

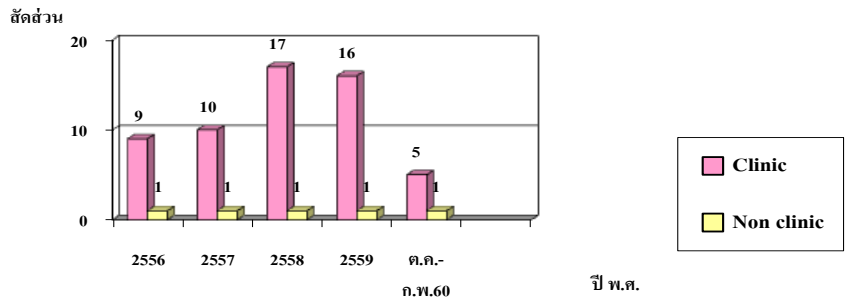
IV-5 ผลลัพธ์ด้านระบบงานและกระบวนการสำคัญ

1) ระบบงานบริหารความเสี่ยง

ประสิทธิภาพการค้นหา/รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

ลำดับ	ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ระดับที่ปฏิบัติได้				
			2556	2557	2558	2559	2560 (ต.ค.- ก.พ.)
1.	สัดส่วน clinic :non clinic	เพิ่มขึ้น	9:1	10:1	17:1	16.:1	5:1

กราฟแสดง สัดส่วน Clinic :non clinic

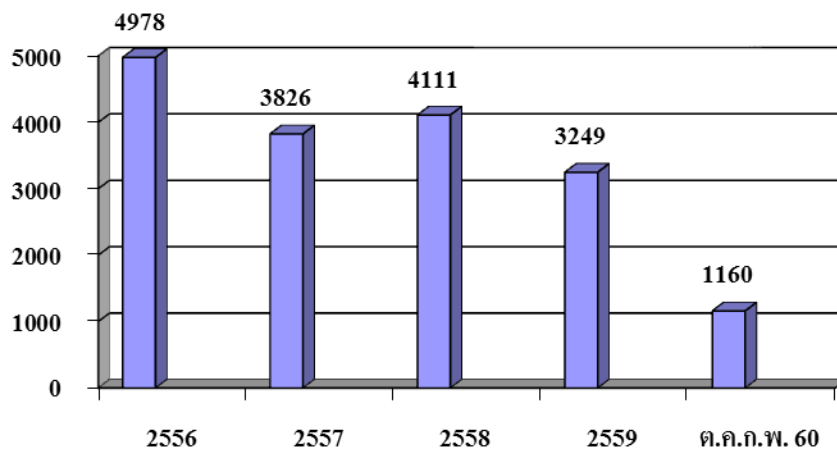


สัดส่วน Clinic : non clinic มีแนวโน้มไม่คงที่ ประเภทอุบัติการณ์ที่ได้รับรายงานมากคือ Common clinical risk Common risk Specific clinical risk ตามลำดับ

ตาราง แสดงจำนวนรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

ลำดับ	ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ระดับที่ปฏิบัติได้				
			2556	2557	2558	2559	2560 (ต.ค.- ก.พ.)
2.	จำนวนรายงานอุบัติการณ์	เพิ่มขึ้น	4,978	3,826	4,111	3,249	1,160

กราฟ แสดง จำนวนการรายงานความเสี่ยง



ปีงบประมาณ 2559 พบว่า การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงลดลง จำนวนหน่วยงานที่รายงานความเสี่ยงร้อยละ 54.55 หน่วยงานสังกัดกลุ่มการพยาบาลมีการรายงานความเสี่ยงทุกงาน จำนวนหน่วยงานที่ไม่รายงานความเสี่ยงร้อยละ 45.45 ได้แก่ หน่วยงานสังกัดกลุ่มงานสนับสนุนบริการ กลุ่มสายวิชาชีพทางการแพทย์บางหน่วยงาน จากการทำ Hospital survey on Patient Safety culture พบว่าเจ้าหน้าที่ รายงานอุบัติการณ์ 1-2 รายงาน ร้อยละ 32.4 ไม่มีการรายงานอุบัติการณ์ ร้อยละ 26.2 รายงานอุบัติการณ์ 3-5 รายงาน ร้อยละ 13.4

วิเคราะห์สาเหตุ

1. เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ความเข้าใจต่อระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล ได้แก่
 - ความเข้าใจเกี่ยวกับประเภทความเสี่ยงไม่ถูกต้อง ระหว่าง common clinical risk กับ specific risk และ common clinical risk กับ Non clinical risk
 - ความเข้าใจเกี่ยวกับ โปรแกรมความเสี่ยง ระดับความรุนแรงไม่ถูกต้อง
2. ไม่ให้ความสำคัญต่อการรายงานความเสี่ยง ไม่เชื่อว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นความเสี่ยง
3. มีความกังวลการรายงานอุบัติการณ์ กลัวความผิด

การแก้ไข

1. กำหนดนโยบายการรายงานความเสี่ยงไม่ถือเป็นความผิด
2. พัฒนาความรู้ความเข้าใจแก่บุคลากรทุกคนในโรงพยาบาลต่อระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล
3. พัฒนาให้ความรู้ความเข้าใจแก่คณะกรรมการความเสี่ยงประจำหน่วยงานทุกงานต่อระบบบริหารความเสี่ยงเพื่อนำไปชี้แนะเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานตนเองต่อไป
4. ส่งเสริมหน่วยงาน ในการค้นหาความเสี่ยงโดยเน้นการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกและร่วมกัน ทบทวน ได้แก่ 12 กิจกรรมทบทวน trigger tool เพื่อค้นหา AE การ round ของทีมนำต่างๆ
5. ชี้แจงการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงผ่านการประชุมคณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาล และ หัวหน้าหน่วยงานเพื่อรับทราบและกระตุ้นเตือนเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานให้มีความร่วมมือการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

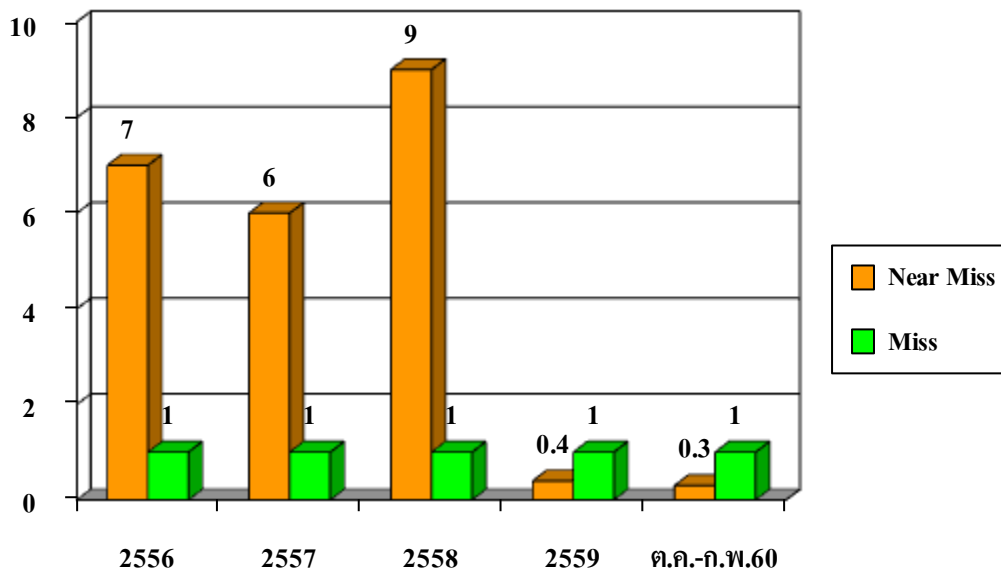
6 นำโปรแกรม HRMS มาใช้รายงานอุบัติการณ์ในเดือนเมษายน 2560

ผลการดำเนินงาน

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมีความรู้เข้าใจระบบบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลร้อยละ 78 มีการกระตุ้นเตือนและส่งเสริมการรายงานความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง ต.ค. 59- ก.พ. 2560 การรายงานความเสี่ยงยังคงที่แต่การประเมินระดับความรุนแรง การประเมินประเภทความเสี่ยง ถูกต้องเพิ่มขึ้น มีการรายงานการค้นหาค่าความเสี่ยงเชิงรุกเช่น การรายงาน AE จากการทำ trigger toll มีการรายงานอุบัติการณ์ทางด้าน Non clinic เพิ่มขึ้น

ลำดับ	ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ระดับที่ปฏิบัติได้				
			2556	2557	2558	2559	2560(ต.ค.-ก.พ.)
3.	สัดส่วน Near Miss :miss	เพิ่มขึ้น	7:1	6:1	9:1	0.4:1	0.3:1

กราฟแสดง สัดส่วน Near miss :miss



การวิเคราะห์

ปีงบประมาณ 2557-ปัจจุบัน สัดส่วน Near miss : Miss ไม่คงที่ สาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงความหมาย Near Miss และประสิทธิภาพการดักจับความเสี่ยงไม่เพียงพอ มีผลให้ระดับความรุนแรง E-I เพิ่มขึ้น

