



# Unit Profile

บริการ/ทีม : หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป 12/2

ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

วันที่ปรับปรุง

พฤษภาคม 2561

## บริบท (Context)

### 1. ความมุ่งหมาย (Purpose):

หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป12/2 ให้บริการการดูแลรักษาพยาบาล ส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยศัลยกรรมโดยมีการทำงานร่วมกันของทีมศัลยแพทย์ พยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพ ภายใต้มาตรฐานวิชาชีพโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางให้การดูแลรักษาอย่างครอบคลุมองค์รวมแบบปัจเจกชน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้และสามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่บ้านและผู้ป่วยได้รับความพึงพอใจสูงสุด

### 2. ขอบเขตบริการ (Scope of Service):

หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป12/2 มีจำนวนเตียงสามารถรับผู้ป่วยได้ 25เตียงให้บริการผู้ป่วยโรคทางศัลยกรรมเพศชายอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไปที่มีภาวะทางศัลยกรรม ได้แก่ ศัลยกรรมระบบประสาท ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ ศัลยกรรมตกแต่ง ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก ศัลยกรรมทั่วไป และผู้ป่วยเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี ที่มีภาวะทางศัลยกรรมระบบประสาททั้งเพศชายและหญิงโรคที่มีความสำคัญเนื่องจากเป็นโรคที่มีความเสี่ยงต่อผู้ป่วยสูงในการที่จะเกิดอันตรายหรือเกิดโรคแทรกซ้อนได้กลุ่มโรคสำคัญ ได้แก่ Cholangio carcinoma , AAA, Hemorrhagic stroke, UGIB ,CA esophagus และกลุ่มโรค High volum 5 โรค ได้แก่ Cholangio carcinoma ,CBD stone , CA colon ,Gut obstruction , Hemorrhagic stroke

### 3. ความต้องการของผู้รับผลงานสำคัญ:

ผู้ป่วยและญาติ ต้องการได้รับบริการดูแลรักษา อย่างมีมาตรฐานถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย หายจากโรค ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน อยู่สิ่งแวดล้อมที่ดี สะอาดปลอดภัย เจ้าหน้าที่มีความเมตตา กรุณา สุขภาพอ่อนโยน และต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง

#### ลูกค้ำภายนอก

กลุ่มผู้รับผลงาน	ความต้องการ/ความคาดหวัง
1. ผู้ป่วยและญาติ	<ul style="list-style-type: none"><li>-ได้รับการบริการพยาบาลที่ถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย จากการเจ็บป่วย ปราศจากภาวะแทรกซ้อน สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติได้มากที่สุด</li><li>- ได้รับข้อมูลที่ต้องการและเข้าใจง่ายเกี่ยวกับแผนการรักษา การทำหัตถการและภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น ตลอดจนข้อมูลด้านสิทธิการรักษา</li><li>- ต้องการได้รับการที่ดี ยิ้มแย้มแจ่มใส การดูแลเอาใจใส่ของแพทย์ ไม่เลือกปฏิบัติ</li><li>- ห้องต่าง ๆ มีสิ่งแวดล้อมที่สะอาด สะดวกและปลอดภัย</li><li>- ได้กลับบ้านเร็วและค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม</li><li>- ต้องการอยู่ใกล้ชิดกับครอบครัว/ญาติ</li><li>- การพูดจาด้วยความนุ่มนวลมีความเป็นมิตรไมตรีต่อกัน</li><li>-ได้รับการบริการที่ถูกต้องครบถ้วน เสมอภาค เท่าเทียมกัน ทันเหตุการณ์</li></ul>

## ลูก้าภายใน

กลุ่มผู้รับผลงาน	ความต้องการ/ความคาดหวัง
2. แพทย์	-การประสานงานที่ดี ด้วยความเป็นมิตรไมตรี -ในระบบการทำงาน รับบทบาทหน้าที่การทำงานและแนวทางการปฏิบัติงานที่ชัดเจน มีการแก้ปัญหาพร้อมกันเป็นทีมที่ถูกต้องและเหมาะสมกับเหตุการณ์ -รายงานอาการผู้ป่วยที่มีอาการวิกฤติได้อย่างรวดเร็ว -คำสั่งการรักษาที่ชัดเจนถูกต้องครบถ้วน และการบันทึกที่สามารถใช้สื่อสารระหว่างทีมสหสาขาได้อย่างต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย
3. ห้องปฏิบัติการทางพยาธิวิทยา	- ใ้ได้รับส่งตรวจที่ถูกต้อง ครบถ้วน - ใ้ได้รับสิ่งส่งตรวจที่ถูกต้อง ถูกวิธีและส่งถูกสถานที่
4.ห้องผ่าตัด	การประสานงานในการรับและส่งผู้ป่วยที่ถูกต้อง ครบถ้วน รวดเร็ว -การรับและส่งผู้ป่วยที่ถูกต้องรวดเร็วและปลอดภัย -การเตรียมอุปกรณ์ยา เวชภัณฑ์ ในการส่งผ่าตัดถูกต้องครบถ้วน
5.x-ray	-เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานให้การช่วยเหลือในกรณีที่ยื่นไปปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย(portable x-ray)
6.เภสัชกรรม	-ต้องการลายมือแพทย์ที่ชัดเจน ถูกต้อง ครบถ้วน -ใ้ได้รับใบสั่งยาที่ถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน
7.ศูนย์เปล	-ต้องการความชัดเจนในการร้องขอบริการ เช่น เปลนั่ง/เปลนอน ,มีออกซิเจน/ไม่มีออกซิเจน , สถานที่รับส่งผู้ป่วย
8.หอผู้ป่วยหนักและหอผู้ป่วยอื่น	-ต้องการการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่ชัดเจน ถูกต้องครบถ้วน
9.โภชนาการ	-ใบเบิกอาหารชัดเจนและถูกต้อง -ส่งใบสั่งอาหารภายในเวลาที่กำหนด
10.กายภาพบำบัด	-ส่งผู้ป่วยลงกายภาพ ตรงเวลา และแต่งกายให้ผู้ป่วยเรียบร้อย
11.เวชระเบียน	- เวชระเบียนไม่สูญหาย

#### 4. ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน:

ให้บริการผู้ป่วยตลยกรรกรรมทัวไป ตลอด 24 ชั่วโมง มีพยาบาลวิชาชีพจำนวน 11คน ผู้ช่วยพยาบาลจำนวน 5 คน คนงาน 2 คน ผู้ปฏิบัติงานบริหาร 1 คน มีเตียงสำหรับให้บริการผู้ป่วยทั้งหมด 25 เตียง ดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 20 คน/วัน บริหารดูแลผู้ป่วยเป็นแบบ Team management โดยแยกเป็น 2 ทีม โดยใช้การผสมผสานอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพ ต่อผู้ปฏิบัติการพยาบาล 60 : 40 คิดเป็น เวรเช้า 40 %

เวรป่วย 30 % เวนตีก 30 %โดยอัตราพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ช่วยพยาบาล เวนเข้า – ป่วย – ตีก 4:3เฉลี่ย  
 บุคลากรทางการพยาบาลต่อผู้ป่วย 1:4 ในกรณีผู้ป่วยที่ต้องการการเฝ้าระวังดูแลอย่างใกล้ชิด หรือในกรณีที่  
 ใส่เครื่องช่วยหายใจจะจัดให้ผู้ป่วยอยู่ห้องหน้าเคาน์เตอร์พยาบาลซึ่งรับได้จำนวน 5 เตียง เพื่อให้ผู้ป่วย  
 ได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพอย่างใกล้ชิด รวดเร็ว ทันเวลา

### จำนวนสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา

แยกตามสาขา	จำนวนผู้ป่วย /เดือน			
	2558	2559	2560	2561 (ตค60-มีค61)
ศัลยศาสตร์ทั่วไป	64.83	75.00	66.75	61.00
ศัลยศาสตร์ทางเดินปัสสาวะ ( URO )	22.91	26.33	22.00	12.83
ศัลยศาสตร์ทรวงอก( CVT )	2.58	2.08	2.16	2.3
ประสาทศัลยศาสตร์( Neuro)	4.50	7.91	9.58	12.67
ศัลยศาสตร์ตกแต่ง( Plastic )	2.91	3.08	2.66	2.00

### โรคที่พบบาก 5 อันดับแรก

ลำดับ	2558	2559	2560	2561 (ตค60-มีค61)
1	Renal calculi	Renal calculi	Renal calculi	Cholangio carcinoma
2	CA colon , CA colon	CA colon , CA colon	CBD stone ,CA colon	CBD stone
3	Appendicitis	Gall stone	cholangitis	CA colon
4	Gut obstruction	Hernia	CA esophagus ,C gall bladder	Gut obstruction
5	Hernia	BPH	Gut obstruction	Hemorrhagic stroke

