

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: ปลอดภัย ประสิทธิภาพ						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2555	2556	2557	2558	2559
อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (:1,000 patient day)	< 0.3 : 1000	0.01	0.06	0	0	0.09
อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด	0.3	0	0	0	0	0
อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด	0.3	0	0	0	0	0
อัตราการติดเชื้อสื่อดื่อกอาหาร	0.3	0	0	0	0	0.38
อัตราการอักเสบของบริเวณการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย	0.3	0.01	0.07	0	0	0
อัตราการใช้ PPE เหมาะสม (%)	85	97.41	99.74	98.4	97.06	98.5
ประสิทธิภาพการเฝ้าระวัง	95	100	100	100	100	100

บริบท:

จำนวนเตียง จำนวนผู้รับบริการ: เป็นโรงพยาบาลชุมชน ระดับ F1 ขนาด 60 เตียง ในปีงบประมาณ 2559 จำนวนผู้รับบริการผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 613 คน/วัน ผู้ป่วยใน 70 คน/วัน วันนอนเฉลี่ย 2.23 วัน/คน

บริการที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ:

งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน, หอผู้ป่วยใน, การให้บริการมารดาและทารก, งานห้องผ่าตัด, คลินิกทันตกรรม, งานชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ, งานทันตกรรม, งานจ่ายกลางและซักฟอก, งานแพทย์แผนจีน กิจกรรมที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ การใส่ท่อช่วยหายใจที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน, การให้บริการแก่ผู้ป่วย HIV PTB HBV HCV, การทำความสะอาดเครื่องมือปนเปื้อน

ความรุนแรงของผู้ป่วย:

พบผู้ป่วยที่มีโอกาสแพร่กระจายเชื้อทางระบบทางเดินหายใจ โดยความรุนแรงสูงที่พบคือผู้ป่วยวัณโรคซึ่งพบผู้ป่วยรายใหม่เฉลี่ย 57 ราย/ปี ปัจจุบันมี MDR PTB จำนวน 1 รายซึ่งอยู่ในการดูแล และในรอบปีที่ผ่านมาไม่พบการติดเชื้อของบุคลากร

โอกาสรับผู้ป่วยติดเชื้อจากสถานพยาบาลอื่น:

การส่งต่อผู้ป่วยในเครือข่ายจากโรงพยาบาลศูนย์มารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ผู้ป่วยเชื้อดื้อยา 7 รายในจำนวนนี้มีวัณโรคเชื้อดื้อยา 2 ราย และผู้ป่วยวัณโรคเฉลี่ย 2 ราย/ปี

การติดเชื้อสำคัญที่มีโอกาสแพร่กระจายในสถานพยาบาล :

วัณโรค, MERS CoV, ตาแดง, สุกใส, HFM และหัด

จำนวน ICN และการศึกษาอบรม:

บุคลากรในงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ประกอบด้วย ICN ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและควบคุมการติดเชื้อ (4 เดือน) จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพ ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อระยะสั้น 2 สัปดาห์ จำนวน 6 คน และ ICWN

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

ที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมด้าน IC ที่เกี่ยวข้องจากภายนอกและภายในทุกคน

กระบวนการ:

การออกแบบระบบ

วัตถุประสงค์และกลยุทธ์ของงาน IC

วิสัยทัศน์ “เป็นโรงพยาบาลที่ผู้มารับบริการปลอดภัยจากการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ดีที่สุดในจังหวัดตรัง”

พันธกิจ

1. กำหนดนโยบาย แผนงาน มาตรการ ระเบียบปฏิบัติวิธีการที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
2. เฝ้าระวังการติดเชื้อทั้งในผู้รับบริการ บุคลากรและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล
3. รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อใน โรงพยาบาล พร้อมทั้งรายงานผลต่อหน่วยงานเกี่ยวข้อง
4. สอบสวนหาสาเหตุของการระบาด และควบคุมการระบาดในโรงพยาบาลอย่างทันท่วงที
5. ส่งเสริมการดูแลสุขภาพด้านการป้องกันการติดเชื้อทั้งในบุคลากรและผู้รับบริการ
6. ให้คำปรึกษา คำแนะนำ และความรู้ในด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลแก่บุคลากรทั้งในและนอกโรงพยาบาล
7. พัฒนางานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อทั้งในด้านการดูแลผู้รับบริการ การดูแลบุคลากร และการจัดการสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง
8. ดำเนินการวิจัยและส่งเสริมการนำผลการวิจัยมาใช้ พัฒนางานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

เป้าหมาย

- ผู้รับบริการ ผู้ป่วยและผู้มาเยือน ปลอดภัยจากการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- บุคลากรปลอดภัยจากการติดเชื้อในโรงพยาบาลและมีสุขภาพดี
- สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลปลอดภัย ไม่เป็นแหล่งแพร่เชื้อสู่ชุมชน

วัตถุประสงค์

- ผู้มารับบริการผู้ป่วยในได้รับการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลทุกราย
- ผู้มารับบริการผู้ป่วยนอก, ผู้รับบริการที่ได้รับการส่งต่อการรักษา, ผู้มาเยือน ได้รับการดูแลคัดกรองแยกโรค และป้องกันโรคติดเชื้ออย่างเหมาะสม
- บุคลากรได้รับการดูแลสุขภาพ และเฝ้าระวังการเจ็บป่วยจากการปฏิบัติงาน
- บุคลากรมีความรู้และทักษะที่ทันสมัยในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล
- มีการเฝ้าระวังการแพร่กระจายเชื้อจากสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลสู่ชุมชน

กลยุทธ์

- ลดความเสี่ยงจากการแพร่เชื้อโรคสำคัญในโรงพยาบาล
- ส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวทางIC เพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติ และพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่อง
- สิ่งแวดล้อมปลอดภัยต่อ บุคลากร ผู้รับบริการและชุมชน

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

- ดูแลสุขภาพบุคลากรทั้งในด้านส่งเสริมสุขภาพ รักษา และป้องกันโรค

การติดเชื้อที่เป็นจุดเน้นของการป้องกันและควบคุม

- การติดเชื้อที่จะเป็นจุดเน้นของการป้องกันและควบคุม

1. เดิมมีการกำหนดการติดเชื้อที่จะเป็นจุดเน้นของการป้องกันและควบคุมในผู้ป่วยและบุคลากรได้แก่ Pulmonary TB, เอชไอวี, ไวรัสตับอักเสบบี, ซึ่งจากการกำหนดแนวทางการปฏิบัติ การเฝ้าระวังและยังไม่พบอุบัติการณ์ และเพิ่มประเด็นการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในผู้ป่วย ได้แก่ การป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยภูมิคุ้มกันต่ำ การเฝ้าระวังและการให้การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดซึ่งมีอัตราการตายสูง หลังจากการดำเนินการในปี 2557 – 2559 พบอัตราการตายลดลง และการดูแลป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในผู้ป่วยติดเชื้อ ตื้อยาซึ่งรับ Refer กลับจากรพ.ศูนย์ตรัง

2. การติดเชื้อที่เฝ้าระวังตามตำแหน่ง ตามบริบทของโรงพยาบาล คือการติดตามตำแหน่งให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ, การติดเชื้อทางสายสวนปัสสาวะ, การติดเชื้อจากการผ่าตัดทั่วไป, การติดเชื้อแผลผ่าตัด, การติดเชื้อสะดือทารกแรกคลอด

