นในกิจกรรม 7 ด้าน ดังนี้ 30

1. การระบุตัวผู้ป่วยในการให้ยา (Drug Administration)
2. การระบุตัวผู้ป่วยในการให้เลือด (Blood Transfusion)
3. การระบุตัวผู้ป่วยในการเก็บส่งตรวจ (Specimen Collection)
4. การระบุตัวทารกแรกเกิด (Newborn)
5. การระบุตัวผู้ป่วยในการทำหัตถการ (Procedure)
6. บ่งชี้ในการเอกซเรย์
7. บ่งชี้ในการให้อาหารเฉพาะโรค

P 2: Communication ★

P 2.1: Effective communication พัฒนาการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพด้วย SBAR 32

P 2.2: พัฒนาการสื่อสารข้อมูลระหว่างการส่งมอบผู้ป่วย 34

(Communication During Patient Care Handovers)

P 2.3: พัฒนาการสื่อสารผลการตรวจที่มีค่าวิกฤต 35

(Communicating Critical Test Results)

P 2.4: Verbal or Telephone Order พัฒนาการรับคำสั่งทางวาจาหรือทางโทรศัพท์ 36

P 2.5: การใช้คำย่อ สัญลักษณ์ การระบุขนาดยาที่เป็นมาตรฐาน 37

(Abbreviations, Acronyms, Symbols & Dose Designation)

P 3: การวินิจฉัยที่เหมาะสม (Proper Diagnosis) 42

P 4: แนวทางการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ (Preventing Common Complications)

P 4.1: การป้องกันการเกิดแผลกดทับ (Preventing Pressure Ulcers) 43

P 4.2: การป้องกันการพลัดตก หกล้ม (Preventing Patient Falls) 44

L : Line, Tube & Catheter

L 1: Avoiding Catheter and Tubing Mis - connections (WHO PSS#7) 46

การป้องกันการต่อสาย/ท่อ/ข้อต่อผิดพลาด

E : Emergency Response

E 1: Response to the Deteriorating Patient (WHO PSS) 47

E 2: Sepsis (HA) 49

E 3: Acute Coronary Syndrome (HA) 50

E 4: Maternal & Neonatal Morbidity (HA) ★

E 4.1 Birth asphyxia 51

E 4.2 Postpartum hemorrhages 52

ภาคผนวก

นโยบายด้านความปลอดภัยผู้ป่วย (Patient Safety Goal)

โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์มีเป้าหมายในการให้บริการคือ ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยและพึงพอใจเพื่อให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายที่กำหนด จึงขอประกาศแนวทางปฏิบัติเพื่อส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัย ดังนี้

1. ให้ทุกหน่วยงานจัดทำบัญชีความเสี่ยงในหน่วยงาน
 2. ให้ทุกหน่วยงานมีการบริหารความเสี่ยงครบ 4 ขั้นตอนได้แก่ การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผลการจัดการความเสี่ยง
 3. ให้หน่วยงาน/กรรมการคุณภาพ ที่เกี่ยวข้องตามหลักSIMPLE นำแนวทางที่กำหนดสู่การปฏิบัติหน้าที่ในงานประจำอย่างครอบคลุมทุกกิจกรรมและต่อเนื่อง
 4. ให้หน่วยงาน/กรรมการคุณภาพประเมินผลการดำเนินงานด้านความปลอดภัยรายงานที่ประชุม RMC ทุกเดือน
 5. ให้ทุกหน่วยงาน/กรรมการคุณภาพดำเนินงานพัฒนาระบบงานที่เกิดความเสี่ยง/อุบัติการณ์จนเกิดผลลัพธ์ในการบริการที่ดีขึ้น
- ทั้งนี้ ขอให้บุคลากรทุกท่านนำหลักการ SIMPLE สู่การปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ถือเป็นงานหลักในหน้าที่

สืบไป

ประกาศ ณ วันที่ 1 ธันวาคม 2558

พ.อ.

(สุรัตน์ ประเสริฐสุข)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์

เข้มมุ่งความปลอดภัย
โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์
ปีงบประมาณ 2559

Safety “STARS”

S = Safe Surgery ผ่าตัดปลอดภัย

T = Talk Communication การสื่อสารที่ดี

A = Administrative error การบริหารยาปลอดภัย

และ Birth Asphyxia ภาวะพร่องออกซิเจนในทารกแรกเกิด

R = Right Record การบันทึกที่มีประสิทธิภาพ

S = Safe Identify การบ่งชี้ถูกต้อง

S I M P L E

ตัวชี้วัด SIMPLE Safety STARS ปี 2558

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ	เป้าหมาย
	S = Safe Surgery ผ่าตัดปลอดภัย		
1	จำนวนครั้งที่พบสิ่งตกค้างในร่างกาย	OR	0 ครั้ง
2	อัตราการผ่าตัด ถูกคน ถูกข้าง	OR	100%
3	จำนวนครั้งที่เกิดอุบัติเหตุ เข็มทิ่ม/เข็มตำ/มีดบาด ขณะผ่าตัด	OR	0 ครั้ง
	T = Talk Communication การสื่อสารที่ดี		
4	จำนวนการรายงานค่า Lab วิกฤติ /Early warning sign ไม่ถูกต้อง	RMC	0 ครั้ง
5	จำนวนครั้งที่เกิดอุบัติเหตุที่มีสาเหตุมาจากรับคำสั่งผิดระดับ E ขึ้นไป	RMC	0 ครั้ง
6	จำนวนครั้งที่เกิดอุบัติเหตุที่มีสาเหตุมาจากการขาดการส่งต่อข้อมูลระหว่างวิชาชีพ หรือระหว่างหน่วยงาน	RMC	0 ครั้ง
	A = Administrative error การบริหารยาปลอดภัย		
7	Drug Administrative error	PTC	ไม่เกิน 3 ครั้ง: 1000 วันนอน
8	อัตราการเกิด ADE ระดับ D ขึ้นไปในยา High Alert drug	PTC	0 ครั้ง
9	จำนวนผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ (ADR ซ้ำ)	PTC	0 ครั้ง
10	อัตราการเกิด Birth asphyxia	LR	30:1000
	R = Right Record บันทึกมีประสิทธิภาพ		
11	ผลประเมิน MRA ประจำปี	IM	ปีละ 1 ครั้ง
	S = Safe Identify		
12	จำนวนครั้งที่เกิดอุบัติเหตุการส่งและรายงาน LAB ผิด ระดับ E ขึ้นไป (คน/ประเภท)	RMC	0
13	จำนวนครั้งที่เกิดอุบัติเหตุการให้เลือดผิดคน/ผิดGroup	RMC	0
14	จำนวนครั้งที่การส่งการรักษาผิดคน	RMC	< 3 ครั้ง: เดือน

หมายเหตุ *

I - Infection control (IC)

-อัตราการติดเชื้อ VAP IC < 10 ครั้ง/1000 day

-อัตราการติดเชื้อ CAUTI IC < 2 ครั้ง/1000 day

-อัตราการล้างมือถูกต้องตามขั้นตอน

L - Line, tube & catheter (RMC)

- อุบัติการณ์การต่อสาย/ท่อ/ข้อต่อผิดพลาด/ตึง (ท่อหายใจ, ICD, CVP,F/C, สาย IV)

E - Emergency Response (IC) - อัตราตาย ผป. Sepsis < 20%

**ตารางมอบหมายงานให้ตามหลักการ SIMPLE สำหรับการปฏิบัติการ
โรงพยาบาลค่ายสรรพลีทิประสงค์**

กิจกรรม	หน่วยงานที่ปฏิบัติ	ผู้รับผิดชอบ รวบรวมตัวชี้วัด
S 1: Safe Surgery Infection Prevention (SSI)	หน่วยงานที่เตรียมผู้ป่วยผ่าตัด (หอผู้ป่วยใน) OPD, ER, LR, OR	PCT ศัลยกรรม
S 2: Safe Anesthesia	ห้องผ่าตัด (งานวิสัญญี)	ห้องผ่าตัด (งานวิสัญญี)
S 3: Safe Surgical Team	ห้องผ่าตัด	ห้องผ่าตัด
I 1: Hand Hygiene	บุคลากรทุกคน	คณะกรรมการ IC
I 2.1: CAUTI	ทุกหน่วยงานที่ให้การพยาบาลสวนปัสสาวะ	คณะกรรมการ IC
I 2.2: VAP Prevention	OR, หอผู้ป่วย ICU, ER	คณะกรรมการ IC
M 1.1: Control of concentrated electrolyte Solution	IPD ทุก Ward, OR, ER, LR, ไตเทียม	คณะกรรมการ PTC
M 1.2: Improve the safety high Alert drug	IPD ทุก Ward, OR, ER, LR, ไตเทียม กองเภสัชกรรม	คณะกรรมการ PTC
M 2.1: Look Alike - Sound Alike Medication name (LASA)	ห้องยา, IPD ทุก Ward, OR, ER LR, ไตเทียม, OPD, หันตกรรม	คณะกรรมการ PTC
M 3: Medication Reconcile	ห้องยา, IPD ทุก Ward, OR, LR, ไตเทียม OPD, หันตกรรม	คณะกรรมการ PTC
M 4: Blood Safety	IPD ทุก Ward, OR, ER, LR, ไตเทียม พยาธิวิทยา	พยาธิวิทยา/ PTC
P 1: การบ่งชี้ผู้ป่วยให้ถูกต้อง (Patients Identification) เน้นในกิจกรรม 7 ด้าน ดังนี้		
1.1 การระบุตัวผู้ป่วยในการให้ยา (Drug Administration)	ห้องยา, IPD ทุก Ward, ER, OR, LR, OPD	คณะกรรมการ PTC องค์กรพยาบาล

ตารางมอบหมายงานให้ตามหลักการ SIMPLE สู่การปฏิบัติการ
โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์

กิจกรรม	หน่วยงานที่ปฏิบัติ	ผู้รับผิดชอบรวบรวม ตัวชี้วัด
1.2 การระบุตัวผู้ป่วยในการให้เลือด (Blood Transfusion)	ห้อง LAB, IPD ทุก Ward, ER, OR, LR OPD, ไตเทียม	พยาธิวิทยา องค์กรพยาบาล
1.3 การระบุตัวผู้ป่วยในการเก็บสิ่งส่ง ตรวจ (Specimen Collection)	ห้อง LAB, IPD ทุก Ward, ER, OR, LR OPD, ไตเทียม	พยาธิวิทยา
1.4 การระบุตัวทารกแรกเกิด (Newborn)	ER, OR, LR, OPD, หอผู้ป่วย 5/1 หอผู้ป่วยพิเศษ	PCT สูติฯ
1.5 การระบุตัวผู้ป่วยในการทำหัตถการ (Procedure)	IPD ทุก Ward, ER, OR, LR, OPD ทันตกรรม, กายภาพบำบัด, นวดแผน ไทย	PCT สูติฯ คณะกรรมการ RMC
1.6 บ่งชี้ในการเอกซเรย์	IPD ทุก Ward, ER, OR, LR, OPD ทันตกรรม	X-ray
1.7 บ่งชี้ในการให้อาหารเฉพาะโรค	IPD ทุก Ward	แผนกโภชนาการ
P 2.1 การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพด้วย SBAR	ER, LR, OR, OPD , IPD ทุก Ward	องค์กรแพทย์ องค์กรพยาบาล
P 2.2: พัฒนาการสื่อสารข้อมูลระหว่าง การส่งมอบผู้ป่วย (Communication during Patient Care Handovers)	ER, LR, OR, OPD, IPD ทุก Ward ไตเทียม, ทันตกรรม , กายภาพบำบัด X-ray	คณะกรรมการ RMC
P 2.3: พัฒนาการสื่อสารผลการตรวจที่มี ค่าวิกฤต (Communicating critical test Result)	องค์กรแพทย์, Lab, OPD ER, LR, OR, IPD ICU, ไตเทียม, IPD ทุก Ward	องค์กรแพทย์ องค์กรพยาบาล พยาธิวิทยา
P 2.4: พัฒนาการรับคำสั่งทางวาจาหรือ ทางโทรศัพท์ (Verbal or Telephone Order)	ER, LR, OR, OPD, IPD ทุก Ward ไตเทียม, กายภาพบำบัด , X-ray	คณะกรรมการ RMC องค์กรแพทย์ องค์กรพยาบาล
P 2.5: การใช้คำย่อ สัญลักษณ์ การระบุ ขนาดยาที่เป็นมาตรฐาน (Abbreviations, Acronyms, Symbols & Dose Designation)	ER, LR, OR, OPD, IPD ทุก Ward ไตเทียม, กายภาพบำบัด	คณะกรรมการ PTC

ตารางมอบหมายงานให้ตามหลักการ SIMPLE สู่การปฏิบัติการ
โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์

กิจกรรม	หน่วยงานที่ปฏิบัติ	ผู้รับผิดชอบรวบรวม ตัวชี้วัด
P 3: การวินิจฉัยที่เหมาะสม Proper Diagnosis	องค์กรแพทย์	แผนกเวชสถิติ
P 4: แนวทางการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ต่างๆ (Preventing Common Complication) P 4.1: การป้องกันการเกิดแผลกดทับ (Preventing Pressure Ulcers)	IPD ทุก Ward, องค์กรแพทย์ องค์กรพยาบาล	องค์กรพยาบาล กองผู้ป่วยใน
P 4.2: การป้องกันการพลัดตก หกล้ม (Preventing Patient Falls)	ER, LR, IPD ทุก Ward, OPD ไตเทียม, นวดแผนไทย , X-ray	องค์กรพยาบาล
L 1: การป้องกันการต่อสาย / ท่อ / ข้อ ต่อผิดพลาด (Avoiding Catheter and Tubing Miss - connection) โดยเน้นการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อสายต่างๆ ดังนี้ 1. ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ 2. ผู้ป่วยใส่ท่อ ICD 3. ผู้ป่วยใส่สาย CVP/Central line 4. ผู้ป่วยใส่สาย Catheter (3 ทาง)	หอผู้ป่วย ICU, IPD ทุก Ward, ไตเทียม ER, LR, OR	คณะกรรมการ RMC
E 1: Response to the Deteriorating Patient	ER, LR, OR, OPD, IPD ทุก Ward ไตเทียม, กายภาพบำบัด , X-ray	คณะกรรมการ RMC
E 2: Sepsis	องค์กรแพทย์, ER, LR, IPD ทุก Ward ไตเทียม	PCT Med คณะกรรมการ IC
E3 Acute Coronary Syndrome	องค์กรแพทย์, ER, LR, OR, ICU IPD ทุก Ward	ER PCT Med
E4 Maternal Morbidity: Post Partum Hemorrhage E5 Neonatal Morbidity : Birth asphyxia	องค์กรแพทย์, ER , หอผู้ป่วย 5/1, พิเศษ, องค์กรพยาบาล	PCT สูติฯ PCT กุมาร กองผู้ป่วยใน

