



Goal 1

Safe Surgery : Siriraj Surgical Safety Checklist (SSSC)

การตรวจสอบเพื่อความปลอดภัยในการผ่าตัด

ผู้รับผิดชอบ คณะกรรมการบริหารห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศิริราช (OR Committee)

ตัวชี้วัด (KPI)

1. Wrong site surgery = 0%
2. Sentinel mortality = 0%

ตัววัดกระบวนการ (PI)

1. การ Audit การ Briefing ทีมใหญ่ > 10%
2. การปฏิบัติตาม SSSC : Briefing ทีมใหญ่ > 50%

รายละเอียดของเนื้อหาที่สำคัญ/ขั้นตอนการปฏิบัติ

1. พัฒนา Siriraj Surgical Safety Checklist (SSSC) โดยความร่วมมือจากทีม Multidisciplinary
2. นำไปสู่การปฏิบัติโดยเริ่มจากจุดเน้นการ Briefing ทีมใหญ่ เนื่องจากเป็นจุดที่มี impact สูงที่สุด
3. นำนโยบายเข้าคณะกรรมการบริหารห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศิริราช เพื่อประกาศให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบและนำสู่การปฏิบัติ โดยที่ประชุมมีนโยบายนำร่องให้เริ่มนำมาปฏิบัติที่ภาควิชาศัลยศาสตร์ จึงดำเนินการนำเข้าไปประชุมอาจารย์ภาควิชาศัลยศาสตร์ และแจ้งให้ปฏิบัติพร้อมกันในวันที่ 1 พฤศจิกายน 2562 และเริ่มดำเนินการ audit ไปพร้อมกัน

ข้อปฏิบัติ (Do)

- Briefing ในทุกทีมที่เกี่ยวข้อง

ข้อห้ามปฏิบัติ (Don't)

-

กิจกรรมที่ต้องควบคุมและตรวจสอบอย่างเข้มงวด (Critical control)

- การ Briefing ทีมใหญ่ โดยศัลยแพทย์
- การ Audit การ Briefing ทีมใหญ่ โดยพยาบาลห้องผ่าตัด



Goal 2

Surgical Site Infection (SSI) Prevention

การป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด

ผู้รับผิดชอบ คณะกรรมการควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล

ตัวชี้วัด (KPI) : เกณฑ์อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด ควรมีค่าใกล้เคียงกับอัตราการติดเชื้อเฉลี่ยของประเทศสหรัฐอเมริกา

หัตถการ	อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัดเฉลี่ย(ร้อยละ) ประเทศสหรัฐอเมริกา พ.ศ. 2552 จำแนกตามดัชนีความเสี่ยง (Risk Index) ⁺				อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัดเฉลี่ย (ร้อยละ) ประเทศสหรัฐอเมริกา พ.ศ. 2561 ⁺⁺
	0	1	2	3	
Breast Surgery*	0.95	2.95	6.36		0.99
Coronary artery bypass graft (CABG) with chest incision only *	1.37		2.29		0.68
Abdominal Hysterectomy*	1.1	2.2	4.05		0.62
Liver transplant*	11.61		20.10		3.5
Hip arthroplasty **	0.67	1.44	2.40		0.65
Knee arthroplasty **	0.58	0.99	1.60		0.38

* ข้อมูลจากงานโรคติดเชื้อ
** ข้อมูลจากภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด รายงานตามปีงบประมาณ
⁺ ค่าเฉลี่ยของอัตราการติดเชื้อจาก National Healthcare Safety Network (NHSN) ประเทศสหรัฐอเมริกา ปี พ.ศ. 2552
⁺⁺ ค่าเฉลี่ยของอัตราการติดเชื้อจาก National Healthcare Safety Network (NHSN) ประเทศสหรัฐอเมริกา ปี พ.ศ. 2561

ตัววัดกระบวนการ (PI)

1. อัตราการให้ยาต้านจุลชีพเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด ภายใน 60 นาที ก่อนผ่าตัดจากการสุ่มสำรวจ มากกว่าร้อยละ 90
2. อัตราความถูกต้องของการปฏิบัติ/ความรู้ของบุคลากรตามแบบประเมินผลการปฏิบัติ (process) ตามนโยบายและระเบียบปฏิบัติ ด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลสำหรับห้องผ่าตัด มากกว่า ร้อยละ 90
3. อัตราห้องผ่าตัดที่มีการแลกเปลี่ยนอากาศและจำนวนอนุภาคแขวนลอยในอากาศได้มาตรฐาน จากการสุ่มสำรวจ มากกว่าร้อยละ 70

รายละเอียดของเนื้อหาที่สำคัญ/ขั้นตอนการปฏิบัติ

1. ฟอกผิวหนังก่อนการผ่าตัด ด้วยน้ำยาทำลายเชื้อ 2% Chlorhexidine หรือ 7.5% Povidone iodine
2. เช็ดทำลายเชื้อผิวหนังตำแหน่งผ่าตัด ด้วยน้ำยาทำลายเชื้อ 2% Chlorhexidine in 70% alcohol หรือ 10% Povidone iodine หรือ 0.5% Chlorhexidine in water
3. ให้ยาต้านจุลชีพที่เหมาะสมตามชนิดของการผ่าตัด และภายใน 60 นาที ก่อนลงมีดผ่าตัด ยกเว้น Vancomycin/Fluoroquinolone ให้ภายใน 2 ชั่วโมง
4. ในผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่เกิน 200 mg/dL ภายหลังการผ่าตัด



ข้อปฏิบัติ (Do)

- ให้ cefazolin เพื่อป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัด
 1. ขนาด 2 กรัม (3 กรัม สำหรับผู้ป่วยน้ำหนัก ≥ 120 กก.) ภายใน 60 นาที ก่อนลงมีดผ่าตัด
 2. ให้ยาต้านจุลชีพซ้ำ (redosing) ในระหว่างที่ทำการผ่าตัด ถ้าระยะเวลาการผ่าตัดนานกว่า 4 ชั่วโมง หรือมีการเสียเลือดมากกว่า 1,500 มล.
 3. ในกรณีแผลสะอาด (clean wound) หรือแผลสะอาดปนเปื้อน (clean-contaminated wound) หยุดยาด้านจุลชีพภายใน 24 ชั่วโมง หรือ 48 ชั่วโมงสำหรับการผ่าตัดหัวใจและทรวงอก

ข้อห้ามปฏิบัติ (Don't)

- หลีกเลี่ยงการกำจัดขนที่บริเวณใกล้ตำแหน่งผ่าตัด (หากจำเป็นให้ใช้ Clipper แทนใบมีดโกน)

กิจกรรมที่ต้องควบคุมและตรวจสอบอย่างเข้มงวด (Critical control)

- มีการควบคุมการให้ยาต้านจุลชีพที่เหมาะสมตามชนิดของการผ่าตัด และภายใน 60 นาที ก่อนผ่าตัด ยกเว้น Vancomycin/Fluoroquinolone ให้ภายใน 2 ชั่วโมง

เอกสารอ้างอิง

1. ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ตำแหน่งผ่าตัด คณะกรรมการควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล ปี พ.ศ. 2560
2. Bratzler DW, Dellinger EP, Olsen KM, Perl TM, Auwaerter PG, Bolon MK, et al. Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery Am J Health-Syst Pharm 2013; 70:195-283.



Goal 3

Hand Hygiene

การทำมือสะอาดอย่างถูกต้องและเป็นนิสัย

ผู้รับผิดชอบ คณะกรรมการควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล

ตัวชี้วัด (KPI) 1. อัตราการทำมือสะอาดมือในหอผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงมากกว่าร้อยละ 60

2. อัตราการทำมือสะอาดมือหลังสัมผัสผู้ป่วยเชื้อดื้อยาที่ต้องควบคุมกรณีพิเศษมากกว่าร้อยละ 80

ตัววัดกระบวนการ (PI)

1. อัตราความถูกต้องของการปฏิบัติ/ความรู้ของบุคลากรตามแบบประเมินผลการปฏิบัติ (process) ตามนโยบายและระเบียบปฏิบัติด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล มากกว่าร้อยละ 90
2. อัตราการให้การศึกษาดูแลและฝึกอบรมในเรื่องการทำมือสะอาดมือของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4 ร้อยละ 100
3. อัตราการให้การศึกษาดูแลและฝึกอบรมเป็นประจำเรื่องการทำมือสะอาดมือกับบุคลากรใหม่กลุ่มแพทย์และพยาบาล ร้อยละ 100
4. อัตราการให้การศึกษาดูแลและฝึกอบรมเป็นครั้งคราวเรื่องการทำมือสะอาดมือในบุคลากรในหน่วยงานอื่นๆ มากกว่า 3 หน่วยงานต่อปี
5. อัตราการส่งรายงานการทำมือสะอาดมือในหอผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อให้ข้อมูลย้อนกลับ ทุก 3 เดือน ร้อยละ 100

รายละเอียดของเนื้อหาที่สำคัญ/ขั้นตอนการปฏิบัติ

1. ล้างมือ 6 ขั้นตอน



ฝ่ามือและ
ง่ามนิ้วมือด้านหน้า



หลังมือและ
ง่ามนิ้วมือด้านหลัง



นิ้วมือและ
ข้อนิ้วมือด้านหลัง



นิ้วหัวแม่มือ



ปลายนิ้วมือ



รอบข้อมือ

2. ทำมือสะอาดมือใน 5 กิจกรรมหลักตามองค์การอนามัยโลกดังนี้
 - 2.1 ก่อนสัมผัสผู้ป่วย
 - 2.2 ก่อนทำหัตถการต่างๆกับผู้ป่วย
 - 2.3 หลังสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งของผู้ป่วย
 - 2.4 หลังสัมผัสสิ่งรอบตัวผู้ป่วย
 - 2.5 หลังสัมผัสผู้ป่วย

ข้อปฏิบัติ (Do)

- ภายหลังจากถอดถุงมือทุกครั้ง ต้องทำมือสะอาดมือ

ข้อห้ามปฏิบัติ (Don't)

- หลังทำกิจกรรมที่เสี่ยงต่อการปนเปื้อนเชื้อโรคแล้ว ห้ามทำกิจกรรมที่ต้องการเทคนิคปราศจากเชื้อโดยไม่ทำมือสะอาดมือก่อน แม้จะเป็นผู้ป่วยรายเดียวกัน

กิจกรรมที่ต้องควบคุมและตรวจสอบอย่างเข้มงวด (Critical control)

- การทำมือสะอาดมือตามท้องที่การอนามัยโลกกำหนด 5 กิจกรรมหลัก

เอกสารอ้างอิง

1. ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การทำมือสะอาดมือ คณะกรรมการควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล ปี พ.ศ. 2560
2. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: First Global Patient Safety Challenge Clean Care Is Safer Care. Geneva: World Health Organization; 2009. Available from: <https://www.who.int/gpsc/5may/tools/en/>



Goal 4

Prevention of Healthcare Associated Infection:

1. Catheter – Associated Urinary Tract Infection (CAUTI)

การติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ

ผู้รับผิดชอบ คณะกรรมการควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล

ตัวชี้วัด (KPI) : อัตราการติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้งต่อ 1,000 วันของการคาสายสวนปัสสาวะ

ตัววัดกระบวนการ (PI)

1. อัตราการเฝ้าระวัง CAUTI ในหอผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 100 (46 หอผู้ป่วย)
2. อัตราการฝึกปฏิบัติ/สอบ ใส่สายสวนปัสสาวะของ นักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล ร้อยละ 100
3. อัตราการฝึกปฏิบัติ/ตรวจสอบ การใส่สายสวนปัสสาวะพยาบาลจบใหม่ด้วยระบบพยาบาลที่เลี้ยงในช่วง 3 เดือนแรกของการทำงาน ร้อยละ 100
4. อัตราความถูกต้องของการปฏิบัติ/ความรู้ของบุคลากรตามแบบประเมินผลการปฏิบัติ (process) ตามนโยบายและระเบียบปฏิบัติด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ มากกว่าร้อยละ 90

