

Service Profile : ตึกผู้ป่วยในหญิง ปี 2563

1.บริบท(Context)

ก.หน้าที่และเป้าหมาย

ตึกผู้ป่วยในหญิงให้บริการด้านสุขภาพแบบองค์รวมตลอด 24 ชั่วโมง ตามศักยภาพโรงพยาบาลทุติยภูมิ มีเจตจำนงให้บริการอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ด้วยความรวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย ผู้รับบริการพึงพอใจ ดูแลแบบองค์รวมและต่อเนื่อง 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 5 อันดับแรกของตึกผู้ป่วยในหญิง(ปี2560-2563)

อันดับที่	ปี2560	ปี2561	ปี2562	ปี2563
1.	AGE(192)	AGE(280)	AGE(285)	AGE(278)
2.	DF+DHF(100)	Dyspepsia(175)	Dizziness and giddiness(228)	Dyspepsia(129)
3.	Dyspepsia(63)	UTI(89)	UTI(58)	Dizziness(110)
4.	Acute tubule-interstitial nephritis(56)	Acute tubule-interstitial nephritis(56)	Dyspepsia(87)	CHF(105)

5.	UTI(56)	HT(55)	Dizziness and giddiness(71)	UTI(100)
----	---------	--------	-----------------------------	----------

ผู้ป่วยเสียชีวิต 3 อันดับ(ปี57ผู้ป่วยในรวม,ปี58-59ข้อมูลผู้ป่วยหญิงรวมผู้ป่วยเด็กผู้หญิงอายุ 0-15ปีและเด็กผู้ป่วยชายอายุ 0-1เดือน,ปี60ผู้ป่วยหญิงตั้งแต่อายุ 15ปีขึ้นไป)

อันดับที่	ปี2560	ปี2561	ปี2562	ปี2563
1.	sepsis	Pneumonia(7)	CA	CA
2.	Pneumonia RF	CA Pneumonia	Sepsis,(4)CA(4),Respiratory failure	Sepsis,(4)CA(4),Respiratory failure(4)
3.	CHF AMI	ESRD	B24	ESRD(2)
4.	-	CHF(1),UGIB(1),Myelodysplastic syndrome(1)-	SEPSIS	SEPSIS

ค.ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ

ผู้รับบริการ	ความต้องการของผู้รับบริการ
1.ผู้ป่วยเสี่ยงสูง	<ul style="list-style-type: none"> -ได้รับการดูแลรักษาด้วยความรวดเร็ว ถูกต้องและปลอดภัย หากเกินศักยภาพในการรักษาได้รับการส่งต่อสถานพยาบาลที่มีศักยภาพในการดูแลสูงกว่า -ได้รับการเตรียมพร้อมด้านร่างกายจิตใจข้อมูลเกี่ยวกับโรค ผลการรักษา -ได้รับการพิทักษ์สิทธิ์ -มีส่วนร่วมในการตัดสินใจยินยอม ปฏิเสธการรักษา
2.ผู้ป่วยเรื้อรัง	<ul style="list-style-type: none"> -ได้รับความรู้ ข้อมูลเกี่ยวกับโรค -ได้รับการประเมินจากเจ้าหน้าที่ แพทย์ในเวลาที่เหมาะสม -ได้รับการดูแลรักษาอาการอาการเจ็บป่วยที่ถูกต้องเหมาะสม -ได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย แผนการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง 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	- ประวัตินักต้องครบถ้วน และปฏิบัติตามแนวทาง - การประสานงานที่ดีข้อมูลผู้ป่วยครบถ้วน ถูกต้อง - ผู้ป่วยวิกฤต ฉุกเฉิน ได้รับการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม พร้อมมีพยาบาลติดตามขณะนำส่งเข้าหอผู้ป่วย
แพทย์	- รายงาน case ใช้ SBAR ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยวิกฤตที่ครบถ้วน ทันท่วงที - การ consult แพทย์เฉพาะทาง ทั้งภายใน โรงพยาบาลและแม่ข่าย - การซักประวัติและการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนถูกต้อง - การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง ใช้ early warning sign และรายงานในเวลาเหมาะสม
เภสัชกร	- การเฝ้าระวังการแพ้ยาในทุกจุดบริการ - มีระบบการจัดการ High alert drug ที่ชัดเจน - คำสั่งใช้ยาถูกต้อง ชัดเจน - การปรึกษาข้อมูลประวัติการใช้ยาเดิมของผู้ป่วยและการจัดการจากแพทย์ - การใช้ยาที่เหมาะสมในกลุ่มผู้ป่วยไตวาย
งานชั้นสูตร	- การเก็บสิ่งส่งตรวจถูกต้อง ถูกคน ภายในเวลาที่กำหนด - ใบส่งตรวจ ถูกต้อง ชัดเจน ครบถ้วน ระบุโรค - มีระบบการสื่อสารกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่สะดวก รวดเร็ว ทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน - คำสั่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการชัดเจน ครบถ้วน ถูกคน

