

The background of the slide is a light gray gradient with several realistic water droplets of various sizes scattered across it, primarily concentrated in the top-left and bottom-right corners.

การประชุมคณะกรรมการ IPC ครั้งที่ 1/2568

คำแนะนำ สรพ.

จาก

NOTE TAKER

1.การประชุม—สม่ำเสมอ แต่ไม่ครบองค์ประชุม

- มักจะเฉพาะ ICN ICWN เมื่อเกิดอุบัติการณ์ จึงทบทวนไม่ครอบคลุม

สาเหตุ เนื่องจากประเด็นต่างๆ เกี่ยวข้องกับด้านการพยาบาล การวิเคราะห์ปัญหา มักเป็นประเด็นของICN-ICWN

ผลงานตามไตรมาส ทบทวนGAP COMPLIANCE และวิเคราะห์/พิจารณา RCAและบางส่วนยังไม่เข้าไลน์กลุ่ม

การแก้ไข กำหนดประชุมคณะกรรมการไตรมาสละ 1 ครั้ง วันพฤหัสบดีที่4 ของเดือนมกราคม เมษายน กรกฎาคมและตุลาคม และให้ผู้รับผิดชอบ COMPLIANCE สรุปผลงาน /ตัวชี้วัด ปัญหา อุปสรรค และ**การแก้ไข** แต่ละไตรมาส นำเสนอต่อคณะกรรมการ เพื่อรับทราบปัญหา แนวทางปฏิบัติ

ทั้งนี้ มีแยกเฉพาะบุคคล กลุ่มย่อย ก่อนนำเสนอคณะกรรมการ

2.AMR

- เมื่อกำหนดนโยบาย/แนวทางปฏิบัติแล้ว ให้ติดตาม/ทบทวนดูว่า เอื้อต่อการปฏิบัติไหม การตอบสนองเป็นอย่างไร อะไรคือ GAP และนำมาปรับ และ นโยบายนี้ กระทบถึงบางนโยบายไหม และข้อไหน/อะไรทำให้ อุบัติการณ์ลดลง เช่น PHLEBITIS CAUTI ยังไม่ปฏิบัติตาม ทำอย่างไรต่อ ... **PDCA**
- HAI AMR วิเคราะห์ระดับด้วย
- AMR เมื่อพบเชื้อ/ระดับ มาตรการเร่งด่วน เช่นทำความสะอาดด้วย เปลี่ยน.....**เน้นนำข้อมูลมากำหนดมาตรการ....** และเชื่อมโยงสู่PCT PTC ชุมชน
- AMR EMPLYRICAL SEPSIS UTI PNEUMONIA **ปรับ** STANDING ORDER **ใช้** ANTYBIOGRAM เป็นตัวนำ**ปีละครั้ง**

3.การเฝ้าระวังการติดเชื้อ

- เมื่อพบการติดเชื้อ ดูตัวชี้วัด ที่สอดคล้องกัน เช่น HAND HYGIENE ไม่สอดคล้องกับ COMPLIANC AMR และ HAI
- การทบทวนHAI ทีมวิเคราะห์ให้ครอบคลุม เช่น ENV อาชีวอนามัย จัดเป็นคณะกรรมการ และเชิญร่วม RCA
- การเฝ้าระวังสอดคล้องกับบริบท VAP /HAP รพ สัตหีบไม่มีพ.กาทUBE มีเฉพาะส่งกลับ รอเสียชีวิต

4.BUNDLE

- ไม่ครอบคลุม ขาด HAP VAP AMR PHLEBITIS อื่นๆ....
- เรียนรู้จาก CAUTI BUNDLE :FEED FIX FLOW LOW CLEAN CHANGE CHECK

กำหนดจากประเด็นสำคัญ /GAP

มอบหมายผู้รับผิดชอบ และปรับแบบประเมินให้สอดคล้อง BUNDLE ในการ ROUND COMPLIANCE

มีแล้ว

VAP:WHAPO

VAP Bundle

W
Wean



H
Hygiene



A
Aspiration
precautions



P
Prevent
contamination



O
Oral care



“WHAPO”

