



ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

งานการพยาบาลสามัญอายุรกรรมหญิง (11/2)

รายงานการประเมินตนเองระดับหน่วยงาน


(Self Assessment Report)

เรื่อง : Unit Profile งานการพยาบาลสามัญอายุรกรรมหญิง (11/2)

รหัสเอกสาร : NUR-018-2-001-01 แก้ไขครั้งที่ 1


วันที่ประกาศใช้

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

	<p>ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ งานการพยาบาลสามัญอายุรกรรมหญิง (11/2)</p>	วันที่มีผลบังคับใช้ :
		แก้ไขครั้งที่ : 1
<p>รายงานการประเมินตนเอง เลขที่ : NUR-018-2-001-01</p>		หน้า 2 จาก 22 หน้า
<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

	<p>ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ งานการพยาบาลสามัญอายุรกรรมหญิง (11/2)</p>	วันที่มีผลบังคับใช้ :
		แก้ไขครั้งที่ : 1
<p>รายงานการประเมินตนเอง เลขที่ : NUR-018-2-001-01</p>		หน้า 3 จาก 22 หน้า
<p>เรื่อง : Unit Profile งานการพยาบาลสามัญอายุรกรรมหญิง (11/2)</p>		

บันทึกการเปลี่ยนแปลงเอกสาร

วันที่	แก้ไข ครั้งที่	ทบทวน ครั้งที่	บันทึกการเปลี่ยนแปลงเอกสาร	ผู้จัดทำ/ผู้แก้ไข
8 มิ.ย.63	1	1	ปรับปรุงข้อมูลรายงานการประเมินตนเอง	นางสายชล สิวขุนทด

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

หน่วยงาน	ความต้องการ	ที่มาของความต้องการ
2. ห้องปฏิบัติการกลาง	<ol style="list-style-type: none"> 1. ต้องการความถูกต้องของใบขอตรวจทางห้องปฏิบัติการกลาง 2. ความถูกต้องของการเก็บspecimen 3. ความถูกต้องของการลงข้อมูลการขอตรวจทางคอมพิวเตอร์ 4. การติดต่อประสานงานที่ดี และเป็นมิตร 	
3. แผนกเอ็กซเรย์	<ol style="list-style-type: none"> 1. ความถูกต้องของใบขอตรวจทางรังสีวิทยา 2. การติดต่อประสานงานที่ดี และเป็นมิตร 	
4. แผนกกายภาพบำบัด	<ol style="list-style-type: none"> 1. ความถูกต้องของการเขียนใบส่งปรึกษาโดยส่งข้อมูลให้ครบถ้วน เพื่อปรึกษากายภาพบำบัด (มีข้อมูลผู้ป่วยครบถ้วน) 2. การส่งผู้ป่วยเพื่อลงทำกายภาพบำบัดตามเวลาที่นัดไว้ 3. การติดต่อประสานงานที่ดี และเป็นมิตร 	
5. ห้องตรวจผู้ป่วยนอกและแผนกฉุกเฉิน	<ol style="list-style-type: none"> 1. การติดต่อประสานงานที่ดี และเป็นมิตร 2. ความถูกต้องของการนัดหมายผู้ป่วยตามวันและเวลาที่แพทย์เจ้าของไข้ออกตรวจ 	
6. ห้องผ่าตัด	<ol style="list-style-type: none"> 1. การติดต่อประสานงานที่ดี และเป็นมิตร 2. ความถูกต้องของการลงบันทึกนัดวัน เวลา ที่ผ่าตัดของผู้ป่วย 3. ความถูกต้องของการเตรียมผู้ป่วยเพื่อผ่าตัด ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และเอกสารทุกชนิด 	
7. แผนกไตเทียม	<ol style="list-style-type: none"> 1. การติดต่อประสานงานที่ดี และเป็นมิตร 2. การเตรียมผู้ป่วย เวชภัณฑ์ที่จำเป็นต้องใช้ เพื่อทำการฟอกไต 3. การดูแลแผล Double lumen แผลสายหน้าท้องที่ทำ CAPD 4. การดูแลสุขภาพอนามัย และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย ให้สะอาดเพื่อลดการติดเชื้อ 5. การให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไต 	
8. แผนกโภชนาการ	<ol style="list-style-type: none"> 1. ความถูกต้องของการเบิกอาหาร 2. ความถูกต้องของการโทรสั่งเพิ่ม และ งดอาหารของผู้ป่วย 	

