3.3 ความก้าวหน้าการดำเนินงาน FALLING

นำเสนอที่ประชุมคณะทำงานภายใต้อนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข เขต 6 ระยอง ชุดที่ 2 คณะทำงานควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

ครั้งที่ 4/2566 วันที่ 13 เดือน ธันวาคม พ.ศ.2566

นางสุปราณี ศรีพลาวงษ์

ผู้แทนสภาการพยาบาล

แผนการดำเนินงานเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาด้านคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขเขตระยอง ประจำปี 2565

ประเด็น : การตก / ล้มซ้ำในหน่วยบริการเดิม (Common Clinical risk) และ แบบประเมินการเฝ้าระวังและป้องกันพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาล

แผนดำเนินงาน	ระยะเวลาดำเนิน	ผู้ร่วมดำเนินการ
1.ลงเยี่ยมหน่วยงานนำร่อง	15 มีค.65	สปสช.และ 2 รพ.
2.วิเคราะห์ข้อมูลและหาแนวทางแก้ไข	มีค.65	ทีม สปสช.
3.ปรับแนวปฏิบัติ /Policy ให้ครอบคลุม	เมย.65	รพ. สป และ บางบ่อ
4.ปรับแบบประเมินหลักเกณฑ์แนวทางและ	เมย.65	สปสช.และ 2 รพ.
5.การกำกับติดตามการป้องกันพลัดตกหกล้ม ในโรงพยาบาล ทดลองใช้ 2 รพ.	พค.65	รพ. สป และ บางบ่อ
6.นำระบบและ Policy และเกณฑ์ประเมินสู่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลระดับเขต	มิย.65	ประธานงานพัฒนาคุณภาพ บริการพยาบาลเขต 6

Flowchart ของการดูแลผู้ป่วย Falling

อคม. เขต ๖ ระยอง

พยาบาลหอผู้ป่วยปฏิบัติตามแนวทางดังนี้
1. ผู้ป่วยที่รับใหม่/รับย้าย ประเมินและบันทึกความเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้ม ด้วยแบบประเมินความเสี่ยงฯ ตามแนวทางของหน่วยงาน ตั้งแต่แรกรับภายใน 24 ชั่วโมง Morse Fall ในผู้ใหญ่, Humpty Dumpty ในเด็ก , Hendrich II
2. ปฏิบัติตาม WI เพื่อป้องกันการเกิดพลัดตกหกล้ม
3. แนะนำการฝึกทักษะการดูแลให้กับญาติ/ผู้ดูแล

ผู้ป่วยที่มาตรวจที่ OPD, ER
<u>พยาบาล/ผู้ช่วยเหลือคนไข้/เวรเปล</u>
ประเมินคัดกรองผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้ม ผู้ที่เดินไม่สะดวก (มี/ไม่มีอุปกรณ์ช่วยพยุง หรือคนช่วยพยุง)

Admit

1. ปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดพลัดตกหกล้ม
2. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว/การดูแลเพื่อป้องกันการเกิด

- นิเทศการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการเกิดพลัดตกหกล้มในหน่วยงาน
- คกก. นิเทศการเฝ้าระวังการเกิดพลัดตกหกล้ม โดยใช้แบบนิเทศฯ 1-2 ครั้ง/ปี
- วิเคราะห์และรายงานไปยังศูนย์ **TQM**

CoP Falling
รายงานผลการเกิดอุบัติการณ์การเกิดพลัดตกหกล้ม จำแนกตามระดับความรุนแรง ส่งให้ TQM ทุก 3 เดือน และแจ้งในที่ประชุมคณะกรรมการ QA

การจัดการด้านอุปกรณ์ อาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมร่วมกับหน่วยบริหารทั่วไป ตรวจเยี่ยมทุก 3 เดือน