- ประเมินความพร้อมในการถอดท่อช่วยหายใจของผู้ป่วยทุกวัน
 - หายใจไม่เหนื่อยหอบ ค่า O_2 SAT > 95
- ล้างมือ 7 ขั้นตอน
 - ก่อน Suction
 - หลัง Suction
- พลิกตัวทุก 2 ชั่วโมง
- จัดท่านอนให้ศีรษะสูง 30° - 45°
- เปลี่ยน ventilator circuits ทุก 7 วัน หรือเมื่อสกปรก
- ล้างมือก่อนและหลัง เท้าที่ค้างใน circuit ทุกครั้ง
- เท้าจากท่อทางเดินหายใจทิ้งทุก 24 ชั่วโมง
- ดูคาลาเมทาเมื่อจับคาลาเมทาไม่ออก หรือได้ยินเสียงลมทะลุขณะหายใจเข้าออก
- แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งสลับกับ mouth care ทุก 12 ชั่วโมงด้วย 0.12% chlorhexidine

HAP Bundle = HAP

ปรับ??? ให้
สอดคล้อง
บริบท

Hand hygiene

ล้างมือตามหลักการ 6 ท่า 5 ขณะ

1. ล้างมือด้วยน้ำและสบู่ผสมน้ำยาฆ่าเชื้อ 6 ขั้นตอน นานอย่างน้อย 30 วินาที หรือล้างมือด้วย alcohol hands rub อย่างน้อย 20 วินาที
2. ล้างมือให้ครบ 6 ท่า (หน้า-หลัง- بین-โป้ง-ปลาย-ข้อ) ตามหลักการ 5 moment



Assessment risk factor

Assessment risk factor

1. Major operation และ (ข้อใดข้อหนึ่ง)
 - 1.1. ผ่าตัดช่องท้อง ช่องอก
 - 1.2. มีอายุมากกว่า 60 ปี
 - 1.3. Pain score หลังผ่าตัด > 5 คะแนน
2. Dx.Stroke
3. Dx.Guilain-Barre Syndrome
4. Dx.Myasthenia Gravis
5. Dx.Alteration of conscious
6. ต้องดูดเสมหะ
7. On ET Tube, TT Tube ที่ไม่ได้ on respirator
8. Bed ridden



Prevention

Prevention HAP

1. จัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา
2. พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง
3. Early ambulate / effective cough / deep breathing
4. Tube feeding test
5. Oral care ด้วย 0.12% CHG.
6. ใช้ sterile technique ในการดูดเสมหะ
7. สวมถุงมือในการดูดเสมหะทุกครั้ง และล้างมือก่อน - หลัง ด้วย Hibiscrub



ทำใหม่

PHLEBITIS BUNDLE

มติ:ให้รศ.พยาบาล
ทดลองใช้จึงประเมินซ้ำ

“CLEAN” Phlebitis

C:Clear

L:Line

- ตำแหน่งทางซึมชัดเจน ประเมินได้ ไม่เคลื่อนไหวบ่อย
- Close system เปลี่ยนทุก 96 hr. (สารไขมัน ยา TPN ทุก 24 hr.) Off เมื่อใช้ 24 hr. ปิดรอยแผล ด้วยพลาสเตอร์กันน้ำ



E:Evaluation

- ประเมินตำแหน่งคัมซึม ทุก ชั่วโมงพร้อมบันทึก
- แนะนำสังเกตอาการผิดปกติ “บวม ปวด เปียก”

A:Aseptic technique

- ล้างมือ 7 ขั้นตอน / 5 movement
- ใช้ 70% Alc. or 5% CHG in Alc 70% (ห้ามอายุ < 2 เดือน)
- ซักดูข้อต่อ ผิวหนังกว้าง > พลาสเตอร์ 15 วันที่ รอแห้ง 30 วันที่ ห้ามพัดโบกเป้า



N:Non touch

- ไม่สัมผัสผิวหนังหลังทำความสะอาด ป้ายเปิดข้อต่างๆ

(Aseptic non touch technique: ANTT)



4.การทำความสะอาด/ซักล้าง เครื่องมือ อุปกรณ์

- เน้น เครื่องมือใช้ซ้ำ ปลดล็อก ไม่แพร่เชื้อ มาตรฐาน PPE พร้อมใช้

เครื่องมือ เครื่องใช้ทางการแพทย์

เครื่องมือ แต่ละชนิด ต้องการความสะอาดและปริมาณเชื้อโรคปนเปื้อนต่างกัน

1. เครื่องมือ เครื่องใช้ที่ต้องปราศจากเชื้อ (Critical items) คือ เครื่องมือที่สัมผัสเนื้อเยื่อของร่างกายที่ไม่มีเชื้อโรคอยู่ในยามปกติ ได้แก่ เครื่องมือผ่าตัด ท่อระบาย (drains) เข็มฉีดยา ผ้าปิดแผล ฯลฯ เครื่องมือเหล่านี้จะมีเชื้อโรคปนเปื้อนไม่ได้เลย จึงต้องทำให้ปราศจากเชื้อก่อนใช้

