

Reaccreditation 5

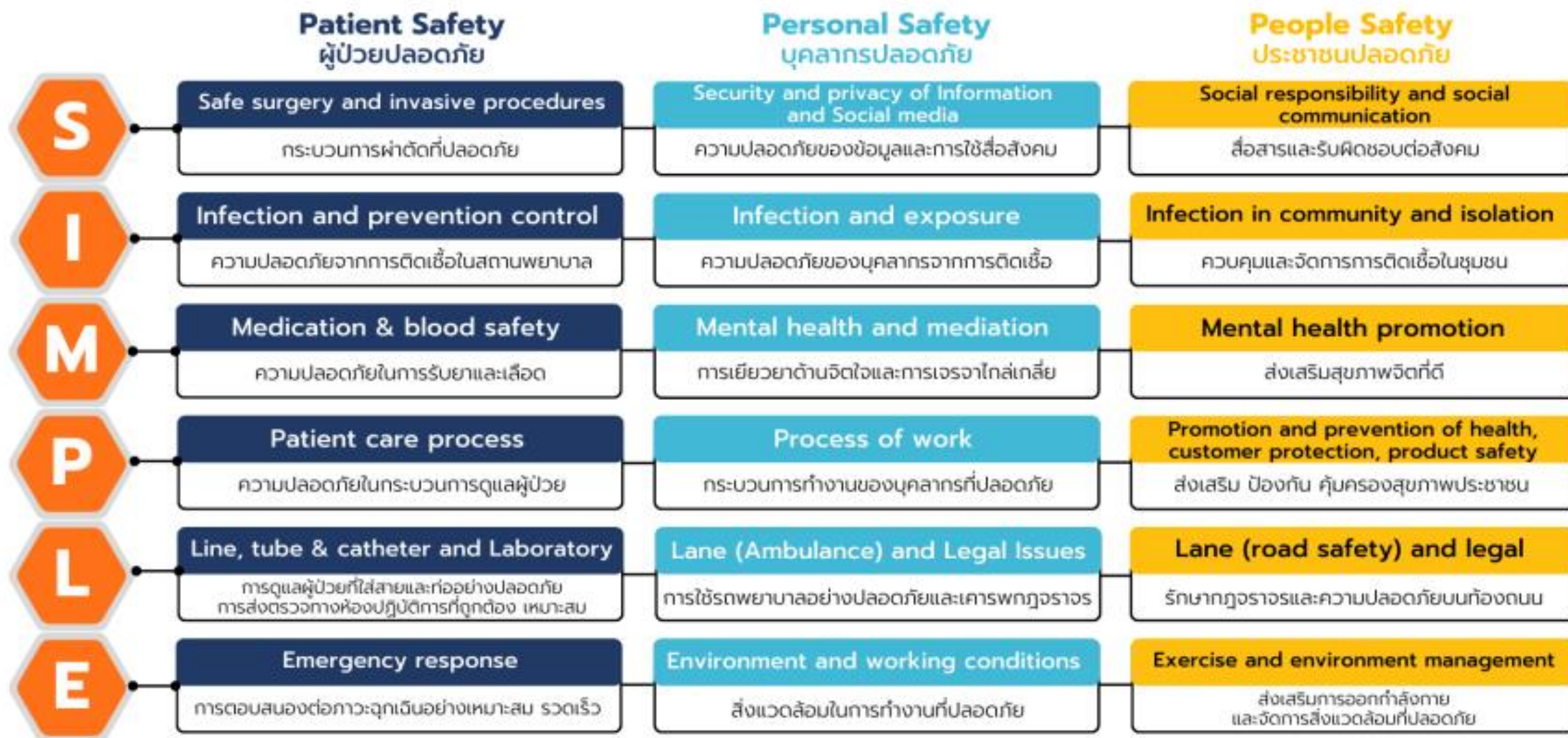
การเยี่ยมชมสำรวจจาก
บุคคลภายนอก (HA)

