

Service Profile

หน่วยงาน : จำยกลาง

โรงพยาบาลกันตัง จ.ตรัง

Service Profile

หน่วยงาน : จำยกกลาง โรงพยาบาลกันตัง จ.ตรัง

วันที่ปรับปรุงข้อมูลล่าสุด 1 ต.ค. 2559

บริบท (Context)

ความมุ่งหมาย(Purpose): หน่วยจำยกกลางมีหน้าที่เป็นศูนย์กลางเครื่องมือทางการแพทย์และนำมาเข้าสู่กระบวนการทำลายเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อ ให้กับเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลกันตัง ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาลและสถานีนอนามัยซึ่งเป็นเครือข่ายทั้งหมด 20 รพ.สต. โดยมีเป้าหมายให้เครื่องมือ/อุปกรณ์ทางการแพทย์ สะอาด ปราศจากเชื้อ ถูกต้อง ทันเวลาเพียงพอ ได้มาตรฐาน ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ ดำเนินงานตามหลักการอนุรักษ์พลังงาน ปัจจุบันมีการสำรองเครื่องมือทั่วไปและงานห้องผ่าตัดซึ่งเป็นเครื่องมือขนาดใหญ่ไว้ที่งานจำยกกลาง เพื่อควบคุมอุณหภูมิและความชื้น แต่ยังไม่ครอบคลุมการดูแลเครื่องมือที่หอผู้ป่วย งานจำยกกลางมีจุดเน้นในการดูแลให้บุคลากรและผู้เกี่ยวข้องการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อซึ่งยังปฏิบัติได้ไม่ดีเท่าที่ควร และ การลดอัตราการ re –sterile ในโรงพยาบาล

ขอบเขตการบริการ (Scope of service): งานจำยกกลางให้บริการสนับสนุนเครื่องมือทางการแพทย์ปราศจากเชื้อแก่ผู้ป่วยและหน่วยงานในโรงพยาบาลกันตัง รวมทั้งศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาลและสถานีนอนามัยซึ่งเป็นเครือข่ายทั้งหมด 20 รพ.สต. ปัจจุบันภาระงานโดยเฉลี่ยในแต่ละวันจะมีจำนวนอุปกรณ์ที่ต้องทำให้ปราศจากเชื้ออบไอน้ำทั้งหมดประมาณ 420 ห่ออุปกรณ์ / วัน จำนวนเครื่องมือที่ต้องล้างทำความสะอาดประมาณ 975 ชิ้น / วัน , อบแก๊ส EO ชุดเครื่องสายยางทางเดินหายใจ ประมาณ 55 ชุด/วัน และสนับสนุนเครื่องมือทางการแพทย์ปราศจากเชื้อเพิ่มเติมแก่ หน่วยงานทันตกรรม อุบัติเหตุฉุกเฉินและ เครือข่าย รพ.สต. ในกรณีจัดโครงการตรวจมะเร็งเร็งปากมดลูก , ช่วง 7 วัน อันตรราย , การจัดโครงการตรวจสุขภาพฟันแก่เด็กนักเรียน หรือช่วงหน้าฝนมีผู้ป่วยหอบหืดสูง เป็นต้น

ความต้องการของผู้รับผลงานสำคัญ : ได้มาจากการสอบถามผู้รับบริการปีละ 1- 2 ครั้ง

ลูกค้าภายใน

ฝ่าย / หน่วยงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
ผู้ป่วย	มีเครื่องมือพร้อมสำหรับทำหัตถการต่างๆ
หน่วยงานในโรงพยาบาล	เครื่องมือสะอาด ไม่มีสิ่งแปลกปลอมในห่อเครื่องมือ เครื่องมือเพียงพอเสมอในการทำงานในภาวะปกติ และในภาวะมีปริมาณผู้รับบริการเพิ่มขึ้น

ลูกค้าภายนอก

กลุ่มผู้รับบริการ	ความต้องการของผู้รับผลงาน
เครื่องข่ายรพ.สต.	การให้บริการเป็นกันเอง เป็นมิตร มีระบบให้บริการที่ง่ายและสะดวกในการแลกเปลี่ยนเครื่องมือ ประสานงานได้ง่าย มีเครื่องมือใช้เพียงพอ

ความต้องการการประสานงานภายในที่สำคัญ

หน่วยงานที่ต้องการประสานงาน	ความต้องการการประสานงาน
หน่วยงานในโรงพยาบาล	ดูแลบริเวณจัดเก็บเครื่องมือให้เป็นสัดส่วนและสะอาด มีการจัดการเครื่องมือที่ดี FIFO เครื่องมือ
เครื่องข่ายรพ.สต.	มีการจัดส่ง-รับเครื่องมือที่เป็นระบบ การจัดการเครื่องมือถูกต้องตามหลักการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ดูแลบริเวณจัดเก็บเครื่องมือให้เป็นสัดส่วนและสะอาด มีการจัดการเครื่องมือที่ดี FIFO เครื่องมือป้องกันเครื่องมือหมดอายุ

ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน:

สถิติบริการ	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559
จำนวนเครื่องมือที่ต้องล้างทำความสะอาดเฉลี่ย ชิ้น/วัน	900 ชิ้น/วัน	750 ชิ้น/วัน	750 ชิ้น/วัน	975 ชิ้น/วัน
จำนวนท่ออุปกรณ์ที่ต้องหีบห่อทำให้ปราศจากเชื้อด้วยการอบไอน้ำเฉลี่ยเฉลี่ย ชุด/วัน	130 ชุด/วัน	140 ชุด/วัน	300 ชุด/วัน	420 ชุด/วัน
จำนวนเครื่องสายที่ทำปราศจากเชื้อโดยอบแก๊ส EO เฉลี่ย ชุด/วัน	45 ชุด/วัน	35 ชุด/วัน	50 ชุด/วัน	55 ชุด/วัน

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ (Key Quality Issues): เครื่องมือ/อุปกรณ์ทางการแพทย์ สะอาด ปราศจากเชื้อ ถูกต้อง ทันเวลา เพียงพอ ได้มาตรฐาน

