

# SERVICE PROFILE

งานผู้ป่วยใน



กลุ่มการพยาบาล

โรงพยาบาลพรหมพิราม



## Service Profile

## งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพรหมพิราม

วันที่ปรับปรุง : 1 เมษายน 2568

## 1. บริบท

## ก. หน้าที่และเป้าหมาย

หน้าที่ : ให้บริการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ตลอด 24 ชั่วโมง ตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่มีคุณภาพ และปลอดภัย มีการส่งเสริมศักยภาพในการดูแลตนเอง และได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

เป้าหมาย(goal) : ผู้รับบริการได้รับการดูแลรักษาอย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย พึงพอใจ และได้รับการส่งเสริมศักยภาพในการดูแลตนเองและดูแลต่อเนื่อง บุคลากรได้รับการพัฒนาด้านวิชาการ ความรู้ ทักษะ มีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย มีสุขภาพดี มีความพึงพอใจในงาน และเป็นหน่วยงานที่มีพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง

## ข. ขอบเขตของการจัดบริการ

1. ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง
2. จัดบริการหอผู้ป่วย 2 หอ จำนวน 66 เตียง ได้แก่ หอผู้ป่วยชายและหอผู้ป่วยหญิง แต่ละหอผู้ป่วย มีจำนวนเตียง 33 เตียง แบ่งเป็นผู้ป่วยรวม 20 เตียง, ห้องแยกโรค 4 เตียง, พิเศษรวม 3 เตียงและพิเศษเดี่ยว 6 ห้อง มีห้องแยกผู้ป่วย Modify AIR จำนวน 1 ห้อง และ ห้องแยกที่มีระบบระบายอากาศ จำนวน 4 ห้อง (จำนวนเตียงตามกรอบของ รพ. =50 เตียง)
3. ดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยทั่วไปที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลทุกแผนก (ยกเว้นผู้คลอด) มีแพทย์เฉพาะ สาขาเวชปฏิบัติครอบครัว 3 คน
4. ดูแลส่งต่อกรณีเกินขีดความสามารถ
5. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย, งาน Home health care และบริการ Home ward
6. การสนับสนุนด้านวิชาการ การเป็นแหล่งฝึกงาน
7. การติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล

## ข้อจำกัดของศักยภาพโรงพยาบาล

สามารถให้บริการผู้ป่วยตามศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 มีข้อจำกัดคือ ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง ไม่มีหอผู้ป่วยหนัก กรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะวิกฤติต้องประสานงานและส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์

## ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ

ความต้องการของผู้รับบริการในโรงพยาบาล :

## 1. ลูกค้ายาภายนอก

กลุ่ม	ความต้องการที่สำคัญ
ผู้ป่วย	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ได้รับการดูแลด้วยความเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดจากแพทย์และทีมสหวิชาชีพ ได้รับข้อมูลด้านการรักษา การดูแลตนเองด้วยวาจาสุขภาพ หาย/อาการทุเลาจากการเจ็บป่วยโดยเร็วและไม่มีภาวะแทรกซ้อน</li> <li>2. เมื่อมีปัญหาหรือต้องการความช่วยเหลือได้รับการรักษา ได้รับการดูแล และส่งต่อเพื่อการรักษาที่ดีขึ้น ทันเวลา</li> <li>3. ได้รับการเคารพในสิทธิผู้ป่วย</li> <li>4. มีห้องพักรักษาผู้ป่วยที่สะอาด มีสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆเพียงพอพร้อมใช้ มีความปลอดภัย</li> </ol>
ญาติผู้ป่วย/ ผู้ดูแลผู้ป่วย	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ได้รับทราบข้อมูลการรักษาพยาบาล และ ภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วย คำแนะนำต่างๆ เช่น สถานที่ ระเบียบปฏิบัติต่างๆ การบริการที่ได้รับ สิ่งที่ควรปฏิบัติเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยทั้งในระยะที่เข้ารับการรักษาและหลังจำหน่าย</li> </ol>

	2. ได้รับความบริการที่สะดวก รวดเร็ว เป็นกันเอง เจ้าหน้าที่ยิ้มแย้มแจ่มใส ตอบข้อซักถามที่สงสัย พุดด้วยความสุภาพ
ผู้มาติดต่อ ราชการ	1. เจ้าหน้าที่ยิ้มแย้มแจ่มใส 2. ได้รับข้อมูล และบริการสะดวก รวดเร็ว

## 2. ความต้องการของลูกค้าภายใน

กลุ่ม	ความต้องการที่สำคัญ
แพทย์	ปฏิบัติตามคำสั่งการรักษาอย่างถูกต้อง มีการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลง และรายงานปัญหาให้ทราบในเวลาที่เหมาะสม รวมทั้งติดตามผลการชันสูตรต่างๆ รวดเร็ว ครบถ้วน เตรียมอุปกรณ์ช่วยแพทย์ในการทำหัตถการถูกต้อง ครบถ้วน และมีทีมในการช่วยฟื้นคืนชีพ รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ
ทันตแพทย์/ กลุ่มงานทันตกรรม	ระบุชื่อทันตแพทย์เจ้าของไข้ลงในแฟ้มประวัติ ประสานงานแจ้งเคสในกรณีผู้ป่วยที่ต้องการ consult ทางทันตกรรม ส่งผู้ป่วยไปรับบริการตรงเวลา อธิบายหรือให้ข้อมูลการดูแลตนเองให้ผู้ป่วยทราบ และสอบถามเมื่อไม่เข้าใจ ศัพท์ทางทันตกรรม และ จำหน่ายผู้ป่วยเมื่อทันตแพทย์เจ้าของไข้อนุญาต
เภสัชกร/กลุ่ม งานเภสัชกรรม	1. ส่งใบเบิกยาถูกต้องทันเวลาระบุชื่อผู้ป่วยชัดเจนและผู้ป่วยจำหน่ายมีใบ Order และยาเดิมไปรับยาทุกครั้ง 2. ปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยาตามที่ทีม PTC และงานเภสัชกรรมกำหนด ได้แก่ มีระบบการหมุนเวียนใช้ยาแบบ first in first out มีระบบ Double check ยา มีการจัดเก็บยาตามมาตรฐาน ปฏิบัติตามแนวทางตามจุดเน้นด้านการบริหารยา ได้แก่ High alert drugs , medication reconciliation, Look-Alike Sound-Alike Medication Names, การแพ้ยา เขียนบันทึกเมื่อพบความคลาดเคลื่อนทางยา และประสานขอคำปรึกษาด้านยาเมื่อพบปัญหาการใช้ยา 3. เขียนเบิกน้ำยา ส่งใบเบิก และรับของตามวัน เวลาที่กำหนด
กลุ่มงานการ จัดการ	1. ส่งเบิก OT ก่อนวันที่ 10 ของทุกเดือน 2. แจ้งขอใช้ห้องประชุมล่วงหน้าในระบบออนไลน์ 3. เขียนแจ้งความจำเป็นการไปอบรม ประชุม ศึกษาดูงานถูกต้อง ทันเวลา 4. ปฏิบัติงานตรงเวลา สแกนลายนิ้วมือก่อนและหลังปฏิบัติงานทุกครั้ง ตรงเวลา 5. การส่งเอกสารเพื่อถ่ายสำเนา หรือ copy print ตามกำหนดเวลา 6. ส่งใบเบิกของพัสดุต่างๆตามวันเวลาที่กำหนดไว้ เเบิกของใช้ให้เพียงพอในแต่ละรอบของการเบิก
งานซ่อมบำรุง	1. การส่งซ่อมให้ส่งรายการซ่อมในระบบออนไลน์ มีการบันทึกรายละเอียดครบถ้วน 2. ควรจัดทำคู่มือการใช้เครื่องมือต่างๆให้ถูกต้อง 3. ตรวจสอบ บำรุงรักษาเครื่องมือตามมาตรฐาน
งาน ยานพาหนะ	1. เขียนขอใช้รถเมื่อไปราชการ 2. โทรประสานเมื่อมีการส่งต่อผู้ป่วยทั้งในและนอกเวลาราชการเพื่อจัดรถให้ โดยเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเรียกรถ เมื่อ พชร.ไปรับผู้ป่วยให้ระบุเตียงผู้ป่วยและช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วย 3. ให้มีการรักษาพยาบาลที่ดีขณะส่งต่อผู้ป่วย เพื่อผู้รับบริการปลอดภัยและเกิดความประทับใจ
ชั้นสูตร	1. เก็บสิ่งส่งตรวจ เขียนใบ พร้อมลงสมุดส่งให้ถูกต้อง ครบถ้วน คีย์ส่งข้อมูลในโปรแกรมบริการ 2. ติดตามผล LAB และรายงานแพทย์ LAB วิกฤติ
เอกซเรย์	1. ส่งผู้ป่วยไปเอกซเรย์พร้อมเวชระเบียน และมีจนท. ดูแลผู้ป่วยกรณีผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อย หรืออยู่ในภาวะวิกฤตอาจมีปัญหาที่ต้องช่วยแก้ไข คีย์คำสั่งแพทย์ในโปรแกรมบริการก่อนส่งผู้ป่วยทุกครั้ง ตรวจสอบผู้ป่วยให้ถูกต้อง 2. กรณีส่งผู้ป่วยไปรักษาที่อื่น ต้องนำผลเอกซเรย์ไปด้วย ให้ประสานและแจ้งงานเอกซเรย์ทราบเพื่อดำเนินการ 3. กรณีใช้ portable ให้โทรประสาน พร้อมคีย์คำสั่งการรักษาในโปรแกรมบริการ ระบุความเร่งด่วน

กลุ่ม	ความต้องการที่สำคัญ
เวชปฏิบัติ ครอบครัวและ ชุมชน	1.รายงานทางระบาดวิทยาตามแนวทางที่กำหนดเมื่อพบโรคที่ต้องรายงาน มีข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์ 2.มีการประสานงานเพื่อส่งต่อข้อมูลเพื่อการวางแผนการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขา 3.การส่งข้อมูลผู้ป่วยเพื่อเยี่ยมและวางแผนจำหน่ายออกจาก รพ.
แพทย์แผนไทย	1.โทรแจ้งก่อนส่งผู้ป่วยไปรับบริการแพทย์แผนไทย พร้อมประวัติผู้ป่วย 2.ประสานงานส่งข้อมูลที่ครบถ้วน กรณีผู้ป่วยที่แพทย์ต้องการปรึกษาแพทย์แผนไทย
งานผู้ป่วยนอก	1.พยาบาลกระตือรือร้นรับผู้ป่วย เตรียมเตียงให้พร้อมรับผู้ป่วยเมื่อแจ้ง เมื่อส่งผู้ป่วยถึงตึกให้แจ้งเตียงที่ผู้ป่วยต้องนอน ช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วยลงเตียง 2.ส่งคืนเวชระเบียนตามระบบเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากงานผู้ป่วยใน และมีการสืบค้นเวชระเบียนที่รวดเร็วในกรณีผู้ป่วยนัดหลังจำหน่ายและยังไม่ได้ส่งคืนเวชระเบียน 3.ข้อมูลในบัตรนัดมีความถูกต้อง ชัดเจน ระบุแพทย์ถูกต้อง
งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน	1.รับผู้ป่วย admit ได้ตลอดเวลา มีการเตรียมความพร้อมเพื่อรอรับผู้ป่วย 2.โทรแจ้งล่วงหน้าเมื่อมีการส่งผู้ป่วยทำหัตถการ 3.ช่วยเหลือเมื่อ ER มีผู้ป่วยจำนวนมาก หรือเมื่อมีการขอสนับสนุนอัตรากำลัง
งานโภชน ศาสตร์	1.แจ้งยอดอาหารให้ตรงตามจำนวนผู้ป่วย ระบุอาหารพิเศษ อาหารปั่น 2.ช่วยตรวจสอบความถูกต้องของอาหารที่จัด
งานซักฟอก	1.ใช้ผ้าอย่างถูกชนิด 2.แกะปมผ้าปูที่นอนทุกครั้งที่ซัก แยกผ้าเปื้อนให้ถูกต้อง ใส่ถุง ให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ไม่มีสิ่งของแปลกปลอมปะปนในถังผ้าเปื้อน 3.ดูแลการใช้ผ้าไม่ให้สูญหาย ชำรุด 4.ลอกกระดาษ Autoclave ออกจากผ้าห่อ SET ทุกครั้ง
งานจ่ายกลาง	1.เตรียมส่งของนิ่งและแลกรของตามเวลา ถูกต้อง 2.แจ้งล่วงหน้าเมื่อมีผู้ป่วยใช้เครื่องมือหรือของนิ่งเป็นพิเศษ 3.เขียนฉลากที่ขวดเวลาส่งหนึ่งด้วยว่าขวดนั้นๆใช้สำหรับบรรจุอะไร เช่น ไม้พันสำลี หรือ ก้อนเล็ก 4.ตรวจสอบความถูกต้องของอุปกรณ์ทั้งส่งและรับ ลดการ Stock ที่ไม่จำเป็น
งานประกัน สุขภาพ	1.ส่งตรวจสอบสิทธิผู้ป่วยให้ถูกต้อง ประสานความเข้าใจการเลือกใช้สิทธิของผู้ป่วย เพื่อให้ถูกต้องตามสิทธิและถูกต้องในการเรียกเก็บเงิน 2.ลงรหัส DRGs ถูกต้อง ครบถ้วนและเสร็จเรียบร้อยทันเวลา ส่งคืนเวชระเบียนทันกำหนด 3.ทำเอกสารส่งเบิกกรณีผู้ป่วยข้ามเขต ผู้ป่วยประกันสังคม ผู้ป่วย พรบ. เรียบร้อย ถูกต้อง
งานยุทธ ศาสตร์และ คอมพิวเตอร์	1.ดูแลคอมพิวเตอร์ประจำจุดให้สามารถใช้งานได้มีประสิทธิภาพ ไม่ปฏิบัตินอกกฎเกณฑ์ที่วางไว้ 2.เมื่อพบคอมพิวเตอร์ขัดข้อง ให้แจ้งซ่อมในระบบออนไลน์ 3.การส่งข้อมูลรายงานครบถ้วน ทันเวลา 4.กรณีขอข้อมูลสารสนเทศให้ระบุความต้องการที่ชัดเจน

#### ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

1. ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ตามมาตรฐาน ปลอดภัย ต่อเนื่อง พึงพอใจ
2. ผู้ให้บริการมีความรู้ ทักษะ สมรรถนะที่ดีในการดูแลผู้ป่วย มีความพึงพอใจในงาน

#### จ. ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ

- ความท้าทาย

1. ผู้รับบริการในกลุ่มโรควิกฤติ ให้ได้รับการประเมินและดูแลรักษาตามระบบ Fast track ได้แก่ Sepsis , Stroke , ACS, Head Injury
2. ผู้รับบริการปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาล ได้แก่ อุบัติการณ์ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่คาดคิด, อุบัติการณ์ผู้ป่วยได้รับการระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด, อุบัติการณ์ผู้ป่วยพลัดตก หกล้ม, อัตราการติดเชื้อทางหลอดเลือดดำ, อัตราการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ, อัตราการติดเชื้อMDR ในโรงพยาบาล, อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา
3. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการส่งเสริมสุขภาพ วางแผนจำหน่าย และได้รับการดูแลต่อเนื่อง ได้แก่ อัตราการวางแผนจำหน่ายในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน, อัตราการ Re admit ,การดูแลผู้ป่วย Palliative care ,การดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย Intermediate care
4. ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ ได้แก่ อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ และไม่พบข้อร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการ
5. บุคลากรในหน่วยงาน มีความรู้ ทักษะ และสมรรถนะที่ดีในการดูแลผู้ป่วย มีความพึงพอใจในงาน

#### - ความเสี่ยงสำคัญ

1. เหตุการณ์พึงสังวร Sentinel event ได้แก่
  - 1) ผู้ป่วย MI เกิดภาวะ Cardiac arrest
  - 2) ผู้ป่วย Hypo- Hyperkalemia เกิดภาวะ Cardiac arrhythmia
  - 3) ผู้ป่วยเกิดภาวะ Air way obstruction
  - 4) ผู้ป่วยเกิดภาวะ Dyspnea /Cyanosis /Hypoxia
  - 5) ผู้ป่วย COPD,HAP เกิดภาวะ Respiratory Failure
  - 6) ผู้ป่วย Chest pain
  - 7) ผู้ป่วย Head injury ,severe HT เกิดภาวะ Increase intracranial pressure
  - 8) ผู้ป่วย severe sepsis ,DHF ,เกิดภาวะ Shock
  - 9) ผู้ป่วย epilepsy, severe alcohol withdraw ,high fever เกิดภาวะ Seizure
  - 10) ให้เลือดผิด
2. ความเสี่ยงทั่วไป Common risk
  - 1) ลื่นล้ม ,ตกเตียง ,ตกรถเข็น
  - 2) ขงมีค่าสูญหาย
  - 3) ผู้ป่วยและญาติไม่พึงพอใจเรื่องพฤติกรรมบริการไม่เหมาะสม
  - 4) การประสานงาน/ติดต่อระหว่างแผนก /หน่วยงาน (รวมด้านInternet) ล่าช้า , ชัดข้อง ,
  - 5) การเกิดอัคคีภัย
3. ความเสี่ยงทางคลินิก Specific clinical risk
  - 1) ผู้ป่วย Chest pain ,MI เกิดภาวะ Cardiac arrest
  - 2) ผู้ป่วย DMเกิดภาวะ Hypo- Hyperglycemia ,DKA
  - 3) ผู้ป่วย Head injury ,severe HT เกิดภาวะ Increase intracranial pressure
  - 4) ผู้ป่วย severe sepsis ,DHF, Diarrhea ,anaphylactic, heart เกิดภาวะ Shock
  - 5) ผู้ป่วย epilepsy, severe alcohol withdraw ,high fever เกิดภาวะ Seizure
  - 6) ผู้ป่วย COPD,HAP เกิดภาวะ Air way obstruction ,Respiratory Failure
  - 7) ผู้ป่วย Hypo-Hyper natremia เกิดภาวะ Alteration of conscious

4. ความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป (Common Clinical Risk)
  - 1) ผู้ป่วยวิกฤติได้รับการช่วยเหลือล่าช้า
  - 2) ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนติดเชื้อจากการทำหัตถการ ติดเชื้อในโรงพยาบาล
  - 3) ความคลาดเคลื่อนทางยา, สารน้ำ , เลือด , ผู้ป่วยแพ้ยา
  - 4) การได้รับอันตรายจากเข็มทิ่มตำ / เศษแก้ว
  - 5) การเกิดข้อผิดพลาดขณะส่งต่อภายในโรงพยาบาล
  - 6) การเขียนใบนัดผิดพลาดไม่ครบถ้วน
  - 7) ผู้รับบริการได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วน
  - 8) การเกิดความล่าช้าจากอุปกรณ์ เครื่องมือไม่พอใช้
  - 9) ผู้ป่วยบาดเจ็บจากการผูกยึด

ศักยภาพและข้อจำกัดในด้านผู้ปฏิบัติงาน เครื่องมือ เทคโนโลยี :

1. อัตรากำลังไม่เพียงพอ
2. ความพร้อมทางเทคโนโลยีที่มีข้อจำกัด

ประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง :

#### 1. การส่งเสริมสุขภาพเจ้าหน้าที่

1) ข้อจำกัดด้านอัตรากำลัง เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานมากกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ การพักผ่อนไม่เพียงพอ มีความเครียดและความล้าทำงานสะสม

2) บุคลากรมีภาวะ BMI เกินและต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ขาดการออกกำลังกาย

#### 2. การส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วย/ผู้รับบริการ

1) ใช้วิธีการให้สุขศึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อให้ความรู้การดูแลตนเองของผู้ป่วย

2) จากข้อจำกัดด้านอัตรากำลัง สามารถส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยได้บางกลุ่มโรค เช่น ผู้ป่วย Palliative care , ผู้ป่วย IMC โดยร่วมกับทีมสหสาขา

#### 3. การส่งเสริมสุขภาพในชุมชน

1) การส่งข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องให้สถานบริการสาธารณสุขในชุมชน

2) การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยหลังจำหน่าย

#### 4. ประเด็น Holistic Care, Humanized Health Care

1) การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม โดยทีมสหสาขา

2) การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย เช่น การดูแลผู้ป่วย Palliative care , การดูแลผู้ป่วยจิตเวช , ผู้ป่วยพิการ และการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่ไร้ที่พึ่ง เป็นต้น

#### 5. สถิติด้านการบริหารความเสี่ยง : 5.1 การรายงานความเสี่ยงและการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก

ประเภท	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568 (ต.ค.67-มี.ค.68)
การรายงานความเสี่ยงของหน่วยงาน	59	84	31	57	13	32
เชิงรุก ระดับ A	1,580	1,780	1,493	1,734	1792	1269

## High risks ปี 2564-2568

ระดับ	ข้อมูล	การแก้ไข
ปี 2564		
E	2 อุบัติการณ์	
F	2 อุบัติการณ์	
I	1 อุบัติการณ์	
ปี 2565		
E	2 อุบัติการณ์	
F	3 อุบัติการณ์	
G	2 อุบัติการณ์	
H	1 อุบัติการณ์	
I	1 อุบัติการณ์	
ปี 2566		
E	3 อุบัติการณ์	
F	4 อุบัติการณ์	
I	3 อุบัติการณ์	
ปี 2567		
E	1 อุบัติการณ์	
ปี 2668		
I	3 อุบัติการณ์	

## High volumes ปี 2564-2568

ระดับ	ข้อมูล	การแก้ไข
ปี 2564		
CPM205:Medication error : Administration (เกิดข้อผิดพลาด/ อุบัติการณ์ในขั้นตอนการให้ยา)	พบ 7 อุบัติการณ์ 1.พบยาผู้ป่วยเหลือในล๊อคเกอร์ยา จำนวน 3 มีอ-ส่งใบยาRefer ล่าช้า ทำให้keyยาย้อนหลังหลายวัน	การจัดยาตามใบ MAR การตรวจสอบรยา ก่อนส่ง หลังการ refer ให้ส่งใบยา Refer อย่างรวดเร็ว ปรับปรุงระบบการคืนยา กำหนดหน้าที่รับผิดชอบและแนวทางการตรวจสอบ
CPO101:เรื่องอื่นๆ ที่ไม่ใช่ SIMPLE โปรดระบุ ...ไม่คืนยาเดิมผู้ป่วยกรณีกลับบ้าน	พบ 9 อุบัติการณ์ 1ไม่คืนยาเดิมผู้ป่วยจากตึกผู้ป่วยใน กรณีกลับบ้าน	กรณีคนไข้ D/C ต้องตรวจสอบรายการยาคืนให้ครบถ้วนและรวดเร็ว ปรับปรุงระบบการคืนยา กำหนดหน้าที่รับผิดชอบและแนวทางการตรวจสอบ
ปี 2565		
2	Chorhexidine 2% ที่ใช้สำหรับ take H/C และ Dressing IV เหลือเพียง 3 ml ไม่เพียงพอสำหรับการใช้งาน	การเบิก มีการข้อผิดพลาด ส่งเอกสารผิดหน่วยงาน ทำให้ไม่ได้รับของเบิก
C	เวลา 23.00 น. มีเคสใส่ท่อช่วยหายใจ และ notify แพทย์รายงานผล UA WBC 50-100 แพทย์จึง order cef-3 stat จึงใช้ยาของเตียง 20 ก่อน เพราะคนไข้ไป refer รพ.พุทธ และได้ดูจากประวัติแพทย์ผู้ป่วยพบว่าไม่มีประวัติแพ้ยา	การบริหารยานอกเวลาราชการ การติดตามผลตรวจและรายงานแพทย์เจ้าของไข้ให้ทันเวลา

ระดับ	ข้อมูล	การแก้ไข
D	ผู้ป่วยหญิงติดเชื้อCovid-19แพทย์สั่งตรวจUPT 29/07/65 15.30 และมีX-RAY เก็บSpecemen ได้ 30/07/6514.00น.ผล UPT Positive รายงานแพทย์ให้Off X-Ray	แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด19 การพยาบาลผู้ป่วย และการส่ง specimen ตามแผนการรักษา และการรายงานแพทย์
D	ผู้ป่วย ward มา x-ray แล้วมีอาการหน้ามืด วูบ เข้ามาประเมินที่ ER ไม่มีพยาบาล ward มารับกลับ	
D	IPD ไม่มีถึงออกซิเจนสำหรับคนไข้เคลื่อนย้าย	ระบบการเตรียมพร้อมให้มีพร้อมกรณีเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
<b>ปี 2666</b>		
D	นัดผิดพลาด -ผิดวัน -ไม่ตรงวันคลินิก - ส่งLabผิด รวม 9 อุบัติการณ์ จาก 27 อุบัติการณ์	-ตรวจสอบ Order และการนัดผู้ป่วย -การนัดผู้ป่วยหลังจำหน่ายเพื่อติดตามอาการ ให้นำมาที่บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ไม่นัดที่คลินิก โรคเฉพาะ แจ้งเจ้าหน้าที่ทราบ และแพทย์ที่ จำหน่ายผู้ป่วยทราบ
<b>ปี 2667</b>		
	ระหว่างทบทวนเวชระเบียน แพทย์พบว่าเอกสารรีเฟอร์ของคนไข้ AN 660003127 มาอยู่ในเวชระเบียนของคนไข้ AN660003123	
B	แปะสติ๊กเกอร์ชื่อคนไข้ผิดคนในใบ order ของผู้ป่วยใน ใบorder ของเตียง ส212 แต่แปะสติ๊กเกอร์ของเตียง ส215 ตรวจพบโดยเจ้าหน้าที่ห้องยา IPD แต่ว่าความคลาดเคลื่อนยังไม่ถูกส่งไปยังผู้ป่วย	ตรวจสอบ Orderและ สติ๊กเกอร์กับชาร์ตผู้ป่วย ก่อนส่งห้องยา
<b>ปี2568</b>		
D	- นัดผู้ป่วยใส่วันหยุดราชการ(เปลี่ยนสาย NG - ผู้ป่วยไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่ง - พบผลจาก Transpore บาด รวม 6 อุบัติการณ์ จาก 21 อุบัติการณ์	-การนัดผู้ป่วยหลังจำหน่ายไม่นัดผู้ป่วยในวัน หยุดราชการเฉพาะ --ตรวจสอบ Order

