

มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย 9 ข้อ

II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

i. ผลลัพธ์						
เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: เหมาะสม ปลอดภัย ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2560	2561	2562	2563	2564
ก. การเฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ป่วย						
ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อ	> 100%	100	100	100	100	100
อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล	< 0.5 ครั้ง/ 1000 วันนอน	0	0	0	0	0
อัตราการติดเชื้อเฉพาะตำแหน่ง						
- อัตราการติดเชื้อ CAUTI	< 3ครั้ง/1000 วันคาสายสวน ปีสภาวะ	0	0	0	0	0
- อัตราการติดเชื้อที่ปอดใน โรงพยาบาล	< 0.5 ครั้ง/ 1000 วันนอน	0	0	0	0	0
- อัตราการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด(ทำ หมันและexcision)	0	0	0	0	0	0
- อัตราการติดเชื้อที่แผลฝีเย็บ	< 1 %	0	0	0	0	0
- อัตราการติดเชื้อในทารกแรกเกิด	< 1 %	0	0	0	0	0
- อัตราการติดเชื้อที่ตา/สะดือทารก แรกเกิด	0	0	0	0	0	0
- อัตราการเกิด phlebitis grade 3,4 จากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ	0	0	0	0	0	0
อัตราการติดเชื้อดื้อยา	< 5 ครั้ง/ 1000 วันนอน	0	0	0	0	0
ข. การเฝ้าระวังการติดเชื้อในบุคลากร						
ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการอบรม/ ปฐมนิเทศความรู้ด้าน IC	>100%	100	100	100	100	100
อัตราการได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ของบุคลากร	>80 %	97.95	95.8	100	100	100
อัตราการได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่	>80 %	77.78	68.95	67.72	68.56	N/A
อัตราการล้างมือ (Hand Hygiene) ตาม หลัก 5 moment	>100 %	100	100	100	100	100
อุบัติการณ์บุคลากรเกิดอุบัติเหตุจากการ ปฏิบัติงาน	0 ราย	5	8	3	2	1
อุบัติการณ์บุคลากรติดเชื้อจากการ ปฏิบัติงาน	0	0	0	0	0	0
ค. การเฝ้าระวังในสิ่งแวดล้อม						
อัตราการทิ้งขยะติดเชื้อถูกที่	> 80 %	92	95	94	98	92
ตรวจสอบคุณภาพน้ำ (ENV)						
- คุณภาพน้ำทิ้ง	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
- คุณภาพน้ำดื่ม	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน

ii. ບຣິບທ**จำนวนเตียง จำนวนผู้รับบริการ:**

- โรงพยาบาลໄຊພິລິຍ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงเปิดให้บริการ 58 เตียง มีหอผู้ป่วยใน จำนวน 3 หอ โดยให้บริการครอบคลุมทั้งแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม เด็ก มารดาและทารกแรกเกิด โดยแยกเป็นผู้ป่วยหญิง หลังคลอดและผู้ป่วยสงฆ์ มีห้องแยกสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อจำนวน 2 ห้อง เป็นห้องแยกโรค 1 ห้อง และห้องแยกโรคแบบ Negative pressure 1 ห้อง ถ้ามีการให้บริการผู้ป่วยติดเชื้อมากกว่าจำนวนห้องแยกโรคที่มี จะแยกโซนผู้ป่วยติดเชื้อไว้ ถ้าเป็นโรครุนแรง เช่น Covid-19 จะแยกผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อไว้ที่ห้องพิเศษที่มีอยู่จำนวน 10 ห้องที่ให้บริการได้ จนกว่าผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจะออก เตรียม Cohort ward ไว้รองรับผู้ป่วย Covid-19 จำนวน 6 เตียง ยอดผู้ป่วยในที่มาใช้บริการเฉลี่ย 4,908 ราย จำนวนวันนอนรวมเฉลี่ย 14,637 วัน มีแนวโน้มลดลงทุกปี วันนอนเฉลี่ยต่อราย 2.70 เดือน เมษายน - พฤษภาคม รักรักษาผู้ป่วย Covid-19 จำนวน 5 ราย มีตู้ Positive pressure 1 ตู้ ได้รับบริจาคมาจากบริษัท SCG สำหรับทำ Swab Covid-19 และ Swab จมูกและคอของโรคติดเชื้อทางเดินหายใจร้ายแรงอื่นๆ มีสถานที่สำหรับแยกผู้ป่วย ARI ในผู้ป่วยนอก และ มีสถานที่แยกผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ COVID-19(PUI) ออกจากผู้ป่วย ARI

บริการที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและลักษณะของการติดเชื้อ:

ผู้ป่วยที่ทำหัตถการต่างๆ เช่น ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเสี่ยงต่อ SSI ผู้ป่วยได้รับการล้างรก ขูดมดลูก แผลฝีเย็บในผู้คลอดรวมทั้งผู้ป่วยที่ได้รับการสอดใส่อุปกรณ์ภายในร่างกายเสี่ยงต่อการติดเชื้อตำแหน่ง CAUTI ,ติดเชื้อตำแหน่งให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ, ผู้ป่วยที่ได้รับยา Antibiotic ระยะเวลาสั้นหรือยาวนานเสี่ยงต่อการติดเชื้อดื้อยาในหอผู้ป่วยที่มีปริมาณผู้ป่วยแออัด ผู้ป่วยที่อยู่ใกล้ผู้ป่วยติดเชื้อที่มาใช้บริการในโรงพยาบาล ผู้ป่วยภูมิคุ้มกันต่ำ

การติดเชื้อสำคัญ:

การติดเชื้อที่สำคัญ ได้แก่ การติดเชื้อที่ปอด การติดเชื้อในทารกแรกเกิด การติดเชื้อที่แผลฝีเย็บและการติดเชื้อดื้อยา การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อตำแหน่งให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

โอกาสรับผู้ป่วยติดเชื้อจากสถานพยาบาลอื่น:

- Refer back จากโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ/โรงพยาบาลทั่วไปซึ่งเป็นแม่ข่าย ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยเป็นโรคที่ซับซ้อนและนอนนาน ซึ่งพ้นระยะวิกฤติแล้ว ทำให้มีโอกาสรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยา
- นอกจากการรับผู้ป่วยจากสถานพยาบาลอื่นยังมีโอกาสรับผู้ป่วยที่สงสัยโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำเนื่องจากเป็นพื้นที่ติดชายแดน เช่น วัณโรคดื้อยา ไข้หวัดนก โรค Mers Cov โรคติดเชื้อโคโรนา2019(COVID-19) จากสปป.ลาว นอกจากนี้ในพื้นที่ที่มีแรงงานต่างด้าวมาทำงานในพื้นที่มากขึ้นทำให้เสี่ยงต่อการระบาดของโรคได้ เช่น คอตีบ หัด โรคตับอักเสบ โรคติดเชื้อโคโรนา2019(COVID-19) เป็นต้น

การติดเชื้อดื้อยา:

- อัตราการติดเชื้อดื้อยา อัตราการให้บริการผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาที่ติดตามจากสถานบริการอื่นที่รับเข้ามารักษาปี 2560-2563 เท่ากับ 1.12,1.90,1.20 และ10.45ครั้ง/1000 วันนอน เชื้อดื้อยาที่พบ ได้แก่ E.coli ESBL, Klebsiella pneumonia ESBL, Pseudomonas aeruginosa MDR, A.buam MDR แหล่งที่พบบาดแผล ปอด ทางเดินปัสสาวะ กระแสเลือด

จำนวน ICN และการศึกษาอบรม:

ICN (part time) จำนวน 1 คน ปฏิบัติงานที่งานผู้ป่วยห้องผ่าตัด ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อจาก สถาบันบำราศนราดูร หลักสูตร 4 เดือนในปี 2559 ในปีงบประมาณ 2565 มีแผนส่งพยาบาล ICN เข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อหลักสูตร 4 เดือน เนื่องจาก ICN คนเก่าจะเกษียณอายุราชการ และมีแผนส่ง ICWN เข้ารับการอบรม หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อหลักสูตร 14 วัน (2 สัปดาห์) 7 คน ในปี 2565 จำนวน 6 คนเพื่อปฏิบัติงานต่างๆ เช่น งานตึกผู้ป่วยใน งานตึกผู้ป่วยสงฆ์ งานผ่าตัด งานห้องห้องคลอด งานตึกผู้ป่วยนอก และ งานปฐมภูมิ เนื่องจาก ICWN คนเก่า มีการย้ายงานไปสถานที่อื่นบ้าง

iii. กระบวนการ**II-4.1 ก. ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ****(1) คณะกรรมการกำกับดูแล การตัดสินใจที่สำคัญ**

เพื่อให้การดำเนินการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อบรรลุเป้าหมาย ทีมงาน ICC จึงได้มีการดำเนินการ ดังนี้

1. กำหนดนโยบายและเป้าหมายการดำเนินงาน
2. กำหนดมาตรฐาน/แนวปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
3. ประกาศมาตรการ/แนวปฏิบัติสู่การปฏิบัติ
4. ติดตามนิเทศการปฏิบัติตามมาตรฐานในหน่วยงาน
5. ประเมินอย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี หน่วยงานสนับสนุน 1 ครั้ง/ปี
6. สรุปผลการนิเทศให้คำแนะนำและสะท้อนผลการประเมินแก่หน่วยงานเพื่อปรับปรุง ทำให้มีหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินมากกว่าร้อยละ 80 ในปีพ.ศ. 2563 ร้อยละ 100

(2) การวิเคราะห์ความเสี่ยงเพื่อกำหนดการติดเชื้อที่เป็นจุดเน้นของการป้องกันและควบคุม

เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายทีมงานได้มีการนำความเสี่ยงในรอบ 3 ปี ที่ผ่านมาวิเคราะห์ในตาราง risk matrix ทำให้ได้ผลลัพธ์คือ ความเสี่ยงสำคัญ 5 ลำดับมากำหนดเป็นจุดเน้นในการพัฒนา ดังนี้

1. ลดอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลเฉพาะตำแหน่ง (ติดเชื้อจากบริเวณให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ติดเชื้อแผลผ่าตัด ปอดติดเชื้อ/ติดเชื้อในทารกแรกเกิด/ติดเชื้อแผลฝีเย็บ)
2. เพิ่มอัตราการล้างมือ 5 moment 7 7 ขั้นตอน ขึ้นตอนละ 5 ครั้ง
3. ป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา
4. การจัดการสิ่งแวดล้อม
5. การจัดการขยะติดเชื้อ
6. การจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อ

(3) การนำความรู้ทางวิชาการมาใช้ในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

คณะกรรมการ IC ได้มีการนำความรู้วิชาการมาใช้ในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ดังนี้

- เพื่อลดโอกาสเกิดการปนเปื้อนเชื้อจากผิวหนังในการเจาะ Hemoculture จึงมีการแนะนำวิธีการใช้น้ำยาฆ่าเชื้อในการทำสะอาดผิวหนังที่ถูกต้องดังนี้ ใช้ 10% Povidine เช็ด (paint) ผิวหนังทิ้งไว้ 1 นาที และเช็ด (paint) ตามด้วย 70% alcohol เพราะที่ผ่านมาใช้ 10% Povidine เช็ด (paint) ผิวหนังแล้วไม่ทิ้งไว้ 1 นาที และเช็ด (paint) ตามด้วย 70% alcohol แทนที่ อาจจะทำให้มีการปนเปื้อนได้
- เพื่อลดโอกาสติดเชื้อจากบุคลากรมีการส่งเสริมให้บุคลากรล้างมือตามหลัก 5 Moment 7 ขั้นตอน ขึ้นตอนละ 5 ครั้ง มีการสนับสนุนอุปกรณ์ส่งเสริมการล้างมือ ใช้งานซักฟอกจัดทำผ้าเช็ดมือให้เพียงพอ งานพัสดุ จัดหาน้ำสบู่ล้างมือให้เพียงพอ ร่วมกับงานเภสัชกรรมจัดหาน้ำยาล้างมือ chlorhexidine scrub และ Alcohol hand rub ให้เพียงพอร่วมกับงาน ENV จัดทำอ่างล้างมือในแต่ละจุดเพื่อให้บุคลากรเข้าถึงง่าย มีการจัดทำที่ล้างมือแบบใช้เท้าเหยียบเพื่อลดการสัมผัสอุปกรณ์ ลดการปนเปื้อน จัดหาถาดรองเช็ดเท้า

ติดป้ายอธิบายล้างมือและเช็ดเท้า หลังการดำเนินงานบุคลากรตระหนักในการล้างมือมากขึ้น มีความพึงพอใจมากขึ้น จัดสถานที่สำหรับแยกผู้ป่วย ARI และ แยกผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ COVID-19(PUI)

- เพื่อแก้ปัญหาการปนเปื้อนเชื้อดื้อยาในสิ่งแวดล้อม เช่น เตียง พื้น เครื่อง monitor เป็นต้น จึงมีมาตรการใช้ 0.5 % โซเดียมไฮโปคลอไรด์ ในการฆ่าเชื้อ ก่อนทำการทำความสะอาดปกติ กรณีเครื่องมือที่เป็นโลหะไม่สามารถใช้ 0.5 - 1% โซเดียมไฮโปคลอไรด์ ได้เนื่องจากจะทำให้กัดกร่อนเครื่องมือ ให้ใช้ 70% alcohol แทน (ไม่ได้ทำการเพาะเชื้อจากสิ่งแวดล้อมแต่อ้างอิงจากคู่มือป้องกันการติดเชื้อของสถาบันบำราศนราดูร)

(4) การกำหนดนโยบายและเกณฑ์ปฏิบัติ

เพื่อให้การดำเนินการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อบรรลุเป้าหมายทีม IC ได้กำหนดนโยบายและวัตถุประสงค์ในการดำเนินงานดังนี้

1. เพื่อควบคุมมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ บุคลากร สิ่งแวดล้อม
2. ควบคุมมาตรฐานการทำลายเชื้อเพื่อให้อุปกรณ์ทางการแพทย์พร้อมใช้
3. ส่งเสริมความรู้แก่บุคลากรและผู้รับบริการในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
4. ส่งเสริมให้บุคลากรร่วมมือและปฏิบัติตามมาตรฐานเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
5. เชื่อมโยงข้อมูลและมาตรฐานการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลแก่หน่วยงานและระบบงานที่เกี่ยวข้องเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อสู่ชุมชน

มีการปรับปรุงเกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลให้เป็นปัจจุบันและเป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยกำหนดใช้มาตรฐานฉบับใหม่ซึ่งจัดทำขึ้นโดยสถาบันบำราศนราดูร (ปีพ.ศ.2561)โดยใช้แนวทางการวินิจฉัยของศูนย์ควบคุมโรคประเทศสหรัฐอเมริกา (CDC)และดัดแปลงบางส่วนให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลในประเทศไทย

เพื่อควบคุมมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ บุคลากร สิ่งแวดล้อม ทีม IC จึงได้ร่วมกับผู้เกี่ยวข้องในการจัดทำและปรับปรุงแนวปฏิบัติให้เป็นปัจจุบันเป็นระยะตามการเปลี่ยนแปลงของโรคระบาดและการพัฒนาด้าน IC ดังนี้ แนวปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะ แนวปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย แนวปฏิบัติสำหรับบุคลากรเมื่อได้รับอุบัติเหตุทางการแพทย์ แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้สงสัย/ผู้ติดเชื้ออุบัติใหม่ แนวปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อจากการก่อสร้าง แนวทางการดูแลสุขภาพบุคลากรและมีการกำหนดให้บุคลากรกลุ่มเสี่ยงได้รับวัคซีน dT,HBV และใช้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล วัคซีน COVID-19

(5)(6) การประสานงานระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IPC) ทัวทั้งองค์กร ความครอบคลุมพื้นที่ การเชื่อมประสานระบบงาน IPC กับระบบงานพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย

เพื่อความร่วมมือและการประสานงานที่ดีในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อภายในองค์กรครอบคลุมทุกพื้นที่ ผู้ป่วยและบุคลากร ทีม IC ได้มีการบูรณาการกระบวนการทำงานเป็นส่วนหนึ่ง ของระบบคุณภาพและความปลอดภัยโดยการกำหนดมาตรการในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโดยทีมIC ได้นำนโยบาย 2P Safety ตามSIMPLE จัดทำบัญชีรายการความเสี่ยงที่เกิดขึ้นดังนี้ Patient Safety Goals ได้แก่ Hand Hygiene, Prevention of Healthcare-associated Infection, CAUTI Prevention, Isolation precaution และ Prevention and Control spread of Multidrug-Resistant Organisms (MDRO) และ Personnel Safety Goals ได้จัดทำรายงานทุกเดือน โดยมีการ monitor ตัวชี้วัดเป็นประจำทุกเดือน ร่วมกับทีมพัฒนาคุณภาพ นิเทศภายในสำหรับหน่วยบริการภายในโรงพยาบาลและระบบงานที่สำคัญเพื่อร่วมกันพัฒนาระบบบริการให้ได้ตาม

มาตรฐานเพื่อรับรองการประเมินมาตรฐานวิชาชีพ เช่น ระบบความเสี่ยง ระบบ IC งานแพทย์แผนไทย งานเทคนิคการแพทย์ งานทันตกรรมและงานกายภาพบำบัด จนผ่านการรับรองคุณภาพ

ผู้รับผิดชอบระบบงาน IC ร่วมกับหน่วยงานต่างๆกำหนดมาตรการ IC สำคัญที่จะต้องมีการกำกับติดตามในแต่ละหน่วยงาน กำหนดเป็นตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมินผลการปฏิบัติงานในกลุ่มการพยาบาล ตามมาตรการสำคัญ ได้แก่ การล้างมือ การแยกขยะ การจัดการผ้า การจัด Zoning การจัดเก็บเครื่องมือปราศจากเชื้อ เป็นต้น

ทีม IC ได้มีการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อครอบคลุมทุกพื้นที่ทั้งในส่วนที่เป็นพื้นที่ให้บริการผู้ป่วยและพื้นที่ปฏิบัติงานของบุคลากรและมีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่ผ่านมา ดังนี้

เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อผู้ป่วยโรคติดต่อทางเดินหายใจ เช่น วัณโรค โรคอุบัติใหม่โรคติดเชื้อโคโรนา-2019 (COVID-19)/โรคอุบัติซ้ำ มีการปรับปรุงห้องแยกโรค (AIIR) ในปี 2563 2 ครั้ง ให้ใช้งานได้ตามมาตรฐาน เตรียม Cohort ward จำนวน 6 เตียง โดยจัดไว้ที่ตึกผู้ป่วยหญิงฝั่งห้องแยกโรค พร้อมรับโรคติดเชื้อโคโรนา-2019 (COVID-19)

(7) การสนับสนุนทรัพยากร บุคลากร ระบบสารสนเทศ

ด้านทรัพยากร

เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมรองรับกรณีเกิดการระบาด ได้มีการการจัดซื้อและจัดหาอุปกรณ์ป้องกันร่างกายสำหรับใช้ในกรณีเกิดโรคระบาดและให้มีการสำรองใช้ให้เพียงพอ เช่น เสื้อ Gown N95 Face shield และวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นอื่นๆ เช่น ถุงขยะ กระบอกฉีดน้ำยา ถุงรองขา รองเท้า เป็นต้น ซึ่งสามารถเบิกจ่ายได้ในระบบคลังเวชภัณฑ์งานพัศุการแพทย์ และงานพัศุคสำนักงาน ของโรงพยาบาล

เพื่อแก้ปัญหาเสื้อ Gown และ Face shield ใญ่มียาง ชุดหมี่ ถุงมือ ถุงรองขา หมวก สำหรับดูแลผู้ป่วยติดเชื้อให้มี ใช้เพียงพอ งาน IC จึงมีการจัดให้นำ PPE มารวมกันไว้ที่ห้องผ่าตัด เพื่อให้ทุกแผนกมาหยิบไปใช้ได้ในการดูแลผู้ป่วยและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ งาน IC จะได้จัดหาจัดเบิกจากระบบคลังเวชภัณฑ์ และแจ้งเบิกจากงานซักฟอก ให้เพียงพอได้ทันถ้าขาด

สนับสนุนเรื่อง Hand Hygiene โดยประเมินมาตรฐานและความเพียงพอของทรัพยากร เช่น สบู่ล้างมือ ผ้าเช็ดมือ Alcohol hand rub อ่างล้างมือ ระบบน้ำ

ด้านบุคลากร

เพื่อพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในการเฝ้าระวังการติดเชื้อในหน่วยงาน มีการสนับสนุนให้ ICN และ ICWN อบรมฟื้นฟูความรู้ด้าน IC ทุกปี และในปี 2560- 2564 ICN ได้จัดอบรมด้าน IC ให้เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลทุกปี

ด้านสารสนเทศ

เพื่อตอบสนองระบบการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดีเยี่ยมมีการทำ โปรแกรม IC BKHos ขึ้นหน้าจอในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อดีเยี่ยมเมื่อมารับบริการ เพื่อเจ้าหน้าที่ทุกคนจะได้ป้องกันก่อนให้บริการ

เพื่อตอบสนองการเข้าถึงด้านวิชาการได้มีการนำแนวปฏิบัติ คู่มือป้องกันการติดเชื้อและเอกสารประกอบการอบรมที่เกี่ยวข้องกับระบบงาน IC ขึ้น Line ของโรงพยาบาล บุคลากรสามารถเข้าไปศึกษาและ download ได้

เพื่อตอบสนองโอกาสพัฒนาในเรื่องการจัดการข้อมูลบุคลากรตรวจสอบสุขภาพประจำปี ปี 2564 มีแผนการพัฒนาโปรแกรม Hos-xp Report ให้เชื่อมกับ Hos-xp ในปีพ.ศ.2564 เพื่อสามารถดึงข้อมูลรายบุคคลได้รวดเร็ว ถูกต้อง ลดการทำงานซ้ำซ้อน ลดการใช้กระดาษ

เพื่อตอบสนองโอกาสพัฒนาในการเก็บรวบรวมข้อมูลรายงานให้ทันเวลา เนื่องจากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า มีการรวบรวมข้อมูลรายงาน รายงานประจำเดือนล่าช้า และ ICN ได้ข้อมูลช้า ทำให้รายงานการติดเชื้อไม่ทันเหตุการณ์ทำให้การลงสอบสวนโรคไม่ทันเวลาและข้อมูลไม่ครบถ้วน จึงได้แจ้งให้หัวหน้างานและ ICWN รวบรวมข้อมูลรายงานให้ทันเวลา นำโปรแกรม IC BKHos ซึ่งพัฒนาโดยงาน IC โรงพยาบาลบึงกาฬมาใช้ในการส่งต่อข้อมูลในเครือข่ายจังหวัดบึงกาฬ เพื่อให้การรายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่รวดเร็วทันเวลา ได้รับการแจ้งเตือนเมื่อพบผู้ป่วยติดเชื้อทำให้ลงสอบสวนและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้ทันทั่วทั้งที่ และ ICN โรงพยาบาลໄຊຟີລີ້ มาข้อมูลการติดเชื้อที่ได้จาก โรงพยาบาลบึงกาฬซึ่งได้จากโปรแกรม IC BKHos มาลงใน โปรแกรม Hos-xp โรงพยาบาลໄຊຟີລີ້ โดยลงเป็น pop up ขึ้นหน้าจอในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อดื้อยา และ INC โรงพยาบาลໄຊຟີລີ້ ลง Line กลุ่มแจ้ง เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลໄຊຟີລີ້ ที่เกี่ยวข้องทราบ เพื่อให้สามารถเตรียมรับผู้ป่วยและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา กรณีมีการส่งกลับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยามารักษาต่อเนื่องที่รพ. ควบคุมกับการโทรศัพท์ส่งอาการผู้ป่วยตามปกติ

เพื่อตอบสนองโอกาสพัฒนาในการติดตามผู้ป่วยที่ส่งต่อในการเฝ้าระวังการติดเชื้อในชุมชน ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน กลุ่มผู้ป่วยผ่าตัด ผู้คลอด และทารกแรกเกิด ได้มีการส่งต่อข้อมูลให้ทีมชุมชนโดยผ่าน Line group ในงานเกี่ยวข้องที่เกี่ยวข้อง เช่น งาน COC งานแม่และเด็ก งาน IC เป็นต้น

(8) การให้ความรู้และฝึกอบรมแก่บุคลากรและผู้ป่วย

เพื่อส่งเสริมความรู้แก่บุคลากรจึงได้มีการจัดอบรมฟื้นฟูความรู้การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลและเครือข่ายเป็นประจำทุกปีเรื่อง การป้องกันการติดเชื้อ การล้างมือ การคัดแยกขยะ การสวมอุปกรณ์ป้องกัน การป้องกันดูแลเมื่อเกิดอุบัติเหตุเข็มที่ตำและสัมผัสสารคัดหลั่งจากการการปฏิบัติงาน โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ กำหนดให้เจ้าหน้าที่เข้ารับการอบรมความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล 100% และจัดให้มีการให้ความรู้ตามโอกาสที่มีการระบาดของเชื้ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ตั้งแต่ปี 2560- 2564 มีการจัดอบรมทุกปี ในปี 2562 (เดือน ธันวาคม) - 2564 มีโรคอุบัติใหม่ระบาดคือโรค Covid-19 ICN มีการประชุมพิเศษบุคลากรใหม่เกี่ยวกับงานด้าน IC และนิเทศงาน IC ให้เจ้าหน้าที่ทุกงาน ตามสถานการณ์ของโรคและเหตุการณ์แต่ละช่วงเวลา ICWN และหัวหน้างานทุกแผนกมีหน้าที่ในการนิเทศงาน IC เบื้องต้นให้กับบุคลากรในหน่วยงานและบุคลากรใหม่ทุกคน รวมถึงนักศึกษาฝึกงานก่อนปฏิบัติงานในเรื่องหลักการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ ให้ความรู้การล้างมือโดยการทำป้ายติดตามจุดล้างมือสำหรับ ผู้ป่วยและญาติ ติดป้ายการคัดแยกขยะตามจุดทิ้งขยะ ทำแผ่นพับการให้ความรู้ญาติและผู้ป่วยในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา และ โรคอื่นๆ ส่งเสริมการให้ความรู้และเสริมพลังผู้ป่วย/ครอบครัว/care giver ในผู้ป่วยกลุ่มติดเชื้อ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่บ้าน โดยทีม COC และร่วมกับทีม AMR ในการให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไปในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพื่อป้องกันเชื้อดื้อยา

(9)(10) พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (ICN) กลไกการดำเนินงานและประสานงาน

องค์กรได้มีการจัดตั้งทีม IC เป็นผู้ดำเนินงานและประสานงานในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพมีส่วนร่วมในทีม ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ นักเทคนิคการแพทย์ เภสัชกร แพทย์แผนไทย กายภาพบำบัด จพง.รังสีการแพทย์และพยาบาลวิชาชีพโดยมีพยาบาลควบคุมการติดเชื้อเป็นเลขานุการและเป็นผู้ประสานงาน มีบทบาทหน้าที่ 1. กำหนดนโยบาย กลวิธีและมาตรการในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ 2. ติดตามประเมินผลการปฏิบัติตามนโยบายและมาตรการต่างๆ 3. พัฒนาและฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ด้าน IC 4. เป็นที่ปรึกษาให้กับหน่วยงานต่างๆในด้าน IC 5. เฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลและการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม 6. ค้นหาการระบาดและสอบสวนการระบาดของ HAI

II-4.1 ข. การเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ

(1) การเฝ้าระวังแบบ prospective active surveillance หรือ targeted surveillance

- เพื่อปรับปรุงกระบวนการเฝ้าระวังการติดเชื้อใช้การเฝ้าระวังแบบจำเพาะเจาะจง (prospective active surveillance(ทำการเฝ้าระวังขณะที่ผู้ป่วยยังอยู่ในโรงพยาบาล)หรือ targeted surveillance(เฝ้าระวังแบบจำเพาะเจาะจง เฝ้าระวังการติดเชื้อซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญของหน่วยงาน หรือตำแหน่งติดเชื้อ หรือ เชื้อก่อโรค ฯลฯ)) ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโอกาสติดเชื้อในโรงพยาบาล ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีการทำหัตถการเช่น ผ่าตัดทำหามัน ผ่าตัดเล็ก มารดาหลังคลอดที่มีแผลฝีเย็บ เป็นต้น การติดเชื้อที่ตา/สะดือในทารกแรกเกิด ผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะ ผู้ป่วยให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ โดยใช้เกณฑ์วินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล ฉบับใหม่ปี 2561 อ้างอิงมาจาก CDC
- เพื่อการเลือกใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล คณะกรรมการ IC ได้มีการติดตามแบบแผนการดื้อยาของเชื้อจุลชีพเพื่อจัดทำแนวทางการเลือกใช้ยาได้อย่างเหมาะสมและประสานไปยังองค์กรแพทย์เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพิจารณาใช้ยาปฏิชีวนะ
- มีการประสานงานกับทีมระบาดวิทยาเมื่อมีการพบเชื้อดื้อยาที่ต้องรายงานโรคตามกฎหมายกำหนด โดย ICN ก็เป็นทีมระบาดวิทยา

(2) การวินิจฉัยและยืนยันการติดเชื้อที่ไม่ได้ทำ prospective active surveillance

สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ได้มีการเฝ้าระวังแบบ prospective active surveillance นั้น ให้เฝ้าระวังแบบ passive surveillance โดย ICWN ประจําหอผู้ป่วยและเฝ้าระวังการติดเชื้อทุกตำแหน่งในหอผู้ป่วย (Hospital-wide) ควบคู่ไป รวมถึงการเฝ้าระวังการติดเชื้อหลังจำหน่าย (Post discharge) ในกลุ่มแผลผ่าตัด แผลฝีเย็บ ตา-สะดือ ทารกน้อยกว่า 30 วัน เพื่อที่จะได้ข้อมูลที่ครอบคลุมโดยใช้เกณฑ์วินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล ฉบับใหม่ปี 2561 และถ้ามีการติดเชื้อ ICN ลงโปรแกรม Hos-xp โรงพยาบาลโศภิตา โดยลงเป็น pop up และลงLine IC / กลุ่มการพยาบาล เพื่อแจ้งเตือนให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ ทำให้ ICN สามารถลงสอบสวนและยืนยันการวินิจฉัยการติดเชื้อได้รวดเร็วขึ้น

การประเมินประสิทธิภาพของการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลโดยการสำรวจความชุก (Prevalence survey) ทุก 6 เดือนโดย ICN พบว่าประสิทธิภาพการเฝ้าระวัง ร้อยละ 100

(3) การใช้ผลของการเฝ้าระวังเพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้เกี่ยวข้อง และเพื่อปรับปรุงระบบงาน

- เพื่อปรับปรุงระบบงานมีการนำข้อมูลจากการเฝ้าระวังการติดเชื้อมาวิเคราะห์ นำมาใช้ในการวางแผนระบบ IC และออกแบบกระบวนการเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เช่น การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะ ทำให้อัตราการติดเชื้อ CAUTI ลดลงเป็น 0 ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2560- 2563 การเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยาตามแนวทางที่กำหนด ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2560- 2563 ยังไม่มีผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลโศภิตา
- เพื่อควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาที่พบจำนวนมากขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี ใช้น้ำยาฆ่าเชื้อในการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลตามคู่มือป้องกันการติดเชื้อของสถาบันบำราศนราดูร โดยใช้ 0.5 % โซเดียมไฮโปคลอไรด์ และผลการน้ำยาทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อมให้มีความเข้มข้นจาก 0.5 %โซเดียมไฮโปคลอไรด์ ผลการใช้ 0.5 %โซเดียมไฮโปคลอไรด์ ไม่มีการติดเชื้อดื้อยาเกิดขึ้นในโรงพยาบาลโศภิตา มีการให้ความรู้แก่บุคลากรในเรื่อง การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม การสวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกาย การจัดการผ้าเปื้อน การจัดการขยะ หลังดำเนินการพบว่า บุคลากรผู้ปฏิบัติงานสามารถปฏิบัติตามแนวทางได้ถูกต้องร้อยละ 90 ใน

ปี พ.ศ.2563 และไม่พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยรายอื่นติดเชื้อดื้อยา นอกจากนี้ยังมีการสะท้อนข้อมูลไปยังหน่วยบริการเพื่อใช้ในการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยต่อไป

(4)(5) การบ่งชี้การระบาดและการควบคุมการระบาด (บทเรียนในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา)