รายละเอียดของเนื้อหาที่สำคัญ/ขั้นตอนการปฏิบัติ

1. ใส่สายสวนปัสสาวะ เมื่อมีข้อบ่งชี้
2. ถอดสายสวนปัสสาวะออก เมื่อหมดข้อบ่งชี้
3. สวนปัสสาวะ/เก็บปัสสาวะส่งตรวจ โดยใช้หลัก aseptic technique
4. ดูแลสายสวนปัสสาวะให้เป็นระบบปิดตลอดเวลา และสายต่อถุงรองรับไม่พับงอหรืออุดตัน
5. สวมถุงมือสะอาดในการตรวจ/เก็บ/เปลี่ยนถุงปัสสาวะ และเปลี่ยนถุงมือ ระหว่างผู้ป่วยแต่ละราย
6. มีการยึดตรึงสายสวนโดย เพศหญิงติดบริเวณต้นขาด้านใน เพศชายติดบริเวณท้องน้อยหรือขาหนีบ
7. ถุงรองรับปัสสาวะอยู่ต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะและไม่สัมผัสพื้น
8. ก่อนและหลังเทปัสสาวะเช็ดปลายท่อเปิดของถุงรองรับปัสสาวะด้วย 70% alcohol

ข้อปฏิบัติ (Do)

- ผู้ป่วยที่ต้องช่วยระบายปัสสาวะในระยะสั้น ให้ใช้การสวนปัสสาวะเป็นครั้งคราว (intermittent catheterization) สำหรับผู้ป่วยเพศชายพิจารณาใช้ condom แทน

ข้อห้ามปฏิบัติ (Don't)

- ห้ามเปลี่ยนเฉพาะถุงรองรับ หรือสายสวนปัสสาวะ เมื่อมีการรั่วซึม ขาด ถุงสกปรกมาก ให้เปลี่ยนทั้งชุด

กิจกรรมที่ต้องควบคุมและตรวจสอบอย่างเข้มงวด (Critical control)

- การถอดสายสวนปัสสาวะออกเมื่อหมดข้อบ่งชี้

เอกสารอ้างอิง

1. ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลของระบบทางเดินปัสสาวะ คณะกรรมการควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล ปี พ.ศ. 2560
2. วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง การใส่ถุงยางอนามัยเพื่อระบายปัสสาวะ ฝ่ายการพยาบาล รพ.ศิริราช ปี พ.ศ.2562
3. วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง การสวนคาสายสวนปัสสาวะ ฝ่ายการพยาบาล รพ.ศิริราช ปี พ.ศ.2562
4. วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง การดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ ฝ่ายการพยาบาล รพ.ศิริราช ปี พ.ศ.2562



Goal 4

Prevention of Healthcare Associated Infection:

2. Ventilator-Associated Pneumonia (VAP)

ปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ

ผู้รับผิดชอบ คณะกรรมการควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล

ตัวชี้วัด (KPI) : อัตราการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้งต่อ 1,000 วันของการใช้เครื่องช่วยหายใจ

ตัววัดกระบวนการ (PI)

1. อัตราการเฝ้าระวัง VAP ในหอผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 100 (46 หอผู้ป่วย)
2. อัตราความถูกต้องของการปฏิบัติ/ความรู้ของบุคลากรตามแบบประเมินผลการปฏิบัติ (process) ตามนโยบายและระเบียบปฏิบัติด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล สำหรับการป้องกันปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ มากกว่าร้อยละ 90
3. อัตราความถูกต้องของการปฏิบัติตาม WHAP-C bundle มากกว่าร้อยละ 80

รายละเอียดของเนื้อหาที่สำคัญ/ขั้นตอนการปฏิบัติ

1. ประเมินผู้ป่วยเพื่อหยาเครื่องช่วยหายใจอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง
2. จัดทำนอนผู้ป่วยให้นอนศีรษะสูง 30-45 องศา
3. รักษาแรงดันลมใน intra-cuff ของท่อช่วยหายใจ ให้อยู่ในช่วง 20-30 เซนติเมตรน้ำ
4. ให้อาหารทางสายยางโดยใช้เครื่องควบคุมอัตราหยดของสารอาหาร
5. แปรงฟันทุก 12 ชั่วโมงและ/หรือทำความสะอาดช่องปากและฟันด้วย 0.12-2% chlorhexidine อย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง
6. สรีระบำบัดทรวงอก เช่น พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง เคาะ/สั่นปอด เพื่อระบายเสมหะ
7. ทำลายเชื้ออุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจด้วยวิธีการที่ถูกต้องตามมาตรฐาน

ข้อปฏิบัติ (Do)

1. พิจารณาใช้ non-invasive positive pressure ventilation เป็นทางเลือกของการใส่ท่อช่วยหายใจ

ข้อห้ามปฏิบัติ (Don't)

1. หลีกเลี่ยงการดูดเสมหะภายใน 1 ชั่วโมง หลังให้อาหารทางสายยาง (feed อาหาร)

กิจกรรมที่ต้องควบคุมและตรวจสอบอย่างเข้มงวด (Critical control)

- ประเมินความพร้อมของการหยาเครื่องช่วยหายใจ

เอกสารอ้างอิง

1. แนวปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ เรื่อง การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลของระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง คณะกรรมการควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล ปี พ.ศ. 2560
2. แนวทางการป้องกันปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยผู้ใหญ่ คณะกรรมการพัฒนางานบริการผู้ป่วยวิกฤต รพ.ศิริราช ปี พ.ศ.2561
3. Klompas M, Branson R, Eichenwald EC, Greene LR, Howell MD, Lee G, Magill SS, Maragakis LL, Priebe GP, Speck K, Yokoe DS, Berenholtz SM. Strategies to prevent ventilator-associated pneumonia in acute care hospitals: 2014 update. InfectControl Hosp Epidemiol. 2014 Sep;35 Suppl 2:S133-54.



Goal 4

Prevention of Healthcare Associated Infection:

3. Central Line-Associated Bloodstream Infection (CLABSI)

การติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับการใช้สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง

ผู้รับผิดชอบ คณะกรรมการควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล

ตัวชี้วัด (KPI): อัตราการติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับการใช้สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้งต่อ 1,000 วันของการใช้สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง

ตัววัดกระบวนการ (PI)

1. อัตราการเฝ้าระวัง CLABSI ในหอผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 100 (46 หอผู้ป่วย)
2. อัตราการฝึกปฏิบัติใส่สายสวนหลอดเลือดของแพทย์ประจำบ้านภาควิชาอายุรศาสตร์ ภาควิชาวิสัญญีวิทยา ปีที่ 1 ร้อยละ 100
3. อัตราความถูกต้องของการปฏิบัติ/ความรู้ของบุคลากรตามแบบประเมินผลการปฏิบัติ (process) ตามนโยบายและระเบียบปฏิบัติด้านการป้องกันโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง มากกว่าร้อยละ 90

รายละเอียดของเนื้อหาที่สำคัญ/ขั้นตอนการปฏิบัติ

1. ทำความสะอาดผิวหนังด้วย 2% chlorhexidine ใน 70% alcohol (ใช้ 10% povidone iodine ในเด็กอายุต่ำกว่า 2 เดือน)
2. ใช้ sterile dressing ปิดตำแหน่งใส่สายสวนและเปลี่ยนเมื่อสกปรกหรือทุก 2 วัน (ผ้าก๊อช) และทุก 5-7 วัน (แผ่นฟิล์มปราศจากเชื้อ)
3. ก่อนให้ยา สารน้ำ การเชื่อมอุปกรณ์ต่างๆ กับสายต่อเข้าหลอดเลือดให้ขจัด (mechanical friction) บริเวณทางเข้า (access port) ด้วยน้ำยาทำลายเชื้อที่เหมาะสม ได้แก่ 70% alcohol , 2% chlorhexidine ใน 70% alcohol และ 10% povidone iodine โดยใช้เวลา 15 วินาที
4. ใช้เครื่องป้องกันร่างกายปราศจากเชื้ออย่างครบถ้วน (Maximal Sterile Barrier) ขณะใส่สายสวน

ข้อปฏิบัติ (Do)

- ทำความสะอาดสายต่อเข้าหลอดเลือด โดยให้ขจัด (mechanical friction) บริเวณทางเข้า (access port) ด้วยน้ำยาทำลายเชื้อ โดยใช้เวลาไม่น้อยกว่า 15 วินาที

ข้อห้ามปฏิบัติ (Don't)

- หลีกเลี่ยงการใส่สายสวนเข้า femoral vein ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่อ้วน

กิจกรรมที่ต้องควบคุมและตรวจสอบอย่างเข้มงวด (Critical control)

- การถอดสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางออกเมื่อหมดข้อบ่งชี้

เอกสารอ้างอิง

1. ระเบียบปฏิบัติ เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือด คณะกรรมการควบคุมโรค ติดเชื้อในโรงพยาบาล ปี พ.ศ. 2560
2. วิธีปฏิบัติงาน เรื่องการดูแลสายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง ฝ่ายการพยาบาล รพ.ศิริราช ปี พ.ศ.2561
3. Marschall J, Mermel LA, Fakih M, Hadaway L, Kallen A, O'Grady NP, Pettis AM, Rupp ME, Sandora T, Marağakis LL, Yokoe DS. Strategies to prevent central line-associated bloodstream infections in acute care hospitals: 2014 update. Infect Control Hosp Epidemiol. 2014 Sep;35 Suppl 2:S89-107.



Goal 5

Safe from High Alert Drug (HAD)

ปลอดภัยจากการใช้ยาที่ต้องระมัดระวังสูง

ผู้รับผิดชอบ คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmacy and Therapeutic Committee; PTC)

ตัวชี้วัด (KPI) Medication error ของยาในกลุ่ม HAD สำหรับผู้ป่วยในตั้งแต่ระดับ E ขึ้นไปเท่ากับ 0

(รายการยา HAD ตามคู่มือการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง High Alert Drug ฉบับปรับปรุง เมษายน 2560)

ตัววัดกระบวนการ (PI)

1. Prescribing error ของยาในกลุ่ม HAD สำหรับผู้ป่วยในตั้งแต่ระดับ C ขึ้นไปจำนวนลดลงร้อยละ 50 เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลปี 2562
2. Dispensing error ของยาในกลุ่ม HAD สำหรับผู้ป่วยในตั้งแต่ระดับ C ขึ้นไปจำนวนลดลงร้อยละ 50 เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลปี 2562
3. Administration error ของยาในกลุ่ม HAD สำหรับผู้ป่วยในตั้งแต่ระดับ C ขึ้นไปจำนวนลดลงร้อยละ 50 เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลปี 2562

รายละเอียดของเนื้อหาที่สำคัญ/ขั้นตอนการปฏิบัติ

1. วิธีการเพื่อป้องกันการเกิดความผิดพลาดและอันตราย
 - 1.1 มีการจัดทำชุดคำสั่งการรักษามาตรฐานสำหรับยาที่มีความเสี่ยงสูง
 - 1.2 กำหนดความเข้มข้นมาตรฐานของการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง (เฉพาะกลุ่มยาฉีด)
2. วิธีการเพื่อค้นหาความผิดพลาดและอันตราย
 - 2.1 ในขั้นตอนการจ่ายยาและบริหารยาต้องมีการตรวจสอบซ้ำเสมอ
 - 2.2 มีข้อความเตือนและข้อมูลการติดตามการใช้ยาในชุดคำสั่งการรักษามาตรฐานสำหรับยาที่มีความเสี่ยงสูงเฉพาะที่กำหนด
3. วิธีการเพื่อบรรเทาอันตราย
 - 3.1 มี antidotes และสารต้านฤทธิ์ (Reversal Agents) ที่มีอยู่ในประเทศไทย และสามารถจัดหาได้
 - 3.2 มีแนวทางการรักษามาตรฐานเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

