



บริการ/ทีม : หน่วยงานกึ่งวิกฤตศัลยกรรม

ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯสยามบรมราชกุมารี
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

1. บริบท (Context)

ก. ความมุ่งหมาย (Purpose)

หน่วยงานกึ่งวิกฤตศัลยกรรมให้บริการ รักษา ฟื้นฟู ป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณแบบปัจเจกบุคคลภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ป่วย ปลอดภัย ประทับใจบริการมุ่งเน้นการ สร้างเสริมสุขภาพ

ข. ขอบเขตบริการ (Scope of Service)

หน่วยงานกึ่งวิกฤต ศัลยกรรม ให้บริการพยาบาลผู้ป่วยเพศชายและหญิงอายุตั้งแต่15ปีขึ้นไป ที่มีภาวะวิกฤต ผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะทางระบบประสาทและสมอง ผู้ป่วยทางด้านศัลยกรรมในทุกด้านทุกระบบเช่น ศัลยกรรมช่องท้องศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ ศัลยกรรมตดแต่ง รับผู้ป่วยในเขตพื้นที่จังหวัดนครนายก และจังหวัดรอบนอกในพื้นที่ ส.ป.ส.ช.เขต4 และในกรณีที่แพทย์ระบบประสาทของโรงพยาบาลจังหวัดนครนายกไม่เพียงพอ ทางหน่วยงานสามารถรองรับการส่งต่อผู้ป่วยระบบ ประสาทและสมอง ,อุบัติเหตุ อีกด้วยหากแพทย์มีความจำเป็นต้องการตรวจพิเศษ เช่น MRI ,MRA ทางหน่วยงานประสานงานไปยังโรงพยาบาลที่มีความพร้อมและศักยภาพสูงกว่า รวมทั้งในกรณีที่ผู้ป่วยมะเร็งต้องการรักษาต่อเนื่องทางด้านรังสีรักษาจะส่งตัวไปรับการรักษาต่อที่ศูนย์วิทยาลาภรณ์ คลอง 10 จังหวัดปทุมธานี

ปัจจุบันหน่วยงานกึ่งวิกฤตสามารถรับดูแลผู้ป่วยที่ทำการปลูกถ่ายไต รับผู้ป่วยจำนวน10case และรับต่อเนื่องในปีงบประมาณ2560จำนวน6รายในปี61 คาดว่าจะได้รับการผ่าตัด จำนวน5ราย ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการปลูกถ่ายไตที่ผ่านมาได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดการรักษา โดยทีมแพทย์และพยาบาลของหน่วยปลูกถ่ายไตและปลูกถ่ายอวัยวะร่วมกับหน่วยงานศัลยกรรมกึ่งวิกฤต โดยมีห้องแยกสะอาดสำหรับรับผู้ป่วยหลังการผ่าตัดโดยเฉพาะ

ค. ความต้องการของผู้รับผลงานสำคัญ:

ผู้รับบริการภายนอก

ประเภทผู้รับบริการ	ความต้องการ/ความคาดหวัง
1. ผู้ป่วยและญาติ	<ul style="list-style-type: none">- การดูแลเอาใจใส่จากแพทย์และพยาบาลอย่างต่อเนื่องและเป็นมิตร- ได้รับการบริการที่ถูกต้องครบถ้วน เสมอภาค เท่าเทียมกัน ทันเหตุการณ์-ไม่มีภาวะแทรกซ้อน-ได้รับทราบข้อมูลข่าวสารที่เพียงพอเกี่ยวกับการดำเนินการของโรคร้อย่างเพียงพอแก่การตัดสินใจในการดูแลรักษา- ข้อมูลเรื่องสิทธิการรักษาที่ถูกต้อง ค่าใช้จ่ายและอุปกรณ์เสริมต่างๆที่ทำให้ต้องเพิ่มค่าใช้จ่าย การปฏิบัติตัวก่อน, ระหว่าง,และ หลังผ่าตัด โดยการให้ข้อมูลที่สามารถเข้าใจได้ง่าย
2. องค์กรที่เกี่ยวข้อง	<ul style="list-style-type: none">-ประสานงานเรื่องข้อมูล เอกสารรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ป่วยอย่างถูกต้องครบถ้วน ประสานงานสื่อสารด้วยวาจาที่สุภาพ

