**Service Profile**

**งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC) โรงพยาบาลหนองบุญมาก**



**2561**

**Update 12 กุมภาพันธ์ 2561**

**Service Profile โรงพยาบาลหนองบุญมาก**

**หน่วยงาน งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล**

1. **บริบท**

โรงพยาบาลหนองบุญมาก มีคณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลประกอบด้วย สหสาขาวิชาชีพ มีแพทย์เป็นประธานคณะกรรมการเป็นผู้กำหนดนโยบายด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล และดำเนินการนิเทศติดตามควบคุม กำกับ และประเมินผลหน่วยงาน บุคลากร ให้ปฏิบัติตามมาตรฐานงาน IC

**วิสัยทัศน์**

เจ้าหน้าที่ปลอดภัย ผู้รับบริการปลอดเชื้อ สร้างความเชื่อมั่นให้กับองค์กร

**พันธกิจ**

เฝ้าระวังการติดเชื้ออย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ส่งเสริมคุณภาพการบริการ เน้นความปลอดภัยทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

**นโยบาย**

1. มีระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้ออยู่บนพื้นฐานของความรู้ทางวิทยาศาสตร์ที่ทันสมัยการปฏิบัติซึ่งยอมรับเป็นไปตามข้อกำหนดตามกฎหมายและจัดทำแนวทางปฏิบัติไว้เป็นลายลักษณ์อักษร
2. มีระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อครอบคลุมทุกพื้นที่ที่ให้บริการแก่ผู้ป่วย บุคลากร และผู้มาเยือน
3. มีระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล และมีการพัฒนางานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ
4. มีระบบการเฝ้าระวัง/การปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม อุปกรณ์ สารน้ำและน้ำยา และการแพร่กระจายเชื้อโรค
5. มีการเพิ่มความรู้และทักษะให้แก่บุคลากรในด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล และบริการวิชาการด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความร่วมมือและเพื่อพัฒนางานในหน่วยงาน
6. การมีระบบดูแลสุขภาพและส่งเสริมคุณภาพที่ดีให้แก่บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน
7. มีการทบทวนปรับปรุงแนวปฏิบัติ/มีโครงการหรือกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ/มีนวัตกรรม CQI

อย่างต่อเนื่อง

**เป้าหมาย**

1. ผู้ป่วย ผู้มาเยือน ปลอดภัยจากการติดเชื้อในโรงพยาบาล
2. บุคลากรปลอดภัยจากการติดเชื้อในโรงพยาบาล มีสุขภาพอนามัยที่ดี
3. ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาการติดเชื้อในโรงพยาบาล
4. สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมดีปราศจากการปนเปื้อน

**ศักยภาพและข้อจำกัด**

**ศักยภาพ**

1. บุคลากรในคณะกรรมการเป็น ทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลที่ผ่านการอบรมการควบคุมการติดเชื้อเบื้องต้น พยาบาลวิชาชีพประจำแต่ละหน่วยงานงานเวชปฏิบัติครอบครัวเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องกับการกำจัดขยะ เจ้าหน้าที่เภสัชกรรม
2. บุคลากรมีความตระหนักในบทบาทของตนเองและให้ความร่วมมือในการให้บริการ

**ข้อจำกัด**

1. การสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ นโยบาย มาตรการ แนวทางปฏิบัติและข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ IC ไปสู่หน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง ไม่ครอบคลุมทุกหน่วยงาน และไม่ต่อเนื่อง รวมทั้งการประเมินการปฏิบัติตามมาตรการที่ถูกละเลย
2. ขาดการประสานเชื่อมโยงระหว่างระบบงาน/ทีมงาน/หน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องในเรื่อง IC

**ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ**

1. พัฒนาระบบบริหาร บริการพยาบาล โดยเน้นการนิเทศและประเมินติดตามผลและการปฏิบัติ
2. พัฒนาบุคลากรในด้านความรู้ ทักษะในการปฏิบัติงาน ด้านการดูแลสุขภาพ
3. พัฒนาคุณภาพบริการด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ โดยเน้นการใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพ,การใช้ความรู้เชิงประจักษ์,การแลกเปลี่ยนเรียนรู้