ข้อปฏิบัติ (Do)

1. Patient Identification ในทุกขั้นตอนของการใช้ยาโดยเริ่มตั้งแต่กระบวนการสั่งยา จ่ายยา และบริหารยา
2. ในกรณีมีชุดคำสั่งการรักษามาตรฐาน/คู่มือปฏิบัติสำหรับยาที่มีความเสี่ยงสูง ให้แพทย์ใช้ชุดคำสั่งการรักษามาตรฐานในการสั่งใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง ตามที่คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด โรงพยาบาลศิริราช เป็นผู้กำหนด โดยมีการปฏิบัติดังนี้
 - คำนวณขนาดยาซ้ำ กรณีต้องมีการคำนวณตามน้ำหนักหรือพื้นที่ผิวเมื่อสั่งยาที่มีความเสี่ยงสูงและสั่งโดยระบุขนาดยาต่อหน่วยน้ำหนัก หรือพื้นที่ผิวด้วย



- พิจารณาผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือค่าพารามิเตอร์ที่สำคัญก่อนสั่งยา จ่ายยา และบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงให้แก่ผู้ป่วย
 - พิจารณาข้อห้ามใช้และปฏิกริยาระหว่างยาที่มีความเสี่ยงสูงกับยาอื่นๆ ที่ผู้ป่วยใช้อยู่ก่อนการสั่งใช้ การจ่ายยา และบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง
3. ถ้ามีการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงนอกเหนือจากแบบแผน (Protocol) ที่กำหนดไว้โดยทีมนำทางคลินิกของภาควิชา ให้แพทย์เขียนหมายเหตุความจำเป็นไว้เป็นหลักฐานในคำสั่งการรักษาและใบสั่งยา
 4. มีการระบุค่าพารามิเตอร์ที่สำคัญกำกับไว้กับคำสั่งการใช้ยา เช่นสั่งใช้ Insulin ให้ระบุค่า POCT สั่งใช้ KCL ให้ระบุค่า K⁺ เพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบซ้ำของเภสัชกรและพยาบาลผู้รับคำสั่งในการรักษา
 5. กรณีที่มีการสั่งยา/การรับคำสั่งยาที่มีความเสี่ยงสูงต้องมีการทบทวนว่ามีการสั่งยารายการนั้นก่อนหน้าหรือไม่ (ทบทวนเป็นพิเศษกรณีให้ยาฉีด Insulin)
 6. การเตรียมยาให้ปฏิบัติตามที่ระบุในคู่มือยาที่มีความเสี่ยงสูงของยาแต่ละชนิด
 7. ติดตามผลจากการใช้ยาโดยใช้เครื่องมือ Modify Early Warning Sign; MEWS

ข้อห้ามปฏิบัติ (Don't)

1. ห้ามสั่งยาเป็นอัตราส่วน เนื่องจากอาจทำให้รับคำสั่งการรักษาผิด และเกิดความคลาดเคลื่อนในการผสมยา
2. ห้ามสั่งยาที่มีความเสี่ยงสูงด้วยวาจา ยกเว้นกรณีฉุกเฉินและหากจำเป็นต้องสั่งด้วยวาจา ต้องปฏิบัติตามระเบียบที่วางไว้อย่างเคร่งครัด
3. ห้ามใช้คำย่อในการสั่งยาที่นอกเหนือจากระเบียบการสั่งจ่ายยาของโรงพยาบาลศิริราช

กิจกรรมที่ต้องควบคุมและตรวจสอบอย่างเข้มงวด (Critical control)

1. มีการสั่งใช้ยาตามชุดคำสั่งมาตรฐานสำหรับยาความเสี่ยงสูงตามที่โรงพยาบาลกำหนด
2. Post Dispensing Check ในรายการยาที่กำหนดภายใน 24 ชั่วโมงเพื่อตรวจสอบความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยา
3. มีการตรวจนับสต็อกในรายการยาที่กำหนดเพื่อค้นหาความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยา
4. มีการ Monitor MEWS ของยา Insulin Heparin และ warfarin ในผู้ป่วยในทุกรายที่มีการใช้ยาดังกล่าว



Goal 6

Safe from Preventable Adverse Drug Reactions (ADR)

ปลอดภัยจากอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่มีประวัติแพ้ แพ้ยา กลุ่มเดียวกัน

ผู้รับผิดชอบ คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmacy and Therapeutic Committee; PTC)

ตัวชี้วัด (KPI)

1. จำนวนผู้ป่วยที่แพ้ยาซ้ำซ้อนสามัญเดียวกันเท่ากับ 0 (Ultra-safe)
หมายเหตุ: นับเฉพาะจำนวนครั้งของการแพ้ยาเนื่องจากระบบของโรงพยาบาล (ไม่นับจำนวนครั้งของการแพ้ยาซ้ำที่ไม่มีสาเหตุมาจากระบบของโรงพยาบาล)

ตัววัดกระบวนการ (PI)

1. นำข้อมูลชื่อยาที่แพ้เข้าระบบสารสนเทศภายใน 15 นาที หลังแจ้งหน่วยแพทย์ในเวลาเปิดให้บริการ ร้อยละ 100
2. เภสัชกรประเมินผู้ป่วยที่มีการแจ้งข้อมูลสงสัยการแพ้ยา ภายใน 24 ชั่วโมงหลังรับแจ้ง อย่างน้อยร้อยละ 95
3. เภสัชกรประเมินผู้ป่วยที่ให้ประวัติแพ้ยา ภายใน 24 ชั่วโมงหลังรับแจ้ง อย่างน้อยร้อยละ 80

รายละเอียดของเนื้อหาที่สำคัญ/ขั้นตอนการปฏิบัติ

1. การวางระบบรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาให้ทุกวิชาชีพ (แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร)
 - 1.1 เมื่อพบผู้ป่วยสงสัยการแพ้ยาหรือให้ประวัติแพ้ยา ให้ดำเนินการแจ้งหน่วยแพทย์ทันทีหรือปรึกษาแพทย์เฉพาะทางที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมประเมิน (กรณีผู้ป่วยกำลังเกิดอาการ)
 - 1.2 เมื่อเภสัชกรและแพทย์ประเมินสรุปสงสัยการแพ้ยา ให้พยาบาลและเภสัชกรดำเนินการลงระบบการแจ้งเตือนประวัติตามเครื่องมือที่กำหนดไว้
 - 1.3 กรณีที่มีความจำเป็นต้องใช้ยาที่มีประวัติแพ้ ให้ปรึกษาแพทย์เฉพาะทางตามแนวทางที่กำหนดไว้
2. ถ้ามีการเกิดการเกิดแพ้ยาซ้ำเนื่องจากระบบโรงพยาบาลเกิดขึ้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องวิเคราะห์เพื่อหาสาเหตุและแนวทางป้องกันร่วมกัน
3. การพัฒนาระบบสารสนเทศเกี่ยวกับเรื่องแพ้ยา (ใบสั่งยา pre-printed, การแจ้งเตือนประวัติ, การถือการสั่งจ่ายผู้ป่วยมีประวัติแพ้หรือมีโอกาสแพ้ข้ามกลุ่ม)
4. วางระบบการส่งตรวจยืนยันแพ้ยาและการรายงานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ให้ผลบวกต่อแพ้ยา
 - 4.1 ส่งเสริมและสนับสนุนให้แพทย์พิจารณาส่งตรวจยืนยันแพ้ยา
5. วางระบบการเรียนการสอน และฝึกอบรม สำหรับ บุคลากรที่เกี่ยวข้องในระบบยา

ข้อปฏิบัติ (Do)

1. ต้องมีการซักประวัติแพ้ยาจากผู้ป่วย รวมทั้งตรวจสอบประวัติการแพ้ยาในระบบของโรงพยาบาลเสมอ ก่อนการสั่งยา จ่ายยา และบริหารยา
2. เมื่อพบผู้ป่วยกำลังเกิดอาการสงสัยแพ้ยา ให้แจ้งแพทย์เจ้าของไข้และหน่วยแพ้ยา



3. เมื่อพบผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยาที่ยังไม่มีบันทึกในระบบ ให้ดำเนินการแจ้งหน่วยแพ้ยาเพื่อนำข้อมูลเข้าระบบทันที ในกรณีพบประวัติแพ้ยานอกเวลาทำการของหน่วยแพ้ยา ให้พยาบาลเขียนชื่อยาที่แพ้ลงในใบสั่งยาด้วยลายมือในช่องที่กำหนด เพื่อสื่อสารกับห้องยา
4. เมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์รุนแรง หรือเกิดความผิดปกติที่ถึงตัวผู้ป่วย ผู้พบเหตุการณ์ต้องรายงานอุบัติการณ์ทันที
5. ส่งเสริมการตรวจคัดกรอง HLA-B*15:02 และ HLA-B*58:01 ก่อนเริ่มต้นให้ยา Carbamazepine และ Allopurinol ยกเว้นการสั่งใช้ยา Allopurinol กรณีเร่งด่วน ในข้อบ่งชี้ Tumor lysis syndrome

ข้อห้ามปฏิบัติ (Don't)

1. ห้ามสั่งยารายการที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ ยกเว้นในกรณีที่ไม่มียาทางเลือกและแพทย์ต้องติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาอย่างใกล้ชิด

กิจกรรมที่ต้องควบคุมและตรวจสอบอย่างเข้มงวด (Critical control)

1. การนำข้อมูล ADR เข้าสู่ระบบสารสนเทศครบถ้วน
2. ระบบสื่อการสั่งใช้ยาในผู้ป่วยที่มีประวัติการแพ้ยา อย่างมีประสิทธิภาพ



Goal 7

Safe from Fatal Drug Interaction

ปลอดภัยจากการใช้ยาที่เกิดปฏิกิริยาระหว่างยา

ผู้รับผิดชอบ คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmacy and Therapeutic Committee; PTC)

เป้าประสงค์ (KPI) การใช้ยาที่อาจเกิดอันตรกิริยาที่มีผลทางคลินิกรุนแรงในลำดับสูง (High Priority Drug Interaction) จนเป็นเหตุให้ต้องรับไว้ในโรงพยาบาลหรือเสียชีวิต เท่ากับ 0 (Ultra safe)

ตัววัดกระบวนการ และเป้าหมาย (PI and target)

1. มีการทบทวน และระบุยาที่อาจเกิดอันตรกิริยาที่มีผลทางคลินิก (Clinically Relevant Drug Interaction) พร้อมจัดทำกระบวนการป้องกันและแจ้งเตือนแก่ผู้เกี่ยวข้อง
เป้าหมาย: ดำเนินการสำเร็จในปี 2562 และมีการพัฒนาต่อเนื่องแล้วเสร็จตามแผนที่กำหนด
ยาที่เฝ้าระวัง: ตามรายการยา Fatal Drug Interaction ในโรงพยาบาลศิริราช
2. มีการปรับปรุงระบบสารสนเทศเพื่อสนับสนุนผู้เกี่ยวข้องในการระบุยาที่อาจเกิดอันตรกิริยาที่มีผลทางคลินิก และการแจ้งเตือนเพื่อลดใช้ยาที่อาจเกิดอันตรกิริยาที่มีผลทางคลินิกรุนแรงในลำดับสูง
เป้าหมาย: ประสิทธิภาพการตรวจสอบยาที่อาจเกิดอันตรกิริยาที่มีผลทางคลินิกกับยาเดิม >95%
3. มีระบบติดตาม และรายงานผลการใช้ยาที่อาจเกิดอันตรกิริยาที่มีผลทางคลินิก
เป้าหมาย: อุบัติการณ์การเกิดผลทางคลินิกรุนแรงจากอันตรกิริยาระหว่างยาที่ส่งจ่ายในโรงพยาบาล (ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป) เท่ากับ 0

