

Service Profile¹ สำหรับทีมนำทางคลินิก

วันที่ สรุบบแบบประเมินตนเอง 30 กันยายน 2558

ชื่อทีมนำทางคลินิก PCT อายุรกรรม

ส่วนที่ 1

1. บริบท² (Context) ลักษณะของทีมนำทางคลินิก ประกอบด้วย

ก. หน้าที่หลักและเป้าหมายที่สำคัญ

กลุ่มงานอายุรกรรมมีหน้าที่ พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยทางอายุรกรรม ด้านการดูแลรักษา ส่งเสริมสุขภาพ ฟื้นฟู และป้องกัน โดยทีมสหวิชาชีพ มีการประสานเครือข่าย เพื่อการดูแลต่อเนื่องภายในชุมชน ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ ปลอดภัย สามารถกลับไปดูแลตนเองได้อย่างมีคุณภาพ มีความพึงพอใจ ทั้งผู้ให้ และผู้รับบริการ

ข. ขอบเขตการให้บริการ กลุ่มโรค / กลุ่มเป้าหมายที่สำคัญ (แสดงข้อมูลปริมาณเป็นสัดส่วน 3 ปี ติดต่อกันรวมปีปัจจุบัน) ศักยภาพ และข้อจำกัด

ให้บริการผู้ป่วยทางอายุรกรรม ตลอด 24 ชั่วโมง ดูแลผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เน้นการดูแลแบบองค์รวม แก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพ ทางด้านอายุรกรรมครอบคลุมผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยฉุกเฉิน และผู้ป่วยในทั้งระยะวิกฤต ระยะกึ่งวิกฤตผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หรือเข้าสู่ระยะสุดท้าย ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นประชาชนในเขตอำเภอเมือง บางส่วนรับ Refer มาจากโรงพยาบาลชุมชน หรือบริเวณเขตอำเภอใกล้เคียงของจังหวัดชัยนาท

จำนวนผู้รับบริการแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกปี 2555 – 2558 = 96,219/100,524/100,856/105,647 ราย/ปี แผนกผู้ป่วยในปี 2556 – 2558 = 6867/6735/6258 ราย/ปีตามลำดับ สถิติโรคผู้ป่วยนอก 5 อันดับได้แก่ Essential Hypertension, NIDDM, Acute Bronchitis, Acute pharyngitis, Dyspepsia อันดับโรคผู้ป่วยใน 5 อันดับได้แก่ Diarrhea and gastroenteritis, Pneumonia, Chronic Kidney Disease, Heart Failure, Acute Renal Failure มีจำนวนเตียงที่พร้อมรับผู้ป่วย 101 เตียง (ไม่รวมเตียงเสริม) ประกอบด้วย หอผู้ป่วยหนัก 16 เตียง, หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 24 เตียง, หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 24 เตียง หอผู้ป่วยพิเศษ 13 เตียง ให้บริการตรวจพิเศษ Esophago gastroduodenoscopy, Echocardiogram, Hemodialysis, CAPD และมีบริการคลินิก โรคต่างๆได้แก่ คลินิกเบาหวาน คลินิกความดันโลหิตสูง วัณโรคปอด โรคระบบทางเดินอาหาร โรคหอบหืด คลินิกโรคไต/คลินิก COPD คลินิกจิตเวชและคลินิกแสงจันทร์ สามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อน มีความเร่งด่วนในการตรวจรักษา ในกลุ่มโรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง โดยจัดให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดได้ทุกสิทธิ์ แต่ในรายที่จำเป็นต้องสวนหลอดเลือดหัวใจ สามารถ Refer ผู้ป่วยสิทธิ์ UC ส่งรักษาต่อรพ.เอกชนได้แก่ โรงพยาบาลศรีสวรรค์ โรงพยาบาลปิยะเวท เพื่อสวนหัวใจและส่งกลับ มารักษาต่อโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ผู้ป่วยสิทธิ์เบิกได้ Refer รักษาต่อ โรงพยาบาลทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช โรงพยาบาลนเรศวร พิษณุโลก โรงพยาบาลรามารักษ์ดี โรงพยาบาลราชวิถีและโรงพยาบาลอื่นๆ ที่สวนหัวใจได้

¹Service Profile ทั้งฉบับ ควรมีความยาวประมาณ 5 - 10 หน้า

²บริบท (ก - ข) เขียนอย่างสรุป ความยาวไม่เกิน 2 หน้า สามารถใช้ตารางสรุปในบางเรื่องได้

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ (จำแนกตามกลุ่มผู้รับผลงาน)

ความต้องการของผู้รับมอบผลงาน

ผู้รับมอบผลงาน	ความต้องการที่สำคัญ
(ก) ผู้รับมอบผลงานภายในที่สำคัญ (ระบุเป็นกลุ่ม) - เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภายในโรงพยาบาล	- ต้องการประสานงานที่ดี ส่งต่อข้อมูลและผลงานอย่างมีคุณภาพ รวดเร็ว ถูกต้อง ครบถ้วน
(ข) ผู้รับมอบผลงานภายนอกที่สำคัญ (ระบุเป็นกลุ่ม) - ผู้ใช้บริการ	- ได้รับการดูแลรักษา ถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย หายจากโรค ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ได้รับข้อมูล เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การดูแลและการปฏิบัติตนถูกต้อง มีส่วนรับรู้ ตัดสินใจ ต่อแผนการรักษา - ได้รับบริการที่พึงพอใจ

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย และมีความพึงพอใจ

จ. ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ จุดเน้นในการพัฒนาของทีมนำทางคลินิก

ความเสี่ยง / ความท้าทายที่สำคัญ	จุดเน้นในการพัฒนางาน	เป้าหมาย / วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัดที่สำคัญ
Common Clinical Risk 1. ความปลอดภัยของผู้ป่วยในการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน/วิกฤต จากทีมผู้ดูแลรักษา	- เตรียมความพร้อมของทีมผู้ดูแลรักษา ด้านความรู้ ทักษะ การประเมินแรกรับ / การประเมินซ้ำ / แผนระงับการเปลี่ยนแปลง - มี Criteria การขอความช่วยเหลือ (Warning Sign) - เตรียมความพร้อมของทีมในการช่วยเหลือฟื้นคืนชีพด้านความรู้ / ทักษะ โดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ CPR	- พัฒนาระบบการเฝ้าระวังทางคลินิกในโรงพยาบาลที่มีความเสี่ยงสูง	- อัตราตายรวม - Unplan ICU - Unplan CPR

ความเสี่ยง / ความท้าทายที่สำคัญ	จุดเน้นในการพัฒนางาน	เป้าหมาย / วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัดที่สำคัญ
2. ความปลอดภัยของผู้ป่วยจากการใช้ยา / สารน้ำ	- มีระบบการบริหารจัดการเรื่องยา สารน้ำ - มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติการแพ้ยาล้าง - จัดทำแนวทางการดูแล / ป้องกันอันตรายจากยา HAD	- พัฒนาระบบบริหารจัดการยาทางอายุรกรรม ให้มีประสิทธิภาพ	- ลดอัตราความคลาดเคลื่อนทางยา - จำนวนอุบัติการณ์การแพ้ยาล้าง - อัตราความคลาดเคลื่อนของ HAD ที่เกิดจากการบริหารยาระดับ E ขึ้นไป - อุบัติการณ์อาการไม่พึงประสงค์ จากการให้ HAD ระดับ E ขึ้นไป
3. ความปลอดภัยจากกระบวนการดูแลรักษา 3.1 การระบุตัวผู้ป่วย 3.2 ความปลอดภัยจากอุบัติเหตุ, พลัดตกหกล้ม 3.3 ความปลอดภัยจากการติดเชื้อในโรงพยาบาล	- จัดให้มีการปฏิบัติตาม WI - ระบุตัวผู้ป่วย - ใช้แบบประเมิน Risk manangment - มีออกที่เตียงผู้ป่วยและในห้องน้ำ - ปฏิบัติตามมาตรฐาน IC - เน้นการล้างมือ 7 ขั้นตอน 5 moment	- เพื่อกำหนดแนวทางการรักษาให้ได้มาตรฐาน - ผู้ป่วยปลอดภัย - ลดอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล - VAP - CAUTI - Phlebitis - Bed Sore	- จำนวนครั้งการระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด - จำนวนครั้งการพลัดตกหกล้ม - อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล - VAP - CAUTI - Phlebitis - Bed Sore
Specific Clinical Risk			
1. STEMI	- Early detection, early proper management	- พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ	- อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (STEMI)
2. Stroke	- Early detection - Early management - Monitoring Change of Neurological status	- พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	- อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stoke Fast track)
3. DM	- Early detection, early management	- พัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน	- อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน
4. DHF	- Early detection - Early management	- พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย DHF	- อัตราตายจาก DHF

ฉ. ปริมาณงาน
ด้านบุคลากร

บุคลากร	จำนวน	ศักยภาพ / ความเชี่ยวชาญเฉพาะ	ข้อจำกัด
1. แพทย์	7	- แพทย์เฉพาะทางอายุรกรรม	- ไม่มีแพทย์เฉพาะด้านใน
แพทย์ฝึกหัด	13	- แพทย์ทั่วไป	สาขาย่อย
2. พยาบาลวิชาชีพ	64	- ให้การดูแลผู้ป่วยทางด้าน อายุรกรรม	- เรียนเฉพาะทางอายุรกรรม จำนวน 1 คน พยาบาลเฉพาะ ทางการสาขากายภาพบำบัด ผู้ป่วยวิกฤต ผู้ใหญ่และ ผู้สูงอายุ 10 คน
3. ผู้ช่วยเหลือคนไข้	17	- ช่วยเหลือกิจกรรมพยาบาลผู้ป่วย	- มีจำนวนไม่เพียงพอขึ้นเวร/ ไม่ครบทุกเวร
4. ผู้บันทึกข้อมูล	2	- ลงบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับค่ารักษา	- มีจำนวนไม่เพียงพอ รับผิดชอบ 2 หอผู้ป่วย/คน
5. คนงาน	10	- ทำความสะอาดทั่วไป เคลื่อนย้าย ผู้ป่วย	- มีจำนวนไม่เพียงพอ - อยู่เวรเช้า – บ่ายและเวร ดึก ต้องใช้คนงานศูนย์เปล

