



ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

งานการพยาบาลวิกฤตระบบหัวใจและหลอดเลือด (CCU)

รายงานการประเมินตนเองระดับหน่วยงาน


(Self Assessment Report)

เรื่อง : Unit Profile งานการพยาบาลวิกฤตระบบหัวใจและหลอดเลือด (CCU)

รหัสเอกสาร : .....แก้ไขครั้งที่ .....

วันที่ประกาศใช้ : .....

ผู้รับผิดชอบ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	ลายเซ็น	วัน/เดือน/ปี
ผู้จัดทำ	นางสาวธารทิพย์ ตนตรง	หัวหน้างานการพยาบาลวิกฤตระบบหัวใจและหลอดเลือด (CCU)		
ผู้ทบทวน	ดร.ประภาดา วัชรนาถ	รองผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์ฯ ฝ่ายการพยาบาล		
ผู้อนุมัติ	ผศ.นพ.ฐิติณัฐ ดิลกหัตถการ	ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์ฯ		

	<p>ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ งานการพยาบาลวิกฤตระบบหัวใจและหลอดเลือด (CCU)</p>	<p>วันที่มีผลบังคับใช้ :</p>
<p>รายงานการประเมินตนเอง รหัสเอกสาร : <b>HAเป็นผู้กำหนด</b></p>		<p>แก้ไขครั้งที่ : <b>HA เป็นผู้กำหนด</b></p>
<p>เรื่อง : <b>Unit Profile งานการพยาบาลวิกฤตระบบหัวใจและหลอดเลือด (CCU)</b></p>		<p>หน้า 2 จาก 41</p>

## สารบัญ

เรื่อง

หน้า

บันทึกการเปลี่ยนแปลงเอกสาร

### 1. บริบท (Context)

- วิสัยทัศน์ พันธกิจ จุดเน้นการพัฒนองค์กร
- จุดเน้นฝ่ายการพยาบาล
- ก. หน้าที่และเป้าหมาย
- ข. ขอบเขตการให้บริการ
- ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ
- ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ/เข้มมุ่ง/จุดเน้นการพัฒนา
- จ. ความท้าทายและความเสี่ยงสำคัญ
- ฉ. ลักษณะสำคัญของงานบริการ ปริมาณงาน และทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ)

### 2. กระบวนการสำคัญ (Key Processes)

### 3. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

- 3.1 ตารางตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน
- 3.2 ผลการทบทวนวิเคราะห์ผลการดำเนินงานสำคัญ (กราฟ)

### 4. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

- 4.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (เอกสารคุณภาพ)
- 4.2 การพัฒนาคุณภาพที่ดำเนินการแล้ว และ/หรือ อยู่ระหว่างดำเนินการ (CQI/R2R)

### 5. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

- 5.1 แผนการพัฒนาเอกสารคุณภาพ
- 5.2 แผนพัฒนา CQI/นวัตกรรม/R2R ในอนาคต

	<p>ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ งานการพยาบาลวิกฤตระบบหัวใจและหลอดเลือด (CCU)</p>	<p>วันที่มีผลบังคับใช้ :</p>
<p>รายงานการประเมินตนเอง รหัสเอกสาร : HAเป็นผู้กำหนด</p>		<p>แก้ไขครั้งที่ : HA เป็นผู้กำหนด</p>
<p>เรื่อง : Unit Profile งานการพยาบาลวิกฤตระบบหัวใจและหลอดเลือด(CCU)</p>		<p>หน้า 3 จาก 41</p>

บันทึกการเปลี่ยนแปลงเอกสาร

วันที่	แก้ไข ครั้งที่	ทบทวน ครั้งที่	บันทึกการเปลี่ยนแปลงเอกสาร	ผู้จัดทำ/ผู้แก้ไข
25/10/2567	00	00	ประกาศใหม่ ตามแบบฟอร์มฉบับปีงบประมาณ	ธารทิพย์ ตนตรง

## 1. บริบท (Context)

**วิสัยทัศน์องค์กร :** ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี “เป็นโรงพยาบาลชั้นนำเลิศเพื่อสุขภาวะที่ยั่งยืนของปวงชน” (Health Service Excellence for All)

<b>พันธกิจ :</b>	Mission 1	พัฒนาบุคลากรทางการแพทย์เพื่อส่งเสริมสุขภาพชุมชนอย่างยั่งยืน
	Mission 2	สร้างสรรค์ผลงานวิจัยและนวัตกรรมที่นำไปสู่ความผาสุกของสังคม
	Mission 3	ให้บริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิ เพื่อยกระดับสุขภาพของชุมชน
	Mission 4	เสริมสร้างความสามารถในการแข่งขันขององค์กรอย่างยั่งยืนและสร้างเสริมวัฒนธรรมองค์กรเพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศ

### จุดเน้นการพัฒนา :

- 1) สร้างวัฒนธรรมคุณภาพและความปลอดภัย มุ่งเน้นการดำเนินการตามนโยบาย Zero Even และ Harm Free Care
- 2) มีศูนย์ความเป็นเลิศเฉพาะทางเข้าสู่กระบวนการรับรองมาตรฐาน PDSC
- 3) สร้างเครือข่ายด้านการรักษาพยาบาล ศูนย์การรับ-ส่งต่อโรคซับซ้อน
- 4) สร้างชุมชนต้นแบบเพื่อพัฒนาเครือข่ายด้านการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ

### จุดเน้นการพัฒนาฝ่ายการพยาบาล : ปีงบประมาณ 2568 (ตุลาคม 2567-มีนาคม 2568)

1. ลดระยะเวลารอคอยจำหน่าย แบ่งเป็น
  - 1.1 ระยะเวลารอคอยตรวจของผู้ป่วยนอก น้อยกว่า 120 นาที (ผู้ป่วยนอก)
  - 1.2 ระยะเวลารอคอยจำหน่ายผู้ป่วยใน น้อยกว่า 120 นาที (หอผู้ป่วยพิเศษและสามัญ)
  - 1.3 ระยะเวลารอคอยรับใหม่ผู้ป่วยในโรงพยาบาล ผู้ป่วยระดับ A1 น้อยกว่า 120 นาที ในหอผู้ป่วยวิกฤต , ห้องคลอดและแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน)
2. ไม่เกิดพลัดตกหกล้ม (FALL) ระดับ D ขึ้นไป

## ก. หน้าที่และเป้าหมาย (Purpose Statement)

ให้บริการตรวจวินิจฉัย รักษา ป้องกัน ส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด และครอบครัว ตามมาตรฐานวิชาชีพแบบองค์รวม โดยคำนึงถึงความรวดเร็ว ถูกต้อง ปราศจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ผู้รับบริการพึงพอใจ และผู้ให้บริการปฏิบัติงานอย่างมีความสุข

## ข. ขอบเขตการให้บริการ

### หน่วยงานการพยาบาลให้ระบุ กลุ่มโรคสำคัญในหน่วยกาย 3 – 5 ลำดับ และระบุสถิติผู้ป่วย ย้อนหลัง 5 ปี)

ให้บริการตรวจรักษาพยาบาลผู้ป่วยหัวใจและหลอดเลือดที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป โดยให้การดูแลอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง โดยกลุ่มผู้ป่วยที่รับไว้รักษา ได้แก่

1. 1.1 Acute coronary syndrome (ACS) • ST elevated - ACS (STEMI)
  - Non-ST elevated - ACS (NSTEMI) • Unstable angina, High risk
  - Sudden Cardiac Death
- 1.2 Chronic CAD with active cardiac problem • Heart failure • Arrhythmic problem
2. Cardiogenic shock
3. Serious arrhythmia: primary or secondary
  - Tachyarrhythmia : Ventricular arrhythmia, AF with rapid ventricular response, SVT
  - Bradyarrhythmia : high-grade conduction disturbance, sinus pause/arrest
4. Miscellaneous • Cardiac tamponade, Infective endocarditis with complication, etc
5. Elective cardiac Cath , EPS/RFA , PPM /AICD implantation

สามารถรับผู้ป่วยได้ 8 เตียง เป็นเตียงวิกฤต 6 เตียง เตียงผู้ป่วยทั่วไป 2 เตียง

## ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ

ผู้รับบริการภายนอก (ผู้ป่วยและญาติ, ผู้รับบริการ, บริษัทคู่สัญญา, ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ฯลฯ)

ประเภทผู้รับบริการ	ความต้องการ/ความคาดหวัง
ผู้ป่วยวิกฤต	<ol style="list-style-type: none"><li>1. ได้รับการช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินและวิกฤตได้อย่างทันท่วงทีและมีประสิทธิภาพ โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน</li><li>2. ได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพอย่างมีคุณภาพ สะดวก รวดเร็วตั้งแต่เข้ารับบริการจนจำหน่ายออกจากหน่วยงานและมีการส่งต่อข้อมูลที่ครบถ้วน</li><li>3. มีอุปกรณ์การแพทย์ที่ทันสมัยและพร้อมใช้งาน</li><li>4. ได้รับการอธิบายและแจ้งเกี่ยวกับอาการ ความเป็นไปของโรคและแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง</li><li>5. ให้บริการด้วยความเป็นมิตร อธิษาศัยดี ยิ้มแย้มแจ่มใส พุดจาไพเราะ ให้บริการด้วยความนุ่มนวล</li><li>6. ให้บริการทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่มีการแบ่งแยก</li></ol>

ประเภทผู้รับบริการ	ความต้องการ/ความคาดหวัง
ผู้ป่วยเรื้อรัง	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพอย่างมีคุณภาพ สะดวก รวดเร็วตั้งแต่เข้ารับบริการจนจำหน่ายออกจากหน่วยงาน</li> <li>2. ได้รับการรักษาพยาบาลจนหายจากอาการเจ็บป่วย หรือบรรเทาจากการเจ็บป่วย ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน</li> <li>3. ได้รับทราบข้อมูล เกี่ยวกับความเจ็บป่วย และคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรค</li> <li>4. ให้บริการด้วยความเป็นมิตร อธิยาศัยดี ยิ้มแย้มแจ่มใส พุดจาไพเราะ ให้บริการด้วยความนุ่มนวล</li> <li>5. ให้บริการทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่มีการแบ่งแยก</li> <li>6. มีการสอน/เตรียมให้ผู้ป่วยและญาติสามารถกลับไปใช้ชีวิตต่อที่บ้านได้โดยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและไม่มีผลกระทบกับบทบาทในครอบครัวและสังคม</li> </ol>
ครอบครัว ญาติและประชาชนทั่วไป	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ได้รับการต้อนรับที่ดีและอบอุ่นสะดวก รวดเร็ว ยิ้มแย้มแจ่มใสด้วยท่าทีที่เป็นมิตร มีความสะดวกในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย</li> <li>2. มีส่วนร่วมในการรับรู้และตัดสินใจในการรักษาพยาบาล</li> <li>3. ได้รับการอธิบายและแจ้งเกี่ยวกับอาการ ความเป็นไปของโรคและแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง</li> <li>4. ให้บริการทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่มีการแบ่งแยก</li> <li>5. มีการสอน/เตรียมให้ผู้ป่วยและญาติสามารถกลับไปใช้ชีวิตต่อที่บ้านได้โดยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและไม่มีผลกระทบกับบทบาทในครอบครัวและสังคม</li> </ol>
รพ สต/ รพช	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ต้องการความสะดวก รวดเร็ว เวลาส่งต่อผู้ป่วย</li> <li>2. ต้องการการส่งต่อข้อมูล ผลลัพธ์การดูแลรักษา</li> <li>3. การติดต่อประสานงานด้วยความเป็นมิตร พุดจาไพเราะ</li> </ol>
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 4	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ต้องการให้ศูนย์การแพทย์ ฯ เป็นแม่ข่ายโรคหัวใจและหลอดเลือด</li> <li>2. เป็นที่ปรึกษาแก่ลูกข่ายในการวินิจฉัยและการรักษาเบื้องต้นในกรณีเกินศักยภาพก่อนส่งต่อมาแม่ข่าย</li> <li>3. ติดตามการประเมินผลการทำงานร่วมกันกับเครือข่าย เพื่อปรับปรุงการดำเนินงานให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ</li> </ol>

ผู้รับบริการภายใน (หน่วยงาน/บุคลากรคณะแพทยศาสตร์/ศูนย์การแพทย์ฯ/มศว , นิสิตแพทย์ ฯลฯ)