#### ฉ. ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ)

- อัตรากำลัง : พยาบาลวิชาชีพ 14 คน , พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ 8 คน , พนักงานประจำตึก 2 คน
- เครื่องมือสำคัญ

เครื่องมือ	จำนวน
EKG	2
Defibrillator	3
Infusion pump	19
Monitor Vital sign	8
Central monitor	1
รถ Emergency พร้อมอุปกรณ์ ยา วัสดุที่จำเป็น	2

เครื่องมือ	จำนวน
ชุดเครื่องตรวจหาคอ จมูก	2
Pulse oximeter	4
Ventilator	1
High Flow Nasal Canula	3

## 3. ปริมาณงาน

ข้อมูล	หน่วย	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568 (ต.ค.67-มี.ค.68)
<b>ข้อมูลทั่วไป</b>							
จำนวนผู้ป่วยใน	ราย	3,480	3,350	3,094	2,796	3,243	1,929
จำนวนวันนอน	วัน	12,051	14,781	16,067	10,033	12,749	6,966
จำนวนเตียงตามกรอบ	-	40	40	50	50	50	50
อัตราการครองเตียง (40-50เตียง)	-	82.54	101.24	88.04	54.98	74.67	76.13
วันนอนเฉลี่ย	วัน	3.46	4.41	5.19	3.59	4.21	15.68
Active Bed	เตียง	33.01	41	35.21	21.99	37.33	28.05
อัตราผู้ป่วยสภาพจำหน่าย : with approve	-	86.24	76.51	85.33	83.91	82.30	90.30
อัตราผู้ป่วยส่งต่อ	-	8.02	16.42	8.37	8.62	8.15	3.47
อัตราการเสียชีวิต	-	3.45	4.51	4.07	5.33	5.52	6.22

ลำดับ	ข้อมูล	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568 (ต.ค.67-มี.ค.68)
1	CMI	0.698	0.725	0.69	0.69	0.67
	การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง - จำนวนผู้รับบริการ					
2	DM	631	575	737	604	407
3	HT	1,157	1,086	1,220	983	680
4	COPD	131	75	128	102	92
5	Asthma	23	30	16	8	24
6	CKD	297	247	268	70	85
	การดูแลผู้ป่วยกลุ่ม โรคติดต่อ -จำนวน ผู้รับบริการ					
7	DHF	42	91	43	8	11
8	TB	81	70	64	35	34
9	HIV	21	26	26	5	6

โรคของผู้ป่วยใน ที่มีความสำคัญ 5 อันดับแรก (ปีงบประมาณ 2563-2568)

ลำดับ	โรค/สาเหตุ					
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568 (ต.ค.67-มี.ค.68)
1	Diarrhea	UTI	Diarrhea	Diarrhea	Diarrhea	Gastroenteritis
2	UTI	COPD	UTI	Sodium Deficiency	Pneumonia	Pneumonia
3	Pneumonia	Sepsis	Electrolyte imbalance	CHF	DM	UTI
4	COPD	Pneumonia	Fever	DM	Gonarthrosis	Heart failure
5	Sepsis	DM	Pneumonia	UTI	UTI	COOPD

## โรคส่งต่อของผู้ป่วยใน 5 อันดับแรก (ปีงบประมาณ 2563-2568)

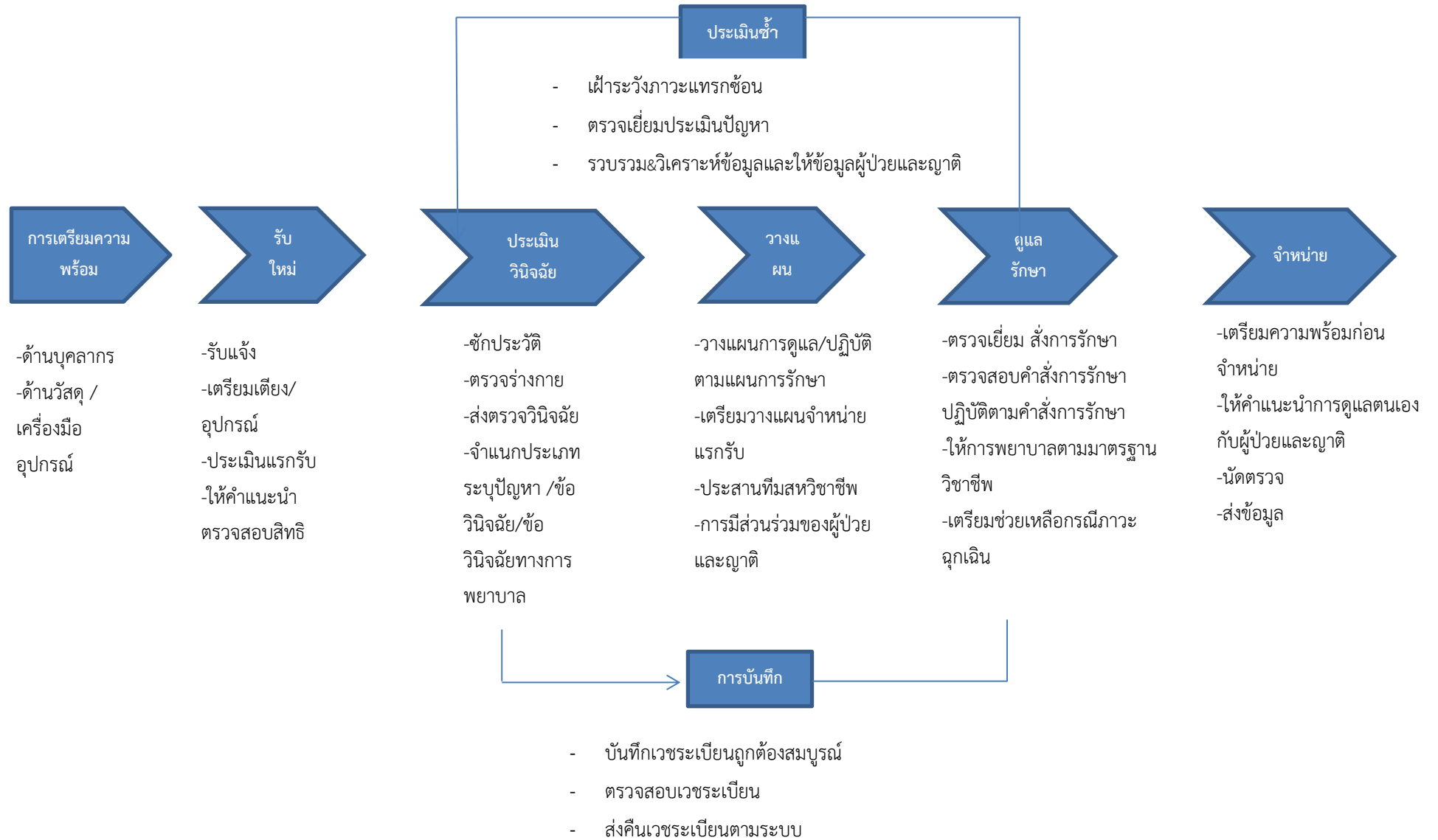
ลำดับ	โรค/สาเหตุ					
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568 (ต.ค.67-มี.ค.68)
1	UTI	Sepsis	Fever	Haematemesis	Pneumonia	Sepsis and septic shock
2	Sepsis	Fever	Sepsis	Septicaemia, (Septic Shock)	GI bleed	Pneumonia
3	Hypoglycemia	UGIH	UTI	Fever, unspecified	AKI	Heart failure
4	Bacterial Infection	UTI	Cellulitis	Congestive heart failure	Schizophrenia	Stroke
5	COPD	CHF	Bacterial infection	Pneumonia, unspecified	Sepsis	UTI

## สาเหตุการตายของผู้ป่วยใน 5 อันดับแรก (ปีงบประมาณ 2563-2568)

ลำดับ	โรค/สาเหตุ					
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2567 (ต.ค.67.-มี.ค.68)
1	CA	CA	Sepsis	Pneumonia	Pneumonia	Sepsis
2	Sepsis	Sepsis	CA	Sepsis	Sepsis	Cardiac arrest
3	Stroke	COPD	Cardiac arrest	CA	CA	Stroke
4	Pneumonia	Pneumonia	Pneumonia	Cirrhosis of Liver	UTI	Heart failure
5	TB, CRF	CRF	CRF	CRF	COPD	Acidosis

แหล่งข้อมูล ข้อมูลราย ICD\_10 ผู้ป่วยใน (โรคหลัก)

## 2. กระบวนการสำคัญ (Key Processes)



กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
การเข้าถึงและ การรับไว้รักษา	<ol style="list-style-type: none"> <li>ผู้ป่วยทุกรายสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก</li> <li>มีความพร้อมในการให้การรักษายาบาล</li> <li>แจ้งข้อมูลสำคัญและแผนการรักษา</li> <li>กระบวนการรับผู้ป่วยเหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วย ทันเวลา</li> <li>สถานที่สะดวก/เหมาะสมกับระดับความรุนแรงของ โรค</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อัตราผู้ป่วยรับใหม่ได้รับการประเมิน ภายใน 5 นาที</li> <li>-อัตราผู้ป่วยวิกฤติได้รับการดูแลภายใน 4 นาที</li> </ul>
การประเมินผู้ป่วย การประเมินซ้ำ	<ol style="list-style-type: none"> <li>ผู้ป่วยได้รับการประเมินความต้องการและปัญหา สุขภาพเมื่อแรกรับครบถ้วน ตามมาตรฐาน</li> <li>ผู้ป่วยได้รับการประเมินความต้องการและปัญหา สุขภาพในระยะเวลาที่เหมาะสม เกิดความปลอดภัย</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-อัตราผู้ป่วยได้รับการประเมินและดูแล ตามแนวทางการดูแล รายโรควิกฤติ =100 %</li> </ul>
การวางแผนดูแลผู้ป่วย	<ol style="list-style-type: none"> <li>มีแผนการดูแลที่เหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วยที่พบ จากการประเมิน แผนครอบคลุมเป็นองค์รวม</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-อัตราผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้รับการดูแล ตามแนวทางปฏิบัติ = 100 %</li> </ul>
การวางแผนจำหน่าย	<ol style="list-style-type: none"> <li>มีการระบุปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยได้ ครอบคลุม</li> <li>การเตรียมความพร้อมเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล อย่างเหมาะสมเมื่อกลับไปอยู่บ้าน</li> <li>การประสานงานกับชุมชนที่มีประสิทธิภาพเพื่อส่ง ต่อข้อมูลผู้ป่วย</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-อัตราผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อม ในการวางแผนจำหน่าย =100%</li> <li>-อัตราการ Re admit &lt; 5 %</li> </ul>
การดูแลผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> <li>-ปัญหาทั้งหมดได้รับการดูแลต่อเนื่องจนหมดปัญหา หรือดูแลต่อเองที่บ้าน, ตามแผนการดูแลที่กำหนดไว้,</li> <li>-ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ได้รับการ Early detect ทันเวลา</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-อัตราการดูแลผู้ป่วยตามCNPg : MI,sepsis,COPD,Stroke, DHF</li> <li>-อัตราผู้ป่วยเสียชีวิตไม่คาดคิด=0</li> <li>- อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะ รับไว้ดูแล = 0</li> </ul>
การให้ข้อมูลและเสริม พลัง	<p>ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย รวมทั้งความรู้และทักษะที่จำเป็นสำหรับการดูแล ตนเองจนเกิดความมั่นใจและสามารถปฏิบัติได้</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-อัตราผู้ป่วย ได้รับการเตรียมพร้อมก่อน จำหน่าย</li> </ul>
การดูแลต่อเนื่อง	<ul style="list-style-type: none"> <li>-มีการเตรียมความพร้อมเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล อย่างเหมาะสมเมื่อกลับไปอยู่บ้าน</li> <li>-มีการดูแลต่อเนื่องเข้าไปในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</li> <li>-มีการสร้างความร่วมมือและพัฒนาศักยภาพให้กับ หน่วยงานต่างๆ เพื่อการดูแลต่อเนื่องในลักษณะ seamless</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-อัตราผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการดูแล ต่อเนื่อง100 %</li> </ul>