การกำกับติดตาม การเฝ้าระวังพลัดตกหกล้ม เขต 6

อคม. เขต ๖ ระยอง

ลำดับข้อ	กิจกรรม	ตค.65	พย.	ธค.	มค.66	กพ.	มีค.	เมย.	พค.	มิย.	กค.	สค.	กย.
1	นำเสนอแนวปฏิบัติสู่การพัฒนาคุณภาพการ		←	→									
	พยาบาลระดับเขต												
2	นำเสนอแนวปฏิบัติสู่ผู้บริหารระดับเขตสุขภาพ		←	→									
3	นำเสนอแนวปฏิบัติสู่การพัฒนาคุณภาพการ			←	→								
	พยาบาลระดับจังหวัด												
4	นำแนวทางการปฏิบัติการเฝ้าระวังการพลัดตก			←									→
	หกล้มสู่การปฏิบัติ												
5	ควบคุมกำกับ ติดตาม ปฏิบัติตามแนวทาง			←									→
6	ติดตามตัวชี้วัดระดับ รพ.												
	6.1. จำนวน รพ.ที่นำแนวปฏิบัติการเฝ้าระวัง				←	→			←	→		←	→
	การพลัดตกหกล้ม												
	6.2 การรายงานความเสี่ยงระดับ A,B มากกว่า			←									→
	ร้อยละ 70												
	6.3 อุบัติการณ์การเกิดพลัดตกหกล้มระดับ			←									→
	G H I เท่ากับ 0												

อคม.
เขต ๖ ระยอง

ติดตาม Falling บริการพยาบาล เขต 6

มีการดำเนินการควบคุม กำกับ ติดตาม ตัวชี้วัดที่กำหนดทุก โรงพยาบาลระดับ A ถึง F ทุกเดือน

ส่งรายงานที่เลขาเขต บริการพยาบาลสุขภาพ

ติดตามทุกครั้งที่มีการประชุมการพัฒนาคุณภาพบริการ ทุก 3 เดือน

อัตราการลื่น ตก หกล้มเขตสุขภาพที่ 6 ปีงบประมาณ 2566

อัตราการลื่น ตก หกล้ม (เป้าหมาย)	เขตสุขภาพที่ 6 ปีงบประมาณ 2566								รวม
	ฉะเชิงเทรา	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	สมุทรปราการ	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	
อัตราการลื่น ตก หกล้ม ระดับ C-F(IPD) (เป้าหมาย <0.4:1000)	0.1000	0.2125	0.1100	1.6900	1.5720	0.3100	0.1100	0.23	0.1495
อัตราการลื่น ตก หกล้ม ระดับ G-I(IPD) (เป้าหมาย =0)	0.0100	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0100(2)	0.0000	0.01(1)	0.0011
อัตราการลื่น ตก หกล้ม ระดับ C-F(OPD)) (เป้าหมาย <0.4:1000)	0.00	0.01	0.01	0.22	0	0.01	0.13	0.005	0.01
อัตราการลื่น ตก หกล้ม ระดับ G-I(OPD) (เป้าหมาย =0)	0.0000	0.0004 (1)	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0	0.0001
จำนวนครั้งการดักจับความเสี่ยงลื่น ตก หกล้ม ระดับ A B(IPD)	0	42,873	9,328	595	208,483	7,725	762	43	269,809
จำนวนครั้งการดักจับความเสี่ยงลื่น ตก หกล้ม ระดับ A B(OPD)	661	52,583	1,964	16,578	403,826	3,443	32	0	479,087

ประเด็นวิเคราะห์และข้อเสนอ จากอุบัติการณ์ในการเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้ม

ประเด็น	ข้อเสนอ
มีแบบประเมินและแนวทางการเฝ้าระวังพลัดตกหกล้ม ในแต่ละ รพ.ทั้ง OPD ,ER, IPDแต่ยังไม่ได้นำไปปรับใช้	กำหนดให้มีการประเมิน Fall ตั้งแต่ประเมินแรกรับ (AOP) และต่อเนื่อง ทั้ง OPD/ER/IPD
รับนโยบายจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลเขต 6 ติดตามผลตัวชี้วัด แต่ยังไม่วิเคราะห์	เสนอผู้บริหาร สปสช.เน้นย้ำให้กับผู้บริหาร รพ.ทุกระดับ (เพื่อติดตามต่อเนื่อง)
บุคลากรทุกระดับยังไม่เห็นความสำคัญ และเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง	-คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของ รพ.ใช้ SIMPLE ของ สรพ. -กำหนดลดอุบัติการณ์ Falling เป็น Safety goal ของ รพ. ทุกปี Non technical skill จัด rally จัดทำคลิปวิดิโอ ประชาสัมพันธ์
การนิเทศ ควบคุม กำกับ ยังไม่ชัดเจน	ผู้บริหาร พยาบาล
การจัดการด้านอุปกรณ์ป้องกัน เช่นสายรัดตัวผู้ป่วยทั้งรถเข็นนั่ง นอน	งานบริหาร และงานช่าง ของแต่ละ รพ -จัดให้มีการประกวดนวตกรรม

จึงเรียนเสนอคณะทำงานเพื่อทราบ

ความก้าวหน้าการดำเนินงาน FALLING