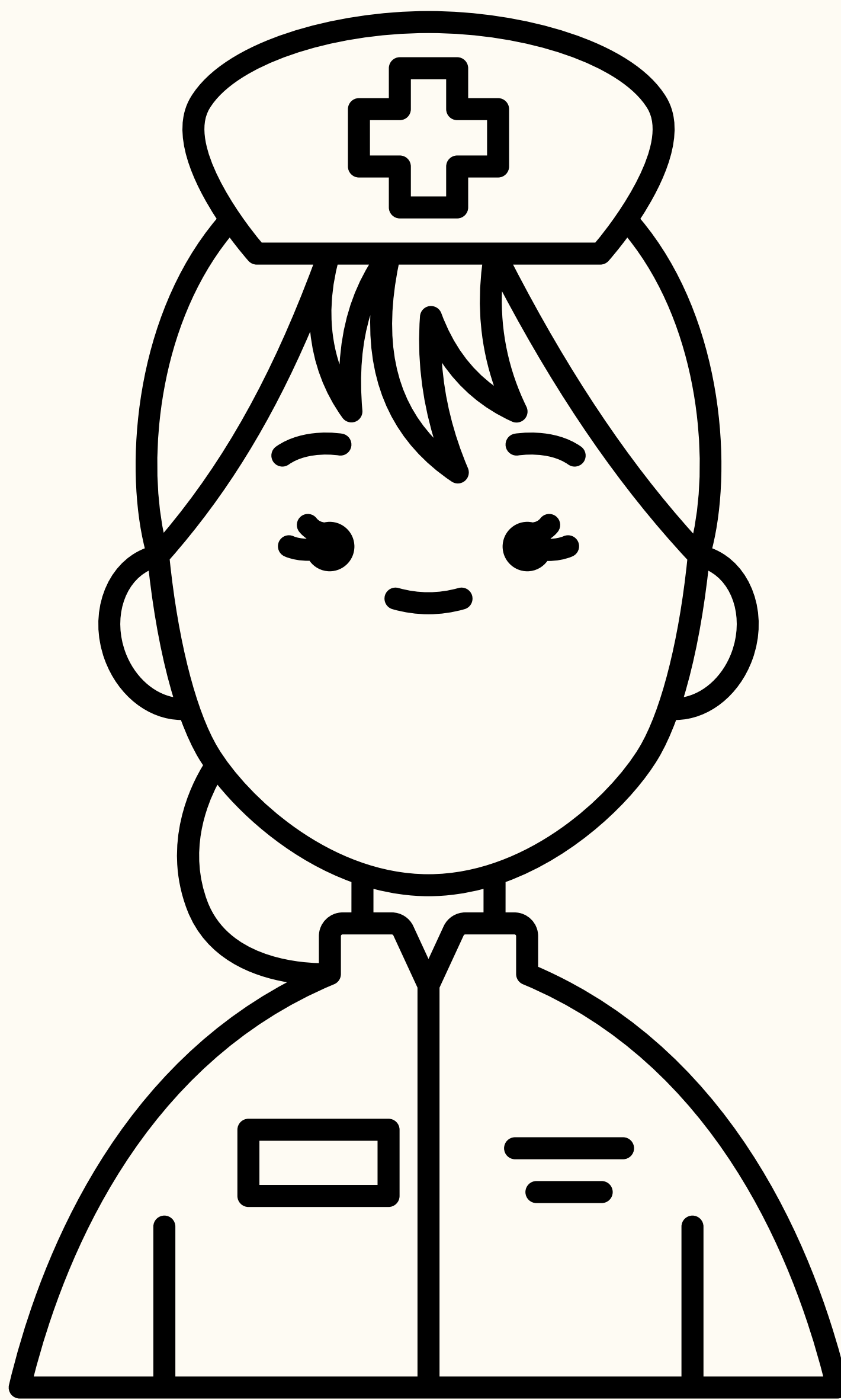
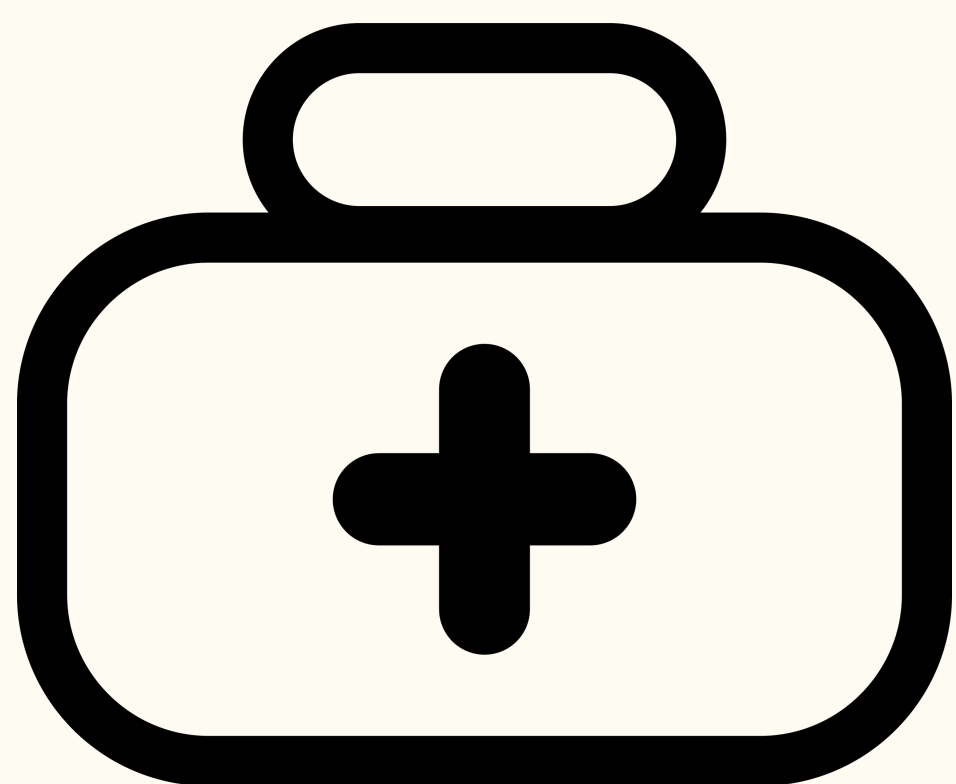


RCA

NSO KKH 2566



มหกรรมคุณภาพและวิชาการ หัวข้อ “Synergy for Quality and Life Long Learning”

ในวันที่ 6 - 7 กรกฎาคม 2566

ประเภท การวิเคราะห์สาเหตุแห่งรากและการจัดการความเสี่ยง (RCA) จำนวน 8 เรื่อง

รหัส	กลุ่มงาน	หน่วยงาน / หอผู้ป่วย	ชื่อผลงาน	ผู้วิจัยหลัก	แนวคิด
RCA_01	การพยาบาล ผู้ป่วยหนัก 2	ทารกแรกเกิด วิกฤต 2	แนวทางการลดความเสี่ยงด้าน การบริหารยา Hydrocortisone ในทารก	นางพนมพร ไชยะอินทร์	การบริหาร ยา
RCA_02	การพยาบาล อายุรกรรม1	อายุรกรรม โรคหัวใจ	การพัฒนาแนวทางการช่วยฟื้น คืนชีพ หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรคหัวใจ	นางสาว จิตรารัตน์ นามวงศ์	CPR
RCA_03	การพยาบาล อายุรกรรม1	อายุรกรรม ชาย 3	ใครจะอยากเป็นคนผิด	นางสาว นันทนวล อึ้งชัยภูมิ	Fall
RCA_04	การพยาบาล อายุรกรรม1	อายุรกรรม ชาย 2	ทบทวนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ป้องกันพลัดตกหกล้ม หอผู้ป่วย อายุรกรรมชาย 2	นางสาว ศรินวล เกษแก้ว	Fall
RCA_05	การพยาบาล อายุรกรรม1	อายุรกรรม หญิง 2	การป้องกันอุบัติเหตุการห่อ ช่วย หายใจเลื่อนหลุดในหอ ผู้ป่วย	นางศศิวรรณ ชูสอน	ท่อช่วย หายใจเลื่อน หลุด
RCA_06	การพยาบาล กุมารเวชกรรม	ทารกแรกเกิด	การพัฒนาแนวทางการดูแลทารก แรกเกิดที่ได้รับการใส่สายสวน หลอดเลือดดำส่วนกลาง	นาง ธัญลักษณ์ อรรคชาติ	แนวทางการ ใส่ C-line
RCA_07	ศูนย์เวชภัณฑ์ ปลอดเชื้อ	ศูนย์เวชภัณฑ์ ปลอดเชื้อ	Sound alike Set alike	นางสาว นันทยา จระพา	ระบบ บริการ

รหัส	กลุ่มงาน	หน่วยงาน / หอผู้ป่วย	ชื่อผลงาน	ผู้วิจัยหลัก	แนวคิด
RCA_08	เวชกรรมสังคม	ศูนย์แพทย์ มิตรภาพ	การพัฒนากระบวนการ จัดเก็บ วัคซีนในหน่วยงาน	นาง เรียมวรินทร์ พุทธกัลยา	จัดเก็บวัคซีน



**แบบฟอร์มการส่งผลงานวิชาการ ประเภท การวิเคราะห์สาเหตุรากและจัดการความเสี่ยง
มหกรรมคุณภาพและวิชาการ หัวข้อ “Synergy for Quality and Life Long Learning”
ในวันที่ 6 - 7 กรกฎาคม 2566**

1.ชื่อผลงาน/โครงการพัฒนา แนวทางการลดความเสี่ยงด้านการบริหารยาHydrocortisone ในทารก
คำสำคัญ: แนวทางการลดความเสี่ยง, การบริหารยาHydrocortisone, การได้รับยาHydrocortisoneเกินขนาด

2. สภาพปัญหา/ความเสี่ยงที่พบ

การรักษาโรคหรืออาการผิดปกติในทารกแรกเกิดวิกฤตให้ได้ผลดีนั้น นอกจากขึ้นอยู่กับการวินิจฉัยที่ถูกต้องแม่นยำแล้ว การเลือกใช้ยาและการบริหารยาให้ถูกต้องเหมาะสมก็เป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะช่วยให้ผู้ป่วยทารกหายจากโรคหรือดีขึ้น โดยไม่มีอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อน สำหรับความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาสามารถเกิดขึ้นได้ทุกขั้นตอนของกระบวนการการบริหารยา โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาในกลุ่ม High Alert Drugs ซึ่งมีภาวะความเสี่ยงสูงที่จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออันตรายถึงชีวิตต่อผู้ป่วยทารกได้ ดังนั้นในทุกขั้นตอนของการบริหารยาในกลุ่ม High Alert Drugs ตั้งแต่การสั่งยา การจัดเตรียมยา และการบริหารยาให้แก่ผู้ป่วย อีกทั้งขั้นตอนการติดตามเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนหลังจากผู้ป่วยได้รับยาก็ล้วนแล้วแต่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งเช่นกัน

หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต (NICU) เป็นหน่วยงานที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤตตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 28 วัน ทารกคลอดก่อนและทารกคลอดครบกำหนดที่มีภาวะผิดปกติอย่างรุนแรงของร่างกายในหลายระบบ การรักษาโดยการให้ยาในกลุ่ม High Alert Drugs จะเป็นยา Small Dose ที่ขึ้นอยู่กับอายุและน้ำหนักตัวของผู้ป่วยเป็นสำคัญ อีกทั้งรูปแบบผลิตภัณฑ์และขนาดของยาส่วนใหญ่จะถูกเตรียมไว้สำหรับเด็กเล็ก ดังนั้นถ้าบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล ขาดความตระหนักต่อการปรับขนาดยาตามน้ำหนักตัวของผู้ป่วย เลือกใช้สารละลายที่ไม่เหมาะสมและการคำนวณปริมาณที่ไม่ถูกต้อง หรือใช้น้ำหนักตัวไม่ถูกต้องในการคำนวณ จะทำให้ผู้ป่วยได้รับขนาดยาไม่ถูกต้อง ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการรักษาและยังสามารถทำให้ผู้ป่วยเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ จากรายงานอุบัติการณ์อัตราความคลาดเคลื่อนจากการให้ยาหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต2 ที่ระดับความเสี่ยงตั้งแต่ระดับ Eขึ้นไป ในปี 2563 – 2565 ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 1.98 – 3.8 ครั้ง/1000 วันนอน ซึ่งจากการทบทวนมาตรฐานการให้ยาตามหลัก 6R พบว่าส่วนใหญ่จะพบความคลาดเคลื่อนของการให้ยาถูกขนาด (Right dose) เช่น การใช้ตัวย่อไม่เป็นสากล มาตรฐานที่ใช้แสดงปริมาณยาไม่ถูกต้อง การคำนวณขนาดยาไม่ถูกต้อง ขาดการตรวจสอบซ้ำก่อนส่งห้องยา เป็นต้น ดังนั้นการพัฒนาการบริหารยาเพื่อลดความคลาดเคลื่อนจากการให้ยาจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง หน่วยงานจึงเห็นความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยา Small Dose ในกลุ่ม High Alert Drugs เพื่อป้องกันการเกิดความเสี่ยง หรือภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

