

Service Profile¹ สำหรับหน่วยงาน

โรงพยาบาลค่ายสุรนารี

(ข้อมูลแสดงถึง ลักษณะที่มำทางคลินิก หน้าที วัตถุประสงค์ ผลการดำเนินการ และแนวทางการพัฒนา :
เราทำอะไร ทำไปเพื่ออะไร ทำได้ดีหรือไม่ อย่างไร และจะทำใหดีขึ้นได้อย่างไร)

วันที่ ระบุแบบประเมินตนเอง 25 มกราคม 2554

ชื่อหน่วยงาน ศัลยกรรมชาย 302

ส่วนที่ 1

1. บริบท² (Context) ลักษณะของหน่วยงาน ประกอบด้วย

ก. หน้าทีหลักและเป้าหมายทีสำคัญ

หน้าทีหลัก

หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 302 ให้บริการด้านการดูแลรักษา ส่งเสริมฟื้นฟูและป้องกันโรค โดยมุ่งเน้นให้
ได้คุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพแบบองค์รวม ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลรักษาและ
คำนึงถึงความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติเป็นส่วนประกอบทีสำคัญ

นอกจากนี้ยังทำหน้าที่สนับสนุนภารกิจตามนโยบายของกรมแพทยทัหารบกในการเป็นแหล่งฝึกศึกษา
นักศึกษาพยาบาลจากวิทยาลัยพยาบาลทัหาร และนักเรียนนายสิบพยาบาลจากโรงเรียนเสนารักษ์ทัหารบก
นายสิบเพิ่มพูนทักษะ และยังสนับสนุนเป็นหน่วยฝึกของนักเรียนพยาบาลจากมหาวิทยาลัยเทคโนโลยี
นครราชสีมา

เป้าหมายทีสำคัญ

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพแบบองค์รวมโดยมุ่งเน้นให้ปลอดภัยไม่มี
ภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลรักษาและผู้ป่วยพึงพอใจ โดยยึดหลักค่านิยมของโรงพยาบาล 4 ข้อคือ ทำงานเป็น
ทีม มุ่งเน้นผู้ให้บริการ มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและเรียนรู้ตลอดชีวิต เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน

ข. ขอบเขตการให้บริการ กลุ่มโรค / กลุ่มเป้าหมายทีสำคัญ / ศักยภาพและ ข้อจำกัด

ขอบเขตการให้บริการ

ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยทางศัลยกรรมชายที่ต้องรักษาทั้งโดยทางยาและการผ่าตัด ซึ่งรับผู้ป่วยทีมี
อายุตั้งแต่ 8 ปีขึ้นไป ในสาขาศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมเด็ก ศัลยกรรมระบบประสาท ศัลยกรรมระบบ
ทางเดินปัสสาวะ ศัลยกรรมตกแต่ง ผู้ป่วย หู คอ จมูก และ จักขุ

¹ ควรมีความยาวประมาณ 5-10 หน้า

² เขียนอย่างสรุป ความยาวไม่เกิน 1 หน้า สามารถใช้ตารางสรุปในบางเรื่องได้

กลุ่มโรค / กลุ่มเป้าหมายที่สำคัญ

1. กลุ่มโรคที่สำคัญ แยกตามลำดับ 5 อันดับโรคแรกที่พบบ่อย ปี พ.ศ. 2551 – 2553

ลำดับ	ปี 2551	ปี 2552	ปี 2553
1.	SMC	Hernia	Appendicitis
2.	Hernia	CA Rectum	Hernia
3.	Appendicitis	Renal calculi	Renal calculi
4.	Renal calculi	SMC	CA Rectum
5.	CA Rectum	Appendicitis	SMC

2. กลุ่มโรคความเสียงสูง

1. กลุ่มโรคศัลยกรรมทางระบบประสาท
2. ผู้ป่วยที่มีเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนล่าง

5 อันดับความเสียงสำคัญ

1. ท่อช่วยหายใจ/สายระบายเลื่อนหลุด
2. Med error
3. การเลื่อน/งัดผ่าตัด
4. แผลกดทับ
5. การเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

5 อันดับหัตถการสำคัญ

- 1.Retain F/C
2. Run CBI
- 3.ICD
- 4.CPR
- 5.Cental line/ DLC

ศักยภาพและ ข้อจำกัด

ศักยภาพ

1.รับผู้ป่วยได้ทั้งหมด 32 เตียง แบ่งเป็น (Semi ICU 4 เตียง และ พิเศษรวม 4 เตียงและเตียงธรรมดา 24 เตียง) โดยให้การดูแลรักษาผู้ป่วยทางด้านศัลยกรรมศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมเด็ก ศัลยกรรมระบบประสาท ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ ศัลยกรรมตกแต่ง ผู้ป่วย หู คอ จมูก และ จักษุ ที่ต้องรักษาทั้งโดยทางยาและการผ่าตัด, ผู้ป่วยอาการหนักที่จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจจำนวน 2-4 เตียง, ผู้ป่วย

รับยาเคมีบำบัดที่ต้องนอนพักในโรงพยาบาลและยังสามารถรับฝากผู้ป่วยด้านอายุรกรรม (ในกรณีที่เคยอายุรกรรมเต็ม)

2. พยาบาลหัวหน้าทีมผ่านการอบรมความรู้ในการดูแลผู้ป่วยในเรื่องสำคัญทั้งในและนอกโรงพยาบาล เช่น BLS, ACLS (หน.) การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (ทุกคน), การอ่านผลและแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เบื้องต้น ฯลฯ

3. มีอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัยที่จำเป็นต้องใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น เครื่อง Defibrillation เครื่อง Monitor Mobile O2 , เครื่อง Monitor V/S O2, เครื่อง Monitor Mobile V/S และ O2 , เครื่อง Infusion Pump และ เครื่อง Dinamap

