

Service Profile 2563

ระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ โรงพยาบาลปากพันธ์

1.บริบท(context)

ก.หน้าที่และเป้าหมาย

หน้าที่ ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ในโรงพยาบาลปากพันธ์ ดำเนินงานในรูปแบบคณะกรรมการซึ่งมาจากสาขาวิชาชีพครอบคลุมทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล บริการให้ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อแก่บุคลากร เฝ้าระวังการติดเชื้อครอบคลุมพื้นที่ทั้งในโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งผู้ให้บริการ ผู้รับบริการและสิ่งแวดล้อม สอบสวนและควบคุมการระบาดของการติดเชื้อ

เป้าหมาย ผู้รับบริการไม่ติดเชื้อในโรงพยาบาล ผู้ให้บริการไม่ติดเชื้อจากการทำงานและสิ่งแวดล้อม ไม่ปนเปื้อน

ข.ขอบเขตการให้บริการ

๑. ให้ความรู้ และทักษะด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
 - ปฐมนิเทศด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
 - ฟื้นฟูความรู้และทักษะด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อแก่บุคลากรปีละ 1 ครั้ง
 - ให้คำปรึกษาด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
๒. เฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล ครอบคลุมผู้รับบริการทุกกลุ่มเป้าหมาย บุคลากรกลุ่มเสี่ยง และสิ่งแวดล้อม
๓. ควบคุมสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
๔. สอบสวนและควบคุมการระบาดของการติดเชื้อ
๕. สนับสนุนทรัพยากร เพื่อป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล
๖. เตรียมรับสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อ อย่างทันเหตุการณ์

ศักยภาพ

1. บุคลากรในคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเป็นทีมสหวิชาชีพมีแพทย์เป็นประธาน กรรมการมีพยาบาลหัวหน้างานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ เป็นกรรมการและเลขานุการ มีตัวแทนจากหน่วยงานต่างๆเป็นกรรมการ
2. ICN , ICWN ได้รับการอบรม IC. Update ทุกปี
3. มี ICWN เฝ้าระวังการติดเชื้อในแต่ละหน่วยงาน
4. มีการสื่อสารระเบียบปฏิบัติสู่ผู้ปฏิบัติงานโดยการอบรม ปีละ 1 ครั้ง แจกเอกสารไว้ที่หน่วยงานและ มีการใส่ไว้ในเว็บไซต์โรงพยาบาลเพื่อสะดวกในการเข้าถึง
5. มีคณะกรรมการ IC เครือข่ายอำเภอปากพันธ์ ในการดูแลระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างครอบคลุมทั้งอำเภอ

6. มีระบบ central supply บริการทำให้ปราศจากเชื้อทั้ง 7 ขั้นตอนของทุกหน่วยบริการในอำเภอปากพนัง
7. มีระบบขนส่งของสะอาดและของปนเปื้อน ให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้ง 21 หน่วย
8. ICN เป็นคณะกรรมการ ของคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อจังหวัดนครศรีธรรมราช มีการพัฒนางานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ เช่น การทำคู่มือ ระเบียบปฏิบัติต่างๆ

ข้อจำกัด

1. สมรรถนะของ ICN เป็นผู้รับผิดชอบงานใหม่ ไม่ผ่านการหลักสูตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อรับงาน IC 7 เดือน มีแผนพัฒนาบุคลากรกลุ่มงานการพยาบาลเพื่อศึกษาต่อหลักสูตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเฉพาะทาง 4 เดือน
2. โครงสร้างอาคาร บางอาคารเป็นอาคารชั่วคราว เช่น ห้องผ่าตัด ห้องคลอด ห้องทันตกรรม