## สถิติการบริหารจัดการ

รายการ	2557	2558	2559	2560	2561 (ตค60-มีค61)
จำนวนวันนอนรวมเฉลี่ย(วัน)	5.56	5.48	4.88	5.24	5.92
อัตราครองเตียง (%)	91.16	83.69	93.45	92.10	77.95
Productivity (%)	93.16	82.80	92.68	100.77	89.55

### 5.ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ (Key Quality Issues):

1.ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวมด้วยความถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัยตามมาตรฐาน ไม่เกิดความเสียหายและภาวะแทรกซ้อน

2. ผู้ป่วยและญาติได้รับการวางแผนจำหน่ายเพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องและเหมาะสมที่บ้านได้

3. ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ

4. บุคลากรมีความรู้ความเพียงพอ

### 6. ความท้าทายและความเสี่ยงที่สำคัญ:

#### 1. ความท้าทาย

1. ลดความคลาดเคลื่อนทางยา
2. ลดการเกิดแผลกดทับกดทับกดเตียง
3. ลดการติดเชื้อCA-BSI
4. ลดการติดเชื้อ CA-UTI
5. การเกิดภาวะ Hypovolemic shock
6. การเกิดภาวะSepsis เป็นSevere sepsis หรือ septic shock
7. การประเมินผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤตได้ถูกต้องรวดเร็วและเหมาะสม
8. ลดอัตรา Re-admitการวางแผนจำหน่ายอย่างมีประสิทธิภาพผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้เหมาะสม
9. การเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดถูกต้อง

## 2. ความเสี่ยงทางคลินิก (ClinicalRisk)

### 2.1 ความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป (Common ClinicalRisk)

1. Re-admit ภายใน 28 วันด้วยโรคเดิมโดยไม่มีแผนวางแผน
2. การเลื่อนผ่าตัดโดยไม่ได้วางแผน
3. ความคลาดเคลื่อนทางยา
4. การติดเชื้อ CA-BSI
5. การติดเชื้อ CA-UTI
6. การเกิดแผลกดทับ หกล้ม ตกเตียง
7. การเกิด Phlebitis
8. Unplanned ICU
9. Unplanned CPR
10. Unplanned ET tube
11. Revisit to ICU /Semi ICU in 24 hr
12. การเกิดแผลกดทับ
13. ผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจ หรือ Line ต่างๆหรือหลุด

### 2.2 ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค (SpecificClinicalRisk)

1. การเกิดภาวะ Hypovolemic shock ในผู้ป่วย UGIB
2. การเกิดภาวะ Sepsis เป็น Severe sepsis หรือ septic shock
3. การติดเชื้อแผลสะอาด
4. การเกิด Pneumonia- Respiratory failure
5. การติดเชื้อที่บริเวณสะดือในผู้ป่วยที่ผ่าตัด LC
6. การเกิด Skin Excoriation (ผิวหนังรอบๆ colostomy มีการอักเสบ)
7. การเกิด Rupture appendicitis

### 3. ความเสี่ยงทั่วไป (non-clinical risk)

1. เครื่องมือ/เวชภัณฑ์หมดอายุ
2. นัดผู้ป่วยผิดวัน/ผิดคลินิก
3. ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา
4. เจ้าหน้าที่ได้รับบาดเจ็บจากการทำงาน เช่น ถูกเข็มแทงสารคัดหลั่งกระเด็นเข้าตา

ศักยภาพและข้อจำกัดในด้านผู้ปฏิบัติงาน เครื่องมือ เทคโนโลยี :

รายการ	2557	2558	2559	2560	2561 (ตค60- มีค61)	ศักยภาพ	ข้อจำกัด
<b>1.บุคคลากร</b>							
- พยาบาลวิชาชีพ(คน)	10	10	10	11	11	เนื่องจากบุคลากร พยาบาลมีประสบการณ์ ทำงาน 10-15 ปี 4คน 3- 5 ปี 3 คน และ 1-2 ปี 4 คน มีเฉพาะทางด้าน ศัลยกรรมประสาท 1 คน เฉพาะทางด้านทวาร เทียมและบาดแผล 1คน และมีการประเมิน competency ในการ ปฏิบัติงานและ training need ภายในหน่วยงาน	เนื่องจากยังไม่ สามารถส่ง บุคลากรเข้าอบรม เฉพาะทางด้าน ศัลยกรรมได้ทาง หน่วยงานจึงมี การจัดอบรม training need ภายในหน่วยงาน
- ผู้ช่วยพยาบาล(คน)	5	6	6	6	5		
- คนงาน (แม่บ้านบริษัท) (คน)	2	2	2	2	2		
-ผู้ปฏิบัติงานบริหาร(คน)	1	1	1	1	1		
- Productivity (%)	93.16	82.80	92.68	100.71	89.55		
-จำนวนชั่วโมงทางการ พยาบาล	5.72	5.47	5.23	6.17	6.17		
-อัตราการลาออก โอนย้าย ของพยาบาล (Turn over rate)	0	6.67	11.11	5.88	0		
<b>2.ประเภทผู้ป่วย</b>							
- อัตราครองเตียง(%)	91.16	83.69	93.45	92.10	77.95		
- จำนวนวันนอนเฉลี่ย/วัน	5.56	5.48	4.88	5.24	5.92		
- จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ย/วัน (คน)	19.91	16.88	19.87	20.38	20.38		
- จำนวนผู้ป่วยรับใหม่เฉลี่ย/ วัน(คน)	3.63	3.61	4.15	3.85	3.06		
- จำนวนผู้ป่วยจำหน่ายเฉลี่ย/ วัน(คน)	5.66	2.66	3.50	3.80	2.42		

เครื่องมือ, อุปกรณ์

เครื่องมือ	จำนวน(เครื่อง)	ศักยภาพ	ข้อจำกัด
1.เครื่องMonitor EKG	4	เนื่องจากผู้ป่วยมีปริมาณเพิ่มขึ้น ในกลุ่มผู้ป่วยและอุปกรณ์เครื่อง intermetent suction เพียงตัว เดียว ทางหน่วยงานจึงจัดซื้อใหม่ และทดแทนเครื่องเก่าที่ชำรุด 1 เครื่องและยืมจากหน่วยงานที่มี เครื่อง intermetent suction	
2.EKG 12 lead	1		
3.เครื่องปั่น Hct	1		
4.เครื่องตรวจ Urine specific gravity	1		
5.โคมไฟทำหัตถการ	1		
6.เครื่องวัดความดันอัตโนมัติ	3		
7.เครื่องวัดความดัน	1		
8.เครื่องเจาะ DTX	1		
9.ชุดตรวจหู ตา (Ophhamoscope)	1		
10. Laryngoscope ผู้ใหญ่/ เด็ก	1		
11.Ambu bag ผู้ใหญ่	6		
12. กระดานรองหลัง CPR	1		
13. ที่นอนลมไฟฟ้า	3		
14. Slide broad	1		
15. เครื่องดูดของเหลวในกระเพาะอาหาร (เคลื่อนที่ได้)	2		



### กระบวนการสำคัญ (Key Processes)

กระบวนการสำคัญ (Key Processes)	สิ่งที่คาดหวัง จากกระบวนการ (Process Requirement)	ความเสี่ยง / ปัญหา / โอกาสพัฒนา	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
1. การเข้าถึงและการเข้ารับบริการ	1.ผู้ป่วยรับใหม่ได้รับการแยกประเภทและเตรียมสถานที่ได้ถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย เหมาะสม ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะรับการรักษา 2.สามารถประเมินสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแบบองค์รวมได้ถูกต้องครบถ้วน รวดเร็วและได้รับการแก้ไขอย่างรวดเร็ว 3.ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงหรือต้องได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด	1.ผู้ป่วยรับใหม่ได้รับการส่งต่อข้อมูลไม่ถูกต้องไม่ครบสมบูรณ์ 2.ผู้ป่วยรับใหม่จัดเตียงไม่เหมาะสมกับประเภทของผู้ป่วย 3.ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงหรือต้องได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดหรือไม่ได้รับการ Admit ที่แผนก ICU แต่ Admit ที่ Ward แทน	1.อัตรา Un plan ICU
2. การประเมินผู้ป่วย	1.ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินปัญหาอย่างครอบคลุมและทราบความต้องการของผู้ป่วยอย่างถูกต้องเพื่อวางแผนการดูแลรักษาพยาบาล 2.ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความเสี่ยงทางคลินิกอย่างถูกต้องตั้งแต่แรกเริ่ม	1.ผู้ป่วยได้รับการประเมินอาการไม่ถูกต้อง ครอบคลุม 2. ผู้ป่วยมีอาการทรุดลง/เสียชีวิตโดยสาเหตุที่หลีกเลี่ยงได้	1.อัตรา Unplanned ICU 2.Unplanned CPR 3. Unplanned ET tube 4. Revisit to ICU /Semi ICU in 24 hr 5.อัตราการตายโดยสาเหตุที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ 6.ความสมบูรณ์ของบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