เครื่องมือ เครื่องใช้ทางการแพทย์

2. เครื่องมือเครื่องใช้ที่ต้องสะอาด (Semi-critical items) คือ เครื่องมือ เครื่องใช้ที่สัมผัสกับ เยื่อเมือกของร่างกาย เช่น กล้องส่องเข้าหลอดลม (bronchoscope) กล้องส่องกระเพาะอาหาร (gastroscope) เครื่องมือเหล่านี้ต้องไม่มีเชื้อก่อโรค ยกเว้น สปอร์ของแบคทีเรีย จึงต้องทำลายเชื้อก่อนใช้

3. เครื่องมือเครื่องใช้ธรรมดา (non-critical items) ได้แก่ เครื่องมือ เครื่องใช้ที่อาจจะสัมผัสกับ ผิวหนังที่ไม่มีแผล เช่น เตียง ผ้าปูที่นอน หมอน ผ้าห่ม หมอนอน ฯลฯ เครื่องมือ เครื่องใช้เหล่านี้ควรล้างให้สะอาดก่อนใช้

5.เครื่องมือใช้ซ้ำ /อ้างอิง/ประสิทธิภาพ ปลอดภัย เก๊สซ: ในคู่มือ IC

- STERILIZATION AQUAR HUMIDIFIER
- BACTERIA FILTER SPIROMETER
- HIGH FLOW NASAL CANNULAR

หน่วยงานกำหนด : ขออ้างอิงการทำลายเชื้อ
อายุการใช้งานจากบริษัททุกครั้ง

6.ผ้า

- ขบวนการจัดการผ้าติดเชื้อ ผ้าเปื้อนทั่วไป :ไม่ชัดเจน

ประเด็น : ต้นทางไม่แยก การขนย้าย ปลายทางไม่แยก

แก้ไข : ต้นทางแยกผ้าปนเปื้อนเหงื่อไคล กับผ้าติดเชื้อ

การขนย้าย แยกขนผ้าติดเชื้อ (**GAP**)

ปลายทาง แยกพื้นที่พักคอยรถบรรทุก

สอบถาม รพ.ใกล้เคียง การปฏิบัติ ไม่มีความแตกต่าง

7.การเก็บรายงาน/ความสอดคล้องรายงาน

KPI IPC	ความสอดคล้อง เชื่อมโยง	หน่วยงานรับผิดชอบ ส่งรายงาน
1.รายงานการเฝ้าระวัง	ประสิทธิภาพการเฝ้าระวัง under report/Trigger	IPD/LR (ER/opd กลับมาซ้ำ)
2.Compliance		
Hand hygiene	HAI	IPD,ER,LB ครอบคลุม HCW
PPE	Safety personnel	ER,LB,CS&SD,IPD:AMR
Phlebitis 2ชุด	Alert warning BSI/Septicemia	IPD,LB 2ชุด ER 1ชุด(สุ่มถาม)
CAUTI/AMR	การกำกับ Bundle :ปรับแบบประเมินเป็นระยะ	IPD,ER,LB
Standard precautions	เครื่องมือ /ระบบอากาศ/ขยะ/สัตว์นำโรค/น้ำทิ้ง/จัดบริการ	NSO/ENV/SRRT

ประเด็น เก็บอย่างไร น่าเชื่อถือ?? ตรงกับ **DATA SET**??? สาเหตุจาก **RM** เก็บถึง 24.00น. **IC** เก็บถึง 8.00น. ดังนั้น ขอข้อมูลเดียวกัน

ขาด VAP/HAP เก็บจากอะไรดี :รอทำ**BUNDLE** และเก็บตาม

กำหนดส่ง ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน

RECOMMENDATION

จาก สรพ.

6. การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ: ทีมนำระบบควรทบทวนการเฝ้าระวังให้ครอบคลุมตามบริบทที่ให้บริการ ทบทวนและจัดทำนโยบายที่เป็นลายลักษณ์อักษรในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อให้เป็นปัจจุบันที่ได้มาจากการติดตามที่หน่วยงานและการทบทวนอุบัติการณ์หรือความเสี่ยง เช่น นโยบายการป้องกันการติดเชื้อดื้อยา มาตรการการกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพให้มีความเหมาะสม การนำอุปกรณ์ทางแพทย์ที่ออกแบบครั้งเดียวมาใช้ซ้ำ เป็นต้น รวมถึงจัดแนวทางการปฏิบัติให้ครอบคลุมการป้องกันการติดเชื้อ เช่น Bundle HAP ที่จะใช้ในการสื่อสารและอบรมให้ความรู้และการประสานความร่วมมือกับทีมระบบและหน่วยงานในการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ มีการกำกับติดตามด้วยการประชุมของคณะกรรมการอย่างต่อเนื่องด้วยข้อมูล เช่น การติดเชื้อ Compliance เพื่อนำมาพัฒนาให้สามารถป้องกันและลดการติดเชื้อให้ต่ำที่สุด

