

## รายงานผลการดำเนินงาน ด้านพัฒนาคุณภาพบริการ ปีงบประมาณ 2565

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน					แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ																																																						
ปี งบประมาณ 2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565																																																												
1.โครงการเพิ่ม ประสิทธิภาพในการ บริหารจัดการด้านยา	ต.ค. 64- ก.ย.65	ความคลาด เคลื่อนทางยา	-อัตราความคลาดเคลื่อนทางยารวม /1000วันนอน									คุณนงลักษณ์																																																						
			ระดับ C-I	< 0.54	0.74	อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา/1000 วันนอน ระดับ C-I = 0.85					-ติดตามอุบัติการณ์ พร้อมทำ Risk register อย่าง ต่อเนื่อง เพื่อหา แนวทางพัฒนาอย่าง ต่อเนื่อง																																																							
						<table border="1"> <thead> <tr> <th>ไตรมาส</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>อัตราความคลาดเคลื่อน ระดับ C-I</td> <td>1.05</td> <td>1.00</td> <td>0.59</td> <td>0.77</td> </tr> </tbody> </table>				ไตรมาส		1	2	3	4	อัตราความคลาดเคลื่อน ระดับ C-I	1.05	1.00	0.59	0.77																																														
ไตรมาส	1	2	3	4																																																														
อัตราความคลาดเคลื่อน ระดับ C-I	1.05	1.00	0.59	0.77																																																														
						<table border="1"> <thead> <tr> <th>ลักษณะเหตุการณ์</th> <th colspan="4">จำนวนครั้ง</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ง.ป.ม.2565/ ไตรมาส</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>D02 Prescribing error ผู้ป่วยใน</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>D0801 ให้ยาผิดขนาด/ให้ยาซ้ำ</td> <td>27</td> <td>17</td> <td>10</td> <td>17</td> </tr> <tr> <td>D0802 ให้ยาผิดชนิด</td> <td>4</td> <td>6</td> <td>1</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>D0803 ให้ยาผิดเวลา</td> <td>7</td> <td>2</td> <td>0</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>D0804 ให้ยาผิดคน(A01)</td> <td>4</td> <td>7</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>D0805 ให้ยาผิดวิธี/ทาง</td> <td>1</td> <td>3</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>D0806 ผู้ป่วยไม่ได้รับยา/ได้รับยาไม่ครบ</td> <td>21</td> <td>22</td> <td>15</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>D08090 อันตรายรุนแรงจากการให้ยาที่ เสี่ยงสูงและยาเคมีบำบัด (ระดับ E ขึ้นไป)</td> <td>2</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>D08092 ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกัน ได้จากการได้รับยาความเสี่ยงสูง</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>				ลักษณะเหตุการณ์	จำนวนครั้ง				ง.ป.ม.2565/ ไตรมาส	1	2	3	4	D02 Prescribing error ผู้ป่วยใน	1	2	4	4	D0801 ให้ยาผิดขนาด/ให้ยาซ้ำ	27	17	10	17	D0802 ให้ยาผิดชนิด	4	6	1	7	D0803 ให้ยาผิดเวลา	7	2	0	4	D0804 ให้ยาผิดคน(A01)	4	7	3	8	D0805 ให้ยาผิดวิธี/ทาง	1	3	0	1	D0806 ผู้ป่วยไม่ได้รับยา/ได้รับยาไม่ครบ	21	22	15	12	D08090 อันตรายรุนแรงจากการให้ยาที่ เสี่ยงสูงและยาเคมีบำบัด (ระดับ E ขึ้นไป)	2	0	0	0	D08092 ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกัน ได้จากการได้รับยาความเสี่ยงสูง	0	0	1	0		
ลักษณะเหตุการณ์	จำนวนครั้ง																																																																	
ง.ป.ม.2565/ ไตรมาส	1	2	3	4																																																														
D02 Prescribing error ผู้ป่วยใน	1	2	4	4																																																														
D0801 ให้ยาผิดขนาด/ให้ยาซ้ำ	27	17	10	17																																																														
D0802 ให้ยาผิดชนิด	4	6	1	7																																																														
D0803 ให้ยาผิดเวลา	7	2	0	4																																																														
D0804 ให้ยาผิดคน(A01)	4	7	3	8																																																														
D0805 ให้ยาผิดวิธี/ทาง	1	3	0	1																																																														
D0806 ผู้ป่วยไม่ได้รับยา/ได้รับยาไม่ครบ	21	22	15	12																																																														
D08090 อันตรายรุนแรงจากการให้ยาที่ เสี่ยงสูงและยาเคมีบำบัด (ระดับ E ขึ้นไป)	2	0	0	0																																																														
D08092 ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกัน ได้จากการได้รับยาความเสี่ยงสูง	0	0	1	0																																																														

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน				แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ								
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565													
					D08094 Tissue Ischemia from Vasopressor	2	2	1	1										
					D0817 อื่น ๆ	1	1	0	0										
					D0818 ให้ยาผิดความเร็ว	2	6	3	1										
					D0819 ไม่ปฏิบัติตาม Guideline ของการใช้ Fatal Drug	0	0	1	0										
					D1701 ไม่ปฏิบัติตาม Guideline เกี่ยวกับ Medication Reconciliation	1	2	0	0										
					รวม	73	70	39	55										
					ลักษณะเหตุการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ที่มีจำนวนมากสูงสุด 3 เหตุการณ์คือ 1.D0806 ผู้ป่วยไม่ได้รับยา/ได้รับยาไม่ครบ 2.D0801 ให้ยาผิดขนาด/ให้ยาซ้ำ 3. D0802 ให้ยาผิดชนิดD0804 ให้ยาผิดคน(A01)														
			ระดับ A-B	< 3.74	4.62	อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา/1000 วันนอน เฉลี่ย = 4.33				รณรงค์การลงบันทึก ข้อมูล Near miss									
						<table border="1"> <thead> <tr> <th>ไตรมาส</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>อัตราความคลาดเคลื่อน ระดับ A-B</td> <td>4.53</td> <td>4.05</td> <td>3.53</td> <td>5.22</td> </tr> </tbody> </table>						ไตรมาส	1	2	3	4	อัตราความคลาดเคลื่อน ระดับ A-B	4.53	4.05
ไตรมาส	1	2	3	4															
อัตราความคลาดเคลื่อน ระดับ A-B	4.53	4.05	3.53	5.22															
						D07 Pre - Administration error (near miss) 3 ครั้ง+Near miss 277 ครั้ง = 300 ครั้ง													
						ลักษณะการเกิด Near miss 3ลำดับ พบว่า การจัดยา ผิดขนาดมากที่สุด รองลงมาคือ ไม่ได้รับยา และผิดชนิดตามลำดับ				ลงวิเคราะห์ข้อมูล หาสาเหตุในหอ									

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน	แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ										
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565												
						<p>หอผู้ป่วยที่ลงข้อมูล Near miss มากที่สุด 5 อันดับคือ อายุรกรรมชาย 1 MRCU ศัลยกรรมชาย 2 ฉบ.10 อายุรกรรมหญิง</p>	ผู้ป่วยที่มีการเกิดเหตุการณ์บ่อย											
			ระดับ C-D	<0.50	0.71	<p>อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา/1000 วันนอน</p> <p>ระดับ C-D = 0.81</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ไตรมาส</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>อัตราความคลาดเคลื่อนระดับ C-D</td> <td>1.02</td> <td>0.95</td> <td>0.54</td> <td>0.72</td> </tr> </tbody> </table>	ไตรมาส	1	2	3	4	อัตราความคลาดเคลื่อนระดับ C-D	1.02	0.95	0.54	0.72		
ไตรมาส	1	2	3	4														
อัตราความคลาดเคลื่อนระดับ C-D	1.02	0.95	0.54	0.72														
			ระดับ E-F	< 0.04	0.025	<p>อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา/1000 วันนอน</p> <p>ระดับ E-F = 0.043</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ไตรมาส</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>อัตราความคลาดเคลื่อนระดับ E-F</td> <td>0.029</td> <td>0.057</td> <td>0.045</td> <td>0.042</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>ไตรมาส 1 เกิดความคลาดเคลื่อนระดับ E 2 ครั้ง</b></p> <p>รายละเอียดในความคลาดเคลื่อนทางยา HAD ระดับ E ขึ้นไป</p> <p><b>ไตรมาส 2 เกิดความคลาดเคลื่อนระดับ E 1 ครั้ง</b></p> <p>Case CAD with Chronic aortic dissection type B S/P Aortic arch debranching+TEVAR+CABG x 2 วันที่ 7/12/2564 สั่งให้ยา ASA (81mg) 1x1 TF pc ทันทีเช้า เริ่มให้ยาวันที่ 31/12/2564 วันที่ 11/01/2565 ผู้ป่วยมีปัญหา GI bleed อาเจียนเป็นเลือดและถ่ายเป็น melena ร่วมกับ Hct drop consult Gen-surge order Hold ASA ไว้ก่อน ทางฝั่ง order for one day แต่ไม่ได้ off order ยา ASA และงดยา TF ฝั่ง order for continuation ทุกตัวเนื่องจาก NPO absolutely</p>	ไตรมาส	1	2	3	4	อัตราความคลาดเคลื่อนระดับ E-F	0.029	0.057	0.045	0.042		
ไตรมาส	1	2	3	4														
อัตราความคลาดเคลื่อนระดับ E-F	0.029	0.057	0.045	0.042														

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน	แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ										
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565												
						วันที่ 12/01/65 ลักษณะของอุจจาระ เปลี่ยนสีจาก melena เป็นสีเขียวขี้ม้า ผู้ป่วยต้องการยานอนหลับ รายงานแพทย์ CVT order ยานอนหลับเวลา 18.56 น และ verbal order ใ้ว่าหาก gen-surg ให้ feed ได้ก็สามารถให้ยาได้เลย เวลา 20.23 น. แพทย์ Gen-surg สั่ง New order มาในระบบ ให้ NPO เว้นยาได้ จึงปลด lock งดยา และเริ่ม feed ยาทาง NG ให้ผู้ป่วยเวลา 22.00 น ซึ่งยา ASA เป็นยา order for continuation ได้รับการปลด lock งดยาด้วย set เวลาให้ยา 06.00 น ทำให้ผู้ป่วยได้รับ ASA 1 tab ในวันที่ 13/01/2565 เวลา 06.24 น. เริ่มถ่ายเป็น melena อีกครั้งเวลา at 18.00 น Hct 20% ร่วมกับ BP drop 85/40 mmHg เริ่ม start NE(1:20) และให้ PRC เวลา 20.30 น. แพทย์ gen-surge โทรศัพทมาสอบถาม เรื่องการรับประทานยา ASA ทำให้ทราบว่าผู้ป่วยได้รับยานี้โดยที่แพทย์ยังไม่ต้องการให้ยา												
			ระดับ G-I	0	0	อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา/1000 วันนอน ระดับ G-I =0 <table border="1" data-bbox="1087 954 1619 1045"> <thead> <tr> <th>ไตรมาส</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>อัตราความคลาดเคลื่อนระดับ G-I</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	ไตรมาส	1	2	3	4	อัตราความคลาดเคลื่อนระดับ G-I	0	0	0	0		
ไตรมาส	1	2	3	4														
อัตราความคลาดเคลื่อนระดับ G-I	0	0	0	0														
						ตรวจสอบขั้นตอนความคลาดเคลื่อนทางยา พบว่ามีประเด็นดังนี้ <table border="1" data-bbox="940 1127 1644 1385"> <thead> <tr> <th>ไตรมาส</th> <th>1</th> <th>2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Process control</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1.การตรวจสอบก่อนให้ยา: -ตรวจสอบการดยาไม่ละเอียด ไม่ครบ 5 R (13) -ไม่ได้ตรวจสอบซ้ำหลังจากเตรียมยาจนนำไปให้ผู้ป่วยอีกครั้ง (7)</td> <td>12</td> <td>22</td> </tr> </tbody> </table>	ไตรมาส	1	2	Process control			1.การตรวจสอบก่อนให้ยา: -ตรวจสอบการดยาไม่ละเอียด ไม่ครบ 5 R (13) -ไม่ได้ตรวจสอบซ้ำหลังจากเตรียมยาจนนำไปให้ผู้ป่วยอีกครั้ง (7)	12	22	พัฒนาความรู้ของพยาบาลในด้านต่างๆ โดยวิธีการจัดอบรมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยนำข้อที่เป็นปัญหาามาเน้นย้ำใน		
ไตรมาส	1	2																
Process control																		
1.การตรวจสอบก่อนให้ยา: -ตรวจสอบการดยาไม่ละเอียด ไม่ครบ 5 R (13) -ไม่ได้ตรวจสอบซ้ำหลังจากเตรียมยาจนนำไปให้ผู้ป่วยอีกครั้ง (7)	12	22																

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน		แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565			
					-ไม่ได้ double check โดยพยาบาลอีกคนที่เครื่อง Infusion pump (2)			หัวข้ออบรมและจัด workshop	
					2.การตรวจสอบการดยา: -ไม่ได้ตรวจสอบ/ ตรวจสอบไม่ละเอียด - ไม่ได้ตรวจสอบการได้รับยาจาก OPD และ ER	15	6		
					3.ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้ยา: -ไม่ได้ใช้ mobile คอมพิวเตอร์สำหรับจ่ายยา(2) -มีการจ่ายยาในระบบHIS โดยยังไม่ได้ให้ยาผู้ป่วย	13	3		
					4.อื่น ๆ - ไม่ได้ตรวจสอบในปากทุกชอกมุม: - เทยาใส่มือให้ผู้ป่วยทั้งหมด ทำให้ผู้ป่วยทำยาหล่นตอกลง - การดยา ไม่ได้ระบุว่า feed ทาง jejunostomy ทุกใบ - มีการติดป้ายห้าม feed บริเวณสาย NG แต่ตำแหน่งที่ติดอยู่ ไกลมองไม่ชัด -ขาดการตรวจสอบความถูกต้องของบันทึกการใช้ยา Medication Reconcile -ฉลากยาผสมที่พิมพ์ออกมาไม่ครบถ้วน เนื่องจากระบบการพิมพ์ฉลาก		6		
					<b>Human (คน)</b>				
					1.ขาดความรู้/ประสบการณ์: พยาบาลใหม่ (10) การตรวจสอบ recheck ก่อนให้ยา	8	17		
					ขาดความรู้เกี่ยวกับยา (7)	5	10		
						3	7		
					2.ทำงานหลายอย่างในเวลาเดียวกัน: -มีผู้ป่วยรับใหม่ 2-3 รายพร้อมกันและมีผู้ป่วย active 1 ราย (case moderateขณะนั้น turn to severe) (3) -เตรียมยาหลายชนิดและหลายเตียงในเวลาเดียวกัน (4)	8	9		

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน		แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565			
					<ul style="list-style-type: none"> <li>-มีคำสั่งยาเร่งด่วน และ lab เที่ยงอื่นอีกหลายเตียงที่ยังไม่ได้รับ order</li> <li>- การรับคำสั่งแพทย์ทำกิจกรรมมากกว่าหนึ่งคำสั่งและต่อเนื่อง ในช่วงเวลาผู้ป่วยมีปัญหาวิกฤติ</li> <li>-ค่านวนยา/สารละลายผิด: ค่านวนความเข้มข้นของยาผิด ดู ปริมาณยาผิด ให้อัตราความเร็วผิด</li> </ul>	4			
<b>Communication</b>									
1.การสื่อสารภายในทีมพยาบาล								13	
<ul style="list-style-type: none"> <li>-การสื่อสารระหว่างหัวหน้าทีมกับสมาชิกทีมไม่ชัดเจน (5)</li> <li>-การส่งต่อข้อมูลระหว่างพยาบาล ER กับ ward (3)</li> <li>-ไม่มีการบันทึกข้อมูลใน kardex เพื่อการสื่อสาร (2)</li> <li>-พยาบาลหัวหน้าทีมผู้จัดยาและพยาบาลเจ้าของไข้ผู้ recheck ใช้ verbal ในการ double check ไม่ครบถ้วน (2)</li> <li>-ไม่มีการจ่ายยาผู้ป่วย OPD ในระบบ HIS</li> </ul>									
2.คำสั่งการรักษาไม่ชัดเจน/แปลคำสั่งผิดพลาด								2	
<ul style="list-style-type: none"> <li>-คำสั่งการรักษา มี 2 คำสั่งทั้งในด้าน order one day และ Continuation</li> <li>-Order ยาไม่แยก Day 1-2</li> </ul>									
<b>Process design (การออกแบบกระบวนการ)</b>									
1.การสร้างการ์ดยา						8	7		
<ul style="list-style-type: none"> <li>-ขาดการระบุ ห้ามให้ยาอื่น ๆ ทางy-site PCA</li> <li>-สร้าง card ยา order one day ใน card ยาเดิม</li> <li>-ไม่มีการตรวจสอบการ์ดยาซ้ำหลังจากที่สร้างการ์ดยาใหม่ระหว่างเวร</li> <li>-ไม่ได้ Set card ยาตามเวลามาตรฐาน</li> <li>-ไม่ได้ระบุอัตรา rate ในการบริหาร (2)</li> </ul>									

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการดำเนินงาน			รายงานผลการดำเนินงาน		แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ																	
ปี งปม.2565	วัน- เวลา				ดำเนินการ 2564	ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565																						
					<p>-สร้างการ์ดยาโดยไม่ได้ตรวจสอบกับ ER.</p> <p>2.การระบุตัวผู้ป่วยก่อนให้ยา: ไม่ได้อ่านชื่อใน syringe ก่อนนำยาไปต่อ</p> <p>3.Look alike sound alike (LASA): Levofloxacin inj. (750mg/200 ml) กับ Ciprofloxacin inj. (400mg/200 ml) ชื่อยากล้ายก้นขนาดขวดยาเท่ากัน</p>																							
					<p>-อื่น ๆ: ไม่มี program การแจ้งเตือนยาที่ห้ามบด ห้ามแบ่ง ห้ามเคี้ยว card ยาที่ link มาในการสร้างการ์ด จำนวน conc. /ml และจำนวนยาทั้งหมดต่อ vial อยู่ติดกันให้อ่านแล้วเข้าใจผิดได้ง่าย ไม่สามารถบันทึกผลการประเมินตามเงื่อนไขการให้ยาก่อนบริหารยาให้ผู้ป่วย Look alike sound alike (LASA)</p>	4	-																					
					<p>ไตรมาส 1 หอผู้ป่วยที่เกิดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ระดับ C-I 3 อันดับแรก คือ</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>หอผู้ป่วย</th> <th>จำนวนครั้ง</th> <th>ลักษณะเหตุการณ์</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>พิเศษเฉลิมพระ บารมี 9</td> <td>7 (C=5, D=2)</td> <td>D801= 1, D805=1, D806=4, D817=1(ใช้set IV 1ชุดในยา 2 ชนิด)</td> </tr> <tr> <td>อายุรกรรมชาย 1</td> <td>5 (C=4, D=1)</td> <td>D801=3, D804=1,D02=1</td> </tr> <tr> <td>พิเศษเฉลิมพระ บารมี 10</td> <td>4 (C=4)</td> <td>D801= 1, D802=1, D806=2</td> </tr> <tr> <td>ศัลยกรรมชาย 1</td> <td>4 (C=1, D=2,E=1)</td> <td>D801= 1, D806=4, D809=1,</td> </tr> <tr> <td>พิเศษเฉลิมพระ บารมี 7</td> <td>3 (D=3)</td> <td>D801= 3</td> </tr> </tbody> </table>	หอผู้ป่วย	จำนวนครั้ง	ลักษณะเหตุการณ์	พิเศษเฉลิมพระ บารมี 9	7 (C=5, D=2)	D801= 1, D805=1, D806=4, D817=1(ใช้set IV 1ชุดในยา 2 ชนิด)	อายุรกรรมชาย 1	5 (C=4, D=1)	D801=3, D804=1,D02=1	พิเศษเฉลิมพระ บารมี 10	4 (C=4)	D801= 1, D802=1, D806=2	ศัลยกรรมชาย 1	4 (C=1, D=2,E=1)	D801= 1, D806=4, D809=1,	พิเศษเฉลิมพระ บารมี 7	3 (D=3)	D801= 3				<p>ติดตามลักษณะเหตุการณ์ในหอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 9และหอผู้ป่วยอื่นๆ พร้อมวิเคราะห์หาทางป้องกันการเกิดซ้ำร่วมกับหอผู้ป่วย</p>	
หอผู้ป่วย	จำนวนครั้ง	ลักษณะเหตุการณ์																										
พิเศษเฉลิมพระ บารมี 9	7 (C=5, D=2)	D801= 1, D805=1, D806=4, D817=1(ใช้set IV 1ชุดในยา 2 ชนิด)																										
อายุรกรรมชาย 1	5 (C=4, D=1)	D801=3, D804=1,D02=1																										
พิเศษเฉลิมพระ บารมี 10	4 (C=4)	D801= 1, D802=1, D806=2																										
ศัลยกรรมชาย 1	4 (C=1, D=2,E=1)	D801= 1, D806=4, D809=1,																										
พิเศษเฉลิมพระ บารมี 7	3 (D=3)	D801= 3																										

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน				แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ										
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565															
					กระดุกและข้อหญิง	3 (C=2, D=1)	D801= 2, D806=1														
					ไตรมาส 2 หอผู้ป่วยที่เกิดอุบัติเหตุการล้มความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ระดับ C-I 3 อันดับแรก คือ																
					หอผู้ป่วย	จำนวนครั้ง	ลักษณะเหตุการณ์														
					พิเศษเฉลิมพระ บารมี 9	8 (C=8)	D0801=2, D0802=1, D0804= 1, D0806=2, D0818=1, D1701=1														
					ศัลยกรรมหญิง	8 (C=5, D=3)	D0801=3, D0802=1, D0804=1, D0806=3														
					แยกโรคติดเชื้อ 1(W)	5 (C=4, D=1)	D0801= 2, D0803=1, D0806=1, D0818= 1														
					อายุรกรรมหญิง	5 (C=1, D=4)	D0801= 2, D0802=1, D0806=1, D0818= 1														
					PICU	4 (C=2, D=2)	D0801= 1, D0802=1, D0818=1, D1703=1														
		ความคลาด เคลื่อนทางยา HAD	จำนวนความคลาด เคลื่อนทางยา HAD ระดับ E ขึ้นไป	0	0	<table border="1"> <tr> <td>ไตรมาส /2565</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>จำนวนความคลาดเคลื่อนทาง ยา HAD ระดับ E ขึ้นไป</td> <td>2</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </table>				ไตรมาส /2565	1	2	3	4	จำนวนความคลาดเคลื่อนทาง ยา HAD ระดับ E ขึ้นไป	2	0	0	0	พัฒนาแนว ปฏิบัติการบริหารยา เรื่องการบริหารยา HADและยาเคมี บำบัด	
ไตรมาส /2565	1	2	3	4																	
จำนวนความคลาดเคลื่อนทาง ยา HAD ระดับ E ขึ้นไป	2	0	0	0																	
					<p>ไตรมาส 1 จำนวนความคลาดเคลื่อนทางยา HAD ระดับ E ขึ้น ไป =2 ครั้ง</p> <p>ครั้งที่ 1 วันที่ 9 พ.ย.64 Fentanyl (10mcg:1ml) IV rate 30 mcg/hr พยาบาล ผสมยา Fentanyl (10 mcg:ml) ผสมใช้ยา</p>																



แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน	แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565		
						<p>500 mcg + 5%D/W up to 50 cc เอาไป drip กับ syringe pump set rate 30 cc/hr at.18.30น.</p> <p>- at. 19.15 น. ผู้ป่วย BP 102/55 mmhg รายงานแพทย์ CVT ให้ st.NE(1:20) rate 3 cc/hr -&gt; at.19.30 น. ตอนนั้น BP 104/54 mmhg- at 20 น. BP 108/57 mmhg- at 20.15 น. BP 158/75 mmhg ตรวจสอบพบให้ Fentanyl ผิด dose 10 เท่า จึง Off ยา NE drip</p> <p>สาเหตุคือ ไม่ปฏิบัติงานตามกระบวนการบริหารยา คือเอายาและสารละลายมา recheck ก่อน โดยที่ไม่ได้ print card ยา เมื่อ print card ยา ไม่ได้นำไปตรวจสอบกับ Order อีกครั้ง จึง set card ยา ผิด rate</p> <p><u>แนวทางการพัฒนา</u></p> <p>1.การตรวจสอบความถูกต้องของการ set rate ทุกครั้งที่มีการปรับ rate และการ start ยา</p> <p>- กำหนดให้มี Verbal self-check อีกครั้ง (last check) พูดออกเสียง "Name / Concentrate / Rate / Dose"</p> <p><u>ครั้งที่ 2</u> วันที่ 16/ย./64 ##-at 6 น. DTX =144 mg% RI iv drip 1.5 U/hr</p> <p>-at 09.30 น. Round พบว่า clamp BD ถูกปิดไว้ BD เหลืออยู่ 300 ml จึงเปิด clamp ปรับ rate ประมาณ 60 ml/hr</p> <p>-at 10.10 น.ผู้ป่วยบอกรู้สึกกระหายน้ำ และมีอาการเหงื่อแตกตัวเย็น ตรวจสอบ BD เข้าไปเพิ่มประมาณ 50 ml DTX = 54 mg% off RI IV drip at 10.30 น. และให้น้ำหวาน 150 ml feed via jejunos และ drip BD ต่อ</p> <p><u>แนวทางการพัฒนา</u></p>		