การปรับปรุง

- กำหนดให้แพทย์ระบุความเสี่ยงที่อาจเกิดกับผู้ป่วยแต่ละรายในใบ doctor order sheet สำหรับพยาบาลเฝ้าระวังผู้ป่วย
- ส่งเสริมเจ้าหน้าที่ให้บริการผู้ป่วยมีการทำ safety brief ในหน่วยงาน
- ส่งเสริมให้พยาบาล ในหน่วยงานและแพทย์ เกสัชกร มีการค้นหา/ดักจับความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิด/เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในขณะดูแลผู้ป่วย (bedside review) โดยให้แพทย์เป็นแกนนำ ทุกวันและสื่อสารให้ทีมรับรู้ นำปัญหา/ผลการดูแลผู้ป่วยมาทบทวนปรับปรุง
- เน้นการสื่อสารแบบ SBAR
- กำหนด early warning signs เพื่อ การเฝ้าระวังดูแลผู้ป่วย
- ชี้แจงปรับเปลี่ยนความหมาย Near miss จาก ระดับ A-B เปลี่ยนเป็น A-D คือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วแต่ไม่อันตรายต่อผู้ป่วยเนื่องจากสามารถดักจับป้องกันได้ก่อน หากไม่สามารถดักจับเหตุการณ์นี้ได้จะมีผลโอกาสเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย

ผลการดำเนินงาน

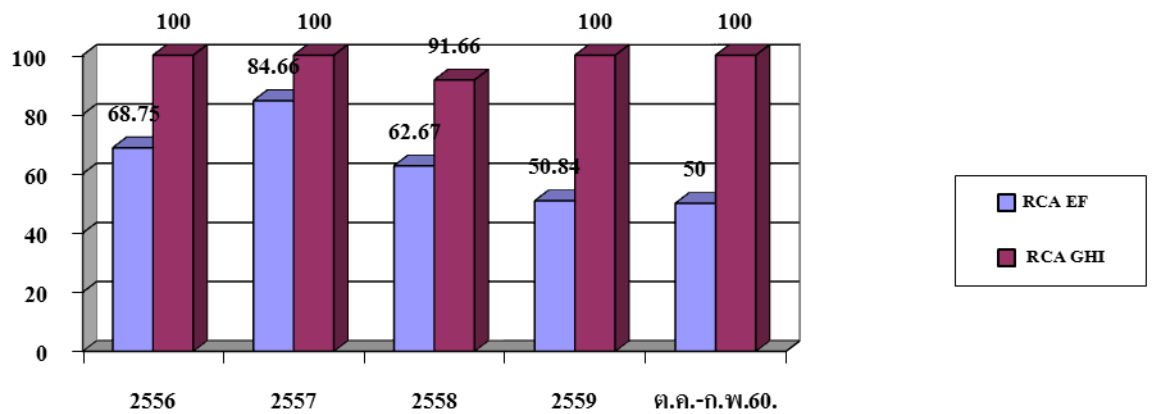
- มีการดักจับความเสี่ยงสัดส่วน Near miss :miss ไม่คงที่
- ทีมดูแลผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล เกสัชกร ร่วมทำ bedside review case ที่มีโอกาสเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ E-I เพื่อการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยมากขึ้น เช่น Stroke / AMI / COPD ÷ AE/ DM ÷ Hypoglycemia / refer หลัง admit ≤6 ชม. มีผลให้ระดับความรุนแรง GHI ลดลง

ประสิทธิภาพการจัดการอุบัติการณ์ความเสี่ยง

ตารางแสดงอุบัติการณ์ ระดับ EF GHI ทำ RC A

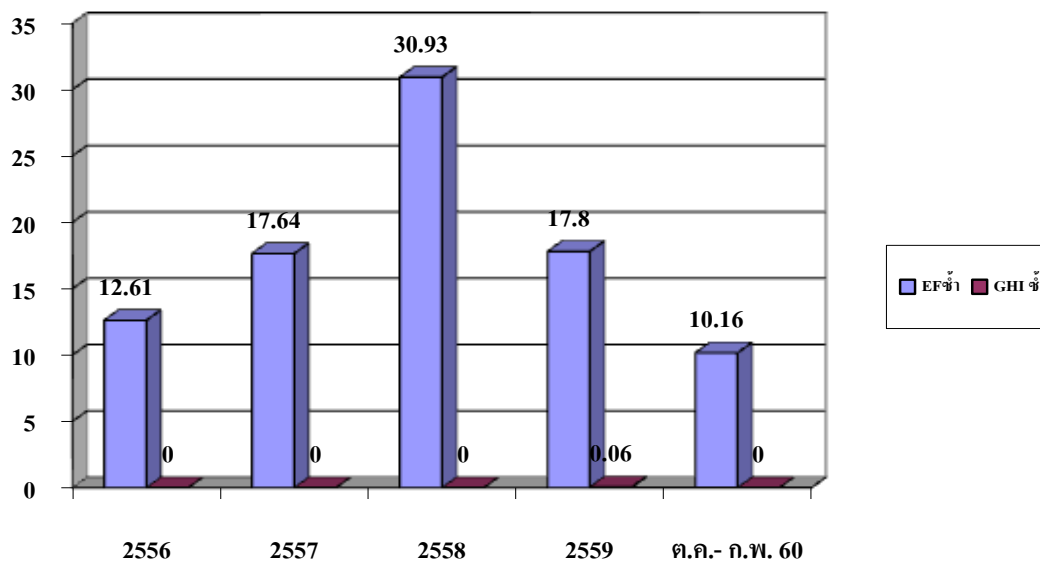
ลำดับ	ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ระดับที่ปฏิบัติได้				2560(ต.ค.-ก.พ.)
			2556	2557	2558	2559	
4.	ร้อยละอุบัติการณ์ระดับ GHI ที่ได้รับการทำRCA	100 %	100	100	91.66	100	100
5.	ร้อยละอุบัติการณ์ระดับ EF ที่ได้รับการทำRCA	≥ 70%	68.75	84.66	62.67	50.84	50

กราฟเปรียบเทียบ อุบัติการณ์ระดับ EF/ GHI ทำRCA



ตารางแสดงอุบัติการณ์ ระดับ EF GHI เกิดซ้ำ

ลำดับ	ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ระดับที่ปฏิบัติได้				2560(ต.ค.-ก.พ.)
			2556	2557	2558	2559	
6.	ร้อยละอุบัติการณ์ระดับ EF เกิดซ้ำ	0 %	12.61	17.64	30.93	17.80	10.16
7.	ร้อยละอุบัติการณ์ระดับ GHI เกิดซ้ำ	0 %	0 %	0 %	0 %	0.06 %	0



การวิเคราะห์

การติดตามการจัดการปี 2558- ปัจจุบันพบว่า การทำ RCA พบปัญหาดังนี้

1. เจ้าหน้าที่ใน หน่วยงานให้ความสำคัญต่อการทบทวนอุบัติการณ์ น้อยเนื่องจากภาระงานต้องรับผิดชอบมาก
2. มีการทำRCAเฉพาะ ระดับรุนแรง GHIในบางหน่วยงาน
3. การวิเคราะห์ยังไม่ถึงสาเหตุรากที่แท้จริงยังพบอุบัติการณ์ซ้ำ เกินค่าเป้าหมาย ทั้งระดับ EF และGHI
4. การทำ RCA ระดับความรุนแรง EF GHI ยังคงน้อยไม่ถึงค่าเป้าหมาย น้อยกว่า ร้อยละ 70 100 ตามลำดับ
5. ทีม RM ขาดการกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง

ปรับปรุงแก้ไข

1. กำหนดการทำ RCA เป็นจุดเน้นของระบบบริหารความเสี่ยงโดยการกำหนดการทำ RCA ดังนี้
 - High risk High volume ที่มีแนวโน้มการเกิดซ้ำ
 - ทำ RCA ร่วมกับทีม หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีแพทย์ร่วมด้วย ทุกครั้ง
 - การทำ RCA เชื่อมโยงกระบวนการดูแลผู้ป่วยและปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วย กำหนดมาตรการป้องกัน และการแก้ไขปัญหา
 - ติดตามผลการดำเนินงานหลังการทำ RCA
2. ปีงบประมาณ 2559จัดประชุมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระบบบริหารความเสี่ยงและการทำงาน RCA กับบุคลากรโรงพยาบาล 100%
3. พัฒนาความรู้เจ้าหน้าที่ประจำหน่วยงาน OPD IPD ER LR OR IC MUS ในการทำ RCA อย่างเรียบง่ายและได้ผล ที่เกี่ยวกับประเด็นความเสี่ยงที่เกิด โรคที่เป็น ช่วงเวลาที่เกิด หน่วยงานที่เกิด ข้อผิดพลาดของกระบวนการดูแลผู้ป่วย การพิจารณาแนวทางการป้องกันที่มีแล้วแต่เพียงพอหรือไม่ การออกแบบระบบงานใหม่

