

หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1
กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วย
หนัก
โรงพยาบาลลำพูน
ปี 2567

ປັດ)

พยาบาลวิชาชีพ

ชำนาญการ

หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1

(นางศรีวรรณ เรือง

วัฒนา)

พยาบาลวิชาชีพ

ชำนาญการพิเศษ

หัวหน้ากลุ่ม

งานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก

หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำพูน

1. บท

ก. หน้าที่และเป้าหมาย (purpose)

หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำพูนให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตทางอายุรกรรมและผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป อย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้รับบริการ มีความพึงพอใจ และผู้ให้บริการมีความสุข

ข. ขอบเขตการให้บริการ

เปิดให้บริการรับผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 12 เตียง ให้การดูแลผู้ป่วย อายุ 15 ปี ขึ้นไป โดยให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรม ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วยที่มีภาวะ หายใจล้มเหลว ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดล้างไต ผู้ป่วยที่อวัยวะในร่างกายล้มเหลวหลายระบบ เป็นต้น จำนวนทั้งหมด 8 เตียง และให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตัน ระยะเฉียบพลันที่ต้องได้รับยาละลายลิ่มเลือด รวมทั้งผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมองแตก จำนวน 4 เตียง

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ

กลุ่มผู้รับบริการ	ความต้องการของผู้รับผลงาน
ลูกค้าภายนอก หอผู้ป่วยสามัญ ห้องปฏิบัติการ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	มีเตียงในการรองรับผู้ป่วยวิกฤตจากหอผู้ป่วยสามัญเพียงพอ มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยวิกฤตที่ถูกต้อง ครบถ้วน รวดเร็ว มีการประสานงานที่ดี สอดคล้อง เชื่อมโยงกัน ความถูกต้อง ครบถ้วน ในการบันทึกการส่งสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การเก็บสิ่งส่งตรวจอย่างมีคุณภาพ และการประสานงานที่ดี มีเตียงและเครื่องมือในการรองรับผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน เพียงพอ พร้อมรับการส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอย่างรวดเร็ว รับข้อมูลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ครบถ้วนก่อนการส่งต่อ มีการประสานงานที่ดี สอดคล้อง เชื่อมโยงกัน
ลูกค้าภายใน ผู้ป่วย	

กลุ่มผู้รับบริการ	ความต้องการของผู้รับผลงาน
ญาติผู้ป่วย	ได้รับบริการที่รวดเร็ว ปลอดภัย อาการดีขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยได้รับข้อมูล เกี่ยวกับการรักษา การดูแลเอาใจใส่จาก แพทย์และพยาบาล มียาและอุปกรณ์ เครื่องมือที่เพียงพอและทันสมัย ให้การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ได้รับทราบข้อมูลผู้ป่วย เรื่องการรักษา การ ปฏิบัติตัวของญาติขณะที่ผู้ป่วยรักษาตัวใน หอผู้ป่วยหนัก ได้รับการดูแลเอาใจใส่จาก เจ้าหน้าที่ด้วยการบริการที่ดี มีช่องทางการ สอบถามอาการผู้ป่วยได้

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญของหน่วยงาน (Key Quality Issues)

บริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ ความปลอดภัย และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ดังนี้

1. ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ
2. ผู้ป่วยและญาติ รับรู้ข้อมูล มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลรักษา

จ. ความท้าทายและความเสี่ยงที่สำคัญ

ลำดับ	ความเสี่ยง	แนวทางป้องกัน	เป้าหมาย/ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
1	การ Identify ผู้ป่วยไม่ถูกต้อง	1.ทบทวนแนวทาง Identify โดยใช้ 3 จุดหยุดความเสี่ยงตามเข็มมุ่งของโรงพยาบาล	ไม่พบอุบัติการณ์ การ Identify ผิดพลาด

ลำดับ	ความเสี่ยง	แนวทางป้องกัน	เป้าหมาย/ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
		2.ชี้แจงแนวปฏิบัติ นิเทศ กำกับ ตามแนวทางที่กำหนด ทุกเวอร์	
2	การเก็บสิ่งส่ง ตรวจไม่เป็นไป ตามแนวปฏิบัติ (Blood chemistry Hemolysis และ CBC Clot)	1.ทบทวนแนวทางการ เก็บสิ่งส่งตรวจ ตาม ข้อกำหนดของห้อง ปฏิบัติการ 2.ชี้แจงแนวปฏิบัติ นิเทศ กำกับ ติดตาม การปฏิบัติ ตามแนวทางที่กำหนด ทุกเวอร์	ไม่พบอุบัติการณ์ Blood chemistry hemolysis และ CBC clot
3	ผู้ป่วยดิ่งท่อ ช่วยหายใจ	1.ทบทวนแนว ปฏิบัติการประเมิน ผู้ป่วยโดยใช้ MAAS Score เพื่อประเมิน ความเสี่ยงต่อการดิ่งท่อ ช่วยหายใจ 2.หากผู้ป่วยมีคะแนน MAAS scoreมากกว่า 6 คะแนน พิจารณารายงาน แพทย์เพื่อให้ยาบรรเทา อาการปวดแก่ผู้ป่วย 3.แจ้งญาติรับทราบถึง ความจำเป็น ในการผูกยึดผู้ป่วย เพื่อ ป้องกันการ ดิ่งท่อช่วยหายใจ 4.ประเมินความพร้อมผู้ ป่วยในการหย่าเครื่อง ช่วยหายใจ ทุกวัน เวิร์	ไม่พบอุบัติการณ์ผู้ ป่วยดิ่งท่อช่วย หายใจ

ลำดับ	ความเสี่ยง	แนวทางป้องกัน	เป้าหมาย/ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
		เข้า โดยใช้แบบประเมิน Weaning Score และ รายงานแพทย์ เพื่อร่วม พิจารณาถอดท่อช่วยหายใจ	

จ. ปริมาณงานและทรัพยากร

1. ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน

ข้อมูลปริมาณงาน	ข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี (ปี 63-67)					ข้อมูลปีงบประมาณ 68 (ต.ค.67-ก.ย. 68)			
	ปี 63 (ราย)	ปี 64 (ราย)	ปี 65 (ราย)	ปี 66 (ราย)	ปี 67 (ราย)	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	1349	1,383	1,159	1,070	927				
5 อันดับแรกของโรค									
1. Stroke	188	264	187	262	241				
2. CHF ADHF	1010	144	180	126	108				
3. Sepsis/Septic shock	192	149	167	103	8614				
4. Pneumonia	1717	1818	1515	1414	66				
5. ESRD	986	580	981	487	69				
				(CO PD)	(CO PD)				

2. ด้านบุคลากร

จำนวน บุคลากร	ปี 2563 (คน)	ปี 2564 (คน)	ปี 2565 (คน)	ปี 2566 (คน)	ปี 2567 (คน)
พยาบาล วิชาชีพ	22 (รวมหัวหน้า กลุ่มงาน)	22 (รวมหัวหน้า กลุ่มงาน)	21 (รวมหัวหน้า กลุ่มงาน)	21 (รวมหัวหน้า กลุ่มงาน)	21 (รวมหัวหน้า กลุ่มงาน)
พนักงาน ผู้ ช่วยเหลือ คนไข้	4	4	3	4	4

