



Unit Profile

บริการ/ทีม : หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป 12/2

ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯสยามบรมราชกุมารี
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

วันที่ปรับปรุง

ธันวาคม 2559

บริบท (Context)

ความมุ่งหมาย (Purpose):

มุ่งมั่นให้บริการรักษาพยาบาล ส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางให้การดูแลรักษาอย่างครอบคลุมองค์รวมแบบปัจเจกชน ภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ อย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และได้รับความพึงพอใจสูงสุด

ขอบเขตบริการ (Scope of Service):

ให้บริการผู้ป่วยโรคทางสัลยกรรมเพศชายอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไปที่มีภาวะทางสัลยกรรม ได้แก่ สัลยกรรมระบบประสาท สัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ สัลยกรรมตกแต่ง สัลยกรรมหัวใจและทรวงอก สัลยกรรมทั่วไป และผู้ป่วยเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี ที่มีภาวะทางสัลยกรรมระบบประสาททั้งเพศชายและหญิง และครอบคลุมผู้ป่วยสัลยกรรมที่ให้การรักษาด้วยเคมีบำบัด กรณีที่ผู้ป่วยต้องได้รับการฉายแสงหรือรังสีรักษาจะได้รับการส่งตัวไปรับการรักษาต่อที่ศูนย์วิชาการกรณี คลอง 10 จังหวัดปทุมธานี ให้บริการครอบคลุมด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริม ป้องกัน การฟื้นฟูสภาพร่างกาย เชื่อมโยงตั้งแต่ผู้ป่วยนอก อุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยใน รวมถึงการส่งต่อและเชื่อมโยงถึงชุมชน

ความต้องการของผู้รับผลงานสำคัญ:

ผู้ป่วยและญาติ ต้องการได้รับการดูแลรักษา อย่างมีมาตรฐานถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย ห่างจากโรค ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน อยู่สิ่งแวดล้อมที่ดี สะอาดปลอดภัย เจ้าหน้าที่มีความเมตตา กรุณา สุภาพอ่อนโยน และต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง

กลุ่มผู้รับผลงาน	ความต้องการ/ความคาดหวัง
1. ผู้ป่วยและญาติ	<ul style="list-style-type: none">-ได้รับการบริการพยาบาลที่ถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย จากการเจ็บป่วยปราศจากภาวะแทรกซ้อน สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติได้มากที่สุด-ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและเข้าใจง่ายเกี่ยวกับแผนการรักษา การทำหัตถการ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น ตลอดจนข้อมูลด้านสิทธิการรักษา- ต้องการได้รับการที่ดี ยิ้มแย้มแจ่มใส การดูแลเอาใจใส่ของแพทย์ ไม่เลือกปฏิบัติ- ห้องต่างๆมีสิ่งแวดล้อมที่สะอาด สะดวกและปลอดภัย- ได้กลับบ้านเร็วและค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม- ต้องการอยู่ใกล้ชิดกับครอบครัว/ญาติ- การ พุดจาด้วยความนุ่มนวลมีความเป็นมิตรไมตรีต่อกัน-ได้รับการบริการที่ถูกต้องครบถ้วน เสมอภาค เท่าเทียมกัน ทันเหตุการณ์

กลุ่มผู้รับผลงาน	ความต้องการ/ความคาดหวัง
2. แพทย์	-การประสานงานที่ดี ด้วยความเป็นมิตรไมตรี -ในระบบการทำงาน รับผิดชอบต่อหน้าที่การทำงานและแนวทางการปฏิบัติงานที่ชัดเจน มีการแก้ปัญหาร่วมกันเป็นทีมที่ถูกต้องและเหมาะสมกับเหตุการณ์ -รายงานอาการผู้ป่วยที่มีอาการวิกฤติได้อย่างรวดเร็ว - คำสั่งการรักษาที่ชัดเจนถูกต้องครบถ้วน และการบันทึกที่สามารถใช้สื่อสารระหว่างทีมสหสาขาได้อย่างต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย
3. ห้องปฏิบัติการทางพยาธิวิทยา	- ได้รับส่งตรวจที่ถูกต้อง ครบถ้วน - ได้รับส่งส่งตรวจที่ถูกต้อง ถูกวิธีและส่งถูกสถานที่
4.ห้องผ่าตัด	การประสานงานในการรับและส่งผู้ป่วยที่ถูกต้อง ครบถ้วน รวดเร็ว -การรับและส่งผู้ป่วยที่ถูกต้องรวดเร็วและปลอดภัย -การเตรียมอุปกรณ์ยา เวชภัณฑ์ ในการส่งผ่าตัดถูกต้องครบถ้วน
5.x-ray	-เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานให้การช่วยเหลือในกรณีที่ยื่นไปปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย(portable x-ray)
6.เภสัชกรรม	-ต้องการลายมือแพทย์ที่ชัดเจน ถูกต้อง ครบถ้วน -ได้รับใบสั่งยาที่ถูกต้อง 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

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ (Key Quality Issues):

- 1.ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวมด้วยความถูกต้อง ปลอดภัยตามมาตรฐาน และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
2. ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องและเหมาะสม
3. ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ
4. ไม่เกิดข้อร้องเรียน

ความท้าทายและความเสี่ยงที่สำคัญ:

ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป ได้จำแนกความเสี่ยงออกเป็นความเสี่ยงทั่วไปความเสี่ยงทางคลินิก (Specific Clinical Risk) และความเสี่ยงทั่วไป (Common Clinical Risk)

ความเสี่ยงทางคลินิก (Specific Clinical Risk)

กลุ่มโรค/หัตถการ	Specific clinical Risk
1. Appendicitis	1. Rupture Appendicitis 2. wound infection 3. การวินิจฉัยผู้ป่วยที่สงสัยภาวะ Appendicitis ที่มีคะแนน Alvarado score < 6
2. Head injury	1. ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP) 2. ภาวะชัก 3. ระดับความรู้สึกตัวลดลง 4. wound infection 5. Re-bleed
3. UGIB	1. Hypovolemic Shock 2. Delayed treatment 3. Re-bleed
4. Laparoscopic cholecystectomy	1. การเกิดอันตรายต่อท่อน้ำดีร่วม (common bile duct injury) 2. การมีน้ำดีรั่วจากท่อของถุงน้ำดี (cystic duct leakage) 3. การติดเชื้อที่บริเวณสะดือ
5. EVAR	1. Postoperative infection (บริเวณขาหนีบ) 2. การรั่วออกจากขดลวดค้ำยันหลอดเลือด (Endoleak in post aortic stent graft)
6. Distal arterial bypass	1. Early thrombosis ของ graft 2. Wound Infection
7. Necrotizing fasciitis	1. Septic shock 2. การติดเชื้อลุกลามของ skin , soft tissue , deep tissue อย่างรวดเร็ว 3. Wound Infection
8. การ on ICD	1. Tension pneumothorax 2. สายหลุด , ขวดแตก เกิด Pneumathorax 3. Empyema 4. ท่อระบายอุดตันจากลิ่มเลือด, Fibrinous exudates