เครื่องมือ / เทคโนโลยี

เครื่องมือ / เทคโนโลยี	จำนวน	ศักยภาพ	ข้อจำกัด
1. เครื่องช่วยหายใจชนิด ควบคุมแรงดัน	41	- ช่วยเหลือผู้ป่วยมีปัญหาระบบ ทางด้านหายใจที่วิกฤต	- ไม่มีช่างเทคนิคทาง อุปกรณ์การแพทย์ โดยตรง , มีปัญหาค้างค้ำในการซ่อม ค่าใช้จ่าย, ระยะเวลา
2. เครื่องช่วยหายใจชนิด ควบคุมปริมาตร	22	- จัดตั้งศูนย์เครื่องช่วยหายใจที่ ICU	
3. Defibrillator	9	- เพื่อกระตุ้นการทำงานของหัวใจ	- มีไม่ครบทุกหอผู้ป่วยทาง อายุรกรรม แต่มีการจัด Zone ในการยืมเครื่องมือ
4. EKG	10	- ตรวจการทำงานของหัวใจ	
5. Infusion Pump	40	- ควบคุมอัตราการไหลของสารน้ำ และ ใช้บริหารยาที่มีความเข้มข้นสูง เช่น HAD	
6. Patient Monitor	43	- Monitor สัญญาณชีพผู้ป่วย	

เครื่องมือ /เทคโนโลยี	จำนวน	ศักยภาพ	ข้อจำกัด
7. เครื่อง Esophagogastro duodenoscopy	1	- ใช้ตรวจผู้ป่วยมีปัญหาทางเดิน อาหาร	
8. เครื่อง Echo cardiogram	1	- ใช้ตรวจผู้ป่วยที่มีปัญหา โรคหัวใจ	- มีแพทย์มาตรวจจาก รพ. เอกชน จำนวน 3 วัน/เดือน

ข. ประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพที่สำคัญ (ที่เกี่ยวข้องกับบริบทของหน่วยงาน) ครอบคลุมด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. การส่งเสริมสุขภาพเจ้าหน้าที่

- 1) การตรวจสุขภาพประจำปี
- 2) การเข้าค่ายลด BMI ในผู้ที่มี BMI เกินมาตรฐาน
- 3) การฝึกสมาธิทุกวันพุธบ่าย
- 4) ฝึกระวังโรคจากการทำงาน
- 5) การตรวจสภาพแวดล้อมการทำงาน
- 6) แนวทางปฏิบัติเมื่อโดนเข็มตำ
- 7) มีระบบการช่วยเหลือบุคลากร โดนทำร้ายร่างกาย (จากผู้ป่วยสิทธิ UC)
- 8) การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
- 9) การคัดกรองมะเร็งเต้านม
- 10) การคัดกรองมะเร็งลำไส้
- 11) การส่งเสริมสุขภาพโดยใช้หลัก 3อ ได้แก่ อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย
- 12) การฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ประจำปี วัคซีนไภรอน คอตีบ บาดทะยัก
- 13) การดูแลและป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองในกลุ่มเสี่ยง ของบุคลากร

2. การส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วย/ผู้รับบริการ

- 1) การคัดกรอง CVD Risk ในผู้ป่วย โรคหลอดเลือดหัวใจ, โรคเบาหวาน
- 2) การทำค่ายรักษหัวใจ
- 3) การทำค่ายผู้ป่วยเบาหวาน
- 4) การดูแลผู้ป่วย Palliative Care
- 5) กิจกรรม 3อ 1ส 1ย ในกลุ่มผู้ป่วย โรคเรื้อรัง
- 6) โครงการคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

3. การส่งเสริมสุขภาพในชุมชน

- 1) ผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง เช่น STEMI, Stroke, DM, CKD
- 2) ผู้ป่วยที่มีเหตุการณ์ติดตัวกลับบ้าน เช่น Retained Foley's cath, NG tube For feeding, แผลชนิดต่าง ๆ
- 3) ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน จัดให้มี Case Mananger ในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค, สอน Care Giver ในการดูแลผู้ป่วย และมีการประสาน เครือข่าย รพสต, รพช. ดูแลต่อเนื่องในชุมชน

กระบวนการหลักที่สำคัญ³ (Key Processes)

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ	ตัวชี้วัดที่สำคัญ (Performance Indicator)
1. การเข้าถึงและเข้ารับบริการ - การตรวจรักษาที่ OPD, ER - การเข้าถึง - การประเมินเบื้องต้น - ระบบให้คำปรึกษา/ข้อมูล - การรับไว้ในหน่วยวิกฤต/ ทั่วไป	- มีช่องทางการเข้าถึงบริการสำหรับ ผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยวิกฤต/ฉุกเฉินที่ สะดวก รวดเร็ว - ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลฉุกเฉิน หรือเร่งด่วนได้รับการประเมินและดูแล รักษาเป็นอันดับแรก - ผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรมได้รับการ ดูแลและรับไว้ในหน่วยบริการวิกฤต/ หน่วยบริการที่เหมาะสม - การ Admit/รับย้ายผู้ป่วยเป็นไปตาม เกณฑ์ที่กำหนด - มีการให้ข้อมูลผู้ป่วยที่เหมาะสมเกี่ยวกับ สภาพการเจ็บป่วย การดูแลรักษา/ หัตถการที่จะได้รับ อย่างชัดเจนและ เข้าใจง่าย	- ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยของผู้ป่วยนอก - ร้อยละของผู้ป่วยวิกฤต/ฉุกเฉินได้รับการ ตรวจภายในทันที - จำนวนอุบัติการณ์อาการเปลี่ยนแปลงหรือ ทรุดลงขณะรอตรวจ - จำนวนอุบัติการณ์การเสียชีวิตโดยไม่ คาดคิด - จำนวนอุบัติการณ์การ Admit ผิดแผนก - จำนวนอุบัติการณ์ความผิดพลาดในการให้ ข้อมูลผู้ป่วย - จำนวนผู้ป่วย Unplan ICU - อัตราตาย
2. การประเมินผู้ป่วย - การดูแลที่ OPD/ER/หอ ผู้ป่วย - ประเมินแรกรับปัญหาความ เร่งด่วน - การซักประวัติ - การตรวจร่างกาย - Investigate - การวินิจฉัยโรค - การบันทึก - การระบุตัวผู้ป่วย - การเตรียมความพร้อม - การให้ข้อมูล/ยินยอม - การประเมินซ้ำ - การอธิบายผลการประเมิน	- ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความต ึงการและปัญหาสุขภาพอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสม - ผู้ป่วยได้รับการคัดกรอง เพื่อประเมิน ความเร่งด่วนหรือฉุกเฉิน ได้อย่าง รวดเร็ว ปลอดภัย - ผู้ป่วยได้รับการส่งตรวจ Investigate ที่ จำเป็น เหมาะสมและผลการตรวจ แม่นยำน่าเชื่อถือ - ผู้ป่วยได้รับข้อมูล/คำอธิบายผลการดูแล รักษาตรวจจากแพทย์และทีมสหวิชาชีพ ที่เกี่ยวข้อง - มีการบันทึก ผลการตรวจ investigate	- ร้อยละของคุณภาพการบันทึกข้อมูลด้าน การประเมินผู้ป่วยในเวชระเบียน (Assessment) - จำนวนอุบัติการณ์การประเมิน คัดกรอง ผิดพลาด/ล่าช้า - อัตราการวินิจฉัยผิดพลาด/ล่าช้า - จำนวนอุบัติการณ์ความล่าช้าในการรายงาน ผลการตรวจ Investigate - จำนวนอุบัติการณ์ความผิดพลาดในการให้ ข้อมูลผู้ป่วย

³สรุปภายใน 1 หน้า วิเคราะห์โดยเน้นผู้รับผลงานเป็นศูนย์กลาง สำหรับหอผู้ป่วย ให้พิจารณาว่ามีกระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างไร โดยทุก
 วิชาชีพที่เกี่ยวข้อง มีข้อเสนอแนะกระบวนการที่พยาบาลรับผิดชอบ

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ	ตัวชี้วัดที่สำคัญ (Performance Indicator)
3. การวางแผน - การวางแผนดูแลผู้ป่วย - การใช้หลักวิชาการ - การให้ข้อมูล/สื่อสาร - การปฏิบัติตามแผน - การเฝ้าระวัง - การประสานงาน - การประเมินซ้ำ - การวางแผนจำหน่าย - โรคกลุ่มเป้าหมาย - การมีส่วนร่วม(จนท./ครอบครัว) - ปฏิบัติตามแผนแบบเชื่อมโยง - การประเมินผล	- ผู้ป่วยกลุ่มโรคเป้าหมายได้รับการวางแผนดูแลรักษาและวางแผนจำหน่ายโดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้สามารถดูแลตนเอง และได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการ หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล - ผู้ป่วยและญาติ ได้รับทราบแผนการรักษา และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา - มีการบันทึกการวางแผนดูแลรักษาในเวชระเบียน	- ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มโรคเป้าหมายได้รับการวางแผนจำหน่าย และส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง - อัตราการ Re-visit/Re-admit โดยไม่ได้วางแผน - อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการได้รับข้อมูลด้านการรักษา - ร้อยละความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนในส่วนของวางแผนดูแลรักษาและวางแผนจำหน่าย
4. การดูแลผู้ป่วย - การดูแลทั่วไป - การดูแลแบบองค์รวม - การจัดการภาวะวิกฤต/ฉุกเฉิน - การป้องกันภาวะแทรกซ้อน - การดูแลแบบองค์รวม - การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง - การดูแลเฉพาะโรค - การประสานงาน/สื่อสาร	- ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมปลอดภัย ทันเวลา โดยผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม - การดูแลในทุกจุดบริการเป็นไปตามมาตรฐาน/แนวทางปฏิบัติที่กำหนด - มีการสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยภายในทีมเพื่อความร่วมมือในการดูแล - มีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วย โดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย ความสะดวกสบาย/การป้องกันอันตราย/ความเครียด/ สิ่งรบกวนต่าง ๆ	- อัตราการเสียชีวิตโดยไม่คาดคิด - อัตราการย้ายเข้า ICU โดยไม่ได้วางแผน - อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลรักษา - อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล - อัตราความพึงพอใจในบริการ - จำนวนอุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุ/ตกเตียง - จำนวนอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการสื่อสารข้อมูลระหว่างสมาชิกทีมผู้ให้บริการ
5. การให้ข้อมูลเสริมพลัง - ประเมิน/วางแผน - การให้ข้อมูล/คำปรึกษา - ดูแลด้านอารมณ์/จิตใจ - การดูแลตนเอง - กิจกรรมเสริมทักษะ ผู้ป่วย/ญาติ - กิจกรรมการเรียนรู้/ การกระตุ้น	- ผู้ป่วยกลุ่มโรคเป้าหมาย/ที่มีปัญหาได้รับการประเมินเพื่อวางแผนและกำหนดกิจกรรมการเรียนรู้ โดยการประเมินครอบคลุม ปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย และความพร้อมในการกลับไปดูแลสุขภาพ - มีการจัดกิจกรรมเสริมทักษะที่จำเป็นให้แกผู้ป่วย/ครอบครัว และสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วย/ครอบครัวสามารถกลับไปดูแลตนเองได้	- ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มโรคเป้าหมาย/ที่มีปัญหาได้รับการเตรียมความพร้อมในด้านความรู้/ฝึกทักษะในการดูแลตนเองก่อนกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน - ร้อยละของผู้ป่วย/ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเรื่องโรค - อัตราความพึงพอใจจากการได้รับข้อมูล