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน	แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565		
						<p>พัฒนาการติดตามงานหลังการปฏิบัติงานทุกครั้ง</p> <p><b>ไตรมาส 2</b> ไม่เกิดความคลาดเคลื่อนของยา HAD ระดับ E แต่มีความคลาดเคลื่อนระดับ C, D ทั้งหมด 9 ครั้ง</p> <p>Fentanyl 3 ครั้ง Kapanol 20 mg KCL. (40mEq /20ml) 50% MgSO4 NORepinephrine 4mg/4ml Cisatracurium 2mg/ml 5FU ชนิดละ 1 ครั้ง</p> <p><u>สาเหตุ</u></p> <p>-ไม่ได้ตรวจสอบ card ยาซ้ำ</p> <p>-ไม่ตรวจสอบการดยากับ order ยา</p> <p>-การระบุตัวผู้ป่วยก่อนให้ยาไม่ได้อ่านชื่อใน syringe ก่อนนำยาไปต่อ</p>		
		แพทย์ซ้ำ	จำนวนอุบัติการณ์แพทย์ซ้ำ	0	0	<p>จำนวนอุบัติการณ์แพทย์ซ้ำ = 1 ในไตรมาส 4 เนื่องจาก</p> <p>-แพทย์สั่งใช้ยาใน Order ไม่มีค่าใช้จ่าย แต่ไม่สั่งยาใน Order ยา พยาบาลหยาผู้ป่วยรายอื่นมาเตรียมไปOR ผู้ป่วยได้รับยาผิดโดยวิสัญญี ผู้ป่วยมีอาการคัน จึงให้ CPM 1 dose</p>	-รณรงค์ Campaign Zero event : แพทย์ซ้ำ= 0	
1.1 โครงการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ความ คลาดเคลื่อนทางยา (Interesting Medication Errors)	ม.ค. 65, เม.ย. 65, ก.ค. 65	-กิจกรรม แลกเปลี่ยน เรียนรู้ความ คลาดเคลื่อน ทางยา ในหอผู้ป่วย เป้าหมาย	จำนวนครั้งที่ทำ กิจกรรม	3	NA	<p>จัดกิจกรรมเมื่อ 26 มกราคม 2565</p> <p>เหตุผล : ฉ.9 เกิดอุบัติการณ์ปี 2564 จำนวน 15 ครั้ง ไตรมาส 1/2565 เกิดอุบัติการณ์ 9 ครั้ง บัญชีความเสี่ยงที่เกิดมากที่สุดคือ D0806 เกิด 4 ครั้ง D0801 เกิด 2 ครั้ง อื่น ๆ อีก 3 ครั้ง ซึ่งอาจมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้น</p> <p>กระบวนการ: นัดแกนนำยาและพยาบาลในหอผู้ป่วย 15 คน ร่วมวิเคราะห์สถานการณ์และทำข้อตกลงร่วมกันเพื่อนำไปปฏิบัติในหอผู้ป่วยดังนี้</p> <p>1.รูปแบบการเขียนอุบัติการณ์เพื่อให้ครอบคลุม SBAR</p>		

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน	แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565		
						<p>2.การไม่หยิบหรือยืมยาผู้ป่วยรายอื่นมาใช้ก่อนเด็ดขาดแม้จะผ่านการ verify จากเภสัชกรแล้วก็ตาม</p> <p>3.ปรับการตรวจสอบยาหรือ double check โดยนำวิธี verbal confirm identification อย่างเคร่งครัด</p> <p>4.กรณีแพทย์เปลี่ยนยาหรือเปลี่ยนขนาดยา ต้องหยิบยาออกจากตะกร้ายาเพื่อคืนหรือรอคืน เพื่อป้องกันการหยิบยาผิดขนาดมาใช้</p> <p>5.กรณีมีการสั่งใช้ยาเป็นชุดหรือยาหลายชนิด ขอให้พิจารณาให้ละเอียด</p> <p>6.กรณีรับ order และ set card ยาใหม่ ให้ print card ยาเพื่อตรวจสอบการดยาทุกครั้ง</p> <p>7.ไม่รับ order ยา ก่อนที่ผู้ป่วยกลับจาก OR เพราะอาจมีการเปลี่ยนแปลง Order</p> <p>8.การลงข้อมูล Medication reconcile กรณีที่ผู้ป่วยกินยาไม่ตรงกับ order ยา ขอให้ลงตามที่แพทย์สั่ง และวงเล็บว่าผู้ป่วยทานจริงอย่างไรพร้อมลงเหตุผลที่ผู้ป่วยไม่ทานยาตามที่แพทย์สั่ง</p> <p>9.ยา cold chain ขอให้ปฏิบัติตามไนต์ของเภสัชกร</p>		
		ความคลาดเคลื่อนทางยาในหอผู้ป่วยเป้าหมาย	ความคลาดเคลื่อนทางยาระดับ C ขึ้นไปในหอผู้ป่วยเป้าหมายลดลง	ร้อยละ 20	NA	<p>หอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 9 มีอุบัติการณ์ งปม. 2564 = 15 ครั้ง ไตรมาส 1/2565 = 9 ครั้ง ไตรมาส 2/2565 = 8 ครั้ง หลังจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ วันที่ 26 มกราคม 2565 เกิดอุบัติการณ์ = 6 ครั้ง ลดลงร้อยละ 33.4 ลักษณะเหตุการณ์ 6 ครั้ง มีดังนี้</p> <p>D0806 ผู้ป่วยไม่ได้รับยา/ได้รับยาไม่ครบ 2 ครั้ง</p> <p>D0801 ให้ยาผิดขนาด/ให้ยาซ้ำ, D0802 ให้ยาผิดชนิด, D0804 ให้ยาผิดคน(A01), D0818 ให้ยาผิดความเร็วอย่างละ 1 ครั้ง</p> <p><u>วิเคราะห์สาเหตุตามกระบวนการบริหารยา</u> คือ</p>	-ติดตามอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน	แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ																								
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565																										
						1.กระบวนการตรวจสอบในขั้นตอนต่าง ๆ เช่น ไม่ได้ตรวจสอบขนาดของยาก่อนการให้ยาผู้ป่วย ไม่ตรวจสอบด้วยซ้ำก่อนแจกยาให้ผู้ป่วย(2ครั้ง) ไม่ตรวจสอบการดยาอย่างละเอียด การตรวจสอบก่อนให้ยาเพราะไม่ได้เอารถแจกยาไป 2.การสร้างการรดยาไม่ได้ระบุอัตรา rate ในการบริหาร 3.ไม่คืนยาที่แพทย์off แล้วทันที ทำให้มียาไม่ตรงขนาด 4.กำลังยุ่งภาระงานรับผู้ป่วยใหม่เตรียมผ่าตัด 5.ขาดความรู้/ประสบการณ์พยาบาลอายุงาน 8เดือน	<b>สื่อสารกับหอผู้ป่วย</b> <b>ในการกำกับ</b> <b>กระบวนการการ</b> <b>บริหารยาในเรื่อง</b> <b>- อ่านออกเสียงขณะ</b> <b>จัดยาและเช็คยา</b> <b>- พิมพ์การรดยาทุก</b> <b>ครั้งที่มีการset</b> <b>การรดยาใหม่</b>																									
2.โครงการพัฒนา ศักยภาพของพยาบาล ในการบริหารยา -อบรมระบบการบริหาร	2-3 มี.ค.65	ความพึงพอใจ ของผู้เข้าอบรม	ร้อยละของความพึง พอใจของผู้เข้ารับการ อบรม ภาพรวม	ร้อยละ 80	NA	เดิมกำหนดจัด 2-3 มี.ค.65 แต่เนื่องจากสถานการณ์โควิด 19 ระบาด เลื่อนวันจัดอบรมเป็น 15-16 ส.ค. 2565 ณ ห้องประชุมวิจารณ์ พานิช																										
ยาของพยาบาล 1 รุ่นๆ ละ 2 วัน						ผู้เข้าอบรมทั้งหมด 93 คน ได้รับแบบประเมิน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 90.32 <table border="1" data-bbox="1087 990 1969 1430"> <thead> <tr> <th>หัวข้อประเมิน</th> <th>ค่าเฉลี่ย</th> <th>S.D.</th> <th>ระดับความพึงพอใจ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. มีการเปิดโอกาสให้ผู้เข้าฟังมีส่วนร่วมในการซักถาม</td> <td>4.50</td> <td>0.53</td> <td>มากที่สุด</td> </tr> <tr> <td>2. วิทยากรบรรยายชัดเจน เข้าใจง่าย</td> <td>4.36</td> <td>0.59</td> <td>มากที่สุด</td> </tr> <tr> <td>3. ระยะเวลาเหมาะสม</td> <td>4.19</td> <td>0.78</td> <td>มาก</td> </tr> <tr> <td>4. ความรู้ที่ได้รับจากการรับฟัง</td> <td>4.42</td> <td>0.54</td> <td>มากที่สุด</td> </tr> <tr> <td>5. การนำไปประยุกต์ใช้กับงานของท่าน</td> <td>4.51</td> <td>0.50</td> <td>มากที่สุด</td> </tr> </tbody> </table>	หัวข้อประเมิน	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับความพึงพอใจ	1. มีการเปิดโอกาสให้ผู้เข้าฟังมีส่วนร่วมในการซักถาม	4.50	0.53	มากที่สุด	2. วิทยากรบรรยายชัดเจน เข้าใจง่าย	4.36	0.59	มากที่สุด	3. ระยะเวลาเหมาะสม	4.19	0.78	มาก	4. ความรู้ที่ได้รับจากการรับฟัง	4.42	0.54	มากที่สุด	5. การนำไปประยุกต์ใช้กับงานของท่าน	4.51	0.50	มากที่สุด		
หัวข้อประเมิน	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับความพึงพอใจ																													
1. มีการเปิดโอกาสให้ผู้เข้าฟังมีส่วนร่วมในการซักถาม	4.50	0.53	มากที่สุด																													
2. วิทยากรบรรยายชัดเจน เข้าใจง่าย	4.36	0.59	มากที่สุด																													
3. ระยะเวลาเหมาะสม	4.19	0.78	มาก																													
4. ความรู้ที่ได้รับจากการรับฟัง	4.42	0.54	มากที่สุด																													
5. การนำไปประยุกต์ใช้กับงานของท่าน	4.51	0.50	มากที่สุด																													

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน	แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565		
						<p>ผลการประเมินโครงการทุกหัวข้อที่ประเมิน ผู้เข้าอบรมแสดงความเห็นในระดับความพึงพอใจในรายช้อยู่ในระดับมากที่สุด คือ การนำไปประยุกต์ใช้กับงานของท่าน มีการเปิดโอกาสให้ผู้เข้าฟังมีส่วนร่วมในการซักถาม ความรู้ที่ได้รับจากการรับฟัง วิทยากรบรรยายชัดเจน เข้าใจง่าย ส่วนระยะเวลาเหมาะสมระดับ ความพึงพอใจในรายช้อยู่ในระดับมาก</p> <p><b>ข้อเสนอแนะ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.อยากให้เพิ่มความถี่เรื่องการปรับเวลายาตามเวลามาตรฐานให้มากขึ้น ละเอียดและเข้าใจง่ายขึ้น</li> <li>2.หัวข้อที่อยากเรียนรู้ ยาห้ามบด ห้ามแบ่ง</li> <li>3.อยากให้ส่วนที่เภสัชกรบรรยายเอามาไว้ช่วงเช้า เนื่องจากช่วงบ่ายเริ่มวุ่น ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องเคสน่าจะสนุกกว่าค่ะ</li> <li>4.เนื้อหาในการอบรมสามารถนำไปใช้ในการทำงาน</li> <li>5.เสนอเรื่องการผสมยา high alert drug</li> </ol>		
3. โครงการสนับสนุนส่งเสริมและติดตามงาน	ต.ค. 63- ก.ย.64							
3.1 ทบทวนแนวปฏิบัติการบริหารยา	ต.ค. 64- ก.ย.65	แนวปฏิบัติการบริหารยา	ความสำเร็จในการทบทวนแนวปฏิบัติการบริหารยา	ร้อยละ 100	50	แนวปฏิบัติการบริหารยาทั่วไป ทบทวนสำเร็จร้อยละ 100 รอส่งรับรองการประกาศใช้แนวปฏิบัติ	เพิ่มแนวปฏิบัติการบริหารยา HAD และการบริหารยาเคมีบำบัด	
3.2 ทดสอบความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการบริหารยา	ต.ค. 64- ก.ย.65	การทดสอบผ่านเกณฑ์(ร้อยละ 80)	จำนวนของผู้สอบผ่านเกณฑ์	ร้อยละ 80	NA	ไม่ได้จัดกิจกรรม		
3.3 QA การบริหารยาของหอผู้ป่วย	ต.ค. 64- ก.ย.65	หอผู้ป่วยผ่านเกณฑ์ประเมิน (ร้อยละ 100)	ร้อยละของหอผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน	ร้อยละ 100	NA	ไม่ได้จัดกิจกรรม		
บันทึกทางการพยาบาล								

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565	แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ 2565	วัน- เวลา							
1. โครงการพัฒนา คุณภาพการบันทึก ทางการแพทย์พยาบาล	ต.ค. 64- ก.ย.65	คุณภาพบันทึก ทางการ พยาบาล	ร้อยละเชิงคุณภาพ	>ร้อยละ 90	ร้อยละ 94.2	เก็บข้อมูลการประกันคุณภาพ บันทึกทางการแพทย์พยาบาล เดือน กันยายน 65 คุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล = ร้อยละ 96		คุณมัทธนา
1.1 จัดทำ Template บันทึกทางการแพทย์พยาบาล รายโรค ในกลุ่มโรค สำคัญ	ต.ค. 64- ก.ย.65	หอผู้ป่วยที่มี รูปแบบการ บันทึกทางการ พยาบาลราย โรคใน Utility อย่างน้อย 5 โรค หลัก	ร้อยละของหอผู้ป่วยที่ มีรูปแบบการบันทึก ทางการแพทย์พยาบาลราย โรคใน Utility อย่าง น้อย 5 โรคหลัก	ร้อยละ 100	ร้อยละ 74.42 (32 /43หอ ผู้ป่วย)	ร้อยละ 91.48 (43/47 ward) มีจำนวน 4 ward ที่ไม่มีคือ -อายุรกรรมชาย 1>> มีกลุ่มอาการและหัตถการสำคัญใน 5 โรคหลัก -SICU >> มี Template แบบปัญหาทั่วไป -CCU >> มีของ AMI -MICU >> มี 3 กลุ่มโรค Sepsis, ARDS, Post arrest	•สร้าง Template กลางของ common risk ทั้งหลาย เช่น Fall, Pressure injury ให้จัดทำ โดย Risk owner	
1.2 Audit บันทึก ทางการแพทย์พยาบาลโดย -หัวหน้าหอผู้ป่วย -แกนนำบันทึกทางการแพทย์ พยาบาล -อย่างน้อย สัปดาห์ละ 1 chart -รายงานผลการ Audit ในรูปแบบฟอร์ม/ ใน	ต.ค. 64- ก.ย.65	หอผู้ป่วยที่ บันทึกทางการ พยาบาลได้รับการ Audit โดย -หัวหน้าหอ ผู้ป่วย -แกนนำบันทึก	ร้อยละของหอผู้ป่วยที่ บันทึกทางการ พยาบาลได้รับการ Audit โดยหัวหน้าหอ ผู้ป่วย/แกนนำบันทึก อย่างน้อย สัปดาห์ละ 1 chart	ร้อยละ 100 ของ HW  ร้อยละ 50 ของแกน นำ	ร้อยละ  75.93  68.55	Audit โดยหัวหน้าหอผู้ป่วย ร้อยละ 59.5 (28 /47)  สรุป ward ที่มีการ Audit บันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดย HW แยกตามโซนผดก -SICU , Post cath - ศช 2 - อท, อช 1, - พิเศษสูติ-นรีเวช - เด็ก 1, เด็ก 2, พิเศษเด็ก, จิตเวช, PMCU - Ortho ชาย, Ortho หญิง, ENT, ตา		

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน	แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565		
โปรแกรมนิเทศทางการ พยาบาล ภายในวันที่ 10 ของ เดือนถัดมา						<ul style="list-style-type: none"> <li>- ฉบับ8, ฉบับ9, ฉบับ10</li> <li>- ฉบับ7,ฉบับ12, รัศนะ9,10,11</li> <li>- PICU,NICU,NMCU</li> <li>- อช 2, พิเศษทั่วไป 2</li> </ul> <p><b>สรุปประเด็น ที่มีการนิเทศเพิ่มเติมของHW</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ชื่นชมward ที่มีการ Auditอย่าง สม่ำเสมอและต่อเนื่อง</li> <li>2. การให้ข้อมูลการรับประทาน ,ฉีดยา ,พ่นยา ที่ บ้านและการเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยา เช่น warfarin ATB</li> <li>3. ชี้แนะให้เห็นประเด็นเรื่องความสำคัญของการลงวันเดือนปี ที่จำหน่าย ต่อระบบเวชระเบียนของโรงพยาบาล และการ เรียกเก็บเงินจากกรมบัญชีกลาง</li> <li>4. การบันทึกประวัติการเจ็บป่วยใน ปัจจุบันมีความกระชับชัดเจน เรียบเรียงเวลา แต่ข้อความยาว เกินไป มีการ copy ประวัติของแพทย์และไม่ได้ปรับ</li> <li>5. ให้มีการลงบันทึกการสิ้นสุดปัญหา เมื่อประเด็นปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยนั้นสิ้นสุด</li> <li>6. การลงบันทึก drug reconcile ให้ ครบถ้วน เพื่อป้องกันการได้รับยาซ้ำซ้อน ปฏิกริยาของยาที่ เคยรับประทาน กับยาใหม่ที่แพทย์สั่ง</li> <li>8.การประเมิน Fall แรกรับ และต้อง ประเมินซ้ำ เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงการรักษา</li> </ol>		

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน	แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565		
						<p>9.ผู้ป่วย CA ระยะ Metastasis ควรจะประเมิน PPS Scale และประเมินความต้องการทางด้านจิตใจ ให้ลึกซึ้ง ความต้องการสุดท้าย สิ่งที่ค้างคา อยากจะทำ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เตรียมตัว ได้ทำสิ่งนั้น ได้แนะนำ ชี้แนะพยาบาลผู้ดูแล ให้มองถึงสิ่งเหล่านี้ด้วยในผู้ป่วยรายต่อไป เป็นโอกาสพัฒนา</p> <p>10.แนะนำการบันทึกการให้คำแนะนำ การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านตามกรอบ METHOD ให้เพิ่มประเมินผลการรับรู้ การให้ข้อมูล ย้อนกลับ ของผู้ป่วย ญาติ ว่าเข้าใจหรือไม่ อย่างไร ด้วย การเขียนบัตรนัด เพื่อทำแผล ตัดไหม แต่ละจุด เขียนอธิบายให้ชัดเจน เข้าใจง่าย เพราะมีแผลหลายตำแหน่ง บางครั้งการนำใบนัดไปยื่นบางหน่วยงาน อาจจะสื่อสาร ไม่เข้าใจ ให้เพิ่มรายละเอียด เข้าใจง่าย ชัดเจน</p> <p>11.การเขียน Intervention ในแต่ละเวร มีการcopy กันมาซึ่งปรับแก้ไม่หมด ยังเห็นเป็นกิจกรรมของเวรก่อนหน้านั้น ซึ่งไม่ได้ทำในเวร</p> <p>12.การตั้ง Goal ของproblem list ไม่เหมาะสม ตัวอย่างคือ problem list ตั้งว่า prep bowel ตั้ง Goal ว่า ผู้ป่วยให้ความร่วมมือ prep bowel &gt;&gt;Goal ที่ควรตั้งคือ ลำไส้สะอาดพร้อมผ่าตัด หรือ ปลอดภัยระหว่างการ prep bowel เป็นต้น</p> <p>13.ควรเพิ่มความละเอียดรอบคอบใน</p>		



แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน	แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565		
						<p>การบันทึกข้อมูล เช่น น้ำหนัก ส่วนสูง เนื่องจากจะมีผลต่อการวางแผนการรักษาต่อไป</p> <p>14.การ copy การเขียน nursing progress note โดยเฉพาะในช่องการประเมินผล ไม่มีการคิดและตรวจสอบความเชื่อมโยงกับผู้ป่วย ทำให้ไม่มีการปรับเปลี่ยนข้อมูลให้ตรงตามสภาพปัจจุบันของผู้ป่วย เขียนตามๆกันมา แต่ปรับเปลี่ยนตัวเลข ถ้าเวรที่ตั้งต้นไม่ใช่ไว้ก็จะขาดตามๆ กันมาทุกเวร ทำให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน</p> <p>15.บันทึกการประเมินผลว่ามีป้ายชื่อมือเรียบร้อย ไม่ได้เป็นการประกันว่า Identification ถูกต้อง ควรเขียนบันทึกให้เห็นถึงการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ได้แก่ ป้ายชื่อชื่อมือถูกต้องตรงกับผู้ป่วยและเวชระเบียน</p> <p>16.ให้เพิ่มเติมเรื่องความเสี่ยงเฉพาะโรคของการผ่าตัดใส่เหล็กตามกระดูก เช่น เหล็กหัก/เคลื่อนหลุด จากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง</p> <p>.....</p> <p>Audit โดยแกนนำบันทึก ร้อยละ 72.34 ( 34 /47)</p> <p><b>สรุปward ที่มีการAudit บันทึกทางการพยาบาลโดยแกนนำ แยกตามโซนผดก</b></p> <p>-Post cath -ศช2, ศช1, ศญ -อท, MRCU,อญ -สูติกรรม,พิเศษสูติกรรม, พิเศษสูติ-นรีเวช, นรีเวช, LR</p>		

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน	แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565		
						<p>-เด็ก1, เด็ก 2, พิเศษเด็ก, จิตเวช, PMCU</p> <p>-Ortho ชาย , Ortho หญิง , ENT</p> <p>-ฉบ8, ฉบ9, ฉบ10</p> <p>-พิเศษทั่วไป (cohort), ฉบ7,ฉบ11,ฉบ12, รัตนะ9</p> <p>-PICU, NMCU,NICU</p> <p>-พิเศษ 6/13, อช2</p> <p>-ศัลยกรรมประสาท</p> <p><b>สรุปประเด็นสำคัญ</b> จากการAudit บันทึกลงทางการพยาบาล ของแกนนำ</p> <p><b>การบันทึก Initial Assessment</b></p> <p>1.การบันทึกประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันไม่ ควร copyจาก ของแพทย์มาทั้งหมด ให้เขียนจากคำบอกเล่าของผู้ป่วย สั้น กระชับ เข้าใจง่ายมี Time lineชัดเจน</p> <p>2. การบันทึก drug reconcile ยังขาด Last dose</p> <p>3. เน้นการบันทึกประวัติการแพ้ยา อาหาร เลือดและ ส่วนประกอบของเลือด</p> <p>4.การเขียนอาการแรกเริ่มเมื่อรับย้าย จะทำให้ทราบการ เดินทางของผู้ป่วยว่าไปอยู่ ward ไหน เมื่อไหร่</p> <p>5. การลงข้อมูลเฉพาะสาขา ...เช่น ผู้ป่วยนรีเวช เด็ก จิตเวช ทารก</p> <p><b>การบันทึก Problem List</b></p> <p>1. มีการกำหนด Goal ที่ไม่สามารถวัดผลได้ กว้างเกินไป ไม่ สอดคล้องกับปัญหา</p>		

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน	แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565		
						<p>2. การระบุปัญหาด้านจิต สังคม จิตวิญญาณภาพลักษณ์ ยังมีค่อนข้างน้อย</p> <p>3. ควรจะประเมินปัญหาด้านจิตใจ การเผชิญกับความเครียด การปรับตัว ภาพลักษณ์เพิ่มเติมในการประเมินผู้ป่วย CA, รายที่ผ่าตัดฉุกเฉิน</p> <p><b>การบันทึก Nursing Progress note</b></p> <p>1.เน้นในส่วนของ Assessment ให้เป็นปัจจุบัน และสอดคล้องกับปัญหานั้นๆ</p> <p>2.เพิ่มเติมแหล่งที่มาของ Assessment เช่น ข้อมูลจากการ round ผู้ป่วยก่อนรับเวร การรับเวรจากเวรก่อนนั้น อาการของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลง</p> <p>Intervention ยังมี การ copy &amp; paste &gt;&gt; ให้ปรับแก้ให้มีเฉพาะกิจกรรมที่ทำในเวรนั้นๆ พยายามใส่เวลาในการทำ กิจกรรมจะได้มองเห็นความเป็นเฉพาะในเวรนั้นๆ มี time line ชัดเจน</p> <p>4.Evaluation ไม่ต้องประเมินกิจกรรมที่ทำ เช่น ได้สอน ได้ปฏิบัติ ให้ประเมิน เป้าหมาย ว่าในเวรได้บรรลุเป้าหมายหรือไม่</p> <p><b>บันทึก Discharge summary &amp; continuing nursing care plan</b></p> <p>1.การcomplete แบบฟอร์ม Nursing continuing care and discharge summary ให้ทะยอยลงบันทึกในแต่ละส่วน ลงข้อมูลสม่ำเสมอต่อเนื่อง เพื่อไม่ให้เป็นการระมากในวันจำหน่าย</p>		

