



โรงพยาบาลฟักท่า

ระเบียบปฏิบัติเรื่อง

Faktha's Patient Safety Goals 2023

เอกสารเลขที่ SOP-PCT-012-01

	ชื่อ - สกุล	ลายเซ็น	วัน/เดือน/ปี
ผู้จัดทำ	นางนิภาภรณ์ แก้วบุญมา		6 12/2566
	นายแพทย์รัชพงษ์ สมบัติพานิช		6 12/2566
ผู้ทบทวน	ทันตแพทย์สุรียา รักเจริญ		6 12/2566
ผู้อนุมัติ	แพทย์หญิงพรสวรรค์ มีชิน		24 12/2566

บันทึกการประกาศใช้ / ทบทวนปรับปรุงเอกสาร

การปรับปรุงครั้งที่	วัน/เดือน/ปี	รายละเอียดการประกาศใช้ / ปรับปรุงเอกสาร
1	6 เมษายน 2566	ปรับปรุงเอกสารตามมาตรฐาน Patient Safety Goals 2023

	โรงพยาบาลฟักท่า Faktha Hospital	ฉบับที่ : A (1)
		หน้า 1/31 จำนวน 31 หน้า
ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : SOP-PCT-012-01	วันที่เริ่มใช้ : 24 พฤษภาคม 2566	
เรื่อง : Faktha's Patient Safety Goals 2023	แก้ไขครั้งที่ : 1	
ทีม/งาน: ทีมนำทางคลินิก	ทีม/งานที่เกี่ยวข้อง : RM	
ผู้จัดทำ : นางนิภาภรณ์ แก้วบุญมา, นายแพทย์รัชพงษ์ สมบัติพานิช	ผู้อนุมัติ : พญ.พรสวรรค์ มีชิน	

1. นโยบาย

โรงพยาบาลฟักท่ากำหนดนโยบายด้านความปลอดภัยของผู้รับบริการตามหลัก Patient Safety Goals : SIMPLE เพื่อให้เกิดผลดีต่อผู้รับบริการ เพิ่มคุณภาพการรักษายาบาล เพิ่มความพึงพอใจและลดข้อร้องเรียนด้านคุณภาพการรักษายาบาล

2. วัตถุประสงค์ เพื่อให้บุคลากรในโรงพยาบาลฟักท่าปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน
3. ขอบเขต ระเบียบปฏิบัติตามเอกสารคุณภาพฉบับนี้ใช้สำหรับผู้ป่วยโรงพยาบาลฟักท่า
4. ผู้รับผิดชอบ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทุกหน่วยบริการ

Infection prevention and control

ข้อที่ 1. I 1: hand hygiene

เป้าหมาย : บุคลากรทำความสะอาดมืออย่างถูกต้อง

จุดเน้น

1. ล้างมือ 7 ขั้นตอน 5 Moment

แนวทางปฏิบัติ

1. ให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับวิธีการล้างมือ 7 ขั้นตอน 5 Moment เช่น ดิโดสเตอร์ล้างมือ 7 ขั้นตอน 5 Moment
2. จัดให้มี alcohol – base hand rubs ทุกจุดบริการผู้ป่วย ที่เข้าถึงได้ง่าย
3. ผู้ปฏิบัติงานปฏิบัติตามแนวทาง การล้างมือ 7 ขั้นตอน 5 Moment
4. กระตุ้นให้บุคลากรล้างมือโดยการเปิดเพลงรณรงค์การล้างมือ ทุกวัน เวลา 13.30 น.
5. สังเกตติดตาม และวัดระดับการปฏิบัติ และให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้ปฏิบัติงานโดยการสุ่มทดสอบการล้างมือ

การติดตามการประเมินผล

ประเมินผลการล้างมือตาม 7 ขั้นตอน 5 Moment รายงานทุก 3 เดือน

ตัวชี้วัด

- | | | |
|--------------------------------------|----------|-------|
| 1. อัตราการล้างมือ 7 ขั้นตอน ถูกต้อง | เป้าหมาย | 100 % |
| 2. อัตราการล้างมือตาม 5 Moment | เป้าหมาย | 100 % |

ข้อที่ 2. I2.1: CAUTI prevention

เป้าหมาย ป้องกันการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ

จุดเน้น

1. มีข้อบ่งชี้ในการใส่สายสวนปัสสาวะ
2. การใส่สายสวนปัสสาวะถูกต้องตามหลัก Aseptic technique
3. การดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ

แนวทางปฏิบัติ

1. กำหนดให้ปฏิบัติตามระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่มีการคาสายสวน
2. กำหนดข้อบ่งชี้ในการใส่สายสวนปัสสาวะ ดังนี้
 - 2.1 มีปัสสาวะค้างอย่างเฉียบพลัน หรือมีการอุดตันในทางเดินปัสสาวะ
 - 2.2 ได้รับสารน้ำปริมาณมาก หรือได้รับยาขับปัสสาวะ
 - 2.3 ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤตที่ต้องประเมินปริมาณปัสสาวะอย่างถูกต้อง
 - 2.4 เพื่อส่งเสริมการหายของแผลเปิดหรือแผลผ่าตัดตกแต่งบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ในกรณีผู้ป่วยกั้นปัสสาวะไม่ได้
 - 2.5 ผู้ป่วยที่ถูกตรึงให้อยู่กับที่ เช่น กระดูกสะโพกหัก multiple traumatic injuriesสำหรับผู้ป่วยที่ต้องช่วยระบายปัสสาวะในระยะสั้นควรหลีกเลี่ยงการคาสายสวนปัสสาวะโดยใช้การสวนปัสสาวะเป็นครั้งคราว (intermittent catheterization) สำหรับผู้ป่วยเพศชายพิจารณาใช้ condom แทน
3. จัดให้มีการทบทวนความรู้แก่ผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
4. ให้การดูแลผู้ป่วยเมื่อคาสายสวนปัสสาวะแล้วจะต้องระมัดระวังในเรื่องการอุดกั้นสายสวน และการปนเปื้อนจากเชื้อภายนอก โดยพยายามให้เป็นระบบปิดและผู้ดูแลต้องทำความสะอาดมืออย่างถูกต้องก่อนและหลังปฏิบัติการใดๆ กับระบบระบายปัสสาวะทางสายสวนตลอดจนประเมินความจำเป็นที่ต้องใส่สายสวนปัสสาวะต่อไปเป็นระยะๆ และถอดสายสวนปัสสาวะออกเร็วที่สุด

การติดตามการประเมินผล

1. ติดตามรายงานการติดเชื้อ CAUTI ทุก 1 เดือน
2. วิเคราะห์หาสาเหตุของการติดเชื้อ CAUTI

ตัวชี้วัด

อัตราการติดเชื้อ CAUTI/1,000 Cath. Days* เป้าหมาย ≤1:1000 Cath day

ข้อที่ 3. I3: Isolation Precautions

เป้าหมาย ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อก่อโรคในโรงพยาบาล

จุดเน้น

1. จัดแบ่งโซนผู้ป่วยแยกให้ชัดเจน
2. standard transmission-based precautions
3. สวมและถอด PPE ที่ถูกต้องเหมาะสม
4. มาตรการการดูแลผู้ป่วย contact, droplet, และ airborne precautions

แนวทางปฏิบัติ

1. กำหนดให้ปฏิบัติตามแนวทางในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยการแยกผู้ป่วย (isolation precautions) และเผยแพร่สื่อสารให้บุคลากรทุกระดับรับทราบ เข้าใจและปฏิบัติได้

2. ให้ความรู้แก่บุคลากรทุกระดับ เกี่ยวกับหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่สำคัญ ได้แก่ standard transmission-based precautions (contact, droplet, และ airborne precautions) โดยหลักการสำคัญของการแยกผู้ป่วยคือ

2.1 การป้องกันแบบมาตรฐานสำหรับการดูแลผู้ป่วยทุกราย (Standard precautions) คือ มาตรการที่บุคลากรปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยทุกราย โดยถือว่าผู้ป่วยทุกรายอาจเป็นพาหะของโรคโดยไม่คำนึงถึงการวินิจฉัยของโรคหรือภาวะติดเชื้อของผู้ป่วย มาตรการนี้ใช้เมื่อบุคลากรปฏิบัติงานที่คาดว่าจะต้องสัมผัสกับเลือดสารคัดหลั่ง แผล การปฏิบัติที่สำคัญ คือ การทำความสะอาดมือ การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกัน เช่น ถุงมือ แวนตาที่ออกแบบเพื่อป้องกันเลือดหรือสารคัดหลั่งกระเด็นเข้าตาได้ นอกจากนี้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการไอหรือสงสัยว่าจะมีโรคติดเชื้อระบบหายใจ ก็ให้ปฏิบัติตามหลักการของ respiratory hygiene and cough etiquette

2.2 มาตรการสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่มีเชื้อที่แพร่กระจายโดยการสัมผัส (ไม่ว่าจะมีอาการของการติดเชื้อหรือไม่ก็ตาม) เช่น เชื้อแบคทีเรียที่ก่อโรคหลายขนานการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อประกอบด้วย

2.2.1 การจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในพื้นที่เฉพาะซึ่งอาจจะเป็นห้องเตียงเดี่ยว หรือจัดพื้นที่ในหอผู้ป่วยแยกไว้ต่างหาก

2.2.2 บุคลากรและญาติที่เข้ามาเยี่ยมผู้ป่วย ให้ปฏิบัติตามขั้นตอนคือทำความสะอาดมือ

สวมเสื้อคลุมแขนยาว สวมถุงมือ จากนั้นจึงเข้าเยี่ยมผู้ป่วย เมื่อเสร็จแล้ว ให้ถอดถุงมือและเสื้อคลุม รมั้ดระวังการปนเปื้อนมือและส่วนของร่างกาย แล้วทำความสะอาดมืออีกครั้ง

2.2.3 การแยกของใช้ส่วนตัวและอุปกรณ์การแพทย์ใช้สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย

2.2.4 การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมอย่างสม่ำเสมอ

2.2.5 การทำความสะอาดพื้นผิวด้วยน้ำยาทำลายเชื้อ เมื่อย้ายผู้ป่วยออกไปจากห้องนั้น (terminal cleaning)

2.3 มาตรการสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่สงสัยหรือได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อที่แพร่กระจายทางอากาศ (airborne precautions) ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่า ติดเชื้อหรือสงสัยว่าติดเชื้อที่สามารถแพร่กระจายเชื้อได้ทางละอองฝอยของน้ำมูกน้ำลายในอากาศ ซึ่งมีอนุภาคขนาดเล็กเท่ากับหรือน้อยกว่า 5 ไมครอน เช่น วัณโรค ซึ่งโรงพยาบาลควรจัดพื้นที่สำหรับผู้ป่วยเหล่านี้ให้เหมาะสม มีอากาศถ่ายเทสะดวก หรืออยู่ในห้อง infection isolation room ที่มีการควบคุมให้มีความดันบรรยากาศเป็นลบ บุคลากรต้องสวมหน้ากากชนิด N-95 เมื่อเข้าไปให้การพยาบาลผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยสวมหน้ากากอนามัย (surgical mask) ไว้ตลอดเวลา

