

รายงานผลการดำเนินงานด้านพัฒนาคุณภาพบริการ ปี 2563

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ																																																		
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ.2563	2562	ตุลาคม2562 –กันยายน 2563																																																			
การควบคุมป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Infection Prevention and Control)		อัตราการติดเชื้อ	เทียบเคียงกับ50 percentile NHSN ปี 2012-2013	Adult VAP 0.9 ครั้ง/1000 ventilator-days	1.26	<p>1.อัตราการติดเชื้อAdult VAP = 1.25</p> <p>เปรียบเทียบอัตราการติดเชื้อAdult VAP รายไตรมาส ปี2562 - 2563 ดังนี้</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Adult VAP</th> <th>ปีงบ62</th> <th>ปีงบ63</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ไตรมาส1</td> <td>1.81</td> <td>1.58</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส 2</td> <td>0.78</td> <td>0.69</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส 3</td> <td>1.39</td> <td>1.38</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส 4</td> <td>1.30</td> <td>1.53</td> </tr> <tr> <td>สรุป</td> <td>1.26</td> <td>1.25</td> </tr> </tbody> </table> <p>2.กลุ่มICU Adult VAP = 1.68 (ปี62 = 1.47) ดังนี้</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ward</th> <th>VAP</th> <th>patient</th> <th>day</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MICU</td> <td>2.42</td> <td>7/477</td> <td>2887</td> </tr> <tr> <td>MRCU</td> <td>1.91</td> <td>8/349</td> <td>4179</td> </tr> <tr> <td>SICU</td> <td>0.81</td> <td>2/741</td> <td>2473</td> </tr> <tr> <td>SRCU</td> <td>0.84</td> <td>1/193</td> <td>1193</td> </tr> <tr> <td>CCU</td> <td>0</td> <td>0/120</td> <td>454</td> </tr> <tr> <td>CVT</td> <td>0.97</td> <td>1/324</td> <td>1028</td> </tr> <tr> <td>รวม</td> <td>1.68</td> <td>9/1218</td> <td>5360</td> </tr> </tbody> </table>	Adult VAP	ปีงบ62	ปีงบ63	ไตรมาส1	1.81	1.58	ไตรมาส 2	0.78	0.69	ไตรมาส 3	1.39	1.38	ไตรมาส 4	1.30	1.53	สรุป	1.26	1.25	ward	VAP	patient	day	MICU	2.42	7/477	2887	MRCU	1.91	8/349	4179	SICU	0.81	2/741	2473	SRCU	0.84	1/193	1193	CCU	0	0/120	454	CVT	0.97	1/324	1028	รวม	1.68	9/1218	5360	คุณวิลาวัลย์
Adult VAP	ปีงบ62	ปีงบ63																																																							
ไตรมาส1	1.81	1.58																																																							
ไตรมาส 2	0.78	0.69																																																							
ไตรมาส 3	1.39	1.38																																																							
ไตรมาส 4	1.30	1.53																																																							
สรุป	1.26	1.25																																																							
ward	VAP	patient	day																																																						
MICU	2.42	7/477	2887																																																						
MRCU	1.91	8/349	4179																																																						
SICU	0.81	2/741	2473																																																						
SRCU	0.84	1/193	1193																																																						
CCU	0	0/120	454																																																						
CVT	0.97	1/324	1028																																																						
รวม	1.68	9/1218	5360																																																						

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ																																								
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา																																														
						<p>3.กลุ่มนอกICU Adult VAP=1.06 (ปี62=N/A) ดังนี้</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ward</th> <th>VAP</th> <th>patient</th> <th>day</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ศช1</td> <td>0</td> <td>0/38</td> <td>135</td> </tr> <tr> <td>ศช2</td> <td>0</td> <td>0/43</td> <td>254</td> </tr> <tr> <td>ศ.ประสาท</td> <td>0</td> <td>0/137</td> <td>701</td> </tr> <tr> <td>ศญ</td> <td>5.35</td> <td>1/34</td> <td>187</td> </tr> <tr> <td>อช1</td> <td>0.57</td> <td>1/305</td> <td>1740</td> </tr> <tr> <td>อช2</td> <td>N/A</td> <td>N/A</td> <td>N/A</td> </tr> <tr> <td>อท</td> <td>0</td> <td>0/50</td> <td>198</td> </tr> <tr> <td>อญ</td> <td>0.53</td> <td>1/284</td> <td>1895</td> </tr> <tr> <td>รวม</td> <td>1.06</td> <td>13/1935</td> <td>12305</td> </tr> </tbody> </table> <p>ไตรมาสที่1 MRCU มีอัตรา VAPสูง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ร่วมทบทวนค้นหาสาเหตุที่เป็นpain pointและFocusประเด็นสำคัญ - ดำเนินการเพื่อลดอัตราการเกิด VAP ในMRCUโดยการเพิ่มการกำกับติดตามและแก้ไขแบบเฉพาะ เจาะจงVAP bundleที่ยังปฏิบัติได้ไม่ดีคือ การเทน้ำในกระเปาะและสายเครื่องช่วยหายใจ(ปฏิบัติได้75%)และการล้างมือ (ปฏิบัติได้ 87.50%) ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้อัตราการเกิด VAPในMRCUสูง ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1.การเกิด Condensate หรือการเกิดน้ำในสายเครื่องช่วยหายใจ อาจเป็นสาเหตุการปนเปื้อนของเชื้อโรคผ่านละอองน้ำเข้าไปในปอดผู้ป่วย 2. การไม่ล้างมือ5 moment มีโอกาสเกิดcross contamination 	ward	VAP	patient	day	ศช1	0	0/38	135	ศช2	0	0/43	254	ศ.ประสาท	0	0/137	701	ศญ	5.35	1/34	187	อช1	0.57	1/305	1740	อช2	N/A	N/A	N/A	อท	0	0/50	198	อญ	0.53	1/284	1895	รวม	1.06	13/1935	12305	
ward	VAP	patient	day																																												
ศช1	0	0/38	135																																												
ศช2	0	0/43	254																																												
ศ.ประสาท	0	0/137	701																																												
ศญ	5.35	1/34	187																																												
อช1	0.57	1/305	1740																																												
อช2	N/A	N/A	N/A																																												
อท	0	0/50	198																																												
อญ	0.53	1/284	1895																																												
รวม	1.06	13/1935	12305																																												

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ								
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา														
				Pediatric VAP 0 ครั้ง/1000 ventilator- days	0.00	<p><u>การดำเนินการแก้ไข</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - กำหนดเป็นโครงการพัฒนาของหอผู้ป่วยมีผู้รับผิดชอบโครงการ ติดตามกำกับให้ทุกคนปฏิบัติ -การจัดทำผู้ป่วยสี่ระยะสูง30-45องศากรณีไม่มีข้อห้าม -การเทน้ำในกระเปาะและสายเครื่องช่วยหายใจทั้งก่อนเปลี่ยนท่านอนผู้ป่วยทุกครั้งและเมื่อมีน้ำขัง 2.ติดตามกำกับการล้างมือ5 momentเพื่อลดการเกิดcross contamination <p><u>ผลการดำเนินงาน อัตราการติดเชื้อVAP ในMRCU=0 (patient=81/ventilator day=1095)</u></p> <p><u>-MICUมีข้อมูลเกิด VAPในกลุ่มผู้ป่วยที่ทำTracheostomy 2ราย</u></p> <p>ซึ่งการจัดทำเพื่อป้องกันVAPทำได้ยาก ทีมจึงวางแผนทบทวนprotocolการดูแลผู้ป่วยTracheostomyร่วมกับแพทย์แผนกหูคอจมูก เพื่อป้องกันการเกิดVAP (อยู่ระหว่างดำเนินการ)</p> <p>อัตราการติดเชื้อ Pediatric VAP =0</p> <table border="1" data-bbox="1182 1141 1693 1241"> <thead> <tr> <th>ward</th> <th>VAP</th> <th>patient</th> <th>day</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PICU</td> <td>0</td> <td>0/309</td> <td>1535</td> </tr> </tbody> </table>	ward	VAP	patient	day	PICU	0	0/309	1535	
ward	VAP	patient	day												
PICU	0	0/309	1535												

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ																																																		
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา																																																								
				Adult CLABSI 0.9 ครั้ง/ 1000catheter- days	2.23	<p>1.อัตราการติดเชื้อ Adult CLABSI =1.27</p> <p>เปรียบเทียบอัตราการติดเชื้อ Adult CLABSI รายไตรมาส ปี2562 - ปี2563 ดังนี้</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Adult CLABSI</th> <th>ปี62</th> <th>ปี63</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ไตรมาส1</td> <td>2.94</td> <td>1.28</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส 2</td> <td>3.05</td> <td>1.36</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส 3</td> <td>2.21</td> <td>0.40</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส 4</td> <td>0.70</td> <td>1.83</td> </tr> <tr> <td>สรุปปี63</td> <td>2.23</td> <td>1.27</td> </tr> </tbody> </table> <p>2. กลุ่มICU =0.59 (ปี62=2.28) ดังนี้</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ward</th> <th>CLABSI</th> <th>patient</th> <th>day</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MICU</td> <td>0.50</td> <td>1/316</td> <td>1984</td> </tr> <tr> <td>MRCU</td> <td>0</td> <td>0/51</td> <td>412</td> </tr> <tr> <td>SICU</td> <td>0.71</td> <td>1/312</td> <td>1412</td> </tr> <tr> <td>SRCU</td> <td>3.27</td> <td>1/78</td> <td>306</td> </tr> <tr> <td>CCU</td> <td>2.24</td> <td>1/108</td> <td>446</td> </tr> <tr> <td>CVT</td> <td>1.50</td> <td>2/319</td> <td>1334</td> </tr> <tr> <td>รวม</td> <td>0.59</td> <td>2/628</td> <td>3396</td> </tr> </tbody> </table>	Adult CLABSI	ปี62	ปี63	ไตรมาส1	2.94	1.28	ไตรมาส 2	3.05	1.36	ไตรมาส 3	2.21	0.40	ไตรมาส 4	0.70	1.83	สรุปปี63	2.23	1.27	ward	CLABSI	patient	day	MICU	0.50	1/316	1984	MRCU	0	0/51	412	SICU	0.71	1/312	1412	SRCU	3.27	1/78	306	CCU	2.24	1/108	446	CVT	1.50	2/319	1334	รวม	0.59	2/628	3396	
Adult CLABSI	ปี62	ปี63																																																							
ไตรมาส1	2.94	1.28																																																							
ไตรมาส 2	3.05	1.36																																																							
ไตรมาส 3	2.21	0.40																																																							
ไตรมาส 4	0.70	1.83																																																							
สรุปปี63	2.23	1.27																																																							
ward	CLABSI	patient	day																																																						
MICU	0.50	1/316	1984																																																						
MRCU	0	0/51	412																																																						
SICU	0.71	1/312	1412																																																						
SRCU	3.27	1/78	306																																																						
CCU	2.24	1/108	446																																																						
CVT	1.50	2/319	1334																																																						
รวม	0.59	2/628	3396																																																						

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ																																								
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา																																														
						<p>3.กลุ่มนอกICU Adult CLABSI =1.54 (ปี62=N/A) ดังนี้</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ward</th> <th>CLABSI</th> <th>patient</th> <th>day</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ศช1</td> <td>0</td> <td>0/128</td> <td>758</td> </tr> <tr> <td>ศช2</td> <td>0</td> <td>0/127</td> <td>587</td> </tr> <tr> <td>ศ.ประสาท</td> <td>0</td> <td>0/12</td> <td>44</td> </tr> <tr> <td>ศญ</td> <td>0</td> <td>0/158</td> <td>632</td> </tr> <tr> <td>อช1</td> <td>3.11</td> <td>3/155</td> <td>964</td> </tr> <tr> <td>อช2</td> <td>0.96</td> <td>1/85</td> <td>1045</td> </tr> <tr> <td>อท</td> <td>2.99</td> <td>1/54</td> <td>335</td> </tr> <tr> <td>อญ</td> <td>2.40</td> <td>3/166</td> <td>1252</td> </tr> <tr> <td>รวม</td> <td>1.54</td> <td>13/1478</td> <td>8436</td> </tr> </tbody> </table> <p>ไตรมาสที่2 พบอัตราการติดเชื้อสูงในกลุ่มผู้ป่วยที่มาทำHemodialysis จากการวิเคราะห์ผู้ป่วยที่ติดเชื้อ CLABSIไตรมาส2 ภาพรวม 8 ราย เป็นผู้ป่วยที่มาทำHemodialysis 4 ราย ผู้ป่วยใส่สายHickman 2 ราย ผู้ป่วยใส่สาย Central line 2ราย และมีข้อมูลว่าผู้ป่วยมีไข้ หนาวสั่นในวันที่5หลังใส่สาย จึงคาดว่าอาจเป็นการติดเชื้อจากการ Care (ไม่ใช่จากการทำหัตถการใส่สาย) -ทีมกรรมการICจัดกิจกรรมเยี่ยมหน้างาน IC Roundที่ศูนย์ไตเพื่อร่วมวิเคราะห์หาสาเหตุ แนวทางแก้ไขร่วมกันในเดือนพฤษภาคม63 พบว่าหน่วยไตไม่ได้ใช้ antiseptic cap แก้ไข -ประสานหอผู้ป่วยให้ส่ง antiseptic capไปพร้อมผู้ป่วยกรณีต้องทำ Hemodialysis ที่หน่วยไต - เน้นการปฏิบัติ Scrub the hub อย่างเคร่งครัด ติดตามผล ไตรมาสที่3 อัตราการติดเชื้อ CLABSI=0.40 (ไตรมาส2=1.36)</p>	ward	CLABSI	patient	day	ศช1	0	0/128	758	ศช2	0	0/127	587	ศ.ประสาท	0	0/12	44	ศญ	0	0/158	632	อช1	3.11	3/155	964	อช2	0.96	1/85	1045	อท	2.99	1/54	335	อญ	2.40	3/166	1252	รวม	1.54	13/1478	8436	
ward	CLABSI	patient	day																																												
ศช1	0	0/128	758																																												
ศช2	0	0/127	587																																												
ศ.ประสาท	0	0/12	44																																												
ศญ	0	0/158	632																																												
อช1	3.11	3/155	964																																												
อช2	0.96	1/85	1045																																												
อท	2.99	1/54	335																																												
อญ	2.40	3/166	1252																																												
รวม	1.54	13/1478	8436																																												

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ																		
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา																								
				Pediatric CLABSI 0.7 ครั้ง/1000 catheter-days	2.71	<p>-ประเมินโครงการใช้ Antiseptic cap ที่ทดลองใช้ร่วมกับการScrub the hub แนวโน้มนั้มาตรการติดเชื้อ CLA-BSIลดลง ทีมกรรมการจึงขออนุมัติใช้ต่อไป</p> <p>อัตราการติดเชื้อ Pediatric CLABSI = 1.24</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ward</th> <th>CLABSI</th> <th>patient</th> <th>day</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PICU</td> <td>1.24</td> <td>2/250</td> <td>1607</td> </tr> </tbody> </table>	ward	CLABSI	patient	day	PICU	1.24	2/250	1607											
ward	CLABSI	patient	day																						
PICU	1.24	2/250	1607																						
				Adult CAUTI 2.2 ครั้ง/1000 catheter-days	5.00	<p>1.อัตราการติดเชื้อ Adult CAUTI = 4.70</p> <p>เปรียบเทียบ อัตราการติดเชื้อ Adult CAUTI รายไตรมาส ปี2562-ปี2563 ดังนี้</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Adult CAUTI</th> <th>ปี62</th> <th>ปี63</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ไตรมาส1</td> <td>5.28</td> <td>4.64</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส 2</td> <td>4.82</td> <td>3.26</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส 3</td> <td>5.05</td> <td>5.67</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส 4</td> <td>4.85</td> <td>5.31</td> </tr> <tr> <td>สรุปปี63</td> <td>5.00</td> <td>4.70</td> </tr> </tbody> </table>	Adult CAUTI	ปี62	ปี63	ไตรมาส1	5.28	4.64	ไตรมาส 2	4.82	3.26	ไตรมาส 3	5.05	5.67	ไตรมาส 4	4.85	5.31	สรุปปี63	5.00	4.70	
Adult CAUTI	ปี62	ปี63																							
ไตรมาส1	5.28	4.64																							
ไตรมาส 2	4.82	3.26																							
ไตรมาส 3	5.05	5.67																							
ไตรมาส 4	4.85	5.31																							
สรุปปี63	5.00	4.70																							

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ																																																																				
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา																																																																										
						<p>2. กลุ่มICU =3.78 (ปี62=3.00) ดังนี้</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ward</th> <th>CAUTI</th> <th>patient</th> <th>day</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MICU</td> <td>2.47</td> <td>5/450</td> <td>2028</td> </tr> <tr> <td>MRCU</td> <td>6.69</td> <td>6/147</td> <td>897</td> </tr> <tr> <td>SICU</td> <td>4.60</td> <td>15/970</td> <td>3264</td> </tr> <tr> <td>SRCU</td> <td>10.11</td> <td>11/201</td> <td>1088</td> </tr> <tr> <td>CCU</td> <td>1.81</td> <td>1/199</td> <td>552</td> </tr> <tr> <td>CVT</td> <td>0</td> <td>0/333</td> <td>1330</td> </tr> <tr> <td>รวม</td> <td>3.78</td> <td>20/1420</td> <td>5292</td> </tr> </tbody> </table> <p>3.กลุ่มนอกICU CAUTI =4.99 (ปี62=N/A) ดังนี้</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ward</th> <th>CAUTI</th> <th>patient</th> <th>day</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ศช1</td> <td>2.80</td> <td>4/366</td> <td>1430</td> </tr> <tr> <td>ศช2</td> <td>4.35</td> <td>11/597</td> <td>2530</td> </tr> <tr> <td>ศ.ประสาท</td> <td>9.41</td> <td>13/368</td> <td>1382</td> </tr> <tr> <td>ศัญ</td> <td>3.43</td> <td>7/544</td> <td>2043</td> </tr> <tr> <td>อช1</td> <td>3.87</td> <td>8/455</td> <td>2067</td> </tr> <tr> <td>อช2</td> <td>N/A</td> <td>N/A</td> <td>N/A</td> </tr> <tr> <td>อท</td> <td>7.46</td> <td>3/111</td> <td>402</td> </tr> <tr> <td>อญ</td> <td>5.83</td> <td>11/427</td> <td>1887</td> </tr> </tbody> </table>	ward	CAUTI	patient	day	MICU	2.47	5/450	2028	MRCU	6.69	6/147	897	SICU	4.60	15/970	3264	SRCU	10.11	11/201	1088	CCU	1.81	1/199	552	CVT	0	0/333	1330	รวม	3.78	20/1420	5292	ward	CAUTI	patient	day	ศช1	2.80	4/366	1430	ศช2	4.35	11/597	2530	ศ.ประสาท	9.41	13/368	1382	ศัญ	3.43	7/544	2043	อช1	3.87	8/455	2067	อช2	N/A	N/A	N/A	อท	7.46	3/111	402	อญ	5.83	11/427	1887	
ward	CAUTI	patient	day																																																																								
MICU	2.47	5/450	2028																																																																								
MRCU	6.69	6/147	897																																																																								
SICU	4.60	15/970	3264																																																																								
SRCU	10.11	11/201	1088																																																																								
CCU	1.81	1/199	552																																																																								
CVT	0	0/333	1330																																																																								
รวม	3.78	20/1420	5292																																																																								
ward	CAUTI	patient	day																																																																								
ศช1	2.80	4/366	1430																																																																								
ศช2	4.35	11/597	2530																																																																								
ศ.ประสาท	9.41	13/368	1382																																																																								
ศัญ	3.43	7/544	2043																																																																								
อช1	3.87	8/455	2067																																																																								
อช2	N/A	N/A	N/A																																																																								
อท	7.46	3/111	402																																																																								
อญ	5.83	11/427	1887																																																																								

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563				ผู้รับผิดชอบ								
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา					ตุลาคม2562	พฤศจิกายน 2562	ธันวาคม 2562	มกราคม 2563									
1.โครงการพัฒนาคุณภาพการควบคุมการติดเชื้อ 1.1 กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในหัวข้อ - HAI Surveillances (VAP,CLABSI,CAUTI) - Isolation Precaution(Standard		กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้	จำนวนครั้งกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้	6 ครั้ง/ปี (ทุก 2 เดือน)	N/A	<table border="1"> <tr> <td>อุบัติเหตุ</td> <td>7.06</td> <td>10/272</td> <td>1417</td> </tr> <tr> <td>รวม</td> <td>4.99</td> <td>85/4020</td> <td>17025</td> </tr> </table>				อุบัติเหตุ	7.06	10/272	1417	รวม	4.99	85/4020	17025	
						อุบัติเหตุ	7.06	10/272	1417									
รวม	4.99	85/4020	17025															
<p>ไตรมาส 3</p> <p>-ทบทวนหาแนวทางการป้องกัน CA-UTI ในหอผู้ป่วยที่มีอัตราการเกิดสูง หอผู้ป่วยNeuro เน้นประเด็นสำคัญ คือ</p> <p>-Perineum care</p> <p>-Training (well train intermittent cath)</p> <p>- สนับสนุนการใช้นวัตกรรม/อุปกรณ์ต่างๆ เช่น นวัตกรรมช่วยการflowปัสสาวะ, นวัตกรรมช่วยการทำกิจกรรม Perineum care ทำร่วมกับอาจารย์สิทธิโชค (กำลังทำPrototype)</p> <p>อัตราการติดเชื้อ Pediatric CAUTI = 1.76</p> <table border="1"> <tr> <td>ward</td> <td>CAUTI</td> <td>patient</td> <td>day</td> </tr> <tr> <td>PICU</td> <td>1.76</td> <td>2/282</td> <td>1136</td> </tr> </table>						ward	CAUTI	patient	day	PICU	1.76	2/282	1136					
ward	CAUTI	patient	day															
PICU	1.76	2/282	1136															
<p>จัดกิจกรรม จำนวน 4 ครั้ง ดังนี้</p> <p>- ครั้งที่1 (2 ตุลาคม 2562)</p> <p>จัดประชุมกลุ่มย่อยเรื่องการใช้อntiseptic cap ช่วยลดการScrub the hub เพื่อป้องกันการเกิดCLABSIในหอผู้ป่วยนำร่องแก่พยาบาลจำนวน 25 คนใน15หอผู้ป่วย</p> <p>- ครั้งที่ 2 (24 มกราคม 2563)</p>																		

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ.2563	2562	ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	
&Transmission-based precaution) - Accidental Injury 1.2 ให้ ICWN /หอผู้ป่วยจัดทำโครงการพัฒนางานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Prevention and Control) 1.3 กำหนดเป็นหัวข้อในการจัดประกวดผลงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเพื่อเป็นเวทีในงานนำเสนอ Quality day 2020 ฝ่ายบริการพยาบาล		โครงการพัฒนางานด้าน IC	จำนวนโครงการพัฒนางานด้าน IC	≥20 เรื่อง	N/A	ร่วมกับICจัดประชุมให้ความรู้เพื่อเตรียมความพร้อมพยาบาลรับมือกับcorona virus จำนวน 80 คน ตั้งแต่เดือน มีนาคม63 รับมือกับสถานการณ์ Covid-19 <u>-ครั้งที่ 3 (4 มีนาคม 2563)</u> ร่วมกับICจัดกิจกรรมอบรมการล้างมือพยาบาลจำนวน 120 คน <u>-ครั้งที่ 4 (13 เมษายน 2563)</u> ทบทวนการใส่-ถอดPPEเพื่อเตรียมพร้อมรับสถานการณ์COVIDให้กลุ่มพยาบาลที่ไปปฏิบัติงานโรงพยาบาลสนามสงขลา/ภูเก็ตจำนวน 30 คน จำนวนโครงการพัฒนางานด้าน IC = 10 เรื่อง ได้แก่ MRCU 1) โครงการ surveillance CRE 2) โครงการการป้องกันการติดเชื้อVAP MICU 1) โครงการ surveillance CRE 2) โครงการร่วมวิเคราะห์รักษามาตรฐาน พิชิตCLABSI CVT 1) การพัฒนาคุณภาพเพื่อควบคุมการติดเชื้อCLABSI 2) Save Lives: Clean care is in your hands 3) ผลของการพัฒนาระบบการกระตุ้นเตือนเพื่อถอดสายสวนปัสสาวะเมื่อไม่มีข้อบ่งชี้ Neuro 1) โครงการลดอัตราการติดเชื้อ CAUTI หอผู้ป่วยเด็ก2 1) โครงการเรื่องไฟฟจารงกับการจัดการเชื้อดื้อยา PICU 1) การพยาบาลเพื่อลดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ																																				
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา																																										
1.4 ตรวจจับเรื่องการล้างมือ5momentร่วมกับหน่วยควบคุมการติดเชื้อ		การล้างมือ	ร้อยละของการล้างมือแต่ละ Moment	ร้อยละ 100	85	<p>-หอผู้ป่วยต่างๆที่เป็นTarget ward 14 ward มีการควบคุมป้องกันการติดเชื้อ VAP, CLABSI,CAUTI ของหน่วยงาน โดยผลานอยู่ในเนื้องานและเป็นตัวชี้วัดของหน่วยงาน</p> <p>-สนับสนุนหอผู้ป่วยทำโครงการพัฒนางานด้านด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อและส่งผลงานเผยแพร่สู่ภายนอกในการประชุมวิชาการICN Forumครั้งที่14ปี 2563 ณ ศูนย์ประชุมนานาชาติ โรงแรมดิเอ็มเพลส จังหวัดเชียงใหม่ สหภาพพยาบาลด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อวันที่13-15มกราคม2563</p> <p>โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ส่งผลงาน2 เรื่อง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. หอผู้ป่วยเด็ก2 ส่งผลงานเรื่องไฟจรรยากรกับการจัดการเชื้อดื้อยา 2. ฝ่ายบริการพยาบาลและหน่วยควบคุมโรคติดเชื้อ ส่งผลงานเรื่อง พหุวัฒนธรรม: โรคอุบัติใหม่MERS-CoV <p>ร้อยละของการล้างมือปีงบประมาณ63 = Moment1=81.5 Moment2=89.4 Moment3=96.7 Moment4=90.9 Moment5=90.9</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Moment 1-5</th> <th>อัตราการล้างมือ (ร้อยละ)</th> <th>RN</th> <th>Non RN</th> <th>แพทย์</th> <th>นศพ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>81.5</td> <td>89.5</td> <td>85.0</td> <td>63.2</td> <td>67.6</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>89.4</td> <td>95.1</td> <td>87.1</td> <td>68.0</td> <td>46.7</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>96.7</td> <td>98.4</td> <td>95.6</td> <td>93.1</td> <td>88.7</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>90.9</td> <td>96.0</td> <td>92.4</td> <td>84.9</td> <td>82.9</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>82.2</td> <td>88.0</td> <td>82.8</td> <td>63.0</td> <td>66.8</td> </tr> </tbody> </table> <p>ดำเนินการ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สุ่มสอบถามปัญหาการล้างมือ พบประเด็นดังนี้ 	Moment 1-5	อัตราการล้างมือ (ร้อยละ)	RN	Non RN	แพทย์	นศพ	1	81.5	89.5	85.0	63.2	67.6	2	89.4	95.1	87.1	68.0	46.7	3	96.7	98.4	95.6	93.1	88.7	4	90.9	96.0	92.4	84.9	82.9	5	82.2	88.0	82.8	63.0	66.8	
Moment 1-5	อัตราการล้างมือ (ร้อยละ)	RN	Non RN	แพทย์	นศพ																																						
1	81.5	89.5	85.0	63.2	67.6																																						
2	89.4	95.1	87.1	68.0	46.7																																						
3	96.7	98.4	95.6	93.1	88.7																																						
4	90.9	96.0	92.4	84.9	82.9																																						
5	82.2	88.0	82.8	63.0	66.8																																						
<p>- กำหนดสัปดาห์ล้างมือ</p> <p>- Kick off วันล้างมือแห่งชาติ (โรงพยาบาล)</p> <p>- จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางLCD Monitor โรงพยาบาล</p>																																											

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ.2563	2562	ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	
<p>- ติดตามกำกับ/วัด Compliance(รายเดือน)</p> <p>-มอบรางวัลหน่วยงานที่ทำได้ดี</p> <p>1.5 ฝึกปฏิบัติ scrub the hub 15 วินาที ร่วมกับทีมมาตรฐาน ฝ่ายบริการพยาบาลและหน่วยควบคุมการติดเชื้อ</p> <p>-ประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางLCD Monitor</p>		การ scrub the hub ที่ถูกต้อง	ร้อยละของการ scrub the hub ที่ถูกต้อง	ร้อยละ100	N/A	<p>1) การจัดน้ำยาล้างมือวางไว้ปลายเตียงผู้ป่วยทุกเตียงเพียงจุดเดียว บางครั้งกิจกรรมพยาบาลมีความต่อเนื่อง ไม่ได้เดินกลับมาล้างมือที่ปลายเตียง มีข้อเสนอว่าควรจัดให้น้ำยาล้างมือชนิดพกพา (ส่วนตัว)</p> <p>2) ความเข้าใจมาตรฐานการล้างมือไม่ตรงกัน บุคลากรเข้าใจว่าในการทำกิจกรรมที่ต่อเนื่องกันสามารถล้างครั้งเดียวทำได้ทุกกิจกรรม</p> <p><u>การแก้ไข</u></p> <p>1.ประสานหน่วยICจัดอบรมทำความเข้าใจ (Standize Hand Hygiene) ทุกหอผู้ป่วย100%</p> <p>2.แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับหอผู้ป่วย พบประเด็นที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท วิเคราะห์/ RCA moment การล้างมือที่ทำได้น้อยคือmomentใด และมีกิจกรรมอะไรในหอผู้ป่วยของตนเองเกี่ยวข้องกับmomentนั้น ๆ เช่น ศัลยกรรมประสาทมี การใช้ Pneumatic cuffในผู้ป่วยเกือบทุกราย พบว่ามีบุคลากรที่เข้าไปดูแลPneumatic cuff ไม่ได้ล้างมือ หอผู้ป่วยจึงเน้นย้ำ และFocusเรื่องการล้างมือก่อนหลังดูแลPneumatic cuff</p> <p>- ไม่ได้ดำเนินการ (เนื่องจากพิจารณาในภาพรวมของฝ่ายบริการพยาบาล หอผู้ป่วยต่างๆได้จัด in service training สอนการ scrub the hub ในหน่วยงานอยู่แล้ว รวมทั้งได้รับอนุมัติให้นำวัสดุ antiseptic cap มาใช้ ทำให้ลดเวลาและลดกิจกรรมการ scrub the hub ลง)</p>	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา						
โรงพยาบาล,เปิดคลิบ ก่อนการประชุมต่างๆ ของฝ่ายบริการพยาบาล		การจัด ประชุม วิชาการ	จำนวนผู้เข้าร่วม ประชุม -คะแนนความ พึงพอใจดี-ดีมาก	1 ครั้ง (150คน) -ร้อยละ 80	N/A	- ไม่ได้ดำเนินการเนื่องจากสถานการณ์ COVID	
2. โครงการพัฒนา ศักยภาพบุคลากร - จัดประชุมวิชาการ เรื่อง Infection Prevention Updates and Best Practice		คู่มือแนว ปฏิบัติที่ จัดทำ/ ทบทวน	จำนวนคู่มือแนว ปฏิบัติที่จัดทำ/ ทบทวน	≥5 เรื่อง	N/A	คู่มือแนวปฏิบัติที่จัดทำ/ทบทวน จำนวน 3 เรื่อง จากการระบาดของโรคอุบัติใหม่COVID-19ในประเทศไทยตั้งแต่เดือน มีนาคม 2563	
3. โครงการสนับสนุน ส่งเสริมและติดตาม พัฒนาด้านโรคอุบัติ ใหม่ - ทบทวน/จัดทำแนว ปฏิบัติ/คู่มือต่างๆ ความรู้ให้ทันกับโรคเกิด ใหม่/เกิดซ้ำที่มารับการ รักษาโดยประสานงาน ร่วมกับหน่วย IC เช่น						เรื่องที่1. ร่วมจัดทำแนวปฏิบัติผู้ป่วยผ่าตัด COVID-19 ของห้องผ่าตัดและภาควิชา วิสัญญี ครอบคลุมระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด นำเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลประกาศใช้ เรื่องที่2. ร่วมจัดทำFlow การ CT-COVID และพัฒนาเพิ่มการฉีดสี (contrast) เรื่องที่3. ร่วมทบทวนแผนเส้นทางการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยPUI/COVID ให้เป็น ปัจจุบันและเหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงที่ตั้ง/โครงสร้างหอผู้ป่วย และ ประกาศใช้เป็นแผนกลางของโรงพยาบาล	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา						
โรควุ้นวุ้น โรคเรื้อน โรค กาฬหลังแอ่น เป็นต้น							
1. โครงการพัฒนา คุณภาพการปฏิบัติการ พยาบาลด้าน จริยธรรม/สิทธิผู้ป่วย 1.1 เสวนายามบ่าย ง่ายๆสบายๆ - จัดทำตารางเสวนา ยามบ่ายรายเดือนใน หัวข้อที่จะรณรงค์ด้าน จริยธรรม/สิทธิผู้ป่วย เช่น การรักษาความลับ ของผู้ป่วย การไม่ทำ อันตรายแก่ผู้ป่วย - รวบรวมเรื่องเล่าทำ เป็นคลังความดีศรีดอก ปีบ	ต.ค.62-ก.ย.63	ข้อร้องเรียน ด้าน พฤติกรรม/ จริยธรรม ลดลง	จำนวนข้อ ร้องเรียนลดลง	< 12 เรื่อง	12	รวม 15 เรื่อง - ต.ค.- ธ.ค.62 = 6 เรื่อง - ม.ค. - มี.ค. 63 = 2 เรื่อง - เม.ย. - มิ.ย. 63 = 3 เรื่อง - ก.ค. - ก.ย. 63 = 4 เรื่อง ลักษณะข้อร้องเรียน: ไม่พอใจจากการใช้คำพูด พฤติกรรมไม่เหมาะสม	คุณอุไรวรรณ คุณนิตยาคุณ ทัศนาศุณนารี คุณเยาวรัตน์
		กิจกรรม เสวนา	จำนวนกิจกรรม	6 ครั้ง	NA	จัดกิจกรรม 3 ครั้ง - เดือนตุลาคม .- ธันวาคม 2562 = 1 ครั้ง - เดือนมกราคม . - มีนาคม. 2563 = 2 ครั้ง	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ														
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ.2563	2562			ตุลาคม2562 –กันยายน 2563													
						-วันที่ 8 มกราคม.2563 หัวข้อเสวนา: การบอกความจริง (Veracity) จำนวนผู้เข้าร่วม 58 คน - วันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2563 หัวข้อเสวนา: ความเสี่ยงทางจริยธรรม (Ethical risk) จำนวนผู้เข้าร่วม 47 คน															
						<table border="1"> <thead> <tr> <th>ประเด็น</th> <th>แนวทาง</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>การแจ้งผลการตรวจ HIV ในกรณีที่มาตรา (ฝากครรภ์)</td> <td>- มีแนวทางชัดเจนว่าแพทย์เจ้าของไข้เป็นผู้บอกความจริง</td> </tr> <tr> <td>การให้ข้อมูลแก่ครอบครัวที่มีความผิดปกติหลังคลอดให้ถูกต้องตรงกัน เพื่อวางแผนการรักษาที่เหมาะสม (PICU)</td> <td>- ควรมีการประชุมครอบครัว ให้ทุกคนรับรู้ข้อมูลพร้อมกัน</td> </tr> <tr> <td>การบอกความจริงใน case DFIU (LR)</td> <td>- ประเมินการรับรู้ของมารดา/ญาติ ประสานแพทย์ให้ข้อมูล และพยาบาล support หลังรับทราบข่าวร้าย</td> </tr> <tr> <td>ผู้ป่วยมะเร็งลูกกลมแพร่กระจายแต่ญาติยังมีความหวังว่าผู้ป่วยจะดีขึ้น (SRCU)</td> <td>-ประสานแพทย์เจ้าของไข้ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง แนวทางปรึกษาผู้ที่เกี่ยวข้อง</td> </tr> <tr> <td>ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดมีภาวะวิกฤติ แพทย์ต้องการรับให้ CMT แต่ญาติไม่ยอมให้บอกผู้ป่วยก่อน รอให้อาการดีขึ้นค่อยบอก (MICU)</td> <td>-สื่อสารทีมเรื่องญาติไม่ต้องการให้ผู้ป่วยรับรู้ ประเมินผู้ป่วยและญาติซ้ำเป็นระยะ ใช้เวลาเป็นตัวช่วยในการรับรู้ของผู้ป่วย</td> </tr> <tr> <td>-การส่ง UPT โดยแพทย์ไม่ได้แจ้งผู้ป่วย - การส่งเจาะเลือด HIV โดยไม่ได้แจ้งผู้ป่วย (ER)</td> <td>-ควรมี inform consent ในการส่งตรวจที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดความไม่พึงพอใจ เช่น การส่งตรวจ HIV UPT</td> </tr> </tbody> </table>	ประเด็น	แนวทาง	การแจ้งผลการตรวจ HIV ในกรณีที่มาตรา (ฝากครรภ์)	- มีแนวทางชัดเจนว่าแพทย์เจ้าของไข้เป็นผู้บอกความจริง	การให้ข้อมูลแก่ครอบครัวที่มีความผิดปกติหลังคลอดให้ถูกต้องตรงกัน เพื่อวางแผนการรักษาที่เหมาะสม (PICU)	- ควรมีการประชุมครอบครัว ให้ทุกคนรับรู้ข้อมูลพร้อมกัน	การบอกความจริงใน case DFIU (LR)	- ประเมินการรับรู้ของมารดา/ญาติ ประสานแพทย์ให้ข้อมูล และพยาบาล support หลังรับทราบข่าวร้าย	ผู้ป่วยมะเร็งลูกกลมแพร่กระจายแต่ญาติยังมีความหวังว่าผู้ป่วยจะดีขึ้น (SRCU)	-ประสานแพทย์เจ้าของไข้ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง แนวทางปรึกษาผู้ที่เกี่ยวข้อง	ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดมีภาวะวิกฤติ แพทย์ต้องการรับให้ CMT แต่ญาติไม่ยอมให้บอกผู้ป่วยก่อน รอให้อาการดีขึ้นค่อยบอก (MICU)	-สื่อสารทีมเรื่องญาติไม่ต้องการให้ผู้ป่วยรับรู้ ประเมินผู้ป่วยและญาติซ้ำเป็นระยะ ใช้เวลาเป็นตัวช่วยในการรับรู้ของผู้ป่วย	-การส่ง UPT โดยแพทย์ไม่ได้แจ้งผู้ป่วย - การส่งเจาะเลือด HIV โดยไม่ได้แจ้งผู้ป่วย (ER)	-ควรมี inform consent ในการส่งตรวจที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดความไม่พึงพอใจ เช่น การส่งตรวจ HIV UPT	
ประเด็น	แนวทาง																				
การแจ้งผลการตรวจ HIV ในกรณีที่มาตรา (ฝากครรภ์)	- มีแนวทางชัดเจนว่าแพทย์เจ้าของไข้เป็นผู้บอกความจริง																				
การให้ข้อมูลแก่ครอบครัวที่มีความผิดปกติหลังคลอดให้ถูกต้องตรงกัน เพื่อวางแผนการรักษาที่เหมาะสม (PICU)	- ควรมีการประชุมครอบครัว ให้ทุกคนรับรู้ข้อมูลพร้อมกัน																				
การบอกความจริงใน case DFIU (LR)	- ประเมินการรับรู้ของมารดา/ญาติ ประสานแพทย์ให้ข้อมูล และพยาบาล support หลังรับทราบข่าวร้าย																				
ผู้ป่วยมะเร็งลูกกลมแพร่กระจายแต่ญาติยังมีความหวังว่าผู้ป่วยจะดีขึ้น (SRCU)	-ประสานแพทย์เจ้าของไข้ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง แนวทางปรึกษาผู้ที่เกี่ยวข้อง																				
ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดมีภาวะวิกฤติ แพทย์ต้องการรับให้ CMT แต่ญาติไม่ยอมให้บอกผู้ป่วยก่อน รอให้อาการดีขึ้นค่อยบอก (MICU)	-สื่อสารทีมเรื่องญาติไม่ต้องการให้ผู้ป่วยรับรู้ ประเมินผู้ป่วยและญาติซ้ำเป็นระยะ ใช้เวลาเป็นตัวช่วยในการรับรู้ของผู้ป่วย																				
-การส่ง UPT โดยแพทย์ไม่ได้แจ้งผู้ป่วย - การส่งเจาะเลือด HIV โดยไม่ได้แจ้งผู้ป่วย (ER)	-ควรมี inform consent ในการส่งตรวจที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดความไม่พึงพอใจ เช่น การส่งตรวจ HIV UPT																				
						<table border="1"> <thead> <tr> <th>โรค</th> <th>Clinical risk</th> <th>Ethical risk</th> <th>แนวทางการปฏิบัติ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>AML</td> <td>- เสี่ยงติดเชื้อ เลือดออก อาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด เครียด ภาวะทุพโภชนาการ</td> <td>1.เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากการติดเชื้อ ภาวะเลือดออก</td> <td>-การพัฒนาสมรรถนะเฉพาะทางของพยาบาล</td> </tr> </tbody> </table>	โรค	Clinical risk	Ethical risk	แนวทางการปฏิบัติ	AML	- เสี่ยงติดเชื้อ เลือดออก อาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด เครียด ภาวะทุพโภชนาการ	1.เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากการติดเชื้อ ภาวะเลือดออก	-การพัฒนาสมรรถนะเฉพาะทางของพยาบาล							
โรค	Clinical risk	Ethical risk	แนวทางการปฏิบัติ																		
AML	- เสี่ยงติดเชื้อ เลือดออก อาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด เครียด ภาวะทุพโภชนาการ	1.เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากการติดเชื้อ ภาวะเลือดออก	-การพัฒนาสมรรถนะเฉพาะทางของพยาบาล																		