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน	แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งาม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565		
						<p>2.การลง METHOD ควรอธิบาย อาการข้างเคียงของยาที่สำคัญและรับประทานต่อเนือง ยา HM บางชนิดมีอาการข้างเคียงที่ต้องเฝ้าระวัง และส่งผลต่อผู้ป่วย จึงควรให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยา HM อย่างปลอดภัย ควรมีการสร้าง template อาการข้างเคียงของยาHM เพื่อสะดวกในการบันทึกให้ครบถ้วน</p> <p>3.ผู้ที่ปฏิบัติหรือให้คำแนะนำ ให้ลงบันทึกข้อมูล การให้คำแนะนำ ทุกครั้งพร้อมบันทึกผู้รับคำแนะนำ ผู้ให้คำแนะนำ วัน เดือน ปี พร้อมประเมินผล</p> <p>4.การประเมิน pain ก่อนจำหน่าย และการลงบันทึก pain ก่อน-หลังการจัดการความปวด ทั้งใน Nursing Progress note และ graphic sheet</p> <p>6.ควรมีการอ่านทวนซ้ำ เพื่อตรวจสอบคำผิดและการใช้ภาษาพูดแทนภาษาเขียน</p> <p>เสนอแนะให้ใช้ Nursing Progress note ในการรับส่งเวร เพื่อช่วยกันตรวจสอบความถูกต้อง</p> <p>มีการชื่นชมผู้ปฏิบัติงาน และยกตัวอย่างchart ที่บันทึกค่อนข้างครอบคลุม ให้ผู้ร่วมงานได้เรียนรู้</p>		
1.3 Round ระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ในแต่ละหอผู้ป่วย ในประเด็น	ต.ค. 64- ก.ย.65	หอผู้ป่วยที่ได้รับการ round ระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	ร้อยละของหอผู้ป่วยที่ได้รับการround ระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	ร้อยละ 100	ร้อยละ 81.39 (35/43 ward)	<p>หอผู้ป่วยได้รับการround ระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล = ร้อยละ 52 (24/47)</p> <p><u>สรุปประเด็นเพิ่มเติม</u></p>	<p>1.จัดตารางการ Roundในแต่ละกลุ่มหอผู้ป่วย</p> <p>2.กำหนดประเด็นสำคัญในการ Round โดยสร้าง</p>	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน	แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565		
-Template กลุ่มโรค สำคัญ ในUtilityและ การนำไปใช้ -การบันทึก Nursing progress note ที่มี คุณภาพ ครบถ้วน ถูกต้อง แม่นยำ ไม่มี การ copy& paste -การบันทึก Nursing continuing care and discharge summery ให้ถูกต้องครบถ้วน						<ol style="list-style-type: none"> <li>ประวัติแรกรับในผู้ป่วยที่รับย้ายมาจาก Covid , Cohort ไม่ครบถ้วน สมบูรณ์ ward ปลายทางต้องมารับผิดชอบในการcomplete ข้อมูลบางส่วน</li> <li>การบันทึก สภาพปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม ยังมีน้อย ซึ่งบางรายส่งเวรว่ามีปัญหา แต่ไม่ได้บันทึก</li> <li>การประเมินสภาพปัญหาด้านจิตใจ ในward เด็ก</li> <li>การสิ้นสุดปัญหาในผู้ป่วยที่ปัญหานั้นยังคงอยู่ในวันจำหน่าย ปฏิบัติไม่เหมือนกัน มีข้อเสนอแนะให้เพิ่มช่องกรลงข้อมูลเป็น continue เพื่อการดูแลต่อเนื่อง</li> <li>แบบการคัดกรองcovid-19 แต่ละward ไม่เป็นรูปแบบเดียวกัน ไม่ทันสมัย ต้องสร้างTemplate เอง</li> </ol>	แบบฟอร์มให้ กรรมการฯ 3.สรุปและ วิเคราะห์ผล นำเสนอในที่ ประชุมกรรมการฯ	
1.4 พัฒนารูปแบบการ บันทึกทางการแพทย์บาล รายโรค แบบAPIE ของ หอผู้ป่วยนอก	ต.ค. 64- ก.ย.65	หอผู้ป่วยนอกที่มี รูปแบบการ บันทึกทางการแพทย์ บาลราย โรค	-ร้อยละของหอผู้ป่วย นอกที่มีรูปแบบการ บันทึกทางการแพทย์ บาลรายโรค	ร้อยละ 80	NA	<ol style="list-style-type: none"> <li>ประชุมกรรมการเพื่อวางแผนการทำงาน</li> <li>ประสานงานกับHW OPD</li> <li>Round บันทึกทางการแพทย์บาลของ OPD 1 : นรีเวช OPD 2 : ENT, OPD, GP</li> </ol> <p><b>สรุปประเด็น</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•มีความหลากหลาย ซ้ำซ้อนไม่เป็นหมวดหมู่ ของTemplate ที่ใช้ในปัจจุบัน</li> <li>•ควรมีTemplate กลางของOPD ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน</li> <li>•สร้างTemplate หัตถการและรายโรคที่เฉพาะOPD</li> </ul>	1.Round บันทึก ทางการแพทย์บาล เพิ่มในแต่ละzone OPD 1 : ตา OPD 2 : ศัลยกรรม Ortho OPD 3 : อายุร กรรม เด็ก 2. นัดประชุมแกน นำและหัวหน้า หน่วยงานOPD	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565	แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งปม.2565	วัน- เวลา							
							3. สร้างรูปแบบ บันทึกให้เป็นไปไน ทิศทางเดียวกัน	
1.5 ประกันคุณภาพ บันทึกทางการพยาบาล	ต.ค. 64- ก.ย.65	กิจกรรม QA	จำนวนครั้งการทำ กิจกรรมQA	1	1	QA กันยายน 2565	วิเคราะห์ข้อมูล พัฒนาในประเด็น ที่ยังเป็นโอกาส พัฒนา	
2. ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ บันทึกทางการ พยาบาลร่วมกับทีม วิจัยและคณะพยาบาล ศาสตร์	ต.ค. 64- ก.ย.65	ความสำเร็จของ งานวิจัย	จำนวนงานวิจัยที่ สำเร็จ	1 เรื่อง	NA	หัวข้อวิจัย ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อระบบบันทึก ทางการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (Registered Nurses Opinion Regarding Nursing Document System, Songklanagarind ) -อยู่ในขั้นตอนการเขียนโครงร่างวิจัย -ความสำเร็จของงานวิจัย= 30%	-ส่งผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบ เครื่องมือ -ส่งโครงร่างวิจัย ผ่านกรรมการ EC และขอทุนวิจัย	
3. ปรับปรุงโปรแกรม บันทึกทางการ พยาบาลร่วมกับ IT เรื่องที่ 1.Initial Assessment (ให้กระชับและเพิ่มเติม ข้อมูลเฉพาะสาขา เช่น จิตเวช, เด็ก, Newborn, สูติกรรม) เรื่องที่ 2 Problem list	ต.ค. 64- ก.ย.65	ความคืบหน้า ตามขั้นตอน ความสำเร็จของ การปรับปรุง โปรแกรม ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ ปัญหา (Analysis the problem) ร้อย ละ 20	ขั้นตอนความสำเร็จ	ขั้นตอนที่ 5	เรื่องที่ 1,4 อยู่ในขั้นตอน ที่ 1  -เรื่องที่ 2, 3 อยู่ใน ขั้นตอนที่ 4	1. Initial Assessment : ขั้นตอนที่ 1 2. Problem list : ขั้นตอนที่ 5 3. Nursing progress note : ขั้นตอนที่ 5 4. Nursing continuing care and discharge summary : ขั้นตอนที่ 1 5 Kardex : ขั้นตอนที่ 2	1.ให้กรรมการ ทบทวนและ ปรับปรุง Initial Assessment ให้ เป็นเฉพาะสาขา เช่น 1. กลุ่มสูติกรรม 2. กลุ่มวิกฤติ 3. ทารก - เด็ก 4. จิตเวช	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน	แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565		
เรื่องที่ 3 Nursing progress note เรื่องที่ 4 แบบฟอร์ม Nursing continuing care and discharge summery เรื่องที่ 5 Kardex		ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบ โปรแกรม (Design a Program) ร้อย ละ 40 ขั้นตอนที่ 3 การเขียน โปรแกรม (Coding) ร้อย ละ 60 ขั้นตอนที่ 4 การทดลองใช้ โปรแกรม (Testing) ร้อย ละ 80 ขั้นตอนที่ 5 การนำไปใช้จริง (Training) ร้อยละ 100					5. ศัลยกรรมและ อายุรกรรม ตา ENT นรีเวช > เป็นกลุ่มผู้ป่วย ผู้ใหญ่ทั่วไป 2. ติดตามการใช้ โปรแกรม Problem list และ Nursing progress note หลังการปรับปรุง 3. ประสานงานกับ กรรมการ IT เรื่อง โปรแกรม Kardex	
มาตรฐานทางการพยาบาล								
1.โครงการจัดทำแนว ปฏิบัติในมาตรฐาน สำคัญจำเป็นต่อความ		แนวปฏิบัติใน มาตรฐาน สำคัญจำเป็น	จำนวนแนวปฏิบัติใน มาตรฐานสำคัญ จำเป็นต่อความ	6 เรื่อง	NA	1.จัดทำแบบฟอร์มแนวปฏิบัติเพื่อให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน	จัดทำแนวปฏิบัติ ในมาตรฐานสำคัญ จำเป็นต่อความ	คุณมัทนา และทีม

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน	แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565		
<p>ปลอดภัยตามแนวทาง AHA</p> <p>1.1 การระบุตัวผู้ป่วย</p> <p>1.2 การให้เลือด</p> <p>1.3 การป้องกันการเกิด Medication Errors และ adverse drug Event</p> <p>1.4 การป้องกันการฆ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ</p> <p>1.5 การควบคุมการติดเชื้อ VAP, CAUTI, CLABSI, SSI</p> <p>1.6 การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉิน</p>	<p>ต.ค. 64-ก.ย.65</p>	<p>ต่อความปลอดภัยตามแนวทาง AHA ที่สำเร็จ</p>	<p>ปลอดภัยตามแนวทาง AHA ที่สำเร็จ</p>			<p>2.ประสานงานกับ Risk owner ในการจัดทำแนวปฏิบัติในมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยตามแนวทาง AHA การระบุตัวผู้ป่วย การให้เลือด การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉิน</p> <p>1.มีแนวปฏิบัติในมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยตามแนวทาง AHA ที่สำเร็จและประกาศใช้ จำนวน 3 เรื่อง</p> <p>1. การระบุตัวผู้ป่วย</p> <p>2. การให้เลือด</p> <p>3. การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉิน</p>	<p>ปลอดภัยตามแนวทาง AHA อีก 3 เรื่อง นำเข้าพิจารณาในทีมบริหารและประกาศใช้</p> <p>1. การป้องกันการเกิด Medication Errors และ adverse drug Event</p> <p>2.การป้องกันการฆ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ</p> <p>3. การควบคุมการติดเชื้อ VAP, CAUTI, CLABSI, SSI</p>	
<p>2.โครงการจัดทำ/ทบทวนแนวปฏิบัติทั่วไปที่สำคัญของฝ่ายบริการพยาบาล</p>	<p>ต.ค. 64-ก.ย.65</p>	<p>แนวปฏิบัติทั่วไปที่สำคัญของฝ่ายบริการพยาบาลที่จัดทำ/ทบทวน</p>	<p>จำนวนแนวปฏิบัติทั่วไปที่สำคัญของฝ่ายบริการพยาบาลที่จัดทำ/ทบทวนสำเร็จและนำลงสู่การปฏิบัติ</p>	5 เรื่อง	NA	<p>1.ประสานงานกับ Risk owner ในการทบทวน/จัดทำแนวปฏิบัติสำคัญของฝ่ายบริการพยาบาล</p> <p>2.จำนวนแนวปฏิบัติทั่วไปที่สำคัญของฝ่ายบริการพยาบาลที่จัดทำ/ทบทวนสำเร็จและนำลงสู่การปฏิบัติ จำนวน 2 เรื่อง</p>	<p>ทบทวน จัดทำแนวปฏิบัติ/ทั่วไปที่สำคัญของฝ่ายบริการพยาบาลอีก 3 เรื่อง</p>	



แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน	แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565		
2.1 การจัดการความ ปวด 2.2 Phlebitis 2.3 Line Tube & Drain 2.4 Fall & Slip 2.5 Pressure injury		สำเร็จและนำ ลงสู่การปฏิบัติ				1. Fall & Slip 2. Pressure injury	นำเข้าพิจารณาใน ทีมบริหาร ประกาศใช้	
3. โครงการส่งเสริมการ ปฏิบัติการพยาบาล ภายใต้มาตรฐาน เดียวกันและติดตาม การประกันคุณภาพการ พยาบาล 3.1 Update QA ใน Intranet / จัดเก็บให้ ง่ายต่อการเข้าถึง 3.2 จัดทำตาราง การ เก็บข้อมูล QA กิจกรรม ประกันคุณภาพการ พยาบาลสำหรับทุกหอ ผู้ป่วยตาม key area 3.3 ติดตาม compliance	ต.ค. 64- ก.ย.65	หอผู้ป่วยที่ผ่าน เกณฑ์การ ประเมิน QA ในข้อที่ต้อง ปฏิบัติ	ร้อยละของหอผู้ป่วยที่ ผ่านเกณฑ์การ ประเมิน QA ในข้อที่ ต้องปฏิบัติ	ร้อยละ 100	NA	1.จัดทำตาราง การเก็บข้อมูล QA สำหรับทุกหอผู้ป่วยตาม key area 2.ทบทวน QA 7 เรื่อง  <ul style="list-style-type: none"> <li>● การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเลือดและส่วนประกอบของ เลือด</li> <li>● การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนทางหลอดเลือด ดำส่วนกลาง (CVC)</li> <li>● การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำ ส่วนปลาย</li> <li>● การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมี บำบัด</li> <li>● การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสาย</li> <li>● การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ</li> <li>● การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ</li> </ul>	หลังทบทวน QA ครบ 7 เรื่อง นำไปทดลองใช้>> ปรับปรุงแก้ไข>> นำไปใช้จริง  -นัดประชุมแกนนำ มาตรฐาน 29/04/65 เพื่อ Standardize  -กิจกรรม KM	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน					แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565						
ตามบริบท ของหอ ผู้ป่วย ทุก 6 เดือน 3.4 วิเคราะห์ข้อมูลและ แสดงผลในภาพรวม ผ่าน dashboard และ feedback ให้หอ ผู้ป่วย/หน่วยงานทราบ						3. เก็บ QA ทั้งหมด 7 เรื่องเดือนพฤษภาคม						
Pressure injury												
โครงการพัฒนา คุณภาพการดูแลเพื่อ ป้องกันการเกิดแผลกด ทับ Pressure injury	ต.ค.	แผลกดทับ ระดับ 1-4 และ 2 ลักษณะ	อัตราการเกิดแผลกด ทับ	< 3 ครั้ง/ 1,000 วัน นอน	6.18	ไตรมาส/2565	1	2	3	4		
	64-					อัตราการเกิดแผลกดทับ	5.65	6.31	6.15	6.28		
	ก.ย.65					จำนวนแผล	394	440	407	451		
						อัตราการเกิดแผลกดทับเฉลี่ย งปม.2565=	6.10					

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน	แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ																																																																			
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565																																																																					
		<p style="text-align: center;"><b>อัตราการเกิดแผลกดทับ 2565</b></p> <table border="1"> <caption>ข้อมูลจากกราฟ: อัตราการเกิดแผลกดทับ 2565</caption> <thead> <tr> <th>ประเภท</th> <th>Bar 1 (Blue)</th> <th>Bar 2 (Orange)</th> <th>Bar 3 (Grey)</th> <th>Bar 4 (Yellow)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ภาพรวม</td> <td>5.65</td> <td>6.31</td> <td>6.15</td> <td>6.28</td> </tr> <tr> <td>ระดับ1</td> <td>1.7</td> <td>2.1</td> <td>1.2</td> <td>1.3</td> </tr> <tr> <td>ระดับ2</td> <td>2.8</td> <td>3.0</td> <td>3.6</td> <td>3.2</td> </tr> <tr> <td>ระดับ3</td> <td>0.5</td> <td>0.3</td> <td>0.6</td> <td>0.7</td> </tr> <tr> <td>ระดับ4</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>DTI</td> <td>0.5</td> <td>0.7</td> <td>0.6</td> <td>0.8</td> </tr> <tr> <td>Unstageable</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>MMPI</td> <td>0.2</td> <td>0.1</td> <td>0.3</td> <td>0.4</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center; color: red;">จากกราฟพบว่า อัตราแผลกดทับสูงเป็น 2 เท่ากว่าที่กำหนดไว้ โดยแผลกดทับส่วนใหญ่เป็นระดับ 2</p> <p style="text-align: center;"><b>อัตราการเกิดแผลกดทับ</b></p> <table border="1"> <caption>ข้อมูลจากกราฟ: อัตราการเกิดแผลกดทับ</caption> <thead> <tr> <th>ช่วงเวลา</th> <th>อัตราการเกิดแผลกดทับ(ราย/1000วันนอนรพ.)</th> <th>อัตราการเกิดแผลกดทับ(ครั้ง/1000วันนอนรพ.)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1/2565</td> <td>5.65</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2/2565</td> <td>6.31</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>3/2565</td> <td>6.15</td> <td>3.96</td> </tr> <tr> <td>4/2565</td> <td>6.28</td> <td>3.65</td> </tr> <tr> <td>1/2566</td> <td>5.76</td> <td>3.5</td> </tr> <tr> <td>2/2566</td> <td>4.88</td> <td>2.97</td> </tr> </tbody> </table>						ประเภท	Bar 1 (Blue)	Bar 2 (Orange)	Bar 3 (Grey)	Bar 4 (Yellow)	ภาพรวม	5.65	6.31	6.15	6.28	ระดับ1	1.7	2.1	1.2	1.3	ระดับ2	2.8	3.0	3.6	3.2	ระดับ3	0.5	0.3	0.6	0.7	ระดับ4	0	0	0	0	DTI	0.5	0.7	0.6	0.8	Unstageable	0	0	0	0	MMPI	0.2	0.1	0.3	0.4	ช่วงเวลา	อัตราการเกิดแผลกดทับ(ราย/1000วันนอนรพ.)	อัตราการเกิดแผลกดทับ(ครั้ง/1000วันนอนรพ.)	1/2565	5.65	0	2/2565	6.31	0	3/2565	6.15	3.96	4/2565	6.28	3.65	1/2566	5.76	3.5	2/2566	4.88	2.97		
ประเภท	Bar 1 (Blue)	Bar 2 (Orange)	Bar 3 (Grey)	Bar 4 (Yellow)																																																																							
ภาพรวม	5.65	6.31	6.15	6.28																																																																							
ระดับ1	1.7	2.1	1.2	1.3																																																																							
ระดับ2	2.8	3.0	3.6	3.2																																																																							
ระดับ3	0.5	0.3	0.6	0.7																																																																							
ระดับ4	0	0	0	0																																																																							
DTI	0.5	0.7	0.6	0.8																																																																							
Unstageable	0	0	0	0																																																																							
MMPI	0.2	0.1	0.3	0.4																																																																							
ช่วงเวลา	อัตราการเกิดแผลกดทับ(ราย/1000วันนอนรพ.)	อัตราการเกิดแผลกดทับ(ครั้ง/1000วันนอนรพ.)																																																																									
1/2565	5.65	0																																																																									
2/2565	6.31	0																																																																									
3/2565	6.15	3.96																																																																									
4/2565	6.28	3.65																																																																									
1/2566	5.76	3.5																																																																									
2/2566	4.88	2.97																																																																									

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน					แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ	
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565							
						จำนวนแผล	1-2565	2-2565	3-2565	4-2565			
						ระดับ 1	121 (30.7)	148 (33.6)	80 (19.6)	91 (20.18)			
						ระดับ 2	197 (50)	206 (46.8)	240 (58.96)	230 (50.99)			
						ระดับ 3	29 (7.36)	25 (5.68)	35 (8.6)	44 (9.76)			
						ระดับ 4	0	1 (0.23)	2((0.49)	5(0.11)			
						DTI	30 (7.6)	43 (9.97)	34(8.35)	48(10.64)			
						Unstageable	1 (0.25)	5 (1.14)	6(1.47)	10(2.21)			
						N/A (แผล MMPI)	16 (4.06)	12 (2.72)	10(2.46)	23(5.1)			
						<p>หอผู้ป่วยที่มีจำนวนการเกิดแผลจากมากไปหาน้อยพบว่า แผลกดทับเกิดมากที่สุดคือ ห้องผ่าตัด อายุรกรรมชาย 1 SICU แยกโรคติดเชื้อ SRCU ศัลยกรรมชาย 2 อายุรกรรมหญิง กระดูกและข้อชาย MICU กระดูกและข้อหญิง</p> <p>แผนการพัฒนา : ทีมกรรมการป้องกันและดูแลแผลกดทับ เข้าร่วมทบทวนและหาวิธีในการป้องกันในหอผู้ป่วย key area</p> <p>ปีงปม.2565 เกิดแผลกดทับ ระดับ 4 เกิด 8 แผล พบว่าเป็นผู้ป่วยที่มีคะแนนประเมิน 10-16 คะแนน ตำแหน่งที่เกิดหู 2 แผล ก้นกบ 3 ราย สันเท้า 1 ราย และศีรษะ 2 ราย</p>							

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน					แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ																															
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565																																					
					พบว่า อัตราการเกิดแผลกดทับเพิ่มขึ้น โดยแผลที่เกิดขึ้น เกิดจากแรงกดทับ(pressure) มากขึ้น และ <u>stage 1-2</u> ร้อยละ 80.45 และจำนวนแผล DTI มากขึ้นเป็น ร้อยละ 9.7																																						
					<p>อัตราการเกิด MDRPI</p> <table border="1"> <caption>ข้อมูลจากกราฟ: อัตราการเกิด MDRPI</caption> <thead> <tr> <th>ประเภท</th> <th>Bar 1 (Blue)</th> <th>Bar 2 (Orange)</th> <th>Bar 3 (Yellow)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ภาพรวม</td> <td>~1.66</td> <td>~1.71</td> <td>~1.84</td> </tr> <tr> <td>ระดับ1</td> <td>~0.5</td> <td>~0.7</td> <td>~0.2</td> </tr> <tr> <td>ระดับ2</td> <td>~0.8</td> <td>~0.7</td> <td>~0.8</td> </tr> <tr> <td>ระดับ3</td> <td>~0.1</td> <td>~0.1</td> <td>~0.2</td> </tr> <tr> <td>ระดับ4</td> <td>~0.0</td> <td>~0.0</td> <td>~0.0</td> </tr> <tr> <td>DTI</td> <td>~0.2</td> <td>~0.2</td> <td>~0.2</td> </tr> <tr> <td>Unstageable</td> <td>~0.0</td> <td>~0.0</td> <td>~0.0</td> </tr> </tbody> </table>	ประเภท	Bar 1 (Blue)	Bar 2 (Orange)	Bar 3 (Yellow)	ภาพรวม	~1.66	~1.71	~1.84	ระดับ1	~0.5	~0.7	~0.2	ระดับ2	~0.8	~0.7	~0.8	ระดับ3	~0.1	~0.1	~0.2	ระดับ4	~0.0	~0.0	~0.0	DTI	~0.2	~0.2	~0.2	Unstageable	~0.0	~0.0	~0.0						
ประเภท	Bar 1 (Blue)	Bar 2 (Orange)	Bar 3 (Yellow)																																								
ภาพรวม	~1.66	~1.71	~1.84																																								
ระดับ1	~0.5	~0.7	~0.2																																								
ระดับ2	~0.8	~0.7	~0.8																																								
ระดับ3	~0.1	~0.1	~0.2																																								
ระดับ4	~0.0	~0.0	~0.0																																								
DTI	~0.2	~0.2	~0.2																																								
Unstageable	~0.0	~0.0	~0.0																																								
						ไตรมาส/2565	1	2	3	4																																	
						อัตราการเกิด MDRPI	1.66	1.71	1.84	1.56																																	
					อัตราการ MDRPI ยังคงเกิดขึ้นไม่สม่ำเสมอ เฉลี่ย 1.69 แผลต่อ 1000 วันนอน รพ. เกิดแผลระดับ 4 จำนวน 2 แผล ทบทวนคือ เกิดที่หูข้างซ้าย ที่หอผู้ป่วย ศัลยกรรมชาย 2 แผลที่ 2 เกิดที่หอผู้ป่วย NICU																																						
					- แผล MDRPI ที่เกิดบ่อยในตำแหน่งต่าง ๆ 3 ลำดับ ดังนี้ 1) หู 2 ข้าง 2) จมูก 3) มุมปาก 2 ข้าง																																						

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน					แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565						
		แผลกดทับ ระดับ 2	อัตราการเกิดแผลกด ทับระดับ 2	≤0.8	2.83	ไตรมาส/2565	1	2	3	4		
						อัตราการเกิดแผลกดทับ ระดับ 2	2.83	2.95	3.62	3.20		
						จำนวนแผล	197	206	240	230		
						อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2 เฉลี่ย 3.15						
		แผลกดทับ ระดับ 3	อัตราการเกิดแผลกด ทับระดับ 3	0	0.45	ไตรมาส/2565	1	2	3	4		
						อัตราการเกิดแผลกดทับ ระดับ 3	0.42	0.36	0.53	0.61		
						จำนวนแผล	29	25	35	44		
						อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 3 เฉลี่ย 0.48						
		แผลกดทับ ระดับ 4	อุบัติการณ์แผลกดทับ ระดับ 4	0	0	ไตรมาส/2565	1	2	3	4		
						อัตราการเกิดแผลกดทับ ระดับ 4	0	0.01	0.03	0.07		
						จำนวนแผล	0	1	2	5		
						อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 4 เฉลี่ย 0.03						
		แผลกดทับที่ turn stage	อัตราแผลกดทับที่ turn stage	0	5.74	อัตราแผลกดทับในโรงพยาบาลที่ Turn stage คิดเป็นร้อยละ 2.1 ( จำนวน 30แผล) ตำแหน่งที่มีการเปลี่ยน stage ได้แก ก้นกบ เข่า เข่า ก้นย้อย หู กระดูกสันหลัง คอ แขน ประเมิน ความเสี่ยง Braden score 7- 20 คะแนน						
1.1 กิจกรรม Standardized Pressure injury และ รณรงค์ Stop Pressure Injury	9-10 ก.พ. 65 17-18 ส.ค.65	ความชุกของ แผลกดทับที่ เกิดใน โรงพยาบาล	เทียบเคียงเครือข่าย	อยู่ใน ลำดับ 1 ใน 3	อันดับ 6/7	ผลการสำรวจคุณภาพพันธ 2565 ไม่มีการจัดอันดับ เนื่องจาก บางโรงพยาบาลไม่ได้สำรวจความชุกจากสถานการณ์โควิด-19 ผลการสำรวจความชุกเดือน สิงหาคม 2565 อันดับ 7/7						

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน				แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ	
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565						
			อัตราความชุกแผลกดทับ	< ร้อยละ 5	4.75	วันที่ 10 ก.พ.65 อัตราความชุกแผลกดทับที่เกิดในรพ. = 3.24 วันที่ 10 ส.ค.65 อัตราความชุกแผลกดทับที่เกิดในรพ. = 4.33						
						อัตราความชุก/อันดับ เทียบเคียง	ก.พ.64	ส.ค.64	ก.พ.65	ส.ค.65		
						แผลกดทับ (%)	9.0 (83/675)	3.67 (17/463)	3.40 (21/618)	4.33 (24/579)		
						IAD (%)	4.9 (33/675)	3.67 (17/463)	2.59 (16/618)	3.34 (19/579)		
						MDRPI (%)	3.85 (26/675)	1.08 (5/463)	1.29 (8/618)	2.77 (16/579)		
						MMPI	0.59 (4/675)	0	0.16 (1/618)	0.69 (4/579)		
กิจกรรม Grand round และทำ RCA ร่วมกัน ระหว่างหอผู้ป่วยและกรรมการ เพื่อเพิ่มแนวทางการป้องกัน กับหอผู้ป่วยที่มีความชุกของแผลกดทับ อันดับ 1-5 ในแต่ละไตรมาสหรือแผลกดทับระดับ 3-4 และผลMDRPI	ธ.ค. 64, มี.ค 65, พ.ค. 65, ก.ค. 65, ก.ย. 65	-กิจกรรม Grand round	จำนวนครั้ง	5 ครั้ง	NA	ไตรมาส 2 ติดตามการเกิด IAD ใน PMCU NICU						