จากการวิเคราะห์ความเสี่ยงเรื่องการให้ยาในกลุ่ม High Alert Drugs ที่ผ่านมารอบปี2563-2565 พบว่าเกิดปัญหาการให้ยาเกินขนาดที่ถูกต้องถึง 2 ครั้ง เป็นยาHydrocortisone เกิน dose ระดับความเสี่ยงมีผลกระทบต่อผู้ป่วยทารกในระดับ E ทำให้ทารกที่ได้รับยาเกิน และมีระดับน้ำตาลไม่คงที่ มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ จนต้องได้รับน้ำเกลือที่มีความเข้มข้นสูง สลับกับอาการน้ำตาลในเลือดสูงต้องลดความเข้มข้นในน้ำเกลือลง จนต้องมีการติดตามสัญญาณชีพ ติดตามระดับน้ำตาล ระดับเกลือแร่ในเลือด และระดับความรู้สึกตัวอย่างต่อเนื่อง พร้อม

ทั้งเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่อาจจะเกิดขึ้น เช่น ค่าเกลือแร่ในเลือดผิดปกติ หัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะชัก ภาวะช็อค และเสียชีวิตได้ ทางคณะกรรมการความเสี่ยงในหน่วยงานร่วมกับหัวหน้าหอผู้ป่วยจึงจัดประชุมปรึกษาในหน่วยงาน และประชุมปรึกษากับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุรากของปัญหาและการจัดการความเสี่ยงไม่ให้เกิดขึ้นซ้ำอีก

3. สรุปการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา

ความเสี่ยงเรื่อง การได้รับยาHydrocortisoneเกินขนาด Medication error: CPM201: Prescribing (เกิดข้อผิดพลาด/อุบัติการณ์ในขั้นตอนการสั่งจ่าย) ME02 การสั่งจ่ายในขนาดที่มากเกินไปหรือน้อยเกินไป ระดับความรุนแรง E

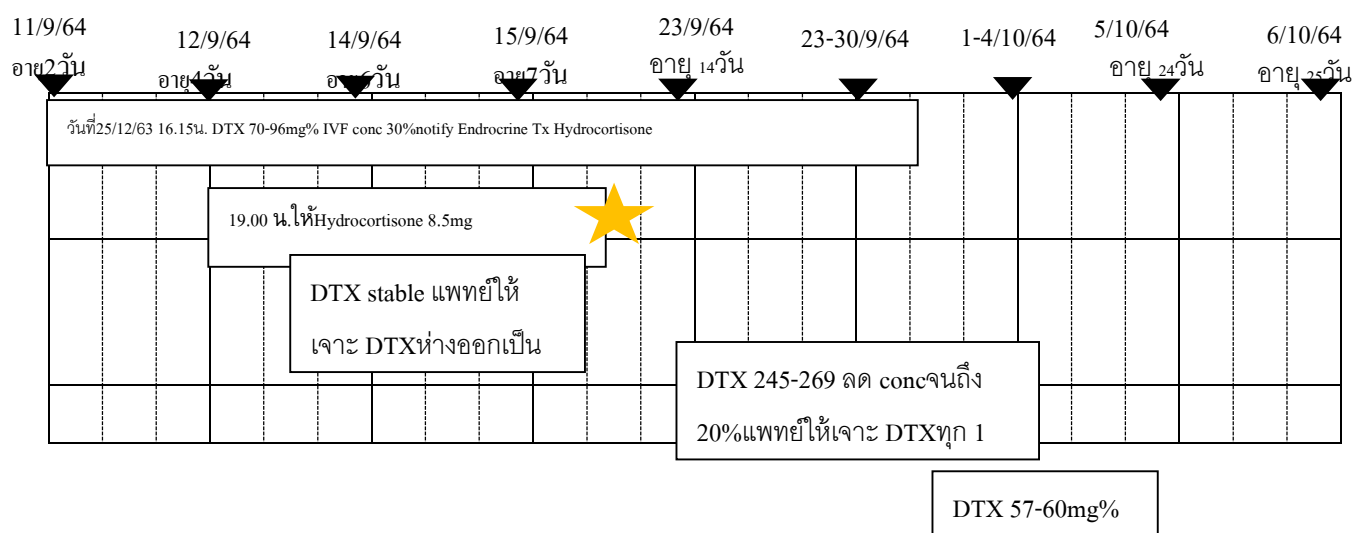
สรุปเรื่องราวก่อนและหลังเกิดเหตุการณ์อุบัติการณ์ความเสี่ยง (Story & Timeline)

รับย้ายทารกจาก LR CC: หายใจหอบ 5 นาทีหลังคลอดร่วมกับมีน้ำหนักตัวน้อยมาก มารดาของทารกอายุ 28ปี G2P1001 GA 32⁺¹ สัปดาห์ โดย U/S, คลอด NL เพศหญิง น้ำหนัก 1,660 กรัม APGAR score 8,9,9 หายใจหอบหลังคลอด 5 นาที On Neopuff mask with CPAP ย้ายNICU2

วินิจฉัยโรค Preterm c RD c Moderate Birth Asphyxia c Multiple Abnormally (Cleft lip and Cleft palate lobar holoprocencephaly), Hypoglycemia (Adrenal insufficiency)

DTX แรกรับ 22mg% On IVF เพิ่ม Conc จนถึง 30% GIR 22 Consult Endocrine Tx Hydrocortisone

มีเส้นทางการเกิดเหตุดังนี้

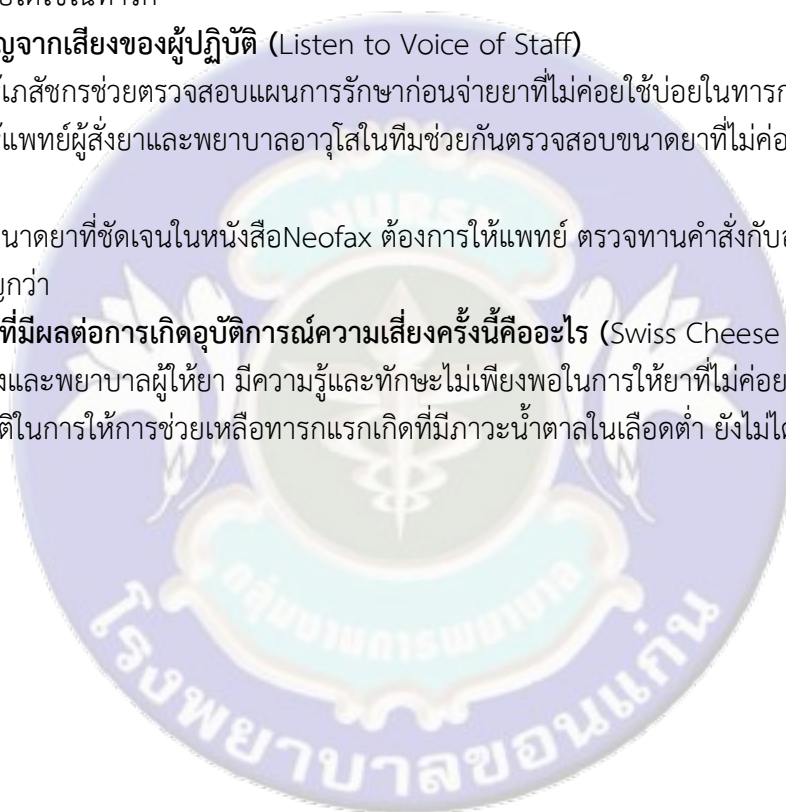


ให้ Hydrocortisone 0.7mg q 12 hr

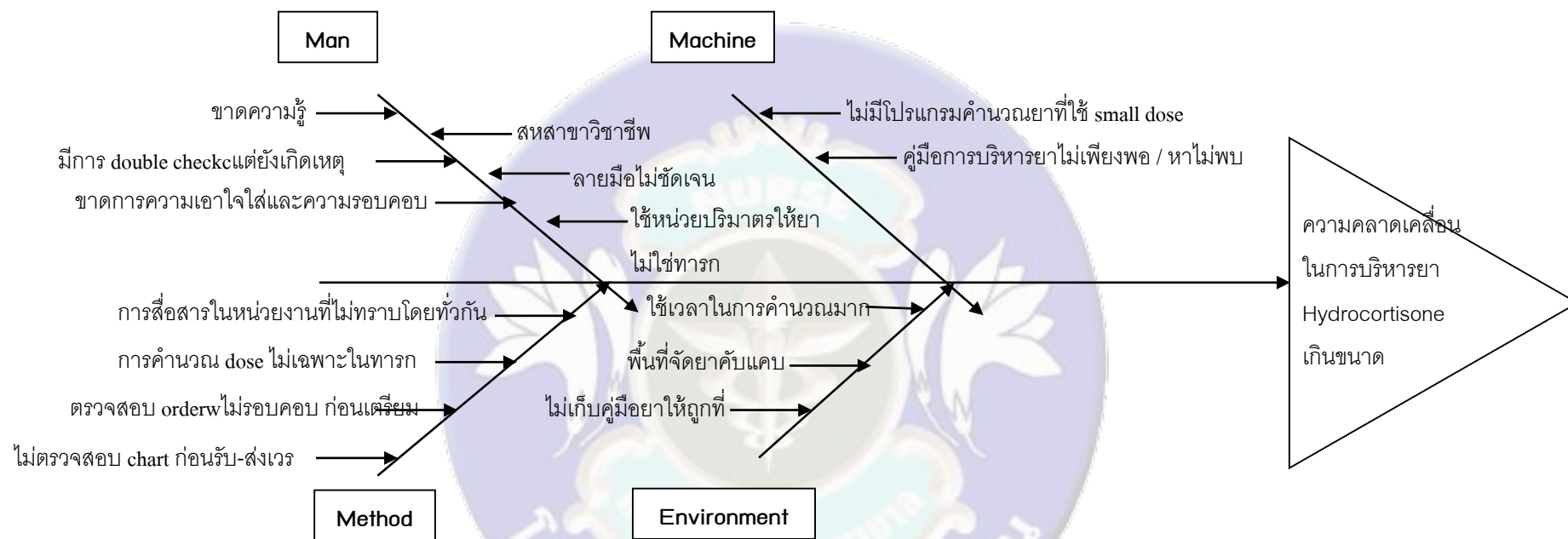
- มีการทบทวนคำสั่งการให้ยาและตรวจสอบขนาดของยากับ Neofax ร่วมกันกับพยาบาลอาวุโสในทีมก่อนให้ยาที่ไม่ค่อยได้ใช้ในทารก

1. ต้องการให้เภสัชกรช่วยตรวจสอบแผนการรักษาก่อนจ่ายยาที่ไม่ค่อยใช้บ่อยในทารกก่อนจ่ายยา
2. ต้องการให้แพทย์ผู้สั่งยาและพยาบาลอาวุโสในทีมช่วยกันตรวจสอบขนาดยาที่ไม่ค่อยได้ใช้ในทารกก่อนสั่งยา
3. หากไม่มีขนาดยาที่ชัดเจนในหนังสือNeofax ต้องการให้แพทย์ ตรวจสอบคำสั่งกับอาจารย์แพทย์ผู้มีความชำนาญกว่า

1. แพทย์ผู้สั่งและพยาบาลผู้ให้ยา มีความรู้และทักษะไม่เพียงพอในการให้ยาที่ไม่ค่อยได้ใช้บ่อยในทารก
2. แนวปฏิบัติในการให้การช่วยเหลือทารกแรกเกิดที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ยังไม่ได้รับการปรับปรุงให้มีความทันสมัย



การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา



- | | |
|-----------------|---|
| M - Man | บุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ |
| M - Method | วิธีการ/กระบวนการทำงาน |
| M - Machine | อุปกรณ์/เครื่องมืออำนวยความสะดวก |
| E - Environment | ปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อปัญหา/ความเสี่ยง |

การออกแบบระบบเพื่อแก้ปัญหา (Creative Solution)

สรุปรากของปัญหา	การออกแบบระบบเพื่อแก้ปัญหา	ตัวชี้วัดหรือการประเมินผล	ความถี่/ระยะเวลาประเมินผล	ผู้รับผิดชอบ
ทักษะความรู้ของบุคลากร	- การปรับปรุงแนวปฏิบัติในการให้การช่วยเหลือทารกแรกเกิดที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ - แจ้งปัญหาให้ทางเภสัชกรทราบ หาแนวทางในการคิดระบบช่วยเรื่องการคำนวณยาโดยทีมเภสัชได้ออกแบบระบบ Line Official ให้ง่ายต่อการใช้ค้นข้อมูลขนาดยาในผู้ป่วยเด็กโดยเข้า Line ชื่อ Drug@KKH และ Click เข้า “ค้นหาข้อมูลยาเด็กและปรับตามไต”	- จำนวนอุบัติการณ์การให้ยา Hydrocortisone ผิดขนาด - แนวปฏิบัติในการให้การช่วยเหลือทารกแรกเกิดที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ - พยาบาลในหอผู้ป่วยใช้ข้อมูลใน Line Drug@KKH เพื่อตรวจสอบข้อมูลขนาดยาและคำนวณกับคำสั่งแพทย์	ทุก 1 เดือน	หัวหน้าหอผู้ป่วย NICU2

4. เป้าหมายการพัฒนา

ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ

1. บุคลากรพยาบาลทุกคนในหน่วยงานสามารถปฏิบัติตามแนวทางการลดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา Small Dose ในกลุ่มยา High Alert Drugs ได้อย่างถูกต้อง

ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ

1. อัตราความคลาดเคลื่อนจากการให้ยา 0 ครั้ง / 1000 วันนอน
2. จำนวนอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากการให้ยาระดับ E-I= 0 ครั้ง/เดือน

5. การพัฒนา/วิธีหรือแนวทางปฏิบัติที่เป็นเลิศ เพื่อบริหารจัดการ/ป้องกันความเสี่ยง (อาจแสดง Flow chart หรือแผนภูมิของระบบงานที่ทำด้วย)

Plan

เก็บข้อมูลจาก Incident report และวิเคราะห์สาเหตุของการเกิดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการให้ยา DO

ประชุมหาแนวทางปฏิบัติกับบุคลากรในหน่วยงาน และอาจารย์แพทย์ แพทย์ใช้ทุน เภสัชกร

จัดทำแนวทางปฏิบัติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการให้ยา Small Dose

Check.