ข้อจำกัด

1. ผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาเฉพาะทาง

- ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการบ่งชี้ที่จำเป็นต้องพบแพทย์เฉพาะทาง หรือจำเป็นต้องใช้เครื่องมือการตรวจพิเศษซึ่งไม่มีใน รพ. จะมีการประสานการส่งต่อโดยแพทย์แพทย์เจ้าของไข้จะเขียนรายละเอียดการส่งต่อ (ใบ Refer) และพยาบาล หน. จะติดต่อประสานโรงพยาบาลที่ต้องการส่งต่อให้กับโรงพยาบาลในพื้นที่ เช่น ผู้ป่วยที่ต้องทำ ERCP ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา, ผู้ป่วยที่ตรวจพบว่ามี Aneurysm ของหลอดเลือดในสมองที่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด, ผู้ป่วยจักษุที่ตรวจพบว่ามีปัญหาของจอประสาทตา หรือมี ปัญหาของกระจกตา

2. ด้านบุคลากร

- สัดส่วนจำนวนผู้ป่วยต่อพยาบาลยังไม่เหมาะสม (ขาดแคลนพยาบาล) และมีการหมุนเวียนบ่อย ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลจบใหม่ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทางน้อย

- บุคลากรต่ำกว่าวิชาชีพส่วนใหญ่เป็นบุคลากรใหม่ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมีน้อย

3. ด้านเครื่องมือ

- เนื่องจากภายในหอผู้ป่วยมีเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์หลายชนิด เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยไม่มีความชำนาญในการดูแล และบำรุงรักษาเครื่องมือ (แก้ไขโดยส่งตัวแทนเข้าอบรมการดูแลเครื่องมือแพทย์จากเจ้าหน้าที่ของ พบ. และนำมาถ่ายทอดภายในหอผู้ป่วย และปรึกษาศูนย์เครื่องมือแพทย์ภายใน รพ.)

4. ด้านสถานที่

- พื้นที่ระยะห่างระหว่างเตียงไม่ได้ตามมาตรฐานของการป้องกันการติดเชื้อและระยะห่างระหว่างเตียงมีน้อยในขณะที่ผู้ป่วยบางรายจำเป็นต้องใช้เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์หลายชนิดทำให้ไม่สะดวกในการให้การพยาบาลผู้ป่วย

- ไม่มีห้องแยกชัดเจนสำหรับแยกผู้ป่วยที่ติดเชื้อ(แนวทางแก้ไขคือต้องย้ายผู้ป่วยขึ้นห้องพิเศษ ชั้น 6)

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ(จำแนกตามกลุ่มผู้รับผลงาน) ความต้องการของผู้รับมอบผลงาน

ผู้รับมอบผลงาน	ความต้องการที่สำคัญ / ความต้องการในการประสานงานที่สำคัญ
<p>(ก) ผู้รับมอบผลงานภายใน หน่วยงาน ที่สำคัญ</p> <p>1.ผู้ป่วย /ญาติผู้ป่วย - กลุ่มที่มาด้วยอาการฉุกเฉิน เช่น ผู้ป่วยอุบัติเหตุ ผู้ป่วยกลุ่ม Abdominal pain</p> <p>- กลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยมะเร็ง</p> <p>2.หน่วยงานอื่น เช่น ห้องจ่ายยา, ห้อง X-Ray,ห้อง Lab ,ฝ่ายส่งกำลัง บำรุง,ทีมพัฒนาคุณภาพต่างๆ ฯลฯ</p>	<p>1.การดูแลรักษาที่ความรวดเร็วคือช่วยแก้ไขปัญหาคความเจ็บป่วย เร่งด่วน เช่น การปวดโดย ต้องมีความปลอดภัย และได้คุณภาพตาม มาตรฐานด้านการรักษาพยาบาล</p> <p>2.การบริการแสดงออกถึงการใส่ใจในการดูแลรักษา เช่น เมื่อผู้ป่วย/ ญาติขอความช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ให้การ ช่วยเหลือได้ทันท่วงที</p> <p>3. เครื่องมือ/อุปกรณ์ที่สำคัญทางการแพทย์ทันสมัยมีความพร้อมใช้</p> <p>4.ได้รับทราบข้อมูลการเจ็บป่วยและแผนการรักษาที่จำเป็นเร่งด่วน</p> <p>1.การดูแลรักษาที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน มีความปลอดภัย ไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลรักษา</p> <p>2.การบริการที่ใส่ใจ ดูแลใกล้ชิด สามารถปรึกษาหารือปัญหาการ เจ็บป่วยได้ และ ได้รับความสะดวก รวดเร็ว ในการขอรับบริการ</p> <p>3. เครื่องมือ/อุปกรณ์ที่สำคัญทางการแพทย์ทันสมัยมีความพร้อมใช้</p> <p>4.ได้รับทราบข้อมูลทางด้านสุขภาพการเจ็บป่วยและข้อมูลอื่นๆ ที่ จำเป็นตามความเหมาะสมอย่างต่อเนื่องตลอดห้วงระยะเวลาที่เข้ารับ การรักษา</p> <p>5..สถานที่สะอาด ปลอดภัย นำพักอาศัย</p> <p>1..การสื่อสารที่ถูกต้อง ตามระบบ ระเบียบ ที่กำหนดไว้</p> <p>2.ได้รับการประสานงานที่สะดวก รวดเร็ว ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ ของการประสานงานในเรื่องนั้นๆ</p> <p>3.พฤติกรรมกรบริการ/ติดต่อประสานงานที่ดีของบุคลากร</p> <p>4.การรายงานสถิติข้อมูลที่ถูกต้อง ทันเวลาตามห้วงเวลาที่กำหนด (ทีมพัฒนาคุณภาพ)</p>
<p>(ข) ผู้รับมอบผลงานภายนอก - ผู้เข้ารับการศึกษา</p>	<p>ความพึงพอใจในด้าน การดูแลเอาใจใส่ของผู้ดูแลการฝึก, พฤติกรรม ความเป็นมิตรของเจ้าหน้าที่, การสนับสนุนด้านอุปกรณ์การฝึก</p>

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

1. การเข้าถึงบริการ

- ผู้ป่วยและญาติสามารถรับบริการดูแลรักษา ปรีกษาปัญหาสุขภาพได้ตลอด 24 ชม.
- เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการเข้าใจภาษาและวัฒนธรรมของผู้ป่วยและญาติเป็นอย่างดีเนื่องจากส่วนมากเป็นเจ้าหน้าที่ซึ่งมีภูมิลำเนาเดิมอยู่ในพื้นที่ของโรงพยาบาล
- มีการให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและได้รับการยินยอมจากผู้ป่วย ก่อนที่จะให้บริการหรือกระทำหัตถการสำคัญ
- จัดให้มีมุมส่งเสริมสุขภาพ โดยมีเอกสารแผ่นพับ และเอกสารการดูแลสุขภาพโรคทางศัลยกรรม การติดตามเยี่ยมอาการหลังจำหน่ายในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