หน่วยงาน	ความต้องการ	ที่มาของความต้องการ
9. ซักฟอกและหน่วยจ่ายกลาง	1. ความถูกต้องของใบเบิกผ้า set sterile ต่างๆ 2. การติดต่อประสานงานที่ดี และเป็นมิตร 3. การตรวจสอบ แยกผ้า และอุปกรณ์เพื่อไม่ให้มีสิ่งของแปลกปลอมติดไปกับผ้าและอุปกรณ์	
10. แผนกบุคคลและการเงิน	1. ความถูกต้องของการคิดค่าใช้จ่ายผู้ป่วย 2. การติดต่อประสานงานที่ดี และเป็นมิตร	

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

1. ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
2. ให้การดูแลผู้ป่วยตาม Clinical Practice Guideline (CPG) ได้แก่ ACS, Stroke, Sepsis, UGIB, COPD, DHF ได้อย่างมีคุณภาพ
3. 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
2558	Stroke, Pneumonia, Lymphoma, Congestive heart failure, Anemia
2559	Lymphoma, Stroke, Pneumonia, UTI, Congestive heart failure
2560	Lymphoma , UTI, Stroke, Pneumonia , Congestive heart failure
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 (ต.ค.62- มี.ค.63)	Pneumonia (57ราย), Stroke (47ราย), CHF (41 ราย), UTI (28ราย), AKI (17ราย)

ภาระงาน	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563 (ต.ค.62- มี.ค.63)
Productivity	132.68	136.59	114.72	102.57	112.69	109.42	96.38
NHPPD	7.99	7.90	7.68	7.78	7.83	7.74	7.38
อัตราครองเตียง	84.38	82.26	86.20	82.69	80.92	81.61	72.28