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ.2563	2562	ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	
						-การปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย (การไม่ทำอันตราย การทำประโยชน์ความซื่อสัตย์ และความรับผิดชอบต่อ)	
			OA knee	-ได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ แผลติดเข่า ปวดแผล ภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่าย	-เสี่ยงต่อการได้รับข้อมูลไม่ครบ ไม่ได้เซ็นใบ Inform consent -อาจได้รับอันตรายจากการติด เข่า ปวดแผล และเกิด ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด	-แนวทางการให้ข้อมูลและคำปรึกษา ใน การ ผ่า ตัด Total Knee Replacement (TKA) เพื่อความ เข้าใจที่ถูกต้อง (ใช้หลักการเคารพ เอกลีที้ การทำประโยชน์ และ การ ทำหน้าที่แทนผู้ป่วย) -การใช้แนวปฏิบัติ การจัดการความ ปวด และดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตาม ความเหมาะสม	
			HCC	- ไม่ได้ทำ TACE/ RFA ตาม รอบเวลา -ภาวะแทรกซ้อนจากการทำ หัตถการ	- เสี่ยงต่อการได้รับข้อมูลไม่ ครบ ไม่ได้เซ็นใบ Inform consent -อาจได้รับอันตรายจากการ ไม่ได้รับการรักษาตามรอบเวลา การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลัง การผ่าตัด	- แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มาทำ TACE/RFA (ใช้หลักจริยธรรม การ เคารพเอกลีที้ การทำประโยชน์ และ การทำหน้าที่แทนผู้ป่วย เช่น การโทรตามผู้ป่วยมารับการรักษา การให้ข้อมูลผู้ป่วย)	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย		ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2562 – กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ
ปี พ.ศ. 2563-2564	วัน-เวลา			ปี พ.ศ. 2563	2562			
1.2 จัดทำแนวปฏิบัติ ด้านจริยธรรมที่พบ ปัญหาบ่อย - กิจกรรม ethical round OPD/IPD		เรื่องเล่า	ช่องทางเดินปัสสาวะ เปิดตำในผู้ป่วย ศัลยกรรมเด็ก	-ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด แผลหายช้า - ผู้ป่วยอายุจากถูก Ex post ในขณะที่ทำแผล	-เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจาก การผ่าตัด -เสี่ยงต่อการเปิดเผยความลับ อาจเกิด Ex post ผู้ป่วย ในขณะที่ทำแผล	-แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย - การระมัดระวังในการทำแผลไม่ Ex post ผู้ป่วย (ใช้หลัก: การไม่ทำ อันตราย การเคารพเอกสิทธิ์)		
		จำนวนเรื่องเล่า	10 เรื่อง	NA	รวม 8 เรื่อง ปัญหาที่พบ - เขียนเรื่องเล่าสั้น ไม่ค่อยสะท้อนบทบาทของพยาบาล บุคลากรไม่มีทักษะการเขียนเรื่องเล่า			
		แนวปฏิบัติ ประเด็นทาง จริยธรรม	จำนวนแนว ปฏิบัติด้าน จริยธรรม	2 เรื่อง	NA	- อยู่ระหว่างการทบทวนแนวปฏิบัติ - แนวปฏิบัติการถอดถอนเครื่องช่วยหายใจ ร่วมกับคณะกรรมการ palliative ฝ่ายบริการพยาบาล และคณะกรรมการเพื่อพัฒนาคุณภาพ palliative care - แนวทางการสั่งเจาะเลือด HIV จัดกิจกรรม 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 วันที่ 29 พฤศจิกายน 2562 จำนวน 12 หอผู้ป่วย: - อายุรกรรมชาย 1, อายุรกรรมชาย 2, อายุรกรรมหญิง, ศัลยกรรมชาย 1, ศัลยกรรมชาย 2, ศัลยกรรมหญิง, ห้องคลอด สูติกรรม พิเศษสูติ-นรีเวช นรีเวช ครั้งที่ 2 วันที่ 24 กันยายน 2563 จำนวน 4 หอผู้ป่วย - อุบัติเหตุ, NMCU, OPD 1, OPD 2 - เลื่อน จัดวันที่ 29 – 30 เมษายน 2563 (วิทยากรมีปัญหาสุขภาพ รอ confirm วันที่ 17 – 18 กันยายน 2563)		
2.โครงการพัฒนา ศักยภาพบุคลากรด้าน	ต.ค.62-ก.ย.63	การอบรม	จำนวนครั้งของ การจัดอบรม	1 ครั้ง				

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563						ผู้รับผิดชอบ																																																																																			
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา																																																																																														
จริยธรรม - หัวหน้าหอผู้ป่วย/ หน่วยงาน - พยาบาลแกนนำ จริยธรรม 3. โครงการสนับสนุน ส่งเสริมและติดตาม งาน - สำรวจความพึงพอใจ ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรม ด้านจริยธรรมของ พยาบาล ปีละ ครั้ง (เดือน)		ความพึง พอใจต่อการ จัดอบรม	ร้อยละของผู้เข้า อบรมที่มีความ พึงพอใจระดับ มาก-มากที่สุด	\geq ร้อยละ 90		- ผู้ป่วยใน \geq 4.63 - ผู้ป่วยนอก \geq 4.49																																																																																									
		ความพึง พอใจของ ผู้ป่วยต่อ พฤติกรรม ด้าน จริยธรรม ของ พยาบาล	คะแนนความพึง พอใจของผู้ป่วย ต่อพฤติกรรม ด้านจริยธรรม ของพยาบาล	ผู้ป่วยใน \geq 4.5 ผู้ป่วยนอก \geq 4.3		<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ลำดับ</th> <th colspan="3">IPD</th> <th colspan="3">OPD</th> </tr> <tr> <th>หอผู้ป่วย</th> <th>n</th> <th>x</th> <th>หอผู้ป่วย</th> <th>n</th> <th>x</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Burn</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>ศูนย์คัดกรอง</td> <td>15</td> <td>4.93</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>ฉบ.12</td> <td>15</td> <td>4.93</td> <td>ห้องผ่าตัดเล็ก</td> <td>15</td> <td>4.87</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>อุบัติเหตุ</td> <td>13</td> <td>4.92</td> <td>ambulatory care</td> <td>15</td> <td>4.80</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>post cath</td> <td>10</td> <td>4.9</td> <td>ผิวหนัง</td> <td>9</td> <td>4.78</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>ฉบ.11</td> <td>16</td> <td>4.88</td> <td>หูดจุมูก</td> <td>13</td> <td>4.77</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>SRCU</td> <td>6</td> <td>4.83</td> <td>ศูนย์ให้ยาเคมีบำบัด</td> <td>15</td> <td>4.67</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>ฉบ.8</td> <td>15</td> <td>4.8</td> <td>จิตเวช</td> <td>15</td> <td>4.67</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>สังเกตอาการ</td> <td>15</td> <td>4.8</td> <td>เด็กทั่วไป</td> <td>12</td> <td>4.67</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>นรีเวช</td> <td>14</td> <td>4.79</td> <td>premium</td> <td>15</td> <td>4.67</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>MICU</td> <td>14</td> <td>4.79</td> <td>ฉุกเฉิน</td> <td>15</td> <td>4.47</td> </tr> </tbody> </table>						ลำดับ	IPD			OPD			หอผู้ป่วย	n	x	หอผู้ป่วย	n	x	1	Burn	2	5	ศูนย์คัดกรอง	15	4.93	2	ฉบ.12	15	4.93	ห้องผ่าตัดเล็ก	15	4.87	3	อุบัติเหตุ	13	4.92	ambulatory care	15	4.80	4	post cath	10	4.9	ผิวหนัง	9	4.78	5	ฉบ.11	16	4.88	หูดจุมูก	13	4.77	6	SRCU	6	4.83	ศูนย์ให้ยาเคมีบำบัด	15	4.67	7	ฉบ.8	15	4.8	จิตเวช	15	4.67	8	สังเกตอาการ	15	4.8	เด็กทั่วไป	12	4.67	9	นรีเวช	14	4.79	premium	15	4.67	10	MICU	14	4.79	ฉุกเฉิน	15	4.47	
ลำดับ	IPD			OPD																																																																																											
	หอผู้ป่วย	n	x	หอผู้ป่วย	n	x																																																																																									
1	Burn	2	5	ศูนย์คัดกรอง	15	4.93																																																																																									
2	ฉบ.12	15	4.93	ห้องผ่าตัดเล็ก	15	4.87																																																																																									
3	อุบัติเหตุ	13	4.92	ambulatory care	15	4.80																																																																																									
4	post cath	10	4.9	ผิวหนัง	9	4.78																																																																																									
5	ฉบ.11	16	4.88	หูดจุมูก	13	4.77																																																																																									
6	SRCU	6	4.83	ศูนย์ให้ยาเคมีบำบัด	15	4.67																																																																																									
7	ฉบ.8	15	4.8	จิตเวช	15	4.67																																																																																									
8	สังเกตอาการ	15	4.8	เด็กทั่วไป	12	4.67																																																																																									
9	นรีเวช	14	4.79	premium	15	4.67																																																																																									
10	MICU	14	4.79	ฉุกเฉิน	15	4.47																																																																																									

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ																			
- ประเมินความรู้ด้าน จริยธรรมของพยาบาล ปีละ 1 ครั้ง (เดือน) 1.โครงการพัฒนา คุณภาพการดูแลผู้ป่วย แบบประคับประคอง (ผู้ใหญ่และเด็ก)	วัน-เวลา	ความรู้ของ พยาบาล ด้าน จริยธรรม	คะแนนการ ทดสอบของ พยาบาลด้าน จริยธรรมผ่าน เกณฑ์ที่ กำหนด ร้อยละ 80	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ข้อที่ทำได้ดี - พยาบาลแต่งกายสะอาดเรียบร้อย (4.73) พยาบาลมีน้ำใจ (สนใจ เต็มใจ เอาใจใส่) (4.59) - พยาบาลมีพฤติกรรมน่าเชื่อถือและน่าศรัทธา (4.58) -พยาบาลมีอัธยาศัยใน การต้อนรับ (4.57) ข้อที่ได้คะแนนน้อย - พยาบาลรับฟังและช่วยคลี่คลายปัญหาและให้คำปรึกษา (4.45) - พยาบาลมีการควบคุมอารมณ์ (4.45) - พยาบาลบริการรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ (4.47) - พยาบาลปฏิบัติด้วยความมีเมตตา (4.49) - รวบรวมข้อสอบ ให้อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ >>ข้อสอบควรกำหนด วัตถุประสงค์และกำหนดให้ชัดเจนว่าต้องการประเมินอะไร	คุณอุไรวรรณ คุณเยาวรัตน์																			
						1.คุณภาพ การดูแลแบบ ประคับประค อง-ประเมิน คุณภาพการ ดูแลโดยใช้ แบบสอบ		ร้อยละของ คุณภาพการ ดูแล ผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง โดยรวมระดับ <u>มาก-มากที่สุด</u>	- คุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง <u>โดยรวม</u> <u>ระดับมาก-มากที่สุด</u> = 100%																	
				<table border="1"> <thead> <tr> <th>หอผู้ป่วย</th> <th>จำนวนผู้ป่วยที่ ได้รับการดูแล palliative</th> <th>จำนวนผู้ป่วยที่ ทำแบบประเมิน คุณภาพฯ</th> <th>ผู้ป่วยที่ประเมินคุณภาพ การดูแลอยู่ในระดับ มาก – มากที่สุด</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>อช.1</td> <td>91</td> <td>32 (35.16%)</td> <td>32 (100%)</td> </tr> <tr> <td>ศช. 1</td> <td>13</td> <td>10 (76.92%)</td> <td>10 (100%)</td> </tr> <tr> <td>ENT</td> <td>19</td> <td>19 (100%)</td> <td>19 (100%)</td> </tr> <tr> <td>นรีเวช</td> <td>56</td> <td>51 (91.07)</td> <td>51 (100%)</td> </tr> </tbody> </table>		หอผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วยที่ ได้รับการดูแล palliative	จำนวนผู้ป่วยที่ ทำแบบประเมิน คุณภาพฯ	ผู้ป่วยที่ประเมินคุณภาพ การดูแลอยู่ในระดับ มาก – มากที่สุด	อช.1	91	32 (35.16%)	32 (100%)	ศช. 1	13	10 (76.92%)	10 (100%)	ENT	19	19 (100%)	19 (100%)	นรีเวช	56	51 (91.07)	51 (100%)	
หอผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วยที่ ได้รับการดูแล palliative	จำนวนผู้ป่วยที่ ทำแบบประเมิน คุณภาพฯ	ผู้ป่วยที่ประเมินคุณภาพ การดูแลอยู่ในระดับ มาก – มากที่สุด																							
อช.1	91	32 (35.16%)	32 (100%)																							
ศช. 1	13	10 (76.92%)	10 (100%)																							
ENT	19	19 (100%)	19 (100%)																							
นรีเวช	56	51 (91.07)	51 (100%)																							

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ																					
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา																											
		<p>ความ ความคิดเห็น ของผู้ป่วย/ ญาติต่อการ ดูแลที่ได้รับ)</p> <p>2.ผู้ป่วยที่ ได้รับการ วางแผนการ ดูแลตนเอง ล่วงหน้า (advance care plan)</p>	<p>2. ร้อยละของ ผู้ป่วยที่ได้รับ การวางแผนการ ดูแลตนเอง ล่วงหน้า (advance care plan)</p>	>ร้อยละ 90	NA (เริ่มเก็บ ปี 2563)	<p>หมายเหตุ ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมิน PPS ในระบบ HIS 205 คน =96.1</p> <p>ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า (advance care plan) = 95.38</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>หอ ผู้ป่วย</th> <th>จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการ ดูแล palliative</th> <th>จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า (advance care plan)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>อช.1</td> <td>91</td> <td>91 (100)</td> </tr> <tr> <td>ศช. 1</td> <td>13</td> <td>4 (30.77)</td> </tr> <tr> <td>ENT</td> <td>19</td> <td>19 (100)</td> </tr> <tr> <td>นรีเวช</td> <td>56</td> <td>56 (100)</td> </tr> <tr> <td>เด็ก</td> <td>16</td> <td>16 (100)</td> </tr> <tr> <td>รวม</td> <td>195</td> <td>186 (95.38)</td> </tr> </tbody> </table>	หอ ผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการ ดูแล palliative	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า (advance care plan)	อช.1	91	91 (100)	ศช. 1	13	4 (30.77)	ENT	19	19 (100)	นรีเวช	56	56 (100)	เด็ก	16	16 (100)	รวม	195	186 (95.38)	
หอ ผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการ ดูแล palliative	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า (advance care plan)																										
อช.1	91	91 (100)																										
ศช. 1	13	4 (30.77)																										
ENT	19	19 (100)																										
นรีเวช	56	56 (100)																										
เด็ก	16	16 (100)																										
รวม	195	186 (95.38)																										
		<p>2.ผู้ป่วยมี คะแนน ความปวด ≤ 3 ภายใน 72 ชม.หลัง</p>	<p>ร้อยละผู้ป่วยมี คะแนนความ ปวด ≤ 3 ภายใน 72 ชม. หลังให้ PC หรือ</p>	>ร้อยละ 90	ร้อยละ 89.89	<p>ร้อยละผู้ป่วยมีคะแนนความปวด ≤ 3 ภายใน 72 ชม. หลังให้ PC หรือ 24 ชม. ก่อนเสียชีวิต = 95.56</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>หอ ผู้ป่วย</th> <th>จำนวนผู้ป่วยที่ ได้รับการดูแล palliative</th> <th>จำนวนผู้ป่วยที่ มีอาการปวด</th> <th>จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการปวด≤3 ภายใน 72 ชม. หลังให้ pc หรือ 24 ชม. ก่อนเสียชีวิต</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>อช.1</td> <td>91</td> <td>11(12.09%)</td> <td>10(90.91%)</td> </tr> <tr> <td>ศช. 1</td> <td>13</td> <td>10(76.92%)</td> <td>10(100%)</td> </tr> </tbody> </table>	หอ ผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วยที่ ได้รับการดูแล palliative	จำนวนผู้ป่วยที่ มีอาการปวด	จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการปวด≤3 ภายใน 72 ชม. หลังให้ pc หรือ 24 ชม. ก่อนเสียชีวิต	อช.1	91	11(12.09%)	10(90.91%)	ศช. 1	13	10(76.92%)	10(100%)										
หอ ผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วยที่ ได้รับการดูแล palliative	จำนวนผู้ป่วยที่ มีอาการปวด	จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการปวด≤3 ภายใน 72 ชม. หลังให้ pc หรือ 24 ชม. ก่อนเสียชีวิต																									
อช.1	91	11(12.09%)	10(90.91%)																									
ศช. 1	13	10(76.92%)	10(100%)																									

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ																								
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ.2563	2562	ตุลาคม2562 –กันยายน 2563																									
		ให้ PC หรือ 24 ชม.ก่อนเสียชีวิต - ประเมินความปวดโดยใช้ ESAS	24 ชม.ก่อนเสียชีวิต																												
		3.ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อย ≤ 4 ภายใน 72 ชม.หลังให้ PC หรือ 24 ชม.ก่อนเสียชีวิต - ประเมินอาการเหนื่อยโดยใช้ ESAS	ร้อยละผู้ป่วยมีอาการเหนื่อย ≤ 4 ภายใน 72 ชม. หลังให้ PC หรือ 24 ชม.ก่อนเสียชีวิต	>ร้อยละ 90	100	<p>- ผู้ป่วยที่มีอาการปวด = 90 ราย ได้รับการจัดการความปวด และคะแนนความปวด ≤ 3 ก่อนเสียชีวิต 86 ราย คิดเป็น ร้อยละ 95.56</p> <p>- ผู้ป่วยที่มีอาการปวดได้รับการจัดการอาการปวดด้วย opioid ทุกรายร่วมกับการจัดการอาการโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ การจัดทำ การประคบ</p> <p>ร้อยละผู้ป่วยมีอาการเหนื่อย ≤ 4 ภายใน 72 ชม. หลังให้ PC หรือ 24 ชม.ก่อนเสียชีวิต = 97.58</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>หอผู้ป่วย</th> <th>จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล palliative</th> <th>จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อย ≤ 3 ภายใน 72 ชม. หลังให้ pc หรือ 24 ชม. ก่อนเสียชีวิต</th> <th>จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อย ≤ 3 ภายใน 72 ชม. หลังให้ pc หรือ 24 ชม. ก่อนเสียชีวิต</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>อช.1</td> <td>91</td> <td>84(92.31%)</td> <td>83(98.81%)</td> </tr> <tr> <td>ศช. 1</td> <td>13</td> <td>11(84.62%)</td> <td>11 (100%)</td> </tr> <tr> <td>ENT</td> <td>19</td> <td>17(89.47%)</td> <td>17 (100%)</td> </tr> <tr> <td>นรีเวช</td> <td>56</td> <td>41(73.21%)</td> <td>38 (92.68%)</td> </tr> <tr> <td>เด็ก</td> <td>16</td> <td>12(75%)</td> <td>12 (100%)</td> </tr> </tbody> </table>	หอผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล palliative	จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อย ≤ 3 ภายใน 72 ชม. หลังให้ pc หรือ 24 ชม. ก่อนเสียชีวิต	จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อย ≤ 3 ภายใน 72 ชม. หลังให้ pc หรือ 24 ชม. ก่อนเสียชีวิต	อช.1	91	84(92.31%)	83(98.81%)	ศช. 1	13	11(84.62%)	11 (100%)	ENT	19	17(89.47%)	17 (100%)	นรีเวช	56	41(73.21%)	38 (92.68%)	เด็ก	16	12(75%)	12 (100%)	
หอผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล palliative	จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อย ≤ 3 ภายใน 72 ชม. หลังให้ pc หรือ 24 ชม. ก่อนเสียชีวิต	จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อย ≤ 3 ภายใน 72 ชม. หลังให้ pc หรือ 24 ชม. ก่อนเสียชีวิต																												
อช.1	91	84(92.31%)	83(98.81%)																												
ศช. 1	13	11(84.62%)	11 (100%)																												
ENT	19	17(89.47%)	17 (100%)																												
นรีเวช	56	41(73.21%)	38 (92.68%)																												
เด็ก	16	12(75%)	12 (100%)																												

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา						
1.1 จัดทำคู่มือการดูแล ผู้ป่วย palliative care		คู่มือการ ดูแลผู้ป่วย palliative care	มีคู่มือการดูแล ผู้ป่วย palliative care	1 เล่ม	NA	- ผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อยได้รับการจัดการอาการโดยใช้ opioid และ O2 therapy ร่วมกับการจัดการอาการโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ การจัดทำ การเช็ดหน้าด้วยความเย็น การใช้พัดลมเป่า - ระหว่างดำเนินการ	
1.2 Palliative Care Round ร่วมกับภาควิชา ฯ (กุมาร สูติ อายุรศาสตร์)		การ round	จำนวนครั้งของ การ round	24 ครั้ง/ปี	NA	- Round ร่วมกับทีมสหสาขา 5 ครั้ง (ภาคอายุฯ 3 ครั้ง สูติ-นรีเวช 2 ครั้ง) และ Round ระบบ palliative ในหอผู้ป่วยนำร่อง 5 ครั้ง - ระบบมอบหมายงาน: ทุกหอผู้ป่วยมีพยาบาลแกนนำ ทำหน้าที่ช่วยติดตาม ให้มีการประเมิน PPS การวางแผนการดูแลร่วมกับทีมสหสาขา ปัญหาที่พบ - บางหอผู้ป่วยไม่ได้กำหนดแนวทางการประเมิน PPS การกำหนดบทบาท ของแกนนำไม่ชัดเจน - Round ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน 1. ผู้ป่วยต้องการถอดท่อช่วยหายใจ 2. ผู้ป่วยที่ต้องใช้ opioids ขนาดสูงหรือ opioid แบบฉีดที่บ้าน 3. การประชุมครอบครัว ปัญหาที่พบ - การวางแผนการจัดการอาการที่ไม่สอดคล้องกันของทีมดูแลรักษาพยาบาล ทำให้หอผู้ป่วยมีความคับข้องใจ - ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ได้รับการประเมิน PPS =100%	
		การบันทึก ข้อมูล PPS	ร้อยละของ ผู้ป่วย palliative ที่	ร้อยละ 100	NA		

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ																																													
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา																																																			
			ได้รับการบันทึก PPS			<p>- จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการประเมิน PPS ในระบบ HIS = 609 ราย อยู่ในระยาคงที่ 150 ราย ระยะเปลี่ยนผ่าน 83 ราย ระยะสุดท้าย 203 ราย ไม่มีเงื่อนไข 163 ราย</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th rowspan="2">จำนวน</th> <th colspan="3">ระดับ PPS</th> <th rowspan="2">ไม่มี เงื่อนไข</th> </tr> <tr> <th>70-100</th> <th>40-60</th> <th>10-30</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>เด็ก2</td> <td colspan="5">ประเมินในกระดาษ</td> </tr> <tr> <td>อช.1</td> <td>202</td> <td>7</td> <td>41</td> <td>132</td> <td>22</td> </tr> <tr> <td>ศช.1</td> <td>244</td> <td>110</td> <td>14</td> <td>8</td> <td>112</td> </tr> <tr> <td>นรีเวช</td> <td>115</td> <td>24</td> <td>14</td> <td>44</td> <td>23</td> </tr> <tr> <td>ENT</td> <td>48</td> <td>9</td> <td>14</td> <td>19</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>รวม</td> <td>609</td> <td>150</td> <td>83</td> <td>203</td> <td>163</td> </tr> </tbody> </table> <p>ผู้ป่วยที่ได้รับ palliative care ได้รับการประเมิน PPS ทุกราย แต่การประเมินในระบบ HIS ไม่ครบ</p> <p>ปัญหาที่พบ: การประเมินประเมิน PPS ในระบบ HIS น้อย จาก</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่ได้กำหนดขอบเขตผู้ป่วยที่ต้องประเมินให้ชัด - เมื่อประเมินแล้วไม่มีเงื่อนไข ทำให้ไม่อยากประเมินอีก <p>ทบทวนการประเมินที่ไม่มีเงื่อนไข เนื่องจาก</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ประเมินไม่ครบทุกข้อ 2. ไม่ตรงกับ code ที่กำหนดไว้เดิม >>ทบทวนและลง Code เพิ่ม 3. ไม่มีความรู้ในการประเมิน PPS 		จำนวน	ระดับ PPS			ไม่มี เงื่อนไข	70-100	40-60	10-30	เด็ก2	ประเมินในกระดาษ					อช.1	202	7	41	132	22	ศช.1	244	110	14	8	112	นรีเวช	115	24	14	44	23	ENT	48	9	14	19	6	รวม	609	150	83	203	163	
	จำนวน	ระดับ PPS			ไม่มี เงื่อนไข																																															
		70-100	40-60	10-30																																																
เด็ก2	ประเมินในกระดาษ																																																			
อช.1	202	7	41	132	22																																															
ศช.1	244	110	14	8	112																																															
นรีเวช	115	24	14	44	23																																															
ENT	48	9	14	19	6																																															
รวม	609	150	83	203	163																																															

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ																																						
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา																																												
1.3 interesting case conference 3 ครั้ง/ปี	ต.ค. 62 ก.พ. 62 มี.ย.62	การ conferenc e	จำนวนครั้งของ การ conference	3 ครั้ง/ปี		จัดได้ 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 วันที่ 14 กรกฎาคม 2563 ครั้งที่ 2 วันที่ 25 สิงหาคม 2563 ครั้งที่ 3 งดจัดกิจกรรมเนื่องจากสถานการณ์โรค Covid																																							
		ความพึง พอใจต่อการ จัด conferenc e	ร้อยละของ ความพึงพอใจ ต่อการจัด conference ระดับมาก-มาก ที่สุด	> ร้อยละ 90		<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="3">หัวข้อประเมิน</th> <th colspan="2">ครั้งที่ 1</th> <th colspan="2">ครั้งที่ 2</th> </tr> <tr> <th colspan="2">ความพึงพอใจ</th> <th colspan="2">ความพึงพอใจ</th> </tr> <tr> <th>ค่าเฉลี่ย</th> <th>ระดับมาก- มากที่สุด</th> <th>ค่าเฉลี่ย</th> <th>ระดับมาก- มากที่สุด</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.ความรู้ความเข้าใจหลังเข้าร่วม กิจกรรม</td> <td>4.26</td> <td>92</td> <td>4.28</td> <td>92.5</td> </tr> <tr> <td>2.รูปแบบการจัดกิจกรรม</td> <td>4.03</td> <td>80.6</td> <td>4.23</td> <td>82</td> </tr> <tr> <td>3.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีการแลกเปลี่ยน เรียนรู้/ประสบการณ์</td> <td>4.44</td> <td>93.5</td> <td>4.5</td> <td>95</td> </tr> <tr> <td>4.การนำความรู้ที่ได้รับมาประยุกต์ใช้ ในการปฏิบัติ</td> <td>4.29</td> <td>87.1</td> <td>4.18</td> <td>87.5</td> </tr> <tr> <td>5.ความพึงพอใจในภาพรวม</td> <td>4.39</td> <td>92</td> <td>4.48</td> <td>95</td> </tr> </tbody> </table>	หัวข้อประเมิน	ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2		ความพึงพอใจ		ความพึงพอใจ		ค่าเฉลี่ย	ระดับมาก- มากที่สุด	ค่าเฉลี่ย	ระดับมาก- มากที่สุด	1.ความรู้ความเข้าใจหลังเข้าร่วม กิจกรรม	4.26	92	4.28	92.5	2.รูปแบบการจัดกิจกรรม	4.03	80.6	4.23	82	3.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีการแลกเปลี่ยน เรียนรู้/ประสบการณ์	4.44	93.5	4.5	95	4.การนำความรู้ที่ได้รับมาประยุกต์ใช้ ในการปฏิบัติ	4.29	87.1	4.18	87.5	5.ความพึงพอใจในภาพรวม	4.39	92	4.48	95	
หัวข้อประเมิน	ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2																																										
	ความพึงพอใจ		ความพึงพอใจ																																										
	ค่าเฉลี่ย	ระดับมาก- มากที่สุด	ค่าเฉลี่ย	ระดับมาก- มากที่สุด																																									
1.ความรู้ความเข้าใจหลังเข้าร่วม กิจกรรม	4.26	92	4.28	92.5																																									
2.รูปแบบการจัดกิจกรรม	4.03	80.6	4.23	82																																									
3.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีการแลกเปลี่ยน เรียนรู้/ประสบการณ์	4.44	93.5	4.5	95																																									
4.การนำความรู้ที่ได้รับมาประยุกต์ใช้ ในการปฏิบัติ	4.29	87.1	4.18	87.5																																									
5.ความพึงพอใจในภาพรวม	4.39	92	4.48	95																																									
1.4 จัดกิจกรรมจิตอาสา ที่อาคารเย็นศิระ	พ.ย.62, ม.ค ,มี.ค,พ.ค,ก.ค,ก. ย	กิจกรรมจิต อาสาความ พึงพอใจ	- จำนวนครั้งใน การจัดกิจกรรม จิตอาสา - ความพึงพอใจ ผู้เข้าร่วม	6 ครั้ง		- 4 ครั้ง - อาสาสมัครเย็นศิระ 2 ครั้ง วันที่ 18, 22 ธันวาคม. 2562																																							
				> ร้อยละ 90		<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">วันที่</th> <th colspan="2">ผู้เข้าร่วม</th> <th rowspan="2">หมายเหตุ</th> </tr> <tr> <th>ผู้ป่วย&ญาติ</th> <th>อาสาสมัคร</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>18 ธ.ค.62</td> <td>25</td> <td>10</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	วันที่	ผู้เข้าร่วม		หมายเหตุ	ผู้ป่วย&ญาติ	อาสาสมัคร	18 ธ.ค.62	25	10																														
วันที่	ผู้เข้าร่วม		หมายเหตุ																																										
	ผู้ป่วย&ญาติ	อาสาสมัคร																																											
18 ธ.ค.62	25	10																																											

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน				ผู้รับผิดชอบ	
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา					ปี งบประมาณ.2563	2562	ตุลาคม2562 –กันยายน 2563			
2. โครงการพัฒนา ศักยภาพของบุคลากร - จัดอบรม Smart Palliative care ให้กลุ่ม หอผู้ป่วยนำร่อง	การจัดอบรม	จำนวนครั้ง ของการจัด อบรม	4 ครั้ง/ปี	4 ครั้ง/ปี		22 ธ.ค.62	32	14	ร่วมกับธนาคารแห่งประเทศไทย		
	ผู้ร่วมอบรม	จำนวนผู้ ร่วมอบรม จากหอ ผู้ป่วยนำร่อง	ร้อยละ100			18 ม.ค.63	28	18	ร่วมกับศูนย์อาสาสมัคร ม.อ., Hope หาดใหญ่		
	ความพึงพอใจ ต่อการอบรม	ร้อยละของ ความพึง พอใจต่อการ อบรมระดับ มาก-มาก ที่สุด	>90 %			15 ก.พ.63	32	15	ร่วมกับศูนย์อาสาสมัคร ม.อ. คลินิกเบาใจ 1 ครั้ง วันที่ 5 ก.พ. 63 (เวทีสุขภาพ)		
						-จัดอบรม 4 ครั้ง ครั้งที่ 1 วันที่ 21 มกราคม 2563 จำนวนผู้เข้าอบรม 25 คน ครั้งที่ 2 วันที่ 30 มกราคม 2563 จำนวนผู้เข้าอบรม 31 คน ครั้งที่ 3 วันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2563 จำนวนผู้เข้าอบรม 31 คน ครั้งที่ 4 วันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2563 จำนวนผู้เข้าอบรม 34 คน - ร้อยละของผู้เข้าอบรมจากหอผู้ป่วยนำร่อง 84.89 - จำนวน RN ในหอผู้ป่วยนำร่อง 139 คน - จำนวนผู้อบรมจากหอผู้ป่วยนำร่อง 118 คน (84.89%) 100%					
						หัวข้อประเมิน	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	
							ความพึงพอใจ	ความพึงพอใจ	ความพึงพอใจ	ความพึงพอใจ	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน								ผู้รับผิดชอบ							
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ.2563	2562	ตุลาคม2562 –กันยายน 2563															
- จัดอบรม Training for the trainerให้แก่นำ 1.โครงการพัฒนาคุณภาพการจัดการความปวด	พ.ค.63 ต.ค.62-ก.ย.63	ผู้ร่วมอบรม ความพึงพอใจการจัดการความปวด	จำนวนผู้ร่วมอบรม	ร้อยละ100	Acute= 92.49 Ped= 87.33 CA= 73.27	ค่าเฉลี่ย	ระดับมาก-มากที่สุด	ค่าเฉลี่ย	ระดับมาก-มากที่สุด	ค่าเฉลี่ย	ระดับมาก-มากที่สุด	ค่าเฉลี่ย	ระดับมาก-มากที่สุด	คุณสุมาลี คุณอุไรวรรณ							
						1.ความรู้ที่ได้รับเรื่องแนวคิดการดูแลผู้ป่วยฯ	4.3	100	4.43	100	4.5	100	4.63		100						
						2.ความรู้ที่ได้รับเรื่อง screening tool	4.4	100	4.3	100	4.55	100	4.625		100						
						3.การประเมิน PPS ในระบบ HIS	4.4	100	4.17	100	4.6	100	4.42		91.67						
						4.ความรู้เกี่ยวกับ Symptom management	4.4	100	4.26	100	4.4	95	4.38		95.83						
						5.รูปแบบในการจัดกิจกรรม	4.35	95	4.35	95	4.45	92	4.38		95.83						
						6.วิทยากรมีความรู้เหมาะสม	4.75	100	4.61	100	4.8	100	4.79		100						
						7.การนำความรู้ไปประยุกต์ใช้	4.5	100	4.48	100	4.55	100	4.62		100						
						8.ความพึงพอใจในภาพรวม	4.3	100	4.43	100	4.55	100	4.5		100						
						ยกเลิกจัด						<p>- ความพึงพอใจการจัดการความปวดระดับ มาก-มากที่สุด (รวม 3 ชนิดความปวด) ร้อยละ 96.60</p> <p>- แยกความพึงพอใจแต่ละชนิดความปวด</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ชนิดความปวด</th> <th>ความพึงพอใจ (ร้อยละ)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Acute pain (N=567)</td> <td>97.35 (ความพึงพอใจมาก-มากที่สุด 552)</td> </tr> <tr> <td>Pediatric pain (N=71) *</td> <td>97.18 (ความพึงพอใจมาก-มากที่สุด 69)</td> </tr> <tr> <td>Cancer pain (N=39)</td> <td>84.62 (ความพึงพอใจมาก-มากที่สุด 33)</td> </tr> </tbody> </table> <p>หมายเหตุ * case ที่ไม่สามารถประเมินได้ ไม่นำข้อมูลมาคิดรวม</p>								ชนิดความปวด	ความพึงพอใจ (ร้อยละ)
ชนิดความปวด	ความพึงพอใจ (ร้อยละ)																				
Acute pain (N=567)	97.35 (ความพึงพอใจมาก-มากที่สุด 552)																				
Pediatric pain (N=71) *	97.18 (ความพึงพอใจมาก-มากที่สุด 69)																				
Cancer pain (N=39)	84.62 (ความพึงพอใจมาก-มากที่สุด 33)																				

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ										
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ.2563	2562	ตุลาคม2562 –กันยายน 2563											
1.1 ทำคู่มือให้ความรู้เรื่องการจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วย	ต.ค.62-ก.ย.63	คู่มือให้ความรู้เรื่องการจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วย	มีคู่มือให้ความรู้เรื่องการจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วย	1 เรื่อง	NA	- คู่มือสำหรับผู้ป่วย: ความปวด และการจัดการความปวด เนื้อหาเรียบร้อย รวบรวมในทีมกรรมการคุณภาพฯ และ ทีมบริหารฝ่ายบริการพยาบาล											
1.2 audit การลงบันทึกความปวดในกลุ่มหอผู้ป่วย acute pain	ต.ค.62-ก.ย.63	การ audit การลงบันทึกความปวด	จำนวนครั้งของการ audit การลงบันทึกความปวด	4 ครั้ง	NA	เฉพาะ Acute pain 1. audit การลงบันทึกความปวด 6 ครั้ง (หอผู้ป่วย ศช1, ศช 2, ศญ, กระจกและข้อชาย+หญิง) 2. ตารางแสดงข้อมูลที่ audit <table border="1" data-bbox="1198 798 1944 1149"> <thead> <tr> <th>หัวข้อ</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.การบันทึก pain แรกรับ</td> <td>93.9</td> </tr> <tr> <td>2.การบันทึกก่อน-หลังการบริหารยา</td> <td>93.02/67.44</td> </tr> <tr> <td>3.การบันทึก sedation score</td> <td>84.36</td> </tr> <tr> <td>4. ความสอดคล้องของการบันทึกความปวดกับการบริหารยา ใน Nursing Progress note กับบันทึก graphic</td> <td>76.90</td> </tr> </tbody> </table>		หัวข้อ	ร้อยละ	1.การบันทึก pain แรกรับ	93.9	2.การบันทึกก่อน-หลังการบริหารยา	93.02/67.44	3.การบันทึก sedation score	84.36	4. ความสอดคล้องของการบันทึกความปวดกับการบริหารยา ใน Nursing Progress note กับบันทึก graphic	76.90
หัวข้อ	ร้อยละ																
1.การบันทึก pain แรกรับ	93.9																
2.การบันทึกก่อน-หลังการบริหารยา	93.02/67.44																
3.การบันทึก sedation score	84.36																
4. ความสอดคล้องของการบันทึกความปวดกับการบริหารยา ใน Nursing Progress note กับบันทึก graphic	76.90																
2.โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการจัดการความปวด - จัดสอบ onlineเรื่องการจัดการความปวด	ก.ค-ส.ค.63	การสอบ	คะแนนการสอบผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 80	ร้อยละ 100	89.65	- สอบ 2 ครั้ง ผ่าน = ร้อยละ 93.60											

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ												
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา																		
3. โครงการสนับสนุนส่งเสริมและติดตามคุณภาพการจัดการความปวด 3.1 QA การจัดการความปวด	พ.ค.63	การจัดการความปวด	การช่วยเหลืออย่างรวดเร็วจากพยาบาลเมื่อมีอาการปวด	>ร้อยละ 90	97.0	(ข้อมูล ณ กรกฎาคม 2563 พยาบาลทั้งหมด 1,218 คน (ไม่รวมหัวหน้าหอผู้ป่วย+ผู้ตรวจการพยาบาล) มีผู้เข้าสอบ ทั้งหมด 1,094 คน คิดเป็นร้อยละ 89.82) QA การจัดการความปวด สรุปรวม ปี 2563													
			การประเมินสอบถามอาการปวดภายหลังได้รับยาบรรเทาปวด	>ร้อยละ 90	96.54	<table border="1"> <thead> <tr> <th>หัวข้อ</th> <th>ร้อยละการจัดการความปวด</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.การช่วยเหลืออย่างรวดเร็วจากพยาบาลเมื่อมีอาการปวด</td> <td>96.14</td> </tr> <tr> <td>2. การประเมินสอบถามอาการปวดภายหลังได้รับยาบรรเทาปวด</td> <td>95.10</td> </tr> <tr> <td>3.การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์ของยา</td> <td>84.72</td> </tr> <tr> <td>4.การให้ข้อมูลวิธีจัดการความปวด</td> <td>90.67</td> </tr> <tr> <td>5. การประเมินความปวด ≥ 3 ครั้ง ใน 24 ชม. แรกหลังผ่าตัด</td> <td>99.82</td> </tr> </tbody> </table>		หัวข้อ	ร้อยละการจัดการความปวด	1.การช่วยเหลืออย่างรวดเร็วจากพยาบาลเมื่อมีอาการปวด	96.14	2. การประเมินสอบถามอาการปวดภายหลังได้รับยาบรรเทาปวด	95.10	3.การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์ของยา	84.72	4.การให้ข้อมูลวิธีจัดการความปวด	90.67	5. การประเมินความปวด ≥ 3 ครั้ง ใน 24 ชม. แรกหลังผ่าตัด	99.82
			หัวข้อ	ร้อยละการจัดการความปวด															
1.การช่วยเหลืออย่างรวดเร็วจากพยาบาลเมื่อมีอาการปวด	96.14																		
2. การประเมินสอบถามอาการปวดภายหลังได้รับยาบรรเทาปวด	95.10																		
3.การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์ของยา	84.72																		
4.การให้ข้อมูลวิธีจัดการความปวด	90.67																		
5. การประเมินความปวด ≥ 3 ครั้ง ใน 24 ชม. แรกหลังผ่าตัด	99.82																		
การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์ของยา	>ร้อยละ 90	93.3	QA การจัดการความปวด แยกตามชนิดขอ Pain																
การให้ข้อมูลเรื่องวิธีจัดการความปวด	>ร้อยละ 90	95.15	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">หัวข้อ/ชนิดความปวด</th> <th colspan="3">ร้อยละการจัดการความปวด</th> </tr> <tr> <th>Acute (N 567)</th> <th>Pediatric (N 104)</th> <th>Cancer (N 39)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	หัวข้อ/ชนิดความปวด	ร้อยละการจัดการความปวด			Acute (N 567)	Pediatric (N 104)	Cancer (N 39)									
หัวข้อ/ชนิดความปวด	ร้อยละการจัดการความปวด																		
	Acute (N 567)	Pediatric (N 104)	Cancer (N 39)																

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน				ผู้รับผิดชอบ										
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา					ตุลาคม2562 –กันยายน 2563														
3.2 การเทียบเคียง เครือข่ายชมรม		อันดับการ เทียบเคียง เครือข่าย	การประเมิน ความปวด ≥ 3 ครั้ง ใน 24 ชม. แรกหลังผ่าตัด	>ร้อยละ 95	92.38	1.การช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว	96.65	97.06	87.18											
			การประเมิน ความปวดเมื่อ จำหน่าย(กลุ่มที่ ได้รับการผ่าตัด)	>ร้อยละ 90	91.85	2. การประเมินสอบถามอาการ	97.18	89.71	74.36											
			ความปวดก่อน จำหน่าย ≤ 3 (กลุ่มที่ได้รับการ ผ่าตัด)	>ร้อยละ 95	98.12	3.การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการไม่พึง ประสงค์ของยา	86.60	75.00	74.36											
						4.การให้ข้อมูลวิธีจัดการความปวด	91.36	91.30	79.49											
						5. การประเมินความปวด ≥ 3 ครั้ง ใน 24 ชม.แรกหลังผ่าตัด	99.82	-	-											
						การประเมินความปวดเมื่อจำหน่าย ปีงบประมาณ 2563 ร้อยละ 93.28														
						<table border="1"> <thead> <tr> <th>ไตรมาส</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>93.08</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>92.48</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>92.60</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>94.80</td> </tr> </tbody> </table>		ไตรมาส	ร้อยละ	1	93.08	2	92.48	3	92.60	4	94.80			
ไตรมาส	ร้อยละ																			
1	93.08																			
2	92.48																			
3	92.60																			
4	94.80																			
						ความปวดก่อนจำหน่าย ≤ 3 ปีงบประมาณ 2563 ร้อยละ 98.88														
						<table border="1"> <thead> <tr> <th>ไตรมาส</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>98.77</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>98.67</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>98.99</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>99.14</td> </tr> </tbody> </table>		ไตรมาส	ร้อยละ	1	98.77	2	98.67	3	98.99	4	99.14			
ไตรมาส	ร้อยละ																			
1	98.77																			
2	98.67																			
3	98.99																			
4	99.14																			

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย		ผลการ ดำเนินการ		รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ.2563	2562	ตุลาคม2562 –กันยายน 2563			
พัฒนาการพยาบาลของ รพ.ขนาดกลาง		ชมรม	พัฒนาการ						
		พัฒนาการ	พยาบาลของ						
		พยาบาล	รพ.ขนาดกลาง						
		ของ รพ. ขนาดกลาง	Acute pain	อันดับ 1 ใน 3	อันดับ 3 จาก 6	ไม่มีการเทียบเคียง	Acute pain ปี 2563 (ปีเว้นปี)		
		Cancer	pain	อันดับ 1 ใน 3	---	ไม่ได้เทียบเคียงกับเครือข่าย			
		Pediatric	pain	อันดับ 1 ใน 3	อันดับ 2 จาก 4	ไม่มีการเทียบเคียง	Pediatric pain ปี 2563		
1. โครงการพัฒนา คุณภาพการจัดทำ มาตรฐานการพยาบาล และแนวปฏิบัติ	ต.ค.62-ก.ย.63								คุณสุมาลี คุณมณฑนา
1.1 ทบทวน/สร้างแนว ปฏิบัติทางการพยาบาล - การดูแลผู้ป่วย on Line ชนิดต่างๆ เช่น PCD,PCN,ICD, Hick man เป็นต้น		แนวปฏิบัติ	จำนวนแนว ปฏิบัติทางการ พยาบาลที่สำเร็จ	3 เรื่อง	NA	- สำเร็จ 1 เรื่อง (Hick man)			
1.2 ร่วมจัดทำแนว ปฏิบัติการดูแลโรคหลัก 5 โรคกับกลุ่มหอผู้ป่วย		แนว ปฏิบัติการ	จำนวนแนว ปฏิบัติการดูแล โรคหลักที่สำเร็จ	10 เรื่อง (จาก 5 กลุ่มหลัก)	NA	- ดำเนินการเสร็จ 2 เรื่อง 1) CSM (Cervical Spondylomyelopathy) 2) Colorectal cancer			

