

1.ชื่อผลงาน : ผลการพัฒนากระบวนการเก็บสิ่งส่งตรวจ งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลป่าพะยอม

2.คำสำคัญ : สิ่งส่งตรวจ

3.สรุปผลงานโดยย่อ : งานผู้ป่วยในโรงพยาบาลป่าพะยอม ให้การพยาบาลผู้ป่วย ครอบคลุมถึงการเก็บสิ่งส่งตรวจ พบอุบัติการณ์จากการเก็บสิ่งส่งตรวจ ตั้งแต่เดือน มีนาคม 2562-กันยายน 2563 คิดเป็นร้อยละ 0 , 0.03 , 0.09 , 0.03 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าแนวโน้มลดลง (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 0.50)

4.ชื่อและที่อยู่ขององค์กร : เจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลป่าพะยอม อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง

5.สมาชิกทีม

1.นางจริญญา	ทองหนู้ย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
2.นางสาวมยุรี	รักษพันธ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
3.นางทิพย์พิมล	มะโนสงค์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
4.นางสาวดรรรชนีพร	นวลแก้ว	พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ

6.เป้าหมาย : 1) อุบัติการณ์การเก็บสิ่งส่งตรวจผิดพลาด ไม่เกินร้อยละ 0.50

2) จำนวนครั้งของอุบัติการณ์ที่ถึงตัวผู้ป่วยเป็น = 0

7.ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ : จากอุบัติการณ์การเก็บสิ่งส่งตรวจผิดพลาดของงานผู้ป่วยใน ตั้งแต่ปี 2558 – 2561 คิดเป็นร้อยละ 0.14,0.20,1.02,0.40,0.31 ตามลำดับ จะเห็นว่าแนวโน้มเพิ่มขึ้น แม้ว่ายังไม่เกินเป้าในบางปี (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 0.50) ได้นำข้อมูลข้างต้นมาพัฒนาการเก็บสิ่งส่งตรวจอย่างต่อเนื่อง ทำให้อุบัติการณ์ลดลง

8.กิจกรรมการพัฒนารอบที่ 1

- สื่อสารอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นแก่ทีมงานผู้ป่วยในทุกคน เพื่อสร้างความตระหนัก
- ร่วมกันทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุที่เกิดขึ้นทุกราย (Safety Brief)
- KMกับหน่วยงานLAB เพื่อทบทวนความรู้และเรียนรู้เทคนิคที่ถูกต้องในการเก็บ Specimen แต่ละชนิด

ชนิด

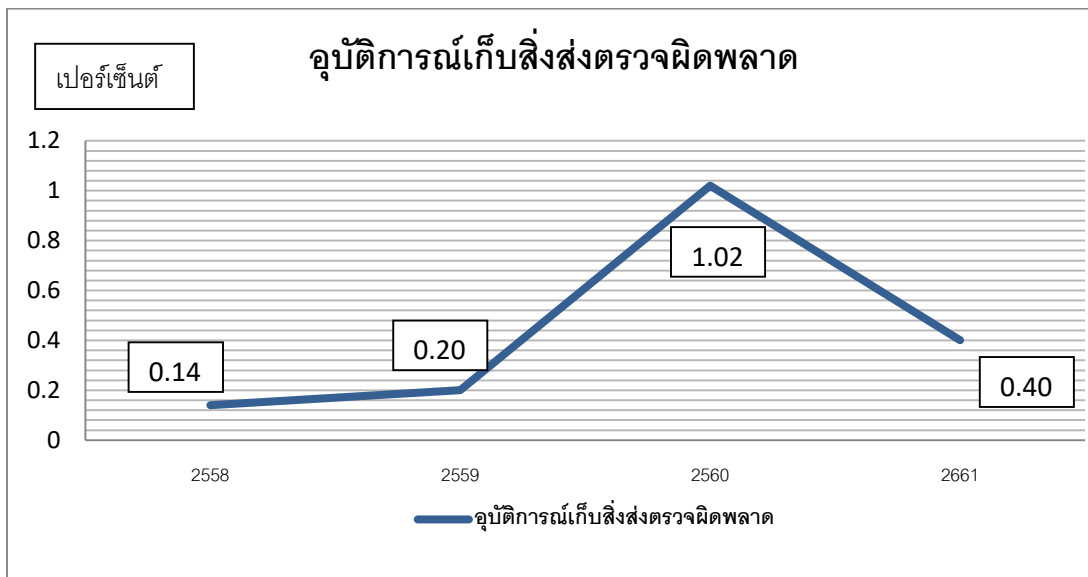
● ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดอย่างเคร่งครัด (พรีนสติคเกอร์ติดTube /เขียนใบLAB/ตรวจสอบซ้ำกับ Order/ก่อนเจาะถามชื่อ-สกุลผู้ป่วยตรวจสอบให้ตรงกับTube/ หน.เวร ตรวจสอบซ้ำก่อนนำส่ง)