● เพื่อปรับปรุงกระบวนการในการจัดการและควบคุมทางระบาดวิทยา พยาบาล IC ได้ร่วมประชุมอบรมกับคณะกรรมการ SAT และ EOC ในการจัดทำแนวทางในการดำเนินการเมื่อเกิดการระบาด มีการกำหนดข้อบ่งชี้การระบาดของโรคติดเชื้อตามหลักระบาดวิทยาซึ่งแหล่งข้อมูลที่ช่วยบ่งชี้การระบาดมาจากกรณีวิเคราะห์ข้อมูลจากการเฝ้าระวังการติดเชื้อ ข้อมูลจากบุคลากรทางคลินิกและการเฝ้าระวังจากผลตรวจทางจุลชีววิทยา มีการซักซ้อมความเข้าใจและจัดให้มีช่องทางการสื่อสาร/รายงานที่มีประสิทธิภาพและเมื่อพบการระบาดมีการลงสอบสวนและศึกษาทางระบาดวิทยาโดยอธิบายการกระจายของผู้ป่วยตามบุคคล เวลา สถานที่ ซึ่งในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา ไม่พบการระบาดของโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล แต่พบการระบาดในชุมชนที่มีการสอบสวนการระบาดที่สำคัญ เช่น ไข้เลือดออก โรคมือเท้าปาก โรคอีสุกอีใส โรค Covid-19 โรคตับอักเสบ A ฯลฯ มีระบบการแจ้งประสานไปที่ทีม SRRT ลงควบคุมโรคในชุมชน โดยรับผู้ป่วยเข้าที่ OPD /ER/ตึกผู้ป่วยใน ที่พบเป็นโรคติดต่อดังกล่าวให้แจ้ง เลขา SRRT ของโรงพยาบาลโซฟีเลียทราบ เพื่อดำเนินการต่อไป เช่นอดีตที่ผ่านมาพบการติดเชื้อโรคตับอักเสบ A จากโรงน้ำแข็งแล้วติดต่อไปในชุมชนและโรงเรียน โรงพยาบาล ทีม SRRT ดำเนินการควบคุม งาน IC ดำเนินการตรวจ หาเชื้อโรคตับอักเสบ A ในเจ้าหน้าที่ และดำเนินการฉีดวัคซีนให้ตามนโยบายของผู้บริหารโรงพยาบาล ICN ได้ลงบันทึกการฉีดวัคซีน โรคตับอักเสบ A ในเจ้าหน้าที่ไว้เป็นประวัติ

ในทุกปี จะมีการระบาดของโรคมือเท้าปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก/ในโรงเรียน/ตามหมู่บ้าน ถ้าพบมีผู้ป่วยโรคมือเท้าปากมาตรวจที่โรงพยาบาล มีการประสานทีม SRRT ลงพื้นที่ดำเนินการควบคุมป้องกันและส่งเสริมสุขภาพให้แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยแก่ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียน ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปากในผู้ปกครอง เด็กป่วยให้หยุดเรียน 7-10 วันและแนะนำให้หยุดการเรียนการสอน เพื่อล้างทำความสะอาดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ ก่อนเปิดเรียนใหม่

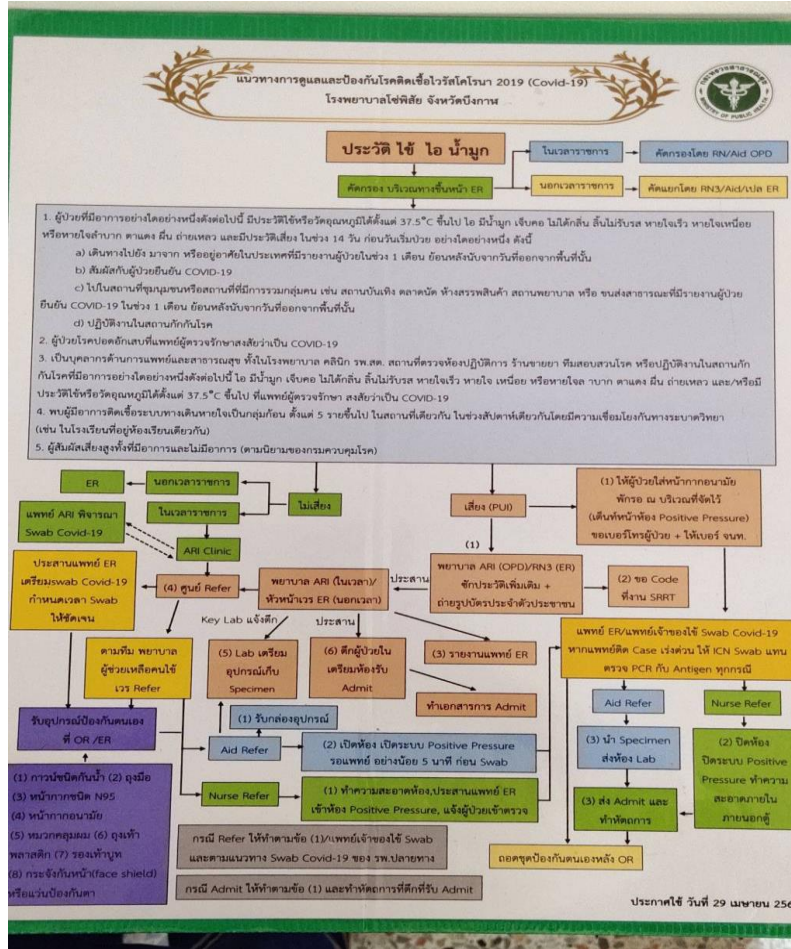
ปี 2562 ได้รับการประสานจากโรงพยาบาลบึงกาฬมีผู้ป่วยสัมผัสโรคคอตีบที่ ตำบลศรีชมภูให้ส่งยา Erythromycin ให้แก่ผู้สัมผัสใกล้ชิดในครอบครัวและผู้สัมผัสใกล้ชิดในที่ทำงาน โดยประสานให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. มารับยาไปให้ผู้ป่วย และประสานทีม SRRT ลงพื้นที่ดำเนินการควบคุมป้องกัน และให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่รับผิดชอบในพื้นที่ดังกล่าว ติดตามการรับประทานยาอย่างเข้มงวด และให้สังเกตอาการผู้สัมผัสใกล้ชิดต่อไปอีก 1 สัปดาห์ ผลการส่ง Throat Swab พบว่า Negative

ปลายปี 2562 - 2564 เนื่องจากสถานการณ์โรคติดเชื้อโคโรนา 2019 (COVID-19) โรคอุบัติใหม่ที่แพร่ระบาดทั่วโลก มีการป้องกันความเสี่ยงในการระบาดในบุคลากรและเจ้าหน้าที่โดยมี Fever & ARI clinic แยกตรวจผู้ป่วยที่มีอาการไข้และอาการทางระบบทางเดินหายใจ พบผู้ป่วยที่สงสัยเข้าเกณฑ์ PUI 15 ราย ที่จุดคัดกรอง COVID-19 ส่งผู้ป่วยมาแยกไว้ที่จุดรับผู้ป่วย PUI ตาม Flow และมาตรฐานการคัดกรองผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ ทั้ง 15 รายมาด้วยอาการ ไข้ ไอมีเสมหะ เจ็บคอมีน้ำมูก ปวดศีรษะ ปวดตามร่างกาย เดินทางจากพื้นที่เสี่ยงที่มีรายงานการพบผู้ติดเชื้อคือ จังหวัด ชลบุรี ระยอง กรุงเทพมหานคร ปทุมธานี ขอนแก่น อุดรธานี ฯลฯ พยาบาลซักประวัติ รายงานแพทย์ แพทย์ตรวจร่างกายสงสัย COVID-19 รายงานการพบผู้ป่วยผ่านทางไลน์กลุ่มและโทรแจ้ง ทีม SRRT รพ.โซฟีเลีย งาน IC ควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโดยใช้หลัก Droplet Precautions ร่วมกับ Contact precautions และ Airborne precautions โดยเตรียมห้องแยกโรค Negative pressure (AIIR) อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลและความพร้อมบุคลากร ดูแลความสะอาดและทำลายเชื้อสิ่งแวดล้อมที่ Fever & ARI clinic ทีม SRRT สอบสวนโรคซีกประวัติเพิ่ม แจ้ง สสจ. เพื่อยืนยัน และขอ รหัสส่ง specimen เพื่อตรวจหาสารพันธุกรรมไวรัสโคโรนา 2019 จัดส่งตรวจตัวอย่างไปยังศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 8 อุดรธานี เพื่อตรวจหาสารพันธุกรรมไวรัสโคโรนา 2019 หน่วยงานที่มีผู้ต้องส่งตรวจ เช่น OPD ER WARD ส่งตรวจ LAB ไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ประสาน LAB เตรียมอุปกรณ์เพื่อทำ Nasopharyngeal swab + Throat swab พยาบาลหน่วยงานที่มีผู้ต้องส่งตรวจ ประสานแพทย์เตรียมตรวจ และ ประสาน ICN เตรียมอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) สำหรับแพทย์

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.ໄຊຟີລີຍ ຈ.ບິງຄາຟ

พยาบาล พนักงานทำความสะอาด ในการทำ Nasopharyngeal swab +Throat swab ทำการ swab และทำความสะอาด เก็บขยะ ถอดอุปกรณ์ป้องกันร่างกาย ภายใต้การควบคุมของ ICN หรือผู้ แทน และปฏิบัติตามคำแนะนำของ ICN ที่กำหนดไว้ งาน IC เป็นศูนย์กลางเตรียมชุดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE)ให้กับกลุ่มการพยาบาล และงาน SRRTในโรงพยาบาล งาน IC ดูแลกำกับควบคุมการใส่ถอด-ชุดPPEแพทย์พยาบาล เจ้าหน้าที่ที่ดูแล case PUI ที่ห้อง negative pressure (AIIR) ทีมSRRTประสาน สสจ.ขอCode จัดส่งส่งตรวจตัวอย่างไปยังศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 8 อุดรธานี เพื่อตรวจหาสารพันธุกรรมไวรัสโคโรนา 2019 โดยรพ.พยาบาลรพผล 24 ชม.ในช่วงการระบาด งาน SRRTหลังขอ Code ตรวจ Nasopharyngeal swab +Throat swab ไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) งาน SRRTใส่ชุดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE)นำแบบสอบสวนโรคCOVID- 19 เข้าสอบสวนโรคเพื่อค้นหาผู้สัมผัสใกล้ชิดในครอบครัว, ผู้ป่วยใกล้ชิดในที่ทำงาน แหล่งระบาดของโรค และผู้ป่วยรายอื่น ปลายปี 2562-ปลายปี 2563 ส่งตรวจที่ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 8 อุดรธานี ตั้งแต่เดือน ธันวาคม 2563 ถึงปัจจุบัน สามารถส่งตรวจได้ที่ โรงพยาบาลบึงกาฬ เดือน มกราคม 2564 โรงพยาบาลໄຊຟີລີຍ ได้รับบริจาค ตู้ Positive pressure 1 ตู้ จากบริษัท SCG สำหรับทำ Swab Covid-19 และ Swab จมูกและคอของโรคติดเชื้อทางเดินหายใจร้ายแรงอื่นๆ จากการเก็บสิ่งส่งตรวจจากหน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาลที่ผ่านมาเกิดปัญหาในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเนื่องจากจำนวนการตรวจ หาเชื้อ COVID- 19 มีจำนวนมากขึ้นและเป็นโรคติดต่อที่มีอัตราร้ายแรงถึงแก่ชีวิต เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยทั้งต่อผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ จึงได้ประชุมความเสี่ยงระดับโรงพยาบาลหาแนวทางการปฏิบัติในการดูแลให้บริการผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเป็น COVID-19 / ผู้ป่วย COVID-19 และการเก็บสิ่งส่งตรวจเพื่อใช้ในการปฏิบัติในโรงพยาบาลໄຊຟີລີຍ เพื่อให้เจ้าหน้าที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

แนวทางการดูแลและป้องกันโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19)
โรงพยาบาลໄຊຟີລີຍ



ประเภทผู้ป่วยที่ต้องตรวจหาเชื้อ โควิด-19 ในโรงพยาบาลໂຮ່ພິລີຍ เช่น ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อจากผู้ป่วยที่ป่วยเป็นไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ผู้ป่วยมาจากพื้นที่เสี่ยงต่อการเป็นไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ผู้ป่วย Pneumonia ที่แพทย์เจ้าของไข้แจ้งตรวจ ผู้ป่วยอื่นๆที่แพทย์แจ้งตรวจ ผู้ใส่ท่อช่วยหายใจที่ต้องส่งตรวจโรงพยาบาลอื่น ผู้ป่วยส่งรักษาต่อโรงพยาบาลอื่น ผู้สัมผัสที่ งาน SRRTลงสอบสวน Swab มาจากชุมชน ฯลฯ

ปลายปี 2562 - ปี 2564 โรงพยาบาลໂຮ່ພິລີຍ ตรวจหาสารพันธุกรรมไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) จำนวน 164 ครั้ง พบผลเป็น ตรวจไม่พบสารพันธุกรรมไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) จำนวน 157 ครั้ง ตรวจไม่พบสารพันธุกรรมไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) 7 ครั้ง แบ่งเป็น ตรวจเพื่อการวินิจฉัยและส่งต่อ จำนวน 61 ครั้ง ตรวจจากการสัมผัสผู้ป่วย Covid-19 (PUI) จำนวน 96 ครั้ง ผู้ป่วย Covid-19 ปี 2563 มีผู้ป่วย Covid-19 ติดเชื้อจากจังหวัดภูเก็ต มา อาศัยอยู่ในอำเภอໂຮ່ພິລີຍ 1 ราย โรงพยาบาลໂຮ່ພິລີຍได้ใช้รถพยาบาลส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลบึงกาฬ 14 วัน และมากักตัวที่บ้าน 14 วัน ดูแลโดยทีมงาน SRRT ของอำเภอໂຮ່ພິລີຍผู้ป่วยอาการทั่วไปปกติดี เดือน เมษายน 2564 มี 5 ราย รักษาที่โรงพยาบาลบึงกาฬ 7 วันแรก รักษาที่โรงพยาบาลໂຮ່ພິລີຍ 7 วันหลัง อีก 14 วัน กักตัวที่บ้าน เดือนพฤษภาคม 2564 มี 1 ราย อยู่ในระหว่างรักษาตัวที่ โรงพยาบาลบึงกาฬ เข้ารับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยใน ห้องพิเศษแยกโรค Negative pressure (AIIR) โรงพยาบาลໂຮ່ພິລີຍ รับผู้ป่วย Covid-19 เข้ารับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยใน ห้องพิเศษแยกโรค Negative pressure (AIIR) 1 ห้อง และ เตรียม Cohort ward จำนวน 6 เตียง ICN ควบคุมการเตรียมห้องแยกโรค และ เตียง Cohort ward และอุปกรณ์เครื่องใช้ของผู้ป่วย ICN ควบคุมและแนะนำเจ้าหน้าที่ทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้องและผู้ป่วยในการป้องกันการติดเชื้อและป้องกันการแพร่เชื้อ ICN รับผู้ป่วย Covid-19 เข้า Admit ในวันแรกพร้อมให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาล และให้คำแนะนำทางโทรศัพท์และทาง Line ตลอดการรักษา ICN แนะนำผู้ป่วยวันกลับบ้านในการปฏิบัติตัว ให้ไปกักตัวต่อที่บ้าน Self -quarantine อีก 14 วัน ICN ควบคุม พนักงานเก็บขยะ แม่บ้าน พนักงานซักฟอก ในการจัดการกับขยะ เครื่องผ้า สิ่งแวดล้อมที่ผู้ป่วยใช้บริการ ควบคุมการใส่และการถอด PPE หลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปกักตัวต่อที่บ้าน ทีมงาน SRRT ของอำเภอໂຮ່ພິລີຍ รับดูแลต่อที่บ้าน ติดตามและให้สังเกตอาการผู้ป่วยต่อไป งาน SRRT ติดตามcaseต่อเนื่อง หลังจากการติดตามต่อเนื่องหลังD/C ผู้ป่วยอาการทั่วไปปกติดี ทั้ง 5 ราย

ปลายปี 2562 - ปี 2564 โรงพยาบาลໂຮ່ພິລີຍ ให้เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย และญาติผู้ป่วย ใช้ชีวิตแบบ New Normal โดยผู้นำสูงสุดของโรงพยาบาลแจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบและปฏิบัติตามพร้อมกับแนะนำผู้ป่วยและญาติเพื่อตอบสนองนโยบายของชาติ โดย ให้ปฏิบัติดังนี้ ให้ใส่ผ้าปิดปาก ให้ล้างมือบ่อยๆ เว้นระยะห่างทางสังคม 1-2 เมตร รักษาสุขภาพให้แข็งแรง รับประทานอาหารที่สะอาด รับประทาน Covid-19 งาน IC ได้จัดการกับระบบ New Normal ของโรงพยาบาลໂຮ່ພິລີຍด้าน IC ดังนี้ จัดหาอุปกรณ์การล้างมือ สื่อคำแนะนำ ขาดังขวดน้ำยาล้างมือ แอลกอฮอล์ 70%เจลล้างมือ สบู่ล้างมือ ผ้าเช็ดมือ ถาดรองเช็ดเท้า น้ำยาฆ่าเชื้อ 0.5 %โซเดียมไฮโปคลอไรด์ จัดไว้ตามจุดต่างๆให้มีพอใช้และเหมาะสม และได้จัดให้หน่วยราชการในอำเภอบางหน่วยงาน

II-4.2 ก. การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป

(1) มาตรการป้องกันการติดเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อ

เพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อ โรงพยาบาลได้ปฏิบัติตามหลัก Isolation precautions ซึ่งเป็นการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อจากผู้ป่วยสู่ผู้ป่วย บุคลากร ญาติและสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วยมาตรการ Standard Precautions และ Transmission-based precautions โดย Standard Precautions เป็นการปฏิบัติขั้นพื้นฐานเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ใช้ในการดูแลผู้ป่วยทุกรายที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาล และเมื่อมีการวินิจฉัยโรคแล้วให้ใช้หลัก Transmission-based precautions ในการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคตามกลวิธีการติดต่อเพิ่มเติมจากการดูแลด้วย Standard Precautions คือ airborne precautions, droplet precautions และcontact precautions และได้มีการติดตามประเมินผลการปฏิบัติตามหลัก Standard Precautions ทำให้เกิดผลลัพธ์ คือ

- Hand hygiene:

มีการรณรงค์ล้างมือและติดตามประเมินความรู้และการล้างมือของบุคลากรเป็นประจำทุกปี พบว่า อัตราการล้างมือ 7 ขั้นตอนถูกต้อง 98.2% และ 5 moment 90.7 % ในปี 2563 พบโอกาสพัฒนาในประเด็นการล้างมือก่อนสัมผัสผู้ป่วย หลังสัมผัสสิ่งแวดล้อม ผ้าเช็ดมือไม่เพียงพอ Alcohol hand rub ไม่เพียงพอ

- Isolation precautions:

มีการแยกผู้ป่วยตามกลวิธีการติดต่อของโรคมียการจัด Zoning แต่ละหน่วยงานอย่างชัดเจน มีการกำหนดพื้นที่บทบาทหน้าที่ในการให้บริการแบบ One stop-service ในผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจ เช่นวัณโรค มีห้องแยกโรค ระบบทางเดินหายใจ สนับสนุนการใส่ชุดอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล(PPE) พบโอกาสพัฒนาคือ ห้องแยกไม่เพียงพอ ติดกั้น ไม่มีห้องแยกโรค Negative pressure (AIIR) ห้องแยกโรค จากการให้บริการผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ Covid-19 ทำให้ PPE ลดลงอาจจะไม่พอใช้ ICN แจกในที่ประชุมและแจ้งให้งานพัสดุทราบ แจ้งเจ้าหน้าที่ให้ใช้ตามความเหมาะสม พร้อมกับควบคุมการใช้ PPE

- Standard precaution อื่นๆ

1. กระบวนการสร้างวัฒนธรรม Hand hygieneในบุคลากร ผู้ป่วยและญาติ
2. สนับสนุนการสวมถุงมือในการปฏิบัติงาน
3. สนับสนุนการใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเอง(PPE)
4. ติดตามการสวม PPE การล้างมือระหว่างปฏิบัติงาน
5. การคัดแยกผ้าเปื้อนที่มีประสิทธิภาพตามหลัก IC ให้ผู้ปฏิบัติคัดแยกตั้งแต่ต้นทางในหน่วยงานและสนับสนุนให้มีถังใส่ผ้าเปื้อนที่ถูกต้อง กำหนดช่องทางการขนส่ง การนิเทศติดตามประเมินผลโดย ICN หัวหน้างาน/ICWN
6. การควบคุมดูแลสิ่งแวดล้อม จะต้องมีการดูแลทำความสะอาดและทำลายเชื้อ เตียง ที่กั้นเตียงอุปกรณ์ข้างเตียงและอื่นๆ ของผู้ป่วยอย่างถูกต้อง

จากมาตรการIC round ซึ่งประกอบด้วย Hand hygiene, เครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อ,การจัดการขยะติดเชื้อ,การทำมาสะอาดสถานที่ทำงาน การดูแลผู้ป่วย พบปัญหาที่ต้องปรับปรุงดังนี้ ถุงมือ Sterile ไม่พอใช้ บางช่วงได้ปรึกษากับงานที่รับผิดชอบคืองานซักฟอกและงานหน่วยจ่ายกลางแก้ไขโดยเพิ่มวันทำถุงมือและจัดหาถุงมือให้เพียงพอ กรรไกรตัดไหมไม่คมมากเป็นโอกาสพัฒนาที่จะแจ้งให้งานพัสดุจัดซื้อในปี 2565 ผ้าห่อ Set ขาดมีรูปเป็นโอกาสพัฒนาที่จะจัดซื้อและให้ความรู้งานหน่วยจ่ายกลางให้เห็นความสำคัญของหลักการ Sterile พบมดขึ้นห่อเครื่องมือและเครื่องผ้าเป็นโอกาสพัฒนาให้หน่วยงานจัดการสิ่งแวดล้อม เจ้าหน้าที่ดู pop up ต่อยาในโปรแกรม Hos-xp ยังไม่เป็น เป็นโอกาสพัฒนาในการให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ครั้งต่อไป เพื่อความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย

จัดระบบ Central supply มีการทำความสะอาด ทำลายเชื้อและทำปราศจากเชื้อตามมาตรฐาน มีการควบคุมมาตรฐานการทำปราศจากเชื้อทั้งด้านกายภาพ เคมีและชีวภาพโดยในเครื่องมือผ่าตัดต้องทราบผลการทดสอบด้านชีวภาพก่อนส่งเครื่องมือ ซึ่งจากการดำเนินงานไม่พบการเรียกเก็บเครื่องมือจากเครื่องมือไม่ปราศจากเชื้อ

- การจัดการกับวัสดุหมดอายุและ single-use device reprocessing:

มีการสำรวจและพิจารณาอุปกรณ์ใช้ครั้งเดียวที่ต้องกลับมาใช้ซ้ำทุกหน่วยงาน และร่วมกับหน่วยงานผู้ใช้งานงานจ่ายกลางในการกำหนดจำนวนครั้งสูงสุดที่ใช้ซ้ำ ลักษณะทางกายภาพที่บ่งชี้ว่าไม่ควรใช้ซ้ำและกระบวนการทำความสะอาดภายใต้เงื่อนไขที่สอดคล้องกับคำแนะนำการใช้งานจากผู้ผลิตและตามมาตรฐาน และมีระบบเฝ้าระวังความปลอดภัยในผู้ป่วยที่มีการใช้งานวัสดุอุปกรณ์นั้น

(2) การปรับปรุงและควบคุมสิ่งแวดล้อมเพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อโรคและการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม

- เพื่อแก้ปัญหาความไม่พร้อมใช้ของห้องแยกโรค (AIIR) ได้มีการปรับปรุงห้องให้ได้ตามมาตรฐานในปี 2563 2 รอบ และมีการจัดทำแนวทางการดูแลโดยมีการตรวจสอบความพร้อมของห้องและอุปกรณ์เป็นประจำทุกสัปดาห์โดยงาน IC และมีการ maintenancesระบบแอร์ ห้องความดันลบ ห้องระบบระบายอากาศและกล่องวงจรปิดโดยช่างเป็นประจำทุก 3 เดือน หลังดำเนินการไม่พบอุบัติเหตุห้องไม่พร้อมใช้
- เพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อโรคติดต่อทางเดินหายใจ โรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำในหน่วยงานผู้ป่วยนอก/ER ได้มีการปรับปรุงห้องแยกโรคนอก ER โดยสร้างเป็นห้องปรับทิศทางของอากาศที่ข้างห้อง ER ใช้พัดลมดูดอากาศช่วยปรับทิศทางของอากาศให้ไปทางเดียวใช้ในการพ่นยา และแยกผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจที่ต้องพ่นยาหรือทำหัตถการที่เสี่ยงต่อการแพร่เชื้อ ติดพัดลมดูดอากาศที่ห้อง ER เพิ่มเพื่อใช้ในการทำหัตถการรุนแรง ผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจเช่น ใส่ท่อช่วยหายใจ CPR แก่ Shock เป็นต้น งานผู้ป่วยนอก จัดทำจุดตรวจทางเดินหายใจ จุดพักผู้ป่วยทางเดินหายใจ จุดพักและตรวจผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติด Covid-19 ตู้ Swab Covid-19 กำหนดจุดตรวจผู้ป่วยภูมิคุ้มกันต่ำ จุดตรวจผู้ป่วยแต่ละจุดยังไม่เป็นอาคารยังเป็นเต็นท์ โอกาสพัฒนา เรื่องการต่อเติมหรือสร้างอาคารเพิ่ม ระบบระบายอากาศ กำหนดให้ติดพัดลมไปทิศทางเดียวเพื่อเป็นการระบายอากาศ
- เพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อโรคและการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อมในห้อง/โซนที่รับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ซึ่งมีโอกาสพบการปนเปื้อนเชื้อดื้อยาในสิ่งแวดล้อม เช่น พื้น เติง monitor เป็นต้น จัดทำแนวทางการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อม โดยให้ใช้น้ำยา 0.5% โซเดียมไฮโปคลอไรต์ในการทำความสะอาดพื้นและทำลายเชื้อในพื้นที่ผิวสิ่งแวดล้อมที่ไม่ใช่โลหะ และใช้ 70 % Alcohol ทำลายเชื้ออุปกรณ์ที่เป็นโลหะ ตามคู่มือป้องกันการติดเชื้อของสถาบันบำราศนราดูร

มีการสะท้อนข้อมูลให้หัวหน้างานทราบเพื่อนิเทศติดตามการทำความสะอาด

จัดอบรมให้ความรู้เรื่องการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมแก่แม่บ้าน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ พนักงานเปล หลังดำเนินการพบว่าแม่บ้านและผู้เกี่ยวข้องสามารถปฏิบัติตามแนวทางได้ถูกต้อง

(3) การลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในพื้นที่ต่างๆ

กำหนดพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ได้แก่ ห้องผ่าตัด ห้องคลอด หอผู้ป่วย ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน งานผู้ป่วยนอก จำยกกลาง ชักฟอกโดยมีการติดตามประเมินโครงสร้างและระบบไหลเวียนอากาศและนำโอกาสพัฒนาเสนอต่อทีม ENV และกรรมการบริหารทำให้มีการพัฒนาปรับปรุง ดังนี้

- ปรับปรุงห้องแยกโรค Negative pressure (AIIR) ที่หอผู้ป่วยใน
- อาคารจำยกกลาง และอาคารชักฟอก บางส่วนยังไม่ได้มาตรฐาน และอยู่ในอาคารที่ไม่เหมาะสม ผู้บริหารของบประมาณสร้างอาคารใหม่ ปี 2564 อยู่ระหว่างดำเนินการ โดย ICN มีส่วนร่วมในการจัดแบ่งพื้นที่ แยกโซน
- เพื่อลดความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อในสิ่งแวดล้อมจากการปนเปื้อนขยะติดเชื้อ มีการจัดระบบการเก็บขนขยะติดเชื้อภายใน CIP โสฬิสิย ในปีพ.ศ. 2560 โดยให้โรงพยาบาลเป็นผู้ออกรับขยะติดเชื้อทุกวันอังคาร ผลลัพธ์ ไม่พบอุบัติเหตุขยะติดเชื้อไม่ได้เก็บเกิน 7 วัน ไม่พบอุบัติเหตุส่งขยะติดเชื้อไม่ถูกที่
- เพื่อลดความเสี่ยงต่อการปนเปื้อนของเครื่องมือแพทย์ ปีพ.ศ. 2560-ปัจจุบัน งานหน่วยจำยกกลางโรงพยาบาล โสฬิสิยได้ออกรับเครื่องมือทุก รพ.สต.ใน CUP โสฬิสิยเข้ามาทำ Sterile ที่โรงพยาบาล และส่งให้ ทุก รพ.สต.ใน CUP โสฬิสิยจำนวน 11 แห่ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ทุกวัน จันทร์ กัวัน พฤหัสบดี

II-4.2 ຫ. ການປ້ອກັນການຕິດເຊື້ອໃນກຸ່ມເຈາະ

(1) ການດຳເນີນການເພື່ອລຸດລຳດັບຄວາມສ່ຽງຂອງການຕິດເຊື້ອທີ່ສຳຄັນຂອງອົງຄົງ

- ເພື່ອລຸດການຕິດເຊື້ອຮະບບທາງເດີນປັສສາວະຈາກການໃສ່ສາຍສວນປັສສາວະ ມີແນວປຸກິບັດ ດ້ວຍກຳນົດໃຫ້ມີການ clamp ສາຍສວນປັສສາວະ ພຸດທຸກຄັ້ງກ່ອນການເຄື່ອນຍ້າຍດ້ວຍ ກຳນົດຮະຍະເວລາໃນການເປື່ອນສາຍສວນແຕ່ໃຫ້ເປື່ອນທຸກເດືອນແລະເມື່ອພົບຂັອບຂີ້ ຮະບຸວັນທີ່ໃສ່ສາຍສວນຕິດທີ່ສາຍແລະຖືກປັສສາວະ ໃຫ້ຄຳແນະນຳຜູ້ຕິດໃນການດູແລແລະທຳຄວາມສະອາດ ຈັດທຳແຜ່ນພັບຄຳແນະນຳໃຫ້ຜູ້ປ່ວຍແລະຜູ້ຕິດ ຜູ້ຕິດດຳເນີນການ ອັດຮາການຕິດເຊື້ອ CAUTI ເປັນ 0 ຕັ້ງແຕ່ປີພ.ສ. 2560-2563
- ເພື່ອຕອບສະໜອງໂອກາສພັດທະນາໃນການລຸດການຕິດເຊື້ອປອດອັກເສບມີການຈັດທຳແນວປຸກິບັດການປ້ອກັນປອດອັກເສບໃນໂຮງພາບາລ ດ້ວຍເນັ້ນເຜົາຮະວັງການຕິດເຊື້ອໃນຜູ້ປ່ວຍຕິດເຊື້ອ ຜູ້ສູງອາຍຸ ຜູ້ປ່ວຍທີ່ມີປັນຫາການກຸລິນ ຜູ້ປ່ວຍຮະບບປະສາທ ຈັດທຳແຜ່ນພັບສຸຂສິກສາໃຫ້ຜູ້ປ່ວຍແລະຜູ້ຕິດ
- ເພື່ອຕອບສະໜອງໂອກາສພັດທະນາໃນການລຸດການຕິດເຊື້ອແຜລຜີເຍັບໃນຜູ້ຄອດ ຈາກການວິເຄາະສາເຫດພົບວ່າເກີດຈາກຄວາມບກຸກຮ່ອນໃນການດູແລແຜລຜີຂອງຜູ້ຄອດ ກຳນົດໃຫ້ມີການປະເມີນຄວາມສາມາດໃນການດູແລແຜລຜີຂອງຜູ້ຄອດ ຫາກພົບວ່າປຸກິບັດໄດ້/ຫຼືປຸກິບັດໄດ້ຖືກຕ້ອ ຕ້ອມມີຜູ້ຊ່ວຍເຫຼືອ (care giver) ກະຕຸ້ນມາຮາດາຫຼັງຄອດໃຫ້ລຸກທຳຄວາມສະອາດແຜລ ຊ່ວຍເປື່ອນຜ້າອາໄມຍ ຈັດທຳແຜ່ນພັບສຸຂສິກສາໃຫ້ຜູ້ປ່ວຍແລະຜູ້ຕິດ ບໍ່ພົບການຕິດເຊື້ອແຜລຜີເຍັບ
- ເພື່ອຕອບສະໜອງໂອກາສພັດທະນາໃນການລຸດການຕິດເຊື້ອໃນທາກແກກເກີດ ສາເຫດພົບວ່າເກີດຈາກມາຮາດາມີໃຊ້ກ່ອນຄອດ ແຕ່ມີຜູ້ຊ່ວຍດູແລທາກຫຼັງຄອດ ເນັ້ນການລ້າງມື ຫຼືເລີ່ຍງການຫອມແກ້ມເດັກ ຈຳກັດຄົນເຂົ້າເຍີ້ມ ຫຼັງການດຳເນີນການອັດຮາການຕິດເຊື້ອໃນທາກແກກເກີດເປັນ 0

(2) ການດູແລຜູ້ປ່ວຍທີ່ຕິດເຊື້ອທີ່ຕິດຕໍ່ໄດ້ທາງໂລຫິດ ຜູ້ປ່ວຍທີ່ມີຖືກມີດຳນທາທຳ ການຕິດເຊື້ອທີ່ດ້ອຍາແລະເຊື້ອບຸບັດໃໝ່