2.4 มาตรการดูแลผู้ป่วยที่สงสัยหรือได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อที่แพร่กระจายทางฝอยละอองขนาดใหญ่ (droplet precautions) ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยติดเชื้อหรือสงสัยว่าติดเชื้อที่สามารถแพร่กระจายเชื้อได้ทางละอองน้ำมูกหรือน้ำลายซึ่งมีขนาดใหญ่กว่า 5 ไมครอน เช่น ไข้หวัด ไข้กาฬหลังแอ่น (meningococemia) บุคลากรต้องสวมหน้ากากอนามัย และทำความสะอาดมืออย่างถูกต้องในกระบวนการพยาบาลผู้ป่วย

3. สนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคลที่จำเป็น อุปกรณ์ทำความสะอาดมือที่เหมาะสมและเพียงพอ รวมถึงการจัดสถานที่โครงสร้างให้สามารถดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้อย่างเหมาะสมตามบริบท

การติดตามการประเมินผล

ประเมินผลการสวมใส่ชุด PPE รายงานทุก 3 เดือน

ตัวชี้วัด

- | | | |
|----------------------------------|----------|-------|
| 1. อัตราการสวมใส่ชุด PPE ถูกต้อง | เป้าหมาย | 100 % |
| 2. อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล | เป้าหมาย | 0 % |

ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : SOP-PCT-012-01	หน้า : 6/31
เรื่อง Faktha's Patient Safety Goals 2023	

ข้อที่ 4. Medication & blood safety
M1: Safe from Adverse Drug Events (ADE)

Medication and Blood Safety

M 1.1 Safe from High Alert Drug

เป้าหมาย : ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาความเสี่ยงสูง

จุดเน้น

1. ลดความคลาดเคลื่อนของยา และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ จากการใช้ยาความเสี่ยงสูงที่จะก่อให้เกิดอันตรายรุนแรงถึงผู้ป่วย
2. ค้นหาความเสี่ยง / ความผิดพลาดจากการใช้ยาความเสี่ยงสูง
3. ให้การดูแลเพื่อบรรเทาความรุนแรงกรณีเกิดภาวะแทรกซ้อน/ ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาความเสี่ยงสูง

แนวทางปฏิบัติ

1. ป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นก่อนการสั่งจ่าย

- 1.1 ทีมสหวิชาชีพพร้อมกันกำหนดรายการยาความเสี่ยงสูงของโรงพยาบาลฟักท่าจำนวน 19 รายการ ดังนี้

ลำดับที่	รายการ
1	Adenosine 0.6 mg/2 ml injection
2	Adrenaline 1mg/ml (1:1000) injection
3	Amiodarone 150 mg/3 ml
4	Atropine sulfate 0.6 mg/ml injection
5	Calcium gluconate 0.45 mE injection
6	Digoxin 0.5 mg/2ml injection
7	Dopamine 250 mg/10 ml injection
8	Insulin injection
9	KCl 20mEq injection
10	MgSO4 injection
11	Morphine 10 mg/ml
12	Nitroglycerine 10 mg/10 ml
13	Pethidine 50 mg/ml
14	Sodium bicarbonate 3.75g/50 ml (44.6 mEq)
15	Streptokinase 1,500,00 iu
16	Warfarin ทุกความแรง
17	Tenecteplase inj. 8000 unit
18	Dobutamine 250mg/20ml inj.
19	Norepinephrine 4mg/4l inj.

เรื่อง Faktha's Patient Safety Goals 2023

1.2 ทีมสหวิชาชีพร่วมกันกำหนดแนวทางการใช้ยา การผสมยา การเก็บรักษา และแบบติดตามฝ้า ระวังหลังใช้ยา และสื่อสารผู้เกี่ยวข้องให้ทราบในภาพรวม และสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่ายทั้งจาก เว็บไซต์ของโรงพยาบาล และระบบ Hos-XP ดังนี้

1.3 จัดให้มีการอบรมให้ความรู้แก่ผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่เภสัชกรรม เจ้าหน้าที่คลังยา/พนักงานห้องยา ปีละ 1 ครั้ง

1.4 กำหนดรายการยา 1 รายการ 1 ความแรง สำหรับรายการยาความเสี่ยงสูง หลีกเลี่ยงการ คัดเลือกยาที่มี พ้องรูป/พ้องเสียง (โดยเฉพาะชื่อการค้า) บรรจุภัณฑ์ที่คล้ายคลึงกันเข้าสู่เภสัชตำรับ โรงพยาบาล คัดเลือกยาที่มีฉลากชัดเจน อ่านง่าย และมีภาชนะบรรจุที่สะดวก และปลอดภัย และจัดเก็บยา ที่ต้องระมัดระวังสูงแยกจากยาทั่วไป

1.5 จัดตั้งคลินิกเฉพาะที่มีความเสี่ยงสูงในผู้ป่วยเฉพาะโรค anticoagulation services ได้แก่ คลินิก Warfarin ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ แพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ

1.6 กำหนดข้อความเตือนหรือข้อเฝ้าระวังในระบบ Hos-XP เพื่อป้องกันความเสี่ยงในการสั่งใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง และในประวัติผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังการสั่งใช้ยาและติดตามอาหารหลังการใช้ยา มีป้ายเตือน ยากลุ่มความเสี่ยงสูง (High Alert Drug) ที่ขึ้นเก็บยา สำหรับห้องจ่ายยาให้ใส่ซองยาที่มีคำว่า "HAD" ก่อนจ่ายทุกครั้ง

1.7 แพทย์หลีกเลี่ยงการสั่งยาในลักษณะสัดส่วน เพื่อลดโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนในการแปลคำสั่งยาใช้ยา

1.8 จัดทำคู่มือการใช้ High Alert Drug โรงพยาบาลฟากท่า

2. ค้นหาความเสี่ยง / ความผิดพลาดจากการใช้ยาความเสี่ยงสูง

2.1 กำหนดรายการยาเพื่อเป็นสัญญาณเตือน (Trigger Tools) เพื่อค้นหาและเฝ้าระวังในการใช้ยา ความเสี่ยงสูง ได้แก่ Vitamin K 10 mg. injection (เฝ้าระวังการเกิด Overdose ของยา Warfarin)

2.2 ต้องมีการตรวจสอบซ้ำโดยพยาบาล 2 คน (Independent Double check) พยาบาล 2 ท่าน ในแต่ละขั้นตอน ตรวจสอบชื่อผู้ป่วย ชื่อยา ขนาดยา ให้ถูกต้องตรงกัน ในเวลาเดียวกันก่อนเตรียมยา จนถึงขั้นตอนการบริหาร

2.3 ทบทวนอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาเดือนละ 1 ครั้ง

3. ให้การดูแลเพื่อบรรเทาความรุนแรงกรณีเกิดภาวะแทรกซ้อน/ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเสี่ยงสูง

3.1 กำหนดรายการยาด้านพิษและสำรองให้มีพร้อมใช้ตลอดเวลาประจำหน่วยบริการที่มีการใช้ยา เสี่ยงสูง ได้แก่

- 50% Magnesium Sulphate มียาด้านฤทธิ์คือ 10% Calcium Gluconate
- Warfarin 2 mg, 3 mg และ 5 mg มียาด้านฤทธิ์คือ Vitamin K 10 mg. Injection
- Morphine inj., Pethidine inj. มียาด้านฤทธิ์คือ Naloxone inj.

3.2 มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติสำหรับการปรับขนาด การหยุดยา และการให้ยาต้านฤทธิ์และการติดตามผลการรักษาในผู้ป่วยที่ได้รับยา Warfarin

การติดตามการประเมินผล

1. ติดตามและประเมินผลการบันทึกข้อมูลแบบฟอร์ม HAD observe ทุก 1 เดือน
2. ติดตามและวิเคราะห์ข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยา กลุ่ม HAD จากโปรแกรมบริการความเสี่ยง ทุก 1 เดือน
3. ติดตามผลการดำเนินงาน Warfarin Clinic จากโปรแกรม Warn ทุก 1 เดือน
4. ติดตามการสำรองยาต้านพิษให้มีพร้อมใช้อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

ตัวชี้วัด

1. อุบัติการณ์การเกิด HAD error ตั้งแต่ระดับ E เป้าหมายคือ 0 ครั้ง
2. อุบัติการณ์การเกิด Pre-administration error HAD เป้าหมายคือ 0 ครั้ง

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

เป้าหมาย : ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย และไม่ได้รับยาที่มีประวัติแพ้ยา หรือยาในกลุ่มเดียวกัน

จุดเน้น : ลดความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดการแพ้ยาซ้ำ หรือยาในกลุ่มเดียวกัน ในทุกขั้นตอน จากการสั่งจ่ายยา การจ่ายยา และการบริหารยา

แนวทางปฏิบัติ

1. จัดทำแนวทางการลงข้อมูลประวัติผู้ป่วยที่พบ ADR สำหรับโรงพยาบาล ทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการ
2. กำหนดให้มีการซักประวัติการแพ้ยาทุกจุดบริการ หากพบผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยา
 - 2.1 ส่งต่อข้อมูลให้เภสัชกรซักประวัติเพื่อให้การประเมินประวัติการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในอดีตที่ผู้ป่วยมาแจ้ง
 - 2.2 เภสัชกรบันทึกข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในเวรระบบ Hos-XP
 - 2.3 เภสัชกรออกบัตรแพ้ยา
3. จัดทำ Pop Up แจ้งเตือน “การแพ้ยา” ในโปรแกรม Hos-XP
4. กรณีผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยา มีข้อมูลปรากฏในใบนำทางทุกครั้ง
5. แผนกผู้ป่วยนอกกำหนดให้มีป้าย “ผู้ป่วยแพ้ยา” ติดที่หน้าอกผู้ป่วย
6. แผนกผู้ป่วยในกำหนดให้ติดป้าย “แพ้ยา” ไว้หน้าแฟ้มเวชระเบียน (Chart) และท้ายเตียง
7. จัดทำข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจพบ เป็นคำเตือนในฉลากยา โดยใช้ข้อมูล ADR ที่พบบ่อย 10 อันดับแรกของโรงพยาบาลฟากท่า

เรื่อง Faktha's Patient Safety Goals 2023

8. มีระบบการเชื่อมต่อข้อมูลแพ้ยา/อาการไม่พึงประสงค์จากยา ในเครือข่ายทั้งในระดับอำเภอ และรพ.แม่ข่าย (รพ.อุตรดิตถ์)
9. มีการใช้ IT ช่วยให้มีข้อมูลแพ้ยาในเอกสารต่างๆ เช่น ใบ medication reconciliation, ใบ MAR, drug profile เป็นต้น
10. จัดทำรายการยาที่มีการติดตาม ADR แบบ Intensive ได้แก่ ยา TB และ ARV
11. กำหนดให้หน่วยงานที่ฉีดยาให้ผู้ป่วย มีพื้นที่สำหรับสังเกตอาการหลังฉีดยา 30 นาที
12. กำหนดกลุ่มยาในระบบ Hos-XP เพื่อป้องกันการแพ้ยาข้ามกลุ่ม ดังนี้