ข้อมูลพยาบาลเรียนจบเฉพาะทาง

หลักสูตร	ปี 2563 (คน)	ปี 2564 (คน)	ปี 2565 (คน)	ปี 2566 (คน)	ปี 2567 (คน)
ปริญญาโทสาขาการบริหารการพยาบาล	1	1	1	1	1
ปริญญาโทสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่	1	1	1	1	1
สาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต	9	10	11	11	11
สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ	0	0	1	2	2
สาขาการพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง	3	3	4	4	4

อัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพ

แเวร	อัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพ
------	-------------------------

	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
เวรเด็ก	1:2.4	1:2.4	1:2.4	1:2.4	1:2.4
เวรเช้า	1:2	1:2	1:2	1:2	1:2
เวรบ่าย	1:2	1:2	1:2	1:2	1:2

หน่วยงานมีการจัดทำแผนในการพัฒนานุคลากรประจำปี โดยพิจารณาจากความต้องการฝึกอบรมโดยประเมินจากปัญหาในการปฏิบัติงาน อุบัติการณ์ ข้อร้องเรียน และเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลง มีทั้งแผนฝึกอบรมทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล ภายในโรงพยาบาลมีการส่งเข้ารับการอบรมตามแผนการจัดอบรมของ HRD และกลุ่มการพยาบาล ในหน่วยงานมีการกำหนดการประชุมวิชาการทุกเดือน โดยมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบ ส่วนการอบรมภายนอกโรงพยาบาล วางแผนส่งอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต 4 เดือน ปีละ 1 คน อบรมการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 4 เดือน ปีละ 1 คน อบรมการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ปีละ 1 คน และมีการสนับสนุนให้มีการอบรมและศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้นเพื่อเป็นการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่

มีการจัดหาตำราและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต มาไว้ให้ศึกษาค้นคว้าในหน่วยงาน และสามารถใช้อินเทอร์เน็ต ในการศึกษาค้นคว้าความรู้ใหม่ ๆ นอกจากนี้ ยังส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ ทำวิจัย นวัตกรรม CQI R2R เพื่อพัฒนางานให้ดียิ่งขึ้น

3. เครื่องมือ เทคโนโลยี และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สำคัญ

รายการ	จำนวนเครื่องมือและอุปกรณ์ที่สำคัญ				
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
	3	4	5	6	7
Ventilator	12	12	12	12	12
Defibrillator	1	1	1	2	2

Central monitor	13	13	13	13	13
EKG 12 leads	1	1	1	1	1
Internal pacemaker	1	1	1	1	1
เครื่อง Ultrasound ขนาดพกพา (V scan)	0	0	1	1	1
เครื่อง Gide scope	0	1	1	1	1

เครื่องช่วยหายใจมีพร้อมใช้งานครบตามจำนวนเตียง และมีสำรองในหน่วยงาน มีการบำรุงรักษาโดยเจ้าหน้าที่ศูนย์เครื่องมือแพทย์ ตามแผนบำรุงรักษาเป็นประจำทุกปี แต่บางครั้งพบว่า อุปกรณ์ เครื่องมือ ขาดจากการใช้งานที่ไม่ถูกต้อง ได้จัดให้มีการสอนและให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงานในการใช้และบำรุงรักษาเครื่องมือแพทย์ มีการตรวจสอบประจำวัน มีการจัดเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมใช้ สอบเทียบเครื่องมือแพทย์ ทุก 1 ปี ส่งซ่อมบำรุง และนำเข้าแผนประจำปี เพื่อจัดซื้อเครื่องมือและครุภัณฑ์แพทย์เพิ่มเติม

2. กระบวนการสำคัญ (Key process)

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจาก กระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดที่สำคัญ (Performance Indicator)
1. การประเมินผู้ป่วยแรกรับ - การประเมินผู้ป่วยแรกเข้ารับการรักษา	1. ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการประเมินอาการทางคลินิกอย่าง ถูกต้อง รวดเร็ว ตั้งแต่แรกรับการรักษา 2. ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการประเมินปัญหาอย่างครอบคลุม มีการวางแผนการดูแลรักษา	1. พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับทันที ร้อยละ 100 2. ให้ข้อมูลภาวะเจ็บป่วยและข้อมูลทั่วไป แก่ญาติทุกรายตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย 3. ลงนามยินยอมการรักษา/การทำหัตถการ/

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจาก กระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดที่สำคัญ (Performance Indicator)
2. การวางแผนดูแลรักษา 2.1 ผู้ป่วยวิกฤต Sepsis/Septic Shock, STEMI, Stroke 2.2 ผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับยา HAD 2.3 ผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ	พยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ - ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการประเมินอาการ การช่วยเหลือ และแก้ไขภาวะวิกฤต ได้อย่างเหมาะสมรวดเร็ว ทันต่วงที่ ให้ปลอดภัยจากภาวะวิกฤตหรือฉุกเฉิน - ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการดูแลตาม Care MAPs / CPG อย่างต่อเนื่อง - ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการดูแลให้ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา HAD - ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ	การผูกมัด ถูกต้อง ทุกครั้งและทุกราย - ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการประเมิน/การดูแลทันที โดยพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 100 - ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการดูแลตาม Care MAPs / CPG - ไม่เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากการให้ยา HAD - อัตราการติดเชื้อ VAP - อัตราการถอดท่อช่วยหายใจสำเร็จ - อัตราการดึงท่อช่วยหายใจของผู้ป่วย

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจาก กระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดที่สำคัญ (Performance Indicator)
2.4 ผู้ป่วยวิกฤตที่ต้อง Closed Monitoring 3. การวางแผนการจำหน่าย 1. ผู้ป่วยที่มีโอกาสกลับเป็นซ้ำ เช่น Acute MI, DM, COPD, HT, Stroke	- ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมจากพยาบาลวิชาชีพ และ ทีมสหสาขาวิชาชีพ - ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแล สุขภาพตนเองเบื้องต้นได้	- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 - จำนวนผู้ป่วยที่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน - ระบบส่งต่อ ผู้ป่วยเพื่อดูแลต่อเนื่องไปยังเครือข่ายที่ให้การช่วยเหลือ
2. ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการฟื้นฟู เช่น CVA, ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสมอง 4. การดูแลทั่วไป 1.การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วย HIV	- ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่าง ครอบคลุมจาก ทีมสหสาขาวิชาชีพ - ผู้ป่วยที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่องได้รับการส่งต่อไปแต่ละหน่วยงานเพื่อประสานงานไปยังเครือข่าย - ผู้ป่วยได้รับการพิทักษ์สิทธิในเรื่องการรักษาความลับในการดูแลรักษา	- ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่ออกจากตึกผู้ป่วยหลังจากย้ายไปรักษาต่อที่หน่วยงานอื่นจนถึงจำหน่าย - ขัอร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจาก กระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดที่สำคัญ (Performance Indicator)
2.การดูแลแบบ ประคับประคอง ในผู้ ป่วยมะเร็งทุกราย 5. การตอบสนอง ความต้องการของผู้ ให้บริการ 1. การดูแลสุขภาพ บุคลากร 2. การบาดเจ็บจาก การทำงาน 3. การพิจารณาความ ดีความชอบ	- ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ รับการดูแลตาม มาตรฐาน - ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการ ดูแลแบบ ประคับประคองตาม แนวทาง - จัดให้เจ้าหน้าที่เข้า ร่วมโครงการตรวจ สุขภาพแก่บุคลากรทุก ปี/การรับวัคซีนป้องกัน โรค - บุคลากรปฏิบัติตาม แนวทางการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อ - บุคลากรปฏิบัติตาม แนวทางการป้องกันการ ได้รับบาดเจ็บจากการ ทำงาน - บุคลากรทุกคนได้รับ การพิจารณาความดี ความชอบ 2 ครั้ง/ปี - บุคลากรและญาติทุก คนได้รับสวัสดิการการ	- จำนวนผู้ป่วยไม่สมัคร ใจรับการรักษา และไป รักษาต่อโรงพยาบาลอื่น - บุคลากรได้รับการ ตรวจสุขภาพ ร้อยละ 100 - จำนวนบุคลากรติดเชื้อ จากการปฏิบัติงาน - จำนวนบุคลากรที่ได้รับ บาดเจ็บจากการปฏิบัติ งาน - บุคลากรทุกระดับได้รับ การเลื่อนขั้นเงินเดือน 2 ครั้ง/ปี - มีสวัสดิการให้กับ เจ้าหน้าที่และญาติสาย ตรงในกรณี เจ็บป่วย/ คลอดบุตร/เสียชีวิต

