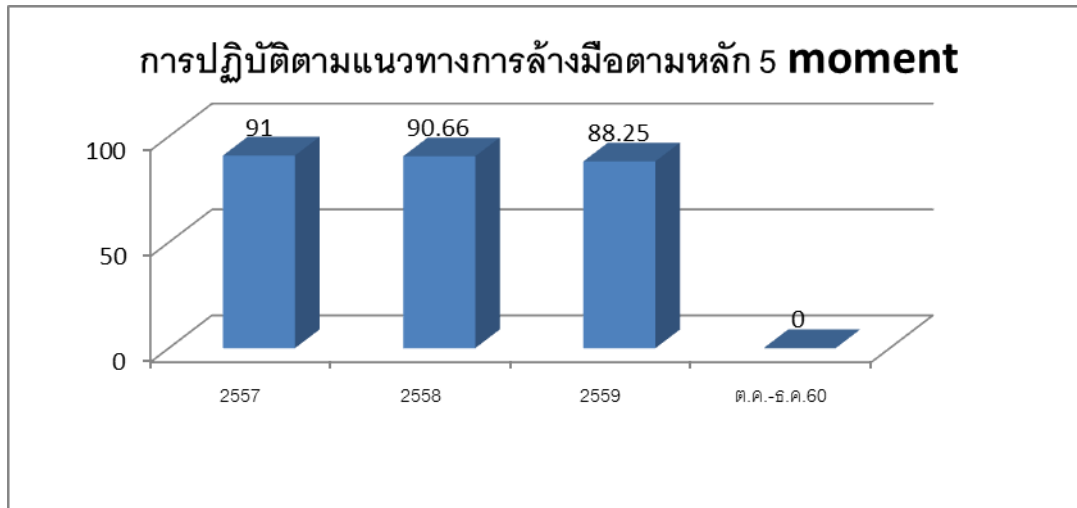


ผลลัพธ์การติดตามการปฏิบัติตาม Guideline ใน Patient safety goal

1. การปฏิบัติตามแนวทางการล้างมือ ตามหลัก 5 Moments

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ระดับที่ปฏิบัติตามได้		
		2557	2558	2559
การปฏิบัติตามแนวทางการล้างมือตามหลัก 5 moment	≥ 85 %	91.00	90.66	88.25

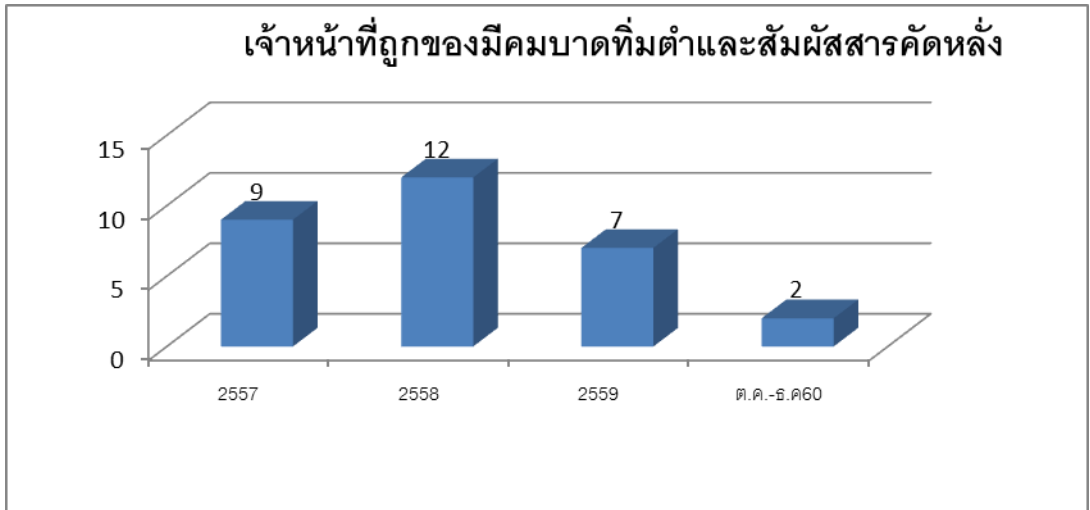


การวิเคราะห์

ปีงบประมาณ 2557 ทีม IC มีการปรับปรุงกิจกรรมรณรงค์ Hand washing ตามหลัก 5 Moments อย่างสม่ำเสมอ โดยสนับสนุน น้ายา ผ้าเช็ดมือแก่หน่วยงานอย่างเพียงพอ ประชุมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่ทุกคน ICWN ควบคุมติดตาม และกิจกรรม IC round ทุก 2 เดือน มีผลให้ปี 2557-ปีงบประมาณ 2559 การปฏิบัติตามการล้างมือตามหลัก 5 Moment เกินค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ 2560 รอผลการดำเนินงาน มีการพัฒนาผลการติดตามการปฏิบัติตามแนวทางการล้างมือตาม 5 moment โดยใช้กล่องวงจรปิด เพื่อให้ได้ทราบผลการปฏิบัติงานที่แท้จริง

2. จำนวนเจ้าหน้าที่ถูกข้อมติขนาดทีมต่ำและสัมผัสสารคัดหลั่ง

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ระดับที่ปฏิบัติตามได้			
		2557	2558	2559	ต.ค.-ก.พ.60
จำนวนเจ้าหน้าที่ถูกข้อมติขนาดทีมต่ำและสัมผัสสารคัดหลั่ง	0 ครั้ง	9	12	7	2



