

Service Profile

บริการ/ทีม: ผู้ป่วยในหญิง

โรงพยาบาลแก่งคอย

มกราคม 2566

สารบัญ

	หน้า
1. บริบท (Context)	3
ก. หน้าที่และเป้าหมาย	3
ข. ขอบเขตการให้บริการ ศักยภาพ ข้อจำกัด	3
ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ :	4
ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ :	5
จ. ความท้าทายและความเสี่ยงสำคัญ :	5
ฉ. ปริมาณงานและทรัพยากร(คน เทคโนโลยี เครื่องมือ) ศักยภาพ ข้อจำกัด.....	5
2. กระบวนการสำคัญ (Key Processes)	8
3. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance indicator)	10
4. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ	
4.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)	12
4.2 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ	26
5. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง	27

Service Profile

ผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลแก่งคอย

1. บริบท (Context)

ก. หน้าที่และเป้าหมาย

งานผู้ป่วยในหญิงมีความมุ่งหมายที่จะให้บริการรักษาพยาบาลผสมผสาน แบบองค์รวม ทั้งด้านการรักษา การป้องกัน การส่งเสริมฟื้นฟูและ สร้างเสริมสุขภาพ แก่ผู้รับบริการอย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย และ ผู้รับบริการพึงพอใจ

ข. ขอบเขตการให้บริการ (Scope of Service) :

ตึกผู้ป่วยในหญิงเป็นหอผู้ป่วยในรวม (มีห้องคลอดและหลังคลอดรวมอยู่ในตึกด้วยแต่กันแยกเป็นสัดส่วน) ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยหญิงทุกกลุ่มอายุ ทุกโรค ทุกระบบตามขอบขีดความสามารถของโรงพยาบาล ชุมชนระดับ 60 เตียง ตลอด 24 ชั่วโมง รวมถึงผู้ป่วย long term care และ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้รับบริการที่มีปัญหาซับซ้อนเกินศักยภาพในการดูแลรักษาจะได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์สระบุรี และรับผู้ป่วยกลับจากโรงพยาบาลศูนย์สระบุรี เพื่อดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยที่ต้องฟื้นฟูสภาพและผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน รวมทั้งส่งต่อไปยังสถานีนอนามัยในพื้นที่รับผิดชอบ

กลุ่มประชากรทางคลินิกที่สำคัญของหน่วยงานปี 2565

แบ่งตามผู้ป่วยที่ Admitted สูงสุด 5 อันดับได้แก่

1. UIT
2. Gastroenteritis
3. Cellulitis
4. Acute tubulo-interstitial nephritis
5. Congestive heart failure

ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นประชาชนในเขตพื้นที่อำเภอแก่งคอย อำเภอใกล้เคียงในจังหวัดสระบุรีและ
แรงงานอพยพต่างจังหวัด เนื่องจากอำเภอแก่งคอยเป็นพื้นที่เขตอุตสาหกรรม

จำนวนเตียงสามารถรับผู้ป่วยสามัญและห้องพิเศษ 5 ห้องได้จำนวน 27 เตียง (ไม่นับรวมห้องคลอด
และหลังคลอด) กรณีผู้ป่วยมากสามารถรับเตียงเสริมได้ จำนวน 10 เตียง

เป็นที่ฝึกอบรม /ศึกษาดูงานของ นักศึกษาแพทย์ /นักศึกษาพยาบาล /นักศึกษาวิทยาลัยสาธารณสุข
และหน่วยงานอื่นๆ

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ :

ผู้รับผลงาน	ความต้องการที่สำคัญ
ผู้ป่วยและญาติ	การดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานปลอดภัย สะดวก รวดเร็ว เจ้าหน้าที่มีพฤติกรรมบริการที่ เหมาะสม ได้รับทราบข้อมูลอย่างต่อเนื่อง คำแนะนำในดูแลผู้ป่วย ได้รับความช่วยเหลือ อย่างเพียงพอและเหมาะสมเมื่อร้องขอ สถานที่ สวยงาม สะอาดปลอดภัย มีอุปกรณ์อำนวยความสะดวก ความสะดวกที่เพียงพอ
เจ้าหน้าที่ภายในโรงพยาบาล	การสื่อสารที่ชัดเจนถูกต้อง ครบถ้วนตรงตาม ความต้องการ การประสานงานที่ดี เต็มใจ บริการ
เจ้าหน้าที่ภายนอกโรงพยาบาล	การประสานงานที่ดี การส่งต่อข้อมูลถูกต้อง และรวดเร็ว
นักศึกษาฝึกงาน	การต้อนรับด้วยสัมพันธภาพที่ดี ได้รับ คำแนะนำและมี พยาบาลวิชาชีพเป็นที่ปรึกษา และ นิเทศขณะฝึกปฏิบัติงาน มีอุปกรณ์ และเครื่องมือสนับสนุนเพียงพอในการฝึก ปฏิบัติงาน

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

ผู้รับบริการ ได้รับการดูแลแบบองค์รวม ตามมาตรฐานวิชาชีพ มีความปลอดภัย และพึงพอใจ
จ.ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ

ความท้าทาย	<ul style="list-style-type: none"> - การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย - ผู้ป่วยวิกฤติได้รับการดูแล เฝ้าระวังอาการและส่งต่อได้อย่างทันท่วงที (HI, STEMI, Stoke) - ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ไม่เกิด แผลกดทับ
ความเสี่ยงที่สำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> - เจ้าหน้าที่ถูกข้อมิคมทิมดำขณะปฏิบัติงาน - การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา - ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อ ในโรงพยาบาล - เกิดภาวะ Stroke ใน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง - เกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
จุดเน้น	จุดเน้นตามเข็มมุ่งของโรงพยาบาล <ol style="list-style-type: none"> 1. การดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส และเด็กLD ด้วยระบบ DHS 2. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative care) 3. รณรงค์อุบัติเหตุจราจร 4. อาหารปลอดภัย

ฉ.ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เครื่องมือ เทคโนโลยี) :ศักยภาพและข้อจำกัด

ตารางแสดงจำนวนผู้มารับบริการตึกผู้ป่วยในหญิง

ข้อมูล	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566 ต.ค.65- ธ.ค.66
ผู้รับบริการ (คน)	2481	2251	2126	2199	659
จำนวนวันนอน	7692	7643	7297	8908	2368
จำนวนวันนอนเฉลี่ย (วัน/คน)	3.1	3.39	3.43	4.05	3.59
อัตราครองเตียง (%)	70.44	69.80	66.82	81.58	86.74

งานผู้ป่วยในหญิงจำนวนเตียง 33 เตียง (เตียงสามัญ 20 เตียง ห้องแยกโรค จำนวน 1 ห้อง 2 เตียง ห้องพิเศษ 5 ห้อง ห้องคลอด 6 เตียง) และสามารถเสริมเตียงได้อีก 10 เตียง

อัตรากำลัง

1. แพทย์ หมอนเวียนเป็นแพทย์ประจำเดือนละ 5 คน (รวม ห้องคลอด)

- โดย - แพทย์ตรวจห้องพิเศษ 1 คน
 - ห้องคลอด 1 คน
 - ห้องแยกโรค 1 คน
 - ห้องสามัญ 2 คน

มีแพทย์อยู่เวรตลอด 24 ชั่วโมง 1 คน ดูแลทั้งรพ.

2. พยาบาลวิชาชีพ 21 คน (รวมหัวหน้างานซึ่งจะกำกับดูแลงานและบุคลากรทั้งตึกผู้ป่วยในหญิงและ งานห้องคลอด) มีพนักงานลูกจ้าง 1 คน พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน เจ้าหน้าที่ธุรการ 1 คน (ใช้ลูกจ้างร่วมกันในผู้ป่วยในหญิงและห้องคลอด)

การจัดเวรพยาบาล

ตึกผู้ป่วยในหญิงและห้องคลอดจะมีการบริหารจัดการบุคลากรที่ขึ้นปฏิบัติงานโดยเป็นเจ้าหน้าที่ชุดเดียวกัน ในแต่ละเวรจะมีการมอบหมายงานให้รับผิดชอบแยกกันระหว่างห้องคลอดและตึกผู้ป่วยในหญิง กรณีจุดหนึ่งจุดใดมีกิจกรรมการให้การรักษาพยาบาลมากสามารถช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้ โดยพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถตาม competency ในการปฏิบัติงานทั้งงานผู้ป่วยสามัญและงานห้องคลอด

เวรเช้าวันราชการ 7 คน (รับผิดชอบตึกผู้ป่วยในหญิง 5 คน ห้องคลอด 2 คน ไม่รวมหัวหน้าตึก)

เวรเช้าวันหยุดราชการ 5 คน (รับผิดชอบตึกผู้ป่วยในหญิง 4 คน ห้องคลอด 1 คน)

เวรบ่าย - ดึก 4 คน (รับผิดชอบตึกผู้ป่วยในหญิง 3 คน ห้องคลอด 1 คน)

3. เจ้าหน้าที่ธุรการ จำนวน 1 คนปฏิบัติงานในวันทำการ

4. พนักงานลูกจ้าง การจัดเวร

เวรเช้าวันราชการมีลูกจ้าง 2 คน (รับผิดชอบตึกผู้ป่วยในหญิง 1 คน ห้องคลอด 1 คน) , ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน

เวรเช้าวันหยุดราชการ ลูกจ้าง 2 คน (รับผิดชอบตึกผู้ป่วยในหญิง 1 คน ห้องคลอด 1 คน)

เวรบ่าย ลูกจ้าง 1 คน (รับผิดชอบทั้ง 2 จุด)

เวรดึก ไม่มีลูกจ้างขึ้นปฏิบัติงาน กรณีมีงานในความรับผิดชอบมาก สามารถขอความช่วยเหลือให้ลูกจ้างที่ขึ้นปฏิบัติงานห้องบัตรมาช่วย