บทเรียนการนำ scientific evidence มาใช้ในงาน IC

- หลังจากพบอุบัติการณ์การติดเชื้อที่หลอดเลือดดำจากการให้สารน้ำ ได้ปรับปรุงการปฏิบัติด้านการป้องกันและเฝ้าระวังการติดเชื้อ โดยเปลี่ยนจากพลาสติกยัดตรึงสาย IV เป็นแผ่นปิดปราศจากเชื้อชนิดใส เพื่อให้สามารถเฝ้าระวังอาการติดเชื้อได้ง่ายขึ้น อ้างอิงจากสมาคมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และ CDC
- จากการคัดกรองแรกรับผู้ป่วย Sepsis ภายในระยะ 1 ชั่วโมงพบว่าไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยหลายงานวิจัยนำมาพัฒนาการดูแลผู้ป่วย Sepsis ในการ Early Detection เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยแรกรับใน 1 ชม.ที่รวดเร็ว เหมาะสมกับระยะความวิกฤติของโรคเพื่อลดอัตราการตาย
- วางระบบการติดตามและการดูแลผู้แสวงบุญในอำเภอกันตังที่ไปประกอบพิธีฮัจจ์และครอบครัว ซึ่งเสี่ยงต่อการติดเชื้อและเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ MERs CoV ตามแนวทาง WHO
- การนำวิชาการเรื่องการบันทึกทางการแพทย์มาปรับเพื่อติดตามการบันทึกทางการแพทย์ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในหอผู้ป่วยให้บันทึกได้ดีขึ้นตามมาตรฐาน QA
- สนับสนุนให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยต้องได้รับวัคซีนที่จำเป็นในบุคลากรทางการแพทย์ตามแนวทางกระทรวงสาธารณสุข ตามประวัติการได้รับวัคซีนเดิมและความสมัครใจ เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากผู้ป่วยและแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล
- การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย Pulmonary TB เชื้อดื้อยา โดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อติดตามการดูแลตนเองและปฏิบัติตามแนวทางในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ Pulmonary TB เชื้อดื้อยาในชุมชน

บทเรียนในการขยายพื้นที่งาน IC ให้ครอบคลุมพื้นที่ต่างๆ

ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในพื้นที่ต่างๆ ที่สำคัญ และมาตรการป้องกันการติดเชื้อเพิ่มเติมในปี 2557 - 2560 ดังนี้

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

- เพิ่มตัวชี้วัด IC ในการเฝ้าระวังการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อผู้ป่วยมีแผลกดทับ และผู้ป่วยภูมิคุ้มกันต่ำที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน
- เนื่องจากอำเภอกันตังมีผู้ป่วย Pulmonary TB รายใหม่เฉลี่ย 50-60 รายต่อปี และเกิดอุบัติการณ์มีการ Admit เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลพร้อมกัน ทำให้ห้องแยกผู้ป่วยติดเชื้อ Airborne ไม่เพียงพอในการใช้งาน จึงได้เพิ่มห้องแยกแบบ Negative Pressure 1 ห้อง และห้องสำรองห้องแยก 2 ห้อง ซึ่งเป็นห้องที่ไม่ใช้เครื่องปรับอากาศ เพื่อให้เพียงพอต่อการใช้แยกผู้ป่วย Pulmonary TB
- การติดตามประวัติผู้ป่วย Pulmonary TB รายใหม่ พบความสัมพันธ์ของการเกิดโรค Pulmonary TB กับการมีประวัติโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น จึงร่วมกับคลินิกโรคเรื้อรังตรวจเฝ้าระวังโรค Pulmonary TB ใน 4 กลุ่มโรคเรื้อรังที่พบอุบัติการณ์ได้แก่ DM COPD Asthma และ CKD
- ประเมินความรู้ผู้ป่วยและผู้ดูแล Pulmonary TB รายใหม่ในประเภทผู้ป่วยใน และประเมินความพึงพอใจในการให้บริการและการให้ข้อมูล เพื่อปรับปรุงการดูแลให้ดียิ่งขึ้น ติดตามการปฏิบัติโดยทีมเยี่ยมบ้านของคลินิก Pulmonary TB หรือรพ.สต.ในพื้นที่ความรับผิดชอบของผู้ป่วย
- จากพบอุบัติการณ์ความผิดพลาดในการคัดแยกผู้ป่วยติดเชื้อที่แผนกผู้ป่วยนอกอย่างต่อเนื่อง จึงเพิ่มมาตรการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้แก่ การกำหนดแนวทางในการคัดแยกผู้ป่วยโรคติดเชื้อ, การให้ความรู้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง, การกำหนดบุคลากรทำหน้าที่ในการคัดกรอง, การใช้ช่องทางด่วน, การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ PPE ที่เหมาะสม, การดูแลให้มีอุปกรณ์และสถานที่ตรวจรักษาที่เหมาะสมไม่แพร่กระจายเชื้อ และการติดตามอุบัติการณ์อย่างต่อเนื่อง แจกแก็ดคณะกรรมการ IC ทุกเดือนเพื่อปรับปรุงการปฏิบัติ
- เพื่อให้เกิดการส่งต่อข้อมูลในผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่สำคัญคือโรค Pulmonary TB และผู้ป่วยเชื้อดื้อยา ในป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ได้กำหนดให้ทำ Pop up ในระบบ Hos-XP เพื่อแจ้งเตือนแก่หน่วยงานที่รับผู้ป่วยตามระยะเวลาที่ใช้ในการรักษา และติดสติ๊กเกอร์สีเตือนที่แฟ้มผู้ป่วยในกรณีที่เป็นผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา

ผลการตรวจติดตามการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

ในรอบปีที่ผ่านมา ผลการสำรวจ IC Round ในพื้นที่ทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล ผลในการติดตามการปฏิบัติตามมาตรฐานงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในปี 2559 ร้อยละ 92.9 พบสิ่งที่ต้องปรับปรุงตามแนวทาง IC จำนวน 6 เรื่องได้แก่

ปัญหา	แนวทางการปรับปรุง
การจัดการระบบระบายอากาศ	<ul style="list-style-type: none"> - ซ่อมแซมระบบระบายอากาศที่ชำรุดที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน - มีการตรวจสอบระบบการทำงานของพัดลมดูดอากาศ รวมทั้งติดตามปริมาณการใช้งานตามอายุหลอด UV ในทุกหน่วยงานที่มีผู้ป่วยเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

การล้างมือ	- รณรงค์การล้างมืออย่างสม่ำเสมอ - และจัดเตรียมอุปกรณ์ล้างมือให้พร้อมใช้งาน
การจัดการเครื่องมือ Sterile ไม่เหมาะสม	- เน้นย้ำการจัดการเครื่องมือ การ FIFO ในหน่วยงาน โดย ควรจัดผู้ตรวจสอบประจำวัน - ICWN ตรวจสอบการปฏิบัติสม่ำเสมอ
การจัดการขยะในรพ. และ เครือข่าย รพ.สต. ไม่ถูกต้อง	- แจกแนวทางเป็น Flow Chart ที่ดูง่ายเน้นการทิ้งที่ถูกต้อง - จัดหาถังขยะแต่ละประเภทเพียงพอแก่การใช้งาน - จัดหารถเข็นขยะติดเชื้อประจำวัน และผู้รับผิดชอบ ประจำวันที่ชัดเจน - ใช้นวัตกรรม ถังแดงแยกขยะ - รณรงค์และให้ความรู้เรื่องการคัดแยกขยะอย่างต่อเนื่องและ ติดตามประเมินการปฏิบัติโดย ICWN และ IC Round - ให้ความรู้ การทำความสะอาดรถรับส่งขยะในเครือข่ายแก่ ผู้ประกอบการ - ปรับปรุงจุดล้างรถขยะติดเชื้อไม่ให้น้ำไหลออกนอกจุดล้าง
การไม่ระบุน้หมดอายุของน้ำยาที่ เปิดใช้ในหน่วยงานตามที่กำหนด	- เน้นย้ำการระบุน้หมดอายุของน้ำยาในหน่วยงาน โดยควร จัดผู้ตรวจสอบประจำวัน - ICWN ตรวจสอบการปฏิบัติสม่ำเสมอ
การป้องกันการปนเปื้อนในงาน โภชนาการ	- ทบทวนมาตรฐานงานโภชนาการแก่แม่ครัวและผู้แจกอาหาร ลงตรวจสอบตามมาตรฐานทุก 2 เดือน

บทเรียนในการเชื่อมประสานระบบงาน IC กับระบบงานพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย

- การเชื่อมประสานระบบงานเพื่อความปลอดภัยและผลงานที่เกิดขึ้นในปี 2557-2560
- 1.ระบบการพัฒนาคุณภาพ
 - กำหนดการเฝ้าระวังและตัวชี้วัดโดยกำหนดให้เป็นตัวชี้วัดทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเฉพาะตำแหน่งที่กำหนด
 - ประเมินการปฏิบัติตามมาตรฐานงาน IC โดยให้เป็นตัวชี้วัดหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยต้องผ่านเกณฑ์การประเมินตรวจเยี่ยม IC Round
 - พัฒนาการการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลโดยตามมาตรฐาน QA
- ผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้น**
 - ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการเฝ้าระวังและดูแลป้องกันการติดเชื้อเฉพาะตำแหน่งที่หน่วยงานรับผิดชอบ มีการรายงานผลการปฏิบัติทุกเดือนอย่างสม่ำเสมอ และไม่พบอัตราการติดเชื้อเกินกว่าเกณฑ์ที่กำหนด
 - ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้รับการประเมินตรวจเยี่ยม IC Round ทุก 2 เดือน มีการชี้แจง