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ																											
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา																																	
<ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มอายุกรรม - กลุ่มศัลยกรรม - กลุ่มสูติ-นรีเวช - กลุ่มเด็ก - กลุ่มกระดูกและข้อ <p>2. โครงการสนับสนุนส่งเสริมและติดตามการประกันคุณภาพและมาตรฐานการพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - QA มาตรฐานการพยาบาล 3 เรื่อง <p>1. การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ</p>		<p>ดูแลโรคหลักที่สำเร็จ</p> <p>- หอผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน QA ข้อที่ต้องปฏิบัติ</p>	<p>- ร้อยละของหอผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน QA ข้อที่ต้องปฏิบัติ</p> <p>- ผ่านเกณฑ์</p>	- ร้อยละ 100	ร้อยละ 34.3	<p>ร้อยละ 59.38 (ทำครบทุกข้อที่ต้องปฏิบัติ 19 หอผู้ป่วยจาก 32 หอผู้ป่วย)</p> <p>ตารางแสดงรายละเอียดรายข้อที่สำคัญการคาสายสวนปัสสาวะ</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">หัวข้อ</th> <th colspan="3">หอผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์ (N 39)</th> </tr> <tr> <th>ร้อยละ</th> <th>ร้อยละ \geq</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> <tr> <td></td> <td>100</td> <td>90-99.99</td> <td>< 90</td> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ล้างมือก่อนสัมผัสสายสวนปัสสาวะ</td> <td>62.50</td> <td>9.38</td> <td>28.12</td> </tr> <tr> <td>2. ล้างมือหลังการสัมผัสสายสวนปัสสาวะ</td> <td>71.87</td> <td>9.38</td> <td>6.25</td> </tr> <tr> <td>3. สายสวนปัสสาวะอยู่ในระบบปิดตลอดเวลา</td> <td>96.88</td> <td>3.12</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>4. แขนงูงปัสสาวะต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะและสูงเหนือพื้นประมาณ 10 ซม.</td> <td>90.63</td> <td>3.12</td> <td>6.25</td> </tr> </tbody> </table>	หัวข้อ	หอผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์ (N 39)			ร้อยละ	ร้อยละ \geq	ร้อยละ		100	90-99.99	< 90	1. ล้างมือก่อนสัมผัสสายสวนปัสสาวะ	62.50	9.38	28.12	2. ล้างมือหลังการสัมผัสสายสวนปัสสาวะ	71.87	9.38	6.25	3. สายสวนปัสสาวะอยู่ในระบบปิดตลอดเวลา	96.88	3.12	0	4. แขนงูงปัสสาวะต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะและสูงเหนือพื้นประมาณ 10 ซม.	90.63	3.12	6.25	
หัวข้อ	หอผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์ (N 39)																																	
	ร้อยละ	ร้อยละ \geq	ร้อยละ																															
	100	90-99.99	< 90																															
1. ล้างมือก่อนสัมผัสสายสวนปัสสาวะ	62.50	9.38	28.12																															
2. ล้างมือหลังการสัมผัสสายสวนปัสสาวะ	71.87	9.38	6.25																															
3. สายสวนปัสสาวะอยู่ในระบบปิดตลอดเวลา	96.88	3.12	0																															
4. แขนงูงปัสสาวะต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะและสูงเหนือพื้นประมาณ 10 ซม.	90.63	3.12	6.25																															

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563-2564	ผลการ ดำเนินการ ปี งบประมาณ.2563-2564	รายงานผลการดำเนินงาน				ผู้รับผิดชอบ	
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา					ตุลาคม2562 –กันยายน 2563					
2. การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับ การคาสายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง				- ร้อยละ 100	ร้อยละ 28	5. ดูแลสายสวนไม่ให้หัก พับ งอ	93.75	3.12	3.12		
						6. กรณีเคลื่อนย้ายผู้ป่วย clamp สายสวนปัสสาวะทุกครั้ง	96.88	3.12	0		
						7. ล้างมือก่อนเทพัสสาวะ	59.38	3.12	37.5		
						8. ล้างมือหลังเทพัสสาวะ	87.50	6.25	6.25		
						9. ขณะเทพัสสาวะไม่ให้ท่อเปิด urine bag สัมผัสกับขวดหรืออุปกรณ์ที่ใช้ตวงปัสสาวะ	93.75	6.25	0		
						10. แยกภาชนะและอุปกรณ์ที่ใช้เทพัสสาวะของผู้ป่วยแต่ละราย	93.75	3.12	3.12		
						ร้อยละ 66.67 (ทำครบทุกข้อที่ต้องปฏิบัติ 16 หอผู้ป่วยจาก 24 หอผู้ป่วย)					
						ตารางแสดงรายละเอียดรายชื่อที่สำคัญการคาสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง					
						หัวข้อ		หอผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์ (N 39)			
								ร้อยละ 100	ร้อยละ \geq 90-99.99		ร้อยละ < 90
1. ล้างมือก่อนสัมผัสสายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง		95.83	4.17	0							
2. ล้างมือหลังการสัมผัสสายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง		95.83	4.17	0							
3. Scrub the hub 15 วินาที ก่อนเปิดสายสวนฯให้ยา/สารน้ำ		83.33	4.17	12.50							

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน				ผู้รับผิดชอบ																		
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา					ตุลาคม2562 –กันยายน 2563																						
3. การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย				- ร้อยละ 100	ร้อยละ 21.10	4. มีบันทึกวันครบเปลี่ยนแผล (ปิดด้วย	83.33	4.17	12.50																			
						ก๊อสเปลี่ยนแผลทุก 2 วัน ปิดด้วย Transparent film เปลี่ยนทุก 7 วัน)																						
						5. อุปกรณ์พ่วงต่อสายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง เป็นระบบปิดอยู่ เสมอ ไม่มีรูเปิด (เช่น มีจุกปิดข้อต่อ ต่างๆ)	83.33	0	16.67																			
						6. ไม่ให้ยา/สารน้ำที่ไหลทางหลอดเลือด ส่วนปลายได้ (เปิดใช้สาย CVC เท่าที่ จำเป็น)	79.17	0	20.83																			
ร้อยละ 51.28 (ทำครบทุกข้อที่ต้องปฏิบัติ 20 หอผู้ป่วยจาก 39 หอผู้ป่วย) ตารางแสดงรายละเอียดรายชื่อที่สำคัญการคาสายสวนหลอดเลือดดำส่วนปลาย						<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">หัวข้อ</th> <th colspan="3">หอผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์ (N 39)</th> </tr> <tr> <th>ร้อยละ 100</th> <th>ร้อยละ \geq 90-99.99</th> <th>ร้อยละ < 90</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ล้างมือก่อนสัมผัสชุดให้ สารละลาย</td> <td>69.23</td> <td>15.385</td> <td>15.385</td> </tr> <tr> <td>2. ล้างมือหลังการสัมผัสชุดให้ สารละลาย</td> <td>87.18</td> <td>5.13</td> <td>7.69</td> </tr> <tr> <td>3. Scrub the hub 15 วินาที อุปกรณ์พ่วงต่อ ก่อนเปิดให้ยา/สาร น้ำ</td> <td>84.61</td> <td>5.13</td> <td>10.26</td> </tr> </tbody> </table>				หัวข้อ	หอผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์ (N 39)			ร้อยละ 100	ร้อยละ \geq 90-99.99	ร้อยละ < 90	1. ล้างมือก่อนสัมผัสชุดให้ สารละลาย	69.23	15.385	15.385	2. ล้างมือหลังการสัมผัสชุดให้ สารละลาย	87.18	5.13	7.69	3. Scrub the hub 15 วินาที อุปกรณ์พ่วงต่อ ก่อนเปิดให้ยา/สาร น้ำ	84.61	5.13	10.26
หัวข้อ	หอผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์ (N 39)																											
	ร้อยละ 100	ร้อยละ \geq 90-99.99	ร้อยละ < 90																									
1. ล้างมือก่อนสัมผัสชุดให้ สารละลาย	69.23	15.385	15.385																									
2. ล้างมือหลังการสัมผัสชุดให้ สารละลาย	87.18	5.13	7.69																									
3. Scrub the hub 15 วินาที อุปกรณ์พ่วงต่อ ก่อนเปิดให้ยา/สาร น้ำ	84.61	5.13	10.26																									

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน				ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา					ตุลาคม2562 –กันยายน 2563				
1. โครงการพัฒนา คุณภาพการบันทึก ทางการพยาบาล พัฒนารูปแบบการ บันทึกทางการพยาบาล รายโรคโดย -สร้าง Template Nursing Problem Lists, Nursing Progress note ใน 5 โรคหลักของแต่ละกลุ่ม หอผู้ป่วย	ต.ค.62-ก.ย.63	รูปแบบการ บันทึก ทางการ พยาบาลราย โรคอย่าง น้อย 5 โรค หลัก	ร้อยละของหอ ผู้ป่วยที่มี รูปแบบการ บันทึกทางการ พยาบาลรายโรค อย่างน้อย 5 โรคหลัก	ร้อยละ100	ร้อยละ13 (5 /39หอ ผู้ป่วย)	4. ปิดบริเวณแทงเข็ม ด้วย Transparent film ให้มองเห็น ตำแหน่ง exit site	79.49	15.38	5.13	คุณมัทนา
	5.อุปกรณ์ฟางต่อชุดให้สารละลาย เป็นระบบปิด อยู่เสมอ ไม่มีรูเปิด (เช่น มีจุกปิดข้อต่อต่างๆ)					97.44	2.56	0		
	6. ไม่เสียบเข็มฉีดยาแทนเข็ม AIR					92.31	7.69	0		
	ไตรมาส 1 (ตุลาคม-ธันวาคม 2562) ร้อยละ 41.02 (16/39 หอผู้ป่วย) ไตรมาส 2 (มกราคม-มีนาคม 2563) ร้อยละ 25.58 (11/43 หอผู้ป่วย) สรุป หอผู้ป่วยที่มี Template บันทึกรายโรคอย่างน้อย 5 โรคหลัก จำนวน 32 หอผู้ป่วย คิดเป็น ร้อยละ 74.42 (32 /43 หอผู้ป่วย) ไตรมาส 3 (เมษายน-มิถุนายน 63) 1. รวบรวม Template แต่ละ หอผู้ป่วย 2. กรู๊ป Template โรคที่ตรงกันในแต่ละกลุ่มหอผู้ป่วย 3. ปรึกษาอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ , APN, Specialty ในการดูความ ถูกต้องของเนื้อหาและปรับให้Template โรคเดียวกันในทุกหอผู้ป่วยมี รูปแบบในการบันทึกไปทิศทางเดียวกัน ไตรมาส 4 (กรกฎาคม-กันยายน 2563)									

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ.2563	2562	ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	
						<p>1. หอผู้ป่วยที่ส่ง Template บันทึกรายโรคอย่างน้อย 5 โรคหลัก จำนวน 33 หอผู้ป่วยคิดเป็น ร้อยละ 76.74 (33 /43 หอผู้ป่วย) Template รายโรคที่ได้รับการทบทวนความถูกต้อง มีดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> ● CA Colorectal ● PICU การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (Open heart surgery) โรคทางระบบหายใจ/ปอดอักเสบ การผ่าตัดทางระบบประสาท ภาวะ sepsis/septic shock ในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือด การผ่าตัดทางศัลยกรรมเด็ก ● PMCU โรคทางระบบหายใจ/ปอดอักเสบ โรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด โรกระบบประสาท :ชัก,CP,MHI,Brain tumor โรกระบบต่อมไร้ท่อ : DKA รักษาแบบประคับประคอง(Palliative Care) ● NICU ทารกเกิดก่อนกำหนด ทารกโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ทารกที่มีภาวะหายใจลำบาก Respiratory distress , PPHN ทารกที่มีภาวะหัวใจเร็วชั่วคราวหลังเกิด TTNB ทารกทางศัลยกรรม 	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา						
						<ul style="list-style-type: none"> ● NMCU ทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อย ภาวะหายใจลำบาก สูดสลักซี่เทา ติดเชื้อแบคทีเรีย น้ำตาลในเลือดต่ำ ● เด็ก 1 CHD Convulsion Diarrhea Pneumonia Cardiac cath ● เด็ก 2 ALL Bone tumor Brain Tumor Neuroblastoma ● Ortho ชาย CSM Fracture hip/ fracture Acetabulum Replantation Rotator cuff tear TKA 	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ.2563	2562	ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	
Round ระบบบันทึก ทางการพยาบาลในแต่ ละหอผู้ป่วย		หอผู้ป่วยที่ ได้รับการ round ระบบบันทึก ทางการ พยาบาล	ร้อยละของหอ ผู้ป่วยที่ได้รับ การround ระบบบันทึก ทางการ พยาบาล	ร้อยละ100	ร้อยละ 29.4 (10 /34)	<p>THA</p> <p><u>ไตรมาส 1 (ตุลาคม - ธันวาคม 2562)</u> Round บันทึกทางการพยาบาลได้ 25 หอผู้ป่วย (จากตารางการround 43 หอผู้ป่วย) คิดเป็น ร้อยละ 58.1</p> <p><u>ไตรมาส 2 (มกราคม - มีนาคม 2563)</u> Round บันทึกทางการพยาบาลได้เพิ่ม 3 หอผู้ป่วย คิดเป็น ร้อยละ 6.97 สรุป Round บันทึกทางการพยาบาลได้ ทั้งหมด 28 หอผู้ป่วย (จากตารางการround 43 หอผู้ป่วย) คิดเป็น ร้อยละ 65</p> <p><u>ไตรมาส 3 (เมษายน - มิถุนายน 2563)</u> Round บันทึกทางการพยาบาลได้เพิ่ม 4 หอผู้ป่วย คิดเป็น ร้อยละ 9.3 สรุป Round บันทึกทางการพยาบาลได้ ทั้งหมด 32 หอผู้ป่วย (จากตารางการ round 43 หอผู้ป่วย) คิดเป็น ร้อยละ 74.42</p> <p><u>ไตรมาส 4 (กรกฎาคม - กันยายน 2563)</u> Round บันทึกทางการพยาบาลได้เพิ่ม 4 หอผู้ป่วย คิดเป็น ร้อยละ 9.3 สรุป Round บันทึกทางการพยาบาลได้ ทั้งหมด 36 หอผู้ป่วย (จากตารางการ round 43 หอผู้ป่วย) คิดเป็น ร้อยละ 83.72</p> <p><u>สรุปประเด็นที่ได้จากการ Round</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. แนะนำการใช้ โปรแกรม Utility 2. การระบุปัญหาด้านจิต สังคม จิตวิญญาณภาพลักษณ์ ยังมีค่อนข้างน้อย 3. ข้อมูลในAssessment ไม่update 4. มีการ copy & paste ในส่วนที่เป็นIntervention ไม่ได้ปรับแก้ให้มีเฉพาะกิจกรรมที่ทำในเวรนั้นๆ 	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา						
1.2 Audit บันทึกลง ทางการพยาบาลโดย หัวหน้าหอผู้ป่วยด้วย แบบฟอร์มที่มีการ Standardized		บันทึก ทางการ พยาบาล ได้รับการ Audit	ร้อยละของหอ ผู้ป่วยที่บันทึก ทางการ พยาบาลได้รับ การ Audit โดย หัวหน้าหอผู้ป่วย อย่างน้อย สัปดาห์ละ 1 chart	ร้อยละ 100	ร้อยละ 60	<p>5. การcomplete แบบฟอร์ม Nursing continuing care and discharge summary มีการทยอยลงบันทึกในแต่ละส่วน แต่ส่วนใหญ่บอกว่าจะลงบันทึกในวันจำหน่าย</p> <p>6. การบันทึกชื่อผู้ป่วย ระยะเวลา และผู้รับทราบข้อมูล ยังไม่ครบในทุกหัวข้อ</p> <p>7. ผู้ปฏิบัติรู้สึกซ้ำซ้อนในการลงข้อมูลทำให้ต้องใช้เวลากับบันทึกทางการพยาบาลค่อนข้างมาก</p> <p>บันทึกทางการพยาบาลได้รับการ Audit จากHW</p> <p><u>ไตรมาส 1 (ตุลาคม - ธันวาคม 2562)</u> มีจำนวน 22 ward คิดเป็น ร้อยละ 56.41 (22 /39 หอผู้ป่วย)</p> <p><u>ไตรมาส 2 (มกราคม - มีนาคม 2563)</u> มีจำนวน 25 ward คิดเป็น ร้อยละ 58.14 (25/43 หอผู้ป่วย)</p> <p><u>ไตรมาส 3 (เมษายน - มิถุนายน 2563)</u> มีจำนวน 25 ward คิดเป็น ร้อยละ 58.14 (25/43 หอผู้ป่วย)</p> <p><u>ไตรมาส 4 (กรกฎาคม - กันยายน 63)</u> มีจำนวน 30 ward คิดเป็น ร้อยละ 69.77 (30/43 หอผู้ป่วย)</p> <p><u>สรุปward ที่มีการนิเทศบันทึกทางการพยาบาล</u> <u>แยกตามโซนผดก</u> SICU , Post cath ศัลยกรรมประสาท ศช 2 อท สูติกรรม, พิเศษสูติกรรม, พิเศษสูติ-นรีเวช, นรีเวช</p>	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา						
						<p>เด็ก1, เด็ก 2, พิเศษเด็ก, จิตเวช,PMCU Ortho ชาย, Ortho หญิง, ENT,ตา ฉบ8, ฉบ9, ฉบ 10 พิเศษทั่วไป, ฉบ7, ฉบ12, รัตนะ11 PICU, NMCU,NICU อช2, พิเศษ 6/13</p> <p>จากการนิเทศบันทึกทางการแพทย์ของHW สรุปประเด็นสำคัญ/การนิเทศเพิ่มเติม ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ชื่นชม SICU/NMCU : มีการลงบันทึก การ Audit chart สม่าเสมอประมาณ 10-18 chart/เดือน ward ใหม่ : Post cath, พิเศษ 6/13, PMCU, รัตนะชีวรักษ์ 11 2. ควรจะประเมินปัญหาด้านจิตใจ การเผชิญกับความเครียด การปรับตัว ภาพลักษณ์เพิ่มเติมในการประเมินผู้ป่วย CA, รายที่ผ่าตัดถุงเงิน 3. การประเมิน Pain ที่ให้ยาแก้ปวด around the clock พบว่าบางครั้งไม่ได้ประเมิน pain และ Sedation score ประเมินเฉพาะก่อนให้ยา 4. ในการบันทึกข้อมูลควรระบุไว้ คำแนะนำแก่ใคร เมื่อไหร่เพื่อจะได้ประเมินความรู้ความเข้าใจสำหรับเวรต่อไป 5. ควรมี Problem list การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยในการ refer back ตั้งแต่เวรที่เริ่มติดต่อประสานงาน จนผู้ป่วยกลับ รพ ต้นสังกัด 	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา						
						<p>6. การลงบันทึกในแต่ละเวร ไม่ควรcopy กัน มาโดยไม่ได้ปรับแก้ให้เป็นข้อมูลของเวรนั้นจริงๆ</p> <p>7. การบันทึกทางการพยาบาล ต้องใช้ภาษาที่เป็นทางการ ไม่ใช่ภาษาพูด มาเขียน</p> <p>8. การบันทึกประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันไม่ควร copyจากของแพทย์มาทั้งหมด ให้เขียนจากคำบอกเล่าของผู้ป่วย สั้นกระชับ เข้าใจง่ายมี Time lineชัดเจน</p> <p>9. การเขียน Assessment ควรมีการ update ทุกเวร และ เขียนให้เห็นว่าได้มีการประเมินก่อนให้กิจกรรมพยาบาลในแต่ละเวร</p> <p>10. การเฝ้าระวัง ADR ของ HAD ควรเขียนรายละเอียดของเรื่องที่ต้องเฝ้าระวัง</p> <p>11. ข้อควรคำนึงในการเขียนบันทึกทางการพยาบาล 1) การเขียนปัญหาทางการพยาบาล จะต้องมีการรวบรวมข้อมูล ทั้งอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจริงในเวรนั้นๆ 2) ข้อมูลที่นำมาเขียนจะต้องมีความทันสมัย และครบถ้วนครอบคลุมอาการและอาการแสดงในปัญหานั้นๆ 3)ควรมีการอ่านทวนซ้ำ เพื่อตรวจสอบคำผิดและการใช้ภาษาพูดแทนภาษาเขียน</p> <p>12. การลง METHOD ควรอธิบาย อาการข้างเคียงของยาที่สำคัญและรับประทานต่อเนื่อง ยา HM บางชนิดมีอาการข้างเคียงที่ต้องเฝ้าระวัง และส่งผลต่อผู้ป่วย จึงควรให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยา HM อย่างปลอดภัย ควรมีการสร้างtemplate อาการข้างเคียงของยาHM เพื่อสะดวกในการบันทึกให้ครบถ้วน</p> <p>13. ในส่วนการบันทึกปัญหาที่ต้องดูแล ต่อเนื่องและการวางแผนจำหน่าย สามารถลงข้อมูลได้โดยไม่ต้องรอวันจำหน่าย</p> <p>14. มีการเขียนชื่นชมผู้ปฏิบัติงาน และ ยกตัวอย่างchart ให้ทุกคนดูเป็นแบบอย่าง</p>	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ.2563	2562	ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	
1.3 Knowledge Sharing บันทึกทางการพยาบาลในกลุ่มหอผู้ป่วยโซนเดียวกัน	ต.ค.62-ก.ย.63	การจัดกิจกรรม KS	จำนวนครั้งของการจัดกิจกรรม KS	10 ครั้ง	6	จัดกิจกรรมทั้งหมด 37 ครั้ง โดยปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำกิจกรรม >>ปรับปรุงคู่มือประกอบกรณีศึกษบันทึกทางการพยาบาลให้หอผู้ป่วยเพื่อให้ HW/แกนนำ/รองHW ใช้เป็นแนวทางในการ Audit chart >>พบปะHW RN พร้อมแกนนำบันทึกทางการพยาบาลแต่ละ ward >> แนะนำคู่มือประกอบกรณีศึกษบันทึกทางการพยาบาล >>นำประเด็นที่ได้จากการนิเทศของผดก, HW, การ round มาเรียนรู้ร่วมกัน >>ร่วมแลกเปลี่ยนและรับฟังประเด็นปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลแต่ละ ward สรุป ได้ทำกิจกรรมทั้งหมด 37 ward คิดเป็นร้อยละ 86 (มี HW เข้ากิจกรรม 31/37 ward)	
1.4 โครงการสรรหา best practice การบันทึกทางการพยาบาล และมีรางวัล ward บันทึกดีเด่น		หอผู้ป่วยที่ได้ best practice	จำนวนหอผู้ป่วยที่ได้ best practice	หอผู้ป่วย	NA	ไตรมาส 1 : หอผู้ป่วยหู คอ จมูก (จากการ Round บันทึกทางการพยาบาลของกรรมการ ไตรมาส 1) ไตรมาส 2-3 : ไม่ได้ดำเนินการ เนื่องจากสถานการณ์ covid-19 ไตรมาส 4 : หอผู้ป่วย SICU (จากข้อมูลการAudit chart ของ HW อย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ และครอบคลุมทุกประเด็น ไม่ได้ดำเนินการ	
1.5 พัฒนาคู่มือการบันทึกทางการพยาบาล	ต.ค.62-ก.ย.63	คู่มือการบันทึกทางการพยาบาล	ความสำเร็จของคู่มือการบันทึกทางการพยาบาล	ร้อยละ 50 (รวบรวมเนื้อหา)	NA		
2. โครงการสนับสนุนส่งเสริมและติดตาม	ต.ค.62-ก.ย.63	คุณภาพบันทึก	ร้อยละเชิงปริมาณ	≥ร้อยละ 80	85.6	คุณภาพบันทึกทางการพยาบาลเชิงปริมาณ =ร้อยละ 86.89	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ																		
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา																								
คุณภาพการบันทึก ทางการพยาบาล -QA บันทึกทางการ พยาบาล		ทางการ พยาบาล	ร้อยละเชิง คุณภาพ จำนวนครั้งการ ทำQA	≥ร้อยละ 80 1	95.6 1	คุณภาพบันทึกทางการพยาบาลเชิงคุณภาพ =ร้อยละ94.81 เก็บข้อมูล QA บันทึกทางการพยาบาล 1.จัดทำแบบประเมินเป็นแบบ E questionnaire 2. นัดประชุมทำความเข้าใจกับแกนนำ 8 กันยายน 63 3. เก็บข้อมูลในทุกหอผู้ป่วย (ยกเว้น OPD, ER, OR,หน่วยสังเกตอาการ, PCU) อย่างน้อย10 ฉบับ/หอผู้ป่วย ในวันที่ 11กันยายน 2563-25กันยายน 2563 และบันทึกข้อมูลลงใน E- Questionnaire																			
1.โครงการพัฒนา คุณภาพการดูแลเพื่อ ป้องกันการเกิดแผลกด ทับ Pressure injury	ต.ค.62-ก.ย.63	แผลกดทับ ระดับ 1-4	อุบัติการณ์การ เกิดแผลกดทับ	<1.0/1,000 วัน นอน	2.26	อัตราการเกิดแผลกดทับ = 4.26 -พบว่าเมื่ออัตราเพิ่มสูงขึ้นมาก ในกลุ่มMDRPI ในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้อุปกรณ์ทาง การแพทย์ กา run EKG MonitorEKG และแผลกดทับจากการผ่าตัด -ตำแหน่งที่เกิดPIรวมจากมากมาน้อย ก้นกบ(80) ก้นย้อย(34) หู(14)และสันเท้ากับสะบัก (10) MDRPI พบที่หน้าอกระดับ1 (30) จากการติดlead EKGจุ่มก (12)ระดับ3 = 4 แผล และระดับ1กับ2 =8 จากNG tube,O2Canular และNasal canular high flowหู(10)จาก สาย canular -หอผู้ป่วยเกิดPIรวมจากมากมาน้อย อช.1 ห้องผ่าตัด ออร์โธหญิง ศช2 SICU อญ. ศัลย์ ประสาท SRCUออร์โธชาย ENT ศช1	คุณยุพา คุณนงลักษณ์																		
						<table border="1"> <thead> <tr> <th>แผล/เวลา</th> <th>ต.ค.-ธ.ค.62</th> <th>ม.ค.-มี.ค.63</th> <th>เม.ย-มิ.ย.63</th> <th>ก.ค.-ก.ย.63</th> <th>ร</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ระดับแผล</td> <td>จำ นวน</td> <td>อัตรา จำ นวน</td> <td>อัตรา จำ นวน</td> <td>อัตรา จำ นวน</td> <td>อัตรา จำ นวน</td> </tr> <tr> <td>ระดับ1</td> <td>16</td> <td>0.48</td> <td>15</td> <td>0.75</td> <td>18 0.86 6 0.95 55</td> </tr> </tbody> </table>	แผล/เวลา	ต.ค.-ธ.ค.62	ม.ค.-มี.ค.63	เม.ย-มิ.ย.63	ก.ค.-ก.ย.63	ร	ระดับแผล	จำ นวน	อัตรา จำ นวน	อัตรา จำ นวน	อัตรา จำ นวน	อัตรา จำ นวน	ระดับ1	16	0.48	15	0.75	18 0.86 6 0.95 55	
แผล/เวลา	ต.ค.-ธ.ค.62	ม.ค.-มี.ค.63	เม.ย-มิ.ย.63	ก.ค.-ก.ย.63	ร																				
ระดับแผล	จำ นวน	อัตรา จำ นวน	อัตรา จำ นวน	อัตรา จำ นวน	อัตรา จำ นวน																				
ระดับ1	16	0.48	15	0.75	18 0.86 6 0.95 55																				

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563-2564	ผลการ ดำเนินการ ปี งบประมาณ.2563	รายงานผลการดำเนินงาน										ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา					ปี งบประมาณ.2563	2562	ตุลาคม2562 –กันยายน 2563								
1.1 กิจกรรม Standardized Pressure injury	ก.พ.และส.ค.63	ผลกดทับ ระดับ 4 Standardized	อุบัติการณ์การ เกิดแผลกดทับ ระดับ 4 จำนวนครั้ง	0 2 ครั้ง	แผลระดับ 4 =1 แผล 2	ระดับ2	99	1.29	175	1.96	148	1.44	212	2.07	638	1.44
						ระดับ3	24	0.31	31	0.30	24	0.22	21	0.19	100	2.26
						ระดับ4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
						DTI	11	0.14	16	0.22	16	0.21	19	0.26	62	0.21
						ประเมิน ไม่ได้	3	0.04	7	0.10	5	0.06	11	0.15	26	0.09
						MDRPI	17	0.68	80	1.09	67	0.88	127	1.70	291	1.03
						ระดับ1			38		16		51		105	
						ระดับ2			31		39		58		128	
						ระดับ3			9		7		7		23	
						DTI					4		11	0.15	18	0.07
						MMPI	3(ธค)	0.12	7	0.10	9	0.11	15	0.20	30	0.11
						รวมPI ทั้งหมด	173	2.02	331	4.51	287	4.90	411	5.52	120	4.26
						รวมIAD	37 (ธค)	1.49	85	0.11	81	1.07	127	1.7	320	1.16
						IAD ct.I	27		55		51		74		188	0.67
						IAD ct.II	10		30		30		53		140	
						MARSI	39 (ธค)	1.57	106	0.14	110	1.45	174	2.34	428	1.52
แผลระดับ 4 =0 แผล																
จัด 2 ครั้ง (13 กุมภาพันธ์ และ 11 สิงหาคม63) อัตราความชุกแผลกดทับที่เกิด ในโรงพยาบาลมีแนวโน้มสูงขึ้น รวมถึง MDRPIและIAD ด้วย ลำดับเทียบเคียง เครือข่ายรพ.ระดับกลางๆ อยู่ในลำดับที่ 4-6 จาก 6 รพ.)																

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ																									
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา							ปี งบประมาณ.2563	2562	ตุลาคม2562 –กันยายน 2563																						
		Pressure injury				<p style="text-align: center;">อัตราความชุก</p> <table border="1"> <caption>ข้อมูลจากกราฟอัตราความชุก</caption> <thead> <tr> <th>ช่วงเวลา</th> <th>ผลกดทับ (%)</th> <th>IAD (%)</th> <th>MDRPI (%)</th> <th>MMPI (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ก.พ. 62</td> <td>3.53</td> <td>1.44</td> <td>1.44</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>ส.ค.62</td> <td>4.07</td> <td>1.19</td> <td>2.72</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>ก.พ.63</td> <td>2.97</td> <td>2.97</td> <td>2.97</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>ส.ค.63</td> <td>4.49</td> <td>4.49</td> <td>2.89</td> <td>0.51</td> </tr> </tbody> </table>	ช่วงเวลา	ผลกดทับ (%)	IAD (%)	MDRPI (%)	MMPI (%)	ก.พ. 62	3.53	1.44	1.44	0	ส.ค.62	4.07	1.19	2.72	0	ก.พ.63	2.97	2.97	2.97	0	ส.ค.63	4.49	4.49	2.89	0.51	
ช่วงเวลา	ผลกดทับ (%)	IAD (%)	MDRPI (%)	MMPI (%)																												
ก.พ. 62	3.53	1.44	1.44	0																												
ส.ค.62	4.07	1.19	2.72	0																												
ก.พ.63	2.97	2.97	2.97	0																												
ส.ค.63	4.49	4.49	2.89	0.51																												

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563						ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา					ตุลาคม2562 –กันยายน 2563						
						รายละเอียดข้อมูล (ที่เกิดในรพ.)	ครั้งที่1 ก.พ.62	ครั้งที่2 ส.ค.62	ครั้งที่1 13 ก.พ.63	ครั้งที่ 2 11 ส.ค.63		
						อัตราความชุกแมกกด ทับ (%)	3.53 (22/624)	4.07 (24/589)	3.02 (20/663)	4.59 (27/588)		
						ลำดับเทียบเคียงPI		7/7	4/7	6/6		
						อัตราความชุก IAD (%)	1.44 (9/624)	1.19 (7/589)	2.87 (19/663)	4.42 (26/588)		
						ลำดับเทียบเคียงIAD		3/7	6/7	6/6		
						อัตราความชุกMDRPI (%)	1.44 (9/624)	2.72 (14/589)	2.71 (18/663)	2.89 (17/588)		
						ลำดับเทียบเคียงMDRPI		7/7	7/7	6/6		
						อัตราความชุกMMPI (%)	0	0	0	0.51 (3/588)		
						ลำดับเทียบเคียงMMPI		1/7	1/7	4/6		
						ระดับแผลกดทับ(แผล)			ปุ่ม กระ ดูก	MD RPI	ปุ่ม กระ ดูก	MD RPI
						ระดับ 1	3	5	3	8	8	3
						ระดับ 2	12	9	12	8	23	12
						ระดับ 3	6	11	3	1	9	0
						ระดับ 4	1	1	0	0	4	0

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน							ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา					ตุลาคม2562 –กันยายน 2563							
		ผลการ ประเมินของ หอผู้ป่วยกับ กรรมการ	จำนวน ผู้เข้าร่วม/ครั้ง สัดส่วนการ ประเมินตรงกัน ของหอผู้ป่วยกับ กรรมการ	60 คน/ครั้ง =1(ตรงกัน)	78,60 NA	DTI	5	4	1	0	7	0	จำนวนผู้เข้าร่วม ครั้งที่ 1 = 69 คน ครั้งที่ 2 = 76 คน -สัดส่วนการประเมินของหอผู้ป่วยและกรรมการที่สำรวจพบต่างกัน ทีมสำรวจพบ แผลกดทับเพิ่มจากที่หอผู้ป่วยสำรวจ จำนวน 14 หอผู้ป่วย แผลPI 14 แผล MDRPI 4 แผล MMPI 1แผล IAD 9 แผล และ MARSİ 7 แผล ดังนี้
						Unstageable	1	1	1	0	4	0	
						หอผู้ป่วย	ทีมกรรมการสำรวจพบแต่หอผู้ป่วยไม่พบ						
						ฉบ. 12	- MARSİ 1 ราย						
						ฉบ. 11	- IAD Cat. 2 และ MARSİ เพิ่มอย่างละ 1 ราย						
						ฉบ. 9	- IAD Cat. 1 1 ราย						
						PICU	- MARSİ 1 ราย จำนวน 2 แผล						
						NMCU	- IAD Cat. 1 เพิ่ม 1 ราย						
						นรีเวช	- MARSİ 1 ราย ward - IAD Cat. 1 1 ราย						
						SICU	- PI stage 2 ที่กั้นกบ - MDRPI stage 2 ที่นิ้วชี้ซ้าย						
		MICU	- PI stage 2 ที่กั้นกบ										
		รตนะฯ 11	- PI stage 2 ที่กั้นกบ										
		อายุรกรรมชาย 1	- PI stage 2 ward ประเมิน stage 4 -PI กั้นกบ stage 1										

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563-2564	ผลการ ดำเนินการ ปี งบประมาณ.2563-2564	รายงานผลการดำเนินงาน		ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา					ตุลาคม2562 –กันยายน 2563		
		การประเมิน ระดับของ แผล คลาดเคลื่อน	จำนวนที่ ประเมินระดับ ของแผล คลาดเคลื่อน	0	NA		- PI 3 แผล ward บันทึก 9 แผล -IAD Cat 2 2 แผล	
						ศัลยกรรมชาย 2	- IAD cat 2 1 แผล - MARS1 3 ราย - PI DTI ที่ตาตุ่ม	
						ENT	- PI stage 1 ที่ก้นกบ	
						Neuro	-IAD cat 2 ที่ scrotum และง่ามก้น -MMPI ที่มุมปากซ้ายจาก ET-tube -PI stage 1 ที่หูซ้าย -MARS1 ตั้งจมูก -PI stage 2 -PI stage 1 ข้างแนวกระดูกสันหลัง --PI DTI กระดูกสันหลัง มีบันทึกในระบบ HIS แต่ไม่ บันทึกในแบบสำรวจ	
						Trauma + Burn	- IAD cat 2 1 แผล -PI stage 1 ที่ท้ายทอย -MDRPI 2 แผล ที่กกหูซ้ายและขวา stage 2 -MDRPI 1 แผล ที่กกหูซ้าย stage 2 -PI stage 2 สะโพกซ้าย ขนาด 1.2x2.5 cms	
						- จำนวนที่ประเมินระดับของแผลคลาดเคลื่อน จำนวน 14 หอผู้ป่วย ดังนี้		
						หอผู้ป่วย	ทีมกรรมการสำรวจและหอผู้ป่วยประเมินต่างกัน	
						ฉบ. 10	- ทีมสำรวจประเมินเป็น IAD Cat. 1 แต่ ward ประเมินเป็น Cat 2	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน		ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา					ตุลาคม2562 –กันยายน 2563		
						นรีเวช	- ทีมสำรวจประเมินเป็น IAD Cat. 2 = 2 แผล ward ประเมิน PI stage 2 - มีแผลใกล้ๆ กัน ทีมสำรวจประเมินเป็น PI 2 แผล แต่ ward ประเมินเป็น 5 แผล	
						พิเศษสูติ- นรีเวช	- มีแผลใกล้ๆ กัน ทีมสำรวจประเมินเป็น PI 1 แผล แต่ ward ประเมินเป็น 2 แผล	
						SICU	- ward บันทีก MMPI ที่มุมปลาย Pennis ทีมสำรวจพบว่า หายแล้ว	
						CCU	- ward บันทีก MDRPI stage 2 1 แผล แต่ทีมสำรวจพบว่า แผลหายแล้ว - ทีมสำรวจประเมิน PI stage 3 ward ประเมิน stage 2 PI stage 2 ที่ตาตุ่ม	
						MICU	- ทีมสำรวจประเมิน PI 2 แผล stage 2 ward ประเมิน DTI - ทีมสำรวจประเมิน PI ก้นกบ stage 2 ward ประเมิน stage 3 - ทีมสำรวจพบ MDRPI stage 2 ที่นิ้วชี้ซ้าย แต่ ward ไม่ ประเมิน stage	
						SRCU	- ทีมสำรวจประเมิน MDRPI Unstageable ward ไม่ ประเมิน stage - ward บันทีก MARSİ ที่มุมปาก ทีมสำรวจพบว่าหายแล้ว - ward บันทีก PI stage 3 ที่เดิมเคยเป็น IAD ที่แก้มก้น ทีมสำรวจพบว่าหายแล้ว - ward บันทีก MARSİ ที่แก้มก้นขวา ทีมสำรวจพบว่าหายแล้ว	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน		ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา					ตุลาคม2562 –กันยายน 2563		
						อายุรกรรม หญิง	- ward บันทีก PI stage 1 ที่นิวเ้าขวา แต่ทีมสำรวจไม่พบ - ward บันทีก DTI ที่สันเท้า แต่ทีมสำรวจไม่พบ - ทีมสำรวจประเมิน IAD cat 1 แต่ ward ประเมิน cat 2 - ward บันทีก IAD cat 1 ทีมสำรวจพบว่าหายแล้ว	
						กระดูกและ ข้อหญิง	- ทีมสำรวจประเมิน PI Unstageable ward ประเมิน stage 2 - ทีมสำรวจประเมิน PI stage 4 ward ประเมิน stage 3 -PI Unstageable ward ประเมิน stage 2	
						อายุรกรรม ชาย 1	- PI stage 2 ward ประเมิน stage 4 - PI 3 แผล ward บันทีก 9 แผล โดยแผลที่ทีมไม่พบ ได้แก่ PI ตาตุ่มขวา หน้าแข้งซ้าย stage 2 และที่เข้า 2 ข้าง stage 3 -PI ข้อศอกขวา stage 3 ward ประเมิน stage 2 -PI ขาขวา stage 4 ward ประเมิน stage 2	
						ศัลยกรรม หญิง	- PI stage 3 ที่ข้อศอก มีการบันทึกลงใน progress note แต่ ward ไม่บันทึกลงในแบบสำรวจ และไม่บันทึกลงในแบบประเมินแผล	
						ENT	- PI stage 2 ward ประเมิน stage 3 - PI stage 3 ward ประเมิน stage 2 - PI stage 3 ward ประเมิน stage 2 - PI DTI ที่สะโพกขวา ward ประเมิน PI ก้นกบ stage 2	
						Neuro	-PI DTI กระดูกสันหลัง มีบันทึกลงในระบบ HIS แต่ไม่บันทึกลงในแบบสำรวจ	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน		ผู้รับผิดชอบ	
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา					ตุลาคม2562 –กันยายน 2563			
1.2 แลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องแผลกดทับของกลุ่มแกนนำ	ต.ค.62-ก.ย.63	กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้	จำนวนครั้งของกิจกรรม	1 ครั้ง (70 คน)	NA	<table border="1"> <tr> <td>Trauma + Burn</td> <td>- ward บันทึกรวบรวม พบ PI stage 2 ที่ก้นกบ ทีมสำรวจพบว่าแผลหายแล้ว - ward บันทึกรวบรวม พบ IAD ที่ง่ามก้น ทีมสำรวจพบว่าหายแล้ว</td> </tr> </table>	Trauma + Burn	- ward บันทึกรวบรวม พบ PI stage 2 ที่ก้นกบ ทีมสำรวจพบว่าแผลหายแล้ว - ward บันทึกรวบรวม พบ IAD ที่ง่ามก้น ทีมสำรวจพบว่าหายแล้ว	
Trauma + Burn	- ward บันทึกรวบรวม พบ PI stage 2 ที่ก้นกบ ทีมสำรวจพบว่าแผลหายแล้ว - ward บันทึกรวบรวม พบ IAD ที่ง่ามก้น ทีมสำรวจพบว่าหายแล้ว								
1.3 กิจกรรม Walk round หอผู้ป่วยที่มีแผลกดทับระดับ 3-4 – ตรวจสอบจำนวนแผลกดทับระดับ 3 - 4 ทุกสัปดาห์ - กำหนดวันเวลาในการ Walk round และแจ้ง	ก.ย.62-ต.ค.63	หอผู้ป่วยที่มีแผลกดทับระดับ 3-4 ที่ได้รับการ walk round	ร้อยละของหอผู้ป่วยที่มีแผลกดทับระดับ 3-4 ที่ได้รับ walk round	ร้อยละ 80	2 ครั้ง/ 4 หอผู้ป่วย	<p>ได้จัดกิจกรรม 2 ครั้ง (ครั้งที่ 1 วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2563 ผู้เข้าร่วมประชุม 69 คน ครั้งที่ 2 ผู้เข้าร่วมประชุม 76 คน) ประเด็นที่นำมาแลกเปลี่ยนคือ</p> <ul style="list-style-type: none"> -MDRPI เรื่องการป้องกันที่ดีที่สุดคือการประเมินและการเฝ้าระวัง โดยการใช้อุปกรณ์เสริมในกรณีที่มีความเสี่ยงสูง รวมถึงการติดตามอย่างใกล้ชิด - การแลกเปลี่ยนวิธีการ เช่นการประเมินและบันทึกทุกวัน มีการเปลี่ยนตำแหน่งที่ลงบันทึก การประเมินผิวหนังการลงข้อมูล การใช้อุปกรณ์ปิดผิวหนัง นวัตกรรมแผ่นแปะหุ่ยยังไม่สามารถผลิตมาเพียงพอให้หอผู้ป่วยอื่นใช้) การใช้ Foam Hydrogel เทคนิคการปิดพลาสติก การลอกพลาสติก เป็นต้น -การใช้โปรแกรมแผลกดทับ เรื่องการประเมินสภาพผิวหนัง การลงบันทึกแผลรายวัน การบันทึกความเสี่ยงรายวัน การส่งต่อข้อมูลและการใช้ dash board - การขอความช่วยเหลือ เช่น การประเมินระดับ ชนิดของแผล การใช้อุปกรณ์ทำแผลแต่ละชนิด เป็นต้น - หอผู้ป่วยที่มีแผลกดทับระดับ 3-4 ที่ได้รับ walk round ร้อยละ 56.2 (จำนวน 7 ครั้ง จำนวน 9 หอผู้ป่วย ได้แก่ อายุรกรรมชาย 1 อายุรกรรมหญิง SRCU SICU MRCU MICU ฉ.9 ฉ. 10 และ อท. จากทั้งหมด 16 หอผู้ป่วยที่เหลือได้แก่ CCU PICU Neuro ศช.1 ศช.2 ศญ. Ortho.ชาย) - ปรับเพิ่มแบบฟอร์มทบทวนการเกิดแผลกดทับสำเร็จ คุณยุพา ทบทวน พบประเด็นการพัฒนาดังนี้ <p>1. การใช้อุปกรณ์ในการทำแผลผิวหนังที่แตกต่างกันในกรณีผู้ป่วยควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ รวมถึงการเข้าถึงวัสดุแต่ละชนิดที่มีจำหน่ายในโรงพยาบาล</p>			