## 3. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568 (ต.ค.67- มี.ค.68)
1	อัตราผู้ป่วยรับใหม่ได้รับการประเมินภายใน 5 นาที	> 80 %	100	100	100	100	100	100
2	อัตราผู้ป่วยวิกฤติได้รับการดูแลภายใน 4 นาที	100 %	100	100	100	100	100	100
3	อัตราผู้ป่วยได้รับการประเมินและดูแลตามแนวทางการดูแลรายโรควิกฤติ	> 80 %	91.63	84.76	77.50	84.02	87.27	88.01
	- Sepsis	> 80 %	94.85	94.94	84.16	91.43	94.20	87.28
	- Stroke	> 80 %	NA	74.58	70.83	76.61	80.35	80.37
	- Head Injury	> 80 %	88.40	NA	NA	NA	NA	96.29
4	อัตราผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติ	> 80 %	90.34	85.80	84.04	86.65	86.22	85.25
	- COPD	> 80 %	84.33	86.10	85.59	87.60	86.29	86.46
	- Asthma	> 80 %	84.90	86.72	83.96	97.63	84.91	83.57
	- CKD	> 80 %	90.60	96.31	95.66	97.05	91.80	88.68
	- DM	> 80 %	92.34	85.92	86.97	84.78	89.30	90.09
	- HT	> 80 %	NA	84.30	84.47	84.91	87.18	85.75
	- Stroke พิ้นฟู	> 80 %	NA	74.58	69.05	79.72	NA	80.87
	-CHF	> 80 %	NA	NA	86.36	83.33	86.83	83.71
	-UTI	> 80 %	NA	NA	85.56	88.34	88.54	86.81
	- Alcohol withdrawal	> 80 %	99.55	86.69	78.80	76.55	74.94	81.02
5	อัตราผู้ป่วยโรคติดต่อ/โรคระบาดในชุมชน ได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติ	> 80 %	75.43	91.72	87.49	87.54	87.92	87.09
	- DHF	> 80 %	90.29	91.85	93.41	92.65	95.00	94.37
	- TB	> 80 %	81.11	86.92	84.91	78.87	75.93	79.78
	- Pneumonia	> 80 %	62.25	NA	81.70	83.52	84.64	84.17
	-Acute diarrhea	> 80 %	NA	96.39	89.92	95.10	92.83	90.03
6	อัตราผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมในการวางแผนจำหน่าย	> 80 %	100	100	100	100	100	100
7	อัตราการ Re-admitภายใน 28 วัน	< 5%	0.92	1.37	1.16	1.09	0.62	1.27

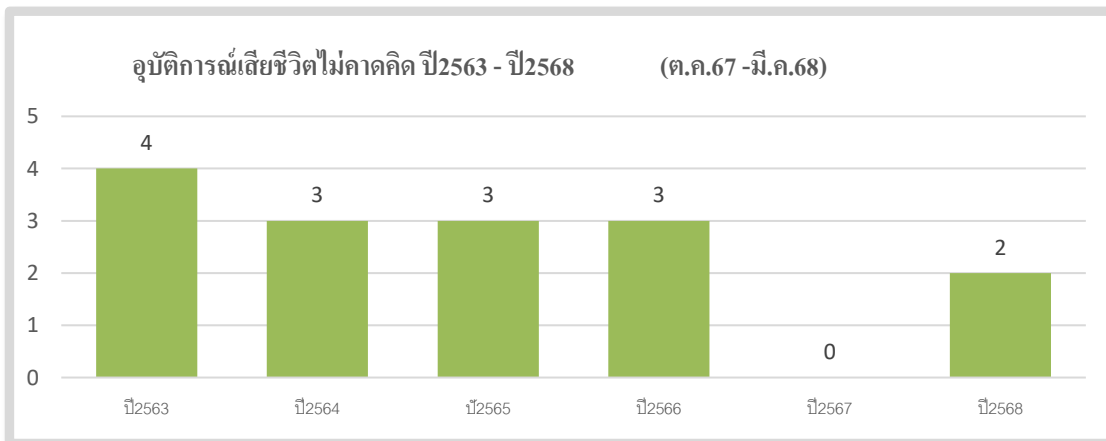
ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568 (ต.ค.67- มี.ค.68)
8	อุบัติการณ์ผู้ป่วยเสียชีวิตไม่คาดคิด	0	2	2	3	3	0	2
9	อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยานอน	< 1 : 1000 วัน นอน	0	0.14	0	0.25	0.25	0.39
10	อัตราการเกิดแผลกดทับ	0	0.04	0.72	1.06	0.88	0.30	0.15
11	อุบัติการณ์การเกิดพลัดตกหกล้ม	0	3	3	0	0	0	0
12	อุบัติการณ์บาดเจ็บจากการผูกยึด	0	2	8	2	1/17	1	0/13
13	อัตราการเกิดการติดเชื้อทางหลอดเลือดดำจากการให้สารน้ำ	< 0.5 : 1000 วัน นอน	0.17 (1 ราย)	0.20	0.20 ( 2 ราย)	0.32 ( 3 ราย)	0	0
14	อัตราการเกิด MDR	0	0	0	0	0	0	0
15	อัตราการติดเชื้อ UTI	0/1,000 วันนอน	0.14 (1 ราย)	0	0	0.85	0	0
16	อัตราการติดเชื้อ HAP	0/1,000 วันนอน	0	0	0	0.10	0.25	0
17	อัตราการติดเชื้อ Diarrhea	0/1,000 วันนอน	0.14 (1 ราย)	0	0	0	0	0
18	MRSA incidence	0/1,000 วันนอน	0	0	0	0	0	0
19	เชื้อดื้อยา Incident	0/1,000 วันนอน	0	0	0	0	0	0
20	ร้อยละผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขา/Thai CoC)	> 80 %	79.86	49.86	56.60	69.58	40.82	NA
21	จำนวนอุบัติการณ์เครื่องมือไม่พร้อมใช้ (อุปกรณ์ Safe life)	0	0	0	0	0	0	0
22	ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน	≥ 80%	85.08	70.93	79.33	83.75	81.25	80.54
23	อัตราความสมบูรณ์ของ Nursing Record	≥ 80 %	40.22	27.40	69.58	74.78	66.30	อยู่ระหว่าง ดำเนินการ
24	อัตราบุคลากรผ่านการประเมินสมรรถนะตามเกณฑ์ Functional Competency เฉพาะงานผู้ป่วยใน	100 %	100	100	100	100	100	100
25	ร้อยละบุคลากรได้รับความรู้ ฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคสำคัญ/หัตถการสำคัญ	100%	100	100	100	100	100	100

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568 (ต.ค.67- มี.ค.68)
26	อัตราบุคลากรที่ได้รับการประเมินภาวะสุขภาพ	100 %	100	100	100	100	100	100
	จำนวนบุคลากร		18	24	24	26	21	24
27	ร้อยละบุคลากรที่มีดัชนีมวลกาย ปกติ	> 80 %	61.11	66.67	79.17	37.50 เกิน 58.33 พอม 4.17	33.34 เกิน 61.90 พอม 4.76	33.34 เกิน 58.33 พอม 8.33
28	อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ	> 85	89.97	84.00	87.68	89.38	84.55	86.21
29	อุบัติการณ์บุคลากรติดเชื้อจากการทำงาน	0	0	1	19	0	0	0

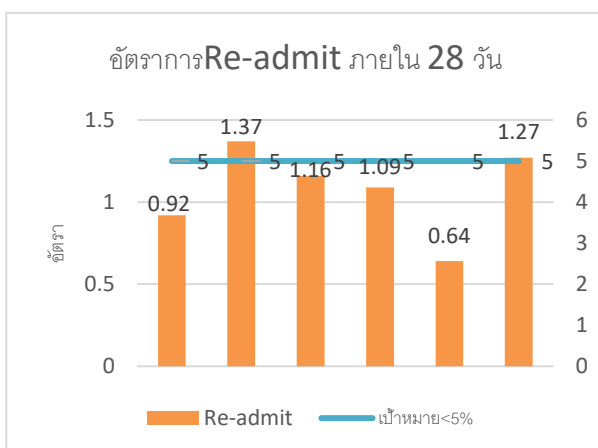
#### 4. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

4.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

##### 4.1.1 อุตบัติการณ์การเสียชีวิตโดยไม่คาดคิด



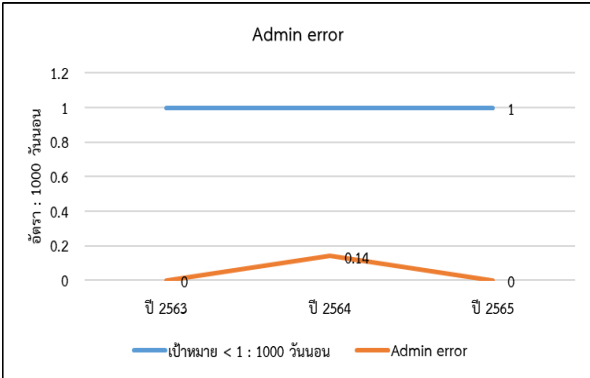
##### 4.1.2 อัตราการ Re Admit ภายใน 28 วัน



วิเคราะห์งาน พบว่าปี 2563-2568 อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ไม่เกินเป้าหมาย มีแนวโน้มลดลง ในปี 2568ผู้ป่วยกลับมา รักษาซ้ำ เป็นผู้ป่วย DM, COPD, UTI, electrolyte imbalance และ CHF ปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ พบว่าในกลุ่ม COPD จำนวน 6 ราย จะเป็นผู้สูงอายุและมีระยะของโรค คือ very severe การดูแลรักษาเป็นการดูแลแบบประคับประคอง การวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยต้องมี care giver และมีการให้ oxygen home therapy ในผู้ป่วย DM จำนวน 4 ราย เป็นผู้สูงอายุที่เกิด

ปัญหาการรับประทานยากับการรับประทานอาหารที่ไม่สอดคล้องกัน และเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องมีผู้ดูแล กลุ่ม CHF จำนวน 3 รายเป็นผู้ป่วยที่ต้องดูแลรักษาภาวะน้ำเกิน

4.1.2 ความคลาดเคลื่อนทางยาผู้ป่วยใน



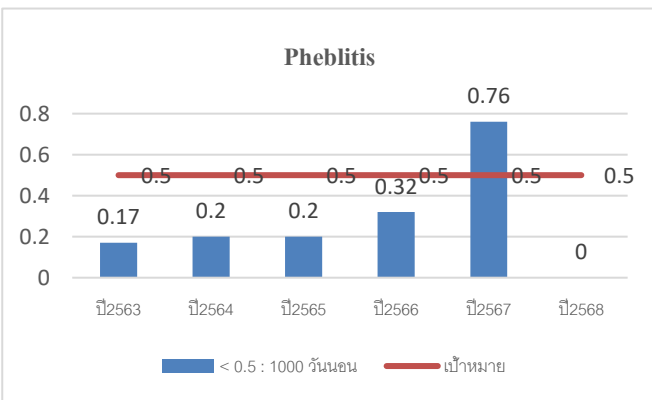
**วิเคราะห์งาน** อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาตกลงเป็นผลมาจาก งานผู้ป่วยในร่วมกับทีม PTC มีการทบทวนปัจจัยที่ส่งผล ได้แก่ การไม่ใช้ใบ MAR ในการจัดยาและการแจกยา การลืมหักยา ก่อนอาหาร การพบอุบัติการณ์แต่ไม่รายงานเนื่องจากเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ A-C เท่านั้น

**ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน** เกิดจากการไม่ได้ทำตามขั้นตอนคุณภาพที่กำหนดไว้ ภาระงานที่มากในบางเวร บาง

ช่วงเวลา เช่น กรณีผู้ป่วยมาก หรือมีพยาบาลวิชาชีพไป Referผู้ป่วย ทำให้การได้รับยาของผู้ป่วยมาตรงเวลา มียาเหลือกลับไปห้องยา หรือไม่ได้แจกยา และการรายงานความเสี่ยงในโปรแกรมมีความยุ่งยาก ทำให้ไม่มีการรายงานความเสี่ยงเรื่องยาในระบบ