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

อุบัติการณ์ที่พบในที่ประชุม ICC เพื่อการพัฒนาหน่วยงานในการปฏิบัติตามมาตรฐานงาน IC ให้ดีขึ้น

- ดำเนินการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย โดยเพิ่มการเฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ป่วย Low immune ผู้ป่วยมีแผลกดทับ ให้ความสนใจในการประเมินความพึงพอใจผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในโรคสำคัญได้แก่ Pulmonary TB ก่อนกลับบ้านเพื่อการปรับปรุงการดูแล และการพิทักษ์สิทธิใน 3 กลุ่มสำคัญได้แก่ ผู้ป่วยเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ตามมาตรฐาน QA ซึ่งปัจจุบันอยู่ในระหว่างดำเนินการ

2.ด้านระบบบริหารความเสี่ยง

- Patient Safety Goal ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ คือ การป้องกันสารคัดหลั่งและเข็มตำ การล้างมือ การทำปราศจากเชื้อเครื่องมือ และการจัดการอุปกรณ์สอดใส่ในร่างกายผู้ป่วย ซึ่งได้ทำการรณรงค์ ประเมินติดตามการดำเนินงาน วิเคราะห์ข้อมูล และได้ปรับปรุงพัฒนาการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องทุกปี เช่นการลดอุบัติการณ์สัมผัสเลือดและสารคัดโดยเน้นการสวม PPE ในการทำหัตถการ การทบทวนผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาทางเดินปัสสาวะในการคาสายสวน และ การพัฒนาลดอุบัติการณ์ความผิดพลาดในการจัดการอุปกรณ์แหลมคมร่วมกับงานทันตกรรมเป็นต้น

- มีการทบทวนการวินิจฉัย NI และผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาของรพ.ทุกราย เพื่อนำผลไปพัฒนาการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล

- จากการพบอุบัติการณ์ความผิดพลาดในการตัดแยกผู้ป่วยติดเชื้อที่แผนกผู้ป่วยนอกอย่างต่อเนื่อง จึงเพิ่มมาตรการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้แก่ การกำหนดแนวทางในการตัดแยกผู้ป่วยโรคติดเชื้อ, การให้ความรู้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง, การกำหนดบุคลากรทำหน้าที่ในการคัดกรอง, การใช้ช่องทางด่วน, การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ PPE ที่เหมาะสม, การดูแลให้มีอุปกรณ์และสถานที่ตรวจรักษาที่เหมาะสมไม่แพร่กระจายเชื้อ และการติดตามอุบัติการณ์อย่างต่อเนื่อง แจ้งแก่คณะกรรมการ IC ทุกเดือนเพื่อปรับปรุงการปฏิบัติ

3.ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย

- ต่อเติมจุดตรวจในผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ Airborne ที่แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อใช้แยกจากผู้ป่วยทั่วไปได้ชัดเจน

- ติดตามประเมินระบบระบายอากาศ ในห้องแยกที่สำคัญเช่น คลินิก TB, ห้องทันตกรรม และงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อคงประสิทธิภาพการระบายอากาศให้ดียิ่งขึ้น

- เพิ่มห้องแยกโรค Negative Pressure ที่หอผู้ป่วยในอีก 1 ห้อง เพื่อรองรับผู้ป่วยประเภท Airborne Precaution

- ปรับปรุงการจัดการขยะติดเชื้อทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน ได้แก่ การจัดรถเข็นรับขยะติดเชื้อในโรงพยาบาล การให้ความรู้ในการปฏิบัติของผู้ขนส่งขยะในเครือข่าย การปรับปรุงลานล้างรถขนส่งขยะติดเชื้อ เป็นต้น

- แยก Zone อาหารสดของงานโภชนาการ และ Zone รับของปนเปื้อนของงานจ่ายกลางซึ่งเดิมเป็นพื้นที่โล่ง อยู่ในบริเวณเดียวแต่คนละฝั่งอาคาร ให้แยกออกจากกันอย่างชัดเจนโดยทำเป็นห้องปฏิบัติงานที่ปิดมิดชิด เพื่อป้องกันการปนเปื้อนเชื้อถึงกันผ่านทางอากาศ และน้ำที่ไหลถึงกันได้

4.ด้านการดูแลผู้ป่วย

- หลังจากพบอุบัติการณ์การติดเชื้อที่หลอดเลือดดำจากการให้สารน้ำได้ปรับปรุงการปฏิบัติด้านการป้องกันและเฝ้าระวังการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำโดยใช้แผ่นปิดปราศจากเชื้อชนิดใส เพื่อให้สามารถเฝ้าระวังการติดเชื้อที่ตำแหน่ง IV ได้ง่ายขึ้น
- มีระบบรายงานผลเชื้อดื้อยาของงานชั้นสูงทางห้องปฏิบัติการมายัง ICN และหอผู้ป่วย, ทีม ICC ติดตามการดูแลผู้ป่วยเชื้อดื้อยา เช่นการคัดแยกตั้งแต่แรกรับจนถึงหอผู้ป่วยใน, การให้การพยาบาล, การเก็บ Specimen, การล้างมือ, การแจ้งเตือนแก่สหสาขาวิชาชีพโดยใช้สติ๊กเกอร์สี, การติดตามประเมินการปฏิบัติตามแนวทางดูแลผู้ป่วยเชื้อดื้อยา, และชี้แจงผลแก่ทีม ICC และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- เพิ่มการเฝ้าระวังการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมีแผลกดทับ และผู้ป่วยภูมิคุ้มกันต่ำ ที่เข้ารับแบบผู้ป่วยใน
- เฝ้าระวังโรค Pulmonary TB ใน 4 กลุ่มโรคเรื้อรังที่เสี่ยงได้แก่ DM COPD Asthma และ CKD
- ประเมินความรู้ผู้ป่วยและผู้ดูแล Pulmonary TB รายใหม่ในประเภทผู้ป่วยใน และประเมินความพึงพอใจในการให้บริการและการให้ข้อมูล เพื่อปรับปรุงการดูแลให้ดียิ่งขึ้น ติดตามการปฏิบัติโดยทีมเยี่ยมบ้านของคลินิก Pulmonary TB หรือรพ.สต.ในพื้นที่ความรับผิดชอบของผู้ป่วย และการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย Pulmonary TB เชื้อดื้อยา โดยทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลกันตัง เพื่อติดตามการดูแลปฏิบัติตนและช่วยแก้ไขเมื่อมีปัญหาอุปสรรคในระหว่างการรักษาต่อเนื่อง

บทเรียนจากการติดตามการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อที่สำคัญ

- มาตรการสำคัญในหน่วยงานต่างๆ ใช้การติดตามประเมินการปฏิบัติโดยหัวหน้าหน่วยงาน และ ICWN ของหน่วยงาน รวมทั้งการประเมิน IC Round ทุก 2 เดือน โดยเรื่องที่ติดตามประกอบด้วย ร้อยละการปฏิบัติตามแนวทางการเย็บแผลผิวยึด, การใส่สายสวนปัสสาวะ, การป้องกันสะดืออັกเสบ, การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ, การล้างมือตาม 5 moments, การใช้ PPE, การจัดการขยะ, การปฏิบัติตามมาตรฐานหน่วยงานซักฟอก, การปฏิบัติตามมาตรฐานหน่วยงานโภชนาการ, การปฏิบัติตามมาตรฐานหน่วยงานจ่ายกลาง, และการปฏิบัติตามมาตรฐานงาน IC โดยพบว่าส่วนใหญ่มีผลการดำเนินงานเกินกว่าเกณฑ์ที่กำหนด สิ่งที่ยังพบอุบัติการณ์การปฏิบัติไม่ถูกต้องได้แก่