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา						
<p>หออผู้ป่วยทราบ – ทำ RCA ร่วมกันและเพิ่มแนวทางการป้องกัน - ปรับเพิ่มแบบฟอร์มการทบทวนการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาล</p> <p>1.4 จัดกิจกรรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยผ่าตัดร่วมกับPCT วิชาชีพ</p> <p>1.5 ปรับโปรแกรมการบันทึกแผลกดทับให้ครอบคลุมและทันสมัยพร้อมจัดอบรม</p>	<p>ก.ย.62-ต.ค.63</p> <p>ก.ย.62-ต.ค.63</p>	<p>กิจกรรมร่วมกับPCT วิชาชีพ</p> <p>การนำไปโปรแกรมไปใช้ได้ถูกต้อง</p>	<p>จำนวนครั้งในการจัดกิจกรรมร่วมกับPCT วิชาชีพ</p> <p>ร้อยละของการนำโปรแกรมไปใช้ได้ถูกต้อง</p>	<p>2 ครั้ง</p> <p>ร้อยละ 100</p>	<p>NA</p> <p>NA</p>	<p>2. การลงบันทึกการประเมินแผลซ้ำกันในผู้ป่วยคนเดียวกันและวันเดียวกันและมีการประเมินแผลกดทับที่เกิดจากที่บ้านเป็นเกิดในโรงพยาบาลด้วย</p> <p>3. การให้ระดับแผลที่แตกต่างกันและเป็นแผลที่พบจากการส่งต่อระหว่างหน่วยงานเพิ่มขึ้น</p> <p>4. ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ที่แตกต่างกันและปฏิบัติไม่ตรงกัน ในแต่ละหน่วยงาน เช่น การป้องกันIAD มีทั้งฟอกสบู่ ไม่ฟอกสบู่ใช้แต่ NSS เมื่อขับถ่าย ใช้/ไม่ใช้ cleansing เป็นต้น</p> <p>5.MRCU กำลังพัฒนานวัตกรรมหมอนหนุนและอุปกรณ์ป้องกันแผลกดทับที่จุมูกจากท่อช่วยหายใจ(อยู่ระหว่างการจัดเก็บข้อมูล)</p> <p>ครั้งที่ 1 วันที่ 21 กุมภาพันธ์.2563 ประชุมร่วมกันเพื่อปรับโปรแกรมการลงบันทึกและติดตามความก้าวหน้าแผลกดทับ ของทีมพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลห้องผ่าตัด โดยให้วิชาชีพสามารถลงบันทึกและติดตามแผลได้จากโปรแกรมบันทึกในระบบHIS ซึ่งจากรายงานผลปฏิบัติการเกิดแผลกดทับผู้ป่วยขณะผ่าตัดที่บันทึกโดยวิชาชีพมีแนวโน้มลดลง เนื่องจากการประเมินความเสี่ยงจากหน่วยงานและการเฝ้าระวังตามมาตรการเพิ่มมากขึ้น ในกลุ่มเสี่ยง และจากการติดตามพบว่าแผลจะหายในเวลา1-3วันและแผลที่พบเป็นระดับ 1-2</p> <p>หลังจากการประชุมปรับโปรแกรมฯให้วิชาชีพสามารถลงบันทึกแผลในโปรแกรม HIS ได้ พบว่ามีการบันทึกเพิ่มขึ้นและพบแผลจากการกดทับหลังผ่าตัดเพิ่มมากขึ้นและพบในระดับ 1 มากขึ้นด้วย</p> <p>ร้อยละ100 (โปรแกรมเปิดใช้งานแล้วทุกหออผู้ป่วย)</p> <p>พบโอกาสพัฒนา</p> <p>1. การลงบันทึกการประเมินสภาพผิวหนัง ไม่ครบถ้วน และยังมีส่งต่อข้อมูลหรือการนำข้อมูลมาเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง น้อยเช่น ประเมินผิวหนังว่ามีรอยแดง</p>	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน		ผู้รับผิดชอบ																																																																													
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา					ตุลาคม2562 –กันยายน 2563																																																																															
<p>โปรแกรมให้ทุกหอผู้ป่วย(เฉพาะหอผู้ป่วยใน)</p> <p>1.6 วิเคราะห์ผล</p> <ul style="list-style-type: none"> • การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ - ความถูกต้อง - ความสอดคล้องกับ • อุบัติการณ์ และการทำกิจกรรมการพยาบาล • แผลกดทับที่ turn stage 		การวิเคราะห์	จำนวนและผลการวิเคราะห์	2 เรื่อง	NA	<p>แต่ในส่วนของพยาบาลยังไม่ได้ประเมินต่อว่าเป็นแผลหรือไม่ หรือประเมินไม่ต่อเนื่อง จนมาพบว่า มีแผลระดับ 2หรือ3 แล้ว</p> <p>2. การลงบันทึกความเสี่ยงและบันทึกแผลประจำวัน ยังปฏิบัติได้ไม่ครบถ้วนและสม่ำเสมอ ทำให้ยอด ความชุกแผลรายวันคลาดเคลื่อน</p> <p>3. การลงบันทึกแผลเกิดใหม่ พบมีการบันทึกมากขึ้นในกลุ่มMDRPI และกลุ่มผู้ป่วยที่กลับจากห้องผ่าตัด ส่วนใหญ่เกิดแผลกดทับระดับ 1</p> <p>1.พบการเปลี่ยน Stage ของแผลกดทับใหม่ที่เกิดใน รพ. จำนวน 14/244 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.74 ส่วน MDRPI และ MMPI ไม่พบว่ามี การเปลี่ยน stage</p>																																																																															
						<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ประเภ ทแผล</th> <th colspan="2">ม.ค.</th> <th colspan="2">ก.พ.</th> <th colspan="2">มี.ค.</th> <th rowspan="2">ผลรวม จำนวน</th> <th rowspan="2">ผลรวม %</th> </tr> <tr> <th>จำนวน</th> <th>%</th> <th>จำนวน</th> <th>%</th> <th>จำนวน</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pressure</td> <td>98</td> <td>51.85%</td> <td>69</td> <td>33.66%</td> <td>77</td> <td>41.40%</td> <td>244</td> <td>42.07%</td> </tr> <tr> <td>ใช่</td> <td>8</td> <td>8.16%</td> <td>3</td> <td>4.35%</td> <td>3</td> <td>3.90%</td> <td>14</td> <td>5.74%</td> </tr> <tr> <td>ไม่ใช่</td> <td>90</td> <td>91.84%</td> <td>66</td> <td>95.65%</td> <td>74</td> <td>96.10%</td> <td>230</td> <td>94.26%</td> </tr> <tr> <td>MDRPI</td> <td>15</td> <td>7.94%</td> <td>26</td> <td>12.68%</td> <td>39</td> <td>20.97%</td> <td>80</td> <td>13.79%</td> </tr> <tr> <td>ไม่ใช่</td> <td>15</td> <td>100.00%</td> <td>26</td> <td>100.00%</td> <td>39</td> <td>100.00%</td> <td>80</td> <td>100.00%</td> </tr> <tr> <td>MMPI</td> <td>2</td> <td>1.06%</td> <td>2</td> <td>0.98%</td> <td>3</td> <td>1.61%</td> <td>7</td> <td>1.21%</td> </tr> <tr> <td>ไม่ใช่</td> <td>2</td> <td>100.00%</td> <td>2</td> <td>100.00%</td> <td>3</td> <td>100.00%</td> <td>7</td> <td>100.00%</td> </tr> </tbody> </table>	ประเภ ทแผล	ม.ค.		ก.พ.		มี.ค.		ผลรวม จำนวน	ผลรวม %	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	Pressure	98	51.85%	69	33.66%	77	41.40%	244	42.07%	ใช่	8	8.16%	3	4.35%	3	3.90%	14	5.74%	ไม่ใช่	90	91.84%	66	95.65%	74	96.10%	230	94.26%	MDRPI	15	7.94%	26	12.68%	39	20.97%	80	13.79%	ไม่ใช่	15	100.00%	26	100.00%	39	100.00%	80	100.00%	MMPI	2	1.06%	2	0.98%	3	1.61%	7	1.21%	ไม่ใช่	2	100.00%	2	100.00%	3	100.00%	7	100.00%	
ประเภ ทแผล	ม.ค.		ก.พ.		มี.ค.			ผลรวม จำนวน	ผลรวม %																																																																												
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%																																																																															
Pressure	98	51.85%	69	33.66%	77	41.40%	244	42.07%																																																																													
ใช่	8	8.16%	3	4.35%	3	3.90%	14	5.74%																																																																													
ไม่ใช่	90	91.84%	66	95.65%	74	96.10%	230	94.26%																																																																													
MDRPI	15	7.94%	26	12.68%	39	20.97%	80	13.79%																																																																													
ไม่ใช่	15	100.00%	26	100.00%	39	100.00%	80	100.00%																																																																													
MMPI	2	1.06%	2	0.98%	3	1.61%	7	1.21%																																																																													
ไม่ใช่	2	100.00%	2	100.00%	3	100.00%	7	100.00%																																																																													

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน				ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา					ตุลาคม2562 –กันยายน 2563				
2. โครงการพัฒนา ศักยภาพบุคลากรใน การป้องกันและดูแล แผลกดทับ 2.1 จัดอบรม Skin Bundle กลุ่ม non nurse		การอบรม	จำนวนครั้ง	2 ครั้ง	NA	อบรมจำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ ครึ่งวัน แบ่งเป็น เช้าและบ่าย วันที่ 4 มีนาคม 2563				
	จำนวน ผู้เข้าร่วม		จำนวนผู้เข้าร่วม	150 คน/ครั้ง	NA	ผู้เข้าอบรม 2 รุ่น มีผู้เข้าอบรมทั้งหมดจำนวน 157 คน ตอบแบบสอบถามจำนวน 156 คน คิดเป็นร้อยละ 99.36				
						หัวข้อการประเมิน	มาทำความรู้จัก กับPSU Skin Bundle	แลกเปลี่ยน เรียนรู้การใช้ โปรแกรม บันทึกสภาพ ผิว	Work shop	
						1. เวลาในการบรรยาย/ Workshop	4.46	4.49	4.57	
						2. ความรู้ก่อนเข้ารับการ อบรม	3.75	3.99	4.14	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563-2564	ผลการ ดำเนินการ ปี งบประมาณ.2563	รายงานผลการดำเนินงาน						ผู้รับผิดชอบ																		
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา					ปี งบประมาณ.2563	2562	ตุลาคม2562 –กันยายน 2563																						
2.2 จัดอบรมการป้องกันและดูแลแผลกดทับพยาบาลกลุ่ม competence(3-5ปี) และไม่เคยผ่านการอบรม		การอบรม จำนวน ผู้เข้าร่วม	จำนวนครั้ง จำนวนผู้เข้าร่วม	2 ครั้ง 150 คน/ครั้ง	NA	<table border="1"> <tr> <td>3. ความรู้หลังเข้ารับการอบรม</td> <td>4.73</td> <td>4.64</td> <td>4.69</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. การนำไปประยุกต์ใช้</td> <td>4.69</td> <td>4.67</td> <td>4.68</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. ความพึงพอใจในภาพรวม</td> <td>4.69</td> <td>4.77</td> <td>4.81</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						3. ความรู้หลังเข้ารับการอบรม	4.73	4.64	4.69			4. การนำไปประยุกต์ใช้	4.69	4.67	4.68			5. ความพึงพอใจในภาพรวม	4.69	4.77	4.81			
						3. ความรู้หลังเข้ารับการอบรม	4.73	4.64	4.69																					
						4. การนำไปประยุกต์ใช้	4.69	4.67	4.68																					
						5. ความพึงพอใจในภาพรวม	4.69	4.77	4.81																					
						อบรมจำนวน 2 ครั้ง วันที่ 5และ6 มีนาคม 2563																								
						หัวข้อการประเมิน	มาทำความเข้าใจกับ PSU Skin Bundle	Update Skin injury	KM : การใช้โปรแกรมบันทึกข้อมูลแผลกดทับ	Wound care	Work shop																			
						1.เวลาในการอบรม	4.46	4.48	4.36	4.50	4.47																			
						2. ความรู้ก่อนเข้ารับการอบรม	3.68	3.57	3.62	3.79	3.87																			
3. ความรู้หลังเข้ารับการอบรม	4.51	4.54	4.49	4.60	4.59																									
4. การนำไปประยุกต์ใช้	4.67	4.63	4.56	4.67	4.63																									
5. ความพึงพอใจในภาพรวม	4.62	4.68	4.50	4.60	4.61																									
2.3 จัดทดสอบความรู้พยาบาลเรื่องการป้องกันและการดูแลแผลกดทับผ่าน	ต.ค.62-ก.ย.63	การทดสอบผ่านเกณฑ์	จำนวนของผู้สอบผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 80)	ร้อยละ 80	NA	<p>ผู้เข้าอบรม 2 รุ่น มีผู้เข้าอบรมทั้งหมดจำนวน 103 คน ตอบแบบสอบถามจำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 88.35ภาพรวมของการจัดโครงการ ทุกหัวข้อมีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยในระดับมากที่สุด</p> <p>ทดสอบเดือนกรกฎาคม 2563 และปรับทดสอบในทุกกลุ่มหอผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ ผลการทดสอบหาความเที่ยงตรง พบความยากง่ายของข้อสอบจำนวน 25 ข้อ = 0.64 (ค่อนข้างง่าย) ความเชื่อมั่น =0.87</p>																								

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ																																
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา																																						
Applicationหรือ Google form ใน 10 หอผู้ป่วยที่มีอัตราการเกิดแผลกดทับสูง																																							
3.โครงการสนับสนุนส่งเสริมและติดตามงาน	ม.ค.63	เกณฑ์การประเมิน (ร้อยละ 80)	ร้อยละของแนวปฏิบัติสำคัญที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน	ร้อยละ 100	NA	รอดำเนินการ หลังทดลองใช้โปรแกรมใหม่ และจัดKM จัดเก็บข้อมูล สิงหาคม 2563																																	
- QA การใช้แนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับและแนวปฏิบัติเมื่อเกิดแผลกดทับแล้ว																																							
1.โครงการพัฒนาคุณภาพการบริหารยา	ต.ค.62-ก.ย.63	ความคลาดเคลื่อนทางยา	อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา รวม ระดับ C-I /1000วันนอน	< 0.54	1.12	อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา/1000 วันนอน ระดับ C-I ไตรมาส 1-2563 = 1.32 ไตรมาส 2 =1.13 ไตรมาส 3= 0.92 ไตรมาส 4= 1.04 เฉลี่ย 1.11	คุณนงลักษณ์ คุณเยาวรัตน์																																
<p>ลักษณะเหตุการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ที่มีจำนวนมากสูงสุด 3 เหตุการณ์คือ D0801 ให้ยาผิดขนาด/ให้ยาซ้ำ D0806 ผู้ป่วยไม่ได้รับยา/ได้รับยาไม่ครบ D0803 ให้ยาผิดเวลา</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ลักษณะเหตุการณ์</th> <th rowspan="2">2562</th> <th colspan="4">ไตรมาส 2563</th> <th rowspan="2">รวม</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>D02 Prescribing error ผู้ป่วยใน</td> <td>16</td> <td>8</td> <td>6</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>16</td> </tr> <tr> <td>D06 Dispensing error ผู้ป่วยใน</td> <td>4</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>D0801 ให้ยาผิดขนาด/ให้ยาซ้ำ</td> <td>112</td> <td>36</td> <td>32</td> <td>22</td> <td>21</td> <td>111</td> </tr> </tbody> </table>								ลักษณะเหตุการณ์	2562	ไตรมาส 2563				รวม	1	2	3	4	D02 Prescribing error ผู้ป่วยใน	16	8	6	0	2	16	D06 Dispensing error ผู้ป่วยใน	4	0	0	0	0	0	D0801 ให้ยาผิดขนาด/ให้ยาซ้ำ	112	36	32	22	21	111
ลักษณะเหตุการณ์	2562	ไตรมาส 2563				รวม																																	
		1	2	3	4																																		
D02 Prescribing error ผู้ป่วยใน	16	8	6	0	2	16																																	
D06 Dispensing error ผู้ป่วยใน	4	0	0	0	0	0																																	
D0801 ให้ยาผิดขนาด/ให้ยาซ้ำ	112	36	32	22	21	111																																	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน						ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ.2563	2562	ตุลาคม2562 –กันยายน 2563						
				D0802 ให้ยาผิดชนิด	10	1	2	1	2	6		
				D0803 ให้ยาผิดเวลา	31	7	13	8	6	34		
				D0804 ให้ยาผิดคน(A01)	19	6	3	1	6	16		
				D0805 ให้ยาผิดวิธี/ทาง	7	4	2	1	4	11		
				D0806 ผู้ป่วยไม่ได้รับยา/ได้รับยาไม่ครบ	103	33	19	15	29	96		
				D0807 ยาหมดอายุ	2	0	0	1	0	1		
				D0809 อันตรายรุนแรงจากการให้ยาที่เสี่ยงสูงและยาเคมีบำบัด	3	0	0	0	0	0		
				D0817 อื่น ๆ	11	0	2	2	3	7		
				D0901 การแพ้ยาซ้ำ	0	1	1	0	1	3		
				D0902 การแพ้ยาข้ามกลุ่ม	0	0	1	0	0	1		
				D10 ผู้ป่วยที่ป้องกันได้จากการสั่งยาที่เคยแพ้	1	0	0	1	0	1		
				D1102 อื่น ๆ	3	1	0	0	0	1		
				D14 ยาเคมีบำบัดรั่ว/หกรด	1	3	2	2	3	10		
				รวม	323	100	83	54	77	314		
			อัตรา ความคลาด เคลื่อนทางยา/ 1000 วันนอน ระดับ A-B	< 3.74	5.18	อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา/1000 วันนอน ระดับ A-B เฉลี่ย 4.34						

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ																		
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา																								
			ระดับ C-D	< 0.50	1.08	<p>อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา/1000 วันนอน ระดับ C-D เฉลี่ย 1.07 C= 127 ครั้ง D=175ครั้ง</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>1-2563</th> <th>2-2563</th> <th>3-2563</th> <th>4-2563</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.32</td> <td>1.02</td> <td>0.87</td> <td>1.02</td> </tr> </tbody> </table>	1-2563	2-2563	3-2563	4-2563	1.32	1.02	0.87	1.02											
1-2563	2-2563	3-2563	4-2563																						
1.32	1.02	0.87	1.02																						
			ระดับ E-F	< 0.04	0.08	<p>อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา/1000 วันนอน ระดับ E-F เฉลี่ย 0.05 E=14 ครั้ง</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>1-2563</th> <th>2-2563</th> <th>3-2563</th> <th>4-2563</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>0.12</td> <td>0.05</td> <td>0.03</td> </tr> </tbody> </table>	1-2563	2-2563	3-2563	4-2563	0	0.12	0.05	0.03											
1-2563	2-2563	3-2563	4-2563																						
0	0.12	0.05	0.03																						
			ระดับ G-I	0	0.003	<p>อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา/1000 วันนอน ระดับ G-I เฉลี่ย 0</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>1-2563</th> <th>2-2563</th> <th>3-2563</th> <th>4-2563</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	1-2563	2-2563	3-2563	4-2563	0	0	0	0											
1-2563	2-2563	3-2563	4-2563																						
0	0	0	0																						
<p>อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา/1000วันนอน</p> <table border="1"> <caption>ข้อมูลจากกราฟ: อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา/1000วันนอน</caption> <thead> <tr> <th>ระดับ</th> <th>ปี งบประมาณ.2562</th> <th>ปี งบประมาณ.2563</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ระดับ A-B</td> <td>5.18</td> <td>4.34</td> </tr> <tr> <td>ระดับ C-D</td> <td>1.08</td> <td>1.07</td> </tr> <tr> <td>ระดับ E-F</td> <td>0.08</td> <td>0.05</td> </tr> <tr> <td>ระดับ G-I</td> <td>0.003</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>ระดับ C-I</td> <td>1.12</td> <td>1.11</td> </tr> </tbody> </table>								ระดับ	ปี งบประมาณ.2562	ปี งบประมาณ.2563	ระดับ A-B	5.18	4.34	ระดับ C-D	1.08	1.07	ระดับ E-F	0.08	0.05	ระดับ G-I	0.003	0	ระดับ C-I	1.12	1.11
ระดับ	ปี งบประมาณ.2562	ปี งบประมาณ.2563																							
ระดับ A-B	5.18	4.34																							
ระดับ C-D	1.08	1.07																							
ระดับ E-F	0.08	0.05																							
ระดับ G-I	0.003	0																							
ระดับ C-I	1.12	1.11																							
<p>วิเคราะห์สาเหตุของการบริหารยาผิดพลาด 3 ลำดับแรกคือ พบว่ามีสาเหตุสำคัญ ดังนี้</p>																									

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ								
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา														
					<p>1. Process control (การกำกับกระบวนการ) 266 ครั้ง 3ลำดับแรกคือ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การตรวจสอบก่อนให้ยา (ตรวจสอบไม่ถูกต้อง ไม่ละเอียด) 105 ครั้ง - การตรวจสอบการรดยา(ตรวจสอบไม่ละเอียด ไม่ตรวจสอบกับ order แพทย์ ไม่ตรวจสอบ) 99 ครั้ง -ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้ยา (ไม่ให้ผ.ทานยาทันที ไม่ได้ Ident ก่อนให้ยา) 62 ครั้ง <p>2. Human (คน) 164 ครั้ง 3 ลำดับแรกคือ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ขาดความรู้/ประสบการณ์ 49 ครั้ง เป็นพยาบาลอายุงานน้อยกว่า 1 ปี 26ครั้ง -ทำงานหลายอย่างในเวลาเดียวกัน 33ครั้ง -อื่น ๆ เช่น ไม่รอบคอบ/ รีบเร่ง/ ไม่ Identification 30 ครั้ง <p>3.Process design 84 ครั้ง 2 ลำดับแรกคือ</p> <ul style="list-style-type: none"> -การสร้างการรดยา 37 ครั้ง -อื่น ๆ เช่น การรับorderที่มีการเปลี่ยนขนาดยา การนำยาใหม่ๆมาใช้ การส่งยาในโปรแกรมไม่มีค่าใช้จ่าย เป็นต้น 30 ครั้ง <p>หอผู้ป่วยที่เกิดอุบัติเหตุความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ระดับ C-I 3 อันดับแรก คือ</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>หอผู้ป่วย</th> <th>จำนวนครั้ง</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>กระดูกและข้อ ชาย</td> <td>26</td> <td>ให้ยาผิดขนาด/ให้ยาซ้ำ(D0801) 13 ครั้ง ผู้ป่วยไม่ได้รับยา/ได้รับยาไม่ครบ (D0806) 9 ครั้ง ให้ยาผิดเวลา(D0803) 3 ครั้ง อื่น ๆ (D0817) 1ครั้ง</td> </tr> <tr> <td>อายุรกรรมชาย 1</td> <td>23</td> <td>ให้ยาผิดขนาด/ให้ยาซ้ำ(D0801) 8 ครั้ง ผู้ป่วยไม่ได้รับยา/ได้รับยาไม่ครบ(D0806) 7 ครั้ง ให้ยาผิดคน (D0804) 4 ครั้ง ให้ยาผิดชนิด (D0802) ให้ยาผิดเวลา (D0803) ให้ยาผิดวิธี/ทาง(D0805) อย่างละ 1 ครั้ง</td> </tr> </tbody> </table>	หอผู้ป่วย	จำนวนครั้ง		กระดูกและข้อ ชาย	26	ให้ยาผิดขนาด/ให้ยาซ้ำ(D0801) 13 ครั้ง ผู้ป่วยไม่ได้รับยา/ได้รับยาไม่ครบ (D0806) 9 ครั้ง ให้ยาผิดเวลา(D0803) 3 ครั้ง อื่น ๆ (D0817) 1ครั้ง	อายุรกรรมชาย 1	23	ให้ยาผิดขนาด/ให้ยาซ้ำ(D0801) 8 ครั้ง ผู้ป่วยไม่ได้รับยา/ได้รับยาไม่ครบ(D0806) 7 ครั้ง ให้ยาผิดคน (D0804) 4 ครั้ง ให้ยาผิดชนิด (D0802) ให้ยาผิดเวลา (D0803) ให้ยาผิดวิธี/ทาง(D0805) อย่างละ 1 ครั้ง	
หอผู้ป่วย	จำนวนครั้ง														
กระดูกและข้อ ชาย	26	ให้ยาผิดขนาด/ให้ยาซ้ำ(D0801) 13 ครั้ง ผู้ป่วยไม่ได้รับยา/ได้รับยาไม่ครบ (D0806) 9 ครั้ง ให้ยาผิดเวลา(D0803) 3 ครั้ง อื่น ๆ (D0817) 1ครั้ง													
อายุรกรรมชาย 1	23	ให้ยาผิดขนาด/ให้ยาซ้ำ(D0801) 8 ครั้ง ผู้ป่วยไม่ได้รับยา/ได้รับยาไม่ครบ(D0806) 7 ครั้ง ให้ยาผิดคน (D0804) 4 ครั้ง ให้ยาผิดชนิด (D0802) ให้ยาผิดเวลา (D0803) ให้ยาผิดวิธี/ทาง(D0805) อย่างละ 1 ครั้ง													

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563-2564	ผลการ ดำเนินการ ปี งบประมาณ.2563	รายงานผลการดำเนินงาน			ผู้รับผิดชอบ	
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา					ปี งบประมาณ.2563	2562	ตุลาคม2562 –กันยายน 2563		
1.1 จัดกิจกรรมการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้การ บริหารยาในหอผู้ป่วย ตามกลุ่มผู้ตรวจการ		ความคลาด เคลื่อนทาง ยา HAD	จำนวน ความคลาด เคลื่อนทางยา HAD ระดับ E ขึ้นไป	0	จำนวน 4 ครั้ง	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> ศัลยกรรมหญิง 22 ให้ยาฉีดขนาด/ให้ยาซ้ำ(D0801) 10 ครั้ง ผู้ป่วยไม่ได้รับยา/ได้รับยาไม่ครบ(D0806) 7 ครั้ง ให้ยาผิดเวลา(D0803) 3 ครั้ง ให้ยาผิดคน (D0804)และให้ยาผิดวิธี/ทาง(D0805) อย่างละ 1 ครั้ง </div>	จำนวนความคลาดเคลื่อนทางยา HAD ระดับ E ขึ้นไป = 0			
		การจัด กิจกรรม แลกเปลี่ยน เรียนรู้	จำนวนการจัด กิจกรรม แลกเปลี่ยน เรียนรู้	10 ครั้ง	NA	สรุป จัดกิจกรรมได้รวม 8 ครั้ง เนื่องจากสถานการณ์ Covid-19 แคร์ครอบคลุมทุกหอ ผู้ป่วยทั้ง IPD/OPD เนื่องจากรวมหอผู้ป่วยที่มีลักษณะผู้ป่วยและลักษณะ อุบัติการณ์คล้ายกันมารวมกัน เช่น กลุ่มผู้ป่วยอุบัติเหตุ ศัลยกรรมประสาทจัดรวม กับกลุ่มศัลยกรรม กลุ่มหอผู้ป่วยเด็กจัดรวมกับ ICU pediatric <u>ไตรมาส 1 ไม่ได้จัด</u> <u>ไตรมาส 2 จัด 2 ครั้ง</u> ครั้งที่ 1 วันที่ 22 มกราคม 2563 กลุ่มหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวช ครั้งที่ 2 วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2563 กลุ่มหอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี <u>ไตรมาส 3 จัด 2 ครั้ง</u> ครั้งที่ 1 วันที่ 2 มิถุนายน. 2563 กลุ่มหอผู้ป่วยศัลยกรรม ครั้งที่ 2 วันที่ 18 มิถุนายน.2563 กลุ่มหอผู้ป่วยกระดูกและข้อ <u>ไตรมาส 4 จัด 4 ครั้ง</u> ครั้งที่ 1 วันที่ 9 กรกฎาคม. 2563 กลุ่มหอผู้ป่วยอายุรกรรม				

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ																								
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา																														
						<p>ครั้งที่ 2 วันที่ 24 กรกฎาคม2563 กลุ่มหอผู้ป่วย ICU adult</p> <p>ครั้งที่ 3 วันที่ 24 กรกฎาคม 2563 กลุ่มหอผู้ป่วยเด็กและ ICU pediatric (เด็ก 1 เด็ก 2 ,พิ.เด็ก NICU NMCU PICU PMCU)</p> <p>ครั้งที่ 4 วันที่ 24 กรกฎาคม. 2563 กลุ่มหอผู้ป่วย OPD ER Observe</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>หัวข้อ</th> <th>คะแนน</th> <th>ระดับความพึงพอใจ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้</td> <td>3.39</td> <td>ระดับดีมาก</td> </tr> <tr> <td>2. เกิดความรู้และทักษะใหม่ที่เป็นประโยชน์ต่องานของท่าน</td> <td>3.19</td> <td>ระดับดีมาก</td> </tr> <tr> <td>3. ระยะเวลาการแลกเปลี่ยนเรียนรู้มีความเหมาะสม</td> <td>3.29</td> <td>ระดับดีมาก</td> </tr> <tr> <td>4. ความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องนี้เพิ่มขึ้นหลังการแลกเปลี่ยนเรียนรู้</td> <td>3.29</td> <td>ระดับดีมาก</td> </tr> <tr> <td>5. มีความมั่นใจและสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ได้</td> <td>3.32</td> <td>ระดับดีมาก</td> </tr> <tr> <td>6. ความพึงพอใจโดยรวม</td> <td>3.29</td> <td>ระดับดีมาก</td> </tr> <tr> <td>รวม</td> <td>3.30</td> <td>ระดับดีมาก</td> </tr> </tbody> </table> <p>วัตถุประสงค์</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ทบทวนเหตุการณ์ที่เกี่ยวกับการบริหารยาและสารน้ำ 2. เพื่อให้เกิดการแบ่งปันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของพยาบาลในกลุ่มหอผู้ป่วยเดียวกัน 3. เพื่อรวบรวมแนวปฏิบัติที่ดี (Best Practice) หรือข้อเสนอแนะที่ดีนำไปใช้ในการพัฒนาการบริหารยา <p>ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้ในเรื่องการบริหารยา 2. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้ความเข้าใจในการบริหารยาดีขึ้น <p>อุบัติการณ์ที่เกี่ยวกับการบริหารยาลดลง</p>	หัวข้อ	คะแนน	ระดับความพึงพอใจ	1. สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้	3.39	ระดับดีมาก	2. เกิดความรู้และทักษะใหม่ที่เป็นประโยชน์ต่องานของท่าน	3.19	ระดับดีมาก	3. ระยะเวลาการแลกเปลี่ยนเรียนรู้มีความเหมาะสม	3.29	ระดับดีมาก	4. ความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องนี้เพิ่มขึ้นหลังการแลกเปลี่ยนเรียนรู้	3.29	ระดับดีมาก	5. มีความมั่นใจและสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ได้	3.32	ระดับดีมาก	6. ความพึงพอใจโดยรวม	3.29	ระดับดีมาก	รวม	3.30	ระดับดีมาก	
หัวข้อ	คะแนน	ระดับความพึงพอใจ																													
1. สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้	3.39	ระดับดีมาก																													
2. เกิดความรู้และทักษะใหม่ที่เป็นประโยชน์ต่องานของท่าน	3.19	ระดับดีมาก																													
3. ระยะเวลาการแลกเปลี่ยนเรียนรู้มีความเหมาะสม	3.29	ระดับดีมาก																													
4. ความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องนี้เพิ่มขึ้นหลังการแลกเปลี่ยนเรียนรู้	3.29	ระดับดีมาก																													
5. มีความมั่นใจและสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ได้	3.32	ระดับดีมาก																													
6. ความพึงพอใจโดยรวม	3.29	ระดับดีมาก																													
รวม	3.30	ระดับดีมาก																													

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา						
						<p>สรุปการเรียนรู้จากการแลกเปลี่ยน</p> <p>1. Prcoess design.</p> <ul style="list-style-type: none"> -การตรวจสอบ orderยาใน drop box เพื่อช่วยลดความผิดพลาด หากแพทย์ order การ์ดยาเป็น text file ต้องตรวจสอบมากขึ้น ควรแนะนำให้แพทย์ใช้ Dropbox ในการสั่งยา - พัฒนาระบบขั้นตอนในการบริหารยาเคมีบำบัดแยกจากยาทั่วไป -ยาก่อนไป OR พิมพ์การ์ดยาติดไว้หน้า chart -การบริหารยาที่ไม่ได้ใช้บ่อย ต้อง Set card ยาให้ชัด โดย highlight หรือใช้ดอกดาว ให้ชัดเจน เพื่อให้สังเกตได้ง่าย และต้องเน้นย้ำกับ medication <p>2.Process control</p> <ul style="list-style-type: none"> -ให้คินยาแก่เภสัชชนที่เมื่อตรวจสอบพบว่าไม่มีการใช้ยาตัวนั้นแล้ว -recheck card ยาทุกครั้งที่มี order ใหม่ ต้องพิมพ์และตรวจสอบการ์ดยาใหม่ กับคำสั่งของแพทย์ทุกครั้ง -ส่งเสริมการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการ check ยาตัวเอง ก่อนรับยาทุกครั้ง -ประสานงานกับห้องผ่าตัด ให้เจ้าหน้าที่ ที่ผู้มารับผู้ป่วยมีส่วนร่วมตรวจสอบใบเตรียมผ่าตัดให้มีการทำกิจกรรมให้ครบ -กรณีผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง แล้วแพทย์ให้นายา dose ถัดไปให้กินก่อน ให้แก้ไขโดยให้แพทย์ Order ยาเป็น stat dose แล้วให้งดยา dose ถัดไป แต่หากไม่สามารถปฏิบัติได้ให้จ่ายยาตามเวลาจริงและต้องสื่อสาร หรืออาจจะมีการป้อน หรือสัญลักษณ์เตือน เพื่อไม่ให้เกิดการจ่ายยาผิดพลาด -ผู้ป่วยที่กลับจากห้องผ่าตัด ต้องทำ drug reconcile ยาที่ได้จากห้องผ่าตัดทุกราย <p>3. Human (คน)</p>	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา						
<p>- ปรับปรุงแนวปฏิบัติการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง 5 รายการ คือ RI, Fentanyl, Levophed ,MO, KCL</p> <p>1.2 ปรับปรุงข้อมูลการสำรองยา stat และยาสามัญให้เฉพาะกับกลุ่มหออผู้ป่วยและสร้างเป็นฐานข้อมูล</p> <p>- สุ่มตรวจการสำรองยาของหออผู้ป่วย/หน่วยงาน</p>		แนวปฏิบัติในการบริหารยาที่ได้รับการปรับปรุงฐานข้อมูลสำรองยา stat และยาสามัญ	จำนวนแนวปฏิบัติในการบริหารยาที่ได้รับการปรับปรุงมีฐานข้อมูลสำรองยา stat และยาสามัญของทุกหออผู้ป่วย	2 เรื่อง	NA	<p>กรณีแพทย์สั่งยานอกโรงพยาบาล พยาบาลต้องมีความรู้ว่าเป็นยาชนิดเดียวกันกับที่ใช้อยู่ในโรงพยาบาลหรือไม่ เพราะยาบางตัวมีหลายชื่อ เพื่อป้องกันการได้ยาซ้ำ</p> <p>4. Equipment (เครื่องมือ)</p> <p>-การ Set Card ยา ที่มีเฉพาะวัน ต้องตรวจสอบให้ละเอียด และหากพบว่าโปรแกรม error ให้แจ้ง Programmer ทันที</p> <p>ข้อเสนอแนะเพื่อหารือกับเภสัชกรและส่วนอื่น ๆ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การผสมยาที่มีความเข้มข้นสูง เสนอให้เภสัชกรเป็นผู้เตรียมยา 2. ประสานงานกับแพทย์วิสัญญี ให้ทบทวนการ Order ให้เข้าใจง่ายขึ้น 3. ต้องการให้โปรแกรมปรับลำดับการให้ยาก่อนให้ยาเคมีบำบัด <p>ประสานความร่วมมือในการสั่งยา ขอให้แพทย์ลงข้อมูลสารละลายที่ใช้ผสมยาให้ชัดเจน</p> <p>ไม่สำเร็จ</p>	
				ร้อยละ 100	NA	<p>-มีฐานข้อมูลสำรองยา stat ครอบคลุมหออผู้ป่วยใน (IPD) หออผู้ป่วยนอก ครบร้อยละ 100 บรรจุข้อมูลใน Intranet ของฝ่ายบริการพยาบาล</p> <p>-มีข้อมูลยาสามัญจาก หออผู้ป่วยใน (IPD) รอสรุผล</p>	
				1 ครั้ง	NA	<p>- สุ่มตรวจการสำรองยาของหออผู้ป่วย/หน่วยงาน <u>2 ครั้ง เดือน พฤศจิกายน 2562 และพฤษภาคม 2563</u></p> <p><u>สรุปข้อมูลการสำรองยาฝ่ายบริการพยาบาล</u></p>	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา						
<p>1.3 Smart Safety for Med. Error เพื่อ รณรงค์และเน้นป้องกัน กิจกรรมที่ก่อให้เกิด อุบัติเหตุ</p> <p>- โครงการประกวดกิจกรรมการบริหารยา อย่างปลอดภัย เน้น 3 กิจกรรม คือ -การสร้าง การ์ดยา -การ ตรวจทานซ้ำก่อนการ จ่ายยาแก่ผู้ป่วย -การ บริหารยา HAD</p>		โครงการที่ เข้าร่วม กิจกรรม	จำนวนโครงการ ที่เข้าร่วม กิจกรรม	12	NA	<p>1.หอผู้ป่วยวิกฤติ/กึ่งวิกฤติ อายุรกรรม สามารถสำรองได้ไม่เกิน 40รายการ จำนวน 13 หอผู้ป่วย สำรองได้ตามเกณฑ์ที่รพ.กำหนด ร้อยละ 100</p> <p>2.หอผู้ป่วยทั่วไป สำรองได้ไม่เกิน 20 รายการ จำนวน 31 หอผู้ป่วย/คลินิก สำรองได้ตามเกณฑ์ที่รพ.กำหนด 30 หอผู้ป่วย ร้อยละ 96.77 มากกว่าเกณฑ์ที่ รพ.กำหนด 1 หอผู้ป่วย ร้อยละ 3.23</p> <p>3.ห้องฉุกเฉิน สำรองได้ไม่เกิน 30 รายการ สำรอง 34 รายการ ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่ รพ.กำหนด รอยื่นเอกสารขออนุญาตสำรองเกินรายการที่รพ.กำหนด หมายเหตุ: มีรายการยาสำรองนอกเหนือจากรายการยาที่รพ.กำหนดแต่มี ความจำเป็นของหอผู้ป่วย และหอผู้ป่วยขอสำรองจำนวน 56 รายการ จาก 17 หอผู้ป่วย 4 คลินิก</p> <p>ไม่สำเร็จ เนื่องจากสถานการณ์ Covid-19</p>	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ												
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา																		
- Zero Medication Error Week		ความคลาดเคลื่อนทางยา ระดับ C-I	จำนวนอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาระดับ C-I	0	NA	ไม่สำเร็จ เนื่องจากสถานการณ์ Covid-19													
เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านยา	กย.62 - ตค. 63	การเกิด Phlebitis ระดับ 3-4/	อัตราการเกิด Phlebitis ระดับ 3-4/	< 0.26 ครั้ง :1000 วันนอน	0.21	อัตราการเกิด Phlebitis ระดับ 3-4 ในปี 2563 = 0.29 :1000 วันนอน (เพิ่มขึ้น 0.08 ต่อ 1000 วันนอน) <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">อัตราการเกิด Phlebitis (ครั้ง :1000 วันนอน) ระดับ 3-4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ไตรมาส 4_2563</td> <td>0.34</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส 3_2563</td> <td>0.22</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส 2_2563</td> <td>0.26</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส 1_2563</td> <td>0.33</td> </tr> <tr> <td>รวม 4 ไตรมาส</td> <td>0.29</td> </tr> </tbody> </table> 	อัตราการเกิด Phlebitis (ครั้ง :1000 วันนอน) ระดับ 3-4		ไตรมาส 4_2563	0.34	ไตรมาส 3_2563	0.22	ไตรมาส 2_2563	0.26	ไตรมาส 1_2563	0.33	รวม 4 ไตรมาส	0.29	คุณคณิงนิตย์
อัตราการเกิด Phlebitis (ครั้ง :1000 วันนอน) ระดับ 3-4																			
ไตรมาส 4_2563	0.34																		
ไตรมาส 3_2563	0.22																		
ไตรมาส 2_2563	0.26																		
ไตรมาส 1_2563	0.33																		
รวม 4 ไตรมาส	0.29																		