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ	ตัวชี้วัดที่สำคัญ (Performance Indicator)
6. การดูแลต่อเนื่อง - ให้ข้อมูล / ปรีกษา - ระบบนัดหมาย - ประสานหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง - การทบทวนเวชระเบียน - การติดตามผล	- มีระบบนัดหมายให้มาตรวจตามแพทย์นัดในผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือผู้ป่วยที่มีปัญหาที่ต้องติดตามต่อเนื่อง - มีระบบช่วยเหลือและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล - มีการประสานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่มีปัญหาให้กับ PCU/รพช.ในการติดตามเยี่ยมบ้าน - มีการติดตามผลการดูแลต่อเนื่อง เพื่อมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการตอบสนองและนำผลการติดตามมาปรับปรุง/วางแผน	- อัตราการขาดนัด - อัตราการ Re-admit ภายใน 28 วันโดยไม่ได้วางแผน - ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง/ผู้ป่วยที่มีปัญหาได้รับการส่ง HHC - ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการส่ง HHC ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน

2. กิจกรรมทบทวนคุณภาพ (ที่สอดคล้องกับบริบท)

กิจกรรม ทบทวนคุณภาพ	ยกตัวอย่างเหตุการณ์/ เรื่องที่มีการทบทวนอย่างเป็นรูปธรรม	ผลลัพธ์/ การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่เกิดขึ้น (เน้นเชิงระบบ)
1. การทบทวนข้างเตียง	- การทบทวน โดยการใช้ C3ther ร่วมกับทีมสหสาขา ในผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยง/ผู้ป่วยประเภท 3a	- ได้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจนขึ้น, ค้นหาความเสี่ยงเชิงรับ
2. การทบทวนปฏิเสธการรักษา	- การทบทวนผู้ป่วยหนีกลับ - การทบทวนผู้ป่วยไม่สมัครใจอยู่ ไปรักษาต่อโรงพยาบาลเอกชน	- ได้แนวทาง / ระบบ ในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยหนีกลับ, ไม่สมัครใจอยู่
3. การทบทวนการติดเชื้อในรพ.	- ทบทวนการติดเชื้อ VAP - ทบทวนการเกิด CAUTI - ทบทวนการเกิด Phlebitis - ทบทวนการเกิด Bed Sore - ทบทวนอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล	- ทบทวนคู่มือ WI แนวทางปฏิบัติตามมาตรฐาน IC - เน้นการล้างมือ 7 ขั้นตอน / 5 moment - การใช้ Chlorhexidine ในการ MouthCare ผู้ป่วย On ET-tube q 4 hrs.
4. การทบทวนเวชระเบียน	- Audit เวชระเบียน ขณะปฏิบัติงาน - ทำ One day One Chart โดยหัวหน้าตึก	- มีการพัฒนาการบันทึกข้อมูลถูกต้องชัดเจนมากขึ้น

กิจกรรม ทบทวนคุณภาพ	ยกตัวอย่างเหตุการณ์ / เรื่องที่มีการทบทวน อย่างเป็นรูปธรรม	ผลลัพธ์/ การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่เกิดขึ้น (เน้นเชิงระบบ)
5. ทบทวนความคลาดเคลื่อน ทางยา	- ทบทวนการบริหารยา ผิดพลาด เช่นการให้ยาไม่ ตรงเวลา, ไม่ได้ให้ยาผู้ป่วยตามแผนการรักษา	- มีการบริหารยา โดยใช้ใบแจ้งการให้ ยา - มีจัดแจกยาท้ายเตียง - การระบุตัวผู้ป่วย ทุกครั้งที่ให้การ พยาบาล
6. การทบทวนคำร้องเรียน	- ทบทวนคำร้องเรียนเรื่องพฤติกรรมบริการ	- มีแนวทางพฤติกรรมที่เหมาะสม ขณะปฏิบัติงาน - บุคลากรได้รับการอบรม ESB
7. การทบทวนการใช้ข้อมูลทาง วิชาการ	- ทบทวนผู้ป่วย DHF	- จัดทำ Flow Chart การรายงาน วิกฤต ทางอายุรกรรม - มี Standing Order - มีแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย DHF - ผู้ป่วย DHF ระดับความรุนแรง 1,2 Admit Ward สามัญ - DHF ระดับ 3, 4 ให้ Admit ICU - เผื่อระวังผู้ป่วยโดยใช้ Degree Warning Signs.
8. ทบทวนเหตุการณ์สำคัญ	- ทบทวน Safety drug - การทบทวน Safety Blood - ทบทวนผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรม	- มีแนวทางปฏิบัติผู้ป่วย แพ้ยาซ้ำ - มีการใช้ Program HosXP เกี่ยวกับการ ดูแลประวัติผู้ป่วยแพ้ยา - มีแนวทางปฏิบัติการส่ง Specimen เลือด การเบิกเลือด - จัดทำใบนำส่ง Specimen เลือด - การจัดเก็บ Specimen เลือด - การระบุตัวผู้ป่วย - จัดทำ ภาชนะเก็บ Specimen - แนวทางการรายงานแพทย์โดยใช้ SBAR - มีแนวทางปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยวิกฤต ทางอายุรกรรม - ใช้ Warning Signs ในการประเมิน ดูแลผู้ป่วย

กิจกรรม ทบทวนคุณภาพ	ยกตัวอย่างเหตุการณ์/ เรื่องที่มีการทบทวนอย่างเป็นรูปธรรม	ผลลัพธ์/ การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่เกิดขึ้น (เน้นเชิงระบบ)
9. การทบทวนตัวชี้วัด	- นำตัวชี้วัดที่ไม่ได้ตามเป้าหมายมาทบทวน เช่น อุบัติการณ์ติดเชื้อในโรงพยาบาล	- ทำให้เกิดความคิดสังเคราะห์แก้ไข ปรับปรุง งานคุณภาพเพื่อให้เกิดบรรลุ ตามเป้าหมายลดการติดเชื้อใน โรงพยาบาล
10. การทบทวนผู้ชำนาญกว่า	- ทบทวนผู้ป่วย STEMI ที่ไม่ได้รับยา SK ที่ ER	- เสริมองค์ความรู้พยาบาลในการอ่าน EKG เบื้องต้น - การแปลผล EKG ในผู้ป่วย STEMI - การรายงานแพทย์ Intern และ Staff ให้ทราบเมื่อมีผู้ป่วยวิกฤต ทาง อายุรกรรม - ให้ตรวจ CBC, PT, PTT, INR และ X-ray ก่อนแต่ไม่ต้องรอผลให้แพทย์ให้ ยา SK ได้เลย เมื่อมีข้อบ่งชี้

4. ตัวชี้วัดและผลการดำเนินการที่สำคัญ (Key Performance Indicator)

4.1 ตัวชี้วัดคุณภาพ

1) ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ/ความท้าทายที่สำคัญ	2) เป้าหมาย/วัตถุประสงค์	3) ตัวชี้วัด	เป้าหมาย (Target)	ระดับที่ปฏิบัติได้			
				2555	2556	2557	2558
1. ความปลอดภัยของผู้ป่วยในการตอบสนองต่อภาวะวิกฤต	-พัฒนาระบบการเฝ้าระวังทางคลินิกอัตราตายในโรงพยาบาลที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดการวิกฤต	Unplan ICU	< 5%	11.97 (622)	12.22(835)	11.92(804)	10.68(369)
		- เสียชีวิตโดยไม่คาดคิด	0	NA	14	14	4
		- อัตราผู้ป่วยในที่นอน รพ. > 45 วัน	0	0	1	1	0
		- อัตราผู้ป่วยในที่นอน รพ. > 45 วัน	0.5	0.39 (19)	0.35 (24)	0.28 (26)	0.20 (15)
		- Readmit ภายใน 28 วัน	2%	2.97 (308)	0.02 (296)	0.02 (291)	4.9 (355)
		- อัตราการ Refer		2.81 (193)	2.6 (178)	1.56 (105)	1.39 (102)
		- อัตราการไม่สมัครใจอยู่	1.5	1.39 (125)	1.6 (110)	1.82 (94)	1.61 (118)
	- พัฒนาศักยภาพของบุคลากรให้มีความรู้/ทักษะ การ CPR	- อัตราผู้เข้ารับการอบรม CPR	100%	100	100	100	100
2.ความปลอดภัยของผู้ป่วย	พัฒนาระบบการบริหารยาทางอายุรกรรมให้มีคุณภาพ	จำนวนครั้งความคลาดเคลื่อนการบริหารยาระดับA-B		NA	128	288	150
ใช้ยา/สารน้ำ/เลือด		จำนวนครั้งความคลาดเคลื่อนการบริหารยาระดับCขึ้นไป		NA	200	276	132
		อัตราการแพ้ยาซ้ำ	0	0	0	0	0
		จำนวนครั้งของการให้เลือดผิด	0	0	0	0	1