II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ		
46. ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Prevention & Control-IPC) [II-4.1ก]	สิ่งที่พบ 1. ทีมนำระบบ IC มีการพัฒนาและกำหนดบทบาทหน้าที่ กำหนดเป้าหมายและวางระบบครอบคลุมทั้งผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ สิ่งแวดล้อมและชุมชน มีการสื่อสารและติดตามการปฏิบัติตามมาตรการที่วางไว้ มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อและนำมาพัฒนา มี ICN ที่เป็นแกนสำคัญในการพัฒนาร่วมกับการส่งเสริมและพัฒนาสมรรถนะ ICWN ที่มาจากหน่วยงาน OPD, ER, LR และ IPD ร่วมขับเคลื่อนพัฒนาทั้งการประชุมและการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้มาจากการเก็บรวบรวม	ข้อเสนอแนะ (Recommendation) 1. ทีมนำระบบ IC ควรทบทวนการเฝ้าระวังให้ครอบคลุมตามบริบทที่ให้บริการ ทบทวนและจัดทำนโยบายที่เป็นลายลักษณ์อักษรในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อให้เป็นปัจจุบันที่ได้มาจากการติดตามที่หน่วยงานและการทบทวนอุบัติการณ์หรือความเสี่ยง เช่น นโยบายการป้องกันการติดเชื้อดื้อยา มาตรการการกำกับดูแลการจ่ายต้านจุลชีพให้มีความเหมาะสม การนำอุปกรณ์ทางแพทย์ที่ออกแบบครั้งเดียวมาใช้ซ้ำ เป็นต้น รวมถึงจัดแนวทางการปฏิบัติให้ครอบคลุมการป้องกันการติดเชื้อ เช่น Bundle HAP ที่จะใช้ในการ
47. การเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ [II-4.1ข]		
48. การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป [II-4.2ก]		
49. การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ [II-4.2ข]		
	เพื่อให้มีมาตรฐานในทิศทางเดียวกัน ทีมได้นำข้อเสนอแนะมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาเพื่อป้องกันและลดการติดเชื้อ เช่น การติดเชื้อดื้อ เริ่มนำ Antibigram มาปรับใช้ มีมาตรการการจ่ายต้านจุลชีพให้มีความเหมาะสม มีการเรียนรู้จากโรงพยาบาลศูนย์นำมาพัฒนาป้องกันการติดเชื้อดื้อยา, การติดเชื้อ CAUTI, Phlebitis ซึ่งมีการจัดตั้งคณะทำงาน RPT (Respond Phlebitis Team) เพื่อรับผิดชอบในการพัฒนา ซึ่งมีผลลัพธ์ที่ได้ติดตามไว้เป็นไปตามเป้าหมาย เช่น อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวน อัตราการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากการให้สารน้ำ อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลสาเหตุจากเชื้อดื้อยา	สื่อสารและอบรมให้ความรู้และการประสานความร่วมมือกับทีมระบบและหน่วยงานในการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ มีการกำกับติดตามด้วยการประชุมของคณะกรรมการอย่างต่อเนื่องด้วยการใช้ข้อมูล เช่น การติดเชื้อ Compliance เพื่อนำมาพัฒนาให้สามารถป้องกันและลดการติดเชื้อให้ต่ำที่สุด

