



โรงพยาบาลเรณูนคร

ระดับเอกสาร : วิธีปฏิบัติเลขที่ WP - PCT-002

ฉบับที่ : 2 (ปรับปรุงครั้งที่1)

เรื่อง : แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการวินิจฉัยโรคผิดพลาด

วันที่ : 2 พฤศจิกายน 2566

แผนก : อุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

แผนกที่เกี่ยวข้อง : องค์กรแพทย์ /OPD/ER/IPD/LR/HD

ผู้จัดทำ : .....กุลที พงษ์โลก.....

(นางกุลที ธรรมวิภาค)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ  
(เลขานุการทีมนำทางคลินิก)

ผู้ทบทวน : .....สันติภาพ ลำภา.....


(นายสันติภาพ ลำภา)

ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ  
(ประธานทีมนำทางคลินิก)

ผู้อนุมัติ : ..........

(นายไพศาล พลโลก)

ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเรณูนคร

	<b>วิธีปฏิบัติเลขที่ :</b> WP-PCT-002	<b>ผู้จัดทำ :</b> ทีมนำทางคลินิก
	<b>เรื่อง :</b> แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการวินิจฉัยโรคผิดพลาด	<b>หน้า :</b> 1/4

## 1.นโยบาย

**การวินิจฉัยผิดพลาด (Diagnostic Error)** เป็นความเสี่ยงสำคัญที่พบบ่อยในสถานพยาบาล โดยเฉพาะ ห้องฉุกเฉิน จากการประมาณการพบว่า 1 ใน 10 ของการวินิจฉัยมีแนวโน้มผิดพลาด และในทุก 1000 ครั้ง บริการผู้ป่วยนอกจะมีความเสี่ยงต่อการวินิจฉัยผิด ขั้นตอนที่ผิดพลาดได้แก่

- 1) การส่งตรวจห้องปฏิบัติการไม่ถูกต้อง (56%)
- 2) การซักประวัติและตรวจร่างกายที่ไม่เหมาะสม (42%)
- 3) การแปลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ไม่ถูกต้อง (37%)
- 4) การไม่ได้ส่งปรึกษา/รับปรึกษาโดยผู้เชี่ยวชาญ (33%)

### ส่วนสาเหตุความผิดพลาดเกิดจาก

- 1) องค์ประกอบด้านความคิด (Cognitive Factors) 96%
- 2) ปัจจัย ด้านผู้ป่วย 34%
- 3) ขาดการแนะนำโดยผู้เชี่ยวชาญ 30%
- 4) การสื่อสารและส่งต่อข้อมูลที่ไม่เหมาะสม 24%
- 5) ภาระงานที่มากเกินไป 23%

**เป้าหมาย:**ลดความผิดพลาด/ล่าช้าในการวินิจฉัยผู้ป่วยกลุ่มอาการ/อาการแสดง/โรคที่มีความเสี่ยงสูงในห้องฉุกเฉิน

**2.วัตถุประสงค์** เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติแก่แพทย์และพยาบาลในการตรวจวินิจฉัยโรคผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

**3.ขอบเขต** ผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับบริการตรวจรักษาในโรงพยาบาลเรณูนคร

**4.หน้าที่รับผิดชอบ** แพทย์เวรและพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ช่วงเวรเช้า 8.00-16.00น. ช่วงเวรบ่าย 16.00-24.00น. ช่วงเวรดึก 16.00-24.00น.


## 5.นิยามคำศัพท์

**การวินิจฉัยโรคผิดพลาด** หมายถึง ความล้มเหลวที่จะได้มาซึ่งคำอธิบายที่ถูกต้องแม่นยำ ครบถ้วน สมบูรณ์ภายในเวลาที่เหมาะสม สำหรับปัญหาสุขภาพที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ และ รวมไปถึงความล้มเหลวในการสื่อสารคำอธิบายนี้ให้ผู้ป่วยได้เข้าใจด้วย **การวินิจฉัยผิดพลาด (Diagnostic Error) มี 3 ประเภท ได้แก่**

**1. Missed diagnosis** หมายถึง กรณีที่อาการของผู้ป่วยไม่ได้รับคำอธิบาย เช่น อาการ อ่อนเพลีย หรือเจ็บปวดเรื้อรัง หรือผู้ป่วยมีอาการชัดเจนแต่ไม่ได้รับการวินิจฉัยโรค

**2. Wrong diagnosis** หมายถึง กรณีที่ให้การวินิจฉัยที่ไม่ถูกต้อง และมาพบสาเหตุที่แท้จริง ภายหลัง

**3. Delayed diagnosis** หมายถึง กรณีที่ควรได้รับการวินิจฉัยโรคเร็วกว่าที่เป็น เช่น การวินิจฉัยโรคมะเร็ง

	<b>วิธีปฏิบัติเลขที่ :</b> WP-PCT-002	<b>ผู้จัดทำ :</b> ทีมนำทางคลินิก
	<b>เรื่อง :</b> แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการ วินิจฉัยโรคหลอดเลือด	<b>หน้า :</b> 2/4

