

## Service profile

### งานผู้ป่วยในชาย

#### บริบท (Context)

##### ก.หน้าที่และเป้าหมาย (Purpose)

หอผู้ป่วยชายโรงพยาบาลปากพนัง ให้บริการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยทุกกลุ่มโรค ให้ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ตามมาตรฐานวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้

##### ข.ขอบเขตการให้บริการ

ให้บริการรักษาพยาบาลอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพเน้นการดูแลแบบองค์รวมแก่ผู้ป่วยชายทุกกลุ่มโรคที่มีปัญหาสุขภาพทุกระยะของการเจ็บป่วย ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป และกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลเฉพาะ ได้แก่ Palliative care และ End of life care โดยมีเตียงที่พร้อมรับผู้ป่วย 28 เตียง (เตียงสามัญ 22 เตียง .ห้องแยกเฉพาะโรค 1 เตียง. ห้องพิเศษ 5 ห้อง.) และสามารถรับเตียงเสริมได้ 7 เตียง

5 อันดับโรค ที่พบบ่อยของหอผู้ป่วยในชาย 1. COPD 2. Gastroenteritis 3. Dyspepsia

4. Pneumonia unspecified 5. Cerebral infarction

5 อันดับโรคที่เป็นสาเหตุการตาย 1. CHF. 2. Pneumonia unspecified 3. Stupor

4. Acute subendocardial myocardial infarction 5. TB. lung

กลุ่มผู้ป่วย Re-Admit 1. COPD 2. DM

ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นประชาชนเขต อำเภอปากพนัง ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาซับซ้อนเกินศักยภาพในการดูแล จะส่งต่อไปรักษาที่ โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช

หัตถการที่พบบ่อย เจาะปอด เจาะหลัง เจาะท้อง เาะปอด คุณผสมหะ

##### ค.ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ

ผู้รับบริการ	ความต้องการของผู้รับบริการ
1.ผู้ป่วยและญาติ	-ได้รับการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ รวดเร็ว ปลอดภัย ห่างจากโรค ไม่มีภาวะแทรกซ้อน -ได้รับทราบข้อมูล อาการของโรค และผลการตรวจที่ชัดเจน ข้อมูลเกี่ยวกับยา -สภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วยที่สะอาด -ทราบวิธีดูแลตนเอง/ ผู้ป่วย เมื่อกลับไปอยู่บ้าน
ผู้รับบริการ	ความต้องการของผู้รับบริการ
2.ผู้ร่วมงาน และสหสาขาวิชาชีพ	-การประสานงานที่ดี การดูแลผู้ป่วยร่วมกันอย่างมีคุณภาพ รับทราบข้อมูล และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง พึงพอใจในการทำงานร่วมกัน

**ง.ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ (Key Quality Issue)**

- 1.ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ อย่างมีมาตรฐาน และปลอดภัย
- 2.ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับโรค
- 3.ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล ได้รับทราบข้อมูลการเจ็บป่วย การรักษา และมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษา
- 4.ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในบริการ
- 5.ค้นหาความเสี่ยงเพื่อพัฒนางานบริการ

**จ.ความท้าทาย ความเสี่ยงที่สำคัญ จุดเน้นในการพัฒนา**

ความท้าทาย	ความเสี่ยง	จุดเน้นในการพัฒนา
<p>รับผู้ป่วยทุกกลุ่มโรคที่มีอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป และทุกประเภทซึ่งมีความแตกต่างกันในการให้การดูแลรักษาจึงต้องมีการ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-พัฒนาคน</li> <li>-พัฒนาระบบ</li> <li>-พัฒนากระบวนการทำงาน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-ความผิดพลาดในการประเมินผู้ป่วย</li> <li>-การส่งต่อข้อมูลไม่สมบูรณ์</li> <li>-การประสานงานบกพร่อง</li> <li>-การเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ พลัดตกหกล้ม ปอดบวมจากการสำลักในผู้ป่วยให้อาหารทางสายยาง หลอดเลือดดำอักเสบในผู้ป่วยที่ให้สารน้ำ หรือใส่เข็มค้ำ</li> <li>-การตายโดยไม่คาดคิด</li> <li>-การส่งต่อโดยไม่ได้วางแผน</li> <li>-การกลับซ้ำในผู้ป่วย COPD ที่ปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-พัฒนาบุคลากรเพื่อให้มีความรู้ความสามารถ ในการประเมิน , การดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมยิ่งขึ้น</li> <li>-เน้นด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยมีการบริหารความเสี่ยง</li> <li>-มีการประเมินผู้ป่วยร่วมกันในทีม</li> <li>-มีทีมสหสาขาวิชาชีพ และมีระบบการปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง</li> <li>-ติดตามภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ เพื่อดูแลจัดการบริหารความเสี่ยง</li> </ul>