**แนวทาง/แผนพัฒนา** ได้มีการทำ medication reconciliationในผู้ป่วยทุกรายที่ admit ,พยาบาลมีการ cross check ข้อมูลในใบ MARเทียบกับคำสั่งแพทย์ก่อนนำมาใช้,มีการกำหนดตารางเวลาการให้ยาผู้ป่วยระหว่างห้องยากับหอผู้ป่วย ,มีการปรับเปลี่ยนวิธีการตรวจสอบก่อนส่งมอบยาให้หอผู้ป่วยเป็นแบบ Independent double check และพยาบาลcase managerตรวจสอบยาของผู้ป่วยจากห้องยาอีกครั้ง ซึ่งยาที่ได้รับในแต่ละวันที่ฉลากยาจะระบุวิธีบริหารยาไว้อย่างชัดเจนทำให้สามารถบริหารยาตามเวลามาตรฐานกำหนดได้ นอกจากนี้ทั้งห้องยายังมีการทวนสอบการบริหารยาด้วยการตรวจสอบ locker ยาในรถยาของผู้ป่วยแต่ละรายก่อนจะจัดยาประจำวัน และมีการตรวจสอบของพยาบาลระหว่างเวรโดยใช้ใบ MAR และปรับวิธีการการรายงานอุบัติการณ์ระดับ A-B ที่ง่าย และการรายงานระดับ D ในระบบ NRLS การติดตั้งสัญญาณเตือนถึงเวลาจ่ายยา การใช้ใบ MARS ในการจัดและแจกยาทุกครั้งเพื่อทวนสอบ

3. การเกิดอุบัติการณ์การติดเชื้ทางหลอดเลือดดำ



**วิเคราะห์งาน** จาก ปี 2564-2565 มีการทบทวนเพื่อหา RCA ใน Case Phlebitis ทุกราย เพื่อวิเคราะห์ปัญหา พบว่าเกิดในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ ร่วมกับการประเิมซ้ำของพยาบาลวิชาชีพไม่ต่อเนื่อง ในปี 2566 เพิ่มขึ้น เป็น 3 ราย

**ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน** พบการดูแลในกลุ่มผู้ป่วยโรคโควิด19 ในบางราย เนื่องจากข้อจำกัดในการประเิมซ้ำ ใช้วิธีการสื่อสารทางโทรศัพท์ และการให้คำแนะนำกับผู้ป่วย แต่ก็ไม่พบอุบัติการณ์

**แนวทาง/แผนพัฒนา** กำหนดแนวทางการพัฒนา ตามปี 2565 ดังนี้

1.พยาบาลที่ปฏิบัติหน้างานปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดพยาบาลที่ให้สารน้ำปฏิบัติตามแนวทางการให้สารน้ำ 6 STEP (ล้างมือก่อนให้สารน้ำผู้ป่วย อุปกรณ์สะอาดพร้อมใช้ คือ บนรถหัตถการต้องเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อม รถสะอาด มีถาดรองอุปกรณ์ที่สะอาด ทักเชะเลือกเส้น ตำแหน่ง การเตรียมยา เช่น ไม่เลือกให้สารน้ำบริเวณที่เป็นข้อพับและแขนขาข้างที่อ่อนแรง การเตรียมยาคือ ถ้ายาที่มีความเข้มข้นสูงควรจะมีการผสมยาให้เจือจาง แนะนำผู้ป่วยระหว่างให้สารน้ำ แนะนำไม่ให้บริเวณที่ให้สารน้ำเปียกน้ำถ้ามีให้

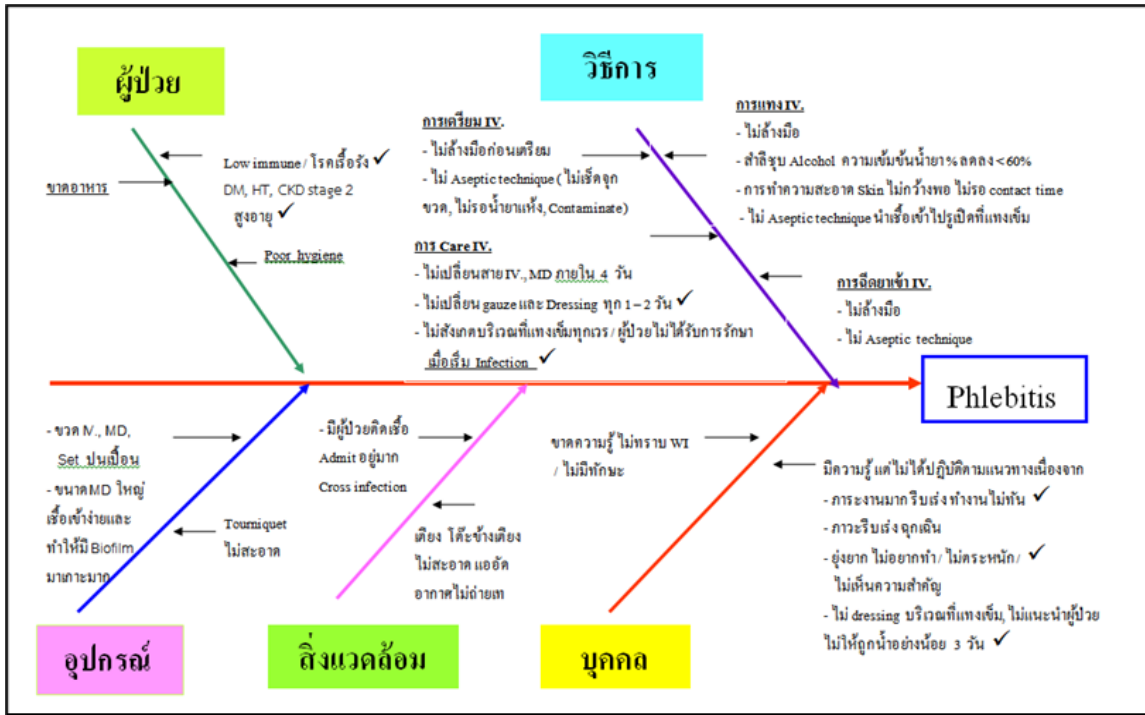
แจ้งเจ้าหน้าที่ทันที มี Stand Round ตรวจสอบตำแหน่งการแทงเข็มอย่างน้อยระยะเวลา 1 ครั้ง เพื่อประเมินภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ การ Off Dressing แนะนำ คือ หลังจาก off IV หรือ plug เจ้าหน้าที่จะต้องทำแผลบริเวณนั้นด้วยการ Dressing ด้วย NSS ปิดด้วยแผ่น gauze Sterile และแนะนำห้ามไม่ให้บริเวณนั้นถูกน้ำอย่างน้อย 3 วัน

2.มีการส่งต่อเวรเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ การลงบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงและการเฝ้าระวังใน Nurse Note

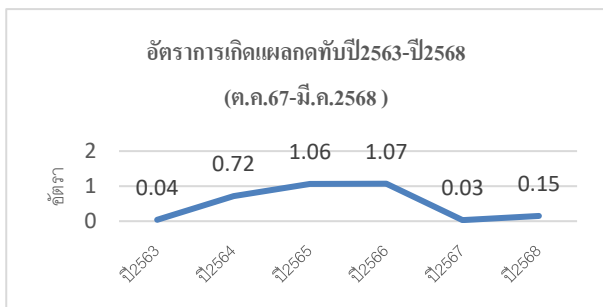
3.หัวหน้างานและ ICWN มีการติดตามประเมินผลการปฏิบัติของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง มีการสุ่มประเมินการปฏิบัติตาม

แนวทาง

ปี2568 ยังไม่พบการติดเชื้อทางหลอดเลือดดำ



4.1.4การป้องกันการเกิดแผลกดทับ



**วิเคราะห์งาน:** พบอัตราการเกิดแผลกดทับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี 2563 ร้อยละ 0.04 ในปี 2564 อัตราการเกิด = 0.72 .oปี 2565 เพิ่มขึ้นเป็น 1.06 และในปี 2566 เพิ่มขึ้นเป็น 1.07

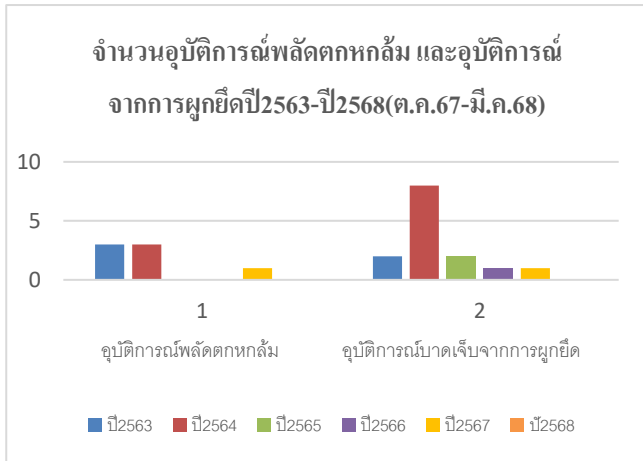
**ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน** มีการทบทวน วิเคราะห์สาเหตุจากระบบการดูแล และการไม่พร้อมใช้ของเครื่องมือ

**แนวทาง/แผนพัฒนา** ได้แก่ 1) มีการจัดทำแบบประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ โดยใช้แบบประเมินของ Braden Scale ปรับใน

แบบฟอร์มบันทึกในใบประเมินสมรรถนะแรกรับ ประเมินผู้ป่วยทุกรายตั้งแต่แรกรับและเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง 2) จัดทำแนวทางในการปฏิบัติการป้องกันการเกิดแผลกดทับและ โดยมอบหมายให้พยาบาลเจ้าของไข้ และ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ให้การพยาบาลพลิกตะแคงตัวคนไข้ตามเข็มนาฬิกาการพลิกตะแคงตัว 3) ดำเนินงานการป้องกันแผลกดทับตามแนวปฏิบัติอย่างเคร่งครัด โดยใช้หลักการ “ยก จัด ดึง ดู” 4) ให้มีการส่งเวรในทีมผู้ดูแล ระบุผู้ป่วยในรายที่มีความเสี่ยงที่จำเกิดแผลกดทับ ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ การติดตามเรื่องการใส่ที่นอนลม การพลิกตัว พบว่าอัตราการเกิดลดลง ในปี 2564-2566 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากการผูกยึดในผู้ป่วย alcohol withdrawal และผู้ป่วย Palliative care ระยะท้าย นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยแผลกดทับรายเก่า ในปี 2566 จำนวน 71 ราย

เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่รับส่งต่อกลับ และผู้ป่วยที่รับไว้นอนจากชุมชน ทีมมีการพัฒนาระบบการดูแลแผลกดทับโดยใช้นวัตกรรมไม้บรรทัดวัดแผลกดทับและการส่งข้อมูลรายงานความก้าวหน้าของแผลผ่าน application line ปี2567มีแนวโน้มลดลงคิดเป็นร้อยละ0.13และปี 2568 คิดเป็นร้อยละ 0.15

4.1.5 จำนวนอุบัติการณ์พลัดตกหกล้มและการป้องกันการบาดเจ็บจากการผูกยึด



**วิเคราะห์งาน :** อุบัติการณ์บาดเจ็บจากการผูกยึดพบมากในผู้ป่วย Alcohol withdrawal

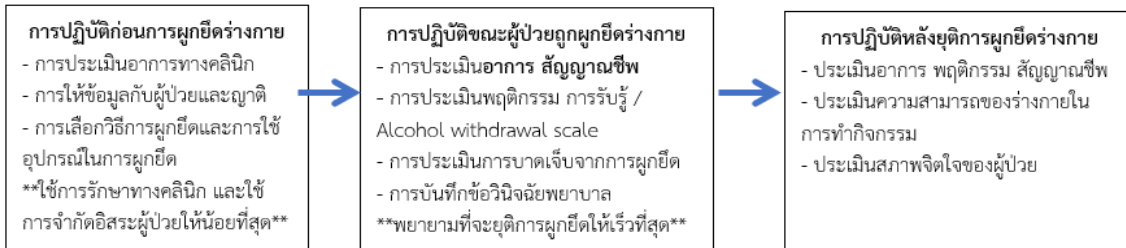
**ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน** ผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินภาวะที่จำเป็นต้องผูกยึด การดูแลรักษาทางคลินิกร่วมด้วยเพื่อให้สงบ ปัญหาที่พบคือ การได้รับยาควบคุมอาการไม่เป็นไปตามเกณฑ์ และอุปกรณ์ในการผูกยึดที่ไม่เหมาะสม ไม่มีการประเมินการบาดเจ็บในระหว่างเวร

**แนวทาง/แผนพัฒนา** มีการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการผูกยึดที่เข้ามารับการรักษาตัวในงานผู้ป่วยในร่วมกับองค์กรแพทย์ กำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ต้องผูกยึด

แนวทางการประเมินและการรักษาทางคลินิก ได้แก่ กลุ่ม

ผู้ป่วย Alcohol withdrawal ,ผู้ป่วยมีภาวะDelirium/Dementia และผู้ป่วยมีปัญหาในการรับรู้เหตุผลความจำเป็นของการรักษาพยาบาล และปฏิบัติไม่ถูกต้องจนอาจเกิดความไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วย จัดให้มีแบบฟอร์มในทางปฏิบัติในการประเมินและการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกยึด ประชุมชี้แจงบุคลากร มีนวัตกรรมอุปกรณ์ผูกยึด และติดตามประเมินผล ทบทวนอุบัติการณ์

