

เอกสารแบบประเมินตนเองตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น โรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี

มาตรฐานสำคัญจำเป็น	เป้าหมาย	ปี 2565	ปี 2566 (ต.ค.65- ธ.ค.66)	แบบประเมินตนเอง
อุบัติการณ์การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ ทั้งหมด/ระดับความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป	0	0	0	<p>ประเด็น : การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ</p> <p>สิ่งที่พัฒนา/แก้ไข : การใช้ Safe Surgery Checklist เป็นเครื่องมือช่วยตรวจสอบ แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ก่อนให้ยาระงับความรู้สึก (sign In) 2. ก่อนลงมีด (time out) 3. ก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด (sign out)
อุบัติการณ์การติดเชื้อ CAUTI/1,000 Cath. Days	< 1.5/1000	<2/1000 0.84	<1.5/100 0	<p>ประเด็น : การติดเชื้อ CAUTI/1,000 Cath. Days</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.วิธีปฏิบัติงานเรื่องแนวทางการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ 2.การใช้ BUNDLE of Care <p>สิ่งที่วางแผน/สิ่งที่ดำเนินการ : ทบทวน RCA พัฒนา CAUTI Bundle Checklist ปัญหาที่พบ คือ ผู้ป่วยไม่ได้รับการ flushing ไม่ได้ติดพลาสติกเพื่อยึดตรึงสายสวนท่อระบายปัสสาวะ สัมผัสพื้นและภาชนะเทปัสสาวะ ไม่มีแบบที่เป็นลายลักษณ์อักษรทำให้ดูแลไม่ครบตามแนวทางปฏิบัติ Plan จะต้องมีแนวทางการปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อลดอัตราการติดเชื้อ CAUTI จัดทำ CAUTI Bundle Checklist + QR Code ชี้แจงและใช้เครื่องมือนี้ในการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ ผลลัพธ์ คือ ไม่พบการติดเชื้อ CAUTI ตั้งแต่ ส.ค. 65- ธ.ค. 65</p> <p>มีการปฏิบัติตาม CAUTI Bundle Checklist ร้อยละ 96.05</p> <p>ผู้ป่วยได้รับการดูแล flushing ครบ 100%</p> <p>ส่วนที่ต้องพัฒนาคือ การติดพลาสติกเพื่อยึดตรึงสายสวน และการแขวนถุงปัสสาวะไม่สัมผัสพื้นติดพื้น</p>

มาตรฐานสำคัญจำเป็น	เป้าหมาย	ปี 2565	ปี 2566 (ต.ค.65- ธ.ค.66)	แบบประเมินตนเอง
<p>อุบัติการณ์ของบุคลากร ที่ติดเชื้อจากการทำงาน</p>	<p>0</p>	<p>5</p>	<p>0</p>	<p>ประเด็นปัญหา : บุคลากรติดเชื้อ COVID-19 จากการทำงาน ปี 2564 และ 2565 จำนวน 2 และ 5 ราย ตามลำดับ</p> <p>วิเคราะห์ พบว่า เกิดจากการให้บริการที่นานเกิน 60 นาที ในแต่ละครั้งและมีความต่อเนื่องของแต่ละกิจกรรม (บุคลากรใส่-ถอด PPE ถูกต้อง) เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ ไปใส่ที่ cohort ward ไม่ใช่ห้อง negative pressure วางแผน 1. ให้ใส่ท่อช่วยหายใจในห้อง Negative 2. ใช้ Portable X-ray 3. ติดระบบดูดอากาศใน cohort ward</p> <p>ในส่วนกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้กับบุคลากรในเรื่องดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เน้นการสวม PPE ตามกิจกรรมความเสี่ยง 2. ล้างมือ 3. จัดอบรมฟื้นฟูให้ความรู้ 1 ครั้ง/ปี 4. แนะนำการป้องกันโรคตามหนทางการแพร่กระจายเชื้อ airborne /droplet/ contact 5. กระตุ้นให้มีการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ 6. รณรงค์ให้ความรู้เมื่อมีการแพร่ระบาดของโรคตามฤดูกาล