- การจัดการยาและสารน้ำที่ใช้แบบ Multi dose
 - การปฏิบัติตามมาตรฐานหน่วยงานโภชนาการ
 - การจัดการขยะ
 - การจัดเก็บเครื่องมือปลอดเชื้อในหน่วยงาน
- ซึ่งมีแผนในการรณรงค์ การให้ความรู้ และติดตามประเมินการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

การจัดการและทรัพยากร

การตัดสินใจที่สำคัญของคณะกรรมการ IC รวมทั้งการตอบสนองต่อการประเมินผลระบบ IC

- คณะกรรมการ IC มีการประชุมเพื่อการตัดสินใจร่วมกันทุกเดือนในวันศุกร์ที่ 2 ของเดือน มีการทบทวนความรู้ด้านระบาดวิทยาและด้านการติดเชื้อ มีการนำข้อมูลจากการวิเคราะห์มากำหนด

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

นโยบายและมาตรการ การวางแผน การปฏิบัติงาน ดังนี้

1. คณะกรรมการจากสหสาขาวิชาชีพ กำหนดนโยบายและมาตรการ การวางแผน การวิเคราะห์ข้อมูล การติดตามการประเมินจากข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี พบอัตราการติดเชื้อต่ำตามบริบทโรงพยาบาลชุมชน จึงเน้นกระบวนการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล มีการติดตามกำกับติดตามการติดเชื้อและการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม รวบรวมตรวจสอบวิเคราะห์ข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลทุกเดือน แปลผลข้อมูล นำเสนอข้อมูลต่อคณะกรรมการ IC ทุกเดือน ติดตามกำกับปฏิบัติตามแนวทาง และ IC Round ทุก 2 เดือน
2. อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล พบอัตราการติดเชื้อทางหลอดเลือดดำ จำนวน 1 ครั้ง คิดเป็น 0.09 : 1,000 วันนอนในปี 2559 ที่ประชุมคณะกรรมการ IC ได้กำหนดการดูแลผู้ป่วยได้รับสารน้ำโดยการเฝ้าระวังและเปลี่ยนตำแหน่งเมื่อในระดับ II ใช้น้ำยาเตรียมผิวหนังตำแหน่งให้สารน้ำที่เหมาะสม และเปลี่ยนวัสดุใส่ปราศจากเชื้อปิดบริเวณให้สารน้ำเพื่อให้เกิดการอักเสบได้ง่ายขึ้น หลังจากนั้นยังไม่พบอัตราการติดเชื้อทางหลอดเลือดดำ
3. พัฒนาการดูแลผู้ป่วย Sepsis เพื่อลดอัตราการตาย มีการติดตามการปฏิบัติตามแนวทางอย่างต่อเนื่อง โดยหากตัวชี้วัดตกลง มีการประเมินหาสาเหตุและแก้ไขปัญหาในทีม ICC และนำข้อมูลลงชี้แจงในหน่วยงาน ผลการประเมินการดูแลผู้ป่วย Sepsis เพิ่มขึ้น จาก ร้อยละ 95.2 ในปี 2558 เป็น 96.9 ในปี 2559 และอัตราการตายในผู้ป่วย Sepsis ลดลงจาก ร้อยละ 37 เป็นร้อยละ 32 และเป็นร้อยละ 28 ในปี 2557 2558 และ 2559 ตามลำดับ

ตัวอย่างการตัดสินใจของคณะกรรมการ IC ที่มีความสำคัญในรอบปีที่ผ่านมา

1. Sepsis ใช้แนวทางการประเมินที่ปรับปรุงขึ้นโดยใช้ฐานข้อมูลโรงพยาบาลกันตัง ร่วมกับการใช้ QSOFA ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย SEPSIS เพื่อให้สามารถ Early Detection ผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว แม่นยำมากขึ้น
2. การติดตามอุบัติการณ์เชื้อดื้อยา ปรับปรุงระบบการส่งกลับจาก รพ.ตรังที่ศูนย์ refer รพ.กันตัง ให้มีการส่งต่อข้อมูลการติดเชื้อดื้อยาที่พบ ระยะเวลาที่ให้อา และปริมาณยาที่ได้รับ เพื่อให้การรักษาได้ถูกต้องเหมาะสม และรายงานต่อหอผู้ป่วยเพื่อเตรียมสถานที่ที่เหมาะสม สำหรับผู้ป่วยในเมื่อมีการตรวจพบเชื้อดื้อยา งานชันสูตรจะรายงาน ICN เพื่อลงติดตามการได้รับการดูแลรักษาและการปฏิบัติทางการพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสม ในชุมชนมีการลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วย PTB เชื้อดื้อยาเพื่อให้คำแนะนำร่วมแก้ปัญหาที่ผู้ป่วยพบในระหว่างการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรักษาได้ครบตามระยะเวลา และหายไม่แพร่กระจายเชื้อในชุมชน
3. ในปี 2558 พบการเข้ารักษาพร้อมกันของผู้ป่วย PTB ระยะ Active บ่อยครั้ง จากข้อมูลดังกล่าวทีม IC จึงขอปรับปรุงห้องพิเศษเดิมของหอผู้ป่วยชาย เป็นห้องแยกโรคชนิด Negative Pressure 1 ห้อง และห้องสำรองห้องแยกซึ่งไม่ใช่เครื่องปรับอากาศอีก 2 ห้อง เพื่อใช้กับผู้ป่วย PTB ให้มีเพียงพอ
4. ในปี 2558 พบอุบัติการณ์ สารคัดหลั่งกระเด็นเข้าตาตาผู้ทำหัตถการบ่อยครั้ง จึงได้กำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับบุคลากรผู้ปฏิบัติงานต้องสวม PPE ที่เหมาะสมทุกครั้งที่ในการปฏิบัติงาน และสนับสนุน Face shield เพิ่มเติมแก่หน่วยงานที่มีปริมาณการปฏิบัติงานบ่อยครั้งอย่างเพียงพอ หลัง

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

ดำเนินการพบว่าอุบัติการณ์ลดลง จาก 8 ราย เป็น 1 ราย มีภาพรวมลดลง จาก 12 ราย เป็น 8 ราย ในปี 2558 และ ปี 2559 ตามลำดับ

• การประเมินผลระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ รวมทั้งการปฏิบัติตามมาตรการต่างๆ และการตอบสนองของคณะกรรมการ IC

1. การติดตามการติดเชื้อปี 2557 – 2559 พบการติดเชื้อตำแหน่งสะดือทารกหลังคลอด 1 ครั้ง และการติดเชื้อ CAUTI 1 ครั้ง คัดอัตราการติดเชื้อ เป็น 0, 0, และ 0.09 : 1,000 วันนอน ในปี 2557,2558,2559 ตามลำดับ / การติดตามPost D/C เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 96.4 ในปี 2557 เป็น 98.7 ในปี 2559
2. การติดตาม IC round พบว่าบุคลากรสามารถปฏิบัติตามได้ถูกต้องคิดเป็นร้อยละ 92.9 ซึ่งเรื่องที่มีแผนพัฒนาต่อเนื่องได้แก่การล้างมือ ,การจัดการเครื่องมือSterile ไม่เหมาะสม ,การไม่ระบุนวันหมดอายุของน้ำยาที่เปิดใช้ในหน่วยงาน, การใช้ PPE, การจัดการสิ่งแวดล้อม และการทำความสะอาด
3. การบันทึกการพยาบาลด้าน IC เป็นเรื่องที่พัฒนาขึ้นในปี 2558 โดยมีการให้ความรู้ในการประชุมฟื้นฟูความรู้ด้าน IC ประจำปี กำหนดตัวชี้วัดในการติดตามประเมินการปฏิบัติงานซึ่งพบว่าการบันทึกเกี่ยวกับการเฝ้าระวัง IV site แผล Episiotomy และ การเฝ้าระวังตาสะดือทารกแรกคลอด ทำได้ในเกณฑ์ที่ดีขึ้น โดยเรื่องที่วางแผนปรับปรุงพัฒนาเพิ่มเติมได้แก่ การบันทึกการพยาบาลด้าน IC แผล Bed sore และ ผู้ป่วย On Foley's cath ซึ่งได้คะแนนการประเมิน < ร้อยละ 50
4. การตรวจประเมินสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย พบว่ามีการพัฒนาการจัดการแบ่งพื้นที่ให้บริการทั่วไป พื้นที่ให้บริการผู้ป่วย มีการจัดการขยะตามข้อกำหนดงาน IC และมีการจัดการสนับสนุน PPE และแยกผู้ป่วยในบริเวณที่มีอากาศถ่ายเทดีในผู้ป่วย Airborne Precaution ซึ่งเป็นผลมาจากการประเมินด้าน IC ปีละ 1 - 2 ครั้ง ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ
5. ในปี 2558 ได้เริ่มพัฒนาการพิทักษ์สิทธิ์ด้านการติดเชื้อในผู้ป่วย 3 กลุ่มได้แก่ ผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยสูงอายุ และผู้ป่วยพิการ ซึ่งผลการดำเนินการให้ความรู้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวเพื่อป้องกันการติดเชื้อยังได้ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด กล่าวคือ ผู้ป่วยเด็กร้อยละ 54.5 และ ผู้ป่วยสูงอายุ ร้อยละ 37.12 ซึ่งอยู่ในแผนพัฒนาปีถัดไป