กระบวนการสำคัญ (Key Processes)	สิ่งที่คาดหวัง จากกระบวนการ (Process Requirement)	ความเสี่ยง /ปัญหา /โอกาสพัฒนา	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
<p>3. การวางแผน</p> <p>3.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย</p> <p>3.2 การวางแผนจำหน่าย</p>	<p>1.ผู้ป่วยได้รับการวางแผนการดูแลรักษาพร้อมกับทีมแพทย์ พยาบาล และครอบครัวครอบคลุมกายจิตสังคมให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน</p> <p>2.ผู้ป่วยและญาติได้รับการวางแผนการจำหน่ายตั้งแต่แรกรับ เพื่อให้ครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและการวางแผนร่วมกับทีมสหสาขา</p>	<p>1.ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้</p> <p>2.ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลอย่างทันท่วงที</p> <p>3.ผู้ป่วยไม่ได้รับการวางแผนการจำหน่ายในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และการส่งต่อข้อมูลกับชุมชนและเกิดการ Re admit</p>	<p>1.อัตราผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำภายใน28วันด้วยโรคเดิม โดยไม่มี การวางแผน</p> <p>2.อัตราการเลื่อนผ่าตัดโดยไม่ได้วางแผน</p> <p>3.อัตราการคลาดเคลื่อนทางยา</p> <p>4.อัตราการติดเชื้อ CA-BSI</p> <p>5.อัตราการติดเชื้อ CA-UTI</p> <p>6.อัตราการติดเชื้อ(VAP)</p> <p>7.อัตราการเกิดพลัดตก หกล้ม</p> <p>8.อัตราการเกิด Phlebitis</p> <p>9.อัตรา Unplanned ICU</p> <p>10.Unplanned CPR</p> <p>11. Unplanned ET tube</p> <p>12. Revisit to ICU /Semi ICU in 24 hr</p> <p>13.อัตราการเกิดแผลกดทับ</p> <p>14.ผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจ หรือ Line ต่างๆหรือหลุด</p>

กระบวนการสำคัญ (Key Processes)	สิ่งที่คาดหวัง จากกระบวนการ (Process Requirement)	ความเสี่ยง /ปัญหา /โอกาสพัฒนา	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
4. การดูแลผู้ป่วย	<p>1.ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลที่จำเป็น และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ในแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>2.ผู้ป่วยได้รับการทบทวนการดูแลขณะรักษาพยาบาลจากสหสาขาวิชาชีพ</p> <p>3. ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างทันที่ทันที่ ปลอดภัยเหมาะสมกับสภาพปัญหา และถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ</p> <p>4.ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้อง ปลอดภัยตรงตามมาตรฐาน</p> <p>5.ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและภาวะวิกฤตตามมาตรฐานวิชาชีพ</p> <p>6.ผู้ป่วยเฉพาะโรคได้รับอาหารตรงตามแผนการรักษา</p>	<p>1.ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างทันที่ทันที่</p> <p>2.ผู้ป่วยได้รับการให้ยา/เลือด/สารน้ำไม่ถูกต้อง</p> <p>3.ผู้ป่วยไม่ได้รับการบรรเทาความเจ็บปวดจากการเจ็บป่วยอย่างครอบคลุม</p> <p>4.การเตรียมผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดเกิดความผิดพลาด</p> <p>5.อันตรายจากการได้รับยาระงับ (Morpine, Pethedine )</p> <p>6.การได้รับอาหารไม่ตรงตามแผนการดูแล อาหารสายยาง อาหารทางหลอดเลือดดำ(TPN) อาหารเบาหวาน</p> <p>7.ผู้ป่วยได้รับอันตรายจากการทำหัตถการต่าง ๆ เช่น เจาะท้อง เจาะปอด เจาะหลัง</p>	<p>1. อัตราผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันด้วยโรคเดิม โดยไม่มีการวางแผน</p> <p>2. อัตราการเลื่อนผ่าตัดโดยไม่ได้วางแผน</p> <p>3. อัตราการคลาดเคลื่อนทางยา</p> <p>4. อัตราการติดเชื้อ CA-BSI</p> <p>5. อัตราการติดเชื้อ CA-UTI</p> <p>6. อัตราการติดเชื้อ(VAP)</p> <p>7. อัตราการเกิดแผลกดทับ หกล้ม</p> <p>8. อัตราการเกิด Phlebitis</p> <p>9. อัตรา Unplanned ICU</p> <p>10. Unplanned CPR</p> <p>11. Unplanned ET tube</p> <p>12. Revisit to ICU /Semi ICU in 24 hr</p> <p>13. อัตราการเกิดแผลกดทับ</p> <p>14. ผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจ หรือ Line ต่างๆหรือหลุด</p>

กระบวนการสำคัญ (Key Processes)	สิ่งที่คาดหวัง จากกระบวนการ (Process Requirement)	ความเสี่ยง /ปัญหา /โอกาสพัฒนา	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
5.การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ ครอบครัว	<p>1.ผู้ป่วยและญาติ ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลผู้ป่วย อย่างถูกต้องเหมาะสม โดยทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง</p> <p>2.ผู้ป่วย/ญาติ/ ผู้ดูแล มีความรู้ ทักษะจนมีความสามารถเชื่อมั่นว่าจะสามารถปฏิบัติดูแลผู้ป่วยได้ที่บ้านอย่างเหมาะสม ถูกต้อง ต่อเนื่อง</p> <p>3.ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ</p>	<p>1.ผู้ป่วยและญาติไม่ได้รับทราบข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยไม่กลับไพบอู่บ้าน</p> <p>2.ผู้ดูแลไม่มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย</p> <p>3.ผู้ป่วย Re- admit ด้วยภาวะแทรกซ้อน</p> <p>4. ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยและปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง</p>	<p>1.อัตราผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำใน28 วันด้วยโรคเดิม อาการเดิม</p> <p>2.ร้อยละของการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยในกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ มีอุปกรณ์การแพทย์ที่ต้องกลับไปดูแลต่อที่บ้าน</p> <p>3.ร้อยละผู้ป่วย/ญาติผ่านการประเมินทักษะ</p>
6.การดูแลต่อเนื่อง	<p>1.ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย</p> <p>2.ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องในสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน</p> <p>3.ผู้ป่วยได้รับการส่งต่ออย่างปลอดภัย</p>	<p>1.ผู้ป่วยไม่ได้รับการส่งต่อข้อมูลการรักษา</p> <p>2.ผู้ป่วยที่ต้องการดูแลต่อเนื่องไม่ได้รับการส่งต่อ HHC</p>	<p>1.อัตราผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำใน28 วันด้วยโรคเดิม อาการเดิม</p> <p>2.อัตราการติดตามเยี่ยมหลังส่ง HHC</p> <p>3.จำนวนข้อผิดพลาดที่สะท้อนกลับจากผู้รับผลงาน</p>

รายงานตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ระดับที่ปฏิบัติได้				
		2557	2558	2559	2560	ปี2561 (ตค60-มีค61)
<b>ตัวชี้วัดหน่วยงาน</b>						
1.Productivity เฉลี่ย	85-115 %	93.17	82.80	92.68	100.71	89.55
2.อัตราครองเตียง	>90%	91.16	83.61	93.17	98.84	77.95
3.จำนวนวันนอนเฉลี่ย/วัน	-	5.56	5.48	4.88	5.24	5.92
4.อัตราการตาย	1%	0.40	0.18	0.32	0.80	1.17
5.อัตราความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล	> 85 %	87.56	85.76	86.56	87.80	81.06
6.จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ย/วัน (คน)	-	19.91	16.88	19.87	20.38	17.28
7.อัตราความไม่สมัครใจอยู่	0%	0.47	0.13	0.02	0.27	0.72
8.อัตราความสมบูรณ์ของบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	> 85%	86.44	67.15	80.94	88.22	81.18
9.จำนวนข้อร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่	≤5%	0	0.06	0	0	0
10.อัตราการลาออก โอนย้ายของพยาบาล (Turn over rate)	-	0	6.67	11.11	5.88	0
<b>Common Clinical Risk</b>						
1.อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ระดับ A -B	เพิ่มขึ้น	2.18	1.98	1.82	0.55	0.78
ระดับ C-D /1000 วันนอน	<0.5 ครั้ง	0.67	0.46	0.38	0.13	0.17
ระดับ E-I /1000วันนอน	0 ครั้ง	2	0	0	0	0
2.อัตราการติดเชื้อ(CA-UTI)/1,000vent day	4	6.71	2.27	4.95	3.76	1.22
3. อัตราการติดเชื้อ(VAP)/1,000vent day	8	0	0	0	0	0
4.อัตราการติดเชื้อ (CA-BSI)1,000cath day	5	7.97	0	0	19.45	27.77
5. ผู้ป่วยเลื่อนหลุด/ดึงท่อช่วยหายใจ	0 ครั้ง	5.71	3.33	0	0	0
6. อัตราการเกิดแผลกดทับ/1000วันนอน	4 ครั้ง	1.28	0.91	1.20	3.52	1.30
7.อัตราการพลัดตกหกล้มระดับ C-I /1000 วันนอน	<0.15ครั้ง	0.47	0.15	0.04	0.05	0
ระดับ D-I/1000 วันนอน	<0.15ครั้ง	0.11	0	0	0.01	0

