

การนำเสนอผลงาน งานมหกรรมคุณภาพ ประจำปี 2565 Together for a shared quality



ศูนย์การแพทย์
ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

Blood safety

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

หน่วยการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมชาย

หน่วยการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง



ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
PANYANANTHAPH KKHU CHONPRATHAN MEDICAL CENTER SAKON NAKHON RAJABHAT UNIVERSITY



ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Background)

- การระบุตัวผู้ป่วย (Patient identification) เป็นกระบวนการสำคัญที่สุดในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย การระบุตัวผิดพลาดส่งผลทำให้เกิดอุบัติเหตุหรือความเสียหายที่ทำให้เกิดภาวะอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วยได้ ตาม Patient Safety Goals : SIMPLE ให้ความสำคัญเรื่องการระบุตัวผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ซึ่งเป็นกระบวนการหนึ่งที่มีความสำคัญในทุกกิจกรรมหรือหัตถการต่างๆ ในการดูแลรักษาพยาบาลโดยมีความจำเป็นต้องกระทำทุกขั้นตอน เพื่อให้การดูแลรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องด้วยหลัก Right patient โดยมีการระบุตัวผู้ป่วยได้ถูกต้อง ผ่านการ Identify และผ่านการ Double check ถูกต้อง ถูกบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Background)

- หน่วยการพยาบาลผู้ป่วยคัดลยกรรมชายและหน่วยการพยาบาลผู้ป่วยคัดลยกรรมหญิงเป็นหอผู้ป่วยในสามัญซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลเป็นจำนวนมาก ซึ่งอาจทำให้มีโอกาสเกิดการบ่งชี้ผู้ป่วยที่ผิดพลาดและทำให้ผู้ป่วยได้รับการบริการไม่เป็นไปตามแผนการรักษา กระทบต่อจำนวนวันนอน หรือมีอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วย
- ในปี2564 พบอุบัติการณ์ให้เลือด ผิดคน ผิดหมู่ จำนวน 2 ครั้ง จาก การทบทวนอุบัติการณ์พบว่า การระบุตัวผู้ป่วยเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของการเกิดอุบัติการณ์ **ซึ่งแนวปฏิบัติการให้เลือด ยังไม่ได้มีการปรับปรุงที่ล่าสุด เป็นแนวปฏิบัติเดิม จากการถ่ายทอดจากพี่**

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

(Background)

- ในปี 2565 ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุชลประทานได้ประกาศจุดเน้น เรื่องการระบุดัวผู้ป่วย เป็นจุดเน้นสำคัญของโรงพยาบาล
- หน่วยการพยาบาลผู้ป่วยคัดลยกรรมชายและหน่วยการพยาบาลผู้ป่วยคัดลยกรรมหญิง ได้เห็นความสำคัญของการระบุดัวผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การระบุดัวผู้ป่วยก่อนการให้เลือด และส่วนประกอบของเลือด จึงได้มีแนวคิด การตรวจสอบโดยผ่านการ Identify และผ่านการ Double check รวมทั้งการตรวจสอบจากผู้ป่วยและญาติเพื่อลดอุบัติเหตุ การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่

การทบทวนและหาสาเหตุ

- 1 ด้านผู้ป่วย
- 2.ด้านบุคลากร
- 3.ด้านระบบงาน
- 4.ด้านอุปกรณ์
- 5.ด้านสิ่งแวดล้อม
- 6.ด้านการสื่อสาร

1 ด้านผู้ป่วย

1.ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้

2.แขน ขวม ไม่สามารถใส่ป้ายชื่อที่ข้อมือได้

แนวทางแก้ไข

ทางหน่วยคัดแยกกรรมหญิงและชายติดบัตรชื่อที่หน้าอกผู้ป่วย
แทน

2.ด้านบุคลากร

- 1.ขาดประสิทธิภาพพร้อมความรู้ ไม่ปฏิบัติตามแนวทาง
- 2.ไม่มีแนวปฏิบัติในหน่วยงานและไม่มีการติดตามประเมินผลให้เล็ด ตามแนวทางที่กำหนด

แนวทางแก้ไข

- 1.นิเทศหน้างาน ระบุบุคคล/รายกลุ่ม บ่อยครั้ง ถ่ายวิดีโอแนวทางการ Identity การเล็ด
- 2.ให้ความรู้การให้เล็ดที่เป็นปัจจุบัน
- 3.จัดเตรียมแนวทางปฏิบัติเรื่องการให้เล็ดซึ่งจัดทำโดยศูนย์พัฒนาคุณภาพไว้ในหน่วยงานให้บุคลากรได้ทบทวนวิธี ปฏิบัติที่ถูกต้อง และแจ้งในการประชุมประจำเดือน

3.ด้านระบบงาน

ภาระงานมาก

แนวทางแก้ไข

จัดสรรเสริมอัตรากำลัง โดยทำสัญญาลักษณะในตารางเวร

4.ด้านอุปกรณ์

1.ป้ายชื่อมือผู้ป่วยมีขนาดเล็ก

แนวทางแก้ไข

1.มีการใช้อุปกรณ์ กรณีผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้ แขนบวม ใ้ป้ายชื่อไม่ได้เปลี่ยนโดยใช้บัตรชื่อ ติดหน้าอก แทน