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน	แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565		
		ความชุกของ แผลกดทับที่ เกิดในหอผู้ป่วย เป้าหมาย	ความชุกของแผลกด ทับที่เกิดในหอผู้ป่วย เป้าหมายลดลง	ร้อยละ 20	NA	ติดตามการเกิด MARSİ ในหอผู้ป่วย SICU ในไตรมาส 3-2564 เกิดแผล MARSİ 15 แผล คิดเป็นอัตรา 19.31 ในไตรมาส 4-2564 เกิดแผล MARSİ 12 แผล คิดเป็นอัตรา 14.80 ในไตรมาส 1-2565 เกิดแผล MARSİ 8 แผล คิดเป็นอัตรา 9.38 จัดกิจกรรม Grand round เมื่อ 14/12/64 ติดตามผลในไตร มาส 2 พบว่าในไตรมาส 2-2565 เกิดแผล MARSİ 8 แผล คิด เป็นอัตรา 9.36		
						ไตรมาส 2 จัดวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2565 เวลา 13.30 – 15.30 น.เยี่ยม หอผู้ป่วย PMCU และ NICU ในประเด็นการเกิด IAD ได้ประเด็นการ ดูแลดังนี้  PMCU: มีประเด็นในการดูแลผิวหนังจากเดิมที่ใช้น้ำเปล่า ปรับเป็น ใช้สบู่เหลวเด็กที่มีค่า pH 5.5 ร่วมกับการใช้น้ำเปล่า ส่งผลให้การเกิด IAD ในผู้ป่วยลดลง และแผล IAD ที่เป็นอยู่เดิมก็มีแนวโน้มที่ดีขึ้น คณะกรรมการผู้เยี่ยมตรวจให้คำแนะนำเพิ่มเติมในประเด็นการ ดูแล IAD แก่หอผู้ป่วยประกอบด้วย 1. เพิ่มการดูแลเพื่อป้องกันการเกิด IAD โดยให้มีวาสลีนหรือ skin barrier cream ไว้ประจำเตียงของผู้ป่วยทุกรายตั้งแต่แรกรับ และ ใช้ทาให้ผู้ป่วยทุกครั้งหลังการขับถ่าย 2. การดูแลเมื่อผู้ป่วยเริ่มถ่ายเหลว ให้ทาผิวหนังด้วย Zinc paste หรือ skin barrier cream หากผู้ป่วยเริ่มมีรอยแดง (IAD category 1) ให้ทารอยแดงด้วย Zinc paste หรือฉีดพ่นด้วย Skin barrier spray		



แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน	แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565		
						<p>3. การดูแลเมื่อผู้ป่วยมีรอยแดงที่ผิวหนังเริ่มเปิดเป็นแผล (IAD category 2) มีวิธีการดูแลดังนี้</p> <p>-Stomahesive powder โรยทั่วแผล ทา Zinc paste ทับ เพื่อให้ powder ติดได้ดี ถ้ามี Skin barrier spray ให้ฉีดป้องกันผิวหนังรอบ ๆ เกิด IAD เพิ่ม หลังใช้หากมี powder ติดกรังแผล ให้ล้างทำความสะอาดให้ได้มากที่สุด แต่ไม่ต้องแกะคราบ powder ที่ติดกรังแผลออก รอให้ลอกหลุดเอง</p> <p>-การฉีด Skin barrier spray ต้องทำอย่างถูกวิธี คือ พยายามให้ขวดตั้งฉาก ดึงผิวหนังให้ตึงและรอให้แห้งก่อนปล่อยมือที่ดึงผิวหนังออก หากมีเชื้อราให้แพทย์สั่งยาฆ่าเชื้อราทาพร้อมด้วย</p>		

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน	แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565		
						<p>NICU: มีประเด็นเรื่องการเกิด IAD และ MDRPI จำนวนมากและขาดการประเมินผิวหนังอย่างละเอียดตั้งแต่แรกรับทำให้บางครั้งพบ incident การเกิดแผลกดทับใหม่ในหอผู้ป่วยและยังมีปัญหาการเกิด MDRPI ในผู้ป่วยที่ใช้ BiPAP จึงได้มีการนำ hydrocolloid sheet มาใช้ในการป้องกันการเกิด MDRPI โดยการนำมาตัดเป็นขนาดต่าง ๆ ซึ่งเป็นสิ่งที่ เป็น Best practice ที่สามารถนำไปเผยแพร่ให้หอผู้ป่วยอื่นนำไปปรับใช้ได้</p> <p>ขณะเยี่ยมตรวจ พบว่าทางหอผู้ป่วยมีการใช้ผ้าอ้อมวางรองบน pampers อีกชั้นในผู้ป่วยที่ถ่ายเหลวตลอดเวลา ซึ่งการใช้ผ้าอ้อมจะทำให้การดูดซับปัสสาวะออกจากระได้ไม่ดีเท่า pampers จึงให้คำแนะนำให้ใช้ pampers รองอย่างเดียวโดยไม่ต้องมีผ้าอ้อมในผู้ป่วยเด็กผู้ชายที่มีปัสสาวะพุ่ง แนะนำให้ปิดผ้าเฉพาะตำแหน่งเพื่อป้องกันการฟุ้งของปัสสาวะ และในรายที่ผู้ป่วยไม่คืนก็ให้วางรองไว้อย่างเดียวโดยไม่ห่อ pampers เพื่อป้องกันการอับชื้น หากจำเป็นต้องห่อ pampers ในผู้ป่วยที่คืนต้องให้เปิดประเมนบ่อย ๆ และให้เปลี่ยนทันทีหลังการขับถ่าย นอกจากนี้พบว่า หอผู้ป่วยยังมีการดูแลแผล IAD cat 2 ที่มีเชื้อราร่วมด้วยยังไม่ถูกต้อง จึงได้ให้คำแนะนำเพิ่มเติมเช่นเดียวกับหอผู้ป่วย PMCU</p> <p>นำเสนอหอผู้ป่วย NICU เข้าร่วมประกวดโครงการ Skin safety ซึ่งจัดโดย ชมรม ET Nurse</p>		
โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการป้องกันและดูแลแผลกดทับ								
	29, 30 มี.ค.65	การจัดอบรม	จำนวนครั้ง	2 ครั้ง	NA	กำหนดจัด 2 รุ่น ละคร 100 คน วันที่ 29, 30 มีนาคม 2565		

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565	แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งปม.2565	วัน- เวลา							
2.1 จัดอบรม Skin Bundle กลุ่ม nurse ที่ไม่เคยเข้าอบรม			จำนวนผู้เข้าร่วม	100 คน/ ครั้ง	NA	เนื่องจากสถานการณ์ Covid 19เลื่อนกำหนดการอบรม พยาบาลเป็นวันที่ 7-8 ก.ค. 65		
2.2 จัดอบรม Skin Bundle กลุ่ม non nurse สำหรับผู้ไม่เคยเข้าอบรมเมื่อปี 2563-2564 - ปี 2563 จำนวน 157 คน - ปี 2564 จำนวน 200 คน - ปี 2565 จำนวน 200 คน	9, 10 พ.ค. 65	การจัดอบรม	จำนวนครั้ง	2 ครั้ง	NA	กำหนดจัด 2 รุ่น ะละ 100 คน วันที่ 9, 10 พฤษภาคม 2565 วันที่ 9 พฤษภาคม 2565 มีผู้เข้าอบรม 67 คน วันที่ 10 พฤษภาคม 2565 มีผู้เข้าอบรม 65 คน สาเหตุของการส่งเข้าอบรมน้อยกว่าเป้าหมาย เนื่องจากสถานการณ์โควิด จำกัดผู้เข้าอบรมเพื่อจัดทำ Work shop ให้เหมาะสมกับสถานการณ์		
		ผู้เข้าอบรมมีความรู้หลังอบรม ร้อยละ 80	ร้อยละของผู้เข้าอบรมมีความรู้หลังอบรม มากกว่าร้อยละ 80	>ร้อยละ 90	NA	ไม่ได้วัดความรู้		
<b>โครงการสนับสนุนส่งเสริมและติดตามงาน</b>								
- QA การใช้แนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับและแนวปฏิบัติเมื่อเกิดแผลกดทับแล้ว	ม.ค. 65	ร้อยละของแนวปฏิบัติสำคัญที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน	ร้อยละของแนวปฏิบัติสำคัญที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน	ร้อยละ 100	NA	กำหนดเก็บเดือน พฤษภาคม - มิถุนายน 2565	รณรงค์และเพิ่มความรู้อ้อมเกี่ยวกับการใช้ผ้าอ้อมที่เหมาะสม ในภาพรวมของฝ่ายฯ	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน	แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ																					
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565																							
						<p>ผลการประเมินคุณภาพ : การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ปี 2565</p>																							
-ทดสอบความรู้ พยาบาลเรื่องการ ป้องกันและการดูแล แผลกดทับ	มี.ค.65	การทดสอบ ผ่านเกณฑ์	จำนวนของผู้สอบผ่าน เกณฑ์ (ร้อยละ 80)	ร้อยละ 80	NA	<p>กำหนดสอบ เดือน กรกฎาคม 2565 สอบความรู้พยาบาลทุก หอผู้ป่วย/ หน่วยงานในฝ่ายบริการพยาบาล 1330 ราย ได้คะแนน &gt; ร้อยละ 80 จำนวน 630 ราย คิดเป็นร้อยละ 47.26</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ช่วงคะแนน</th> <th>ราย</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>&lt;50</td> <td>20</td> <td>1.5</td> </tr> <tr> <td>50-59</td> <td>40</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>60-69</td> <td>341</td> <td>25.58</td> </tr> <tr> <td>70-79</td> <td>302</td> <td>22.66</td> </tr> <tr> <td>80-89</td> <td>452</td> <td>33.9</td> </tr> <tr> <td>90-100</td> <td>178</td> <td>13.36</td> </tr> </tbody> </table>	ช่วงคะแนน	ราย	ร้อยละ	<50	20	1.5	50-59	40	3	60-69	341	25.58	70-79	302	22.66	80-89	452	33.9	90-100	178	13.36		
ช่วงคะแนน	ราย	ร้อยละ																											
<50	20	1.5																											
50-59	40	3																											
60-69	341	25.58																											
70-79	302	22.66																											
80-89	452	33.9																											
90-100	178	13.36																											

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน			แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565				
							1333	100		
โครงการระบุตัวผู้ป่วย										
จำนวนอุบัติการณ์ระบุ ตัวผิด			ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป	0	0	1				
จำนวนอุบัติการณ์ระบุตัว ผิด			ความรุนแรงระดับ C ขึ้นไป - ให้เลือด	0	0	0				
			- ทารกแรกเกิด	0	0	0				
			- ผ่าตัด /หัตถการ invasive	0	0	0				
			- ให้ยา HAD	0	0	5				
			- ให้นมมารดา	0	1	0				
			จำนวนอุบัติการณ์ระบุ ตัวผิดที่มีผลกระทบไม่ รุนแรงระดับ C ขึ้นไป	≤ 20 ครั้ง	41	57				
ผล QA การระบุตัว			ร้อยละของการระบุตัว ผู้ป่วยก่อนทำกิจกรรม ทางการพยาบาล/ หัตถการ และใช้คำถาม ปลายเปิดไม่ถามชี้นำ	100	NA	96.73				
			ร้อยละของการระบุ ตัวอย่างน้อย 2 ตัวบ่งชี้	100	NA	93.77				
			ผู้ป่วยในใส่ป้ายข้อมือ/ ข้อเท้า ระบุห่อผู้ป่วย /	100	NA	99.61				

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565	แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งปม.2565	วัน- เวลา							
			หน่วยงานเป็นปัจจุบัน มีข้อมูลครบถ้วนทั้งชื่อ - สกุล อายุ HN ข้อมูลไม่ เลอะเลือน					
			ผู้ป่วยนอก ที่ทำ หัตถการ ใส่ป้ายชื่อมือ/ ชื่อเท้า มีข้อมูลครบถ้วน ทั้งชื่อ - สกุล อายุ HN ข้อมูลไม่เลอะเลือน	100	NA	99.55		
			ร้อยละการอ่านออก เสียง ชื่อ- สกุล HN ใน Document ของผู้ป่วย ทุกคน เทียบกับ ชื่อ - สกุล HN ที่ป้ายชื่อมือ/ ชื่อเท้า (verbal identity confirmation)	100	NA	89.92		
Pain management								
โครงการพัฒนาคุณภาพ การจัดการความปวด	ต.ค. 64- ก.ย.65	การจัดการ ความปวด	ผู้ป่วยในได้รับการ ประเมินความปวด แรกรับ	≥ 95%	98.14	98.24		คุณอุไรวรรณ คุณอรพรรณ
			ผู้ป่วยในได้รับการ ประเมินความปวด ≥ 1 ครั้ง/เวร	≥ 95%	94.33	96.18		

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565	แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งปม.2565	วัน- เวลา							
			ผู้ป่วยในหลังผ่าตัด 72 ชม.มีคะแนนความ ปวด $\leq 3$	$\geq 80\%$	74.20	76.10		
			ผู้ป่วยในที่ได้รับการ ผ่าตัดมีการประเมิน ความปวดก่อน จำหน่าย	$\geq 95\%$	91.67	93.20		
			ผู้ป่วยในที่ได้รับการ ผ่าตัดมีคะแนนความ ปวด ก่อนจำหน่าย $\leq$ 3	$\geq 90\%$	98.68	99.40		
<b>โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการจัดการความปวด</b>								
1. โครงการอบรม เรื่อง การจัดการความปวด สำหรับพยาบาล 3 รุ่น	รุ่น1 วันที่ 29 ส.ค.65	- การจัด กิจกรรม	-จำนวนครั้งของการ จัดกิจกรรม	2 ครั้ง	NA	2		
	รุ่นที่ 2 วันที่ 5	ผู้เข้าร่วม	จำนวนผู้เข้าร่วม	100	NA	รุ่นที่ 1= 68 คน รุ่นที่ 2= 71 คน		
	ก.ย.65	ความพึงพอใจ ต่อการอบรม	ร้อยละความพึงพอใจ ต่อการอบรมระดับ มาก-มากที่สุด	$\geq 90\%$		รุ่นที่ 1= 92.6% รุ่นที่ 2= 90%		

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน	แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ																																			
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565																																					
2. จัดทดสอบความรู้ เรื่องความปลอดภัยและการ จัดการความปลอดภัย สำหรับพยาบาล - กลุ่มผู้ป่วยเด็ก - กลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่	ก.ค.65	- คะแนนการ ทดสอบความรู้ (pre-post test)	- ร้อยละของพยาบาล ที่ผ่านเกณฑ์ทดสอบ ความรู้ - 0-3 ปี ≥ 70% - 3-10 ปี ≥ 80% - >10 ปี ≥ 85%	ร้อยละ 100	NA																																						
						<table border="1"> <thead> <tr> <th>กลุ่มอายุงาน</th> <th>จำนวนผู้ทำ ข้อสอบ</th> <th>จำนวนครั้งทำ ข้อสอบ</th> <th>คะแนนต่ำสุดเฉลี่ย (เต็ม 25 คะแนน)</th> <th>คะแนนสูงสุดเฉลี่ย (เต็ม 25 คะแนน)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0-1 ปี</td> <td>80</td> <td>128</td> <td>21.55</td> <td>23.30</td> </tr> <tr> <td>&gt;1-3 ปี</td> <td>167</td> <td>266</td> <td>20.74</td> <td>23.79</td> </tr> <tr> <td>&gt;3-5 ปี</td> <td>185</td> <td>285</td> <td>21.96</td> <td>24.41</td> </tr> <tr> <td>&gt;5-10 ปี</td> <td>217</td> <td>303</td> <td>22.65</td> <td>24.56</td> </tr> <tr> <td>&gt;10 ปี</td> <td>702</td> <td>1078</td> <td>22.46</td> <td>24.52</td> </tr> <tr> <td>รวม</td> <td>1351</td> <td>2060</td> <td>22.15</td> <td>24.35</td> </tr> </tbody> </table>	กลุ่มอายุงาน	จำนวนผู้ทำ ข้อสอบ	จำนวนครั้งทำ ข้อสอบ	คะแนนต่ำสุดเฉลี่ย (เต็ม 25 คะแนน)	คะแนนสูงสุดเฉลี่ย (เต็ม 25 คะแนน)	0-1 ปี	80	128	21.55	23.30	>1-3 ปี	167	266	20.74	23.79	>3-5 ปี	185	285	21.96	24.41	>5-10 ปี	217	303	22.65	24.56	>10 ปี	702	1078	22.46	24.52	รวม	1351	2060	22.15	24.35		
กลุ่มอายุงาน	จำนวนผู้ทำ ข้อสอบ	จำนวนครั้งทำ ข้อสอบ	คะแนนต่ำสุดเฉลี่ย (เต็ม 25 คะแนน)	คะแนนสูงสุดเฉลี่ย (เต็ม 25 คะแนน)																																							
0-1 ปี	80	128	21.55	23.30																																							
>1-3 ปี	167	266	20.74	23.79																																							
>3-5 ปี	185	285	21.96	24.41																																							
>5-10 ปี	217	303	22.65	24.56																																							
>10 ปี	702	1078	22.46	24.52																																							
รวม	1351	2060	22.15	24.35																																							
โครงการส่งเสริมและติดตามคุณภาพการจัดการความปลอดภัย																																											
1. QA การใช้แนว ปฏิบัติการจัดการความ ปลอดภัย		การปฏิบัติตาม แนวปฏิบัติ	ร้อยละของการปฏิบัติ ตามแนวปฏิบัติ	ร้อยละ 100	NA																																						
2. การประเมินความพึง พอใจต่อการจัดการ ความปลอดภัย	มี.ค.- มี.ย.65	คะแนนความ พึงพอใจ	-ร้อยละของผู้ป่วย/ ญาติที่มีคะแนนความ พึงพอใจต่อการ	>80%	NA																																						



แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน	แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565		
		Acute pain	จัดการความปวด ระดับ ดี-ดีมาก			93.95		
		Cancer pain				85.71		
		Pediatric pain				92.86		
3. การเทียบเคียง เครือข่ายชมรม พัฒนาการพยาบาล	มี.ค.- มี.ย.65	การเทียบเคียง เครือข่ายชมรม เครือข่ายฯ	อันดับการเทียบเคียง เครือข่ายชมรม พัฒนาการพยาบาล					
		Acute pain		อันดับ 1 ใน 3	NA	NA		
		Cancer pain		อันดับ 1 ใน 3	NA	NA		
		Pediatric pain		อันดับ 1 ใน 3	NA	NA		
โครงการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วย กลุ่ม non-nurse								
1. โครงการพัฒนา ศักยภาพการดูแลผู้ป่วย กลุ่ม non-nurse -PAIN -palliative care -ic -iv care -iden -แผลกดทับ	ม.ค. 65	จำนวน ผู้เข้าร่วม	จำนวนผู้เข้าร่วม	150	NA	211		

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน	แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565		
- FALL								
		คะแนนความรู้ post test	คะแนนความรู้ post test - เพิ่มขึ้น - ผ่านเกณฑ์ 80%	≥ 90 %	NA	- 85.65% - 45.45%		
		ความพึงพอใจ ต่อการอบรม	ร้อยละความพึงพอใจ ต่อการอบรมระดับ มาก-มากที่สุด	≥90 %	NA	รุ่นที่ 1: 4.58 รุ่นที่ 2: 4.45		
การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อสำคัญในโรงพยาบาลที่ครอบคลุมปัญหาและความ ต้องการของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (มาตรฐานจำเป็น สำคัญ)								
1. โครงการเฝ้าระวัง การติดเชื้อใน โรงพยาบาลอย่างเป็น ระบบและต่อเนื่อง ได้แก่ VAP, CLABSI, CAUTI กิจกรรม : - วัด/ประเมินผลการ ปฏิบัติตามแนวทาง VAP, CAUTI Bundle 1-2ครั้ง/ปี ในหอผู้ป่วย ที่อยู่ในกลุ่มเป้าหมาย 18 หอผู้ป่วย และ CLABSI 21 หอผู้ป่วย	ต.ค 64- ก.ย65	- อัตราการติด เชื้อ - ร้อยละการ ปฏิบัติตามแนว ทางการป้องกัน การติดเชื้อ VAP, CLABSI, CA-UTI Bundle	เทียบเคียงกับ50 percentile NHSN ปี 2012- 2013 - ร้อยละการปฏิบัติ ตามแนวทางการ ป้องกันการติดเชื้อ VAP, CLABSI, CA- UTI Bundle □ ร้อย ละ 90	<b>Adult</b> <b>VAP</b> 0.9 ครั้ง/ 1000 ventilato r-days - <b>Pediatric</b> <b>c VAP</b> 0 ครั้ง/ 1000 ventilato r-days (ใน ICU)	Adult VAP ใน ICU = 2.97 Adult VAP นอก ICU = 0.59 Ped. VAP PICU = 2.97 Ped. VAP PMCU = 0.59	Adult VAP ใน ICU = 1.55  Adult VAP นอก ICU = 0.99  Pediatric VAP PICU = 0.70  Pediatric VAP PMCU = 0		

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน	แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565		
(หอผู้ป่วยวิกฤต ,หอผู้ป่วยทั่วไป) - รายงานผลอัตราการติดเชื้อทุกไตรมาส -ร่วมวิเคราะห์สอบสวนโรคการติดเชื้อ VAP, CLABSI, CA-UTIกับหน่วยควบคุมโรคติดเชื้อ								
				- <u>Adult CLA-BSI</u> 0.9 ครั้ง/ 1000cat heter- days	- Adult CLABSI ใน ICU = 1.82 - Adult CLABSI นอก ICU = 1.12	- Adult CLABSI ใน ICU = 0.60  - Adult CLABSI นอก ICU = 1.35		
				<u>Pediatric CLA-BSI</u> 0.7 ครั้ง/ 1000 catheter- days	- Ped CLABSI PICU = 1.79 - Ped CLABSI PMCU = 8.76	- Ped CLABSI PICU = 2.11  - Ped CLABSI PMCU = 6.69		

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน				แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ													
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565																		
				(ใน ICU)																				
				Adult CAUTI 2.2 ครั้ง/ 1000 catheter- days	Adult CAUTI ใน ICU = 3.93 Adult CAUTI นอก ICU = 4.97	Adult CAUTI ใน ICU = 6.20  Adult CAUTI นอก ICU = 4.15																		
<b>การดูแลแบบประคับประคอง</b>																								
1. พัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง ใน 10 หอผู้ป่วย	ต.ค. 64- ก.ย.65	1. ผู้ป่วยกลุ่มโรคที่กำหนดได้รับการคัดกรองด้วย PPSv2 2. ผู้ป่วยแบบประคับประคองได้รับการวางแผนการรักษาล่วงหน้า (Advance care plan) 3. อัตราผู้ป่วยแบบประคับประคองที่มีความปวดได้รับการ	1. อัตราผู้ป่วยได้รับการประเมิน PPSv2 แรกเริ่ม 2. อัตราผู้ป่วยแบบประคับประคองได้รับการวางแผนการรักษาล่วงหน้า (Advance care plan) 3. อัตราผู้ป่วยแบบประคับประคองที่มี	≥ 80%	74.97%	ปีงบประมาณ 2565 ใน 10 หอผู้ป่วยที่เก็บรวบรวมข้อมูล มีผู้ป่วยแบบประคับประคองทั้งหมด 343 ราย เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งร้อยละ 73.76 และผู้ป่วยโรคอื่นๆร้อยละ 26.24 มีผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองดังแสดงในตารางที่ 1 ตารางที่ 1 ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองปีงบประมาณ 2565	- สัมมนาแกนนำเพื่อทบทวนแนวทางการดูแลแบบประคับประคองฝ่ายบริการพยาบาล - ขยายการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดไปทุกหอผู้ป่วย - ส่งเสริม Early palliative care	คุณอรพรรณ																
				≥ 90%	52.76%	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รายการ</th> <th>เป้าหมาย</th> <th>ปี 2564</th> <th>ปี 2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>อัตราผู้ป่วยได้รับการประเมิน PPSv2 แรกเริ่ม</td> <td>≥ 80%</td> <td>74.97</td> <td>73.86</td> </tr> <tr> <td>ผู้ป่วยแบบประคับประคองได้รับการวางแผนการรักษาล่วงหน้า (Advance care plan)</td> <td>≥ 90%</td> <td>52.76</td> <td>51.02</td> </tr> <tr> <td>- ผู้ป่วยแบบประคับประคองมีคะแนนความปวด ≤ 3 ภายใน</td> <td>≥ 90%</td> <td>98.01</td> <td>99.30</td> </tr> </tbody> </table>	รายการ	เป้าหมาย	ปี 2564	ปี 2565	อัตราผู้ป่วยได้รับการประเมิน PPSv2 แรกเริ่ม	≥ 80%	74.97	73.86	ผู้ป่วยแบบประคับประคองได้รับการวางแผนการรักษาล่วงหน้า (Advance care plan)	≥ 90%	52.76	51.02	- ผู้ป่วยแบบประคับประคองมีคะแนนความปวด ≤ 3 ภายใน	≥ 90%	98.01	99.30		
รายการ	เป้าหมาย	ปี 2564	ปี 2565																					
อัตราผู้ป่วยได้รับการประเมิน PPSv2 แรกเริ่ม	≥ 80%	74.97	73.86																					
ผู้ป่วยแบบประคับประคองได้รับการวางแผนการรักษาล่วงหน้า (Advance care plan)	≥ 90%	52.76	51.02																					
- ผู้ป่วยแบบประคับประคองมีคะแนนความปวด ≤ 3 ภายใน	≥ 90%	98.01	99.30																					
				100%	100%																			

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน				แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565					
		3. ผู้ป่วยแบบ ระดับประคอง ที่มีความปวด ได้รับการ จัดการอาการ ด้วย opioids	จัดการอาการด้วย opioids	≥ 90%	98.01%	72 ชั่วโมงหลังให้การดูแลแบบ ระดับประคอง					
		4. ผู้ป่วยแบบ ระดับประคอง มีคะแนน ความปวด ≤ 3 ภายใน 72 ชั่วโมงหลังให้ การดูแลแบบ ระดับประคอง	4. อัตราผู้ป่วยแบบ ระดับประคองมี คะแนนความปวด ≤ 3 ภายใน 72 ชั่วโมง หลังให้การดูแลแบบ ระดับประคอง	≥ 95%	100%	- ความพึงพอใจต่อคุณภาพการ ดูแลแบบระดับประคอง โดยรวมระดับดี-ดีมาก	≥ 95%	100	100		
		5. ความพึง พอใจต่อ คุณภาพการ ดูแลแบบ ระดับประคอง โดยรวม	5. อัตราความพึงพอใจ ต่อคุณภาพการดูแล แบบระดับประคอง โดยรวมระดับดี-ดีมาก	≥ 95%	100%	- อัตราผู้ป่วยแบบระดับประคองได้รับการวางแผนการ รักษาล่วงหน้ายังไม่บรรลุเป้าหมาย เนื่องจาก ผู้ป่วยส่วน ใหญ่เริ่มให้การดูแลแบบระดับประคองในระยะใกล้ เสียชีวิต โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรม					