ผู้รับบริการภายใน

ประเภทผู้รับบริการ	ความต้องการ/ความคาดหวัง
1. โรงพยาบาล	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพและปลอดภัยจากความเสี่ยงต่างๆ - มีการให้บริการในด้านต่างๆอย่างคุ้มค่า คุ่มทุน - มีการดำเนินงานที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมระหว่างทีมสุขภาพ เพื่อคุณภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วย - มีระบบการบันทึกข้อมูลการดูแลรักษาที่ถูกต้อง ครบถ้วน
2. พยาบาล	<ul style="list-style-type: none"> - มีระบบการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ รวดเร็ว - มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลผู้ป่วย และความรู้ที่ทันสมัย เพื่อพัฒนาการบริการให้มีคุณภาพ
3. หน่วยงานระดับภาควิชา	<ul style="list-style-type: none"> - มีระบบการส่งบริการที่ถูกต้อง รวดเร็ว ครบถ้วน
4. ห้องปฏิบัติการทางพยาธิวิทยา	<ul style="list-style-type: none"> - ได้รับส่งตรวจที่ถูกต้อง ครบถ้วน - ได้รับสิ่งส่งตรวจที่ถูกต้อง ถูกวิธีและส่งถูกสถานที่
5. เภสัชกรรม	<ul style="list-style-type: none"> - ได้รับใบสั่งยาที่ถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน
6. วิสัญญี	<ul style="list-style-type: none"> - การรับกำหนดการผ่าตัดที่ถูกต้อง ครบถ้วน ทั้งผู้ป่วยหัตถการ รวมถึงวิธีการควบคุมการให้ยาเรื่องการจัดการความปวด - ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดอย่างถูกต้อง ครบถ้วน ทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ - ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตรงตามเวลาที่กำหนด ไม่มีการเลื่อนการผ่าตัดด้วยสาเหตุไม่สมควร
7. เวชระเบียน	<ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนถูกต้อง ครบถ้วน ตามเวลาที่กำหนด

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ (สอดคล้องกับหน้าที่และเป้าหมายของหน่วยงาน)

หอผู้ป่วยศัลยกรรม กิ่งวิกฤตให้บริการผู้ป่วยวิกฤต รักษาฟื้นฟู ป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพทั้งร่างกายจิตใจ อารมณ์สังคมและจิตวิญญาณแบบปัจเจกบุคคลภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ เพื่อความปลอดภัย ประทับใจบริการมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการยึดหลักผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้เช่นการติดเชื้อ แผลกดทับ การบริหารยาที่ถูกต้อง การให้ข้อมูลที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง การดูแลแบบองค์รวมและต่อเนื่องส่งเสริมญาติผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย มีการเสริมพลังให้ข้อมูลสุขภาพแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนการจำหน่ายอย่างถูกต้อง ครบถ้วน ตลอดจนการบันทึกทางการพยาบาลที่ถูกต้องตามมาตรฐานกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) โดยเน้นหลักการบริหารจัดการความเสี่ยงที่สำคัญในทุกกระบวนการทำงานและการเสริมสร้างพัฒนาบรรยากาศการทำงานที่ดี ปลอดภัยจากการทำงาน ดูแลเรื่องสวัสดิการ ค่าตอบแทนที่เหมาะสม ส่งเสริมความรู้ ทักษะ และความก้าวหน้าในวิชาชีพ แก่บุคลากรทุกระดับ

จ. ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ

หน่วยงานผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยกรรม ได้จำแนกความเสี่ยงออกเป็น