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ																																																	
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา																																																							
						<p>ระดับของ Phlebitis</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับ</th> <th>ไตรมาส</th> <th>ไตรมาส</th> <th>ไตรมาส</th> <th>ไตรมาส</th> <th>จำนวน</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ความรุนแรง</td> <td>1/63</td> <td>2/63</td> <td>3/63</td> <td>4/63</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ระดับ 1</td> <td>11</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>12</td> <td>40</td> <td>22.22</td> </tr> <tr> <td>ระดับ 2</td> <td>17</td> <td>15</td> <td>13</td> <td>13</td> <td>59</td> <td>32.78</td> </tr> <tr> <td>ระดับ 3</td> <td>4</td> <td>6</td> <td>4</td> <td>7</td> <td>20</td> <td>11.11</td> </tr> <tr> <td>ระดับ 4</td> <td>21</td> <td>13</td> <td>9</td> <td>18</td> <td>61</td> <td>33.89</td> </tr> <tr> <td>รวม</td> <td>53</td> <td>42</td> <td>35</td> <td>50</td> <td>180</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table> <p>ร้อยละของ Phlebitis ระดับ 3-4 เท่ากับ 45.0 เพิ่มขึ้น 11.5 (ปี 2562 ร้อยละของ Phlebitis ระดับ 3-4 เท่ากับ 33.5) ปี 2563 อัตราการเกิด Phlebitis เท่ากับ ร้อยละ 0.4 (คิดทุกระดับของ Phlebitis) ปี 2562 อัตราการเกิด Phlebitis เท่ากับ ร้อยละ 0.45 (คิดทุกระดับของ Phlebitis) (Infusion Nurses Society กำหนดไว้ที่ Phlebitis rate ≤ ร้อยละ 5) จำนวน Phlebitis ระดับ 3-4 คิดเป็นร้อยละ 0.2 เปรียบเทียบ (Incidence of severe phlebitis was 3.6%) 1. Lv L, Zhang J. The incidence and risk of infusion phlebitis with peripheral intravenous catheters: A meta-analysis. The Journal of Vascular Access. 2020;21(3):342-349. doi:10.1177/1129729819877323</p> <p>ระดับความรุนแรง</p>	ระดับ	ไตรมาส	ไตรมาส	ไตรมาส	ไตรมาส	จำนวน	ร้อยละ	ความรุนแรง	1/63	2/63	3/63	4/63			ระดับ 1	11	8	9	12	40	22.22	ระดับ 2	17	15	13	13	59	32.78	ระดับ 3	4	6	4	7	20	11.11	ระดับ 4	21	13	9	18	61	33.89	รวม	53	42	35	50	180	100	
ระดับ	ไตรมาส	ไตรมาส	ไตรมาส	ไตรมาส	จำนวน	ร้อยละ																																																		
ความรุนแรง	1/63	2/63	3/63	4/63																																																				
ระดับ 1	11	8	9	12	40	22.22																																																		
ระดับ 2	17	15	13	13	59	32.78																																																		
ระดับ 3	4	6	4	7	20	11.11																																																		
ระดับ 4	21	13	9	18	61	33.89																																																		
รวม	53	42	35	50	180	100																																																		

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน			ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา					ตุลาคม2562 –กันยายน 2563			
						ระดับความรุนแรง	จำนวน	ร้อยละ	
						c	5	2.78	
						D	169	93.89	
						E	6	3.33	
						รวม	180	100	
						ลักษณะของเหตุการณ์ระดับ E			
						หอผู้ป่วย	ชนิดของยา	ลักษณะเหตุการณ์	
						ICU CVT	Fentanyl	Phlebitis stage 4 ขนาด 1.5 x 3.5 cms. หลัง off เส้น ต้องให้ยาทา TA Cream	
						นรีเวช	Paclitaxel	ต้องให้ยาทา TA Cream	
						พิ.เฉลิมพระบารมี 10	Heparin lock	ตำแหน่ง Phlebitis progress ขึ้นต้อง w/u ให้ ATB	
						ศัลยกรรมเด็ก	CefTRIAXone	ต้องให้ยาทา TA Cream	
						ออโรโรชาชาย	Morphine Ciprofloxacin	ตำแหน่งที่ off เส้นมี cellulitis ต้อง work up ให้ ATB	
						อายุรกรรมชาย 2	Heparin lock	ผู้ป่วย AML on HL ไว้ดูดเลือด มี phlebitis ต้อง work up และให้ ATB	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ																																					
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา																																											
						<p>หอผู้ป่วยที่มีอุบัติการณ์การเกิด Phlebitis ระดับ 3,4</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>หอผู้ป่วย</th> <th>จำนวนการเกิด Phlebitis ระดับ 3,4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>ศัลยกรรมชาย 2</td><td>13</td></tr> <tr><td>SICU</td><td>10</td></tr> <tr><td>CCU</td><td>8</td></tr> <tr><td>ศัลยกรรมชาย 1</td><td>7</td></tr> <tr><td>ICU-CVT</td><td>7</td></tr> <tr><td>พ.เฉลิมพระบารมี10</td><td>4</td></tr> <tr><td>Med-ICU</td><td>3</td></tr> <tr><td>ศัลยกรรมเด็ก</td><td>3</td></tr> <tr><td>ศัลยกรรมหญิง</td><td>3</td></tr> <tr><td>สูติกรรม</td><td>3</td></tr> <tr><td>อายุรกรรมชาย 1</td><td>3</td></tr> <tr><td>อายุรกรรมชาย 2</td><td>3</td></tr> <tr><td>อายุรกรรมหญิง</td><td>3</td></tr> </tbody> </table> <p>ประเภทของยาที่ทำให้เกิด Phlebitis ระดับ 3,4</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ประเภทของยา</th> <th>จำนวน</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>High Alert Drug</td><td>40</td><td>49.38</td></tr> <tr><td>ยาทั่วไป</td><td>26</td><td>32.10</td></tr> </tbody> </table>	หอผู้ป่วย	จำนวนการเกิด Phlebitis ระดับ 3,4	ศัลยกรรมชาย 2	13	SICU	10	CCU	8	ศัลยกรรมชาย 1	7	ICU-CVT	7	พ.เฉลิมพระบารมี10	4	Med-ICU	3	ศัลยกรรมเด็ก	3	ศัลยกรรมหญิง	3	สูติกรรม	3	อายุรกรรมชาย 1	3	อายุรกรรมชาย 2	3	อายุรกรรมหญิง	3	ประเภทของยา	จำนวน	ร้อยละ	High Alert Drug	40	49.38	ยาทั่วไป	26	32.10	
หอผู้ป่วย	จำนวนการเกิด Phlebitis ระดับ 3,4																																											
ศัลยกรรมชาย 2	13																																											
SICU	10																																											
CCU	8																																											
ศัลยกรรมชาย 1	7																																											
ICU-CVT	7																																											
พ.เฉลิมพระบารมี10	4																																											
Med-ICU	3																																											
ศัลยกรรมเด็ก	3																																											
ศัลยกรรมหญิง	3																																											
สูติกรรม	3																																											
อายุรกรรมชาย 1	3																																											
อายุรกรรมชาย 2	3																																											
อายุรกรรมหญิง	3																																											
ประเภทของยา	จำนวน	ร้อยละ																																										
High Alert Drug	40	49.38																																										
ยาทั่วไป	26	32.10																																										

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน			ผู้รับผิดชอบ																											
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา					ตุลาคม2562 –กันยายน 2563																														
						<table border="1"> <tr> <td>ยาสารละลาย</td> <td>6</td> <td>7.41</td> </tr> <tr> <td>ไม่ระบุ</td> <td>9</td> <td>11.11</td> </tr> <tr> <td>รวม</td> <td>81</td> <td>100</td> </tr> </table>	ยาสารละลาย	6	7.41	ไม่ระบุ	9	11.11	รวม	81	100																					
ยาสารละลาย	6	7.41																																		
ไม่ระบุ	9	11.11																																		
รวม	81	100																																		
						<p>ชนิดของยา High Alert Drug ที่ทำให้เกิด Phlebitis ระดับ 3,4</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ประเภทของยา (High alert drug)</th> <th>จำนวน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cordarone</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>Levophed</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Fentanyl</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Dobutamine</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Cardepine</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Zinc Sol</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>KCl</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Calcium gluconate</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Mag.sulfate50%</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>SMOFkabiven</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>DOPamine</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NaCl 3%</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>รวม</td> <td>40</td> </tr> </tbody> </table>	ประเภทของยา (High alert drug)	จำนวน	Cordarone	15	Levophed	5	Fentanyl	4	Dobutamine	4	Cardepine	3	Zinc Sol	2	KCl	2	Calcium gluconate	1	Mag.sulfate50%	1	SMOFkabiven	1	DOPamine	1	NaCl 3%	1	รวม	40		
ประเภทของยา (High alert drug)	จำนวน																																			
Cordarone	15																																			
Levophed	5																																			
Fentanyl	4																																			
Dobutamine	4																																			
Cardepine	3																																			
Zinc Sol	2																																			
KCl	2																																			
Calcium gluconate	1																																			
Mag.sulfate50%	1																																			
SMOFkabiven	1																																			
DOPamine	1																																			
NaCl 3%	1																																			
รวม	40																																			
						<p>หอผู้ป่วยที่มีการเกิด Phlebitis ระดับ 3,4 จากการใช้ยา Cordarone</p>																														


แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ																																
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา																																						
						<table border="1"> <thead> <tr> <th>หอผู้ป่วย</th> <th>จำนวน Incident (ครั้ง)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CCU</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>SRCU</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>อายุรกรรมหญิง</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>SICU</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Med-ICU</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>ICU-CVT</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>ศัลยกรรมชาย 2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>ผลรวมทั้งหมด</td> <td>15</td> </tr> </tbody> </table> <p>หอผู้ป่วยที่มีการเกิด Phlebitis ระดับ 3,4 จากการใช้ยา Levophed</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>หอผู้ป่วย</th> <th>จำนวน Incident (ครั้ง)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Med-ICU</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>ศัลยกรรมหญิง</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>MRCU</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>ผลรวมทั้งหมด</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>ชนิดของยาทั่วไปที่ทำให้เกิด Phlebitis ระดับ 3, 4 (5 อันดับแรก)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ประเภทของยา (ยาทั่วไป)</th> <th>จำนวน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ZnSO4 Inj</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>	หอผู้ป่วย	จำนวน Incident (ครั้ง)	CCU	6	SRCU	2	อายุรกรรมหญิง	2	SICU	2	Med-ICU	1	ICU-CVT	1	ศัลยกรรมชาย 2	1	ผลรวมทั้งหมด	15	หอผู้ป่วย	จำนวน Incident (ครั้ง)	Med-ICU	3	ศัลยกรรมหญิง	1	MRCU	1	ผลรวมทั้งหมด	5	ประเภทของยา (ยาทั่วไป)	จำนวน	ZnSO4 Inj	4	
หอผู้ป่วย	จำนวน Incident (ครั้ง)																																						
CCU	6																																						
SRCU	2																																						
อายุรกรรมหญิง	2																																						
SICU	2																																						
Med-ICU	1																																						
ICU-CVT	1																																						
ศัลยกรรมชาย 2	1																																						
ผลรวมทั้งหมด	15																																						
หอผู้ป่วย	จำนวน Incident (ครั้ง)																																						
Med-ICU	3																																						
ศัลยกรรมหญิง	1																																						
MRCU	1																																						
ผลรวมทั้งหมด	5																																						
ประเภทของยา (ยาทั่วไป)	จำนวน																																						
ZnSO4 Inj	4																																						

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน		ผู้รับผิดชอบ																																													
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา					ตุลาคม2562 –กันยายน 2563																																															
						<table border="1"> <tr><td>Cardepine(10mg/10ml) Inj</td><td>2</td></tr> <tr><td>Amphotericin B Inj</td><td>2</td></tr> <tr><td>CeFAZOLIN Inj</td><td>2</td></tr> <tr><td>Oliclino(N4)</td><td>1</td></tr> <tr><td>รวม</td><td>11</td></tr> </table>	Cardepine(10mg/10ml) Inj	2	Amphotericin B Inj	2	CeFAZOLIN Inj	2	Oliclino(N4)	1	รวม	11																																					
Cardepine(10mg/10ml) Inj	2																																																				
Amphotericin B Inj	2																																																				
CeFAZOLIN Inj	2																																																				
Oliclino(N4)	1																																																				
รวม	11																																																				
						<p>ข้อมูลของผู้ป่วยกลุ่มที่เกิด Phlebitis ระดับ 3,4</p> <p>ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>เพศ</th> <th>จำนวน</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>ชาย</td><td>50</td><td>61.73</td></tr> <tr><td>หญิง</td><td>31</td><td>38.27</td></tr> <tr><td>รวม</td><td>81</td><td>100</td></tr> <tr><td>อายุ</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>น้อยกว่า 10 ปี</td><td>3</td><td>3.70</td></tr> <tr><td>11-20</td><td>4</td><td>4.94</td></tr> <tr><td>21-30</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>31-40</td><td>6</td><td>7.41</td></tr> <tr><td>41-50</td><td>10</td><td>12.35</td></tr> <tr><td>51-60</td><td>18</td><td>22.22</td></tr> <tr><td>61-70</td><td>18</td><td>22.22</td></tr> <tr><td>71-80</td><td>15</td><td>18.52</td></tr> <tr><td>81-90</td><td>5</td><td>6.18</td></tr> <tr><td>91-100</td><td>1</td><td>1.23</td></tr> </tbody> </table>	เพศ	จำนวน	ร้อยละ	ชาย	50	61.73	หญิง	31	38.27	รวม	81	100	อายุ			น้อยกว่า 10 ปี	3	3.70	11-20	4	4.94	21-30	0	0	31-40	6	7.41	41-50	10	12.35	51-60	18	22.22	61-70	18	22.22	71-80	15	18.52	81-90	5	6.18	91-100	1	1.23		
เพศ	จำนวน	ร้อยละ																																																			
ชาย	50	61.73																																																			
หญิง	31	38.27																																																			
รวม	81	100																																																			
อายุ																																																					
น้อยกว่า 10 ปี	3	3.70																																																			
11-20	4	4.94																																																			
21-30	0	0																																																			
31-40	6	7.41																																																			
41-50	10	12.35																																																			
51-60	18	22.22																																																			
61-70	18	22.22																																																			
71-80	15	18.52																																																			
81-90	5	6.18																																																			
91-100	1	1.23																																																			

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน			ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา					ตุลาคม2562 –กันยายน 2563			
						มากกว่า 100	1	1.23	
						รวม	81	100	
						ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 49.30			
						ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 3.70			
						ตำแหน่งที่เกิด Phlebitis ระดับ 3,4			
						ตำแหน่ง	รวม	ร้อยละ	
						ท้องแขนขวา	14	17.72	
						ท้องแขนซ้าย	11	13.92	
						ข้อพับแขนขวา	10	12.66	
						ข้อพับแขนซ้าย	8	10.13	
						แขนจากข้อพับถึงหัวไหล่ซ้าย	8	10.13	
						แขนจากข้อพับถึงหัวไหล่ขวา	7	8.86	
						ข้อมือซ้าย	5	6.33	
						ข้อมือขวา	4	5.06	
						แขนต่อจากมือขวา	3	3.80	
						หลังมือขวา	3	3.80	
						หลังมือซ้าย	2	2.53	
						ขาส้นล่างต่อจากข้อเท้าขวา	2	2.53	
						แขนต่อจากมือซ้าย	1	1.27	
						ข้อเข่าถึงขาด้านบนซ้าย	1	1.27	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ																					
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา																											
						<table border="1"> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td>79</td> <td>100</td> </tr> </table> <p>สรุป ตำแหน่งที่ใช้เป็นระยางค์บน ร้อยละ 96.2 ระยางค์ล่าง ร้อยละ 3.8</p> <p><u>การวิเคราะห์</u></p> <p>1. ปี 2563 จำนวน Phlebitis ระดับ 3-4 มีจำนวนเพิ่มขึ้น</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับความรุนแรง</th> <th>ปี 2562</th> <th>ปี 2563</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ระดับ 1</td> <td>31.96</td> <td>22.22</td> </tr> <tr> <td>ระดับ 2</td> <td>34.54</td> <td>32.78</td> </tr> <tr> <td>ระดับ 3</td> <td>9.28</td> <td>11.11</td> </tr> <tr> <td>ระดับ 4</td> <td>24.22</td> <td>33.89</td> </tr> <tr> <td>รวม</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table> <p>ร้อยละของ Phlebitis ระดับ 3-4 เท่ากับ 45.0 เพิ่มขึ้น 11.5 (ปี 2562 ร้อยละของ Phlebitis ระดับ 3-4 เท่ากับ 33.5) (เปรียบเทียบกับผลการดูแลของผู้ป่วยใน ICU Yasuda, H., Yamamoto, R., Hayashi, Y. et al. Occurrence and incidence rate of peripheral intravascular catheter-related phlebitis and complications in critically ill patients: a prospective cohort study (AMOR-VENUS study). j intensive care 9, 3 (2021). https://doi.org/10.1186/s40560-020-00518-4 <u>Results:</u> We included 2741 patients and 7118 PIVCs, of which 48.2% were inserted in the ICU.</p>	ร้อยละ	79	100	ระดับความรุนแรง	ปี 2562	ปี 2563	ระดับ 1	31.96	22.22	ระดับ 2	34.54	32.78	ระดับ 3	9.28	11.11	ระดับ 4	24.22	33.89	รวม	100	100	
ร้อยละ	79	100																										
ระดับความรุนแรง	ปี 2562	ปี 2563																										
ระดับ 1	31.96	22.22																										
ระดับ 2	34.54	32.78																										
ระดับ 3	9.28	11.11																										
ระดับ 4	24.22	33.89																										
รวม	100	100																										

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา						
						<p>1. PIVC-related phlebitis occurred in <u>7.5%</u> (95% confidence interval [CI] 6.9–8.2%) of catheters (3.3 cases / 100 catheter-days) and 12.9% (95% CI 11.7–14.2%) of patients (6.3 cases / 100 catheter-days)</p> <p>2. Most PIVCs were removed immediately after diagnosis of phlebitis (71.9%).</p> <p>3. Grade 1 was the most common phlebitis (72.6%) grade 4 was the least common (1.5%).</p> <p><u>แนวทางการแก้ไข</u></p> <p>1. <u>ประเมินการปฏิบัติและพัฒนา Competency ให้สามารถ Early detection Phlebitis / Infiltration / Extravasation และสามารถแก้ไขได้ทันที่</u></p> <p>1.1 กำหนดกลุ่มหอผู้ป่วยที่มีจำนวนการเกิด Phlebitis สูงและลงไปประเมินการปฏิบัติในเรื่องการประเมิน</p> <p>1.2 กำหนด Two nurse inspection ในยาที่มีความเสี่ยงสูง / ผู้ป่วยเสี่ยงสูง</p> <p>1.3 นำเทคนิค Change site at first signs of phlebitis / Change site at first signs of pain ลงสู่การปฏิบัติและติดตามกำกับ (Most PIVCs were removed immediately after diagnosis of phlebitis (71.9%))</p> <p>1.4 การเพิ่มความรู้ให้แก่กลุ่ม PN/ORD ที่มีส่วนในการช่วยประเมินเส้นเลือด / อาการ Phlebitis / Infiltration /Extravasation (การจัดอบรมให้ความรู้/KM การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับ PIV)</p> <p>1.5 Brief ทีมการดูแลเมื่อให้ยาที่มี potential ในการเกิด phlebitis</p> <p>1.6 การประเมินตำแหน่ง PIV ทุก 1 ชั่วโมง และใช้เทคนิคการประเมินด้วย</p>	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน		ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา					ตุลาคม2562 –กันยายน 2563		
						ใช้ระบบการ Consult ของหอผู้ป่วย Unit leader/การรายงานแพทย์ หรือสายด่วน Vascular Access Team (VAT) /Phlebitis team เพื่อ consult ongoing assessment /เพื่อ treatment	1) กำหนดตัวบุคคลที่สามารถให้ คำปรึกษาได้ 2) Notified ทีมเพื่อ bedside real time for bedside assessment & start treatment	
						สอนและแนะนำเทคนิค Touch/Look/Compare (TLC) or Assess/Compare/Touch (ACT) ให้แก่ผู้ป่วยและญาติ	ผู้ป่วยและญาติได้รับการสอนและเห็น ความสำคัญของการใช้ TLC / ACT •ให้คำแนะนำและประเมินทุกครั้งที่มีผู้ป่วย ได้รับการ on PIV	
						การ standardized	Percentage based assessment tool	
						<p>เทคนิคการประเมินด้วย I DECIDED (Smart IV care)</p> 		
						2. การใช้โปรแกรม HIS เพื่อลงข้อมูลการใช้ PIV ที่เป็น Daily shift & สามารถ Monitor catheter insertion sites ด้วย phlebitis scale รวมทั้งมีวิธีการ		

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา						
						<p>ประเมินความเสี่ยงและการจัดการเมื่อเกิด Phlebitis/Infiltration/Extravasation</p> <p>3.การส่งต่อข้อมูลเพื่อการประเมินต่อ เมื่อมีการ transition การดูแลผู้ป่วย ระหว่างหน่วยงาน/ระหว่างหอผู้ป่วย (สื่อสารในแกนนำ /ทำ Adverse event review เดือนมีนาคม 64 เรื่องการเกิด Phlebitis / Infiltration / Extravasation)</p> <p>4.เทคนิคการจัดการเพื่อลด/เมื่อมีอาการ Phlebitis / Infiltration / Extravasation (ใส่ไว้ในระบบ HIS) เช่น การประคบร้อน ประคบเย็น การให้ยา ช่วยบรรเทา</p> <p>5. การเพิ่มศักยภาพของพยาบาลในการ collaboration, collaboration skills เพื่อการต่อรองที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย (negotiate กับ providers เพื่อให้เกิด creative ways ที่จะช่วยลด exposure เช่น การให้ยาทาง central line การให้ ยากินแทน) (การ KM เรื่อง Phlebitis/Extravasation เดือนกุมภาพันธ์ 2564)</p> <p>6. การเลือกใช้เส้นเลือดที่เหมาะสมในการ on PIV รวมทั้งการ Maintenance เส้น ตำแหน่ง</p> <p>1) เลือกเส้นที่ distal area of upper area such as cephalic or basilica vein (Priority จะเลือก veins ที่ตำแหน่ง forearm away from joints (เพื่อป้องกันการ การ movement & ป้องกันการเลื่อนหลุดของเข็ม catheter)</p> <p>2) เลือกใช้อุปกรณ์ที่ช่วย stabilization เพื่อป้องกัน catheter movement & dislodgment (ลดความเสี่ยงจาก Mechanical Phlebitis)</p> <p>3) เลือกขนาดเข็มให้เหมาะกับขนาดของเส้นเลือด (ป้องกัน Mechanical phlebitis ถ้า catheter มีการ contact กับ endothelial vein lining)</p>	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ																																							
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา																																													
						<p>7. การเพิ่มศักยภาพในการเปิดเส้นเลือดเพื่อลดการบาดเจ็บ ใช้ Vascular visualization technology (skill of venipuncture เพื่อให้มี success rate in One attempt) ในการแทงเส้น ด้วยการใช้ Application เช่น IRVeinViewer ultrasound guide เพื่อช่วยในการหาเส้นสำหรับผู้ป่วยกลุ่ม older adult patient population / Newborn/เด็ก (ทดลองใช้งาน)</p> <p>8. ศึกษาเพิ่มเติมเทคโนโลยีที่จะช่วยในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกัน Infiltration/Extravasation</p> <p>เรื่อง 1) Rens M ที่เป็น sensor technology ที่ช่วยให้สามารถ early recognition peripheral intravenous (PIV) infiltration มีความเที่ยงตรง sensitivity of 93.3% 2) iWatch : The Future of IV Safety : Continuous IV Site Monitoring for Real-Time Infiltration Detection</p> <p>2. การบริหารจัดการยาความเสี่ยงสูง</p> <p>ประเภทของยาและสารน้ำที่ทำให้เกิด Phlebitis ระดับ 3,4</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ประเภทของยา</th> <th colspan="2">ปี 2562</th> <th colspan="2">ปี 2563</th> </tr> <tr> <th>จำนวน</th> <th>ร้อยละ</th> <th>จำนวน</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>High Alert Drug</td> <td>19</td> <td>29.23</td> <td>40</td> <td>49.38</td> </tr> <tr> <td>ยาทั่วไป</td> <td>24</td> <td>36.92</td> <td>26</td> <td>32.10</td> </tr> <tr> <td>ยาสารละลาย</td> <td>7</td> <td>10.77</td> <td>6</td> <td>7.41</td> </tr> <tr> <td>ไม่ระบุ</td> <td>13</td> <td>20</td> <td>9</td> <td>11.11</td> </tr> <tr> <td>Chemotherapy</td> <td>2</td> <td>3.08</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>รวม</td> <td>65</td> <td>100</td> <td>81</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table> <p>ชนิดของยา 3 อันดับแรก ที่พบว่าเป็นสาเหตุของ Phlebitis ระดับ 3-4</p>	ประเภทของยา	ปี 2562		ปี 2563		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	High Alert Drug	19	29.23	40	49.38	ยาทั่วไป	24	36.92	26	32.10	ยาสารละลาย	7	10.77	6	7.41	ไม่ระบุ	13	20	9	11.11	Chemotherapy	2	3.08	0	0	รวม	65	100	81	100	
ประเภทของยา	ปี 2562		ปี 2563																																											
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ																																										
High Alert Drug	19	29.23	40	49.38																																										
ยาทั่วไป	24	36.92	26	32.10																																										
ยาสารละลาย	7	10.77	6	7.41																																										
ไม่ระบุ	13	20	9	11.11																																										
Chemotherapy	2	3.08	0	0																																										
รวม	65	100	81	100																																										

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ										
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา																
						<p>1. ยา High Alert drug ได้แก่ Cordarone , Fentanyl, Levophed, Dobutamine (ประเภทเดียวกับปี 2562)</p> <table border="1"> <tr> <td>อุบัติการณ์ Phlebitis ระดับ 3,4</td> <td>หอผู้ป่วย</td> </tr> <tr> <td>ยา Cordarone</td> <td>CCU(7) SRCU(2) อายุรกรรมหญิง(2)</td> </tr> <tr> <td>ยา Fentanyl</td> <td>SICU(2) ศัลยกรรมชาย 1(2)</td> </tr> <tr> <td>ยา Levophed</td> <td>Med-ICU(2) MRCU(1) ศัลยกรรมหญิง (1)</td> </tr> <tr> <td>ยา Dobutamine</td> <td>ICU-CVT(2) CCU(1) ศัลยกรรมชาย 1(1)</td> </tr> </table> <p>2. ยาทั่วไป ได้แก่ ZnSO4 , Cardepine ,Amphotericin B</p> <p><u>แนวทางการแก้ไข</u></p> <p>1. การตรวจสอบคำสั่งการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย - ใช้ทีมสหสาขา ๆ เภสัช แพทย์ มาช่วยในการ verify ยาที่มีความเสี่ยงก่อนที่จะมีการบริหารยา</p> <p>2. <u>การป้องกัน chemical phlebitis</u> กรณีสายละลายหรือยาที่มีความเข้มข้นสูง ที่ใช้ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ควรมีการแสดงค่า Osmolarity และวิธีการให้ที่เหมาะสม เช่น การ Dilute / เพิ่มระยะเวลาในการให้ยานานขึ้น (INS standard : การให้สารละลายที่ไม่ควรให้ทางหลอดเลือดดำ เช่น parenteral nutrition, continuous vesicant drug infusions, infusates with a pH น้อยกว่า 5 หรือมากกว่า 9, การให้ยาหรือสารละลายที่มี osmolality มากกว่า 600 mOsm/L (ทำร่วมกับทีมเภสัชกร)</p>	อุบัติการณ์ Phlebitis ระดับ 3,4	หอผู้ป่วย	ยา Cordarone	CCU(7) SRCU(2) อายุรกรรมหญิง(2)	ยา Fentanyl	SICU(2) ศัลยกรรมชาย 1(2)	ยา Levophed	Med-ICU(2) MRCU(1) ศัลยกรรมหญิง (1)	ยา Dobutamine	ICU-CVT(2) CCU(1) ศัลยกรรมชาย 1(1)	
อุบัติการณ์ Phlebitis ระดับ 3,4	หอผู้ป่วย																
ยา Cordarone	CCU(7) SRCU(2) อายุรกรรมหญิง(2)																
ยา Fentanyl	SICU(2) ศัลยกรรมชาย 1(2)																
ยา Levophed	Med-ICU(2) MRCU(1) ศัลยกรรมหญิง (1)																
ยา Dobutamine	ICU-CVT(2) CCU(1) ศัลยกรรมชาย 1(1)																

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ																								
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา																														
						<p>3. KM หอผู้ป่วยที่มีการบริหารจัดการเพื่อลด Phlebitis จากการให้ยาความเสี่ยงสูง (KM เดือนกุมภาพันธ์ 2564)</p> <p>ตัวอย่าง หอผู้ป่วย CCU กับการบริหารจัดการยา Dopamine Cordarone Dobutamine</p> <p>ประเมินความเสี่ยงที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ</p> <table border="1"> <tr> <td>ประเด็น</td> <td>รายละเอียด</td> </tr> <tr> <td>ผู้ป่วย</td> <td>ประเมินอายุ ลักษณะผิวหนัง โรคร่วม ระดับความรู้สึกรู้สึกตัว</td> </tr> <tr> <td>ยา</td> <td>คุณสมบัติของยา ความเข้มข้น ความเป็นกรด-ด่าง</td> </tr> <tr> <td>การบริหารยา</td> <td> <p>การให้ยาในตำแหน่งที่มีการเคลื่อนไหวตลอดเวลา</p> <p>ขนาดของเข็มที่เหมาะสมกับหลอดเลือด</p> <p>ระยะเวลาในการให้ยาในตำแหน่งเดิม</p> <p>Continous drip / per dose</p> <p>กำหนดความเข้มข้นของยาที่ให้ทางหลอดเลือดดำเพื่อลดความเสี่ยง</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ยา</th> <th>ความเข้มข้นเดิม</th> <th>ความเข้มข้นใหม่</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cordarone</td> <td>3.75 mg : 1 ml</td> <td>2 mg : 1 ml</td> </tr> <tr> <td>Dobutamine</td> <td>5 mg : 1 ml</td> <td>2 mg : 1 ml</td> </tr> <tr> <td>Dopamine</td> <td>5 mg : 1 ml</td> <td>2 mg : 1 ml</td> </tr> <tr> <td>Norepinephrine</td> <td>60 mcg : 1 ml</td> <td>30 mcg : 1 ml</td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> <tr> <td>การพยาบาล</td> <td> <p>1.กำหนดให้มีการสลับตำแหน่งในการให้ยาทุก 4 ชม.</p> <p>2. ไม่ให้ยาในตำแหน่งที่เคลื่อนไหวบ่อย เช่น ข้อพับ และ แหว่งเขม โดยใช้ขนาดเข็มที่เล็กที่สุดได้แก่ ขนาดเบอร์ 24</p> </td> </tr> </table>	ประเด็น	รายละเอียด	ผู้ป่วย	ประเมินอายุ ลักษณะผิวหนัง โรคร่วม ระดับความรู้สึกรู้สึกตัว	ยา	คุณสมบัติของยา ความเข้มข้น ความเป็นกรด-ด่าง	การบริหารยา	<p>การให้ยาในตำแหน่งที่มีการเคลื่อนไหวตลอดเวลา</p> <p>ขนาดของเข็มที่เหมาะสมกับหลอดเลือด</p> <p>ระยะเวลาในการให้ยาในตำแหน่งเดิม</p> <p>Continous drip / per dose</p> <p>กำหนดความเข้มข้นของยาที่ให้ทางหลอดเลือดดำเพื่อลดความเสี่ยง</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ยา</th> <th>ความเข้มข้นเดิม</th> <th>ความเข้มข้นใหม่</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cordarone</td> <td>3.75 mg : 1 ml</td> <td>2 mg : 1 ml</td> </tr> <tr> <td>Dobutamine</td> <td>5 mg : 1 ml</td> <td>2 mg : 1 ml</td> </tr> <tr> <td>Dopamine</td> <td>5 mg : 1 ml</td> <td>2 mg : 1 ml</td> </tr> <tr> <td>Norepinephrine</td> <td>60 mcg : 1 ml</td> <td>30 mcg : 1 ml</td> </tr> </tbody> </table>	ยา	ความเข้มข้นเดิม	ความเข้มข้นใหม่	Cordarone	3.75 mg : 1 ml	2 mg : 1 ml	Dobutamine	5 mg : 1 ml	2 mg : 1 ml	Dopamine	5 mg : 1 ml	2 mg : 1 ml	Norepinephrine	60 mcg : 1 ml	30 mcg : 1 ml	การพยาบาล	<p>1.กำหนดให้มีการสลับตำแหน่งในการให้ยาทุก 4 ชม.</p> <p>2. ไม่ให้ยาในตำแหน่งที่เคลื่อนไหวบ่อย เช่น ข้อพับ และ แหว่งเขม โดยใช้ขนาดเข็มที่เล็กที่สุดได้แก่ ขนาดเบอร์ 24</p>
ประเด็น	รายละเอียด																														
ผู้ป่วย	ประเมินอายุ ลักษณะผิวหนัง โรคร่วม ระดับความรู้สึกรู้สึกตัว																														
ยา	คุณสมบัติของยา ความเข้มข้น ความเป็นกรด-ด่าง																														
การบริหารยา	<p>การให้ยาในตำแหน่งที่มีการเคลื่อนไหวตลอดเวลา</p> <p>ขนาดของเข็มที่เหมาะสมกับหลอดเลือด</p> <p>ระยะเวลาในการให้ยาในตำแหน่งเดิม</p> <p>Continous drip / per dose</p> <p>กำหนดความเข้มข้นของยาที่ให้ทางหลอดเลือดดำเพื่อลดความเสี่ยง</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ยา</th> <th>ความเข้มข้นเดิม</th> <th>ความเข้มข้นใหม่</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cordarone</td> <td>3.75 mg : 1 ml</td> <td>2 mg : 1 ml</td> </tr> <tr> <td>Dobutamine</td> <td>5 mg : 1 ml</td> <td>2 mg : 1 ml</td> </tr> <tr> <td>Dopamine</td> <td>5 mg : 1 ml</td> <td>2 mg : 1 ml</td> </tr> <tr> <td>Norepinephrine</td> <td>60 mcg : 1 ml</td> <td>30 mcg : 1 ml</td> </tr> </tbody> </table>	ยา	ความเข้มข้นเดิม	ความเข้มข้นใหม่	Cordarone	3.75 mg : 1 ml	2 mg : 1 ml	Dobutamine	5 mg : 1 ml	2 mg : 1 ml	Dopamine	5 mg : 1 ml	2 mg : 1 ml	Norepinephrine	60 mcg : 1 ml	30 mcg : 1 ml															
ยา	ความเข้มข้นเดิม	ความเข้มข้นใหม่																													
Cordarone	3.75 mg : 1 ml	2 mg : 1 ml																													
Dobutamine	5 mg : 1 ml	2 mg : 1 ml																													
Dopamine	5 mg : 1 ml	2 mg : 1 ml																													
Norepinephrine	60 mcg : 1 ml	30 mcg : 1 ml																													
การพยาบาล	<p>1.กำหนดให้มีการสลับตำแหน่งในการให้ยาทุก 4 ชม.</p> <p>2. ไม่ให้ยาในตำแหน่งที่เคลื่อนไหวบ่อย เช่น ข้อพับ และ แหว่งเขม โดยใช้ขนาดเข็มที่เล็กที่สุดได้แก่ ขนาดเบอร์ 24</p>																														

 |

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน		ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา					ตุลาคม2562 –กันยายน 2563		
						<p>3. มีการประเมินตำแหน่งที่ให้ และหลังให้ยาทุก 1 ชม. จนครบ 48 ชมหลังเอาเส้นออก</p> <p>4.ให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังภาวะ หลอดเลือดดำอักเสบด้วยตนเอง : แจ้งพยาบาลทันทีที่ รู้สึกตึง ปวด บริเวณที่ให้ยา หรือบริเวณที่ให้ยามีรอยแดง</p> <p>5.ติดตามกำกับกับการปฏิบัติทุกเดือน มีการวิเคราะห์ทุกครั้งที่เกิดอุบัติเหตุ</p>		
						<p>ปรับการทำงานตาม EB</p> <p>มี CQI ในกลุ่มยา Cordarone ,Dobutamine ที่ต้องให้ระยะเวลามากกว่า 5 วัน ซึ่งพบในตำแหน่งที่ผิวหนังบาง เช่น บริเวณท้องแขน</p> <p><u>ปรับวิธีการบริหาร</u></p> <p>1.หลีกเลี่ยงยาบริเวณท้องแขน</p> <p>2.ปรับความเข้มข้นของยา จาก 2 mg: 1 ml เป็น 1.5 mg: 1ml</p> <p>3.กรณีต้องให้ยานานมากกว่า 3 วัน ให้พิจารณาร่วมกับทีมแพทย์เพื่อวางแผนการรักษาาร่วมกัน</p> <p>4.การให้ยาทาง Midline catheter การปรับยาเป็นชนิดรับประทาน</p> <p>5. พิจารณาเรื่องการใส่ Inline filter มาเพื่อลด Phlebitis</p> <p>6.<u>การบริหารยา Cordarone</u></p> <p>1) ปรับเป็น Cordarone 1 mg: 1 ml</p> <p>2) เปลี่ยนตำแหน่งที่ให้ยา ทุก 6 ชม</p>		

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน			ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา					ตุลาคม2562 –กันยายน 2563			
						3) เมื่อมีอาการให้ off เส้นทันที 4) ปรึกษาแพทย์เพื่อใส่ Midline/Central line 4.การบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงให้เหมาะสม (ประเด็นจากการ Round & Incident Report)			
						ชื่อยา High Alert drug	ปัญหาที่พบ	แนวทางการแก้ไข	
						ยา Amiodarone	1.การคำนวณความเข้มข้นที่สามารถให้ได้ทาง peripheral ยังไม่ได้ปฏิบัติทุกครั้ง 2.ประเด็นการ concern เรื่อง ความเข้มข้นยังไม่มีประสิทธิภาพ เพียงพอ 3.การติดตามและเฝ้าระวังความเสี่ยง	1. Cordarone infusion guideline & การ Verify ยา โดยแพทย์/เภสัชกร 2.เครื่องมือช่วยในการคำนวณความเข้มข้นที่เหมาะสม (Quick guide) 3.การเฝ้าระวังความเสี่ยงที่เกิดจากภาวะโรคของผู้ป่วย เช่น อายุ น้ำหนักตัว อาการตัวบวม body surface เส้นเลือดบาง dosage volume limitations pharmacologic actions, interactions, side effects, adverse effects; monitoring 4. แนวทางการพิจารณาในการ ทำ central line	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน		ผู้รับผิดชอบ	
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา					ตุลาคม2562 –กันยายน 2563			
- สํารวจความชุกของ phlebitis / Extravasationที่ เกิดทาง peripheral intravenous		กิจกรรม สํารวจความ ชุก	มีกิจกรรม สํารวจความชุก	1 ครั้ง	NA		5.การใช้ Inline filter เพื่อลด Phlebitis (CCU กำลังทำวิจัย) 6.Competency ทีมที่ช่วย ประเมินเพื่อให้ Early detection ลดความเสี่ยงและ ความรุนแรง 7.การให้ญาติมีส่วนร่วมในการ ช่วยประเมิน		
						ยา Fentanyl	การเลือกใช้เส้นที่ เหมาะสม & การ ติดตามหลัง off เส้น		การสื่อสารเกี่ยวกับการสังเกต การอักเสบของหลอดเลือดที่ เกิดภายหลัง off iv cath. เช่น การบันทึกภาพสภาพ ผิวหนัง แผล
						ยา Levophed	การให้ยาในหอผู้ป่วย ตามแนวปฏิบัติ		การใช้ Levophed infusion guideline & การ Verify ยา โดยแพทย์/เภสัชกร
						ยา Dobutamine	การปฏิบัติในการ เปลี่ยนตำแหน่งเส้น ยังมีความต่างกัน		แนวปฏิบัติในการพักและ เปลี่ยนทุก 4-6 ชั่วโมง
ไม่มีกิจกรรมสํารวจความชุก									
-วางแผนทำในปีงบประมาณ. 2564 เนื่องจากปรับปรุงฟอร์มการเก็บข้อมูล									
(ปี 2563 : ปรับเป็นการเก็บข้อมูลการเกิด									
Phlebitis/Extravasation/Infiltration จากการทํา QA เรื่อง การดูแลผู้ป่วยที่ ได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำปี 2563 เดือนตุลาคม 2563 พบ									

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ												
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา																		
catheters		Extravasation	อัตราการเกิด Extravasation	< 0.05 ครั้ง :1000 วันนอน	0.25	<p>ผลการประเมิน</p> <p>1. การเกิด Phlebitis ทุกระดับอยู่ที่ ร้อยละ 2.81 n = 28 ราย N= 776 ราย (Infusion Nurses Society กำหนดไว้ที่ร้อยละของการเกิด Phlebitis ≤ ร้อยละ 5) International Journal for Innovation Education and Research (และจากข้อมูล Use of Short Peripheral Intravenous Catheters: Characteristics, Management, and Outcomes Worldwide J Hosp Med. Online Only. May 30, 2018. doi: 10.12788/jhm.3039 10.12788/jhm.3039 reviewed 40,620 PIVCs in 51 countries พบ phlebitis ร้อยละ 10)</p> <p>2. การเกิด Extravasation ร้อยละ 2.68 n = 21 ราย N=739 ราย)</p> <p>3. การเกิด Infiltration ร้อยละ 3.07 n = 24 ราย N=782 ราย)</p> <p>อัตราการเกิด Extravasation = 0.31 :1000 วันนอน (เพิ่มขึ้น 0.06 ต่อ 1000 วันนอน)</p> <table border="1" data-bbox="1294 949 1850 1284"> <thead> <tr> <th colspan="2">อัตราการเกิด Extravasation (ครั้ง :1000 วันนอน)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ไตรมาส 4_2563</td> <td>0.32</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส 3_2563</td> <td>0.29</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส 2_2563</td> <td>0.25</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส 1_2563</td> <td>0.37</td> </tr> <tr> <td>รวม 4 ไตรมาส</td> <td>0.31</td> </tr> </tbody> </table>	อัตราการเกิด Extravasation (ครั้ง :1000 วันนอน)		ไตรมาส 4_2563	0.32	ไตรมาส 3_2563	0.29	ไตรมาส 2_2563	0.25	ไตรมาส 1_2563	0.37	รวม 4 ไตรมาส	0.31	
อัตราการเกิด Extravasation (ครั้ง :1000 วันนอน)																			
ไตรมาส 4_2563	0.32																		
ไตรมาส 3_2563	0.29																		
ไตรมาส 2_2563	0.25																		
ไตรมาส 1_2563	0.37																		
รวม 4 ไตรมาส	0.31																		