ด้านผู้ปฏิบัติงาน

บุคลากร	จำนวน (คน)	ศักยภาพ
1. พยาบาลวิชาชีพ	15	- มีใบประกอบวิชาชีพ - พยาบาลที่มีประสบการณ์ 16 ปี จำนวน 1 คน - พยาบาลที่มีประสบการณ์ 5 - 8 ปี จำนวน 5 คน - พยาบาลที่มีประสบการณ์ 1 - 4 ปี จำนวน 9 คน - ผ่านการอบรมหลักสูตรการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง - การพัฒนาความรู้อย่างสม่ำเสมอ โดยเข้าร่วมประชุมวิชาการ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง, จัดอบรม Training need ทักษะที่จำเป็นสำหรับพยาบาล เช่น การอบรมฟื้นฟูปฐมพยาบาลผู้ป่วยหัวใจเต้นผิดจังหวะ, การบำบัดระบบหายใจในเวชปฏิบัติ, การช่วยฟื้นคืนชีพ, การพยาบาลผู้ป่วยเรื่อง Critical Points in Critical Care, การจัดการและป้องกันการติดเชื้อ
2. ผู้ปฏิบัติงาน พยาบาล	8	- 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 เครื่อง EKG monitor, 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>- ขาดการประสานงานและการส่งต่อข้อมูลที่สำคัญ/ไม่ครบถ้วน</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 ตาม CPG</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 - มีการจัดทำแผนดูแลผู้ป่วยที่มีการประสานกันอย่างดีและมีเป้าหมายที่ชัดเจน สอดคล้องกับปัญหา/ ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนและกำหนดเป้าหมาย - มีการปรึกษาแพทย์เฉพาะทางเพื่อการวางแผนการดูแลผู้ป่วยรักษาที่ถูกต้อง,เหมาะสมกับผู้ป่วย 	- การบันทึกข้อมูลไม่ถูกต้อง, ไม่ครอบคลุม	- 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 - ขาดการประสานงานและการส่งต่อข้อมูลที่สำคัญ/ไม่ครบถ้วน 	- 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"> - เจ้าหน้าที่ขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วย - เจ้าหน้าที่ให้ความรู้สุขภาพไม่เพียงพอแก่ผู้ป่วย 	<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"> - เจ้าหน้าที่ขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วย - ขาดการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 	<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					
			2559	2560	2561	2562	2563 (ต.ค.62- มี.ค.63)	
ผู้ป่วยวิกฤติได้รับการดูแลใกล้ชิด ปลอดภัย ไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อน	อัตราการตายรวมของผู้ป่วยใน	< 2%	4.04	0.95	3.06	2.4	2.97	
	อัตราการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ	0 ครั้ง/1000 วันนอน	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Stroke, DM, COPD ได้รับการ Empowerment สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม	อัตราการ Re-admit ใน 28 วัน	<2%	1.49	3.93	3.21	3.06	0	
ประสิทธิผลการบริหารความเสี่ยง 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	
	อัตราการเกิดแผลกดทับ (ระดับ 1- 4)	<5 ครั้ง/1000 วันนอน	2.74	2.52	1.79	3.36	1.72	
	อัตราการพลัดตกหกล้ม	0 ครั้ง/1000 วันนอน	0.79	0.52	0.00	0.27	0.29	
	อัตราความคลาด เคลื่อน ในการบริหารยาผู้ป่วย ใน	ระดับ A-B=Near miss	<5 ครั้ง/1000 วันนอน	1.75	6.79	7.18	6.31	2.87
		ระดับ C-I = Error	0 ครั้ง/1000 วันนอน	0.48	9.57	0	0	0
	อัตราการติดเชื้ทางเดินหายใจในผู้ป่วยที่ใช้ เครื่องช่วยหายใจ	<10 ครั้ง/1000 วัน on Ventilator	0 .00	12.69	1.44	5.68	0	
	อัตราการติดเชื้ในระบบทางเดินปัสสาวะจาก การคาสายสวนปัสสาวะ	<10 ครั้ง/1,000 วัน on foley's cath	0.00	6.03	8.60	4.46	2.79	

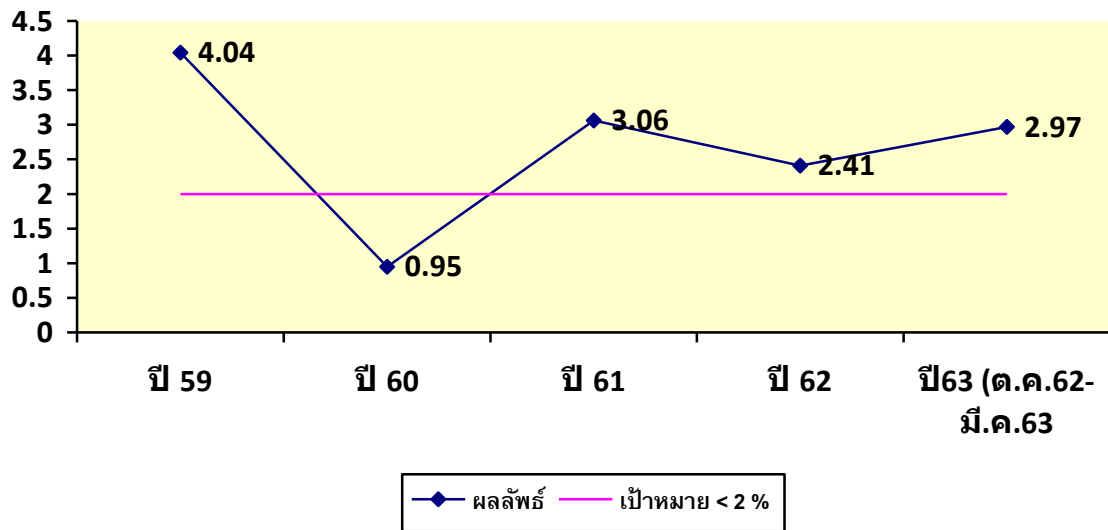
ประเด็นคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ประจำปีงบประมาณ				
			2559	2560	2561	2562	2563 (ต.ค.62- มี.ค.63)
การบริหาร / การปฏิบัติ	อัตราครองเตียง	85%	86.20	82.69	80.92	81.67	72.28
การพยาบาลให้ได้มาตรฐาน สภาพการพยาบาล รองรับ การ Re-accredit	อัตราความสมบูรณ์ของบันทึกทางการ พยาบาล (ปริมาณ)	85%	75.69	83.78	85.35	94.94	89.63
	อัตราความสมบูรณ์ของบันทึกทางการ พยาบาล (คุณภาพ)	85%				75.24	68.74
	หน่วยงานผ่านเกณฑ์ประเมิน 5 ส.	85%	80.22	85.39	86.40	86.24	84.4
ความพึงพอใจของผู้ป่วย	อัตราข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ	<2 ฉบับ/ เดือน	0.00	0.00	0.00	2	2

