

Service Profile : ตึกผู้ป่วยในหญิง

1.บริบท(Context)

ก.หน้าที่และเป้าหมาย

ตึกผู้ป่วยในหญิงให้บริการด้านสุขภาพแบบองค์รวมตลอด 24 ชั่วโมง ตามศักยภาพ โรงพยาบาลทุติยภูมิ มีเจตจำนงให้บริการอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ด้วยความรวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย ผู้รับบริการพึงพอใจ คุณแลแบบองค์รวมและต่อเนื่อง โดยเน้นการบริหารจัดการความเสี่ยง การดูแลต่อเนื่องและส่งเสริมสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ คำนึงถึงศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ พัฒนาศักยภาพบุคลากร ส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร

ข.ขอบเขตการให้บริการ

ตึกผู้ป่วยในหญิงให้บริการผู้ป่วยขนาด 30 เตียง รับผู้ป่วยหญิงตั้งแต่อายุ 15ปี ได้แก่ผู้ป่วยแผนกนรีเวช ศัลยกรรม อายุรกรรม หู ตา คอ จมูก ในเขตอำเภอปากพนังและหากเกินศักยภาพมีระบบส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์ตามระบบสุขภาพ โดยแบ่งโซนรับดูแลผู้ป่วยดังนี้ เตียงให้บริการสามัญทั้งหมด 24 เตียง เตียง 1-8 รับผู้ป่วยหญิงทั่วไป และผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ, เตียง 9 – 16 รับผู้ป่วยวิกฤต , เตียง 17-24 รับผู้ป่วยเฝ้าระวังโรคติดต่อ โดยผู้ป่วยที่สงสัยโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ เช่นวัณโรคปอดจัดให้นอนเตียง 20,21 ,มีห้องแยกโรค1 ห้อง รับผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อ 14 วันแรกของการรักษา ,ห้องพิเศษ5 ห้องรับผู้ป่วยพักฟื้นซึ่งต้องได้รับอนุญาตจากแพทย์เจ้าของไข้ทุกราย

กลุ่มโรคสำคัญ

| อันดับที่ | ปี2562 | ปี2563 | ปี2564 | ปี2565 | ปี2566 |
|-----------|----------------|----------------|------------------------------|--------------------------|-------------------------|
| 1. | AGE (285) | AGE(278) | AGE(192) | AGE(162) | UTI(33) |
| 2. | Dizziness(228) | Dyspepsia(129) | Dyspepsia(144) | Dyspepsia(122) | Age (29) |
| 3. | Dyspepsia(174) | Dizziness(110) | Dizziness and giddiness(140) | Colitis of infected(115) | COLITIS of infected(26) |
| 4. | DF +DHF (156) | CHF(105) | Nasea andVomiting(109) | Dizziness(75) | CHF (25) |
| 5. | UTI(134) | UTI(100) | CHF(108) | CHF(67) | Dzziness(24) |

ผู้ป่วยเสียชีวิต 3 อันดับ(ปี 2562-2566)

| อันดับที่ | ปี2562 | ปี2563 | ปี2564 | ปี2565 | ปี2566 |
|-----------|--------|--------------|-----------|--------|---------|
| 1. | CA | sepsis | Pneumonia | CA | CA |
| 2. | CHF | Pneumonia RF | CA | CHF | CHF |
| 3. | HIV- | CHF | ESRD | B24 | ESRD(2) |
| | | | | | |