Specific Clinical Risk

กลุ่มโรค/หัตถการ	Specific clinical Risk
1- Aneurysm กลุ่มเส้นเลือดโป่งพอง	-อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยAneurysm -การไม่ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย Aneurysm -อัตราการติดเชื้อหลังการผ่าตัดสมอง
2.กลุ่มผู้ป่วยหลังการทำผ่าตัดเส้นเลือด(artery occlusion)	-การติดเชื้อหลังการผ่าตัดเส้นเลือด(artery) -การติดเชื้อในกระแสโลหิต
3.Ca.colon and colostomy	-ผู้ป่วยมีการติดเชื้อจากการดูแลcolostomyไม่ถูกต้อง. -ผู้ป่วยไม่ได้รับการสอนการดูแลทวารเทียมเมื่อจำหน่าย
4UGIB	การเสียชีวิตจากUGIB การเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต
5. Pancreatitis	การเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต การเกิดภาวะแทรกซ้อนในการดูแล การไม่ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิต(sepsis)
6..กลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไต	การติดเชื้อในผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไต การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังการปลูกถ่ายไตไม่ถูกต้อง
7.กลุ่มผู้ป่วยgall stoneหลังทำผ่าตัดLC	เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการทำผ่าตัดLC การติดเชื้อหลังการผ่าตัด การติดเชื้อที่สะดือ
8.กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งสมอง	อัตราเสียชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งสมอง การติดเชื้อหลังการผ่าตัดสมอง
9.กลุ่มผู้ป่วยเส้นเลือดโป่งพองในช่องท้องและช่องอก	อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยTEVA,EVA การติดเชื้อหลังการผ่าตัด

Common Risk)

- อัตราการเลื่อนหลุดเพื่อช่วยหายใจ ท่อเจาะคอ หรือ Line ต่างๆ
- อัตราความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา
- อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ
- อัตราการเกิดระบบทางเดินหายใจในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ
- อัตราการติดเชื้อตำแหน่งให้สารน้ำทางหลอดเลือดCABSI
- อัตราการเกิดแผลกดทับ
- อัตราการเกิดผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม
- ความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

ฉ. ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ)

สถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาปีงบประมาณ2560 ตุลาคม2560-มีนาคม2561

จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด260คน

ลำดับ	ผู้ป่วย	2558		2559		2560		2561	
		จำนวน	คิดเป็นเปอร์เซ็นต์	จำนวน	คิดเป็นเปอร์เซ็นต์	จำนวน	คิดเป็นเปอร์เซ็นต์	จำนวน	คิดเป็นเปอร์เซ็นต์
1.	ศัลยกรรมทั่วไป	114	48.51%	202	44.69%	160	36.28%	101	38.84
2.	ศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง	67	28.51%	169	39.76%	204	46.25%	76	29.23
3.	ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ	8	4.40%	15	3.52%	10	2.26%	7	2.69
4.	ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอกและหัวใจ	10	4.25%	8	1.88%	30	6.80%	8	3.07
5.	อายุรกรรม	7	2.97%	11	2.58%	8	1.81%	2	0.76
6.	ศัลยกรรมกระดูกและข้อ	14	5.95%	6	1.41%	16	3.62%	10	3.84
7.	นรีเวช	5	2.13%	5	1.17%	5	1.13%	2	0.76
8.	ENT	10	4.25%	9	2.11%	2	0.45%	6	2.30
9.	ศัลยกรรมตกแต่ง	-	-	-	-	5	1.13%	0	0
10.	สูติกรรม	-	-	-	-	1	0.22%	1	0.38

หอผู้ป่วยศัลยกรรมกึ่งวิกฤตสามารถบริการผู้ป่วยทั้งหมด 9 เตียง รวม ห้องแยก1เตียง สำหรับผู้ป่วยที่ต้องควบคุมการติดเชื้อ ผู้ป่วยที่มีแผลไฟไหม้ ปัจจุบันเป็นห้องสำหรับรับผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนไต ซึ่งเป็นห้องสะอาดถึง sterileต้องการความสะอาดและ การเฝ้าระวัง ดูแลอย่างใกล้ชิด

การดูแลผู้ป่วยวิกฤตใช้การผสมผสานอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพ ต่อผู้ช่วยพยาบาล= 4:2 เฉลี่ยบุคลากรทางการพยาบาลต่อผู้ป่วย =1:1.5 ในกรณีที่มีผู้ป่วยประเภท 5 ภาระงานหรือProductivity>95-110%ก็สามารถจัดอัตรากำลังเพิ่มได้ตามความเหมาะสม ค่าเฉลี่ย>70 % เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดระบบประสาทที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และผู้ป่วยที่มีท่อและสายระบายต่างๆ และร้อยละ30% เป็นผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับอุบัติเหตุบาดเจ็บหลายตำแหน่ง(Multiple Injury) ที่ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจและการรักษาดูแลต่อเนื่องจากทีมสหสาขา

-จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการทั้งหมดตั้งแต่ตุลาคม2560-มีนาคม2561 จำนวน260 ราย

-อัตราการครองเตียงเฉลี่ย =98.10%

- Productivity เฉลี่ย =113.82%

ตารางจำนวนแพทย์และบุคลากร

บุคลากร	จำนวน (คน)	ศักยภาพ
พยาบาล	12คน	-พยาบาลประสบการณ์วิกฤต 1 คน -พยาบาลเฉพาะทางระบบประสาท 1 คน
ผู้ช่วยพยาบาล	5คน	อายุเฉลี่ยของทีมพยาบาลวิชาชีพอยู่ที่ 28 ปี อายุงานโดยเฉลี่ย 5ปี อัตราการลาออกของพยาบาลเพื่อไปรับราชการจำนวน2 คน ทางหน่วยงานซึ่งมีความตระหนักในการ
พนักงานวิชาชีพ	2คน	มุ่งเน้นการดำรงรักษาบุคลากร การสร้างเสริมบรรยากาศที่ดีและความผาสุกในการทำงาน มีระบบพี่เลี้ยงแก่บุคลากรใหม่ การจัดการปฐมนิเทศทั้งภายในหน่วยงานและ
ผู้ปฏิบัติงานบริหาร	1คน	ข้ามสายงานและมีการกำหนดสมรรถนะและประเมินผลสมรรถนะที่จำเป็นเป็นระยะ
พนักงานทำความสะอาด	2คน	ควบคู่กับการจัดอบรม On the job training และ Training Needเฉพาะที่จำเป็นทางศัลยกรรมทั้งในระดับพยาบาลวิชาชีพและผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยวิทยากรทั้งภายในที่เป็นอาจารย์แพทย์และพยาบาลที่มีประสบการณ์และวิทยากรภายนอก ซึ่งในรอบปีที่ผ่านมาการส่งบุคลากรของหน่วยงานเข้าอบรมภายในตามโปรแกรมพื้นฐานคิดเป็น 80 % ส่วนการฝึกอบรมเฉพาะทางที่จำเป็นและมีการวางแผนพัฒนาบุคลากรในระดับพยาบาลวิชาชีพไปศึกษาอบรมการพยาบาลวิกฤตเฉพาะทางให้ได้ปีละ 1 -2 คน
		ในปีงบประมาณ2559ได้ส่งบุคลากรอบรมการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต 1คนอบรม 4วัน
		-ส่งบุคลากรเข้าสอบเวชบำบัดวิกฤต 1คน
		-ส่งบุคลากรพยาบาลสอบวิกฤตเฉพาะทาง1คน

เครื่องมือ

เครื่องมือ	จำนวน (เครื่อง)	ศักยภาพ
EKGmonitor	7เครื่อง	<p>ข้อจำกัดในเรื่องเครื่องมือ อุปกรณ์ เนื่องจากทางหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยกรรมสามารถใช้เครื่องมืออุปกรณ์พื้นฐานที่จำเป็นเพียงพอต่อการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพเช่น monitor EKG ประจำเตียงผู้ป่วย 9เตียง ได้รับการตรวจสอบบำรุงรักษาดูแลตามมาตรฐานโดยศูนย์เครื่องมือแพทย์ (Medical Equipment Center : MEC)สามารถบริหารจัดการเรื่องเครื่องช่วยหายใจและ Infusion pump โดยมีศูนย์เครื่องมือแพทย์ส่วนกลางเป็นผู้สนับสนุนและดูแลในเรื่องความสะอาด</p> <p>งานเทคโนโลยีระบบ IT ของโรงพยาบาลมีแบบประเมินผู้ป่วยเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงลงในระบบคอมพิวเตอร์ การบันทึกทางการแพทย์ โรงพยาบาล ปัจจุบันมีการเชื่อมโยงฐานข้อมูลค่าระดับน้ำตาลผู้ป่วยจากการเจาะ DTX ของผู้ป่วยไปยังห้อง Lab ได้ และสามารถส่งข้อมูลหรือผล Lab ได้ทางคอมพิวเตอร์ ผลเอกซเรย์ในระบบคอมพิวเตอร์ เพื่อสะดวกในการสื่อสารแก่ สหสาขาวิชาชีพ ช่วยให้การดูแลรักษารวดเร็วขึ้น</p>

