



Unit Profile

บริการ/ทีม : หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป 12/2

ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

วันที่ปรับปรุง
พฤศจิกายน 2560

บริบท (Context)

1. ความมุ่งหมาย (Purpose):

หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป12/2 ให้บริการการดูแลรักษาพยาบาล ส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยศัลยกรรมโดยมีการทำงานร่วมกันของทีมศัลยแพทย์ พยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพ ภายใต้มาตรฐานวิชาชีพโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางให้การดูแลรักษาอย่างครอบคลุมองค์รวมแบบปัจเจกชน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้และสามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่บ้านและผู้ป่วยได้รับความพึงพอใจสูงสุด

2. ขอบเขตบริการ (Scope of Service):

หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป12/2 มีจำนวนเตียงสามารถรับผู้ป่วยได้ 25 เตียง ให้บริการผู้ป่วยโรคทางศัลยกรรมเพศชายอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไปที่มีภาวะทางศัลยกรรม ได้แก่ ศัลยกรรมระบบประสาท ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ ศัลยกรรมตกแต่ง ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก ศัลยกรรมทั่วไป และผู้ป่วยเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี ที่มีภาวะทางศัลยกรรมระบบประสาททั้งเพศชายและหญิง โรคที่ทีมให้ความสำคัญเนื่องจากเป็นโรคที่มีความเสี่ยงต่อผู้ป่วยสูงในการที่จะเกิดอันตราย หรือเกิดโรคแทรกซ้อนได้ กลุ่มโรคสำคัญ ได้แก่ Cholangio carcinoma , AAA, Hemoragic stroke , UGIB ,CA esophagus และกลุ่มโรค High volum 5 โรค ได้แก่ CA rectum , colon , UC RC , SAH ,ICH , Pneumothorax ,Fx nasal bone

3. ความต้องการของผู้รับผลงานสำคัญ:

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

ลูกค้าภายนอก

กลุ่มผู้รับผลงาน	ความต้องการ/ความคาดหวัง
1. ผู้ป่วยและญาติ	<ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการบริการพยาบาลที่ถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย จากการเจ็บป่วย ปราศจากภาวะแทรกซ้อน สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติได้มากที่สุด - ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและเข้าใจง่ายเกี่ยวกับแผนการรักษา การทำหัตถการและภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น ตลอดจนข้อมูลด้านสิทธิการรักษา - ต้องการได้รับการบริการที่ดี ยิ้มแย้มแจ่มใส การดูแลเอาใจใส่ของแพทย์ไม่เลือกปฏิบัติ - ห้องต่างๆ มีสิ่งแวดล้อมที่สะอาด สะดวกและปลอดภัย - ได้กลับบ้านเร็วและค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม - ต้องการอยู่ใกล้ชิดกับครอบครัว/ญาติ - การ พุดจาด้วย ความนุ่มนวล มีความเป็นมิตรไมตรีต่อกัน - ได้รับการบริการที่ถูกต้องครบถ้วน เสมอภาค เท่าเทียมกัน ทันเหตุการณ์

ลูกค้าภายใน

กลุ่มผู้รับผลงาน	ความต้องการ/ความคาดหวัง
2. แพทย์	<ul style="list-style-type: none"> - การประสานงานที่ดี ด้วยความเป็นมิตรไมตรี - ในระบบการทำงาน รับทราบหน้าที่การทำงานและแนวทางการปฏิบัติงานที่ชัดเจน มีการแก้ปัญหาร่วมกันเป็นทีมที่ถูกต้องและเหมาะสมกับเหตุการณ์ - รายงานอาการผู้ป่วยที่มีอาการวิกฤติได้อย่างรวดเร็ว - คำสั่งการรักษาที่ชัดเจนถูกต้องครบถ้วน และการบันทึกที่สามารถใช้สื่อสารระหว่างทีมสหสาขาได้อย่างต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย
3. ห้องปฏิบัติการทางพยาธิวิทยา	<ul style="list-style-type: none"> - ได้รับส่งตรวจที่ถูกต้อง ครบถ้วน - ได้รับสิ่งส่งตรวจที่ถูกต้อง ถูกวิธีและส่งถึงสถานที่

4.ห้องผ่าตัด	การประสานงานในการรับและส่งผู้ป่วยที่ถูกต้อง ครบถ้วน รวดเร็ว -การรับและส่งผู้ป่วยที่ถูกต้องรวดเร็วและปลอดภัย -การเตรียมอุปกรณ์ยา เวชภัณฑ์ ในการส่งผ่าตัดถูกต้องครบถ้วน
--------------	---

กลุ่มผู้รับผลงาน	ความต้องการ/ความคาดหวัง
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:

ให้บริการผู้ป่วยตลยกรรกรรมทั่วไป ตลอด 24 ชั่วโมง มีพยาบาลวิชาชีพจำนวน 11 คน ผู้ช่วยพยาบาลจำนวน 6 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 % เวรบ่าย 30 % เวรดึก 30 % โดยอัตราพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ช่วยพยาบาล เวรเช้า – บ่าย – ดึก 4:3 เฉลี่ย บุคลากรทางการพยาบาลต่อผู้ป่วย 1:4 ในกรณีผู้ป่วยที่ต้องการการเฝ้าระวังดูแลอย่างใกล้ชิด หรือในกรณีที่ใส่เครื่องช่วยหายใจจะจัดให้ผู้ป่วยอยู่ห้องหน้าเคาน์เตอร์พยาบาลซึ่งรับได้จำนวน 5 เตียง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพอย่างใกล้ชิด รวดเร็ว ทันเวลา

จำนวนสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา

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

โรคที่พบบ่อย 5 อันดับแรก

ลำดับ	2558	2559	2560
1	Renal calculi	Renal calculi	Renal calculi
2	CA colon , CA rectum	CA colon , CA rectum	CBD stone ,CA rectum
3	Appendicitis	Gall stone	cholangitis
4	Gut obstruction	Hernia	CA esophagus ,C gall bladder
5	Hernia	BPH	Gut obstruction

สถิติการบริหารจัดการ

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

5. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ (Key Quality Issues):

1. ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวมด้วยความถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัยตามมาตรฐาน ไม่เกิดความเสียหายและภาวะแทรกซ้อน
2. ผู้ป่วยและญาติได้รับการวางแผนจำหน่ายเพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องและเหมาะสมต่อที่บ้านได้
3. ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ
4. บุคลากรมีความรู้ ความเพียงพอ

6. ความท้าทายและความเสี่ยงที่สำคัญ:

1. ความท้าทาย

1. ลดความคลาดเคลื่อนทางยา
2. ลดการเกิดแผลกดทับ หกล้ม ตกเตียง
3. ลดการติดเชื้อ CA-BSI
4. ลดการติดเชื้อ CA-UTI
5. การเกิดภาวะ Hypovolemic shock
6. การเกิดภาวะ Sepsis เป็น Severe sepsis หรือ septic shock
7. การประเมินผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤตได้ถูกต้อง รวดเร็วและเหมาะสม
8. ลดอัตรา Re-admit การวางแผนจำหน่ายอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้เหมาะสม
9. การเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดถูกต้อง

2. ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risk)

2.1 ความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป (Common Clinical Risk)

1. Re-admit ภายใน 28 วันด้วยโรคเดิม โดยไม่มีการวางแผน
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 (Specific Clinical Risk)