มาตรฐานสำคัญจำเป็น	เป้าหมาย	ปี 2565	ปี 2566 (ต.ค.65- ธ.ค.66)	แบบประเมินตนเอง
จำนวนครั้งของการจ่ายยาที่ผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ	0	0	0	ประเด็น : ปี 2565 พบ near miss 4 ครั้ง IPD =2 OPD =2 ปี 2566 Q2 near miss 2 ครั้ง IPD=1 OPD = 1 ครั้ง วิเคราะห์ : 3 ครั้ง เป็นการสั่งยา Augmentin ในผู้ป่วยแพ้ penicillin และ amoxicillin สาเหตุ การบันทึกการแพ้ยาในเวชระเบียนยังไม่สมบูรณ์เป็นการพิมพ์ในประวัติไว้ สิ่งที่พัฒนา/แก้ไข : ทุกหน่วยงานช่วยแจ้งห้องยาเมื่อพบผู้ป่วยแพ้ยาประวัติไม่สมบูรณ์ การใช้ Alert card การใช้ prime question ถามทุกครั้ง แพ้ยาหรือไม่
Medication error with harms (level E up)	0	0	0	
อุบัติการณ์ Medication error : Prescribing*OPD	<1	1.16	1.23	ประเด็น : ผู้ป่วยได้รับยาที่จำเป็นไม่ครบถ้วนโดยผู้ป่วยที่มีผล electrolyte K+ ผิดปกติ ไม่ได้รับการแก้ K+ สิ่งที่พัฒนา/แก้ไข : การ POP-Alert ค่า K+ ที่ผิดปกติและมีค่าผล lab K+ ปรากฏในใบสั่งยาเพื่อ alert เกสซ์กรขณะพบทวนใบสั่งยา
อุบัติการณ์ Medication error : Prescribing*IPD	<5	0.95	1.14	

มาตรฐานสำคัญจำเป็น	เป้าหมาย	ปี 2565	ปี 2566 (ต.ค.65- ธ.ค.66)	แบบประเมินตนเอง
อุบัติการณ์ Medication error : Transcribing*OPD	<1	0.39	0.26	
อุบัติการณ์ Medication error : Transcribing*IPD	<5	2.38	3.42	
อุบัติการณ์ Medication error : Pre-dispensing*OPD	<2	1.3	1.08	
อุบัติการณ์ Medication error : Pre-dispensing*IPD	<10	9.4	7.69	
อุบัติการณ์ Medication error : Dispensing*OPD	<1	0.054	0.14	ประเด็น : พบ Error จากการจ่ายยาหลังห้องยาปิดที่ ER ปัญหาที่พบ จ่ายยาผิดปริมาณ วิธีใช้ยาไม่ชัดเจน สิ่งที่พัฒนา/แก้ไข : ปฏิบัติตามแนวทาง Independent doublecheck โดยพยาบาลคู่เวร
อุบัติการณ์ Medication error : Dispensing*IPD	<2	2.97	3.71	
อุบัติการณ์ Medication error :	<1	0.027	0.098	ประเด็น : อุบัติการณ์ ER บริหารยาผู้ป่วยผิดคน วิเคราะห์ : เป็นยาที่หยิบจากstock ER ไม่มีฉลากยา เรียกผู้รับบริการเข้ามาครั้งละ

