



Unit Profile

บริการ/ทีม : หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป 12/2

ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

วันที่ปรับปรุง
มกราคม 2562

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

ลูกค้าภายนอก

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

ลูกค้าภายใน

กลุ่มผู้รับผลงาน	ความต้องการ/ความคาดหวัง
2. แพทย์	-การประสานงานที่ดี ด้วยความเป็นมิตรไมตรี -ในระบบการทำงาน รู้บทบาทหน้าที่การทำงานและแนวทางการปฏิบัติงานที่ชัดเจน มีการแก้ปัญหาพร้อมกันเป็นทีมที่ถูกต้องและเหมาะสมกับเหตุการณ์ -รายงานอาการผู้ป่วยที่มีอาการวิกฤติได้อย่างรวดเร็ว -คำสั่งการรักษาที่ชัดเจนถูกต้องครบถ้วน และการบันทึกที่สามารถใช้สื่อสารระหว่างทีมสหสาขาได้อย่างต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย
3. ห้องปฏิบัติการทางพยาธิวิทยา	- ได้รับส่งตรวจที่ถูกต้อง ครบถ้วน - ได้รับส่งตรวจที่ถูกต้อง ถูกวิธีและส่งถูกสถานที่
4.ห้องผ่าตัด	การประสานงานในการรับและส่งผู้ป่วยที่ถูกต้อง ครบถ้วน รวดเร็ว -การรับและส่งผู้ป่วยที่ถูกต้องรวดเร็วและปลอดภัย -การเตรียมอุปกรณ์ยา เวชภัณฑ์ ในการส่งผ่าตัดถูกต้องครบถ้วน
5.x-ray	-เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานให้การช่วยเหลือในกรณีที่ขึ้นไปปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย(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

4. ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน:

ให้บริการผู้ป่วยศัลยกรรมกรรมทั่วไป 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 โดยใช้การผสมผสาน

อัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพ ต่อผู้ปฏิบัติการพยาบาล 60 : 40 คิดเป็น เวรเช้า 40 % เวรบ่าย 30 % เวรดึก 30 % โดยอัตราพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ช่วยพยาบาล เวรเช้า – บ่าย – ดึก 4:3เฉลี่ยบุคลากรทางการพยาบาลต่อผู้ป่วย 1:4 ในกรณีผู้ป่วยที่ต้องการการเฝ้าระวังดูแลอย่างใกล้ชิด หรือในกรณีที่ใส่เครื่องช่วยหายใจจะจัดให้ผู้ป่วยอยู่ห้องหน้าเคาน์เตอร์พยาบาลซึ่งรับได้จำนวน 5 เตียง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพอย่างใกล้ชิด รวดเร็วทันเวลา

จำนวนสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา

แยกตามสาขา	จำนวนผู้ป่วย /เดือน			
	2558	2559	2560	2561
ศัลยศาสตร์ทั่วไป	64.83	75.00	66.75	64.08
ศัลยศาสตร์ทางเดินปัสสาวะ (URO)	22.91	26.33	22.00	11.75
ศัลยศาสตร์ทรวงอก(CVT)	2.58	2.08	2.16	1.42
ประสาทศัลยศาสตร์(Neuro)	4.50	7.91	9.58	12.33
ศัลยศาสตร์ตกแต่ง(Plastic)	2.91	3.08	2.66	3.00

โรคที่พบบ่อย 5 อันดับแรก

ลำดับ	2558	2559	2560	2561
1	Renal calculi	Renal calculi	Renal calculi	Colorectal cancer
2	CA colon , CA colon	CA colon , CA colon	CBD stone ,CA colon	Gut obstruction
3	Appendicitis	Gall stone	cholangitis	Appendicitis
4	Gut obstruction	Hernia	CA esophagus ,C gall bladder	CBD stone
5	Hernia	BPH	Gut obstruction	Cholangitis ,SAH , EDH,SDH

สถิติการบริหารจัดการ

รายการ	2557	2558	2559	2560	2561
จำนวนวันนอนรวมเฉลี่ย(วัน)	5.56	5.48	4.88	5.24	5.32
อัตราครองเตียง (%)	91.16	83.69	93.45	92.10	87.82
Productivity (%)	93.16	82.80	92.68	100.77	93.83

5.ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ (Key Quality Issues):

1. ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวมด้วยความถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัยตามมาตรฐาน ไม่เกิดความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน
2. ผู้ป่วยและญาติได้รับการวางแผนจำหน่ายเพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องและเหมาะสมต่อที่บ้านได้
3. ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ
4. บุคลากรมีความรู้ความเพียงพอ

6. ความท้าทายและความเสี่ยงที่สำคัญ:

1. ความท้าทาย

1. ลดความคลาดเคลื่อนทางยา
2. ลดการเกิดพลัดตกหกล้มตกเตียง
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 ภายใน28วันด้วยโรคเดิมโดยไม่มีแผนวางแผน
2. การเลื่อนผ่าตัดโดยไม่ได้วางแผน
3. ความคลาดเคลื่อนทางยา
4. การติดเชื้อ CA-BSI
5. การติดเชื้อ CA-UTI
6. การเกิดแผลกดทับ ทก้ม 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. ผู้ป่วยดิ่งท่อช่วยหายใจ หรือ Line ต่างๆหรือหลุด

2.2 ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค (SpecificClinicalRisk)

1. การเกิดภาวะ Hypovolemic shockในผู้ป่วย UGIB
2. การเกิดภาวะ Sepsis เป็น Severe sepsisหรือ septic shock
3. การติดเชื้อแผลสะอาด
4. การเกิด Pneumonia- Respiratory failure
5. การติดเชื้อที่บริเวณสะดือในผู้ป่วยที่ผ่าตัด LC
6. การเกิด Skin Excoriation(ผิวหนังรอบๆcolostomy มีการอักเสบ)
7. การเกิด Rupture appendicitis

3. ความเสี่ยงทั่วไป (non-clinical risk)

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

ศักยภาพและข้อจำกัดในด้านผู้ปฏิบัติงาน เครื่องมือ เทคโนโลยี :

รายการ	2557	2558	2559	2560	2561	ศักยภาพ	ข้อจำกัด
1.บุคคลากร							
- 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 เฉพาะทางด้านทวารเทียม และบาดแผล 1คนและมี การประเมิน competency ในการ ปฏิบัติงานและ training need ภายในหน่วยงาน	เนื่องจากยังไม่ สามารถส่ง บุคลากรเข้า อบรมเฉพาะ ทางด้าน ศัลยกรรมได้ทาง หน่วยงานจึงมี การจัดอบรม training need ภายในหน่วยงาน
- ผู้ช่วยพยาบาล(คน)	5	6	6	6	6		
- คนงาน (แม่บ้านบริษัท) (คน)	2	2	2	2	2		
-ผู้ปฏิบัติงานบริหาร(คน)	1	1	1	1	1		
- Productivity (%)	93.16	82.80	92.68	100.71	93.83		
-จำนวนชั่วโมงทางการพยาบาล	5.72	5.47	5.23	6.17	6.26		
-อัตราการลาออก โอนย้ายของ พยาบาล (Turn over rate)	0	6.67	11.11	5.88	0		

รายการ	2557	2558	2559	2560	2561	ศักยภาพ	ข้อจำกัด
2.ประเภทผู้ป่วย							
- อัตราครองเตียง(%)	91.16	83.69	93.45	92.10	87.82		
- จำนวนวันนอนเฉลี่ย(วัน)	5.56	5.48	4.88	5.24	5.32		
- จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ย/วัน (คน)	19.91	16.88	19.87	20.38	18.47		
- จำนวนผู้ป่วยรับใหม่เฉลี่ย/วัน (คน)	3.63	3.61	4.15	3.85	2.56		
- จำนวนผู้ป่วยจำหน่ายเฉลี่ย/ วัน(คน)	5.66	2.66	3.50	3.80	2.63		

