

รายงานผลการดำเนินงานด้านพัฒนาคุณภาพบริการ ปี 2562 (เดือนตุลาคม 2561 – กันยายน 2562)

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินการ	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน- เวลา			ปี งบม. 2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562	
1. โครงการพัฒนา คุณภาพการบันทึก ทางการแพทย์พยาบาล								
1.1 จัด KS บันทึก ทางการแพทย์พยาบาลใน กลุ่มหอผู้ป่วยเดียวกัน	ต.ค 61- ก.ย.62	หอผู้ป่วยที่ เข้าร่วม กิจกรรม	ร้อยละของ หอผู้ป่วยที่ เข้าร่วม กิจกรรม	ร้อยละ 100	NA (ไม่มีการ จัด กิจกรรม)	ร้อยละ 100	<p>ไตรมาส 1 ตุลาคม -ธันวาคม 2561 ทำได้ 4/6 ครั้ง = ร้อยละ 67 สรุปผลกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ Knowledge Sharing บันทึกทางการแพทย์พยาบาล 4 ครั้ง ดังนี้ ครั้งที่ 1 วันที่ 13/11/2561กลุ่มหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวช : นรีเวช พิเศษสูติ-นรีเวช พิเศษสูติกรรม สูติกรรม LR ครั้งที่ 2 วันที่ 27/11/2561กลุ่มหอผู้ป่วย เด็ก: เด็ก 1 เด็ก 2 พิเศษเด็ก PICU NICU NMCU ครั้งที่ 3 วันที่ 12/11/2561กลุ่มหอผู้ป่วยอายุรกรรม : อญ อช1 อช2 อท ฉบ9 ฉบ10 ครั้งที่ 4 วันที่ 26/12/2561 กลุ่ม หอผู้ป่วย ศัลยกรรม หญิง, ศัลยกรรมชาย1, ศัลยกรรมชาย 2, ศัลยกรรมเด็ก, ฉบ.8, ฉบ.11, ฉบ.7, ฉบ.12, อุบัติเหตุ และศัลยกรรมประสาท ไตรมาส 2 มกราคม-มีนาคม 2562 ทำได้ 2/2 ครั้ง = ร้อยละ 100 ครั้งที่ 5 วันที่ 8/01/2562กลุ่มหอผู้ป่วย MICU, SICU, MRCU, SRCU ครั้งที่ 6 วันที่ 1/02/2562กลุ่มหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย,หญิง,หู คอ จมูก, ตา, จิตเวช</p>	คุณยุพา คุณมัทธนา

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินการ	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ																															
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน- เวลา			ปี งบประมาณ. 2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562																																
							<p>หลังสิ้นสุดการจัดกิจกรรม ทั้ง 2 ครั้ง ได้รับแบบประเมินโครงการคืนมา 103 ชุด จากจำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม 142 คน คิดเป็นร้อยละ 72.53</p> <p>ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความคิดเห็น ของผู้เข้าร่วมกิจกรรม</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">รายการประเมิน</th> <th colspan="3">ระดับความคิดเห็น</th> </tr> <tr> <th>x</th> <th>SD</th> <th>ระดับ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้</td> <td>3.08</td> <td>0.25</td> <td>ดี</td> </tr> <tr> <td>2.สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปเผยแพร่และให้คำปรึกษาแก่ผู้อื่นได้</td> <td>2.98</td> <td>0.21</td> <td>ดี</td> </tr> <tr> <td>3.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีการแลกเปลี่ยนความรู้/ประสบการณ์</td> <td>3.32</td> <td>0.17</td> <td>ดีมาก</td> </tr> <tr> <td>4.บรรยากาศในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบเป็นกันเอง</td> <td>3.41</td> <td>0.25</td> <td>ดีมาก</td> </tr> <tr> <td>5.ระยะเวลาในการจัดกิจกรรม มีความเหมาะสม</td> <td>3.00</td> <td>0.28</td> <td>ดี</td> </tr> <tr> <td>6.ความพึงพอใจโดยรวมในกิจกรรมครั้งนี้</td> <td>3.18</td> <td>0.29</td> <td>ดี</td> </tr> </tbody> </table> <p>ไตรมาส 4 จัดKS ครั้งที่ 2</p> <p>การเชื่อมโยงบันทึกทางการแพทย์กับระบบสารสนเทศ"</p> <p>วันที่ 2 กรกฎาคม 2562 มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด 138 คน ได้แบบประเมินกลับมา 102 คน คิดเป็นร้อยละ 73</p>	รายการประเมิน	ระดับความคิดเห็น			x	SD	ระดับ	1.สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้	3.08	0.25	ดี	2.สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปเผยแพร่และให้คำปรึกษาแก่ผู้อื่นได้	2.98	0.21	ดี	3.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีการแลกเปลี่ยนความรู้/ประสบการณ์	3.32	0.17	ดีมาก	4.บรรยากาศในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบเป็นกันเอง	3.41	0.25	ดีมาก	5.ระยะเวลาในการจัดกิจกรรม มีความเหมาะสม	3.00	0.28	ดี	6.ความพึงพอใจโดยรวมในกิจกรรมครั้งนี้	3.18	0.29	ดี	
รายการประเมิน	ระดับความคิดเห็น																																						
	x	SD	ระดับ																																				
1.สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้	3.08	0.25	ดี																																				
2.สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปเผยแพร่และให้คำปรึกษาแก่ผู้อื่นได้	2.98	0.21	ดี																																				
3.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีการแลกเปลี่ยนความรู้/ประสบการณ์	3.32	0.17	ดีมาก																																				
4.บรรยากาศในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบเป็นกันเอง	3.41	0.25	ดีมาก																																				
5.ระยะเวลาในการจัดกิจกรรม มีความเหมาะสม	3.00	0.28	ดี																																				
6.ความพึงพอใจโดยรวมในกิจกรรมครั้งนี้	3.18	0.29	ดี																																				

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินการ	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ																															
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน- เวลา			ปี งบประมาณ. 2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562																																
							ผลการประเมิน <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">รายการประเมิน</th> <th colspan="3">ระดับความคิดเห็น</th> </tr> <tr> <th>\bar{x}</th> <th>SD</th> <th>ระดับ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้</td> <td>3.57</td> <td>0.58</td> <td>ดีมาก</td> </tr> <tr> <td>2.สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปเผยแพร่และให้คำปรึกษาแก่ผู้อื่นได้</td> <td>3.42</td> <td>0.58</td> <td>ดีมาก</td> </tr> <tr> <td>3.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีการแลกเปลี่ยนความรู้/ประสบการณ์</td> <td>3.48</td> <td>0.61</td> <td>ดีมาก</td> </tr> <tr> <td>4.บรรยากาศในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบเป็นกันเอง</td> <td>3.62</td> <td>0.52</td> <td>ดีมาก</td> </tr> <tr> <td>5.ระยะเวลาในการจัดกิจกรรม มีความเหมาะสม</td> <td>3.38</td> <td>0.62</td> <td>ดีมาก</td> </tr> <tr> <td>6.ความพึงพอใจโดยรวม</td> <td>3.49</td> <td>0.58</td> <td>ดีมาก</td> </tr> </tbody> </table>	รายการประเมิน	ระดับความคิดเห็น			\bar{x}	SD	ระดับ	1.สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้	3.57	0.58	ดีมาก	2.สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปเผยแพร่และให้คำปรึกษาแก่ผู้อื่นได้	3.42	0.58	ดีมาก	3.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีการแลกเปลี่ยนความรู้/ประสบการณ์	3.48	0.61	ดีมาก	4.บรรยากาศในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบเป็นกันเอง	3.62	0.52	ดีมาก	5.ระยะเวลาในการจัดกิจกรรม มีความเหมาะสม	3.38	0.62	ดีมาก	6.ความพึงพอใจโดยรวม	3.49	0.58	ดีมาก	
รายการประเมิน	ระดับความคิดเห็น																																						
	\bar{x}	SD	ระดับ																																				
1.สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้	3.57	0.58	ดีมาก																																				
2.สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปเผยแพร่และให้คำปรึกษาแก่ผู้อื่นได้	3.42	0.58	ดีมาก																																				
3.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีการแลกเปลี่ยนความรู้/ประสบการณ์	3.48	0.61	ดีมาก																																				
4.บรรยากาศในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบเป็นกันเอง	3.62	0.52	ดีมาก																																				
5.ระยะเวลาในการจัดกิจกรรม มีความเหมาะสม	3.38	0.62	ดีมาก																																				
6.ความพึงพอใจโดยรวม	3.49	0.58	ดีมาก																																				
1.2ประกันคุณภาพ บันทึกทางการ พยาบาล 1.2.1Standardized แบบฟอร์มการ audit แบบประเมินบันทึก ทางการพยาบาล	ต.ค 61-ก.ย. 62	กิจกรรม	จำนวนครั้ง ของกิจกรรม	1ครั้ง	1ครั้ง	1ครั้ง	ประชุมชี้แจง ทำความเข้าใจกับแกนนำ เรื่อง การ audit แบบประเมินบันทึก ทางการพยาบาล ให้กับพยาบาลแกนนำ 1 ครั้ง วันที่ 22 เมษายน 2562	คุณยุพา คุณมณฑนา																															

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินการ	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน- เวลา			ปี งบม. 2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562	
1.2.2 QA บันทึกร ทางการพยาบาล		คุณภาพ บันทึก ทางการ พยาบาล	ร้อยละเชิง ปริมาณ	≥ร้อยละ 80	83.82	84.95	ไตรมาส 3 เมษายน-มิถุนายน 2562 22 เมษายน - 31 พฤษภาคม 2562 เก็บข้อมูล QA บันทึกทางการพยาบาลใน หอผู้ป่วยในทั้งหมด36 หอผู้ป่วย	
			ร้อยละเชิง คุณภาพ	≥ร้อยละ 80	92.28	95.09	จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า คุณภาพบันทึกทางการพยาบาลที่มีคะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ย(ร้อยละ 95.09)ได้แก่ <input type="checkbox"/> การประเมินสภาพจิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณ (ร้อยละ91.3) มีจำนวน 5 หอผู้ป่วยที่มีคะแนนต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย (ร้อยละ 80) ได้แก่ SRCU, SICU, อช2,MRCU,PICU <input type="checkbox"/> แบบฟอร์ม Continuing Nursing Care Plan and Discharge Summary 1.คำแนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่ รพ. /ก่อน/ขณะ/หลังผ่าตัด (ร้อยละ88.4) มีจำนวน 6 หอผู้ป่วยที่มีคะแนนต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย (ร้อยละ 80) ได้แก่ SRCU, MRCU, อญ, ฉบ9, ศช1, ศญ 2. การวางแผนต่อเนื่อง คำแนะนำเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาการผ่าตัด/ หัตถการ(ร้อยละ92.2) มีจำนวน 7 หอผู้ป่วยที่มีคะแนนต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย (ร้อยละ 80) ได้แก่ MRCU, อญ, ฉบ9, ฉบ10, ศช1, ศญ,อช1 3.คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านตามกรอบMETHOD (ร้อยละ 88.67)	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินการ	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน- เวลา			ปี งบม. 2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562	
							มีจำนวน 7 หอผู้ป่วยที่มีคะแนนต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย (ร้อยละ 80) ได้แก่ MICU, MRCU, SICU, SRCU >>ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยย้ายกลับ ward ไม่ได้จำหน่ายกลับบ้าน อญ, ฉบ9, ศัลยกรรมประสาท	
1.3 โครงการเพิ่ม คุณภาพการบันทึก ทางการแพทย์ 1.3.1การพัฒนา รูปแบบการบันทึก ทางการแพทย์ราย โรค	ต.ค 61- ก.ย.62	หอผู้ป่วยที่มี รูปแบบการ บันทึก ทางการแพทย์ พยาบาลราย โรคอย่างน้อย 5โรคหลัก	จำนวนหอ ผู้ป่วยที่มี รูปแบบการ บันทึก ทางการแพทย์ พยาบาลราย โรคอย่างน้อย 5โรคหลัก	อย่างน้อย 10 หอ ผู้ป่วย กลุ่มหอ ผู้ป่วย	NA	5	ได้รับTemplate การบันทึกทางการแพทย์รายโรคหลัก ในกลุ่มหอผู้ป่วยดังนี้ 1. ศัลยกรรมชาย 2 -PAD -CA Colon -CA bladder 2. จิตเวช -Alcohol Dependence -Bipolar Disorder - Substance Use Disorder - Schizophrenia - Borderline Personality Disorder 3. กลุ่มหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวช -ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด -ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัด -PIH -Pregnancy with heart 4. ฉบ10 -Acute Coronary syndrome -Lymphoma	คุณยุพา คุณมณฑนา

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ 2561	ผลการดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ																								
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ. 2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562																									
							<ul style="list-style-type: none"> - CA lung - HCC -Stroke 5.ฉบ.8 <ul style="list-style-type: none"> - Colorectal - CA breast -มะเร็งต่อมลูกหมาก -โรคอ้วน -ไส้เลื่อน 																									
1.4 Audit บันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยอย่างน้อย สัปดาห์ละ 1 chart -รายงานผลการAudit ในแบบฟอร์ม/ ในโปรแกรมพิเศษทางการแพทย์	ต.ค 61- ก.ย.62	หอผู้ป่วยที่บันทึกทางการแพทย์ ได้รับการ Audit โดยหัวหน้าหอผู้ป่วย	ร้อยละของหอผู้ป่วยที่บันทึกทางการแพทย์ ได้รับการ Auditและบันทึกในโปรแกรมฯ โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยอย่างน้อย สัปดาห์ละ 1 chart	ร้อยละ 80	NA	ร้อยละ 59.46	<p style="text-align: center;">ไตรมาส 2 มีนาคม 2562</p> <p>ลงบันทึก 26/34 ward = ร้อยละ 76.47</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>4 ครั้ง</td> <td>3 ครั้ง</td> <td>2 ครั้ง</td> <td>1 ครั้ง</td> </tr> <tr> <td>16 ward</td> <td>4 ward</td> <td>2 ward</td> <td>4 ward</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 47</td> <td>ร้อยละ11.76</td> <td>ร้อยละ5.88</td> <td>ร้อยละ11.76</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">ไตรมาส 3 เดือนเม.ย.-มิ.ย 62</p> <p style="text-align: center;">มีการลงบันทึกในโปรแกรม ร้อยละ 57.84</p> <p style="text-align: center;"><u>เมษายน 2562</u></p> <p>ลงบันทึก 21/34 ward = ร้อยละ 61.76</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>4 ครั้ง</td> <td>3 ครั้ง</td> <td>2 ครั้ง</td> <td>1 ครั้ง</td> </tr> <tr> <td>18 ward</td> <td>3 ward</td> <td>-----</td> <td>-----</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 59.94</td> <td>ร้อยละ 8.82</td> <td>-----</td> <td>-----</td> </tr> </table>	4 ครั้ง	3 ครั้ง	2 ครั้ง	1 ครั้ง	16 ward	4 ward	2 ward	4 ward	ร้อยละ 47	ร้อยละ11.76	ร้อยละ5.88	ร้อยละ11.76	4 ครั้ง	3 ครั้ง	2 ครั้ง	1 ครั้ง	18 ward	3 ward	-----	-----	ร้อยละ 59.94	ร้อยละ 8.82	-----	-----	คุณมณฑนา
4 ครั้ง	3 ครั้ง	2 ครั้ง	1 ครั้ง																													
16 ward	4 ward	2 ward	4 ward																													
ร้อยละ 47	ร้อยละ11.76	ร้อยละ5.88	ร้อยละ11.76																													
4 ครั้ง	3 ครั้ง	2 ครั้ง	1 ครั้ง																													
18 ward	3 ward	-----	-----																													
ร้อยละ 59.94	ร้อยละ 8.82	-----	-----																													

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผลการดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ																																																				
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ. 2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562																																																					
							<p style="text-align: center;"><u>พฤษภาคม 2562</u></p> <p>ลงบันทึก 18/34 ward = ร้อยละ 52.94</p> <table border="1"> <tr> <td>4 ครั้ง</td> <td>3 ครั้ง</td> <td>2 ครั้ง</td> <td>1 ครั้ง</td> </tr> <tr> <td>10 ward</td> <td>2 ward</td> <td>6 ward</td> <td>-----</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 29.41</td> <td>ร้อยละ 5.88</td> <td>ร้อยละ 17.65</td> <td>-----</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"><u>มิถุนายน 2562</u></p> <p>ลงบันทึก 20/34 ward = ร้อยละ 58.82</p> <table border="1"> <tr> <td>4 ครั้ง</td> <td>3 ครั้ง</td> <td>2 ครั้ง</td> <td>1 ครั้ง</td> </tr> <tr> <td>11 ward</td> <td>7 ward</td> <td>2 ward</td> <td>-----</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 32.35</td> <td>ร้อยละ 20.59</td> <td>ร้อยละ 5.88</td> <td>-----</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"><u>ไตรมาส 4 เดือน ก.ค.-ก.ย 62</u></p> <p style="text-align: center;">มีการลงบันทึกในโปรแกรม ร้อยละ 44.11</p> <p style="text-align: center;"><u>กรกฎาคม 2562</u></p> <p>ลงบันทึก 18/34 ward = ร้อยละ 52.94</p> <table border="1"> <tr> <td>4 ครั้ง</td> <td>3 ครั้ง</td> <td>2 ครั้ง</td> <td>1 ครั้ง</td> </tr> <tr> <td>11 ward</td> <td>2 ward</td> <td>-----</td> <td>5 ward</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 32.35</td> <td>ร้อยละ 5.88</td> <td>-----</td> <td>ร้อยละ 14.7</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"><u>สิงหาคม 2562</u></p> <p>ลงบันทึก 15/34 ward = ร้อยละ 44.11</p> <table border="1"> <tr> <td>4 ครั้ง</td> <td>3 ครั้ง</td> <td>2 ครั้ง</td> <td>1 ครั้ง</td> </tr> <tr> <td>15 ward</td> <td>-----</td> <td>-----</td> <td>-----</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 44.11</td> <td>-----</td> <td>-----</td> <td>-----</td> </tr> </table>	4 ครั้ง	3 ครั้ง	2 ครั้ง	1 ครั้ง	10 ward	2 ward	6 ward	-----	ร้อยละ 29.41	ร้อยละ 5.88	ร้อยละ 17.65	-----	4 ครั้ง	3 ครั้ง	2 ครั้ง	1 ครั้ง	11 ward	7 ward	2 ward	-----	ร้อยละ 32.35	ร้อยละ 20.59	ร้อยละ 5.88	-----					4 ครั้ง	3 ครั้ง	2 ครั้ง	1 ครั้ง	11 ward	2 ward	-----	5 ward	ร้อยละ 32.35	ร้อยละ 5.88	-----	ร้อยละ 14.7	4 ครั้ง	3 ครั้ง	2 ครั้ง	1 ครั้ง	15 ward	-----	-----	-----	ร้อยละ 44.11	-----	-----	-----	คุณมัทธนา
4 ครั้ง	3 ครั้ง	2 ครั้ง	1 ครั้ง																																																									
10 ward	2 ward	6 ward	-----																																																									
ร้อยละ 29.41	ร้อยละ 5.88	ร้อยละ 17.65	-----																																																									
4 ครั้ง	3 ครั้ง	2 ครั้ง	1 ครั้ง																																																									
11 ward	7 ward	2 ward	-----																																																									
ร้อยละ 32.35	ร้อยละ 20.59	ร้อยละ 5.88	-----																																																									
4 ครั้ง	3 ครั้ง	2 ครั้ง	1 ครั้ง																																																									
11 ward	2 ward	-----	5 ward																																																									
ร้อยละ 32.35	ร้อยละ 5.88	-----	ร้อยละ 14.7																																																									
4 ครั้ง	3 ครั้ง	2 ครั้ง	1 ครั้ง																																																									
15 ward	-----	-----	-----																																																									
ร้อยละ 44.11	-----	-----	-----																																																									

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินการ	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ												
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน- เวลา			ปี งบประมาณ. 2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562													
							<p style="text-align: center;"><u>กันยายน 2562</u></p> <p>ลงบันทึก 12/34 ward = ร้อยละ 35.29</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>4 ครั้ง</th> <th>3 ครั้ง</th> <th>2 ครั้ง</th> <th>1 ครั้ง</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>9 ward</td> <td>-----</td> <td>1 ward</td> <td>2 ward</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 32.35</td> <td>-----</td> <td>ร้อยละ 2.94</td> <td>ร้อยละ 5.88</td> </tr> </tbody> </table> <p>จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีการลงข้อมูลการ Audit บันทึกโปรแกรมพิเศษลงในไตรมาสที่ 3,4 ซึ่งจากการติดตามพบว่า HW มีการ Audit บันทึกในรูปแบบฟอร์มที่ print จากโปรแกรม แต่ไม่ได้นำมาวิเคราะห์ร่วมกัน 2. จากการนิเทศบันทึกทางการแพทย์ของ HW พบปัญหาในการบันทึกทางการแพทย์ สรุประเด็นสำคัญได้ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 2.1 ผู้ป่วยที่มีประวัติโรคประจำตัวที่เป็น Chronic disease จะเข้าซ้อนกับประวัติการเจ็บป่วยในอดีตหรือไม่ 2.2 HM ขาดการระบุข้อมูลเฉพาะของการรับประทุษยาที่เสี่ยงเช่น ยา ASA 2.3 การประเมินด้านจิตอารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ยังไม่ครอบคลุม 2.3 มีการ copy & paste Nursing Progress note ทำให้ข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน 2.4 มีการใช้ Template ให้คำแนะนำตามรายโรค แต่ไม่มีการปรับเข้ากับผู้ป่วยอายุแตกต่างกัน 2.5 ในผู้ป่วยที่รับย้าย ward ไม่ได้มีการตรวจทานความถูกต้องของการบันทึกข้อมูล 2.6 ไม่ได้ลงข้อมูล การให้คำแนะนำใน Nursing continuing care plan & Discharge Summary 	4 ครั้ง	3 ครั้ง	2 ครั้ง	1 ครั้ง	9 ward	-----	1 ward	2 ward	ร้อยละ 32.35	-----	ร้อยละ 2.94	ร้อยละ 5.88	
4 ครั้ง	3 ครั้ง	2 ครั้ง	1 ครั้ง																	
9 ward	-----	1 ward	2 ward																	
ร้อยละ 32.35	-----	ร้อยละ 2.94	ร้อยละ 5.88																	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินการ	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน- เวลา			ปี งบประมาณ. 2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562	
							<p>2.7 มีการใช้ค้าย่อยที่ไม่เป็นสากล</p> <p>2.8 ขาดการบันทึกในเรื่องการวางแผนจำหน่าย</p> <p>2.9 ข้อมูลบางส่วนต้องลงซ้ำซ้อน เช่นการให้คำแนะนำต้องลงทั้งใน Intervention และ Nursing continuing care plan & Discharge Summary</p> <p>2.10 การบันทึกไม่เห็นการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างSICU และ ward</p> <p>2.11 ส่วนใหญ่ส่งเวรครบถ้วนแต่ไม่ค่อยบันทึก ทำให้ไม่เห็นกิจกรรมที่ทำชัดเจน</p> <p>3. ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล</p> <p>3.1 ควรเพิ่มช่องบันทึกความคิดเห็นของญาติกรณีสอบถามข้อมูลจากผู้ป่วยไม่ได้ ทั้งในผู้ป่วยเด็กและผู้ป่วยจิตเวช</p> <p>3.2 กรณีมีการ save ข้อมูล ยังขาดการลงข้อมูลที่สำคัญน่าจะมี pop up เตือน</p> <p>3.3 มีการอธิบายการลงรายละเอียดตามแบบฟอร์มในแต่ละหัวข้อ</p> <p>3.4 กำหนดโปรแกรมไม่ให้มีการ copy paste ในบางประเด็น เช่น Intervention</p> <p>3.5 ทำบันทึกรายโรคและนำไปใช้ในกลุ่มหอผู้ป่วยที่มีโรคเดียวกัน</p> <p>3.6 มีการ Link V/S แกรับจากฟอร์มปรอทได้เลย โดยไม่ต้อง Double click อีก</p> <p>3.6 ให้ปรับแบบฟอร์มการAuditในโปรแกรมนิเทศ เพื่อให้ลงข้อมูลถูกต้อง ชัดเจนมากยิ่งขึ้น</p> <p>ไตรมาสที่ 2 :มกราคม-มีนาคม 2562</p> <p>มีนาคม 2562</p> <p>1.ปรับแบบฟอร์มการเก็บ QA โดยใช้โปรแกรม Excelเพื่อความรวดเร็วในการวิเคราะห์ข้อมูล จำนวน 5 เรื่อง</p> <p>1.1 การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ</p> <p>1.2 การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย</p>	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผลการดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ												
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ. 2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562													
<p>2.โครงการประกันคุณภาพและ CQI มาตรฐานการพยาบาล</p> <p>2.1 การประกันคุณภาพ มาตรฐานการพยาบาล 5 เรื่อง</p> <p>1. การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง</p> <p>2. การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารละลายทาง</p>	ต.ค 61-ก.ย.62	<p>ห่อผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน</p>	<p>ร้อยละของห่อผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน (ร้อยละ 90)</p>	ร้อยละ 100	NA	<p>ร้อยละ 100</p>	<p>1.3การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง</p> <p>1.4การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการคาสาย NG tube</p> <p>1.5 การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ</p> <p><u>ไตรมาสที่ 3 : เมษายน-มิถุนายน 2562</u></p> <p>1.แนะนำการใช้โปรแกรม HW และแกนนำ ในวันที่ 25 เมษายน 62</p> <p>2.เริ่มใช้โปรแกรมเก็บQA วันที่ 2-30 พฤษภาคม 2562</p> <p><u>สรุปผล QA ในภาพรวม</u></p> <p>QA การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง (N=25)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ผลการประเมิน</th> <th>ร้อยละของห่อผู้ป่วย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.ปฏิบัติได้ >ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 100</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ห่อผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน (ร้อยละ 100)</td> <td>อช1, ศด, NICU, เด็ก2 พ.เด็ก, อช2, ฉบ8</td> </tr> </tbody> </table> <p>QA การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย (N=38)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ผลการประเมิน</th> <th>ร้อยละของห่อผู้ป่วย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.ปฏิบัติได้ >ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 100</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ห่อผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน (ร้อยละ 100)</td> <td>อท, PICU , พ.ทั่วไป, ฉบ7 เด็ก2, พ.เด็ก จิตเวช, ฉบ9</td> </tr> </tbody> </table>	ผลการประเมิน	ร้อยละของห่อผู้ป่วย	1.ปฏิบัติได้ >ร้อยละ 90	ร้อยละ 100	<input type="checkbox"/> ห่อผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน (ร้อยละ 100)	อช1, ศด, NICU, เด็ก2 พ.เด็ก, อช2, ฉบ8	ผลการประเมิน	ร้อยละของห่อผู้ป่วย	1.ปฏิบัติได้ >ร้อยละ 90	ร้อยละ 100	<input type="checkbox"/> ห่อผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน (ร้อยละ 100)	อท, PICU , พ.ทั่วไป, ฉบ7 เด็ก2, พ.เด็ก จิตเวช, ฉบ9	<p>คุณยุพา</p> <p>คุณมณฑนา</p>
ผลการประเมิน	ร้อยละของห่อผู้ป่วย																			
1.ปฏิบัติได้ >ร้อยละ 90	ร้อยละ 100																			
<input type="checkbox"/> ห่อผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน (ร้อยละ 100)	อช1, ศด, NICU, เด็ก2 พ.เด็ก, อช2, ฉบ8																			
ผลการประเมิน	ร้อยละของห่อผู้ป่วย																			
1.ปฏิบัติได้ >ร้อยละ 90	ร้อยละ 100																			
<input type="checkbox"/> ห่อผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน (ร้อยละ 100)	อท, PICU , พ.ทั่วไป, ฉบ7 เด็ก2, พ.เด็ก จิตเวช, ฉบ9																			

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ 2561	ผลการดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ																						
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ. 2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562																							
<p>ตลอดเลือดดำส่วนปลาย</p> <p>3. การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ</p> <p>4. การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการคาสาย NG tube</p> <p>5. การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ</p>						<p>ร้อยละ 100</p> <p>ร้อยละ 100</p> <p>ร้อยละ 77.77</p> <p>ร้อยละ 88.89</p>	<p>QA การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ (N=32)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ผลการประเมิน</th> <th>ร้อยละของหอผู้ป่วย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.ปฏิบัติได้ \geq ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 100</td> </tr> <tr> <td>หอผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน (ร้อยละ 100)</td> <td>MRCU, ศช1, Neuro, อท สูติกรรมพ.สูติกรรม ,พ.ทั่วไป, ฉบ 12เด็ก1, PMCU, ER</td> </tr> </tbody> </table> <p>QA การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการคาสาย NG tube (N=27)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ผลการประเมิน</th> <th>ร้อยละของหอผู้ป่วย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.ปฏิบัติได้ \geq ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 77.77</td> </tr> <tr> <td>2.ปฏิบัติได้ < ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 22.23</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> หอผู้ป่วยที่ได้ผลการประเมิน < ร้อยละ 90</td> <td>SICU, SRCU, ศญ, เด็ก1 อญ, อุบัติเหตุ</td> </tr> </tbody> </table> <p>QA การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (N=18)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ผลการประเมิน</th> <th>ร้อยละของหอผู้ป่วย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.ปฏิบัติได้ \geq ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 88.89</td> </tr> <tr> <td>3. ปฏิบัติได้ < ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 11.11</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> หอผู้ป่วยที่ได้ผลการประเมิน < ร้อยละ 90</td> <td>ศญ, SICU</td> </tr> </tbody> </table>	ผลการประเมิน	ร้อยละของหอผู้ป่วย	1.ปฏิบัติได้ \geq ร้อยละ 90	ร้อยละ 100	หอผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน (ร้อยละ 100)	MRCU, ศช1, Neuro, อท สูติกรรมพ.สูติกรรม ,พ.ทั่วไป, ฉบ 12เด็ก1, PMCU, ER	ผลการประเมิน	ร้อยละของหอผู้ป่วย	1.ปฏิบัติได้ \geq ร้อยละ 90	ร้อยละ 77.77	2.ปฏิบัติได้ < ร้อยละ 90	ร้อยละ 22.23	<input type="checkbox"/> หอผู้ป่วยที่ได้ผลการประเมิน < ร้อยละ 90	SICU, SRCU, ศญ, เด็ก1 อญ, อุบัติเหตุ	ผลการประเมิน	ร้อยละของหอผู้ป่วย	1.ปฏิบัติได้ \geq ร้อยละ 90	ร้อยละ 88.89	3. ปฏิบัติได้ < ร้อยละ 90	ร้อยละ 11.11	<input type="checkbox"/> หอผู้ป่วยที่ได้ผลการประเมิน < ร้อยละ 90	ศญ, SICU	
ผลการประเมิน	ร้อยละของหอผู้ป่วย																													
1.ปฏิบัติได้ \geq ร้อยละ 90	ร้อยละ 100																													
หอผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน (ร้อยละ 100)	MRCU, ศช1, Neuro, อท สูติกรรมพ.สูติกรรม ,พ.ทั่วไป, ฉบ 12เด็ก1, PMCU, ER																													
ผลการประเมิน	ร้อยละของหอผู้ป่วย																													
1.ปฏิบัติได้ \geq ร้อยละ 90	ร้อยละ 77.77																													
2.ปฏิบัติได้ < ร้อยละ 90	ร้อยละ 22.23																													
<input type="checkbox"/> หอผู้ป่วยที่ได้ผลการประเมิน < ร้อยละ 90	SICU, SRCU, ศญ, เด็ก1 อญ, อุบัติเหตุ																													
ผลการประเมิน	ร้อยละของหอผู้ป่วย																													
1.ปฏิบัติได้ \geq ร้อยละ 90	ร้อยละ 88.89																													
3. ปฏิบัติได้ < ร้อยละ 90	ร้อยละ 11.11																													
<input type="checkbox"/> หอผู้ป่วยที่ได้ผลการประเมิน < ร้อยละ 90	ศญ, SICU																													

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินการ	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน- เวลา			ปี งบประมาณ. 2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562	
							<p><u>จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า</u></p> <p>1. QA การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง (N=283) ประเด็นที่ได้รับการปฏิบัติน้อยที่สุด คือ Scrub the hub 15 วินาทีก่อนเปิดสายสวนฯ.ให้ยา/สารน้ำ (ร้อยละ89.82)</p> <p>2.QA การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย (N=678) ประเด็นที่ได้รับการปฏิบัติน้อยที่สุด 2 อันดับ คือ 2.1 Scrub the hub 15 วินาทีก่อนเปิดสายสวนฯ.ให้ยา/สารน้ำ (ร้อยละ86.10) 2.2 ล้างมือก่อนสัมผัสชุดให้สารละลาย(ร้อยละ90.51)</p> <p>3. QA การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวน ปัสสาวะ (N=460) ประเด็นที่ได้รับการปฏิบัติน้อยที่สุด 2 อันดับ คือ 3.1ล้างมือก่อนสัมผัสสายสวนปัสสาวะ(ร้อยละ88.86) 3.2 Reminder เมื่อหมดข้อบ่งชี้ในการคาสายสวนปัสสาวะ(ร้อยละ87.30)</p> <p>4.QA การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการคาสาย NG tube (N=401) ประเด็นที่ได้รับการปฏิบัติน้อยที่สุด คือการเช็ดปลายสายNG Tube ด้วยสำลีชุบ 70%alcohol =ร้อยละ77.02</p> <p>5. QA การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (N=226) ประเด็นที่ได้รับการปฏิบัติน้อยที่สุด 2 ลำดับ คือ 5.1 การล้างมือตาม 5 momentsขณะดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ89.82) 5.2 เทน้ำในกระเปาะและสายเครื่องช่วยหายใจทั้งหมดก่อนเปลี่ยนท่านอนผู้ป่วยทุกครั้งและมีน้ำขัง (ร้อยละ91.40)</p>	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินการ	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน- เวลา			ปี งบประมาณ. 2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562	
2.2 ทบทวน มาตรฐานการ พยาบาล	ต.ค 61- ก.ย.62	มาตรฐาน การพยาบาล ที่ได้รับการ ทบทวน	จำนวน มาตรฐานการ พยาบาลที่ ได้รับการ ทบทวน	3 เรื่อง	10 เรื่อง	0	<p>ปี 2562 ไม่ได้ทบทวนมาตรฐานเนื่องจากยังมีมาตรฐานที่ผ่านการทบทวนเมื่อปี 2561 จำนวน 10 เรื่อง ค้างนำไปแขวนใน intranet</p> <p>ไตรมาส 2 มีนาคม 2562</p> <p>1. มาตรฐานการพยาบาล จำนวน 9 เรื่อง (ตั้งแต่ปี 2560) ได้รับการตอบกลับมา จากHW ที่เกี่ยวข้องโดยไม่มีกรณีแก้ไขจำนวน 8 เรื่อง นำแขวนใน intranet ของ ฝ่ายบริการพยาบาล</p> <p>ประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> -มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายยางทางจมูก/ปาก -มาตรฐานการดูแลเสมหะ -มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว -มาตรฐานการสวนล้างลำไส้ทาง Colostomy -มาตรฐานการพยาบาลการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ -มาตรฐานการบันทึกอาการทางระบบประสาท(Neuro Sign) -มาตรฐานการวัดความดันเลือดดำส่วนกลาง -มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วย ที่ได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือด <p>ไตรมาส 3 -4</p> <p>1.ขอความร่วมมือจากหัวหน้าหอผู้ป่วยและผู้ตรวจการในการช่วยพิจารณา ทบทวนแก้ไขเพิ่มเติม มาตรฐานการพยาบาลที่เกี่ยวข้องจำนวน 10 เรื่อง(ทบทวน ปี 2561)</p> <p>ประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> -ม.ผู้ป่วยชัก 	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินการ	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน- เวลา			ปี งบประมาณ. 2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562	
							<ul style="list-style-type: none"> -ม.เครื่องช่วยหายใจ -ม.ผู้สูงอายุ -ม.ผู้ป่วยที่ได้รับการเคาะปอด -ม.ผู้ป่วยติดเชื้ระบบทางเดินปัสสาวะ -ม.ก่อนผ่าตัด -ม.ผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสี -ม.ป้องกันอุบัติเหตุภายในหอผู้ป่วย -ม.โครงสร้างรถฉุกเฉิน -ม.การใส่ท่อช่วยหายใจ <p>2.ตรวจสอบบรรณานุกรมในแต่ละมาตรฐาน</p>	
2. ส่งเสริมการ ปฏิบัติการพยาบาล บนพื้นฐานของ จริยธรรม/สิทธิผู้ป่วย	ต.ค.61- ก.ย.62	ความพึง พอใจของ ผู้ป่วยต่อ พฤติกรรม ด้าน จริยธรรมของ พยาบาล	คะแนนความ พึงพอใจของ ผู้ป่วยต่อ พฤติกรรม ด้านจริยธรรม ของพยาบาล	ผู้ป่วยใน ≥4.5 ผู้ป่วย นอก≥4.3	NA		<p>คะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาล</p> <p>ผู้ป่วยใน = 4.5 ผู้ป่วยนอก = 4.27</p> <p>- คะแนนความพึงพอใจของผู้ใน ต่อพฤติกรรมด้านจริยธรรมของ พยาบาล 4.5 (N 407) ทุกข้ออยู่ในระดับดีมาก โดยข้อที่มีคะแนนสูง ได้แก่ พยาบาลแต่งกาย สะอาด 4.71 พยาบาลมีอัธยาศัยในการต้อนรับ 4.55 พยาบาลให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์พยาบาลมีน้ำใจ 4.54 ข้อที่ได้คะแนนน้อย คือ พยาบาลมีการควบคุม อารมณ์ 4.40 พยาบาลปลอบโยนให้กำลังใจ 4.42 และให้การบรรเทาความ เจ็บปวด/ความไม่สุขสบาย 4.44</p> <p>หอผู้ป่วยที่ได้คะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ = 15 หอผู้ป่วย ได้แก่ สูติกรรม นรีเวช กระดูก และข้อชาย พิเศษเด็ก ศย. เด็ก 2 CCU MICU ฉบ.8 ENT จิตเวช กระดูกและข้อ หลุ่ิง อช.2 อท. เด็ก1</p>	คุณภมร/ คุณอุไร วรรณ

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ 2561	ผลการดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ. 2562			ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562	
		ข้อร้องเรียน ลดลงจากปี 61	จำนวนข้อร้องเรียน ลดลงจากปี 61 (12 เรื่อง)	≥ ร้อยละ 50 (≤ 6 เรื่อง)	9	12 เรื่อง	12 เรื่อง	
1) Ethical and Clinical Integration (Ethics rounds/Conferences)		Ethical and Clinical Integration รายโรค	จำนวน Ethical and Clinical Integration รายโรค	≥ 5 โรค	NA	จำนวน 3 โรค	Ethical and Clinical Integration รายโรคจำนวน 3 โรค (PAD CA Colon มะเร็งตับ) - แนวปฏิบัติด้านจริยธรรม 5 โรค ได้แก่ กลุ่มโรคลำไส้สั้น มะเร็งนรีเวช มะเร็งศีรษะและลำคอ มะเร็งเม็ดเลือดขาวในเด็ก และ palliative care	
2.1 โครงการอบรมจริยธรรมและพฤติกรรมบริการตาม IDP - พยาบาล (1-5 ปี) 2 รุ่น - Non-professional 2 รุ่น ตามแผน IDP (200 คน/รุ่น)		แบบทดสอบความรู้	คะแนนทดสอบผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 80	ร้อยละ 100	100		ไม่ได้จัดทดสอบ	
		ความพึงพอใจของผู้เข้าอบรม	ระดับความพึงพอใจของผู้เข้าอบรม	ระดับดีมาก			โครงการอบรมจริยธรรมและพฤติกรรมบริการ สำหรับพยาบาล 2 รุ่น รุ่นที่ 1 วันที่ 4 กรกฎาคม 2562 ความพึงพอใจเฉลี่ย ระดับดีมาก	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผลการดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ																																																																																																																												
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ. 2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562																																																																																																																													
							<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">หัวข้อที่ประเมิน</th> <th colspan="2">หลักและแนวคิดทางจริยธรรมฯ</th> <th colspan="2">กรณีศึกษา พฤติกรรม/ข้อร้องเรียน/การใช้ social media</th> <th colspan="2">แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากสถานการณ์จริง</th> </tr> <tr> <th>Mean</th> <th>ระดับ</th> <th>Mean</th> <th>ระดับ</th> <th>Mean</th> <th>ระดับ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. เนื้อหาสอดคล้องกับหัวข้อ</td> <td>3.61</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.67</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.52</td> <td>ดีมาก</td> </tr> <tr> <td>2. บรรยายชัดเจน</td> <td>3.61</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.64</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.46</td> <td>ดีมาก</td> </tr> <tr> <td>3. เปิดโอกาสให้ซักถาม</td> <td>3.62</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.60</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.51</td> <td>ดีมาก</td> </tr> <tr> <td>4. ระยะเวลาเหมาะสม</td> <td>3.55</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.54</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.44</td> <td>ดีมาก</td> </tr> <tr> <td>5. ความรู้ที่ได้รับ</td> <td>3.66</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.59</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.48</td> <td>ดีมาก</td> </tr> <tr> <td>6. สามารถนำไปประยุกต์ใช้</td> <td>3.61</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.63</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.53</td> <td>ดีมาก</td> </tr> <tr> <td>เฉลี่ย</td> <td colspan="2">3.59 (ดีมาก)</td> <td colspan="2">3.60 (ดีมาก)</td> <td colspan="2">3.59 (ดีมาก)</td> </tr> </tbody> </table> <p>รุ่นที่ 2 วันที่ 5 กรกฎาคม 2562</p> <p>ความพึงพอใจเฉลี่ย ระดับดีมาก</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">หัวข้อที่ประเมิน</th> <th colspan="2">หลักและแนวคิดทางจริยธรรมฯ</th> <th colspan="2">กรณีศึกษา พฤติกรรม/ข้อร้องเรียน/การใช้ social media</th> <th colspan="2">เชิงปฏิบัติการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากสถานการณ์จริง</th> </tr> <tr> <th>Mean</th> <th>ระดับ</th> <th>Mean</th> <th>ระดับ</th> <th>Mean</th> <th>ระดับ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. เนื้อหาสอดคล้องกับหัวข้อ</td> <td>3.83</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.80</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.80</td> <td>ดีมาก</td> </tr> <tr> <td>2. บรรยายชัดเจน</td> <td>3.72</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.78</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.80</td> <td>ดีมาก</td> </tr> <tr> <td>3. เปิดโอกาสให้ซักถาม</td> <td>3.91</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.91</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.83</td> <td>ดีมาก</td> </tr> <tr> <td>4. ระยะเวลาเหมาะสม</td> <td>3.67</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.61</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.63</td> <td>ดีมาก</td> </tr> <tr> <td>5. ความรู้ที่ได้รับ</td> <td>3.74</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.78</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.83</td> <td>ดีมาก</td> </tr> <tr> <td>6. สามารถนำไปประยุกต์ใช้</td> <td>3.80</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.80</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.83</td> <td>ดีมาก</td> </tr> <tr> <td>เฉลี่ย</td> <td colspan="2">3.78 (ดีมาก)</td> <td colspan="2">3.78 (ดีมาก)</td> <td colspan="2">3.79 (ดีมาก)</td> </tr> </tbody> </table> <p>โครงการอบรมจริยธรรมและพฤติกรรมบริการ สำหรับ non-nurses จำนวน 2 รุ่น รุ่นที่ 1 วันที่ 25 กรกฎาคม 2562</p> <p>ความพึงพอใจเฉลี่ย ระดับดีมาก</p>	หัวข้อที่ประเมิน	หลักและแนวคิดทางจริยธรรมฯ		กรณีศึกษา พฤติกรรม/ข้อร้องเรียน/การใช้ social media		แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากสถานการณ์จริง		Mean	ระดับ	Mean	ระดับ	Mean	ระดับ	1. เนื้อหาสอดคล้องกับหัวข้อ	3.61	ดีมาก	3.67	ดีมาก	3.52	ดีมาก	2. บรรยายชัดเจน	3.61	ดีมาก	3.64	ดีมาก	3.46	ดีมาก	3. เปิดโอกาสให้ซักถาม	3.62	ดีมาก	3.60	ดีมาก	3.51	ดีมาก	4. ระยะเวลาเหมาะสม	3.55	ดีมาก	3.54	ดีมาก	3.44	ดีมาก	5. ความรู้ที่ได้รับ	3.66	ดีมาก	3.59	ดีมาก	3.48	ดีมาก	6. สามารถนำไปประยุกต์ใช้	3.61	ดีมาก	3.63	ดีมาก	3.53	ดีมาก	เฉลี่ย	3.59 (ดีมาก)		3.60 (ดีมาก)		3.59 (ดีมาก)		หัวข้อที่ประเมิน	หลักและแนวคิดทางจริยธรรมฯ		กรณีศึกษา พฤติกรรม/ข้อร้องเรียน/การใช้ social media		เชิงปฏิบัติการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากสถานการณ์จริง		Mean	ระดับ	Mean	ระดับ	Mean	ระดับ	1. เนื้อหาสอดคล้องกับหัวข้อ	3.83	ดีมาก	3.80	ดีมาก	3.80	ดีมาก	2. บรรยายชัดเจน	3.72	ดีมาก	3.78	ดีมาก	3.80	ดีมาก	3. เปิดโอกาสให้ซักถาม	3.91	ดีมาก	3.91	ดีมาก	3.83	ดีมาก	4. ระยะเวลาเหมาะสม	3.67	ดีมาก	3.61	ดีมาก	3.63	ดีมาก	5. ความรู้ที่ได้รับ	3.74	ดีมาก	3.78	ดีมาก	3.83	ดีมาก	6. สามารถนำไปประยุกต์ใช้	3.80	ดีมาก	3.80	ดีมาก	3.83	ดีมาก	เฉลี่ย	3.78 (ดีมาก)		3.78 (ดีมาก)		3.79 (ดีมาก)		
หัวข้อที่ประเมิน	หลักและแนวคิดทางจริยธรรมฯ		กรณีศึกษา พฤติกรรม/ข้อร้องเรียน/การใช้ social media		แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากสถานการณ์จริง																																																																																																																															
	Mean	ระดับ	Mean	ระดับ	Mean	ระดับ																																																																																																																														
1. เนื้อหาสอดคล้องกับหัวข้อ	3.61	ดีมาก	3.67	ดีมาก	3.52	ดีมาก																																																																																																																														
2. บรรยายชัดเจน	3.61	ดีมาก	3.64	ดีมาก	3.46	ดีมาก																																																																																																																														
3. เปิดโอกาสให้ซักถาม	3.62	ดีมาก	3.60	ดีมาก	3.51	ดีมาก																																																																																																																														
4. ระยะเวลาเหมาะสม	3.55	ดีมาก	3.54	ดีมาก	3.44	ดีมาก																																																																																																																														
5. ความรู้ที่ได้รับ	3.66	ดีมาก	3.59	ดีมาก	3.48	ดีมาก																																																																																																																														
6. สามารถนำไปประยุกต์ใช้	3.61	ดีมาก	3.63	ดีมาก	3.53	ดีมาก																																																																																																																														
เฉลี่ย	3.59 (ดีมาก)		3.60 (ดีมาก)		3.59 (ดีมาก)																																																																																																																															
หัวข้อที่ประเมิน	หลักและแนวคิดทางจริยธรรมฯ		กรณีศึกษา พฤติกรรม/ข้อร้องเรียน/การใช้ social media		เชิงปฏิบัติการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากสถานการณ์จริง																																																																																																																															
	Mean	ระดับ	Mean	ระดับ	Mean	ระดับ																																																																																																																														
1. เนื้อหาสอดคล้องกับหัวข้อ	3.83	ดีมาก	3.80	ดีมาก	3.80	ดีมาก																																																																																																																														
2. บรรยายชัดเจน	3.72	ดีมาก	3.78	ดีมาก	3.80	ดีมาก																																																																																																																														
3. เปิดโอกาสให้ซักถาม	3.91	ดีมาก	3.91	ดีมาก	3.83	ดีมาก																																																																																																																														
4. ระยะเวลาเหมาะสม	3.67	ดีมาก	3.61	ดีมาก	3.63	ดีมาก																																																																																																																														
5. ความรู้ที่ได้รับ	3.74	ดีมาก	3.78	ดีมาก	3.83	ดีมาก																																																																																																																														
6. สามารถนำไปประยุกต์ใช้	3.80	ดีมาก	3.80	ดีมาก	3.83	ดีมาก																																																																																																																														
เฉลี่ย	3.78 (ดีมาก)		3.78 (ดีมาก)		3.79 (ดีมาก)																																																																																																																															