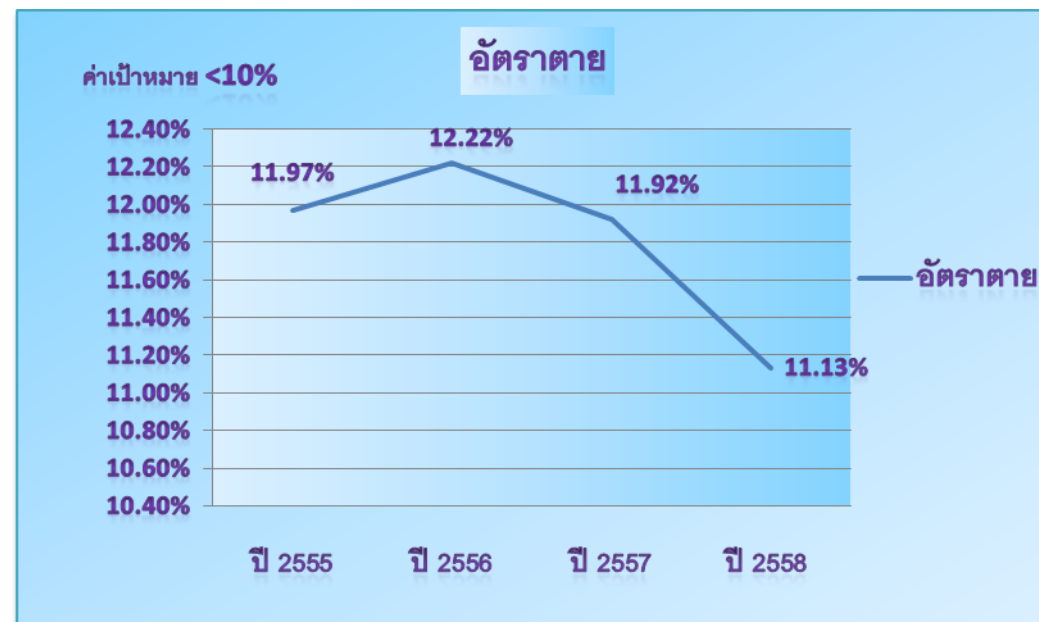
1) ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ/ความท้าทายที่สำคัญ	2) เป้าหมาย/วัตถุประสงค์	3) ตัวชี้วัด	เป้าหมาย (Target)	ระดับที่ปฏิบัติได้			
				2555	2556	2557	2558
4.ความปลอดภัยจากการติดเชื้อในโรงพยาบาล	ลดอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล	ลดอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล	1.5	2.07	1.8	1.47	1.36
		-VAP	5	3.78	3.83	3.78	2.96
		-CAUTI	1.5	2.22	1.6	1.2	1.43
		-Phlebitis	0.5	0.57	0.51	0.43	0.29
			4	4.94	3.93	4.86	5.12
		-Bed sore					
SPECIFIC CLINICAL RISK 1.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ	-พัฒนาระบบการดูแลโรคหลอดเลือดหัวใจ(STEMI)	จำนวนผู้ป่วยSTEMI		82	105	86	102
		-อัตราการทำEKGภายใน10นาทีของผู้ป่วยSTEMI	100	93.84	100	83.72(72)	88.06(59)
		-อัตราผู้ป่วยSTEMIได้รับยาSK	70	48.78(40)	53.48(42)	60.29(41)	62.69(42)
		-อัตราผู้ป่วยSTEMIได้รับยาSKภายใน30นาที	70	NA	76.19(32)	26.83(11)	40(24)
		-อัตราการตายของผู้ป่วยSTEMI	น้อยกว่า10	23.17(19)	20.00(21)	23.36(20)	16.67(17)
		-อัตราการตายของผู้ป่วยSTEMIที่ได้รับยาSK	น้อยกว่า10	NA	3.81(4)	5.81(5)	4.9(5)

1) ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ/ความท้าทายที่สำคัญ	2) เป้าหมาย/วัตถุประสงค์	3) ตัวชี้วัด	เป้าหมาย (Target)	ระดับที่ปฏิบัติได้			
				2555	2556	2557	2558
โรคหลอดเลือดสมองตีบ	พัฒนาระบบการดูแลโรคหลอดเลือดสมองตีบ(STROKE FAST TRACK)	-จำนวนผู้ป่วยเข้าแผน STROKE FAST TRACK	มากกว่า80	32	37	38	49
		-จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยารt-PA		7	14	15	27
		-อัตราการได้รับยารt-PA		21.8	33.83	39.47	22.45
		-อัตราการตายในผู้ป่วยที่ได้รับยารt-PA	น้อยกว่า20	0	0	6.67(1)	0
		-อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเลือดออกในสมองเมื่อได้รับยารt-PA		14.29(1)	0	0	0

4.2 ผลการดำเนินการตามตัวชี้วัดที่สำคัญ

ตัวชี้วัด

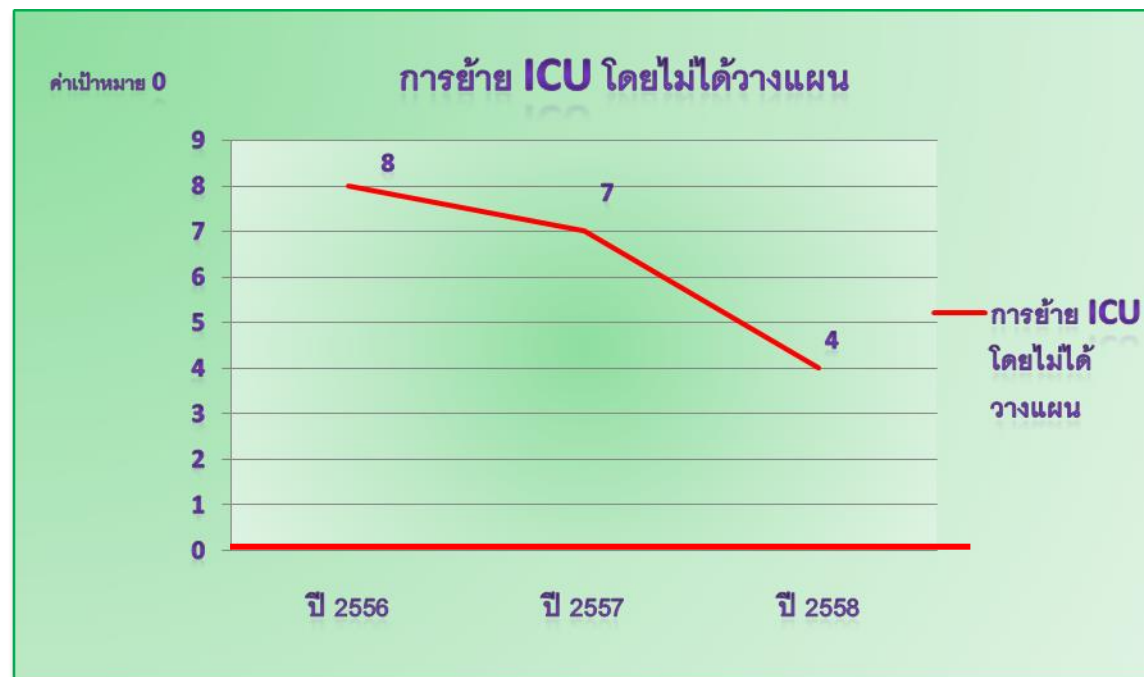
อัตราการตายผู้ป่วยทางอายุรกรรม เป้าหมาย<10%



จากการทบทวนจะเห็นได้ว่า อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยอายุรกรรมส่วนมากพบในกลุ่มโรคที่เป็นสาเหตุใน ๕ อันดับแรก คือ Pneumonia, Cerebral infarction CongestiveHeart failure, Liver Cirrhosis, UTI ซึ่งพบในผู้ป่วยสูงอายุ มีอาการหนักวิกฤต การดูแลผู้ป่วยแบบ Palliative Care ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีโรคร่วมหลายโรคซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยอาการทรุดลง ทางหอผู้ป่วยอายุรกรรมได้นำแนวทางการประเมิน และการดูแลผู้ป่วยโดยสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต (MEWS) เมื่อพบอาการผิดปกติ รายงานแพทย์โดยใช้ SBAR มีการประเมินการเฝ้าระวังการหายใจล้มเหลว การเตรียมเครื่องช่วยหายใจให้พร้อมเพิ่มศักยภาพของ

พยาบาลในการดูแลเครื่องช่วยหายใจในการพัฒนา รพช.เครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย AMI , Stroke ทุกปี มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เปิดใน
 คนไข้ STEMI ตามสิทธิ์การรักษา UC ไปรักษาต่อโรงพยาบาลเอกชนและผู้ป่วยเบิกได้ตามสิทธิ์ มีระบบช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วย Stroke ทำ CT.Scan
 โรงพยาบาลชยันนาทนเรนทร ทำให้วินิจฉัยถูกต้องรวดเร็วผู้ป่วยสามารถได้รับยา rt-pA ได้ตามเวลาลดอัตราการเกิดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย

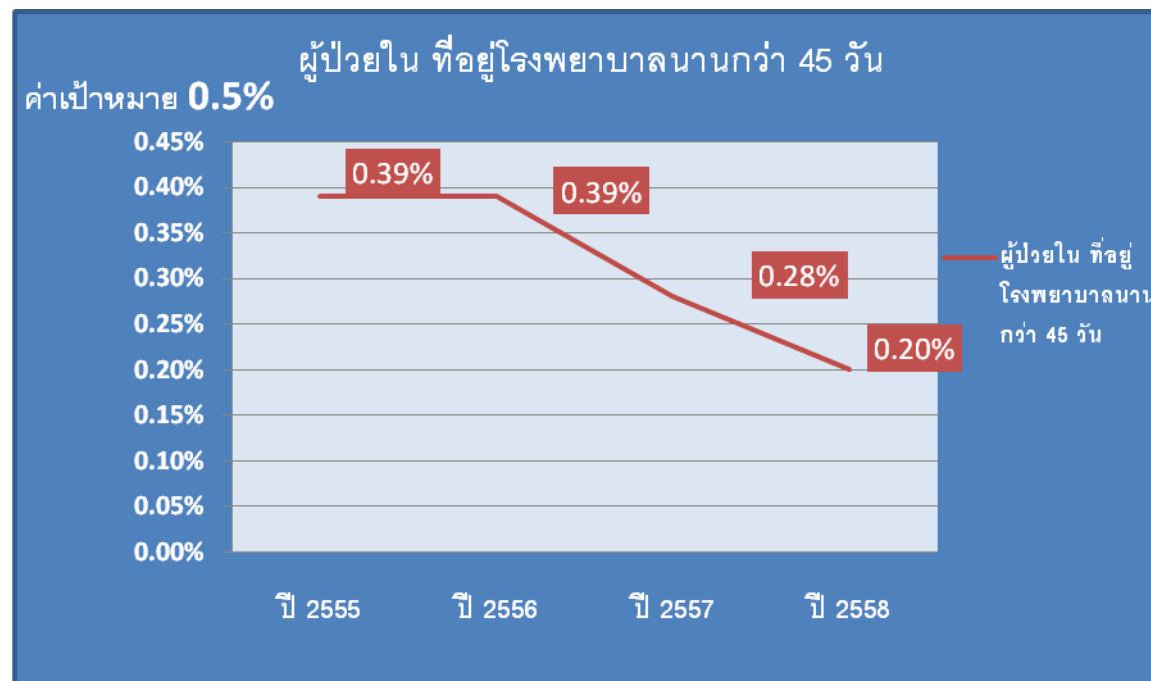
จำนวนการย้ายเข้า ICU โดยไม่ได้วางแผนเป้าหมาย