เครื่องมือ, อุปกรณ์

เครื่องมือ	จำนวน(เครื่อง)	ศักยภาพ	ข้อจำกัด
1.เครื่องMonitor EKG	4	เนื่องจากผู้ป่วยมีปริมาณเพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยและอุปกรณ์เครื่อง intermetent suction เพียงตัวเดียว ทางหน่วยงานจึงจัดซื้อใหม่ และทดแทนเครื่องเก่าที่ชำรุด 1 เครื่องและยืมจากหน่วยงานที่มีเครื่อง 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.ชุดตรวจหุ 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)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ความเสี่ยง /ปัญหา /โอกาสพัฒนา	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
1. การเข้าถึงและการเข้าบริการ	1.ผู้ป่วยรับใหม่ได้รับการแยกประเภทและเตรียมสถานที่ได้ถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย เหมาะสม ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะรับการรักษา 2.สามารถประเมินสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแบบองค์รวมได้ ถูกต้องครบถ้วน รวดเร็วและได้รับการแก้ไขอย่างรวดเร็ว 3.ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงหรือต้องได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด	1.ผู้ป่วยรับใหม่ได้รับการส่งต่อข้อมูลไม่ถูกต้องไม่ครบสมบูรณ์ 2.ผู้ป่วยรับใหม่จัดเตียงไม่เหมาะสมกับประเภทของผู้ป่วย 3.ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงหรือต้องได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดหรือไม่ได้รับการ Admit ที่แผนก ICU แต่ Admit ที่Wardแทน	1.อัตรา Un plan ICU
2. การประเมินผู้ป่วย	1.ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินปัญหาอย่างครอบคลุมและทราบความต้องการของผู้ป่วยอย่างถูกต้องเพื่อวางแผนการดูแลรักษาพยาบาล 2.ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความเสี่ยงทางคลินิกอย่างถูกต้องตั้งแต่แรกรับ	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.อัตราตายโดยสาเหตุที่หลีกเลี่ยงได้ 6.ความสมบูรณ์ของบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

กระบวนการสำคัญ (Key Processes)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ความเสี่ยง /ปัญหา /โอกาสพัฒนา	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
<p>3. การวางแผน</p> <p>3.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย</p> <p>3.2 การวางแผนจำหน่าย</p>	<p>1.ผู้ป่วยได้รับการวางแผนการดูแลรักษา ร่วมกับทีมแพทย์ พยาบาล และครอบครัวครอบคลุมกายจิตสังคมให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน</p> <p>2.ผู้ป่วยและญาติได้รับการวางแผนการจำหน่ายตั้งแต่แรกรับเพื่อให้ครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและการวางแผนร่วมกับทีมสหสาขา</p>	<p>1.ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้</p> <p>2.ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลอย่างทันที่</p> <p>3.ผู้ป่วยไม่ได้รับการวางแผนการจำหน่ายในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และการส่งต่อข้อมูลกับชุมชนและเกิดการ Re admit</p>	<p>1.อัตราผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำภายใน 28วันด้วยโรคเดิม 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.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)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ความเสี่ยง /ปัญหา /โอกาสพัฒนา	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
4. การดูแลผู้ป่วย	<p>1.ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลที่จำเป็น และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ในแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>2.ผู้ป่วยได้รับการทบทวนการดูแลขณะรักษาพยาบาลจากสหสาขาวิชาชีพ</p> <p>3.ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างทันที่ ทั่วถึง ปลอดภัยเหมาะสมกับสภาพปัญหา และถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ</p> <p>4.ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้อง ปลอดภัย ตรงตามมาตรฐาน</p> <p>5.ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและภาวะวิกฤตตามมาตรฐานวิชาชีพ</p> <p>6.ผู้ป่วยเฉพาะโรคได้รับอาหารตรงตามแผนการรักษา</p>	<p>1.ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างทันที่</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 28วันด้วยโรคเดิม 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>

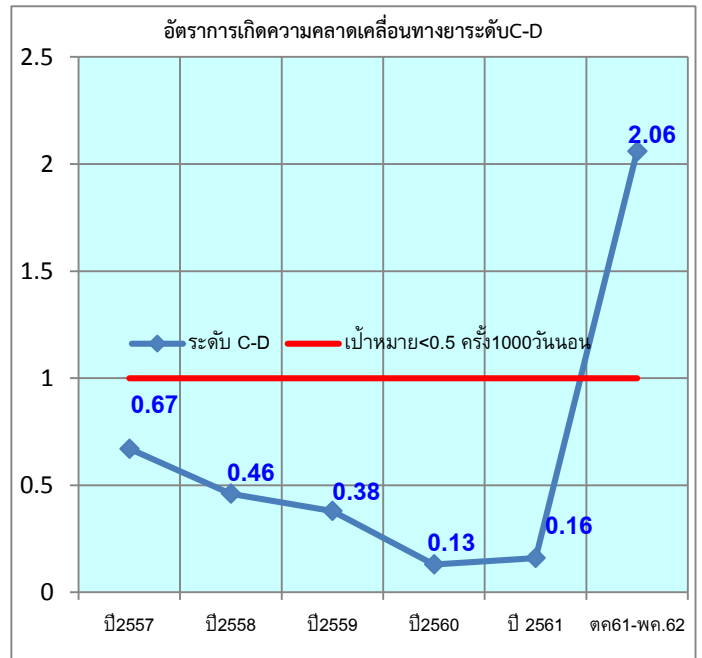
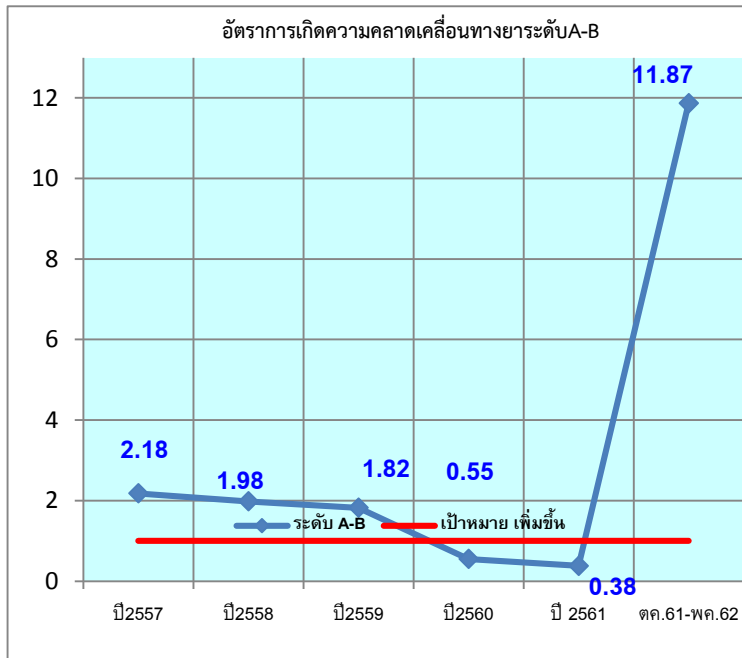
กระบวนการสำคัญ (Key Processes)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ความเสี่ยง /ปัญหา /โอกาสพัฒนา	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
5.การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ ครอบครัว	<p>1.ผู้ป่วยและญาติ ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลผู้ป่วย อย่างถูกต้องเหมาะสม โดยทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง</p> <p>2.ผู้ป่วย/ญาติ/ ผู้ดูแล มีความรู้ ทักษะจนมีความสามารถเชื่อมั่นว่าจะสามารถปฏิบัติดูแลผู้ป่วยได้ที่บ้านอย่างเหมาะสม ถูกต้อง ต่อเนื่อง</p> <p>3.ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ</p>	<p>1.ผู้ป่วยและญาติไม่ได้รับทราบข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยไม่กลับไพบอยู่บ้าน</p> <p>2.ผู้ดูแลไม่มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย</p> <p>3.ผู้ป่วย Re- admit ด้วยภาวะแทรกซ้อน</p> <p>4. ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ได้รับข้อมูล</p> <p>การเจ็บป่วยและปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง</p>	<p>1.อัตราผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำใน28วัน ด้วยโรคเดิม อาการเดิม</p> <p>2.ร้อยละของ การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยในกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ มีอุปกรณ์การแพทย์ที่ต้องกลับไปดูแล</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.ผู้ป่วยที่ต้องการดูแลต่อเนื่องไม่ได้รับบริการส่งต่อ HHC</p>	<p>1.อัตราผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำใน28วัน ด้วยโรคเดิม อาการเดิม</p> <p>2.อัตราการติดตามเยี่ยมหลังส่ง HHC</p> <p>3.จำนวนข้อผิดพลาดที่สะท้อนกลับจากผู้รับผลงาน</p>

รายงานตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ระดับที่ปฏิบัติได้					
		2557	2558	2559	2560	2561	ตค.61- พค.62
ตัวชี้วัดหน่วยงาน							
1.Productivity เฉลี่ย	85-115 %	93.17	82.80	92.68	100.71	93.83	90.83
2.อัตราครองเตียง	>90%	91.16	83.61	93.17	98.84	87.82	80.54
3.จำนวนวันนอนเฉลี่ย(วัน)	-	5.56	5.48	4.88	5.24	5.32	
4.อัตราการตาย	1%	0.40	0.18	0.32	0.80	1.59	0.82
5.อัตราความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล	> 85 %	87.56	85.76	86.56	87.80	84.38	87.20
6.จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ย/วัน (คน)	-	19.91	16.88	19.87	20.38	18.47	
7.อัตราความไม่สมัครใจอยู่	0%	0.47	0.13	0.02	0.27	0.32	0.22
8.อัตราความสมบูรณ์ของบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	> 85%	86.44	67.15	80.94	88.22	82.18	82.28
9.จำนวนข้อร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่	≤5%	0	0.06	0	0	0	0
10.อัตราการลาออก โอนย้ายของพยาบาล (Turn over rate)	-	0	6.67	11.11	5.88	0	0
Common Clinical Risk							
1.อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ระดับ A -B	เพิ่มขึ้น	2.18	1.98	1.82	0.55	0.38	11.87
ระดับ C-D /1000 วันนอน	<0.5 ครั้ง	0.67	0.46	0.38	0.13	0.16	2.06
ระดับ E-I /1000วันนอน	0 ครั้ง	2	0	0	0	0	0
2.อัตราการติดเชื้อ(CA-UTI)/1,000vent day	4	6.71	2.27	4.95	3.76	1.53	0
3. อัตราการติดเชื้อ(VAP)/1,000vent day	8	0	0	0	0	0	0
4.อัตราการติดเชื้อ (CA-BSI)1,000cath day	5	7.97	0	0	19.45	5.55	0
5. ผู้ป่วยเลื่อนหลุด/ตั้งท่อช่วยหายใจ	0 ครั้ง	5.71	3.33	0	0	0	0
6. อัตราการเกิดแผลกดทับ/1000วันนอน	4 ครั้ง	1.28	0.91	1.20	3.52	1.95	2.46
7.อัตราการพลัดตกหกล้มระดับ C-I /1000 วันนอน	<0.15ครั้ง	0.47	0.15	0.04	0.05	0	0.05
ระดับ D-I/1000 วันนอน	<0.15ครั้ง	0.11	0	0	0.01	0	0

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

รายงานตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ระดับที่ปฏิบัติได้					
		2557	2558	2559	2560	2561	ตค.61- พค.62
8.ความพึงพอใจการจัดการความปวด	>90%	89.95	76.17	94.74	94.04	94.04	
9.อัตราผู้ป่วย Unplanned ICU	<5%	11.2	7.2	16.7	9.4	2.64	
10.จำนวนผู้ป่วย Unplanned CPR(คน)	-	3	3	3	3	1	
11.จำนวนผู้ป่วย Unplanned ET tube(คน)	-	3	3	5	4	4	
12.อัตราผู้ป่วย Revisit to ICU /Semi ICU in 72 hr โดยไม่ได้วางแผน	<5%	NA	7.3	2.3	12.4	6.01	
13.อัตรา Re-admit ภายใน28 วันด้วยโรคเดิม โดยไม่มีการวางแผน	<1%	0.11	0.08	0.09	0	1.11	
SpecificClinicalRisk							
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	
7.อัตราการเกิด Rupture appendicitis	0	NA	2.22	0	0	0	

ผลการทบทวนวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน



จากข้อมูล 2561 พบว่า อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา มีระดับอัตราที่เพิ่มขึ้นแต่อยู่ในเกณฑ์ ซึ่งไม่พบความคลาดเคลื่อนทางยาในระดับ E-I = 0 แต่ยังพบความคลาดเคลื่อนระดับ C-D เพิ่มขึ้นเล็กน้อย 0.16 ครั้ง/1000 วันนอน และระดับ A-B ลดลง 0.38 ครั้ง/1000 วันนอน จากการทบทวนจะพบว่า

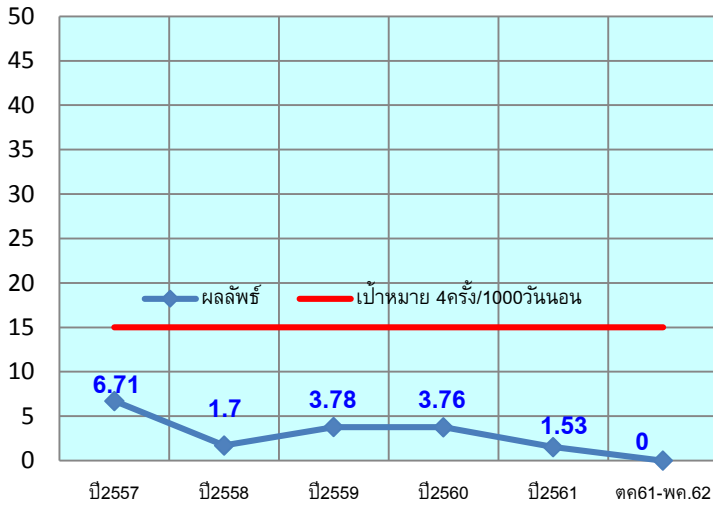
สาเหตุ

- เจ้าหน้าที่ไม่ปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยา
- เป็นยาที่ไม่ได้ใช้บ่อย
- การ Double check ไม่มีประสิทธิภาพหรือสื่อสารกันระหว่าง Incharge กับ Med Nurse
- การรายงานระดับ A-B น้อย บางครั้งเกิด under report

กิจกรรมพัฒนา

- ทบทวนอุบัติการณ์เกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนทางยา แก่เจ้าหน้าที่ทุกเดือน
- กรณีไม่แน่ใจในคำสั่งการใช้ยาของแพทย์ให้สอบถามแพทย์
- จัดทำป้ายการสื่อสาร ระหว่างไม่มีการ Double check เพื่อให้เข้าใจตรงกันและเป็นการ ย้ำเตือนในการบริหารยา
- ให้มีการ Double check กันระหว่าง med nurse
- ทบทวนแนวทางการบริหารยา
- การทำ การเน้นขีดสีไว้ด้วยยาที่มี dose ผิดปกติ หรือ เขียนเน้นย้าจำนวนเม็ดหรือ dose ยา
- การ Double check พยาบาลใหม่ทุกครั้งที่มีการให้ยา และสนทนากับผู้ป่วย
- การทำ Medication reconcile

อัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวน
ปัสสาวะ



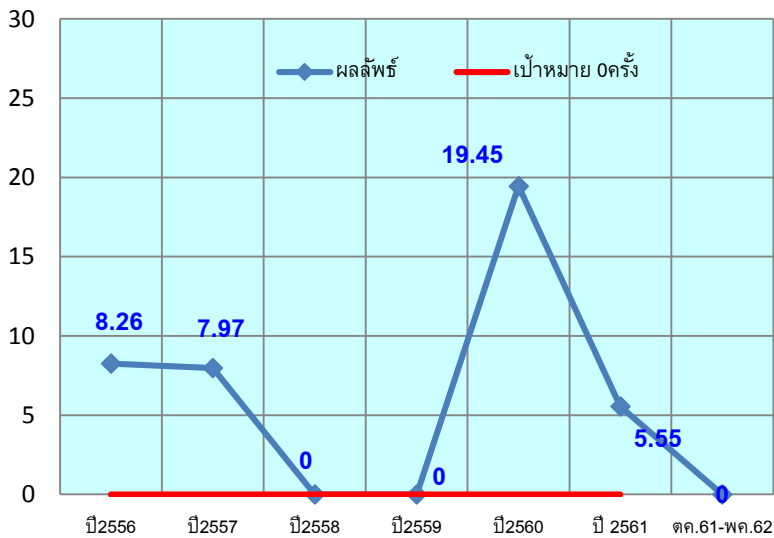
จากข้อมูล 2561 พบว่า อัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะจากการเฝ้าระวังยังพบมีการติดเชื้อที่สูงอยู่ซึ่งมีแนวโน้มลดลงซึ่งทางหน่วยงานได้ดำเนินการทบทวนพบสาเหตุดังนี้

1. เจ้าหน้าที่ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ
2. จากตัวผู้ป่วยที่มีปัญหาCVA มีแผลกดทับนอนโรงพยาบาลนานจำเป็นต้องคาสายสวนปัสสาวะ
3. ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเรื้อรังมีความจำเป็นต้องคาสายสวนปัสสาวะนอนติดเตียงทำให้เกิดการติดเชื้อตามมา
4. การ เอาสายสวนปัสสาวะออกช้า

กิจกรรมพัฒนา

1. กรณีที่ผู้ป่วยไม่มีข้อบ่งชี้ที่จะใส่สายสวนปัสสาวะแล้ว ให้ Incharge notify แพทย์ในการพิจารณา off
2. เน้นย้ำให้เจ้าหน้าที่เห็นความสำคัญและปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ เน้นตรงส่วนการเทปสวาระให้ เช็ด Alcohol ก่อนและหลังเทปสวาระทุกครั้ง และการติดสายยึดสายสวนปัสสาวะไม่ให้มีการเลื่อนหลุด
3. จัดทำชุดทำความสะอาด perineum เช้า เย็น และหลังผู้ป่วยถ่ายทันที
4. การดูแลเรื่องการขับถ่ายโดยจะใส่ Pampers เปลี่ยนเมื่อเปียกทันทีหรือใช้เป็นแบบปูรองเท่านั้นเพื่อไม่ให้เกิดการอับชื้น

อัตราการติดเชื้อ(CA -BSI)

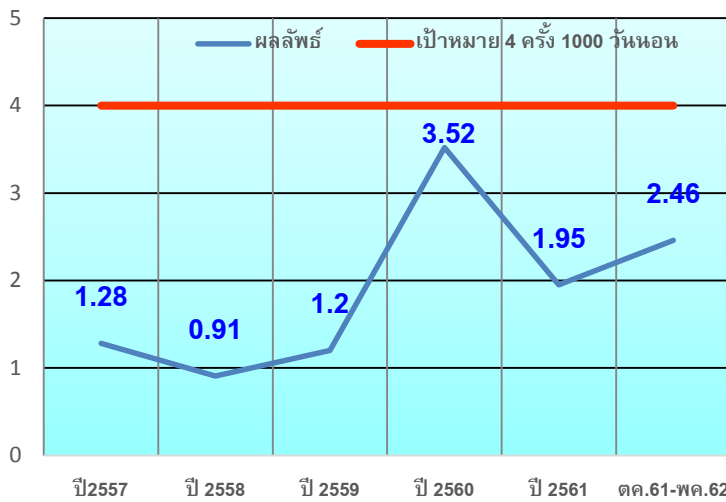


จากข้อมูล 2561 การติดตามการติดเชื้อมีแนวโน้มลดลง ซึ่งทางหน่วยงานได้ดำเนินการทบทวนพบสาเหตุดังนี้

1. สายเลื่อนหลุด ไม่ได้เช็คตำแหน่งของสาย
 2. เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สาย central line
 3. ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ทำให้ต้อง on central line เป็นเวลานาน
 4. ไม่มีการเปลี่ยน D/S เมื่อมีเลือดซึม หรือครบกำหนดเปลี่ยน
- แนวทางแก้ไข**

1. ประชุมเน้นย้ำให้เจ้าหน้าที่เห็นความสำคัญและปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สาย central line เน้นย้ำตรงบริเวณข้อต่อต่างๆ ไม่ให้มีเลือดเกาะติด และเปลี่ยนจุก T way ทุกครั้งหลังให้ยา
2. ทบทวนให้ความรู้แก่บุคลากรให้ปฏิบัติตามแนวทางเดียวกัน
3. ตรวจสอบตำแหน่งของสาย central line ทุกเวร
4. เปลี่ยน D/S เมื่อมีเลือดซึม บวมแดง หรือครบกำหนดเปลี่ยน
5. เน้นย้ำให้เจ้าหน้าที่ล้างมือก่อนทำหัตถการ หรือใช้สาย central line

อัตราการเกิดแผลกดทับ



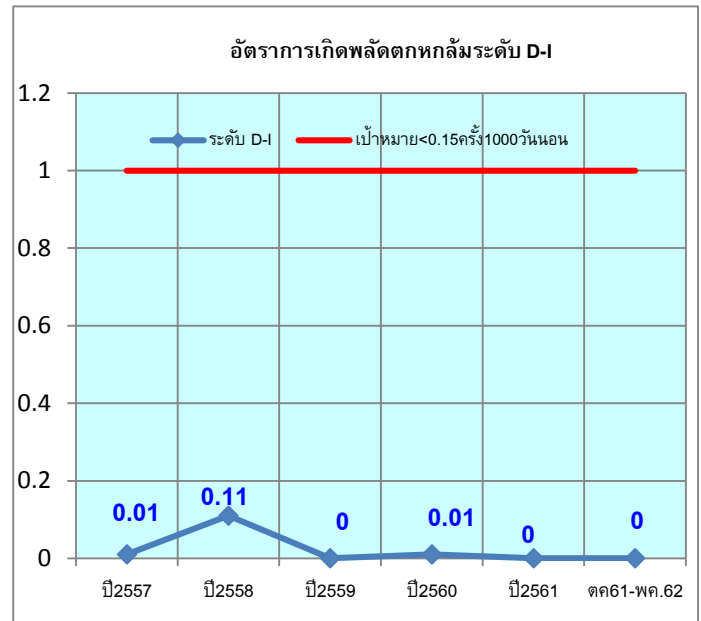
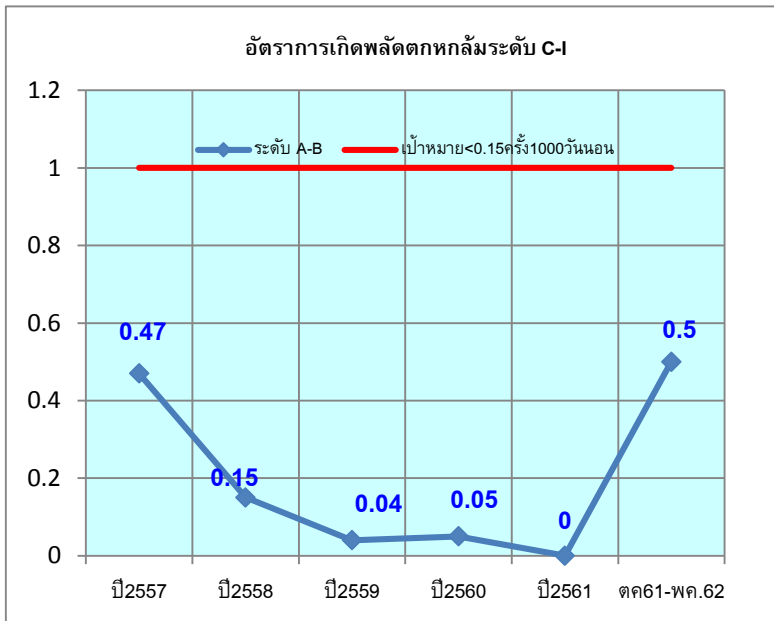
จากข้อมูล 2561 การติดตามแผลกดทับพบว่า มีแนวโน้มลดลง อย่างไรก็ตามส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วย Case Bed ridden และ Case Palliative และผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่ซึ่งไม่สามารถช่วยตัวเองในการทำกิจกรรมได้เลยต้องใส่เป็น Pampers หรือนอนรองด้วยผ้ายางผ้าขวงเตียงซึ่งในบางรายปัสสาวะรดไม่ได้เปลี่ยนทันทีทำให้มีความร้อนหรือแฉะชุ่มอยู่กับปัสสาวะใน Pampers ผสมกับอากาศที่ร้อนอบอ้าวด้วยจึงทำให้เกิดแผลกดทับได้ง่ายสาเหตุ