## 6. วิธีปฏิบัติ

### 1. การวินิจฉัยผิดพลาดที่เกิดจากตัวผู้ป่วย

1) ผู้ป่วยที่มีอาการหรืออาการแสดงที่แตกต่างจากผู้ป่วยทั่วไป ให้ซักประวัติและตรวจร่างกายให้ละเอียดมากขึ้น บันทึกข้อมูลให้ถูกต้องครบถ้วนลงในเวชระเบียน และทำการสืบค้นข้อมูลเท่าที่ทำได้ หากนอกเหนือความสามารถมีการปรึกษาพ.แม่ข่าย โรงพยาบาลนครพนม/โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตุนพนม เพื่อส่งต่อรับการรักษาต่อไป

2) ผู้ป่วยมีการปกปิดข้อมูลหรือให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน แจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงความสำคัญและผลกระทบที่จะเกิดกับตัวผู้ป่วยเองหากมีการให้ข้อมูลที่ครบหรือไม่ให้ข้อมูลตามความเป็นจริง

3) ประวัติการรักษาที่มาจากสถานพยาบาลอื่นที่ผู้ป่วยมีประวัติเข้ารับการรักษา ซึ่งผู้ป่วยไม่มีประวัติการรักษาครั้งล่าสุดหรือข้อมูลไม่ถูกต้องครบถ้วน ไม่ชัดเจน ไม่สามารถระบุตัวตนหรือวันเวลาที่เข้ารับการรักษาได้ ให้มีการประสานงานไปยังสถานพยาบาลนั้นๆเพื่อขอข้อมูลประวัติการรักษาเจ็บป่วยของผู้ป่วย เพื่อนำมาประกอบการดูแลรักษา พร้อมทั้งตรวจสอบข้อมูลการรักษาว่าตรง วันเวลาใด และการรักษาครั้งล่าสุด

4) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้ข้อมูลเองได้ ได้แก่ กลุ่ม ทารก เด็กเล็ก ผู้ป่วยพิการเป็นใบ้ ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยที่มีความพิการในด้านการได้ยิน ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยชาวต่างชาติ ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยที่มีอาการสับสนไม่รู้สึกรู้ตัวไม่สามารถให้ข้อมูลการเจ็บป่วยของตนเองได้ ให้สอบถามจากญาติ พยานที่พบเห็นเหตุการณ์

### 2. ระบบงานในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช


1) มีการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคสำคัญในหน่วยงานโดยนำ CPG จากโรงพยาบาลแม่ข่ายนำมาปรับให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล เช่น CPG 3S Stroke, STEMI, Sepsis กลุ่มผู้ป่วย Head Injury เป็นต้น เพื่อให้เกิดแนวทางการวินิจฉัยและแนวทางการรักษาที่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

2) แพทย์และพยาบาล ได้มีการเข้าร่วมประชุมทบทวนวิชาการเพิ่มเติมอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะให้มีความทันสมัยและมีความแม่นยำมากขึ้น

3) มีการจัดทำ CPG ในกลุ่มโรคสำคัญและมีอุบัติการณ์ในการวินิจฉัยผิดพลาดที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน

4) มีระบบการประสานให้พยาบาล หรือเภสัชกรในการติดตามผลการรักษาจากสถานพยาบาลอื่น

5) มีการแนบผลการรักษาที่สำคัญ เช่น ใบตอบกลับการส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ผลการตรวจชิ้นเนื้อ Lab นอก ใ้กับ OPD card และมีระบบการ Scan EKG ในระบบ Hos-XP และผล X-ray ในระบบโปรแกรม X-ray สามารถเปิดอ่านแปลผลได้ตลอด

	<b>วิธีปฏิบัติเลขที่ :</b> WP-PCT-002	<b>ผู้จัดทำ :</b> ทีมนำทางคลินิก
	<b>เรื่อง :</b> แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการ วินิจฉัยโรคผิดพลาด	<b>หน้า :</b> 3/4

6) มีระบบการทบทวนประวัติการรักษาโดยแพทย์ผู้ชำนาญกว่าโดยจะนำเอา OPD CARD ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากพยาบาลในช่วงเวลา 24.00-8.00น.(ช่วงเวลานี้พยาบาลจะเป็นคนตรวจรักษา หากพบผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การรายงานแพทย์ก็จะรายงานแพทย์ทันที) นำมาทบทวนทุกเคสโดยแพทย์เวร