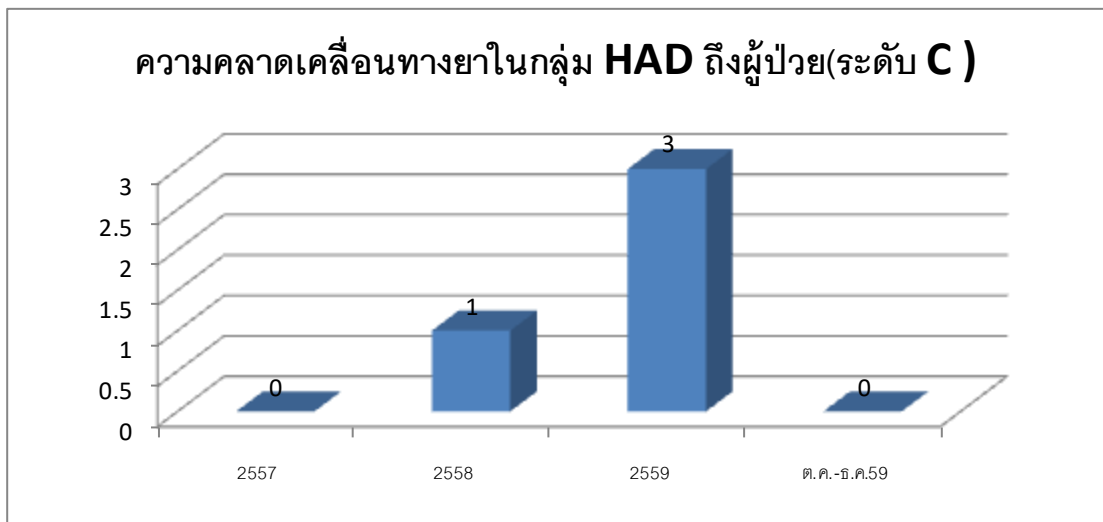
การวิเคราะห์

ปีงบประมาณ 2558 พบอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดถูกขอมีคมาดทีมดำมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เกิดมากในหน่วยงานให้บริการผู้ป่วย เช่น อุบัติเหตุฉุกเฉิน หอผู้ป่วยใน ห้องคลอด สาเหตุจากไม่ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อ และ ขาดทักษะการทำงานที่ปลอดภัย ประสานให้ทีม IC รับผิดชอบการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อ และ เพิ่มมาตรการในการควบคุมกำกับและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ปีงบประมาณ 2559 มีแนวโน้มอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดถูกขอมีคมาดทีมดำมีแนวโน้มลดลง ปีงบประมาณ 2560 (ต.ค.-ธ.ค. 59) พบอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดถูกขอมีคมาดทีมดำที่งานทันตกรรม เนื่องจากระบบการทำงาน และการไม่ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ ประสานทีม IC ติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

3. ตารางแสดงความคาดเคลื่อนทางยาในกลุ่ม HAD

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ระดับที่ปฏิบัติได้			
		2557	2558	2559	ต.ค.-ธ.ค.59
ความคาดเคลื่อนทางยาในกลุ่ม HAD ถึงผู้ป่วย(ระดับC)	0	0	1	3	0

กราฟแสดง ความคลาดเคลื่อนทางยาในกลุ่ม HAD ถึงผู้ป่วย (ระดับ C)



การวิเคราะห์

ในปี 2558-2559 พบความคลาดเคลื่อนทางยา HADในระดับ C ขึ้นไป แนวโน้มเพิ่มขึ้น เป็นการบริหารยา HAD ผิดพลาด ระดับความรุนแรง C/ E /F

สาเหตุ การสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ขาดการตรวจสอบประวัติการได้รับยา HAD การทักษะการให้ยา

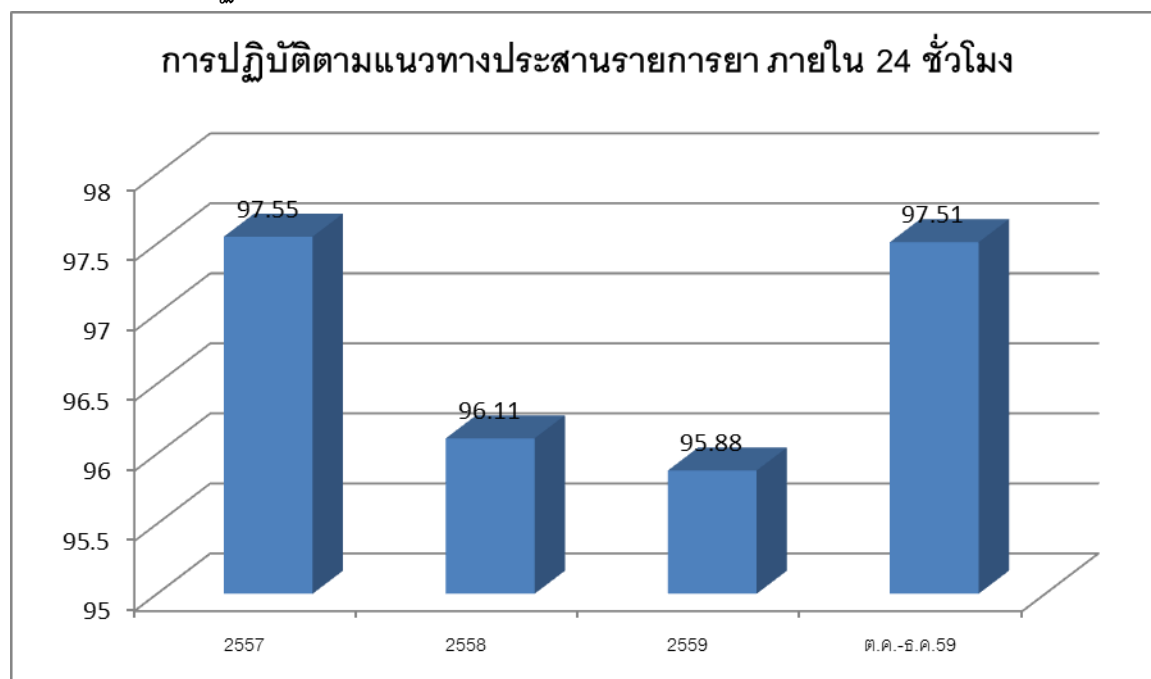
ประสานทีม MUS ให้มีการทบทวนในทีม มีข้อตกลงร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการให้ยาตามคำสั่งใช้ของแพทย์ตามความเร่งด่วน จัดทำแนวทางการใช้ยา HAD ได้แก่ SK RI warfarin และให้เจ้าหน้าที่ยึดหลักการ double check และ 7R ทุกครั้ง