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ																																																
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา							ปี งบประมาณ.2563	2562	ตุลาคม2562 –กันยายน 2563																																													
						<p>การเกิด Extravasation รายไตรมาส</p> <p>จำนวน Extravasation แยกตามรายปี</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Extravasation</th> <th>ปี 2561</th> <th>ปี 2562</th> <th>ปี 2563</th> <th>จำนวน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ไตรมาส 1</td> <td>10</td> <td>21</td> <td>28</td> <td>59</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส 2</td> <td>20</td> <td>13</td> <td>17</td> <td>50</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส 3</td> <td>21</td> <td>12</td> <td>17</td> <td>50</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส 4</td> <td>18</td> <td>21</td> <td>24</td> <td>63</td> </tr> <tr> <td>รวม</td> <td>69</td> <td>67</td> <td>86</td> <td>222</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับความรุนแรง</th> <th>จำนวน</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>C</td> <td>2</td> <td>2.33</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>70</td> <td>81.40</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>13</td> <td>15.12</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>1</td> <td>1.15</td> </tr> <tr> <td>รวม</td> <td>86</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table>	Extravasation	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	จำนวน	ไตรมาส 1	10	21	28	59	ไตรมาส 2	20	13	17	50	ไตรมาส 3	21	12	17	50	ไตรมาส 4	18	21	24	63	รวม	69	67	86	222	ระดับความรุนแรง	จำนวน	ร้อยละ	C	2	2.33	D	70	81.40	E	13	15.12	F	1	1.15	รวม	86	100	
Extravasation	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	จำนวน																																																			
ไตรมาส 1	10	21	28	59																																																			
ไตรมาส 2	20	13	17	50																																																			
ไตรมาส 3	21	12	17	50																																																			
ไตรมาส 4	18	21	24	63																																																			
รวม	69	67	86	222																																																			
ระดับความรุนแรง	จำนวน	ร้อยละ																																																					
C	2	2.33																																																					
D	70	81.40																																																					
E	13	15.12																																																					
F	1	1.15																																																					
รวม	86	100																																																					

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ																																							
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา																																													
						<p>ประเภทของยา</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ประเภทของยา</th> <th colspan="2">ปี 2562</th> <th colspan="2">ปี 2563</th> </tr> <tr> <th>จำนวน</th> <th>ร้อยละ</th> <th>จำนวน</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Chemotherapy</td> <td>11</td> <td>16.42</td> <td>12</td> <td>13.95</td> </tr> <tr> <td>High Alert Drug</td> <td>18</td> <td>26.87</td> <td>39</td> <td>45.35</td> </tr> <tr> <td>ยาทั่วไป</td> <td>17</td> <td>25.37</td> <td>16</td> <td>18.60</td> </tr> <tr> <td>สารละลาย</td> <td>15</td> <td>22.38</td> <td>12</td> <td>13.95</td> </tr> <tr> <td>ไม่ระบุ</td> <td>6</td> <td>8.96</td> <td>7</td> <td>8.15</td> </tr> <tr> <td>รวม</td> <td>67</td> <td>100</td> <td>86</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table> <p>ปี 2563 คิดอัตราการเกิด Extravasation เท่ากับร้อยละ 0.21 คิดเฉพาะการให้ยาเคมีบำบัด พบ <u>Extravasation จากยาเคมีบำบัด = ร้อยละ 0.03</u> (Incidence <u>National Benchmark</u> ปี 2017 = ร้อยละ 0.09 (total of 739,812 infusions were evaluated, with 673 extravasation events) Jackson-Rose J, Del Monte J, Groman A, Dial LS, Atwell L, Graham J, O'Neil Semler R, O'Sullivan M, Truini-Pittman L, Cunningham TA, Roman-Fischetti L, Costantinou E, Rimkus C, Banavage AJ, Dietz B, Colussi CJ, Catania K, Wasko M, Schreffler KA, West C, Siefert ML, Rice RD. Chemotherapy Extravasation: Establishing a National Benchmark for Incidence Among Cancer Centers. Clin J Oncol Nurs. 2017 Aug 1;21(4):438-445. doi: 10.1188/17.CJON.438-445. PMID: 28738039.</p> <p>ระดับความรุนแรง</p>	ประเภทของยา	ปี 2562		ปี 2563		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	Chemotherapy	11	16.42	12	13.95	High Alert Drug	18	26.87	39	45.35	ยาทั่วไป	17	25.37	16	18.60	สารละลาย	15	22.38	12	13.95	ไม่ระบุ	6	8.96	7	8.15	รวม	67	100	86	100	
ประเภทของยา	ปี 2562		ปี 2563																																											
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ																																										
Chemotherapy	11	16.42	12	13.95																																										
High Alert Drug	18	26.87	39	45.35																																										
ยาทั่วไป	17	25.37	16	18.60																																										
สารละลาย	15	22.38	12	13.95																																										
ไม่ระบุ	6	8.96	7	8.15																																										
รวม	67	100	86	100																																										

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ																																										
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา																																																
						<p>ชนิดของยาเคมีบำบัด</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ชื่อยา</th> <th>ปี 2562 (ครั้ง)</th> <th>ปี 2563 (ครั้ง)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5FU</td> <td>3</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>Paclitaxel</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Carboplatin</td> <td>3</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Doxorubicin</td> <td>-</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Irinotecan</td> <td>-</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Vincristine</td> <td>-</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Etoposide</td> <td>1</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Oxaliplatin</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>รวม</td> <td>11</td> <td>12</td> </tr> </tbody> </table> <p>ชนิดของยา High Alert Drug</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ชื่อยา</th> <th>จำนวน (ครั้ง)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Levophed</td> <td>23</td> </tr> <tr> <td>Cordarone</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Dipotassium phosphate</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>KCl</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Calcium gluconate</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	ชื่อยา	ปี 2562 (ครั้ง)	ปี 2563 (ครั้ง)	5FU	3	6	Paclitaxel	2	3	Carboplatin	3	1	Doxorubicin	-	1	Irinotecan	-	1	Vincristine	-	1	Etoposide	1	-	Oxaliplatin	2	1	รวม	11	12	ชื่อยา	จำนวน (ครั้ง)	Levophed	23	Cordarone	5	Dipotassium phosphate	3	KCl	2	Calcium gluconate	1	
ชื่อยา	ปี 2562 (ครั้ง)	ปี 2563 (ครั้ง)																																															
5FU	3	6																																															
Paclitaxel	2	3																																															
Carboplatin	3	1																																															
Doxorubicin	-	1																																															
Irinotecan	-	1																																															
Vincristine	-	1																																															
Etoposide	1	-																																															
Oxaliplatin	2	1																																															
รวม	11	12																																															
ชื่อยา	จำนวน (ครั้ง)																																																
Levophed	23																																																
Cordarone	5																																																
Dipotassium phosphate	3																																																
KCl	2																																																
Calcium gluconate	1																																																

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน		ผู้รับผิดชอบ																		
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา					ตุลาคม2562 –กันยายน 2563																				
						<table border="1"> <tr><td>Dobutamine</td><td>1</td></tr> <tr><td>Dopamine</td><td>1</td></tr> <tr><td>Morphine</td><td>1</td></tr> <tr><td>NaCl 3%</td><td>2</td></tr> <tr><td>รวม</td><td>39</td></tr> </table>	Dobutamine	1	Dopamine	1	Morphine	1	NaCl 3%	2	รวม	39										
Dobutamine	1																									
Dopamine	1																									
Morphine	1																									
NaCl 3%	2																									
รวม	39																									
						<p>หอผู้ป่วยที่มี Extravasation จากการบริหารยา Levophed</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>หอผู้ป่วย</th> <th>จำนวน (ครั้ง)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>อายุรกรรมหญิง</td><td>9</td></tr> <tr><td>MRCU</td><td>5</td></tr> <tr><td>ICU-CVT</td><td>2</td></tr> <tr><td>Med-ICU</td><td>2</td></tr> <tr><td>SRCU</td><td>2</td></tr> <tr><td>นรีเวชสามัญ</td><td>2</td></tr> <tr><td>SICU</td><td>1</td></tr> <tr><td>รวม</td><td>23</td></tr> </tbody> </table>	หอผู้ป่วย	จำนวน (ครั้ง)	อายุรกรรมหญิง	9	MRCU	5	ICU-CVT	2	Med-ICU	2	SRCU	2	นรีเวชสามัญ	2	SICU	1	รวม	23		
หอผู้ป่วย	จำนวน (ครั้ง)																									
อายุรกรรมหญิง	9																									
MRCU	5																									
ICU-CVT	2																									
Med-ICU	2																									
SRCU	2																									
นรีเวชสามัญ	2																									
SICU	1																									
รวม	23																									
						<p>หอผู้ป่วยที่เกิดอุบัติเหตุ Extravasation</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>หอผู้ป่วย</th> <th>จำนวน (ครั้ง)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>ศัลยกรรมเด็ก</td><td>21</td></tr> <tr><td>อายุรกรรมหญิง</td><td>13</td></tr> </tbody> </table>	หอผู้ป่วย	จำนวน (ครั้ง)	ศัลยกรรมเด็ก	21	อายุรกรรมหญิง	13														
หอผู้ป่วย	จำนวน (ครั้ง)																									
ศัลยกรรมเด็ก	21																									
อายุรกรรมหญิง	13																									

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน		ผู้รับผิดชอบ																								
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา					ตุลาคม2562 –กันยายน 2563																										
						<table border="1"> <tr><td>MRCU</td><td>8</td></tr> <tr><td>ICU-CVT</td><td>7</td></tr> <tr><td>นรีเวชสามัญ</td><td>7</td></tr> <tr><td>อายุรกรรมชาย 2</td><td>5</td></tr> <tr><td>SICU</td><td>5</td></tr> <tr><td>SRCU</td><td>3</td></tr> <tr><td>ฉุกเฉิน</td><td>2</td></tr> <tr><td>NICU</td><td>2</td></tr> <tr><td>พ.เฉลิมพระบารมี 8</td><td>2</td></tr> <tr><td>Med-ICU</td><td>2</td></tr> <tr><td>อายุรกรรมชาย 1</td><td>2</td></tr> <tr><td>รวม</td><td>79</td></tr> </table>	MRCU	8	ICU-CVT	7	นรีเวชสามัญ	7	อายุรกรรมชาย 2	5	SICU	5	SRCU	3	ฉุกเฉิน	2	NICU	2	พ.เฉลิมพระบารมี 8	2	Med-ICU	2	อายุรกรรมชาย 1	2	รวม	79		
MRCU	8																															
ICU-CVT	7																															
นรีเวชสามัญ	7																															
อายุรกรรมชาย 2	5																															
SICU	5																															
SRCU	3																															
ฉุกเฉิน	2																															
NICU	2																															
พ.เฉลิมพระบารมี 8	2																															
Med-ICU	2																															
อายุรกรรมชาย 1	2																															
รวม	79																															
						<p>สรุปการเกิด Extravasation : เป็นผู้ป่วยกลุ่มผู้ใหญ่ 70.89% และเป็นผู้ป่วยกลุ่มเด็ก 29.11%</p> <p>วิเคราะห์หออผู้ป่วยที่เกิดอุบัติการณ์ ได้แก่ ศัลยกรรมเด็ก อายุรกรรมหญิง MRCU ICU-CVT นรีเวชสามัญ อายุรกรรมชาย 2 SICU</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>หออผู้ป่วย</th> <th>ชนิดของยา</th> <th>จำนวน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">ศัลยกรรมเด็ก</td> <td>Dipotassium phosphate</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>KCl</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Calcium gluconate</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NaCl 3%**</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	หออผู้ป่วย	ชนิดของยา	จำนวน	ศัลยกรรมเด็ก	Dipotassium phosphate	2	KCl	1	Calcium gluconate	1	NaCl 3%**	2														
หออผู้ป่วย	ชนิดของยา	จำนวน																														
ศัลยกรรมเด็ก	Dipotassium phosphate	2																														
	KCl	1																														
	Calcium gluconate	1																														
	NaCl 3%**	2																														

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน		ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา					ตุลาคม2562 –กันยายน 2563		
						Imipenem+Cilastatin	1	
						Cefazolin	1	
						Ciprofloxacin	1	
						Clindamycin	1	
						D 5 S 1/2	6	
						Ceftriaxone IV	1	
						SMOFkabiven	1	
						TPN-เด็กโต	2	
						Vancocin	1	
						รวม	21	
						อายุรกรรมหญิง		
						Cordarone	1	
						Levophed	9	
						Sod.Bicarb 7.5%	1	
						รวม	11	
						MRCU		
						Cordarone	1	
						Dopamine	1	
						Levophed	5	
						NaCl 3%	1	
						Furosemide	1	
						รวม	9	
						ICU-CVT		
						Levophed	1	
						Cordarone	1	
						Sod.Bicarb 7.5%	1	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา						
						<p>necrosis at left hand, Chemotherapy extravasation มีการให้ยา Cloxacillin 1 gm และ admit เพื่อรักษา</p> <p>แนวทางการแก้ไข</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การบริหารยาให้เกิดความปลอดภัย Medication Safety : <ol style="list-style-type: none"> 1.1 มีสื่อที่บ่งชี้ characteristics ของยาที่มีความเสี่ยงในเรื่องของ physicochemical nature ที่จะเป็ประโยชน์ในการเลือกชนิดของเส้นเลือดให้เหมาะสม (classified as vesicants เมื่อมี osmolality values >600 mOsm/L, pH < 4 or > 9) แบ่งเป็น <u>high risk</u> drugs: osmolality > 600 mOsm/L, pH <4 or >9, or a vesicant; <ul style="list-style-type: none"> • <u>‘moderate risk</u>’ drugs: osmolality 450–600 mOsm/L, or pH 4–5 or 7.5–9 and not a vesicant; • <u>‘low risk</u>’ drugs: osmolality < 450 mOsm/L, pH 5–7.5 and not a vesicant. 1.2 มีแนวทาง algorithm proposal ที่ช่วยในการตัดสินใจเลือกเส้นเลือด 2. ติดตามการใช้ Protocol สู่การปฏิบัติจริง <ol style="list-style-type: none"> 2.1 แนวปฏิบัติ Potassium Chloride (KCl) กำหนด ความเข้มข้นสูงสุดไม่เกิน 80 mEq/L ในการให้ทาง peripheral line (โรงพยาบาลสงขลานครินทร์กำหนดค่า 100 mEq/L ในการให้ทาง peripheral) แผน : ติดตามการใช้ KCL Protocol สู่การปฏิบัติจริง (สิ่งที่เป็น Bundle และ Key) 2.2 แนวปฏิบัติ Calcium Gluconate 	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา						
						<ul style="list-style-type: none"> - ตรวจสอบ IV Site บ่อย ๆ ทุก 30 นาทีเพราะถ้ามีการรั่วซึมออกมาจะทำให้เกิดเนื้อเยื่อตายได้ - ถ้าเกิด Extravasation ให้หยุดยาทันที และ disconnect สาย (cannula/needle) ค่อยๆ ดูด extravasated solution ออก (ไม่ flush line) ค่อยๆดึงneedle/cannula ออกและยก extremity ขึ้นใช้ <u>dry cold compresses</u> <p>2.3 แนวปฏิบัติ Dipotassium phosphate injection</p> <ul style="list-style-type: none"> - KCl ความเข้มข้นของสารละลายที่แนะนำในเด็กคือ 40 mEq/L (peripheral line maximum concentration 60 - 80 mEq/L และไม่ควรเกิน 200 mEq/L (central line) - ถ้าเกิด Extravasation ให้หยุดยาทันที และ disconnect สาย (cannula/needle) ค่อยๆ ดูด extravasated solution ออก (ไม่ flush line) ค่อยๆดึงneedle/cannula ออกและยก extremity ขึ้นใช้ <u>dry cold compresses</u> <p>2.4 แนวปฏิบัติยา Amiodarone/Cordarone</p> <ul style="list-style-type: none"> - กรณีความเข้มข้นมากกว่า 2 mg/ml ต้องผ่านทาง central venous catheter - กรณีความเข้มข้นน้อยกว่า 2 mg/ml ให้ใช้ผ่าน Infusion Pumpไม่ว่าจะเป็นทาง peripheral หรือ central venous catheter <p>2.5 แนวปฏิบัติ Dopamine</p> <ul style="list-style-type: none"> - ควรให้ทางเส้นเลือดใหญ่ (central vein) ยกเว้นในผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้ทาง central line ได้ จึงให้ทาง peripheral line - หากมีการรั่วออกนอกหลอดเลือด อาจทำให้เกิดเนื้อเยื่อตายได้ - ความเข้มข้นสูงสุด (Maximum concentration) 3.2 mg/ml 	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา						
						<p>3. การบริหารยาความเสี่ยงสูงที่จะเกิด Extravasation</p> <p>3.1 เลือกขนาดของเข็มให้เหมาะสม เช่น กรณีให้ Peripheral Vasopressorขนาดของเข็ม IV catheter ควรเป็นขนาด 20 ขึ้นไปและตำแหน่ง site มองเห็นได้ชัดเจน</p> <p>3.2 ใช้ 0.9% normal saline 5 - 10 mL test push โดยดูดเลือดดูว่ามี blood return จาก IV catheter ก่อนให้ยา เพื่อ confirm ตำแหน่งเส้น</p> <p>4. Case ระดับ F เกิดในหอผู้ป่วยเด็ก 2 ที่ได้รับเคมีบำบัด</p> <p>- Dactinomycin ,Vincristine ,Mesna ,Endoxan</p> <p>- ระหว่างให้ยา site IV มีรอยแดง off เส้นทันทีและเปลี่ยนเส้นใหม่ หลังให้ยาครบรุ่งขึ้นให้จำหน่ายกลับบ้าน และพบว่ามีเส้นอักเสบระหว่างอยู่ที่บ้าน 5 วัน ต้องกลับมา admit เพื่อให้ATB อยู่โรงพยาบาลนานขึ้น</p> <p>แนวทางการพัฒนา</p> <ul style="list-style-type: none"> - แนวปฏิบัติการใช้เส้นเลือด การ Tolerance rate (Maximum rate / ขนาดของเข็ม / อายุของทารก / น้ำหนักตัว) (Review evidence base/วิจัย) - การดูแลและจัดการหลังมี Extravasation โดยเฉพาะที่เป็นยาเคมีบำบัดและการติดตามต่อเนื่อง - การให้คำแนะนำกับผู้ป่วยและญาติในการประเมินเส้นเลือด การจัดการระบบการ Consult <p>5. การประเมิน Infiltration และการประเมิน Extravasation</p> <ul style="list-style-type: none"> - ใช้โปรแกรมการประเมินการใช้ PIV ในระบบ HIS <p>เทคนิคและเครื่องมือในการประเมิน Infiltration</p>	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ.2563	2562	ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	
<p>- ร่วมกับทีมเภสัชกร ทบทวนข้อมูลและจัดทำ สื่อเพื่อป้องกันกลุ่มยาที่มีความเสี่ยงสูงทำให้เกิด Phlebitis/ Extravasation</p> <p>2.โครงการพัฒนา ศักยภาพพยาบาลในการบริหารยา</p> <p>2.1 จัดอบรม IV Care : การใช้ Bundle IV care เพื่อป้องกัน Phlebitis /Infiltration/ Extravasation ให้แก่ แกนนำด้าน IV ทีมของ หอผู้ป่วย</p>	21 ก.พ.63	สื่อเพื่อป้องกันกลุ่มยาที่มีความเสี่ยงสูงทำให้เกิด Phlebitis	มีสื่อเพื่อป้องกันกลุ่มยาที่มีความเสี่ยงสูงทำให้เกิด Phlebitis อยู่ในระบบ HIS	1 เรื่อง	NA	<p>มีสื่อเพื่อป้องกันกลุ่มยาที่มีความเสี่ยงสูงทำให้เกิด Phlebitis /Extravasation 1 เรื่อง -ในระบบ HIS มีข้อมูลของ</p> <p>1. ยาHigh alert drug ที่มีความเสี่ยงสูงทำให้เกิด Phlebitis /Extravasation แล้ว ได้แก่ ยา Cordarone ,calcium gluconate ,Dipotassium phosphate ,Dopamine,KCL,</p> <p>2.ยาเคมีบำบัด ที่มีความเสี่ยงที่จะทำให้เกิด Extravasation</p> <p>แผนการพัฒนาต่อ</p> <p>ยากลุ่มทั่วไปที่ทำให้เกิด Phlebitis /Extravasation เช่น กลุ่ม Antibiotic Ceftriaxone Ceftazidime Ceftriaxone ยา Zinc sulphate</p>	คุณคณินนิตย์
		แกนนำด้าน Phlebitis และ Extravasation ที่ได้รับการอบรม	จำนวนแกนนำที่ได้รับการอบรม	≥ ร้อยละ 90	NA	<p>จำนวนแกนนำที่ได้รับการอบรม ร้อยละ 100</p> <ul style="list-style-type: none"> - การอบรม IV Care : การใช้ Bundle IV care เพื่อป้องกัน Phlebitis /Infiltration/ Extravasation ไม่ได้จัดเนื่องจากสถานการณ์ COVID - ปรับเนื้อหาการอบรมเป็นการจัดอบรมร่วมกับ VAD Team เรื่อง Vascular access device care ; VAD care ในวันที่ 3 กันยายน 2563 จะมีเนื้อหาเรื่องการป้องกัน Phlebitis /Infiltration/ Extravasation และประเมินด้วยการ standardized ด้วยการประเมิน VIP scale (Phlebitis scale) Extravasation Infiltration มีผู้เข้าอบรม 80 คน <p>การวางแผน</p> <p>การให้แกนนำพัฒนาการดูแลเรื่อง PIV ในหอผู้ป่วย และช่วย standardized Phlebitis /Infiltration/ Extravasation</p>	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา						
2.2 จัดทำสื่อ Info graphic เรื่องระบบ Safety ด้าน IV Care ที่ผู้ป่วย/ญาติต้องมีส่วนช่วยในการเฝ้าระวังความปลอดภัย		สื่อ Info graphic เรื่องระบบ Safety ด้าน IV Care ที่ผู้ป่วย/ญาติต้องมีส่วนช่วยในการเฝ้าระวังความปลอดภัย	จำนวนสื่อ Info graphic เรื่องระบบ Safety ด้าน IV Care ที่ผู้ป่วย/ญาติต้องมีส่วนช่วยในการเฝ้าระวังความปลอดภัย	1 เรื่อง	NA	จำนวนสื่อ Info graphic เรื่องระบบ Safety ด้าน IV Care ที่ผู้ป่วย/ญาติต้องมีส่วนช่วยในการเฝ้าระวังความปลอดภัย = 0 เรื่อง - มีความก้าวหน้า 60 % ทำเนื้อหาเรื่องระบบ Safety ด้าน IV Care ที่ผู้ป่วย/ญาติต้องมีส่วนช่วยในการเฝ้าระวังความปลอดภัยแล้ว <u>แผนการพัฒนาต่อ</u> - ปี 2564 เอาเนื้อหารับรองในกรรมการฝ่ายบริการพยาบาล ดำเนินการจัดทำ Infographic	
3. โครงการสนับสนุนส่งเสริมและติดตามงาน - QA การบริหารยาของหอผู้ป่วย	ต.ค.2562	หอผู้ป่วยผ่านเกณฑ์การประเมินร้อยละ 100	ร้อยละของหอผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน QA	≥ ร้อยละ 80	NA	หอผู้ป่วยผ่านเกณฑ์การประเมิน QA ร้อยละ 100 มีทั้งหมด 12 หอผู้ป่วยจาก 40 หอผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 30 สำรวจแบบประเมินคุณภาพ เรื่องการบริหารยา ระหว่าง วันที่ 2-30 ธันวาคม 2562 ภาพรวมพบว่ายังปฏิบัติไม่ได้ร้อยละ 100 โดยข้อที่ได้มากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ ข้อ 6. การตรวจสอบยาก่อนให้ยาโดยพยาบาล 2 คนและพยาบาลผู้ตรวจสอบไม่ใช่พยาบาลคนที่จัดยา ร้อยละ 99.87 ข้อ 8. ให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้าทันที ไม่วางยาไว้ข้างเตียงผู้ป่วยร้อยละ 99.77 ข้อ 2. การจัดยาอิเล็กทรอนิกส์กับคำสั่งการรักษาของแพทย์ครบถ้วนตามมาตรฐาน ร้อยละ 99.57 ส่วนข้อที่ปฏิบัติได้น้อยที่สุด 3 ลำดับคือข้อ 7. ก่อนให้ยาผู้ป่วย มีการตรวจสอบอย่างน้อย 2 ตัวบ่งชี้ตามบริบทของหน่วยงาน ได้แก่ ชื่อ-สกุล, HN, ว.ด.ป.เกิด, ชื่อมารดา ร้อยละ 91.03 ข้อ 3. กรณียา drip ต้องระบุชนิดสารละลายและปริมาณ	คุณคณินนิตย์ คุณนงลักษณ์ คุณเยาวรัตน์

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ																																									
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา																																															
1. โครงการพัฒนา คุณภาพในการป้องกัน ความเสี่ยงด้าน Tube & Line	ต.ค.62-ก.ย.63	อุบัติการณ์ ระดับ E-I	จำนวน อุบัติการณ์ระดับ E-I อัตราการเกิด อุบัติการณ์ต่อ ช่วยหายใจเลื่อน หลุด	ลดลง ร้อยละ50 < 5 ครั้ง/1,000 Ventilator days	55	<p>ที่ใช้ผสมยาในวิธีการใช้ยาร้อยละ 96.27 -ข้อ 10. มีการบันทึก การเฝ้าระวัง ผู้ป่วยที่ได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง (high alert drug) ร้อยละ 96.70</p> <p>จำนวนอุบัติการณ์ระดับ E-I ลดลงร้อยละ 20.37 (ปี 2562 = 54 ครั้ง, ปี 2563 = 43 ครั้ง) อัตราการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด (ต้องใส่ใหม่) ระดับ E-I ปี 2563 = 1.38 /1,000 Ventilator days ปี 2562 = 1.43 /1,000 Ventilator days (ลดลง 0.05 /1,000 Ventilator days)</p> <div style="text-align: center;"> <p>อัตราการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดต่อ 1000 วันที่ใส่ท่อช่วยหายใจ</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>อัตราการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดต่อ 1000 วันที่ใส่ท่อช่วยหายใจ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี 2560</td> <td>4.14</td> </tr> <tr> <td>ปี 2561</td> <td>2.26</td> </tr> <tr> <td>ปี 2562</td> <td>1.43</td> </tr> <tr> <td>ปี 2563</td> <td>1.38</td> </tr> </tbody> </table> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">ปี 2562</th> <th colspan="3">ปี 2563</th> </tr> <tr> <th>เหตุการณ์/ความรุนแรง</th> <th>D</th> <th>E</th> <th>I</th> <th>Total</th> <th>D</th> <th>E</th> <th>Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>L021 ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด (ต้องใส่ใหม่)</td> <td></td> <td>25</td> <td>1</td> <td>26</td> <td>-</td> <td>31</td> <td>31</td> </tr> <tr> <td>L022 ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด (ไม่ต้องใส่ใหม่)</td> <td>27</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>27</td> <td>22</td> <td>1</td> <td>23</td> </tr> </tbody> </table> </div>	ปี	อัตราการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดต่อ 1000 วันที่ใส่ท่อช่วยหายใจ	ปี 2560	4.14	ปี 2561	2.26	ปี 2562	1.43	ปี 2563	1.38	ปี 2562				ปี 2563			เหตุการณ์/ความรุนแรง	D	E	I	Total	D	E	Total	L021 ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด (ต้องใส่ใหม่)		25	1	26	-	31	31	L022 ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด (ไม่ต้องใส่ใหม่)	27	-	-	27	22	1	23	คุณคณินันต์ คุณวิลาวัลย์
ปี	อัตราการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดต่อ 1000 วันที่ใส่ท่อช่วยหายใจ																																															
ปี 2560	4.14																																															
ปี 2561	2.26																																															
ปี 2562	1.43																																															
ปี 2563	1.38																																															
ปี 2562				ปี 2563																																												
เหตุการณ์/ความรุนแรง	D	E	I	Total	D	E	Total																																									
L021 ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด (ต้องใส่ใหม่)		25	1	26	-	31	31																																									
L022 ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด (ไม่ต้องใส่ใหม่)	27	-	-	27	22	1	23																																									

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน								ผู้รับผิดชอบ															
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา					ตุลาคม2562 –กันยายน 2563																							
						L0301 สาย Central venous catheter (CVC) เลื่อน	2	2	-	4	5	1	6																
						L0302 สาย Central venous catheter (CVC) หลุด	3	4	-	7	10	4	14																
						L0303 สาย Epidural catheter เลื่อน	1	1	-	2	7	--	7																
						L0304 สาย Epidural catheter หลุด	2	--	-	2	1	--	1																
						L0305 สาย Drain เลื่อน	30	2	-	32	25	3	28																
						L0306 สาย Drain หลุด	48	14	-	62	33	3	36																
						L0307 สาย disconnect		-	-	-	7	-	7																
						รวม	112	48	2	162	110	43	153																
<p>หอผู้ป่วยที่มีจำนวนของการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ (ต้องใส่ใหม่)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>หอผู้ป่วย</th> <th>จำนวนเหตุการณ์(ครั้ง)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>อายุรกรรมหญิง</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>อายุรกรรมชาย 1</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>MRCU</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>SICU</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>PICU</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>ฉุกเฉิน</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>นรีเวชสามัญ</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>														หอผู้ป่วย	จำนวนเหตุการณ์(ครั้ง)	อายุรกรรมหญิง	6	อายุรกรรมชาย 1	4	MRCU	4	SICU	3	PICU	3	ฉุกเฉิน	2	นรีเวชสามัญ	2
หอผู้ป่วย	จำนวนเหตุการณ์(ครั้ง)																												
อายุรกรรมหญิง	6																												
อายุรกรรมชาย 1	4																												
MRCU	4																												
SICU	3																												
PICU	3																												
ฉุกเฉิน	2																												
นรีเวชสามัญ	2																												

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน		ผู้รับผิดชอบ																																					
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา					ตุลาคม2562 –กันยายน 2563																																							
						<table border="1"> <tr><td>ICU-CVT</td><td>1</td></tr> <tr><td>PMCU</td><td>1</td></tr> <tr><td>NICU</td><td>1</td></tr> <tr><td>พิเศษเฉลิมพระบารมี10</td><td>1</td></tr> <tr><td>ศัลยกรรมชาย 2</td><td>1</td></tr> <tr><td>หูดอกจุมก</td><td>1</td></tr> <tr><td>CCU</td><td>1</td></tr> <tr><td>รวม</td><td>31</td></tr> </table>	ICU-CVT	1	PMCU	1	NICU	1	พิเศษเฉลิมพระบารมี10	1	ศัลยกรรมชาย 2	1	หูดอกจุมก	1	CCU	1	รวม	31																							
ICU-CVT	1																																												
PMCU	1																																												
NICU	1																																												
พิเศษเฉลิมพระบารมี10	1																																												
ศัลยกรรมชาย 2	1																																												
หูดอกจุมก	1																																												
CCU	1																																												
รวม	31																																												
						<p>การแยกกลุ่มเพศ : ที่เกิดการเกิดต่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดต้องใส่ใหม่</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>เพศ</th> <th>จำนวน</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>ชาย</td><td>20</td><td>64.52</td></tr> <tr><td>หญิง</td><td>11</td><td>35.48</td></tr> <tr><td>รวม</td><td>31</td><td>100</td></tr> </tbody> </table> <p>ผลลัพธ์ที่เกิดการเกิดต่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดต้องใส่ใหม่แยกตามหอผู้ป่วย</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>หอผู้ป่วย</th> <th>เข้า</th> <th>ป่วย</th> <th>ตึก</th> <th>รวม</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>อายุรกรรมหญิง</td><td>2</td><td>1</td><td>3</td><td>6</td></tr> <tr><td>MRCU</td><td></td><td></td><td>4</td><td>4</td></tr> <tr><td>อายุรกรรมชาย 1</td><td>1</td><td></td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>SICU</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>3</td></tr> </tbody> </table>	เพศ	จำนวน	ร้อยละ	ชาย	20	64.52	หญิง	11	35.48	รวม	31	100	หอผู้ป่วย	เข้า	ป่วย	ตึก	รวม	อายุรกรรมหญิง	2	1	3	6	MRCU			4	4	อายุรกรรมชาย 1	1		3	4	SICU	1	1	1	3		
เพศ	จำนวน	ร้อยละ																																											
ชาย	20	64.52																																											
หญิง	11	35.48																																											
รวม	31	100																																											
หอผู้ป่วย	เข้า	ป่วย	ตึก	รวม																																									
อายุรกรรมหญิง	2	1	3	6																																									
MRCU			4	4																																									
อายุรกรรมชาย 1	1		3	4																																									
SICU	1	1	1	3																																									

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน				ผู้รับผิดชอบ															
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา					ตุลาคม2562 –กันยายน 2563																			
						PICU	1	2	3																
						ฉุกเฉิน	2		2																
						นรีเวชสามัญ		2	2																
						CCU		1	1																
						NICU		1	1																
						ICU-CVT	1		1																
						PMCU		1	1																
						พิเศษเฉลิมพระบารมี10		1	1																
						ศัลยกรรมชาย 2		1	1																
						หูดอกจุมูก		1	1																
						รวม	8	6	17	31															
						ผลิตภัณฑ์ที่เกิดต่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดและต้องใส่ใหม่ <table border="1"> <thead> <tr> <th>ผลิตภัณฑ์</th> <th>จำนวน(ครั้ง)</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>เข้า</td> <td>8</td> <td>25.81</td> </tr> <tr> <td>บ่าย</td> <td>6</td> <td>19.35</td> </tr> <tr> <td>ตีก</td> <td>17</td> <td>54.84</td> </tr> <tr> <td>รวม</td> <td>31</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table>					ผลิตภัณฑ์	จำนวน(ครั้ง)	ร้อยละ	เข้า	8	25.81	บ่าย	6	19.35	ตีก	17	54.84	รวม	31	100
ผลิตภัณฑ์	จำนวน(ครั้ง)	ร้อยละ																							
เข้า	8	25.81																							
บ่าย	6	19.35																							
ตีก	17	54.84																							
รวม	31	100																							
						ท่อผู้ป่วยที่มีจำนวนของการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ (ไม่ต้องใส่ใหม่) <table border="1"> <thead> <tr> <th>ท่อผู้ป่วย</th> <th>จำนวนเหตุการณ์(ครั้ง)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MRCU</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>					ท่อผู้ป่วย	จำนวนเหตุการณ์(ครั้ง)	MRCU	5											
ท่อผู้ป่วย	จำนวนเหตุการณ์(ครั้ง)																								
MRCU	5																								

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน		ผู้รับผิดชอบ																								
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา					ตุลาคม2562 –กันยายน 2563																										
						<table border="1"> <tr><td>อายุรกรรมชาย 1</td><td>4</td></tr> <tr><td>อายุรกรรมหญิง</td><td>3</td></tr> <tr><td>ICU-CVT</td><td>2</td></tr> <tr><td>SICU</td><td>2</td></tr> <tr><td>SRCU</td><td>1</td></tr> <tr><td>ศัลยกรรมชาย 2</td><td>1</td></tr> <tr><td>ศัลยกรรมประสาท</td><td>1</td></tr> <tr><td>หูดอกจุมุก</td><td>1</td></tr> <tr><td>NICU</td><td>1</td></tr> <tr><td>อายุรกรรมทั่วไป</td><td>1</td></tr> <tr><td>PMCU</td><td>1</td></tr> <tr><td>รวม</td><td>23</td></tr> </table>	อายุรกรรมชาย 1	4	อายุรกรรมหญิง	3	ICU-CVT	2	SICU	2	SRCU	1	ศัลยกรรมชาย 2	1	ศัลยกรรมประสาท	1	หูดอกจุมุก	1	NICU	1	อายุรกรรมทั่วไป	1	PMCU	1	รวม	23		
อายุรกรรมชาย 1	4																															
อายุรกรรมหญิง	3																															
ICU-CVT	2																															
SICU	2																															
SRCU	1																															
ศัลยกรรมชาย 2	1																															
ศัลยกรรมประสาท	1																															
หูดอกจุมุก	1																															
NICU	1																															
อายุรกรรมทั่วไป	1																															
PMCU	1																															
รวม	23																															
						<p>ผลัดเวรที่เกิดต่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดและต้องไม่ต่องใส่ใหม่</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ผลัด</th> <th>จำนวน(ครั้ง)</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>เช้า</td> <td>8</td> <td>34.78</td> </tr> <tr> <td>บ่าย</td> <td>7</td> <td>30.44</td> </tr> <tr> <td>ดึก</td> <td>8</td> <td>34.78</td> </tr> <tr> <td>รวม</td> <td>23</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table> <p>หอผู้ป่วยที่มีจำนวนของการเลื่อนหลุดของ Central Line</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>หอผู้ป่วย</th> <th>จำนวน (ครั้ง)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	ผลัด	จำนวน(ครั้ง)	ร้อยละ	เช้า	8	34.78	บ่าย	7	30.44	ดึก	8	34.78	รวม	23	100	หอผู้ป่วย	จำนวน (ครั้ง)									
ผลัด	จำนวน(ครั้ง)	ร้อยละ																														
เช้า	8	34.78																														
บ่าย	7	30.44																														
ดึก	8	34.78																														
รวม	23	100																														
หอผู้ป่วย	จำนวน (ครั้ง)																															

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน		ผู้รับผิดชอบ																										
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา					ตุลาคม2562 –กันยายน 2563																												
						<table border="1"> <tr><td>NICU</td><td>4</td></tr> <tr><td>อายุรกรรมชาย 1</td><td>3</td></tr> <tr><td>ICU-CVT</td><td>2</td></tr> <tr><td>ศัลยกรรมชาย 2</td><td>2</td></tr> <tr><td>SICU</td><td>2</td></tr> <tr><td>เด็ก 1</td><td>1</td></tr> <tr><td>พิเศษเฉลิมพระบารมี 7</td><td>1</td></tr> <tr><td>พิเศษเฉลิมพระบารมี 8</td><td>1</td></tr> <tr><td>ศัลยกรรมชาย 1</td><td>1</td></tr> <tr><td>PICU</td><td>1</td></tr> <tr><td>อายุรกรรมชาย 2</td><td>1</td></tr> <tr><td>อายุรกรรมหญิง</td><td>1</td></tr> <tr><td>รวม</td><td>20</td></tr> </table>	NICU	4	อายุรกรรมชาย 1	3	ICU-CVT	2	ศัลยกรรมชาย 2	2	SICU	2	เด็ก 1	1	พิเศษเฉลิมพระบารมี 7	1	พิเศษเฉลิมพระบารมี 8	1	ศัลยกรรมชาย 1	1	PICU	1	อายุรกรรมชาย 2	1	อายุรกรรมหญิง	1	รวม	20		
NICU	4																																	
อายุรกรรมชาย 1	3																																	
ICU-CVT	2																																	
ศัลยกรรมชาย 2	2																																	
SICU	2																																	
เด็ก 1	1																																	
พิเศษเฉลิมพระบารมี 7	1																																	
พิเศษเฉลิมพระบารมี 8	1																																	
ศัลยกรรมชาย 1	1																																	
PICU	1																																	
อายุรกรรมชาย 2	1																																	
อายุรกรรมหญิง	1																																	
รวม	20																																	
						<p>ผลัดเวรที่เกิดสาย CVC เลื่อนหลุด</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ผลัด</th> <th>จำนวน(ครั้ง)</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>เช้า</td> <td>4</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>บ่าย</td> <td>7</td> <td>35</td> </tr> <tr> <td>ดึก</td> <td>9</td> <td>45</td> </tr> <tr> <td>รวม</td> <td>20</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table>	ผลัด	จำนวน(ครั้ง)	ร้อยละ	เช้า	4	20	บ่าย	7	35	ดึก	9	45	รวม	20	100													
ผลัด	จำนวน(ครั้ง)	ร้อยละ																																
เช้า	4	20																																
บ่าย	7	35																																
ดึก	9	45																																
รวม	20	100																																
						<p>หอผู้ป่วยที่มีจำนวนของการเลื่อนหลุดของสาย Epidural catheter</p>																												

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ												
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา																		
						<table border="1"> <thead> <tr> <th>หอผู้ป่วย</th> <th>จำนวน (ครั้ง)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SRCU</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>พิเศษเฉลิมพระบารมี 8</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ศัลยกรรมชาย 1</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>ศัลยกรรมประสาท</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>รวม</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table> <p>สาย Drain ที่มีการเลื่อนหลุดมากที่สุด ได้แก่ สาย Foley's cath สาย PCN/PCD และสาย Redivac drain</p> <p><u>วิเคราะห์ข้อมูล</u></p> <ol style="list-style-type: none"> จากการวิเคราะห์อุบัติการณ์และการเยี่ยมตรวจ Internal survey และการ round ของผู้ตรวจการเวลานอกเวลาราชการ พบว่าปัจจัยที่มีส่วนทำให้ผู้ป่วยเกิดท่อช่วยหายใจ & Line เลื่อนหลุด มาจาก <ol style="list-style-type: none"> 1.1 ด้านผู้ป่วย เช่น ระดับความรู้สึกตัว ความไม่รู้สึกตัว เจ็บปวด ไม่สุขสบาย ขยับตัวมาก ภาวะโรคของผู้ป่วย เช่น alcohol withdrawal 1.2 ด้านบุคลากร เช่น ประสบการณ์ อัตรากำลัง 1.3 ด้านระบบงาน เช่น การยึดตรึง (strap) การผูกยึด (restrain) ท่อช่วยหายใจและสาย Line & Drain การมีหลาย ๆ สายและไม่ได้จัดระเบียบ (Spagetti) 1.4 ด้านอุปกรณ์ เช่น พลาสติกไม่แน่น ผ้าผูกยึดไม่เพียงพอ การผูกยึดที่ไม่มีประสิทธิภาพ ผลัดที่มีการเกิดอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด สาย CVC เลื่อนหลุดมากที่สุด คือ ผลัดตึก 	หอผู้ป่วย	จำนวน (ครั้ง)	SRCU	1	พิเศษเฉลิมพระบารมี 8	2	ศัลยกรรมชาย 1	4	ศัลยกรรมประสาท	1	รวม	8	
หอผู้ป่วย	จำนวน (ครั้ง)																		
SRCU	1																		
พิเศษเฉลิมพระบารมี 8	2																		
ศัลยกรรมชาย 1	4																		
ศัลยกรรมประสาท	1																		
รวม	8																		