- นำกล่องที่รอส่งมาเก็บในเคาน์เตอร์ป้องกันญาตินำกระปุก UA/Stool มาใส่เพิ่ม

- เพิ่มการตรวจสอบซ้ำโดย เจ้าหน้าที่ ที่นำส่ง กับเจ้าหน้าที่ห้องLABที่รับ Specimen
- เรียก On call เสริม ตามแนวทางที่กำหนด กรณีภาระงานเกินในเวรดึก

9.การวัดผลการเปลี่ยนแปลง

1.อัตราการเก็บสิ่งส่งตรวจผิดพลาด (ไม่เกินร้อยละ 0.5) ตั้งแต่ปี 2558-2561 คิดเป็นร้อยละ 0.14,0.02,1.02,0.40 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น



วิเคราะห์สาเหตุ

สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจาก เจ้าหน้าที่ ไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด/ ขาดการตรวจสอบซ้ำก่อนส่ง / วิธีการเก็บไม่ถูกต้อง/อุบัติการณ์มักจะเกิดในเวรดึกซึ่งมีการส่ง LAB มาก (บุคลากรน้อยRN 2 คน)/จำนวน lab มากขึ้นเพราะผู้ป่วยมากขึ้น/เรียก on call ไม่ได้เนื่องจากอยู่เวรติดต่อกันทุกคน จากปัญหาที่พบจึงได้ร่วมกัน ทบทวนและปรับปรุงระบบอย่างต่อเนื่อง

การพัฒนารอบที่ 2

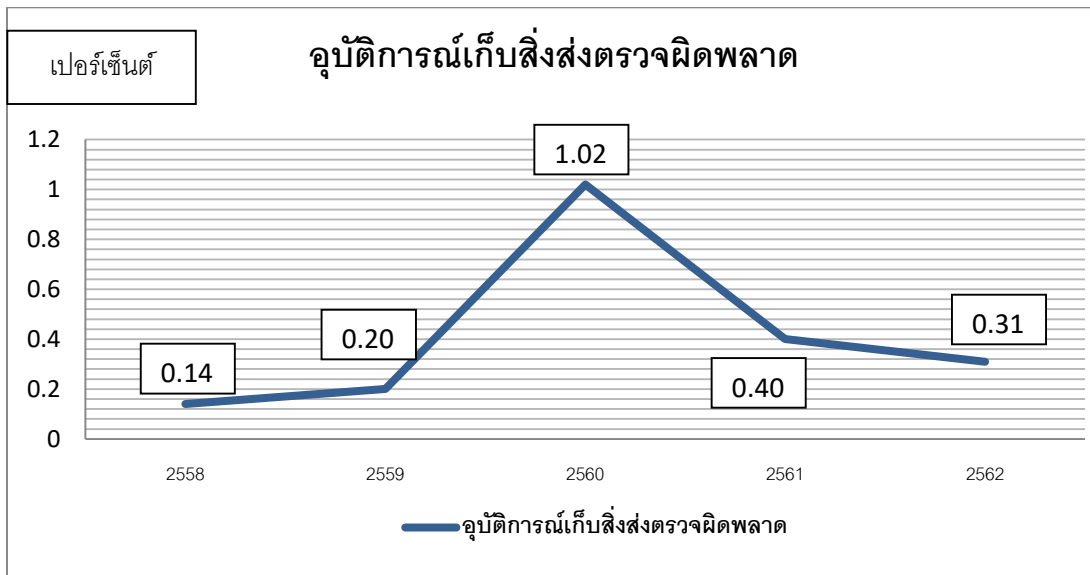
- 1.ปฏิบัติตามแนวทางรอบที่ 1 อย่างเคร่งครัด
- 2.ทบทวนหา RCA ในการเกิดอุบัติการณ์ความผิดพลาดจากการเก็บสิ่งส่งตรวจ
- 3.การส่ง lab ในสมุดส่งlab ติดสติ๊กเกอร์ผู้ป่วยแทนการเขียนเพื่อสะดวกในการอ่านชื่อ
- 4.เข้าร่วมอบรมของห้องชันสูตร โรคเรื่องการเก็บสิ่งส่งตรวจ
- 5.ปฏิบัติตามแนวทางการเก็บlabเพิ่มเติมตามที่ห้องLabกำหนด