2.มีการใช้ แนวทางการให้เลือด ก่อนการให้เลือด พยาบาล 2 คน ตรวจสอบ 4 แห่ง 9อย่าง

5.ด้านสิ่งแวดล้อม

มีการเตรียมทำหัตถการในบริเวณเตียงผู้ป่วย ซึ่งไม่เหมาะสม

แนวทางแก้ไข

จัดสถานที่ในการเตรียมอุปกรณ์

6.ด้านการสื่อสาร

การสื่อสารในหน่วยงานยังไม่ทั่วถึง

แนวทางแก้ไข

ประชุมหน่วยงาน และแจ้งในLine group

2. วัตถุประสงค์ และตัวชี้วัด

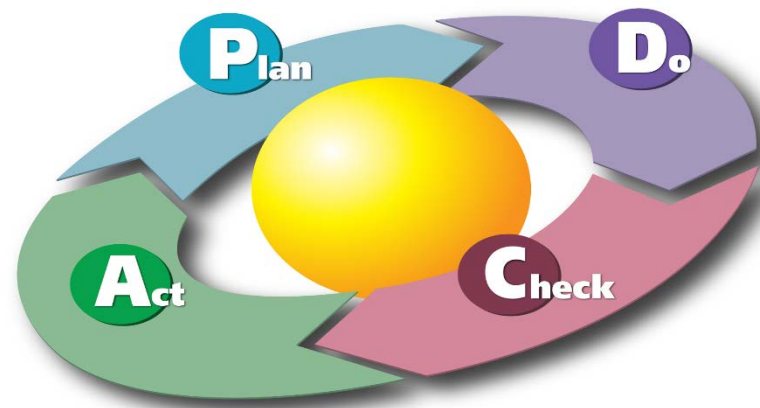
เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติการณ์การให้เลือด ผิดคน ผิดกลุ่ม
เลือด ผิดหมู่เลือด = 0

- ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1 อุบัติการณ์การให้เลือด ผิดคน ผิดหมู่เลือด = 0

3. ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. นำอุบัติการณ์การให้เลือดผิดคน เสนอในที่ประชุมหน่วยงาน 11/1 และ 11/2 เพื่อทบทวนและร่วมวิเคราะห์ สาเหตุ ของการเกิดอุบัติการณ์
2. มีการนำแนวปฏิบัติการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด มาประชุม และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในหน่วยงาน เพื่อทำความเข้าใจ ในแนวปฏิบัติให้ถูกต้องตรงกัน
3. นิเทศ เป็นรายบุคคล และนิเทศเป็นรายกลุ่มมีแบบฟอร์ม ให้ลงข้อมูล ก่อนการให้เลือด พยาบาล 2 คน ตรวจสอบ 4 แห่ง และ 9 อย่าง พร้อมภาพประกอบ



ก่อนการให้เลือด พยาบาล 2 คน ตรวจสอบ 4 แห่ง 9 อย่าง

ตรวจ 4 แห่ง

1 คำสั่งการรักษา

2 ใบแสดงการได้รับเลือด

3 ใบสั่งเลือด

4 ป้ายข้างถุงเลือด

★ คำสั่งการรักษา

1. ชื่อ-นามสกุล
2. HN
3. ชนิดเลือด
4. Volume

ตรวจ 9 อย่าง

1. ชื่อ-นามสกุล
2. HN
3. ชนิดเลือด
4. หมู่เลือด
5. Rh
6. Unit number
7. Expired date
8. Volume
9. ความสมบูรณ์ของถุงเลือด