รายละเอียดของเนื้อหาที่สำคัญ/ขั้นตอนการดำเนินการ

PLAN	<ol style="list-style-type: none">1. การทบทวน-ระบุ-สื่อสารถึงยาที่อาจเกิดอันตรกิริยาที่มีผลทางคลินิก แบ่งเป็นลำดับชั้นตามความรุนแรง (ประสานกับ UHosNET)2. พัฒนาระบบการให้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนความปลอดภัยจากการใช้ยาที่อาจเกิดอันตรกิริยาที่มีผลทางคลินิก ทั้งในช่วงก่อนสั่งยาจ่ายยา และบริหารยาแก่ผู้เกี่ยวข้อง (ผู้สั่ง ผู้จ่าย ผู้บริหาร และผู้เข้ายา)
DO	<ol style="list-style-type: none">1. ประสานงานผู้เกี่ยวข้องในการกำหนดแนวทาง เพื่อเพิ่มพูนความรู้ แก่ผู้ปฏิบัติงานในทุกระดับ2. กำหนดแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการดำเนินการเพื่อป้องกัน แจ้งเตือน ติดตามเฝ้าระวัง และการให้ความรู้ หากมีการใช้ยาที่อาจเกิดอันตรกิริยาที่มีผลทางคลินิก3. ประสานงานผู้เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบสารสนเทศตรวจสอบการจ่ายยากับยาอื่น ที่มีโอกาสเกิดอันตรกิริยาที่มีผลทางคลินิกรุนแรงในลำดับสูง ให้ได้อย่างน้อย 90 วัน4. สนับสนุนกระบวนการทบทวนรายการยา (Medication Reconciliation) ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง
CHECK	<ol style="list-style-type: none">1. ติดตามตัววัดกระบวนการและเป้าหมายการดำเนินการ โดยคณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) แจ้งในที่ประชุมคณะอนุกรรมการฯ พิจารณาทุก 3 เดือน2. แจ้งเพื่อพิจารณาผลการดำเนินการโดยรวม ในการประชุมคณะกรรมการ PTC ปีละ 1 ครั้ง3. แจ้งเพื่อพิจารณามาตรการโดยรวม ในที่ประชุมคณะอนุกรรมการ RDU-UHosNET อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
ACT	<ol style="list-style-type: none">1. การปรับเปลี่ยน เพิ่มเติมขั้นตอนแนวทางการดำเนินการ ในการทบทวนแผนของคณะอนุกรรมการ RDU2. การปรับเปลี่ยน เพิ่มเติมขั้นตอนทันทีในกรณีที่มีความจำเป็น ภายใต้อาณัติของคณะกรรมการ PTC



ข้อปฏิบัติ (Do) หลักการ 6As

1. ก่อน: AWARE

มีความตระหนัก และมีข้อมูลที่เข้าถึงได้สะดวก เพื่อพิจารณาจะใช้หรือปรับขนาดยาหรือการให้คำแนะนำ ในกรณีที่น่าจะนำไปสู่การใช้ยาที่อาจเกิดอันตรายที่มีผลทางคลินิก

2. ระหว่าง: ALERT / AVOID / ADJUST

- มีระบบสารสนเทศในการแจ้งเตือนการจ่ายยาที่มีโอกาสนำไปสู่การเกิดอันตรายที่มีผลทางคลินิกรุนแรงในลำดับสูง (SiOP) ที่ติดตามย้อนหลังได้ 90 วัน
- มีแนวทางที่ชัดเจนเพื่อดำเนินการ หากจำเป็นต้องใช้ยาที่มีโอกาสนำไปสู่การเกิดอันตรายที่มีผลทางคลินิก ในลำดับความรุนแรงต่างๆ โดยดำเนินการร่วมกันระหว่างแพทย์และเภสัชกร

A: Definite clinical relevance with serious complications	Avoid
B: Definite clinical relevance with potential benefit over risk	Adjust, Inform, Monitor
C: Clinical relevance but significance is uncertain	Inform, Monitor
D: Clinical relevance is unknown and/or varied	Inform, Monitor

3. หลัง: ADVICE / ACTION

- มีแนวทางที่ชัดเจนเพื่อดำเนินการขั้นต้นและแนะนำ ในกรณีที่สงสัยว่าอาจเกิดอันตรายที่มีผลทางคลินิกรุนแรงในลำดับสูง หรืออุบัติการณ์เรื่องความปลอดภัยจากการให้ยา
- มีการรายงานอุบัติการณ์ทันที เพื่อนำไปสู่การ วิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง (Root Cause Analysis) ในทุกกรณีที่เกิดอันตรายที่มีผลทางคลินิกรุนแรงในลำดับสูง หรืออุบัติการณ์เรื่องความปลอดภัยจากการให้ยา

ข้อห้ามปฏิบัติ (Don't)

- หลีกเลี่ยงการสั่งใช้ยาคู่ Drug interaction

กิจกรรมที่ต้องควบคุมและตรวจสอบอย่างเข้มงวด (Critical control)

1. แนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการดำเนินการเพื่อป้องกัน แจ้งเตือน ติดตามเฝ้าระวัง และการให้ความรู้ หากมีการใช้ยาที่อาจเกิดอันตรายที่มีผลทางคลินิก
2. การพัฒนาระบบสารสนเทศเกี่ยวเนื่องกับการแจ้งเตือนเพื่อผู้ใช้ยาที่อาจเกิดอันตรายที่มีผลทางคลินิกรุนแรงในลำดับสูง แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด



Goal 8

Blood Transfusion Safety

ปลอดภัยจากการใช้เลือดและส่วนประกอบของเลือด

ผู้รับผิดชอบ คณะกรรมการพัฒนางานบริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศิริราช
ตัวชี้วัด (KPI) อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารเลือด/ส่วนประกอบของเลือด ระดับ C ขึ้นไป เป้าหมาย 0 ครั้ง (Ultra-safe)

ตัววัดกระบวนการ (PI) อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนสำคัญ ระดับ B เป้าหมาย 0 ครั้ง ดังนี้

1. การสั่งเลือด
2. การจองเลือด
3. การ cross match
4. การจ่ายเลือด
5. การให้เลือด

รายละเอียดของเนื้อหาที่สำคัญ/ขั้นตอนการปฏิบัติ

คณะทำงานได้ทำการวิเคราะห์ขั้นตอนการปฏิบัติงานและกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในขั้นตอนการจองเลือด การสั่งและการให้เลือด อย่างปลอดภัย ใช้ 3 ตรวจสอบทั้งในขั้นตอนการจองและการให้เลือด ด้วย Motto “**เทียบ/ถาม**” ดังนี้

- การจองเลือด (= หมายถึงให้ตรงกัน)**
1. การเตรียม Tube เลือดและเอกสารการจองเลือด: ต้อง**เทียบ**ชื่อ-สกุล-HN ผู้ป่วยที่ Tube เลือด = ใบ e-HIS = ใบจองเลือด = Doctor Order sheet
 2. ระบุตัวผู้ป่วยก่อนเจาะเลือด: ต้อง**เทียบ/ถาม** ชื่อ-สกุล-HN ผู้ป่วยที่ Tube เลือด = ป้ายชื่อมือผู้ป่วย
 3. ก่อนส่ง Tube เลือดและเอกสารไปธนาคารเลือด: ต้อง**เทียบ** ชื่อ-สกุล-HN ที่ Tube เลือด = ใบจองเลือด

การให้เลือด (= หมายถึงให้ตรงกัน)

1. เมื่อเลือดมาถึงหน่วยงาน: ต้องตรวจสอบ**เทียบ**หมู่เลือด-Unit No.ที่ป้ายถุงเลือด = ใบคล้องเลือด = ประวัติการให้เลือด (ถ้ามี)
2. ก่อนการให้เลือด: ต้องตรวจสอบ**เทียบ**ชื่อ-สกุล-HN ผู้ป่วย = Doctor Order sheet = ใบคล้องเลือด
3. ระบุตัวผู้ป่วยก่อนการให้เลือด: ต้อง**เทียบ/ถาม** ชื่อ-สกุล-HN ผู้ป่วย = ป้ายชื่อมือผู้ป่วย = ใบคล้องเลือด

ข้อปฏิบัติ (Do)

- การเจาะจองเลือด โดย “**เทียบ/ถาม**” ชื่อ-สกุล-HN, วันเดือนปีเกิด ก่อนการเจาะจองเลือด
- การให้เลือด โดย “**เทียบ/ถาม**” ชื่อ-สกุล-HN, วันเดือนปีเกิด ก่อนการให้เลือด

ข้อห้ามปฏิบัติ (Don't)

- ห้ามใช้เลือดที่เจาะครั้งเดียวกับเลือดที่ส่งจอง ในการส่งเลือดเพิ่ม (ครั้งที่ 2 เพื่อ recheck) ให้ธนาคารเลือดในกรณีผู้ป่วยเป็นการได้รับเลือดครั้งแรก

กิจกรรมที่ต้องควบคุมและตรวจสอบอย่างเข้มงวด (Critical control)

1. การระบุตัวผู้ป่วยก่อนเจาะเลือดจอง
2. การระบุตัวผู้ป่วยก่อนให้เลือด



Goal 9

Patient Identification

การระบุตัวผู้ป่วย

ผู้รับผิดชอบ คณะกรรมการพัฒนางานบริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศิริราช

ตัวชี้วัด (KPI)

1. อัตราความคลาดเคลื่อนจากการระบุตัวผู้ป่วยทุกระดับ
เป้าหมาย IPD < 0.1/1,000 วันนอน, OPD < 0.1/1,000 visit
2. อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการระบุตัวมารดาทารก ระดับ C ขึ้นไป = 0 ครั้ง (Ultra-safe)

ตัววัดกระบวนการ (PI) การปฏิบัติตามขั้นตอนการระบุตัวผู้ป่วยตามที่กำหนดไว้ในนโยบาย

อัตราความคลาดเคลื่อนในการระบุตัวผู้ป่วย ในขั้นตอนสำคัญ โดยเน้นการเทียบ ถาม เพื่อการระบุตัวผู้ป่วย ถูกต้อง ถูกบุคคล และผู้ป่วยปลอดภัยทุกขั้นตอน เช่น ก่อนแพทย์สั่งการรักษา / ก่อนเจาะเลือด / ก่อนให้เลือด / เก็บสิ่งส่งตรวจ / ก่อนบริหารยา / ก่อนส่งมอบทารกแก่มารดา / ก่อนจำหน่ายทารก / ก่อนมารดาเก็บนมบีบ / ก่อนให้นมทารก