**ความท้าทาย ความเสี่ยงที่สำคัญ**

1. โรคติดเชื้ออุบัติใหม่,อุบัติซ้ำ เช่น โรคไข้หวัดใหญ่ สายพันธุ์ใหม่
2. บุคลากรปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
3. สร้างความตระหนักแก่บุคลากรในการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นมาตรฐานเดียวกัน

**ผังโครงสร้างการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลหนองบุญมาก**

**คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล**

**งานด้านวิชาการ**

**งานด้านคลินิก**

|  |  |
| --- | --- |
| **Antiseptics**  - ควบคุมมาตรฐานการใช้ Antiseptics&  Disinfectant | **CSSD**  - ควบคุมมาตรฐานการทำความสะอาด การทำลายเชื้อ และการทำให้ปราศจากเชื้อ |
| **Environment**  - เฝ้าระวังสุขาภิบาลสุขอนามัยและสิ่งแวดล้อมการประเมินความเสี่ยง,กลยุทธ์ในการทำความสะอาดและการทำลายเชื้อ,การจัดการขยะติดเชื้อ,ระบบระบายอากาศ,ควบคุมคุณภาพน้ำดื่มและน้ำใช้,ควบคุมคุณภาพการบำบัดน้ำเสีย ควบคุมสุขาภิบาลอาหารในโรงพยาบาล | |

**ศูนย์พัฒนาคุณภาพทีมนำเฉพาะด้าน (ENV,RM,PCT ฯลฯ)หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง**

**คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการ**

**ติดเชื้อ Infection Control Committee (ICC)**

ICWN

-------

ICN

**งานด้านควบคุมมาตรฐาน**

|  |  |
| --- | --- |
| **งานเฝ้าระวัง**  - เฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ป่วยและญาติ  - เฝ้าระวังการติดเชื้อในบุคลากรจากการปฏิบัติงาน | **การใช้ยาด้านจุลชีพ**  - ติดตามการใช้ยาต้านจุลชีพ/ความไวของเชื้อ  - Antibiotic committee/Policy |
| **งานด้านการสอบสวนโรคละควบคุมการระบาด**  - ค้นหาสาเหตุการติดเชื้อในโรงพยาบาลของการติดเชื้อตำแหน่งต่างๆ  - กำหนดมาตรฐานและแนวทางในการแก้ปัญหาและการป้องกันปัญหา  - สอบสวนการระบาด | |

- สื่อสาร/ประชาสัมพันธ์นโยบาย มาตรการ แนวทางปฏิบัติ ข้อมูล ข่าวสารต่างๆไปสู่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

- ปรับปรุงคู่มือ/แนวทางปฏิบัติ

- ติดตามการปฏิบัติตามคู่มือ/แนวทางปฏิบัติ

- ติดตามประเมินทักษะของบุคลากรในการปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

