



ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

งานการพยาบาลสามัญอายุรกรรมหญิง (11/2)


รายงานการประเมินตนเองระดับหน่วยงาน
(Self Assessment Report)

เรื่อง : Unit Profile งานการพยาบาลสามัญอายุรกรรมหญิง (11/2)

รหัสเอกสาร : NUR-018-2-001-03 แก้ไขครั้งที่ 03


วันที่ประกาศใช้

ผู้รับผิดชอบ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	ลายเซ็น	วัน/เดือน/ปี
ผู้จัดทำ	นางสายชล ส้วขุนทด	รักษาการแทน หัวหน้างานการพยาบาลสามัญอายุรกรรมหญิง (11/2)		
ผู้ทบทวน	ดร.ประภาดา วัชรนาถ	รักษาการแทน รองผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์ฯ ฝ่ายการพยาบาล		
ผู้อนุมัติ	ผศ.พญ.นันทนา ชุมช่วย	รักษาการแทน ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์ฯ		

	<p>ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ งานการพยาบาลสามัญอายุรกรรมหญิง (11/2)</p>	วันที่มีผลบังคับใช้ :
		แก้ไขครั้งที่ : 03
<p>รายงานการประเมินตนเอง รหัสเอกสาร: NUR-018-2-001-03</p>		<p>หน้า 2 จาก 21</p>
<p>เรื่อง : Unit Profile งานการพยาบาลสามัญอายุรกรรมหญิง (11/2)</p>		

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
บันทึกการเปลี่ยนแปลงเอกสาร	3
1. บริบท (Context)	4
ก. หน้าที่และเป้าหมาย	
ข. ขอบเขตการให้บริการ	
ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ	
ง. เชื่อมโยง/ ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ	
จ. ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ	
ฉ. ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ)	
2. กระบวนการสำคัญ (Key Processes) งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	10
3. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)	14
4. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ	21
5. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง	21

	ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ งานการพยาบาลสามัญอายุรกรรมหญิง (11/2)	วันที่มีผลบังคับใช้ : 12/06/2566
		แก้ไขครั้งที่ : 05
รายงานการประเมินตนเอง เลขที่ : NUR-018-2-001-03		หน้า 3 จาก 21
เรื่อง : Unit Profile งานการพยาบาลสามัญอายุรกรรมหญิง (11/2)		

บันทึกการเปลี่ยนแปลงเอกสาร

วันที่	แก้ไข ครั้งที่	ทบทวน ครั้งที่	บันทึกการเปลี่ยนแปลงเอกสาร	ผู้จัดทำ/ผู้แก้ไข
2/04/62	00	00	ขึ้นทะเบียน Unit Profile ครั้งแรกปีงบประมาณ 2561	นางสายชล ส้วขุนทด
9/07/63	01	01	ปรับปรุง Unit Profile/ขึ้นทะเบียนปีงบประมาณ 2563	นางสายชล ส้วขุนทด
18/04/65	02	02	ปรับปรุง Unit Profile/ขึ้นทะเบียนปีงบประมาณ งบประมาณ 2564	นางสายชล ส้วขุนทด
20 มิ.ย. 65	03	03	ปรับปรุง Unit Profile/ขึ้นทะเบียน ปีงบประมาณ งบประมาณ 2565 (รอบ 6 เดือน)	นางสายชล ส้วขุนทด
3 ม.ค. 66	04	04	ปรับปรุง Unit Profile/ขึ้นทะเบียน ปีงบประมาณ งบประมาณ 2565 (รอบ 12 เดือน)	นางสายชล ส้วขุนทด
12 มิ.ย. 66	05	05	ปรับปรุง Unit Profile/ขึ้นทะเบียน ปีงบประมาณ งบประมาณ 2566 (รอบ 6 เดือน)	นางสายชล ส้วขุนทด

1. บริบท (Context)

ก. หน้าที่และเป้าหมาย

ให้บริการด้านการดูแลรักษาพยาบาล ป้องกันโรค ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ โดยคำนึงถึงความปลอดภัย สิทธิผู้ป่วย และความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญ

ข. ขอบเขตการให้บริการ

งานการพยาบาลสามัญอายุรกรรมหญิง11/2 จำนวนเตียงที่จัดให้บริการมีทั้งหมด 25 เตียง ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปผู้ป่วยด้วยโรคทางอายุรกรรม

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ

ผู้รับผลงานภายนอก

หน่วยงาน	ความต้องการ	ที่มาของความต้องการ
ผู้ป่วยและญาติ	<ol style="list-style-type: none">1. ได้รับบริการอย่างสุภาพ อ่อนโยน ยิ้มแย้ม ช่วยเหลือทันทีเมื่อต้องการ2. ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาล3. ได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การทำหัตถการ และความก้าวหน้าในการรักษา4. มีเครื่องมือ เครื่องใช้ทางการแพทย์ที่ทันสมัย พร้อมใช้5. สถานที่สะอาด อากาศถ่ายเทดี	<ol style="list-style-type: none">1. ข้อเสนอแนะ2. ข้อร้องเรียน3. การสอบถามแบบไม่เป็นทางการ

ผู้รับผลงานภายใน

หน่วยงาน	ความต้องการ	ที่มาของความต้องการ
1. แพทย์และนิสิตแพทย์	<ol style="list-style-type: none">1. ให้การดูแลผู้ป่วยตามแผนการรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสม2. เผื่อระวังความเสี่ยง อาการเปลี่ยนแปลง รายงานแพทย์ อย่างทันท่วงที ก่อนผู้ป่วยมีอาการทรุดลง3. ต้องการการประสานงานที่ดี และเป็นมิตร	<ol style="list-style-type: none">1. แบบสอบถามพึงพอใจ2. ข้อร้องเรียน3. สอบถามแบบไม่เป็นทางการ
2. ห้องปฏิบัติการกลาง	<ol style="list-style-type: none">1. ต้องการความถูกต้องของใบขอตรวจทางห้องปฏิบัติการกลาง2. ความถูกต้องของการเก็บspecimen3. ความถูกต้องของการลงข้อมูลการขอตรวจทางคอมพิวเตอร์	