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 ถูกเข็มแทง สารคัดหลังกระเด็นเข้าตา

ศักยภาพและข้อจำกัดในด้านผู้ปฏิบัติงาน เครื่องมือ เทคโนโลยี :

รายการ	2557	2558	2559	2560	ศักยภาพ	ข้อจำกัด
1.บุคลากร					- เนื่องจากบุคลากร พยาบาลมีประสบการณ์ ทำงาน 10-15 ปี 4คน 3-5 ปี 3 คน และ 1-2 ปี 4 คน มีเฉพาะทางด้านศัลยกรรม ประสาท 1 คน เฉพาะ ทางด้านทวารเทียมและ บาดแผล 1คนและมีการ ประเมิน competency ใน การปฏิบัติงาน และ training need ภายใน หน่วยงาน	- เนื่องจากยังไม่ สามารถส่ง บุคลากรเข้า อบรมเฉพาะ ทางด้าน ศัลยกรรมได้ทาง หน่วยงานจึงมี การจัดอบรม training need ภายใน หน่วยงาน
- พยาบาลวิชาชีพ (คน)	10	10	10	11		
- ผู้ช่วยพยาบาล (คน)	5	6	6	6		
- คนงาน (แม่บ้านบริษัท) (คน)	2	2	2	2		
-ผู้ปฏิบัติงานบริหาร(คน)	1	1	1	1		
- Productivity (%)	93.16	82.80	92.68	100.7 1		
- จำนวนชั่วโมงทางการ พยาบาล	5.72	5.47	5.23	6.17		
-อัตราการลาออก โอนย้ายของ พยาบาล (Turn over rate)	0	6.67	11.11	5.88		
2.ประเภทผู้ป่วย						
- อัตราครองเตียง (%)	91.16	83.69	93.45	92.10		
- จำนวนวันนอนเฉลี่ย /วัน	5.56	5.48	4.88	5.24		
- จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ย /วัน (คน)	19.91	16.88	19.87	20.38		
- จำนวนผู้ป่วยรับใหม่เฉลี่ย / วัน (คน)	3.63	3.61	4.15	3.85		
- จำนวนผู้ป่วยจำหน่ายเฉลี่ย/ วัน (คน)	5.66	2.66	3.50	3.80		

เครื่องมือ, อุปกรณ์

เครื่องมือ	จำนวน (เครื่อง)	ศักยภาพ	ข้อจำกัด
1.เครื่อง Monitor EKG	4	- เนื่องจากผู้ป่วยมีปริมาณเพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้ป่วย และอุปกรณ์เครื่อง intermetent suction เพียงตัวเดียว ทางหน่วยงานจึงจัดซื้อใหม่ และทดแทนเครื่องเก่าที่ชำรุด 1 เครื่อง และยืมจากหน่วยงานที่มีเครื่อง intermetent suction	
2.EKG 12 lead	1		
3.เครื่องปั่น Hct	1		
4.เครื่องตรวจ Urine specific gravity	1		
5.คอมพิวเตอร์ทางการแพทย์	1		
6.เครื่องวัดความดันอัตโนมัติ	3		
7.เครื่องวัดความดัน	1		
8.เครื่องเจาะ DTX	1		
9.ชุดตรวจหูดตา (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 /โอกาส พัฒนา	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
1. การเข้าถึงและการเข้ารับบริการ	1.ผู้ป่วยรับใหม่ได้รับการแยกประเภท และเตรียมสถานที่ได้ถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย เหมาะสม ไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อนขณะรับการรักษา 2.สามารถประเมินสภาพปัญหาและความ ต้องการ ของผู้ป่วยแบบองค์รวมได้ ถูกต้อง ครบถ้วน รวดเร็วและได้รับการ แก้ไขอย่างรวดเร็ว 3.ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงหรือต้องได้รับการ เฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด	1.ผู้ป่วยรับใหม่ได้รับการส่งต่อ ข้อมูลไม่ถูกต้องไม่ ครบสมบูรณ์ 2.ผู้ป่วยรับใหม่จัดเตียงไม่ เหมาะสมกับประเภท ของผู้ป่วย 3.ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงหรือต้อง ได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด หรือไม่ได้รับการ Admit ที่ แผนก ICU แต่Admit ที่Ward แทน	1.อัตรา Un plan ICU
2. การประเมินผู้ป่วย	1.ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินปัญหา อย่างครอบคลุม และทราบความต้องการ ของผู้ป่วยอย่างถูกต้อง เพื่อวางแผนการ ดูแลรักษาพยาบาล 2.ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความ เสี่ยงทางคลินิกอย่างถูกต้องตั้งแต่แรกรับ	1.ผู้ป่วยได้รับการประเมิน อาการไม่ถูกต้อง ครอบคลุม 2.ผู้ป่วยมีอาการทรุดลง/ เสียชีวิต โดยสาเหตุที่หลีกเลี่ยงได้	1.อัตรา Unplanned ICU 2.Unplanned CPR 3. Unplanned ET tube 4. Revisit to ICU /Semi ICU in 24 hr 5. อัตราตาย โดย สาเหตุที่ หลีกเลี่ยงได้ 6. ความสมบูรณ์ของบันทึก ทางการพยาบาล

กระบวนการสำคัญ (Key Processes)	สิ่งที่คาดหวัง จากกระบวนการ (Process Requirement)	ความเสี่ยง /ปัญหา /โอกาส พัฒนา	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
<p>3. การวางแผน</p> <p>3.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย</p> <p>3.2 การวางแผนจำหน่าย</p>	<p>1.ผู้ป่วยได้รับการวางแผนการดูแลรักษาร่วมกับทีมแพทย์พยาบาล และครอบครัวครอบคลุมกาย จิต สังคมให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน</p> <p>2.ผู้ป่วยและญาติได้รับการวางแผนการจำหน่ายตั้งแต่แรกรับเพื่อให้ครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและการวางแผนร่วมกับทีมสหสาขา</p>	<p>1.ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้</p> <p>2.ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง</p> <p>3. ผู้ป่วยไม่ได้รับการวางแผนการจำหน่ายในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และการส่งต่อข้อมูลกับชุมชนและเกิดการ Re admit</p>	<p>1.อัตราผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำภายใน28 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 /โอกาส พัฒนา	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
4. การดูแลผู้ป่วย	<p>1.ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลที่จำเป็น และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ในแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>2.ผู้ป่วยได้รับการทบทวนการดูแลขณะรักษาพยาบาลจากสหสาขาวิชาชีพ</p> <p>3.ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างทันที่ทันที่ปลอดภัยเหมาะสมกับสภาพปัญหา 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. อัตราผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำภายใน28วันด้วยโรคเดิม 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 หักล้ม</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>