ประเภทผู้รับบริการ	ความต้องการ/ความคาดหวัง
แพทย์	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.ได้รับความร่วมมือ ความสะดวกในการดูแลรักษาและรับทราบปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย/ญาติ</li> <li>2.มีเครื่องมือ อุปกรณ์การแพทย์ ที่ทันสมัยและเพียงพอ สำหรับการรักษาพยาบาล</li> <li>3. มีอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้ออย่างเพียงพอ มีความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน</li> <li>4. เจ้าหน้าที่รับคำสั่งการรักษาถูกต้อง ครบถ้วนและ รวดเร็ว</li> <li>5. ต้องการการประสานงานที่ดี และเป็นมิตรได้รับความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวก</li> <li>6. เจ้าหน้าที่มีความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง</li> <li>7. มีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ</li> </ol>
เภสัชกร	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ได้รับ Copy order ที่มีข้อมูลถูกต้อง ชัดเจนและครบถ้วน</li> <li>2. หน่วยงานมีการควบคุมและสำรองเวชภัณฑ์อย่างเหมาะสมและมีการcheck จำนวนและวันExpire อย่างสม่ำเสมอและถูกต้อง</li> <li>3. มีการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา(ADR) แจ้ง และปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ</li> <li>4. มีการประสานงานที่ดีและเป็นมิตร และมีประสิทธิภาพ</li> <li>5. มีการปฏิบัติตามนโยบายและระเบียบปฏิบัติต่างๆ ที่ทางงานเภสัชกรรมได้แจ้งอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง เช่น การทำ HAD , Drug Reconciliation เป็นต้น</li> </ol>
เวชศาสตร์ฟื้นฟู	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีการประสานงานระหว่างหน่วยงานเพื่อให้การบริการผู้ป่วยมีคุณภาพสูงสุด และเกิดความคล่องตัวในการปฏิบัติงาน</li> <li>2. มีการปรึกษาหารือระหว่างสาขาวิชาชีพ ต่าง ๆ ในการวางแผนการจำหน่ายอย่างมีประสิทธิภาพ</li> </ol>
พยาบาล/ER/หอผู้ป่วยอื่นๆ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีระบบการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ รวดเร็ว</li> <li>2. มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลผู้ป่วย และความรู้ที่ทันสมัย เพื่อพัฒนาการบริการให้มีคุณภาพ</li> <li>3. มีแนวทางการปฏิบัติให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างชัดเจน และผู้ปฏิบัติงานทราบข้อมูลโดยทั่วกัน</li> </ol>
งานสิทธิประโยชน์	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีการประสานงานที่ถูกต้อง ครบถ้วน ในทุกสิทธิการรักษา</li> <li>2. มีการประสานงานที่ดีและเป็นมิตร และมีประสิทธิภาพ</li> <li>3. มีการปฏิบัติตามนโยบายและระเบียบปฏิบัติต่างๆ ที่ทางงานสิทธิประโยชน์ได้แจ้งอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง</li> </ol>

ประเภทผู้รับบริการ	ความต้องการ/ความคาดหวัง
Supply	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีการประสานงานที่ถูกต้อง</li> <li>2. มีการตรวจสอบจำนวนเครื่องมือในแต่ละ set ให้ครบ ก่อนส่งล้าง</li> <li>3. ไม่มีสิ่งอื่นปนไปกับเครื่องมือ</li> </ol>
แผนกซักฟอก	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีการแยกผ้าและปฏิบัติตามแนวทางของแผนกซักฟอก</li> <li>2. มีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ</li> </ol>
การเงิน	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ความถูกต้องของการคิดค่าใช้จ่ายผู้ป่วย</li> <li>2. การติดต่อประสานงานที่ดี และเป็นมิตร</li> </ol>
X-RAY	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ได้รับใบ Request ที่มีข้อมูลผู้ป่วยชัดเจน ถูกต้อง และครบถ้วน</li> <li>2. ได้รับความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวก</li> <li>3. มีการประสานงานที่ดี</li> </ol>
ห้องปฏิบัติการ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ได้รับใบนำส่งสิ่งส่งตรวจที่มีข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วนและชัดเจน</li> <li>2. ได้รับสิ่งส่งตรวจของผู้ป่วยเพียงพอ ถูกต้องตามใบนำส่งตรวจ</li> <li>3. มีการประสานงานที่ดี</li> </ol>
โภชนาการ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. สั่งอาหารผู้ป่วยประจำวันถูกต้อง ครบถ้วนตรงตามแผนการรักษา</li> <li>2. มีการปรึกษาหารือระหว่างสาขาวิชาชีพ ต่าง ๆ ในการวางแผนการจำหน่ายอย่างมีประสิทธิภาพ</li> <li>3. ต้องการภาวะใส่อาหารกลับคืนหน่วยโภชนาการครบถ้วน</li> <li>4. หากมีการย้ายเตียงหรือหอผู้ป่วย แจ้งให้หน่วยโภชนาการทราบด้วย</li> </ol>
พนักงานรับส่งผู้ป่วย	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ได้รับข้อมูลการขอใช้บริการเปลถูกต้อง</li> <li>2. ผู้ป่วยได้รับการเตรียมพร้อมก่อนการเคลื่อนย้าย</li> <li>3. ได้รับความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> </ol>



## ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

1. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเร่งด่วนได้รับการตอบสนองอย่างรวดเร็วและถูกต้อง
2. ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลรักษา
3. มีการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย และการส่งต่อข้อมูลในการรักษาให้รพ.ต้นสังกัด และงานเวชศาสตร์ครอบครัว
4. ดูแลรักษาผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพแบบองค์รวม ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ
5. ผู้ป่วยและญาติมีพึงพอใจต่อการให้บริการ

จ. ความท้าทายและความเสี่ยงสำคัญ (นำสู่การพัฒนาคุณภาพ กรณีกลุ่มงานคลินิก กำหนด Specific Clinical Risk/ Common Risk)

### 1) ความเสี่ยงกลุ่มโรคและหัตถการตามบริบทหน่วยงาน (Specific Clinical Risk)

กลุ่มโรค/หัตถการ	Specific clinical Risk
STEMI/ NSTEMI	- Death - Cardiac Arrest - Arrhythmia ,VT, VF , AF - cardiogenic Shock - Perforation / Dissection - Stroke - Contrast induced nephropathy -- Instent restenosis
Cardiac arrhythmia (Heart block / AF / A flutter / SVT)	- Arrhythmia ,VT, VF - cardiogenic Shock - Stroke - PE / DVT
CAG / PCI	- Death - Stroke - Bleeding / Hematoma - Instent restenosis - CHF - Perforation / Dissection - แพ้สารทึบแสง - BP drop / bradycardia
CHF	- Death - Cardiac Arrest

กลุ่มโรค/หัตถการ	Specific clinical Risk
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unplan ICU</li> <li>- Unplan ETT</li> <li>- re-admit</li> </ul>

## 2) ความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป (Common Clinical Risk) ตามแนวทาง 2P safety Goal (SIMPLE)

SIMPLE	ความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป (Common Clinical Risk)
1. S: Safety surgery and invasive Procedure	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Surgical Site Infection (SSI) Prevention</li> <li>- Venous Thromboembolism (VTE) Prophylaxis</li> </ul>
2. I: Infection Prevention and Control	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่ล้างมือ/ ล้างไม่เหมาะสมตามข้อบ่งชี้ของการทำความสะอาดมือ (5 moments for hand hygiene)</li> <li>- CAUTI: Catheter Associated Urinary Tract Infection</li> <li>- CLABSI: Central Line-Associated Bloodstream Infection</li> <li>- การไม่ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันการแพร่กระจายเชื้อก่อโรคในสถานพยาบาล Standard Precaution (ยกเว้นการล้างมือ)</li> <li>- การเกิดติดเชื้อดื้อยา</li> </ul>
3. M: Medication & Blood Safety	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medication error : Administration (เกิดข้อผิดพลาด/อุบัติเหตุการณ์ใน ขั้นตอนการให้ยา)</li> <li>- แพ้ยาซ้ำ</li> <li>- ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้จากการได้รับยาความเสี่ยงสูง</li> <li>- กระบวนการปฏิบัติงาน/ขั้นตอนการดำเนินงานในการให้เลือดผู้ป่วยคลาดเคลื่อนจากข้อกำหนด (Right blood right patient, RBRP)</li> <li>- การมีปฏิกิริยาจากการได้รับเลือด (Transfusion reaction)</li> <li>- การให้เลือดที่ไม่เหมาะสม (Inappropriate transfusion)</li> <li>- ผู้ป่วยไม่ได้รับยาเดิมต่อเนื่องจากไม่ได้ทำ Medication Reconciliation</li> </ul>

SIMPLE	ความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป (Common Clinical Risk)
4. P: Patient Care Process	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Delay and Miss diagnosis and Treatment</li> <li>- ผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่าง refer</li> <li>- Over Investigation</li> <li>- Patient Identification</li> <li>- ผู้ป่วยอาการทรุดลง , Unplan ETT , Unplan CPR</li> <li>- การรายงานอาการ หรือสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยไม่เหมาะสม/ไม่ครบถ้วน</li> <li>- การสื่อสารหรือส่งต่อข้อมูลการรักษาพยาบาลผู้ป่วยผิดพลาด เช่น ไม่สื่อสาร/ สื่อสารผิด/สื่อสารไม่ครบถ้วน/สื่อสารล่าช้า</li> <li>- (Discharge Planning) ผู้ป่วยกลุ่มโรคจำเป็นไม่ได้รับการวางแผนจำหน่าย/ วางแผนไม่ครอบคลุม ตามเกณฑ์ หรือประเด็น</li> <li>- เกิดแผลกดทับ</li> <li>- ตกเตียง (FALL)</li> <li>- Phlebitis</li> </ul>
5. L: Line, Tube & Catheter and Laboratory	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unplan Extubation</li> <li>- สาย drain / double lumen/ TPM เลื่อนหลุด</li> <li>- ความคลาดเคลื่อนการให้สารน้ำจากการใช้ Infusion pump</li> <li>- สิ่งส่งตรวจไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสม หรือไม่มีสิ่งส่งตรวจ</li> </ul>
6. E: Emergency Response	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Miss/Delay diagnosis and treatment in ACS</li> <li>-Door to wire crossing time &gt; 90 min (In hospital)</li> <li>-STE-ACS death</li> <li>-Unplan CPR</li> <li>-Septic shock with death</li> </ul>

### 3) ความเสี่ยงทั่วไป (Non-Clinical Risk)

Personal Safety	ตัวอย่าง ความเสี่ยงทั่วไป
1.S: Security and Privacy of Information and Social Media	<ul style="list-style-type: none"> <li>- บุคลากรใช้สื่อสังคมออนไลน์ไม่เหมาะสม เกิดผลกระทบทางลบต่อตนเอง บุคลากรคนอื่น สถานพยาบาล ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ หรือบุคคลภายนอก</li> <li>- บุคลากรถูกถ่ายรูปไป post ในสื่อสังคมออนไลน์</li> </ul>
2. I: Infection and Exposure	<ul style="list-style-type: none"> <li>- บุคลากรถูกวัสดุอุปกรณ์มีคมทิ่มตำ</li> <li>- บุคลากรสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งบริเวณเยื่อหุ้มหรือผิวหนังที่มีแผล (mucous membrane and non-intact skin exposure to blood and body fluid)</li> </ul>

3. M: Mental Health and Mediation	- เจ้าหน้าที่ที่มีภาวะเครียดจากการทำงาน
4.P: Process of work	- บุคลากรไม่ได้รับ/ไม่ได้ใช้อุปกรณ์ หรือใช้ไม่ถูกต้องในการป้องกันและคุ้มครองความปลอดภัยทางเคมี - บุคลากรมีการทำงานในท่าทางหรือลักษณะอันอาจมีผลกระทบต่อสุขภาพ ด้านโครงสร้างของกระดูกและกล้ามเนื้อ
6.E : Environment and Working Conditions สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย สำหรับบุคลากร	- อันตรายจากโครงสร้างอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมเชิงกายภาพ เช่น แสง เสียง ฝุ่นละออง มีเชื้อรา เป็นต้น - บรรยากาศในการทำงานและสภาวะแวดล้อมไม่เหมาะสม