4. ส่งเสริมทีมและหน่วยงานทำ RCA ความเสี่ยงระดับความรุนแรง E-I โดยวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริงให้ครอบคลุมปัญหา

ผลการดำเนินงาน

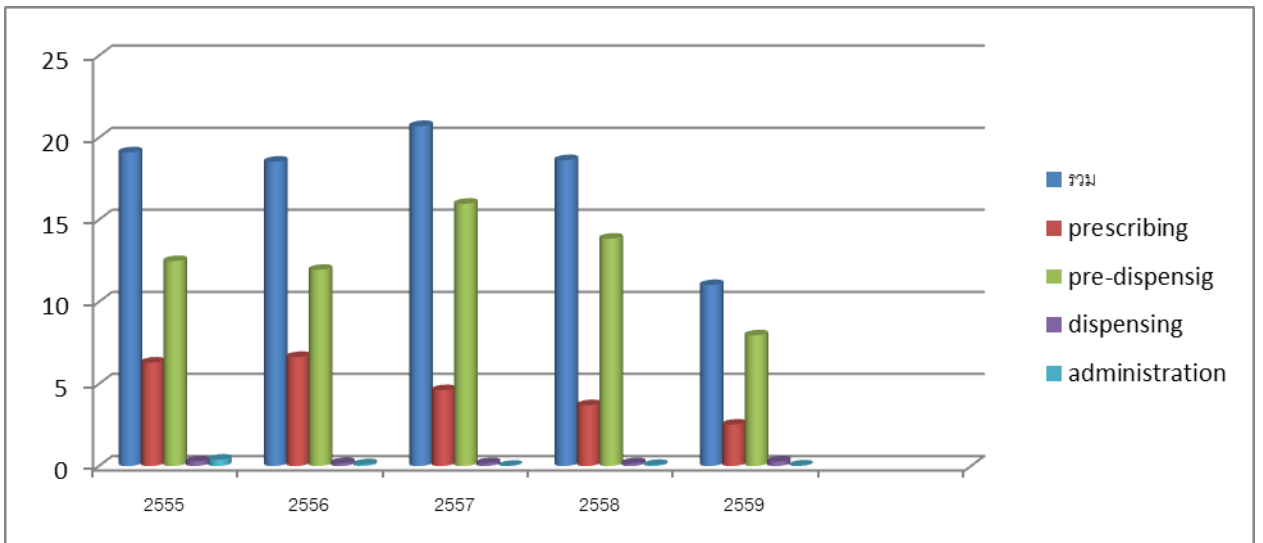
- การทำ RCA ระดับ EF วิเคราะห์ผู้ป่วย DM & Hypoglycemia-ซ้ำๆ ณะดูแล พบว่ามีเกิดช่วงเวรตึกต่อเวรเช้าในขั้นตอน assessment/ plan/ care of patient / สาเหตุจากการไม่ได้สำรองอาหารมือก่อนนอนส่งต่อระบบที่เกี่ยวข้อง PCT /NSO แก้ไขปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วย DM ปีงบประมาณ 2558-ต.ค.59- ก.พ.2560 ภาวะHypoglycemia ซ้ำๆ ณะดูแลลดลง 14 ครั้ง 5 ครั้ง 3 ครั้ง ตามลำดับ

-การทำ RCA ระดับ GHI ผู้ป่วย AMIพบว่า เกิดได้ทุกเวร ขั้นตอนที่มีผิดพลาดคือ Entry Assessment diagnosis investigate care of patient มีผลให้ วินิจฉัยล่าช้า การดูแลรักษาล่าช้าไม่เหมาะสมได้ส่งข้อมูลให้PCT ปรับปรุงแนวทางมีผลให้ ต.ค. 2559- ก.พ.60 ผู้ป่วย AMI เสียชีวิตลดลง

IV-5 ผลด้านระบบยา

ที่	เครื่องชี้วัด	เป้าหมาย	ผลลัพธ์				
			2555	2556	2557	2558	2559
8.	ความคลาดเคลื่อนทางยาผู้ป่วยนอก	ไม่เกิน 20 ครั้งต่อพันใบสั่งยา	19.11	18.54	20.71	18.63	11.02
9	ความคลาดเคลื่อนทางยาผู้ป่วยใน	ไม่เกิน 20 ครั้งต่อพันวันนอน	33.73	34.87	29.56	29.55	18.64

ความคลาดเคลื่อนทางยาผู้ป่วยนอก

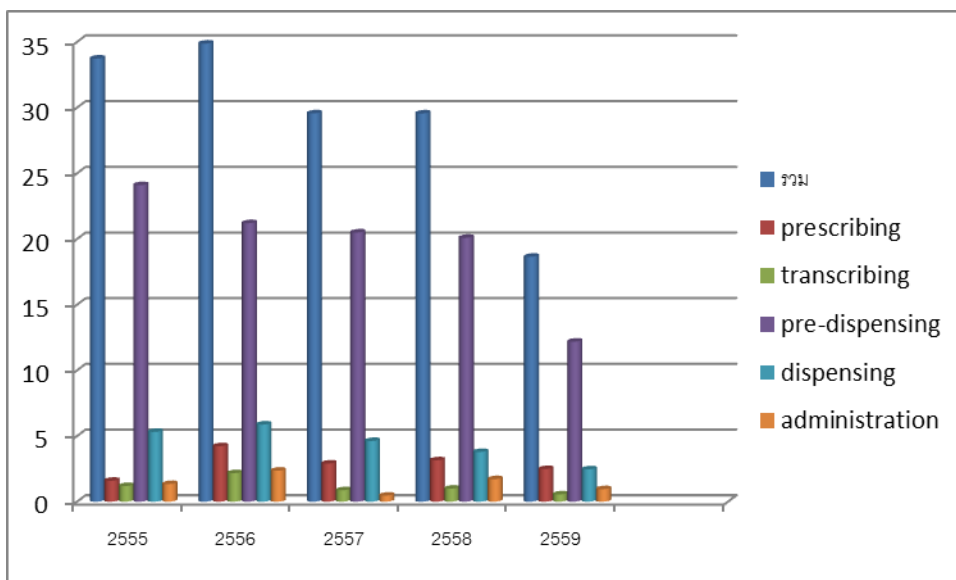


จากกราฟแสดงความคลาดเคลื่อนทางยาผู้ป่วยนอก มีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ปี 2558 และอยู่ในเป้าหมายอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน ขั้นตอนความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบมากที่สุดคือ ขั้นตอนความคลาดเคลื่อนก่อนการจ่ายยา การสั่งยา การจ่ายยาและบริหารยาตามลำดับ

ความคลาดเคลื่อนก่อนการจ่ายยาเป็นความคลาดเคลื่อนที่พบได้มากที่สุด มีแนวโน้มลดลงตั้งและได้ตามเป้า (ไม่เกิน 13 ครั้งต่อพันใบสั่งยา) ตั้งแต่ปี 2558 แต่รูปแบบของชนิดความคลาดเคลื่อนคล้ายๆ กันที่ผ่านมาก็คือ ปริมาณยา ผิดชนิด/ความแรง รายการยาขาด/เกิน ตามลำดับ ซึ่งชนิดความคลาดเคลื่อน รายการยาขาด/เกินสัมพันธ์กับชนิดของความคลาดเคลื่อนที่พบเพิ่มขึ้นคือมีรายการยาของคนอื่นปนมาในตะกร้า ตั้งแต่ปี 2557 มีการเปิดคลินิกบริการเฉพาะโรคเพิ่มมากขึ้นหลายคลินิก ได้แก่ โรคไตเรื้อรัง วาร์ฟาริน จิตเวช ไทรอยด์ เกาต์ เป็นต้น มีการทบทวนรายการยาที่มีการใช้บ่อยๆ เพื่อสะดวกในการปฏิบัติงานและป้องกันความคลาดเคลื่อนชนิดปริมาณยา มีการทบทวนคูปยา LASA อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากมีการเปลี่ยนบริษัทในการจัดซื้อยาตามการจัดซื้อร่วมและมีรายการยาที่เพิ่มมากขึ้นจากระบบการส่งต่อผู้ป่วย ส่วนความคลาดเคลื่อนชนิดรายการยาคลาดเคลื่อนและมีรายการยาคนอื่นปนมาในตะกร้า เนื่องจากจำนวนรายการยาผู้ป่วยมีจำนวนรายการยาหลายรายการตะกร้าที่ใช้จัดยามีขนาดเล็กทำให้ล้นตะกร้าไปปนกับตะกร้าอื่น จึงมีการจัดซื้อตะกร้าจัดยาขนาดใหญ่เพิ่มเติมสำหรับจัดยาผู้ป่วยที่มีจำนวนยาหลายรายการ

ความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบในลำดับถัดมา คือความคลาดเคลื่อนในการสั่งยา ชนิดของความคลาดเคลื่อนทางการสั่งยามีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ปี 2558 และอยู่ในเป้าหมายต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน (ไม่เกิน 4 ครั้งต่อพันใบสั่งยา) เนื่องจากการมีปรับระบบการหมุนเวียนแพทย์จบใหม่ (รุ่นละ 2 เดือน) ซึ่งมีระบบบริการที่แตกต่างกับโรงพยาบาลศูนย์ (โรงพยาบาลกั้นตั้งใช้ระบบ paperless ในระบบบริการ