เป้าหมาย IPD < 0.1/1,000 วันนอน, OPD < 0.1/1,000 visit

รายละเอียดของเนื้อหาที่สำคัญ/ขั้นตอนการปฏิบัติ

1. สร้างวัฒนธรรมการระบุตัวผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วย/ญาติมีส่วนร่วม เน้นการระบุตัวด้วย 2 ตัวบ่งชี้เสมอ ได้แก่
 - ชื่อ – สกุล
 - วันเดือนปีเกิด (ในกรณีจำไม่ได้ให้ถามอายุ)
 - กรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ให้ตรวจสอบจากเอกสารโดยดู HN เทียบกับ wrist band
กรณีผู้ป่วยรับใหม่ ให้ตรวจสอบจากเอกสารร่วมด้วย เช่น บัตรประชาชน หนังสือเดินทาง
2. ผู้ป่วย OPD case ให้ใส่ wrist band หรือสายข้อมือที่ติดสติ๊กเกอร์ระบุตัวผู้ป่วย ในผู้ป่วยพักค้าง ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ผู้ป่วยที่ทำผ่าตัด / หัตถการ การส่งตรวจข้ามหน่วยงาน การส่งตรวจพิเศษ เช่น CT, MRI เป็นต้น
3. การปรับเปลี่ยนรูปถ่ายในเวชระเบียนของผู้ป่วย ให้ติดต่อเวชระเบียนเพื่อถ่ายรูปและปรับรูปถ่ายในเวชระเบียนให้เป็นปัจจุบัน กรณีผู้ป่วยในที่ไม่สามารถมาที่หน่วยเวชระเบียนได้ ให้ประสานงานหน่วยเวชระเบียนเพื่อมาถ่ายรูปที่หอผู้ป่วย เบอร์โทรศัพท์ 97323, 99990
4. กำหนด MOTTO “**เทียบ ถาม**” และปฏิบัติในทุกกิจกรรม ได้แก่ ก่อนแพทย์สั่งการรักษา ก่อนเจาะเลือด ก่อนให้เลือด เก็บสิ่งส่งตรวจ ก่อนบริหารยา ก่อนส่งมอบทารกแก่มารดา ก่อนจำหน่ายทารก ก่อนมารดาเก็บนมบีบ ก่อนให้นมทารก

ข้อปฏิบัติ (Do)

- ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของกระบวนการระบุตัวผู้ป่วย

ข้อห้ามปฏิบัติ (Don't)

- ห้ามใช้หมายเลขเตียงหรือห้องเป็นตัวบ่งชี้ในการระบุตัวผู้ป่วย

กิจกรรมที่ต้องควบคุมและตรวจสอบอย่างเข้มงวด (Critical control)

1. ก่อนทำหัตถการ จะต้อง**เทียบ** tube เลือด/บรรจุภัณฑ์ กับป้ายข้อมือและ**ถาม**ชื่อ – สกุล วันเดือนปีเกิด / อายุ หลังเจาะเลือด/ เก็บสิ่งส่งตรวจ ตรวจสอบ tube เลือด/บรรจุภัณฑ์ที่ติดสติ๊กเกอร์กับใบ request ให้ตรงกัน
2. ก่อนส่งมอบทารกแก่มารดา / ก่อนจำหน่ายทารก จะต้อง**เทียบ** Duoband ของมารดาและทารกให้ตรงกัน พร้อมทั้งให้มารดาบอกชื่อ-สกุลของทารกและตรวจสอบกับป้ายข้อมือของทารก



Goal 10

Effective Communication – ISBAR

ประสิทธิผลการสื่อสารโดยใช้ ISBAR

ผู้รับผิดชอบ คณะกรรมการพัฒนางานบริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศิริราช

ตัวชี้วัด (KPI) อุบัติการณ์การสื่อสารที่ไม่ใช้ ISBAR (ระดับ E ขึ้นไป) เท่ากับ 0 ครั้ง

ตัววัดกระบวนการ (PI)

1. อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกใน Patient Transfer Record มากกว่าหรือเท่ากับ 80%
2. อัตราการลงลายมือชื่อแพทย์ในคำสั่งการรักษาทางโทรศัพท์ภายใน 24 ชั่วโมง เท่ากับ 100%

รายละเอียดของเนื้อหาที่สำคัญ/ขั้นตอนการปฏิบัติ

1. ประกาศให้ทุกหน่วยงานรับทราบ เรื่องต่อไปนี้
 - นโยบายเรื่องการสื่อสารโดยใช้ ISBAR
 - วิธีปฏิบัติงาน เรื่องการรับคำสั่งการรักษาทางโทรศัพท์
 - การใช้ Patient Transfer Record ตามแนวปฏิบัติการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
2. ให้หน่วยงานศึกษาวิธีทัศน์ 5 เรื่อง ได้แก่
 - แนะนำการสื่อสารโดยใช้ ISBAR
 - วิธีบันทึกใน Patient Transfer Record
 - การส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงาน
 - การรับคำสั่งการรักษาทางโทรศัพท์
 - การรายงานแพทย์ทางโทรศัพท์

ข้อปฏิบัติ (Do)

1. ให้สื่อสารโดยใช้ ISBAR ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมดูแลผู้ป่วยในกรณีการส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงาน การรับคำสั่งการรักษาทางโทรศัพท์ การรายงานแพทย์ทางโทรศัพท์ และการใช้ Patient Transfer Record เมื่อเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
2. การรับคำสั่งการรักษาทางโทรศัพท์ ใช้เมื่อฉุกเฉินเท่านั้น
3. ให้รายงานอุบัติการณ์ โดยให้ผู้รายงาน ระบุสาเหตุจากการสื่อสารที่ไม่ใช้ ISBAR

ข้อห้ามปฏิบัติ (Don't)

-

กิจกรรมที่ต้องควบคุมและตรวจสอบอย่างเข้มงวด (Critical control)

1. การบันทึกใน Patient Transfer Record ให้ครบถ้วน กรณีที่ต้องส่งผู้ป่วยไปต่างแผนกและการเปลี่ยนทีมผู้ดูแล
2. การรับคำสั่งทางโทรศัพท์ ต้องทำให้ครบ 3 ขั้นตอน ได้แก่
 - มีการบันทึกคำสั่งรักษาใน Doctor order sheet (write down)
 - อ่านทวนคำสั่งรักษาให้แพทย์ผู้สั่งฟัง (read back) และยืนยันคำสั่ง
 - แพทย์ผู้สั่งหรือทีมแพทย์เจ้าของไข้มาลงลายมือชื่อในตารางประทับรับคำสั่งการรักษาทางโทรศัพท์ที่ Doctor order sheet ภายใน 24 ชั่วโมง (cosign)



Goal 11

Preventing Pressure Ulcers

ป้องกันแผลกดทับ

ผู้รับผิดชอบ คณะกรรมการพัฒนางานบริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศิริราช

- ตัวชี้วัด (KPI)**
1. อัตราผู้ป่วยเกิดแผลกดทับใหม่ในโรงพยาบาล (Harm) < 0.9 คน /1000 วันผู้ป่วยนอน
 2. อัตราความชุกแผลกดทับที่เกิดในโรงพยาบาล ระดับ 2 ขึ้นไป (Harm) ≤ ร้อยละ 5

ตัววัดกระบวนการ (PI)

1. อัตราการใช้ใบ SICCT by MEWS for Pressure Injury Prevention ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ≥ ร้อยละ 80
2. อัตราการปฏิบัติตาม SICCT by MEWS for Pressure Injury Prevention ในผู้ป่วยที่มีแผลกดทับเกิดใหม่ ≥ ร้อยละ 80

รายละเอียดของเนื้อหาที่สำคัญ/ขั้นตอนการปฏิบัติ

1. ประเมินผิวหนังผู้ป่วยแรกรับ ใน Nursing document (Nur. Doc 01)
2. นำแนวปฏิบัติ SiCTT by MEWS for Pressure Injury Prevention ใช้ประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยแรกรับ
ทุกราย
3. ปฏิบัติตาม SiCTT by MEWS Pressure Injury Prevention ให้สอดคล้องกับปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยแต่ละด้าน
4. ประเมินปัจจัยเสี่ยงซ้ำทุก 8 ชั่วโมง และ/หรือเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง
5. บันทึกใน Nursing document (Nur. Doc 02 - 04)
6. ในหอผู้ป่วยที่ถูกระบุมีความเสี่ยงสูง (High Risk Area) ให้ใช้ SiCTT ทุกรายและปฏิบัติตามข้อ 1-6 ข้างต้น

ข้อปฏิบัติ (Do)

1. ใช้ที่นอนกระจายแรงกดในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว และ/หรือไม่รู้สึกร่างตัว
2. ใช้ Polyurethane foam รองบริเวณตำแหน่งที่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์กดทับ

ข้อห้ามปฏิบัติ (Don't)

1. ห้ามนวดบริเวณปุ่มกระดูก
2. ห้ามใช้ห่วงยางรูปโดนัทรองบริเวณปุ่มกระดูก

กิจกรรมที่ต้องควบคุมและตรวจสอบอย่างเข้มงวด (Critical control)

1. ประเมินผิวหนังบริเวณจุดเสี่ยงทุกครั้งที่มีการให้การพยาบาลและทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนท่า
2. อัตราการใช้ใบ SICCT by MEWS for Pressure Injury Prevention ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ
ในหอผู้ป่วยกลุ่ม High Risk Area ร้อยละ 100



Goal 12

Preventing Patient Falls

ป้องกันการลื่น ตก หกล้ม

ผู้รับผิดชอบ	คณะกรรมการพัฒนางานบริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศิริราช
วัตถุประสงค์	ลดอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มและการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้ม
ตัวชี้วัด (KPI)	1. อัตราการพลัดตก/หกล้มของผู้ป่วยภาพรวม IPD ≤ 0.2 ครั้ง/1000 วันนอน 2. อัตราการพลัดตก/หกล้มของผู้ป่วยที่บาดเจ็บ IPD ≤ 0.1 ครั้ง/1000 วันนอน
ตัววัดกระบวนการ (PI)	1. อัตราการใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตก/หกล้ม 100% 2. อัตราการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันการพลัดตก/หกล้ม 100%

รายละเอียดของเนื้อหาที่สำคัญ/ขั้นตอนการปฏิบัติ

- ใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตก/หกล้ม SiCTT : Fall Prevention in Adult Hospitalized Patient สำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่ และแบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตก/หกล้ม (F3) สำหรับผู้ป่วยเด็ก
- สื่อสาร ส่งต่อข้อมูลความเสี่ยงต่อการพลัดตก/หกล้มของผู้ป่วย กับทีมบุคลากรผู้ให้การดูแลผู้ป่วย
- ให้ข้อมูลความเสี่ยง และข้อควรปฏิบัติเพื่อป้องกันการพลัดตก/หกล้มกับผู้ป่วย/ญาติผู้ดูแล โดยเปิดคลิปวิดีโอในผู้ป่วยแรกรับทุกราย และติดโปสเตอร์สื่อสารในหอผู้ป่วย/ห้องผู้ป่วยพิเศษ
- สุ่มติดตามการใช้แบบประเมินและการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการพลัดตก/หกล้มของผู้ป่วย

การจัดอบรม

- อบรมการใช้ SiCTT: Fall Prevention in Adult Hospitalized Patient ในหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง
- จัดอบรมแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการพลัดตก/หกล้มของผู้ป่วยให้กับบุคลากรจบใหม่ทุกคน และมีการประเมินความรู้ และทักษะของบุคลากรทุกปี

ข้อปฏิบัติ (Do)

- ยกข้างเตียงขึ้น 2 ข้าง วางออดไถล์มือ และแนะนำการใช้งานเมื่อผู้ป่วยต้องการลงจากเตียง / ขอความช่วยเหลือ
- เน้นการปฏิบัติที่ เตียง : ล้อคล้อ เตียงต่ำ ข้างขึ้น กริ่งไถล์
ห้องน้ำ : พื้นแห้ง แสงสว่าง ราวจับแน่น

ข้อห้ามปฏิบัติ (Don't)

- ห้ามผู้ป่วยลุกลงจากเตียง หรือเดินเข้าห้องน้ำเพียงลำพัง

กิจกรรมที่ต้องควบคุมและตรวจสอบอย่างเข้มงวด (Critical control)

- การใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม
- การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันการพลัดตกหกล้ม
- การสุ่มตรวจ : หัวหน้าหอผู้ป่วยสุ่มตรวจทุกวัน
RM งานการพยาบาล สุ่มในหน่วยงานที่เสี่ยงสูงทุก 1 เดือน
RM ฝ่ายการพยาบาล สุ่มหน่วยงานที่เสี่ยงสูงทุก 3 เดือน