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผลการดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ																																																																																																																												
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ. 2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562																																																																																																																													
							<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">หัวข้อที่ประเมิน</th> <th colspan="2">หลักและแนวคิดทางจริยธรรมฯ</th> <th colspan="2">กรณีศึกษาพฤติกรรม/ข้อร้องเรียน/การใช้ social media</th> <th colspan="2">แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากสถานการณ์จริง</th> </tr> <tr> <th>Mean</th> <th>ระดับ</th> <th>Mean</th> <th>ระดับ</th> <th>Mean</th> <th>ระดับ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. เนื้อหาสอดคล้องกับหัวข้อ</td> <td>3.61</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.67</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.52</td> <td>ดีมาก</td> </tr> <tr> <td>2. บรรยายชัดเจน</td> <td>3.61</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.64</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.46</td> <td>ดีมาก</td> </tr> <tr> <td>3. เปิดโอกาสให้ซักถาม</td> <td>3.62</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.60</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.51</td> <td>ดีมาก</td> </tr> <tr> <td>4. ระยะเวลาเหมาะสม</td> <td>3.55</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.54</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.44</td> <td>ดีมาก</td> </tr> <tr> <td>5. ความรู้ที่ได้รับ</td> <td>3.66</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.59</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.48</td> <td>ดีมาก</td> </tr> <tr> <td>6. สามารถนำไปประยุกต์ใช้</td> <td>3.61</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.63</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.53</td> <td>ดีมาก</td> </tr> <tr> <td>เฉลี่ย</td> <td colspan="2">3.59 (ดีมาก)</td> <td colspan="2">3.60 (ดีมาก)</td> <td colspan="2">3.59 (ดีมาก)</td> </tr> </tbody> </table> <p>รุ่นที่ 2 วันที่ 26 กรกฎาคม 2562</p> <p>ความพึงพอใจเฉลี่ย ระดับดีมาก</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">หัวข้อที่ประเมิน</th> <th colspan="2">หลักและแนวคิดทางจริยธรรมฯ</th> <th colspan="2">กรณีศึกษา พฤติกรรม/ข้อร้องเรียน/ การใช้ social media</th> <th colspan="2">เชิงปฏิบัติการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากสถานการณ์จริง</th> </tr> <tr> <th>Mean</th> <th>ระดับ</th> <th>Mean</th> <th>ระดับ</th> <th>Mean</th> <th>ระดับ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. เนื้อหาสอดคล้องกับหัวข้อ</td> <td>3.65</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.57</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.60</td> <td>ดีมาก</td> </tr> <tr> <td>2. บรรยายชัดเจน</td> <td>3.59</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.56</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.52</td> <td>ดีมาก</td> </tr> <tr> <td>3. เปิดโอกาสให้ซักถาม</td> <td>3.56</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.55</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.54</td> <td>ดีมาก</td> </tr> <tr> <td>4. ระยะเวลาเหมาะสม</td> <td>3.51</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.61</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.57</td> <td>ดีมาก</td> </tr> <tr> <td>5. ความรู้ที่ได้รับ</td> <td>3.59</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.64</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.57</td> <td>ดีมาก</td> </tr> <tr> <td>6. สามารถนำไปประยุกต์ใช้</td> <td>3.61</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.65</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.62</td> <td>ดีมาก</td> </tr> <tr> <td>เฉลี่ย</td> <td colspan="2">3.59 (ดีมาก)</td> <td colspan="2">3.60 (ดีมาก)</td> <td colspan="2">3.59 (ดีมาก)</td> </tr> </tbody> </table>	หัวข้อที่ประเมิน	หลักและแนวคิดทางจริยธรรมฯ		กรณีศึกษาพฤติกรรม/ข้อร้องเรียน/การใช้ social media		แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากสถานการณ์จริง		Mean	ระดับ	Mean	ระดับ	Mean	ระดับ	1. เนื้อหาสอดคล้องกับหัวข้อ	3.61	ดีมาก	3.67	ดีมาก	3.52	ดีมาก	2. บรรยายชัดเจน	3.61	ดีมาก	3.64	ดีมาก	3.46	ดีมาก	3. เปิดโอกาสให้ซักถาม	3.62	ดีมาก	3.60	ดีมาก	3.51	ดีมาก	4. ระยะเวลาเหมาะสม	3.55	ดีมาก	3.54	ดีมาก	3.44	ดีมาก	5. ความรู้ที่ได้รับ	3.66	ดีมาก	3.59	ดีมาก	3.48	ดีมาก	6. สามารถนำไปประยุกต์ใช้	3.61	ดีมาก	3.63	ดีมาก	3.53	ดีมาก	เฉลี่ย	3.59 (ดีมาก)		3.60 (ดีมาก)		3.59 (ดีมาก)		หัวข้อที่ประเมิน	หลักและแนวคิดทางจริยธรรมฯ		กรณีศึกษา พฤติกรรม/ข้อร้องเรียน/ การใช้ social media		เชิงปฏิบัติการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากสถานการณ์จริง		Mean	ระดับ	Mean	ระดับ	Mean	ระดับ	1. เนื้อหาสอดคล้องกับหัวข้อ	3.65	ดีมาก	3.57	ดีมาก	3.60	ดีมาก	2. บรรยายชัดเจน	3.59	ดีมาก	3.56	ดีมาก	3.52	ดีมาก	3. เปิดโอกาสให้ซักถาม	3.56	ดีมาก	3.55	ดีมาก	3.54	ดีมาก	4. ระยะเวลาเหมาะสม	3.51	ดีมาก	3.61	ดีมาก	3.57	ดีมาก	5. ความรู้ที่ได้รับ	3.59	ดีมาก	3.64	ดีมาก	3.57	ดีมาก	6. สามารถนำไปประยุกต์ใช้	3.61	ดีมาก	3.65	ดีมาก	3.62	ดีมาก	เฉลี่ย	3.59 (ดีมาก)		3.60 (ดีมาก)		3.59 (ดีมาก)		
หัวข้อที่ประเมิน	หลักและแนวคิดทางจริยธรรมฯ		กรณีศึกษาพฤติกรรม/ข้อร้องเรียน/การใช้ social media		แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากสถานการณ์จริง																																																																																																																															
	Mean	ระดับ	Mean	ระดับ	Mean	ระดับ																																																																																																																														
1. เนื้อหาสอดคล้องกับหัวข้อ	3.61	ดีมาก	3.67	ดีมาก	3.52	ดีมาก																																																																																																																														
2. บรรยายชัดเจน	3.61	ดีมาก	3.64	ดีมาก	3.46	ดีมาก																																																																																																																														
3. เปิดโอกาสให้ซักถาม	3.62	ดีมาก	3.60	ดีมาก	3.51	ดีมาก																																																																																																																														
4. ระยะเวลาเหมาะสม	3.55	ดีมาก	3.54	ดีมาก	3.44	ดีมาก																																																																																																																														
5. ความรู้ที่ได้รับ	3.66	ดีมาก	3.59	ดีมาก	3.48	ดีมาก																																																																																																																														
6. สามารถนำไปประยุกต์ใช้	3.61	ดีมาก	3.63	ดีมาก	3.53	ดีมาก																																																																																																																														
เฉลี่ย	3.59 (ดีมาก)		3.60 (ดีมาก)		3.59 (ดีมาก)																																																																																																																															
หัวข้อที่ประเมิน	หลักและแนวคิดทางจริยธรรมฯ		กรณีศึกษา พฤติกรรม/ข้อร้องเรียน/ การใช้ social media		เชิงปฏิบัติการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากสถานการณ์จริง																																																																																																																															
	Mean	ระดับ	Mean	ระดับ	Mean	ระดับ																																																																																																																														
1. เนื้อหาสอดคล้องกับหัวข้อ	3.65	ดีมาก	3.57	ดีมาก	3.60	ดีมาก																																																																																																																														
2. บรรยายชัดเจน	3.59	ดีมาก	3.56	ดีมาก	3.52	ดีมาก																																																																																																																														
3. เปิดโอกาสให้ซักถาม	3.56	ดีมาก	3.55	ดีมาก	3.54	ดีมาก																																																																																																																														
4. ระยะเวลาเหมาะสม	3.51	ดีมาก	3.61	ดีมาก	3.57	ดีมาก																																																																																																																														
5. ความรู้ที่ได้รับ	3.59	ดีมาก	3.64	ดีมาก	3.57	ดีมาก																																																																																																																														
6. สามารถนำไปประยุกต์ใช้	3.61	ดีมาก	3.65	ดีมาก	3.62	ดีมาก																																																																																																																														
เฉลี่ย	3.59 (ดีมาก)		3.60 (ดีมาก)		3.59 (ดีมาก)																																																																																																																															
2.2 โครงการอบรมจริยธรรมและกฎหมายพยาบาล ≥5 ปี 2 รุ่น		ความพึงพอใจของผู้เข้าอบรม	ระดับความพึงพอใจของผู้เข้าอบรม	ระดับดีมาก			โครงการอบรมจริยธรรมและกฎหมายสำหรับพยาบาล จัด 1 รุ่น วันที่ 26 เม.ย. 62 ผู้เข้าอบรม 98 คน ความพึงพอใจเฉลี่ย ระดับดีมาก																																																																																																																													

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ 2561	ผลการดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ																																																																																
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ. 2562			ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562																																																																																	
							<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">หัวข้อที่ประเมิน</th> <th colspan="2">กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล</th> <th colspan="2">ทำงานอย่างไรจึงจะมีคุณภาพและปลอดภัยจากข้อร้องเรียน</th> <th colspan="2">การจัดการข้อร้องเรียนและการฟ้องร้องในรพ. สงขลานครินทร์</th> <th colspan="2">การจัดการเพื่อป้องกันข้อร้องเรียนและการฟ้องร้อง</th> </tr> <tr> <th>Mean</th> <th>ระดับ</th> <th>Mean</th> <th>ระดับ</th> <th>Mean</th> <th>ระดับ</th> <th>Mean</th> <th>ระดับ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.เนื้อหาสอดคล้อง</td> <td>3.99</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.97</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.86</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.64</td> <td>ดีมาก</td> </tr> <tr> <td>2. บรรยายชัดเจน</td> <td>3.99</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.94</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.70</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.46</td> <td>ดีมาก</td> </tr> <tr> <td>3. เปิดโอกาสให้ซักถาม</td> <td>3.69</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.70</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.67</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.64</td> <td>ดีมาก</td> </tr> <tr> <td>4. ระยะเวลาเหมาะสม</td> <td>3.67</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.67</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.81</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.65</td> <td>ดีมาก</td> </tr> <tr> <td>5. ความรู้ที่ได้รับ</td> <td>3.91</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.94</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.69</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.56</td> <td>ดีมาก</td> </tr> <tr> <td>6.สามารถนำไปประยุกต์ใช้</td> <td>3.93</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.93</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.71</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.61</td> <td>ดีมาก</td> </tr> <tr> <td>ความพึงพอใจเฉลี่ย</td> <td>3.86</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.86</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.74</td> <td>ดีมาก</td> <td>3.59</td> <td>ดีมาก</td> </tr> </tbody> </table>	หัวข้อที่ประเมิน	กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล		ทำงานอย่างไรจึงจะมีคุณภาพและปลอดภัยจากข้อร้องเรียน		การจัดการข้อร้องเรียนและการฟ้องร้องในรพ. สงขลานครินทร์		การจัดการเพื่อป้องกันข้อร้องเรียนและการฟ้องร้อง		Mean	ระดับ	Mean	ระดับ	Mean	ระดับ	Mean	ระดับ	1.เนื้อหาสอดคล้อง	3.99	ดีมาก	3.97	ดีมาก	3.86	ดีมาก	3.64	ดีมาก	2. บรรยายชัดเจน	3.99	ดีมาก	3.94	ดีมาก	3.70	ดีมาก	3.46	ดีมาก	3. เปิดโอกาสให้ซักถาม	3.69	ดีมาก	3.70	ดีมาก	3.67	ดีมาก	3.64	ดีมาก	4. ระยะเวลาเหมาะสม	3.67	ดีมาก	3.67	ดีมาก	3.81	ดีมาก	3.65	ดีมาก	5. ความรู้ที่ได้รับ	3.91	ดีมาก	3.94	ดีมาก	3.69	ดีมาก	3.56	ดีมาก	6.สามารถนำไปประยุกต์ใช้	3.93	ดีมาก	3.93	ดีมาก	3.71	ดีมาก	3.61	ดีมาก	ความพึงพอใจเฉลี่ย	3.86	ดีมาก	3.86	ดีมาก	3.74	ดีมาก	3.59	ดีมาก	
หัวข้อที่ประเมิน	กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล		ทำงานอย่างไรจึงจะมีคุณภาพและปลอดภัยจากข้อร้องเรียน		การจัดการข้อร้องเรียนและการฟ้องร้องในรพ. สงขลานครินทร์		การจัดการเพื่อป้องกันข้อร้องเรียนและการฟ้องร้อง																																																																																	
	Mean	ระดับ	Mean	ระดับ	Mean	ระดับ	Mean	ระดับ																																																																																
1.เนื้อหาสอดคล้อง	3.99	ดีมาก	3.97	ดีมาก	3.86	ดีมาก	3.64	ดีมาก																																																																																
2. บรรยายชัดเจน	3.99	ดีมาก	3.94	ดีมาก	3.70	ดีมาก	3.46	ดีมาก																																																																																
3. เปิดโอกาสให้ซักถาม	3.69	ดีมาก	3.70	ดีมาก	3.67	ดีมาก	3.64	ดีมาก																																																																																
4. ระยะเวลาเหมาะสม	3.67	ดีมาก	3.67	ดีมาก	3.81	ดีมาก	3.65	ดีมาก																																																																																
5. ความรู้ที่ได้รับ	3.91	ดีมาก	3.94	ดีมาก	3.69	ดีมาก	3.56	ดีมาก																																																																																
6.สามารถนำไปประยุกต์ใช้	3.93	ดีมาก	3.93	ดีมาก	3.71	ดีมาก	3.61	ดีมาก																																																																																
ความพึงพอใจเฉลี่ย	3.86	ดีมาก	3.86	ดีมาก	3.74	ดีมาก	3.59	ดีมาก																																																																																
2.3 สร้างบรรยากาศจริยธรรม							<p>-Ethics Rounds จำนวน 2 ครั้ง วันที่ 28 ธันวาคม 2561, 25 มกราคม 2562</p> <p>ประเด็นจริยธรรมในโรคสำคัญของหอผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบอกความจริงในผู้ป่วยติดเชื้อ HIV - การดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการ/เรียกร้องการทำกิจกรรมพยาบาลมาก - การใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยระยะสุดท้าย <p>Ethics conference 1 ครั้ง วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2562</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ethical and Clinical Integration รายโรคจำนวน 3 โรค (PAD CA Colon มะเร็งตับ) 																																																																																	
3.การดูแลแบบประคับประคอง	ต.ค.61-ก.ย.62	ผู้ป่วยมีคะแนนความปวด ≤ 3 ภายใน 72 ชม.หลังให้ PC หรือ 24 ชม.ก่อนเสียชีวิต	-ร้อยละผู้ป่วยมีคะแนนความปวด ≤ 3 ภายใน 72 ชม.หลังให้ PC หรือ 24 ชม.ก่อนเสียชีวิต	>ร้อยละ 80	NA		<p>ร้อยละผู้ป่วยมีคะแนนความปวด ≤ 3 ภายใน 72 ชม.หลังให้ PC หรือ 24 ชม.ก่อนเสียชีวิต = 92.42</p> <p>ตุลาคม-ธันวาคม 2561 = 100%</p> <p>มกราคม-มีนาคม 2562 = 76.47%</p> <p>เมษายน-มิถุนายน 2562 = 93.2%</p> <p>กรกฎาคม – กันยายน 2562 = 100%</p> <p>จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบ palliative ในหอผู้ป่วยนำร่อง(PPSV2 ≤ 30%) = 286 ราย</p>	คุณภรณ์ คุณอุไร วรรณ คุณเยาวรัตน์																																																																																

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผลการดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ					
ปี	วัน-เวลา			ปี	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562						
ปี งบประมาณ.2562-2563				ปี งบประมาณ. 2562	2561	2562	ตุลาคม-ธันวาคม 2561 = 73 ราย มกราคม-มีนาคม 2562 = 46 ราย เมษายน-มิถุนายน 2562= 89 ราย กรกฎาคม – กันยายน 2562 =78 ราย						
		ผู้ป่วยมีอาการ เหนื่อย ≤ 4 ภายใน 72 ชม.หลังให้ PC หรือ 24 ชม.ก่อน เสียชีวิต	-ร้อยละผู้ป่วย มีอาการ เหนื่อย ≤ 4 ภายใน 72 ชม.หลังให้ PC หรือ 24 ชม.ก่อน เสียชีวิต	>ร้อยละ 50	NA	ร้อยละ 89.02	ร้อยละผู้ป่วยมีอาการเหนื่อย ≤ 4 ภายใน 72 ชม.หลังให้ PC หรือ 24 ชม.ก่อน เสียชีวิต = 89.02 ตุลาคม-ธันวาคม 2561 = NA มกราคม-มีนาคม 2562= 76.47% เมษายน-มิถุนายน 2562= 94.44% กรกฎาคม – กันยายน 2562= 96.15%						
		-คุณภาพการ ดูแลผู้ป่วย แบบ ประคับประค องโดยรวม ระดับมาก- มากที่สุด	-ร้อยละของ คุณภาพการ ดูแลผู้ป่วย แบบ ประคับประค องโดยรวม ระดับมาก- มากที่สุด	>ร้อยละ 90	100	ร้อยละ 100	- ร้อยละของคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยรวมระดับมาก-มากที่สุด = 100% ร้อยละของผู้ป่วยที่ตอบแบบประเมินความพึงพอใจ ในหอผู้ป่วยนำร่อง(PPSv2 ≤ 30%) = 134 ราย = 46.85% ตุลาคม-ธันวาคม 2561 = 7 ราย = 9.6% มกราคม-มีนาคม 2562 = 35 ราย = 76.09% เมษายน-มิถุนายน 2562 = 51 ราย = 57.03% กรกฎาคม – กันยายน 2562 = 41 ราย = 52.56%						
							<table border="1"> <tr> <td>หอผู้ป่วย</td> <td>จำนวนผู้ป่วย palliative</td> <td>ร้อยละผู้ป่วยมีความปวด ≤ 3 (n/N)</td> <td>ร้อยละผู้ป่วยมีอาการเหนื่อย ≤ 4 แบบประค</td> <td>จำนวนผู้ตอบ</td> </tr> </table>	หอผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วย palliative	ร้อยละผู้ป่วยมีความปวด ≤ 3 (n/N)	ร้อยละผู้ป่วยมีอาการเหนื่อย ≤ 4 แบบประค	จำนวนผู้ตอบ	
หอผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วย palliative	ร้อยละผู้ป่วยมีความปวด ≤ 3 (n/N)	ร้อยละผู้ป่วยมีอาการเหนื่อย ≤ 4 แบบประค	จำนวนผู้ตอบ									

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ 2561	ผลการดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ																											
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ. 2562			ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562																												
							<p>- นรีเวช: ใช้เกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยมะเร็ง และอภิปรายร่วมกับแพทย์ มีการวางแผนการดูแลรักษาร่วมกันของทีมสหสาขา ผู้ป่วยและครอบครัว มีการประสานเครือข่ายในการส่งต่อการดูแล</p> <p>- เด็ก 2: มีการวางแผนร่วมกันของทีมสหสาขาตั้งแต่การคัดกรอง การประเมินความต้องการและการดูแล</p>																												
3.2 โครงการพัฒนา PCWN: Interesting case conference (แลกเปลี่ยนเรียนรู้/เรื่องเล่า/		-การจัดกิจกรรม	- จำนวนครั้งของการจัดกิจกรรม	3 ครั้ง /ปี			<p>- จัดกิจกรรม Interesting case conference 3 ครั้ง ครั้งที่ 1 วันที่ 14 ธันวาคม 2561 (ประเด็นการทำ advance care plan การจัดการอาการปวด โดยใช้ morphine ทาง sc ผ่าน syringe driver)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>หัวข้อที่ประเมิน</th> <th>Mean</th> <th>ระดับ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.ความรู้ความเข้าใจก่อน ทำ case conference</td> <td>2.33</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.ความรู้ความเข้าใจหลังทำ case conference</td> <td>3.12</td> <td>ดีมาก</td> </tr> <tr> <td>3.การประยุกต์ใช้เข้าสู่การปฏิบัติ</td> <td>3.24</td> <td>ดีมาก</td> </tr> <tr> <td>4.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีการแลกเปลี่ยนความรู้/ประสบการณ์</td> <td>3.21</td> <td>ดีมาก</td> </tr> </tbody> </table> <p>ครั้งที่ 2 วันที่ 21 มีนาคม 2562 (ประเด็นการดูแลด้านจิตวิญญาณ: ผู้ป่วยระยะท้ายได้จดทะเบียนสมรสกับภรรยา)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>หัวข้อที่ประเมิน</th> <th>Mean</th> <th>ระดับ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.ความรู้ความเข้าใจก่อน ทำ case conference</td> <td>2.67</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.ความรู้ความเข้าใจหลังทำ case conference</td> <td>3.42</td> <td>ดีมาก</td> </tr> <tr> <td>3.การประยุกต์ใช้เข้าสู่การปฏิบัติ</td> <td>3.44</td> <td>ดีมาก</td> </tr> </tbody> </table>	หัวข้อที่ประเมิน	Mean	ระดับ	1.ความรู้ความเข้าใจก่อน ทำ case conference	2.33		2.ความรู้ความเข้าใจหลังทำ case conference	3.12	ดีมาก	3.การประยุกต์ใช้เข้าสู่การปฏิบัติ	3.24	ดีมาก	4.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีการแลกเปลี่ยนความรู้/ประสบการณ์	3.21	ดีมาก	หัวข้อที่ประเมิน	Mean	ระดับ	1.ความรู้ความเข้าใจก่อน ทำ case conference	2.67		2.ความรู้ความเข้าใจหลังทำ case conference	3.42	ดีมาก	3.การประยุกต์ใช้เข้าสู่การปฏิบัติ	3.44	ดีมาก	
หัวข้อที่ประเมิน	Mean	ระดับ																																	
1.ความรู้ความเข้าใจก่อน ทำ case conference	2.33																																		
2.ความรู้ความเข้าใจหลังทำ case conference	3.12	ดีมาก																																	
3.การประยุกต์ใช้เข้าสู่การปฏิบัติ	3.24	ดีมาก																																	
4.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีการแลกเปลี่ยนความรู้/ประสบการณ์	3.21	ดีมาก																																	
หัวข้อที่ประเมิน	Mean	ระดับ																																	
1.ความรู้ความเข้าใจก่อน ทำ case conference	2.67																																		
2.ความรู้ความเข้าใจหลังทำ case conference	3.42	ดีมาก																																	
3.การประยุกต์ใช้เข้าสู่การปฏิบัติ	3.44	ดีมาก																																	

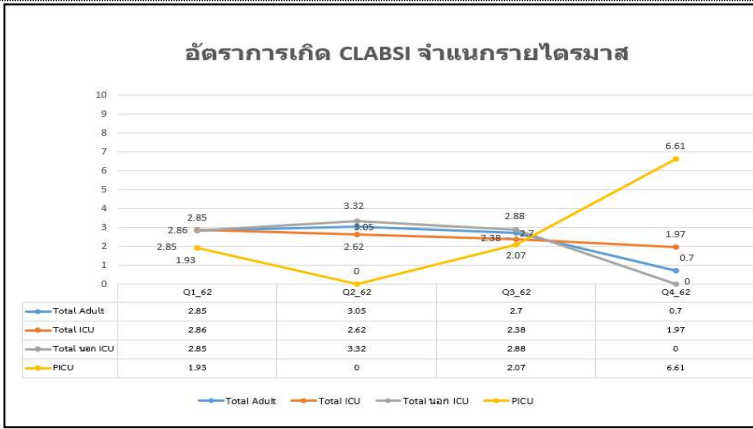
แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ 2561	ผลการดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ																								
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ. 2562			ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562																									
							<table border="1"> <tr> <td>4.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีการแลกเปลี่ยนความรู้/ประสบการณ์</td> <td>3.22</td> <td>ดีมาก</td> </tr> <tr> <td>5.ความพึงพอใจต่อกิจกรรมในครั้งนี้</td> <td>3.27</td> <td>ดีมาก</td> </tr> </table> <p>ครั้งที่ 3 วันที่ 23 กรกฎาคม 2562 (ประเด็นการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้าย การจัดการอาการหอบเหนื่อย และ การใช้ Syringe Driver)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>หัวข้อที่ประเมิน</th> <th>Mean</th> <th>SD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.ความรู้ความเข้าใจก่อน ทำ case conference</td> <td>2.76</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.ความรู้ความเข้าใจหลังทำ case conference</td> <td>3.28</td> <td>ดีมาก</td> </tr> <tr> <td>3.การประยุกต์ใช้นำสู่การปฏิบัติ</td> <td>3.36</td> <td>ดีมาก</td> </tr> <tr> <td>4.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีการแลกเปลี่ยนความรู้/ประสบการณ์</td> <td>3.32</td> <td>ดีมาก</td> </tr> <tr> <td>5.ความพึงพอใจต่อกิจกรรมในครั้งนี้</td> <td>3.36</td> <td>ดีมาก</td> </tr> </tbody> </table>	4.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีการแลกเปลี่ยนความรู้/ประสบการณ์	3.22	ดีมาก	5.ความพึงพอใจต่อกิจกรรมในครั้งนี้	3.27	ดีมาก	หัวข้อที่ประเมิน	Mean	SD	1.ความรู้ความเข้าใจก่อน ทำ case conference	2.76		2.ความรู้ความเข้าใจหลังทำ case conference	3.28	ดีมาก	3.การประยุกต์ใช้นำสู่การปฏิบัติ	3.36	ดีมาก	4.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีการแลกเปลี่ยนความรู้/ประสบการณ์	3.32	ดีมาก	5.ความพึงพอใจต่อกิจกรรมในครั้งนี้	3.36	ดีมาก	
4.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีการแลกเปลี่ยนความรู้/ประสบการณ์	3.22	ดีมาก																														
5.ความพึงพอใจต่อกิจกรรมในครั้งนี้	3.27	ดีมาก																														
หัวข้อที่ประเมิน	Mean	SD																														
1.ความรู้ความเข้าใจก่อน ทำ case conference	2.76																															
2.ความรู้ความเข้าใจหลังทำ case conference	3.28	ดีมาก																														
3.การประยุกต์ใช้นำสู่การปฏิบัติ	3.36	ดีมาก																														
4.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีการแลกเปลี่ยนความรู้/ประสบการณ์	3.32	ดีมาก																														
5.ความพึงพอใจต่อกิจกรรมในครั้งนี้	3.36	ดีมาก																														
3.3 กิจกรรมจิตอาสา เย็นศิริระ	ทุกเดือน	กิจกรรม	จำนวนครั้ง การทำ กิจกรรม	≥10 ครั้ง/ปี		5 ครั้ง	<p>จำนวนครั้งการทำกิจกรรม = 5 ครั้ง (17 มกราคม ,7,21 กุมภาพันธ์,7,21 มีนาคม 2562)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ปัญหาที่พบ</th> <th>การช่วยเหลือ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>- Pain</td> <td>- ประสานแพทย์เจ้าของไข้/ แพทย์ palliative ในการจัดการอาการ</td> </tr> <tr> <td>- Fungating wound</td> <td>- ประสานส่งต่อ รพ.ใกล้บ้าน (รพ.ละงู, ยะลา, รัตภูมิ)</td> </tr> <tr> <td>-Dyspnea</td> <td>- ประสานภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันฯ ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่อาคารเย็นศิริระในกรณีที่</td> </tr> <tr> <td>-เพลีย ทานอาหารได้น้อย</td> <td>ต้องการการดูแลต่อเนื่อง)</td> </tr> <tr> <td>-เศรษฐกิจ</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	ปัญหาที่พบ	การช่วยเหลือ	- Pain	- ประสานแพทย์เจ้าของไข้/ แพทย์ palliative ในการจัดการอาการ	- Fungating wound	- ประสานส่งต่อ รพ.ใกล้บ้าน (รพ.ละงู, ยะลา, รัตภูมิ)	-Dyspnea	- ประสานภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันฯ ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่อาคารเย็นศิริระในกรณีที่	-เพลีย ทานอาหารได้น้อย	ต้องการการดูแลต่อเนื่อง)	-เศรษฐกิจ														
ปัญหาที่พบ	การช่วยเหลือ																															
- Pain	- ประสานแพทย์เจ้าของไข้/ แพทย์ palliative ในการจัดการอาการ																															
- Fungating wound	- ประสานส่งต่อ รพ.ใกล้บ้าน (รพ.ละงู, ยะลา, รัตภูมิ)																															
-Dyspnea	- ประสานภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันฯ ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่อาคารเย็นศิริระในกรณีที่																															
-เพลีย ทานอาหารได้น้อย	ต้องการการดูแลต่อเนื่อง)																															
-เศรษฐกิจ																																

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผลการดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ																																																																																																							
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ. 2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562																																																																																																								
4.ควบคุมการติดเชื้อ (VAP, CLABSI, CA-UTI)		อัตราการติดเชื้อ	เทียบเคียงกับ 50 percentile NHSN ปี 2012-2013	Adult VAP 0.9 ครั้ง/1000 ventilator-days	1.22	1.26	<p>อัตราการติดเชื้อ Adult (VAP, CAUTI, CLABSI) ภาพรวม ปี 2562</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="13">อัตราการติดเชื้อปีงบประมาณ2562 (เดือนตุลาคม2561-กันยายน 2562)</th> </tr> <tr> <th>หอผู้ป่วย</th> <th>V day</th> <th>Patient</th> <th>infection</th> <th>VAP rate</th> <th>F day</th> <th>Patient</th> <th>infection</th> <th>CAUTI rate</th> <th>C day</th> <th>Patient</th> <th>infection</th> <th>CLABSI rate</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปีงบประมาณ 2562</td> <td>18230</td> <td>3195</td> <td>23</td> <td>1.26</td> <td>21992</td> <td>5885</td> <td>110</td> <td>5.00</td> <td>12105</td> <td>2259</td> <td>27</td> <td>2.23</td> </tr> <tr> <td>รวมใน ICU</td> <td>6119</td> <td>1569</td> <td>9</td> <td>1.47</td> <td>6325</td> <td>1898</td> <td>19</td> <td>3.00</td> <td>4379</td> <td>999</td> <td>10</td> <td>2.28</td> </tr> <tr> <td>รวมนอก ICU</td> <td>12111</td> <td>1626</td> <td>14</td> <td>1.16</td> <td>15667</td> <td>4029</td> <td>91</td> <td>5.81</td> <td>7726</td> <td>1260</td> <td>17</td> <td>2.19</td> </tr> <tr> <td>ปีงบประมาณ 2561</td> <td>13919</td> <td>2414</td> <td>17</td> <td>1.22</td> <td>10712</td> <td>3469</td> <td>33</td> <td>3.08</td> <td>10785</td> <td>1735</td> <td>28</td> <td>2.58</td> </tr> <tr> <td>รวมใน ICU</td> <td>4464</td> <td>1165</td> <td>13</td> <td>2.91</td> <td>15681</td> <td>1242</td> <td>6</td> <td>0.38</td> <td>4157</td> <td>885</td> <td>13</td> <td>3.13</td> </tr> </tbody> </table> <p>จากตารางภาพรวมอัตราการติดเชื้อ Adult (VAP, CLABSI, CA-UTI) ปี2562</p> <ol style="list-style-type: none"> สรุปอัตราการติดเชื้อปี 2562 สูงตาม Key area ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1.1 VAP = กลุ่ม ICU (1.47) สูงกว่ากลุ่มนอก ICU (1.16) 1.2 CAUTI = กลุ่มนอก ICU (5.81) สูงกว่ากลุ่มใน ICU (3.00) <p>ได้แก่ ศัลยกรรมประสาท/ศัลยกรรมอุบัติเหตุ/SRCU</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.3 CALBSI = กลุ่ม ICU (2.28) สูงกว่ากลุ่มนอก ICU (2.20) <p>ข้อเสนอแนะ</p> <ul style="list-style-type: none"> - อัตราการติดเชื้อเพิ่มขึ้น ต้องวิเคราะห์หาสาเหตุ เช่น ปฏิบัติตาม Bundle ครบหรือไม่ (วัด compliance การใช้ Bundle) <ol style="list-style-type: none"> สรุปอัตราการติดเชื้อเปรียบเทียบปี2561-2562 ดังนี้ <table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ</th> <th>VAP (0.9 ครั้ง/1000 วัน)</th> <th>CAUTI (2.2 ครั้ง/1000 วัน)</th> <th>CALBSI (0.9ครั้ง/1000 วัน)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี2561</td> <td>1.22</td> <td>3.08</td> <td>2.6</td> </tr> <tr> <td>ปี2562</td> <td>1.26</td> <td>5.00(ปรับเกณฑ์)</td> <td>2.23</td> </tr> </tbody> </table>	อัตราการติดเชื้อปีงบประมาณ2562 (เดือนตุลาคม2561-กันยายน 2562)													หอผู้ป่วย	V day	Patient	infection	VAP rate	F day	Patient	infection	CAUTI rate	C day	Patient	infection	CLABSI rate	ปีงบประมาณ 2562	18230	3195	23	1.26	21992	5885	110	5.00	12105	2259	27	2.23	รวมใน ICU	6119	1569	9	1.47	6325	1898	19	3.00	4379	999	10	2.28	รวมนอก ICU	12111	1626	14	1.16	15667	4029	91	5.81	7726	1260	17	2.19	ปีงบประมาณ 2561	13919	2414	17	1.22	10712	3469	33	3.08	10785	1735	28	2.58	รวมใน ICU	4464	1165	13	2.91	15681	1242	6	0.38	4157	885	13	3.13	ปีงบประมาณ	VAP (0.9 ครั้ง/1000 วัน)	CAUTI (2.2 ครั้ง/1000 วัน)	CALBSI (0.9ครั้ง/1000 วัน)	ปี2561	1.22	3.08	2.6	ปี2562	1.26	5.00(ปรับเกณฑ์)	2.23	คุณวิลาวัลย์
อัตราการติดเชื้อปีงบประมาณ2562 (เดือนตุลาคม2561-กันยายน 2562)																																																																																																															
หอผู้ป่วย	V day	Patient	infection	VAP rate	F day	Patient	infection	CAUTI rate	C day	Patient	infection	CLABSI rate																																																																																																			
ปีงบประมาณ 2562	18230	3195	23	1.26	21992	5885	110	5.00	12105	2259	27	2.23																																																																																																			
รวมใน ICU	6119	1569	9	1.47	6325	1898	19	3.00	4379	999	10	2.28																																																																																																			
รวมนอก ICU	12111	1626	14	1.16	15667	4029	91	5.81	7726	1260	17	2.19																																																																																																			
ปีงบประมาณ 2561	13919	2414	17	1.22	10712	3469	33	3.08	10785	1735	28	2.58																																																																																																			
รวมใน ICU	4464	1165	13	2.91	15681	1242	6	0.38	4157	885	13	3.13																																																																																																			
ปีงบประมาณ	VAP (0.9 ครั้ง/1000 วัน)	CAUTI (2.2 ครั้ง/1000 วัน)	CALBSI (0.9ครั้ง/1000 วัน)																																																																																																												
ปี2561	1.22	3.08	2.6																																																																																																												
ปี2562	1.26	5.00(ปรับเกณฑ์)	2.23																																																																																																												

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผลการดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ																									
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ. 2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562																										
<p>3.สรุปอัตราการติดเชื้อเปรียบเทียบกับไตรมาส1-4 ปี2562 ดังนี้</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ2562</th> <th>VAP (0.9 ครั้ง/ 1000 วัน)</th> <th>CAUTI (2.2 ครั้ง/1000 วัน)</th> <th>CALBSI (0.9ครั้ง/ 1000 วัน)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ไตรมาส1</td> <td>1.81</td> <td>5.28</td> <td>2.85</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส 2</td> <td>0.59</td> <td>4.82</td> <td>3.05</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส 3</td> <td>1.39</td> <td>5.05</td> <td>2.21</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส 4</td> <td>1.30</td> <td>4.85</td> <td>0.70</td> </tr> <tr> <td>สรุปปี62</td> <td>1.26</td> <td>5.00</td> <td>2.23</td> </tr> </tbody> </table>								ปีงบประมาณ2562	VAP (0.9 ครั้ง/ 1000 วัน)	CAUTI (2.2 ครั้ง/1000 วัน)	CALBSI (0.9ครั้ง/ 1000 วัน)	ไตรมาส1	1.81	5.28	2.85	ไตรมาส 2	0.59	4.82	3.05	ไตรมาส 3	1.39	5.05	2.21	ไตรมาส 4	1.30	4.85	0.70	สรุปปี62	1.26	5.00	2.23		
ปีงบประมาณ2562	VAP (0.9 ครั้ง/ 1000 วัน)	CAUTI (2.2 ครั้ง/1000 วัน)	CALBSI (0.9ครั้ง/ 1000 วัน)																														
ไตรมาส1	1.81	5.28	2.85																														
ไตรมาส 2	0.59	4.82	3.05																														
ไตรมาส 3	1.39	5.05	2.21																														
ไตรมาส 4	1.30	4.85	0.70																														
สรุปปี62	1.26	5.00	2.23																														
<p>อัตราการเกิด VAP จำแนกรายไตรมาส</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Q1_62</th> <th>Q2_62</th> <th>Q3_62</th> <th>Q4_62</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Total Adult</td> <td>1.81</td> <td>0.59</td> <td>1.25</td> <td>1.3</td> </tr> <tr> <td>Total ICU</td> <td>1.9</td> <td>1.27</td> <td>1.49</td> <td>1.42</td> </tr> <tr> <td>Total นอก ICU</td> <td>1.76</td> <td>0.28</td> <td>1.14</td> <td>1.23</td> </tr> <tr> <td>PICU</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>									Q1_62	Q2_62	Q3_62	Q4_62	Total Adult	1.81	0.59	1.25	1.3	Total ICU	1.9	1.27	1.49	1.42	Total นอก ICU	1.76	0.28	1.14	1.23	PICU	0	0	0	0	
	Q1_62	Q2_62	Q3_62	Q4_62																													
Total Adult	1.81	0.59	1.25	1.3																													
Total ICU	1.9	1.27	1.49	1.42																													
Total นอก ICU	1.76	0.28	1.14	1.23																													
PICU	0	0	0	0																													
<p>การดำเนินการเพื่อป้องกันการติดเชื้อ VAP</p>																																	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินการ	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน- เวลา			ปี งบประมาณ. 2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562	
							<p>ไตรมาส1-2</p> <ul style="list-style-type: none"> -นำ Heat and Moisture Exchangers; HME มาใช้เพื่อลดน้ำในสายเครื่องช่วยหายใจ -ใช้ weaning protocol -ปรึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจกับพยาบาลชำนาญการ ระบบทางเดินหายใจ วิชาสูญญแพทย์และแพทย์อายุรกรรมหน่วยระบบทางเดินหายใจ <p>ไตรมาสที่ 3-4</p> <ul style="list-style-type: none"> -มีการประชุมร่วมกับผู้อำนวยการ ทีมICและกลุ่มหอผู้ป่วยICU ทบทวนVAP-Bundleและนำเสนอผลการวัด Compliance ตาม VAP-Bundleพบว่าข้อที่ได้นี้คะแนนต่ำที่สุดคือการล้างมือ 5 moment=87.21รองลงมาคือการเหน็บใน กระเปาะและสายเครื่องช่วยหายใจทั้งก่อนก่อนเปลี่ยนท่านอนผู้ป่วยทุกครั้งและเมื่อมีน้ำซัง=88.95 <p>กำหนดแนวทางเพื่อลด VAP ได้ข้อสรุปดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> -ปฏิบัติตาม VAP Bundleอย่างเคร่งครัด -สร้าง safety culture การล้างมือ 5moment -HME ลดน้ำในสายเครื่องช่วยหายใจ -ใช้ Daily assessment เพื่อ Weaning เร็วที่สุด <p>แผนที่จะทำต่อ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ร่วมกับทีมICจัดทำ Daily assessment - ประสานงานกับทีมดูแลเครื่องช่วยหายใจเรื่องการปรับเปลี่ยนอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจทุกเครื่องให้มีมาตรฐานเดียวกัน 	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ 2561	ผลการดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ																									
ปี งบประมาณ 2562-2563	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ 2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562																										
				Adult CAUTI 2.2 ครั้ง/1000 catheter-days	3.08	5.00	<p style="text-align: center;">อัตราการเกิด CAUTI จำแนกรายไตรมาส</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Q1_62</th> <th>Q2_62</th> <th>Q3_62</th> <th>Q4_62</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Total Adult</td> <td>5.28</td> <td>4.82</td> <td>5.05</td> <td>4.85</td> </tr> <tr> <td>Total ICU</td> <td>4.76</td> <td>1.78</td> <td>2.97</td> <td>3.09</td> </tr> <tr> <td>Total นอก ICU</td> <td>5.45</td> <td>6.12</td> <td>5.87</td> <td>5.61</td> </tr> <tr> <td>PICU</td> <td>2.82</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>6.41</td> </tr> </tbody> </table>		Q1_62	Q2_62	Q3_62	Q4_62	Total Adult	5.28	4.82	5.05	4.85	Total ICU	4.76	1.78	2.97	3.09	Total นอก ICU	5.45	6.12	5.87	5.61	PICU	2.82	0	0	6.41	
	Q1_62	Q2_62	Q3_62	Q4_62																													
Total Adult	5.28	4.82	5.05	4.85																													
Total ICU	4.76	1.78	2.97	3.09																													
Total นอก ICU	5.45	6.12	5.87	5.61																													
PICU	2.82	0	0	6.41																													
							<p>การดำเนินการเพื่อป้องกันการติดเชื้อ Adult CAUTI</p> <ul style="list-style-type: none"> -อัตราการติดเชื้อไตรมาสที่1= 5.28 ครั้ง/1000 catheter-days พบว่ามีการติดเชื้อ 32 ราย ซึ่ง 11 รายมี onset day ≤5 วัน ซึ่งเกี่ยวข้องกับกระบวนการปราศจากเชื้อในขณะใส่สายสวน และ 13 รายเป็น case ที่มีปัญหาาระบบปัสสาวะ -ปรึกษากับทีมแพทย์ผู้รับผิดชอบการสอนก่อนปริญญา เพื่อทบทวนการสอนหัตถการสวนปัสสาวะ โดยเฉพาะการใส่สายสวนปัสสาวะในห้องผ่าตัดซึ่งทำโดยแพทย์ 100% -ประสานงาน ICWN ในการนำแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อไปใช้และนำมาวิเคราะห์ สรุปเพื่อพัฒนา -ให้ความรู้เรื่อง early warning sign ของ CAUTI แก่พยาบาลและแจ้งแพทย์ หน่วยระบบปัสสาวะทราบทันทีเมื่อผู้ป่วยมีไข้ -ให้ความสำคัญกับการให้ความรู้แก่กลุ่ม non nurse ในการดูแลผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะ -การรณรงค์การล้างมือ 5 moment 																										

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ 2561	ผลการดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ																									
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ. 2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562																										
							<p>-แจ้งให้หน่วยงานที่ใส่สายสวนปัสสาวะทราบเพื่อทบทวนกระบวนการปราศจากเชื้อเมื่อใส่สายสวนในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ onset day ≤ 5 วัน</p> <p>แผนที่จะทำต่อ</p> <p>-ลดการสวนปัสสาวะโดยไม่จำเป็น มีการประเมินปริมาตรปัสสาวะในกระเพาะปัสสาวะก่อนตัดสินใจใส่สายสวนปัสสาวะ กำหนดการสอนให้พยาบาลใช้เครื่อง Ultrasound หรือเครื่องBladder scan การประเมินปริมาตรปัสสาวะผู้ป่วยได้เริ่มนำร่องที่กลุ่มICU</p> <p>-ติดตามวัดCompliance การปฏิบัติตาม CAUTI-Bundle</p>																										
				Adult CLABSI 0.9 ครั้ง/1000cat heter-days	2.6	2.23	<p>อัตราการเกิด CLABSI จำแนกรายไตรมาส</p>  <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Q1_62</th> <th>Q2_62</th> <th>Q3_62</th> <th>Q4_62</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Total Adult</td> <td>2.85</td> <td>3.05</td> <td>2.7</td> <td>0.7</td> </tr> <tr> <td>Total ICU</td> <td>2.86</td> <td>2.62</td> <td>2.38</td> <td>1.97</td> </tr> <tr> <td>Total non ICU</td> <td>2.85</td> <td>3.32</td> <td>2.88</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>PICU</td> <td>1.93</td> <td>0</td> <td>2.07</td> <td>6.61</td> </tr> </tbody> </table> <p>การดำเนินการเพื่อป้องกันการติดเชื้อ CLABSI</p> <p>-ไตรมาสที่1พบอัตราการติดเชื้อ CLABSI 2.85 ครั้ง/1000catheter-days วิเคราะห์พบว่ามีการติดเชื้อ10 ราย วิเคราะห์ทบทวนพบว่ามีการใช้ Needleless connector 100% แต่วิธีการ scrub the hub ไม่ถูกต้อง จากการสุ่มเก็บในเวลา 1 เดือน (เดือนธันวาคม 2561) พบว่าการปฏิบัติที่ถูกต้องเพียงร้อยละ53.73</p>		Q1_62	Q2_62	Q3_62	Q4_62	Total Adult	2.85	3.05	2.7	0.7	Total ICU	2.86	2.62	2.38	1.97	Total non ICU	2.85	3.32	2.88	0	PICU	1.93	0	2.07	6.61	
	Q1_62	Q2_62	Q3_62	Q4_62																													
Total Adult	2.85	3.05	2.7	0.7																													
Total ICU	2.86	2.62	2.38	1.97																													
Total non ICU	2.85	3.32	2.88	0																													
PICU	1.93	0	2.07	6.61																													

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินการ	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน- เวลา			ปี งบประมาณ. 2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562	
							<p>- ไตรมาสที่ 3 ติดตาม compliance CLA-BSI bundle (14 ward/พค62) พบข้อที่ปฏิบัติน้อยที่สุด 77.86 คือ scrub the hub 15 วินาที ก่อนเปิดสายสวนฯ ให้ยา/สารน้ำ</p> <p>- นำข้อมูล compliance ร่วมประชุมกับผู้อำนวยการ IC และกลุ่มหอผู้ป่วย ICU ทบทวนแนวทางที่ปฏิบัติเดิมต่างๆ และกำหนดแนวทางเพื่อลด CLA-BSI ได้ข้อสรุปดังนี้</p> <p>- ปฏิบัติตาม CLA-BSI Bundle อย่างเคร่งครัด</p> <p>- เน้นย้ำทุกหน่วยงาน scrub the hub อย่างถูกมาตรฐาน</p> <p>- IC จัดทำ clip วิธีการ scrub the hub</p> <p>- ผอ อนุมัติจัดซื้อ passive disinfectant cap มาทดลองใช้ใน 16 หอผู้ป่วย</p> <p>- สร้าง safety culture การล้างมือ 5 moment</p> <p>2. ส่งเสริมการใช้ Daily assessment เพื่อ Reminder แพทย์ เอาสายออกเร็วที่สุด</p> <p>แผนที่จะทำต่อ</p> <p>- ติดตามผลการใช้ Antiseptic cap ระยะเวลา 6 เดือน กับ อัตราการเกิด CLA-BSI</p> <p>- เผยแพร่ clip วิธีการ scrub the hub ผ่านช่องทางต่างๆ เช่น เปิดก่อนเวลาประชุม</p> <p>- จัดอบรมฝึกปฏิบัติการ scrub the hub ที่ถูกต้อง ให้หอผู้ป่วยที่มีอัตรา CLA-BSI สูง</p> <p>- จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับกลุ่มหอผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อสูง เพื่อร่วมแก้ไขปัญหา</p> <p>- ติดตามผลการใช้ heparin unit dose ที่เภสัชผลิตใช้เพื่อแก้ปัญหา เรื่องการปนเปื้อนที่อาจเกิดจากการใช้ยา heparin (100 unit/ml), NSS, 5%D/W แบบ multi-dose เพราะผลการเพาะเชื้อยาที่มีการใช้งานแล้วพบการปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรีย</p>	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ 2561	ผลการดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ																								
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ. 2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562																									
				1.Pediatric VAP 0 ครั้ง/ 1000 ventilator-days 2. CAUTI 1.4 ครั้ง/ 1000 catheter-days 3. CLABSI 0.7 ครั้ง/ 1000 catheter-days	0 1.23 2.47	0 2.31 2.71	<p>อัตราการติดเชื้อ Pediatric (VAP,CAUTI,CLABSI) แยกตามไตรมาส ปี 2562</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 2562</th> <th>VAP (0.9 ครั้ง/1000 วัน)</th> <th>CAUTI (1.4 ครั้ง/1000 วัน)</th> <th>CLABSI (0.7 ครั้ง/1000 วัน)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ไตรมาส 1</td> <td>0</td> <td>2.82</td> <td>1.93</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส 2</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส 3</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>2.07</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส 4</td> <td>0</td> <td>6.41</td> <td>6.61</td> </tr> <tr> <td>ภาพรวมปี 2562</td> <td>0</td> <td>รอข้อมูล</td> <td>รอข้อมูล</td> </tr> </tbody> </table> <p>แผนที่จะทำต่อ</p> <ul style="list-style-type: none"> -นำแนวทางการกระตุ้นส่งเสริมการล้างมือโดยใช้Voice boxของPICUเผยแพร่ไปยังหอผู้ป่วยอื่นๆ -ส่งเสริม/จัดให้มีVoice boxหรืออุปกรณ์/วิธีการอื่นๆ 	ปีงบประมาณ 2562	VAP (0.9 ครั้ง/1000 วัน)	CAUTI (1.4 ครั้ง/1000 วัน)	CLABSI (0.7 ครั้ง/1000 วัน)	ไตรมาส 1	0	2.82	1.93	ไตรมาส 2	0	0	0	ไตรมาส 3	0	0	2.07	ไตรมาส 4	0	6.41	6.61	ภาพรวมปี 2562	0	รอข้อมูล	รอข้อมูล	
ปีงบประมาณ 2562	VAP (0.9 ครั้ง/1000 วัน)	CAUTI (1.4 ครั้ง/1000 วัน)	CLABSI (0.7 ครั้ง/1000 วัน)																													
ไตรมาส 1	0	2.82	1.93																													
ไตรมาส 2	0	0	0																													
ไตรมาส 3	0	0	2.07																													
ไตรมาส 4	0	6.41	6.61																													
ภาพรวมปี 2562	0	รอข้อมูล	รอข้อมูล																													
4.1 รมรงค์เรื่องการล้างมืออย่างเข้มข้นร่วมกับหน่วยควบคุมการติดเชื้อ		การล้างมือ	ร้อยละของการล้างมือ	≥ร้อยละ 90	N/A	ร้อยละ 70-81.2 (3ไตรมาส)	<p>อัตราการล้างมือปี 2562 แยกตามไตรมาส (3ไตรมาส) = ร้อยละ 70-81.2</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Moment</th> <th>ไตรมาส 1</th> <th>ไตรมาส 2</th> <th>ไตรมาส 3</th> <th>ไตรมาส 4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>59.9</td> <td>72.8</td> <td>72.5</td> <td>76.0</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>69.1</td> <td>79.4</td> <td>77.8</td> <td>87.7</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>86.4</td> <td>89.7</td> <td>91.7</td> <td>95.5</td> </tr> </tbody> </table>	Moment	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	1	59.9	72.8	72.5	76.0	2	69.1	79.4	77.8	87.7	3	86.4	89.7	91.7	95.5					
Moment	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4																												
1	59.9	72.8	72.5	76.0																												
2	69.1	79.4	77.8	87.7																												
3	86.4	89.7	91.7	95.5																												