กลุ่มยา	เหตุการณ์	สิ่งที่ต้องปฏิบัติ
ยากลุ่ม Beta lactam antibiotics	แพ้ยาแบบ TEN SJE	ห้ามใช้ยา กลุ่ม Penicillin ได้แก่ Amoxicillin (รวม Augmentin) Ampicillin Cloxacillin Dicloxacillin กลุ่ม Cephalosporin ได้แก่ Ceftriaxone Ceftazidime (รพ.อต.) Cefixime (รพ.อต.) Cefazolin (รพ.อต.) และกลุ่ม Carbapenems ทั้งหมด
ยากลุ่ม Aromatic Antiepileptic	แพ้ยาแบบ DRESS TEN SJS	ห้ามใช้ยา Phenytoin Carbamazepine Phenobarbital
ยากลุ่ม NSAIDs	แพ้ยาแบบ Urticaria Angioedema	ห้ามใช้ Diclofenac Ibuprofen Mefenamic acid Naproxen (รพ.อต.) Indomethacin (รพ.อต.) Etoricoxib หรือ Acromia (รพ.อต.)
ยากลุ่ม Fluoroquinolone	แพ้ยาแบบ Anaphylactic Urticaria Angioedema	ห้ามใช้ Norfloxacin Ofloxacin Ciprofloxacin Levofloxacin (รพ. อต.)

ตัวอย่างอาการแพ้ยา

SJS, TEN หมายถึง Stevens–Johnson syndrome (SJS)/toxic epidermal necrolysis (TEN) มีอาการที่สำคัญ คือ มีไข้สูง ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) และมีลักษณะ influenza-like syndrome พบผื่นตุ่มน้ำ (blisters) รวมถึง atypical target lesions และพบการอักเสบและหลุดลอกของเยื่อเมือกทางเดินอาหารและทางเดินหายใจ นอกจากนี้ยังพบการอักเสบที่เยื่อเมือกโดยเฉพาะที่ตา ช่องปาก และอวัยวะเพศ ได้บ่อย การตรวจ Nikolsky's sign เป็นผลบวก และมีผิวหนังกำพรายตายและหลุดลอก (skin detachment) ทั้งนี้ สามารถแยก SJS และ TEN จากระดับพื้นที่ผิวหนังที่หลุดลอก ดังนี้ SJS (น้อยกว่าร้อยละ 10) TEN (มากกว่าร้อยละ 30) และ overlap SJS-TEN (ร้อยละ 10–30)

Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms (DRESS) มีอาการที่สำคัญคือ มีไข้สูง ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) และมีลักษณะ influenza-like syndrome รวมถึงมีความผิดปกติของอวัยวะภายใน เช่น ตอมน้ำเหลืองโต ตับอักเสบ การอักเสบแบบ interstitial ที่ไตและปอด นอกจากนี้ยังอาจพบเม็ดเลือดขาวในเลือดสูงโดยเฉพาะชนิด eosinophil สำหรับผื่นที่เกิดขึ้นสามารถพบหลากหลายลักษณะ ตั้งแต่ maculopapular rash จนถึง exfoliative dermatitis และพบผิวหนังบวมบริเวณใบหน้าหรือรอยางคของร่างกายได้

Angioedema (แองจิโออีดีมา) เป็นอาการบวมของเนื้อเยื่อใต้ชั้นผิวหนัง มักพบบ่อยบริเวณรอบดวงตา ริมฝีปาก มือ เท้า และอวัยวะเพศ อาจมีผื่นบวมขนาดคล้ายลมพิษ แต่มีขนาดใหญ่และมีอาการรุนแรงกว่า เกิดขึ้นเนื่องจากร่างกายตอบสนองต่อตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการแพ้ เช่น ยา อาหาร หรือสารบางชนิด เป็นต้น ส่วนใหญ่ไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย และอาการบวมมักหายไปเองโดยไม่ต้องรักษา

การติดตามการประเมินผล

1. ติดตามและวิเคราะห์ข้อมูลการแพ้ยาซ้ำ จากโปรแกรมความเสี่ยง HRMS
2. ติดตามและประเมินผลการบันทึกข้อมูล ADR type A และ ADR type B นำเสนอข้อมูลเพื่อเฝ้าระวังการใช้ยาในโรงพยาบาล

ตัวชี้วัด

1. จำนวนผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ เป้าหมาย 0 ครั้ง
2. จำนวนผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำในกลุ่ม เป้าหมาย 0 ครั้ง

M 1.3: Safe from Fatal Drug Interaction

เป้าหมาย : ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย และไม่พบเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์รุนแรงจากยาที่มีอันตรกิริยาระหว่างกัน (Drug-Drug Interaction)

จุดเน้น : ลดความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์รุนแรงจากยาที่มีอันตรกิริยาระหว่างกัน (Drug-Drug Interaction) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและต้องรับยาหลายรายการ

แนวทางปฏิบัติ

1. กำหนดคู่มือที่เกิดปฏิกิริยาระหว่างยารุนแรงและแนวทางการจัดการให้ชัดเจน ดังนี้
 - 1.1 ความรุนแรงระดับ 1 ห้ามสั่งใช้ยาที่มีอันตรกิริยารุนแรงระหว่างกัน (Fatal Drug Interaction)
 - 1.2 ความรุนแรงระดับ 2 กำหนดแนวปฏิบัติหากจำเป็นต้องใช้ยาร่วมกัน เช่น การปรับลด/เพิ่มขนาดยา การหยุดยาชั่วคราว การติดตามเฝ้าระวังที่ต้องกำหนดพารามิเตอร์ ระยะเวลา
2. พัฒนาระบบงานให้คนหา ป้องกัน หากมีการใช้ยาร่วมกัน โดยพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบ Hos-XP แจ้งเตือนเมื่อมีการสั่งใช้ยา 2 รายการที่มี Drug Interaction ระหว่างกัน กรณีได้รับยาระหว่างวัน ใช้การดำเนินงาน medication reconciliation ช่วยตรวจสอบการใช้ยา
3. จัดทำคู่มือการเฝ้าระวังการใช้ยาที่เกิดอันตรกิริยาระหว่างกัน (Drug-Drug Interaction) ที่มีระดับความรุนแรง 2 ของโรงพยาบาลฟากท่า

รายการคู่ยาที่เกิดอันตรกิริยาระหว่างกัน (Drug-Drug Interaction) โรงพยาบาลฟากท่า

ลำดับ	รายการที่ 1	รายการที่ 2	Effect	ระดับความรุนแรง (Severity)
1	DIGOXIN	VERAPAMIL	ระดับยา digoxin ใน serum เพิ่มขึ้น กัดการทำงานของ cardiac conduction ได้ บางตำรา LEVEL 2	1
2	GENTAMICIN	FUROSEMIDE	เกิดการเสริมฤทธิ์การเป็นพิษต่อหู Ototoxicity เกิดการไม่ได้ยินในระดับต่าง ๆ ได้ และอาจเกิดการไม่ได้ยินอย่างถาวร	1
3	GEMFRIBROZIL	SIMVASTATIN	เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด Myopathy และ Rhabdomyolysis เนื่องจาก Fibrate ขัดขวางกระบวนการ glucuronidation ของยา Statin ทำให้ Plasma clearance ของยา Statin ลดลง	1
4	CLOZAPINE	RITONAVIR 100MG	เพิ่มความเข้มข้นของ Clozapine ยิ่งเพิ่ม Toxicity ห้ามใช้ร่วมกัน	1
5	MODURETIC	KCL ELIXIR	เกิด Hyperkalemia หลีกเลี่ยงการใช้ร่วมกัน ถ้าจำเป็น ควรติดตาม Serum K	1
6	CHLORPROMAZINE	PROPRANOLOL	เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดพิษของยา เนื่องจากยับยั้งการทำลาย Propranolol ที่ตับก่อนเข้าสู่เลือด ดังนั้นหากจำเป็นต้องใช้ร่วมกันควร EKG	1
7	LITHIUM CARBONATE	HCTZ	HCTZ ลดการขับ Lithium จึงเกิด Toxic ได้แก่อ่อนเพลีย ซึมลง ตัวแข็ง พูดไม่ชัด เดินไม่ได้	1
9	ERGOTAMINE+ CAFFEINE	INDINAVIR	increase risk of ergot toxicity ผู้ป่วยจะมีอาการ คลื่นไส้ อาเจียน ชาปลายมือปลายเท้า	1
10	ERGOTAMINE+ CAFFEINE	LOPINAVIR/ RITONAVIR (200/50)	increase risk of ergot toxicity ผู้ป่วยจะมีอาการ คลื่นไส้ อาเจียน ชาปลายมือปลายเท้า	1
11	DIGOXIN	FUROSEMIDE	เพิ่มการขับออกของโพแทสเซียมและแมกนีเซียม มีผลต่อการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ	2

รายการคู่ยาที่เกิดอันตรกิริยาระหว่างกัน (Drug-Drug Interaction) โรงพยาบาลฟากท่า (ต่อ)

ลำดับ	รายการที่ 1	รายการที่ 2	Effect	ระดับความรุนแรง (Severity)
12	FUROSEMIDE	DIGOXIN	Induce electrolyte disturbance may predispose to digitalis-induce arrhythmia, measure plasma K and Mg	2
13	ATENOLOL	VERAPAMIL 40MG	Synergistic effect ทำให้เพิ่มฤทธิ์ของยาทั้งสองตัว หากจำเป็นต้องทดสอบ Cardiac function	2
14	KCL	SPIRONOLACTONE	Severe hyperkalemia	2
15	ERGOTAMINE+ CAFFEINE	PROPRANOLOL	ทำให้ปลายประสาทชา เนื่องจากเสริมฤทธิ์ Vasoconstriction	2

ระดับนัยสำคัญ	Severity
1	Major (ห้ามใช้ร่วมกัน อาจมีผลต่อชีวิต) 10 คู่
2	Moderate (อาจใช้ร่วมกันได้ถ้าจำเป็นแต่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ) 5 คู่

การติดตามการประเมินผล

1. ติดตามและวิเคราะห์ข้อมูล medication error “การใช้ยาคู่ Fatal Drug interaction”
2. ติดตามและวิเคราะห์ข้อมูล เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จาก “การใช้ยาคู่ Fatal Drug interaction”

ตัวชี้วัด

1. อุบัติการณ์การเกิด medication error การใช้ยาคู่ Fatal Drug interaction
2. อุบัติการณ์การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาคู่ Fatal Drug interaction ระดับ 1 ความรุนแรงตั้งแต่ระดับ D ขึ้นไป