**ฉ.ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เครื่องมือ เทคโนโลยี)**

อัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาล มี 13 คน (พยาบาลวิชาชีพ 8 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 5 คน )  
 อัตรากำลังต่อวัน ในวันราชการ พยาบาลวิชาชีพ เช้า : บ่าย : ดึก 4 : 3 : 2 วันหยุดราชการ 3:3:2/ผู้ช่วยเหลือคนไข้ เช้า : บ่าย : ดึก =1:1:1 ภาระงาน ( Productivity) โดยเฉลี่ย 150.85 เครื่องมือที่สำคัญใน

หน่วยงาน ได้แก่ Defibrillator 1 เครื่อง Infusion pump 8 เครื่อง NIBP 5 เครื่อง .Central Monitor 4 เครื่อง .เครื่องปั่น Hct. 1 เครื่อง. เครื่องวัด O2 saturation 4 เครื่อง .EKG 1 เครื่อง

## 2.กระบวนการสำคัญ ( Key Process)

### 1.กระบวนการหลักของงาน

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวัง (Processes Requirement)	ตัวชี้วัด (Performance Indication)
1.การเข้าถึงและการรับบริการ	1.ผู้ป่วยได้รับการดูแลทันท่วงที และมีความปลอดภัย 2.ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลการ เจ็บป่วย แนวทางการรักษาขณะ เข้าอยู่โรงพยาบาล 3.ระบุตัวผู้ป่วยถูกต้อง	- ข้อร้องเรียนเกี่ยวกับบริการ - อุบัติการณ์ตกเตียง - อุบัติการณ์ระบุตัวผู้ป่วยผิดคน
2.การประเมิน 2.1 การประเมินแรกรับ  2.2 การประเมินความเสี่ยงทาง คลินิก ในผู้ป่วย DM /ACS /Stroke /COPD/DHF	-ผู้ป่วยได้รับการประเมินถูกต้อง รวดเร็ว  - ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัย และตรวจพิเศษ อย่างครบถ้วน รวดเร็วและทันเวลา -ผู้ป่วยได้รับการตรวจจากแพทย์ เฉพาะทางอย่างเหมาะสม	อุบัติการณ์ Miss/Delay diagnosis ในผู้ป่วย STEMI ,Stroke ,Appendicitis -อุบัติการณ์ที่เกิดจากการประเมิน ผิดพลาด -อุบัติการณ์การเกิด Hypo- Hyperglycemia ในผู้ป่วย เบาหวาน -อัตรา Unexpected Dead/ Unplan Refer ในผู้ป่วย COPD

<b>กระบวนการสำคัญ (Key Process)</b>	<b>สิ่งที่คาดหวัง (Processes Requirement)</b>	<b>ตัวชี้วัด (Performance Indication)</b>
<p>3.การวางแผน</p> <p>3.1การวางแผนการดูแลผู้ป่วย</p> <p>3.2 การวางแผนจำหน่าย</p>	<p>-ผู้ป่วยได้รับการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการนำหลักฐานทางวิชาการมาใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโดยผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วม</p> <p>-ผู้ป่วยได้รับยา/สารน้ำ/เลือด ถูกต้องตามหลัก 10 R</p> <p>-ผู้ป่วยเรื้อรัง/ผู้ป่วยมีกายอุปกรณ์กลับบ้าน มีการติดตามดูแลต่อเนื่อง โดยทีม HHC</p> <p>- ผู้ป่วย /ญาติ /ผู้ดูแล สามารถดูแลตนเอง และได้รับการดูแลเหมาะสม กับสภาพปัญหาและความต้องการ</p>	<p>-ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลตาม CPG MI: Stroke: COPD</p> <p>-อัตราการเกิด Administration error</p> <p>-อัตราญาติ/ผู้ดูแล ได้รับการฝึกทักษะ โดยใช้ 2-Ticks</p> <p>-อัตราการ Re –Admit ใน28วัน จากการปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง</p>
<p>4.การดูแลผู้ป่วย</p> <p>4.1 การดูแลทั่วไป</p> <p>4.2 การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง</p>	<p>-ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐาน ไม่มีภาวะแทรกซ้อน</p> <p>-ผู้ป่วย STEMI /Stroke ได้รับการดูแลทันที ปลอดภัย เหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพ</p> <p>-ผู้ป่วยซึมเศร้า ฆ่าตัวตาย ทำร้ายตัวเอง ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด และได้รับคำปรึกษา จากพยาบาลจิตเวชทุกราย</p> <p>-ผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้ยา</p>	<p>-อุบัติการณ์พลัดตกหกล้ม</p> <p>-อัตราการเกิด CAUTI</p> <p>-อัตราการเกิดแผลกดทับ</p> <p>-อัตราการตายของ STEMI</p> <p>-อัตราการตายของ Stroke</p> <p>-อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา</p> <p>-อัตราการอักเสบของหลอดเลือดดำจากการให้ยา สารน้ำ เลือด</p>