ประชุมและชี้แจงให้บุคลากรในหน่วยงานทราบถึงแนวทางปฏิบัติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการให้ยา Small Dose

เก็บรวบรวมข้อมูล ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา Small Dose โดยเก็บข้อมูลจาก KPI เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงแนวทางปฏิบัติให้ดียิ่งขึ้น

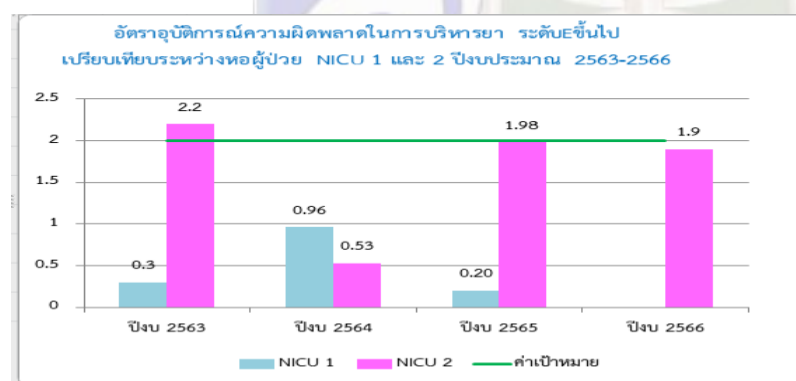
ดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการให้ยา Small Dose

ประเมินผลการปฏิบัติงานทุกเดือนและรายงานผลข้อมูลให้บุคลากรในหน่วยงานทราบ

Action

นำผลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไข ประเมินผลและหาแนวทางการปฏิบัติต่อไป

6. ผลลัพธ์การนำแนวทางป้องกัน/จัดการความเสี่ยงสู่การปฏิบัติ



7. บทเรียนที่ได้รับ

1. การสร้างวัฒนธรรมในการเรียนรู้ร่วมกันโดยไม่กล่าวโทษกัน ทำให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยมากขึ้น

8. ปัจจัยของความสำเร็จ

1. ความมุ่งมั่นตั้งใจที่ต้องการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของทีม

9. ชื่อที่อยู่ขององค์กร/สมาชิกทีม/สหสาขาวิชาชีพ

หน่วยงานทารกแรกเกิดวิกฤต 2

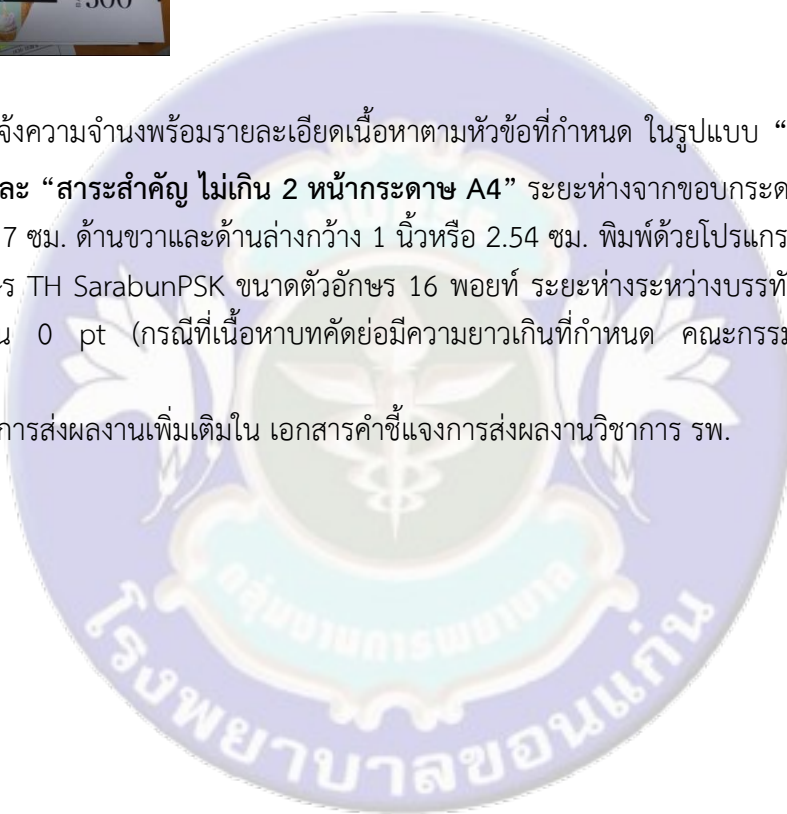
10. การเผยแพร่ /การได้รับการยอมรับ และ/หรือรางวัลที่ได้รับ
ได้รับรางวัลการบริหารความเสี่ยงดีเด่นประจำปี

11. ภาคผนวก (ร่องรอย หลักฐาน ภาพถ่าย ชิ้นงาน ฯลฯ)



หมายเหตุ: ให้ส่งใบแจ้งความจำนงค์พร้อมรายละเอียดเนื้อหาตามหัวข้อที่กำหนด ในรูปแบบ “บทคัดย่อ ไม่เกิน 1 หน้ากระดาษ A4” และ “สาระสำคัญ ไม่เกิน 2 หน้ากระดาษ A4” ระยะห่างจากขอบกระดาษ ด้านบนและซ้าย กว้าง 1.5 นิ้วหรือ 3.17 ซม. ด้านขวาและด้านล่างกว้าง 1 นิ้วหรือ 2.54 ซม. พิมพ์ด้วยโปรแกรม Microsoft Word 2007/ 2010 ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาดตัวอักษร 16 พอยท์ ระยะห่างระหว่างบรรทัดกำหนดเป็น 1 เท่า ตั้งค่าก่อนและหลังเป็น 0 pt (กรณีที่เนื้อหาบทคัดย่อมีความยาวเกินที่กำหนด คณะกรรมการจะส่งกลับไปให้นักวิจัยปรับแก้ไข)

***ศึกษารายละเอียดการส่งผลงานเพิ่มเติมใน เอกสารคำชี้แจงการส่งผลงานวิชาการ รพ.



**แบบฟอร์มการส่งผลงานวิชาการ ประเภท การวิเคราะห์สาเหตุรากและจัดการความเสี่ยง
มทรรณคุณภาพและวิชาการ หัวข้อ “Synergy for Quality and Life Long Learning”
ในวันที่ 6 - 7 กรกฎาคม 2566**

1.ชื่อผลงาน/โครงการพัฒนา การพัฒนาแนวทางการช่วยฟื้นคืนชีพ หอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคหัวใจ
คำสำคัญ การช่วยฟื้นคืนชีพ

บทคัดย่อ

การศึกษาเป็นการวิเคราะห์สาเหตุรากและการจัดการความเสี่ยงจากอุบัติการณ์บุคลากรปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพติดขัดล่าช้า อุปกรณ์ที่จำเป็นไม่พร้อมใช้งาน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางในการช่วยฟื้นคืนชีพที่เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน ป้องกันอุบัติการณ์ความเสี่ยงในขณะช่วยฟื้นคืนชีพ การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวทางการทบทวนความเสี่ยง 5 ขั้นตอน คือ 1) การลำดับเหตุการณ์ (Story & Timeline) 2) การหาจุดเปลี่ยน (Potential change) 3) การรับฟังคนทำงาน (Listen to voice of staff) 4) สรุปล้างจี้เกือหนุน (Swiss cheese) และ 5) การออกแบบระบบด้วยความคิดสร้างสรรค์ (Creative solution) ผลจากการทบทวน สามารถระบุสาเหตุของความเสี่ยงได้จาก 1) การไม่มีขั้นตอน (Flow) การช่วยฟื้นคืนชีพ 2) จำนวนบุคลากรที่ขึ้นปฏิบัติงานในบางเวรไม่เพียงพอกับทีม CPR 3) การปฏิบัติตามแนวทางการร้องขอความช่วยเหลือกับหน่วยงาน Buddy ไม่เป็นแนวทางเดียวกัน 4) ความรู้และทักษะของบุคลากรทุกระดับในการช่วยฟื้นคืนชีพ และการใช้อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง และ 5) ความพร้อมใช้ของอุปกรณ์เครื่องมือในการช่วยฟื้นคืนชีพ นำสู่การปรับปรุง 1) การจัดทำ Flow การช่วยฟื้นคืนชีพ 2) กำหนดแนวทางการจัดอัตรากำลังขั้นต่ำอย่างน้อยในแต่ละเวรที่เหมาะสมและเพียงพอในการปฏิบัติช่วยฟื้นคืนชีพ 3) การกำหนดระบบ Buddy ในการช่วยฟื้นคืนชีพ และกำหนด Code ที่ต้องใช้สื่อสารเมื่อต้องมีการช่วยฟื้นคืนชีพ 4) การฝึกทักษะบุคลากรทุกระดับ ในการช่วยฟื้นคืนชีพ ด้วยการทดสอบสถานการณ์เสมือนจริง 5) การจัดชุดอุปกรณ์ในการใส่ท่อช่วยหายใจ และปรับระบบการตรวจสอบอุปกรณ์ในรถ Emergency ผลลัพธ์จากการปรับปรุงพบว่า บุคลากรมีความมั่นใจในการปฏิบัติ กระบวนการช่วยฟื้นคืนชีพสามารถปฏิบัติได้อย่างลื่นไหล ไม่ติดขัด ไม่พบประเด็นความเสี่ยงเรื่องอุปกรณ์ที่ไม่พร้อมใช้ในระหว่างการช่วยฟื้นคืนชีพ

คำสำคัญ: การช่วยฟื้นคืนชีพ

2. สภาพปัญหา/ความเสี่ยงที่พบ

หอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคหัวใจเป็นหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงและมีโอกาสทรุดลงได้บ่อย แต่เนื่องจากหอผู้ป่วยไม่มีแพทย์เวรอยู่ประจำ กระบวนการช่วยฟื้นคืนชีพจึงต้องอาศัยความรู้และทักษะของบุคลากรพยาบาลในการจัดการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าอย่างรวดเร็วและเหมาะสม รวมถึงหอผู้ป่วยมีการจัดอัตรากำลังตามจำนวนผู้ป่วย ในบางช่วงเวลาจึงมีบุคลากรขึ้นปฏิบัติงานน้อย เมื่อต้องมีการช่วยฟื้นคืนชีพ จึงพบ

อุบัติการณ์บุคลากรปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพติดขัดล่าช้า อุปกรณ์ที่จำเป็นไม่พร้อมใช้งาน ดังนั้น ถึงแม้ว่าจะยังไม่เกิดอุบัติการณ์ผลกระทบที่รุนแรงถึงตัวผู้ป่วย แต่หากยังไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม อาจก่อให้เกิดความไม่ปลอดภัยกับผู้ป่วยได้ หอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคหัวใจจึงนำประเด็นความไม่พร้อมในการช่วยฟื้นคืนชีพมาทบทวนเพื่อหาแนวทางการแก้ปัญหาร่วมกัน

3. สรุปการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา

จากการทบทวนสาเหตุของปัญหาร่วมกันระหว่างบุคลากรในหน่วยงาน สามารถระบุปัจจัยที่มีผลความเกี่ยวข้อง ได้ดังนี้

- 1) การไม่มีขั้นตอน (Flow) การช่วยฟื้นคืนชีพที่ชัดเจน เมื่อเกิดเหตุการณ์บุคลากรทุกคนจะเข้าไปช่วยดูแลผู้ป่วย ไม่มีการกำหนดบทบาทของบุคลากรแต่ละคน
- 2) จำนวนบุคลากรที่ขึ้นปฏิบัติงานในบางเวรไม่เพียงพอกับทีม CPR เมื่อต้องขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่น มีการปฏิบัติไม่เป็นแนวทางเดียวกัน มีทั้งประสานศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก หรือ CCU ซึ่งอยู่คนละชั้น
- 3) ความรู้และทักษะของบุคลากรทุกระดับในการช่วยฟื้นคืนชีพ และการใช้อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง ไม่ถูกต้องและเพียงพอ
- 4) ความพร้อมใช้อุปกรณ์เครื่องมือ เช่น อุปกรณ์การเครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น