ปีงบประมาณ 2560 (ต.ค.-ธ.ค.59) ไม่พบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา HAD ในระดับ C ขึ้นไป

4. ตารางแสดง การปฏิบัติตามแนวทางการประสานรายการยาภายใน 24

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ระดับที่ปฏิบัติได้			
		2557	2558	2559	ต.ค.-ธ.ค.59
การปฏิบัติตามแนวทางการประสานรายการยาภายใน 24	100%	97.55	96.11	95.88	97.51

กราฟแสดง การปฏิบัติตามแนวทางการประสานรายการยาภายใน 24 ชั่วโมง



การวิเคราะห์

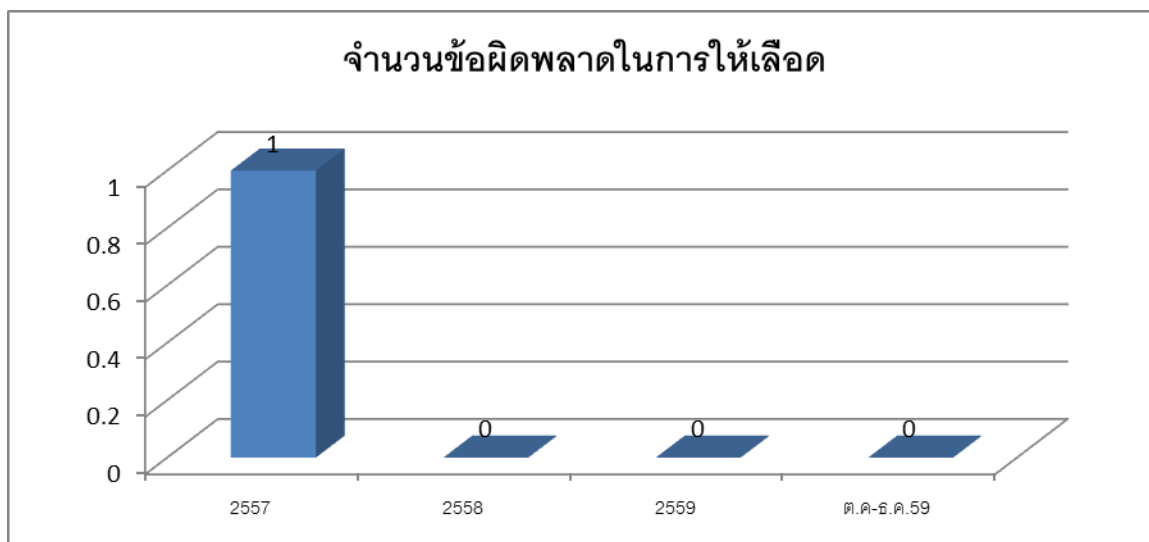
จากการนำกระบวนการ Medication Reconciliation (MR) มาใช้ในระบบการบริการรักษาผู้ป่วย ในพบว่า ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการประสานรายการยาภายใน 24 ชั่วโมง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ตามลำดับ โดย จังหวัดมีโครงการ data center ทำให้เพิ่มช่องทางการเข้าถึงข้อมูลประวัติยาคนไข้ที่มารับบริการ ในเขตจังหวัดตรงได้สะดวกมากขึ้น ปีงบประมาณ 2559ยังคงพบประเด็นข้อมูลผู้ป่วยไม่เป็นปัจจุบัน มี

การแก้ไขโดยประสานงานเภสัชกรรมทางโทรศัพท์โดยตรงทำให้ปีงบประมาณ 2560 (ต.ค.-ธ.ค. 2559) สามารถประสานรายการยาภายใน 24 ชั่วโมงได้เพิ่มขึ้น

5. ตารางแสดงจำนวนข้อผิดพลาดในการให้เลือด

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ระดับที่ปฏิบัติได้			
		2557	2558	2559	ต.ค.-ธ.ค. 59
จำนวนข้อผิดพลาดในการให้เลือด	0	1	0	0	0

กราฟแสดง จำนวนข้อผิดพลาดในการให้เลือด



การวิเคราะห์

-2557 พบอุบัติการณ์เกือบพลาดการให้เลือดผู้ป่วย ระดับความรุนแรง B มีการ การระงับเหตุเลือดกับฉลากติดถุงเลือดหมู่ไม่ตรงกัน 1 ครั้ง เนื่องจากจากขาดการ identify