#### 4) ความเสี่ยงอื่นๆ (Organization Safety)

Organization Safety	ตัวอย่าง ความเสี่ยงทั่วไป
S: Strategy, Structure, Security แผนกลยุทธ์ โครงสร้างความปลอดภัย	- อาคารสถานที่/พื้นที่ให้บริการ ไม่เหมาะสม/ไม่ปลอดภัย/ไม่ถูกสุขลักษณะ - ห้องน้ำหรือห้องสุขาไม่พร้อมใช้ (เช่น ขำรด/กดชักโครกไม่ลง/ส้วมเต็ม/ไม่ พอใช้) หรือไม่สะดวกต่อผู้พิการ - อันตรายจากภัยธรรมชาติ อุทกภัย อัคคีภัย วาตภัย

#### ฉ. ลักษณะสำคัญของงานบริการ/ปริมาณงาน และทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ)

##### 1) ตารางข้อมูลจำนวนผู้รับบริการ/จำนวนปริมาณงาน (ข้อมูล 5 ปีงบประมาณ ย้อนหลัง)

ปริมาณผู้รับบริการ หรือ ปริมาณงาน	ปีงบประมาณ (1 ตุลาคม ถึง 30 กันยายน )				
	2563 (ICCU)	2564 (ICCU)	2565 (ICCU)	2566 (ICCU)	2567 (CCU)
จำนวนผู้รับบริการ	778	741	803	791	837
จำนวนวันนอน	1537	1537	1599	1562	1795
อัตราครองเตียง	52.50	52.75	54.74	60.52	60.69
Productivity เฉลี่ย	61.49	64.78	69.11	71.24	76.54
LOS (วันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วย : วัน)	1.98	2.08	2	1.98	2.15

## 2) ตารางจำนวนแพทย์และบุคลากรแพทย์

ตำแหน่ง	จำนวน	สาขาที่มีความเชี่ยวชาญ	หมายเหตุ
อายุรแพทย์โรคหัวใจ	7		
Interventionist	4	อายุรแพทย์ เชี่ยวชาญด้านหัวใจและหลอดเลือด และ ฝึกฝนการหัวใจและหลอดเลือด	
EP	2	อายุรแพทย์โรคหัวใจ อนุสาขาสรีระไฟฟ้าหัวใจ [Cardiac Electrophysiology (EP)]	
ภาพวินิจฉัยหัวใจและหลอดเลือด	1	อายุรแพทย์โรคหัวใจและหลอดเลือด - ภาพวินิจฉัยระบบหัวใจและหลอดเลือด	

### บุคลากร

ตำแหน่งบุคลากร	จำนวน (คน)	ศักยภาพ	อายุงาน							หมายเหตุ
			0 - 1 ปี	1 - 3 ปี	3 - 5 ปี	5 - 10 ปี	10 - 15 ปี	15 - 20 ปี	20 ปีขึ้นไป	
พยาบาลวิชาชีพ	9	- จบหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ มีใบประกอบวิชาชีพพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้น1 จำนวน 9 คน	1	1	1	3	2		1	
		- จบหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต(ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) จำนวน 1 คน							1	
		-จบหลักสูตร Certificate of BLS Instructor จำนวน 1 คน							1	
		- จบหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลหัวใจและหลอดเลือด 3 คน			1	2				
		- ผ่านการอบรมหลักสูตรการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง และมีกร renew ทุก 2 ปี	1	1	1	3	2		1	
ผู้ช่วยพยาบาล	3	- จบหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล จำนวน 3 คน	1	1	1					

		- ผ่านอบรมอัคคีภัย ผ่านการอบรมหลักสูตรการช่วย ฟื้นคืนชีพเบื้องต้น							
ผู้ปฏิบัติงาน ทั่วไป	1	- อบรมอัคคีภัย - อบรมการทบทวนการสร้างเสริม ความตระหนักรู้ด้านความมั่นคง ทางไซเบอร์ Cybersecurity Awareness - ผ่านอบรมงานสารบรรณ					1		
พนักงานบริการ	2	- ผ่านอบรมอัคคีภัย		2					

### 3) ตารางเครื่องมือ เทคโนโลยี ที่สำคัญ

ลำดับ	ครุภัณฑ์	จำนวน	ชื่อยี่ห้อ	เลขครุภัณฑ์	อายุการใช้งาน(ปี)	หมายเหตุ
1	EKG monitor	8	Mindray	เครื่องเช่า	1 ปี 3 เดือน	
2	Infusion pump	15	Mindray	เครื่องเช่า	1 ปี 3 เดือน	
3	เครื่องตรวจและบันทึกคลื่นไฟฟ้า หัวใจพร้อม แพลตผลแบบ 12 ลีด (EKG 12 lead)	1 1	EDAN Mortara	6545-021-029-60 เครื่องเช่า	6 ปี 1 ปี 3 เดือน	
4	ECG monitor bed side and transfer	1	Mindray	เครื่องเช่า	1 ปี 3 เดือน	
5	เครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้าชนิด 2 เฟส พร้อม ภาควควบคุมจังหวะการ เต้นของหัวใจแบบ จอภาพสีพร้อมวัด คุณภาพของการกดหน้าอก ( Defibrillator)	2	Mindray	เครื่องเช่า	1 ปี 3 เดือน	
6	เครื่องช่วยกระบวนกรปั๊มและฟื้น คืนชีพผู้ป่วย (Auto CPR)	1	Wellife	เครื่องเช่า	1 ปี 3 เดือน	
7	คอมพิวเตอร์สำนักงาน	3	Lenovo	7440-012-1291-65	2 ปี	
8	คอมพิวเตอร์ระบบ EMR	3	Lenovo	-7440-012-1574-67 (168) -7440-012-1575-67 (169) -7440-012-1576-67 (170)	2 เดือน	

ลำดับ	ครุภัณฑ์	จำนวน	ชื่อยี่ห้อ	เลขครุภัณฑ์	อายุการใช้งาน(ปี)	หมายเหตุ
9	เครื่องช่วยกระบวนกรปั๊มและฟื้นคืนชีพผู้ป่วย (Auto CPR)	1	LUCUS	6545-034-069-67	6 เดือน	

### ศักยภาพและข้อจำกัดในด้านคน เครื่องมือ เทคโนโลยี

ด้าน	ศักยภาพ	ข้อจำกัด
คน	พยาบาลส่วนใหญ่ ผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต และ เฉพาะทางสาขาการพยาบาลหัวใจและหลอดเลือด	พยาบาลที่เหลือน ยังไม่ได้ผ่านการอบรมเฉพาะทาง เนื่องจากเหตุผลส่วนตัว และ พยาบาลใหม่ 2 ราย อายุงานการทำงานยังไม่ถึง
เครื่องมือ	-	-

## 2. กระบวนการสำคัญ (Key Processes)

กระบวนการสำคัญ (Key Processes)	สิ่งที่คาดหวัง จากกระบวนการ (Process Requirement)	ความเสี่ยง / ปัญหา / โอกาสพัฒนา	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)	เอกสารคุณภาพที่เกี่ยวข้อง (เช่น นโยบาย/ระเบียบ ปฏิบัติ/วิธีปฏิบัติ)
1. การเข้าถึงและการเข้ารับบริการ				
1.1 การรับผู้ป่วยจาก OPD / ER, Ward และรพ.อื่น 1.2 การเตรียมสถานที่/เตียง / อุปกรณ์และเอกสาร 1.3 การต้อนรับ และการรับผู้ป่วย 1.4 การให้ข้อมูลทั่วไป 1.5 การสอบถามสิทธิการรักษาพยาบาลและการให้ข้อมูลเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย 1.6 การให้ข้อมูลก่อนลงนามยินยอมรับ การรักษา	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กระบวนการรับผู้ป่วยเหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วย ทันเวลา มีการประสานงานที่ดี</li> <li>- ผู้ป่วยภาวะวิกฤติและฉุกเฉิน สามารถรับบริการได้อย่างสะดวกรวดเร็ว ถูกต้อง และช่วยเหลือ ส่งต่อไปโรงพยาบาลอื่นที่มีศักยภาพมากกว่า กรณีไม่สามารถให้การรักษาได้</li> <li>- ในการรับผู้ป่วยไว้ดูแล ผู้ให้บริการมีการให้ข้อมูลที่เหมาะสม และเข้าใจง่ายแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว</li> <li>- ผู้ป่วยและครอบครัวทราบข้อมูล วันเวลาทำหัตถการ ค่าใช้จ่าย เอกสารต่างๆ และให้ความยินยอมด้วยความเข้าใจก่อนการได้รับการทำหัตถการ</li> <li>- องค์กรเคารพการตัดสินใจของ ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน หากมีการปฏิเสธ การดูแลรักษา</li> <li>- จำนวนเตียงในการรองรับผู้ป่วยเพียงพอ</li> <li>- อุปกรณ์ในการดูแลและเฝ้าระวังเพียงพอ และมีประสิทธิภาพ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ขาดการประสานงานและการส่งต่อข้อมูลที่สำคัญ/ไม่ครบถ้วน</li> <li>- สถานที่คับแคบ มีสิ่งกีดขวางบริเวณทางเข้า ward</li> <li>- ผู้ป่วยที่ส่งต่ออาการทรุดลง ไม่ได้รับการแจ้งเพื่อการเตรียมพร้อมรับผู้ป่วย</li> <li>- จำนวนแพทย์และบุคลากรไม่เพียงพอ</li> <li>- การเตรียมความพร้อมก่อนเข้ารับไว้รักษาไม่ครบถ้วน</li> <li>- ไม่ตรวจสอบสิทธิการรักษาก่อนทำหัตถการ/ผิดพลาด</li> <li>- ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลไม่ถูกต้อง/ไม่ครบถ้วน ไม่เข้าใจและไม่ทราบความเสี่ยงที่สามารถเกิดได้</li> <li>- การรับ refer ผู้ป่วยจากรพ.ที่มีระยะทางไกล ทำให้ Door to wire crossing time นาน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อัตราการให้ข้อมูลก่อนและหลังทำหัตถการ 100%</li> <li>- อัตราการเตรียมผู้ป่วยก่อนทำหัตถการครบและถูกต้อง 100%</li> <li>- สิทธิการรักษาผู้ป่วยมีการตรวจสอบครบถ้วนก่อนทำหัตถการ 100%</li> <li>- อัตราการคัดกรองโรคผิดพลาด</li> <li>- อัตราผู้ป่วยมีอาการทรุดลงขณะรอตรวจ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- แนวทางการรับส่งต่อผู้ป่วย ACS</li> <li>- CPG แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย STEMI (ภาควิชาอายุรศาสตร์)</li> <li>- CNPG การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STE-ACS ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล</li> <li>- แบบฟอร์มหนังสือ แสดงความยินยอมการ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (คณะกรรมการเวชระเบียน)</li> <li>- หนังสือยินยอมการรับการตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือด (ภาษาไทย และ</li> </ul>



				<p>อังกฤษ) ภาควิชา อายุรศาสตร์ MED -000-4-084-00 -หนังสือยินยอมรับการใส่ เครื่องอิเล็กทรอนิกส์ชนิดฝัง ในร่างกาย ภาควิชาอายุรศาสตร์ MED -000-4-085-01 -หนังสือยินยอมรับการตรวจ รักษาทางสรีรวิทยาไฟฟ้า หัวใจและจี้ไฟฟ้าหัวใจด้วย คลื่นความถี่วิทยุ ภาควิชาอายุรศาสตร์ MED -000-4-173-00</p>
2. การประเมินผู้ป่วย				