2. กระบวนการสำคัญ (Key Processes)

กระบวนการสำคัญ (Key Processes)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ความเสี่ยง / ปัญหา / โอกาสพัฒนา	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
<p>1. การเตรียมรับผู้ป่วย</p> <p>1.1 การรับ -ส่งเวรเจ้าหน้าที่ OPD/ER และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</p>	<p>1. ผู้ป่วยได้รับการประเมินความพร้อมอย่างถูกต้องครบถ้วนทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม</p> <p>2. ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยขณะเข้ารับการรักษาขณะอยู่โรงพยาบาล</p> <p>3. ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลการรักษาแพทย์อย่างต่อเนื่อง</p>	<p>-ข้อร้องเรียนในการให้บริการพยาบาล</p> <p>-พฤติกรรมบริการ</p> <p>-ความพึงพอใจของผู้รับบริการ</p>	<p>1. ร้อยละของความพึงพอใจของผู้รับบริการ >90%</p> <p>2. ผู้ป่วยปลอดภัย</p> <p>3. ผู้ป่วยและญาติได้รับทราบข้อมูลการดูแลรักษาถูกต้องต่อเนื่องตลอดการรักษา</p>

กระบวนการสำคัญ (Key Processes)	สิ่งที่คาดหวัง จากกระบวนการ (Process Requirement)	ความเสี่ยง /ปัญหา / โอกาสพัฒนา	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
2. การประเมินผู้ป่วย 2.1 การประเมินแรกเริ่ม 2.2 การส่งตรวจ เพื่อ ประกอบกรวินิจฉัยโรค 2.3 การวินิจฉัยโรค	1. ผู้ป่วยได้รับการประเมิน ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม 2. ผู้ป่วยได้รับ ความ ปลอดภัย 3. ผู้ป่วยได้รับ การ Investigation ได้ถูกต้อง	ประเมินผู้ป่วยไม่ ครอบคลุม -การส่งตรวจผิดพลาด -การวินิจฉัยผิดพลาด ลำช้า	1. ร้อยละการประเมินผู้ป่วย แรกเริ่ม ครอบคลุมองค์รวม ภายใน 24 ชั่วโมง 100 % 2. การส่งตรวจถูกต้อง 3. การวินิจฉัยถูกต้อง รวดเร็ว
3. การวางแผน. การ วางแผนการดูแลร่วมกับ ผู้ป่วย 3.1 การวางแผนการ ดูแลผู้ป่วย 3.2 การวางแผน จำหน่าย	มีการวางแผนการดูแลปัญหา สุขภาพ ของผู้ป่วยร่วมกับผู้ป่วย และครอบครัว 2. ผู้ป่วย และ ครอบครัว รับทราบเป้าหมายและผลลัพธ์ ของกระบวนการดูแล รวมทั้ง ให้ร่วมมือในการปฏิบัติตัวตาม แนวทางที่กำหนด 3. ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ขณะอยู่โรงพยาบาล	การวางแผนการพยาบาล ไม่ครอบคลุม -ผู้ป่วยและญาติไม่ได้ รับทราบข้อมูลการดูแล รักษาจากแพทย์และสห สาขาวิชาชีพ ถูกต้อง ครบถ้วน -ผู้ป่วยและญาติไม่ได้ รับทราบแนวทางการ ปฏิบัติตัว ทั้ง ใน โรงพยาบาลและเมื่อกลับ บ้าน	1. ความสมบูรณ์ของบันทึก ทางการพยาบาล ถูกต้อง ครบถ้วน >80% -การวางแผนการจำหน่าย ถูกต้องครบถ้วน>80%
4. การดูแลผู้ป่วย 4.1 การดูแลทั่วไป 4.2 การดูแลผู้ป่วยและ การให้บริการที่มีความเสี่ยง สูง 4.3 การดูแลเฉพาะ ก. การระงับความรู้สึก ข. การผ่าตัด ค. อาหารและโภชนาการ ง. การดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้าย จ. การบำบัดอาการเจ็บปวด	1. ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูล ที่จำเป็น และมีส่วนร่วมในการ ตัดสินใจ ในแผนการรักษาของ แพทย์ 2. ผู้ป่วยได้รับการดูแลตาม มาตรฐาน GPG/Gide line/CNPG เฉพาะโรคอย่าง เหมาะสม มีแนวทางการเฝ้า ระวังผู้ป่วยในโรคที่สำคัญและมี ความเสี่ยงสูง 3. ผู้ป่วยได้รับการทบทวน การดูแลขณะรักษาพยาบาล	มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น แผลกดทับ,ผู้ป่วยพลัดตก หกล้ม การบริหารยาคลาดเคลื่อน การเตรียมความพร้อม ผู้ป่วยก่อนเข้าห้องผ่าตัด ผิดพลาด	1. อัตราการเกิด Med ErrorระดับE/I 0ครั้ง/เดือน 2. อัตราการเกิด CAUTI<15ครั้ง/1000วัน นอน 3. อัตราการเกิดปอด อักเสบจากการใส่ เครื่องช่วยหายใจ(VAP) <20ครั้ง/1000วันนอน 4. อัตราการเกิดแผลกด ทับ < 4 ครั้ง/1000 วัน นอน

