

Service Profile

หน่วยงานผู้ป่วยในชาย

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา

Service Profile โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา

หน่วยงานผู้ป่วยในชาย

1. บริบท (Context)

ก. หน้าที่และเป้าหมาย

บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่รับไว้นอนในโรงพยาบาล อย่างปลอดภัยตามมาตรฐานวิชาชีพ เป็นที่พึงพอใจ และสามารถดูแลตนเองได้

ข. ขอบเขตบริการ (Scope of service)

1. การให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่รับไว้นอนในโรงพยาบาลจำนวน ๓๐ เตียง เป็นผู้ป่วยทาง ศัลยกรรม อายุรกรรม จิตเวช หู คอ จมูก กุมารเวชกรรมที่แพทย์สั่งใช้ยา Antibiotic ผู้ป่วยติดเชื้อโควิด
2. การให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยห้องพิเศษ ๓ ห้อง
3. การให้บริการผู้ป่วยห้องแยกโรคจำนวน ๒ ห้องเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
4. ส่งต่อผู้ป่วยภาวะวิกฤติ ที่เกินศักยภาพของโรงพยาบาลตามศักยภาพโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ระดับ ๒.๒

ค. ความต้องการของผู้รับผลงานที่สำคัญ

๑. แพทย์

- รายงานแพทย์ด้วยข้อมูลที่ครบถ้วน ถูกต้องและชัดเจน
- สังเกตอาการและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้รวดเร็วและถูกต้อง
- ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ได้ถูกต้องและทันเวลา

๒. งานผู้ป่วยนอก

- ในกรณีเตียงผู้ป่วยในตึกเต็มสามารถจัดเตียงเสริมได้อย่างรวดเร็ว
- ความถูกต้อง สะดวก รวดเร็วในการประสานงาน

๓. งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

- เตรียมรับผู้ป่วยได้ถูกต้องและรวดเร็ว
- ประสานงานก่อนการยืมเครื่องมืออย่างถูกต้อง ชัดเจน และคืนเครื่องมือที่ยืมทันทีเมื่อเสร็จ

ภารกิจ

๔. งานผู้ป่วยในหญิง

- กรณีอัตรากำลังขาด(ฉุกเฉิน) ขออัตรากำลังเสริมชั่วคราวได้
- ประสานงานก่อนการยืมเครื่องมืออย่างถูกต้อง ชัดเจน และคืนเครื่องมือที่ยืมทันทีเมื่อเสร็จ

ภารกิจ

๕. งานชั้นสูตร

- ความถูกต้องและครบถ้วนในการเก็บส่งตรวจ

- ประสานงานก่อนส่ง Lab ด่วนและ Lab พิเศษที่ตกลงกันได้ ก่อนส่งไปตรวจ
- การส่งต่อข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่กันเองภายในหน่วยงานในกรณีที่ได้รับแจ้งจากงานชั้นสูง
- การส่ง lab ผ่านทางระบบ Hos XP ให้ตรงกับ specimen ที่ส่ง และตรงกับแผนการรักษา

ของแพทย์

๖. งานเภสัชกรรม

- การรายงานและบันทึกความคลาดเคลื่อนทางยา
- การประสานงานการรับยาหรือเวชภัณฑ์ด่วนที่ถูกต้อง
- การจัดเก็บยาอย่างถูกต้องและไม่มียาหมดอายุในหออผู้ป่วย
- การเช็ค Stock ยาและเวชภัณฑ์ทุกวันและการเบิกยาและเวชภัณฑ์ใน Stock ให้

มีใช้เพียงพอ

- การส่งคำสั่งการรักษาของแพทย์ตรงตามเวลาที่กำหนด

๗. งานเอกซเรย์

- การประสานงานล่วงหน้ากรณีผู้ป่วยหนักหรือผู้ป่วยติดเตียง
- ให้ศิษย์ชนิดของการFilmตามแพทย์สั่ง ลงในคอมพิวเตอร์ให้ถูกต้อง

๘. งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน

- ความรวดเร็วและถูกต้องในการรายงานโรค
- กรณีมี case ที่ต้องเยี่ยมบ้านมีการประสานงานข้อมูลครบถ้วน ถูกต้องและ

รวดเร็ว

๙. งานเวชระเบียน

- การส่ง Chart ผู้ป่วยจำหน่ายก่อนเวลา ๑๕.๐๐ น. ของทุกวัน
- กรณีเยี่ยม OPD card ให้ส่งคืนตามเวลาที่กำหนด

๑๐. งานซักฟอกและจ่ายกลาง

- มีการแยกผ้าและเครื่องมือถูกต้องตามแนวทางปฏิบัติ
- ก่อนส่งผ้าให้คลายปมผ้าให้เรียบร้อย(ผ้าปูที่นอน)
- Set เครื่องมือบางอย่าง เช่น Set miner ให้ Check ความครบถ้วนของเครื่องมือ

ก่อนส่ง

๑๑. งานโรงครัว

- แจ้งยอดอาหารให้ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์และครบถ้วน ทันเวลา
- ติดป้ายบอกประเภทอาหารและอาหารที่จำกัดในผู้ป่วยแต่ละรายอย่างครบถ้วน

๑๒. งานควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล

- ปฏิบัติงานตามมาตรฐานการควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาลอย่างเคร่งครัด

๑๓. งานบริหาร-การเงิน

- ตรวจสอบหลักฐานการเบิกจ่ายเงินค่าตอบแทนให้ถูกต้องและครบถ้วนเสร็จสิ้น

ภายในวันที่ 5 ของเดือนถัดไป

๑๔. งานซ่อมบำรุง

- ตรวจเช็คเบื้องต้นเครื่องมือและอุปกรณ์ได้และดูแลรักษาเครื่องมือ/อุปกรณ์ต่างๆ
- มีการประสานแจ้งซ่อมเครื่องมือ อุปกรณ์ต่างๆ โดยผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์
- ช่วยดูแลในกรณีออกซิเจนไปป์ไลน์หมด

๑๕. งานยานพาหนะ

- ประสานงานการใช้รถด้วยข้อมูลที่ถูกต้องและครอบคลุม

๑๖. งานรักษาความปลอดภัย

- การปิดประตูของตึกผู้ป่วยในตามเวลาที่กำหนด

๑๗. ผู้ป่วยและญาติ

- ต้องการให้สถานที่ภายในตึกสะอาด และมีห้องน้ำที่สะอาดไม่ชำรุดบ่อย
- ต้องการให้มีเสื้อผ้า ผ้าปูที่นอน และผ้าห่มพอใช้ไม่ชำรุด

ง. ความต้องการในการประสานงานภายในที่สำคัญ

ผู้รับมอบผลงาน	ความต้องการในการประสานงานที่สำคัญ
๑ ผู้รับมอบผลงานภายในหน่วยงานที่สำคัญ	๑.มีแนวทางการปฏิบัติและการสื่อสารตรงกันแก้ปัญหาได้ชัดเจน ๒.มีการประสานงานที่ถูกต้อง รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ
๒ ผู้รับมอบผลงานภายนอกหน่วยงานที่สำคัญ	๑.มีแนวทางการปฏิบัติและการสื่อสารตรงกันแก้ปัญหาได้ชัดเจน ๒.มีการประสานงานที่ถูกต้อง รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ ๓. มีการรับ-ส่งต่อ ผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ๔. ข้อมูลถูกต้อง ชัดเจน

จ. ลักษณะสำคัญของงานบริการและ ปริมาณงาน

- บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยทุกประเภท ที่มีปัญหาไม่ซับซ้อนมากนัก โดยมีแพทย์ทั่วไปประจำตลอด ๒๔ ชั่วโมง และมีแพทย์ทั่วไปประจำหน่วยงาน ๑ คน
- มีเจ้าหน้าที่หมุนเวียนปฏิบัติงานทุก 8 ชั่วโมง ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 1๑ คน ผู้ช่วยพยาบาล ๒ คน เหลือคนไข้ ๒ คน เสมียนตึก 1 คน การกระจายจัดอัตราส่วนการดูแลผู้ป่วย เวรเช้า ๑ : ๖ เวรบ่าย ๑ : ๘ เวรตึก ๑ : ๑๒ โดยจัดอัตรากำลังประจำวัน เวรเช้า ๔ คน เวรบ่าย ๒ คน เวรตึก ๒ คน ภาระงาน (Productivity) เฉลี่ยร้อยละ 81.25 มีการบริหารอัตรากำลังให้เพียงพอกับภาระงานโดยการ จัดอัตรากำลังเสริมเมื่อ Productivity มากกว่า 120 % หรือมีจำนวนผู้ป่วยทั่วไปเวรเช้า ๒๗ ราย เวรบ่าย ๒๑ ราย เวรตึก ๓0 ราย

จ. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ(Key Quality Issues)

๑. พัฒนาระบบบริการ สามารถประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับและให้การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยตามมาตรฐานวิชาชีพ เป็นที่พึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ และสามารถดูแลตนเองได้

๑.๑ พัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคฉุกเฉิน(MI,Stroke,Sepsis,MHI)

๑.๒ พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (DM, HT, COPD),

๑.๓ พัฒนาแนวทางการประเมินผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะวิกฤต โดยมีการทำ Early warning signและใช้เครื่องมือ 4 รุ่ง ,SOS Score, Pneumonia score , Alvarado score ในการดูแลป้องกันภาวะความเสี่ยง ในแต่ละรายโรค

๑.๔ พัฒนาการวางแผนการจำหน่ายเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องดูแลต่อที่บ้าน

๑.๕ พัฒนาระบบความเสี่ยงและการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อขณะที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล

๒. พัฒนาคาความสมบูรณ์ของเวชระเบียน โดยพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยใช้กระบวนการ 5 ขั้นตอน(APINE)

๓. พัฒนาระบบการรับส่งเวรแบบSBAR เป็นเครื่องมือสื่อสารส่งมอบข้อมูล

- situation = สถานการณ์ที่รายงาน อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน การรักษาที่ได้รับ ,ผลการตรวจต่างๆ , สัญญาณชีพ บอกอาการที่พบในเวลานั้น

- Background =ข้อมูลภูมิหลังสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต บอกยา และIV ที่ได้รับ

