

แบบประเมินตนเองระดับหน่วยงาน (Service Profile)

**หอผู้ป่วยพิเศษร่มเย็น5
โรงพยาบาลลำพูน
ปี2567**

Service Profile

หอผู้ป่วยพิเศษร่มเย็น 5

1.บริบท(Context)

ก.หน้าที่และเป้าหมาย(Purpose)

: หอผู้ป่วยพิเศษร่มเย็น 5มีหน้าที่ให้ดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม ศัลยกรรม และศัลยกรรมกระดูกตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้รับบริการพึงพอใจ ผู้ให้บริการมีความสุข

ข.ขอบเขตการให้บริการ(Scope of Service)

ให้บริการผู้ป่วยที่มีปัญหาทางอายุรกรรมที่มีอายุตั้งแต่ 14 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง ศัลยกรรม ศัลยกรรมกระดูก ที่มีอาการคงที่และได้รับพิจารณาจากแพทย์เป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อให้ย้ายมาห้องพิเศษ มีผู้รับบริการกลุ่มโรคสำคัญคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ โรคปอดอักเสบ โรคติดเชื้อ โรคหัวใจ และผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ให้การดูแลแบบประคับประคอง โรคไส้ติ่งอักเสบ โรคเข้าเสื่อม มีจำนวนห้องพิเศษทั้งหมด 12 ห้องแบ่งเป็น ห้องพิเศษปรับอากาศธรรมดา 10ห้องและห้องพิเศษปรับอากาศวีไอพี 2 ห้อง

หอผู้ป่วยพิเศษร่มเย็น 5 มีการพัฒนาระบบการทำงานตามแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล 4S

1.Service บริการเต็มที่

2.Safety มีความปลอดภัย

3.Staff บุคลากรแจ่มใส

4.System ในระบบที่ดี

และได้พัฒนาระบบการทำงานตามเข็มมุ่งของโรงพยาบาลปี2566 คือ

1.การIdentify คือการระบุตัวผู้ป่วยโดยใช้3 จุดหยุดความเสี่ยง

2.การประเมินอาการผู้ป่วยเพื่อป้องกันผู้ป่วยมีอาการทรุดหนักหรือการCPRโดยไม่คาดการณ์

ค.ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ

ผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
ลูกค้าภายนอก ผู้ป่วยและญาติ	1.หายหรือทุเลาจากการเจ็บป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน 2.ได้รับบริการที่ดีถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ รวดเร็ว มีความเท่าเทียมกัน 3.ได้รับข้อมูลด้านสุขภาพและแผนการรักษาพยาบาล มีการให้ข้อมูลที่ต่อเนื่อง

ผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
	4.เจ้าหน้าที่ให้บริการดูญาติมิตร ยิ้มแย้ม พูดจาสุภาพ 5.มีแพทย์มาตรวจตามเวลา 6.สิ่งแวดล้อมสะอาด น่าอยู่ มีความปลอดภัย
ลูกค้าภายใน เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน	1.มีการทำงานเป็นทีม มีประสิทธิภาพ ร่วมแรงร่วมใจ ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน และมีความสุขในการทำงาน 2.มีความก้าวหน้าในหน้าที่การงานได้รับการสนับสนุนในด้านต่างๆจากผู้บริหาร 3.มีสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างผู้ร่วมงาน 4.สถานที่ทำงานสะอาด ปลอดภัย มีสิ่งอำนวยความสะดวก
แพทย์	1.การให้ข้อมูลด้านผู้ป่วยที่ถูกต้อง ครบถ้วน 2.การรายงานที่รวดเร็ว ถูกต้อง ครบถ้วนทันต่อเหตุการณ์ และมีการบันทึกทางการแพทย์ที่ถูกต้องครอบคลุม ใช้สื่อสารระหว่างสหสาขาวิชาชีพได้ 3.มีเครื่องมือที่ทันสมัยพร้อมใช้และมีประสิทธิภาพ
เจ้าหน้าที่หน่วยงานอื่น	1.มีการประสานงานกันอย่างมีประสิทธิภาพ ถูกต้อง มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เข้าใจกัน 2.มีเอกสารที่ใช้ระหว่างหน่วยงานครบถ้วน