หน่วยงาน	ความต้องการ	ที่มาของความต้องการ
	4.การติดต่อประสานงานที่ดี และเป็นมิตร	
3. แผนกเอ็กซเรย์	1. ความถูกต้องของใบขอตรวจทางรังสีวิทยา 2. การติดต่อประสานงานที่ดี และเป็นมิตร	
4. แผนกกายภาพบำบัด	1. ความถูกต้องของการเขียนใบส่งปรึกษาโดยส่งข้อมูลให้ครบถ้วน เพื่อปรึกษากายภาพบำบัด 2. การส่งผู้ป่วยเพื่อลงทำกายภาพบำบัดตามเวลาที่นัดไว้ 3. การติดต่อประสานงานที่ดี และเป็นมิตร	
5. ห้องตรวจผู้ป่วยนอกและแผนกฉุกเฉิน	1.การติดต่อประสานงานที่ดี และเป็นมิตร 2. ความถูกต้องของการนัดหมายผู้ป่วยตามวันและเวลาที่แพทย์เจ้าของไข้ออกตรวจ	
6. ห้องผ่าตัด	1.การติดต่อประสานงานที่ดี และเป็นมิตร 2. ความถูกต้องของการลงบันทึกนัดวัน เวลา ที่ผ่าตัดของผู้ป่วย 3. ความถูกต้องของการเตรียมผู้ป่วยเพื่อผ่าตัด ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และเอกสารทุกชนิด	
7. แผนกไตเทียม	1.การติดต่อประสานงานที่ดี และเป็นมิตร 2. การเตรียมผู้ป่วย เวชภัณฑ์ที่จำเป็นต้องใช้ เพื่อทำการฟอกไต 3.การดูแลแผล Tenckhoff Catheter แผลสายหน้าท้องที่ทำ CAPD 4. การดูแลสุขภาพอนามัย และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยให้สะอาดเพื่อลดการติดเชื้อ 5. การให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไต	
8. แผนกโภชนาการ	1.ความถูกต้องของอาหารผู้ป่วยตามคำสั่งการรักษา 2.ความถูกต้องของอาหารผู้ป่วยในระบบ EMR 3.ความถูกต้องในการเบิกเพิ่ม หรือลดอาหารในระบบ EMR	
9. ชักฟอกและหน่วยจ่ายกลาง	1. การติดต่อประสานงานที่ดี และเป็นมิตร 2. ความถูกต้องของใบเบิก set sterile ต่างๆ 3. มีผ้าพร้อมใช้ตลอดเวลา	
10. แผนกบุคคลและการเงิน	1. ความถูกต้องและรวดเร็วในการคิดค่าใช้จ่าย 2. การติดต่อประสานงานที่ดี และเป็นมิตร	

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

1. ให้การดูแลผู้ป่วยตาม Clinical Practice Guideline (CPG) ได้แก่ ACS, Stroke, Sepsis, UGIB, COPD, DHF ได้อย่างมีคุณภาพ
2. ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (DM, COPD, ESRD) ได้รับการ Empowerment สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

จ. ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ

ความท้าทาย

- พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยตาม Clinical Practice Guideline (CPG) ได้แก่ ACS, COPD, Stroke, UGIB, DHF ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ
- เพิ่มศักยภาพการส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การ Empowerment ให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- เพิ่มศักยภาพการประสานงานหน่วยเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อติดตามเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (ACS, DM, HT, Stroke) และการส่งกลับข้อมูลของงานหน่วยเวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อการประเมินปัญหาาร่วมกัน

Common Risk

- เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารความเสี่ยง ตาม SWU's patient safety goal เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย
ดังนี้
 1. Patient identification
 2. Medication safety
 3. Health care-associated infection
 4. Delayed Rescue
 5. Communication failure

Specific clinical Risk

กลุ่มโรค/ หัตถการสำคัญ	ความเสี่ยงเฉพาะโรค
<ul style="list-style-type: none"> Myocardial infarction 	<ul style="list-style-type: none"> - Shock - CHF - Death - VT/VF, Arrhythmia - Bleeding
<ul style="list-style-type: none"> Stroke 	<ul style="list-style-type: none"> - IICP - Re bleeding - Re admit in 28 day - Death
<ul style="list-style-type: none"> Sepsis 	<ul style="list-style-type: none"> - Septic shock - Re admit in 28 day - Delay treatment(Delay ATB) - Death
<ul style="list-style-type: none"> Acute UGIB 	<ul style="list-style-type: none"> - Shock - Re bleeding - Re admit in 28 day - Death
<ul style="list-style-type: none"> COPD 	<ul style="list-style-type: none"> - Re intubation - Re admit in 28 day - Death

ฉ. ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ)

ปริมาณงาน/ ภาระงาน

สถิติข้อมูล 5 อันดับโรคที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย 11/2

ปีงบประมาณ	สถิติข้อมูล 5 อันดับโรค
2561	Pneumonia (115ราย), Stroke(88ราย), Congestive heart failure (63ราย), CA colon(63ราย), DF (58ราย)
2562	Pneumonia (109 ราย), CHF (92 ราย), UTI (61ราย), Stroke (58ราย), DF (30ราย)
2563	Pneumonia (81ราย), CHF (71 ราย), Stroke (62ราย), UTI (37ราย), AKI (25ราย) เปิดรับผู้ป่วย Covid-19 (1 ราย ตั้งแต่ เม.ย.-พ.ค.64)

ปีงบประมาณ	สถิติข้อมูล 5 อันดับโรค
2564	Stroke (81ราย), CHF (51 ราย), UTI (48ราย), Pneumonia (46ราย), AKI (16ราย) เปิดรับผู้ป่วย Covid-19 (523 ราย ตั้งแต่ 18 เม.ย.-30 ก.ย.64)
2565	Pneumonia (32 ราย), CHF (28 ราย), Stroke (24ราย), Lymphoma (12ราย), AKI (11ราย) Covid-19 (15 ราย ตั้งแต่ 1-11 ต.ค.64)
2566	Pneumonia (43 ราย), HF (18 ราย), CHF (15 ราย), AKI (12 ราย), Hypoglycemia (9 ราย) (ตั้งแต่ 1 ต.ค.65 – 30 พ.ค.66)