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินการ	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ															
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน- เวลา			ปี งบม. 2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562																
							<table border="1"> <tr> <td>4</td> <td>76.5</td> <td>83.4</td> <td>85.9</td> <td>88.6</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>55.4</td> <td>74.8</td> <td>79.0</td> <td>80.0</td> </tr> <tr> <td>ภาพรวม (ร้อยละ)</td> <td>70.0</td> <td>80.3</td> <td>81.2</td> <td>85.2</td> </tr> </table> <p>แผนที่จะทำต่อ</p> <ul style="list-style-type: none"> - กระตุ้นส่งเสริมให้บุคลากรล้างมือเพิ่มขึ้น เช่น มอบรางวัลหน่วยงานที่มีอัตราการล้างมือสูงที่สุด (เก็บคะแนนทุกไตรมาสจนครบ4ไตรมาส) - เผยแพร่หา clip video การล้างมือ 5 moment ผ่านช่องทางต่างๆ เช่น ก่อนเริ่มการประชุมต่างๆ /จอMonitorของโรงพยาบาล 	4	76.5	83.4	85.9	88.6	5	55.4	74.8	79.0	80.0	ภาพรวม (ร้อยละ)	70.0	80.3	81.2	85.2	
4	76.5	83.4	85.9	88.6																			
5	55.4	74.8	79.0	80.0																			
ภาพรวม (ร้อยละ)	70.0	80.3	81.2	85.2																			
4.2 ประสานร่วมกับ หน่วย IC ในการ ทบทวนแนวปฏิบัติ/ คู่มือการป้องกัน/ ควบคุม การ แพร่กระจายเชื้อ		การทบทวน แนวปฏิบัติ/ คู่มือ	จำนวนแนว ปฏิบัติ/คู่มือที่ ได้รับการ ทบทวน	≥5เรื่อง	N/A	3 เรื่อง	ทบทวนแนวปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ (Bundle) VAP Bundle CLABSI Bundle CAUTI Bundle																
4.3 จัดตั้งและพัฒนา สมรรถนะพยาบาล ควบคุมการติดเชื้อ ประจำหอผู้ป่วย/ หน่วยงาน		หอผู้ป่วย/ หน่วยงานมี พยาบาล ควบคุมการ ติดเชื้อ	จำนวนหอ ผู้ป่วย/หน่วย งานมี พยาบาล ควบคุมการ ติดเชื้อ	ร้อยละ 100	N/A	ร้อยละ 100	-มีICWNประจำหน่วยงานครอบคลุมทุกหน่วยงานทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมทั้งหมด 62 คน -ICWN ผ่านการอบรม standard precaution 100%																

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินการ	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน- เวลา			ปี งบม. 2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562	
4.4 โครงการพัฒนา สมรรถนะพยาบาล ควบคุมการติดเชื้อ ประจำหอผู้ป่วย/ หน่วยงาน		สมรรถนะ พยาบาล ควบคุมการ ติดเชื้อ ประจำหอ ผู้ป่วย/ หน่วยงาน	สมรรถนะ พยาบาล ควบคุมการ ติดเชื้อประจำ หอผู้ป่วย/ หน่วยงาน	สมรรถนะ ผ่าน เกณฑ์ ที่กำหนด ร้อยละ 100	N/A	N/A (ไม่ได้วัด สมรรถนะ)	จัดอบรมให้ความรู้เพื่อพัฒนาสมรรถนะครบทุกหัวข้อ100% แต่ไม่ได้วัดสมรรถนะ	
4.5 โครงการชวนน้อง ทำปลอด HAI (Hospital Acquired Infections)		โครงการ	จำนวน โครงการ	≥10 โครงการ	N/A	N/A	-จำนวนโครงการ 36 โครงการ (ศัลยกรรม 5 อายุรกรรม 3 ICU 7 เด็ก 2 พิเศษ 3 ตา 1 หูดจุมูก 1 กระจก1 สูติ-นรีเวช 5 สังเกตอาการ 1 ห้องผ่าตัด 2 OPD 5 โครงการ) แผนที่จะทำต่อ - กระตุ้นสร้างเสริมกำลังใจให้น้องโดยมีการติดตามและจัดเวทีประกวดผลงาน คุณภาพ Quality day 2020 -โครงการ ติดตามการปฏิบัติตาม bundle (Compliance) ของ VAP CLABSI CAUTI (เก็บข้อมูลพฤษภาคม2562)	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ 2561	ผลการดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ																																		
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ. 2562			ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562																																			
							<p>ผลการประเมินคุณภาพ : การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง"</p> <table border="1"> <caption>คะแนนการปฏิบัติ</caption> <thead> <tr> <th>กิจกรรมการปฏิบัติ</th> <th>คะแนน (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. การป้องกันและลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อในสายสวน</td><td>93.50</td></tr> <tr><td>2. การป้องกันการลัดเล็ดของสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง</td><td>86.52</td></tr> <tr><td>3. การดูแลสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง</td><td>90.78</td></tr> <tr><td>4. การประเมินและดูแลสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง</td><td>77.86</td></tr> <tr><td>5. การทำความสะอาดสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง</td><td>98.62</td></tr> <tr><td>6. การประเมินและดูแลสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง</td><td>97.93</td></tr> <tr><td>7. การประเมินและดูแลสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง</td><td>95.52</td></tr> <tr><td>8. การประเมินและดูแลสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง</td><td>95.90</td></tr> <tr><td>9. การประเมินและดูแลสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง</td><td>91.30</td></tr> <tr><td>10. การประเมินและดูแลสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง</td><td>99.19</td></tr> <tr><td>11. การประเมินและดูแลสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง</td><td>94.17</td></tr> <tr><td>12. การประเมินและดูแลสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง</td><td>100.00</td></tr> <tr><td>13. การประเมินและดูแลสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง</td><td>99.26</td></tr> <tr><td>14. การประเมินและดูแลสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง</td><td>92.31</td></tr> <tr><td>15. การประเมินและดูแลสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง</td><td>88.00</td></tr> <tr><td>16. การประเมินและดูแลสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง</td><td>97.67</td></tr> </tbody> </table>	กิจกรรมการปฏิบัติ	คะแนน (%)	1. การป้องกันและลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อในสายสวน	93.50	2. การป้องกันการลัดเล็ดของสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง	86.52	3. การดูแลสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง	90.78	4. การประเมินและดูแลสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง	77.86	5. การทำความสะอาดสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง	98.62	6. การประเมินและดูแลสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง	97.93	7. การประเมินและดูแลสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง	95.52	8. การประเมินและดูแลสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง	95.90	9. การประเมินและดูแลสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง	91.30	10. การประเมินและดูแลสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง	99.19	11. การประเมินและดูแลสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง	94.17	12. การประเมินและดูแลสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง	100.00	13. การประเมินและดูแลสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง	99.26	14. การประเมินและดูแลสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง	92.31	15. การประเมินและดูแลสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง	88.00	16. การประเมินและดูแลสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง	97.67	
กิจกรรมการปฏิบัติ	คะแนน (%)																																									
1. การป้องกันและลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อในสายสวน	93.50																																									
2. การป้องกันการลัดเล็ดของสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง	86.52																																									
3. การดูแลสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง	90.78																																									
4. การประเมินและดูแลสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง	77.86																																									
5. การทำความสะอาดสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง	98.62																																									
6. การประเมินและดูแลสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง	97.93																																									
7. การประเมินและดูแลสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง	95.52																																									
8. การประเมินและดูแลสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง	95.90																																									
9. การประเมินและดูแลสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง	91.30																																									
10. การประเมินและดูแลสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง	99.19																																									
11. การประเมินและดูแลสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง	94.17																																									
12. การประเมินและดูแลสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง	100.00																																									
13. การประเมินและดูแลสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง	99.26																																									
14. การประเมินและดูแลสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง	92.31																																									
15. การประเมินและดูแลสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง	88.00																																									
16. การประเมินและดูแลสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง	97.67																																									
							<p>แผนที่จะทำต่อ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.โครงการฝึกปฏิบัติ Scrub the Hub 2.สนับสนุนเครื่องมืออุปกรณ์(voice box) 																																			

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ 2561	ผลการดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ																						
ปี งบประมาณ 2562-2563	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ 2562			ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562																							
							<p>ผลการประเมินคุณภาพ : การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ</p> <table border="1"> <caption>ผลการประเมินคุณภาพ : การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ</caption> <thead> <tr> <th>กระบวนการปฏิบัติ</th> <th>คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ</td><td>94.73</td></tr> <tr><td>2. การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ 1.44</td><td>92.36</td></tr> <tr><td>3. การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ 20-45 นาที</td><td>87.21</td></tr> <tr><td>4. การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ 45-60 นาที</td><td>96.39</td></tr> <tr><td>5. การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ 60-75 นาที</td><td>96.88</td></tr> <tr><td>6. การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ 75-90 นาที</td><td>100.00</td></tr> <tr><td>7. การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ 90-105 นาที</td><td>100.00</td></tr> <tr><td>8. การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ 105-120 นาที</td><td>88.95</td></tr> <tr><td>9. การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ 120-135 นาที</td><td>98.80</td></tr> <tr><td>10. การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ 135-150 นาที</td><td>95.93</td></tr> </tbody> </table> <p>กระบวนการปฏิบัติ</p>	กระบวนการปฏิบัติ	คะแนน	1. การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ	94.73	2. การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ 1.44	92.36	3. การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ 20-45 นาที	87.21	4. การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ 45-60 นาที	96.39	5. การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ 60-75 นาที	96.88	6. การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ 75-90 นาที	100.00	7. การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ 90-105 นาที	100.00	8. การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ 105-120 นาที	88.95	9. การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ 120-135 นาที	98.80	10. การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ 135-150 นาที	95.93	
กระบวนการปฏิบัติ	คะแนน																													
1. การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ	94.73																													
2. การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ 1.44	92.36																													
3. การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ 20-45 นาที	87.21																													
4. การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ 45-60 นาที	96.39																													
5. การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ 60-75 นาที	96.88																													
6. การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ 75-90 นาที	100.00																													
7. การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ 90-105 นาที	100.00																													
8. การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ 105-120 นาที	88.95																													
9. การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ 120-135 นาที	98.80																													
10. การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ 135-150 นาที	95.93																													
							<p>แผนที่จะทำต่อ</p> <ol style="list-style-type: none"> ติดตามการปฏิบัติเรื่อง การเทน้ำจากกระเปาะเครื่องช่วยหายใจ ติดตามการวัดการปฏิบัติ VAP Bundle (Compliance) 																							

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ 2561	ผลการดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ																																				
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ. 2562			ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562																																					
							<p>ผลการประเมินคุณภาพ : การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการคัดสรรส่วนปัสสาวะ (ภาพรวม)</p> <table border="1"> <caption>ผลการประเมินคุณภาพ : การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการคัดสรรส่วนปัสสาวะ (ภาพรวม)</caption> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1.1. จำนวนการคัดสรรผู้ป่วย</td><td>97.18</td></tr> <tr><td>1.2. จำนวนการคัดสรรผู้ป่วย</td><td>85.39</td></tr> <tr><td>2. จำนวนการคัดสรรผู้ป่วย</td><td>95.89</td></tr> <tr><td>3. จำนวนการคัดสรรผู้ป่วย</td><td>100.00</td></tr> <tr><td>4. จำนวนการคัดสรรผู้ป่วย</td><td>98.61</td></tr> <tr><td>5. จำนวนการคัดสรรผู้ป่วย</td><td>98.17</td></tr> <tr><td>6. จำนวนการคัดสรรผู้ป่วย</td><td>98.17</td></tr> <tr><td>7. จำนวนการคัดสรรผู้ป่วย</td><td>100.00</td></tr> <tr><td>8. จำนวนการคัดสรรผู้ป่วย</td><td>98.55</td></tr> <tr><td>9. จำนวนการคัดสรรผู้ป่วย</td><td>100.00</td></tr> <tr><td>10. จำนวนการคัดสรรผู้ป่วย</td><td>98.45</td></tr> <tr><td>11. จำนวนการคัดสรรผู้ป่วย</td><td>93.30</td></tr> <tr><td>12. จำนวนการคัดสรรผู้ป่วย</td><td>97.42</td></tr> <tr><td>13. จำนวนการคัดสรรผู้ป่วย</td><td>97.42</td></tr> <tr><td>14. จำนวนการคัดสรรผู้ป่วย</td><td>100.00</td></tr> <tr><td>15. จำนวนการคัดสรรผู้ป่วย</td><td>100.00</td></tr> <tr><td>16. จำนวนการคัดสรรผู้ป่วย</td><td>95.04</td></tr> </tbody> </table> <p>คะแนนการปฏิบัติงาน</p> <p>แผนที่จะทำต่อ</p> <ol style="list-style-type: none"> ติดตามการปฏิบัติเรื่อง การล้างมือก่อนสัมผัสสายสวนปัสสาวะ ติดตามการปฏิบัติ CAUTI Bundle (Compliance) 	Item	Score	1.1. จำนวนการคัดสรรผู้ป่วย	97.18	1.2. จำนวนการคัดสรรผู้ป่วย	85.39	2. จำนวนการคัดสรรผู้ป่วย	95.89	3. จำนวนการคัดสรรผู้ป่วย	100.00	4. จำนวนการคัดสรรผู้ป่วย	98.61	5. จำนวนการคัดสรรผู้ป่วย	98.17	6. จำนวนการคัดสรรผู้ป่วย	98.17	7. จำนวนการคัดสรรผู้ป่วย	100.00	8. จำนวนการคัดสรรผู้ป่วย	98.55	9. จำนวนการคัดสรรผู้ป่วย	100.00	10. จำนวนการคัดสรรผู้ป่วย	98.45	11. จำนวนการคัดสรรผู้ป่วย	93.30	12. จำนวนการคัดสรรผู้ป่วย	97.42	13. จำนวนการคัดสรรผู้ป่วย	97.42	14. จำนวนการคัดสรรผู้ป่วย	100.00	15. จำนวนการคัดสรรผู้ป่วย	100.00	16. จำนวนการคัดสรรผู้ป่วย	95.04	
Item	Score																																											
1.1. จำนวนการคัดสรรผู้ป่วย	97.18																																											
1.2. จำนวนการคัดสรรผู้ป่วย	85.39																																											
2. จำนวนการคัดสรรผู้ป่วย	95.89																																											
3. จำนวนการคัดสรรผู้ป่วย	100.00																																											
4. จำนวนการคัดสรรผู้ป่วย	98.61																																											
5. จำนวนการคัดสรรผู้ป่วย	98.17																																											
6. จำนวนการคัดสรรผู้ป่วย	98.17																																											
7. จำนวนการคัดสรรผู้ป่วย	100.00																																											
8. จำนวนการคัดสรรผู้ป่วย	98.55																																											
9. จำนวนการคัดสรรผู้ป่วย	100.00																																											
10. จำนวนการคัดสรรผู้ป่วย	98.45																																											
11. จำนวนการคัดสรรผู้ป่วย	93.30																																											
12. จำนวนการคัดสรรผู้ป่วย	97.42																																											
13. จำนวนการคัดสรรผู้ป่วย	97.42																																											
14. จำนวนการคัดสรรผู้ป่วย	100.00																																											
15. จำนวนการคัดสรรผู้ป่วย	100.00																																											
16. จำนวนการคัดสรรผู้ป่วย	95.04																																											
4.6 จัดกิจกรรม ICWN Rounds		กิจกรรม	จำนวนกิจกรรม	≥ 6 ครั้ง	N/A	17 ครั้ง	<p>ทำกิจกรรม ICWN Rounds จำนวน 2 ครั้ง</p> <p>ครั้งที่ 1 วันที่ 15 พฤศจิกายน 2561 PICU NS TR MICU SICU MRCU SRCU (7 หอผู้ป่วย)</p> <p>ครั้งที่ 2 วันที่ 6 ธันวาคม 2561 อายุรกรรมหญิง อายุรกรรมทั่วไป อายุรกรรมชาย1 ศัลยกรรมชาย1 ศัลยกรรมชาย 2 ศัลยกรรมหญิง (6 หอผู้ป่วย)</p> <p>ประเด็น การติดตามแผนการวินิจฉัยการติดเชื้อโดยใช้ Daily Assessment การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา การใช้ยา Multi-dose การดูแลหัตถการปลอดเชื้อ</p>																																					

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ 2561	ผลการดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน				ผู้รับผิดชอบ	
ปี งบประมาณ 2562-2563	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ 2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562					
ประเมินความปวดในกลุ่มผู้ป่วยแต่ละประเภท 1) ผู้ป่วยทารก 2) ผู้ป่วยเด็ก 3) ผู้ป่วยไม่รู้สึกร้าว 6.2 ทำคู่มือมาตรฐานวัดความปวด 6.3 ทำแผนพับให้ความรู้เรื่องการจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วย + ภาวะแทรกซ้อนของยา ทำเป็น QR code 6.4 QA การจัดการความปวด		-Acute pain	ปวดระดับ	>ร้อยละ	97.50			Acute Pain	Cancer Pain	Pediatric Pain		
		-Cancer	มาก-มากที่สุด	95	73.27		การช่วยเหลืออย่างรวดเร็วเมื่อมีอาการปวด	96.99	94.29	93.93		
		-Acute pain	-Acute pain	>ร้อยละ	87.33		การประเมินและสอบถามอาการปวดอย่างสม่ำเสมอ	96.53	97.41	95.45		
		-Pediatric pain	-Cancer pain	80			การประเมินอาการปวด					
			-Pediatric pain	-Pediatric pain	>ร้อยละ	90		การประเมินอาการปวด				
				การช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว	>ร้อยละ	98.46		ภายหลังได้รับยาบรรเทาปวด	93.29	97.41	92.42	
				จากพยาบาลเมื่อมีอาการปวด	90		การให้ข้อมูลวิธีประเมินและการบอกระดับความปวด	95.14	94.29	90.91		
				การประเมิน	>ร้อยละ	96.54		การให้ข้อมูลเรื่องวิธีจัดการความปวด	92.36	82.86	87.88	
				สอบถามอาการปวด	90		การมีส่วนร่วมเลือกวิธีบรรเทาความปวด	87.73	77.14	86.36		
				ภายหลังได้รับยาบรรเทาปวด			การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์ของยา	85.43	68.57	86.36		
			การให้ข้อมูลเกี่ยวกับ	>ร้อยละ	86.73		ความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดโดยรวม	96.99	91.42	93.93		
			อาการไม่พึงประสงค์ของยา	90								

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ 2561	ผลการดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ																													
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ. 2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562																														
			การให้ข้อมูลเรื่องวิธีจัดการความปวด	>ร้อยละ 90	93.84		<p>อัตราความพึงพอใจต่อการจัดการความปวด</p> <table border="1"> <tr> <td>อัตราความพึงพอใจต่อการจัดการความปวด</td> <td>92.49</td> <td>87.34</td> <td>91.27</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> จัดทำคู่มือมาตรฐานวัดความปวดแจกให้หอผู้ป่วยเมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2561</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ใหญ่ จำนวน 65 ใบ - เด็ก จำนวน 20 ใบ <p><input type="checkbox"/> โครงการอบรมแนวปฏิบัติการจัดการความปวดสำหรับพยาบาลผู้ที่ยังไม่เคยเข้าอบรมในปีที่ผ่านมา 2 รุ่น</p> <p>และจัดอบรม พัฒนาศักยภาพและstandardize การใช้เครื่องมือ สำหรับอนุกรรมการ 1 ครั้ง</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>รุ่น</th> <th>วันที่</th> <th>จำนวนผู้เข้าอบรม</th> <th>ความพึงพอใจระดับดี - ดีมาก</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>28 ม.ค.62</td> <td>59</td> <td>96.23</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>8 ก.พ.62</td> <td>82</td> <td>96.5</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>8 มี.ค.62</td> <td>58</td> <td>92.86</td> </tr> </tbody> </table> <p>การประเมินความรู้ในการจัดการความปวดของอนุกรรมการ</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>การทดสอบ</th> <th>คะแนนเฉลี่ย</th> <th>จำนวนผู้ผ่านเกณฑ์ ≥80</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pre-test</td> <td>11.76</td> <td>1 คน (1.8%)</td> </tr> <tr> <td>Post-test</td> <td>18.00</td> <td>48 คน (87.27%)</td> </tr> </tbody> </table>	อัตราความพึงพอใจต่อการจัดการความปวด	92.49	87.34	91.27	รุ่น	วันที่	จำนวนผู้เข้าอบรม	ความพึงพอใจระดับดี - ดีมาก	1	28 ม.ค.62	59	96.23	2	8 ก.พ.62	82	96.5	3	8 มี.ค.62	58	92.86	การทดสอบ	คะแนนเฉลี่ย	จำนวนผู้ผ่านเกณฑ์ ≥80	Pre-test	11.76	1 คน (1.8%)	Post-test	18.00	48 คน (87.27%)	
อัตราความพึงพอใจต่อการจัดการความปวด	92.49	87.34	91.27																																		
รุ่น	วันที่	จำนวนผู้เข้าอบรม	ความพึงพอใจระดับดี - ดีมาก																																		
1	28 ม.ค.62	59	96.23																																		
2	8 ก.พ.62	82	96.5																																		
3	8 มี.ค.62	58	92.86																																		
การทดสอบ	คะแนนเฉลี่ย	จำนวนผู้ผ่านเกณฑ์ ≥80																																			
Pre-test	11.76	1 คน (1.8%)																																			
Post-test	18.00	48 คน (87.27%)																																			
			การประเมินความปวดเมื่อจำหน่าย	>ร้อยละ 90	89.88	ร้อยละ 92.14	<p>ร้อยละ 92.14</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ไตรมาส</th> <th>จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการปวด (N)</th> <th>จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับประเมินความปวดก่อน d/c</th> <th>ร้อยละของผู้ป่วยที่ไม่ประเมินความปวด</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>4252</td> <td>3866</td> <td>90.92</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>4290</td> <td>3919</td> <td>91.35</td> </tr> </tbody> </table>	ไตรมาส	จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการปวด (N)	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับประเมินความปวดก่อน d/c	ร้อยละของผู้ป่วยที่ไม่ประเมินความปวด	1	4252	3866	90.92	2	4290	3919	91.35																		
ไตรมาส	จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการปวด (N)	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับประเมินความปวดก่อน d/c	ร้อยละของผู้ป่วยที่ไม่ประเมินความปวด																																		
1	4252	3866	90.92																																		
2	4290	3919	91.35																																		

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ 2561	ผลการดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน				ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ 2562-2563	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ 2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562				
							3	4134	3856	93.28	
							4	3885	3613	93.00	
			ความปวดก่อนจำหน่าย ≤ 3	>ร้อยละ 95	97.95		ร้อยละ 98.18				
							ไตรมาส	จำนวนผู้ป่วยที่ได้ประเมินความปวดก่อน d/c	จำนวนผู้ป่วยคะแนนความปวดก่อน d/c ≤ 3	ร้อยละผู้ป่วยที่คะแนนความปวดก่อน d/c ≤ 3	
							1	3866	3800	98.97	
							2	3919	3832	97.24	
							3	3856	3790	98.29	
							4	3613	3574	98.20	
							ร้อยละของผู้ป่วยที่ประเมิน pain score ไม่ได้ ตุลาคม – ธันวาคม 2561 = 0.67, มกราคม – มีนาคม 2562 = 0.46 เมษายน- มิถุนายน 2562 = 0.60, กรกฎาคม – กันยายน 2562 = 0.17 - การจัด internal service training ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท (การใช้ CPOT) หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ				
		เทียบเคียงเครือข่ายชมรมพัฒนาการพยาบาลของรพ.ขนาดกลาง Acute pain	อันดับการเทียบเคียงเครือข่ายชมรมพัฒนาการพยาบาลของรพ.ขนาดกลาง		อันดับ 1 ใน 3		ความปวด		ลำดับการเทียบเคียง		
							Acute pain	3 จาก 6			
							Pediatric pain	2 จาก 4			
							Cancer pain	---			

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผลการดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ																																																																																																				
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ. 2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562																																																																																																					
		Pediatric pain	Acute pain		NA																																																																																																							
			Pediatric pain		NA																																																																																																							
			Cancer pain		3/3																																																																																																							
9.การป้องกันการเกิด Pressure injury	ต.ค.61-ก.ย.62	การเกิดแผลกดทับ ระดับ 1-4	อัตราการเกิดแผลกดทับ	<1.5/1,000 วันนอน	9.การป้องกันการเกิด Pressure injury		<p>อัตราการเกิดแผลกดทับ(คิดตามจำนวนแผล) = 2.26 อัตราการเกิดแผลกดทับ(คิดตามจำนวนผู้ป่วย) = 1.64 แผลระดับ4=1 แผล พบการบันทึกแผลระดับ1มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ตำแหน่งที่เกิดแผลจากมากไปน้อย ก้นกบ เข่า เข่า สะโพก หลัง สะบักสันเท้าตาตุ่มและพบแผลกดทับจากอุปกรณ์ทางการแพทย์เพิ่มขึ้นที่บริเวณ จมูก หู ศีรษะ มุมปาก หน้าผากและปลายpenis หอผู้ป่วยที่พบแผลกดทับจากมากไปน้อย ได้แก่ อายุรกรรมชาย1 หูดจุมูก ศัลยกรรมชาย1 Ortho.หญิง SRCU นรีเวช ศัลยกรรมชาย2 Orthoชาย SICU และ PICU</p> <p>อัตราการผลิตแผลกดทับตามจำนวนแผล</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>แผล/เวลา</th> <th colspan="2">1/62</th> <th colspan="2">2/62</th> <th colspan="2">3/62</th> <th colspan="2">4/62</th> <th>รวมปี62</th> </tr> <tr> <th>ระดับแผล</th> <th>จำนวน</th> <th>อัตราเกิด</th> <th>จำนวน</th> <th>อัตราเกิด</th> <th>จำนวน</th> <th>อัตราเกิด</th> <th>จำนวน</th> <th>อัตราเกิด</th> <th>จำนวน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ระดับ1</td> <td>30</td> <td>0.38</td> <td>21</td> <td>0.28</td> <td>25</td> <td>0.20</td> <td>43</td> <td>0.57</td> <td>119</td> </tr> <tr> <td>ระดับ2</td> <td>116</td> <td>1.49</td> <td>102</td> <td>1.35</td> <td>98</td> <td>1.33</td> <td>114</td> <td>1.50</td> <td>430</td> </tr> <tr> <td>ระดับ3</td> <td>22</td> <td>0.28</td> <td>14</td> <td>0.19</td> <td>13</td> <td>0.17</td> <td>20</td> <td>0.26</td> <td>69</td> </tr> <tr> <td>ระดับ4</td> <td>0</td> <td>0.00</td> <td>1</td> <td>0.01</td> <td>0</td> <td>0.0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>DTI</td> <td>13</td> <td>0.16</td> <td>13</td> <td>0.17</td> <td>14</td> <td>0.19</td> <td>16</td> <td>0.21</td> <td>56</td> </tr> <tr> <td>unstageble</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>0.02</td> <td>4</td> <td>0.05</td> <td>2</td> <td>0.02</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>MDRPI</td> <td>28</td> <td>0.07</td> <td>27</td> <td>0.09</td> <td>15</td> <td>0.05</td> <td>28</td> <td>0.06</td> <td>98</td> </tr> <tr> <td>รวม</td> <td>181</td> <td>2.33</td> <td>152</td> <td>2.03</td> <td>154</td> <td>2.08</td> <td>196</td> <td>2.5</td> <td>683</td> </tr> </tbody> </table>	แผล/เวลา	1/62		2/62		3/62		4/62		รวมปี62	ระดับแผล	จำนวน	อัตราเกิด	จำนวน	อัตราเกิด	จำนวน	อัตราเกิด	จำนวน	อัตราเกิด	จำนวน	ระดับ1	30	0.38	21	0.28	25	0.20	43	0.57	119	ระดับ2	116	1.49	102	1.35	98	1.33	114	1.50	430	ระดับ3	22	0.28	14	0.19	13	0.17	20	0.26	69	ระดับ4	0	0.00	1	0.01	0	0.0	0	0	1	DTI	13	0.16	13	0.17	14	0.19	16	0.21	56	unstageble	0	0	2	0.02	4	0.05	2	0.02	8	MDRPI	28	0.07	27	0.09	15	0.05	28	0.06	98	รวม	181	2.33	152	2.03	154	2.08	196	2.5	683	
แผล/เวลา	1/62		2/62		3/62		4/62		รวมปี62																																																																																																			
ระดับแผล	จำนวน	อัตราเกิด	จำนวน	อัตราเกิด	จำนวน	อัตราเกิด	จำนวน	อัตราเกิด	จำนวน																																																																																																			
ระดับ1	30	0.38	21	0.28	25	0.20	43	0.57	119																																																																																																			
ระดับ2	116	1.49	102	1.35	98	1.33	114	1.50	430																																																																																																			
ระดับ3	22	0.28	14	0.19	13	0.17	20	0.26	69																																																																																																			
ระดับ4	0	0.00	1	0.01	0	0.0	0	0	1																																																																																																			
DTI	13	0.16	13	0.17	14	0.19	16	0.21	56																																																																																																			
unstageble	0	0	2	0.02	4	0.05	2	0.02	8																																																																																																			
MDRPI	28	0.07	27	0.09	15	0.05	28	0.06	98																																																																																																			
รวม	181	2.33	152	2.03	154	2.08	196	2.5	683																																																																																																			

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ 2561	ผลการดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562						ผู้รับผิดชอบ		
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ. 2562											
							ตำแหน่งที่เกิดแผล	กันกด/แก็มกัน (84) ศีรษะ (19)หู(17) สะโพก(12) หลัง/สะบัก (11) จมูก(6) มุมปาก(5)สันเท้า(4)	กันกด/แก็มกัน (65) สะโพก(17)สันเท้า(13)จมูก (11)หู(10) หลัง/สะบัก (10) ศีรษะ(8) มุมปาก(6)	กันกด/แก็มกัน (71) สะโพก(11)สันเท้า(7)จมูก (7)หู(7) หลัง/สะบัก(10) ศีรษะ(1) มุมปาก(1)ตาตุ่ม (5)หน้าผาก(3)	กันกด/แก็มกัน (92)หลัง/สะบัก(18) สันเท้า(16) สะโพก(13) หู(13) ศีรษะ (7) ตาตุ่ม(7) จมูก(5) ปลาย penis(3)	กันกด/แก็มกัน (312) สะโพก (53)หลัง/สะบัก (49)จมูก(29)หู (47)สันเท้า(40) ศีรษะ(35) มุมปาก (13)ตาตุ่ม(12)			
							หอผู้ป่วยที่เกิด	อายุรกรรมชาย 1(21) ศัลยกรรมชาย1(16)นรีเวช (15)Ortho.หญิง (14) Ortho.ชาย (4)หูคอจมูก(12) SRCU(12)SICU(11) ศัลยกรรมชาย 2(11)PICU(5)	อายุรกรรมชาย 1(19) SRCU(14) Ortho.หญิง (12) Ortho.ชาย(11) SICU(9) ศัลยกรรมชาย 1(9)ศัลยกรรมชาย2(8) ศัลยกรรมหญิง (7) นรีเวช(5) ฉบ.10(5)	อายุรกรรมชาย 1(31) หูคอจมูก (13) นรีเวช (12)ศัลยกรรมชาย 1(10)MICU(9) SRCU(8) Ortho.หญิง(8) SICU(7) PICU(6)ฉบ. 10(6)ศัลยกรรมหญิง(6)ฉบ.9(6) อุบัติเหตุ(6)	อายุรกรรมชาย 1(46) หูคอจมูก(19) Orthoชาย(18) ศัลยกรรมชาย 2(15) SICU(13) PICU(9) Ortho.หญิง (6)MRCU(6) ศัลยกรรมชาย 1(6)ฉบ.10(6) ศัลยกรรมหญิง (6)	อายุรกรรมชาย 1(117) หูคอจมูก (71)ศัลยกรรมชาย 1(41) Ortho.หญิง (40)SRCU(37) นรีเวช(35) ศัลยกรรมชาย2(34) Orthoชาย(33) SICU(29) PICU(20)			
							อัตราการผลิตแผลกดทับตามจำนวนผู้ป่วย(AN)								
							คน/เวลา	1/62	2/62	3/62	4/62				

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ 2561	ผลการดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน										ผู้รับผิดชอบ		
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ. 2562			ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562												
							ระดับแผล	จำนวน	อัตราเกิด	จำนวน	อัตราเกิด	จำนวน	อัตราเกิด	จำนวน	อัตราเกิด	จำนวน	อัตราเกิด	จำนวน	อัตราเกิด
							ระดับ1	16		18		19		22		75	0.25		
							ระดับ2	85		79		60		89		313	1.03		
							ระดับ3	14		10		8		15		47	0.16		
							ระดับ4	0		0		0		0		0	0		
							DTI	13		7		6		8		34	0.11		
							unstageable	0		2		4		1		7	0.02		
							รวม	128	1.65	116	1.54	117	1.58	135	1.78	496	1.64		
9.1 โครงการ Standardized Pressure injury	ก.พ. และส.ค. 62	Standardize d Pressure injury	-จำนวนครั้ง -จำนวนผู้เข้าร่วม	2 ครั้ง 50 คน	2 ครั้ง 56 คน	ครั้งที่ 1 วันที่ 8 และ 11 กุมภาพันธ์ ผู้เข้าร่วมกิจกรรม 79 คน(แกนนำ 56 คน,รพ. เครือข่ายขนาดใหญ่ 13คน,ยะลา10คน) ครั้งที่ 2 วันที่ 8 และ9 สิงหาคม ผู้เข้าร่วมกิจกรรม 62 คน (ภายใน) พบว่าอัตราความชุกของการเกิดแผลกดทับ =3.53, 4.07 (ลำดับที่ 7/7) IAD=1.44, 1.19 (ลำดับ3/7) MDRPI=1.44, 2.72 (ลำดับ7/7) MMPI=0	รายละเอียดข้อมูล		ครั้งที่1 ก.พ.62	ครั้งที่2 ส.ค.62									
จำนวนผู้ป่วยในวันที่สำรวจ ยกเว้น exclusion criteria								624 คน	589 คน										
จำนวนผู้ป่วยที่มีแผลกดทับทั้งหมด								44 คน	35 คน										
จำนวนผู้ป่วยที่มี แผลกดทับแผลกดทับก่อนadmit								22คน (33แผล)	11 คน (14แผล)										
จำนวนผู้ป่วยที่มี แผลกดทับหลัง admit เท่านั้น (Hospital acquired)								22คน (28แผล)	24 คน (31 แผล)										
ระดับแผล																			

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ 2561	ผลการดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน			ผู้รับผิดชอบ																																																
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ. 2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562																																																			
							ผลกดทับระดับ 1	3 แผล	5 แผล																																																	
							ผลกดทับระดับ 2	12แผล	9 แผล																																																	
							ผลกดทับระดับ 3	6แผล	11 แผล																																																	
							ผลกดทับระดับ 4	1 แผล	1 แผล																																																	
							ผลกดทับระดับ DTI	5แผล	4 แผล																																																	
							ผลกดทับระดับ Unstageable	1แผล	1 แผล																																																	
							อัตราความชุกแผลกดทับที่เกิดในรพ. (%)	3.53	4.07																																																	
							อัตราความชุกแผลกดทับทั้งหมด (%)	7.05	5.94																																																	
							<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">จำแนกสาขา/ ชนิด/ ตำแหน่ง หลัง admit</th> <th colspan="3">ครั้งที่1 11 ก.พ.62</th> <th colspan="3">ครั้งที่2 9ส.ค.62</th> </tr> <tr> <th>จำนวน ผู้ป่วย</th> <th>จำนวน แผล</th> <th>อัตราความ ชุก(%)</th> <th>จำนวน ผู้ป่วย</th> <th>จำนวน แผล</th> <th>อัตรา ความชุก (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>สาขา อายุรศาสตร์</td> <td>242</td> <td>12</td> <td>4.96</td> <td>298</td> <td>14</td> <td>4.69</td> </tr> <tr> <td>สาขา ศัลยศาสตร์</td> <td>298</td> <td>5</td> <td>1.68</td> <td>204</td> <td>4</td> <td>1.96</td> </tr> <tr> <td>สาขาระบบประสาท และไขสันหลัง</td> <td>5</td> <td>1</td> <td>20</td> <td>16</td> <td>3</td> <td>18.75</td> </tr> <tr> <td>สาขาผู้ป่วย วิกฤติ</td> <td>79</td> <td>4</td> <td>5.06</td> <td>71</td> <td>3</td> <td>4.22</td> </tr> <tr> <td>IAD</td> <td>624</td> <td>9</td> <td>1.44</td> <td>589</td> <td>7</td> <td>1.19</td> </tr> </tbody> </table>				จำแนกสาขา/ ชนิด/ ตำแหน่ง หลัง admit	ครั้งที่1 11 ก.พ.62			ครั้งที่2 9ส.ค.62			จำนวน ผู้ป่วย	จำนวน แผล	อัตราความ ชุก(%)	จำนวน ผู้ป่วย	จำนวน แผล	อัตรา ความชุก (%)	สาขา อายุรศาสตร์	242	12	4.96	298	14	4.69	สาขา ศัลยศาสตร์	298	5	1.68	204	4	1.96	สาขาระบบประสาท และไขสันหลัง	5	1	20	16	3	18.75	สาขาผู้ป่วย วิกฤติ	79	4	5.06	71	3	4.22	IAD	624	9	1.44	589	7	1.19
จำแนกสาขา/ ชนิด/ ตำแหน่ง หลัง admit	ครั้งที่1 11 ก.พ.62			ครั้งที่2 9ส.ค.62																																																						
	จำนวน ผู้ป่วย	จำนวน แผล	อัตราความ ชุก(%)	จำนวน ผู้ป่วย	จำนวน แผล	อัตรา ความชุก (%)																																																				
สาขา อายุรศาสตร์	242	12	4.96	298	14	4.69																																																				
สาขา ศัลยศาสตร์	298	5	1.68	204	4	1.96																																																				
สาขาระบบประสาท และไขสันหลัง	5	1	20	16	3	18.75																																																				
สาขาผู้ป่วย วิกฤติ	79	4	5.06	71	3	4.22																																																				
IAD	624	9	1.44	589	7	1.19																																																				

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผลการดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ																																						
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ. 2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562																																							
							<table border="1"> <tr> <td>MDRPI</td> <td>624</td> <td>9</td> <td>1.44</td> <td>589</td> <td>14</td> <td>2.72</td> </tr> <tr> <td>ตำแหน่งที่เกิดแผลPI</td> <td colspan="3">Sacrum/Coccyx(9) Heel (5) Ear (4) Ischial Tuberosity (3) Occiput (2) Spinous process(1) Other(4)</td> <td colspan="3">Sacrum/Coccyx(10)Malleolus(2) Heel (4) Ear (1) Ischial Tuberosity (2) Occiput (2)Trochanter(1) Other(9)</td> </tr> </table>	MDRPI	624	9	1.44	589	14	2.72	ตำแหน่งที่เกิดแผลPI	Sacrum/Coccyx(9) Heel (5) Ear (4) Ischial Tuberosity (3) Occiput (2) Spinous process(1) Other(4)			Sacrum/Coccyx(10)Malleolus(2) Heel (4) Ear (1) Ischial Tuberosity (2) Occiput (2)Trochanter(1) Other(9)																											
MDRPI	624	9	1.44	589	14	2.72																																								
ตำแหน่งที่เกิดแผลPI	Sacrum/Coccyx(9) Heel (5) Ear (4) Ischial Tuberosity (3) Occiput (2) Spinous process(1) Other(4)			Sacrum/Coccyx(10)Malleolus(2) Heel (4) Ear (1) Ischial Tuberosity (2) Occiput (2)Trochanter(1) Other(9)																																										
9.2 โครงการ Skin Bundle	17ต.ค. 61	ผลการใช้ skin bundle ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง					ผลการประเมินจากผู้เข้าอบรม 53คนได้แบบสอบถามกลับ 44 คนพบว่า ระดับคะแนน มาก-มากที่สุด ในทุกหัวข้อร้อยละ 95.5-100																																							
			ร้อยละการใช้skin bundle ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง	≥ร้อยละ 80	NA		<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">หัวข้อการประเมิน</th> <th rowspan="2">ทำความเข้าใจ PSU skin bundle</th> <th colspan="3">ฝึกปฏิบัติฐาน</th> </tr> <tr> <th>Pressure relief</th> <th>Skin health</th> <th>Urine and Feces management</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.เนื้อหาสอดคล้อง</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>97.7</td> <td>97.7</td> </tr> <tr> <td>2.บรรยายชัดเจน</td> <td>95.5</td> <td>97.7</td> <td>97.7</td> <td>97.7</td> </tr> <tr> <td>3.เปิดโอกาสให้ซักถาม</td> <td>97.7</td> <td>97.7</td> <td>97.7</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>4.ระยะเวลาเหมาะสม</td> <td>95.5</td> <td>97.7</td> <td>95.5</td> <td>97.7</td> </tr> <tr> <td>5.สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ได้</td> <td>95.5</td> <td>95.5</td> <td>95.5</td> <td>95.5</td> </tr> <tr> <td>6.ความรู้ที่ได้รับ</td> <td>97.7</td> <td>97.7</td> <td>95.5</td> <td>97.7</td> </tr> </tbody> </table>	หัวข้อการประเมิน	ทำความเข้าใจ PSU skin bundle	ฝึกปฏิบัติฐาน			Pressure relief	Skin health	Urine and Feces management	1.เนื้อหาสอดคล้อง	100	100	97.7	97.7	2.บรรยายชัดเจน	95.5	97.7	97.7	97.7	3.เปิดโอกาสให้ซักถาม	97.7	97.7	97.7	100	4.ระยะเวลาเหมาะสม	95.5	97.7	95.5	97.7	5.สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ได้	95.5	95.5	95.5	95.5	6.ความรู้ที่ได้รับ	97.7	97.7	95.5	97.7	
หัวข้อการประเมิน	ทำความเข้าใจ PSU skin bundle	ฝึกปฏิบัติฐาน																																												
		Pressure relief	Skin health	Urine and Feces management																																										
1.เนื้อหาสอดคล้อง	100	100	97.7	97.7																																										
2.บรรยายชัดเจน	95.5	97.7	97.7	97.7																																										
3.เปิดโอกาสให้ซักถาม	97.7	97.7	97.7	100																																										
4.ระยะเวลาเหมาะสม	95.5	97.7	95.5	97.7																																										
5.สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ได้	95.5	95.5	95.5	95.5																																										
6.ความรู้ที่ได้รับ	97.7	97.7	95.5	97.7																																										
9.3 Walk round หอผู้ป่วยที่มีอุบัติการณ์ระดับสูง(3-4)	ก.ย. 61- ต.ค.62	การ Walk round หน่วยงานที่มี	จำนวนครั้ง	10 ครั้ง	NA		<p>-กิจกรรม walk round 8 ครั้ง (ทำร่วมกับทีม Quality round) ยังพบโอกาสพัฒนาเรื่อง</p> <p>1.การประเมินความเสี่ยงแผลกดทับตาม Braden scale ที่คลาดเคลื่อน</p>																																							

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินการ	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน- เวลา			ปี งบประมาณ. 2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562	
		อุบัติการณ์ ระดับสูง(3-4)					<p>2.การนำแนวปฏิบัติไปใช้ ในเรื่องการประเมินผิวหนังผู้ป่วย</p> <p>3..การบันทึกการดูแลต่อเมื่อกรณีที่เกิดความเสี่ยงที่จะเกิดแผลกดทับ</p> <p>4. การใช้วัสดุในการทำความสะอาดผิวหนังที่แตกต่างกันในกรณีผู้ป่วยควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ รวมถึงการเข้าถึงวัสดุแต่ละชนิดที่มีจำหน่ายในโรงพยาบาล</p> <p>5.มีการประเมินแผลซ้ำกันในผู้ป่วยคนเดียวกันและวันเดียวกันในไตรมาสที่4และมีการประเมินแผลกดทับที่เกิดจากที่บ้านเป็นเกิดในโรงพยาบาลด้วย</p>	
9.4 ปรับโปรแกรมการบันทึกแผลกดทับ โดยแยกเป็น IAD และ Pressure Injury	ก.ย.61- ต.ค.62	โปรแกรม สำเร็จ	การนำไปใช้	ร้อยละ 100	NA		อยู่ระหว่างการปรับโปรแกรมรอการทดลองและนำไปให้หอผู้ป่วยใช้ในเดือนพฤศจิกายน 2562	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผลการดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ																																																																																											
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ. 2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562																																																																																												
10. โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านยา	ต.ค.61-ก.ย.62	ความคลาดเคลื่อนทางยา	อัตราความคลาดเคลื่อนทางยารวม ระดับ C-I	<0.54/1000 วันนอน	1.14		<p>อัตราความคลาดเคลื่อนทางยารวม ระดับ C-I = 1.12</p> <p>ไตรมาสที่ 1 = 1.18 ไตรมาสที่ 2 = 1.13</p> <p>ไตรมาสที่ 3 = 1.18 ไตรมาส 4 = 1.00</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>เรื่อง</th> <th>2561</th> <th colspan="5">งบม. 2562</th> </tr> <tr> <th>ไตรมาส</th> <th></th> <th>ไตรมาส 1</th> <th>ไตรมาส 2</th> <th>ไตรมาส 3</th> <th>ไตรมาส 4</th> <th>รวม</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>D02 Prescribing error ผู้ป่วยใน</td> <td>24</td> <td>3</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>7</td> <td>25</td> </tr> <tr> <td>D06 Dispensing error ผู้ป่วยใน</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>D0801 ให้ยาผิดขนาด/ให้ยาซ้ำ</td> <td>98</td> <td>37</td> <td>29</td> <td>27</td> <td>16</td> <td>109</td> </tr> <tr> <td>D0802 ให้ยาผิดชนิด</td> <td>18</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>D0803 ให้ยาผิดเวลา</td> <td>46</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>6</td> <td>11</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td>D0804 ให้ยาผิดคน (A01)</td> <td>30</td> <td>7</td> <td>1</td> <td>3</td> <td>8</td> <td>19</td> </tr> <tr> <td>D0805 ให้ยาผิดวิธี/ทาง</td> <td>9</td> <td>4</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>D0806 ผู้ป่วยไม่ได้รับยา/ได้รับยาไม่ครบ</td> <td>109</td> <td>23</td> <td>28</td> <td>23</td> <td>28</td> <td>102</td> </tr> <tr> <td>D0807 ยาหมดอายุ</td> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td>1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>D0808 ให้สารน้ำผิดคน</td> <td>0</td> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>D0809 อันตรายรุนแรงจากการให้ยาที่</td> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td>3</td> <td></td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	เรื่อง	2561	งบม. 2562					ไตรมาส		ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รวม	D02 Prescribing error ผู้ป่วยใน	24	3	7	8	7	25	D06 Dispensing error ผู้ป่วยใน	3	1	3	3	1	8	D0801 ให้ยาผิดขนาด/ให้ยาซ้ำ	98	37	29	27	16	109	D0802 ให้ยาผิดชนิด	18	1	2	5	2	10	D0803 ให้ยาผิดเวลา	46	6	7	6	11	30	D0804 ให้ยาผิดคน (A01)	30	7	1	3	8	19	D0805 ให้ยาผิดวิธี/ทาง	9	4	2	2	1	9	D0806 ผู้ป่วยไม่ได้รับยา/ได้รับยาไม่ครบ	109	23	28	23	28	102	D0807 ยาหมดอายุ	2			1	1	2	D0808 ให้สารน้ำผิดคน	0	1			1	2	D0809 อันตรายรุนแรงจากการให้ยาที่	1			3		3	
เรื่อง	2561	งบม. 2562																																																																																																	
ไตรมาส		ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รวม																																																																																													
D02 Prescribing error ผู้ป่วยใน	24	3	7	8	7	25																																																																																													
D06 Dispensing error ผู้ป่วยใน	3	1	3	3	1	8																																																																																													
D0801 ให้ยาผิดขนาด/ให้ยาซ้ำ	98	37	29	27	16	109																																																																																													
D0802 ให้ยาผิดชนิด	18	1	2	5	2	10																																																																																													
D0803 ให้ยาผิดเวลา	46	6	7	6	11	30																																																																																													
D0804 ให้ยาผิดคน (A01)	30	7	1	3	8	19																																																																																													
D0805 ให้ยาผิดวิธี/ทาง	9	4	2	2	1	9																																																																																													
D0806 ผู้ป่วยไม่ได้รับยา/ได้รับยาไม่ครบ	109	23	28	23	28	102																																																																																													
D0807 ยาหมดอายุ	2			1	1	2																																																																																													
D0808 ให้สารน้ำผิดคน	0	1			1	2																																																																																													
D0809 อันตรายรุนแรงจากการให้ยาที่	1			3		3																																																																																													