2. ด้านความปลอดภัย

- มีระบบการป้องกันการให้การรักษาส่งผิดคน โดยการติดป้ายชื่อที่ข้อมือและที่เตียงของผู้ป่วย
- ภายในหอผู้ป่วยมีการกำหนดผู้รับผิดชอบชัดเจนในรูปแบบคณะกรรมการ RM และทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงต่างๆ มีการจัดทำ CQI ในเรื่องการเฝ้าระวังความปลอดภัยของผู้ป่วย เช่น Fall in 302

3. ด้านการเฝ้าระวังป้องกันการติดเชื้อ

- ภายในหอผู้ป่วยมีการกำหนดผู้รับผิดชอบชัดเจนในรูปแบบคณะกรรมการ เช่น กรรมการ IC กำกับดูแลการป้องกันการติดเชื้อ มีการทบทวนตัวชี้วัด/แนวทางการปฏิบัติด้านการเฝ้าระวังการติดเชื้อสม่ำเสมอทุกเดือน มีระบบ Risk Roun และมีการจัดทำ CQI ในเรื่องการเฝ้าระวังป้องกันการติดเชื้อ เช่น อีๆ VAP
- ส่งบุคลากรเข้าอบรมความรู้เรื่องการเฝ้าระวังการติดเชื้อทั้งในและนอก รพ.

4. ด้านการบริหารยา

- มีการทบทวน Med error
- มีการ Recheck การรับ Order
- มีการนับเม็ดยา

จ. ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ จุดเน้นในการพัฒนาของทีมนำทางคลินิก

ความเสี่ยง / ความท้าทายที่สำคัญ	กิจกรรมที่ตอบสนอง และจัดเป็นจุดเน้น ในการพัฒนางาน	เป้าหมาย / วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด ที่สำคัญ
<p>1. ทีม</p> <ul style="list-style-type: none"> - บุคลากรไม่เพียงพอ กับการะงาน - มีบุคลากรหมุนเวียน บ่อย(ลาออกและบรรจุ ใหม่) โดยเฉพาะพยาบาล - การสื่อสารภายใน หน่วยงาน 	<ul style="list-style-type: none"> - จัดเวรเสริม, ขอรับการ สนับสนุนจากหอผู้ป่วยอื่น ๆ - ระบบที่เสี่ยงสำหรับบุคลากร ใหม่ - ส่งอบรมความรู้ โดยเน้นใน กลุ่มโรคที่พบบ่อยและกลุ่ม โรคมี่ ความเสี่ยงสูง - การ Pre – Post Conference - การประชุมประจำเดือน - จัดบอร์ดข่าวสารภายในหน่วย - จัดทำ Nurse round, Case Conference 	<ul style="list-style-type: none"> - เพื่อเพิ่มบุคลากรต่อ เวิร์ให้เหมาะสมกับ ภาระงาน - เป็นที่ปรึกษาให้ บุคลากรใหม่ - เพื่อการพัฒนาและ เรียนรู้อย่างต่อเนื่อง - เพื่อการสื่อสารและ สร้างความเข้าใจใน หน่วยงาน - เพื่อให้ผู้ป่วย/ญาติ ได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง - เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ในการดูแลผู้ป่วย - พัฒนาและปรับปรุง บริการ 	<ul style="list-style-type: none"> - จำนวนครั้งที่ ไม่สามารถจัด เวิร์เสริมได้ตาม ต้องการ - อัตราการจัดพิ ด้ียง 100% - บุคลากรใหม่ ผ่านเกณฑ์การ อบรมความรู้ และเก็บ ประสบการณ์ ได้ตามที่ กำหนด 100 % - จำนวนครั้ง ของการทำ Nurse round, Case Conference - CQI /ปี - จำนวนข้อ ร้องเรียนเรื่อง พฤติกรรม บริการ
<p>2. ผู้รับบริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มผู้ป่วย/กลุ่ม โรคที่ หลากหลาย (บางครั้งรับ ฝากผู้ป่วยอายุรกรรม) - ผู้รับบริการต้องการ บริการที่สะดวกและ รวดเร็ว 	<ul style="list-style-type: none"> - การให้ข้อมูลด้านการดูแลรักษา - จัดทำ CQI ด้านการพัฒนาการ ดูแลผู้ป่วย - ส่งบุคลากรเข้าร่วมกิจกรรม OD - ทบทวนพฤติกรรมบริการเมื่อ พบข้อร้องเรียน 	<ul style="list-style-type: none"> - เพื่อให้ผู้ป่วย/ญาติ ได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง - เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ในการดูแลผู้ป่วย - พัฒนาและปรับปรุง บริการ 	<ul style="list-style-type: none"> - จำนวนข้อ ร้องเรียนเรื่อง พฤติกรรม บริการ

ฉ. ปริมาณงาน (ควรแสดงข้อมูล 3 ปีติดต่อกันรวมปีปัจจุบัน) และทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ) ที่สำคัญของทีมนำทางคลินิก (อาจแสดงข้อมูลเป็นตาราง หรือกราฟเพื่อให้กระชับ และเข้าใจง่ายขึ้น)

ปริมาณงาน

ลำดับ	กลุ่มโรค (แยกตามสาขา)	ปีงบประมาณ 2551 จำนวน (Visit)	ปีงบประมาณ 2552 จำนวน (Visit)	ปีงบประมาณ 2553 จำนวน (Visit)
1	ศัลยกรรมทั่วไป	980	771	757
2	ศัลยกรรมตกแต่ง	51	54	39
3	ศัลยกรรมระบบประสาท	158	170	242
4	ศัลยกรรมระบบทางเดิน ปัสสาวะ	334	274	258
5	ศัลยกรรมเด็ก	-	-	32
6	ผู้ป่วยจักษุ	144	66	80
7	ผู้ป่วยหู คอ จมูก	103	92	104
8	ผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ (Med , ortho)	47,11	127,3	159,3