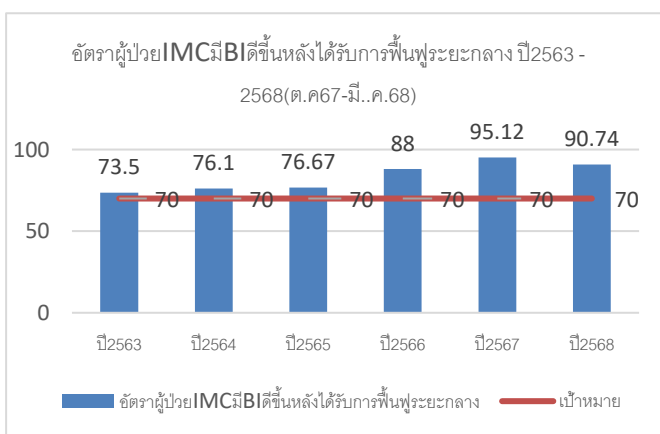
แนวคิดในการพัฒนาการผูกยึดปลอดภัย Patient & Personnel safety



## 5. ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์โรงพยาบาล

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568 (ต.ค.67-มี.ค.68)
1	อัตราผู้ป่วย IMC ได้รับการ บริบาลฟื้นฟูสภาพระยะ กลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20	> 70%	73.50	76.10	76.67	88.00	88.89	90.74
2	ร้อยละการบรรเทาอาการ ปวดและจัดการอาการต่าง ๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วย ประคับประคองอย่างมี คุณภาพ (HDC)	> 40%	34.81	36.87	34.03	37.16	56.25	56.36
3	ร้อยละการดูแลผู้ป่วยระยะ ท้ายแบบประคับประคอง มี กิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว	> 50 %	11.62	10.31	63.07	83.07	80.00	73.63

### 1. อัตราผู้ป่วย IMC ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20



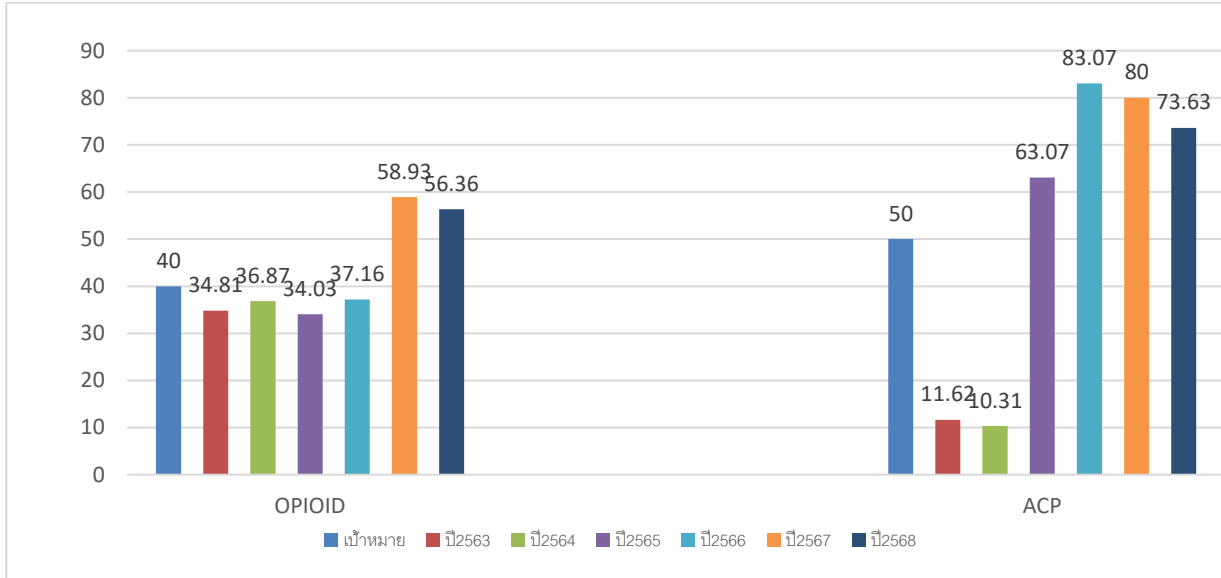
**วิเคราะห์ :** อัตราการผู้ป่วย IMC มีค่าคะแนน Barthel index ดีขึ้นได้รับการฟื้นฟูสภาพจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 พบว่าในปี 2563-2568 มีแนวโน้มดีขึ้น เนื่องจากระบบการดูแลมีนักรักษาพยาบาลบำบัดเป็นผู้ติดตามและประเมินคะแนน Barthel index โดยรายงานภาพรวมตัวชี้วัดให้กับส่วนกลาง และในปี 2563 ได้มีการประสานงานระหว่างทีมแพทย์ พยาบาล นักรักษาพยาบาลบำบัด โดยมีการคัดกรองผู้ป่วยที่มานอน admit และประสานข้อมูลกรณีผู้ป่วยไม่ได้มารับการรักษาในช่วงวันเวลาราชการ มีการส่งต่อรายชื่อผู้ป่วยที่มา

รักษากรณีเป็น OPD case และได้มีการวางแผนการติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์และการส่งรายชื่อให้ทีมสหวิชาชีพติดตามเยี่ยมบ้าน ในปี 2564 ออกแบบบันทึกการประเมินและติดตามดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาเพิ่มขึ้น เพื่อให้มีความต่อเนื่องของการดูแลรักษาผู้ป่วย ในปี 2565 จากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 พบปัญหาที่สำคัญในการติดตามลงเยี่ยมบ้าน จากทีม HHC ได้ติดตาม monitor จากเครือข่ายได้ดีขึ้น ในส่วนของรพ.สต.เครือข่ายให้ความร่วมมือในการติดตามประเมินความก้าวหน้าผู้ป่วยและส่งต่อข้อมูลที่รวดเร็ว

ทำให้ค่าคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้น แต่มีผู้ป่วยจำนวน 28 รายที่นัดมาเป็น OPD Visit แทนการออกเยี่ยมบ้านในช่วง Covid 19 ประสาน รพ.สต. เครือข่ายและทีมโรงพยาบาลติดตามเยี่ยมในส่วนที่ไม่มีผู้ดูแลและผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้

2. ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่าง ๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยระดับประคับประคองอย่างมีคุณภาพ

3. ร้อยละการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง มีกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว



**วิเคราะห์งาน** การดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง งานผู้ป่วยในได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยมีกลุ่มผู้ป่วย Palliative ร้อยละ 82 เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลพุทธชินราช ส่งมาเพื่อให้การดูแลรักษาแบบประคับประคอง ซึ่งจากผลการพัฒนาที่สำคัญ ได้แก่ การมีระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยการส่งอบรม ปีละ 2-3 คน มีการตั้งกองทุนมูลนิธิในการจัดหาเครื่องมืออุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องการรักษาที่บ้าน ได้แก่ เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ ที่นอนลม เป็นต้น มีเครือข่ายจากชุมชน ได้แก่ พระภิกษุพื้นที่ตำบลพรหมพิราม ที่มาร่วมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามหลักวิถีพุทธ และสิ่งที่สำคัญคือการลดอาการรบกวนที่ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน คือการได้รับยาแก้ปวดตามสภาวะความเจ็บปวดของผู้ป่วย พบว่าการได้รับยาในโรงพยาบาลในขณะที่ผู้ป่วยรับไว้นอนจะสามารถบริหารยาได้ตรงตามกับอาการปวดของผู้ป่วย ในปี 2563-2568 จากการทบทวนเวชระเบียนพบว่า มีผู้ป่วยระยะท้ายที่ใกล้เสียชีวิตจริง จะได้รับยากลุ่ม strong opioids แต่ก็มีผู้ป่วยอีกหลายราย ที่มีอาการปวดไม่มากสามารถทานยา กลุ่ม N SAID แล้ว ควบคุมอาการได้ ทำให้ไม่จำเป็นต้องใช้ ยา กลุ่ม strong opioids จึงทำให้ ไม่ได้รับยาตามเป้าหมาย

**ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน** ในกรณีกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่จำหน่ายกลับบ้านและต้องการเสียชีวิตที่บ้านในระยะสุดท้ายจะพบปัญหาเมื่อ Pain score ระดับ 7-10 และรับประทานยาอมอร์ฟีนทางปากไม่ได้ จะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยการให้มอร์ฟีนทางหลอดเลือดดำ ซึ่งมีบริการให้ใช้มอร์ฟีนที่บ้านได้ โดยใช้ Syringe driver โดยต้องมีการประสานงานการดูแลร่วมกับ รพ.สต.เครือข่าย

**แนวทาง/แผนพัฒนา** ทบทวนกับทีม PTC เพื่อกำหนดแนวทางในการบริหารยามอร์ฟีน รวมทั้งการทบทวนกับทีมนำทางคลินิกและทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งรพ.สต. ในการกำหนดแนวทางการประสานงานเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายทั้งในระดับหน่วยงานในโรงพยาบาลและ รพ.สต.เครือข่าย มีการพัฒนาระบบ

การดูแลตาม Service plan ปี 2563-2568 คือ การทำ Advance Care Planning (ACP) ผู้ป่วยและครอบครัว การใช้ Strong opioid ให้ครอบคลุมทั้งใน รพ.และที่บ้านสำหรับผู้ป่วย End of life การบริหารจัดการคลังอุปกรณ์ที่ใช้ในการสนับสนุนผู้ป่วย ให้สามารถยืมไปใช้ที่บ้านได้โดยมีการประเมินความต้องการใช้อุปกรณ์ และมีการจัดหาให้เพียงพอ การพัฒนาเครือข่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

## **6.แผนงาน/การพัฒนาคุณภาพ ปีงบประมาณ 2568**

### **1. การดูแลผู้ป่วย Palliative care ตามนโยบาย Service plan**

เหตุผล เพื่อตอบสนองนโยบาย Service plan ปี 2568 ในประเด็นต่าง ๆ ได้แก่

- มีการทำ Advance Care Planning (ACP) ผู้ป่วยและครอบครัว ร่วมกับการพัฒนาศักยภาพการดูแล

ผู้ป่วย และการรักษา/ดูแล/บรรเทาด้วย Strong Opioid Medication และมีการจัดการดูแลแบบการแพทย์แผนไทยและ/หรือ การแพทย์ทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เช่น สวดมนต์บำบัด สมาธิบำบัด กดจุดบำบัด การปรับสมดุลร่างกาย เป็นต้น

- ดำเนินการแผนงาน/โครงการ หรือ กิจกรรม ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง มีการ

ดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม ร่วมกับ อาสาสมัครในชุมชน 1 แผนงาน/โครงการ เน้นด้านการดูแลโดยเครือข่ายชุมชนและพระภิกษุชุมชนในผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีการสร้างเครือข่าย และแนวทางการรับ-ส่งต่อของเขตสุขภาพที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษรและมีการประกาศใช้ มีการดำเนินการตามแนวทางเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง และเพิ่มการเข้าถึงการได้รับดูแลแบบประคับประคอง

- บริหารจัดการคลังอุปกรณ์ที่ใช้ในการสนับสนุนผู้ป่วย ให้สามารถยืมไปใช้ที่บ้านได้โดยมีการประเมิน

ความต้องการใช้อุปกรณ์ และมีการจัดหาให้เพียงพอ

### **2.ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะรับไว้นอน :การเกิดแผลกดทับ การพลัดตกหกล้ม การติดเชื้อทางหลอดเลือดดำ**

เหตุผล อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะรับไว้นอน เป็นความเสี่ยงทางคลินิกที่สำคัญที่ต้องมีการป้องกันไม่ให้เกิดขึ้น จากระยะเวลาที่ดำเนินงานมาพบว่ามีแนวทางการพัฒนา มี CQI เกิดขึ้น แต่ผลลัพธ์ยังไม่ผ่านเป้าหมาย จึงเป็นความท้าทายที่ต้องพัฒนาคุณภาพต่อ

### **3.ลดอุบัติการณ์ความเสี่ยงในด้านการดูแลผู้ป่วย : ด้านระบบยา ด้านการดูแลผู้ป่วย และ ระบบการส่งต่อที่ปลอดภัย**

เหตุผล เป็นอุบัติการณ์ที่ไม่ควรเกิด ความเสี่ยงระดับ E-1 ไม่ควรเกิดซ้ำ มีการวางระบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันความเสี่ยงทุกด้านการปฏิบัติงานตามแนวทางการบริหารยา การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระบบ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในทีมให้มีความรู้ความสามารถและทักษะต่าง ๆ ในการประเมิน วางแผนการดูแลผู้ป่วย การประเมิน&การประเมินซ้ำ การให้การดูแลขณะส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการดูแลความพร้อมเครื่องมือ และระบบยานพาหนะร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง

### **4. เพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ**

เหตุผล เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย 85 % ซึ่งการพัฒนาด้านต่าง ๆ ทั้งด้านสถานที่ สภาพแวดล้อม ประสิทธิภาพการดูแลรักษา ระบบในการให้บริการ รวมทั้งพฤติกรรมบริการของบุคลากร เป็นความท้าทายที่จะพัฒนาให้บรรลุเป้าหมาย

### **5. เพิ่มความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนและบันทึกทางการแพทย์**

เหตุผล เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย 85 % ซึ่งการพัฒนาต้องใช้รูปแบบของทีมสหสาขา การใช้ทักษะ ความรู้ และเจตคติที่ดีในการบันทึกเวชระเบียนให้สมบูรณ์เป็นความท้าทายที่จะพัฒนาให้บรรลุเป้าหมาย

### **6. การพัฒนาระบบบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ ผู้ป่วยทั่วไป และการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย**

6.1 การตรวจสอบและปรับปรุงระบบระบายอากาศที่ห้องผู้ป่วยทั่วไป

6.2 ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ห้อง Isolate room และห้องแยกโรคผู้ป่วยวัณโรค

6.3 การปรับปรุงสภาพแวดล้อม ทาสีภายนอกภายในอาคาร ปรับปรุงห้องพิเศษ

### **7. การพัฒนาระบบเยี่ยมบ้าน ในกลุ่มผู้ป่วยสำคัญร่วมกับทีมสหสาขา**

เหตุผล เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการวางแผนการดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยหลังจำหน่าย โดยมีเป้าหมายการดูแลตนเอง  
ได้ ลดอัตราการ Re admit

#### 8. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา

เหตุผล เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการวางแผนการดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยหลังจำหน่าย โดยมีเป้าหมายการเลิกสุรา

#### 9. การพัฒนาระบบ IPD paperless

#### 10. การพัฒนาระบบบริการ Home ward

### 5.2 ความภาคภูมิใจและรางวัลที่ได้รับ โดยเฉพาะที่สามารถนำไปขยายผลทั้งภายใน/ภายนอก

5.2.1 การพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 แบบผู้ป่วยใน : บริการ Cohort ward ปี 2564 -2565

5.2.2 การได้รับการเข้าร่วมนำเสนอผลงานวิชาการ HA Forum ครั้งที่ 13 เรื่องการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย Palliative care

5.2.3 ผลงานวิจัย เรื่อง การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา แบบผู้ป่วยใน นำเสนอในการประชุมวิชาการ เขต 2,3 HACCC มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ

### 6. การทบทวน 12 กิจกรรมของหน่วยงาน (ข้อมูลปี 2565-2568)

#### - การทบทวน 12 กิจกรรม

การทบทวน	การปรับปรุงระบบที่เป็นผลจากการทบทวน
ทบทวนการดูแลผู้ป่วย/การทบทวนข้างเตียงผู้ป่วย ( C3THER )	1.การทบทวนการดูแลผู้ป่วยในรายโรคสำคัญ โดยใช้การตามรอยตาม กระบวนการดูแลผู้ป่วย จำนวน 14 โรค 2. การทบทวนการดูแลผู้ป่วย Alcohol withdrawal 3. การทบทวนการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องออกซิเจน 4. การทบทวนการดูแลผู้ป่วย Sepsis 5. การทบทวนการดูแลผู้ป่วย Bed ridden 6. การทบทวนการดูแลผู้ป่วย Palliative care ** ใช้กิจกรรมทบทวนหลังการรับส่งเวร และ การใช้ C3THER-HELP ในการทบทวน **
การทบทวนคำร้องเรียน / ข้อคิดเห็น	1. การทบทวนคำร้องเรียนจากการทำหัตถการ CPR 2. การทบทวนข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ : ไม่ประเมินซ้ำ 3. การทบทวนข้อร้องเรียนกรณีการประเมินผู้ป่วยล่าช้า
การทบทวนการส่งต่อ/ขอย้าย/ปฏิเสธการรักษา	1. การทบทวนการส่งต่อผู้ป่วย 2 ราย จากการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง เคสโควิด 19 ไม่ได้ตรวจ ATK ก่อนไป และกรณีการรับกลับผู้ป่วย Palliative care
การตรวจรักษาโดยผู้ชำนาญกว่า	1. การทบทวนการประเมินผู้ป่วยโดยใช้ SOS score
การค้นหาความเสี่ยง,การทบทวนอุบัติการณ์	1. การทบทวนอุบัติการณ์ของติดไปกับผ้า 2. การทบทวนกระบวนการให้เลือด 3. การทบทวนอุบัติการณ์การกระบวนการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ 4.การทบทวนอุบัติการณ์ทีม CPR ไม่พร้อม

การทบทวน	การปรับปรุงระบบที่เป็นผลจากการทบทวน
	5. ทบทวนการนัดฉีดพลาต
การทบทวนการติดเชื้อในโรงพยาบาล	1.การทบทวนการเกิด Phlebitis 2.การทบทวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ MDR, TB 3.การทบทวนการเตรียมและดูแลความพร้อมรถ Treatment , รถทำแผล, รถ Suction
การทบทวนความคลาดเคลื่อนทางยา	1.การทบทวนการบริหารยา Stock 2.การทบทวนการดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยา HAD 3.การทบทวนการดูแลผู้ป่วยแพ้ยา 4.การทบทวนความคลาดเคลื่อนทางยา/ผู้ป่วยไม่ได้รับยา/ยาเหลือ 5. ทบทวนระบบการคืนยาเดิม 6. ทบทวนการให้ยา Antibiotic ชนิดฉีด
การทบทวนการดูแลผู้ป่วยจากเหตุการณ์สำคัญ	1.การทบทวนการเกิดอุบัติการณ์พลัดตกหกล้มของผู้ป่วย 2.การทบทวนกรณีโทรศัพท์ผู้ป่วยสูญหาย / เงินหาย 3.การทบทวนกรณีการให้ข้อมูลกับญาติทางโทรศัพท์ 4.การทบทวนการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ 5.การทบทวนอุบัติการณ์ผู้ป่วยหนีออกจากกรพ. 6.การทบทวนการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากการผูกยึด
การทบทวนเวชระเบียน	1. การทบทวนระบบการส่งคืนเวชระเบียน 2.การทบทวนผลการAudit เวชระเบียน และคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ 3.การทบทวนการบันทึกทางการแพทย์การวางแผนจำหน่าย และการปรับแบบบันทึกประเมินของกอร์ดอนและการวางแผนจำหน่าย
การทบทวนการใช้ทรัพยากร	1.การทบทวนระบบการยืมและคืนอุปกรณ์ 2.การทบทวนอุบัติการณ์ Infusion pump ไม่เพียงพอในการใช้งาน 3.การทบทวนกรณี เครื่องมือสำคัญไม่พร้อมใช้งาน 4.การทบทวนความพร้อมใช้ของอุปกรณ์รถทำแผล ,รถ Treatment 5. การทบทวนความพร้อมใช้ไม่เพียงพอของอุปกรณ์รับใหม่ผู้ป่วย 6.การทบทวนระบบการบริหารออกซิเจนชนิดท่อให้พร้อมใช้งานและบริการยืมอุปกรณ์กลับบ้าน 7.การทบทวนการจัดรถ Emergency และการตรวจสอบความพร้อมใช้
การทบทวนเครื่องชีวิต	1.การทบทวนการดูแลผู้ป่วยรายโรค 2.การทบทวนการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะรับไว้นอน
การทบทวนการใช้ความรู้ทางวิชาการ	1.การทบทวนความรู้และทักษะการทำ Advance CPR 2.การทบทวนการสวนปัสสาวะ 3.ทบทวนการทำแผล 4.การทบทวนการดูแลผู้ป่วยที่ On traction

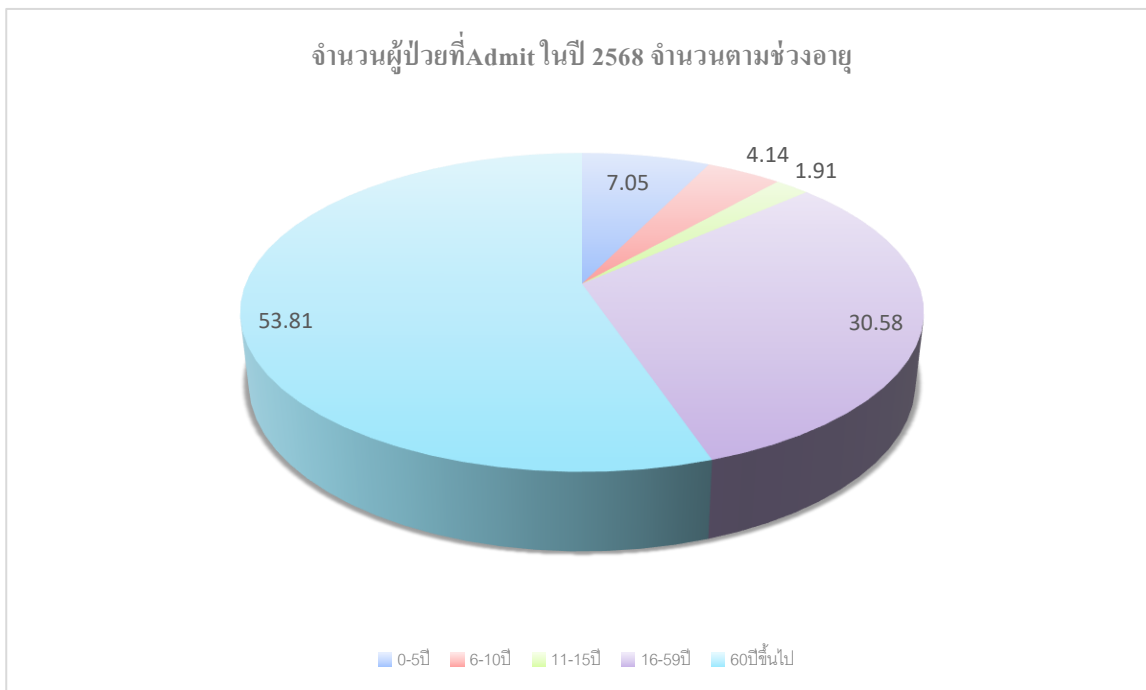
การทบทวน	การปรับปรุงระบบที่เป็นผลจากการทบทวน
	5.การทบทวนการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ : Early warning signs & Emergency signs 6.การทบทวนการดูแลผู้ป่วย Sepsis 7.การทบทวนการดูแลผู้ป่วย Stroke 8.การทบทวนการดูแลผู้ป่วย On ventilator, On Oxygen high flow 9. การทบทวนการประเมินผู้ป่วยแรกรับตาม 11 แบบแผนของกอร์ดอน

## 7. การพัฒนาคุณภาพที่เกี่ยวข้องกับ วิสัยทัศน์ พันธกิจ ของโรงพยาบาล

วิสัยทัศน์ (Vision) : “ โรงพยาบาลชุมชนต้นแบบ เพื่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน”

พันธกิจ (Mission)

1. ต้นแบบการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ
2. ต้นแบบการพัฒนาสุขภาพและอนามัยของแม่และเด็กในพื้นที่
3. ต้นแบบการพัฒนาเครือข่ายจิตอาสาเพื่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี
4. ต้นแบบการพัฒนางานทันตกรรมชุมชนและคลินิกทันตกรรมเฉพาะทาง
5. ต้นแบบการพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแบบครบวงจร
6. ต้นแบบของการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHSA)
7. ต้นแบบของการใช้ปัญญาประดิษฐ์ (AI) ในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ
8. ต้นแบบของการพัฒนาระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล



จากการทบทวนผลงานการดูแลผู้ป่วย ปี 2568 พบว่าผู้ป่วยที่รับไว้นอนเป็นกลุ่มผู้สูงอายุร้อยละ 53.81 ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในกลุ่มผู้ป่วยเด็กอายุ 0-5 ปี ร้อยละ 7.05 ซึ่งจากยุทธศาสตร์โรงพยาบาล งานผู้ป่วยใน ดำเนินการและอยู่ในระยะของการพัฒนาระบบการดูแลเพื่อตอบสนองนโยบายของโรงพยาบาล ดังนี้

### 1. ต้นแบบการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ

- การดูแลผู้ป่วยสูงอายุในระยะวิกฤติและการส่งต่อ
- การดูแลผู้ป่วยสูงอายุเพื่อส่งเสริมสุขภาพและการวางแผนจำหน่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

#### ตัวชี้วัด

1. อัตราการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่รับไว้นอน (จำแนก ตามกลุ่ม Palliative care และ กลุ่มที่ญาติปฏิเสธการส่งต่อ)
2. อัตราผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้นอน ได้รับการประเมินภาวะสุขภาพ และการวางแผนจำหน่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

### 2. ต้นแบบการพัฒนาสุขภาพและอนามัยของแม่และเด็กในพื้นที่

- การดูแลผู้ป่วย เด็ก 0 – 5 ปี ในระยะวิกฤติและการส่งต่อ
- การดูแลผู้ป่วย เด็ก 0-5 ปี เพื่อส่งเสริมสุขภาพและการวางแผนจำหน่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

#### ตัวชี้วัด

1. อัตราการส่งต่อของผู้ป่วย เด็ก 0 – 5 ปี ที่รับไว้นอน
2. อัตราผู้ป่วยผู้ป่วย เด็ก 0 – 5 ปี ที่รับไว้นอน ได้รับการประเมินภาวะสุขภาพ และการวางแผนจำหน่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

### 3. ต้นแบบการพัฒนาเครือข่ายจิตอาสาเพื่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

- การพัฒนาระบบเครือข่ายจิตอาสา การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

#### ตัวชี้วัด

1. มีการจัดอบรมและพัฒนาศักยภาพเครือข่ายจิตอาสาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง อย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง

### 4. ต้นแบบการพัฒนางานทันตกรรมชุมชนและคลินิกทันตกรรมเฉพาะทาง

- การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคทางช่องปากและทันตกรรม ได้รับการดูแลโดยทันตแพทย์
- การดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วย IMC ด้านสุขภาพช่องปากและทันตกรรม

#### ตัวชี้วัด

1. ร้อยละผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคทางช่องปากและทันตกรรม ได้รับการดูแลโดยทันตแพทย์
2. ร้อยละผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วย IMC ได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากและทันตกรรม

### 5. ต้นแบบการพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแบบครบวงจร

- การดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วย Palliative care ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย
- การดูแลและส่งเสริมสุขภาพ ผู้ป่วย IMC ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย

#### ตัวชี้วัด

1. ร้อยละผู้ป่วย Palliative care ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย
2. ร้อยละผู้ป่วย IMC ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย

### 6. ต้นแบบของการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHSA)

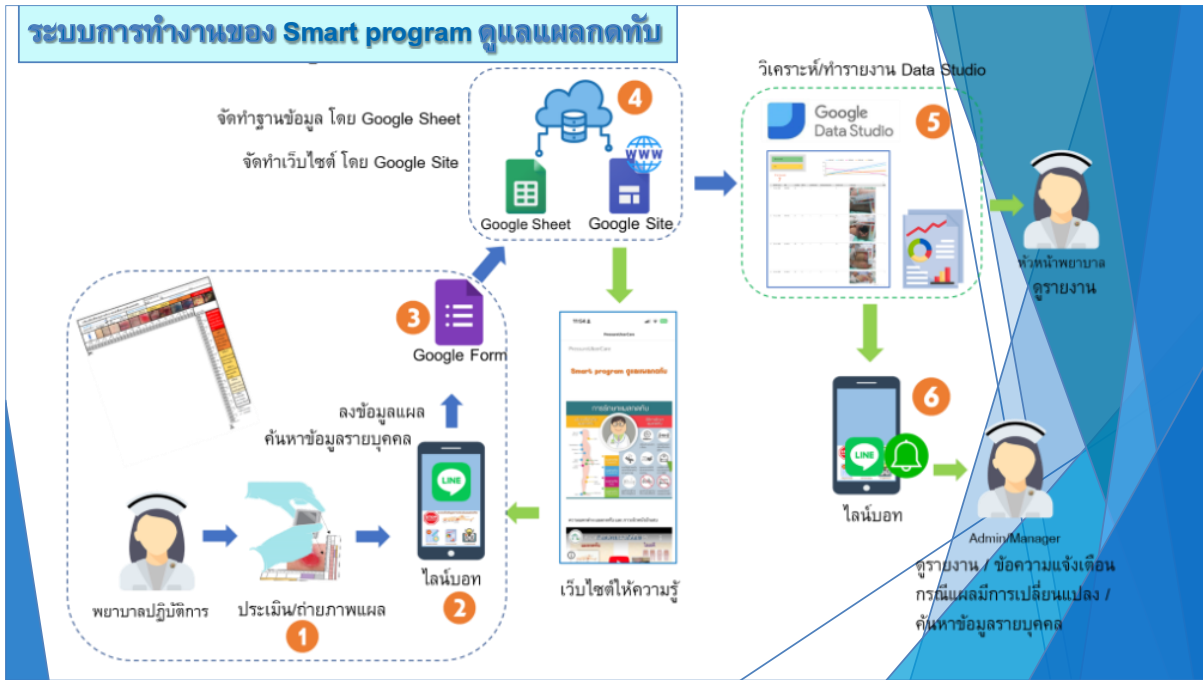
- การพัฒนาระบบ Home health care และการเยี่ยมบ้าน Thai CoC

#### ตัวชี้วัด

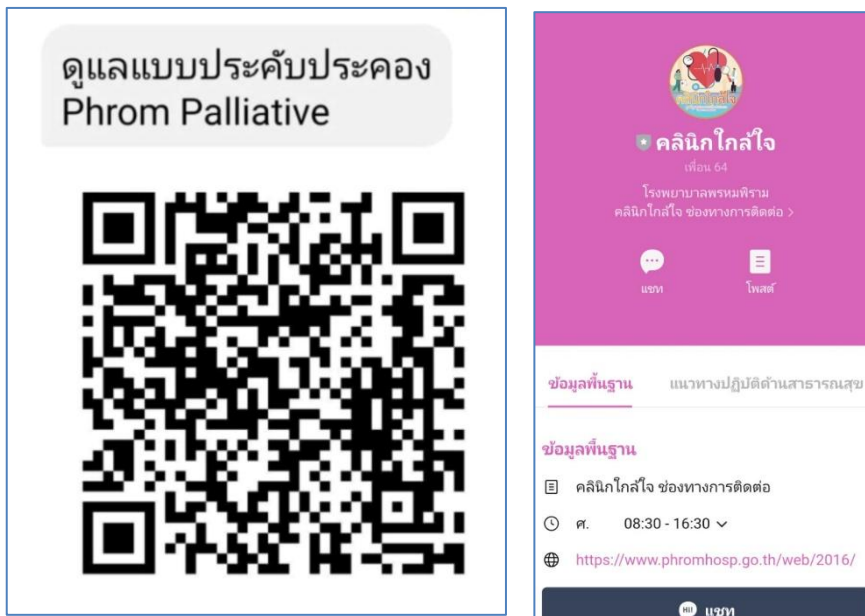
1. ร้อยละผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขา/Thai CoC

### 7. ต้นแบบของการใช้ปัญญาประดิษฐ์ (AI) ในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ

- พัฒนาระบบการดูแลผลกดทับ : ไม้บรรทัดวัดผลกดทับและการส่งข้อมูลผ่าน Application Line



- พัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลและป้รึกษาการจัดการอาการปวด ผ่าน Application Line



8. ต้นแบบของการพัฒนาระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล

- พัฒนาการบันทึกเวชระเบียน อิเล็กทรอนิกส์ : IPD paperless ดำเนินการ เดือนธันวาคม 2566

\*\* อยู่ในระยะของการพัฒนา ยังไม่สามารถวิเคราะห์งานได้\*\*

8. การพัฒนาคุณภาพที่เกี่ยวข้องหรือสอดคล้องกับค่านิยมของโรงพยาบาล

- 3 สุข 3 ปลอดภัย ใน 3 กลุ่มเป้าหมาย : 1. ผู้ป่วย 2.ญาติผู้ป่วย 3. เจ้าหน้าที่บุคลากร



**3 สุข** แนวทางใช้หลักการ “พรหมวิหาร 4” ในการปฏิบัติงาน ซึ่งพรหมวิหาร 4 คือ หลักธรรมครองใจ ที่ทำให้คนปฏิบัติในทางที่ดีทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ประกอบด้วยหลักปฏิบัติ 4 ประการ ประกอบด้วย เมตตา กรุณา มุทิตา และอุเบกขา

- 1. เมตตา :** ความปรารถนาให้ผู้อื่นมีความสุข คือ ความรักใคร่ ปรารถนาดี อยากให้เขามีความสุข มีจิตไมตรีและคิดทำประโยชน์แก่ส่วนรวม
- 2. กรุณา :** ความปรารถนาให้ผู้อื่นพ้นทุกข์ คือ ความสงสาร คิดช่วยเหลือให้ผู้อื่นพ้นทุกข์ ใฝ่ใจบำบัดความทุกข์ยาก ความเดือดร้อนของผู้อื่น
- 3. มุทิตา :** ความยินดีเมื่อผู้อื่นได้ดี คือ ความยินดีเมื่อผู้อื่นอยู่ดีมีสุข มีจิตผ่องใสชื่นบานอยู่เสมอ ยินดีด้วยเมื่อผู้อื่นได้ดีมีสุข เจริญอกงามยิ่งขึ้นไป
- 4. อุเบกขา :** การรู้จักวางเฉย ทำใจเป็นกลาง คือ ความวางใจเป็นกลาง มีจิตเรียบตรงเที่ยงธรรมดุจดาวที่นิ่งไม่เอนเอียงด้วยรักและชัง พร้อมทั้งจะวินิจฉัยและปฏิบัติไปตามธรรม รวมทั้งรู้จักวางเฉยสงบใจ



3 ปลอดภัย แนวทางใช้หลักการ : Prevent (ป้องกัน), Detect (รู้ไว้), Response (ตอบสนองได้ทันท่วงที)



ในการปฏิบัติงานของบุคลากรในหน่วยงาน ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่รับไว้นอน บุคลากรใช้หลัก Prevent (ป้องกัน), Detect (รู้ไว้), Response (ตอบสนองได้ทันท่วงที) มีการพัฒนาบุคลากร ด้านความรู้ ทักษะ และ คุณลักษณะเฉพาะบุคคล ตัวอย่าง เช่น

- การพัฒนาความรู้ ได้แก่ การสนับสนุนให้บุคลากรได้รับการอบรมความรู้การดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคสำคัญที่รับไว้นอน ทั้งการอบรมภายนอกหน่วยงาน ภายในหน่วยงาน การสอนงาน การเรียนรู้ด้วยตนเอง และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง
- การพัฒนาทักษะ ได้แก่ การอบรม การสอนงาน การฝึกปฏิบัติหน้างาน

- การพัฒนาด้านคุณลักษณะเฉพาะบุคคล ค่อนข้างจะพัฒนายาก เนื่องจากเป็นลักษณะเฉพาะบุคคลที่อาจเปลี่ยนแปลงได้ยาก การพัฒนาด้านนี้มีความสำคัญ เพราะการที่บุคคลที่มีคุณลักษณะเฉพาะบุคคลไม่เหมาะสมกับหน้าที่มักจะก่อให้เกิดปัญหาในการทำงานและทำให้งานไม่ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย ไขการพัฒนาโดยการสร้างเจตคติที่ดีต่อการทำงาน การสร้างคุณค่าแห่งตน การกำหนดหน้าที่และมอบหมายงานที่ชัดเจน การควบคุมกำกับ การทำงานเป็นทีม การตักเตือน การลงโทษ

## 9. การพัฒนาคุณภาพที่เกี่ยวข้องกับระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

**ทีมนำ :** นำวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม นโยบาย และแนวทางระเบียบปฏิบัติต่าง ๆ มาปรับใช้ในการทำงานของหน่วยงาน เช่น การนำค่านิยม 3 สุข 3 ปลอดภัย มาปรับใช้ในหน่วยงาน การสื่อสาร การทบทวนผลงาน

**ทีมบริหารความเสี่ยง (Risk management : RM) :** การเฝ้าระวังความเสี่ยงของหน่วยงาน มีการติดตามและนำอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นมาหาสาเหตุและวางระบบแก้ไขปรับปรุง และการติดตามอุบัติการณ์การเกิดซ้ำ

**ทีมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Infection control : IC) :** การป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ บุคลากรปฏิบัติตามแนวทางของ IC การติดตามผลลัพธ์และการปรับปรุงระบบบริการ

**ทีมสิ่งแวดล้อม (ENV) :** การใช้หลัก 5ส. เพื่อดูแลสภาพแวดล้อมของหน่วยงานให้มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยและการทำงานที่ปลอดภัย การตรวจสอบความเพียงพอพร้อมใช้ของเครื่องมือ อุปกรณ์ ครุภัณฑ์ต่าง ๆ

**ทีมพัฒนาบุคลากร (HUM) :** ส่งเสริมสุขภาพบุคลากร การจัดอัตรากำลังที่เหมาะสม การสนับสนุนความรู้ทางวิชาการเพื่อพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรทุกระดับ การจัดสวัสดิการที่เหมาะสม เช่น การเยี่ยมไข้ การจัดงานปีใหม่