



Unit Profile

2560

หน่วยงาน การพยาบาลผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจ ชั้น 2

Unit Profile

ทีมนำทางคลินิก/หน่วยงาน แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจ ชั้น 2

1. บริบท (Context)

ก. หน้าที่และเป้าหมาย (Purpose Statement)

ผู้รับบริการได้รับการบริการการดูแลอย่างรวดเร็วและปลอดภัยตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยเน้นการดูแลแบบองค์รวม โดยคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยและให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ

ข. ขอบเขตการบริการ (Scope of service)

ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยอายุรกรรมโรคหัวใจ ทุกเพศทุกวัยในเวลาราชการ ทั้งในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบและกรณีส่งต่อจากโรงพยาบาลในพื้นที่ใกล้เคียง โดย การรักษาด้วยยา และการตรวจโรคหัวใจด้วยเครื่อง Echo, EST, TEE, Holter และการสวนหัวใจ (CAG) โดยแพทย์เฉพาะทาง ด้านโรคหัวใจรวมถึงกับสหสาขาวิชาชีพ

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ

ผู้รับบริการภายนอก

ประเภทผู้รับบริการ	ความต้องการ/ความคาดหวัง
ผู้ป่วยและญาติ	- ได้รับทราบข้อมูลการเจ็บป่วยโดยละเอียด - เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความเต็มใจ สุภาพ และยิ้มแย้ม - ทราบข้อมูลการเจ็บป่วย และได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวจากแพทย์ หรือพยาบาลผู้ให้บริการ
สถานพยาบาลอื่น	- ได้รับข้อมูลของผู้ป่วยถูกต้อง ชัดเจน ครบถ้วน

ผู้รับบริการภายใน

ประเภทผู้รับบริการ	ความต้องการ/ความคาดหวัง
แพทย์	- รับคำสั่งได้ถูกต้อง ครบถ้วน ให้การดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพด้วยความรวดเร็ว ถูกต้อง ครบถ้วน ตามแผนการรักษา
ER, Ward, ICCU	- รายงานอาการภาวะวิกฤต โดยละเอียด และครบถ้วน - ข้อมูล Admit ถูกต้อง ครบถ้วน - ความรวดเร็ว ทันทีที่
ห้องสวนหัวใจและหลอดเลือด	- การให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนทำการ - ส่งต่อข้อมูลครบถ้วน
งานเภสัชกรรม	- มีการบันทึกประวัติผู้ป่วยแพ้ยาในระบบ EMR - ใบสั่งยาผู้ป่วยนอก ถูกต้อง ครบถ้วน
งานเวชระเบียน	- ค้นหาประวัติทุกวัน ไม่มีแฟ้มค้างในหน่วยงาน
การเงิน	- คีย์ค่าใช้จ่ายถูกต้อง ครบถ้วน ก่อนส่งงานให้การเงิน

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ (Key Quality Issues)

1. ผู้ป่วยอายุรกรรมโรคหัวใจ ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
2. ผู้ป่วยภาวะเร่งด่วนได้รับการคัดกรองและการดูแลรักษา อย่างถูกต้อง
3. ผู้ป่วยและญาติ สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

จ. ความท้าทายและความเสี่ยงที่สำคัญ

1. การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน 85% → 90%
2. มาตรฐานความพึงพอใจ > 85% → 90%

ฉ. ปริมาณงานและทรัพยากร (คน ผู้ปฏิบัติงาน เครื่องมือ และเทคโนโลยี)

ตารางเปรียบเทียบข้อมูลจำนวนผู้รับบริการ 3 ปี

ลักษณะงานที่สำคัญ	2557	2558	2559	2560
ยอดภาระงานผู้รับบริการ	12,226	13,788	15,039	12,823

ตารางจำนวนแพทย์และบุคลากร

บุคลากร	จำนวน (คน)	ศักยภาพ
แพทย์ทางด้าน IC	2 คน	- ด้านโรคติดเชื้อ 2 คน
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง	4 คน	- ด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด 4 คน
พยาบาล	1 คน	- อบรมเฉพาะทางโรคหัวใจ 1 คน
ผู้ปฏิบัติการพยาบาล	2 คน	
ธุรการ 1 คน	1 คน	
พนักงานวิชาชีพ 1 คน	1 คน	