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ.2563	2562	ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	
						<p>วิเคราะห์</p> <p>2.1 อาการของผู้ป่วยจะมี delirium มากขึ้นในเวรตึก (เช่นเดียวกับงานวิจัย) ช่วงเกิดเหตุเป็นช่วงต่อเวร (hour before and after shift changes) และเวรตึกจะได้รับการ monitor และติดตามน้อยกว่าผลัดอื่น ๆ</p> <p>2.2 สัดส่วนของอัตราค่าส่งพยาบาลต่อผู้ป่วยในช่วงที่เกิด UE</p> <p>แผนการดำเนินงาน</p> <p>1. การนำเครื่องมือต่างๆ มาประยุกต์ใช้เพื่อประเมินผู้ป่วยและจัดการเพื่อลดการดึงท่อช่วยหายใจ&Line& Drain และใส่ไว้ในโปรแกรม HIS เพื่อประเมินผู้ป่วยรายต่อราย ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) การใช้เครื่องมือ Sedative Agitation Scale (SAS) เพื่อประเมินระดับความรู้สึกตัวและการให้ยาที่ทำให้ผู้ป่วยสงบ (Sedative) 2) นำเครื่องมือประเมินภาวะ Agitation โดยใช้เครื่องมือ mRASS (Modified Richmond Agitation-Sedation scale) เพื่อเป็นแนวทางในการผูกมัดผู้ป่วยที่เหมาะสมและการผูกมัดร่างกายรวมทั้งเป็นแนวทางในการให้ยาที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการสงบ 3) การประเมินผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ และมี Line ด้วยเครื่องมือ MAAS (Motor Activity Assessment Scale) 4) การประเมินภาวะ Delirium โดยใช้ CAM-ICU 5) การประเมินความเสี่ยง higher GCS and lower APACHE II scores เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิด Unplanned Extubation ใน ICU <p>2.การมีแนวปฏิบัติในการจัดการเรื่องยาเพื่อจัดการภาวะ Agitation & การจัดการ Pain เพื่อดูแลให้ผู้ป่วยมีอาการสงบ (ประเมินการจัดการ Pain ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด กลุ่มผู้ป่วย ICU หอผู้ป่วยที่มีการเกิด medical device displacement & dislodge)</p>	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา						
						<p>3.วิเคราะห์ข้อมูลของผู้ป่วยที่ยังไม่มีแนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Weaning protocol) ที่ชัดเจน (สนับสนุนให้เกิดมี Weaning protocol เนื่องจากใช้เป็นแนวทางที่ใช้ดูแลผู้ป่วย & มีงานวิจัยว่าจะทำให้อัตราการเกิด UE ลดลง</p> <p>4.เทคนิคการ Care & การยึดตรึงท่อช่วยหายใจที่ไม่แน่น (Poor fixation of ET tube)</p> <p>5.การวัดตำแหน่งของสายสวน/Line ที่เป็นมาตรฐานและไปในแนวทางเดียวกัน</p> <p>6.ส่งเสริมวัฒนธรรมในการใช้อุปกรณ์เพื่อป้องกันการดึงสาย& ดึงท่อ ด้วยการใช้นวัตกรรมแบบนมที่เก็บนิ้วมือเพื่อลดโอกาสการดึงหรือเกี่ยวสาย/ท่อช่วยหายใจ</p> <p>7.การใช้ Motto “Safety First ประเมินถูกต้อง ป้องกันถูกทาง ท่อและสายไม่เลื่อนหลุด”</p> <p>8.พัฒนาแนวทางเพื่อลดการดึงท่อช่วยหายใจและสายสวนออกเองในแต่ละกลุ่มผู้ป่วย ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) กำหนดแนวทางการให้ยาทำให้ผู้ป่วยสงบ (Sedative) 2) แนวทางการหย่าเครื่องช่วยหายใจ 3) การให้ความรู้แก่บุคลากรในการป้องกันการเกิดท่อช่วยหายใจ & line & drain เลื่อนหลุด ด้วยเทคนิค PAD คือ การประเมิน Pain-Agitation-Management 4) การช่วยการเคลื่อนไหวขณะพลิกตะแคงตัวหรือขณะทำการตรวจทางรังสี (Portable CXR) เช่น ในผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจอย่างน้อยต้องใส่บุคลากร 2 คน 5) พัฒนาการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ ในการให้มีส่วนร่วมในการช่วยป้องกันการเกิดท่อช่วยหายใจ & line เลื่อนหลุด <p>9.เพิ่มการติดตั้ง monitor กล้องวงจรปิดที่เคาน์เตอร์พยาบาล สำหรับ observe ผู้ป่วยห้องแยก</p>	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา						
1.1 จัดกิจกรรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่าน CoP กลุ่มป้องกัน Tube & Line เลื่อนหลุด		กิจกรรม แลกเปลี่ยน เรียนรู้ของ CoP กลุ่ม ป้องกัน Tube & Line เลื่อน หลุด	จำนวนครั้งของ กิจกรรม แลกเปลี่ยน เรียนรู้ของ CoP กลุ่มป้องกัน Tube & Line เลื่อนหลุด	6 ครั้ง (2 เดือน/ ครั้ง)	NA	<p>กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของ CoP กลุ่มป้องกัน Tube & Line เลื่อนหลุด ทำได้ 2 ครั้ง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. กิจกรรม Bedside round ที่หอผู้ป่วย PMCU 2. กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการป้องกัน Tube & Line เลื่อนหลุดในวันที่ 24 สิงหาคม 2563 <p>แผนการพัฒนาต่อ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. นำแนวทางการป้องกันเรื่องท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดตาม Evidence base ไป deploy ต่อ (Bundle to prevent self Extubations) 3 points คือ <ol style="list-style-type: none"> 1) ETT tube care (appropriate length, secure fixation, regular position checks and rapid response to displacement) 2) sedation (appropriate choice and depth) 3) spontaneous awakening and breathing trials every day. 2. แนวทางการ Strap ท่อช่วยหายใจ / เทคนิคการ Secure ท่อช่วยหายใจ 3. เทคนิคการ Fix central venous catheter 4. การ Secure connection ระหว่าง thoracostomy tube กับ Drainage system 5. การใช้ Three Point Security Method ในการป้องกัน Drainage Catheter เลื่อนหลุด (PCN PTC PTBD) 6. การใช้ Visual Picture เพื่อระบุตำแหน่งของท่อช่วยหายใจและสายสวนเพื่อช่วยในการ Identify & ให้ทีมมีส่วนร่วมในการป้องกันการเลื่อนหลุด 	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ				
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา										
1.2 Daily Round & Checklist -จัดทำแบบ Daily checklist ในการดูแล เพื่อป้องกัน Line เลื่อนหลุด - นำไปทดลองใช้ในกลุ่ม หอผู้ป่วยที่มีอุบัติการณ์ และมีความเสี่ยงสูง - วิเคราะห์ผลและปรับปรุง - ประกาศใช้เป็นนโยบาย		Daily Checklist	มี Daily Checklist	1 checklist	NA	<p>มี Daily Checklist 2 เรื่อง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Daily Checklist เรื่องการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด 2. Daily Round Checklist เพื่อป้องกัน PCD เลื่อนหลุด (Prevent Percutaneous Drainage Unplan Removal) <p>(ปี 2564 วางแผนนำไปทดลองใช้ในหอผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงและอุบัติการณ์สูง)</p> <p>Daily Checklist เรื่องการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด</p> <table border="1"> <tr> <td>Bundle to prevent unplanned Extubations</td> </tr> <tr> <td> <p>1. Check ตำแหน่งท่อช่วยหายใจให้อยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้อง สม่่าเสมอ (ทุกผลัดและเมื่อมีความเสี่ยงในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย)</p> <ul style="list-style-type: none"> - standard การ fix ท่อช่วยหายใจ - check ตำแหน่งท่อช่วยหายใจก่อนที่จะมีการสัมผัสหรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วย - request ถ้าพลาสติกที่พันท่อช่วยหายใจเปียกหรือหลวมต้องมีการเปลี่ยนพลาสติกให้แน่นหนา โดยเฉพาะ case ที่มีน้ำลายหรือเสมหะมาก </td> </tr> <tr> <td> <p>2. Precautions ทีมสุขภาพร่วมกันเฝ้าระวังเมื่อมีกิจกรรมกับผู้ป่วย (when the patient is handled by the multidisciplinary team)</p> <p>MONITOR ถ้ามีเหตุการณ์ที่มีความเสี่ยงจะต้องมีผู้ช่วยในการร่วมกันป้องกันความเสี่ยง</p> </td> </tr> <tr> <td> <p>3. มีวิธีการจัดการเมื่อผู้ป่วยมีอาการ Agitation</p> <p>USE มีเครื่องมือในการประเมินระดับ sedation ว่าอยู่ในระดับที่เพียงพอ และสื่อสารให้กับทีมการดูแลได้ประเมินและจัดการร่วมกัน (Comfort Scale) IDENTIFY ปรับการดูแลตามความเสี่ยงของผู้ป่วย เช่น อายุ ภาวะโรค</p> </td> </tr> </table>	Bundle to prevent unplanned Extubations	<p>1. Check ตำแหน่งท่อช่วยหายใจให้อยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้อง สม่่าเสมอ (ทุกผลัดและเมื่อมีความเสี่ยงในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย)</p> <ul style="list-style-type: none"> - standard การ fix ท่อช่วยหายใจ - check ตำแหน่งท่อช่วยหายใจก่อนที่จะมีการสัมผัสหรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วย - request ถ้าพลาสติกที่พันท่อช่วยหายใจเปียกหรือหลวมต้องมีการเปลี่ยนพลาสติกให้แน่นหนา โดยเฉพาะ case ที่มีน้ำลายหรือเสมหะมาก 	<p>2. Precautions ทีมสุขภาพร่วมกันเฝ้าระวังเมื่อมีกิจกรรมกับผู้ป่วย (when the patient is handled by the multidisciplinary team)</p> <p>MONITOR ถ้ามีเหตุการณ์ที่มีความเสี่ยงจะต้องมีผู้ช่วยในการร่วมกันป้องกันความเสี่ยง</p>	<p>3. มีวิธีการจัดการเมื่อผู้ป่วยมีอาการ Agitation</p> <p>USE มีเครื่องมือในการประเมินระดับ sedation ว่าอยู่ในระดับที่เพียงพอ และสื่อสารให้กับทีมการดูแลได้ประเมินและจัดการร่วมกัน (Comfort Scale) IDENTIFY ปรับการดูแลตามความเสี่ยงของผู้ป่วย เช่น อายุ ภาวะโรค</p>	
Bundle to prevent unplanned Extubations											
<p>1. Check ตำแหน่งท่อช่วยหายใจให้อยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้อง สม่่าเสมอ (ทุกผลัดและเมื่อมีความเสี่ยงในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย)</p> <ul style="list-style-type: none"> - standard การ fix ท่อช่วยหายใจ - check ตำแหน่งท่อช่วยหายใจก่อนที่จะมีการสัมผัสหรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วย - request ถ้าพลาสติกที่พันท่อช่วยหายใจเปียกหรือหลวมต้องมีการเปลี่ยนพลาสติกให้แน่นหนา โดยเฉพาะ case ที่มีน้ำลายหรือเสมหะมาก 											
<p>2. Precautions ทีมสุขภาพร่วมกันเฝ้าระวังเมื่อมีกิจกรรมกับผู้ป่วย (when the patient is handled by the multidisciplinary team)</p> <p>MONITOR ถ้ามีเหตุการณ์ที่มีความเสี่ยงจะต้องมีผู้ช่วยในการร่วมกันป้องกันความเสี่ยง</p>											
<p>3. มีวิธีการจัดการเมื่อผู้ป่วยมีอาการ Agitation</p> <p>USE มีเครื่องมือในการประเมินระดับ sedation ว่าอยู่ในระดับที่เพียงพอ และสื่อสารให้กับทีมการดูแลได้ประเมินและจัดการร่วมกัน (Comfort Scale) IDENTIFY ปรับการดูแลตามความเสี่ยงของผู้ป่วย เช่น อายุ ภาวะโรค</p>											

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา						
						<p>ASSESS ประเมินและบันทึกประวัติของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงกับการเกิด risk of unplanned extubation ในแต่ละผลัด</p> <p>4.Controlling the length of mechanical ventilation ASSESS round ร่วมกับทีมในการพิจารณาทางเลือกใช้ of non-invasive ventilation (NIV) ASSESS มีแผนการ wean เพื่อเอาท่อช่วยหายใจออก</p> <p>Recommendations ให้ข้อมูลและคำแนะนำแก่ญาติ/ผู้ดูแลให้มีส่วนร่วมในการป้องกันความเสี่ยงของการเกิด unplanned extubation and how to prevent it</p> <p>Daily Round Checklist เพื่อป้องกัน PCD เลื่อนหลุด (Prevent Percutaneous Drainage Unplan Removal)</p> <p>การตรวจสอบและ mark ตำแหน่ง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ตรวจสอบและบันทึกตำแหน่งของสายหลังการใส่สายหรือเมื่อรับผู้ป่วยมาจากหอผู้ป่วยอื่น 2. ตรวจสอบและบันทึกตำแหน่งแรกรับเวร โดยตรวจสอบพร้อมกับเวรก่อนหน้า และตรวจสอบในเวรอย่างน้อย 1 ครั้ง แต่ถ้าผู้ป่วย agitated ให้เพิ่มการตรวจสอบ 3. ตรวจสอบตำแหน่งก่อนและหลังการเคลื่อนย้าย 4. เทคนิคการวัดตำแหน่ง PCD : วัดตำแหน่งสายจาก Exit site to hub <p>แผนการทำงานต่อ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. นำ Daily checklist ไปใช้ในหอผู้ป่วยที่มีอัตราการเกิดท่อช่วยหายใจสูง 2. วิเคราะห์และปรับใช้ 	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
ปี พ.ศ.2563-2564	วัน-เวลา			ปี พ.ศ.2563	2562	ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	
1.3 ทบทวนแนวปฏิบัติ - Tube and line Safety Restrained bundle - Tube and line Safety Transfer Bundle		แนวปฏิบัติ	จำนวนแนว ปฏิบัติ	2 เรื่อง	NA	จำนวนแนวปฏิบัติ 0 เรื่อง แนวปฏิบัติเรื่อง Tube and line Safety มีความก้าวหน้า 40 % (อยู่ในระหว่างการทบทวนเนื้อหาเพิ่มเติมและรอส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ) ปี 2564 ทบทวนแนวปฏิบัติร่วมกับทีมมาตรฐานการพยาบาลในเรื่อง PCD PCN Central line	คุณพรทิพา
1.4 ค้นหา Innovation /Best Practice ในการ ช่วยป้องกันท่อช่วย หายใจ / Line เลื่อน หลุด		Innovation /Best Practice	จำนวน Innovation /Best Practice	> 4 ชิ้น/ปี		จำนวน Innovation /Best Practice 3 เรื่อง มีรายการนวัตกรรม จากการประกวด quality day 2563 / จากการเยี่ยมชม 1.อุปกรณ์นวัตกรรมผ้าประคองสายให้อาหาร Happy PEG ของพว.นวรรรัตน์ ศัลยกรรมชาย 1 2. ถังมือเพื่อป้องกันการดึงท่อช่วยหายใจ ฉบ 8 3. เทคนิคการ Strap สาย NG เพื่อป้องกันการตั้งรั้งและเลื่อนหลุดใน SICU	
1.5 ทำสื่อ Info graphic เรื่อง Safety ET Tube & Line Care ที่ผู้ป่วย/ญาติมีส่วนช่วย ในการเฝ้าระวังความ ปลอดภัย โครงการพัฒนา คุณภาพการระบุตัว ผู้ป่วยให้ถูกต้อง		สื่อ Info graphic	จำนวนสื่อ Info graphic	1 เรื่อง	NA	จำนวนสื่อ Infographic = 0 เรื่อง (ความก้าวหน้าของจัดทำ 70 %) มีเนื้อหาที่จะนำมาใช้เพื่อประกอบการทำสื่อ Infographic รอส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ อยู่ในระหว่างการออกแบบและทำ Lay Out การวางแผน การทบทวนเนื้อหาเพิ่มเติมและรอส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ทำต่อในปี 2564)	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ.2563	2562	ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	
	ต.ค.62-ก.ย.63	วัตถุประสงค์ ระบุตัววัด ระดับ C- I - การให้ เลือด - ทารกแรก เกิด - ผ่าตัด/ หัตถการ (invasive) วัตถุประสงค์ ระบุตัววัด ระดับ E- I - ให้น้ำ/ สารน้ำ - เก็บสิ่งส่ง ตรวจ - ลงข้อมูล ผิดพลาด - ส่งเอกสาร - ให้อาหาร / นม - เอกซเรย์ - อื่นๆ	จำนวน วัตถุประสงค์ระบุ ตัววัดระดับ C- I - การให้เลือด - ทารกแรกเกิด - ผ่าตัด ,หัตถการ (invasive) จำนวนวัตถุประสงค์ ระบุตัววัดระดับ E- I - ให้น้ำ/สารน้ำ - เก็บสิ่งส่งตรวจ - ลงข้อมูล ผิดพลาด - ส่งเอกสาร - ให้อาหาร / นม - เอกซเรย์ - อื่นๆ	0	0	0	
				0	1 (E = ยา)	1 (E = ยา)	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา						
		วัตถุประสงค์ ระบุตัววัด ระดับ C- D - ให้ยา/สาร น้ำ - เก็บสิ่งส่ง ตรวจ - ลงข้อมูล ผิดพลาด - ส่งเอกสาร - ให้อาหาร / นม -เอกซเรย์ - อื่นๆ	จำนวนวัตถุประสงค์ ระบุตัววัดระดับC- D - ให้ยา/สารน้ำ - เก็บสิ่งส่งตรวจ - ลงข้อมูล ผิดพลาด - ส่งเอกสาร - ให้อาหาร / นม -เอกซเรย์ - อื่นๆ	ลดลงมากกว่า ร้อยละ 50	เพิ่มขึ้นร้อยละ ละ 0.99 (N ปี 62 = 101) (N ปี 61=100)	ลดลงร้อยละ 37.62 (N ปี 63 = 63)	
<p>สรุปปี 2563</p> <ul style="list-style-type: none"> - วัตถุประสงค์ระบุตัววัดเรื่อง การให้เลือด ทารกแรกเกิด ผ่าตัด/หัตถการ (invasive) ระดับ C- I = 0 - วัตถุประสงค์รุนแรงสูงสุดคือระดับ E = 1 ครั้ง เรื่องการให้ยาผิดคน วัตถุประสงค์รุนแรงรองลงมาคือระดับ D = 14 ครั้ง (เรื่องการให้ยา 10 ครั้ง ให้นมแม่ 3 ครั้ง การลงข้อมูลผิด 1 ครั้ง) - วัตถุประสงค์เกิดจำนวนมากที่สุดเรื่องการลงข้อมูลผิดจำนวน 22 ครั้ง (21C,1D) รองลงมาตามลำดับคือให้ยา 17 ครั้ง (6C,10D,1E), เก็บสิ่งส่งตรวจ 15 ครั้ง(15C) , ให้นมแม่ 3 ครั้ง(3D), อื่นๆ 2 ครั้ง(2C), ทำหัตถการ/ผ่าตัด (ไม่invasive) 2 ครั้ง(2C) ,การให้นมอื่นๆ 1 ครั้ง (1C) ,ส่งเอกสาร 1 ครั้ง (1C) , ให้สารน้ำ 1 ครั้ง (1C) - จำนวนหอผู้ป่วยที่เกิดอุบัติเหตุ มี 32 หอผู้ป่วย หอผู้ป่วยที่เกิดมากกว่า 1 ครั้งมี 14 หอผู้ป่วย (อ.ช.1, ห้องคลอด, ด.1, ER, SICU, NMCU, ศ.ช.1, ศ.ญ, กระจกชาย, ward ตา, OR 2, คลินิกศัลยกรรม , ICU(CVT), NICU) - หอผู้ป่วยที่เกิดอุบัติเหตุเรื่องการระบุตัววัดปี 2563 ดังนี้ 							

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ.2563	2562	ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	
				เรื่อง	จำนวน / ระดับ	หอผู้ป่วย	
				1. ให้ยา	17 (6C,10D,1E))	อ.ช.1= 4, ด.1=3 ,อุบัติเหตุ= 1, ศ.ช.1= 1, ศ.ญ.= 1,Neuro =1, , ER =1,กระดูกชาย= 1 , กระดูกหญิง= 1 , ฉ.บ.7= 1, นรีเวช =1,SRUCU=1	
				2.ให้เลือด	0	-	
				3.เก็บสิ่งส่งตรวจ	15 (15C)	SICU=3 , ICU(CVT)=2, ER=2 ,ICU-Med=1,อ.ช.1=1, กระดูกชาย= 1,ศ.ญ.= 1, ,ปฐมภูมิ=1,พิเศษเด็ก =1,พิเศษ ทั่วไป=1,OR 2=1	
				4.ทารกแรกเกิด	0	-	
				5.ทำหัตถการ	2 (2C) (Non- invasive)	OR 2=1,Ward ตา=1	
				6.ผ่าตัด	0	-	
				7.ให้สารน้ำ	1 (1C)	NICU=1	
				8. การลงข้อมูลผิด	22(21C,1D)	ห้องคลอด=6, ศ.ช.2=1,ตา=1,ER=1 ,พิเศษสูติ=1,สูติกรรม/ ห้องคลอด=1,นรีเวช=1,คลินิกศัลยกรรม=2,คลินิกฝากครรภ์= 1,NICU=1,ฉ.บ.9=1,ฉ.บ.10 =1,รัตน 10=1,ด.1=1,ด.2=1, อ.ญ.=1	
				9.ระบุตัวผิดในการให้นมแม่	3 (3D)	NMCU=3	
				10. ระบุตัวผิดในการให้นม อื่นๆ/อาหาร	1 (1C)	PMCU=1	
				11. ส่งเอกสารให้ผิดคน	1 (1C)	ศ.ช.1=1(ให้บัตรนัดผิดคน)	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ.2563	2562	ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	
				12.ถ่าย-ส่งภาพเอกซเรย์ผิด คน	0	-	
				13.อื่นๆ	2 (2C)	อ.ช.1=1 (ให้ยากลับบ้านผิดคน) ,ศ.ช.1=1 (ให้ยากลับบ้านผิด คน	
				รวม ระดับ C - I	64	* ตัวสีแดงเป็นหน่วยงานที่เกิดซ้ำปี 2562	
<p>เพื่อลดอุบัติการณ์เรื่องการระบุตัวผิดคนได้ดำเนินการทบทวนพบว่า</p> <ul style="list-style-type: none"> - สาเหตุอุบัติการณ์ให้ยามิด เกิดจากการไม่ใช้ รหัส mobile com /ไม่นำการ์ดยาไป, ไม่สอบถามชื่อ สกูล HN ก่อนให้ยาที่เตียง/ห้องผู้ป่วย, เมื่อถูกขัดจังหวะต้องออกไปจากเตียง/ห้องเมื่อจะบริหารยาใหม่ไม่สอบถามชื่อ สกูล HN ซ้ำ, ผู้ป่วย/ญาติหลับยาบาลไม่ปลุกเพื่อสอบถามชื่อ สกูล HN, วางยาไว้ที่โต๊ะข้างเตียงจากผป.ยังไม่พร้อมจะรับยา, มอบหมายระดับ non-nurse บริหารยาแทน, ความเร่งรีบและคิดว่าจำตัวผป.ได้โดยไม่สอบถามชื่อ สกูล HN ก่อนให้ยาและไม่นำการ์ดยาไป - สาเหตุอุบัติการณ์เก็บสิ่งส่งตรวจผิด เกิดจากตรวจสอบชื่อ สกูล HN ก่อนติด sticker บน tube lab เฉพาะ tube แรก , ไม่ทิ้ง sticker ผป.เดิมที่ย้ายเตียง ,d/c แล้ว โดยหอยผู้ป่วยทำที่ใส่ sticker ไว้ต่างหากไม่ใส่ในแฟ้มผู้ป่วย , มีการ print sticker ชื่อ สกูลผป. Print ครั้งละหลายคน ขณะแยก stickerรายคนมีชื่อผป.อื่นติดไปและไม่ตรวจสอบ sticker ทุกอันจึง ใส่ sticker ผิดแฟ้ม, ไม่ตรวจสอบชื่อ สกูล HN ร่วมกับผป.หรือญาติ หรือตรวจสอบกับป้ายชื่อมือก่อนเจาะ lab, ไม่ตรวจสอบชื่อ สกูล HN ขณะ patch lab ทุก tube, เจาะ lab ใส่tube เป็น tube เปล่ายังไม่มี sticker นำ tube ไปติด sticker ที่อื่นไม่ติดที่เตียงผป., ไม่ใช้ one process owner คนหนึ่งเจาะอีกคนเอา sticker ติด tube - สาเหตุอุบัติการณ์เรื่องการลงข้อมูลผิด เกิดจากไม่ตรวจทานชื่อ สกูล HN ก่อนลงข้อมูล ก่อนใส่ป้ายชื่อมือ และกรณีที่มีข้อมูลมีค่าผิดปกติที่ทำโดย non- nurseไม่มีการ recheck จากพยาบาล, การลงข้อมูลมารดา/ บิดาของทารกของห้องคลอดไม่ใช่บัตรประช.ของมารดา/ บิดามาตรวจสอบ - สาเหตุระบุตัวผิดในการให้นม เกิดจากความเร่งรีบไม่ได้ตรวจสอบชวคนมกับป้ายชื่อมือข้อเท้าของทารกก่อนให้ การพัฒนาและปรับระบบดังนี้ 							

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ.2563	2562	ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	
1.จัดทำแนวปฏิบัติการ ระบุตัว	ต.ค.62-ก.ย.63	แนว ปฏิบัติการ ระบุตัว	จำนวนแนว ปฏิบัติการระบุ ตัว	2 เรื่อง	NA	จำนวนแนวปฏิบัติการระบุตัว 10 เรื่อง คือ - การรับบริการแบบ OPD - การระบุตัวเมื่อนอนรพ. - ทารกแรกเกิด - ให้เลือด - เจาะเลือด เก็บส่งตรวจ - ให้ยา - ผ่าตัด / ทำหัตถการ - การลงข้อมูล - การให้ สารน้ำ - การให้นมเด็ก	
<p>- กำหนดนโยบายการบ่งชี้ผู้ป่วย จะต้องทำทุกครั้งไม่มีกรณียกเว้นใดๆทั้งสิ้นเช่นผู้ป่วยหลับ ภาวะเร่งด่วน วิธีการบ่งชี้โดยอ่านออกเสียง (verbal identity confirmation) และเมื่อมีการถูกขัดจังหวะจะต้องเริ่มกระบวนการใหม่ทุกครั้ง กำหนดเรื่อง Sticker label โดย print ให้เสร็จเป็นรายๆ ไม่ print ติดต่อกันหลายราย และเมื่อมีการย้ายเตียง / ห้อง / ward ต้องทึ่ sticker เดิมทุกครั้ง</p> <p>- การสื่อสาร การนิเทศ เมื่อมีการมอบหมายงานให้ระดับ Non-nurse ทำกิจกรรมพยาบาลที่ Non-nurse ทำได้ เมื่อได้ผล / ค่า จะต้องให้พยาบาล ตรวจสอบทุกครั้ง</p> <p>- เพิ่มเติมวิธีการปฏิบัติเรื่องการให้ยา นอกจากระบุตัวผู้ป่วยแล้วจะต้อง Iden.สายน้ำเกลือที่ให้ยาทุกครั้ง เรื่องการติด sticker label ชื่อที่ syringe ต้องติดให้ง่ายต่อการอ่านทวนตรวจสอบ การส่งส่งส่งตรวจ ต้องตรวจสอบชื่อ-สกุล HN ที่ติดบนภาชนะส่งส่งตรวจกับคำสั่งแพทย์อีกครั้ง และ Patch barcode ที่ละ tube / ที่ละส่งส่งตรวจก่อนส่งห้องปฏิบัติการ การระบุตัวการให้นมแม่ที่NICU NMCUเริ่มตั้งแต่ต้นทางจากหอผู้ป่วยที่มารดา admit ระหว่างทางและปลายทาง</p> <p>- การลงดูหน้างานร่วมกับหอผู้ป่วยเมื่อเกิดอุบัติเหตุเพื่อวิเคราะห์ ทบทวนร่วมกัน</p>							

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา						
2. Identification round	ต.ค.62-ก.ย.63	round ในหน่วยงานที่มีอุบัติการณ์ระดับ C ขึ้นไป	ร้อยละการ round ในหน่วยงานที่มีอุบัติการณ์ระดับ C ขึ้นไป	ร้อยละ 100	NA	ร้อยละ 31.75	
3 .จัดทำสื่อคลิปวิดีโอ เรื่องการระบุตัว	ต.ค.62-ก.ย.63	คลิปวิดีโอ เรื่องการระบุตัว	จำนวนคลิปวิดีโอเรื่องการระบุตัว	4 เรื่อง	0	คลิปวิดีโอเรื่องการระบุตัว 3 เรื่อง คือ - การลงทะเบียนตรวจ -การเรียกผู้ป่วยเข้าห้องตรวจ -การทำหัตถการ	
4 .กิจกรรมรณรงค์เรื่อง การระบุตัว	ต.ค.62-ก.ย.63	ผลงานที่ส่งเข้าประกวด	จำนวนผลงานที่ส่งเข้าประกวด	≥ 20 เรื่อง	NA	ไม่ได้ดำเนินการ	
1. โครงการพัฒนาคุณภาพเพื่อป้องกันการพลัดตก/ลื่นล้ม	ต.ค.62-ก.ย.63	อุบัติการณ์ผู้ป่วยในพลัดตก/ลื่นล้ม ระดับ C-I และ D-I	อัตราการเกิดอุบัติการณ์ผู้ป่วยในพลัดตก/ลื่นล้ม) ระดับ C-I และ D-I ต่อ 1000 วันนอนเทียบเครือข่ายฯ	ระดับ C-I ≤ 0.25 ระดับ D-I ≤ 0.20	ระดับ C-I ≤ 0.26 ระดับ D-I ≤ 0.20	ระดับ C-I ≤ 0.24 ระดับ D-I ≤ 0.16 สรุปในปีงบประมาณ 2563: ผู้ป่วยในพลัดตก/ลื่นล้มทั้งหมด 70 ราย (ผู้ใหญ่ 60 รายเด็ก 10 ราย) near miss 2 รายใน 27 หอผู้ป่วย เป็นผู้ป่วย High Risk ร้อยละ 100 มีความรุนแรง ระดับ A = 1 ราย(MRCU) ระดับ B= 1 ราย(ฉบ.8) ระดับ C (ไม่ได้รับบาดเจ็บ)= 25 ราย/ร้อยละ 35.7 ระดับ D (บาดเจ็บเล็กน้อย)= 40 ราย/ร้อยละ 57.2 ระดับE-I (บาดเจ็บปานกลาง/รุนแรง)=5ราย/ร้อยละ 7.1 (ระดับ E= 4 ราย: อช1/อญ/ฉบ9/ENTและระดับ I=1ราย:ศช1)	

หอผู้ป่วย	G01	G03	รวม ปี 63	ความรุนแรง
1.จิตเวช	1	12	13	
2.อช1	2	8	10	ระดับ E 1 ราย
3.พิเศษเด็ก	2	2	4	
4.เด็ก 1	2	2	4	
5.นรีเวช	1	2	3	
6.ศัลยกรรมชาย 1	0	3	3	ระดับ I 1 ราย
7.ศัลยกรรมชาย 2	3	0	3	
8.ศัลยกรรมหญิง	0	3	3	
9.ฉบ.9	1	2	3	ระดับ E 1 ราย
10.อช.10	1	2	3	

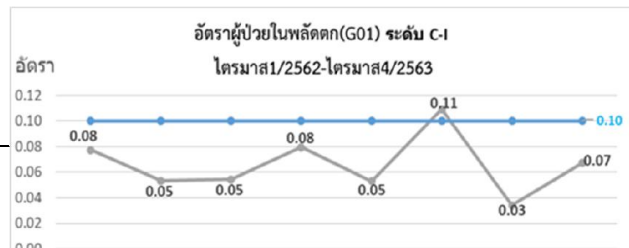
แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา						
			อัตราการเกิด อุบัติเหตุผู้ป่วย ในพลัดตก(G01) ระดับ C-I และ D-I ต่อ 1000 วันนอน	C-I ≤ 0.10 D-I ≤ 0.08	C-I = 0.07 D-I = 0.05	C-I = 0.07 D-I = 0.03	

ผู้ป่วยพลัดตก/ตกเตียง ปีงบประมาณ 2563

- ผู้ป่วยในพลัดตก/ตกเตียง (G01) 19 ราย(ผู้ใหญ่ 16 ราย เด็ก 3 ราย)ได้รับบาดเจ็บ 11 ราย ผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการสับสน/นอนละเมอ /มีอาการเปลี่ยนแปลงขณะลุกนั่งเปลี่ยน positionลงจากเตียงทางช่องว่างที่อยู่ปลายเตียง/นั่งข้างเตียงเท้าวางบนเก้าอี้ในผู้ป่วยเด็กขึ้นเล่นบนเตียง /พลิกตัวตกจากเตียง

สาเหตุ : การปฏิบัติไม่ครบตามมาตรการป้องกันในเรื่อง

- การยกเหล็กกันเตียงไม่ครบด้าน
- ประเมินผู้ป่วยแล้ว จำเป็นต้อง restrain แต่ไม่ได้ restrain
- การสื่อสารที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการร้องขอความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย (ทบทวนรายละเอียด)



แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ																		
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา							ปี งบประมาณ.2563	2562	ตุลาคม2562 –กันยายน 2563															
						<p>อัตราผู้ป่วยในพลัดตก(G01) ระดับ D-I ไตรมาส1/2562-ไตรมาส4/2563</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ไตรมาส</th> <th>อัตรา</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>ไตรมาส 1/62</td><td>0.06</td></tr> <tr><td>ไตรมาส 2/62</td><td>0.05</td></tr> <tr><td>ไตรมาส 3/62</td><td>0.03</td></tr> <tr><td>ไตรมาส 4/62</td><td>0.07</td></tr> <tr><td>ไตรมาส 1/63</td><td>0.03</td></tr> <tr><td>ไตรมาส 2/63</td><td>0.07</td></tr> <tr><td>ไตรมาส 3/63</td><td>0.03</td></tr> <tr><td>ไตรมาส 4/63</td><td>0.03</td></tr> </tbody> </table>	ไตรมาส	อัตรา	ไตรมาส 1/62	0.06	ไตรมาส 2/62	0.05	ไตรมาส 3/62	0.03	ไตรมาส 4/62	0.07	ไตรมาส 1/63	0.03	ไตรมาส 2/63	0.07	ไตรมาส 3/63	0.03	ไตรมาส 4/63	0.03	
ไตรมาส	อัตรา																								
ไตรมาส 1/62	0.06																								
ไตรมาส 2/62	0.05																								
ไตรมาส 3/62	0.03																								
ไตรมาส 4/62	0.07																								
ไตรมาส 1/63	0.03																								
ไตรมาส 2/63	0.07																								
ไตรมาส 3/63	0.03																								
ไตรมาส 4/63	0.03																								
			อัตราการเกิด อุบัติเหตุผู้ป่วย ในลิ้นลิ้ม (G03)ระดับ C-I และ D-I ต่อ 1000 วันนอน	C-I ≤ 0.15 D-I ≤ 0.12	C-I = 0.19 D-I = 0.15	C-I = 0.20 D-I = 0.13																			

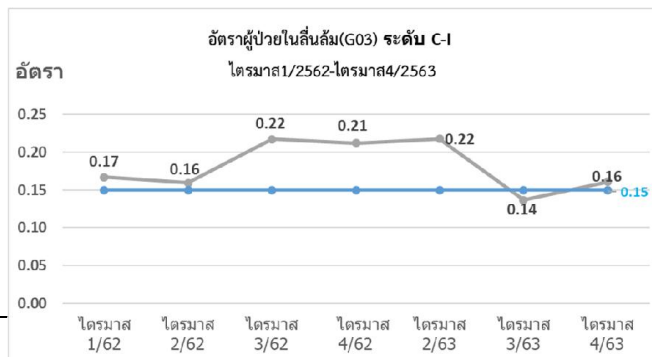
แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ.2563	2562		

ผู้ป่วยลึนลม ปีงบประมาณ 2563

- ผู้ป่วยในลึนลม(G03) 57 ราย (ผู้ใหญ่ 50 ราย เด็ก 7 ราย)ได้รับบาดเจ็บ 37 ราย เป็นผู้ป่วยสถานที่เกิดเหตุส่วนใหญ่เกิดที่ห้องน้ำและข้างเตียง
- ลักษณะการเกิด :
 - การเกิดที่เป็นอุบัติเหตุ คือ ลึนเนื่องจากพื้นห้องน้ำเปียก สะดุดธรณีประตู เสาน้ำเกลือลึนขณะไปห้องน้ำ ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่เกิดจากการวิ่งเล่นเช่น วิ่งสะดุดขาส้ม อุบัติเหตุจากเล่นเครื่องเล่น
 - การเกิดที่เป็นจากอาการเปลี่ยนแปลงมีทั้งก่อนไปห้องน้ำและหลังจากการขับถ่ายแล้ว เช่น อาการรวบ หนามืด
 - เกิดอุบัติการณ์ในกลุ่มผู้ป่วย Depression, Alcohol withdrawal ได้รับยาแล้วมีปัญหาในการทรงตัว กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด มีอาการเพลีย
 - ผู้ป่วยผู้ใหญ่ส่วนใหญ่เกิดขณะผู้ป่วยทำกิจกรรมโดยลำพัง เช่น ไปห้องน้ำคนเดียว ลงจากเตียงเอง

สาเหตุ : ปฏิบัติไม่ครบตามมาตรการป้องกันในเรื่อง

- สิ่งแวดล้อม : สัมผัสเปียกชื้นที่พื้นเปียก
- ขาดการสื่อสารในทีมและการให้ความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยที่มีข้อจำกัด ในด้านการเคลื่อนไหว และที่มีอุปกรณ์



แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ																										
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา																																
			<p>อัตรา อัตราผู้ป่วยในสั้นล้ม(G03) ระดับ D-I ไตรมาส1/2562-ไตรมาส4/2563</p> <table border="1"> <tr><th>ไตรมาส</th><td>1/62</td><td>2/62</td><td>3/62</td><td>4/62</td><td>1/63</td><td>2/63</td><td>3/63</td><td>4/63</td></tr> <tr><th>ค่า</th><td>0.15</td><td>0.13</td><td>0.16</td><td>0.13</td><td>0.17</td><td>0.12</td><td>0.12</td><td>0.11</td></tr> </table>	ไตรมาส	1/62	2/62	3/62	4/62	1/63	2/63	3/63	4/63	ค่า	0.15	0.13	0.16	0.13	0.17	0.12	0.12	0.11												
ไตรมาส	1/62	2/62	3/62	4/62	1/63	2/63	3/63	4/63																									
ค่า	0.15	0.13	0.16	0.13	0.17	0.12	0.12	0.11																									
			<p>จำนวนการเกิด อุบัติการณ์ผู้ป่วย นอกปลัดตก (G02)และสั้น ล้ม(G04)ระดับ C-I</p>	C-I = 0 ราย	C-I =14 ราย	<p>C-I 11 รายG02=2 รายG04=10ราย</p> <p>จำนวนผู้ป่วย(ราย) จำนวนผู้ป่วยนอกปลัดตก/สั้นล้ม ระดับ C-I ไตรมาส1/2561-ไตรมาส4/2563</p> <table border="1"> <tr><th>ไตรมาส</th><td>1/61</td><td>2/61</td><td>3/61</td><td>4/61</td><td>1/62</td><td>2/62</td><td>3/62</td><td>4/62</td><td>1/63</td><td>2/63</td><td>3/63</td><td>4/63</td></tr> <tr><th>ค่า</th><td>4</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>3</td><td>8</td><td>5</td><td>2</td><td>5</td><td>2</td><td>1</td><td>3</td></tr> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>ผู้ป่วยนอกปลัดตก/สั้นล้ม ปี 2563 เกิดอุบัติการณ์ทั้งหมด 11 ราย ลักษณะการเกิด : ตกรถเข็นจากรถสะดุดพื้นต่างระดับ ตกเก้าอี้ตรวจตาใน ผู้สูงอายุ มีอาการเปลี่ยนแปลง คือหน้ามืด เป็นลม สาเหตุ :แนวทางการประเมินความเสี่ยง มาตรการในการเฝ้าระวังอุบัติการณ์ในการ ทำกิจกรรมของผู้ป่วย รวมทั้งการบันทึกและการสื่อสารในทีม ยังไม่มีระบบที่ชัดเจน สำหรับผู้ป่วยนอก</p> </div>	ไตรมาส	1/61	2/61	3/61	4/61	1/62	2/62	3/62	4/62	1/63	2/63	3/63	4/63	ค่า	4	2	2	2	3	8	5	2	5	2	1	3	
ไตรมาส	1/61	2/61	3/61	4/61	1/62	2/62	3/62	4/62	1/63	2/63	3/63	4/63																					
ค่า	4	2	2	2	3	8	5	2	5	2	1	3																					

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา						
1.1 กิจกรรมทบทวน แลกเปลี่ยนเรียนรู้การ บริหารจัดการเพื่อ ป้องกันการพลัดตก/ลื่น ล้ม		1.กิจกรรม แลกเปลี่ยน เรียนรู้	จำนวนครั้งใน การจัดกิจกรรม แลกเปลี่ยน เรียนรู้กับกลุ่ม แกนนำ	KM 2 ครั้ง (มีค63,กค63)	1 ครั้ง	ไม่ได้จัดกิจกรรม	
		2 กิจกรรม ทบทวนหน้า งานโดย Rapid response Team(RRT)	ร้อยละของ กิจกรรมทบทวน หน้างานโดย RRT	ร้อยละ 100	เริ่มเดือน สิงหาคม 2562	ร้อยละ 14 ที่ได้ลงทบทวนหน้างาน	
		แนว ปฏิบัติการ ป้องกันการพลัด ตก/ลื่นล้ม ของหอ ผู้ป่วยใน	จำนวนแนว ปฏิบัติการ ป้องกันการพลัด ตก/ลื่นล้ม	2 เรื่อง	NA	รอนำเสนอทีมบริหารฝ่ายบริการพยาบาล	
1.2 พัฒนาแนว ปฏิบัติการป้องกันการ พลัดตก/ลื่นล้ม - ผู้ป่วยใน - ผู้ป่วยนอก		แนว ปฏิบัติการ ป้องกันการพลัด ตก/ลื่นล้ม ของหอ ผู้ป่วยใน	จำนวน แนวปฏิบัติที่ นำมา ทดลองใช้	2 เรื่อง	N/A	-ไม่มีนวัตกรรมเพิ่ม	
1.3 ค้นหาวัตกรรม/ แนวปฏิบัติรวมทั้งที่ได้ จากการแลกเปลี่ยน เรียนรู้มาทดลองใช้และ		นวัตกรรม/ แนวปฏิบัติที่ นำมา ทดลองใช้	จำนวน นวัตกรรมแนว ปฏิบัติที่นำมา ทดลองใช้	2 เรื่อง	N/A	-ไม่มีนวัตกรรมเพิ่ม	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ			
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา									
<p>ปรับปรุงให้เหมาะกับบริบทของหอผู้ป่วย</p> <p>- QA การประเมินและการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันพลัดตก/ลื่นล้ม</p> <p>1. โครงการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการความเสี่ยง</p> <p>1.1 กิจกรรมเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารและการจัดการความเสี่ยงความปลอดภัยของผู้ป่วย</p>	ต.ค.62-ก.ย.63	การทำ QA	จำนวนครั้งการทำ QA	2 ครั้ง (เม.ย.63และ 2 ก.ย.63)	-	-รอดำเนินการหลังมีการใช้แนวปฏิบัติ	<p>คุณลักษณะ คุณนงลักษณ์ คุณวิลาวัลย์ คุณคณินนิตย์ คุณพรทิศา คุณนันทา</p>			
		การปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการพลัดตก/ลื่นล้มของฝ่ายบริการพยาบาลของทุกหอผู้ป่วยใน	ร้อยละของการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการพลัดตก/ลื่นล้มของฝ่ายบริการพยาบาลของทุกหอผู้ป่วยใน	ร้อยละ 100	-	-รอดำเนินการหลังมีการใช้แนวปฏิบัติ				
		อุบัติการณ์ระดับ E-I	จำนวนอุบัติการณ์ระดับ E-I ลดลง	≤ 130	158	<p>-จำนวนอุบัติการณ์ ระดับ E-I ไตรมาส ที่ 1-4 /2563 = 167ราย เพิ่มจากปี 2562 = 9 ราย ไม่บรรลุตามเป้าหมาย เป็นระดับ E= 144 ราย, F=12 ราย, G = 1 ราย, H =3 ราย, ระดับ I = 7 ราย</p> <p>- อุบัติการณ์ ระดับ E-I 5 อันดับแรก ปี 2563 ได้แก่</p> <table border="1"> <tr> <td>L021 ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด (ต้องใส่ใหม่)</td> <td>31</td> </tr> <tr> <td>D0816 phlebitis/extravasation</td> <td>21</td> </tr> <tr> <td>L0311 Line& Tube อื่นๆ</td> <td>17</td> </tr> </table>		L021 ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด (ต้องใส่ใหม่)	31	D0816 phlebitis/extravasation
L021 ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด (ต้องใส่ใหม่)	31									
D0816 phlebitis/extravasation	21									
L0311 Line& Tube อื่นๆ	17									