การแก้ไข

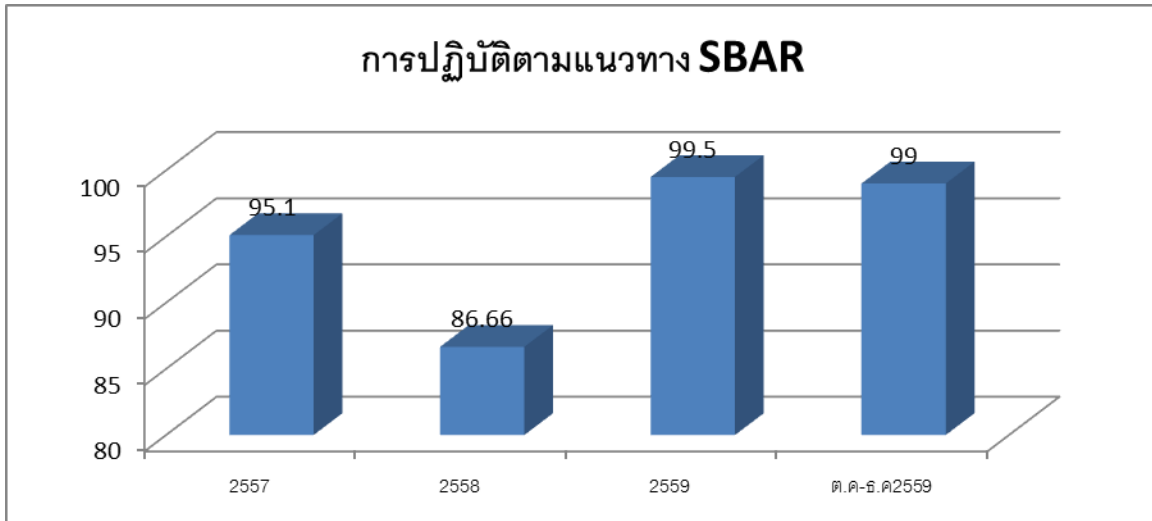
- 1) RM และ PCTร่วมกำหนดแนวทางปฏิบัติสำหรับการให้เลือด (Blood safety)กำหนดไว้ใน Patient safety goals
- 2) กำหนดวิธีปฏิบัติในการให้เลือดและการ identify
- 3) จัดกิจกรรมรณรงค์การปฏิบัติตาม แนวทางการระงับตัวผู้ป่วย
- 4) ควบคุมกำกับโดยหัวหน้าและRM ประจำหน่วยงาน

ปีงบประมาณ 2558-ปัจจุบันไม่พบข้อผิดพลาดในการให้เลือด

6. ตารางแสดงการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติตามแนวทาง SBAR

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ระดับที่ปฏิบัติได้			
		2557	2558	2559	ต.ค.ธ.ค.60
การปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติตามแนวทาง SBAR	100 %	95.10	86.66	99.5	99

กราฟแสดง การปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติตามแนวทาง SBAR