จุดเน้นในการทำงานของ ICN ในแต่ละปี ใน 3 ปีที่ผ่านมา

ปีงบประมาณ	จุดเน้น	ผลการดำเนินงาน
2557	- การพัฒนาบุคลากรด้าน IC ตาม QA เช่นการบันทึกทางการพยาบาล - การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วย	- ให้ความรู้บุคลากรในการบันทึกทางการพยาบาลด้าน IC แก่บุคลากรทางการพยาบาล 100% - ติดตามประเมินการปฏิบัติทุก 1 เดือน โดยทีม Audit เวชระเบียนและ IC - ประเมินการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วย 3 กลุ่มสำคัญในการป้องกันการติดเชื้อได้แก่ ผู้ป่วยเด็ก ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยพิการ และนำ

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

		ผลมาพัฒนาต่อเนื่อง
ปีงบประมาณ	จุดเห็น	ผลการดำเนินงาน
2557	- การล้างมือตาม 5 Moments -การพัฒนาบุคลากรด้าน IC	- ติดตามผลการดำเนินการล้างมือทุก 1 - ICWN ได้รับการพัฒนาเดือนละ 1 เรื่อง - ส่ง ICWN ฟื่นฟูอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
2558	- การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ TB ในโรงพยาบาลและชุมชน - การเตรียมความพร้อมรับโรคอุบัติใหม่ อุตุนิซ้า - MERS Co-V - Sepsis -การพัฒนาบุคลากรด้าน IC	- คัดกรอง PTB ในโรคเรื้อรัง - Pop Up Hos XP - จัดพื้นที่ให้ปลอดภัยจากการแพร่เชื้อทุกพื้นที่ เพิ่มห้องแยก Negative Pressure ให้เพียงพอต่ออัตราผู้ป่วย - วางระบบการจัดการเยี่ยมบ้านร่วมกับคลินิก TB - บุคลากรได้รับวัคซีนที่จำเป็น - ร่วมวางระบบการจัดการผู้เดินทางไปแสวงบุญพิธีฮัจจ์ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ MERS Co-V - การอบรมให้ความรู้บุคลากร - ประชุมชี้แจงการปฏิบัติตามแนวทางการติดตามตัวชี้วัดการพัฒนางาน - ส่ง ICWN อบรมหลักสูตร 2 สัปดาห์ 1 คน - ส่ง ICWN ฟื่นฟูอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
2559	การเตรียมความพร้อมรับโรคอุบัติใหม่ อุตุนิซ้า เช่น MERS Co-V และ Diphtheria - Sepsis - เชื้อดื้อยา -การพัฒนาบุคลากรด้าน IC	- บุคลากรได้รับวัคซีนที่จำเป็น - พัฒนาการการดูแลผู้ป่วย Sepsis - การติดตาม PTB เชื้อดื้อยาแบบสหวิชาชีพ - งานชั้นสูตรมีระบบรายงานผลเชื้อดื้อยาแก่ ICN - ใช้สติ๊กเกอร์ เชื้อดื้อยา - ส่ง ICWN ฟื่นฟูอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

บทเรียนในการปรับปรุงทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับระบบ IC

มีการสำรวจการมีหรือการเข้าถึงทรัพยากรที่จำเป็นและการปรับปรุงที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องดังนี้

- ผลการสำรวจการมีหรือการเข้าถึง PPE และอุปกรณ์ที่จำเป็น จากการสำรวจความพึงพอใจพบว่าสามารถเข้าถึงได้ง่ายแต่มีไม่เพียงพอพร้อมใช้ในบางช่วงระยะเวลา หรือบางหน่วยงาน เช่น ผ้าเช็ดมือ แอลกอฮอล์เจล Face shield เป็นต้น ซึ่งมีสาเหตุจากไม่เห็นความสำคัญ หรือสำรองไม่เพียงพอในคลัง ได้เร่งรัดการจัดซื้อ การสำรองวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นเพื่อมีใช้งานได้อย่างต่อเนื่อง และเน้นย้ำความสำคัญในการใช้กับบุคลากร
- ห้องแยก Airborne มีไม่เพียงพอต่อผู้ป่วย เดิมได้สำรองห้องพิเศษมาใช้ มีพัดลมติดผนังซึ่งส่ายไปมาเสี่ยงต่อการทำให้เกิดการฟุ้งกระจายของเชื้อ และไม่มีเครื่องดูดอากาศ หรือเครื่องฟอกอากาศ ซึ่งได้ปรับปรุงเพื่อห้อง Negative Pressure แล้วในปัจจุบัน
- มีการติดตามความเหมาะสมการใช้งาน เพื่อเป็นการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า และประหยัดรายจ่ายของโรงพยาบาล

ระบบสารสนเทศที่พัฒนาขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ในระบบ IC

- ใช้ระบบสารสนเทศที่พัฒนาขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ในระบบ IC โดยใช้ Folder เพื่อรายงานการติดเชื้อจากหน่วยงานทางระบบคอมพิวเตอร์ เพื่อให้หน่วยงานส่งข้อมูลและผู้รับผิดชอบสามารถรวบรวมข้อมูลได้ง่ายและสะดวกมากขึ้น
- ในปี 2559 เปลี่ยนใช้โปรแกรม Excel ในการทำตารางเก็บข้อมูลเพื่อให้สามารถสรุปผลข้อมูลได้ง่าย
- ในปี 2559 มีการเพิ่มข้อมูลตัวชี้วัด เช่น IC Round การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วย การเก็บตัวชี้วัดหัวหน้างาน เพื่อให้ทีมสามารถใช้ข้อมูลได้ง่ายขึ้น
- แจ้งข้อมูลสถานการณ์การติดเชื้อในโรงพยาบาลแก่ ICC ในที่ประชุมทุกเดือน

บทเรียนในการฝึกอบรมบุคลากรเกี่ยวกับงาน IC

- ความเชื่อมโยงระหว่างปัญหาที่พบจากการปฏิบัติงาน, training need, การฝึกอบรม, การประเมินผล, และการปรับปรุงรูปแบบการฝึกอบรมในปี 2557-2559 ดังนี้
- มีความเชื่อมโยงระหว่างปัญหาที่พบจากอุบัติการณ์การปฏิบัติงาน การสำรวจความต้องการความรู้แนวทางใหม่ที่พัฒนา Update ขึ้น โดยนำมาวางแผนการอบรมแบบมีส่วนร่วม ฝึกปฏิบัติ และสอดแทรกกิจกรรมที่สนุก เพื่อให้ผู้ประชุมตื่นตัว สามารถจดจำรายละเอียด และความสำคัญในแต่ละหัวข้อเรื่อง โดยมีการประเมินผลการฝึกอบรม และการปรับปรุงรูปแบบการฝึกอบรมให้ตอบสนองความต้องการผู้เข้ารับการอบรมอย่างต่อเนื่องทุกปี
- ทีม ICC ประชุมวิชาการทุกเดือน

บทเรียนในการให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ครอบครัว/ชุมชนเกี่ยวกับ IC (การพิทักษ์ การเยี่ยมบ้าน PTB เชื้อดื้อยา)