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจาก กระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดที่สำคัญ (Performance Indicator)
	เจ็บป่วย และการดูแล เอาใจใส่เมื่อมีอาการ เจ็บป่วย	

3. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ตัวชี้วัดของหน่วยงาน

ตัวชี้วัด	เก ณ ฑ์	ผลการดำเนินงาน (ร้อยละ) (5 ปีย้อนหลัง)				
		ปี 256 3	ปี 256 4	ปี 256 5	ปี 256 6	ปี 256 7
		หมวดที่ 1 คุณภาพการให้การดูแลทางคลินิก				
1. อัตราตาย(รวม)	<30 %	10.6	6.84	9.56	7.76	7.40
2. อัตราการเกิด VAP	<3. 5	7.59	1.90	2.70	2.41	2.55
3. อัตราการติดเชื้อในระบบ ทางเดินปัสสาวะ	<1. 5	0.59	0.00 09	0.09 8	0.69	0.34
4. จำนวนผู้ป่วยที่เกิด Bed Sore ระดับ 2	<5	1.66	2.82	1.49	0.58	0.54
5. จำนวนวันนอน (LOS)	<5 วัน	3.18	3.10	3.57	3.60	4.06

ตัวชี้วัด	เก ณ ฑ์	ผลการดำเนินงาน (ร้อยละ) (5 ปีซ้อนหลัง)				
		ปี 256 3	ปี 256 4	ปี 256 5	ปี 256 6	ปี 256 7
6. อุบัติการณ์ความผิดพลาดในการบริหารยา ระดับ E-ขึ้นไป	0	0	1	0	0	0
7. ความผิดพลาดในการให้ เลือด	0	0	0	0	0	0
8. จำนวนอุบัติการณ์การเกิด การพลัดตก หกล้มของผู้ป่วย	0	0	0	0	0	0
หมวดที่ 2 คุณภาพการบริการ						
1. อัตราความสมบูรณ์ของ บันทึกทางการ พยาบาล	>80 %	94.6 7	86.1 6	88.4 6	91.6 0	91.8 3
2. ความพึงพอใจของผู้รับ บริการในหน่วยงาน	>80 %	90.9 0	92.3 0	92.0 6	85	94.3 5
3. จำนวนข้อร้องเรียน	0 ราย	0	0	0	0	0
4. การพัฒนางานกิจกรรม 5ส (ในหน่วยงาน)	80 %	82.3 2	92	90.8	92.3 2	93.5 4
5. เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล ได้รับการฟื้นฟู วิชาการไม่น้อยกว่า 60 ชั่วโมง /ปี	80 %	4.54	19.1	14.2 9	38.1 0	33.3 4
6. Productivity	90 %	110	107. 49	104. 09	105. 95	102. 99

ผลการดำเนินงาน	ปี 256 3	ปี 256 4	ปี 256 5	ปี 256 6	ปี 256 7
1. สถิติ					
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	134 9	138 3	1,15 9	1,07 0	932
จำหน่ายกลับบ้าน	12	38	40	112	79
ส่งต่อรักษา	16	20	8	3	7
ถึงแก่กรรม	138	94	109	82	67
คิดเป็นอัตราตายร้อยละ	10.6	6.84	9.56	7.76	7.08
ย้ายตึก	100 7	102 6	821	708	614
ไม่สมัครอยู่	54	61	53	37	20
วันนอนเฉลี่ย / เดือน	351. 33	354. 25	334. 75	315	313. 83
เฉลี่ยนอน รพ.คนละ(วัน) / เดือน (LOS)	3.18	3.10	3.57	3.6	4.06
อัตราการไข้เตี้ย / เดือน	9.7	9.85	8.38	7.43	6.62
อัตราการครองเตี้ย / เดือน	102. 03	95.2 5	91.8 3	86.3 8	88.2 4
จำนวนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ทั้งหมด	109 7	105 8	972	746	648
จำนวนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ทั้งหมดเฉลี่ย /เดือน	91.4 1	88.1 6	81	62.1 6	54
2. สถิติการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ					
จำนวนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ	109 7	105 8	972	746	648
จำนวนผู้ป่วยที่เข้าโปรแกรม weaning	756	767	656	552	486
จำนวนผู้ป่วยที่สามารถถอดเครื่อง ช่วยหายใจได้สำเร็จ	687	694	587	478	438

อัตราการ weaning สำเร็จ	90.5 0	90.4 8	89.4 8	87.2 5	90.1 6
จำนวนผู้ป่วยที่ดึงท่อช่วยหายใจ	15	16	14	16	12
จำนวนผู้ป่วยที่ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด	10	5	6	0	0
จำนวนผู้ป่วยที่ย้ายห้องท่อช่วยหายใจขึ้นตึกสามัญ	42	73	74	51	30
3. สถิติการช่วยฟื้นคืนชีพ					
จำนวนครั้งที่ CPR	18	14	20	17	10
หลังการ CPR แล้วมีชีพจรและอาการดีขึ้นย้ายกลับ ward	0	1	0	1	1
หลังการ CPR แล้วมีชีพจรและเสียชีวิตในเวลาต่อมา	2	6	5	7	2
หลังการ CPR แล้วมีชีพจรและ Refer ต่อ	0	0	0	0	0
หลังการ CPR แล้วไม่มีชีพจร	16	17	15	9	7

ผลการดำเนินงาน

ผลลัพธ์

อัตราการหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จเป้าหมายคือ 80 %

ปี 2565 89.48 %

ปี 2566 87.25 %

ปี 2567 90.34 %

สรุปงานสถิติ

ปีงบประมาณ 2567 ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2566 ถึง กันยายน 2567 มีจำนวนผู้ป่วยที่รับไว้รักษาทั้งหมด 932 ราย อัตราการตายร้อยละ 7.08 อัตราการครองเตียง เท่ากับ 88.24 (ค่า > 120 หมายถึงมีเตียงไม่เพียงพอ มีความแออัด ค่า 80-100 หมายถึงเหมาะสม ค่า < 80 หมายถึงใช้เตียงไม่คุ้มค่า) ในปีงบประมาณที่ผ่านมาได้มีการพัฒนาระบบการให้บริการในหอผู้ป่วยเพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