- Assessment = การวินิจฉัยทางการแพทย์

- Recommendation = มีการส่งในทีม เพื่อให้ผู้ป่วยได้ดูแลต่อเนื่อง

ช.ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ

-ความเสี่ยงทั่วไป

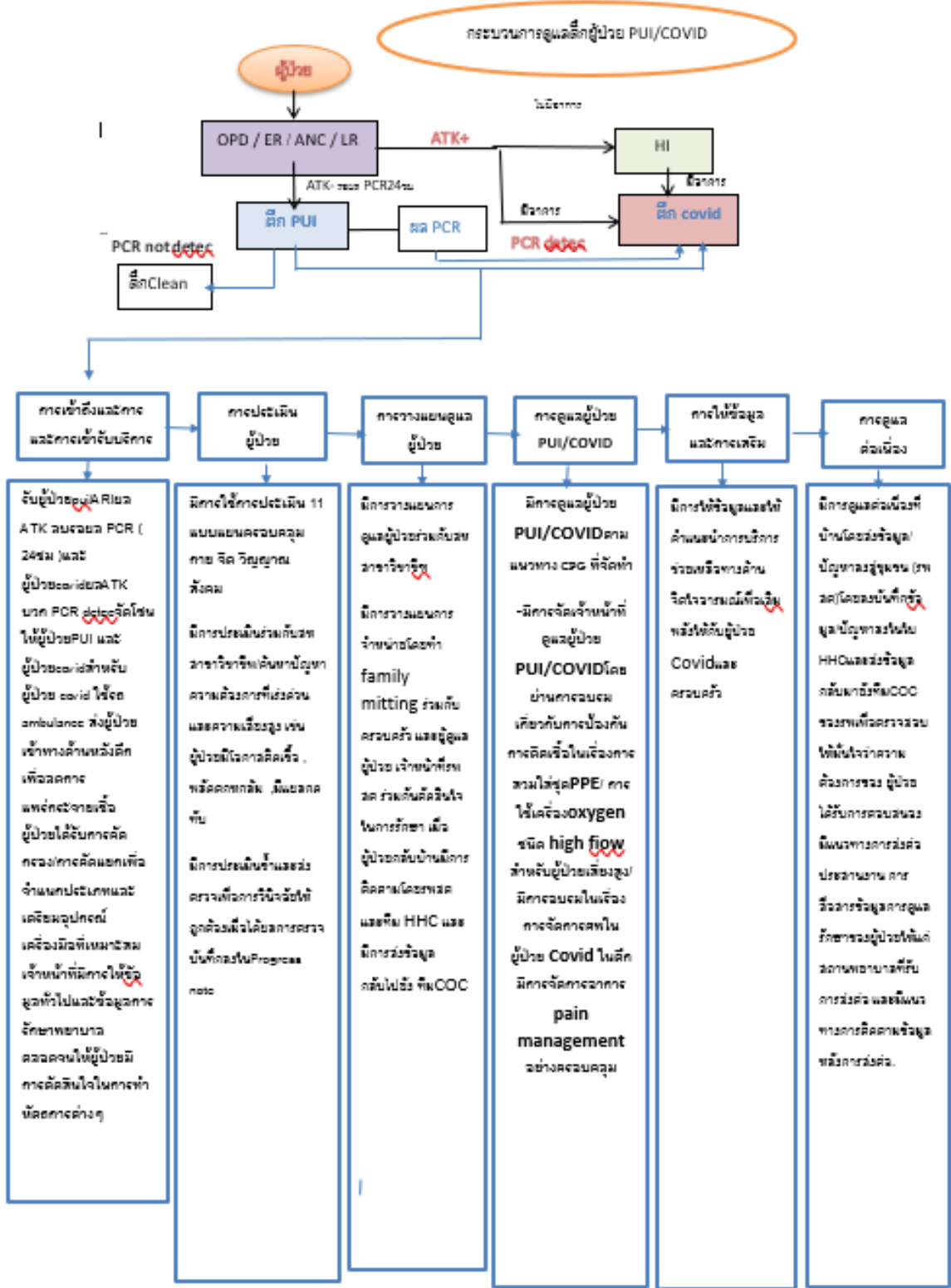
-ความเสี่ยงทางคลินิก

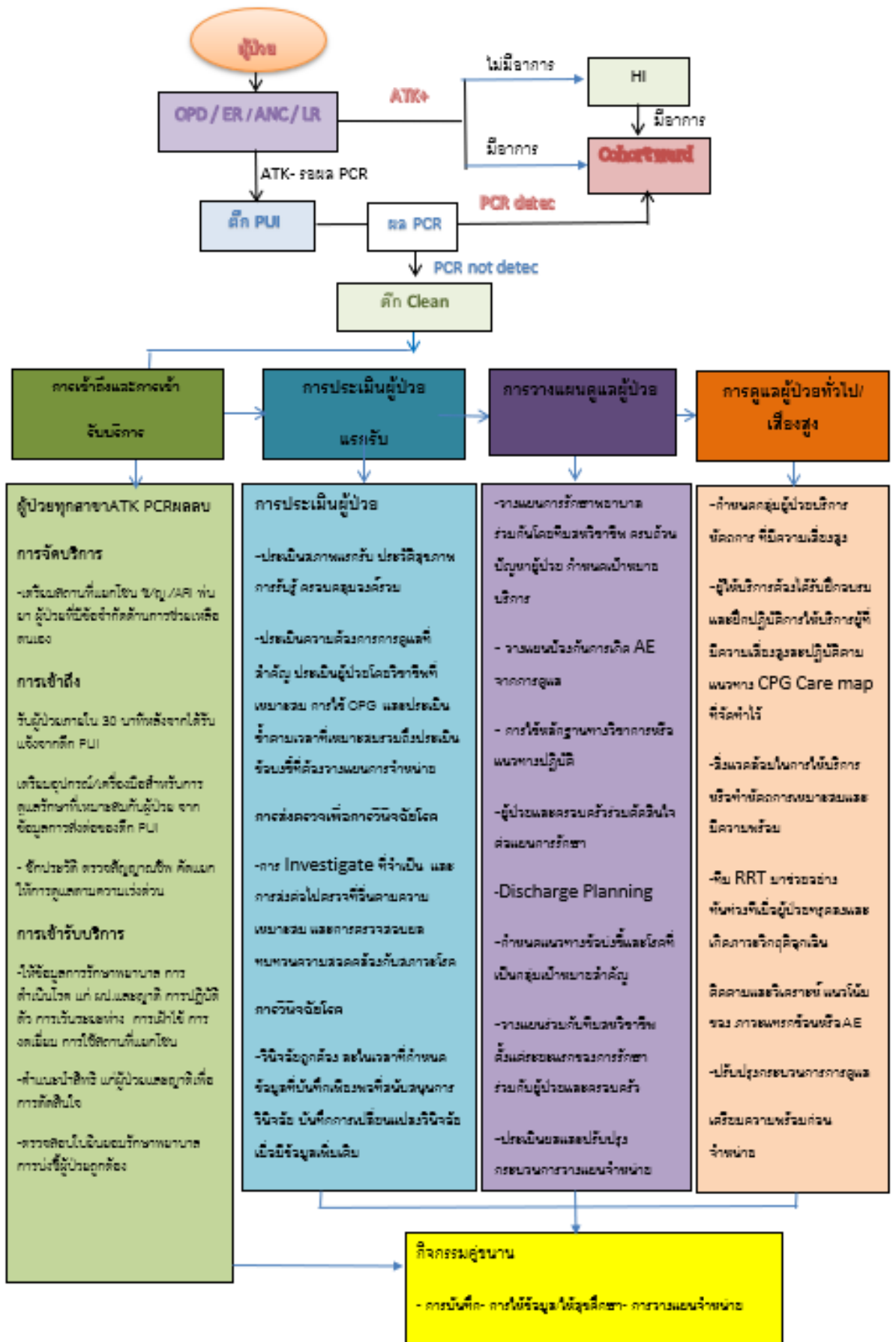
-ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค

Risk Description	ความถี่ในการทบทวน	Result of Review	Residual Risk level	ความถี่การเกิด	ความรุนแรง	Risk level ระดับความเสี่ยง	Risk Prevention มาตรการป้องกันและถ่ายโอนความเสี่ยง	QI Plan
ติดสติ๊กเกอร์ผิดคน ในระเบียบผู้ป่วย	ทุก3เดือน	ผลการทบทวนในปี2564 TOP5 พบอุบัติการณ์patient identificationเป็นอันดับที่2 ซึ่งในปี2564ได้วางแนวทางไว้คือให้ติดสติ๊กเกอร์โดยให้หัวหน้าเวรเป็นผู้ตรวจสอบ แต่อุบัติการณ์ในเรื่องนี้ยังมีแนวโน้มที่สูงขึ้น โดยในไตรมาสแรกของปี2564พบ TOP5 เป็นอันดับที่1 ซึ่งอาจเกิดจากภาระงานของหัวหน้าเวรในแต่ละเวรจึงทำให้อุบัติการณ์ไม่ลดลง ในปี2564ไตรมาสแรกจึงได้มีการปรับปรุงกระบวนการใหม่ โดยให้เจ้าหน้าที่ทุกคนเป็นผู้ตรวจสอบและการออกแบบกระบวนการทำงานใหม่ เพื่อให้อุบัติการณ์ลดลง	2	4	2	8	1.การกำหนดแนวทางปฏิบัติการระบุตัวผู้ป่วย 2.มีการRe-checkชื่อ-สกุลผู้ป่วยแทนเตียงก่อนติดสติ๊กเกอร์ทุกครั้ง 3.มีการตรวจสอบก่อนส่งใบorderไปห้องยา โดยinchargeที่รับคำสั่งแพทย์กับmemberที่ตามroundแพทย์ 4.สุ่มประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการติดสติ๊กเกอร์ และตัดคะแนนหากไม่ปฏิบัติตามแนวทาง	1.พัฒนาแนวทางการทำchartรับใหม่ของผู้ป่วย โดยให้ติดสติ๊กเกอร์ชื่อ-สกุลในใบnoteและใบorder 3 ใบ ตั้งแต่แรก
CPM205 Medication error (Administration)	ทุก3เดือน	ผลการทบทวนในปี2564TOP5 พบอุบัติการณ์Administrationเป็นอันดับที่3 แต่ในปี2564ไตรมาสแรก พบAdministrationเป็นอันดับที่2 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี2563พบอุบัติการณ์ในเรื่องการให้สารน้ำที่ผิดพลาด มีการวางแนวทางแก้ไขทำให้ไม่พบอุบัติการณ์ในเรื่องการให้สารน้ำ ในไตรมาสแรก2564พบอุบัติการณ์การให้ยาไม่ครบ/ไม่ให้ยา5 ครั้งสาเหตุเนื่องจากขาดการตรวจสอบข้อมูลการได้รับยาของผู้ป่วยในmed sheet จึงได้ปรับกระบวนการใหม่เพื่อให้ง่ายต่อการตรวจสอบ	3	4	2	8	1.กำหนดแนวทางการบริหารยาในหอผู้ป่วย ให้ตรวจสอบข้อมูลการได้รับยาจากorderแพทย์และMed sheet ทุกครั้ง 2.กรณีข้อมูลการได้รับยาของผู้ป่วยไม่ตรงกัน ให้ประสานงานกับเภสัชกร 3.ประชุมชี้แจงแนวทางการบริหารยา 1.พยาบาลที่ได้รับมอบหมายตรวจสอบข้อมูลการได้รับยาของผู้ป่วย 2.กรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาการทานยาให้ส่งเวรและบันทึกหน้าchart เพื่อให้พยาบาลเป็นผู้บริหารยา	1.พัฒนาระบบการลงบันทึกข้อมูลการได้รับยาของผู้ป่วย โดยแยกข้อมูลยา รับประทานกับยาฉีด ให้แยกบันทึกคนละใบ เพื่อการตรวจสอบง่ายขึ้น
CPP301 Misdiagnosis or delay diagnosis จนเกิด ความรุนแรงระดับGHI ผู้ป่วย severe sepsis วินิจฉัยผิดพลาด	ทุก1เดือน	ผลการทบทวนเหตุการณ์ผู้ป่วย severe sepsis มาด้วย ใช้ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตัวมา3วันได้เจาะเลือด รอผลออก1ชม.20 นาที ทำให้ล่าช้าในการรักษา และผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อย หลังเข้าอนในตึก ได้ใส่tube referยะลา ลึก22cm แต่tube เลื่อน28cm	2	3	4	12	1.กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วย sepsis ของรพ. 2.กำหนดกลุ่มผู้ป่วยความเสี่ยงสูงที่ต้องcomplet LAB ก่อน admit โทรประสานงานเจ้าหน้าที่LAB เมื่อผลเลือดได้เข้า 3.พยาบาลambuต้องตรวจสอบtubeทุก 10 นาที/. ตรวจสอบtube และติดเทป3mให้แน่น	พัฒนาความรู้บุคลากรที่ไม่อยู่ในงานประจำ

Risk Description	ความถี่ในการทบทวน	Result of Review	Residual Risk level	ความถี่การเกิด	ความรุนแรง	Risk level ระดับความเสี่ยง	Risk Prevention มาตรการป้องกันและถ่ายโอนความเสี่ยง	QI Plan
ผู้ป่วยในให้ยาผิดชนิด	ทุก1เดือน	ในปี2565 พบ Administration ทั้งหมด 19 ครั้งอุบัติการณ์มีแนวโน้มลดลง แต่อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นถึงตัวผู้ป่วยแล้วเป็นระดับ c 17 ครั้ง คือ ไม่ได้ให้ยา เป็นระดับ D คือการฉีดยาผิดชนิด 2 ครั้ง ส่งผลให้ต้องเฝ้าระวังเพิ่มมากขึ้นเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาผิดชนิดซึ่งสาเหตุของอุบัติการณ์เกิดจากขาดการตรวจสอบยาฉีดที่ห้องยาจัดมาเมื่อห้องยาจัดยามาฉีด เจ้าหน้าที่ไม่ตรวจสอบ นำไปฉีดให้ผู้ป่วยทันทีทำให้เกิดอุบัติการณ์นี้ขึ้น จึงมีการปรับปรุงการบริหารยาให้ผู้ป่วย โดยเน้นการปฏิบัติตามมาตรฐาน 6 R	4	4	3	12	1.ไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด โดยไม่ได้เช็คยาใน order กับ Med sheet กำหนดแนวทางการบริหารยาในหอผู้ป่วย ให้ตรวจสอบยาฉีดที่ห้องยาจัดมาให้หน่วยงานกับการดยาฉีดทุกครั้ง 2.จัดทำแผนป้ายการบริหารยา เพื่อเน้นย้ำให้ปฏิบัติตาม	1.จัดทำแผนติดประกาศการบริหารยา เพื่อเน้นย้ำให้พยาบาลใช้หลัก 10 R
Phebitis grade 2	ทุก1เดือน	ปี2565 พบอุบัติการณ์ phlebitis 1 ครั้ง ระดับ2 มีมีบวมแดงแต่ไม่มีหนอง มีอาการปวดเล็กน้อย แนวโน้มของอุบัติการณ์ที่ส่งผลต่อผู้ป่วยมีแนวโน้มที่ดีขึ้น สาเหตุที่เกิดอุบัติการณ์ในปี2565 เนื่องจากขาดการround IVและเข็มHL มาตรการที่ได้ออกแบบไว้คือให้เปลี่ยนบริเวณที่แทงเข็มทุก4 วัน และให้มีการroundบริเวณที่แทงเข็มพร้อมกับวัดV/Sทุก4 ชม. โดยnurse aid ตรวจสอบซ้ำโดยพยาบาล	4	3	3	9	1.กำหนดแนวทางปฏิบัติการOn IV และHLตามหลักIC 2.ประชุมชี้แจงวิธีปฏิบัติการOn IV และHLตามหลักIC 3.ให้nurseaid วัดV/Sและround บริเวณที่แทงเข็มทุก4ชม. 4.พยาบาลมีการround IV ทุก 8 ชม.	1.จัดทำใบ Round IV แบบใหม่ และมีการ Roundทุก4 ชม. โดยNA หากพบผิดปกติให้ลงบันทึกในแบบฟอร์ม และแจ้งพยาบาลทราบ
ไม่ล้างมือก่อนให้สารน้ำ ไม่ล้างมือก่อนทำแผล ไม่ล้างมือก่อนดูแลหะ	ทุก1เดือน	ปี2565 พบอุบัติการณ์ไม่ล้างมือก่อนทำหัตถการ 14 ครั้ง อุบัติการณ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สาเหตุเนื่องจาก ขาดการกำหนดจุดที่ต้องวางAlcohol hand rup เจ้าหน้าที่จึงขาดการล้างมือก่อนทำหัตถการ	4	4	1	4	1.กำหนดข้อบังคับในการล้างมือ 2.กำหนดจุดที่จะจัดวางน้ำยาล้างมือก่อนทำหัตถการ เดิมวางไว้ที่รถให้สารน้ำเพียงจุดเดียว เพิ่มจุดวาง 2 จุด คือจุดที่เตรียมsetทำแผล และ จุดรถดูแลหะ 3 ประชุมชี้แจงการปฏิบัติตามหลัก IC เน้นย้ำการล้างมือ	1.จัดทำป้ายติดประกาศ เน้นย้ำการล้างมือ ติด บริเวณที่ทำหัตถการ ต่างๆ