<p>2.1 การประเมินแรกรับ</p>	<p>(1) การประเมินผู้ป่วยมีการประสานงานและร่วมมือระหว่างผู้ ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการประเมินผู้ป่วย:</p> <p>(i) ประเมินผู้ป่วยครอบคลุมรอบด้าน ร่วมกันและลดความซ้ำซ้อน;</p> <p>(ii) วิเคราะห์และเชื่อมโยงผลการ ประเมิน; (iii) ระบุปัญหาและความต้องการที่ เร่งด่วน/สำคัญ</p> <p>(2) การประเมินแรกรับของผู้ป่วยแต่ ละราย ประกอบด้วย: - ประวัติสุขภาพ; - ประวัติการสูบบุหรี่; - การตรวจร่างกาย; - การรับรู้ความต้องการของตนโดย ตัวผู้ป่วยเอง; - ความชอบส่วนบุคคลของผู้ป่วย - การประเมินปัจจัยด้านจิตใจ สังคม วัฒนธรรม จิตวิญญาณ และ เศรษฐกิจ- การประเมินความสามารถหรือ สมรรถนะในการประกอบชีวิตประจำวัน</p> <p>( functional assessment). - การประเมินเพื่อระบุผู้ที่มีความเสี่ยงสูงที่จะได้รับอันตรายระหว่างกระบวนการดูแลรักษามากกว่า ผู้ป่วยทั่วไป เพื่อวางแผนการดูแลที่เหมาะสม</p> <p>(3) การประเมินผู้ป่วยดำเนินการโดย บุคลากรที่มีคุณวุฒิ. มีการใช้วิธีการประเมินที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย และทรัพยากรที่เพียงพอ มีการใช้ แนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่เหมาะสม กับผู้ป่วยและทรัพยากรที่มีอยู่ในการ ประเมิน ผู้ป่วย (ถ้ามี แนวทาง</p>	<p>-การประเมินภาวะสุขภาพไม่ครอบคลุมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย</p> <p>- ขาดการบันทึกข้อมูลการประเมินในเวชระเบียน</p> <p>- ไม่นำข้อมูลในการประเมินมาใช้ในการวินิจฉัยและวางแผนการดูแลต่อ</p> <p>-ขาดการประเมินซ้ำ</p>	<p>- ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ได้รับการประเมินความรุนแรงของโรค และปฏิบัติตามมาตรฐานการรักษา (CPG) 100%</p> <p>- อัตราความสมบูรณ์ของบันทึกทางการแพทย์พยาบาล &gt;95%</p>	<p>-แบบประเมินภาวะสุขภาพ ของผู้ป่วย Nursing assessment (ฝ่ายการพยาบาล)</p>
-----------------------------	---	--	--	--

	<p>ดังกล่าวอยู่</p> <p>(4)ผู้ป่วยได้รับการประเมินภายในเวลาที่เหมาะสมตามที่องค์กรกำหนด. มีการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยที่ครบถ้วนตามข้อกำหนดของ องค์กรในเวชระเบียนผู้ป่วยและ พร้อมทั้งจะให้ผู้เกี่ยวข้องในการดูแล ได้ใช้ประโยชน์จากการ ประเมินนั้น.</p> <p>(5)ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินซ้ำ ตามช่วงเวลาที่เหมาะสม เพื่อประเมินการตอบสนองต่อการดูแลรักษา</p>			
<p>2.2 การส่งตรวจ เพื่อประกอบกรวินิจฉัยโรค</p>	<p>(1) ผู้ป่วยได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง รวดเร็ว ตามแนวทางการรักษาของโรค</p> <p>(2) มีการทบทวนความสอดคล้อง ระหว่างผลการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรครกับสภาวะของโรคของผู้ป่วย</p> <p>(3) ระบบสื่อสารและบันทึกผลการ ตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคมี่ประสิทธิผล ทำให้มั่นใจว่าแพทย์ได้รับผลการตรวจในเวลาที่เหมาะสม ผลการตรวจสามารถสืบค้นได้ง่าย ไม่สูญหาย และมีการ รักษาความลับอย่างเหมาะสม.</p> <p>(4) ทีมผู้ให้บริการพิจารณาการส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยเพิ่มเติมเมื่อพบว่ามี ความจำเป็นเพื่อการวินิจฉัยที่ถูกต้อง ชัดเจน โดยอธิบายเหตุผลความจำเป็นกับผู้ป่วย/ญาติ</p>	<p>- การระบุตัวผู้ป่วย เมื่อมีการเก็บสิ่งส่ง ตรวจจากผู้ป่วย และส่งสิ่งส่งตรวจไป ห้องปฏิบัติการ</p> <p>-การสื่อสารเกี่ยวกับการส่งตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ ระหว่างแพทย์พยาบาล และเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ</p> <p>-</p>	<p>- อัตราการระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด</p> <p>-การเก็บ specimen / เจาะเลือดใส่ tube ผิด ส่งผิดวิธี</p>	<p>SP: ะ เบี ย บ ปฏิบัติการ ่งชี้ตัวผู้ป่วย ( Patient Identify) (คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงศูนย์การแพทย์ฯ)</p> <p>-คู่มือการเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ</p>

<p>2.3 การวินิจฉัยโรค</p>	<p>- การวินิจฉัยโรคมีความถูกต้อง ทันเวลา ,มีการทบทวนความถูกต้อง ในการประเมินผู้ป่วยและการวินิจฉัยโรค, มีการบันทึกข้อมูลการประเมินและการวินิจฉัยโรคที่สมบูรณ์พร้อมข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยโรค</p>	<p>- การประเมินผู้ป่วยและวินิจฉัยล่าช้า - การวินิจฉัยผิดพลาด - การบันทึกข้อมูลไม่ถูกต้อง ไม่ครอบคลุม/ไม่เป็นไปในทางเดียวกัน</p>	<p>- อัตราการวินิจฉัยผิดพลาด/ล่าช้า - อัตราความสมบูรณ์ของบันทึกทางการแพทย์ -</p>	<p>-CPG แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย STEMI (ภาควิชาอายุรศาสตร์) -CNPG การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STE-ACS ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล -Standing order ACS</p>
---------------------------	---	---	--	---

<p>3. การวางแผน</p> <p>3.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีแผนการดูแลที่เหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วยที่พบจากการประเมินและแผนครอบคลุมเป็นองค์รวม,มีการใช้ CPG/evidence base เป็นแนวทางในการวางแผน, มีการประสานงานหรือวางแผนร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพและเป้าหมายร่วมกันที่ชัดเจน โดยผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนและกำหนดเป้าหมาย</li> <li>- ทีมสหสาขาวิชาชีพในสาขาที่จำเป็นกับผู้ป่วยได้ร่วมกันวางแผนในการรักษาผู้ป่วยแต่ละราย</li> <li>- มีการปรึกษาแพทย์เฉพาะทางเพื่อการวางแผนการรักษาที่ถูกต้อง เหมาะสมกับผู้ป่วย</li> <li>-มีการทำระบบการประสานรายการยา (Medication Reconciliation) ในผู้ป่วยรับใหม่ ทุกเคส</li> <li>-แผนการดูแลผู้ป่วยมีการระบุเป้าหมายที่ ต้องการบรรลุซึ่งครอบคลุมทั้งในระยะสั้นและระยะยาวและบริการที่จะให้</li> </ul>	<p>ผู้ป่วยไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนทำหัตถการ/เตรียมความพร้อมไม่ครบถ้วน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เครื่องมืออุปกรณ์ไม่เพียงพอ ไม่พร้อมใช้</li> <li>- ขาดการประสานงานระหว่างทีมสหสาขา</li> <li>- ผู้ป่วยเสียชีวิต</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จำนวนครั้งการใส่ท่อช่วยหายใจ โดยไม่ได้วางแผน (Unplan ETT )</li> <li>- อัตราคนไข้ STEMIได้รับการ consult Cardiac rehab 100%</li> <li>-อัตราคนไข้ได้รับการ consult โภชนาการ 100%</li> <li>- อัตราผู้ป่วย STEMI ที่สูบบุหรี่ได้รับการconsult เลิกบุหรี่ 100%</li> <li>- อัตราผู้ป่วย STEMI ได้รับการ Consult โภชนาการ 100%</li> <li>- อัตราตายผู้ป่วย STEMI, NSTEMI</li> <li>-Unplan CPR</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-CPG แนวปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วย STEMI (ภาควิชาอายุรศาสตร์)</li> <li>-CNPG การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STE-ACS ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล</li> <li>-Standing order ACS</li> <li>-Standing order Pre-CAG</li> <li>-Standing order Post CAG</li> <li>-Standing order Pre-PPM implantation</li> <li>-Standing order post PPM implantation</li> <li>-Standing order for EPS/RFA</li> </ul>
<p>3.2 การวางแผนจำหน่าย</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการประเมินปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคนหลังจำหน่าย, มีการเตรียมความพร้อมเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการกับปัญหา/ความต้องการ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยยังไม่ครบถ้วน</li> <li>- การร่วมมือระหว่างสหสาขาวิชาชีพยังไม่สมบูรณ์</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อัตราการวางแผนจำหน่ายในกลุ่มผู้ป่วย STEMI</li> <li>- ร้อยละความรู้ของผู้ป่วยและญาติก่อนการจำหน่าย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-ACS discharge planning (NUR-031-4-001-00)</li> </ul>

	<p>ดังกล่าว โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ</p> <p>- ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผน ,มีระบบประสานให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย</p>		- อัตราการ re-admit Pt ACS	
<p>4. การดูแลผู้ป่วย</p> <p>4.1 การดูแลทั่วไป</p>	<p>- การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่าง เหมาะสม ทันเวลา โดยมอบหมายความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยให้แก่ผู้ที่มีคุณสมบัติ เหมาะสม. การดูแลในทุกจุดบริการ เป็นไปตามหลักปฏิบัติซึ่งเป็นที่ ยอมรับในปัจจุบัน.</p> <p>- องค์กรมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการ ดูแลที่มีคุณภาพ โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรี และความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย ความสะอาดสงบ และความสะอาด การป้องกันอันตราย/ความเครียด/เสียง/สิ่งรบกวนต่าง ๆ</p> <p>- ทีมผู้ให้บริการดูแลผู้ป่วยด้วย ความตระหนัก และคำนึงถึงโอกาสเกิดเหตุการณ์ ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วย และผู้ให้บริการ</p> <p>- ทีม ผู้ ให้ บ ริ ก า ร จั ด ก า ร กั บ ภาวะแทรกซ้อน ภาวะวิกฤติ ภาวะ ฉุกเฉิน หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ อย่างเหมาะสมและปลอดภัย.</p> <p>- ทีมผู้ให้บริการประเมินความ คาดหวังของครอบครัวในการมีส่วนร่วม ร่วมกับการดูแลผู้ป่วย ที่</p>	<p>- ผู้ ป่ ว ย ก่ อ ภาวะแทรกซ้อนจาก การใส่ท่อระบายต่าง ๆ เช่น CaUTI , CaBSI, Phlebitis - ผู้ป่วยพลัดตก หก ล้มในหน่วยงาน</p> <p>-ผู้ ป่ ว ย ก่ อ ภาวะแทรกซ้อนจาก การได้รับยาหรือสาร น้ำทางหลอดเลือด ดำ</p>	<p>- อัตราการเกิด Medication error ระดับ E-I</p> <p>- อัตราการเกิดการพลัดตกหกล้ม</p> <p>- อุบัติการณ์ผู้ป่วยอาการทรุดลง</p> <p>- อัตราการเกิด Phlebitis</p> <p>- อัตราการเกิด CA-UTI</p> <p>- อัตราการเกิด VAP</p> <p>-อัตราการเกิดแผลกดทับ (Pressure sore)</p>	<p>- ระเบียบปฏิบัติการ ป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตในผู้ป่วยที่ ใส่สายสวนเข้าหลอดเลือด (ฝ่ายการพยาบาล)</p> <p>- ระเบียบปฏิบัติการ ป้องกันพลัดตกหกล้ม (ฝ่ายการพยาบาล)</p> <p>- WP: แ น ว ท า ง ก า ร ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสาร น้ำทางหลอดเลือดดำ (ฝ่ายการพยาบาล)</p> <p>-แบบฟอร์ม สังเกตการปฏิบัติของบุคลากรใน การป้องกันการติดเชื้อ ในกระแสเลือด ที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (คณะกรรมการป้องกัน และ</p>