ค.ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ

| ผู้รับบริการ | ความต้องการของผู้รับบริการ |
|--------------------|---|
| 1.ผู้ป่วยเสี่ยงสูง | -ได้รับการดูแลรักษาด้วยความรวดเร็ว ถูกต้องและปลอดภัย หากเกินศักยภาพในการรักษาได้รับการส่งต่อสถานพยาบาลที่มีศักยภาพในการดูแลสูงกว่า -ได้รับการเตรียมพร้อมด้านร่างกายจิตใจข้อมูลเกี่ยวกับโรค ผลการรักษา -ได้รับการพิทักษ์สิทธิ์ -มีส่วนร่วมในการตัดสินใจยินยอม ปฏิเสธการรักษา |
| 2.ผู้ป่วยเรื้อรัง | -ได้รับความรู้ ข้อมูลเกี่ยวกับโรค -ได้รับการประเมินจากเจ้าหน้าที่ แพทย์ในเวลาที่เหมาะสม -ได้รับการดูแลรักษาอาการอาการเจ็บป่วยที่ถูกต้องเหมาะสม -ได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย แผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ได้รับคำแนะนำ การสอนการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องทั้งที่โรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน -เจ้าหน้าที่ให้บริการอย่างเป็นมิตรให้บริการด้วยความสุภาพ อ่อนโยน พุดจาไพเราะ ยิ้มแย้มแจ่มใส |
| 3.ผู้ป่วยติดเชื่อ | -ได้รับการปกปิดความลับและให้บริการอย่างเป็นมิตรให้บริการด้วยความสุภาพ อ่อนโยน พุดจาไพเราะ ยิ้มแย้มแจ่มใส |
| 4.ญาติ | -ต้องการความรวดเร็ว ผู้ป่วยปลอดภัย หายจากโรค -เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความสุภาพ อ่อนโยน พุดจาไพเราะ ยิ้มแย้มแจ่มใส -มีส่วนร่วมในการในการวางแผนและตัดสินใจ -ความสะดวกในการเข้าเยี่ยม |

ความต้องการในการประสานงานภายในที่สำคัญ

| ผู้รับผลงาน | ความต้องการในการประสานงาน |
|------------------|--|
| พยาบาล | <ul style="list-style-type: none"> - ประวัติถูกต้องครบถ้วน และปฏิบัติตามแนวทาง - การประสานงานที่คิข้อมูลผู้ป่วยครบถ้วน ถูกต้อง - ผู้ป่วยวิกฤต ลูกเงิน ได้รับการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม พร้อมมีพยาบาลติดตามขณะนำส่งเข้าหอผู้ป่วย |
| แพทย์ | <ul style="list-style-type: none"> - รายงาน case ใช้ SBAR ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยวิกฤตที่ครบถ้วน ทันทั่วทั้งที่ - การ consult แพทย์เฉพาะทาง ทั้งภายในโรงพยาบาลและแม่ข่าย - การซักประวัติและการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนถูกต้อง - การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง ใช้ early warning sign และรายงานในเวลาเหมาะสม |
| เภสัชกร | <ul style="list-style-type: none"> - การเฝ้าระวังการแพ้ยาในทุกจุดบริการ - มีระบบการจัดการ High alert drug ที่ชัดเจน - คำสั่งใช้ยาถูกต้อง ชัดเจน - การปรึกษาข้อมูลประวัติการใช้ยาเดิมของผู้ป่วยและการจัดการจากแพทย์ - การใช้ยาที่เหมาะสมในกลุ่มผู้ป่วยไตวาย |
| งานชั้นสูง | <ul style="list-style-type: none"> - การเก็บส่งส่งตรวจถูกต้อง ถูกคน ภายในเวลาที่กำหนด - ใบส่งตรวจ ถูกต้อง ชัดเจน ครบถ้วน ระบุโรค - มีระบบการสื่อสารกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่สะดวก รวดเร็ว ทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน - คำสั่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการชัดเจน ครบถ้วน ถูกคน |
| ทันตกรรม | <ul style="list-style-type: none"> - การระบุตัวผู้ป่วยถูกต้อง ถูกคน - มีระบบการคัดกรองผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวถูกต้อง - มีข้อมูลการ consult ทางทันตกรรมที่ชัดเจน |
| งานเอกซเรย์ | <ul style="list-style-type: none"> - คำสั่ง x-ray ถูกต้อง ถูกคน ถูกตำแหน่ง - มีพยาบาลนำส่งในผู้ป่วยที่อาการไม่คงที่ |
| งานซักฟอก | <ul style="list-style-type: none"> - การแยกประเภทผ้าที่ถูกต้อง |
| งานจ่ายกลาง | <ul style="list-style-type: none"> - ส่งใบเบิกและรับของตรงเวลา - ใบเบิกจากหน่วยงานมีรายละเอียดที่ครบถ้วน ชัดเจน |
| อาหารและโภชนาการ | <ul style="list-style-type: none"> - ข้อมูลอาหารและอาหารเฉพาะโรคถูกคน |
| เปล | <ul style="list-style-type: none"> - การส่งผู้ป่วยมีพยาบาลประเมินแรกรับบนเปลก่อนย้ายลงเตียง |