OPD) ทำให้พบความคลื่อนในการ key คำสั่งใช้ยาของแพทย์เป็นลำดับต้นๆ ได้แก่ วิธีใช้ยาไม่สัมพันธ์กับรูปแบบของยา(สั่งยาเม็ด แต่ระบุวิธีใช้เป็นยาน้ำ) ผิดความถี่ ระบุข้อบ่งใช้ไม่เหมาะสม (เช่น paracetamol แก้ปวดท้อง เนื่องจากระบบ HosXP มี code ที่เฉพาะในการสั่งใช้ยา หากกดคำสั่งเร็วเกินไปทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้) ขนาดยาไม่เหมาะสม ส่วนหนึ่งมาจากการ key สั่งใช้ยา เช่น ต้องการระบุขนาดยาเป็น ml แต่ key เป็นช้อนชา เป็นต้น ซึ่งต้องมีการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมกับแพทย์และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ความคลาดเคลื่อนที่พบในลำดับถัดมาเกี่ยวข้องกับระบบการส่งต่อผู้ป่วย และผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีการปรับยา ชนิดของความคลาดเคลื่อนที่พบได้แก่ ผิดขนาดยา รายการยาขาด/เกิน ช้ำช้อน ซึ่งทางโรงพยาบาลได้มีการป้องกันความคลาดเคลื่อนเหล่านี้โดย กำหนดให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังยังคงใช้ OPD card ควบคู่กับระบบ paperless ซึ่งใน OPD card มีแบบฟอร์มสรุปรายการยาผู้ป่วยเพื่อใช้สื่อสารร่วมกันระหว่างวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง และส่ง OPD card มายังฝ่ายเภสัชกรรมเพื่อใช้ควบคู่กับการจ่ายยา สำหรับผู้ป่วยส่งต่อ กำหนดให้ส่งใบส่งต่อมายังฝ่ายเภสัชกรรมด้วย และใบส่งต่อนั้นจะนำไป scan เข้าในระบบเพื่อเป็นประวัติของผู้ป่วยรายนั้น ในปี 2557 และ 2558 ยังพบการสั่งยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ และกลุ่มยาที่มีประวัติแพ้ อยู่ในลำดับที่ 3 และ 5 ตามลำดับ จึงมีการทบทวนระบบพบว่า ระบบการเตือนเป็นแบบ pop up ไม่ได้เป็น pop lock เนื่องจากข้อมูลการแพ้ยาเป็นการโอนมาจากฐานข้อมูลเดิม HosOS มาเป็น HosXP ระบบฐานข้อมูลยาแตกต่างกัน ทำให้ไม่สามารถ pop lock ได้ จึงมีการแก้ไขฐานข้อมูลแพ้ยาให้มีการ pop lock



ความคลาดเคลื่อนทางยาผู้ป่วยในมีแนวโน้มลดลงและอยู่ในเกณฑ์ในปี 2559 ชนิดของความคลาดเคลื่อนที่พบได้บ่อยที่สุดคือขั้นตอน pre-dispensing (ขั้นตอน key และการจัดยา) ชนิดของความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนการ key ที่พบได้บ่อย 5 อันดับแรก คือ ผิดขนาด (มักพบในรายการยาที่มีการสั่งยาแตกต่างจากขนาดที่กำหนดไว้ในโปรแกรม และรายการยาที่มีการปรับขนาดตอนกลับบ้าน) รายการยาขาด/เกิน ผิดความถี่(พบในยาที่มีการสั่งยาความถี่แตกต่างจากที่กำหนดไว้ในความถี่

มาตรฐานที่กำหนดไว้ในโปรแกรม) ผิดชื่อยา(เนื่องจากการอ่านลายมือไม่ออก) และปริมาณยาขาด/เกิน ตามลำดับ ในขั้นตอนการจัด ความคลาดเคลื่อนที่พบได้บ่อยในขั้นตอนนี้คือ รายการยาขาด/เกิน ปริมาณ ยาขาด/เกิน ผิดชื่อยา และผิดความแรง ตามลำดับ

ชนิดของความคลาดเคลื่อนทางยาผู้ป่วยในที่พบบ่อยในลำดับต่อมาก็คือ ความคลาดเคลื่อนในการสั่งยา ได้แก่ ขนาดยา (มักพบในยาน้ำ/ยาฉีดที่ไม่ได้ใช้บ่อย) รายการยาขาด/เกิน,ผิดขนาด มักพบในผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังมีการสั่งยาคลาดเคลื่อนจากประวัติยาเดิม (สาเหตุเนื่องจากโรงพยาบาลมีการปรับระบบเป็น paperless มีแพทย์หมุนเวียนบ่อย อาจไม่เข้าใจระบบ นอกจากนี้มีผู้ป่วยบางส่วน loss f/u, หรือมีการปรับยาระหว่างนอนโรงพยาบาล จึงกำหนดให้มีระบบการเตือนทั้งในชาร์ตผู้ป่วย และ drug profile ในฝ่ายเภสัชกรรม) การสั่งยาในผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยา/หรือกลุ่มยาที่ผู้ป่วยมีการแพ้

ความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนการจ่ายยา ที่พบได้บ่อย คือ ผิดชนิด รายการยาขาดเกิน ผิดความถี่ ซึ่งสอดคล้องกับความคลาดเคลื่อนในขั้นตอน pre-dispensing ที่พบความคลาดเคลื่อนชนิดนี้ได้บ่อย นอกจากนี้ยังพบความคลาดเคลื่อนจ่ายยาผิดคนได้บ่อยเป็นลำดับถัดมา เนื่องจาก ข้อมูลผู้ป่วยในใบสั่งยาที่เป็น copy ไม่ชัดเจน ทำให้ต้องคาดเดา หรือโทรถามหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ปัจจุบันในหอผู้ป่วยป้องกันความคลาดเคลื่อนจากการอ่านลายมือ โดยการพิมพ์สติ๊กเกอร์ข้อมูลผู้ป่วยติดมาในใบสั่งยา

ความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนการบริหารยา ที่พบมากคือ ไม่ได้ให้ยาผู้ป่วย(มียาเหลือกลับมาในรถยาโทรสอบถามผู้ป่วย หรือไม่มีหลักฐานการบันทึกในใบ MAR) ผิดชนิด ผิดขนาด รายการยาขาด/เกิน ซึ่ง 3 ชนิดหลังนี้สอดคล้องกับความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา จึงต้องมีการควบคุมกำกับระบบ double check ระหว่างหน่วยงาน

ที่	เครื่องชี้วัด	เป้าหมาย	ผลลัพธ์				
			2555	2556	2557	2558	2559
10.	อัตราการแพ้ยาซ้ำ	0 ครั้ง	3	0	1	3	0
11.	การแพ้ยาในกลุ่มโครงสร้าง	0 ครั้ง	0	1	0	1	0

ในปี 2558 พบอุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำและแพ้ยาในกลุ่มโครงสร้าง 3 ครั้งและ 1 ครั้ง ตามลำดับ 3 เหตุการณ์เกิดในห้องฉุกเฉิน และผ่านระบบการจ่ายยาของห้องยา 1 ราย จากการทบทวนพบว่า ในปี 2558 มีการปรับระบบบริการเป็นระบบ paperless ในผู้ป่วยทั่วไปไม่ใช้ OPD card (เดิมเคยมีสติ๊กเกอร์แพ้ยาติดที่ OPD card ของผู้ป่วยที่แพ้ยาทุกราย) ร่วมกับระบบการเตือนเป็นแบบ pop up ไม่ได้เป็น pop lock เนื่องจากข้อมูลการแพ้ยาเป็นการโอนมาจากฐานข้อมูลเดิม HosOS มาเป็น HosXP ระบบฐานข้อมูลยาแตกต่างกัน ทำให้ไม่สามารถ pop lock ได้ จึงมีการแก้ไขฐานข้อมูลแพ้ยาให้มีการ pop lock แพ้ยา และการแพ้ยาซ้ำในห้องฉุกเฉินเกิดจากก่อนการบริหารยาผู้ป่วย ไม่ได้มีการ key หน้าจอเพื่อตรวจสอบประวัติแพ้ยาก่อน เป็นการรับข้อมูลจากผู้ป่วย/ญาติ ซึ่งบางครั้งผู้ป่วยนึกได้หลังจากที่บริหารยาให้ผู้ป่วยไปแล้ว ให้หน่วยงานเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยก่อนบริหารยา

ที่	เครื่องชั่งวัด	เป้าหมาย	ผลลัพธ์				
			2555	2556	2557	2558	2559
12.	ความคลาดเคลื่อนทางยาของยากลุ่ม HAD (รวม)	0 ครั้ง	12(B)	15 (11b,2c,2d)	23B	23 (20b,3c)	12 (6b,3d,2f)
13.	Prescribing error	0 ครั้ง	2b	5 (4b,1c)	2b	10 (9b,1c)	3 (1b,1d,1f)
14.	Transcribing error	0 ครั้ง	0	1b	1b	0	0
15.	Pre-dispensing error	0 ครั้ง	8b	8b	18b	9b	5b
16.	Dispensing error	0 ครั้ง	1b	3 (2b,1c)	1b	3 (2b,1c)	1d
17.	Pre-administration error	0 ครั้ง	1b		1b	0	0
18.	Administration error	0 ครั้ง	0	2D	0	1C	3(1D,1E,1F)