Goal 13

Medical Emergency: Sepsis (ภาวะติดเชื้อในร่างกาย)

ผู้รับผิดชอบ คณะกรรมการพัฒนางานบริการผู้ป่วยนอก

ตัวชี้วัด (KPI) : อัตราการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในร่างกาย เป้าหมาย < 50 % (Exclude NR)

ตัววัดกระบวนการ (PI)

1. อัตราการได้รับยาต้านจุลชีพภายใน 1 ชั่วโมง เป้าหมาย $\geq 90\%$
2. Adequate tissue perfusion rate ภายใน 6 ชั่วโมง เป้าหมาย $\geq 80\%$
3. อุบัติการณ์การปนเปื้อนเชื้อโรคประจำถิ่น (normal flora) จากผลเพาะเชื้อ เป้าหมาย 0 รายงาน

รายละเอียดของเนื้อหาที่สำคัญ/ขั้นตอนการปฏิบัติ

ประกาศให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับทราบแนวทางในการปฏิบัติ ได้แก่

1. แนวทางการคัดกรองและวินิจฉัยผู้ป่วย severe sepsis และ septic shock
2. แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะ severe sepsis/septic shock
3. แนวทางการเพาะเชื้อจากเลือด (Hemoculture) แนวทางในการเก็บปัสสาวะเพื่อส่งตรวจเพาะเชื้อ
4. แนวทางการให้ยาปฏิชีวนะด้วยระบบการส่งและเบิกยาด่วน
5. แนวทางการประสานการรับยาต้านจุลชีพที่ได้รับการตรวจสอบจากเภสัชกร เพื่อป้องกันการแพ้ยา

ข้อปฏิบัติ (Do)

1. ประเมินคัดกรองภาวะติดเชื้อในร่างกายด้วย quick SOFA score (qSOFA) ประกอบด้วย
 - 1.1 อัตราการหายใจ > 22 ครั้ง/นาที
 - 1.2 การรู้สึกตัวลดลง
 - 1.3 ความดันเลือด systolic < 100 mmHgผู้ป่วยที่มีอาการแสดงเหล่านี้มากกว่า 2 ข้อ ให้วินิจฉัยว่ามีโอกาสจะเป็น sepsis
2. เก็บเลือดและปัสสาวะเพื่อส่งตรวจเพาะเชื้ออย่างถูกวิธี เพื่อลดโอกาสการปนเปื้อนของเชื้อโรคประจำถิ่น

ข้อห้ามปฏิบัติ (Don't)

-

กิจกรรมที่ต้องควบคุมและตรวจสอบอย่างเข้มงวด (Critical control)

1. การประเมินคัดกรองภาวะติดเชื้อในร่างกายด้วย quick SOFA
2. การเก็บเลือดและปัสสาวะเพื่อส่งตรวจเพาะเชื้ออย่างถูกวิธี
3. การได้รับยาต้านจุลชีพภายในเวลาที่กำหนด



Goal 14

Security and Privacy of information

ความมั่นคงปลอดภัยและความเป็นส่วนตัวของข้อมูลสารสนเทศ

ผู้รับผิดชอบ คณะกรรมการพัฒนาระบบเวชระเบียน

ตัวชี้วัด (KPI): จำนวนอุบัติการณ์ร้องเรียนเกี่ยวกับการถูกละเมิดสิทธิเรื่องการเปิดเผยข้อมูล (เป้าหมาย 0 เรื่อง)

ตัววัดกระบวนการ (PI)

1. อัตราความครบถ้วนของเอกสารเวชระเบียนในระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (เป้าหมาย 100%)
2. เจ้าหน้าที่เวชระเบียนได้รับการอบรมสร้างความตระหนักและรับรู้แนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลผู้ป่วย (เป้าหมาย 100%)

รายละเอียดของเนื้อหาที่สำคัญ/ขั้นตอนการปฏิบัติ

1. ให้ความสำคัญ เคารพสิทธิ หรือความเป็นอิสระในความเป็นส่วนตัว หรือสิทธิผู้ป่วย
2. ข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมดในเวชระเบียนถือเป็นความลับ เจ้าหน้าที่ทุกคนไม่มีสิทธิเปิดเผย ยกเว้นแต่จะได้รับมอบหมาย
3. กำหนดระดับชั้นความลับของข้อมูลเวชระเบียน ได้แก่ ข้อมูลที่เปิดเผยได้ และ ข้อมูลลับเฉพาะ
4. เจ้าหน้าที่ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วย มีหน้าที่รักษาความลับของผู้ป่วยโดยมี Username และ Password เพื่อระบุและยืนยันตัวบุคคลในการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยแต่ละโปรแกรม
5. คณะกรรมการพัฒนาระบบเวชระเบียน กำหนดกลุ่มผู้ใช้งานและสิทธิของผู้ใช้งาน เพื่อเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยในระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ และ ทบทวนสิทธิเป็นระยะ
6. ข้อมูลในระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ผู้เกี่ยวข้องมีสิทธิสามารถเข้าถึงได้แต่ไม่สามารถแก้ไขข้อมูลได้
7. การนำข้อมูลผู้ป่วยไปใช้ประโยชน์อื่น นอกเหนือจากการรักษาพยาบาล เช่น งานวิจัย งานพัฒนาคุณภาพ งานวิชาการ ให้ปฏิบัติตามแนวทางการขอ ปรึกษารักษา ผ่านการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช
8. การเผยแพร่ข้อมูล/ภาพผู้ป่วย เพื่อการศึกษาต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย โดยลบข้อมูลที่เป็นการระบุตัวบุคคล เช่น ชื่อ-สกุล, HN, ภาพใบหน้า หรือ ID อื่นๆ ทั้ง ยกเว้นผู้ป่วยอนุญาต
9. ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติบุคคลของผู้ป่วย ให้ดำเนินการโดยผู้มีหน้าที่รับผิดชอบ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากงานเวชระเบียนเท่านั้น
10. ติดตามและตรวจสอบเวชระเบียนกลับคืนทุกวันตามจำนวนเอกสารเวชระเบียนทั้งหมดที่พิมพ์ออกจากระบบ
11. บันทึกและจัดเก็บข้อมูล (Log file) ของผู้ใช้งานระบบ สามารถตรวจสอบได้กรณีสงสัยว่าข้อมูลผู้ป่วยถูกละเมิด

ข้อปฏิบัติ (Do)

- รหัส Username และ Password ต้องเก็บรักษาเป็นความลับ

ข้อห้ามปฏิบัติ (Don't)

- ห้ามผู้ใช้งานระบบนำข้อมูลผู้ป่วยไปส่งต่อ หรือเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะ หากมีความจำเป็นต้องได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยหรือญาติเป็นลายลักษณ์อักษร

กิจกรรมที่ต้องควบคุมและตรวจสอบอย่างเข้มงวด (Critical control)

1. จำกัดการเข้าถึงข้อมูลที่เป็นความลับและการใช้งานระบบที่สำคัญ ให้เข้าถึงเฉพาะที่ได้รับอนุญาตตามความเหมาะสมและจำเป็น และทบทวนสิทธิ เป็นระยะ
2. จัดเก็บข้อมูล (Log file) ทางคอมพิวเตอร์ และรายงานการแก้ไขข้อมูลผู้ป่วยในระบบเป็นระยะ สามารถตรวจสอบได้ เมื่อมีการเข้าใช้งานในระบบ ผิดปกติ



Goal 15

Social Media and Communication Professionalism

ใช้งานและสื่อสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์ รวมถึงสื่ออื่นๆอย่างเหมาะสม มีความเป็นมืออาชีพ

ผู้รับผิดชอบ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงระบบสนับสนุนและบริการ โรงพยาบาลศิริราช

ตัวชี้วัด (KPI): จำนวนครั้งที่บุคลากรภายในคณะฯ ใช้สื่อสังคมออนไลน์ไม่เหมาะสม และ/หรือ มีส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย บุคลากร องค์กร (เป้าหมาย =0 ครั้ง)

ตัววัดกระบวนการ (PI)

1. การรับรู้แนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้งานสื่อสังคมออนไลน์ (social media) เป้าหมาย 70 %
2. สัดส่วนบุคลากรมีความตระหนักต่อการใช้สื่อสังคมออนไลน์ เป้าหมาย 70 %

รายละเอียดของเนื้อหาที่สำคัญ/ขั้นตอนการปฏิบัติ

- บุคลากรและนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยมหิดล พึงปฏิบัติตามประกาศมหาวิทยาลัยมหิดล เรื่องนโยบายและแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ พ.ศ.2561
 - สื่อสังคมออนไลน์ : Youtube, Facebook, Line, Instragram, Snapchat, Twitter, Whatsapps, Linked In, Google Plus, Blog, Wiki ฯลฯ รวมทั้ง Website ต่างๆทั้งในประเทศและต่างประเทศ ที่เปิดให้บริการ File Sharing, Photo Sharing, Video Sharing และกระดานข่าว (Web Board) เป็นต้น

ข้อปฏิบัติ (Do)

- ความรับผิดชอบส่วนบุคคล
 1. ผู้เผยแพร่ความคิดเห็นส่วนบุคคลต้องรับผิดชอบต่อข้อความนั้นๆ
 2. ผู้บริหาร พึงระมัดระวังในการเผยแพร่ข้อมูลหรือการแสดงความคิดเห็น เนื่องจากจะถูกมองว่าเป็นความเห็นขององค์กรตนเองได้
 3. การเผยแพร่หรือแสดงความคิดเห็นควรใช้ภาษาอย่างถูกต้อง สุภาพ และสร้างสรรค์
 4. แยกบัญชีผู้ใช้ (Account) สำหรับเรื่องส่วนตัวและเรื่องงานออกจากกัน
 5. ปฏิบัติตามกฎหมาย พระราชบัญญัติต่างๆ รวมถึงนโยบาย คำสั่ง ข้อบังคับ และจรรยาบรรณบุคลากรและนักศึกษาของมหาวิทยาลัยมหิดล
- ความรับผิดชอบต่อผู้รับบริการ
 1. การเผยแพร่ข้อมูลของผู้รับบริการ
 - 1.1 ต้องได้รับอนุญาตจากผู้รับบริการหรือเจ้าของข้อมูลก่อนเสมอ
 - 1.2 ข้อมูลที่นำไปเผยแพร่ต้องไม่เชื่อมโยง หรือทำให้ทราบถึงตัวตนของผู้รับบริการ/เจ้าของข้อมูล
 - 1.3 ใช้ช่องทางการสื่อสารตามที่คณะฯ กำหนด เช่น SiVWork
 2. พึงตระหนักถึงความรับผิดชอบต่อข้อมูลที่อาจส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการ หน่วยงานและวิชาชีพของตน
- ความรับผิดชอบต่อองค์กร
 1. การใช้ตรา เครื่องหมาย หรือสัญลักษณ์ขององค์กร ให้ปฏิบัติตามข้อบังคับ คำสั่ง หรือประกาศที่เกี่ยวข้อง
 2. พึงตระหนักถึงความรับผิดชอบต่อข้อมูลที่อาจส่งผลกระทบต่อชื่อเสียงของคณะฯ
- หากพบบุคลากรคณะฯ ใช้สื่อสังคมออนไลน์ไม่เหมาะสม กรุณารายงานเหตุการณ์เข้าระบบรายงานอุบัติการณ์ หรือโทรศัพท์ 99999 กด 3 เนื่องจากการละเมิดอาจนำไปสู่การดำเนินการทางวินัย อาญา หรือแพ่งได้

ข้อห้ามปฏิบัติ (Don't)