ง.ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ(Key Quality Issues)

- 1.ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลต่อเนื่องถูกต้องรวดเร็ว ปลอดภัย พึงพอใจ ได้มาตรฐานวิชาชีพ
- 2.ผู้ป่วยเรื้อรัง ได้รับการวางแผนจำหน่ายสามารถดูแลต่อที่บ้านได้ ถูกต้องเหมาะสม

จ.ความท้าทายและความเสี่ยงสำคัญ

- 1.การเสียชีวิตโดยไม่ได้วางแผน
- 2.การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ด้วยโรคและอาการเดิม
- 3.การดูแลผู้ป่วย Palliative care ระยะท้าย ต่อเนื่อง ถึงชุมชน

ฉ.ปริมาณงานและทรัพยากร(คน เทคโนโลยี เครื่องมือ)

- 1.อายุรแพทย์ 2 คน สูติแพทย์ 3 คน กุมารแพทย์ 2คน พยาบาลวิชาชีพ 8 คน รวมทั้งหัวหน้าตึก พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ 4 คน พนักงานทำความสะอาด 1คน
2. Infusion pump 5 เครื่อง
3. NIBP 5 เครื่อง
4. EKG Complete Lead 1 เครื่อง
- 5.เครื่อง Defibrillation 1 เครื่อง

2. กระบวนการสำคัญ (Key Process)

| กระบวนการสำคัญ (Key Process) | สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement) | ตัวชี้วัดที่สำคัญ (Performance Indicator) |
|---------------------------------|--|---|
| 1. การเข้าถึงและเข้ารับบริการ | 1. เตรียมเตียงอุปกรณ์ที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเสี่ยงสูง จัดเตียงใกล้ Nurse Station และได้รับการดูแลรักษาที่รวดเร็วและปลอดภัย 2.ผู้ป่วยทั่วไปได้รับการดูแลในเวลาที่เหมาะสม ปลอดภัย 3.ผู้ป่วยติดเชื้อได้รับการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ | -อุบัติการณ์การช่วยเหลือล่าช้า -อุบัติการณ์การจัดเตียงไม่เหมาะสม -อุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดคน |
| | 4.ได้รับการตรวจสอบการระบุตัวได้ถูกต้อง | |