ช. ลักษณะงานและปริมาณงาน





สถิติผู้มารับบริการ	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖ (ต.ค-ธค ๖๕)
จำนวนผู้ป่วยใน	๒,๐๔๓ ราย	๒,๗๖๖ ราย	๑,๕๒๕ ราย	๑,๙๓๗ ราย	๖๗๙ ราย
อัตราครองเตียง(ร้อยละ) สูตร จำนวนวันนอนทั้งหมด คูณ ๑๐๐/จำนวนเตียง ๓๐ คูณ ๓๖๕ วัน	๗๒.๔๙	๙๑.๘๔	๔๖.๕๗	๑๐๒.๑๐ ราย(รวม Covid)	๗๔.๗๗ ราย
ผู้ป่วยนอนเฉลี่ย / วัน สูตร จำนวน วัน นอน ทั้งหมด/๓๖๕ วัน	๒๑.๗๕	๒๗.๕๕	๑๓.๙๗	๓๐.๖๓	๒๒.๔๓
จำนวนวันนอน	๕,๙๘๑ วัน	๑๐,๐๕๗ วัน	๕,๑๐๐ วัน	๑๑,๑๘๐ วัน	๒,๐๑๙ วัน
ผู้ป่วยนอนเฉลี่ยคนละ/วัน สูตร จำนวน วัน นอน ทั้งหมด/จำนวนผู้ป่วย ทั้งหมด	๒.๙	๓.๖๓	๓.๓	๕.๗๗ (เป็น ช่วงผู้ป่วยโควิด)	๒.๙๗
จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต	๓ ราย -COPD c AE(ปฏิกิริยา การรักษา) COPD c AE(paritive care) -CHF c CKDstage 4 ปฏิเสธ การรักษา	๓ ราย -Tumor lysis syndrome -sever pneumoni a respiratory failure -HF	๑ ราย CA(parativ e care)	๓ ราย -CA lung(paritati ve care) -MCA	-

สถิติโรคที่พบบ่อย 5 อันดับโรคแรก

ปี ๒๕๖๒		ปี ๒๕๖๓		ปี ๒๕๖๔		ปี ๒๕๖๕		ปี ๒๕๖๖(ต.ค-ธค๖๕)	
โรค	จำนวน	โรค	โรค	จำนวน	จำนวน	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน
Baterial Pneumonia	๓๓๙	Baterial Pneumonia	Baterial Pneumonia	๑๑๙	๓๑๒	Baterial Pneumonia	๑๙๖	Baterial Pneumonia	๑๙๙
Diarrhea and gastroenteritis	๑๗๓	Diarrhea and gastroenteritis	Diarrhea and gastroenteritis	๑๐๒	๒๘๘	Diarrhea and gastroenteritis	๑๗๘	Diarrhea and gastroenteritis	๑๐๑
DHF	๑๖๙	DHF	COPD	๔๐	๗๘	COPD	๘๒	COPD CHF	๔๐
COPD	๑๓๕	CHF	CHF	๒๗	๗๕	CHF	๗๘	CHF	๒๗
CHF	๘๗	COPD	Acute bronchitis	๑๑	๗๒	Acute bronchitis	๔๔	Asthma	๑๔

โรคที่เสียชีวิต 5 อันดับแรก

ปี ๒๕๖๓(๕ราย)		ปี ๒๕๖๔(๑ราย)		ปี ๒๕๖๕		ปี ๒๕๖๖(ต.ค-ธค๖๕)	
โรค	ราย	โรค	ราย	โรค	ราย	โรค	ราย
Sepsis lepto	๒	CA lung	๑	CA lung	๒	-	-
Septic shock	๑			MCA(head	๑		

				injury)			
HF	๑						
-Tumor lysis syndrome	๑						

โรคส่งต่อ 5 อันดับแรก

ปี ๒๕๖๓		ปี ๒๕๖๔		ปี ๒๕๖๕		ปี ๒๕๖๖ (ต.ค-ธค๖๕)	
โรค	ราย	โรค	โรค	ราย	ราย	โรค	ราย
กลุ่มโรคหัวใจ (CHF, Nonstem i)	๑๐	กลุ่มโรคหัวใจ (CHF, Nonstemi)	กลุ่ม โรคหัวใจ (CHF, No nstemi)	๘	๑๕	Pneumoniaใน เด็ก	๒
sepsis	๖	Pneumoniaในเด็ก	UGIB	๒	๓	Appendic	๒
Appendic	๓	APSGN	UTI Septic shock	๒	Pneum oniaใน เด็ก		
Pneumoniaใน เด็ก	๓	MHI	Pneum oniaใน เด็ก	๒	๒		
DHFcthrombo cytopenia	๓		COPD c AE	๑			

ณ . ศักยภาพและข้อจำกัดในด้านผู้ปฏิบัติงาน เครื่องมือ เทคโนโลยี

ปริมาณงานและทรัพยากร(คน เทคโนโลยี เครื่องมือ)

- บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยทุกประเภท ที่มีปัญหาไม่ซับซ้อนมากนัก โดยมีแพทย์ทั่วไปประจำตลอด ๒๔ ชั่วโมง และมีแพทย์ทั่วไปประจำหน่วยงาน ๑ คน
- มีเจ้าหน้าที่หมุนเวียนปฏิบัติงานทุก 8 ชั่วโมง ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 1๓ คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 5 คน เสมียนตึก 1 คนการกระจายจัดอัตรากำลัง เวรเช้า: ปาย : ตึก เป็น 40 : 35 : 25 โดยจัดอัตรากำลังประจำวัน เวรเช้า เวรปาย เวรตึก เป็น 5 : 3 : 2 ภาระงาน (Productivity) เฉลี่ยร้อยละ 81.25 มีการบริหารอัตรากำลังให้เพียงพอกับภาระงานโดยการจัดอัตรากำลังเสริมเมื่อ Productivity มากกว่า 120 % หรือมีจำนวนผู้ป่วยทั่วไป ≥ 35 ราย

เครื่องมือ

- เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 1 เครื่อง
- เครื่องกระตุ้นหัวใจไฟฟ้า 1 เครื่อง
- Laryngoscope 2 ชุด
- เครื่องวัดความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 2 เครื่อง
- รถ Emergency พร้อมอุปกรณ์การช่วยชีวิตตามมาตรฐาน 1 คัน
- เครื่องเจาะ DTX 1 เครื่อง
- เครื่องควบคุมการหยุดของน้ำเกลือ 6 เครื่อง
- เครื่องวัดความดันแบบดิจิตอล ๒ เครื่อง

ศักยภาพและข้อจำกัดในด้านผู้ปฏิบัติงาน เครื่องมือ เทคโนโลยี

ข้อจำกัด	การแก้ไข
<p>1. ด้านผู้ปฏิบัติงาน</p> <p>ความรู้ความสามารถและประสบการณ์ของเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ ได้แก่</p> <p>1.1 เรื่อง การช่วยฟื้นคืนชีพในเด็กและผู้ใหญ่ ด้านทักษะการ การตรวจและแปลผลคลื่นหัวใจ</p> <p>1.2 เรื่องการใช้เครื่องมือพิเศษ เช่น เครื่องกระตุ้นหัวใจไฟฟ้า อุปกรณ์การแพทย์ใหม่ๆ</p>	<p>๑. มีการจัดอบรมฟื้นฟู เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพโดยให้เจ้าหน้าที่เข้าร่วมทุกคน.</p> <p>๒. จัดอบรมพยาบาลในเรื่องการตรวจและแปลผลคลื่นหัวใจ</p> <p>๑ มีการจัดอบรมการใช้เครื่องมือพิเศษ โดยทีมเครื่องมือ</p>

ญ. ประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพที่เกี่วข้อง

บุคลากรในหน่วยงาน

๑ ด้านอาชีวอนามัย

- ส่งเสริมการทำกิจกรรม ๕ ส

- ส่งเสริมการป้องกันโรคด้วยการฉีดวัคซีน Covid 19 , วัคซีนไขหวัดใหญ่ รมรงค้ให้เจ้าหน้าที่ใส่หน้ากากอนามัย และเมื่อทำห้ตถการในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงให้ใส่ชุด PPE จุดเน้นให้มีการล้างมือก่อนและหลังทำห้ตถการ

๒ ด้านการส่งเสริมสุขภาพร่างกายและจิตใจ

- ให้เจ้าหน้าที่ตรวจสุขภาพประจำปี

- ส่งเสริมและสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ได้ร่วมกิจกรรมออกกำลังกาย ทุกป่วยวันพุธ

ผู้ป่วยที่รับการร้การในหน่วยงาน

๑ การเสริมพลังผู้ป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรัง ให้มีความรู้ สามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องเหมาะสมภายหลังจำหน่ายกลับบ้าน

2.กระบวนการสำคัญ (key Processes)

กระบวนการสำคัญ	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ	ความเสี่ยง	ตัวชี้วัดสำคัญ
1. เตรียมความพร้อม 1.1 เตรียมอุปกรณ์ 1.2 เตรียมเจ้าหน้าที่	- ผู้ป่วยและญาติได้รับความสะดวก รวดเร็ว ปลอดภัย มีความพึงพอใจในการเตรียมอุปกรณ์ - ผู้ป่วยได้รับการบริการรวดเร็ว และถูกต้อง	- อุปกรณ์ เครื่องมือไม่เพียงพอและไม่พร้อมใช้ต่อการปฏิบัติงาน - ผู้รับบริการได้รับอุบัติเหตุจากเครื่องมือเครื่องใช้ไม่พร้อมใช้ - เสี่ยงต่อผู้รับบริการได้รับบริการล่าช้า	- จำนวนอุบัติเหตุ ความไม่พร้อมใช้ของเครื่องมืออุปกรณ์ การแพทย์ - ระดับความพึงพอใจของผู้ รับบริการผู้ป่วยใน
2. รับใหม่ 2.1 ประเมินสภาพแรก รับ	- ผู้ป่วยได้รับการประเมินสภาวะเบื้องต้นอย่างถูกต้องและ	- ประเมินอาการไม่ถูกต้องและครอบคลุม	- ร้อยละของความสมบูรณ์ของการ

<p>2.2 Patient Identification</p> <p>2.3 ตรวจสอบใบยินยอมให้การรักษาพยาบาล</p> <p>2.4 ปฐมนิเทศทั่วไปและการรักษาพยาบาล</p>	<p>ครอบคลุมและมีการบันทึกข้อมูลถูกต้องครบถ้วน- ผู้ป่วยได้รับการประเมินสถานะเบื้องต้นอย่างถูกต้องและครอบคลุมและมีการบันทึกข้อมูลถูกต้องครบถ้วน</p> <p>- เพื่อวางแผนการรักษาพยาบาลได้ถูกคน</p> <p>- ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลการรักษาค่าที่จะเกิดขึ้น</p> <p>- เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล</p>	<p>- เสี่ยงต่อการรักษาพยาบาลผิดคน</p> <p>- เสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้องและความไม่พึงพอใจของผู้รับบริการ</p> <p>- ผู้ป่วยไม่ทราบข้อมูลในการรักษาพยาบาล</p> <p>- ผู้ป่วยและญาติไม่ให้ความร่วมมือ</p> <p>- ผู้ป่วยและญาติขาดความเข้าใจและปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง</p>	<p>บันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน</p> <p>- ร้อยละความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนทางการพยาบาลผู้ป่วยใน</p> <p>- ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยใน</p> <p>- จำนวนผู้ป่วยไม่สมัครใจ รับการรักษาต่อจากการให้บริการ/การรักษาพยาบาล</p> <p>- จำนวนผู้ป่วยไม่สมัครใจรับการรักษาต่อจากการให้บริการ/การรักษาพยาบาล</p>
<p>กระบวนการสำคัญ</p>	<p>สิ่งที่คาดหวัง</p>	<p>ความเสี่ยง</p>	<p>ตัวชี้วัดสำคัญ</p>
<p>2.5 คำแนะนำสิทธิของผู้ป่วย</p>	<p>- ผู้ป่วยรับทราบสิทธิผู้ป่วย 10 ประการ</p>	<p>- การละเมิดสิทธิผู้ป่วย</p>	<p>- จำนวนข้อร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการการพยาบาล</p>
<p>2.6 ตรวจสอบการขึ้นสูตร</p>	<p>- ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยทางปฏิบัติการที่ถูกต้อง รวดเร็ว</p>	<p>- ผู้ป่วยได้รับการตรวจวิเคราะห์ค่าซ้ำและไม่ครบถ้วน</p>	<p>- จำนวนผู้ป่วย MI วินิจฉัยผิดพลาด / ค่าซ้ำ</p>