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

รายงานตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ระดับที่ปฏิบัติได้				
		2557	2558	2559	2560	ปี2561 (ตค60-มีค61)
8.ความพึงพอใจการจัดการความปวด	>90%	89.95	76.17	94.74	94.04	94.04
9.อัตราผู้ป่วย Unplanned ICU(คน)	<5%	11.2	7.2	16.7	9.4	22.22
10.จำนวนผู้ป่วย Unplanned CPR(คน)	-	3	3	3	3	0
11.จำนวนผู้ป่วย Unplanned ET tube(คน)	-	3	3	5	4	6
12.อัตราผู้ป่วย Revisit to ICU /Semi ICU in 72 hrโดยไม่ได้วางแผน	<5%	NA	7.3	2.3	12.4	13.33
13.อัตรา Re-admit ภายใน28 วันด้วยโรคเดิม โดยไม่มีการวางแผน	<1%	0.11	0.08	0.09	0	0
<b>SpecificClinicalRisk</b>						
1.การเกิดภาวะ Hypovolemic shock ในผู้ป่วย UGIB		NA	NA	6.67	0	0
2.อัตราการติดเชื้อที่บริเวณสะดือในผู้ป่วยที่ผ่าตัด LC	0	NA	NA	0	1.02	0
3.อัตราการเกิด Skin Excoriation (ผิวหนังรอบๆ colostomy มีการอักเสบ)	0	8.33	4.16	0	0	0
4.อัตราการเกิด Rupture appendicitis	0	NA	2.22	0	0	0

ผลการทบทวนวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน

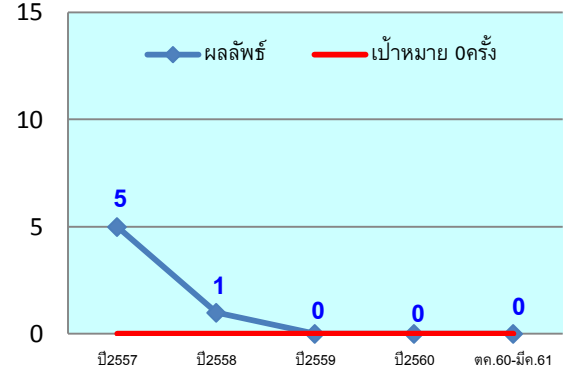
ตัวชี้วัด	วิเคราะห์สาเหตุ	กิจกรรมพัฒนา																																				
<p><b>อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาระดับ A-B</b></p> <table border="1"> <caption>อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาระดับ A-B</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ระดับ A-B</th> <th>เป้าหมายเพิ่มขึ้น</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี2557</td> <td>2.18</td> <td>1.0</td> </tr> <tr> <td>ปี2558</td> <td>1.98</td> <td>1.0</td> </tr> <tr> <td>ปี2559</td> <td>1.82</td> <td>1.0</td> </tr> <tr> <td>ปี2560</td> <td>0.55</td> <td>1.0</td> </tr> <tr> <td>ตค60-มีค.61</td> <td>0.78</td> <td>1.0</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาระดับ C-D</b></p> <table border="1"> <caption>อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาระดับ C-D</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ระดับ C-D</th> <th>เป้าหมาย &lt;math&gt;&lt;0.5&lt;/math&gt; ครั้ง/1000 วันนอน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี2557</td> <td>0.67</td> <td>0.5</td> </tr> <tr> <td>ปี2558</td> <td>0.46</td> <td>0.5</td> </tr> <tr> <td>ปี2559</td> <td>0.38</td> <td>0.5</td> </tr> <tr> <td>ปี2560</td> <td>0.13</td> <td>0.5</td> </tr> <tr> <td>ตค60-มีค.61</td> <td>0.17</td> <td>0.5</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ระดับ A-B	เป้าหมายเพิ่มขึ้น	ปี2557	2.18	1.0	ปี2558	1.98	1.0	ปี2559	1.82	1.0	ปี2560	0.55	1.0	ตค60-มีค.61	0.78	1.0	ปี	ระดับ C-D	เป้าหมาย <math><0.5</math> ครั้ง/1000 วันนอน	ปี2557	0.67	0.5	ปี2558	0.46	0.5	ปี2559	0.38	0.5	ปี2560	0.13	0.5	ตค60-มีค.61	0.17	0.5	<p>จากข้อมูล ตค60-มีค61 พบว่า อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา มีระดับอัตราที่เพิ่มขึ้น ซึ่งไม่พบความคลาดเคลื่อนทางยาในระดับ E-I = 0 แต่ยังคงพบความคลาดเคลื่อนระดับ C-D เพิ่มขึ้นเนื่องจากการรายงานมากขึ้น และ ซึ่งล่าสุดอยู่ที่ 0.13/1000 วันนอนและระดับ A-B เพิ่มขึ้นเนื่องจากบุคลากรมีการรายงานมากขึ้น จากการทบทวนจะพบว่า</p> <p><b>สาเหตุ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เจ้าหน้าที่ไม่ปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยา</li> <li>- เป็นยาที่ไม่ได้ใช้บ่อย</li> <li>- การ Double check ไม่มีประสิทธิภาพหรือสื่อสารกันระหว่าง Incharge กับ Med Nurse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทบทวนอุบัติการณ์เกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนทางยา แก่เจ้าหน้าที่ทุกเดือน</li> <li>- กรณีไม่แน่ใจในคำสั่งการใช้ยาของแพทย์ให้สอบถามแพทย์</li> <li>- จัดทำป้ายการสื่อสาร ระหว่างไม่มีการ Double check เพื่อให้เข้าใจตรงกันและเป็นการ ย้ำเตือน ในการบริหารยา</li> <li>- ให้มีการ Double check กันระหว่าง med nurse</li> <li>- ทบทวนแนวทางการบริหารยา</li> <li>- การทำ การเน้นขีดสีไว้ตัวยาที่มี dose ผิดปกติ หรือ เขียนเน้นยาจำนวนเม็ดหรือ dose ยา</li> <li>- การ Double check พยาบาลใหม่ทุกครั้งที่มีการให้ยา และสนทนากับผู้ป่วย</li> <li>- การทำ Medication reconcile</li> </ul>
ปี	ระดับ A-B	เป้าหมายเพิ่มขึ้น																																				
ปี2557	2.18	1.0																																				
ปี2558	1.98	1.0																																				
ปี2559	1.82	1.0																																				
ปี2560	0.55	1.0																																				
ตค60-มีค.61	0.78	1.0																																				
ปี	ระดับ C-D	เป้าหมาย <math><0.5</math> ครั้ง/1000 วันนอน																																				
ปี2557	0.67	0.5																																				
ปี2558	0.46	0.5																																				
ปี2559	0.38	0.5																																				
ปี2560	0.13	0.5																																				
ตค60-มีค.61	0.17	0.5																																				