วันที่ 20-21 กรกฎาคม 2566

กลุ่มงานการพยาบาลห้องผ่าตัด
โรงพยาบาลลำปาง

วิสัยทัศน์	ศูนย์รวมความเป็นเลิศด้านการแพทย์ที่ทันสมัยระดับประเทศ			
เป้าหมาย	ประชาชนมีสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน			
พันธกิจ	1. Service ให้บริการสุขภาพอย่างมีมาตรฐาน ทันสมัย และเท่าเทียม	2. Quality พัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง สร้างความเชื่อมั่นให้ประชาชน	3. Academy ผลิตบุคลากรทางการแพทย์ ส่งเสริมงานวิจัยที่สอดคล้องกับสังคมไทย	4. Good governance ยึดถือธรรมาภิบาล
คุณค่าร่วม	ช่วยกันคิด ร่วมกันทำ ความสำเร็จเพื่อประชาชน			
เข็มมุ่ง	3P Safety (Patient, Personnel, People)	Smart Hospital	LAMPANG Model	
Strategic issues	ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริม คัดกรอง ป้องกัน รักษาฟื้นฟู (PP&P to Tertiary Care)	ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาความเป็นเลิศด้านวิชาการและบริการ (Academic & Service Excellence)	ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 ธรรมาภิบาล มีคุณธรรม เปิดเผยมิติ (Rule and Moral)	
Customer	ประชาชนรอบรู้และมีส่วนร่วมดูแลปัญหาสุขภาพ (C1)	บัณฑิตทุกสาขาวิชาชีพมีคุณภาพ (C2)	ผู้ป่วยได้รับการดูแลครบวงจรภายในจังหวัด (C3)	
Learning & Growth	มีกำลังคนเพียงพอและมีคุณภาพ ส่งเสริมคนดี คนเก่งให้มีความก้าวหน้าอย่างยั่งยืน (L1)	มีงานวิจัย นวัตกรรม Talent management สร้างองค์ความรู้แห่งการเรียนรู้ (L2)	บุคลากรมีสมรรถนะสูงและมีสุขภาพที่ดี (L3)	
Internal Process	ระบบบริการทางการแพทย์ทันสมัย พร้อมให้บริการต่อเนื่อง รองรับสถานการณ์ฉุกเฉินและโรคอุบัติใหม่ สุกดิบเข้าได้ (I1)	ระบบ Technology ทันสมัย สนับสนุนการบริหารและบริการโดยใช้ฐานข้อมูลดิจิทัล ปรับองค์การให้ทันยุคสมัยและทันโลก (I2)	พัฒนางานให้มีคุณภาพทั้งเครือข่าย (LAMPANG Model) และสนับสนุนการปฏิรูปเขตสุขภาพ (I3)	

นโยบายการขับเคลื่อนความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรสาธารณสุข และประชาชน (3P Safety)



ห้องผ่าตัด 27 ห้อง ชั้น 2 ตึกนวมินทร์ราชประชาภักดี

ห้องผ่าตัดใหญ่ 24 ห้อง
: 2 โซน (A, B)



พยาบาล 74 คน/ NA 32 คน/ เพล 35 คน/
ธุรการ 2 คน

OR เล็ก



ESWL



หัตถการ URO



นโยบายความปลอดภัย รพ.ลำปาง



ประกาศโรงพยาบาลลำปาง เรื่อง นโยบายด้านระบบบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลลำปาง

โรงพยาบาลลำปาง เป็นองค์กรที่มีความสำคัญกับการบริหารจัดการความเสี่ยง เพื่อลดโอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ การบาดเจ็บ ความเสียหาย เหตุร้ายแรง การเกิดอันตราย สูญเสียทรัพย์สิน สูญเสียชื่อเสียงขององค์กร ซึ่งบุคลากรทุกคนจะต้องมีหน้าที่เฝ้าระวัง ค้นหา รายงาน และจัดการความเสี่ยง โดยทำความเข้าใจกับระบบบริหารความเสี่ยงที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพและคณะทำงานบริหารจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาลลำปาง ได้จัดทำคู่มือบริหารความเสี่ยง โดยให้ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้อย่างเคร่งครัด จึงกำหนดนโยบายด้านระบบบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลลำปาง ดังนี้

๑. ให้มีการบริหารจัดการความเสี่ยงทั้งที่โรงพยาบาลลำปาง โดยมีการจัดการและดำเนินงานอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง สอดคล้องกับการบรรลุชีวิต กลยุทธ์ของหน่วยงาน

๒. คณะกรรมการและหน่วยงานทุกระดับ สร้างวัฒนธรรมองค์กร เพื่อให้บุคลากรทุกระดับเห็นคุณค่าและมีส่วนร่วมในการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกรายงานอุบัติการณ์ ที่เกิดขึ้นในหน่วยงานหรือพบเห็นในโรงพยาบาลพร้อมทั้งดำเนินการตามระบบรายงานและบริหารจัดการความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพและเห็นคุณค่าในกระบวนการเรียนรู้/อุบัติการณ์โรงพยาบาลลำปาง (Lampang Hospital NCR 2022)

๓. ให้มีการติดตาม ประเมิน และรายงานผลการบริหารความเสี่ยง รวมทั้งมีการทบทวนใช้ข้อมูลที่ได้จากการบันทึกภาวะมาตรฐานป้องกันและแก้ไขความเสี่ยงอย่างเป็นระบบและให้มีการเฝ้าระวังปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอ

๔. ให้ทุกหน่วยงาน/ทุกทีมใช้กระบวนการ No Shame (กล้าบอกล้อแล้ว) No Blame (ไม่ตำหนิกล่าวตำหนิลงโทษก่อนพิจารณาหาความจริง) เพื่อให้ทุกคนในองค์กร สามารถรายงานเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ข้อเสนอแนะต่างๆ ได้สะดวกใจและเป็นการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล

เป้าหมายของการจัดการด้านระบบบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลลำปาง

- องค์กรมีการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพและประสานสอดคล้องกัน
- เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย (Patient) บุคลากร (Personnel) และประชาชน (People) ชุมชนและสิ่งแวดล้อมที่อยู่ในขอบเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล

ประกาศ ณ วันที่ ๓๐ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๕


(นายพงษ์ศักดิ์ โสภณ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำปาง



ประกาศโรงพยาบาลลำปาง เรื่อง นโยบายคุณภาพ โรงพยาบาลลำปาง

Quality Policy = HEALTH

ทีมนำคุณภาพ ได้กำหนดนโยบายการบริหารจัดการคุณภาพของโรงพยาบาล เพื่อเป็นทิศทางให้บุคลากรทุกคนนำไปปฏิบัติ ทำให้พันธกิจที่เกี่ยวข้องบรรลุเป้าหมาย มุ่งสู่วิสัยทัศน์ที่ตั้งไว้ ดังต่อไปนี้

H = Holistic Care ให้บริการสุขภาพแบบองค์รวมทุกมิติ มีคุณภาพ ได้มาตรฐานผู้รับบริการพึงพอใจ

E = Efficiency & Effective การบริหารจัดการทุกระบบอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิภาพด้วยความโปร่งใส

- การบริหารจัดการความเสี่ยง สิ่งแวดล้อม เพื่อความปลอดภัยจนถึงชุมชน
- ระบบการเงิน การคลังที่มีเสถียรภาพ
- ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่เอื้อต่อการบริหารจัดการ
- ระบบรับ-ส่งต่อ ร่วมกับเครือข่ายอย่างมีประสิทธิภาพ

A = Attitude

- บุคลากรมีสุขภาพะ มีความสุขตามความเหมาะสม และมีการทำงานเป็นทีมทั้งภายในและภายนอกองค์กรร่วมกับเครือข่ายสุขภาพ
- ประชาชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และสามารถดูแลตนเองได้

L = Learning & Growth

- บุคลากรมีศักยภาพ มีทักษะในการให้บริการที่เหมาะสมตามกลุ่มเป้าหมาย
- เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับเครือข่าย
- สร้างผลงานวิชาการ งานวิจัย นวัตกรรมที่มีคุณภาพ และนำมาใช้ประโยชน์ขยายผลได้ ภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ
- ร่วมผลิตแพทย์และให้ความรู้กับบุคลากรสาธารณสุข จนมีทักษะเพิ่มพูนสามารถปฏิบัติงานได้ ภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ

T = Tertiary Care จัดบริการระดับตติยภูมิ มุ่งเน้นการบริการเป็นเลิศ ๔ ด้าน ด้านมะเร็ง ด้านหัวใจและหลอดเลือด ด้านทารกแรกเกิด และด้านอุบัติเหตุ สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว

H = Heart การบริการด้วยใจ (Humanized Health Care) และมีความเอื้ออาทร

ประกาศ ณ วันที่ ๕ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕


(นายพงษ์ศักดิ์ โสภณ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำปาง



ประกาศโรงพยาบาลลำปาง เรื่อง มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย

ตามที่ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ได้ประกาศมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย เพื่อให้การดำเนินการเกี่ยวกับการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาลเป็นไปด้วยความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานที่คณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลกำหนด

ออกตามความในมาตรา ๑๘ (๕) แห่งพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) พ.ศ. ๒๕๕๒ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ประกอบกับมติคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ในการประชุมครั้งที่ ๑๑/๒๕๖๒ เมื่อวันที่ ๒๒ พฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๖๒ จึงขอประกาศมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ในประกาศนี้

"มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย" หมายความว่า มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนดโดยคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาและอนุมัติการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลทั้งองค์กรในชั้นที่สามและชั้นก้าวหน้า

ข้อ ๒ มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย มีรายละเอียด ดังนี้

- (๑) การฆ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ
- (๒) การติดเชื้อที่สำคัญในสถานพยาบาลตามบริบทขององค์กรในกลุ่ม
 - Surgical Site Infection (SSI)
 - Ventilator-Associated Pneumonia (VAP)
 - Catheter-Associated Urinary Tract Infection (CAUTI)
 - Central-Line Associated Bloodstream Infections. (CLABSIs)

(๓) บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่

(๔) การเกิด medication error และ adverse drug event

(๕) การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด

(๖) การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด

(๗) ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค

(๘) การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยา คลาดเคลื่อน

(๙) การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน

ข้อ ๓ สถานพยาบาลต้องดำเนินการในเรื่องมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย ดังนี้

(๑) มีแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วย ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนด

(๒) แสดงจำนวน...