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	2. ทีมได้วางมาตรการและส่งเสริมการปฏิบัติด้วยการอบรมให้ความรู้ รวมถึงการติดตาม Compliance ในแนวทางต่างๆ เช่น การล้างมือ Compliance AMR, Phlebitis ทีมพัฒนาโดยมีกระบวนการทำปราศจากเชื้อและการจัดเก็บ รวมถึงการติดป้ายบ่งชี้ เช่น อุปกรณ์ น้ำยา เพื่อกำหนดระยะเวลาการใช้งานให้มีความเหมาะสม การจัดแบ่งพื้นที่ เช่น แยกทารกแรกเกิดอยู่กับมารดาหลังคลอดแยกจากผู้ป่วยป่วยทั่วไป มีห้อง Negative ทีมกำหนดเส้นทางการขนย้ายขยะติดเชื้อ มีกระบวนการจัดเก็บขยะเชื่อมโยงในโรงพยาบาลและ รพ.สต. มีแนวทาง CAUTI bundle มีมาตรการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาและนำข้อมูลการติดเชื้อดื้อยาทั้ง Hemoculture และ Urine culture	
	ซึ่งพบว่าจำนวน Urine culture พบเชื้อดื้อยา AMR พบมากกว่าจำนวน Hemoculture ที่พบเชื้อดื้อยา AMR ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้ติดตามไว้ในปี 2565 – 2567 ส่วนใหญ่บรรลุเป้าหมาย เช่น การล้างมือ 7 ขั้นตอน (เป้าหมาย >80) เท่ากับ 88.06, 88.82 และ 91.25 ; การล้างมือ 5 กิจกรรม (เป้าหมาย >80) เท่ากับ 89.99, 91.97 และ 95.98 ; PPE (เป้าหมาย >80) 89.43, 85.05 และ 88.02 พบจำนวนบุคลากรที่ได้รับอุบัติเหตุเข็มที่ตำ สัมผัสเลือดสารคัดหลั่งปี 2565 – 2567 เท่ากับ 1, 3 และ 4	

Action plan & Timeline

๕๕

มาตรฐาน/ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนา (รพ.)
II-4 ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ 46.ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Prevention Control) [II-4.1ก] 47.การเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ [II-4.1ข] 48.การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป [II-4.2ก] 49.การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ [II-4.2ข] ข้อเสนอแนะ(Recommendation) 1.ทีมนำระบบIC ควรทบทวนการเฝ้าระวังให้ครอบคลุมตามบริบทที่ให้บริการ ทบทวนและจัดทำนโยบายที่เป็นลายลักษณ์อักษรในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อให้เป็นปัจจุบันที่ได้มาจากการติดตามที่หน่วยงานและการทบทวนอุบัติการณ์หรือความเสี่ยง เช่น นโยบายการป้องกันการติดเชื้อคือยา มาตรการการกำกับดูแลการใช้ยาจุลชีพให้มีความเหมาะสม การนำอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ออกแบบใช้ครั้งเดียวมาใช้ซ้ำ เป็นต้น รวมถึงจัดแนวทางการปฏิบัติให้ครอบคลุมการป้องกันการติดเชื้อ เช่น Bundle HAP ที่จะใช้ในการสื่อสารและอบรมให้ความรู้และการประสานความร่วมมือกับทีมระบบและหน่วยงานในการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ มีการกำกับติดตามด้วยการประชุมของของคณะกรรมการอย่างต่อเนื่องโดยใช้ข้อมูล เช่นการติดเชื้อ Compliance เพื่อนำมาพัฒนาให้สามารถป้องกันและลดการติดเชื้อให้ต่ำที่สุด	1.ทบทวนตัวชี้วัดระดับทีมเพิ่ม ได้แก่ HAP 2.กำหนดนโยบายIC เรื่องอะไรบ้าง (KPI ระดับทีม) /จัดทำBundle ครอบคลุมตัวชี้วัด 3.มอบหมายตามCompliance กำหนดในวาระทบทวน จากPC round +แก้ไข เจาะ <u>หนึ่ง</u> การล้างมือ ดวง การจัดเก็บ อุปกรณ์ เครื่องมือใช้ซ้ำ <u>เนฟ</u> PPE อุบัติเหตุของมีคม <u>กฎ</u>.ไก่ เจาะ Phlebitis มาตรการกำกับการใช้ยาต้านจุลชีพ ปาล์ม CAUTI/UTI เบียร์ ทวาย เชื้อคือยา ปลั้ม แนน ตุ๊ก ระบบระบายอากาศ ขยะ น้ำเสีย แหล่งเพาะพันธุ์สัตว์นำโรค การจัดบริการลดการแพร่เชื้อ zoning