S : Safe Surgery

S 1 : การป้องกันการติดเชื้อจากการผ่าตัด (SSI Prevention)



เป้าหมาย : ป้องกันการติดเชื้อจากการผ่าตัด

- จุดเน้น**
1. ค้นหาและรักษาการติดเชื้อทุกอย่างที่เกิดขึ้นห่างจากตำแหน่งที่จะผ่าตัด
 2. การเตรียมผิวหนังบริเวณผ่าตัด
 3. การให้Prophylactic antibiotic ที่เหมาะสม

แนวทาง

วิธีปฏิบัติการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

1. ค้นหาและรักษาการติดเชื้อทุกอย่างที่เกิดขึ้นห่างจากตำแหน่งที่จะผ่าตัด

ในผู้ป่วย Elective surgery มีการค้นหาและรักษาการติดเชื้อทุกอย่างที่เกิดขึ้นห่างจากตำแหน่งที่จะผ่าตัดและจะเลื่อนการผ่าตัดไปจนกว่าการติดเชื้อจะหมดไปทุกรายโดย

- 1.1 การซักประวัติโดยแพทย์เจ้าของไข้
- 1.2 การตรวจร่างกายโดยแพทย์เจ้าของไข้
- 1.3 การวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชม.
- 1.4 จากการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, Urinalysis

2. การเตรียมผิวหนังบริเวณผ่าตัด

- 2.1 ไม่กำจัดขนก่อนผ่าตัด ยกเว้นว่าขนที่บริเวณผ่าตัดจะรบกวนต่อการทำผ่าตัด ถ้าต้องกำจัดขนให้ทำทันทีก่อนผ่าตัดหรือภายใน 1 ชม.ก่อนผ่าตัดโดยใช้ Electric clipper
- 2.2 ทำความสะอาดผิวหนังบริเวณผ่าตัดตาม วิธีปฏิบัติการเตรียมผิวหนังในการผ่าตัด

3. ให้ Prophylactic antibiotic ที่เหมาะสม

ให้Antibiotic กับผู้ป่วยทุกรายที่จะทำการผ่าตัด โดยให้ทางหลอดเลือดดำในเวลาที่ทำให้มีระดับยาในซีรัมและเนื้อเยื่อสูงพอสำหรับกำจัดเชื้อโรค (bactericidal concentration) เมื่อขณะลงมีดผ่าตัดให้รักษา Therapeutic level ของยาไว้ตลอดการผ่าตัดและหลังผ่าตัดเสร็จสิ้นอีก 2-3 ชม. สำหรับการผ่าตัดคลอดที่มีความเสี่ยงสูง จะให้ Antibiotic ทันทีหลังจาก clamp สายสะดือ มีการกำหนดการให้ Antibiotic ดังนี้

- 3.1 ผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป ได้แก่ผู้ป่วยกลุ่ม Clean - contaminate, contaminate, dirty

เช่นผู้ป่วย Acute appendicitis, PU Perforate ให้ Antibiotic ดังนี้

- Ceftriazone 2 gms iv drip stat - Metronidazone 500 mg. iv drip stat

- 3.2 ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก - Cefazolin 1 gm. iv drip stat

- 3.3 ผู้ป่วยสูติกรรม ได้แก่ผู้ป่วย C/S, TAH, Vg - Hysterectomy - Ampicillin 2 gm. iv stat

ตัวชี้วัด การติดเชื้อแผลผ่าตัดสะอาด

S 2: Safe Anesthesia

เป้าหมาย

1. ลดภาวะแทรกซ้อนในการให้ยาระงับความรู้สึก
2. ความปลอดภัยในระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก

จุดเน้น : ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั้งในห้องผ่าตัดและนอกห้องผ่าตัด

แนวทาง

1. ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึก

- 1.1 มีมาตรการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเฉพาะอย่าง ได้แก่ การป้องกันการเกิดคลื่นไส้อาเจียน
- 1.2 มีมาตรการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเชิงระบบ ได้แก่

- 1) การจัดทีมบุคลากร: จำนวน คุณวุฒิ ประสบการณ์ การแนะนำก่อนทำงาน การกำกับ ดูแล โดยผู้มีความชำนาญ การให้คำปรึกษากรณีฉุกเฉิน
- 2) การประเมินความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับเทคนิคใหม่: ทั้งด้านวิสัญญีและศัลยกรรม
- 3) การประเมินและวางแผนการดูแลภาวะเจ็บป่วยร่วมในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง หรือผู้ป่วยที่ได้รับยาบางอย่าง รวมทั้งการเตรียมผู้ป่วยให้มีภาวะที่ดีก่อนระงับความรู้สึก ในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถ รอผ่าตัดได้เป็นการประเมินร่วมกันของวิสัญญีแพทย์ ศัลยแพทย์ อายุรแพทย์ ฯลฯ
- 4) การให้ข้อมูลผู้ป่วยและความยินยอมในการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด เช่น ข้อมูลสิ่งที่ผู้ป่วยจะต้องประสบเมื่อรับการระงับความรู้สึก
- 5) การสื่อสารกับผู้ร่วมงาน : ทั้งทีมศัลยแพทย์ ทีมวิสัญญี เจ้าหน้าที่ธนาคารเลือด ห้องปฏิบัติการ เจ้าหน้าที่รังสีเทคนิค ฯลฯ
- 6) การระบุตัวผู้ป่วยและชนิด ตำแหน่ง/ข้างของการผ่าตัด
- 7) การระบุยาฉลากยาที่จะใช้กับผู้ป่วย
- 8) ตรวจสอบเครื่องมือสลบทุกครั้งก่อนเริ่มให้บริการ
- 9) หลีกเลี่ยงการเกิด catheter and tubing miss-connections
- 10) เฝ้าระวังสัญญาณชีพตลอดระยะเวลาที่ได้รับการระงับความรู้สึก โดย basic monitors ประกอบด้วย NIBP, EKG, SpO2, RR ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจทุกราย ต้อง monitor ETCO2 และใช้ special monitors ตามข้อบ่งชี้
- 11) บุคลากรได้รับการฝึกฝนการใช้เครื่องมือเฝ้าระวัง รวมทั้งเครื่องมือใหม่และมีเครื่องมืออื่นที่เพียงพอ มีมาตรฐานความปลอดภัย พร้อมและใช้งานได้ดี นอกจากนี้มีการตรวจสอบ (audit) การใช้เครื่องมือของบุคลากร
- 12) สิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัด มีระบบกำจัดก๊าซส่วนเกิน การแยกขยะ การแลกเปลี่ยนอากาศในห้องผ่าตัด การดูแลระบบไฟฟ้า การป้องกันการติดเชื้อในห้องผ่าตัด

13) มีการประเมินและวางแผนการระงับความรู้สึก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีโอกาสเกิด
ปัญหาระหว่างการระงับความรู้สึก

14) มีกระบวนการดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัด ในห้องพักฟื้นจนผู้ป่วยตื่นดี และดูแลใกล้ชิด
ระยะ 8 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วย

**2. แนวทางการจัดการเมื่อเกิดภาวะไม่พึงประสงค์ เพื่อไม่ให้นำไปสู่ผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์
มีขั้นตอนดังนี้**

2.1 การระงับความตึงใจ

2.2 การขอความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้

2.3 การสื่อสารที่ดีกับทีมศัลยแพทย์ทันที

2.4 งดการวิจารณ์โดยไม่ทราบสาเหตุแน่ชัดว่าเหตุไม่พึงประสงค์เกิดจากสาเหตุใด

2.5 มอบหมายผู้มีอำนาจสูงสุดในทีมเป็นผู้ให้ข้อมูล

ตัวชี้วัด : อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึก

S 3 : Safe Surgical Team

S 3.1: Correct Procedure at Correct Body Site (WHO PSS#4)

การป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดหัตถการ

เป้าหมาย : ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด หัตถการถูกชนิดหัตถการ (Right Procedure) ถูกคน (Right Patient)
ถูกตำแหน่ง (Right Site)

จุดเน้น 1. การรับ - ส่งผู้ป่วย

2. การสอบทวนหรือการยืนยันตัวผู้ป่วยก่อนผ่าตัด (Verification)
3. การทำเครื่องหมายแสดงตำแหน่งผ่าตัด (Mark site)
4. การกำหนดให้มีช่วงเวลา การขอเวลานอกเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง (Time out)

แนวทางปฏิบัติ

การรับผู้ป่วย

1. พยาบาลประจำห้องรับ - ส่ง ผู้ป่วยผ่าตัด ตรวจสอบความถูกต้องและบันทึกการตรวจสอบในแบบฟอร์มการบันทึกการพยาบาลผ่าตัดก่อนผ่าตัดแนวทางการระบุตัวผู้ป่วยก่อนผ่าตัด
2. พยาบาลประจำห้องรับ - ส่ง ผู้ป่วยผ่าตัด ตรวจสอบเอกสาร อุปกรณ์ ที่มากับผู้ป่วย
3. พยาบาลประจำห้องรับ - ส่ง ผู้ป่วยผ่าตัด ตรวจสอบสภาพผู้ป่วยและความถูกต้องในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อผ่าตัด
4. พยาบาลประจำห้องรับ - ส่ง ผู้ป่วยผ่าตัด ตรวจสอบการลงนามยินยอมรับการผ่าตัด

การส่งผู้ป่วย

1. พยาบาลประจำห้องผู้ป่วยผ่าตัด ตรวจสอบความถูกต้องและบันทึกการตรวจสอบลงในแบบฟอร์มบันทึกการพยาบาลผ่าตัดและลงชื่อผู้บันทึก
2. พยาบาลประจำห้องผู้ป่วยผ่าตัด ตรวจสอบเอกสาร อุปกรณ์ ที่จะส่งกับผู้ป่วย
3. พยาบาลประจำห้องผู้ป่วยผ่าตัด ตรวจสอบสภาพผู้ป่วย ประสานตึก ส่งต่ออาการและการดูแลต่อเนื่อง

Verification

1. พยาบาลหน้าที่ 7 ทวนสอบเพื่อยืนยันความถูกต้องดังนี้
 - ตรวจสอบผู้ป่วยให้ถูกต้องตามตารางการผ่าตัด / เวลา / ห้อง
 - ตรวจสอบชื่อ - สกุล อายุ ผู้ป่วยผ่าตัด, โรค, ชนิดผ่าตัดให้ถูกต้องตามแฟ้มประวัติ ป้ายข้อมือ
 - ข้างที่ผ่าตัด (Mark site) , ตำแหน่ง implant / prosthesis

2. ตรวจสอบเอกสาร อุปกรณ์ จัดให้มีพร้อมและสามารถมองเห็น เช่น

- ผล Lab, X-ray, EKG
- Inform Consent
- เอกสารประวัติ วัสดุอุปกรณ์ที่มากับผู้ป่วย

Mark Site

1. ศัลยแพทย์ทำเครื่องหมายแสดงบริเวณที่จะลงมีดด้วยพลาสติก (กำลังอยู่ในช่วงจัดซื้อปากกา Mark Site)
2. พยาบาลผ่าตัดตรวจสอบความถูกต้องของตำแหน่งเครื่องหมาย Mark Site กับคำสั่งการรักษา โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตรวจสอบและยืนยันด้วย

Time Out

1. พยาบาลประจำห้องผ่าตัด (Circulating nurse) ศัลยแพทย์, วิสัญญีแพทย์หรือวิสัญญีพยาบาลทวนสอบความถูกต้องก่อนดมยาและก่อนลงมีดผ่าตัดตามรายการดังนี้

- 1.1 ชื่อ - สกุล อายุ ผู้ป่วย
- 1.2 หัตถการการผ่าตัด / ตำแหน่งผ่าตัด
- 1.3 ความพร้อมและความปลอดภัยของเครื่องมือผ่าตัด
- 1.4 การให้ยาปฏิชีวนะก่อนหลังผ่าตัด
- 1.5 สิ่งที่ต้องพึงระวังในการผ่าตัด / ดมยา

หมายเหตุ ถ้ามีข้อมูลขัดแย้งต้องทบทวนใหม่จนมั่นใจ จึงเริ่มผ่าตัด

ตัวชี้วัด

1. อุบัติการณ์ ผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดหัตถการ
2. อุบัติการณ์การไม่ปฏิบัติตามแนวทางการระบุตัวผู้ป่วยผ่าตัด

S 3.2: Surgical Safety Checklist (WHO)

ความหมาย Surgical Safety Checklist เป็นการตรวจสอบและสื่อสารให้เกิดความมั่นใจในความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ซึ่งจะครอบคลุมทั้งเรื่องการผ่าตัดถูกคน ถูกตำแหน่ง ไปจนถึงเรื่องการระงับความรู้สึกที่ปลอดภัย การป้องกันการติดเชื้อ และการสื่อสารที่จำเป็น โดยมีการตรวจสอบตามรายการตามกระบวนการ ดังนี้

1. Sign in checklist
2. Time checklist
3. Sign Out checklist

หมายเหตุ รายการ Checklist ตามเอกสารที่แนบ

1. Surgical Safety Checklist
2. ใบบันทึกพยาบาลงานห้องผ่าตัด

การลงบันทึก SURGICAL SAFETY CHECKLIST งานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์

เมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัด ประจำห้องรอผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาลตรวจสอบความถูกต้องของผู้ป่วย เยี่ยมและประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนผ่าตัด (ในกรณีที่ไม่ได้เยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่ติดผู้ป่วย) โดยทำการตรวจสอบตามหัวข้อการตรวจสอบเมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัด

SIGN IN : เมื่อมาถึงห้องผ่าตัด

ให้ทำเครื่องหมาย / ในช่อง ☐ ตามรายการ หากพบมีความไม่ถูกต้องให้แจ้งทีมผ่าตัดและศัลยแพทย์ และดำเนินการแก้ไขก่อนผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด

TIME OUT: ก่อนลงมีด

ทำการตรวจสอบโดยพยาบาลช่วยรอบนอก เมื่อผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกแล้วพยาบาลช่วยรอบนอกถามทีมผ่าตัด คือ ศัลยแพทย์ วิสัญญีพยาบาล พยาบาลห้องผ่าตัด ตามรายการตรวจสอบและทำเครื่องหมาย / ในช่อง ☐ เมื่อมีการตรวจสอบความถูกต้องแล้ว

SIGN OUT : ก่อนเย็บปิดผิวหนัง

ทำการตรวจสอบโดยพยาบาลช่วยรอบนอก ก่อนทำการเย็บปิดชั้นผิวหนัง โดยถามพยาบาลห้องผ่าตัดตามรายการตรวจสอบเพื่อยืนยันความถูกต้อง หัตถการ การทำผ่าตัด รวมถึงการส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดละทำเครื่องหมาย / ในช่อง ☐ เมื่อมีการตรวจสอบความถูกต้องแล้ว