ความคลาดเคลื่อนทางยาของยากลุ่ม HAD ในปี 2558 ยังคงพบได้บ่อยและมีความคลาดเคลื่อนถึงผู้ป่วย ยาที่พบความคลาดเคลื่อนในการสั่งจ่ายคือ warfarin (5 ครั้ง ในประเด็นของการปรับยาตามภาวะ INR และ Drug interaction กับยาอื่น) ส่วนยาอื่นจะเป็นในส่วนของ medication reconciliation ได้แก่ การไม่ได้สั่งยา digoxin ในผู้ป่วยกลับบ้าน (case loss f/u, และ เพิ่มรายการยาตอน admit แต่ไม่ได้สั่งยาตอนกลับบ้าน) ผู้ป่วยส่งต่อจาก รพ.ตวันประวัติเป็นยา carvedilol แต่แพทย์สั่งยาเป็น digoxin และการสั่งจ่ายยา morphine tab (ผู้ป่วยมีประวัติรับยาจากสถานพยาบาลอื่นขนาด 10 mg ทุก 6 ชั่วโมง แต่สั่งยาเป็น morphine SR 20 mg q 6 ชั่วโมง ได้จ่ายยาและบริหารยาให้ผู้ป่วยไป) ในขั้นตอน pre-dispensing พบในลักษณะของการไม่ได้จัดยา ยาปนในตะกร้าคนอื่น ยาผิดชนิด ผิดความแรง การ key ข้อมูลยาผิดขนาด/route (จากหอผู้ป่วย) ส่วนความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาพบในผู้ป่วยในซึ่งดักจับได้โดยหอผู้ป่วย เป็นความคลาดเคลื่อนชนิดไม่ได้จ่ายยาให้หอผู้ป่วย ซึ่งเป็น order one day (KCl inj, 50% MgSO4) ส่วนการจ่ายยา morphine SR เป็นการจ่ายยาตามคำสั่งแพทย์ แต่ไม่เหมาะสมกับรูปแบบของยาเมื่อฝ่ายเภสัชกรรมได้จ่ายยาออกไป หอผู้ป่วยได้บริหารยาให้ผู้ป่วยไปด้วย ต้องมีการเสริมความรู้ในประเด็นรูปแบบยาให้กับเจ้าหน้าที่เพิ่มเติม

ในปี 2559 จำนวนครั้งของความคลาดเคลื่อนทางยาในกลุ่ม HAD ลดลง แต่พบเป็นอุบัติการณ์ที่รุนแรงเพิ่มขึ้น ความคลาดเคลื่อนในระดับ F 1 เหตุการณ์เป็นความคลาดเคลื่อนของการที่ผู้ป่วยได้รับยา streptokinase ซ้ำ เป็นยาใหม่ตามระบบ service plan ตามแนวทางจะบริหารยาที่ห้องฉุกเฉินแล้วส่งต่อไปโรงพยาบาลศูนย์ตวันประวัติ รอผลการรักษาผู้ป่วยแล้วจึงมา note ในระบบ/ lock ในระบบ เพื่อป้องกัน

การใช้ยาซ้ำ จึงปรับระบบโดยทำข้อความเตือนและ lock ทันทีหลังการใช้ยา และสำหรับในห้องฉุกเฉิน ต้องมีการ key ข้อมูลยาในระบบ ก่อนบริหารยาเพื่อป้องกันการได้ยาซ้ำ

ความคลาดเคลื่อนระดับ E 1 เหตุการณ์เกิดจากการเตรียมยา RI iv drip ไม่ถูกต้องทำให้ไม่ได้รับยาในขนาดที่แพทย์สั่ง ทบทวนแล้ว เป็น order ที่ไม่ค่อยได้ใช้บ่อย ไม่ได้เตรียมยาตามมาตรฐานการเตรียมยา (มีวิธีการผสมยาอยู่ในใบ monitor แล้ว) จัดให้มีการ update /ทบทวนความรู้เกี่ยวกับ HAD ทุกปี

ความคลาดเคลื่อนระดับ D 1 เหตุการณ์ ในผู้ป่วยที่มีประวัติรับยา warfarin มาอนโรงพยาบาล มีการสั่งใช้ยา norfloxacin จ่ายยาและบริหารยาให้ผู้ป่วยไป ซึ่งในผู้ป่วยนี้เกี่ยวข้องกับระบบ medication reconciliation /ระบบการเตือน Drug interaction ในคอมพิวเตอร์ รวมถึงความรู้ของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ปัจจุบันมีระบบ note แจ้งให้ทุกหน่วยงานทราบว่าผู้ป่วยมีประวัติใช้ยา warfarin (ระบุข้อควรระวังสำหรับผู้ป่วย)

ส่วนความคลาดเคลื่อนในการสั่งยาผู้ป่วยนอก เกิดจากการสั่งยาโดยการ key รายการยาผิดชนิด จาก calcium carbonate เป็น calcium gluconate ซึ่งสามารถดักจับได้โดยการพิจารณา ข้อมูลผู้ป่วยประกอบการจ่ายยา

ส่วนความคลาดเคลื่อนก่อนการจ่ายยา เป็นความคลาดเคลื่อนชนิดจัดผิดชนิด จัดไม่ครบจำนวน key ข้อมูลคลาดเคลื่อน

ในปี 2559 พบความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา gentamycin ในเด็กทารกซ้ำ 2 ราย พบมีการบริหารยาผิดความถี่ และบริหารยาเป็น iv push (ปกติต้อง iv drip) จึงกำหนดรายการยานี้เป็น HAD ในห้องคลอด มีการให้ความรู้เจ้าหน้าที่รวมทั้งมีแบบ monitor ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมยา/บริหารยา และวิธีการติดตามผู้ป่วย

IV-7 ผลด้านการตรวจสอบประกอบการวินิจฉัยโรค

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2555	2556	2557	2558	2559
19.	1.อัตราข้อผิดพลาดจากการตรวจวิเคราะห์(ผิดรายการ, ผิดวิธี)	≤3.5:1000	3.54:1000	3.44:1000	3.01:1000	3.28:1000	3.43:1000
20.	2.อัตราการรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ผิดพลาด (ผิดคน, ผิดรายการ)	≤3.0:1000	2.24:1000	2.78:1000	2.18:1000	3.2:1000	3.4:1000

ในปี 2559 อัตราการรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ผิดพลาด (ผิดคน, ผิดรายการ) ร้อยละ 3.4 ซึ่งการบันทึกข้อมูลการตรวจวิเคราะห์ด้วยวิธี manual มาลงในระบบ LIS และส่งผลไปยัง HOS xp แต่

ยังทำได้ไม่ครบทุกการตรวจวิเคราะห์ เช่น Thyroid function test ,HbA1c ,Urine analysis เป็นการตรวจวิเคราะห์ที่ต้องลงผลแบบ manual เป็นต้น จึงทำให้เกิดการรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ผิดพลาดได้ ในปี 2560 ได้พัฒนาวิธีการตรวจวิเคราะห์โดยนำโปรแกรม LIS มาใช้เมื่อเข้าเครื่องตรวจวิเคราะห์ และรายงานผลโดยระบบให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น และเพิ่มระบบการ Approve ผลโดยนักเทคนิคการแพทย์ก่อนจะ Report ผลการตรวจส่งผ่านระบบ Hos XP ทำให้ความผิดพลาดลดลง

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2555	2556	2557	2558	2559
21.	ร้อยละการรายงานค่าวิกฤติในเวลาที่กำหนด	100	100	88.4	97	98.4	97.6

การรายงานค่าวิกฤติในเวลาที่กำหนดลดลงในปี 2556 เนื่องจากมีจำนวนผู้รับบริการเพิ่มขึ้นจากการเพิ่มศักยภาพการให้บริการของกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์เองและจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้นในขณะที่ยังมีการรายงานต่อบันทึกผลแบบ manual ก่อนแล้วไปลงโปรแกรม Hos-OS ทำให้เกิดความล่าช้าในการตรวจสอบและรายงานค่าวิกฤติ ต่อมาได้นำโปรแกรม LIS สำหรับการรายงานผลค่าวิกฤติ โดยกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ได้กำหนดค่าวิกฤติของแต่ละการทดสอบในระบบ LIS ในกรณีที่มีผลการตรวจเกินค่าปกติและอยู่ในช่วงค่าวิกฤติตามที่กำหนดไว้ในโปรแกรม โปรแกรมจะขึ้น Pop-Up ให้ทันที ทำให้การรายงานค่าวิกฤติทันเวลาได้เพิ่มขึ้นในปี 2557 และปีต่อไป