เครื่องมือ

เครื่องมือ	จำนวน (เครื่อง)	ศักยภาพ
Echocardiogram	1	
EKG	1	
EST	1	

ประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

1. การส่งเสริมสุขภาพเจ้าหน้าที่

- 1.1 ตรวจสุขภาพประจำปี
- 1.2 ร่วมรณรงค์การไม่สูบบุหรี่

2. การส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วย/ผู้รับบริการ

- 2.1 ให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่
- 2.2 รณรงค์ให้ผู้ป่วยและผู้รับบริการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจ

3. การส่งเสริมสุขภาพในชุมชน

- 3.1 ให้บริการคลื่นไฟฟ้าหัวใจในผู้รับบริการที่มาตรวจสุขภาพ
- 3.2 ตามโปรแกรมตรวจสุขภาพจากศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ
- 3.3 ให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคกรณีมีการระบาดของโรค เช่น ไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล

4. ประเด็น Holistic Care Humanized Health Care

- 4.1 สนับสนุนและให้ข้อมูลกับญาติในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
- 4.2 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์กรณีที่ผู้ป่วยขาดนัด (Loss Follow up)

ประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพที่สำคัญ

- การส่งเสริมสุขภาพผู้รับบริการผู้ป่วยและญาติในกลุ่มโรค CAD, HIV ได้รับการ Empowerment ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมสามารถดูแลตนเองได้ และได้รับคำแนะนำก่อนและหลังตรวจ
- การส่งเสริมสุขภาพบุคลากร สนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานมีการออกกำลังกายและปฏิบัติตามนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้เจ้าหน้าที่มีดัชนีสุขภาพผ่านเกณฑ์ และมีความสุขในการทำงาน ส่งเสริมกระตุ้นความรู้สึกรักองค์กรและตระหนักถึงการทำหน้าที่ในการให้บริการที่ดีด้วยความเต็มใจ
- การจัดนิทรรศการ เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด และแนวทางการดูแลสุขภาพแก่ผู้รับบริการ
- จัด Program การตรวจสุขภาพหัวใจในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ผู้สูงอายุ, สูบบุหรี่, มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, ไขมันในหลอดเลือด, ประวัติครอบครัวมีโรคหัวใจ

2. กระบวนการสำคัญ (Key Process)

กระบวนการสำคัญ	สิ่งที่คาดหวัง	ความเสี่ยงสำคัญ	ตัวชี้วัดสำคัญ
1. การเข้าถึงและเข้ารับบริการ - ด้านเครื่องมือ, วัสดุอุปกรณ์เวชภัณฑ์ - ด้านสถานที่ - ด้านบุคลากร	- เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการได้อย่างรวดเร็วเหมาะสมกับเวลา - ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลที่เหมาะสม - บุคลากรมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย - อุปกรณ์ เครื่องมือมีความพร้อมใช้	- ขาดการเตรียมความพร้อมด้านเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์, สถานที่, บุคลากร	- ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยในการบริการ < 10 นาที
2. การประเมินผู้ป่วย 2.1 การประเมินผู้ป่วย - การคัดกรองและซักประวัติการบันทึก - การตรวจวัดสัญญาณชีพ - การสังเกตอาการผู้ป่วยระหว่างรอตรวจ - การประเมินซ้ำ - อธิบายผลการประเมินแก่ผู้ป่วยและญาติ	- เพื่อให้ประเมินผู้ป่วยครอบคลุมประเด็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ - เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการวินิจฉัยและการรักษาของแพทย์ - เพื่อประเมินผู้ป่วย - เพื่อประเมินสภาพผู้ป่วยและไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์ขณะรอตรวจ - เพื่อประเมินสภาพผู้ป่วยและไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์ขณะรอตรวจ - เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ	- ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์ขณะรอตรวจ เช่น ชัก, ช็อก, เป็นลม ฯลฯ - ซักประวัติไม่ครอบคลุม, ไม่เหมาะสมกับโรค - ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นล่าช้า - ไม่ได้รับการประเมินซ้ำในกลุ่มโรคที่สำคัญ - ไม่ได้รับคำอธิบายผลการประเมินสภาพ	- อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน - จำนวนความผิดพลาดในการประเมินอาการผู้ป่วย - จำนวนกลุ่มโรคสำคัญ/ อาการไม่คงที่ไม่ได้รับการประเมินซ้ำ - จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงขณะรอตรวจ/ต้องย้ายลง ER/ICCU