6. ร่วมกันทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุที่เกิดขึ้นทุกราย (Safety Brief)

7. เรียก On call เสริม ตามแนวทางที่กำหนด กรณีภาระงานเกินในเวรดึก

การวัดผลการเปลี่ยนแปลง

1. อัตราการเก็บสิ่งส่งตรวจผิดพลาด (ไม่เกินร้อยละ 0.5) ตั้งแต่ปี 2558-2562 คิดเป็นร้อยละ 0.14 , 0.20 , 1.02 , 0.40 , 0.31 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่ามีแนวโน้มลดลงต่ำกว่าเป้าหมายแต่ยังไม่คงที่



วิเคราะห์สาเหตุ

สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจาก เจ้าหน้าที่ไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด/ ขาดการตรวจสอบซ้ำก่อนส่ง / วิธีการเก็บไม่ถูกต้อง/อุบัติการณ์มักจะเกิดในเวรดึกซึ่งมีการส่ง LAB มาก (บุคลากรน้อย RN 2 คน)/จำนวน lab มากขึ้นเพราะผู้ป่วยมากขึ้น/เรียก on call ไม่ได้เนื่องจากอยู่เวรดึกต่อกันทุกคน จากปัญหาที่พบจึงได้ร่วมกันทบทวนและปรับปรุงระบบอย่างต่อเนื่อง

การพัฒนารอบที่ 3

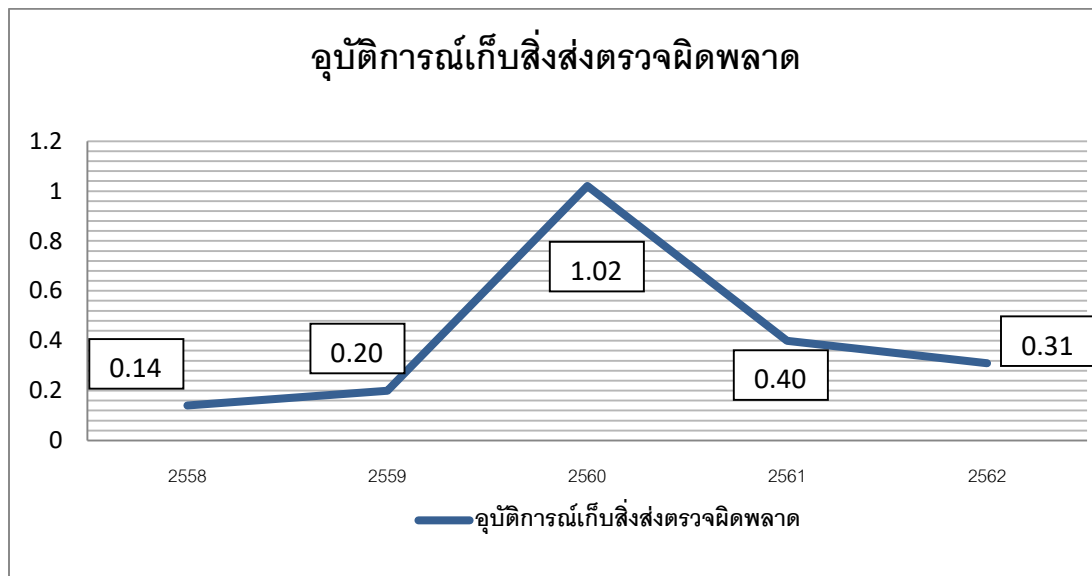
1. ปฏิบัติตามแนวทางรอบที่ 2 อย่างเคร่งครัด
2. ทบทวนหา RCA ในการเกิดอุบัติการณ์ความผิดพลาดจากการเก็บสิ่งส่งตรวจ
3. การส่ง lab ในสมุดส่ง lab ติดสติ๊กเกอร์ผู้ป่วยแทนการเขียนเพื่อสะดวกในการอ่านชื่อ
4. เข้าร่วมอบรมของห้องชันสูตร โรคเรื่องการเก็บสิ่งส่งตรวจ