- ເພື່ອປ້ອກັນການແຜ່ກະຈາຍເຊື້ອໃນຜູ້ປ່ວຍຕິດເຊື້ອທີ່ຕິດຕໍ່ໄດ້ທາງໂລຫິດ ໄດ້ກຳນົດໃຫ້ໃຊ້ຫຼັກ Standard precaution ໃນການດູແລຜູ້ປ່ວຍທຸກຮາຍດ້ວຍເນັ້ນການປ້ອກັນການຕິດເຊື້ອຈາກເລືອດ(Blood) ສາຮາດາຈາກຮາງກາຍ (Body fluid) ສາຮາດາຫຼັງ(Secretions) ແລະສິ່ງຂັບຖ້າຍ(Excretions) ຍຸກເວັ້ນເຫຼືອ ຮວມທັງຜິວພັງແລະເຍີ້ມຜິວພັງທີ່ມີຮອຍຊິກສາດ (Mucous and non-intact skin)
- ເພື່ອລຸດການແຜ່ກະຈາຍເຊື້ອດ້ອຍາ ປີ ພ.ສ.2560 ມີການຈັດທຳແນວທາງປຸກິບັດເພື່ອປ້ອກັນການແຜ່ກະຈາຍເຊື້ອດ້ອຍາ ຄວບຄຸມກຳກັບໃຫ້ບຸຄລາກປຸກິບັດຕາມແນວປຸກິບັດໃນການປ້ອກັນການແຜ່ກະຈາຍເຊື້ອດ້ອຍາ ບໍ່ພົບຜູ້ປ່ວຍຕິດເຊື້ອດ້ອຍາໃນໂຮງພາບາລ

ມີມາຮາດາກຳນົດໃຫ້ໃຊ້ນ້ຳຊາເຂືອ 0.5 % ໂຊເຕີຍມໂອໂປຣຄອໂຣຕິນໃນການທຳຄວາມສະອາດພື້ນແລະທຳລາຍເຊື້ອໃນພື້ນຜິວສິ່ງແວດລ້ອມເພື່ອລຸດການບຸເປືອນເຊື້ອດ້ອຍາ ຈັດທຳອຸປະກຸນປ້ອກັນຮາງກາຍສຳຮາບໃຫ້ການພາບາລເພື່ອປ້ອກັນການແຜ່ກະຈາຍເຊື້ອດ້ອຍາໃຫ້ເພີຍງພອ ເຊັ່ນ ເສື້ອຄຸລຸມ ມີການໃຫ້ຄວາມຮູ້ວິຮາດາຮສມນ້ຳຍາແລະວິຮາດາທຳລາຍເຊື້ອໃນສິ່ງແວດລ້ອມແກ້ມບ້ານທຳຄວາມສະອາດແລະຜູ້ຊ່ວຍເຫຼືອຄົນໃຊ້ ມີການຕິດຕາມເຜົາຮະວັງຜູ້ປ່ວຍທີ່ສ່ຽງຕໍ່ການຕິດເຊື້ອດ້ອຍາ ຈັດໂຮນ/ຫ້ອນແຍກສຳຮາບຜູ້ປ່ວຍຕິດເຊື້ອດ້ອຍາ ມີຮະບບການຮາຍງານເມື່ອພົບເຊື້ອດ້ອຍາທັນທີ ມີການສ່ຽງເສີມໃຫ້ຄວາມຮູ້ແກ້ຜູ້ຕິດແລະຜູ້ປ່ວຍໃນການປ້ອກັນການແຜ່ກະຈາຍເຊື້ອ ຄວບຄຸມການເຍີ້ມຂອງຜູ້ຕິດເຊື້ອທີ່ຈຳເປັນ ແລະມີການປະສານຮະບບຍາໃນການຄວບຄຸມການໃຊ້ Antibiotic ປີ ພ.ສ. 2560 ງານ IC ມີການຈັດທຳFlow Refer back MDR ຈາກຮາພ.ແມ່ຂ່າຍ Flow ແນວທາງປຸກິບັດງານຖືກຜູ້ປ່ວຍຕິດເຊື້ອດ້ອຍາໃນໂຮງພາບາລໄຊຟີລີຍ ປັບປຸງ WI ແລະຈັດທຳຄູ່ມືການປຸກິບັດງານຖືກຜູ້ປ່ວຍຕິດເຊື້ອດ້ອຍາ MDR ຈັດທຳແຜ່ນພັບສຸຂສິກສາຄຳແນະນຳ ICNໃຫ້ຄຳແນະນຳຮາວຮາເຍີ້ມ ປະເມີນຄຳມີcase ກະຕຸ້ນໃຫ້ປຸກິບັດຕາມແນວທາງທີ່ກຳນົດໃຫ້ ປີ ພ.ສ. 2560 ບໍ່ພົບຜູ້ປ່ວຍດ້ອຍາໃນ ໂຮງພາບາລໄຊຟີລີຍ

เพื่อเตรียมความพร้อมรับสถานการณ์ในภาวะฉุกเฉินในการจัดการกรณีผู้ป่วยโรคติดต่ออันตราย/ร้ายแรง/โรคอุบัติใหม่ ทีมICได้มีการทบทวนแนวทางปฏิบัติและมีการซ้อมแผนบนโต๊ะและร่วมสังเกตการณ์ซ้อมแผนสถานการณ์จำลองของทีม SRRT และเครือข่ายจังหวัดบึงกาฬ และมีการเตรียมความพร้อมห้องแยกโรค (AIIR) สำหรับดูแลผู้ป่วย จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดต่อเชื้อโคโรนา 2019 (COVID-19) ซึ่งเป็นโรคติดต่อที่รุนแรงและมีการแพร่ระบาดเป็นวงกว้างมีมาตรการและแนวทางการรับมือและเตรียมความพร้อมรับการระบาดของโรคติดต่อเชื้อโคโรนา 2019 (COVID-19) ดังนี้ มีการประชุมวางแผนเตรียมความพร้อมก่อนการระบาด ผ่านระบบ VDO Conference โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีการประชุมวางแผนการดำเนินงานร่วมกับทีม IC จังหวัดบึงกาฬ ประชุมและมีการทบทวนแนวปฏิบัติและมีการซ้อมแผนบนโต๊ะ การใส่-ถอดชุดPPEและร่วมสังเกตการณ์ซ้อมแผนสถานการณ์จำลองในโรงพยาบาลໄຊຟີລີຍ ทีมICได้มีการประชุมวางแผนดำเนินงานกับทีมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ทีม PCT ทีม RM ทีมENV และคณะกรรมการEOC ระดับอำเภอ วางแนวทางการปฏิบัติเพื่อเป็นการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อมายังบุคลากรและผู้รับบริการโรงพยาบาลໄຊຟີລີຍรวมทั้งเป็นการป้องกันเชิงรุกกับประชาชน ได้เริ่มมีการวางมาตรการต่างๆเพื่อนำมาปฏิบัติในงานให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน กำหนดนโยบาย แนวทางการคัดกรอง Flow Fever & ARI clinic แนวทางปฏิบัติต่างๆ คู่มือการปฏิบัติกำป้องกันโรคติดต่อเชื้อโคโรนา-2019 (COVID-19)การเตรียมความพร้อมสถานที่ อุปกรณ์ ชุดPPE ห้อง Negative pressure (AIIR) การเตรียม Cohort ward การเตรียมรถReferให้พร้อมใช้ การทำความสะอาดรถRefer การเตรียมความพร้อมความรู้ของบุคลากรและเจ้าหน้าที่โดยมีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลและเตรียมความพร้อมรับสถานการณ์ COVID-19 100% โดยจัดเป็น2รุ่น ระหว่าง วันที่ 6 และ 7 พฤษภาคม 2564 และมีการปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่ที่เข้ามาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทุกคน โดยให้การสื่อสารในเรื่อง Isolation Precautions. ให้บุคลากรและเจ้าหน้าที่ทุกคนยึดหลัก Standard precautions.กับผู้ป่วยทุกรายที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลให้ใช้หลัก New Normal จุดเน้นที่สำคัญคือ การล้างมือ 5Moment และล้างมือให้ครบ7 ขั้นตอน ใช้มาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม (Social distancing) นั่ง ยืน ต่อกว ไม่น้อยกว่า1-2เมตร มีแอลกอฮอล์เจล70%แบบใช้เท้าเหยียบ เพื่อทำความสะอาดมือและสวมหน้ากากอนามัย หรือหน้ากากผ้า งดการจับบัตรคิว มีคำแนะนำในการล้างมือ มีผ้าและน้ำยาเช็ดเท้า

เริ่มดำเนินการ เปิดบริการ Fever & ARI clinic วันที่ 1 มีนาคม 2563 เป็นรูปแบบ One Stop Service คลินิกตั้งอยู่หน้าOPD/ER กำหนดจุดตรวจให้ขึ้นมาตรวจที่ละ Case กำหนดจุดนั่งให้ห่างกัน 1 เมตร ติดป้ายประชาสัมพันธ์ จุดคัดกรอง ใช้ไอน้ำนึ่งมูกเดินทางจากต่างประเทศเป็นป้ายไวโรลขนาดใหญ มีป้ายติดตรงคลินิกใช้หวัด Fever& ARI clinic ชัดเจน มีการกางเต็นท์จัด Save Zone ชัดเจนโดยใช้เส้นสีแดงกัน Save Zone ทางเข้าออกโรงพยาบาลเป็นแบบ One-way โดยมีเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเหลือคนไข้และพนักงานเปลประจำจุดเข้าออกตลอด24 ชม.และจุด วัดScan อุณหภูมิก่อนเข้ารับบริการทุกรายทั้งผู้ป่วยและญาติ อนุญาตให้ญาติเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในตึกผู้ป่วยในไม่เกิน1คนเด็กอายุต่ำกว่า12ปีไม่ให้เข้าเยี่ยมผู้ป่วย ให้สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า ทุกรายก่อนเข้ามาใช้บริการ ถ้าไม่ได้ใส่หน้ากากอนามัยมา จะมีหน้ากากผ้าแจกในรายที่ซื้อไม่ได้ มีหน้ากากอนามัยขายที่ร้านทางเข้าโรงพยาบาล จุดScanอุณหภูมิตั้งอยู่ทางขึ้น(OPD/ER)ระหว่างเส้นทางเดินรถขึ้นแผนกผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉินมี จอ Monitor ใหญ่สำหรับวัดอุณหภูมิก่อนเข้ารับบริการ โดย ผู้ช่วยเหลือคนไข้/พนักงานเปลปฏิบัติงานทุกวันทั้งในและนอกเวลาราชการ เเวดิกเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินออกมาคัดกรองตรงจุด Triageหน้า ER และมีเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย ตรวจจุดเวรยาม เเวดิกเข้า-ป่วยกรณีที่ไม่ใช่ติดSticker สีเขียวที่หน้าอกข้างซ้ายและแยกผู้ป่วยเข้ารับบริการตามแผนกต่างๆได้ตามปกติ กรณีไม่ใช่ตั้งแต่ T=37.5C เจ้าหน้าที่จุดวัดScanจะติดติดSticker สีแดงที่หน้าอกข้างซ้าย ส่งผู้ป่วย มา Fever& ARI clinic เพื่อคัดกรองและซักประวัติตามแบบฟอร์มคัดกรองCOVID-19 คัดกรองทุกราย ซักประวัติเข้าเกณฑ์ PUIและไม่เข้าเกณฑ์PUI จะดำเนินการตามFlow Fever & ARI clinic เพื่อปฏิบัติงานให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน เเวดิกกรณีไม่ใช่ตั้งแต่ T=37.5 C เจ้าหน้าที่จะแยกผู้ป่วยไปไว้ห้องแยกโรคข้างER/ Fever& ARI clinic/จุดตรวจผู้ป่วยเสี่ยง COVID-19 แยกตามประเภทผู้ป่วย OPD กรณีที่มีการชำระเงินสดจะมีการสื่อสารผ่านทางโทรศัพท์ ถ้าชำระเงินสดให้ผู้รับบริการเอาเงินใส่ซองซีบใส่ให้ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ใส่ถุงมือ และเช็ดด้วย70% alcohol ผู้ช่วยเหลือคนไข้ นำเงินส่งการเงิน กรณีผู้ป่วยสามารถโอน

เงินผ่านบัญชีออนไลน์ได้ ให้โอนเงินเข้าบัญชีของโรงพยาบาลและส่งหลักฐานการโอนเงินยืนยัน ทาง Line ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาล ในส่วนของงานแผนกผู้ป่วยนอก ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน งานคลินิกโรคเรื้อรัง ได้มีแนวทางเป็นมาตรฐานเดียวกันคือ มีการจัดเก้าอี้ เว้นระยะห่าง ติด Sticker เหยียบพื้นเว้นระยะห่าง จัดทำฉากกั้นใส่ที่โต๊ะตรวจแพทย์ โต๊ะซักประวัติคัดกรองจุดตรวจ ARI เพิ่มจุดล้างมือด้วย Alcohol gel แบบใช้เท้าเหยียบ จัดติดตั้งอ่างล้างมือ ยกเลิกการจับบัตรคิวเพื่อลดการสัมผัส

- มีการทำ IC round ลงหน้างาน เฉพาะกลุ่มงานการใส่-ถอดชุด PPE ที่ถูกต้อง มีการซ้อมใส่-ถอดชุด PPE ทุกคน และมีการสอบการใส่-ถอดชุด PPE เป็นรายบุคคล โดยมีแพทย์ พยาบาล ทีม SRRT เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน พนักงานขับรถ ควบคุมโดย ICN/ICWN และได้ทำการซ้อมรับผู้ป่วยสงสัย COVID-19 จากสถานการณ์สมมุติ ตั้งแต่การคัดกรองซักประวัติจนถึงการ Refer ในห้องประชุม มีการทำ IC round ลงหน้างาน เฉพาะกลุ่มงานที่สำคัญโดย ICN ดูแลติดตาม ควบคุม/ให้คำแนะนำพนักงานขับรถเรื่องการทำความสะอาด Refer การใส่-ถอดชุด PPE พนักงานทำความสะอาด(แม่บ้าน) พนักงานหน่วยจ่ายกลาง พนักงานซักฟอก พนักงานเก็บขยะ ทีม PCT มีการจัดซ้อมแผน COVID-19 จริง 1 ครั้ง ครั้งที่ 1 วันที่ เมษายน 2563 เวลา 14.30 น. ที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินเป็นการซ้อมรับผู้ป่วยสงสัย COVID-19 Arrest จนถึงขั้นตอนการส่งต่อ Refer ผู้ป่วย ครั้งที่ 2 วันที่ 15 เมษายน 2563 เวลา 14.00 น. ที่ตึกผู้ป่วยในเป็นการซ้อมรับผู้ป่วยสงสัย COVID-19 ที่บ้านเข้ามาเก็บสิ่งส่งตรวจที่ ward ห้อง Negative Pressure (AIIR) code COVID-19 Arrest จนถึงขั้นตอนการเก็บศพ มีอวดวิดีโอไว้เป็นตัวอย่าง

(3) การดูแลเจ้าหน้าที่ที่สัมผัสเลือด/สารคัดหลั่ง หรือเจ็บป่วยจากการทำงาน

- เพื่อให้บุคลากรมีความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน แนวปฏิบัติสำหรับบุคลากรเมื่อได้รับอุบัติเหตุทางการแพทย์ ติดตามผลการรักษา ไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้ประสบเหตุ ซึ่งจากการดำเนินงานปี 2559-2563 พบอุบัติการณ์เข็มทิ่มตำ 5, 5, 8, 3 และ 2 รายตามลำดับซึ่งบุคลากรได้รับยาต้านไวรัส ได้รับคำแนะนำ และติดตามอาการในรายที่เสี่ยง ตามแผนการรักษาของแพทย์ จากการทบทวนส่วนใหญ่เกิดจากการละเมิดหลัก IC ไม่ใช้เทคนิค One hand และไม่สวมถุงมือ จึงมีการทบทวนแนวทางปฏิบัติเดิมและนำไปสู่บุคลากรปฏิบัติตาม และมีการกำกับติดตามโดย ICN /หัวหน้างาน/ICWN แต่ยังคงพบว่ามีกรณีละเมิดหลัก IC ที่ไม่ตระหนักและไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่ IC กำหนด ทีม IC ร่วมกับงาน HRD จึงพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ร่วมกับบุคลากร จัดอบรมให้ความรู้พร้อมทั้งทบทวนแนวทางปฏิบัติเดิม ร่วมกับมีการสนับสนุนอุปกรณ์ที่มีส่วนป้องกันการเกิดอุบัติเหตุเข็มทิ่มตำและให้บุคลากรที่มีความชำนาญแต่ละหน่วยงาน เป็นแบบอย่างที่ดีสอน สาธิต เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทุกคนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้และพัฒนาให้เกิดการปฏิบัติมากขึ้น โดยมีการติดตามทุก 1 เดือน
- มีการประสานกับงาน HRD ในการดูแลบุคลากรที่เจ็บป่วยจากการปฏิบัติงาน มีมาตรการให้ลาป่วยตามความจำเป็น มีมาตรการป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อต่อจากบุคลากรผู้ติดเชื้อกรณีบุคลากรเจ็บป่วยหรือสงสัยว่าป่วยจากโรคที่สามารถแพร่กระจายเชื้อได้ เช่น วัณโรค ให้หยุดพักขณะรับยาเป็นเวลา 2 สัปดาห์เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและเมื่อมาปฏิบัติงานต้องสวม mask จนกว่าจะไม่มีอาการไอหรือรับประทานยาครบ โรคสุกใส กรณีที่เคยเป็นและมีภูมิคุ้มกันให้เฝ้าระวังอาการในวันที่ 8-21 หลังสัมผัส หากมีไข้ขึ้น หรือผื่นขึ้นในช่วงนี้ให้สงสัยเป็นโรคไว้ก่อน ต้องงดให้การดูแลผู้ป่วยทันที และควรรักษาด้วย acyclovir *5 วัน และหยุดงานจนกว่าจะพ้นระยะแพร่เชื้อ กรณีที่ไม่มีภูมิคุ้มกันหรือไม่เคยเป็นมาก่อน แนะนำให้ฉีดวัคซีนทันทีภายใน 3-5 วัน และฉีดวัคซีนเข็มที่ 2 อีก 4 สัปดาห์ต่อมาและเฝ้าระวังอาการ โรคหัด หากป่วยต้องหยุดงานและไม่สัมผัสผู้ป่วยเป็นเวลา 4 วัน บุคลากรที่สัมผัสให้เฝ้าระวังอาการตั้งแต่วันที่ 5-21 วันหลังสัมผัส และจากสถานการณ์โรคติดเชื้อโคโรนา-2019 (COVID-19) มีการกำหนดนโยบายให้บุคลากรเจ้าหน้าที่ Scan วัดอุณหภูมิทุกคน ก่อนเข้าปฏิบัติงาน พร้อมติด Sticker สีทุกคน ถ้ามีไข้ T37.5 C ขึ้นไป ร่วมกับมีอาการไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก เดินทางจากต่างประเทศ หรือพื้นที่เสี่ยง ให้ติด Sticker สีแดงที่หน้าอกข้างซ้าย โทรแจ้งประสานผู้อำนวยการ ICN แยกเจ้าหน้าที่ไป Fever & ARI clinic เพื่อทำการคัดกรองและซักประวัติเพิ่ม ไม่มีใช้ติด

Sticker สีเขียวที่หน้าอกข้างซ้ายและเข้าปฏิบัติงานตามปกติ กรณีที่เจ้าหน้าที่เดินทางกลับจากต่างประเทศหรือพื้นที่เสี่ยงให้สังเกตอาการ 14 วัน พร้อมกับใส่อุปกรณ์ป้องกันการแพร่เชื้อโดยใช้หลักปฏิบัติตัวแบบ New Normal ถ้ามีอาการผิดปกติรีบตรวจรักษา มีการกำหนดนโยบายให้บุคลากรเจ้าหน้าที่ทุกคน เช่น ชื้อลงเวลาทำงานด้วยปากกา หลังซัณฑ์ล้างมือด้วย Alcohol gel แทนการ Scan ลาย นิ้วมือแบบเดิมที่เคยปฏิบัติ เพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ มีการกำหนดนโยบายการใส่หน้ากากอนามัยสำหรับบุคลากรและเจ้าหน้าที่ทุกคนสื่อสารโดยประชุมประจำเดือนจากผู้บริหารและให้หัวหน้างานควบคุมกำกับ เพื่อนร่วมงานเตือนกัน แจ้งประชาสัมพันธ์ทาง Line กลุ่มของโรงพยาบาล มีการสอนการใส่ชุด PPE แก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องให้เหมาะสมกับงาน มีการปฏิบัติตามติดตามโดย ICN/ICWN/เพื่อนร่วมงาน เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเช่น แพทย์พยาบาล เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน ทีมSRRT พนักงานขับรถ พนักงานX-ray พนักงานทำความสะอาด พนักงานหน่วยจ่ายกลาง พนักงานห้องซักฟอก พนักงานเก็บขยะติดเชื้อ มีการจัดชุด Set PPE ไว้ที่ห้องสำนักงานห้องผ่าตัด และเตรียม PPE เป็นชนิดๆไว้สำหรับหยิบใส่และหยิบไปเดินตามแผนกต่างๆงานซักฟอกจะนำเสื้อกาวน์เขียวมาเติมไว้ทุกวัน ถ้าไม่พอใช้ ICN จะแจ้งงานซักฟอกให้จัดหามาให้พอใช้ในแต่ละวันให้เพียงพอ และแต่ละงานเตรียม PPE ไว้หน่วยงานตามความจำเป็น กรณีพบผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ PUI ให้มาใส่ PPE ที่ห้องผ่าตัดถ้าในหน่วยงานมีไม่พอ มีคำแนะนำ ขั้นตอนการใส่-ถอดชุดPPE มีรูปภาพประกอบ เคลื่อนที่และติดไว้ที่ห้องผ่าตัดและจุดถอดชุด PPE หลังห้องผ่าตัด และอีกชุดติดที่ห้องแยกโรค มีการจกติดเพื่อตรวจสอบการใส่และถอดชุดPPE อย่างถูกต้องให้เป็นมาตรฐานเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ จากปี 2560-2564 ไม่พบอุบัติเหตุการติดเชื้อจากการทำงาน(งาน IC มีจัดชุด PPE ไว้แบบเป็น SET และ แบบหยิบใช้เอง มีการควบคุมการใช้ เพื่อให้มี PPE ถ้ามีการระบาดมากขึ้น ICN ติดเบอร์ติดตามไว้ที่ ตู้ PPE เพื่อสะดวกในการตามถ้ามีปัญหา)

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- ผลการพัฒนาที่โดดเด่น ได้แก่ การพัฒนาระบบการจัดการขยะติดเชื้อในโรงพยาบาลและระดับ CUP ทำให้ผ่านการประเมินโรงพยาบาล Green & Clean ระดับดี ผลที่คาดว่าจะได้รับไม่มีขยะติดเชื้อแพร่ในชุมชน และผ่านการประเมินโรงพยาบาล รพ.สต.ติดตาม
- การพัฒนาลดการปนเปื้อนของเครื่องมือแพทย์ โดยพัฒนาระบบการจัดการเครื่องมือแพทย์ใน CUP โซฟีเลีย ในรูปแบบ ให้ งานหน่วยจ่ายกลางโรงพยาบาลโซฟีเลียออกรับเครื่องมือปนเปื้อนจากทุก รพ.สต.ใน CUP โซฟีเลียเข้ามาล้าง จัดหีบห่อ ึ่งให้ Sterline ที่โรงพยาบาลโซฟีเลีย แล้วนำเครื่องมือ Sterile ไปส่งทุก รพ.สต.ใน CUP โซฟีเลีย อาทิตย์ละ 2 วัน ทุกวันจันทร์ และวัน พฤหัสบดี ผลที่คาดว่าจะได้รับผู้ป่วยได้รับการบริการจากเครื่องมือแพทย์ที่ดีไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อจากเครื่องมือแพทย์ เริ่มปี พ.ศ. 2560 - ปัจจุบัน
- ความภาคภูมิใจ
 - มีแนวทางการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ชัดเจนและสื่อสารลงถึงผู้ปฏิบัติทุกระดับ จนสามารถป้องกันการติดเชื้อและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลได้
 - มีระบบจัดการขยะติดเชื้อและบริหารเครื่องมือหมุนเวียนในภาพ CUP ดูแลทั้งในโรงพยาบาลและใน รพ.สต. เพื่อให้มีความมั่นใจในการป้องกันการแพร่เชื้อสู่ชุมชน
 - มีการให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงานทั้งในโรงพยาบาลและเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง และเป็นมาตรฐานเดียวกัน
 - มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยCOVID-19 ตามมาตรฐาน โดยในเดือนเมษายน - พฤษภาคม 2564 โรงพยาบาลโซฟีเลียได้รับผู้ป่วยโควิดรายแรกของจังหวัดบึงกาฬมารับการดูแลต่อจนหายป่วยและสามารถส่งผู้ป่วยกลับบ้านได้

v. ແຜນການພັດທະນາ			
มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
46. ระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	3	L, I	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินผลและปรับปรุงประสิทธิภาพของระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ - ติดตามการนำแนวปฏิบัติในการควบคุมการติดเชื้ออย่างต่อเนื่องเพื่อหาโอกาสพัฒนา
47. การเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ	3	L, I	<ul style="list-style-type: none"> - นำผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อมาวิเคราะห์ให้ครอบคลุมและปรับปรุงกระบวนการทำงาน - ประเมินผลการใช้โปรแกรม IC BKHos และนำไปพัฒนาต่อยอดเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อให้มีประสิทธิภาพต่อไป
48. การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป	3	L, I	<ul style="list-style-type: none"> - ติดตามการปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันการติดเชื้อทั้งในผู้ป่วย บุคลากรและชุมชนและนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมต่อไป
49. การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ	3	L, I	<ul style="list-style-type: none"> - เรียนรู้และพัฒนานวัตกรรมที่ช่วยลดการติดเชื้อในตำแหน่งสำคัญ

II-6 ระบบการจัดการด้านยา

i. ผลลัพธ์						
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ถูกต้อง ปลอดภัย ได้ผล ทันทเวลา adherence ประสิทธิภาพ						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2560	2561	2562	2563	2564
อัตราการเกิด medication error ผู้ป่วยนอก	< 1 %	0.56	0.14	0.15	0.01	0.04
- อัตรา prescribing error ผู้ป่วยนอก	< 0.5 %	0.25	0.05	0.07	0.01	0.03
- อัตรา pre-dispensing error ผู้ป่วยนอก	< 0.5 %	0.25	0.09	0.07	0	0.02
- อัตรา dispensing error ผู้ป่วยนอก	< 0.2 %	0.01	0	0.01	0	0
- อัตรา admin error ผู้ป่วยนอก	0 %	0.03	0.01	0	0	0
อัตราการเกิด medication error ผู้ป่วยใน	< 1 %	1.25	0.06	0.17	0.03	0.05
- อัตรา prescribing error ผู้ป่วยใน	< 0.5 %	0.14	0.01	0.04	0	0.03
- อัตรา pre-dispensing error ผู้ป่วยใน	< 0.5 %	0.25	0.01	0.04	0	0
- อัตรา dispensing error ผู้ป่วยใน	< 0.2 %	0.09	0.01	0.01	0	0
- อัตรา admin error ผู้ป่วยใน	0 %	0.70	0.03	0.10	0.01	0.03
อัตราการเกิด medication error ของยาเสี่ยงสูง	< 0.05 %	0.03	0.01	0.02	0	0
อัตราการเกิด ADR ช้ำ	0 %	0	0	0	0	0
อัตราผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลความต่อเนื่องในการใช้ยา	> 90 %	83.39	88.23	92.37	90.70	95.25
อัตราความเหมาะสมในการสั่งใช้ยาที่ทำ DUE						
- ข้อบ่งใช้เหมาะสม	> 80 %	98.41	99.12	98.62	97.94	97.96
- ขนาดเหมาะสม	> 80 %	98.41	94.69	91.72	94.85	93.88
ระดับความสำเร็จการดำเนินงาน RDU	ขั้นที่ 3	ขั้นที่ 1	ขั้นที่ 1	ขั้นที่ 1	ขั้นที่ 2	ขั้นที่ 2
จำนวนครั้งที่พบยาหมดอายุ / เสื่อมสภาพ ไม่ถูกเก็บจากชั้นยา	< 5 ครั้ง	2	2	1	0	0

ii. บริบท

โรงพยาบาลໄຊຟີລີຍมีคณะกรรมการที่ดำเนินการเกี่ยวกับระบบจัดการด้านยา ดังนี้

- คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล, แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป, ทันตแพทย์, หัวหน้าฝ่าย, หัวหน้างาน มีหน้าที่ดังนี้
 - พิจารณาเพิ่มเติมยาเข้า หรือตัดยาออกจากบัญชียาโรงพยาบาล โดยควบคุมรายการยาและการจัดซื้อให้เป็นไปตามแผนและนโยบายด้านยา
 - จัดปัญหาการใช้ยาซ้ำซ้อนหลายขนานโดยไม่จำเป็นในกรณีที่ยานั้นมีพื้นฐานหรือมีส่วนผสมเช่นเดียวกัน
 - แนะนำเจ้าหน้าที่ฝ่ายบำบัด และเภสัชกรในการพิจารณาคัดเลือกหรือจัดสรรยาต่างๆที่มีคุณภาพเข้ามาตรฐานและมีประสิทธิภาพในการรักษาได้อย่างเหมาะสม
 - ให้คำแนะนำและจัดหาทางเพิ่มพูนวิชาการเกี่ยวกับยาและการใช้ยาแก่เจ้าหน้าที่ฝ่ายบำบัด
- ทีมนำระบบยา ประกอบด้วยแพทย์ เภสัชกร พยาบาล (งานผู้ป่วยนอก, งานผู้ป่วยใน, งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน, งานห้องคลอด) หน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาล (PCU) มีหน้าที่ดังนี้
 - ดำเนินการตามนโยบายด้านยาของโรงพยาบาล
 - วางระบบการจัดการด้านยาเพื่อส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัย

- ควบคุมและกำกับให้มีการดำเนินงานตามระบบ
- ศึกษาปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยา จ่ายยา รวบรวมและรายงานเกี่ยวกับปฏิกิริยาที่เป็นผลเสียหายซึ่งเกิดจากการใช้ยา

- ติดตาม ประเมินผล ทบทวน เพื่อการพัฒนาที่ต่อเนื่อง

กลุ่มงานเภสัชกรรมฯเปิดดำเนินการตลอด 24 ชั่วโมง ให้บริการคลินิกทั่วไป , โรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง , วาร์ฟาริน , เบาหวาน , ความดัน , โรคไต , วัณโรค , ผู้ติดเชื้อ HIV , จิตเวช , ภัยสุขภาพทางการแพทย์

การกระจายยาผู้ป่วยในเป็น one day dose

ประเภท	จำนวน (ครั้ง)				
	2560	2561	2562	2563	2564
ผู้ป่วยนอก	63,223	67,271	68,218	74,707	29,730
ผู้ป่วยใน	18,230	22,226	23,410	24,949	9,828
รวม	81,453	89,497	91,628	99,656	39,558

ยาที่ต้องระมัดระวังสูง:

ยาความเสี่ยงสูง (HAD) 24 รายการ , ยา Fatal Drug Interaction 10 รายการ , ยาที่ผู้ป่วยมีประวัติการแพ้

iii. กระบวนการ

II-6.1 ก. การกำกับดูแลการจัดการด้านยา

(1) การทำหน้าที่ของ PTC การบรรลุเป้าประสงค์ของระบบยา ประสิทธิภาพของการจัดการระบบยา:

- จัดให้มีการประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) อย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง เพื่อพิจารณากรอบบัญชียาของโรงพยาบาลและ รพ.สต. รวมถึงชี้แจงนโยบายด้านยาของกระทรวงสาธารณสุข , เขต และจังหวัดสู่ ผู้ปฏิบัติ
- จัดให้มีการประชุมที่มนำระบบยา สำหรับติดตามการดำเนินงานตามจุดเน้นในการพัฒนาระบบยา เพื่อรวบรวมประเด็นปัญหาในการดำเนินงาน และกำหนดแนวทางแก้ไขและป้องกันปัญหาต่อไป อีกทั้งนำอุบัติการณ์สำคัญมาทบทวนแบบสหสาขาวิชาชีพเพื่อค้นหาสาเหตุ วิเคราะห์ปัญหา และกำหนด / ปรับปรุงแนวทางสู่การปฏิบัติ
- จากปีงบประมาณ 2560 เป็นต้นมา คณะกรรมการ PTC ได้ดำเนินการตามนโยบาย RDU โดยวางแผนการดำเนินงาน นำสู่ผู้ปฏิบัติทั้งในระดับโรงพยาบาล และ รพ.สต. ในปีงบประมาณ 2564 หน่วยคู่สัญญาปฐมภูมิอำเภอໄຊຟີລີ້ยังผ่านการประเมินขั้นที่ 2 เนื่องจากยังไม่ผ่านเงื่อนไขตัวชี้วัด ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ ซึ่งมอบทีมผู้รับผิดชอบทบทวนและวิเคราะห์ปัญหาเพื่อกำหนดแนวทางการดำเนินงานต่อไป
- เนื่องจากสถานการณ์โควิดในปีงบประมาณ 2563 ทางคณะกรรมการ PTC ได้มอบหมายให้ที่มนำระบบยาและกลุ่มงานเภสัชกรรมฯ จัดสำรองเวชภัณฑ์ที่จำเป็นให้เพียงพอ มีการจัดเตรียมสถานที่สำหรับผู้มารับบริการให้เหมาะสม และกำหนดแนวทางการส่งยาโรคเรื้อรังให้ผู้ป่วยที่บ้านโดยให้ส่งยาครั้งละ 2 เดือน