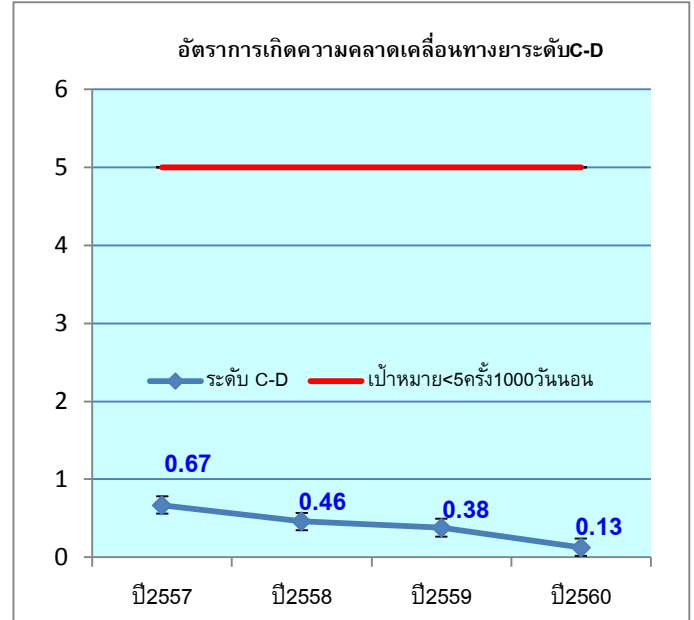
กระบวนการสำคัญ (Key Processes)	สิ่งที่คาดหวัง จากกระบวนการ (Process Requirement)	ความเสี่ยง /ปัญหา /โอกาส พัฒนา	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
5.การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว	<p>1.ผู้ป่วยและญาติ ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้องเหมาะสม โดยทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง</p> <p>2.ผู้ป่วย/ญาติ/ ผู้ดูแล มีความรู้ ทักษะจนมีความสามารถเชื่อมั่นว่าจะสามารถปฏิบัติดูแลผู้ป่วยได้ที่บ้านอย่างเหมาะสม ถูกต้อง ต่อเนื่อง</p> <p>3.ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ</p>	<p>1.ผู้ป่วยและญาติไม่ได้รับทราบข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยไม่กลับไปเฝ้าอยู่บ้าน</p> <p>2.ผู้ดูแลไม่มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย</p> <p>3.ผู้ป่วย Re- admit ด้วยภาวะแทรกซ้อน</p> <p>4. ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ได้รับข้อมูล การเจ็บป่วยและปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง</p>	<p>1.อัตราผู้ป่วยกลับมา รักษาซ้ำใน 28วันด้วย โรคเดิม อาการเดิม</p> <p>2.ร้อยละของการวางแผนการ จำหน่ายผู้ป่วยในกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ มีอุปกรณ์การแพทย์ที่ต้องกลับไปดูแล ต่อที่บ้าน</p> <p>3.ร้อยละผู้ป่วย/ญาติผ่านการประเมิน ทักษะ</p>
6.การดูแลต่อเนื่อง	<p>1.ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย</p> <p>2.ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องในสถาน บริการ สาธารณสุขใกล้บ้าน</p> <p>3.ผู้ป่วยได้รับการส่งต่ออย่างปลอดภัย</p>	<p>1.ผู้ป่วยไม่ได้รับการส่งต่อข้อมูล การรักษา</p> <p>2.ผู้ป่วยที่ต้องการดูแลต่อเนื่อง ไม่ได้รับการส่งต่อ HHC</p>	<p>1.อัตราผู้ป่วยกลับมา รักษาซ้ำใน 28วันด้วย โรคเดิม อาการเดิม</p> <p>2.อัตราการติดตามเยี่ยมหลังส่ง HHC</p> <p>3.จำนวนข้อผิดพลาดที่สะท้อน กลับจากผู้รับผลงาน</p>

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

รายงานตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ระดับที่ปฏิบัติได้			
		2557	2558	2559	2560
ตัวชี้วัดหน่วยงาน					
1.Productivity เฉลี่ย	85-115 %	93.17	82.80	92.68	100.71
2.อัตราครองเตียง	>90%	91.16	83.61	93.17	98.84
3.จำนวนวันนอนเฉลี่ย /วัน	-	5.56	5.48	4.88	5.24
4.อัตราการตาย	1%	0.40	0.18	0.32	0.80 1.36
5.อัตราความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล	> 85 %	87.56	85.76	86.56	87.80
6.จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ย /วัน (คน)	-	19.91	16.88	19.87	20.38
7.อัตราความไม่สมัครใจอยู่	0%	0.47	0.13	0.02	0.27
8.อัตราความสมบูรณ์ของบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	> 85%	86.44	67.15	80.94	88.22
9.จำนวนข้อร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่	≤5%	0	0.06	0	0
10.อัตราการลาออก โอนย้ายของพยาบาล (Turn over rate)	-	0	6.67	11.11	5.88
Common Clinical Risk					
1.อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ระดับ A -B	เพิ่มขึ้น	2.18	1.98	1.82	0.55
ระดับ C-D	<0.5ครั้ง/ 1000 วันนอน	0.67	0.46	0.38	0.13
ระดับ E-I	0 ครั้ง /1000 วันนอน	2	0	0	0
2. อัตราการติดเชื้อ(CA-UTI)	ครั้ง/1000 วันนอน	6.71	1.70	3.78	1.88
3. อัตราการติดเชื้อ(VAP)	20ครั้ง/ 1000 วันนอน	0	0	0	0
4. อัตราการติดเชื้อ (CA-BSI)		7.97	0	0	0
5. ผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจหรือ Line ต่างๆ	0 ครั้ง	5	1	1	1
6. อัตราการเกิดแผลกดทับ	3 ครั้ง/1000 วันนอน	1.28	0.91	1.20	3.52

รายงานตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ระดับที่ปฏิบัติได้			
		2557	2558	2559	2560
7. อัตราผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม ระดับ C-I	<0.15 ครั้ง/ 1000 วันนอน	0.47	0.15	0.04	0.05
ระดับ D-I	<0.15 ครั้ง/ 1000 วันนอน	0.11	0	0	0.01
8. ความพึงพอใจการจัดการความปวด	>90%	89.95	76.17	94.74	80
9. จำนวนผู้ป่วย Unplanned ICU(คน)	-	3	3	2	3
10. จำนวนผู้ป่วย Unplanned CPR(คน)	-	3	3	5	3
11. จำนวนผู้ป่วย Unplanned ET tube(คน)	-	3	3	5	4
12. จำนวนผู้ป่วย Revisit to ICU /Semi ICU in 72 hr โดยไม่ได้วางแผน	-	NA	0.73	0.23	1.24
13. อัตรา Re-admit ภายใน 28 วันด้วยโรคเดิม โดยไม่มีกรวางแผน		0.11	0.08	0.09	0
Specific Clinical Risk					
1. การเกิดภาวะ Hypovolemic shock ในผู้ป่วย UGIB					
2. การเกิดภาวะ Sepsis เป็น Severe sepsis หรือ septic shock	0				
3. อัตราการติดเชื้อที่บริเวณสะดือในผู้ป่วยที่ผ่าตัด LC	0%			4.46	0
4. อัตราการเกิด Skin Excoriation (ผิวหนังรอบๆ colostomy มีการอักเสบ)	<20%			0	0
5. อัตราการเกิด Rupture appendicitis	<6%			3.5	0
non-clinical risk					
1. เครื่องมือเวชภัณฑ์หมดอายุ/ไม่พร้อมใช้	0	NA	NA		
2. นัดผู้ป่วยผิดวัน/ผิดคลินิก	0	NA	NA		
3. เจ้าหน้าที่ได้รับบาดเจ็บจากการทำงาน	0	2	0	0	0

ผลการทบทวนวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน



จากข้อมูล ตค. 59- กย.60 พบว่า อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา มีระดับอัตราที่ลดลง ซึ่งไม่พบความคลาดเคลื่อนทางยาในระดับ E-I = 0 แต่ยังพบความคลาดเคลื่อนระดับ C-D ลดลงตามลำดับ ซึ่งล่าสุดอยู่ที่ 0.14 /1000วันนอน และระดับA-B ลดลง เนื่องจากขาดการรายงาน จากการทบทวนจะพบว่า