ภาระงาน	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566 (ตั้งแต่ ต.ค 65-มี.ค.66)
Productivity	112.69	109.42	97.99	103.15	101.68	112.99
NHPPD	7.83	7.74	8.04	8.03	8.65	8.84
อัตราครองเตียง	80.92	81.61	90.82	87.12	79.05	89.45

ด้านผู้ปฏิบัติงาน

บุคลากร	จำนวน (คน)	ศักยภาพ
1. พยาบาลวิชาชีพ	16	- มีใบประกอบวิชาชีพ - พยาบาลที่มีประสบการณ์ 10 ปี จำนวน 2 คน - พยาบาลที่มีประสบการณ์ 5 - 10 ปี จำนวน 10 คน - พยาบาลที่มีประสบการณ์ 1 - 4 ปี จำนวน 4 คน - ผ่านการอบรมหลักสูตรการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง - การพัฒนาความรู้อย่างสม่ำเสมอ โดยเข้าร่วมประชุมวิชาการ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง , จัดอบรม Training need ทักษะที่จำเป็นสำหรับพยาบาล เช่น การอบรมฟื้นฟูวิชาการการพยาบาลผู้ป่วยหัวใจเดินผิดจังหวะ, การบำบัดระบบหายใจในเวชปฏิบัติ, การช่วยฟื้นคืนชีพ, การพยาบาลผู้ป่วยเรื่อง Critical Points in Critical Care, การจัดการและป้องกันการติดเชื้อ
2. ผู้ปฏิบัติงานพยาบาล	7	- มีใบประกอบวิชาชีพ - การพัฒนาความรู้อย่างสม่ำเสมอ โดยเข้าร่วมประชุมวิชาการ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง , จัดอบรม Training need ทักษะที่จำเป็นสำหรับผู้ปฏิบัติงานพยาบาล เช่น การช่วยฟื้นคืนชีพ
3. พนักงานวิชาชีพ	2	
4. ผู้ปฏิบัติงานทั่วไป	1	
รวมทั้งหมด	26	

ด้านเครื่องมือเทคโนโลยี

- ระบบการบำรุงรักษาเครื่องมือ (Maintenance) และระบบการสอบเทียบเครื่องมือ (Calibrate) มีระบบการสอบเทียบและการบำรุงรักษาเครื่องมือที่ชัดเจน และสม่ำเสมอ ซึ่งดูแลโดยศูนย์เครื่องมือแพทย์ แต่ยังมีปัญหาเรื่องอุปกรณ์บางอย่างยังไม่เพียงพอต่อการใช้งาน เช่น Infusion pump เป็นต้น

ประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

- การเสริมพลังผู้ป่วย ACS, COPD, Stroke ให้มีความรู้ สามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องเหมาะสม ภายหลังจากจำหน่ายกลับบ้าน

- การพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยสู่ชุมชน เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงในการดูแลผู้ป่วยให้เป็นไปตามเป้าหมายของทีมที่กำหนดและการดูแลอย่างต่อเนื่องแบบองค์รวม

2. กระบวนการสำคัญ (Key Processes)

กระบวนการสำคัญ (Key Processes)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ความเสี่ยง /ปัญหา /โอกาสพัฒนา	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
<p>1. การเข้าถึงและการเข้าบริการ (Access and Entry)</p> <p>1.1 การรับผู้ป่วยจาก OPD/ ER และ Ward</p> <p>1.2 การเตรียมสถานที่ / เตียง/ อุปกรณ์ และเอกสาร</p> <p>1.3 การต้อนรับ และการรับผู้ป่วย</p> <p>1.4 การให้ข้อมูลทั่วไป</p> <p>1.5 การสอบถามสิทธิการรักษาพยาบาล และการให้ข้อมูลเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย</p> <p>1.6 การให้ข้อมูลก่อนลงนามยินยอมรับการรักษา</p>	<p>- กระบวนการรับผู้ป่วยเหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย ทันเวลา มีการประสานงานที่ดี</p> <p>- ผู้ป่วยที่จำเป็นเร่งด่วนได้รับการประเมินและดูแลเป็นอันดับแรก</p> <p>- ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลที่เหมาะสมเกี่ยวกับสภาพการเจ็บป่วย การดูแลที่จะได้รับ ผลลัพธ์ และค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นอย่างชัดเจน</p> <p>- ผู้ป่วยที่จะผ่าตัด/ ทำหัตถการ จะได้รับข้อมูลที่จำเป็นอย่างเพียงพอด้วยความเข้าใจ มีเวลาที่จะพิจารณาก่อนตัดสินใจ และมีการบันทึกที่เหมาะสม</p>	<p>- การประสานงานและการส่งต่อข้อมูลที่สำคัญไม่ครบถ้วน</p> <p>- จำนวนเตียงในการรองรับผู้ป่วยหลังทำหัตถการไม่เพียงพอ</p> <p>- การเตรียมความพร้อมก่อนเข้ารับไว้รักษาไม่ครบถ้วน</p> <p>- ไม่ตรวจสอบสิทธิการรักษาก่อนทำหัตถการ</p> <p>- ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลไม่ถูกต้องไม่ครบถ้วน</p>	<p>- ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ</p> <p>- อุบัติการณ์ข้อร้องเรียนเรื่องการให้ข้อมูลที่ไม่ชัดเจนในหอผู้ป่วย</p>
<p>2. การประเมินผู้ป่วย</p> <p>2.1 การประเมินแรกรับ</p>	<p>ผู้ป่วยได้รับการประเมินความต้องการและปัญหาสุขภาพเมื่อแรกรับครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเหมาะสมตามภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละราย</p>	<p>- ได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วน</p>	<p>- อุบัติการณ์ข้อร้องเรียนเรื่องการให้ข้อมูลที่ไม่ชัดเจน/ไม่ครบถ้วนในหอผู้ป่วย</p>
<p>2.2 การส่งตรวจ เพื่อประกอบการวินิจฉัยโรค</p>	<p>ผู้ป่วยได้รับการตรวจเพื่อประกอบการวินิจฉัยโรคที่จำเป็นครบถ้วน มีความน่าเชื่อถือ และได้รับการตรวจในเวลาที่เหมาะสม</p>	<p>- ความผิดพลาดในการสื่อสาร/ รายงานผล</p> <p>- ผลการตรวจล่าช้า</p>	<p>- อุบัติการณ์ข้อร้องเรียนเรื่องการสื่อสาร/ รายงานผลในหอผู้ป่วย</p>