มาตรฐานข้อเสนอแนะ	กิจกรรม/ตัวชี้วัด	ความถี่	Timeline
II-4 ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ทีมนำระบบIC ควรทบทวนการเฝ้าระวังให้ครอบคลุมตามบริบทที่ให้บริการ ทบทวนและจัดทำนโยบายที่เป็นลายลักษณ์อักษรในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อให้เป็นปัจจุบันที่ได้มาจากการติดตามที่หน่วยงานและการทบทวนอุบัติการณ์หรือความเสี่ยง เช่น นโยบายการป้องกันการติดเชื้อคือยา มาตรการการกำกับดูแลการใช้ยาจุลชีพให้มีความเหมาะสม การนำอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ออกแบบใช้ครั้งเดียวมาใช้ซ้ำ เป็นต้น รวมถึงจัดแนวทางการปฏิบัติให้ครอบคลุมการป้องกันการติดเชื้อ เช่น Bundle HAP ที่จะใช้ในการสื่อสารและอบรมให้ความรู้และการประสานความร่วมมือกับทีมระบบและหน่วยงานในการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ มีการกำกับติดตามด้วยการประชุมของคณะกรรมการอย่างต่อเนื่องโดยใช้ข้อมูล เช่นการติดเชื้อCompliance เพื่อนำมาพัฒนาให้สามารถป้องกันและลดการติดเชื้อให้ต่ำที่สุด	1.ทบทวนตัวชี้วัดระดับทีม ระดับหน่วยงาน ตามบริบทรพ. 2.จัดทำนโยบาย หรือ Bundle ในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อตามตัวชี้วัดระดับทีม ได้แก่ (เลือกเพิ่ม) 1).นโยบายการป้องกันการติดเชื้อ บี 2).นโยบายการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อคือยา เบียร์/ทราย/แนน/หนึ่ง/ปลื้ม WI 1:การป้องกันการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ ปาล์ม WI 2:การป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ เงะ / บี WI 3:การป้องกันการเกิดปอดอักเสบ (IPD) เงะ/ปาล์ม WI 4:การส่งเสริมการล้างมือ หนึ่ง+ปลื้ม+ดัก WI 5:การสัมผัสสารคัดหลั่ง และการใช้ PPE เนฟ+ดวง+ดัก WI 6:ทบทวนการใช้ยาจุลชีพ สมเหตุผล (ตามAntibiogram ใน Standing order ใน 3กลุ่มโรค Sepsis Pneumonia และUTI) ไก่+ทราย+พ.เบ้ม 3.กำหนดเป็นหัวข้อในวาระการประชุม และส่งเสริมการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก(IPC round)จากประเมิน Compliance โดยผู้รับผิดชอบสรุปนำเสนอผ่านการใช้ 12กิจกรรมทบทวน และสะท้อนกลับหน่วยงาน Round ทุก 1เดือน CAUTI AMP Phlebitis HAP Round ทุก 3เดือน Hand hygiene PPE ENV เครื่องมือ	ปีละ1ครั้ง(ตค.67) ไตรมาสละ 2 เรื่อง (มค/เมย/กค) ทุกไตรมาส (มค/เมย/กค)	1).เพิ่ม HAP 2).กำหนดส่งงาน -นโยบาย ข้อ1 ข้อ 2 รอ PCTและWI 6 รอ PTC ส่ง กค. -WI 1/WI 2 ส่ง มค. (มีแล้ว) -WI 3/WI 5 ส่งเมย. WI=Bundle นัดมาคุยเฉพาะคน ผู้รับผิดชอบสรุปเสนอที่ประชุม ตาม 12 กิจกรรมทบทวน ทุกไตรมาส

๖. คณะทำงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IPC) ประกอบด้วย

๑. นายอภิญา วงศ์แก้ว	นายแพทย์ชำนาญการ	ประธานคณะทำงาน
๒. นางสาวอัมภิกา โอวาทวรกิจ	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ	รองประธานคณะทำงาน
๓. นางดวงฤดี บัวสด	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๔. นางอรุณ ดีล้อม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๕. นางกัญญา ปานสุวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๖. นางสาวนันทินี สุริยโสภ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๗. นางสาวนรอร บญศิริ	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	คณะทำงาน
๘. นายณพัทธ์ พุทธจักร	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการคณะทำงาน	คณะทำงาน
๙. นางสาวปรางทราย โพธิพิทักษ์	นักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ	คณะทำงาน
๑๐. นางสาวเนียง สุขคุ้ม	โภชนาการชำนาญงาน	คณะทำงาน
๑๑. นางปราดา ฌนอมศรี	นักกายภาพบำบัดชำนาญการ	คณะทำงาน
๑๒. นางสาว สุภารัตน์ ไชยหาญ	แพทย์แผนไทยชำนาญการ	คณะทำงาน
๑๓. นางสาวพัชรา แต่งแดน	นักรังสีการแพทย์ปฏิบัติการ	คณะทำงาน
๑๔. นางสาวธิดารัตน์ ม่วงไหมทอง	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	คณะทำงาน
๑๕. นายนันท์วัฒน์ กิจผสมทรัพย์	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	คณะทำงาน
๑๖. นายพีระวัฒน์ นาวิรัตน์วิทยา	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	คณะทำงาน
๑๗. นางสาวธนสร ดิษเจริญ	นักวิชาการพัสดุ	คณะทำงาน
๑๘. นางพรนิภา มาตย์วิเศษ	เภสัชกรชำนาญการ	คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๙. ร.ต.อ.หญิงมยุรี บุรณะโอสถ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงานและเลขานุการ

พบพบ 12 กิจกรรม PCT/หอผู้ป่วย/งาน.....โรงพยาบาลสตึก กม.10 ประจำเดือน.....