| | | |
|--|---|--|
| <p>2. การประเมินผู้ป่วย</p> <p>ก.การประเมินผู้ป่วย</p> <p>ข.การส่งตรวจเพื่อประกอบการวินิจฉัยโรค</p> <p>ค.การวินิจฉัย</p> | <p>-ผู้ป่วยได้รับการประเมินซ้ำเพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างทันที่ทั้งที่และปลอดภัย</p> <p>1. ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินทันทีเพื่อจำแนกผู้ป่วยและระดับความรุนแรงของปัญหาและ Clinical Risk ที่สำคัญกับสถานะของโรคครอบคลุมครบถ้วนทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคมอย่างเป็นองค์รวม</p> <p>2. ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยและส่งตรวจพิเศษอย่างเหมาะสมกับอาการและโรคที่เป็น</p> <p>3. ผู้ป่วยได้รับการส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางอย่างเหมาะสมกับภาวะของโรค</p> | <p>-อุบัติการณ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยไม่ถูกต้อง</p> <p>-อัตราการเกิด Miss Diagnosis</p> <p>-อัตราการ refer ค่าซ้ำ</p> |
| <p>3. วางแผน</p> <p>3.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย</p> <p>3.2 การวางแผนจำหน่าย</p> <p>- กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/กลุ่มเสี่ยง</p> | <p>1. ผู้ป่วยได้รับการวางแผนและการประสานแผนร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ</p> <p>2.ยา อุปกรณ์ เครื่องมือพร้อมใช้</p> <p>1. กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/กลุ่มเสี่ยงที่ซับซ้อน ได้รับการวางแผนจำหน่ายโดยทีม สหวิชาชีพ ได้การส่งต่อ ทีม HHC</p> <p>2. ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่ายและมีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองได้ถูกต้องเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยและครอบครัว</p> | <p>-ร้อยละผู้ป่วยได้รับการวางแผนดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ (ACS,Stroke,HT,DM,COPD,DHF,AGE)</p> <p>-อุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ของเครื่องมือ</p> <p>- อัตราการ Re-admit ใน 28 วันด้วยโรคเดิม อาการเดิมโดยไม่ได้รับการวางแผน</p> <p>-ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองได้ถูกต้อง</p> |
| <p>4.การดูแลผู้ป่วย</p> <p>4.1 การดูแลทั่วไป</p> | <p>1.ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ ปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน</p> <p>2.ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประคองตามมาตรฐาน</p> | <p>-อัตราการเกิด UTI</p> <p>- อัตราการตายโดยไม่ได้วางแผน</p> <p>- อัตราการเกิด ความเสี่ยง \geqระดับE</p> <p>-อัตราการเกิดแผลกดทับ</p> |

| | | |
|---|---|---|
| <p>4.2 การดูแลที่มีความเสี่ยงสูงและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง</p> | <p>1.ผู้ป่วยAMIได้รับการดูแลอย่างทันที่ทั้งที่ตามมาตรฐานวิชาชีพปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน</p> <p>2.ดูแลเฝ้าระวังให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้ยา HAD</p> | <p>-อัตราการเกิดCardiogenic shock</p> <p>-อัตราการเกิดภาวะเลือดออกหลังจากได้รับยาละลายลิ่มเลือดในกลุ่มAMI</p> |
| <p>4.3 การดูแลเฉพาะ</p> <p>-การดูแลผู้ป่วยก่อนส่งทำหัตถการ</p> | <p>1.ผู้ป่วยได้รับการเตรียมตัวก่อนและหลังส่งห้องผ่าตัดเพื่อคุมคลุก ตกแต่งแผลให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจอย่างถูกต้อง</p> <p>2.ประเมินความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ ผลLab ผลการตรวจต่างๆก่อนผ่าตัด</p> <p>3.เฝ้าระวังการติดเชื้อจากแผลผ่าตัด</p> <p>4.เตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย</p> | <p>-อุบัติการณ์การเตรียมผู้ป่วยส่งห้องผ่าตัดไม่ถูกต้อง</p> <p>-อัตราการติดเชื้อจากการตกแต่งแผล</p> |
| <p>-การดูแลผู้ป่วยPalliative careระยะท้าย</p> | <p>1.ผู้ป่วย/ญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการให้การดูแลรักษาตามความเหมาะสมกับโรค</p> <p>2.ได้รับคำแนะนำโดยทีมสหวิชาชีพเพื่อเตรียมความพร้อม</p> <p>3.ดูแลทางด้านจิตใจ โดยอนุญาตให้ผู้ป่วยและญาติทำพิธีทางศาสนาได้ในโรงพยาบาล</p> <p>4.บริการส่งกลับบ้าน ในกรณีผู้ป่วยและญาติขอไปเสียชีวิตที่บ้าน</p> | <p>-ร้อยละความพึงพอใจของญาติในการดูแลPalliative careระยะท้าย</p> <p>-อัตราการเกิดแผลกดทับ ข้อติด</p> <p>-ปลอดภัยจากการสำลัก</p> |
| <p>-การบำบัดอาการเจ็บปวด</p> | <p>1.ผู้ป่วยได้รับการประเมินอาการเจ็บปวดโดยใช้ Pain Score และได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน</p> <p>2.กำหนดให้ Pain เป็น V/S ตัวที่ 5</p> | <p>-ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติในการจัดการความปวด</p> |
| <p>5.การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วยและครอบครัว</p> <p>-ด้านพฤติกรรมสุขภาพ</p> | <p>-ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพและสามารถดูแลตัวเองได้</p> | <p>-ผู้ดูแลได้รับการฝึก 2 tick ทุกคน</p> |