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการสำคัญ

กลุ่มผู้รับผลงาน	ความต้องการด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
ผู้ป่วยทั่วไป	<ol style="list-style-type: none"> 1. สถานที่ อุปกรณ์ เครื่องใช้ ไม่รวมกับผู้ป่วยที่เป็นโรคติดต่อ 2. ได้รับการดูแลอย่างดี ไม่ต้องนอนรพ. นาน 3. ไม่ติดเชื้อจากการมารักษา / นอนพักรักษาในรพ.
ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ - airborne precaution - droplet precaution - contact precaution	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีอุปกรณ์ป้องกันร่างกายใช้อย่างเพียงพอ 2. ผู้ดูแล/ผู้มาเยี่ยม ไม่ติดเชื้อ 3. มีความรู้และความสามารถในการป้องกันและควบคุมโรค 4. รักษาหายใจที่รพ. ปากพนัง ไม่ต้องส่งต่อไปรพ. มหาราช 5. ไม่ถูกรังเกียจจากคนรอบข้าง
ผู้ป่วยภูมิคุ้มกันต่ำ	<ol style="list-style-type: none"> 1. ไม่ติดเชื้อจากโรงพยาบาล 2. อาคาร สถานที่ เครื่องใช้ สะอาด 3. จุดรับบริการ เตียงนอน อยู่ห่างจากจุดที่มีเชื้อโรค
ผู้ป่วยที่มีแผลผ่าตัด	<ol style="list-style-type: none"> 1. ได้รับการดูแลเพื่อไม่ให้แผลติดเชื้อ 2. มีความรู้เรื่องดูแลตัวเองเมื่อมีแผลผ่าตัด 3. แผลไม่เป็นหนอง
ผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ	<ol style="list-style-type: none"> 1. ได้รับคำแนะนำในการดูแลเมื่อต้องคาสายสวนปัสสาวะ 2. ไม่ปวด ไม่แสบท่อปัสสาวะ 3. ไม่ติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ

กลุ่มผู้รับผลงาน	ความต้องการด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
ผู้ป่วยที่เปิดหลอดเลือดดำส่วนปลาย	1.ได้รับคำแนะนำในการดูแลเมื่อต้องให้น้ำเกลือ / คาเข็ม 2.แทงครั้งเดียวได้ ไม่ควานหาเส้น 3.ไม่แทงบ่อย 4.ไม่ปวด ไม่บวม ไม่แสบ ไม่แดง ไม่เป็นหนองบริเวณรอยแทง
บุคลากร	1.ได้รับความรู้และทักษะในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ เมื่อเริ่มเข้าทำงานใหม่ 2.ได้รับการฟื้นฟูความรู้และทักษะในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ เป็นระยะๆ 3.ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ทุกปี 4.เมื่อเสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บจากของมีคม/สัมผัสสารคัดหลั่ง ได้รับวัคซีนป้องกันตับอักเสบบีหากยังไม่มีภูมิคุ้มกัน 5.ได้รับวัคซีนไข้วัดใหญ่ ทุกปี 6.มีแนวทางปฏิบัติงานที่ครอบคลุม 7.มีที่ปรึกษาด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
ชุมชน	รพ.ไม่ปล่อยสิ่งสกปรก เชื้อโรคสู่ชุมชน

ง.ประเด็นคุณภาพ

ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้รับบริการปลอดภัยไม่ติดเชื้อในรพ. บุคลากรปลอดภัยไม่ติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน และสิ่งแวดล้อมปลอดภัยไม่มีการปนเปื้อนเชื้อโรค

จ.ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ จุดเน้นการพัฒนา

ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ

1. มีการติดเชื้อปอดอักเสบในโรงพยาบาล
2. มีผู้ป่วยเชื้อดื้อยาที่ต้องควบคุมพิเศษ
3. การทำให้ปราศจากเชื้อในเครือข่ายยังไม่ได้มาตรฐานการทำให้ปราศจากเชื้อ

จุดเน้นในการพัฒนา

- การป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล
- การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา
- การพัฒนา central supply

ฉ.ปริมาณงานและทรัพยากร (คน/เทคโนโลยี/เครื่องมือ)