โดยส่งเสริมความรู้ ความสามารถของบุคลากร นอกจากนี้ยังมีการส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่พยาบาลเรียนเฉพาะทาง ทำให้มีการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลได้ดีขึ้น ในปีงบประมาณ 2567 มีผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจทั้งหมด 648 ราย และสามารถถอดท่อช่วยหายใจออกได้ คิดเป็นอัตราการ weaning สำเร็จ อยู่ที่ร้อยละ 90.16 มีการทำการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง (CRRT) จำนวน 20 ราย ซึ่งในปีนี้มีแพทย์เฉพาะทางอายุรกรรมทรวงอก แพทย์เฉพาะทางอายุรศาสตร์โรคหัวใจ แพทย์เฉพาะทางอายุรศาสตร์โรคไต แพทย์เฉพาะทางอายุรศาสตร์ระบบทางเดินอาหาร มาให้การดูแลผู้ป่วย อีกทั้งปีงบประมาณ 2567 มีการรับผู้ป่วยแผนกศัลยกรรมกระดูกที่มีอายุมากกว่า 85 ปี ที่เข้ารับการผ่าตัดที่ต้องสังเกตอาการและภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง จำนวน 21 ราย ผู้ป่วยทุกรายไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังที่ได้รับการผ่าตัดและสามารถย้ายกลับตึกสามัญได้

การดำเนินการที่จะพัฒนาต่อไปคือ การเพิ่มอัตราการหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จให้มากขึ้นเป็น 92% นำแนวปฏิบัติการป้องกันการเกิด VAP มาใช้เพื่อลดอัตราการเกิด VAP ในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ การนำแนวปฏิบัติการประเมิน MAAS score มาใช้ในการประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันผู้ป่วยดิ่งท่อช่วยหายใจ/ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด

5 อันดับแรกของโรคที่สำคัญปี 2567 มีดังนี้

1	Stroke	24	ราย
.		1	
2	Pneumonia	14	ราย
.		6	
3	CHF/ADHF	10	ราย
.		8	
4	Sepsis/Septic	86	ราย
.	shock		

5 COPD 69 ราย

.

5 อันดับโรคที่เสียชีวิตปี 2567

1 Pneumonia 19 ราย

.

2 Sepsis/Septic shock 13 ราย

.

3 Stroke 9 ราย

.

4 ADHF/UTI 4 ราย

.

5 CA/COPD 2 ราย

.

ปัญหาและอุปสรรค

1. การรับผู้ป่วยวิกฤตเข้ามารักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 ได้ล่าช้า เนื่องจากหอผู้ป่วยสามัญมีผู้ป่วยจำนวนมาก ทำให้การย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 ใช้เวลานาน

2. พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 ทุกคน ยังไม่มีความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง อย่างเพียงพอ

แนวทางพัฒนา

1. ทำตารางสรุปเรียง Priority ในแต่ละวัน เพื่อเป็นแนวทางให้แพทย์เวรพิจารณาการย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยได้เร็วขึ้น บริหารจัดการเตียงโดยรับผู้ป่วยลงเตียงที่ว่างหรือย้ายผู้ป่วยที่อาการดีไปอยู่เตียงในห้องแยกโรค แต่ต้องเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกัน

อุบัติเหตุ เนื่องจากพยาบาลไม่สามารถอยู่ในห้องได้ตลอดเวลา และย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยให้เร็วที่สุด ภายในเวลาไม่เกิน 30 นาที - 1 ชั่วโมง

2. พัฒนาความรู้ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง โดยการจัดอบรมในหน่วยงาน เชิญตัวแทนผู้จำหน่ายเครื่องบำบัดทดแทนทางไตมาให้ความรู้และทดลองปฏิบัติ และจัดการประชุม Re-skill ทุกปี อย่างต่อเนื่อง

4. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

4.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ปัจจุบัน (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

4.1.1 หน่วยงานได้จัดระบบการดูแลให้การรักษายาบาลผู้ป่วยวิกฤต โดยมีการปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยแต่ละโรคตาม CPG, Care MAPs ของแต่ละกลุ่มโรค เช่น โรค STEMI, COPD, CHF, Sepsis, และ Stroke การบริการให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยด้วยการจัดเตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ที่พร้อมใช้สำหรับการเฝ้าติดตามอาการเปลี่ยนแปลงและการช่วยเหลือฉุกเฉิน รวมถึงการพัฒนาศักยภาพในหน่วยงานให้มีความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ มีการประสานงานกันอย่างเป็นระบบเพื่อให้เกิดคุณภาพในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ เช่น ระบบการรับผู้ป่วย ระบบการรายงานแพทย์ ระบบการส่ง X-ray / CT การส่ง Lab การให้เลือด ระบบยา โดยเฉพาะการให้ยา Stat drug ตลอดจนการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตและการบันทึกทางการพยาบาลอย่างละเอียด

4.1.2 ระบบการบริหารยา

1. ร่วมกับเภสัชกรในการจัดทำป้ายแสดงตารางการปรับยา high alert drug
2. มีระบบการจัด Stock ยาและปรับจำนวนยาใน Stock ให้เพียงพอต่อการใช้งานในกรณีฉุกเฉิน
3. มีระบบการตรวจสอบยาที่ใช้กับผู้ป่วยทุกราย ทุกเวร ทุกวัน

4. มีระบบการเฝ้าระวังและป้องกันความเสี่ยงจากการให้ยา
 5. มีระบบมอบหมายงานให้แก่เจ้าหน้าที่ในแต่ละเวรแต่ละวัน
- รับผิดชอบเรื่องยาเป็นเฉพาะราย
6. จัดระบบยาเป็น Daily dose และยาเฉพาะราย
 7. มีระบบการจัดการยาใช้ก่อนและหลัง (First in – First out)
 8. จัดทำ WI ในการใช้ยาและการเฝ้าระวังการใช้ยา HAD ร่วมกับคณะกรรมการความปลอดภัยของ
- โรงพยาบาลทำ High Alert Drug Trip แทนใบ IV เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน
9. ลดขั้นตอนการรับ Order แพทย์ของพยาบาล โดยให้เภสัชกรเป็นผู้รับ Order ผ่านระบบ FAX
 10. ลดขั้นตอนการรับ Order ยาลง Medical Record sheet โดยใช้ระบบ Electronic MAR sheet
 11. ลดขั้นตอนการเขียน Card ยา โดยใช้ sticker ยา จากห้องจ่ายยาผู้ป่วยใน
 12. มีการตรวจสอบ ควบคุม เพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา โดยใช้ระบบ Double check
 13. ยา High Alert Drug ทุกชนิดที่นำไปให้ผู้ป่วยใช้ HAD trip ติดข้างขวด พร้อมเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาและบันทึกด้วยปากกาสีแดง
 14. ยา Enoxaparin ได้จัดทำใบ Medical Record Sheet ไว้เฉพาะ โดยกำหนดตำแหน่งที่ฉีดและแนวทางการฉีดไว้ และมีการเฝ้าระวังการเกิด Side Effect ของยาอย่างใกล้ชิด
 15. ดำเนินการบริหารยาโดยระบบ UIMC อย่างต่อเนื่อง
- สถิติความคลาดเคลื่อนทางยา งานหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 ปี 2566-2567**