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ 2561	ผลการดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน							ผู้รับผิดชอบ						
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ. 2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562													
							เสียงสูงและยาเคมีบำบัด													
							D09 ผู้ป่วยแพ้ยาล้าง	4									0			
							D10 ผู้ป่วยที่ป้องกันได้จากการส่งยาที่เคยแพ้	1				1					1			
							ผลรวม	344	83	79	82	76	320							
							จำนวนวินนอน	300,571	77802	7275		73610	75433				30201			
							อัตรา	1.14	1.18	1.13	1.18	1.00					1.12			
							<p>ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา 3 ลำดับแรกคือ D0801 ให้ยาผิดขนาด/ให้ยาซ้ำ D0806 ผู้ป่วยไม่ได้รับยา/ได้รับยาไม่ครบ D0803 ให้ยาผิดเวลา และวิเคราะห์สาเหตุหลักคือการไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการบริหารยาสำหรับพยาบาล ดังนี้</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ประเด็น</th> <th>รายละเอียด</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. การสร้างการ์ดยาอิเล็กทรอนิกส์</td> <td> 1. set card ยาผิด เช่น ผิดเวลา ผิดจำนวน เริ่มให้ผิดวัน 2. ไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ กรณีคำสั่ง - คำสั่งการรักษาที่ขนาดยาแต่ละมือไม่เท่ากัน - คำสั่งการรักษาที่มีเงื่อนไขการให้ไม่ระบุเวลาที่แน่นอน - ยา premed และกรณียาที่แพทย์สั่งให้นำไปใช้ที่ห้องผ่าตัด - ยาที่ให้ add เพิ่มหลังทำHemodialysis - ยาที่ให้หลังทำหัตถการ หลังผ่าตัด 3. การไม่ตรวจสอบเวลาการให้ยาครั้งสุดท้าย กรณีมีคำสั่งใช้ยาที่เป็นรายการยารายชนิดเดียวกับยาเดิมที่มีคำสั่งใช้ยาอยู่แล้ว 4. รับคำสั่งการใช้ยาแล้ว แต่ลืมสร้างการ์ดยา </td> </tr> </tbody> </table>										ประเด็น	รายละเอียด	1. การสร้างการ์ดยาอิเล็กทรอนิกส์	1. set card ยาผิด เช่น ผิดเวลา ผิดจำนวน เริ่มให้ผิดวัน 2. ไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ กรณีคำสั่ง - คำสั่งการรักษาที่ขนาดยาแต่ละมือไม่เท่ากัน - คำสั่งการรักษาที่มีเงื่อนไขการให้ไม่ระบุเวลาที่แน่นอน - ยา premed และกรณียาที่แพทย์สั่งให้นำไปใช้ที่ห้องผ่าตัด - ยาที่ให้ add เพิ่มหลังทำHemodialysis - ยาที่ให้หลังทำหัตถการ หลังผ่าตัด 3. การไม่ตรวจสอบเวลาการให้ยาครั้งสุดท้าย กรณีมีคำสั่งใช้ยาที่เป็นรายการยารายชนิดเดียวกับยาเดิมที่มีคำสั่งใช้ยาอยู่แล้ว 4. รับคำสั่งการใช้ยาแล้ว แต่ลืมสร้างการ์ดยา
ประเด็น	รายละเอียด																			
1. การสร้างการ์ดยาอิเล็กทรอนิกส์	1. set card ยาผิด เช่น ผิดเวลา ผิดจำนวน เริ่มให้ผิดวัน 2. ไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ กรณีคำสั่ง - คำสั่งการรักษาที่ขนาดยาแต่ละมือไม่เท่ากัน - คำสั่งการรักษาที่มีเงื่อนไขการให้ไม่ระบุเวลาที่แน่นอน - ยา premed และกรณียาที่แพทย์สั่งให้นำไปใช้ที่ห้องผ่าตัด - ยาที่ให้ add เพิ่มหลังทำHemodialysis - ยาที่ให้หลังทำหัตถการ หลังผ่าตัด 3. การไม่ตรวจสอบเวลาการให้ยาครั้งสุดท้าย กรณีมีคำสั่งใช้ยาที่เป็นรายการยารายชนิดเดียวกับยาเดิมที่มีคำสั่งใช้ยาอยู่แล้ว 4. รับคำสั่งการใช้ยาแล้ว แต่ลืมสร้างการ์ดยา																			

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ 2561	ผลการดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ																																								
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ. 2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562																																									
							<table border="1"> <tr> <td>2.การจัดเตรียมยา</td> <td>1. มีการคำนวณการผสมยาผิด 2. การเตรียมสารละลายมาผสมผิดขนาด 3. ไม่ได้เป็น One process Owner</td> </tr> <tr> <td>3.การตรวจทานซ้ำ</td> <td>1. ไม่ได้ Double check/ Independent check 2. ไม่ได้ check ยาตามมาตรฐาน</td> </tr> <tr> <td>4.การให้ยาผู้ป่วย</td> <td>1. ไม่มีการสอบถาม ระบุตัวผู้ป่วยในขั้นตอนสุดท้ายก่อนการให้ยา 2. ตั้งยาไว้ที่เตียงให้ผู้ป่วยทานยาเอง ไม่ได้ให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้าทันที 3. มีการวาง/แขวนขวดยาที่ยังไม่ไหว ไม่ได้นำกลับมาที่ห้องยาเพื่อรอให้ต่อหรือส่งเวรให้ผู้รับผิดชอบต่อไป (กรณีมียาหลายชนิดในเวลาเดียวกัน) 4. ขาดการติดตามประเด็น การ set เครื่อง Infusion pump และการตรวจเยี่ยมอัตราการให้ยาหรือสารละลายตามแผนการรักษา</td> </tr> </table>	2.การจัดเตรียมยา	1. มีการคำนวณการผสมยาผิด 2. การเตรียมสารละลายมาผสมผิดขนาด 3. ไม่ได้เป็น One process Owner	3.การตรวจทานซ้ำ	1. ไม่ได้ Double check/ Independent check 2. ไม่ได้ check ยาตามมาตรฐาน	4.การให้ยาผู้ป่วย	1. ไม่มีการสอบถาม ระบุตัวผู้ป่วยในขั้นตอนสุดท้ายก่อนการให้ยา 2. ตั้งยาไว้ที่เตียงให้ผู้ป่วยทานยาเอง ไม่ได้ให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้าทันที 3. มีการวาง/แขวนขวดยาที่ยังไม่ไหว ไม่ได้นำกลับมาที่ห้องยาเพื่อรอให้ต่อหรือส่งเวรให้ผู้รับผิดชอบต่อไป (กรณีมียาหลายชนิดในเวลาเดียวกัน) 4. ขาดการติดตามประเด็น การ set เครื่อง Infusion pump และการตรวจเยี่ยมอัตราการให้ยาหรือสารละลายตามแผนการรักษา																																			
2.การจัดเตรียมยา	1. มีการคำนวณการผสมยาผิด 2. การเตรียมสารละลายมาผสมผิดขนาด 3. ไม่ได้เป็น One process Owner																																															
3.การตรวจทานซ้ำ	1. ไม่ได้ Double check/ Independent check 2. ไม่ได้ check ยาตามมาตรฐาน																																															
4.การให้ยาผู้ป่วย	1. ไม่มีการสอบถาม ระบุตัวผู้ป่วยในขั้นตอนสุดท้ายก่อนการให้ยา 2. ตั้งยาไว้ที่เตียงให้ผู้ป่วยทานยาเอง ไม่ได้ให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้าทันที 3. มีการวาง/แขวนขวดยาที่ยังไม่ไหว ไม่ได้นำกลับมาที่ห้องยาเพื่อรอให้ต่อหรือส่งเวรให้ผู้รับผิดชอบต่อไป (กรณีมียาหลายชนิดในเวลาเดียวกัน) 4. ขาดการติดตามประเด็น การ set เครื่อง Infusion pump และการตรวจเยี่ยมอัตราการให้ยาหรือสารละลายตามแผนการรักษา																																															
							<p align="center">อุบัติการณ์ Admin Error ระดับ C-I แยกตามหอผู้ป่วย 10 ลำดับของการเกิดอุบัติการณ์</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">ไตรมาส 1-2562</th> <th colspan="2">ไตรมาส 2-2562</th> <th colspan="2">ไตรมาส 3-2562</th> <th colspan="2">ไตรมาส 4-2562</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ศญ.</td> <td>9</td> <td>ศญ.</td> <td>10</td> <td>ออร์โธฯชาย</td> <td>6</td> <td>ออร์โธฯชาย</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>ศช.2</td> <td>6</td> <td>จิตเวช</td> <td>6</td> <td>MRCU</td> <td>5</td> <td>อช.1</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>ออร์โธฯชาย</td> <td>6</td> <td>ศช.2</td> <td>6</td> <td>ศญ.</td> <td>5</td> <td>ศญ.</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>อช.1</td> <td>5</td> <td>นรีเวช</td> <td>4</td> <td>อช. 1</td> <td>5</td> <td>ศช.1</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	ไตรมาส 1-2562		ไตรมาส 2-2562		ไตรมาส 3-2562		ไตรมาส 4-2562		ศญ.	9	ศญ.	10	ออร์โธฯชาย	6	ออร์โธฯชาย	8	ศช.2	6	จิตเวช	6	MRCU	5	อช.1	7	ออร์โธฯชาย	6	ศช.2	6	ศญ.	5	ศญ.	7	อช.1	5	นรีเวช	4	อช. 1	5	ศช.1	5	
ไตรมาส 1-2562		ไตรมาส 2-2562		ไตรมาส 3-2562		ไตรมาส 4-2562																																										
ศญ.	9	ศญ.	10	ออร์โธฯชาย	6	ออร์โธฯชาย	8																																									
ศช.2	6	จิตเวช	6	MRCU	5	อช.1	7																																									
ออร์โธฯชาย	6	ศช.2	6	ศญ.	5	ศญ.	7																																									
อช.1	5	นรีเวช	4	อช. 1	5	ศช.1	5																																									

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ 2561	ผลการดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ																																																
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ. 2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562																																																	
							<table border="1"> <tr> <td>MRCU</td> <td>4</td> <td>ออร์โธฯ หญิง</td> <td>4</td> <td>Med-ICU</td> <td>4</td> <td>ฉบ.9</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>NICU</td> <td>4</td> <td>อญ.</td> <td>4</td> <td>จิตเวช</td> <td>4</td> <td>อช.2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>ฉบ. 10</td> <td>4</td> <td>อุบัติเหตุ</td> <td>4</td> <td>นรีเวช สามัญ</td> <td>4</td> <td>Med-ICU</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>ENT</td> <td>4</td> <td>Sur-ICU</td> <td>3</td> <td>ฉบ.7</td> <td>4</td> <td>NICU</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>อญ.</td> <td>4</td> <td>ออร์โธฯ ชาย</td> <td>3</td> <td>ฉบ. 9</td> <td>4</td> <td>ฉบ.8</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>จิตเวช</td> <td>3</td> <td>หูดอกมูก</td> <td>3</td> <td>ออร์โธฯ หญิง</td> <td>4</td> <td>MRCU, PICU</td> <td>2</td> </tr> </table> <p>หอผู้ป่วยที่มีการบริหารยาคลาดเคลื่อน 3 ลำดับแรก คือ ศย. 31 ครั้ง ออร์โธฯชาย 23 ครั้ง อช.1 17 ครั้ง วิเคราะห์ พบว่า สาเหตุหลักคือ การ set card ยาไม่ถูกต้อง ระบบการไม่ recheck /double check ตามแนวปฏิบัติการให้ยาและการ set card ยา</p>	MRCU	4	ออร์โธฯ หญิง	4	Med-ICU	4	ฉบ.9	5	NICU	4	อญ.	4	จิตเวช	4	อช.2	4	ฉบ. 10	4	อุบัติเหตุ	4	นรีเวช สามัญ	4	Med-ICU	3	ENT	4	Sur-ICU	3	ฉบ.7	4	NICU	3	อญ.	4	ออร์โธฯ ชาย	3	ฉบ. 9	4	ฉบ.8	3	จิตเวช	3	หูดอกมูก	3	ออร์โธฯ หญิง	4	MRCU, PICU	2	
MRCU	4	ออร์โธฯ หญิง	4	Med-ICU	4	ฉบ.9	5																																																	
NICU	4	อญ.	4	จิตเวช	4	อช.2	4																																																	
ฉบ. 10	4	อุบัติเหตุ	4	นรีเวช สามัญ	4	Med-ICU	3																																																	
ENT	4	Sur-ICU	3	ฉบ.7	4	NICU	3																																																	
อญ.	4	ออร์โธฯ ชาย	3	ฉบ. 9	4	ฉบ.8	3																																																	
จิตเวช	3	หูดอกมูก	3	ออร์โธฯ หญิง	4	MRCU, PICU	2																																																	
							<p>ความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดจากการสั่งใช้ยาของแพทย์ เกิดอุบัติการณ์ 33 ครั้ง (ระดับ B=8 ครั้ง ระดับ C=14 ครั้ง ระดับ D=10 ครั้ง ระดับ E=1 ครั้ง)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>เหตุการณ์</th> <th>ระดับความรุนแรง</th> <th>จำนวนครั้ง</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>แพทย์สั่งให้ Chlorpromazine 20 mg IV และ ยืนรอ เมื่อได้ยาจากเภสัช พยาบาลฉีดเลย IV push โดยไม่ได้ตรวจสอบวิธีบริหารว่าควรจะเป็น IV drip จนทำให้ฉป. BP drop load NSS 300 ml ตีขึ้น</td> <td>E</td> <td>1 ครั้ง</td> </tr> </tbody> </table> <p>สิ่งที่ได้ดำเนินการ</p> <p>- ส่งข้อมูลให้ภาควิชาทราบประเด็นปัญหาเพื่อทบทวนแนวปฏิบัติ</p>	เหตุการณ์	ระดับความรุนแรง	จำนวนครั้ง	แพทย์สั่งให้ Chlorpromazine 20 mg IV และ ยืนรอ เมื่อได้ยาจากเภสัช พยาบาลฉีดเลย IV push โดยไม่ได้ตรวจสอบวิธีบริหารว่าควรจะเป็น IV drip จนทำให้ฉป. BP drop load NSS 300 ml ตีขึ้น	E	1 ครั้ง																																											
เหตุการณ์	ระดับความรุนแรง	จำนวนครั้ง																																																						
แพทย์สั่งให้ Chlorpromazine 20 mg IV และ ยืนรอ เมื่อได้ยาจากเภสัช พยาบาลฉีดเลย IV push โดยไม่ได้ตรวจสอบวิธีบริหารว่าควรจะเป็น IV drip จนทำให้ฉป. BP drop load NSS 300 ml ตีขึ้น	E	1 ครั้ง																																																						

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินการ	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ																										
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน- เวลา			ปี งบประมาณ. 2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562																											
							<p>ความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดจากการจ่ายยาของฝ่ายเภสัชกรรม เกิดอุบัติการณ์ 33 ครั้ง (เป็นระดับ B= 27 ครั้ง ระดับ C=1 ครั้ง ระดับ D=5 ครั้ง) มีสาเหตุดังนี้</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>เหตุการณ์</th> <th>จำนวนครั้ง</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>จ่ายยาเกินจำนวน</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>จ่ายยาเกินไม่ครบ</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>จ่ายยาผิดขนาด</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>จ่ายยาผิดคน</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>จ่ายยาผิดชนิด</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>จ่ายยาผิดเวลา เนื่องจากเภสัชไม่อยู่</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>ส่งยาผิดวิธี</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ผสมยาผิด</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>ยาเคมีบำบัดรั่วซึมจากจุกยางขวดยา</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>จ่ายยาหมดอายุ</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>TPN รั่ว</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>ส่งยาผิดวอร์ด</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>สิ่งที่ได้ดำเนินการ - ส่งข้อมูลให้ฝ่ายเภสัชกรรมทราบประเด็นปัญหาเพื่อทบทวนแนวปฏิบัติ</p>	เหตุการณ์	จำนวนครั้ง	จ่ายยาเกินจำนวน	2	จ่ายยาเกินไม่ครบ	4	จ่ายยาผิดขนาด	2	จ่ายยาผิดคน	3	จ่ายยาผิดชนิด	15	จ่ายยาผิดเวลา เนื่องจากเภสัชไม่อยู่	1	ส่งยาผิดวิธี	2	ผสมยาผิด	1	ยาเคมีบำบัดรั่วซึมจากจุกยางขวดยา	1	จ่ายยาหมดอายุ	1	TPN รั่ว	1	ส่งยาผิดวอร์ด	1	
เหตุการณ์	จำนวนครั้ง																																	
จ่ายยาเกินจำนวน	2																																	
จ่ายยาเกินไม่ครบ	4																																	
จ่ายยาผิดขนาด	2																																	
จ่ายยาผิดคน	3																																	
จ่ายยาผิดชนิด	15																																	
จ่ายยาผิดเวลา เนื่องจากเภสัชไม่อยู่	1																																	
ส่งยาผิดวิธี	2																																	
ผสมยาผิด	1																																	
ยาเคมีบำบัดรั่วซึมจากจุกยางขวดยา	1																																	
จ่ายยาหมดอายุ	1																																	
TPN รั่ว	1																																	
ส่งยาผิดวอร์ด	1																																	
		อัตรา ความคลาด เคลื่อนทาง	ระดับ A-B	<3.74/1 000 วัน นอน	4.23		<p>อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา/1000 วันนอนระดับ A-B= 5.18 ระดับ C-D= 1.08 ระดับ E-F = 0.08 ระดับ G-I= 0.003</p> <table border="1"> <tr> <td></td> <td>ไตรมาส-2562</td> </tr> </table>		ไตรมาส-2562																									
	ไตรมาส-2562																																	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ 2561	ผลการดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ																														
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ. 2562			ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562																															
		ยา/1000 วันนอน	ระดับ C-D	<0.70/1000 วันนอน	1.11		<table border="1"> <tr> <td>ระดับความรุนแรง</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>เฉลี่ย</td> </tr> <tr> <td>ระดับ A-B</td> <td>5.01</td> <td>5.42</td> <td>4.9</td> <td>5.39</td> <td>5.18</td> </tr> <tr> <td>ระดับ C-D</td> <td>1.13</td> <td>1.1</td> <td>1.12</td> <td>0.98</td> <td>1.08</td> </tr> <tr> <td>ระดับ E-F</td> <td>0.05 (4 ครั้ง)</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0.26 (3 ครั้ง)</td> <td>0.08</td> </tr> <tr> <td>ระดับ G-I</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0.013 (1 ครั้ง)</td> <td>0</td> <td>0.003</td> </tr> </table>	ระดับความรุนแรง	1	2	3	4	เฉลี่ย	ระดับ A-B	5.01	5.42	4.9	5.39	5.18	ระดับ C-D	1.13	1.1	1.12	0.98	1.08	ระดับ E-F	0.05 (4 ครั้ง)	0	0	0.26 (3 ครั้ง)	0.08	ระดับ G-I	0	0	0.013 (1 ครั้ง)	0	0.003	
ระดับความรุนแรง	1		2	3	4	เฉลี่ย																																
ระดับ A-B	5.01		5.42	4.9	5.39	5.18																																
ระดับ C-D	1.13	1.1	1.12	0.98	1.08																																	
ระดับ E-F	0.05 (4 ครั้ง)	0	0	0.26 (3 ครั้ง)	0.08																																	
ระดับ G-I	0	0	0.013 (1 ครั้ง)	0	0.003																																	
		ระดับ E-F	<0.04/1000 วันนอน	0.04																																		
		ระดับ G-I	<0.01/1000 วันนอน	0			<p>ไตรมาส 4 เกิดอุบัติเหตุระดับความรุนแรงระดับ E 3 ครั้งเป็นยาทั่วไป 2 ครั้งและยา HAD 1 ครั้งดังนี้</p> <p>1. Chlorpromazine 20 mg IV หลังได้รับยาผู้ป่วย BP 90/60 mmHg ให้ NSS 300 cc iv free flow then NSS iv 80 cc/hr. ตรวจสอบย้อนหลังพบว่าบริหารยาผิดวิธี จาก IV drip เป็น IV push</p> <p>2. ง่ายยาผิดเตียงและผิดวิถี คือ ผู้ป่วยเตียง 9 ใส่สายให้อาหารทางสายยาง แต่พยาบาลใหม่นำยาผู้ป่วยเตียง 12 ให้ผู้ป่วยเตียง 9 รับประทานยาทางปาก จนเป็นเหตุให้ผู้ป่วยไอ ต้องมีการ suction และแพทย์ทำ NG lavage ด้วย NSS 2000 cc</p> <p>3. Fentanyl เกินขนาด คือ Fentanyl 10 mcg/1 ml ผสม 500 mcg+0.9 %NSS up to 50 cc drip rate 15 mcg/hr. ขณะทำหัตถการมีการ purge ยาและ Set rate ใหม่ เป็น 15 ml/hr. (โดยไม่ได้มีการ double check) ซึ่งเท่ากับได้ 150 ml/hr. ประมาณ 20 นาทีต่อมา BP 85/41 mmHg MAP 54 mmHg HR 61 /min start levophed (1 mg:10 ml) rate 2 mg/hr. จนอาการดีขึ้น</p> <p>ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากกรรมการ CQI ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - การมีป้ายแสดง (tag) ที่ syringe/syringe pump (กบย.) 																															

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ 2561	ผลการดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ																																																					
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ. 2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562																																																						
							<ul style="list-style-type: none"> - การกำหนดรายละเอียดของการสั่ง การบริหารยา การผสมยา ที่ชัดเจนและข้อความแสดง (กบย.) - การกำหนดความเข้มข้นมาตรฐานในการผสมยา เช่น 10 mcg/ml (กบย.) - การเตรียมยาที่เป็น prefill syringe : fentanyl (ฝ่ายเภสัชกรรม) - วิธีปฏิบัติในการ purge ยา ที่เหมือนกัน (ฝ่ายบริการพยาบาล) 																																																						
		ความคลาดเคลื่อนทางยา HAD/1000 วันนอน	จำนวนความคลาดเคลื่อนทางยา HAD ระดับ E ขึ้นไป	0	4		<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">หัวข้อ</th> <th colspan="5">2562</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>รวม</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>จำนวนอุบัติเหตุ (ครั้ง)</td> <td>9</td> <td>11</td> <td>14</td> <td>10</td> <td>44</td> </tr> <tr> <td>อัตรา /1000 วันนอน</td> <td>0.02</td> <td>0</td> <td>0.14</td> <td>0.13</td> <td>0.013</td> </tr> <tr> <td></td> <td>6</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ระดับ C-D (ครั้ง)</td> <td>7</td> <td>11</td> <td>13</td> <td>9</td> <td>40</td> </tr> <tr> <td>ระดับ E (ครั้ง)</td> <td>2</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>ระดับ G</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>ลักษณะเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมากที่สุด</td> <td>D 0801 8 ครั้ง</td> <td>D 0801 7 ครั้ง</td> <td>D 0801 5 ครั้ง</td> <td>D 0801 5 ครั้ง</td> <td>D 0801 25 ครั้ง</td> </tr> </tbody> </table> <p>จำนวนความคลาดเคลื่อนทางยา HAD ระดับ E ขึ้นไป ปี 2562 รวมทั้งหมด 4 ครั้ง เป็นระดับ E 3 ครั้ง ระดับ G 1 ครั้ง</p> <p><u>ระดับ G 1 ครั้ง</u></p> <p>เนื่องจาก เกิดภาวะแทรกซ้อนแต่ญาติยอมรับเพื่อรักษาชีวิตของผู้ป่วย การสื่อสารในกระบวนการส่งต่อเมื่อผู้ป่วยย้ายหอผู้ป่วย</p> <p><u>ระดับ E 3 ครั้ง</u></p> <p>-D02 prescribing error คือ แพทย์มีคำสั่งการรักษาที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา คือ ผู้ป่วย DTX 152 mg% รายงานแพทย์ ให้ฉีดยา</p>	หัวข้อ	2562					1	2	3	4	รวม	จำนวนอุบัติเหตุ (ครั้ง)	9	11	14	10	44	อัตรา /1000 วันนอน	0.02	0	0.14	0.13	0.013		6					ระดับ C-D (ครั้ง)	7	11	13	9	40	ระดับ E (ครั้ง)	2	0	0	1	3	ระดับ G	0	0	1	0	1	ลักษณะเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมากที่สุด	D 0801 8 ครั้ง	D 0801 7 ครั้ง	D 0801 5 ครั้ง	D 0801 5 ครั้ง	D 0801 25 ครั้ง	
หัวข้อ	2562																																																												
	1	2	3	4	รวม																																																								
จำนวนอุบัติเหตุ (ครั้ง)	9	11	14	10	44																																																								
อัตรา /1000 วันนอน	0.02	0	0.14	0.13	0.013																																																								
	6																																																												
ระดับ C-D (ครั้ง)	7	11	13	9	40																																																								
ระดับ E (ครั้ง)	2	0	0	1	3																																																								
ระดับ G	0	0	1	0	1																																																								
ลักษณะเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมากที่สุด	D 0801 8 ครั้ง	D 0801 7 ครั้ง	D 0801 5 ครั้ง	D 0801 5 ครั้ง	D 0801 25 ครั้ง																																																								

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ 2561	ผลการดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ																														
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ. 2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562																															
							<p>Novorapid 3 unit IM ต่อมาผู้ป่วยภาวะ hypoglycemia DTX 48-53 mg% push 50%glucose IV 50 ml (Criteria คือ if DTX 200-300 mg% ให้ฉีด Novorapid 3 unit IM)</p> <p>- D0803 ให้ยาฉีดเวลา มีการบริหารยา Novorapid (ซึ่งการออกฤทธิ์ของ Novorapid อยู่ที่ 1-5 ชม.) กับ Novomix ห่างกัน 3ชม.33นาที อาจส่งเสริมการออกฤทธิ์จนเป็นสาเหตุของการเกิด ภาวะน้ำตาลต่ำ DTX = 47 mg% push 50%glucose IV 50 m</p> <p>- Fentanyl ผิดขนาด set rate ผิด เนื่องจากปฏิบัติงานคนเดียว</p> <p>สรุป ในปี 2562 พบว่าความคลาดเคลื่อนทางยา HAD เกิดขึ้นในยา 5 ลำดับ คือ RI, Fentanyl, Levophed ,MO, KCL</p> <p>ไตรมาสที่ 4 มีอุบัติการณ์ระดับ E 1 ครั้งเกิดจากยา Fentanyl ผิดขนาด คือ Fentanyl 10 mcg/1 ml ผสม 500 mcg+0.9 %NSS up to 50 cc drip rate 15 mcg/hr. ขณะทำหัตถการมีการ purge ยาและ Set rate ใหม่ เป็น 15 ml/hr. (โดยไม่ได้มีการ double check) ซึ่งเท่ากับได้ 150 ml/hr. ประมาณ 20 นาทีต่อมา BP 85/41 mmHg MAP 54 mmHg HR 61 /min start levophed (1 mg:10 ml) rate 2 ml/hr. ต่อมาอาการปกติ โดยเหตุการณ์ นำเข้าทบทวนในกรรมการ CQI ของรพ.</p>																															
		ความคลาดเคลื่อนทางยา เคมีบำบัด	จำนวนความคลาดเคลื่อนทางยา เคมีบำบัด	0	0		<table border="1"> <thead> <tr> <th>หัวข้อ</th> <th colspan="5">งบประมาณ. 2562</th> </tr> <tr> <th>ไตรมาส</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>รวม</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>จำนวนอุบัติการณ์ C-I (ครั้ง)</td> <td>3</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>ระดับ C-D (ครั้ง)</td> <td>3</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>ระดับ E ขึ้นไป (ครั้ง)</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	หัวข้อ	งบประมาณ. 2562					ไตรมาส	1	2	3	4	รวม	จำนวนอุบัติการณ์ C-I (ครั้ง)	3	0	2	1	6	ระดับ C-D (ครั้ง)	3	0	2	1	6	ระดับ E ขึ้นไป (ครั้ง)	0	0	0	0	0	
หัวข้อ	งบประมาณ. 2562																																					
ไตรมาส	1	2	3	4	รวม																																	
จำนวนอุบัติการณ์ C-I (ครั้ง)	3	0	2	1	6																																	
ระดับ C-D (ครั้ง)	3	0	2	1	6																																	
ระดับ E ขึ้นไป (ครั้ง)	0	0	0	0	0																																	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผลการดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ															
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ. 2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562																
			ระดับ E ขึ้นไป				<p>ปี 2562 จำนวนความคลาดเคลื่อนทางยาเคมีบำบัด เกิด 6 ครั้ง เป็น ระดับ D = 6 ครั้ง ระดับ E ขึ้นไป = 0</p> <p>ไตรมาสที่ 4 เกิดระดับ D 1 ครั้งเกิดจาก ผู้ป่วยมารับยาเคมีบำบัด CMT Paclitaxel แบบผู้ป่วยในตามแพทย์นัด พยาบาลตรวจสอบ lab. pre CMT พบว่า UA พบ WBC 50-90/HP, Bacteria 1+/HP [<1+]-17.30 น. รายงานแพทย์เจ้าของไข้ ยืนยันให้ยาได้</p> <p>-21.00 น. พยาบาล Start pre med และเสียบ set ยาเคมีบำบัด</p> <p>-21.40 น. แพทย์โทรมาให้ hold ยาเคมีบำบัด และorderให้ start ATB และ Repeat UA and UC เข้าวันที่ 27/8/62 -เข้าวันที่ 27/8/62 ผล UA พบ WBC 5-10/HP [0-5] , Bacteria few แพทย์ order ให้จำหน่ายผู้ป่วย</p>																
		ผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ	จำนวนผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ	0	4		<p>ปี 2562 ผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ= 0</p> <p>ไตรมาส 1-2562 จำนวนผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำเท่ากับ 0</p> <p>ไตรมาส 2-2562 จำนวนผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำเท่ากับ 0</p> <p>ไตรมาส 3-2562 จำนวนผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำเท่ากับ 0</p> <p>ไตรมาส 4-2562 จำนวนผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำเท่ากับ 0</p>																
		การบริหารยาตรงเวลามาตรฐาน	การบริหารยาผิดตรงเวลามาตรฐาน	>ร้อยละ 90	89.39		<p>การบริหารยาผิดตรงเวลามาตรฐาน = 88.38</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ.</th> <th colspan="4">2562</th> </tr> <tr> <th>ไตรมาส</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td>87.90</td> <td>88.14</td> <td>89.54</td> <td>87.93</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ.	2562				ไตรมาส	1	2	3	4	ร้อยละ	87.90	88.14	89.54	87.93	
ปีงบประมาณ.	2562																						
ไตรมาส	1	2	3	4																			
ร้อยละ	87.90	88.14	89.54	87.93																			
			บริหารยา Stat A ≤ 30 นาที	ร้อยละ85	81.34		<p>การบริหารยา Stat A ≤ 30 นาที = ร้อยละ79.40</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ.</th> <th colspan="4">2562</th> </tr> <tr> <th>ไตรมาส</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td>78.04</td> <td>81.12</td> <td>77.76</td> <td>80.69</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ.	2562				ไตรมาส	1	2	3	4	ร้อยละ	78.04	81.12	77.76	80.69	
ปีงบประมาณ.	2562																						
ไตรมาส	1	2	3	4																			
ร้อยละ	78.04	81.12	77.76	80.69																			

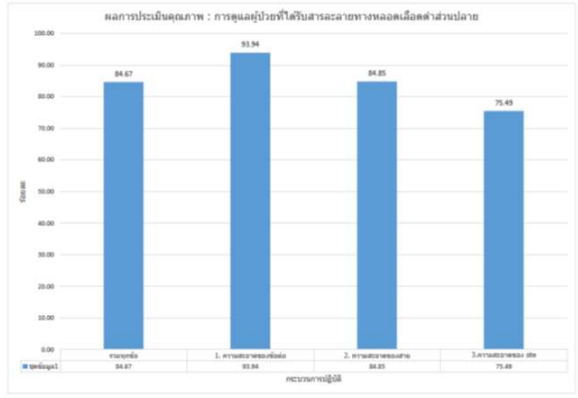
แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ 2561	ผลการดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ																																			
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ. 2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562																																				
			บริหารยา Stat B (other) ≤ 60 นาที	ร้อยละ 85	81.47		การบริหารยา Stat B (other) ≤ 60 นาที = ร้อยละ 80.25 <table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ.</th> <th colspan="4">2562</th> </tr> <tr> <th>ไตรมาส</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <th>ร้อยละ</th> <td>86.17</td> <td>82.80</td> <td>73.72</td> <td>78.28</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ.	2562				ไตรมาส	1	2	3	4	ร้อยละ	86.17	82.80	73.72	78.28																					
ปีงบประมาณ.	2562																																										
ไตรมาส	1	2	3	4																																							
ร้อยละ	86.17	82.80	73.72	78.28																																							
10.1 โครงการตามรอยปฏิบัติการทางคลินิกและการบริหารจัดการด้านยา	ต.ค.61-ก.ย.62	อุบัติการณ์ในหน่วยงานเป้าหมาย	จำนวนอุบัติการณ์ในหน่วยงานเป้าหมายลดลง	ร้อยละ 50	NA		จำนวนอุบัติการณ์ในหน่วยงานเป้าหมายลดลงร้อยละ 50 ใน 5 หอผู้ป่วย พบว่ามี 3 หอผู้ป่วยที่สามารถลดอุบัติการณ์ได้ มี 2 หอผู้ป่วยที่ไม่สามารถลดอุบัติการณ์ให้เหลือ ร้อยละ 50 <table border="1"> <thead> <tr> <th>หอผู้ป่วย</th> <th>ไตรมาส 1</th> <th>ไตรมาส 2</th> <th>ไตรมาส 3</th> <th>ไตรมาส 4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PICU</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ศ.ญ.</td> <td>9</td> <td>8</td> <td>5</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>อช.1</td> <td>5</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>จิตเวช</td> <td>-</td> <td>6</td> <td>4</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ศช.2</td> <td>6</td> <td>4</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>SICU</td> <td>4</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>	หอผู้ป่วย	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	PICU	2	1	1	2	ศ.ญ.	9	8	5	7	อช.1	5	2	5	7	จิตเวช	-	6	4	2	ศช.2	6	4	2	1	SICU	4	2	2	-	
หอผู้ป่วย	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4																																							
PICU	2	1	1	2																																							
ศ.ญ.	9	8	5	7																																							
อช.1	5	2	5	7																																							
จิตเวช	-	6	4	2																																							
ศช.2	6	4	2	1																																							
SICU	4	2	2	-																																							
10.1.1 Walk Round หน่วยงานและเผยแพร่		กิจกรรม	จำนวนครั้งในการทำการกิจกรรม	6 ครั้ง	NA		จำนวนครั้งในการทำการกิจกรรม 3 ไตรมาส ทำได้ 5 ครั้ง ส่วน ไตรมาสที่ 4 ทำ RRT 15 ครั้ง ไตรมาสที่ 1 Walk round 1 ครั้ง คือ PICU ไตรมาสที่ 2 Walk round 3 ครั้ง คือ อายุรกรรมชาย 1 และจิตเวช ห้องทำแผล นีเดีย ไตรมาสที่ 3 Walk round 3 ครั้ง คือ ศัลยกรรมชาย 2 และ SICU ไตรมาสที่ 4 ปรับวิธีเป็นเข้าร่วม Rapid response team เมื่อเกิด Incident เริ่มเดือนสิงหาคม-กันยายน 2562 รายละเอียดดังนี้																																				

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ 2561	ผลการดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ																																																
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ. 2562			ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562																																																	
							<table border="1"> <thead> <tr> <th>วตป.</th> <th>หอผู้ป่วย</th> <th>ลักษณะเหตุการณ์</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>13 ส.ค.62</td> <td>PICU</td> <td>ได้รับยาไม่ครบ เนื่องจากไม่ได้ติดตามการได้รับยาจากห้องผ่าตัด</td> </tr> <tr> <td></td> <td>ศัลยกรรมประสาท</td> <td>ไม่ได้ Set card ยา ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับยาไม่ครบ</td> </tr> <tr> <td>15 ส.ค.62</td> <td>จิตเวช</td> <td>0.9%NSS 380 ml in 15 min.</td> </tr> <tr> <td>16 ส.ค.62</td> <td>ฉ.บ.10</td> <td>จ่ายยาผู้ป่วยผิดคน เนื่องจากมีการขัดขวางกระบวนการบริหารยา</td> </tr> <tr> <td>19 ส.ค.62</td> <td>อช.1</td> <td>จ่ายยาผู้ป่วยผิดเตียง</td> </tr> <tr> <td></td> <td>ศช.2</td> <td>Set card ยามืด ตรวจสอบเช็คการ์ดยาไม่รอบคอบ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยา</td> </tr> <tr> <td>26 ส.ค.62</td> <td>ฉ.บ.8</td> <td>ผู้ป่วยได้รับยาไม่ครบ เนื่องจาก Set card ยาผิด ตรวจสอบเช็คไม่ละเอียด</td> </tr> </tbody> </table> <p>กันยายน 2562</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>วตป.</th> <th>หอผู้ป่วย</th> <th>ลักษณะเหตุการณ์</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3 ก.ย.62</td> <td>ศช.1</td> <td>บริหารยามีดวิธี ยา IV drip บริหารเป็น IV push ส่งผลให้ผู้ป่วย BP ต่ำ loading NSS 300 ml.</td> </tr> <tr> <td>4ก.ย.62</td> <td>NICU</td> <td>จ่ายยาผิดเตียง เตรียม Levophed ไปให้ผู้ป่วยผิดคน</td> </tr> <tr> <td>9 ก.ย.62</td> <td>ฉ.บ.9</td> <td>ใช้ set drip ยา สลับยา</td> </tr> <tr> <td>12ก.ย.62</td> <td>อช.1</td> <td>ผู้ป่วยหลังกลับจาก Hemodialysis ไม่ได้ ATB</td> </tr> <tr> <td>13ก.ย.62</td> <td>ฉ.บ.7</td> <td>ได้รับยาก่อนเวลา เนื่องจาก ได้รับยาจาก OR แล้ว แต่พยาบาลให้ซ้ำ</td> </tr> <tr> <td>19 ก.ย.62</td> <td>นรีเวช</td> <td>จ่ายยา Lasix 10 mg IV ผิดคน แม้จะมีรุ่นที่เตือนแล้วแต่ไม่เฝ้า</td> </tr> <tr> <td>20ก.ย.62</td> <td>MRCU</td> <td>จ่ายยา Salbutamol ซ้ำ dose เนื่องจากมี Order ในด้าน One day และ continuous</td> </tr> </tbody> </table>	วตป.	หอผู้ป่วย	ลักษณะเหตุการณ์	13 ส.ค.62	PICU	ได้รับยาไม่ครบ เนื่องจากไม่ได้ติดตามการได้รับยาจากห้องผ่าตัด		ศัลยกรรมประสาท	ไม่ได้ Set card ยา ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับยาไม่ครบ	15 ส.ค.62	จิตเวช	0.9%NSS 380 ml in 15 min.	16 ส.ค.62	ฉ.บ.10	จ่ายยาผู้ป่วยผิดคน เนื่องจากมีการขัดขวางกระบวนการบริหารยา	19 ส.ค.62	อช.1	จ่ายยาผู้ป่วยผิดเตียง		ศช.2	Set card ยามืด ตรวจสอบเช็คการ์ดยาไม่รอบคอบ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยา	26 ส.ค.62	ฉ.บ.8	ผู้ป่วยได้รับยาไม่ครบ เนื่องจาก Set card ยาผิด ตรวจสอบเช็คไม่ละเอียด	วตป.	หอผู้ป่วย	ลักษณะเหตุการณ์	3 ก.ย.62	ศช.1	บริหารยามีดวิธี ยา IV drip บริหารเป็น IV push ส่งผลให้ผู้ป่วย BP ต่ำ loading NSS 300 ml.	4ก.ย.62	NICU	จ่ายยาผิดเตียง เตรียม Levophed ไปให้ผู้ป่วยผิดคน	9 ก.ย.62	ฉ.บ.9	ใช้ set drip ยา สลับยา	12ก.ย.62	อช.1	ผู้ป่วยหลังกลับจาก Hemodialysis ไม่ได้ ATB	13ก.ย.62	ฉ.บ.7	ได้รับยาก่อนเวลา เนื่องจาก ได้รับยาจาก OR แล้ว แต่พยาบาลให้ซ้ำ	19 ก.ย.62	นรีเวช	จ่ายยา Lasix 10 mg IV ผิดคน แม้จะมีรุ่นที่เตือนแล้วแต่ไม่เฝ้า	20ก.ย.62	MRCU	จ่ายยา Salbutamol ซ้ำ dose เนื่องจากมี Order ในด้าน One day และ continuous	
วตป.	หอผู้ป่วย	ลักษณะเหตุการณ์																																																						
13 ส.ค.62	PICU	ได้รับยาไม่ครบ เนื่องจากไม่ได้ติดตามการได้รับยาจากห้องผ่าตัด																																																						
	ศัลยกรรมประสาท	ไม่ได้ Set card ยา ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับยาไม่ครบ																																																						
15 ส.ค.62	จิตเวช	0.9%NSS 380 ml in 15 min.																																																						
16 ส.ค.62	ฉ.บ.10	จ่ายยาผู้ป่วยผิดคน เนื่องจากมีการขัดขวางกระบวนการบริหารยา																																																						
19 ส.ค.62	อช.1	จ่ายยาผู้ป่วยผิดเตียง																																																						
	ศช.2	Set card ยามืด ตรวจสอบเช็คการ์ดยาไม่รอบคอบ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยา																																																						
26 ส.ค.62	ฉ.บ.8	ผู้ป่วยได้รับยาไม่ครบ เนื่องจาก Set card ยาผิด ตรวจสอบเช็คไม่ละเอียด																																																						
วตป.	หอผู้ป่วย	ลักษณะเหตุการณ์																																																						
3 ก.ย.62	ศช.1	บริหารยามีดวิธี ยา IV drip บริหารเป็น IV push ส่งผลให้ผู้ป่วย BP ต่ำ loading NSS 300 ml.																																																						
4ก.ย.62	NICU	จ่ายยาผิดเตียง เตรียม Levophed ไปให้ผู้ป่วยผิดคน																																																						
9 ก.ย.62	ฉ.บ.9	ใช้ set drip ยา สลับยา																																																						
12ก.ย.62	อช.1	ผู้ป่วยหลังกลับจาก Hemodialysis ไม่ได้ ATB																																																						
13ก.ย.62	ฉ.บ.7	ได้รับยาก่อนเวลา เนื่องจาก ได้รับยาจาก OR แล้ว แต่พยาบาลให้ซ้ำ																																																						
19 ก.ย.62	นรีเวช	จ่ายยา Lasix 10 mg IV ผิดคน แม้จะมีรุ่นที่เตือนแล้วแต่ไม่เฝ้า																																																						
20ก.ย.62	MRCU	จ่ายยา Salbutamol ซ้ำ dose เนื่องจากมี Order ในด้าน One day และ continuous																																																						

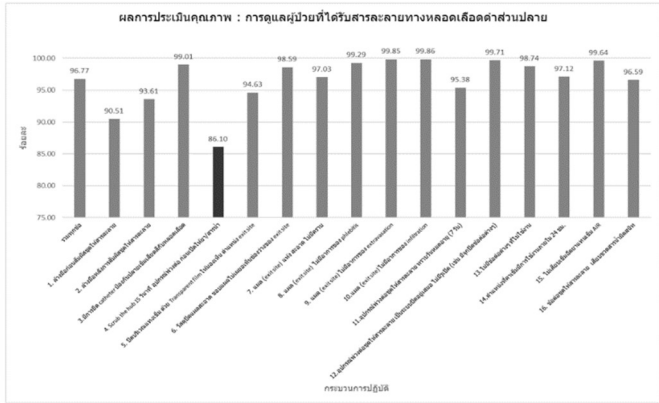
แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ 2561	ผลการดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ. 2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562	
							30 ก.ย.62 ฌบ.9 ได้รับยาน้อย เนื่องจากแพทย์สั่ง Ferrous sulphate 1x3 แต่ set card ยาเป็น 1x1	
							จากการเข้าร่วม RRT ร่วมกับหอผู้ป่วยพบว่า ในช่วงเดือนสิงหาคม ทีมหอผู้ป่วยมีความกังวลว่าจะเป็นการลงโทษหรือจับผิด แต่เมื่อได้ร่วมทบทวนทุกหอผู้ป่วย คลายความกังวลและเห็นด้วยกับโครงการ RRT เนื่องจากได้ประโยชน์และได้รับการชี้แนะที่ตรงจุดและมองเห็นแนวทางในการพัฒนามากขึ้น <u>เดือนกันยายน</u> ได้รับความร่วมมือมากขึ้น บรรยากาศมีผู้เข้าร่วมมากขึ้น	
10.1.2. RCA ร่วม กับ หอผู้ป่วยเมื่อเกิด อุบัติการณ์ระดับ F-I ขึ้นไป		กิจกรรม	การทำ กิจกรรม	ร้อยละ 100	0		RCA ร่วม กับหอผู้ป่วยเมื่อเกิดอุบัติเหตุระดับ F-I ขึ้นไป เท่ากับ...ครั้ง ทบทวน RCA ร่วมกับหอผู้ป่วย...ครั้ง คิดเป็น ร้อยละ 100 <u>ไตรมาสที่ 1</u> ไม่มีอุบัติเหตุ ระดับ F เกิดขึ้น คณะกรรมการฯ มีความเห็น ให้ ทบทวนตั้งแต่อุบัติเหตุระดับ E ขึ้นไป <u>ไตรมาส 2</u> มีอุบัติเหตุ ระดับ F 3 ครั้ง ที่จิตเวช = 1 ห้องทำแผลฉีดยา 2 ครั้ง <u>ไตรมาส 3</u> มีรายงานอุบัติเหตุ ระดับ G 1 ครั้ง เป็นผู้ป่วยรายเดียวกัน แต่เขียน รายงานจาก 2 หอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องคือ อายุรกรรมหญิงและ MICU ร่วม ทบทวนกับกรรมการCQI ของโรงพยาบาล <u>ไตรมาสที่ 4</u> ไม่มีอุบัติเหตุ ระดับ F ร่วมทบทวนกับกรรมการCQI ของ โรงพยาบาล 1ครั้ง อุบัติการณ์ ระดับ E ในผู้ป่วยที่ได้รับ Fentanyl เกินขนาด เนื่องจากปรับ rate ผิดพลาด	
10.1.3. การประกัน คุณภาพ - QA การปฏิบัติตาม แนวปฏิบัติการบริหาร	ต.ค.61- ก.ย.62	หอผู้ป่วยที่ ผ่านเกณฑ์ การประเมิน	ร้อยละของ หอผู้ป่วยที่ ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ 100	NA		ยังไม่ได้ดำเนินการ วางแผนเก็บข้อมูลเดือน ธันวาคม 2562 แบบประเมิน QA การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการบริหารฯ เสร็จแล้ว ส่งบรรจุในระบบ Intranet ของฝ่ายบริการพยาบาล	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ 2561	ผลการดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ																												
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ. 2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562																													
ยา โดยแกนนำของหอผู้ป่วย			การประเมิน (ร้อยละ 80)																																	
10.2 ส่งเสริมความเข้าใจในการบริหารยา โดยจัดทำ Self – learning การ set card ยา ในรูปแบบการทำข้อสอบ	ต.ค.61-ก.ย.62	พยาบาลผ่านเกณฑ์การทำข้อสอบ	พยาบาลสามารถสอบผ่าน ร้อยละ 80	ร้อยละ 100	NA		ข้อสอบเสร็จแล้ว ขั้นตอนทดลองความเที่ยง โดยทดลองกับแกนนำ 15 ชุด กำลังปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ																													
11. Phlebitis และ Extravasation 10.1 กิจกรรม KM 10.2 IV & Catheter Round	ต.ค.61-ก.ย. 2562		การเกิด Phlebitis ระดับ 3-4	อัตราการเกิด Phlebitis ระดับ 3-4	< 0.26 ครั้ง :1000 วันนอน	0.23	อัตราการเกิด Phlebitis ระดับ 3-4 เท่ากับ 0.21:1000 วันนอน (ลดลง 0.02 ต่อ 1000 วันนอน)																													
						<table border="1"> <thead> <tr> <th>อัตราการเกิด Phlebitis ระดับ 3-4</th> <th>(ครั้ง :1000 วันนอน)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ไตรมาส 1_2562</td> <td>0.17</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส 2_2562</td> <td>0.17</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส 3_2562</td> <td>0.22</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส 4_2562</td> <td>0.30</td> </tr> <tr> <td>รวม</td> <td>0.21</td> </tr> </tbody> </table>		อัตราการเกิด Phlebitis ระดับ 3-4	(ครั้ง :1000 วันนอน)	ไตรมาส 1_2562	0.17	ไตรมาส 2_2562	0.17	ไตรมาส 3_2562	0.22	ไตรมาส 4_2562	0.30	รวม	0.21																	
อัตราการเกิด Phlebitis ระดับ 3-4	(ครั้ง :1000 วันนอน)																																			
ไตรมาส 1_2562	0.17																																			
ไตรมาส 2_2562	0.17																																			
ไตรมาส 3_2562	0.22																																			
ไตรมาส 4_2562	0.30																																			
รวม	0.21																																			
						<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับการเกิด Phlebitis</th> <th>ไตรมาส 1</th> <th>ไตรมาส 2</th> <th>ไตรมาส 3</th> <th>ไตรมาส 4</th> <th>จำนวน (ครั้ง)</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ระดับ 1</td> <td>26</td> <td>11</td> <td>17</td> <td>8</td> <td>62</td> <td>31.96</td> </tr> <tr> <td>ระดับ 2</td> <td>28</td> <td>14</td> <td>10</td> <td>15</td> <td>67</td> <td>34.54</td> </tr> <tr> <td>ระดับ 3</td> <td>4</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>7</td> <td>18</td> <td>9.28</td> </tr> </tbody> </table>		ระดับการเกิด Phlebitis	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ	ระดับ 1	26	11	17	8	62	31.96	ระดับ 2	28	14	10	15	67	34.54	ระดับ 3	4	3	4	7	18	9.28	
ระดับการเกิด Phlebitis	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ																														
ระดับ 1	26	11	17	8	62	31.96																														
ระดับ 2	28	14	10	15	67	34.54																														
ระดับ 3	4	3	4	7	18	9.28																														