Administration*OPD				หลายคน ขาดขั้นตอนpatient identification สิ่งที่พัฒนา/แก้ไข : Key ยาก่อนบริหารยา print ใบสั่งยาเพื่อใช้เป็นใบนำทางในการ ตรวจสอบความถูกต้อง ถูกชนิด ถูกคน(ระบบเดิมใช้การจำ)
มาตรฐานสำคัญจำเป็น	เป้าหมาย	ปี 2565	ปี 2566 (ต.ค.65- ธ.ค.66)	แบบประเมินตนเอง
อุบัติการณ์ Medication error : Administration*IPD	<5	1.29	1.71	ประเด็น : admin error IPD เพิ่มขึ้น error ที่พบมากที่สุดได้แก่ การให้ยาผิดเวลาและ ลืมให้ยา วิเคราะห์ : การจัดยาแบบunit day dose มียาหลายซองย่อยพบทยาไม่หมดทุกซองหรือทุกเม็ด สิ่งที่พัฒนา/แก้ไข : พยาบาลเจ้าของเคสตรวจสอบยาในรยาหลังบริหารยาแต่ละมือ เพื่อตรวจสอบซ้ำว่ามียาหลงเหลืออยู่หรือไม่ และห้องยาช่วยตรวจสอบซ้ำขณะจัดรยา
Medication error with harms (level E up)				สรุปการทบทวน RCA และสิ่งที่พัฒนา/แก้ไข : การนำระบบ IT มาใช้เพื่อป้องกัน ME ได้แก่ การ POP-Alert ค่าK+ ที่ผิดปกติและมีค่าผล lab K+ ปรากฏในใบสั่งยาเพื่อ alert เกสซ์กรขณะทบทวนใบสั่งยา การแสดงค่า e-GFR ครั้งล่าสุดของผู้ป่วยที่ฉลากยา ในยาที่ต้องปรับตามการทำงานของไตเพื่อ remind ผู้จ่ายยา การแสดงผล LAB K+ ที่ ฉลากยาKCL และ K+ exalate เพื่อช่วยยืนยันว่าผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับสภาวะ ของผู้ป่วย
อุบัติการณ์ของการ รายงานผล Lab หรือ Patho คลาดเคลื่อน	<0.1%	0.02%	0.03%	ประเด็น : รายงานผลการตรวจวิเคราะห์คลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริง สิ่งที่วางแผน/สิ่งที่ดำเนินการ : การรายงานผลคลาดเคลื่อนที่ตรวจพบคือการรายงานผล ค่า Co2 และ ค่า HbA1Cมีการทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้น พบว่าค่า Co2 ที่คลาดเคลื่อน เกิดจากเครื่องตรวจวิเคราะห์และจากการรายงานผลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบให้รอบคอบ จาก

มาตรฐานสำคัญจำเป็น	เป้าหมาย	ปี 2565	ปี 2566 (ต.ค.65- ธ.ค.66)	แบบประเมินตนเอง
				<p>เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ส่วนผล HbA1C เกิดจากวิธีการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ</p> <p>สรุปการทบทวน RCA และสิ่งที่พัฒนา/แก้ไข : การแก้ไขที่ตัวเครื่องตรวจวิเคราะห์ การรายงานผลคลาดเคลื่อนของค่า Co2 มีการตรวจสอบการทำงานของเครื่องตรวจ Electrolyte โดยเจ้าของเครื่องร่วมกับเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ พบว่าเกิดจากคราบไขมันที่เกาะอยู่ในสายยางในระบบของเครื่อง จึงล้างทำความสะอาด และแนะนำการล้างทำความสะอาดอย่างต่อเนื่อง และปัญหาการรายงานผลคลาดเคลื่อนค่า HbA1C เกิดจากวิธีปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ แก้ไขโดยการส่งตรวจในเครื่องตรวจวิเคราะห์ครั้งละ 3-5 รายและส่งงานด้วยวิธี urgent state การแก้ไขที่ระบบรายงานผล เจ้าหน้าที่คนที่ 1 ตรวจสอบผลจากเครื่องตรวจที่เชื่อมต่อกับระบบ LIS แล้วรายงานผล เจ้าหน้าที่คนที่ 2 ตรวจสอบผลและยืนยันผลจากระบบ LIS ไปยังระบบ HosXp</p>
จำนวนครั้งของการให้เลือด ผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด	0	0	0	<p>ประเด็น : ความสมบูรณ์ของระบบการให้เลือด</p> <p>สิ่งที่พัฒนา/แก้ไข : ทีม PCT ทบทวนระบบการให้เลือด พบว่าผู้ป่วยได้รับเลือดล่าช้า ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะ Respiratory Failure มีการเพิ่มเกณฑ์ ถ้า Hct < 18 % , Hb < 6 g/dl ต้องขอเลือดด่วน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับเลือดภายใน 4 ชั่วโมง</p> <p>สรุปการทบทวน RCA และสิ่งที่พัฒนา/แก้ไข : มีการ Update WP ระบบการให้เลือด ให้มีการบริหารคุณภาพและความปลอดภัยในระบบบริการโลหิต</p>