ตัวชี้วัดตามกลุ่มโรคสำคัญ

ประเด็นคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ประจำปีงบประมาณ			
			2560	2561	2562	2563 (ต.ค.62-มี.ค.63)
COPD with AE	อัตราผู้ป่วย COPD with AE ได้รับการส่งปรึกษา PM & R ก่อนกลับบ้าน	100%	0.00	0.00	0.00	ไม่มีผู้ป่วย
	อัตราผู้ป่วย COPD with AE ได้รับการสอนพ่นยาก่อนกลับบ้าน	100%	0.00	0.00	0.00	ไม่มีผู้ป่วย
	อัตราผู้ป่วย COPD with AE และ Asthma ได้ส่งปรึกษาเพื่อเยี่ยมบ้านกับงานเวชศาสตร์ชุมชน	100%	0.00	0.00	0.00	ไม่มีผู้ป่วย
Stroke	อัตราผู้ป่วย Stroke ได้รับการส่งปรึกษา PM & R ภายใน 72 ชม.หลังจากพ้นภาวะวิกฤต	100%	26.00%	63.33%	19.56	10.64
	อัตราผู้ป่วย Stroke ได้รับการส่งปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ก่อนกลับบ้าน	100%	0.00	0.00	0.00	0.00
ACS	อัตราผู้ป่วย STEMI ได้รับการส่งปรึกษา PM & R ก่อนกลับบ้าน	100%	33.00	0.00	ไม่มีผู้ป่วย	ไม่มีผู้ป่วย
	อัตราผู้ป่วย STEMI ได้รับการส่งปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ก่อนกลับบ้าน	100%	0.00	0.00	ไม่มีผู้ป่วย	ไม่มีผู้ป่วย
CKD	อัตราการเกิดผู้ป่วย Infected CAPD ในหน่วยงาน	0%	0.00	0.00	0.00	0.00
	อัตราผู้ป่วยที่เกิดภาวะ Sepsis จากภาวะ Infected CAPD ในหน่วยงาน	0%	0.00	0.00	0.00	0.00
Sepsis	อัตราการได้รับการวินิจฉัยและได้รับยาปฏิชีวนะใน Severe sepsis/Septic shock ภายใน 1 ชม.	100%	67.00	100%	100%	100%
	อัตราการ Early detection ผู้ป่วย Sepsis ด้วย SOS score	100%	61.00	68.18%	80%	80%