<p>3. การดูแลรักษาพยาบาล</p> <p>3.1 วางแผนการรักษาพยาบาล</p> <p>3.2 ตรวจชั้นสูตร/รังสี</p> <p>3.3 ให้ยา, สารน้ำทางหลอดเลือดดำ, เลือดและสารประกอบของเลือด</p> <p>3.4 หัตถการต่างๆ , ภาวะแทรกซ้อน</p>	<p>- ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ถูกต้องและรวดเร็ว</p> <p>- ผู้ป่วยได้รับการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการถูกต้องตามมาตรฐานกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์</p> <p>- ผู้ป่วยได้รับยา, สารน้ำทางหลอดเลือดดำ, เลือดและสารประกอบของเลือดถูกต้องตามหลัก 6 Right</p> <p>- ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน</p>	<p>- การวินิจฉัยผิดพลาด</p> <p>- วินิจฉัยทางการพยาบาลไม่ครอบคลุม</p> <p>- ได้รับการตรวจวิเคราะห์ไม่ครบถ้วนและไม่ถูกต้อง</p> <p>- อ่านคำสั่งการใช้ยาของแพทย์ไม่ชัดเจน คัดลอกผิดพลาด</p> <p>- ความผิดพลาดในการให้ยาและสารน้ำ</p> <p>- เกิดภาวะติดเชื้อทางหลอดเลือดดำ</p> <p>- เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังทำหัตถการ</p>	<p>- ร้อยละความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนทางการพยาบาลผู้ป่วยใน</p> <p>- ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยใน</p> <p>- อัตราความคลาดเคลื่อนในการให้ยา/สารน้ำ</p> <p>- อัตราการติดเชื้อทางหลอดเลือดดำจากการให้สารน้ำ</p> <p>- อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังทำหัตถการ</p>

กระบวนการสำคัญ	สิ่งที่คาดหวัง	ความเสี่ยง	ตัวชี้วัดสำคัญ
3.5 การพยาบาลต่าง ๆ	- ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการพยาบาลเป็นกระบวนการพยาบาลแบบองค์รวมตามสิทธิของผู้ป่วย และได้รับความเคารพในความเป็น	- ผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤตโดยไม่คาดฝัน (arrest) <p>- ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่สมเหตุสมผล</p>	- จำนวนผู้ป่วยในตายไม่สมเหตุสมผล <p>- ร้อยละของการทำ CPR ที่มี</p>

<p>3.6 โภชนาการ</p>	<p>บุคคล ได้รับการพยาบาลอย่างรวดเร็ว นุ่มนวล ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน สุขสบาย</p> <p>- ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำตรงตามแผนการรักษา</p>	<ul style="list-style-type: none"> - เกิดภาวะ Hypoglycemia ในผู้ป่วย DM ขณะนอนโรงพยาบาล - การติดเชื้อในผู้รับบริการจากการรักษาพยาบาล - ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้หลังจำหน่าย - ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันด้วยโรคเดิมโดยไม่ได้วางแผนหรือมาก่อนวันนัด <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการบริการไม่ครบถ้วนตามมาตรฐานการพยาบาล - ผู้ให้บริการขาดความรู้และทักษะ - เบิกอาหารไม่ถูกต้องตามแผน - จัดอาหารไม่ครบถ้วนและไม่ตรงตามแผน - ภาชนะไม่สะอาด 	<p>ประสิทธิภาพ (ภายใน 4 นาที)</p> <ul style="list-style-type: none"> - อัตราการเกิดภาวะ Hypoglycemia ในผู้ป่วยDM ขณะนอนโรงพยาบาล - อัตราการติดเชื้อทางหลอดเลือดดำจากการให้สารน้ำ - อัตราการติดเชื้อจากการใส่สายสวนปัสสาวะ - ร้อยละของผู้ป่วย DMกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน <p>- ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยใน</p>
---------------------	---	--	---

กระบวนการสำคัญ	สิ่งที่คาดหวัง	ความเสี่ยง	ตัวชี้วัดสำคัญ
<p>3.7 การประเมินซ้ำ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ - แก้ไขและวางแผนการรักษาใหม่ให้ถูกต้องและครอบคลุมมากขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยไม่ได้รับการเฝ้าระวัง การตรวจเยี่ยมหรือการติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่องอาจเข้าสู่ภาวะวิกฤติโดยไม่คาดฝัน เช่น หายุด 	<ul style="list-style-type: none"> - จำนวนผู้ป่วยในตายไม่สมเหตุผล - ร้อยละของความสมบูรณ์ของการ

	<ul style="list-style-type: none"> - การพยาบาลบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ - ผู้ป่วยได้รับการติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่อง - ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ 	<p>หายใจ , หัวใจหยุดเต้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - การรายงานล่าช้า ไม่ครอบคลุม ไม่ชัดเจน ขาดข้อมูลสนับสนุนที่น่าเชื่อถือ หรือผู้รายงานขาดความรู้ความเข้าใจ - ไม่มีการนำผลลัพธ์ของการสังเคราะห์ข้อมูลไปใช้ - ผู้ป่วยไม่พึงพอใจในการให้บริการ - การประเมินซ้ำไม่ได้รับการส่งต่อ 	<p>บันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนทางการพยาบาล ผู้ป่วยใน - ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ ผู้ป่วยใน
<p>4. การจำหน่าย</p> <p>4.1เตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย</p> <p>4.2 การส่งต่อ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การส่งต่อหากรักษาไม่ได้ - การส่งต่อเพื่อดูแลที่บ้าน 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาลก่อนจำหน่าย - เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ดีและถูกต้องตามความเหมาะสม - ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่องตามความเหมาะสม - ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาล - ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันด้วยโรคเดิม - ผู้รับบริการขาดความมั่นใจในการที่จะมารับบริการในครั้งต่อไป - ผู้รับบริการไม่ต้องการรับการส่งต่อเนื่องจากไม่สะดวกต่อตนเองและครอบครัว - การส่งต่อล่าช้าเนื่องจากอุปกรณ์ / เจ้าหน้าที่ไม่พร้อม - ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตามสภาพโรคเนื่องจากขาดการประสานงานที่ดีระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 	<ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละของผู้ป่วย DM กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน - จำนวนผู้ป่วย MI ส่งต่อล่าช้า - จำนวนผู้ป่วย MI เสียชีวิตที่ รพ.หรือขณะส่งต่อ-24 ชั่วโมงหลังส่งต่อ - ร้อยละของผู้ป่วย DM, HT, COPD ที่ต้องส่งต่อได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง (HHC)
กระบวนการสำคัญ	สิ่งที่คาดหวัง	ความเสี่ยง	ตัวชี้วัดสำคัญ
4.3 นัดติดตาม	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยได้รับการนัดติดตามและมาตามนัดเพื่อการรักษาที่ต่อเนื่อง 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยไม่ได้รับการนัดติดตามตามแผนการรักษาของแพทย์ - ผู้ป่วยมาก่อนวันนัด 	<ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละของผู้ป่วย DM, HT, COPD กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน

<p>5. การให้สุขศึกษา</p> <p>- การบันทึก</p>	<p>- ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูล สุขศึกษาที่เป็นแนวทางในการ ปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง</p> <p>- เพื่อการบันทึกที่ถูกต้องครบถ้วน สามารถตรวจสอบสืบค้นกลับได้ และนำมาใช้ประโยชน์ในการเป็น แนวทาง การรักษาต่อไป</p>	<p>- ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ได้รับ ข้อมูลสุขศึกษา ทำให้ไม่สามารถ ปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและทำให้เกิด ความวิตกกังวลได้</p> <p>- การลงบันทึกในเวชระเบียน ทางการรักษาพยาบาลไม่ ครบคลุม ไม่สามารถดูแล ต่อเนื่องได้ครอบคลุมทุกปัญหา</p>	<p>- อัตราการเกิดภาวะ Hypoglycemia ใน ผู้ป่วยDM ขณะนอน โรงพยาบาล</p> <p>- อัตราเด็กมีไข้ชักซ้ำ ขณะนอน โรงพยาบาล</p> <p>- ร้อยละของผู้ป่วย DM, HT, COPD กลับมารักษาซ้ำ ภายใน 28 วัน</p> <p>- ร้อยละของความ สมบูรณ์ของการ บันทึกเวชระเบียน ผู้ป่วยใน</p> <p>- ร้อยละความ สมบูรณ์ของการ บันทึกเวชระเบียน ทางรักษาพยาบาล ผู้ป่วยใน</p>
---	--	---	---

3 . แผนพัฒนาคุณภาพ

ประเด็นคุณภาพที่ สำคัญ/ความท้อ หายที่สำคัญ	เป้าหมาย/วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัดและผลลัพธ์	กิจกรรมพัฒนา
1. พัฒนาการดูแล ผู้ป่วย sepsis1.		--อัตราการ Delay Refer ผู้ป่วย Severe Sepsis /Septic	1. ใช้แนวทางในการประเมิน ผู้ป่วย sepsis ของเขตบริการ

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ/ความท้าทายที่สำคัญ	เป้าหมาย/วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัดและผลลัพธ์	กิจกรรมพัฒนา
		shock ปี 6๑ = ๑ ราย ปี 6๒ = ๑ ราย ปี 6๓ = ๓ ราย ปี 6๔ = ๑ ราย ปี 6๕ = ๐ ราย ปี ๖๕ = ๑ ราย -อัตราการตาย ผู้ป่วย Sepsis ปี ปี 6๑ = ๑ ราย ปี 6๒ = ๐ ราย ปี 6๓ = ๐ ราย ปี 6๔ = ๐ ราย ปี 6๕ = 0 ราย	สุขภาพที่ 12 2. พัฒนาศักยภาพพยาบาล เจ้าหน้าที่เทคนิคการแพทย์ ในการประเมินผู้ป่วย sepsis การดูแลรักษาและการส่งต่อ 1. กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วย sepsis, severe sepsis และ septic shock 2. กำหนดระบบการรายงานผลการชันสูตร และค่าวิกฤติ 3. เริ่มยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังจากได้รับการวินิจฉัย 4. ใช้ระบบ fast tract ในการดูแลรักษาและส่งต่อผู้ป่วย severe sepsis และ septic shock การเข้าถึงบริการ -พัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพ -มีการนิเทศพยาบาล ระบุบุคคลเรื่องการประเมินและดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ SEPSIS -
๒. พัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดภาวะ Hypoglycemia ในขณะนอนโรงพยาบาล	-ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่นภาวะ Hypoglycemia ขณะนอนร.พ	- จำนวนครั้งผู้ป่วยเบาหวานเกิดภาวะ Hypoglycemia ขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ปี ครั้ง ปี 59 = ๑ ครั้ง ปี 6๒ = ๑ ครั้งปี 6๔	๑. ประเมินภาวะน้ำตาลต่ำในผู้ป่วย DM with Hypoglycemia ๒. ประเมินการรับประทานอาหารขณะเจาะ DTX ทุกมื้อ

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ/ความท้าทายที่สำคัญ	เป้าหมาย/วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัดและผลลัพธ์	กิจกรรมพัฒนา
	<p>- ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดการ Readmit ภายใน ๔๘ ชั่วโมง</p>	<p>= ๑ ครั้ง</p> <p>- ร้อยละผู้ป่วยเบาหวาน re-admitted ปี 58 = ๑ ครั้ง ปี 59 = 0 ครั้ง ปี 60 = 0 ครั้ง ปี 6๓ = ๑๑ ครั้ง ปี 6๔ = 0 ครั้ง</p>	<p>๓. เจ้าหน้าที่เฝ้าระวังและ ส่งเวร case ที่มีภาวะเสี่ยงต่อ Hypoglycemia</p> <p>๔. วางแผนจำหน่ายร่วมกับวิชาชีพที่เกี่ยวข้องดูแลตามปัญหาผู้ป่วย เช่น โภชนาการให้ความรู้ในการรับประทานอาหารและอาหารแลกเปลี่ยน และมีการคำนวณแคลอรีในผู้ป่วยแต่ละราย เกสซิกดูแลเรื่องการไ้ยา กายภาพทุเรื่อง การออกกำลังกาย และทีม HHC ติดตามเยี่ยมบ้านในรายที่มีปัญหา</p> <p>๕. สื่อสารการดูแลโดยใช้สมุดประจำตัวผู้ป่วยเบาหวาน</p>
<p>3. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในโรคที่สำคัญของหน่วยงาน COPD</p>	<p>-- ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น COPD Respiratory failure ขณะนอน ร.พ</p> <p>- ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดการ Readmit ภายใน ๔๘</p> <p>- ลด</p>	<p>- จำนวนครั้งการเกิดภาวะ COPD Respiratory failure ขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ปี 58 = 0 ครั้ง ปี 6๒ = ๑ ครั้ง ปี 6๓ = ๑ ครั้ง ปี 6๔ = ๐ ครั้ง ปี 6๕ = ๐ ครั้ง</p> <p>- ร้อยละผู้ป่วย COPD Re-admitt</p> <p>ปี 6๓ = ๓๖ ครั้ง ปี 6๔ = ๑๐ ครั้ง ปี 6๕ = ๑๗ ครั้ง</p>	<p>การประเมิน</p> <p>1. ใช้แนวทางในการประเมินสมรรถนะผู้ป่วย COPD</p> <p>การดูแลรักษาและการส่งต่อ</p> <p>๑. พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย COPD ได้แก่ CPG, CNPG, Early warning sign</p> <p>๒. มีการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิด respiratory failure อย่างใกล้ชิดและมีการส่งเวรอย่างละเอียด</p>