4. เป้าหมายการพัฒนา

ได้แนวทางในการช่วยฟื้นคืนชีพที่เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน ป้องกันอุบัติการณ์ความเสี่ยงในขณะช่วยฟื้นคืนชีพ

5. การพัฒนา/วิธีหรือแนวทางปฏิบัติที่เป็นเลิศ เพื่อบริหารจัดการ/ป้องกันความเสี่ยง

1. การจัดทำ Flow การช่วยฟื้นคืนชีพ เพื่อระบุบทบาทหน้าที่ของบุคลากรแต่ละคน จำนวนบุคลากรที่ต้องใช้ในการช่วยฟื้นคืนชีพที่เหมาะสม
2. กำหนดแนวทางการจัดอัตรากำลังขั้นต่ำอย่างน้อยในแต่ละเวรที่เหมาะสมและเพียงพอในการปฏิบัติช่วยฟื้นคืนชีพ คือ ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพอย่างน้อยเวรละ 2 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 2 คน รวม 4 คน ในแต่ละเวร
3. การกำหนดระบบ Buddy ในการช่วยฟื้นคืนชีพ คือ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก และกำหนด Code ที่ต้องใช้สื่อสารเมื่อต้องมีการช่วยฟื้นคืนชีพ

4. การฝึกทักษะบุคลากรทุกระดับ (พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล และผู้ช่วยเหลือคนไข้) ในการช่วยฟื้นคืนชีพ ด้วยการทดสอบสถานการณ์เสมือนจริง และการใช้เครื่อง Defibrillator

5. การเตรียมความพร้อมอุปกรณ์ ด้วยการจัดชุดใส่ท่อช่วยหายใจที่สามารถนำใช้ได้ทันที และปรับ Flow การตรวจสอบอุปกรณ์ จากเดิมที่ต้องตรวจสอบทุกวันทุกเวร เป็นหลังจากใช้งานต้องตรวจสอบและจัดเตรียมให้พร้อมใช้ทุกครั้ง

6. ผลลัพธ์การนำแนวทางป้องกัน/จัดการความเสี่ยงสู่การปฏิบัติ

จากการนำใช้แนวทางที่ปรับปรุง พบว่า บุคลากรมีความมั่นใจในการปฏิบัติ กระบวนการช่วยฟื้นคืนชีพ สามารถปฏิบัติได้อย่างลื่นไหล ไม่ติดขัด ไม่พบประเด็นความเสี่ยงเรื่องอุปกรณ์ที่ไม่พร้อมใช้ในระหว่างการช่วยฟื้นคืนชีพ

7. บทเรียนที่ได้รับ

กระบวนการทำงาน ไม่จำเป็นต้องใช้บุคลากรจำนวนมาก ขอเพียงมีการจัดระบบการทำงานอย่างเหมาะสม มอบหมายหน้าที่ที่ชัดเจน มีแนวทางในการปฏิบัติอย่างเพียงพอเพื่อบุคลากรสามารถปฏิบัติได้ เมื่อต้องตัดสินใจ

8. ปัจจัยของความสำเร็จ

การมีส่วนร่วมของสมาชิกในการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาร่วมกัน การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาพยายามหา Latent failure

9. ชื่อที่อยู่ขององค์กร/สมาชิกทีม/สหสาขาวิชาชีพ

นางรัตนา ทองแจ่ม

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

นางสาวธิดารัตน์ นามวงษ์

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

10. การเผยแพร่ /การได้รับการยอมรับ และ/หรือรางวัลที่ได้รับ

-

11. ภาคผนวก (ร่องรอย หลักฐาน ภาพถ่าย ชิ้นงาน ฯลฯ)

1. ชื่อผลงาน/โครงการพัฒนา ใครจะอยากเป็นคนผิด (Who would want to be wrong?)

คำสำคัญ ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย/ฆ่าตัวตาย

2. สภาพปัญหา/ความเสี่ยงที่พบ

ความเสี่ยงระดับ I : เกิดความผิดพลาดถึงผู้ป่วย เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิต

3. สรุปการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา

3.1 ด้านผู้ป่วย : ผู้ป่วยมีความคิดอยากฆ่าตัวตายมาก่อนด้วยความทุกข์ทรมานจากโรคเรื้อรังที่เป็น และขณะที่นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลมีความคิดอยากกระโดดตึก โดยบอกกับพยาบาลว่าอยากตายอยากกระโดดตึก

3.2 ด้านกระบวนการ : ไม่มีการประเมินผู้ป่วยและการประเมินซ้ำในการคัดกรองผู้ป่วยฆ่าตัวตาย (ประเมิน 2Q = +, 9Q=13 และ 8 Q=41) และไม่มีการปฏิบัติตามคำแนะนำของนักจิตวิทยาในการให้ญาติเฝ้าดูแลตลอด 24 ชั่วโมง

3.3 ด้านบุคลากร : บุคลากรมีภาระงานที่ต้องทำหลายอย่างในเวลาเดียวกัน และความรู้และทักษะของบุคลากรไม่เพียงพอ

3.4 ด้านทีม : การประสานขอความช่วยเหลือจากทีมเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช โดยเฉพาะในในวันหยุดหรือนอกเวลาราชการ

3.5 ด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน : มีภาระงานที่ต้องทำหลายอย่างในเวลาเดียวกัน ทั้งรับใหม่และเตรียม OR

3.6 ด้านโครงสร้างอาคารสถานที่ : มีหลายจุดในตัวอาคารที่มีความเสี่ยงในการกระโดดตึก ทำให้ไม่เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วย ตัวโครงสร้างอาคารที่สูงไม่มีที่กั้น มีประตูทางออกไปที่ระเบียงหลายประตู ไม่มีระบบความปลอดภัย

4. เป้าหมายการพัฒนา

ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ ผู้ป่วยเสียชีวิตจากการกระโดดตึก เท่ากับ 0

และ/หรือ ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ ไม่มีเหตุการณ์ผู้ป่วยคิดฆ่าตัวตายหรือกระโดดตึก มีญาติดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยได้รับการประเมิน 2Q, 9Q และ 8Q เพื่อเป็นการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในหอผู้ป่วยและมีการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง สิ่งแวดล้อมปลอดภัย เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุการฆ่าตัวตาย

5. การพัฒนา/วิธีหรือแนวทางปฏิบัติที่เป็นเลิศ เพื่อบริหารจัดการ/ป้องกันความเสี่ยง (อาจแสดง Flow chart หรือแผนภูมิของระบบงานที่ทำด้วย)

5.1 ด้านผู้ป่วย

- ระบบการให้การพยาบาลข้างเตียง (TCAB) / Case management/Patient center/Holistic care ให้การบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ เพื่อช่วยในการเฝ้าระวังและค้นหาความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

- ระบบการสื่อสารข้อมูลกับญาติ (การให้ข้อมูลเมื่อแรกรับ การให้ข้อมูลการมีส่วนร่วมในการดูแล และอยู่เฝ้าตลอด 24 ชม.)

- กำหนดเกณฑ์ให้มีญาติเฝ้า เช่น ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย เป็นต้น

5.2 ด้านกระบวนการ

- ระบบการนิเทศ/การตรวจเยี่ยมทางการแพทย์ (safety/ตอบสนองปัญหาและความต้องการองค์กร/ Ethic round/risk round/Patient walk round/2P safety round)

- ระบบการมอบหมายงานที่เหมาะสมตามลักษณะผู้ป่วยและความเชี่ยวชาญของพยาบาลวิชาชีพ การกำหนดบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยของบุคลากรแต่ละระดับหรือแต่ละหน้าที่ให้ชัดเจน

- การจัดโซนในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงให้อยู่ใกล้ Nurse station เพื่อเป็นการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด

- มีระบบการตรวจเยี่ยมอาการอย่างต่อเนื่อง

- มีป้ายแขวนสื่อสารกันในทีม เพื่อเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด

5.3 ปัจจัยด้านทีม

- ระบบการสื่อสารและการส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง

- สื่อสารและส่งต่อข้อมูลในกลุ่มเสี่ยงสูงเพื่อเป็นการเฝ้าระวังในทีม

5.4 ด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน

- Healing environment/ การจัดสถานที่พักให้ญาติผู้ดูแล

- การบริหารจัดการของทีม กรณีที่มีภาระงานหลายอย่างในเวลาเดียวกัน

5.5 ด้านโครงสร้างอาคารสถานที่

- ระบบการปรับปรุงโครงสร้างอาคารโดยรอบหอผู้ป่วยที่เป็นที่สูง อาจจะมีใส่ลูกกรงหรือตาข่ายรองรับที่ชั้น1 เพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วย

6. ผลลัพธ์การนำแนวทางป้องกัน/จัดการความเสี่ยงสู่การปฏิบัติ

6.1 ผู้ป่วยเสียชีวิตจากการกระโดดตึก เท่ากับ 0

6.2 ไม่มีเหตุการณ์ผู้ป่วยคิดฆ่าตัวตายหรือกระโดดตึก ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมีญาติดูแลตลอด 24 ชั่วโมง

6.3 ผู้ป่วยได้รับการประเมิน 2Q, 9Q และ 8Q เพื่อเป็นการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในหอผู้ป่วยและมีการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

7. บทเรียนที่ได้รับ

จากเหตุการณ์ที่มีความเสี่ยงระดับ Sentinel event เกิดขึ้นที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 3 ที่ผู้ป่วยกระโดดตึกฆ่าตัวตายและเสียชีวิตจากชั้น 4 ลงมาที่ชั้น1 ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อวันที่ 3 เมษายน พ.ศ.2566 เวลา 23.30 น. ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ใครๆก็ไม่คาดคิดว่าจะเกิดขึ้นและเป็นเหตุการณ์ที่ใครๆก็ไม่อยากให้เกิดขึ้นแน่นอน เพราะเป็นเหตุการณ์ที่ทำมาซึ่งการสูญเสียของบุคคลในครอบครัว ญาติที่เสียใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น รวมถึงเป็นการบั่นทอนจิตใจของคนทำงานอย่างพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นผู้ที่ดูแลผู้ป่วยเอง บางคน

อยู่ในเหตุการณ์ เห็นทุกอย่างแต่ช่วยอะไรไม่ได้ เป็นภาพที่ติดตาฝังใจมาโดยตลอด แต่จากเหตุการณ์ในครั้งนั้นก็นำมาซึ่งการวางแผนการดูแลผู้ป่วยในทุกๆด้าน จากทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการทำ RCA และนำสู่การปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

8. ปัจจัยของความสำเร็จ

การมองเห็นความสำคัญในการเร่งแก้ไขปัญหาระดับ Sentinel event ของผู้บริหารและทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง จนทำให้มีแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย Flow การรายงานและการจัดการความเสี่ยง Sentinel event ตลอดจนแนวทางในการรับปรึกษานอกเวลาของแพทย์จิตเวช และที่สำคัญท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่นที่อนุมัติให้ทำลูกกรงหรือตาข่ายรองรับผู้ป่วยที่ชั้น 1 ของอาคาร 9 , 10 และ อาคาร 298 เดียง ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยอายุรกรรม ที่มีผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการกระโดดตึกมากที่สุด

9. ชื่อที่อยู่ขององค์กร/สมาชิกทีม/สหสาขาวิชาชีพ

หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 3 โรงพยาบาลขอนแก่น

สมาชิกทีม : นางสาวจริยา มีไกรลาด , นางสาวนันทน์ อึ้งชัยภูมิ และนางสาวกฤษณา เชื้อเมือง

10. การเผยแพร่/การได้รับการยอมรับ และ/หรือรางวัลที่ได้รับ

1. ได้รับรางวัลหน่วยงานที่มีจัดการความเสี่ยงดีเด่น จากกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลและของโรงพยาบาลขอนแก่น

11. ภาคผนวก (ร่องรอย หลักฐาน ภาพถ่าย ชิ้นงาน ฯลฯ)



สถานที่ที่ผู้ป่วยกระโดดตึก



ร่วมทำบุญงานศพ



ทำ RCA



รับรางวัลหน่วยงานการจัดการความเสี่ยงดีเด่น



นวัตกรรมเพื่อป้องกันการกระโดดตึก

**แบบฟอร์มการส่งผลงานวิชาการ ประเภท การวิเคราะห์สาเหตุรากและจัดการความเสี่ยง
มทรรคมคุณภาพและวิชาการ หัวข้อ “Synergy for Quality and Life Long Learning”
ในวันที่ 6 - 7 กรกฎาคม 2566**

1.ชื่อผลงาน/โครงการพัฒนาทบทวนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุป้องกันพลัดตกหกล้ม หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2
คำสำคัญ...พลัดตกหกล้ม และ ผู้สูงอายุ