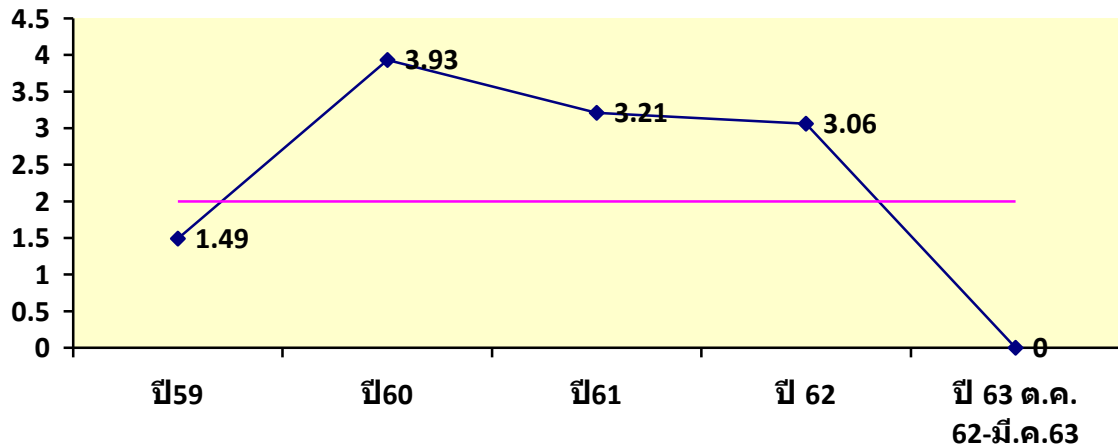
ผลการทบทวนวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน

1. อัตราการตายรวมของผู้ป่วยใน



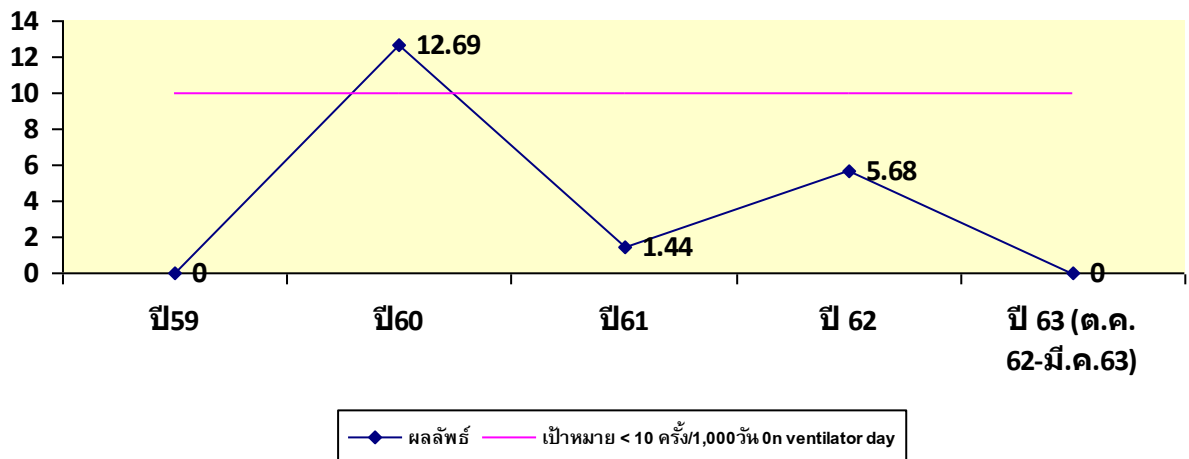
จากกราฟ พบว่า อัตราการตายรวมของผู้ป่วยใน ในปี 2559 ร้อยละ 4.04 ปี 2560 ร้อยละ 0.95 ในปี 2560 ได้มีการจัดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพเรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดีขึ้นและได้จัดทำกิจกรรมการจัดการความรู้เรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเพื่อพัฒนาความรู้แก่บุคลากรในหน่วยงาน สร้างความตระหนักในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ปี 2561 ร้อยละ 3.06 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมาย จากการวิเคราะห์พบว่า ในหน่วยงานเปิดให้บริการผู้ป่วยที่มีปัญหาทางอายุรศาสตร์ที่มีความซับซ้อน และจากการทบทวนผู้ป่วยราย case พบว่า ผู้ป่วยมีการติดเชื้อได้แก่ MDR CRE VRE มีอัตราการตายสูงขึ้น ในปี 2562 ร้อยละ 2.4 และในปี 2563 (ต.ค.62-มี.ค.63) พบว่ามีอัตราการตายที่สูงขึ้นเป็นร้อยละ 2.97 อัตราการตายจากส่วนใหญ่เกิดจากภาวะ sepsis ทางหน่วยงานจึงรณรงค์ให้บุคลากรปฏิบัติตาม Guideline CPG Sepsis และยังคงปฏิบัติตาม Bundle care ที่หน่วยงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล กำหนด เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและเพื่อลดอัตราตาย