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ 2561	ผลการดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ																																																						
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ. 2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562																																																							
							<table border="1"> <tr> <td>ระดับ 4</td> <td>9</td> <td>10</td> <td>12</td> <td>16</td> <td>47</td> <td>24.22</td> </tr> <tr> <td>รวม</td> <td>67</td> <td>38</td> <td>43</td> <td>46</td> <td>194</td> <td>100</td> </tr> </table> <p>(เป็นระดับ E = 5 ครั้ง ระดับ D = 166 ครั้ง)</p>	ระดับ 4	9	10	12	16	47	24.22	รวม	67	38	43	46	194	100																																									
ระดับ 4	9	10	12	16	47	24.22																																																								
รวม	67	38	43	46	194	100																																																								
		การเกิด Extravasation 0.25	อัตราการเกิด Extravasation	< 0.05 ครั้ง :1000 วันนอน	0.25		<p>อัตราการเกิด Extravasation เท่ากับ 0.22 (ลดลง 0.03 ต่อ 1000 วันนอน))</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ไตรมาส</th> <th>อัตราการเกิด Extravasation (ครั้ง :1000 วันนอน)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ไตรมาส 1_2562</td> <td>0.27</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส 2_2562</td> <td>0.17</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส 3_2562</td> <td>0.16</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส 4_2562</td> <td>0.28</td> </tr> <tr> <td>รวม</td> <td>0.22</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับการเกิด Extravasation</th> <th>ไตรมาส 1</th> <th>ไตรมาส 2</th> <th>ไตรมาส 3</th> <th>ไตรมาส 4</th> <th>จำนวน</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ระดับ C</td> <td>7</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>8</td> <td>11.42</td> </tr> <tr> <td>ระดับ D</td> <td>13</td> <td>12</td> <td>12</td> <td>18</td> <td>55</td> <td>78.57</td> </tr> <tr> <td>ระดับ E</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>7</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>ระดับ F</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>รวม</td> <td>21</td> <td>13</td> <td>15</td> <td>21</td> <td>70</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table>	ไตรมาส	อัตราการเกิด Extravasation (ครั้ง :1000 วันนอน)	ไตรมาส 1_2562	0.27	ไตรมาส 2_2562	0.17	ไตรมาส 3_2562	0.16	ไตรมาส 4_2562	0.28	รวม	0.22	ระดับการเกิด Extravasation	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	จำนวน	ร้อยละ	ระดับ C	7	0	1	0	8	11.42	ระดับ D	13	12	12	18	55	78.57	ระดับ E	1	1	2	3	7	10	ระดับ F	0	0	0	0	0	0	รวม	21	13	15	21	70	100	
ไตรมาส	อัตราการเกิด Extravasation (ครั้ง :1000 วันนอน)																																																													
ไตรมาส 1_2562	0.27																																																													
ไตรมาส 2_2562	0.17																																																													
ไตรมาส 3_2562	0.16																																																													
ไตรมาส 4_2562	0.28																																																													
รวม	0.22																																																													
ระดับการเกิด Extravasation	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	จำนวน	ร้อยละ																																																								
ระดับ C	7	0	1	0	8	11.42																																																								
ระดับ D	13	12	12	18	55	78.57																																																								
ระดับ E	1	1	2	3	7	10																																																								
ระดับ F	0	0	0	0	0	0																																																								
รวม	21	13	15	21	70	100																																																								

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผลการดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ										
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ. 2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562											
							<p>A. กิจกรรม KM และ IV & Catheter Round</p> <p>1) กิจกรรมมีการ walk round ในหอผู้ป่วยที่มีการเกิด Phlebitis 3 ครั้ง (ICU) : PICU SICU NICU มีการปฏิบัติได้ตามมาตรฐาน</p> <p>2) การจัดอบรมของทีม APN โครงการ IV Care Guideline Roadshow ในวันที่ 22 สิงหาคม 2562 สำหรับกลุ่มผู้บริหาร ผู้ตรวจการพยาบาล และวันที่ 23 สิงหาคม 2562 เป็นกลุ่มหัวหน้าหอผู้ป่วย และผู้ที่ได้รับมอบหมายงาน IV Care ของหอผู้ป่วย</p> <p>3) ทีม VAD Round ลงเยี่ยมประเมินการใช้ Peripheral Venous Catheter ใน 10 หอผู้ป่วย จำนวนเตียง 102 เตียง ได้แก่ หอผู้ป่วยกระดูกและข้อชาย หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 หอผู้ป่วยสังเกตอาการ หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ หอผู้ป่วยเฉลิมพระบารมี 7 หอผู้ป่วยนรีเวช หอผู้ป่วยสูติกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 หอผู้ป่วย MRCU หอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป</p>											
							<p>ผลการประเมินคุณภาพ : การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำสลับปลาย</p>  <table border="1"> <thead> <tr> <th>ประเภทการประเมิน</th> <th>คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ตรวจดู</td> <td>84.67</td> </tr> <tr> <td>1. ความสะอาดของมือ</td> <td>85.94</td> </tr> <tr> <td>2. ความสะอาดของสาย</td> <td>84.85</td> </tr> <tr> <td>3. ความสะอาดของ site</td> <td>76.49</td> </tr> </tbody> </table> <p>ผลการเยี่ยมตรวจ PIV (Peripheral Intravenous) จำนวน 102 ข้อมูล</p>	ประเภทการประเมิน	คะแนน	1. ตรวจดู	84.67	1. ความสะอาดของมือ	85.94	2. ความสะอาดของสาย	84.85	3. ความสะอาดของ site	76.49	
ประเภทการประเมิน	คะแนน																	
1. ตรวจดู	84.67																	
1. ความสะอาดของมือ	85.94																	
2. ความสะอาดของสาย	84.85																	
3. ความสะอาดของ site	76.49																	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินการ	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน- เวลา			ปี งบประมาณ. 2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562	
							<p><u>ร้อยละของการปฏิบัติตามมาตรฐาน</u></p> <p>1.ความสะอาดของข้อต่อ ทำได้ ร้อยละ 93.94</p> <p>2.ความสะอาดของสาย ทำได้ร้อยละ 84.85</p> <p>3.ความสะอาดของ siteIV ทำได้ร้อยละ 75.49</p> <p><u>ปัญหาที่พบ</u></p> <p>1. ข้อต่อ มีเลือดค้างในข้อต่อ</p> <p>2. สายมีเลือดค้างในสาย</p> <p>3. Site ปิดพลาสติก</p> <p>-มองไม่เห็น exit site และเวลา test เส้นมองไม่เห็นเลือดย้อน ทำให้ต้องดูดูเลือดออกมามากจึงมองเห็น</p> <p>-มีเลือดซึมรอบ</p> <p>-Exit site ปิดด้วยพลาสติกเอร์ยา ปิดด้วยพลาสติกเอร์ไม่ sterile ปิดด้วย transparent dressing แต่ปิดทับด้วยพลาสติกเอร์อื่นมองไม่เห็น exit site</p> <p>-transparent dressing เหยอจนถึง exit site</p> <p>-ตำแหน่ง Exit site แดง ปิดพลาสติกเอร์แน่นกดทับผิวหนังเป็นแผล</p> <p><u>การนิเทศเพิ่มเติม</u></p> <p>เรื่องการปิด exit site การปิดแผลโดยใช้หลัก chevron และ omega technique การใช้ push and pause technique การหมุน three way ป้องกันเลือดย้อนในสาย</p> <p>A. ประเมินการปฏิบัติตามมาตรฐานในเรื่อง การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย (เก็บข้อมูลเดือน กรกฎาคม 2562 โดยเก็บข้อมูลใน 39 หอผู้ป่วย จำนวน n=709)</p>	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ 2561	ผลการดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ																						
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ. 2562			ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562																							
							<p>ผลการประเมินคุณภาพ : มาตรฐานการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย</p>  <table border="1"> <caption>ผลการประเมินคุณภาพ : การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย</caption> <thead> <tr> <th>หัวข้อ</th> <th>ทำได้ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. ล้างมือก่อนสัมผัสชุดให้สารละลาย</td><td>90.51</td></tr> <tr><td>2. ล้างมือหลังการสัมผัสชุดให้สารละลาย</td><td>93.61</td></tr> <tr><td>3. มีการยึด catheter ป้องกันปลายเข็มเสียดสีกับหลอดเลือด</td><td>99.01</td></tr> <tr><td>4. Scrub the hub 15 วินาที อุปกรณ์ฟ่วงต่อ ก่อนเปิดให้ยา/สารน้ำ</td><td>86.10</td></tr> <tr><td>5. ปิดบริเวณแทงเข็ม ด้วย Transparent film ให้มองเห็นตำแหน่ง exit site</td><td>94.63</td></tr> <tr><td>6. วัสดุปิดแผลสะอาด ขอบแผลไม่เผยให้เห็นช่องว่างของ exit site</td><td>98.59</td></tr> <tr><td>7. แผล (exit site) แห่ง สะอาด ไม่มีคราบ</td><td>97.03</td></tr> <tr><td>8. แผล (exit site) ไม่มีอาการของ phlebitis</td><td>99.29</td></tr> <tr><td>9. แผล (exit site) ไม่มีอาการของ extravasation</td><td>99.85</td></tr> <tr><td>10. แผล (exit site) ไม่มีอาการของ infiltration</td><td>99.86</td></tr> </tbody> </table>	หัวข้อ	ทำได้ร้อยละ	1. ล้างมือก่อนสัมผัสชุดให้สารละลาย	90.51	2. ล้างมือหลังการสัมผัสชุดให้สารละลาย	93.61	3. มีการยึด catheter ป้องกันปลายเข็มเสียดสีกับหลอดเลือด	99.01	4. Scrub the hub 15 วินาที อุปกรณ์ฟ่วงต่อ ก่อนเปิดให้ยา/สารน้ำ	86.10	5. ปิดบริเวณแทงเข็ม ด้วย Transparent film ให้มองเห็นตำแหน่ง exit site	94.63	6. วัสดุปิดแผลสะอาด ขอบแผลไม่เผยให้เห็นช่องว่างของ exit site	98.59	7. แผล (exit site) แห่ง สะอาด ไม่มีคราบ	97.03	8. แผล (exit site) ไม่มีอาการของ phlebitis	99.29	9. แผล (exit site) ไม่มีอาการของ extravasation	99.85	10. แผล (exit site) ไม่มีอาการของ infiltration	99.86	
หัวข้อ	ทำได้ร้อยละ																													
1. ล้างมือก่อนสัมผัสชุดให้สารละลาย	90.51																													
2. ล้างมือหลังการสัมผัสชุดให้สารละลาย	93.61																													
3. มีการยึด catheter ป้องกันปลายเข็มเสียดสีกับหลอดเลือด	99.01																													
4. Scrub the hub 15 วินาที อุปกรณ์ฟ่วงต่อ ก่อนเปิดให้ยา/สารน้ำ	86.10																													
5. ปิดบริเวณแทงเข็ม ด้วย Transparent film ให้มองเห็นตำแหน่ง exit site	94.63																													
6. วัสดุปิดแผลสะอาด ขอบแผลไม่เผยให้เห็นช่องว่างของ exit site	98.59																													
7. แผล (exit site) แห่ง สะอาด ไม่มีคราบ	97.03																													
8. แผล (exit site) ไม่มีอาการของ phlebitis	99.29																													
9. แผล (exit site) ไม่มีอาการของ extravasation	99.85																													
10. แผล (exit site) ไม่มีอาการของ infiltration	99.86																													
							<table border="1"> <thead> <tr> <th>หัวข้อ</th> <th>ทำได้ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. ล้างมือก่อนสัมผัสชุดให้สารละลาย</td><td>90.51</td></tr> <tr><td>2. ล้างมือหลังการสัมผัสชุดให้สารละลาย</td><td>93.61</td></tr> <tr><td>3. มีการยึด catheter ป้องกันปลายเข็มเสียดสีกับหลอดเลือด</td><td>99.01</td></tr> <tr><td>4. Scrub the hub 15 วินาที อุปกรณ์ฟ่วงต่อ ก่อนเปิดให้ยา/สารน้ำ</td><td>86.10</td></tr> <tr><td>5. ปิดบริเวณแทงเข็ม ด้วย Transparent film ให้มองเห็นตำแหน่ง exit site</td><td>94.63</td></tr> <tr><td>6. วัสดุปิดแผลสะอาด ขอบแผลไม่เผยให้เห็นช่องว่างของ exit site</td><td>98.59</td></tr> <tr><td>7. แผล (exit site) แห่ง สะอาด ไม่มีคราบ</td><td>97.03</td></tr> <tr><td>8. แผล (exit site) ไม่มีอาการของ phlebitis</td><td>99.29</td></tr> <tr><td>9. แผล (exit site) ไม่มีอาการของ extravasation</td><td>99.85</td></tr> <tr><td>10. แผล (exit site) ไม่มีอาการของ infiltration</td><td>99.86</td></tr> </tbody> </table>	หัวข้อ	ทำได้ร้อยละ	1. ล้างมือก่อนสัมผัสชุดให้สารละลาย	90.51	2. ล้างมือหลังการสัมผัสชุดให้สารละลาย	93.61	3. มีการยึด catheter ป้องกันปลายเข็มเสียดสีกับหลอดเลือด	99.01	4. Scrub the hub 15 วินาที อุปกรณ์ฟ่วงต่อ ก่อนเปิดให้ยา/สารน้ำ	86.10	5. ปิดบริเวณแทงเข็ม ด้วย Transparent film ให้มองเห็นตำแหน่ง exit site	94.63	6. วัสดุปิดแผลสะอาด ขอบแผลไม่เผยให้เห็นช่องว่างของ exit site	98.59	7. แผล (exit site) แห่ง สะอาด ไม่มีคราบ	97.03	8. แผล (exit site) ไม่มีอาการของ phlebitis	99.29	9. แผล (exit site) ไม่มีอาการของ extravasation	99.85	10. แผล (exit site) ไม่มีอาการของ infiltration	99.86	
หัวข้อ	ทำได้ร้อยละ																													
1. ล้างมือก่อนสัมผัสชุดให้สารละลาย	90.51																													
2. ล้างมือหลังการสัมผัสชุดให้สารละลาย	93.61																													
3. มีการยึด catheter ป้องกันปลายเข็มเสียดสีกับหลอดเลือด	99.01																													
4. Scrub the hub 15 วินาที อุปกรณ์ฟ่วงต่อ ก่อนเปิดให้ยา/สารน้ำ	86.10																													
5. ปิดบริเวณแทงเข็ม ด้วย Transparent film ให้มองเห็นตำแหน่ง exit site	94.63																													
6. วัสดุปิดแผลสะอาด ขอบแผลไม่เผยให้เห็นช่องว่างของ exit site	98.59																													
7. แผล (exit site) แห่ง สะอาด ไม่มีคราบ	97.03																													
8. แผล (exit site) ไม่มีอาการของ phlebitis	99.29																													
9. แผล (exit site) ไม่มีอาการของ extravasation	99.85																													
10. แผล (exit site) ไม่มีอาการของ infiltration	99.86																													

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินการ	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ												
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน- เวลา			ปี งบประมาณ. 2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562													
							<table border="1"> <tr> <td>11.อุปกรณ์ฟ่งต่อชุดให้สารละลาย ทราบวันหมดอายุ (7 วัน)</td> <td>95.38</td> </tr> <tr> <td>12.อุปกรณ์ฟ่งต่อชุดให้สารละลาย เป็นระบบปิดอยู่เสมอ ไม่มีรูเปิด (เช่น มีจุกปิดข้อต่อต่างๆ)</td> <td>99.71</td> </tr> <tr> <td>13.ไม่มีข้อต่อต่างๆ ที่ไม่ใช้งาน</td> <td>98.74</td> </tr> <tr> <td>14.ตำแหน่งที่คาเข็มมีการใช้งานภายใน 24 ชม.</td> <td>97.12</td> </tr> <tr> <td>15. ไม่เสียบเข็มฉีดยาแทนเข็ม AIR</td> <td>99.64</td> </tr> <tr> <td>16. ข้อต่อชุดให้สารละลาย เสียบขวดสารน้ำมิดสนิท</td> <td>96.59</td> </tr> </table> <p>จากผลการทำ QA พบว่า</p> <ol style="list-style-type: none"> อัตราการเกิด Phlebitis เท่ากับ 0.71 อัตราการเกิด Extravasation เท่ากับ 0.15 อัตราการเกิด Infiltration เท่ากับ 11.14 Scrub the hub 15 วินาที กับอุปกรณ์ฟ่งต่อ ก่อนเปิดให้ยา/สารน้ำ เท่ากับ ร้อยละ 86.1 ตำแหน่งที่คาเข็มมีการใช้งานภายใน 24 ชม. ร้อยละ 97.12 ข้อต่อชุดให้สารละลาย เสียบขวดสารน้ำมิดสนิท ร้อยละ 96.59 <p>C. ทบทวน RCA ในการเกิด Phlebitis/Extravasation</p>	11.อุปกรณ์ฟ่งต่อชุดให้สารละลาย ทราบวันหมดอายุ (7 วัน)	95.38	12.อุปกรณ์ฟ่งต่อชุดให้สารละลาย เป็นระบบปิดอยู่เสมอ ไม่มีรูเปิด (เช่น มีจุกปิดข้อต่อต่างๆ)	99.71	13.ไม่มีข้อต่อต่างๆ ที่ไม่ใช้งาน	98.74	14.ตำแหน่งที่คาเข็มมีการใช้งานภายใน 24 ชม.	97.12	15. ไม่เสียบเข็มฉีดยาแทนเข็ม AIR	99.64	16. ข้อต่อชุดให้สารละลาย เสียบขวดสารน้ำมิดสนิท	96.59	
11.อุปกรณ์ฟ่งต่อชุดให้สารละลาย ทราบวันหมดอายุ (7 วัน)	95.38																			
12.อุปกรณ์ฟ่งต่อชุดให้สารละลาย เป็นระบบปิดอยู่เสมอ ไม่มีรูเปิด (เช่น มีจุกปิดข้อต่อต่างๆ)	99.71																			
13.ไม่มีข้อต่อต่างๆ ที่ไม่ใช้งาน	98.74																			
14.ตำแหน่งที่คาเข็มมีการใช้งานภายใน 24 ชม.	97.12																			
15. ไม่เสียบเข็มฉีดยาแทนเข็ม AIR	99.64																			
16. ข้อต่อชุดให้สารละลาย เสียบขวดสารน้ำมิดสนิท	96.59																			

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ 2561	ผลการดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ																															
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ. 2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562																																
							<input type="checkbox"/> จากการเก็บข้อมูลพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบมาจาก 5 ปัจจัย ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> 1. อายุ : พบในผู้สูงอายุ ทารก เด็ก 2. โรคประจำตัว/การมีโรคร่วม 3. ตำแหน่งของการแทงเข็ม 4. ชนิดของยาความเสี่ยงสูงที่ได้รับ <table border="1"> <thead> <tr> <th>ประเภทของยาและสารน้ำที่ทำให้เกิด Phlebitis ระดับ 3,4</th> <th>จำนวน</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ยาทั่วไป</td> <td>24</td> <td>36.92</td> </tr> <tr> <td>High Alert Drug</td> <td>19</td> <td>29.23</td> </tr> <tr> <td>Chemotherapy</td> <td>2</td> <td>3.08</td> </tr> <tr> <td>ยาสารละลาย</td> <td>7</td> <td>10.77</td> </tr> <tr> <td>ระบุไม่ได้</td> <td>13</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>รวม</td> <td>65</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table> <ol style="list-style-type: none"> 5. ความเข้มข้นของยาที่ได้รับ <p>ยาทั่วไป ได้แก่ Amphotericin B Cloxacillin ZnSO4 Cardepine ยา High Alert drug ที่พบ ได้แก่ Cordarone , Fentanyl, Levophed หอผู้ป่วยที่เกิด Phlebitis ระดับ 3-4</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>หอผู้ป่วย</th> <th>จำนวน (ครั้ง)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CCU</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Med-ICU</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>MRCU</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>NMCU</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	ประเภทของยาและสารน้ำที่ทำให้เกิด Phlebitis ระดับ 3,4	จำนวน	ร้อยละ	ยาทั่วไป	24	36.92	High Alert Drug	19	29.23	Chemotherapy	2	3.08	ยาสารละลาย	7	10.77	ระบุไม่ได้	13	20	รวม	65	100	หอผู้ป่วย	จำนวน (ครั้ง)	CCU	2	Med-ICU	3	MRCU	2	NMCU	1	
ประเภทของยาและสารน้ำที่ทำให้เกิด Phlebitis ระดับ 3,4	จำนวน	ร้อยละ																																					
ยาทั่วไป	24	36.92																																					
High Alert Drug	19	29.23																																					
Chemotherapy	2	3.08																																					
ยาสารละลาย	7	10.77																																					
ระบุไม่ได้	13	20																																					
รวม	65	100																																					
หอผู้ป่วย	จำนวน (ครั้ง)																																						
CCU	2																																						
Med-ICU	3																																						
MRCU	2																																						
NMCU	1																																						

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินการ	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ																																
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน- เวลา			ปี งบประมาณ. 2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562																																	
							<table border="1"> <tbody> <tr><td>SICU</td><td>16</td></tr> <tr><td>ฉุกเฉิน</td><td>1</td></tr> <tr><td>นรีเวชสามัญ</td><td>2</td></tr> <tr><td>พิเศษเฉลิมพระบารมี10</td><td>4</td></tr> <tr><td>ศัลยกรรมชาย 1</td><td>1</td></tr> <tr><td>ศัลยกรรมชาย 2</td><td>10</td></tr> <tr><td>ศัลยกรรมเด็ก</td><td>1</td></tr> <tr><td>ศูนย์ให้ยาเคมีบำบัดรวม</td><td>1</td></tr> <tr><td>สูติกรรม</td><td>1</td></tr> <tr><td>หูดอกมูก</td><td>1</td></tr> <tr><td>ออโรโธฯหญิง/พิเศษ</td><td>1</td></tr> <tr><td>อายุรกรรมชาย 1</td><td>9</td></tr> <tr><td>อายุรกรรมชาย 2</td><td>4</td></tr> <tr><td>อายุรกรรมหญิง</td><td>2</td></tr> <tr><td>อุบัติเหตุ</td><td>3</td></tr> <tr><td>รวม</td><td>65</td></tr> </tbody> </table> <p>หอผู้ป่วยที่พบ Phlebitis ระดับ 4 ได้แก่ SICU ศัลยกรรมชาย 2 อายุรกรรมชาย 1 อายุรกรรมชาย 2 เฉลิมพระบารมี 10 MICU อุบัติเหตุ</p> <p>ข้อมูลจากการ RCA พบแนวทางการป้องกันความรุนแรงของการเกิด Phlebitis</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เปลี่ยนตำแหน่งเข็มทันทันทีเมื่อพบ Phlebitis ทุกระดับ 2. ยกบริเวณที่เกิด Phlebitis ให้สูงขึ้น 3. ประคบร้อน 24 ชั่วโมงแรก หลังจากนั้นประคบเย็นเพื่อลดบวม 	SICU	16	ฉุกเฉิน	1	นรีเวชสามัญ	2	พิเศษเฉลิมพระบารมี10	4	ศัลยกรรมชาย 1	1	ศัลยกรรมชาย 2	10	ศัลยกรรมเด็ก	1	ศูนย์ให้ยาเคมีบำบัดรวม	1	สูติกรรม	1	หูดอกมูก	1	ออโรโธฯหญิง/พิเศษ	1	อายุรกรรมชาย 1	9	อายุรกรรมชาย 2	4	อายุรกรรมหญิง	2	อุบัติเหตุ	3	รวม	65	
SICU	16																																							
ฉุกเฉิน	1																																							
นรีเวชสามัญ	2																																							
พิเศษเฉลิมพระบารมี10	4																																							
ศัลยกรรมชาย 1	1																																							
ศัลยกรรมชาย 2	10																																							
ศัลยกรรมเด็ก	1																																							
ศูนย์ให้ยาเคมีบำบัดรวม	1																																							
สูติกรรม	1																																							
หูดอกมูก	1																																							
ออโรโธฯหญิง/พิเศษ	1																																							
อายุรกรรมชาย 1	9																																							
อายุรกรรมชาย 2	4																																							
อายุรกรรมหญิง	2																																							
อุบัติเหตุ	3																																							
รวม	65																																							

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินการ	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ												
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน- เวลา			ปี งบประมาณ. 2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562													
							<p>4. กรณีสายละลายหรือยาที่มีความเข้มข้นสูง ควรมีการ Dilute / เพิ่มระยะเวลาในการให้ยานานขึ้น</p> <p>5. ด้านบุคลากร ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ เทคนิคการให้ยา การแทง IV Catheter เพื่อให้มีความเข้าใจในตรงกัน</p> <p>6. ด้านผู้ป่วย แจ้งให้ด้านบุคลากร ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ เทคนิคการให้ยา การแทง IV Catheter เพื่อให้มีความเข้าใจในตรงกัน</p> <p>7. ด้านผู้ป่วย แจ้งให้ผู้ป่วยทราบ/มีส่วนร่วมในการป้องกันการเกิด Phlebitis การปฏิบัติตัวระหว่างให้ยา ให้ข้อมูลในการสังเกตอาการผิดปกติ</p> <p>8. ต้องมีการสังเกตตำแหน่งหลัง off เส้นอย่างน้อย 48 ชั่วโมง (Post Infusion Phlebitis)</p> <p>9. ตรวจสอบตำแหน่งบริเวณที่แทง IV Catheter อย่าง น้อยทุก 8 ชั่วโมง และบันทึกการประเมินไว้เป็นหลักฐาน</p> <p>10. กรณีฉีดยาเข้า heparin lock ไม่ฉีดยาแต่ละตัวต่อเนื่องกันทันที ควรเว้นระยะเล็กน้อยเพื่อให้ยาไหลผ่านพ่นจุดที่ฉีดยาไปพร้อม ๆ กับเลือดที่ไหลผ่าน แล้วจึงฉีดยาตัวถัดไป หรือเมื่อฉีดยาครบทุกตัวแล้ว ให้หล่อสายด้วยน้ำเกลือ 0.9 % NSS</p>													
							<table border="1"> <thead> <tr> <th>ประเภทของยาและสารน้ำที่ทำให้เกิด Extravasation ระดับ E</th> <th>จำนวน</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ยาทั่วไป</td> <td>2</td> <td>28.57</td> </tr> <tr> <td>High Alert Drug</td> <td>1</td> <td>14.29</td> </tr> <tr> <td>Chemotherapy</td> <td>4</td> <td>57.14</td> </tr> </tbody> </table>	ประเภทของยาและสารน้ำที่ทำให้เกิด Extravasation ระดับ E	จำนวน	ร้อยละ	ยาทั่วไป	2	28.57	High Alert Drug	1	14.29	Chemotherapy	4	57.14	
ประเภทของยาและสารน้ำที่ทำให้เกิด Extravasation ระดับ E	จำนวน	ร้อยละ																		
ยาทั่วไป	2	28.57																		
High Alert Drug	1	14.29																		
Chemotherapy	4	57.14																		

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผลการดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ																		
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ. 2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562																			
							รวม 7 100																			
							<p>หอผู้ป่วยที่มีการเกิด Extravasation ระดับ E</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>หอผู้ป่วย</th> <th>จำนวน (ครั้ง)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Med-ICU(W)</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>PICU(W)</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>SICU(W)</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>นรีเวช-Chemo(C)</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>นรีเวช-ChemoOPD(C)</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>ศูนย์ให้ยาเคมีบำบัดรวม(D)</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>อายุรกรรมชาย 2(W)</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>รวม</td> <td>7</td> </tr> </tbody> </table> <p>อุบัติการณ์ในหอผู้ป่วยที่มี Extravasation ความรุนแรงระดับ E</p> <p>1. Med-ICU เป็นผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยฉิวบางหาเส้นยากร arrest ผ่านการ CPR และมีการให้ยา Inotrope / HDหลายตัว มี Coag prolong ใส่ Central line ไม่ได้</p> <p>แนวทางการแก้ไข ประสานงานกับอาจารย์แพทย์หน่วยเวชบำบัดวิกฤตว่าผล PT prolong หรือเกล็ดเลือดต่ำ ไม่เป็นข้อจำกัดในการใส่ Central line ถ้าผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใส่ ให้ใส่เพียง 1 attempt ภายใต้อัลตราซาวด์ guide หาก พชท. ไม่มั่นใจให้ consult chiefเวร /อาจารย์แพทย์ กรณีที่ไม่มีการจัดการที่เหมาะสม เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย อนุญาตให้พยาบาล ICUรายงานอาจารย์แพทย์เวรได้โดยตรง</p> <p>2. PICU เป็นเด็กอายุ 2 เดือน Dx PDA และ post op PDA ligation ตัวบวม Perfusion ไม่ดี</p>	หอผู้ป่วย	จำนวน (ครั้ง)	Med-ICU(W)	1	PICU(W)	1	SICU(W)	1	นรีเวช-Chemo(C)	1	นรีเวช-ChemoOPD(C)	1	ศูนย์ให้ยาเคมีบำบัดรวม(D)	1	อายุรกรรมชาย 2(W)	1	รวม	7	
หอผู้ป่วย	จำนวน (ครั้ง)																									
Med-ICU(W)	1																									
PICU(W)	1																									
SICU(W)	1																									
นรีเวช-Chemo(C)	1																									
นรีเวช-ChemoOPD(C)	1																									
ศูนย์ให้ยาเคมีบำบัดรวม(D)	1																									
อายุรกรรมชาย 2(W)	1																									
รวม	7																									

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินการ	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ																
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน- เวลา			ปี งบประมาณ. 2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562																	
							<p>แนวทางการแก้ไข การ Round ตรวจสอบเส้น peripheral และบริเวณที่ให้ยาอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอทุกชั่วโมง ในรายที่ perfusion ไม่ดี อาจต้องตรวจบ่อยขึ้น ทุก 30 นาที</p> <p>3.MICU เป็นเส้นที่แทงจากห้องผ่าตัด และใช้ Drip Solu Medrol ใช้เส้นไป 8 ชั่วโมง เริ่มมีอาการเส้นแดง</p> <p>4.นรีเวช-Chemo ได้รับยา CMT : Carboplatin หลังได้รับยาครบมีอาการแสบตรง site IV</p> <p>5.นรีเวช-ChemoOPD ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร taxal carbo ครั้งที่ 4</p> <p>แนวทางการแก้ไข Chemo Nurse team ของหอผู้ป่วยร่วม RCA และแก้ปัญหาในเรื่องของการ Trirate ยา Chemo และ Process control การเฝ้าระวังการเกิด Extravasation</p> <p>6.ศูนย์ให้ยาเคมีบำบัดรวม ได้รับยา carboplatin B เนื่องจากมีภาวะ SVC obstruction จึงต้องบริหารในตำแหน่งขา</p> <p>7.อายุรกรรมชาย 2 ได้รับยาเคมีบำบัด FOLFOX4</p> <p>หอผู้ป่วยที่เกิด Extravasation ทุกระดับ (C-E)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>หอผู้ป่วย</th> <th>จำนวน (ครั้ง)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CCU</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Med-ICU</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>MRCU</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>NMCU</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>PICU</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>SICU</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>SRCU</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	หอผู้ป่วย	จำนวน (ครั้ง)	CCU	1	Med-ICU	6	MRCU	11	NMCU	1	PICU	1	SICU	15	SRCU	5	
หอผู้ป่วย	จำนวน (ครั้ง)																							
CCU	1																							
Med-ICU	6																							
MRCU	11																							
NMCU	1																							
PICU	1																							
SICU	15																							
SRCU	5																							

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ 2561	ผลการดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ																								
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ. 2562			ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562																									
							<table border="1"> <tr> <td>ฉุกเฉิน</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>นรีเวช-Chemo</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>นรีเวช-ChemoOPD</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>นรีเวชสามัญ</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>พิเศษเฉลิมพระบารมี 8</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>ศัลยกรรมเด็ก</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>ศูนย์ให้ยาเคมีบำบัดรวม</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ห้องผ่าตัด</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>หูดอกมุก</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>อายุกรรมชาย 2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>อายุกรรมหญิง</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>รวม</td> <td>67</td> </tr> </table> <p>จากการเก็บข้อมูล พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดExtravasation มาจาก 5 ปัจจัย ได้แก่</p> <p>1.บุคลากรขาดทักษะ ความชำนาญทางคลินิก ประเมินภาวะ Extravasation เช่น เจ็บ ปวด บวมแดง ไม่มีการไหลย้อนของเลือด การเกิดแรงต้านต่อ syringe เมื่อบริหารยา การแยกความแตกต่างระหว่างExtravasation/Infiltration/Flare reaction ที่เป็นปฏิกิริยาการแพ้เฉพาะที่ มักเกิดตามแนวของเส้นของหลอดเลือดดำ มักไม่ปวด ไม่บวมแดงหรือไม่มี blood return และอาการจะดีขึ้นใน 30-60 นาที</p> <p>2.สถานะของผู้ป่วย :</p> <ul style="list-style-type: none"> -หาเส้นยาก -ฉีดยามาหลายครั้ง -ผิวหนังบวมตึง จากการอุดตันของโรค SVC , Lymphoedema 	ฉุกเฉิน	3	นรีเวช-Chemo	1	นรีเวช-ChemoOPD	1	นรีเวชสามัญ	1	พิเศษเฉลิมพระบารมี 8	4	ศัลยกรรมเด็ก	9	ศูนย์ให้ยาเคมีบำบัดรวม	2	ห้องผ่าตัด	1	หูดอกมุก	1	อายุกรรมชาย 2	3	อายุกรรมหญิง	1	รวม	67	
ฉุกเฉิน	3																															
นรีเวช-Chemo	1																															
นรีเวช-ChemoOPD	1																															
นรีเวชสามัญ	1																															
พิเศษเฉลิมพระบารมี 8	4																															
ศัลยกรรมเด็ก	9																															
ศูนย์ให้ยาเคมีบำบัดรวม	2																															
ห้องผ่าตัด	1																															
หูดอกมุก	1																															
อายุกรรมชาย 2	3																															
อายุกรรมหญิง	1																															
รวม	67																															

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินการ	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน- เวลา			ปี งบประมาณ. 2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562	
							<p>-เป็นบริเวณที่เคยมีการผ่าตัด</p> <p>3.ผู้ป่วยเด็ก</p> <p>4.ผู้สูงอายุ / ระดับความรู้สึกตัวไม่ดี การไหลเวียนเลือดผิดปกติ</p> <p>5.ชนิดของยา : เคมีบำบัด</p> <p>6.ระวังการเกิด Extravasation ของหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Port A Cath) จะไม่สุขสบายบริเวณไหล่และคอ ปวดหรือร้อนในทรวงอก</p> <p>แนวทางการป้องกันความรุนแรงของการ Extravasation</p> <p>1.การบริหารยาเคมีบำบัด ผ่านผู้ที่มีความรู้ ความชำนาญในการให้</p> <p>2.กรณีให้เคมีบำบัด ต้องมีความรู้ในเรื่องยากลุ่ม Vesicant</p> <p>3.เลือกใช้หลอดเลือดดำที่มองเห็นได้ชัดหรือสามารถคลำได้ชัดเจน</p> <p>4.ประคบร้อน 24 ชั่วโมงแรก หลังจากนั้นประคบเย็นเพื่อลดบวม</p> <p>5.กรณีสายละลายหรือยาที่มีความเข้มข้นสูง ควรมีการ Dilute / เพิ่มระยะเวลาในการให้ยานานขึ้น</p> <p>6.ด้านบุคลากร ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ เทคนิคการให้ยา การแทง IV Catheter เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันระหว่างฉีดยาสังเกตและสอบถามเป็นระยะ ๆ ว่ามีอาการเจ็บปวด ถ้าเพียงสงสัยให้หยุดการให้ยาและจัดการช่วยเหลือผู้ป่วยทันที</p> <p>7.ด้านผู้ป่วย แจ้งให้ผู้ป่วยทราบ/มีส่วนร่วมในการป้องกันการเกิด Extravasation การปฏิบัติตัวระหว่างให้ยา ให้ข้อมูลในการสังเกตอาการผิดปกติ</p> <p>8.ในกลุ่มที่ต้องมีการ Monitor ใกล้ชิด เช่น ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว ผู้ป่วยสื่อสารไม่ได้ ผู้ป่วยที่มีภาวะของโรคหลอดเลือด</p>	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมายปี	ผลการ	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2561- กันยายน 2562	ผู้รับผิดชอบ																												
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			งปม. 2562	ดำเนินการ 2561																														
12.เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารและการจัดการความเสี่ยงความปลอดภัยของผู้ป่วยด้วยทะเบียนจัดการความเสี่ยง (Risk register) ครอบคลุมความเสี่ยงที่สำคัญของฝ่ายบริการพยาบาล	ต.ค.61-ก.ย. 62	อุบัติการณ์ระดับ E-I	จำนวนอุบัติการณ์ระดับ E-I ลดลง	ลดลง ร้อยละ50	133 ราย	จำนวนอุบัติการณ์ ระดับ E-I * ปี 2562 จำนวน 158 ราย เทียบกับ จำนวนอุบัติการณ์ ระดับ E-I * ปี 2561 จำนวน 133 ราย เพิ่มขึ้น 25 ราย คิดเป็น ร้อยละ 26.32 ไม่บรรลุตามเป้าหมาย	คุณลักษมี คุณศรีพงา คุณวิลาวัลย์ คุณพรทิวา คุณนันทา คุณยุพา คุณณิณิตย์ คุณณภัทร																												
						<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>2560</th> <th>2561</th> <th>2562</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>อุบัติการณ์ ระดับ E-I</td> <td>179</td> <td>133</td> <td>158</td> </tr> <tr> <td>เพิ่มขึ้น / ลดลงร้อยละ</td> <td></td> <td>ลดลง 46 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.70</td> <td>เพิ่มขึ้น 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.32</td> </tr> </tbody> </table> <p>อุบัติการณ์ที่ระดับ E-I ปี 2562 ที่พบมากที่สุดคือ Catheter and tubing mis-connections , ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด (ต้องใส่ใหม่) , ภาวะแทรกซ้อนทางการรักษาอื่นๆ, phlebitis/extravasation และ ผู้ป่วยในลิ้น ทกล้ม รายละเอียดตามตาราง</p>			2560	2561	2562	อุบัติการณ์ ระดับ E-I	179	133	158	เพิ่มขึ้น / ลดลงร้อยละ		ลดลง 46 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.70	เพิ่มขึ้น 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.32																
	2560	2561	2562																																
อุบัติการณ์ ระดับ E-I	179	133	158																																
เพิ่มขึ้น / ลดลงร้อยละ		ลดลง 46 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.70	เพิ่มขึ้น 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.32																																
						<table border="1"> <thead> <tr> <th>อุบัติการณ์</th> <th>2560</th> <th>2561</th> <th>2562</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>L03 Catheter and tubing mis-connections</td> <td>28</td> <td>24</td> <td>28</td> </tr> <tr> <td>L021 ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด (ต้องใส่ใหม่)</td> <td>58</td> <td>29</td> <td>26</td> </tr> <tr> <td>L06 อื่นๆ</td> <td>6</td> <td>17</td> <td>23</td> </tr> <tr> <td>D0816 phlebitis/extravasation</td> <td>18</td> <td>11</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>G03 ผู้ป่วยในลิ้น ทกล้ม</td> <td>7</td> <td>9</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>L023 ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาล</td> <td>11</td> <td>7</td> <td>7</td> </tr> </tbody> </table>	อุบัติการณ์	2560	2561	2562	L03 Catheter and tubing mis-connections	28	24	28	L021 ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด (ต้องใส่ใหม่)	58	29	26	L06 อื่นๆ	6	17	23	D0816 phlebitis/extravasation	18	11	12	G03 ผู้ป่วยในลิ้น ทกล้ม	7	9	11	L023 ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาล	11	7	7	
อุบัติการณ์	2560	2561	2562																																
L03 Catheter and tubing mis-connections	28	24	28																																
L021 ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด (ต้องใส่ใหม่)	58	29	26																																
L06 อื่นๆ	6	17	23																																
D0816 phlebitis/extravasation	18	11	12																																
G03 ผู้ป่วยในลิ้น ทกล้ม	7	9	11																																
L023 ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาล	11	7	7																																

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมายปี	ผลการ	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2561- กันยายน 2562			ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			งปม. 2562	ดำเนินการ 2561				
			C04 อื่นๆ		4	1	7		
			G01 ผู้ป่วยในตึกเตี้ย		4	6	7		
			K01 Restoration Of Spontaneous Circulation (ROSC)		2	3	6		
			D0801 ให้ยาผิดขนาด/ให้ยาซ้ำ		4	3	5		
			G04 ผู้ป่วยนอกสิ้น ทกล้ม		1	2	5		
			I04 อื่นๆ		5	2	3		
			D0809 อันตรายรุนแรงจากการให้ยาที่เสี่ยงสูงและยาเคมีบำบัด		3	0	2		
			J04 ร้องเรียนที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล		0	0	2		
			D11 อื่นๆ		1	0	2		
			D0803 ให้ยาผิดเวลา		1	0	1		
			D0804 ให้ยาผิดคน(A01)		1	0	1		
			L0704 ความผิดพลาดในการรักษา		0	0	1		
			D0806 ผู้ป่วยไม่ได้รับยา/ได้รับยาไม่ครบ		1	1	1		
			C0403 เศษวัสดุ/อุปกรณ์ค้างในร่างกายผู้ป่วยระหว่างทำหัตถการ		0	0	1		
			D02 Prescribing error ผู้ป่วยใน		1	2	1		
			L0700 ความผิดพลาดในการเข้าถึง/เข้าถึงล่าช้า		0	0	1		
			D0810 ให้สารน้ำผิดชนิด		0	1	1		
			L04 Pressure Ulcers		1	0	1		

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมายปี	ผลการ	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2561- กันยายน 2562		ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			งปม. 2562	ดำเนินการ 2561			
			J02 อื่นๆ	0	1	1		
			D0811 ให้สารน้ำผิดความเร็ว	1	3	1		
			L0701 ความผิดพลาดในการคัดกรอง/ประเมิน	0	0	1		
			L022 ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด (ไม่ต้องใส่ใหม่)	1	0	0		
			B07 อื่น ๆ	2	0	0		
			F03 อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยที่ใส่สายสวน หลอดเลือดดำส่วนกลาง (CR-BSI)	1	0	0		
			F08 อื่น ๆ	0	2	0		
			L024 Safe Anesthesia	0	1	0		
			D06 Dispensing error ผู้ป่วยใน	1	0	0		
			E99 รายงานการเกิดปฏิกิริยาให้เลือด	1	0	0		
			G02 ผู้ป่วยนอกตกเตียง	0	1	0		
			D09 ผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ	5	1	0		
			A05 ระบุข้อมูลผิดในการทำหัตถการ	1	0	0		
			D0802 ให้ยาผิดชนิด	1	0	0		
			D01 Prescribing error ผู้ป่วยนอก	0	1	0		
			H03 ผู้ป่วยหนี	1	2	0		
			D0805 ให้ยาผิดวิธี/ทาง	2	0	0		
			I02 ผู้ป่วยที่ควรเข้า ICU แต่ไม่ได้เข้า	1	0	0		
			D0813 ให้สารน้ำผิดวิธี	0	1	0		

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมายปี	ผลการ	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2561- กันยายน 2562		ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			งปม. 2562	ดำเนินการ 2561			
			F03 อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยที่ใส่สายสวน หลอดเลือดดำส่วนกลาง (CR-BSI)	0	1	0		
			D0815 ผู้ป่วยไม่ได้รับสารน้ำ	2	0	0		
			E03 ระบุตัวผิดในการให้เลือด (ข้อมูลเดียวกับ A02)	0	1	0		
			A02ระบุตัวผิดในการให้เลือด(E02)	1	0	0		
			E07 อื่น ๆ	1	0	0		
			รวม	179	133	158		
<p>พบว่าภาวะแทรกซ้อนจากกระบวนการรักษารหัส L06 อื่นๆ มีจำนวนมากเป็นอันดับ 3 เนื่องจากความไม่ครอบคลุมของ บัญชีความเสี่ยง ยังไม่มีบัญชีความเสี่ยงที่ตรงกับอุบัติการณ์ หน่วยงานจึงรายงานรวมไว้ในรหัสนี้ ซึ่งเป็นภาพรวมๆไม่ เฉพาะเจาะจง จึงนำมาวิเคราะห์รายละเอียดของอุบัติการณ์เพิ่มเติมเพื่อ และกำหนดรหัสเพิ่มเติมเพื่อสะดวกในการลงข้อมูล ใน ระบบ HIS นำมาวิเคราะห์ ส่งข้อมูลกลับผู้เกี่ยวข้อง เพื่อออกแบบระบบงานป้องกันการเกิดซ้ำโดยแยกตามกระบวนการพยาบาล เพิ่มเติมตั้งแต่สิงหาคม 2562 ดังนี้</p> <p>06 อื่นๆ</p> <p>L07 ความผิดพลาดในการรักษาพยาบาล</p> <p>L0700 ความผิดพลาดในการเข้าถึง/เข้าถึงล่าช้า</p> <p>L0701 ความผิดพลาดในการคัดกรอง/ประเมิน</p> <p>L0702 ความผิดพลาดในการวินิจฉัย</p> <p>L0703 ความผิดพลาดในการวางแผนดูแล/จำหน่าย</p> <p>L0704 ความผิดพลาดในการรักษา/การพยาบาล</p> <p>L0705 ความผิดพลาดในการให้ข้อมูลเสริมพลัง</p> <p>L0706 ความผิดพลาดในการจำหน่าย</p> <p>นอกจากนั้นแล้วยังมีการปรับปรุงโปรแกรม และบัญชีความเสี่ยงในส่วนอื่นๆของโปรแกรมอื่นๆดังนี้</p>								

