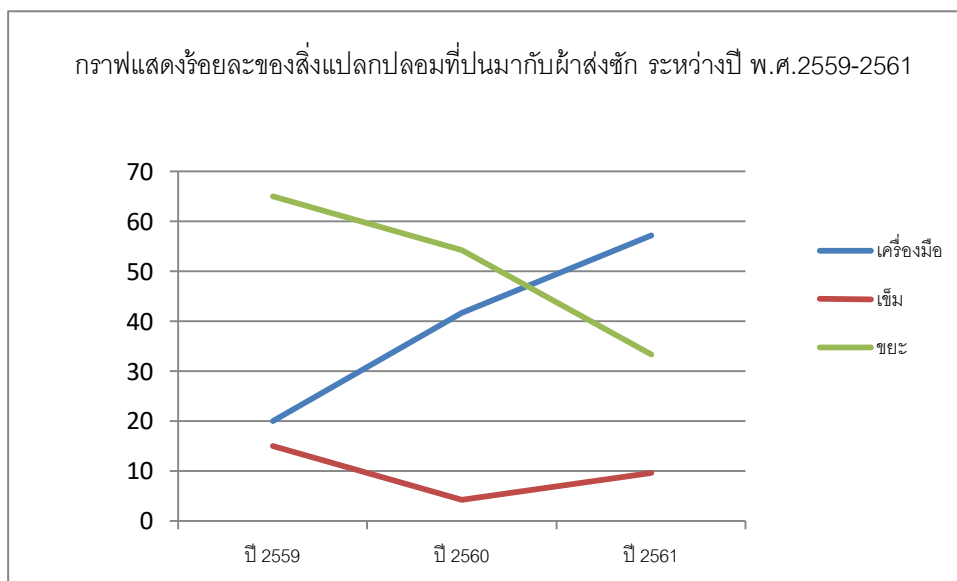


ชื่อผลงาน ลดสิ่งแปลกปลอมที่ปนมากับผ้าส่งซัก

คำสำคัญ / ประเด็น / ข้อความ เนื่องจากการปฏิบัติงานที่แผนกซักฟอก พบว่ามีสิ่งแปลกปลอมที่ปนมากับผ้าส่งซัก มีทั้งเครื่องมือทางการแพทย์ เข็ม ขยะ แพมเพริส ตลอดจนของใช้ส่วนตัวของมีค่า ซึ่งเมื่อเราเทียบระดับความรุนแรงด้านความเสี่ยงในแต่ละครั้ง พบว่าความเสี่ยงทั้งระดับเสี่ยงมาก ปานกลางและเสี่ยงน้อย ในส่วนของอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ติดลงมาอาจทำให้เครื่องมือเสียหาย เครื่องซักผ้า เครื่องอบผ้า เสียหายได้ ส่วนของมีคมหรือเข็มอาจทิ่มตำเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานและก่อให้เกิดการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานได้ นอกจากนี้ยังต้องเสียเวลา อัตราค่าล้าง งบประมาณทั้งน้ำยาต่างๆ ค่าไฟฟ้า ค่าน้ำ ต้องมีการนำผ้ากลับมาทำความสะอาดใหม่ ดังนั้นงานซักฟอกได้มีการปรับปรุงและทบทวนระบบร่วมกับหน่วยงานดังนี้

สรุปผลงานโดยย่อ

จากการเก็บข้อมูลและทำตามวงล้อ PDCA ตั้งแต่ปี 2559-2561



ชื่อและที่อยู่องค์กร หน่วยงานจ่ายกลางและซักฟอก

สมาชิกทีม

น.ส. บุญยีน ไชยเขต

น.ส. เสาวลักษณ์ จันทราววัฒน์

นางวราพร เพชรแก้ว

น.ส.สุภาพร วงศ์เสาร์

น.ส.วรรณพร ทองฉวี

เป้าหมาย เพื่อลดคลดถึงแปลกปลอมที่ปนมากับผ้าส่งซัก

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ

1. มีสิ่งแปลกปลอมปนมากับผ้าส่งซัก
2. ซักผ้าซ้ำ
3. เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติหน้าที่

วิเคราะห์หาสาเหตุ

1. ระบบการจัดการผ้าเปื้อนที่หอผู้ป่วยและหน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาล
 - มีหลายหน่วยงานที่มีการใช้ผ้าและต้องได้รับการจัดการผ้าเปื้อนให้ถูกต้อง ได้แก่ OPD ER LR OR IPD1 IPD2 ทันตกรรม เอกซเรย์ เป็นต้น
2. ด้านบุคลากร
 - ขาดการตรวจสอบอุปกรณ์และเก็บอุปกรณ์ให้ครบถ้วนก่อนนำผ้าลงถึงผ้าเปื้อน
 - มีความเร่งรีบในการทำหัตถการ และดูแลผู้ป่วย
 - ไม่ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการขยะ และของมีคมและการจัดการผ้าเปื้อนที่ถูกต้อง
3. ด้านสิ่งแวดล้อม / อุปกรณ์และสถานที่
 - ขาดป้ายสื่อสารให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบ / ป้ายไม่ชัดเจน
 - สื่อสารไม่ครอบคลุมที่จะให้ผู้ป่วยทิ้งขยะจำพวก แพมเพริส ในกลุ่มผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่ที่ใช้แพมเพริส
 - เพิ่มระบบการแนะนำผู้ป่วยและญาติเมื่อแรกรับที่ตึกผู้ป่วยใน / ห้องคลอด
 - ป้ายติด ประเภทถังผ้าเปื้อนเห็นไม่ชัดเจน เลอะเลือน