กระบวนการสำคัญ	สิ่งที่คาดหวัง	ความเสี่ยงสำคัญ	ตัวชี้วัดสำคัญ	
2.2 การส่งตรวจเพื่อประกอบการวินิจฉัยโรค	- เพื่อค้นหาสาเหตุของโรค - เพื่อสนับสนุนข้อมูลการตรวจรักษาประกอบการวินิจฉัย	- ผู้ป่วยไม่ได้รับการตรวจเพื่อประกอบการวินิจฉัยโรคที่จำเป็น - ส่ง Investigate เกินความจำเป็น		
2.3 การวินิจฉัยโรค	- แพทย์ซักประวัติอาการเพิ่มเติม - แพทย์ตรวจร่างกายพร้อมบันทึก	- แพทย์ไม่ได้ซักประวัติเพิ่มเติม - ประวัติผู้ป่วยสูญหาย - ไม่มีการบันทึกผลการตรวจร่างกาย/ บันทึกได้ไม่ครบถ้วนในสิ่งที่สำคัญ	- อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน	
3. การวางแผน				
3.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย	- การวินิจฉัยโรคและให้ข้อมูลผู้ป่วย - การส่งปรึกษาระหว่างวิชาชีพ	- เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลการเจ็บป่วยและการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง - เพื่อปรึกษาปัญหาร่วมกันในการวางแผนดูแลผู้ป่วยร่วมกัน - เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	- วินิจฉัยโรคผิดพลาด - ผู้ป่วยได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยแต่ไม่เข้าใจ/ ผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย	- อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ -อัตราผู้ป่วยที่มีโรคอื่นร่วม ได้รับการปรึกษาส่งต่อ
3.2 การวางแผนการจำหน่าย	- ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลสุขภาพตนเองภายหลังจำหน่าย	- ผู้ป่วยไม่ได้รับการวางแผนจำหน่ายอย่างเหมาะสมตามระบบที่วางไว้ - ขาดการดูแลร่วมกันในการวางแผนการจำหน่าย	- อัตราการ Revisit ภายใน 7 วัน - จำนวนผู้ป่วยที่มา ก่อนนัดด้วยโรคเดิมในกลุ่ม STEMI	

กระบวนการสำคัญ	สิ่งที่คาดหวัง	ความเสี่ยงสำคัญ	ตัวชี้วัดสำคัญ
4. การดูแลผู้ป่วย 4.1 การดูแลทั่วไป - การบันทึกข้อมูลในเวชระเบียน - การให้สุขศึกษา/ ให้คำแนะนำก่อน-หลังตรวจ - การให้คำปรึกษา - การประสานการดูแลผู้ป่วยภายในทีม - การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย	- เพื่อเป็นหลักฐานการดูแลรักษาและสื่อสารภายในทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย - เพื่อให้ผู้ป่วยทราบคำแนะนำและนำไปปฏิบัติ - เพื่อเป็นข้อมูลให้ผู้ป่วยตัดสินใจ/ หรือมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม - เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมร่วมวางแผนในการดูแลผู้ป่วย - เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการคุ้มครองสิทธิ	- บันทึกเวชระเบียนไม่ครบถ้วน, สามารถสื่อสารภายในทีมหรือเป็นหลักฐานทางกฎหมายได้ - ผู้ป่วยไม่ได้รับคำปรึกษาหรือข้อมูลที่จำเป็นประกอบการตัดสินใจ - ผู้ป่วยถูกละเมิดสิทธิ	- อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน - อัตราผู้ป่วย ก่อน – หลังสวนหัวใจ ได้รับความรู้เรื่องการดูแลตนเองที่บ้าน - ผู้ป่วย Neck Mass ได้รับการอธิบายและลงชื่อยินยอมก่อนทำการหัตถการ 100% - ข้อร้องเรียนการละเมิดสิทธิ
4.2 การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง - การเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงขณะรอตรวจ	- เพื่อไม่ให้อาการไม่พึงประสงค์/ ภาวะแทรกซ้อนขณะรอตรวจ	- เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขณะรอตรวจ เช่น ชัก, ชอก, ไม่รู้สึกตัว ฯลฯ	- ผู้ป่วยที่มีภาวะเร่งด่วนได้รับการตรวจโดยแพทย์ใน 10 นาที - จำนวนการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขณะรอการตรวจ เช่น เป็นลมหมดสติ, หัวใจหยุดเต้น