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ/ความท้าทายที่สำคัญ	เป้าหมาย/วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัดและผลลัพธ์	กิจกรรมพัฒนา
			๓. วางแผนการดูแลร่วมกับสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ๔. วางแผนการจำหน่ายและมีการส่งให้ทีม HHC ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

4. . ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤติโดยไม่คาดคิด	เพื่อให้ประเมินภาวะวิกฤตฉุกเฉินได้ทันทั่วทั้งที่	- - จำนวนผู้ป่วยใน ตายไม่สมเหตุสมผลปี -จำนวนผู้ป่วย MI ส่งต่อล่าช้า- -โรคปอดอักเสบในเด็ก 0-5 ปีพบภาวะ respiratory failure	ประเมินสมรรถนะเจ้าหน้าที่และประชุม / อบรม ในการประเมินผู้ป่วยและการจัดการภาวะวิกฤต - ทบทวนภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิดและความเสี่ยงที่สำคัญที่ส่งผลในระดับความรุนแรง G-I กับทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง - ทบทวนแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะวิกฤต ทำ early warning sign
5.พัฒนาระบบการบริหารยาadmin erow เพื่อลดการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาและสารน้ำ	- เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในการให้สารน้ำไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้ป่วย -เพื่อป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในระดับ C-I	- อัตราความคลาดเคลื่อนในการให้ยาและสารน้ำ ปี 59 = 2 ครั้ง (near miss 1 ครั้ง) ปี 6๒ = ๒๓ ครั้ง ปี 6๔ = ๗ ครั้ง ปี 6๕ = ๑๙ ครั้ง	- แนวทางการบริหารยา และการบันทึกเวลาที่บริหารยา: โดยบริหารยา 6 R อย่างปลอดภัย - โครงการดักจับ A B Pt. ปลอดภัย - ลดการคัดลอกยาของพยาบาล - พัฒนาระบบการ re-check ทุกกระบวนการ - แนวทางการให้สารน้ำทาง

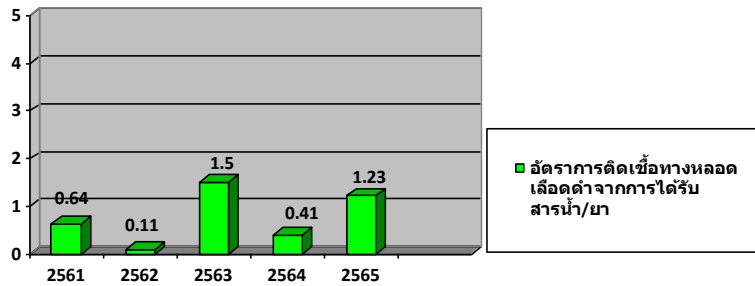
			หลอดเลือดดำ - assigns การ control IV โดยใช้การตรวจเช็คซ้ำและ ควบคุมการให้สารน้ำทาง หลอดเลือดดำ
--	--	--	--

๔. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ตัวชี้วัดของหน่วยงาน

ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน				
			๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
๑	อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา/สารน้ำ	๐.๕ ต่อ ๑๐๐๐ วันนอน	๘.๖๑ (๒๒ ครั้ง)	๑๒.๘๒(๒๐ ครั้ง)	๒.๗๐ (๗ ครั้ง)	(0.๖๕) (๒๕ ครั้ง)	((0.๗๘) ๑๕ ครั้ง)
๒	อัตราร้อยละเด็กมีไข้ชักซ้ำขณะนอน โรงพยาบาล	๐	๐	๐	๐	๐	๐
๓	อัตราการติดเชื้อทางหลอดเลือดดำ จากการให้สารน้ำ/ยา	๒ ต่อ ๑๐๐๐ วันนอน	๑.๕ (๓ ราย)	๑.๗ (๓ ราย)	๐.๔๑ (๑ ราย)	๑.๒๓ (๒ ราย)	(0.0๕) (๑ ราย)
๔	อัตราผู้ป่วย DM เกิดภาวะ hypoglycemia	๑๐ ต่อ ๑๐๐๐ วันนอน	๐	๑๐.๒๘ (๑ ครั้ง)	๑๔.๒๘ (๑ ครั้ง)	๐.	๐
๕	ร้อยละผู้ป่วย COPD Re-admitted	<๑๐%	๑๓.๑๕ (๑๐ ราย)	๔๓.๓๗ (๓๖ ราย)	๓๓.๓๓ (๑๖ ราย)	๓๒.๐๐ (๑๗ ราย)	๒๔.๐๔ (๕ ราย)
๗	ร้อยละผู้ป่วย COPD ใส่ ET Tube หลัง admit > 48 ชั่วโมง	<๒%	๐	๐.๓๔ (๑ ราย)	๐	๐	๐
๘	ร้อยละผู้เสียชีวิตรพขณะส่งต่อภายใน 12 ชม	0	๐	๐	๐	๐	๐
๙	อัตรา Sepsis delay refer	น้อยกว่า 30	๒	๓	๑	๑	๐

อัตราการติดเชื้อทางหลอดเลือดดำจากการให้สารน้ำ/ยา



จากแผนภูมิแสดงอัตราการติดเชื้อทางหลอดเลือดดำจากการได้รับสารน้ำ/ยา พบว่ามีแนวโน้มการเกิดอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นในปี 2561 เนื่องจากเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานได้มีการround สารน้ำทุกเวรได้พบการติดเชื้อทางหลอดเลือดดำระดับ 2-3 เพิ่มขึ้นและได้มีการเฝ้าระวังไม่ให้เกิดระดับ4-5และเจ้าหน้าที่ได้ปฏิบัติตามแนวทางการให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำ มีการเฝ้าระวังความเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ

ระดับของPhebitis

ระดับ -VE คือ Negative

ระดับ 1 คือ มีการอักเสบ

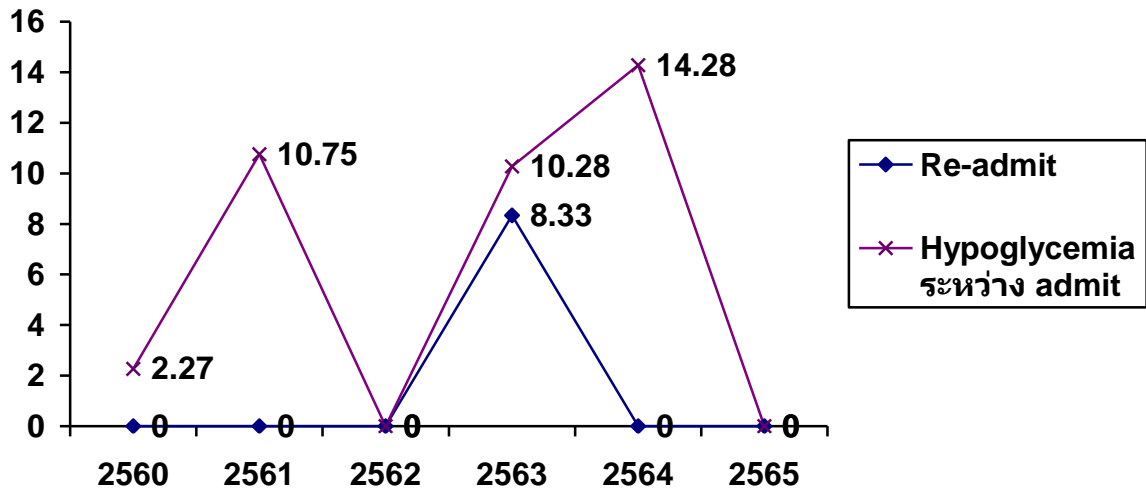
ระดับ 2 คือ เจ็บและแดงบริเวณรอบเข็ม

ระดับ 3 คือ มีอาการในข้อ 2 และหลอดเลือดแดงเป็นลำยาวน้อยกว่า 3 cm

ระดับ 4 คือ มีอาการในข้อ 2 และหลอดเลือดแดงเป็นลำยาวมากกว่า 3 cm

ระดับ 5 คือ มีอาการในข้อ 4 ร่วมกับสารน้ำไหลผ่านไม่ได้

อัตราผู้ป่วย DM เกิดภาวะ hypoglycemia



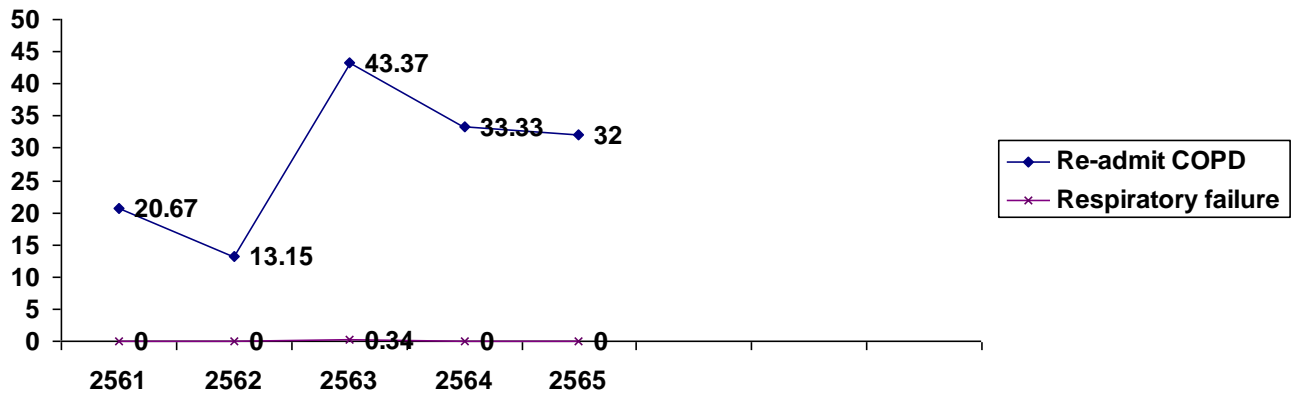
จากกราฟจะเห็นได้ว่าพบผู้ป่วยเบาหวานเกิดภาวะ Hypoglycemia ขณะนอนโรงพยาบาลในปี ๒๕๕๖ = ๑๗.๕ ต่อ ๑๐๐๐ วันนอนปี ๒๕๕๗=๑๓.๑๕ ต่อ ๑๐๐๐ วันนอนปี ๒๕๕๘= ๖.๕๔ต่อ ๑๐๐๐ วันนอนปีปี ๒๕๕๙=๑.๘๘ ต่อ ๑๐๐๐ วันนอน ปี ๒๕๖๐=๒.๒๗ ต่อ ๑๐๐๐ วันนอน ปี ๒๕๖๑=๑๐.๗๕ ต่อ ๑๐๐๐ วันนอนปี ๒๕๖๕=๐ ต่อ ๑๐๐๐ วัน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเนื่องจากมีผู้ป่วยยังปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง

การปรับปรุง/แนวทางการแก้ไข

จัดทำแนวทางการใช้คู่มือ แนวทางการเฝ้าระวังการเกิดภาวะHypo-Hyperglycemia มีแนวทางการพัฒนาผู้ป่วยDM ที่มานอนพักในตึกผู้ป่วยในทุกรายต้องได้รับการประเมินสมรรถนะเฉพาะโรคเบาหวานตามแผนที่กำหนด มีแนวทางการใช้Clinical path way for DM ทุกราย มีการจัดทำนวัตกรรม 4 รู้ในเรื่อง Hypo-Hyperglycemia ในกรณีที่พบว่า DTX ผิดปกติ (น้อยกว่า 70mg% ,มากกว่า 500mg%) ให้มีการเจาะ FBS เพื่อเป็นการเทียบค่าจากห้องปฏิบัติการก่อนให้การจดยา และโภชนากรได้คำนวณแคลอรีอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานทุกราย และกำหนดให้แพทย์ให้การรักษาผู้ป่วยเบาหวานตามแนวทางที่กำหนด

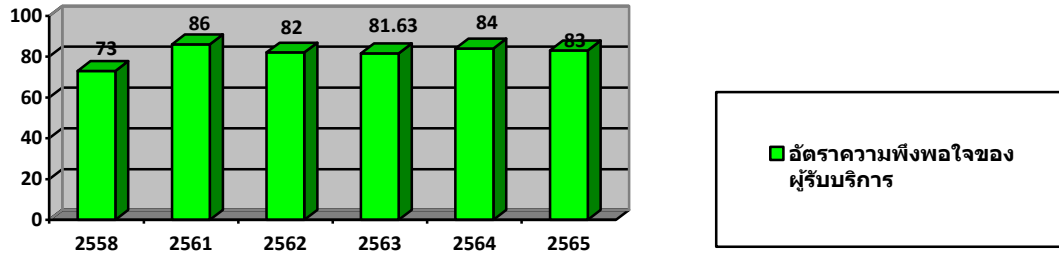
จากกราฟจะเห็นว่าพบผู้ป่วย DM Re-Admitted ภายใน 28 วัน แนวโน้มลดลง พ.ศ.๒๕๕๗-๒๕๖๕ เนื่องจากมีการส่งต่อเยี่ยมบ้านตาม criteria ที่กำหนดโดยตึกผู้ป่วยในเป็นผู้ประสานทีม HHC และมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง

ร้อยละผู้ป่วยCOPD Re-admitted



จากกราฟพบอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน ๒๘ วันด้วยโรค COPD ปี๒๕๖๑-๒๕๖๕มีแนวโน้มคงที่ และผู้ป่วย Respiratory failure จากการทบทวนร่วมกับสหวิชาชีพ พบว่า ภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลผู้ป่วยยังพ่นยาไม่ถูกต้องและรับประทานยาไม่สม่ำเสมอผู้ป่วยบางรายยังสูบบุหรี่(ใบจาก)อยู่ ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพของปอดเนื่องจากผู้ป่วยเคยใส่ Tube หลายครั้งส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมอาการหอบได้จึงต้องเข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาล จึงได้มีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย COPD คือ พยาบาลต้องประเมินและซักประวัติผู้ป่วยอย่างละเอียดทุกราย กรณีที่พบปัญหาการพ่นยาขยายหลอดลมไม่ถูกต้องมีการประสานงานกับเภสัชกรมาประเมินและให้คำแนะนำผู้ป่วยที่หน่วยงาน นอกจากนี้ประสานกับนักกายภาพบำบัดมาสอนวิธีการบริหารการหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ

ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ



จากแผนภูมิอัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี ๒๕๖๓ ปัญหาที่พบคือ ความสะอาดของห้องน้ำ การบริการน้ำดื่ม ความสะอาดของห้องที่ห้องนอน

การปรับปรุง/การแก้ไข

มีการปฐมนิเทศผู้ป่วย/ญาติตั้งแต่แรกรับเกี่ยวกับเกี่ยวกับกฎระเบียบการใช้และการดูแลความสะอาดของห้องน้ำ มีการปรับปรุงการทำความสะอาด กำหนดเวลาการทำความสะอาดห้องน้ำ เข้า-เย็นและได้ปรับปรุงห้องโดยให้มีห้องน้ำสำหรับผู้ป่วย SNAP และมีกริ่งฉุกเฉินทุกห้อง , มีถังขยะในห้องน้ำ มีการล้างเครื่องกรองน้ำทุก 6 เดือน มีการจัดอบรมพฤติกรรมบริการแก่เจ้าหน้าที่ มีหัวหน้างานตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอ

๕. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

๕.๑ ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน

- การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

แนวคิด	ผลลัพธ์	วิธีการทำงาน
พัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวมโดยทีมสหวิชาชีพ	<ul style="list-style-type: none"> - อัตราการกลับมารักษาซ้ำในแผนกผู้ป่วยในด้วยโรค DM หรือภาวะแทรกซ้อนของโรค DM ภายใน ๒๘ วัน < ๒ % - อัตราการเกิดภาวะ hypoglycemia ขณะนอนโรงพยาบาล น้อยกว่า ๑๐:๑๐๐๐ วันนอน - ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ HbA1C น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๗ - อัตราผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ FBS ๘๐-๑๔๐ mg% มากกว่า ๔๐% 	<ul style="list-style-type: none"> - ดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวมโดยสหวิชาชีพ มีการใช้ clinical path way Hypo-Hyperglycemia ตามแผนการรักษาของแพทย์ - กรณีผู้ป่วย DM ไม่มีอาการ Hypoglycemia ปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์ - เผื่อระวังด้านความเสี่ยงทางคลินิก เช่น ภาวะ Hypoglycemia, Hyperglycemia, DKA, Hyperosmolar coma - กำกับให้แพทย์ปฏิบัติตาม CPG อย่างเคร่งครัดและมีการประเมินผลจากการติดตามดูแลผู้ป่วยทุกราย - การซักประวัติผู้ป่วยแรกรับ เช่น การรับประทานอาหาร และยาเบาหวานอย่าง

		<p>ละเอียด พร้อมทั้งซักประวัติเจ็บป่วยอื่นๆ เช่น โรคประจำตัวที่ทำให้มีภาวะ Hypoglycemia เช่น Chronic Renal Failure การดื่มสุรา</p> <p>- มีการบันทึกพฤติกรรมการรับประทานใน Diabetic Record ทุกมื้อประเมินการรับประทานอาหารของผู้ป่วยทุกมื้ออย่างละเอียด โดยบันทึกการรับประทานอาหารของผู้ป่วยทั้งก่อนเจาะ DTX ในมือที่ผ่านอย่างละเอียดตามเวลาที่รับประทานจริง และหลังจากรับประทานอาหารในมือนั้น ๆ หลังเจาะ DTX หรือ ฉีด Insulin หากผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย ประสานงาน</p>
แนวคิด	ผลลัพธ์	วิธีการทำงาน
		<p>โภชนาการจัดอาหารทดแทนให้ผู้ป่วย แต่ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารได้แต่มีเบาหวานรับประทาน รายงานให้แพทย์ทราบเพื่อปรับเปลี่ยนแผนการรักษาต่อไป</p> <p>- มีแนวทางการ Insulin ของแพทย์แต่ละท่านและปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด กรณีผู้ป่วยต้องฉีดยา Insulin ดูแลให้ได้รับประทานอาหารหลังฉีดยาทุกครั้ง และในผู้ป่วยที่ได้รับยา RI เข้าทางหลอดเลือดดำให้มีการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตามแบบแผนระวางการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง (RI ทางหลอดเลือดดำ)</p> <p>- เฝ้าระวังผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับยาบางตัวที่อาจมีผลต่อการเกิด Hypoglycemia เช่น ยารักษาเบาหวาน</p> <p>- ประเมินปัญหาและประสานงานกับ โภชนาการ เภสัชกร นักสุขภาพจิต เพื่อให้คำปรึกษารายบุคคลแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล</p> <p>- สอนฉีดยา Insulin แก่ผู้ป่วย/ผู้ดูแล และ</p>

		<p>ให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแลสาธิตกลับ</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดทำเอกสารแผ่นพับให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วยและผู้สนใจในหอผู้ป่วย - ประเมินผู้ป่วยก่อนจำหน่าย ผู้ป่วยจะได้รับการเตรียมความพร้อมในการกลับไปดูแลสุขภาพตนเองที่บ้านและมีการติดตามการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยนัดผู้ป่วยมาตรวจและติดตามผลการควบคุมระดับน้ำตาลในคลินิกเบาหวาน - มีการส่งเยี่ยมบ้านในรายที่สมควรเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน มีแผลเรื้อรัง แผลที่เท้า ผู้ป่วยเบาหวานที่ poor control ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ชาวผู้ดูแล
แนวคิด	ผลลัพธ์	วิธีการทำงาน
		<p>เพื่อให้คำแนะนำและติดตามการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทีม HHCเยี่ยมบ้านประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลตนเองและบันทึกการดูแลตนเองเมื่ออยู่ที่บ้านและส่งต่อข้อมูลให้กับเจ้าหน้าที่ OPD - ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด สัญญาณชีพ ที่บ้านในผู้ป่วยที่วางแผนดูแลต่อเนื่องที่บ้าน - ประเมินภาวะเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย - ประเมินการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยตามการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย - ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย/ผู้ดูแล ร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น - ให้คำแนะนำเพิ่มเติมในส่วนที่ปฏิบัติยังไม่ถูกต้อง

- พัฒนาระบบการบริหารยา

แนวคิด	ผลลัพธ์	วิธีการทำงาน
พัฒนาระบบการบริหารยา	- ความคลาดเคลื่อนทางยาเท่ากับ ๐	<ul style="list-style-type: none"> - กำหนดให้เจ้าหน้าที่เขียน Medical sheet จาก order แพทย์ให้ชัดเจน ถูกต้อง ห้ามมีรอยลบ ถ้าผิดให้ขีดฆ่าและเซ็นชื่อกำกับ - ให้เขียน Medical sheet ๒ ใบ ต่อผู้ป่วย ๑ ราย เป็นยากิน ๑ ใบ และเป็นยาฉีด/สารน้ำ/หัตถการ/ยาใช้ภายนอก 1 ใบ - กรณี order แพทย์ไม่ชัดเจน ห้ามเดา ให้ถามทุกครั้งก่อนเขียน - Medical sheet ยากินให้เขียนด้วยหมึกสีน้ำเงิน Medical sheet ยาฉีด/สารน้ำ/หัตถการ/ยาใช้ภายนอกให้เขียนด้วยหมึกสีแดง - ยกเลิกการใช้การ์ดยารับประทานทุกชนิด ยังคงการ์ดยาน้ำที่ฝ่ายเภสัชกรรมปรีนซ์ให้ - พยาบาลวิชาชีพพร้อม Round กับแพทย์และตรวจสอบคำสั่งเกี่ยวกับยาให้เข้าใจตรงกัน และนำส่งข้อมูลให้กับเภสัชกร - ให้เจ้าหน้าที่ทุกคนยึดหลัก ๖ R ทุกครั้งขณะเตรียมยาและให้ยาฉีดผู้ป่วย - บอกผู้ป่วยเกี่ยวกับข้อมูลยา เช่น ชื่อยา สาเหตุที่ต้องใช้ยาแต่ละชนิด - Antibiotic จะต้อง test ก่อนที่จะให้ยา - บันทึกรายการยาใน Medical Sheet ด้วยลายมือที่อ่านง่าย - เมื่อฝ่ายเภสัชกรรมส่งรถ One day dose ที่จัดยาเรียบร้อยแล้วมายัง ward เจ้าหน้าที่ ward ที่ได้รับมอบหมายในการจัดยา เช็ดยากับ Medical Sheet แล้วส่งต่อให้ผู้ที่ได้รับมอบหมายในการแจกยาแก่ผู้ป่วยเพื่อนำยาไปแจกให้ผู้ป่วยโดยนำรถ One day dose ไปแจกยาตามเตียงผู้ป่วย พร้อมลงชื่อบันทึกการให้ยาใน Medical Sheet ตามเวลาที่ให้จริง

แนวคิด	ผลลัพธ์	วิธีการทำงาน
		<ul style="list-style-type: none"> - มีการ Re-check order แพทย์กับ Medical Sheet ทุกวันในเวรป่วย - คนเตรียมและคนที่ให้ยาควรเป็นคนเดียวกัน แต่เป็นคนละคนกับผู้ที่ Check ยาครั้งแรก และการให้ยา ใช้ระบบ Double check ทุกขั้นตอน และลงบันทึกเวลาให้ยา ใน Medical sheet ให้ลงตรงตามเวลาที่แจกให้ผู้ป่วยรับประทาน - พยาบาล Inchart เวรป่วยทำการ check Medical sheet กับ doctor order ทุกวัน - ประเมินและติดตามความผิดพลาดที่เกิดขึ้นบันทึกในใบอุบัติการณ์ แล้วนำส่งงานบริหารความเสี่ยงหรืองานคุณภาพของโรงพยาบาล และเก็บสำเนาไว้ในหน่วยงานเพื่อทบทวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

- พัฒนาการควบคุมการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

แนวคิด	ผลลัพธ์	วิธีการทำงาน
<p>การควบคุมการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการติดเชื้อจากหลอดเลือดดำ อีกเสบ = ๐ - ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามอัตราและปริมาณที่แพทย์กำหนด 	<ul style="list-style-type: none"> - ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำด้วย Sterile Technique - นำแถบสีมาติดบริเวณกระเปาะ IV โดยสีที่ติดแสดงถึงวันครบกำหนดที่จะต้องเปลี่ยน Set IV (ทุก ๓ วันจะต้องเปลี่ยน Set IV) - ใช้ใบ IV ตามสีประจำวัน - ติดแถบบอกเวลาครบเปลี่ยน Set IV และ Medicut - ถ้าผู้ป่วยเป็นเด็กอายุต่ำกว่า ๗ ปี , ผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป , ผู้ป่วยที่มี Underlying DM , HIV , TB , Anemia , โรคตับ ให้เช็ดบริเวณที่จะให้ IV ด้วย Betadine แล้วตามด้วย Alcohol - กรณีผู้ป่วยที่มีการให้เลือด หลังจากเลือดหมดให้ Off medicut และ set IV หากแพทย์มี order ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำต่อ ให้เปลี่ยนตำแหน่งการให้สารน้ำใหม่ - ติดแถบแสดงจำนวนและเวลาการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำบริเวณขวดสารน้ำเพื่อสะดวกในการ round จำนวนสารน้ำให้ได้ตามเวลา - มีการ round IV ทุกเวร ผู้ป่วยประเภท ๑ หรือผู้ป่วยที่ต้องควบคุมการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็นพิเศษ เช่น ผู้ป่วย DHF , โรคหัวใจ , โรคไต เป็นต้น ต้อง control IV ด้วยเครื่อง Infusion pump หากเครื่อง infusion pump ไม่เพียงพอให้ควบคุมอัตราและปริมาณการได้รับสารน้ำในผู้ป่วยเหล่านี้ใกล้ชิดขึ้นโดยให้ round IV ทุก ๑-๒ ชั่วโมง