กลุ่มเป้าหมายสำคัญและแนวทางการให้ข้อมูลได้มีการปรับปรุงดังนี้

- ในผู้ป่วยใน เน้นการติดตามผู้ป่วย 2 รูปแบบ ได้แก่
 1. การพิทักษ์สิทธิ์ คือ ผู้ป่วยเด็ก ชรา ผู้ป่วยพิการ และในผู้ป่วย PTB พิทักษ์สิทธิ์ครอบคลุมไปถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
 2. การจัดการผู้ป่วยตามหลัก Transmission based precaution ติดตามการแยก แบ่ง Zone และการให้คำแนะนำและอุปกรณ์ที่เหมาะสม
- ผู้ป่วยนอก มีการวางระบบการเยี่ยมบ้านร่วมกับงานคลินิก TB โดยร่วมกับ รพ.สต.เจ้าของพื้นที่ ในกรณีผู้ป่วยเชื้อดื้อยารายงานแพทย์เพื่อพิจารณารักษาส่งต่อ และสำหรับผู้ป่วยมีการลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วย PTB เชื้อดื้อยาเพื่อให้คำแนะนำร่วมแก้ปัญหาที่ผู้ป่วยพบในระหว่างการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรักษาได้ครบตามระยะเวลา และหายไม่แพร่กระจายเชื้อในชุมชน

การป้องกันการติดเชื้อ

การปฏิบัติตามมาตรการที่สำคัญและการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

วิธีการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

- ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อที่เป็นมาตรฐานซึ่งอ้างอิงจากชมรมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล ร่วมกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยมีการเฝ้าระวังด้วยแบบประเมิน Target surveillance โดยหอผู้ป่วย และ เฝ้าระวังแบบกึ่ง Hospital wide โดย ICN รวบรวมข้อมูลเป็นรายเดือนรายงานแก่คณะกรรมการ ICC
- มีการทบทวนในผู้ป่วยที่สงสัยติดเชื้อในโรงพยาบาลร่วมกันระหว่าง แพทย์ IC ICN และหอผู้ป่วย โดยใช้ข้อมูลระหว่างการดูแลและเวชระเบียนมาประกอบการวินิจฉัยการติดเชื้อซึ่งในปี 2559 พบ 2 รายได้แก่การติดเชื้อตำแหน่งสะดือทารก และ CAUTI นอกจากนี้ยังทบทวนติดตามในรายพบการติดเชื้อดื้อยา และเฝ้าระวังภาวะ Sepsis ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสม ป้องกันอัตราการพิการ และอัตราการตายที่อาจเกิดขึ้น โดยโครงการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย Sepsis อยู่ในระหว่างดำเนินการ R2R

ผลการประเมินผลการปฏิบัติตามแนวทาง

ลำดับ	แนวทางปฏิบัติ	ผลการปฏิบัติตามแนวทาง				
		2555	2556	2557	2558	2559
1.	การล้างมือ 6 ขั้นตอน	-	-	-	-	82.5
2.	การล้างมือตาม 5 moments	81.31	89.65	91	90.66	89.38
3.	การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ	96.78	97.9	98.4	97.37	96.42
4.	การใส่สายสวนปัสสาวะ	97.58	98.42	98.9	99.34	99
5.	การเย็บแผลฝีเย็บ	100	100	100	100	100

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

6.	การดูแลและติดต่อทารก	99.1	100	100	100	100
7.	กระบวนการทำความสะอาดปราศจากเชื้อ	94.8	96	95.4	98	96.5
8.	การคัดแยกขยะในหน่วยงาน	98.30	91.18	84.72	94.3	95.1
9.	การใช้ PPE	97.41	99.74	98.4	97.06	98.5
10.	การจัดการผ้าเปื้อน (ซักฟอก)	91.79	86.93	86.9	91.83	87.8
11.	มาตรฐานโภชนาการ (โภชนาการ)	89.95	83.87	83.9	91.05	81.6

บทเรียนในการปรับปรุงและควบคุมสิ่งแวดล้อม

การปรับปรุงที่ได้ดำเนินการไปแล้วเพิ่มเติมในปี 2557-2560

- ต่อเติมจุดตรวจในผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่แผนกผู้ป่วยนอก ให้แยกจากผู้ป่วยทั่วไปได้ชัดเจน
- ติดตามประเมินระบบระบายอากาศ ในห้องแยกที่สำคัญเช่น คลินิก TB ห้องทันตกรรม และงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อคงประสิทธิภาพการระบายอากาศให้ดียิ่งขึ้น
- เพิ่มห้องแยกโรค Negative Pressure ที่หอผู้ป่วยในอีก 1 ห้อง เพื่อรับผู้ป่วยประเภท Airborne Precaution
- ปรับปรุงการจัดการขยะติดเชื้อทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน ได้แก่ การจัดการเข็มรับขยะติดเชื้อในโรงพยาบาล การปรับปรุงคุณภาพผู้ขนส่งขยะในเครือข่าย การปรับปรุงลานล้างรถขนส่งขยะติดเชื้อ เป็นต้น
- อบรมพนักงานทำความสะอาดปีละ 1 ครั้ง จัดทำข้อมูลวิธีการทำความสะอาดอาคารสถาน การแต่งกายที่เข้าใจได้ง่ายและมีรูปภาพประกอบชัดเจน และประเมินการปฏิบัติตามแนวทางทุก 2 เดือนครั้ง

บทเรียนในการลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในพื้นที่ต่าง ๆ

- การตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวทางเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในหน่วยงานต่าง ๆ โดยการนำ IC Round เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ดังนี้

หน่วยงาน	ผลการตรวจสอบและการพัฒนาปรับปรุง
งานซักฟอก	<ul style="list-style-type: none"> - การดูแลบริเวณที่รับผ้าเปื้อน และการสวม PPE ป้องกันบุคลากรที่ต้องสัมผัสผ้าเปื้อน รวมทั้งการล้างมือหลังจากสัมผัสกับผ้าเปื้อน - การใช้น้ำยาทำความสะอาดและโปรแกรมที่เหมาะสม
งานจ่ายกลาง	<ul style="list-style-type: none"> - การมีพื้นที่แยกเฉพาะในบริเวณส่งเครื่องมือปนเปื้อน - มีการติดตามประสิทธิภาพของการเตรียมอุปกรณ์และการทำให้ปราศจากเชื้ออย่างต่อเนื่อง
โรงครัว	<ul style="list-style-type: none"> - มีการดำเนินงานภายใต้มาตรฐานงานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัยและครัวฮาลาล มีการตรวจสอบการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องทุก 2 เดือน - มีการดูแลสุขอนามัยของเจ้าหน้าที่ และให้วัคซีนที่เหมาะสม - การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการเตรียมอาหารและสุขอนามัยส่วนบุคคล

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

	บุคคลปีละ 1 ครั้ง
กายภาพบำบัด	- การล้างมือ และการทำความสะอาดอุปกรณ์ออกกำลังกายที่ใช้ อุปกรณ์ร่วมกันในผู้รับบริการ
ห้องเก็บศพ	- มีการดำเนินงานภายใต้แนวปฏิบัติโดยต้องทำความสะอาดทันทีเมื่อมีการใช้งาน หากไม่ใช้งานให้ดูแลความสะอาดเดือนละ 1 ครั้ง
ระบบบำบัดน้ำ	- ติดตามควบคุมกำกับการปฏิบัติตามแนวทางในการเติมคลอรีน ทั้งในกรณีปกติ และกรณีที่มีน้ำปริมาณมากเช่นหน้าฝน
แพทย์แผนจีน	- ปฏิบัติตามแนวทางในการป้องกันสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง รวมทั้งทั้งเข็มที่ใช้แล้วอย่างถูกต้อง
แม่บ้าน	- มีการดำเนินงานตามแนวทางการจัดการขยะ และการทำความสะอาดสถานที่ของโรงพยาบาล และสอบการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องทุกเดือน - มีการดูแลสุขอนามัยของเจ้าหน้าที่ และให้วัคซีนที่เหมาะสม - การให้ความรู้แก่บุคคลปีละ 1 ครั้ง

การปรับเปลี่ยนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเพื่อลดอัตราการติดเชื้อที่สำคัญ

ในปี 2558 พบการติดเชื้อ ในตำแหน่งให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