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวัง (Processes Requirement)	ตัวชี้วัด (Performance Indication)
5.การให้ข้อมูล และการเสริมพลัง แก่ผู้ป่วยและครอบครัว	ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูล เกี่ยวกับสภาวะสุขภาพและสามารถ ดูแลตนเองได้	-อัตราความพึงพอใจของ ผู้รับบริการ - ร้อยละของผู้ป่วยและญาติที่ผ่าน เกณฑ์ ประเมินความสามารถใน การดูแลตนเอง
6.การดูแลต่อเนื่อง	ผู้ป่วย Stroke และผู้ป่วยที่มีกาย อุปกรณ์ติดที่บ้าน ได้รับการดูแล ต่อเนื่องที่บ้านและมีคุณภาพชีวิต ที่เหมาะสม	-ร้อยละของผู้ป่วย Stroke ได้รับ การติดตามเยี่ยมบ้าน -ร้อยละของผู้ป่วยที่มีกายอุปกรณ์ ติดที่บ้านได้รับการติดตามเยี่ยม บ้าน

## 2.กระบวนการคุณภาพ

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวัง (Process Requirement)	ตัวชี้วัดที่สำคัญ (Performance Indication)
1.การพัฒนาศักยภาพของบุคลากร	-บุคลากรได้รับการศึกษาอบรม และพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง -บุคลากรมีความรู้ ความสามารถ และทักษะในการดูแลผู้ป่วย	-จำนวนครั้ง/ชั่วโมงของการเข้ารับ การศึกษาอบรม -ร้อยละของบุคลากรที่ผ่านเกณฑ์ ประเมินศักยภาพ
2.การส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน การติดเชื้อและอุบัติเหตุจากการ ทำงาน	-บุคลากรปฏิบัติตามคู่มือการ ป้องกันการบาดเจ็บ/ติดเชื้อ -บุคลากรได้รับการอบรมการ ป้องกันการกระจายเชื้อ	-อุบัติการณ์การบาดเจ็บ/ติดเชื้อ จากการทำงานของบุคลากร -บุคลากรได้รับการอบรมการ ป้องกันการติดเชื้อ

กระบวนการสำคัญ ( Key Process)	สิ่งที่คาดหวัง ( Process Requirement)	ตัวชี้วัดที่สำคัญ ( Performance Indication)
3.การดูแลรักษาเครื่องมือ	-มีระบบการบำรุงรักษาเครื่องมือ/ อุปกรณ์ให้มีพร้อมใช้อยู่เสมอ	-อุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ของ เครื่องมือ

### 3.ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ประเด็น คุณภาพ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลลัพธ์				กิจกรรมพัฒนา
				2563	2564	2565	2566 (-ชค65)	
-การดูแลตาม มาตรฐาน วิชาชีพ	-เพื่อให้การ พยาบาลที่ สอดคล้อง กับปัญหา และความ ต้องการของ ผู้ป่วย	1.อัตราการเสียชีวิต โดยไม่คาดคิด	0%	0	0	0.03	0.16	จากการทบทวน กิจกรรม CQI
		2.อัตราการเกิด Phlebitis	0/1000 วัน on	0	0	0	0	กิจกรรม CQI
		3.อัตราการติดเชื้อ CAUTI	0/1000 วัน on	0	0	0	0	กิจกรรม CQI
		4.Medication Error Right drug Right dose Right method Right technique Right time Right Patient- Right Reson Right Observe Right Intervention&No tification Right	0 ราย	0	0	0	0	