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมายปี	ผลการ	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2561- กันยายน 2562				ผู้รับผิดชอบ																									
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			งปม. 2562	ดำเนินการ 2561																														
				N (ดี)	438	60	396	38	335	39																									
				ไม่ระบุ	21	0	16	0	7	1																									
				ผลรวม	1672	179	1475	133	1291	158																									
<p>วิเคราะห์รายงานอุบัติการณ์แต่ละผลิตภัณฑ์ปี 2561-2562 พบว่า มีอุบัติการณ์มากที่สุดในผลิตภัณฑ์ ผลัดบ่ายและผลัดดึก ตามลำดับ ทั้งในภาพรวม ระดับ A-D และ E-I</p> <p>ข้อเสนอแนะ</p> <p>- รายงานอุบัติการณ์</p>																																			
<p>จำนวนอุบัติการณ์แยกตามกลุ่มอายุและระดับความรุนแรง</p> <table border="1"> <caption>จำนวนอุบัติการณ์แยกตามกลุ่มอายุและระดับความรุนแรง</caption> <thead> <tr> <th>กลุ่มอายุ</th> <th>A-D</th> <th>E-I</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี</td> <td>150</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td>21-30 ปี</td> <td>92</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>31-40 ปี</td> <td>106</td> <td>19</td> </tr> <tr> <td>41-50 ปี</td> <td>136</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td>51-60 ปี</td> <td>219</td> <td>23</td> </tr> <tr> <td>61 ปีขึ้นไป</td> <td>568</td> <td>66</td> </tr> <tr> <td>ไม่ระบุ</td> <td>0</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>												กลุ่มอายุ	A-D	E-I	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี	150	18	21-30 ปี	92	11	31-40 ปี	106	19	41-50 ปี	136	18	51-60 ปี	219	23	61 ปีขึ้นไป	568	66	ไม่ระบุ	0	3
กลุ่มอายุ	A-D	E-I																																	
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี	150	18																																	
21-30 ปี	92	11																																	
31-40 ปี	106	19																																	
41-50 ปี	136	18																																	
51-60 ปี	219	23																																	
61 ปีขึ้นไป	568	66																																	
ไม่ระบุ	0	3																																	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมายปี	ผลการ	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2561- กันยายน 2562	ผู้รับผิดชอบ																				
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			งปม. 2562	ดำเนินการ 2561																						
						<p>พบว่าอุบัติการณ์เกิดมากที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุตั้งแต่ 61 ปีขึ้นไป ทั้งในระดับรุนแรง และไม่รุนแรง ลำดับรองลงมาในระดับไม่รุนแรงเกิดในกลุ่มอายุ 51-60 ปี, 41-50 ปี และอายุน้อยกว่า 20 ปี ตามลำดับ</p> <p>รองลงมาในกลุ่มที่รุนแรง เกิดในกลุ่ม อายุ 51-60 ปี, 31-40 ปี, อายุน้อยกว่า 20 ปี และ 41-50 ปี ตามลำดับ</p> <p>ในกลุ่มอุบัติการณ์ E-I : 5 อันดับแรกคือ L021 ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด (ต้องใส่ใหม่), L03 Catheter and tubing misconnections, L06 ภาวะแทรกซ้อนทางการรักษา, D0816 phlebitis/extravasation และ G03 ผู้ป่วยในลิ้น ทกล้ม รวม 76 รายการ คิดเป็นร้อยละ 63.33 ของกลุ่มอุบัติการณ์ E-I ฝ่ายบริการพยาบาลได้ให้ความสำคัญโดยกำหนดให้มี Risk owner นำไปวิเคราะห์เพิ่มเติม เพื่อค้นหาสาเหตุ ร่วมกับหน่วยงาน ออกแบบเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำตามรายงานของ Risk owner</p> <p>ข้อเสนอแนะ</p> <p>- เกิดอุบัติการณ์เรื่อง tube & line เลื่อนหลุดมากที่สุด และเกิดในผลิตภัณฑ์มากที่สุด ต้องวิเคราะห์หาสาเหตุ ประเด็นที่เกิดคืออะไร เช่น การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย (ต้องวิเคราะห์ต่อแพทย์และนำไปใช้ประโยชน์ได้)</p>																					
12.1 อบรม RM& Risk register สำหรับผู้ตรวจการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย/หน่วยงาน รองหัวหน้าหอผู้ป่วย, APN, และพยาบาลแกนนำความเสี่ยง (จัดอบรม 2 รุ่นๆ ละ 1 วันจำนวน 150 คน) รวมจำนวน 300 คน	18,25 ก.พ. 62	ความรู้ของผู้เข้าอบรม	คะแนนความรู้ผ่านเกณฑ์ 80%	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	<p>- ไม่ได้วัดความรู้ แต่วัดความพึงพอใจเกี่ยวกับความรู้และการนำไปใช้ประโยชน์แทนแทน (เนื่องจากออกข้อสอบไม่ทัน) ผู้เข้าอบรมแสดงความเห็นโดยภาพรวมอยู่ในระดับความพึงพอใจระดับมากที่สุด ได้คะแนนเฉลี่ย 4.23 และ 4.26</p> <p>-วันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2562 มีผู้เข้าเข้าอบรมทั้งหมด 90 ราย ได้รับแบบประเมิน 77 จำนวน คิดเป็นร้อยละ 85.56</p> <p>-วันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2562 มีผู้เข้าเข้าอบรมทั้งหมด 90 ราย ได้รับแบบประเมิน 61 จำนวน คิดเป็นร้อยละ 67.78</p> <p>เป้าหมายผู้เข้าอบรม 300 คน มีผู้เข้าอบรม 180 คน คิดเป็นร้อยละ 60 ไม่บรรลุเป้าหมาย</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">หัวข้อที่ประเมิน</th> <th colspan="3">18-ก.พ.-62</th> <th colspan="3">25-ก.พ.-62</th> </tr> <tr> <th>\bar{x}</th> <th>SD</th> <th>ระดับ</th> <th>\bar{x}</th> <th>SD</th> <th>ระดับ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="7">1.ระบบบริหารจัดการความเสี่ยงตามมาตรฐานHA</td> </tr> </tbody> </table>	หัวข้อที่ประเมิน	18-ก.พ.-62			25-ก.พ.-62			\bar{x}	SD	ระดับ	\bar{x}	SD	ระดับ	1.ระบบบริหารจัดการความเสี่ยงตามมาตรฐานHA							คุณลักษณะและทีมบริหารคุณภาพและความเสี่ยงปลอดภัย
หัวข้อที่ประเมิน	18-ก.พ.-62			25-ก.พ.-62																							
	\bar{x}	SD	ระดับ	\bar{x}	SD	ระดับ																					
1.ระบบบริหารจัดการความเสี่ยงตามมาตรฐานHA																											

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมายปี งปม.	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2561- กันยายน 2562						ผู้รับผิดชอบ	
ปี งปม.2562-2563	วัน-เวลา			2562	2561								
						ความรู้ที่ได้รับ	4.25	0.54	มากที่สุด	4.18	0.61	มาก	
						การนำไปปรับใช้	4.27	0.53	มากที่สุด	4.25	0.54	มากที่สุด	
						รวม	4.29	0.45	มากที่สุด	4.25	0.51	มากที่สุด	
						4.Risk register							
						หัวข้อมี ประโยชน์ น่าสนใจ	4.3	0.56	มากที่สุด	4.27	0.58	มากที่สุด	
						เนื้อหาบรรยาย เหมาะสม	4.18	0.51	มาก	4.23	0.59	มากที่สุด	
						ความรู้ที่ได้รับ	4.18	0.58	มาก	4.15	0.6	มาก	
						การนำไปปรับใช้	4.22	0.6	มากที่สุด	4.28	0.58	มากที่สุด	
						รวม	4.22	0.5	มากที่สุด	4.23	0.54	มากที่สุด	
						ภาพรวม	4.23	0.39	มากที่สุด	4.26	0.47	มากที่สุด	
						ข้อเสนอแนะจากการอบรม วันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2562							
						1.กิจกรรม Workshop							
						•พื้นฐานการใช้โปรแกรม ยังไม่ค่อย ตราวางต่างๆจะเข้าใจยาก เรียนรู้ได้ ช้า workshop เลยทำไมหัน							
						•work shop ช่วยให้เข้าใจเนื้อหา Risk register ขึ้น							
						•ควรทำเป็นตัวอย่าง Risk register ประกอบการอบรมเพื่อความเข้าใจที่ ตรงกัน 6 คน							

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมายปี งปม.	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2561- กันยายน 2562	ผู้รับผิดชอบ
ปี งปม.2562-2563	วัน-เวลา			2562	2561		
						<ul style="list-style-type: none"> •การนำเสนอได้ไม่ทุกกลุ่มน่าจะคุยเนื้อหาให้จบแล้วwork shop ที่เดียวแล้วให้ทุกกลุ่มนำเสนอ 2.ขอเอกสารประกอบการอบรมเพื่อเก็บไปใช้ต่อ 2.ระยะเวลาการอบรม 1 วัน น้อยไปทำให้ได้เนื้อหาที่จำเป็นไม่ครอบคลุมเนื้อหาค่อนข้างเยอะ ควรจัดอบรมสัก 2 วัน (4 คน) 3.ภาพรวม เป็นการอบรมคุณภาพที่ได้ประโยชน์ เรื่องน่าสนใจ เป็นโครงการที่มีประโยชน์เป็นการอบรมที่ดี ได้เรียนรู้สิ่งใหม่ๆ อยากรู้จัดอีกคะ <p>วันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2562 ปรับปรุงเรื่องการทำตัวอย่างสำหรับทำ Workshop จำนวนวัน 1 วันเท่าเดิม</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.กิจกรรม Workshop อยากรู้ตัวอย่างมากกว่านี้เพื่อนำไปปรับใช้ได้ 2.ระยะเวลา น้อยเกินไปในการเรียนรู้ เพราะแต่ละเนื้อหาต้องใช้เวลาในการทำความเข้าใจ ทำให้บางหัวข้อ 2 คน 3.ภาพรวม •ควรจัดการอบรมในหัวข้อนี้ต่อเนื่องสำหรับพยาบาลทุกคน 2 คน •ยังเข้าใจได้ไม่กระจ่าง •ได้ทราบแนวทางและที่มาของความเสี่ยง และนำไปใช้ในหน่วยงาน ทราบแนวทางการวิเคราะห์ปัญหาแต่ละจุดpointที่แตกต่างขึ้น ในมุมมองรอบด้านกว่าเดิม ในการหาทางแก้ปัญหา 	
		Risk profile ของหน่วยงาน	มี Risk profile ทุกหน่วยงาน	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	<p>ติดตาม Risk profile และ Risk Register ของหัวหน้าหอผู้ป่วย/หน่วยงานหลังการอบรม 2 สัปดาห์ ส่งเอกสารครบทุกหน่วยงานภายใน 1 เดือน พบว่ายังมีความหลากหลาย ของความเข้าใจ กำลังวิเคราะห์จัดหมวดหมู่ แยก Risk Profile ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> • Specific Risk แยกตาม CLT 	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมายปี งปม.	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2561- กันยายน 2562	ผู้รับผิดชอบ																																																
ปี งปม.2562-2563	วัน-เวลา			2562	2561																																																		
						<ul style="list-style-type: none"> Common Risk (Clinic, Non clinic) , Training Risk 																																																	
12.2 ติดตามและ ทบทวนอุบัติการณ์ที่มี ความเสี่ยงสูงระดับ G-I	ต.ค.61-ก.ย. 62	อุบัติการณ์ระดับ G-I	จำนวนอุบัติการณ์ ระดับ G-I	ลดลง ร้อยละ 50	12 ราย	<p>จำนวนอุบัติการณ์ ระดับ G-I * ปี 2562 จำนวน 14 ราย เทียบกับ จำนวน อุบัติการณ์ ระดับ G-I * ปี 2561 จำนวน 12 ราย เพิ่มขึ้น 2 ราย คิดเป็น ร้อยละ 16.67 ไม่บรรลุตามเป้าหมาย</p> <p>พบว่าอุบัติการณ์ที่พบมากที่สุดคือภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาล การเข้าถึงบริการล่าช้า (L06, L023, I04 L0700) รองลงมาคือ Unexpected cardiac arrest , Line & Tube เลื่อนหลุด และ อันตราย รุนแรงจากการให้ยาที่เสี่ยงสูงตามรายการดังนี้</p>	<p>คุณลักษณะ และทีมบริหาร คุณภาพและ ความเสี่ยง ความ ปลอดภัย</p>																																																
						<p>ตารางแสดงจำนวนอุบัติการณ์ ระดับ G-I * ปี 2560- 2562</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>อุบัติการณ์</th> <th>2560</th> <th>2561</th> <th>2562</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>L06 อื่นๆ</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>K01 Restoration Of Spontaneous Circulation (ROSC)</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>D0809 อันตรายรุนแรงจากการให้ยาที่เสี่ยงสูงและยาเคมีบำบัด</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>L023 ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาล</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>L03 Catheter and tubing mis-connections</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>I04 อื่นๆ</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>L0700 ความผิดพลาดในการเข้าถึง/เข้าถึงล่าช้า</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>L021 ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด (ต้องใส่ใหม่)</td> <td>4</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>J02 อื่นๆ</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>L024 Safe Anesthesia</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>G01 ผู้ป่วยในตึกเตียง</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	อุบัติการณ์	2560	2561	2562	L06 อื่นๆ	2	5	5	K01 Restoration Of Spontaneous Circulation (ROSC)	2	2	3	D0809 อันตรายรุนแรงจากการให้ยาที่เสี่ยงสูงและยาเคมีบำบัด	0	0	1	L023 ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาล	2	1	1	L03 Catheter and tubing mis-connections	0	0	1	I04 อื่นๆ	1	0	1	L0700 ความผิดพลาดในการเข้าถึง/เข้าถึงล่าช้า	0	0	1	L021 ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด (ต้องใส่ใหม่)	4	1	1	J02 อื่นๆ	0	1	0	L024 Safe Anesthesia	0	1	0	G01 ผู้ป่วยในตึกเตียง	1	1	0	
อุบัติการณ์	2560	2561	2562																																																				
L06 อื่นๆ	2	5	5																																																				
K01 Restoration Of Spontaneous Circulation (ROSC)	2	2	3																																																				
D0809 อันตรายรุนแรงจากการให้ยาที่เสี่ยงสูงและยาเคมีบำบัด	0	0	1																																																				
L023 ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาล	2	1	1																																																				
L03 Catheter and tubing mis-connections	0	0	1																																																				
I04 อื่นๆ	1	0	1																																																				
L0700 ความผิดพลาดในการเข้าถึง/เข้าถึงล่าช้า	0	0	1																																																				
L021 ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด (ต้องใส่ใหม่)	4	1	1																																																				
J02 อื่นๆ	0	1	0																																																				
L024 Safe Anesthesia	0	1	0																																																				
G01 ผู้ป่วยในตึกเตียง	1	1	0																																																				

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมายปี	ผลการ	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2561- กันยายน 2562			ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			งปม. 2562	ดำเนินการ 2561				
				รวม		12	12	14	
		อุบัติการณ์ระดับ G-I	อุบัติการณ์ระดับ G-I ที่ได้รับการเยี่ยมตรวจ ทบทวนหน้างาน หรือได้รับการ ทบทวนโดย กรรมการ	ร้อยละ 100	ร้อยละ 61.54	จำนวนอุบัติการณ์ ระดับ G-I * ปี 2562 จำนวน 14 ราย ที่ได้รับการเยี่ยมตรวจ ทบทวนหน้างาน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 โดยมีลักษณะอุบัติการณ์ดังนี้			จัดทำเป็น Risk Register เพื่อจัดทำแนวปฏิบัติ ออกแบบระบบ มีการกำกับ ติดตาม เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ
				ไตรมาส 1-2562 อุบัติการณ์ ระดับ G-I มี 5 ราย 1) -ผู้ป่วย Unexpected cardiac arrest ที่หน้าห้องหน่วยต่อมไร้ท่อ (H) 2) ผู้ป่วย Unexpected cardiac arrest ขณะ sign in เพื่อทำผ่าตัด Op. Colonoscope (H) 3) ผู้ป่วย Unexpected cardiac arrest หลังกลับจาก CT-chest (H) 4) - ผู้ป่วย ชีวมลงหลังจาก ไปเอ็กซเรย์ Arrest และเสียชีวิตที่คลินิกนอกเวลาอายุรกรรม (I) 5) ผู้ป่วยหลังทำ TRUS มีภาวะแทรกซ้อน ติดเชื้อและเสียชีวิต (I)		แผนที่จะทำต่อ - ทบทวนเกณฑ์การส่งต่อผู้ป่วยอย่างปลอดภัยโดย ฝ่ายบริการพยาบาล - ทบทวนเกณฑ์ในการรับผู้ป่วยสำหรับการตรวจรักษาที่คลินิกนอกเวลาราชการในคณะกรรมการ QA นอกเวลาราชการ - มอบหมายทีม OPD พัฒนาทักษะการ CPR ประเมินแรกรับตามเกณฑ์ ESI ของบุคลากร OPD และพยาบาลภาควิชา โดยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ และซ้อม CPR ตามแผนในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ หมายเหตุ กลุ่ม OPD ได้จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ การซ้อม CPR แต่ยังไม่ได้ซ้อมจริงเนื่องจากอริยวิทยากร และหุ่นซ้อม			
			วิเคราะห์ข้อมูล เป็นผู้ป่วยสูงอายุ (อายุ 69-94 ปี) 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 80 อายุ 34 ปี 1 ราย คิดเป็น ร้อยละ 20 - ทุกรายเป็นผู้ป่วยโรคซับซ้อน - เกิดหลังทำหัตถการ/ผ่าตัด 1 ราย ก่อนผ่าตัด 1 ราย - ทุกรายมีการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยงาน ขาดการประเมิน/ Re assessment กรณีส่งต่อผู้ป่วยระหว่างแผนก						

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมายปี	ผลการ	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2561- กันยายน 2562	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			งปม. 2562	ดำเนินการ 2561		
			<ul style="list-style-type: none"> - สื่อสาร Visual control กรณีผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงที่รอรับการตรวจ ที่ต้องส่งต่อผู้ป่วยไปที่แผนกอื่น - ทักษะการ CPR ของบุคลากร OPD และพยาบาลภาควิชา ขาดความพร้อมและการประสานงาน - เกณฑ์ในการรับผู้ป่วยสำหรับการตรวจรักษาที่คลินิกนอกเวลาราชการไม่ชัดเจน 				
			<p>ไตรมาส 2-2562 อุบัติการณ์ ระดับ G-I มีเพียง 1 ราย (H)</p> <p>ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวขณะรอตรวจ ต้อง CPR เป็น Known case @ Multiple episode of syncope Dx. Seizure มาตรวจตามนัด ตรวจตา เวลา 13.30 น.เป็น case s/p PE c IOL LE เมื่อ 21 มี.ค.62 @ COPD @ Rt TVC immobile suspected from post operation vagus nerve injury มีอาการ หายใจเสียงดัง เป็นๆหายๆ</p> <p>ผลการทบทวนสาเหตุเกิดจาก</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ ผู้ป่วยรายนี้มีประวัติเป็นลมหมดสติมาหลายครั้งมีคนพบและนำส่งโรงพยาบาล</p> <p><input type="checkbox"/> พยาบาล exit nurse ที่ออกบัตรนัดครั้งก่อนไม่ได้สื่อสารให้จนท.คนอื่นทราบเรื่อง การเฝ้าระวังเป็นพิเศษกรณีย้ายบัตรนัด และขาดการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติให้ติดต่อพยาบาลทันทีที่มีอาการผิดปกติ</p> <p><input type="checkbox"/> ขาดการประเมินผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเฉพาะผู้ป่วยรถนั่ง รถนอนที่มาถึงคลินิกก่อนเวลานัด ส่วนใหญ่จะมารอตั้งแต่เช้า</p>			แผนที่จะทำต่อ	
			<p>ไตรมาส 3-2562 อุบัติการณ์ ระดับ G-I มี 3 ราย</p>			แผนที่จะทำต่อ	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมายปี	ผลการ	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2561- กันยายน 2562	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			งปม. 2562	ดำเนินการ 2561		
			<p>1) การเกิด Dry Gangrene เป็นบริเวณกว้าง บริเวณ มือและเท้า ทั้งสองข้าง หลังได้รับยา conk Levophed (G) รายละเอียดการทบทวนใน การบริหารจัดการความเสี่ยง ด้านด้านยา</p> <p>2) ท่อหายใจ tracheostomy เลื่อน ต้องใส่ใหม่ (I) รายละเอียดการทบทวนใน COPs Line & Tube</p> <p>3) ผู้ป่วย กระตุกหัดหลังทำ Port CXR (G) สาเหตุเกิดจากผู้ป่วยสูงอายุ นอนติดเตียง แขนขาอเกร็ง มีความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักง่าย ได้มีการติดป้ายเตือนที่หัวเตียง และให้เพิ่มความระมัดระวังในการเช็ดตัว เปลี่ยนเสื้อผ้า การพลิกตะแคงตัว โดยปฏิบัติตามมาตรฐานการเคลื่อนย้าย โดยใช้บุคลากรอย่างน้อย 4 คน</p>			<p>•รายละเอียดแผนพัฒนาในการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านด้านยา และการบริหารจัดการความเสี่ยง ด้านป้องกัน Line & Tube เลื่อน หลุด</p>	
			<p>ไตรมาส 4-2562 อุบัติการณ์ ระดับ G-I มี 5 ราย</p> <p>1) ผู้ป่วย Congenital heart disease ชนิดเขียวมีภาวะ Hypoxic spell และเสียชีวิตที่คลินิกเด็ก (I) สาเหตุจากพยาธิสภาพของโรค และการประเมินผู้ป่วย ผลจากการทบทวน</p> <p><input type="checkbox"/> ปรับเกณฑ์การประเมินผู้ป่วย Congenital heart disease ชนิดเขียว</p> <p><input type="checkbox"/> เสนอปรับโครงสร้างในสถานที่ใหม่ จัดให้มีเครื่องมือ และอุปกรณ์ให้เพียงพอ สำหรับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง</p> <p><input type="checkbox"/> ผู้ป่วย ESI 1-2 ส่งตรวจที่ ER</p> <p>2) case ruptured cholecystitis มี AKI on top CKD ติดเชื้อ TB ใส่ Tube ระหว่างย้าย ไปห้องแยก SRCU ผู้ป่วย Arrest ในลิฟท์ ไป CPR และเสียชีวิต (I) สาเหตุจาก</p> <p>• จากพยาธิสภาพของโรค</p>			<p>แผนที่จะทำต่อ</p> <p>ติดตามผลการนำเกณฑ์การประเมินผู้ป่วย Congenital heart disease ชนิดเขียว ไปใช้</p> <p><input type="checkbox"/> นำเข้า CLT ภาควิชาศัลยศาสตร์เพื่อกำหนดเกณฑ์ บ่งชี้ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยห้องแยกที่มีความเสี่ยง ต่อภาวะวิกฤติไป ICU</p>	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมายปี	ผลการ	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2561- กันยายน 2562	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			งปม. 2562	ดำเนินการ 2561		
			<ul style="list-style-type: none"> การประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนเคลื่อนย้าย ไม่มีเกณฑ์ข่งขันในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยห้องแยกที่มีความเสี่ยงต่อภาวะวิกฤติไป ICU ไม่ได้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยวิกฤติ <p>บุคลากรมี Competency ไม่เพียงพอ</p>			<input type="checkbox"/> พัฒนา Competency ของบุคลากรในการดูแลระหว่างการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยวิกฤติ	
			<p>3) ผู้ป่วย ESRD bedridden หยุดหายใจ หลังใส่ Tube และเครื่องช่วยหายใจ ต้อง CPR (H)</p> <p>สาเหตุจาก ข้อต่อของเครื่องช่วยหายใจหลุด</p>			<input type="checkbox"/> ทบทวนการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในระหว่างรอเคลื่อนย้าย <input type="checkbox"/> Empowerment ญาติในการเฝ้าระวังสายเกลือหลุด	
			<p>4) case Ruptured Rt SCA aneurysm รอใส่ Tube ล่าช้า ผู้ป่วยหยุดหายใจ ต้อง CPR (H)</p> <p>สาเหตุจาก อุปกรณ์ laryngoscope ไม่พร้อมใช้งานระหว่างใส่ท่อช่วยหายใจ</p>			<p>หอบผู้ป่วยทบทวน-ระบบการตรวจสอบ และเตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตในรถ CPR -ระบบการเฝ้าระวังความเสี่ยงของผู้ป่วย Ruptured Rt SCA aneurysm เพื่อให้สามารถ Detect ความเสี่ยงได้ก่อนอาการทรุดลง และรวมทั้งการแนวทางการจัดการกรณีภาวะฉุกเฉินร่วมกับ CLT ภาควิชาศัลย</p>	
			<p>5) ผู้ป่วย ESRD Plan H/D @ DM, HT ส่งตัวมาเพื่อทำ Vascular access หมดสติ หน้าศูนย์จ้องห้องพิเศษระหว่างรอญาติไปติดต่อกlinik (H)</p> <p>สาเหตุจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> ขาดป้ายประชาสัมพันธ์เรื่องการเข้าถึงบริการกรณีผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีอาการฉุกเฉิน ญาติมาติดต่อยาบาลแทนผู้ป่วย แพทย์เฉพาะทางไม่ออกตรวจและพยาบาลไม่ได้พบผู้ป่วยเพื่อคัดกรองและประเมินก่อนออกบัตรนัด พยาธิสภาพของโรค <p>ผลจากการทบทวน</p> <input type="checkbox"/> ผู้ป่วย Refer ทุกรายที่มาขึ้นบัตรไม่ตรงวันที่แพทย์เฉพาะทางออกตรวจควรมีการประเมินผู้ป่วยทุกรายก่อนการนัดผู้ป่วยเพื่อพบแพทย์เฉพาะทางในวันถัดไป			<input type="checkbox"/> นำเข้า PCT เพื่อกำหนดแนวปฏิบัติในการรับตรวจผู้ป่วยที่ประเมินแล้วมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการตรวจในวันนั้นให้ชัดเจน <input type="checkbox"/> กระตุ้นให้หน่วยงานจัด Inservice training พัฒนา Competency พยาบาล ในการคัดกรองและประเมินผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและมีโรคร่วม <input type="checkbox"/> จัดทำป้ายประชาสัมพันธ์แนะนำจุดที่ผู้ป่วยหรือญาติติดต่อกกรณีมีอาการฉุกเฉินทั้งระบบ	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมายปี งปม.	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2561- กันยายน 2562	ผู้รับผิดชอบ												
ปี งปม.2562-2563	วัน-เวลา			2562	2561														
12.3 โครงการส่งเสริม Risk & Safety Awareness - อบรม NTS (Non Technical Skills) 2 รุ่น	ต.ค.61-ก.ย. 62	ความรู้	คะแนนความรู้ผ่านเกณฑ์ 80%	ร้อยละ 100	100	<p>ไม่ได้วัดคะแนนความรู้ เนื่องจากจัดอบรมร่วมกับหน่วยคุณภาพ</p> <p>จากการประสานงานทีมวิทยากร NTS ในระยะแรกขอกำหนดจัด 2 รุ่น ร่วมกับวิทยากรจากหน่วยคุณภาพ ร่วมกับหน่วยงานอื่น</p> <p><input type="checkbox"/> รุ่นที่ 1 วันที่ 2-3 พฤษภาคม 2562</p> <p><input type="checkbox"/> รุ่นที่ 2 วันที่ 15-16 สิงหาคม 2562</p>	คุณนันทา และทีมพัฒนาคุณภาพ												
- พัฒนา/ปรับรูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ระดับ A,B ให้ง่ายและสะดวกต่อการรายงาน		การรายงานอุบัติการณ์ระดับ A,B	จำนวนรายงานอุบัติการณ์ระดับ A,B	เพิ่มขึ้น 20%	109	<p>จำนวนอุบัติการณ์ A,B ปี 2562 จำนวน 127 ราย เทียบกับ จำนวนอุบัติการณ์ ระดับ A,B ปี 2561 จำนวน 109 ราย เพิ่มขึ้น 18 ราย คิดเป็น ร้อยละ 16.51 ไม่บรรลุตามเป้าหมาย</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>2560</th> <th>2561</th> <th>2562</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>อุบัติการณ์ ระดับ A-B</td> <td>76</td> <td>109</td> <td>127</td> </tr> <tr> <td>เพิ่มขึ้นร้อยละ</td> <td></td> <td>เพิ่มขึ้น ร้อยละ 43.42</td> <td>เพิ่มขึ้น ร้อยละ 16.51</td> </tr> </tbody> </table> <p>อุบัติการณ์ที่มีการรายงานมากคือ การระบุตัวผู้ป่วย ความคลาดเคลื่อนในการเตรียมผ้าตัด/หัตถการ ความคลาดเคลื่อนด้านการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและเอกซเรย์ ซึ่งทางกลุ่ม Identification ได้นำไปทบทวนเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ</p>		2560	2561	2562	อุบัติการณ์ ระดับ A-B	76	109	127	เพิ่มขึ้นร้อยละ		เพิ่มขึ้น ร้อยละ 43.42	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 16.51	คุณลักษมี และทีมพัฒนาคุณภาพ, IT
	2560	2561	2562																
อุบัติการณ์ ระดับ A-B	76	109	127																
เพิ่มขึ้นร้อยละ		เพิ่มขึ้น ร้อยละ 43.42	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 16.51																
		การรายงาน Near-miss ระบบยาผู้ป่วยใน	จำนวนรายงาน Near-miss ระบบยาผู้ป่วยใน		1,160	จำนวนรายงาน Near miss ระบบยาผู้ป่วยในปี 2562 จำนวน 1,509 ราย เทียบกับไตรมาส ปี 2561 จำนวน 1,160 ราย เพิ่มขึ้น 349 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.09 บรรลุเป้าหมาย													
		รายงาน Near-miss ระบบยาผู้ป่วยนอก	จำนวนรายงาน Near-miss		NA	อยู่ระหว่างการประสานงานกับผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายฯด้าน IT เพื่อออกแบบการรายงาน ให้ง่ายและสะดวก	คุณลักษมี และทีมพัฒนาคุณภาพ, IT												

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมายปี งปม.	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2561- กันยายน 2562	ผู้รับผิดชอบ
ปี งปม.2562-2563	วัน-เวลา			2562	2561		
			ระบบยาผู้ป่วย นอก				
12.7 โครงการ พัฒนา ศักยภาพทีมระดับฝ่าย ฯ/หน่วยงาน ด้าน Service recovery process -จัดอบรม	ต.ค.61- ก.ย.62	ความรู้	คะแนนความรู้ ผ่านเกณฑ์ 80%	ร้อยละ 100	NA	ไม่ได้จัดอบรมเอง แต่ประสานงานการเจ้าหน้าที่เป็นผู้จัดอบรมแทน โดย จัดโครงการ Hospitality Hero นำร่องที่ หน่วยงานเสี่ยงต่อการเกิดข้อ ร้องเรียนเช่น Premium clinic, หน่วย Ambulatory, แผนกผู้ป่วยนอก, ศูนย์โรคหัวใจ หน่วยขนย้ายผู้ป่วย งานเคหะบริการและหน่วยรักษาความ ปลอดภัย 200 คน (100 คน/รุ่น) และขยายผลให้กับบุคลากรทุก หน่วยงาน ○ รุ่นที่ 1 วันที่ 27-28 มีนาคม 2562 ○ รุ่นที่ 2 วันที่ 15-16 พฤษภาคม 2562 ○ รุ่น 3 วันที่ 15-16 มิถุนายน 2562 ○ รุ่นที่ 4 วันที่ 13-14 กรกฎาคม 2562	คุณลักษณะ COPs SRP
-จัด KS โดย story telling /เสวนา		กิจกรรม KS	จำนวนครั้งการทำ กิจกรรม KS	2	NA	ไม่ได้จัดโครงการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ขอเลื่อนไปจัดในปี 2563	
		การจัดการข้อ ร้องเรียน/คำบ่น จากรายงาน อุบัติการณ์ใน ระบบ HIS	จำนวนข้อ ร้องเรียน ร้อยละข้อ ร้องเรียน ที่ สามารถจัดการได้	< 14 ครั้ง	27 ครั้ง	จำนวนข้อร้องเรียน/คำบ่น จากรายงานอุบัติการณ์ในระบบ HIS ไตรมาส ปี 2562 จำนวน 21 ราย เทียบกับ ไตรมาส ปี 2561 จำนวน 27 ราย ลดลง 6 ราย คิดเป็น ร้อยละ 22.22 ไม่บรรลุเป้าหมาย สามารถจัดการได้ไม่เกิดการฟ้องร้องทั้ง 21 ราย คิดเป็น ร้อยละ 100 ประเด็นการร้องเรียนเกิดจาก การไม่ได้รับความสะดวกในการเข้ารับ บริการหรือนอนโรงพยาบาลล่าช้า รอานาน ไม่ได้รับคิวตรวจ ถูกส่งต่อไป- มาหลายหน่วยงาน พฤติกรรมการบริการและการให้ข้อมูลผู้ป่วย การไม่ได้ รับสิ่งอำนวยความสะดวกในห้องพิเศษ ตามรายละเอียดรายไตรมาสดังนี้	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมายปี	ผลการ	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2561- กันยายน 2562	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			งปม. 2562	ดำเนินการ 2561		
				ไตรมาส 1/2562 ไตรมาส 1/2562 จำนวนข้อร้องเรียน ที่เกิดจากฝ่ายบริการพยาบาล 8 ราย สามารถจัดการได้ไม่เกิดการฟ้องร้องทั้ง 8 ราย คิดเป็น ร้อยละ 100 ดังนี้			
				ต้นเหตุในฝ่าย	ประเด็นการร้องเรียน	แผนพัฒนา	
				กลุ่มผู้ป่วยนอก 6 รายการ	ญาติผู้ป่วย ไม่พึงพอใจเนื่องจาก -เข้าใจว่ามีการลัดคิวตรวจ - รอนาน/ไม่ได้คิวตรวจ -ถูกส่งต่อไป-มาหลายหน่วยงาน	พัฒนาศักยภาพการคัดกรอง ทบทวน แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยงาน พัฒนาสมรรถนะ SRP	
				OR 1 รายการ	บุคลากรโพสต์ข้อความลงใน facebook ไม่พึงพอใจ การให้บริการของเจ้าหน้าที่	-นิเทศ เรื่อง การใช้ Social media	
				กระดุกและข้อ ชาย-หญิง 1 รายการ	ผู้ป่วยและญาติไม่พึงพอใจการย้ายเข้าห้อง VIP ล่าช้า 5 ชั่วโมง (ออโรธาหญิงรายงาน)	การให้ข้อมูล/สื่อสารผู้ป่วย ทบทวนการส่ง ต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยงาน ประสานแพทย์ ผู้เกี่ยวข้อง	
				ไตรมาส 2/2562 จำนวนข้อร้องเรียน ที่เกิดจากฝ่ายบริการพยาบาล 5 ราย สามารถจัดการได้ไม่เกิดการฟ้องร้องทั้ง 5 ราย คิดเป็น ร้อยละ 100 ดังนี้			
				ต้นเหตุจากฝ่ายฯ	ประเด็นการร้องเรียน	แผนพัฒนา	
				คลินิก อายุรกรรม	เจ้าหน้าที่ละเมิดสิทธิผู้ป่วยและผิดจริยธรรมวิชาชีพ การถ่ายรูปบัตรประชาชนผู้ป่วยส่งเข้าขอความเห็น ไลน์กลุ่มจังหวัดประเด็นผู้ป่วยชื่อแปลก	ตักเตือนผู้กระทำเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ และ นิเทศเรื่องการยกเลิกข้อความในไลน์ สร้าง ความเข้าใจ เรื่อง personal safety	
				อายุรกรรมชาย 2	ผู้ป่วยและญาติไม่พึงพอใจห้องพิเศษอายุรกรรมชาย 2 เนื่องจากห้องเล็กและแคบ	ประสานศูนย์จองห้องพิเศษเพื่อให้ข้อมูล เกี่ยวกับห้องก่อนส่งผู้ป่วย Admit ทุกรายเพื่อ ป้องกันการเกิดเหตุการณ์ลักษณะนี้ซ้ำอีก	
				คลินิกตา	ผู้ป่วยชาวต่างชาติไม่พึงพอใจการให้ข้อมูลค่าใช้จ่าย การรักษาพยาบาลไม่ครบถ้วนและรอคิวที่จ่ายเงินนาน	ปรับปรุงเรื่องกระบวนการสื่อสารคำรักษาที่ จุด Exit nurse เพื่อสร้างความเข้าใจกับ ผู้ป่วย	
				ห้องผ่าตัด	เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดและพนักงานเปลนำส่งผู้ป่วยเด็ก หลังดมยาสลบมาส่งที่หอผู้ป่วย พบว่ายังแต่งกาย ผู้ป่วยไม่เรียบร้อย	แจ้งกลับหน่วยงานเพื่อปรับปรุงเรื่องการแต่ง กายผู้ป่วยให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยก่อน ส่งกลับหน่วยงาน	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมายปี	ผลการ	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2561- กันยายน 2562	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			งปม. 2562	ดำเนินการ 2561		
				คลินิกเวชปฏิบัติ ทั่วไป	-ผู้รับบริการไม่พึงพอใจพฤติกรรมบริการของผู้ปฏิบัติงาน พยาบาลของคลินิกโดยการระบุตัวบุคคล	มีระบบนิเทศเรื่องพฤติกรรมบริการ จัด อบรม ESB จัดระบบประเมินพฤติกรรม บริการทุก 6 เดือน	
				ไตรมาส 3 /2562 จำนวนข้อร้องเรียน ที่เกิดจากฝ่ายบริการพยาบาล 4 ราย สามารถจัดการได้ไม่เกิดการ ฟ้องร้องทั้ง 4 ราย คิดเป็น ร้อยละ 100 ดังนี้			
				ต้นเหตุในฝ่าย	ประเด็นการร้องเรียน	แผนพัฒนา	
				อายุกรรมชาย 2	ญาติไม่พึงพอใจการสื่อสาร คำพูดจาก ผู้ช่วยการพยาบาลขณะเข้าไพบี V/S ผู้ป่วยกำลังถ่ายปัสสาวะ ผู้ช่วยการ พยาบาลพูดว่า "ปัสสาวะอยู่หรือ งั้นค่อย มาวัดใหม่พรุ่งนี้ละกัน"	<input type="checkbox"/> แนะนำเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับวิธีการ สื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ <input type="checkbox"/> มีการประเมินลักษณะ บุคลิกภาพของเจ้าหน้าที่ และมีการสร้าง เสริมบุคลิกภาพที่ดีและเหมาะสมต่อการ บริการพยาบาล <input type="checkbox"/> มีการสร้างเสริมทัศนคติที่ดี เกี่ยวกับการให้บริการพยาบาล เพื่อการ แสดงออกที่ถูกต้อง เหมาะสม	
				พิเศษเฉลิมพระ บารมี10	ผู้ป่วยไม่ได้รับอาหารมือเย็น เนื่องจาก ผู้ป่วยรับใหม่ เวลา 13.36 น. ไม่ได้มีการ สั่งอาหารในระบบ HIS	กำกับให้มีการสั่งอาหารให้ผู้ป่วยใหม่ทุก ราย	
				ออร์โธพีดิกส์/ พิเศษ	ผู้ป่วยไม่พอใจ ผู้ปฏิบัติงานพยาบาลใน เรื่อง ไม่มาช่วยดูแลหลังรับประทาน อาหาร และพูดจาไม่เหมาะสม"ว่า ถ้าให้	<input type="checkbox"/> แนะนำเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับวิธีการ สื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมายปี งปม.	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2561- กันยายน 2562	ผู้รับผิดชอบ
ปี งปม.2562-2563	วัน-เวลา			2562	2561		
					<p>ยื่นดูแลข้างเตียงตลอดเวลาไม่สามารถทำได้ ต้องให้ผู้ป่วยจ้างพยาบาลพิเศษมาดูแลเอง”</p> <p><input type="checkbox"/> มีการประเมินลักษณะบุคลิกภาพของเจ้าหน้าที่ และมีการสร้างเสริมบุคลิกภาพที่ดีและเหมาะสมต่อการบริการพยาบาล</p> <p>มีการสร้างเสริมทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการให้บริการพยาบาล เพื่อการแสดงออกที่ถูกต้อง เหมาะสมต่อผู้ป่วยตรวจสอบเหตุการณ์</p>		
				ห้องผ่าตัด	<p>บิดาเด็กไม่พึงพอใจ เจ้าหน้าที่แจ้งเพศลูกไม่ตรงกัน พยาบาล NURSERY ว่าเป็นเพศหญิง ส่วนเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด แจ้งว่าเป็นเพศชาย</p> <p><input type="checkbox"/> ใช้แนวปฏิบัติการระบุตัวผู้ป่วยที่เป็นทารก และให้ญาติมีส่วนร่วม ดูด้วยสายตาทุกครั้ง</p> <p><input type="checkbox"/> การรับส่งทารกต้องมีการเซ็นต์ชื่อรับทุกครั้ง</p>		
<p>ไตรมาส 4 /2562 จำนวนข้อร้องเรียน ที่เกิดจากฝ่ายบริการพยาบาล 4 ราย สามารถจัดการได้ไม่เกิดการฟ้องร้องทั้ง 4 ราย คิดเป็น ร้อยละ 100 ดังนี้</p>							
				ต้นเหตุในฝ่าย	ประเด็นการร้องเรียน	แผนพัฒนา	
				คลินิกอายุร-กรรม	ผู้ป่วยไม่พึงพอใจระบบการบริการที่รอนานและขั้นตอนยุ่งยาก	ทบทวนระบบการบริการเพื่อลดขั้นตอนและการส่งต่อข้อมูลในหน่วยงานเพื่อพัฒนาการบริการที่ดีขึ้น	
				พิเศษเฉลิมพระบารมี 9	ผู้ป่วยไม่พึงพอใจเรื่องเครื่องทำน้ำอุ่นเสียไม่มีเครื่องทำน้ำอุ่นแทนจากการรอซ่อมนาน	หอบผู้ป่วยมีการทบทวนเรื่องการตรวจสอบความพร้อมอุปกรณ์เป็นระยะๆ	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมายปี งปม.	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2561- กันยายน 2562	ผู้รับผิดชอบ																											
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			2562	2561																													
						งานวิศวะซ่อมบำรุงมีการทบทวนระบบ การให้บริการ																												
				ออริโฆชาย	ญาติผู้ป่วยไม่พึงพอใจพฤติกรรมบริการ ของผู้ปฏิบัติงานพยาบาลที่มีพฤติกรรม ท่าที่เหมือนไม่เต็มใจ หรือไม่พร้อมจะให้ การช่วยเหลือ	จัดอบรมเรื่องพฤติกรรมบริการ/ การ สื่อสารที่ดีแก่บุคลากรทุกระดับ มีระบบนิเทศพฤติกรรมบริการเป็นระยะๆ																												
				หูคองมุก	ญาติผู้ป่วยกังวลคิดว่าการเกิดภาวะ Pneumothorax ของผู้ป่วยเกิดจากการ บีบ Ambu ของเจ้าหน้าที่	พัฒนาการสื่อสารข้อมูลการบริการแก่ ผู้ป่วยและญาติ																												
		ข้อร้องเรียนจาก ศูนย์รับเรื่อง ร้องเรียน	จำนวนข้อ ร้องเรียน	ลดลง	37	ข้อร้องเรียนจากศูนย์รับเรื่องร้องเรียนปี 2562 จำนวน 18 ราย เทียบกับ ปี 2561 จำนวน 37 ราย ลดลง 19 ราย คิดเป็น ร้อยละ 51.35 มีแนวโน้มในทาง ที่ดีขึ้น																												
						<table border="1"> <thead> <tr> <th>ข้อร้องเรียน</th> <th colspan="4">2661</th> <th colspan="4">2562</th> </tr> <tr> <th>แยกรายไตรมาส</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ข้อร้องเรียน</td> <td>1</td> <td>20</td> <td>8</td> <td>8</td> <td>8</td> <td>8</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>ประเด็นการร้องเรียนส่วนใหญ่เป็นเรื่อง พฤติกรรมการให้บริการ และการ ไม่ได้รับความสะดวก ดังตัวอย่าง</p>	ข้อร้องเรียน	2661				2562				แยกรายไตรมาส	1	2	3	4	1	2	3	4	ข้อร้องเรียน	1	20	8	8	8	8	1	1	
ข้อร้องเรียน	2661				2562																													
แยกรายไตรมาส	1	2	3	4	1	2	3	4																										
ข้อร้องเรียน	1	20	8	8	8	8	1	1																										
						<table border="1"> <thead> <tr> <th>ประเด็นการร้องเรียน</th> <th>สาเหตุการร้องเรียน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>พฤติกรรมบริการ</td> <td> <input type="checkbox"/> ผู้ให้บริการแสดงนำเสียงและสีหน้า ไม่พึงพอใจ (ผู้ช่วยพยาบาล) <input type="checkbox"/> ผู้ช่วยพยาบาลใช้กริยามารยาทไม่เหมาะสม </td> </tr> </tbody> </table>	ประเด็นการร้องเรียน	สาเหตุการร้องเรียน	พฤติกรรมบริการ	<input type="checkbox"/> ผู้ให้บริการแสดงนำเสียงและสีหน้า ไม่พึงพอใจ (ผู้ช่วยพยาบาล) <input type="checkbox"/> ผู้ช่วยพยาบาลใช้กริยามารยาทไม่เหมาะสม																								
ประเด็นการร้องเรียน	สาเหตุการร้องเรียน																																	
พฤติกรรมบริการ	<input type="checkbox"/> ผู้ให้บริการแสดงนำเสียงและสีหน้า ไม่พึงพอใจ (ผู้ช่วยพยาบาล) <input type="checkbox"/> ผู้ช่วยพยาบาลใช้กริยามารยาทไม่เหมาะสม																																	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมายปี งปม.	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2561- กันยายน 2562	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			2562	2561		
						<input type="checkbox"/> พนักงานช่วยการพยาบาล พุดจาไม่สุภาพ พุดเสียงดัง พุดจาไม่สุภาพ แสดงสีหน้าบึ้งตึง ไม่ยิ้มแย้ม <input type="checkbox"/> พยาบาลไม่ฟังผู้ป่วยพูดให้จบ ไล่ให้ไปฝ่ายอื่น <input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่ที่เป็นผู้ให้บริการ ใช้คำพูดที่ทำให้เข้าใจว่าประชดผู้ป่วยที่ไม่ทราบเรื่องการรับบัตรคิว <input type="checkbox"/> โทรมาจองคิวคลินิกตา สอบถามว่าคิวว่างวันไหน พยาบาลย้อนถามว่าจะเอาวันไหนแทนที่จะแจ้งวันที่ว่าง <input type="checkbox"/> มาตรวจสุขภาพประจำปี เจ้าหน้าที่ไม่ให้ความสนใจ ไม่พูดกับผู้ป่วย ถามคำตอบคำ <input type="checkbox"/> การเช็ดตัวด้วยความรุนแรง ซึ่งผู้ป่วยเป็นโรคปอดไม่สามารถหายใจได้ปกติ	
				การไม่ได้รับความสะดวก		<input type="checkbox"/> ไม่อำนวยความสะดวกออกบัตรนัดใหม่ <input type="checkbox"/> ไม่มีคิวให้บริการ <input type="checkbox"/> ให้ผู้ป่วยรอ โดยที่ผู้ป่วยยังไม่ได้ตรวจเลือด <input type="checkbox"/> โทรเลื่อนนัดจากวันที่ 15 /1/62 เป็น 22/1/62 กับพยาบาล แต่พอมารตรวจวันที่ 22/1/62 กลับไม่มีคิวตรวจ <input type="checkbox"/> การติดต่อคลินิกอายุรกรรมสายไม่ว่างตลอดเวลาประสานงานขอเบอร์โทรศัพท์ เลื่อนนัดตรวจเบาหวาน <input type="checkbox"/> โทรศัพท์ที่คลินิกอายุรกรรมสายไม่ว่างและติดต่อยาก (โทรเพื่อเลือดนัดรับยา)	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมายปี งปม.	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2561- กันยายน 2562	ผู้รับผิดชอบ																											
ปี งปม.2562-2563	วัน-เวลา			2562	2561																													
						<input type="checkbox"/> ผู้ป่วยให้ยาเคมี มาไม่ตรงนัด เนื่องจากมีอาการปวดหัว คลื่นไส้ อาเจียน โทรศัพท์ขอเลื่อนนัด ติดต่อ 4 เบอร์ ไม่ติดซักเบอร์ โทร ตั้งแต่เวลา 14.00-16.00 น.																												
				แผนพัฒนา <input type="checkbox"/> พัฒนา Competency ด้านการสื่อสารของบุคลากรทุกระดับ <input type="checkbox"/> จัดห้อง Simulation ฝึกทักษะสื่อสารของบุคลากรทุกระดับ																														
		คำชมเชยจากศูนย์ รับเรื่องร้องเรียน	จำนวนคำชมเชย	เพิ่มขึ้น	5	จำนวนคำชมเชยจากศูนย์รับเรื่องร้องเรียนไตรมาส ปี 2562 จำนวน 4 ราย เทียบกับปี 2561 จำนวน 5 ราย ลดลง 1 ราย คิดเป็น ร้อยละ 20 ไม่บรรลุตามเป้าหมาย																												
						<table border="1"> <thead> <tr> <th>คำชมเชย</th> <th colspan="4">2661</th> <th colspan="4">2562</th> </tr> <tr> <th>แยกรายไตรมาส</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>คำชมเชย</td> <td></td> <td>3</td> <td>2</td> <td></td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	คำชมเชย	2661				2562				แยกรายไตรมาส	1	2	3	4	1	2	3	4	คำชมเชย		3	2		1	1	1	1	
คำชมเชย	2661				2562																													
แยกรายไตรมาส	1	2	3	4	1	2	3	4																										
คำชมเชย		3	2		1	1	1	1																										
						<table border="1"> <thead> <tr> <th>หน่วยงาน</th> <th>ประเด็นชื่นชม(ข้อมูลจากศูนย์รับเรื่องร้องเรียน)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>คลินิกอายุรกรรม</td> <td>ชมเชยคุณอรอุมา จันทกาญจน์ พญาติมาพบคุณหมอตามนัด เป็นครั้งแรก ได้เข้าไปสอบถามคุณอรอุมา ได้รับคำตอบที่เข้าใจชัดเจนดีมาก น้ำเสียงและคำพูดสุภาพ สีหน้ายิ้มแย้ม ทำให้เข้าใจในขั้นตอนการพบแพทย์ตามนัด</td> </tr> <tr> <td>เด็ก 1 และ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์</td> <td>ชมเชยพฤติกรรมบริการให้บริการ จากการมาใช้บริการของหลานและตนเอง ขอบคุณคณะอาจารย์แพทย์ แพทย์เฉพาะทางและแพทย์ทุกท่านได้ทำหน้าที่อย่างดีที่สุด และสมบูรณ์ที่สุดแล้ว เสมือนเป็นบุตรหลาน ท่านซาบซึ้งใจและ</td> </tr> </tbody> </table>	หน่วยงาน	ประเด็นชื่นชม(ข้อมูลจากศูนย์รับเรื่องร้องเรียน)	คลินิกอายุรกรรม	ชมเชยคุณอรอุมา จันทกาญจน์ พญาติมาพบคุณหมอตามนัด เป็นครั้งแรก ได้เข้าไปสอบถามคุณอรอุมา ได้รับคำตอบที่เข้าใจชัดเจนดีมาก น้ำเสียงและคำพูดสุภาพ สีหน้ายิ้มแย้ม ทำให้เข้าใจในขั้นตอนการพบแพทย์ตามนัด	เด็ก 1 และ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์	ชมเชยพฤติกรรมบริการให้บริการ จากการมาใช้บริการของหลานและตนเอง ขอบคุณคณะอาจารย์แพทย์ แพทย์เฉพาะทางและแพทย์ทุกท่านได้ทำหน้าที่อย่างดีที่สุด และสมบูรณ์ที่สุดแล้ว เสมือนเป็นบุตรหลาน ท่านซาบซึ้งใจและ																						
หน่วยงาน	ประเด็นชื่นชม(ข้อมูลจากศูนย์รับเรื่องร้องเรียน)																																	
คลินิกอายุรกรรม	ชมเชยคุณอรอุมา จันทกาญจน์ พญาติมาพบคุณหมอตามนัด เป็นครั้งแรก ได้เข้าไปสอบถามคุณอรอุมา ได้รับคำตอบที่เข้าใจชัดเจนดีมาก น้ำเสียงและคำพูดสุภาพ สีหน้ายิ้มแย้ม ทำให้เข้าใจในขั้นตอนการพบแพทย์ตามนัด																																	
เด็ก 1 และ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์	ชมเชยพฤติกรรมบริการให้บริการ จากการมาใช้บริการของหลานและตนเอง ขอบคุณคณะอาจารย์แพทย์ แพทย์เฉพาะทางและแพทย์ทุกท่านได้ทำหน้าที่อย่างดีที่สุด และสมบูรณ์ที่สุดแล้ว เสมือนเป็นบุตรหลาน ท่านซาบซึ้งใจและ																																	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมายปี	ผลการ	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2561- กันยายน 2562	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			งปม. 2562	ดำเนินการ 2561		
						<p>ประทับใจมาก ๆ เซลล์ตัวนี้ท่านเข้าใจว่ารักษาให้หายเป็นปกติยากมาก แต่ก็ได้ยึดชีวิตหลานชายของท่านได้หลายเดือน ท่านได้ขอบคุณตลอดถึงพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ทุกท่าน ไม่เพียงแต่รักษาอย่างดีแต่ทุกท่านยังมีน้ำใจอันงดงาม สมแล้วที่เป็นโรงพยาบาลอันดับ 1 ของภาคใต้ ในฐานะคนไข้ท่านมีความภูมิใจมาก วิสัยทัศน์และพันธกิจที่เขียนไว้คือความจริง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์คือสวรรค์ของผู้ป่วยและญาติ และท่านขออวยพรให้บุคลากรทุกท่านสุขภาพ สุขใจ ตลอดปี 2562 และตลอดไป</p> <p>หอผู้ป่วยตา ห้องฉุกเฉิน ห้องผ่าตัด</p> <p>รู้สึกประทับใจในการให้บริการของบุคลากร เจ้าหน้าที่ทุกระดับ พุดจาดี ไม่หึงไม่ตำหนิตีเดียเหมือนบางสถานที่ (รพ.) ที่เคยใช้บริการ ไม่คิดว่าสถานที่ใหญ่จะได้เจอกับเจ้าหน้าที่ พยาบาล หมอ ที่ทำตัวไม่ใหญ่เหมือนสถานที่ ทำให้รู้สึกประทับใจมาก ๆ</p> <p>คลินิกอายุรกรรม</p> <p>เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำและพุดจาดี ประทับใจมาก</p>	
12.9 เฝ้าระวังและเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติจากอัคคีภัย -ทบทวนและซ้อมแผนอัคคีภัยของหน่วยงาน -จัดทำป้ายสื่อสารเส้นทางหนีไฟของหน่วยงาน	ต.ค.61-ก.ย. 62	-การซ้อมแผนฯ ของหน่วยงาน	-จำนวนหน่วยงานที่ซ้อมแผน	10	30	<p>จำนวนหน่วยงานที่ซ้อมแผน 2 หน่วยงานคือ ศัลยกรรมเด็ก และพิเศษเฉลิมพระบารมี 7</p> <p>-กระตุ้นให้ทุกหน่วยงานส่งบุคลากรเข้าอบรมการซ้อมแผนอัคคีภัยของหน่วยรักษาความปลอดภัย คณะแพทยศาสตร์</p> <p>ขอข้อมูลการส่งอบรมอัคคีภัยจากฝ่ายฯ</p> <p>-เตรียมหน่วยงาน/ทีมสังเกตการณ์และซ้อมแผนภัยพิบัติจากการชู้วางระเบิดและอัคคีภัยร่วมกับโรงพยาบาล 1 ครั้ง วันที่ 27 มิถุนายน 2562 มีหน่วยงานร่วมซ้อมย้าย 2 หน่วยงานคือ ศัลยกรรมเด็ก และพิเศษเฉลิมพระบารมี 7 ซ้อมรับย้าย 2 หน่วยคือ PICU และศัลยกรรมชาย 1 หน่วยงานร่วมสังเกตการณ์ทั้งหมด 30 หน่วยงาน</p>	คุณลักษมี คุณวิลาวัลย์ คุณศรีพงา