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน	แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ																						
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565																								
2. พัฒนาความรู้และทักษะทางการพยาบาลด้านการดูแลแบบประคับประคอง ในหอผู้ป่วยหลัก 10 หอผู้ป่วย	ก.ย.65	1.การรับรู้ความสามารถในการดูแลแบบประคับประคองของแกนนำประจำหอผู้ป่วย	1.อัตราพยาบาลแกนนำที่มีการรับรู้ความสามารถในการดูแลแบบประคับประคองโดยรวมในระดับมากที่สุด	≥ 80%	NA	<p>ผลการประเมินการรับรู้ความสามารถในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลแกนนำในเดือนสิงหาคม 2565</p> <table border="1"> <caption>ร้อยละการรับรู้สมรรถนะด้านการดูแลแบบประคับประคองระดับมาก-มากที่สุด ของแกนนำประจำหอผู้ป่วย ปี 2565</caption> <thead> <tr> <th>ประเภทการดูแล</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>การดูแลแบบประคับประคอง</td> <td>52.86</td> </tr> <tr> <td>การจัดการยา</td> <td>52.86</td> </tr> <tr> <td>ACP</td> <td>38.57</td> </tr> <tr> <td>การดูแลเชิงจิตวิทยา</td> <td>61.43</td> </tr> <tr> <td>การดูแลเชิงกายภาพ</td> <td>52.86</td> </tr> <tr> <td>การดูแลเชิงสังคม</td> <td>48.57</td> </tr> <tr> <td>การดูแลเชิงจิตเวช</td> <td>51.43</td> </tr> <tr> <td>การสื่อสาร</td> <td>58.57</td> </tr> <tr> <td>การทำงานเป็นทีม</td> <td>65.71</td> </tr> <tr> <td>การส่งต่อ</td> <td>41.43</td> </tr> </tbody> </table>	ประเภทการดูแล	ร้อยละ	การดูแลแบบประคับประคอง	52.86	การจัดการยา	52.86	ACP	38.57	การดูแลเชิงจิตวิทยา	61.43	การดูแลเชิงกายภาพ	52.86	การดูแลเชิงสังคม	48.57	การดูแลเชิงจิตเวช	51.43	การสื่อสาร	58.57	การทำงานเป็นทีม	65.71	การส่งต่อ	41.43	-ระบบการศึกษา PCN -Palliative conference และ Palliative care round -Workshop	
ประเภทการดูแล	ร้อยละ																													
การดูแลแบบประคับประคอง	52.86																													
การจัดการยา	52.86																													
ACP	38.57																													
การดูแลเชิงจิตวิทยา	61.43																													
การดูแลเชิงกายภาพ	52.86																													
การดูแลเชิงสังคม	48.57																													
การดูแลเชิงจิตเวช	51.43																													
การสื่อสาร	58.57																													
การทำงานเป็นทีม	65.71																													
การส่งต่อ	41.43																													
2.1 โครงการอบรม workshop : The practice of palliative nursing 1 รุ่น ๆ ละ 1 วัน	24 พ.ค. 65	2.1 ความพึงพอใจต่อการจัดโครงการ	2.1 อัตราความพึงพอใจต่อการจัดโครงการระดับดี-ดีมาก	≥ 90%		<p>จัดอบรมได้ตามแผน : มีผู้เข้าอบรมทั้งหมด 48 คน</p> <p>ผลการประเมินโครงการ : ได้รับแบบประเมิน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 64.58</p> <p>อัตราความพึงพอใจต่อการจัดโครงการระดับดี-ดีมาก ร้อยละ 100</p> <p>ข้อเสนอแนะจากผู้เข้าร่วมโครงการ</p> <p>เนื้อหาที่น่าสนใจ มีประโยชน์ นำไปใช้ได้จริง แต่ควรเพิ่มเวลาในการอบรมเพราะต้องใช้เวลาในการทำความเข้าใจ</p>																								
2.2 โครงการ Palliative care conference 4 ครั้ง ๆ ละ 2 กรณีศึกษา	ม.ค. มี.ค. มิ.ย. ก.ค. 65	1.2 ความพึงพอใจต่อการจัดโครงการ	1.2 อัตราความพึงพอใจต่อการจัดโครงการระดับดี-ดีมาก	≥ 90%		<p>จัดโครงการ Palliative care conference ผ่านระบบ ZOOM ได้ 4 ครั้ง ตามแผน</p> <p>ครั้งที่ 1 วันที่ 21 มกราคม 2565 มีผู้เข้าอบรมทั้งหมด 60 คน ได้รับแบบประเมิน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 71.6</p> <p>อัตราความพึงพอใจต่อการจัดโครงการระดับดี-ดีมาก เท่ากับ 97.67%</p>																								

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน	แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565		
						<p><u>ครั้งที่ 2</u> วันที่ 4 มีนาคม 2565 มีผู้เข้าอบรมทั้งหมด 73 คน ได้รับแบบประเมิน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 84.9 อัตราความพึงพอใจต่อการจัดโครงการระดับดี-ดีมาก เท่ากับ 98.55%</p> <p><u>ครั้งที่ 3</u> วันที่ 23 มิถุนายน 2565 มีผู้เข้าอบรมทั้งหมด 59 คน ได้รับแบบประเมิน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 94.92 ความพึงพอใจต่อการจัดโครงการอยู่ในระดับมากที่สุดทุกข้อ</p> <p><u>ครั้งที่ 2</u> วันที่ 7 กรกฎาคม 2565 มีผู้เข้าอบรมทั้งหมด 58 คน ได้รับแบบประเมิน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 74.14 ความพึงพอใจต่อการจัดโครงการอยู่ในระดับมากที่สุดทุกข้อ</p> <p><b>ข้อเสนอแนะ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- อยากให้มีการพูดคุยเรื่องการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติในแนวทางpalliative และ การทำ family meeting</li> <li>- เพิ่มระยะเวลาในการวิเคราะห์ case สถานการณ์</li> <li>- เสนอให้มีการอบรมภาคทฤษฎีของpalliativecare เป็นการทบทวนความรู้และเพื่อสำหรับสมาชิกใหม่</li> </ul> <p>ควรเชิญอาจารย์หรือผู้ทรงคุณวุฒิมาช่วยให้คำแนะนำเพิ่มเติม เพราะจะได้ความรู้เพิ่มเติม และมีมุมมองใหม่ ๆ</p>		
2.3 โครงการอบรมการใช้โปรแกรมประเมิน PPSv2 ในระบบ HIS	เม.ย. 65	2.3 ความพึงพอใจต่อการจัดโครงการ	2.3 อัตราความพึงพอใจต่อการจัดโครงการระดับดี-ดีมาก	≥ 90%		ไม่ได้จัดโครงการตามแผน เนื่องจากรอ IT ปรับปรุงโปรแกรมตามที่ได้เสนอ		

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน	แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565		
จัดทำคู่มือ : Quick guide การดูแลแบบประคับประคอง		3.ความสำเร็จของคู่มือ	3. อัตราคู่มือที่จัดทำสำเร็จ	≥ 70%		สรุปแนวทางการดูแลแบบประคับประคองที่ดำเนินการสำเร็จคือ - Workflow การคัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง - แนวทางการพิจารณาผู้ป่วยเข้าสู่ Palliative care - การประเมินและจัดการอาการทุกข์ทรมานที่พบบ่อย - แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้าย ที่ต้องการการควบคุมอาการด้วยยากลุ่ม opioids และ sedative drug injection ที่บ้าน	ประสานกับหน่วยชีวิตนิตาภิบาลเพื่อทบทวนร่วมกันก่อนประกาศใช้	
การพัฒนาและทบทวนแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง : ระยะท้าย		4.ความสำเร็จของแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง : ระยะท้าย	4.จำนวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง : ระยะท้าย	1	-	ไม่ได้ดำเนินการ		
5. โครงการ “บ่มเพาะหัวใจแห่งการดูแล” (สำหรับพยาบาล 2 รุ่น และ non-nurse 2 รุ่น ๆ ละ 30 คน)	22-23 ก.พ. 65	5.ความพึงพอใจต่อการอบรม	5.อัตราความพึงพอใจต่อการอบรมระดับมาก-มากที่สุด	>90 %	NA	จัดโครงการได้ 4 รุ่น ตามแผน - รุ่นที่ 1 วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2565 มีจำนวน 21 คน (คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)/แกนนำ Palliative Care) ได้รับแบบประเมิน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 76.19 - รุ่นที่ 2 วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2565 มีจำนวน 20 คน (คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)/แกนนำ Palliative Care) ได้รับแบบประเมิน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 80.00		



แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน	แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565		
						<p>- รุ่นที่ 3 วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2565 มีจำนวน 20 คน (คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)/แกนนำ Palliative Care) ได้รับแบบประเมิน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 95.00</p> <p>- รุ่นที่ 4 วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2565 มีจำนวน 19 คน (คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)/แกนนำ Palliative Care) ได้รับแบบประเมิน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 78.95</p> <p>ระดับความพึงพอใจต่อการจัดอบรมโดยรวมและรายชื่อ อยู่ในระดับมากที่สุด ทุกรุ่น</p> <p>สิ่งที่ได้รับจากการอบรมครั้งนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.การมองเห็นความสุขเล็กๆรอบๆตัวและพร้อมแบ่งปันความสุขให้ผู้ป่วยหรือคนรอบข้าง,การเอาใจใส่ให้เกียรติกันและรับฟังในสิ่งที่ผู้ป่วยหรือคนรอบข้างต้องการสื่อ</li> <li>2.รู้สึกดีและได้มาปรับใช้ในชีวิตประจำวัน</li> <li>3.การดูแลเด็ก</li> <li>4.ทำให้มีความพร้อมในการปฏิบัติหน้าที่ในการช่วยเหลือผู้อื่นและมีความสุขในการทำงาน</li> <li>การดูแลตนเองให้พร้อมในการดูแลผู้ป่วย</li> <li>5.เข้าใจตัวเองและผู้ป่วยมากขึ้น</li> <li>6.ได้เอาไปปรับในการทำงาน</li> <li>7.การดูแลคนไข้ ไม่จำเป็นต้องใช้ตำแหน่ง ใสใจ ใ้ใจในการดูแล บางครั้งการใ้ใจในการดูแล มีความสุขมากกว่าอีก</li> </ol>		

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน	แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565		
						<p>8.ความเข้าใจถึงความรู้สึกของแต่ละคน</p> <p>9.จะได้นำเทคนิคไปพัฒนาต่อไป</p> <p>10.การเข้าใจในการสร้างความสุขของตัวเองและการส่งต่อความสุขให้ผู้อื่น</p> <p>11.การทำงานให้มีความสุขและช่วยแบ่งปันความสุขดูแลผู้ป่วยให้มีความสุขด้วย</p> <p>12.ได้รับความรู้ทักษะในการพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติ</p> <p>13.ได้รับความรู้เพิ่มขึ้น</p> <p>14.เจอความสุขในชีวิตมากขึ้น</p> <p>15.เพิ่มความสุขให้ตัวเอง เพื่อ แบ่งปันความสุขให้ผู้ป่วยและญาติ</p> <p>16.เหมือนได้มาเยียวยาจิตใจให้ดีขึ้นกว่าเดิม</p> <p>17.ทำให้เข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น โดยการเอาใจเขามาใส่ใจเราให้มากขึ้นพิมพ์สมการที่นี้ รับฟังให้มากขึ้น</p> <p>18.การให้ความรัก สิ่งที่ต้องการให้ การเอาใจเขามาใส่ใจเรา</p> <p><b>ข้อเสนอแนะ</b></p> <p>1.รู้สึกดี อยากให้การอบรมแบบนี้อีก</p> <p>2.ขอรับการแลกเปลี่ยนความคิดและให้นำเสนอ</p> <p>3.ควรจัดอีกแบบทั้งวัน เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์</p> <p>4.ขอบคุณที่ช่วยให้ได้ฝึกคิดอะไรบางอย่าง</p> <p>5.อยากให้การอบรมขยายเวลามากกว่านี้ เพราะส่วนใหญ่เป็นเรื่องยกตัวอย่าง หากมีหลายๆตัวอย่าง ทำให้เข้าใจมากยิ่งขึ้น</p> <p>คะ ขอบคุณสำหรับการอบรมครั้งนี้มากคะ</p>		

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน	แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565		
						<p>6.อาจารย์บรรยายได้เห็นภาพและเข้าใจดีมากค่ะ เป็นโครงการที่มาประโยชน์อยากให้มิกิจกรรมนี้ต่อไปค่ะ</p> <p>7.มีประโยชน์ ควรจัดเต็มวัน</p> <p>8.ควรมีกิจกรรมแบบนี้ให้บุคลากรบ่อยๆ เพิ่มความสุขให้คนทำงาน เท่ากับเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานค่ะ</p> <p>9.อาจารย์บรรยายดีมากค่ะ อารมณ์ดีไม่เครียดค่ะ</p> <p>10.ดีมากเลยคะ น่าจะได้รับ การอบรมกันทุกคน</p> <p>11.อ.สอนดี เข้าใจง่ายค่ะ</p> <p>12.ควรจะให้ทุกคนได้ตระหนักและเข้าใจในหน้าที่และพร้อมช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ที่อ่อนแอกว่าด้วยใจที่พร้อมกายที่แข็งแรง</p>		
1. โครงการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย/ผู้รับบริการ	ต.ค. 64- ก.ย. 65	1.อุบัติการณ์ ระดับ E-I	1.จำนวนอุบัติการณ์ ระดับ E-I	≤ 130	166	- จำนวนอุบัติการณ์ ระดับ E-I ไตรมาส ที่ 1-4/2565 = 117 ราย ระดับ E= 97 ราย, ระดับ F = 13 ราย ,ระดับ H = 3 ราย และ I =4 ราย ดังนี้		คุณวิลาวัลย์ คุณนงลักษณ์ คุณนิงนิตย์ คุณพรทิวา คุณสายพิน

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน																แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ								
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565																									
		ลักษณะเหตุการณ์				ไตรมาส 1/65					ไตรมาส 2/65			ไตรมาส 3/65					ไตรมาส 4/65			รวม									
		E	F	H	I	รวม	E	F	รวม	E	F	H	I	รวม	E	F	I	รวม													
		A01 ระบุตัวผิดในการให้ยา													1				1			1									
		C04 อื่นๆ																	1								1			1	
		C0402 การได้รับการบาดเจ็บจากการใช้ เครื่องมือในท้องผ่าตัด/การทำหัตถการ																	1								1			1	
		C05 เตรียมผู้ป่วยผ่าตัด/ทำหัตถการไม่ ตรง/เลือกอุปกรณ์ (เช่น Implant/Prosthetic) ไม่ตรงตาม แผนการรักษา																	1								1			1	
		C07 ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆของผู้ป่วย ระหว่างการผ่าตัดที่ป้องกันได้													1				1					1				1		2	
		D02 Prescribing error ผู้ป่วยใน									1				1				1							1			1	2	
		ลักษณะเหตุการณ์				ไตรมาส 1/65					ไตรมาส 2/65			ไตรมาส 3/65					ไตรมาส 4/65			รวม									
		E	F	H	I	รวม	E	F	รวม	E	F	H	I	รวม	E	F	I	รวม													
		D0801 ให้ยาผิดขนาด/ให้ยาซ้ำ				1				1	1				1																3
		D0806 ผู้ป่วยไม่ได้รับยา/ได้รับยาไม่ครบ									1				1															1	
		D08090 อันตรายรุนแรงจากการให้ยาที่ เสี่ยงสูงและยาเคมีบำบัด (ระดับ E ขึ้นไป)				1				1																				1	
		D08092 ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกัน ได้จากการได้รับยาความเสี่ยงสูง													1															1	
		D08093 อันตรายจากการใช้ยา Potassium																	1								1			1	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน																แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ							
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565																								
			D08094 Tissue Ischemia from Vasopressor								1		1													1				
			D0816 phlebitis/extravasation	1				1			2		2		3										3		6			
			D0818 ให้น้ำผิดความเร็ว																							1		1	1	
			D0819 ไม่ปฏิบัติตาม Guideline ของการใช้ Fatal Drug																							1		1	1	
			D10 ผู้ป่วยที่ป้องกันได้จากการสั่งยาที่เคยแพ้																							1		1	1	
			D12 ผู้ป่วยแพทย์ในโรงพยาบาล (ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป)																							1		1	1	
			E0704 การไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนด (Specific requirements not met, SRNM) ซึ่งเป็นเหตุให้ผู้ป่วยได้รับส่วนประกอบของเลือดที่ไม่เป็นไปตามที่กำหนด		1				1																				1	
			G01 ผู้ป่วยในตึกเตียง									2	1	3															3	
			ลักษณะเหตุการณ์	ไตรมาส 1/65					ไตรมาส 2/65			ไตรมาส 3/65					ไตรมาส 4/65				รวม									
				E	F	H	I	รวม	E	F	รวม	E	F	H	I	รวม	E	F	I	รวม										
			G03 ผู้ป่วยในลิ้น ทกล้ม																							1		1	1	
			I08 ผู้ป่วยที่ย้ายเข้า ICU และไม่ได้วางแผน				1	1																					1	
			K04 Un-planned Cardiopulmonary Resuscitation (CPR)				1	1																		1	1	2		
			K13 ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดที่ป้องกันได้เกิดขึ้นกับทารก (Birth injury)										1	1												1		1	2	
			L021 ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด (ต้องใส่ใหม่)	9	1			10		6		6		8												8	5	5	29	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน																แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565																	
						ไตรมาส 1/65				ไตรมาส 2/65			ไตรมาส 3/65				ไตรมาส 4/65				รวม		
		E	F	H	I	รวม	E	F	รวม	E	F	H	I	รวม	E	F	I	รวม					

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน												แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ		
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565															
			L08 ผู้ป่วยทำร้ายร่างกายตัวเอง/พยายามฆ่าตัวตาย	1		1	1	1	2				2					4			
			S02 ความคลาดเคลื่อนในการส่งเวร/ไม่ได้ส่งเวรข้อมูลผู้ป่วย ระหว่างหน่วยงาน				1	1										1			
			S03 การรายงานแพทย์ไม่เหมาะสม/ไม่ครบถ้วน/ไม่ได้รายงาน				1	1										1			
			รวม	26	4	2	1	33	25	3	28	21	2	1	2	26	25	4	1	30	117
		2.ปฏิบัติการ ระดับ G-I	2.จำนวนปฏิบัติการ ระดับ G-I	≤ 10	9	จำนวนปฏิบัติการ ระดับ G-I ไตรมาส ที่ 1-4/2565 = 7 ระดับ H = 3 ราย I = 4 ราย ดังนี้															
						ลักษณะเหตุการณ์		ไตรมาส 1/2565		ไตรมาส 3/2565		ไตรมาส 4/2565		รวม							
						H	I	รวม	H	I	รวม	I	รวม	รวม							

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน					แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ		
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565								
					108 ผู้ป่วยที่ย้ายเข้า ICU และไม่ได้วางแผน	1	1				1			
					K04 Un-planned Cardiopulmonary Resuscitation (CPR)	1	1			1	1	2		
					L0603 Unexpeted cardiac arrest			1	2	3		3		
					L0701 ความผิดพลาดในการคัดกรอง/ประเมิน		1	1				1		
					รวม	2	1	3	1	2	3	1	1	7
		3.อุบัติการณ์ความเสี่ยงตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น (เกี่ยวข้องกับฝ่ายบริการพยาบาล6เรื่อง) ดังนี้	3.จำนวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น 6เรื่องเป็นไปตามเป้าหมายปี2565 ดังนี้											
		1) การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ	จำนวนอุบัติการณ์ ผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ	0	0	จำนวนอุบัติการณ์ ผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ ไตรมาส ที่ 1- 2 /2565 =0 ราย								
						ไตรมาส 4/2564	ไตรมาส 1/2565	ไตรมาส 2/2565	ไตรมาส 3/2565	ไตรมาส 4/2565	0	0	0	0



แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน	แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ																								
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565																										
		การควบคุมการ ติดเชื้อSSI	อัตราการติดเชื้อ SSI ตามมาตรฐานNHSN	SIR≤ 1	0.13	<p>Standardized Infection Ratio of overall surgical site infection</p>																										
		2) Medication error และ Adverse Drug Event	จำนวนอุบัติการณ์ Medication error และAdverse Drug Event	ระดับ E-F < .004	0.025	<p>อัตราการความคลาดเคลื่อนทางยา/1000 วันนอน ระดับ E-F = 0.043</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ไตรมาส</th> <th>ไตรมาส</th> <th>ไตรมาส</th> <th>ไตรมาส</th> </tr> <tr> <th>1/2565</th> <th>2/2565</th> <th>3/2565</th> <th>4/2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0.029</td> <td>0.057</td> <td>0.045</td> <td>0.042</td> </tr> </tbody> </table> <p>ระดับ G-I=0</p> <p>0</p> <p>- อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา/1000 วันนอน ระดับ G-I =0</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ไตรมาส</th> <th>ไตรมาส</th> <th>ไตรมาส</th> <th>ไตรมาส</th> </tr> <tr> <th>1/2565</th> <th>2/2565</th> <th>3/2565</th> <th>4/2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	ไตรมาส	ไตรมาส	ไตรมาส	ไตรมาส	1/2565	2/2565	3/2565	4/2565	0.029	0.057	0.045	0.042	ไตรมาส	ไตรมาส	ไตรมาส	ไตรมาส	1/2565	2/2565	3/2565	4/2565	0	0	0	0		
ไตรมาส	ไตรมาส	ไตรมาส	ไตรมาส																													
1/2565	2/2565	3/2565	4/2565																													
0.029	0.057	0.045	0.042																													
ไตรมาส	ไตรมาส	ไตรมาส	ไตรมาส																													
1/2565	2/2565	3/2565	4/2565																													
0	0	0	0																													
		4). การให้เลือด ผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด	จำนวนอุบัติการณ์การ ให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด	0	0	<p>จำนวนอุบัติการณ์การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด</p> <p>ไตรมาส ที่ 2/2565 = 0</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ไตรมาส</th> <th>ไตรมาส</th> <th>ไตรมาส</th> <th>ไตรมาส</th> </tr> <tr> <th>1/2565</th> <th>2/2565</th> <th>3/2565</th> <th>4/2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	ไตรมาส	ไตรมาส	ไตรมาส	ไตรมาส	1/2565	2/2565	3/2565	4/2565																		
ไตรมาส	ไตรมาส	ไตรมาส	ไตรมาส																													
1/2565	2/2565	3/2565	4/2565																													

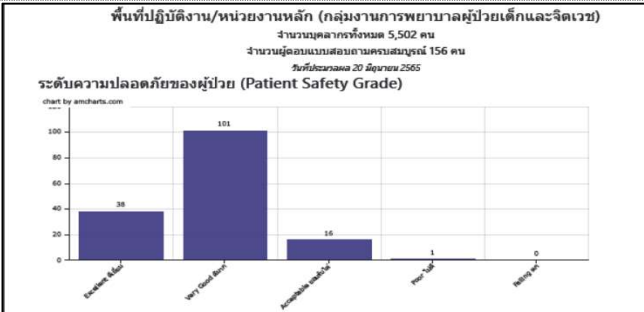


แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน				แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ																																																																																																																																			
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565																																																																																																																																								
						0	0	0	0																																																																																																																																					
		5) การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด	จำนวนอุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด	0	0	จำนวนอุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด ไตรมาส ที่ 1-4 /2565 =93																																																																																																																																								
						ไตรมาส 1/2565	ไตรมาส 2/2565	ไตรมาส 3/2565	ไตรมาส 4/2565																																																																																																																																					
						19	20	14	40																																																																																																																																					
		6) การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉิน คลาดเคลื่อน	จำนวนอุบัติการณ์การคัดกรองผู้ป่วยคลาดเคลื่อน	0	N/A	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">หัวข้อ</th> <th colspan="3">ไตรมาส1/65</th> <th colspan="3">ไตรมาส2/65</th> <th colspan="3">ไตรมาส3/65</th> <th colspan="3">ไตรมาส4/65</th> </tr> <tr> <th>ต.ค.-64</th> <th>พ.ย.-64</th> <th>ธ.ค.-64</th> <th>ม.ค.-65</th> <th>ก.พ.-65</th> <th>มี.ค.-65</th> <th>เม.ย.-65</th> <th>พ.ค.-65</th> <th>มิ.ย.-65</th> <th>ก.ค.-65</th> <th>ส.ค.-65</th> <th>ก.ย.-65</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Triage ถูกต้อง</td> <td>94%</td> <td>95%</td> <td>96%</td> <td>97%</td> <td>95%</td> <td>96%</td> <td>97%</td> <td>96%</td> <td>97%</td> <td>98.75%</td> <td>99.08%</td> <td>97.99%</td> </tr> <tr> <td>ESI 1 ถูกต้อง</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>ESI 2 ถูกต้อง</td> <td>95.50%</td> <td>92.68%</td> <td>94.40%</td> <td>97.62%</td> <td>97.56%</td> <td>93.94%</td> <td>100%</td> <td>92.10%</td> <td>95.23%</td> <td>99.16%</td> <td>99.69%</td> <td>98.61%</td> </tr> <tr> <td>Under triage</td> <td>3%</td> <td>2%</td> <td>3%</td> <td>1%</td> <td>1%</td> <td>2%</td> <td>3%</td> <td>1%</td> <td>2%</td> <td>1.04%</td> <td>0.46%</td> <td>1.26%</td> </tr> <tr> <td>Over triage</td> <td>3%</td> <td>3%</td> <td>1%</td> <td>2%</td> <td>4%</td> <td>2%</td> <td>0%</td> <td>3%</td> <td>1%</td> <td>0.21%</td> <td>0.46%</td> <td>0.75%</td> </tr> <tr> <td>ESI 1 ตรวจพบที่</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>ESI 2 ตรวจภายใน 10 นาที</td> <td>93.30%</td> <td>87.80%</td> <td>94.40%</td> <td>95.24%</td> <td>97.56%</td> <td>90.90%</td> <td>95.74%</td> <td>95.24%</td> <td>100%</td> <td>93%</td> <td>90.48%</td> <td>97.73%</td> </tr> <tr> <td>ESI 3 ตรวจภายใน 60 นาที</td> <td>97.43%</td> <td>100%</td> <td>98.07%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>97.67%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>						หัวข้อ	ไตรมาส1/65			ไตรมาส2/65			ไตรมาส3/65			ไตรมาส4/65			ต.ค.-64	พ.ย.-64	ธ.ค.-64	ม.ค.-65	ก.พ.-65	มี.ค.-65	เม.ย.-65	พ.ค.-65	มิ.ย.-65	ก.ค.-65	ส.ค.-65	ก.ย.-65	Triage ถูกต้อง	94%	95%	96%	97%	95%	96%	97%	96%	97%	98.75%	99.08%	97.99%	ESI 1 ถูกต้อง	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	ESI 2 ถูกต้อง	95.50%	92.68%	94.40%	97.62%	97.56%	93.94%	100%	92.10%	95.23%	99.16%	99.69%	98.61%	Under triage	3%	2%	3%	1%	1%	2%	3%	1%	2%	1.04%	0.46%	1.26%	Over triage	3%	3%	1%	2%	4%	2%	0%	3%	1%	0.21%	0.46%	0.75%	ESI 1 ตรวจพบที่	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	ESI 2 ตรวจภายใน 10 นาที	93.30%	87.80%	94.40%	95.24%	97.56%	90.90%	95.74%	95.24%	100%	93%	90.48%	97.73%	ESI 3 ตรวจภายใน 60 นาที	97.43%	100%	98.07%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	97.67%	100%		
หัวข้อ	ไตรมาส1/65			ไตรมาส2/65			ไตรมาส3/65			ไตรมาส4/65																																																																																																																																				
	ต.ค.-64	พ.ย.-64	ธ.ค.-64	ม.ค.-65	ก.พ.-65	มี.ค.-65	เม.ย.-65	พ.ค.-65	มิ.ย.-65	ก.ค.-65	ส.ค.-65	ก.ย.-65																																																																																																																																		
Triage ถูกต้อง	94%	95%	96%	97%	95%	96%	97%	96%	97%	98.75%	99.08%	97.99%																																																																																																																																		
ESI 1 ถูกต้อง	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%																																																																																																																																		
ESI 2 ถูกต้อง	95.50%	92.68%	94.40%	97.62%	97.56%	93.94%	100%	92.10%	95.23%	99.16%	99.69%	98.61%																																																																																																																																		
Under triage	3%	2%	3%	1%	1%	2%	3%	1%	2%	1.04%	0.46%	1.26%																																																																																																																																		
Over triage	3%	3%	1%	2%	4%	2%	0%	3%	1%	0.21%	0.46%	0.75%																																																																																																																																		
ESI 1 ตรวจพบที่	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%																																																																																																																																		
ESI 2 ตรวจภายใน 10 นาที	93.30%	87.80%	94.40%	95.24%	97.56%	90.90%	95.74%	95.24%	100%	93%	90.48%	97.73%																																																																																																																																		
ESI 3 ตรวจภายใน 60 นาที	97.43%	100%	98.07%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	97.67%	100%																																																																																																																																		
		4.อุบัติการณ์ที่เกิดซ้ำระดับ G-I	4.จำนวนอุบัติการณ์ที่เกิดซ้ำระดับ G-I	0	0	จำนวนอุบัติการณ์ที่เกิดซ้ำระดับ G-I ไตรมาส ที่ 2/2565 = 0																																																																																																																																								
						ไตรมาส 1/2565	ไตรมาส 2/2565	ไตรมาส 3/2565	ไตรมาส 4/2565																																																																																																																																					
						0	0	0	0																																																																																																																																					
1.1 โครงการAdverse Event Review (ทบทวนอุบัติการณ์สำคัญและแก้ไขปรับปรุงไม่ให้เกิดซ้ำ) เงื่อนไขการเลือก:		อุบัติการณ์AE ระดับE-Iหรืออุบัติการณ์สำคัญ ที่มีหอผู้ป่วย/หน่วยงานอื่นเกี่ยวข้อง	จำนวนอุบัติการณ์E-I หรืออุบัติการณ์สำคัญ ที่ได้รับทบทวน/แก้ไขปรับปรุงโดยทีม กรรมการ/ผู้เกี่ยวข้อง	12 ครั้ง	3	จำนวนอุบัติการณ์ E-I หรืออุบัติการณ์สำคัญ ที่ได้รับการปรึกษา/ทบทวน = 4 เรื่อง ครั้งที่ 1 ทบทวนอุบัติการณ์ FALL ในกลุ่มผู้ป่วย OPD วันที่ 24 ธันวาคม 2564 มีผู้เข้าร่วมทบทวน = 14 คน ประเด็นสำคัญที่ได้จากการทบทวน 1.กลุ่มผู้ป่วย OPD ยังไม่มีแบบประเมินความเสี่ยงFall แนวทางแก้ไข จัดทำแนวปฏิบัติ/แบบประเมินร่วมกัน และทดลองใช้				คุณวิลาวัลย์ และทีม																																																																																																																																				