ประเด็น คุณภาพ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลลัพธ์				กิจกรรมพัฒนา
				2563	2564	2565	2566 (-ชค65)	
-ความปลอดภัยของ ผู้รับบริการ	-เพื่อลด ความเสี่ยง และ ภาวะแทรก ซ้อนจาก การให้การ พยาบาล	Documentation						
		1.อัตราความ ผิดพลาดในการ ให้เลือด	0%	0	0	0	0	บทเรียนจากการ พัฒนา
		2.อัตราการกลับ ซ้ำโดยโรคเดิม ภายใน 28 วัน	<3%	2.54	2.51	1.74	2.81	กิจกรรม CQI
		3.อัตราความ ปลอดภัยของ ผู้ป่วย หกล้ม/ตก เตียง	0%	0	0.11	0	0	บทเรียนจากการ พัฒนา
		4.อัตราการระบุ ตัวผู้ป่วยผิดพลาด	0%	0	0	0	0	บทเรียนจากการ พัฒนา
-ความพึง พอใจของ ผู้รับบริการ	-เพื่อ ตอบสนอง ความ ต้องการของ ผู้ป่วย	1.อัตราความพึง พอใจของ ผู้รับบริการ	>85%	92.21	90.69	87.11	88.83	บทเรียนจากการ พัฒนา
		2.อัตราผู้ป่วยไม่ สมัครใจอยู่	<2%	1.42	1.02	0.92	0.62	จากการทบทวน
		3.จำนวนข้อ ร้องเรียน		1	0	0	1	

#### 4. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

##### 4.1 ระบบงานที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน

1. มีการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤต กึ่งวิกฤต โดยปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลที่เป็น CPG เช่น COPD DM with Hypoglycemia DHF Sepsis STEMI Stroke มีการเฝ้าระวังกำกับระบบโดยทีม PCT มีการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว ไม่มีภาวะแทรกซ้อน โดยกำหนดเตียงที่เตรียมไว้ในจุดที่สามารถให้การดูแลได้อย่างรวดเร็วตลอดเวลา จัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือที่สำคัญในการช่วยชีวิตให้มีพร้อมใช้อยู่เสมอ คือ ความพร้อมของอุปกรณ์ในรถ Emergency เครื่อง Defibrillator มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ด้านบุคลากรต้องผ่านการอบรมทักษะพื้นฐานชีพขั้นสูงอย่างน้อยปีละครั้ง 100% มีการทำ One day one chart , C3 THER ทุกวัน และมีการทบทวน 12 กิจกรรมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

2. มีการบริหารยา เกสซ์จัดยาตาม Copy Order เป็นระบบ Daily dose มีระบบควบคุมและตรวจสอบ เพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา โดยใช้ระบบ Double check และ cross check กำหนดวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการบริหารยา ตรวจสอบ Order ทุกเวร มีการพัฒนาระบบยา เพื่อลดการเกิด Mediation Error ดังนี้

- 2.1 มีการใช้ Copy order แทนการคัดลอก
- 2.2 ระบบป้องกันยาเสื่อมและหมดอายุ โดยลด Stock ยา
- 2.3 กำหนดยาพ้องรูปพ้องเสียง ( Look Alike Sound Alike)
- 2.4 กำหนดยา High Alert Drug และจัดทำคู่มือบริหารยา
- 2.5 มีระบบการเตือนการแพ้ยาในคอมพิวเตอร์ เพื่อลดอุบัติการณ์การแพ้ยาซ้ำ
- 2.6 กำหนดแนวทางปฏิบัติ เรื่องยาเดิมผู้ป่วย (Medication Reconciliation)

3. มีระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้ป่วยระยะสุดท้าย เน้นการวางแผนจำหน่าย ตั้งแต่แรกรับ พัฒนาสมรรถนะบุคลากรในการประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเฉพาะราย และการดูแลร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพ มีระบบการส่งต่อ HHC เพื่อลดการนอนนาน และการกลับมาซ้ำ ใน 28 วัน ผลจากการพัฒนาพบว่า อัตราการ Re-admit ในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังยังพบในกลุ่ม COPD

##### 4.2 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างการดำเนินการ

1. พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย ให้ครอบคลุมและปลอดภัย โดยใช้ Early Warning Signs และ Pre Arrest sign

2. พัฒนาการเขียนบันทึกทางการแพทย์
3. การใช้ SBAR Report ในการรายงานแพทย์
4. การใช้ SOS Score ในการประเมินและให้การพยาบาลผู้ป่วย
5. การใช้ Alvarado score ในการประเมินผู้ป่วย Appendicitis
6. การใช้ Well score ในการประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการเกิด DVT.



## 5.แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

- 1.พัฒนารูปแบบการเสริมพลังให้แก่ญาติ/ผู้ดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยใช้กระบวนการกลุ่ม
- 2.พัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย DM, HT, COPD ,STEMI ,STROKE,
- 3.พัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ที่สะท้อนการใช้กระบวนการพยาบาล โดยการนิเทศแบบทีมมีส่วนร่วม
- 4.พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย Intermediate care