Medication error	ปี 2566	ปี 2567
Pre-admin error	0	0
Admin error	1	1

1. Admin error แบ่งตามอุบัติเหตุ		
ไม่ได้ให้ยาหรือให้ยาไม่ครบ	0	0
ให้ยาผิดคน	0	0
ให้ยาผิดชนิด	1	1
ให้ยาผิดปริมาตร/ ผิดขนาด	0	0
ให้ยาผิดเวลา	0	0
ให้ยาผิดวิธีทาง	0	0
ระยะเวลาในการให้ยาผิด (อาจสั้นไปหรือยาวไป)	0	0
ผิดบันทึก	0	0
2. Admin error แบ่งตามระดับความรุนแรง		
- Grade C	0	1
- Grade D	1	0
- Grade E	0	0
- Grade F	0	0
3. ให้ยาผู้ป่วยที่มี ADR /แพ้ยาซ้ำ	0	0
4. พบผู้ป่วยที่เกิดอาการแพ้ยา	0	0
5. ให้ยาที่มีปฏิกิริยาต่อกัน	0	0
อื่น ๆ	0	0

Medication Error	เป้าหมาย (0 ครั้ง)	ผลการดำเนินงาน				
		ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
		2	1	1	0	1
Admin error ระดับ A-C	0					

Admin error ระดับ D	0	0	1	0	1	0
Admin error ระดับ E	0	0	1	0	0	0
Admin error ระดับ F	0	0	0	0	0	0
การแพ้ยาซ้ำ	0	0	0	0	0	0

ผลการดำเนินงาน ความคลาดเคลื่อนทางยา หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 ปีงบประมาณ 2567

จากการบริหารยาให้แก่ผู้ป่วย ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2566 ถึงเดือนกันยายน 2567 พบ Administration Error ระดับ C 1 รายงาน เป็นการให้ยาผิดชนิด แพทย์มีคำสั่งการรักษาใช้ยา clobethasone 0.05% scalp lotion แต่ได้รับยาจากห้องจ่ายยาผู้ป่วยใน เป็น clobethasone 0.05% scalp cream และได้ให้ยากับผู้ป่วย จากการตรวจสอบยาพบว่าไม่ตรงตามแผนการรักษา จึงได้ประสานเภสัชกรห้องจ่ายยาผู้ป่วยใน เพื่อให้จ่ายยามาให้ตรงตามแผนการรักษา ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรืออันตรายต่อผู้ป่วยหลังจากได้รับยา จากเหตุการณ์ได้มีการประชุมภายในหน่วยงาน ทบทวนกระบวนการบริหารยา เน้นให้ตรวจสอบยาที่ได้รับจากห้องยากับ order แพทย์ทุกครั้ง มีการ Double check โดยคุณ Buddy และทบทวนการบริหารยาโดยยึดหลัก 10 Rs ผลลัพธ์ไม่พบอุบัติการณ์ซ้ำภายใน 3 เดือน

4.1.3 ระบบการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ

1. ทำการศึกษาวิจัยใน ปี 2548, 2550, 2551, และ 2562 เรื่อง การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิด VAP ในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างต่อเนื่อง และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
2. เฝ้าระวังและควบคุมดูแลระบบงาน IC ในหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง
3. รณรงค์ให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง และรณรงค์ให้ญาติล้างมือก่อนและหลังเข้าเยี่ยมผู้ป่วย จัดหาวัสดุ อุปกรณ์ ในการล้างมือ ให้เพียงพอ ทุกวัน

4. ควบคุมและกำกับดูแลเจ้าหน้าที่ ที่มาฝึกปฏิบัติงานอย่างใกล้ชิด ในระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

5. เพิ่มมาตรการควบคุมเฝ้าระวังในผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา

6. ทำโครงการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ และนำมาปฏิบัติในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก

ผลการเฝ้าระวังงานหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน				
		ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
อัตราการเกิด HAI	<1.5			4.73	3.70	1.86
อัตราการเกิด VAP	<3.5	7.59	1.90	2.70	2.41	2.55
อัตราการเกิด CAUTI	<1.5	0.59	0.0009	0.98	0.69	0.34

4.1.4 ระบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย

1. CPG / Care MAPs การดูแลรักษาผู้ป่วย STEMI

สรุปงานผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 โรงพยาบาลลำพูน ปีงบประมาณ 2567

การดำเนินงาน

1. เก็บข้อมูลตามแบบฟอร์ม ผู้ป่วย CAD : STEMI, NSTEMI , Unstable angina ส่ง CM ศูนย์หัวใจได้ครบถ้วน

2. ประสานงาน CM เมื่อมีผู้ป่วย CAD ที่จะส่งต่อและมีระบบการ consult ผ่านแอปพลิเคชัน e-cardio. ทำให้การ consult สะดวก รวดเร็ว และเป็นแนวทางในการรักษาให้กับแพทย์

3. ผู้ป่วย STEMI มีแนวโน้มเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุ วรรณ 1 ลดลง เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและรักษาเบื้องต้นมาจาก โรงพยาบาลชุมชน จากระบบการ consult CCU ที่ทำได้รวดเร็ว สะดวก ผ่านแอปพลิเคชัน e-cardio. และมีการส่งต่อไปรับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ได้ทันที

4. ผู้ป่วย STEMI ได้รับการวินิจฉัยและส่งต่อได้รวดเร็วตามระบบ ทำให้ admit เข้าหอผู้ป่วยหนัก อายุวรรณ 1 ลดลง

5. ผู้ป่วย CAD ได้รับการส่งตรวจ Echocardiogram หลังจากถอดท่อช่วยหายใจทุกราย

6. มีเทคโนโลยีใหม่ๆ ที่ช่วยตรวจหัวใจได้เบื้องต้นข้างเตียงทำให้ แพทย์ประเมินและรักษาผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว

7. มีแพทย์และพยาบาลเฉพาะทางด้านโรคหัวใจที่ช่วยดูแลรักษาผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

แนวทางการพัฒนา

1. ส่งเสริมเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานใช้งานระบบการ Consult ผ่านแอปพลิเคชัน e-cardio.