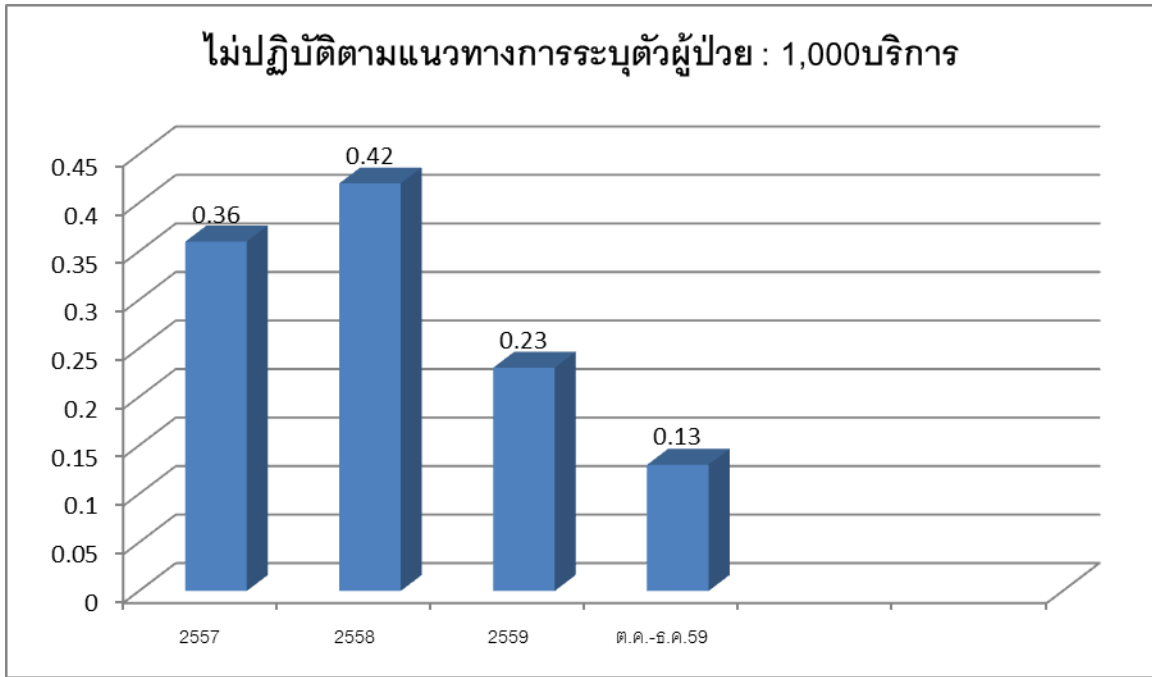
การวิเคราะห์

พบอุบัติการณ์การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไม่ครบถ้วนทำให้การดูแลต่อเนื่องไม่มีประสิทธิภาพมีผลกระทบต่อบริการเช่น เจาะเลือดซ้ำ การเฝ้าระวังไม่เพียงพอ ได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์ล่าช้า การส่งผู้ป่วยผิดหน่วยงานบริการ ให้ยาล่าช้า ไม่ได้ให้ยา แพทย์ จึงกำหนดการสื่อสารระหว่างวิชาชีพในการบริการผู้ป่วยโดยใช้หลัก SBAR พบว่าประเด็นที่หน่วยงานสามารถปฏิบัติได้มากได้แก่การระบุเหตุที่ต้องการประสาน ระบุอาการสำคัญ อาการแสดงปัจจุบัน ประเด็นที่ปฏิบัติได้น้อย ได้แก่การสื่อสารเรื่องการแพ้ยา ระดับความรู้สึกตัว และระดับความเจ็บปวด RMจัดกิจกรรมรณรงค์การปฏิบัติตาม patient safety goals และกระตุ้นการใช้ SBAR ระหว่าง หน่วยงาน มีผลให้การปฏิบัติตามแนวทางการสื่อสารมีแนวโน้มดีขึ้น

7. ตารางแสดงการไม่ปฏิบัติตามแนวทาง การระบุตัวผู้ป่วย

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ระดับที่ปฏิบัติได้			
		2557	2558	2559	ต.ค.-ธ.ค.59
การไม่ปฏิบัติตามแนวทาง การระบุตัวผู้ป่วย	≤1: 1000	0.36	0.04	0.02	0.01

กราฟแสดง การไม่ปฏิบัติตามแนวทาง การระบุตัวผู้ป่วย

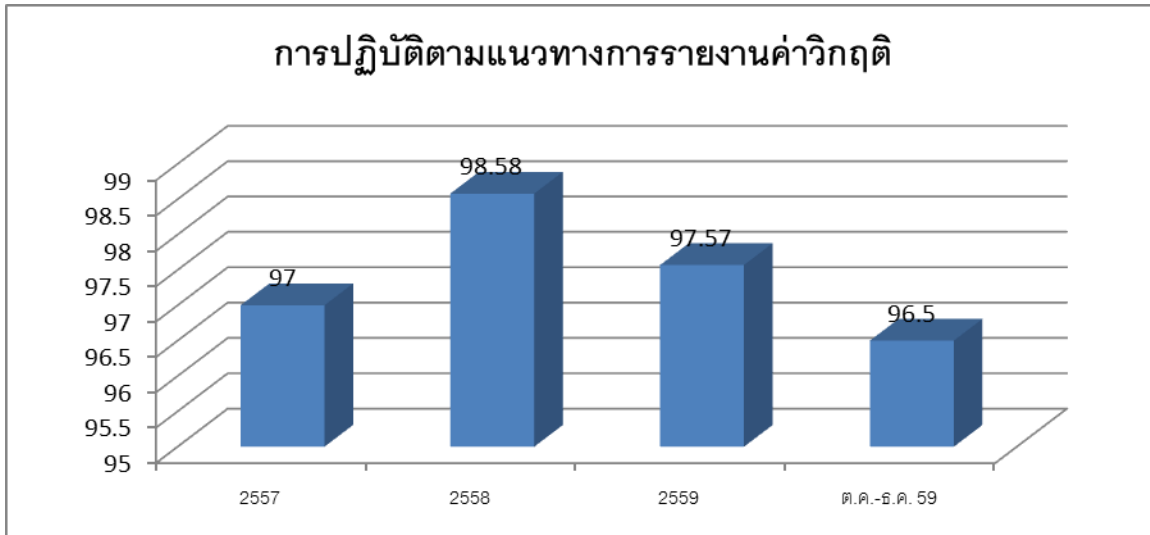


พบอุบัติการณ์ไม่ปฏิบัติตามแนวทางการระบุดัวผู้ป่วย มีผลให้เกิดการให้บริการผิดพลาด เช่น ตรวจผิดคน รอนาน ให้อาผิดคน ข้อผิดพลาดในการให้เลือด จากการสุ่มถามผู้ปฏิบัติพบว่าแนวทางการระบุดัวผู้ป่วยที่กำหนดใน patient safety goals ไม่สะดวกต่อการปฏิบัติงานในประเด็นที่ทุกงานต้องถาม ชื่อ สกุล วัน เดือน ปีเกิดทุกครั้งซึ่งยากต่อการปฏิบัติในหอผู้ป่วย จึงปรับปรุงแนวทางการระบุดัวผู้ป่วยให้ง่ายขึ้นโดยกำหนดข้อคำถามที่ต้องถามเฉพาะในแต่ละหน่วยงานในรายละเอียดไม่เท่ากันเช่น ชื่อ สกุล อายุ เฉพาะในหอยา เป็นต้น ปัจจุบันจำนวนอุบัติการณ์การระบุดัวผู้ป่วยลดลงประสานหน่วยงานต่างๆให้มีปฏิบัติตามแนวทางการระบุดัวผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด

8. ตารางแสดง การปฏิบัติตามแนวทางการรายงานค่าวิกฤติ

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ระดับที่ปฏิบัติได้			
		2557	2558	2559	ต.ค.-ธ.ค.59
การปฏิบัติตามแนวทางการรายงานค่าวิกฤติ	100	97	98.58	97.57	96.50

กราฟแสดง การปฏิบัติตามแนวทางการรายงานค่าวิกฤติ



การรายงานค่าวิกฤติต่ำกว่าค่าเป้าหมายสาเหตุ เนื่องจาก 1) การเข้าใจต่อการรายงานผลค่าวิกฤติคาดเคลื่อน 2) การประสานงานระหว่างห้องชั้นสูตรและหอผู้ป่วยขาดประสิทธิภาพ