๒

(๒) แสดงจำนวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละปี ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนดในแบบประเมินตนเองเพื่อขอรับการรับรองคุณภาพ

(๓) กรณีเกิดอุบัติการณ์ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนด ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย (ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป) ให้สถานพยาบาลทบทวนวิเคราะห์สาเหตุรากของปัญหา

(๔) จัดทำแผนควบคุมป้องกันความเสี่ยงที่สัมพันธ์กับมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย และมีการดำเนินงานตามแผนแสดงแก่ผู้เยี่ยมสำรวจ

จึงประกาศให้ทราบ และถือปฏิบัติโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๑๓ มกราคม พ.ศ.๒๕๖๖


(นายพงษ์ศักดิ์ โสภณ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำปาง



โรงพยาบาลลำปาง
LAMPANG HOSPITAL

9 มาตรฐานสำคัญจำเป็น ต่อความปลอดภัย

ที่มา : สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สพว.)

 <p>การผ่าตัด ผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ</p>	<p>02</p>  <p>การติดเชื้อที่สำคัญ SSI, VAP, CAUTI, CLABSI</p>	<p>03</p>  <p>บุคลากรติดเชื้อ จากการปฏิบัติหน้าที่</p>
<p>04</p>  <p>การเกิด medication error & Adverse drug event</p>	<p>05</p>  <p>การให้เลือด ผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด</p>	<p>06</p>  <p>การระบุตัวผู้ป่วย ผิดพลาด</p>
<p>07</p>  <p>ความคลาดเคลื่อนใน การวินิจฉัยโรค</p>	<p>08</p>  <p>การรายงานผลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยา คลาดเคลื่อน</p>	<p>09</p>  <p>การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉิน คลาดเคลื่อน</p>

9 มาตรฐาน

OR : การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ

<https://docs.google.com/spreadsheets/d/1frqmbHnFhAeCXUqgydH8zETA-5dLSkCyZUDXxotxHBA/edit#gid=0>

มาตรฐาน ที่	หัวข้อ	แนวทางปฏิบัติที่มีอยู่	แผนควบคุมความเสี่ยง	ผลการดำเนินงานตามแผน
1	การผ่าตัด ผิดคน ผิด ข้าง ผิด ตำแหน่ง ผิด หัตถการ	<ul style="list-style-type: none">- แนวทางการชี้บ่งผู้ป่วยผ่าตัด- แนวทางป้องกันการผ่าตัด <p>ผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ</p> <p>: ปฏิบัติตามหลัก surgical safety checklist</p> <ul style="list-style-type: none">- SD การดูแลผู้ป่วยผ่าตัด	<ol style="list-style-type: none">1. ควบคุมและติดตามการทำ mark site ทุกเดือน2. ควบคุมและติดตามการทำ surgical safety checklist ทุกเดือน3. ฝ้าระวังความเสี่ยงเชิงรุก (A-C : set ผ่าตัดผิด) ทุก 1 เดือน4. จัด work shop การผ่าตัดปลอดภัย ทุกปี หรือเมื่อเกิดความเสี่ยง (near miss/risk)	<ul style="list-style-type: none">- ไม่มีความเสี่ยงระดับ GHI- การ mark site ก่อนดมยา/ผ่าตัด 100%- การทำ surgical safety checklist ได้ 100%- ความเสี่ยงเชิงรุก (A-C) มีแนวโน้มลดลง- เดือนเมษายน 2566 พยาบาลและพนักงานช่วยเหลือเข้าอบรมครบ 100 %



โรงพยาบาลลำปาง
LAMPANG HOSPITAL

Zero defect for Lampang 3P Safety Goals 2023

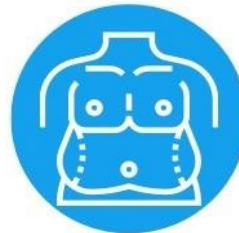
ประกาศ **Ultrasafe**

ความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เราจะไม่ยอมให้เกิด ความคลาดเคลื่อน

"สร้างฝันให้เป็นจริง มุ่งเป้าสู่ **Ultrasafe 2 เรื่อง**"

Safe Surgery

ปลอดภัยจากการผ่าตัด ผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ



KPI

ร้อยละการ Mark site
ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด = 100%