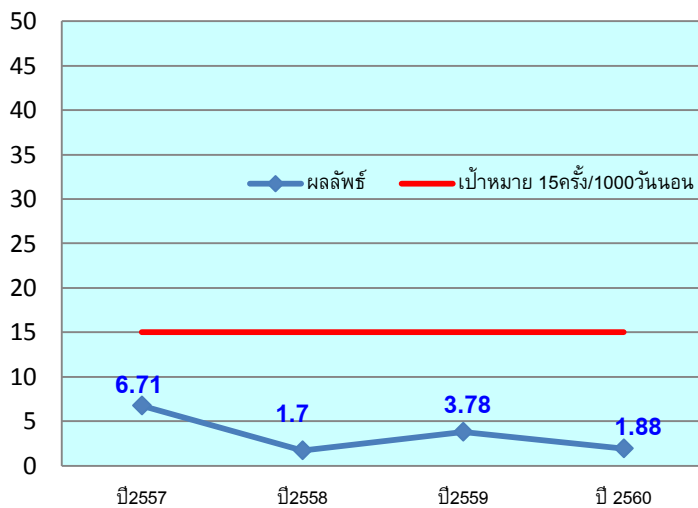
สาเหตุ

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

กิจกรรมพัฒนา

- ทบทวนอุบัติการณ์เกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนทางยา แก่เจ้าหน้าที่ทุกเดือน
- กรณีไม่แน่ใจในคำสั่งการจ่ายของแพทย์ให้สอบถามแพทย์
- จัดทำป้ายการสื่อสาร ระหว่าง ไม่มีการ Double check เพื่อให้เข้าใจตรงกันและเป็นการ ย้ำเตือน ในการบริหารยา
- ให้มีการ Double check กันระหว่าง med nurse
- ทบทวนแนวทางการบริหารยา
- การทำ การเน้นขีดสีไว้ตัวยามี dose ผิดปกติ หรือเขียนเน้นย้าจำนวนเม็ดหรือ dose ยา
- การ Double check พยาบาลใหม่ทุกครั้งที่มีการให้ยา และสนทนากับผู้ป่วย
- การทำ Medication reconcile

อัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ



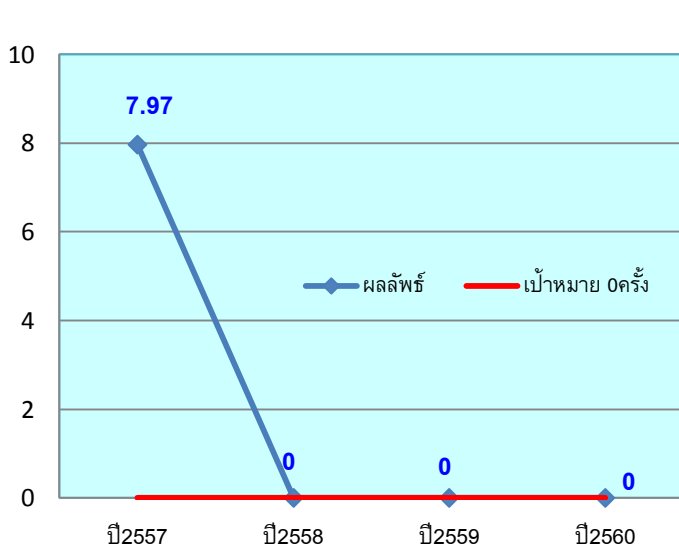
จากข้อมูล ตค. 59 –กย.60 พบว่า อัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะจากการเฝ้าระวังยังพบมีการติดเชื้อที่สูงอยู่ ซึ่งทางหน่วยงานได้ดำเนิน การทบทวนพบสาเหตุดังนี้

1. เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ
2. จากตัวผู้ป่วยที่มีปัญหา CVA มีผลกดทับ นอนโรงพยาบาลนานจำเป็นต้องคาสาย สวนปัสสาวะ
3. ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเรื้อรัง มีความจำเป็นต้องคาสายสวนปัสสาวะ นอนติดเตียง ทำให้เกิดการติดเชื้อตามมา

กิจกรรมพัฒนา

1. เน้นย้ำให้เจ้าหน้าที่ เห็นความสำคัญและปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ
2. จัดทำชุดทำความสะอาด perineum เข้า เย็น และหลังผู้ป่วยถ่ายทันที
3. การดูแลเรื่องการขับถ่าย โดยจะใส่ Pampers เปลี่ยนเมื่อเปียกทันที หรือใช้เป็นแบบปูรองเท่านั้นเพื่อไม่ให้เกิดการอับชื้น

อัตราการติดเชื้อ(CA-BSI)



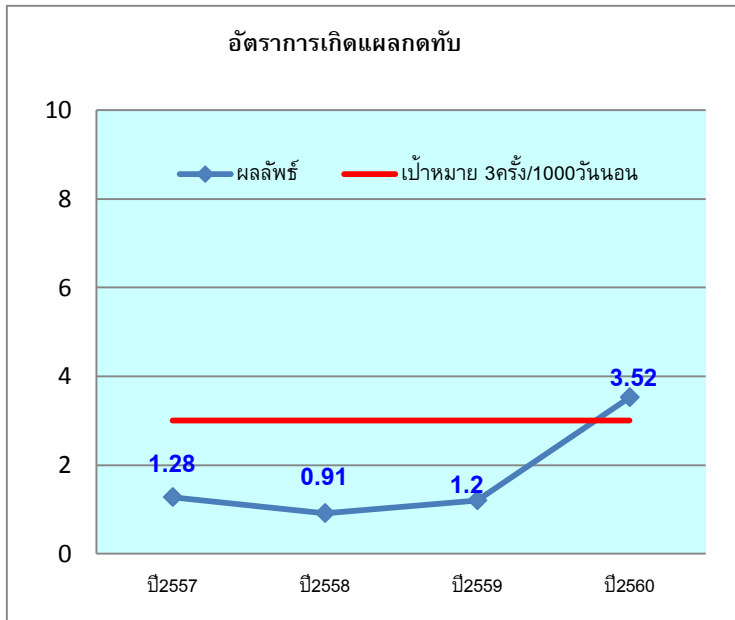
จากข้อมูล ตค. 59- กย60 การติดตามการติดเชื้อมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งทางหน่วยงานได้ดำเนิน การทบทวนพบสาเหตุดังนี้

- 1.เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สาย central line
2. ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ทำให้ต้อง on central line เป็นเวลานาน
- 3.ไม่มีการเปลี่ยน D/S เมื่อมีเลือดซึม หรือครบกำหนดเปลี่ยน

แนวทางแก้ไข

1. ประชุมเน้นย้ำให้เจ้าหน้าที่ เห็นความสำคัญและปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สาย central line

2. ทบทวนให้ความรู้แก่บุคลากรให้ปฏิบัติตามแนวทางเดียวกัน
3. เปลี่ยน D/S เมื่อมีเลือดซึม หรือครบกำหนดเปลี่ยน
4. เน้นย้ำให้เจ้าหน้าที่ล้างมือก่อนทำหัตถการ หรือ ใส่สาย central line