ทันตกรรม	- การระบุตัวผู้ป่วยถูกต้อง ถูกคน - มีระบบการคัดกรองผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวถูกต้อง - มีข้อมูลการ consult ทางทันตกรรมที่ชัดเจน
งานเอกซเรย์	- คำสั่ง x-ray ถูกต้อง ถูกคน ถูกตำแหน่ง - มีพยาบาลนำส่งในผู้ป่วยที่อาการไม่คงที่
งานซักฟอก	- การแยกประเภทผ้าที่ถูกต้อง
งานจ่ายกลาง	- ส่งใบเบิกและรับของตรงเวลา - ใบเบิกจากหน่วยงานมีรายละเอียดที่ครบถ้วน ชัดเจน
ผู้รับผลงาน	ความต้องการในการประสานงาน
อาหารและโภชนาการ	- ข้อมูลอาหารและอาหารเฉพาะ โรคถูกคน
เปล	- การส่งผู้ป่วยมีพยาบาลประเมินแรกรับบนเปลก่อนย้ายลงเตียง

ง.ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ(Key Quality Issues)

- 1.ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลต่อเนื่องถูกต้องรวดเร็ว ปลอดภัย พึงพอใจ ได้มาตรฐานวิชาชีพ
- 2.ผู้ป่วยเรื้อรังได้รับการวางแผนจำหน่ายสามารถดูแลต่อที่บ้านได้ 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 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 7 คน รวมทั้งหัวหน้าตึก พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ 5 คน พนักงานทำความสะอาด 1คน
2. Infusion pump 5 เครื่อง
3. NIBP 5 เครื่อง
4. EKG Complete Lead 2 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. ผู้ป่วยคิดเชื่อได้รับการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ	- อุบัติการณ์การช่วยเหลือล่าช้า - อุบัติการณ์การจัดเตียงไม่เหมาะสม - อุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดคน
	4. ได้รับการตรวจสอบการระบุตัวได้ถูกต้อง	
2. การประเมินผู้ป่วย ก. การประเมินผู้ป่วย ข. การส่งตรวจเพื่อประกอบการวินิจฉัยโรค ค. การวินิจฉัย	- ผู้ป่วยได้รับการประเมินซ้ำเพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างทันที่และปลอดภัย 1. ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินทันทีเพื่อจำแนกผู้ป่วยและระดับความรุนแรงของปัญหาและ Clinical Risk ที่สำคัญกับสถานะของโรคครอบคลุมครบถ้วนทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคมอย่างเป็นองค์รวม 2. ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยและส่งตรวจพิเศษอย่างเหมาะสมกับอาการและโรคที่เป็น 3. ผู้ป่วยได้รับการส่งปรึกษากับแพทย์เฉพาะทางอย่างเหมาะสมกับภาวะของโรค	- อุบัติการณ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยไม่ถูกต้อง - อัตราการเกิด Miss Diagnosis - อัตราการ refer ล่าช้า
3. วางแผน 3.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย	1. ผู้ป่วยได้รับการวางแผนและการประสานแผนร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ	- ร้อยละผู้ป่วยได้รับการวางแผนดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ (ACS, Stroke, HT, DM, COPD, DHF, AGE)