กลุ่มโรค/เหตุการณ์	Specific clinical Risk
9.ผู้ป่วยผ่าตัดทวารเทียม	1.การเน่าตาย 2.hypovolumic shock 3. Wound Infection 4. Skin Excoriation (ผิวหนังรอบๆ colostomy มีการอักเสบ) 5.การอุดตันของลำไส้ 6. การตั้งรั้งของลำไส้ 7. การโผล่หรือยื่นของลำไส้ (Prolape colostomy) 8.การตีบแคบของรูเปิด (Sticture of stoma)

ความเสี่ยงทั่วไป (Common Clinical Risk)

1. ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา
2. อัตราการติดเชื้อ CA-UTI
3. อัตราการติดเชื้อ CA-BSI
4. อัตราการเกิดแผลกดทับ
5. อัตราการเกิด Phlebitis
6. ผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม
7. ผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจ หรือ Line ต่างๆ
8. การเตรียมผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด
9. การระบุดูผู้ป่วยผิดพลาด
10. อัตราการ Re- Admit

ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ) :

ให้บริการผู้ป่วยศัลยกรรมกรรมทั่วไป ตลอด 24 ชั่วโมง มีพยาบาลวิชาชีพจำนวน 10 คน ผู้ช่วยพยาบาลจำนวน 6 คน คนงาน 2 คน ผู้ปฏิบัติงานบริหาร 1 คน มีเตียงสำหรับให้บริการผู้ป่วยทั้งหมด 25 เตียง ดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 20 คน/วัน บริหารดูแลผู้ป่วยเป็นแบบ Team management โดยแยกเป็น 2 ทีม โดยใช้การผสมผสาน อัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพ ต่อผู้ปฏิบัติการพยาบาล 60 : 40 คิดเป็น เวรเช้า 40 % เวรบ่าย 30 % เวรดึก 30 % โดยอัตราพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ช่วยพยาบาล เวรเช้า – บ่าย – ดึก 4:3 เฉลี่ยบุคลากรทางการพยาบาลต่อผู้ป่วย 1:4 ในกรณีผู้ป่วยที่ต้องการการเฝ้าระวังดูแลอย่างใกล้ชิด หรือในกรณีที่ใส่เครื่องช่วยหายใจจะจัดให้ผู้ป่วยอยู่ห้อง

หน้าเคาน์เตอร์พยาบาลซึ่งรับได้จำนวน 5 เตียง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพอย่างใกล้ชิด รวดเร็วทันเวลา

จำนวนสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา

แยกตามสาขา	จำนวนผู้ป่วย /เดือน					
	2554	2555	2556	2557	2558	2559
ศัลยศาสตร์ทั่วไป	86	73	59	69	55	45
ศัลยศาสตร์ทางเดินปัสสาวะ (URO)	16	29	26	15	24	27
ศัลยศาสตร์ทรวงอก (CVT)	4	3	3	4	4	2
ประสาทศัลยศาสตร์ (Neuro)	24	10	4	7	6	8
ศัลยศาสตร์ตกแต่ง (Plastic)	-	-	-	2	3	3

โรคที่พบบ่อย 5 อันดับแรก

ลำดับ	2556	2557	2558	2559
1	Cellulitis	CA colon , CA rectum	Renal calculi	Renal calculi
2	CA colon , CA rectum	Partial gutobstruction	CA colon , CA rectum	CA colon , CA rectum
3	UGIB	Appendicitis	Appendicitis	Gall stone
4	BPH	Renal calculi	Gut obstruction	Hernia
5	Gall stone	CA bladder	Hernia	BPH

เครื่องมือ, อุปกรณ์

เครื่องมือ	จำนวน(เครื่อง)	ศักยภาพ
1.เครื่อง Monitor EKG	6	ใช้งานได้
2.EKG 12 lead	1	ใช้งานได้
3.เครื่องปั่น Hct	1	ใช้งานได้
4.เครื่องตรวจ Urine specific gravity	1	ใช้งานได้
5.คอมพิวเตอร์ทำการ	1	ใช้งานได้

เครื่องมือ	จำนวน(เครื่อง)	ศักยภาพ
6.เครื่องวัดความดันอัตโนมัติ	2	ใช้งานได้
7.เครื่องวัดความดัน	2	ใช้งานได้
8.เครื่องเจาะ DTX	1	ใช้งานได้
9.ชุดตรวจหูดตา (Ophthamoscope)	1	ใช้งานได้
10. Laryngoscope ผู้ใหญ่/ เด็ก	1	ใช้งานได้
11. Ambu bag ผู้ใหญ่	6	ใช้งานได้
12. กระดานรองหลัง CPR	1	ใช้งานได้
13. ที่นอนลมไฟฟ้า	3	ใช้งานได้
14. Slide board	1	ใช้งานได้
15. เครื่องดูดของเหลวในกระเพาะอาหาร (เคลื่อนที่ได้)	1	ใช้งานได้

กระบวนการสำคัญ (Key Processes)

กระบวนการสำคัญ (Key Processes)	สิ่งที่คาดหวัง จากกระบวนการ (Process Requirement)	ความเสี่ยง /ปัญหา /โอกาสพัฒนา	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
1. การเข้าถึงและการเข้ารับบริการ	1. ผู้ป่วยรับใหม่ได้รับการแยกประเภทและเตรียม สถานที่ ได้ถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย เหมาะสม ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะรับการรักษา 2. สามารถประเมินสภาพปัญหาและความต้องการ ของผู้ป่วยแบบองค์รวมได้ถูกต้อง ครบถ้วน รวดเร็วและได้รับการแก้ไขอย่างรวดเร็ว 3. ไม่เกิดข้อร้องเรียนเกี่ยวกับความไม่พึงพอใจ	1. ผู้ป่วยรับ ใหม่ได้รับการส่งต่อ ข้อมูลไม่ถูกต้องไม่ ครบสมบูรณ์ 2. ผู้ป่วยรับ ใหม่จัดเตียงไม่เหมาะสมกับประเภท ของผู้ป่วย 3. การ Admit ผิดแผนก	1. จำนวนครั้งของอุบัติการณ์ผู้ป่วยไม่พึงพอใจอยู่ 2. อัตราการย้ายเข้า ICU โดยไม่ได้วางแผน (Unplanned ICU) 3. ร้อยละของความพึงพอใจของผู้รับบริการ
2. การประเมินผู้ป่วย 2.1 การประเมินแรกรับ 2.2 การส่งตรวจ เพื่อประกอบการวินิจฉัยโรค 2.3 การวินิจฉัยโรค	1. การวินิจฉัยถูกต้อง/รวดเร็ว 2. ผู้ป่วย ได้รับการ ส่งตรวจ Investigate และได้รับผลถูกต้อง ครบถ้วนตามแผนการรักษา 3. การให้ข้อมูลผู้ป่วยถูกต้อง 4. ผู้ป่วยระยะวิกฤติได้รับการประเมินรวดเร็ว	1. มีอุบัติการณ์ การประเมินไม่ครอบคลุม 2. ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยสาเหตุที่หลีกเลี่ยงได้ 3. อุบัติการณ์ ผลการตรวจ Investigate ล่าช้า	1. อัตราตายโดยสาเหตุที่หลีกเลี่ยงได้ 2. จำนวนครั้ง CPR 3. 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 และครอบครัวครอบคลุมกาย จิต สังคม</p> <p>2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่ายจากทีมสหวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>3. ผู้ป่วยปลอดภัยจากการเสียชีวิต โดยสาเหตุที่หลีกเลี่ยงได้และภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้</p>	<p>1.ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้</p> <p>2. ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลอย่างทันท่วงที</p> <p>3.ผู้ป่วยไม่ได้รับการวางแผนการจำหน่ายในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และการส่งต่อข้อมูลกับชุมชน</p>	<p>1.อัตราผู้ป่วยกลับมา รักษาซ้ำใน28วันด้วย โรคเดิม อาการเดิม</p> <p>2.อัตราการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน</p>
<p>4. การดูแลผู้ป่วย</p> <p>4.1 การดูแลทั่วไป</p> <p>4.2 การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง</p> <p>4.3 การดูแลเฉพาะ</p> <p>ก. การระงับความรู้สึก</p> <p>ข. การผ่าตัด</p> <p>ค. อาหารและโภชนาการ</p> <p>ง. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย</p> <p>จ. การบำบัดอาการเจ็บปวด</p> <p>ฉ. การฟื้นฟูสภาพ</p>	<p>1.ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลที่จำเป็นและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ในแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>2.ผู้ป่วยได้รับการทบทวนการดูแลขณะรักษาพยาบาลจากสหสาขาวิชาชีพ</p> <p>3.ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงได้รับการเฝ้าระวัง</p>	<p>1.ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างทันท่วงที</p> <p>2. ผู้ป่วยได้รับการให้ยา/เลือด/สารน้ำไม่ถูกต้อง</p> <p>3.ผู้ป่วยไม่ได้รับการบรรเทาความเจ็บปวดจากการเจ็บป่วยอย่างครอบคลุม</p> <p>4. การเตรียมผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดเกิดความผิดพลาด</p>	<p>1.อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา</p> <p>2.อัตราการเกิดCA-UTI</p> <p>3.อัตราการเกิดแผลกดทับ</p> <p>4.อัตราการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด</p> <p>5.อุบัติการณ์พัลด์ตทกหล้ม</p> <p>6.อัตราการติดเชื้อ CA-BSI</p> <p>7.อัตราการเกิด Phlebitis</p>

กระบวนการสำคัญ (Key Processes)	สิ่งที่คาดหวัง จากกระบวนการ (Process Requirement)	ความเสี่ยง /ปัญหา /โอกาสพัฒนา	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
	<p>4.ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบ Holistic care</p> <p>5.ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างทันที่ทั้งที่ปลอดภัยเหมาะสมกับสภาพปัญหา และถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ และลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลและลดค่าใช้จ่าย</p> <p>6.ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้อง ปลอดภัย ตรงตามมาตรฐาน</p> <p>7.ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะที่ต้องช่วยฟื้นคืนชีพ ได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>8.ผู้ป่วยเฉพาะโรค ได้รับอาหารตรงตามแผนการรักษา</p>	<p>5.อันตรายจากการได้รับยาระงับ (Morpine, Pethedine)</p> <p>16. การได้รับอาหารไม่ตรงตามแผนการดูแล อาหารสายยาง อาหารทางหลอดเลือดดำ(TPN) อาหารเบาหวาน</p> <p>17.ผู้ป่วยได้รับอันตรายจากการทำหัตถการต่าง ๆ เช่น เจาะท้อง เจาะปอด เจาะหลัง</p>	<p>8.ผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจ หรือ Line ต่างๆ</p>