ทรัพยากร

1. บุคลากร

- แพทย์ (รวม 7 สาขา) จำนวน 15 นาย
- พยาบาล จำนวน 9 นาย
- ผู้ช่วย/นายสิบพยาบาล จำนวน 9 นาย
- พนักงานช่วยการพยาบาล จำนวน 9 นาย
- พนักงานบริการ จำนวน 1 นาย

2. เครื่องมือ

Respirator Mobile	1 เครื่อง
Monitor O2 Mobile	1 เครื่อง
Monitor V/S O2	7 เครื่อง
Monitor V/S และ O2 Mobile	1 เครื่อง
Infusion Pump	9 เครื่อง
Gomco Suction	6 เครื่อง
Kangaroo	4 เครื่อง

Defibrillation	1 เครื่อง
Dinamap	5 เครื่อง
Computer	3 เครื่อง
เครื่องปั่น HCT	1 เครื่อง

เครื่องตรวจหาระดับน้ำตาลในกระแสเลือด 1 เครื่อง

เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจชนิด 12 Lead 1 เครื่อง

ข. ประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพที่สำคัญ (ที่เกี่ยวข้องกับบริบทของทีมนำทางคลินิก) ครอบคลุม
ด้านต่าง ๆ ดังนี้

• ผู้รับผลงาน

1. กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ ได้รับการสอนการ care colostomy, การปฏิบัติตัวภายหลังการได้รับยาเคมีบำบัด
2. กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง - มีการเยี่ยมบ้าน
3. กลุ่มผู้ป่วยอาการหนักระยะสุดท้าย - มีทีมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบปะพูดคุยกับผู้ป่วย/ญาติและจัดให้ฟังธรรมะ อ่านหนังสือ
4. ผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ได้รับการส่งเสริมการดูแลสุขภาพโดยได้รับคำแนะนำการดูแลตัวเองจากเจ้าหน้าที่โดยตรง จากเอกสารแผ่นพับ เอกสารคำแนะนำการปฏิบัติตัวรายโรค

• ชุมชน (กรณีที่เกี่ยวข้อง)