| | | |
|--|---|---|
| <p>-การให้คำปรึกษา</p> <p>-การดูแลด้วยความเอื้ออาทร</p> <p>เช่น สอนฉีดยา Insulin</p> <p>-การให้ความรู้เรื่อง</p> <p>โภชนาการ</p> <p>6.การดูแลต่อเนื่อง</p> <p>-ระบบนัด</p> <p>-การประสานงานทั้งภายใน</p> <p>และภายนอกโรงพยาบาล</p> | <p>-ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการดูแลรักษา</p> <p>ต่อเนื่องที่บ้านถูกต้องและเหมาะสม</p> | <p>-ร้อยละของผู้ป่วยและญาติผ่านเกณฑ์</p> <p>ประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง</p> <p>-ร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการส่ง</p> <p>ต่อHHCและติดตามเยี่ยม</p> <p>-อุบัติการณ์ผู้ป่วยผิคนัด</p> |
|--|---|---|

3.ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

| ลำดับ ที่ | ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ปี | ปี | ปี | ปี | ปี |
|--------------|---|------------------|-------|-------|------|------|------|
| | | | 2562 | 2563 | 2564 | 2565 | 2566 |
| 1. | อัตรา Re-admitted ใน 28 วัน/ โรคเดิม | <5% | 0.07 | 0.44 | 0.65 | 0.58 | 0.47 |
| 2. | อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2-4 | 0/1000วัน นอน | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 3 | อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา ที่ถึงผู้ป่วย | 0/1000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 4 | อุบัติการณ์ผู้ป่วยเสียชีวิตโดย ไม่วางแผน | 0ราย | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 5 | อัตราการเกิด Phlebitis | 0/1000วัน นอน | 0 | 0.06 | 0 | 0 | 0 |
| 6 | อัตราความพึงพอใจ | ≥80% | 94.40 | 81.17 | 85 | 85 | 87 |
| 7 | อัตราการเกิดภาวะ Shock ใน กลุ่มผู้ป่วย DHF | <๑๐% | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 8 | ร้อยละของผู้ป่วย stroke ได้รับ การวางแผนจำหน่ายส่ง HHC | ๑๐๐% | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

4.กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

4.1ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน

1.ระบบการดูแลผู้ป่วย DF+DHF

มีเครือข่าย ทีมได้ปรับระบบการประสานงาน โดยใช้ IT มาประสานงานในทีม SRRT ของเครือข่าย