มาตรฐานสำคัญจำเป็น	เป้าหมาย	ปี 2565	ปี 2566 (ต.ค.65- ธ.ค.66)	แบบประเมินตนเอง
อุบัติการณ์ระบุตัวผู้ป่วย ผิดพลาด	0	9	5	ประเด็น : การระบุตัวผิดพลาด (ส่วนใหญ่มีระดับความเสี่ยง B และ C) สิ่งที่พัฒนา/ แก้ไข : การสร้างพันธะสัญญาให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับและทุกคนใช้ Patient Identify อย่างน้อย 2 ตัว และห้ามใช้คำถำมนำในการปฏิบัติงานในทุก Patient care process สรุปการทบทวน RCA และสิ่งที่พัฒนา/แก้ไข : กำหนดนโยบาย Zero Identify error เป็นเข็มมุ่งขององค์กรในปี 2566
อุบัติการณ์ Misdiagnosis or delay diagnosis จนเกิดความ รุนแรงระดับ E ขึ้นไป	0	9	0	ประเด็น : Patient assessment (diagnostic investigation , diagnosis) , Patient care delivery high risk patient and high risk service) สิ่งที่พัฒนา/แก้ไข : ควร Investigation สำหรับ case ที่มี severe vomiting , การส่งแพทย์อบรมเพื่อเรียนรู้การอ่าน film X-ray และการปฏิบัติตาม CPG ที่มีอยู่ , การกำหนดผู้ป่วยเสี่ยงสูง คือ ผู้ป่วยกลุ่มสูงอายุ และผู้ป่วย high risk pregnancy สรุปการทบทวน RCA และสิ่งที่พัฒนา/แก้ไข : Early and proper investigation ,ส่งบุคลากรอบรมพัฒนาศักยภาพ ,orientedแพทย์หมุนเวียนโดยประธานPCT , การปรับ CPG sepsis เพิ่ม lab lactate เป็น lab emergency เพื่อประกอบการตัดสินใจ early refer มีการปรับ CPG pre-eclampsia with severe features ให้หญิงตั้งครรภ์ที่GA >24wk BP>140/90mmHg ส่ง LRทุกรายและโทรปรึกษาแพทย์สูติกรรมก่อน Lab ออกกรณี SBP>160mmHgหรือDAP>110mmHg

มาตรฐานสำคัญจำเป็น	เป้าหมาย	ปี 2565	ปี 2566 (ต.ค.65- ธ.ค.66)	แบบประเมินตนเอง
อุบัติการณ์การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน undertriage ที่ R	0	4	1	<p>ประเด็น : Delayed dx.sepsis จากไม่ได้ส่งตรวจ lab ในเวรตึก</p> <p>สิ่งที่ต้องพัฒนา : ทบทวนการส่งตรวจlab 20.00-08.00น.ส่งได้ 6 รายการได้แก่ CBC electrolyte ซึ่งใช้วินิจฉัย sepsis</p>
				<p>ประเด็น : miss dx. Internal abdominal bleeding จากการทำ ultrasound ล่าช้า</p> <p>สิ่งที่พัฒนา/แก้ไข : ประเมินอาการผู้ป่วยเจ็บซ้ำ ทุก 15 นาที ในรายอาการฉุกเฉิน เพื่อตรวจเพิ่มเติมตามอาการเปลี่ยนแปลงที่ตรวจพบ</p>
				<p>ประเด็น : Delayed dx. STEMI จาก ไม่ได้ใช้แบบคัดกรองผู้ป่วย ACS</p> <p>สิ่งที่ต้องพัฒนา : นำแบบคัดกรองผู้ป่วยภาวะ ACS ไว้บริเวณโต๊ะ คัดกรองและทบทวนความรู้ เจ้าหน้าที่ ER,OPD</p>
				<p>ประเด็น : Delayed dx.STROKE จาก ไม่ได้ตรวจ cerebella sign ในผู้ป่วยที่มาด้วย เวียนศีรษะ</p> <p>สิ่งที่ต้องพัฒนา : สอนพยาบาล OPD ,ER ทราบวิธีการตรวจ cerebella sign ในผู้ป่วยเวียนศีรษะ ถ้าพบผลบวก ส่งพบแพทย์ทันที</p>