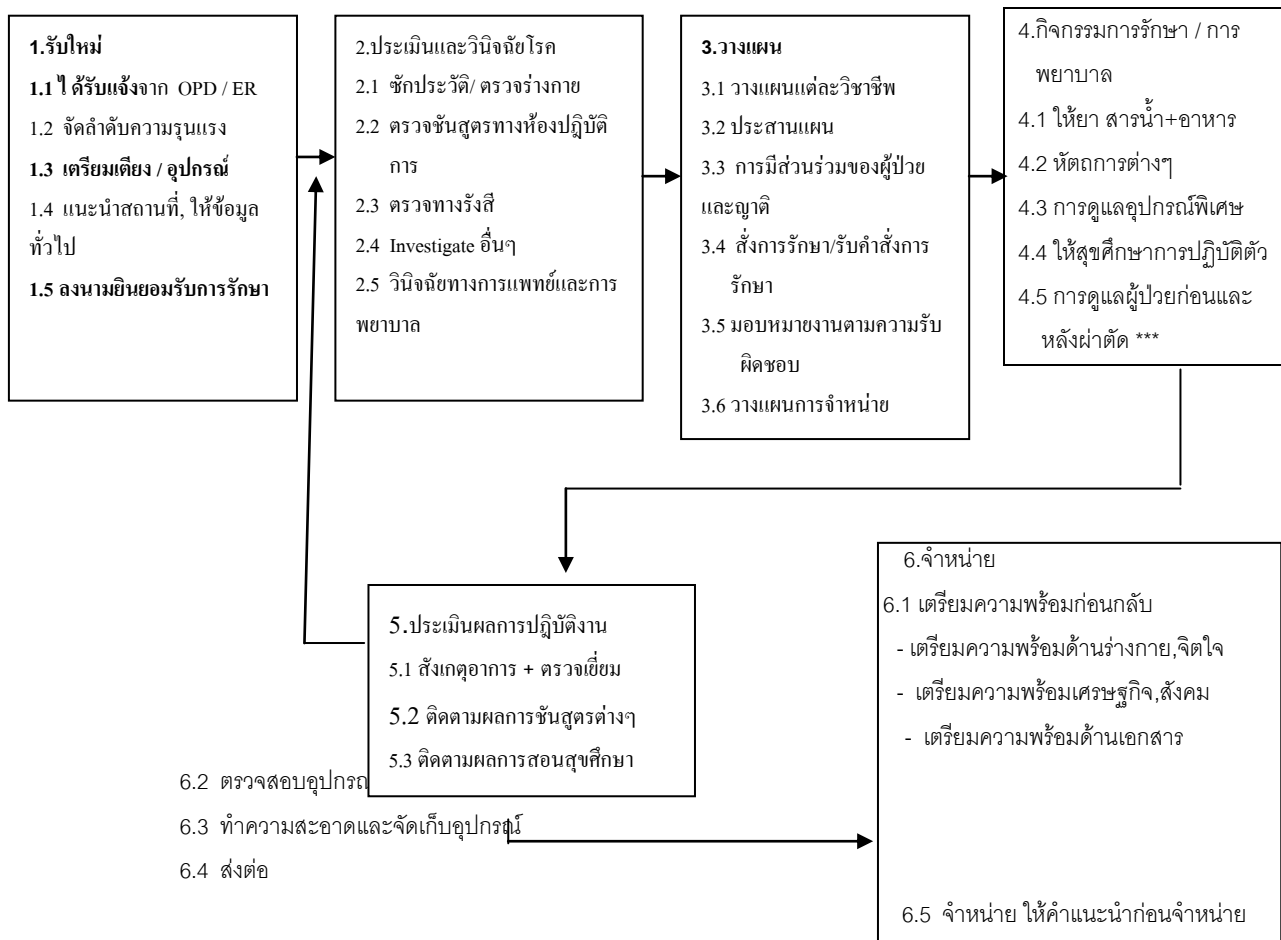
การติดตามอาการผู้ป่วย

- ในเขต ส่งเยี่ยมบ้านผ่าน PCU
- นอกเขต ส่งเยี่ยมบ้าน/โทรศัพท์ติดตามจากหอผู้ป่วย

• บุคลากร

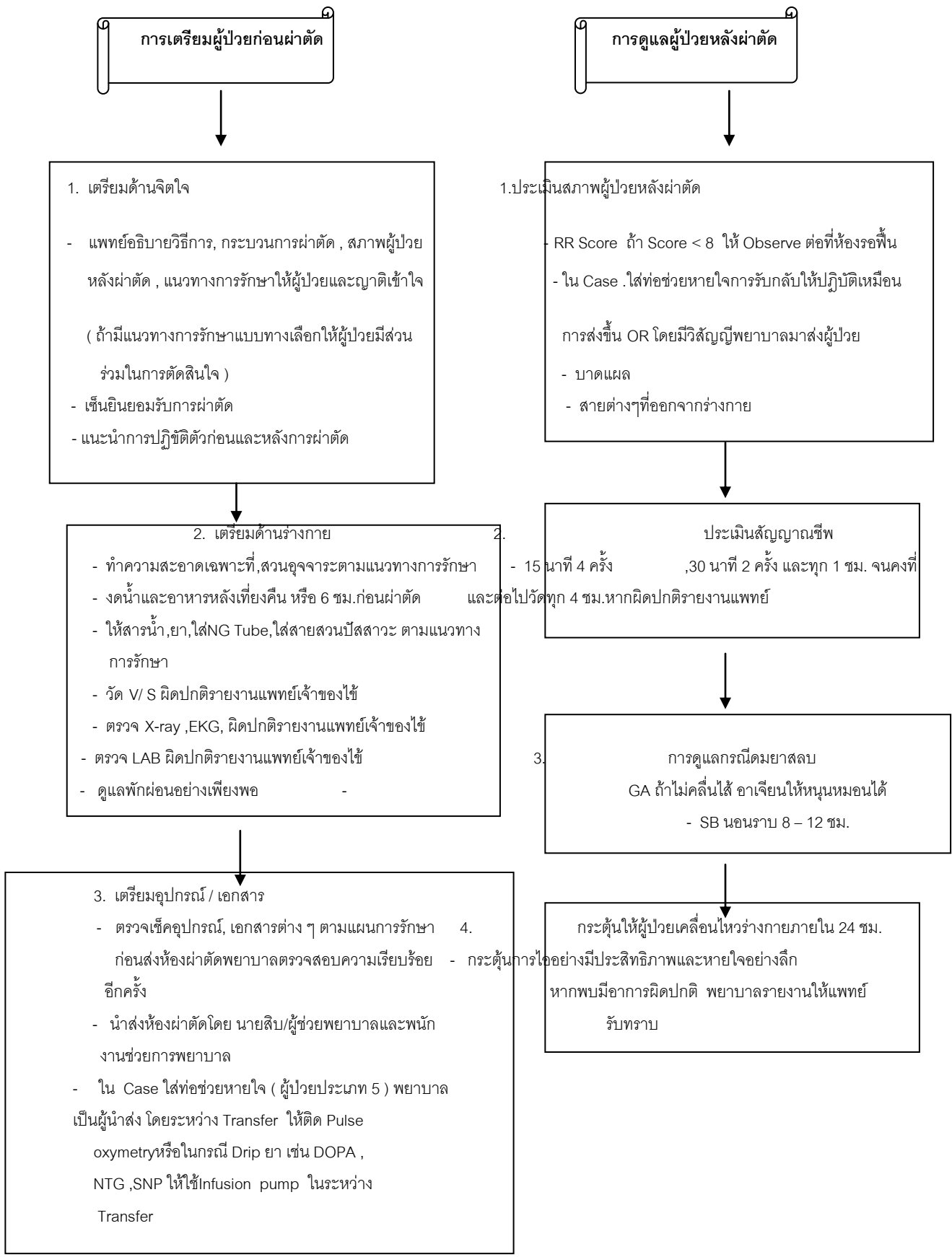
- ได้รับการตรวจร่างกายประจำปี และตรวจร่างกายก่อนปฏิบัติงาน ทุกคน
- ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดประจำปีทุกคน
- ผู้ที่ตรวจไม่พบภูมิคุ้มกันของไวรัสตับอักเสบบีจะได้รับการฉีดวัคซีนทุกคน
- ส่งบุคลากรที่ค่า BMI เกินมาตรฐานเข้าร่วมกิจกรรมกิจกรรมรณรงค์การควบคุม BMI ของรพ.จำนวน 3 นาย (ผลลดลงได้ 2 นาย อีก 1 นายมีปัญหาของโรคไทรอยด์)

2. กระบวนการหลักที่สำคัญ³ (Key Processes) ของทีมนำทางคลินิกที่ส่งผลลัพธ์ที่ดี และเกิดความปลอดภัยต่อผู้ใช้บริการ (อาจแสดงแผนภูมิกระบวนการทำงานประกอบ)



³ สรุปภายใน 1 หน้า วิเคราะห์โดยเน้นผู้รับผลงานเป็นศูนย์กลาง สำหรับหอผู้ป่วย ให้พิจารณาว่ามีกระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างไร โดยทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง มิใช่เฉพาะกระบวนการที่พยาบาลรับผิดชอบ

การดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด



กระบวนการสำคัญ	สิ่งที่คาดหวัง	ความเสี่ยงสำคัญ	ตัวชี้วัดที่สำคัญ
<p>1.กระบวนการรับผู้ป่วย</p> <p>1.1 การรักษาผู้ป่วยผิดคนเนื่องจาก Identify ไม่เหมาะสม</p> <p>1.2 การประเมินผู้ป่วยล่าช้า</p> <p>1.3การรับรู้และการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่พบอุบัติการณ์การให้บริการผิดคน - ไม่มี Delay Treatment - ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาและการปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยได้รับการรักษาผิดคน - ผู้ป่วยได้รับการรักษาล่าช้า - ผู้ป่วยและญาติไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาและการปฏิบัติตัว 	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่พบการให้การรักษาผิดคน - จำนวน - จำนวนข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการไม่ได้รับทราบข้อมูล - อัตราการ Re admit จากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง
<p>3. กระบวนการดูแลรักษา</p>	<ul style="list-style-type: none"> -ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลรักษา - ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตามแผนการรักษา - ผู้ป่วยได้รับยาและสารน้ำถูกต้อง -ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุระหว่างการดูแลรักษา 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลรักษา เช่น การเกิดแผลกดทับ , CAUTI , VAP - ผู้ป่วยงัด/เลื่อนผ่าตัดจากการเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อม - ผู้ป่วยได้รับยาและสารน้ำไม่ถูกต้อง -ผู้ป่วยเกิดอุบัติเหตุระหว่างการดูแลรักษา 	<ul style="list-style-type: none"> - อัตราการเกิดแผลกดทับ - อัตราการเกิด CAUTI - อัตราการเกิด VAP - อัตราการงัด/เลื่อนผ่าตัดจากการเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อม - จำนวน Med error - จำนวนการเกิดอุบัติเหตุระหว่างการดูแลรักษา
<p>3. กระบวนการจำหน่ายผู้ป่วย</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยได้รับการวางแผนการจำหน่ายอย่างถูกต้องและเหมาะสม 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยไม่ทราบการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน 	<ul style="list-style-type: none"> - อัตราการ Re admit จากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง

3. กิจกรรมทบทวนคุณภาพ (ที่สอดคล้องกับบริบท)

กิจกรรม ทบทวนคุณภาพ	ยกตัวอย่างเหตุการณ์/ เรื่องที่มีการทบทวนอย่างเป็นรูปธรรม	ผลลัพธ์/ การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ที่เกิดขึ้น (เน้นเชิงระบบ)
1.การทบทวนขณะ ดูแลผู้ป่วย	- การ Audit chart ผู้ป่วยขณะ Admit	- มีการพัฒนาคุณภาพ เพิ่มเน้นเรื่อง กระบวนการพยาบาล
2.การทบทวน เหตุการณ์สำคัญ	- Case cellulitis มี Infected around Lt. foot, U/L DM~10 y. รักษา ไม่ต่อเนื่อง, พ. Set OR for debridement (6/8/53 12.00น.) จนท. แจ้งผู้ป่วย ถึงการงดน้ำงดอาหาร แต่เวลา 11.50น. จนท.แจก อาหารให้ ผู้ป่วยโดยมองไม่เห็นป้าย NPO ทำให้ผู้ป่วย กินไป 4 คำ จนท.อีกคนพบเห็นจึงให้หยุดกิน แล้วแจ้งวิสัญญีพยาบาล ทำให้ ต้องเลื่อนการผ่าตัดออกไปเป็นเวลา 18.00น.ของวันเดียวกัน	- จัดทำกระดานสำหรับ ติดตามผู้ป่วยต่างๆให้รวม เป็นจุดเดียวกันที่หัวเตียง ผู้ป่วย
3. การทบทวนตัวชี้วัด	-มีการทบทวนตัวชี้วัดด้านบุคลากรบางตัวที่ไม่สำคัญเนื่องจาก การนำมาใช้ประโยชน์ไม่คุ้มจึงยกเลิกการเก็บ	เพิ่มตัวชี้วัดด้านคุณภาพ การดูแลรักษาอีก 1 ตัว ในเรื่อง Unplanned ICU
4. การทบทวน Voice	1. มีข้อร้องเรียนเรื่องพยาบาลใช้โทรศัพท์มือถือขณะให้การ พยาบาลผู้ป่วย	- ห้ามพยาบาลและ บุคลากรทุกระดับงดใช้ โทรศัพท์มือถือขณะให้ การพยาบาลผู้ป่วย(ไม่มี ข้อร้องเรียนเกี่ยวกับเรื่อง ดังกล่าวอีก)
4. การทบทวน Voice	2. มีข้อร้องเรียนเรื่องไม่มีการแยกผ้าเช็ดตัวของผู้ป่วยแต่ละราย	- มีการเขียนชื่อผู้ป่วยที่ ผ้าเช็ดตัวทุกราย(กรณีที่ ผู้ป่วยไม่รู้สีตัวและญาติ นำผ้ามาเอง)

<p>5. การทบทวนการติด เชื้อ</p> <p>6. การทบทวนความ คลาดเคลื่อนทางยา - การทบทวนวิชาการ (CPR ,Competency)</p>	<p>Case CA Sigmoid c Hypovolumic shock S/P Peritonitis c Perforate Admit 1/4/53 ผ่าตัด 1. Explor c loop sigmoid colostomy 2. LAR 3. Repair small bowel 4. Anastomosis 8 ครั้ง มีปัญหา Fistular รั่วตลอดมีไข้เป็นช่วง นาที</p> <p>- Case ICH แพทย์ set ผ่าตัด Clotted removal c Craniectomy มี order by phone ให้ drip Manital 250 ml v drip 100 cc/hr. 1 ขวด โดยพยาบาลผู้รับ Tel. confirm order กับแพทย์แล้ว แต่ภายหลังแพทย์มาแจ้งว่าต้องการ ให้ Manital แค่ 100 ml ทำให้ผู้ป่วยได้รับ Manital เกิน</p>	<p>ได้รูปแบบการ พัฒนาการใช้อุปกรณ์ การทำแผล</p> <p>-ได้แนวทางระบบการ บริหารยาความเสี่ยงด้าน ระบบคัดสรรกรรมประสาท -ผอ.ร.พ.มีแผนจัดหา TEL.แบบเปิด phone ได้ และให้มีพยานเซ็นด้วย (จัดหาแล้ว)</p>
---	---	--

4. ตัวชี้วัดและผลการดำเนินการที่สำคัญ⁴ (Key Performance Indicator)