| ระบบการดูแล | กิจกรรมการดูแล |
|--------------------------------|--|
| แรกรับ | <ol style="list-style-type: none">1.พยาบาลประจำหอผู้ป่วยประเมินผู้ป่วยใหม่ทุกรายและจัดเตียงลงที่ที่เหมาะสม2.ตรวจสอบความถูกต้องของบุคคล วัตถุประสงค์และบันทึกสัญญาณชีพ3.ให้สารน้ำตามแผนการรักษา และใช้เครื่องควบคุมการให้สารน้ำทุกราย4.ซักประวัติเพื่อประเมินระยะโรคให้ชัดเจน ทำT.T.(กรณีไม่มีผล)5.ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ6.พยาบาลปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการรับผู้ป่วยใหม่7.ให้การดูแลแก้ไขภาวะวิกฤต8.ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยให้คำจัดแจง9.ประสานทีม SRAT |
| การดูแลต่อเนื่องขณะนอนพักรักษา | <ol style="list-style-type: none">1.ให้การดูแลตามระยะของโรค2.เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลรักษา เช่น ภาวะน้ำเกิน3.เฝ้าระวังติดตาม สัญญาณชีพ urine sp.gr. ,I/O , HCT ตามCPG และแผนการรักษา4.ติดตามดูแลให้สารน้ำ และยา5.บรรเทาความไม่สบาย เช่น ไข้ ปวดท้อง6.จัดอาหารให้เหมาะกับโรค งดอาหารดำ-แดง7.ให้ข้อมูลเรื่องโรคและการปฏิบัติตัว พร้อมประเมินความเข้าใจ เพื่อลดความวิตกกังวล8.ประเมินความพร้อมผู้ป่วยและฟื้นฟูทั้งร่างกายและจิตใจ |
| จำหน่าย | <ol style="list-style-type: none">1.ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยซักก่อนจำหน่าย -การส่งต่อการรักษา |

| | |
|--|---|
| | <p>-กลับบ้าน</p> <p>2.ปรึกษาทีม สหวิชาชีพเพื่อเตรียมความพร้อมและป้องกันภาวะแทรกซ้อน</p> <p>3.ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน</p> |
|--|---|

จากการประเมินผลดำเนินงาน

อัตราการเกิดภาวะshockในปี 2562-2566 ไม่พบภาวะแทรกซ้อนเรื่องน้ำเกิน ไม่เสียชีวิต

2.ระบบการดูแลผู้ป่วย ACS

จากการทบทวนกระบวนการดูแลพบว่าปี2564มี1คน มีการดูแลต่อเนื่องไม่เหมาะสม หน่วยงานได้พัฒนาระบบการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย

| ระบบการดูแล | กิจกรรมการดูแล |
|--------------------------------|---|
| แรกรับ | <ol style="list-style-type: none"> 1.พยาบาลประจำหอผู้ป่วยประเมินผู้ป่วยใหม่ทุกรายและจัดเตียงลงที่ที่เหมาะสม 2.ตรวจสอบความถูกต้องของบุคคล วัดและบันทึกสัญญาณชีพตามคะแนน MEWSและติดตามประเมินสัญญาณชีพ และติด monitor EKG 3.ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษเช่น EKG, CXR, Cardiac enzyme 4.พยาบาลปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการรับผู้ป่วยใหม่ 5.ให้การดูแล และแก้ไขภาวะวิกฤตทันที เช่นอาการเจ็บหน้าอก พบEarly warning signs ,pre-arrest sign |
| การดูแลต่อเนื่องขณะนอนพักรักษา | <ol style="list-style-type: none"> 1.เฝ้าระวังอาการเจ็บหน้าอก ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 2.ดูแลให้ได้รับยา สารน้ำ และสังเกตอาการข้างเคียงจากยา 3.บรรเทาความไม่สบายเช่น อาเจียน นอนราบไม่ได้ 4.เตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ช่วยชีวิต 5.ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ EKG 6.เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกให้ทำEKGและรายงานแพทย์ทันที |