I : Infection Control (Clean care)

I 1: Hand Hygiene (WHO PSS#9)

เป้าหมาย : ลดอัตราเสี่ยงของการติดเชื้อในโรงพยาบาล

(Reduce the risk of health care associated infection)

จุดเน้นย่อย

1. ล้างมือ 7 ขั้นตอน 5Moment

แนวทางปฏิบัติ

1. ให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับวิธีการล้างมือ 7 ขั้นตอน 5 Moment
2. ปฏิบัติตามแนวทาง การล้างมือ 7 ขั้นตอน 5Moment
3. จัดให้มี Alcohol - base hand rubs ณ จุดที่ให้บริการผู้ป่วย ที่เข้าถึงได้ง่าย
4. กระตุ้นให้บุคลากรล้างมือโดยการ รณรงค์การล้างมือ ติดโปสเตอร์ล้างมือ 7 ขั้นตอน 5moment
สุ่มทดสอบการล้างมือ
5. สังเกตติดตามและวัดระดับการปฏิบัติและให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้ปฏิบัติงาน

การติดตามประเมินผล

1. ประเมินผลการล้างมือ 7 ขั้นตอน 5Moment รายงานทุก 3 เดือน
2. วิเคราะห์หาสาเหตุ

ตัวชี้วัด ร้อยละการประเมินการล้างมือ 7 ขั้นตอน 5 Moment ของเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการที่ผ่าน $\geq 80\%$

หมายเหตุ : ตาม IC-WZ-002 REV-1

I 2: Prevention of Healthcare Associated Infection

I 2.1 CAUTI Prevention

จุดเน้นย่อย

1. พิจารณาข้อบ่งชี้ที่เหมาะสมก่อนใส่สายสวนปัสสาวะ
2. ใส่อุปกรณ์ป้องกันร่างกายตามหลัก Standard precaution
3. ปฏิบัติตามมาตรฐานการใส่สายสวนปัสสาวะ การประเมินความจำเป็นในการใส่ การเลือกประเภทของสายสวนปัสสาวะ การเลือกประเภทขางสายสวนปัสสาวะ การใส่สายสวนปัสสาวะ การดูแลระหว่างคาสายสวนปัสสาวะ

แนวทางปฏิบัติ

1. การให้ความรู้แก่บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยถึงแนวทางปฏิบัติในการใส่สายสวนปัสสาวะ
2. การประเมินความจำเป็นที่จะต้องใส่สายสวนปัสสาวะ
 - 2.1 กำหนด Indication ในการใส่สายสวนปัสสาวะและมีคู่มือแสดง Indication ในการพิจารณา ก่อนใส่สายสวนปัสสาวะ
 - 2.2 พิจารณาทางเลือกอื่นๆ ก่อน เช่น Pampers, condom
3. การเลือกประเภทของสายสวนปัสสาวะ
 - 3.1 ประเมินผู้ป่วยและระยะเวลาที่คาดว่าจะใส่สายสวนปัสสาวะ
 - 3.2 เลือกใช้สายสวนปัสสาวะที่เล็กที่สุดที่จะทำให้มีปัสสาวะไหลได้สะดวกโดยไม่มีการรั่วซึม
4. การใส่สายสวนปัสสาวะ
 - 4.1 ผู้ที่ใส่สายสวนปัสสาวะต้องได้รับการอบรมและฝึกทักษะอย่างเพียงพอ
 - 4.2 ใส่อุปกรณ์ป้องกันร่างกายตามหลัก Standard precaution
 - 4.3 จัดเตรียมชุดอุปกรณ์ถูกต้องไม่ให้เกิดการ Contaminate และใช้หลัก aseptic
 - 4.4 ปฏิบัติตามมาตรฐานการใส่สายสวนปัสสาวะ
 - 4.5 ใช้สายหล่อลื่นชนิดใช้ครั้งเดียว
5. การดูแลระหว่างคาสายสวนปัสสาวะ
 - 5.1 ปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ : จัดทำคู่มือ
 - 5.2 เก็บตัวอย่างปัสสาวะจากช่องที่ออกแบบไว้ (Sampling port) โดยใช้ aseptic technique
 - 5.3 ไม่เติม Antiseptic หรือ antimicrobial solution ในถุงเก็บปัสสาวะ
 - 5.4 ไม่เปลี่ยนสายสวนปัสสาวะโดยไม่จำเป็น หรือไม่เปลี่ยนเป็น Routine ให้เปลี่ยนสายเมื่ออุดตันหรือรั่วซึมหรือปัสสาวะขุ่น
 - 5.5 การดูแลประจำวันให้ใช้ NSS ก็เพียงพอ
 - 5.6 ไม่ควรทำ bladder irrigation

- 5.7 ดูแลให้ถุงเก็บปัสสาวะอยู่ต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะเพื่อป้องกันการไหลย้อนกลับ
- 5.8 ไม่ทำ I/O เป็น Routine
- 5.9 พิจารณาเอาสายสวนออกทันทีที่ไม่มีความจำเป็นต้องใช้
- 6. การให้ความรู้แก่บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วย
 - 6.1 ฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ : แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้
 - 6.2 นิเทศการปฏิบัติตามมาตรฐานโดยผู้ชำนาญกว่า

การติดตามและการประเมินผล

- 1. เฝ้าระวังการติดเชื้อ จัดทำรายงานข้อมูลอัตราติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ที่ใส่สายสวนปัสสาวะ ทุก 1 เดือน
- 2. ประเมินผลการปฏิบัติตามแนวทางการใส่สายสวนปัสสาวะในแต่ละตึกทุก 3 เดือน
- 3. วิเคราะห์หาสาเหตุ

I 2.2 VAP Prevention

จุดเน้นย่อย

1. ข้อบ่งชี้ในการถอดเครื่องช่วยหายใจ
2. ใส่อุปกรณ์ป้องกันร่างกายตามหลัก Standard precaution
3. ปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่คอท่อช่วยหายใจ

แนวทางปฏิบัติ

1. Wean ถอดอุปกรณ์และเครื่องช่วยหายใจออกจากผู้ป่วยให้เร็วที่สุด
 - 1.1 Weaning protocol
 - 1.2 Respiratory care team
2. Hand hygiene
 - 2.1 ล้างมือก่อนและหลังสัมผัสกับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจหรือเจาะคอ
 - 2.2 เปลี่ยนถุงมือและล้างมือ ระหว่างสัมผัสผู้ป่วยแต่ละราย
3. Aspire Precaution
 - 3.1 ดูดเสมหะบริเวณเหนือ cuff ออกให้หมดก่อนที่จะปล่อยลมออกจาก cuff
 - 3.2 ระบาย circuit condensate ก่อนจัดทำผู้ป่วย
 - 3.3 วัด Cuff pressure. เวิร์ดครั้ง (Keep 20 mmHg)
 - 3.4 ป้องกันการสำลักเนื่องจากการให้อาหารทางสายยาง
 - ยกหัวเตียงผู้ป่วยสูงทำมุม 40-60 องศา
 - ตรวจสอบตำแหน่งของสายยางให้อาหาร
 - วัด gastric residual volume ก่อนให้ tube feeding
4. Prevent Contamination
 - 4.1 ทำความสะอาดเครื่องมือชุดอุปกรณ์ช่วยหายใจตามมาตรฐานการทำลายเชื้อ
 - 4.2 เปลี่ยน ventilator circuits ทุก 7 วันหรือเมื่อเปื้อน / สกปรก
 - 4.3 เทหยดน้ำในท่อน้ำบ่อยๆ โดยล้างมือก่อนและหลัง เทน้ำทุกครั้ง
 - 4.4 Suction เท่าที่จำเป็น
 - 4.5 ใช้วิธีปฏิบัติเพื่อป้องกันการปนเปื้อนในทิศทางเดียวกันทั้งโรงพยาบาล
5. Oral Care
 - 5.1 ลด colonization dental plaque โดยทำความสะอาดฟันวันละ 3 ครั้ง ด้วย 2% chlorhexidine หรือ การแปรงฟันด้วยยาสีฟัน (ห้ามใช้ Special mouth wash)

การติดตามประเมินผล

1. ติดตามอุบัติการณ์ผู้ป่วยถึงท้อหายใจ
2. จัดทำข้อมูลเฝ้าระวังการติดเชื้อปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจทุก 1 เดือน
3. สังเกตติดตามและวัดระดับการปฏิบัติ และให้ข้อมูลป้อนกลับแก่ผู้ปฏิบัติงาน
4. วิเคราะห์หาสาเหตุ

I 2.3: Central line infection Prevention (WHO PSS)

WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions ได้จัดทำร่างแนวทางเรื่อง Improved Line Care to Prevent Health Care Associated Infections ขึ้นและอยู่ระหว่างการขอความเห็นจากผู้ใช้ มีเนื้อหาสำคัญดังนี้

1. โรงพยาบาลจัดทำ protocol ป้องกัน central line infection : กำหนดให้ใช้ checklist, เสริมพลังให้พยาบาลดูแลการปฏิบัติตาม checklist, จัดรถซึ่งมีเครื่องมือทุกอย่างพร้อม กำหนดให้พยาบาลเข้าช่วยในการใส่ central line
2. ส่งเสริมให้มีการใช้ hand hygiene ที่เหมาะสมเมื่อจะดูแล central line: ก่อนและหลังการคลำตรงตำแหน่งที่จะสอดใส่สาย ก่อนและหลังการสอดใส่ เปลี่ยน ซ่อม หรือปิดแผล เมื่อสงสัยว่าจะมีการปนเปื้อน ก่อนและหลังการทำ invasive procedures ระหว่างผู้ป่วย ก่อนใส่และหลังถอดถุงมือ หลังจากใช้ห้องน้ำ
3. ใช้ maximal barrier precautions ในการเตรียมใส่ central line: สำหรับผู้ที่ทำหัตถการ ให้สวมหมวก mask เสื้อกาวน์ปราศจากเชื้อและถุงมือปราศจากเชื้อสำหรับผู้ป่วยให้คลุมผ้าปราศจากเชื้อตั้งแต่ศีรษะถึงปลายเท้าโดยมีช่องเปิดเล็กน้อยตรงตำแหน่งที่จะสอดใส่ central line
4. ใช้ chlorhexidine 2% in 70% isopropyl alcohol รอแห้ง 30 วินาทีหรือ 10% povidone iodine รอแห้ง 2-3 นาที เช็ดผิวหนังบริเวณที่จะสอดใส่ central line ก่อนเจาะผิวหนัง
5. เลือกตำแหน่งที่เหมาะสมสำหรับการสอดใส่ central line โดยพิจารณาความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน พยายามหลีกเลี่ยง femoral catheter ให้บันทึกเหตุผลที่เลือกตำแหน่งนั้น ใช้ central venous catheter ที่มีจำนวน ports หรือ lumens น้อยที่สุด
6. จัดทำ protocol ในการดูแล central line: hand hygiene และ aseptic technique การใช้ sterile transparent dressings หรือ sterile gauze เพื่อปิดตำแหน่งที่สอดใส่และการเปลี่ยนเมื่อเปียกชื้นหรือเปื้อน ไม่ใช่ topical antibiotic ointments หรือ creams ตรงตำแหน่งที่สอดใส่ การตรวจสอบประจำวัน การเปลี่ยน IV set 72 ชั่วโมงหลังจากเริ่มใช้ การกำหนด port สำหรับ parenteral nutrition เป็นการเฉพาะถ้าใช้ multi-lumen catheter การ cap stopcock ที่ไม่ได้ใช้ การลดการปนเปื้อนต่อ access port โดยการเช็ดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อที่เหมาะสม ไม่เปลี่ยน central line เป็น routine เพียงเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ถ้าการใส่ครั้งแรกทำแบบถูกต้อง ให้เปลี่ยน central line ภายใน 48 ชั่วโมง บันทึกผู้ทำ วันที่ เวลา ที่สอดใส่และถอด catheter และการทำ dressing ในแบบบันทึกมาตรฐาน
7. ทบทวนความจำที่ต้องมี Central line โดยทำเป็นส่วนหนึ่งของการตรวจเยี่ยมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ระบุจำนวนวันที่ได้สอดใส่ central line มาแล้วในระหว่างการตรวจเยี่ยมว่าวันนี้เป็นวันที่เท่าไรและถอดออกทันทีที่ไม่มีความจำเป็นต้องใช้

8. ให้ความรู้และฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อควบคุมและป้องกัน bloodstream infection ครอบคลุมการเลือกตำแหน่ง การสอดใส่ การประเมินตำแหน่งที่สอดใส่ ข้อบ่งชี้ที่ต้องเปลี่ยน dressing การบันทึก การ flush ที่เหมาะสม การเปลี่ยน set ข้อบ่งชี้ในการถอดหรือเปลี่ยน catheter

9. ประเมินประสิทธิผลของ protocol ที่ใช้โดยวัดอัตราการเกิด central line catheter-related bloodstream infections การปฏิบัติตาม protocol ติดตามตัวชี้วัดเพื่อดูการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นและให้ข้อมูลป้อนกลับแก่ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับอัตราการติดเชื้ออย่างสม่ำเสมอ

เป้าหมาย : ป้องกันการติดเชื้อจากการใส่สาย Central line

จุดเน้น 1. การใส่สายล่างไตด้วยเครื่องไตเทียม

2. การใส่สาย CVP

แนวทาง

- 1.เตรียมอุปกรณ์ในการใส่Central line ให้ถูกต้องตาม Aseptic Technique Hand Hygiene
2. ดูแล Central line และมีการตรวจสอบประจำวัน
3. ตรวจสอบcheck list การปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด
 - 3.1 ล้างมือด้วย antiseptic ก่อนทำหัตถการการใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง
 - 3.2 ใช้ maximal barrier precaution .ในการใส่ Central line ทั้งผู้ทำหัตถการและผู้ช่วยเหลือ
 - 3.3 ใช้ 2% Chlorhexidine in 70%o alcohol เช็ดผิวหนังก่อนใส่ Central line
 - 3.4 หลีกเลียง femoral catheter, ใช้ central venous catheter ที่มีจำนวน Lumens น้อยที่สุด
 - 3.5 เปลี่ยนสารละลายทุก 24 ชั่วโมง
 - 3.6 เปลี่ยนชุดให้สารละลายทุก 72 ชั่วโมง
 - 3.7 ปฏิบัติตามมาตรฐานการเตรียมยา และการฉีดยา
 - 3.8 ทบทวนความจำเป็นที่ต้องมี Central line โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และถอดออกทันทีที่ไม่มีความจำเป็นต้องใช้
 - 3.9 ให้ความรู้และฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงาน
 - 3.10 ทำ check list การใส่สายสวนและ feed back
 - 3.11 ทบทวนการปฏิบัติตามแนวทางในการป้องกันการติดเชื้อ