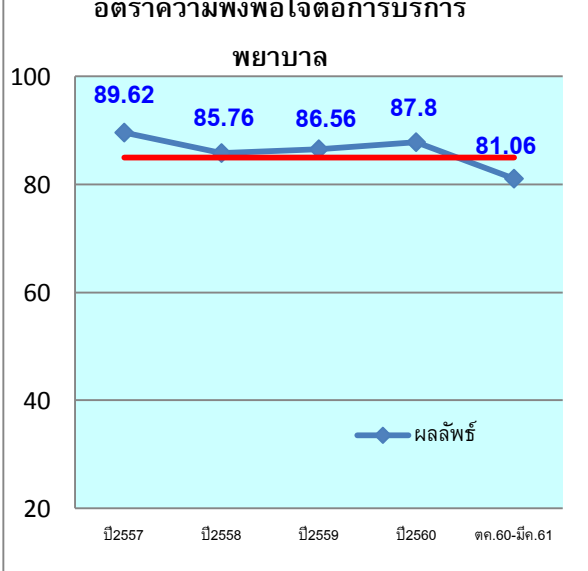
ตัวชี้วัด	วิเคราะห์สาเหตุ	กิจกรรมพัฒนา																					
<p style="text-align: center;"><b>อัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะจากการ คาสายสวนปัสสาวะ</b></p> <table border="1"> <caption>อัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผลลัพธ์</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี2557</td> <td>6.71</td> </tr> <tr> <td>ปี2558</td> <td>1.7</td> </tr> <tr> <td>ปี2559</td> <td>3.78</td> </tr> <tr> <td>ปี2560</td> <td>3.76</td> </tr> <tr> <td>คค.60-มีค.61</td> <td>1.22</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผลลัพธ์	ปี2557	6.71	ปี2558	1.7	ปี2559	3.78	ปี2560	3.76	คค.60-มีค.61	1.22	<p>จากข้อมูล คค60-มีค61 พบว่า อัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะจากการเฝ้าระวังยังพบมีการติดเชื้อที่สูงอยู่ ซึ่งมีแนวโน้มลดลงซึ่งทางหน่วยงานได้ดำเนินการทบทวนพบสาเหตุดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ</li> <li>2. จากตัวผู้ป่วยที่มีปัญหาCVA มีแผลกดทับนอนโรงพยาบาลนานจำเป็นต้องคาสายสวนปัสสาวะ</li> <li>3. ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเรื้อรังมีความจำเป็นต้องคาสายสวนปัสสาวะนอนติดเตียงทำให้เกิดการติดเชื้อตามมา</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เน้นย้ำให้เจ้าหน้าที่เห็นความสำคัญและปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ เน้นตรงส่วนการเทปัสสาวะให้เช็ด Alcohol ก่อน และหลังเทปัสสาวะทุกครั้ง และการติดสายยึดสายสวนปัสสาวะไม่ให้มีการเลื่อนหลุด</li> <li>2. จัดทำชุดทำความสะอาด perineum เช้า เย็น และหลังผู้ป่วยถ่ายทันที</li> <li>3. การดูแลเรื่องการขับถ่าย โดยจะใส่ Pampers เปลี่ยนเมื่อเปียกทันทีหรือใช้เป็นแบบปูลองเท่านั้นเพื่อไม่ให้เกิดการอับชื้น</li> </ol>									
ปี	ผลลัพธ์																						
ปี2557	6.71																						
ปี2558	1.7																						
ปี2559	3.78																						
ปี2560	3.76																						
คค.60-มีค.61	1.22																						
<p style="text-align: center;"><b>อัตราการติดเชื้อ(CA-BSI)</b></p> <table border="1"> <caption>อัตราการติดเชื้อ(CA-BSI)</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผลลัพธ์</th> <th>เป้าหมาย 0 ครั้ง</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี2556</td> <td>8.26</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>ปี2557</td> <td>7.97</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>ปี2558</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>ปี2559</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>ปี2560</td> <td>19.45</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>คค60-มีค.61</td> <td>27.77</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผลลัพธ์	เป้าหมาย 0 ครั้ง	ปี2556	8.26	0	ปี2557	7.97	0	ปี2558	0	0	ปี2559	0	0	ปี2560	19.45	0	คค60-มีค.61	27.77	0	<p>จากข้อมูล คค60-มีค61 การติดตามการติดเชื้อมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งทางหน่วยงานได้ดำเนินการทบทวนพบสาเหตุดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายcentral line</li> <li>2. ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเรื้อรังทำให้ต้อง on central line เป็นเวลานาน</li> <li>3.ไม่มีการเปลี่ยน D/S เมื่อมีเลือดซึม หรือครบกำหนดเปลี่ยน</li> </ol> <p><b>แนวทางแก้ไข</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประชุมเน้นย้ำให้เจ้าหน้าที่เห็นความสำคัญและปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สาย central line เน้นย้ำตรงบริเวณข้อต่อต่างๆ ไม่ให้มีเลือดเกาะติด และเปลี่ยนจุก T way ทุกครั้งหลังให้ยา</li> <li>2. ทบทวนให้ความรู้แก่บุคลากรให้ปฏิบัติตามแนวทางเดียวกัน</li> </ol>	
ปี	ผลลัพธ์	เป้าหมาย 0 ครั้ง																					
ปี2556	8.26	0																					
ปี2557	7.97	0																					
ปี2558	0	0																					
ปี2559	0	0																					
ปี2560	19.45	0																					
คค60-มีค.61	27.77	0																					



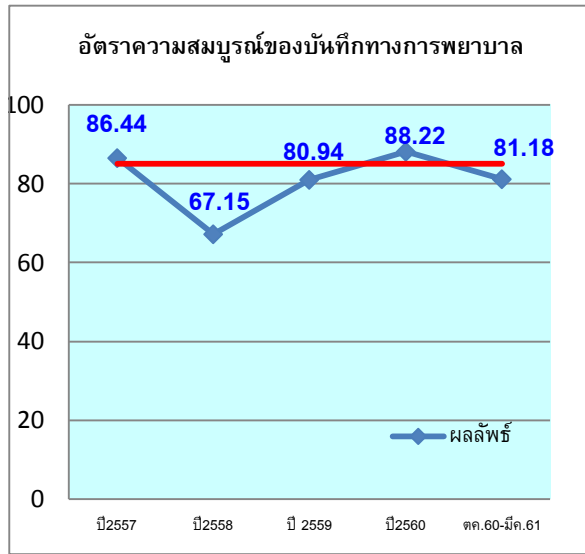
ตัวชี้วัด	วิเคราะห์สาเหตุ	กิจกรรมพัฒนา												
	3.เปลี่ยน D/S เมื่อมีเลือดซึม หรือ ครบกำหนดเปลี่ยน 4. เน้นย้ำให้เจ้าหน้าที่ล้างมือก่อน ทำหัตถการ หรือใช้สาย central line													
<p><b>อัตราการเกิดแผลกดทับ</b></p> <p>— ผลลัพธ์ — เป้าหมาย 4 ครั้ง 1000 วันนอน</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>อัตราการเกิดแผลกดทับ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี 2557</td> <td>1.28</td> </tr> <tr> <td>ปี 2558</td> <td>0.91</td> </tr> <tr> <td>ปี 2559</td> <td>1.2</td> </tr> <tr> <td>ปี 2560</td> <td>3.52</td> </tr> <tr> <td>ต.ค.60-มี.ค.61</td> <td>1.3</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	อัตราการเกิดแผลกดทับ	ปี 2557	1.28	ปี 2558	0.91	ปี 2559	1.2	ปี 2560	3.52	ต.ค.60-มี.ค.61	1.3	<p>จากข้อมูล ตค60-มีค61 การติดตาม แผลกดทับพบว่า มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องส่วนใหญ่มักจะเป็นผู้ป่วย Case Bed ridden และ Case Palliative ซึ่งไม่สามารถช่วยตัวเอง ในการทำกิจกรรมได้เลยต้องใส่เป็น Pampers หรือนอนรองด้วยผ้าอย่าง ผ้าขาวแดงซึ่งในบางรายปัสสาวะ ราดจนญาติให้นอนอยู่บนผ้าอย่าง หรือแม้กระทั่งไม่ปูผ้าปูที่นอนจึงทำให้ผิวหนังสัมผัสกับพื้นผิวยางที่มีความร้อนหรือแฉะชุ่มอยู่กับปัสสาวะ ใน Pampers ผสมกับอากาศที่ร้อน อบอ้าวด้วยจึงทำให้เกิดแผลกดทับ ได้ง่ายเพิ่มขึ้น</p> <p><b>สาเหตุ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.จากการที่บุคลากรไม่ปฏิบัติตาม แนวทางการป้องกันการเกิดแผลกดทับ</li> <li>2. อุปกรณ์ป้องกันการเกิดแผลกดทับมีไม่เพียงพอเช่นเตียง Alpha bed</li> <li>3. ขาดการประเมินติดตามผิวหนัง ของผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในแต่ละเวรตามความเป็นจริง</li> <li>4. เจ้าหน้าที่ยึดความสะอาด สบายในการดูแลเรื่องการขับถ่าย โดยจะใส่ Pampers เป็นส่วนใหญ่ และจะเปลี่ยนต่อเมื่อเต็มหรือล้น ออกมา</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. กระตุ้นให้บุคลากรและ ญาติเห็นความสำคัญต่อการประเมินผิวหนังที่ ส่งผลต่อการเกิดแผลกดทับใหม่หรือการเพิ่มขึ้น ของแผลกดทับ</li> <li>2. ควบคุมให้เจ้าหน้าที่ และการกระตุ้นญาติและ ผู้ป่วยการพลิกตะแคงตัว และเห็นความสำคัญ</li> <li>3. ทำเรื่องเสนอขอจัดซื้อ ที่นอนลม</li> <li>4. ใน Case ที่ผู้ป่วยเกิด แผลกดทับหรือมี Braden Score <math>\leq 18</math> ให้ มีการประเมินผิวหนังทุก เวรส่วนใน Case ที่ ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย Braden score <math>&gt; 18</math> ให้ มีการประเมินวันละครั้ง</li> <li>5. การดูแลเรื่องการ ขับถ่ายโดยจะใส่ Pampers เปลี่ยนเมื่อ เปียกทันทีหรือใช้เป็น แบบปรงเท่านั้นเพื่อ ไม่ให้เกิดการอับชื้น</li> <li>6. เลือกใช้อุปกรณ์ ใน การป้องกันผิวหนังจาก ความชื้น ให้เหมาะสม</li> </ol>
ปี	อัตราการเกิดแผลกดทับ													
ปี 2557	1.28													
ปี 2558	0.91													
ปี 2559	1.2													
ปี 2560	3.52													
ต.ค.60-มี.ค.61	1.3													