| | |
|---------|--|
| | <p>7.สังเกตและบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงใกล้ชิดเช่นสัญญาณชีพ ให้ติดตามตามค่าคะแนนMEWSที่วัดได้ ทำI/O</p> <p>8.จัดอาหารให้ตามเหมาะสมกับโรค</p> <p>9.ให้ข้อมูลเรื่องอาการโรคที่เปลี่ยนแปลงเป็นระยะเพื่อลดความกังวล พร้อมประเมินความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัว</p> <p>10.ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยที่จะได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายและจิตใจ</p> |
| จำหน่าย | <p>1.ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยซ้ำก่อนจำหน่าย</p> <ul style="list-style-type: none"> -การส่งต่อการรักษา -กลับบ้านให้สังเกตอาการอาจเกิดเป็นซ้ำ -ระยะสุดท้าย <p>2.ปรึกษาทีม สาขาวิชาชีพเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย</p> <p>3.จัดหาแหล่งประโยชน์ในชุมชนใกล้บ้านเช่นบริการการแพทย์ 1669</p> |

จากการประเมินผลการทำงาน

จากการทบทวนพบว่าปี 64 เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะ cardiogenic shock 1ราย สาเหตุเกิดจากความล้าซ้ำในการวินิจฉัย ดังนั้นทีมปรับปรุงแนวทางACS STEMIและให้นำมาใช้

4.2การพัฒนาคุณภาพระหว่างดำเนินการ

4.2.1การพัฒนากระบวนการวางแผนจำหน่าย

ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมาจากข้อมูลหน่วยงาน มีผู้ป่วยกลับมารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผนร้อยละ 0.10 0.44 0.65 0.58 0.47 ตามลำดับ จากการทบทวนพบว่าระบบการวางแผนจำหน่ายในกลุ่มโรคสำคัญผู้ป่วยและครอบครัวไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน โดยเฉพาะในกลุ่มแพทย์ห้อง หน่วยงานได้พัฒนาระบบการวางแผนจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถกลับไปดูแลตนเองต่อเองที่บ้านได้ตามสภาวะโรคดังนี้

| ปัญหา | การปรับปรุง |
|--------------------------------|--|
| ระบบการวางแผนจำหน่ายไม่ชัดเจน | <ol style="list-style-type: none"> 1.กำหนดผู้รับผิดชอบหลักในหน่วยงานและหน้าที่รับผิดชอบ 2.พยาบาลเวรเข้ามีหน้าที่ประเมินความต้องการและส่งข้อมูลที่ต้องการให้ทีม HHCดูแลต่อในแบบฟอร์ม 3.จัดระบบการวางแผนจำหน่ายในหน่วยงาน 4.จัดทำแผนปฏิบัติและกำกับติดตามทุก 6 เดือน |
| ประเภทผู้ป่วยที่ส่งเข้าทีม HHC | <ol style="list-style-type: none"> 1.กำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องวางแผนจำหน่ายดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> -กลุ่มโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนและต้องติดตามประเมินการปฏิบัติ เช่นการทำแผล การดูดเสมหะ การใช้ออกซิเจน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วย Palliative care 2.จัดทำรูปแบบการให้ความรู้ การเสริมทักษะที่เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน 3.จัดหาผู้ดูแลหลักก่อนให้ความรู้ทุกครั้ง 4.ทบทวนอุบัติการณ์ นิเทศรายบุคคล |
| ระบบการนิเทศติดตามไม่ชัดเจน | <ol style="list-style-type: none"> 1.หัวหน้าหน่วยงานและผู้รับผิดชอบหลักในหน่วยงานมีการนิเทศและติดตามต่อเนื่อง 2.มีผลสรุปการดำเนินงานทุกเดือน 3.ส่งเสริมสนับสนุนให้ดำเนินการทำกิจกรรมพัฒนาอย่างต่อเนื่อง |

จากการประเมินผลการทำงาน

ร้อยละการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันด้วยโรคเดิมเป็น 0.10 0.44 0.65 0.58 0.47 ตามลำดับ พบว่าประเด็นผู้ป่วย CA ระยะท้ายมีความกังวลกลัวต้องการอยู่ใกล้พยาบาลและผู้ป่วยแพ้ท้องอาเจียนมาก กินไม่ได้