(2) การปรับปรุงบัญชียาครั้งสุดท้าย นโยบายสำคัญ จำนวนยาในบัญชี

- การปรับปรุงบัญชียาของโรงพยาบาลดำเนินการให้เป็นไปตามกรอบบัญชียาและข้อกำหนดของจังหวัดบึงกาฬ รวมถึงนโยบายที่สำคัญของกระทรวง คือ โรงพยาบาลชุมชน ควรมีสัดส่วน ยา ED : NED = 90 : 10 โดยการพิจารณาให้ยัดบัญชียาหลักแห่งชาติปัจจุบัน มีความจำเป็นตามมาตรฐานการรักษา และ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.ໄໂພຣິລຳ ຈ.ບຶງຄາຟ

ไม่ซ้ำซ้อนกับยาที่มีอยู่ โดยในสิ้นปีงบประมาณ 2563 มีบัญชียา 367 รายการ (ED 343 รายการ , NED 24 รายการ = 93.46 : 6.54)

- ปีงบประมาณ 2564 มีกุมารแพทย์ประจำ 1 ท่าน มีอายุรแพทย์ จากโรงพยาบาลเซกา ตรวจ 2 ครั้ง/เดือน เปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์ มีการเสนอขายเข้า-ออก ทำให้ในปีงบประมาณ 2564 มีบัญชียา 389 รายการ (ED 367 รายการ , NED 22 รายการ = 94.34 : 5.66)

รายการยานำเข้า

1. บัญชี Atorvastatin tab 40 mg , Clarithromycin tab 500 mg , Efavirenze tab 600 mg , Tenofovir tab 300 mg , Benzathine Pen G 1.2 mu , Ciprofloxacin inj 200 mg/100 ml , Cotrimoxazole inj 400/80 mg , Etonorgestrel 68 mg , Hepatitis B vaccine inj 20 mcg , Meropenem inj 1000 mg , Tranxamine inj 250 mg / 5 ml , 0.45% NSS 1000 ml , Swiff sol , KCl elixir 500 mg/5 ml , SWI for Irrigate 1000 ml , Thiamine inj 100 mg/ml , Fentanyl patch 12 mcg , Bacofen tab 10 mg , Methylphenidate tab 10 mg , Salbutamol tab 2 mg , Phenobarb inj 200 mg/ml , Amoxy-Clave syr 475 mg , Azithromycin syr 200 mg/5 ml , Cefixime syr 100 mg/5 ml , Digoxin syr 0.25 mg/ ml , Nystatin susp 100,000 unit/ml , Paracetamol syr 250 mg/5 ml , Salbutamol syr 2 mg/ 5 ml , Smecta pow 3 g , Budesonide Nasal spray 64 mcg , Fluticasone Nasal spray 27.5 mcg , Fluticasone Evohaler 125 mcg , Glycerol Rectal suppo 91% , Salbutamol NB 2.5 mg/2.5 ml , Salmeterol+Fluticasone Evohaler 25/50 mcg , Silver Nitrite pow , น้ำมันกัญชา THC , น้ำมันกัญชา THC : CBD 1:1

2. ยาเฉพาะราย Azithromycin tab 250 mg , Deferiprone tab 500 mg , Nifedipine SR 20 mg , Pioglitazone tab 30 mg , Procatamol 25 mcg , Sodium Valproate Chorono tab 500 mg , Verapamil SR 240 mg , Deferoamine inj 500 mg , 0.9% NSS for eye irrigate 100 ml , Balance Salt Sol 500 ml , Tropicamide 1% eye drop

3. ยาสนับสนุน Abacavir tab 300 mg , Atorvastatin tab 40 mg , Rilpivirine tab 25 mg , Lamivudine tab 150 mg (ปกส) , Levofloxacin tab 500 mg , Rifabac 275 , เซรุ่มรวมโลหิต , Rata vaccine

รายการยาตัดออก

1. บัญชี Dapsone tab 100 mg , Penicillin V tab 125 mg , Prazocin tab 1 mg , Primaquine tab 15 mg , Bupivacaine Heavy inj 0.5% , Lidocaine with Adrenaline inj 1 : 80,000 , Neostigmine inj 2.5 mg/ml , Pancuronium Br inj 2 mg/ml , Propofol inj 200 mg / 20 ml , Succinylcholine inj 500 mg , Thiopentone inj 1000 mg , Paracetamol inj 300 mg / 2 ml , เจลกันยุง

2. ยาเฉพาะราย Benzbromarone tab 100 mg , Ivermectin tab 6 mg , Amikacin inj 500 mg , Piperacillin 4 g+Tazobactam 0.5 g inj

3. ยาสนับสนุน EFavirenze 50 mg , Stavudine cap 15 mg , Stavudine cap 30 mg , Clopidogreal tab 75 mg , DTP-HB vaccine , Rabies vaccine , Kaletra syr. , ไฟปะลี้ยักลป์

รายการเปลี่ยนกลุ่ม 1 รายการ Formaldehyde sol เป็น เคมีภัณฑ์

- ปีงบประมาณ 2563 พิจารณาเพิ่มยาในกล่อง Emergency Box 1 รายการ คือ Norepinephrine inj 4 mg/4 ml จำนวน 1 หลอด

(3) ผลการติดตามการปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน ME/ADE การตอบสนองเมื่อเกิด ME/ADE*

- จากที่ทีมนำระบบยา พิจารณาลดรายการยาสำรองที่ห้องฉุกเฉิน และวางระบบการใช้ใบบันทึกพยาบาล สำหรับผู้ป่วยไม่วิกฤต ในงานบริการผู้ป่วยนอกและห้องฉุกเฉิน เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุการที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เช่น แพ้ยาซ้ำ , ใช้ยาที่มีข้อห้ามใช้ , ใช้ยาที่มีอันตรกิริยาต่อกัน , ให้ยาผิดชนิด/ ผิดข้อบ่งใช้/ผิดขนาด/ผิดวิธี/ขนาดไม่เหมาะสม พบว่าการสั่งใช้ยาสำหรับผู้ป่วยไม่วิกฤตทุกรายจะถูกตรวจสอบโดยเภสัชกรก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับยา
- จากปีงบประมาณ 2562-2564 กลุ่มงานเภสัชกรรมฯ จัดเภสัชกรเข้ารับออเดอร์และคีย์สั่งยาโดยตรงที่ ตึกผู้ป่วย (เฉพาะวันเวลาราชการ) แพทย์และเภสัชกรสามารถปรึกษากันได้ทันทีหากเกิดปัญหาในการใช้ ยา และยาจะถูกตรวจสอบโดยเภสัชกรคนที่ 2 เป็น double check ก่อนส่งมอบยา และยา stat dose ถูกส่งมอบเร็วขึ้น
- ความคลาดเคลื่อนทางยาของงานบริการผู้ป่วยนอกในปีงบประมาณ 2560-2564 มีค่าต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด (ต่ำกว่า 1%) ซึ่งจากการทบทวนพบว่าการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาที่มีปริมาณลดลงมาก ถึงแม้ว่าในปีงบประมาณ 2562 ให้รายงานความคลาดเคลื่อนผ่านโปรแกรมแบบเต็มรูปแบบก็ตาม จาก ข้อมูลความคลาดเคลื่อนส่วนใหญ่ยังเกิดที่กระบวนการสั่งยา/คัดลอกยา และกระบวนการก่อนจ่ายยา

กระบวนการสั่งยา/คัดลอกยา ปีงบประมาณ 2560-2564 ความคลาดเคลื่อนทางยา 3 อันดับแรกใน คือ การสั่งยาโดยไม่มีเหตุผลเหมาะสม , สั่งยาขนาดไม่เหมาะสม , สั่งยาไม่ครบรายการ มีความรุนแรงระดับ E 1 เหตุการณ์ เมื่อวิเคราะห์แล้วพบว่าเกิดจากการใช้ประวัติยาเดิมของผู้ป่วยไม่ครบถ้วน และจะเห็นว่าการสั่งใช้ยา โดยไม่มีเหตุผลเหมาะสมลดลงมากเนื่องจากการดำเนินการตามนโยบาย RDU

กระบวนการก่อนจ่ายยา ปีงบประมาณ 2560-2564 โดยความคลาดเคลื่อน 3 อันดับแรก คือ จัดยาผิด ชนิด , จัดยาผิดความแรง , ไม่ลงข้อมูล ซึ่งพบว่าการจัดยาผิดมีจำนวนน้อยลงมาก ซึ่งเมื่อวิเคราะห์แล้วพบว่าในปี 2563-2564 เนื่องจากสถานการณ์โควิดโรงพยาบาลໄຊຟີລີຍมีนโยบายส่งยาโรคเรื้อรังให้ผู้ป่วยที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วย ที่มารับยาที่โรงพยาบาลมีจำนวนลดลง การจัดยาส่งผู้ป่วยที่บ้านเป็นการจัดล่วงหน้าภาวะเร่งรีบในการจัดลดลง ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ความผิดพลาดในกระบวนการจัดยาลดลงด้วย

กระบวนการจ่ายยา ปีงบประมาณ 2560-2564 เป็นการจ่ายยาผิดชนิด ผิดความแรง และจ่ายยาผิดคน แต่การรายงานยังถือว่าข้อมูลน้อยมาก ทีมระบบยาจึงต้องวางแผนกระตุ้นการรายงาน และวางระบบเพื่อคุ้มครองจับ dispensing error เชิงรุก

กระบวนการบริหารยา ปีงบประมาณ 2560-2564 พบว่าการรายงานข้อมูลในกระบวนการนี้น้อยมาก ซึ่งสาเหตุส่วนหนึ่งอาจเนื่องจากปี 2563-2564 โรงพยาบาลໄຊຟີລີຍมีนโยบายส่งยาโรคเรื้อรังให้ผู้ป่วยที่บ้านจาก สถานการณ์โควิด ทำให้การค้นหาความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลไม่สามารถทำได้ ความคลาดเคลื่อนในกระบวนการบริหารยาของผู้ป่วยนอกภายในโรงพยาบาลที่พบ คือ ให้ยาผิดขนาด , ให้ยาผิด ชนิด , ไม่ได้ให้ยา อย่างไรก็ตามทีมระบบยาจึงต้องกระตุ้นให้มีการรายงานความคลาดเคลื่อนในกระบวนการ บริหารยาของผู้ป่วยนอกภายในโรงพยาบาลให้มากขึ้น

- ความคลาดเคลื่อนทางยาของงานบริการผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2560-2564 โดยเป้าหมายที่กำหนดคือ ต่ำกว่า 1% พบว่าการรายงานข้อมูลน้อยลงมาก ซึ่งทางทีมระบบยาต้องเน้นย้ำให้ดำเนินการตาม แนวทางที่วางไว้ เช่น การ round IV rate/IV site ทุก 4 ชั่วโมง และหาวิธีการเพื่อกระตุ้นการรายงานที่ เหมาะสมต่อไป

เมื่อวิเคราะห์ในแต่ละกระบวนการพบว่าความคลาดเคลื่อนเกิดมากใน กระบวนการสั่งยา/คัดลอกยา คือ สั่งยาขนาดไม่เหมาะสม , สั่งยาไม่ครบรายการ โดยพบว่าการสั่งยาขนาดไม่เหมาะสมส่วนใหญ่เกิดกับยาที่ต้อง ปรับขนาดตามค่าการทำงานของไต กลุ่มงานเภสัชกรรมฯ จึงมีแนวคิดในการทำ pop-alert แจ้งผู้สั่งใช้ยาเมื่อมี การคีย์สั่งยา โดยระบุเกณฑ์การปรับขนาดมาตรฐานไว้ (อยู่ระหว่างการดำเนินการ) ส่วนกระบวนการก่อนจ่ายยา

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.ໄຊຟີລີຍ ຈ.ປິງຄາຟ

คือ ลงข้อมูลผิดขนาด , จัดยาผิดขนาด , จัดยาผิดชนิด กระบวนการจ่ายยา คือ จ่ายยาผิดขนาด , จ่ายยาไม่ครบ รายการ กระบวนการบริการยา คือ ไม่ได้ให้ยา

ซึ่งปีงบประมาณ 2562-2564 พบความรุนแรงอยู่ในระดับ E 1 เหตุการณ์ เมื่อวิเคราะห์สาเหตุพบว่าเกิดจากขาดความรอบคอบไม่ปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยา HAD

- ปีงบประมาณ 2562 อุบัติการณ์ระดับ E 1 เหตุการณ์ ผู้ป่วย HT+CKD+TB รัยยาโรงพยาบาลอื่นนอนโรงพยาบาลและมีการปรับขนาดยาและเพิ่มยาความดันขณะนอนโรงพยาบาล เมื่อมาพบแพทย์ตามนัดสั่งใช้ยาเดิมก่อนนอนโรงพยาบาลทำให้ผู้ป่วยขาดยาและความดันสูงต้องกลับมานอนโรงพยาบาล ทีมได้ดำเนินการทบทวนและเน้นการตรวจสอบรายการยาย้อนหลังของผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน (MR) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีประวัติรับยาหลายแหล่ง , ผู้ป่วยที่มีประวัตินอนโรงพยาบาลก่อนมาพบแพทย์ตามนัด
- ปีงบประมาณ 2563 อุบัติการณ์ระดับ E 1 เหตุการณ์ ผู้ป่วยได้รับ KCl tab โดยไม่สมเหตุผลทำให้ต้องรักษาเพิ่มเติม ทีมทบทวนแล้วพบว่าเกิดจาก 1) รายงานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการผิด 2)เภสัชไม่ตรวจสอบผลตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนจ่าย ตามแนวทางการจ่ายยา HAD ทีมจึงเน้นย้ำการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารจัดการยาที่มีความเสี่ยงสูง (HAD) อย่างเคร่งครัด
- LASA : ปีงบประมาณ 2562 พบคู่ยาที่จัดผิดบ่อยคือ Metoprolol และ Metformin ทีมนำจึงพิจารณาเป็น LASA Drug ดำเนินการจัดการตามแนวทาง ปีงบประมาณ 2563 – 2564 ไม่มีรายงานการจัดคู่ยานี้ผิด
- ADR : ปีงบประมาณ 2560 – 2564 ไม่มีอุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำ
- Fatal Drug Interaction : ปีงบประมาณ 2560 – 2564 ไม่มีอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากคู่ยา Fatal Drug Interaction
- Drug Use Evaluation (DUE) : ปีงบประมาณ 2560 – 2564 พบว่ามีอัตราความเหมาะสมของการสั่งใช้มากกว่า 90 % ทั้งด้านข้อบ่งใช้และขนาดยา ซึ่งเกินค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ 80 % โดยตัวยาที่มีการสั่งใช้มากที่สุด คือ Clarithromycin รองลงมาคือ Meropenem โดยความไม่เหมาะสมของข้อบ่งใช้ที่พบมากที่สุด คือ มีการสั่งใช้ยาก่อน ระหว่างรอผลเพาะเชื้อ (Culture/Sensitivity) ทำให้เกิดการใช้ยาที่มี Drug resistant ขึ้นได้ ส่วนความไม่เหมาะสมด้านขนาดยามักจะเกิดจากการไม่ปรับขนาดยาตามค่าการทำงานของไตของผู้ป่วย ดังนั้นกลุ่มงานเภสัชกรรมฯ มีความเห็นเสนอต่อทีมนำระบบยาเน้นย้ำข้อตกลงของการสั่งใช้ยาที่ต้องทำ DUE โดยให้มีผลเพาะเชื้อก่อน และนำมาแนบกับเอกสารแบบประเมินการใช้ยา ถึงจะให้จ่ายออกจากห้องยาได้ และมีการจัดทำแนวทางการปรับขนาดยาตามค่าการทำงานของไต เพื่อให้แพทย์และเภสัชกรได้ตระหนักถึงการปรับขนาดยาให้เหมาะสม
- Medication Reconciliation : ปีงบประมาณ 2562 – 2564 ผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังนอนโรงพยาบาลมีความต่อเนื่องในการใช้ยา มากกว่า 90 % ปีงบประมาณ 2564 มีอุบัติการณ์แนบใบ Medication Reconciliation ผิดคน ทีมทบทวนพบว่าเกิดจากขาดความรอบคอบ ไม่ double check , cross check เอกสารที่พิมพ์แนบประวัติผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล

(4) ผลการติดตามการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงหรือต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง (HAD)

- ปัจจุบันรายการยาเสี่ยงสูงมี 24 รายการ ได้แก่ adenosine inj.,adrenaline inj.,amiodarone inj.,atropine inj.,10% calcium gluconate inj.,digoxin (tab. , inj.),dobutamine inj.,dopamine inj.,fentanyl inj.,Insulin (RI , NPH , Mixtard) , 50% magnesium sulfate inj.,misoprostol tab.,morphine (tab., inj.,syr.),nicardipine inj.,norepinephrine inj.,pethidine inj.,phenytoin inj.,potassium chloride (tab., inj.) , 7.5% sodium bicarbonate inj.,streptokinase inj.,sulprostone inj.,terbutaline inj.,warfarin tab.,3% NSS
- ในปีงบประมาณ 2562 พบอุบัติการณ์จัดยา Warfarin ผิดความแรง 5 เหตุการณ์ ความรุนแรงระดับ B กลุ่มงานเภสัชกรรมฯ ทบทวนแล้ว พบว่าเกิดจาก 1) มีการเพิ่มยาความแรงเพิ่มเติม 2) ขาดความ

รอบคอบไม่ทวนซ้ำ จึงปรับปรุง ชื่อยาในระบบ Hos xp โดยระบุสียา หลังความแรง คือ Warfarin 2 mg (สีส้ม) , Warfarin 3 mg (สีฟ้าเข้ม) , Warfarin 5 mg (สีชมพู) ปีงบประมาณ 2563 – 2564 ยังไม่พบอุบัติการณ์จัดยา Warfarin ผิดความแรง นอกจากนี้ยังพบอุบัติการณ์จ่าย Warfarin ขนาดไม่เหมาะสม ความรุนแรงระดับ D 2 เหตุการณ์ กลุ่มงานเภสัชกรรมฯ ทบทวนแล้ว พบว่าเกิดจากเภสัชกรยังขาดความชำนาญในการตรวจสอบ จึงดำเนินการให้เภสัชกรที่ผ่านการอบรมถ่ายทอดความรู้ให้กับเภสัชกรเพื่อให้มีทักษะในการดำเนินงานในคลินิกตามมาตรฐาน ปีงบประมาณ 2563 – 2564 ยังไม่พบอุบัติการณ์จ่าย Warfarin ขนาดไม่เหมาะสม

- ในปีงบประมาณ 2562-2563 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยได้รับ KCl tab โดยไม่สมเหตุผล ความรุนแรงระดับ E 1 เหตุการณ์ ตามที่ได้อธิบายไปข้างต้น ระดับความรุนแรง B 3 เหตุการณ์ ที่เกิดจากรายงานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดคน ใช้คำสั่ง RM มา ดูผลตรวจทางห้องปฏิบัติการผิด ทีมทบทวนแล้วพบว่าเกิดจากขาดการรอบคอบ ทีมจึงเน้นย้ำการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารจัดการยาที่มีความเสี่ยงสูง (HAD) อย่างเคร่งครัด

(5) ผลการดำเนินงานตามแผนงานใช้ยาสมเหตุผล (rational drug use) และแผนงานดูแลการใช้ยาด้านจุลชีพ (antimicrobial stewardship) :

- การดำเนินงาน RDU ปีงบประมาณ 2564 ผลการดำเนินงานอยู่ขั้นที่ 2 ยังไม่ผ่านเงื่อนไข 1 ตัวชี้วัด ตามตารางที่แนบ 1 คือร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ (<20 %) ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 – 2563 คือ 72.39 % , 66.36 % , 56.17 % , 22.92 % แต่กลับสูงขึ้นในปีงบประมาณ 2564 คือ 42.99 % ทีมได้วิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ข้อมูลที่ได้จากการประมวลผลของ Hos-XP ของโรงพยาบาล เป็นการประมวลผลรวมของแผลสดทุกชนิดซึ่งรวมถึงแผลที่เกิดจากสัตว์กัด ทีมจึงทำการแยกข้อมูลแผลที่เกิดจากสัตว์กัดออก จึงพบว่าร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุมีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 - 2564 คือ 35.18 % , 28.21 % , 20.19 % , 22.42 % แต่ก็ยังไม่ผ่านเกณฑ์ ซึ่งทางทีมที่รับผิดชอบยังต้องหาแนวทางเพื่อกระตุ้นและกำกับให้มีการสั่งจ่ายยาตาม guide line และ CPG ที่กำหนด

(6) การติดตามตัวชี้วัด การทบทวนวรรณกรรม การประเมินและปรับปรุงระบบจัดการด้านยา:

- เพื่อแก้ปัญหาผลลัพธ์การดำเนินงานที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์หรือยังไม่บรรลุเป้าประสงค์ เช่นการดำเนินงาน RDU , การรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา , การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาตั้งแต่ระดับ E ขึ้นไป , ลด Prescribing Error : การสั่งจ่ายยาขนาดไม่เหมาะสม , การติดตาม intensive ADR โดยทีมระบบยาทำการทบทวนหาสาเหตุและวางระบบพร้อมคืนข้อมูลผู้เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการต่อไป
- RDU : การใช้ยาปฏิชีวนะในแผลสด ทีมผู้รับผิดชอบทบทวน guide line กำหนดแนวทางปฏิบัติและชี้แจงผู้ปฏิบัติรับทราบ
- ME ทีมนำระบบยาหาแนวทาง กระตุ้นให้เกิดการรายงานให้มากขึ้น
- การติดตาม intensive ADR : ยังขาดการดำเนินการต่อเนื่อง กลุ่มงานเภสัชกรรม ทบทวนระบบเพื่อปรับปรุงสู่การปฏิบัติต่อไป
- ความคลาดเคลื่อนระดับ E จากเหตุการณ์ผู้ป่วยมาตามนัด หลังนอนโรงพยาบาลแล้วได้รับยาไม่ครบตามรายการที่ปรับเปลี่ยน เน้นผู้ตรวจสอบประวัติยาเดิมผู้ป่วยหากมีประวัตินอนโรงพยาบาลก่อนหน้า ต้องเช็ครายการยากลับบ้านในระบบยา IPD ทุกราย ส่วนเหตุการณ์ผู้ป่วยได้รับยา KCl tab โดยไม่มีเหตุผลเหมาะสม ทีมเน้นย้ำผู้ปฏิบัติดำเนินการตามแนวทาง อย่างเคร่งครัด เน้นการ double chec , cross check และต้องเช็คผลทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นก่อนจ่ายยาทุกครั้ง

II-6.1 ຫ. ສິ່ງແວດລ້ອມສັນນິບສານ

(1) ການຝຶກອົບຮົມເພີ່ມຄວາມຮູ້ຄວາມສາມາດ:

- ອົບຮົມເຈົ້າໜ້າທີ່ໂຮງໝໍາບາດ ແລະເຈົ້າໜ້າທີ່ ຮພ.ສຕ.ເຣືອງໂຣກແລະການໃຊ້ຢາຕາມນິຍາຍໂຮງໝໍາບາດ ສ່ຽເສຣີມການໃຊ້ຢາອ່າຍສມເຫຼຸຜລ (Rational Drug Use Hospital) ປີລະ 1 ຄຽ້ງ ທ່ຳຜົລກາຣດ່ຳເນີນງານ RDU ປຶງບປຽມາຄ 2560 – 2564 ຕ່ຳລະຕ່ຳວຽຸ້ວຕ່ຳມິແນວໂນ້ມຕ່ຳຂຶ້ນ ຕາມຕາຣາງທີ່ແນບ 1
- ປຣັບປຽງຄູ່ມືເຣືອງໂຣກແລະການໃຊ້ຢາຕາມນິຍາຍ ໂຮງໝໍາບາດສ່ຽເສຣີມການໃຊ້ຢາອ່າຍສມເຫຼຸຜລ (Rational Drug Use Hospital) ສ່ຳຮັບໂຮງໝໍາບາດ ແລະ ຮພ.ສຕ. ປີລະ 1 ຄຽ້ງ
- ທບທວນເຣືອງໂຣກແລະຢາ ຕາມ guide line ໃໝ່ ເພື່ອງານປຣິບາດເຄສັຮກຣມໃນຄລິນິກຕ່ຳງ່ຳ ຂ່ຽນ COPD&Asthma , NCD , CKD , TB , ARV , EPI , ຄຶຍຸຂາທາງກາພາຍ ຮມຄຶງກທບທວນຄວາມຮູ້ເຣືອງໂຣກແລະຢາ ຕາມ guide line ທ່ຳປຣັບປຽງຂອງຮບບເຄຣືອຂ່ຳຍຂອງຈຶງທວຳ ຂ່ຽນ ແນວທາງກາຣດູແລຜູ້ປ່ຳຍ Stroke , STEMI , Sepsis , ກາຣດູແລຜູ້ປ່ຳຍຕັ້ງຄຣຣຣຳທີ່ມິກາວະເສຶຍ ທ່ຳຈັດໂດຍໜ່ຳງານກາຍໃນແລະນອກ ໂຮງໝໍາບາດ ໂດຍຮບບເມີທ່ຳກອບຮມອນໂລນ , ວິດີໂອ conference / zoom

(2) ການເຂົ້າຄຶງຂໍ້ມູລເຜືາະຂອງຜູ້ປ່ຳຍຕ່ຳລະຣາຍ:

- ໂຮງໝໍາບາດໃຊ້ໂປຣແກຣມ Hos-xp ຄວບຄຸ້ກກາ scane OPD card (ຂໍ້ມູລກ່ອນໃຊ້ຮບບ Hos-xp) ທ່ຳເຄສັຮກສາມາດໃຊ້ຂໍ້ມູລໄດ້ຈາກທ່ຳສອງແຫ່ງໂດຍມິທ່ຳຂໍ້ມູລພຶ້ນຮຸນທ່ຳໄປ ສ່ຳນສູງ , ນ້ຳໜັກ , vital sign , ປຣະວັຕິແພ້ຍາ , ປຣະວັຕິກາໃຊ້ຢາທ່ຳຜ່ຳນາ , ອາກາຣສ່ຳຄຶຍ , ຜລຕຣວຈທາງທ່ຳງປຣັບຕິກາ , ກາຣວິນິຈຶຍໂຣກ , Note Alert ຕ່ຳງ່ຳ ເພື່ອນຳມາປຣະກອບກາພິຈາຣນາຄວາມເໝາະສມໃນກາສ່ຳໃຊ້ຢາ ແລະສາມາດແນະນຳ ກາຣດູແລຕ່ຳນອນທ່ຳເຄຶວຂ່ຳໄດ້
- ກຸ່ມງານເຄສັຮກຣມ ຈັດທ່ຳຮຸນຂໍ້ມູລຜູ້ປ່ຳຍໂຣກເບາຫວານ ແລະຄວາມຕ່ຳນໂລທິຕສູງ ທ່ຳອາກາຣຄວບຄຸ້ມໄດ້ ສ່ຳຮັບຮັບຢາຕ່ຳເນືອງທ່ຳ ຮພ.ສຕ ແລະປຣັບປຽງຂໍ້ມູລເປັນປັຈຈຸບັນເມື່ອມິກາຣປຣັບຢາ ທ່ຳເຄສັຮກແລະເຈົ້າພັກງານ ເຄສັຮກຣມສາມາດເຂົ້າຄຶງຂໍ້ມູລໄດ້

(3) ການເຂົ້າຄຶງຂໍ້ມູລຢາທ່ຳຈຳເປັນ:

- ຮພ.ກຳທາຣຄ່ຳຕ່ຳຄວາມສ່ຳຄຶຍໃນກາແກ້ຂໍ້ມູລຢາທ່ຳຈຳເປັນໄວ້ເຜືາະຜູ້ທ່ຳຣັບຜິດຂອບທ່ຳນັ້ນ
- ໂປຣແກຣມ Hos-xp ລຽງຂໍ້ມູລພຶ້ນຮຸນຂອງຢາ (ຂໍ້ຢາ,ຮບບ,ຄວາມແຮງ,ຣາຄ່ຳຕ່ຳນຸນ,ຣາຄ່ຳຂາຍ,ED/NED) , ສຣຣພຸຄຸນ , ຂໍ້ຄວຣຣະວັງ
- ຈັດທ່ຳຄູ່ມື ເຣືອງໂຣກແລະການໃຊ້ຢາຕາມນິຍາຍ RDU , High Alert Drug , ຄູ່ມືກາຣປຣິບາຣຢາຊິດ , ຄວາມຮູ້ຄູ່ຢາ , ຕາຣາງຂນາຕຢາໃນຕຶກ ໃຫ້ໜ່ຳງບຣິກາຣ
- ຈັດທ່ຳແຜ່ນຟລິກແລະແຜ່ນພັບກາໃຊ້ຢາທ່ຳຕ່ຳງໃຊ້ເຕກນິກເສຶຍເພື່ອປຣະກອບກາສອນຜູ້ປ່ຳຍ
- ຮບບອິນຕອຣເນຕຣອນຮັບກາຣສຶບຄັນຂໍ້ມູລຕ່ຳນຢາໃນຮຸນຂໍ້ມູລທ່ຳສ່ຳຄຶຍ

(4) ຮບບຄອມປຳວຣຕອຣສັນນິບສານກາຕັດສິນໃຈເຄຶວກ່ຳກາໃຊ້ຢາ ກາສ່ຳສັຍຸຍຸຄເຕືອນ:

- ໂປຣແກຣມ Hos-xp ລຽງຂໍ້ມູລ pregnancy alert , fatal drug interaction ທ່ຳສາມາດ pop alert ເມື່ອມິ ກາສ່ຳໃຊ້ຢາ
- ເພື່ອລດ ME / ADE ກຸ່ມງານເຄສັຮກຣມ ບັນທຶກຂໍ້ມູລຜູ້ປ່ຳຍ ທ່ຳເປັນກຸ່ມເສຶຍ ເພື່ອໃຫ້ pop alert ເມື່ອຄຶຍ HN ຄຶ ປຣະວັຕິແພ້ຍາ , ຜູ້ປ່ຳຍໃຊ້ຢາ Warfarin , Streptokinase , ຜູ້ປ່ຳຍ G-6-PD , ທ່ຳຜູ້ຕັ້ງຄຣຣຣຳທ່ຳຜລ HbAg positive
- ປຶງບປຽມາຄ 2562 ທ່ຳ pop alert ເມື່ອມິກາຣສ່ຳຢາ Glibenclamide , Metformin , NSAIDs , Loratadine , Paracetamol ທ່ຳຜົລກາຣດ່ຳເນີນງານ RDU ປຶງບປຽມາຄ 2560 – 2564 ຕ່ຳລະຕ່ຳວຽຸ້ວຕ່ຳມິແນວໂນ້ມຕ່ຳຂຶ້ນ ຕາມຕາຣາງທີ່ແນບ 1

(5) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพเกี่ยวกับการใช้ยา:

- คลังยาติดตั้งเครื่องควบคุมการปิด-เปิด เครื่องปรับอากาศอัตโนมัติเพื่อให้ทำงานเหลื่อมเวลาครั้งละ 2 เครื่อง ตลอด 24 ชั่วโมง ส่งผลให้อุณหภูมิในคลังอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด
- ทีม ENV ติดตั้งเครื่องดักจับควันในคลังยา และส่วนงานบริการ เพื่อช่วยลดความรุนแรงถ้าเกิดเหตุการณ์เพลิงไหม้
- ทีม ENV จัดพื้นที่ให้บริการให้มีแสงสว่างเพียงพอเหมาะสมในการปฏิบัติงาน ปีงบประมาณ 2564 ปรับปรุงส่วนงานบริการผู้ป่วยนอก

II-6.1 ค. การจัดหาและเก็บรักษา(1) การจัดหายา:

- เพื่อให้ยามีเพียงพอ พร้อมใช้ สำหรับโรงพยาบาล และ รพ.สต. ในเครือข่าย การจัดหาจะประมาณการรายปี จากข้อมูลการใช้ยา 3 ปี ย้อนหลัง โดยมีทั้งวิธีจัดซื้อจัดหาเอง เบิกจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ได้รับสนับสนุนจาก สปสช
- ปีงบประมาณ 2563 – 2564 เนื่องจากสถานการณ์โควิด ทำให้มีสถานะยาโรคเรื้อรังขาดบางรายการ เนื่องจากขาดวัตถุดิบในการผลิตยา ทำให้ต้องปรับการจัดหายาโดยปรับสั่งยาก่อนถึง minimum stock ที่กำหนดและเพิ่มจำนวนคงคลังเป็น 4 เดือน

(2) การเก็บสำรองยาอย่างเหมาะสมและปลอดภัย:

- อัตราการสำรองยากำหนดไม่เกิน 3 เดือน การจัดเก็บแยกตามรูปแบบ ยาเรียงแบบ first expire – first out ยาเสฟติดให้โทษและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทเก็บแยกในตู้ที่มีกุญแจล็อก ยาเสี่ยงสูงเก็บแยกจากยาทั่วไป ยาแช่เย็นแยกเก็บวัคซีน (ตู้เย็น alert เมื่ออุณหภูมิไม่อยู่ในช่วงที่กำหนด) และยาทั่วไป ปีงบประมาณ 2564 เพื่อปรับปรุงระบบ cold chain อยู่ระหว่างการดำเนินการเพื่อติดตั้งระบบ SmartLog เพื่อแจ้งเตือนข้อมูลผ่านแอปพลิเคชันไลน์
- คลังยา ประตูปิด-เปิดกุญแจ 2 ชั้น ติดกล้องวงจรปิด และระบบตรวจจับควันไฟ เปิดเครื่องปรับอากาศควบคุมอุณหภูมิตลอด 24 ชั่วโมง ที่ผ่านมายังมีปัญหาเรื่องความชื้นสัมพัทธ์สูงเกินค่ามาตรฐานในบางช่วงเวลา เช่น เวลาที่ฝนตก ทีมนำระบบยา ร่วมกับทีม ENV หาแนวทางแก้ไขต่อไป
- คลังย่อย สำรองยา 2 อาทิตย์ เนื่องจากข้อจำกัดของสถานที่ เจ้าพนักงานเภสัชกรรมเบิกยาทุกอาทิตย์ เจ้าหน้าที่คลังจ่ายยา การจัดเก็บแยกตามรูปแบบ ยาเรียงแบบ first expire – first out
- ยาแบ่งบรรจุเตรียมสำรอง 1 เดือนครึ่ง โดยระบุชื่อยา ความแรง จำนวน วันที่แบ่งบรรจุ วันหมดอายุ

(3) การจัดให้มียา/เวชภัณฑ์ฉุกเฉินในหน่วยดูแลผู้ป่วย:

- กลุ่มงานเภสัชกรรมฯ เปิดบริการจ่ายยาตลอด 24 ชั่วโมง มีการจัดสำรองยาที่หน่วยต่างๆ เช่น งานผู้ป่วยนอก, ผู้ป่วยใน, ห้องฉุกเฉิน, ห้องคลอด, ห้องผ่าตัด, ฝ่ายทันตกรรม, งานแพทย์แผนไทย, งานกายภาพ, PCU โดยจะทำการสำรองยาซึ่งมีรายการและจำนวนตามบัญชีของแต่ละหน่วย
- 2563 ทบทวนปรับปรุงรายการสำรองใหม่ ดังนี้ ห้องฉุกเฉิน (ตัด CPM inj. 10 mg/ml, Dexamethasone inj. 4 mg/ml เหลือ 51 รายการ), หอผู้ป่วยใน (เพิ่ม Clopidogrel tab. 75 mg รวมมี 39 รายการ), ห้องคลอด (25 รายการ), ห้องผ่าตัด (23 รายการ) โดยสำรองยาจำเป็นตาม guide line stroke, STEMI, Sepsis ยา stat dose ที่ต้องให้ในเวลา 15 นาที และมียาจัดชุด

- Emergency Box (เพิ่ม Norepinephrine inj. 4 mg/4 ml รวมมี 12 รายการ) สำรองที่ ห้องฉุกเฉิน 2 กล่อง หอผู้ป่วยในตึกละ 1 กล่อง ปีงบประมาณ 2564 มีการปรับ Emergency Box เฉพาะห้องคลอด เป็น 4 กล่องตาม CPG guide line คือ

- 1) Emergency Box ทั่วไป (ตัด Calcium Glucnate inj. 10% , MgSO4 50% 2 ml รวมมี 10 รายการ)
- 2) Emergency Box for PPH (Oxytocin inj 10 iu/ml 4 amp. , Methylergometrine inj. 0.2 mg/ml 1 amp., Sulprostone inj. 500 mcg 1 amp., Misoprostal tab 200 mcg 4 tab)
- 3) Emergency Box for PIH (Dihydralazine inj. 20 mg 1 amp. Nicardipine inj. 10 mg/10 ml 2 amp. , Calcium Glucnate inj. 10% 1 amp , Magnesium inj. 50% 2 ml 24 amp.)
- 4) Emergency Box สำหรับทารก Adrenaline inj. 1 mg/ml 15 amp. , 50% Glucose 50 ml 1 vial , 7.5% Sodium Bicarb 50 ml , D-5-W 500 ml , 0.9% N.S.S 100 ml

- EMS Box (ยา 5 รายการ) สำรองที่ ห้องฉุกเฉิน 2 กล่อง

โดยแต่ละหน่วยต้องเช็ควันหมดอายุ และลักษณะทางกายภาพของยาเองทุก 1 เดือน เจ้าพนักงานเภสัชตรวจเช็คยาตามหน่วยทุก 3 เดือน เมื่อพบยาใกล้หมดอายุไม่สามารถใช้ทัน หรือยาเสื่อมสภาพสามารถนำมาเปลี่ยนที่กลุ่มงานเภสัชกรรมได้ทันที

(4) การจ่ายยาเมื่อห้องยาปิด:

- กลุ่มงานเภสัชกรรมฯ เปิดบริการจ่ายยา 24 ชั่วโมง เวิร์บจ่ายยาโดยเภสัชกร เวิร์บจ่ายยาโดยเจ้าพนักงานเภสัชกรรม หากเกิดข้อสงสัยในการปฏิบัติงานให้เจ้าพนักงานเภสัชกรรมโทรปรึกษาเภสัชกรได้ตลอดเวลา และเข้าวันถัดไปทำการทบทวนโดยเภสัชกรและดูความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในเวิร์บเพื่อนำไปแก้ไขและป้องกันเชิงระบบต่อไป

(5) การจัดการกับยาที่ส่งคืนมาห้องยา:

- ยาคืนจากตึกผู้ป่วยใน
 - 1.ยาที่มีคำสั่งใช้ระหว่างนอน รพ. แล้วมีคำสั่ง off พยาบาลส่ง ชาร์ทพร้อมยาที่สั่ง off คืนกลุ่มงานเภสัชกรรมฯทันที เพื่อกลุ่มงานเภสัชกรรมฯ ตรวจสอบ ลง off ยาและคิดมูลค่ายาคืนในระบบ Hos-xp
 - 2.ยาที่มีคำสั่งใช้ระหว่างนอน รพ. วันจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน พยาบาลคืนยาที่เหลือทั้งหมดในลื้อคยาของผู้ป่วยที่กลุ่มงานเภสัชกรรมฯ เพื่อตรวจสอบและคิดมูลค่ายาคืนในระบบ Hos-xp
 - 3.ยาเดิมที่ผู้ป่วยใช้อยู่และนำฝากกลุ่มงานเภสัชกรรมฯ เก็บรักษาไว้ รอวันจำหน่าย ถ้าเป็นยาที่แพทย์สั่งใช้ต่อ จัดคืนให้ผู้ป่วยตามจำนวนที่แพทย์สั่ง ส่วนยาที่แพทย์ไม่สั่งให้ใช้ต่อ/ยาที่เหลือจากจัดให้ผู้ป่วยกลับบ้าน เก็บเพื่อจัดการต่อไป ส่วนยาที่หมดอายุหรือเสื่อมสภาพเก็บทำลาย
- ยาคืนผู้ป่วยนอก ยาคืนจากคลินิกต่างๆ ถ้ายังไม่หมดอายุ ไม่เสื่อมสภาพ จัดคืนให้ผู้ป่วยพร้อมเพิ่มจำนวนตามวันนัด หรือส่วนที่เหลือจากจัดคืนให้ผู้ป่วยเก็บเพื่อจัดการต่อไป แต่ถ้าหมดอายุหรือเสื่อมสภาพเก็บทำลาย
- ยาคืนจากผู้ป่วยที่เหลือที่ยังไม่หมดอายุ ถ้าเป็นยานับเม็ด ยาน้ำที่เปิดใช้แล้ว ส่งทำลาย ส่วนยาอื่นที่ภาชนะบรรจุปิดมิดชิด มีสภาพสมบูรณ์เก็บไว้ใช้ต่อไป
- ปีงบประมาณ 2560 – 2564 ผลการดำเนินงาน ตามตารางที่แนบ 2

II-6.2 ก. การสั่งใช้และถ่ายถอดคำสั่ง

(1) การเขียนคำสั่งใช้ยาและถ่ายถอดคำสั่ง เพื่อการใช้ยาที่ถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัย:

- การสั่งใช้ยาผู้ป่วยนอกผู้สั่งใช้ยาจะสั่งผ่านระบบ Hos-xp โดยใช้ชื่อสามัญทางยาซึ่งต้องระบุ ความแรง ขนาดยา วิธีการให้ยา จำนวน และการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย ซึ่งกำหนดไม่ควรใช้คำสั่ง RM
- การสั่งยาผู้ป่วยใน มีทั้งสั่งโดยตรงจากแพทย์ และการคัดลอกคำสั่งโดยพยาบาลหรือเภสัชกรผ่านทางโทรศัพท์/ไลน์ โดยใช้ชื่อสามัญทางยาซึ่งต้องระบุ ความแรง ขนาดยา วิธีการให้ยา จำนวน และการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยซึ่งกำหนดไม่ควรใช้คำสั่ง ยาโรคประจำตัวเดิม , ยาเดิมผู้ป่วย
- จากปีงบประมาณ 2562-264 กลุ่มงานเภสัชกรรมฯ จัดเภสัชกรเข้ารับออเดอร์และคีย์สั่งยาโดยตรงที่ตึกผู้ป่วยใน (เฉพาะวันเวลาราชการ) แพทย์และเภสัชกรสามารถปรึกษากันได้ทันทีหากเกิดปัญหาหรือข้อสงสัยในการใช้ยา และยาจะถูกตรวจสอบโดยเภสัชกรคนที่ 2 เป็น double check ก่อนส่งมอบยา
- จากการทบทวนพบว่ายังมีการใช้คำสั่ง RM , ยาโรคประจำตัวเดิม , ยาเดิมผู้ป่วย อยู่ซึ่งมีนาระบบยา ต้องทำการวิเคราะห์ข้อมูลผลกระทบ/ปัญหาที่เกิดขึ้น และคืนข้อมูลให้ผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เห็นความสำคัญของการกำหนดไม่ควรใช้คำสั่งเหล่านี้ต่อไป
- การสั่งยาที่ต้องประเมินความเหมาะสมในการสั่งใช้ (Drug Use Evaluation : DUE) ปีงบประมาณ 2564 กำหนด 6 รายการ คือ Amoxicillin + Clavulanate inj. 1.2 g , Ciprofloxacin inj. 200 mg/100 ml , Clarithromycin tab 500 mg , HRIG 300 iu/2 ml , Meropenem inj. 1000 mg , Piperacillin+Tazobactam inj. 4.5 g พบว่ามีอัตราความเหมาะสมของการสั่งใช้มากกว่า 90 % ทั้งด้านข้อบ่งใช้และขนาดยา ซึ่งเกินค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ 80 % โดยตัวยาที่มีการสั่งใช้มากที่สุด คือ Clarithromycin รองลงมาคือ Meropenem โดยความไม่เหมาะสมของข้อบ่งใช้ที่พบมากที่สุด คือ มีการสั่งใช้ยาก่อน ระหว่างรอผลเพาะเชื้อ (Culture/Sensitivity) ทำให้เกิดการใช้ยาที่มี Drug resistant ขึ้นได้ ส่วนความไม่เหมาะสมด้านขนาดยามักจะเกิดจากการไม่ปรับขนาดยาตามค่าการทำงานของไตของผู้ป่วย ดังนั้นกลุ่มงานเภสัชกรรมฯ มีความเห็นเสนอต่อทีมนาระบบยาเน้นย้ำข้อตกลงของการสั่งใช้ยาที่ต้องทำ DUE โดยให้มีผลเพาะเชื้อก่อน และนำมาแนบกับเอกสารแบบประเมินการใช้ยา ถึงจะให้จ่ายออกจากห้องยาได้ และมีการจัดทำแนวทางการปรับขนาดยาตามค่าการทำงานของไต เพื่อให้แพทย์และเภสัชกรได้ตระหนักถึงการปรับขนาดยาให้เหมาะสม

(2) medication reconciliation:

- เริ่มดำเนินการปี 2554 โดยมีการพัฒนาปรับปรุงระบบเรื่อยมา
- ผู้ป่วยนอกคลินิกโรคเรื้อรัง (COPD & Asthma , DM , HT , CKD , HIV , TB , จิตเวช , warfarin , กัญชาทางการแพทย์) โดยจะทบทวนรายการยาเดิมที่ผู้ป่วยได้รับ 2-3 ครั้งล่าสุด ถึงแม้ว่าในช่วงสถานการณ์โควิด ปีงบประมาณ 2563-2564 ที่ส่งยาให้ผู้ป่วยที่บ้าน ทำให้อุบัติการณ์ที่ผู้ป่วยได้รับยาไม่ครบรายการหรือได้รับยาที่สั่งหยุดแล้วลดลง
- ผู้ป่วยใน ทำในผู้ป่วยทุกกลุ่มโรค เริ่มจากเภสัชทบทวนประวัติการรับยาที่โรงพยาบาล แล้วพิมพ์ medication reconciliation form ออกจากระบบ Hos-xp และซีกประวัติเพิ่มเติมเกี่ยวกับยาที่รับจากสถานบริการอื่น (มีระบบติดตามยาไลน์กลุ่มเภสัชกรจังหวัดบึงกาฬ) แล้วบันทึกเพิ่มเติมในเอกสารที่พิมพ์ออกมาส่งแนบขารท์ผู้ป่วยเพื่อให้แพทย์พิจารณา พยาบาลตึกผู้ป่วยในทำการติดตามยาเดิมของผู้ป่วย นำส่งกลุ่มงานเภสัชกรรมฯ เพื่อพิจารณาคืนให้ผู้ป่วยวันจำหน่าย พบว่าแพทย์สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลดังกล่าวได้มากขึ้น สามารถเห็นภาพรวมการใช้ยาของผู้ป่วยได้ชัดเจน สามารถวางแผนการรักษาผู้ป่วยได้เหมาะสม และการติดตามยาเดิมของผู้ป่วยทำได้ครอบคลุมมากขึ้นทำให้การจัดการยาของผู้ป่วยในวันที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลมีความถูกต้องมากขึ้น

- ปีงบประมาณ 2562 – 2564 ผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังนอนโรงพยาบาลมีความต่อเนื่องในการใช้ยา มากกว่า 90 % ปีงบประมาณ 2564 มีอุบัติการณ์แนบใบ Medication Reconciliation ผิดคน 1 เหตุการณ์ ที่มพบทพบว่เกิดจากขาดความรอบคอบ ไม่ double check , cross check เอกสารที่พิมพ์แนบประวัติผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล

(3) ถ้ามีการสั่งจ่ายยาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ใช้ (Computerized Physician Order Entry; CPOE) ระบบมีฐานข้อมูลที่เป็นปัจจุบันที่ช่วยสนับสนุนการตัดสินใจ:

- การสั่งจ่ายยาผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์โดยผู้สั่งใช้โดยตรงจะช่วยลดความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดจากการเขียนด้วยลายมือ เนื่องจากระบบ Hos-xp ได้ถูกวางระบบการแจ้งเตือนที่เกี่ยวกับการสั่งใช้ยาไว้ทั้งข้อมูลเฉพาะตัวของผู้ป่วย ข้อมูลยาที่สำคัญ แต่ปัจจุบันระบบนี้ดำเนินการเฉพาะงานบริการผู้ป่วยนอกเท่านั้น ส่วนงานบริการผู้ป่วยในยังคงเป็นการสั่งจ่ายยาโดยการเขียนใน docter order sheet จึงยังคงพบความคลาดเคลื่อนทางยาในกระบวนการต่างๆอันมีสาเหตุจากการอ่านออเดอร์ไม่ถูกต้อง

II-6.2 ข. การเตรียม เขียนฉลาก จัดจ่าย และส่งมอบยา

(1) การทบทวนคำสั่งใช้ยา:

- เมื่อเภสัชได้รับคำสั่งใช้ยาจะทำการ ค้นหา ติดตาม ประเมิน และแก้ไขปัญหาค่าสั่งใช้ยาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ได้แก่ ความจำเป็นในการได้รับยา ความครบถ้วนของรายการยาที่ควรได้รับ ได้รับยาที่ไม่มีข้อบ่งชี้ในการรักษา ได้รับยาในขนาดสูง/ต่ำ กว่าขนาดที่เหมาะสม การเกิดอันตรกิริยาของยา การสั่งยาในผู้ป่วยที่มีข้อห้ามใช้ การสั่งยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยา รวมถึงความถูกต้องของจำนวนยาที่สั่งใช้ โดยเมื่อพบปัญหา จะทำการประเมิน ถ้าเป็นปัญหาที่สามารถแก้ไขได้เอง เช่นการเปลี่ยนวิธีการบริหารยา ก่อนอาหาร / หลังอาหาร / ก่อนนอน เพื่อความเหมาะสมหรือเพื่อหลีกเลี่ยงอาการไม่พึงประสงค์หรือเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดอันตรกิริยาของยา เภสัชสามารถเปลี่ยนแปลงได้และแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบโดยการโทรปรึกษาหรือบันทึก progress note แต่ถ้าเป็นปัญหาที่อาจส่งผลกระทบต่อการรักษาหรืออาจเกิดผลต่อตัวผู้ป่วย เภสัชจะทำการสอบถามกลับไปยังผู้สั่งใช้ยาพร้อมทั้งให้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจเพื่อยืนยันคำสั่งหรือดำเนินการแก้ไข โดยที่ผ่านมงานบริการผู้ป่วยนอกพบว่าเกิด prescribing error มากที่คลินิกโรคเรื้อรังคือสั่งใช้ยาโดยไม่มีเหตุผลเหมาะสม เนื่องจากการใช้คำสั่ง RM ในระบบ ส่วนที่ห้องฉุกเฉิน เมื่อทำการตรวจโดยไม่ใช้แพทย์พบความคลาดเคลื่อนคือ ขนาดยาไม่เหมาะสม จึงจัดทำคู่มือความรู้คู่ยาเพื่อให้ความรู้แก่พยาบาลที่หน่วยตรวจ และเจ้าพนักงานเภสัชกรรม สำหรับผู้ป่วยในพบ prescribing error มากคือสั่งยาขนาดไม่เหมาะสม และเมื่อพบการสั่งใช้ยาที่เกิดอันตรกิริยากัน ระดับ sig 1 เภสัชจะบันทึก pharmacist note เพื่อแจ้งผลที่อาจเกิดขึ้น สิ่งที่ต้องเฝ้าระวัง และแนวทางการแก้ไข เพื่อให้แพทย์พิจารณา
- ปีงบประมาณ 2562 จัดเภสัชกรเข้ารับคำสั่งแพทย์ที่ตึกผู้ป่วยในโดยตรง ทำให้สามารถปรึกษาระหว่างสหวิชาชีพได้ทันที เมื่อพบปัญหาเกี่ยวกับยา

(2) การจัดเตรียมยา:

- ยาฉีดที่ใช้ตัวทำละลาย / สารน้ำที่เฉพาะ ทำป้ายติดไว้ที่ชั้นยาเพื่อลดการจัดยาคู่สารน้ำที่ไม่เหมาะสม
- ฉลากยาฉีดได้กำหนดเพิ่มเติมในส่วนตัวทำละลายที่เหมาะสม , ข้อควรระวังในการบริหารยาบางตัว
- ห้องยาจัดยาฉีดพร้อมตัวทำละลายที่เหมาะสมเป็นชุดให้หน่วยบริการหลังจากพิจารณาสถานะต่างๆของผู้ป่วยร่วมด้วย
- ห้องยาทบทวนรายการยาของผู้ป่วยรับใหม่บนโรงพยาบาล หากเป็นยาที่ได้รับแล้วก่อนส่งต่อผู้ป่วยเข้าตึกผู้ป่วยใน ห้องยาลงรายการ no stat ให้หน่วยบริการ

- การเตรียมยาฉีดที่เป็น multiple dose มักมีการโทรมาสอบถามถึงความคงตัวหลังผสม และการเก็บรักษาจึงจัดทำตารางความคงตัวของยาหลังผสม และการเก็บรักษา ยาที่จ่ายจะระบุเพิ่มเติมให้ที่ฉลากยา พบว่าการโทรสอบถามลดลง
- การเตรียมยาเฉพาะรายที่ผ่านมา ยาหยอดตา 3% N.S.S 5 ml สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดตา , ยาหยอดตาที่ผู้ป่วยนำมาจาก รพ.อุดรธานี

(3) การติดฉลากยา:

- ยาที่พร้อมส่งมอบให้กับผู้ป่วย มีฉลากยาที่มีข้อมูลครบถ้วน คือ ชื่อ-นามสกุล , HN , วัน เดือน ปี ที่รับยา , ชื่อยา , ความแรง , จำนวน , วิธีการบริหารยา , สรรพคุณ , ค่าเตือน / ข้อควรระวัง ในปี 2560 ตามนโยบาย RDU กลุ่มงานเภสัชกรรมฯ ได้เพิ่มเติมส่วนชื่อยาภาษาไทยลงในฉลากยา และได้จัดทำฉลากยาเสริมสำหรับยา 13 รายการ และที่ผ่านมามีอุบัติเหตุการฉีกฉลากยาผู้ป่วยไม่ปรับขนาดยาตามคำสั่งแพทย์ ทีมทบทวนแล้วพบว่าเกิดเนื่องจากก๊วยตามความเคยชิน จำไม่ได้ว่าตัวไหนมีการปรับเปลี่ยน หรือญาติรับยาแทนแล้วไม่แจ้งผู้ป่วย กลุ่มงานเภสัชกรรมฯ จึงจัดทำจัดทำสติ๊กเกอร์สีเหลืองระบุ “แพทย์ปรับลดขนาดยา” สีเขียวระบุ “แพทย์ปรับเพิ่มขนาดยา” และสีชมพูระบุ “รายการยาใหม่” ติดที่ซองยา
- ยา pre pack พิมพ์ฉลากยา pre pack จากระบบ Hos-xp ระบุชื่อยา , ความแรง , จำนวนที่บรรจุ , Lot No. , วันที่บรรจุ , วันที่หมดอายุ (กำหนด 1 ปีจากวันที่บรรจุ หรือตามวันหมดอายุจริงที่ระบุบนภาชนะเดิม)
- การจัดยาฉีดสำหรับผู้ป่วยในพิมพ์ฉลากยาให้ครบตามจำนวนที่ต้องใช้ใน 1 วันเพื่อให้เพียงพอสำหรับติดภาชนะบรรจุทุก dose เมื่อเตรียมยาสำหรับผู้ป่วยแล้วนำฉลากยาติดที่ภาชนะบรรจุยานั้นทันที ทำให้สามารถตรวจสอบยาที่เตรียมเสร็จแล้ว ว่าเป็นของผู้ป่วยคนใด ขนาดยาเท่าไร บริหารยาอย่างไร แต่ยังคงพบว่ามีกรณีไม่ปฏิบัติตามแนวทางในบางช่วงเวลา ต้องกำชับผู้ปฏิบัติให้ตระหนักเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดขึ้นได้

(4) การส่งมอบยาให้หน่วยดูแลผู้ป่วย:

- ปัจจุบันการกระจายยาในตึกผู้ป่วยในยังเป็น One Day Dose โดยจัดเภสัชเข้ารับ order ในตึกผู้ป่วยเห็นคำสั่งใช้ยาจริง ทำการกระจายยาในตึก หากเป็นยาตัวหลังจากเภสัชเคียยาแล้วจะแจ้งญาติหรือเจ้าหน้าที่ถือ copy order ออกมารับยา ส่วนยา stat dose หลังจากเภสัชเคียยาแล้วจะรวบรวม copy order ทั้งหมดให้เจ้าหน้าที่ออกมารับยาภายใน 15 – 30 นาที เจ้าพนักงานเภสัชจัดยา ตรวจสอบเช็คโดยเภสัชกรรดยาแยกถือครายบุคคล ระบุป้ายชื่อ - สกุล อายุ HN ห้อยยาจัดยาหลังอาหารเย็นพร้อมจ่ายผู้ป่วยหลังส่งรดยา เจ้าพนักงานเภสัชนำส่งรดยาเข้าตึกผู้ป่วย ทำการเช็คซ้ำร่วมกับพยาบาล ส่วนยาเข้าพยาบาลเวรตึกจัดยาแจก ยาเที่ยงพยาบาลเวรเข้าจัดยาแจก

(5) การส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วย:

- การส่งมอบยาผู้ป่วยทำโดยเภสัชกร ช่วงเวลา 08.30 น. – 00.30 น. และเจ้าพนักงานเภสัชกรรม ช่วงเวลา 00.30 น. – 08.30 น.
- การส่งมอบยาผู้ป่วย ทวนชื่อ-สกุล ผู้ป่วย สอบถามอาการปัจจุบัน ประวัติแพ้ยา และต้องตรวจสอบยาก่อนส่งมอบ โดยในเวลาราชการผู้จัดยากับผู้ส่งมอบยาต้องเป็นคนละคน ขณะส่งมอบยาให้ผู้ป่วยหรือญาติต้องให้ข้อมูลยาตามมาตรฐานวิชาชีพ สำหรับยาโรคเรื้อรังต้องให้ผู้ป่วยแจ้งวิธีการบริหารยาเอง สำหรับยาที่มีเทคนิคพิเศษถ้าผู้ป่วยเคยใช้อาจต้องทำการทวนสอบการใช้ยา แต่ถ้าไม่เคยใช้เภสัชต้องเป็นผู้สอนผู้ป่วยและหรือญาติทุกราย ที่ผ่านมามีผู้ป่วยบางรายที่มารับยาไม่ใช่ผู้ป่วยหรือญาติที่ทำหน้าที่บริหารยาให้ผู้ป่วย เมื่อมีการปรับขนาดยาผู้ป่วยรับยาไม่ได้แจ้งหรือเน้นย้ำกับผู้ป่วยหรือญาติที่ทำหน้าที่บริหารยาให้ผู้ป่วยทำให้บริหารยาเองที่บ้านเหมือนเดิม การรักษาก็ไม่เป็นไปตามแผน กลุ่มงานเภสัช

กรรมจึงจัดทำสติ๊กเกอร์สีเหลืองระบุ “แพทย์ปรับลดขนาดยา” สีเขียวระบุ “แพทย์ปรับเพิ่มขนาดยา” และสีชมพูระบุ “รายการยาใหม่” ติดที่ซองยา

- ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 จัดเภสัชกรรับคำสั่งโดยตรงที่ติดผู้ป่วยใน เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านเภสัชกรเป็นผู้ส่งมอบยากลับบ้านให้ผู้ป่วยและญาติในตัวเอง
- การส่งมอบยาในสถานการณืโควิด สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มงานเภสัชกรรมดึงรายชื่อผู้ป่วยรอรับยาที่บ้าน (ยืนยันข้อมูลกับใบนัดที่ออกโดยงานผู้ป่วยนอก) แล้วค่อยส่งยาตามรายการที่ผู้ป่วยมา รพ.ครั้งสุดท้าย ส่งยา 2 เดือน จัดยารายบุคคล แล้วตรวจสอบความถูกต้องโดยเภสัชกร ก่อนแยกยาราย รพ.สต เพื่อนำส่งต่อผ่านเครือข่าย อสม. ส่วนการส่งมอบยา ที่ คลินิก ARI เมื่อกลุ่มงานเภสัชกรรับใบสื่อสารจากเจ้าหน้าที่แล้วจะทำการตรวจสอบการส่งจ่ายยาในระบบ Hos-xp ถ้าไม่มีปัญหาทำการพรีนฉลากยา จัดยา และส่งมอบยาให้ผู้ป่วยที่ คลินิก ARI

II-6.2 ค. การบริหารยา

(1) การบริหารยา การใช้แบบบันทึกการให้ยา (Medication Administration Record; MAR) การตรวจสอบซ้ำ:

- การใช้ใบ MAR ในการบันทึกและตรวจสอบการบริหารยาแก่ผู้ป่วย โดยที่แพทย์ เภสัช พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่อื่นสามารถใช้ข้อมูล เพื่อนำไปสู่การบริหารจัดการยาให้กับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม
- การจัดยาจะไม่จัดล่วงหน้าเป็นเวลานาน ต้องตรวจสอบยา กับใบ MAR เมื่อแจกยา/ฉีดยา ต้องลงชื่อและเวลา แบบ real time เพื่อป้องกันการให้ยาซ้ำ และต้องไม่เซ็นชื่อล่วงหน้าเพื่อป้องกันผู้ป่วยไม่ได้รับยา
- การบริหารยาในตึกผู้ป่วยใน ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562-2564 พบว่า Administration Error 3 อันดับแรกคือ ไม่ได้ให้ยา , ให้ยามืดเวลา , ให้ยามืดความแรง ระดับความรุนแรง D ทีมทบทวนแล้วพบว่าส่วนใหญ่เกิดจากการเซ็นให้ยาล่วงหน้าจึงทำให้เกิดความสับสน จึงต้องเน้นย้ำการบันทึกการให้ยาแบบ real time และเมื่อพบว่ามียาเหลือกลับมาพร้อมรถยา กลุ่มงานเภสัชกรรมต้องทำการตรวจสอบกับพยาบาลทันที

(2) การให้ความรู้ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย/ครอบครัว:

- ผู้ป่วยที่รับยาโรคเรื้อรังจะต้องได้รับการทวนสอบยาที่ใช้ประจำโดยต้องสามารถระบุสรรพคุณยา และวิธีการบริหารยาได้ สำหรับผู้สูงอายุ ,เด็ก หรือผู้ป่วยกลุ่มพิเศษอื่น เช่น จิตเวช ผู้พิการที่ไม่สามารถดูแลตัวเองได้ ญาติผู้ดูแลใกล้ชิดต้องเป็นผู้ถูกทวนสอบและรับทราบข้อมูลยาแทน
- การสอนใช้ยาที่มีเทคนิคพิเศษ เช่น ยาฉีดอินซูลิน ยาพ่น การรับทราบข้อมูลแพ้ยา หรือการใช้ยาที่มีข้อควรห้าม/ข้อควรระวัง การสังเกตอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ถ้ามีญาติต้องให้ญาติร่วมรับทราบข้อมูลด้วย
- ผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลและญาติ รับทราบข้อมูลยาที่ต้องเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เช่น รับประทานยาปฏิชีวนะ ให้สังเกตการณ์เกิดผื่นคันหรืออาการแน่นหน้าอกหายใจไม่ออก ต้องแจ้งเจ้าหน้าที่

(3) การติดตามผลการใช้ยา:

- ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังเช่น DM , HT , CKD , COPD & Asthma , คลินิก ARV , TB ,จิตเวช , warfarin , คลินิกกัญชาทางการแพทย์ จะมีการติดตามผลการรักษาและการใช้ยาในคลินิก ตาม guide line หรือ CPG แต่ละโรค ตามกำหนดเวลา
- ผู้ป่วยที่ใช้ยาที่มีเทคนิคพิเศษ เช่น ผู้ป่วยที่ใช้ยาพ่นรายเก่า จะถูกประเมินการใช้ยาพ่น อย่างน้อย 3 ครั้ง , ผู้ป่วยฉีดยาอินซูลิน แต่เนื่องจากสถานการณ์โควิดปี 2563 – 2564 ส่งยาผู้ป่วยที่บ้านการประเมินผู้ป่วยจึงทำได้น้อยลง

- ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล จะถูกติดตามผลการใช้ยาโดยเภสัชกร ตั้งแต่อาการของโรค ยาที่ใช้ ผลทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ หากมีปัญหาจะทำการปรึกษาแพทย์เพื่อหาแนวทางแก้ปัญหาทันที

(4) การจัดการกับยาที่ผู้ป่วยนำติดตัวมา:

- ผู้ป่วยนอกยาที่ผู้ป่วยคลินิกต่างๆ ถูกลืมจ่ายยังไม่หมดอายุ ไม่เสื่อมสภาพ จัดคืนให้ผู้ป่วยพร้อมเพิ่มจำนวนตามวันนัด หรือส่วนที่เหลือจากจัดคืนให้ผู้ป่วยเก็บเพื่อจัดการต่อไป แต่ถ้าหมดอายุหรือเสื่อมสภาพเก็บทำลาย
- ผู้ป่วยใน กลุ่มงานเภสัชกรรมจะเก็บยาทั้งหมดไว้ที่กล่องเก็บยาเฉพาะราย พร้อมตรวจสอบถ้าเป็นยาที่มีใช้ใน รพ. และแพทย์สั่งใช้ขณะนอน รพ. จะใช้ยา pre pack ของ รพ. จัดให้ก่อน แต่ถ้าเป็นยาที่ไม่มีใช้ใน รพ. และแพทย์สั่งใช้ขณะนอน รพ. จะใช้ยาของผู้ป่วยจัดให้ วันจำหน่ายผู้ป่วย ถ้าเป็นยาที่แพทย์สั่งให้กลับบ้านจะจัดยาเดิมคืนให้ผู้ป่วยตามจำนวนที่แพทย์สั่ง ส่วนยาที่แพทย์ไม่สั่งให้ใช้ต่อ ยาที่เหลือจากจัดให้ผู้ป่วยกลับบ้าน กลุ่มงานเภสัชกรรมฯ เก็บเพื่อจัดการต่อไป ส่วนยาที่หมดอายุหรือเสื่อมสภาพเก็บทำลาย
- ยาที่เหลือจากการจัดที่ยังไม่หมดอายุ ถ้าเป็นยานับเม็ด ยาน้ำที่เปิดใช้แล้ว ส่งทำลาย ส่วนยาอื่นที่ภาชนะบรรจุปิดมิดชิด มีสภาพสมบูรณ์เก็บไว้ใช้ต่อไป