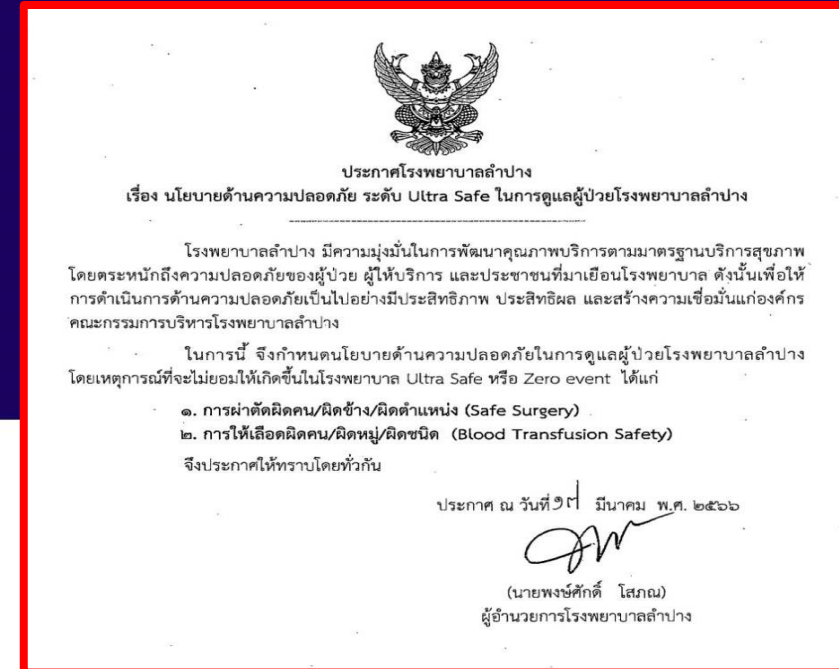
Blood Transfusion Safety

ปลอดภัยจากการการให้เลือด ผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด



KPI

อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการให้เลือด ผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด ระดับ C ขึ้นไป = 0



2.2 การจัดกลุ่มความเสี่ยงและแบ่งระดับความรุนแรง

2.2.1 ความเสี่ยงด้านคลินิก (Clinical Risk) กำหนดระดับความรุนแรง เป็นระดับ A-I ตามรายละเอียดดังนี้

ระดับ	ผลกระทบ	ความรุนแรง
A	ยังไม่เกิดเหตุการณ์ แต่มีความเสี่ยง/มีโอกาสเกิดความผิดพลาด	1 น้อย
B	เกิดเหตุการณ์/ความผิดพลาดขึ้นแล้วแต่ยังไม่มีผลกระทบใดๆถึงผู้ป่วย	
C	เกิดเหตุการณ์/ความผิดพลาดขึ้นและมีผลกระทบถึงผู้ป่วยแต่ไม่เกิดอันตรายหรือเสียหาย	2 ปานกลาง
D	เกิดความผิดพลาดขึ้นมีผลกระทบถึงผู้ป่วยต้องให้การดูแลเฝ้าระวังเป็นพิเศษว่าจะไม่เป็นอันตราย	
E	เกิดความผิดพลาดขึ้นมีผลกระทบถึงผู้ป่วยเกิดอันตรายชั่วคราวที่ต้องแก้ไข/รักษาเพิ่มมากขึ้น	
F	เกิดความผิดพลาดขึ้นมีผลกระทบที่ต้องใช้เวลาแก้ไขนานกว่าปกติหรือเกินกำหนดผู้ป่วยต้องรักษา/นอนโรงพยาบาลนานขึ้น	
G	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายถาวรแก่ผู้ป่วย	3 มาก
H	เกิดความผิดพลาดถึงผู้ป่วยมีผลทำให้ต้องทำการช่วยชีวิต	
I	เกิดความผิดพลาดถึงผู้ป่วยเป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิต เสียชื่อเสียง โดยมีการฟ้องร้องทางศาล/สื่อ	

2.2.3 ความเสี่ยง Sentinel event แบ่งเป็น 14 หัวข้อ ดังนี้

ลำดับที่	ความเสี่ยง Sentinel event
1	การฆ่าตัวตาย หรือฆาตกรรม
2	การให้เลือด ผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด
3	แพ้ยาซ้ำที่ทำให้เกิด anaphylaxis, Steven-Johnson Syndrome (SJS)
4	ผ่าตัดผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดคน ผิดอวัยวะ
5	มีสิ่งของ/ อุปกรณ์ ตกค้างในร่างกายผู้ป่วย
6	การข่มขืน ทำร้ายร่างกาย
7	การลักพาตัวทารก ส่งทารกผิดครอบครัว
8	อุบัติเหตุกลุ่มชนจันต้องประกาศภาวะฉุกเฉิน
9	ไฟไหม้ น้ำท่วม พายุ น้ำรั่ว ระบบสารสนเทศล่ม จันต้องหยุดบริการบางส่วน/ทั้งหมด
10	โรคระบาด โรคติดต่อร้ายแรง ซึ่งส่งผลกระทบต่อบริการ
11	เกิดการฟ้องร้อง ต้องขอชดเชยความเสียหาย ม. 41
12	รถโรงพยาบาลเกิดอุบัติเหตุรุนแรงจันมีเจ้าหน้าที่/ ผู้ป่วย/ ญาติ ได้รับการบาดเจ็บสาหัสหรือ เสียชีวิต
13	อุบัติเหตุทางกายภาพ เช่น เกิดแก๊ส/ หม้อน้ำระเบิด หรือเกิดเหตุร้ายแรงกับเจ้าหน้าที่/ ผู้ป่วย/ ญาติ จันได้รับการบาดเจ็บสาหัสหรือเสียชีวิต
14	ความผิดพลาดที่ส่งผลกระทบต่อชื่อเสียงองค์กร