ตัวชี้วัด

1. อัตราการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดในการใส่ Central line
2. อัตราการติดเชื้อจากการใส่ Central line

M : Medication Safety

M 1: Safe Form ADE

M 1.1 Control of concentrate electrolyte Solution



เป้าหมาย : ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยในการให้ยา / สารละลายความเข้มข้นสูง

จุดเน้น : ฝ้าระวังการให้ยาและสารละลายที่มีความเข้มข้นสูงทางหลอดเลือดดำ ดังนี้

- Potassium chloride Solution 20 MEq/2 ml (KCl)
- 3% Sodium chloride Solution (NaCl)
- 50% Magnesium sulfate Solution (MgSO₄)
- Sodium heparin 50,000 units/ml
- Morphine 10%/1 ml

แนวทางปฏิบัติ

1. ยา 3 รายการ คือ 1KCL 20 MEq/2 ml 2. 3% NaCl 500 ml 3. 50% MgSO₄ จัดเป็นยาที่มีความเสี่ยงสูงที่มีการจัดทำแนวทางการสั่งใช้ยา การจัดยา การจ่ายยาและการบริหารยาความเสี่ยงสูง
2. ห้ามสำรองยาKCL ในหน่วยงาน
3. ห้ามสำรองสารละลาย 3% Sodium chloride ในหน่วยงาน
4. การบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงต้องติดป้ายสติ๊กเกอร์สีแดงที่ข้างขวดสารละลาย
5. การควบคุมปริมาณการให้สารละลายเข้มข้นสูงต้องใช้อุปกรณ์ควบคุมอัตโนมัติ (Infusion pump)
6. การสั่งการรักษาของแพทย์โดยการให้สารละลายเข้มข้น และการใช้ยาผสมในสารละลายต้องสั่งปริมาณการให้ต่อชั่วโมงทุกครั้ง
7. การสั่งการรักษาของแพทย์โดยมีการระบุความเข้มข้นของยาKCL เป็น meq/ml ในการสั่งใช้ยา
8. มีการประชุมนิเทศแพทย์ เภสัชกร พยาบาลใหม่ให้รับทราบแนวทางการสั่งจ่ายยาจ่ายยา และบริหารสารละลายที่มีความเข้มข้นสูง
9. เภสัชกรติดตามและประเมินผล

ตัวชี้วัด

1. อัตราการสั่งใช้ยาและสารละลายความเข้มข้นสูงถูกต้อง
2. อัตราการบริหารยาและสารละลายความเข้มข้นสูงถูกต้อง
3. ร้อยละการปฏิบัติตามแนวทางการใช้ยาเสี่ยงสูง(จากการสุ่ม)

M 1.2: Improve the safety High - Alert Drug

เป้าหมาย : ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาความเสี่ยงสูง

จุดเน้น 1. ป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นก่อนการสั่งใช้ยา

2. ค้นหาความเสี่ยง / ความผิดพลาดจากการใช้ยาความเสี่ยงสูง

3. ให้การดูแลเพื่อบรรเทาความรุนแรงกรณีเกิดภาวะแทรกซ้อน / ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

ความเสี่ยงสูง

แนวทางปฏิบัติ

1. ป้องกันอันตรายที่เกิดขึ้นก่อนการสั่งใช้ยา

1.1 กำหนดรายงานความเสี่ยงสูงของโรงพยาบาลสื่อสารผู้เกี่ยวข้องให้ทราบในภาพรวมและรายการยาความเสี่ยงสูงเฉพาะหน่วย

1.2 อบรมให้ความรู้แก่ผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร

1.3 กำหนดข้อความเตือนหรือข้อเฝ้าระวังในระบบ PHIS เพื่อป้องกันความเสี่ยงในการสั่งใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงและในบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพที่ต้องเฝ้าระวังในการสั่งใช้ยา

1.4 จัดตั้งคลินิกยาเฉพาะที่มีความเสี่ยงสูงในผู้ป่วยเฉพาะโรค ได้แก่ คลินิก Warfarin ในผู้ป่วยหัวใจและหลอดเลือด

2. ค้นหาความเสี่ยง / ความผิดพลาดจากการใช้ยาความเสี่ยงสูง

2.1 กำหนดรายการยาเพื่อเป็นสัญญาณเตือน (Trigger Tool) เพื่อค้นหาและเฝ้าระวังในการใช้ยาความเสี่ยงสูง ได้แก่ -Vitamin K 10 mg. injection (เฝ้าระวังการเกิด Over dose ของยา Warfarin)

2.2 เชื่อมโยงข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยทุกรายเข้ากับระบบ PHIS ให้แพทย์ผู้สั่งการรักษาสามารถดูข้อมูลเพื่อประกอบการสั่งใช้ยาและติดตามการรักษาได้

2.3 สุ่มตรวจสอบการปฏิบัติของแพทย์ พยาบาลในการใช้ยาความเสี่ยงสูงตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนด

2.4 ทบทวนอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาทุก 1 เดือน

3. ให้การดูแลเพื่อบรรเทาความรุนแรงกรณีเกิดภาวะแทรกซ้อน / ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาความเสี่ยงสูง

3.1 กำหนดรายการยาด้านพิษและสำรองให้มีพร้อมใช้ตลอดเวลาประจำหน่วยที่มีการใช้ยาความเสี่ยงสูง ได้แก่ - 50% Magnesium sulphate มียาด้านฤทธิ์คือ 10% calcium gluconate

- Warfarin 3 mg และ Warfarin 5 mg มียาด้านฤทธิ์คือ Vitamin K 10 mg. injection

3.2 มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติสำหรับการปรับขนาด การหยุดยา และการให้ยาด้านฤทธิ์และการติดตามผลการรักษาในยา Warfarin

ตัวชี้วัด

1. อุตการณ์ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาความเสี่ยงสูง (แยกระดับความเสี่ยง A-I)

2. ร้อยละการปฏิบัติตามแนวทางการใช้ยาเสี่ยงสูง (จากการสุ่ม)

M 2 Safe form medication error

M 2.1 : Look Alike - Sound Alike Medication name (LASA)

เป้าหมาย :

ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยในการใช้ยาชื่อพ้อง - มองคล้าย

จุดเน้น

1. การกำหนดรายการยาที่มีชื่อพ้อง - มองคล้าย
2. กำหนดแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยงในการสั่งจ่ายยา
3. ให้ผู้ป่วย / ญาติ ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการใช้ยา

แนวทางปฏิบัติ

1. การกำหนดรายการยาที่มีชื่อพ้อง - มองคล้าย
 - 1.1 ทบทวนรายการยา ที่มีชื่อพ้อง - มองคล้ายทุก 1 ปี
 - 1.2 สื่อสารรายการยาที่มีชื่อพ้อง - มองคล้ายในการประชุมคณะกรรมการยา ทางเอกสารและสื่อสารด้วยภาพทาง Intranet
 - 1.3 ปฐมนิเทศแพทย์ พยาบาลใหม่ให้รับทราบ
2. กำหนดแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยงในการสั่งจ่าย
 - 2.1 หลีกเลี่ยงการสั่งจ่ายทางโทรศัพท์ ยกเว้น หากมีความจำเป็นให้ปฏิบัติตามแนวทางการสั่งการรักษาทางโทรศัพท์
 - 2.2 ตรวจสอบการวินิจฉัยโรค อาการเจ็บป่วยก่อนจ่ายยา
 - 2.3 การจ่ายยาให้มีการอ่านชื่อยา ก่อนหยิบจ่าย - ก่อนจ่ายยา (ไม่ใช้การจำภาชนะบรรจุ ที่วางยา รูปแบบยา)
 - 2.4 กำหนดพื้นที่ในการจัดเก็บยาที่มีชื่อพ้อง - มองคล้ายให้แยกจากกันชัดเจน
 - 2.5 จัดทำป้ายชื่อยาที่มีชื่อพ้อง - มองคล้ายให้แตกต่างกันชัดเจน
 - 2.6 ใช้ชื่อยาสามัญในการสั่งจ่ายยา
 - 2.7 ใช้คำสั่งเตือนชื่อยาคู่ที่มีชื่อพ้อง - มองคล้ายในคอมพิวเตอร์หน้าจอการสั่งยา
3. ให้ผู้ป่วย / ญาติ ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการใช้ยา
 - 3.1 ให้ข้อมูลเรื่องยาแก่ผู้ป่วย / ญาติ / ผู้ดูแล
 - 3.2 ให้ผู้ป่วย / ญาติ / ผู้ดูแลตรวจสอบก่อนรับยา

ตัวชี้วัด

1. อุบัติการณ์ความผิดพลาด / คลาดเคลื่อนในการใช้ยาชื่อพ้องมองคล้าย (แยกระดับความรุนแรง A-I)
2. ร้อยละความเสี่ยง Near miss ของการใช้ยาชื่อพ้องมองคล้าย (จากการสุ่ม)

M 3 : Assuring Medication Accuracy at Transition in Care : Medication Reconciliation

ความเชื่อมั่นในการได้รับยาถูกต้องเมื่อมีการย้าย / ส่งต่อขณะที่อยู่ในการดูแลรักษา

เป้าหมาย

ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้อง ครบถ้วนตามแผนการรักษาเมื่อกลับมา รักษาใหม่ การย้ายหน่วยบริการ การจำหน่ายกลับบ้าน

จุดเน้น

1. กรณีผู้ป่วยกลับมาตรวจรักษาใหม่
2. กรณีรับไว้รักษาในโรงพยาบาล / ย้ายหน่วยบริการในโรงพยาบาล - นอกโรงพยาบาล
3. กรณีจำหน่ายกลับบ้าน

แนวทางปฏิบัติ

1. กรณีผู้ป่วยกลับมาตรวจรักษาใหม่

- 1.1 ตรวจสอบบันทึกการรักษาในแฟ้มประวัติหรือในประวัติจากคอมพิวเตอร์ ประกอบด้วย ยา การตรวจทางห้องปฏิบัติการ หัตถการที่ได้รับ
- 1.2 ตรวจสอบยาที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน (หากนำยามาด้วยให้ตรวจสอบด้วยทุกครั้ง) และพิจารณาให้ได้รับต่อเนื่อง โดยบันทึกรายการยานั้นๆ ใหม่ ประกอบด้วย ชื่อยา ขนาด การใช้ ความถี่วิธีการให้ยา ให้สมบูรณ์ทุกขนาน

2. กรณีรับไว้รักษาในโรงพยาบาล / ย้ายหน่วยบริการในโรงพยาบาล - นอกโรงพยาบาล

- 2.1 พยาบาลตรวจสอบยาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ในปัจจุบัน (หากนำยามาด้วยให้ตรวจสอบด้วยทุกครั้ง)
- 2.2 รับยาจากผู้ป่วยที่ใช้อยู่เดิมเพื่อเข้าสู่ระบบบริหารยาผู้ป่วยใน
- 2.3 แพทย์บันทึกยาเดิมที่มีอยู่และให้ใช้ต่อไปประวัติผู้ป่วยให้ครบถ้วน สมบูรณ์
- 2.4 กรณีส่งต่อ ย้ายหน่วยบริการ และแพทย์สั่งการรักษาต่อ ให้เภสัชกรจ่ายยาให้ถูกต้อง ครบถ้วน
- 2.5 ยาเดิมที่ผู้ป่วยนำมาด้วยเมื่อมีการจำหน่ายและคงได้รับต่อ ให้ส่งพยาบาล ส่งยาให้เภสัชกรนำมา รวมกันและเริ่มนับจำนวนใหม่ เพื่อเข้าระบบนัดให้ถูกต้อง

3. กรณีจำหน่ายกลับบ้าน

- 3.1 ยาเดิมที่ผู้ป่วยนำมาด้วยเมื่อมีการจำหน่ายและคงได้รับต่อ ให้ส่งพยาบาล ส่งยาให้เภสัชกรนำมา รวมกันและเริ่มนับจำนวนใหม่ เพื่อเข้าระบบนัดให้ถูกต้อง
- 3.2 ให้ผู้ป่วย / ญาติ / ผู้ดูแล พบเภสัชกรเพื่อรับคำแนะนำการใช้ยาต่อที่บ้านทุกครั้ง
- 3.3 พยาบาลผู้ทำหน้าที่จำหน่ายผู้ป่วยตรวจสอบยาที่ผู้ป่วยได้รับจากห้องจ่ายยาและทบทวนความรู้ความเข้าใจผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการใช้ยาก่อนกลับบ้าน

ตัวชี้วัด : อุบัติการณ์ความผิดพลาดในการใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่เดิมไม่ครบถ้วน

M 4 - Blood Safety

เป้าหมาย : สร้างและส่งเสริมกระบวนการจัดหาโลหิตและการจัดการโลหิตที่ก่อให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยสูงสุดทั้งแก่ผู้ให้และผู้รับโลหิต

จุดเน้น

1. ให้บริการโลหิตภายใต้นโยบายและมาตรฐานตามหลักสากล WHO :National Blood Policy และแนวทางการเฝ้าระวังความปลอดภัยของโลหิต
2. จัดหาโลหิตที่ปลอดภัยได้มาตรฐานให้เพียงพอต่อการให้บริการ
3. มีแนวทางที่ชัดเจนและเป็นมาตรฐานเดียวกันสำหรับขั้นตอนกระบวนการทั้งก่อนและหลังการนำผลิตภัณฑ์โลหิตไปให้ผู้ป่วยเพื่อความถูกต้อง ปลอดภัยและมีคุณภาพ
4. มีกระบวนการควบคุมคุณภาพและสามารถทวนสอบได้ในทุกขั้นตอน

แนวทางปฏิบัติ

1. ให้บริการโลหิตภายใต้นโยบายและมาตรฐานตามหลักสากลWHO :National Blood Policy
2. จัดทำเอกสารและระเบียบปฏิบัติ (WI) โดยยึดแนวทางและมาตรฐานตามศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทยให้ปฏิบัติเป็นมาตรฐานเดียวกัน
3. จัดหาโลหิตที่ปลอดภัยได้มาตรฐานให้เพียงพอต่อการให้บริการ
4. จัดทำแผนออกรับบริจาคโลหิตประจำปีร่วมกับหน่วยงานสภากาชาดประจำปีจังหวัด
5. ใช้แนวทางการคัดกรองผู้บริจาคโลหิตตามมาตรฐานภาคบริการโลหิตสภากาชาดไทย เพื่อให้ได้โลหิตที่ปลอดภัยจากผู้บริจาคโลหิตที่สมัครใจ และมีความเสี่ยงต่ำตามนโยบายของ WHO
6. มีการเจาะเก็บโลหิตอย่างถูกต้องและปลอดภัยโดยใช้ Sterile technique
7. มีระบบการบ่งชี้โลหิตและตัวอย่างโลหิตถูกต้องโดยใช้ระบบBarcode
8. มีการคัดกรองโรคติดต่อทางโลหิตเพื่อความปลอดภัยของโลหิตโดยหน่วยงานภาคบริการโลหิตจังหวัดอุบลราชธานี
9. การบริหารจัดการโลหิตเพื่อให้ได้ผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยและเกิดความคุ้มค่ามากที่สุด โดยจากที่แต่เดิมสามารถเตรียมได้เฉพาะ PRC, WB ทางงานธนาคารเลือดได้ทำการจัดหา FFP และ PLT Conc. เพิ่มเติม
10. มีแนวทางที่ชัดเจนและเป็นมาตรฐานเดียวกันสำหรับขั้นตอนกระบวนการก่อนที่จะนำผลิตภัณฑ์โลหิตไปให้ผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ปลอดภัยและมีคุณภาพ