4.2.2.ระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

รอบ5ที่ผ่านมาพบผู้ป่วยเบาหวานเข้ามารับการรักษาปี 2562 -2566 เป็น 995 1058 1102 1035 304, ราย ตามลำดับ กลับมารักษาซ้ำ 0.10 0.44 0.65 0.58 0.47 % ทบทวนพบปัญหาดังนี้

| ปัญหา | การปรับปรุง |
|---|--|
| <p>มีการให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัว แต่ขาดการเน้นให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนัก พบว่า</p> <ul style="list-style-type: none"> -ขาดยา (ไม่ฉีดยา, ฉีดยาไม่ถูก) -ไม่มาตามนัด -ไม่ควบคุมอาหาร <p>มานอนโรงพยาบาลด้วยโรคอื่น เกิดภาวะ Hypo-Hyperglycemia</p> <ul style="list-style-type: none"> -กินอาหารได้น้อย -มีภาวะติดเชื้อ | <ol style="list-style-type: none"> 1. พยาบาลเจ้าของไข้ประเมินปัญหาและความต้องการ 2. วางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกเริ่ม 3. ค้นหาสาเหตุของการHypo-Hyperglycemia 4. ให้ความรู้เรื่องโรค เน้นเรื่องภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดถ้าหากปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง 5. กำหนดให้มีผู้ดูแลหลัก 6. ฝึกทักษะที่ต้องนำไปปฏิบัติที่บ้านเช่นฉีดยาInsulin โดยใช้2tick โดย 7. ผู้ป่วยมารับการรักษาทุกรายหลังจำหน่ายนัดเข้าคลินิกเบาหวาน <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยมีประวัติเบาหวานทุกรายมารับการรักษาให้ติดตามสมุดประจำตัวใส่เพิ่มประวัติ 2. ประเมินภาวะเสี่ยงการเกิด Hypo-Hyperglycemia 3. ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย |

จากการประเมินผลการทำงาน

พบผู้ป่วยเบาหวานมีอัตราการกลับซ้ำภายใน 28 วันลดลง

4.2.3 ระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมาพบผู้ป่วยระยะท้ายมีความต้องการที่แตกต่างจากผู้ดูแล ต้องการจากไปอย่างสงบที่บ้าน ต้องการพบกับบุคคลที่จากมานานแต่กระทบกระเทือนใจผู้ดูแลเช่นภรรยาคนที่ 1 , ลูกภรรยา น้อย ,ญาติไม่สามารถมาพบเจอได้ , ไม่ยินยอมใส่สายต่างๆ , ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ แต่ความประสงค์ของญาติ ต้องการให้ผู้ป่วยมีชีวิตให้นานที่สุด ซึ่งเป็นความทุกข์ของผู้ป่วย หน่วยงานนำมาทบทวนพบว่าระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองไม่ชัดเจน เจ้าหน้าที่จบใหม่ไม่ตระหนัก หน่วยงานจึงพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยในแต่ละระยะได้รับการดูแลเหมาะสมและผู้ป่วยระยะท้ายจากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยเริ่มจากการให้ความรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับพยาบาลทุกคนภายใต้การนำของแม่ข่าย แต่งตั้งคณะทำงานและกำหนดบทบาทหน้าที่รับผิดชอบ จัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง ปี 2562 มีการแต่งตั้งคณะอำนวยการ คณะทำงานในรูปแบบเครือข่าย

จากการประเมินผลการทำงาน

จำนวนผู้ป่วยระดับประคองได้รับการทำACP Family meeting และจากไปอย่างสงบ

5.แผนพัฒนาต่อเนื่อง

5.1 การวางแผนจำหน่าย

5.2 การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

5.3 เพิ่มทักษะการดูแลผู้ป่วยแบบประคองให้ทีมบุคลากรรวมถึงเครือข่าย