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- การดำเนินการตามนโยบาย RDU ในแต่ละตัวชีวิตมีแนวโน้มดีขึ้นทุกตัว
- พัฒนาระบบ medication reconciliation ที่สามารถใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยให้ต่อเนื่องครบถ้วน และช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายด้านยา
- การบริหารเภสัชกรรม ผู้ป่วยในที่จัดเภสัชกรเข้ารับออเดอร์ จากแพทย์โดยตรง และจ่ายยาข้างเตียง สำหรับผู้ป่วยกลับบ้าน

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
52.การกำกับดูแลการจัดการด้านยา	3.5		- พัฒนางาน RDU ให้ผ่านขั้นที่ 3 - เพิ่มพูนทักษะของบุคลากรเพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วยร่วมกับสหวิชาชีพ
53.สิ่งแวดล้อมสนับสนุนการจัดหาและเก็บรักษา	3.5		- ทบทวนและปรับปรุงระบบสำรอง/เก็บรักษา เพื่อให้ยามีคุณภาพ เพียงพอ พร้อมใช้ - แก้ไขปัญหาความชื้นสัมพัทธ์ในคลังยาให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด
54.การสั่งจ่ายและการถ่ายทอดคำสั่ง	3.5		- การสั่งจ่ายยาผู้ป่วยในผ่านระบบคอมพิวเตอร์ - พัฒนาระบบตรวจสอบ Drug Interaction ในคนละช่วงเวลาของการสั่งจ่ายยา
55.การทบทวนคำสั่ง เตรียม เขียนฉลากจัดจ่าย และส่งมอบยา	3.5		- พัฒนาระบบ IT เพื่อพิมพ์ฉลากยาเสริมจากระบบ Hos-xp ในยา 13 กลุ่ม ตามนโยบาย RDU - พัฒนาระบบติดตาม dispensing error ของผู้ป่วยนอกให้ครอบคลุม
56.การบริหารยาและติดตามผล	3.5		- พัฒนาระบบ IT เพื่อช่วยในการบริหารยาของผู้ป่วยในให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น - มุ่งสร้างการมีส่วนร่วมและเสริมพลังผู้ป่วยและญาติ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.ໄໝ່ພິລັຍ ຈ.ປິ່ງຄາຟ

ตารางที่ 1 แสดงผลการดำเนินงาน RDU ปีงบประมาณ 2560 – 2564

ผลการดำเนินงานโครงการตั้งแต่ ปี 2560 ถึง 2564							
ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	2560	2561	2562	2563	2564
1	ร้อยละของรายการยาที่สั่งใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ	≥ 90 %	91.50	92.64	93.83	97.87	100
2	ประสิทธิผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ PTC ในการขึ้นสื่อสาร และส่งเสริมเพื่อนำไปสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	≥ ระดับ 3	3.00	2.50	3.00	3.00	3.00
3	การดำเนินงานในการจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม และเอกสารข้อมูลยาใน 13 กลุ่ม ที่มีรายละเอียดครบถ้วน	≥ ระดับ 3	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00
4	รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาล	≤ 1 รายการ	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00
5	การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อและส่งเสริมการขายยา	≥ ระดับ 3	1.00	3.25	3.00	3.00	3.00
6	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก	≤ 20 %	35.93	27.31	27.16	23.12	18.84
7	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	≤ 20 %	57.82	45.26	21.08	22.73	15.03
8	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ	≤ 40 %	72.39	66.36	56.17	22.92	42.99
9	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด	≤ 10 %	3.60	4.37	2.35	0.63	1.17
10	ร้อยละของผู้ป่วยความดันเลือดสูงทั่วไป ที่ใช้ RAS blockade (ACEI/ ARB/ Renin inhibitor) 2 ชนิดร่วมกัน ในการรักษาภาวะความดันเลือดสูง	0 %	0.00	0.00	0.00	0.01	0.00
11	ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ glibenclamide ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี หรือน้อยกว่า 65 ปี หรือเท่ากับ 65 ปี และมี eGFR น้อยกว่า 60 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร	≤ 5 %	16.18	11.63	16.74	8.57	0.00
12	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยา metformin เป็นยาชนิดเดียวหรือร่วมกับยาอื่นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล โดยไม่มีข้อห้ามใช้ (ห้ามใช้หาก eGFR < 30 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร)	≥ 80 %	66.97	72.31	75.09	79.99	81.59
13	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน	≤ 5 %	0.02	0.06	0.08	0.12	0.06
14	ร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไปที่ได้รับยา NSAIDs	≤ 10 %	0.07	0.00	0.03	0.04	0.08

ผลการดำเนินงานโครงการตั้งแต่ ปี 2560 ถึง 2564							
ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	2560	2561	2562	2563	2564
15	ร้อยละผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังที่ได้รับยา inhaled corticosteroid	≥ 80 %	81.23	83.36	87.42	91.24	84.42
16	ร้อยละผู้ป่วยนอกสูงอายุ (มากกว่า 65 ปี) ที่ใช้ยาในกลุ่ม long-acting benzodiazepine ได้แก่ chlordiazepoxide, diazepam, dipotassium chlorazepate	≤ 5 %	0.56	0.45	0.41	0.30	0.37
17	จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้ ได้แก่ ยา warfarin*, statins, ergots เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์แล้ว(* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve)	0 คน	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
18	ร้อยละของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ (ครอบคลุมโรคตามรหัส ICD-10 ตาม RUA-URI) และได้รับยาต้านฮิสตามีนชนิด non-sedating	≤ 20 %	3.79	3.42	2.95	3.60	1.84
19	ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ≤ ร้อยละ 20	100 %	18.18	83.25	95.64	100.00	100.00
20	ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย ที่มีการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ≤ ร้อยละ 20	100 %	4.55	49.04	77.26	77.27	95.46
21	ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย ≤ ร้อยละ 20 ทั้ง 2 โรค	100 %	0.00	53.21	75.26	77.27	95.46

ตารางที่ 2 แสดงมูลค่ารายคืน ปีงบประมาณ 2560 – 2564

รายการ	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
มูลค่ารวม (บาท)	168,119.50	108,056.00	159,521.00	173,071.00	108,849.00
ใช้ได้ (บาท)	151,469.00	100,286.50	140,299.00	149,466.00	86,513.00
ทิ้ง (บาท)	16,650.50	7,769.50	19,222.00	23,605.00	22,336.00

II-7.2 ບຸກຄົນທ້ອງຖິ່ນທາງການແພດ/ພາຍາວິທະຍາຄລິນິກ

i. ຜົນສໍາເລັດ						
ປະເດັນຄຸນນະພາບ/ຄວາມສ່ຽງທີ່ສໍາຄັນ: ກຸ່ມງານເຕັກນິກການແພດ ບຸກຄົນທ້ອງຖິ່ນ ຜົນສຳເລັດທາງວິທະຍາ ຖືກຕ້ອງ ແມ່ນຍ້າ ເຂື່ອນໄດ້ໃຫ້ບຸກຄົນທ້ອງຖິ່ນທີ່ປອດກັບ ແລະເພີ່ມພອ						
ຂໍ້ມູນ/ຕົວຢ່າງ	ເປົ້າໝາຍ	2560	2561	2562	2563	2564
ຮວດຮຽນ						
ຮ້ອຍລະການຮ່າງການຜົນສຳເລັດທີ່ກຳນົດ	100	95	95	98	98	99
ຮ້ອຍລະຜູ້ປ່ວຍໄດ້ຮັບຜົນສຳເລັດທາງວິທະຍາ ທັນເວລາທີ່ນັດຜົນສຳເລັດ	100	100	100	100	100	100
ຮ້ອຍລະການຮ່າງການຄ່າວິຖີຕາມແນວທາງ	100	100	100	100	100	100
ອຸບັດຕິການທີ່ເຄື່ອງມືແລະນ້ຳຍາມີພຽງພອ ໄມ່ພ້ອມໃຫ້ບຸກຄົນທ້ອງຖິ່ນ	<5 ຄັ້ງ	3	2	2	5	2
ຖືກຕ້ອງ ແມ່ນຍ້າ ເຂື່ອນໄດ້						
ອຸບັດຕິການການເກັບສິ່ງສົ່ງຮວດຮຽນຜິດ	0 ຄັ້ງ	6	4	5	2	0
ອຸບັດຕິການການຮ່າງການຜົນສຳເລັດ	0 ຄັ້ງ	1	0	1	0	0
ຮ້ອຍລະຮ່າງການເຮັດບັນໄບນ້ຳສົ່ງແລະບັນ ການຂະບວນຮູ້ມີຂໍ້ມູນໄມ່ ຖືກຕ້ອງ ໄມ່ຮ່າງການ	<1	0.07 (22/31267)	0.06 (20/32734)	0.08 (31/37747)	0.15 (44/28343)	0.11 (16/14250)
ຮ້ອຍລະການເກັບສິ່ງສົ່ງຮວດຮຽນທີ່ໄມ່ສາມາດນຳມາ ຮວດຮຽນໄດ້	<1	0.12 (38/31267)	0.09 (30/32734)	0.18 (68/37747)	0.15 (43/28343)	0.15 (22/14250)
ຮ້ອຍລະການຄວບຄຸມຄຸນນະພາບໃນ ທ້ອງຖິ່ນທ້ອງຖິ່ນ(IQC) ໃນຮ່າງການທີ່ເປີດ ໃຫ້ບຸກຄົນທ້ອງຖິ່ນ	ຮ້ອຍລະ 100	90	80	80	80	80
ຮ້ອຍລະຜົນສຳເລັດການປະເມີນຄຸນນະພາບຈາກກົງຄຸກ ການອອກ(EQA)ທັງຜ່ານເຄຣນທ໌	ຮ້ອຍລະ 100	100	100	100	100	100
ປອດກັບ ເພີ່ມພອ						
ອຸບັດຕິການໃຫ້ເລືອດຜິດພາດ	0 ຄັ້ງ	0	0	0	0	0
ຮ້ອຍລະຂອງການມີປະຕິກິຣາຈາກການໃຫ້ເລືອດ	0	0.82 (6/728)	0.39 (3/770)	0.63 (5/789)	0.68 (5/730)	0.22 (1/463)
ອຸບັດຕິການການມີໂລຫິດໄມ່ເພີ່ມພອຕໍ່ຄວາມ ຕ້ອງການ	5 ຄັ້ງ	1	1	0	1	0
ii. ບຸກຄົນ						
ກຸ່ມງານເຕັກນິກການແພດ ຮົງພາຍາວາໄໝ່ພິລິຍ ໃຫ້ບຸກຄົນທ້ອງຖິ່ນທາງທ້ອງຖິ່ນທາງມາຕາມມາດຮູ້ານ ວິທະຍາ ດ້ວຍຄວາມຮວດຮຽນ ຜົນສຳເລັດທາງວິທະຍາຖືກຕ້ອງ ແມ່ນຍ້າ ເຂື່ອນໄດ້ ພ້ອມການໃຫ້ບຸກຄົນທ້ອງຖິ່ນທີ່ປອດກັບ ແລະເພີ່ມພອ						
ຂອບເຂດບຸກຄົນ (ໃນເວລາ ນອກເວລາ ການສົ່ງຮວດຮຽນ): ໃຫ້ບຸກຄົນທ້ອງຖິ່ນ 24 ຊົ່ວໂມງ ມີເວເຣເຂົ້າ ບ່າຍ ດຶກ(ເວເຣຕາມ)						
1. ໃຫ້ບຸກຄົນທ້ອງຖິ່ນທາງວິທະຍາ 6 ສາຂາ ໄດ້ແກ່ ເຄມິຄລິນິກ, ໂລຫິດວິທະຍາ, ຈຸລທຣາດສະຕຣ໌ຄລິນິກ, ຈຸລຊີວິທະຍາ ຄລິນິກ, ກຸມຊື່ມັກກັນວິທະຍາຄລິນິກ ແລະຮຸນາຄາຣເລືອດ ທັງໃນແລະນອກເວລາ						

2. บริการส่งต่อตัวอย่างไปยังห้องปฏิบัติการกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ภายนอก เช่น โรงพยาบาลบึงกาฬ โรงพยาบาลหนองคาย และบริษัทเอกชน ในกรณีรายการตรวจที่เกินศักยภาพของห้องปฏิบัติการ 30 เดียง
3. จัดหาและเตรียมโลหิตที่ปลอดภัยและเพียงพอต่อผู้มารับบริการ
4. บริการให้คำปรึกษาและข้อมูลทางด้านวิชาการเกี่ยวกับห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์แก่ผู้มารับบริการ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

จำนวนผู้ทำการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ปริญญา/ต่ำกว่าปริญญา): อัตรากำลังประกอบด้วยบุคลากรทั้งหมด 6 คน ได้แก่ นักเทคนิคการแพทย์ 4 คน
พนักงานประจำห้องทดลอง 1 คน
พนักงานทั่วไป 1 คน

iii. งบประมาณ

II-7.2 ก. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ

- (1) **การวางแผนและจัดบริการ:** เพื่อเพิ่มศักยภาพการให้บริการให้ครอบคลุม และตอบสนองต่อการดูแลผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มโรค ทางกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ได้มีการจัดบริการเพิ่มรายการตรวจวิเคราะห์ และอัตรากำลัง ดังนี้

นักเทคนิคการแพทย์ 1 คน ในปี พ.ศ.2560

พนักงานทั่วไป 1 คน ในปี พ.ศ.2562

งานโลหิตวิทยา เปิดให้บริการตรวจ PT,INR ในปี พ.ศ.2561

งานเคมีคลินิก เปิดให้บริการตรวจ Amylase ,lactate ในปี พ.ศ.2562

งานจัดซื้อจัดจ้าง เปิดใช้โปรแกรม ERP ในปี พ.ศ.2563

งานธนาคารเลือด เปิดใช้ระบบคลังเลือดผ่านโปรแกรม ในปี พ.ศ.2564

งานภูมิคุ้มกันวิทยาเปิดให้บริการตรวจ Covid-19 Ag และIgM/IgG ในปี พ.ศ.2564

- (2)(4) **พื้นที่ใช้สอย เครื่องมือและอุปกรณ์:** มีการจัดห้องสำหรับตรวจวิเคราะห์ที่เฉพาะและเพียงพอ ตำแหน่งการวางอุปกรณ์ เหมาะสม ถูกต้องตามหลัก IC สะดวกในการใช้งานเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานและมีความปลอดภัยต่อผู้ปฏิบัติงาน บุคคลข้างเคียงและสิ่งแวดล้อม การออกแบบโครงสร้าง และการวางผังจะต้องนึกถึงความคุ้มค่าและการไหลเวียนของงาน (work flow) นับตั้งแต่การรับส่งตรวจจนถึงการรายงานผลการทดสอบ สถานที่ต้องมั่นคง ไม่แตก ร้าว ซึม เป็นระเบียบเรียบร้อย ทำความสะอาดได้ทุกวัน พื้นและทางเดินเรียบสม่ำเสมอผนังเพดานสะอาดไม่มีหยากไย่ เชื้อรา ปราศจากสิ่งประดับห้องที่ไม่จำเป็น มีการควบคุมอุณหภูมิ จัดวางสิ่งของและเครื่องมือให้สะดวกและปลอดภัยในการทำงาน โต๊ะเก้าอี้ต้องได้ระดับเหมาะสมกับการปฏิบัติงาน ติดตั้งอุปกรณ์ดับเพลิงบริเวณใกล้ห้อง อ่างล้างตาและฝักบัวชำระล้างร่างกาย ไฟสำรองฉุกเฉิน เป็นต้น

พื้นที่ใช้สอย แบ่งส่วนการปฏิบัติงานออกเป็น 3 ส่วน คือ

1. พื้นที่ที่ใช้ปฏิบัติการตรวจวิเคราะห์ เป็นพื้นที่ใช้ปฏิบัติการตรวจวิเคราะห์ เช่น เคมีคลินิก จุลทรรศน์ศาสตร์คลินิก โลหิตวิทยา เป็นต้น
2. พื้นสนับสนุนการตรวจวิเคราะห์ ได้แก่ ห้องเจาะเลือด สถานที่นั่งสำหรับผู้รับบริการ ที่เก็บวัสดุวิทยาศาสตร์และอุปกรณ์สนับสนุนการตรวจ เป็นต้น
3. พื้นที่ที่ใช้ในส่วนงานบริหาร ได้แก่ งานธุรการ การเก็บเอกสารข้อมูลตามหมวดหมู่ ตลอดจนห้องพักผู้ปฏิบัติงานกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์

ระบบบำรุงรักษาเครื่องมือ: มีแผนการบำรุงรักษาเครื่องมือและตารางกำหนดการสอบเทียบ เครื่องมือจากบริษัท จะมีเจ้าหน้าที่มาบำรุงรักษาเครื่องตามรอบที่บริษัทกำหนดไว้ ทุกเครื่องจะมีระบบสำรองไฟที่เพียงพอ กรณีเครื่องมือมีปัญหาสามารถตามช่างบริษัทได้ภายใน 24 ชม. ต้องมีการแก้ไขให้พร้อมใช้งาน

(3) **ทรัพยากรบุคคล:** เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ได้มีการจัดการพัฒนาศักยภาพบุคลากรดังนี้

1. มีการจัดทำ Job Description และ Job Assignment สำหรับบุคลากรทุกคนในหน่วยงาน
2. มีการจัดทำแผนการและเข้ารับการฝึกอบรมบุคลากรเพื่อการพัฒนาศกัຍภาพอย่างต่อเนื่องทั้งภายในสาขาวิชาชีพและร่วมกับทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล
3. มีการประเมิน Function Competency เพื่อการพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง

(5)(6) **การคัดเลือกและตรวจสอบมาตรฐานงานบริการจากภายนอก เครื่องมือ วัสดุ น้ำยา ห้องปฏิบัติการที่รับตรวจต่อ ผู้ให้คำปรึกษา:** เพื่อให้บรรลุเป้าหมายกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์มีการกำหนดเกณฑ์การจัดซื้อจัดจ้างโดยพิจารณาจากข้อมูลทางวิชาการ ความเหมาะสมในการใช้งาน ความคุ้มค่า ปริมาณงาน ดังนี้

1. เป็นองค์กร/บริษัทที่จดทะเบียนถูกต้องตามกฎหมาย สินค้า/บริการจะต้องได้รับการรับรองมาตรฐาน ISO / มอก. / ต้องมีใช้ในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ในประเทศไทย
2. สินค้า/บริการ จะต้องมึระบบประกันคุณภาพ ด้านห้องปฏิบัติการ
3. มีระบบบริการหลังการขาย และให้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน
4. มีราคาเหมาะสม ไม่แพงจนเกินไป โดยอ้างอิงราคากลางของเขต 8 หรือของจังหวัด
5. มีการตรวจรับสินค้าให้ตรงตามข้อกำหนดก่อนนำเข้าสู่ระบบ

(7) **การสื่อสารกับผู้ส่งตรวจ:** การสื่อสารกับแพทย์/พยาบาลผู้ส่งตรวจ ได้ใช้วิธีการสื่อสารหลากหลายช่องทางการส่งตรวจ โดยช่องทางหลักคือ ผ่านระบบ Hos-xp ซึ่งได้มีการเชื่อมโยงกับระบบ LIS ที่ใช้เพื่อสื่อสารด้านผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ และสามารถบันทึกข้อมูลค่าวิกฤติที่ได้พบทวนกับองค์กรแพทย์ การปฏิเสธส่งตรวจ และความเสียหายจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นต่อผู้รับบริการได้ แต่ช่องทางที่รวดเร็วที่สุดคือการโทรศัพท์ เช่นขอผลด่วน การรายงานค่าวิกฤติ ทำให้มีประโยชน์ต่อผู้รับบริการที่ได้รับผลการตรวจที่รวดเร็ว ส่วนการส่งผลการตรวจให้กับผู้ป่วยนอกจะมีแผ่นสื่อและบ้มตราว่าผลการตรวจเสร็จแล้วหรือว่ารอผลจากภายนอกก็วัน เพื่อสามารถเข้าดูผลทางระบบ Hos-xp ของโรงพยาบาล ส่วนหน่วยงานอื่น หรือ ติ๊กผู้ป่วยในสามารถดูหรือปริ้นผลผ่านระบบ Hos-xp ได้เช่นกัน

II-7.2 ข. การให้บริการ

(1) **การจัดการกับสิ่งส่งตรวจ:** กรณีที่เป็นสิ่งส่งตรวจจากจุดอื่น เจ้าหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องของใบนำส่งตรวจ และสิ่งส่งตรวจให้ถูกต้องตรงกัน ประกอบด้วย ชื่อ-สกุล อายุ HN ชนิดตัวอย่าง รายการส่งตรวจ ปริมาณตัวอย่าง สภาพตัวอย่าง แล้วรับสิ่งส่งตรวจในระบบ LIS หากพบตัวอย่างไม่เหมาะสมไม่สามารถนำมาตรวจวิเคราะห์ จะทำการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ ในระบบ LIS เพื่อส่งคืนสิ่งส่งตรวจพร้อมใบนำส่งและแบบฟอร์มปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ กลับยังจุดส่งตรวจเพื่อทำการแก้ไขให้ถูกต้อง

เกณฑ์ปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ

1. เลือดที่ส่งตรวจบรรจุในหลอดฝาสีม่วง(EDTA tube) มีลักษณะ Clotted หรือ Partial clotted
2. เลือดที่ส่งตรวจทางเคมี หรือภูมิคุ้มกัน Serum หรือ Plasma มีลักษณะ Hemolysis
3. เลือกภาชนะส่งตรวจไม่ถูกต้อง เช่น ตรวจMB ไม่ใส่ซองซีปทึบแสง เพาะเลี้ยงเชื้อไม่ใส่ขวดsterile หรือมีการสลับฝา
4. สิ่งส่งตรวจที่มีปริมาณไม่เหมาะสมตามเกณฑ์ที่กำหนด

5. ไม่มีฉลากระบุรายละเอียดของชื่อ-สกุลผู้ป่วย HN ผู้เจาะเก็บ วัน เวลาเจาะเก็บ
6. การส่งตรวจในระบบไม่ตรงตาม Order แพทย์ หรือไม่ตรงตามสติ๊กเกอร์ หรือส่งตรวจมาผิดคน
7. สิ่งส่งตรวจที่ไม่นำส่งห้องปฏิบัติการภายในเวลาที่กำหนดตามเอกสารการเก็บ เช่น Urine c/s เก็บไว้นานเกิน 1 ชั่วโมง หรือ Body fluid ที่ไม่รีบนำส่งทันที

(2) กระบวนการตรวจวิเคราะห์:

1. การเตรียมความพร้อมของเครื่องมือ โดยการเช็คความพร้อมใช้งานของเครื่องมือและความเพียงพอของน้ำยาตรวจวิเคราะห์
2. มีการควบคุมคุณภาพภายใน โดยการทำให้ IQC ทุกการทดสอบก่อนการตรวจวิเคราะห์
3. ปฏิบัติตามคู่มือปฏิบัติงาน ตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อผลการวิเคราะห์ที่ถูกต้อง

(3) การส่งมอบผลการตรวจวิเคราะห์ การรายงานค่าวิกฤติ การรักษาความลับ*:

คุณภาพการรายงานค่าวิกฤติ:

ค่าวิกฤติ (Critical/Panic Value) หมายถึง ผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย และจำเป็นต้องรายงานแพทย์โดยด่วน

แนวทางการรายงานค่าวิกฤติ

1. เจ้าหน้าที่กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์โทรแจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทันที เมื่อพบผลการตรวจวิเคราะห์ตามเกณฑ์ค่าวิกฤติ ที่ได้ปรับปรุงตามความต้องการขององค์กรแพทย์
2. บันทึกชื่อผู้รับแจ้ง เวลาที่แจ้ง ในบันทึกการรายงานค่าวิกฤติ ในโปรแกรม LIS และประทับตราค่าวิกฤติ

ค่าวิกฤติกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลໄຊພິລິຍ 16 รายการ ณ วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓

ลำดับ	รายการตรวจวิเคราะห์	ค่าวิกฤติ	
		ค่าต่ำ	ค่าสูง
1	K ⁺	≤ 2.8 mmol/l	≥ 5.8 mmol/l
2	Na ⁺	≤ 120 mmol/l	≥ 150 mmol/l
3	WBC	≤ 2,000 cells/mm ³	≥ 25,000cells/mm ³
4	HCT	≤ 20 %	≥ 60 % (ทารก 65%)
5	Plt	≤ 50,000 /mm ³	≥ 1,00,000 /mm ³
6	Glucose	≤ 60 mg/dl	≥ 400 mg/dl
7	Co2	≤ 15 mmol/l	
8	MB	≥ 17.0 mg %	
9	VCT	≥ 20 min	
10	Trop-T	Positive & Negative ทุกราย	
11	AFB	Positive ทุกราย	
12	Malaria	Positive ทุกราย	
13	Fern test	Positive ทุกราย	
14	Hemoculture	Positive ทุกราย	
15	INR	≥ 5.0	
16	Melioides	Positive ≥1:320	

การรักษาความลับของการรายงานผล:

กำหนดให้เจ้าหน้าที่ห้องกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ ทุกคนมีหน้าที่ปกป้องข้อมูลผู้ป่วย ไม่แจ้งผลการตรวจวิเคราะห์แก่บุคคลอื่นที่ไม่เกี่ยวข้อง โดยมีขั้นตอนการขอข้อมูลการขอสำเนาหรือคัดลอกข้อมูลทางห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ ดังนี้

1. กรณีบุคคลที่มีความประสงค์ขอข้อมูลเวชระเบียนผลการตรวจวิเคราะห์ ผู้ร้องขอต้องแจ้งความประสงค์กับเจ้าหน้าที่งานเวชระเบียนและต้องบันทึกแบบการให้ข้อมูลข่าวสารของทางราชการโดยแจ้งวัตถุประสงค์การขอกรณีบุคคลใดที่ไม่ใช่เจ้าของข้อมูลต้องนำหนังสือขอผลตรวจหรือการยินยอมให้ประวัติจากผู้ป่วยมาด้วยทุกครั้ง
2. กรณีหน่วยงานภายในจะมอบให้คนในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการรักษาพยาบาลเท่านั้น มารับผลการตรวจวิเคราะห์ที่กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ หรือ สามารถปรี้นผ่านระบบ Hos-xp ได้
3. กรณีหน่วยงานภายนอก ต้องมีหนังสือราชการถึงผู้อำนวยการเพื่อขออนุมัติก่อนทุกครั้ง
4. กรณีขอผลการตรวจวิเคราะห์เพื่อส่งต่อรักษาที่โรงพยาบาลอื่น จะทำการปรี้นใบรายงานผลตรวจจากระบบ Hos-XP ผู้ตรวจวิเคราะห์และผู้ตรวจสอบการวิเคราะห์ให้ลงชื่อบนใบรายงานผล แล้วนำผลตรวจใส่ซองปิดผนึกให้เรียบร้อยทุกครั้ง ก่อนส่งมอบให้ผู้ป่วย/ญาติ และให้ผู้รับผลตรวจลงชื่อใน “บันทึกรับผลการตรวจเพื่อส่งต่อโรงพยาบาลอื่น”
5. กรณีมีการตรวจที่ต้องการปกปิดการตรวจจะดำเนินการ ให้แพทย์/พยาบาลผู้ให้คำปรึกษา ทำหน้าที่ให้คำปรึกษา ชี้แจงทำความเข้าใจกับผู้รับคำปรึกษาหรือมีการเซ็นยินยอมก่อนเจาะเก็บสิ่งส่งตรวจ พร้อมนำส่งกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โดยใช้รหัสในการส่งตรวจซึ่งบ่งสิ่งส่งตรวจแทนการเขียนชื่อ-สกุล ลงบนภาชนะบรรจุและบนใบส่งตรวจให้ถูกต้องตรงกัน พร้อมทั้งลงชื่อผู้ให้คำปรึกษา HN ผู้รับคำปรึกษา วันที่ เวลาให้คำปรึกษาให้ครบถ้วน และส่งตรวจผ่านทางระบบ HosXp ของโรงพยาบาล โดยปกปิดชื่อ-สกุลทุกครั้ง
6. กรณีที่แพทย์ต้องการส่งตรวจ Anti-HIV และมีรายการตรวจอื่นๆ แนบมาด้วยนั้น ให้ผู้ให้คำปรึกษาเป็นผู้เก็บสิ่งส่งตรวจ โดยเจาะเก็บสิ่งส่งตรวจตามที่แพทย์สั่ง แยกภาชนะบรรจุสำหรับส่งตรวจ Anti-HIV ออกจากรายการอื่นและใช้รหัสส่งตรวจ แทนการเขียนชื่อ-สกุลผู้ป่วย ส่วนรายการส่งตรวจอื่นให้ส่งตามแนวทางการตรวจปกติ การรับผลตรวจ จะให้ผู้ให้คำปรึกษา/พยาบาลประจำคลินิกหรือผู้ช่วยป็นผู้รับผล พร้อมลงชื่อผู้รับผลตรวจใน “สมุดรับ-ส่งสิ่งส่งตรวจ/ผลตรวจปกปิด” โดยผลการตรวจใส่ในซองเอกสารปกปิด

(4) การจัดการกับสิ่งส่งตรวจหลังการตรวจวิเคราะห์:

กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ กำหนดระยะเวลาเก็บสิ่งส่งตรวจหลังการตรวจวิเคราะห์ เพื่อกรณีใช้ในการขอเพิ่มรายการตรวจ และการตรวจซ้ำจากสิ่งส่งตรวจเดิมเพื่อทวนสอบความถูกต้องของสิ่งส่งตรวจ ดังตารางต่อไปนี้

ชนิดของสิ่งส่งตรวจ	ระยะเวลาการเก็บรักษา	อุณหภูมิที่เก็บ
Heprinized blood, NaF blood	7 วัน	2-8 °C
CSF, Body fluid, Urine, stool, sputum	1 วัน	อุณหภูมิห้อง
Clotted blood	7 วัน	2-8 °C
EDTA blood ส่งตรวจ CBC	7 วัน	2-8 °C
Clotted blood งานธนาคารเลือด	7 วัน	2-8 °C
ตัวอย่างส่งตรวจของคลินิก ANC	7 วัน	2-8 °C
Slide Gram stain, Wright's stain	7 วัน	อุณหภูมิห้อง
Slide sputum AFB	1 เดือน	อุณหภูมิห้อง
Serum Anti-HIV positive	1 ปี	Freezh
Urine Methamphetamine	1 เดือน	2-8 °C

หมายเหตุ : เมื่อครบกำหนดระยะเวลาการจัดเก็บสิ่งส่งตรวจ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์จะทิ้งทำลายสิ่งส่งตรวจ โดยยึดปฏิบัติตาม “คู่มือความปลอดภัยห้องปฏิบัติการทางการแพทย์” และงาน IC โรงพยาบาล

II-7.2 ຄ. ການบริหารคุณภาพและความปลอดภัย**(1) ระบบบริหารคุณภาพ:**

กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ได้มีการจัดรูปแบบการบริหารคุณภาพไว้ดังนี้

1. ด้านวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ได้ปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ และผ่านรับรองระบบบริหารคุณภาพตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ ฉบับปี 2555 (LA) เมื่อปี 2558 และเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่องได้ดำเนินการจัดทำแผนเพื่อยื่นขอการรับรองในปี พ.ศ.2564

2. ด้านความปลอดภัย มีคู่มือความปลอดภัยห้องปฏิบัติการ ซึ่งมีแนวทางการป้องกัน การรักษากรณีเจ้าหน้าที่เกิดอุบัติเหตุเข็มทิ่มตำ เป็นต้น และมีการระบุการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลที่เหมาะสม และบุคลากรมีการตรวจสอบสุขภาพครบถ้วนทุกคน

(2) การเข้าร่วมโปรแกรมทดสอบความชำนาญระหว่างห้องปฏิบัติการ:

1. ในปีงบประมาณ 2564 เข้าร่วมทดสอบความชำนาญครอบคลุมเกือบทุกสาขา งาน หน่วยงานที่เข้าร่วม เช่น กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 8 อุดรธานี ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 1 เชียงใหม่ ศูนย์ประเมินคุณภาพ EQA center มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นต้น

2. บางรายการที่ไม่มีหน่วยงานภายนอกประเมิน จะกำหนดให้มีการทำ Inter Lab Comparison กับเครือข่ายโรงพยาบาลภายในจังหวัด

(3) ระบบควบคุมคุณภาพ:

เพื่อเป็นการประกันความแม่นยำ (Precision) ของผลการตรวจวิเคราะห์ของห้องปฏิบัติการ ได้กำหนดให้มีการใช้เกณฑ์ต่างๆ ในการวิเคราะห์ เช่น Westgard Rule ในการวิเคราะห์และควบคุมของการทำ IQC ตามข้อกำหนดของสภาเทคนิคการแพทย์ และในบางรายการยังไม่สามารถหาสารมาตรฐานมาใช้ในการควบคุมคุณภาพและจึงได้กำหนดให้เป็นโอกาสพัฒนาต่อไป และนักเทคนิคการแพทย์ทุกคนต้องได้ทำทั้ง IQC EQA ในส่วนที่รับผิดชอบ