การใช้โลหิต

1. มีแบบฟอร์มการขอโลหิตที่เป็นมาตรฐาน
2. ใช้แนวทางตามทีระบุไว้ในSIMPLE ในการระบุตัวคนไข้
3. ใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ในการทดสอบความเข้ากันได้ของผลิตภัณฑ์โลหิตกับตัวผู้ป่วย
4. ทำตรวจ หมู่โลหิต ABO ระบบ หมู่ Rh และตรวจหา antibody screening test และ ทำ compatibility ในผู้ที่ขอใช้เลือดทุกครั้งและ ทุกรายในกระบวนการทดสอบความเข้ากันได้ของเม็ดเลือด (Cross matching)
5. กำหนดระเบียบปฏิบัติในการทำการทดสอบเป็นเอกสารให้ยึดเป็นแนวทางปฏิบัติเดียวกัน
6. กรณีที่ไม่สามารถหาโลหิตที่เข้ากันกับผู้ป่วย หรือต้องใช้กระบวนการที่มีความซับซ้อนเกินกว่าทางธนาคารเลือดได้จัดเตรียมไว้ สามารถประสานส่งต่อตัวอย่างไปทำการทดสอบยังภาคบริการโลหิตที่มีความพร้อมและความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านเพื่อให้ได้ผลการตรวจที่ถูกต้องและปลอดภัยสูงสุดแก่ผู้ป่วยได้ทันที
7. การคงคุณภาพผลิตภัณฑ์โลหิตจนกระทั่งถึงตัวผู้ป่วย
8. ในการนำส่งผลิตภัณฑ์โลหิตระหว่างธนาคารเลือดไปยังตึกผู้ป่วยได้กำหนดแนวทางการปฏิบัติให้เป็นไปตามมาตรฐาน Blood Cold Chain โดยใช้กระติกที่ปิดมิดชิดบรรจุ Ice Pack ในการมาขอรับผลิตภัณฑ์โลหิตกลับไปให้ผู้ป่วยด้วยทุกครั้ง
9. ความปลอดภัยระหว่างและหลังการให้เลือด
10. มีการกำหนดเอกสารแนวทางการเฝ้าระวังการให้เลือดและหลังการให้เลือด
11. มีการทวนสอบที่เป็นมาตรฐานกรณีที่ผู้ป่วยเกิดการแพ้เลือด
12. Quality Management System
 - 12.1 มีการจัดการข้อมูลโดยใช้โปรแกรมจากสภากาชาดซึ่งเป็นเครื่องมือหนึ่งในการจัดเก็บและดักจับความผิดพลาดในการเตรียมและการทดสอบ ที่อาจเกิดจาก Human Error ได้
 - 12.2 ด้านการบริหารบุคคลมีการทดสอบ Competency บุคลากรในทุกกระบวนการ
 - 12.3 มีกระบวนการในการ Validation ควบคุมคุณภาพของเครื่องมืออุปกรณ์ และนำมาให้พร้อมใช้

ตัวชี้วัด

1. อุบัติการณ์การจ่ายเลือดผิดเป้าหมาย 0%
2. อุบัติการณ์การให้เลือดผิดเป้าหมาย 0%
3. อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือดเป้าหมาย < 1.5%
4. อัตราการตรวจความเข้ากันได้ต่อการให้โลหิต (C:T Ratio) (2:1)

P : Patient Care Process

P 1 : Patient Identification การบ่งชี้ผู้ป่วยให้ถูกต้อง



เป้าหมาย : เพิ่มความแม่นยำในการระบุตัวผู้ป่วยในกระบวนการดูแลรักษา

จุดเน้น

1. Drug Administration การระบุตัวผู้ป่วยในการให้ยา
2. Blood Transfusion การระบุตัวผู้ป่วยในการให้เลือด
3. Specimen Collection การระบุตัวผู้ป่วยในการเก็บส่งตรวจ
4. Newborn การระบุตัวทารกแรกเกิด
5. Procedure การระบุตัวผู้ป่วยในการทำหัตถการ
6. บ่งชี้ในการเอกซเรย์
7. บ่งชี้ในการให้อาหารเฉพาะโรค

แนวทาง

1. บุคลากรผู้ให้บริการทำหน้าที่รับผิดชอบในการตรวจสอบความเป็นบุคคล สิ่งส่งตรวจ ผลการตรวจ ชนิดหัตถการ ของผู้ป่วยว่าถูกต้องตรงก่อนที่จะให้การดูแล
2. ใช้ตัวบ่งชี้อย่างน้อย 2 ตัว เพื่อยืนยันตัวบุคคลเมื่อมารับหรือเมื่อส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นและก่อนที่จะให้การดูแล (ชื่อ-สกุล ถือเป็น 1 ตัวบ่งชี้)
3. งดใช้หมายเลขเตียง หรือห้อง / หมายเลขลำดับเข้าตรวจเป็นตัวบ่งชี้ตัวผู้ป่วย
4. ใส่ป้ายชื่อมือในผู้ป่วยนอกที่ต้องทำหัตถการ ส่วนผู้ป่วยในหน่วยงานที่ Admit ใส่ป้ายชื่อมือทุกราย (ป้ายชื่อมือใส่ข้างขวาก่อน) ในป้ายชื่อ ประกอบด้วย
 - 4.1 ชื่อ-สกุล
 - 4.2 อายุ

หมายเหตุ กรณีทารกแรกเกิด ข้อความในป้ายชื่อชื่อมือ ประกอบด้วย บุตร ตามด้วย ชื่อ-สกุล มารดา เพศ เด็ก วันที่เกิด เช่น

บุตร นางกนกพร ทองคำ เพศ ชาย วันที่ 1/10/55

5. กรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวให้สอบถามจากญาติ หรือเจ้าหน้าที่ / บุคคลที่นำส่ง กรณีไม่มีญาติให้ทำบัตรระบุ ว่า เพศ ไม่ทราบชื่อ อายุประมาณ เมื่อมีรายละเอียดให้หน่วยงานที่ดูแลประสานการแก้ไขเพิ่มเติมมาที่ แผนกเวชระเบียน

6. ผู้ป่วยที่มีชื่อซ้ำกัน คล้ายกัน ให้ใส่สัญญาณเตือนในคอมพิวเตอร์ และสติ๊กเกอร์สีใน OPD card
7. ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการระบุตัวให้ถูกต้อง โดยให้บอกชื่อตนเองหากสามารถสื่อสารได้หรือญาติเป็นผู้สื่อสาร
8. การเก็บสิ่งส่งตรวจมอบหมายให้ปฏิบัติโดยบุคคลคนเดียว ตั้งแต่การตรวจสอบคำสั่ง การเขียนใบส่งตรวจ การบันทึกการส่งตรวจในคอมพิวเตอร์ การเขียน / พิมพ์สติ๊กเกอร์ ชื่อ สกุล HN สำหรับติดภาชนะบรรจุสิ่งส่งตรวจ เก็บสิ่งส่งตรวจ และการลงทะเบียนส่งห้องปฏิบัติการ
9. การเขียนใบส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ลงการวินิจฉัยโรคด้วย เมื่อได้ผลการตรวจ เจ้าหน้าที่เทคนิคที่ตรวจและรายงานผล พิจารณาความสอดคล้องของผลการตรวจกับการวินิจฉัยเบื้องต้น

ตารางการใช้ตัวบ่งชี้เพื่อระบุตัวผู้ป่วยเพื่อความปลอดภัย

หน่วยงาน	ตัวบ่งชี้	หมายเหตุ
อุบัติเหตุ –ฉุกเฉิน	- ชื่อ – สกุล - อายุ	กรณีไม่รู้สีกตัว ระบุเพศ ไม่ทราบ ชื่อ อายุประมาณ
ผู้ป่วยใน	- ชื่อ – สกุล - อายุ - HN/AN ตึก	ป้ายชื่อมือติดด้านขวาก่อน ยกเว้น มีข้อจำกัด เช่นบาดเจ็บ พิการ รายละเอียด ประกอบด้วย - ชื่อ – สกุล อายุ
ชั้นสูตร	- สิ่งส่งตรวจระบุด้วย ชื่อ-สกุล อายุ HN และเวลาที่เก็บสิ่งส่งตรวจ - บุคคลระบุด้วย ชื่อ-สกุล อายุ - การรับเลือด ชื่อ-สกุล อายุ หมู่เลือด	
เอกซเรย์	- ชื่อ - สกุล อายุ	
ทันตกรรม		
กายภาพบำบัด		
ห้องจ่ายยา		
เวชระเบียน		
ห้องคลอด		
แพทย์		
โภชนาการ	- ชื่อ – สกุล อายุ - รายการชนิดอาหารจาก โปรแกรม PHIS	- กรณีสงสัยตรวจสอบกับพยาบาล

ตัวชี้วัด : อุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิด (จำแนกระดับความรุนแรง)

P 2: Communication

P 2.1 : Effective Communication – SBAR



เป้าหมาย : เพื่อการสื่อสารกับแพทย์ที่มีสาระสำคัญครอบคลุมประเด็นที่มีผลต่อการพิจารณาการรักษา

จุดเน้น : การรายงานแพทย์เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง

แนวทาง

1. เมื่อแพทย์ไม่อยู่ในหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วย การสื่อสารกับแพทย์เมื่อต้องการรายงานอาการผู้ป่วยปฏิบัติ ดังนี้

1.1 กรณีไม่ฉุกเฉิน

- 1) โทรศัพท์ภายในโรงพยาบาล
- 2) โทรศัพท์เคลื่อนที่
- 3) ให้เจ้าหน้าที่รายงานที่บ้านพัก / ห้องพักแพทย์

1.2 กรณีฉุกเฉิน ใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่

2. ก่อนรายงานแพทย์ให้ปฏิบัติดังนี้

- 2.1 ตรวจสอบและประเมินร่างกายผู้ป่วยด้วยตนเอง
- 2.2 ปรีกษาอาการผู้ป่วยกับพยาบาลผู้ชำนาญกว่า
- 2.3 ทบทวนเวชระเบียน และพิจารณารายงานแพทย์ตามสาขาที่โรงพยาบาลกำหนด
- 2.4 ทราบการวินิจฉัยอาการแรกเริ่ม และวันที่รับผู้ป่วย
- 2.5 ศึกษาอาการ และความก้าวหน้าของอาการผู้ป่วย
- 2.6 เตรียมสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการตรวจของแพทย์ให้พร้อม ได้แก่
 - 1) เวชระเบียน
 - 2) รายการยา สารน้ำที่ผู้ป่วยได้รับ และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ
 - 3) สัญญาณชีพ ครั้งล่าสุด
 - 4) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ วัน เวลาที่ตรวจและผลการตรวจครั้งก่อนเพื่อเปรียบเทียบ

3. ใช้หลัก SBAR เป็นลำดับหัวข้อในการรายงาน

S = Situation:

- สถานการณ์ที่ทำให้ต้องรายงาน
- ระบุชื่อพยาบาล หน่วยงาน
- ระบุชื่อผู้ป่วย หมายเลขห้อง / เตียง
- ระบุเหตุการณ์สั้นๆ กระชับ เวลาที่เกิด

อาการผู้ป่วยที่ต้องขอความช่วยเหลือจากผู้ชำนาญกว่าเมื่อผู้ป่วยมี Criteria ดังนี้

- 1) ผู้รับผิดชอบผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายใจต่ออาการของผู้ป่วย
- 2) อัตราการเต้นของหัวใจ < 40 or > 130 ครั้ง/นาที
- 3) ความดัน Systolic < 90 mmHg
- 4) อัตราการหายใจ < 8 or > 28 ครั้ง/นาที
- 5) Oxygen saturation $< 90\%$ ทั้งที่ให้ Oxygen
- 6) ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง
- 7) ปริมาณปัสสาวะ < 50 มล. ใน 4 ชั่วโมง

1.2 ประเมินผลความเร็วทันเวลาในการช่วยเหลือผู้ป่วย

1.3 หน่วยงานที่เกิดเหตุการณ์สำคัญในการช่วยเหลือล่าช้า ทบทวนหา RCA เพื่อแก้ไข ปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในเวลาที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

B = Background:

- ข้อมูลภูมิหลังเกี่ยวกับสถานการณ์
- การวินิจฉัยเมื่อแรกรับ และวันที่รับไว้
- บัญชีรายการยา สารน้ำที่ได้รับ การแพ้ยา การตรวจสอบทางห้องปฏิบัติการ
- สัญญาณชีพล่าสุด
- ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ วัน เวลาที่ตรวจ และผลการตรวจครั้งก่อนเพื่อเปรียบเทียบกับปัจจุบัน
- ข้อมูลทางคลินิกอื่นๆ

A = Assessment: การประเมินสถานการณ์ของพยาบาล

R = Recommendation: ข้อเสนอแนะหรือความต้องการของพยาบาล เช่น คู่มือจุดเน้นการ พัฒนา การจัดการด้านความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยตามหลัก SIMPLE รพ.ค่ายสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

- ต้องการให้ทราบว่าผู้ป่วยได้รับการ Admit แล้ว
- การย้ายผู้ป่วยไปอยู่หน่วยวิกฤติ
- ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลจากแพทย์โดยด่วน
- การเปลี่ยนแปลงคำสั่งการรักษา
- บันทึกการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและการรายงานแพทย์ใน Doctor's order และ Nurse's note

ตัวชี้วัด :

1. อุบัติการณ์การย้ายผู้ป่วยเข้า ICU / ส่งต่อโดยไม่ได้วางแผน
2. อุบัติการณ์ CPR โดยไม่ได้คาดการณ์ไว้ก่อน

P 2.2: Communication During Patient Care Handovers

พัฒนาการสื่อสารข้อมูลระหว่างการส่งมอบผู้ป่วย

การสื่อสารระหว่างการส่งมอบการดูแลผู้ป่วย

เป้าหมาย : ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง อย่างถูกต้องและเหมาะสมตามสภาพปัญหา