7) แพทย์เจ้าของคนไข้มีการสื่อสารและให้ข้อมูลการวินิจฉัยโรคแก่ผู้ป่วยและญาติทุกครั้งที่มีการรักษาหรือมีการดำเนินโรคที่เปลี่ยนแปลง

8) มีการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างเหมาะสม รวดเร็วและมีระบบการประกันเวลาในการรายงานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ค่าวิกฤติ เช่น Trop-T ประกันเวลา 20 นาที นับตั้งแต่ส่งตรวจ

9) ทำการรักษากู้ชีพ (resuscitation) ให้ทันท่วงที โดยตรวจประเมินทางห้องปฏิบัติการที่ทำได้ง่ายและรวดเร็ว เช่น EKG ในกลุ่มผู้ป่วยที่มาด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอก

10) พิจารณารับไว้สังเกตอาการในโรงพยาบาลกรณีมีอาการไม่ชัดเจน เสี่ยงต่อการดำเนินโรครุนแรง หากจำหน่ายกลับบ้าน เช่น ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดโรคหัวใจ มาด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอก serial EKG 4 ครั้ง ปรกติ Trop-T ปรกติ แต่ยังคงมีอาการแน่นหน้าอกอยู่ พิจารณาให้นอนสังเกตอาการและติดตามค่า Trop-t และ EKG อีก


11) มีการประชุมทบทวนในที่มอัครแพทย์อย่างต่อเนื่องอย่างเดือนละ 1 ครั้งต่อเดือนโดยมีแพทย์เป็นประธานในการประชุมโดยหัวข้อในการประชุมจะเป็นเรื่องเกี่ยวกับการทำงานขององค์กรแพทย์ ปัญหาและอุปสรรคในการทำงาน

12) มีการรายงานแพทย์เกี่ยวกับปัญหาผู้ป่วยจากพยาบาล และมีส่งการรักษาผ่านทางระบบโทรศัพท์ หรือ Line ทุกครั้งที่การส่งผ่านสองช่องทางนี้ แพทย์จะต้องมาตรวจเยี่ยมและประเมินอาการผู้ป่วยและลงบันทึกผลการตรวจในเวชระเบียนทุกครั้ง

13) มีการประชุมทบทวนเคส Death case ,Unplanned Refer ทุก 1 เดือน จัดทำโดยงาน PCT โดยเชิญตัวแทนสหสาขาวิชาชีพประชุมร่วมกัน

14) ระบบเครื่องมือ หรือน้ำยาตรวจทางห้องปฏิบัติการมีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและอุปกรณ์เป็นประจำ 1 ครั้ง/ปี

15) มีการตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียนโดยทีม IM ในเรื่องการบันทึกเวชระเบียนให้ครบถ้วน วันและเวลาในการตรวจรักษาหรือการทำหัตถการ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

	<b>วิธีปฏิบัติเลขที่ :</b> WP-PCT-002	<b>ผู้จัดทำ :</b> ทีมนำทางคลินิก
	<b>เรื่อง :</b> แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการ วินิจฉัยโรคผิดพลาด	<b>หน้า :</b> 4/4

16)มีระบบการ consult แพทย์คนที่สองในกรณีที่ยาบาลคิดว่าจะมีการวินิจฉัยผิดพลาดหรือ  
 สงสัยในการให้การรักษา

## 7.เครื่องชี้วัดคุณภาพ

1. อัตราการวินิจฉัย Stroke ผิดพลาด ร้อยละ 0
2. อัตราการวินิจฉัย STEMI ผิดพลาด ร้อยละ 0
3. อัตราการวินิจฉัย Sepsis ผิดพลาด ร้อยละ 0
4. อัตราการวินิจฉัย Severe Head Injury ผิดพลาด ร้อยละ 0
5. จำนวนอุบัติการณ์การวินิจฉัยคลาดเคลื่อน (Diagnostic Error) ระดับความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป  
 เท่ากับ 0
6. อัตราการเกิดอุบัติการณ์การวินิจฉัยคลาดเคลื่อน (Diagnostic Error) ทั้งหมด/ระดับความรุนแรง  
 ระดับ E ขึ้นไปได้รับการทบทวนแก้ไข ร้อยละ 100
7. อัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงหลังการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย ร้อยละ 0
8. อัตราความสอดคล้องของการวินิจฉัยที่ห้องฉุกเฉินกับวินิจฉัยสุดท้ายที่โรงพยาบาลแม่ข่ายในกรณี  
 ส่งต่อ(ทุกรายโรค) มากกว่าร้อยละ 90

## 8.เอกสารอ้างอิง

<https://www.ha.or.th/TH/Contents/รู้จัก 2P Safety>

## 9.ภาคผนวก

ไม่มี