ตัวชี้วัด	วิเคราะห์สาเหตุ	กิจกรรมพัฒนา																								
<p style="text-align: center;"><b>อัตราการเกิดพลัดตกหกล้มระดับ C-I</b></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <caption>อัตราการเกิดพลัดตกหกล้มระดับ C-I</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ระดับ A-B</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี2557</td> <td>0.47</td> </tr> <tr> <td>ปี2558</td> <td>0.15</td> </tr> <tr> <td>ปี2559</td> <td>0.04</td> </tr> <tr> <td>ปี2560</td> <td>0.05</td> </tr> <tr> <td>คค.60-มีค.61</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;"><b>อัตราการเกิดพลัดตกหกล้มระดับ D-I</b></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <caption>อัตราการเกิดพลัดตกหกล้มระดับ D-I</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ระดับ D-I</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี2557</td> <td>0.01</td> </tr> <tr> <td>ปี2558</td> <td>0.11</td> </tr> <tr> <td>ปี2559</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>ปี2560</td> <td>0.01</td> </tr> <tr> <td>คค.60-มีค.61</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ระดับ A-B	ปี2557	0.47	ปี2558	0.15	ปี2559	0.04	ปี2560	0.05	คค.60-มีค.61	0	ปี	ระดับ D-I	ปี2557	0.01	ปี2558	0.11	ปี2559	0	ปี2560	0.01	คค.60-มีค.61	0	<p>จากข้อมูล คค60-มีค61          อุบัติการณ์พลัดตกหกล้ม          ยังคงเป็นปัญหาต่อเนื่อง          จากการวิเคราะห์พบว่า          เกิดในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่          มีภาวะสับสน/หลงลืม</p> <p><b>สาเหตุ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ไม่ได้ยกไม้กั้นเตียงขึ้น              และในกลุ่มผู้ป่วยพิษสุรา              เรื้อรัง( Alcohol              withdrawal)</li> <li>สาเหตุจากภาวะความ              ไม่สมดุลของเกลือแร่ใน              ร่างกายและการได้รับ              ข้อมูลถึงอันตรายที่จะ              เกิดขึ้น</li> <li>บุคลากรประเมินผู้ป่วย              ได้ไม่ดีและไม่ได้ประเมิน              ผู้ป่วยตามความเป็นจริง              และประเมินความเสี่ยง              แกร็บและประเมินความ              เสี่ยงทุก3วัน</li> <li>การจัดเตียงให้ผู้ป่วยไม่              เหมาะสมไม่สามารถ              มองเห็นได้</li> <li>เตียงชำรุด</li> <li>แบบประเมินการพลัด              ตกหกล้ม ไม่ครอบคลุม              กลุ่มผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการ              พลัดตกหกล้มได้ทุกกลุ่ม</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>ทบทวนอุบัติการณ์เกี่ยวกับการ              พลัดตกหกล้ม แก่เจ้าหน้าที่ทุกคน</li> <li>มีการประเมินความเสี่ยงการพลัด              ตกหกล้มทุกวัน โดยใช้แบบประเมินที่              มีความครอบคลุมทุกกลุ่มผู้ป่วย              3.ยกเหล็กกั้นเตียงขึ้นทุกครั้งหลังให้              การพยาบาลการเข้าห้องน้ำต้องมี              ผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด</li> <li>ในกลุ่มผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังได้              ทบทวนและหาแนวทางแก้ไข              ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพร่วมกับทีมจิต              เวชกำหนดแนวทางการรักษาจาก              รักษาและ restrain ในผู้ป่วยที่มีอาการ              สับสน</li> <li>ซักประวัติการดื่มสุราและการติด              สารเสพติดจากผู้ป่วยและญาติ กรณีที่              ผู้ป่วยมีประวัติการดื่มสุรา ปรีกษาจิต              เวช และ ผู้ป่วยที่ติดบุหรี่ ส่งปรึกษา              คลินิกเลิกบุหรี่</li> <li>ให้ข้อมูลอันตรายถึงการเกิดการ              พลัดตกหกล้ม ให้ผู้ป่วยและญาติเห็น              ความสำคัญและจัดทำผ่านนวัตกรรม              เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม</li> <li>มีการประเมินอาการผู้ป่วยในกลุ่ม              หลังผ่าตัดที่ได้รับการ general              anasthesia ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่              จะมีอาการสับสน จึงต้องมีการ              restrain ผู้ป่วยไว้ก่อนจนกว่าผู้ป่วย              รู้สึกตัวดี</li> <li>กรณีผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิด              พลัดตกหกล้ม ต้องจัด Zone ให้              ผู้ป่วยนอนอยู่ในที่สามารถมองเห็นได้              ชัดหรือให้ญาติเฝ้า</li> </ol>
ปี	ระดับ A-B																									
ปี2557	0.47																									
ปี2558	0.15																									
ปี2559	0.04																									
ปี2560	0.05																									
คค.60-มีค.61	0																									
ปี	ระดับ D-I																									
ปี2557	0.01																									
ปี2558	0.11																									
ปี2559	0																									
ปี2560	0.01																									
คค.60-มีค.61	0																									

ตัวชี้วัด	วิเคราะห์สาเหตุ	กิจกรรมพัฒนา																		
<p style="text-align: center;"><b>ผู้ป่วยดิ่งท่อช่วยหายใจหรือ Line ต่าง ๆ</b></p>  <table border="1" style="display: none;"> <caption>ผู้ป่วยดิ่งท่อช่วยหายใจหรือ Line ต่าง ๆ</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผลลัพธ์</th> <th>เป้าหมาย 0 ครั้ง</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี2557</td> <td>5</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>ปี2558</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>ปี2559</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>ปี2560</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>ตค.60-มีค.61</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผลลัพธ์	เป้าหมาย 0 ครั้ง	ปี2557	5	0	ปี2558	1	0	ปี2559	0	0	ปี2560	0	0	ตค.60-มีค.61	0	0	<p>จากพบว่ามี การดิ่งท่อหรือ line ต่าง ๆ อยู่แต่ก็ลดลง และจากการ ทบทวนจะพบว่า</p> <p><b>สาเหตุ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ป่วยมีอาการสับสน</li> <li>2. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมาวันแรกๆที่มี สายระบายติดตัวมา และไม่ได้ รับทราบข้อมูล ก่อนการใส่สายระบาย ต่างๆ ไม่ทราบถึงความสำคัญ</li> <li>3. อุปกรณ์ ผ้าผูกยึดมีไม่เพียงพอ</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทบทวนอุบัติการณ์ เกี่ยวกับการดิ่งท่อหรือ line ต่างๆแก่เจ้าหน้าที่ทุกเดือน</li> <li>- จัดทำนวัตกรรม ผูกยึด เพื่อป้องกันการดิ่งท่อหรือ line ต่างๆและประเมินสภาพ อาการผู้ป่วยหรือระดับความ รู้สึกตัวหลังผ่าตัด</li> </ul>
ปี	ผลลัพธ์	เป้าหมาย 0 ครั้ง																		
ปี2557	5	0																		
ปี2558	1	0																		
ปี2559	0	0																		
ปี2560	0	0																		
ตค.60-มีค.61	0	0																		

ตัวชี้วัด	วิเคราะห์สาเหตุ												
<p style="text-align: center;"><b>อัตราความพึงพอใจต่อการบริการ พยาบาล</b></p>  <table border="1" style="display: none;"> <caption>อัตราความพึงพอใจต่อการบริการ พยาบาล</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผลลัพธ์</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี2557</td> <td>89.62</td> </tr> <tr> <td>ปี2558</td> <td>85.76</td> </tr> <tr> <td>ปี2559</td> <td>86.56</td> </tr> <tr> <td>ปี2560</td> <td>87.8</td> </tr> <tr> <td>ตค.60-มีค.61</td> <td>81.06</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผลลัพธ์	ปี2557	89.62	ปี2558	85.76	ปี2559	86.56	ปี2560	87.8	ตค.60-มีค.61	81.06	<p>จากข้อมูล ตค 60-มีค 61 พบว่าความพึงพอใจจากผู้ป่วยและญาติ คิดเป็นร้อยละ 87.80% ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดีแต่เมื่อเทียบกับปีก่อนหน้า นี้และได้นำข้อที่ผู้ป่วยและญาติ มาแก้ไขปรับปรุง ซึ่งได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.การให้คำแนะนำ และการให้ข้อมูลของพยาบาลเกี่ยวกับการ รักษา และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่</li> <li>2.ความสะอาดและความ เป็นระเบียบของหน่วยงานและห้องน้ำ หยากใย</li> <li>3.การให้ข้อมูลของพยาบาลก่อนให้การพยาบาลแต่ละครั้ง</li> <li>4.พฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่ ไม่เหมาะสม</li> </ol> <p><b>แนวทางแก้ไข</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ทบทวนอุบัติการณ์ข้อร้องเรียนหรือคำแนะนำของผู้ป่วยและ ญาติ แก่เจ้าหน้าที่ทุกระดับ</li> <li>2. ให้ข้อมูลและคำแนะนำแก่ผู้ป่วย โดยเริ่มตั้งแต่ผู้ใช้บริการได้ เข้ามาใช้บริการในหน่วยงาน ในเรื่องของการปฏิบัติตัวกฎระเบียบ ต่างๆ รวมถึงการให้ข้อมูลในเรื่องของแผนการรักษาที่จะได้รับ และ ให้ผู้ป่วยและญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาด้วย</li> <li>3.จัดทำเอกสารแผ่นพับให้ความรู้เฉพาะโรคต่างๆ</li> <li>4.ปรับปรุงพื้นที่และความสะอาดในหน่วยงาน, ห้องน้ำ, หน้าตึก และบริการที่วีผู้ป่วยและญาติเพื่อผ่อนคลายความเครียดจากการ</li> </ol>
ปี	ผลลัพธ์												
ปี2557	89.62												
ปี2558	85.76												
ปี2559	86.56												
ปี2560	87.8												
ตค.60-มีค.61	81.06												