ง.ประเด็นคุณภาพที่สำคัญของหน่วยงาน(Key Quality Issues)

- 1.การให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพ (คุณภาพและองค์กรรวม SPA)
- 1.ความปลอดภัยของผู้ให้และผู้รับบริการ (ความปลอดภัย SIMPLE)
- 2.Living & Learning organization (องค์กรแห่งการเรียนรู้/บุคลากรมีความสุข)
- 3.โรงพยาบาลคุณภาพคุณธรรม (Moral Hospital)
- 4.ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

จ.ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ (จุดเน้นในการพัฒนา)

- 1.การประเมินผู้ป่วย ช่วยเหลือเบื้องต้นถูกต้องรวดเร็ว
- 2.การป้องกันภาวะแทรกซ้อน
- 3.ผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญได้รับการดูแลตาม Guideline

ความเสี่ยงสำคัญ

- 1.ผู้ป่วยทรุดลงโดยไม่ได้คาดการณ์
- 2.ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่ได้คาดหวัง
- 3.ผู้ป่วยได้ยาผิดชนิด

จุดเน้นในการพัฒนา

ลำดับ	ความเสี่ยง	แนวทางป้องกัน	เป้าหมาย/ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
1	ผู้ป่วยทรุดหนักโดยไม่ได้คาดการณ์	1.มีแนวทางการประเมินผู้ป่วยและการประเมินซ้ำ 2.พัฒนาการรับส่งเวร	-จำนวนผู้ป่วยทรุดหนักลดลง -เจ้าหน้าที่สามารถประเมินผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมตามมาตรฐาน
2	ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่ได้คาดหวัง	-ทบทวนแนวทางการCPR -การประเมินผู้ป่วยซ้ำและการรายงานแพทย์อย่างเหมาะสม	-มีแนวปฏิบัติการCPRและได้มีการทบทวนCPRทุกปี
3	ผู้ป่วยได้ยาผิดชนิด	-ทบทวนการบริหารการจัดแจกยาผู้ป่วย	-เพื่อลดความผิดพลาดในการจัดแจกยา

ฉ.ปริมาณงานและทรัพยากร

1ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน

รายการข้อมูล	ข้อมูลย้อนหลัง3ปี			ข้อมูล	ข้อมูล
	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี2567
1.จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	952	809	593	759	841
2.จำนวนผู้ป่วยจำหน่ายรวม	823	693	514	613	699
- แพทย์อนุญาต	745	625	434	536	644
- ส่งต่อ	1	10	4	4	3
- เสียชีวิต	21	12	20	16	14
- ไม่สมัครอยู่	6	0	5	4	2
3. อัตราการไม่สมัครอยู่	0.89	0	10.81	1.79	0.34
4. อัตราตาย	2.13	1.48	38.97	25.66	19.42
5. LOS	4.20	5.34	6.75	5.74	5.10
6. อัตราการครองเตียง	90.09	91.5	92.29	98.54	95.73
7. อัตราการใช้เตียง	6.61	5.61	4.41	5.26	5.86
8.Productivity	110.22	101.59	105.23	120	98.15

2.ด้านบุคลากร

อัตรากำลัง:การจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพเวช:เข้า:ป่วย:ตึก 2:2:2

อายุรแพทย์	พยาบาลวิชาชีพ	ผู้ช่วยพยาบาล	ผู้ช่วยเหลือคนไข้
1	7	3	-

3.เครื่องมือ เทคโนโลยี และอุปกรณ์การแพทย์ที่สำคัญ

รายการ	จำนวนเครื่องมือและอุปกรณ์ที่สำคัญ				
	ปี63	ปี64	ปี65	ปี66	ปี67
เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	1	1	1	1	1
เครื่องวัดความดันโลหิต	2	2	2	4	4
เครื่องวัดออกซิเจนในเลือด	1	1	1	1	1
เครื่องดูดเสมหะ	5	5	5	5	5
เตียงไฟฟ้าปรับระดับได้	12	12	12	12	12

กรณีที่เครื่องมือและอุปกรณ์ไม่พอใช้สามารถประสานงานหน่วยงานศูนย์เครื่องมือแพทย์เพื่อจัดหาเครื่องมือสำรองให้ได้ตลอด24 ชั่วโมง

2. กระบวนการสำคัญ (Key Processes)

กระบวนการสำคัญ (Key Processes)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Processes Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
1. การประเมินผู้ป่วย	1.ได้รับการประเมินความเสี่ยงทาง คลินิกอย่างถูกต้องตั้งแต่แรกรับ 2..ผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหาอย่าง ครอบคลุมและต่อเนื่อง	1.จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่ได้อ คาดหวัง 2.จำนวนผู้ป่วยอาการทรุดหนัก หลังรับไว้ 8,24 ชั่วโมง
2.การวางแผนการดูแล รักษา	1.ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตาม แผนการรักษาของแพทย์และได้รับการ ดูแลตามสภาวะการเจ็บป่วย อย่าง เหมาะสม	1.อัตราการเกิดแผลกดทับ 2.อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล 3.จำนวนครั้งการเกิดAdmin error
3..การวางแผนการจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่อง	1.ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลสุขภาพ ตนเองภายหลังจำหน่ายได้อย่าง เหมาะสม 2.ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีความครอบคลุมจากสหสาขาวิชาชีพ	1.อัตราการ Re-admit ภายใน 28 วันจากโรคเดิม 2.จำนวนผู้ป่วยได้รับการส่งต่อ เยี่ยมบ้านและการตอบกลับ
4.กระบวนการคู้ชนาน	1.บันทึกข้อมูลทางการพยาบาลถูกต้อง ครบถ้วน 2. บุคลากรมีความรู้และความสามารถ 3. ผู้รับบริการพึงพอใจ 4. การประสานงานกับหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องมีประสิทธิภาพ	1. ร้อยละการบันทึกทางการ พยาบาล≥ ๘๐% 2. คะแนน Competency 3. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ 4. จำนวนข้อร้องเรียนที่เกี่ยวกับ พฤติกรรมบริการ

3. ตัวชี้วัดผลการดำเนินการ (Performance Indicator)

รายการ/ข้อมูล	2563	2564	2565	2566	2567
1.จำนวนผู้ป่วยอาการทรุดหนักย้ายกลับตึกสามัญ	37	23	22	19	27

รายการ/ข้อมูล	2563	2564	2565	2566	2567
2.จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่คาดหวัง	2	0	1	16	0
3. อัตราการเกิดแผลกดทับ	0	0	0	0	0
4.อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล	0	0	0	0	0
5.จำนวนครั้งการเกิด Admin error	1	0	0	0	2
6.อัตราการ Re-admit ภายใน ๒๘ วันจากโรคเดิม	0	0	0	0	0
7.ความพึงพอใจของผู้รับบริการ	92.66	94.52	93.88	95.04	95.92
8.จำนวนครั้งการตกเตียง/ลื่นล้ม	0	0	0	0	0
9.จำนวนครั้งการส่งสิ่งส่งตรวจผิดพลาด	0	0	0	0	0
10.จำนวนครั้งของการIdentify ผิดพลาด	0	0	0	0	0
11.จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ	3	12	3	7	3
12.ร้อยละการบันทึกทางการแพทย์	88.55	90.74	90.65	89.94	92.61
13.จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน	9	15	6	4	9
14.จำนวนผู้ป่วยMIที่ได้รับการดูแลตามGide line	4	0	0	1	2
15.จำนวนผู้ป่วยCVAที่ได้รับการดูแลตามGide line	11	32	6	8	9
16.จำนวนผู้ป่วยSepsisที่ได้รับการดูแลตามGide line	91	2	4	2	0

4.กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

4.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ปัจจุบัน

ด้าน Disease management

กลุ่มโรคสำคัญที่มีแนวปฏิบัติ (Guideline) คือโรคหัวใจขาดเลือด โรคสมองขาดเลือด ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรคปอดอักเสบ โดยใช้ PCT Med Care Model เป็นแนวทางเน้นการกำหนดเป้าหมาย กระบวนการ และผลลัพธ์ (Purpose Process Performance) มีการประเมินผู้ป่วยซ้ำเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงโดยการใช้ Early warning singe มีการวางแผนจำหน่ายโดยเฉพาะในรายที่ต้องมีการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายโดยมีระบบการส่งต่อกับทีมเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาล

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative Care)

- 1.เมื่อแพทย์ลงความเห็นว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายพยาบาลวิชาชีพใช้แบบประเมินและจัดกลุ่มผู้ป่วย
- 2.รายงานทีม Palliative Care ผ่านระบบไลน์ เพื่อให้แพทย์รับทราบ Case เบื้องต้น ประเมินอาการและสั่งแผนการรักษา

3.ลงทะเบียนผู้ป่วยในระบบ

4.ทีมงานให้การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสงบ บรรเทาความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานในระยะสุดท้ายของชีวิต มีการดูแลด้านจิตใจและความต้องการของทั้งผู้ป่วยและญาติ

ด้าน Patient Care Process Improvement

ความปลอดภัยผู้รับบริการด้านยา

- 1.มีการใช้ ระบบRobotร่วมกับระบบ MAR Sheet ซึ่งสั่งPrint รายการยา จากโปรแกรม PMK เพื่อใช้ประกอบในการจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยในแต่ละช่วงเวลา โดยมีการเช็คกับ Order แพทย์ร่วมด้วยซึ่งถือว่าการ Cross check ระหว่างเภสัชกับพยาบาล
- 2.กระบวนการเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับยาที่มาจากบ้านอย่างต่อเนื่อง มีการนำกระบวนการ Medical Reconciliation โดย มีการ Reconciliation ในผู้ป่วยทุกราย โดยการ Print รายการการใช้ยาของผู้ป่วย จาก Program PMK และมีการสอบถามข้อมูลจากผู้ป่วย/ญาติ/เวชระเบียน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังจะมีการทำ Reconciliation จนถึง D/C Reconciliation
- 3.มีการตรวจสอบความตรงกันระหว่างยาใน order กับยาใน Med sheet
- 4.ผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะมีการนำระบบการบริหารยาปฏิชีวนะมาใช้โดยมีการกำหนดแนวปฏิบัติการสั่งใช้ยา ด้านแบคทีเรียที่ควบคุมในโรงพยาบาลลำพูน

4.2กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

การพัฒนาคุณภาพที่ได้ดำเนินการ

- โครงการพัฒนาบุคลากร เรื่องการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพสำหรับเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยพิเศษรณรงค์ การปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพเป็นสิ่งสำคัญมาก โดยเฉพาะในสถานการณ์วิกฤตฉุกเฉิน โรงพยาบาล จำเป็นต้องมีการจัดอบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะแก่เจ้าหน้าที่เป็นประจำทุกปีตามมาตรฐาน ถือ เป็นการเพิ่มพูนศักยภาพแก่บุคลากรให้มีความพร้อมรับภาวะวิกฤตต่างๆโดยเฉพาะพยาบาลเป็น บุคลากรในทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญต่อความสำเร็จในการปฏิบัติช่วยฟื้นคืนชีพ เนื่องจากเป็นผู้ที่ ใกล้ชิดผู้ป่วย สามารถประเมินผู้ป่วยได้ตลอดเวลาตนเอง ดังนั้นเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยพิเศษรณรงค์จึงเห็นความสำคัญในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ และจัด ให้อยู่แผนพัฒนาบุคลากรประจำปี เพื่อให้ผู้ปฏิบัติได้นำความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพไป ช่วยผู้ป่วยให้รอดชีวิตจากภาวะวิกฤตได้

เป้าหมาย/วัตถุประสงค์

- 1.เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถประเมินอาการผู้ป่วยและใช้แผนปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพได้อย่างถูกต้อง
- 2.เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถใช้อุปกรณ์ต่างๆในการช่วยฟื้นคืนชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 3.เพื่อให้เจ้าหน้าที่มีความรู้และสามารถช่วยฟื้นคืนชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัด

- ร้อยละ 80 ของเจ้าหน้าที่สามารถประเมินอาการผู้ป่วยและใช้แผนปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ และใช้อุปกรณ์ต่างๆในการช่วยฟื้นคืนชีพได้อย่างถูกต้อง
- ร้อยละ 90 ของเจ้าหน้าที่อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยลดลง**กิจกรรม**
- เชิญพยาบาลผู้ที่ผ่านการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงจากหน่วยงานหอผู้ป่วยหนักมาเป็นวิทยากร
- เจ้าหน้าที่ฝึกปฏิบัติจริงทุกคนโดยใช้หุ่น CPR
- เจ้าหน้าที่ฝึกใช้เครื่องกระตุกหัวใจ (Defibrillator) และ การใช้เครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้าชนิดอัตโนมัติ(AED)

ผลลัพธ์

- เจ้าหน้าที่สามารถประเมินอาการผู้ป่วยและใช้แผนปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ และใช้อุปกรณ์ต่างๆ

ในการช่วยฟื้นคืนชีพได้อย่างถูกต้องมากกว่าร้อยละ 90

พัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือดในหอผู้ป่วยพิเศษ

ร่วมน

เพื่อให้เป็นไปตามนโยบายของโรงพยาบาลในเรื่องการบริหารความเสี่ยงและเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือด

เป้าหมาย/วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือดถูกต้องตามแผนการรักษา
2. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือด

กิจกรรม

- แจ้งแนวทางปฏิบัติการดูแลการรับเลือดและส่วนประกอบของเลือดให้แก่พยาบาลและเจ้าหน้าที่ประจำตึกพิเศษร่วมนทราบ
- ก่อนการให้เลือดทุกครั้งพยาบาลต้องใช้หลักบริหารการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดดังนี้
 1. การเตรียมผู้ป่วยและญาติก่อนให้เลือด
 - แนะนำตัว อธิบายว่าจะให้เลือด
 - ถามชื่อ นามสกุลผู้ป่วย HN ดูป้ายข้อมือผู้ป่วย ถามหมู่เลือดก่อนการให้เลือด
 - ตรวจสอบหมู่เลือดผู้ป่วย ประวัติการแพ้เลือด ประวัติการได้รับเลือด
 - แนะนำความเสี่ยงจากการได้รับเลือด
 2. ขั้นตอนการให้เลือด

- ตรวจสอบคำสั่งการให้เลือด ตามแผนการรักษาของแพทย์
- ปฏิบัติตามหลัก Aseptic technique อย่างถูกต้อง
- Clam IV อื่นก่อนให้เลือด
- ไล่ Air ในสาย IV และต่อเข้าเส้นเลือดได้อย่างถูกต้อง
- จดบันทึกลงลายมือชื่อผู้ให้ เวลาที่ให้
- ถามอาการผู้ป่วย และ สังเกตอาการ และสัญญาณชีพใน 15 นาทีแรก ถ้าพบอาการผิดปกติ ให้หยุดให้เลือด และรายงานแพทย์ รับทราบ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จของโครงการ และ ผลลัพธ์

- อุบัติการณ์ การให้เลือดผิดหมู่ = 0

พัฒนาคุณภาพการพยาบาลการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

แผลกดทับเป็นหนึ่งในปัญหาที่พบบ่อยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล แม้ว่าแผลกดทับไม่ได้เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วย แต่การเกิดแผลกดทับส่งผลให้มีภาวะแทรกซ้อนอื่นตามมา ทำให้เพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพ การเกิดแผลกดทับเชื่อว่าส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้ ดังนั้นการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลจึงใช้เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญในด้านคุณภาพการดูแลรักษาในหอผู้ป่วย

ดังนั้นเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับทางหอผู้ป่วยพิเศษร่มเย็นจึงได้ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพการพยาบาล การป้องกันแผลกดทับในหอผู้ป่วยขึ้น

เป้าหมาย/วัตถุประสงค์

1. เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยง
2. เพื่อลดขนาดและจำนวนของแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ
3. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ได้ถูกต้อง
4. เพื่อให้บุคลากรในหอผู้ป่วยปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันและ ดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับได้ถูกต้อง

ตัวชี้วัด

- อัตราการเกิดแผลกดทับ ≤ 4 ครั้ง/1000 วันนอน

กิจกรรม

- ทบทวนแนวปฏิบัติการดูแลแผลกดทับให้แก่เจ้าหน้าที่
- จัดทำนวัตกรรมป้ายพลิกตะแคงตัว , นาฬิกาพลิกตะแคงตัว

- ติดตามประเมินตัวชี้วัดทุกเดือน

นวัตกรรมการดูแลแผลกดทับ

1. นาฬิกาเปลี่ยนท่า

วัตถุประสงค์ เพื่อความสะดวกในการเปลี่ยนท่าของผู้ป่วย โดยนาฬิกากำหนดท่านอนตามเวลา

วิธีใช้ → ผู้ปฏิบัติจะเปลี่ยนท่าตามเข็มนาฬิกา



นวัตกรรมการดูแลแผลกดทับ(ต่อ)

2. Acting card for prevent ulcer

วัตถุประสงค์ เพื่อกระตุ้นเตือนให้ทีมเจ้าหน้าที่ปฏิบัติการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

วิธีใช้ → ติดป้าย Acting card for prevent ulcer บริเวณหน้าห้องผู้ป่วย / ติดท้ายเตียงผู้ป่วย



ผลลัพธ์

- การเกิดแผลกดทับ = 0

4.2การพัฒนาที่อยู่ระหว่างการดำเนินการ

1.การทบทวนเวชระเบียน การ Audit chart พบปัญหาการเขียน Nurse Note เขียนซ้ำๆกันไม่ได้ เขียนตามอาการที่แท้จริง ไม่สามารถ เป็นหลักฐานด้านกฎหมายได้ ลายมืออ่านยาก การประเมินไม่ ครบถ้วนเช่นการประเมิน Bed sore พลัดตกหกล้ม และประเภผู้ป่วย

แนวทางการนิเทศงาน ใช้แบบประเมินแบบ One day one chart และการประเมินเวชระเบียน ของ สป.สช.และสำนักพยาบาล

- ปรับปรุงการเขียนบันทึกทางการแพทย์โดยใช้ แบบฟอร์มเฉพาะโรค โดยเป็นการวางแผนตั้งแต่แรก รับเพื่อสื่อสารให้ผู้ป่วยและญาติ ด้วยการใช้แบบฟอร์มเป็นเครื่องมือ

- มีการ Audit chart โดยพยาบาลวิชาชีพทุกคน คนละ 1 chart/เดือน

- มีการติดตามประเมินการบันทึกทางการแพทย์ Audit chart โดยหัวหน้าตึก แจ้งข้อผิดพลาด

โอกาสพัฒนารายบุคคล ติดตามการพัฒนา นำข้อมูลมาเป็นส่วนหนึ่งของการพิจารณา ความดีความชอบ ในการเลื่อนขั้นเงินเดือน

2. พัฒนาคุณภาพการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

โดยการสอนและให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านในเรื่องการให้อาหารทางสายยาง การทำ แผล การดูแลแผล การฉีดยาเบาหวาน

3.พัฒนาการบริหารจัดการความเสี่ยงในหน่วยงานโดยการทบทวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ที่พบในหน่วยงานเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข

5.แผนพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

1. ลดภาวะผิดพลาดจากการให้ยา , การแพ้ยาซ้ำ
2. ฟื้นฟู การ CPR แก่เจ้าหน้าที่ทุกระดับ ปีละ 1 ครั้ง
3. พัฒนาคุณภาพในการจำหน่ายผู้ป่วยแต่ละโรคตามแนวทางที่สอดคล้องกับ PCT
4. พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพ