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมายปี งปม.	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2561- กันยายน 2562	ผู้รับผิดชอบ															
ปี งปม.2562-2563	วัน-เวลา			2562	2561																	
12.10 เฝ้าระวังและเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติน้ำท่วม -ทบทวนแผนของฝ่ายและซ้อมแผนน้ำท่วมร่วมกับโรงพยาบาล ปีละ 1 ครั้ง	ต.ค.61	แผนรับน้ำท่วมฝ่ายบริการพยาบาล	มีแผนรับน้ำท่วมฝ่ายบริการพยาบาล	มีแผนที่ Update	มีแผนที่ Update	Update แผนรับน้ำท่วมฝ่ายบริการพยาบาล ปรับปรุงวันที่ 24 ตุลาคม 2561 และ Upload แผนบน Intranet ฝ่ายบริการพยาบาล	คุณลักษมีและทีม															
		การซ้อมแผนร่วมกับบรพ.	ปฏิบัติได้ตามแผน	1	1	ซ้อมแผนร่วมกับบรพ. 1 ครั้ง																
12.11 โครงการให้ความรู้สู่ประชาชนภายในโรงพยาบาลเรื่องการดูแลตนเอง ป้องกันความเสี่ยงจากโรคต่าง ๆ - จัดเวทีสุขภาพทุกเดือนและจัดกิจกรรมวันมหิดล	ต.ค.61-ก.ย. 62	กิจกรรม	จำนวนกิจกรรม/จำนวนเรื่อง	27 ครั้ง	34 ครั้ง	จัดเวทีสุขภาพ 29 ครั้ง เกินเป้าหมาย 2 ครั้ง โดยจัดเวทีสุขภาพทุกเดือนเดือนละ 2 ครั้ง จัดกิจกรรมพิเศษวันพยาบาลสากล วันพยาบาลแห่งชาติ และวันมหิดล จำนวนครั้งการจัดกิจกรรมเวทีสุขภาพ ปี 2560-2562 <table border="1"> <tr> <td></td> <td>2560</td> <td>2561</td> <td>2562</td> </tr> <tr> <td>จัดเวทีสุขภาพ</td> <td>27</td> <td>34</td> <td>29</td> </tr> </table> ผลการประเมินความพึงพอใจต่อกิจกรรม อยู่ในระดับดีมากทั้งภาพรวมและทุกรายการที่ประเมิน หัวข้อที่ได้คะแนนสูงสุดคือ ความรู้ที่ได้รับรองลงมาคือสามารถนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ได้รับ		2560	2561	2562	จัดเวทีสุขภาพ	27	34	29								
	2560	2561	2562																			
จัดเวทีสุขภาพ	27	34	29																			
						ผลประเมินความพึงพอใจต่อกิจกรรม <table border="1"> <tr> <td>รายการประเมิน</td> <td>1/2562</td> <td>2/2562</td> <td>3/2562</td> <td>4/2562</td> </tr> <tr> <td>1. ความเหมาะสมของกิจกรรม</td> <td>3.52</td> <td>3.57</td> <td>3.60</td> <td>3.40</td> </tr> <tr> <td>2. ระยะเวลาเหมาะสม</td> <td>3.36</td> <td>3.49</td> <td>3.58</td> <td>3.43</td> </tr> </table>	รายการประเมิน	1/2562	2/2562	3/2562	4/2562	1. ความเหมาะสมของกิจกรรม	3.52	3.57	3.60	3.40	2. ระยะเวลาเหมาะสม	3.36	3.49	3.58	3.43	
รายการประเมิน	1/2562	2/2562	3/2562	4/2562																		
1. ความเหมาะสมของกิจกรรม	3.52	3.57	3.60	3.40																		
2. ระยะเวลาเหมาะสม	3.36	3.49	3.58	3.43																		

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมายปี งปม. 2562	ผลการ ดำเนินการ 2561	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2561- กันยายน 2562				ผู้รับผิดชอบ	
ปี งปม.2562-2563	วัน-เวลา										
					3. ความเหมาะสมของ สถานที่	3.40	3.42	3.58	3.28		
					4. ความรู้ที่ได้รับ	3.49	3.52	3.69	3.59		
					5. สามารถนำความรู้ไปใช้ ประโยชน์ได้	3.59	3.51	3.65	3.55		
					รวม	3.47	3.50	3.62	3.45		
					<p>ข้อเสนอแนะ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เป็นกิจกรรมที่ดีมากควรจัดต่อไป 2. เป็นกิจกรรมที่ดีมากๆ ช่วยส่งเสริมสุขภาพ 3. ถ่ายทอดวิทยุมือ.ทำให้มีคนฟังได้กว้างขึ้น รับฟังชัดเจน 4. หัวข้อที่อยากฟังได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> - ออกกำลังกายพิชิตโรคร้าย - การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ - Health promotion - การฝึกคิดเชิงบวกให้ได้ในทุกวัน - การชวนทำสมาธิ ให้แพร่หลาย - การดูแลผู้สูงวัย - มะเร็งกับความอ้วน - โรคมะเร็งลำไส้ - เรื่องผิวหนัง สุขภาพภายนอกร่างกาย - อาหารกับโรค - เสนอแนะแนวทางการดูแลสุขภาพ - ขั้นตอนเข้ารับการรักษา รพ.มอ 						

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมายปี งปม.	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2561- กันยายน 2562			ผู้รับผิดชอบ	
ปี งปม.2562-2563	วัน-เวลา			2562	2561					
						<ul style="list-style-type: none"> - ตา ต้อ จอประสาทตา ต้อหิน - ฟิสิเนสเพื่อสุขภาพ - โรคออฟฟิสิกัลโตรม หรืออาการปวดกล้ามเนื้อ เอว ไหล่ โรคกระดูก ปวดข้อนิ้วหัวเข่า โรคนิ้วล็อก - การแก้ปัญหาเด็กติดเกม - Health promotion - การทำสมาธิ - การดูแลผู้สูงอายุอย่างไร 				
13. โครงการเตรียมรับ AHA 2562 (Road Map for AHA) - เตรียมเอกสาร แผนพัฒนาตาม GAP, Update EEG, SAR ฝ่าย ก่อนการเยี่ยม Gap 2 - ติดตามให้หน่วยงาน Update และส่ง Service profile	ต.ค.61-ก.ย. 62	เอกสาร GAP, EEG, SAR Service profile ของหน่วยงาน	สามารถส่งเอกสาร GAP, EEG, SAR ตามแผน	ส่งได้ตาม แผน	ส่งได้ตาม แผน	<ul style="list-style-type: none"> - ส่ง SAR ได้ตามแผน - ติดตาม Service profile ของหน่วยงาน 64 หน่วยงาน ส่งหน่วย คุณภาพ ได้ 64 หน่วยงานคิดเป็นร้อยละ 100 - เตรียมรับการตรวจเยี่ยม GAP 2 ได้ตามแผน - Update Road map for AHA หลัง GAP 2 ข้อเสนอแนะ - สิ่งที่ยากได้คือ เขียน SAR มีคุณภาพ - ตามรอยการบริหารความเสี่ยงกับ อ.กนกรัตน์ แสงอำไพ สรพ. 7-8 พฤษภาคม 2562 (จัดโดยหน่วยคุณภาพ) - จัดโครงการนำเสนอผลการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มโรค หลักระดับหอผู้ป่วย/หน่วยงานที่เชื่อมกับ CLT จำนวน 59 โครงการ วันที่ 5-7 มิถุนายน 2562 มีผู้เข้าร่วมโครงการ จำนวน 176 คน ตอบแบบ ประเมิน จำนวน 104 คน คิดเป็นร้อยละ 59.09 สรุปผลดังนี้ 			ฝ่ายบริการ พยาบาล และ ทีม Internal Survey	
				หัวข้อประเมิน			\bar{x}	SD	ระดับความพึงพอใจ	หัวหน้าฝ่าย บริการ พยาบาล
				1. รูปแบบของ power point ที่ใช้นำเสนอ			3.74	0.70	มาก	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมายปี	ผลการ	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2561- กันยายน 2562		ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			งปม. 2562	ดำเนินการ 2561			
			2. การจัดลำดับการนำเสนอ	4.00	0.67	มาก		-หัวหน้าหอผู้ป่วย/ หน่วยงาน -ผู้ตรวจการพยาบาล -ฝ่ายบริการพยาบาล และ ทีม Internal Survey
			3. รูปแบบการนำเสนอ	3.87	0.65	มาก		
			4. เวลาที่ใช้นำเสนอ	3.23	0.98	ปานกลาง		
			5. ข้อเสนอแนะของกรรมการวิพากษ์	4.04	0.76	มาก		
			6. การเปิดโอกาสให้ซักถามและแสดงความคิดเห็น	3.97	0.74	มาก		
			7. สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาผลงานของหน่วยงาน	3.49	0.88	มาก		
			8. ความพึงพอใจต่อการจัดกิจกรรมในภาพรวม	4.11	0.72	มาก		
			<p>ผลการประเมินโครงการโดยภาพรวม ผู้เข้าอบรมมีความพึงพอใจระดับมาก ได้คะแนนเฉลี่ย 4.11หากพิจารณาตามหัวข้อการประเมินส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจระดับมากได้คะแนนเฉลี่ย 3.49- 4.04 ยกเว้น เวลาที่ใช้นำเสนอ ได้คะแนนเฉลี่ย 3.23</p> <p>ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ</p> <p>1) ข้อดี</p> <ul style="list-style-type: none"> • หน่วยงานมีความพยายามในการออกแบบกระบวนการดูแล และติดตามผลลัพธ์การดูแลในกลุ่มโรคสำคัญของหน่วยงาน • มีการเลือกโรค/หัตถการสำคัญที่เชื่อมโยงกับ CLT หรือบริบทของหน่วยงาน • มีบางกลุ่มเลือกนำเสนอโรคเดียวกันเห็นโอกาสในการเชื่อมโยงข้อมูล/กระบวนการดูแลตั้งแต่แรกรับที่ OPD, วอร์ด, OR จนถึงกรจำหน่ายเพื่อนำไปพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย • หน่วยงานที่นำเสนอและมีผลลัพธ์การดูแลที่ดี ได้แก่ หอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก หอผู้ป่วยหูคอจมูก หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย เด็ก 2 และ ห้องเฟือก <p>2) โอกาสพัฒนา</p> <ul style="list-style-type: none"> • มีการนำตัวชี้วัดของ CLT มาเชื่อมโยงกับหน่วยงาน และมีการเก็บผลลัพธ์ของหน่วยงานได้ดีในระดับหนึ่ง แต่ขาดการเก็บตัวชี้วัดที่เป็น Process indicator และ nursing outcome • หอผู้ป่วยควรมีการออกแบบการเก็บข้อมูล การมอบหมายผู้รับผิดชอบในการเก็บข้อมูล รวมทั้งวิเคราะห์อุบัติการณ์และสิ่งที่ดี • การวิเคราะห์อุบัติการณ์ยังไม่ถึงสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา ทำให้การวางแผนพัฒนาไม่เป็นรูปธรรมชัดเจน 					

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมายปี งปม.	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2561- กันยายน 2562	ผู้รับผิดชอบ
ปี งปม.2562-2563	วัน-เวลา			2562	2561		
- Internal Survey เพื่อตามรอยคุณภาพ หน้างาน		หน่วยงานที่ได้รับการเยี่ยม	จำนวนหน่วยงาน ที่ได้รับการเยี่ยม	ร้อยละ 100	100	<p>จำนวนหน่วยงานที่ได้รับการเยี่ยม ร้อยละ 100</p> <p>ทบทวน SAR โรงพยาบาลร่วมกับหน่วยคุณภาพ และทีมคณะกรรมการ เขียน SAR โรงพยาบาล ส่งสรพ 31 มีนาคม 2562 เพื่อขอรับ AHA</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดทำแผน Internal survey โรงพยาบาลร่วมกับหน่วยคุณภาพ - จัดทำแผน Internal survey ฝ่ายบริการพยาบาล เตรียมทีม Internal Survey 22 มีนาคม 2562 - เตรียมข้อมูลที่จำเป็น Upload บน Intranet ฝ่ายบริการพยาบาลเพื่อให้ ผู้บริหารฝ่ายได้ศึกษาก่อนลงเยี่ยมหน้างานเพื่อเตรียมรับ AHA ในครั้ง ต่อไป เช่น <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Risk Profile/Risk register ระดับหน่วยงาน <input type="checkbox"/> Service Profile <input type="checkbox"/> File นำเสนอใน GAP 2 วันที่ 28 กพ-1 มีนาคม 2562 <input type="checkbox"/> รายงานผลการเยี่ยม GAP 2 <input type="checkbox"/> ตาราง Internal survey <input type="checkbox"/> ประเด็นคำถามจากบอร์ด <input type="checkbox"/> หนังสือ 2 P Safety และบัญชีความเสี่ยงในระบบ NRLS <input type="checkbox"/> มาตรฐาน HA ฉบับที่ 4 ปรับปรุง มกราคม 2562 <input type="checkbox"/> SAR, Hospital Profile ฉบับส่งสรพ. <input type="checkbox"/> SPA2019PART I <p>- จัดทำแผน Internal survey ร่วมกับหน่วยคุณภาพโรงพยาบาล 18 เมษายน 2562 และ 21 พฤษภาคม 2562</p> <p>- ลงเยี่ยม Internal survey ระดับฝ่ายบริการพยาบาล หลังจากส่ง SAR 19 เม.ย. 2562 -3 พ.ค. 2562 Internal Survey</p>	ฝ่ายบริการ พยาบาล และ ทีม Internal Survey

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมายปี	ผลการ	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2561- กันยายน 2562	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			งปม. 2562	ดำเนินการ 2561		
						<p>-สรุปผล Internal Survey และ สื่อสารหน่วยงานเพื่อ Update แผนพัฒนา สรุประยะต้น/แผนที่จะทำต่อดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ให้แต่ละหอผู้ป่วย Update Risk Profile 2) ให้มีการ grouping Specific risk ในแต่ละ CLT / หอผู้ป่วย (มอบหมายผู้ตรวจการพยาบาลที่เกี่ยวข้องทำร่วมกับ CLT) 3) ทีมพัฒนาคุณภาพบริการและทีม HR จัดทำร่าง risk profile Risk Register ขององค์กรพยาบาล ที่ครอบคลุม 2P Safety ที่สำคัญสอดคล้องกับโรงพยาบาล 4) ทีมผู้ตรวจการ หัวหน้าหอผู้ป่วย หน่วยงาน ทบทวน Specific Competency ที่สอดคล้องกับ specific risk และการวัด competency ของพยาบาลร่วมกับ HR 5) การเปิดบันทึกทางการแพทย์ในระบบ HIS ต้องเปิดให้คล่อง ตาม กระบวนการพยาบาล (ต้องมีการฝึกซ้อม) 6) การนำเสนอผลการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคที่สำคัญให้ครอบคลุมบริบท เรื่องโรค outcome สุดท้ายของ CLT 	

หมายเหตุ	
ตรวจเยี่ยม HA Reaccreditation 5th	17-19 กรกฎาคม 2560
GAP assessment for AHA 1st	7 กันยายน 2561
GAP assessment for AHA 2 nd	28 กุมภาพันธ์ - 1 มีนาคม 2562
Trace RM	7-8 พฤษภาคม 2562
In formal AHA 1st	18-19 กรกฎาคม 2562

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมายปี งปม.	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2561- กันยายน 2562	ผู้รับผิดชอบ
ปี งปม.2562-2563	วัน-เวลา			2562	2561		
	In formal AHA 2 nd		15-16 สิงหาคม 2562				
	In formal AHA 3 rd		3-4 ตุลาคม 2562				
	คาดการณ์รับ AHA		24-26 ธันวาคม 2562				

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2562	ผลการ ดำเนินการ 2561	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2561- กันยายน 2562		ผู้รับผิดชอบ																																																																																																														
ปี งบประมาณ 2562-2563	วัน-เวลา					ตุลาคม - ธันวาคม 2561	มกราคม-กันยายน 2562																																																																																																															
12.5 ฝ้าระวังความเสี่ยง ด้าน Identification	ต.ค.61-ก.ย. 62	อุบัติการณ์ระดับ E-I	จำนวนอุบัติการณ์ E-I	จำนวน อุบัติการณ์ E-I = 0	1	<p>ปี 2562 อุบัติการณ์ระดับ E- I = 1 (ระดับ E) เรื่องให้ยาผิดคน สาเหตุจากพยาบาลใหม่ไปให้ยาไม่สอบถามชื่อ สกุลก่อนให้ยา นำการ์ดยาไปแต่ไม่ได้นำรถออกมาไปที่เตียงผู้ป่วย และไม่เฝ้าระวังผู้ป่วยที่ผิดคน ใส่ N-G อยู่ แต่ไปให้ยาทาง oral</p> <p>ตารางแสดงอุบัติการณ์ต้นเหตุเกิดจากฝ่ายบริการฯแต่ละประเภทและระดับอุบัติการณ์ของ Identification ปี 2562</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ประเภทอุบัติการณ์ ต้นเหตุเกิดจากฝ่ายบริการฯ</th> <th colspan="6">ปี2562</th> <th rowspan="2">รวม</th> </tr> <tr> <th>A</th> <th>B</th> <th>C</th> <th>D</th> <th>E</th> <th>F</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>D0804 ให้ยาผิดคน (A 01)</td> <td></td> <td>2</td> <td>5</td> <td>11</td> <td>1</td> <td></td> <td>19</td> </tr> <tr> <td>A02 ระบุตัวผิดในการให้เลือด (E 03)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>A03 ระบุตัวผิดในการเก็บส่งตรวจ</td> <td></td> <td>9</td> <td>27</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>36</td> </tr> <tr> <td>A04 ระบุตัวทารกแรกเกิดผิด</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>A05 ระบุข้อมูลผิดในการทำหัตถการ/ ผ่าตัด/ตรวจพิเศษ</td> <td>1</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>A06 ระบุตัวผิดการให้สารน้ำ(D0808)</td> <td></td> <td></td> <td>1</td> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>A07 อื่นๆ</td> <td></td> <td>12</td> <td>12</td> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td>25</td> </tr> <tr> <td>A08 การลงข้อมูลผิดพลาด (Document error) (ข้อมูลเฉพาะไตรมาสที่ 4)</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>9</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>A09 ระบุตัวผิดในการให้นม/อาหาร (ข้อมูลเฉพาะไตรมาสที่ 4)</td> <td></td> <td></td> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>A10 ส่งเอกสารให้ผิดคน (ข้อมูลเฉพาะไตรมาสที่ 4)</td> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>B04 ถ่าย-ส่งภาพเอกซเรย์ผิดคน</td> <td></td> <td></td> <td>1</td> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>รวม</td> <td>2</td> <td>32</td> <td>63</td> <td>15</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>113</td> </tr> </tbody> </table> <p>อุบัติการณ์มากที่สุดเรื่องการระบุตัวผิดในการเก็บส่งตรวจ 36 ครั้ง รองลงมาคือ A07 อื่นๆ 25 ครั้ง (ในไตรมาส 1-3 A08 A09 A10 อยู่รวมกับ A07 ส่วนไตรมาสที่ 4 A08 A09 A10 แยกออกไปแล้ว) ให้ยาผิดคน 19 ครั้ง การลงข้อมูลผิดพลาด 15 ครั้ง ระบุตัวผิดในการทำหัตถการ 10 ครั้ง ระบุตัวผิดการให้สารน้ำ 2 ครั้ง ถ่ายและส่งภาพเอกซเรย์ผิดคน 2 ครั้ง ระบุตัวผิดในการให้นม/อาหาร 1 ครั้ง</p> <p><u>สาเหตุการระบุตัวผิดในการเก็บส่งตรวจ</u></p>		ประเภทอุบัติการณ์ ต้นเหตุเกิดจากฝ่ายบริการฯ	ปี2562						รวม	A	B	C	D	E	F	D0804 ให้ยาผิดคน (A 01)		2	5	11	1		19	A02 ระบุตัวผิดในการให้เลือด (E 03)							0	A03 ระบุตัวผิดในการเก็บส่งตรวจ		9	27				36	A04 ระบุตัวทารกแรกเกิดผิด							0	A05 ระบุข้อมูลผิดในการทำหัตถการ/ ผ่าตัด/ตรวจพิเศษ	1	3	5	1			10	A06 ระบุตัวผิดการให้สารน้ำ(D0808)			1	1			2	A07 อื่นๆ		12	12	1			25	A08 การลงข้อมูลผิดพลาด (Document error) (ข้อมูลเฉพาะไตรมาสที่ 4)	1	5	9				15	A09 ระบุตัวผิดในการให้นม/อาหาร (ข้อมูลเฉพาะไตรมาสที่ 4)			1				1	A10 ส่งเอกสารให้ผิดคน (ข้อมูลเฉพาะไตรมาสที่ 4)		1	2				3	B04 ถ่าย-ส่งภาพเอกซเรย์ผิดคน			1	1			2	รวม	2	32	63	15	1	0	113	คุณพรทิภา และทีม
ประเภทอุบัติการณ์ ต้นเหตุเกิดจากฝ่ายบริการฯ	ปี2562						รวม																																																																																																															
	A	B	C	D	E	F																																																																																																																
D0804 ให้ยาผิดคน (A 01)		2	5	11	1		19																																																																																																															
A02 ระบุตัวผิดในการให้เลือด (E 03)							0																																																																																																															
A03 ระบุตัวผิดในการเก็บส่งตรวจ		9	27				36																																																																																																															
A04 ระบุตัวทารกแรกเกิดผิด							0																																																																																																															
A05 ระบุข้อมูลผิดในการทำหัตถการ/ ผ่าตัด/ตรวจพิเศษ	1	3	5	1			10																																																																																																															
A06 ระบุตัวผิดการให้สารน้ำ(D0808)			1	1			2																																																																																																															
A07 อื่นๆ		12	12	1			25																																																																																																															
A08 การลงข้อมูลผิดพลาด (Document error) (ข้อมูลเฉพาะไตรมาสที่ 4)	1	5	9				15																																																																																																															
A09 ระบุตัวผิดในการให้นม/อาหาร (ข้อมูลเฉพาะไตรมาสที่ 4)			1				1																																																																																																															
A10 ส่งเอกสารให้ผิดคน (ข้อมูลเฉพาะไตรมาสที่ 4)		1	2				3																																																																																																															
B04 ถ่าย-ส่งภาพเอกซเรย์ผิดคน			1	1			2																																																																																																															
รวม	2	32	63	15	1	0	113																																																																																																															

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2562	ผลการ ดำเนินการ 2561	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2561- กันยายน 2562		ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ 2562-2563	วัน-เวลา					ตุลาคม - ธันวาคม 2561	มกราคม-กันยายน 2562	
						<ul style="list-style-type: none"> - ไม่ตรวจสอบชื่อสกุลก่อนติด label ที่ tube โดยเฉพาะมีเจาะ G/M 1 ครั้งติด label ผิดคนไม่ตรวจสอบชื่อ สกุล ที่ label กับชื่อสกุลผู้ป่วย และการตรวจสอบระหว่าง 2 คน ไม่จริงจังไม่ใช่หลัก verbal identity - ไม่ตรวจสอบชื่อ สกุล HN ผู้ป่วยในจอคอมกับ label ชื่อ ที่ tube ก่อน patch lab - ไม่ติด label ที่ภาษาขณะก่อนเก็บส่งตรวจ - ไม่ทำตาม one owner process โดยเฉพาะเจาะ G/M 1 ครั้งที่มีอีกคนเจาะอีกคนติด label - ใช้หมายเลขห้อง/หมายเลขเตียงแทน <p><u>สาเหตุการระบุตัวผิดในการให้ยา</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่สอบถามชื่อ สกุลผู้ป่วยก่อนให้ยาที่เตียง/ห้องผู้ป่วย - ไม่ตรวจสอบการรศยาและชนิดยาก่อนให้ผู้ป่วย - ให้ยาผู้ป่วยไม่นำการรศยาไป - ระบุหมายเลขห้องแทนชื่อสกุลของผู้ป่วย - การไม่เริ่มทำกระบวนการ one process owner เมื่อมีการช่วยเหลืองานกัน - การแจ้งด้วยวาจาเพื่อให้คนอื่นไปให้ยาผิดผู้ป่วย ไม่พิมพ์การรศยา - สอบถามผู้ป่วยเรื่องเคพ่นยาหรือไม่โดยไม่สอบถามชื่อ สกุลผู้ป่วย <p><u>สาเหตุระบุตัวผิดในการทำหัตถการ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ถอนน้ำชื่อผู้ป่วย - ใช้ชื่อเตียง ชื่อห้อง ในการระบุตัว - หยอดยาผิดข้างจากการไม่ตรวจสอบการรศยา ผป. ผ่าตาขวา มา แพทย์ให้หยอดยาอีกข้าง เพื่อดูม่านตา ผู้หยอดเข้าใจว่าต้องหยอดยาข้างที่ผ่าตัดมา - แพทย์สื่อสารด้วยวาจาในการส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด (ผ่าตัดฉุกเฉิน) ไม่ตรวจสอบซ้ำ <p><u>สาเหตุระบุตัวผิดการให้สารน้ำ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่ได้ตรวจสอบการรศสารละลายที่พิมพ์ออกมาจากคอมฯ กับฉลากสารละลายที่เภสัชเตรียมมา และไปติดฉลากยาคนละด้านกับสลากที่เภสัชติดมา และก่อนต่อสารละลาย ให้กับผู้ป่วยไม่สอบถามชื่อสกุลของผู้ป่วยกับฉลากสารละลายที่เภสัชเตรียมมา ทำด้วยความเร่งรีบ 		

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2562	ผลการ ดำเนินการ 2561	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2561- กันยายน 2562		ผู้รับผิดชอบ																																																																																																																														
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา					ตุลาคม - ธันวาคม 2561	มกราคม-กันยายน 2562																																																																																																																															
						<p>-เป็นสารละลายที่ห่อผู้ป่วยเตรียมไปห้องผ่าตัดแต่ไม่ได้ถูกใช้ ไม่มีการดึงฉลากชื่อผู้ป่วยเดิมออก เมื่อห้องพักฟื้นต้องการใช้สารละลายกับรายใหม่(ใช้สารละลายชนิดเดียวกัน) ไม่ได้ดูว่าเป็นชื่อผป.เก่าที่ติดไว้ เมื่อถึงห่อผู้ป่วยจึงตรวจสอบพบว่าชื่อผิดคน</p> <p><u>สาเหตุถ่ายและส่งภาพเอกซเรย์ผิดคน</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - เกิดจากเจ้าหน้าที่เอกซเรย์ไม่ตรวจสอบชื่อสกุล HNของผู้ป่วย ก่อน และเจ้าหน้าที่ของ ward ก็ไม่ได้ไปดูตอนจนท.เอกซเรย์มาทำ <p><u>สาเหตุการให้นม /อาหารผิด</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -ไม่ตรวจสอบ label ชื่อ สกุลที่ syring ใส่นม ก่อนให้นมทารก อ่านไม่ครบทุกตัวเห็นว่ามีชื่อแฝดก็ให้เลย <p><u>สาเหตุ A07 A08 A09 A10</u> รายละเอียดดูในแต่ละไตรมาสเช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> -ไม่สอบถามชื่อ สกุลซ้ำกับผู้ป่วย / ถามชื่อ สกุลนำก่อน/เรียกเฉพาะชื่ออย่างเดียว - ไม่ใช่หลัก verbal identity confirmation <p>ตารางแสดงอุบัติการณ์การ Identification ระดับ C – I ปี 57 – 62</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ไตรมาส/ปี</th> <th>C</th> <th>D</th> <th>E</th> <th>F</th> <th>G</th> <th>H</th> <th>I</th> <th>รวม</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1/2557</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>2/2557</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3/2557</td> <td>5</td> <td>4</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>4/2557</td> <td>12</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>13</td> </tr> <tr> <td>1/2558</td> <td>4</td> <td>9</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td>2/2558</td> <td>2</td> <td>6</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>3/2558</td> <td>7</td> <td>2</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>4/2558</td> <td>4</td> <td>8</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>13</td> </tr> <tr> <td>1/2559</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>2/2559</td> <td>9</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>3/2559</td> <td>7</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>4/2559</td> <td>12</td> <td>7</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>1/2560</td> <td>10</td> <td>5</td> <td>2</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>17</td> </tr> </tbody> </table>		ไตรมาส/ปี	C	D	E	F	G	H	I	รวม	1/2557	2	4	0	0	0	0	0	6	2/2557	1	4	0	0	0	0	0	5	3/2557	5	4	1	0	0	0	0	10	4/2557	12	1	0	0	0	0	0	13	1/2558	4	9	1	0	0	0	0	14	2/2558	2	6	0	0	0	0	0	8	3/2558	7	2	0	0	0	0	0	9	4/2558	4	8	1	0	0	0	0	13	1/2559	2	4	0	0	0	0	0	6	2/2559	9	1	1	0	0	0	0	11	3/2559	7	1	0	0	0	0	0	8	4/2559	12	7	0	1	0	0	0	20	1/2560	10	5	2	0	0	0	0	17	
ไตรมาส/ปี	C	D	E	F	G	H	I	รวม																																																																																																																														
1/2557	2	4	0	0	0	0	0	6																																																																																																																														
2/2557	1	4	0	0	0	0	0	5																																																																																																																														
3/2557	5	4	1	0	0	0	0	10																																																																																																																														
4/2557	12	1	0	0	0	0	0	13																																																																																																																														
1/2558	4	9	1	0	0	0	0	14																																																																																																																														
2/2558	2	6	0	0	0	0	0	8																																																																																																																														
3/2558	7	2	0	0	0	0	0	9																																																																																																																														
4/2558	4	8	1	0	0	0	0	13																																																																																																																														
1/2559	2	4	0	0	0	0	0	6																																																																																																																														
2/2559	9	1	1	0	0	0	0	11																																																																																																																														
3/2559	7	1	0	0	0	0	0	8																																																																																																																														
4/2559	12	7	0	1	0	0	0	20																																																																																																																														
1/2560	10	5	2	0	0	0	0	17																																																																																																																														

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2562	ผลการ ดำเนินการ 2561	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2561- กันยายน 2562										ผู้รับผิดชอบ																																																																																																																																																
ปี งบประมาณ 2562-2563	วัน-เวลา					ตุลาคม - ธันวาคม 2561					มกราคม-กันยายน 2562																																																																																																																																																					
						2/2560	6	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11																																																																																																																																													
						3/2560	6	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10																																																																																																																																													
						4/2560	13	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19																																																																																																																																													
						1/2561	6	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14																																																																																																																																													
						2/2561	11	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13																																																																																																																																													
						3/2561	4	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	9																																																																																																																																													
						4/2561	8	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	21																																																																																																																																													
						1/2562	16	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	24																																																																																																																																													
						2/2562	18	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19																																																																																																																																													
						3/2562	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8																																																																																																																																													
						4/2562	22	6	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	29																																																																																																																																													
						<p>ตารางแสดงอุบัติการณ์ต้นเหตุเกิดจากฝ่ายบริการฯแต่ละประเภทและระดับอุบัติการณ์ของ Identification เปรียบเทียบไตรมาส 1 ปี 2561 – 2562</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="3">ประเภทอุบัติการณ์ ต้นเหตุเกิดจากฝ่ายบริการฯ</th> <th colspan="12">ระดับอุบัติการณ์</th> </tr> <tr> <th colspan="6">ไตรมาส 1/2561</th> <th colspan="6">ไตรมาส 1/2562</th> </tr> <tr> <th>A</th> <th>B</th> <th>C</th> <th>D</th> <th>E</th> <th>รวม</th> <th>A</th> <th>B</th> <th>C</th> <th>D</th> <th>E</th> <th>รวม</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>D0804 ให้อาผิตคน (A 01)</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>8</td> <td>0</td> <td>10</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>7</td> <td>0</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>A02 ระบุตัวผิดในการให้เลือด (E 03)</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>A03 ระบุตัวผิดในการเก็บส่งส่งตรวจ</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>3</td> <td>11</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td>A04 ระบุตัวทารกแรกเกิดผิด</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>A05 ระบุข้อมูลผิดในการทำหัตถการ</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>3</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>A06 ระบุตัวผิดการให้สารน้ำ (D0808)</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>A07 อื่นๆ</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>4</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>4</td> <td>0</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>B04 ถ่าย-ส่งภาพเอกซเรย์ผิตคน</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>													ประเภทอุบัติการณ์ ต้นเหตุเกิดจากฝ่ายบริการฯ	ระดับอุบัติการณ์												ไตรมาส 1/2561						ไตรมาส 1/2562						A	B	C	D	E	รวม	A	B	C	D	E	รวม	D0804 ให้อาผิตคน (A 01)	0	1	1	8	0	10	0	0	1	7	0	8	A02 ระบุตัวผิดในการให้เลือด (E 03)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	A03 ระบุตัวผิดในการเก็บส่งส่งตรวจ	0	1	0	0	0	1	0	3	11	0	0	14	A04 ระบุตัวทารกแรกเกิดผิด	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	A05 ระบุข้อมูลผิดในการทำหัตถการ	0	1	1	0	0	2	1	3	0	0	0	4	A06 ระบุตัวผิดการให้สารน้ำ (D0808)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	A07 อื่นๆ	0	0	4	0	0	4	0	3	3	0	0	6	B04 ถ่าย-ส่งภาพเอกซเรย์ผิตคน	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
ประเภทอุบัติการณ์ ต้นเหตุเกิดจากฝ่ายบริการฯ	ระดับอุบัติการณ์																																																																																																																																																															
	ไตรมาส 1/2561						ไตรมาส 1/2562																																																																																																																																																									
	A	B	C	D	E	รวม	A	B	C	D	E	รวม																																																																																																																																																				
D0804 ให้อาผิตคน (A 01)	0	1	1	8	0	10	0	0	1	7	0	8																																																																																																																																																				
A02 ระบุตัวผิดในการให้เลือด (E 03)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																																																																																																																																																				
A03 ระบุตัวผิดในการเก็บส่งส่งตรวจ	0	1	0	0	0	1	0	3	11	0	0	14																																																																																																																																																				
A04 ระบุตัวทารกแรกเกิดผิด	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																																																																																																																																																				
A05 ระบุข้อมูลผิดในการทำหัตถการ	0	1	1	0	0	2	1	3	0	0	0	4																																																																																																																																																				
A06 ระบุตัวผิดการให้สารน้ำ (D0808)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1																																																																																																																																																				
A07 อื่นๆ	0	0	4	0	0	4	0	3	3	0	0	6																																																																																																																																																				
B04 ถ่าย-ส่งภาพเอกซเรย์ผิตคน	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1																																																																																																																																																				

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2562	ผลการ ดำเนินการ 2561	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2561- กันยายน 2562		ผู้รับผิดชอบ												
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา					ตุลาคม - ธันวาคม 2561	มกราคม-กันยายน 2562													
						<table border="1"> <tr> <td>รวม</td> <td>0</td> <td>3</td> <td>6</td> <td>8</td> <td>0</td> <td>17</td> <td>1</td> <td>9</td> <td>16</td> <td>8</td> <td>0</td> <td>34</td> </tr> </table>	รวม	0	3	6	8	0	17	1	9	16	8	0	34	
รวม	0	3	6	8	0	17	1	9	16	8	0	34								
						<p>ไตรมาส 1 อุบัติการณ์มากที่สุดเรื่องการระบุตัวผิดในการเก็บสิ่งส่งตรวจ(หอผู้ป่วยที่เกิดมากกว่า 1 ครั้งมีดังนี้ MICU= 4 ครั้ง ,SICU = 4 ครั้ง ,อ.ช 2 =3 ครั้ง ,ห้องฉุกเฉิน = 3 ครั้ง,พิเศษนรีเวช = 2 ครั้ง,ฉ.บ.10 = 2 ครั้ง,ห้องคลอด = 2 ครั้ง) รองลงมาคือให้ยา (หอผู้ป่วยที่เกิดมากกว่า 1 ครั้งมีดังนี้ฉ.บ.8 =2 ครั้ง, ศ.ญ =2 ครั้ง,,อ.ญ. 2 ครั้ง)</p> <p>การวิเคราะห์สาเหตุ</p> <p>การระบุตัวผิดในการเก็บสิ่งส่งตรวจสาเหตุจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> •เตรียม tube lab ผิดคนจากไม่ตรวจสอบชื่อสกุลก่อนติด label ที่ tube •ไม่ตรวจสอบชื่อ สกุล HN ผู้ป่วยในจอคอมกับ label ชื่อ ที่ tube ก่อน patch lab •ไม่สอบถามชื่อ สกุลผู้ป่วยก่อนเจาะเลือด •ไม่ตรวจสอบ label ชื่อ สกุล HN ที่ tube หรือภาชนะเก็บสิ่งส่งตรวจ •ไม่ติด label ที่ tube ก่อนเก็บสิ่งส่งตรวจ / หยิบ label มาผิดคน • patch lab ไว้ก่อนที่จะเจาะเลือด/ไม่มีการตรวจสอบซ้ำหลังการเจาะเลือด •แจ้งเป็นหมายเลขเตียงผิด จนท.ไม่ตรวจสอบซ้ำก่อนติด label <p>ให้ยาผิดคนสาเหตุจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> •ไม่ตรวจสอบชื่อ สกุลผู้ป่วยก่อนให้ยา •ให้ยาผู้ป่วยไม่นำการ์ดยาไป •ระบุหมายเลขห้องแทนชื่อสกุลของผู้ป่วย •เตรียมยาไปพร้อมกันมากกว่า 1 คนในครั้งเดียวกัน •ไม่สอบถามชื่อ สกุลผู้ป่วยก่อนให้ยาที่เตียงผู้ห้องผู้ป่วย 														

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2562	ผลการ ดำเนินการ 2561	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2561- กันยายน 2562		ผู้รับผิดชอบ																																																																																																																																																										
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา					ตุลาคม - ธันวาคม 2561	มกราคม-กันยายน 2562																																																																																																																																																											
						<p>ตารางแสดงอุบัติการณ์ต้นเหตุเกิดจากฝ่ายบริการฯแต่ละประเภทและระดับอุบัติการณ์ของ Identification เปรียบเทียบไตรมาส 2 ปี 2561 – 2562</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="3">ประเภทอุบัติการณ์ ต้นเหตุเกิดจากฝ่ายบริการฯ</th> <th colspan="12">ระดับอุบัติการณ์</th> </tr> <tr> <th colspan="6">ไตรมาส 2 /2561</th> <th colspan="6">ไตรมาส 2 /2562</th> </tr> <tr> <th>A</th><th>B</th><th>C</th><th>D</th><th>E</th><th>รวม</th> <th>A</th><th>B</th><th>C</th><th>D</th><th>E</th><th>รวม</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>D0804 ให้อาผิตคน (A 01)</td> <td>0</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>0</td><td>3</td> <td>0</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>1</td> </tr> <tr> <td>A02 ระบุตัวผิดในการให้เลือด (E 03)</td> <td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> <td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> </tr> <tr> <td>A03 ระบุตัวผิดในการเก็บส่งส่งตรวจ</td> <td>0</td><td>1</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>2</td> <td>0</td><td>4</td><td>8</td><td>0</td><td>0</td><td>12</td> </tr> <tr> <td>A04 ระบุตัวทารกแรกเกิดผิด</td> <td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> <td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> </tr> <tr> <td>A05 ระบุข้อมูลผิดในการทำหัตถการ</td> <td>0</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>1</td> <td>0</td><td>0</td><td>2</td><td>1</td><td>0</td><td>3</td> </tr> <tr> <td>A06 ระบุตัวผิดการให้สารน้ำ (D0808)</td> <td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> <td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> </tr> <tr> <td>A07 อื่นๆ</td> <td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>0</td><td>12</td> <td>0</td><td>8</td><td>7</td><td>1</td><td>0</td><td>16</td> </tr> <tr> <td>B04 ถ่าย-ส่งภาพเอกซเรย์ผิดคน</td> <td>0</td><td>0</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>1</td> <td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> </tr> <tr> <td>รวม</td> <td>1</td><td>5</td><td>1</td><td>2</td><td>0</td><td>19</td> <td>0</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>0</td><td>32</td> </tr> </tbody> </table>		ประเภทอุบัติการณ์ ต้นเหตุเกิดจากฝ่ายบริการฯ	ระดับอุบัติการณ์												ไตรมาส 2 /2561						ไตรมาส 2 /2562						A	B	C	D	E	รวม	A	B	C	D	E	รวม	D0804 ให้อาผิตคน (A 01)	0	1	1	1	0	3	0	1	0	0	0	1	A02 ระบุตัวผิดในการให้เลือด (E 03)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	A03 ระบุตัวผิดในการเก็บส่งส่งตรวจ	0	1	1	0	0	2	0	4	8	0	0	12	A04 ระบุตัวทารกแรกเกิดผิด	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	A05 ระบุข้อมูลผิดในการทำหัตถการ	0	1	0	0	0	1	0	0	2	1	0	3	A06 ระบุตัวผิดการให้สารน้ำ (D0808)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	A07 อื่นๆ	1	2	8	1	0	12	0	8	7	1	0	16	B04 ถ่าย-ส่งภาพเอกซเรย์ผิดคน	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	รวม	1	5	1	2	0	19	0	1	1	2	0	32	
ประเภทอุบัติการณ์ ต้นเหตุเกิดจากฝ่ายบริการฯ	ระดับอุบัติการณ์																																																																																																																																																																	
	ไตรมาส 2 /2561						ไตรมาส 2 /2562																																																																																																																																																											
	A	B	C	D	E	รวม	A	B	C	D	E	รวม																																																																																																																																																						
D0804 ให้อาผิตคน (A 01)	0	1	1	1	0	3	0	1	0	0	0	1																																																																																																																																																						
A02 ระบุตัวผิดในการให้เลือด (E 03)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																																																																																																																																																						
A03 ระบุตัวผิดในการเก็บส่งส่งตรวจ	0	1	1	0	0	2	0	4	8	0	0	12																																																																																																																																																						
A04 ระบุตัวทารกแรกเกิดผิด	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																																																																																																																																																						
A05 ระบุข้อมูลผิดในการทำหัตถการ	0	1	0	0	0	1	0	0	2	1	0	3																																																																																																																																																						
A06 ระบุตัวผิดการให้สารน้ำ (D0808)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																																																																																																																																																						
A07 อื่นๆ	1	2	8	1	0	12	0	8	7	1	0	16																																																																																																																																																						
B04 ถ่าย-ส่งภาพเอกซเรย์ผิดคน	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0																																																																																																																																																						
รวม	1	5	1	2	0	19	0	1	1	2	0	32																																																																																																																																																						
						<p>ไตรมาสที่ 2 อุบัติการณ์มากที่สุดคงเป็นเรื่องการระบุตัวผิดในการเก็บส่งตรวจจำนวน 12 ราย รองลงมาคือระบุข้อมูลผิดในการทำหัตถการ 3 ราย ส่วนระบุตัวผิดเรื่องการให้ยาลดลงมากที่สุด 1 ราย (ระดับ B)</p> <p>วิเคราะห์สาเหตุ</p> <p>ระบุตัวผิดในการเก็บส่งตรวจสาเหตุจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> -เตรียม tube lab ผิดคนจากไม่ตรวจสอบชื่อสกุลก่อนติด label ที่ tube /ตรวจสอบไม่ครบทุก tube และ/ เจาะเลือดไม่ตรวจสอบชื่อ สกุลที่ tube กับชื่อสกุลผู้ป่วย (7 ครั้ง) -ไม่ตรวจสอบชื่อ สกุล HN ผู้ป่วยในจอคอมกับ label ชื่อ ที่ tube ก่อน patch lab (6 ครั้ง) -ไม่ใช้หลัก one process owner (1ครั้ง) <p>ระบุข้อมูลผิดในการทำหัตถการสาเหตุจาก</p>																																																																																																																																																												