แนวทางการบริหารจัดการความเสี่ยงด้าน Clinic/Non Clinic

ระดับ	เขียว	เหลือง	แดง	Sentinel event
ผู้รับรายงานระยะเวลา	<ul style="list-style-type: none"> - รายงานหัวหน้างานทันที - รายงานศูนย์คุณภาพภายใน 7 วัน 	<ul style="list-style-type: none"> - รายงาน หัวหน้างานทันที - รายงานหัวหน้ากลุ่มงาน/ศูนย์คุณภาพภายใน 24 ชั่วโมง 	<ul style="list-style-type: none"> - รายงานหัวหน้างาน/หัวหน้ากลุ่มงาน/ศูนย์คุณภาพทันที 	รอง พรส.
รายงานในระบบ NCR	<ul style="list-style-type: none"> - รายงานในระบบ NCR ภายใน 7 วัน 	<ul style="list-style-type: none"> - รายงานในระบบ NCR ภายใน 3 วัน 	<ul style="list-style-type: none"> - รายงานในระบบ NCR ภายใน 24 ชั่วโมง 	รายงานทันที
การบริหารจัดการ	<ul style="list-style-type: none"> - แก้ไขในหน่วยงาน - ทบทวนในหน่วยงานภายใน 1 เดือน 	<ul style="list-style-type: none"> - แก้ไขในหน่วยงาน - ทบทวนในหน่วยงาน/CFT ภายใน 14 วัน 	<ul style="list-style-type: none"> - แก้ไขเบื้องต้นในหน่วยงานภายใน 3 วัน - ทบทวนออกระบบใหม่/RCA/CFT ภายใน 7 วัน 	ทำร่วมกับศูนย์คุณภาพ ภายใน 48 ชั่วโมง

การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ (Patient Safety)

ขั้นตอน 3 ขั้นตอน

1. ก่อนเข้าห้องผ่าตัด **Patient identification** ให้ตรงกัน

: ชื่อ นามสกุล วันเดือนปีเกิด/อายุ

: ป้ายข้อมือ

: ใบรับส่ง / Chart

: **Mark site** **ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการทำ** โดย ทำสัญลักษณ์ที่ฝ่ามือผู้ป่วย ข้างที่ทำผ่าตัด/
หัตถการ ด้วยปากกาสีแดงชนิดที่ลบไม่ได้

2. **Sign in** : ใน OR **ก่อนการดมยาสลบหรือให้การระงับความรู้สึก** โดยพยาบาลรอบนอก
เป็นผู้خوان ร่วมกับวิสัญญี

: **ยืนยันตัวตนผู้ป่วย** (ชื่อ-นามสกุล และ วันเดือนปีเกิด/อายุ) การผ่าตัด ตำแหน่ง/ข้าง

: **เครื่องมือ/อุปกรณ์พิเศษ พร้อมใช้** ให้ **antibiotic**

3. **Time out** : ใน OR **ก่อนการลงมีดผ่าตัด/หัตถการ** สื่อสารเรื่องความถูกต้องทั้งหมด

การป้องกันและลดความเสี่ยงในการทำผ่าตัด/หัตถการ ผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดชนิด

ทำ Mark site ผู้ป่วยทำผ่าตัด/หัตถการ สำหรับ อวัยวะที่มี 2 ข้าง ไม่ทำ Mark site

- ❖ อวัยวะที่มีตำแหน่งเดียวของร่างกาย
 - ❖ การผ่าตัดที่ลงมีดเป็น midline incision เช่น การส่องกล้องผ่าตัดนิ่วถุงน้ำดี ผ่าตัด thyroid, ผ่าตัดกระดูกสันหลัง
- สัญลักษณ์บ่งชี้ข้างที่จะทำผ่าตัด/หัตถการ : สีให้ทีมผู้รักษาทราบ

กำหนดสัญลักษณ์เป็นวงกลม



- ❖ เส้นผ่าศูนย์กลางไม่น้อยกว่า 1 เซนติเมตร
- ❖ "O" ที่ฝ่ามือผู้ป่วย ข้างที่จะทำผ่าตัด/หัตถการนั้น



ประชุมกรรมการพัฒนาห้องผ่าตัด พรส. ห้องผ่าตัด วิสัญญี หัวหน้าหอผู้ป่วย

การป้องกันและลดความเสี่ยงในการทำผ่าตัด/หัตถการ ผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดชนิด 3 ขั้นตอน