กระบวนการสำคัญ (Key Processes)	สิ่งที่คาดหวัง จากกระบวนการ (Process Requirement)	ความเสี่ยง /ปัญหา / โอกาสพัฒนา	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
ฉ. การฟื้นฟูสภาพ	<p>จากสหสาขาวิชาชีพ</p> <p>4. ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงได้รับการเฝ้าระวัง</p> <p>5. ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบ Holistic care</p> <p>6. ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างทันท่วงที ปลอดภัยเหมาะสมกับสภาพปัญหา และถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ และลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่าย</p> <p>7. ผู้ป่วยได้รับ 7. ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้อง ปลอดภัย ตรงตามมาตรฐาน</p> <p>8. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะที่ต้องช่วยฟื้นคืนชีพ ได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>9. ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการเตรียมความพร้อมในการรักษา</p>		<p>5. อัตราการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 100 %</p> <p>6. การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้าย >90%</p>
5. การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว	<p>1. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลผู้ป่วย อย่างถูกต้องเหมาะสม โดยทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง</p> <p>2. เพื่อให้ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล มีความรู้ทักษะ จนมีความสามารถ เชื่อมั่นว่าจะสามารถปฏิบัติ ดูแลผู้ป่วยได้ที่บ้านอย่างเหมาะสม ถูกต้องต่อเนื่อง(ทำ Pre -Post test)</p>	ผู้ป่วยและญาติไม่ได้รับการวางแผนการจำหน่าย	1. ร้อยละของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตาม CPG /Guide line> 80 %
6. การดูแลต่อเนื่อง	1. ผู้ป่วยได้รับการดูแล และรักษาติดตามประเมินผลอย่าง	ผู้ป่วยไม่ได้รับการวางแผนการจำหน่าย และการ	1. อัตราการ Re Admit -ภายใน 28 < 2 ครั้ง /

กระบวนการสำคัญ (Key Processes)	สิ่งที่คาดหวัง จากกระบวนการ (Process Requirement)	ความเสี่ยง / ปัญหา / โอกาสพัฒนา	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
	ต่อเนื่อง สร้างความเชื่อมั่น ปลอดภัย	ดูแลที่บ้าน	เดือน 2. อัตราการ Re Admit SICU ภายใน 28 ชั่วโมง < 2 ครั้ง / เดือน

3. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

รายงานตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ระดับที่ปฏิบัติได้								
		ปี53	ปี54	ปี55	ปี56	ปี57	ปี58	ปี59	ปี60	ปี 61 คค60- มีค61
ตัวชี้วัดหน่วยงาน										
1.Productivity เฉลี่ย 100.26	85-115 %	103.76	81.79	79.88	77.51	68.53	61.68	88.17	98.34	113.82
2.. อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ระดับ A	> 1ครั้ง/ 1000 วันนอน	2.49	1.99	1	10.8	0	0	0	5	0
ระดับE-I	0 ครั้ง /1000 วันนอน	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3.. อัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ	15ครั้ง/1000 วันนอน	14.29	8.75	5.80	1.98	9.26	6.08	5.37	1.33	3.65
4. อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ	20ครั้ง/ 1000 วันนอน	13.86	11.13	6.81	7.02	9.02	3.88	5.07	3.37	0
5.. อัตราการติดเชื้อCABSI	0ครั้ง/1000 วัน on IV	NA	7.53	2.33	0.19	0	0	28.28	5.60	15.38
6.การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ	0 ครั้ง	0.22	0.44	0	1	0	1	0	2	0.25
7.. อัตราการเกิดแผลกดทับ	4 ครั้ง/1000 วันนอน	0.93	1.46	0.65	1.48	8.16	4.05	5.49	2.18	5.24
8.อัตราครองเตียง	>90%	87.75	78.71	84.82	75.64	86.81	68.88	83.36	88.03	98.10
9..อัตราผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม	0 ครั้ง	0.26	0.47	0.13	0.33	0	0	0	0	0
10.การจัดการความปวด	.>90%	65.59	75.15	80.84	76.39	58.26	75	100	100	100
11..ร้อยละของการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย	>80%	80	75	80	80	85	80	100	100	100
12..ร้อยละของการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้าย	>90%	NA	80	90%	100	100	100	100	100	100
13..ร้อยละของการประเมินผู้ป่วยแรกรับ	%85%	90	95	90	90	95	90	100	100	100
14..อัตราการre-admit.ใน28วัน	<2ครั้ง//ต่อ เดือน	0	0	0	0	0	0	0	0.5	0

4. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

4.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ปัจจุบัน :

- การป้องกันการเกิด phlebitis โดยกำหนดวิธีปฏิบัติการให้ยาและสารน้ำ การใช้ IV สี่รู้ง และติดตามตัวชี้วัดทั้งเชิงกระบวนการและเชิงผลลัพธ์ปรับปรุงแก้ไขปัจจุบันจะมีทีมงาน IV care team ของส่วนกลางฝ่ายการพยาบาลเข้าตรวจสอบความชุกของการเกิด Phlebitis ของหน่วยงานทุกอาทิตย์

- การป้องกันการเกิดแผลกดทับโดยทีมคณะทำงานลงตรวจเยี่ยมเก็บความชุกทุกอาทิตย์,
- การป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ (CA-UTI)
- การป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ (VAP)
- การประเมินและการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด
- การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังหรือต้องดูแลต่อที่บ้าน
- การป้องกันการพลัดตกหกล้ม
- การบริหารยาความเสี่ยงสูง
- การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในผู้ป่วยดื้อยา และ TB

4.2 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

- การทำ drug reconcile
- การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในผู้ป่วยดื้อยา และ TB
- การป้องกันผู้ป่วยดิ่งท่อช่วยหายใจหรือ Line ต่างๆ
- การป้องกันอันตรายจากการผูกยึดผู้ป่วย

5. แผนพัฒนาต่อเนื่อง

- พัฒนาศักยภาพในการค้นหาความเสี่ยงในแต่ละกระบวนการพยาบาลให้ครอบคลุมมากขึ้น
- กิจกรรมเพิ่มพูนความรู้ให้แก่บุคลากร เช่น กิจกรรมวิชาการเดือนละ 2 ครั้ง
- การกระตุ้นบุคลากรในการทำ R2R
- การป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤต
- การป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยวิกฤต
- การป้องกันการเลื่อนหลุดท่อเจาะคอ
- การบันทึกทางการพยาบาล Focus Charting
- การติดเชื้อ CABS I