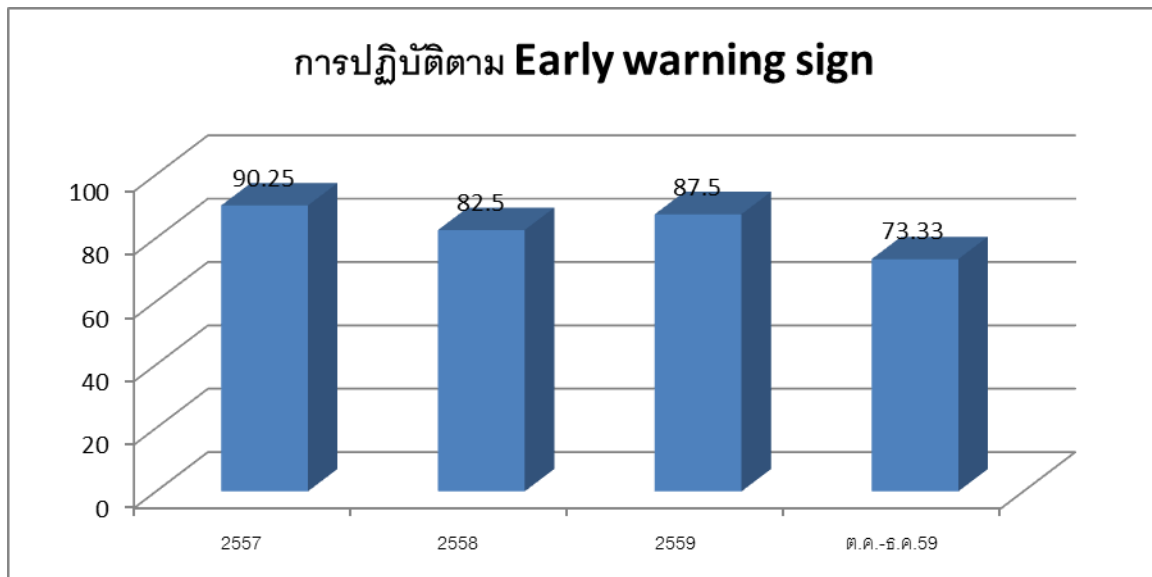
การแก้ไข 1) นำระบบ LIS (Laboratory information system) มาใช้ทำให้สามารถบันทึกข้อมูลได้แม่นยำ

2) ทบทวนปฏิบัติการร่วมกันสม่ำเสมอระหว่างห้องชั้นสูตรและหอผู้ป่วยในที่ประชุมทีมด้านหน้า มีผลในปี ปีงบประมาณ 2560 (ต.ค.-ธ.ค. 2559) ผลลัพธ์การรายงานผลค่าวิกฤติลดลง ประเด็นที่เป็นปัญหาคือไม่ได้ติดตามกรณีประสานไม่ได้ และไม่มีกรบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร

9. ตารางแสดง ปฏิบัติตาม Early warning sign

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ระดับที่ปฏิบัติได้			
		2557	2558	2559	ต.ค.-ธ.ค.59
การปฏิบัติ Early warning sign	≥ 80 %	90.25	82.50	87.50	73.33

กราฟแสดง ปฏิบัติตามแนวทาง Early warning sign



การวิเคราะห์

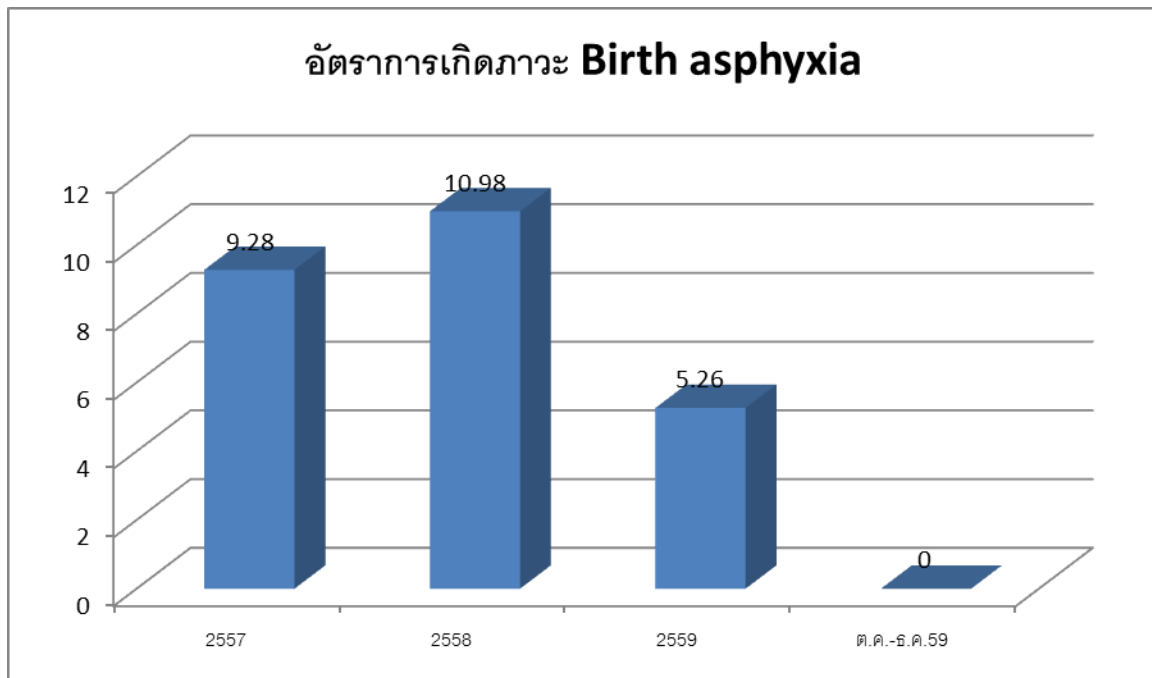
ปี 2557-2558 พบอุบัติการณ์ไม่ปฏิบัติตาม Early Warning Sign ได้แก่ ไม่ได้ประเมินน้ำตาลในกระแสเลือดทารกแรกเกิด และผู้ป่วย เบาหวานทำให้เกิดภาวะ Hypoglycemia ไม่ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยเกิดการตกเตียง ไม่ประเมินความดันโลหิตซ้ำในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ไม่ประเมินผล EKG ทำให้ส่งตัวผู้ป่วยล่าช้า RM มีการควบคุมกำกับติดตาม การประสานงานผ่านทางหน่วยงาน กระตุ้นการปฏิบัติตามแนวทางการใช้ Warning signs

ปีงบประมาณ 2560 (ต.ค.-ธ.ค. 2559) พบอุบัติการณ์ การปฏิบัติตาม Early warning sign แนวโน้มลดลงประเด็นไม่ปฏิบัติตาม ได้แก่ ไม่ประเมิน อาการปวดของผู้รับบริการ แรกรับ หลังการดูแลรักษา

10. ตารางแสดง อัตราการเกิดภาวะ Birth asphyxia

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ระดับที่ปฏิบัติได้			
		2557	2558	2559	ต.ค.-ธ.ค.60
-อัตราการเกิดภาวะ Birth asphyxia	≤10:1000 LB	9.28	10.93	5.26	0

กราฟแสดง อัตราการเกิดภาวะ Birth asphyxia



การวิเคราะห์

ปี 2558 พบอุบัติการณ์ Birth asphyxia เกินค่าเป้าหมาย สาเหตุจาก มารดามีสีน้ำตาลผิดปกติ Thick meconium

การแก้ไข

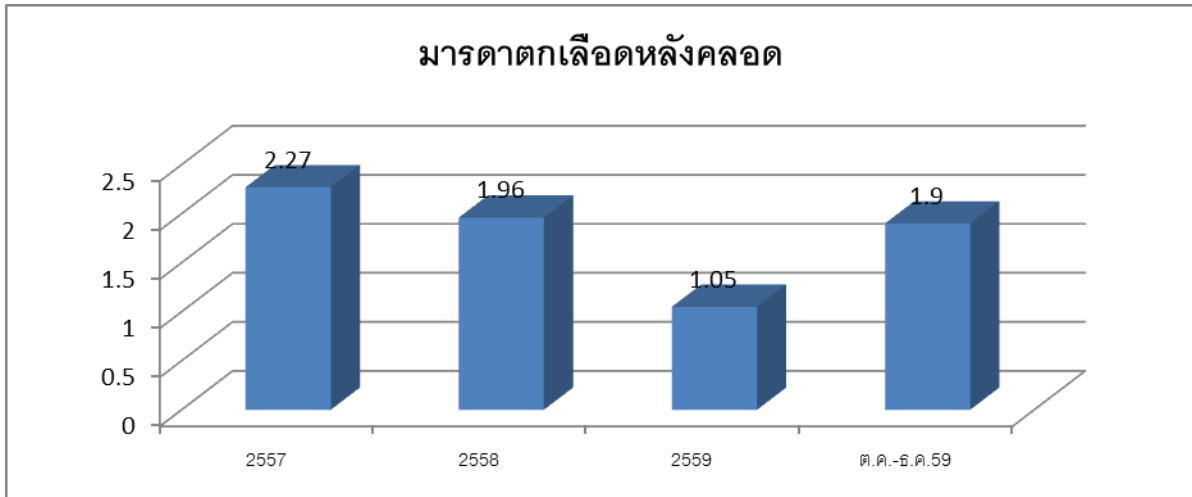
แพทย์ พยาบาลห้องคลอดร่วมกันกำหนดวิธีปฏิบัติป้องกันการเกิดภาวะ Birth asphyxia โดย

- ใช้ แบบ admission record ประเมินความเสี่ยงแรกรับ และให้การดูแลรักษา วางแผนการพยาบาลตามความเสี่ยง
- กำหนด warning sign ในการเฝ้าระวัง
- ทบทวนแนวทางการเฝ้าทารกคลอด thick meconium
- NST ขณะรอคลอดทุกราย
- ทบทวนร่วมกับสูติแพทย์ พิจารณา refer เมื่อ thick meconium
- เตรียมทีม และเครื่องมือให้พร้อมกรณี refer ไม่ได้
- หลังคลอด monitor O2sat ทารกแรกเกิดทุกราย

ปี 2559 พบอุบัติการณ์ Birth asphyxia 2 ราย สาเหตุจาก มีสีน้ำตาลผิดปกติ Thick meconium ปี 2560 (ต.ค.-ธ.ค. 2559)ไม่พบอุบัติการณ์ Birth asphyxia

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ระดับที่ปฏิบัติได้			
		2557	2558	2559	ต.ค.-ธ.ค.59
-มารดาตกเลือดหลังคลอด	ไม่เกิน ร้อยละ 1	0.23	1.96	1.05	1.90

กราฟแสดง มารดาตกเลือดหลังคลอด



การวิเคราะห์

2558 มารดาตกเลือดหลังคลอดมีแนวโน้มสูงขึ้นสาเหตุจาก 1)มดลูกหดรั้งตัวไม่ดีจากการประเมินไม่ครอบคลุม 2 รกติดแน่นล้วงรกนาน 3 วินิจฉัยการตกเลือดล่าช้า
แก้ไขโดย