<p>3.2 การวางแผนจำหน่าย</p> <p>- กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/กลุ่มเสี่ยง</p>	<p>2.ยา อุปกรณ์ เครื่องมือพร้อมใช้</p> <p>1. กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/กลุ่มเสี่ยงที่ซับซ้อน ได้รับการวางแผนจำหน่ายโดยทีม สหวิชาชีพ ได้การส่งต่อ ทีม HHC</p> <p>2. ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่ายและมีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองได้ถูกต้องเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยและครอบครัว</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>4.2 การดูแลที่มีความเสี่ยงสูงและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง</p> <p>4.3 การดูแลเฉพาะ</p> <p>-การดูแลผู้ป่วยก่อนส่งทำหัตถการ</p> <p>-การดูแลผู้ป่วยPalliative careระยะท้าย</p>	<p>1.ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ ปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน</p> <p>2.ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประคองตามมาตรฐาน</p> <p>1.ผู้ป่วยAMIได้รับการดูแลอย่างทันที่ทั้งที่ตามมาตรฐานวิชาชีพปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน</p> <p>2.ดูแลเฝ้าระวังให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้ยา HAD</p> <p>1.ผู้ป่วยได้รับการเตรียมตัวก่อนและหลังส่งห้องผ่าตัด เพื่อขูดมดลูก ตกแต่งแผลให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจอย่างถูกต้อง</p> <p>2.ประเมินความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ ผลLab ผลการตรวจต่างๆก่อนผ่าตัด</p> <p>3.เฝ้าระวังการติดเชื้อจากแผลผ่าตัด</p> <p>4.เตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย</p> <p>1.ผู้ป่วย/ญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการให้การดูแลรักษาตามความเหมาะสมกับโรค</p>	<p>-อัตราการเกิด UTI</p> <p>- อัตราการตายโดยไม่ได้วางแผน</p> <p>- อัตราการเกิด ความเสี่ยง \geqระดับE</p> <p>-อัตราการเกิดแผลกดทับ</p> <p>-อัตราการเกิดCardiogenic shock</p> <p>-อัตราการเกิดภาวะเลือดออกหลังจากได้รับยาละลายลิ่มเลือดในกลุ่มAMI</p> <p>-อุบัติการณ์การเตรียมผู้ป่วยส่งห้องผ่าตัดไม่ถูกต้อง</p> <p>-อัตราการติดเชื้อจากการตกแต่งแผล</p> <p>-ร้อยละความพึงพอใจของญาติในการดูแลPalliative careระยะท้าย</p> <p>-อัตราการเกิดแผลกดทับ ข้อติด</p> <p>-ปอดบวมจากการสำลัก</p>

<p>-การบำบัดอาการเจ็บปวด</p> <p>5.การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วยและครอบครัว</p> <ul style="list-style-type: none"> -ด้านพฤติกรรมสุขภาพ -การให้คำปรึกษา -การดูแลด้วยความเอื้ออาทร เช่น สอนฉีดยา Insulin -การให้ความรู้เรื่องโภชนาการ <p>6.การดูแลต่อเนื่อง</p> <ul style="list-style-type: none"> -ระบบนัด -การประสานงานทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล 	<p>2.ได้รับคำแนะนำโดยทีม สหวิชาชีพเพื่อเตรียมความพร้อม</p> <p>3.ดูแลทางด้านจิตใจ โดยอนุญาตให้ผู้ป่วยและญาติทำพิธีทางศาสนาได้ในโรงพยาบาล</p> <p>4.บริการส่งกลับบ้าน ในกรณีผู้ป่วยและญาติ ขอลาเสียชีวิตที่บ้าน</p> <p>1.ผู้ป่วยได้รับการประเมินอาการเจ็บปวดโดยใช้ Pain Score และได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน</p> <p>2.กำหนดให้ Pain เป็น V/S ตัวที่ 5</p> <p>-ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสถานะสุขภาพและสามารถดูแลตัวเองได้</p> <p>-ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่องที่บ้านถูกต้องและเหมาะสม</p>	<p>-ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติในการจัดการความปวด</p> <p>-ผู้ดูแลได้รับการฝึก 2 tick ทุกคน</p> <p>-ร้อยละของผู้ป่วยและญาติผ่านเกณฑ์ประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง</p> <p>-ร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการส่งต่อHHCและติดตามเยี่ยม</p> <p>-อุบัติการณ์ผู้ป่วยผิคนัด</p>
--	---	---