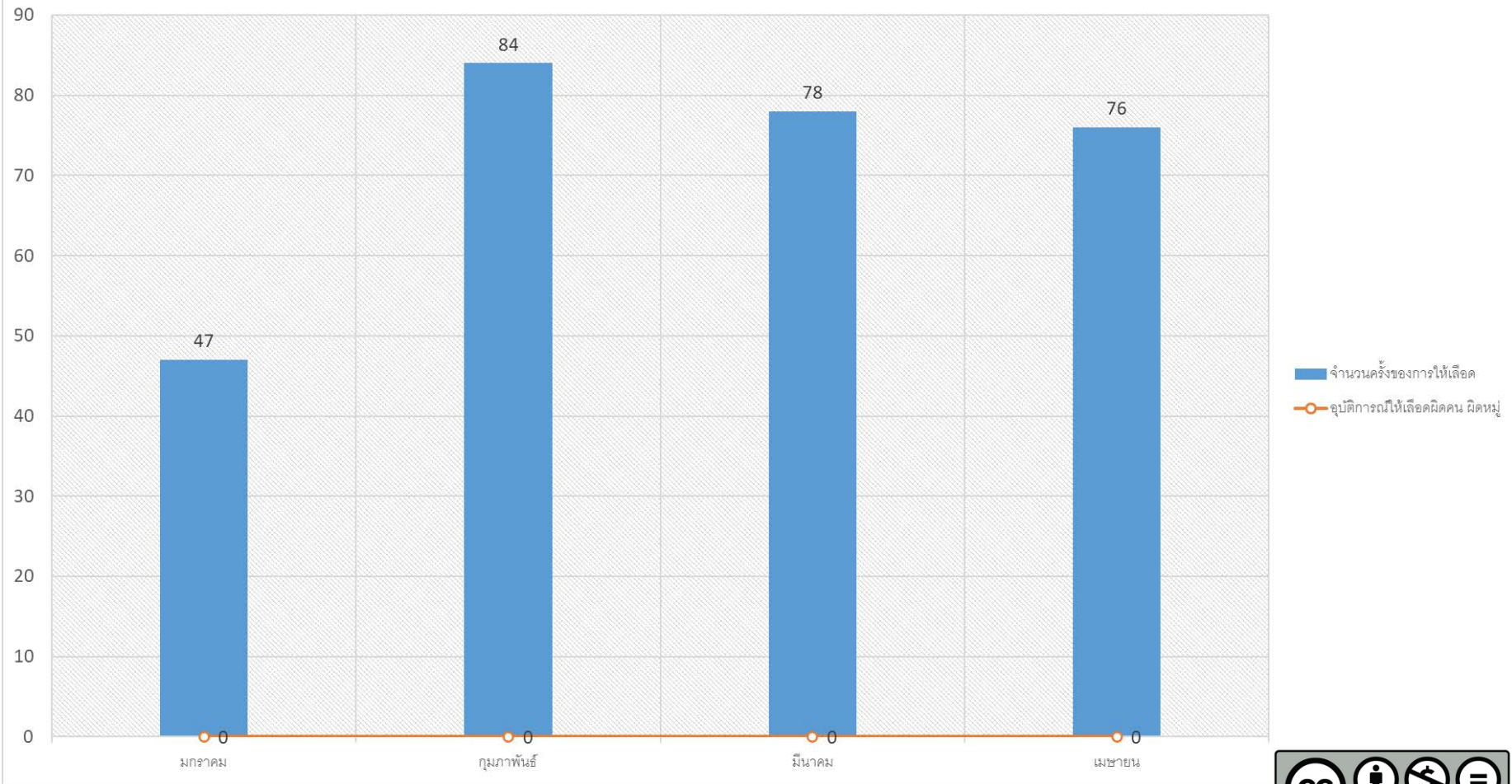
ลำดับ	รายการ	ตัวผู้ป่วย	คำสั่ง	ใบให้เลือด	ใบคลังเลือด	ถุงเลือด
1	ชื่อ-สกุล / อายุ					
2	<u>HN</u>					
3	ชนิดเลือด					
4	หมู่เลือด					
5	<u>Rh</u>					
6	<u>Volume</u>					
7	unit number					
8	Expire date					
9	ความสมบูรณ์ของถุงเลือด					

ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้ กรณีป้ายข้อมือไม่
สามารถใส่ได้ เนื่องจากผู้ป่วย แขนบวม นอนติดเตียง ผู้ป่วย
ที่ใส่ท่อเครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น จึงจัดทำ **ป้ายติดหน้าอก**



4. ผลลัพธ์การดำเนินงาน

อุบัติการณ์การให้เลือด ผิดคน ผิดหมู่



5. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

1.บุคลากรยังขาดความเข้าใจในการ ลงข้อมูลในแบบฟอร์ม check list ในเอกสาร

2 . กรณีให้คนไข้ที่รีบด่วน มีการตรวจสอบ พยาบาล 2 คนจริง แต่จะไม่ได้ลงในเอกสารแบบฟอร์มที่เตรียมไว้

3. ป้ายชื่อ ติดหน้าอก เป็นสิ่งที่หน่วยการพยาบาล คิดทำขึ้นมา

กรณีผู้ป่วยย้ายไปหน่วยงานอื่น จะไม่เป็นแนวทางเดียวกันของรพ

และบัตรไม่คงอยู่ถาวร อาจจะเลอะหรือเปื้อนหรือ หลุดได้

6. แนวทางการแก้ไขปัญหา / การขยายผล

1. นิเทศ กำกับ ติดตาม เป็นระยะๆ เริ่มตั้งแต่ขบวนการตั้งแต่การจองเลือดจนถึง
ขณะที่ผู้ป่วยได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือด
2. ควรมีการส่งผลในเรื่องการ Identify ในการส่งตรวจเลือด ผิดคน ผิดสติ๊กเกอร์
เพื่อลดการเกิดอุบัติการณ์ ในการส่งเลือดผิดคน ผิดสติ๊กเกอร์ผิดคน
3. เสนอทีมพัสดุ ในการจัดซื้อป้ายข้อมือ ที่มีหลายขนาด กรณีผู้ป่วยแขนใหญ่หรือ
แขนบวม จะได้ใส่ป้ายข้อมือได้
4. ต้องมีการทบทวน ความเสี่ยงความผิดพลาด ในระดับ อื่นด้วย เช่น A,B



ขอ
ขอบคุณ
นะคะ