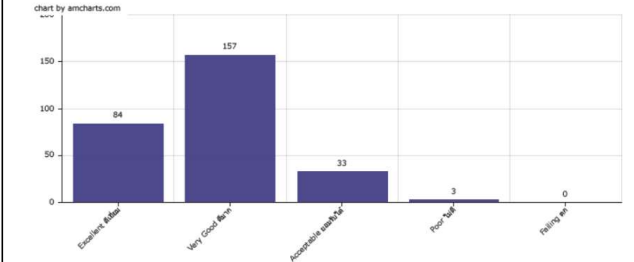
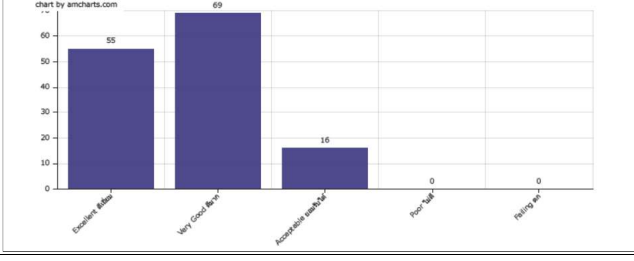
แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน	แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565		
<p>1) Incident Report ระดับE-I หรืออุบัติการณ์สำคัญ (impactสูง) ระหว่างหน่วยงานภายในฝ่ายการฯ ไม่เข้าซ้อนกับ CQI หน่วยคุณภาพ</p> <p>2) ข้อเสนอแนะจากการทบทวนของกรรมการCQI โรงพยาบาลมา ออกแบบระบบ/แนวปฏิบัติของฝ่าย</p>		มากกว่า 1 หน่วยงานได้รับการทบทวน/แก้ไขปรับปรุง				<p>2.ขาดอุปกรณ์ที่ช่วยป้องกันความเสี่ยงFall ในผู้ป่วยOPD ที่ต้องทำหัตถการ เช่น แก้อีเอ็มที่วางแขน ไม่มีล้อ ให้ผู้ป่วยนั่งเพื่อสังเกตอาการหลังทำหัตถการในหู <u>แนวทางแก้ไข</u> ตรวจสอบ รวบรวมเพื่อดำเนินการขออนุมัติจัดซื้อ ระหว่างรอแก้อีเอ็ม ขอให้จัดคนดูแลใกล้ชิด</p> <p>3. ทบทวนกระบวนการทำงาน/นำส่งผู้ป่วยที่ต้องลงไปswabที่ชั้นB <u>ครั้งที่ 2</u> ทบทวนอุบัติการณ์ ET tube/PCD/PCN เลื่อนหลุด วันที่ 21 มกราคม 2565 มีผู้เข้าร่วมทบทวน = 27 คน <u>ประเด็นสำคัญที่ได้จากการทบทวน</u></p> <p>1.การตรวจสอบตำแหน่งท่อช่วยหายใจ (ET Tube) ระหว่างห้องผ่าตัด/วิสัญญี ไม่ตรงกับหอผู้ป่วย <u>แนวทางแก้ไข</u> ทีมร่วมกำหนดแนวทางการสื่อสารและตรวจสอบร่วมกันระหว่างแพทย์/พยาบาลวิสัญญีและหอผู้ป่วยทันทีเมื่อมีการไปส่งผู้ป่วยหลังผ่าตัด</p> <p>2.การเลื่อนหลุดของสายPCD/PCN <u>แนวทางแก้ไข</u></p> <p>-หอผู้ป่วยร่วมกับทีมInterventionกำหนดแนวทางการปฏิบัติ/ดูแลสาย รวมทั้งเทคนิคการปิดแผล</p> <p>-พัฒนาช่องทางการสื่อสารในระบบHIS (Interventionยังลงข้อมูลในกระดาษ)</p>		
		ระบบ/แนวปฏิบัติ/วิธีการทำงานที่ปรับเปลี่ยนที่ได้จากการทบทวน	จำนวนระบบ/แนวปฏิบัติ/วิธีการทำงานที่ปรับเปลี่ยนที่ได้จากการทบทวน	10	NA	-24 เรื่อง คือ		

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน	แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ																																																		
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565																																																				
						<table border="1"> <thead> <tr> <th>ลำดับ</th> <th>เรื่อง</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>แนวปฏิบัติการระบุตัวผู้ป่วย (Patient Identification)</td></tr> <tr><td>2</td><td>แนวปฏิบัติในการป้องกันและการดูแลแผลกดทับ</td></tr> <tr><td>3</td><td>แนวปฏิบัติการป้องกันการพลัดตก/ลื่นล้ม (Fall/Slip)</td></tr> <tr><td>4</td><td>แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมพัฒนาการทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 1500 กรัม</td></tr> <tr><td>5</td><td>แนวปฏิบัติในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 1500 กรัม ตามความเสี่ยงในกลุ่มโรคปอดเรื้อรัง (BPD)</td></tr> <tr><td>6</td><td>แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนกลุ่มโรค NEC</td></tr> <tr><td>7</td><td>แนวปฏิบัติเรื่องการดูแลผิวหนังทารกที่ใช้ High Flow Nasal Cannula ในหออผู้ป่วยเด็กแรกเกิด</td></tr> <tr><td>8</td><td>แนวปฏิบัติการจัดการความปวดในทารกแรกเกิด</td></tr> <tr><td>9</td><td>แนวปฏิบัติการบริหารจัดการด้านยาและสารน้ำสารละลายในหออผู้ป่วยเด็กแรกเกิด</td></tr> <tr><td>10</td><td>แนวปฏิบัติการดูแลทารกเพื่อป้องกันการพลัดตกในหออผู้ป่วยเด็กแรกเกิด</td></tr> <tr><td>11</td><td>แนวปฏิบัติการดูแลทารกที่ได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย</td></tr> <tr><td>12</td><td>แนวปฏิบัติการระบุตัวผู้ป่วยเด็กแรกเกิด (NMCU)</td></tr> <tr><td>13</td><td>แนวปฏิบัติการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการคาสายสวนหลอดเลือดดำทางสะดือ (Umbilical venous catheter)</td></tr> <tr><td>14</td><td>แนวปฏิบัติการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการคาสายสวนหลอดเลือดส่วนกลางผ่านทางหลอดเลือดส่วนปลาย (Peripherally inserted central venous catheterization: PICC)</td></tr> <tr><td>15</td><td>แนวปฏิบัติการดูแลทารกที่ได้รับการคาสายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง ชนิด Double/Triple lumen</td></tr> <tr><td>16</td><td>แนวปฏิบัติการตรวจการได้ยินระดับก้านสมองในทารกแรกเกิด</td></tr> <tr><td>17</td><td>แนวปฏิบัติการดูแลทารกที่มีภาวะลิ้นติด (Tongue tie) ในหออผู้ป่วยเด็กแรกเกิด</td></tr> <tr><td>18</td><td>แนวปฏิบัติการดูแลทารกแรกเกิดในห้องเด็กอ่อน</td></tr> <tr><td>19</td><td>แนวปฏิบัติการเฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยงที่ห้องเด็กอ่อน</td></tr> <tr><td>20</td><td>แนวปฏิบัติการเตรียมนมแม่แข็งสำหรับทารก</td></tr> <tr><td>21</td><td>แนวปฏิบัติการจัดเตรียมนมในหออผู้ป่วยเด็กแรกเกิด</td></tr> <tr><td>22</td><td>แนวปฏิบัติการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในหออผู้ป่วยเด็กแรกเกิด (NMCU)</td></tr> <tr><td>23</td><td>แนวปฏิบัติการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันการเกิดแผล IAD</td></tr> <tr><td>24</td><td>แนวปฏิบัติการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ห้องเด็กอ่อน (New normal)</td></tr> </tbody> </table>	ลำดับ	เรื่อง	1	แนวปฏิบัติการระบุตัวผู้ป่วย (Patient Identification)	2	แนวปฏิบัติในการป้องกันและการดูแลแผลกดทับ	3	แนวปฏิบัติการป้องกันการพลัดตก/ลื่นล้ม (Fall/Slip)	4	แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมพัฒนาการทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 1500 กรัม	5	แนวปฏิบัติในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 1500 กรัม ตามความเสี่ยงในกลุ่มโรคปอดเรื้อรัง (BPD)	6	แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนกลุ่มโรค NEC	7	แนวปฏิบัติเรื่องการดูแลผิวหนังทารกที่ใช้ High Flow Nasal Cannula ในหออผู้ป่วยเด็กแรกเกิด	8	แนวปฏิบัติการจัดการความปวดในทารกแรกเกิด	9	แนวปฏิบัติการบริหารจัดการด้านยาและสารน้ำสารละลายในหออผู้ป่วยเด็กแรกเกิด	10	แนวปฏิบัติการดูแลทารกเพื่อป้องกันการพลัดตกในหออผู้ป่วยเด็กแรกเกิด	11	แนวปฏิบัติการดูแลทารกที่ได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย	12	แนวปฏิบัติการระบุตัวผู้ป่วยเด็กแรกเกิด (NMCU)	13	แนวปฏิบัติการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการคาสายสวนหลอดเลือดดำทางสะดือ (Umbilical venous catheter)	14	แนวปฏิบัติการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการคาสายสวนหลอดเลือดส่วนกลางผ่านทางหลอดเลือดส่วนปลาย (Peripherally inserted central venous catheterization: PICC)	15	แนวปฏิบัติการดูแลทารกที่ได้รับการคาสายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง ชนิด Double/Triple lumen	16	แนวปฏิบัติการตรวจการได้ยินระดับก้านสมองในทารกแรกเกิด	17	แนวปฏิบัติการดูแลทารกที่มีภาวะลิ้นติด (Tongue tie) ในหออผู้ป่วยเด็กแรกเกิด	18	แนวปฏิบัติการดูแลทารกแรกเกิดในห้องเด็กอ่อน	19	แนวปฏิบัติการเฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยงที่ห้องเด็กอ่อน	20	แนวปฏิบัติการเตรียมนมแม่แข็งสำหรับทารก	21	แนวปฏิบัติการจัดเตรียมนมในหออผู้ป่วยเด็กแรกเกิด	22	แนวปฏิบัติการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในหออผู้ป่วยเด็กแรกเกิด (NMCU)	23	แนวปฏิบัติการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันการเกิดแผล IAD	24	แนวปฏิบัติการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ห้องเด็กอ่อน (New normal)		
ลำดับ	เรื่อง																																																									
1	แนวปฏิบัติการระบุตัวผู้ป่วย (Patient Identification)																																																									
2	แนวปฏิบัติในการป้องกันและการดูแลแผลกดทับ																																																									
3	แนวปฏิบัติการป้องกันการพลัดตก/ลื่นล้ม (Fall/Slip)																																																									
4	แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมพัฒนาการทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 1500 กรัม																																																									
5	แนวปฏิบัติในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 1500 กรัม ตามความเสี่ยงในกลุ่มโรคปอดเรื้อรัง (BPD)																																																									
6	แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนกลุ่มโรค NEC																																																									
7	แนวปฏิบัติเรื่องการดูแลผิวหนังทารกที่ใช้ High Flow Nasal Cannula ในหออผู้ป่วยเด็กแรกเกิด																																																									
8	แนวปฏิบัติการจัดการความปวดในทารกแรกเกิด																																																									
9	แนวปฏิบัติการบริหารจัดการด้านยาและสารน้ำสารละลายในหออผู้ป่วยเด็กแรกเกิด																																																									
10	แนวปฏิบัติการดูแลทารกเพื่อป้องกันการพลัดตกในหออผู้ป่วยเด็กแรกเกิด																																																									
11	แนวปฏิบัติการดูแลทารกที่ได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย																																																									
12	แนวปฏิบัติการระบุตัวผู้ป่วยเด็กแรกเกิด (NMCU)																																																									
13	แนวปฏิบัติการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการคาสายสวนหลอดเลือดดำทางสะดือ (Umbilical venous catheter)																																																									
14	แนวปฏิบัติการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการคาสายสวนหลอดเลือดส่วนกลางผ่านทางหลอดเลือดส่วนปลาย (Peripherally inserted central venous catheterization: PICC)																																																									
15	แนวปฏิบัติการดูแลทารกที่ได้รับการคาสายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง ชนิด Double/Triple lumen																																																									
16	แนวปฏิบัติการตรวจการได้ยินระดับก้านสมองในทารกแรกเกิด																																																									
17	แนวปฏิบัติการดูแลทารกที่มีภาวะลิ้นติด (Tongue tie) ในหออผู้ป่วยเด็กแรกเกิด																																																									
18	แนวปฏิบัติการดูแลทารกแรกเกิดในห้องเด็กอ่อน																																																									
19	แนวปฏิบัติการเฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยงที่ห้องเด็กอ่อน																																																									
20	แนวปฏิบัติการเตรียมนมแม่แข็งสำหรับทารก																																																									
21	แนวปฏิบัติการจัดเตรียมนมในหออผู้ป่วยเด็กแรกเกิด																																																									
22	แนวปฏิบัติการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในหออผู้ป่วยเด็กแรกเกิด (NMCU)																																																									
23	แนวปฏิบัติการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันการเกิดแผล IAD																																																									
24	แนวปฏิบัติการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ห้องเด็กอ่อน (New normal)																																																									

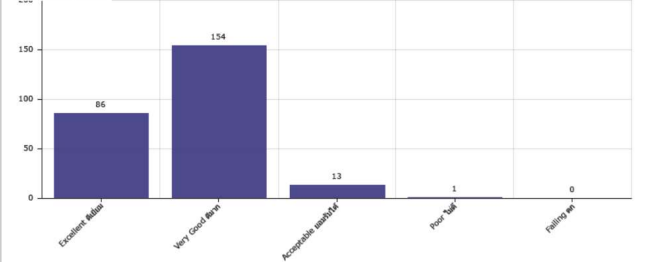
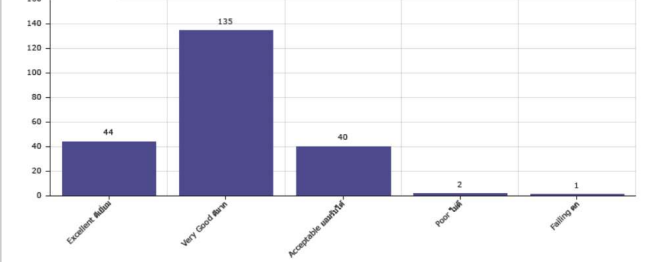
แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน	แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565		
		ความพึงพอใจ ของหน่วยงานที่ ได้รับการ ติดตามทบทวน	อัตราความพึงพอใจ ของหน่วยงานที่ได้รับ การติดตามทบทวน	≥ ร้อยละ 80	NA	ประเมินความพึงพอใจโครงการทบทวนอุบัติการณ์ (Adverse Event Review) ครั้งที่ 1 วันที่ 21 มกราคม 2565 จำนวนผู้เข้าร่วม 25 คน รับแบบประเมินคืน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 44 ระดับความพึงพอใจในภาพรวม อยู่ในระดับมาก (4.36 จากคะแนนเต็ม 5 คิดเป็นร้อยละ 87.2) <u>มีข้อเสนอแนะ</u> 1) เป็นกิจกรรมที่ดีมาก ที่มีการร่วมประชุมกับ ทีมที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ไม่ใช่เฉพาะฝ่ายบริการพยาบาล 2) เป็นกิจกรรมที่มีประโยชน์ขอให้จัดกิจกรรมนี้อย่างต่อเนื่อง		
1.2 ปรับปรุง/ ทบทวน ทะเบียน ความเสี่ยง (Risk Register) ระดับ ฝ่ายให้สมบูรณ์ ครบถ้วน และเป็น ปัจจุบัน		ทะเบียนความ เสี่ยง	จำนวนความเสี่ยงที่ ลงทะเบียนอย่าง สมบูรณ์	≥ 10 ตัว	NA	1.จำนวนความเสี่ยงที่ลงทะเบียนอย่างสมบูรณ์ 10 ตัวหลัก 34 บัญชีความเสี่ยงย่อย (นับสะสมตั้งแต่ปี 2560-2563) คือ Identification, เครื่องมือ/อุปกรณ์/ผ้าซับโลหิต ตกค้างในร่างกายผู้ป่วย, ความปลอดภัยในการให้ยา สารน้ำ และอาหารทางการแพทย์, ความเสี่ยงของผู้ป่วยต่อการตกเตียง ลื่น หกล้ม, ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา, ท่อช่วยหายใจ เลื่อนหลอดต้องใส่ใหม่ (re-intubation), pressure injury, เครื่องมือแพทย์และระบบจ่ายก๊าซทางการแพทย์, เกิดความ คลาดเคลื่อนจากการ รายงาน/ไม่ได้รายงาน Lab วิกฤติ , ความผิดพลาดในการสื่อสารทางคลินิก โดย คัดเลือกรายงานอุบัติการณ์ที่มีระดับความเสี่ยงสูง (ผลกระทบ+ความถี่) ในแต่ละไตร มาส มี Risk Owner 14 คน ทำหน้าที่ติดตาม, Verify รายงานอุบัติการณ์ ลงเยี่ยม หน้างาน ร่วมทบทวนและออกแบบมาตรการต่าง ๆ เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ รายงาน ผลการดำเนินงาน ทุก 3 เดือน  2.อยู่ระหว่างดำเนินการเตรียมขึ้นทะเบียนความเสี่ยงสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย 9 ประเด็น ตามที่สธพ.กำหนดสำหรับโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองAHA โดยร่วม ทบทวน/ รวบรวมความเสี่ยงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มาขึ้นทะเบียนไว้เป็นภาพรวม	คุณวิลาวัลย์ และทีม	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน	แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ											
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565													
						<p>ของฝ่ายฯ เพื่อให้ครอบคลุมสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย 9 ประเด็นและเป็นปัจจุบัน ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การระบุตัวผู้ป่วย</li> <li>2. ความ คลาดเคลื่อนทางยา</li> <li>3. การติดเชื้อที่สำคัญในสถานพยาบาลตามบริบทขององค์กรในกลุ่ม <ul style="list-style-type: none"> <li>- I: Infection Prevention and Control</li> <li>- Surgical site Infection (SSI)</li> <li>- Ventilator associated pneumonia (VAP)</li> <li>- Catheter-Associated Urinary Tract infection (CAUTI)</li> <li>- Central-Line Associated Bloodstream infection (CLABSI)</li> </ul> </li> <li>4. บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่</li> <li>5. การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน</li> </ol>													
2.ส่งเสริมการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยโดยเพิ่มการรายงานอุบัติการณ์อุบัติการณ์		วัฒนธรรมความปลอดภัยของฝ่ายบริการพยาบาล	คะแนนวัดวัฒนธรรมความปลอดภัยของฝ่ายบริการพยาบาล (สรพ.สำรวจประจำปี)	≥ 80 %	NA	<p>พื้นที่ปฏิบัติงาน/หน่วยงานหลัก (กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินและอุบัติเหตุ)</p> <p>จำนวนบุคลากรทั้งหมด 5,502 คน จำนวนผู้ลงทะเบียนสอบถามครบสมบูรณ์ 187 คน วันที่ระยะเวลา 20 มิถุนายน 2565</p> <p>ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Grade)</p> <table border="1"> <caption>ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Grade)</caption> <thead> <tr> <th>ระดับความปลอดภัย</th> <th>จำนวน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Excellent</td> <td>37</td> </tr> <tr> <td>Very Good</td> <td>108</td> </tr> <tr> <td>Good</td> <td>41</td> </tr> <tr> <td>Fair</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Poor</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	ระดับความปลอดภัย	จำนวน	Excellent	37	Very Good	108	Good	41	Fair	1	Poor	0	
ระดับความปลอดภัย	จำนวน																		
Excellent	37																		
Very Good	108																		
Good	41																		
Fair	1																		
Poor	0																		

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน	แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ												
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565														
						<p>พื้นที่ปฏิบัติงาน/หน่วยงานหลัก (กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยเด็กและจิตเวช) จำนวนบุคลากรทั้งหมด 5,502 คน จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามครบสมบูรณ์ 156 คน วันที่ประมวลผล 20 มิถุนายน 2565</p> <p>ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Grade)</p>  <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับความปลอดภัย</th> <th>จำนวน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Excellent</td> <td>38</td> </tr> <tr> <td>Very Good</td> <td>101</td> </tr> <tr> <td>Acceptable</td> <td>16</td> </tr> <tr> <td>Poor</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Missing</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	ระดับความปลอดภัย	จำนวน	Excellent	38	Very Good	101	Acceptable	16	Poor	1	Missing	0		
ระดับความปลอดภัย	จำนวน																			
Excellent	38																			
Very Good	101																			
Acceptable	16																			
Poor	1																			
Missing	0																			
						<p>พื้นที่ปฏิบัติงาน/หน่วยงานหลัก (กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก) จำนวนบุคลากรทั้งหมด 5,502 คน จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามครบสมบูรณ์ 253 คน วันที่ประมวลผล 20 มิถุนายน 2565</p> <p>ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Grade)</p>  <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับความปลอดภัย</th> <th>จำนวน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Excellent</td> <td>68</td> </tr> <tr> <td>Very Good</td> <td>142</td> </tr> <tr> <td>Acceptable</td> <td>42</td> </tr> <tr> <td>Poor</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Missing</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	ระดับความปลอดภัย	จำนวน	Excellent	68	Very Good	142	Acceptable	42	Poor	0	Missing	1		
ระดับความปลอดภัย	จำนวน																			
Excellent	68																			
Very Good	142																			
Acceptable	42																			
Poor	0																			
Missing	1																			
						<p>พื้นที่ปฏิบัติงาน/หน่วยงานหลัก (กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยประมุขและเคมีบำบัด) จำนวนบุคลากรทั้งหมด 5,502 คน จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามครบสมบูรณ์ 108 คน วันที่ประมวลผล 20 มิถุนายน 2565</p> <p>ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Grade)</p>  <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับความปลอดภัย</th> <th>จำนวน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Excellent</td> <td>17</td> </tr> <tr> <td>Very Good</td> <td>62</td> </tr> <tr> <td>Acceptable</td> <td>26</td> </tr> <tr> <td>Poor</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Missing</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	ระดับความปลอดภัย	จำนวน	Excellent	17	Very Good	62	Acceptable	26	Poor	2	Missing	1		
ระดับความปลอดภัย	จำนวน																			
Excellent	17																			
Very Good	62																			
Acceptable	26																			
Poor	2																			
Missing	1																			