ลำดับ	ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2555	2556	2557	2558	2559
22.	4.อัตราการถ่ายภาพรังสีซ้ำ	≤ 0.15	0.27	0.18	0.14	0.22	0.12
23.	5.จำนวนอุบัติเหตุการถ่ายภาพรังสีผู้ป่วยผิดคน	ไม่เกิน 1 ราย	3	0	0	0	1
24.	6.จำนวนข้อผิดพลาดในการถ่ายภาพรังสีผู้ป่วยผิดตำแหน่ง/อวัยวะ, ผิดท่า	ไม่เกิน 2 ราย	0	1	0	1	0

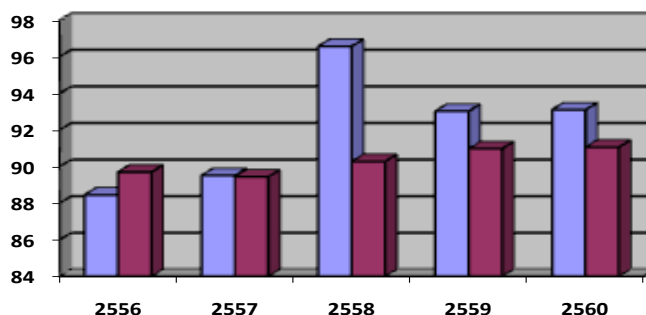
ในปี 2558 มีอัตราการถ่ายภาพรังสีซ้ำร้อยละ 0.22 จากการวิเคราะห์หาสาเหตุต่างๆที่ก่อให้เกิดการถ่ายภาพรังสีซ้ำ พบว่ามาจากสาเหตุหลัก 3 ด้าน คือ(1)ตัวผู้ปฏิบัติงาน ไม่ปฏิบัติตามแนวทาง /วิธีปฏิบัติในการดำเนินงาน ทำให้มีการถ่ายภาพรังสีผิดพลาด เช่นถ่ายภาพซ้ำที่เดิม,ถ่ายภาพ

มีวัตถุประสงค์ที่แสงในภาพ,ภาพไม่ตรงCenter เป็นต้น(2) ตัวผู้รับบริการ ไม่ให้ความร่วมมือในการถ่ายภาพ ทำให้ภาพเบลอ และ(3) เครื่องมือ-อุปกรณ์ เกิดการชำรุดกะทันหัน เช่นเครื่องสแกนภาพสายUSBหลุด ทำให้ภาพเสีย,เครื่องเอกซเรย์ชำรุด จึงได้มีการกำหนดแนวทางในการป้องกัน /เฝ้าระวังการเกิดซ้ำของปัญหาที่เกิดจากตัวบุคคลอย่างจริงจังและมีการจัดซื้อเครื่องเอกซเรย์ใหม่ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการถ่ายภาพรังสีซ้ำลดลง

อุบัติการณ์ถ่ายภาพรังสีผู้ป่วยผิดคน 1 รายในปี 2559 สาเหตุเนื่องจากเจ้าหน้าที่ได้เรียกชื่อ+นามสกุลผู้ป่วยจากใบนำส่งที่ผู้ป่วยยื่นไว้ ซึ่งในขณะนั้นมีผู้ป่วยรอรับบริการอยู่หลายราย เมื่อเรียกขานชื่อ+นามสกุลมีผู้ป่วยหญิงเข้ามาเอกซเรย์และทำการสแกนภาพรังสีจนเสร็จสิ้น ก็ได้เรียกขานชื่อ+นามสกุลผู้ป่วยรายต่อไป กลับพบว่าเป็นชื่อ+นามสกุลของผู้ป่วยที่ถ่ายภาพไปแล้วและเอกซเรย์คนละอวัยวะ ได้ซักถามผู้ป่วยทำให้ทราบว่าเข้ามาในตอนแรกเพราะญาติผลักส่งให้เข้ามา ตนเองไม่ได้ฟังชื่อ+นามสกุล จึงทำให้ถ่ายผิดคน จึงแก้ปัญหาโดยผู้ป่วยทุกรายที่ยังพอฟังได้ ต้องขานชื่อ+นามสกุลผู้ป่วยว่าชื่อนี้ใช่ไหม ให้แน่ใจ ก่อนเข้าห้องเอกซเรย์

IV-7 ผลด้านเวชระเบียน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	2556	2557	2558	2559	2560(ไตรมาศ1)
25.	อัตราการสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก	88.45	89.51	96.57	93.02	93.1
26.	อัตราการสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน	89.70	89.44	90.28	90.97	91.06



การบันทึกเวชระเบียนมีความสมบูรณ์เพิ่มขึ้น โดยมีการดำเนินการในส่วนที่ยังสมบูรณ์น้อยที่สุด มีดังนี้

- ประชุมผู้เกี่ยวข้องหาโอกาสพัฒนาในส่วนที่ยังไม่สมบูรณ์และมีความสำคัญเช่น Consultation record Rehabilitation record และ informed consent ตามลำดับ
- ออกแบบ Form ให้เอื้อและง่ายต่อการบันทึก Consultation record Rehabilitation record และ informed consent
- แพทย์ทุกคนต้องให้ความสำคัญต่อการบันทึกเวชระเบียนและส่งเวชระเบียนทันตามเวลาที่กำหนด

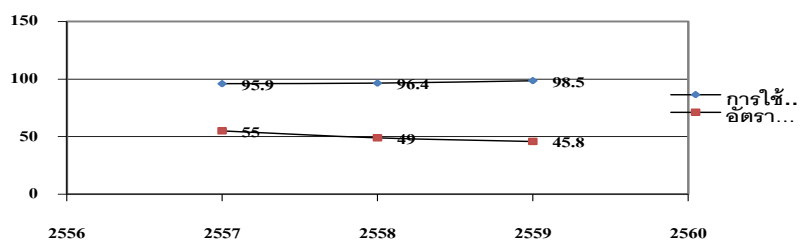
พัฒนาเพิ่มเติม

- เพิ่มเติมและพัฒนาแบบฟอร์ม Consultation record โดยเฉพาะในข้อมูลรายละเอียดต่างๆ หลังการพัฒนามา 3 ปี (58-60) คะแนนในส่วนของ Consultation record ได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 80 81.02 และ 81.1 ตามลำดับ
- เพิ่มเติมและพัฒนาแบบฟอร์ม Rehabilitation record โดยเฉพาะในข้อมูลรายละเอียดต่างๆ หลังการพัฒนามา 3 ปี (58-60) คะแนนในส่วนของ Rehabilitation record ได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 84.5 85 และ 85.01 ตามลำดับ
- เพิ่มเติมและพัฒนาแบบฟอร์ม Informed consent ในข้อมูลรายละเอียด ระยะเวลาในการรักษา และข้อดี ข้อเสีย ผลการรักษา ภาวะแทรกซ้อน ในแบบฟอร์ม Informed consent หลังการพัฒนามา 3 ปี (58-60) คะแนนในส่วนของ Informed consent ได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 86.2 87.92 และ 87.93 ตามลำดับ และให้ผู้ใช้สังเกตเห็นความสำคัญของการใช้แบบฟอร์มจากข้อร้องเรียน

การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

ลำดับ	ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ร้อยละ)	ระดับที่ปฏิบัติได้		
			2557	2558	2559
27.	จำนวนการใช้ Sepsis Protocols	100	95.9	96.4	98.5
28.	อัตราการตายจากภาวะ Sepsis	ลดลง \geq 5	55	49	45.8

กราฟแสดงผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วย Sepsis



จากกราฟ :พบว่าเมื่อใช้ Sepsis Protocols อย่างถูกต้องเหมาะสม สัมพันธ์กับอัตราการตายลดลง โดยในปี 2559 มีรายงานการปฏิบัติตามแนวทางดังนี้

ตารางแสดงร้อยละการปฏิบัติตามSepsis Protocolsปี 2559

No.	Sepsis Protocols	ร้อยละ
1.	ได้รับการวินิจฉัยอย่างถูกต้องใน 1 ชม.	94.6
2.	ได้รับการเจาะ H/C ก่อนให้ยา	100.0
3.	ได้รับ NSS เพื่อแก้ไขภาวะ shock	97.7
4.	ได้รับ ATB ใน 1 ชม.	98.5
5.	ได้รับ Dopamine เมื่อให้ NSS ไม่ได้ผล	100.0
6.	ได้รับการส่งต่อใน 1 ชม.	96.1

การวิเคราะห์

จากการติดตามการดำเนินตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วย Sepsis ตั้งเป้าไว้ต้องเกิน ร้อยละ 95 ซึ่ง Protocols ส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติได้ พบปัญหาของการวินิจฉัยอย่างถูกต้องใน 1 ชม. ต่ำกว่าเป้าที่กำหนด ซึ่งมีสาเหตุจากดังนี้

1. บุคลากรยังไม่เข้าใจในการวินิจฉัย Sepsis ทำให้การวินิจฉัยล่าช้า
2. บุคลากรแพทย์ต้องปฏิบัติงานหลายหน่วยงาน(กรณีอยู่เวร) ทำให้การวินิจฉัยใน 1 ชม. ล่าช้า
3. ทีม IC ขาดการประชาสัมพันธ์กระตุ้นอย่างต่อเนื่อง แนวทางยากต่อความเข้าใจและการปฏิบัติ และมีผู้ป่วยนานๆครั้งทำให้หลงลืมแนวทางได้