ตัวชี้วัดสำคัญ ของหน่วยงานกึ่งวิกฤตศัลยกรรม

<p>-อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ</p> <table border="1"> <caption>อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>อัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ</th> <th>เป้าหมาย < 4 ครั้ง/1000 วันนอน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2557</td> <td>9.5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2558</td> <td>6</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2559</td> <td>5.5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2560</td> <td>1.5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2561</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	อัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ	เป้าหมาย < 4 ครั้ง/1000 วันนอน	2557	9.5	4	2558	6	4	2559	5.5	4	2560	1.5	4	2561	4	4	<p>จากรูปแสดงถึงอัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะมีแนวโน้มลดลงไม่เกิน4ครั้งต่อ1000 วันใส่สายสวนปัสสาวะเนื่องจากนำปัญหาที่เกิดขึ้นในปี2557มาทบทวนและทำกิจกรรมการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง</p> <p>หัวหน้าหน่วยงานนิเทศกำกับติดตาม ICWN ประจำหน่วยงานสุ่มตรวจ การปฏิบัติงานของบุคลากรทุกระดับบระวังให้ปฏิบัติตามBundle care CAUTI ของงานควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล</p>
ปี	อัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ	เป้าหมาย < 4 ครั้ง/1000 วันนอน																	
2557	9.5	4																	
2558	6	4																	
2559	5.5	4																	
2560	1.5	4																	
2561	4	4																	
<p>-อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ</p> <table border="1"> <caption>อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ</th> <th>เป้าหมาย < 8 ครั้ง/1000 วันนอน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2557</td> <td>9</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>2558</td> <td>4</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>2559</td> <td>5</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>2560</td> <td>3.5</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>2561</td> <td>0</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ	เป้าหมาย < 8 ครั้ง/1000 วันนอน	2557	9	8	2558	4	8	2559	5	8	2560	3.5	8	2561	0	8	<p>จากรูปการติดเชื้อVAP มีแนวโน้มลดลงทางหน่วยงานได้-นำปัญหาที่เกิดขึ้นมาทบทวน ทำกิจกรรมการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง หัวหน้าหน่วยงานนิเทศกำกับติดตามICWNประจำหน่วยงานสุ่มตรวจ การปฏิบัติงานของบุคลากรทุกระดับปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบ VAP Bundle care</p>
ปี	อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ	เป้าหมาย < 8 ครั้ง/1000 วันนอน																	
2557	9	8																	
2558	4	8																	
2559	5	8																	
2560	3.5	8																	
2561	0	8																	
<p>อัตราการติดเชื้อCABSI</p> <table border="1"> <caption>อัตราการติดเชื้อCABSI</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>อัตราการติดเชื้อCABSI</th> <th>เป้าหมาย < 15 ครั้ง/1000 วันนอน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2557</td> <td>0</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>2558</td> <td>0</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>2559</td> <td>28</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>2560</td> <td>5</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>2561</td> <td>15</td> <td>15</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	อัตราการติดเชื้อCABSI	เป้าหมาย < 15 ครั้ง/1000 วันนอน	2557	0	15	2558	0	15	2559	28	15	2560	5	15	2561	15	15	<p>-จากรูปพบว่าม้ออัตราการติดเชื้อเพิ่มขึ้นวิเคราะห์หาสาเหตุ การติดเชื้อผู้ป่วยจำนวนการใส่สาย central line เพิ่มขึ้น การให้ยาที่ทำให้เกิดเส้นเลือดอักเสบสูงขึ้นทางหน่วยงาน</p> <p>-ทบทวน ทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเป็นลำดับต่อไป</p>
ปี	อัตราการติดเชื้อCABSI	เป้าหมาย < 15 ครั้ง/1000 วันนอน																	
2557	0	15																	
2558	0	15																	
2559	28	15																	
2560	5	15																	
2561	15	15																	
<p>การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ</p> <table border="1"> <caption>การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ</th> <th>เป้าหมาย 0 ครั้ง</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2557</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2558</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2559</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2560</td> <td>2</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2561</td> <td>0.25</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ	เป้าหมาย 0 ครั้ง	2557	0	0	2558	1	0	2559	0	0	2560	2	0	2561	0.25	0	<p>-พบว่าเฉลี่ยการเลื่อนหลุด 0.25 ครั้งต่อ1000วันใส่ แต่มีการเลื่อนหลุด1ครั้ง ที่ความรุนแรงระดับ H-I ทางหน่วยงานนำเหตุการณ์มาทบทวนร่วมกับทีมนำทางคลินิก และทำกิจกรรมทบทวนพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง</p>
ปี	การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ	เป้าหมาย 0 ครั้ง																	
2557	0	0																	
2558	1	0																	
2559	0	0																	
2560	2	0																	
2561	0.25	0																	