จากการทบทวนส่วนใหญ่พบในผู้ป่วย Pneumonia, COPD, HF, Stroke สาเหตุเกิดจากการประเมินและการเฝ้าระวังไม่เพียงพอ การประเมินซ้ำ ไม่ต่อเนื่อง

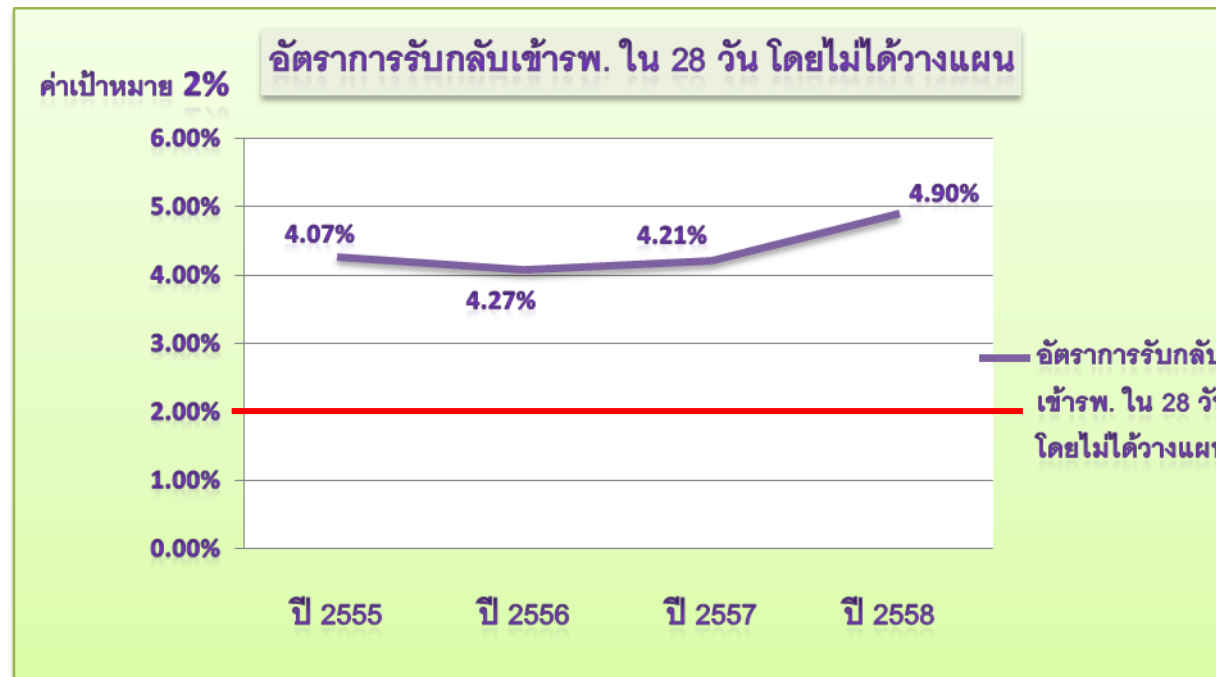
ทาง PCT อายุรกรรมได้มีการปรับเกณฑ์ภาวะฉุกเฉินทางอายุรกรรม มีเกณฑ์การใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต และ Flow การรายงานแพทย์การประเมินผลอย่างต่อเนื่อง หลังให้การดูแลรักษาการประสานข้อมูลระหว่างแพทย์พยาบาล และญาติ การปรับเกณฑ์การจองเตียง ICU โดยเริ่มตั้งแต่ที่ ER และหอผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยวิกฤต ผลลัพธ์พบว่ามีแนวโน้มลดลง

อัตราผู้ป่วยในที่อยู่โรงพยาบาลนานกว่า 45 วันเป้าหมาย 0.5%



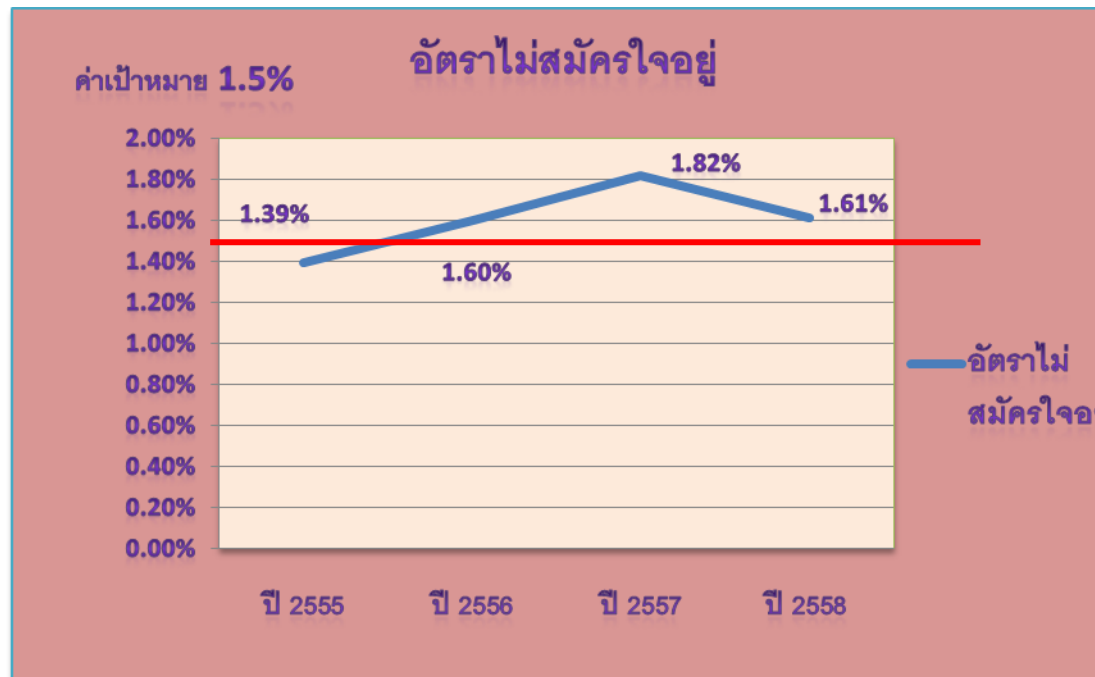
จากการทบทวนมีโรคร่วมหลายโรคพบในผู้ป่วย COPD, Cerebral Infarction, DM, Pneumonia, Sepsis ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว มีการติดเชื้อซ้ำซ้อนเช่นผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยเจาะคอ ผู้ป่วยที่นอนติดเตียง ทางPCT อายุรกรรมได้มีการทบทวนร่วมกับงานICUในเรื่องการติดเชื้อในโรงพยาบาลสอน Care Giver ในการดูแลผู้ป่วย ผลลัพธ์ปี 2558 มีแนวโน้มลดลง

อัตราการรับกลับเข้าโรงพยาบาลใน 28 วันโดยไม่ได้วางแผนค่าเป้าหมาย 2%



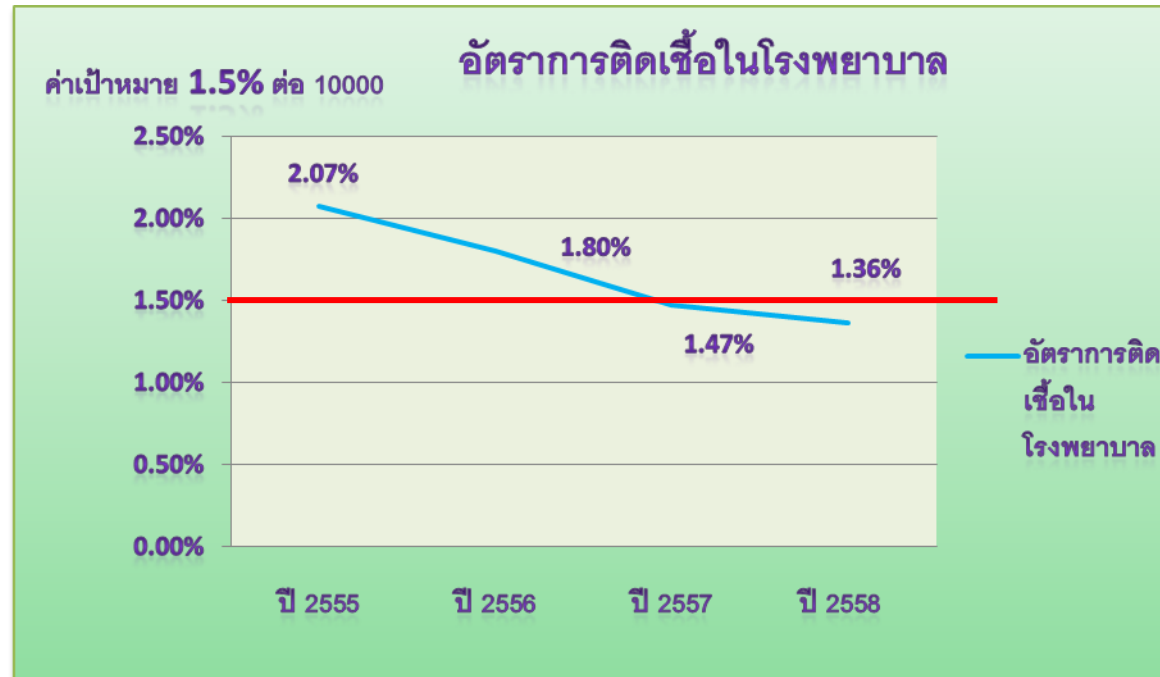
จากการวิเคราะห์พบว่าผู้ป่วยทางอายุรกรรมที่เข้ารับรักษาภายในโรงพยาบาลภายใน 28 วันโดยไม่ได้มีการวางแผนมีแนวโน้มลดลงในปี 2556-2557 และปี 2558 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นสูงกว่าค่าเป้าหมาย พบในผู้ป่วย COPD, HF, Liver cirrhosis, Hepatic Failure ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมีภาวะความรุนแรงของโรค การพยากรณ์โรคไม่ดีหรือมีภาวะโรคเรื้อรัง ทางPCT อายุรกรรมและหน่วยงาน COC โรงพยาบาลชุมชนเครือข่าย ได้ประสานเชื่อมโยงจัดให้มีพยาบาลเจ้าของไข้ ให้ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยให้กับ Care Giver มีการประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน ในรายที่มีแนวโน้มจะเกิดภาวะแทรกซ้อนมีการทำทีมสหวิชาชีพโดยการเชิญ รพช. และ รพสต. มาร่วมในการดูแลผู้ป่วย การนัดพบแพทย์หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

อัตราการไม่สมัครใจอยู่ค่าเป้าหมาย 1.5%



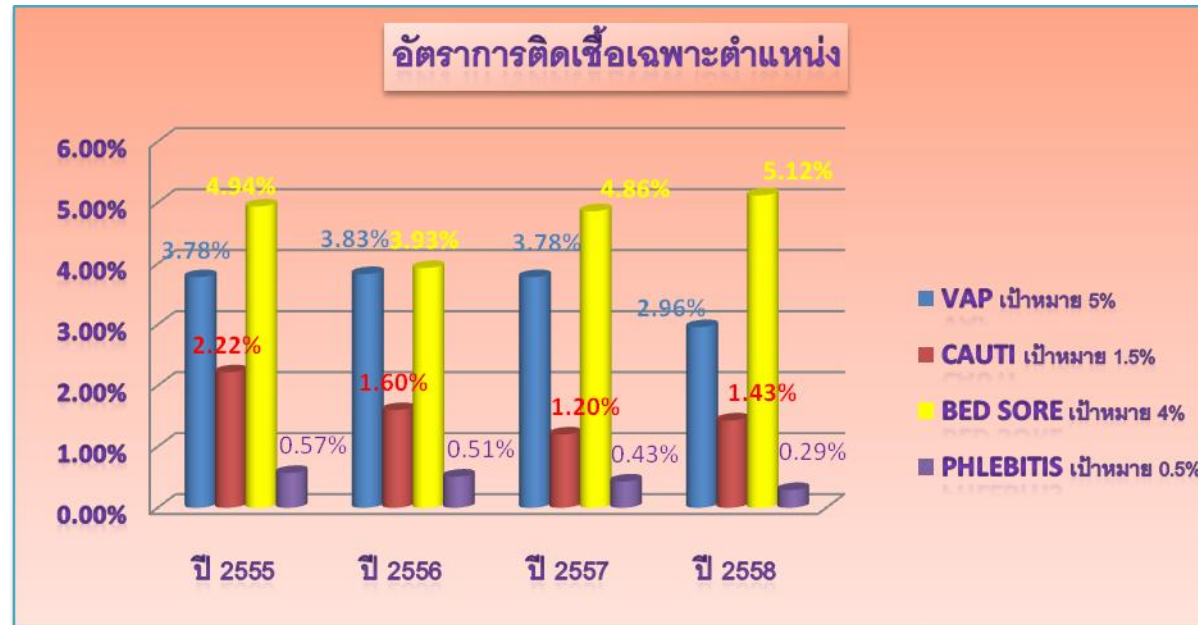
จากการทบทวน จะเห็นว่าโรคที่มีอัตราการไม่สมัครใจอยู่ได้แก่ Cerebral infarction, UGIH, Alcoholism และ Seizure ตามลำดับ ผู้ป่วย Stroke ที่มีอาการหนัก ญาติต้องการดูแลแบบ Palliative care ขอกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน หรือบางครั้งผู้ป่วย Alcoholism ที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ญาติขอกลับไปดูแลที่บ้าน PCT อายุรกรรม ได้มีการเฝ้าระวัง การดูแลอย่างต่อเนื่องการให้ข้อมูลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งกลับบ้าน มีหลักเกณฑ์การ ADMIT ผู้ป่วยซึ่งมีการประสานเชื่อมโยงกับ OPD และ ER แต่ผลลัพธ์ไม่อยู่ในค่าเป้าหมาย

อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลค่าเป้าหมาย 1.5/1000



การติดเชื้อในโรงพยาบาลในปี 2555 คิดเป็นร้อยละ 2.07 ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมายได้มีการทบทวนพบว่ามีปัจจัยเกี่ยวข้องเนื่องจากผู้ป่วยทางอายุรกรรมเป็นผู้ป่วยสูงอายุมีโรคเรื้อรัง โรคร่วมหลายโรค ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น มีการทำหัตถการ เช่น ใส่ENDOTRACHEAL TUBE มีผลทำให้เกิด VAP การคาสายสวนปัสสาวะเป็นเวลานานอาจเกิดภาวะ CAUTI การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ส่งผลทำให้เกิดหลอดเลือดดำอักเสบเป็นต้น ทาง PCT อายุรกรรมได้ร่วมงาน IC โดยกำหนดมาตรการในการดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ในกลุ่มเสี่ยง บุคลากรปฏิบัติตามมาตรฐาน IC มีผลลัพธ์ที่ดี อัตราการติดเชื้อลดลงแต่ในปี 2558 พบอัตราการติดเชื้อต่ำกว่าค่าเป้าหมายทางอายุรกรรมจึงเพิ่มทักษะและองค์ความรู้เกี่ยวกับระบบงาน IC เน้นการล้างมือ 7ขั้นตอน 5 Moment และสอน Care Griver ในการดูแลผู้ป่วย

อัตราการติดเชื้อเฉพาะตำแหน่ง



อัตราการเกิด VAP พบว่าปี 2557 คิดเป็นร้อยละ 3.78 ต่ำกว่าค่าเป้าหมายได้มีการทบทวนพบว่าผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมีโรคร่วมหลายโรคและป่วยเป็นโรคเรื้อรังทาง PCT อายุรกรรมได้เข้าร่วมกับงาน IC มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจนำ Weannig Protocal มาใช้ จัดให้มี Alcohol Hand Rub ไว้ทำยาล้างมือผู้ป่วยจัดให้ผู้ป่วยนอนหัวสูง 30 องศา ทำความสะอาดปากและฟันด้วยน้ำยา Chlorhexidine ทุก 4 ชั่วโมงพบว่าในปี 2558 คิดเป็นร้อยละ 2.96 ซึ่งมีแนวโน้มลดลง อัตราการติดเชื้อ CAUTI ปี2555-2557มีแนวโน้มลดลงและในปี 2558 พบมีการติดเชื้อเพิ่มขึ้น จากการวิเคราะห์สาเหตุส่วนใหญ่พบในกลุ่มผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ นอนติดเตียงผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะการเป็นเวลานานดูแลPerineum ไม่ดีพอเป็นปัจจัยเสริมให้เกิดภาวะCAUTI ในผู้ป่วยดังกล่าว ดังนั้นจึงมีการเสริมความรู้การสวนปัสสาวะเน้นการทำสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยน้ำสบู่อ่อนสวนปัสสาวะทำความสะอาดเข้าเย็บและหลังการขับถ่ายอุจจาระทุกครั้ง ใช้ Alcohol 70% เช็ดข้อต่อ Urine Bag เวลาเทปัสสาวะ ประสานเชื่อมโยงกับแพทย์ พยาบาลร่วมประเมินความจำเป็นการคาสายสวนปัสสาวะและรับเอาสายสวนปัสสาวะออกเมื่อหมดความจำเป็น

อัตราการเกิด Bed Sore q2 มีแนวโน้มสูงขึ้นในปี 2557 พบในผู้ป่วยที่มี Barden Score น้อยกว่าหรือเท่ากับ 16 จำนวนผู้ป่วยนอนติดเตียงเพิ่มมากขึ้น มีการดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ การผูกมัดตึงนานในผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือ การกลั้นปัสสาวะอุจจาระไม่ได้ มีการใช้ Pamper มากขึ้นทาง PCT อายุรกรรมจึงมี ข้อตกลงว่าให้มีการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับใช้แบบประเมิน Risk Management แบบประเมิน Barden Score การใส่ที่นอนลมเน้นเรื่องการทำความสะอาด ร่างกายโดยเฉพาะตำแหน่งการใส่ Pamper การสอน Care giver จัดระบบการส่งต่อเครือข่ายโดยการทำสหวิชาชีพปี 2558 พบว่าอัตราการเกิดยังไม่ลดลง ทาง PCT อายุรกรรมจึง ร่วมกับงาน IC และหอผู้ป่วยมุ่งเน้นให้บุคลากร ตระหนักในการดูแลผู้ป่วยที่มี Barden $\leq$ 16 และแต่งตั้งผู้รับผิดชอบในแต่ละเวร การเกิดภาวะ Phlebitis มีแนวโน้มลดลงตามลำดับปี 2555-2557 พบว่าส่วนใหญ่เกิดจากการให้ยาที่มีความเข้มข้นสูงทางหลอดเลือดดำจึงได้มีการประสานงานระหว่างเภสัชกรงาน IC และหอผู้ป่วยให้ปฏิบัติตามตำรับเภสัชทางหลอดเลือดดำ การใช้เครื่อง Infusion ในการควบคุมการไหลของสารน้ำทางหลอดเลือดดำ การตรวจดู ตำแหน่งเข็มทุกเวร การเปลี่ยน Set IV ทุกวัน เน้นการล้างมือ 7 ขั้นตอน 5 Moment ปี 2558 พบอุบัติการณ์ร้อยละ 0.29 ต่ำกว่าเป้าหมาย