กระบวนการสำคัญ	สิ่งที่คาดหวัง	ความเสี่ยงสำคัญ	ตัวชี้วัดสำคัญ
5. การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว - การให้คำแนะนำ/ปรึกษาหลังตรวจ - กิจกรรมเสริมทักษะแก่ผู้ป่วยและครอบครัว	- เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน	- ผู้ป่วยและญาติไม่ได้รับการให้ข้อมูลและเสริมพลังในการดูแลตนเอง (โดยเฉพาะกลุ่มโรคเรื้อรัง)	- อัตราผู้ป่วย CAG ได้รับความรู้และสามารถแก้ไขได้เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน - จำนวนผู้ป่วยที่มาผิदनัด และขาดนัด
6. การดูแลต่อเนื่อง - การนัด/ ติดตาม - การส่งต่อผู้ป่วยและการติดตาม	- เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ต่อเนื่อง, ผู้ป่วยปลอดภัย - เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องและเหมาะสม	- ผู้ป่วยไม่มีการนัดติดตาม - ผู้ป่วยขาดนัด/ ขาดการดูแลรักษาที่ต่อเนื่อง - ผู้ป่วยไม่ได้รับการส่งต่อที่เหมาะสมขาดการเตรียมความพร้อม	- อัตราการขาดนัดของผู้ป่วยที่ต้อง รับประทานต่อเนื่อง - ร้อยละของผู้ป่วยที่ต้องส่งต่อ HHC
- การรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Admitted)	- เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม - เพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบข้อมูลการเจ็บป่วยการดูแลรักษา	- ผู้ป่วยไม่ได้รับทราบข้อมูลการเจ็บป่วย/ การดูแลรักษา	

3. ตัวชี้วัดการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2556	2557	2558	2559	2560
1	อัตราความผิดพลาดการส่งตรวจสาขา/ผิดแผนก	0 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย
2	อุบัติการณ์ที่ผู้ป่วยมีอาการทรมานลงขณะตรวจ	0 ราย	2 ราย	2 ราย	0 ราย	1 ราย	0 ราย
3	อุบัติการณ์เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการ	0 ราย	1 ราย	2 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย

4. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

4.1 ผลงานเด่นและความภาคภูมิใจของหน่วยงาน ปี 2555

- การติดตามผู้ป่วยที่ Readmit จากภาวะหัวใจล้มเหลว

4.2 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

- พัฒนาระบบการติดตามผู้ป่วย CAD กลุ่ม CHF หลังสวนหัวใจ

5. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

- การให้ความรู้ผู้ป่วยกลุ่มภาวะหัวใจล้มเหลว โดยสหสาขาวิชาชีพร่วมกัน
- จัดทำกลุ่มจิตอาสาโดยผู้ป่วยหัวใจ เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน

กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

สรุปกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพที่ได้ทำไปแล้ว การปรับเปลี่ยนและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