ข้อที่ 5. M2: Safe from medication errors**M 2.1: Look-Alike, Sound-Alike Medication Names**

เป้าหมาย ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการใช้ยาชื่อพ้อง-มองคล้าย (Look Alike Sound Alike)

จุดเน้น

1. การกำหนดรายการยาที่มีชื่อพ้อง – มองคล้าย
2. กำหนดแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยงในการสั่งใช้
3. ให้ผู้ป่วย / ญาติ / ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการใช้ยา

แนวทางปฏิบัติ

1. การกำหนดรายการยาที่มีชื่อพ้อง – มองคล้าย
 - 1.1 คณะกรรมการระบบยาทบทวนรายการยา ที่มีชื่อพ้อง – มองคล้ายทุก 1 ปี
 - 1.2 สื่อสารรายการที่มีชื่อพ้อง – มองคล้าย ในการประชุมคณะกรรมการระบบยา ทางเอกสาร และสื่อสารด้วยภาพทาง Internet
2. กำหนดเกณฑ์ในการพิจารณาใหม่ เพิ่มประเด็นยาที่มีชื่อพ้องมองคล้ายในการพิจารณาด้วยและถ้ามีความจำเป็นต่อนำมาใช้ในสถานพยาบาล ต่อกวางมาตรการเพื่อลดโอกาส เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาไวดวงหนา
3. กำหนดแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยงในการสั่งใช้ยา
 - 3.1 หลีกเลี่ยงการสั่งใช้ยาทางโทรศัพท์ ยกเว้น หากมีความจำเป็นให้ปฏิบัติตามแนวทางการสั่งการรักษาทางโทรศัพท์ ดังนี้
 - ทวนคำสั่งใช้ยาทุกรายการให้แพทย์ฟังอีกครั้ง
 - บันทึกภาพคำสั่งใช้ยาที่พยาบาลคีย์ในระบบ Hos-XP หรือเขียนใน Doctor Order ส่งให้แพทย์เพื่อยืนยันคำสั่งใช้ยา แล้วพิมพ์เวชระเบียนเพื่อให้แพทย์ลงนามภายใน 24 ชั่วโมง
 - 3.2 ใช้ชื่อยาสамัญในการสั่งใช้ยาทุกครั้ง
 - 3.3 กำหนดตัวอักษรสียาที่เป็นคู่ LASA ในระบบ Hos-XP และใช้ระบบ Tall man letter เพื่อให้เกิดความแตกต่างของยาชื่อพ้อง เพื่อเป็นจุดสังเกตก่อนเลือกรายการยาที่จะสั่งให้ถูกต้อง
4. กำหนดแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยงการจัดยา
 - 4.1 กำหนดพื้นที่ในการจัดเก็บยาที่มีชื่อพ้อง – มองคล้าย ให้แยกจากกัน เพื่อลดความเสี่ยงในการหยิบยาผิด
 - 4.2 จัดทำป้าย LASA ใส่ตะกร้าก่อนนำไปจัดยา เป็นสัญลักษณ์เพิ่มความระมัดระวัง

การติดตามการประเมินผล

ติดตามและวิเคราะห์ข้อมูล medication error จากโปรแกรมบริหารความเสี่ยง

ตัวชี้วัด

จำนวนครั้งการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา OPD/IPD LASA เป้าหมาย <20 ครั้ง

M 2.2: Safe from Using Medication

เป้าหมาย ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยในกระบวนการรักษา

จุดเน้น แนวทางป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาในทุกขั้นตอน ได้แก่ การสั่งยา การจ่ายยา การให้ยาและการติดตามผลการรักษา

แนวทางปฏิบัติ กำหนดแนวทางป้องกันความคลาดเคลื่อนในทุกขั้นตอน ดังนี้

1. นโยบายการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา

1.1 แพทย์, ทันตแพทย์ เป็นผู้สั่งยาเท่านั้น

1.2 ให้สั่งเป็นลายลักษณ์อักษร หลีกเลี่ยงการสั่งทางโทรศัพท์ โดยให้ระบุเป็นหน่วย รูปแบบ หรือความแรงให้ชัดเจน

1.3 หลีกเลี่ยงการสั่งยาในลักษณะสัดส่วน เพื่อลดโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนในการแปลคำสั่งยาใช้ยา รวมทั้งระบุปริมาณสารละลายที่ต้องการใช้อย่างละเอียด โดยมีข้อกำหนดร่วมกันในรายการยาที่สำคัญ เช่น

- Dopamine ให้แพทย์ระบุหน่วยเป็นมิลลิกรัม ต่อ มิลลิลิตร คือ Dopamine 250 mg/250 ml หรือ Dopamine 500 mg/250 ml
- Nitroglycerine 10 mg/100 ml
- KCl 20 mEq + NSS 1000 ml

1.4 หลีกเลี่ยงการสั่งยาที่ใช้ตัวย่อที่ย่อทำให้เกิดความเข้าใจผิด เช่น Q.D. (วันละครั้ง) อาจจะทำให้เข้าใจว่าเป็น QID วันละ 4 ครั้ง, Q.O.D (วันเว้นวัน) อาจจะทำให้เข้าใจว่าเป็น Q.D. (วันละครั้ง) หรือ Q.I.D. วันละ 4 ครั้ง, SC หรือ SQ (ใต้ผิวหนัง) อาจจะทำให้เข้าใจว่าเป็น SL (ใต้ลิ้น)

2. นโยบายการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการถ่ายถอดคำสั่ง

2.1 กรณีผู้ป่วยในให้เขียนคำสั่งใช้ยาอย่างชัดเจน ซึ่งใบคำสั่งที่มีสำเนาควรเขียนด้วยปากกาลูกลื่นเพื่อให้อ่านสำเนาได้อย่างชัดเจน และให้เขียนชื่อยาด้วยตัวพิมพ์ไม่ใช่ตัวเขียน

2.2 กรณีผู้ป่วยในให้หลีกเลี่ยงการใช้คำย่อโดยเฉพาะอย่างยิ่งคำย่อของชื่อยาหรือหลีกเลี่ยงการใช้สัญลักษณ์ที่ไม่จำเป็น

2.3 อย่าเดาคำสั่งใช้ยาถ้ามีสงสัยให้ติดต่อแพทย์เพื่อขอคำยืนยันเกี่ยวกับชื่อยา ขนาดยา วิธีทางให้ยา ข้อบ่งชี้ของการให้ยา

2.4 กรณีผู้ป่วย Admit ให้ผู้ป่วยหรือญาตินำไป Order ทั้งตัวจริงและตัวสำเนารับยาด้วยทุกครั้ง หลีกเลี่ยงการใช้คำสั่งด้วยวาจาหรือส่งทางโทรศัพท์ แต่ถ้าจำเป็นต้องใช้คำสั่งด้วยวาจาหรือส่งทางโทรศัพท์ ให้ดำเนินการดังต่อไปนี้

- ผู้ที่รับโทรศัพท์ควรทวนคำสั่งเพื่อยืนยันอีกครั้ง
- ถ่ายภาพใบรายการยาให้แพทย์เพื่อยืนยันอีกครั้ง
- พิมพ์เวชระเบียนผู้ป่วยให้แพทย์ลงนามรับรองคำสั่งการรักษา ภายใน 24 ชั่วโมง

3. นโยบายด้านการจัดเตรียมยา

3.1 การจัดยาผู้ป่วยนอก

- ก่อนพิมพ์ฉลากยา ต้องตรวจสอบ ชื่อ-สกุล HN ในใบนำทาง และตรวจสอบรายการยาในคอมพิวเตอร์ก่อน ถ้าสงสัยให้สอบถามเภสัชกร หากเกิดปัญหาจากแพทย์ เภสัชกรปรึกษาแพทย์กลับอีกครั้ง โดยก่อนการพิมพ์ฉลากจะมีระบบเตือน (POP-UP) ที่สำคัญในหน้าจอคอมพิวเตอร์ คือ ข้อความเตือนผู้ป่วยแพ้ยา ข้อความเตือนการสั่งยากลุ่ม HAD และการสั่งยาที่มี Drug Interaction กัน
- เมื่อพิมพ์ฉลากยา และใบสั่งยากรณีผู้ป่วยต้องดำเนินการทางการเงินหรือผู้ป่วยได้รับยา Narrow Therapeutic Index แล้วให้นำฉลากยาใส่ในตะกร้าพร้อมใบนำทางและเอกสารอื่นๆ เช่น ใบ ยส.5 กรณีมีการสั่งใช้ยาเสพติด ใบ Antibiotic smart use กรณีมีการสั่งใช้ยาต้านจุลชีพ ป้าย LASA เป็นต้น ผู้ป่วย 1 คนต่อ 1 ตะกร้าแล้ววางไว้ในโซนจัดยา
- ตามลำดับคิว เพื่อป้องกันการปะปนกัน
- เจ้าหน้าที่จัดยานำตะกร้ายาไปจัดยา โดยกำหนด จนท. 1 คนต่อ 1 ตะกร้า พร้อมทั้งสังเกตป้าย LASA ตะกร้าด้วย
- จัดยาโดยใช้หลักการ 3 ด. คือ ดูก่อนหยิบยา ดูขณะจัดยา และ ดูเมื่อเก็บยา
- จัดยาเสร็จเรียบร้อยให้นำตะกร้าวางไว้ในโซนพร้อมจ่าย
- จัดทำยาแบ่งบรรจุโดยที่ชงยาแบ่งบรรจุ มีการ ระบุชื่อยา จำนวน วันหมดอายุ ทุกซอง โดยเฉพาะชงยาที่ใช้สำหรับยาผู้ป่วยใน

3.2 การจัดยาผู้ป่วยใน

- สั่งพิมพ์ฉลากยาอัตโนมัติ จากโปรแกรมผู้ป่วยใน Hos-XP ฉลากยาจะระบุชื่อผู้ป่วย ชื่อ ยา ขนาดยา จำนวน วิธีการใช้ยา ให้ครบถ้วน
- มีการ Double check โดยเภสัชกรอีกครั้ง

4. นโยบายและการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา

4.1 การจ่ายยาผู้ป่วยนอก

- เภสัชกรตรวจสอบยาจากตะกร้าที่จัดยาเสร็จเรียบร้อยแล้วให้ตรงกับโปรแกรม Hos-XP โดยต้องตรวจสอบชื่อยา ชนิดของยา จำนวน ขนาดการใช้ วิธีการใช้ ค่า Lab แล้ว เปรียบเทียบประวัติยาเดิมว่ามีการปรับเปลี่ยนยาหรือไม่
- เรียกชื่อ – สกุลผู้ป่วย ตามใบนำทาง กรณีชื่อ-สกุลซ้ำให้ถามที่อยู่ผู้ป่วย
- สอบทานชื่อ – สกุลผู้ป่วยตามแนวทางการระบุตัวผู้ป่วยของโรงพยาบาล หากไม่ชัดเจนให้ผู้ป่วยยืนยันบัตรประจำตัวประชาชน
- จ่ายยาตามมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรม เน้นการใช้คำถาม Prime Question