2. จัดทำสื่อการสอนให้ความรู้เรื่องการตรวจ CAG ให้ผู้ป่วยและญาติดูเพื่อประกอบการตัดสินใจในหน่วยงาน

3. จัดประชุมวิชาการด้านโรคหัวใจและฝึกทักษะในการทำหัตถการเกี่ยวกับหัวใจในหน่วยงาน เช่น การช่วยแพทย์ทำหัตถการ Pericardiocentesis, On Internal pacemaker, On External pacemaker อ่านและแปลผล EKG เป็นต้น และการอบรม ACLS เพื่อเพิ่มความรู้ให้กับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน

2.CPG / Care MAPs การดูแลรักษาผู้ป่วย Sepsis

การดูแลผู้ป่วยโรค SEPSIS

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน				
	ปี 256 3	ปี 256 4	ปี 256 5	ปี 256 6	ปี 256 7
1.จำนวนผู้ป่วย sepsis ทั้งหมด	146	252	495	188	232
2.จำนวนผู้ป่วย septic shock ทั้งหมด	269	144	184	64	85
3.ร้อยละผู้ป่วยsepsisทั้งหมด อาการดีขึ้นได้รับการย้ายตึกสามัญ	76.7 1	82	91	82.9 7	100
4.ร้อยละผู้ป่วย septic shock อาการดีขึ้นได้รับการย้ายตึกสามัญ	78.8 1	82.2	56	62.5	61.1 8
5.ร้อยละของการเข้า ICU ภายใน 3 ชั่วโมง หลังการได้รับการวินิจฉัย Septic shock	88	94	94	90.6 2	100. 0

กระบวนการหลัก การประเมิน ในการให้การพยาบาลผู้ป่วย Sepsis /Septic shock ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 ไม่พบปัญหา หน่วยงานสามารถรับดูแลผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนด มีการติดตามอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วย Sepsis ที่เข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 มีอาการดีขึ้น และย้ายออกไปตึกสามัญ ร้อยละ 100 และในกลุ่มผู้ป่วย Septic shock ย้ายกลับตึกสามัญ ร้อยละ 61.18 ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับความหนักของอาการผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม

3.ผลการดำเนินงาน Stroke unit

ผลการดำเนินงาน

ปีงบประมาณ 2567 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลำพูน รวมทั้งหมด 686 ราย และได้เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 252 ราย จำแนกตามประเภทดังนี้

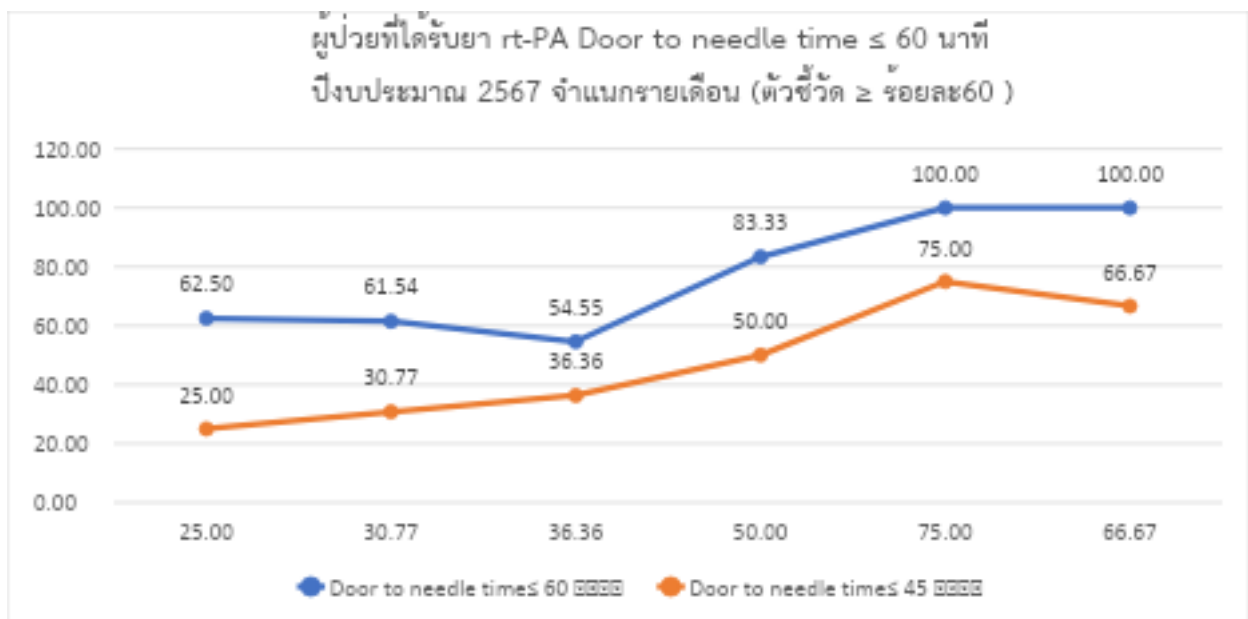
รายการ	ปี 256 3	ปี 256 4	ปี 256 5	ปี 256 6	ปี 256 7
จำนวนผู้ป่วยรวมทั้งหมด (ราย)	188	292	200	265	252
Ischemic stroke	156	235	169	231	212
Hemorrhagic stroke	30	55	25	32	40
TIA	2	2	5	1	0
ยอดผู้ป่วยจำหน่ายทั้งหมด	171	258	166	225	212
ย้ายตึก	149	204	119	120	120
ไม่สมัครอยู่กลับบ้าน	11	10	2	6	3
ไม่สมัครอยู่รักษาต่อ	0	0	0	1	1
Refer ไปรักษาต่อ (กรณีรักษาไม่ได้)	0	4	1	1	1
Refer กลับรพช	0	2	4	7	7
Refer ไปตามสิทธิ	0	0	0	4	0
จำหน่ายกลับบ้าน	10	34	35	84	65
จำหน่ายโดย Palliative	0	0	0	0	6
ตาย	1	7	9	2	9
Ischemic stroke ตาย	1	7	9	2	8
Hemorrhagic stroke ตาย	0	0	0	0	1
จำนวนวันนอนทั้งหมด	507	978	838	1187	1091
เฉลี่ยนอนโรงพยาบาลคนละ (วัน) LOS	2.92	3.38	4.19	4.48	4.28
อัตราการไข้เดียว	3.19	6.08	4.16	5.74	5.31
อัตราการครองเตียง	34.48	66.31	103.47	83.17	75.79

จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60 – I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke unit จำแนกรายเดือน ในปีงบประมาณ 2567 ไม่ถึงตามเกณฑ์ตัวชี้วัดคือมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ดังแสดงตามภาพ

หมายเหตุ ตัวชี้วัด ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60 – I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke unit ที่ส่งตามสถิติตัวชี้วัด จะคิดรวมผู้ป่วยใน ICU surg. ด้วย



จำนวน ผู้ป่วย Ischemic Stroke ที่ได้รับยา rt-PA และได้รับการดูแลรักษาใน stroke unit ทั้งหมดรวม 81 ราย Door to needle time $\leq$ 60 นาที มีจำนวน 56 ราย เฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 69.14 โดยแต่ละเดือน ส่วนมากผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดคือ ร้อยละ 60 ดังแสดงตามภาพ



เนื่องจากการเก็บตัวชี้วัดเพิ่มเติมคือ Door to needle time ≤ 45 นาที (เกณฑ์ตัวชี้วัด $\geq$ ร้อยละ 50) เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วย ตามเกณฑ์การประเมินของ SSCC โดยในแต่ละเดือนมีการพัฒนาเวลาได้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่โดยภาพรวมเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 40.00 ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด

สถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ ตัน ระยะเฉียบพลันที่ได้รับ การรักษา