ลำดับ	ประเด็นพัฒนา	แนวทางแก้ไข/ผลลัพธ์
1	เพิ่มประสิทธิภาพการคัดกรอง, การซักประวัติผู้ป่วย และการบันทึก	<u>การปรับปรุงระบบ</u> 1. ประชุมชี้แจงแก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรอง 2. จัดทำคู่มือแนวทางการคัดกรอง/ซักประวัติ และการป้องกัน 3. ซักประวัติตามมาตรฐานวิชาชีพโดยลง อส,ปป,ปอ, ประวัติแพ้ยา คำแนะนำทุกครั้งที่ผู้ป่วยมารับการรักษา 4. มีการทบทวนการซักประวัติ Audit เวชระเบียน ถ้าพบปัญหาแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบทุกครั้ง 5. สอบถามความต้องการปัญหาของผู้รับผลงาน เช่น แพทย์ว่าต้องการอะไร เพิ่มเติม, จากการคัดกรอง ซักประวัติเป็นระยะและปัญหาที่ต้องการให้แก้ไข 6. ปรับปรุงระบบการคัดกรอง โดยการประชุมร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ <u>ผลลัพธ์</u> 1. อัตราการสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน 80.8% 2. จำนวนข้อร้องเรียนลดลงเป็น 0
2	การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย	<u>แนวทางแก้ไข</u> 1. ติดประกาศ คำประกาศสิทธิผู้ป่วยให้ผู้ป่วยได้รับทราบ 2. เขียนขั้นตอนการรับบริการติดหน้าแผนก 3. แจ้งลำดับการให้บริการทุกขั้นตอน โดยเฉพาะผู้ป่วยรายใหม่ 4. ชี้แจงอย่างละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอนการรับบริการ 5. เขียนชื่อแพทย์ติดหน้าห้องตรวจทุกห้อง, และเจ้าหน้าที่ OPD ติดบัตรทุกคน <u>ผลลัพธ์</u> 1. ผู้รับบริการทราบขั้นตอนการรับบริการ 2. ผู้รับบริการทราบสาเหตุความล่าช้า

ลำดับ	ประเด็นพัฒนา	แนวทางแก้ไข/ผลลัพธ์
		<u>การดำเนินการปรับปรุง</u> - ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลทุกรายก่อนรับการรักษาใน รพ. และรวมถึงสิทธิที่ผู้ป่วยมีอย่างถูกต้อง
3	การเพิ่มประสิทธิภาพการให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อน Admitted	<u>การดำเนินการปรับปรุง</u> 1. แพทย์มีการให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคที่เป็น ความจำเป็นที่ต้องนอน รพ. แนวทางการรักษา ระยะเวลาพักรักษาตัว 2. พยาบาล OPD ประเมินซ้ำ และให้ข้อมูลเพิ่มเติมทุกครั้ง 3. พยาบาลอธิบายทำความเข้าใจ เกี่ยวกับแผนการรักษาตามแบบฟอร์มการให้ข้อมูลทุกครั้ง 4. มีการให้ข้อมูลลงนามยินยอมก่อน Admitted ทุกครั้ง 5. มีความเสี่ยงกำหนดให้พยาบาลไปส่งด้วยทุกราย <u>ผลลัพธ์</u> - ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลทุกรายก่อนรับการรักษาใน รพ. และรวมถึงสิทธิที่ผู้ป่วยมีอย่างถูกต้อง
4	การพัฒนาระบบการจัดคิวเข้ารับการรักษา	<u>การดำเนินการปรับปรุง</u> 1. ผู้ป่วย OPD แจกหมายเลขบัตรคิวแก่ผู้ป่วย 1 ใบ และคิวหมายคิวกับ OPD Card 1 ใบ 2. จัดการตามความจำเป็นเร่งด่วน ผู้ป่วยที่มีอาการไม่คงที่ที่ติดบัตรด่วน สีแดง 3. เพิ่มช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุ และผู้พิการ, ผู้ป่วยที่มีอาการหนัก 4. ปรับปรุงแนวทางปฏิบัติในผู้ป่วยกลุ่มกำหนดกลุ่มผู้ป่วย 2 กลุ่ม - กลุ่มผู้ป่วยด่วน (สีแดง) - กลุ่มผู้ป่วยทั่วไป (ไม่มีบัตรสี) - มีโซนผู้ป่วยเฝ้าระวัง <u>ผลลัพธ์</u> - ผู้รับบริการได้รับบริการตามลำดับก่อน/หลัง <u>แผนที่ดำเนินต่อไป</u>