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน	แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ												
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565														
						<p>พื้นที่ปฏิบัติงาน/หน่วยงานหลัก (กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ) จำนวนบุคลากรทั้งหมด 5,502 คน จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามครบสมบูรณ์ 277 คน วันที่ประมวลผล 20 มิถุนายน 2565</p> <p><b>ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Grade)</b></p>  <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับความปลอดภัย</th> <th>จำนวน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Excellent</td> <td>84</td> </tr> <tr> <td>Very Good</td> <td>157</td> </tr> <tr> <td>Acceptable</td> <td>33</td> </tr> <tr> <td>Poor</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Rating not</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	ระดับความปลอดภัย	จำนวน	Excellent	84	Very Good	157	Acceptable	33	Poor	3	Rating not	0		
ระดับความปลอดภัย	จำนวน																			
Excellent	84																			
Very Good	157																			
Acceptable	33																			
Poor	3																			
Rating not	0																			
						<p>พื้นที่ปฏิบัติงาน/หน่วยงานหลัก (กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตทารกและเด็ก) จำนวนบุคลากรทั้งหมด 5,502 คน จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามครบสมบูรณ์ 140 คน วันที่ประมวลผล 20 มิถุนายน 2565</p> <p><b>ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Grade)</b></p>  <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับความปลอดภัย</th> <th>จำนวน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Excellent</td> <td>55</td> </tr> <tr> <td>Very Good</td> <td>69</td> </tr> <tr> <td>Acceptable</td> <td>16</td> </tr> <tr> <td>Poor</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Rating not</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	ระดับความปลอดภัย	จำนวน	Excellent	55	Very Good	69	Acceptable	16	Poor	0	Rating not	0		
ระดับความปลอดภัย	จำนวน																			
Excellent	55																			
Very Good	69																			
Acceptable	16																			
Poor	0																			
Rating not	0																			

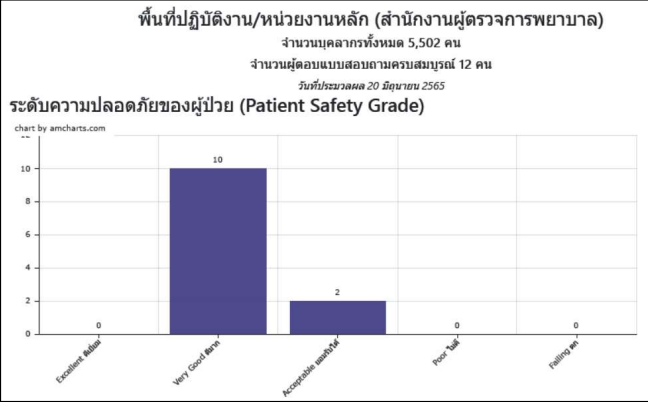
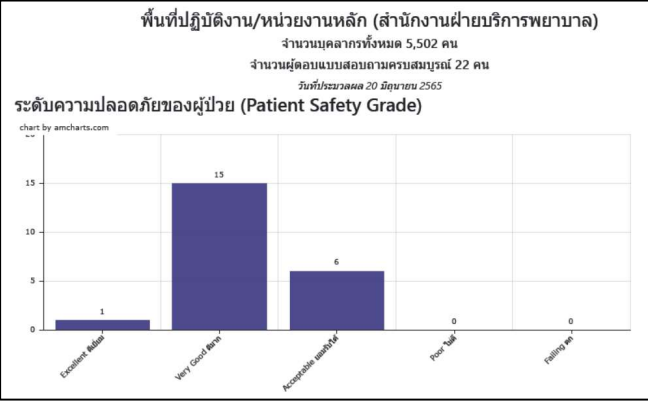


แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน	แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ												
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565														
						<p>พื้นที่ปฏิบัติงาน/หน่วยงานหลัก (กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่) จำนวนบุคลากรทั้งหมด 5,502 คน จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามครบสมบูรณ์ 254 คน วันที่ประมวลผล 20 มิถุนายน 2565</p> <p>ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Grade)</p>  <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับความปลอดภัย</th> <th>จำนวน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Excellent value</td> <td>86</td> </tr> <tr> <td>Very Good value</td> <td>154</td> </tr> <tr> <td>Acceptable unwatched</td> <td>13</td> </tr> <tr> <td>Poor value</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Failing unit</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	ระดับความปลอดภัย	จำนวน	Excellent value	86	Very Good value	154	Acceptable unwatched	13	Poor value	1	Failing unit	0		
ระดับความปลอดภัย	จำนวน																			
Excellent value	86																			
Very Good value	154																			
Acceptable unwatched	13																			
Poor value	1																			
Failing unit	0																			
						<p>พื้นที่ปฏิบัติงาน/หน่วยงานหลัก (กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม) จำนวนบุคลากรทั้งหมด 5,502 คน จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามครบสมบูรณ์ 222 คน วันที่ประมวลผล 20 มิถุนายน 2565</p> <p>ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Grade)</p>  <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับความปลอดภัย</th> <th>จำนวน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Excellent value</td> <td>44</td> </tr> <tr> <td>Very Good value</td> <td>135</td> </tr> <tr> <td>Acceptable unwatched</td> <td>40</td> </tr> <tr> <td>Poor value</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Failing unit</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	ระดับความปลอดภัย	จำนวน	Excellent value	44	Very Good value	135	Acceptable unwatched	40	Poor value	2	Failing unit	1		
ระดับความปลอดภัย	จำนวน																			
Excellent value	44																			
Very Good value	135																			
Acceptable unwatched	40																			
Poor value	2																			
Failing unit	1																			

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน	แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ												
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565														
						<p>พื้นที่ปฏิบัติงาน/หน่วยงานหลัก (กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติและนรีเวช)</p> <p>จำนวนบุคลากรทั้งหมด 5,502 คน จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามครบสมบูรณ์ 164 คน วันที่ประมวลผล 20 มิถุนายน 2565</p> <p>ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Grade)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับความปลอดภัย</th> <th>จำนวนผู้ป่วย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Excellent</td> <td>43</td> </tr> <tr> <td>Very Good</td> <td>98</td> </tr> <tr> <td>Acceptable</td> <td>22</td> </tr> <tr> <td>Poor</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Failing</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	ระดับความปลอดภัย	จำนวนผู้ป่วย	Excellent	43	Very Good	98	Acceptable	22	Poor	1	Failing	0		
ระดับความปลอดภัย	จำนวนผู้ป่วย																			
Excellent	43																			
Very Good	98																			
Acceptable	22																			
Poor	1																			
Failing	0																			
						<p>พื้นที่ปฏิบัติงาน/หน่วยงานหลัก (กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออโรโธปิดิกส์ โสต ศอ นาสิก และ จักษุ)</p> <p>จำนวนบุคลากรทั้งหมด 5,502 คน จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามครบสมบูรณ์ 156 คน วันที่ประมวลผล 20 มิถุนายน 2565</p> <p>ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Grade)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับความปลอดภัย</th> <th>จำนวนผู้ป่วย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Excellent</td> <td>39</td> </tr> <tr> <td>Very Good</td> <td>96</td> </tr> <tr> <td>Acceptable</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>Poor</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Failing</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	ระดับความปลอดภัย	จำนวนผู้ป่วย	Excellent	39	Very Good	96	Acceptable	20	Poor	1	Failing	0		
ระดับความปลอดภัย	จำนวนผู้ป่วย																			
Excellent	39																			
Very Good	96																			
Acceptable	20																			
Poor	1																			
Failing	0																			

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน	แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ												
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565														
						<p>พื้นที่ปฏิบัติงาน/หน่วยงานหลัก (กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม)</p> <p>จำนวนบุคลากรทั้งหมด 5,502 คน จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามครบสมบูรณ์ 230 คน วันที่ประมวลผล 20 มิถุนายน 2565</p> <p>ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Grade)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับความปลอดภัย</th> <th>จำนวนผู้ป่วย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Excellent follow-up</td> <td>32</td> </tr> <tr> <td>Very Good follow-up</td> <td>130</td> </tr> <tr> <td>Acceptable follow-up</td> <td>47</td> </tr> <tr> <td>Poor follow-up</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Nothing see</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	ระดับความปลอดภัย	จำนวนผู้ป่วย	Excellent follow-up	32	Very Good follow-up	130	Acceptable follow-up	47	Poor follow-up	1	Nothing see	0		
ระดับความปลอดภัย	จำนวนผู้ป่วย																			
Excellent follow-up	32																			
Very Good follow-up	130																			
Acceptable follow-up	47																			
Poor follow-up	1																			
Nothing see	0																			
						<p>พื้นที่ปฏิบัติงาน/หน่วยงานหลัก (กลุ่มงานการพยาบาลหอผู้ป่วยพิเศษ 1)</p> <p>จำนวนบุคลากรทั้งหมด 5,502 คน จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามครบสมบูรณ์ 135 คน วันที่ประมวลผล 20 มิถุนายน 2565</p> <p>ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Grade)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับความปลอดภัย</th> <th>จำนวนผู้ป่วย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Excellent follow-up</td> <td>32</td> </tr> <tr> <td>Very Good follow-up</td> <td>83</td> </tr> <tr> <td>Acceptable follow-up</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>Poor follow-up</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Nothing see</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	ระดับความปลอดภัย	จำนวนผู้ป่วย	Excellent follow-up	32	Very Good follow-up	83	Acceptable follow-up	20	Poor follow-up	0	Nothing see	0		
ระดับความปลอดภัย	จำนวนผู้ป่วย																			
Excellent follow-up	32																			
Very Good follow-up	83																			
Acceptable follow-up	20																			
Poor follow-up	0																			
Nothing see	0																			

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน	แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ												
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565														
						<p>พื้นที่ปฏิบัติงาน/หน่วยงานหลัก (กลุ่มงานการพยาบาลหอผู้ป่วยพิเศษ 2) จำนวนบุคลากรทั้งหมด 5,502 คน จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามครบสมบูรณ์ 222 คน วันที่ประมวลผล 20 มิถุนายน 2565</p> <p>ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Grade)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับความปลอดภัย</th> <th>จำนวนผู้ป่วย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Excellent</td> <td>31</td> </tr> <tr> <td>Very Good</td> <td>143</td> </tr> <tr> <td>Acceptable</td> <td>28</td> </tr> <tr> <td>Poor</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Failing</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	ระดับความปลอดภัย	จำนวนผู้ป่วย	Excellent	31	Very Good	143	Acceptable	28	Poor	0	Failing	0		
ระดับความปลอดภัย	จำนวนผู้ป่วย																			
Excellent	31																			
Very Good	143																			
Acceptable	28																			
Poor	0																			
Failing	0																			
						<p>พื้นที่ปฏิบัติงาน/หน่วยงานหลัก (ศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วย) จำนวนบุคลากรทั้งหมด 5,502 คน จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามครบสมบูรณ์ 5 คน วันที่ประมวลผล 20 มิถุนายน 2565</p> <p>ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Grade)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับความปลอดภัย</th> <th>จำนวนผู้ป่วย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Excellent</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Very Good</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Acceptable</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Poor</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Failing</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	ระดับความปลอดภัย	จำนวนผู้ป่วย	Excellent	2	Very Good	3	Acceptable	0	Poor	0	Failing	0		
ระดับความปลอดภัย	จำนวนผู้ป่วย																			
Excellent	2																			
Very Good	3																			
Acceptable	0																			
Poor	0																			
Failing	0																			

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน	แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ																			
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565																					
						<p>พื้นที่ปฏิบัติงาน/หน่วยงานหลัก (สำนักงานผู้ตรวจการพยาบาล) จำนวนบุคลากรทั้งหมด 5,502 คน จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามครบสมบูรณ์ 12 คน วันที่ประมวลผล 20 มิถุนายน 2565</p> <p>ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Grade)</p> 																					
						<p>พื้นที่ปฏิบัติงาน/หน่วยงานหลัก (สำนักงานฝ่ายบริการพยาบาล) จำนวนบุคลากรทั้งหมด 5,502 คน จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามครบสมบูรณ์ 22 คน วันที่ประมวลผล 20 มิถุนายน 2565</p> <p>ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Grade)</p> 																					
2.1 ส่งเสริมและ กระตุ้นการรายงาน อุบัติการณ์ตาม แบบฟอร์มการรายงาน เดิมและแบบฟอร์ม (ฉบับย่อ)ที่พัฒนา		อุบัติการณ์ ระดับ A/B (near miss)	จำนวนอุบัติการณ์ ระดับ A/B	1800	1275	<p>จำนวนอุบัติการณ์ ระดับ A/B ไตรมาส 1-2 /2565 = 599</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ไตรมาส</th> <th>ไตรมาส 1/2565</th> <th>ไตรมาส 2/2565</th> <th>ไตรมาส 3/2565</th> <th>ไตรมาส 4/2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ผิดขนาด</td> <td>230</td> <td>177</td> <td>198</td> <td>239</td> </tr> <tr> <td>ผิดคน</td> <td>6</td> <td>5</td> <td>9</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>ผิดชนิด</td> <td>26</td> <td>30</td> <td>21</td> <td>47</td> </tr> </tbody> </table>	ไตรมาส	ไตรมาส 1/2565	ไตรมาส 2/2565	ไตรมาส 3/2565	ไตรมาส 4/2565	ผิดขนาด	230	177	198	239	ผิดคน	6	5	9	11	ผิดชนิด	26	30	21	47	คุณวิลาวัลย์ และทีม
ไตรมาส	ไตรมาส 1/2565	ไตรมาส 2/2565	ไตรมาส 3/2565	ไตรมาส 4/2565																							
ผิดขนาด	230	177	198	239																							
ผิดคน	6	5	9	11																							
ผิดชนิด	26	30	21	47																							

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน					แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565						
ร่วมกับหน่วยคุณภาพ เพื่อค้นหาความเสี่ยง เชิงรุก ระดับ A-B (near miss)						ผิดทาง	0	0	1	0		
						ผิดรูปแบบ	0	1	2	3		
						ผิดเวลา	2	6	4	0		
						ไม่ได้รับยา	29	31	25	31		
						ยาเสื่อมสภาพ	0	0	0	0		
						อื่น ๆ	20	18	16	47		
						รวม	313	268	276	378		
2.2 จัดทำ Dash board รายงานความ เสี่ยงความปลอดภัย เพื่อการบริหารความ เสี่ยงและเฝ้าระวัง (สามารถดูได้ทั้งระดับ ฝ่ายบริการพยาบาล และระดับหน่วยงาน)		Dash board รายงานความ เสี่ยงความ ปลอดภัย	Dash board รายงานความเสี่ยง ความปลอดภัยสำเร็จ ใช้งานได้ (ขั้นตอนที่6)	100 %	NA	จัดทำ Dash board สมบูรณ์					คุณวิลาวัลย์ และทีม ร่วมกับฝ่าย วิจัยนวัตกรรม และการ จัดการความรู้	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งบ.2565	ผลการดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565	แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบ.2565	วัน-เวลา							
						<p><b>รายงานอุบัติการณ์ ฝ่ายบริการพยาบาล</b> Update: พฤษภาคม 2565 <span style="float: right;">ใช้สำหรับสาคิต</span></p> <p>เลือกกลุ่มงานและ/หรือหอผู้ป่วย/หน่วยงานที่ต้องการ → <b>กลุ่มงาน</b></p> <p><b>* กรณีดูภาพรวมฝ่ายบริการพยาบาล ไม่ต้องเลือก *</b></p> <p><b>รายงาน 1</b> ดูรายงาน ณ ช่วงเวลาที่กำหนด</p> <p><b>รายงาน 2</b> ดูแนวโน้มรายเดือน/ไตรมาส/ปี งบ.</p> <p><b>ตารางบัญชีความ</b></p> <p>รายงานนี้ใช้ข้อมูลจากโปรแกรมรายงานอุบัติการณ์และข้อมูล Near miss ในระบบ HIS ที่ผ่านการ Verify จาก Risk owner แล้ว</p> <p>- หอผู้ป่วย/หน่วยงาน หมายถึง หอผู้ป่วย/หน่วยงานที่เป็นต้นเหตุของอุบัติการณ์นั้นๆ กรณีเป็นต้นเหตุรวมกันมากกว่า 1 หอผู้ป่วย/หน่วยงาน จะจัดไว้เป็นกลุ่มงานอื่นๆ</p>		
						<p><b>รายงานอุบัติการณ์ (1) ฝ่ายบริการพยาบาล</b> <span style="float: right;">เลือก</span></p> <p><b>ประเภทความเสี่ยง</b> clinic non clinic</p> <p><b>ระดับ Risk</b> Adverse event Near miss Risk</p> <p><b>ระดับความรุนแรง</b> 1 2 3</p> <p><b>กลุ่มบัญชีความ...</b> <b>บัญชีความ...</b></p> <p><b>บัญชีความเสี่ยง</b> NO1 ND4 OO1 OO405 OO5 OO601 OO602 PO202 PO203 PO204 RS902 V07</p> <p><b>ลักษณะเหตุการณ์</b> AO1 รมยส์วัดในการให้ยา AO2 รมยส์วัดในการให้เลือด AO3 รมยส์วัดในการเก็บสิ่ง... AO4 รมยส์ตรวจแรกเกิดคิด AO5 รมยส์ยอมูลคิดในการทำ... AO6 รมยส์วัดในการให้สารน้ำ AO7 อื่นๆ AO8 การส่งมยส์คิดพลาด (... AO9 รมยส์วัดในการใช้เข็ม/... A10 ส่งเอกสารผิดพลาด... BO1 รมยส์ยอมูลในการรับส่งสึ... BO2 คุณภาพของสิ่งส่งตรวจ BO4 สาย-ส่งภาพเอกซเรย์ดี BO6 request error (X-ray) BO7 อื่นๆ BO701 การส่ง Specimen/K... BO7011 การส่ง Specimen 1... BO7012 การส่ง X-ray ก่อน... BO702 การเตรียมผู้ป่วยก่อน... BO7022 การเตรียมผู้ป่วยก่อน... BO703 อื่นๆ BO8 ตรวจวิเคราะห์ Lab ผิด...</p>		

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งบปม.2565	ผลการดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565	แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ												
ปี งบปม.2565	วัน-เวลา																			
Phlebitis Extravasation																				
1. กิจกรรมเพื่อลดอุบัติการณ์ Phlebitis / Extravasation	ต.ค. 64-ก.ย.65	การเกิด Phlebitis ระดับ 3-4/	อัตราการเกิด Phlebitis ระดับ 3-4/	< 0.26 ครั้ง :1000 วันนอน	0.28	<p>อัตราการเกิด Phlebitis ระดับ 3-4 เท่ากับ 0.32 ครั้ง ต่อ 1,000 วันนอน (88/ 277,412) (เพิ่มขึ้น 0.04 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน)</p> <p>ตาราง อัตราการเกิด Phlebitis ระดับ 3-4 แยกตามไตรมาส</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ไตรมาส</th> <th>อัตราการเกิด Phlebitis ระดับ 3-4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ไตรมาส 1</td> <td>0.34 ครั้ง :1000 วันนอน (24/69,683วัน)</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส 2</td> <td>0.24 ครั้ง :1000 วันนอน (17/69,714วัน)</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส 3</td> <td>0.41 ครั้ง :1000 วันนอน (27/66,215วัน)</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส 4</td> <td>0.28 ครั้ง :1000 วันนอน (20/71,800วัน)</td> </tr> <tr> <td>เฉลี่ย</td> <td>0.32 ครั้ง ต่อ1,000 วันนอน (88/277,412 วัน)</td> </tr> </tbody> </table>	ไตรมาส	อัตราการเกิด Phlebitis ระดับ 3-4	ไตรมาส 1	0.34 ครั้ง :1000 วันนอน (24/69,683วัน)	ไตรมาส 2	0.24 ครั้ง :1000 วันนอน (17/69,714วัน)	ไตรมาส 3	0.41 ครั้ง :1000 วันนอน (27/66,215วัน)	ไตรมาส 4	0.28 ครั้ง :1000 วันนอน (20/71,800วัน)	เฉลี่ย	0.32 ครั้ง ต่อ1,000 วันนอน (88/277,412 วัน)		
ไตรมาส	อัตราการเกิด Phlebitis ระดับ 3-4																			
ไตรมาส 1	0.34 ครั้ง :1000 วันนอน (24/69,683วัน)																			
ไตรมาส 2	0.24 ครั้ง :1000 วันนอน (17/69,714วัน)																			
ไตรมาส 3	0.41 ครั้ง :1000 วันนอน (27/66,215วัน)																			
ไตรมาส 4	0.28 ครั้ง :1000 วันนอน (20/71,800วัน)																			
เฉลี่ย	0.32 ครั้ง ต่อ1,000 วันนอน (88/277,412 วัน)																			



แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน	แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ												
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565														
			ร้อยละของการเกิด Severe Phlebitis (ระดับ 3-4)	≤ ร้อยละ 4	0.17	<p><u>ร้อยละของการเกิด Severe Phlebitis</u> (ระดับ 3-4) เท่ากับ 0.19</p> <p>เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.02</p> <p>ตาราง ร้อยละของการเกิด Severe Phlebitis (ระดับ 3-4) แยกตามไตรมาส</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ไตรมาส</th> <th>ร้อยละการเกิด Phlebitis ระดับ 3-4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ไตรมาส 1</td> <td>0.21 ครั้ง (24/11,688 คน)</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส 2</td> <td>0.14 ครั้ง (17/12,117 คน)</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส 3</td> <td>0.23 ครั้ง (27/11,759 คน)</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส 4</td> <td>0.19 ครั้ง 20/10,681 คน)</td> </tr> <tr> <td>เฉลี่ย</td> <td>ร้อยละ 0.19 (88/46,245)</td> </tr> </tbody> </table>	ไตรมาส	ร้อยละการเกิด Phlebitis ระดับ 3-4	ไตรมาส 1	0.21 ครั้ง (24/11,688 คน)	ไตรมาส 2	0.14 ครั้ง (17/12,117 คน)	ไตรมาส 3	0.23 ครั้ง (27/11,759 คน)	ไตรมาส 4	0.19 ครั้ง 20/10,681 คน)	เฉลี่ย	ร้อยละ 0.19 (88/46,245)		
ไตรมาส	ร้อยละการเกิด Phlebitis ระดับ 3-4																			
ไตรมาส 1	0.21 ครั้ง (24/11,688 คน)																			
ไตรมาส 2	0.14 ครั้ง (17/12,117 คน)																			
ไตรมาส 3	0.23 ครั้ง (27/11,759 คน)																			
ไตรมาส 4	0.19 ครั้ง 20/10,681 คน)																			
เฉลี่ย	ร้อยละ 0.19 (88/46,245)																			
			ร้อยละของการเกิด Phlebitis รวมทุกระดับ (Infusion Nurses Society)	≤ ร้อยละ 5	0.38	<p><u>ร้อยละของการเกิด Phlebitis รวมทุกระดับ</u> เท่ากับ 0.45 (207/46,245) (เพิ่มขึ้น 0.03)</p> <p>ตาราง ร้อยละของการเกิด Phlebitis รวมทุกระดับ (ระดับ 1-4) แยกตามไตรมาส</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ไตรมาส</th> <th>ร้อยละการเกิด Phlebitis ระดับ 3-4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ไตรมาส 1</td> <td>0.21 ครั้ง (24/11,688 คน)</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส 2</td> <td>0.14 ครั้ง (17/12,117 คน)</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส 3</td> <td>0.23 ครั้ง (27/11,759 คน)</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส 4</td> <td>0.19 ครั้ง 20/10,681 คน)</td> </tr> <tr> <td>เฉลี่ย</td> <td>ร้อยละ 0.19 (88/46,245)</td> </tr> </tbody> </table> <p>(Infusion Nurses Society 2016)</p>	ไตรมาส	ร้อยละการเกิด Phlebitis ระดับ 3-4	ไตรมาส 1	0.21 ครั้ง (24/11,688 คน)	ไตรมาส 2	0.14 ครั้ง (17/12,117 คน)	ไตรมาส 3	0.23 ครั้ง (27/11,759 คน)	ไตรมาส 4	0.19 ครั้ง 20/10,681 คน)	เฉลี่ย	ร้อยละ 0.19 (88/46,245)		
ไตรมาส	ร้อยละการเกิด Phlebitis ระดับ 3-4																			
ไตรมาส 1	0.21 ครั้ง (24/11,688 คน)																			
ไตรมาส 2	0.14 ครั้ง (17/12,117 คน)																			
ไตรมาส 3	0.23 ครั้ง (27/11,759 คน)																			
ไตรมาส 4	0.19 ครั้ง 20/10,681 คน)																			
เฉลี่ย	ร้อยละ 0.19 (88/46,245)																			

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน	แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ																																																																																								
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565																																																																																										
						<p style="text-align: center;"><b>ระดับของ Phlebitis</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับ</th> <th>ปี</th> <th>ร้อยละ</th> <th>ไตรมาส1/65</th> <th>ไตรมาส2/65</th> <th>ไตรมาส3/65</th> <th>ไตรมาส4/65</th> <th>รวม</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ระดับ 1</td> <td>40</td> <td>22.22</td> <td>5</td> <td>11</td> <td>5</td> <td>11</td> <td>32</td> <td>15.45</td> </tr> <tr> <td>ระดับ 2</td> <td>58</td> <td>32.78</td> <td>18</td> <td>23</td> <td>22</td> <td>24</td> <td>87</td> <td>42.02</td> </tr> <tr> <td>ระดับ 3</td> <td>21</td> <td>11.11</td> <td>8</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>7</td> <td>12</td> <td>5.8</td> </tr> <tr> <td>ระดับ 4</td> <td>60</td> <td>33.89</td> <td>16</td> <td>13</td> <td>22</td> <td>13</td> <td>28</td> <td>13.53</td> </tr> <tr> <td>รวม</td> <td>179</td> <td>100</td> <td>47</td> <td>51</td> <td>54</td> <td>55</td> <td>207</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;"><b>ระดับความรุนแรงของ Phlebitis</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับ</th> <th>ไตรมาส</th> <th>ไตรมาส</th> <th>ไตรมาส</th> <th>ไตรมาส</th> <th>รวม</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ความรุนแรง</td> <td>1/65</td> <td>2/65</td> <td>3/65</td> <td>4/65</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>45</td> <td>50</td> <td>52</td> <td>53</td> <td>109</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>รวม</td> <td>47</td> <td>49</td> <td>52</td> <td>53</td> <td>121</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">ระดับ E จำนวน 2 รายเป็น case ที่ต้องมีการให้ยาพาดารางชนิดของยาที่ทำให้เกิด Severe Phlebitis (Phlebitis ระดับ 3,4)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ชนิดของยา</th> <th>จำนวน(ราย)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Heparin Lock</td> <td>14</td> </tr> </tbody> </table>	ระดับ	ปี	ร้อยละ	ไตรมาส1/65	ไตรมาส2/65	ไตรมาส3/65	ไตรมาส4/65	รวม	ร้อยละ	ระดับ 1	40	22.22	5	11	5	11	32	15.45	ระดับ 2	58	32.78	18	23	22	24	87	42.02	ระดับ 3	21	11.11	8	4	5	7	12	5.8	ระดับ 4	60	33.89	16	13	22	13	28	13.53	รวม	179	100	47	51	54	55	207	100	ระดับ	ไตรมาส	ไตรมาส	ไตรมาส	ไตรมาส	รวม	ความรุนแรง	1/65	2/65	3/65	4/65		D	45	50	52	53	109	E	1	1	0	0	6	รวม	47	49	52	53	121	ชนิดของยา	จำนวน(ราย)	Heparin Lock	14		
ระดับ	ปี	ร้อยละ	ไตรมาส1/65	ไตรมาส2/65	ไตรมาส3/65	ไตรมาส4/65	รวม	ร้อยละ																																																																																								
ระดับ 1	40	22.22	5	11	5	11	32	15.45																																																																																								
ระดับ 2	58	32.78	18	23	22	24	87	42.02																																																																																								
ระดับ 3	21	11.11	8	4	5	7	12	5.8																																																																																								
ระดับ 4	60	33.89	16	13	22	13	28	13.53																																																																																								
รวม	179	100	47	51	54	55	207	100																																																																																								
ระดับ	ไตรมาส	ไตรมาส	ไตรมาส	ไตรมาส	รวม																																																																																											
ความรุนแรง	1/65	2/65	3/65	4/65																																																																																												
D	45	50	52	53	109																																																																																											
E	1	1	0	0	6																																																																																											
รวม	47	49	52	53	121																																																																																											
ชนิดของยา	จำนวน(ราย)																																																																																															
Heparin Lock	14																																																																																															