กิจกรรมที่ 1. การพบทวนขณะดูแลผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาล C3-THER + H-E-L-P

วิธีการ 1. ทบพจนข้างเคียง 2. Conference 3. Grand Round 4. Quality Round - มีการทบทวนแบบสหสาขาวิชาชีพ

[illegible]

ทบทวน 12 กิจกรรม PCT/หอผู้ป่วย/งาน.....โรงพยาบาลสตึก กม.10 ประจำเดือน.....

กิจกรรมที่ 6. การป้องกันและเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล

ประเด็นที่ทบทวน ได้แก่ อุบัติการณ์ติดเชื้อ TARGET SURVEILLANCE / NASOCROMIAL INFECTION / อุบัติเหตุ - การติดเชื้อจากการทำงาน / เชื้อดื้อยา MRSA ,ESBL / ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน IC / การทบทวนแนวทางปฏิบัติโดยใช้ EVIDENCE BASE ใหม่ ๆ

วคป.	อุบัติการณ์การติดเชื้อที่สำคัญ	วิเคราะห์สาเหตุ	การปรับปรุง / การปฏิบัติที่เหมาะสม

การทบทวนรายละเอียดตามแบบฟอร์ม IC

ตัวอย่าง 12 กิจกรรมทบทวน

ทบทวน 12 กิจกรรม PCT/หอผู้ป่วย/งาน.....IPO.....โรงพยาบาลสตึก กม.10 ประจำเดือน.....มค 67

กิจกรรมที่ 6. การป้องกันและเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล

ประเด็นที่ทบทวน ได้แก่ อุบัติการณ์ติดเชื้อ TARGET SURVEILLANCE / NASOCROMIAL INFECTION / อุบัติเหตุ - การติดเชื้อจากการทำงาน / เชื้อดื้อยา MRSA ,ESBL / ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน IC / การทบทวนแนวทางปฏิบัติโดยใช้ EVIDENCE BASE ใหม่ ๆ

[illegible]

การทบทวนรายเคสให้ยึดตามแบบฟอร์ม IC

ทบทวน 12 กิจกรรม PCT/หอผู้ป่วย/งาน... จิตแพทย์ ...โรงพยาบาลสตึก กม.10 ประจำเดือน... ธันวาคม 2567

กิจกรรมที่ 6. การป้องกันและเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล

ประเด็นที่ทบทวน ได้แก่ อุบัติการณ์ติดเชื้อ TARGET SURVEILLANCE / NASOCROMIAL INFECTION / อุบัติเหตุ - การติดเชื้อจากการทำงาน / เชื้อดื้อยา MRSA ,ESBL / ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน IC / การทบทวนแนวทางปฏิบัติโดยใช้ EVIDENCE BASE ใหม่ ๆ

วตป.	อุบัติการณ์การติดเชื้อที่สำคัญ	วิเคราะห์สาเหตุ	การปรับปรุง / การปฏิบัติที่เหมาะสม
กต.ค. ๖๖	- pop up ไม่ทักเตือนในรบบ.	- รบบ ไม่ตัว เตือนน้อย L26.	- ทำใบดูในมอนิเตอร์ ใน สเปกที่ เรื่องส่งการตรวจเชื้อเชื้อยา เนื้อเชื้อ.
	- ผู้ป่วย ไม่ได้อยู่ในโซน กำมม ติดเชื้อ เชื้อยา	- มีผู้ป่วยวิกฤต ที่ต้องเฝ้าระวังอาการ ออก (กลั้วใจ CO3)	- ดูแลผู้ป่วย / รับแจ้งอาการทันที.
	-	- 20 นาที ไปดูแลระบบในการจัดการเชื้อใน ผู้ป่วย นอก (CO1)	- ศึกษาย่อย 24 กั ไม่ได้อัดเสียง ตามอยู่ เชื้อ 29 กณ.
	- ไม่ใช้ Hibiscrub. ทำด้วยผ้าฝอย (เช็ดถูแล้ว 10 นาที)	- NA สัมผัสกับผ้าที่เช็ด	- เน้นย้ำ ในการจัดการของเชื้อเชื้อ จากผู้ป่วย.
	- ไม่ใช้ Stethoscope แยกใช้ในห้อง ติดเชื้อเชื้อยา	- แพทย์ ไม่สนใจ ใน ความสะอาดของ อุปกรณ์ + แขนง ไม่เช็ด 5 วินาที แพทย์	- ศึกษาคู่มือการใช้ และใช้ในงาน - ใช้ทำการศึกษาอุปกรณ์ในห้องใช้ งานทุกครั้ง - เพิ่มใช้ NA ทำความสะอาด

การทบทวนรายละเอียดตามแบบฟอร์ม IC

1 125 / ครั้ง.