- ห้ามเปิดเผยหรือส่งต่อข้อมูล/ภาพถ่าย /แสดงความคิดเห็น ที่อาจส่งผลกระทบต่อวิชาชีพของตน ผู้อื่น องค์กร

กิจกรรมที่ต้องควบคุมและตรวจสอบอย่างเข้มงวด (Critical control)

- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงระบบสนับสนุนและบริการ ติดตามตัววัดกระบวนการ (PI) ทุก 6 เดือน



Goal 16

Specific Infection Prevention and Control for workforce

1. การติดเชื้อที่มีการแพร่กระจายทางอากาศ (Airborne Transmission) : วัณโรค และโรคอีสุกอีใสในบุคลากร

ผู้รับผิดชอบ คณะกรรมการควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล

ตัวชี้วัด (KPI)

1. อัตราการติดเชื้อวัณโรคในบุคลากร (ผลจากภาพถ่ายรังสีทรวงอกประจำปี) น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 0.3
2. อัตราบุคลากรป่วยเป็นวัณโรครายใหม่ จากการตรวจสุขภาพประจำปี ได้รับการรักษาและหายป่วย (โดยติดตามผลภายใน 1 ปี) เท่ากับ ร้อยละ 100
3. อัตราบุคลากรหลังสัมผัสโรคอีสุกอีใสและไม่มีภูมิคุ้มกันต่อโรค จะได้รับการป้องกันการติดเชื้อหลังสัมผัสโรค (วัคซีน หรือ IVIG หรือ ยาต้านไวรัส) เท่ากับ ร้อยละ 100

ตัววัดกระบวนการ (PI)

1. บุคลากรสุขภาพรายใหม่ที่ต้องดูแลผู้ป่วยโดยตรงต้องมีภูมิคุ้มกันต่อโรคอีสุกอีใส เท่ากับ ร้อยละ 100
2. บุคลากรต้องได้รับการตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอกประจำปี มากกว่าร้อยละ 60
3. บุคลากรที่มีภาพถ่ายรังสีทรวงอกผิดปกติ สงสัยวัณโรค จากการตรวจสุขภาพ จะได้รับการติดตามและรักษาที่คลินิกโรคปอดจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม มากกว่าร้อยละ 90

รายละเอียดของเนื้อหาที่สำคัญ/ขั้นตอนการปฏิบัติ

1. คัดกรอง และแยกผู้ป่วย/บุคลากรที่มีหรือสงสัยโรคติดต่อทางอากาศ เช่น วัณโรค โรคหัด อีสุกอีใส ไปห้องแยกโรค
2. หากไม่สามารถย้ายผู้ป่วยโรคติดต่อทางอากาศเข้าห้องแยกโรคได้ อาจพิจารณาใช้เครื่อง portable HEPA
3. กรณีบุคลากรสงสัยหรือเป็นโรคติดต่อให้รีบไปตรวจ/รักษา หยุดงานขณะอยู่ในระยะแพร่เชื้อและแจ้งผู้บังคับบัญชา
4. บุคลากรเข้ารับการฝึกอบรมการใส่/ถอดเครื่องป้องกันร่างกายสำหรับโรคติดต่อทางอากาศ
5. ปฏิบัติตามนโยบายในการฉีดวัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันต่อโรคหัด อีสุกอีใส
6. บุคลากรเข้ารับการตรวจสุขภาพ โดยเฉพาะภาพถ่ายรังสีทรวงอก ปีละ 1 ครั้ง
7. บุคลากรที่สัมผัสบุคลากรที่เป็นวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญ (นานกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน หรือ 120 ชั่วโมง ใน 1 เดือน) ควรได้รับการประเมินภาพรังสีทรวงอกภายใน 6 เดือน

ข้อปฏิบัติ (Do)

- คัดกรอง และแยกผู้ป่วย/บุคลากรที่สงสัยหรือเป็นโรคติดต่อทางอากาศ ไปห้องแยกโรคโดยเร็ว

ข้อห้ามปฏิบัติ (Don't)

- ห้ามบุคลากรที่สงสัยหรือเป็นโรคติดต่อทางอากาศในระยะแพร่เชื้อขึ้นปฏิบัติงาน

กิจกรรมที่ต้องควบคุมและตรวจสอบอย่างเข้มงวด (Critical control)

- บุคลากรที่มีภาพถ่ายรังสีทรวงอกผิดปกติ สงสัยวัณโรค จากการตรวจสุขภาพ ต้องไปตรวจและรักษาที่คลินิกโรคปอดจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมหรือหน่วยตรวจโรคอายุรศาสตร์

เอกสารอ้างอิง

Uden L, Barber E, Ford N, Cooke GS. Risk of Tuberculosis Infection and Disease for Health Care Workers: An Updated Meta-Analysis. Open Forum Infect Dis. 2017 Aug 29;4(3):ofx137.



Goal 16

Specific Infection Prevention and Control for workforce

2. Contact Transmission : การติดเชื้อ HIV, HBV, HCV ของบุคลากรจากอุบัติเหตุระหว่างปฏิบัติงาน

ผู้รับผิดชอบ คณะกรรมการควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล

ตัวชี้วัด (KPI)

1. อัตราการติดเชื้อ HIV ของบุคลากรจากอุบัติเหตุระหว่างปฏิบัติงาน เท่ากับ 0
2. อัตราการติดเชื้อ HBV ของบุคลากรจากอุบัติเหตุระหว่างปฏิบัติงาน เท่ากับ 0
3. อัตราการส่งต่อเพื่อรักษา HCV ของบุคลากรจากอุบัติเหตุระหว่างปฏิบัติงาน เท่ากับ ร้อยละ 100

ตัววัดกระบวนการ (PI)

1. อัตราการเกิดอุบัติเหตุของแหลมคมที่ตำ บุคลากรแพทย์และพยาบาล จากรายงานอุบัติการณ์ น้อยกว่า ร้อยละ 3
2. อัตราการมีภูมิคุ้มกันต่อโรคไวรัสตับอักเสบบี ของบุคลากรใหม่ ที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรง (แพทย์ประจำบ้าน แพทย์ประจำบ้านต่อยอด พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล) และนักศึกษาแพทย์/นักศึกษาพยาบาล มากกว่า ร้อยละ 95
3. อัตราการประเมิน และดูแลรักษาบุคลากรที่เกิดอุบัติเหตุระหว่างปฏิบัติงาน และมารับคำปรึกษาที่คลินิกโรคติดเชื้อและภูมิคุ้มกันบกพร่อง เท่ากับร้อยละ 100

รายละเอียดของเนื้อหาที่สำคัญ/ขั้นตอนการปฏิบัติ

1. ใส่เครื่องป้องกันร่างกายทุกครั้งขณะปฏิบัติงานที่คาดว่าจะสัมผัสเลือด/สารคัดหลั่ง เช่น
 - ใส่ถุงมือ เมื่อเจาะเลือด เปิดเส้นให้สารน้ำทางหลอดเลือด เก็บ/ดวงปัสสาวะ เป็นต้น
 - ใส่ถุงมือ แวนป้องกันตา ผ้าปิดปาก-จมูก เมื่อ ดูดเสมหะผู้ป่วย เป็นต้น
2. ใช้อุปกรณ์ช่วยในการหักหลอดยา เช่น ผ้าก๊อชสะอาด เป็นต้น
3. ไม่สวมปลอกเข็มกลับ ถ้าจำเป็น ต้องสวมปลอกเข็มกลับด้วยวิธี one hand technique
4. ส่งผ่านอุปกรณ์ของมีคมโดยใช้ภาชนะรองรับ (non-touch technique) เช่น ถาด ขามรูปไต เป็นต้น
5. ปลดเข็มจาก syringe โดยใช้อุปกรณ์ช่วย เช่น ปลดจากภาชนะปลดเข็ม
6. เตรียมภาชนะทิ้งของมีคมไปพร้อมกับอุปกรณ์ต่างๆในแต่ละกิจกรรม และทิ้งลงภาชนะรองรับที่หลังเสร็จกิจกรรม
7. แยกทิ้งขยะให้ถูกประเภท ของมีคมให้ทิ้งในภาชนะทิ้งเข็มหรือของมีคมที่แข็ง ป้องกันการแทงทะลุ
8. แยกของมีคมออกจากของไม่มีคมก่อนล้างทำความสะอาดเครื่องมือ

ข้อปฏิบัติ (Do)

- หลังถูกของมีคมที่ตำให้ล้างแผลด้วยน้ำสะอาดและสบู่ หรือเลือด/สารคัดหลั่งเข้าตาให้ล้างด้วยน้ำเกลือปราศจากเชื้อ โดยเร็วที่สุด และปรึกษาที่ OPD 447 (ในเวลาราชการ) หรือแพทย์ประจำหอผู้ป่วย/หน่วยตรวจ/ห้องแพทย์เวร (นอกเวลาราชการ)

ข้อห้ามปฏิบัติ (Don't)

- ห้ามสวมปลอกเข็มกลับโดยใช้ 2 มือ (recap)

กิจกรรมที่ต้องควบคุมและตรวจสอบอย่างเข้มงวด (Critical control)

- บุคลากรทุกรายหลังจากเกิดอุบัติเหตุระหว่างปฏิบัติงาน ได้รับการตรวจวินิจฉัยและประเมินเพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. ระเบียบปฏิบัติ เรื่องแนวทางปฏิบัติเมื่อบุคลากรทางการแพทย์สัมผัสเลือดหรือสิ่งคัดหลั่งของผู้ป่วยขณะปฏิบัติงาน คลินิกโรคติดเชื้อและภูมิคุ้มกันบกพร่อง (OPD 447) ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม ปี พ.ศ. 2561
2. ระเบียบปฏิบัติเรื่องการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อโรคในโรงพยาบาล คณะกรรมการควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล ปี พ.ศ. 2560



Goal 17

Safe Physical Environment

สภาพการระบายอากาศและการปรับอากาศที่ปลอดภัย

ผู้รับผิดชอบ

1. คณะกรรมการบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย
2. คณะทำงานด้านบริหารจัดการระบบระบายอากาศและปรับอากาศ

ตัวชี้วัด (KPI)

1. ร้อยละของผลการตรวจสอบคุณภาพอากาศได้ตามมาตรฐาน ASHRAE (เป้าหมาย $\geq 80\%$)
2. ร้อยละความพึงพอใจของบุคลากรและผู้รับบริการ (เป้าหมาย $\geq 80\%$)
3. ร้อยละอุบัติการณ์การเกิดวัณโรคในบุคลากรที่ตรวจพบจากการคัดกรองประจำปี (เป้าหมาย $\leq 0.3\%$)
4. อัตราการเกิด อุบัติการณ์ Invasive aspergillosis ในผู้ป่วยการปลูกถ่ายไขกระดูก (Hematopoietic stem cell transplantation, HSCT) (เป้าหมาย ≤ 0.37 ครั้ง /1,000 วันนอน)

ตัววัดกระบวนการ (PI) (ในพื้นที่นาร่อง)

1. ร้อยละของหน่วยงานที่ได้รับการตรวจวัดคุณภาพอากาศ 1 ครั้ง/ปี (เป้าหมาย 100 %)
2. อัตราการบำรุงรักษาเครื่องปรับอากาศ (ล้าง/เปลี่ยนแผ่นกรอง) (เป้าหมาย 100 %)
3. ร้อยละของการแก้ไขปัญหาให้แล้วเสร็จภายใน 3 วัน หลังจากพบคุณภาพอากาศไม่ได้ตามมาตรฐาน (เป้าหมาย 100 %)

หมายเหตุ : ขอบเขตพื้นที่นาร่อง ได้แก่ ตึกผู้ป่วยนอก (OPD ชั้น2, แพทย์เวร/ER) หอผู้ป่วย (อานันท์มหิตล 3,4,5, อัสสัมชัญ 6 เหนือ) ห้องผ่าตัดทั้งหมด หอผู้ป่วยวิกฤตทั้งหมด ห้องแยกผู้ป่วยติดเชื้อ และห้องแยกผู้ป่วยปลอดภัย