	<p>ครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ.</p> <p>- ทีมผู้ให้บริการสื่อสารแลกเปลี่ยน ข้อมูลและประสานการดูแลผู้ป่วย ภายในทีม เพื่อความสอดคล้องและ ความต่อเนื่องในการดูแล</p> <p>-ทีมผู้ให้บริการจัดช่องทางทาง การ เข้าถึง อำนวยความสะดวก และ จัดบริการเฉพาะเพื่อตอบสนอง ความ ต้องการด้านสุขภาพ บริบทเชิง วัฒนธรรม ความเชื่อ และความ ต้องการด้านจิตวิญญาณของ ผู้ป่วย.</p> <p>-ทีมผู้ให้บริการติดตาม ความก้าวหน้าและการปรับเปลี่ยน เป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่คาดหวัง</p>			<p>ควบคุมการติดเชื้อ ในโรงพยาบาล)</p> <p>-แบบฟอร์มการบันทึกการเกิด Phlebitis</p>
4.2 การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง	<p>-ทีมผู้ให้บริการกำหนดกลุ่มผู้ป่วย การดูแลรักษา/บริการ และเหตุการณ์ ที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อร่วมกันจัดทำ แนวทางหรือกระบวนการดูแลเพื่อ ลดความเสี่ยงดังกล่าว</p> <p>-ทีมผู้ให้บริการได้รับการฝึกอบรม ฝึกปฏิบัติ และนำแนวทางการดูแล ผู้ป่วยในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยง สูงมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย.</p> <p>-ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง หรือ ผู้ป่วยที่ได้รับบริการหรือทำเหตุการณ์ ที่มีความเสี่ยงสูงได้รับการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสมกับ ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และ มีการดำเนินการแก้ไขหรือปรับเปลี่ยน แผนการรักษาได้ทันท่วงที ก่อนมีอาการทรุดลง</p>	<p>- การเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Tachy arrhythmia/Brady arrhythmia )</p> <p>- เกิดภาวะ cardiac arrest</p> <p>- ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนหลักรุนแรง ได้แก่ Death, Myocardial infarction,CHF, Emergency CABG, Stroke, Contrast Induce Nephropathy and Mechanical complication เป็นต้น</p> <p>-การรายงานอาการของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตให้กับแพทย์</p>	<p>- จำนวนผู้ป่วย Unplan CPR / Dead</p> <p>- อัตราผู้ป่วยอาการทรุดลงโดยไม่ได้วางแผน</p> <p>- อัตราการได้รับ Primary PCI ภายใน 90 นาที</p> <p>- ผู้ป่วยได้รับการประเมิน pain score ทั้ง ก่อน ขณะ และหลังทำเหตุการณ์ และได้รับการแก้ไขตามระดับความเจ็บปวด</p> <p>- อัตราการเกิด Bleeding/ Hematoma ขนาด&gt; 5x5 cm</p> <p>- อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา</p>	<p>-แบบบันทึกและติดตามอาการผู้ป่วย Cardiac Care Unit (NUR 031-4-003-00)</p> <p>-CPG แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย STEMI (ภาควิชาอายุรศาสตร์)</p> <p>-CNPG การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STE-ACS ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล</p> <p>-Standing order ACS</p> <p>-Standing order Pre-CAG</p>

<p>4.3 การดูแลเฉพาะ</p> <p>ก. การระงับความรู้สึก</p> <p>ข. การผ่าตัด</p> <p>ค. อาหารและโภชนาการ</p>	<p>- เมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลงหรือ เปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะวิกฤติ มีความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญมาช่วยทีมผู้ให้บริการอย่างทันที่ ในการประเมินและดูแลผู้ป่วยให้มี อาการคงที่ มีการสื่อสาร การให้ความรู้ และการย้ายผู้ป่วยถ้าจำเป็น.</p> <p>- ทีมผู้ให้บริการติดตามและ วิเคราะห์แนวโน้มของภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึง ประสงค์ในผู้ป่วยเหล่านี้ เพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยให้เกิดความปลอดภัย</p> <p>- ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงได้รับการดูแลอย่างทันที่ ปลอดภัย เหมาะสม เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ</p> <p>- มีการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอาการผู้ป่วย เพื่อแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนแผน การรักษา อย่างทันที่เมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลง</p> <p>(1) ผู้ป่วยได้รับอาหารที่เหมาะสม มีคุณค่าทางโภชนาการเพียงพอกับความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วย โดย มีระบบบริการอาหารที่ดี. มีการ</p>	<p>- ผู้ป่วยได้รับอาหารที่ ไม่ เหม าะ ส ม กั บ สภาวะของโรค</p> <p>- ผู้ป่วยไม่มีความรู้ เรื่องการรับประทาน</p>	<p>ระดับ E-I</p> <p>- อัตราผู้ป่วย STEMI ได้รับการ consult เลิกบุหรี่ โภชนาการ และทำ cardiac rehab 100%</p> <p>- อุบัติการณ์ผู้ป่วย ได้รับ อาหารที่ ไม่ เหมาะสมกับสภาวะ ของโรค</p>	<p>-Standing order Post CAG</p> <p>-Standing order Pre-PPM implantation</p> <p>-Standing order post PPM implantation</p> <p>-Standing order for EPS/RFA</p> <p>-แนวปฏิบัติการ Off femoral sheath at CCU</p> <p>-CNPG การพยาบาลผู้ป่วย ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาด เลือดเฉียบพลัน ชนิด STE-</p>
---	--	--	--	---



<p>ง. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย</p>	<p>วิเคราะห์ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจาก การให้บริการอาหารและโภชนาการ ตลอดจนมีการดำเนินมาตรการ ป้องกันที่เหมาะสม.</p> <p>(2) ผู้ป่วยที่มีปัญหาหรือความเสี่ยง ด้านโภชนาการได้รับการประเมิน ภาวะโภชนาการวางแผนโภชนบำบัด และได้รับอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการเพียงพอ.</p> <p>(3) ผู้ป่วย/ครอบครัวได้รับความรู้ ทางด้านวิชาการอาหาร โภชนาการ และโภชนบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยและ ครอบครัวสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเตรียมและบริโภค อาหารให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่.</p> <p>(4) การผลิตอาหาร การจัดเก็บ การ ส่งมอบ และการจัดการกับภาชนะ/ อุปกรณ์/ของเสีย/เศษอาหาร เป็นไป อย่างปลอดภัยตามหลักปฏิบัติที่ยอมรับทั่วไป เพื่อลดความเสี่ยงจาก การปนเปื้อน การนำเสีย การเกิด แหล่งพาหะนำโรค และการแพร่กระจายของเชื้อโรค</p> <p>(5) ในผู้ป่วยเคส STE-ACS มีการ ปรึกษาโภชนาการ เพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเฉพาะโรค</p> <p>(1) ทีมดูแลผู้ป่วย มีความตระหนัก ในความต้องการของผู้ป่วยระยะ ประคับประคองที่มีลักษณะเฉพาะ โดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของ</p>	<p>อาหารเฉพาะโรคของตัวเองอย่างเหมาะสม</p> <p>-ในกรณีเคส STE-ACS ไม่ได้รับการปรึกษาโภชนาการ</p> <p>- ผู้ป่วยไม่ได้รับการ ดูแลอย่างเหมาะสม เมื่อเข้า สู่ ภา วะ palliative and end of life care - ระบบการส่งต่อ ผู้ป่วยให้กับงานเวช</p>	<p>- อุบัติการณ์ผู้ป่วย ไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม เมื่อเข้าสู่ ภาวะ Palliative and end of</p>	<p>ACS ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล</p> <p>-แบบประเมินภาวะ โภชนาการของผู้ป่วย (งานโภชนาการ)</p> <p>-CPG การดูแลผู้ป่วย แบบ ประคับประคอง และระยะสุดท้ายของ ชีวิต</p>
-------------------------------------	--	--	--	--

	<p>ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน.</p> <p>(2) ผู้ป่วย/ครอบครัว ได้รับการ ประเมิน/ประเมินซ้ำเกี่ยวกับอาการ ของผู้ป่วย การตอบสนองต่อการ บำบัดอาการ ความต้องการด้าน จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ</p> <p>(3) ทีมดูแลผู้ป่วยมีการนำผลการ ประเมินที่ได้ มาวางแผนดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของ ผู้ป่วย และครอบครัว.</p> <p>(4) องค์กรประสานเชื่อมต่อการดูแล ผู้ป่วย ระหว่างทีมและระหว่างหน่วย บริการกับการดูแล ที่บ้านหรือชุมชน เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง.</p> <p>(5) องค์กรให้มีการทำแผนดูแลล่วงหน้า ( advance care planning) และการทำหนังสือ แสดง เจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการ สาธารณสุข โดยเป็นไปตามความ ประสงค์/ความต้องการของ ผู้ป่วย และครอบครัว และในกรณี ที่มีการจัดทำ ให้มีการสื่อสารให้ ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ได้รับ ทราบ.</p> <p>(6) ทีมผู้ให้บริการให้การดูแลระยะ สุดท้าย (end of life) หรือในช่วง ใกล้เสียชีวิต (terminal care) อย่าง เหมาะสมทั้งในด้านการบรรเทา อาการ ตอบสนองความต้องการด้าน จิตใจ/สังคม/จิต วิญญาณ โดยให้ ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมใน การตัดสินใจ</p>	<p>ศาสตร์ครอบครัว เพื่อให้ดูแลผู้ป่วยต่อ ที่บ้าน</p>	<p>life care</p>	<p>(คณะกรรมการ Palliative &amp; end of life care) - แบบฟอร์ม Palliative Performance scale version 2 (PPS v2)</p> <p>(คณะกรรมการ Palliative &amp; end of life care) - แบบฟอร์ม Inclusion criteria for Palliative consultation (คณกรรมการ Palliative &amp; end of life care) -แบบฟอร์ม Discharge planning -แบบฟอร์มการส่งต่อข้อมูลเยี่ยมบ้าน</p>
--	---	--	------------------	--

<p>จ. การบำบัดอาการเจ็บปวด</p>	<p>(1) ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองเรื่อง ความปวดทั้ง ความปวดเฉียบพลัน และความปวดเรื้อรัง. เมื่อพบว่า ผู้ป่วยมีความปวด ผู้ป่วยได้รับการ ประเมิน ความปวดอย่างครอบคลุม ทั้งความรุนแรงของ ความปวด และ ลักษณะของความปวด.</p> <p>(2) ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการจัดการ ความปวด โดยวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ ยาเพื่อบรรลุเป้าหมายที่ พึงปรารถนา ที่เป็นไปได้ ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวัง ทั้งการตอบสนองต่อการจัดการ ความปวดและ เหตุการณ์ ไม่พึง ประสงค์ มีการประเมินซ้ำและมีการ ปรับการรักษาที่เหมาะสม.</p>	<p>-ไม่สุขสบายจากการปวดจากการนอนนาน ๆ ในเคส ที่ on femoral sheath</p> <p>-ปวดจากการใส่ เครื่อง PPM , AICD or CRTD แล้วไม่ได้มีการให้คำแนะนำหรือความรู้ ร่วมกับการให้ยา</p> <p>-ไม่มีการประเมินซ้ำหลังการได้รับยาบรรเทา ความปวด</p> <p>-ผู้ ป ว ย ก ิ ต ผล ข้างเคียงที่เกิดจาก ยาลด ปวดที่ผู้ป่วย ได้รับ</p> <p>-ไม่มีการบันทึกในบันทึกทางการแพทย์พยาบาล</p>	<p>-อุบัติการณ์ผู้ป่วยไม่ พึงพ ้อใจการ ดูแล เรื่ อ ง ก า ร จั ด ก า ร ความปวด</p> <p>-อุบัติการณ์ ผู้ป่วย เกิด ภาวะแทรกซ้อน จากผลข้างเคียง ของยาแก้ปวด</p>	<p>-วิธีปฏิบัติการจัดการ ความ ปวด (ฝ่ายการ พยาบาล)</p>
<p>ฉ. การฟื้นฟูสภาพ</p>				
<p>5. การให้ข้อมูลและเสริมพลัง แก่ผู้ป่วย/ครอบครัว</p>	<p>(1) ทีมผู้ให้บริการกำหนดกิจกรรม การเรียนรู้ อย่างครอบคลุมปัญหา/ ความต้องการของผู้ป่วย และสอดคล้องกับผลการประเมินและ วางแผน ดูแลผู้ป่วย (จาก III-2, III-3) และขีดความสามารถ ของผู้ป่วย/ ครอบครัว</p> <p>(2) ทีมผู้ให้บริการจัดกิจกรรมการ เรียนรู้ให้ผู้ป่วย และครอบครัว: (i) ให้ข้อมูลที่จำเป็น. (ii)ช่วยเหลือ ให้เกิดการเรียนรู้สำหรับ การดูแลตนเองและการมี พฤติกรรมสุขภาพที่เอื้อต่อการมีสุขภาพและสุข ภาวะดี (iii) กิจกรรมเหมาะสมกับปัญหา ทันเวลา มีความชัดเจนและเป็นที เข้าใจง่าย. (iv)มีการ</p>	<p>- ผู้ป่วยและญาติไม่ มีความรู้ในการดูแลตัวเอง อย่างเหมาะสมกับโรค</p> <p>-การให้ข้อมูล เกี่ยวกับ การดูแลตนเองหลัง ได้รับการสวนหัวใจ ได้ยาด้านเกร็ดเลือด และ การใส่เครื่องกระตุ้น หรือการ ทำหัตถการ พิเศษ ไม่ ครบถ้วน</p>	<p>- อัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วย โรคเดิมโดยไม่ได้วางแผนภายใน 28 วัน</p>	<p>-CNPG การพยาบาลผู้ป่วย ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาด เลือดเฉียบพลัน ชนิด STE-ACS ที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล</p>

	<p>ประเมินการรับรู้ ความ เข้าใจ และความสามารถ ในการนำข้อมูลที่ได้รับไปปฏิบัติ.</p> <p>(3) ทีมผู้ให้บริการให้ความช่วยเหลือ ทางด้าน อารมณ์จิตใจและคำปรึกษา ที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย และครอบครัว</p> <p>(4) ทีมผู้ให้บริการและผู้ป่วย / ครอบครัว ร่วมกัน กำหนดแผนการ ดู แล ต น เอง (self-care plan) ที่ เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย รวมทั้ง ติดตาม เพิ่มปัจจัยเอื้อและลดปัญหา อุปสรรคเพื่อให้ผู้ป่วย และครอบครัว สามารถจัดการสุขภาพ ของตนเอง ได้.</p> <p>(5) ทีมผู้ให้บริการจัดกิจกรรมเสริม ทัก ษ ะ ที่จ ำ เป็น ให้ แก่ ผู้ ป ่วย / ครอบครัว และสร้าง ความมั่นใจว่า ผู้ป่วย/ครอบครัวสามารถปฏิบัติได้ ด้วยตนเอง.</p> <p>(6) ทีมผู้ให้บริการประเมินและ ปรับปรุง กระบวนการจัดการเรียนรู้ และการเสริมพลัง ผู้ป่วย/ครอบครัว</p>			
<p>6. การดูแลต่อเนื่อง</p> <p>ก. การจำหน่าย การ ติดตาม และการดูแล ตามนัด (Discharge, and Follow-up)</p>	<p>1) ทีมผู้ให้บริการมีและปฏิบัติตาม แนวทางการ จำหน่าย การติดตาม และการดูแลตามนัด ที่ สอดคล้อง สภาวะ สุขภาพของผู้ป่วย (health status) และความต้องการในการ ดูแลต่อเนื่อง ของผู้ป่วยแต่ละราย. (2) ทีมผู้ให้บริการแจ้งและ เตรียม ผู้ป่วยและครอบครัวสำหรับการ จำหน่าย (i) แจ้งในเวลาที่เหมาะสม. (ii) ให้ข้อมูลแก่เกี่ยวกับ</p>	<p>- ขาดการประสานงานและการส่งต่อข้อมูลที่ สำคัญ/ไม่ครบถ้วน</p> <p>- ผู้ป่วยไม่นำเอกสารใบตอบกลับการรักษา ไป ให้ที่รพ.ต้นสังกัด อาจเกิดความไม่ต่อเนื่องใน การรักษา และการได้รับยา</p> <p>- มีการรับ refer ผู้ป่วยจากจังหวัดอื่น ทำให้ การส่งต่อข้อมูลทีมเยี่ยมบ้าน ไม่ครบถ้วน</p>	<p>- อัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วย โรคเดิมโดยไม่ได้วางแผนภายใน 28 วัน</p>	<p>-CNPg การพยาบาลผู้ป่วย ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาด เลือดเฉียบพลัน ชนิด STE-ACS ที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล</p>

	<p>ผลลัพธ์ที่ คาดหวังหลังจากการจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่อง. (iii)มีระบบนัดหมายและติดตามผู้ป่วยกลับมารับการรักษาต่อเนื่อง เมื่อมีข้อบ่งชี้. (iv)ให้คำแนะนำเกี่ยวกับความรู้ใน การปฏิบัติตัว และการมาตามนัด ใน รูปแบบและภาษาที่ผู้ป่วยเข้าใจได้ ง่ายรวมทั้งทวนสอบความเข้าใจในประเด็นสำคัญ. (v)มีระบบช่วยเหลือ และ ให้ คำปรึกษา ภายหลังจากที่ออกจาก โรงพยาบาลตามความเหมาะสม. (3) ทีมผู้ให้บริการตรวจสอบ และทำ ให้มั่นใจว่ายา น้ำยา หรือ วัสดุ การแพทย์ ที่ผู้ป่วยได้รับเมื่อมีการ จำหน่ายเป็นไปตามแผนการรักษา ล่าสุดของแพทย์และปลอดภัย สำหรับผู้ป่วย (4)องค์กรสร้างความร่วมมือและประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพ องค์กรชุมชน รวมถึงภาคส่วนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ เกิดความต่อเนื่อง ใน การติ ต ตาม ดู แล ผู้ ป่วย ต ม แผนการรักษา และบูรณ าการ กิจกรรม สร้างเสริมสุขภาพเข้าไป กระบวนการดูแลผู้ป่วย. (5)บันทึกเวชระเบียนเอื้อต่อการดูแล ต่อเนื่องที่ ได้ผล (i) ทีมผู้ให้บริการบันทึกการจำหน่าย ผู้ป่วย ในเวชระเบียนอย่างครบถ้วน ถูกต้อง และทันกาล. (ii)เวช ระ เบี ย น ผู้ ป่ ว ย ใน มี ส ร ร ู ป รายงาน จำหน่ายที่มีรายละเอียด เพียงพอสำหรับการดูแล ต่อเนื่อง. (iii)มีสรุปแนวทางการดูแลรักษา (profiles of medical care) ในเวช ระเบียน</p>			
--	---	--	--	--

	<p>ผู้ป่วยนอกที่ได้รับการ วินิจฉัยโรคหรือมีการดูแลที่ซับซ้อน ที่ทีมผู้ให้บริการสามารถใช้สำหรับการดูแลต่อเนื่องได้. (6) ทีมผู้ให้บริการสื่อสารข้อมูลของ ผู้ป่วย การติดตาม และดูแลตามนัด ให้แก่หน่วยบริการ/สถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องในการดูแลต่อเนื่อง โดย คำนึงถึงการรักษาความลับของข้อมูลผู้ป่วย. (7)หลังการจำหน่าย ทีมผู้ให้บริการติดต่อกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อ ตรวจสอบให้มั่นใจว่าความต้องการ ของผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง และ นำข้อมูลมาใช้ปรับปรุงกระบวนการ. (8) องค์กรมีกระบวนการในการติดตามผู้ป่วยที่ไม่สมัครใจอยู่รับการ รักษาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และนำข้อมูลมาใช้ปรับปรุงบริการ</p>			
<p>ข. การส่งต่อผู้ป่วย</p>	<p>(1)ทีมผู้ให้บริการวางแผนการส่งต่อ ผู้ป่วยตามสถานะและความต้องการ ของผู้ป่วย โดยการมีส่วนร่วมของ ผู้ป่วยและครอบครัว. (2)ทีมผู้ให้บริการประสานงานกับ หน่วยงาน/สถานพยาบาลที่จะรับ การส่งต่อการดูแลผู้ป่วย (transfer of care) อย่างเหมาะสม และปลอดภัย. (3) ทีมผู้ให้บริการมีแนวทางการส่ง ต่อการดูแล การประสานงาน การ สื่อ สารข้อมูลของ ผู้ป่วยให้ แก่ หน่วยงาน/สถานพยาบาลที่รับ การ ส่งต่อเพื่อให้มั่นใจว่าได้รับข้อมูลสรุป เกี่ยวกับสถานะทางคลินิกของผู้ป่วย และการดูแลรักษาที่</p>	<p>- การส่งต่อผู้ป่วย เพื่อให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านไม่ ครบถ้วน</p>	<p>-อุบัติการณ์การส่ง ต่ อ ผู้ ป่ ว ย เพื่อให้ ได้ ร้ บ ก า ร ดู แล ต่อเนื่องที่บ้านไม่ ครบถ้วน</p>	<p>-แบบฟอร์ม Discharge planning -แบบฟอร์มการส่งต่อข้อมูลเยี่ยมบ้าน</p>

	<p>ครบถ้วน และมี แนวทางการติดตามข้อมูลหลัง การ ส่งต่อ. (4)ทีมผู้ให้บริการบันทึกข้อมูลที่สำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ทั้ง ในเวชระเบียนและเอกสารการส่งต่อ เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยระหว่างการ ส่งต่อและเมื่อไปถึงหน่วยบริการ/สถานพยาบาลที่รับผู้ป่วย. (5)ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลที่สำคัญ เกี่ยวกับการส่งต่อแก่ผู้ป่วยและ ครอบครัว ครอบคลุมข้อบ่งชี้ ความเร่งด่วน กำหนดเวลา หน่วยบริการ/สถานพยาบาลที่จะรับดูแลต่อ และ ความเสี่ยง. (6) ทีมผู้ให้บริการใช้ข้อมูลป้อนกลับ จากผู้ป่วย ครอบครัว หรือหน่วย บริการ/สถานพยาบาลที่รับดูแลต่อ เพื่อปรับปรุงกระบวนการส่งต่อและ การดูแลก่อนการส่งต่อ.</p>			
<p>ค. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย</p>	<p>(1) ที ม ผู้ ใ ห้ บ ริ ก า ร ใ ห้ ก า ร รักษาพยาบาลเพื่อควบคุมภาวะ คุกคามชีวิตให้มั่นใจว่าผู้ป่วยอยู่ใน สภ า พ คงที่ (stabilization) ก่อ น เคลื่อนย้ายผู้ป่วย. (2) การดูแลขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ดำเนิ น ก า ร โด ย บุ ค ล ก ร ที มี สมรรถนะ/ขีดความสามารถ มีการ เฝ้าติดตามและสื่อสารข้อมูลที่ เหมาะสม. (3) องค์กร มีหลักประกันความมั่นใจ ในคุณภาพและความปลอดภัยของ การเค ลื่อน ย้ายผู้ป่ วยระห ว่างสถานพยาบาล: (i) บริการขนส่งผู้ป่วยเป็นไปตามกฎหมายและข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง; (4) องค์กรมี</p>	<p>-ผู้ป่วยทรุดลงขณะ เคลื่อนย้ายออกจากหน่วยงาน</p>	<p>-อุบัติการณ์ ผู้ป่วย ทรู ด ล ง ข ณะ เคลื่อนย้ายออกจากหน่วยงาน</p>	<p>- แบบฟอร์มแบบ ประเมินผู้ป่วยก่อนการเคลื่อนย้าย (ในและ นอก รโง ง พ ย า บ า ล ) (ภาควิชาอายุรศาสตร์)</p>

	ระบบตรวจสอบหรือ การทบทวนอย่างเป็นระบบ เกี่ยวกับ อุบัติการณ์หรือความเสี่ยงในการ เคลื่อนย้ายผู้ป่วย			
--	---	--	--	--



### 3. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

3.1 ตารางตัวชี้วัดผลการดำเนินการ (ข้อมูล 5 ปีงบประมาณ) กรณี ข้อมูลไม่ครบปีงบประมาณ (ให้ระบุ...ช่วงเวลาของข้อมูลในปีนั้น)