กระบวนการสำคัญ (Key Processes)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ความเสี่ยง /ปัญหา /โอกาสพัฒนา	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
2.3 การวินิจฉัย	ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง ในเวลาที่เหมาะสม โดยมีข้อมูลเพียงพอเพื่ออธิบายเหตุผลของการวินิจฉัย และมีการบันทึกไว้อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง	<ul style="list-style-type: none"> - การประเมินผู้ป่วยและวินิจฉัยล่าช้า - การวินิจฉัยผิดพลาด - การบันทึกข้อมูลไม่ถูกต้อง, ไม่ครอบคลุม 	- อุบัติการณ์ข้อร้องเรียนเรื่องการวินิจฉัยผิดพลาด/ล่าช้า
3. การวางแผน 3.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> - มีการใช้ CPG เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย - มีการจัดทำแผนดูแลผู้ป่วยที่มีการประสานกันเป็นอย่างดีและมีเป้าหมายที่ชัดเจน สอดคล้องกับปัญหา/ ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนและกำหนดเป้าหมาย - มีการปรึกษาแพทย์เฉพาะทางเพื่อการวางแผนการดูแลผู้ป่วยรักษาที่ถูกต้อง,เหมาะสมกับผู้ป่วย 	<ul style="list-style-type: none"> - การบันทึกข้อมูลไม่ถูกต้อง, ไม่ครอบคลุม - การส่งต่อข้อมูลระหว่างทีมผู้ดูแลไม่ครบถ้วน 	- อัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิม โดยไม่ได้วางแผนภายใน 28 วัน
3.2 การวางแผนจำหน่าย	<ul style="list-style-type: none"> - มีการประเมินปัญหา/ความต้องการที่จะเกิดขึ้นหลังจำหน่าย, มีการเตรียมความพร้อมเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการกับปัญหา/ ความต้องการดังกล่าว โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ - ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผน, มีระบบประสานให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย 	<ul style="list-style-type: none"> - การบันทึกข้อมูลไม่ถูกต้อง, ไม่ครอบคลุม - การส่งต่อข้อมูลระหว่างทีมผู้ดูแลไม่ครบถ้วน 	- อัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิม โดยไม่ได้วางแผนภายใน 28 วัน

กระบวนการสำคัญ (Key Processes)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ความเสี่ยง /ปัญหา /โอกาสพัฒนา	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
4 การดูแลผู้ป่วย 4.1 การดูแลผู้ป่วยทั่วไป	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยได้รับการดูแลโดยผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม, มีการจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย สะดวกสบาย เป็นส่วนตัว เอื้อต่อการดูแลที่มีคุณภาพ, ได้รับการป้องกันอุบัติเหตุ การบาดเจ็บอย่างเหมาะสม - ผู้ป่วยได้รับการจัดการกับภาวะแทรกซ้อน ภาวะวิกฤติ/ ภาวะฉุกเฉินและตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์และจิตสังคม 	<ul style="list-style-type: none"> - เจ้าหน้าที่ขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤติ/ ภาวะฉุกเฉิน 	<ul style="list-style-type: none"> - อุบัติการณ์ผู้ป่วยย้ายลง ICU โดยไม่ได้วางแผน - อุบัติการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย
4.2 การให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงได้รับการดูแลอย่างทันท่วงที ปลอดภัย เหมาะสม เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ - มีการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอาการผู้ป่วย เพื่อแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนแผน การรักษา อย่างทันท่วงทีเมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลง 	<ul style="list-style-type: none"> - เจ้าหน้าที่ขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤติ/ ภาวะฉุกเฉิน 	<ul style="list-style-type: none"> - อุบัติการณ์ผู้ป่วย CPR - อุบัติการณ์ผู้ป่วยย้ายลง ICU โดยไม่ได้วางแผน
4.3 การดูแลเฉพาะ (ข) การผ่าตัด/ การทำหัตถการที่สำคัญ (ค) อาหารและโภชนาบำบัด (ง) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (จ) การบำบัดอาการเจ็บปวด (ฉ) การฟื้นฟูสภาพ (ช) การดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยได้รับข้อมูล การเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกาย จิตใจ และได้รับการดูแล การทำหัตถการภายใต้สภาวะที่ปลอดภัย ได้รับการติดตามดูแลหลังทำหัตถการอย่างเหมาะสม - ผู้ป่วยได้รับการประเมินอาการและบรรเทาอาการเจ็บปวดอย่างเหมาะสม 	<ul style="list-style-type: none"> - เจ้าหน้าที่ให้ความรู้สุขภาพไม่เพียงพอแก่ผู้ป่วย 	<ul style="list-style-type: none"> - อุบัติการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย

กระบวนการสำคัญ (Key Processes)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ความเสี่ยง /ปัญหา /โอกาสพัฒนา	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
5. การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย / ครอบครัว	- ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย รวมทั้งความรู้และทักษะที่จำเป็นสำหรับการดูแลตนเองจนเกิดความมั่นใจและสามารถปฏิบัติได้	- เจ้าหน้าที่ให้ความรู้สุขภาพไม่เพียงพอแก่ผู้ป่วย	- อัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิมโดยไม่ได้วางแผนภายใน 28 วัน
6. การดูแลต่อเนื่อง	- มีระบบนัดหมายผู้ป่วยกลับมารับการรักษาต่อเนื่องและมีระบบติดตามหรือระบบช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาก่อนวันนัดหมาย - มีการดูแลต่อเนื่องเข้าไปในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพโดยการประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	- ขาดการประสานงานและการส่งต่อข้อมูลที่สำคัญ/ไม่ครบถ้วน	- อัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิมโดยไม่ได้วางแผนภายใน 28 วัน

3. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ประเด็นคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ประจำปีงบประมาณ						
			2561	2562	2563	2564	2565	2566 (ตั้งแต่ ต.ค. 65-มี.ค.)	
ผู้ป่วยวิกฤติได้รับการดูแลใกล้ชิด ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน	อัตราการตายรวมของผู้ป่วยใน	< 2%	3.06	2.4	4.34	3.16	4.79	7.6	
	อัตราการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ	0 ครั้ง/1000 วันนอน	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Stroke, DM, COPD) ได้รับการ Empowerment สามารถ ดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม	อัตราการ Re-admit ใน 28 วัน	<2%	3.21	3.06	0	0	0	0	
ประสิทธิภาพการบริหารความเสี่ยง ตาม SWU's patient safety goal * Patient identification * Medication safety * Health care -associated infection * Communication failure	อัตราการระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด	0 ครั้ง/1000 วันนอน	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
	อัตราการเกิดแผลกดทับ (ระดับ 1- 4) นอน	<5 ครั้ง/1000 วัน นอน	1.79	3.36	1.93	3.78	8.47	0.09	
	อัตราการปลัดตกหกล้ม	0 ครั้ง/1000 วันนอน	0.00	0.27	0.19	0.76	0.31	0.01	
	อัตราความคลาดเคลื่อน ในการบริหารยาผู้ป่วยใน	ระดับ A-B = Near miss	<5 ครั้ง/1000 วัน นอน	7.18	6.31	2.51	6.56	3.54	0.48
		ระดับ C-I = Error	0 ครั้ง/1000 วันนอน	0	0	0.58	0.5	0.15	0.01
	อัตราการติดเชื้ทางเดินหายใจในผู้ป่วยที่ใช้ เครื่องช่วยหายใจ	<10 ครั้ง/1000 วัน on Ventilator	1.44	5.68	10.1	7.24	4.88	2.81	
	อัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ จากการคาสายสวนปัสสาวะ	<10 ครั้ง/1,000 วัน on foley's cath	8.60	4.46	1.27	1.15	0	0	

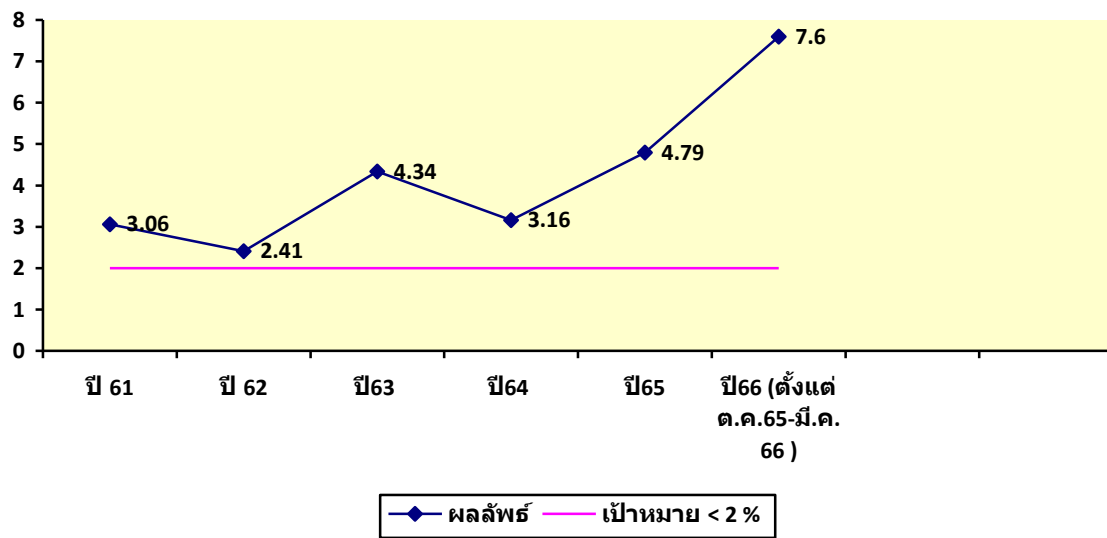
ตัวชี้วัดตามกลุ่มโรคสำคัญ

ประเด็นคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้า หมาย	ประจำปีงบประมาณ					
			2561	2562	2563	2564	2565	2566 (ตั้งแต่ ต.ค.65-มี.ค. 66)
การบริหาร / การปฏิบัติ การพยาบาลให้ได้มาตรฐาน สภาพการพยาบาล รองรับ การ Re-accredit	อัตราครองเตียง	85%	80.92	81.67	90.82	87.12	79.05	89.45
	อัตราความสมบูรณ์ของบันทึก ทางการพยาบาล (ปริมาณ)	85%	85.35	94.94	91.47	95.62	96.85	90.50
		85%		75.24	78.53	85.80	88.89	75.70
	อัตราความสมบูรณ์ของบันทึก ทางการพยาบาล (คุณภาพ)	85%	86.40	86.24	84.4	86.5	82.67	89.11
หน่วยงานผ่านเกณฑ์ประเมิน 5 ส.								
ความพึงพอใจของผู้ป่วย	อัตราข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ	<2 ฉบับ/ เดือน	0.00	2	2	2	0	0