เป้าหมาย

1. การส่งข้อมูลผู้ป่วยระหว่างผู้ให้การดูแลและญาติ
2. การส่งข้อมูลผู้ป่วยระหว่างเวร
3. การส่งข้อมูลผู้ป่วยระหว่างหน่วยงาน

แนวทางปฏิบัติ

1. ใช้SBAR เป็นกรอบแนวคิดในการส่งเวร / สื่อสารข้อมูล
2. จัดสถานที่ให้เหมาะสมกับการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
3. มีเอกสารบันทึกกิจกรรมและประเด็นสำคัญที่มีการสื่อสาร
4. มีการทวนซ้ำเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง เข้าใจตรงกันระหว่างผู้สื่อสารและผู้รับข้อมูล
5. ควรมีบุคคลที่ 3 ร่วมในกระบวนการสื่อสาร
6. การสื่อสารข้อมูลที่ต้องการให้ดำเนินการต่อเนื่อง สื่อสารให้ครอบคลุมผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ตัวผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนที่ให้การดูแลและบุคลากรสุขภาพผู้ดูแลในชุมชน

ตัวชี้วัด อุบัติการณ์ผู้ป่วยได้รับการดูแลผิดพลาด / ไม่ได้รับการดูแลเนื่องจากการสื่อสารบกพร่อง

P 2.3 : Communicating critical test Result

การสื่อสารผลการตรวจที่มีค่าวิกฤติ



เป้าหมาย : เพื่อพัฒนาการสื่อสารผลการทดสอบทางห้องปฏิบัติการที่มีค่าวิกฤติ ถูกต้อง รวดเร็ว ทันเวลา

จุดเน้น 1. กำหนดเกณฑ์การรายงานผลการทดสอบทางห้องปฏิบัติการที่มีค่าวิกฤติ

2. ทำการตรวจวิเคราะห์เพื่อให้ได้ผลการตรวจที่ถูกต้อง
3. รายงานค่าวิกฤติต่อผู้รับผิดชอบผลการตรวจโดยเร็วที่สุด
4. รายงานค่าวิกฤติต่อผู้รับผิดชอบและติดตามผลการตรวจโดยตรง
5. บันทึก ติดตาม และประเมินผลของระบบการรายงานค่าวิกฤติ

แนวทาง

1. กำหนดเกณฑ์การรายงานผลการทดสอบทางห้องปฏิบัติการที่เป็นค่าวิกฤติโดยห้องปฏิบัติการ กำหนดค่าวิกฤติร่วมกับองค์กรแพทย์
2. ทำการตรวจวิเคราะห์เพื่อให้ได้ผลการตรวจที่ถูกต้อง
3. เมื่อเจ้าหน้าที่ของห้องปฏิบัติการตรวจวิเคราะห์ตัวอย่างและได้ค่าวิกฤติให้ปฏิบัติ ดังนี้
 - 3.1 เจ้าหน้าที่ของห้องปฏิบัติการตรวจสอบสิ่งส่งตรวจอีกครั้งว่าสิ่งส่งตรวจได้มาตรฐาน เก็บใส่ภาชนะ ที่ถูกต้องและถูกคนหรือไม่
 - 3.2 เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการทำการทดสอบซ้ำเพื่อให้แน่ใจว่าค่าที่ได้ถูกต้อง เชื่อถือได้
4. รายงานค่าวิกฤติต่อผู้รับผิดชอบผลการตรวจโดยเร็วที่สุด
5. หลังจากตรวจวิเคราะห์ตัวอย่างได้ค่าที่เป็นค่าวิกฤติและตรวจวิเคราะห์ซ้ำแล้วให้แจ้งผลการตรวจทาง โทรศัพท์ต่อผู้รับผิดชอบผลการตรวจโดยเร็วที่สุด โดยยึด Turn Around Time เป็นสำคัญ
6. รายงานค่าวิกฤติต่อผู้รับผิดชอบและติดตามผลการตรวจโดยตรง
7. เจ้าหน้าที่ของห้องปฏิบัติการรายงานค่าวิกฤติกลับไปยังแพทย์หรือพยาบาลผู้มีหน้าที่ติดตามคนไข้ราย นั้นๆ
8. บันทึกการรายงานค่าวิกฤติลงในแบบฟอร์มการรายงานค่าวิกฤติทางห้องปฏิบัติการเพื่อเป็นหลักฐาน ว่าได้ดำเนินการแจ้งผลแล้วโดยระบุชื่อผู้รายงานผู้รับรายงานผลและเวลาที่รายงานผลลงไป
9. บันทึก ติดตาม และประเมินผลของระบบการรายงานค่าวิกฤติ
10. แพทย์และพยาบาลมีการบันทึกผลการติดตามการรักษาผู้ป่วยตามแบบฟอร์มการรายงานค่าวิกฤติ ทางห้องปฏิบัติการครบถ้วน
11. ทำการรวบรวมแบบบันทึกการรายงานค่าวิกฤติและเก็บสถิติข้อมูลที่สำคัญ
12. นำข้อมูลที่ได้มาประชุมร่วมกันกับทีมแพทย์ พยาบาลและห้องปฏิบัติการเพื่อเพิ่มประสิทธิผลของการ รายงานค่าวิกฤติตลอดจนผลการตอบสนองของแพทย์ต่อการรายงานค่าวิกฤติต่อไป
13. จัดให้มีการปฐมนิเทศวิธีการสื่อสารผลการทดสอบที่มีค่าวิกฤติ

หมายเหตุ ค่าวิกฤติทางห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ ในภาคผนวก

P 2.4: Verbal or Telephone Order

พัฒนาการรับคำสั่งทางวาจาหรือทางโทรศัพท์

ความหมาย หมายถึง การสั่งการรักษาของแพทย์ให้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยทางวาจา หรือทางโทรศัพท์มิได้บันทึกในเวชระเบียนในขณะนั้น

เป้าหมาย : สื่อสารถูกต้อง ตรงตามที่แพทย์สั่ง

จุดเน้น : การสั่งการรักษาโดย ให้ยา สารน้ำ การทำหัตถการต่างๆ การเก็บส่งตรวจและการให้ข้อมูลผู้ป่วย

แนวทางปฏิบัติ

1. การสั่งการรักษาด้วยวาจา หรือทางโทรศัพท์กระทำในกรณีที่จำเป็นหรือเร่งด่วน
2. พยาบาลหัวหน้าเวรรายงานอาการผู้ป่วยตามหลักSBAR
3. พยาบาลผู้รับคำสั่งบันทึกคำสั่งใน Doctor Order Sheet ให้สมบูรณ์ โดยบันทึกดังนี้

- สถานการณ์ และการรายงานอาการผู้ป่วย.....

จึงรายงานแพทย์.....ทางโทรศัพท์ สั่งการรักษา คือ

-

-

น.ส.ดวงดาว พยาบาลวิชาชีพ ผู้รายงาน

4. แพทย์สั่งการรักษาด้วยถ้อยคำที่ชัดเจน ไม่ใช่คำย่อที่ไม่เป็นสากล
5. ผู้รับคำสั่งทวนสอบคำสั่งด้วยถ้อยคำที่ชัดเจน(หรือเปิดโทรศัพท์ Speak Phone) ให้บุคคลที่ 3 ได้ยิน และเป็นพยาน
6. แพทย์ผู้สั่งการรักษายืนยันคำสั่ง
7. แพทย์ผู้สั่งการรักษาลงนามเพื่อรับรองคำสั่งภายใน 24 ชั่วโมง
8. หากมีความผิดพลาด คลาดเคลื่อนให้แพทย์ผู้สั่งการรักษา ทบทวนเหตุการณ์โดยผู้ชำนาญกว่าร่วมกับผู้รับคำสั่ง

ตัวชี้วัด : อุบัติการณ์การรับคำสั่งทางวาจา / ทางโทรศัพท์ผิดพลาด

P 2.5: Abbreviations, Acronyms, Symbols & Dose Designation

การใช้คำย่อ สัญลักษณ์ การระบุขนาดยาที่เป็นมาตรฐาน

1. คำสั่งจ่ายยาและใบสั่งยาควรสมบูรณ์ครบถ้วนและผู้สั่งยาต้องตรวจสอบความถูกต้องทุกครั้งที่จะเขียนใบสั่งยาคำสั่งจ่ายยาประกอบด้วยข้อมูลต่อไปนี้

- ชื่อ - สกุลผู้ป่วย
- ชื่อสามัญทางยา หรือชื่อการค้า (กรณีเป็นยาสูตรผสม)
- วิธีบริหารยา
- รูปแบบของยา
- ขนาดใช้ยา
- ความแรง
- วิธีผสมยาฉีด
- ปริมาณ
- ความถี่ของการให้
- เวลาของการให้ยา
- ชื่อผู้สั่งยา
- กรณีต้องผสมยาต้องระบุถึงอัตราการเจือจาง เสร็จ

2. เพื่อให้เกิดความแน่ใจว่าคำสั่งในการจ่ายยานั้นชัดเจน ผู้สั่งยาต้องปฏิบัติดังนี้

- 2.1 เขียนคำเต็มของคำสั่งใช้ยา
- 2.2 ไม่ใช่คำสั่งที่คลุมเครือ เช่น ใช้ตามแพทย์สั่ง เพราะผู้ป่วยอาจลืม
- 2.3 ควรเขียนขนาดยาให้ชัดเจนทุกครั้งสั่ง เช่น 30mg, 500 mg ในกรณียาฉีดให้ระบุความแรงเป็น มิลลิกรัม ไม่สั่งเป็น amp. หรือ vial เช่น Diclofenac 75 mg. IM
- 2.4 ควรเขียนชื่อที่เป็นทางการของยาไม่ใช่ชื่อย่อ
- 2.5 ให้ใช้ระบบเมตริก

3. เขียนคำสั่งใช้ยาให้อ่านออกได้ง่าย การเขียนไม่ชัดเจนหรือตัวเล็กเกินไปอาจทำให้จ่ายยาผิดได้

4. หลีกเลี่ยงการออกคำสั่งด้วยวาจา ในกรณีที่จำเป็นให้พูดซ้ำ ชัด สำหรับผู้รับคำสั่งควรทวนคำสั่งนั้นซ้ำต่อผู้สั่งโดยสะกดชื่อยา พูดคำเต็มของคำสั่งใช้ยา หลังจากนั้นให้บันทึกลงในใบสั่งยาหรือสมุด เพื่อให้ผู้สั่งยาเซ็นชื่อรับทราบ

5. ควรอธิบายให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลทราบถึงวิธีการใช้ยา การเกิดอาการข้างเคียงหรือผลเสียจากการใช้ยา

6. กรณีการเปลี่ยนแปลงการให้ยา เช่น การหยุดยาต้องมีการเขียนที่ Order sheet ที่เป็นปัจจุบันด้วยไม่ให้เขียน off ในคำสั่งการใช้ยาเดิม เพราะผู้เกี่ยวข้องจะไม่ทราบ

7. ยาที่มีอันตรกิริยา (Drug Interaction) ต่อกันต้องมีการติดตามการใช้ยาหรือผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น

8. ต้องสอบถามผู้ป่วยเรื่องการแพ้ยาทุกครั้งก่อนการสั่งยา

9. เขียนชื่อย่อของยาเฉพาะที่โรงพยาบาลได้อนุญาตให้ใช้ตามมาตรฐานเท่านั้น

10. ในการสั่งยาที่ต้องมีการประเมินการใช้ (Drug Use Evaluation: DUF) ต้องกรอกข้อมูลตามแบบฟอร์มให้ครบถ้วน เพื่อจะได้นำไปประเมินผลได้

บัญชีรายการคำย่อที่ไม่อนุญาตให้ใช้ในโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ (ขอห้องยา PTC)

ชื่อย่อ	ชื่อเต็ม/คำที่ให้เขียน	เหตุผล
U,u	Unit	เพราะบางครั้งอาจอ่านผิดว่าเป็นเลขศูนย์ เช่น จ่าย insulin 10 units ไม่ใช่จ่าย insulin 10 U
5.0 mg	5 mg	ห้ามการเขียนเลขศูนย์ตามหลังทศนิยมเพื่อป้องกันการจ่ายยาเกินเป็น 10 เท่าได้
.5 mg	0.5 mg	ในกรณีเขียนเลขที่มีค่าน้อยกว่าหนึ่ง “1” ต้องเขียนเลขศูนย์ “0” นำหน้าทศนิยมเสมอเพราะอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับยามากเกินถึง 10 เท่าได้
IU	International Unit	ป้องกันการอ่านเป็น "IV: Intravenous"
Q.D, QD, q.d, qd	Dialysate flow every day	ป้องกันการอ่านเป็น "QID: four times daily" ที่มีหมายเป็น “วันละ 4 ครั้ง”
Q.O.D, QOD, q.o.d, qod	Every other day	ป้องกันการอ่านเป็น "QID: four times daily" และป้องกันการอ่านเป็น "OD: everyday"
MS	Methylsalicylate	ป้องกันการซ้ำกับคำ “Mg”
MSO4	Methylsalicylate Sulfate	ป้องกันการซ้ำกับคำ “MgSO4”
MgSO4	Magnesium Sulfate	ป้องกันการซ้ำกับคำ “MSO4”

และแบบฟอร์มที่มีการจัดพิมพ์ไว้ล่วงหน้า เช่น เอกสาร Standard orderต่างๆ จะต้องไม่มีรายการที่ไม่อนุญาตให้ใช้เอกสารดังกล่าว

ชื่อคำสั่งที่ใช้การเขียนใบสั่งยา โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์

ชื่อย่อ	ชื่อเต็ม	หมายเหตุ
OD , o.d	Once daily	วิธีรับประทาน
bid	Twice daily	วิธีรับประทาน
tid	Three times daily	วิธีรับประทาน
qid	Four times daily	วิธีรับประทาน
tid & hs	เช้า - กลางวัน - เย็น - ก่อนนอน	วิธีรับประทาน
tid pc & hs	Three times a day after meal and at bed time	วิธีรับประทาน
hs	at bed time	วิธีรับประทาน
q l h	Every one hour	ให้ยาตามเวลา
q 4 h	Every four hours	ให้ยาตามเวลา
q 6 h	Every six hours	ให้ยาตามเวลา
q 8 h	Every eight hours	ให้ยาตามเวลา
EOD	Every other day	เวลาให้ยา
gr.	Grain	ขนาด 1 grain = 60 mg
OD (RE)	ตาขวา (Right eye)	วิธีหยอดตา
OU	ตาแต่ละข้าง (each eye)	วิธีหยอดตา
OS (LE)	ตาซ้าย (Left eye)	วิธีหยอดตา
ID	Intradermal	วิธีฉีดยา
IM	Intramuscular	วิธีฉีดยา
SC	Subcutaneous	วิธีฉีดยา
IA	Intraarticular	วิธีฉีดยา
IV.	Intravenous	วิธีฉีดยา

ชื่อย่อของยาที่ใช้การเขียนใบสั่งยา โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์

ชื่อย่อ	ชื่อเต็ม	หมายเหตุ
ASA	Aspirin	ชื่อยา
AZT	Zidovudine	ชื่อยา
ALC.	Alcohol	ชื่อยา
AG	Aluminum hydroxide	ชื่อยา
B1	Thiamine HCL	ชื่อยา
BCo	Vitamin B Complex	ชื่อยา
B1-6-12	Vitamin B1-B6-B12	ชื่อยา
CaCO ₃	Calcium carbonate	ชื่อยา
CPM	Chlorpheniramine	ชื่อยา
d4T	Stavudine	ชื่อยา
ddl	Didanosine	ชื่อยา
dT	Adult - type tetanus diphtheria toxoids (เด็ก 6 ปีขึ้นไปถึงผู้ใหญ่)	ชื่อวัคซีน
DT	Pediatric strength diphtheria and tetanus toxoids	ชื่อวัคซีน
DTP	Diphtheria - tetanus pertussis vaccine	ชื่อวัคซีน
D10W	10% dextrose in water injection	ชื่อสารน้ำ
D5S	5% dextrose in 0.6(% sodium chloride injection	ชื่อสารน้ำ
DN/2	5% dextrose in 0.66% sodium chloride injection	ชื่อสารน้ำ
D5W	5% dextrose in water injection	ชื่อสารน้ำ
DMPA	Medroxyprogesterone Acetate	ยาฉีดคุมกำเนิด
FeSO ₄	Ferrous sulfate	ชื่อยา
HBV	Hepatitis B vaccine	ชื่อวัคซีน
HBIG	Hepatitis B Immunoglobulin	ชื่อวัคซีน
HCTZ	Hydrochlorothiazide	ชื่อยาลดความดันโลหิต
H ₂ O ₂	Hydrogen peroxide	ชื่อน้ำยาล้างแผล
INH	Isoniazid	ชื่อยา
KCl	Potassium chloride	ชื่อยา
LRS	Locate Ringer Solution	ชื่อสารน้ำ
MDI	Metered dose inhaler	ชื่อยา
MTV	Multivitamin	ชื่อยา

NPH	Isophane insulin	ชื่ออินซูลิน
0.9% NSS	0.9% sodium chloride	ชื่อสารน้ำ
0.45% NSS/2	0.45% sodium chloride	ชื่อสารน้ำ
NTG	Nitroglycerin	ชื่อยา
NaHCO ₃	Sodium bicarbonate	ชื่อยา
O ₂	Oxygen	ชื่อก๊าซ
ORS	Oral Dehydration Salt	ชื่อเกลือแร่ดื่มแทนน้ำ
Para	Paracetamol	ชื่อยาลดไข้ บรรเทาปวด
PTU	Propylthiouracil	ชื่อยา
PZA	Pyrazinamide	ชื่อยา
PGS	Penicillin G Sodium	ชื่อยา
Pen V4	Penicillin V 25 mg (Pen V 4 แสนยูนิต)	ชื่อยา
PD	Peritoneal dialysis	ชื่อน้ำยาล้างไตทางหน้าท้อง
2-PAM	Pralidoxime Chloride	ชื่อยา
RI	Regular insulin	ชื่ออินซูลิน
S.M.W	Special Mouth wash	ชื่อน้ำยาบ้วนปาก
TA	Triamcinolone	ชื่อยาทา
TAT	Tetanus antitoxin	ชื่อวัคซีน
T.T	Tetanus toxoid	ชื่อวัคซีน
3 TC	Lamivudine	
Vag. Suppo	Variant Suppository	ชื่อยาเหน็บช่องท้อง
Vit	Vitamin	ชื่อยา
Vit. C	Vitamin c	ชื่อยา
Vit.K	Vitamin K	ชื่อยา
Zn	Zinc	ชื่อยาทา

P 3: Proper Diagnosis (HA) การวินิจฉัยที่เหมาะสม

เป้าหมาย

ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ทันเวลา ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้

จุดเน้น

1. การให้การวินิจฉัยในผู้ป่วยอุบัติเหตุ – ชุกเฉิน
2. การวินิจฉัยโรคมะเร็ง
3. การใช้ข้อมูล ผลการตรวจประกอบการวินิจฉัย

แนวทางปฏิบัติ

1. ทบทวนเหตุการณ์สำคัญเกี่ยวกับการวินิจฉัยผิดพลาด จาก
 - 1.1 การ Revisit ที่ ER ใน 48 ชั่วโมงโดยไม่ได้นัด
 - 1.2 การ Readmit ที่ OPD ใน 7 วันโดยไม่ได้นัด
 - 1.3 การนอน โรงพยาบาลเกิน 7 วันเนื่องจากวินิจฉัยผิดพลาด
2. การทบทวนเวชระเบียนในกลุ่มผู้ป่วย
 - 2.1 นอนนาน
 - 2.2 ค่าใช้จ่ายสูง
 - 2.3 เสียชีวิตทุกราย
 - 2.4 ส่งรักษาต่อทุกราย
 - 2.5 มีข้อร้องเรียนทุกราย
 - 2.6 มีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทุกราย
3. ปรับปรุงการวินิจฉัยโรค โดย
 - 3.1 ใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ประกอบการวินิจฉัยผู้ป่วยโดยบันทึกในเหตุผลการรักษา / เหตุผลในการนอนโรงพยาบาล
 - 3.2 แพทย์บันทึกข้อมูลในแบบฟอร์มการตรวจร่างกายแรกรับประกอบการวินิจฉัย

ตัวชี้วัด

1. อุบัติการณ์การวินิจฉัยโรคผิดพลาด
2. ค่า CMI
3. ร้อยละความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ใน

P 4: Preventing Common Complication

แนวทางการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

P 4.1: Preventing Pressure Ulcers การป้องกันการเกิดแผลกดทับ

เป้าหมาย : เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง Braden Scale 16

- จุดเน้น**
1. การค้นหาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงทางคลินิกในการเกิดแผลกดทับ
 2. ป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง
 3. ป้องกันการลุกลามและติดเชื้อในผู้ป่วยที่มีแผลกดทับแรกรับ

แนวทาง

1. ดูแลความสะอาดของร่างกาย ผิวหนังผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย / ช่วยตัวเองไม่ได้โดยการเช็ดตัวอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้า – เย็น พร้อมประเมินผิวหนังและความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ
2. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติที่เป็นเบาหวานทุกรายเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดบาดแผล
3. ประเมินผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงทางคลินิกทุกรายโดยใช้ แบบประเมิน Braden Scale ถ้าคะแนน ≤ 16 คะแนน ปฏิบัติดังนี้
 - 3.1 พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมงโดยใช้นาฬิกาปลุกตัว พร้อมบันทึกการปฏิบัติในแบบบันทึกการสังเกตอาการที่หน้าเตียง
 - 3.2 ใช้ Alpha bed
 - 3.3 ใช้หมอนเล็กๆ หรือถุงมือยางใส่น้ำ รองตามปุ่มกระดูก
 - 3.4 ดึงผ้าปูที่นอนให้เรียบตึง
 - 3.5 ประเมินผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกขณะพลิกตะแคงตัว หลังเช็ดนวดบริเวณปุ่มกระดูกที่มีความเสี่ยง
 - 3.6 บันทึกการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง / แผลเดิมและส่งต่อข้อมูล
 - 3.7 หากมีแผล Wet Dressing / ใช้อาหาตามแผนการรักษา
 - 3.8 ดูแลให้ได้รับสารอาหารตามแผนการรักษา และประเมินภาวะขาดอาหาร
 - 3.9 ทำกายภาพบำบัด / ปรึกษาทีมกายภาพบำบัดเพื่อฝึกสอนเจ้าหน้าที่และญาติ กรณีที่ต้องใช้ทักษะกายภาพบำบัดที่ซับซ้อน
 - 3.10 ใช้ Slide pad ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเพื่อลดการเสียดสีกับพื้นที่นอน
 - 3.11 บันทึกการเปลี่ยนแปลง ประเมินการติดเชื้อ ทุกครั้งที่มีการเกิดแผลกดทับเพิ่มและระดับแผลมากขึ้น

ตัวชี้วัด

1. อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ < 3 ครั้ง ต่อ 1000 วันนอนเสี่ยง
2. อัตราการติดเชื้อที่แผลกดทับ = 0

P 4.2 การป้องกันการพลัดตกหกล้ม (Preventing Patient Falls)

ความหมาย การเปลี่ยนท่าโดยไม่ตั้งใจและเป็นผลให้ร่างกายทรุดนั่ง หรือนอนลงกับพื้น หรือปะทะสิ่งของต่างๆ ทั้งจากอาการหน้ามืดเป็นลม แขนขาอ่อนแรง และจากการสะดุด เกี่ยวดิ่งหรือลื่นไถลหรือตกเตียง (ศิริพร พรพุทธรักษา 2542)

เป้าหมาย

ป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

จุดเน้น : ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

1. ประวัติการพลัดตกหกล้ม
2. อายุมากกว่า 65 ปี
3. การใช้ยากล่อมประสาท ยาจิตเวช และยาลดความดันโลหิต
4. โรคระบบทางเดินหายใจ โรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง โรคซึมเศร้า และโรคข้ออักเสบ
5. การเคลื่อนไหว การเดิน กำลังกล้ามเนื้อที่ไม่ปกติ
6. พฤติกรรมที่มีการทำกิจกรรมน้อย
7. สภาวะทางจิตใจ
8. การมองเห็น
9. การผิดรูปและอาการเจ็บปวดที่เท้าเวลาเดิน

แนวทางปฏิบัติ

1. ใช้แบบฟอร์ม moses for scale ในการประเมินผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มทันทีที่แรก
รับ
2. ประเมินซ้ำระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล เนื่องจากสถานะของผู้ป่วยจะเปลี่ยนไปในระหว่างการรับการรักษาทุก 1 วัน และเมื่อมีการย้ายผู้ป่วยจากหน่วยหนึ่งไปยังอีกหน่วยหนึ่ง หรือมีการเปลี่ยนแปลงในภาวะด้านร่างกายหรือจิตใจ
3. ให้การดูแลตามความเสี่ยงที่ประเมินดังนี้

3.1 ผู้ป่วยที่มีระดับคะแนนความเสี่ยงต่ำ (25-50 คะแนน)

- อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงการเฝ้าระวังการป้องกันการตกเตียง ลื่นล้ม
- ใส่ล๊อคขาเตียงเสมอ
- ให้ความช่วยเหลือขณะขึ้น-ลงเตียงและทำกิจกรรมตามความเหมาะสม
- จัดวางสิ่งของให้ผู้ป่วยสามารถหยิบใช้ได้สะดวก
- ดูแลพื้นห้องและห้องน้ำให้สะอาดและแห้งอยู่เสมอ
- จัดให้มีขอความช่วยเหลือที่เตียงและห้องน้ำ
- จัดให้แสงสว่างเพียงพอ
- อนุญาตให้ญาติเฝ้าตามความเหมาะสม

- ห้องพิเศษควรมีญาติเฝ้าตลอด 24 ชั่วโมง
- ให้สวมรองเท้าที่ไม่ลื่น ถ้าผู้ป่วยเดินได้เอง
- จัดให้มีราวจับบริเวณห้องน้ำ และมีเก้าอี้พลาสติกนั่งเวลาอาบน้ำ

3.2 ผู้ป่วยที่มีระดับคะแนนความเสี่ยงสูง > 51 คะแนน

- อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงการเฝ้าระวังการป้องกันการตกเตียง ลื่นล้ม
- ใส่เสื้อขาเตียงเสมอ
- ให้ความช่วยเหลือขณะขึ้น-ลงเตียงและทำกิจกรรมตามความเหมาะสม
- จัดวางสิ่งของให้ผู้ป่วยสามารถหยิบใช้ได้สะดวก
- ดูแลพื้นห้องและห้องน้ำให้สะอาดและแห้งอยู่เสมอ
- จัดให้มีขอความช่วยเหลือที่เตียงและห้องน้ำ
- จัดให้แสงสว่างเพียงพอ
- อนุญาตให้ญาติเฝ้าตามความเหมาะสม
- ห้องพิเศษควรมีญาติเฝ้าตลอด 24 ชั่วโมง
- ให้สวมรองเท้าที่ไม่ลื่น ถ้าผู้ป่วยเดินได้เอง
- ยกราวกันเตียงขึ้นทั้ง 2 ข้าง
- ผู้ป่วยควรมีสภาพพร้อม ไม่เวียนศีรษะ ไม่หน้ามืด ไม่มีตาพร่ามัว มีการทรงตัวที่ดีก่อนลุกจากเตียง หรือลุกเดิน
- อุปกรณ์ในการช่วยเดินมีความแข็งแรง มั่นคง
- หมุนเตียงให้อยู่ในลักษณะต่ำ หรือมีเก้าอี้ต่ำช่วยในการขึ้นเตียง
- อนุญาตให้ญาติเฝ้าตามความเหมาะสม และกำชับให้แจ้ง เจ้าหน้าที่ทุกครั้งที้ออกจากผู้ป่วย
- ติดสัญลักษณ์เพื่อการสื่อสารในทีมเรื่องเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มด้วยตัว sticker
- จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในบริเวณที่สามารถดูแลได้อย่างใกล้ชิด
- กรณีผู้ป่วยมีอาการสับสน วุ่นวาย ไม่ได้สติ มีความจำเป็นต้องผูกยึดผู้ป่วยไว้เพื่อป้องกันอุบัติเหตุ
- ตรวจเยี่ยมทุก 1 ชั่วโมง
- เจ้าหน้าที่ช่วยเหลือในกิจกรรมทุกประเภท

4. ส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานรายงานการพลัดตกหกล้มและเหตุเกือบพลาดทั้งหมด โดยใช้ระบบรายงานอุบัติการณ์

5. ทบทวนเหตุการณ์พลัดตกหกล้มทุกครั้งและหา RCA พร้อมปรับปรุงแก้ไข

ตัวชี้วัด

: อัตราการเกิดผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม = 0%

L : Line, Tube & Catheter

L 1 : Avoiding Catheter and Tubing Miss-connection

การป้องกันการต่อสาย / ท่อ / ข้อต่อผิดพลาด

เป้าหมาย : ป้องกันการต่อสายและข้อต่อผิด

จุดเน้น

- 1) ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ
- 2) ผู้ป่วยที่ใส่ท่อ ICD
- 3) ผู้ป่วยที่ใส่สาย CVP
- 4) ผู้ป่วยที่ใส่สาย Catheter (3 ทาง)