บุคลากร

คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ประกอบด้วย

- กุมารแพทย์ เป็นประธาน
- ICN เป็นกรรมการและเลขานุการ
- ICWN IPD m เป็นกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
- ICWN OPD เป็นกรรมการ
- ICWN ER เป็นกรรมการ
- ICWN IPD w เป็นกรรมการ
- ICWN IPD p เป็นกรรมการ
- ICWN LR เป็นกรรมการ
- ICWN OR เป็นกรรมการ
- ทันตแพทย์ เป็นกรรมการ
- เกษัชกร เป็นกรรมการ
- หัวหน้างานเวชศาสตร์ฯ เป็นกรรมการ
- นักเทคนิคการแพทย์ เป็นกรรมการ
- โภชนาการ เป็นกรรมการ

เทคโนโลยี/เครื่องมือ

เทคโนโลยี/เครื่องมือ	จำนวน
1.ระบบรายงานเชื้อดื้อยา	1 ระบบ
2.ระบบรายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล	1 ระบบ
3.ระบบการรายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเครือข่ายปากพ่อง	1 ระบบ
4.โปรแกรมพิมพ์ฉลากชุดเครื่องมือปราศจากเชื้อ	1 โปรแกรม
5.เครื่องนึ่งไอน้ำ 700 ลิตร	1 เครื่อง
6.เครื่องอบฆ่าเชื้อด้วยแก๊สเอทิลีนออกไซด์ ขนาด 150 ลิตร	1 เครื่อง

2.กระบวนการสำคัญ(key process)

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
1. การเฝ้าระวังการติดเชื้อ	1.ผู้ป่วย ไม่ติดเชื้อในรพ.	1.อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล 2.อัตราการติดเชื้อ CAUTI 3.อัตราการติดเชื้อ Phlebitis 4.อัตราการติดเชื้อ SSI 5.อัตราการติดเชื้อแผลฝีเย็บ 6.อัตราการติดเชื้อที่ตา(0- 1 เดือน) 7.อัตราการติดเชื้อที่สะดือ(0- 1 เดือน) 8.อัตราการติดเชื้อ HAP
	2.บุคลากร ไม่ติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน	1.จำนวนบุคลากร ที่ป่วยเป็นวัณโรคจากการปฏิบัติงาน 2.จำนวนบุคลากร ที่ได้รับบาดเจ็บจากของมีคมและสัมผัสสารคัดหลั่ง
	3.สิ่งแวดล้อม ปราศจากการปนเปื้อน	1.คุณภาพน้ำเสีย 2.จำนวนอุบัติการณ์การจัดการขยะติดเชื้อไม่ถูกต้อง
2.การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	1.ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อได้รับการคัดกรอง (airboene/droplet/contact)	1.จำนวนอุบัติการณ์ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อไม่ได้รับการคัดกรอง
	2.ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อได้รับการดูแลตามระเบียบปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในรพ.	2.จำนวนอุบัติการณ์ การไม่ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในรพ.
3.การทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ	1.มีระบบการทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อที่ได้มาตรฐาน 2.บุคลากรมีความรู้เรื่องการทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ 3.บุคลากรจัดเก็บ หยิบใช้อุปกรณ์ปราศจากเชื้อได้ถูกต้อง	1.ประสิทธิภาพการทำให้ปราศจากเชื้อ 2.อัตรา re-sterile