2. สภาพปัญหา/ความเสี่ยงที่พบ

ชายไทยอายุ 67 ปี Admitที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย2 มาด้วยชักเกร็ง 40นาที่ ก่อนมาโรงพยาบาล ญาติไปพบผู้ป่วยชักเกร็งทั้งตัว ตาลอย ประมาณ 1 นาที่ หลังชักกลับมารู้สึกตัวปกติ ประมาณ 5 นาที่ เป็นอีกครั้ง ประมาณ3-4 ครั้ง มีไข้ต่ำ ๆ และปัสสาวะราด จึงพามาโรงพยาบาลขอแ่ก่น แร่กรับวินิจฉัยเป็น Status epilepticus U/D meningioma S/P craniotomy with tumor removal S/P RT 25/30 ล่าสุด 6/2/66 ผู้ป่วยรู้สึกตัวรู้เรื่องช่วยเหลือตัวเองได้ ตรวจร่างกายแรกรับ E4 V5M6 ไม่มีแขนขาอ่อนแรง มองเห็นปกติประเมินสัญญาณชีพแรกรับ และต่อเนื่องทุก1ชั่วโมง T37.2-37.6 c PR98-120/min RR20/min BP115-163/71-88mmHg O2 sat 100% SOS score 0-2คะแนน เวลา04.000น. ผู้ป่วยลงจากเปลนอน จะเดินไปเข้าห้องน้ำ เดินได้ประมาณ 2 ก้าว พยาบาลเวรตึกมองเห็นว่าผู้ป่วยกำลังจะเซล้ม จึงวิ่งเข้าไปเพื่อที่จะช่วยพยุงแต่ไม่ทัน ผู้ป่วยจึงล้มลงศีรษะกระแทกพื้น มีแผลที่ศีรษะประมาณ 2 cm. no active bleed whit hematoma หลังล้มศีรษะกระแทกพื้นผู้ป่วยรู้สึกตัวรู้เรื่อง E4 V5M6 ประเมินวัดสัญญาณชีพ T36.3c PR 102/min RR22/min BP138/87mmhg O2 sat 100% SOS score 0 คะแนน รายงานแพทย์เวรให้ obs. v/s ,obs.N/S และ D/S แผลต่อมาเวรเข้า แพทย์เจ้าของไข้ ขอCT brain non-contrast emergency และ Suture wound พบว่าผล CT brain subdural hemorrhage จึง consult neuro Sx ต่อมาแพทย์ให้ข้อมูลการผ่าตัดและความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ญาติยอมรับการผ่าตัด ยินยอม consent from Set OR emergency for craniotomy หลังผ่าตัดย้ายผู้ป่วยไป ICU Neuro Sx 2 อยู่รักษา 13 วัน ผู้ป่วยอาการดีขึ้น แพทย์พิจารณาให้กลับบ้านได้

3. สรุปการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา

1. ผู้ป่วยสูงอายุได้รับบาดเจ็บมีเลือดออกที่สมองและได้รับการผ่าตัด
2. มีประเมินผู้ป่วยสูงอายุยังไม่ครอบคลุม
3. การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เสี่ยงต่อการเกิดหกล้มยังไม่ครอบคลุม
4. ผู้ป่วยนอนรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น

4. เป้าหมายการพัฒนา

ผู้ป่วยสูงอายุปลอดภัยไม่มีการพลัดตกหกล้มซ้ำ ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย2
โรงพยาบาลขอนแก่น

5. การพัฒนา/วิธีหรือแนวทางปฏิบัติที่เป็นเลิศ เพื่อบริหารจัดการ/ป้องกันความเสี่ยง (อาจแสดง Flow chart หรือแผนภูมิของระบบงานที่ทำด้วย....

1. จัดทำแนวทางในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เสี่ยงต่อการเกิดหกล้ม
2. ระบบการมอบหมายงาน มีการมอบหมายงาน และมีการดูแลผู้ป่วยแบ่งเป็นทีม โดยพยาบาล1 คน ดูแลผู้ป่วย 6-7 คน และมีการกำกับติดตามนิเทศ และมีการแบ่งเวลาเดินตรวจเยี่ยมผู้ป่วยของพยาบาล Leader และ Member โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุหกล้มเพื่อป้องกันเหตุการณ์ซ้ำ
3. การกำหนดบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยของบุคลากรแต่ละระดับ/แต่ละหน้าที่ และเขียนในใบมอบหมายงานในแต่ละเวรให้ชัดเจน
4. ระบบการเยี่ยมและเฝ้าผู้ป่วย มีการประเมินอาการของผู้ป่วยกรณีผู้ป่วยสูงอายุที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุหกล้มอนุญาตให้ญาติเฝ้าไข้ได้ 1 คน และมีการให้ข้อมูลแนวทางปฏิบัติขณะอยู่รักษาที่โรงพยาบาล
5. ระบบการสื่อสาร มีการสร้างสัมพันธภาพ และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย มีระบบให้การพยาบาลข้างเตียง (TCAB) / Case management/Patient center/Holistic care การบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ hygiene care ส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง มีการสื่อสารส่งต่อข้อมูลด้วยหลัก SBAR มีการตรวจสอบงานก่อนการส่งมอบ มีการให้ข้อมูลและตอบข้อสงสัยของญาติทุกครั้งที่ญาติมีข้อสงสัย และติดตามเป็นระยะๆ เปิดโอกาสให้ญาติสอบถาม ข้อสงสัย เกี่ยวกับแผนการรักษาและอาการของผู้ป่วย และรายงานผู้บังคับบัญชาเพื่อบริหารจัดการทันทีกรณี Sentinel event ทุกกรณี และประสานศูนย์สนับสนุนวิธีเฝ้าระวังใกล้เกลี่ยโรงพยาบาล
6. ระบบสิ่งแวดล้อม จัดทำสัญลักษณ์สื่อสารการป้องกันอุบัติเหตุหกล้ม/การจำกัดกิจกรรมบนเตียง
7. การฝึกอบรมที่จำเป็น มีหลักสูตรการจัดการเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ Rapid response ในการบริหารความเสี่ยง จริยธรรม/ESBพฤติกรรมบริการ โดยอบรมต่อเนื่องเป็นประจำทุกปี พร้อมกำหนดเป็นสมรรถนะหลักมีการประเมินสมรรถนะ

6. ผลลัพธ์การนำแนวทางป้องกัน/จัดการความเสี่ยงสู่การปฏิบัติ

1. ผู้ป่วยสูงอายุปลอดภัยไม่มีการพลัดตกหกล้มซ้ำ
2. ผู้ป่วยสูงอายุและญาติมีความพึงพอใจ ไม่เกิดข้อร้องเรียน
3. บุคลากรมีความพึงพอใจ

7. บทเรียนที่ได้รับ

1. การดูแลผู้ป่วยสูงอายุต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมของบุคลากรร่วมกัน ให้การดูแลรักษาตั้งแต่ประเมินแรกรับจนกระทั่งจำหน่ายจึงจะประสบความสำเร็จ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุดหรือมีคุณภาพชีวิตที่ดีแม้จะมีความพิการหลงเหลืออยู่
2. บุคลากรเกิดการเรียนรู้ร่วมกันและมีส่วนร่วมในการพัฒนางาน ในหน่วยงาน
3. บุคลากรให้การบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์
4. การบริหารจัดการเมื่อเกิดความเสี่ยงในหน่วยงาน

8. ปัจจัยของความสำเ็จ

1. ความมุ่งมั่น ความคิดเชิงบวกในการที่จะดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย ไม่เกิดความเสี่ยง
2. การทำงานเป็นทีม
3. มีความรู้ความสามารถในดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพ
4. มีทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ
5. มีทักษะการตัดสินใจและแก้ปัญหา

9. ชื่อที่อยู่ขององค์กร/สมาชิกทีม/สหสาขาวิชาชีพ

1. นางสาวศรีนวล เกษแก้ว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
2. นางสาวสิริกัญญา ศิริสม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย2 โรงพยาบาลขอนแก่น เลขที่ 54 ถ.ศรีจันทร์ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น รหัสไปรษณีย์ 40000

10. การเผยแพร่ /การได้รับการยอมรับ และ/หรือรางวัลที่ได้รับ

นำเสนอในการประชุมกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม 1

11. ภาคผนวก (ร่องรอย หลักฐาน ภาพถ่าย ชิ้นงาน ฯลฯ)

ภาพวันที่ 13/02/66 เวลา 04.00น.

ผู้ป่วยลงจากเปลนอน เดินเซล้มศีรษะกระแทกพื้น พบบาดแผลที่ศีรษะขนาด 2 ซม.



วันที่ 1-03-66 แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน .



ป้ายสัญลักษณ์ ป้องกันพลัดตกหกล้ม .



**แบบฟอร์มการส่งผลงานวิชาการ ประเภท การวิเคราะห์สาเหตุรากและจัดการความเสี่ยง
มหกรรมคุณภาพและวิชาการ หัวข้อ “Synergy for Quality and Life Long Learning”
ในวันที่ 6 - 7 กรกฎาคม 2566**

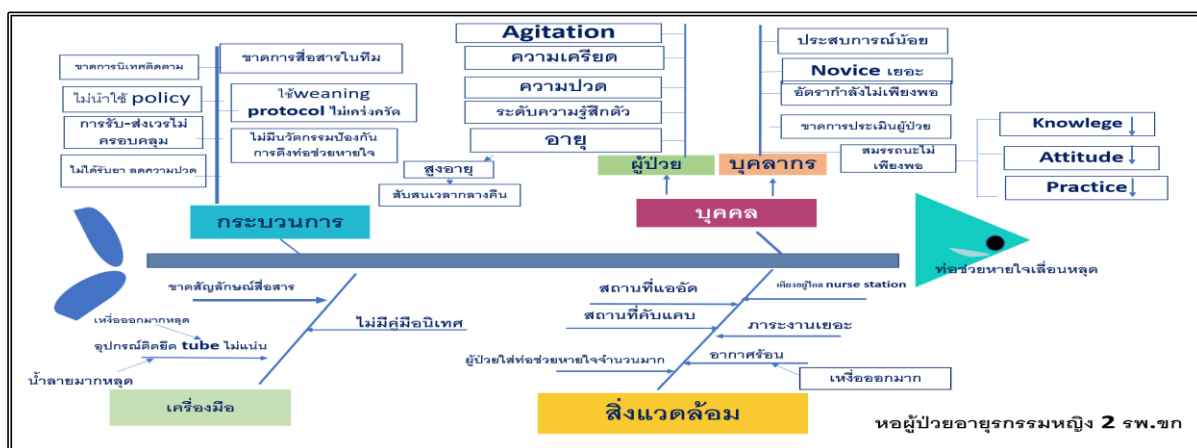
1.ชื่อผลงาน/โครงการพัฒนา การป้องกันการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2
คำสำคัญ

หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 ใช้เครื่องช่วยหายใจ มีผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวนมาก เฉลี่ยผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจเฉลี่ย 15 รายต่อวัน และเฉลี่ย 14,904 คนต่อปี ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจมาก ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน (Unplanned Extubation) เป็นความเสี่ยงที่เกิดขึ้นบ่อยในหน่วยงาน เกิดขึ้นบ่อย 3 อันดับแรกในหอผู้ป่วย ในการวิเคราะห์ข้อมูลการเกิดอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดพบว่า เช่นจากอุบัติเหตุในขณะที่ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย เช่น การพลิกตะแคงตัว การดูดเสมหะ ยังมีความเสี่ยงต่อเจ้าหน้าที่ถูกฟุ้งร้อง ซึ่งในปี 2563 พบว่า มีความเสี่ยงระดับ I ที่ผู้ป่วยมีท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดขณะที่ให้การพยาบาลอาบน้ำผู้ป่วยบนเตียง และพลิกตะแคงตัวซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ดังนั้นอายุรกรรมหญิง 2 จึงเห็นความสำคัญในการพัฒนาการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด

2. สภาพปัญหา/ความเสี่ยงที่พบ

หลังจากมีการประเมินความเสี่ยงที่เกิดขึ้นใน ปี 2563 จากการวิเคราะห์อุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดที่มีการลงรายงานในโปรแกรม HRMS มีจำนวนผู้ป่วยที่ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดจำนวน 57 ราย ซึ่งแบ่งเป็นระดับความรุนแรงได้ดังนี้ ระดับ A คิดเป็นร้อยละ 2 ,ระดับ C คิดเป็นร้อยละ 7, ระดับ D คิดเป็นร้อยละ 44 และระดับ E คิดเป็นร้อยละ 47 จากผลการวิเคราะห์ช่วงเวลาในการเกิดอุบัติการณ์ พบว่า เกิดในช่วงเวรดึก ร้อยละ 49 ,เวรบ่ายร้อยละ 30 และเวรเช้า ร้อยละ 21 ซึ่งการพบอุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดระดับ E ซึ่งเกิดให้เกิดผลกระทบที่รุนแรงต่อผู้ป่วย

3. สรุปการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา



4. เป้าหมายการพัฒนา เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด

ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุการท่อเลื่อนหลุดรุนแรงระดับ D ขึ้นไป
น้อยกว่าร้อยละ 7.65