ลำดับ	ประเด็นพัฒนา	แนวทางแก้ไข/ผลลัพธ์
		- เพิ่มประสิทธิภาพการคัดกรอง - การเฝ้าระวังขณะรอตรวจ
5	การเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย ACS	<u>การดำเนินการปรับปรุงระบบ</u> 1. ให้สูขศึกษารายกลุ่ม/รายบุคคลตามสภาพปัญหา 2. ผู้ป่วยรายใหม่ได้รับการสอนเรื่องโรค การให้สมุด ประจำตัวอาการฉุกเฉินของโรค ได้รับการสอนการให้ยา ได้ลั้น 3. จัดโปรแกรมให้สูขศึกษารายปี โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ 4. ประเมินพฤติกรรมสุขภาพกรณีมีปัญหาเรื่องการเลิกสูบ บุหรี่ ส่งเข้าคลินิกเลิกบุหรี่ของ รพ. 5. มีการประเมินภาวะเครียดทุกราย กรณีพบว่ามีปัญหาด้ สุขภาพจิต ส่งพบนักจิตวิทยา 6. จัดทำ CPG การดูแลผู้ป่วย Asthma / COPD ในทีมสห สาขาวิชาชีพ <u>ผลลัพธ์</u> - อัตราการ Re-Admitted ด้วยโรค ACS<1% <u>แผนการดำเนินการต่อไป</u> - ค้นหาปัญหารายบุคคล ให้คำแนะนำปรึกษาตามสภาพ ปัญหาอย่างต่อเนื่อง

5.แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

แผนพัฒนา	เครื่องชี้วัด	เป้าหมาย	ระดับประวัติ ปี 2559	วิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลาการ ดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
1.พัฒนาระบบการบันทึกช้กประวัติคัดกรอง ในกลุ่มโรคเรื้อรัง, กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด	อัตราความ สมบูรณ์ของเวช ระเบียน	>90%	80.8%	-ชักประวัติคัดกรองครอบคลุมตามกลุ่มโรคใน จนท. ที่ประจำและ จนท. ที่อื่นที่มาช่วย -ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย โดยใช้แนวทางของ สป.สช.ร่วมกับ PCU	ม.ค.59 – ก.ย.59	OPD
2.พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มี Heart Failure Clinic	อัตราการ Re- admit ด้วยโรค CHF	<1%	0%	-ใช้กระบวนการวิจัยสู่การปรับเปลี่ยน พฤติกรรมผู้ป่วยกลุ่มที่มารับบริการในคลินิก และกลุ่มที่ Admit ในข้อมูลและเสริมพลัง ผู้ป่วยและครอบครัวโดยเน้นออกกําลังกาย และการบริหารการไอที่มีประสิทธิภาพให้ ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติที่บ้านได้มุ่งเน้นการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการให้ Empowerment	ม.ค.59-ก.ย.59	OPD+IPD
3.ลดความแออัดบริเวณแผนกผู้ป่วยนอก	ลดระยะเวลารอ คอยเฉลี่ย	≤ 45 นาที	120	-เพิ่มประสิทธิภาพของระบบการนัด ● ในคลินิกกระจายจำนวนผู้ป่วยในวันที่มี คลินิกใกล้เคียงกันไม่เกิน 35 คน/วัน ● ประสานกับหอผู้ป่วย กรณีฉุกเฉิน F/U ให้ แจ้งOPD ทุกครั้งเมื่อกำหนดวันนัด F/U	ม.ค.59-ก.ย.59	ทีม PCT- OPD