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
4.การดูแลสุขภาพบุคลากร	<p>มีระบบการเฝ้าระวังและการดูแลสุขภาพบุคลากร ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.ตรวจสอบสุขภาพเมื่อเริ่มเข้าปฏิบัติงาน 2.ตรวจสอบสุขภาพประจำปี 3.ตรวจสอบสุขภาพเจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยง 4.ให้ความรู้บุคลากรด้านการป้องกันการติดเชื้อเช่น การล้างมือ การใส่อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย 5.การจัดหาและสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันร่างกายที่มีประสิทธิภาพ 	<ol style="list-style-type: none"> 1.ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี 2.ร้อยละของบุคลากรที่มีความเสี่ยงต่อตัวอีกเสบปี มีภูมิต้านทานต่อตัวอีกเสบปี 3.จำนวนผู้ได้รับบาดเจ็บจากของมีคมและสัมผัสสารคัดหลั่งที่ได้รับการดูแลตามแนวทาง 4.จำนวนอุบัติการณ์การสวมใส่เครื่องป้องกันร่างกายไม่เหมาะสม 5.อัตราการล้างมือครบ 7 ขั้นตอน
5.การให้ความรู้แก่บุคลากร	<ol style="list-style-type: none"> 1.บุคลากรได้รับการปฐมนิเทศ 2.บุคลากรได้รับการฟื้นฟูความรู้และทักษะด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ปีละครั้ง 	<ol style="list-style-type: none"> 1.ร้อยละของบุคลากรทางการพยาบาลที่ได้รับการปฐมนิเทศ 2.ร้อยละของบุคลากรทางการพยาบาลที่ได้รับการฟื้นฟูความรู้และทักษะด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
6.การเฝ้าระวังการดูแลด้านสิ่งแวดล้อม	<p>ประสานกับคณะทำงาน ENV และงานสุขาภิบาลในการดูแลด้านต่างๆ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.การจัดการมูลฝอยในโรงพยาบาล 2.การจัดการผ้าเปื้อน 4.การจัดการระบบบำบัดน้ำเสีย 5.สุขาภิบาลอาหาร 6.ระบบการระบายอากาศ 	<ol style="list-style-type: none"> 1.จำนวนอุบัติการณ์การแยกขยะไม่ถูกต้อง 2.จำนวนอุบัติการณ์การแยกผ้าเปื้อนไม่ถูกต้อง 3.คุณภาพน้ำเสีย

3.ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	0
1.อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล	2 : 1000 วันนอน	0.07	0.06	0.05	0.04	0.04
2.อัตราการติดเชื้อ CAUTI	20 : 1000 cath. day	0	0	0	0	0
3.อัตราการติดเชื้อ Phlebitis	1 : 1000 iv. day	0	0	0	0	0
4.อัตราการติดเชื้อ SSI	ร้อยละ 2	0.98	0	0	0	0
5.อัตราการติดเชื้อแผลฝีเย็บ	ร้อยละ 0	0	0.4	0.4	0	0
6.อัตราการติดเชื้อที่ตา(0- 1 เดือน)	ร้อยละ 0	0	0	0	0	0
7.อัตราการติดเชื้อที่สะดือ(0- 1 เดือน)	ร้อยละ 0	0.3	0	0	0	0.2
8.ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการปฐมพยาบาลด้าน ic.	ร้อยละ 100	100	100	100	100	100
9.ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการฟื้นฟูความรู้และทักษะด้าน ic.	ร้อยละ 100	100	100	100	100	100
10.ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี	ร้อยละ 100	97.29	NA	94.59	96.31	94.24
11.จำนวนอุบัติการณ์การบาดเจ็บจากของมีคมและสัมผัสสารคัดหลั่ง	0 ราย	5	2	1	4	0
12.จำนวนบุคลากร ที่ป่วยเป็นวัณโรคจากการปฏิบัติงาน	0 ราย	0	0	0	0	0
9.ร้อยละของบุคลากร ที่ได้รับบาดเจ็บจากของมีคมได้รับการดูแลตามแนวทาง	100	100	100	100	100	100
11.อัตราการล้างมือครบ 7 ขั้นตอน	ร้อยละ 80	90.90	89.54	90.19	86.7	88.7
15.ประสิทธิภาพการทำให้ปราศจากเชื้อ	ร้อยละ 100	100	100	100	100	100
16.อัตรา re-sterile	ร้อยละ 0	0.01	0.01	0.04	0.02	0.001