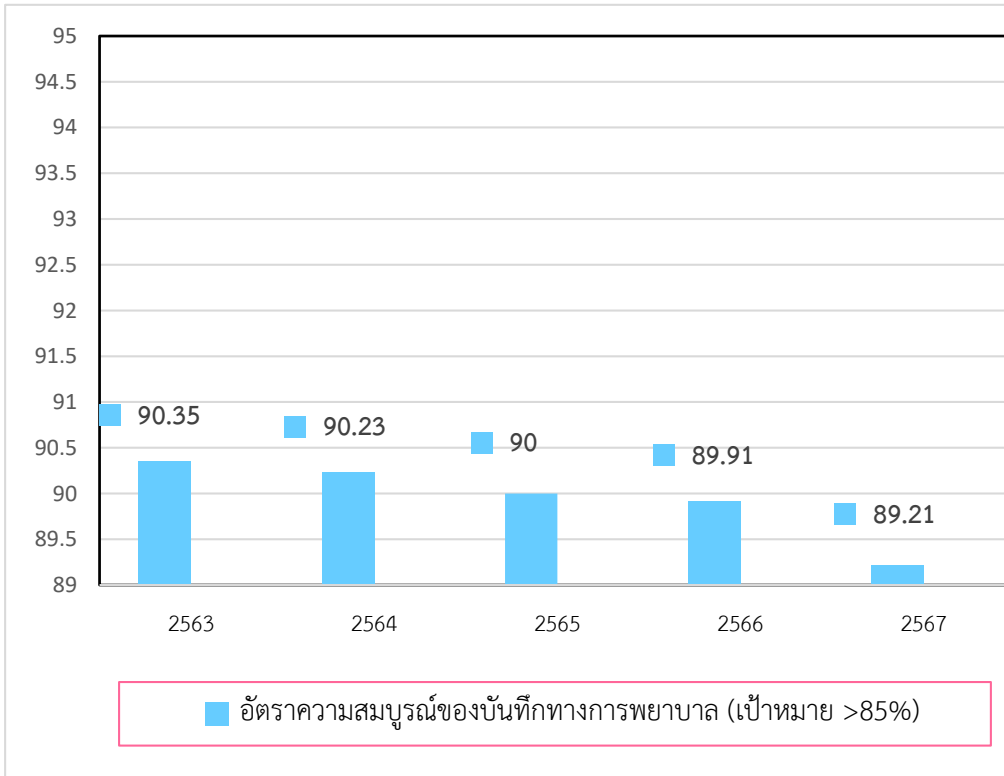
ประเด็นคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ประจำปีงบประมาณ				
			2563	2564	2565	2566	2567
ผู้ป่วยวิกฤติได้รับการดูแล ใกล้ชิด ปลอดภัย ไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อน	อัตราการตายผู้ป่วย STEMI	< 5%	0	2.72(3)	0	0	4% (5case)
	อัตราการย้ายลง ICU โดยไม่ได้วางแผน	0	1.14%	0.54 (4case)	0.12 (1case)	0.37% (2case)	ไม่เก็บ
	อัตรา Un plan ETT	0	1.14%	0.135(1case)	0	0.37%(2case)	6 case
	อัตราการเกิด bleeding / hematoma size > 5x5 cm	0%	1.52 (4)	2.298(8case)	0.87% (7case)	0	1.14% (5case)
	อัตราการเกิด PE/DVT ในผู้ป่วย STEMI ที่ on TPM	0%	0	0	0	0	0
	ระยะเวลาวันนอนเฉลี่ยผู้ป่วย STEMI	< 7 วัน	2.58	2.379	2.48	2.64	5 วัน
ผู้ป่วย ACS ได้รับการ Empowerment สามารถ ดูแลตนเองได้อย่าง เหมาะสม	อัตราการ Re-admit ใน 28 วัน ของผู้ป่วย STEMI	<2%	0	0.9% (1case)	0	0	0
	อัตราผู้ป่วย STEMI ที่สูบบุหรี่ได้รับการแนะนำให้งดบุหรี่	100%	72%	91.11%	86.54%	100%	100%
	อัตราผู้ป่วย STEMI ที่ส่ง cardiac rehab	100%	97%	71.82%	90.52%	95.5%	91.78%
ประสิทธิภาพการบริหาร ความเสี่ยง ตาม SWU's patient safety goal	อัตราการระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด	0 ครั้ง/1000 วันนอน	0	0	0.93(1case)	0	1.36 (ครั้ง)

ประเด็นคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ประจำปีงบประมาณ				
			2563	2564	2565	2566	2567
* Patient identification * Medication safety * Health care - associated infection * Communication failure	อัตราการเกิดแผลกดทับ (ระดับ 1- 4 )	<5 ครั้ง/1000 วันนอน	0	0	0	0	2.30 ครั้ง /1000 วันนอน
	อัตราการพลัดตกหกล้ม	0 ครั้ง/1000 วันนอน	0	0	0	0	0
	อัตราความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาผู้ป่วยใน (ระดับ E-I), (A-D)	0 ครั้ง/1000 วันนอน	0	0/1.73	0/2.50 (ระดับ B2,C1, D1 ครั้ง)	0/8.72 (ระดับ B4, C4,D1)	0/11.05 (ระดับ B9 ครั้ง)
	อัตราการเกิด CA-UTI	0 ครั้ง/1000 device day	0	0	5.65 (1)	0	0
	อัตราความสมบูรณ์ของบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	> 85%	90.35	90.23	90	89.91	89.21
ความพึงพอใจของผู้ป่วย	อัตราข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ	0 ฉบับ	0	0	0	0	0
	ความพึงพอใจของผู้รับบริการ	>90%	97.2	98.67	95.65	96.28	97.52
	ระยะเวลารอคอยจำหน่าย	<4 ชม.	1.413	1.58	2.45	2.30	1.86

หมายเหตุ: ข้อ 1 และ ข้อ 2 คือ ตัวชี้วัดที่ส่งขึ้นทะเบียน Dictionary ระดับทีม และระดับโรงพยาบาล

### 3.2 ผลการทบทวนวิเคราะห์ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดสำคัญ

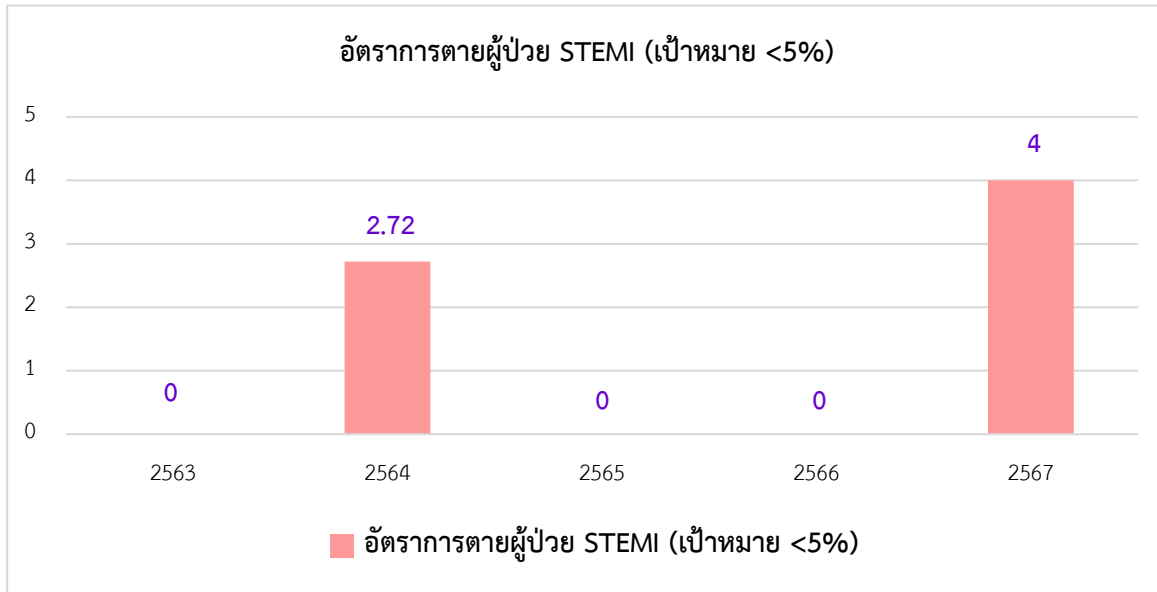
#### 3.2.1 อัตราความสมบูรณ์ของบันทึกทางการแพทย์พยาบาล (เป้าหมาย >85%)



#### - อัตราความสมบูรณ์ของบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

อัตราการสมบูรณ์ของบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ต่ำลงเล็กน้อย แต่ยังมีในส่วนของ การประเมินผู้ป่วยแรกรับ ที่ยังลงประเมินไม่ครบถ้วน ซึ่งรวมไปถึงในส่วนของ การประเมินด้านจิตใจ จึงมีแนวทางพัฒนาด้วยการเพิ่มการนิเทศการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยเฉพาะการกระตุ้นให้เขียน Focus charting ตามปัญหาผู้ป่วย และสอดคล้องกับแนวทางการรักษาของแพทย์ และสหสาขาวิชาชีพ

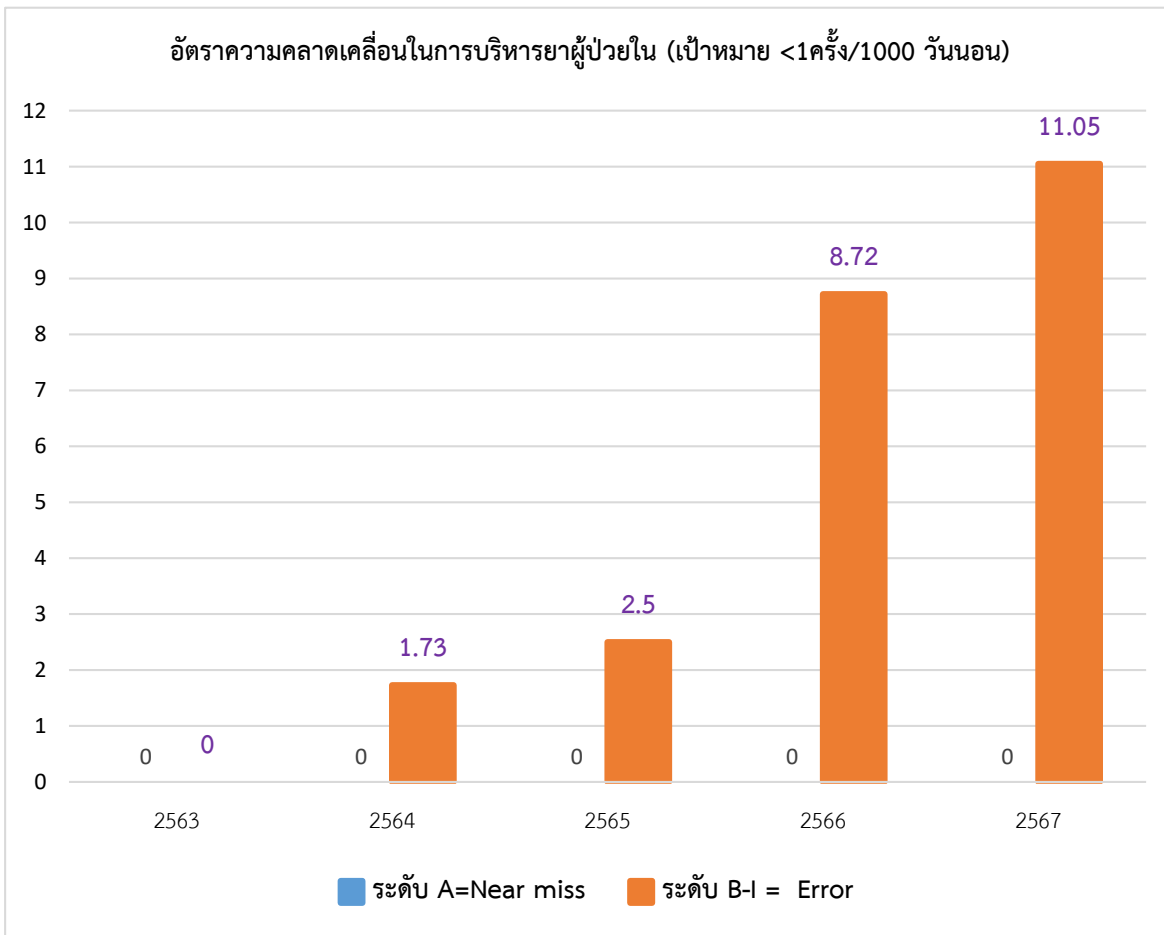
#### 3.2.2 อัตราการตายผู้ป่วย STEMI (เป้าหมาย <5%)



#### - อัตราการตายผู้ป่วย STEMI

อัตราการตายผู้ป่วย STE-ACS ในปี 2567=5.69% เนื่องจากเดิม เป็น ICCU ได้พัฒนาศักยภาพเปิดเป็น CCU ซึ่งรับคนไข้หนักมากขึ้น ทำให้อัตราการตาย เพิ่มขึ้น ซึ่งในแต่ละเคส ทาง ทีมการดูแลได้มีการทำ RCA วิเคราะห์สาเหตุรายเคส และนำมาพัฒนาแนวทางการรับ และการดูแลผู้ป่วย STE-ACS

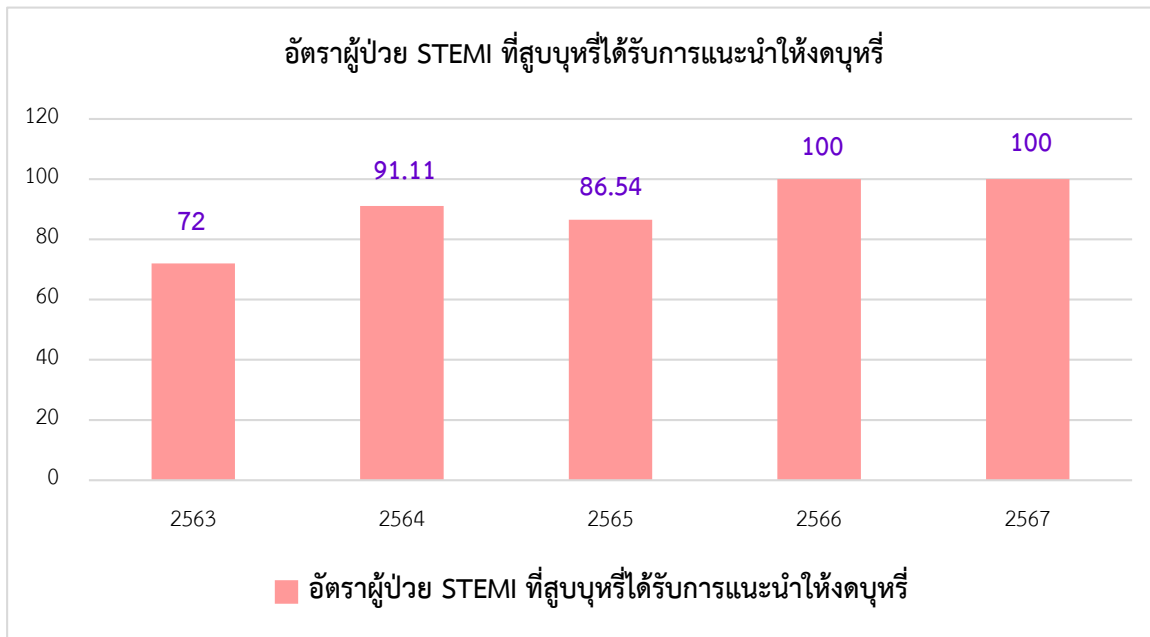
### 3.2.3 อัตราความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาผู้ป่วยใน



#### - อัตราความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาผู้ป่วยใน

ในปี 2567 อัตราการเกิด Medication error = 11.05 ครั้ง/พันวันนอน เป็นระดับ B 4 ครั้ง, ระดับ C 5 ครั้ง และระดับ D 1 ครั้ง ระดับ E-I = 0 เนื่องจากมี re-check ยาทุกครั้งก่อนบริหารยาสู่ตัวผู้ป่วย จึงทำให้อัตราการเกิด medication error ในระดับ E-I = 0 ส่วนการเกิด medication error ในระดับ A-D ได้มีการทบทวนในหน่วยงานแล้ว

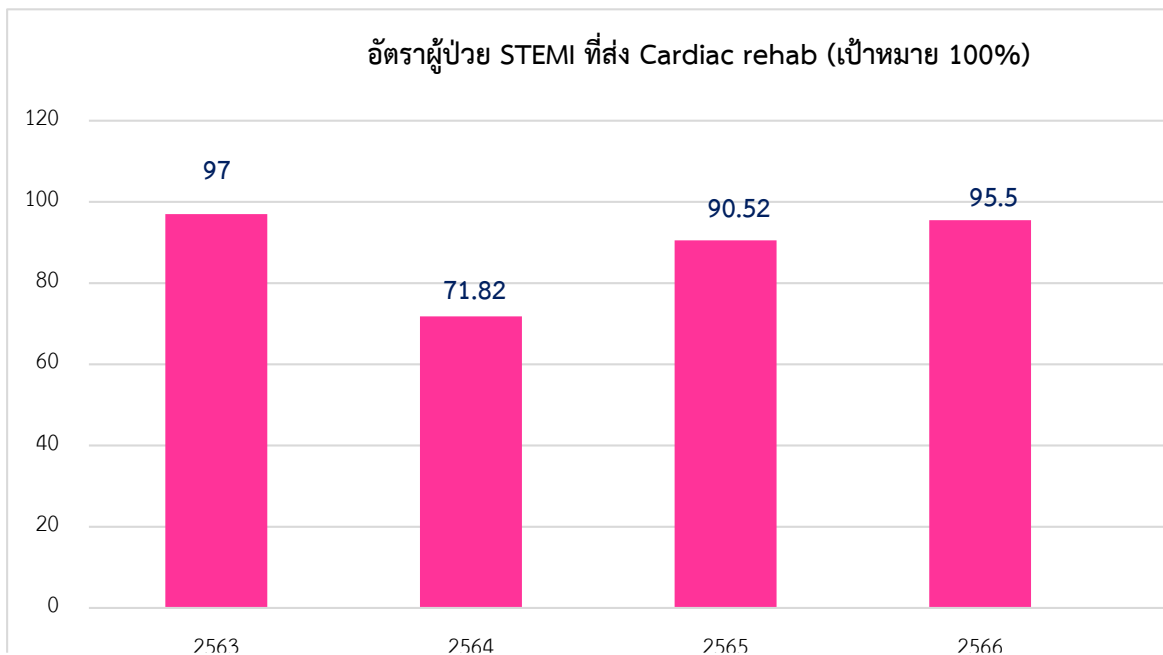
### 3.2.4 อัตราผู้ป่วย STEMI ที่สูบบุหรี่ได้รับการแนะนำสูบบุหรี่ (เป้าหมาย 100%)



#### - อัตราผู้ป่วย STEMI ที่สูบบุหรี่ได้รับการแนะนำให้งดบุหรี่

อัตราผู้ป่วย STEMI ที่สูบบุหรี่ได้รับการแนะนำให้เลิกบุหรี่ 100% แต่อัตราการขึ้นมาให้คำแนะนำการเลิกบุหรี่ = 86.54% ที่ไม่ได้ 100% เนื่องจาก คนไข้ STEMI ระยะเวลาการนอนรพ. 2-3 วันถ้าไม่มี complication ซึ่งบางครั้งกลับในช่วงวันเสาร์อาทิตย์ คลินิกฟ้าใสไม่ได้ขึ้นมา หรือ ในบางครั้ง คลินิกฟ้าใส ไม่ว่าง ไปทำกิจกรรมข้างนอกรพ. หรือ มีคลินิก COPD อาจทำให้ไม่ได้ขึ้นมาให้คำแนะนำการเลิกบุหรี่ ทางหน่วยงานได้มีการทบทวนกับทางคลินิกฟ้าใส ให้ขอเบอร์โทรผู้ป่วยและส่งข้อมูลให้คลินิกฟ้าใส เพื่อโทรให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่กับผู้ป่วยทางโทรศัพท์ ทำให้ในปี 2566-2567 อัตราการปรึกษาเลิกบุหรี่ในผู้ป่วย STEMI = 100%

### 3.2.5 อัตราผู้ป่วย STEMI ที่ส่ง Cardiac rehab (เป้าหมาย 100%)



#### - อัตราผู้ป่วย STEMI ที่ส่ง Cardiac rehab

อัตราการส่ง CR ของผู้ป่วย STEMI ในปี 2566 = 95.5% และในปี 2567 = 91.78% จากการวิเคราะห์สาเหตุที่ไม่ได้ทำ CR เนื่องจาก D/C วันเสาร์/อาทิตย์ ได้มีการพูดคุยถึงปัญหาในทีม PCT cardio โดยให้อยู่โรงพยาบาลก่อน เพื่อ consult CR ก่อนกลับบ้านให้ได้ 100% (แต่ยังมี 1-2 เคส ที่ยัง loss แต่แก้ปัญหาด้วยการนัดผู้ป่วยมาทำวันนัด F/U Cardio) ส่วนในเคสที่ไม่ได้ทำ CR คือเคสที่ refer back , เคสที่มี complication ที่ไม่สามารถทำ CR ได้ รวมถึง case Dead ซึ่งการคิดสถิติจะมีการหมายเหตุไว้

#### 4. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

4.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (อ้างอิง Policy, WP, CPG, CNPG, Care Map, WI, แบบฟอร์ม): เอกสารคุณภาพของหน่วยงานที่ขึ้นทะเบียนในระบบเอกสารคุณภาพ

ที่	เอกสารคุณภาพ				ชื่อเอกสารคุณภาพ	รหัสเอกสารคุณภาพ	สถานะเอกสารคุณภาพ (เป็นปัจจุบัน/ หมดอายุ)
	นโยบาย	ระเบียบปฏิบัติ	วิธีปฏิบัติงาน	แบบฟอร์ม / คู่มือ			
1				✓	ACS Discharge Planning	NUR-031-4-001-00	เป็นปัจจุบัน
2				✓	แบบเยี่ยมบ้านและโทรติดตามผู้ป่วย STE-ACS	NUR-031-4-002-00	เป็นปัจจุบัน
3				✓	แบบบันทึกและติดตามอาการผู้ป่วย Cardiac Care Unit	NUR-031-4-003-00	เป็นปัจจุบัน

#### 4.2 การพัฒนาคุณภาพที่ดำเนินการแล้ว และ/หรือ อยู่ระหว่างดำเนินการ

4.2.1. CQI หน่วยงาน/ระบบงาน/ ที่ทำสำเร็จแล้ว 5 ปีที่ผ่านมา

ชื่อเรื่อง	ปีที่ทำ	ผลลัพธ์ และ Impact ที่เกิดขึ้น	บทเรียนที่ได้รับ
-			

4.2.2 CQI ที่กำลังดำเนินการ

ชื่อเรื่อง	ปีที่ทำ	ผลลัพธ์ และ Impact ที่เกิดขึ้น	บทเรียนที่ได้รับ
การพัฒนาแนวทางการทำ D/C planning ในผู้ป่วย ACS			

4.2.3 R2R ที่กำลังดำเนินการ

ชื่อเรื่อง	ปีที่ทำ	ผลลัพธ์ และ Impact ที่เกิดขึ้น	บทเรียนที่ได้รับ
-			

#### 5. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

5.1. แผนการดำเนินงานพัฒนาเอกสารคุณภาพ ปี 2568



ที่	เอกสารคุณภาพ			ชื่อเอกสารคุณภาพ	สอดคล้อง/ตอบสนอง			ปี 2568		ผู้รับผิดชอบ
	นโยบาย	ระเบียบปฏิบัติ	วิธีปฏิบัติงาน		กระบวนการหลัก	ความเสี่ยงสำคัญ	ตัวชี้วัดที่ไม่บรรลุเป้าหมาย	รอบการประเมิน 1/2568	รอบการประเมิน 2/2568	
1			✓	CNPG การพยาบาลผู้ป่วย STE-ACS	✓	✓		✓		ธารทิพย์ ตนตรง
2			✓	การปรับแนวทางการทำ Discharge planing	✓					บุคลากร ใน CCU

หมายเหตุ: ติดตามแผนการดำเนินงานเอกสารคุณภาพของหน่วยงานทุกรอบการประเมิน

#### 5.2 แผนพัฒนา CQI / นวัตกรรม/ R2R ปี 2568

ที่	เอกสารคุณภาพ			ชื่อเรื่อง	สอดคล้อง/ตอบสนอง			ปี 2568		ผู้รับผิดชอบ
	CQI	นวัตกรรม	R2R		กระบวนการหลัก	ความเสี่ยงสำคัญ	ตัวชี้วัดที่ไม่บรรลุเป้าหมาย	รอบการประเมิน 1/2568	รอบการประเมิน 2/2568	
1	✓			การพัฒนาและปรับปรุงการทำ Discharge planning ผู้ป่วย ACS	✓	✓		✓		บุคลากรใน CCU/ ธาร ทิพย์ ตน ตรง