(4) การเข้าสู่กระบวนการรับรองมาตรฐานซึ่งเป็นที่ยอมรับ/การปฏิบัติตามข้อกำหนดจากองค์กรที่มาประเมิน:

ผ่านรับรองระบบบริหารคุณภาพตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ ฉบับปี 2555 (LA) รับรองครั้งที่ 2 เมื่อ 20 พฤศจิกายน 2558 มีผลถึง 19 พฤศจิกายน 2561 และเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่องได้ดำเนินการจัดทำแผนเพื่อยื่นขอการรับรองในปี พ.ศ.2562 เนื่องจากยื่นต่ออายุได้อีกไม่เกิน 1 ปี แต่เนื่องจากติดสถานการณ์โรคโควิดทำให้ต้องเลื่อนการยื่นรับรองเป็นภายในปี 2564

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

1. ได้ผ่านการประเมินคุณภาพทางห้องปฏิบัติการ Re-LA2 เมื่อเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2558
2. พัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อบริหารจัดการข้อมูลภายในห้องปฏิบัติการเช่นโปรแกรมคลังธนาคารเลือด
3. เปิดตรวจรายการที่เคยส่งต่อภายนอกบางตัวที่สำคัญเพื่อความรวดเร็วในการการวินิจฉัยของแพทย์
4. มีเครื่องมือในการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ ที่เพิ่มประสิทธิภาพและความรวดเร็วในการวิเคราะห์
5. พัฒนาระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ในระดับปฐมภูมิในเขตรับผิดชอบ ให้การผ่านการประเมิน 5 ดาว

v. แผนการพัฒนา			
มาตรฐาน	Score	DAI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
57. บริการห้องปฏิบัติการทาง การแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก			
- ระบบงานคุณภาพห้องปฏิบัติการ ทางเทคนิคการแพทย์	3.0	L	มีแผนการตรวจรับรองคุณภาพตามมาตรฐานเทคนิค การแพทย์ โดยสภาเทคนิคการแพทย์ ในปีพ.ศ.2564
- การวางแผน ทรัพยากร และการ จัดการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์	3.0	L	วิเคราะห์ความคุ้มค่าเพื่อลดค่าใช้จ่าย หรือลดต้นทุน ห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุสมผล
- การจัดบริการปฏิบัติการทางการแพทย์	3.0	L	ทบทวนระบบการตรวจวิเคราะห์และการเก็บข้อมูล เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการลด Turn around time

ระบบการแจ้งผลการติดเชื้อแก่ผู้บริจาคโลหิต/จำนวนผู้ติดเชื้อในรอบปีที่ผ่านมา:

ปัจจุบันโรงพยาบาลໄໝ່ພິລິຍ จะไม่มีระบบการแจ้งผลการติดเชื้อ เนื่องจาก ไม่ได้มีการรับบริจาคโลหิต

มาตรฐานการตรวจร่องรอยการติดเชื้อ (disease marker):

เนื่องจากไม่ได้มีการรับบริจาคเลือดภายในโรงพยาบาล จึงไม่มีการตรวจร่องรอยการติดเชื้อ แต่เลือดที่นำมาใช้ผ่านการตรวจ 7 marker คือ HIV (Ag,Ab),HBsAg,Anti-HCV,Syphilis,HIV RNA,HCV RNA,HBV DNA

ระบบคัดแยก กักกัน ชีบ่งเลือดที่ไม่ผ่านการตรวจและเลือดที่ติดเชื้อ:

ไม่ได้มีการรับบริจาคโลหิต ในโรงพยาบาล จึงไม่มีระบบการคัดแยกเลือดที่ไม่ผ่านการตรวจและติดเชื้อ

ระบบห่วงโซ่ความเย็นของการเก็บรักษาและขนส่ง:

1. กระบวนการเบิกเลือดจากสภากาชาดไทยมีการจัดส่งเลือดผ่านบริษัทขนส่งเอกชนโดยมี Ice pack บรรจุในกล่องโฟมมีความเย็นที่อุณหภูมิ 1- 10 องศาเซลเซียส ส่งภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งเป็นกระบวนการที่ผ่านการสอบเทียบจากสภากาชาดไทยแล้ว เมื่อได้รับให้วัดอุณหภูมิกล่องบรรจุเลือดก่อนนำเข้าตู้เย็น
2. มีตู้เย็นที่ใช้ในงานธนาคารเลือดโดยเฉพาะ เลือดที่รอทดสอบ Compatibility test และเลือดที่รอจ่ายมีการควบคุมอุณหภูมิให้อยู่ในช่วง 2-6 องศาเซลเซียส โดยมีการตรวจสอบอุณหภูมิทุก 8 ชั่วโมงและมีการสอบเทียบตู้เย็นและเทอร์โมมิเตอร์ตามรอบที่กำหนด
3. การจ่ายและรับเลือด ไปยังจุดต่างๆของโรงพยาบาล จะมีกระติกใส่ Ice pack ในกระติกมีความเย็นอยู่ที่อุณหภูมิ 1-10 องศาเซลเซียส
4. กำหนดให้หอผู้ป่วยเบิกเลือดได้ครั้งละ 1 ยูนิต ต่อผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อป้องกันการเสื่อมสภาพของโลหิตที่ยังไม่ได้นำไปใช้กับผู้ป่วย
5. ในกรณีที่หอผู้ป่วยรับเลือดไปแล้วไม่ได้ใช้ ให้นำกลับมาคืนยังห้องปฏิบัติการภายใน 30 นาที

ประเด็นที่ยังไม่สามารถดำเนินการตามมาตรฐาน/แนวทางของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติได้:

การเปิดรับบริจาคโลหิต เนื่องด้วยอัตรากำลังและสถานที่ยังไม่พร้อม และการแยกตู้เย็นสำรองเลือดกับรอจ่ายเลือดที่มีเพียงตู้เย็นเดียวที่ได้มาตรฐานการเก็บ

การเข้าร่วมระบบประกันคุณภาพจากภายนอก:

เข้าร่วมการประเมินคุณภาพการตรวจวิเคราะห์จากองค์กรภายนอกทุกปี สาขานาการเลือด กับสำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยสำนักงานมาตรฐานห้องปฏิบัติการจะส่งตัวอย่างเลือด มาทดสอบปีละ 3 ครั้ง พบว่าการประเมินผลในแต่ละครั้งได้ตามเป้าหมายตัวชี้วัดที่กำหนดคือ Excellent ผ่านเกณฑ์

การรับรองคุณภาพที่ได้รับ:

ได้รับการประเมินคุณภาพการตรวจวิเคราะห์ดีเยี่ยมอย่างต่อเนื่องตลอดทุกปี สาขานาการเลือด พร้อมใบประกาศว่าเข้าร่วมตลอดการประเมิน

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

1. พัฒนาระบบการตรวจวิเคราะห์และการจ่ายเลือดให้ได้ตามมาตรฐาน สามารถทวนสอบได้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับเลือดอย่างถูกต้อง ถูกคน และปลอดภัย
2. สร้างเครือข่ายการขอเลือด, แลกเปลี่ยนเลือดระหว่างโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลชุมชน
3. การคืนเลือดหลังการจองเลือดเพื่อหมุนเวียนการใช้เลือดกับผู้ป่วยรายใหม่ภายใน 3 วัน
4. ลงโปรแกรมธนาคารเลือด ซึ่งจะสะดวกต่อการเช็ค Stock online หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถดูปริมาณคงคลังเลือด ในระบบออนไลน์ได้ พร้อมทั้งระบบจะมีการบันทึกผลการปฏิบัติงานอย่างครบถ้วน

v. แผนการพัฒนา			
มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
58. ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต	3.0	L	พัฒนางานธนาคารเลือดให้มีโลหิตเพียงพอต่อความต้องการ

II-7.3 ພາຍາວິທຍາກາຍວິກາດ & II-7.5 ບຣິກາຣຕຣວງວິນິຈັຍອື່ນໆ

i. ຜູ້ລຸ້ນ						
ປະເດັນຄຸນຄາມ/ຄວາມເສັຍທີ່ສຳຄັຍ: ກຸ່ມງານເຕັກນິກາຣແພັຍ ບຣິກາຣຣວດຣ໌ ຜູ້ກຣຕຣວງວິເຄຣາະທີ່ ຄູ້ຕ້ອ ແມ່ນຳ ເຂື່ອໄດ້ໃຫ້ບຣິກາຣໂລຫິດທີ່ປຸດຄັຍ ແລະເຟັຍພອ						
ຕັ້ງຊື່ວັດ	ເປົ້າໝາຍ	2560	2561	2562	2563	2564
ອັຕຣາກາຣເກັບສິ່ງສ່ຣວງຜິດຕຸນ	0 ຄັ້ງ	6	4	5	2	0
ອຸປັຕິກາຣນິກາຣຣາຍງານຜູ້ຜິດ	0 ຄັ້ງ	1	0	1	0	0
ຮ້ອຍລະຮາຍລະເອັຍຕຸນໃບນຳສ່ຣງແລະ ບຸນຄາຣະບຣຣຸຊື່ມີຂໍ້ມູນໄມ່ ຄູ້ຕ້ອ ໄມ່ຕຣຣງກັນ	<1	0.07 (22/31267)	0.06 (20/32734)	0.08 (31/37747)	0.15 (44/28343)	0.11 (16/14250)
ຮ້ອຍລະກາຣເກັບສິ່ງສ່ຣວງທີ່ໄມ່ ສາມາຣນຳມາຕຣວງວິເຄຣາະທີ່ໄດ້	<1	0.12 (38/31267)	0.09 (30/32734)	0.18 (68/37747)	0.15 (43/28343)	0.15 (22/14250)
ii. ບຣິບທ						
<p>ກາຣຕຣວງວິນິຈັຍທີ່ໃຫ້ບຣິກາຣ:</p> <p>ໂຣງພາບາລໄໝ່ພິສັຍຍັງໄມ່ມີພາຍາວິເພັຍ ທຳໃຫ້ຕ້ອສ່ຣວງພາຍາວິທຍາກາຍວິກາດ & ບຣິກາຣຕຣວງ ວິນິຈັຍ ກັບບຣິຊັທແລບຄາຣນອກ ຈື່ງໃນປັຈຸບັນໂຣງພາບາລໃຫ້ບຣິຊັທສູນຍ໌ແລ້ປຣໂນບຸຣີ ຈຳກັດ ສາຂາອຸຕຣຣາຣນີ ເປັນບຣິຊັທເອກຂຸນ ທຳຜ່ານກາຣຣັບຣອງກາຣປຣະກັນຄຸນຄາມ ດ້ວຍມີຣະບຸບຸງງານດັ່ງນີ້</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ກາຣມາຣັບສິ່ງສ່ຣວງ ຈະມາຣັບວັນເວັ້ນວັນ ຍກເວັ້ນວັນອາທິຕຍ໌ 2. ລຸງເປັຍນຳສ່ຣງ ແລະຕຣວງສອບຄວາມຄູ້ຕ້ອ ສິ່ງສ່ຣວງຕາມແນວປຸກັບຕິ 3. ຣາຍງານຜູ້ສ່ຣວງຕາມໃນ 2 ສັປຕາທ໌ ສາມາຣຄູຜູ້ໄດ້ທາງອອນໂລນ໌ 4. ມີຄູ້ມືອຸຕຣວງສອບຣາຄາຕາມເຄຣນທີ່ໄມ່ເຄີນຣາຄາຕາມປຣະກາຣກຣມບັ້ຍຊື່ກຸງສາງ 5. ຣວບຣວມຂໍ້ມູນເປັຍຈຳຍາຍເງັນທຸກເດັອນ 						
iii. ກະບວນກາຣ						
II-7.3 ພາຍາວິທຍາກາຍວິກາດ						
(1) ກາຣປຣະເມັນ ກາຣຕຣືຍມູ້ປຸ້ຍ ກາຣໃຫ້ຂໍ້ມູນແລະຂອຕຳຍິນຍອມ:						
<p>ເພື່ອໃຫ້ບຣຣຸເປົ້າໝາຍຂອກາຣປຣະເມັນ ແລະກາຣຕຣືຍມູ້ປຸ້ຍ ກາຣໃຫ້ຂໍ້ມູນ ແລະຂອຕຳຍິນຍອມ ທາງ ໂຣງພາບາລໄດ້ປຸກັບຕິຕາມຣະບຸບຸງງານທີ່ມີມາຕຣກາຣດັ່ງນີ້</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ມີກາຣຕຣືຍມູ້ປຸ້ຍ ແລະຄູາຕິ ດ້ວຍແພັຍປຣະເມັນຄວາມຟຣ້ອມ ອືບຍາຍຂັ້ນຕອນຕ່າງໆ ຂອກາຣທຳ ທັດຄາຣ ກາຣນັດຟັງຜູ້ສ່ຣວງ ແລະໃຫ້ຕຳຍິນຍອມ 2. ເມື່ອເຄີນສັກຍາຣຈະຕ້ອສ່ຣງ ຣັກຊາທີ່ສຳຄັຍບຣິກາຣອື່ນໆ ເຊັ່ນ ໂຣງພາບາລບິງຄາຟ , ສູນຍ໌ມະເຣັງອຸຕຣຣາຣນີ 						
II-7.5 ບຣິກາຣຕຣວງວິນິຈັຍອື່ນໆ						
(1) ກາຣປຣະເມັນ ກາຣຕຣືຍມູ້ປຸ້ຍ ກາຣໃຫ້ຂໍ້ມູນແລະຂອຕຳຍິນຍອມ:						
ຕຳເນີນກາຣເຊັ່ນເດັຍວັກກັນກັບ II-7.3 ພາຍາວິທຍາກາຍວິກາດ						
(2) ກາຣແປຣຜູ້ກຣຕຣວງ ແລະຣາຍງານຜູ້ຜິດ*:						
ເພື່ອໃຫ້ບຣຣຸເປົ້າໝາຍໃນກາຣແປຣຜູ້ກຣຕຣວງ ແລະຣາຍງານຜູ້ຜິດຣັບຂື້ນເນື້ອໂຣງພາບາລໄໝ່ພິສັຍ ໄດ້ ປຸກັບຕິຕາມຣະບຸບຸງງານທີ່ມີມາຕຣກາຣດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້						

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.ໂ໊ພິລັຍ ຈ.ບຶງຄາຟ

1. แพทย์ผู้รักษาจะเป็นผู้แปลผลการตรวจชิ้นเนื้อด้วยตนเอง
2. การรายงานผลตรวจชิ้นเนื้อจะส่งผลรายงานทางออนไลน์
3. ผลการตรวจออนไลน์ จะสแกนแนบไฟล์ใส่ในประวัติผู้ป่วย เพื่อเก็บเป็นข้อมูล ใช้ในการรักษาผ่านโปรแกรม Hos xp และระบบ LIS ตามคำสั่งรายการตรวจชิ้นเนื้อ
4. ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการผลตรวจไปรักษาต่อที่อื่น สามารถติดต่อรับผลตรวจได้ที่กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์เนื่องจากสแกนผลเก็บไว้ทุกราย

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

มีระบบการส่งตรวจพยาธิวิทยาไปยังศูนย์ส่งต่อภายนอกและได้รับการรายงานผลที่รวดเร็ว

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
59. พยาธิวิทยากายวิภาค และบริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ	3.0	L	ทบทวนการคัดลอกผลการรายงาน สิ่งส่งตรวจ โดยใช้ระบบ LIS เพื่อป้องกันความผิดพลาดของข้อมูล

III-1 ການເຂົ້າດຶງແລະເຂົ້າຮັບບໍລິການ

i. ຜົນສໍາເລັດ						
ປະເດັນສໍາຄັນທີ່ຄວນຮາຍງານ: ການເຂົ້າດຶງ ຄວາມຄຽບຄຸມ ປະສິທິຜົນ ປະສິທິຖາພ						
ຕົວຊີ້ວັດ	ເປົ້າໝາຍ	2560	2561	2562	2563	2564
ຮ້ອຍລະຂອງການກັດແຍກ undertriage ທີ່ ER	< 5 %	N/A	N/A	N/A	7	6
ຮ້ອຍລະຂອງການກັດແຍກ overtriage ທີ່ ER	< 15 %	N/A	N/A	N/A	17	15
ອຸບັດຕິການກັດແຍກທີ່ຫ້ອງຊຸກເຊີນ ຄລາດເຄື່ອນ ຮະດັບ E ຂຶ້ນໄປ	0 ຄັ້ງ	N/A	N/A	N/A	0	0
ອຸບັດຕິການເກີດການຮະບຸຕົວຜູ້ປ່ວຍພິດພລາດ	0 ຄັ້ງ	9	4	23	8	6
ອຸບັດຕິການຮະບຸຕົວຜູ້ປ່ວຍພິດພລາດ ຮະດັບ E ຂຶ້ນໄປ	0 ຄັ້ງ	0	0	0	0	1 (F)
ຮ້ອຍລະເວລາຕອບສອນຂອງການເຮັດໃຊ້ EMS ກາຍໃນ 10 ນາທີ	100 %	78.82	80.87	77.70	77.53	73.33

ii. ບຣິບທ

ໂຮງພະຍາບາລໄໝ່ຟີລີ້ ເປັນໂຮງພະຍາບາລຊຸມຊົນຂະໜາດ 30 ເຕັ້ຍ ແລະ ຈານການພະຍາບາລຜູ້ປ່ວຍອຸບັດຕິເຫດຊຸກເຊີນແລະ ນິຕິເວຂ ໃຫ້ບໍລິການຄຽບຄຸມການຕຽວຮັກຂາ 24 ຂົ່ວໂມງ ດ້ວຍມີແພທຢ໌ເວຣ ແລະ ເຈົ້າໜ້າທີ່ພະຍາບາລຜູ້ປ່ວຍປ່ຽນ ພຸມເນີນການປະຕິບັດງານ ມີຮະບົບບໍລິການການແພທຢ໌ຊຸກເຊີນ (EMS) 1669 ມີເຄືອຂ່າຍການອອກປະຕິບັດການຄຽບຄຸມ ພື້ນທີ່ 100 % ໃຫ້ບໍລິການຕຽວຮັກຂາໂຮກທົ່ວໄປນອກເວລາ ບໍລິການຕຽວຮັກຂາຜູ້ປ່ວຍຄຸ້ມ ການຂັ້ນສູຕຽຟລິກສຟ ການອອກໜ່ວຍ ປຸຸມພະຍາບາລງານຕ່າງໆທີ່ສ່ວນຮາກຂາຂອຄວາມອນຸເຄຣາຮ່ ເປັນສູນຍໍປຽສານການສ່ງຕໍ່ຜູ້ປ່ວຍໄປຍັ້ງໂຮງພະຍາບາລທີ່ມີ ສັດຢາພາສູງກວ່າ ເປັນສູນຍໍຄວບຄຸມການໃຊ້ຮນອກເວລາຮາກຂາ ບໍລິການຈັດການການຄູແລຜູ້ປ່ວຍ FAST TRACK ການສ່ງ ຕໍ່ທີ່ຮວດຣ໌ແລະທັນເວຂ

ກຸ່ມຜູ້ປ່ວຍທີ່ມີປະຖາຍາໃນການເຂົ້າດຶງ:

- ກຸ່ມຜູ້ປ່ວຍຊຸກເຊີນ : Stroke, STEMI, Head Injury, Sepsis
- ກຸ່ມຜູ້ປ່ວຍໂຮກເຮື້ອຮັ້ງ: DM, HT, COPD, CKD
- ກຸ່ມຜູ້ປ່ວຍເລພາະທີ່ມີປະຖາຍາຕໍ່ການເຂົ້າດຶງ : ຜູ້ປ່ວຍຈິຕເວຂ
- ກຸ່ມຜູ້ປ່ວຍຕ່າງຂາດີທີ່ມີປະຖາຍາໃນການສື່ອສາຮ

iii. ກະບວນການ

ໂຮງພະຍາບາລຈັດຮະບົບການໃຫ້ບໍລິການໃນແຜນກຸ່ມຜູ້ປ່ວຍນອກ (OPD) ແບ່ງເປັນຕຽວຮັກຂາທົ່ວໄປແລະມີແຍກຕຽວຮັກຂາ ເລພາະໂຮກ ແລະຕັ້ງແຕ່ປັ້ງປຽສາມາດ 2563 ເປັນຕົ້ນມາ ໂຮງພະຍາບາລເປີດຕຽວຮັກຂາເລພາະທາງໂຮກໃນເດັກເພີ່ມ ເປີດທຳ ການໃນເວລາຮາກຂາ ວັນຈັນຕຽຣັດຈົນຕຽຣັດ ເວຂ 08.30-16.30 ນ. ແລະເປີດບໍລິການໃນແຜນກຸ່ມອຸບັດຕິເຫດແລະຊຸກເຊີນ (ER) ຮະບົບບໍລິການການແພທຢ໌ຊຸກເຊີນ ຕລອດ 24 ຂົ່ວໂມງ

ຕົວຢ່າງໂຮກ (proxy disease)	ການປະຕິບັດທີ່ເຮັດໃຫ້ເກີດຄຸນຄ່າຂອງການເຂົ້າດຶງແລະເຂົ້າຮັບບໍລິການ
Stroke, STEMI, Sepsis, Head Injury	ເພື່ອໃຫ້ຜູ້ປ່ວຍໄດ້ຮັບບໍລິການອ່າງຮວດຣ໌ ທັນເວຂ (safety and timely access) ມີຮະບົບການກັດແຍກແລະຈັດລຳດັບການພະຍາບາລ ທີ່ ຫ້ອງຊຸກເຊີນທີ່ມີ ປະສິທິຖາພ ດ້ວຍໃຊ້ moph Triage ຊຶ່ງຄຽບຄຸມທັ້ງ 4 ໂຮກ ພວ່າ ອັຕຽຣາຜູ້ປ່ວຍ STEMI ເຂົ້າຮະບົບ Fast tract ມີອັຕຽຣາເພີ່ມຂຶ້ນ ດ້ວຍການສ່ງຕໍ່ ຜູ້ປ່ວຍມີຄວາມຮວດຣ໌ສ່ງເອກສາຮຂໍອຸມຸລຜູ້ປ່ວຍຄູ່ຂະໜານກັບການສ່ງຕົວຜູ້ປ່ວຍທຳ ໃຫ້ການສ່ງຕົວຮວດຣ໌ຢ່າງຢື່ນຂຶ້ນ

(1) การตอบสนองปัญหาและความต้องการบริการสุขภาพของชุมชน:

เพื่อลดอุปสรรคการเข้าถึงของกลุ่มโรคเรื้อรัง มีการเปิดคลินิกพิเศษเฉพาะโรคเพื่อแยกผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังออกจากผู้ป่วยตรวจโรคทั่วไป โดยให้บริการแบบ one stop service เพื่อลดความแออัดและผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมและทั่วถึงและมีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนขณะรอตรวจโดยมีแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินให้ได้รับการตรวจรักษาอย่างรวดเร็ว เช่น HT clinic , DM clinic , Asthma clinic , COPD clinic , นภาคินิก(HIV) , TB clinic ,CKD clinic ,คลินิกจิตเวช เลิกบุหรี สุราและสารเสพติด โดยมีพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทาง และมีบริการ 1669 และเครือข่ายกู้ชีพในชุมชนเพื่อให้บริการความช่วยเหลือฉุกเฉิน แต่ยังคงพบกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตสีแดงที่มาด้วยระบบ EMS ต่ำกว่าเกณฑ์ จึงต้องพัฒนาระบบ EMS มีการประชาสัมพันธ์ระบบ 1669 ให้ประชาชนเข้าถึงบริการให้ทันเวลามากขึ้น

(2) การประสานงานกับหน่วยงานที่ส่งผู้ป่วยมา:

หน่วยงานที่ส่งต่อผู้ป่วย ได้แก่ หน่วยกู้ชีพระดับตำบล ,โรงพยาบาลอื่น ๆ โดยกรณีส่งต่อเคสฉุกเฉินจะมีการแจ้งข้อมูลก่อนนำส่งและส่งต่อผู้ป่วยในระบบส่งต่ออิเล็กทรอนิกส์ไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรวดเร็วทันเวลา

(3) การคัดแยก (triage) การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินหรือเร่งด่วนอย่างเหมาะสม*:

เพื่อแก้ปัญหาการคัดแยกผู้ป่วยให้ถูกต้อง ทันเวลาในกลุ่มโรค Fast track ได้จัดทำแนวทาง Triage ใน OPD,ER ที่ชัดเจนร่วมกัน พังเริ่มเก็บข้อมูลความเสี่ยง under triage หรือ over triage ที่มีแนวทางชัดเจน ในปีงบประมาณ 2563 เป็นต้นมา ดังนั้น จึงมีการจัดประชุมหาแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยเพื่อเก็บข้อมูลให้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น มีการนำแบบคัดแยกนำส่งผู้ป่วยจากจุดคัดแยกมาที่ห้องฉุกเฉินและมีการสรุปแบบคัดแยกว่า under triage หรือ over triage ให้จุดคัดแยกเก็บข้อมูลสรุปทุกเวอร์ ผลลัพธ์อัตรา Triage ผู้ป่วยฉุกเฉินที่ ER ถูกต้องเพิ่มขึ้น

(4) การดูแลเบื้องต้นและส่งต่อ สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้การรักษาได้:

โรงพยาบาลໄໝ່ພິສັຍสามารถให้การดูแลผู้ป่วยระดับทั่วไป และมีแพทย์เฉพาะทางกุมารแพทย์ กรณีผู้ป่วยที่มีโรคซับซ้อน ฉุกเฉิน ต้องมีการส่งต่อเพื่อได้รับการดูแลจากแพทย์เฉพาะทาง ต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยพิเศษ เช่น CT scan ทางโรงพยาบาลจะส่งต่อผู้ป่วยไปรับการตรวจที่โรงพยาบาลบึงกาฬ หากผลการตรวจปกติ ก็จะให้กลับมานอนรักษาที่โรงพยาบาลໄໝ່ພິສັຍ หากผิดปกติก็จะพิจารณาส่งต่อไปรักษาโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า เช่น โรงพยาบาลหนองคาย โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี โรงพยาบาลสกลนคร โรงพยาบาลศรีนครินทร์ เป็นต้น

บทเรียน : ในผู้ป่วย Stroke ที่ส่งต่อมีอุบัติเหตุกรณีขณะ refer ไป CT scan ที่ รพ.บึงกาฬ ผู้ป่วย Dx. Stroke ส่ง CT scan ที่บึงกาฬ ขณะรอผลตรวจ CT scan ผู้ป่วยมี GCS drop ลง ต้องใส่ท่อช่วยหายใจที่ รพ.บึงกาฬ จึงนำมาทบทวน ได้จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย stroke ที่มี GCS \leq 11 จะใส่ท่อช่วยหายใจทุกราย ก่อน Refer CT scan รพ.บึงกาฬ ปัจจุบันยังไม่พบผู้ป่วย stroke ที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจและเสียชีวิตระหว่างการนำส่ง

กรณีผู้ป่วย Stroke, Head Injury R/O Hemorrhage ใช้ช่องทางด่วนในการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลหนองคาย โรงพยาบาลอุดรธานี ที่มีศักยภาพสูงกว่า โดยไม่ได้ส่งต่อไปโรงพยาบาลบึงกาฬก่อน

กรณีผู้ป่วย STEMI มีระบบปรึกษาอายุรแพทย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลอุดรธานี และสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ทันที ก่อนส่งไปทำ PCI

กรณีผู้ป่วยวิกฤตอาการไม่คงที่ ให้การรักษาเบื้องต้นจนผู้ป่วยอยู่ในระยะปลอดภัยจึงทำการส่งต่อหรือย้ายไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพรักษาต่อเนื่อง

กรณีโรคเรื้อรังหรือโรคซับซ้อนที่ต้องรักษานานและต้องการความรู้ทางวิชาการใหม่ๆ จากโรงเรียนแพทย์หรือ โรงพยาบาลศูนย์ เช่น Malignancy, Autoimmune disease แพทย์และพยาบาลของโรงพยาบาลประสานกับแพทย์และพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าเพื่อรับทราบข้อมูลของผู้ป่วยและช่วยประสานหาเตียงให้ผู้ป่วย

(5) การรับผู้ป่วยเข้าในหน่วยบริการวิกฤติหรือหน่วยบริการพิเศษ:

ไม่เปิดให้บริการหน่วยวิกฤติหรือหน่วยบริการพิเศษ ให้บริการเบื้องต้นลดภาวะวิกฤติและส่งต่อที่ปลอดภัยรวดเร็ว

(6,7) การให้ข้อมูลและการขอ informed consent:

เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการพิทักษ์สิทธิ์และผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา มีการจัดระบบการให้ข้อมูล ครอบคลุมทุกหน่วยงาน โดยมีการกำหนดและสื่อสารคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรคแนวทางการรักษา ชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษา สิทธิที่ใช้ในการรักษาการและค่าใช้จ่าย และให้โอกาสผู้ป่วย และญาติได้มีเวลาในการตัดสินใจในการรักษา จากการทบทวนเวชระเบียน ยังพบโอกาสพัฒนา คือ เคสที่ฉุกเฉินที่ไม่สามารถช่วยตนเองได้และไม่มีญาติ ยังไม่พบการเซ็นยินยอม จึงจัดทำแนวทางโดยผู้ป่วยที่ฉุกเฉินช่วยเหลือตนเองไม่ได้ให้แพทย์เป็นผู้เซ็นยินยอมแทน

(7) มีการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลความยินยอมจากผู้ป่วย/ครอบครัวไว้ในเวชระเบียนก่อนที่จะจัดให้บริการหรือให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรม.บริการหรือกิจกรรมที่ควรมีความยินยอม ได้แก่

- มีการกำหนดแนวทางการเซ็นยินยอมรับการรักษาดังแต่จุดที่สั่งการรักษา ครอบคลุมการทำหัตถการและการเข้าอนรรักษาในโรงพยาบาล และมีการกำหนดให้เซ็นยินยอมและให้ข้อมูลเพิ่มเติมในการทำหัตถการที่มีความเสี่ยงสูงตามที่โรงพยาบาลกำหนด เช่น การเจาะปอด, การทำ CPR, การเจาะหลัง เป็นต้น
- มีกิจกรรมประชาสัมพันธ์ มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติในคู่มือ 2P safety และมีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรรับทราบ เพื่อให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติรับทราบ

(8) การบ่งชี้ผู้ป่วยอย่างถูกต้อง

องค์กรมีการจัดทำ แนวทางปฏิบัติการบ่งชี้ผู้ป่วยเพื่อให้เจ้าหน้าที่ทุกหน่วยปฏิบัติตาม ตั้งแต่แรกรับและทุกจุดบริการ จนกระทั่งจำหน่าย มีการสื่อสารให้เจ้าหน้าที่ทุกคนรับทราบและปฏิบัติตามแนวทางโดยการระบุอย่างน้อย 2 ตัวบ่งชี้ จาก ชื่อ-นามสกุล, HN, วันเดือนปีเกิด เลขที่บัตรประชาชน ที่อยู่ ชื่อบิดา-มารดา และในกรณีAdmit มีป้ายชื่อติดที่ข้อมือ และในเด็กแรกเกิด และเลข AN และกำหนดแนวทางก่อนให้บริการหรือหัตถการผู้ป่วยต้องตรวจสอบทุกครั้ง ผลลัพธ์พบอุบัติการณ์ ในระดับ near miss ปี 2560-2564 พบอุบัติการณ์ 5 ครั้ง ส่วนปี 2564 พบอุบัติการณ์ระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด จำนวน 3 ครั้ง ส่วนใหญ่เกิดจาก ขั้นตอนการทำบัตรผิดพลาด เนื่องจากยื่นบัตรประชาชนผิดคน ไม่พบอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไป ซึ่งองค์กรได้วางแนวทางในการระบุตัวผู้ป่วยมีการตรวจสอบเพิ่มขึ้น เน้นการปฏิบัติตามแนวทางและกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

ระบบ Fast Track: STEMI,Stroke,HI,Sepsis. ปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติให้สอดคล้องกับโรงพยาบาลแม่ข่ายและนำสู่ผู้ปฏิบัติจริง

<u>v. ແຜນການພັດທະນາ</u>			
มาตรฐาน	Score	DAI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
63. การเข้าถึงบริการที่จำเป็น และบริการเร่งด่วน	3	L	1. เพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการ1669ในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตสีแดง 2. สร้างเครือข่าย 1669 ในโรงเรียน ผู้นำชุมชน
64. กระบวนการรับผู้ป่วย การให้ข้อมูล และ informed consent	3	L	พัฒนาบุคลากรในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย/ญาติให้มีประสิทธิภาพและมีการติดตามประเมินผล