4.กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

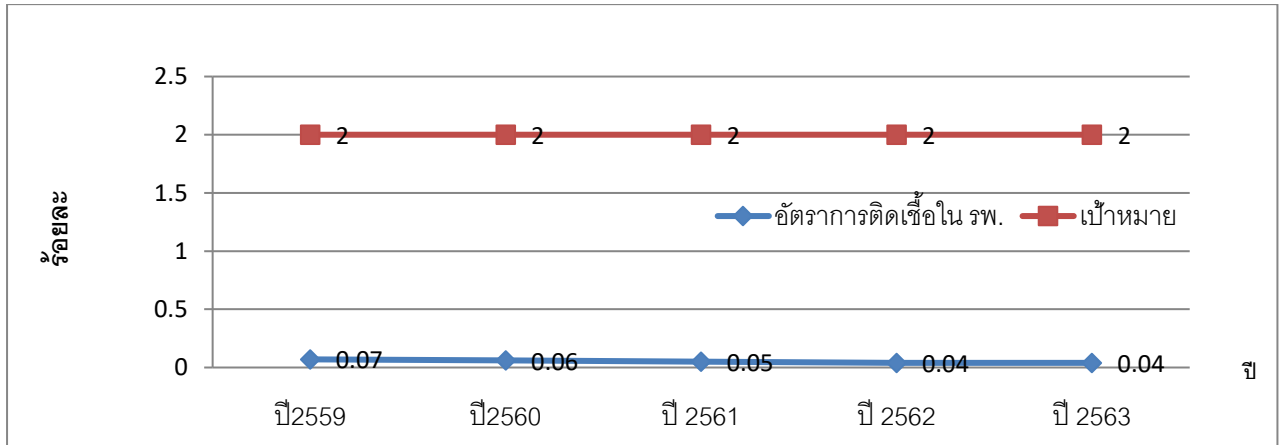
4.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ปัจจุบัน (รวมทั้งงานพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

การปรับปรุงอาคารสถานที่

- เรือนพักขยะจากเดิมมีเพียงห้องพักขยะทั่วไปและขยะติดเชื้อ ได้เพิ่มห้องพักขยะอันตรายมาอีก 1 ห้อง

- อาคารซักฟอก ได้ปรับโครงสร้าง เพื่อรองรับเครื่องซักผ้าขนาด 125 ปอนด์ และ เครื่องอบผ้า อัตโนมัติขนาดไม่น้อยกว่า 120 ปอนด์

อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล



ปัญหาที่พบ การติดเชื้อในโรงพยาบาลอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด

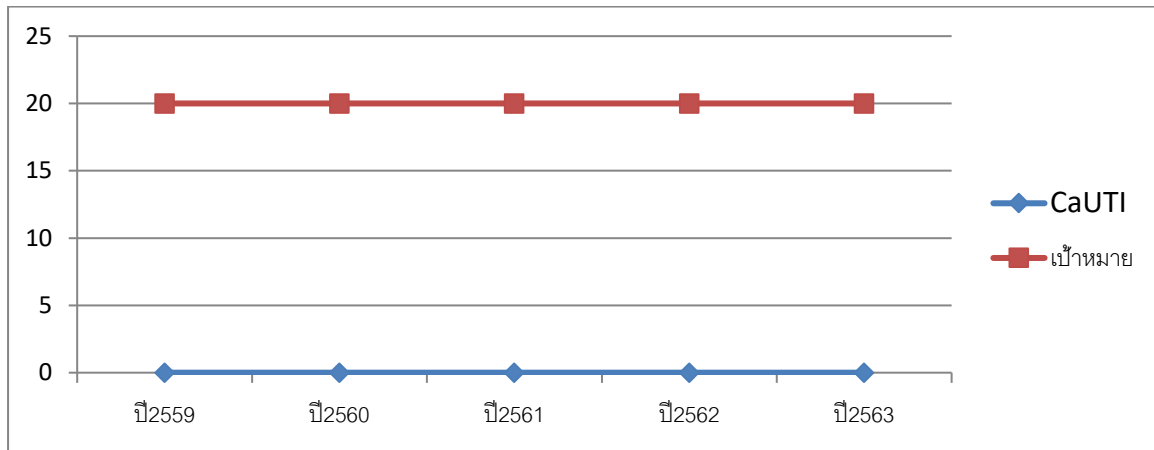
กิจกรรมการดำเนินงาน

1. ประชุมคณะกรรมการ ICC เพื่อทบทวนและค้นหาสาเหตุที่แท้จริง เมื่อพบมีการติดเชื้อ
2. หาแนวทางแก้ไข และสื่อสารไปยังหน่วยงาน
3. เฝ้าระวังการติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง

ผลการดำเนินงาน

- ปี 2559 อัตราการติดเชื้อในรพ. เป็น 0.07 : 1000 วันนอน
- ปี 2560 อัตราการติดเชื้อในรพ. เป็น 0.06 : 1000 วันนอน
- ปี 2561 อัตราการติดเชื้อในรพ. เป็น 0.05 : 1000 วันนอน
- ปี 2562 อัตราการติดเชื้อในรพ. เป็น 0.04 : 1000 วันนอน
- ปี 2563 อัตราการติดเชื้อในรพ. เป็น 0.04 : 1000 วันนอน

อัตราการเกิด CaUTI



ปัญหาที่พบ ไม่มีการติดเชื้อ CaUTI ต่อเนื่อง 5 ปี

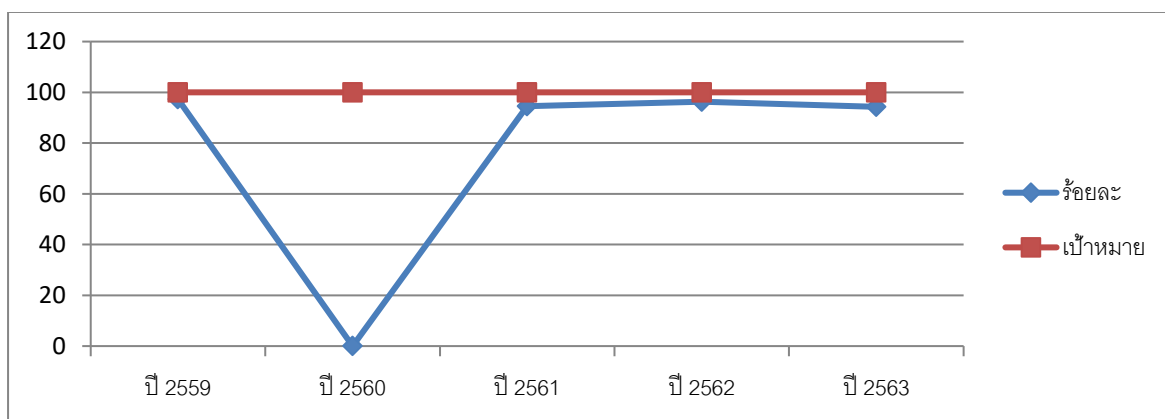
กิจกรรมการดำเนินงาน

1. ปรับปรุงแนวทางปฏิบัติการป้องกันการเกิด CaUTI
2. เสนอคณะกรรมการ PTC เพื่อนำสารหล่อลื่น ชนิด single มาใช้
3. มีการค้นหาผู้ดูแลหลักซึ่งอาจมีมากกว่า 1 คน เพื่อฝึกทักษะการดูแลเมื่อคาสายสวนปัสสาวะจนสามารถดูแลได้ พร้อมแจกเอกสารแผ่นพับ
4. ติดตาม/เฝ้าระวังการเกิด CaUTI โดยใช้แนวทางการป้องกัน CaUTI 5 ประการของ NHS

ผลการดำเนินงาน

ไม่มีการติดเชื้อ CaUTI ต่อเนื่อง 5 ปี ตั้งแต่ 2558-2562

การตรวจสอบสุขภาพประจำปีบุคลากร



ปัญหาที่พบ ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการตรวจสอบสุขภาพมีแนวโน้มที่ดี ในปี 2559 ผู้บริหารระดับสูงมีนโยบายให้เลื่อนการตรวจสอบสุขภาพประจำปีไปก่อน