1. จากการศึกษาบุคลากรไม่ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการเกิดแผลกดทับ
2. อุปกรณ์ป้องกันการเกิดแผลกดทับมีไม่เพียงพอเช่นเตียง Alpha bed
3. ขาดการประเมินติดตามผิวหนังของผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในแต่ละเวรตามความเป็นจริง

4. ภาระงานมาก ทำให้มีการปฏิบัติลาก ถู หรือไล ผู้ป่วยจากการยก 1 คน 2 คน ซึ่งไม่ถูกต้อง
5. เจ้าหน้าที่ยึดความสะดวกสบายในการดูแลเรื่องการขับถ่ายโดยจะใส่ Pampers เป็นส่วนใหญ่และจะเปลี่ยนต่อเมื่อเต็มหรือล้นออกมา เปลี่ยนตามเวลาที่หน่วยงานกำหนด

กิจกรรมพัฒนา

1. กระตุ้นให้บุคลากรและญาติเห็นความสำคัญต่อการประเมินผิวหนังที่ส่งผลต่อการเกิดแผลกดทับใหม่หรือการเพิ่มขึ้นของแผลกดทับ
2. ควบคุมให้เจ้าหน้าที่และการกระตุ้นญาติและผู้ป่วยการพลิกตะแคงตัวและเห็นความสำคัญ
3. ประเมินแผลกดทับแรกรับและย้ายหน่วยงานทุกครั้ง และใน Case ที่ผู้ป่วยเกิดแผลกดทับหรือมี Braden Score ≤ 18 ให้มีการประเมินผิวหนังทุกเวรส่วนใน Case ที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย Braden score > 18 ให้มีการประเมินวันละครั้ง
5. การดูแลเรื่องการขับถ่ายโดยจะใส่ Pampers เปลี่ยนเมื่อเปียกทันทีหรือใช้เป็นแบบปูรองเท่านั้นเพื่อไม่ให้เกิดการอับชื้น
6. เลือกใช้อุปกรณ์ ในการป้องกันผิวหนังจากความชื้น ให้เหมาะสม เช่น การใช้ vasaline ผสมกับ urea cream มาทา protection skin หรือการใช้ cravilone cream ในการ protection skin ก่อนที่จะเป็นแผลกดทับ



จากข้อมูล 2561ไม่มีการเกิดอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้มแต่ก็ยังคงเป็นความเสี่ยงในหน่วยงานศัลยกรรมที่ต้องเฝ้าระวังในการเกิดอุบัติเหตุนี้ ซึ่งจะพบในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสน/หลงลืม หรือ หลังผ่าตัด

สาเหตุ

1. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมาวันแรกๆ
2. ไม่ได้ยกไม้กั้นเตียงขึ้นและในกลุ่มผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรัง (Alcohol withdrawal)
3. สาเหตุจากภาวะความไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกายและการได้รับข้อมูลถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้น
4. บุคลากรประเมินผู้ป่วยได้ไม่ดีและไม่ได้ประเมินผู้ป่วยตามความเป็นจริงและประเมินความเสี่ยงแรกรับและประเมินความเสี่ยงทุก3วัน
5. การจัดเตียงให้ผู้ป่วยไม่เหมาะสมไม่สามารถมองเห็นได้
6. เตียงชำรุด
7. แบบประเมินการพลัดตกหกล้ม ไม่ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้ทุกกลุ่ม
8. ผู้ป่วยสะดุดขาทางเกว หรือ พื้นห้องน้ำเปียก และ ทำให้ผู้ป่วยสะดุด หรือลื่นล้ม
9. การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการเข้าห้องน้ำ หรือการพยุงเดิน

กิจกรรมพัฒนา

1. ทบทวนอุบัติเหตุเกี่ยวกับการพลัดตกหกล้ม แก่เจ้าหน้าที่ทุกเดือน
2. มีการประเมินความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มทุกวัน โดยใช้แบบประเมินที่มีความครอบคลุมทุกกลุ่มผู้ป่วย
3. ยกเหล็กกั้นเตียงขึ้นทุกครั้งหลังให้การพยาบาลการเข้าห้องน้ำต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด
4. ในกลุ่มผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังได้ทบทวนและหาแนวทางแก้ไขร่วมกับสหสาขาวิชาชีพพร้อมกับทีมจิตเวชกำหนดแนว

ทางการรักษาจากรักษาและ restrain ในผู้ป่วยที่มีอาการสับสน

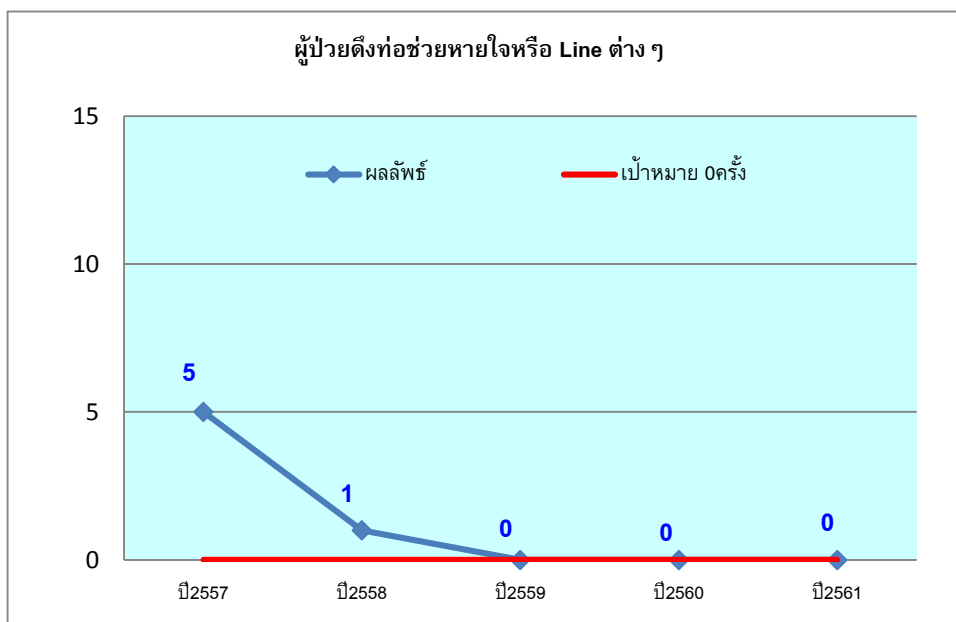
5. ชักประวัติการดื่มสุราและการติดสารเสพติดจากผู้ป่วยและญาติ กรณีที่ผู้ป่วยมีประวัติการดื่มสุรา ปรีกษาจิตเวช และผู้ป่วยที่ติดบุหรี่ ส่งปรึกษาศัลยแพทย์