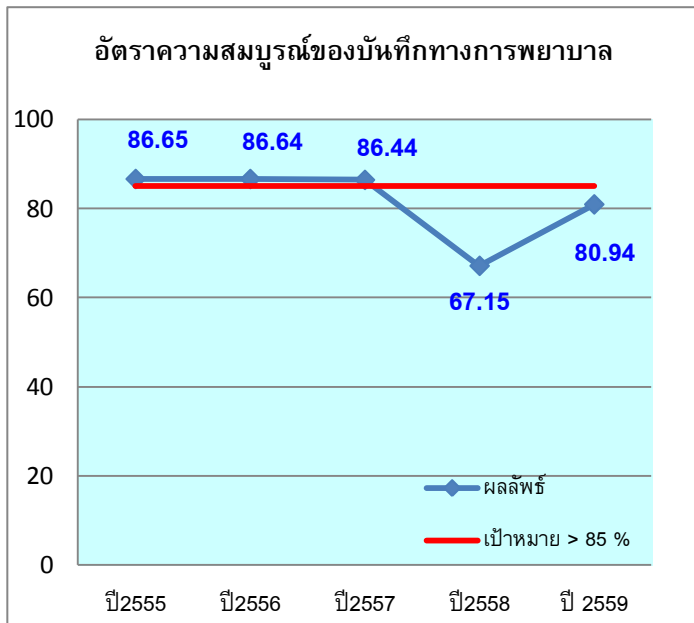
กระบวนการสำคัญ (Key Processes)	สิ่งที่คาดหวัง จากกระบวนการ (Process Requirement)	ความเสี่ยง /ปัญหา /โอกาสพัฒนา	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
5. การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ ครอบครัว	<p>1.ผู้ป่วยและญาติ ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลผู้ป่วย อย่างถูกต้องเหมาะสม โดยทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง</p> <p>2.ผู้ป่วย/ญาติ/ ผู้ดูแล มีความรู้ ทักษะจนมีความสามารถเชื่อมั่นว่าจะสามารถปฏิบัติดูแลผู้ป่วยได้ที่บ้านอย่างเหมาะสม ถูกต้อง ต่อเนื่อง</p>	<p>1.ผู้ป่วยและญาติไม่ได้รับทราบข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยไม่กลับไปเฝ้าที่บ้าน</p> <p>2.ผู้ดูแลไม่มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย</p> <p>3.ผู้ป่วย Re- admit ด้วยภาวะแทรกซ้อน</p> <p>4. ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยและปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง</p>	<p>1.อัตราผู้ป่วยกลับมา รักษาซ้ำใน 28 วันด้วย โรคเดิม อาการเดิม</p> <p>2.ร้อยละของการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยในกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ มีอุปกรณ์การแพทย์ที่ต้องกลับไปดูแลต่อที่บ้าน</p> <p>3.ร้อยละผู้ป่วย/ญาติผ่านการประเมินทักษะ</p>
6. การดูแลต่อเนื่อง	<p>1.ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย</p> <p>2.ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องในสถาน บริการสาธารณสุขใกล้บ้าน</p> <p>3.ผู้ป่วยมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง</p> <p>4. ผู้ป่วยได้รับการส่งต่ออย่างปลอดภัย</p>	<p>1.ผู้ป่วยไม่ได้รับการส่งต่อข้อมูลการรักษา</p> <p>2.ผู้ป่วยที่ต้องการดูแลต่อเนื่องไม่ได้รับการส่งต่อ HHC</p>	<p>1.อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน</p> <p>2.อัตราการติดตามเยี่ยมหลังส่ง HHC</p> <p>3.จำนวนข้อผิดพลาดที่สะท้อนกลับจากผู้รับผลงาน</p>

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

รายงานตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ระดับที่ปฏิบัติได้										
		2549	2550	2551	2552	2553	2554	2555	2556	2557	2558	2559
ตัวชี้วัดหน่วยงาน												
1.Productivity เฉลี่ย	85-115 %	92.61	95.05	112.61	119.14	103.76	81.79	79.88	77.51	93.17	82.80	92.84
2. อัตราความสมบูรณ์ของบันทึกทางการแพทย์	> 85%	80.52	83.31	88.82	84.27	88.09	89.68	86.65	86.64	86.44	67.15	80.94
3. อัตราความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาล	> 85 %	98.54	90.98	88.59	86.56	87.88	88.09	88.35	89.62	87.56	85.76	86.56
4.อัตราครองเตียง	>90%	78.08	80.84	91.78	80.84	87.75	78.71	84.82	75.64	91.16	83.61	93.17
Common Clinical Risk												
1. อัตราการเกิดความปลอดภัยเคลื่อนทางยา ระดับ A -B	> 1ครั้ง/ 1000 วันนอน	1.63	1.94	14.6	1.05	2.49	1.99	1	10.8	2.18	1.98	1.82
ระดับ C-D	<0.5ครั้ง/ 1000 วัน นอน	NA	NA	NA	NA	NA	NA	0.76	0.80	0.67	0.46	0.38
ระดับE-I	0 ครั้ง /1000 วันนอน	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0
2. อัตราการติดเชื้อ(CA-UTI)	15ครั้ง/ 1000 วันนอน	17.65	2.97	10.47	19.11	14.29	8.75	5.80	1.98	6.71	1.70	3.78
3. อัตราการติดเชื้อ(VAP)	20ครั้ง/ 1000 วันนอน	76.16	16.50	22.57	9.90	13.86	11.13	6.81	7.02	0	0	0
4. อัตราการติดเชื้อ (CA-BSI)									8.26	7.97	0	0
5. ผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจหรือ Line ต่างๆ	0 ครั้ง	-	-	-	-	0.22	0.44	0	1	5	1	0
6. อัตราการเกิดแผลกดทับ	4 ครั้ง/ 1000วัน นอน	1.94	4.13	1.53	4.13	0.93	1.46	0.65	1.48	1.28	0.91	1.20

7.อัตราการเกิด Phlebitis ระดับ3ขึ้นไป	0ครั้ง/ 1000วัน on IV	NA	NA	NA	NA	NA	7.53	2.33	0.19	1.56	0.83	0.11
8.อัตราผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม	0 ครั้ง	-	0.28	0	0.28	0.26	0.47	0.13	0.33	0.58	0.15	0.06
9.การจัดการความปวด	.>90%	-	-	-	-	65.59	75.15	80.84	76.39	89.95	76.17	94.74

ผลการทบทวนวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน



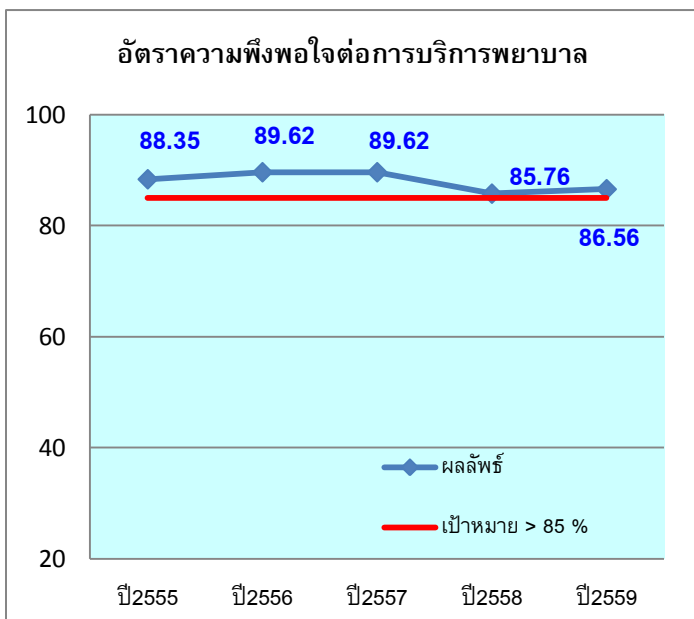
ในปี 2559 พบ อัตราความสมบูรณ์ของแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล คิดเป็น 80.94 % จากเดิมจะมีการ Audit Chart ของคณะกรรมการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหน่วยงาน ร่วมกับหัวหน้าหน่วยงานในปี มีการปรับเปลี่ยนเกณฑ์และวิธีการ Audit Chart จากคณะกรรมการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลจากฝ่ายการพยาบาลโดยมีการตรวจไขว้หน่วยงาน ปัญหาที่พบในการ Audit Chart พบว่า