ตัวชี้วัด	ผลการปฏิบัติ				
	เป้า	ปี 51	ปี 52	ปี 53	หมายเหตุ
1. ด้านการดูแลรักษา					
1.1 อัตราตายรวม	< 2%	2.12	2.59	2.66	
1.2 จำนวนผู้ป่วยที่ย้ายเข้า ICU โดยไม่ได้วางแผน	< 5%	-	0.12	-	
1.3 อัตราการ Re Admit	< 1%	0.50	0.06	0.12	
1.4 อัตราการ ติดเชื้อในแผลผ่าตัด	< 0.5%	0	0	0	
1.5 อัตราการ ติดเชื้อในแผลผ่าตัดปนเปื้อนเล็กน้อย	< 1%	0.09	0	0	
1.6 อัตราการเกิด CAUTI/1000วันนอน	< 3%	0.22	0.63	0.24	
1.7 อัตราการ เกิด VAP/1000วันนอน	< 2%	0.09	0.16	0.48	
1.8 อัตราการเกิดแผลกดทับ/1000วันนอน	< 1%	1.28	2.07	0.56	
1.9 จำนวนครั้งการเกิด Med Error ระดับ D ขึ้นไป	0ราย	5	5	6	
1.10 การถอดท่อหายใจโดยไม่ได้วางแผน	< 1%	2	7	2	
1.11 จำนวนครั้งการเลื่อน/งัดผ้าตัดจากการเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อม	0				
- จองเลือดไม่ได้		0	0	1	
- ไม่ได้ NPO		0	0	1	
- ไม่ได้งดยา ASA		1	1	0	
2. ด้านบริการ					
2.1 อัตราครองเตียง	>80%	74.51	69.14	68.30	
2.2 อัตราความพึงพอใจ	>85%	94.17	95.15	93.15	
2.3 อัตราการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยเรื้อรังตามกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด	100%	97	98.5	99.5	
2.4 อัตราการเก็บประสบการณ์ทางการพยาบาลของบุคลากรทางการพยาบาล	100%	100	100	100	
2.5 อัตราการผ่านการทดสอบ CPR ของบุคลากรทางการพยาบาล	100%	100	100	100	

⁴ นำเสนอเป็นตารางหรือกราฟแสดงข้อมูลตัวชี้วัดที่สำคัญ และครอบคลุมตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ที่จำเพาะกับบริบทของทีมนำทางคลินิก โดยมีผลดำเนินการ 3 ปีติดต่อกันรวมปีปัจจุบัน พร้อมระบุเป้าหมาย และการเทียบเคียง รวมทั้งมีคำอธิบายการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นประกอบอย่างสั้นๆ ที่สะท้อนถึงการใช้ประโยชน์จากผลลัพธ์ในการพัฒนาตามโครงการสำคัญ (KPI for CQI)

⁵ สรุปความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพที่สำคัญในช่วงเวลาที่ผ่านมา ซึ่งทำให้เกิดระบบงานที่สำคัญในปัจจุบันอย่างสั้นๆ โดยระบุแนวคิดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และวิธีการทำงานสำคัญที่เป็นข้อสรุปจากการพัฒนา

2.6 อัตราของบุคลากรทางการพยาบาลที่เข้าร่วมรับฟังการทำ Nursing Round (8 ครั้ง/คน/ปี)	100%	100	100	100	
2.7 จำนวนคำร้องเรียนจากพฤติกรรมบริการ	3เรื่อง/ปี	3	3	2	
3. ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย					
3.1 จำนวนครั้งการลื่นล้มตกเตียง	0%	3	2	2	
3.2 จำนวนครั้งการบาดเจ็บจากการทำงาน	0%	2	1	1	

5. การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

5.1 ระบุระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบันที่ได้จากความสำเร็จของกระบวนการพัฒนาคุณภาพที่ดำเนินการเสร็จสิ้นแล้ว⁵

1. การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุพลัดตก หกล้ม

หลักการและเหตุผล

หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 302 เป็นหอผู้ป่วยสามัญรับผู้ป่วยศัลยกรรมหลายสาขามีทั้งเด็กอายุ ตั้งแต่ 5 ขวบขึ้นไปถึงผู้ป่วยสูงอายุ และอาการเจ็บป่วยตั้งแต่ช่วยเหลือตัวเองได้ จนถึงไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ รวมถึงผู้ป่วยที่มีอาการสับสน หลงลืม หรือผู้ที่มี อาการพิษสุราเรื้อรังที่มาด้วยอาการป่วยทางศัลยกรรม ดังนั้น หอผู้ป่วยจึงได้เห็นความสำคัญในการดูแลป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวโดยได้ร่วมกับงานพัฒนาคุณภาพกองการพยาบาลนำแบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของ Hendrich Risk Model 2002 มาใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 โดยพยาบาลจะเป็นผู้ประเมินความเสี่ยงดังกล่าวแล้วแจ้งให้ทีมทราบระดับความเสี่ยงของผู้ป่วยแต่ จากการเก็บข้อมูลในปี ที่ผ่านมายังพบว่าเกิดปัญหาการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยอีกจำนวน 3 ราย จากการทบทวนปัญหาพบสาเหตุสรุปได้ดังนี้

1. จากการสื่อสารในทีมการพยาบาลกันเองขาดความต่อเนื่อง (บางเวรไม่ได้ส่งเวรเรื่องระดับความเสี่ยง)

2. ขาดการสื่อสารให้ผู้ดูแล/ญาติ/ผู้ป่วยทราบถึงระดับความเสี่ยง และอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น เมื่อเจ้าหน้าที่ผูกมัดผู้ป่วยไว้มีญาติมาเยี่ยมแล้วแก้ผ้าที่ผูกมัดออกโดยไม่ได้แจ้งเจ้าหน้าที่หรือญาติเอาไม้กั้นเตียงลงแล้วไม่ได้เฝ้าดูแลตลอดเวลา

3. การประเมินระดับความเสี่ยงพยาบาลจะเก็บผลการประเมินไว้ในแฟ้มประวัติไม่ได้นำมาสื่อสารให้ทีมการพยาบาลหรือญาติได้รับทราบ

จากปัญหาดังกล่าวหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 302 จึงได้มีการทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตก หกล้มแล้วจัดทำโครงการการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มโดยการนำแบบ

ประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของ Hendrich Risk Model 2002 ที่ใช้อยู่เดิมมาพัฒนาต่อเพื่อเพิ่มมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุพลัดตก หกล้มของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 302

เครื่องชี้วัด

ไม่พบผู้ป่วยที่เกิดอุบัติเหตุพลัดตก หกล้มภายในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 302

ผลการดำเนินงาน

ปี 2552

ไตรมาสแรก (พ.ย.51 – ม.ค. 52)	ไตรมาสสอง (ก.พ.52 – พ.ค. 52)	ไตรมาสสาม (มิ.ย.52 – ก.ย. 52)
0 ราย	1 ราย	1 ราย

ปี 2553

ไตรมาสแรก (ต.ค.52 – ม.ค. 53)	ไตรมาสสอง (ก.พ.53 – พ.ค. 53)	ไตรมาสสาม (มิ.ย.53 – ก.ย. 53)
0 ราย	1 ราย	1 ราย