4.2 งานบริการจ่ายยาผู้ป่วยใน :

กำหนดให้เภสัชกรได้เห็นคำสั่งแพทย์โดยตรง และทบทวนคำสั่งใช้ยาในด้านความถูกต้อง เหมาะสม แล้วจึงจัดทำ drug profile (โปรแกรม Hos-XP for IPD) ของผู้ป่วยที่นอนในโรงพยาบาล ทุกราย และ Double check ก่อนจ่ายยาทุกครั้ง ยกเว้นวันหยุดราชการที่ขึ้นเวร 1 คน จะมีแนวทางในการจัดจ่ายยาอย่างรัดกุมไว้ที่หน้างาน (Recheck)

5. นโยบายและการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

- พยาบาลผู้ป่วยในตรวจสอบความถูกต้องของยาที่ได้รับจากห้องจ่ายยา เป็นการ Triple check ห้องยา โดยมีสมุดแสดงคุณลักษณะของเม็ดยาไว้ให้ตรวจสอบที่หอผู้ป่วย (Drug Identification)
- ก่อนให้ยาแก่ผู้ป่วยพยาบาลผู้จัดยา จัดยาให้ถูกต้องตรงตามคำสั่งแพทย์ โดยตรวจสอบชื่อยา, คุณภาพยา, ข้อบ่งใช้และข้อห้ามใช้, เวลา/ขนาดยา/วิธีการให้ยาที่เหมาะสม ปฏิบัติตามแนวทางผสมยา และความคงตัวของยาที่มีประจำจุดเตรียมยา
- พยาบาลผู้ให้ยาตรวจสอบยาที่จัดเตรียมไว้ให้ถูกต้องตรงตามคำสั่งแพทย์อีกครั้งก่อนให้ยาแก่ผู้ป่วย โดยแจ้งให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้งการบริหารยาใดๆ และให้ผู้ป่วยใช้ยาต่อหน้าเสมอ พร้อมกับบันทึกการให้ยาในใบ MAR
- ในกรณีที่ให้ยาในกลุ่ม high alert drug จะมีการใช้แบบติดตามฝ้าระวัง HAD ของยา กลุ่มนี้โดยเฉพาะ ซึ่งติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยา, ผลการรักษา และภาวะของผู้ป่วย ที่ต้องรายงานให้แพทย์ทราบโดยทันที

เรื่อง Faktha's Patient Safety Goals 2023

- ในกรณีเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาขึ้น พยาบาลจะแจ้งแพทย์ผู้รักษา และเภสัชกร เพื่อดำเนินการประเมินการแพ้ยา และบันทึกประวัติแพ้ยา พร้อมทั้งออกบัตรแพ้ยาให้แก่ผู้ป่วย
- ในกรณีเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา พยาบาลผู้ประสบเหตุจะรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นลงในโปรแกรมบริหารความเสี่ยง HRMS เพื่อส่งต่อคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง (RM) ของโรงพยาบาล

การติดตามการประเมินผล

ติดตามและวิเคราะห์ข้อมูล medication error จากโปรแกรมบริหารความเสี่ยง

ตัวชี้วัด

1. ร้อยละ Medication error with harms (level E up) เป้าหมาย ร้อยละ 0
2. ร้อยละ Medication error with harms (level E up) ที่ได้รับการทบทวนแก้ไข (ทำ RCA) เป้าหมาย ร้อยละ 0

ข้อที่ 6. M5: Blood transfusion safety.

เป้าหมาย เพื่อลดความเสี่ยงและเพิ่มความปลอดภัยในการรักษาผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต

จุดเน้น

1. ให้บริการโลหิตภายใต้นโยบายและมาตรฐานตามหลักสากล WHO National Blood Policy
2. จัดหาโลหิตที่ปลอดภัยได้มาตรฐานให้เพียงพอต่อการให้บริการ
3. มีแนวทางที่ชัดเจนและเป็นมาตรฐานเดียวกันสำหรับขั้นตอนกระบวนการทั้งก่อนและหลังการนำผลิตภัณฑ์โลหิตไปให้ผู้ป่วยเพื่อให้ความถูกต้อง ปลอดภัยและมีคุณภาพ
4. มีกระบวนการควบคุมคุณภาพและสามารถทวนสอบได้ในทุกขั้นตอน

แนวทางปฏิบัติ**กระบวนการจัดหาโลหิตที่ปลอดภัย**

1. มีการคัดเลือกและรับบริจาคโลหิตตามคู่มือการคัดกรองสุขภาพผู้บริจาคโลหิตของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติสภากาชาดไทย ฉบับปรับปรุงล่าสุดตามแบบฟอร์มเลขที่ ITSP001/001 แก้ไขครั้งที่ 01/1065
2. มีระบบห่วงโซ่ความเย็นของ **การเก็บรักษา**โลหิตและส่วนประกอบของโลหิต โดยเก็บไว้ในตู้เย็นสำหรับเก็บเลือดโดยเฉพาะ ที่ควบคุมอุณหภูมิให้อยู่ในช่วง 2-6 °C มีการติดตาม ควบคุม และบันทึก อุณหภูมิตู้เย็นเก็บเลือด อย่างน้อยวันละ 3 ครั้ง ตามมาตรฐานสภากาชาดไทย มีการแจ้งเตือนอุณหภูมิ กรณีออกนอกช่วง Acceptable Range ผ่านทาง “Temperature Monitoring Line Alert” **การขนส่ง** โดยใส่ในกระติกสำหรับขนส่งเลือดที่มี Ice pack เป็นตัวทำความเย็นและมีตัววัดอุณหภูมิติดไว้ในกระติก ควบคุมอุณหภูมิขณะขนส่งให้อยู่ในช่วง 2-6 °C มีการแจ้งเตือนอุณหภูมิ กรณีออกนอกช่วง Acceptable Range

กระบวนการให้โลหิตที่ปลอดภัยแก่ผู้ป่วย

กำหนดให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกหน่วยงาน ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การให้เลือดและ ส่วนประกอบของเลือด (QP-LAB-010) ดังนี้

1. การเตรียมการก่อนให้โลหิตและส่วนประกอบของโลหิต

- 1.1 ปฏิบัติตามแนวทาง Patient Identification ที่ทาง PCT กำหนดอย่างถูกต้องในทุกขั้นตอน
- 1.2 กำหนดให้มีการตรวจเลือดเพื่อยืนยันหมู่เลือดผู้ป่วยอย่างน้อย 2 ครั้ง ในผู้ป่วยที่ได้รับ โลหิตและส่วนประกอบของโลหิตครั้งแรกเพื่อป้องกันการเจาะเก็บตัวอย่างเลือดผู้ป่วยสลับคน
- 1.3 ห้องปฏิบัติการทำการตรวจหมู่เลือด ตรวจคัดกรองแอนติบอดีและตรวจการเข้ากันได้ของ โลหิต และส่วนประกอบของโลหิต (Cross match) ทุกครั้งก่อนการจ่ายโลหิตทุกครั้ง
- 1.4 การจ่ายโลหิต กำหนดให้เจ้าหน้าที่ทำการจ่ายและรับโลหิต ตรวจสอบข้อมูลในใบคำสั่งงูเลือดให้ ถูกต้อง พร้อมลงลายมือชื่อผู้จ่าย และผู้รับ ในใบคำสั่งเลือด ก่อนการจ่ายเลือดทุกครั้ง

2. การให้โลหิตและส่วนประกอบของโลหิตแก่ผู้ป่วย

- 2.1 มีการชี้ข้ผู้ป่วยอย่างถูกต้องก่อนการให้เลือด โดยกำหนดให้มีเจ้าหน้าที่พยาบาล 2 คน ร่วมกันตรวจสอบความถูกต้องของโลหิตและส่วนประกอบของโลหิตและข้อมูลในใบคำสั่งโลหิต ก่อนที่จะให้แก่ผู้ป่วย
- 2.2 กำหนดให้มีการตรวจวัดสัญญาณชีพก่อนให้โลหิต และหลังให้โลหิต 15 นาทีและต่อไป ทุก 30 นาที จนกว่าจะให้โลหิตเสร็จสิ้น และหลังจากนั้นอีกทุก 4 ชั่วโมง อย่างน้อย 1 วัน โดยทำการบันทึก สัญญาณชีพในแบบฟอร์มบันทึกทางการแพทย์พยาบาล (Chart Blood Nurse's Note)
- 2.3 กรณีผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์ ขณะที่ทำการให้โลหิต ได้แก่ มีอาการ ไข้ หนาวสั่น ไอ เหนื่อยหอบ คลื่นไส้ อาเจียน ความรู้สึกสับสน เกิดผื่นคัน กล้ามเนื้อเป็นตะคริว เจ็บแปลบปลายมือปลายเท้า ฯลฯ และสัญญาณชีพที่ผิดปกติ ความดันโลหิตลดลง ควรหยุดทำการให้โลหิต และรีบรายงานแพทย์ทันที

การติดตามการประเมินผล

1. มีการติดตาม เฝ้าระวัง และรายงานภาวะแทรกซ้อนจากผู้ป่วยที่ได้รับโลหิตหรือส่วนประกอบของ โลหิต (Hemovigilance) ทุกครั้ง
2. มีการติดตามตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องผ่านช่องทางการรายงานอุบัติการณ์ ความเสี่ยง ในโปรแกรม HRMS ของโรงพยาบาล ทุก 1 เดือน

ตัวชี้วัด

1. อัตราการการจ่ายเลือดผิดพลาด เป้าหมาย 0 %
2. อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือดความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป เท่ากับ 0

Patient Care Process**ข้อที่ 7. P1 : Patient identification**

เป้าหมาย : เพื่อป้องกันการบ่งชี้ตัวผู้ป่วยผิด

จุดเน้น มีการระบุตัวผู้ป่วยในทุกขั้นตอนของการตรวจรักษาและกระบวนการดูแลผู้ป่วย

แนวทางปฏิบัติ กำหนดให้ทุกหน่วยบริการทำการบ่งชี้ผู้ป่วย ดังนี้

1. กำหนดตัวบ่งชี้ 2 ตัวในการบ่งชี้ผู้ป่วยทุกครั้ง ได้แก่

- 1.1 ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย (เต็ม) และ

- 1.2 ที่อยู่ บ้านเลขที่ ตำบล

ถ้ายังระบุไม่ได้ให้ถาม วัน เดือน ปีเกิด หรือ รูปภาพแสดงตัวผู้ป่วย (picture ID) ซึ่งจะต้องมีชื่อสกุลของผู้ป่วยอยู่ในรูป หรือ ใช้รูปถ่ายที่อยู่ในบัตร เช่น บัตรประชาชน ใบขับขี่ บัตรราชการ บัตรนักศึกษา พาสปอร์ต

2. ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการระบุตัวผู้ป่วยให้ถูกต้อง

3. ห้ามถามนำชื่อ-สกุลผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยชื่อ นาง..... ใช่ไหมคะ/ครับ

4. กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้ ผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยอุบัติเหตุ ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวหรือสับสน ไม่สามารถบ่งชี้ได้ด้วยตัวเอง ให้ญาติของผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการระบุตัวทุกครั้ง

5. กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้ และไม่มีญาติ กำหนดให้ใช้ชื่อและนามสกุลสมมุติ ตามเพศที่แท้จริงของผู้ป่วย เช่น

- กรณีผู้ป่วยเป็นผู้ชาย กำหนดให้ใช้ชื่อว่า “ชายไทย หรือชายต่างชาติ ไม่ทราบชื่อ ไม่ทราบนามสกุล”

- กรณีผู้ป่วยเป็นเด็กผู้หญิง กำหนดให้ใช้ชื่อว่า “เด็กหญิงไทย หรือเด็กหญิงต่างชาติ ไม่ทราบชื่อไม่ทราบนามสกุล”

และให้ลงข้อมูลพร้อมถ่ายรูปรูปหน้าตรงผู้ป่วยเข้าในระบบ HosXP ของโรงพยาบาลเพื่อออกเลขประจำตัวผู้ป่วย (HN) และระบบจะส่งออกมาหมายเลขบัตรประชาชน 13 หลักอัตโนมัติในการระบุตัวตนผู้ป่วยเบื้องต้นเมื่อได้ข้อมูลผู้ป่วยจากญาติสายตรงให้เจ้าหน้าที่ห้องบัตรแก้ไขข้อมูลให้ถูกต้องต่อไป

6. กรณีนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ให้ใส่ป้ายข้อมือ/ข้อเท้า ผู้ป่วยก่อนเข้านอนในโรงพยาบาลทุกราย

แนวทาง :

6.1 ผู้ป่วยในทุกรายต้องสวมป้ายข้อมือ/ข้อเท้า ตลอดเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล โดยป้ายข้อมือ/ข้อเท้าประกอบด้วยข้อมูล ดังนี้ ชื่อ- นามสกุลผู้ป่วย, อายุ, เลขประจำตัวผู้ป่วย (HN), เลขประจำตัวผู้ป่วยใน (AN)

6.2 ให้ดูชื่อ นามสกุล และวัน เดือน ปีเกิด ที่ป้ายข้อมือหรือข้อเท้าของผู้ป่วย เทียบกับแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยเสมอ

6.3 ห้ามใช้หมายเลขห้องของผู้ป่วยที่ผู้ป่วยอยู่ หรือเตียงผู้ป่วย ในการระบุตัวผู้ป่วย

7. การระบุตัวทารกแรกเกิด (Newborn)

- 7.1 มารดาตั้งชื่อทารกมาแล้ว ใช้ ชื่อ - นามสกุล และวัน เดือน ปีเกิด ของทารก

- 7.2 มารดาที่ยังไม่ได้ตั้งชื่อทารก ให้ระบุ ว่า “เด็กชาย/เด็กหญิง บุตรนาง.....”

การติดตามการประเมินผล มีการติดตามตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องผ่านช่องทางการรายงานอุบัติการณ์ ความเสี่ยง ในโปรแกรม HRMS ของโรงพยาบาล ทุก 1 เดือน

ตัวชี้วัด : อุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิด เป้าหมาย 0 ราย

ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : SOP-PCT-012-01	หน้า : 21/31
เรื่อง Faktha's Patient Safety Goals 2023	

ข้อที่ 8. P3 : Reduction of diagnostic errors

เป้าหมาย : เพื่อลดโอกาสการเกิดข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค

จุดเน้น : สหวิชาชีพมีส่วนร่วมในการหาข้อมูลสนับสนุนสำหรับการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย

แนวทางปฏิบัติ :

1. เรียนรู้จากข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค ค้นหา และอภิปรายร่วมกันโดยการใช้ trigger เพื่อทบทวนเวชระเบียน ซึ่งจัดให้มีการทบทวนเดือนละ 1 ครั้ง
2. จัดทำบัญชีรายการการวินิจฉัยแยกโรคที่เหมาะสม
3. จัดให้มีช่องทางและวิธีการที่ผู้ให้บริการจะได้รับข้อคิดเห็นสะท้อนกลับ (feedback) เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคที่ได้กระทำไป และสร้างความมั่นใจแก่ผู้ให้ข้อคิดเห็นว่าจะไม่ถูกตำหนิหรือถูกลงโทษภายหลัง
4. ส่งเสริมให้มีการใช้ความเห็นที่สอง (second opinions) ในการวินิจฉัยโรค โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีโรคไม่ชัดเจน คลุมเครือ และเสี่ยงต่อการวินิจฉัยผิดพลาด
5. จัดให้มีเครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจในการวินิจฉัยโรค ให้บุคลากรสามารถใช้ได้ ณ จุดให้บริการ เช่น โปรแกรม AI ช่วยแปลผลโรควินิจฉัยโรคปอด, การมีเครื่องอ่านผลเอกซเรย์ในทุกจุดบริการ กำหนดวิธีเข้าถึงแนวทางปฏิบัติในโรคต่างๆที่ทางโรงพยาบาลได้จัดทำไว้
6. สร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการวินิจฉัยโรคที่เหมาะสม เช่น การมีเวลามากพอในการประเมินผู้ป่วยใหม่โดยไม่มีกรอบเวลา

การติดตามการประเมินผล :

1. ติดตามการทบทวนเวชระเบียนตาม Trigger tool ที่กำหนด ไม่เกิน 1 สัปดาห์ โดยทีมเวชระเบียน
2. ติดตามตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยผู้ป่วยผิดพลาดและอุบัติการณ์ ความเสี่ยง ทุก 1 เดือน

ตัวชี้วัด :

ร้อยละอุบัติการณ์การวินิจฉัยคลาดเคลื่อน (diagnosis error) ที่มีความรุนแรงระดับ D ขึ้นไป
เป้าหมาย ร้อยละ 0

ข้อที่ 9. P4 : common complication
P 4.1: Preventing Pressure Ulcers

เป้าหมาย ผู้ป่วยได้รับการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับตามแนวทางที่กำหนด

จุดเน้น ปฏิบัติตามแนวทางเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับระหว่างรักษาตัวในโรงพยาบาล

แนวทางการปฏิบัติ

1. การประเมิน

1.1 ประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับหลังเข้ารับการรักษาแรกรับ โดยใช้ Braden Scale ในการประเมินและประเมินซ้ำในผู้ป่วยที่ Braden score ≤ 18 ทุกเวรหรือเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพที่สำคัญ

2. ความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ (Braden scale) (ประเมินเฉพาะใน case ที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย, Bed ridden, ผู้สูงอายุ ≥ 60 ปี)								<input type="checkbox"/> ไม่พบปัญหา	
ระดับคะแนน	1	2	3	4	Score	Score	Score	Score	<input type="checkbox"/> พบ.....ปัญหา
วันที่ประเมิน									ระบุตำแหน่งลักษณะบาดแผล  ผู้สูงอายุ score ≤ 18 ให้ประเมินซ้ำทุกเวรและปฏิบัติตามแนวทางป้องกันการเกิดแผลกดทับ
การรับรู้	ไม่ตอบสนอง	ตอบสนองต่อ pain	สับสน	ปกติ					
การเบียดข่ม	เบียดข่มตลอดเวลา	เปลี่ยนผ้า 1 ครั้ง / เวน	เปลี่ยนผ้า 1 ครั้ง/วัน	ไม่เบียด					
การเคลื่อนที่	เปลี่ยนท่าเองไม่ได้	เปลี่ยนท่าเองได้น้อย	เปลี่ยนท่าเองได้บ่อย	ปกติ					
การทำกิจกรรม	อยู่นิ่งตลอดเวลา	ทรงตัวไม่อยู่ / ใช้รถเข็น	เดินได้ระยะสั้น / ต้องพยุง	ปกติ					
การได้รับอาหาร	NPO หรือ กินได้ $\frac{1}{2}$ ถาด	กินได้ $\frac{1}{2}$ ถาด หรือ Feed ได้บ้าง	กินได้ $> \frac{1}{2}$ ถาด หรือ Feed ได้หมด	ปกติ					
การเสียดสี	ข้อ/กล้ามเนื้อ หดเกร็ง	เวลานั่งส้นโลลได้	ไม่มีปัญหา						
รวมคะแนน									
ระดับของแผล									

ผู้ให้ข้อมูล () ผู้ป่วย () ญาติ () อื่นๆ
 ข้อจำกัดในการประเมิน () ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว () ไม่มีญาติ () อื่นๆ

1.2 ประเมินผิวหนังอย่างครอบคลุมตั้งแต่ศีรษะจรดเท้าพร้อมกับการประเมินความเสี่ยง เพื่อดูว่ามีผิวหนังบริเวณใดมีการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติโดยใช้นิ้วมือกดบริเวณรอยแดงว่ารอยแดงจางหายไปหรือไม่ สำหรับผิวหนังบริเวณที่ใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ให้ประเมินอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง

1.3 การประเมินปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่มีผลต่อการคงทนของเนื้อเยื่อต่อแรงกด (tissue tolerance to pressure) ได้แก่ อายุ การควบคุมน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน น้ำหนักตัว ภาวะทุพโภชนาการ

1.4 บันทึกผลการประเมินที่ได้ทุกครั้งในเวชระเบียนผู้ป่วย

2. พยาบาลและญาติให้การดูแลผู้ป่วยร่วมกันเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ตามแนวทางป้องกันการเกิดแผลกดทับ **การติดตามและประเมินผล**

รายงานอุบัติการณ์ ความเสี่ยงเกิดแผลกดทับขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล ในโปรแกรม HRMS ของโรงพยาบาล ทุก 1 เดือน

ตัวชี้วัด อัตราเกิดแผลกดทับที่เกิดแผลกดทับขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล เป้าหมาย ≤ 3 : 1,000 วันนอน

P 4.2 : Preventing Patient Falls

เป้าหมาย

ป้องกันอุบัติการณ์ผู้ป่วยตกเตียง/พลัดตกหกล้ม

จุดเน้น

ใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยง Morse Fall Risk Assessment และให้ความรู้เพื่อสร้างความตระหนักในการป้องกันการเกิดผู้ป่วยตกเตียง/พลัดตกหกล้ม

แนวทางการปฏิบัติ

1. ประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเมื่อแรกรับทุกรายที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้เครื่องมือประเมิน

เรื่อง Faktha's Patient Safety Goals 2023

ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ที่เป็นมาตรฐานในการประเมินผู้ป่วยเมื่อแรกรับ Fall Risk Assessment

3. การประเมินความเสี่ยง	
1. ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (Morse Fall Risk Score : MFS) รวมคะแนน :/.....125.....	
ปัจจัยเสี่ยง	คะแนน
1) ประวัติการพลัดตกหกล้มภายใน 3 เดือน	<input type="checkbox"/> ไม่เคย = 0 <input type="checkbox"/> เคย = 25
2) วินิจฉัยโรค > 1 โรค / รับประทานยาให้ห้องซึม เช่น sedative, diuretic, Analgesics	<input type="checkbox"/> ไม่เคย = 0 <input type="checkbox"/> เคย = 15
3) เครื่องช่วยในการเคลื่อนที่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ / นอนพักบนเตียง รถนั่ง / พยาบาลช่วย = 0 <input type="checkbox"/> ใช้ไม้ค้ำยัน / ไม้เท้า / Walker = 15 <input type="checkbox"/> เดินโดยการยึดเกาะไปตามเตียง โต๊ะ เก้าอี้ = 30
4) On IV , plug, catheter ต่างๆ	<input type="checkbox"/> ไม่มี = 0 <input type="checkbox"/> มี = 20
5) การเดิน / การเคลื่อนย้าย	<input type="checkbox"/> ลุกขึ้นยืนอย่างลำบาก = 20 <input type="checkbox"/> เดินได้แต่ไม่แข็งแรง/ไม่มั่นคง = 10 <input type="checkbox"/> ปกติ / นอนพักบนเตียง / เคลื่อนที่ไม่ได้ = 0
6) สถานะด้านจิตใจ	<input type="checkbox"/> มีข้อจำกัดในการรับรู้ = 15 <input type="checkbox"/> การรับรู้ปกติ = 0
การดูแลเพื่อป้องกัน Falls ตามระดับความเสี่ยง	
<input type="checkbox"/> Low risk (0 – 24 คะแนน)	<input type="checkbox"/> 1. ดูแลสิ่งแวดล้อม/อุปกรณ์/สถานที่ปลอดภัย
<input type="checkbox"/> Moderate risk (25 – 50 คะแนน)	<input type="checkbox"/> 2. แนะนำการใช้ไม้กั้นเตียงแก่ผู้ป่วย/ญาติ
<input type="checkbox"/> High risk (\geq 51 คะแนน)	<input type="checkbox"/> 3. แนะนำการป้องกันการเกิด Falls คือ..... <input type="checkbox"/> 4. จัดให้อยู่ในบริเวณที่สังเกต/ดูแลได้ใกล้ชิด <input type="checkbox"/> 5. Restraint <input type="checkbox"/> 6. อื่นๆ ระบุ.....

2. ให้ผู้ปฏิบัติงาน ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาล

3. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับความเสี่ยงและแนวทางป้องกันความเสี่ยงผู้ป่วยตกเตียง/พลัดตกหกล้ม โดยให้ผู้ปฏิบัติงานดำเนินการตั้งแต่แรกรับและตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล

การติดตามและประเมินผล

มีการติดตามตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องผ่านช่องทางการรายงานอุบัติการณ์ ความเสี่ยง ในโปรแกรม HRMS ของโรงพยาบาล ทุก 1 เดือน

ตัวชี้วัด อุบัติการณ์ผู้ป่วยตกเตียง/พลัดตกหกล้ม เป้าหมาย 0 ครั้ง

ข้อที่ 10. P5.4: Management of cancer pain and palliative care**เป้าหมาย**

ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ป่วยแบบประคับประคองได้รับการประเมินความเจ็บ และอาการไม่สุขสบายอื่นๆ ทางกาย จิตใจ จิตวิญญาณและสังคม

จุดเน้น

ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ป่วยแบบประคับประคองได้รับการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid Medication

แนวทางปฏิบัติ

1. ประเมินความเจ็บปวดและอาการไม่สุขสบายอื่นๆทางกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม ตามแบบประเมิน ESAS
2. ให้การรักษาและการพยาบาลตามแนวทางการจัดการอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง
3. ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพอื่น เช่น กายภาพ แผนไทย เป็นต้น เพื่อประเมินและให้การพยาบาลเพิ่มเติมจากการรักษาทางแพทย์แผนปัจจุบัน

การติดตามการประเมินผล

ประเมินผลตามแบบประเมิน ESAS หลังผู้ป่วยได้รับการรักษาและการพยาบาล

ตัวชี้วัด

1. ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ เป้าหมาย ร้อยละ 45
2. ร้อยละความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป้าหมาย ร้อยละ 80

Line, Tube, Catheter and Lab

ข้อที่ 11. L2 : Right and accurate laboratory results

เป้าหมาย ผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ มีความถูกต้อง น่าเชื่อถือ เพื่อใช้ประกอบการวินิจฉัยโรค ติดตามผลการรักษา และประเมินสภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

จุดเน้น

1. การระบุตัวผู้ป่วยในการเก็บส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการมีความถูกต้อง
2. กระบวนการเก็บส่งตรวจมีความถูกต้อง ได้ส่งตรวจที่มีคุณภาพ
3. ระบบการรายงานผลและตรวจสอบผลการตรวจวิเคราะห์ให้มีความถูกต้อง

แนวทางปฏิบัติ

1. Pre analytical

- 1.1 การระบุตัวผู้ป่วยถูกคนในขณะที่ทำการเก็บส่งตรวจจากผู้ป่วยโดยใช้แนวทางตาม P1: Patients Identification ที่ PCT กำหนด
- 1.2 การเก็บส่งตรวจที่ถูกต้อง ตามคู่มือการใช้บริการทางห้องปฏิบัติการและการจัดเก็บตัวอย่าง แจกให้หน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องทราบ โดยมีการทบทวนคู่มือการใช้บริการอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
- 1.3 ตรวจสอบความถูกต้องของสิ่งส่งตรวจและห้องปฏิบัติการจะทำการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ กรณีที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การปฏิเสธสิ่งส่งตรวจที่กำหนด

2. Analytical

- 2.1 ทำการควบคุมคุณภาพภายใน (IQC) ทุกรายการตรวจวิเคราะห์ที่เปิดให้บริการตามความถี่ที่กำหนด
- 2.2 การเตรียมสิ่งส่งตรวจ กรณีแบ่งส่งตรวจจาก Primary sample มีการชั่งตัวอย่าง ให้สามารถสอบกลับไปยังผู้ป่วยแต่ละคน ในแต่ละวัน/เวลาได้ ตัวอย่างที่แบ่งมาสามารถสอบกลับไปยังตัวอย่างเริ่มต้นได้

3. Post analytical

มีระบบตรวจสอบผลการวิเคราะห์โดยผู้ที่ได้รับมอบหมาย กำหนดวิธีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลผู้ป่วย ความถูกต้องของข้อมูลผลการวิเคราะห์ กรณีที่มีผู้ปฏิบัติงานเพียงคนเดียวให้มีระบบตรวจสอบผลย้อนหลัง ตามระเบียบปฏิบัติ เรื่องการรายงานผลการตรวจวิเคราะห์และการเปลี่ยนแปลงแก้ไขรายงานผล (QP-LAB-005)

การติดตามการประเมินผล

- มีการติดตามตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องผ่านทางรายงานอุบัติการณ์ ความเสี่ยง ในโปรแกรม HRMS ของโรงพยาบาล ทุก 1 เดือน

ตัวชี้วัด

1. อัตราการรายงานผลผิดพลาด เป้าหมาย ≤ 1 ต่อ 1,000 รายงาน
2. อัตราการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ เป้าหมาย ≤ 1 ต่อ 1,000 สิ่งส่งตรวจ

Emergency Response

ข้อที่ 12. E1 : Response to deteriorating patient

เป้าหมาย (Goal)

ลดความเสี่ยงและเพิ่มความปลอดภัยในการดูแลรักษาผู้ป่วยทรุดลงในโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

จุดเน้น

1. ผู้ป่วยได้รับการสังเกตอาการ วินิจฉัย ทันท่วงทีที่มีการเปลี่ยนแปลงและได้รับความช่วยเหลือทันเวลาในผู้ป่วยทั่วไป
2. ผู้ป่วยกลุ่มอาการเฉพาะเสียงสูงได้รับความช่วยเหลือเร่งด่วนตามแนวทางที่กำหนด

แนวทางปฏิบัติ

1. การตอบสนองผู้ป่วยทั่วไป

1.1 กำหนดบุคคลที่รับปรึกษา การให้การดูแลรักษาผู้ป่วยตลอด 24 ชม. (ตารางเวรแพทย์ 24 ชม. / พยาบาลเวรตรวจการ 24 ชม.)

1.2 บันทึกสัญญาณชีพแรกรับผู้ป่วยกลุ่มทั่วไป และวัดระดับความรู้สึกตัว ระดับออกซิเจนในเลือด ความเข้มข้นของเลือด ระดับน้ำตาลในผู้ป่วยที่กึ่งวิกฤติและวิกฤติหรือการตรวจอื่นตามอาการผู้ป่วย

1.3 ผู้ป่วยกึ่งวิกฤติ และวิกฤติ วัดสัญญาณชีพ สังเกตอาการทุก 15 นาที – 1 ชม. / ตามความรุนแรง กลุ่มทั่วไปทุก 4 ชม. และบันทึกการติดตามอาการในแบบบันทึกที่กำหนด

การแบ่งประเภทผู้ป่วยใช้ MOPH triage

- ผู้ป่วยฉุกเฉินมาก (Resuscitation) ส่งตรวจรักษาทันที
- ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergent) ตรวจรักษาภายใน 5 – 15 นาที
- ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (Urgent) ตรวจรักษาภายใน 30 – 60 นาที
- ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Semi-Non Urgent) ตรวจรักษาภายใน 60 – 180 นาที
- ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (Non Urgent) ตรวจรักษาภายใน 180 นาที

1.4 การบันทึกการเปลี่ยนแปลงเป็นปัจจุบัน สามารถบ่งบอกถึงอาการและความช่วยเหลือที่ผู้ป่วยได้รับ

1.5 การสื่อสารรายงานแพทย์ / ผู้ชำนาญกว่าด้วย ISBAR

1.6 ขอความช่วยเหลือจากผู้ชำนาญกว่าเมื่อผู้ป่วยมี Criteria (Early Warning Signs)

1.7 กรณีที่ผู้ป่วยหมดสติหรือสงสัยว่ามีภาวะ cardiac arrest นอกหน่วยงาน ER ให้เจ้าหน้าที่ที่พบผู้ป่วยเรียก ER express team ตามแนวทาง

เรื่อง Faktha's Patient Safety Goals 2023

แนวทางการประเมินและการดูแลผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤติ

ลำดับ	รายการ	Warning signs		
1.	สัญญาณชีพ (ผู้ป่วยอายุ 15 ปี ขึ้นไป)			
	- ความดันโลหิตสูงวิกฤติ	SBP \geq 180 mmHg หรือ DBP \geq 110 mmHg		
	- ความดันโลหิตต่ำ	SBP $<$ 90 mmHg หรือ DBP $<$ 60 mmHg		
	- ชีพจร	$<$ 60 ครั้งต่อนาที หรือ $>$ 130 ครั้งต่อนาที		
	- อุณหภูมิ	$<$ 36.0 °C หรือ $>$ 40.0 °C		
	- อัตราการหายใจ	$<$ 8 ครั้ง/นาที หรือ $>$ 28 ครั้ง/นาที มีอาการหอบเหนื่อย หายใจเร็ว ฟังปอด มี wheezing หรือ rhonchi หรือ crepitation หรือ SpO ₂ $<$ 90% (Room Air)		
2.	สัญญาณชีพ (ผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 15 ปี) มีอาการไข้/ หายใจลำบาก/ หอบเหนื่อย/ ใจสั่น,ใจไม่ดี ร่วมกับมี V/S ดังต่อไปนี้ (ข้อใดข้อหนึ่ง)			
	อายุ	ชีพจร	อัตราการหายใจ	อุณหภูมิ
	$<$ 3 เดือน	$>$ 180 ครั้ง/นาที	$>$ 50 ครั้ง/นาที	$<$ 36.5 °C หรือ $>$ 38.0 °C
	3 เดือน - 3 ปี	$>$ 160 ครั้ง/นาที	$>$ 40 ครั้ง/นาที	$<$ 35.5 °C หรือ $>$ 39.0 °C
	3 - 8 ปี	$>$ 140 ครั้ง/นาที	$>$ 30 ครั้ง/นาที	
	8-14 ปี	$>$ 100 ครั้ง/นาที	$>$ 20 ครั้ง/นาที	
	หรือ SpO ₂ $<$ 92% (Room air)			
**กรณีเด็กอายุ $<$ 5 ปี มีไข้ไม่ถึงเกณฑ์แต่มีประวัติเคยชักมาก่อน ให้ส่งเช็ดตัวที่ ER หากไข้ลดลงต่ำกว่า 38 °C นำส่ง OPD ได้				
3.	โรคหลอดเลือดสมอง	แขนขาอ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด		
4.	โรคหัวใจและหลอดเลือด	เจ็บหน้าอก รัวไปไหล่ แล่นไปเหงือกกราม มีตัวเย็น เห็นเหงื่อออก		
5.	DM			
	- มีภาวะ Hypoglycemia	ระดับน้ำตาล $<$ 80 mg% อ่อนเพลีย วิงเวียน หน้ามืด ตาลาย ใจหวิว ใจสั่น มือสั่น เหงื่อออก รู้สึกหิว		
	- มีภาวะ Hyperglycemia	ระดับน้ำตาล 250-399 mg% ร่วมกับอาการ คลื่นไส้ อาเจียน กระหายน้ำ ปัสสาวะบ่อย ปวดท้อง มีไข้ หอบเหนื่อย ซึม หมดสติ อ่อนเพลีย หรือ ระดับน้ำตาล \geq 400mg% ทุกกรณี		
6.	- ระบบทางเดินอาหาร	มีถ่ายเหลวหรืออาเจียนมากกว่า 10 ครั้ง		
7.	- หลัึงตั้งครรภ์	- เด็กไม่ตื่นหรือตื่นน้อยลง มีเลือดออกทางช่องคลอด เหนื่อย เพลีย วัด BP ครั้งที่ 2 พบ BP $>$ 140/90 mmHg		
8.	- มีอาการ	- วูบ เป็นลม หน้ามืด หมดสติ ใจสั่น ใจไม่ดี		
9.	- มีอาการปวดรุนแรง	Pain Score $>$ 7 คะแนน		
COMPARATIVE PAIN SCALE CHART (Pain Assessment Tool)				
- No Pain Minor Pain Moderate Pain Severe Pain				

เรื่อง Faktha's Patient Safety Goals 2023

การทบทวนค่าวิกฤติ (Critical Values)

วันที่ทบทวน 6 เมษายน 2566

1. ค่าวิกฤติทางเคมีคลินิก

ลำดับ	ชื่อการทดสอบ	ค่าวิกฤติ		
		Low Value	High Value	Unit
1.	Blood sugar	≤ 70	≥ 400	mg/dl
2.	Sodium (Na+)	≤ 120	≥ 160	mmol/L
3.	Potassium (K+)	≤ 2.5	≥ 6.0	mmol/L
4.	Chloride (Cl-)	≤ 60	≥ 120	mmol/L
5.	Carbon Dioxide (CO2)	≤ 10	≥ 40	mmol/L
6.	Troponin I	-	≥ 0.5	ng/mL
7.	CK-MB	-	≥ 10	ng/mL

2. ค่าวิกฤติทางโลหิตวิทยา และ ภูมิคุ้มกันวิทยา

ลำดับ	ชื่อการทดสอบ	ค่าวิกฤติ	
		Low Value	High Value
1.	WBC	$\leq 1,500$ cells/cu.mm.	$\geq 30,000$ cells/cu.mm.
2.	HCT	$\leq 15\%$	$\geq 65\%$
3.	Platelet Count	$\leq 40,000$ cells/cu.mm.	$\geq 1,000,000$ cells/cu.mm.
4.	INR	-	≥ 5
5.	VCT	≥ 20 min.	
6.	Malaria	Found ทุก ๆ Stage ของทุก Species ของ Malaria	
7.	NS1Ag หรือ Dengue IgG/IgM ด้วยวิธี IC	Positive	

3. ค่าวิกฤติหน่วยจุลชีววิทยาคลินิก

1. AFB: Positive 2. TB Gene expert: Positive 3. Hemoculture: Positive

การติดตามการประเมินผล

หน่วยงานที่เกิดเหตุการณ์สำคัญในการช่วยเหลือล่าช้า ทบทวนหา RCA เพื่อแก้ไข ปรับปรุง กระบวนการดูแลผู้ป่วยให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในเวลาที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

ตัวชี้วัด

- อัตรา unplanned refer เป้าหมาย 0 %
- จำนวนอุบัติการณ์ unplanned intubation เป้าหมาย 0 ราย
- ร้อยละการรายงานค่าวิกฤติทันที เป้าหมาย ร้อยละ 100
- จำนวนอุบัติการณ์ เสียชีวิตอย่างไม่คาดคิด เป้าหมาย 0

ข้อที่ 13. E2.3 : Acute Ischemic stroke

เป้าหมาย :

1. ผู้ป่วยรอดชีวิตจากภาวะ acute stroke มากที่สุด
2. ผู้ป่วยมีความพิการหลงเหลือจาก acute stroke น้อยที่สุด
3. ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา น้อยที่สุด

จุดเน้น : ผู้ป่วยเส้นเลือดในสมองขาดเลือดฉับพลันได้รับการดูแลตามมาตรฐานและส่งต่ออย่างรวดเร็ว

แนวทาง

1. ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ด้วยแบบประเมิน BEFAST
2. ใช้แบบประเมิน NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) ในการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง
3. ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน
4. กำหนดแนวทางการดูแลรักษาเบื้องต้นแก่ผู้ป่วย และทำการส่งต่อภายในระยะเวลา 30 นาที นับจากผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล กรณีเข้าเกณฑ์ในการให้ยาละลายลิ่มเลือด
5. ให้การดูแลต่อเนื่องในกรณีที่ผู้ป่วยถูกส่งตัวกลับเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ให้คำแนะนำ ฝึกสอนญาติ/ผู้ดูแลในการดูแลและฝึกผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันเบื้องต้นและลดการเกิดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งสามารถกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ

ตัวชี้วัด

1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป้าหมาย < 7 %
2. อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย Stroke ภายใน 120 นาที นับจากมีอาการ เป้าหมาย 100%
3. อัตราการส่งต่อ Stroke fast track ภายใน 30 นาที (door to refer) เป้าหมาย 100%

ข้อที่ 14. E4.1 : Effective triage

เป้าหมาย เพิ่มประสิทธิภาพของการคัดแยกและจัดลำดับการบริการ ณ ห้องฉุกเฉิน

จุดเน้น ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามลำดับความฉุกเฉิน

แนวทางปฏิบัติ

- 1) พยาบาลหัวหน้าเวรห้องฉุกเฉินใช้เกณฑ์การคัดแยกตาม MOPH ED. Triage ตามแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยของโรงพยาบาลพากท่า
- 2) จัดลำดับความเร่งด่วนในการรักษาพยาบาล (กระบวนการคัดกรอง ภายใน 4 นาที) โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 5 ประเภท คือ
 - ผู้ป่วยฉุกเฉินมาก (Resuscitation) ส่งตรวจรักษาทันที
 - ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergent) ตรวจรักษาภายใน 5 – 15 นาที
 - ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (Urgent) ตรวจรักษาภายใน 30 – 60 นาที
 - ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Semi-Non Urgent) ตรวจรักษาภายใน 60 – 180 นาที
 - ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (Non Urgent) ตรวจรักษาภายใน 180 นาที
- 3) จัดส่งผู้ป่วยตามประเภทความเร่งด่วนเข้ารับการรักษาในพื้นที่ที่กำหนดไว้
- 4) มีการสื่อสารกับผู้ป่วย โดยใช้รูปแบบการสื่อสารแบบ “AIDET”

การติดตามการประเมินผล

1. หัวหน้าหน่วยงานประเมินการคัดแยกผู้ป่วย โดยการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน ทุกวัน
2. ทีม PCT ประเมินการคัดแยกผู้ป่วย โดยการสุ่มตรวจการปฏิบัติงานของพยาบาลหัวหน้าเวรห้องฉุกเฉิน ทุกเดือน
3. ทีมเวชระเบียน สุ่มประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน (triage audit) ทุกเดือน

ตัวชี้วัด

1. ร้อยละของการคัดแยก over triage ที่ ER ผิดพลาด ≤ 15 %
2. ร้อยละของการคัดแยก under triage ที่ ER ผิดพลาด ≤ 5 %
3. อุบัติการณ์การคัดกรองคลาดเคลื่อน (Under triage /Over triage) ระดับ E ขึ้นไป 0 ครั้ง

ตารางมอบหมายงานให้ตามมาตรการ SIMPLE สู่การปฏิบัติการ
โรงพยาบาลพากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์
(เลือกระดับ รพ. 14 ข้อ)

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วยงาน																	ผู้รับผิดชอบ ตัวชี้วัด
		ทุก คน	ห้อง บัตร	ประกัน	OPD	ER	LR	IPD	Dent.	PT	แผน ไทย	งาน เวช	Pharm.	LAB	XRAY	ซักฟอก	supply	โรง ครัว	
Infection prevention and control																			
1.	I 1 : Hand Hygiene	√																	พว.สภาวะเดือน
2.	I2.1 : CAUTI prevention				√	√		√											
3.	I3 : Isolation Precautions	√																	
Medication and Blood Safety																			
4.	M1 : Safe from adverse drug events				√	√	√	√	√	√	√	√	√						เภสัชฯ. จรรยา
5.	M2 : Safe from medication errors				√	√	√	√	√	√	√	√							
6.	M5 : Blood transfusion safety.				√	√	√	√					√						