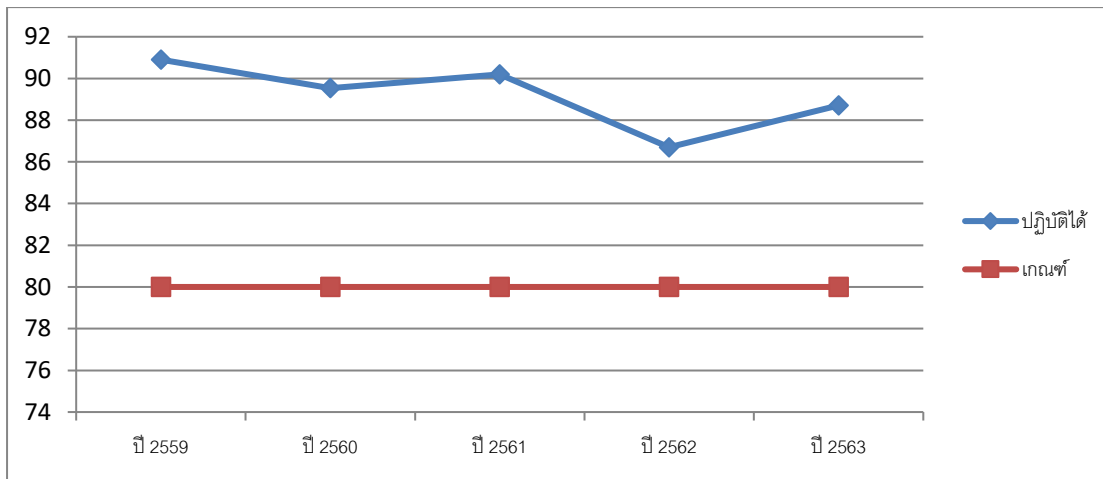
กิจกรรมการดำเนินงาน

1. ดำเนินกิจกรรมตรวจสอบคุณภาพโดยคณะกรรมการ ICC
2. มีการสื่อสารเรื่องระบบการตรวจหลากหลายช่องทาง
3. มีแผนช่วงเวลาการในตรวจที่ชัดเจน
4. ให้บุคลากรเลือกวันตรวจเลือดและฟังผลตามความสะดวก
5. มีการติดตามการมาตรวจวันต่อวัน
6. มีเกณฑ์การจัดกลุ่มภาวะสุขภาพที่ชัดเจน
7. นำปัญหาในปีที่ผ่านมา มาพัฒนาระบบตรวจสอบคุณภาพในปีถัดไป

ผลการดำเนินงาน

บุคลากรเห็นความสำคัญของการตรวจสอบคุณภาพ ให้ความร่วมมือในการรับการตรวจสอบสุขภาพทุกปี
ปี 2559 บุคลากรที่ได้รับการตรวจสอบสุขภาพ ร้อยละ 97.29
ปี 2560 บุคลากรไม่ได้ตรวจสุขภาพ
ปี 2561 บุคลากรที่ได้รับการตรวจสอบสุขภาพ ร้อยละ 94.59 (เลื่อนการตรวจให้เร็วขึ้น)
ปี 2562 บุคลากรที่ได้รับการตรวจสอบสุขภาพ ร้อยละ 96.31
ปี 2563 บุคลากรที่ได้รับการตรวจสอบสุขภาพ ร้อยละ 94.24

การล้างมือครบ 5 moment 7 step



อัตราการล้างมือ 7 ขั้นตอน มีแนวโน้มที่ดี

ปัญหาที่พบ

- ใส่เครื่องประดับ แหวน นาฬิกา
- จำทำไม่ได้
- ยืนพิงอ่าง
- ใช้มือสะอาดปิดก๊อกน้ำ
- ล้างเร็วเกินไป