วันที่ 22 ต.ค. 67 ผู้ประเมิน นพ.อรรถดิษฐ์ นัสด

หัวข้อ	รายการ	หน่วยงาน								หมายเหตุ
		OPD	ER	LR	IPD1	IPD2	ทันตกรรม	พลาทาลง	CSSD	
1	แยกเครื่องมือปนเปื้อน/กล่องใส่มีดชนิด แยกของแตกง่าย/ปนปนน้อย	/	/	/	✓	×			/	
2	เครื่องมือ อุปกรณ์ปนเปื้อนเช็ดคราบสกปรก แยกขยะทิ้ง นิดสเปรย์โฟม	/	/	/	×	✓			/	
3	ตู้เก็บอุปกรณ์ เครื่องมือปราศจากเชื้อปิดมิดชิด ตั้งอยู่พื้นที่สะอาด ไม่พลุกพล่าน	/	/	/	/	×			/	
4	ตู้เก็บอุปกรณ์ เครื่องมือปราศจากเชื้อ แยกจากตู้เก็บเครื่องมือสะอาดหรือแยกชั้น	/	/	/	/	×			/	
5	มีป้ายเตือนล้างมือก่อนหยิบจับอุปกรณ์ และมีอุปกรณ์ล้างมือบริเวณนั้น	/	/	/	×	×			/	
6	มี Alcohol hand rub พร้อมใช้ หน้าห้องอุปกรณ์มีป้าย FI FO และจัดเรียงตามกำหนด	/	/	✓	×	×			/	
7	ไม่พบเครื่องมือ หมคอายุ	/	/	/	/	/			/	
8	ทะเบียนเครื่องมือใช้ซ้ำ / เอกสารกำหนดการใช้ซ้ำ	×	×	×	×	×			-	
9	มีระบบการตรวจนับเครื่องมือที่ใช้ร่วม/เสี่ยงสูญหาย	/	/	/	×	×			✓	
10	หน่วยงาน ระบุการตรวจสอบอุปกรณ์เครื่องมือก่อนใช้งานได้(ตามเอกสาร)	/	/	/	/	/			✓	
	ดูเพิ่ม ความพร้อมใช้PPE	/	ล้าชวด suction ×	/	/	/			✓	

ปัญหา/อุปสรรค/ข้อเสนอแนะ IPD2 ลิด zone sterile เบิกกล่อง / จำนวนของใช้ เช่น set ตอ 7 ไม่เพียงพอ → ยืมจาก IPD1 ไม่มีการบันทึกของใช้
 หมายเหตุ เครื่องมือใช้ซ้ำ 3 ชุด รวมอุปกรณ์ลงในกล่องตาม ขั้นตอนอุปกรณ์ใช้แล้ว

* High flow ตาม K, หาย / ล้างแอลกอฮอล์ ทดสอบก่อนใช้ / ใช้กับ pt แล้ว sat drop

OPD peak flow กำหนดมาตรฐาน 6:30 / ตามตำรา (พบในเครื่องใช้ซ้ำ)

วาระอื่นๆ

- 1.การจัดอบรม IC จะจัดเป็นรูปแบบSTATION KPI GAP :CAUTI, AMR, VAP/HAP, HH, PHLEBITIS, POST EXPOSURE ,ENV/ZONING
- 2. BUNDLE/COMPLIANCE ปรับให้สอดคล้องกัน นัดไลน์ปรึกษาก่อนประชุม
- 3.การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม เน้นตามแนวทาง น้ำ+น้ำผงซักฟอก เฉพาะกรณีติดเชื้อดื้อยา ใช้ALC. หรือNACLO
- 4.รายงานการประชุม เก็บในกลุ่มIC หน้าWEB รพ
- 5.ผลการทบทวน 12กิจกรรมทบทวน พิมพ์ส่ง เพื่อแนบไฟล์ก่อนนำเสนอแต่ละไตรมาส