สาเหตุ

- การวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลไม่ครอบคลุม
- การวางแผนทางการแพทย์พยาบาลไม่สอดคล้องกับปัญหา ,ไม่มีข้อมูลสนับสนุน
- ขาดการประเมินผลของกิจกรรมการพยาบาล
- ลายมือในการรับคำสั่งการรักษา อ่านไม่ออก

แนวทางแก้ไข

- คณะกรรมการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแจ้งผลการ Audit Chart แก่หน่วยงานเพื่อปรับปรุงและทบทวนการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามมาตรฐานที่กำหนด
- การสื่อสารข้อมูลชัดเจน ลดความซ้ำซ้อนของการบันทึก



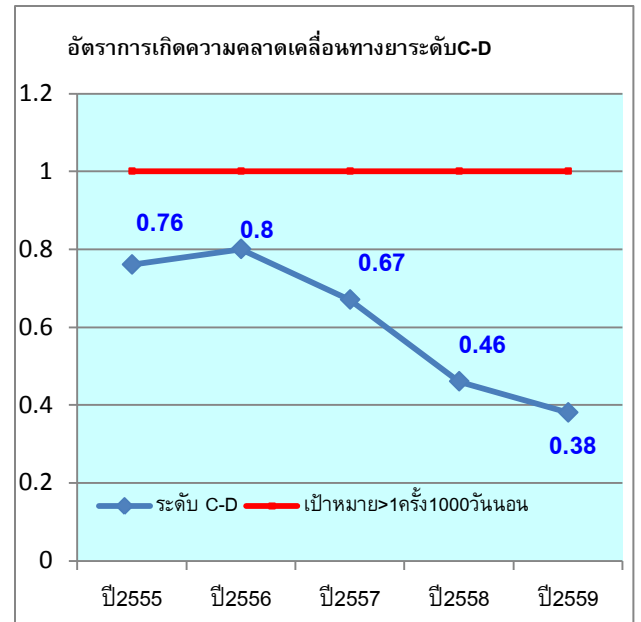
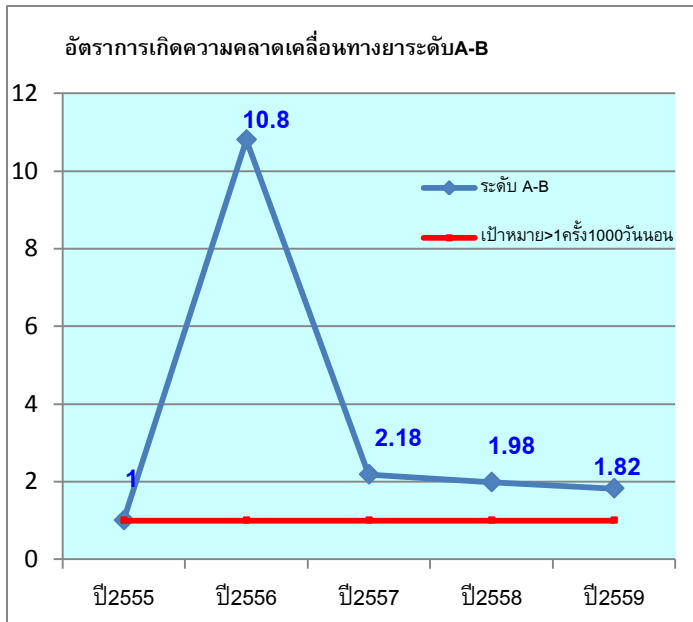
ในปี 2559 พบว่าความพึงพอใจจากผู้ป่วยและญาติ คิดเป็นร้อยละ 86.56% ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดีแต่เมื่อเทียบกับปีก่อนหน้านั้นพบว่าคะแนนต่ำลงและได้นำข้อที่ผู้ผู้ป่วยและญาติมาแก้ไขปรับปรุง ซึ่งได้แก่

1. การให้คำแนะนำ และการให้ข้อมูลของพยาบาลเกี่ยวกับการรักษา และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่
2. ความสะอาดและความเป็นระเบียบของหอผู้ป่วย และห้องน้ำ
3. การให้ข้อมูลของพยาบาลก่อนให้การพยาบาลแต่ละครั้ง
4. พฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่ ไม่เหมาะสม

แนวทางแก้ไข

1. ทบทวนอุบัติการณ์ข้อร้องเรียนหรือคำแนะนำของผู้ป่วยและญาติ แก่เจ้าหน้าที่ทุกระดับ

2. ให้ข้อมูลและคำแนะนำแก่ผู้ป่วย โดยเริ่มตั้งแต่ผู้ใช้บริการได้เข้ามาใช้บริการในหน่วยงาน ในเรื่องของการปฏิบัติตัวกฎระเบียบต่างๆ รวมถึงการให้ข้อมูลในเรื่องของแผนการรักษาที่จะได้รับ และ ให้ผู้ป่วยและญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาด้วย
3. จัดทำเอกสารแผ่นพับให้ความรู้เฉพาะโรคต่างๆ
4. ปรับปรุงพื้นที่และความสะอาดในหน่วยงาน, ห้องน้ำ, หน้าตึก และบริการที่วีผู้ป่วยและญาติเพื่อผ่อนคลายความเครียดจากการเจ็บป่วยและ ได้รับข่าวสาร ขณะที่พักนอนโรงพยาบาล
5. ทบทวนพฤติกรรมบริการโดยเน้นการให้ข้อมูลก่อนปฏิบัติการพยาบาล
6. มีผู้รับความคิดเห็นหรือข้อร้องเรียนที่หน้าหน่วยงาน และนำข้อเสนอแนะหรือข้อร้องเรียนมาหาแนวทางปรับปรุงแก้ไข