แนวคิด	ผลลัพธ์	วิธีการทำงาน
		<ul style="list-style-type: none"> - จัดทำ Card control เพื่อสะดวกในการ run IV และเน้นให้พยาบาลติดแถบ run IV ทุกขวดก่อนให้นำไปให้ผู้ป่วยเพื่อควบคุม อัตราและปริมาณสารน้ำทางหลอดเลือดดำ และสามารถส่งต่อปริมาณ IV ในแต่ละเวร ได้สะดวกขึ้น - จัดทำแบบฟอร์มการตรวจเช็คและควบคุม การให้สารน้ำทางหลอดเลือดและมีการส่งต่อ ปริมาณสารน้ำในแต่ละเวรในแต่ละเวร - จัดทำ Flow chart คำนวณหยดต่อนาที เพื่อสะดวกในการคำนวณ IV (กรณีเป็น set micro drip ให้นับหยดตามอัตรา cc/hr. ที่ แพทย์กำหนดได้เลยใน 1 นาที กรณีเป็น set macro drip ให้ ดู ข น า ต drop/ min บริเวณ ช่องบรรจุ ถ้ากำหนดว่า 20 drop/min ให้ใช้ 4 ทารจำนวน cc/hr. ที่ แพทย์กำหนด เมื่อได้ผลหารแล้วจึงนับ จำนวนหยดที่ให้ผู้ป่วยตามผลหารในเวลา 1 นาที สำหรับช่องกำหนดว่า 15 drop/min ให้ใช้ 3 ทารจำนวน cc/hr. ที่แพทย์กำหนด เมื่อได้ผลหารแล้วจึงนับจำนวนหยดที่ให้ ผู้ป่วยตามผลหารในเวลา 1 นาที

การพัฒนาการเก็บสิ่งส่งตรวจในเด็กเล็ก

แนวคิด	ผลลัพธ์	วิธีการทำงาน
<p>การเก็บปัสสาวะส่งตรวจในเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี</p>	<p>สามารถเก็บปัสสาวะในผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปีได้ทุกรายตามคำสั่งแพทย์</p>	<p>ในผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ทุกรายที่แพทย์สั่งเก็บปัสสาวะส่งตรวจให้ทำความสะอาดด้วยน้ำสะอาดแล้วซับให้แห้งหลังจากนั้นใช้ถุงพลาสติกที่สะอาดครอบบริเวณอวัยวะเพศของเด็กแล้วพันด้วยพลาสติกให้พอมือโดยไม่ต้องแน่นมาก หลังจากเด็กปัสสาวะแล้วให้เทน้ำปัสสาวะลงในกระปุกเก็บปัสสาวะแล้วส่งตรวจทันที ซึ่งทำให้สามารถเก็บส่งตรวจปัสสาวะได้ครบทุกรายที่แพทย์สั่งในวันนั้น ๆ</p>

๕.๒ การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

แนวคิด	ผลลัพธ์	วิธีการทำงาน
<p>๑. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย HT</p>	<ul style="list-style-type: none"> - อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี - อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูง Re-admit เท่ากับ ๐ 	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงแบบองค์รวมโดยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ - จัดทำแผนการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ - ทำ discharge plan ผู้ป่วย HT - ติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีม HHC ในรายที่มีปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

--	--	--

แนวคิด	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	วิธีการทำงาน
<p>๒. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย COPD</p>	<ul style="list-style-type: none"> - อัตราการ admit ผู้ป่วยโรคหอบเพิ่มขึ้นไม่เกินร้อยละ ๓๐ - อัตราการ visit ER ผู้ป่วยโรคหอบเพิ่มขึ้นไม่เกินร้อยละ ๓ 	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย COPD แบบองค์รวมโดยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ - เข้าร่วมเครือข่าย Easy Asthma clinic - จัดทำแผนการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรค เช่น การบริหารปอด การฝึกหายใจ และการไอที่ถูกวิธี เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด - ทำ discharge plan ผู้ป่วย COPD - ติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีม HHC ในรายที่มีปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

--	--	--

แนวคิด	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	วิธีการทำงาน
<p>๓. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย Pneumonia ในเด็ก ๐-๕ ปี</p>	<ul style="list-style-type: none"> - อัตราการ re-admit ภายใน ๒๘ วัน จากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง เป้าหมาย น้อยกว่า ร้อยละ ๒ - อัตราการเกิด respiratory failure ในผู้ป่วยปอดอักเสบในเด็ก ๐-๕ ปี เป้าหมายเท่ากับ ๐ - จำนวนการเสียชีวิตของผู้ป่วย ปอดอักเสบในเด็ก ๐-๕ ปี เป้าหมายเท่ากับ ๐ - ร้อยละผู้ป่วยเด็ก ๐-๕ ปีที่ป่วย ด้วยโรคปอดอักเสบได้รับการ ติดตามเยี่ยม/ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน หลังจำหน่าย/ส่งต่อ 	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาทักษะ แพทย์ พยาบาล ในเรื่อง การประเมินผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจใน เด็ก การรักษา และการดูแลต่อเนื่อง - สร้างระบบในการประเมินผู้ป่วย การดูแล รักษาขณะนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และการดูแลต่อเนื่องหลังผู้ป่วยจำหน่ายโดยใช้กระบวนการ PDCA - จัดทำโปรแกรมในการประเมิน การดูแลรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจในเด็ก - ติดตามการดูแลของบิดา/มารดา/ผู้ดูแลเด็ก ในเรื่องความรู้ สามารถให้การดูแลเบื้องต้นที่บ้าน เช่น การเคาะปอด การดูดเสมหะ เมื่อเด็กมีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ป้องกันการเกิดภาวะปอดอักเสบที่รุนแรงและกำหนดแผนการเยี่ยมภายใน ๒ สัปดาห์หลังจำหน่าย

--	--	--

๖.แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

๑. พัฒนาการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง โดยจะมีการประเมินผู้ป่วยเรื้อรังทุกรายหรือผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เช่น DM, HT ที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือที่ poor control, TB, CVA, CA เพื่อส่งต่อให้ทีม HHC ดูแลติดตามต่อเนื่องที่บ้าน
๒. พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย COPD เป็นการพัฒนาประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย COPD อย่างครอบคลุมองค์รวมโดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะนอนโรงพยาบาล และลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในแผนกผู้ป่วยในด้วยโรค COPD หรือภาวะแทรกซ้อนของโรค COPD ภายใน 28 วัน
๓. พัฒนาการให้ข้อมูลการรักษาแก่ผู้รับบริการ โดยพัฒนาระบบการให้ข้อมูลการรักษาแก่ผู้รับบริการที่เป็นรูปแบบและมีประสิทธิภาพมากขึ้น
๔. พัฒนาระบบบริการงานผู้ป่วยในที่มีประสิทธิภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ ลดจำนวนข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ เพิ่มอัตราการอยากกลับมาใช้บริการซ้ำและอัตราการแนะนำเพื่อนหรือญาติมารับบริการ
๕. จัดทำมุมส่งเสริมพัฒนาการผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย และมุมให้ความรู้และสุขศึกษาสำหรับผู้ป่วยและญาติหรือผู้สนใจภายในหอผู้ป่วย

7 .กิจกรรมทบทวนคุณภาพ

กิจกรรมที่ 1การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย

วัน เดือน ปี	แนวทางการแก้ไข/ติดตามเฝ้าระวัง	การปรับปรุงที่เกิดขึ้น/ผลลัพธ์	เชื่อมโยงทีมนำ (ได้หลาย ๆ ทีม)
<p>บรรยายเหตุการณ์วันที่ 19 เมย .65</p> <p>เวลา 6,00 น.ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีเลือดออกทางจมูก+ตามไรฟัน T 39.7 c P= 102/min RR= 22/min BP= 107/62 mmHg. (Map 77) SOS Score 3 ค่ะแผน O2 Sat 96% RA เจาะLab CBC, Elyte ,</p> <p>เวลา 10,00 น.ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีเลือดออกทางจมูก+ตามไรฟัน T 39.7 c P= 102/min RR= 22/min</p>	<p>-ทำ RCA ร่วมกับทีม PCT</p> <p>- พัฒนาความรู้บุคลากร-พยาบาล ต้องมีการประเมินผู้ป่วยทุกครั้งก่อนย้ายผู้ป่วย</p>	<p>- หลังจากทำ RCA ร่วมกับทีม PCT ไม่มีเหตุการณ์เกิดขึ้น</p>	-PCT

<p>BP= 107/62 mmHg. (Map 76.0) SOS Score 3 ค่ะแนน O2 Sat 97% RA</p> <p>เวลา 11.00 น. แพทย์มาround ผู้ป่วยผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีเลือดออกทางจมูก+ตามไรฟัน รับประทานอาหารได้น้อย ไม่มีอาการปวดท้อง มีไข้ตลอด</p> <p>รายงาน Lab CBC,,Elyte , CBC wbc 4,300, plt 86,000 hct 30.1,Lymphocyte 32.4,PMN 61.9 MP notfound Elyte Na131.2 K 3.51 CL 96.6 Tco21.0 แพทย์ให้ serial Hct ทุก 12 ชม ,IV เดิม 5%DN/2 1000 cc v drip 60 cc/hr ,เจาะLab CBC พุ่งนี้เช้า,</p> <p>เวลา 13.40 น.-ผล RT-PCR not detected ย้ายเตียง Clean</p> <p>เวลา 13.45 น. แรกรับย้ายจากเตียงPUผู้ป่วยรู้สึกตัวดี เพลีย ผู้ป่วยบอกว่าเมื่อเช้ามืดถ่ายเหลวเป็นสีน้ำตาล 1 ครั้ง</p> <p>T 39.3 c P= 106/min(full) RR= 22/min BP= 80/38 mmHg. (Map52) SOS Score 5 ค่ะแนน O2 Sat 96% RA รายงานแพทย์ให้วัดBP 4 รายการ</p> <p>แขนขวา BP= 80/38 mmHg ขาขวา BP= 87/44 mmHg</p> <p>แขนซ้าย BP= 111/39 mmHg ขาซ้าย BP= 98/48 mmHgรายงานแพทย์ให้ on 0.9% nss 1000 cc load 300 cc then repeat BP หลัง load และเจาะเลือด CBC,BUN Cr, Elyte ,PT.INR, Lepto</p> <p>เวลา 14.10 น.หลังจากload 0.9% nss 300 cc BP= 90/60 mmHg, (Map70) P= 100/min(full) RR= 22/min Hct 32%</p> <p>เวลา 14.25 น. แพทย์มาดูอาการให้ 0.9% nss 1000 cc loadอีก 200 cc ให้เจาะ H/C 2 ขวด, ให้ ceftriazone 2 gm v statหลังจากload 0.9% nss 200 cc BP= 108/44 mmHg, (Map 65.33) P= 102/min(full) RR= 22/min แพทย์ให้ 0.9% nss 1000 cc v drip 100 cc/ชม ,ให้ยา Doxy 1*2 o pc</p> <p>เวลา 14.45น. รายงานLab INR = 1.31 , , PT 14.9, CBC wbc 3,900, plt 90,000 hct 30.7,Lymphocyte 33.9,PMN 61.3 MP notfound</p>			
--	--	--	--

<p>เวลา 15.20 น.รายงานงาน BUN 7.2 , Cr 0.68 , Elyte Na135.2 K 3.23 CL 96.6 Tco23.3 , LFT ผล Total protein 6.4 ,Albumin 3.7,Total bilirubin 0.45 , Direct bilirubin 0.18 ,SGOT 107 ,SGPT 95 , Lepto = Negative</p> <p>เวลา 16.00 น.แพทย์ได้ Consult อ พรหมวินิจ รพศ ยะลาDDX Dengue , sepsis แพทย์รพศยะลาให้ 0.9% nss 1000 cc v drip 100 cc/ชม ไปก่อน ,keep BP >/ 90/60 mmHg , MAP > 65 หาก BP drop อีก ให้ notify อ พรหมวินิจ อีกครั้ง</p> <p>เวลา 17.50 น.รายงานแพทย์ ผู้ป่วยดูเปลี่ย v/s T 40.8 c P= 120-124/min(full) RR= 22/min BP= 133/49 mmHg. (Map 77) O2 Sat 94-95% RA , O2 Sat 100 % on O2 Canular 3 lit/minแพทย์มาดูอาการให้ 0.9% nss 1000 cc loadอีก 300 ccหลังจากload 0.9% nss 300 cc BP= 100/34 (Map 56) mmHg REFER ยะลา</p>			
--	--	--	--