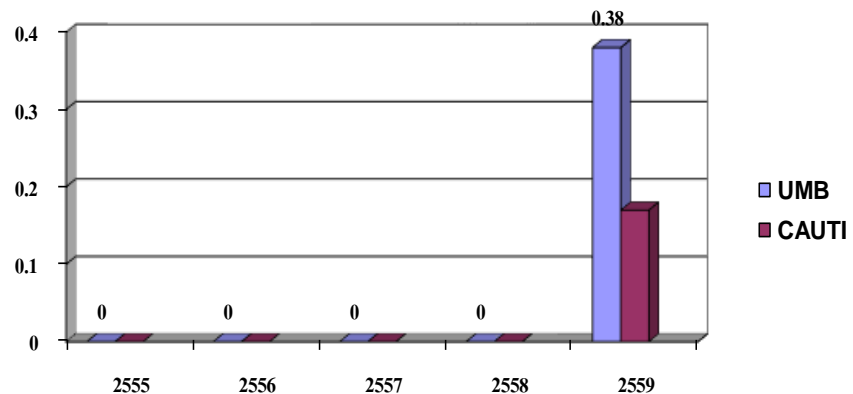
ปรับปรุงแก้ไข.

1. ทีม IC ประชาสัมพันธ์กระตุ้นอย่างต่อเนื่อง
2. ทีม IC ให้ความรู้แก่บุคลากรในการประชุมฟื้นฟูประจำปี
3. เพื่อการวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว ในกรณีแพทย์ต้องปฏิบัติงานอีกหน่วยงาน(กรณีอยู่เวร) เมื่อพยาบาลรายงาน Case ขอให้ถาม Dx. จากแพทย์ทันที เพื่อให้สามารถผ่านการประเมินการวินิจฉัยอย่างถูกต้องใน 1 ชม.ได้

ผลการดำเนินงาน

30.	อัตราการติดเชื้อ CAUTI	< 0.3 : 1000 patient day	0	0	0	0	0.17
31.	อัตราการติดเชื้อสะอาดทารก		0	0	0	0	0.38

กราฟ แสดงอัตราการติดเชื้อที่สูงขึ้น



วิเคราะห์สาเหตุ

1. สะดือทารกหลังคลอด

- ในรายนี้มาตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ไม่ได้ตรวจอาการซ้ำเพื่อวินิจฉัยตามหลัก IC โดย ICWN หรือ ICN แต่เน้นเป็นการติดเชื้อตามแพทย์วินิจฉัย

การแก้ไข

- 1.1 มีการติดตามอัตราการติดเชื้อในหอผู้ป่วยเพื่อเฝ้าระวัง
- 1.2 เน้นย้ำการให้สุขศึกษามารดาหลังคลอด
- 1.3 ติดตามอัตราการติดเชื้อต่อเนื่อง โดยหลังจากนั้นยังไม่พบการติดเชื้อบริเวณสะดือทารกหลังคลอด
- 1.4 Confirm Case NI โดยพยาบาลห้องคลอด ICWN หรือ ICN ตามแนวทาง IC เสมอ

2. UTI ในผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะและนอกรพ.เป็นเวลานาน

- พบผู้ป่วยมีภาวะ Low immune สูงอายุ 78 ปี มีภาวะ CKD, BPH, และ On Urine Catheter
- มีประวัติได้รับการรักษาในหลายโรงพยาบาล รวมทั้งการผ่าตัดทางเดินปัสสาวะร่วมด้วย
- ได้มาตรวจรักษาด้วยอาการ UTI ต่อเนื่องที่ OPD มากกว่า 3 ครั้ง โดยไม่ได้ตรวจเพาะเชื้อ

การแก้ไข

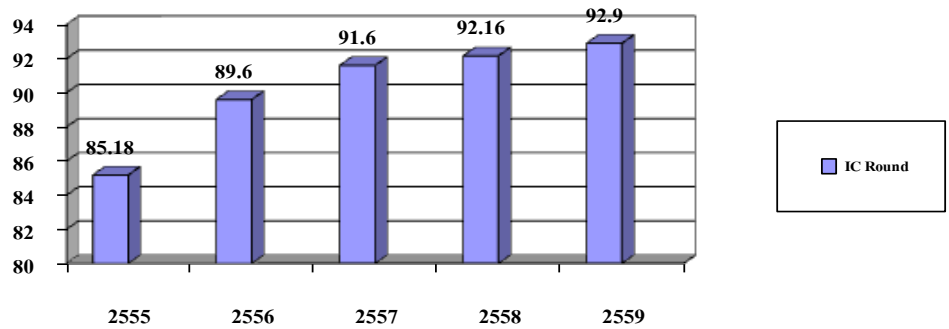
- 2.1 ประสานองค์กรแพทย์หาแนวทางตรวจรักษา โดยได้ข้อสรุปในรายที่เข้ารับการรักษา UTI ต่อเนื่อง 2-3 ครั้งแล้วอาการไม่ทุเลาควรได้รับการส่งเพาะเชื้อในทางเดินปัสสาวะทุกราย เพื่อการวินิจฉัยโรค เชื้อ และให้การรักษาและยาที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดต่อไป

ผลการดำเนินงาน อัตราการติดเชื้อ ปิงบประมาณ 2560(ต.ค.2559-ก.พ.2560) เท่ากับ 0 ราย

ตารางแสดงผล IC Round

ลำดับ	ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ระดับที่ปฏิบัติได้				
			2555	2556	2557	2558	2559
32.	ร้อยละการปฏิบัติตามมาตรฐาน IC	85 %	85.18	89.6	91.6	92.16	92.9

กราฟแสดงร้อยละการปฏิบัติตามมาตรฐาน IC



ร้อยละการปฏิบัติตามมาตรฐาน IC : มีแนวโน้มสูงขึ้น การติดตามประเมิน IC Round ปี 2559 พบ 5 อันดับที่พบอุบัติการณ์ไม่ปฏิบัติตามแนวทางสูง ได้แก่ ผ้าเช็ดมือไม่เพียงพอต่อการใช้งาน, ไม่ได้ เขียนวันเปิดและหมดอายุของยา Multiple dose และสารน้ำ, การดูแลความสะอาดโรงครัวงานโภชนาการ, การล้างมือไม่ถูกต้องในบุคลากร และการจัดการเครื่องมือ Sterile ไม่ถูกต้องตามหลัก IC ดังผลในตาราง ตารางแสดง 5 อันดับแรกที่พบอุบัติการณ์สูงจากการไม่ปฏิบัติตามแนวทาง IC ปี 2559

No.	อุบัติการณ์การไม่ปฏิบัติตามแนวทาง IC	จำนวนครั้งที่พบ
1.	ผ้าเช็ดมือไม่เพียงพอต่อการใช้งาน	26
2.	ไม่ได้ เขียนวันเปิดและหมดอายุของยา Multiple dose และสารน้ำ	19
3.	การดูแลความสะอาดโรงครัวงานโภชนาการ	15
4.	การล้างมือไม่ถูกต้องในบุคลากร	12
5.	การจัดการเครื่องมือ Sterile ไม่ถูกต้องตามหลัก IC	10

การวิเคราะห์

จากการติดตามการดำเนินงานพบปัญหาดังนี้

1. ผ้าเช็ดมือมีการใช้งานผิดวัตถุประสงค์ ไม่มีการควบคุม ตรวจสอบการใช้งานจึงทำให้สูญหายไม่เพียงพอ
2. บุคลากรไม่ตระหนักความสำคัญในการเขียนระบุวันหมดอายุของน้ำยาในหน่วยงาน หรือยาบางชนิดมีอัตรา การใช้งานสูงมักหมดก่อนวันหมดอายุจึงไม่ตระหนักการระบุวันหมดอายุ
3. การวิเคราะห์ยังไม่ถึงสาเหตุรากที่แท้จริงยังพบอุบัติการณ์ซ้ำ เกินค่าเป้าหมาย ทั้งระดับ EF และ GHI
4. การทำ RCA ระดับความรุนแรง EF GHI ยังคงน้อยไม่ถึงค่าเป้าหมาย น้อยกว่า ร้อยละ 70 100 ตามลำดับ
5. ทีม RM ขาดการกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง

ปรับปรุงแก้ไข

1. อบรมการล้างมืออย่างสม่ำเสมอ
2. และจัดเตรียมอุปกรณ์ล้างมือให้พร้อมใช้งาน เช่น ใช้ผ้าห่อ set มีรู นำมาผลิตเป็นผ้าเช็ดมือ
3. เน้นย้ำการจัดการเครื่องมือ การ FIFO ในหน่วยงาน โดยควรจัดผู้ตรวจสอบประจำวัน
4. เน้นย้ำการระบุวันหมดอายุของน้ำยาในหน่วยงาน โดยควรจัดผู้ตรวจสอบประจำวัน
5. ทบทวนมาตรฐานงานโภชนาการแก่แม่ครัวและผู้แจกอาหาร
6. ICWN ตรวจสอบการปฏิบัติสม่ำเสมอ และให้หัวหน้างานติดตามประเมิน เดือนละ 1 ครั้ง
7. ลงตรวจสอบตามมาตรฐานทุก 2 เดือน