- จุดล้างมือไม่เพียงพอ ไม่สะดวกในการเข้าถึง
- จุดล้างมือ ไม่มีป้ายแสดงท่าล้างมือ

กิจกรรมการดำเนินงาน

1. ประชุมคณะกรรมการ ICC. พบปัญหาการล้างมือไม่ถูกต้อง และไม่ล้างมือตาม 5 moment
2. ค้นหาสาเหตุของการไม่ล้างมือ
3. หาแนวทางแก้ไข
 - ใช้คำย่อในการจำท่าล้างมือทั้ง 7 ท่า ประคบ ซันซี ซียี่แยง ตะแคงหลัง นั่งก่า คลำปลายสุดท้ายรูต
 - ใช้คลิปในการฟื้นฟูความรู้และทักษะการล้างมือ
 - ติดตั้งจุดล้างมือให้เพียงพอ
 - ติดโปสเตอร์วิธีการล้างมือไว้ทุกจุด
4. ประเมินการล้างมือ
 - โดยให้บุคลากรทุกคนประเมินตนเอง และประเมินผู้อื่น ทำให้รู้สึกตื่นตัวอยู่เสมอ
 - Return demand การล้างมือกับ ICN
 - ประเมินประสิทธิภาพการล้างมือด้วยเครื่องส่องมือ เพื่อหาโอกาสพัฒนาเป็นรายบุคคล พบว่าจุดที่ล้างมือไม่ทั่วถึง สูงสุดคือ บริเวณรอบๆซุ้มมือ รองลงมาคือ หัวแม่มือ ได้พัฒนาทักษะเป็นรายบุคคล

ผลการดำเนินงาน

- ปี 2559 อัตราการล้างมือ 7 ขั้นตอน ร้อยละ 90.90
- ปี 2560 อัตราการล้างมือ 7 ขั้นตอน ร้อยละ 89.54
- ปี 2561 อัตราการล้างมือ 7 ขั้นตอน ร้อยละ 90.19
- ปี 2562 อัตราการล้างมือ 7 ขั้นตอน ร้อยละ 86.70
- ปี 2563 อัตราการล้างมือ 7 ขั้นตอน ร้อยละ 88.70

4.2 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

การพัฒนาคุณภาพ	กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด
1.การป้องกันการเกิด HAP	1.จัดทำแนวทางการป้องกัน HAP 2.สื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ 3.สนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงาน 4.ติดตามการปฏิบัติตามแนวทาง	อัตราการเกิด HAP
2.การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา	1.จัดทำแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา 2.สื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ 3.สนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงาน	จำนวนอุบัติการณ์การระบาดของเชื้อดื้อยา

	4.ติดตามการปฏิบัติตามแนวทาง	
3.การพัฒนา central supply	1.จัดทำแนวทางการทำให้ปราศจากเชื้อทั้งในรพ.และเครือข่าย 2.พัฒนางานจ่ายกลางให้ได้มาตรฐาน 3.พัฒนาระบบขนส่งของสะอาด ของปนเปื้อน	ร้อยละของหน่วยบริการที่ใช้บริการ central supply
2.พัฒนาการจัดการพื้นที่ในหน่วยงานซักฟอกให้เป็น ระบบ one way	บันทึกขอความเพื่อขออนุมัติปรับโครงสร้างบางส่วน	การจัดการพื้นที่ในหน่วยซักฟอกเหมาะสม

5.แผนพัฒนาต่อเนื่อง

- การล้างมือ ทำให้เป็นวัฒนธรรมหนึ่งขององค์กร
- พัฒนาอาคารสถานที่ เช่น ห้องแยกโรคแรงดันลบ ห้องผ่าตัดที่โครงสร้างได้มาตรฐาน ห้องทันตกรรม เนื่องจากหอผู้ป่วยในสร้างใหม่ยังไม่มีห้องแยกแรงดันลบ ส่วนห้องผ่าตัดและห้องทันตกรรมที่ใช้อยู่เป็นอาคารชั่วคราว
- พัฒนาการดูแลผู้ป่วยภูมิคุ้มกันต่ำ เช่น febrile leukopenia เนื่องจากผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยมะเร็งติด TOP 5 ทุกปี
- พัฒนาสมรรถนะ ICN / ICWN

Service profile

2564

ระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

โรงพยาบาลปากพนัง จ.นครศรีธรรมราช