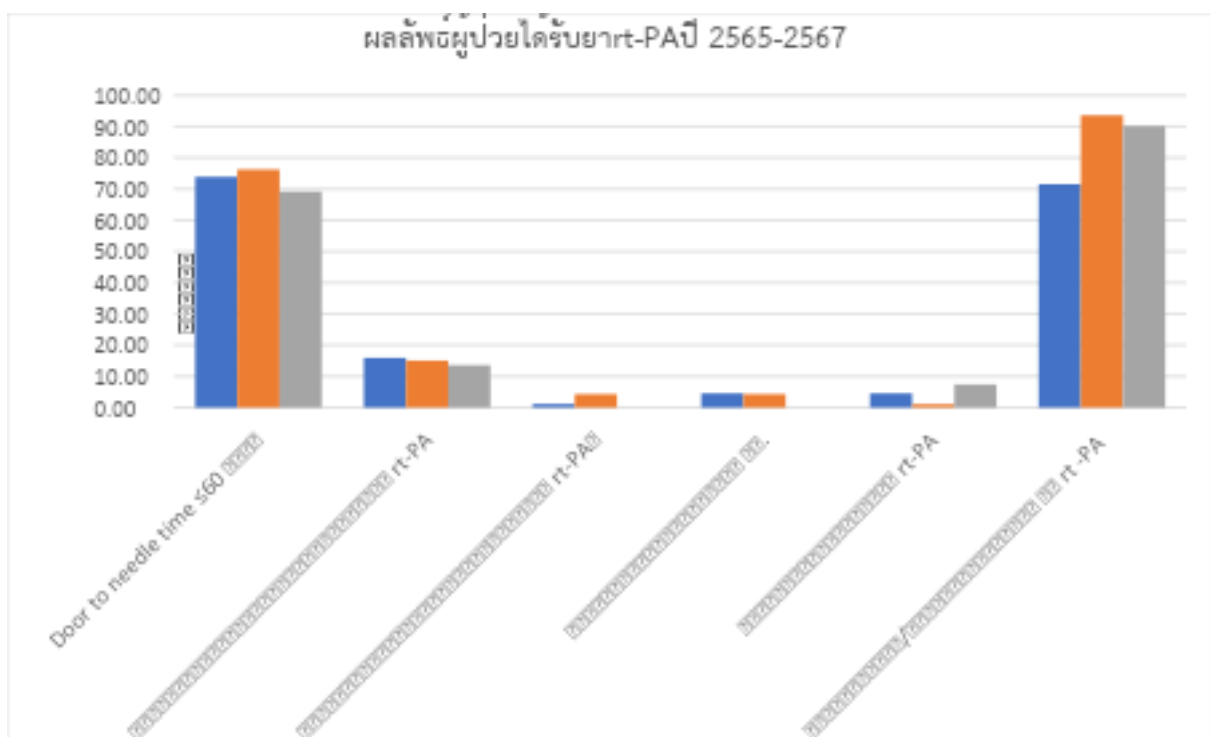
ด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) โรงพยาบาล ลำพูน ปีงบประมาณ 2567

ลำดับ	รายการ	จำนวน	ร้อยละ
1	จำนวนผู้ป่วยได้รับยา rt-PA	81	100.00
2	Door to needle time ≤ 60 นาที	56	69.14
3	Door to needle time ≤ 45 นาที	33	40.74
4	มีภาวะเลือดออกในสมองหลังจากได้ rt-PA	11	13.58

ลำดับ	รายการ	จำนวน	ร้อยละ
	4.1 มีภาวะเลือดออกในสมองจากยา rt-PA	6	7.41
	4.2 มีภาวะเลือดออกในสมองจาก Lesion	4	4.94
	4.3 อาการทรุดลงหลังมีภาวะเลือดออกในสมอง	2	18.18
5	มีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆหลังจากได้ rt-PA เช่น bleeding / แพ้ยา	0	0.00
6	มีภาวะแทรกซ้อนขณะนอน รพ.	0	0.00
	6.1 pneumonia	0	0.00
	6.2 UIT	0	0.00
7	เสียชีวิตหลังได้ยา rt-PA	6	7.41
ลำดับ	รายการ	จำนวน	ร้อยละ
8	ไม่สมัครอยู่กลับบ้าน	0	0.00
9	ไม่สมัครอยู่ไปรักษาต่อ	0	0.00
10	Refer ไป รพ. ที่มีศักยภาพสูงกว่า	0	0.00
11	refer กลับ รพช / ตามสิทธิ	2	2.47
12	จำหน่ายกลับบ้านโดยแพทย์ palliative	2	3.57
13	อาการดีขึ้น/คงที่หลังได้รับ ยา rt-PA (BIจำหน่าย-BI แรกรับ $\geq$ 0)	73	90.12

จากตารางสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ ตัน ระยะเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) โรงพยาบาลลำพูน ปีงบประมาณ 2567 สรุปได้ดังนี้ มีผู้ป่วยที่ได้รับยา rt-PA และได้รับการรักษาใน stroke unit จำนวน 81 ราย หลังได้รับยา rt-PA แล้ว ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรือคงที่ จำนวน 73 ราย คิดเป็นร้อยละ 90.12 (คิดคำนวณ จาก BI เมื่อจำหน่าย-BI แรกรับ $\geq$ 0) หลังได้รับยา rt-PA มีภาวะเลือดออกในสมอง จำนวน 11 ราย คิดเป็น ร้อยละ 13.58 แยกเป็น ผู้

ผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกในสมองจากยา rt-PA จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.47 มีภาวะเลือดออกในสมองจาก Lesion จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.94 ซึ่งผู้ป่วยมีอาการทรุดลงหลังมีภาวะเลือดออกในสมอง จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.18 ของผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมองหลังจากได้รับยา rt-PA ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะนอนรพ. มีผู้ป่วย refer กลับ รพ ช / ตามสิทธิ์ จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.44 และ หลังได้รับยา rt-PA แล้วมีผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 4 รายคิดเป็นร้อยละ 8.89



โอกาสในการพัฒนางาน

1. ส่งเสริมให้เพิ่มเติมเตียงใน stroke unit ให้เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วย stroke ในจังหวัดลำพูน และเพื่อสอดคล้องกับเกณฑ์ตัวชี้วัด คือ จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60 – I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke unit มากกว่าร้อยละ 80 ซึ่งต้องมีจำนวนเตียง 8-10 จึงจะเพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วยและผ่านตามเกณฑ์ตัวชี้วัด โดยวางแผนขยายบริการ 8 เตียง ในปี 2568 (เมื่อปรับปรุง ICU4 แล้วเสร็จ)

2. พัฒนา Door to Needle Time ให้ได้ตามเป้าหมายตัวชี้วัดคุณภาพการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันอย่างต่อเนื่อง และตามเกณฑ์ตัวชี้วัด SSCC ที่จะประเมินในครั้งต่อไป จะต้องเพิ่ม Door to Needle Time ≤ 45 นาที ($\geq$ ร้อยละ 50)

3. เข้าร่วมรับการประเมิน DSC และ Standard Stroke Center Certify : SSCC เพื่อพัฒนาให้เกิดคุณภาพศูนย์โรคหลอดเลือดสมองตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข ในครั้งต่อไป

4. ส่งเสริมการทำวิจัยหรือนวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

5. มีการจัดประชุมวิชาการโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

4.2 การพัฒนาคุณภาพ

1.CoPs Pressure Sore เรื่องการลดอัตราการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย

ตารางแสดงสถิติการเกิดแผลกดทับหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1

สถิติ	ปี 25 63	ปี 25 64	ปี 25 65	ปี 25 66	ปี 25 67
1.จำนวนผู้ที่มี Braden < 18 คะแนน	13 49	13 80	11 49	10 37	93 2
2.จำนวนที่เกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 ระดับ 1	0	0	0	0	0

3.จำนวนที่เกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยหนักอายุ รกรรม 1 ระดับ 2	7	12	6	6	5
4.จำนวนที่เกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยหนักอายุ รกรรม 1 ระดับ 3-4	0	0	0	0	0
5.จำนวนที่เกิดแผลลูกกลม	0	0	0	0	0
6.จำนวนการหายของแผล/ไม่พบการลูกกลม ของแผลกดทับ	7	12	6	6	5
7.จำนวนวันนอนของผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับใน หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 ต่อ 1000 วันนอน	1.6 6	2.8 2	1.5	1.7 3	1.3 3
8.จำนวนผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับต่อผู้ป่วย ทั้งหมด	0.5 1	0.8 7	0.5 2	0.5 8	0.5 4

แนวทางการพัฒนา

1. เน้นให้เจ้าหน้าที่ทุกคนปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการเกิดแผลกดทับ
2. ใส่แบบฟอร์ม Braden score ในผู้ป่วยทุกราย โดยประเมินคะแนน Braden score ทุกเวรเช้า
3. ดูแลเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่ Braden score น้อยกว่า 18
4. ดูแลพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง
5. ดูแลจัดหาหมอนขนาดเล็กรองปุ่มกระดูก
6. ดูแลทำความสะอาดหลังการขับถ่ายทุกครั้งและใช้วาสลีนทาผิวบริเวณก้นผู้ป่วยด้วยเสมอ
7. เพิ่มป้ายเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับ และส่งเวรให้เพิ่มความระมัดระวัง
8. ประเมินภาวะทุพโภชนาการ รายงานแพทย์ปรึกษานักโภชนาการ เพื่อผู้ป่วยได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ
9. ดูแลการลดอุณหภูมิร่างกายผู้ป่วย น้อยกว่า 37.5 องศา และหัตถการให้ยา antibiotic ตามแผนการรักษา

2. CoPs Admin

ผลการดำเนินงาน ความคลาดเคลื่อนทางยา งานหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม
1

การวิเคราะห์ยา

1. ผู้ป่วยได้รับยา Stat drug ภายใน 30 นาที คิดเป็นร้อยละ 85.76
2. ผู้ป่วยได้รับยา ABO ภายใน 1 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 100
3. มีการดึงข้อมูล Drug reconcile ในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจคิดเป็นร้อยละ 100
4. มีการจ่ายยาตรงตามวงรอบยาคิดเป็นร้อยละ 98.83

การพัฒนา

การบริหารยา Stat drug ภายใน 30 นาที มีอัตราเพิ่มขึ้นจากปี 2566 เนื่องจากพนักงานบริการและพนักงานช่วยเหลือคนไข้ไปรับยาเร็วขึ้น รวมทั้งมีการแก้ไขปัญหาการส่ง FAX ภายในเวรตึก จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับยาเร็วขึ้น

การบริหารยาโดยใช้ระบบ UIMC

ปีงบประมาณ	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
อัตราการบริหารยา (ร้อยละ)	43.30	51.58	58.12

3.CoPs Palliative care

ผลลัพธ์การดำเนินงาน

จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง จนเข้าสู่กระบวนการ Palliative care

สถิติ	ปี 25	ปี 25	ปี 25	ปี 25	ปี 25
	63	64	65	66	67
จำนวนผู้ป่วย Palliative care (ราย)	41	45	33	42	41
แยกตามกลุ่มโรค					
1. Advance Cancer (อื่นๆ)	10	10	6		2

2. Advance Cancer (Head/neck cancer)					1
3. Advance Cancer (Lung cancer)				4	
4. Advance Cancer (Uro)				1	
5. Advance Cancer (Hepatocellular cancer)				1	
6. Chronic obstructive pulmonary disease	6	2	6		1
7. Congestive heart disease/coronary artery disease	2	10	5		2
8. Neuro trauma /ICH				4	1
9. Neuro อื่นๆ				2	
10. Other progressive disease with life limiting illness	17	14	9	20	18
11. Stroke (infarct/hemorrhage)	4	6	5	3	16
12. End stage renal disease	2	3	2	7	

จากตารางพบว่า กลุ่มโรคสำคัญในผู้ป่วย Palliative care ที่พบมากที่สุด คือ กลุ่มผู้ป่วย Other progressive disease with life limiting illness และ พบในผู้ป่วยกลุ่มโรค Stroke (infarct/hemorrhage) ในการดูแลผู้ป่วย Palliative care มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากมีผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง จนเข้าสู่กระบวนการการดูแลระยะท้ายแบบประคับประคองตามความประสงค์ของญาติเพิ่มมากขึ้น จึงได้ร่วมกันวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างทีมแพทย์และพยาบาล เพื่อส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ตามความปรารถนาของผู้ป่วยและครอบครัว

โอกาสพัฒนาและแผนการพัฒนา

- พัฒนาทักษะการให้ยาใต้ผิวหนัง สำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้ยาบรรเทาอาการปวด หรือเหนื่อย และญาติต้องการนำผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อระยะสุดท้ายที่บ้าน

- การพัฒนาคุณภาพด้านวิชาการ : ได้แก่ การ conference case, การนำเสนอผลงานวิชาการต่างๆ, และการทบทวนเคส รวมถึงการศึกษาแนวทางปฏิบัติเพื่อจัดการอาการปวดโดยไม่ใช้ยาในผู้ป่วย Palliative care
- พัฒนาทักษะการสื่อสาร ด้วยเทคนิค CLASS Protocol ซึ่งเป็นเทคนิคการสื่อสารอย่างเป็นขั้นตอน ในผู้ป่วย Palliative care รวมถึงการสื่อสารกับครอบครัวของผู้ป่วย Palliative Care โดยการสื่อสารแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered communication) ดังนี้ 1.รับฟังอย่างตั้งใจ (Deep Listening) 2.แสดงความเห็นอกเห็นใจและความเมตตา (Empathy and Compassion) 3.ใช้ภาษาที่สั้น ง่าย และชัดเจน (Clear and Simple Language) 4.ส่งเสริมให้เกิดการถามคำถาม (Encouraging Questions) และ 5.เคารพสิทธิการตัดสินใจของคนไข้ (Respecting Patient Autonomy)

5. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

แผนพัฒนาคุณภาพงานบริการ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 ปี 2567

จัดทำโครงการพัฒนาคุณภาพการบริการ ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 โดยแบ่งกลุ่มในการจัดทำโครงการพัฒนางาน ตามหัวข้อดังนี้

ลำดับ	เรื่อง
1	ผลการปฏิบัติตามแนวทาง VAP bundle ของเจ้าหน้าที่ ICU 1 โรงพยาบาลลำพูน
2	การพัฒนาคู่มือการใช้ PMK ICU med 1
3	Caring voice for you
4	Welcome set
5	การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

6	แปะไว้ ปลอดภัยเสมอ
---	--------------------

การวางแผนพัฒนา/โครงการ

1. วางแผนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรตามแผนพัฒนาบุคลากรประจำปี
2. พัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1
3. ส่งเสริมการจัดทำคู่มือ CQI R2R ผลงานวิจัย นวัตกรรม ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1
3. วางแผนจัดหาวัสดุ ครุภัณฑ์ ประจำปี ให้เพียงพอ พร้อมใช้