จำนวนครั้งความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา



จากข้อมูลที่ได้จะเห็นว่าความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในระดับ A-B และระดับ C สูงขึ้นตั้งแต่ปี 2556-2557 และในปี 2558 มีแนวโน้มลดลง เนื่องจากมีการจัดยา ระบบ Daily dose, การตรวจรับยากับใบ MRA ก่อนนำเข้า Lock ผู้ป่วย จากการนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย การลงข้อมูลในโปรแกรมความคลาดเคลื่อนทางยาที่มีระบบและการลงข้อมูลที่สะดวกขึ้นมีการกำหนดการบริหารยาแบบ No Card มีตรวจสอบยา Cross Check, Double Check มีระบบการบริหารยา HAD การไม่ใช้คำย่อในการบริหารยา การมีบัตรคำชื่อยาในการ Monitor ยา HAD แต่ละชนิด การป้องกันการแพ้ยาซ้ำ โดยมีบัตรทำชื่อยาที่แพ้ ไว้หน้า Chart และ หน้าใบ MRA มีการดักจับตั้งแต่คำสั่งแพทย์การรับยาจากห้องยาและการบริหารยาให้แก่ผู้ป่วยได้มีการทบทวนความคลาดเคลื่อนทางยาระดับ E ขึ้นไปทาง PCT อายุรกรรมได้เข้าร่วมกับงานบริหารความเสี่ยงในเรื่องทบทวนอุบัติการณ์และได้มีการประกาศตามนโยบาย แนวทางปฏิบัติ Safety Drug

จำนวนให้เลือดผิด ค่าเป้าหมาย 0



ปี2555-2557ไม่พบอุบัติการณ์การให้เลือดผิดค่าเป้าหมาย 0 แต่ในปี2558 เกิดอุบัติการณ์การให้เลือดผิดจำนวน 1 รายจากการทบทวนพบว่าการระบุชื่อผู้ป่วย ผิดพลาดทาง PCT อายุรกรรมร่วมกับคณะกรรมการความเสี่ยงได้มีการทบทวนขั้นตอนการให้เลือดเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยบุคลากรทุกระดับตั้งแต่แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยเภสัชกร คนไข้ คนงานได้รับการอบรมการให้เลือดผู้ป่วยปลอดภัยโดยให้มีการรับทราบแนวทางปฏิบัติโดยเริ่มตั้งแต่การเก็บSpecimen การนำส่งSpecimen การเบิกเลือด การให้เลือด การเฝ้าระวังความเสี่ยงขณะให้เลือดและประเมินผลหลังให้เลือดเพื่อผู้ป่วยปลอดภัย ผลลัพธ์ยังไม่พบอุบัติการณ์ความผิดพลาด

โรคหลอดเลือดหัวใจ

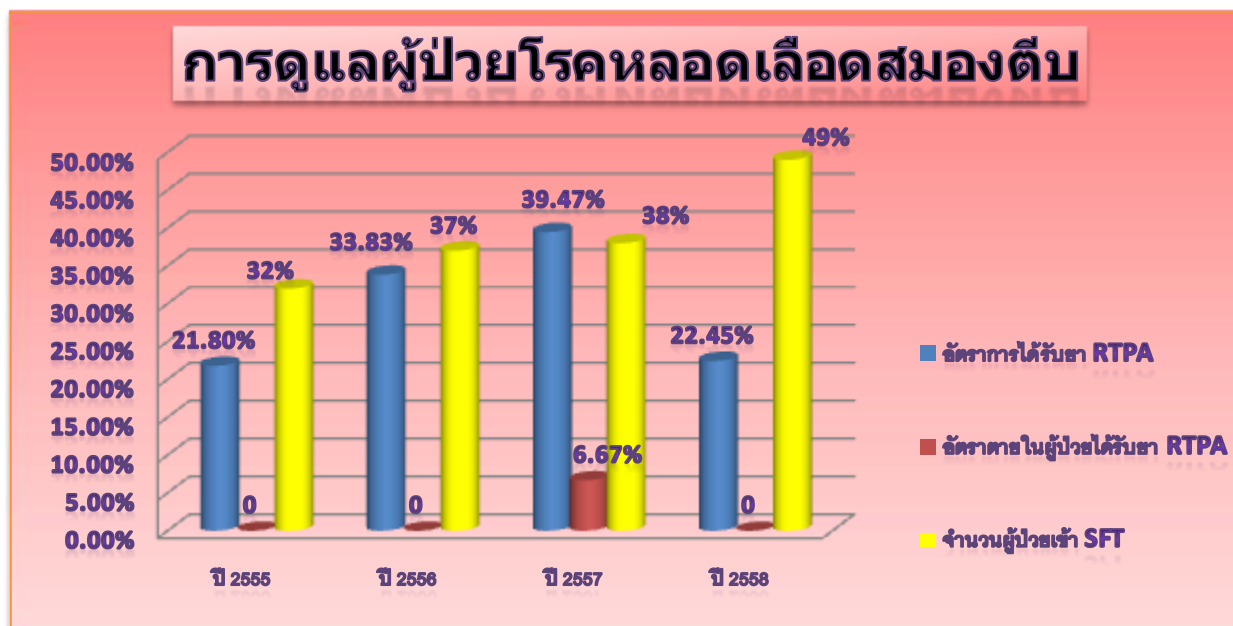
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2556	ปี2557	ปี2558
1.จำนวนผู้ป่วยSTEMI		105	86	102
2.อัตราการทำEKG ภายใน 10นาทีของผู้ป่วยSTEMI	100	100%(105)	83.72(70)	88.06(59)
3.อัตราผู้ป่วยSTEMIได้รับยา SK	70	53.48(42)	60.29(41)	62.69(42)
4.อัตราผู้ป่วยSTEMIได้รับยา SKภายใน 30 นาที	70	76.19(32)	26.83(11)	40(24)
5.อัตราการตายของ STEMI	น้อยกว่า 10	20.00(21)	23.26(20)	16.67(17)
6.อัตราการตายของ STEMIที่ได้รับยา Sk		3.81(4)	5.81(5)	4.9(5)
7.อัตราการตายของ STEMIที่ไม่ได้รับยา SK		16.19(10)	17.44(15)	11.76(12)

จากการวิเคราะห์พบว่าอัตราผู้ป่วยSTEMI ได้รับการทำ EKG ใน 10 นาทียังไม่ได้ตามเป้าหมายเกิดจากการไม่ลงบันทึกเวลาการทำ EKG การลงเวลาไม่ชัดเจนจึงทำให้เก็บข้อมูลไม่ได้แนวทางการแก้ไขคือการออกแบบบันทึกการเก็บข้อมูลและหาผู้รับผิดชอบในการลงข้อมูล

อัตราการได้รับยา SK ต่ำกว่าค่าเป้าหมายมีสาเหตุจากผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตต่ำและไม่มีการประเมินซ้ำแนวทางการแก้ไขคือผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตต่ำที่ยังไม่สามารถให้ยา SK ที่ห้องฉุกเฉินควรAdmit ICU และรายงานแพทย์ Staff เพื่อประเมินและ Resuscitation IVF แล้วประเมินซ้ำภายใน 1 ชั่วโมงเพื่อพิจารณาความเหมาะสมในการให้ยา SK

อัตราการได้รับยา SK ภายใน 30 นาทีพบว่ายังไม่ได้ตามเป้าหมายเนื่องจากรอผลเลือด INR,CBC,TROP-T และFILM แนวทางการแก้ไขคือการให้ SK ให้พิจารณาจากประวัติอาการและอาการแสดงการตรวจร่างกายและผล EKG หากการวินิจฉัยชัดเจนและมีข้อบ่งชี้เริ่มให้ SK ได้ทันทีโดยไม่ต้องรอผลเลือดหรือผลตรวจอื่นๆ ในรายที่มีข้อควรระวังได้แก่ประวัติโรคเลือด โรคตับ จึงจำเป็นต้องรอผลเลือดต้อง Confirm ด้วยCoagulogram หรือผู้ป่วยที่มีผล EKG ไม่ชัดเจนให้รอผล TROP-T

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ



จากการวิเคราะห์พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่เข้า SFT และการเข้าถึงบริการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากการทบทวนพบว่ามีผู้ป่วยเข้าถึงบริการของผู้ป่วยยังมาไม่ทันระยะเวลาการได้รับยา RTPA เนื่องจากยังขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคหลอดเลือดสมองการคัดกรองผู้ป่วยทาง PCT อายุรกรรมจึงมีการจัดอบรมพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคการคัดกรองผู้ป่วยให้กับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชยันนาทนเรนทร รพช. และ รพสต. ในเครือข่ายจังหวัดชัยนาท

5. การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

5.1 สรุบบางงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบันที่ได้จากความสำเร็จของกระบวนการพัฒนาคุณภาพที่ดำเนินการเสร็จสิ้นแล้ว

กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ	การปรับเปลี่ยน	ผลลัพธ์
1. พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เจ็บแน่นอก	- ทบทวนจำนวนผู้ป่วย STEMI ได้รับการทำ EKG ภายใน 10 นาที ยังไม่ได้ตามเกณฑ์ จึงมีการปรับเปลี่ยน และข้อตกลงร่วมโดยผู้ป่วยที่สูงอายุ เริ่มแน่นอก หรือมีประวัติ IHD ให้รับทำ EKG ภายใน 10 นาที - อัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือด SK ภายใน 30 นาทีพบว่ายังไม่ได้ตามเกณฑ์ สาเหตุเนื่องจาก ไม่มีญาติมา, รอยาติ รอยการตัดสินใจ, รอ lab PT, CBC, INR, Film	- ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ได้รับการทำ EKG ภายใน 10 นาทีมีจำนวนมากขึ้น - ผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้ามสามารถรับยา SK ได้ภายในเวลา 30 นาที จำนวนเพิ่มขึ้น
	แนวทางแก้ไข โดยให้ตรวจเลือด และ Film ก่อนแต่ไม่ต้องรอผล สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด SK ได้ - ให้ข้อมูลญาติตั้งแต่อยู่ รพช, ER - นำเวชระเบียนผู้ป่วยมาทบทวนทุก Case เพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุและหาแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย STEMI นอกจากนี้บุคลากร ให้มีการอบรม เพื่อให้เพิ่มพูนความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย STEMI ในระบบเครือข่าย - การสร้างระบบเครือข่ายในการส่งต่อผู้ป่วยทำ PCI ตามสิทธิ์รักษา	- รพ.หันคาสามารถให้ยา SK ได้ - ผู้ป่วยสิทธิ์ UC ได้รับการส่งต่อที่ รพ.ศรีสวรรค์ - ผู้ป่วยสิทธิ์เบิกได้ ได้รับการส่งต่อตามสิทธิ์รักษา
- พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ	- จัดทำ Care map - มีเครื่อง CT scan ภายใน รพ.ทำให้มีการวินิจฉัยโรคได้รวดเร็วแม่นยำมากขึ้น - พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย Stroke ทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ถูกต้องรวดเร็วทันเวลา มีช่องทางด่วน สำหรับผู้ป่วย Stroke ที่เข้า Fast track - มีการพัฒนาเครือข่าย โดยให้ความรู้ทักษะ ในการดูแลผู้ป่วย Stroke - มีการตรวจเยี่ยม รพช. เครือข่าย นำปัญหาอุปสรรค มาพัฒนาระบบ	- ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยา rt PA ได้รวดเร็วขึ้น

กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ	การปรับเปลี่ยน	ผลลัพธ์
- การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน	- มีระบบการคัดกรอง ผู้ป่วยเบาหวานมีการเชื่อมโยงถึง รพช. รพสต. - มีระบบการคัดกรอง ในกลุ่มเสี่ยงร่วมกับเวชกรรมสังคม - วันพฤหัสบดี วันศุกร์ บริการแบบ One Stop Service กลุ่มเป้าหมายผู้ป่วย FBS > 180, HbA1C > 8 มีทีมสหวิชาชีพพร้อมด้วย	- ผู้ป่วยอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองเบาหวานเพิ่มขึ้น - จำนวนผู้ป่วยได้รับการตรวจตา, ไต, เท้าเพิ่มขึ้น
- มีระบบการจองเตียง ICU	- กำหนดเกณฑ์ภาวะวิกฤตทางอายุรกรรม - กำหนดเกณฑ์จองเตียง ICU ในกรณีเตียงเต็มตั้งแต่ห้องฉุกเฉินและหอผู้ป่วยสามัญ - เกณฑ์การย้าย ICU - การใช้ Warning Sign ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรม	- ผู้ป่วยจำเป็นต้องอยู่ ICU สามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น
- พัฒนาการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก	- พัฒนาคำความรู้และทักษะ การดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก - จัดทำ DHF Protocol - มีการทบทวนการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก - ผู้ป่วยไข้เลือดออกระดับ 1, 2 ให้ Admit หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงอายุรกรรมชาย - ผู้ป่วยไข้เลือดออกระดับ 3, 4 ได้ Admit ICU - รายงานแพทย์ Intern และ Staff ควบคู่กัน - มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยจาก รพช. และเอกสารการให้การรักษ ไปแล้วเมื่ออยู่รพช. - การใช้ Warning Sign DHF ในการดูแลผู้ป่วย	- มีแนวทางปฏิบัติในทิศทางเดียวกัน - ผู้ป่วยได้รับการประเมินและเฝ้าระวัง ตั้งแต่ OPD, ER และหอผู้ป่วย - มีการเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ลดภาวะเสี่ยง, ภาวะแทรกซ้อน
พัฒนาระบบความเสี่ยง	- มีการทบทวน ความเสี่ยง ด้าน Clinical Risk, Non Clinical Risk - มีระบบการรายงานความเสี่ยง - จัดบัญชีความเสี่ยง - จัดทำแนวทางแก้ไข, ปรับปรุงระบบให้ดีขึ้น	- ทำให้ทราบความเสี่ยง และหาแนวทางการแก้ไข ปรับปรุงเพื่อลดอัตราการเกิดความเสี่ยง

กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ	การปรับเปลี่ยน	ผลลัพธ์
พัฒนาระบบการบริหารยา	- ลดการคัดลอกยา ใช้ No card - มีการใช้ใบ MRA ในการบริหารยาเกินและยาผิด - มีการกำหนดยา HAD และการเฝ้าระวังฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ของยา - มีระบบการตรวจสอบ การแพ้ยาซ้ำ โดยการเข้าโปรแกรม Hos XP	- มีผลทำให้ Medical Error ลดลง - พบ Near Miss มากขึ้น - ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแพ้ยาซ้ำ
พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย CAPD	- ทำทีมสหวิชาชีพทุก Case ที่ Admit - การสอนความรู้และทักษะ การล้างไตทางช่องท้อง แก่ผู้ป่วยและญาติ - ติดตามเยี่ยมบ้าน และนัด F/U โดย CAPD Clinic + ward	- ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจ - ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

5.2 ความภาคภูมิใจ / รางวัลที่ได้รับ (โครงการCQI / และอื่น ๆ) โดยเฉพาะที่สามารถนำไปขยายผลทั้งภายใน/ภายนอกหน่วยงาน

ความภาคภูมิใจ/ รางวัลที่ได้รับ	ชื่อ/ประเภทผลงาน	ประเด็นที่ตอบสนองจุดเน้น/ค่านิยมของโรงพยาบาล	ปีที่ได้รับรางวัล
- ได้รับการคัดเลือกไปนำเสนอผลงาน	- ถูกลงนามมติชมเชย	- ลดการสวนปัสสาวะแบบ Intermittent cath	- พ.ศ. 2557
	- ปอกถุงมือนิรภัย	- ลดภาวะการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ	- พ.ศ. 2557
	- ประสิทธิภาพใจกล้า	- ลดอัตราการติดเชื้อ Endotracheal Tube	- พ.ศ. 2557
	- อุปกรณ์สื่อสารสำหรับผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ	- ลดต้นทุน, ทำงานสะดวก รวดเร็วผู้ป่วยปลอดภัย	- พ.ศ. 2557
	- ลดอัตราการชำรุดของอุปกรณ์ เครื่องช่วยหายใจ	- ลดขยะอันตราย	- พ.ศ. 2557
	- Mobile สบาย Hair	- ทราบความต้องการของผู้ป่วย ขณะใส่เครื่องช่วยหายใจ	- พ.ศ. 2557
		- อุปกรณ์พร้อมใช้ผู้ป่วยปลอดภัย	- พ.ศ. 2557
		- ผู้ป่วยมีความสุขสบาย และมีความพึงพอใจ	- พ.ศ. 2558

5.3 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างการดำเนินการ (บรรยาย หรือ ใช้ตารางแสดงก็ได้)

กิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่ต่อเนื่อง / อยู่ระหว่างดำเนินการ	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินการ	ปัญหา / อุปสรรค
1. การจัดทำ CVD Risk ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน	ปี 2558	PCT อายุรกรรม		
2. การจัดทำ CVD Risk ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจ	ปี 2558 (26, 27 พ.ค. 2558	PCT อายุรกรรม		
3. การเป็นพี่เลี้ยง โรงพยาบาลหันคา ในการให้ยา SK	ปี 2557	PCT อายุรกรรม ร่วมกับ รพช.หันคา	ผู้ป่วยปลอดภัย	
4. การเป็นพี่เลี้ยงโรงพยาบาลสรรคบุรีในการให้ยา SK	ปี 2558	PCT อายุรกรรม ร่วมกับรพช.สรรคบุรี		
5. การดูแลผู้ป่วย Palliative Care	ปี 2558	PCTอายุรกรรมร่วมกับ คณะกรรมการ Palliative Care		
6. การดูแลผู้ป่วย DHF	ปี 2558	PCT อายุรกรรม		
7. อบรมเชิงปฏิบัติการ CPR	ปี 2558	PCT อายุรกรรม		
8. Safety Blood	26พฤษภาคม2558	PCT MED ร่วมกับงาน HA		
9. Safety drug	26 พฤษภาคม 2558	PCT MED ร่วมกับงาน HA		
10. Emergency response	พ.ศ. 2558	PCT MED ร่วมกับงาน HA		
11. เปิดการให้บริการ Warfarin Clinic	พ.ศ. 2558	PCT อายุรกรรม		
12. พัฒนาระบบการดูแลส่งกลับผู้ป่วย Stroke ในแต่ละระดับ บริการ ให้ได้มาตรฐาน	พ.ศ. 2558	PCT อายุรกรรม		

6. แผนการที่จะพัฒนาต่อเนื่องต่อไป (เป็นสิ่งที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้ สัมพันธ์กับข้อ 2 และ 4 และบทวนจากการประเมินที่ได้ทำไว้ในปีก่อนๆ)

แผนงาน / กิจกรรม	ตัวชี้วัด	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
1. การทำค่ายเบาหวานในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง	- จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการอบรม	ปี 2558	PCT อายุรกรรม
2. การทำค่าย HT ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง	- จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการอบรม	ปี 2558	PCT อายุรกรรม
3. เพิ่มหน่วยบริการในการให้ยาละลายลิ่มเลือดที่ รพ.ชุมชน	- จำนวน รพช.ที่ได้ SK	ปี 2558	PCT อายุรกรรม
4. เพิ่มการบริการการให้ Warfarin และ Clopidogrel ที่ รพ.ชุมชน	- จำนวน รพช.ที่เปิดให้ Warfarin และ Clopidogrel	ปี 2558	PCT อายุรกรรม
5. จัดทำ Stroke Conner	- จำนวนเตียง Stroke Connere	ปี 2558	PCT อายุรกรรม

7. Clinical Tracerที่ยังมีการดำเนินการอยู่

ชื่อเรื่อง (โรค/ หัตถการที่สำคัญ)	ทีม/สาขาที่เกี่ยวข้อง	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผลสำเร็จ / บทเรียนที่ได้รับ			
			CPG/ Guideline	KPI & ผลลัพธ์ & Benchmarking	กิจกรรมพัฒนา	อื่น ๆ เช่น R2R การขยายผล
1. Stroke	PCT อายุรกรรม	พ.ศ. 2558	✓	อัตราตาย	อบรมความรู้/ ทักษะ	
2. STEMI	PCT อายุรกรรม	พ.ศ. 2558	✓	อัตราตาย	อบรมความรู้/ ทักษะ	
3. HIV	PCT อายุรกรรม	พ.ศ. 2558	✓	อัตราตาย	อบรมความรู้/ ทักษะ	
4. DM	PCT อายุรกรรม	พ.ศ. 2558	✓	อัตราตาย	อบรมความรู้/ ทักษะ	
5. DHF	PCT อายุรกรรม	พ.ศ. 2558	✓	อัตราตาย	อบรมความรู้/ ทักษะ	