1. Preoperative verification ก่อนเข้าห้องผ่าตัด

1.1 First verification ที่ OPD/WARD 1.1.1 Patient identification 1) ถามชื่อ นามสกุล วันเดือนปีเกิด/อายุ 2) ป้ายชื่อมือ 3) คำสั่งการรักษาของแพทย์	1.2 Second verification ที่ OR 1.2.1 Patient identification ให้ตรงกัน 1) ชื่อ นามสกุล วันเดือนปีเกิด/อายุ 2) ป้ายชื่อมือ 3) คำสั่งการรักษาของแพทย์ : ใน order 1.2.2 Patient evaluation and Nursing care process - ตรวจสอบผลอ่านจาก PACSLPH : Film X-ray CT, MRI, CTA, U/S - เอกสารการตรวจรักษา
1.1.2 Mark site ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการทำ กรณีผู้ป่วยเด็กต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง โดย ทำสัญลักษณ์ O ที่ฝ่ามือผู้ป่วย ข้างที่จะทำผ่าตัด/หัตถการ ด้วยปากกาสีแดง 1) ที่หอผู้ป่วย ก่อนทำผ่าตัด/หัตถการ 2) ที่จุดดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด : ผู้ป่วย Fast tract ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วย ODS	1.2.3 Mark site verification - ตรวจสอบสัญลักษณ์ O ที่ฝ่ามือผู้ป่วย ข้างที่จะทำผ่าตัด/หัตถการ
1.1.3 Document verification - ใบ Mark site /แบบฟอร์ม 2 OR ใน smart IPD - หากแพทย์ไม่ได้เซ็นใบ mark site พยาบาลเขียนที่ใบช่องพยาบาลหอผู้ป่วย ว่า "แพทย์ mark site ที่ห้องผ่าตัด"	1.2.4 Document verification - ตรวจสอบใบ Mark site/แบบฟอร์ม 2 OR ใน smart IPD และลงชื่อผู้ตรวจสอบ  

OPD case ลงในใบ digital OPD

*หากไม่มี 1) ใบ mark site 2) สัญลักษณ์วงกลมที่ฝ่ามือข้างที่จะทำผ่าตัด/หัตถการต้องทำให้ครบ 100% ก่อน Sign in ผู้พิจารณาเริ่มผ่าตัด : วิสัญญีแพทย์ กรณี Local พยาบาลหัวหน้าห้อง

2. Sign in : ใน OR ทำก่อนการดมยาสลบหรือให้การระงับความรู้สึก โดยพยาบาลรอบนอกเป็นผู้ชวน ร่วมกับ วิสัญญี

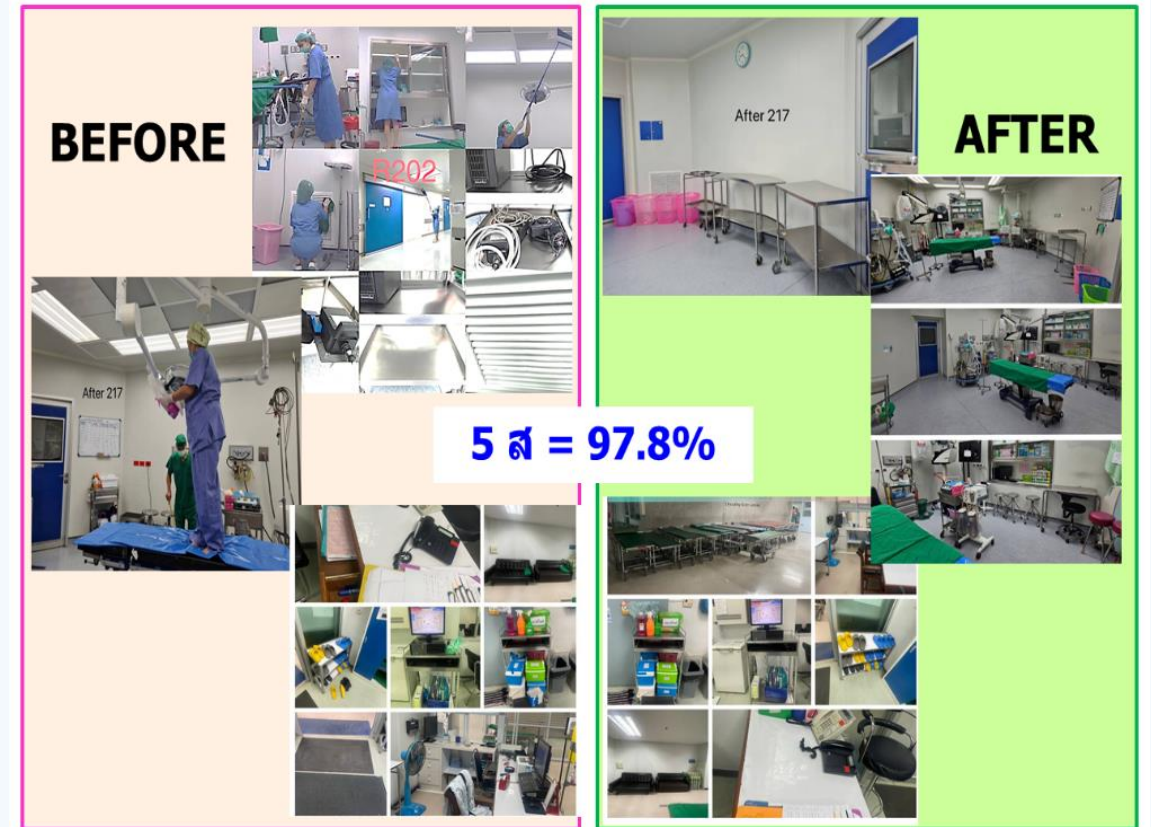
: ยืนยันตัวตนผู้ป่วย (ชื่อ-นามสกุล และ วันเดือนปีเกิด/อายุ) : ชื่อการผ่าตัด ตำแหน่ง/ข้าง การทำ Mark site
 : เครื่องมือ/อุปกรณ์พิเศษ พร้อมใช้ ให้ antibiotic : Consultation