- ส่งเสริมสนับสนุนการใช้ Evidence based ด้าน IC

- ให้คำปรึกษา,ความรู้ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

**2. กระบวนการสำคัญ (Key Processes)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **กระบวนการสำคัญ**  **(Key Processes)** | **สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ**  (**Process Requirement**) | **ตัวชี้วัดที่สำคัญ**  **(Performance Indicator)** |
| 1. การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล | - เฝ้าระวังการติดเชื้อแบบ Hospital wide  - เฝ้าระวังการติดเชื้อแบบ Target surveillance  1. CAUTI  2. Phlebitis  3. SSI  4. แผลฝีเย็บ  5. ตาและสะดือเด็ก (0 -1 เดือน)  6. แผลกดทับรายใหม่ | - อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล  - ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการ  ติดเชื้อในโรงพยาบาล  - อัตราการติดเชื้อ CAUTI  - อัตราการติดเชื้อ Phlebitis  - อัตราการติดเชื้อ SSI  - อัตราการติดเชื้อแผลฝีเย็บ  - อัตราการติดเชื้อตาและสะดือ  - อัตราการติดเชื้อ Skin and soft  tissue |
| 2. การเฝ้าระวังและการดูแลสุขภาพบุคลากร | - มีระบบการเฝ้าระวังและการดูแลสุขภาพบุคลากรร่วมกับ HPH ได้แก่  1. ตรวจสุขภาพก่อนรับเข้าปฏิบัติงาน  2. ตรวจสุขภาพประจำปี  3. ตรวจสุขภาพเจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยง  4. จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ  5. ให้ความรู้ด้านการป้องกันการติด  เชื้อทุกระดับ เช่น การล้างมือ การ  ใส่อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย  6. การจัดหาและสนับสนุนอุปกรณ์  ป้องกันร่างกายที่มีประสิทธิภาพ | - อัตราเจ้าหน้าที่ที่ได้รับบริการ  ตรวจสุขภาพ  - อุบัติการณ์การบาดเจ็บ/ติดเชื้อ  จากการปฏิบัติงานของบุคลากร  - เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลได้รับ  การฟื้นฟูความรู้ด้าน IC |
| 3. การเฝ้าระวังการดูแล ด้านสิ่งแวดล้อม | - ประสานกับคณะทำงาน ENV และงานสุขาภิบาลในการดูแลด้านต่างๆดังนี้  1. การจัดการมูลฝอยในโรงพยาบาล  2. การจัดการผ้าเปื้อน  3. การทำลายเชื้อและการทำให้  ปราศจากเชื้อ  4. การจัดการระบบบำบัดน้ำเสียสุขา  ภิบาลอาหารและรวมทั้งระบบการ  ระบายอากาศ | - ประสิทธิภาพการทำให้ปราศจากเชื้อ  - คุณภาพน้ำดื่ม  - คุณภาพน้ำบ่อบำบัด |

**3. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)**

| **เครื่องชี้วัด** | **เกณฑ์** | **2556** | **2557** | **2558** | **2559** | **2560** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **- อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล** | 0.8 ครั้ง/1000 วัน | 0.53 | 0.02 | 0.25 | 0.22 | 0.28 |
| **- อัตราการติดเชื้อ/100 ผู้ป่วย** | ≤ 0.5 | 0.18 | 0.13 | 0.05 | 0.06 | 0.08 |
| - ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อ | ≥ 80 % | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| **อัตราการติดเชื้อเฉพาะตำแหน่ง**   * อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด | อ  0% | Hhอ  0 | Hhอ  1.5 | Hhอ  0 | 0 | 0 |
| * อัตราการติดเชื้อแผลฝีเย็บ | 0% | 0.26 | 0 | 0 | 0 | 0.35  (1ราย/284) |
| * อัตราการติดเชื้อ Phlebitis | ≤ 0.5/1000วันใส่ | 0.12 | 0.11 | 0 | 0.01 | 0.14  (2ราย) |
| * อัตราการติดเชื้อCAUTI | ≤ 0.5/1000วันใส่ | 7.24 | 4.83 | 0 | 0 | 0 |
| * อัตราการติดเชื้อตาทารก | 0% | 0.33 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| * อัตราการติดเชื้อที่สะดือทารก | 0% | 0.33 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - อัตราเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการตรวจสุขภาพ | 90% | 100 | 100 | 100 | 96.89 | 91.32 |
| - อุบัติการณ์บุคลากรถูกของมีคมทิ่มตำ / สิ่งคัดหลั่ง กระเด็นเข้าตา | 0 % | 2/0 | 5/0 | 3/0 | 2/2 | 2/0 |
| - เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลได้รับการฟื้นฟูความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล อย่างน้อย 1 ครั้ง/คน//ปี | 80% | 100% | 100% | 100% | 100% | 96.47% |
| - ประสิทธิภาพการทำให้ปราศจากเชื้อของเครื่องมือ | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |

**4. กระบวนการหลัก**

3.การปฏิบัติการดูแลเพื่อควบคุมและป้องกันโรค

3.1 การปฏิบัติการดูแลเพื่อให้ป้องกันโรค

3.2 การนิเทศการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน

3.3 การดูแลสุขภาพเจ้าหน้าที่

3.4 การควบคุมคุณภาพการทำลายเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อ

1.การเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล

1.1 การเฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ป่วยสิ่งแวดล้อมและเจ้าหน้าที่