6. ให้ข้อมูลอันตรายถึงการเกิดการพลัดตกหกล้ม ให้ผู้ป่วยและญาติเห็นความสำคัญ และ จัดทำผ่านวัตรกรรมเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม

7. มีการประเมินอาการผู้ป่วยในกลุ่มหลังผ่าตัดที่ได้รับการ general anesthesia ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะมีอาการสับสน จึงต้องมีการ restrain ผู้ป่วยไว้ก่อนจนกว่าผู้ป่วยรู้สึกตัวดี

8. กรณีผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้ม ต้องจัด Zone ให้ผู้ป่วยนอนอยู่ในที่สามารถมองเห็นได้ชัดหรือให้ญาติเฝ้า

9. กรณีที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับการดมยา ประเมินแรกรับแล้วผู้ป่วยยังสับสน มึนงง ให้ญาติเฝ้าหรือย้ายผู้ป่วยไว้ Zone observe



จากข้อมูล 2561พบว่าไม่เกิดอุบัติเหตุในการดิ่งแต่ก็ต้องเฝ้าระวังความเสี่ยงนี้ต่อไป

สาเหตุ

1. ผู้ป่วยมีอาการสับสน
2. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมาวันแรกๆที่มีสายระบายติดตัวมา และไม่ได้รับทราบข้อมูล ก่อนการใส่สายระบายต่างๆ ไม่ทราบถึงความสำคัญ

3. อุปกรณ์ ผ้าผูกยึดมีไม่เพียงพอ

4. การที่บุคลากรไม่เปลี่ยนที่ผูกยึดใหม่ กรณีมีการเปียก หรือเสี่ยงต่อการหลุดง่าย

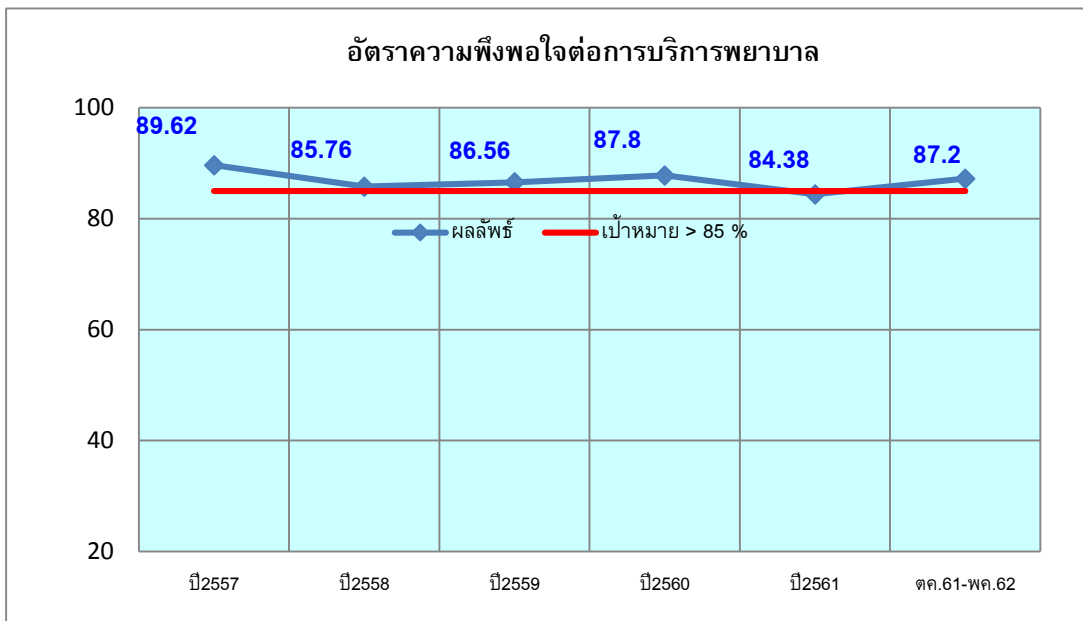
5. บุคลากรไม่อธิบายแผนการรักษาและคามสำคัญที่จะต้องมีสายระบายต่างๆ ไว้

กิจกรรมพัฒนา

- ทบทวนอุบัติเหตุเกี่ยวกับการดิ่งท่อหรือ line ต่างๆแก่เจ้าหน้าที่ทุกเดือน

- จัดทำวัตรกรรมผูกยึดเพื่อป้องกันการดิ่งท่อหรือ line ต่างๆและประเมินสภาพอาการผู้ป่วยหรือระดับความรู้สึกตัวหลัง

ผ่าตัด



จากข้อมูล 2561 พบว่าความพึงพอใจจากผู้ป่วยและญาติ คิดเป็นร้อยละ 84.38% ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์แต่ได้นำข้อที่ผู้ป่วยและญาติ มาวิเคราะห์พบว่า เรื่องของพฤติกรรมบริการของบุคลากร และการให้ข้อมูลแผนการรักษา และอาการผู้ป่วย ,ห้องน้ำไม่สะอาด ทางหน่วยงานได้นำข้อร้องเรียนและคำแนะนำจากผู้รับบริการมาปรับปรุงแก้ไข ได้แก่

1.การให้คำแนะนำ และการให้ข้อมูลของพยาบาลเกี่ยวกับการรักษา และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ให้พยาบาลให้ข้อมูลอาการผู้ป่วยเบื้องต้น หรือแผนการรักษาที่สามารถให้ได้ไม่กระทบกับแผนการรักษาของแพทย์ และถ้าผู้ป่วยและญาติ ยังสงสัย notify แพทย์มาให้ข้อมูลเพิ่มเติม

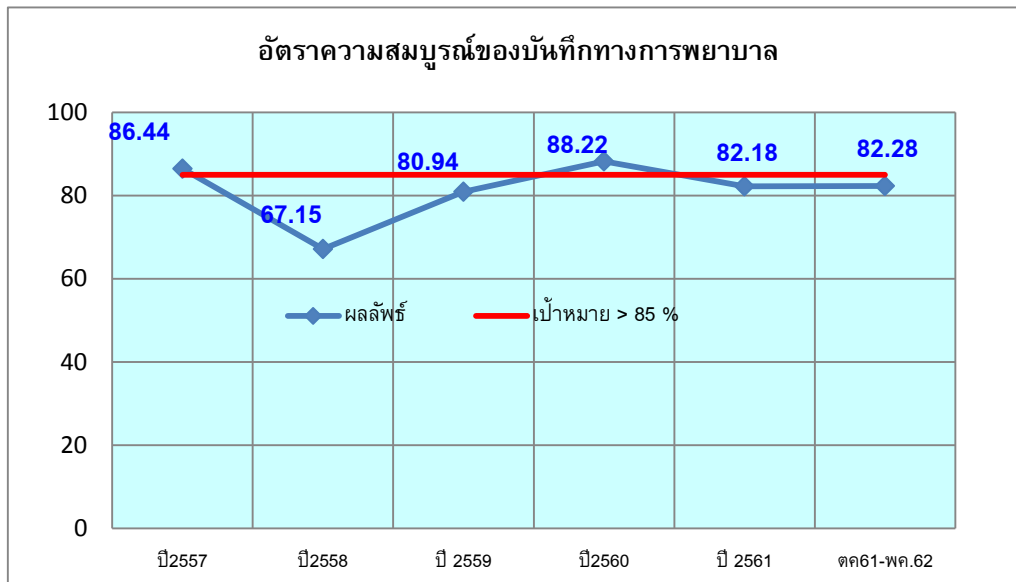
2.ความสะอาดและความ เป็นระเบียบของหน่วยงานและห้องน้ำหยากไย่ มอบหมายให้แม่บ้านทำความสะอาดตาม job ที่กำหนด