3. Time out : ใน OR ทำก่อนการลงมีดผ่าตัด/หัตถการ สื่อสารเรื่องความถูกต้องทั้งหมด โดยแพทย์

- 1) Time out
- 2) Specific concern ระบุปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นได้ เช่น การสูญเสียเลือด ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ หรืออื่น ๆ
- 3) Imaging verification การทวนสอบถูกต้องจาก PACSLPH

การติดเชื้อที่สำคัญ SSI

การติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด (surgical site infection)



การควบคุมสิ่งแวดล้อม



ตรวจสอบทุกวัน

อุณหภูมิ 20 -22 องศา

ความดัน มากกว่า 2.5 ปาสคาล

ความชื้นสัมพัทธ์ 45-55 %

บุคลากรปลอดภัย (Personal Safety)

- การใส่อุปกรณ์ป้องกัน PPE
- การตรวจสอบสภาพประจำปี
- การตรวจสอบด้านสิ่งแวดล้อม (สารเคมีตกค้าง) ในตรัสออกไซด์ฟอร์มมารีน



ประชาชนปลอดภัย (People Safety)







- การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่ชุมชน
(เน้น การแยกขยะถูกต้อง)



แนวทางในการแยกขยะติดเชื้อ 4 ประเภท คือ

07 65



ประเภท	การทำลาย	การส่ง/ส่งต่อ	
ประเภท 4 1 ขยะติดเชื้อทั่วไป - ของ/สายต่าง ๆ ที่เป็นสิ่งคัด หลัง - สายพลาสติก (ตัดแยกออก จากกล่องพลาสติก)	ทำลาย ได้	ใส่ถุงแดง ใส่ถังขยะแดงใหญ่ (หน้าลิฟต์โซน A)  ประเภท 1  ประเภท 2	 
2 ขยะติดเชื้อที่เป็น พลาสติก เครื่องมือส่อง กล้อง เข็มขนาดเล็ก ปลายเข็มที่เสียบขวด/ถุง - แกลลอนใส่เข็ม(ตัดแยก ออกจากตัวพลาสติก) - ถัง ใส่ด้ามพลาสติก	ทำลาย ได้	ใส่ถุงแดง / แกลลอน / กล่อง ใส่ถัง ขยะแดงใหญ่ (หน้าลิฟต์โซน A) เขียนติดถุง พลาสติก/เข็ม **ห้ามทิ้ง pin ในกล่องนี้ (ทำลาย ไม่ได้)	  พลาสติก เครื่องมือ scope   เข็มขนาดเล็ก
3 ขยะติดเชื้อที่เป็นโลหะ วัสดุตามกระดูกต่าง ๆ **โลหะขนาดใหญ่, pin	ทำลาย ไม่ได้	ใส่ถุงแดง ไม่ใส่ถังขยะแดงใหญ่ เขียนติดถุง เหล็ก ใส่ถุงแดง ไม่ต้องล้าง ให้รอบทั้ง ถ้ามักรังกล่อง (หาที่ไว้ในห้องล้าง suction ยังไม่ได้)	 
4. ขยะติดเชื้อที่เป็นแก้ว	ทำลายไม่ได้	ใส่ถุงแดง ไม่ใส่ถังขยะแดงใหญ่ เขียนติดถุง แก้ว	 

ถ้าไม่ใช่ขยะติดเชื้อ ให้ทิ้งที่ขยะรีไซเคิลใส่ถุงดำ ใส่กล่อง (ป้องกันการบาดเจ็บของคนเก็บ จากเศษแก้ว ทะลุออกนอกถุง) เพื่อลดขยะติดเชื้อ เช่น ขวดแก้วหรือแก้วแตกที่ไม่ติดเชื้อ /ไม่ได้ใช้กับผู้ป่วย ขวดยาชา(ใส่ถุงดำที่ตู้เย็นยาชา)



**ช่วยกันคิด
ร่วมกันทำ
ความสำเร็จ
เพื่อประชาชน**



ขอบคุณค่ะ