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน	แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ																										
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565																												
						<table border="1"> <tr><td>Ciprobay</td><td>1</td></tr> <tr><td>Ciprofloxacin</td><td>2</td></tr> <tr><td>Cordarone</td><td>16*</td></tr> <tr><td>Dipotassium phosphate</td><td>1</td></tr> <tr><td>DOBUTamine</td><td>3</td></tr> <tr><td>Fentanyl</td><td>2</td></tr> <tr><td>Heparin</td><td>1</td></tr> <tr><td>Levophed</td><td>5</td></tr> <tr><td>Nicardipine</td><td>3</td></tr> <tr><td>Oliclino(N4)Peripheral2L</td><td>3</td></tr> <tr><td>Pantoprazole</td><td>1</td></tr> <tr><td>Zinc Sol</td><td>5</td></tr> <tr><td>ผลรวมทั้งหมด</td><td>43</td></tr> </table>	Ciprobay	1	Ciprofloxacin	2	Cordarone	16*	Dipotassium phosphate	1	DOBUTamine	3	Fentanyl	2	Heparin	1	Levophed	5	Nicardipine	3	Oliclino(N4)Peripheral2L	3	Pantoprazole	1	Zinc Sol	5	ผลรวมทั้งหมด	43		
Ciprobay	1																																	
Ciprofloxacin	2																																	
Cordarone	16*																																	
Dipotassium phosphate	1																																	
DOBUTamine	3																																	
Fentanyl	2																																	
Heparin	1																																	
Levophed	5																																	
Nicardipine	3																																	
Oliclino(N4)Peripheral2L	3																																	
Pantoprazole	1																																	
Zinc Sol	5																																	
ผลรวมทั้งหมด	43																																	
						<p>ตารางหอผู้ป่วยและยาที่เกิด Severe Phlebitis (Phlebitis ระดับ 3,4)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>หอผู้ป่วย</th> <th>จำนวน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>CCU</td><td>3</td></tr> <tr><td>Cordarone</td><td>3</td></tr> <tr><td>ICU-CVT(W)</td><td></td></tr> <tr><td>amiodarone,dobutamine</td><td>1</td></tr> <tr><td>Ciprofloxacin</td><td>1</td></tr> <tr><td>Cordarone</td><td>4</td></tr> <tr><td>DOBUTamineInj,Lasix Inj,D 10 S Sol 1000 ml,PRC 1 U</td><td>1</td></tr> <tr><td>Fentanyl</td><td>2</td></tr> </tbody> </table>	หอผู้ป่วย	จำนวน	CCU	3	Cordarone	3	ICU-CVT(W)		amiodarone,dobutamine	1	Ciprofloxacin	1	Cordarone	4	DOBUTamineInj,Lasix Inj,D 10 S Sol 1000 ml,PRC 1 U	1	Fentanyl	2										
หอผู้ป่วย	จำนวน																																	
CCU	3																																	
Cordarone	3																																	
ICU-CVT(W)																																		
amiodarone,dobutamine	1																																	
Ciprofloxacin	1																																	
Cordarone	4																																	
DOBUTamineInj,Lasix Inj,D 10 S Sol 1000 ml,PRC 1 U	1																																	
Fentanyl	2																																	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน	แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565		
						Lasix Inj, DOBUTamine, Levophed	1	
						Levophed, Calcium gluconate(1gm	1	
						Levophed, Fentanyl	1	
						Zinc Sol 10mg Zn/ml 10ml	1	
						Med-ICU(W)	2	
						Cordarone	1	
						SICU(W)	14	
						Calcium gluconate(1gm Inj, Nicardipine	1	
						Cardepine(10mg/10ml) Inj	1	
						Cordarone(150mg/3ml) Inj	2	
						Cordarone(150mg/3ml) Inj, Dipotassium phosphate Inj, 5% Albumin	1	
						Depakine 400 mg Inj, CeFAZOLIN(1gm Inj, Omeprazole Inj, Fentanyl(0.1mg/2ml) Inj	1	
						DOBUTamine(250mg/5ml) Inj	1	
						Levophed (4mg/4ml) Inj	2	
						Mag.sulfate50% Inj 1g/2ml, Levophed (4mg/4ml) Inj	1	
						Nicardipine 1 mg/ml*10 ml	3	
						ZnSO4 Inj 10ml(Zn1mg/ml)	1	
						พิเศษเฉลิมพระบารมี 8(W)	3	
						Flagyl(Medizole) INJ500MG, KCL(40mEq/20ml) Inj, Ciprofloxacin(400mg) Inj, Omeprazole(40mg) Inj	1	
						Flagyl(Medizole) INJ500MG, Oliclino(N4)Peripheral2L	1	
						Visipaque 320 mg 100ml	1	
						พิเศษเฉลิมพระบารมี10(W)		

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน	แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565		
						CPM(10mg/ml) Inj	1	
						Heparin 10U/ml (50ml)	1	
						LCT/MCT 20% 250 ml	1	
						Oliclino(N4)Peripheral2L	1	
						Pantoprazole 40mg Inj	1	
						Zinc Sol 10mg Zn/ml 10ml	2	
						<b>พิเศษเฉลิมพระบารมี11(W)</b>	<b>1</b>	
						ZnSO4 Inj 10ml(Zn1mg/ml)	1	
						<b>รัตนชีวรักษ์ 9 Premium(W)</b>	<b>1</b>	
						Cordarone(150mg/3ml) Inj,Mag.sulfate50% Inj1g/2ml	1	
						<b>ศัลยกรรมชาย 1(W)</b>	<b>4</b>	
						Fentanyl(0.1mg/2ml) Inj	1	
						Oliclino(N4)Peripheral2L	1	
						SMOFkabiven Peripher1300k	1	
						ZnSO4 Inj 10ml(Zn1mg/ml),CefTRIAXone IV(1gm) Inj,Omeprazole(40mg) Inj,Flagyl(Medizole)	1	
						INJ500MG,SMOFkabiven Peripher1300k		
						<b>ศัลยกรรมชาย 2</b>	<b>2</b>	
						Dipotassium phosphate Inj	1	
						Zinc Sol 10mg Zn/ml 10ml	1	
						<b>ศัลยกรรมเด็ก</b>	<b>3</b>	
						CefTRIAXone IV(1gm) Inj,Omeprazole(40mg) Inj,Flagyl(Medizole) INJ500MG	1	
						NSS Inj 50 ml,Fentanyl(0.1mg/2ml) Inj	1	
						Piperacillin+Tazo 4.5 gm,Fentanyl(0.1mg/2ml) Inj	1	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน	แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565		
						<b>คลังกรรมหญิง</b>	<b>5</b>	
						Amiodarone(150mg/3ml) Inj	1	
						SMOFkabiven Peripher1300k	2	
						Zinc Sol 10mg Zn/ml 10ml	1	
						ZnSO4(1 mg/ml) (TPN)	1	
						<b>หูดอกมุก</b>	<b>1</b>	
						Amphotericin B Inj 50 mg	1	
						<b>ออร์โธซาย</b>	<b>1</b>	
						Ciprofloxacin(400mg) Inj	1	
						<b>ออร์โธหญิง/พิเศษ</b>	<b>1</b>	
						Ciprobay 400 mg/200ml Inj	1	
						<b>อายุกรรมชาย 1(W)</b>	<b>8</b>	
						Cloxacillin(1gm) Inj	1	
						Cordarone(150mg/3ml) Inj	3	
						DOBUtamine(250mg/5ml) Inj	1	
						Levophed (4mg/4ml) Inj	1	
						NORepinephrine4mg/4ml Inj	1	
						Pantoprazole 40mg Inj	1	
						<b>อายุกรรมชาย 2(W)</b>		
						KCl(20mEq/10ml) Inj	1	
						<b>อายุกรรมทั่วไป</b>	<b>1</b>	
						Cordarone(150mg/3ml) Inj	1	
						<b>อายุกรรมหญิง</b>	<b>4</b>	
						cordarone 900 mg + 5%DW600 ml IVdrip in 24 hr	1	
						Cordarone(150mg/3ml) Inj	1	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน	แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ																																				
ปี งาม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565																																						
						<table border="1"> <tr> <td>DOBUtamine(250mg/5ml) Inj</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NSS Inj 1000 ml</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>ผลรวมทั้งหมด</td> <td>88</td> </tr> </table>	DOBUtamine(250mg/5ml) Inj	1	NSS Inj 1000 ml	1	ผลรวมทั้งหมด	88																																
DOBUtamine(250mg/5ml) Inj	1																																											
NSS Inj 1000 ml	1																																											
ผลรวมทั้งหมด	88																																											
		Extravasation	Extravasation	< 0.05 ครั้ง :1000 วันนอน	0.21 (59/ 278,529)	<p>อัตราการเกิด Extravasation = 1.13 ครั้ง :1000 วันนอน (36/277,412 วัน) (ลดลง 0.92 ครั้ง :1000 วันนอน)</p> <p>ตาราง อัตราการเกิด Extravasation แยกตามไตรมาส</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ไตรมาส</th> <th>อัตราการเกิด Extravasation</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ไตรมาส 1</td> <td>0.13 ครั้ง :1000 วันนอน (9/69,683วัน)</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส 2</td> <td>0.11 ครั้ง :1000 วันนอน (8/69,714วัน)</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส 3</td> <td>0.15 ครั้ง :1000 วันนอน (10/66,215วัน)</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส 4</td> <td>0.13ครั้ง :1000 วันนอน (9/71,800วัน)</td> </tr> <tr> <td>เฉลี่ย</td> <td>0.32 ครั้ง ต่อ1,000 วันนอน (36/277,412 วัน)</td> </tr> </tbody> </table>	ไตรมาส	อัตราการเกิด Extravasation	ไตรมาส 1	0.13 ครั้ง :1000 วันนอน (9/69,683วัน)	ไตรมาส 2	0.11 ครั้ง :1000 วันนอน (8/69,714วัน)	ไตรมาส 3	0.15 ครั้ง :1000 วันนอน (10/66,215วัน)	ไตรมาส 4	0.13ครั้ง :1000 วันนอน (9/71,800วัน)	เฉลี่ย	0.32 ครั้ง ต่อ1,000 วันนอน (36/277,412 วัน)																										
ไตรมาส	อัตราการเกิด Extravasation																																											
ไตรมาส 1	0.13 ครั้ง :1000 วันนอน (9/69,683วัน)																																											
ไตรมาส 2	0.11 ครั้ง :1000 วันนอน (8/69,714วัน)																																											
ไตรมาส 3	0.15 ครั้ง :1000 วันนอน (10/66,215วัน)																																											
ไตรมาส 4	0.13ครั้ง :1000 วันนอน (9/71,800วัน)																																											
เฉลี่ย	0.32 ครั้ง ต่อ1,000 วันนอน (36/277,412 วัน)																																											
						<p>ตาราง ชนิดของยาที่ทำให้เกิด Extravasation</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ชื่อยา</th> <th>จำนวน</th> <th>หอผู้ป่วย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Norepinephrine</td> <td>4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cisatracurium</td> <td>1</td> <td>Covid1</td> </tr> <tr> <td>Cordarone</td> <td>2</td> <td>SRCU,ศัลยกรรมชาย</td> </tr> <tr> <td>Dormicum</td> <td>2</td> <td>ICU-CVT</td> </tr> <tr> <td>Levophed</td> <td>3</td> <td>SICU,SRCU,Covid1</td> </tr> <tr> <td>3% NaCl</td> <td>1</td> <td>SICU</td> </tr> <tr> <td>NSS Inj</td> <td>1</td> <td>OR</td> </tr> <tr> <td>SMOFkabiven Peripher</td> <td>1</td> <td>MRCU</td> </tr> <tr> <td>ZnSO4</td> <td>2</td> <td>SICU</td> </tr> <tr> <td>Fentanyl</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ผลรวมทั้งหมด</td> <td>16</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	ชื่อยา	จำนวน	หอผู้ป่วย	Norepinephrine	4		Cisatracurium	1	Covid1	Cordarone	2	SRCU,ศัลยกรรมชาย	Dormicum	2	ICU-CVT	Levophed	3	SICU,SRCU,Covid1	3% NaCl	1	SICU	NSS Inj	1	OR	SMOFkabiven Peripher	1	MRCU	ZnSO4	2	SICU	Fentanyl	2		ผลรวมทั้งหมด	16			
ชื่อยา	จำนวน	หอผู้ป่วย																																										
Norepinephrine	4																																											
Cisatracurium	1	Covid1																																										
Cordarone	2	SRCU,ศัลยกรรมชาย																																										
Dormicum	2	ICU-CVT																																										
Levophed	3	SICU,SRCU,Covid1																																										
3% NaCl	1	SICU																																										
NSS Inj	1	OR																																										
SMOFkabiven Peripher	1	MRCU																																										
ZnSO4	2	SICU																																										
Fentanyl	2																																											
ผลรวมทั้งหมด	16																																											

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน	แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565		
						<p><u>วิเคราะห์สาเหตุ</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. หาเส้นเลือดยาก ต้องแทงในตำแหน่งที่มีความเสี่ยง เช่น ตำแหน่งเคลื่อนไหวบ่อย</li> <li>2. Character เฉพาะ เช่น สูงอายุ เส้นเลือดขนาดเล็กและเปราะบาง</li> <li>3. Transition เจอเมื่อมีการย้ายหน่วยดูแล เช่น จาก OR มาที่หอผู้ป่วย</li> <li>4. ชนิดของยาที่มีค่า PH,Osmolarity สูง, การพิจารณาการให้ยาและสารน้ำในผู้ป่วยเฉพาะราย เช่น 3%NaCL กับระยะเวลาในการให้ทาง Peripheral</li> </ol> <p><u>สิ่งที่ได้ดำเนินการ</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Update แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลายเพื่อป้องกัน Phlebitis/Extravasation/Infiltration (Update ตาม INS 2021)</li> <li>2. นำเข้าหารือในทีมคุณภาพและ Steakholder ในเรื่องการใช้ algorithm proposal ที่ช่วยในการตัดสินใจเลือกเส้นเลือดที่เหมาะสม (decision making CVC prevent phlebitis)</li> <li>3. พัฒนาร่วมกับทีมแพทย์ เภสัช ในการทำเรื่องยา ความเสี่ยงสูงที่ทำให้เกิด Phlebitis (Top5) ใน</li> </ol>		



แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน	แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565		
						<p>การทำ Smart order เพื่อมีคำสั่งให้ยา การ Monitor และ เฝ้าระวังที่เหมาะสม (Smart Order : นำร่องด้วยยา Cordarone และเพิ่มเติมด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Levophed</li> <li>2. ZnSO4</li> <li>3.Ciprofloxacin</li> <li>4.SMOFkabiven</li> <li>5.Oliclino(N4)Peripheral2L</li> </ol> <p>4. เสนอในทีมคุณภาพเรื่องการกำหนดความเสี่ยงของยา/สารน้ำไว้บน Label/สลากยา ระบุ (P) Phlebitis : เฝ้าระวังการเกิดหลอดเลือดอักเสบ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (A) Acid : ยาที่มีฤทธิ์ค่อนข้างไปทางกรด</li> <li>• (B) Base : ยาที่มีฤทธิ์ค่อนข้างไปทางเบส</li> </ul> <p>Solvent &amp; Stability &amp; วิธีการให้ยาที่เหมาะสม</p> <p>เพื่อให้พยาบาลสามารถบริหารยาตามประเภทได้อย่างเหมาะสม</p> <p><b>แผนการพัฒนา</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Update แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลายเพื่อป้องกัน Phlebitis/Extravasation/Infiltration ( planเสร็จ มิถุนายน 2565)</li> </ol>		

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน	แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565		
						2. แนวทางการดูแลผู้ป่วยเมื่อต้องให้สารละลายที่มี ความเสี่ยงต่อการเกิด Extravasation ( Deploy & ดู compliance) 3. แนวทางการบรรเทาอาการเมื่อเกิด Phlebitis/Extravasation/Infiltration ด้วยการให้ ความร้อนและความเย็นประคบ 4. พัฒนาศักยภาพพยาบาลเพื่อความเป็นเลิศในการ แทงเส้นเลือดดำส่วนปลายด้วยการใช้อัลตราซาวด์ นำทาง Ultrasound-guided (US-guided) peripheral intravenous (PIV)		
1.1 โครงการพัฒนา ศักยภาพพยาบาลใน การดูแลการให้สาร น้ำ/ยาทางหลอดเลือด ดำส่วนปลาย 1.1.1 โครงการ Training for the trainer for excellent IV care เพื่อสร้างบุคลากร ภายในให้เป็นวิทยากร	ตค. 64- ก.ย. 65	หลักสูตรการ พัฒนาเพื่อเป็น Trainer IV Care	จัดทำหลักสูตรได้ สำเร็จ	ความก้าว หน้าร้อยละ 100		หลักสูตรการพัฒนาเพื่อเป็น Trainer IV Care ทำได้ สำเร็จ ร้อยละ 100 จัดอบรมภาคทฤษฎีในเดือนสิงหาคม 2565 (onsite ทั้งหมด)		

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน	แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565		
ด้าน IV Care มือ อาชีพ								
		จำนวน Trainer IV Care	จำนวน Trainer IV Care ครบตามกลุ่ม ผู้ป่วย : สูติกรรม ศัลยกรรม อายุร กรรม เด็ก	ร้อยละ 100		ยังไม่มี Trainer IV Care รอบบรมภาคปฏิบัติในเดือนพฤศจิกายน 2565 จึงจะครบ หลักสูตร		
1.1.2 Walk round ร่วมกับ VAD Team / กรรมการระบบยา/ เภสัชกร ติดตามการ ใช้ Bundle IV Care ในหอผู้ป่วยทุก 2 เดือน ( เลือกหอผู้ป่วยที่มี อุบัติการณ์สูง ) - CVT MRCU - อายุรกรรมหญิง - อายุรกรรมชาย 2 - เฉลิมพระบารมี 8,10 - นรีเวช		หอผู้ป่วยที่ ได้รับการ Walk round	ร้อยละของหอผู้ป่วย ที่ได้รับการ Walk round	ร้อยละ 100		Walk round ร้อยละ 71.4 (ทำได้ 5 หอผู้ป่วย : SICU NICU CVT อายุรกรรมหญิง MRCU) (ทำไม่ครบทีม ยัง ไม่มีเภสัชในทีม)  <u>แนวทางการดำเนินการ</u> สัมภาษณ์เชิงแกนนำ IV ของหอผู้ป่วยแยกตามโซน เพื่อ ค้นหาปัญหา/ระดมความคิดเห็นในการพัฒนางานด้าน การ PIV Care ทำได้ร้อยละ 100		

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน	แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565		
- ศัลยกรรมเด็ก - NICU								
1.2 สํารวจความชุก ของ phlebitis / Extravasation/Infiltration ที่เกิด ทาง peripheral intravenous catheters		พค. 65	กิจกรรม สํารวจความ ชุก ของ phlebitis / Extravasation/Infiltration	มีกิจกรรมสํารวจ ความชุก ของ phlebitis / Extravasation/Infiltration	1 ครั้ง		ยังไม่มีกิจกรรมสํารวจความชุก	
1.3 โครงการ Standardized การ เกิด Phlebitis / Extravasation/Infiltration -ในหอผู้ป่วยที่มีอัตรา การเกิดสูง : - CVT MRCU SICU - อายุกรรมหญิง - อายุกรรมชาย 2 - เฉลิมพระบารมี 8,10 - นรีเวช		ตค. 64- ก.ย. 65	การทำ standardize	หอผู้ป่วยเป้าหมายที่ มีการทำ standardize	ร้อยละ 100		หอผู้ป่วยยังไม่ได้ทำ standardize	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน					แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ																																				
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565																																										
1.4 ลดอุบัติการณ์ จากการใช้ยาความ เสี่ยงสูงที่ทำให้เกิด Phlebitis/Extravas ation ใน Elderly (ทำร่วมกับ VAD Team /ทีมเภสัชกร)	ตค. 64- ก.ย. 65	ร้อยละของ การเกิด อุบัติการณ์ที่ เกิดจากการใช้ ยาเป้าหมาย	อุบัติการณ์จากการ ใช้ยาเป้าหมายลดลง	≥ ร้อยละ 30		<b>อุบัติการณ์จากยาเป้าหมายภาพรวมไม่ลดลง (จาก 32 ครั้ง เป็น 33 ครั้ง)</b> ทำให้เกิด <u>Phlebitis เพิ่มขึ้นร้อยละ 68.75</u> <b>(จาก16 ครั้ง เป็น 27 ครั้ง)</b> ทำให้เกิด <u>Extravasation ลดลง ร้อยละ 62.5</u> <b>(จาก16 ครั้ง เป็น 6 ครั้ง)</b> ยาที่ทำให้เกิด Phlebitis ระดับ 3,4																																										
						<table border="1"> <thead> <tr> <th>ชนิดของยา</th> <th>ปี 2564</th> <th>ไตรมาสที่ 1/2565</th> <th>ไตรมาสที่ 2/2565</th> <th>ไตรมาสที่ 2/2565</th> <th>ไตรมาสที่ 2/2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cordarone</td> <td>7</td> <td>5</td> <td>4</td> <td>6</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Levophed</td> <td>4</td> <td>2</td> <td>0*</td> <td>3</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>5FU</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>ZnSO4</td> <td>5</td> <td>2</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>รวม</td> <td>16</td> <td>9</td> <td>4</td> <td>11</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>					ชนิดของยา	ปี 2564	ไตรมาสที่ 1/2565	ไตรมาสที่ 2/2565	ไตรมาสที่ 2/2565	ไตรมาสที่ 2/2565	Cordarone	7	5	4	6	3	Levophed	4	2	0*	3	0	5FU	0	0	0	0	0	ZnSO4	5	2	0	2	0	รวม	16	9	4	11	3		
ชนิดของยา	ปี 2564	ไตรมาสที่ 1/2565	ไตรมาสที่ 2/2565	ไตรมาสที่ 2/2565	ไตรมาสที่ 2/2565																																											
Cordarone	7	5	4	6	3																																											
Levophed	4	2	0*	3	0																																											
5FU	0	0	0	0	0																																											
ZnSO4	5	2	0	2	0																																											
รวม	16	9	4	11	3																																											
						ยาที่ทำให้เกิด Extravasation																																										
						<table border="1"> <thead> <tr> <th>ชนิดของยา</th> <th>ปี 2564</th> <th>ไตรมาสที่ 1/2565</th> <th>ไตรมาสที่ 2/2565</th> <th>ไตรมาสที่ 2/2565</th> <th>ไตรมาสที่ 2/2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cordarone</td> <td>4</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>					ชนิดของยา	ปี 2564	ไตรมาสที่ 1/2565	ไตรมาสที่ 2/2565	ไตรมาสที่ 2/2565	ไตรมาสที่ 2/2565	Cordarone	4	0	2	0	0																										
ชนิดของยา	ปี 2564	ไตรมาสที่ 1/2565	ไตรมาสที่ 2/2565	ไตรมาสที่ 2/2565	ไตรมาสที่ 2/2565																																											
Cordarone	4	0	2	0	0																																											

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน						แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ	
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565								
						Levophed	10	1	2	0	0	3		
						5FU	2	0	0	0	0	0		
						ZnSO4	0	1	0	0	0	1		
						รวม	16	2	4	0	0	6		
						<b>แผนการดำเนินงาน</b> ติดตามผลหลังจากมีการทำ smart order ยาความ เสี่ยงสูงที่ทำให้เกิด Phlebitis/Extravasation								
1) ทบทวนแนวปฏิบัติ และการจัดการยา - ยา Cordarone - ยา Levophed - ยา 5FU - ยา ZnSO4 Inj 2) KM ในกลุ่มหอ ผู้ป่วยที่มีการใช้ยา : MICU SICU CCU CVT อายุรกรรมชาย 1		การทำ KM ใน หอผู้ป่วย	ร้อยละของหอผู้ป่วย เป้าหมาย	ร้อยละ 100		ยังไม่มีการทำ KM ในหอผู้ป่วยเป้าหมาย - มีการทบทวนการใช้ยา Cordarone ยา Levophed ร่วมกับทีมพยาบาล เภสัชและแพทย์								
2. จัดทำโปรแกรม การลงข้อมูล เรื่อง Phlebitis		โปรแกรมการ ลงข้อมูล Phlebitis	โปรแกรมการลง ข้อมูล Phlebitis Extravasation	โปรแกรม การลง ข้อมูล		โปรแกรมการลงข้อมูล Phlebitis Extravasation Infiltration ในระบบอยู่ในขั้นตอนที่ 3								

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย งปม.2565	ผลการ ดำเนินงาน 2564	รายงานผลการดำเนินงาน	แผนที่จะทำต่อ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งปม.2565	วัน- เวลา					ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565		
Extravasation Infiltration ใน ระบบ HIS		Extravasatio n Infiltration ในระบบ HIS	Infiltration ใน ระบบ HISทำได้ สำเร็จ	Phlebiti s Extravas ation Infiltrati on ใน ระบบ HISทำได้ สำเร็จ ร้อยละ 100				
3.โครงการเพิ่ม ความรู้ด้าน IV Care สำหรับ Non nurse (โครงการพัฒนา ศักยภาพการดูแล ผู้ป่วย กลุ่ม non- nurse)	ตค. 64- ก.ย. 65	จำนวน PN/ORD ใน หอผู้ป่วย เป้าหมายที่ ได้รับการ อบรม	จำนวน PN/ORD ใน หอผู้ป่วยเป้าหมายที่ ได้รับการอบรม	≥ ร้อยละ 80		หอผู้ป่วยเป้าหมายได้รับการอบรมร้อยละ 100		