ความท้าทายและความเสี่ยงที่สำคัญ:

งานจ่ายกลางซึ่งยึดหลักการทำความสะอาดและทำปราศจากเชื้อเครื่องมืออย่างถูกต้องตามแนวทางด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อให้แก่ทุกหน่วยงานในรพ.และเครือข่าย สำหรับการพัฒนาการดูแลเครื่องมือในเครือข่าย และการพัฒนางานจ่ายกลาง ใช้การทำ CQI ที่สอดคล้องกับปัญหาที่พบ ปีงบประมาณ 2559 ยังพบปัญหาจากการดำเนินการที่ต้องการแก้ไขได้แก่

1. เครื่องมือไม่พร้อมใช้ จากของซีลมีสิ่งแปลกปลอม และท่ออุปกรณ์บรรจุของซีลแยก
2. อุปกรณ์เครื่องมือไม่สะอาด
3. การจัดการเครื่องมือปราศจากเชื้อในหน่วยบริการไม่ถูกต้อง
4. เครื่องผ้าไม่เพียงพอใช้งาน
5. อุปกรณ์บุคลากรถูกของมีคมปนเปื้อนที่มตาจากการปฏิบัติงานเครื่องมือทันตกรรมติดไปกับผ้าหีบห่อเครื่องมือเสี่ยงทำให้ที่มตาเจ้าหน้าที่

ความเสี่ยงที่สำคัญ:

1. ห่อ set ไม่ถูกต้อง
2. การสนับสนุนเครื่องมือไม่เพียงพอ
3. บุคลากรถูกของมีคมปนเปื้อนที่มำจากการปฏิบัติงาน

ศักยภาพและข้อจำกัดในด้านผู้ปฏิบัติงาน เครื่องมือ เทคโนโลยี :

ด้าน	ศักยภาพ	ข้อจำกัด
ผู้ปฏิบัติงาน	จำนวน 7 คน เพียงพอต่อการให้บริการตามกระบวนการ และปริมาณงานในปัจจุบันที่เพิ่มขึ้น Productivity = 110 (เกณฑ์ 95 – 105)	บางครั้งหากบุคลากรหยุดพร้อมกัน 2 คน ภาระงานหนัก ไม่มีบุคลากรสำรอง
เครื่องมือ	มีเครื่องอบไอน้ำใช้ไฟฟ้า 2 เครื่อง , เครื่องอบไอน้ำใช้แก๊ส จำนวน 1 เครื่อง , เครื่องอบแก๊ส EO 1 เครื่อง ซึ่งยังใช้งานได้ดีและได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากบริษัทผู้ผลิต , มีเครื่องทดสอบ spore test ระบบไอน้ำ 1 เครื่อง และ ระบบ EO 1 เครื่อง , เครื่องปรับอากาศสำหรับควบคุมอุณหภูมิในห้องเก็บเครื่องมือปราศจากเชื้อเปิดตลอด 24 ชม. , มีเครื่องอบแห้งสายยาง 2 , เครื่องล้างระบบ ultrasonic 1 เครื่อง ซึ่งพอเพียงต่อการให้บริการ - ส่วนอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ซึ่งใช้หมุนเวียนในโรงพยาบาลและเครือข่าย มีความเพียงพอในการใช้งานเนื่องจากการสำรวจ จัดซื้อ และส่งซ่อมต่อเนื่องทุกปี	-เครื่องอบแก๊สมีเครื่องเดียว หากเสียจะทำให้อุปกรณ์สายยางไม่สามารถทำปราศจากเชื้อได้ -ผ้าจากงานซักฟอกมักมาไม่ทันกับกระบวนการทำงาน และผ้าสะอาดไม่เพียงพอในการหมุนเวียนมาทำห่อเครื่องมือ sterile
เทคโนโลยี	มีโปรแกรมจ่ายกลางซึ่งช่วยในการจัดทำรายงาน และนำข้อมูลมาใช้ในการปฏิบัติเรียกคืนเครื่องมือกลับ ซึ่งระบบได้รับการดูแลและแก้ไขทางระบบอินเตอร์เน็ต	

ประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

1. การส่งเสริมสุขภาพเจ้าหน้าที่
 - 1) จัดซื้ออุปกรณ์ป้องกันตนเองที่จำเป็นเพื่อใช้ในการปฏิบัติงาน เช่น แว่นตา, หน้ากาก R95 ใช้ในการทำงานเครื่องอบแก๊ส EO , ที่อุดหูลดเสียงดังเป็นต้น
 - 2) ดูแลให้ได้วัคซีนจำเป็นเช่น HBV , dT
 - 3) การส่งเสริมสุขภาพเจ้าหน้าที่ บุคลากรเข้าร่วมการตรวจสุขภาพประจำปี และการตรวจสมรรถภาพทางกาย และเข้าร่วมประชุมด้านอาชีวอนามัยที่รพ.จัดขึ้น

วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด การพัฒนา:

1)ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ/ ความท้าทายที่สำคัญ	2)เป้าหมาย/วัตถุประสงค์	3)ตัวชี้วัดและผลลัพธ์(Link)	4)กิจกรรมพัฒนา (Link)
1.สะอาด	มีการล้างอุปกรณ์อย่างถูกวิธี และเหมาะสมกับลักษณะ อุปกรณ์จนสะอาด ไม่มีคราบ	- อุบัติการณ์เครื่องมือไม่สะอาด < 1 : 1,000 set ผลลัพธ์ = 0.02: 1,000 set	- ทดสอบ Clean test
2.ปราศจากเชื้อ	เครื่องมือทางการแพทย์ ได้รับการทำปราศจากเชื้อ อย่างถูกต้องตามมาตรฐาน - ด้านเชิงกล - ด้านเคมี - ด้านชีวภาพ	- อัตราการทดสอบทางเคมีภายใน /ภายนอก ไม่ผ่าน เกณฑ์ 0 : 1,000 set ผลลัพธ์ = 0 - จำนวนครั้งการตรวจสอบทางชีวภาพให้ผลเป็นบวก เท่ากับ 0 - ไม่มีอุบัติการณ์เครื่องมือทำปราศจากเชื้อที่ให้ผล spore test positive ถูกใช้กับผู้รับบริการ - การตรวจสอบ Bowie dick ผ่านเกณฑ์ 100 % - การตรวจสอบทางกลไกเครื่องอบไอน้ำ ผ่านเกณฑ์ 100 %	
3.ถูกต้อง	เครื่องมือทางการแพทย์ ได้รับการหีบห่อ และจัดส่ง อย่างถูกต้อง	- อุบัติการณ์เครื่องมือไม่พร้อมใช้ (set เครื่องมือ เปียกชื้น / ความผิดพลาดในการบรรจุหีบห่อ / มีสิ่ง แปลกปลอมใน set เครื่องมือ) 0 : 1,000 set ผลลัพธ์ = 0.1 : 1,000 set	- เน้นย้ำการจัด Set ตามแนวทาง และการตรวจสอบโดยแยกผู้ปฏิบัติ ทำสมุดคู่มือการหีบห่อให้ครอบคลุม การจัด Set ผ้าเพื่อให้ปฏิบัติได้ถูกต้อง