3.พยาบาลให้ข้อมูลของพยาบาลก่อนให้การพยาบาลแต่ละครั้ง

4. ให้ข้อมูลและคำแนะนำแก่ผู้ป่วย โดยเริ่มตั้งแต่ผู้ใช้บริการได้เข้ามาใช้บริการในหน่วยงาน ในเรื่องของการปฏิบัติตัว กฎระเบียบต่างๆ รวมถึงการให้ข้อมูลในเรื่องของแผนการรักษาที่จะได้รับ และ ให้ผู้ป่วยและญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาด้วย

5.จัดทำเอกสารแผ่นพับให้ความรู้เฉพาะโรคต่างๆ

6.ปรับปรุงพื้นที่และความสะอาดในหน่วยงาน, ห้องน้ำ และบริการที่วีผู้ป่วยและญาติเพื่อผ่อนคลายความเครียดจากการ



จากข้อมูล 2561 พบอัตราความสมบูรณ์ของแบบบันทึกทางการพยาบาล คิดเป็น 82.18 % ซึ่งมีแนวโน้มลดลงปัญหาที่พบในการ Audit Chart พบว่า

สาเหตุ

1. การวินิจฉัยทางการพยาบาลไม่ครอบคลุมกับปัญหาผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน
2. การวางแผนทางการพยาบาลไม่สอดคล้องกับปัญหาและการรักษาของแพทย์ , ไม่มีข้อมูลสนับสนุนที่เป็นปัจจุบัน
3. ขาดการประเมินผลของกิจกรรมการพยาบาล
4. ความเข้าใจในการเขียน focus charting ไม่ตรงกัน

แนวทางแก้ไข

1. คณะกรรมการบันทึกทางการพยาบาลแจ้งผลการ Audit Chart แก่หน่วยงานเพื่อปรับปรุงและทบทวนการเขียนบันทึกทางการพยาบาลตามมาตรฐานที่กำหนด และใช้ focus charting เป็นแนวทางการบันทึกทางการพยาบาล
2. การสื่อสารข้อมูลชัดเจนและได้มีการนิเทศทางคลินิกในกลุ่ม 5 โรคสำคัญ เพื่อให้การวางแผนการพยาบาล ได้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์
3. นิเทศและส่งเสริม การเขียน focus charting เพื่อให้มีการประเมินผู้ป่วย การให้กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาลมีความสอดคล้องกัน และเป็นปัจจุบัน

กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน :

1. ระบบยา มีแนวทางการบริหารยา High Alert Drug, การเฝ้าระวังติดตามอาการที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา มีการทบทวนอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา การทบทวนระบบบริหารยาโดยการใช้หลัก 7R มีการกำหนดการใช้แถบสติ๊กเกอร์ IV สีรุ้งและติดป้าย High Alert Drug ในการระมัดระวังยาในกลุ่ม High Alert Drug ที่เป็นยาฉีด และ หรือ ยา drip เช่น ยา Heparin , RI สร้างเครื่องมือในการปรับระดับของยาให้บุคลากรทำงานรวดเร็วขึ้นและผู้ป่วยปลอดภัย
2. ระบบในการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้แก่การเตรียมและการดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เช่น ระบบยา Drug reconcile , การงดการรับประทานยาละลายลิ่มเลือดก่อนผ่าตัด , การป้องกันการเกิดภาวะ DVT , การปลัดตกหกล้ม , การดิ่งท่อ/สายระบายต่างๆ

3. ระบบการดูแลผู้ป่วยในกลุ่ม 5 โรคสำคัญ มีการกำหนด Warning sign ในกลุ่มโรคที่สำคัญ ได้แก่ Appendicitis, Head injury, UGIB , LC , EVAR ,sepsis , DVT ,PE ,ERCP เพื่อการรายงานแพทย์ให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน

4. มีการวางแผนการจำหน่ายโดยการประเมินตั้งแต่แรกรับและการใช้ Discharge Planning ในการวางแผนจำหน่ายให้ญาติมีส่วนร่วมในการเตรียมจำหน่ายเพื่อการดูแลตนเองที่บ้านมีบริการให้คำปรึกษาปัญหาทางโทรศัพท์และติดตามเยี่ยมหลังจำหน่ายและไปบันทึก Discharge planning จะทำทุกCase โดยบันทึกตามแบบฟอร์มกรณีที่ไม่ต้องส่งให้งานเวชศาสตร์ครอบครัวต้องเยี่ยมบ้านให้เก็บใส่ไว้ในเวชระเบียนกรณีที่ต้องให้มีการเยี่ยมบ้านให้ส่งที่ฝ่ายการพยาบาลแล้วฝ่ายการจะส่งให้กับงานเวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อเยี่ยมบ้านต่อไปสำหรับนอกเขตทางหน่วยงานเวชศาสตร์ครอบครัวจะประสานไปยังเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง

5. มีระบบบริหารความเสี่ยงภายในหน่วยงานมีการค้นหาความเสี่ยงจากกระบวนการหลัก,การทบทวนการดูแลผู้ป่วย ทำกิจกรรม 12 ทบทวน และกำหนด Clinical Risk, Specefic clinical risk เพื่อให้บุคลากรในหน่วยงานรับทราบถึงความเสี่ยงในกลุ่มโรคหรือเหตุการณ์ที่สำคัญที่นำมาทบทวนและเจ้าหน้าที่ทุกคนในหน่วยงานรับทราบ นโยบาย , ความหมายของความเสี่ยง , เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และเหตุการณ์ Sentineal event , รู้วิธีปฏิบัติตาม Flow การรายงานตามความเร่งด่วน มีการจัดทำ Risk Profile ของหน่วยงานเป็น 2P safety 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 เพื่อเป็นการลดเชื้อในสิ่งแวดล้อมและส่งผ้ามาซักทุกครั้งเมื่อไม่มีการใช้เตียงนั้นๆและทบทวน ซักวัดและทบทวนความเสี่ยงในหน่วยงาน