ตัวชี้วัด



วิเคราะห์สาเหตุ

จากข้อมูล ตค 60- มีค 61 พบอัตราความสมบูรณ์ของแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล คิดเป็น 88.22 % จากเดิมจะมีการ Audit Chart ของคณะกรรมการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหน่วยงานร่วมกับหัวหน้าหน่วยงาน มีการปรับเปลี่ยนเกณฑ์และวิธีการ Audit Chart จากคณะกรรมการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลจากฝ่ายการพยาบาลโดยมีการตรวจไขว้หน่วยงาน ปัญหาที่พบในการ Audit Chartพบว่า

สาเหตุ

- การวินิจฉัยทางการแพทย์ไม่ครอบคลุม
- การวางแผนทางการแพทย์ไม่สอดคล้องกับปัญหาและการรักษาของแพทย์ , ไม่มีข้อมูลสนับสนุนที่เป็นปัจจุบัน
- ขาดการประเมินผลของกิจกรรมการพยาบาล

แนวทางแก้ไข

- คณะกรรมการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแจ้งผลการ Audit Chart แก่หน่วยงานเพื่อปรับปรุงและทบทวนการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามมาตรฐานที่กำหนด และใช้ focus charting เป็นแนวทางการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
- การสื่อสารข้อมูลชัดเจนและได้มีการนิเทศทางคลินิกในกลุ่ม 5โรคสำคัญ เพื่อให้การวางแผนการพยาบาล ได้สอดคล้องกับแผนการรักษา

## กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

### ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน :

1. ระบบยา มีแนวทางการบริหารยา High Alert Drug, การเฝ้าระวังติดตามอาการที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา มีการทบทวนอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา การทบทวนระบบบริหารยาโดยใช้หลัก 7R มีการกำหนดการใช้แถบสติ๊กเกอร์ IV สีรุ้งและติดป้าย High Alert Drug ในการระมัดระวังยาในกลุ่ม High Alert Drug ที่เป็นยาฉีด

2. ระบบในการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้แก่การเตรียมและการดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดการตรวจที่จำเป็น, การให้สารน้ำเข้าหลอดเลือดดำการตรวจชั้นสูตรเลือดการเตรียมเลือดการเตรียมยาที่จำเป็นและการรายงานแพทย์การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึก

3. ระบบการดูแลผู้ป่วยในกลุ่ม 5 โรคสำคัญ มีการกำหนด Warning sign ในกลุ่มโรคที่สำคัญ ได้แก่ Appendicitis, Head injury, UGIB, LC, EVAR, Necrotizing fasciitis, ผู้ป่วยผ่าตัดทวารเทียม, sepsis, ผู้ป่วยใส่สายระบายทรวงอกเพื่อการรายงานแพทย์ให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน

4. มีการวางแผนการจำหน่ายโดยการประเมินตั้งแต่แรกรับและการใช้ Discharge Planning ในการวางแผนจำหน่ายให้ญาติมีส่วนร่วมในการเตรียมจำหน่ายเพื่อการดูแลตนเองที่บ้านมีบริการให้คำปรึกษาปัญหาทางโทรศัพท์และติดตามเยี่ยมหลังจำหน่ายและไปบันทึก Discharge planning จะทำทุก Case โดยบันทึกตามแบบฟอร์มกรณีที่ไม่ต้องส่งให้งานเวชศาสตร์ครอบครัวต้องเยี่ยมบ้านให้เก็บใส่ไว้ในเวชระเบียนกรณีที่ต้องให้มีการเยี่ยมบ้านให้ส่งที่ฝ่ายการพยาบาลแล้วฝ่ายการจะส่งให้กับงานเวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อเยี่ยมบ้านต่อไปสำหรับนอกเขตทางหน่วยงานเวชศาสตร์ครอบครัวจะประสานไปยังเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง

5. มีระบบบริหารความเสี่ยงภายในหน่วยงานมีการค้นหาความเสี่ยงจากกระบวนการหลัก, การทบทวนการดูแลผู้ป่วย ทำกิจกรรม 12 ทบทวน และกำหนด Clinical Risk, Specific clinical risk เพื่อให้บุคลากรในหน่วยงานรับทราบถึงความเสี่ยงในกลุ่มโรคหรือเหตุการณ์ที่สำคัญที่นำมาทบทวนและเจ้าหน้าที่ทุกคนในหน่วยงานรับทราบ นโยบาย, ความหมายของความเสี่ยง, เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และเหตุการณ์ Sentinel event, รู้วิธีปฏิบัติตาม Flow การรายงานตามความเร่งด่วน มีการจัดทำ Risk Profile ของหน่วยงาน สามารถจัดระดับความรุนแรง มีการกำหนดความเสี่ยงที่สำคัญของหน่วยงานและวางมาตรการป้องกันไว้อย่างชัดเจนสื่อสารให้เจ้าหน้าที่ทุกคนในหน่วยงานรับทราบและปฏิบัติมีการเฝ้าระวังติดตามผลการเกิดอุบัติการณ์อย่างต่อเนื่อง

6. ระบบ IC มีการปฏิบัติตามแนวทาง เรื่องการเฝ้าระวังการติดเชื้อการเกิด CAUTI และ CABSİ และการติดเชื้อ CRE ซึ่งมีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในจากการมีการระบาดเชื้อดื้อยา CRE ในโรงพยาบาลทางงาน IC ได้เพิ่มมาตรการในการป้องกันการเกิดการติดเชื้อ CRE คือ

1. ให้มีการพอกตัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยที่มีการใช้ยา ปฏิชีวนะเกินกว่า 5 วัน อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง เพื่อเป็นการลดความเสี่ยงของการดื้อยาโดยที่ยังไม่ทราบเนื่องจากยังไม่มีผลการเพาะเชื้อ

2. เพิ่มปริมาณผ้าเช็ดมือ ซึ่งตอนนี้ได้เบิกผ้ามาเพิ่มและเน้นย้ำให้ล้างมือก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วย และใช้ผ้าเช็ดมือเช็ด เพราะตอนนี้หน่วยงานมีผ้าเช็ดมือเพียงพอแล้ว

3. ในพื้นที่ที่มีการระบาดให้มีการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยด้วย hypocholy เพื่อเป็นการลดเชื้อในสิ่งแวดล้อมและส่งผ่านซ้ำทุกครั้งเมื่อไม่มีการใช้เตียงนั้นๆ และทบทวน ชีวิตและทบทวน ความเสี่ยงในหน่วยงาน

7. การทบทวน กิจกรรม 12 ทบทวน อย่างต่อเนื่องมีการนำ case มาทบทวนและประชุมปรึกษาร่วมกัน ก่อนปฏิบัติงานและการประชุมประจำเดือน 1 ครั้ง/สัปดาห์

8. การทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ (CQI) เรื่อง การป้องกันการคลาดเคลื่อนทางยา, การป้องกันการเกิด การพลัดตกหกล้มหรือดิ่ง ท่อ Line ต่างๆ

9. การจัดการกับความเจ็บปวด มีการประเมินการบันทึกความเจ็บปวดให้เป็น 5 vital sign และมีการส่ง ปรีक्षाแผนก pain control หน่วยงานวิสัญญี

การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ :

วัตถุประสงค์/กลยุทธ์	การพัฒนาคุณภาพ/ แนวคิด	วิธีการดำเนินการ	เครื่องชี้วัด& Target	ระดับที่ปฏิบัติได้
1.การพัฒนาศักยภาพบุคลากร	ส่งเสริมด้านการเรียนรู้ให้กับเจ้าหน้าที่พยาบาล	1.การทำ case conference ในกลุ่มโรคที่ซับซ้อน 2.จัดส่งบุคลากรอบรมทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล 3.จัด training need ในหน่วยงาน โดยแพทย์ ศัลยกรรมมาให้ความรู้ 4.การกำหนด competency พยาบาลแต่ละระดับ 5.พัฒนากระบวนการพยาบาลและทักษะการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคสำคัญทางคลินิก ได้แก่ 5.1 Wound care & Ostomy care 5.2 Vascular 5.3 Cardio 5.4 Neuro	1.บุคลากรได้รับการพัฒนาความรู้ความสามารถในด้านการดูแลผู้ป่วย ตามกลุ่มโรคที่conference 1 เรื่อง /สัปดาห์ 2.บุคลากรแต่ละระดับผ่าน competency ตามที่กำหนด	1.การทำ conference 1 เรื่อง /สัปดาห์ 2.บุคลากรแต่ละระดับผ่าน competency ตามที่กำหนด 3. Training need ในหน่วยงาน โดยแพทย์ ศัลยกรรมมาให้ความรู้
2.เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้และลดอัตราการกลับมารักษาด้วยโรคเดิมหรือไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน	1.การวางแผนการจำหน่าย	1.พัฒนาแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลุ่มโรคที่ซับซ้อน 2.จัดทำตารางโปรแกรมการสอนและแผนการสอนผู้ป่วยอย่างชัดเจนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลครบถ้วน 3.จัดทำตารางเตือนความจำแผนการสอนสุขศึกษา 4.ส่งต่อหน่วยงานเวชศาสตร์ครอบครัวในการเยี่ยมติดตามหรือ หาแหล่งสนับสนุนอุปกรณ์	1.อัตราการ Re-admit ภายใน 28 วัน	อัตราการ Re-admit และการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีลดลง

วัตถุประสงค์/กลยุทธ์	การพัฒนาคุณภาพ/ แนวคิด	วิธีการดำเนินการ	เครื่องชี้วัด& Target	ระดับที่ปฏิบัติได้
3.ผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดที่เหมาะสมและได้รับการประเมินก่อนและหลังได้รับยา	การบริหารจัดการความปวด	1.ให้การประเมินความเจ็บปวดเป็นสัญญาณชีพที่ 5 2.ประเมินซ้ำหลังได้รับยา เช่น iv10 – 15 นาที M30 นาทีและยารับประทาน 1 ชั่วโมงหรือกรณีไม่ใช้ยาประเมินซ้ำ 30 นาที 3. ประเมิน v/s ก่อนและหลังให้ยา 15 นาที 4.ประเมิน pain score และ sedative score ก่อนและหลังได้รับยาบรรเทาปวด	อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยได้รับการจัดการกับความเจ็บปวดอยู่ในระดับมาก80%	อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยในการจัดการความเจ็บปวด % และมีการประเมิน pain score และ sedative score ก่อนและหลังได้รับยาบรรเทาปวด
4.เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เคयरรับประทานอย่างต่อเนื่อง	การพัฒนา medication reconciliation	1.เมื่อผู้ป่วยรับใหม่และรับย้ายทุกราย พยาบาลจะต้องซักประวัติการแพ้ยา โรคประจำตัว และที่ผู้ป่วยทานประจำ พร้อมทั้งเก็บยาเดิมผู้ป่วยมาตรวจสอบ และให้แพทย์ดู medication reconciliation และ ส่งใบไปพร้อมกับยาเดิมผู้ป่วยให้ห้องยา 3.เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ให้ นำใบ medication reconciliation และยาเดิม และ order D/C ผู้ป่วยส่งให้ห้องยา	อัตราการทำ medication reconciliation 100%	มีการทำ medication reconciliation เพิ่มขึ้น



วัตถุประสงค์/กลยุทธ์	การพัฒนาคุณภาพ/ แนวคิด	วิธีการดำเนินการ	เครื่องชี้วัด& Target	ระดับที่ปฏิบัติได้
5.เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการผลิตตกหล่น	การป้องกันการผลิตตกหล่น	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.มีการนิเทศและกำกับติดตามการประเมินความเสี่ยงต่อการผลิตตกหล่น/การป้องกัน</li> <li>2.การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องการเกิดผลิตตกหล่น และการป้องกัน</li> <li>3.สื่อสารแนวทางการป้องกันการผลิตตกหล่นสู่ผู้ปฏิบัติ</li> <li>4.มีการปรับปรุงแบบประเมินความเสี่ยงต่อการผลิตตกหล่นให้มีความละเอียดและครอบคลุมกับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้อย่างแท้จริง</li> <li>5.ได้มีการวางแผนจัดแยก Zone ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงที่ต้อง Isolate ให้มีความปลอดภัย โดยติดตาม monitorผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด</li> <li>6.กรณีผู้ป่วยมีอาการ สับสน ให้ญาติเฝ้าได้</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.อัตราการผลิตตกหล่นระดับ C-I น้อยกว่า 0.15 ต่อ 1,000 วันนอน</li> <li>2.อัตราการผลิตตกหล่นระดับ D-I เท่ากับ 0 ต่อ 1,000 วันนอน</li> </ol>	การผลิตตกหล่นในหอผู้ป่วยหลังจากได้ปรับเปลี่ยนกระบวนการเฝ้าระวังการผลิตตกหล่นการพบว่าจะไม่เกิดอุบัติการณ์

วัตถุประสงค์/กลยุทธ์	การพัฒนาคุณภาพ/ แนวคิด	วิธีการดำเนินการ	เครื่องชี้วัด& Target	ระดับที่ปฏิบัติได้
6.เพื่อป้องกันการเกิด ภาวะ Alcohol withdrawal	การพัฒนาแนวทางการ ประเมินและเฝ้าระวังการ เกิดภาวะ Alcohol withdrawal	1.เมื่อรับใหม่หรือรับย้าย ผู้ป่วยทุกราย พยาบาลจะ ซักประวัติการดื่มสุรา และ สารเสพติด กรณีที่ผู้ป่วย มีประวัติดื่มสุราและสาร เสพติด จะเฝ้าระวังการ เกิดภาวะ Alcohol withdrawal และส่งปรึกษา จิตเวช 2.จัดให้ผู้ป่วยอยู่ใน Zone ที่สามารถมองเห็นได้ 3.กรณีที่ผู้ป่วยที่มีอาการ สับสน รุนแรง จะให้ญาติ เฝ้าและถ้ารุนแรงมากต้อง ขออนุญาตผูกมัด	ผู้ป่วยไม่ได้รับ อันตรายจาก ภาวะ Alcohol withdrawal	ผู้ป่วยที่มีประวัติดื่ม สุราและสารเสพติด มีการเฝ้าระวังการ เกิดภาวะ Alcohol withdrawal และส่ง ปรึกษาจิตเวช และไม่ เกิดอันตราย
7.เพื่อป้องกันการติดเชื้อ CABSI	การพัฒนาแนวทาง การ เฝ้าระวังการติดเชื้อCABSI ใน	1.ปฏิบัติตามแนวทางการ ดูแลผู้ป่วยที่ใส่สาย Central line และ Picc line 2.เปลี่ยน D/S ทุก 3 วัน และเมื่อมีเลือดซึม 3.เมื่อต้องใช้เส้นให้ยาหรือ น้ำเกลือให้เช็ดทำความสะอาด สะอาดข้อต่อด้วย 2% chohexidine 4.กรณีที่มี site Central line และ Picc line มีบวม แดง ให้ notify แพทย์ ทราบทันที	อัตราการเกิดการ ติดเชื้อ CABSI	อัตราการเกิดการติดเชื้อ CABSI = 0 ไม่เกิดการติดเชื้อ และ บุคลากรทางการ พยาบาลและบุคลากร ทางการแพทย์ปฏิบัติ ตามแนวทางการดูแล ผู้ป่วยที่ใส่สาย Central line และ Picc line

## แผนการพัฒนาต่อห้อง

1. เพิ่มความรู้และทักษะในการบริหารยา High Alert Drug ความรู้และทักษะการบริหารยาที่ใช้บ่อยในหน่วยงานและเกิดความเสี่ยงในหน่วยงาน ,Drug Reconcile , Adverse Drug Reaction
2. พัฒนาความรู้และทักษะCompetencyพยาบาลในเหตุการณ์ที่สำคัญและกลุ่มโรคเสี่ยงทางศัลยกรรมหรือ5 โรคสำคัญและการผ่าตัดผ่านกล้องทางเดินอาหาร
3. พัฒนาการค้นหาและป้องกันความเสี่ยงในหน่วยงานและการทบทวนอุบัติการณ์
4. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโดยใช้ early warning sing เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินวางแผนการดูแลที่รวดเร็วป้องกันลดการเกิดภาวะPre-arrest และภาวะแทรกซ้อนจากโรค
5. ลดการติดเชื้อในแผลผ่าตัดเพื่อป้องกันการเกิดแผลติดเชื้อในแผลสะอาด