- เปลี่ยนใช้การปิดตำแหน่งให้สารน้ำจากใช้พลาสติก sterile ปิด เปลี่ยนเป็นใช้แผ่นปิดแผลปราศจากเชื้อชนิดใส ซึ่งทำให้สังเกตอาการบวมแดง อักเสบของตำแหน่งให้สารน้ำได้ง่ายขึ้น ยกเว้นในรายที่มีเหงื่อออกมาก ผู้ป่วยเด็กซึ่งมี Activity ตลอด และผู้ป่วยที่มีการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ซึ่งอาจเกิดการอุดตันหมักหมมที่ Site IV ส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อได้ง่ายขึ้น

ในปี 2559 พบการติดเชื้อ ใน 2 ตำแหน่งได้แก่ สะดือทารกหลังคลอด และ UTI ในผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะและนอนรพ.เป็นเวลานาน

- พบทารกหลังคลอด 3 วัน กลับมาพบแพทย์ด้วยมีอาการสะดือแฉะแพทย์วินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อที่สะดือและให้การรักษาโดยให้ยาปฏิชีวนะ โดยในรายนี้ไม่ได้ตรวจอาการซ้ำเพื่อวินิจฉัยตามหลัก IC โดย ICWN หรือ ICN แต่นับเป็นการติดเชื้อตามแพทย์วินิจฉัย มีการติดตามอัตราการติดเชื้อในหอผู้ป่วยเพื่อเฝ้าระวังเน้นย้ำการให้สุขศึกษามารดาหลังคลอด และติดตามอัตราการติดเชื้อต่อเนื่อง โดยหลังจากนั้นยังไม่พบการติดเชื้อบริเวณสะดือทารกหลังคลอด

- พบผู้ป่วย Bed ridden ซึ่ง On Urine Catheter ได้มาตรฐานรักษาด้วยอาการ UTI ต่อเนื่อง 2 ครั้ง และพักรักษาตัวในโรงพยาบาล นอนนานกว่า 48 ชม. หลังเข้ารับการรักษาได้รับยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ ผลพบมีการติดเชื้อดื้อยาในทางเดินปัสสาวะ และพบอาการ Sepsis ต้องส่งตัวไปรักษาต่อ โรงพยาบาลศูนย์ จึงได้ประสานองค์กรแพทย์หาแนวทางตรวจรักษาโดยได้ข้อสรุปในรายที่เข้ารับการรักษา UTI ต่อเนื่อง 2-3 ครั้งแล้วอาการไม่ทุเลาควรได้รับการส่งเพาะเชื้อในทางเดินปัสสาวะ เพื่อการวินิจฉัยและให้

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

การรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดต่อไป

- พบอัตราการคัดกรองภาวะ Sepsis ใน 1 ชม.ล่าช้า จึงได้ออกแบบโปรแกรมเฝ้าระวัง ภาวะ Sepsis โดยใช้ องค์ประกอบของผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิด Sepsis จากฐานข้อมูลของรพ.กันตั้ง ร่วมกับแนวทางการคัดกรอง Sepsis อย่าง Early Detection : QSOFA และติดตามการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องทุกเดือน

บทเรียนในการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อซึ่งติดต่อได้ทางโลหิต ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ การติดเชื้อที่ดื้อยาและเชื้ออุบัติใหม่

- ผู้ป่วยโรคเอดส์ควรได้รับการดูแลรักษาด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์เช่นเดียวกับผู้ป่วยทั่วไป ควบคู่ไปกับการใช้ PPE อย่างถูกต้องเหมาะสม และมีการพิทักษ์สิทธิ์ในการไม่เปิดเผยข้อมูลการติดเชื้อและการรักษาของผู้ป่วย

- ในผู้ป่วยภูมิคุ้มกันต่ำ ได้กำหนดการจำแนกผู้ป่วยอย่างชัดเจนเพื่อแยกผู้ป่วยเข้าห้องพิเศษโดยไม่คิดค่าห้อง เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากผู้ป่วยทั่วไป เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็งซึ่งได้รับการรักษาโดย Chemotherapy , ผู้ป่วยไตวายระดับ 5 หรือผู้ป่วยเอดส์ระยะติดเชื้อฉวยโอกาส เป็นต้น โดยผู้ป่วยต้องมีอาการทั่วไปคงที่มีใช้กลุ่มเฝ้าระวังภาวะวิกฤติ

- ในการดูแลผู้ป่วยเชื้อดื้อยา โรงพยาบาลกันตังพบผู้ป่วยเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งจากการส่งเชื้อไปเพาะเชื้อที่โรงพยาบาลศูนย์ และการรับผู้ป่วยเชื้อดื้อยากลับมารักษาที่โรงพยาบาล โดยเมื่อพบผู้ป่วยเชื้อดื้อยา ได้กำหนดให้สื่อสารในโรงพยาบาลซึ่งถือเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เช่น การรายงาน ICN และหอผู้ป่วยทันทีที่ทราบผลจากงานห้องตรวจชันสูตรทาง การแพทย์, ส่งต่อข้อมูลเชื้อและยาที่ได้รับจากศูนย์ refer แก่หน่วยงานที่รับผู้ป่วย, การใช้สติกเกอร์สี MDR เพื่อติดเตือนเมื่อส่งผู้ป่วยไปจุดบริการต่างๆ, การทำระบบ Note โขว์ที่หน้าจอ Hos X-P เพื่อแจ้งผู้ปฏิบัติในการเคร่งครัดการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันเชื้อดื้อยา, การแยกผู้ป่วย, และติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามการมารับยาต่อเนื่องและการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน

- ในระยะ 3-5 ปี พบการระบาดของโรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ ทั้งในต่างประเทศ และในประเทศไทยเอง เช่น Ebola, Zika virus disease, MERs CoV หรือ Diphtheria เป็นต้น งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ต้องติดตามข่าวสารอย่างต่อเนื่อง ตอบสนองต่อนโยบายภาครัฐ ให้ความรู้ที่เหมาะสมไม่ให้เกิดความตระหนักในบุคลากรและชุมชน กำหนดแนวทางปฏิบัติ การคัดกรอง และจัดหาวัสดุอุปกรณ์ให้เพียงพอ สอดคล้องทันทั่วทั้งกับสถานการณ์ปัจจุบัน รวมทั้งต้องให้ความรู้กับเครือข่ายในชุมชน เพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่เหมาะสม ซึ่งต้องใช้การประสานงาน และความยืดหยุ่นอย่างสูงในการปฏิบัติงาน

การเฝ้าระวังและติดตามกำกับ

แนวทางการเฝ้าระวังแบบ active prospective surveillance และวิธีการเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุม

- อัตราการติดเชื้อในตำแหน่งที่มีการเฝ้าระวัง และโอกาสเกิด under report

- 1) การเฝ้าระวังการติดเชื้อในหอผู้ป่วย ใช้การเฝ้าระวังทุกรายตาม target surveillance โดยใช้ใบเฝ้าระวังที่หอผู้ป่วย และหากมีผู้ป่วยสงสัยสามารถปรึกษา ICN ทั้งทาง application Line และการโทรศัพท์
- 2) การเฝ้าระวังแบบกึ่ง Hospital wide โดย ICN ทำในวันเวลาราชการ โดยเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยง เช่น

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

ผู้ป่วยสูงอายุ และผู้ป่วยภูมิคุ้มกันต่ำเป็นต้น

ซึ่งในระยะแรกของการปฏิบัติได้รับความร่วมมือค่อนข้างน้อย เนื่องจากบุคลากรรู้สึกมีภาระเพิ่มขึ้นในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น ได้มีการปรับปรุงใบเฝ้าระวังให้ง่ายขึ้นในการปฏิบัติซึ่งทำให้ผลในการเฝ้าระวังสมบูรณ์ขึ้น โดยผลการรายงานจะเก็บรวบรวมโดย ICWN ประจำหอผู้ป่วย

บทเรียนในการรับรู้การติดเชื้อที่ไม่ได้มี active prospective surveillance

- จากการติดตามประเมินโดย ICWN และ ICN ยังไม่พบอัตราการเกิด NI อื่นๆในโรงพยาบาลจากการเฝ้าระวังข้อมูลการติดเชื้อในตำแหน่งที่ไม่ได้เป็นเป้าหมายของการเฝ้าระวังในข้อ 2)