3.ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ลำดับ ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี	ปี	ปี	ปี
			2560	2561	2562	2563
1.	อัตรา Re-admitted ใน 28 วัน/โรค เดิม	<5%	2.1	2.26	0.07	1.10
2.	อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2-4 นอน	0/1000วัน นอน	0.10	0.00	0.00	0.00
3	อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาที่ ถึงผู้ป่วย	0/1000	0.12	0.00	0.18	0.18
4	อุบัติการณ์ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่ ตัวชี้วัด	0ราย	1	1	3	1
5	อัตราการเกิด Phlebitis	0/1000วัน นอน	0.06	0	0	0
6	อัตราความพึงพอใจ	≥80%	89.64	89.73	91.44	80.90
7	อัตราการเกิดภาวะ Shock ในกลุ่ม ผู้ป่วย DHF	<๑๐%	0	0	0	0
8	ร้อยละของผู้ป่วย stroke ได้รับ การวางแผนจำหน่ายส่ง HHC	๑๐๐%	100	100	100	100

4.กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

4.1ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน

1.ระบบการดูแลผู้ป่วย DF+DHF

ในรอบ 3ปีที่ผ่านมา มีจำนวนผู้ป่วย DF+DHF เข้ารับการรักษาจำนวน 41 , 100 , 52 รายตามลำดับ พบภาวะแทรกซ้อนจากในปี2556เกิดภาวะ shock ร้อยละ 1.27 และเจ้าหน้าที่จบใหม่ยังขาดความรู้ความเข้าใจ อุปกรณ์ควบคุมการไหลของสารน้ำไม่เพียงพอ หน่วยงานจึงได้พัฒนาระบบการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย

ระบบการดูแล	กิจกรรมการดูแล
แรกรับ	<ol style="list-style-type: none">1.พยาบาลประจำหอผู้ป่วยประเมินผู้ป่วยใหม่ทุกรายและจัดเตียงลงที่เหมาะสม2.ตรวจสอบความถูกต้องของบุคคล วัดและบันทึกสัญญาณชีพ3.ให้สารน้ำตามแผนการรักษา และใช้เครื่องควบคุมการให้สารน้ำทุกราย4.ซักประวัติเพื่อประเมินระยะ โรคให้ชัดเจน 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

เจ้าหน้าที่	1.ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยซักก่อนจำหน่าย -การส่งต่อการรักษา -กลับบ้าน 2.ปรึกษาทیم สหวิชาชีพเพื่อเตรียมความพร้อมและป้องกันภาวะแทรกซ้อน 3.ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
-------------	--

จากการประเมินผลดำเนินงาน

อัตราการเกิดภาวะshockในปี 2560-2563 ไม่พบภาวะแทรกซ้อนเรื่องน้ำเกิน ไม่เสียชีวิต

2.ระบบการดูแลผู้ป่วย ACS

รอบ 3 ปีที่ผ่านมาจำนวนผู้ป่วยเข้ารับการรักษาปี 2560-2563 เป็น 76 , 88 , 57 , 57 ตามลำดับมีอัตราการเสียชีวิตโดยไม่คาดคิด 2,2,1และ0ราย จากการทบทวนกระบวนการดูแลพบว่า มีการดูแลต่อเนื่องไม่เหมาะสม หน่วยงานได้พัฒนาระบบการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ลดอัตราการเสียชีวิตโดยไม่คาดคิด

ระบบการดูแล	กิจกรรมการดูแล
แรกรับ	1.พยาบาลประจำหอผู้ป่วยประเมินผู้ป่วยใหม่ทุกรายและจัดเตียงลงที่ที่เหมาะสม 2.ตรวจสอบความถูกต้องของบุคคล วัดและบันทึกสัญญาณชีพตามคะแนน MEWSและติดตามประเมินสัญญาณชีพ และติด monitor EKG 3.ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษเช่น EKG, CXR, Cardiac enzyme 4.พยาบาลปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการรับผู้ป่วยใหม่ 5.ให้การดูแล และแก้ไขภาวะวิกฤตทันที เช่นอาการเจ็บหน้าอก WPEarly warning signs ,pre-arrest sign
การดูแลต่อเนื่องขณะนอนพักรักษา	1.เฝ้าระวังอาการเจ็บหน้าอก ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 2.ดูแลให้ได้รับยา สารน้ำ และสังเกตอาการข้างเคียงจากยา

	<p>3.บรรเทาความไม่สบายเช่น อาเจียน นอนราบไม่ได้</p> <p>4.เตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ช่วยชีวิต</p> <p>5.ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ EKG</p> <p>6.เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกให้ทำEKGและรายงานแพทย์ทันที</p> <p>7.สังเกตและบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงใกล้ชิดเช่นสัญญาณชีพ ให้ติดตามตามค่าคะแนนMEWSที่วัดได้ ทำI/O</p> <p>8.จัดอาหารให้ตามเหมาะสมกับโรค</p> <p>9.ให้ข้อมูลเรื่องอาการ โรคที่เปลี่ยนแปลงเป็นระยะเพื่อลดความกังวล 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</p> <p>1669</p>

จากการประเมินผลการทำงาน

ผู้ป่วย AMI เสียชีวิตโดยไม่คาดคิด จากปี2557 3 ราย เป็น ปี 2558-2561จำนวน 2,2,1 และ 0 ราย ในปี 2561 (6 เดือน) ตามลำดับ ทีมดูแลผู้ป่วยจึงได้มีการปรับแนวทางการคัดกรองในผู้ป่วยกลุ่ม NCD ที่มีอาการเจ็บแน่น epigastrium และมีอาการ dyspepsia อายุมากกว่า 35 ปี โดยให้มีการซักประวัติ ประเมินตาม CPG ACS เจาะ Trop-t ทำ EKG 12 lead และส่ง film chest ปรับเพิ่มกรณี Atypical chest pain และผู้ป่วยที่เฝ้าระวัง chest pain ซ้ำ ในรายงานแพทย์เพื่อเจาะ Trop-t*2 ครั้ง สงสัย STEMI แต่ไม่ได้มาด้วยอาการเฉพาะ มาด้วยเวียนศีรษะ ซักประวัติเพิ่ม คลื่นไส้ อาเจียน ใจสั่น แน่นหน้าอก และประเมิน VIS หากพบว่า PR<60 ครั้ง/นาที่ ให้ปฏิบัติตาม CPG การดูแลผู้ป่วยกลุ่ม ACS มีระบบ fast track มีระบบ consult อายุรแพทย์ โรงพยาบาลปากพูนัง CCU โรงพยาบาลมหาราช มีระบบการประสานงานและส่งต่อ

4.2 การพัฒนาคุณภาพระหว่างดำเนินการ

4.2.1 การพัฒนาระบบการวางแผนจำหน่าย

ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมาจากข้อมูลหน่วยงาน มีผู้ป่วยกลับมารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผนร้อยละ 2.10, 2.26, 0.07 ตามลำดับ จากการทบทวนพบว่าระบบการวางแผนจำหน่ายในกลุ่มโรคสำคัญผู้ป่วยและครอบครัวไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน โดยเฉพาะในกลุ่มแพ็ททอง หน่วยงานได้พัฒนาระบบการวางแผนจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถกลับไปดูแลตนเองต่อเองที่บ้านได้ตามสภาวะโรคดังนี้

ปัญหา	การปรับปรุง
ระบบการวางแผนจำหน่ายไม่ชัดเจน	<ol style="list-style-type: none">1. กำหนดผู้รับผิดชอบหลักในหน่วยงานและหน้าที่รับผิดชอบ2. พยายามเวรเข้ามีหน้าที่ประเมินความต้องการและส่งข้อมูลที่ต้องการให้ทีม HHC ดูแลต่อในแบบฟอร์ม3. จัดระบบการวางแผนจำหน่ายในหน่วยงาน4. จัดทำแผนปฏิบัติและกำกับติดตามทุก 6 เดือน
ประเภทผู้ป่วยที่ส่งเข้าทีม HHC	<ol style="list-style-type: none">1. กำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องวางแผนจำหน่ายดังนี้<ul style="list-style-type: none">-กลุ่มโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนและต้องติดตามประเมินการปฏิบัติ เช่น การทำแผล การดูแลแผล การใช้ออกซิเจน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วย Palliative care2. จัดทำรูปแบบการให้ความรู้ การเสริมทักษะที่เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน3. จัดหาผู้ดูแลหลักก่อนให้ความรู้ทุกครั้ง4. ทบทวนอุบัติการณ์ นิเทศรายบุคคล
ระบบการนิเทศติดตามไม่ชัดเจน	<ol style="list-style-type: none">1. หัวหน้าหน่วยงานและผู้รับผิดชอบหลักในหน่วยงานมีการนิเทศและติดตามต่อเนื่อง2. มีผลสรุปการดำเนินงานทุกเดือน3. ส่งเสริมสนับสนุนให้ดำเนินการทำกิจกรรมพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

จากการประเมินผลการทำงาน

ร้อยละการกลับมารักษารักษาซ้ำภายใน 28 วันด้วยโรคเดิมเป็น 0.05 ,0.44, 2.1 และ2 ตามลำดับพบว่า ประเด็นผู้ป่วย CA ระยะท้ายมีความกังวลกลัวต้องการอยู่ใกล้พยาบาลและผู้ป่วยแพ้อาเจียนมากกินไม่ได้

4.2.2.ระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

รอบปีที่ผ่านมาพบผู้ป่วยเบาหวานเข้ามารับการรักษาปี 2560-2562 เป็น 448 ราย , 446 ราย และ 320 ราย ตามลำดับ กลับมารักษาซ้ำ 3 ราย=0.66% , 3ราย=0.67 และ 2 ราย =0.62 จากการทบทวนพบปัญหาดังนี้

ปัญหา	การปรับปรุง
มีการให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัว แต่ขาดการเน้นให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนัก พบว่า -ขาดยา (ไม่ฉีดยา,ฉีดยาไม่ถูก) -ไม่มาตามนัด -ไม่ควบคุมอาหาร	1.พยาบาลเจ้าของไข้ประเมินปัญหาและความต้องการ 2.วางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับ 3.ค้นหาสาเหตุของการHypo-Hyperglycemia 4.ให้ความรู้เรื่องโรค เน้นเรื่องภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดถ้าหากปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง 5.กำหนดให้มีผู้ดูแลหลัก 6.ฝึกทักษะที่ต้องนำไปปฏิบัติที่บ้านเช่นฉีดยาInsulin โดยใช้2tick
มานอนโรงพยาบาลด้วยโรคอื่น เกิดภาวะ Hypo-Hyperglycemia -กินอาหารได้น้อย -มีภาวะติดเชื้อ	7.ผู้ป่วยมารับการรักษาทุกรายหลังจำหน่ายนัดเข้าคลินิกเบาหวาน 1.ผู้ป่วยมีประวัติเบาหวานทุกรายมารับการรักษาให้ติดตามสมุดประจำตัวใส่เพิ่มประวัติ 2.ประเมินภาวะเสี่ยงการเกิด Hypo-Hyperglycemia 3.ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย

จากการประเมินผลการทำงาน

พบผู้ป่วยเบาหวานมีอัตราการกลับซ้ำภายใน 28 วันลดลง

4.2.3 ระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมาพบผู้ป่วยระยะท้ายมีความต้องการที่แตกต่างจากผู้ดูแล ต้องการจากไปอย่างสงบที่บ้าน ต้องการพบกับบุคคลที่จากมานานแต่กระทบกระเทือนใจผู้ดูแลเช่นภรรยาคนที่ 1 , ลูกภรรยา น้อย ,ญาติไม่สามารถมาพบเจอได้ ,ไม่ยินยอมใส่สายต่างๆ ,ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ แต่ความประสงค์ของญาติ ต้องการให้ผู้ป่วยอยู่ชีวิตให้นานที่สุด ซึ่งเป็นความทุกข์ของผู้ป่วย หน่วยงานนำมาทบทวนพบว่าระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองไม่ชัดเจน เจ้าหน้าที่จบใหม่ไม่ตระหนัก หน่วยงานจึงพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยในแต่ละระยะได้รับการดูแลเหมาะสมและผู้ป่วยระยะท้ายจากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยเริ่มจากการให้ความรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับพยาบาลทุกคนภายใต้การนำของแม่ข่าย แต่งตั้งคณะทำงานและกำหนดบทบาทหน้าที่รับผิดชอบ จัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง ปี 2561 มีการแต่งตั้งคณะอำนวยการ คณะทำงานในรูปแบบเครือข่าย

จากการประเมินผลการทำงาน

จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่คาดคิดปี 2560-2563 เป็น 1,1,3 ราย และ 1 รายในปี 2563 (6เดือน)

5.แผนพัฒนาต่อเนื่อง

5.1 การวางแผนจำหน่าย

5.2 การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

5.3 เพิ่มทักษะการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองให้ทีมบุคลากรรวมถึงเครือข่าย