แนวทางปฏิบัติ

1. ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติถึงความจำเป็นในการใส่ท่อ สายต่างๆ ไปได้
2. เน้นย้ำกับผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ช่วย ไม่ควรถอดหรือต่ออุปกรณ์ต่างๆ ด้วยตนเอง ควรขอความช่วยเหลือจากพยาบาลเมื่อมีปัญหา
3. ดูแลให้สายให้เป็นระบบปิด โดยตรวจดูรอยต่อต่างๆ ไม่ให้เลื่อนหลุด
4. ยึดสายยางให้ติดแน่นป้องกันการดึงรั้งหลุด
5. เตรียมอุปกรณ์ในการช่วยเหลือหากสายเลื่อนหลุด เช่น Clamp Ambubag ถุงมือสะอาดปราศจากเชื้อ
6. แนะนำช่องทางการสื่อสารหากมีการเลื่อนหลุดของสาย ท่อต่างๆ โดยการกดกริ่งที่หัวเตียงเพื่อขอความช่วยเหลือ
7. ทำเครื่องหมายข้อต่อ ระดับของท่อให้ชัดเจน
8. จัดทำภาพแสดงการต่อท่ออุปกรณ์ การใส่สายต่างๆ เพื่อใช้เป็นมาตรฐานในการตรวจสอบ
9. ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยในเวร ระหว่างเวรเพื่อประเมินการใส่สาย ท่อต่างๆ
10. ปฐมนิเทศ ทบทวนวิชาการการใส่สาย ต่อท่อ ข้อต่อต่างๆ

ตัวชี้วัด อุบัติการณ์การต่อสาย / ท่อ/ข้อต่อผิดพลาด (แยกระดับความรุนแรง A-I)

E : Emergency Response



E 1 : Response to the Deteriorating Patient การขอความช่วยเหลือเพื่อตอบสนองการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย

เป้าหมาย (Goal)

1. ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือรวดเร็ว ทันเวลา เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงที่ทรุดลง
2. ผู้ปฏิบัติงานได้รับความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยเมื่อรู้สึกไม่สบายใจ ไม่แน่ใจ
3. ผู้ป่วยและญาติได้รับความช่วยเหลือเมื่อมีความรู้สึกไม่ปลอดภัย

จุดเน้น

1. ผู้ป่วยได้รับการสังเกตอาการ วินิจฉัย ทันทีที่มีอาการเปลี่ยนแปลงและได้รับความช่วยเหลือทันเวลาในผู้ป่วยทั่วไป
2. ผู้ป่วยกลุ่มอาการเฉพาะเสียงสูงได้รับความช่วยเหลือเร่งด่วนตามแนวทางที่กำหนด

แนวทางปฏิบัติ

1. การตอบสนองผู้ป่วยทั่วไป

- 1.1 กำหนดบุคคลที่รับปรึกษา การให้การดูแลรักษาผู้ป่วยตลอด 24 ชม. (ตารางเวรแพทย์ 24 ชม./พยาบาลเวรตรวจการ 24 ชม.)
- 1.2 บันทึกสัญญาณชีพแรกรับผู้ป่วยกลุ่มทั่วไป และวัดระดับความรู้สึกตัว ระดับออกซิเจนในเลือดความเข้มข้นของเลือด ระดับน้ำตาลในผู้ป่วยที่กึ่งวิกฤติ และวิกฤติหรือการตรวจอื่นตามอาการผู้ป่วย
- 1.3 ผู้ป่วยกึ่งวิกฤติและวิกฤติ วัดสัญญาณชีพ สังเกตอาการทุก 15 นาที - 1 ชม. ตามความรุนแรง กลุ่มทั่วไป วัดทุก 4 ชม. และบันทึกการติดตามอาการในแบบบันทึกที่กำหนด
- 1.4 การบันทึกการเปลี่ยนแปลงเป็นปัจจุบัน สามารถบ่งบอกถึงอาการและความช่วยเหลือที่ผู้ป่วยได้รับ
- 1.5 การสื่อสารรายงานแพทย์ / ผู้ที่ชำนาญกว่าด้วย SBAR
- 1.6 ขอความช่วยเหลือจากผู้ชำนาญกว่าเมื่อผู้ป่วยมี Criteria ดังนี้
 - 1) ผู้รับผิดชอบผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายใจต่ออาการของผู้ป่วย
 - 2) อัตราการเต้นของหัวใจ < 40 or > 130 ครั้ง / นาที
 - 3) ความดัน Systolic < 90 mmHg.
 - 4) อัตราการหายใจ < 8 or > 28 ครั้ง / นาที
 - 5) Oxygen saturation < 90% ทั้งที่ให้ Oxygen
 - 6) ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง
 - 7) ปริมาณปัสสาวะ < 50 มล. ใน 4 ชั่วโมง

1.7 ประเมินผลความเร็ว ทันเวลาในการช่วยเหลือผู้ป่วย

1.8 หน่วยงานที่เกิดเหตุการณ์สำคัญในการช่วยเหลือล่าช้า ทบทวนRCA เพื่อแก้ไข ปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยในเวลาที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

ตัวชี้วัด

1. อุบัติการณ์การย้ายผู้ป่วยเข้าICU / ส่งต่อโดยไม่ได้วางแผน
2. อุบัติการณ์CPR โดยไม่ได้คาดการณ์ไว้ก่อน

E 2 : Sepsis (Adult)

(Early Goal Directed therapy in Septic shock)

เป้าหมาย :

1. รักษาภาวะ Shock ที่ถูกต้องและรวดเร็ว
2. ลดอัตราการตายของผู้ป่วย Severe sepsis และ Sepsis shock

จุดเน้น

1. ผู้ป่วย Severe sepsis และ Sepsis shock ที่เริ่มต้นเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน
2. ผู้ป่วยพ้นระยะ Shock ภายใน 6 ชม. หลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

แนวทางปฏิบัติ

1. ปฏิบัติตามแนวทางการรักษาผู้ป่วย Sepsis / Septic shock
(PG Sepsis โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ ตามเอกสาร CPG ที่แนบ)
2. จัดทำโปสเตอร์ Flow chart การดูแลผู้ป่วย sepsis ที่ ER
3. ให้ความรู้ความเข้าใจในแนวทางปฏิบัติ Sepsis shock แก่แพทย์และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง
4. ติดตามประเมินผลการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ Sepsis shock

ตัวชี้วัด : อัตราตายของผู้ป่วย Sepsis shock

: อัตราผู้ป่วยได้ ATB ภายใน 1 ชั่วโมง หลังการวินิจฉัย sepsis

E 3 : Acute Coronary Syndrome

เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้คือการลดและป้องกันการเสียชีวิตหรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดหัวใจ มีจุดเน้นที่

1. การค้นหาและประเมินผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกอย่างรวดเร็ว ด้วยอาศัยเกณฑ์การวินิจฉัยอาการเจ็บหน้าอกที่ชัดเจน การตรวจคลื่นหัวใจและแปลผลอย่างแม่นยำและการใช้ biochemical cardiac marker ที่เหมาะสม
 2. การให้การรักษาที่ทันเวลาที่และมีประสิทธิภาพ เช่น การให้ยาละลายลิ่มเลือดหรือการทำ reperfusion therapy อย่างถูกต้องในเวลาที่เหมาะสม การให้การรักษาที่ลดอัตราการตายตาม evidence-based (aspirin, beta-blocker, antithrombotic) และ secondary prevention
 3. การตัดสินใจอย่างรวดเร็วในการส่งต่อผู้ป่วยไปยัง รพ. ที่มีศักยภาพสูงกว่า
- สถานพยาบาลต่างๆ ในระบบบริการต่างมีศักยภาพและบทบาทที่แตกต่างกันในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ จำเป็นต้องมีการประสานงานเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่เหมาะสม โดยแนวทางการดูแลที่สอดคล้องกันรายละเอียดสามารถศึกษาได้จากแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดซึ่งชมรมและสมาคมที่เกี่ยวข้องจัดทำขึ้นร่วมกับ สปสช. และ ACC/AHA Guidelines for Management of Patient with STEMI 2004

ตัวชี้วัด :

1. อัตราเสียชีวิตผู้ป่วย ACS
2. อัตราได้รับยา Heparin ภายใน 30 นาที
3. การส่งต่อผู้ป่วย STEMI fast track ทันภายใน 90 นาที

E 4 : Maternal & Neonatal Morbidity; Birth asphyxia

E 4.1: Birth asphyxia

เป้าหมาย : ลดการเกิดภาวะ Birth asphyxia หลังทารกที่เกิดในโรงพยาบาล ที่ 1 นาทีและ 5 นาที

- จุดเน้น**
1. ฝากครรภ์คุณภาพ
 2. ห้องคลอดคุณภาพ

แนวทางปฏิบัติ

1. ฝากครรภ์คุณภาพ

- 1.1 รณรงค์ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ (ชุมชน / อสม. ใช้หลัก ค้นหา เข้าถึง นำส่ง)
- 1.2 คัดกรองหญิงตั้งครรภ์ แยก กลุ่มตั้งครรภ์มีภาวะเสี่ยง สื่อสารด้วยระบบสตีกเกอร์สีสัมระบุ “ตั้งครรภ์มีภาวะเสี่ยง”
- 1.3 ระบบฝากครรภ์ 5 ครั้งคุณภาพ
- 1.4 มีแนวทางการดูแล หญิงตั้งครรภ์มีภาวะเสี่ยง
- 1.5 โรงเรียนพ่อแม่ เน้น เรื่องการนับลูกดิ้น
- 1.6 ใช้ระบบติดตามเฝ้าระวังสุขภาพทารกในครรภ์ ในรายเสี่ยงสูงและดูแลแบบสหสาขา
- 1.7 มีระบบสื่อสารกับผู้รับผลงานต่อ ในหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มเสี่ยง เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลต่อเนื่อง

2. ห้องคลอดคุณภาพ

- 2.1 มีการประเมินภาวะเสี่ยงแรกรับ
- 2.2 กำหนดแนวปฏิบัติในการดูแลหญิงรอคลอด ที่ภาวะเสี่ยง
- 2.3 พัฒนาการประเมินและการวินิจฉัยภาวะ Fetal distress และมีแนวปฏิบัติในการดูแล intra uterine Resuscitation อย่างมีประสิทธิภาพ
- 2.4 การดูแลผู้ป่วยมีการจัดทำ Warning signs และ พัฒนาระบบรายงานแพทย์ใช้ SBAR ในรายงานสูติ-แพทย์และกุมารแพทย์
- 2.5 อุปกรณ์ช่วยกู้ชีพ พร้อมใช้และครบถ้วนตามมาตรฐาน
- 2.6 ทบทวนการดูแลการกู้ชีพทารกแรกเกิด และภาวะฉุกเฉินต่างๆในห้องคลอด เช่น การช่วยคลอดติดไหล่ การชัก, การคลอด BBA ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (โครงการปีละ 3 ครั้ง)
- 2.7 สร้างไบบันทึกร เหตุการณ์ หลังการดูแลทารกแรกเกิด
- 2.8 มีระบบการส่งต่อ รพ.ที่มีศักยภาพสูงกว่า ที่ รวดเร็วและปลอดภัย และติดตามเคสอย่างต่อเนื่อง
- 2.9 มีการประชุม PCT สูติฯ และ ผู้เกี่ยวข้องรับทราบถึงโครงการ เก็บรวบรวมข้อมูลและเปรียบเทียบกับ อุบัติการณ์เดิมมีระบบการทบทวนเหตุการณ์สำคัญร่วมกันทั้ง หาแนวทางปรับปรุงแก้ไขเพื่อลดการเกิดภาวะ Birth asphyxia

2.10 มีระบบรายงานอุบัติการณ์ เมื่อเกิดภาวะ Birth asphyxia

2.11 ส่งต่อข้อมูล PCTกุมาร มีระบบติดตามการดูแลรักษาต่อเนื่อง

ตัวชี้วัด : อัตราการเกิด Birth asphyxia

E 4.2 Postpartum hemorrhages

เป้าหมาย : ลดการเกิด PPH ในช่วง 24 ชม.แรกหลังคลอด

จุดเน้น : 1. ฝากครรภ์คุณภาพ 2. ห้องคลอดคุณภาพ 3. หลังคลอดคุณภาพ

แนวทางปฏิบัติ

1). ANC คุณภาพ

1.1 คัดกรองและประเมินกลุ่มเสี่ยงทุกรายและสื่อสารด้วยระบบสติ๊กเกอร์ “High risk PPH”

ในสมุดฝากครรภ์

1.2 มีแนวทางการดูแลรักษาในกลุ่มเสี่ยง ติดตามความเข้มข้นเลือดก่อนคลอดทุกราย

1.3 ให้ความรู้ตามแนวทางโรงเรียนพ่อแม่ เน้นเรื่องการรับประทานยาบำรุงเลือดและอาหารที่เหมาะสม

1.4 ติดต่อแผนกพยาธิ เพื่อเตรียมความพร้อมการส่งตรวจเลือด กรณีที่เสี่ยงสูง

2). ห้องคลอดคุณภาพ

2.1) ประเมินความเสี่ยงแรกรับทุกราย

2.2) มีแนวทางการดูแลหญิงรอคลอดที่มีภาวะเสี่ยง และให้ความรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค แนวทางการปฏิบัติตัวระหว่างรอคลอด

2.3) มีระบบการเตรียมส่งตรวจเลือดในกรณีที่มีความเสี่ยงสูง

2.4) มีป้ายเตือนติดหน้าชาร์ตและหัวเตียง เพื่อสื่อสารในทีมการดูแล

2.5) มีการปรับปรุง 3rd stage management/corrected bleeding evaluation และแนวทางการดูแลเมื่อ EBL 300/500/1,000/>1,500 cc.

2.6) ปรับปรุง CPG ให้ทันสมัยและเหมาะสมเสมอ

2.7) ร่วมกับเภสัชกรในการระดับยารักษาที่ตึก

2.8) สร้างแนวทางการส่งต่อข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ

3). หลังคลอดคุณภาพ

3.1) เฝ้าระวังและดูแลในกลุ่มเสี่ยงอย่างเข้มงวด (โดยเฉพาะ 2 ชม.แรก)

3.2) กำหนด Early warning signs และ monitor อย่างมีประสิทธิภาพ

3.3) มี Standard order for PPH

3.4) มีการวางระดับยาที่ตึก

3.5) มีรอบรายงานอุบัติการณ์และมี PCT จะมีการทบทวนเหตุการณ์ทุกครั้ง

3.6) ทำ discharge planning ที่มีประสิทธิภาพ และส่งต่อข้อมูลกับทีมชุมชนเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

ตัวชี้วัด : อัตราการเกิด PPH, ภาวะแทรกซ้อนจาก PPH