และ/หรือ ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพมากกว่าร้อยละ 80

5. การพัฒนา/วิธีหรือแนวทางปฏิบัติที่เป็นเลิศ เพื่อบริหารจัดการ/ป้องกันความเสี่ยง (อาจแสดง Flow chart หรือแผนภูมิของระบบงานที่ทำด้วย)มาตรการป้องกันและถ่ายโอนความเสี่ยง(Risk Transfer & Prevention) มีการดำเนินการตาม PDCA

1. ทบทวนแนวทางการปฏิบัติตาม - NUR 2-220 เรื่องการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดอย่างต่อเนื่อง มีการนิเทศติดตาม
2. พัฒนาสมรรถนะบุคลากรในการมีความรู้และทักษะในการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ไม่ว่าจะเป็นการฝึกปฏิบัติการในการประเมิน MASS score การผูกยึด
3. สื่อสารกับบุคลากรทางการพยาบาล เพื่อมีการถ่ายทอดนำสู่การปฏิบัติอย่างครอบคลุม ครอบคลุมในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจและพยาบาลผู้ให้บริการ
4. และมีการสอบสวนสมรรถนะในการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด
5. นิเทศติดตามการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดทุก 6 เดือน
6. เฝ้าระวัง บันทึกข้อมูลตัวชี้วัดคุณภาพ ตาม KPI template ฉบับย่อ และมอบหมายผู้ดูแลในงานคุณภาพประจำหอผู้ป่วยแบ่งเป็นคณะกรรมการ
7. ทบทวน ปรับปรุง แก้ไข และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในหน่วยงานทุก 6 เดือน
8. สร้างวัฒนธรรมองค์กรเกี่ยวกับการเห็นความสำคัญในการลงอุบัติการณ์ความเสี่ยง มีการให้รางวัลเพื่อสร้างขวัญกำลังใจในการทำงาน
9. การนำข้อมูลมาสร้างกราฟต่อเนื่อง (Run chart) เพื่อดูระดับของปัญหาเปรียบเทียบกับแต่ละช่วงเวลาเพื่อสามารถนำไปแก้ไขได้ทัน
10. การออกแบบระบบการทำงานจากการนำปัญหาคุณภาพไม่บรรลุเกณฑ์ระดับคุณภาพที่ยอมรับได้ มาจัดลำดับความสำคัญกำหนดเป้าหมายของการแก้ไข กำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาตามสาเหตุที่ค้นพบ กำหนดระยะเวลาที่ใช้ในการแก้ไข ปรับปรุง และติดตามประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ โดยใช้กระบวนการ PDCA รวมถึงการใช้นวัตกรรมในการดึง tube
11. มีการทำงานร่วมกับทีม RCS ในการใช้ protocol weaning เพื่อช่วยในการหย่าเครื่องช่วยหายใจได้เร็วมากขึ้น

12. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง ผ่านกิจกรรมการทบทวนงาน การ morning talk เพื่อเป็นการกระตุ้นทีมให้มีความตระหนักรู้อย่างต่อเนื่อง
13. การพัฒนาการใช้ IT ออกแบบการทำ บัญชีความเสี่ยงในหน่วยงานเป็นรูปแบบ QR code เพื่อให้บุคลากรเรียนรู้ และมีข้อมูลให้ทีมสหสาขาวิชาชีพ นักศึกษาพยาบาล/นักศึกษาแพทย์ไว้ศึกษาและป้องกันการเกิดความเสี่ยงร่วมกัน

การติดตาม(Risk Monitor)

1. อุบัติการณ์ความเสี่ยงหมวด CLP 101 มีการทบทวนให้บุคลากรเข้าใจอย่างต่อเนื่อง
2. บันทึกข้อมูลตัวชี้วัดคุณภาพ ตาม KPI template ฉบับย่อ และมอบหมายผู้ดูแลในงานคุณภาพประจำหอผู้ป่วยแบ่งเป็นคณะกรรมการ
3. มีการกำหนด KPI ในเจ้าหน้าที่ทุกระดับในการลงอุบัติการณ์ความเสี่ยง HRMS 5 เรื่อง/คน/เดือน มีการนิเทศติดตามและนำมาเป็นตัวชี้วัดในการประเมินความดีความชอบ มีระบบติดตามผ่านกระบวนการนิเทศ
4. พัฒนาเป็นงานประกันคุณภาพการป้องกันต่อช่วยเหลือใจเลื่อนหลุดในหน่วยงาน

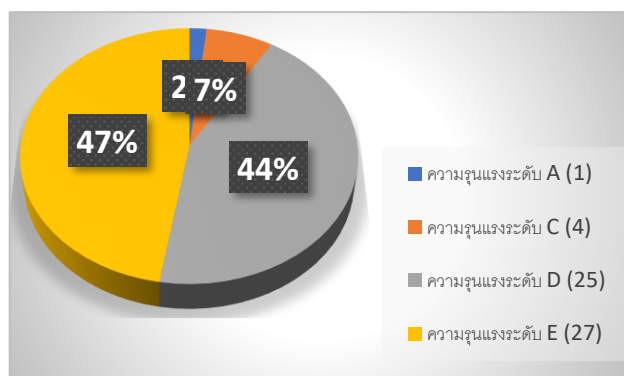
แนวทางบรรเทาความเสียหาย(Risk Mitigation)

1. เมื่อพบเหตุการณ์ จัดการแก้ไขเบื้องต้น
2. เมื่อพบเหตุการณ์ประเมินผู้ป่วยว่าเกิดความเสี่ยงรุนแรงหรือไม่ หากมีความเสี่ยงรุนแรงรายงานแพทย์ เพื่อวางแผนการรักษา
3. กรณีความเสี่ยงสูง ทบทวนเหตุการณ์ เพื่อวางแผนการป้องกันซ้ำ ร่วมทำ RCA เพื่อเป็นการแก้ไขระบบผ่านกระบวนการ การรายงาน สรุปรื่องราวก่อนและหลังการเกิดเหตุการณ์อุบัติการณ์ความเสี่ยง หากจุดเปลี่ยนเพื่อไม่ให้เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง (Identify Potential change) สรุปรข้อมูลสำคัญจากผู้ปฏิบัติ (Listen to vice of staff) ปังจัยเชิงระบบที่มีผลต่อการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง การออกแบบแก้ไขปัญหา(Creative Solution)
4. กรณีมีการร้องเรียน เข้าระบบเจรจาไกล่เกลี่ย

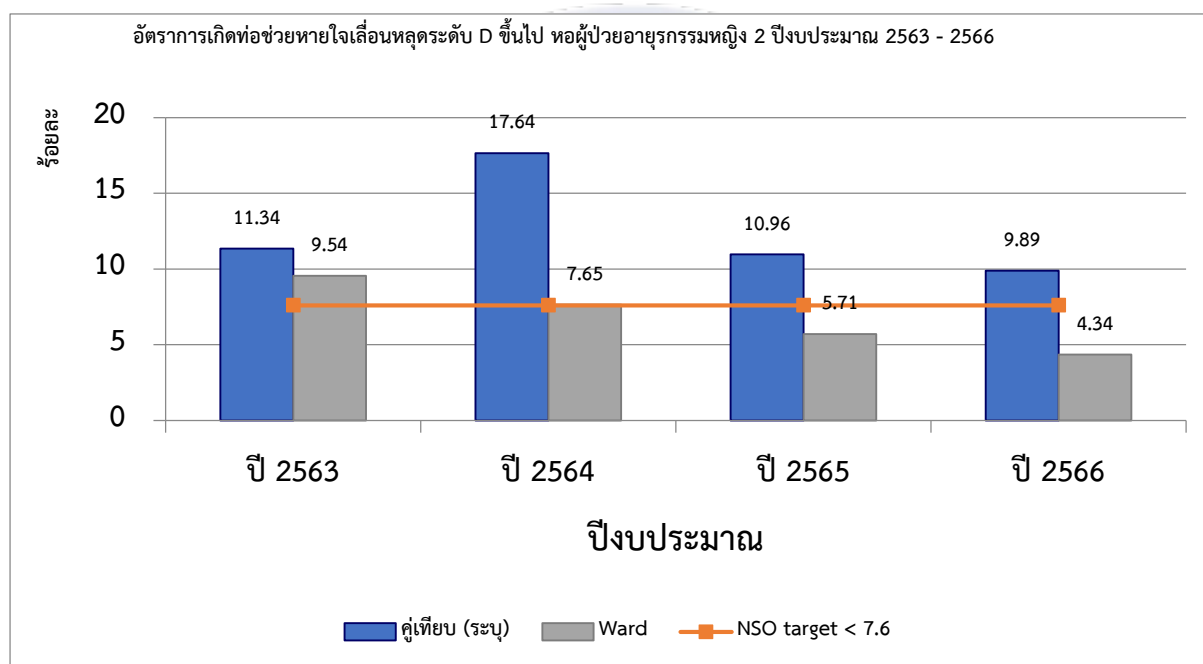
เพื่อหาคำตอบใหม่ๆ หรือทำให้ดีขึ้น(QI Plan)

1. พัฒนาระบบการนิเทศทางการพยาบาลที่มีมาตรฐานชัดเจน
2. พัฒนาสมรรถนะบุคลากร และ กำหนดเป็นหนึ่งในเกณฑ์ประเมินสมรรถนะมีการวางแผนการพัฒนาทักษะรายบุคคลไว้อย่างชัดเจน
3. ทบทวนแนวทางปฏิบัติการป้องกันต่อช่วยเหลือใจเลื่อนหลุด นำแนวปฏิบัติการป้องกันต่อช่วยเหลือใจเลื่อนหลุดมาใช้มีการทบทวนและเพิ่มความเข้าใจในทีมอย่างต่อเนื่อง
4. พัฒนาการลงบันทึกรายงานความเสี่ยงในระบบ ใช้ระบบที่เสี่ยงในการทำงานมีการติดตามด้วยผู้รับผิดชอบในหน่วยงาน
5. Empowerment การทำงานสร้างขวัญกำลังใจให้รางวัลในการพัฒนา
6. Motivation ให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ในการทำงาน มีการช่วยกันออกแบบระบบงานเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง

6. ผลลัพธ์การนำแนวทางป้องกัน/จัดการความเสี่ยงสู่การปฏิบัติ



กระตุ้นให้มีการลงข้อมูลในโปรแกรม HRMS ให้มากขึ้น



7. บทเรียนที่ได้รับ การวิเคราะห์การทำงานตาม แนวทางและการวิเคราะห์รากเงาของปัญหามาซึ่งการพัฒนาในหน่วยงานเกิดกระบวนการเรียนรู้ในหน่วยงาน

8. ปัจจัยของความสำเร็จ

1. การเกิดความร่วมมือของบุคลากรในหน่วยงานในการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น
2. การรับฟังข้อเสนอแนะและมีการออกแบบร่วมกันในทีมทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนการทำงานให้ดียิ่งขึ้น
3. การวิเคราะห์ปัญหาและพัฒนาอย่างต่อเนื่องทำให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

9. ชื่อที่อยู่ขององค์กร/สมาชิกทีม/สหสาขาวิชาชีพ

หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 , PCT อายุรกรรม

10. การเผยแพร่ /การได้รับการยอมรับ และ/หรือรางวัลที่ได้รับ -

11. ภาคนวก (ร่องรอย หลักฐาน ภาพถ่าย ชิ้นงาน ฯลฯ)



**แบบฟอร์มการส่งผลงานวิชาการ ประเภท การวิเคราะห์สาเหตุรากและจัดการความเสี่ยง
มทรรณคุณภาพและวิชาการ หัวข้อ “Synergy for Quality and Life Long Learning”
ในวันที่ 6 - 7 กรกฎาคม 2566**

1.ชื่อผลงาน/โครงการพัฒนา การพัฒนาแนวทางการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง

คำสำคัญ สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง, Procedure checklist, แบบฟอร์มเก็บข้อมูลการใส่และการดูแลสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง,การดูแลทารกเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำ

2. สภาพปัญหา/ความเสี่ยงที่พบ

หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยตั้งแต่แรกเกิด – อายุ 30 วัน ที่มีภาวะเจ็บป่วยในระยะถึงวิกฤต ทั้งด้านอายุรกรรมและศัลยกรรม และมีอาการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา มุ่งเน้นการพยาบาลเพื่อรักษาชีวิต ได้แก่ การดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง เพิ่มการนำออกซิเจนไปเลี้ยงอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย การดูแลระบบไหลเวียนโลหิต การให้สารน้ำสารอาหารและยา ซึ่งจำเป็นต้องใช้เครื่องมือและอุปกรณ์มาใช้ในการรักษาตามสภาพอาการของผู้ป่วยทารกแต่ละราย ได้แก่ การให้ออกซิเจน การใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง เป็นต้น และจากอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น คือ ภาวะแทรกซ้อนจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ทางหน่วยงานจึงได้นำมาทำทวน RCA เพื่อหาแนวทางปรับปรุงคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยต่อไป

การใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Central line) หมายถึง การใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ซึ่งเป็นการแทงสายสวนผ่านหลอดเลือดดำส่วนกลาง ใช้เพื่อให้ยาและสารน้ำสารอาหารที่มีความเข้มข้นสูงมากกว่า 12.5 % (Michalee, J.et al. 2007) และการดูดเลือดเพื่อส่งตรวจ ทั้งนี้พบว่าการใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลางนอกจากจะมีประโยชน์ในการรักษาผู้ป่วยแล้ว ในขณะเดียวกันก็สามารถทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้

ภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1. การติดเชื้อ (infection) เช่น การติดเชื้อทางกระแสโลหิตรวมทั้งการติดเชื้อเฉพาะที่ เช่นการติดเชื้อที่ subcutaneous pocket, tunnel, exit site เป็นต้น

2. ภาวะแทรกซ้อนทางเทคนิค (mechanical complications) เช่น สายสวนอุดตัน (catheter occlusion) การเลื่อนหลุดของสาย (catheter dislodgement) และสายสวนพับหักงอ (O’Grady NP, Alexander M, Burns LA et al, 2011)

อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการคาสายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลางสามารถพบได้ประมาณร้อยละ 15 ของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่สายสวนทั้งหมด (Hinds & Watson, 2008) โดยอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อพบได้ร้อยละ 5-26 สำหรับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากวิธีการใส่สายสวนพบได้ร้อยละ 5-19 และการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในสายสวนพบได้ร้อยละ 2-26 (McGee & Gould, 2003)

จากการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่พบในตึกทารกแรกเกิด เกี่ยวกับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางที่สำคัญและรุนแรง คือ การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำระยะเวลานาน (CPO101 เรื่องอื่นๆ ที่ไม่ใช่ SIMPLE) ความรุนแรงของความเสี่ยงระดับ F (เหียวยาวนาน) เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบที่ต้องใช้เวลาแก้ไขนานกว่าปกติหรือเกินกำหนด ผู้ป่วยหรือบุคลากร ต้องรักษา/นอนโรงพยาบาลนานขึ้น

เหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นคือ ผู้ป่วยเด็กเพศชายมีภาวะเจ็บป่วยที่จำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะและผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลนานทำให้ ไม่สามารถเปิดเส้นเลือดส่วนปลายได้ จึงต้องใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางคือ Double lumen catheter ตำแหน่งคือ Right intrajugular vein ที่คอด้านขวา ใส่ตั้งแต่วันที่ 22/1/66 จนถึง 23/2/66 = 32 วัน เวลา 8.30 น. หลังรับเวรขณะที่เดินประเณนคนไข้พบว่าผู้ป่วยมีใบหน้าม่วงคล้ำ มีคอ หน้าและตาบวมขึ้นและตัวลายมากขึ้นจึงรายงานแพทย์ให้รับทราบ แพทย์พิจารณา Off Double lumen catheter และส่งตรวจ CT chest + neck R/O superior vena cava syndrome หลังกลับจาก CT neck ผู้ป่วยมีอาการชักเกร็ง จึงได้ให้ออกซิเจน ยาชัก และส่งผู้ป่วยไปทำ CT brain อีกรอบ สงสัยเรื่อง ชักจาก Trombus ทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับยาละลายลิ่มเลือดคือ Enoxaparin ต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและมีการรักษาการนอนโรงพยาบาลที่นานขึ้น

3. สรุปการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา

- 3.1 ผู้ป่วยใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางเป็นระยะเวลานานเกินกว่าระยะเวลาที่กำหนด
- 3.2 บุคลากรขาดสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง
- 3.3 บุคลากรขาดแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางที่เป็นแนวทางเดียวกัน

4. เป้าหมายการพัฒนา

ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำ

ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ บุคลากรมีสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำที่เป็นแนวทางเดียวกัน

5. การพัฒนา/วิธีหรือแนวทางปฏิบัติที่เป็นเลิศ เพื่อบริหารจัดการ/ป้องกันความเสี่ยง (อาจแสดง Flow chart หรือแผนภูมิของระบบงานที่ทำด้วย

แผนผัง แนวทางการดูแลทารกเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำ
ส่วนกลาง หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด โรงพยาบาลขอนแก่น



แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นมา

1. แบบฟอร์ม procedure check list
2. แบบฟอร์มเก็บข้อมูลการใส่และการดูแลสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง
3. แนวทางการดูแลทารกเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง

6. ผลลัพธ์การนำแนวทางป้องกัน/จัดการความเสี่ยงสู่การปฏิบัติ

6.1 เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานมีความรู้ มีแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำที่เป็นลายลักษณ์อักษรและปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน โดยใช้แบบฟอร์ม procedure check list และแบบฟอร์มเก็บข้อมูลการใส่และการดูแลสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง

6.2 ผู้ป่วยได้รับการการดูแลที่ได้มาตรฐานและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง

7. บทเรียนที่ได้รับ

การนำความเสี่ยงมาทบทวนวิเคราะห์สาเหตุรากและจัดการความเสี่ยง เพื่อหาแนวทางปรับปรุงพัฒนางานให้ดียิ่งขึ้น โดยใช้แบบฟอร์ม procedure check list และแบบฟอร์มเก็บข้อมูลการใส่และการดูแลสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ทำให้เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดค้นหาคำความเสี่ยงได้รวดเร็วและสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำได้ ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่อทารก ทำให้ทารกมีอาการดีขึ้นและสามารถลดวันนอนโรงพยาบาลได้

8. ปัจจัยของความสำเ็จ

Continuing & Team work

9. ชื่อที่อยู่ขององค์กร/สมาชิกทีม/สหสาขาวิชาชีพ

1. หัวหน้าหอผู้ป่วยตึกทารกแรกเกิด
2. นางธัญลักษณ์ อรรคชาติ
3. นางสุดารัตน์ หมั่นหาวงศ์
4. นางสาวดาราวรรณ คำแคน และเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด

10. การเผยแพร่ /การได้รับการยอมรับ และ/หรือรางวัลที่ได้รับ

มีการเผยแพร่แบบฟอร์ม procedure check list และแบบฟอร์มเก็บข้อมูลการใส่และการดูแลสายสวน
หลอดเลือดดำส่วนกลาง ใช้ร่วมกันกับหอผู้ป่วย NICU1 และ NICU2

11. ภาคผนวก



Procedure Check list คช/คณ.....GA.....wks
 เกิดวันที่..... เวลา.....BW.....gms

UVC No.....ลึก.....cm Film..... (Just above diaphragm at T9-T10)

ใส่วันที่...../...../.....หมดอายุวันที่.....(d7-10) Off...../...../.....

เลื่อน position No.....ลึก.....cm Film.....วันที่...../...../.....

เลื่อน position No.....ลึก.....cm Film.....วันที่...../...../.....

UAC No..... ลึก.....cm Film..... (T6-T9 or L3-L5) ใส่วันที่...../...../.....

หมดอายุวันที่..... (d5-7) Off/...../.....

เลื่อน position No.....ลึก.....cm Film..... วันที่...../...../.....

เลื่อน position No.....ลึก.....cm Film..... วันที่...../...../.....

PICC line Fr..... At.....ลึกในตัว.....cm นอกตัว.....cm

ใส่วันที่.....Film..... (SVC or IVC) Off...../...../.....

เลื่อน positionลึกในตัว.....cm นอกตัว.....cm Film.....วันที่...../...../.....

เลื่อน position ลึกในตัว.....cm นอกตัว.....cm Film.....วันที่...../...../.....

ครบทำแผล...../...../.....ทำแผลวันที่.....

ครบทำแผล...../...../.....ทำแผลวันที่.....

ครบทำแผล...../...../.....ทำแผลวันที่.....

DLC/TLC Fr.....At.....ลึก.....cm วันที่...../...../.....หมดอายุ...../...../.....

Film..... (SVC or femoral vein) Off/...../.....

เลื่อนPosition ลึก.....cm Film..... วันที่...../...../.....

ครบทำแผล...../...../.....ทำแผลวันที่.....

ครบทำแผล...../...../.....ทำแผลวันที่.....

ครบทำแผล...../...../.....ทำแผลวันที่.....

A-line At.....ใส่วันที่...../...../..... Off...../...../.....

Flow Sheet Central line Care

แบบฟอร์มเก็บข้อมูลการใส่และการดูแลสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง

ชื่อ-สกุล.....
 เติง..... อายุ.....วันที่ใส่.....
 Dx.....
 แพทย์.....
 ตำแหน่งที่ใส่สาย Central line.....
 Central line Fix.....cms

หัวข้อในการประเมิน วัน/เดือน/ปี	ด			ช			บ			ด			ช			บ		
	ด	ช	บ	ด	ช	บ	ด	ช	บ	ด	ช	บ	ด	ช	บ	ด	ช	บ
1. การประเมินการเลื่อนหลุดของC-line																		
1.1 ประเมินตำแหน่งของสาย Central line Fix.....cms																		
1.2 วันครบเปลี่ยน Dressing - Gauze (ครบเปลี่ยน 2 วัน) - Tegaderm (ครบเปลี่ยน 7 วัน)																		
1.3 ไม่มีการเลื่อนหรือการรั่วซึมของสารน้ำ																		
2. การประเมินการติดเชื้อของC-line																		
2.1 แผลรอบๆบริเวณที่แทงสายไม่มีอาการบวม แดง กดเจ็บ หรือมีหนอง																		
2.2 ไม่มีไข้ อุณหภูมิปกติ																		
3. การประเมินการอุดตันของC-line																		
3.1 สาย C-line ใช้งานทั้งหมด.....สาย																		
3.2 ในกรณีมีสาย C-line ที่ไม่ได้ใช้งานให้ทำการ Flush ด้วย NSS 5 ml ทุกเวอร์ (ก่อนทำการ Flush ให้ดูดเลือดดูก่อนเพื่อเช็คคว่าสายไม่ตันโดยใช้ Syringe 5 ml ดูเลือดออกช้าๆ 0.5-1 ml)																		
3.3 มีการอุดตันของสาย C-line ไม่สามารถดูดเลือดได้จำนวน.....สาย (ติดป้ายงดใช้งาน)																		
ลงชื่อผู้ประเมิน																		

* ในกรณีใส่ Central line ครบ 7 วัน ควรทบทวนความจำเป็นในการใส่ต่อจำเป็น.....ไม่จำเป็น

.....(1) เพื่อประเมินสารน้ำในร่างกายนี้อย่าง CVP(2) ไม่สามารถหา Peripheral line ได้

.....(3) ให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ(TPN)/ให้ยาที่มีความเข้มข้นสูง/Inotropic drug

* เหตุผลที่ต้องOff Central line(1) ตามคำสั่งแพทย์(2) มีการรั่วซึม(3) สายอุดตันจำนวน.....สาย

.....(4) สายเลื่อนหลุดจาก (1.ผู้ป่วยดึง มียาSedateหรือไม่...../มีการผูกมัดผู้ป่วยหรือไม่..... 2.เลื่อนหลุด/ดึงรั้ง /Stapไม่แน่น)

.....(5) มีการอักเสบบวมแดงมีหนอง/มีไข้/มีการติดเชื้อ/ผลเพาะเชื้อ.....

* วันที่ Off Central line.....เวลา.....พยาบาลผู้ที่พบเหตุการณ์.....