4. ใช้ม่านใสกันระหว่างเตียงและติดป้ายเตือนให้บุคลากรและทีมสหสาขาทราบ

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

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

9.การจัดการกับความเจ็บปวด มีการประเมินการบันทึกความเจ็บปวดให้เป็น 5 vital sign และมีการส่งปรึกษาแผนก 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 โดยแพทย์ศัลยกรรมมาให้ความรู้ 4.การกำหนด competency พยาบาลแต่ละระดับ 5.พัฒนากระบวนการพยาบาลและทักษะการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคสำคัญทางคลินิกได้แก่ 5.1 Wound care & Ostomy care 5.2 Vascular 5.3 Cardio 5.4 Neuro	1.บุคลากรได้รับการพัฒนาความรู้ความสามารถในด้านการดูแลผู้ป่วยตามกลุ่มโรคที่ conference 1 เรื่อง /สัปดาห์ 2.บุคลากรแต่ละระดับผ่าน competency ตามที่กำหนด	1.การทำ conference 1 เรื่อง /สัปดาห์ 2.บุคลากรแต่ละระดับผ่าน competency ตามที่กำหนด 3. Training need ในหน่วยงาน โดยแพทย์ศัลยกรรมมาให้ความรู้
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.ผู้ป่วยได้รับการจัดการ ความปวดที่เหมาะสมและ ได้รับการประเมินก่อนและ หลังได้รับยา	การบริหารจัดการความ ปวด	1.ให้การประเมินความ เจ็บปวดเป็นสัญญาณชีพที่ 5 2.ประเมินซ้ำหลังได้รับยา เช่น iv10 – 15 นาที M30 นาทียารับประทาน 1 ชั่วโมงหรือกรณีไม่ใช้ยา ประเมินซ้ำ 30 นาที 3. ประเมิน v/s ก่อนและ และหลังให้ยา 15 นาที 4.ประเมิน pain score และ sedative score ก่อนและหลังได้รับยา บรรเทาปวด	อัตราความพึงพอใจ ของผู้ป่วยได้รับการ จัดการกับความ เจ็บปวดอยู่ในระดับ มาก80%	อัตราความพึงพอใจ ของผู้ป่วยในการ จัดการความเจ็บปวด % และมีการประเมิน pain score และ sedative score ก่อนและหลังได้รับยา บรรเทาปวด
4.เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เคย รับประทานอย่างต่อเนื่อง	การพัฒนา medication reconciliation	1.เมื่อผู้ป่วยรับใหม่และรับ ย้ายทุกราย พยาบาล จะต้องซักประวัติการแพ้ยา โรคประจำตัว และที่ผู้ป่วย ทานประจำ พร้อมทั้งเก็บ ยาเดิมผู้ป่วยมาตรวจสอบ และให้แพทย์ดู 2.แพทย์เขียน medication reconciliation และ ส่งไป ไปพร้อมกับยาเดิมผู้ป่วยให้ ห้องยา 3.เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ให้ นำใบ medication reconciliationและยาเดิม และ order D/C ผู้ป่วยส่ง ให้ห้องยา	อัตราการทำ medication reconciliation100%	มีการทำ medication reconciliation เพิ่ม มากขึ้น

วัตถุประสงค์/กลยุทธ์	การพัฒนาคุณภาพ/ แนวคิด	วิธีการดำเนินการ	เครื่องชี้วัด& Target	ระดับที่ปฏิบัติได้
5.เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการ ผลิตตกหลั้ม	การป้องกันการผลิตตก หลั้ม	<ol style="list-style-type: none"> 1.มีการนิเทศและกำกับ ติดตามการประเมินความ เสี่ยงต่อการผลิตตกหลั้ม/ การป้องกัน 2.การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย และญาติในเรื่องการเกิด ผลิตตกหลั้ม และการ ป้องกัน 3.สื่อสารแนวทางการ ป้องกันการผลิตตกหลั้มสู่ผู้ ปฏิบัติ 4.มีการปรับปรุงแบบ ประเมินความเสี่ยงต่อการ ผลิตตกหลั้มให้มีความ ละเอียดและครอบคลุมกับ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้อย่าง แท้จริง 5.ได้มีการวางแผนจัดแยก Zone ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงที่ ต้อง Isolate ให้มีความ ปลอดภัย โดยติดตาม moniterผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด 6.กรณีผู้ป่วยมีอาการสับสน ให้ญาติเฝ้าได้ 	<ol style="list-style-type: none"> 1.อัตราการปล้ด ตกหลั้มระดับ C- I น้อยกว่า 0.15 ต่อ 1,000 วันนอน 2.อัตราการปล้ด ตกหลั้มระดับ D- I เท่ากับ 0ต่อ 1,000 วันนอน 	การปล้ดตกหลั้มใน หอผู้ป่วยหลังจากได้ ปรับเปลี่ยนกระบวนการ เฝ้าระวังการปล้ดตก หลั้มการพบว้ายไม่ เกิดอุบัติการณ์

วัตถุประสงค์/กลยุทธ์	การพัฒนาคุณภาพ/ แนวคิด	วิธีการดำเนินการ	เครื่องชี้วัด& Target	ระดับที่ปฏิบัติได้
6.เพื่อให้ป้องกันการเกิด ภาวะ Alcohol withdrawal	การพัฒนาแนวทางการ ประเมินและเฝ้าระวังการ เกิดภาวะ Alcohol withdrawal	<ol style="list-style-type: none"> เมื่อรับใหม่หรือรับย้าย ผู้ป่วยทุกราย พยาบาลจะ ซักประวัติการดื่มสุรา และ สารเสพติด กรณีที่ผู้ป่วยมี ประวัติดื่มสุราและสารเสพ ติด จะเฝ้าระวังการเกิด ภาวะ Alcohol withdrawal และส่งปรึกษา จิตเวช จัดให้ผู้ป่วยอยู่ใน Zone ที่สามารถมองเห็นได้ กรณีที่ผู้ป่วยที่มีอาการ สับสน วุ่นวาย จะให้ญาติ เฝ้าและถ้าวุ่นวายมากต้อง ขออนุญาตผูกมัด 	ผู้ป่วยไม่ได้รับ อันตรายจากภาวะ Alcohol withdrawal	ผู้ป่วยที่มีประวัติดื่ม สุราและสารเสพติด มี การเฝ้าระวังการเกิด ภาวะ Alcohol withdrawal และส่ง ปรึกษาจิตเวช และไม่ เกิดอันตราย
7.เพื่อป้องกันการติดเชื้อ CABSI	การพัฒนาแนวทาง การ เฝ้าระวังการติดเชื้อCABSI ใน	<ol style="list-style-type: none"> ปฏิบัติตามแนวทางการ ดูแลผู้ป่วยที่ใส่สาย Central line และ Picc line เปลี่ยน D/S ทุก 3 วัน และเมื่อมีเลือดซึม เมื่อต้องใช้เส้นให้ยาหรือ น้ำเกลือให้เช็ดทำความสะอาด สะอาดข้อต่อด้วย 2% chohexidine กรณีที่มี site Central line และ Picc line มีบวม แดง ให้ notify แพทย์ทราบ ทันที 	อัตราการเกิดการ ติดเชื้อ CABSI	อัตราการเกิดการติด เชื้อ CABSI = 0 ไม่เกิดการติดเชื้อ และ บุคลากรทางการ พยาบาลและบุคลากร ทางการแพทย์ปฏิบัติ ตามแนวทางการดูแล ผู้ป่วยที่ใส่สาย Central line และ Picc line

แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

1. เพิ่มความรู้และทักษะในการบริหารยา High Alert Drug ความรู้และทักษะการบริหารยาที่ใช้บ่อยในหน่วยงานและเกิดความเสี่ยงในหน่วยงาน ,Drug Reconcile , Adverse Drug Reaction
2. พัฒนาความรู้และทักษะCompetencyพยาบาลในเหตุการณ์ที่สำคัญและกลุ่มโรคเสี่ยงทางศัลยกรรมหรือ5 โรคสำคัญและการผ่าตัดผ่านกล้องทางเดินอาหาร
3. พัฒนาการค้นหาและป้องกันความเสี่ยงในหน่วยงานและการทบทวนอุบัติการณ์
4. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโดยใช้ early warning sing เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินวางแผนการดูแลที่รวดเร็วป้องกัน/ลดการเกิดภาวะPre-arrest และภาวะแทรกซ้อนจากโรค หรือลดอัตราการ unplan CPR ,ET tube
5. ลดการติดเชื้อในแผลผ่าตัดเพื่อป้องกันการเกิดแผลติดเชื้อในแผลสะอาด
6. ลดการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา เช่น CRE , VRE ,MDR , A .bom ,MRSA
7. พัฒนาCompetencyพยาบาลในกลุ่มโรคสำคัญ โดยการส่งอบรมเฉพาะทาง เช่น เฉพาะทางระบบประสาท, เฉพาะทางcolostomy