1)ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ/ ความท้าทายที่สำคัญ	2)เป้าหมาย/วัตถุประสงค์	3)ตัวชี้วัดและผลลัพธ์(Link)	4)กิจกรรมพัฒนา (Link)
4.ทันเวลา	เครื่องมือทางการแพทย์ ปราศจากเชื้อได้รับการจัดส่ง ที่หน่วยบริการอย่างทันเวลา	อุบัติการณ์การส่งเครื่องมือล่าช้า 3 ครั้ง / ปี ผลลัพธ์ ไม่มีอุบัติการณ์	
5.เพียงพอ	หน่วยบริการได้รับเครื่องมือ ทางการแพทย์ปราศจากเชื้อ เพียงพอ พร้อมใช้	- อุบัติการณ์สนับสนุน เครื่องมือไม่เพียงพอ 3 ครั้ง / ปี อุบัติการณ์เครื่องมือไม่เพียงพอ ผลลัพธ์ = 3 ครั้ง	- ประสานงานซัพพลายเพื่อให้อุปกรณ์ ห่อ set เพิ่ม เพราะประสบปัญหาผ้า ห่อ Set ไม่เพียงพอทำให้ไม่สามารถ หีบห่อเครื่องมือได้ - ตรวจสอบจำนวนเครื่องมือสำรองให้ มีพร้อมใช้ และจัดทำเพิ่มตามจำนวน ความต้องการของหน่วยงาน
6.ได้มาตรฐาน	กระบวนการทำลายเชื้อและ ทำให้ปราศจากเชื้อถูกต้อง ตามแนวทาง IC	- การนำแนวทางการทำปราศจากเชื้อจากสมาคม ศูนย์กลางงานปราศจากเชื้อแห่งประเทศไทย และ APSIC (Asia Pacific Society Of infection Control) มาปรับมาตรฐานการปฏิบัติงาน - อัตราการปฏิบัติตามมาตรฐานแนวทางปฏิบัติ หน่วยงานจ่ายกลางของบุคลากร > 95% ผลลัพธ์ = 96.5%	- แจงอุบัติการณ์และเน้นย้ำการปฏิบัติ ตามแนวทางในการประชุมทุกเดือน เช่นการแต่งกายสวม PPE เหมาะสม

แผนภูมิกระบวนการทำงาน

กระบวนการ	ความเสี่ยงที่พบ/หรืออาจเกิด	แนวทางป้องกัน	ผลลัพธ์			
			เป้าหมาย 59	57	58	59
การรับอุปกรณ์/ เครื่องมือที่ใช้แล้ว	บุคลากรปฏิบัติตามมาตรฐาน แนวทางปฏิบัติหน่วยงานจ่าย กลางไม่ถูกต้อง เช่นไม่สวม แว่นตาขณะล้างเครื่องมือ	1. เน้นย้ำหลักการปฏิบัติตามหลัก IC ในหน่วยงานจ่ายกลาง 2. ชี้แจงผลการดำเนินงานตาม แนวทาง และจัดหา PPE ที่ เหมาะสมในการใช้งาน	- อัตราการปฏิบัติตามมาตรฐาน แนวทางปฏิบัติหน่วยงานจ่ายกลาง ของบุคลากร > 95%	95.4	96.3	96.5
การทำความสะอาด อุปกรณ์	อุปกรณ์เครื่องมือไม่สะอาด	- หน่วยงานได้พัฒนาการล้าง เครื่องอย่างต่อเนื่อง มี WI การ ล้างเครื่องมือและหน่วยงานได้ ตระหนักและตรวจสอบความ สะอาดสม่ำเสมอ	- อุปกรณ์เครื่องมือไม่สะอาด < 0 : 1,000 ชิ้น	0.01: 1,000	0.02: 1,000	0.02: 1,000
การหีบห่อเครื่องมือ	พบอุปกรณ์ set เครื่องมือไม่ ใส่ Comply test , การติดชื่อ เครื่องมือผิดพลาด และพบ กรรไกรไม่คม	1. เน้นย้ำหลักการปฏิบัติตาม WI การบรรจุหีบห่อเครื่องมือ 2. ตรวจสอบประสิทธิภาพการใ้ งานอุปกรณ์ทางการแพทย์ได้แก่ Clamp, กรรไกร, forceps, Needle Holder อย่างสม่ำเสมอ และคัดแยกอุปกรณ์ชำรุดเพื่อส่ง ซ่อมต่อไป	- อุปกรณ์เครื่องมือไม่พร้อมใช้ (set เครื่องมือเบี่ยงขึ้น / ความ ผิดพลาดในการบรรจุหีบห่อ / มีสิ่ง แปลกปลอมใน set เครื่องมือ) 0 : 1,000 set	0.08 : 1,000	0.01 : 1,000	0.1 : 1,000