แนวโน้มการใช้ยาต้านจุลชีพที่สำคัญ แนวโน้มการดื้อยา และการตอบสนองที่เกิดขึ้น

- อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะยังพบมีการใช้สูง แต่ในกลุ่มโรคเช่น URI Diarrhea และแผล มีการใช้อย่างสมเหตุผล สำหรับผู้ป่วยเชื้อดื้อยาพบมีเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี ทั้งจากการส่งเชื้อไปเพาะเชื้อที่โรงพยาบาลศูนย์ และการรับผู้ป่วยเชื้อดื้อยากลับมารักษาที่โรงพยาบาล โดยเมื่อพบผู้ป่วยเชื้อดื้อยา ได้กำหนดให้มีการสื่อสารในโรงพยาบาลซึ่งถือเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เช่น การรายงาน ICN และหอผู้ป่วยทันทีที่ทราบผลจากงานห้องตรวจชันสูตรทางการแพทย์, ส่งต่อข้อมูลเชื้อและยาที่ได้รับจากศูนย์ refer แก่หน่วยงานที่รับผู้ป่วย, การใช้สติกเกอร์สี MDR เพื่อติดเตือนเมื่อส่งผู้ป่วยไปจุดบริการต่างๆ, การทำระบบ Note โขว์ที่หน้าจอ Hos X-P เพื่อแจ้งผู้ปฏิบัติในการเคร่งครัดการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันเชื้อดื้อยา, การแยกผู้ป่วย, การแยกอุปกรณ์ที่ใช้งาน, การทำลายเชื้อและทำความสะอาดอาคารสถานที่ รวมถึงการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามการมารับยาต่อเนื่องและการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน

สรุปความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์การติดเชื้อที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล และการปรับปรุงระบบงานที่เกิดขึ้น

- จากข้อมูลอัตราการติดเชื้อในตำแหน่งของการให้บริการ พบมีอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลต่ำ แต่พบการติดเชื้อในชุมชนสูงขึ้น ซึ่งทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยถึงพิการหรือเสียชีวิตได้ เช่นการติดเชื้อในกระแสเลือด และการติดเชื้อดื้อยาจากการได้รับการรักษาจากหลายโรงพยาบาลและไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง จากสถานการณ์ดังกล่าวคณะกรรมการ ICC จึงมุ่งเน้นระบบงานในการดูแลผู้ป่วยโดยให้ความสำคัญในการวินิจฉัย คัดกรอง เฝ้าระวังภาวะการติดเชื้อ และ Sepsis เพื่อให้การส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์อย่างทันที่ นอกจากนี้ในการดูแลรักษาต่อเนื่อง เช่นผู้ป่วยติดเชื้อที่มา รักษาต่อเนื่อง 2-3 ครั้ง แต่อาการไม่หายขาดหรือไม่ทุเลาก็อาจส่งผลให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด เช่นเดียวกัน คณะกรรมการ ICC ร่วมกับองค์กรแพทย์ในวางระบบการส่งเชื้อไปเพาะเชื้อที่โรงพยาบาลศูนย์ หรือส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลศูนย์ซึ่งมีศักยภาพที่สูงกว่า เพื่อวินิจฉัยเชื้อดื้อยาและส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาและรับยาที่เหมาะสมกับเชื้อก่อโรคต่อไป

บทเรียนในการทำงานร่วมกับส่วนราชการ องค์กรอื่น และชุมชน

- เนื่องด้วย อำเภอกันตัง มีผู้นับถือศาสนาอิสลามเป็นจำนวนมาก ในทุกปีจะมีผู้ไปแสวงบุญพิธีฮัจญ์

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

ที่เมืองเมกกะ ประเทศซาอุดีอาระเบียซึ่งเป็นแหล่งแพร่กระจายเชื้อโรค MERs CoV ที่สำคัญ คณะกรรมการ ICC ได้ร่วมกับหน่วยงานภาครัฐในหลายหน่วยงาน วางระบบการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชน ทั้งการคัดกรองสุขภาพก่อนเดินทาง การให้ความรู้การป้องกันตนเองจากโรค MERs CoV ของผู้แสวงบุญ การให้ความรู้บุคลากรในเครือข่ายและการลงไปให้ความรู้ครอบครัวผู้แสวงบุญในชุมชนในช่วงการเฝ้าระวัง 14 วันหลังกลับ วางระบบการดูแลรักษาที่โรงพยาบาลในทุกๆ หน่วยงานเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และการเตรียมทีมเพื่อส่งต่อเมื่อผู้ป่วยมีภาวะวิกฤติ โดยพบว่า การประสานข้อมูล ความร่วมมือร่วมใจของทุกหน่วยงานและการมุ่งเน้นผลสำเร็จที่ถือประโยชน์ของโรงพยาบาลและชุมชนเป็นสิ่งสำคัญ สามารถทำให้การดำเนินงานในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ MERs CoV สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

- ในปี 2559 คลินิก PTB พบผู้ป่วย PTB เชื้อดื้อยาซึ่งส่งกลับมารักษาต่อจากโรงพยาบาลศูนย์ คลินิก TB จึงร่วมกับ ทีม IC เกสซักร และรพ.สต.ในชุมชน ร่วมลงเยี่ยมผู้ป่วย ซึ่งในระยะแรกพบผู้ป่วยมีปัญหาจากการรับประทานยา, การดำเนินตามแนวทาง DOT, ฐานะทางเศรษฐกิจที่ต้องทำงานเพื่อหาเลี้ยงครอบครัว ความกังวลเรื่องการแพร่กระจายเชื้อไปยังครอบครัวและความรังเกียจของเพื่อนบ้าน จากปัญหาดังกล่าว ทีมพบว่าความรู้ในการปฏิบัติงานไม่สามารถนำมาใช้กำหนดให้ผู้ป่วยต้องปฏิบัติตามแนวทางให้ถูกต้องได้ทั้งหมด ต้องอาศัยการปรับเพื่อให้สอดคล้องต่อสถานะทางเศรษฐกิจ สังคม และกิจวัตรของผู้ป่วยด้วย หลังจากได้ลงเยี่ยมทีมได้ร่วมกันช่วยแก้ปัญหาในเรื่องการรับประทานยา การดำเนินตามแนวทาง DOT, การติดตามผู้สัมผัส และให้คำปรึกษาในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่เหมาะสมตามกิจวัตรการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย และลงเยี่ยมต่อเนื่องเพื่อติดตามผล พบว่าผู้ป่วยมีรับประทานยาถูกต้องต่อเนื่อง เข้ารับการรักษาตามนัดสม่ำเสมอ ส่งผลให้การตรวจ Sputum เป็นลบต่อเนื่องกัน 3 ครั้ง ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีและอาการที่ดีขึ้นตามลำดับ

การควบคุมการระบาด

บทเรียนในการควบคุมการเพิ่มที่ผิดปกติหรือการระบาดของ การติดเชื้อในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา

- การบ่งชี้การเพิ่มที่ผิดปกติหรือการระบาดของ การติดเชื้อในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา
ไม่พบการระบาดภายในโรงพยาบาลในรอบ 3 ปี ที่ผ่านมา

ผลการพัฒนาที่สำคัญ:

- การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล PTB ในโรงพยาบาล
- การพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์ด้าน IC
- CQI พัฒนาการดูแลผู้ป่วย Sepsis
- CQI การจัดการป้องกันอุบัติการณ์เข็มทิ่มตำ
- นวัตกรรมถังแดงแยกขยะ
- การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเชื้อดื้อยา
- การจัดการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในบริเวณรับส่งเครื่องมือปนเปื้อนงานจ่ายกลาง

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า
46. การออกแบบระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ		● -
47. การจัดการและทรัพยากร		● -
48. การป้องกันการติดเชื้อ		● การป้องกันการสัมผัสเลือดและเข็มที่มำในการปฏิบัติงาน
49. การเฝ้าระวังการติดเชื้อและติดตามกำกับ		<ul style="list-style-type: none"> ● การเฝ้าระวังการติดเชื้อในกระแสเลือด และการป้องกัน ดูแล เฝ้าระวังผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ● การพัฒนาการพิทักษ์สิทธิ์ด้าน IC ในผู้ป่วยกลุ่มเด็ก สูงอายุ และพิการ
50. การควบคุมการระบาดของการติดเชื้อ		● -