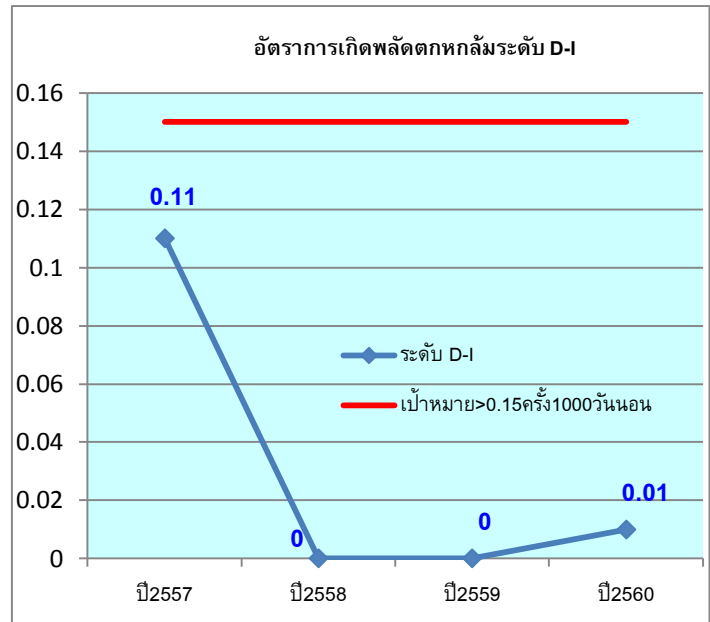
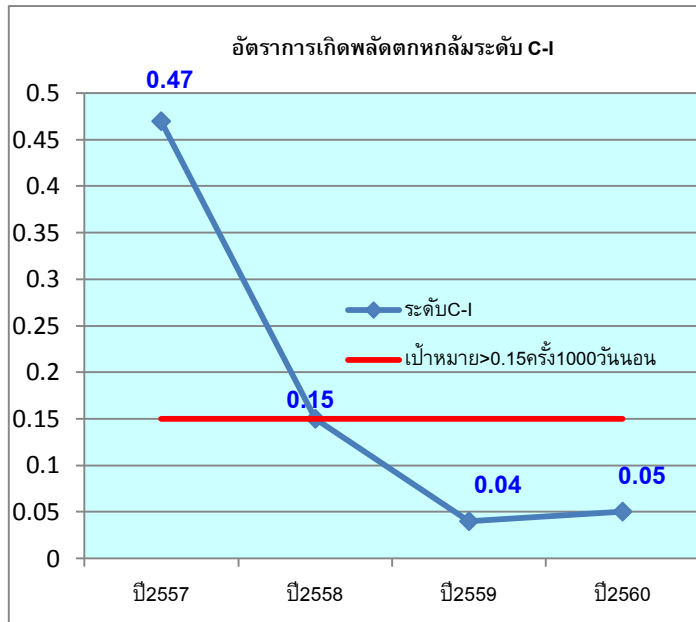
จากข้อมูล ตค 59- กย60 การติดตามแผลกดทับ พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้น อย่างต่อเนื่องส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วย Case Bed ridden และ Case Palliativeซึ่งไม่สามารถช่วยตัวเองในการทำกิจกรรมได้เลย ต้องใส่เป็น Pampers หรือ นอนรองตัว ผ้ายางผ้าขวางเตียง ซึ่งในบางรายปัสสาวะราดจนญาติให้นอนอยู่บนผ้ายาง หรือแม้กระทั่งไม่ปูผ้าปูที่นอน จึงทำให้ผิวหนังสัมผัสกับพื้นผิวยางที่มีความร้อนหรือจะชุ่มอยู่กับปัสสาวะใน Pampers ผสมกับอากาศที่ร้อนอบอ้าวด้วย จึงทำให้เกิดแผลกดทับได้ง่ายเพิ่มขึ้น สาเหตุ

1. จากการที่การพยาบาลไม่ปฏิบัติมีแนวทางปฏิบัติ
2. อุปกรณ์ป้องกันการเกิดแผลกดทับมีไม่เพียงพอ เช่น เตียง Alpha bed
3. ขาดการประเมินติดตามผิวหนังของผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ในแต่ละเวรตามความเป็นจริง

4. เจ้าหน้าที่ยึดความสะดวกสบายในการดูแลเรื่องการขับถ่าย โดยจะใส่ Pampers เป็นส่วนใหญ่และ จะเปลี่ยนต่อเมื่อเต็มหรือล้นออกมา

กิจกรรมพัฒนา

1. กระตุ้นให้พยาบาล เจ้าหน้าที่และญาติ เห็นความสำคัญต่อการประเมินผิวหนังที่ส่งผลต่อการเกิดแผลกดทับใหม่หรือการเพิ่มขึ้นของแผลกดทับ
2. ควบคุมให้เจ้าหน้าที่และการกระตุ้นญาติและผู้ป่วยการพลิกตะแคงตัว
3. ทำเรื่องเสนอขอจัดซื้อที่นอนลม
4. ใน Case ที่ผู้ป่วยเกิดแผลกดทับหรือมี Braden Score ≤ 18 ให้มีการประเมินผิวหนังทุกเวร ส่วนใน Case ที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย Braden score > 18 ให้มีการประเมินวันละครั้ง
5. การดูแลเรื่องการขับถ่าย โดยจะใส่ Pampers เปลี่ยนเมื่อเปียกทันที หรือใช้เป็นแบบป้อนเท่านั้น เพื่อไม่ให้เกิดการอับชื้น



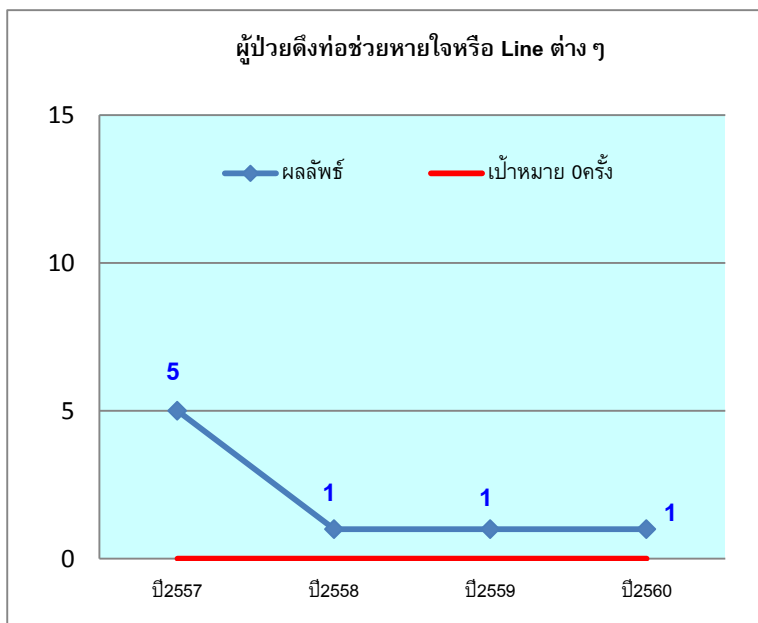
จากข้อมูล ตค 59-กย.60 อุบัติการณ์พลัดตกหกล้มยังคงเป็นปัญหาต่อเนื่อง จากการวิเคราะห์พบว่าเกิดในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีภาวะสับสน/หลงลืม

สาเหตุ

1. ไม่ได้ยกไม้กั้นเตียงขึ้น และในกลุ่มผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรัง (Alcohol withdrawal)
2. สาเหตุจากภาวะความไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกายและการได้รับข้อมูลถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้น
3. บุคลากรประเมินผู้ป่วยได้ไม่ดีและไม่ได้ประเมินผู้ป่วยตามความเป็นจริง และประเมินความเสี่ยงแรกรับและประเมินความเสี่ยงทุก 3 วัน
4. การจัดเตียงให้ผู้ป่วยไม่เหมาะสม ไม่สามารถมองเห็นได้
5. เตียงชำรุด
6. แบบประเมินการพลัดตกหกล้ม ไม่ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้ทุกกลุ่ม

กิจกรรมพัฒนา

1. ทบทวนอุบัติการณ์เกี่ยวกับการพลัดตกหกล้ม แก่เจ้าหน้าที่ทุกเดือน
2. มีการประเมินความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มทุกวัน โดยใช้แบบประเมินที่มีความครอบคลุมทุกกลุ่มผู้ป่วย
3. ยกเหล็กกั้นเตียงขึ้นทุกครั้งหลังให้การพยาบาล การเข้าห้องน้ำต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด
4. ในกลุ่มผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรัง ได้ทบทวนและหาแนวทางแก้ไขร่วมกับสหสาขาวิชาชีพร่วมกับทีมจิตเวช กำหนดแนวทางการรักษาจากรักษาและ restrain ในผู้ป่วยที่มีอาการสับสน
5. ชักประวัติการดื่มสุราและการติดสารเสพติดจากผู้ป่วยและญาติ กรณีที่ผู้ป่วยมีประวัติการดื่มสุรา ปรีกษาจิตเวช และ ผู้ป่วยที่ติดบุหรี่ ส่งปรึกษาศลินิกเลิกบุหรี่
6. ให้ข้อมูลอันตรายถึงการเกิดการพลัดตกหกล้ม ให้ผู้ป่วยและญาติเห็นความสำคัญ และ จัดทำผ้านวัตกรรมเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม
7. กรณีผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้ม ต้องจัด Zone ให้ผู้ป่วยนอนอยู่ในที่สามารถมองเห็นได้ชัดหรือให้ญาติเฝ้า



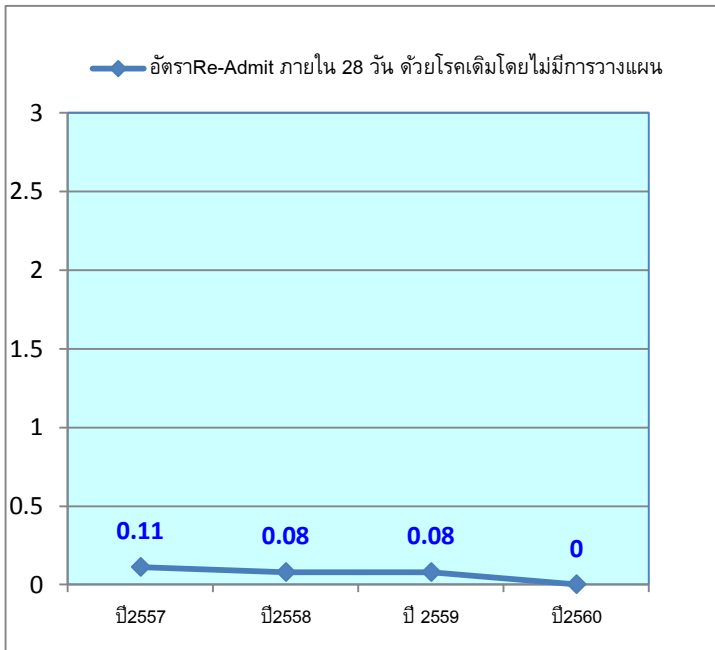
จาก พบว่ามีการดิ่งท่อหรือ line ต่าง ๆ อยู่แต่ก็ลดลง และจากการทบทวนจะพบว่า

สาเหตุ

1. ผู้ป่วยมีอาการสับสน
2. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมาวันแรกๆ ที่มีสายระบายติดตัวมา และไม่ได้รับทราบข้อมูล ก่อนการใส่สายระบายต่างๆ ไม่ทราบถึงความสำคัญ
3. อุปกรณ์ ผ้าผูกยึดมีไม่เพียงพอ
- 4.

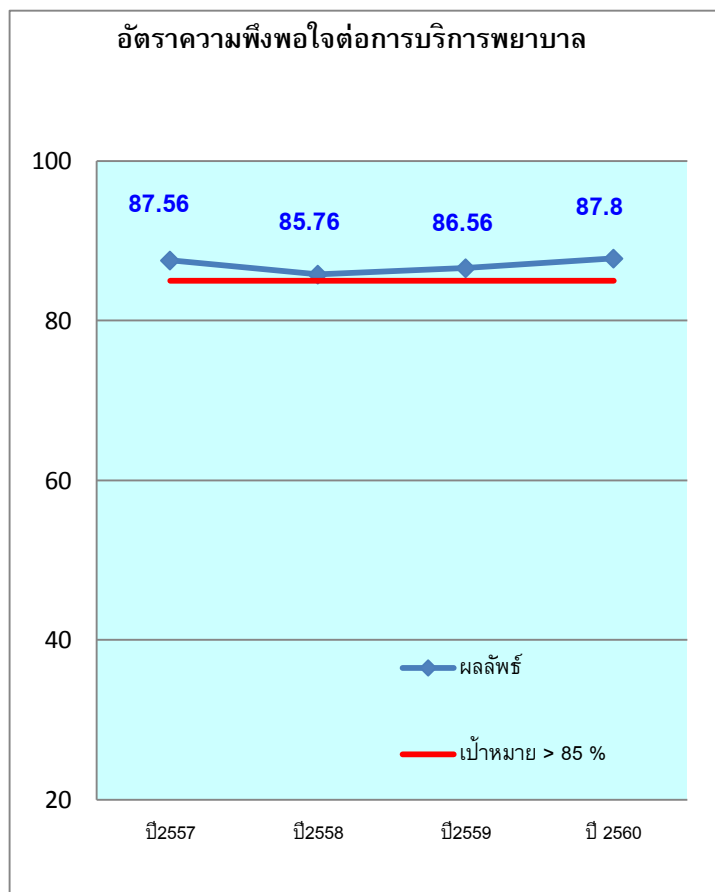
กิจกรรมพัฒนา

- ทบทวนอุบัติการณ์เกี่ยวกับการดิ่งท่อหรือ line ต่าง ๆ แก่เจ้าหน้าที่ทุกเดือน
- จัดหาวัสดุกรรม ผูกยึดเพื่อป้องกันการดิ่งท่อหรือ line ต่าง ๆ และประเมินสภาพอาการผู้ป่วยหรือระดับความรู้สึกตัวหลังผ่าตัด



อัตราการ Re-admit ภายใน 28 วัน มีอัตราที่ลดลงเนื่องจาก การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในกลุ่มผู้ป่วยที่เรื้อรังและ มีอุปกรณ์กลับบ้าน โดยให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล และรวมถึง

การทำสื่อสารสอน เช่น แผ่นพับ ให้ผู้ป่วย และญาติได้นำกลับไปศึกษาต่อที่บ้าน



ตค. 59-พค.60 พบว่าความพึงพอใจจากผู้ป่วยและญาติ คิดเป็นร้อยละ 87.80% ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดีแต่เมื่อเทียบกับปีก่อนหน้าและได้นำข้อที่ผู้ป่วยและญาติ มาแก้ไขปรับปรุง ซึ่งได้แก่