กระบวนการ	ความเสี่ยงที่พบ/หรืออาจเกิด	แนวทางป้องกัน	ผลลัพธ์			
			เป้าหมาย59	57	58	59
การทำให้ปราศจากเชื้อ	เสี่ยงต่อการทำปราศจากเชื้อไม่สมบูรณ์ เครื่องมือปนเปื้อนถึงผู้รับบริการ	ตรวจสอบการทำปราศจากเชื้อใน 3 ด้าน - เชิงกล - เคมี - ชีวภาพ	- อัตราการทดสอบทางเคมีไม่ผ่านเกณฑ์ 0:1,000 set - จำนวนครั้งการตรวจสอบทางชีวภาพให้ผลเป็นบวกเท่ากับ 0 - อุบัติการณ์เครื่องมือทำปราศจากเชื้อที่ให้ผล spore test positive ถูกใช้กับผู้รับบริการเท่ากับ 0 - ความผิดพลาดทางกลไกเครื่องอบไอน้ำ เท่ากับ 0	0	0	1
แจกจ่าย	ไม่พบอุบัติการณ์การส่งเครื่องมือล่าช้า หรืออุบัติการณ์ส่งผิดตึก	ปฏิบัติตามแนวทางอย่างเคร่งครัด และควรจัดส่งเครื่องมือในรอบเช้า ก่อน 8.45 น. เพื่อให้หน่วยบริการมีเครื่องมือใช้งานเพียงพอ	อุบัติการณ์การส่งเครื่องมือล่าช้า และส่งผิดตึกไม่เกิน 3 ครั้ง / ปี	1	0	0

กิจกรรมทบทวนคุณภาพ

กิจกรรมที่ 5. การค้นหาและป้องกันความเสี่ยง จำนวนครั้งของการทบทวน3..... ครั้ง

No.	เรื่องที่ทบทวน/ประเด็นการทบทวน	ปัญหาการแก้ไขและการดำเนินการ	ผลการดำเนินการ
1.	การติดตามความสะอาดเครื่องมือ	ประเด็นคุณภาพงานจ่ายกลาง	- NEAR MISS 2 ครั้ง
2.	การติดตามพร้อมใช้เครื่องมือ	ประเด็นคุณภาพงานจ่ายกลาง	- ยังไม่พบอุบัติการณ์
3.	เครื่องมือของซิลมีสิ่งแปลกปลอม	1.ตรวจสอบการจัด set ประจำวันโดยเจ้าหน้าที่ 2.ตรวจสอบการซ้ำประจำวันโดยผู้จัดส่ง	- ยังไม่พบอุบัติการณ์ และ NEAR MISS
4.	ห่ออุปกรณ์ชำรุด ของซิลแยก	1.ตรวจสอบการจัด set ประจำวันโดยเจ้าหน้าที่ 2.ตรวจสอบการซ้ำประจำวันโดยผู้จัดส่ง	ยังไม่พบอุบัติการณ์ จากการทบทวนซึ่งเกิดเครื่องซิลของ แถบซิลชำรุดใหม่ เมื่อซิลจนท.จึงใช้เวลาน้อยเพราะรอยใหม่จะติดที่แถบ แนวทางแก้ไขปี 2559 1.ส่งซ่อมเปลี่ยนผ้าแถบเครื่องซิลจำนวน 2 เครื่อง 2.ขอจัดซื้อเครื่องซิลของใหม่ชนิด 4 แถบเพื่อให้ติดแน่นยิ่งขึ้น 1 เครื่อง 3.ตรวจสอบประจำวันโดยผู้จัดส่ง อย่งถี่ถ้วนสม่ำเสมอก่อนส่ง เพราะของแยกอาจเกิดในระหว่างทำลายเชื้อ และจัดเก็บได้

กิจกรรมที่ 6. การป้องกันและเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลจำนวนครั้งของการทบทวน4..... ครั้ง

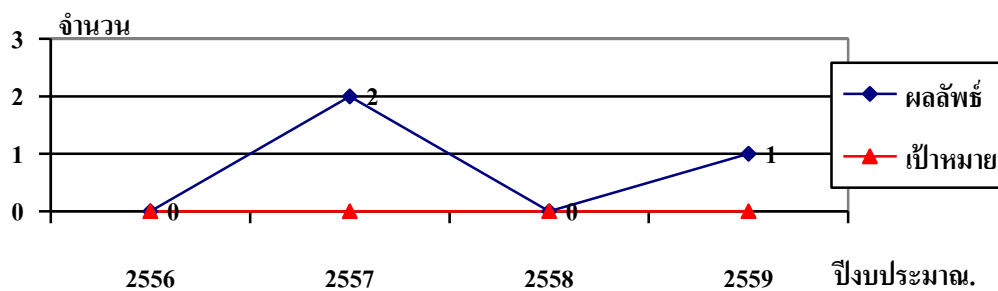
ลำดับที่	เรื่องที่ทบทวน/ประเด็นการทบทวน	ปัญหาการแก้ไขและการดำเนินการ	ผลการดำเนินการ
1.	จนท.ผู้ปฏิบัติไม่สวม PPE	1. จัดซื้อ PPE ที่ใส่ง่าย ไม่มัว และเน้นย้ำการดูแล ความสะอาดอุปกรณ์ไม่ให้ยับขึ้น 2. เน้นย้ำการปฏิบัติตามแนวทาง IC 3. ติดตามประเมินการปฏิบัติสม่ำเสมอ	- ยังพบการละเลยการปฏิบัติ
2.	พบเครื่องมือทันตกรรมติดไปกับผ้าหีบ ห่อเครื่องมือเสี่ยงทำให้ทีมดำเจ้าหน้าที่	1. เน้นย้ำการปฏิบัติตามแนวทาง IC 2. ติดตามประเมินการปฏิบัติสม่ำเสมอ	พบอุบัติการณ์อีก 3 ครั้ง ภายหลังทราบว่ามีผ้าจัดส่ง จากงานทันตกรรมโดยตรงไปงานซักฟอกไม่ผ่าน Supply เซ็นกัน จึงประสานทันตกรรมตรวจสอบ เครื่องมือก่อนส่งผ้า → ไม่พบอุบัติการณ์
3.	ไม่ล้างมือก่อนหยิบจับเครื่องมือ sterile	1. เน้นย้ำการปฏิบัติตามแนวทาง IC 2. ติดตามประเมินการปฏิบัติสม่ำเสมอ	- ยังพบการละเลยการปฏิบัติ เน้นย้ำความสำคัญ
4.	ไม่ระบุน้ำเปิดใช้ น้ำยาทำลายเชื้อ (alcohol)	1. เน้นย้ำการปฏิบัติตามแนวทาง IC 2. เวน Dam ติดตามประเมินการปฏิบัติสม่ำเสมอ	- ยังพบการละเลยการปฏิบัติ เน้นย้ำความสำคัญ
5.	พื้นที่รับเครื่องมือปนเปื้อนอยู่ติดลาน ล้างจาน	1. แก้ไขแปลนรับเครื่องมือ ให้เป็นส่วนปิดมิดชิด	- อยู่ในระหว่างดำเนินการ

ตัวชี้วัด

No	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปี 2556	2556	2557	2558	2559	
1.	ได้ตามมาตรฐาน IC / CSSD	จำนวนครั้งของเจ้าหน้าที่สัมผัสเลือด สารคัดหลั่ง ของมีคมเป็นอันเลือด ทิ่มตำ และบาดเจ็บจากการปฏิบัติงาน	< 1 ครั้ง / ปี	0	2	0	1
2.		อัตราการปฏิบัติตามมาตรฐานแนวทางปฏิบัติหน่วยงานจ่ายกลาง	> 95%	96	95.4	96.3	96.5
3.		จำนวนครั้งการตรวจสอบตัวบ่งชี้ทางเคมี Bowie dick test ให้ผลไม่ผ่าน	0	0	0	0	0
4.		จำนวนครั้งเครื่องหนึ่งและเครื่องอบแก๊สไม่ผ่านเกณฑ์ทางกลไก	0	1	0	0	0
5.		จำนวนห่อเครื่องมือ Re-sterile	< 30	36	5	3	4
6.	สะอาด	อุบัติการณ์เครื่องมือไม่สะอาด	1 : 1,000 set	0.02: 1,000	0.01: 1,000	0.02: 1,000	0.02: 1,000
7.	ปราศจากเชื้อ	อัตราการทดสอบทางเคมีไม่ผ่านเกณฑ์	0 : 1,000 set	0	0	0	1
8.		จำนวนครั้งการตรวจสอบทางชีวภาพให้ผลเป็นบวก	0	0	0	0	0
9.		อุบัติการณ์เครื่องมือทำปราศจากเชื้อที่ให้ผล spore test positive ถูกใช้กับผู้รับบริการ	0	0	0	0	0
10	ถูกต้อง	อุบัติการณ์เครื่องมือไม่พร้อมใช้ (set เครื่องมือเปียกชื้น / ความผิดพลาดในการบรรจุหีบห่อ / มีสิ่งแปลกปลอมใน set เครื่องมือ)	0 : 1,000 set	0.1: 1,000	0.08: 1,000	0.1: 1,000	0.1: 1,000
11	ทันเวลา	อุบัติการณ์การส่งเครื่องมือล่าช้า และส่งผิดตึก	3 ครั้ง / ปี	0	1	0	0
12	เพียงพอ	อุบัติการณ์สนับสนุน เครื่องมือไม่เพียงพอ	3 ครั้ง / ปี	3	2	1	3
13	QA	มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ / CQI / นวัตกรรม	1 เรื่อง / ปี	1	1	1	2

1. จำนวนอุบัติเหตุที่พบเครื่องมือทันตกรรมติดไปกับผ้าหือหือเครื่องมือ ทำให้เกิดอุบัติเหตุที่มตำเจ้าหน้าที

- พบการจัดการวัสดุแหลมคมปนเปื้อนไม่ถูกต้อง โดยงานทันตกรรมจะทิ้งเข็มใช้แล้วใน Set เครื่องมือที่ใช้แล้ว หือและนำมาทิงที่งานจ่ายกลาง ซึ่งเมื่อมีการคัดแยกทำให้เกิดอุบัติเหตุที่มตำบุคลากรที่ล้างและคัดแยกเครื่องมือ



การปรับปรุง

- ขอปรับปรุงการจัดการของแหลมคมโดยให้คัดแยกทิงวัสดุแหลมคมปนเปื้อนหลังปฏิบัติการดูแลรักษาทุกรายที่หน่วยงานทันตกรรม และเครื่องมือแหลมคมสามารถนำคัดแยกที่งานจ่ายกลางได้

ผลการดำเนินการ

- หลังพบอุบัติเหตุ เดือน ต.ค. 2559 แล้วมีการปรับปรุงแนวทางจัดการวัสดุแหลมคมปนเปื้อนยังไม่พบอุบัติเหตุในปีงบประมาณ 2560
- การจัดการวัสดุแหลมคมปนเปื้อนถูกต้องตามกระบวนการ ถูกต้องตามหลักการ IC ร้อยละ 100
- เน้นย้ำการปฏิบัติตามแนวทาง IC

กิจกรรมพัฒนาคุณภาพปี 2557 – 59

1. ชื่อผลงาน/โครงการพัฒนา :
การบริหารผ้าจำหน่ายเพื่อความคุ้มค่า ลดค่าใช้จ่าย และเพิ่มความปลอดภัย
2. คำสำคัญ : การทบทวนการใช้ทรัพยากร , 12 กิจกรรม , งานจ่ายกลาง
3. สรุปผลงานโดยย่อ
งานจ่ายกลาง นำผ้าห่อ Set ชำรุด เช่นเป็นรู หรือเป็นอื่น สิ่งสกปรกจนซักไม่ออก ซึ่งเป็นผ้าที่ไม่สามารถนำกลับมาใช้ห่อ Set ได้นำกลับมา Recycle. ไปผลิตเป็นผ้าห่อ Set ขนาดเล็กเพื่อห่อ Set เซ็ดตาสะอาด และ Syringe Sterile เพื่อลดการสั่งซื้อผ้าห่อ Set ขนาดเล็กในปีถัดไป และผลิตเป็นผ้าห่มวัสดุแหลมคม ทำให้วัสดุแหลมคมไม่แทงทะลุผ้าห่อ Set จนทำให้เป็นรูเพื่อให้ Set ยังคงการปราศจากเชื้อก่อนถึงผู้ป่วย และเกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วย
4. ชื่อและที่อยู่องค์กร : งานจ่ายกลาง โรงพยาบาลกันตัง
5. สมาชิกทีม :
 1. นายกษิตติศ กิมเจียง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
 2. นางธนวรรณ สุนทรนนท์ ผู้ช่วยเหลือคนไข้
6. เป้าหมาย :
 - 6.1 ปรับปรุงประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรให้เกิดความคุ้มค่า
 - 6.2 ลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลในการจัดซื้อผ้า
 - 6.3 Set ยังคงการปราศจากเชื้อก่อนถึงผู้ป่วย เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย
7. ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ :
งานจ่ายกลางมีผ้าห่อ Set ชำรุดเช่นเป็นรู หรือเป็นอื่นสิ่งสกปรกจนซักไม่ออก ประมาณ 100-150 ผืน/ปี ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากวัสดุแหลมคมซึ่งอยู่ใน Set เครื่องมือ ซึ่งมีผลกระทบต่อจำนวนผ้าห่อ Set ทำให้มีปริมาณลดลงไม่เพียงพอ ต้องสั่งซื้อเพิ่มขึ้นทุกปี และเมื่อผ้าห่อ Set เป็นรู จะทำให้มีผลกระทบต่อผู้ป่วยได้ เนื่องจากเครื่องมือหมดความปราศจากเชื้อไป
8. กิจกรรมการพัฒนา :
 - 8.1 นำไปตัดส่วนเป็นรูออก แล้วผลิตเป็นผ้าห่อ Set ขนาดเล็กเพื่อห่อ Set เซ็ดตาสะอาด และ Syringe Sterile เพื่อลดการสั่งซื้อผ้าห่อ Set ขนาดเล็กในปีถัดไป
 - 8.2 นำผ้าชำรุดไปผลิตเป็น ผ้าห่มวัสดุแหลมคมเพื่อใส่ใน Set ทำให้วัสดุแหลมคมไม่แทงผ้าห่อ Set ทะลุ จนทำให้เป็นผ้าชำรุด และเกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยจาก Set ไม่ปราศจากเชื้อ
 - 8.3 เศษผ้าสามารถนำมาทำผ้าเช็ดมือแบบใช้แล้วทิ้งได้ที่หน่วยงานดังรูป

การบริหารผ้าจำหน่ายเพื่อความคุ้มค่า ลดค่าใช้จ่าย และเพิ่มความปลอดภัย

เป็นรูป



มีคราบ



เปื้อนสิ่งสกปรกซักไม่ออก



นำมาตัดแบ่งผ้าเพื่อนำไป Recycle



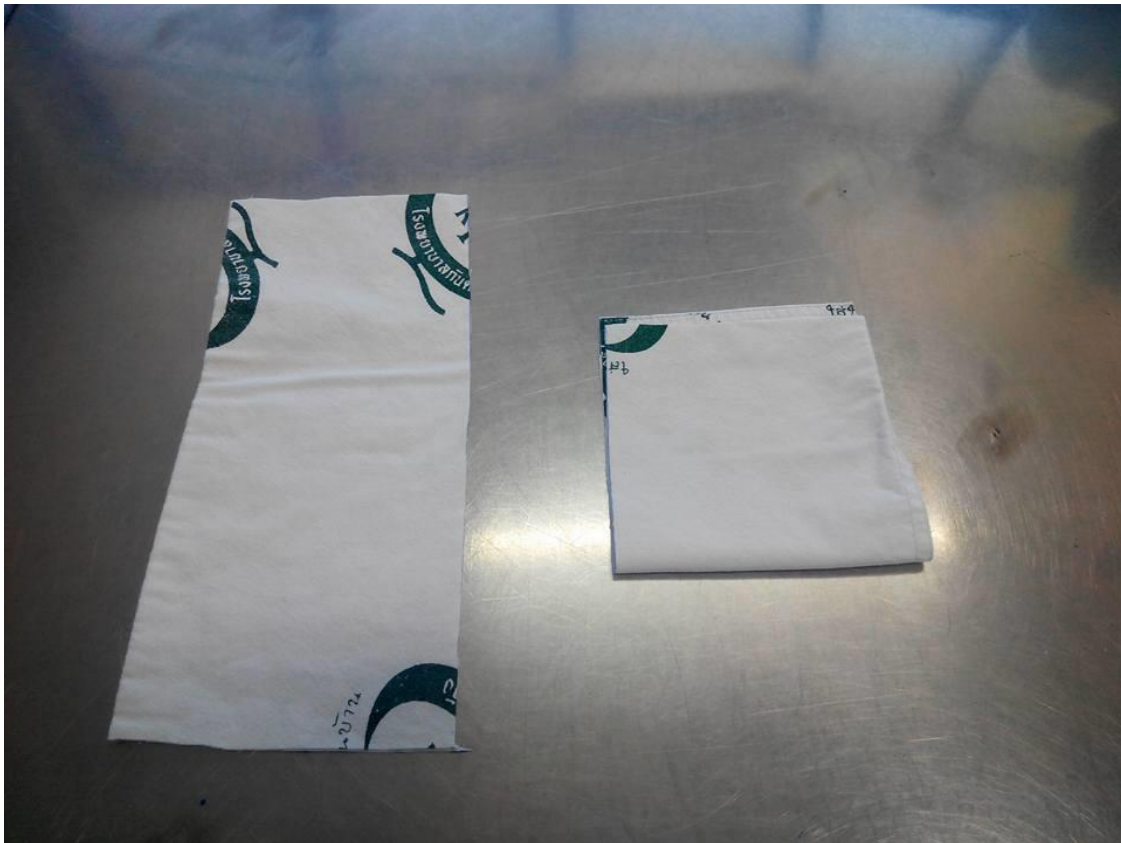
นำไปตัดเย็บได้ผ้าหุ้มวัสดุแหลมคม



ผลิตเป็นผ้าห่อ Set ขนาดเล็กไม่ต้องสั่งซื้อ



- และเศษผ้าที่เหลือสามารถนำมาทำผ้าเช็ดมือแบบใช้แล้วทิ้ง



9. การเปลี่ยนแปลง

- 9.1 ไม่ต้องสั่งซื้อผ้าห่อ set ขนาดเล็กซึ่ง(ที่ผ่านมามีต้องสั่งซื้อทุกปี) ในปีงบประมาณ 2559
- 9.2 ไม่ต้องสั่งซื้อผ้าห่มวัสดุแหลมคมที่ไว้ใส่ในห่อเครื่องมือต่างๆ เช่น Set ตรวจฟัน งานทันตกรรม (ที่ผ่านมามีต้องสั่งซื้อทุกปี) ในปีงบประมาณ 2559 เพื่อป้องกันการแทงทะลุฉีกขาดของผ้าห่อ Set ที่ยังสภาพดี และคงความปราศจากเชื้อจนถึงเมื่อให้บริการกับผู้ป่วย

10. บทเรียนที่ได้รับ

การดำเนินงาน 12 กิจกรรมทบทวน เป็นกระบวนการพื้นฐานที่หน่วยงานมักต้องปฏิบัติเพื่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในการดำเนินงานประจำ แม้เป็นกิจกรรมที่ง่ายๆ แต่ทำให้สามารถค้นหาโอกาสที่จะพัฒนาในขั้นตอนต่างๆ ของการปฏิบัติงาน และนำไปสู่การพัฒนางานให้ดีขึ้นได้

โครงการการจัดการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ในบริเวณรับส่งเครื่องมือปนเปื้อน งานจ่ายกลาง โรงพยาบาลก้นดง จ.ตรัง

ที่มา

สืบเนื่องจากโครงสร้างงานจ่ายกลางเดิม มีบริเวณรับเครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้แล้วจากหน่วยงานอื่น (Dirty Zone) ที่ด้านข้างของงานจ่ายกลาง ซึ่งเป็นบริเวณเปิดโล่งติดกับบริเวณล้างตากจาน ชาม และฝักของงานโภชนาการ ซึ่งในการตรวจประเมินความเสี่ยงด้าน ENV ในปี 2557-2558 เคยได้รับข้อท้วงติงเรื่องความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อระหว่างเครื่องมือปนเปื้อนและงานโภชนาการ รวมทั้งการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไม่ถูกต้องเหมาะสมทั้งในเจ้าหน้าที่งานจ่ายกลางและเจ้าหน้าที่ผู้รับส่งเครื่องมือ งานจ่ายกลางจึงพัฒนาการจัดการรับเครื่องมือปนเปื้อน เพื่อให้ถูกต้องตามหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้การจัดการอาคารสถานที่บริเวณ Dirty Zone ตามแนวทาง IC
2. เจ้าหน้าที่งานจ่ายกลางและเจ้าหน้าที่ผู้รับส่งเครื่องมือ ปฏิบัติได้ถูกต้องตามหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

ขั้นตอนการปฏิบัติ

1. ทบทวนหลักวิชาการ นำแนวทาง IC เพื่อวางแนวทางปฏิบัติ และวางแผนปรับปรุงโครงสร้างงานจ่ายกลาง
2. ชี้แจงแนวทางปฏิบัติแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ส่งเครื่องมือ และผู้ปฏิบัติงานจ่ายกลาง
3. เสนอโครงการปรับปรุงโครงสร้างแก่ผู้บริหาร
4. มีการติดตามกำกับการปฏิบัติตามแนวทางเพื่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

เป้าหมาย

1. พื้นที่การแบ่ง Zone งานจ่ายกลางถูกต้องตามหลักการ IC ร้อยละ 100
2. บุคลากรสามารถปฏิบัติตามแนวทาง IC ในการจัดการเครื่องมือปนเปื้อนและผ้าปนเปื้อนได้ถูกต้องตามแนวทาง IC > 85%

ผลการดำเนินการ

1. ปีงบประมาณ 2557

- พบการจัดการน้ำทั้งบริเวณรับส่งเครื่องมือไหลลงท่อน้ำทั่วไปไม่ลงระบบบ่อบำบัดน้ำเสีย และไม่มีอ่างล้างมือบริเวณ รับเครื่องมือปนเปื้อน

การปรับปรุง

- 1.1 ชี้แจงเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติในการจัดการทำความสะอาดโซนสกปรก ไม่ล้างน้ำทิ้งลงพื้น ใช้วิธีถูทำความสะอาด และอ่างล้างมือที่อ่างล้างมือที่จัดเตรียมไว้ให้

1.2 ขอปรับปรุงท่อน้ำทิ้งให้ไหลลงสู่ระบบบ่อบำบัด และจัดสร้างอ่างล้างมือภายนอกอาคารเพื่อสะดวกต่อการล้างมือหลังส่งเครื่องมือปนเปื้อน

ผลการดำเนินการ การปฏิบัติถูกต้องในบริเวณรับเครื่องมือปนเปื้อนถูกต้อง 100% ปรับปรุงท่อน้ำทิ้งให้ไหลลงสู่ระบบบ่อบำบัด และจัดสร้างอ่างล้างมือเสร็จสิ้นในปี 2558

2. ปิงบประมาณ 2558

- พบว่ามี หมาและแมว แพร่พันธุ์จำนวนมากในโรงพยาบาล และ จำนวนหนึ่ง อาศัยใกล้ๆ งานโภชนาการ เดินไปมาบริเวณที่รับเครื่องมือปนเปื้อน บางครั้งปีนป่าย โต๊ะรับเครื่องมือปนเปื้อน และไปปีนป่ายอ่างล้างจาน กินอาหารจากถาดอาหารผู้ป่วยซึ่งเก็บกลับมาจากหอผู้ป่วยที่งานโภชนาการ ซึ่งเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ
- พบอุบัติเหตุ เครื่องมือแหลมคมงานทันตกรรมติดไปกับฝ้างานทันตกรรมที่มตำ เจ้าหน้าทำงานทันตกรรมจำนวน 1 ราย
- พบเจ้าหน้าที่งานทันตกรรมใส่เสื้อคลุมมาส่งเครื่องมือปนเปื้อนแล้ว ใส่กลับหน่วยงานไปปฏิบัติงานต่อ

การปรับปรุง

- 2.1 ขอปรับปรุงบริเวณรับส่งเครื่องมือ ซึ่งเดิมโครงสร้างเปิดโล่ง ทำเป็นอาคารรับเครื่องมือปนเปื้อนซึ่งมีประตูปิดมิดชิด ป้องกันสัตว์เข้าถึง
- 2.2 ชี้แจงการปฏิบัติกับงานทันตกรรมให้เจ้าหน้าที่ส่งเครื่องมือ ถอดเสื้อคลุมส่งซักที่งานทันตกรรมเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อหลังส่งเครื่องมือปนเปื้อน
- 2.3 ทบทวนอุบัติเหตุกำหนดแนวทางปฏิบัติให้สะบัดผ้าทุกครั้งที่ตรวจนับเครื่องมือทันตกรรมเพื่อป้องกันเครื่องมือติดไปกับผ้าห่อ set

ผลการดำเนินการ

- การปรับปรุงสร้างอาคารรับเครื่องมือปนเปื้อนซึ่งมีประตูปิดมิดชิด ป้องกันสัตว์เข้าถึงกำลังดำเนินการในปี งบประมาณ 2559
 - ผู้ปฏิบัติงานทันตกรรมที่ส่งเครื่องมือ จัดการเสื้อหลังส่งเครื่องมือปนเปื้อนถูกต้อง ร้อยละ 95
 - ทบทวนอุบัติเหตุกำหนดแนวทางปฏิบัติให้สะบัดผ้าทุกครั้งที่ตรวจนับเครื่องมือทันตกรรมเพื่อป้องกันเครื่องมือติดไปกับผ้าห่อ set
- ปีงบประมาณ 2559 ไตรมาสที่ 1 : พบอุบัติเหตุ 2 ครั้ง ได้ทบทวนอุบัติเหตุกับเจ้าหน้าที่งานจ่ายกลางและเน้นย้ำการปฏิบัติ
- ปีงบประมาณ 2559 ไตรมาสที่ 2 : พบอุบัติเหตุ 1 ครั้ง ได้ทบทวนพบว่ามี การส่งผ้าใช้แล้วจากงานทันตกรรมจึงประสานงานทันตกรรมเน้นย้ำการตรวจสอบผ้า ไม่ให้มีเครื่องมือติดไปกับผ้า
- ปีงบประมาณ 2559 ไตรมาสที่ 3 : ไม่พบอุบัติเหตุ

3. ปีงบประมาณ 2559

งานจ่ายกลาง พบอุบัติเหตุการณ์ เข็มทิ่มตำ 1 ครั้ง โดยเมื่อหาสาเหตุพบว่า มีอุปกรณ์ แหลมคมติดมากับเครื่องมือทันตกรรม ซึ่งมีผลต่อบุคลากรในการปฏิบัติงาน ผลจากผลข้างเคียงของยา และถือเป็นความเสี่ยงที่สำคัญ เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อระหว่างเครื่องมือปนเปื้อนต่อบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน งานจ่ายกลางจึงร่วมกับงานทันตกรรม พัฒนาการจัดการอุปกรณ์แหลมคม เพื่อป้องกันอุบัติเหตุการณ์ และให้ถูกต้องตามหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้องาน IC

การปรับปรุง

- 3.1 ทบทวนอุบัติเหตุการณ์ ค้นหาสาเหตุ เพื่อวางแนวทางปฏิบัติ และวางแผนปรุงการจัดการวัสดุแหลมคม
- 3.2 ชี้แจงขอความร่วมมือ งานทันตกรรมในการจัดการอุปกรณ์แหลมคมปนเปื้อนอย่างถูกต้อง เหมาะสม
- 3.3 ชี้แจงแนวทางในการจัดการอุปกรณ์แหลมคมปนเปื้อนอย่างถูกต้องแก่บุคลากรในหน่วยงาน
- 3.4 มีการติดตามกำกับปฏิบัติตามแนวทางเพื่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

เป้าหมาย

- งานจ่ายกลางและงานทันตกรรมมีการจัดการวัสดุแหลมคมปนเปื้อนถูกต้องตามกระบวนการ ถูกต้องตามหลักการ IC ร้อยละ 100
- ไม่พบอุบัติเหตุการณ์เข็มทิ่มตำในการปฏิบัติงาน

ผลการดำเนินการ

สาเหตุ

- พบการจัดการวัสดุแหลมคมปนเปื้อนไม่ถูกต้อง โดยงานทันตกรรมจะทิ้งเข็มใช้แล้วใน Set เครื่องมือที่ใช้แล้ว ห่อและนำมาทิ้งที่งานจ่ายกลาง ซึ่งเมื่อมีการคัดแยกทำให้เกิดอุบัติเหตุการณ์เข็มทิ่มตำบุคลากรที่ล้างและตัดแยกเครื่องมือ

การปรับปรุง

- ขอปรับปรุงการจัดการของแหลมคมโดยให้คัดแยกทั้งวัสดุแหลมคมปนเปื้อนหลังปฏิบัติการดูแลรักษาทุกรายที่หน่วยงานทันตกรรม และเครื่องมือแหลมคมสามารถนำคัดแยกที่งานจ่ายกลางได้

ผลการดำเนินการ

- หลังพบอุบัติเหตุการณ์ เดือน ต.ค. 2559 แล้วมีการปรับปรุงแนวทางจัดการวัสดุแหลมคมปนเปื้อนยังไม่พบอุบัติเหตุการณ์ในปีงบประมาณ 2560
- การจัดการวัสดุแหลมคมปนเปื้อนถูกต้องตามกระบวนการ ถูกต้องตามหลักการ IC ร้อยละ 100
- เฝ้าระวังอุบัติเหตุการณ์ในการปฏิบัติงานในปีงบประมาณต่อเนื่อง ปี 2560