การดำเนินการแก้ไขปัญหารอบที่ 1 ปี 2559

1. ประชุมและแจ้งหัวหน้างานที่เกี่ยวข้องเพื่อวางระบบการจัดการผ้าเปื้อนให้ชัดเจน
 - จัดทำป้ายติดประเภทถังผ้าเปื้อนมาก / เปื้อนน้อยให้เห็นชัดเจน
 - เพิ่มระบบการแนะนำผู้ป่วยและญาติเมื่อแรกรับที่ตึกผู้ป่วยใน / ห้องคลอด พาไปดูจุดที่ทิ้งขยะ

2. รายงานความเสี่ยงเข้าโปรแกรมความเสี่ยงถึงหน่วยงานหากพบความเสี่ยง
3. เมื่อพบความเสี่ยงซ้ำๆที่หน่วยงานหัวหน้างานจ่ายกลางจะโทรประสานหัวหน้างานที่ก่อความเสี่ยงให้ควบคุมกำกับอีกครั้ง
4. ควบคุมกำกับความเสี่ยงเรื่องสิ่งแปลกปลอมติดไปกับผ้าเปื้อนโดยหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลอีกชั้นเพื่อกระตุ้นและกำกับให้หัวหน้างานดูแล ติดตามบุคลากรในหน่วยงานเพื่อลดอุบัติเหตุ

การเปลี่ยนแปลง /ผลการดำเนินงาน

1. ขยะปนมากับผ้าส่งซักมีแนวโน้มลดลง
2. เครื่องมือมีแนวโน้มสูงขึ้น
3. เข็ม+Syringe เป็นความเสี่ยงสูงสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน เกิดความไม่ปลอดภัยในการทำงาน

ผลการดำเนินงาน

1. การดำเนินงาน รอบที่ 1 เริ่มเก็บข้อมูลปี 2559 (1 ตุลาคม 2558 - 30 กันยายน 2559)

รายการสิ่งแปลกปลอม	ประมาณ (ครั้ง)	ร้อยละ
1.เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์	4	20
2.เข็ม+Syringe	3	15
3.ขยะ / แพนเพริส / อื่นๆ	13	65
รวม	20	100

2. หลังการดำเนินงานรอบที่ 2 ปี 2560 (1 ตุลาคม 2559 - 30 กันยายน 2560)

3. รายการสิ่งแปลกปลอม	ประมาณ (ครั้ง)	ร้อยละ
1.เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์	20	41.67
2.เข็ม+Syringe	2	4.16
3.ขยะ / แพนเพริส / อื่นๆ	26	54.17

รวม	48	100
-----	----	-----

วิเคราะห์สาเหตุ จากการสัมภาษณ์ผู้รับบริการและการสังเกต

1. บุคลากร

- แนะนำผู้ป่วยเมื่อแรกรับนอน โรงพยาบาลไม่ต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยและญาติทึ่งขยะ และผ้าเปียกไม่ถูกต้อง
- ขาดการกระตุ้นเตือนในการตรวจสอบเครื่องมือ
- ขาดการติดตามและการประเมินจากหัวหน้างานและทีมนำด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้ออย่างสม่ำเสมอ
- ภาวะด้านการดูแลผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น

2. ด้านผู้รับบริการ

- ไม่ได้รับคำแนะนำเมื่อแรกรับในการนอน โรงพยาบาลเรื่องการทึ่งขยะ แพมเพริส และการแยกผ้าเปียกมาก / เป็นน้อย
- ผู้รับบริการและญาติมีมากไม่สามารถให้คำแนะนำอย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง

3. ด้านสิ่งแวดล้อม / อุปกรณ์

- ไม่มีป้ายเตือนให้บุคลากรตรวจสอบอุปกรณ์ / เครื่องมือ / มูลฝอย ให้เรียบร้อยก่อน ทึ่งผ้าเปียกทุกครั้ง

การดำเนินการแก้ไขปัญหาในรอบที่ 2

1. จัดทำป้ายเตือนการตรวจสอบเครื่องมือแพทย์ให้เรียบร้อยก่อนทึ่งผ้าเปียก
2. เจ้าหน้าที่เพิ่มการให้คำแนะนำเมื่อแรกรับในการนอน โรงพยาบาลแก่ผู้ป่วยและญาติเรื่องการทึ่งขยะ แพมเพริส และการแยกผ้าเปียกมาก / เป็นน้อยให้ถูกต้อง ตลอดจนนำไปจุดที่รองรับขยะ
3. ให้ข้อมูลย้อนกลับแจ้งผลความเสี่ยงสิ่งแปลกปลอมติดไปกับผ้าเปียกในทีมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อให้ทุกหน่วยงานลดอุบัติเหตุ

หลังจากดำเนินงานผ่านไป 2 รอบ พบว่าอุบัติการณ์สิ่งแปลกปลอมที่ปนมากับผ้าส่งซักเพิ่มขึ้นเป็น 100 กว่าเปอร์เซ็นต์ ในส่วนของเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ คือ

อะไร เราต้องพัฒนาที่ตรงไหนตรงจุดไหน เพิ่มเติม เราเริ่มเก็บข้อมูลใหม่อีกครั้งเพื่อจะนำมาลดปัญหานี้ให้ได้

4. หลังการดำเนินงานรอบที่ 3 ปี 2561 (1 ตุลาคม 2560 - 30 มิถุนายน 2561)

รายการสิ่งแปลกปลอม	ประมาณ (ครั้ง)	ร้อยละ
1.เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ Tooth F/E/Elevatoe/Oropharyngeal airway/หมวก/ mask/Syringe ball/หัวกรอฟัน/cold pack อื่นๆ	12	57.15
2.เข็ม+Syringe	2	9.52
3.ขยะ / แพนเพริส / อื่นๆ	7	33.33
รวม	21	100

หลังการดำเนินงานและเก็บข้อมูลพบว่า การลดสิ่งแปลกปลอมที่ปนมากับผ้าส่งซัก ในปี 2561 มีเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์เพิ่มขึ้น ในส่วนของ เข็ม+Syringe ที่ยังไม่ลดลงและมีโอกาสเสี่ยงที่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานจะไม่ปลอดภัยและติดเชื้อจากการทำงาน แต่ในเรื่องของ ขยะ / แพนเพริส / อื่นๆ มีจำนวนลดลง

ปัญหาที่พบและต้องดำเนินการแก้ไขในโอกาสต่อไป

1. พบว่าสิ่งแปลกปลอมที่ติดมากับผ้าเปื้อนจำพวก ขยะ แพนเพริสจะพบที่ตักผู้ป่วยในแม้มีการจัดหาที่ทิ้งขยะให้แล้วแต่ก็ยังทิ้งผิดที่ใส่ถังผ้า จึงต้องมีการแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องทุกวัน
2. สำหรับการทิ้งขยะไม่ถูกประเภทในบุคลากรจำพวก เข็ม ปลอดภัย สำลี ที่พบสิ่งแปลกปลอมติดมากับถังผ้าสามารถตรวจสอบได้ว่าหน่วยงานไหน จะมีการแจ้งให้รับทราบ อาจจะต้องมีการประเมินตัวชี้วัดลงที่หน่วยงานเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการปฏิบัติเพื่อลดอุบัติเหตุ พร้อมสะท้อนข้อมูลให้หน่วยงานรับทราบอย่างสม่ำเสมอ

3. สำหรับอุปกรณ์การแพทย์ที่ติดมากับผ้าเปื้อน ส่วนใหญ่ forceps ลูกสูบยางแดง cold pack ซึ่งมาจากหน่วยงาน มีการแจ้งข้อมูลย้อนกลับ ซึ่งได้แก้ไขปัญหาโดยการจัดทำป้ายเตือนหน้าผ้าให้ตรวจสอบเครื่องมือในห่อผ้าลงทั้งผ้าลงถึงที่ละพื้นเพื่อคัดกรองเบื้องต้นไม่ให้อุปกรณ์ติดไปกับผ้า

บทเรียนที่ได้รับ บทเรียนที่ได้รับ

1. การพัฒนาคุณภาพทุกเรื่องสามารถทำได้แต่อาจต้องใช้เวลาในการพัฒนาถึงจะเห็นผลลัพธ์ชัดเจน
2. ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาบางอย่างก็ควบคุมหรือกำกับได้ยาก เช่น ญาติผู้ป่วย เป็นต้น ซึ่งบุคลากรต้องทำหน้าที่ให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่องและถือเป็นหน้าที่หรืองานประจำ เพื่อลดอุบัติเหตุการฉีดยา / สิ่งแปลกปลอมติดไปกับผ้าเปื้อนได้
3. การแก้ไขปัญหา 1 เรื่อง อาจต้องใช้วิธีการหลายๆอย่างกับหลายๆกลุ่มคน เพื่อให้ผลการแก้ไขปัญหาลุล่วง
4. การพัฒนาสามารถทำได้ต่อเนื่องตลอดเวลา มีการกระตุ้นอยู่บ่อยๆ เพื่อให้เกิดความตระหนัก
5. ทบทวนแนวปฏิบัติตามหลัก Standard precautions และกระตุ้นให้มีการตรวจเช็คเครื่องมือหลังใช้ให้ครบก่อนใส่ลงถังส่งทำความสะอาด อาจต้องมีการกระตุ้นทุก 3-4 เดือน ครั้ง
6. จัดทำป้ายเตือนการตรวจสอบเครื่องมือแพทย์ให้เรียบร้อยก่อนทิ้งผ้าเปื้อน

Reminderเครื่องมือครบก่อนลงถัง.....

.....