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2562	ผลการ ดำเนินการ 2561	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2561- กันยายน 2562		ผู้รับผิดชอบ																																																																																																					
ปี งบประมาณ 2562-2563	วัน-เวลา					ตุลาคม - ธันวาคม 2561	มกราคม-กันยายน 2562																																																																																																						
						<ul style="list-style-type: none"> - การ feed BD ทั้ง 3 รายโดยผู้ปฏิบัติงานพยาบาล ไม่ได้ตรวจสอบชื่อสกุลของผู้ป่วยที่ขวด BD ก่อน feed ระบุผิดอื่นๆ (A07) - เรียกชื่อเข้าตรวจโดยไม่สอบถามชื่อ สกุลซ้ำกับผู้ป่วย / ถามชื่อ สกุลนำก่อน/เรียกเฉพาะชื่อ อย่างเดียว และแพทย์ตรวจโดยไม่สอบถามชื่อ สกุลซ้ำเช่นกัน (6 ครั้ง) - ลงทะเบียน key HN คลาดเคลื่อน จากเลข 3 เป็นเลข 8 และเมื่อให้ตัวผู้ป่วยไม่สอบถามชื่อ สกุลซ้ำ (3 ครั้ง) - ติด label ผิดแฟ้มจากไม่ตรวจสอบชื่อ สกุล ละ HN ซ้ำ (2 ครั้ง) - เขียนคำนำหน้าเพศผิดในทารกแฝดจากตข.เป็นตญ.(1 ครั้ง) - key เวลาคลอดสลับกันในทารกแฝด ใน intervention (1 ครั้ง)จากไม่สอบถามซ้ำ - แพทย์เขียนชื่อสกุลผิดในใบส่งตัว (HN ถูก) (1 ครั้ง) - ส่ง d/c ไปการเงินผิดห้อง (1 ครั้ง) <p>ตารางแสดงอุบัติการณ์ต้นเหตุเกิดจากฝ่ายบริการฯแต่ละประเภทและระดับอุบัติการณ์ของ Identification เปรียบเทียบไตรมาส 3 ปี 2561 – 2562</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="3">ประเภทอุบัติการณ์ ต้นเหตุเกิดจากฝ่าย บริการฯ</th> <th colspan="12">ระดับอุบัติการณ์</th> </tr> <tr> <th colspan="6">ไตรมาส 3 /2561</th> <th colspan="6">ไตรมาส 3 /2562</th> </tr> <tr> <th>A</th><th>B</th><th>C</th><th>D</th><th>E</th><th>F</th> <th>A</th><th>B</th><th>C</th><th>D</th><th>E</th><th>รวม</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>D0804 ให้อาหารผิดคน (A 01)</td> <td></td><td>3</td><td>2</td><td>3</td><td></td><td></td> <td>8</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>0</td> </tr> <tr> <td>A02 ระบุตัวผิดในการให้เลือด (E 03)</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td>1</td><td>1</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>0</td> </tr> <tr> <td>A03 ระบุตัวผิดในการเก็บส่งตรวจ (B01)</td> <td></td><td></td><td>1</td><td></td><td></td><td>1</td> <td></td><td>1</td><td>5</td><td></td><td></td><td>6</td> </tr> <tr> <td>A04 ระบุตัวทารกแรกเกิดผิด</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td>0</td><td>0</td> <td></td><td></td><td>0</td><td></td><td></td><td>0</td> </tr> <tr> <td>A05 ระบุข้อมูลผิดในการทำหัตถการ</td> <td></td><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td>3</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>0</td> </tr> </tbody> </table>	ประเภทอุบัติการณ์ ต้นเหตุเกิดจากฝ่าย บริการฯ	ระดับอุบัติการณ์												ไตรมาส 3 /2561						ไตรมาส 3 /2562						A	B	C	D	E	F	A	B	C	D	E	รวม	D0804 ให้อาหารผิดคน (A 01)		3	2	3			8					0	A02 ระบุตัวผิดในการให้เลือด (E 03)					1	1						0	A03 ระบุตัวผิดในการเก็บส่งตรวจ (B01)			1			1		1	5			6	A04 ระบุตัวทารกแรกเกิดผิด					0	0			0			0	A05 ระบุข้อมูลผิดในการทำหัตถการ		3				3						0	
ประเภทอุบัติการณ์ ต้นเหตุเกิดจากฝ่าย บริการฯ	ระดับอุบัติการณ์																																																																																																												
	ไตรมาส 3 /2561							ไตรมาส 3 /2562																																																																																																					
	A	B	C	D	E	F	A	B	C	D	E	รวม																																																																																																	
D0804 ให้อาหารผิดคน (A 01)		3	2	3			8					0																																																																																																	
A02 ระบุตัวผิดในการให้เลือด (E 03)					1	1						0																																																																																																	
A03 ระบุตัวผิดในการเก็บส่งตรวจ (B01)			1			1		1	5			6																																																																																																	
A04 ระบุตัวทารกแรกเกิดผิด					0	0			0			0																																																																																																	
A05 ระบุข้อมูลผิดในการทำหัตถการ		3				3						0																																																																																																	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2562	ผลการ ดำเนินการ 2561	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2561- กันยายน 2562										ผู้รับผิดชอบ			
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา					ตุลาคม - ธันวาคม 2561					มกราคม-กันยายน 2562								
						A06 ระบุตัวผิดการ ให้สารน้ำ(D0808)						0			1			1	
						A07 อื่นๆ		5	1	1			7		1	2			3
						B04 ถ่าย-ส่งภาพ เอกซเรย์ผิดคน							0						0
						รวม	0	1	4	4	0	1	20	0	2	8	0	0	10
						<p>ไตรมาสที่ 3</p> <p>ปฏิบัติการมากอันดับแรกคงเป็นเรื่องการระบุตัวผิดในการเก็บส่งส่งตรวจจำนวน 6 ราย ระบุตัวผิดการให้สารน้ำ 1 ราย (ระดับ C) A07 อื่นๆ 3 ราย(ระดับB, C 2 ราย)</p> <p><u>วิเคราะห์หาสาเหตุ</u> <u>ระบุตัวผิดในการเก็บส่งส่งตรวจสาเหตุจาก</u></p> <p>-เตรียม tube lab ผิดคนจากไม่ตรวจสอบชื่อสกุลก่อนติด label ที่ tube (4 ครั้ง)</p> <p>-ไม่ใช้หลัก one process owner (1 ครั้ง)</p> <p>-ไม่ตรวจสอบชื่อ สกุล HN ผู้ป่วยในจอคอมกับ label ชื่อ ที่ tube ก่อน patch lab (2 ครั้ง)</p> <p><u>ระบุตัวผิดการให้สารน้ำ</u></p> <p>-เป็นสารน้ำให้ที่ห้องผ่าตัด หอผู้ป่วยตรวจพบตอนกลับหอผู้ป่วยโดยสารน้ำ และป้ายสารน้ำเป็นชื่อผู้ป่วยรายอื่น</p> <p><u>A07 อื่นๆ</u></p> <p>-นำlabel ผิดคนใส่ในแฟ้มนอนรพ.(ระดับB)</p> <p>-ลงทะเบียนตรวจผิดคน (ระดับC)</p> <p>--จากเขียนป้ายข้อมือชื่อผิดเพศ โดยป้ายข้อเท้า ป้ายปลายเตียงถูกต้อง</p> <p>ตารางแสดงปฏิบัติการต้นเหตุเกิดจากฝ่ายบริการฯแต่ละประเภทและระดับปฏิบัติการของ Identification เปรียบเทียบไตรมาส 4 ปี 2561 – 2562</p>													

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2562	ผลการ ดำเนินการ 2561	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2561- กันยายน 2562												ผู้รับผิดชอบ		
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา					ตุลาคม - ธันวาคม 2561	มกราคม-กันยายน 2562													
						ประเภท ปฏิบัติการ	ระดับปฏิบัติการ													
						ต้นเหตุเกิดจาก ฝ่ายบริการฯ	ไตรมาส 4 /2561						ไตรมาส 4 /2562							
							A	B	C	D	E	F	รวม	A	B	C	D	E	รวม	
						D0804 ให้อาหาร คน (A 01)			2	12			14		1	4	4	1	10	
						A02 ระบุตัวผิดใน การให้เลือด (E 03)							0						0	
						A03 ระบุตัวผิดใน การเก็บส่ง ตรวจ			3				3		1	3			4	
						A04 ระบุตัวทารก แรกเกิดผิด		1					1						0	
						A05 ระบุข้อมูล ผิดในการทำ หัตถการ/ผ่าตัด/ ตรวจพิเศษ				1			1			3			3	
						A06 ระบุตัวผิด การให้สารน้ำ (D0808)							0						0	
						A07 อื่นๆ							0						0	
						A08 การลงข้อมูล ผิดพลาด (Document error)	1	4	2				7	1	5	9			15	
						A09 ระบุตัวผิดใน การให้นม/อาหาร							0			1			1	
						A10 ส่งเอกสาร ให้ผิดคน			1				1	1	2				3	
						B04 ถ่าย-ส่ง ภาพเอกซเรย์ผิด คน							0				1		1	
						รวม	1	5	8	13	0	0	27	1	8	22	5	1	37	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2562	ผลการ ดำเนินการ 2561	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2561- กันยายน 2562		ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ 2562-2563	วัน-เวลา					ตุลาคม - ธันวาคม 2561	มกราคม-กันยายน 2562	
						<p>ไตรมาสที่ 4 อุบัติการณ์มากที่สุดคือการลงข้อมูลผิดพลาด (Document Error) = 15 ครั้ง รองลงมาคือการทำยาผิดคน = 10 ครั้ง ส่วนอุบัติเหตุระดับความรุนแรงสูงสุดเป็นระดับ E คือการทำยาผิดคน = 1 ครั้ง</p> <p>วิเคราะห์หาสาเหตุ</p> <p>ให้ยาผิดคน</p> <p>ระดับ E สาเหตุจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> -พยาบาลใหม่ไปให้ยาไม่สอบถามชื่อ สกหลก่อนให้ยา นำการรดยาไปแต่ไม่ได้นำรถคอมพิวเตอร์ที่เตียงผู้ป่วย และไม่เอะเรื่องผู้ป่วยที่ผิดคน ใส่ N-G อยู่ แต่ไปให้ยาทาง oral <p>ระดับ D สาเหตุจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> -การไม่เริ่มทำกระบวนการ one process owner เมื่อมีการช่วยเหลืองานกัน (2 ครั้ง) -การแจ้งด้วยวาจาเพื่อให้คนอื่นไปให้ยาผิดผู้ป่วย ไม่พิมพ์การรดยา (1 ครั้ง) -ไม่สอบถามชื่อ สกหลผู้ป่วยก่อนให้ยา -ไม่ตรวจสอบการรดยาและชนิดยาก่อนให้ผู้ป่วย <p>ระดับ C สาเหตุจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> -พยาบาลใหม่ นำยาไปให้โดยไม่ได้นำการรดยาไปและไม่สอบถามชื่อ สกหลก่อนให้ยา (1 ครั้ง) -ไม่สอบถามชื่อสกหลก่อนให้ยา (2 ครั้ง) -สอบถามผู้ป่วยเรื่องเคพ่นยาหรือไม่โดยไม่สอบถามชื่อ สกหลผู้ป่วย (1 ครั้ง) <p>ระดับ B สาเหตุจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> -ไม่สอบถามชื่อ สกหลก่อนให้ยา(เป็นยาของห้องติดกัน) <p>ระบุตัวผิดในการเก็บสิ่งส่งตรวจ</p> <p>ระดับ C สาเหตุจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> -เจาะ G/M ไม่ใช่ one process owner อีกคนเจาะอีกคนติด label และ patch barcode คน patch barcode ก็ไม่ตรวจสอบชื่อ สกหล HN 		

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2562	ผลการ ดำเนินการ 2561	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2561- กันยายน 2562		ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา					ตุลาคม - ธันวาคม 2561	มกราคม-กันยายน 2562	
						<p>-เจาะ G/M ติดlabel ผิดคนไม่ตรวจสอบชื่อ สกูล ที่ label กับชื่อสกูลผู้ป่วย และการตรวจสอบระหว่าง 2 คนไม่จริงจังไม่ใช่หลัก verbal identity</p> <p>-ไม่ตรวจสอบชื่อ สกูล HNตอน patch lab</p> <p>ระดับ B_สาเหตุจาก</p> <p>- ติด label ผิดคนจากไม่ตรวจสอบชื่อ สกูล HN</p> <p>ระบุข้อมูลผิดในการทำหัตถการ /ผ่าตัด/ตรวจพิเศษ</p> <p>ระดับ C_สาเหตุจาก</p> <p>- หยอดยาผิดข้างจากการไม่ตรวจสอบการดยา ผป.ผ่าตัดขาขวา แพทย์ให้หยอดยาอีกข้างเพื่อดูมันตา ผู้หยอดเข้าใจว่าต้องหยอดยาข้างที่ผ่าตัดมา</p> <p>- แพทย์สื่อสารด้วยวาจาในการส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด (ผ่าตัดฉุกเฉิน)</p> <p>- การไม่ตรวจสอบชื่อ สกูล HN ก่อนส่งตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ โดยส่งแฟ้มกับผู้ป่วยคนละคนกัน</p> <p>การลงข้อมูลผิดพลาด (Document Error)</p> <p>ระดับ C_สาเหตุจาก</p> <p>-ตรวจผิด HN ในเด็กแฝดสาม ไม่มีการทวนซ้ำกับญาติ</p> <p>-ลงทะเบียนผิดคน</p> <p>-ใส่ป้ายชื่อมือผิดคน ป้ายเดิมที่ไม่ใช้เป็นของผู้ป่วยกลับบ้านแล้วไม่ได้ทิ้ง ไม่ตรวจสอบก่อนใส่ (ใส่ป้ายชื่อมือผิดคนรวม 2 ครั้ง)</p> <p>-เขียนที่อยู่ในใบยอคลอกผิดคน</p> <p>-ติดlabel ในบัตรนัดผิดคน ลงทะเบียนตามบัตรนัดทำให้ตรวจผิด HN</p> <p>-ข้อมูลในระบบ HIS ที่ Nursery print จากระบบ ของข้อมูลทารกแรกเกิดผิด มีผิดพลาด ดังนี้เพศผิด ชื่อมารดาหรือชื่อสกูลสะกดผิด (3 ครั้ง)</p> <p>ระดับ B_สาเหตุจาก</p> <p>-มีlabel ชื่ออื่นติดในchart ผู้ป่วยตอนเข้าห้องผ่าตัด</p> <p>-ลงจ่ายยาในระบบคอมพิวเตอร์ผิดคน</p> <p>-ลงน้ำหนักผิด</p> <p>-เขียนนามสกูลทารกผิดคนจากไม่ทิ้งใบกรอกรายละเอียดของมารดาหลังจาก D/Cไปแล้ว และตอนกรอกข้อมูลไม่มีการตรวจเช็คทวนซ้ำ</p> <p>ระดับ A_สาเหตุจาก - ติด labelบัตรนัดผิดคน</p> <p>ระบุตัวผิดในการให้นม/อาหาร</p>		

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2562	ผลการ ดำเนินการ 2561	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2561- กันยายน 2562		ผู้รับผิดชอบ											
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา					ตุลาคม - ธันวาคม 2561	มกราคม-กันยายน 2562												
						<p>ระดับ C เกิดจากไม่ตรวจสอบ label ชื่อ สกูลที่ syring ใส่นม ก่อนให้นมทารก อ่านไม่ครบทุกตัวเห็นว่าไม่มีชื่อแปดก็ให้เลย</p> <p>ส่งเอกสารให้ผิดคน</p> <p>ระดับ C เกิดจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้บัตรนัดผิดคน ผป.เอาบัตรนัดไปรับยาปรับยาผิดคนด้วย - ส่งเวรผป.กับ ward แต่ส่งผป.ไปอีกคนจากผป.ย้ายออกจาก ICU พร้อมกัน 4 เติยง ไม่ตรวจสอบก่อนส่ง <p>ถ่าย-ส่งภาพเอกซเรย์ผิดคน</p> <p>ระดับ D เกิดจากเจ้าหน้าที่เอกซเรย์ไม่ตรวจสอบชื่อสกูล HNของผู้ป่วย ก่อน และเจ้าหน้าที่ของ ward ก็ไม่ได้ไปดูตอนจนท.เอกซเรย์มาทำ พ.คูฟิล์มจึงรู้งี้ยังไม่ทำ แต่อีกเตยมี CXR 2 ครั้ง เติยงที่รื้อทำเอกซเรย์ได้ทำซ้ำ</p>													
- QA เรื่องการระบุตัว		หอผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน	ร้อยละของหอผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน (ร้อยละ 80)	ร้อยละ 100	NA	<p>ร้อยละของหอผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การประเมินครั้งที่ 1 = ร้อยละ 93</p> <p>ครั้งที่ 2 = ร้อยละ 97.35</p> <p>ตารางแสดงร้อยละของหอผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การประเมินครั้งที่ 1 (ร้อยละ 80) เรื่องการระบุตัวผู้ป่วย</p> <table border="1" data-bbox="1234 1094 1946 1445"> <thead> <tr> <th>ชื่อ</th> <th>เกณฑ์เชิงกระบวนการ</th> <th>ครั้งที่ 1 (ธ.ค.61)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>มีการระบุตัวผู้ป่วยทุกครั้งก่อนทำหัตถการ / ให้การรักษา / ให้การพยาบาล</td> <td>97.50</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>มีการใช้ตัวบ่งช้อย่างน้อย 2 ตัวในการระบุตัวผู้ป่วย ตัวบ่งชี้ที่ 1 : ชื่อ - สกูล เต็ม ตัวบ่งชี้ที่ 2 : เลขประจำตัวโรงพยาบาล (HN) หรือชื่อมารดา หรือวันเดือนปีเกิด</td> <td>85.00</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>สอบถามชื่อ - สกูลผู้ป่วยใช้คำถามปลายเปิด ไม่ถามชื่อนำ</td> <td>95.00</td> </tr> </tbody> </table>	ชื่อ	เกณฑ์เชิงกระบวนการ	ครั้งที่ 1 (ธ.ค.61)	1	มีการระบุตัวผู้ป่วยทุกครั้งก่อนทำหัตถการ / ให้การรักษา / ให้การพยาบาล	97.50	2	มีการใช้ตัวบ่งช้อย่างน้อย 2 ตัวในการระบุตัวผู้ป่วย ตัวบ่งชี้ที่ 1 : ชื่อ - สกูล เต็ม ตัวบ่งชี้ที่ 2 : เลขประจำตัวโรงพยาบาล (HN) หรือชื่อมารดา หรือวันเดือนปีเกิด	85.00	3	สอบถามชื่อ - สกูลผู้ป่วยใช้คำถามปลายเปิด ไม่ถามชื่อนำ	95.00	
ชื่อ	เกณฑ์เชิงกระบวนการ	ครั้งที่ 1 (ธ.ค.61)																	
1	มีการระบุตัวผู้ป่วยทุกครั้งก่อนทำหัตถการ / ให้การรักษา / ให้การพยาบาล	97.50																	
2	มีการใช้ตัวบ่งช้อย่างน้อย 2 ตัวในการระบุตัวผู้ป่วย ตัวบ่งชี้ที่ 1 : ชื่อ - สกูล เต็ม ตัวบ่งชี้ที่ 2 : เลขประจำตัวโรงพยาบาล (HN) หรือชื่อมารดา หรือวันเดือนปีเกิด	85.00																	
3	สอบถามชื่อ - สกูลผู้ป่วยใช้คำถามปลายเปิด ไม่ถามชื่อนำ	95.00																	

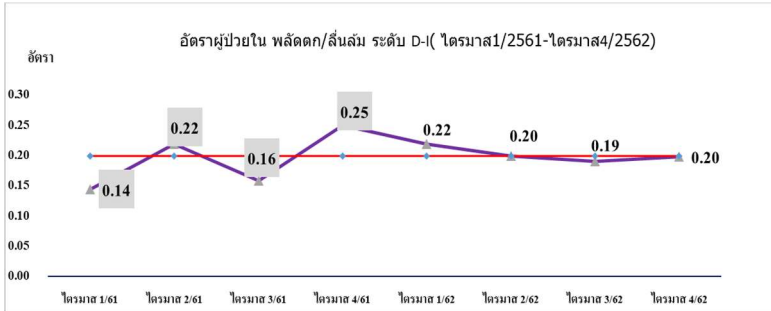
แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2562	ผลการ ดำเนินการ 2561	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2561- กันยายน 2562		ผู้รับผิดชอบ	
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา					ตุลาคม - ธันวาคม 2561	มกราคม-กันยายน 2562		
						4	ไม่มีหมายเลขเตียง/ หมายเลขห้อง / ชื่อ procedure / ชื่อ diagnosis เพียงอย่างเดียว ในการระบุตัวผู้ป่วย	92.50	
						5	ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการระบุตัวผู้ป่วย (กรณีผู้ป่วยรู้สึกตัวดี)	97.50	
						6	ให้ญาติมีส่วนร่วม / ตรวจเช็คกับป้ายข้อมือ/ข้อเท้าของผู้ป่วยทุกครั้ง (กรณีผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้ / ผู้ป่วยเด็ก / ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว / ผู้ป่วยสับสน / ผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่สามารถบ่งชี้ได้ด้วยตัวเอง)	85.00	
						7	ทำกระบวนการหลักคนเดียวทุกขั้นตอน (One Process Owner) ในการบริหารยา เจาะเลือด ให้เลือด ให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ เก็บสิ่งตรวจต่างๆ ฯลฯ	92.50	
						8	มีการทวนซ้ำและตรวจสอบความถูกต้องก่อนใส่ป้ายข้อมือหรือข้อเท้าให้ผู้ป่วย	92.50	
						9	ผู้ป่วยในผูกป้ายข้อมือหรือข้อเท้า ตัวหนังสือไม่เลอะเลือน ข้อมูลในป้ายข้อมือ/ข้อเท้า มีครบถ้วน (มีชื่อ - สกุล HN อายุ หอผู้ป่วย) ชื่อหอผู้ป่วยเป็นปัจจุบัน	97.50	
						10	กรณีมีผู้ป่วยที่มีชื่อซ้ำกัน / คล้ายกัน มีการปฏิบัติในหอผู้ป่วยเช่นแยกทีม / การสื่อสารให้เจ้าหน้าที่ทราบ ฯลฯ	95.00	
						11	ในการ Patch barcode มีการตรวจสอบ (recheck) กับคำสั่งแพทย์ ตรวจสอบชื่อ - สกุล และ HN ผู้ป่วย ทุกครั้ง และทำครั้งละ tube หรือ ครั้งละสิ่งส่งตรวจ	ไม่มีข้อ คำถามใน ครั้งนี้	
						12	วิธีการตรวจทานชื่อ สกุล HN ของผู้ป่วยโดยตรวจทานด้วยวิธีอ่านออกเสียงให้ได้ยินชัด (verbal identity confirmation)	ไม่มีข้อ คำถามใน ครั้งนี้	
							เฉลี่ย	93.00	
						ร้อยละของหอผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ครั้งที่ 2 = ร้อยละ 97.35			
						ตารางแสดงร้อยละของหอผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน (ร้อยละ 80) เรื่องการระบุตัวผู้ป่วยครั้งที่ 2			
						ชื่อ	เกณฑ์เชิงกระบวนการ	ครั้งที่ 2 (ส.ค.62)	หอผู้ป่วยที่ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2562	ผลการ ดำเนินการ 2561	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2561- กันยายน 2562			ผู้รับผิดชอบ	
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา					ตุลาคม - ธันวาคม 2561	มกราคม-กันยายน 2562			
								(ร้อยละ 80)		
						1	มีการระบุตัวผู้ป่วยทุกครั้งก่อนทำหัตถการ / ให้การรักษา / ให้การพยาบาล	100	ไม่มี	
						2	มีการใช้ตัวบ่งชี้อย่างน้อย 2 ตัวในการระบุตัวผู้ป่วย ตัวบ่งชี้ที่ 1 : ชื่อ - สกุล เต็ม ตัวบ่งชี้ที่ 2 : เลขประจำตัวโรงพยาบาล (HN) หรือชื่อมารดา หรือวันเดือนปีเกิด	90.91	ด1,ตา,ลบ10,ลบ9,ศ.ช.2,อ.ช.2	
						3	สอบถามชื่อ - สกุลผู้ป่วยใช้คำถามปลายเปิด ไม่ถามชื่อนำ	100	ไม่มี	
						4	ไม่ใช้หมายเลขเตียง/ หมายเลขห้อง / ชื่อ procedure / ชื่อ diagnosis เพียงอย่างเดียว ในการระบุตัวผู้ป่วย	100	ไม่มี	
						5	ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการระบุตัวผู้ป่วย (กรณีผู้ป่วยรู้สึกตัวดี)	100	ไม่มี	
						6	ให้ญาติมีส่วนร่วม / ตรวจเช็คกับป้ายชื่อมือ/ชื่อเท้าของผู้ป่วยทุกครั้ง (กรณีผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้ / ผู้ป่วยเด็ก / ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว / ผู้ป่วยสับสน / ผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่สามารถบ่งชี้ได้ด้วยตัวเอง)	95.45	พิเศษทั่วไป,สังเกตอาการ	
						7	ทำกระบวนการหลักคนเดียวทุกขั้นตอน (One Process Owner) ในการบริหารยา เจาะเลือด ให้เลือด ให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ เก็บสิ่งตรวจต่างๆ ฯลฯ	95.45	ด1,อช.2	
						8	มีการทวนซ้ำและตรวจสอบความถูกต้องก่อนใส่ป้ายชื่อมือหรือชื่อเท้า ให้ผู้ป่วย	100	ไม่มี	
						9	ผู้ป่วยในผูกป้ายชื่อมือหรือชื่อเท้า ตัวหนังสือไม่เลอะเลือน ข้อมูลในป้ายชื่อมือ/ชื่อเท้า มีครบถ้วน (มีชื่อ - สกุล HN อายุ หอผู้ป่วย) ชื่อหอผู้ป่วยเป็นปัจจุบัน	100	ไม่มี	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2562	ผลการ ดำเนินการ 2561	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2561- กันยายน 2562		ผู้รับผิดชอบ		
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา					ตุลาคม - ธันวาคม 2561	มกราคม-กันยายน 2562			
						10	กรณีมีผู้ป่วยที่มีชื่อซ้ำกัน / คล้ายกัน มีการปฏิบัติ ในหอผู้ป่วยเช่นแยกทีม / การสื่อสารให้เจ้าหน้าที่ ทราบ ฯลฯ	95.45	ด1, ตา	
						11	ในการ Patch barcode มีการตรวจสอบ (recheck) กับคำสั่งแพทย์ ตรวจสอบชื่อ - สกุล และHN ผู้ป่วย ทุกครั้ง และทำครั้งละ tube หรือ ครั้งละสิ่งส่งตรวจ	95.45	พิเศษ 6/13, อช.2	
						12	วิธีการตรวจทานชื่อ สกุล HN ของผู้ป่วยโดย ตรวจทานด้วยวิธีอ่านออกเสียงให้ได้ยินชัด (verbal identity confirmation)	95.45	พิเศษ 6/13, กระดุก ข้อชาย ,อช.2	
							เฉลี่ย	97.35		
- Identification round		การ round ใน หน่วยงานที่มี อุบัติการณ์เรื่อง Identification ระดับ E-I	ร้อยละการ round ใน หน่วยงานที่มี อุบัติการณ์ระดับ E-I เรื่อง Identification	≥ร้อยละ 80	NA	ไตรมาสที่ 1 -ไม่มีอุบัติการณ์ระดับ E- I -ได้ไป round ward ที่เกิดอุบัติการณ์ซ้ำมากกว่า 1 ครั้ง round ไป 2 ward จาก 6 ward -ได้ทำ กิจกรรม KS ไป 1 ครั้งกับหัวหน้าหอผู้ป่วยและตัวแทนหอผู้ป่วย หาสาเหตุที่จนท. ไม่สอบถามชื่อผู้ป่วยก่อนให้การพยาบาลพบว่า . จนท.อายุที่จะสอบถามชื่อผู้ป่วยหลายครั้ง . ใช้ความเคยชินว่ารู้จักผู้ป่วย มาอนรพ.หลายครั้ง มีความคุ้นเคย - การ patch lab บางคน patch ไว้ก่อนซึ่งได้แลกเปลี่ยนกันเรื่องโอกาสผิดพลาดจาก การไม่ได้ตรวจสอบชื่าก่อนส่งไปห้อง lab และจากการประสานงานกับหัวหน้าห้อง lab การนับระยะเวลาของการดูคุณภาพสิ่งส่งตรวจ ห้อง lab จะเริ่มนับตั้งแต่การ patch lab ไตรมาสที่ 2 -ไม่มีอุบัติการณ์ระดับ E- I -ประสานงานผ่านหัวหน้าหอผู้ป่วยที่เกิดอุบัติการณ์				

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2562	ผลการ ดำเนินการ 2561	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2561- กันยายน 2562		ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา					ตุลาคม - ธันวาคม 2561	มกราคม-กันยายน 2562	
						<p>-ได้ประชุมกลุ่ม CoPs Iden. ไปเดือนละครั้ง รวม 3 ครั้งได้ร่วมกันเสนอปัญหา แนวทางการแก้ไข เช่น</p> <p>. ปัญหาเรื่องป้ายชื่อมือ ตัวหนังสือเล็กไป ควรเพิ่มขนาดตัวหนังสือ ตัดบรรทัดที่ให้เต็มวัน เดือนปี</p> <p>. มีการพิมพ์ sticker ไว้ใน chart แล้วมี sticker ผป.รายอื่นไปอยู่ใน chat ด้วย ให้คนพิมพ์ ต้องตรวจซ้ำชื่อ สกุล HN ทุกครั้ง และควรพิมพ์รายคนต่อคน</p> <p>. ผู้รับบริการไม่ได้มีส่วนร่วมเรื่องการระบุตัว ให้การเสริมสร้างวัฒนธรรมให้ผู้ป่วยรายงานชื่อ-สกุลตนเองทุกครั้งติดต่อหน่วยบริการในโรงพยาบาล</p> <p>และให้สมาชิกกลุ่มไปดูใน ward ของตนเอง เพื่อเพิ่มการเน้นย้ำในเรื่องการระบุตัวผิด นำอุปนิสัยการดี ประสพการณ์ จากหอผู้ป่วยอื่นๆที่เกิดไปป้องกันในward ของตนเอง</p> <p>ไตรมาสที่ 3</p> <p>-ไม่มีอุบัติการณ์ระดับ E- I</p> <p>ไตรมาสที่ 4</p> <p>-มีอุบัติการณ์ระดับ E = 1 รายจากให้ยาผิดคน</p> <p>-มีการทำ rapid response ในรายเกิดอุบัติการณ์ร่วมกับทีมบริหารฝ่ายฯ</p> <p>เพิ่มเติม</p> <p>-ได้มีรณรงค์เรื่องการระบุตัวหัวข้อ verbal identify confirmation ผ่านกระดานข่าว หัวหน้าหอผู้ป่วย, destop ระบบ HIS ของรพ. แจ้งหัวหน้าหอผู้ป่วยนิเทศแก่ผู้ปฏิบัติงานในช่วงเดือน มิ.ย- ส.ค.62</p> <p>-ประสานงานกับหน่วย IT เรื่องการปรับตัวหนังสือในป้ายชื่อมือให้ตัวใหญ่กว่าเดิม เพื่อให้ดูได้ชัดขึ้น ตั้งแต่มี.ย.62</p> <p>-การปรับ pop up แสดงฐานข้อมูลของผู้ป่วยขึ้นมาตอนรับผู้ป่วย Admit เข้าหอผู้ป่วยเพื่อตรวจสอบชื่อ สกุล รูปถ่าย เลขบัตรประชาชนตั้งแต่กลางเดือนก.ย.62</p>		
		แนวปฏิบัติใหม่ / แนวทางใหม่/ นวัตกรรม เรื่อง	จำนวนแนวปฏิบัติใหม่ /แนวทางใหม่/นวัตกรรม	> 2 เรื่อง	NA	<p>ไตรมาสที่ 1</p> <p>0 เรื่อง</p> <p>ไตรมาสที่ 2</p> <p>กำลังเขียน script clip วิดีโอ รณรงค์เรื่องการระบุตัวผู้ป่วย</p>		

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2562	ผลการ ดำเนินการ 2561	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2561- กันยายน 2562		ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ 2562-2563	วัน-เวลา					ตุลาคม - ธันวาคม 2561	มกราคม-กันยายน 2562	
		การ Identification	เรื่องการ Identification			<u>ไตรมาสที่ 3</u> clip วิดีโอ รณรงค์เรื่องการระบุตัวผู้ป่วยกำลังแก้ไข script รถ่ายภาพ <u>ไตรมาสที่ 4</u> clip วิดีโอ รณรงค์เรื่องการระบุตัวผู้ป่วยถ่ายทำแล้ว กำลังตัดต่อจำนวน 2 เรื่องคือ การระบุตัวของแผนกผู้ป่วยนอก และการระบุตัวในการทำหัตถการ		

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2562	ผลการ ดำเนินการ 2561	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562	ผู้รับผิดชอบ														
ปี งบประมาณ 2562-2563	วัน- เวลา																				
11.6 โครงการระวางและ พัฒนาคุณภาพเพื่อป้องกัน การพลัดตก/ลื่นล้ม -กำหนดหออผู้ป่วยที่มี อุบัติเหตุภายใน1ปีที่ผ่านมา เข้าร่วมโครงการ(26หอ ผู้ป่วย)โดยมีกิจกรรม	ต.ค.61- ก.ย.62	1.อุบัติการณ์ ระดับความ รุนแรง D-I (ครั้ง/1000 วันนอน)	1.อัตราการ เกิด อุบัติการณ์ใน ผู้ป่วย ระดับ ความรุนแรง D-I	1.อัตราการ เกิด อุบัติการณ์ ระดับความ รุนแรง D-I ≤ 0.20 (เทียบ เครือข่ายฯ Fall)	1.อัตราการเกิด อุบัติการณ์ ระดับความ รุนแรง D-I = 0.20	อัตราการเกิดอุบัติการณ์ ระดับ D-I ในไตรมาสที่1-4ในปี2562 ได้ตามตัวชี้วัดที่ เทียบเคียงกับเครือข่าย 	คุณนันทา														
		2.อุบัติการณ์ ในผู้ป่วยนอก (จำนวนครั้ง ต่อปี)	2.จำนวน อุบัติการณ์ใน ผู้ป่วยนอก (จำนวนครั้ง ต่อปี)	2.จำนวน อุบัติการณ์ ในผู้ป่วยนอก ระดับ D-I \leq 10 ราย/ปี (ใช้ตัวเลข เทียบเคียง กับจำนวนที่ เกิดขึ้นในปี	2.จำนวน อุบัติการณ์ใน ผู้ป่วยนอก ระดับ D-I = 10 ครั้ง/ปี	2.จำนวนอุบัติการณ์ในผู้ป่วยนอก 4 ไตรมาส ระดับ D-I = 14 ราย ซึ่งมีจำนวนอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นมากกว่าปีงบประมาณ 61 <table border="1" data-bbox="1196 1082 1957 1235"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ</th> <th>ไตรมาส 1</th> <th>ไตรมาส 2</th> <th>ไตรมาส 3</th> <th>ไตรมาส 4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2561</td> <td>4 ราย</td> <td>2 ราย</td> <td>2 ราย</td> <td>2 ราย</td> </tr> <tr> <td>ปี 2562</td> <td>3 ราย</td> <td>5 ราย</td> <td>4 ราย</td> <td>2 ราย</td> </tr> </tbody> </table>		ปีงบประมาณ	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	2561	4 ราย	2 ราย	2 ราย	2 ราย	ปี 2562	3 ราย	5 ราย	4 ราย
ปีงบประมาณ	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4																	
2561	4 ราย	2 ราย	2 ราย	2 ราย																	
ปี 2562	3 ราย	5 ราย	4 ราย	2 ราย																	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2562	ผลการ ดำเนินการ 2561	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562	ผู้รับผิดชอบ																				
ปี งบประมาณ 2562-2563	วัน- เวลา																										
		3.ปฏิบัติการ ระดับ E-I ลดลงต่อปี	จำนวน ปฏิบัติการ ระดับ E-I ลดลงต่อปี	2561 เนื่องจาก เครือข่ายฯ ยังไม่ได้ กำหนดชี้วัด ของผู้ป่วย นอก มีแผน ในการนำ ข้อมูลมา แลกเปลี่ยน และตกลงกัน ในที่ประชุม เครือข่ายฯ Fall) ลดลง ร้อยละ 50	เพิ่มขึ้น30.8% (17ราย)	จำนวนปฏิบัติการผู้ป่วยใน ระดับ E-I เปรียบเทียบ 4 ไตร มาสใน ปี 2561 และ 2562 ลดลง ร้อยละ 20 <table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบ</th> <th>ไตรมาส</th> <th>ไตรมาส</th> <th>ไตรมาส</th> <th>ไตรมาส</th> </tr> <tr> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี 2561</td> <td>3 ราย</td> <td>5ราย</td> <td>5 ราย</td> <td>2 ราย</td> </tr> <tr> <td>ปี 2562</td> <td>4 ราย</td> <td>2 ราย</td> <td>5 ราย</td> <td>5 ราย</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบ	ไตรมาส	ไตรมาส	ไตรมาส	ไตรมาส		1	2	3	4	ปี 2561	3 ราย	5ราย	5 ราย	2 ราย	ปี 2562	4 ราย	2 ราย	5 ราย	5 ราย	
ปีงบ	ไตรมาส	ไตรมาส	ไตรมาส	ไตรมาส																							
	1	2	3	4																							
ปี 2561	3 ราย	5ราย	5 ราย	2 ราย																							
ปี 2562	4 ราย	2 ราย	5 ราย	5 ราย																							

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2562	ผลการ ดำเนินการ 2561	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ 2562-2563	วัน- เวลา						
						<p>ไตรมาสที่ 4: จำนวนผู้ป่วยในพลัดตก/ลื่นล้มทั้งหมด ระดับความรุนแรง C-I = 22 ราย:</p> <p>ระดับ C= 7 ราย, D= 10 ราย E=4 ราย F=1ราย เป็นกลุ่มผู้ป่วย High Risk ทั้งหมด</p> <p>หน่วยงานที่เกิดเหตุ : 17 หน่วย</p> <p>ผู้ป่วยใน : 15 หอผู้ป่วย เกิดเหตุ 22 ครั้ง</p> <p>1.หน่วยงานที่เกิดอุบัติการณ์ 2 ครั้งในเดือนเดียวกัน: ฉ.8 /ฉ.11/ศช1</p> <p>2.หน่วยงานที่เกิดอุบัติการณ์ 2 ครั้งติดกันใน 2 เดือน : ฉ.10/อญ/อช1/กระดูกและข้อชาย</p> <p>3.หน่วยงานที่เกิดอุบัติการณ์ 1 ครั้ง :ศญ /อุบัติเหตุ/จิตเวช/ห้องคลอด/ฉ.7/พิเศษเด็ก/เด็ก2/ฉ.9</p> <p><u>สาเหตุตกเตียง/ลื่นล้ม :</u></p> <p>1. ผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมินอาการที่เปลี่ยนแปลงจากการเปลี่ยน position เช่น ลงจากเตียงแล้วเดินไปห้องน้ำ</p> <p>2. ทำกิจกรรมในห้องน้ำคนเดียว ไม่ได้ขอความช่วยเหลือจากญาติ หรือเจ้าหน้าที่ เนื่องจากผู้ป่วยเกรงใจและ ผู้ป่วยประเมินตนเองว่าสามารถทำได้</p> <p>3. ไม่ได้ประเมินความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยทำให้การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันไม่ได้การปฏิบัติตามจุดเน้นสำคัญ เช่น การทรงตัวของผู้ป่วยสูงอายุที่มีการใส่เสื้อผ้าในห้องน้ำ ปลดไม้กั้นเตียงเอง</p> <p>ผู้ป่วยใน: 22 ราย</p> <ul style="list-style-type: none"> ตกเตียง(G01) = 6 ราย <p>ระดับความรุนแรง:</p>	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2562	ผลการ ดำเนินการ 2561	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน- เวลา						
						<p>-ระดับ C = 1 ราย -ระดับ D = 3 ราย</p> <p>-ระดับ E = 2 ราย</p> <p>1. หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย1 Case MVP with Severe MR หลังผ่าตัด MVR และ ได้ยา warfarin : INR =2.32</p> <p>ผู้ป่วยมีสับสนช่วงเวลากลางคืน ช่วงวันเกิดเหตุญาติไม่ได้เฝ้า เนื่องจากผู้ป่วยรู้เรื่องมากขึ้น ผู้ป่วยปลดข้างเตียงลงเองจึงพลาดตกลงมา มีแผลแตกที่หน้าผาก เย็บแผลและ ผล CT Brain ปกติ</p> <p>แนวทางแก้ไขจากการทบทวน :</p> <p>-การประเมินความต้องการเฉพาะของผู้ป่วย ระดับความรู้สึกร่วมกับมาตรการป้องกันที่เหมาะสม ในการทบทวนยังไม่ได้ประเมินสาเหตุว่าทำไมผู้ป่วยถึงปลดข้างเตียงลงมา ---การพิจารณา restrain กรณีผู้ป่วยสับสนแล้วไม่มีญาติเฝ้า/การมอบหมายงานให้เจ้าหน้าที่เฝ้าระวังเป็นพิเศษ</p> <p>2. หอผู้ป่วยพิเศษเด็ก เด็กอายุ 3 ปี UTI ให้ ATB</p> <p>มียายเฝ้าตลอด ยืนเล่นบนเตียง(เตียงผู้ใหญ่) ไม้กั้นเตียงขึ้นข้างเดียว ยายหันหยิบของ เด็กตกลงมาหน้ากระแทก ปากแตก พยาบาลประคบเย็น แพทย์ให้ NPO และ On IV</p> <p>แนวทางแก้ไขจากการทบทวน :</p> <p>1.การพิจารณาใช้เตียงเด็กเล็ก ในกลุ่มผู้ป่วยเด็กเล็ก และมี Hyperactive</p> <p>2. การ Empower ญาติให้มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง เช่น การยกไม้กั้นเตียงตลอดทุกครั้งที่อยู่ห่างจากเตียงถึงแม้จะช่วงเวลาสั้นๆ</p> <p><input type="checkbox"/> สิ้นลัม(G03) = 16 ราย</p> <p>ระดับความรุนแรง:-ระดับ C = 6 ราย -ระดับ D = 7 ราย</p> <p>-ระดับ E = 2 ราย</p>	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2562	ผลการ ดำเนินการ 2561	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน- เวลา						
						<p>1.ฉบ 9 : ผู้ป่วยอายุ 85 ปี UTI ญาติพาไปห้องน้ำถ่ายอุจจาระ ญาติรอน้ำในห้องน้ำ ผู้ป่วยล้มเนื่องจากยกขาใส่ Pampurse เซ็ทรีชกระแทกเสา คีณชะแตก แพทย์เย็บแผลและ CT Brain ผลปกติ</p> <p><u>แนวทางแก้ไขจากการทบทวน :</u></p> <p>-เพิ่มมาตรการในการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ มีปัญหาการเคลื่อนไหว กำหนดกิจกรรมแผนการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน เช่น นำเสนอการใช้ Portable Toilet ถ้าผู้ป่วยไม่สะดวกใช้ ต้องการไปห้องน้ำต้อง Empower ญาติและผู้ป่วยให้รับรู้ข้อจำกัดและความเสี่ยงของผู้ป่วย หรือการช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยยืนยันไปห้องน้ำต้องยืนยันสิ่งที่ผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยเหลือ</p> <p>2. ห้องคลอด : ผู้ป่วยอายุ 39 ปี อายุครรภ์ G3P1A1 34 week มาทำ NST ผู้ป่วยได้ยา Bromocryptine ก่อนไปห้องน้ำพยาบาลเข้าไปสอบถามอาการ ผู้ป่วยบอกว่าไปไหว จึงให้ผู้ป่วยไป และเกิดเหตุขณะผู้ป่วยเดินจากห้องน้ำ ผู้ป่วยมีอาการเวียนศีรษะก่อนวูบไป ประเมินผู้ป่วยหลังล้มมีอาการซึมๆ เหงื่อแตก หน้าซีด ชีพจรช้า 50 ครั้ง/นาที ความดันต่ำ 70/40 mmHg หายใจ 24 ครั้ง/นาที FHS 140ครั้ง/นาที O2 sat =98% : การรักษา Load IV Fluid EKG /dressing แผลถลอก</p> <p><u>แนวทางแก้ไขจากการทบทวน :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1.เพิ่มการประเมิน Vital sign ร่วมกับสอบถามอาการ 2.การเรียนรู้เรื่องยาที่ส่งผลกระทบต่อระบบประสาท ที่ทำให้เสี่ยงต่อการตกล้ม 3. เพิ่มมาตรการการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงไม่ให้ทำกิจกรรมโดยลำพัง <p>-ระดับ F : 1 ราย ที่ ฉบ. 7</p> <p>ผู้ป่วยเป็น ESRD with Left AVG Thrombosis อายุ 61 ปี พยาบาลเข้าไปหาเส้นเลือดที่ขาเพื่อเจาะเลือดส่งตรวจ พบการบาดเจ็บที่ข้อเท้าและหน้าแข้งขวา</p>	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ. 2562	ผลการ ดำเนินการ 2561	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน- เวลา						
						<p>ปวดมากเมื่อขยับ pain score = 6 คะแนน จากการสอบถามญาติ เวลา 5.30 น. ผู้ป่วยไปห้องน้ำโดยญาติพยุงไป ปลดปล่อยผู้ป่วยขณะเปิดประตูห้องน้ำ ผู้ป่วยเข่าทรุด ข้อเท้าพลิก ล้มลง พยุงกลับมาที่เตียงนอนคิดว่าไม่เป็นไรจึงไม่ได้แจ้งพยาบาล ผล X-RAY มี Fracture BB Rt Leg ใส่เฝือก</p> <p>ผู้ป่วยตัวอ้วนใหญ่ น้ำหนักมาก ได้ยา Lactulose 23น. และ 2 น. ถ่ายบ่อย</p> <p><u>แนวทางแก้ไขจากการทบทวน :</u></p> <p>-การประเมินความต้องการและการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายในผู้ป่วยได้รับยาระบาย ถ่ายบ่อย นำเสนอทางเลือกในการดูแลเช่นการขับถ่ายบนเตียง/portable</p> <p>-การ Empower ทั้งผู้ป่วยและญาติในการรับรู้ข้อจำกัดและความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายกับผู้ป่วย เพื่อให้ได้รับความร่วมมือ</p> <p><u>ผู้ป่วยนอก:</u> 2 ราย</p> <p>สิ้นลัม(G04) = 2 ราย/ระดับความรุนแรง :</p> <p>ระดับ D =2ราย:ที่ OPD 2 สดุดที่วางเท้ารถเข็นทั้ง 2 ราย</p> <p><u>การแก้ไขจากการทบทวน :</u> กำหนดให้เจ้าหน้าที่เข้าช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย</p>	
1) วิเคราะห์อุบัติการณ์การพลัดตก/ลื่นล้มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในทีม						<p>- ทำกิจกรรมทบทวนร่วมกับหอผู้ป่วยที่เกิดอุบัติการณ์ที่หน้างาน ทุกครั้งที่เกิด และทุกระดับความรุนแรง ยังพบประเด็นปัญหาในเรื่อง</p> <p>1.การประเมินความเสี่ยงและความต้องการยังไม่สอดคล้องกับมาตรการป้องกันที่ใช้ดูแล</p> <p>2.การสื่อสารที่จะทำให้ผู้ป่วย ญาติและเจ้าหน้าที่เกิดการรับรู้และร่วมด้วยช่วยกันในการเฝ้าระวัง</p> <p>3.ผู้ป่วยนอกยังไม่มีแนวปฏิบัติในการป้องกัน</p>	
2) กำหนดกลุ่มโรคที่มีความเสี่ยงพลัดตก/ลื่นล้มของหอผู้ป่วย							
3) ทบทวนทำความเข้าใจแบบประเมินและแนว							

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2562	ผลการ ดำเนินการ 2561	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ 2562-2563	วัน- เวลา						
ปฏิบัติการป้องกันการพลัด ตก/ลื่นล้ม/							
4) นำนวัตกรรม/แนวปฏิบัติ		การนำ นวัตกรรมไป ใช้	จำนวนหอ ผู้ป่วยที่นำ นวัตกรรมไป ใช้	2 หอผู้ป่วย	NA	<input type="checkbox"/> หอผู้ป่วยกระดูกและข้อชาย ทดลองใช้แผ่นยางรองกันลื่นในห้องน้ำ ใน เดือนกันยายน 2562	