* เหตุผลที่ต้องOff Central line(1) ตามคำสั่งแพทย์(2) มีการรั่วซึม(3) สายอุดตันจำนวน.....สาย

1.ชื่อเรื่อง Sound alike Set alike

2.ชื่อผู้นำเสนอและคณะ

นางสาวนันทิยา จรทะผา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ,ทีมบรรจุหีบห่อและทีมจัดจ่าย

หน่วยงาน ศูนย์เวชภัณฑ์ปลอดเชื้อ โรงพยาบาลขอนแก่น

3.เนื้อหา

3.1ชื่อเรื่องอุบัติการณ์ความเสี่ยง เครื่องมือ – อุปกรณ์ ผ่าตัดไม่พร้อมใช้งาน ในที่นี้รวมถึงอุปกรณ์ที่จ่าย
กลางผลิตจ่ายตามหน่วยงานต่างๆ เช็ตไม่พร้อมใช้ เครื่องมือในเช็ตไม่ครบ เปิดใช้ไม่พร้อมใช้

เช็ตที่พบบ่อยคือ เช็ตเย็บพื้นฐาน และเช็ตเย็บ ER ระดับความรุนแรง 15

รหัส	Quarter	Likelihood	Consequence	Risk level
CPS 303	1-3	5	3	15

3.2 การวิเคราะห์สาเหตุรากของความเสี่ยง

1.ชื่อชุดที่คล้ายกัน ใบรายการที่ติดหน้าเช็ตใช้กระดาษสีขาวเหมือนกัน ไม่มีระบบแจ้งเตือนในการแพคผิด

2.บุคลากรศูนย์เวชภัณฑ์ปลอดเชื้อ

1.แพคด้วยทักษะและประสบการณ์ ไม่ตระหนักทำตามแนวปฏิบัติ

2.งานจ่ายไม่มีแผนก QC

3.มีการหมุนเวียน จนท.ปฏิบัติงานในจุดต่างๆ

3. User การเขียนบันทึกรายงานที่อาจไม่ตรง เช่นไม่ได้ตรวจนับก่อนใช้แต่พบอุปกรณ์สูญหายหลังใช้
บันทึกรายงานเป็นแพคอุปกรณ์ไม่ครบ ขาดความตระหนักถึงราคาและต้นทุนการผลิต พบเครื่องมือติดไป
กับฝัางานชักฟอก

3.3 แนวทางแก้ไขปรับปรุงเพื่อป้องกันการเกิดเหตุการณ์/เกิดความปลอดภัย

3.3.1 ใช้ระบบสีของใบรายการเป็นตัวแจ้งเตือน เปลี่ยนสีใบรายการให้แตกต่างเช็ตเย็บพื้นฐานใช้ใบสีขาว
เช็ตเย็บพื้นฐาน ER ใช้ใบสีชมพู เริ่มใช้ 10 ม.ค.66

3.3.2 มีการเพิ่มช่องราคาของอุปกรณ์แต่ละชิ้นและราคาต้นทุนการผลิตในใบรายการที่ติดอยู่บนหน้าชุดอุปกรณ์

3.3.3 ประสานงานกับหน่วยงานให้เขียนรายงานตามความจริง เพื่อกำหนดรูปแบบการแก้ปัญหาได้ตรงประเด็น

3.4 ผลลัพธ์และการนำไปใช้ประโยชน์

รายการ	ปี 2564		ปี 2565		ปี 2566 (ม.ค.-มิ.ค.)	
	จำนวน	ราคา อุปกรณ์ที่ ออก ทดแทน	จำนวน	ราคา อุปกรณ์ ที่ออก ทดแทน	จำนวน	ราคา อุปกรณ์ ที่ออก ทดแทน
จำนวนชุดที่จัดทั้งหมด	12708		14830		6323	
จำนวนชุดเย็บพื้นฐานที่ไม่พร้อมใช้	3	460	2	390	1	400
จำนวนชุดเย็บพื้นฐานERที่ไม่พร้อมใช้	9	4205	24	10780	10(4/6)	4435
จำนวนชุดที่จ่ายทั้งหมด	10391		4617		0	
จำนวนชุดเย็บพื้นฐานที่จ่ายผิด	NA		NA			
จำนวนชุดเย็บพื้นฐานERที่จ่ายผิด						

3.6.บทเรียนที่ได้รับ

แม้อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อคิดเป็นเปอร์เซ็นต์ความผิดพลาดที่น้อยมากต่อการเกิดต่อการจัดชุดพิเศษที่มีเพิ่มขึ้น แต่ศูนย์เวชภัณฑ์ปลอดเชื้อก็มีความมุ่งมั่นที่จะลดอุบัติการณ์ให้น้อยลง และถึงแม้จะมีระบบสืมาช่วยเตือนแต่ก็ยังมีผิดพลาดเกิดขึ้น ศูนย์เวชภัณฑ์ปลอดเชื้อจะยังคงต้องทบทวนระบบเพื่อหาแนวทางป้องกันการเกิดความผิดพลาด ตลอดจนพยายามหาเทคโนโลยีมาช่วย เช่น ระบบสแกนบาร์โค้ด ระบบลงทะเบียนอุปกรณ์ผ่านโปรแกรม เป็นต้น ออกแบบฟอร์มการเขียนบันทึกรายงานให้เป็นไปในทางเดียวกัน สะท้อนข้อมูลให้หน่วยงานทราบ

3.7 การติดต่อทีมงาน นางสาวนันทิยา จรทะผา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หน่วยงาน ศูนย์เวชภัณฑ์ปลอดเชื้อ โรงพยาบาลขอนแก่น E-mail nchorntapha@gmail.com
โทรศัพท์ที่ทำงาน..043 009900 ต่อ 4049 โทรศัพท์มือถือ 087 8596 924

ผลงานวิชาการ ประเภท การวิเคราะห์สาเหตุรากและจัดการความเสี่ยง

1.ชื่อผลงาน/โครงการ การพัฒนาระบบการจัดเก็บวัคซีนในหน่วยงาน

คำสำคัญ -วัคซีน หมายถึง วัคซีนที่ใช้ในการให้บริการในหน่วยงาน ได้แก่ วัคซีน EPI ,วัคซีนโควิด
-กระบวนการจัดเก็บ หมายถึง การจัดเก็บวัคซีนที่หน่วยงานหลังจากเบิกมาจากคลังเวชภัณฑ์ใน
โรงพยาบาล

2. สภาพปัญหา/ความเสี่ยงที่พบ

-วันที่ 24 พ.ค.66 เวลา 9.30 น.เจ้าหน้าที่ห้องบัตรนำใบเบิกวัคซีนโควิดพร้อมกระติกใส่วัคซีนไปเบิกที่คลัง
เวชภัณฑ์ รพ.ขอนแก่น เวลา 11.30 น.หลังจากเบิกวัคซีนกลับถึงศูนย์แพทย์มิตรภาพ เจ้าหน้าที่ผู้เบิกได้นำกระติก
พร้อมวัคซีนโควิดมาวางไว้หน้าตู้เย็นในห้องทำแผลแล้วแจ้งเจ้าหน้าที่ห้องทำแผลว่าเบิกวัคซีนมาแล้วแต่ไม่ได้เก็บ
วัคซีนไว้ในตู้เย็น-หลังจากนั้นไม่ได้ติดตามว่ามีการเก็บวัคซีนแล้วหรือไม่ วันที่ 25 พ.ค.66 เวลา 8.14 น. หัวหน้า
ศูนย์แพทย์ ไปตรวจสอบที่ห้องทำแผลว่าได้รับวัคซีนโควิดตามที่เขียนเบิกไปเมื่อวันที่ 24 พ.ค.66 หลังจาก
ตรวจสอบในตู้เย็นไม่พบวัคซีนจึงสอบถามเจ้าหน้าที่ที่ไปเบิกวัคซีนเมื่อวันที่ 24 พ.ค.66 จึงพบว่าวัคซีนยังอยู่ใน
กระติกวัคซีนที่เบิกมายังไม่ได้เก็บเข้าตู้เย็น รวมระยะเวลาที่วัคซีนโควิด อยู่ในกระติกวัคซีน หลังจากเบิกมา เท่ากับ
20 ชั่วโมง หัวหน้าศูนย์แพทย์ ประสานเภสัชกรประจำศูนย์แพทย์ ซึ่งแจ้งว่าวัคซีนเสื่อมสภาพไม่สามารถใช้ได้ จึง
ได้รายงานหัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม รายงานผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่นตามลำดับ พร้อมทั้งบันทึก
Risk รหัส GOS102:เกิดปัญหาด้านการควบคุมกระบวนการปฏิบัติงาน เช่น ไม่กำหนดกระบวนการปฏิบัติงานที่
สำคัญ/ขาดการประเมินประสิทธิภาพ/ขาดการติดตามผล/ไม่มีการปรับปรุงแก้ไขข้อเสนอแนะ ระดับ 3

3. สรุปการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา

สรุปข้อมูลสำคัญจากเสียงของผู้ปฏิบัติ (Listen to Voice of Staff)

เจ้าหน้าที่ห้องบัตร	พยาบาล	เภสัชกร	นักวิชาการ สาธารณสุข	เจ้าพนักงาน เภสัชกรรม
-อยากให้มี ผู้รับผิดชอบเป็นผู้ เก็บวัคซีนเข้า ตู้เย็นหลังจากที่ เจ้าหน้าที่ห้องบัตร เบิกวัคซีนมาแล้ว	-เจ้าหน้าที่ห้อง บัตรที่ไปเบิกวัคซีน หลังจากได้วัคซีน มาแล้วให้แจ้ง ผู้รับผิดชอบวัคซีน นั้นๆทุกครั้ง	-ให้เจ้าหน้าที่ห้อง บัตรที่ไปเบิกวัคซีน ปฏิบัติตามขั้นตอน แนวทางที่กำหนด ใส่ใจและ รับผิดชอบต่อ หน้าที่ให้เสร็จสิ้น ไม่คร่ำครวญ หรือคิดว่าคนอื่น จะทำแทน	-อยากให้มี เจ้าหน้าที่ห้องบัตร ที่ไปเบิกวัคซีน ถ่ายรูปลงในกลุ่ม เมื่อเบิกวัคซีน มาถึงศูนย์แพทย์ แล้วและให้แจ้ง ผู้รับผิดชอบวัคซีน ตรวจสอบ	-เจ้าหน้าที่ห้อง บัตรที่ไปเบิกวัคซีน หลังจากได้วัคซีน มาแล้วให้นำ สำเนาใบเบิก เจ้าหน้าที่ที่อยู่จุด นั้นลงนามรับ วัคซีนแล้วนำ สำเนาใบเบิกไปให้ เจ้าหน้าที่ห้องยา ตรวจสอบซ้ำ

Local Workplace Factors	
☐	สมาชิกในทีมไม่มีความชัดเจนในบทบาทหน้าที่ของตัวเอง
☐	แนวทางที่กำหนดยังไม่ชัดเจนเจ้าหน้าที่จึงไม่สามารถที่จะปฏิบัติตามที่ครอบคลุม
☐	เจ้าหน้าที่ไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนที่เคยตกลงกันไว้ในทีม
☐	กระติกวัคซีนที่ใช้ในการเบิกวัคซีนไม่ได้มาตรฐานไม่มีข้อแตกต่างจากกระติกทั่วไปทำให้เจ้าหน้าที่เข้าใจไม่ถูกต้อง

4. เป้าหมายการพัฒนา

-ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ ไม่เกิดอุบัติการณ์ Non clinical risk ระดับ 3 ซ้ำ

-ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ มีแนวทางปฏิบัติในการจัดเก็บวัคซีนในหน่วยงาน

5. การพัฒนา/วิธีหรือแนวทางปฏิบัติที่เป็นเลิศ เพื่อบริหารจัดการ/ป้องกันความเสี่ยง

- จัดทำแนวทางขั้นตอนการปฏิบัติในการเบิก เก็บวัคซีนที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร
- ให้มีการแจ้งเตือนภาระกิจการเบิกวัคซีนในไลน์กลุ่มเพื่อให้ทีมทุกคนรับทราบภาระกิจเพื่อช่วยแจ้งเตือนเกี่ยวกับการเก็บวัคซีนให้ถูกต้อง

-มอบหมายหน้าที่รับผิดชอบในการเบิกวัคซีนให้ชัดเจน

6. ผลลัพธ์การนำแนวทางป้องกัน/จัดการความเสี่ยงสู่การปฏิบัติ

- มีการมอบหมายหน้าที่เป็นลายลักษณ์อักษร
- มีแนวทางขั้นตอนการเบิกวัคซีนจากคลังเวชภัณฑ์ยาในรพ. ขอนแก่นซึ่งรวมถึงยาเย็นต่างๆ เพื่อให้ทีมปฏิบัติให้ชัดเจนและเป็นแนวทางเดียวกัน
- มีการควบคุมกำกับการปฏิบัติงานของทีมอย่างสม่ำเสมอและมีการตรวจสอบเจ้าหน้าที่ในทีมว่ามีการปฏิบัติตามแนวทางหรือไม่
- มีระบบการแจ้งเตือนการปฏิบัติงานประจำวันกันในทีม

7. บทเรียนที่ได้รับ

- การสื่อสารและกระบวนการทำงานที่ไม่ชัดเจน จะทำให้หน่วยงานเกิดความเสี่ยงและเกิดอุบัติเหตุการณ์ที่มีผลกระทบรุนแรงต่อองค์กรได้

8. ปัจจัยของความสำเร็จ

- ความมุ่งมั่นของบุคลากรที่พร้อมจะเรียนรู้และพัฒนางานให้มีคุณภาพอยู่เสมอ

9. ชื่อที่อยู่ขององค์กร/สมาชิกทีม/สหสาขาวิชาชีพ

- | | | |
|----------------------------|-----------------------|-------------------------------------|
| -นางเรียมวรินทร์ พุทธกัลญา | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | หัวหน้าศูนย์แพทย์มิตรภาพ |
| -ภญ.เนตรชนก นารอง | เภสัชกรชำนาญการ | เภสัชกรประจำศูนย์แพทย์มิตรภาพ |
| -น.ส.มณธิชา คนคม | พยาบาลวิชาชีพ | พยาบาลประจำศูนย์แพทย์ |
| -น.ส.สุกัญญา โสไกรสี | พนักงานบริการเอกสาร | เจ้าหน้าที่เบิกเวชภัณฑ์ยาศูนย์แพทย์ |

10. การเผยแพร่ /การได้รับการยอมรับ และ/หรือรางวัลที่ได้รับ

- แจ้งแนวทางในกลุ่มงานเวชกรรมสังคมและรายงานคลังเวชภัณฑ์ยา และผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น

11. ภาคผนวก (ร่องรอย หลักฐาน ภาพถ่าย ชิ้นงาน ฯลฯ)