III-2 ການປະເມີນຜູ້ປ່ວຍ

i. ຜູ້ປ່ວຍ						
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ถูกต้อง เหมาะสม รวดเร็ว ปลอดภัย ประสิทธิภาพ						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2560	2561	2562	2563	2564
อุบัติการณ์การวินิจฉัยคลาดเคลื่อน (diagnostic error) ระดับ E ขึ้นไป	0	29	31	19	21	14
อุบัติการณ์ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่ได้วางแผน (Unplanned dead)	0 ราย	12	5	8	8	1
ระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลจนถึงได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Door to needle time)	< 30 นาที	24 นาที	27 นาที	20 นาที	24 นาที	16 นาที
ii. บริบท						
<p>โรงพยาบาลໄຊຟີລີ້ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง และ งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ให้บริการครอบคลุมการตรวจรักษา 24 ชั่วโมง โดยมีแพทย์เวร และเจ้าหน้าที่พยาบาลผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนการปฏิบัติงาน มีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) 1669 มีเครือข่ายการออกปฏิบัติการครอบคลุมพื้นที่ 100 % ให้บริการตรวจรักษาโรคทั่วไปนอกเวลา บริการตรวจผู้ป่วยคดี การชันสูตรพลิกศพ การออกหน่วยปฐมพยาบาลงานต่างๆที่ส่วนราชการขอความอนุเคราะห์ เป็นศูนย์ประสานการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า เป็นศูนย์ควบคุมการใช้รถนอกเวลาราชการ บริหารจัดการการดูแลผู้ป่วย FAST TRACK การส่งต่อที่รวดเร็วและทันเวลา</p> <p>กลุ่มผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดปัญหาในการประเมิน:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. กลุ่มที่มีอาการไม่คงที่ ได้แก่ ไข้สูง หายใจหอบ ความดันโลหิตสูง ภาวะ Hypo/Hyperglycemia ชักเป็นลม 2. กลุ่มที่ต้องการความรวดเร็วในการประเมิน ได้แก่ Stroke, STEMI , Sepsis , Head Injury 3. กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาในการสื่อสาร ได้แก่ กลุ่มผู้พิการ กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช ผู้สูงอายุ 4. กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล 						
iii. กระบวนการ						
ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการประเมินผู้ป่วยและการวินิจฉัยโรค					
Stroke	แบบคัดกรอง Stroke Fast track, NIHSS Score					
STEMI	แบบคัดกรอง STEMI Fast track					
Sepsis	การวินิจฉัย SEPSIS-SIRS / qSOFA					
HI	แนวทางการจัดการผู้ป่วย Traumatic/แบบประเมิน GCS, แบบประเมิน Trauma check list					

III-2 ก.การประเมินผู้ป่วย

(1) การประเมินที่ครอบคลุมรอบด้าน การเชื่อมโยงและประสานการประเมิน การระบุปัญหาเร่งด่วน:

- การกำหนดใช้ CPG ในโรคสำคัญได้แก่ Stroke, STEMI, Head Injury, Sepsis นอกจากนี้จัดทำแนวทางการประเมินในส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น Painscore, Grace risk score ผู้ป่วยกลุ่มอาการไม่คงที่ได้แก้ไขสูง หายใจหอบ ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะ Hypoglycemia Hyperglycemia ชัก เป็นลมหมดสติได้รับการประเมินอาการผู้ป่วย ณ จุดซักประวัติ ได้รับการปฐมพยาบาลช่วยเหลืออาการเบื้องต้นอย่างถูกต้อง ผู้ป่วย Triage Level สีเหลืองขึ้นไปทุกราย ส่งตรวจ ER โดยมีแพทย์ ER ทำการตรวจ
- มีแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย และซักประวัติให้ครอบคลุม ชัดเจนติดป้าย/ประชาสัมพันธ์แจ้งให้ผู้รับบริการทราบเพื่อที่จะขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงขณะรอตรวจจัดโซนที่นั่งสำหรับสังเกตอาการติดป้ายชัดเจน ระบุปัญหาความต้องการเร่งด่วน มีจุดคัดกรองแยกระดับความเร่งด่วนของการรักษา 5 ระดับ โดย OPD, ER ใช้เกณฑ์ moph Triage คัดกรองผู้ป่วย IPD แบ่งประเภทผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง 5 ระดับได้แก่ประเภท1(CL=พักฟื้น) ประเภท2(MI =ปานกลาง)ประเภท3(SI =หนัก) ประเภท4(CI=หนักมาก) และในกลุ่มโรค/อาการ/ภาวะฉุกเฉินหรือมีภาวะวิกฤตให้มีการเฝ้าระวังก่อนเกิดเหตุ (early warning signs) โดยมีระบบรายงานแพทย์แบบ SBAR ทุกจุดบริการ

(2) ความสมบูรณ์ของการประเมินแรกรับ (ประวัติ ตรวจร่างกาย การรับรู้ความต้องการของตน ความชอบส่วนบุคคล จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ):

- กระบวนการประเมินผู้ป่วยแรกรับ ซักประวัติและตรวจร่างกายเบื้องต้น โดยพยาบาลคัดกรอง/คัดแยกจากนั้นจะทำการตรวจโดยแพทย์ในเวลาราชการ พยาบาลซักประวัติจากผู้ป่วยและญาติรวมถึงประวัติใน OPD card จะครอบคลุมประวัติสุขภาพการตรวจร่างกายการรับรู้ความต้องการของตนเองการประเมินปัจจัยด้านจิตใจสังคมเศรษฐกิจบันทึกลงใน admission note ทั้งของแพทย์และพยาบาลมีการบันทึกอาการการเปลี่ยนแปลงการรักษา ใน Progression note รวมถึงการบันทึกการส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางเพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงทางการรักษาพยาบาลของทีมสหสาขาวิชาชีพใน OPD card ของแพทย์และใน nurse note ของพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในมีการออกแบบปรับปรุงตามเกณฑ์สมควร
- มีบทเรียนจากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย Stroke, STEMI ยังพบการบันทึกข้อมูลไม่ครอบคลุม ได้แก่ NIHSS แพทย์จบใหม่ประเมินได้ช้า Grace risk score ขาดการประเมินใน Non-STEMI จึงได้มีการปรับแบบประเมินเพื่อให้เจ้าหน้าที่ใช้สะดวกยิ่งขึ้นและให้ใช้แบบเดียวกันทั่วโรงพยาบาล

(3) ผู้ประเมิน วิธีการประเมิน สิ่งแวดล้อม ทรัพยากร การใช้ข้อมูลวิชาการเพื่อขึ้นำการประเมิน (ยกตัวอย่างโรคที่ใช้ CPG ในการประเมินและประโยชน์ที่เกิดขึ้น):

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยถูกต้องรวดเร็ว จึงมีการกำหนดแนวปฏิบัติโดยพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีทักษะในการประเมินรายโรค มีการทบทวนเวชระเบียนในรายที่ตรวจโดยไม่ใช่แพทย์ มีการใช้ CPG ที่ทันสมัยใน STEMI, Stroke, Sepsis จัดสถานที่แยกโซนสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉิน มีการตรวจสอบเครื่องมือให้พร้อมใช้

กลุ่มผู้ป่วยที่สงสัยภาวะ Acute MI แต่ไม่ได้มาด้วยอาการเฉพะ

- ผู้ป่วยที่มาด้วยกลุ่มอาการของ STEMI มีแนวทางการประเมินผู้ป่วยที่มีอาการจุกแน่นท้องใต้ลิ้นปี่ และ atypical chest pain ให้มีการทำ EKG ทุกราย

- ผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคประจำตัว เช่น DM ,HT, CKD มาด้วยเรื่องเวียนศีรษะ หน้ามืด เหนื่อยอ่อนเพลีย ได้รับการตรวจ EKG ทุกราย

กลุ่มผู้ป่วย Stroke

- Stroke มีการประเมินผู้ป่วยโดย มีแนวทางการประเมินที่ชัดเจนตั้งแต่เวลาเริ่มมีอาการจนกระทั่งมาถึงโรงพยาบาล เพิ่มศักยภาพเจ้าหน้าที่ทุกคนให้มีความรู้ในการประเมินผู้ป่วยที่มีอาการของโรค Stroke โดยมีการวางแผนการดูแลผู้ป่วย stroke พัฒนาศักยภาพพยาบาลในการประเมิน NIHSS score ในการออกรับผู้ป่วย Prehos ในงานการแพทย์ฉุกเฉิน ได้ฝึกอบรมอาสาสมัคร ในการประเมินผู้ป่วย Stroke ณ จุดเกิดเหตุ ผู้ป่วยที่มีอาการแสดงของโรค stroke ที่ชัดเจน มาทันเวลาจะได้รับการพยาบาลที่ ER โดยระบบ fast track ทุกราย

กลุ่มผู้ป่วย Sepsis

- กลุ่มผู้ป่วย Sepsis มีการประเมินโดยใช้ qSOFA Criteria SIR, infection และสื่อสารการปฏิบัติตาม CPG ทั้งเครือข่าย มีช่องทาง Fast track โดยประสานกับ รพ.สต. อสม. FR ในการคัดกรองเบื้องต้นและส่งต่อ รพ. ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 1669

(4)(5) การประเมินในเวลาที่เหมาะสม การบันทึกในเวชระเบียน การใช้ประโยชน์จากบันทึก การประเมินซ้ำ:

- ผู้ป่วยได้รับการประเมินภายในเวลาที่กำหนดตามเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยมีระบบบันทึกใน Hos-XP และเวชระเบียน บันทึกการแพทย์ และมีทบทวนความสมบูรณ์ของเวชระเบียนทุกเดือนมีบันทึกติดตามการรักษาใน progress note ทุกวัน หรือทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเปลี่ยนแปลงการรักษาเพื่อสื่อสารในการดูแลและการประเมินซ้ำตามแนวปฏิบัติของรายโรค

(6) การอธิบายผลการประเมินให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว:

- หลังการประเมินมีการอธิบายการตรวจร่างกาย การวินิจฉัย พยาธิสภาพของโรค ตลอดจนจัดทำใบให้คำแนะนำเฝ้าระวังอาการให้ญาติและผู้ที่เกี่ยวข้องทราบในกรณีต้องกลับบ้าน เช่น ใบคำแนะนำผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ เป็นต้น มีการกำหนดให้บุคลากรมีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติทุกกระบวนการดูแล พร้อมทั้งให้ทางเลือกในการรักษาด้วยภาษาที่ชัดเจน เข้าใจง่ายโดยเฉพาะเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงการรักษา/แผนการรักษา และมีการบันทึกการให้ข้อมูลการรักษาในเวชระเบียน

III-2 ข. การส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค

(1)(2) ผู้ป่วยได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคที่จำเป็น ในเวลาที่เหมาะสม ผลการตรวจมีความน่าเชื่อถือ:

ให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ และเอกซเรย์ ตลอด 24 ชม. มีเจ้าหน้าที่ขึ้นปฏิบัติงานประจำช่วงเวลา 08.30-00.30 น. ส่วนเวลา 00.30-08.30 น.เป็นเวร on call สามารถโทรศัพท์ตาม และเจ้าหน้าที่ต้องมาไม่เกิน 15 นาที เพื่อช่วยให้เกิดความรวดเร็วในการวินิจฉัยโรค

- การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ ที่ต้องส่งต่อไปตรวจนอกโรงพยาบาล พบว่ายังมีปัญหาในเรื่องการรอคอยผลการส่งเพาะเชื้อที่ใช้เวลาอยู่ที่ 3-5 วันหลังจากส่งโดยขนส่งเอกชน หากต้องการผลเร็วขึ้นให้เข้าระบบออนไลน์เพื่อสืบค้นผลที่รายงานแล้ว หรือโทรศัพท์เพื่อขอผลด่วน
- การตรวจวิเคราะห์ทาง Pathology and Cytology ทำการส่งต่อไปตรวจที่อื่น ผลการตรวจจะได้รับการรายงาน ภายใน 2-3 สัปดาห์ เน้นให้มีการติดตามผลทางโทรศัพท์ในกรณีที่ต้องการผลเร่งด่วน

- เครื่องตรวจวิเคราะห์อัตโนมัติทุกเครื่องจะมีการควบคุมคุณภาพภายในห้องปฏิบัติการโดยการใช้ สารควบคุมคุณภาพ(IQC) อย่างน้อย 2 levels ซึ่งค่าที่ได้ต้องอยู่ในช่วงที่ยอมรับ จึงจะทำการตรวจวิเคราะห์ตามขั้นตอนเพื่อให้ผลมีความน่าเชื่อถือ และมีการควบคุมคุณภาพจากองค์กรภายนอก(EQA)ที่ร่วมด้วย
- มีการตรวจรับรองก่อนออกรายงานผล กรณีที่พบค่าที่ผิดปกติ เช่น กลุ่มที่มีค่าวิกฤติ จะมีการตรวจซ้ำเพื่อยืนยันความถูกต้องอีกครั้ง ก่อนออกรายงานผลเพื่อโทรแจ้งค่าวิกฤติ
- ผลการตรวจข้างเตียงได้แก่ DTX , HCT มีการสอนบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการแปลผล และติดตาม ความผิดพลาดจากระบบรายงานความเสี่ยง, เครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว ,เครื่องปั่น Hematocrit ห้องปฏิบัติการจะตรวจสอบความเที่ยงตรงทุกเดือนทำทั้ง IQC และ EQA มีการตรวจสอบวันหมดอายุ แลบทดสอบต่างๆ หากเครื่อง ไม่พร้อมใช้งานก็จะเปลี่ยนเครื่องใหม่ให้ทันที

(3) การสื่อสาร การบันทึก การสืบค้น ผลการตรวจ:

- ผลการตรวจ investigation ทั้งหมดที่ตรวจในโรงพยาบาลจะบันทึกในคอมพิวเตอร์ และเก็บไว้ในเวชระเบียน สามารถค้นดูข้อมูลในคอมพิวเตอร์ได้ตลอดเวลา ในส่วนผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ จะมีการรายงานทั้งระบบ LIS และ Hos xp ผลการตรวจจะอยู่ในระบบค้นหาสืบค้นได้ ยกเว้นข้อมูลที่เป็นความลับของผู้ป่วย เช่น Anti HIV , Methamphetamine ซึ่งจะสามารถเห็นได้เฉพาะผู้ให้คำปรึกษาและแพทย์ เนื่องจากรายงานเป็นรหัส และซองเอกสารปกปิด พร้อมเซ็นต์รับเอกสารทุกครั้งเมื่อได้ผล
- การนัดผู้ป่วยฟังผลการตรวจ ที่ใช้เวลา 1 เดือน ได้มีการบันทึกเบอร์โทรศัพท์เพื่อใช้ติดตามการมาฟังผลตรวจ
- การดูแล X-ray มีการนำระบบ IT มาใช้ในการดูแล คือเป็นการรับส่งภาพทางการแพทย์ (Picture Archiving and Communication System, PACS) ทำให้ลดระยะเวลาการรอคอยฟิล์ม และการถ่ายภาพรังสีซ้ำ เก็บข้อมูลได้ง่าย

(4) การอธิบายผลการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคแก่ผู้ป่วย:

- แพทย์เจ้าของคนไข้มีการอธิบายชี้แจงให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับความจำเป็นในการส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยหรือส่งตรวจเพิ่มเติม มีแบบบันทึกการเซ็นยินยอมเมื่อมีความจำเป็นในการส่งตรวจที่มีความเสี่ยง เช่น น้ำในไขสันหลัง การส่งตรวจน้ำในเยื่อหุ้มปอด ผลลัพธ์คือผู้ป่วยและญาติเข้าใจและให้ความร่วมมือในการตรวจวินิจฉัย

III-2 ค. การวินิจฉัยโรค

(1)(2) การวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง การมีข้อมูลเพียงพอสนับสนุน การบันทึกในเวลาที่กำหนด การบันทึกการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยโรค:

- แพทย์เจ้าของคนไข้มีการอธิบายชี้แจงให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับความจำเป็นในการส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยหรือส่งตรวจเพิ่มเติม มีแบบบันทึกการเซ็นยินยอมเมื่อมีความจำเป็นในการส่งตรวจที่มีความเสี่ยง เช่น น้ำในไขสันหลัง การส่งตรวจน้ำในเยื่อหุ้มปอด ผลลัพธ์คือผู้ป่วยและญาติเข้าใจและให้ความร่วมมือในการตรวจวินิจฉัย

(3) การทบทวนความเหมาะสมและความสอดคล้องของการวินิจฉัยโรค:

การวินิจฉัยโรคเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้องรวดเร็วมีแนวทางปฏิบัติดังนี้

- จัดทำCPGในกลุ่มโรคสำคัญ กำหนด early warning sign การใช้ข้อมูลจากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการส่งตรวจ investigate ที่เหมาะสม บันทึกความก้าวหน้าการเปลี่ยนแปลงของการวินิจฉัย ในprogress note มีการปรึกษาแพทย์ผู้ชำนาญกว่าตลอด 24 ชม. พัฒนาศักยภาพขีดความสามารถของบุคลากรในการประเมินและดูแลกลุ่มโรคสำคัญ
- เพื่อให้การวินิจฉัยโรคถูกต้อง มีการทบทวนเวชระเบียนในกลุ่มความเสี่ยงทางคลินิกระดับ Eขึ้นไป อย่างต่อเนื่องเพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงระบบ มีการจัดหาเครื่องมืออุปกรณ์ที่เพียงพอ เช่น US เครื่องตรวจ lactate Trop-T ,Pacs x-ray

(4) การกำหนดเรื่องการลดข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรคเป็นเป้าหมายความปลอดภัยผู้ป่วย*:

- เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย มีกระบวนการลดข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค ดังนี้ กำหนด Early warning sign, CPG กลุ่มโรคสำคัญ และนำผลการทบทวนมาปรับปรุงการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม Sepsis, Stroke, STEMI, PPH, Appendicitis, Bowel ischemia, Pneumonia พัฒนาระบบการซักประวัติ ตรวจร่างกาย การเฝ้าระวังอาการ การ Investigation ที่ครอบคลุม การสื่อสารระหว่างบุคลากรกับผู้ป่วย เพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วน เพื่อใช้ประกอบการวินิจฉัยโรค มีการส่งผลการตรวจเพื่อขอคำปรึกษาการรักษาจากผู้เชี่ยวชาญผ่านระบบ Line อบรมให้ความรู้โดยแพทย์เฉพาะทางในกลุ่มโรคที่มีปัญหา

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- มีแนวทางการดูแลผู้ป่วย Stroke, STEMI, Sepsis และกลุ่มโรคสำคัญ มี Early warning sign ในการประเมินผู้ป่วย
- มีแนวทางในการสร้างเครือข่ายกับแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆจากโรงพยาบาลแม่ข่าย
- มีการทบทวนเวชระเบียนอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงอย่างเป็นระบบ ทำให้ข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยลดลง

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
65.การประเมินผู้ป่วยและการส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัย	3	L	1. ทบทวนความคุ้มค่าของการ Investigation ที่มีราคาแพงหรือมีความเสี่ยงสูง 2. เพิ่มสมรรถนะบุคลากรอย่างต่อเนื่อง
66.การวินิจฉัยโรค	3	L	1. ทบทวนกลุ่มผู้ป่วยที่มี Miss diagnosis, Delay diagnosis 2. ทบทวนเวชระเบียนถึงความเหมาะสมของการวินิจฉัยโดยผู้ชำนาญกว่า 3. ทบทวนการวินิจฉัยโรคกับโรงพยาบาลที่ส่งต่อ

III-4.3 ຂ. ການຜ່າຕັດ

i. ຜົນສໍາເລັດ														
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: เหมาะสม ปลอดภัย ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ														
ข้อมูล/ตัวชี้วัด (ตัวอย่าง)	เป้าหมาย	2560	2561	2562	2563	2564								
อุบัติเหตุการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ	0 ครั้ง	0	0	0	0	0								
อุบัติเหตุการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ ระดับ E ขึ้นไป	0 ครั้ง	0	0	0	0	0								
อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด	< 5 %	0	0	0	0	0								
อุบัติเหตุการ Re-operation ภายใน 2 ชม.	0 ครั้ง	0	0	0	0	0								
จำนวนครั้งการเตรียมผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวไม่พร้อม	0 ครั้ง	0	0	0	0	0								
<p>ii. บริบท</p> <p>เป็นโรงพยาบาลขนาด30 เตียง ไม่มีศัลยแพทย์ มีวิสัญญีพยาบาล 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 2 คน พนักงานห้องผ่าตัด 1 คน ให้บริการการผ่าตัดทำหัตถ์หลังคลอด ผ่าตาต่อกระจก ลอกต้อเนื้อ ผ่าตัดขนาดเล็ก ได้แก่ Excision Debridement I&D จี้หูด จี้ตาปลา</p> <p>กลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดที่มีความเสี่ยงสูง:</p> <p>ปี 2560-2564 มีการให้บริการ ผ่าตัดทำหัตถ์ 65 ราย ผ่าตัดเล็ก 663 ราย ผ่าตัดตาต่อกระจก 316 ราย ผ่าตัดลอกต้อเนื้อ 58 ราย ผ่าตัดแก้ไขเลนส์ตา การให้บริการผ่าตัดทางตา ขอความอนุเคราะห์จักษุแพทย์มาทำการผ่าตัดให้ทุก 3 เดือนตามสถานการณ์ของโรงพยาบาลที่สามารถทำได้ บางช่วงอาจถูกระงับไป เช่นเกิดโรคระบาด หรือตามความประสงค์ของผู้บริหาร</p> <p>iii. กระบวนการ</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ตัวอย่างผู้ป่วยที่เสี่ยงสูง</th> <th>การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยของการผ่าตัด</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>การผ่าตัดทำหัตถ์หลังคลอด</td> <td>เตรียมความพร้อมทีมเข้าผ่าตัดทั้งบุคลากรและเครื่องมือ เตรียมผู้ป่วย</td> </tr> <tr> <td>ผู้ป่วย Excision Debridement จี้หูด จี้ตาปลา</td> <td>เตรียมความพร้อมทีมเข้าผ่าตัดทั้งบุคลากรและเครื่องมือ เตรียมผู้ป่วย</td> </tr> <tr> <td>การผ่าตัดทางตา เช่น ผ่าตัดตาต่อกระจก ผ่าตัดต้อเนื้อ ผ่าตัดแก้ไขทางตา</td> <td>- การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ทีมพยาบาลตา OPD ออกตรวจคัดกรองผู้ป่วยจากชุมชน ของ รพ.สต.ในเขต อำเภอໄຊຟີລີ້ ทุก 3 เดือน ครั้งละประมาณ 80-100 ราย นัดผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดตามวันที่จักษุแพทย์นัด นอนโรงพยาบาล 3 วัน - ทีมห้องผ่าตัดเตรียมเครื่องมือเครื่องผ้า รองรับการผ่าตัด โดยให้พร้อมนึ่งก่อนผ่าตัด 5 วัน เบิกยาให้พร้อมก่อนผ่าตัด 10 วัน เพื่อให้งานเภสัชจัดหายาให้ได้ทันการผ่าตัด - เตรียมความพร้อมทีมเข้าผ่าตัดทั้งบุคลากรและเครื่องมือ เตรียมผู้ป่วย</td> </tr> </tbody> </table>							ตัวอย่างผู้ป่วยที่เสี่ยงสูง	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยของการผ่าตัด	การผ่าตัดทำหัตถ์หลังคลอด	เตรียมความพร้อมทีมเข้าผ่าตัดทั้งบุคลากรและเครื่องมือ เตรียมผู้ป่วย	ผู้ป่วย Excision Debridement จี้หูด จี้ตาปลา	เตรียมความพร้อมทีมเข้าผ่าตัดทั้งบุคลากรและเครื่องมือ เตรียมผู้ป่วย	การผ่าตัดทางตา เช่น ผ่าตัดตาต่อกระจก ผ่าตัดต้อเนื้อ ผ่าตัดแก้ไขทางตา	- การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ทีมพยาบาลตา OPD ออกตรวจคัดกรองผู้ป่วยจากชุมชน ของ รพ.สต.ในเขต อำเภอໄຊຟີລີ້ ทุก 3 เดือน ครั้งละประมาณ 80-100 ราย นัดผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดตามวันที่จักษุแพทย์นัด นอนโรงพยาบาล 3 วัน - ทีมห้องผ่าตัดเตรียมเครื่องมือเครื่องผ้า รองรับการผ่าตัด โดยให้พร้อมนึ่งก่อนผ่าตัด 5 วัน เบิกยาให้พร้อมก่อนผ่าตัด 10 วัน เพื่อให้งานเภสัชจัดหายาให้ได้ทันการผ่าตัด - เตรียมความพร้อมทีมเข้าผ่าตัดทั้งบุคลากรและเครื่องมือ เตรียมผู้ป่วย
ตัวอย่างผู้ป่วยที่เสี่ยงสูง	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยของการผ่าตัด													
การผ่าตัดทำหัตถ์หลังคลอด	เตรียมความพร้อมทีมเข้าผ่าตัดทั้งบุคลากรและเครื่องมือ เตรียมผู้ป่วย													
ผู้ป่วย Excision Debridement จี้หูด จี้ตาปลา	เตรียมความพร้อมทีมเข้าผ่าตัดทั้งบุคลากรและเครื่องมือ เตรียมผู้ป่วย													
การผ่าตัดทางตา เช่น ผ่าตัดตาต่อกระจก ผ่าตัดต้อเนื้อ ผ่าตัดแก้ไขทางตา	- การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ทีมพยาบาลตา OPD ออกตรวจคัดกรองผู้ป่วยจากชุมชน ของ รพ.สต.ในเขต อำเภอໄຊຟີລີ້ ทุก 3 เดือน ครั้งละประมาณ 80-100 ราย นัดผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดตามวันที่จักษุแพทย์นัด นอนโรงพยาบาล 3 วัน - ทีมห้องผ่าตัดเตรียมเครื่องมือเครื่องผ้า รองรับการผ่าตัด โดยให้พร้อมนึ่งก่อนผ่าตัด 5 วัน เบิกยาให้พร้อมก่อนผ่าตัด 10 วัน เพื่อให้งานเภสัชจัดหายาให้ได้ทันการผ่าตัด - เตรียมความพร้อมทีมเข้าผ่าตัดทั้งบุคลากรและเครื่องมือ เตรียมผู้ป่วย													

(1) การประเมินผู้ป่วย การประเมินความเสี่ยง การวางแผนการผ่าตัด การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ:

- บริการผ่าตัดไม่มีการผ่าตัดใหญ่ที่ซับซ้อน การประเมินผู้ป่วยใช้หลักการประเมินตามแนวทางผู้ป่วยก่อนผ่าตัดตามแนวทางที่กำหนดไว้ตามมาตรฐานการผ่าตัดเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

(2) การอธิบายข้อมูลให้ผู้ป่วย/ครอบครัว และการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมตัดสินใจ:

- มีการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติในการให้บริการในห้องผ่าตัดทุกราย ในการตัดสินใจที่จะทำการผ่าตัดให้ทางเลือกในการรักษา ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการอยู่ในช่วงร้อยละ 80-98

(3) การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด:

- การเตรียมผู้ป่วยก่อนจะทำการหัตถการคือการ การผ่าตัดทำหัตถการหลังคลอด การผ่าตัดทางตา เช่น ผ่าตัดตาต้อกระจก ผ่าตัดต้อเนื้อ ผ่าตัดแก้ไขทางตา การผ่าตัดเล็ก เช่น Excision Debridement I&D จี้หูด จี้ตาปลา suture แผลในผู้ป่วย ruptured appendix ในผู้ป่วยใน ส่วนผู้ป่วยนอกจะมีการเตรียมก่อนผ่าตัด ก่อนทำการหัตถการ 1 ชั่วโมง

(4) การป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ*:

- การกำหนดแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการผ่าตัด หรือการทำหัตถการ ผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง โดยการการระบุตัวผู้ป่วย มีการตรวจสอบโดยการ ถามชื่อ-สกุล ว่าตรงกับเวชระเบียน ตามมาตรการการบ่งชี้ตัวผู้ป่วยด้วย และ มีการตรวจสอบประเภทและตำแหน่งการผ่าตัดหรือหัตถการทุกครั้ง ทุกจุดบริการ และกำหนดให้มีพยาบาลเยี่ยมผู้ป่วยก่อนทำการผ่าตัดหรือการทำหัตถการทุกครั้ง มีการ mark ข้างที่จะต้องผ่าตัดและทำการหัตถการและทวนสอบถามผู้ป่วยทุกครั้ง เพื่อไม่ให้เกิดอุบัติเหตุการผ่าตัดผิดคนผิดข้าง 4 ปีที่ผ่านมา จาก ปี 2560-2564 ไม่เคยพบอุบัติเหตุการนี้ แต่ยังคงติดตามกำกับให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามอย่างต่อเนื่อง ถ้าเป็นการผ่าตัดทางตา ให้ mark ตาข้างที่ทำ และมีป้ายแขวนคอผู้ป่วยมีข้อมูลระบุตาข้างที่ผ่าตัด ชนิดของการผ่าตัด ขนาดของเลนส์ตา วิสัยศัลยกรรมเลือกเลนส์ร่วมกับจักษุแพทย์ ติดชื่อผู้ป่วยไว้ วางไว้กับผู้ป่วย หรือวางไว้กับ chart ประวัติผู้ป่วย ก่อนทำการผ่าตัด ขานชื่อผู้ป่วยกับ chart ประวัติให้ตรงกันตรวจสอบเลนส์ตาให้ตรงกับ chart ประวัติและตรงกับผู้ป่วย ก่อนเปิดเลนส์ดูเลนส์กับ chart ประวัติให้ตรงกันขานขนาดเลนส์กับพยาบาลช่วยผ่าตัดและจักษุแพทย์ถ้าตรงกันถึงเปิดเลนส์

(5) การจัดสิ่งแวดล้อมและระบบงานของห้องผ่าตัดให้มีความพร้อม มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย (ดู SPA):

- มีการจัดโซนห้องผ่าตัดเป็นสัดส่วน และการทำความสะอาดเครื่องมือผ่าตัดโดยระบบ central supply และมีการควบคุมตามมาตรฐานการทำลายเชื้อและปราศจากเชื้อ ตามมาตรฐาน IC

(6) บันทึกการผ่าตัด การใช้ประโยชน์เพื่อการสื่อสารและความต่อเนื่องในการดูแล:

- มีการบันทึก Operation note ที่ชัดเจนและครอบคลุมสามารถสื่อสารข้อมูล การผ่าตัดให้ทีมดูแลผู้ป่วยทราบ ใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย ป้องกันการถูกร้องเรียนในการผ่าตัดที่ไม่ได้รับอนุญาต สามารถเปิดคำปรึกษาตามที่มีการผ่าตัดได้

(7) การดูแลหลังผ่าตัด และการติดตามภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด:

- ปี 2560-2564 โรงพยาบาลໄຊຟີລີຍหลังทำการผ่าตัดมีการติดตามหลังผ่าตัด ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก การดูแลหลังผ่าตัดและการติดตามภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ไม่มีข้อร้องเรียนหลังผ่าตัด

(8) ການເຜົາຮ່ວງການຕິດເຊື້ແຜ່ຜ່າຕັດ:

- 1 ປີທີ່ຜ່ານມາໄດ້ພົບແຜ່ຕິດເຊື້ຈາກການຜ່າຕັດ ມີແນວທາງໃນການເຜົາຮ່ວງແຜ່ຕິດເຊື້ ໂດຍການຜ່າຕັດ ໂດຍການຜ່າຕັດທຸກວັນ/ຫຼັງເສື້ອ Case ເຊັດຜ່າຕັດເຊື້ອຕ້ອງປຸງຕ້ອງໃໝ່ ມີການຈັດລຳດັບ Case ຜ່າຕັດເລືອກ Case ທີ່ສະອາດກ່ອນ ແລະ Case ຕິດເຊື້ເປັນລຳດັບສຸດທ້າຍ
- ເຜົາຮ່ວງບຸກຄົນໂດຍການເນັ້ນການໃຫ້ເລັກ Sterile technique ເນັ້ນການລ້າງມືກ່ອນແລະຫຼັງຜ່າຕັດ ພົບວ່າ ຫ້ອງຜ່າຕັດມີການລ້າງມືຮ້ອຍລະ 100

iv. ຜົນການພັດທະນາທີ່ໂດດເດັ່ນແລະຄວາມມີໃຈ

- ມີການໃຫ້ບໍລິການຜ່າຕັດທຳມັນໜຶ່ງຫຼັງຫຼ້າສະຫຼຸດ ຜ່າຕັດຕ້ອງຮັກສາ ລອກຕ້ອນື້ວ ຜ່າຕັດຂະໜາດເລັກ
- ບໍ່ມີຜູ້ປ່ວຍເກີດຄວາມແຕກຫຼົ່ວທີ່ຮຸນແຮງຈາກການຜ່າຕັດ

v. ຜົນການພັດທະນາ

ມາດຮູນ	Score	DALI Gap	ປະເດີນພັດທະນາໃນ 1-2 ປີ
71. ການຜ່າຕັດ	3	L	1. ພັດທະນາສັກຍາພາການຜ່າຕັດເພີ່ມຂຶ້ນ ເຊັ່ນ ການຜ່າຕັດທຳມັນໜຶ່ງແລະການຜ່າຕັດຕາ ການຜ່າຕັດເລັກ 2. ພັດທະນາສະຖານະພາບຫ້ອງຜ່າຕັດ