1.2 การทำ Prevalence Survey

2.การสอบสวนโรค

2.1 สอบสวนโรคเบื้องต้นทุกครั้งเพื่อหาสาเหตุ

1.2 สอบสวนเมื่อการระบาด

4. กิจกรรมคู่ขนาน

4.1 การพัฒนาศักยภาพกับผู้ปฏิบัติงานด้านการควบคุมดูแลป้องกันโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล

4.2 การพัฒนาแบบฟอร์ม/คู่มือการเฝ้าระวัง

4.3 การพัฒนาคู่มือแนวทางปฏิบัติที่จำเป็น

4.4 การประสานงานกับทีมสุขภาพ

4.5 การเผยแพร่ข้อมูล

**4.1 การพัฒนาคุณภาพ**

4.1.1 อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล เกณฑ์ < 0.8 ครั้ง/1000 วันนอน

4.1.2 ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล เกณฑ์ = 100 %

4.1.3 อัตราการติดเชื้อเฉพาะตำแหน่ง

(4.1.3.1)อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด < 0.5%

**ปัญหาที่พบ** การติดเชื้อแผลผ่าตัด ทำหมัน ปี2557 สูงขึ้น ทบทวนเพื่อหาสาเหตุพบว่าการทำหมันติดต่อกันสองราย ทำให้ห้องผ่าตัดเกิดการปนเปื้อนและสืบเนื่องมาจากแพทย์แต่ละท่านเย็บแผลเทคนิค ไม่เหมือนกัน จึงได้ทบทวนการทำความสะอาดห้องผ่าตัดและจัดทำแนวทางการทำความสะอาดห้องผ่าตัดกรณีทำหมัน 2 รายต่อกัน และทบทวนการเย็บแผลหมันร่วมกับแพทย์ในทีมผ่าตัด

(4.1.3.2) อัตราการติดเชื้อแผลฝีเย็บ < 0.5%

**ปัญหาที่พบ** ทบทวนปัญหาการติดเชื้อที่แผลฝีเย็บปี 2556 เกิดจากเทคนิคการเย็บแผลของบุคลากรในหน่วยงานห้องคลอด หัวหน้าห้องคลอดจึงได้สอนเทคนิคการเย็บแผลฝีเย็บเป็นรายบุคคล และให้ความรู้การทำความสะอาดแผลฝีเย็บให้ผู้ป่วยได้ดูแลตัวเองอย่างถูกต้องก่อนจำหน่ายและอัตราการติดเชื้อลดลงในปี2557-2559 และปี 2560 พบอัตราการติดเชื้อที่แผลฝีเย็บ 1ราย จากการทบทวนพบว่า เป็นแผลฉีกขาด ระดับ 3 ไม่ได้ consult แพทย์ เฉพาะทาง

(4.1.3.3) อัตราการติดเชื้อ Phlebitis < 0.5%

(4.1.3.4) อัตราการติดเชื้อ CAUTI < 0.5%

**ปัญหาที่พบ** อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะสูงขึ้นในปี 2556 พบว่าผู้ป่วยส่งต่อจากรพ.มหาราชป่วยเรื้อรังนอน รพ. นานผู้ป่วยติดเตียงและใส่สายสวนปัสสาวะตลอดเวลาได้ทบทวนแนวทางการปฏิบัติเรื่องการสวนปัสสาวะและการดูแลผู้ป่วยขณะคาสายสวนปัสสาวะพบปัญหาการดูแลขณะคาสายสวน การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธ์ไม่ถูกเทคนิคจึงได้ทบทวนเทคนิคการ Flush ตามแนวทางที่ถูกต้องและสอนญาติผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อนำกลับไปปฏิบัติที่บ้านในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องนอนนานๆและคาสายสวนเป็นประจำ

(4.1.3.5) อัตราการติดเชื้อตาทารก เกณฑ์ ≤ 0.5%

(4.1.3.6) อัตราการติดเชื้อสะดือทารก เกณฑ์ ≤ 0.5%

4.1.4 อัตราการเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี เกณฑ์ ≥ 80%

4.1.5 อัตราการถูกเข็มทิ่มตำ เกณฑ์ 0 ราย

4.1.6 สิ่งคัดหลั่งกระเด็นเข้าตา เกณฑ์ 0 ราย

4.1.7 เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลได้รับการฟื้นฟูความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน

โรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้ง/คน/ปี > 80%

4.1.8 ประสิทธิภาพการทำให้ปราศจากเชื้อของเครื่องนึ่งระบบไฟฟ้า

**การเฝ้าระวังและการดูแลบุคลากร**

* จัดโครงการ “พัฒนาความรู้ด้าน IC”
* มีการตรวจสุขภาพบุคลากรก่อนปฏิบัติงาน,ตรวจสุขภาพประจำปีระหว่างปฏิบัติงาน,ตรวจสุขภาพเพิ่มเติมในบุคลากรในกลุ่มเสี่ยง
* ปรับปรุงแบบบันทึกเมื่อเกิดอุบัติเหตุ และเมื่อเกิดเจ็บป่วยจากการทำงาน
* มีระบบการรายงานและการดูแลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยจากการปฏิบัติงาน
* จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง เช่น โครงการ “องค์กรไร้พุง”
* โรงพยาบาลได้สนับสนุนให้มีการจัดหาอุปกรณ์ป้องกันร่างกายอย่างเพียงพอ มีงานวัสดุ – พัสดุ จัดหาให้และหน่วยงานสามารถเบิกใช้ตามความจำเป็น เช่น ในหมวดเครื่องป้องกันร่างกาย เช่น หมวก Mask,รองเท้าบู๊ท,เสื้อกาวส์,ถุงมือ Dispossible,แว่นตา และมีการจัดเตรียมและตรวจสอบอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก ที่เกี่ยวข้องกับงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เช่น ผ้าเช็ดมือ ขวด alcohol – based handrubs ตาม,ให้เพียงพอและพร้อมใช้

นเข้็็้ณศโโฏฑญ฿ฯซฌ๗ญโฌโฏฏโฑโ**การดูแลด้านสิ่งแวดล้อม**

การดูแลด้านการจัดการขยะในโรงพยาบาล มีการ จัดเก็บ การแยก ขนย้าย ในโรงพาบาล โดยประสานงานกับฝ่ายเวชปฏิบัติครอบครัวและคณะ กรรมการ ENV มีการประเมินตรวจสอบโดย ICN ทุกวันและการให้ข้อมูลย้อนกลับ จัดทำแนวทางปฏิบัติในเรื่องการคัดแยก ขยะการจัดเก็บแต่ละประเภท จากการตรวจสอบพบว่าการทิ้งขยะถูกต้องในแต่ละหอผู้ป่วยมากว่า 90 % การทิ้งขยะของมีคม มีกล่องทิ้งเข็มที่ได้ตามมาตรฐาน และโรงพยาบาลมีการเก็บขยะติดเชื้อในรพ.สต.ให้ทุกแห่งโดยมีรถเก็บขยะติดเชื้อออกให้บริการทุกสัปดาห์

สำหรับผู้ป่วยที่มีการแพร่เชื้อทางอากาศ โรงพยาบาลมีห้องผู้ป่วยแยกโรค 1 ห้อง ประจำตึกผู้ป่วยใน และจัด zone ผู้ป่วยกรณีมีผู้ป่วยเชื้อดื้อยาที่ชัดเจน

**ระบบการทำลายเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อ**

มีการพัฒนาหน่วยงานจ่ายกลางระบบ Central Supply ให้บริการเครื่องมือแพทย์ทุกหน่วยงานบนหอผู้ป่วยและรพ.สต.ทุกแห่ง พร้อมทั้งจัดทำมาตรฐานการตรวจวัด Indicator ในการทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อตามมาตรฐานงานจ่ายกลาง และมีระบบการเรียกคืนเครื่องมือที่ไม่ผ่านเกณฑ์ อย่างทันท่วงทีเมื่อเกิดปัญหา