1. การให้คำแนะนำ และการให้ข้อมูลของพยาบาลเกี่ยวกับการรักษา และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่
2. ความสะอาดและความ เป็นระเบียบของหน่วยงาน และห้องน้ำ หยากไย
3. การให้ข้อมูลของพยาบาลก่อนให้การพยาบาลแต่ละครั้ง
4. พฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่ ไม่เหมาะสม

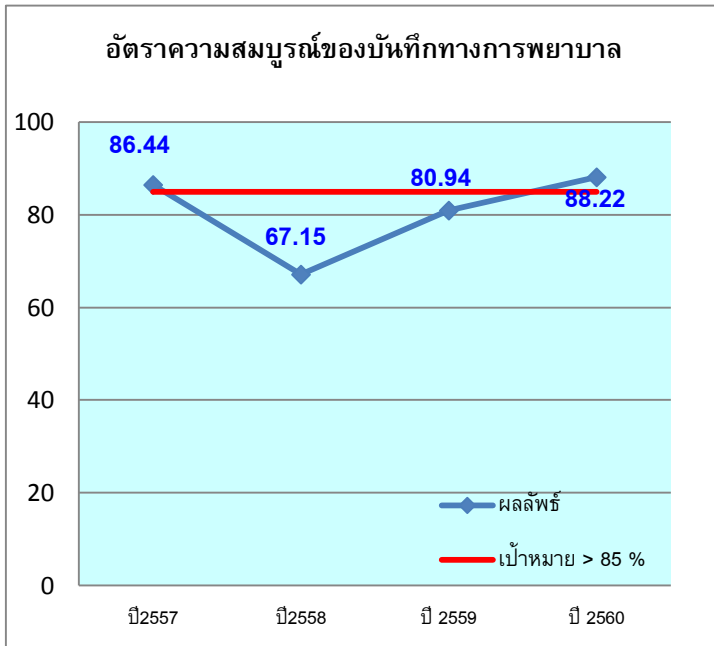
แนวทางแก้ไข

1. ทบทวนอุปกรณ์ข้อร้องเรียนหรือคำแนะนำของ ผู้ป่วยและญาติ แก่เจ้าหน้าที่ทุกระดับ

2. ให้ข้อมูลและคำแนะนำแก่ผู้ป่วย โดยเริ่มตั้งแต่ผู้ใช้บริการได้เข้ามาใช้บริการในหน่วยงาน ในเรื่องของการปฏิบัติตัว กฎระเบียบต่างๆ รวมถึงการให้ข้อมูลในเรื่องของแผนการรักษาที่จะได้รับ และ ให้ผู้ป่วยและญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาด้วย

3.จัดทำเอกสารแผ่นพับให้ความรู้เฉพาะโรคต่างๆ

4.ปรับปรุงพื้นที่และความสะอาดในหน่วยงาน, ห้องน้ำ, หน้าตึก และบริการที่ผู้ป่วยและญาติเพื่อผ่อนคลายความเครียดจากการ



ตค.59- พค.60 พบอัตราความสมบูรณ์ของแบบบันทึกทางการแพทย์ คิดเป็น 88.22 % จากเดิมจะมีการ Audit Chart ของคณะกรรมการบันทึกทางการแพทย์ในหน่วยงานร่วมกับหัวหน้าหน่วยงาน มีการปรับเปลี่ยนเกณฑ์และวิธีการ Audit Chart จากคณะกรรมการบันทึกทางการแพทย์จากฝ่ายการพยาบาลโดยมีการตรวจไขว้หน่วยงาน ปัญหาที่พบในการ Audit Chart พบว่า

สาเหตุ

- การวินิจฉัยทางการแพทย์ไม่ครอบคลุม
- การวางแผนทางการแพทย์ไม่สอดคล้องกับปัญหา และการรักษาของแพทย์ ,ไม่มีข้อมูลสนับสนุนที่เป็นปัจจุบัน
- ขาดการประเมินผลของกิจกรรมการพยาบาล

แนวทางแก้ไข

- คณะกรรมการบันทึกทางการแพทย์แจ้งผลการ Audit Chart แก่หน่วยงานเพื่อปรับปรุงและทบทวนการเขียนบันทึกทางการแพทย์ ตามมาตรฐานที่กำหนด
- การสื่อสารข้อมูลชัดเจนและได้มีการนิเทศทางคลินิกในกลุ่ม 5โรคสำคัญ เพื่อให้การวางแผนการพยาบาล ได้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์

กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน :

1. ระบบยา มีแนวทางการบริหารยา High Alert Drug, การเฝ้าระวังติดตามอาการที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา มีการทบทวนอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาการทบทวนระบบบริหารยาโดยการใช้หลัก 7R มีการกำหนดการใช้แถบสติ๊กเกอร์ IV สีรุ้งและติดป้าย High Alert Drug ในการระมัดระวังยากลุ่ม High Alert Drug ที่เป็นยาฉีด

2. ระบบในการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง 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 และไปบันทึก Discharge planning จะทำทุก Case โดยบันทึกตามแบบฟอร์ม กรณีที่ไม่ต้องส่งให้งานเวชศาสตร์ครอบครัวต้องเยี่ยมบ้านให้เก็บใส่ไว้ในเวชระเบียน กรณีที่ต้องให้มีการเยี่ยมบ้านให้ส่งที่ฝ่ายการพยาบาลแล้วฝ่ายการจะส่งให้กับงานเวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อเยี่ยมบ้านต่อไป สำหรับนอกเขต ทางหน่วยงานเวชศาสตร์ครอบครัวจะประสานไปยังเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง

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

6.ระบบ IC มีการปฏิบัติตามแนวทาง เรื่องการเฝ้าระวังการติดเชื้อการเกิด CAUTI และ CABS I 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 เพื่อเป็นการลดเชื้อในสิ่งแวดล้อมและส่งผ้าฆ่ามันซักทุกครั้งเมื่อไม่มีการใช้เตียงนั้นๆ และทบทวนชีวิตและ ทบทวนความเสี่ยงในหน่วยงาน

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

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

9.การจัดการกับความเจ็บปวดเป็น มีการประเมินการบันทึกความเจ็บปวด ให้เป็น 5 vital sign และ มีการส่งปรึกษาแผนก pain control หน่วยงานวิสัญญี

การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ :

วัตถุประสงค์/ กลยุทธ์	การพัฒนา คุณภาพ/ แนวคิด	วิธีการดำเนินการ	เครื่องชี้วัด & Target	ระดับที่ปฏิบัติได้
1.การพัฒนา ศักยภาพ บุคลากร	ส่งเสริมด้านการ เรียนรู้ให้กับ เจ้าหน้าที่พยาบาล	1.การทำ case conference ในกลุ่มโรคที่ ซับซ้อน 2.จัดส่งบุคลากรอบรมทั้ง ภายในและภายนอก โรงพยาบาล 3.จัด training need ใน หน่วยงาน โดยแพทย์ ศัลยกรรมมาให้ความรู้ 4.การกำหนด completnency พยาบาลแต่ ละระดับ	1.บุคลากรได้รับการ พัฒนาความรู้ ความสามารถ ในด้าน การดูแลผู้ป่วย ตาม กลุ่มโรคที่ conference 1 เรื่อง /สัปดาห์ 2.บุคลากรแต่ละระดับ ผ่าน completnency ตามที่กำหนด	1.การทำ conference 1 เรื่อง /สัปดาห์ 2.บุคลากรแต่ละระดับ ผ่าน completnency ตามที่กำหนด 3. Training need ใน หน่วยงาน โดยแพทย์ ศัลยกรรมมาให้ความรู้