- 5.ปฏิบัติตามแนวทางการเก็บlabเพิ่มเติมตามที่ห้องLabกำหนด
- 6.ร่วมกันทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุที่เกิดขึ้นทุกราย (Safety Brief)
- 7.เรียก On call เสริม ตามแนวทางที่กำหนด กรณีภาระงานเกินในเวรดึก

แต่ส่วนใหญ่จะเรียกไม่ได้เพราะจะต้องมาปฏิบัติงานในเวรเช้า

การวัดผลการเปลี่ยนแปลง

1.อัตราการเก็บส่งตรวจผิดพลาด (ไม่เกินร้อยละ 0.5) ตั้งแต่ปี 2558-2562 คิดเป็นร้อยละ 0.14 , 0.20 , 1.02 , 0.40 , 0.31 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่ามีแนวโน้มลดลงต่ำกว่าเป้าหมายแต่ยังไม่คงที่



วิเคราะห์สาเหตุ

ปัจจัยเสริมในเวรเช้า

1.เวลาในการรับคำสั่งมีจำกัด

- ผู้ป่วยมาก
- มี stat order
- ผู้ป่วยตาม เช่น ยาหมด น้ำเกลือหมด น้ำเกลือหลุด
- Med.nurse ตาม round หมอ,ทำแผล