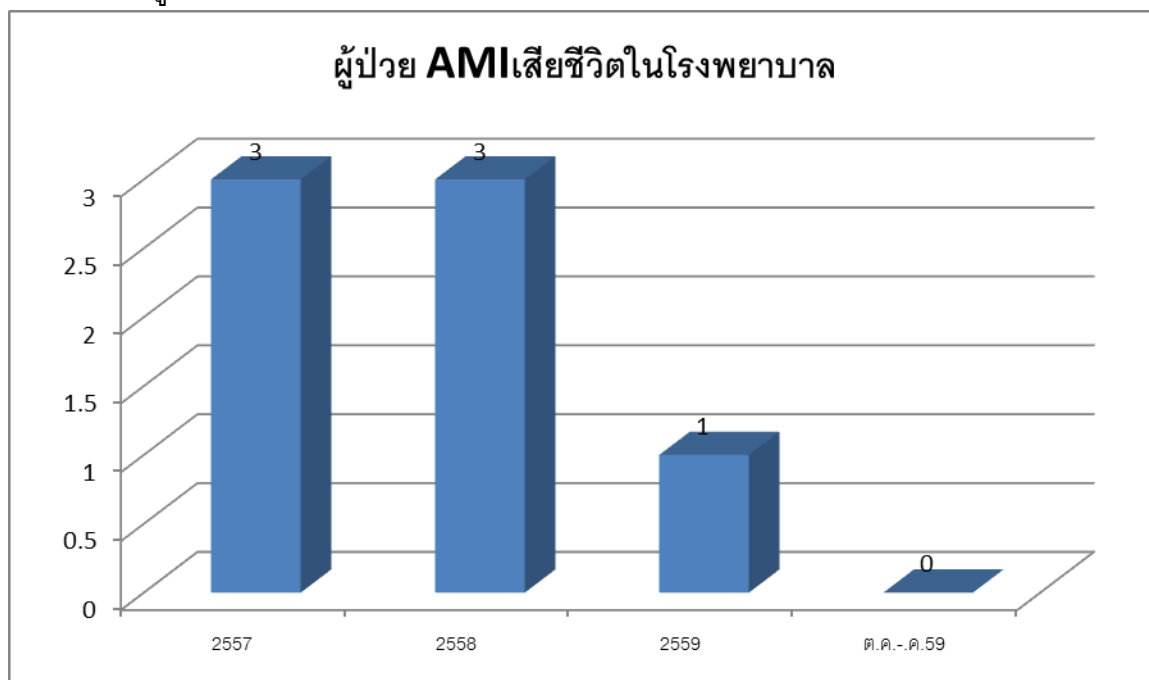
- ปรับปรุง แบบadmission record ให้เข้ากับบริบทของหน่วยงาน ประเมินความเสี่ยงแรกรับ และให้การดูแลรักษา วางแผนการพยาบาลตามความเสี่ยง
- ใช้ถุงรองเลือดประเมินปริมาณเลือดหลังรกคลอดทันที เพื่อให้การรักษาได้รวดเร็ว
- กำหนด early warning sign ของปริมาณเลือดเพื่อวางแผนการรักษา
- ปรับปรุงแนวทางการดูแลรักษา
- ทบทวนร่วมกับทีมสูติแพทย์จังหวัดพิจารณาการส่งต่อกรณีรกติดแน่นล้วงรกนาน
- ส่งทีมแพทย์ พยาบาล เข้าร่วมฝึกทักษะการทำสูติศาสตร์หัตถการที่ รพ.ราชวิถี
- ควบคุมกำกับติดตามตัวชี้วัดการตกเลือดหลังคลอด

2559 พบว่าอุบัติการณ์ลดลง คิดเป็นร้อยละ 1.05 ในปีงบประมาณ 2560 (ต.ค.-ธ.ค. 2559) พบอุบัติการณ์ตกเลือดหลังคลอด 2 ราย คิดเป็น ร้อยละ 1.9 มีการวิเคราะห์หาสาเหตุ ควบคุมกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง

12. ตารางแสดง ผู้ป่วยAMIเสียชีวิตในโรงพยาบาล

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ระดับที่ปฏิบัติได้			
		2557	2558	2559	ต.ค.-ธ.ค. 59
-ผู้ป่วย AMI เสียชีวิตในโรงพยาบาล	0	3	1	1	0

กราฟแสดง ผู้ป่วยAMI เสียชีวิตในโรงพยาบาล



ปี 2557-2558 อุบัติการณ์ผู้ป่วย AMIเสียชีวิตในโรงพยาบาลเกินค่าเป้าหมายเนื่องจาก

- 1 เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ทักษะในการดูแล AMI
- 2 การวินิจฉัย STEMI ผิดพลาด สาเหตุอัตราการกำลงแพทย์หมุนเวียนน้อย
- 3 ไม่มีเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการช่วยชีวิตฉุกเฉิน
- 4) ไม่มีแนวทางการดูแลที่มีประสิทธิภาพ การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยไม่ครบถ้วน การแก้ไข
 - 1) การพัฒนาทักษะเจ้าหน้าที่ที่ ER ในการดูแล EKG
 - 2) พัฒนาศักยภาพในการคัดกรองผู้ป่วย AMI
 - 3) พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย STEMI ทั้งเครือข่าย
 - 4) การเตรียมความพร้อมใช้เครื่องมือ สำคัญได้แก่ Defibrillator

ในปีงบประมาณ 2560 (ต.ค.-ธ.ค. 2559) ไม่พบอุบัติการณ์ ทีม RMควบคุมกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง