

Service Profile

บริการ / ทีม : บริการผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ

วันที่ปรับปรุงข้อมูล วันที่ 8 มีนาคม พ.ศ. 2553

บริบท (Context)

ความมุ่งหมาย (Purpose) :

เจ้าหน้าที่มีความมุ่งมั่น ในการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ ตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยคำนึงต่อสิทธิผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีสามารถดูแลตนเองได้ และได้รับการด้วยความปลอดภัยพึงพอใจในบริการ

ขอบเขตบริการ (Scope of Service) :

ให้บริการผู้ป่วยทุกเพศ ทุกวัย ด้านอายุรกรรม ศัลยกรรม กุมารเวชกรรม ตลอด 24 ชั่วโมง ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาล และประสานส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

ความต้องการของผู้รับผลงานสำคัญ (External customer) :

ความต้องการของผู้รับผลงาน	การตอบสนอง
ผู้ป่วย / ญาติผู้ป่วย 1. ต้องการหายจากโรคที่เป็นอยู่ 2. ต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ 3. ต้องการทราบผลการรักษาและความก้าวหน้าของโรค รวมทั้งผลการตรวจพิเศษต่าง ๆ เช่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผล X-ray เป็นต้น 4. ต้องการการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดจากแพทย์และพยาบาล 5. ต้องการนำผู้ป่วยไปรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพเหนือกว่า 6. ต้องการคำแนะนำต่างๆ เช่น สถานที่ระเบียบปฏิบัติต่างๆ การบริการที่ได้รับ	1. อธิบายให้ผู้ป่วย/ญาติทราบถึงแผนการรักษาและให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ 2. ให้ข้อมูลที่เป็นเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคกับผู้ป่วย/ญาติ 3. แพทย์ และพยาบาล ต้องแจ้งผลการรักษาและความก้าวหน้าของโรค รวมทั้งผลการตรวจพิเศษต่าง ๆ เช่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผล X-ray ให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้ง 4. บอกและขอความร่วมมือผู้ป่วยทุกครั้งก่อนทำกิจกรรมการพยาบาล และสอบถามอาการเจ็บป่วย พุดคุยให้กำลังใจ 5. ให้ข้อมูล / คำแนะนำในเรื่องระบบการบริการรักษาและการส่งต่อของแพทย์เฉพาะทางแต่ละสาขา 6. แรกรับผู้ป่วยมีการแนะนำสถานที่ แจ้งสิทธิการรักษา และระเบียบปฏิบัติต่างๆ ให้รับทราบ

ความต้องการของผู้รับผลงานสำคัญ (Internal customer) :

ความต้องการของผู้รับผลงาน	การตอบสนอง
<p>แพทย์</p> <ul style="list-style-type: none"> - ต้องการให้หน่วยงานปฏิบัติตามแผนการรักษาได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน สามารถเฝ้าระวังอาการรบกวน , อาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม และสามารถรายงานข้อมูลการเฝ้าระวังดังกล่าวแก่แพทย์ได้อย่างถูกต้องและทันเวลา - ต้องการให้หน่วยงานมีความรู้ในการดูแล ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือพิเศษ และสามารถใช้ ซ่อมบำรุงเครื่องมือพิเศษที่มีปัญหาในเบื้องต้นได้ 	<ul style="list-style-type: none"> - ปฏิบัติตามแนวทางการรับคำสั่งแพทย์ - ปฏิบัติตามแนวทางการรายงานแพทย์ - เฝ้าระวังอาการของผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค และเกณฑ์การเฝ้าระวังโรคตามมาตรฐานวิชาชีพ - ศึกษาและทดลองใช้งานเครื่องมือพิเศษ พร้อมทั้งตรวจเช็คให้อยู่ในสภาพที่ใช้งานได้อยู่เสมอ
<p>ห้องยา</p> <ul style="list-style-type: none"> - ลงข้อมูลเกี่ยวกับยา เวชภัณฑ์ ในคอมพิวเตอร์ให้ถูกต้อง ครบถ้วน - ต้องการเห็น order แพทย์ทุกครั้ง而去เบิกยา - มีการตรวจสอบยากับคำสั่งแพทย์และใบเบิกยา ทุกครั้งที่เบิกยามาให้ผู้ป่วย 	<ul style="list-style-type: none"> - ลงข้อมูล ในคอมพิวเตอร์ให้ถูกต้อง ครบถ้วน มีระบบการตรวจสอบซ้ำเพื่อป้องกันความผิดพลาด และในการเบิกยามีการนำ Chart ผู้ป่วยออกไปทุกครั้ง พร้อมทั้งนำใบ order แพทย์ไปที่ 2 ใส่งานตู้ยาผู้ป่วยแต่ละเตียง ก่อนเข็นรถยาไปเบิกยา
<p>แผนกผู้ป่วยนอก</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยที่นัดคลินิกต่างๆ ต้องนัดให้ตรงวันที่มีคลินิก -เตรียมเตียงผู้ป่วยและอุปกรณ์ ให้พร้อมก่อนรับ Admit 	<ul style="list-style-type: none"> - ทบทวนระบบการนัดของคลินิกต่างๆ -หลังรับแจ้ง Admit เตรียมเตียงผู้ป่วยและอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับรอรับผู้ป่วย

ความต้องการของผู้รับผลงาน	การตอบสนอง
<p>ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ก่อนส่งผู้ป่วยไปทำหัตถการต่าง ๆ ต้องแจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบก่อนทุกครั้ง - เตรียมเตียงผู้ป่วยและอุปกรณ์ ให้พร้อมก่อนรับ Admit 	<ul style="list-style-type: none"> - ปฏิบัติตามแนวทางการส่งผู้ป่วยไปรับบริการยังหน่วยงานอื่นอย่างเคร่งครัด - หลังรับแจ้ง Admit เตรียมเตียงผู้ป่วยและอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับรอรับผู้ป่วย
<p>ห้องชันสูตร</p> <ul style="list-style-type: none"> - ต้องการให้ลงข้อมูลในแบบฟอร์มส่งตรวจ Specimen ชัดเจน ครบถ้วน ถูกต้องตาม Order แพทย์ - ในกรณีต้องการผลตรวจด่วน ให้แจ้งเจ้าหน้าที่ทราบโดยเขียนในใบนำส่งให้ชัดเจน 	<ul style="list-style-type: none"> - ลงข้อมูลในแบบฟอร์มส่งตรวจ Specimen ชัดเจน ครบถ้วน ถูกต้องตาม Order แพทย์ พร้อมกับแนบ Order แพทย์ไปกับแบบฟอร์มส่งตรวจ Specimen ทุกครั้ง - ขอผลการตรวจด่วน เขียนในใบนำส่งให้ชัดเจนและโทรแจ้งให้เจ้าหน้าที่ห้องชันสูตรรับทราบ
<p>โรงครัว</p> <ul style="list-style-type: none"> - ต้องแจ้งขอรายการเบิกอาหารทันทีที่มีการเปลี่ยนแปลง 	<ul style="list-style-type: none"> - โทรแจ้งขออาหารโรงครัวทุกครั้งที่มีการรับใหม่ผู้ป่วย

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ (Key Quality Issues):

1. หายจากโรค
2. ปลอดภัย
3. ไม่มีภาวะแทรกซ้อน
4. มีความพึงพอใจ
5. สามารถกลับไปใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวตามสภาพ

ความท้าทายและความเสี่ยงที่สำคัญ

ความเสี่ยง	แนวทางป้องกัน / หลีกเลี่ยง
<p>1. การประเมินปัญหา/การให้ข้อมูลและการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยยังไม่ครบถ้วนครอบคลุม</p>	<ul style="list-style-type: none"> - จัดทำแนวทางการรับใหม่(คู่มือการรับใหม่ผู้ป่วย)และทำแผนผังเตียงผู้ป่วยใน เพื่อจัดผู้ป่วยลงเตียงอย่างเหมาะสม - กำหนดแนวทางการประเมินผู้ป่วย ตรวจร่างกายตามสภาพปัญหาการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย และประชุมชี้แจงให้ผู้ปฏิบัติทราบ เพื่อยึดถือปฏิบัติให้เป็นแนวทางเดียวกัน - จัดทำคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนในการดูแลผู้ป่วยโรคที่มีสถิติการ admit 5 อันดับแรก โรคที่เป็นสาเหตุการตาย โรคที่มีอัตราการ Re-admit อันดับต้นๆ และชี้แจงผู้ปฏิบัติทราบเพื่อยึดถือปฏิบัติ - ประเมินผลการปฏิบัติโดยหัวหน้างาน และแจ้งให้ทราบเป็นรายบุคคลในกรณีมีจุดต้องพัฒนา - นำผลการประเมินมาวิเคราะห์หาแนวทางแก้ไข
<p>2.เจ้าหน้าที่ขาดทักษะในการประเมินและช่วยเหลือผู้ป่วยภาวะวิกฤตฉุกเฉิน</p>	<ul style="list-style-type: none"> - สำรวจความต้องการและส่งเจ้าหน้าที่เข้ารับการอบรมในทักษะที่จำเป็น เช่น การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง - ทบทวนวิชาการ ฝึกทักษะเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพ การใช้เครื่องมือต่างๆ รวมถึงการดูแลการผู้ป่วยภาวะวิกฤตฉุกเฉิน
<p>3.เครื่องมือทางการแพทย์ไม่พร้อมใช้บางอย่างมีไม่เพียงพอต่อการใช้งาน</p>	<ul style="list-style-type: none"> - มอบหมายให้เจ้าหน้าที่ในแต่ละเวรบันทึก / ตรวจสอบความพร้อมใช้ของอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ ทุกเวร - สำรวจเครื่องมือทางการแพทย์และจัดทำแผนประมาณการใช้แผนจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็น แผนการบำรุงรักษาอุปกรณ์เครื่องมือ - ให้ความรู้เจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการใช้เครื่องมือและการบำรุงรักษา - ประสานงานกับ ER , LR เพื่อขอยืมเครื่องมือทางการแพทย์ใช้ในกรณีฉุกเฉิน

ความเสี่ยง	แนวทางป้องกัน / หลีกเลี่ยง
<p>4. เจ้าหน้าที่บาดเจ็บจากการทำงาน เช่น ถูกของมีคมทิ่มตำ หรือมีโอกาสดูดเชื้อจากผู้ป่วย</p>	<ul style="list-style-type: none"> - จัดอบรมให้ความรู้ทางวิชาการในเรื่อง การปฏิบัติงานตามหลัก IC - ติดตามนิเทศโดยหัวหน้างานและทีม IC ของโรงพยาบาล - เขียนรายงานเมื่อมีอุบัติเหตุ และเก็บรวบรวมอุบัติเหตุที่เกิดขึ้น - ทบทวนอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นและวิเคราะห์หาแนวทางแก้ไข
<p>5. ระบบการบริหารยาคลาดเคลื่อน</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ทบทวนวิชาการเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติในการให้ยา ตามหลัก 6R - ทำมาตรการในการป้องกันความเสี่ยงเรื่องความคลาดเคลื่อนทางยา - เฝ้าระวังและบันทึกเมื่อเกิดอุบัติเหตุขึ้น และเขียนรายงานอุบัติเหตุความเสี่ยง - ทบทวนอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นวิเคราะห์รวบรวมสาเหตุและแนวทางในการป้องกันการเกิดข้อผิดพลาดในแต่ละเดือน
<p>6. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อในโรงพยาบาล เช่น การติดเชื้อทางหลอดเลือดดำจากการให้สารน้ำ , การติดเชื้อจากการใส่สายสวนปัสสาวะ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ทบทวนเทคนิคการทำหัตถการที่จำเป็นและอาจก่อให้เกิดอันตราย - กำหนดแนวทางปฏิบัติในการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล - ประชุมชี้แจงผู้ปฏิบัติทราบ และยึดถือปฏิบัติ - มีระบบการรายงานเมื่อเกิดอุบัติเหตุ - ทบทวนอุบัติเหตุ วิเคราะห์หาแนวทางแก้ไข
<p>7. เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน</p>	<ul style="list-style-type: none"> - กำหนดแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับ - ทำแบบฟอร์มบันทึกการประเมินผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ - มีการเฝ้าระวังและรวบรวมอุบัติเหตุที่เกิดขึ้น - ประชุมชี้แจงผู้ปฏิบัติทราบ และยึดถือปฏิบัติ - มีระบบการรายงานเมื่อเกิดอุบัติเหตุ - ทบทวนอุบัติเหตุ วิเคราะห์หาแนวทางแก้ไข

ความเสี่ยง	แนวทางป้องกัน / หลีกเลี่ยง
8. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือด	<ul style="list-style-type: none"> - กำหนดแนวทางปฏิบัติในการป้องกันผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือดให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน - ชี้แจงผู้ปฏิบัติทราบ และยึดถือปฏิบัติ - มีระบบการรายงานเมื่อเกิดอุบัติการณ์ - ทบทวนอุบัติการณ์ วิเคราะห์หาแนวทางแก้ไข
9. ผู้ป่วยตกเตียง / ผู้ป่วยลื่น หกล้มในห้องน้ำ	<ul style="list-style-type: none"> - จัดทำมาตรการในการป้องกันผู้ป่วยตกเตียง / ลื่น หกล้มในห้องน้ำ - ประชุมชี้แจงผู้ปฏิบัติทราบ และยึดถือปฏิบัติ - ติดตามประเมินผลการปฏิบัติตามมาตรการ - มีระบบการรายงานเมื่อเกิดอุบัติการณ์ - ทบทวนอุบัติการณ์ วิเคราะห์หาแนวทางแก้ไข
10. เสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำจากโรคเดิมเนื่องจากไม่ทราบวิธีปฏิบัติตัว	<ul style="list-style-type: none"> - จัดทำคู่มือแนวทางการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย โดยเฉพาะ โรคที่มีอัตราการ Re-admitt ในอันดับต้นๆ โรคที่มีปัญหาซับซ้อนหรือโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เช่น DM , HT, - ติดตามวิเคราะห์สาเหตุของการกลับมารักษาซ้ำ

จุดเน้นในการพัฒนา

1. พัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน
2. พัฒนาระบบบริหารยาในหอผู้ป่วย
3. เพิ่มความครอบคลุมการบันทึกเวชระเบียน
4. พัฒนาการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย(HHC)

ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ)

I ปริมาณงาน

ลำดับ	รายการ	จำนวน			
		2549	2550	2551	1 ต.ค. 52 – 31 มี.ค. 53
1	ยอดผู้ป่วยรวมต่อปี (คน)	714	610	564	252
2	รับผู้ป่วยใหม่เฉลี่ยต่อเดือน	59.5	50.83	47	42
3	จำนวนวันนอนรวม (วัน / ปี)	2197	2743	2066	1168
4	วันนอนเฉลี่ย (ราย / วัน)	6	7.51	5.66	6.38
5	อัตราผู้ป่วยในเฉลี่ยคน / วัน	1.95	1.67	1.54	1.37
6	อัตราครองเตียง	17.75	22.10	16.69	18.98
7	จำหน่ายกลับบ้าน เฉลี่ยต่อเดือน	59	51.5	46.83	41
8	ส่งต่อ รพร.ป่ว (ราย / ปี)	72	83	68	36

หมายเหตุ : ปี 2549 นับตามปีงบประมาณ (เริ่ม ตุลาคม 2549-กันยายน 2550)

II อัตรากำลัง

<u>เวรเช้า</u> พยาบาลวิชาชีพ	2 คน
ผู้ช่วยเหลือคนไข้	1 คน
<u>เวรบ่าย</u> พยาบาลวิชาชีพ	2 คน
เจ้าหน้าที่ห้องบัตรช่วยปูเตียงและย้ายผู้ป่วยในกรณีรับใหม่	1 คน
<u>เวรดึก</u> พยาบาลวิชาชีพ	2 คน
เจ้าหน้าที่ห้องบัตรช่วยปูเตียงและย้ายผู้ป่วยในกรณีรับใหม่	1 คน
<u>เวรเช้าวันหยุดนักขัตฤกษ์</u> พยาบาลวิชาชีพ	4 คน
เจ้าหน้าที่ห้องบัตรช่วยปูเตียงและย้ายผู้ป่วยในกรณีรับใหม่	1 คน
<u>เวรเช้าวันหยุดเสาร์-อาทิตย์</u> พยาบาลวิชาชีพ	3 คน
เจ้าหน้าที่ห้องบัตรช่วยปูเตียงและย้ายผู้ป่วยในกรณีรับใหม่	1 คน

หมายเหตุ : เวรเช้า ดูแลให้การพยาบาลเฉพาะผู้ป่วยใน

เวรบ่าย เวรดึก วันหยุดนักขัตฤกษ์ ดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยทั้งโรงพยาบาล

III ด้านเครื่องมือ เทคโนโลยี

1. มีระบบการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในคอมพิวเตอร์ (ระบบ Hos.Xp) ที่สามารถใช้ติดตามดูแลผู้ป่วยได้รวดเร็ว ทันเวลา
2. มีอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่จำเป็นใช้ในหน่วยงาน ดังนี้

เครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญ	จำนวน (เครื่อง)	ระบบการดูแลรักษาเครื่องมือ
1. เครื่องผลิตออกซิเจน รุ่น 7F-8N	1	1. ทำความสะอาดเครื่อง เดือนละ 1 ครั้ง ระวัง ความชื้นเปลี่ยนน้ำทุกวัน ทำความสะอาดสัปดาห์ละครั้ง 2. เก็บเครื่องไว้ในที่แห้ง ห่างจากแก๊สที่ลุกติดไฟ 3. ตรวจสอบบำรุงปีละครั้ง และต้องทำโดยผู้ชำนาญการ เท่านั้น
2. เครื่องดูดเสมหะ รุ่น 7E-D	2	1. หลังจากใช้งาน เทของเหลวในขวดทิ้ง ทำความสะอาดฝุ่นบนขวด และฝาด้วยแอลกอฮอล์หรือผ้าและล้างด้วยน้ำ (ห้ามถอดวาล์วออก จากกลูกยาง) 2. ใช้น้ำเกลือทำความสะอาด และกำจัดเสมหะที่แข็งเหนียวขึ้น ที่ตกค้างอยู่ในสาย หลังใช้งาน 3. เช็ดตัวเครื่องด้วยผ้าชุบน้ำหมาดๆ และต้องระวังไม่ให้ของเหลวเข้าไปในปั๊ม 4. วางเครื่องไว้ในที่แห้ง และสะอาด เปิดใช้เครื่องทำงานทุก 6 เดือน (ต้องต่ออุปกรณ์ให้ครบก่อนเริ่มเปิดเครื่อง) 5. คิดเครื่องสำรองไฟฟ้าให้กับเครื่อง
3. เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ รุ่น BLT-1212	1	1. ใช้งานเครื่องตามคู่มือการใช้งาน 2. ทำความสะอาดเครื่องหลังการใช้งานทุกครั้ง 3. คิดเครื่องสำรองไฟฟ้าให้กับเครื่อง
4. เครื่องควบคุมการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ รุ่น TE-171	1	1. ใช้งานเครื่องตามคู่มือการใช้งาน 2. ทำความสะอาดเครื่องหลังการใช้งานทุกครั้ง 3. ชาร์จแบตเตอรี่ให้เต็ม พร้อมใช้งานเสมอ
5. เครื่องวัดความดันโลหิตดิจิตอล รุ่น ES-H55	1	-เก็บเข้าที่หลังการใช้งานทุกครั้ง

2. กระบวนการสำคัญ (Key Processes)¹

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจาก กระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
<p>1.การเตรียมรับผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดลำดับความรุนแรง - เตรียมอุปกรณ์ เตรียมสถานที่ - สอบถามความถูกต้องในการระบุตัวผู้ป่วย - ให้ข้อมูลทั่วไป - ลงนามยินยอม <p>2.การวางแผนการพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามกระบวนการพยาบาล - การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย 	<ol style="list-style-type: none"> 1.สถานที่ อุปกรณ์พร้อมรับผู้ป่วยแต่ละราย 2. ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามความรุนแรงของโรค 3. ผู้ป่วยได้รับข้อมูลทั่วไปครบถ้วน <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล - ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ - ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ - ผู้ป่วยได้รับการพิทักษ์สิทธิในเรื่องการรักษาความลับการดูแลรักษา 	<ol style="list-style-type: none"> 1.ข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ 2.อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการมากกว่าร้อยละ 80 3. การเสียชีวิตอย่างสง่างาม (Dead with dignitg / good death) <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยได้สิ้นใจอย่างสงบ - ผู้ป่วยได้สิ้นใจท่ามกลางความอบอุ่น จากญาติ - ผู้ป่วยได้สิ้นใจโดยปราศจากเครื่องมือทางการแพทย์ที่ใช้ยึดชีวิตผู้ป่วย 4.อัตราการรับเข้าสู่โรงพยาบาลอื่นเนื่องมาจากภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นของโรคเบาหวานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 85.30 ต่อแสนประชากร 5.อัตราการรับเข้าสู่โรงพยาบาลอื่นเนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดัน

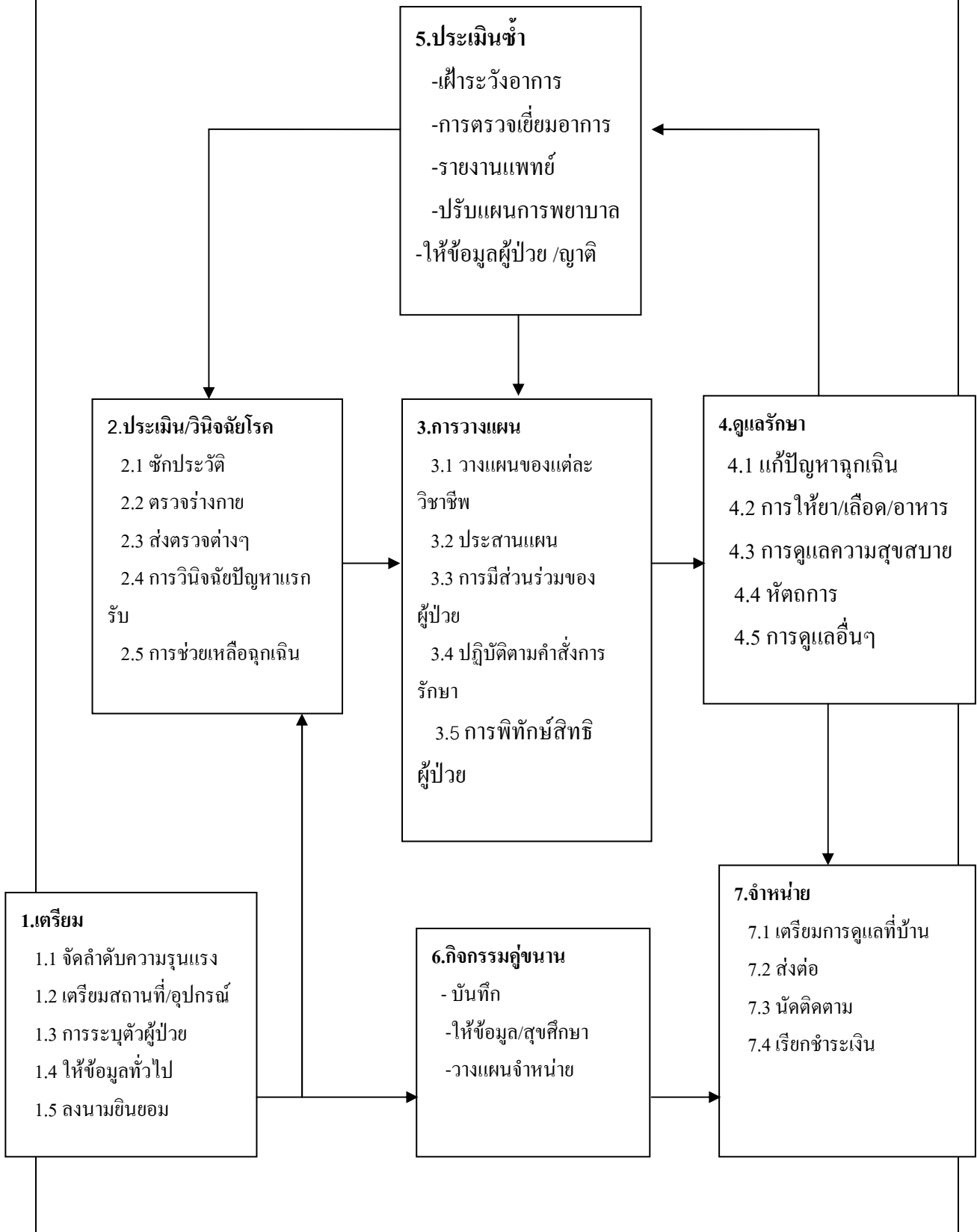
¹ สรุปรายใน 1 หน้า วิเคราะห์โดยเน้นผู้รับผลงานเป็นศูนย์กลาง เช่น หอผู้ป่วย ให้พิจารณาว่ามีกระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างไร โดยทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง มีใช้เฉพาะกระบวนการที่พยาบาลรับผิดชอบ

<p>3. ประเมินและวินิจฉัยโรค</p> <ul style="list-style-type: none"> - การประเมินผู้ป่วยเมื่อแรกรับ - ชักประวัติ - ตรวจร่างกาย - check Lab, X-ray - วินิจฉัยปัญหาแรกรับ - การช่วยเหลือฉุกเฉิน <p>4. การดูแลรักษา</p> <p>4.1 ผู้ป่วยถึงอันตราย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงทางคลินิก COPD , DM , HT - ผู้ป่วยที่ได้รับยา HAD - ผู้ป่วยโรคติดต่อ <p>4.2 ผู้ป่วยไม่รุนแรง หรือ อากาศทุเลา เช่น ผู้ป่วยหลังผ่าตัด</p> <p>4.3 ผู้ป่วยระยะพักฟื้นได้แก่ ผู้ป่วยรอฟื้นฟูสภาพหรือ ผู้ป่วยรอกลับบ้าน</p>	<p>1.ผู้ป่วยได้รับการประเมินความเสี่ยงทางคลินิกอย่างถูกต้องตั้งแต่แรกรับ</p> <p>2.ผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหาอย่างครอบคลุมเพื่อการวางแผนการดูแลรักษาพยาบาล</p> <p>1.ผู้ป่วยได้รับการดูแลให้ปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน</p> <p>2.ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ</p> <p>3.ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐาน</p> <p>4.ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้องตามแผนการรักษา</p>	<p>โลหิตสูงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 230.55 ต่อแสนประชากร</p> <p>6.ผู้ป่วย DM ที่ Re-admit ด้วยโรคเบาหวานหรือภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานภายใน 28 วันน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 37</p> <p>7.ผู้ป่วย HT ที่ Re-admit ด้วยโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงภายใน 28 วันน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 6.1</p> <p>8. อัตราความพึงพอใจต่อการรับบริการผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 80</p> <p>1.อุบัติการณ์การเสียชีวิตของผู้ป่วยภายใน 48 ชม. หลังรับไว้</p> <p>1.อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (SSI , CAUTI , Phlebitis , แผลฝีเย็บ , สะดือ , การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ , แผลกดทับ)</p> <p>2.อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2-4 ร้อยละ 0</p> <p>3.อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาระดับ C-D ไม่เกิน 0.5 ต่อพันวันนอน</p>
---	--	---

<p>4.4 การได้รับยาตามแผนการรักษา</p> <p>5.ประเมินซ้ำ</p> <ul style="list-style-type: none"> - เฝ้าระวัง - รายงานแพทย์ - การตรวจเยี่ยม - ปรับแผนการพยาบาล - การให้ข้อมูลผู้ป่วย /ญาติ <p>6. กิจกรรมชุมชน</p> <ul style="list-style-type: none"> - บันทึก - ให้ข้อมูล/สุศึกษา - วางแผนจำหน่าย <p>7.การจำหน่าย</p> <p>7.1เตรียมการดูแลที่บ้าน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง HT , DM - ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพ เช่น CVA <p>7.2 ส่งต่อ</p> <p>7.3 นัดติดตาม</p> <p>7.4 เรียกชำระเงิน</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตามแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้ และมีการปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยครบถ้วน - การบันทึกทางการพยาบาลที่ครอบคลุมครบถ้วน - ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลสุขภาพตนเองภายหลังจำหน่ายได้ - ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ - ผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่องได้รับการส่งต่อ PCU 	<ul style="list-style-type: none"> - อัตราความสำเร็จของการบันทึกเวชระเบียนมากกว่าร้อยละ 65 1.อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันด้วยโรคเดิม 2.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน
--	---	--

กระบวนการงานหลัก (Top- Down Flow Chart)

ติดผู้ป่วยใน



3. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน² (Performance Indicator)

ชื่อตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน		
		ปี 2551	ปี 2552	ปี 2553
1. อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2-4 ของผู้ป่วยที่นอนรักษาในโรงพยาบาล	0 ต่อ 1000 วันนอน	0	0	0 (ข้อมูลถึง กพ.53)
2. อัตราการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ จาก การคาสายสวนปัสสาวะ	0 ต่อ 1000 วันนอน	0	0	0 (ข้อมูลถึง กพ.53)
3. อัตราหน่วยบริการพยาบาลมี PRODUCTIVITY ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่ต่ำกว่า 90% และไม่เกิน 110%	NA	NA	กำลังดำเนินการ
4. ร้อยละหน่วยงานบริการย่อยของกลุ่มการพยาบาลบรรลุเกณฑ์ตัวชี้วัดมาตรฐานคุณภาพของสำนักการพยาบาลระดับ 3 ขึ้นไป	ระดับความสำเร็จของการดำเนินการระดับ 3 ขึ้นไปอย่างน้อยร้อยละ 70 ของหน่วยงานทั้งหมด	NA	16.66	16.66 (ข้อมูลรอบที่ 1)
5. อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน	มากกว่าร้อยละ 65	NA	NA	กำลังดำเนินงาน
6. อัตราความพึงพอใจต่อการรับบริการผู้ป่วยใน	มากกว่าร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 88	ร้อยละ (ข้อมูลถึง กพ. 53)
7. อัตราการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ระดับ 3-5 (Phlebitis)	0 ต่อ 1000 วันนอน	0	0	0 (ข้อมูลถึง กพ.53)

² นำเสนอกราฟแสดงข้อมูลตัวชี้วัดสำคัญ (ก) ตัวชี้วัดของหน่วยงานที่สอดคล้องกับเป้าหมายของหน่วยงานและมีการติดตามวัดผลอย่างต่อเนื่อง (พร้อมคำอธิบายการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นประกอบภาพอย่างสั้นๆ) (ข) ข้อมูลผลการพัฒนาตามโครงการสำคัญในรอบ 2-3 ปีที่ผ่านมา

4. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

4.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว³)

กิจกรรมทบทวนคุณภาพ

1. การทบทวนความคิดเห็น/คำร้องเรียนของผู้รับบริการ

วิธีการ

ทบทวนผ่านช่องทาง

1. ผู้รับข้อคิดเห็นและข้อร้องเรียน
2. แบบประเมินความพึงพอใจผู้ป่วยใน

ผู้ร่วมทบทวน

- ทีมพยาบาล
- เกสัชกร
- แม่ครัว
- ฝ่ายบริหาร

ประเด็นทบทวน

1. อาหารรสชาติไม่ถูกปากสำหรับผู้ป่วยบางคน เช่น อาหารมือเช้า จะเป็นข้าวต้มทุกวัน บางครั้งใช้ข้าวเก่าที่เหลือจากวันก่อนมาใช้ต้มให้กับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยที่นอนนานจะเกิดอาการเบื่ออาหารที่ซ้ำซาก
2. แม่ครัวพูดจาไม่ไพเราะ ชอบด่าญาติและผู้ป่วยเวลาถึงมืออาหาร เช่น การเร่งรัดให้ผู้ป่วยกินอาหาร การเก็บถาดอาหาร
3. ไม่พึงพอใจในความไม่สะดวกสบายและความสะอาดของห้องพิเศษ (ผู้ประเมินเป็นสิทธิ์เบิกได้จากบุตรที่เป็นข้าราชการ)

การดำเนินการ

1. นำข้อร้องเรียนเสนอต่อคณะกรรมการความเสี่ยง เพื่อเข้าสู่กระบวนการของทีม สรุปผลได้ดังนี้
 - มีนโยบายให้แม่ครัวทำอาหารมือเช้าที่หลากหลาย หรือถ้าวันไหนที่เป็นข้าวต้ม ให้ทำขึ้นใหม่ๆ ทุกๆ วัน
 - ปรับปรุงพฤติกรรมบริการของแม่ครัว เน้นการพูดจาให้ไพเราะและการให้ข้อมูลของการกินอาหารและการจัดเก็บถาดอาหาร โดยการแจ้งให้ผู้บังคับบัญชาทราบถึงพฤติกรรม
 - เมื่อผู้ป่วยรับประทานอาหารเสร็จให้นำถาดอาหารมาจัดเก็บในกล่องที่จัดเตรียมไว้ให้ ที่โต๊ะข้างห้องพิเศษ 4
2. แจ้งพนักงานทำความสะอาดให้รับทราบและดำเนินการ

³ สรุปความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพที่สำคัญในช่วงเวลาที่ผ่านมา อย่างสั้นๆ ประมาณ 5 บันทัดถึงครึ่งหน้า ระบุแนวคิด ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และวิธีการทำงานสำคัญที่เป็นข้อสรุปจากการพัฒนา

ผลลัพธ์

- 1.แม่ครัวทำข้าวต้มใหม่ๆทุกเช้า
- 2.แม่ครัวพูดจาไพเราะมากขึ้น มีที่วางถาดอาหารหลังผู้ป่วยทานอาหารเสร็จคือเอาใส่ในกล่องมีฝาปิดบนโต๊ะระหว่างห้องพิเศษ 4 และ 5
3. พนักงานทำความสะอาด ทำความสะอาดห้องพิเศษทุกวันแม่จะไม่มีการใช้บริการก็ตาม

2.การค้นหาและป้องกันความเสี่ยง

วิธีการ

ทบทวนทุกครั้งที่พบความเสี่ยง

ผู้ร่วมทบทวน

- ทีม RM , ENV ร่วมกับ พยาบาลประจำตึก

1. เสี่ยงต่อการเกิดไฟช็อต ไฟไหม้

สาเหตุ

- มีอุปกรณ์ไฟฟ้ามากและใช้ไฟฟ้าตลอดเวลา
 - มีวัสดุ อุปกรณ์ที่เป็นเชื้อเพลิง
2. เสี่ยงต่อความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินเพราะโรงพยาบาลมีเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์หลายชนิดและมีการใช้งานตลอดเวลา

การดำเนินการ

1. คณะกรรมการ RM และคณะกรรมการ ENV ทบทวนแผนป้องกันและระงับอัคคีภัยเพื่อให้เหมาะสมกับสภาพปัจจุบัน ประชุมชี้แจงแก่บุคลากรทุกคน
2. ดำเนินการ / จัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ให้เพียงพอ พร้อมใช้ตามแผนป้องกันและระงับอัคคีภัย
 - จัดทำป้ายทางหนีไฟ
 - ถังดับเพลิง
3. แผนกซ่อมบำรุงสำรวจวัสดุอุปกรณ์ไฟฟ้าที่จำเป็นต้องต่อสายดิน

ผลลัพธ์

- 1.มีการซ้อมแผนอัคคีภัย
- 2.มีแผนอัคคีภัยของโรงพยาบาลและหน่วยงาน
- 3.มีคู่มือการใช้และการบำรุงรักษาอุปกรณ์การแพทย์
- 4.มีการติดสายดินกับอุปกรณ์ในจุดเสี่ยงเช่น เครื่องทำน้ำอุ่น เครื่องทำความเย็นน้ำดื่ม

3.การเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา

วิธีการ

ทบทวนทุกรายที่เกิดความคลาดเคลื่อน

ผู้ร่วมทบทวน

- ทีมการพยาบาล
- เภสัชกร
- แพทย์

ประเด็นที่ทบทวน

3.1จากการทบทวนการเฝ้าระวังการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา โดยการเขียนรายงานความเสี่ยง และรายงานในแบบฟอร์ม Medication error พบว่าทางห้องยา

- จ่ายยาไม่ตรงกับผู้ป่วย
- จ่ายยาผิดจำนวน/ปริมาณ
- จ่ายยาไม่ครบ / เกินขนาด ให้กับผู้ป่วยใน แต่ไม่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย

การวิเคราะห์สาเหตุ/ปัญหา

- ห้องยาจัดยาตามใบสั่งยาผู้ป่วยใน อาจไม่มีการตรวจรับจาก Order แพทย์ซ้ำใน Chart ผู้ป่วย
- ในช่วงเวลาเบิกยา/จัดยาของผู้ป่วยใน อาจจะตรงกับเวลาที่ผู้ป่วยนอกมาขึ้นรับยา เป็นผลให้อาจมีการผิดพลาดในการจัดจ่ายยา และอาจเกิดความล่าช้าในการจัด-จ่ายยา

การปรับปรุง

- ควรมีการ Re-check ยาตาม Order แพทย์ในChart ผู้ป่วยในแต่ละวัน โดยไม่ยึดตามใบสั่งยาผู้ป่วยใน (ใบ Med ที่พยาบาล key)
- หลังจากจัดยาตาม Order แพทย์ในChart ผู้ป่วยในแต่ละวันแล้ว ควรมีเภสัชกรตรวจเช็คความถูกต้องอีกครั้ง

ผลลัพธ์

- ไม่มีการจ่ายยาผิดจำนวน/ปริมาณ จ่ายยาไม่ครบ/เกินขนาด จากห้องยาให้กับผู้ป่วย โดย 2 ครั้งแรกจะมีการ check order ซ้ำที่ ward (คน key order และ ผู้ตรวจสอบ) ที่ห้องยา 2 รอบ (ผู้จัดยาและผู้จ่ายยา) และตอนที่นำส่งยามาจากห้องยาอีก 1 รอบ (ผู้รับยาใน ward)
- แพทย์ได้เปลี่ยนการสั่ง order จากลายมือเป็นการพิมพ์คอมพิวเตอร์เพื่อลด Med Error และพิมพ์ order แต่ละผู้ป่วยออกเป็น 2ใบ เพื่อแนบกับ chart ผู้ป่วยและอีกใบส่งให้ห้องยา กรณีถ้ามีการสั่ง Lab จะพิมพ์เพิ่มอีก 1ใบ เพื่อให้ห้องLab เพื่อผู้ป่วยจะได้รับการรักษาตาม order ครบถ้วน

3.2 การแจกยาผิดคน

ตัวอย่าง

ในช่วงที่มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ห้องพิเศษ 3 และห้องพิเศษ 4 พยาบาลเวร ได้แจกยาหลังอาหารให้กับผู้ป่วยทั้ง 2 ห้องสลับกัน แต่ผู้ป่วยยังไม่ยอมทานยาจน 8 โมงเช้า ผู้ป่วยได้ถือแก้วยาออกมาให้พยาบาลเวรเช้านดู และถามว่า หมอเพิ่มยาให้รีเปลา มียาเพิ่มขึ้น ไหมแน่ใจจึงยังไม่ได้ทานยา

การวิเคราะห์สาเหตุ/ปัญหา

- อาจมีความผิดพลาดระหว่างการนำยาแต่ละแก้วไปให้กับผู้ป่วยทั้งสองห้อง คือ สลับแก้วยา สลับผู้ป่วย
- อาจไม่มีการ Re-check ยาตาม Order แพทย์ใน Chart ผู้ป่วยซ้ำ

การปรับปรุง

- พยาบาลในแต่ละเวร ควร Re-check ยาตาม Order แพทย์ใน Chart ผู้ป่วยซ้ำทุกครั้งก่อนมีการจัด แจกยาให้ผู้ป่วย
- การจัดแจกยาให้กับผู้ป่วยควรยึดหลัก 6R

ผลลัพธ์

- ไม่มีการแจกยาผิดให้กับผู้ป่วย
- มีรถเงินแจกยา โดยจัดยาผู้ป่วยใส่ใน lock ยา 1 คน ต่อ 1 lock และห้องยาได้จัดยาผู้ป่วยแต่ละคนให้เป็นเวลา เช่น มียาหลายชนิดจัดเอาไว้ในกล่องเดียวกันกินเวลาเดียวกัน
- จัดยาในแต่ละครั้งจัดให้ผู้ป่วย 1 คน แล้วนำไปให้ และค่อยกลับมาจัดยาให้ผู้ป่วยคนต่อไป
- พยาบาลเวรทุกเวรเมื่อ check ยาระหว่าง order กับใบ Medication record พร้อมกับการลงชื่อเป็นผู้ตรวจสอบในส่วนล่างของใบ Medication record ทุกเวร

4. การทบทวนการใช้ทรัพยากร

วิธีการทบทวน

ทบทวน โดยการสำรวจอุปกรณ์ใน set ต่างๆ

ผู้ร่วมทบทวน

- พยาบาล IC ร่วมกับทีม IC

เหตุการณ์/ประเด็นที่ทบทวน

- การใช้ Gauze และสำลีใส่ใน set sterile ต่าง ๆ มากเกินความจำเป็น เมื่อปนเปื้อนสารคัดหลั่งจำเป็นต้องทิ้ง
- เติมน้ำยาลงใน Set มากเกินความจำเป็น

วิเคราะห์สาเหตุปัญหา

- กลัวว่า Gauze และสำลีที่ใส่ใน set sterile จะไม่เพียงพอต่อการทำหัตถการในแต่ละครั้ง
- ขาดการประเมินผู้ป่วยก่อนจัดเตรียม Set และเติมน้ำยาต่างๆลงใน Set ก่อนการทำหัตถการแต่ละครั้ง

การปรับปรุง

- ควรมีการประเมินผู้ป่วยก่อนจัดเตรียม Set ในการทำหัตถการทุกครั้ง เพื่อจะได้เตรียม Gauze สำลี และ น้ำยาต่างๆ ให้เพียงพอและพอดีสำหรับทำหัตถการในแต่ละ Case
- จัดทำคู่มือการจัดเตรียมอุปกรณ์ใน set ที่ใช้บ่อยไว้

ผลลัพธ์

1. มีคู่มือการจัดเตรียมอุปกรณ์ใน set ที่ใช้บ่อยไว้
2. มีรายการอุปกรณ์ใน set คิดไว้หน้า set ที่ส่งนึ่ง
3. ลดการใช้ gauze สำลี และน้ำยาต่างๆ

4.2. การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างการดำเนินการ

การพัฒนาคุณภาพ/กิจกรรม

1. พัฒนาคุณภาพอัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

วิธีดำเนินการ

- ตรวจสอบเวชระเบียนโดยใช้แบบประเมิน QA
- แจ้งผลการตรวจสอบแก่เจ้าหน้าที่เพื่อปรับปรุงการบันทึก

ผลลัพธ์

- การสื่อสารข้อมูลชัดเจน ลดความซ้ำซ้อนของการบันทึก
- ผลคะแนนการตรวจเวชระเบียนอยู่ในเกณฑ์ดี

ปัญหาและอุปสรรค

มีการพัฒนาระบบเวชระเบียนอยู่เรื่อยๆซึ่งเวชระเบียนบางรายการยังมีความซ้ำซ้อน

2. พัฒนาการจัดหาเครื่องมือทางการแพทย์ที่จำเป็นให้เพียงพอใช้ในหน่วยงาน

วิธีดำเนินการ

- สำรวจอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นต้องใช้ในหน่วยงาน
- เขียนแผนจัดซื้อเสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติจัดซื้อ

ผลลัพธ์

- มีเครื่องมือทางการแพทย์ที่จำเป็นใช้ ประจำอยู่ที่หน่วยงาน

ปัญหาและอุปสรรค

- อุปกรณ์ทางการแพทย์บางอย่างมีราคาแพง ไม่สามารถจัดซื้อได้ทันทีที่ต้องรองรับปริมาณในปีต่อไป

3. พัฒนาการทบทวนการส่งต่อขอย้ายปฏิเสธการรักษา

วิธีดำเนินการ

- มีการทบทวนการส่งต่อ ขอย้าย ปฏิเสธการรักษาผู้ป่วยในรายที่มีปัญหา
- ในกรณีผู้ป่วยต้องการไปตรวจกับแพทย์เฉพาะทาง ได้รับการส่งต่อไปตรวจตามความต้องการ ตาม

สิทธิบัตร

ผลลัพธ์

- ได้แนวทางในการปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย
- ผู้รับบริการได้รับความพึงพอใจในระบบการส่งต่อ
- ได้แนวทางปฏิบัติในกรณีผู้ป่วยขอย้าย ปฏิเสธการรักษา

4. การสำรวจความพึงพอใจผู้รับบริการ

วิธีดำเนินการ

- ให้ผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาล 3 วันเป็นต้นไปทุกราย ประเมินความพึงพอใจต่อการรับบริการ

ผลลัพธ์

ร้อยละของความพึงพอใจ มากกว่า 80

ปัญหาและอุปสรรค

ผู้ป่วยบางรายอ่านหนังสือไม่ออก บางรายไม่เข้าใจคำถาม ทำให้ได้ข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน อาจทำให้เข้าใจคำถามคลาดเคลื่อนไป

5. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง⁴

การพัฒนาระบบงานและกิจกรรมพัฒนาคุณภาพซึ่งกำลังดำเนินการหรือมีแผนจะดำเนินการต่อไป

การพัฒนาระบบงานและกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ	แผนที่จะดำเนินการต่อไป
<p>1.การทำ Discharge Plan ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง</p> <ul style="list-style-type: none"> - DM (Hypo-Hyperglycemia) - HT - COPD - TB - CVA / Stroke 	<ol style="list-style-type: none"> 1.จัดทำแผนการให้คำแนะนำ 2.จัดทำเอกสาร ,แผ่นพับ 3.ประเมินผลการทำงานและมีการปรับปรุงเป็นระยะ 4.ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง 5. สรุปผลการดำเนินงาน
<p>2.กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ / ให้สุขศึกษา</p> <p>วันจันทร์ ให้สุขศึกษาเกี่ยวกับโรคต่างๆ</p> <p>ตามการวินิจฉัยผู้ป่วยที่ admit</p> <p>วันพุธ แนะนำเกี่ยวกับสุขภาพจิต</p> <p>ออกกำลังกาย</p> <p>วันศุกร์ แนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา</p> <p>*** ช่วงบ่ายของทุกวัน สอน Hygiene Care เน้นเรื่องการดูแลความสะอาดร่างกายหัวจรดเท้า</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.ประสานงานกับทีมที่เกี่ยวข้อง 2.จัดตารางในการทำกิจกรรม 3.กำหนดผู้รับผิดชอบในแต่ละวัน 4. ดำเนินการตามแผนที่วางไว้ 5.ประเมินผลการทำงานร่วมกันกับทีม 6.ปรับปรุงผลการทำงาน 7.ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง 8.สรุปผลการดำเนินงาน
<p>3. การส่งต่อและติดตามเยี่ยมหลังการจำหน่ายผู้ป่วยโรคเรื้อรัง</p> <ul style="list-style-type: none"> - DM (Hypo-Hyperglycemia) - HT - COPD - TB - CVA / Stroke 	<ol style="list-style-type: none"> 1.ประสานงานกับทีมที่เกี่ยวข้อง 2.จัดทำแบบฟอร์มการดูแลส่งต่อและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน 3.จัดทำแผนการส่งต่อและติดตามเยี่ยมบ้านโดยประสานกับทีม HHC 4.ประเมินผลการทำงานร่วมกันกับทีม 5.ปรับปรุงผลการทำงาน 6.ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง 7.สรุปผลการดำเนินงาน

--	--