กิจกรรมที่ 5 การค้นหาและป้องกันความเสี่ยง

วัน เดือน ปี	แนวทางการแก้ไข/ติดตามเฝ้าระวัง	การปรับปรุงที่ เกิดขึ้น/ผลลัพธ์	เชื่อมโยงที่มนำ (ได้หลาย ๆ ทีม)
<p>บรรยายเหตุการณ์วันที่ 24 กรกฎาคม 2565</p> <p>ผู้ชายไทยอายุ ๑๐ ปี HN 0092908 AN 650002859 รับวันที่ 24 ก.ค 2565 เวลา 03.19น ด้วยเปลนั่งเข้า ER Dx infective diarrhear</p>	<p>-ทำ RCA ร่วมกับทีม PCT</p> <p>- พัฒนาความรู้บุคลากร-พยาบาล</p> <p>1 การประเมินผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุม ยังขาดการประเมินในเรื่องอาการปวดท้อง ไม่ได้ใช้เครื่องมือการ</p>	<p>- ใช้เครื่องมือการประเมิน Alvarado score สำหรับผู้ป่วยที่มาด้วยปวดท้อง ใช้ อาเจียน ถ่ายเหลวหลังจากทำ RCA ร่วมกับ</p>	<p>-PCT</p>

<p>CC: 3 ชมก่อนมารพ มีอาการปวดท้องมาก อาเจียนเป็นเศษอาหาร</p> <p>PI : 4 วันมีอาการไข้ อาเจียนมากกว่า10 ครั้งออกเป็นเศษอาหาร ถ่ายเหลวเป็นน้ำ 7 ครั้ง ไม่มีมูกเลือดปนเมื่อวานรับการรักษาที่รพระยะहांแล้ว ทานยาไม่ดีขึ้น แรกรับ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ปวดท้องมาก ท้องแข็ง</p> <p>PE : ปฏิเสธโรคประจำตัว</p> <p>T 38.0 c P 142 ครั้ง/นาที R 20 ครั้ง/นาที BP 117/84 mmHg o2 sat 96% RA</p> <p>ตรวจร่างกาย</p> <p>Dx Dyspepsia</p> <p>Heent No pale, nojx</p> <p>Heart Normal sls2, no murmur</p> <p>Lung clear Rt=Lt no wheezing no creptition</p> <p>Abdoomen Soft not tenter ,no hepatosplenomegaly</p> <p>Extremities no pitting edema</p> <p>ที่ ER เวลา 03.19น T 38.0 c P 142 ครั้ง/นาที R 20 ครั้ง/นาที BP 117/84 mmHg o2 sat 96% RA</p> <p>เวลา 03.30น paracetamol syrup 12.5 cc</p> <p>เวลา 4.00นที่ ER ให้ 0n 5% DN/2 1000 cc v drip rate 70 cc/hr</p> <p>เจาะ ,Elyte,UA , ให้ plasil 7 mg v stat c prn ทุก 8 ชม</p> <p>เวลา 4.25น ฉีดยา Ceftriazone 2 mg v OD</p> <p>เข้าตึกชาย</p> <p>เวลา 4.40นเข้าตึกชาย T 38.7 c P 162 ครั้ง/นาที R 40 ครั้ง/นาที BP 134/69</p>	<p>ประเมิน Alvarado score สำหรับผู้ป่วยที่มาด้วยปวดท้อง ไข้ อาเจียน ถ่ายเหลว</p> <p>-ขาดการประเมินในเรื่องห้องปฏิบัติการ ไม่ได้เจาะ CBCตั้งแต่แรกรับ</p> <p>2 ในเรื่องการวางแผนการดูแล ไม่ได้ติดตามให้ผู้ป่วยเก็บUAตั้งแต่อยู่ห้องER</p> <p>3 ได้ตรวจเวชระเบียนไม่มีเขียนบันทึก pain scoreใน Chart</p>	<p>ทีม PCT</p> <p>ไม่มีเหตุการณ์เกิดขึ้น</p> <p>-</p>	
--	--	---	--

<p>mmHg sos score 5 คะแนน o2 sat 96% RA</p> <p>เวลา 6.10น T 38.7 c P 160 ครั้ง/นาที R 40 ครั้ง/นาทีBP 134/89 mmHg sos score 5 คะแนน o2 sat 96% RA I/O =150/100 cc</p> <p>เวลา 6.25น ผู้ป่วยมีอาเจียน 2 ครั้งไม่มี ถ่ายเหลวT 38.7 c P 162 ครั้ง/นาที R 48 ครั้ง/นาทีBP 134/89 mmHg sos score 5 คะแนน o2 sat 96% RA</p> <p>เวลา 7.30 นรายงานผลLab Elyte Na 130.8 , k 3.53 ,Cl 87.0 , TCO2 25.6 T 38.7 c P 162 ครั้ง/นาที R 40 ครั้ง/นาทีBP 134/85 mmHg sos score 5 คะแนน o2 sat 96% RA แพทย์ให้ iv เดิมOn 5% DN/2 1000 cc v drip rate 70 cc/hr</p> <p>เวลา 8.23 นรายงาน UA ผล sp.gr 1.030 ,PH 6.0 ,WBC 0-1 , RBC 0-1 Neutrophils 79 %</p> <p>เวลา 9.40 นรายงานแพทย์ ผู้ป่วยแน่นท้อง ท้องตึง กดเจ็บทั่วท้อง หายใจเร็วตื่น T 36.9 c P 148 ครั้ง/นาที R 38 ครั้ง/นาทีBP 128/85 mmHg o2 sat 96% RA DTX 128 mg%แพทย์มี Order ให้ on 0.9% nss 1000 cc load 300 cc in 15 นาที ให้เจาะ CBC ,Elyte,BUN,Cr , lepto , L FT , H/C ขอด่วน , Film Acute Abdomen แพทย์ตรวจ Abdoomen mask tender at RLQ > LLQ</p> <p>เวลา 9.53นรายงานแพทย์ wbc 9,690, Hct 39.4% , platelets count 176,000 , lymphocytes 8.9, Eos 0.2,PMN 79.0 , MP= Not found, Elyte Na 130.2 , k</p>			
--	--	--	--

<p>3.11 ,Cl 87.0 , TCO2</p> <p>26.6 ,BUN=25.2,Cr=0.81</p> <p>lepto=Negative</p> <p>L FT, ผล Total protein 6.2 ,Albumin</p> <p>3.6,Total bilirubin 1.24 , Direct bilirubin</p> <p>0.64 ,SGOT 32 ,SGPT 31</p> <p>เวลา 10.53 Dx Appendicitis แพทย์ refer</p> <p>รพศยะลา</p> <p>ติดตามcase แพทย์ รพศยะลา Dx</p> <p>Appendic rupture</p>			
---	--	--	--

กิจกรรมที่ 5 การค้นหาและป้องกันความเสี่ยง

วัน เดือน ปี	แนวทางการแก้ไข/ติดตามเฝ้าระวัง	การปรับปรุงที่เกิดขึ้น/ผลลัพธ์	เชื่อมโยงที่มนำ (ได้หลาย ๆ ทีม)
<p>วันที่ 6 ส.ค 2565</p> <p>ผู้ป่วย 11 ปี มาด้วยอาการหน้าบวม ปากบวม มา4วัน วันนี้ ปวดศรีษะมาก เข้ารับการตรวจที่OPD แต่ไม่ได้วัดความดันโลหิตผู้ป่วย ผลการทบทวนเหตุการณ์ผู้ป่วย11ปี 4วันมีปากบวม หน้าบวม วันนี้ปวดศรีษะมาก เข้ารับการตรวจที่OPDได้รับยากลับบ้านที่opd ไม่พบการตรวจ BP วันรุ่งขึ้นมีชักเกร็งน้ำลายฟูมปาก แรกรับที่ER มีBPสูง และมีอาการชักเกร็ง 1 ครั้ง จากการทบทวนเข้ามาAdmit ในตึกไม่มีการเฝ้าระวังใน v/s ทุก 2 ชม เนื่องจาก ผู้ป่วยมีอาการชักเกร็งจากบ้านและ BP สูงจาก ER (139/91 mmHg) จากการ</p>	<p>1.กำหนดแนวทางให้ตรวจวัด V/Sผู้ป่วยทุกราย รวมทั้งผู้ป่วยเด็กให้วัดBPทุกราย และในตึกผู้ป่วยประเภท 3 ต้องเฝ้าระวังใน v/s ทุก 2 ชม</p> <p>2.ผู้ป่วยเด็กที่มีอาการชัก ให้consult หมอรพ.ยะลาทุกราย</p>	<p>กำหนดแนวทางการวัดV/S ในเด็ก โดยการติดป้ายประกาศบริเวณจุดซักประวัติของOPD</p>	-PCT

ทำ RCA พบการประเมินผู้ป่วยไม่ครบถ้วน ทำให้delay refer			
--	--	--	--

กิจกรรมที่ 5 การค้นหาและป้องกันความเสี่ยง

วัน เดือน ปี	แนวทางการแก้ไข/ติดตามเฝ้าระวัง	การปรับปรุงที่เกิดขึ้น/ผลลัพธ์	เชื่อมโยงที่มนำ (ได้หลาย ๆ ทีม)
ผลการทบทวนเหตุการณ์ผู้ป่วย64ปี มาด้วยปวดเข่ามาก DX.UTI c septic Arthritis Hx. เดิมHT Goute COPD admit3 วัน มีไข้ทุกวัน และปวดเข่ามาก ทานยาแก้ปวดและยา Enalapri 1*2 ทุกวันอาการไม่ดีขึ้น จนมีBP ต่ำค85/53 mmHg ต้องส่งต่อรพ.ยะลา DX. สูดถ่ายของรพ.ยะลา UTI c septicshock จากการทบทวนอุบัติการณ์ ทำRCA พบว่าการวินิจฉัยโรคผิดพลาด เนื่องจากผู้ป่วยมีประวัติเดิมเป็นGoute (นอนAdmit 3 วัน BP 93/63 mmHg , 85/53 mmHg ทำให้ขาดการเฝ้าระวังภาวะSepsis	-การประเมิน พยาบาลยังขาดการประเมินในเรื่องsepsis ไม่มีใบเฝ้าระวังsepsis -การดูแล ผู้ป่วยมานอนเป็นวันที่2 มีความดันต่ำ BP 96/60 mmHg วันที่3 เวลา 6.00น BP 93/62 mmHg ไม่ได้รายงานแพทย์ และให้ผู้ป่วยทานยาEnalapri 1*2 ทุกวัน ทำให้ BP 85/53 mmHg	1.กำหนดให้ผู้ป่วยที่มาด้วยไข้ ให้ใช้แนวทางการเฝ้าระวังภาวะsepsis ของรพ.ทุกราย	-PCT

กิจกรรมที่ 6 การป้องกันและการเฝ้าระวังติดเชื้อในรพ

วัน เดือน ปี	แนวทางการแก้ไข/ติดตามเฝ้าระวัง	การปรับปรุงที่เกิดขึ้น/ผลลัพธ์	เชื่อมโยงทีมนำ (ได้หลาย ๆ ทีม)
<p>บรรยายเหตุการณ์ วันที่ 7/12/64 ผู้ป่วยให้น้ำเกลือจาก ER 5 วัน พบว่ามีรอยแดง Phebritis เกรด 1 สาเหตุ -ไม่ได้เปลี่ยนเส้นใหม่ ให้ครบ ครบ 4 วัน</p>	<p>-มีแนวทางหลังให้น้ำเกลือครบ 4 วัน ให้ off iv แล้วเปลี่ยนเส้นใหม่และเดิน Round iv ทุก 4 ชม</p>	<p>- หลังจากการเดินราน IV และแบบบันทึกสารน้ำ -ไม่มีเกิดอุบัติการณ์</p>	<p>IC</p>

กิจกรรมที่ 7 การป้องกันการเฝ้าระวังการคลาดเคลื่อนทางยา

วัน เดือน ปี	แนวทางการแก้ไข/ติดตามเฝ้าระวัง	การปรับปรุงที่เกิดขึ้น/ผลลัพธ์	เชื่อมโยงทีมงาน (ได้หลาย ๆ ทีม)
<p>ปี2565 พวAdministration ทั้งหมด 19 ครั้ง อุบัติการณ์มีแนวโน้มลดลง แต่ อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นถึงตัวผู้ป่วยแล้ว เป็นระดับ D คือการฉีดยาผิดชนิด 2 ครั้ง ส่งผลให้ต้องเฝ้าระวังเพิ่มมากขึ้นเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาผิดชนิด ซึ่งสาเหตุของอุบัติเหตุเกิดจากขาดการตรวจสอบยาฉีดที่ห้องยาจัดมา เมื่อห้องยาจัดยามาผิด เจ้าหน้าที่ไม่ตรวจสอบ นำไปฉีดให้ผู้ป่วยทันทีทำให้เกิดอุบัติเหตุนี้ขึ้น จึงมีการปรับปรุงการบริหารยาให้ผู้ป่วยโดยเน้นการปฏิบัติตามมาตรฐาน 10 R และติดป้ายการบริหารยาเพื่อเน้นย้ำให้ปฏิบัติตาม</p>	<p>ไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด โดยไม่ได้เช็คยาในorder กับ Med sheet กำหนดแนวทางการบริหารยาในห้องผู้ป่วย ให้ตรวจสอบยาฉีดที่ห้องยาจัดมาให้หน่วยงานกับการดยาฉีดทุกครั้ง</p> <p>2.จัดทำแผ่นป้ายการบริหารยาเพื่อเน้นย้ำให้ปฏิบัติตาม</p>	<p>1.จัดทำแผ่นติดประกาศการบริหารยา เพื่อเน้นย้ำให้พยาบาลใช้หลัก 10 R</p>	<p>MMS</p>