รายละเอียดของเนื้อหาที่สำคัญ/ขั้นตอนการปฏิบัติ

1. กำหนดคณะกรรมการและนโยบาย / มาตรฐานและเกณฑ์ในการตรวจวัด / กำหนดขอบเขตในการดำเนินงาน และผู้รับผิดชอบให้ความรู้ แก่บุคลากรทางการแพทย์ / บุคลากรด้านบริหารจัดการระบบ
2. จัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ใช้งาน
3. กำหนดแนวทางปฏิบัติ มาตรการการตรวจติดตาม กำหนดเกณฑ์ แบบฟอร์มการตรวจวัดและเก็บข้อมูลตรวจประเมินที่ชัดเจน
 - 3.1 ฝ่ายการพยาบาล / หน่วยงาน (Checklist)
 - Pressure
 - อุณหภูมิ
 - ความชื้น
 - 3.2 งานซ่อมบำรุง (Preventive Maintenance)
 - อัตราการไหลของอากาศ (เปรียบเทียบก่อน-หลังการบำรุงรักษา)
 - อุณหภูมิ
 - 3.3 งานอาชีวอนามัย (Audit)
 - อุณหภูมิ ($^{\circ}\text{C}$)
 - ความชื้น (%RH)
 - แรงดันอากาศ (Pa)
 - ค่าความเข้มข้นเฉลี่ยของอนุภาคที่แขวนลอยในอากาศ (Particles/m³)
 - อัตราการหมุนเวียนอากาศ (ACH)
 - ปริมาณความเข้มข้นของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ (CO₂) ในอาคาร



- 3.4 งานโรคติดเชื้อ
 - เก็บสถิติการติดเชื้อในหน่วยงาน และเสนอแนวทางการแก้ไขเบื้องต้น
- 3.5 ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม
 - เก็บสถิติอุบัติการณ์การเกิดวัณโรคในบุคลากรที่ตรวจพบจากการคัดกรองประจำปี
- 3.6 งานสถาปัตยกรรม
 - เก็บข้อมูล, วิเคราะห์ และสรุปผลหลังจากการใช้งาน
4. จัดทำ Flow วิธีปฏิบัติการรายงานหรือแจ้ง กรณีพื้นที่ที่มีความซับซ้อนมีความผิดปกติ
 - การสื่อสารแจ้งผลการตรวจ (กรณีผลปกติ/ผิดปกติ)
 - การประกันเวลาการแก้ไขแล้วเสร็จ
5. จัดทำแผนการบำรุงรักษาเพิ่มเติม
 - แผนการติดตั้งระบบระบายอากาศและปรับอากาศ (สำหรับหน่วยงานที่ไม่เคยมีการติดตั้งระบบระบายอากาศและปรับอากาศ)
 - แผนการปรับปรุงระบบระบายอากาศและปรับอากาศ (กรณีที่ตรวจวัดในพื้นที่ไม่ผ่านตามมาตรฐาน) หน่วยงานที่ไม่เคยมีการติดตั้งระบบระบายอากาศและปรับอากาศ)

ข้อปฏิบัติ (Do)

1. ทดสอบการรั่วของแผ่นกรองอากาศประสิทธิภาพสูงภายหลังการติดตั้ง
2. ควบคุมแรงดันอากาศ อุณหภูมิ ความชื้น ในห้องแยกโรค, ปลุกถ่ายไขกระดูก, ห้องผ่าตัด ให้เป็นไปตามมาตรฐาน
3. ตรวจสอบคุณภาพอากาศเป็นประจำ
 - ผู้ใช้งาน ตรวจสอบประจำวัน อุณหภูมิ ความชื้น (แรงดันอากาศกรณีห้อง AIIR/ปลุกถ่ายไขกระดูก/เปลี่ยนอวัยวะ)
 - งานอาชีวอนามัย ตรวจสอบประจำปีอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
4. ปฏิบัติตามคำแนะนำการใช้งานระบบปรับอากาศและระบายอากาศ
5. บำรุงรักษาอุปกรณ์ตามระยะเวลาที่กำหนด
6. หากพบความผิดปกติของระบบอากาศระบายอากาศและปรับอากาศให้รีบดำเนินการแจ้งผู้เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการตรวจสอบและแก้ไข
7. กำหนดให้หน่วยงานเก็บสำเนาแบบแปลนงานระบบ

ข้อห้ามปฏิบัติ (Don't)

1. การปรับปรุงอาคารโดยไม่คำนึงถึงการระบายอากาศ หรือการกั้นแยกบริเวณที่เหมาะสม
2. วางสิ่งของกีดขวางทางไหลของอากาศ (ช่องระบายอากาศ)
3. เปิดประตูห้องทิ้งไว้ (ห้องแยกสำหรับผู้ป่วยแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ / ห้องแยกสำหรับผู้ป่วยปลอดภัย / ห้องผ่าตัด)

กิจกรรมที่ต้องควบคุมและตรวจสอบอย่างเข้มงวด (Critical control)

1. ควบคุมการก่อสร้างและการออกแบบปรับปรุงให้เป็นไปตามมาตรฐานและกฎหมายกำหนด
2. ควบคุมแรงดันระหว่างพื้นที่ในระดับที่ยอมรับได้
 - ห้องแยกสำหรับผู้ป่วยแพร่กระจายเชื้อทางอากาศแรงดันภายในห้องต้องเป็นลบเมื่อเทียบกับพื้นที่ข้างเคียง (Negative pressure)
 - ห้องแยกสำหรับผู้ป่วยปลอดภัยและห้องผ่าตัดต้องมีแรงดันภายในห้องเป็นบวกเมื่อเทียบกับพื้นที่ข้างเคียง (Positive pressure)
3. ควบคุมทิศทางการไหลของอากาศ

เอกสารอ้างอิง

Uden L, Barber E, Ford N, Cooke GS. Risk of Tuberculosis Infection and Disease for Health Care Workers: An Updated Meta-Analysis. Open Forum Infect Dis. 2017 Aug 29; 4(3): ofx137.



Goal 18

Workplace Violence : Verbal threat, Physical assault, Stalking

เหตุการณ์ความรุนแรงในที่ทำงาน: ห้องฉุกเฉิน ถูกทำร้ายด้วยวาจา ถูกทำร้ายร่างกายและการสะกดรอยตาม

ผู้รับผิดชอบ คณะกรรมการพัฒนางานบริการผู้ป่วยนอก

- ตัวชี้วัด (KPI) 1. อุบัติการณ์การเกิดความรุนแรงในห้องฉุกเฉินทางวาจา เป้าหมาย ≤ 2 ครั้ง/เดือน
2. อุบัติการณ์การเกิดความรุนแรงในห้องฉุกเฉินทางร่างกาย เป้าหมาย = 0 ครั้ง

ตัวชี้วัดกระบวนการ (PI) อัตราความสำเร็จของแผนการป้องกันความรุนแรงในห้องฉุกเฉิน $\geq 80\%$

ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานตามมาตรฐานการป้องกันความรุนแรงในห้องฉุกเฉิน

ระดับ 1 มีการวิเคราะห์ความเสี่ยง และจัดทำแผนป้องกันและจัดการความรุนแรงในห้องฉุกเฉิน

ระดับ 2 มีนโยบาย ระดับโรงพยาบาล และมาตรการต่างๆ เช่น กล้องวงจรปิด ประตูที่ล็อกได้ มีเครื่องตรวจจับโลหะ จำกัดการเข้าออก มีพื้นที่สำหรับญาติในการรอ ที่มีความสงบและมีสิ่งอำนวยความสะดวก การห้ามพกพา อาวุธ ฯลฯ

ระดับ 3 มีการซ้อมแผน ปรับปรุงและประเมินผล อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

ระดับ 4 มีการสื่อสารนโยบายสู่สาธารณะและมีการบังคับใช้ อย่างจริงจัง

รายละเอียดของเนื้อหาที่สำคัญ/ขั้นตอนปฏิบัติ

- ปฏิบัติตามนโยบายและแนวทางของโรงพยาบาล
- ฝึกทักษะการรับ ให้ข้อมูลและการสื่อสารด้วยวาจา ภาษากาย และสัญลักษณ์ต่างๆ
- ให้ความร่วมมือกับโรงพยาบาลเพื่อลดและยุติความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงไม่ตอบโต้ทุกกรณีทั้งทางกาย วาจา
- รายงานเหตุการณ์ ความรุนแรงทุกเหตุการณ์แม้ว่าจะเป็นเหตุเล็กน้อยก็ตาม
- ทบทวนเหตุการณ์ ความรุนแรงที่เกี่ยวข้องและพิจารณาแนวทางป้องกันและแก้ไข

ข้อปฏิบัติ (Do)

- จัดพื้นที่บริการให้มีความปลอดภัย ประตูที่สามารถ ล็อกได้ อาจใช้ระบบคีย์การ์ด จำกัดจำนวนผู้เข้ารับบริการ มีทางเข้าออก 2 ทาง กล้องวงจรปิด เครื่องมือตรวจจับโลหะ
- มีพื้นที่แยกสำหรับผู้ที่มีโอกาสก่อความรุนแรงสูง
- มีการประเมินผู้เข้ารับบริการ
 - ลักษณะของผู้ที่มีโอกาสก่อความรุนแรงหรือไม่ (เช่นผู้ป่วยที่มีประวัติก่อความรุนแรง ผู้ที่ใช้สารเสพติด หรือเมาสุราผู้ป่วยที่มีสภาวะป่วยด้านจิตใจ ฯลฯ) หรือใช้แบบคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงในการก่อความรุนแรง (Behavioral Screening Tools) โดยสังเกตอาการและอาการแสดงที่อาจบ่งชี้ถึงความเสี่ยงในการก่อความรุนแรง ตามอักษรย่อ STAMP ดังนี้

Staring and eye contact	จ้องตามากผิดปกติ
Tone and volume voice	พูดจาเสียงดัง/น้ำเสียงก้าวร้าว
Anxiety	ดูวิตกกังวล
Mumbling	พูดพึมพำคนเดียว
Pacing	เดินกลับไปกลับมา



4. ใช้สัญลักษณ์ในการสื่อสารถึงการพึงระวังความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น
5. จัดให้มี รมภ.อยู่หน้าหน่วยงานตลอดเวลา มีระบบการสื่อสารเร่งด่วนกรณีเกิดเหตุการณ์ เช่นกริ่งสัญญาณฉุกเฉิน
6. จัดพื้นที่รอคอยสำหรับญาติ ที่เป็นสัดส่วน สงบ และมีสิ่งอำนวยความสะดวก
7. จัดระบบการให้ข้อมูลแก่ ผู้ป่วยและญาติอย่างต่อเนื่อง
8. จัดทำแผนป้องกัน แผนรับสถานการณ์ความรุนแรง และฝึกซ้อมอย่างสม่ำเสมอ
9. จัดทำแนวทาง/แผนป้องกันและจัดการความรุนแรง
10. แจ้งผู้บริหาร/เขียนรายงานเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยละเอียด

ข้อห้ามปฏิบัติ (Don't)

- ห้ามตอบโต้ด้วยความรุนแรงทุกกรณี ทั้งทางกาย วาจา
- ห้ามลงข้อความ เนื้อหาที่มีความรุนแรงและการตอบโต้ ในสื่อ สังคมออนไลน์ทุกประเภท

กิจกรรมที่ต้องควบคุมและตรวจสอบอย่างเข้มงวด (Critical control)

1. การประเมินผู้ที่มีโอกาสก่อความรุนแรง
2. การพบพาวาจร หรือสิ่งเทียมอาวุธ