ประเด็นคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้า หมาย	ประจําปีงบประมาณ					
			2561	2562	2563	2564	2565	2566 (ตั้งแต่ ต.ค.65-มี.ค.66)
COPD with AE	อัตราผู้ป่วย COPD with AE ได้รับการส่ง ปรึกษา PM & R ก่อนกลับบ้าน	100%	0.00	0.00	ไม่มีผู้ป่วย	ไม่มีผู้ป่วย	ไม่มีผู้ป่วย	ไม่มีผู้ป่วย
	อัตราผู้ป่วย COPD with AE ได้รับการสอน พ่นยาก่อนกลับบ้าน	100%	0.00	0.00	ไม่มีผู้ป่วย	ไม่มีผู้ป่วย	ไม่มีผู้ป่วย	ไม่มีผู้ป่วย
	อัตราผู้ป่วย COPD with AE และ Asthma ได้ ส่งปรึกษาเพื่อเยี่ยมบ้านกับงานเวชศาสตร์ ชุมชน	100%	0.00	0.00	ไม่มีผู้ป่วย	ไม่มีผู้ป่วย	ไม่มีผู้ป่วย	ไม่มีผู้ป่วย
Stroke	อัตราผู้ป่วย Stroke ได้รับการส่งปรึกษา PM & R ภายใน 72 ชม.หลังจากพ้นภาวะวิกฤต	100%	63.33	19.56	10.64	20.25	41.67	0
	อัตราผู้ป่วย Stroke ได้รับการส่งปรึกษาเพื่อ เลิกบุหรี่ก่อนกลับบ้าน	100%	0.00	0.00	ไม่มีผู้ป่วยสูบ บุหรี่	ไม่มีผู้ป่วยสูบ บุหรี่	ไม่มีผู้ป่วยสูบบุหรี่	ไม่มีผู้ป่วยสูบบุหรี่
ACS	อัตราผู้ป่วย STEMI ได้รับการส่งปรึกษา PM & R ก่อนกลับบ้าน	100%	0.00	ไม่มีผู้ป่วย	ไม่มีผู้ป่วย	ไม่มีผู้ป่วย	ไม่มีผู้ป่วย	ไม่มีผู้ป่วย
	อัตราผู้ป่วย STEMI ได้รับการส่งปรึกษาเพื่อ เลิกบุหรี่ก่อนกลับบ้าน	100%	0.00	ไม่มีผู้ป่วย	ไม่มีผู้ป่วย	ไม่มีผู้ป่วย	ไม่มีผู้ป่วย	ไม่มีผู้ป่วย
CKD	อัตราการเกิดผู้ป่วย Infected CAPD ใน หน่วยงาน	0%	0	0	0	0	0	0
	อัตราผู้ป่วยที่เกิดภาวะ Sepsis จากภาวะ Infected CAPD ในหน่วยงาน	0%	0	0	0	0	0	0
Sepsis	อัตราการได้รับการวินิจฉัยและได้รับยาปฏิชีวนะ ใน Severe sepsis/Septic shock ภายใน 1 ชม.	100%	100	100	100	100	100	0
	อัตราการ Early detection ผู้ป่วย Sepsis ด้วย SOS score	100%	68.18	80	80	80	100	0

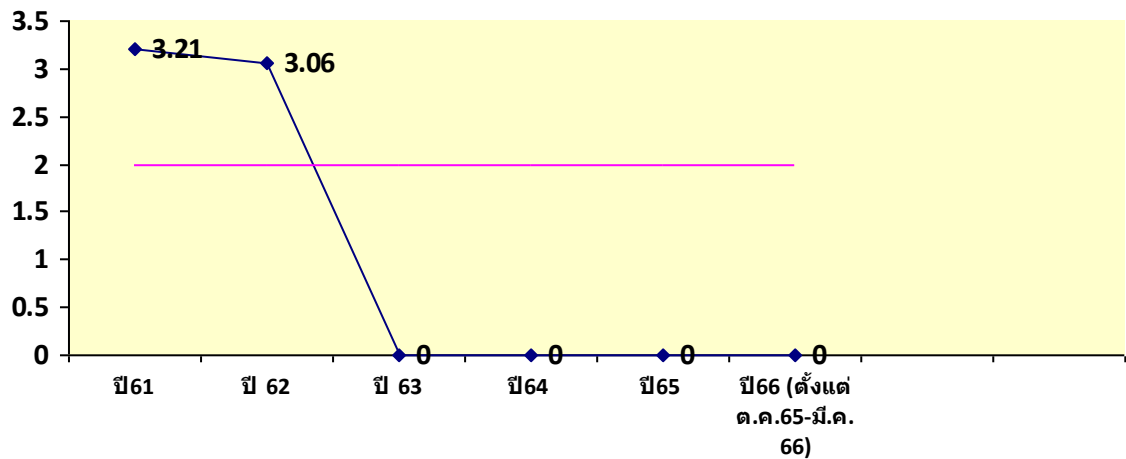
ผลการทบทวนวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน

1. อัตราการตายรวมของผู้ป่วยใน



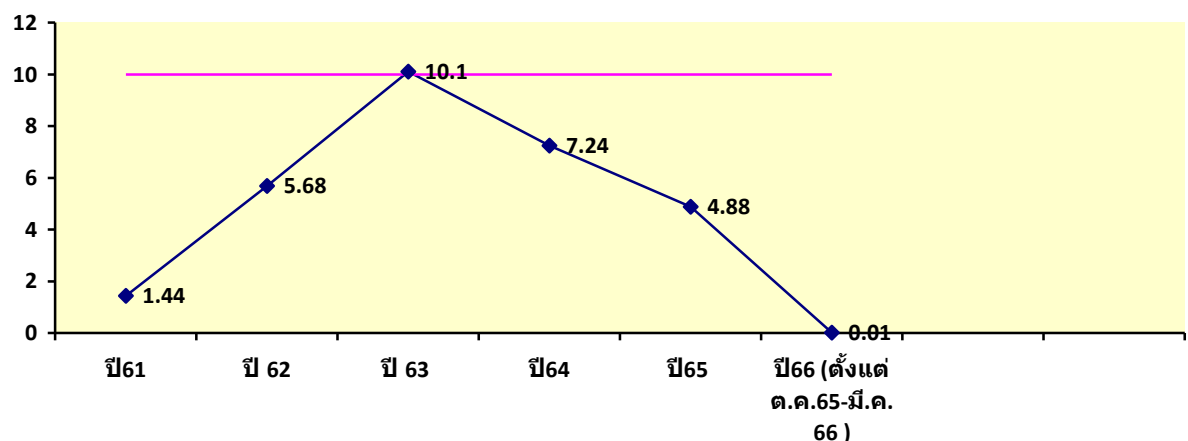
จากกราฟ พบว่า อัตราการตายรวมของผู้ป่วยในปี 2561 ร้อยละ 3.06, ปี 2562 อัตราการตายรวมของผู้ป่วยร้อยละ 2.41 และในปี 2563 พบว่ามีอัตราการตายที่สูงขึ้นเป็นร้อยละ 4.34 จากการวิเคราะห์พบว่า ในหน่วยงานเปิดให้บริการผู้ป่วยที่มีปัญหาทางอายุรศาสตร์ที่มีความซับซ้อน และจากการทบทวนผู้ป่วยราย caseพบว่า ผู้ป่วยมีการติดเชื้อดื้อยา ได้แก่ MDR CRE VRE อัตราการตายจากส่วนใหญ่เกิดจากภาวะ sepsis ทางหน่วยงานจึงรณรงค์ให้บุคลากรปฏิบัติตาม Guideline CPG Sepsis และ Bundle care ที่หน่วยงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลกำหนด เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและเพื่อลดอัตราการตาย ในปี 2564 อัตราการตายร้อยละ 3.16, ในปี 2565 อัตราการตายอยู่ที่ร้อยละ 4.79 และในปี 2566(ตั้งแต่ ต.ค.2565-พ.ค.2566) อัตราการตายยังเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 7.6 โดยให้บุคลากรปฏิบัติตาม Guideline CPG Sepsis และ Bundle care ต่อไป

2. อัตราการ Re-admit ใน 28 วัน



จากกราฟ พบว่า อัตราการ Re-admit ใน 28 วัน ในปี 2561 ร้อยละ 3.21 จากการวิเคราะห์กลุ่มผู้ป่วยพบว่า 80% เป็นผู้ป่วยที่ต้องมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องเช่นกลุ่มที่มารับยาเคมีบำบัด, กลุ่มให้เลือด เป็นต้น ซึ่งในปี 2562 พบว่า อัตราการ Re-admit ใน 28 วัน คิดเป็นร้อยละ 3.06 เป็นอัตราที่ลดลงเล็กน้อย ทางหน่วยงานได้วิเคราะห์แล้วพบว่าอัตราการที่ลดลงเล็กน้อยส่วนหนึ่งมาจากผู้ป่วยที่ไปรักษาต่อตามสิทธิ แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นทางหน่วยงานยังคงหาสาเหตุที่แท้จริงในการ Re-admit ใน 28 วัน และกลุ่มโรคสำคัญของโรงพยาบาล เพื่อจะได้นำมาแก้ไขและปรับปรุงในการดูแลรักษาต่อไป โดยทางหน่วยงานมีการปรับปรุงใบวางแผนการจำหน่ายเพื่อเป็นการป้องกันการ Re-admit ใน 28 วันอีกทางหนึ่งเพื่อป้องกันไม่ให้อัตราการ Re-admit ใน 28 วันของโรงพยาบาลต่ำด้วยโรคเดิม ในปี 2563,ปี 2564,ปี 2565 และในปี2566(ตั้งแต่ ต.ค.2565-พ.ค. 2566) พบว่าอัตราการ Re-admit ใน 28 วันของกลุ่มโรคสำคัญของโรงพยาบาลเป็นร้อยละ 0

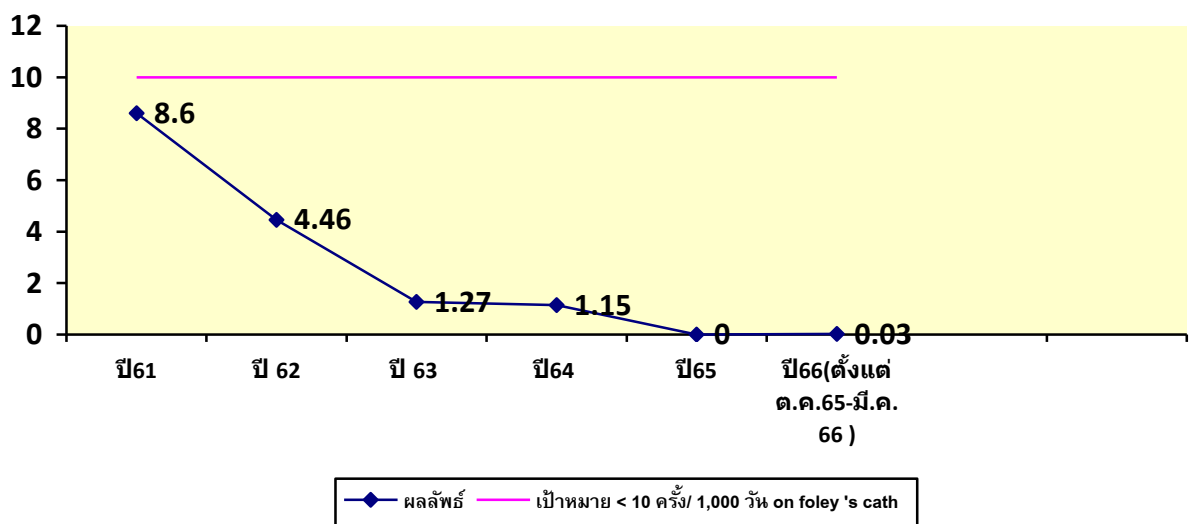
3. อัตราการติดเชื้อทางเดินหายใจในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ



จากกราฟ พบว่า อัตราการติดเชื้อทางเดินหายใจในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ในปี 2561 เป็น 1.44 ครั้ง/1,000 วัน on ventilator ซึ่งในปี 2562 อัตราการติดเชื้อทางเดินหายใจในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็น 5.68 ครั้ง/1,000 วัน on ventilator และในปี 2563 มีอัตราการติดเชื้อทางเดินหายใจในผู้ป่วยที่ใช้

เครื่องช่วยหายใจเพิ่มขึ้นเป็น 10.1 ครั้ง/1,000 วัน on ventilator ทางหน่วยงานวิเคราะห์แล้วพบว่าจากการที่อัตราการติดเชื้อที่เพิ่มขึ้นปัจจัยหนึ่งเกิดจากมีจำนวนผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจจำนวนเพิ่มขึ้น ทางหน่วยงานจึงเน้นให้บุคลากรปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจที่หน่วยงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างเคร่งครัด และร่วมกับทางภาควิชาอายุรศาสตร์จัดทำโครงการ Sero-HAP เพื่อลดอัตราการติดเชื้อทางเดินหายใจในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ทางหน่วยงานได้ส่งเสริมให้บุคลากรปฏิบัติตาม Guideline Sero-HAP โดยทางหน่วยงานลงสาธิต ปฏิบัติและประเมินบุคลากรหน้างานให้ปฏิบัติให้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ในปี 2564 อัตราการติดเชื้อทางเดินหายใจในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจลดลงเป็น 7.24 ครั้ง/1,000 วัน on ventilator ในปี 2565 พบว่าอัตราการติดเชื้อทางเดินหายใจในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมีแนวโน้มลดลงเป็น 4.88 ครั้ง/1,000 วัน on ventilator และในปี 2566(ตั้งแต่ ต.ค. 2565-พ.ค.2566) อัตราการติดเชื้อทางเดินหายใจในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจลดลงเป็น 0.01 โดยทางหน่วยงานเน้นให้บุคลากรปฏิบัติตาม Guideline Sero-HAP และแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจที่หน่วยงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลกำหนดอย่างต่อเนื่อง

4. อัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ



จากกราฟ พบว่า อัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะในปี 2561 เป็น 8.6 ครั้ง/1,000 วัน on foley's cath จากการทบทวนปัญหาเรื่องการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ พบว่า 70% เชื้อที่พบ ได้แก่ *K.pneumoniae* (CRE), *K.pneumoniae* (ESBL) ซึ่งเป็นเชื้อดื้อยา ในปี 2562 หน่วยงานได้ติดตามประเมินมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะและส่งบุคลากรเข้าร่วมการอบรมในเรื่องการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ, การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ และจัดการให้ความรู้แก่บุคลากรที่เข้ามาปฏิบัติงานใหม่ในหน่วยงานเพื่อเพิ่มทักษะและปฏิบัติตามแนวทางเดียวกัน โดยเก็บข้อมูลปี 2562 อัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะเป็น 4.46 ครั้ง/1,000 วัน on foley's cath และในปี 2563 พบว่าอัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะลดลงเป็น 1.27 ครั้ง/1,000 วัน on foley's cath, ในปี 2564 อัตรา

การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะจากสายสวนปัสสาวะลดลงอีกเป็น 1.15 ครั้ง/1,000 วัน on foley's catch และในปี 2565 มีอัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะเป็น 0 ครั้ง/1,000 วัน on foley's cath แต่ในปี 2566 (ตั้งแต่ ต.ค.2565-พ.ค.2566) มีอัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะเป็น 0.03 ครั้ง/1,000 วัน on foley's cath ซึ่งมีอัตราการติดเชื้อที่เพิ่มขึ้นเล็กน้อย ทางหน่วยงานเน้นย้ำให้บุคลากรปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะที่หน่วยงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลกำหนด

4. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

4.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน

ร่วมกับทีม CLT อายุรศาสตร์ และฝ่ายการพยาบาลปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญที่โรงพยาบาลมุ่งเน้นดังนี้

- แนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (acute coronary syndrome)
- แนวทางการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน (Acute stroke)
- แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD, with exacerbation)
- แนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลัน (Acute Upper

Gastrointestinal bleeding)

- แนวทางในการปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะ sepsis
- แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก

4.2 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

- การป้องกันการเกิดแผลกดทับ มีการประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับแบบ Barden Scale และในกรณีที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงปานกลาง-สูงต่อการเกิดแผลกดทับ จะมีการพยาบาลตามวิธีปฏิบัติของการป้องกันการเกิดแผลกดทับ จะมีการประเมินผู้ป่วยและลักษณะแผลกดทับทุกวันจันทร์และวันพฤหัสบดีในผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ มีการประเมินลักษณะแผลกดทับทุกวันในกรณีที่ผู้ป่วยเกิดแผลกดทับแล้ว

- การป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ มีการประเมินความเสี่ยง จากนั้นจะมีการนิเทศให้พยาบาลปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติของการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

- การป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ มีการประเมินความเสี่ยง จากนั้นจะมีการนิเทศให้พยาบาลปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติของการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ

5. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

1. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม ACS, COPD, Stroke ให้ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่รับใหม่ จนกระทั่งการเตรียมผู้ป่วยเพื่อจำหน่ายร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ และมีการประสานงานกับหน่วยเวชศาสตร์ครอบครัวให้ลงตรวจเยี่ยมผู้ป่วยในเขตการดูแล โดยมีการเก็บข้อมูลของผู้ป่วย ปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยนำไปประชุมร่วมกันทุก 2 เดือน

2. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเกิดการติดเชื้อทางเดินหายใจในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยจะเพิ่มกระบวนการสังเกต การปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติโดย ICWN ของหน่วยงาน และมีการวิเคราะห์ข้อมูล และทบทวนปัญหา อุปสรรคในที่ประชุมหน่วยงาน

3. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเกิดการติดเชื้อระบบทางปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ โดยจะเพิ่มกระบวนการสังเกต การปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติโดย ICWN ของหน่วยงาน และมีการวิเคราะห์ข้อมูลและทบทวนปัญหา อุปสรรคในที่ประชุมหน่วยงาน

4. แผนการทำงานแบบ New Normal ในหน่วยงาน โดยเน้นการทำงานที่ปฏิบัติตัวตามหลัก IC โดยลดการแพร่กระจายทั้งจากตัวบุคลากรที่ทำงานและผู้ป่วย