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน		ผู้รับผิดชอบ																																				
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา					ตุลาคม2562 –กันยายน 2563																																						
						<table border="1"> <tr> <td>L06 ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาลอื่นๆ</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>D0809 อันตรายนรุนแรงจากการให้ยาที่เสี่ยงสูงและยาเคมีบำบัด</td> <td>6</td> </tr> </table>	L06 ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาลอื่นๆ	9	D0809 อันตรายนรุนแรงจากการให้ยาที่เสี่ยงสูงและยาเคมีบำบัด	6																																		
L06 ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาลอื่นๆ	9																																											
D0809 อันตรายนรุนแรงจากการให้ยาที่เสี่ยงสูงและยาเคมีบำบัด	6																																											
<p>แยกรายละเอียดแต่ละไตรมาสดังภาพ</p>						<p>กราฟเปรียบเทียบอุบัติการณ์ E-I ไตรมาส 4/2562- 4/2563</p> <table border="1"> <caption>ข้อมูลจากกราฟเปรียบเทียบอุบัติการณ์ E-I</caption> <thead> <tr> <th>ไตรมาส</th> <th>E</th> <th>F</th> <th>H</th> <th>I</th> <th>รวม</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ไตรมาส4/62</td> <td>32</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>39</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส1/63</td> <td>40</td> <td>6</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>48</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส2/63</td> <td>40</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>45</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส3/63</td> <td>27</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>31</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส4/63</td> <td>37</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>43</td> </tr> </tbody> </table>			ไตรมาส	E	F	H	I	รวม	ไตรมาส4/62	32	2	1	1	39	ไตรมาส1/63	40	6	1	1	48	ไตรมาส2/63	40	3	1	1	45	ไตรมาส3/63	27	1	1	1	31	ไตรมาส4/63	37	3	1	1	43
ไตรมาส	E	F	H	I	รวม																																							
ไตรมาส4/62	32	2	1	1	39																																							
ไตรมาส1/63	40	6	1	1	48																																							
ไตรมาส2/63	40	3	1	1	45																																							
ไตรมาส3/63	27	1	1	1	31																																							
ไตรมาส4/63	37	3	1	1	43																																							
<p>ไตรมาส 1/2563</p> <p>อุบัติการณ์ E-I 5 อันดับแรก คือท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด (ต้องใส่ใหม่) (11 ครั้ง) Catheter and tubing mis-connections (10 ครั้ง) ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ (8 ครั้ง) phlebitis/extravasation (6 ครั้ง) ความผิดพลาดในการคัดกรอง/ประเมิน (2 ครั้ง) ผู้ป่วยนอกสิ้น หกล้ม (2 ครั้ง) พบรายงานมากที่สุด</p> <p>ในผลัดเช้าและผลัดดึก</p> <p>L06 ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ (8 ครั้ง) ประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> • ผู้ป่วยก้าวร้าวทำร้ายผู้อื่น 6 ครั้ง • ผู้ป่วยเป็นลมที่ศูนย์อาหาร 1 ครั้ง • ผป.arrest ต้อง CPR ขณะรอตรวจ 1 ครั้ง <p>(รายละเอียดการวิเคราะห์เพิ่มเติม เพื่อค้นหาสาเหตุ ดูจากรายงานของ Risk owner)</p>																																												

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา						
		<p>ไตรมาส 2/2563</p> <p>อุบัติการณ์ E-I 5 อันดับแรก คือ L0311 อื่นๆ (9 ครั้ง), D0816 phlebitis/extravasation (5 ครั้ง), L021 ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด (ต้องใส่ใหม่) (5 ครั้ง), L0302 สาย Central venous catheter (CVC) หลุด (3 ครั้ง), D02 Prescribing error ผู้ป่วยใน (2 ครั้ง), D0809 อันตรายารุนแรงจากการให้ยาที่เสี่ยงสูงและยาเคมีบำบัด (2 ครั้ง), L0305 สาย Drain เลื่อน (2 ครั้ง)</p> <p>L0311 อื่นๆ (9 ครั้ง) ประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> • NJ tube 2 ครั้ง สาย Jejunostomy 1 ครั้ง • Foley's cath หลุด 4 ครั้ง • สาย IV หลุดจาก medicut 1 ครั้ง • สาย PEG เลื่อนหลุด 1 ครั้ง <p>(รายละเอียดการวิเคราะห์เพิ่มเติม เพื่อค้นหาสาเหตุ ดูจากรายงานของ Risk owner คุณคณินันต์และคุณนงลักษณ์)</p> <p>ไตรมาส-3/2563</p> <p>อุบัติการณ์ E-I 5 อันดับแรก คือ L021 ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ต้องใส่ใหม่ (6 ครั้ง), D0816 phlebitis/extravasation (5 ครั้ง), D0809 อันตรายารุนแรงจากการให้ยาที่เสี่ยงสูงและยาเคมีบำบัด (2 ครั้ง), G03 ผู้ป่วยในลื่น หกล้ม (2 ครั้ง), L0306 สาย Drain หลุด (2 ครั้ง)</p> <p>ไตรมาส 4 /2563</p> <p>อุบัติการณ์ E-I 5 อันดับแรก คือ L021 ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ต้องใส่ใหม่ (7), D0816 phlebitis/extravasation (5), L0308 สายแตก/รั่ว (4), L0311 อื่นๆ(3), L0601 อื่นๆ (2)</p>					
		อุบัติการณ์ ระดับ G-I	จำนวน อุบัติการณ์ ระดับ G-I	≤ 10	14	- จำนวนอุบัติการณ์ ระดับ G-I =11 ราย ไม่บรรลุตามเป้าหมาย เป็นระดับ G = 1 ราย H = 3 ราย ระดับ I = 7 ราย	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ																								
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ.2563	2562	ตุลาคม2562 –กันยายน 2563																									
		<p style="text-align: center;">กราฟเปรียบเทียบอุบัติการณ์ G-I ไตรมาส 4/2562- 4/2563</p> <table border="1" style="margin-top: 10px;"> <caption>ข้อมูลจากกราฟเปรียบเทียบอุบัติการณ์ G-I</caption> <thead> <tr> <th>ไตรมาส</th> <th>H</th> <th>I</th> <th>รวม</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ไตรมาส4/62</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส1/63</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส2/63</td> <td>-</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส3/63</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส4/63</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>แยกรายไตรมาส</p> <p>ไตรมาส 1/2563 ระดับ H =1 ราย ผป.arrest ขณะรอน้ำห้องตรวจ ต้อง CPR ระดับ I= 1 ราย ผู้ป่วย Arrest ที่หน้าห้องน้ำห้องเจาะเลือด Dead ที่ ER</p> <p>ไตรมาส 2/2563 : ระดับ I= 2 ราย Unexpected cardiac arrest ผู้ป่วย arrest ที่ห้อง CT ER และเสียชีวิตที่ห้อง Resuscitate ER (1 ราย) การแพ้ยาซ้ำ (1ราย)</p> <p>ไตรมาส-3/2563 ระดับ G = 1 ราย ผู้ป่วยเกิดอันตรายรุนแรงจากการให้ยาที่เสี่ยงสูงและยาเคมีบำบัด ระดับ H =1 ราย เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อื่น ๆจากการไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด/หัตถการ ระดับ I = 2 ราย ผู้ป่วยในลิ้น หกล้ม (1 ราย), ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาล (1 ราย)</p> <p>ไตรมาส 4 /2563 H = E99 รายงานการเกิดปฏิกิริยาให้เลือด, I = Unexpected cardiac arrest 2 ราย</p>						ไตรมาส	H	I	รวม	ไตรมาส4/62	3	2	5	ไตรมาส1/63	1	1	2	ไตรมาส2/63	-	2	2	ไตรมาส3/63	1	1	2	ไตรมาส4/63	1	2	3
ไตรมาส	H	I	รวม																												
ไตรมาส4/62	3	2	5																												
ไตรมาส1/63	1	1	2																												
ไตรมาส2/63	-	2	2																												
ไตรมาส3/63	1	1	2																												
ไตรมาส4/63	1	2	3																												

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ												
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา																		
1.1.1 ติดตามและ ทบทวนอุบัติการณ์อย่าง รวดเร็ว		การทบทวน อุบัติการณ์	จำนวน อุบัติการณ์ ทั้งหมดที่ได้รับ การติดตามอย่าง รวดเร็วและ ทบทวนหน้างาน โดยกรรมการ/ ผู้ตรวจการ	อุบัติการณ์ระดับ G-I ร้อยละ 100	100 (อุบัติการณ์ ระดับ G-I)	<p>จำนวนอุบัติการณ์ ระดับ G-I มี 11 ราย ติดตามและทบทวนอุบัติการณ์อย่างรวดเร็ว ในระดับหน่วยงาน ทั้ง 11 รายคิดเป็น ร้อยละ 100 ได้รับการทบทวนในกรรมการ CQI 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.55 ผลการทบทวนพบว่า อุตการณ์ที่มีผลกระทบ G-I เกิดใน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยกลุ่มอายุมากกว่า 50 ปี 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.727 อายุต่ำกว่า 50 ปี 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.27 -เพศชาย 7 คน คิดเป็นร้อยละ 63.64 เพศหญิง 4 คน คิดเป็นร้อยละ 36.36 - สถานที่/หน่วยงานที่เกิดเหตุ เกิดที่ แผนกผู้ป่วยนอก 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.36 เท่ากับหน่วยงานที่ทำหัตถการ/ผ่าตัด/ทำคลอด/เอ็กซเรย์ 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.36 และ หอผู้ป่วยผู้ป่วยวิกฤติ กึ่งวิกฤติ 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.27 <table border="1"> <thead> <tr> <th>สถานที่/หน่วยงานที่เกิดเหตุ</th> <th>จำนวน</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>แผนกผู้ป่วยนอก</td> <td>4</td> <td>36.36</td> </tr> <tr> <td>หอผู้ป่วยผู้ป่วยวิกฤติ กึ่งวิกฤติ</td> <td>3</td> <td>27.27</td> </tr> <tr> <td>หน่วยงานที่ทำหัตถการ/ผ่าตัด/ทำคลอด/เอ็กซเรย์</td> <td>4</td> <td>36.36</td> </tr> </tbody> </table>	สถานที่/หน่วยงานที่เกิดเหตุ	จำนวน	ร้อยละ	แผนกผู้ป่วยนอก	4	36.36	หอผู้ป่วยผู้ป่วยวิกฤติ กึ่งวิกฤติ	3	27.27	หน่วยงานที่ทำหัตถการ/ผ่าตัด/ทำคลอด/เอ็กซเรย์	4	36.36	
สถานที่/หน่วยงานที่เกิดเหตุ	จำนวน	ร้อยละ																	
แผนกผู้ป่วยนอก	4	36.36																	
หอผู้ป่วยผู้ป่วยวิกฤติ กึ่งวิกฤติ	3	27.27																	
หน่วยงานที่ทำหัตถการ/ผ่าตัด/ทำคลอด/เอ็กซเรย์	4	36.36																	
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>หอผู้ป่วย/หน่วยงาน</th> <th>ประเด็นที่ได้จากการทบทวน</th> <th>แผนพัฒนาต่อเนื่อง</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>กลุ่มผู้ป่วยนอก/ER</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - การประเมินผู้ป่วยแรกรับไม่ครบถ้วน -ระบบการมอบหมายงานไม่เหมาะสม -ระบบ Triage และแนวทางการดูแลหลังTriage ยังไม่ชัดเจนทำให้ยากต่อการปฏิบัติ - Competency ของพยาบาล -ระบบการตรวจของแพทย์ที่สั่งการรักษาโดยไม่ได้พบผู้ป่วย </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> -นิเทศการ Triage ผ่านการสุ่มเวรระเบียบในรายที่ส่งต่อ ER/ผู้ป่วยในห้องสังเกตอาการอย่างน้อยวันละ 1 แพ้ -จัด KM การ Triage ร่วมกับ ER -ให้แต่ละหน่วยงานกิจกรรมให้ความรู้เรื่องโรคที่สำคัญและการบริการความเสี่ยง รวมทั้งเกณฑ์การเฝ้าระวังความเสี่ยง/อาการทรุดลง พัฒนา Early warning signs ร่วมกับ CLT </td> </tr> </tbody> </table>	หอผู้ป่วย/หน่วยงาน	ประเด็นที่ได้จากการทบทวน	แผนพัฒนาต่อเนื่อง	กลุ่มผู้ป่วยนอก/ER	<ul style="list-style-type: none"> - การประเมินผู้ป่วยแรกรับไม่ครบถ้วน -ระบบการมอบหมายงานไม่เหมาะสม -ระบบ Triage และแนวทางการดูแลหลังTriage ยังไม่ชัดเจนทำให้ยากต่อการปฏิบัติ - Competency ของพยาบาล -ระบบการตรวจของแพทย์ที่สั่งการรักษาโดยไม่ได้พบผู้ป่วย 	<ul style="list-style-type: none"> -นิเทศการ Triage ผ่านการสุ่มเวรระเบียบในรายที่ส่งต่อ ER/ผู้ป่วยในห้องสังเกตอาการอย่างน้อยวันละ 1 แพ้ -จัด KM การ Triage ร่วมกับ ER -ให้แต่ละหน่วยงานกิจกรรมให้ความรู้เรื่องโรคที่สำคัญและการบริการความเสี่ยง รวมทั้งเกณฑ์การเฝ้าระวังความเสี่ยง/อาการทรุดลง พัฒนา Early warning signs ร่วมกับ CLT 											
หอผู้ป่วย/หน่วยงาน	ประเด็นที่ได้จากการทบทวน	แผนพัฒนาต่อเนื่อง																	
กลุ่มผู้ป่วยนอก/ER	<ul style="list-style-type: none"> - การประเมินผู้ป่วยแรกรับไม่ครบถ้วน -ระบบการมอบหมายงานไม่เหมาะสม -ระบบ Triage และแนวทางการดูแลหลังTriage ยังไม่ชัดเจนทำให้ยากต่อการปฏิบัติ - Competency ของพยาบาล -ระบบการตรวจของแพทย์ที่สั่งการรักษาโดยไม่ได้พบผู้ป่วย 	<ul style="list-style-type: none"> -นิเทศการ Triage ผ่านการสุ่มเวรระเบียบในรายที่ส่งต่อ ER/ผู้ป่วยในห้องสังเกตอาการอย่างน้อยวันละ 1 แพ้ -จัด KM การ Triage ร่วมกับ ER -ให้แต่ละหน่วยงานกิจกรรมให้ความรู้เรื่องโรคที่สำคัญและการบริการความเสี่ยง รวมทั้งเกณฑ์การเฝ้าระวังความเสี่ยง/อาการทรุดลง พัฒนา Early warning signs ร่วมกับ CLT 																	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ.2563	2562		
			-แนวปฏิบัติในการสั่งการให้เลือดของแพทย์โดยกำหนดอัตราการให้เลือดไม่ชัดเจน			- พัฒนา Competency พยาบาลให้สอดคล้องกับ DSC หรือกลุ่มโรคเสี่ยง -การ monitor ระหว่าง transfer ผู้ป่วย ระหว่างหน่วยงาน - ลงทะเบียนความเสี่ยงการเกิดภาวะฉุกเฉินระหว่างรอตรวจหลังตรวจ และการส่งต่อ เป็นความเสี่ยงหลักของหน่วยงาน	
		หอผู้ป่วยผู้ป่วยวิกฤติ กึ่งวิกฤติ	- การได้รับยา antibiotic ที่เหมาะสมสำหรับแหล่งเชื้อที่สงสัย - การใช้ NEWS ในการประเมินผู้ป่วย - ระบบปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านหลอดเลือด - การใช้ Vasopressor ร่วมกับการประเมินความเพียงพอของน้ำในร่างกาย เพื่อรักษาความดัน - พยาธิสภาพของหลอดเลือดผู้ป่วยที่มี vasculitis			พัฒนาเกณฑ์การเฝ้าระวัง (early warning signs) ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง/โรคที่สอดคล้องกับ DSC -เฝ้าระวังผู้ป่วยตกกลับในกลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงสูงให้ทำกิจกรรมบนเตียง -การประเมินผู้ป่วยและสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพร่วมกับหน่วยงานที่รับก่อนส่งต่อ หรือก่อนทำหัตถการ -ระบบการรายงานอาจารย์แพทย์ เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง -การใช้ NEWS ในการรายงานและวางแผนการรักษา ที่เหมือนกันทั้งโรงพยาบาล	
		*หน่วยงานที่ทำ หัตถการ/ผ่าตัด/ทำ คลอด/เอ็กซเรย์	-เกณฑ์การประเมิน/ตัดสินใจเคลื่อนย้ายผู้ป่วยส่งทำ CT Scan -เตียง CT ไม่สามารถ CPR ได้ ทำให้มีอุปสรรคในการช่วย CPR อุปกรณ์สำหรับวางเครื่อง Defibrillator, bedside monitor และ ventilator -การสื่อสารข้อมูลผู้ป่วย การแพ้ยา contrast media -ปัญหาจากพยาธิสภาพของโรค/โรคร่วม			-พัฒนาเกณฑ์การประเมินผู้ป่วยก่อนส่งทำหัตถการที่เสี่ยงร่วมกับ CLT -เกณฑ์การเฝ้าระวัง (early warning signs) ขณะทำหัตถการ/หลังทำหัตถการ รวมทั้งบันทึกข้อมูลการส่งต่อ - การสั่งใช้ยา contrast media ผ่านระบบ HIS โดยเภสัชกรช่วยตรวจสอบ **ฝ่ายบริการพยาบาล นำเข้าทบทวนในคณะกรรมการ CQI ระดับฝ่ายฯในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานการพยาบาล การเฝ้าระวัง และระบบสื่อสารในทีมการพยาบาล	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ.2563	2562	ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	
		ระบบ/แนวปฏิบัติ/วิธีการทำงานที่ปรับเปลี่ยนที่ได้จากการทบทวน	การบันทึกการทบทวนในระบบ HIS	-อุบัติการณ์ระดับ E-I \geq ร้อยละ 80 -อุบัติการณ์ระดับ 3-5 \geq ร้อยละ 80	NA	-พบว่ามีการบันทึกการทบทวนในระบบ HIS ของอุบัติการณ์ทางคลินิก ระดับ E-I ไตรมาส 1-4 /2563 ร้อยละ 90.42 บรรลุตามเป้าหมาย การทบทวนในภาพรวม ร้อยละ 82.12 โดยอุบัติการณ์ที่มีการทบทวนมากที่สุดคือ ระดับ GHI ทบทวน ร้อยละ 100 รองลงมาคือ ระดับ E-F ทบทวนร้อยละ 89.74 ระดับ C-D ทบทวน ร้อยละ 81.34 และ ระดับ A-B ทบทวนร้อยละ 66.67 -พบว่ามีการบันทึกการทบทวนในระบบ HIS ของอุบัติการณ์ทั่วไป ระดับ 3-5 ไตรมาส 1-4 /2563 ร้อยละ 90.48 บรรลุตามเป้าหมาย ส่วนการทบทวนในภาพรวม คิดเป็นร้อยละ 66.23 วิธีการ/ระบบที่ปรับเปลี่ยน	
		ความพึงพอใจของหน่วยงานที่ได้รับการติดตามทบทวน	อัตราความพึงพอใจของหน่วยงานที่ได้รับการติดตามทบทวน	\geq ร้อยละ 80	NA	มีป้ายประกาศ/แจ้งเตือนในกลุ่มผู้ป่วยใหม่/walk in ที่มีภาวะเร่งด่วนสามารถติดต่อเจ้าหน้าที่ได้ทุกจุดบริการ อัตราความพึงพอใจของหน่วยงานที่ได้รับการติดตามทบทวน RRT ร้อยละ 81.25 บรรลุตามเป้าหมาย มีหน่วยงานที่ตอบแบบประเมิน 24 หน่วยงาน คือพิเศษเฉลิมพระบารมี 7 พิเศษเฉลิมพระบารมี 11, เด็ก 2, นรีเวช สูติกรรม ห้องคลอด จิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก 2, จิตเวช, PMCU, ฉกฉก คัลยกรรมประสาท เด็ก 2, อุบัติเหตุ คลินิกอายุรกรรม คลินิกเด็ก คลินิกตา OPD 2, OPD 1, OPD 3, คลินิกฝากครรภ์ คลินิกนรีเวชและสำนักงานผู้ตรวจการพยาบาล พบว่าหน่วยงานมีความพึงพอใจ	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา						
						<p>โดยรวม ความรวดเร็ว ทีมที่ลงเยี่ยม RRT คิดเป็นร้อยละ 81.25 ประเด็นที่ได้คะแนนน้อยคือ ระยะเวลาและรูปแบบในการทำกิจกรรม</p> <p>ประเด็นที่หน่วยงานได้จาก RRT</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การปฏิบัติตามมาตรฐานการให้ยา การตรวจสอบคำสั่งการรักษา การ set การ์ดยา <ul style="list-style-type: none"> ● การเช็คขนาดยาข้าง vial ทุกครั้งก่อนเตรียมยา ● ระบบการเช็คการ์ดยา ให้ทำทุกเวอร์ ● ยาเสี่ยงสูงควรมีการ double check การ set.การ์ดยา 2. มุมมองจากคนภายนอกร่วมคิดวิเคราะห์สาเหตุ ทำให้เห็น gap ของการทำงาน และแนวทางแก้ไข (5) ต้องเฝ้าระวังอย่างจริงจัง 3. ได้แนวปฏิบัติในการควบคุมกำกับในการปฏิบัติตามมาตรฐาน, บุคลากรในหน่วยงานได้มีความตระหนักในการปฏิบัติตามมาตรฐาน, ผู้ปฏิบัติงานหน้างานแจ้งปัญหาหน้างานที่พบและทีมได้มีส่วนแสดงความคิดเห็นและแนวทางแก้ไข 4. การประเมินความเสี่ยงที่เฉพาะรายบุคคล 5. จัดทำป้ายเตือนที่เป็นเฉพาะรายบุคคล 6. แนวทางการประเมินผู้ป่วย refer 7. การลงบันทึกการจ่ายยาให้ทำเป็น real time 8. การ round chart.อย่างมีประสิทธิภาพจะทำให้ดักจับความคลาดเคลื่อนได้ทัน 9. การกำกับติดตามการปฏิบัติ process design 	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ																								
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา																														
1.1.2 ทบทวน Risk Profile ระดับฝ่ายฯ		บัญชีความเสี่ยงที่สำคัญระดับฝ่ายฯ	จำนวนบัญชีความเสี่ยงที่สำคัญระดับฝ่ายฯ	≥ 100	79 (รพ =193)	<p>10. ได้ความเข้าใจในแบบประเมินความเสี่ยงต่อการตกหล่น</p> <p>11. การidentify ,การทบทวนคำสั่งแพทย์,การตรวจสอบซ้ำ</p> <p>ข้อคิดเห็นจากหน่วยงาน</p> <p>1. ให้ผดก.ของหน่วยงานเป็นผู้ทำกิจกรรม RRT ดีมากๆเลย</p> <p>2.การทบทวนควรค้นหา RCA จริงจากผู้ปฏิบัติหน้างาน</p> <p>จำนวนบัญชีความเสี่ยงฝ่ายบริการพยาบาล = 224 รายการ แบ่งเป็น ด้าน Clinic 186 รายการ ด้าน Non-clinic 38 รายการ</p> <p>มีการปรับปรุงโปรแกรม และบัญชีความเสี่ยงของโปรแกรกดังนี้</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>รายการที่เปลี่ยนแปลง</th> <th>ฉบับเดิม</th> <th>ปรับ ก.ค.62</th> <th>ปรับ ก.พ.63</th> <th>ปรับ เม.ย.63</th> <th>ปรับ ส.ค.63</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>จำนวนโปรแกรมความเสี่ยง</td> <td>18</td> <td>20</td> <td>21</td> <td>21</td> <td>21</td> </tr> <tr> <td></td> <td>NA</td> <td>79</td> <td>131</td> <td>158</td> <td>224</td> </tr> <tr> <td>จำนวนบัญชีความเสี่ยง</td> <td>รพ. =132</td> <td>รพ. =193</td> <td>รพ. =222</td> <td>รพ. =249</td> <td>รพ. =302</td> </tr> </tbody> </table> <p>Update ในระบบ HIS, โปรแกรมส่งเวรผู้ตรวจการ และในระบบ Intranet วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2563, เดือนเมษายน 2563,เดือนสิงหาคม 2563</p> <p>หมายเหตุ บข.ความเสี่ยงโรงพยาบาลด้าน Clinic จำนวน 14 โปรแกรม (237 รายการ) ด้าน Non-clinic 7 โปรแกรม (65 รายการ)</p> <p>ข้อเสนอแนะ</p> <p>- เพิ่มการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกจากช่องทางอื่นๆ</p> <p>จำนวนความเสี่ยงที่ลงทะเบียนอย่างสมบูรณ์ 10 ตัวหลัก 34 บัญชีความเสี่ยงย่อย (นับสะสมตั้งแต่ปี 2560-2563) คือidentification, เครื่องมือ/อุปกรณ์/ผ้าซับ</p>	รายการที่เปลี่ยนแปลง	ฉบับเดิม	ปรับ ก.ค.62	ปรับ ก.พ.63	ปรับ เม.ย.63	ปรับ ส.ค.63	จำนวนโปรแกรมความเสี่ยง	18	20	21	21	21		NA	79	131	158	224	จำนวนบัญชีความเสี่ยง	รพ. =132	รพ. =193	รพ. =222	รพ. =249	รพ. =302	คุณลักษณะมีและทีม
รายการที่เปลี่ยนแปลง	ฉบับเดิม	ปรับ ก.ค.62	ปรับ ก.พ.63	ปรับ เม.ย.63	ปรับ ส.ค.63																										
จำนวนโปรแกรมความเสี่ยง	18	20	21	21	21																										
	NA	79	131	158	224																										
จำนวนบัญชีความเสี่ยง	รพ. =132	รพ. =193	รพ. =222	รพ. =249	รพ. =302																										
1.1.3 รวบรวมรายละเอียดของความ		ทะเบียนความเสี่ยง	จำนวนความเสี่ยงที่	≥ 9 ตัว	NA																										

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ.2563	2562	ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	
เสี่ยงที่รพ.ประกาศเป็นนโยบายใส่ในทะเบียนความเสี่ยง (Risk Register) ระดับฝ่ายฯ ให้สมบูรณ์และเป็นปัจจุบัน			ลงทะเบียนอย่างสมบูรณ์			<p>โลหิต ตกค้างในร่างกายผู้ป่วย, ความปลอดภัยในการให้ยา สารน้ำ และอาหารทางการแพทย์, ความเสี่ยงของผู้ป่วยต่อการตกเตียง ลื่น หกล้ม, ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา, ท่อช่วยหายใจ เลื่อนหลุดต้องใส่ใหม่ (re-intubation), pressure injury, เครื่องมือแพทย์และระบบจ่ายก๊าซทางการแพทย์, เกิดความคลาดเคลื่อนจากการรายงาน/ไม่ได้รายงาน Lab วิกฤติ , ความผิดพลาดในการสื่อสารทางคลินิก โดยคัดเลือกรายงานจากอุบัติการณ์ที่มีระดับความเสี่ยงสูง (ผลกระทบ+ความถี่) ในแต่ละไตรมาส มี Risk Owner 14 คน ทำหน้าที่ติดตาม, Verify รายงานอุบัติการณ์ ลงเยี่ยมหน้างาน ร่วมทบทวนและออกแบบมาตรการต่างๆเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ รายงานผลการดำเนินงาน ทุก 3 เดือน</p> <p>ความเสี่ยงที่นำมาลงทะเบียนยังไม่ครอบคลุมสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย ที่สรพ.กำหนด ยังขาดการลงทะเบียนความเสี่ยงด้าน</p> <ul style="list-style-type: none"> ● การติดเชื้อที่สำคัญในสถานพยาบาลตามบริบทขององค์กรในกลุ่ม I: <ul style="list-style-type: none"> Infection Prevention and Control -Surgical site Infection (SSI) -Ventilator associated pneumonia (VAP) -Catheter-Associated Urinary Tract infectino (CAUTI) -Central-Line Associated Bloodstream infectino (CAUTI) ● บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่ ● การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน 	
1.1.4 แลกเปลี่ยนเรียนรู้/นิเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงหน้างาน		การเยี่ยม นิเทศ หน่วยงาน	จำนวนครั้งการเยี่ยมนิเทศหน่วยงาน	12 ครั้ง	NA	จัดกิจกรรมนิเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงหน้างาน จำนวน 25 ครั้ง (ร่วมกับทีม Leadership walk round 6 ครั้ง, Round สิ่งแวดล้อมทุกหอผู้ป่วย วันที่ 17 ธันวาคม 2562 โดยทีมบริหารฝ่ายบริการพยาบาล, Round ENV หน่วยงาน = 3	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา						
1.1.5 แลกเปลี่ยน เรียนรู้/ถอดบทเรียน Service recovery process และการ จัดการข้อร้องเรียน	31มี.ค, 19 มิ.ย. 63	ประเด็น ปัญหาที่พบ/ รับการแก้ไข	จำนวนประเด็น ปัญหาที่พบ/รับ การแก้ไข	12 เรื่อง	NA	<p>ครั้ง, ตามรอยปฏิบัติการ 10 ครั้ง , ตรวจสอบการเฝ้าระวังการติดเชื้อ 2 ครั้ง ตรวจสอบกิจกรรมคุณภาพเตรียมรับ AHA 3 ครั้ง)</p> <p>ประเด็นที่พบและเสนอให้หน่วยงานปรับปรุง 10 เรื่อง</p> <ol style="list-style-type: none"> เสนอให้ซ่อมอัคคีภัยแบบ Table Top การเก็บสายไฟฟ้าและสายต่างๆให้เรียบร้อย แม่บ้านควรทำความสะอาดพัตลมเพดาน รวมทั้งดูแลห้องน้ำไม่ให้เปียกชื้น ไม่ วางส่งกีดขวางบริเวณทางเดิน แจ้งซ่อมอ่างล้างอุปกรณ์ เพื่อให้ น้ำไหลสะดวก ประสานวิศวกรเพื่อมาตรวจสอบประตูห้องแยก ให้ทบทวนเรื่องปริมาณการใช้ผ้า และจัดหาที่เก็บ ตรวจสอบถังขยะและจัดหาให้เพียงพอ จัดทำป้ายบอกปริมาณติด/แขวนไว้ที่ถังออกซิเจน ระบบการจัดเก็บยาเสพติด ระบบการตรวจสอบเครื่องมือสำคัญให้พร้อมใช้ 	
		กิจกรรม KS	จำนวนครั้งการ ทำกิจกรรม KS	2 ครั้ง	NA	<p>จัด 1 ครั้ง 2 รุ่น รุ่นละ 1 วัน (6,7 สิงหาคม 2563) มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมวันที่ 6 สิงหาคม 2563 = 100 คน 7 สิงหาคม 2563 = 86 คน</p>	
		ผลงานที่เข้า ร่วมกิจกรรม	จำนวนผลงานที่ เข้าร่วมกิจกรรม	24 เรื่อง	NA	จำนวนผลงานที่เข้าร่วมกิจกรรม 24 เรื่อง	
		ความพึง พอใจของ	คะแนนความพึง พอใจของ	> 3.25	NA	คะแนนความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรมในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุดทั้ง 2 รุ่นโดยได้คะแนนเฉลี่ย= 3.36, 3.44 ตามลำดับ รายละเอียดดังตาราง	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563					ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา					วันที่ 6 ส.ค.63 ผู้ตอบแบบประเมิน 73 คน จากผู้เข้าร่วม 100 คน คิดเป็นร้อยละ 73		วันที่ 7 ส.ค.63 ผู้ตอบแบบประเมิน 66 คน จาก ผู้เข้าร่วม 86 คน คิดเป็นร้อยละ 76.74		ระดับ	
		ผู้เข้าร่วม กิจกรรม	ผู้เข้าร่วม กิจกรรม			รายการประเมิน	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	ระดับ
						1. ความรู้ที่ได้รับ	3.30	0.59	3.39	0.52	มากที่สุด
						2. ประโยชน์ที่ได้รับ	3.40	0.57	3.50	0.50	มากที่สุด
						3. การนำไป ประยุกต์ใช้	3.41	0.62	3.56	0.50	มากที่สุด
						4. ความพึงพอใจ ในภาพรวม	3.36	0.61	3.44	0.59	มากที่สุด
						<p>ข้อชื่นชม</p> <ol style="list-style-type: none"> กิจกรรมดี มีประโยชน์มาก อยากให้จัดทุกปี ทำให้เห็นแนวทางการปฏิบัติ หากเกิดข้อร้องเรียน การอบรมมีประโยชน์ทำให้เราได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์จริง การ comment ดีมาก ได้ความรู้มาก <p>ข้อเสนอแนะ</p> <ol style="list-style-type: none"> การจัดสถานที่ไม่เหมาะสม เก้าอี้ในการนั่งประชุม นั่งแล้วปวดหลัง น่าจะมีโต๊ะเพื่อจะได้วางแขนหรือค้ำแขนได้ ซึ่งอาจจะช่วยห่างในการนั่งในโต๊ะแทน 					

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา						
						รายละเอียดของกิจกรรมที่ทำต่อเนื่องและเพิ่มเติมในเดือนธันวาคม 2562 ตาม ตารางแนบ	

ธันวาคม 2562																										
กิจกรรม	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26			
ตรวจเยี่ยม AHA																										
Presurvey AHA																										
Deploy SAR Highlight																										
Leadership Walkround																										
Internal Survey (env)																										
สำรวจ Basic Safety																										
Big Cleaning Day																										
ซ้อมอัคคีภัย ร.พ.																										
ตรวจเยี่ยม 5 ส.ของคณะ																										
Update Service Profile																										
จัดทำ One page summary ของ หน่วยงาน และรายโรค																										
สรุปผลการบริหารความเสี่ยงของ หน่วยงาน, Risk Register																										
ซ้อมการนำเสนอร่วมกับ CLT																										

สรพ.เข้าเตรียม
ทีมตั้งแต่ 13.00
น. 23 ธ.ค. 62

- เตรียมหน่วยงานเพื่อรับการเยี่ยมจาก สรพ เพื่อเก็บข้อมูลเพิ่มเติม
- รับการตรวจเยี่ยม AHA จากสรพ 19 สิงหาคม 2563

ผลลัพธ์ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพ ขั้นก้าวหน้า (Advanced HA) ตั้งแต่วันที่ 26 สิงหาคม 2563 - 25 สิงหาคม 2566 เป็นเวลา 3 ปี เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์กำหนดให้ทุกหน่วยงานจัดทำแผนพัฒนาตามข้อเสนอแนะ รายงานความก้าวหน้าทุกปี เตรียมความพร้อมรับการตรวจประเมินเพื่อเฝ้าระวัง (AHA Surveillance Survey) ปี 2564-2565 และ
ขอต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพขั้นก้าวหน้า AHA (Re-accreditation Survey) ปี 2566

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
ปี ปม.2563-2564	วัน-เวลา			ปี ปม.2563	2562	ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	
1.3 กิจกรรมสร้าง วัฒนธรรมคุณภาพและ การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง - จัดอบรม“ การพัฒนา รูปแบบการนิเทศทาง คลินิก - จัดอบรมการทบทวน เวชระเบียนสู่การ เชื่อมโยงและออกแบบ ระบบงาน โดยใช้ตัว Trigger อุบัติการณ์ที่สำคัญ Med Error, Fall, Communication, Line& Tube	2 วัน (27-28 เม.ย.)	ความพึง พอใจ	คะแนนความพึง พอใจต่อการ อบรม	≥ 4	NA	ยกเลิกโครงการ	คุณลักษณะมี
		การนิเทศ ทางคลินิก ของหัวหน้า งานหลังการ อบรม	จำนวนครั้งการ นิเทศทางคลินิก ของหัวหน้างาน หลังการอบรม	≥ 4 ครั้ง/เดือน/ คน	NA	ยกเลิกโครงการ	
	2 วัน (21-22 พ.ค)	ความพึง พอใจ	คะแนนความพึง พอใจต่อการ อบรม	≥ 4	NA	ยกเลิกโครงการ	
2. โครงการพัฒนา ศักยภาพบุคลากร		กิจกรรม ทบทวนเวช ระเบียนสู่ การ เชื่อมโยง และ ออกแบบ ระบบงาน หลังการ อบรม	จำนวนกิจกรรม ทบทวนเวช ระเบียนสู่การ เชื่อมโยงและ ออกแบบ ระบบงานหลัง การอบรม	6 ครั้ง	NA		คุณลักษณะมี และทีม

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
ปี ปพ.2563-2564	วัน-เวลา			ปี ปพ.2563	2562	ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	
2.1 กิจกรรมนำเสนอ ผลงาน Quality Day 2020 - For Nurse & Non nurse	8-10 ก.ค.63	ความพึง พอใจ	คะแนนความพึง พอใจ	≥ 4	NA	เลื่อนวันจัดเป็นวันที่ 18, 26-27พฤศจิกายน 2563	
3. โครงการส่งเสริม สนับสนุนติดตาม คุณภาพ		โครงการ พัฒนางาน/ CQI/ นวัตกรรม	จำนวนโครงการ พัฒนางาน/ CQI/นวัตกรรม	80	NA		
3.1 ปรับปรุงโปรแกรม รายงานอุบัติการณ์ - ปรับปรุงการรายงาน อุบัติการณ์ระดับ A,B - ปรับปรุงการรายงาน Near- miss ระบบยา ผู้ป่วยนอก		การปรับปรุง โปรแกรม	ความสำเร็จใน การปรับปรุง โปรแกรม	ร้อยละ 100	NA	อยู่ระหว่างประสานงานการพัฒนาโปรแกรม (ชะลอเนื่องจากสถานการณ์ Covid 19) เลื่อนไปจัดทำในแผนงาน ปี 2564	
3.2 ทบทวนและซ่อม แผนอค์คิภัยร่วมกับ หอ ผู้ป่วยกระดูกและข้อ ชาย กระดูกและข้อ หญิง คลินิกหุ คอ จมูก ห้องผ่าตัดเล็ก คลินิก บริการพิเศษ ศูนย์คัด กรองโรคระบบทางเดิน	ต.ค.62 – ก.ย. 63	การซ่อม แผนฯของ หน่วยงานที่ กำหนด	ร้อยละ ของ หน่วยงานที่ กำหนดได้ซ่อม ตามแผน	100 (10 หน่วยงาน)	60 (6 หน่วยงาน)	หน่วยงานที่ทบทวนและซ่อมแผนอค์คิภัย 3 หน่วยงานคิดเป็นร้อยละ 30 คือ หอ ผู้ป่วยกระดูกและข้อชาย กระดูกและข้อหญิง คลินิกหุ คอ จมูก ไตรมาส 2-4/2563 ไม่ได้ดำเนินการ (ชะลอเนื่องจากสถานการณ์ Covid 19)	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ														
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา																				
<p>หายใจ ศูนย์อุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์, PMCU, พิเศษรัตนชีว รักษ์และสำนักงานฝ่าย บริการพยาบาล</p> <p>3.3 กิจกรรมให้ความรู้สู่ ประชาชน</p> <p>- จัดเวทีสุขภาพทุก เดือน</p> <p>- จัดกิจกรรมพิเศษวัน พยาบาลสากล วัน พยาบาลแห่งชาติและ วันมหิดล</p>	<p>ต.ค.62 – ก.ย. 63</p>	<p>กิจกรรมให้ ความรู้แก่ ประชาชน</p>	<p>จำนวนกิจกรรม ให้ความรู้แก่ ประชาชน</p>	<p>27 ครั้ง</p>	<p>29</p>	<p>จัดเวทีสุขภาพ 29 ครั้งตามแผน ไตรมาส 1- 2/2563 จัดเวทีสุขภาพ โดยจัดกิจกรรมบนเวทีสุขภาพ 9 ครั้ง ปรับ รูปแบบกิจกรรมเสวนาถ่ายทอดสดผ่านรายการสภากาแฟสถานีวิทยุอม. FM 88 = 20 ครั้ง เนื่องจากสถานการณ์ Covid 19</p> <p>ประเมินผลโดยเก็บความพึงพอใจผ่าน QR code ได้แบบประเมิน 64 ใบ (คะแนนเต็ม 4) ผลการประเมินอยู่ในระดับมากทุกหัวข้อ ได้คะแนนเฉลี่ย 3.30- 3.59</p> <table border="1" data-bbox="1256 895 1888 1278"> <thead> <tr> <th>รายการประเมิน</th> <th>1/2563</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ความเหมาะสมของกิจกรรม</td> <td>3.42</td> </tr> <tr> <td>2. ระยะเวลาเหมาะสม</td> <td>3.30</td> </tr> <tr> <td>3. ความเหมาะสมของสถานที่</td> <td>3.44</td> </tr> <tr> <td>4. ความรู้ที่ได้รับ</td> <td>3.59</td> </tr> <tr> <td>5. สามารถนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ได้</td> <td>3.47</td> </tr> <tr> <td>รวม</td> <td>3.44</td> </tr> </tbody> </table> <p>ข้อเสนอแนะ/ชื่นชม</p> <p>1) เป็นกิจกรรมที่ดี อยากให้มีโอกาสทำต่อไป (6 ราย)</p> <p>2) เครื่องเสียงมีเสียงหวีดบ่อยครั้ง (1 ราย)</p>	รายการประเมิน	1/2563	1. ความเหมาะสมของกิจกรรม	3.42	2. ระยะเวลาเหมาะสม	3.30	3. ความเหมาะสมของสถานที่	3.44	4. ความรู้ที่ได้รับ	3.59	5. สามารถนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ได้	3.47	รวม	3.44	
รายการประเมิน	1/2563																				
1. ความเหมาะสมของกิจกรรม	3.42																				
2. ระยะเวลาเหมาะสม	3.30																				
3. ความเหมาะสมของสถานที่	3.44																				
4. ความรู้ที่ได้รับ	3.59																				
5. สามารถนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ได้	3.47																				
รวม	3.44																				

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 –กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา						
						3) หัวข้อที่จืดน่าสนใจ (4 ราย) 4) นักร้องจิตอาสาร้องเพลงไพเราะมาก (2 ราย) 5) ควรจัดกิจกรรมทั้งวัน (1 ราย) 6) อยากให้ร่วมจัดกับผู้ป่วยด้วย (บางโอกาส) (1 ราย) หัวข้อที่อยากฟังได้แก่ 1) รื่องอย่างไรให้มีประสิทธิภาพ 2) ใช้ชีวิตให้ห่างไกลมะเร็ง 3) PM 2.5 มีผลต่อสุขภาพอย่างไร 4) การปลูกถ่ายอวัยวะ หมายเหตุ เก็บแบบประเมินเฉพาะไตรมาส 1/2563 ส่วนไตรมาส 2-4/2563 ไม่ได้ เก็บแบบประเมินเนื่องจากสถานการณ์ Covid จัดเสวนาถ่ายทอดสดผ่านรายการ สภากาแฟสถานีวิทยุอม. FM 88	