2. การป้องกันการติดเชื้อจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

หลักการและเหตุผล

หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 302 เป็นหอผู้ป่วยสามัญรับผู้ป่วยศัลยกรรมหลายสาขาสามารถรับดูแลผู้ป่วยวิกฤตทางด้านศัลยกรรมที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ และรับฝากดูแลผู้ป่วยสาขาอื่นที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ตามข้อตกลงการกระจายผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจของโรงพยาบาลให้ใกล้เคียงกันของแต่ละหอผู้ป่วย จากสถิติการเก็บข้อมูลอัตราการเกิดการติดเชื้อในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในปี 2550 ของหอผู้ป่วย 302 พบว่ามีอัตราการติดเชื้อในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ คิดเป็น 0.64 ครั้งต่อ 1,000 วันของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งถึงแม้ว่าจะอยู่ในเกณฑ์ต่ำและไม่เกินเป้าของตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ แต่เนื่องจากสาเหตุการติดเชื้อ ทำให้มีผลเสียกับทั้งผู้ป่วยและผู้ให้การดูแลรักษา เช่น ผู้ป่วยจะต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น หรืออาจได้รับอันตรายขั้นร้ายแรงถึงเสียชีวิต และยังทำให้มีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษามากขึ้น นอกจากนี้จากสาเหตุการติดเชื้อจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ บางอย่างสามารถป้องกันได้ เช่น การดูแลเสมหะอย่างถูกวิธี การดูแลความสะอาดในช่องปาก

จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าวจึงได้มีการนำปัญหามาทบทวนและได้จัดทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพเพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจโดยการดำเนินงานได้เริ่มตั้งแต่เดือน เม.ย.51 – ต.ค. 51 ผลการดำเนินการพบว่า

1. อัตราการติดเชื้อลดลง (จากเดิม 0.18 ครั้งต่อ 1,000 วันของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็น 0 ครั้งต่อ 1,000 วันของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ)
2. ผู้ป่วยบางรายมีฝ้าในช่องปาก

จากการดำเนินการดังกล่าวได้นำปัญหามาทบทวนแล้วพบว่าแนวทางการป้องกันยังไม่ครอบคลุม สาเหตุการเกิดการติดเชื้อในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจทั้งหมดจึงได้ศึกษาและปรับปรุงกิจกรรมการพัฒนาใหม่โดยได้มีการเพิ่มแนวทางการป้องกันเพิ่มจากกิจกรรมเดิม

วัตถุประสงค์

เพื่อลดอัตราการติดเชื้อในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยศัลยกรรม 302

เครื่องชี้วัด

อัตราการติดเชื้อในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจลดลงอยู่ในเกณฑ์ < 5 ครั้งต่อ 1000 วันของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

ผลการดำเนินงาน

ปี 2551

ไตรมาสแรก (ต.ค. 50 – ม.ค. 51)	ไตรมาสสอง (ก.พ.51 – พ.ค. 51)	ไตรมาสสาม (มิ.ย.51 – ก.ย. 51)
1 ราย	0 ราย	0 ราย

ปี 2552

ไตรมาสแรก (พ.ย.51 – ม.ค. 52)	ไตรมาสสอง (ก.พ.52 – พ.ค. 52)	ไตรมาสสาม (มิ.ย.52 – ก.ย. 52)
1 ราย	0 ราย	2 ราย

ปี 2553

ไตรมาสแรก (ต.ค.52 – ม.ค. 53)	ไตรมาสสอง (ก.พ.53 – พ.ค. 53)	ไตรมาสสาม (มิ.ย.53 – ก.ย. 53)
2 ราย	0 ราย	1 ราย

5.2 ความภาคภูมิใจและรางวัลที่ได้รับ (โครงการCQI / และอื่น ๆ) โดยเฉพาะที่สามารถนำไปขยายผลทั้งภายใน/ภายนอกหน่วยงาน

รางวัลที่ได้รับ / ความภาคภูมิใจ	ชื่อ/ประเภทผลงาน	ประเด็นที่ตอบสนองจุดเน้น คณะฯ (ระบุหัวข้อ)	ปีที่ได้รับรางวัล
	1. นวัตกรรมเรื่อง อีๆ VAP	- สามารถขยายผลการใช้จุก กลอบ Ambu bag ในทุก หน่วยงาน	

5.3 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างการดำเนินการ (บรรยาย หรือ ใช้ตารางแสดงก็ได้)

ประเด็น คุณภาพ / ความท้าทายที่ สำคัญ	กิจกรรม พัฒนา คุณภาพ ที่ต่อเนื่อง	วัตถุประสงค์	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัด ที่สำคัญ เป้าหมาย และผลการ ดำเนินการ	ปัญหา / อุปสรรค
1. ด้านความปลอดภัย	- Fall in 302	- เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากอุบัติเหตุ พลัดตก หกล้ม	ปี 2552-2554	หน.หอผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วยที่เกิดอุบัติเหตุ พลัดตก หกล้ม	-

6. แผนการที่จะพัฒนาต่อเนื่องต่อไป ⁶ (เป็นสิ่งที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้ สัมพันธ์กับข้อ 2 และ 4 และบททวนจากการประเมินที่ได้ทำไว้ในปีก่อนๆ)

แผน / กิจกรรมที่ วางแผนจะทำต่อไป	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	ระยะเวลา
1.การป้องกันการเลื่อน/งดผ่าตัดจากการเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อม	เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตามแผนการรักษา	จำนวนผู้ป่วยเลื่อน/งดผ่าตัดจากการเตรียมไม่พร้อม	ก.พ.- ก.ย.54
2.การพัฒนาศักยภาพของบุคลากร	-เพื่อให้บุคลากรมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทาง	- จำนวน Occurrence ที่เกี่ยวกับสมรรถนของพยาบาล	ต.ค. 53 – ก.ย. 54

⁶ อาระบุทิศทางของการพัฒนา โดยระบุข้อมูลที่ประกอบด้วยแผน/ กิจกรรม วัตถุประสงค์ ระยะเวลา ตัวชี้วัด/ ข้อมูลที่จะใช้ติดตามกำกับ