**4.2 การพัฒนาคุณภาพที่มีอยู่ระหว่างการดำเนินการ**

| **การพัฒนาคุณภาพ** | **กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ** | **ตัวชี้วัด** |
| --- | --- | --- |
| 1. พัฒนาแบบฟอร์มการเฝ้าระวังเพื่อให้ง่ายต่อการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล | - สร้างแบบฟอร์มการเฝ้าระวังแบบใหม่ เพื่อให้ครอบคลุมเกณฑ์วินิจฉัยของการบริการสนับสนุนบริการสุขภาพ | - อัตราการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้ถูกต้อง |
| 2. พัฒนาระบบการรายงานผ่านระบบสารสนเทศ แบบ Diary report และส่งข้อมูลย้อนกลับ | - สร้างช่องทางการรายงานการติดเชื้อในโรงพยาบาลผ่านระบบสารสนเทศ  - ส่งข้อมูล แบบ Diary report  - การส่งข้อมูลย้อนกลับให้หน่วยงาน | - ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อ  - ความรวดเร็วในการสอบสวนโรคต่อราย |
| 3. รูปแบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ป่วยที่นอนนานๆ | - กำหนดแนวทางในการคัดกรองการติดเชื้อในผู้ป่วยที่นอนนาน โดยตรวจสุขภาพ Chest X-ray และ CBC | - อัตราการติดเชื้อในผู้ป่วยนอนนาน เป็น 0.5≤ % |
| 4. พัฒนาระบบการจัดการขยะ | - ปรับปรุงและทบทวนประเภทของขยะ  - ทบทวนแนวทางปฏิบัติของผู้ ปฏิบัติที่เกี่ยวข้องในทุกขั้นตอน  - ติดตามนิเทศอย่างต่อเนื่อง | - อัตราการทิ้งขยะถูกประเภทร้อยละ 80 % |
| 5. การนิเทศติดตาม เยี่ยมสำรวจทำ IC ROUND | - เยี่ยมสำรวจภายในทุกหน่วยงาน  - ส่งข้อมูลย้อนกลับให้กับหน่วยงานเพื่อปรับปรุงแก้ไข | - เยี่ยมสำรวจ ic round 2 เดือน/ ครั้ง |
| 6. ทบทวนเวชระเบียนที่สงสัย | - ทบทวนเวชระเบียนที่สงสัยว่ามีการติดเชื้อและยังไม่ได้ข้อสรุปก่อนจำหน่าย | - |

**5. แผนพัฒนาต่อเนื่อง**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **โครงการ/งาน** | **วัตถุประสงค์** | **ตัวชี้วัด** |
| 1. โครงการเสริมสร้างวัคซีนไข้หวัดใหญ่ให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง | - ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ | ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่100% |
| 2. โครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันแก่บุคลากร | - เพื่อส่งเสริมสุขภาพแก่เจ้าหน้าที่ | การเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อลดลง/สามารถป้องกันได้ |
| 3. เพิ่มประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อ | - เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการเฝ้าระวัง | ประสิทธิภาพของการเฝ้าระวัง |
| 4. โครงการพัฒนาหน่วยงานจ่ายกลาง (ยกเว้นทันตกรรม) | - เพื่อให้การดูแลเครื่องมือและอุปกรณ์ปราศจากเชื้อ เป็นมาตรฐานเดียวกัน  - ลดการแพร่กระจายเชื้อในหน่วยงาน | จำนวนเครื่องมือปราศจากเชื้อ100% |
| 5. พัฒนาระบบ Isolation precaution | - เพื่อป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อ | - อัตราการล้างมืออย่างมีประสิทธิภาพ  - อัตราการแยกผู้ป่วยอย่างถูกประเภทการติดต่อ (โดยเฉพาะเชื้อดื้อยา) |
| 6. การพัฒนาศักยภาพของ ICWN | - เพื่อต้องการเพิ่มศักยภาพของ ICWN | - จำนวน ICWN ที่ได้รับการอบรมเป็นระยะเวลา 2 อาทิตย์ |
| 7. พัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับ | - เพื่อต้องการเพิ่มศักยภาพของบุคลากรทุกระดับ | จัดอบรมให้ความรู้ 1 ครั้ง/ปี นิเทศติดตาม2 เดือน/ครั้ง |
| 8. ให้ความรู้/เสริมพลังผู้ป่วย ญาติ และผู้มาเยือน | - เพื่อให้ผู้ป่วยญาติ ผู้มาเยือนสามารถปฏิบัติตนให้ถูกต้องในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรคที่เกิดการระบาด | จัดให้ความรู้ที่ OPD ตามการระบาดของโรค |