วัตถุประสงค์/ กลยุทธ์	การพัฒนา คุณภาพ/ แนวคิด	วิธีการดำเนินการ	เครื่องชี้วัด & Target	ระดับที่ปฏิบัติได้
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้และลดอัตราการกลับมารักษาด้วยโรคเดิมหรือไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน	การวางแผนการจำหน่าย	<ol style="list-style-type: none"> พัฒนาแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลุ่มโรคที่ซับซ้อน จัดทำตารางโปรแกรมการสอนและแผนการสอนผู้ป่วยอย่างชัดเจนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลครบถ้วน จัดทำตารางเตือนความจำแผนการสอนสุขศึกษา ส่งต่อหน่วยงานเวชศาสตร์ครอบครัวในการเยี่ยมชม ติดตาม หรือ หาแหล่งสนับสนุนอุปกรณ์ 	1. อัตราการ Re- admit ภายใน 28 วัน	อัตราการ Re- admit และการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีลดลง
3. ผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดที่เหมาะสมและได้รับการประเมินก่อนและหลังได้รับยา	การบริหารจัดการความปวด	<ol style="list-style-type: none"> ให้การประเมินความเจ็บปวดเป็นสัญญาณชีพที่ 5 ประเมินซ้ำหลังได้รับยา เช่น iv 10 – 15 นาที M 30 นาทีและยารับประทาน 1 ชั่วโมง หรือกรณีไม่ใช้ยาประเมินซ้ำ 30 นาที ประเมิน v/s ก่อนและหลังให้ยา 15 นาที ประเมิน pain score และ sedative score ก่อนและหลังได้รับยาบรรเทาปวด 	อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยได้รับการจัดการกับความเจ็บปวดอยู่ในระดับมาก 80%	อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยในการจัดการความเจ็บปวด % และมีการประเมิน pain score และ sedative score ก่อนและหลังได้รับยาบรรเทาปวด
4. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เคยรับประทานอย่างต่อเนื่อง	การพัฒนา medication reconciliation	1. เมื่อผู้ป่วยรับใหม่และรับย้ายทุกราย พยาบาลจะต้องซักประวัติการแพ้ยาโรคประจำตัว และที่ผู้ป่วยทานประจำ พร้อมทั้งเก็บยาเดิมผู้ป่วยมาตรวจสอบและให้แพทย์ดู	อัตราการทำ medication reconciliation 100%	มีการทำ medication reconciliation เพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์/ กลยุทธ์	การพัฒนา คุณภาพ/ แนวคิด	วิธีการดำเนินการ	เครื่องชี้วัด & Target	ระดับที่ปฏิบัติได้
		<p>2.แพทย์เขียน medication reconciliation และ ส่งใบไปพร้อมกับยาเดิมผู้ป่วยให้ห้องยา</p> <p>3.เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ให้ นำใบ medication reconciliation และยาเดิม และ order D/C ผู้ป่วยส่งให้ห้องยา</p>		
<p>5.เพื่อป้องกัน ความเสี่ยงต่อการ พลัดตกหกล้ม</p>	<p>การป้องกันการ พลัดตกหกล้ม</p>	<p>1.มีการนิเทศและกำกับติดตามการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม/ การป้องกัน</p> <p>2.การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องการเกิดพลัดตกหกล้ม และการป้องกัน</p> <p>3.สื่อสารแนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้มสู่ผู้ปฏิบัติ</p> <p>4.มีการปรับปรุงแบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มให้มีความละเอียดและครอบคลุมกับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้อย่างแท้จริง</p> <p>5.ได้มีการวางแผนจัดแยก Zone ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงที่ต้อง Isolate ให้มีความปลอดภัย โดยติดตาม monitor ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด</p> <p>6.กรณีผู้ป่วยมีอาการสับสนให้ญาติเฝ้าได้</p>	<p>1.อัตราการพลัดตกหกล้มระดับ C-I น้อยกว่า 0.15 ต่อ 1,000 วันนอน</p> <p>2.อัตราการพลัดตกหกล้มระดับ D-I เท่ากับ 0 ต่อ 1,000 วันนอน</p>	<p>การพลัดตกหกล้มในหอผู้ป่วยหลังจากได้ปรับเปลี่ยนกระบวนเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มการพบว่ายังไม่เกิดอุบัติเหตุ</p>

วัตถุประสงค์/ กลยุทธ์	การพัฒนา คุณภาพ/ แนวคิด	วิธีการดำเนินการ	เครื่องชี้วัด & Target	ระดับที่ปฏิบัติได้
6.เพื่อป้องกัน การเกิดภาวะ Alcohol withdrawal	การพัฒนาแนว ทางการประเมิน และเฝ้าระวังการ เกิดภาวะ Alcohol withdrawal	1.เมื่อรับใหม่หรือรับย้าย ผู้ป่วยทุกราย พยาบาลจะ ซักประวัติการดื่มสุรา และ สารเสพติด กรณีที่ผู้ป่วยมี ประวัติดื่มสุราและสารเสพ ติด จะเฝ้าระวังการเกิด ภาวะ Alcohol withdrawal และส่งปรึกษาจิตเวช 2.จัดให้ผู้ป่วยอยู่ใน Zone ที่สามารถมองเห็นได้ 3.กรณีที่ผู้ป่วยที่มีอาการ สับสน วุ่นวาย จะให้ญาติ เฝ้าและถ้าวุ่นวายมากต้อง ขออนุญาตผูกมัด	ผู้ป่วยไม่ได้รับอันตราย จากภาวะ Alcohol withdrawal	ผู้ป่วยที่มีประวัติดื่มสุรา และสารเสพติด มีการ เฝ้าระวังการเกิดภาวะ Alcohol withdrawal และส่งปรึกษาจิตเวช และไม่เกิดอันตราย
7.เพื่อป้องกัน การติดเชื้อ CABSI	การพัฒนาแนวทาง การเฝ้าระวังการติด เชื้อ CABSI ใน	1.ปฏิบัติตามแนวทางการ ดูแลผู้ป่วยที่ใส่สาย Central line และ Picc line 2.เปลี่ยน D/S ทุก 3 วัน และเมื่อมีเลือดซึม 3.เมื่อต้องใช้เส้นให้ยาหรือน้ำ เกลือให้เช็ดทำความสะอาด สะอาดข้อต่อด้วย 2% chohexidine 4.กรณีที่มี site Central line และ Picc line มีบวม แดง ให้ notify แพทย์ ทราบทันที	อัตราการเกิดการติด เชื้อ 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. พัฒนาความรู้และทักษะ Competency พยาบาลในเหตุการณ์ที่สำคัญและกลุ่มโรคเสี่ยงทางศัลยกรรม หรือ 5 โรคสำคัญและการผ่าตัดผ่านกล้องทางเดินอาหาร
3. พัฒนาการค้นหาและป้องกันความเสี่ยงในหน่วยงานและการทบทวนอุบัติการณ์
4. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โดยใช้ early warning sing เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินวางแผนการดูแลที่รวดเร็ว ป้องกัน/ลดการเกิดภาวะPre-arrest และภาวะแทรกซ้อนจากโรค
5. ลดการติดเชื้อในแผลผ่าตัดเพื่อป้องกันการเกิดแผลติดเชื้อในแผลสะอาด