จากตัวชี้วัดปี 2559 พบว่า อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา มีระดับอัตราที่ลดลง ซึ่งไม่พบความคลาดเคลื่อนทางยาในระดับ E-I = 0 แต่ยังพบความคลาดเคลื่อนระดับ C-D ลดลงตามลำดับ ซึ่งล่าสุดอยู่ที่ 0.38 /1000 วันนอน และระดับ A-B = 1.82 /1000 วันนอน ซึ่งน่าจะเกิดจากการที่ไม่รายงานความคลาดเคลื่อน และจากการทบทวนจะพบว่า

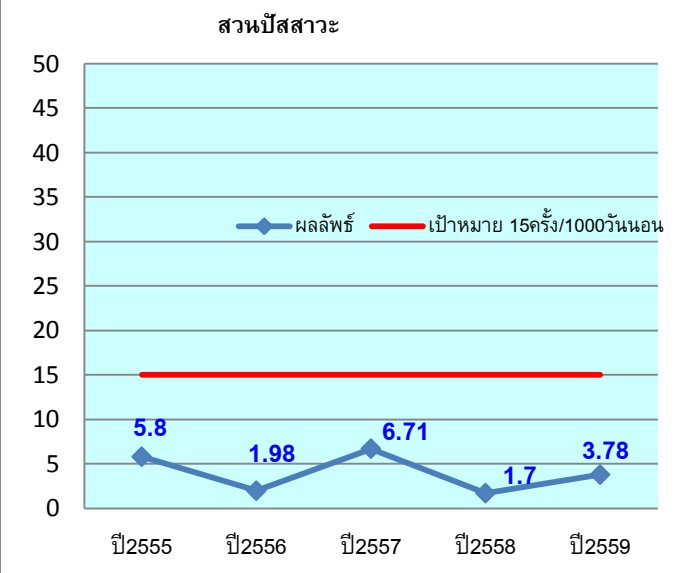
สาเหตุ

- เจ้าหน้าที่ไม่ปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยา
- เป็นยาที่ไม่ได้ใช้บ่อย
- การ Double check ไม่มีประสิทธิภาพหรือสื่อสารกันระหว่าง Incharge กับ Med Nurse

แนวทางแก้ไข

- ทบทวนอุบัติการณ์เกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนทางยา แก่เจ้าหน้าที่ทุกเดือน
- กรณีไม่แน่ใจในคำสั่งการใช้ยาของแพทย์ให้สอบถามแพทย์
- จัดทำป้ายการสื่อสาร ระหว่าง ไม่มีการ Double check เพื่อให้เข้าใจตรงกันและเป็นการ ย้ำเตือน ในการบริหารยา
- ให้มีการ Double check กันระหว่าง med nurse
- ทบทวนแนวทางการบริหารยา
- การทำ การเน้นขีดสีไว้ตัวยามี dose ผิดปกติ หรือ เขียนเน้นย้าจำนวนเม็ดหรือ dose ยา

อัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสาย

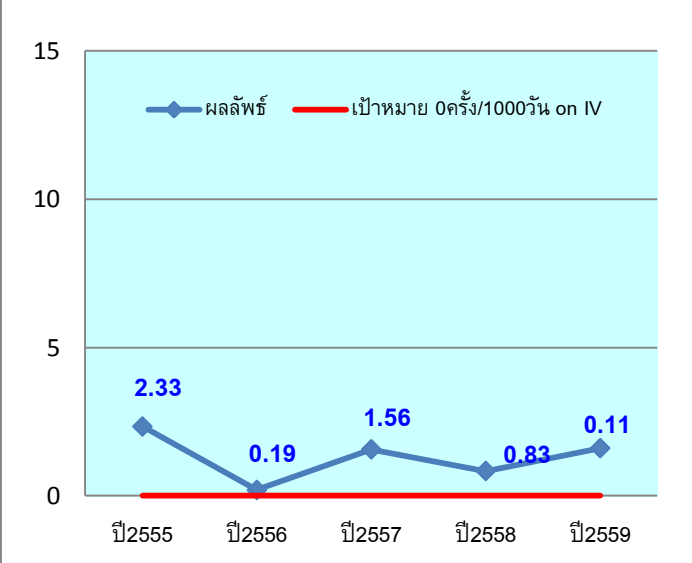


จากตัวชี้วัดปี 2559 พบว่า อัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ จากการเฝ้าระวังในหน่วยงานหลังจากปี 2557 ที่มีแนวโน้มสูงขึ้น ยังไม่พบอัตราการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ ซึ่งทางหน่วยงานได้ดำเนิน

- การทบทวนแนวทางปฏิบัติการใส่สายสวนสายสวนปัสสาวะและสื่อสารแนวทางแนวปฏิบัติให้ผู้เกี่ยวข้องทราบและปฏิบัติตามแนวทางและติดตามประเมินผลต่อเนื่อง

- จัดให้มีอุปกรณ์ Urine give set ในเตียงที่มีการคาสายสวนปัสสาวะไว้

อัตราการเกิด Phlebitis ระดับ 3 ขึ้นไป



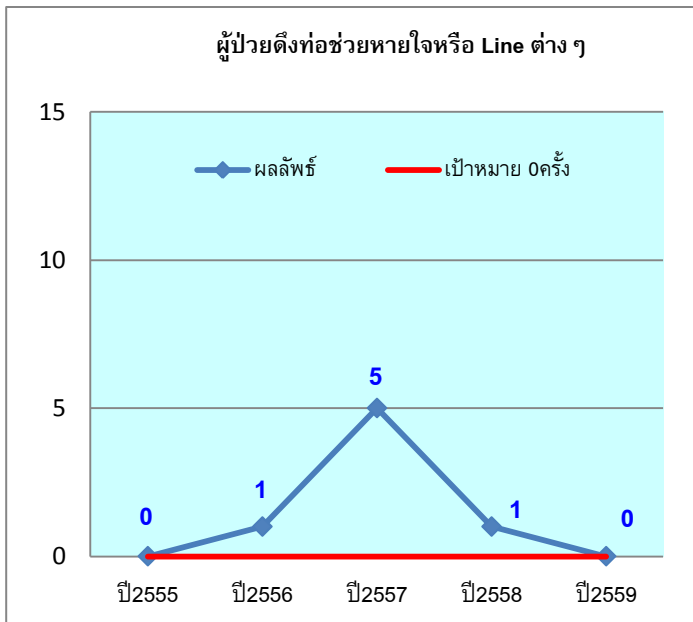
จากตัวชี้วัด ในปี 2559 พบการเกิด phlebitis มีแนวโน้มสูงขึ้น = 1.6 /1000 วัน on IV จากการทบทวนพบว่า

สาเหตุ

- เจ้าหน้าที่ไม่ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อในการให้สารน้ำ
- การใช้วัสดุอุปกรณ์ไม่เหมาะสม
- เป็นกลุ่มที่หายาที่มีผลออกก่อให้เกิดภาวะ Phlebitis กลุ่ม Levophed , Vancomycin
- การให้สารน้ำที่มีความเข้มข้นสูงเป็นเวลานาน เช่น TPN

แนวทางแก้ไข

- ทบทวนการให้ยาและสารน้ำทางหลอดเลือดดำ
- เปลี่ยนตำแหน่งที่ฉีดยาเมื่อปวด บวม แดงและระคายเคืองอย่างต่อเนื่องภายใน 24 ชั่วโมงจนทุเลา
- มีการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง
- มีการใช้ IV สี่รู้งในการโดยกำหนดให้มีการเปลี่ยนชุดให้สารน้ำทุก 3 วันโดยติดสติ๊กเกอร์ไว้ตรงกระเปาะชุดให้สารน้ำตามวันที่ต้องเปลี่ยน
- ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยในการมีส่วนร่วมและให้ความร่วมมือในการป้องกันการเกิด Phlebitis โดยจะให้ผู้ป่วยช่วยสังเกตอาการบวมแดงและอาการปวดของบริเวณที่ให้ยาและสารน้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เห็นความสำคัญและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น



จากตัวชี้วัดปี 2559 พบว่ามีการดิ่งท่อหรือ line ต่าง ๆ อยู่แต่ก็ลดลง และจากการทบทวนจะพบว่า

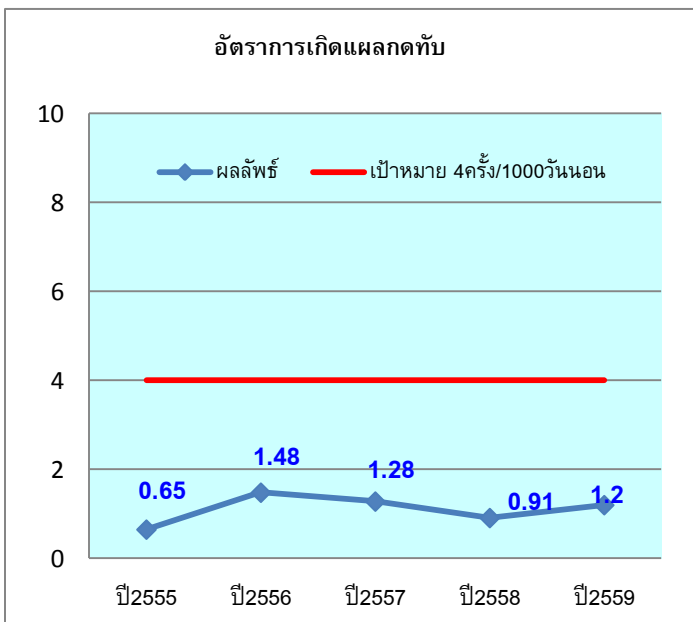
สาเหตุ

- ผู้ป่วยมีอาการสับสน
- ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมาวันแรก ๆ ที่มีสายระบายติดตัวมา และไม่ได้รับทราบข้อมูล ก่อนการใส่สายระบายต่าง ๆ ไม่ทราบถึงความสำคัญ

- อุปกรณ์ ผ้าผูกยึดมีไม่เพียงพอ

แนวทางแก้ไข

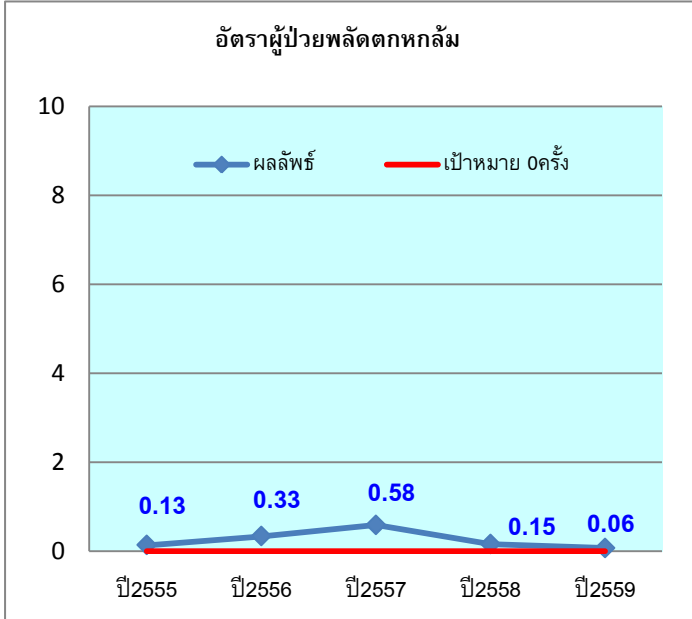
- ทบทวนอุบัติการณ์เกี่ยวกับการดิ่งท่อหรือ line ต่าง ๆ แก่เจ้าหน้าที่ทุกเดือน
- จัดหาวัสดุอุปกรณ์ ผ้าผูกยึดเพื่อป้องกันการดิ่งท่อหรือ line ต่าง ๆ และประเมินสภาพอาการผู้ป่วยหรือระดับความรู้สึกตัวหลังผ่าตัด



จากการติดตามแผลกดทับ พบว่าอยู่ในเกณฑ์เป้าหมายและมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องซึ่งมีสาเหตุจากการที่การพยาบาลไม่ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติและอุปกรณ์ป้องกันการเกิดแผลกดทับมีไม่เพียงพอ เช่น เตียง Alpha bed