2. อัตราการ Re-admit ใน 28 วัน



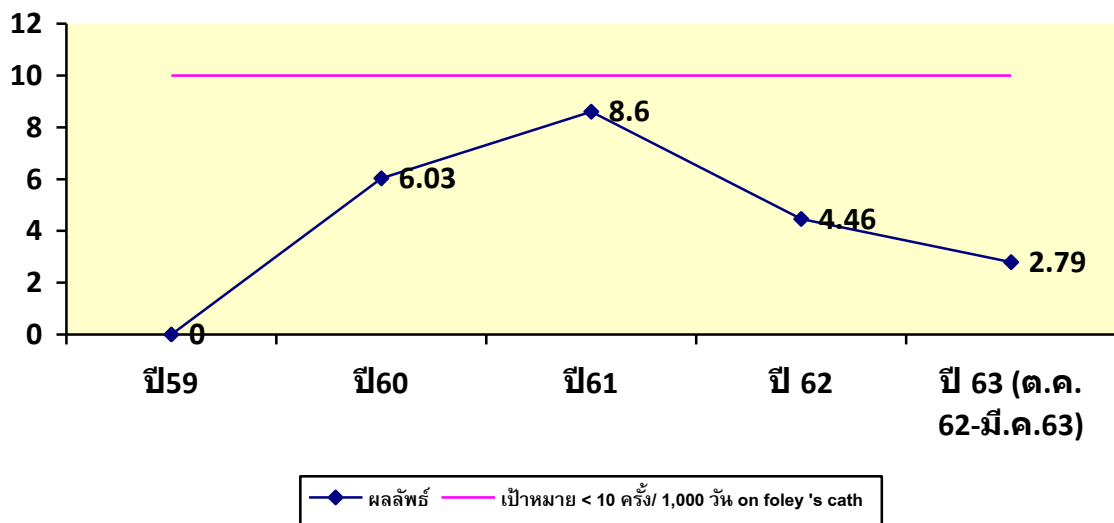
จากกราฟ พบว่า อัตราการ Re-admit ใน 28 วัน ในปี 2559 ร้อยละ 1.49 มีแนวโน้มสูงขึ้นในปี 2560 ร้อยละ 3.93 และลดลงเล็กน้อยปี 2561 ร้อยละ 3.21 ซึ่งจากการวิเคราะห์พบว่าการเปลี่ยนแปลงเก็บตัวชีวิตจึงทำให้มีอัตราการ Re-admit ใน 28 วันเพิ่มขึ้น และจากการวิเคราะห์กลุ่มผู้ป่วยพบว่า 80% เป็นผู้ป่วยที่ต้องมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องเช่นกลุ่มที่มารับยาเคมีบำบัด, กลุ่มให้เลือด เป็นต้น ซึ่งในปี 2562 พบว่า อัตราการ Re-admit ใน 28 วัน คิดเป็นร้อยละ 3.06 เป็นอัตราที่ลดลงเล็กน้อย ซึ่งทางหน่วยงานได้วิเคราะห์แล้วพบว่าอัตราการที่ลดลงเล็กน้อยส่วนหนึ่งมาจากผู้ป่วยที่ไปรักษาต่อตามสิทธิ แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นทางหน่วยงานยังคงหาสาเหตุที่แท้จริงในการ Re-admit ใน 28 วัน และกลุ่มโรคสำคัญของโรงพยาบาล เพื่อจะได้นำมาแก้ไขและปรับปรุงในการดูแลรักษาต่อไป โดยทางหน่วยงานมีการปรับปรุงใบวางแผนการจำหน่ายเพื่อเป็นการป้องกันการ Re-admit ใน 28 วัน อีกทางหนึ่งเพื่อป้องกันไม่ให้อัตราการ Re-admit ใน 28 วันของโรงพยาบาลซ้ำด้วยโรคเดิม และในปี 2563 (ต.ค.63-มี.ค.63) พบว่าอัตราการ Re-admit ใน 28 วันของกลุ่มโรคสำคัญของโรงพยาบาลเป็นร้อยละ 0 แต่ทางหน่วยงานกลับมาวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าการกลับ Re-admit ใน 28 วันในโรคของหน่วยงานพบว่า ร้อยละ 50 ของหน่วยงานคือการกลับมาให้ยาเคมีบำบัด ร้อยละ 25 เป็นผู้ป่วยที่กลับมาด้วย Volume Overload และอีกร้อยละ 25 เป็นโรคอื่นๆ ส่วนการกลับมาด้วย Volume Overload ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วย ESRD ทางหน่วยงานจึงปรับปรุงการวางแผนการจำหน่ายโดยพัฒนาจากหน่วยงานโรคไต

3. อัตราการติดเชื้อทางเดินหายใจในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ



จากกราฟ พบว่า อัตราการติดเชื้อทางเดินหายใจในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี 2559 0 ครั้ง/1,000 วัน on ventilator เป็น 12.69 ครั้ง/1,000 วัน on ventilator ในปี 2560 และมีแนวโน้มลดลงในปี 2561 เป็น 1.44 ครั้ง/1,000 วัน on ventilator จากการทบทวนพบว่า หน่วยงานมีการรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจลดลง และมีการรณรงค์ให้บุคลากรในหน่วยงานปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจอย่างสม่ำเสมอและนิเทศกำกับติดตามเพื่อให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง โดยปี 2562 เป็น 5.68 ครั้ง/1,000 วัน on ventilator ทางหน่วยงานวิเคราะห์แล้วพบว่า มีจำนวนผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจจำนวนเพิ่มขึ้น และมีอัตราการติดเชื้อทางเดินหายใจในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจสูงขึ้น ทางหน่วยงานจึงเน้นให้บุคลากรปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจที่หน่วยงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างเคร่งครัด และในปี 2563(ค.ค.62-มี.ค.63) พบว่าอัตราการติดเชื้อทางเดินหายใจในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจลดลงเป็น 0 ครั้ง/1,000 วัน on ventilator ซึ่งทางหน่วยงานยังคงเน้นให้บุคลากรปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจที่หน่วยงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างเคร่งครัด เช่นเดิม

4. อัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ



จากกราฟ พบว่า อัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะในปี 2560 6.03 ครั้ง/1,000 วัน on foley's cath ปี 2561 เป็น 8.6 ครั้ง/1,000 วัน on foley's cath ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ จากการทบทวนปัญหาเรื่องการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ พบว่า 70% เชื้อที่พบ ได้แก่ K.pneumoniae (CRE), K.pneumoniae (ESBL) ซึ่งเป็นเชื้อดื้อยา จึงทำให้ในปี 2562 หน่วยงานได้วางแผนในการติดตามตัวชี้วัดนี้ เพื่อติดตามประเมินมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ และ วางแผนส่งบุคลากรเข้าร่วมการอบรมในเรื่องการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ, การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ และวางแผนในการจัดการให้ความรู้แก่บุคลากรที่เข้ามาปฏิบัติงานใหม่ในหน่วยงานเพื่อเพิ่มทักษะและเพื่อให้บุคลากรปฏิบัติตามแนวทางเดียวกัน โดยเก็บข้อมูลปี 2562 เป็น 4.46 ครั้ง/1,000 วัน on foley's cath และในปี 2563(ต.ค.62-มี.ค.63) พบว่าอัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะลดลงเป็น 2.79 ครั้ง/1,000 วัน on foley's cath ถึงแม้ว่าแนวโน้มการติดเชื้อจะลดลงแต่ทางหน่วยงานยังคงปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะที่หน่วยงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลกำหนด เพื่อให้อัตราการติดเชื้อเป็น 0 ครั้ง/1,000 วัน on foley's cath

4. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

4.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน

ร่วมกับทีม CLT อายุรศาสตร์ และฝ่ายการพยาบาลปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญที่โรงพยาบาลมุ่งเน้นดังนี้

- MED-010-2-002-00 แนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (acute coronary syndrome)
- MED-010-2-001-00 แนวทางการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน (Acute stroke)
- MED-010-2-003-00 แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD, with exacerbation)
- MED-010-2-004-00 แนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลัน (Acute Upper Gastrointestinal bleeding)
- แนวทางในการปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะ sepsis
- แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก

4.2 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

- การป้องกันการเกิดพลัดตกหกล้มในผู้ป่วย Delirium โดยปรับปรุงแบบคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน, คู่มือประเมินภาวะสับสนสำหรับหอผู้ป่วยวิกฤต (CAM-ICU), ใบบันทึกการผูกยึด, อุปกรณ์ในการผูกยึด ให้มีคุณภาพในการใช้งาน

- การป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ มีการประเมินความเสี่ยงและมีการลงบันทึกในแบบบันทึกการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลทุกวันจันทร์และวันพฤหัสบดี จากนั้นจะมีการนิเทศให้พยาบาลปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติของการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ

- การป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ มีการประเมินความเสี่ยงและมีการลงบันทึกในแบบบันทึกการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลทุกวันจันทร์และวันพฤหัสบดี จากนั้นจะมีการนิเทศให้พยาบาลปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติของการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

- การป้องกันการเกิดแผลกดทับ มีการประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับแบบ Barden Scale และในกรณี que ผู้ป่วยมีความเสี่ยงปานกลาง-สูงต่อการเกิดแผลกดทับ จะมีการพยาบาลตามวิธีปฏิบัติของการป้องกันการเกิดแผลกดทับ จะมีการประเมินผู้ป่วยและลักษณะแผลกดทับทุกวันจันทร์และวันพฤหัสบดีในผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ มีการประเมินลักษณะแผลกดทับทุกวันในกรณี que ผู้ป่วยเกิดแผลกดทับแล้ว

5. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

1. สร้างเสริมสุขภาพกลุ่มผู้ป่วย ACS, COPD, Stroke มีการปฏิบัติตาม CPG ที่ทำร่วมกับภาควิชาอายุรศาสตร์ ซึ่งครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งการเตรียมผู้ป่วยเพื่อจำหน่ายร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ และมีการเก็บข้อมูลของผู้ป่วย ปัญหาที่เกิดขึ้นให้การดูแลผู้ป่วยนำไปประชุมร่วมกับ CLT ทุก เดือน

2. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเกิดพลัดตกหกล้มในผู้ป่วย Delirium โดยใช้แบบคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน (กำลังปรับปรุง) เมื่อพบความเสี่ยงจะมีคู่มือประเมินภาวะสับสนสำหรับหอผู้ป่วยวิกฤต (CAM-ICU) ใช้ประเมินโดยแพทย์ และมีการวิเคราะห์ข้อมูลและทบทวนปัญหาอุปสรรคในที่ประชุมหน่วยงานและ CLT ทุก เดือน

3. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเกิดการติดเชื้อระบบทางปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ โดยจะเพิ่มกระบวนการสังเกต การปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติโดย ICWN ของหน่วยงาน และมีการวิเคราะห์ข้อมูลและทบทวนปัญหา อุปสรรคในที่ประชุมหน่วยงาน
4. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเกิดการติดเชื้อทางเดินหายใจในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยจะเพิ่มกระบวนการสังเกต การปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติโดย ICWN ของหน่วยงาน และมีการวิเคราะห์ข้อมูลและทบทวนปัญหา อุปสรรคในที่ประชุมหน่วยงาน
5. แผนการทำงานแบบ New Normal ในหน่วยงาน โดยเน้นการทำงานที่ปฏิบัติตัวตามหลัก IC โดยลดการแพร่กระจายทั้งจากตัวบุคลากรที่ทำงานและผู้ป่วย