2.ขาดความรอบคอบ/ตระหนักรู้

3.การประสานงานต่าง ๆ

ปัจจัยเสริมในเวรบาย

1.Incharge บางครั้งเขียน nurse's note คนเดียว

2.ไม่ได้มีการเช็คซ้ำ

3.Med.nurse ทำรับใหม่

4.บางเวรมี refer หรือไปช่วย ER

ปัจจัยเสริมในเวรตึก

1.ทำงาน 2 คน

2. .Incharge เช็กรู้

3.ฉีดยา ,ทำรับใหม่

4. nurse's note

5.เวลามีจำกัดในการเช็คซ้ำเพราะกิจกรรมให้เสร็จก่อน

6. ตาลาย/ง่วง

การจัดลำดับที่เกิชอบ

1.ไม่มีชื่อติด Tube และไป lab ขาด Specimen จำนวน 5 ครั้ง

2.ไป lab กับ Specimen ไม่ตรงกัน จำนวน 5 ครั้ง

3.ไปคัดกรองติด HN.แม่ จำนวน 4 ครั้ง

4.ติด Tube สลับกัน จำนวน 1 ครั้ง

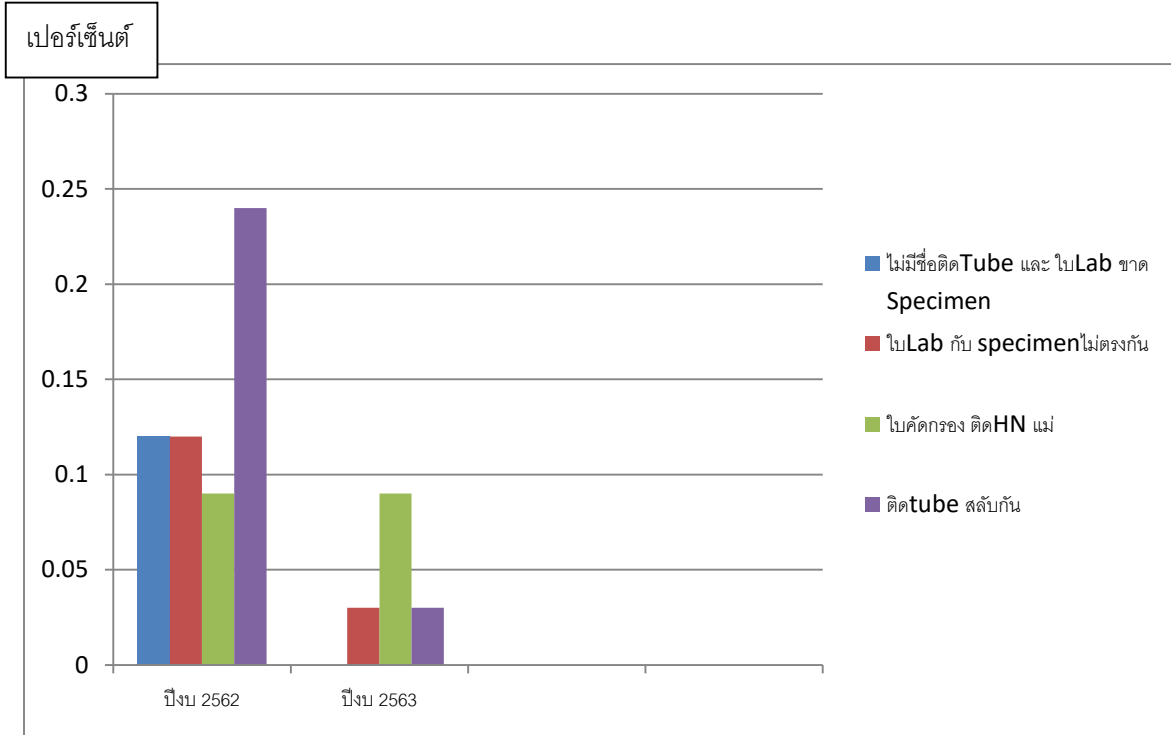
ผลจากการปฏิบัติตามแนวทาง

1.ไม่มีชื่อติด Tube และไป lab ขาด Specimen ไม่เกิดอุบัติเหตุ

2.ไป lab กับ Specimen ไม่ตรงกัน จำนวน 1 ครั้ง

3.ไปคัดกรองติด HN.แม่ จำนวน 3 ครั้ง

4.ติด Tube สลับกัน จำนวน 1 ครั้ง



กราฟเปรียบเทียบการเกิดอุบัติเหตุ ปี 2562- ปี 2563

โอกาสพัฒนา

ไม่เกิดอุบัติเหตุจากการเก็บส่งตรวจ ให้น้อยกว่าตัวชี้วัดที่โรงพยาบาลกำหนด (<0.05)

หมายเหตุ – จะเห็นว่า การเกิดอุบัติเหตุแต่ละครั้งจะสอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วย

10. บทเรียนที่ได้รับ :

- เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามแนวทางการเก็บส่งตรวจที่กำหนดอย่างเคร่งครัด
- เรียนรู้บทวนและปรับปรุงระบบแนวทางอย่างต่อเนื่อง โดยความร่วมมือของทีมเป็นสิ่งสำคัญ จึงจะส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างยั่งยืน
- เจ้าหน้าที่ทุกคนมีความตระหนักถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลัก

11.การติดต่อกับทีมงาน : ทีมงานผู้ป่วยใน