แนวทางแก้ไข

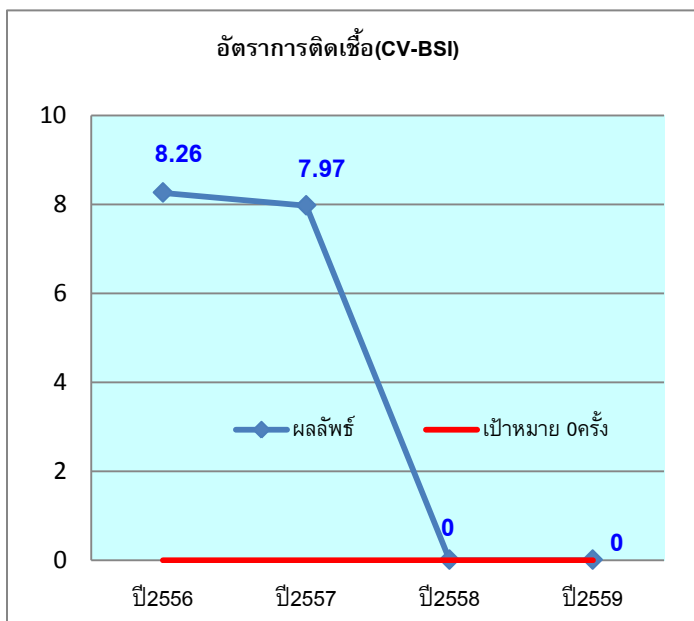
- ทบทวนอุบัติการณ์ในผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับ
- จัดหาอุปกรณ์ป้องกันการเกิดแผลกดทับให้เพียงพอ ซึ่งปัจจุบันมี เตียง Alpha bed 4 ตัว
- จัดทำป้ายนาฬิกาเตือนการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย
- ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการเกิดแผลกดทับ
- มีการเก็บความชุกทุกวันศุกร์ ทำให้หน่วยงานรู้ข้อมูลได้เร็วขึ้น



อุบัติการณ์พลัดตกหกล้มยังคงเป็นปัญหาต่อเนื่องจากการวิเคราะห์พบว่าเกิดในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีภาวะสับสน/หลงลืม และกลุ่มผู้ป่วยเด็ก สาเหตุเนื่องจากขาดผู้ดูแลใกล้ชิดขณะเข้าห้องน้ำหรือลงจากเตียง ไม่ได้ยกไม้กั้นเตียงขึ้น และในกลุ่มผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรัง (Alcohol withdrawal) สาเหตุจากภาวะความไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกายและการได้รับข้อมูลถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้น

แนวทางแก้ไข

- ทบทวนอุบัติการณ์เกี่ยวกับการพลัดตกหกล้ม แก่เจ้าหน้าที่ทุกเดือน
- มีการประเมินความเสี่ยงการพลัดตกหกล้ม ยกเหล็กกั้นเตียงขึ้นทุกครั้งหลังให้การพยาบาล การเข้าห้องน้ำต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด
- ในกลุ่มผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรัง ได้ทบทวนและหาแนวทางแก้ไขร่วมกับสหสาขาวิชาชีพพร้อมกับทีมจิตเวชกำหนดแนวทางการรักษาจากรักษา
- ชักประวัติการดื่มสุราและการติดสารเสพติดจากผู้ป่วยและญาติ กรณีที่ผู้ป่วยมีประวัติการดื่มสุรา ปรึกษาจิตเวช และ ผู้ป่วยที่ติดบุหรี่ ส่งปรึกษาศัลยกรรมเลิกบุหรี่
- ให้ข้อมูลอันตรายถึงการเกิดการพลัดตกหกล้ม ให้ผู้ป่วยและญาติเห็นความสำคัญ และ จัดทำผ่านนวัตกรรมเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม



กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

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

2. ระบบ ในการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ได้แก่ การเตรียมและการดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การตรวจที่จำเป็น, การให้สารน้ำเข้าหลอดเลือดดำ การตรวจชั้นสูตรเลือด การเตรียมเลือด การเตรียมยาที่จำเป็น และการรายงานแพทย์ การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึก

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

4. มีการวางแผนการจำหน่ายโดยการประเมินตั้งแต่แรกรับ และการใช้ Discharge Planning ในการวางแผนจำหน่ายให้ญาติมีส่วนร่วมในการเตรียมจำหน่ายเพื่อการดูแลตนเองที่บ้านมีบริการให้คำปรึกษาปัญหาทางโทรศัพท์และติดตามเยี่ยมหลังจำหน่าย และปัจจุบันที่ Discharge planning จะทำทุก Case โดยบันทึกตามแบบฟอร์ม กรณีที่ไม่ต้องส่งให้งานเวชศาสตร์ครอบครัวต้องเยี่ยมบ้านให้เก็บใส่ไว้ในเวชระเบียน กรณีที่ต้องให้มีการเยี่ยมบ้านให้ส่งที่ฝ่ายการพยาบาลแล้วฝ่ายการจะส่งให้กับงานเวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อเยี่ยมบ้านต่อไป สำหรับนอกเขต ทางหน่วยงานเวชศาสตร์ครอบครัวจะประสานไปยังเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง

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

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

1.ให้มีการฟอกตัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยที่มีการใช้ยา ปฏิชีวนะเกินกว่า 5 วัน อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง เพื่อเป็นการลดความเสี่ยงของการดื้อยาโดยที่ยังไม่ทราบเนื่องจากยังไม่มีผลการเพาะเชื้อ

2.เพิ่มปริมาณผ้าเช็ดมือ ซึ่งตอนนี้ได้เบิกผ้ามาเพิ่มและเน้นย้ำให้ล้างมือก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วย และใช้ผ้าเช็ดมือเช็ด เพราะตอนนี้หน่วยงานมีผ้าเช็ดมือเพียงพอแล้ว

3.ในพื้นที่ที่มีการระบาดให้มีการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยด้วย hypocholy เพื่อเป็นการลดเชื้อในสิ่งแวดล้อมและส่งผ้ามาซักทุกครั้งเมื่อไม่มีการใช้เตียงนั้นๆและทบทวน ชีวัดและทบทวนความเสี่ยงในหน่วยงาน

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

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

9.การจัดการกับความเจ็บปวดเป็น มีการประเมินการบันทึกความเจ็บปวด ให้เป็น 5 vital sign และมีการส่งปรึกษาแผนก pain control หน่วยงานวิสัญญี

แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

1. เพิ่มความรู้และทักษะในการบริหารยา Hight Alert Drug ความรู้และทักษะการบริหารยาที่ใช้บ่อยในหน่วยงานและเกิดความเสี่ยงในหน่วยงาน ,Drug Reconcile , Adverse Drug Reaction

2. พัฒนาความรู้และทักษะ Competency พยาบาลในเหตุการณ์ที่สำคัญและกลุ่มโรคเสี่ยงทางศัลยกรรม หรือ 5 โรคสำคัญ

3. พัฒนาการค้นหาและป้องกันความเสี่ยงในหน่วยงานและการทบทวนอุบัติการณ์