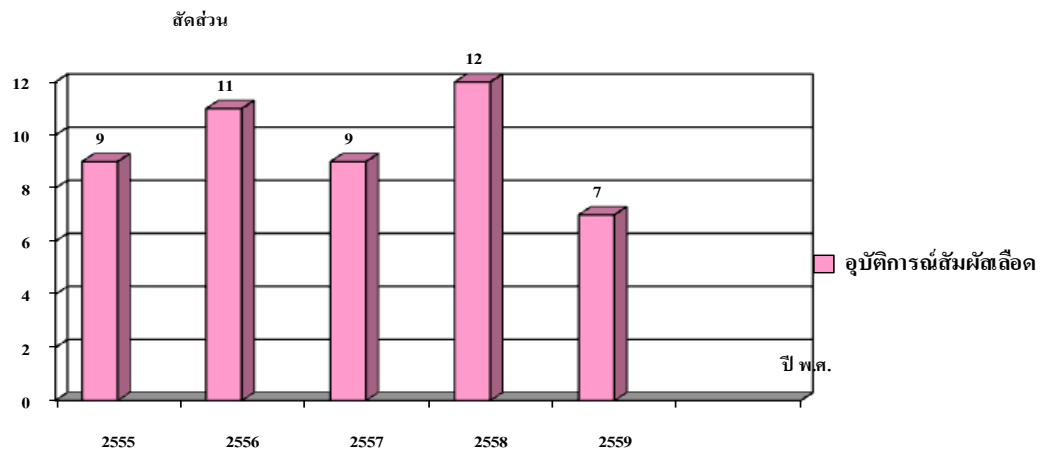
ผลการดำเนินงาน

ร้อยละการปฏิบัติตามมาตรฐาน IC ปีงบประมาณ 2560(ต.ค.2559-ก.พ.2560) : ยังพบอุบัติการณ์สูง ใน 5 อันดับเดิม ได้แก่ ไม่ได้เขียนวันเปิดและหมดอายุของยา Multiple dose และการจัดการเครื่องมือ Sterile ไม่ถูกต้องตามหลัก IC พบอุบัติการณ์เท่ากัน 12 ครั้ง ซึ่งจะได้แจ้งในทีม NSO เพื่อหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน, ส่วนอุบัติการณ์อื่นลดลง

3. ตารางแสดงการดูแลบุคลากร

ลำดับ	ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ระดับที่ปฏิบัติได้				
			2555	2556	2557	2558	2559
33.	ร้อยละบุคลากรได้รับอุบัติเหตุเข็มที่มตำ สัมผัสสารคัดหลั่ง	ลดลง ร้อยละ 50	9	11	9	12	7
34.	ร้อยละบุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี	ร้อยละ 100	93.27	97.02	98.03	90	93.6
35.	อุบัติการณ์ติดเชื้อ Airborne diseases ในบุคลากร	ร้อยละ 0	0	0	0	0	0

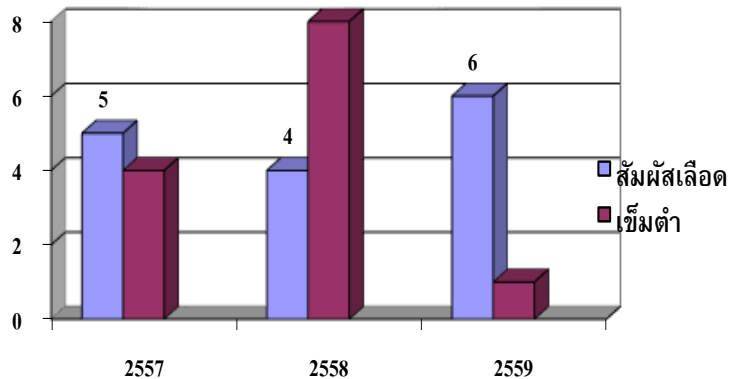
กราฟแสดงร้อยละบุคลากรได้รับอุบัติเหตุเข็มทิ่มตำ สัมผัสสารคัดหลั่ง



ร้อยละบุคลากรได้รับอุบัติเหตุเข็มทิ่มตำ สัมผัสสารคัดหลั่ง : มีแนวโน้มลดลง จากการติดตามหาสาเหตุการสัมผัสเลือด , สารคัดหลั่งในบุคลากร ปี 2558 พบว่าส่วนใหญ่เกิดจากการไม่สวม PPE ระหว่างปฏิบัติงานทำให้ เลือดและสารคัดหลั่งกระเด็นเข้าใบหน้า ในปี 2559 ได้จัดหา PPE และรณรงค์การใช้ PPE ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการทำหัตถการอย่างต่อเนื่อง พบว่าอุบัติการณ์ลดลงจาก 8 ครั้ง ลดเหลือเพียง 1 ครั้ง ส่วนอุบัติการณ์ของมีคมที่สัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งของผู้ป่วยที่มึนตำส่วนใหญ่เกิดในบุคลากรใหม่และเกิดจากอุบัติเหตุ ไม่ได้เกิดจากการเก็บอุปกรณ์ที่ปนเปื้อนผิดวิธี ซึ่งทีม ICC ยังคงมุ่งเน้นความสำคัญของการปฐมพยาบาลบุคลากรใหม่ และรณรงค์ให้ระมัดระวังการปฏิบัติงานเมื่อใช้ของมีคมต่อไป

ตาราง แสดงสาเหตุที่บุคลากรได้รับอุบัติเหตุเข็มทิ่มตำ สัมผัสสารคัดหลั่ง

ลำดับ	ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ระดับที่ปฏิบัติได้		
			2557	2558	2559
36.	สาเหตุที่บุคลากรได้รับอุบัติเหตุเข็มทิ่มตำ	ลดลง	5	4	6
37.	สาเหตุที่บุคลากรได้รับอุบัติเหตุสัมผัสสารคัดหลั่ง	ร้อยละ 50	4	8	1



วิ

1. สาเหตุบุคคลากรเดรบอุบัติเหตุเข็มทิ่มตา

จากการติดตามหาสาเหตุ ปี 2558 พบว่าส่วนใหญ่เกิดจากเกิดในบุคลากรใหม่และเกิดจากอุบัติเหตุ ไม่ได้เกิดจากการเก็บอุปกรณ์ที่ปนเปื้อนผิด เช่น เด็กตื่นเมื่อทำการ ผู้ป่วยสะบัดมือ และ เข็มที่ปนเปื้อนกลิ้งตกตำบุคลากรเป็นต้น

การแก้ไข

- 1.1 ยังคงมุ่งเน้นความสำคัญของการปฐมนิเทศบุคลากรใหม่
- 1.2 รณรงค์ให้ระมัดระวังการปฏิบัติงานเมื่อใช้ของมีคมต่อไป
- 1.3 ใช้นวัตกรรมดินกินเข็มเพื่อเก็บเข็มปนเปื้อนที่ใช้แล้วเพื่อป้องกันทิ่มตำในบุคลากร

2. สาเหตุที่บุคลากรได้รับอุบัติเหตุ สัมผัสสารคัดหลั่ง

จากการติดตามหาสาเหตุการสัมผัสเลือด , สารคัดหลั่งในบุคลากร ปี 2558 พบว่าส่วนใหญ่เกิดจากการไม่สวม PPE ระหว่างปฏิบัติงานทำให้ เลือดและสารคัดหลั่งกระเด็นเข้าใบหน้า

การแก้ไข

- 2.1 ได้จัดหา PPE ให้มีเพิ่มขึ้นเพียงพอต่อการใช้งานในบุคลากร
- 2.2 รณรงค์การใช้ PPE ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องห้องกับการทำการอย่างต่อเนื่อง
- 2.3 ขอความร่วมมือบุคลากรที่ปฏิบัติงานต้องทำการกักตัวผู้ป่วยในเหตุการณ์ที่พบอุบัติการณ์ เช่น เย็บแผล I&D ใส่ท่อช่วยหายใจ ทำผ่าตัด ต้องสวม PPE ต้องสวมอุปกรณ์ทุกครั้งในการปฏิบัติงาน

ผลการดำเนินงาน ในปี 2559 พบว่าอุบัติการณ์การสัมผัสเลือด ลดลงจาก 8 ครั้งลดเหลือเพียง 1 ครั้ง ส่วนอุบัติการณ์ของมีคมปนเปื้อนที่ทิ่มตำส่วนใหญ่เกิดในบุคลากรใหม่และเกิดจากอุบัติเหตุ ไม่ได้เกิดจากการเก็บอุปกรณ์ที่ปนเปื้อนผิดวิธี ทีม ICC ยังคงมุ่งเน้นความสำคัญของการปฐมนิเทศบุคลากรใหม่ และรณรงค์ให้ระมัดระวังการปฏิบัติงานเมื่อใช้ของมีคมต่อไป