อุปกรณ์เครื่องมือต่าง ๆ

มีอุปกรณ์เพียงพอใช้ในผู้ป่วยวิกฤติและผู้ป่วยทั่วไป ดังต่อไปนี้

ชื่อเครื่องมือ	จำนวน
1. เครื่องกระตุ้นหัวใจไฟฟ้า	1 เครื่อง
2. เครื่องตรวจคลื่นหัวใจไฟฟ้า	2 เครื่อง
3. เครื่องตรวจติดตามคลื่นหัวใจไฟฟ้า	6 เครื่อง
4. เครื่องวัดความอึดตัวของออกซิเจน	2 เครื่อง
5. เครื่องควบคุมปริมาณหยดน้ำเกลือ	7 เครื่อง
6. เครื่องปั่นความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง	1 เครื่อง
7. เครื่อง Suction	2 เครื่อง
8. เครื่อง Congo Suction	1 เครื่อง
9. เครื่อง Ultrasound	1 เครื่อง
10. เครื่องมือมาตรฐานที่จำเป็นอื่น ๆ	

บุคลากรจะผ่านการอบรมฝึกฝนให้สามารถใช้อุปกรณ์ต่างๆที่มีอยู่ได้สมำเสมอ และมีการตรวจสอบความพร้อมใช้และการบำรุงรักษาตามระยะเวลาที่ทางกรรมการเครื่องมือกำหนดในอุปกรณ์เครื่องมือแต่ละชนิด รวมทั้ง มีระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกัน โดยช่างประจำโรงพยาบาล ทุก 6 เดือน และเครื่องมือมีการ Calibrated จากกองช่างของ กระทรวงสาธารณสุขทุกปี ครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม 2562 มีความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (ปี 2563-ปี2565) ไม่ได้สอบเทียบเนื่องจากการระบาดของโรค

Covid 19) กรณีเครื่องมือไม่พร้อมใช้งานหรือไม่เพียงพอ มีการสำรองขอยืมจากห้องคลอด หอผู้ป่วยในชาย และ งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน

2. กระบวนการสำคัญ (Key Processes)

กระบวนการสำคัญ (Key processes)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (processes requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance indicator)
1.การเข้าถึงและการเตรียมความพร้อมในการเข้ารับบริการ	-มีการตรวจสอบความเป็นบุคคลของผู้ป่วยถูกต้องตามแนวทางที่กำหนด - สถานที่สะอาดอุปกรณ์เครื่องมือพร้อมใช้	1.อุบัติการณ์ระบุตัวผู้ป่วยผิดคน 2.อุบัติการณ์รักษาผิดคน 3.อุบัติการณ์ความพร้อมของเครื่องมือ / อุปกรณ์
2.การประเมิน	-ผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหาและความต้องการตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายอย่างครอบคลุม และได้รับการประเมินเพื่อให้การช่วยเหลือทันทีเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน	1.อุบัติการณ์ผู้ป่วยได้รับการประเมิน / วินิจฉัยผิดพลาด / ลำช้า
3. การวางแผนการดูแล	-มีการวางแผนครบถ้วนครอบคลุมมีการประสานงานร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลรักษา	1.อุบัติการณ์ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาลำช้า 2. การวางแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลครอบคลุม
4. การดูแลรักษาพยาบาล	ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน -ผู้รับบริการได้รับการดูแลรักษาพยาบาลแบบองค์รวม	1. อุบัติการณ์การรักษาผิดพลาด 2.ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่ได้

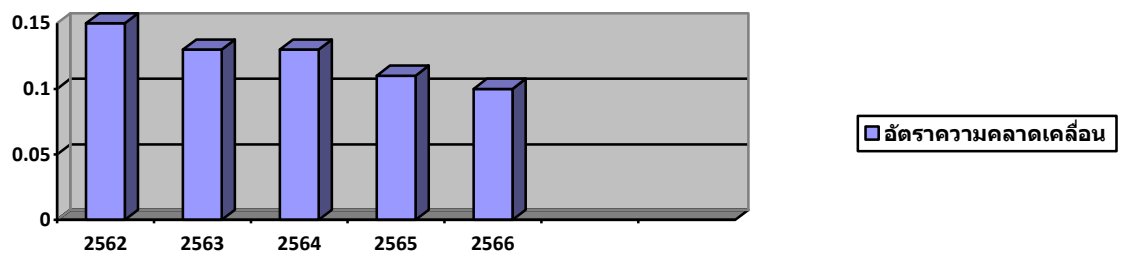
	<p>อย่างมีคุณภาพ เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ</p> <p>-ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหาซับซ้อนได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม ปลอดภัยจากภาวะฉุกเฉิน ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน</p> <p>-ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลตามแนวทาง</p>	<p>วางแผน</p> <p>3.ความคลาดเคลื่อนจากการให้ยาสารน้ำและเลือด</p> <p>4. การติดเชื้อในโรงพยาบาล</p> <p>5.อัตราการเกิดแผลกดทับ ระดับ 2</p> <p>6. อุบัติการณ์พลัดตกหกล้ม</p> <p>7.ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลตามแนวทาง</p>
--	---	---

กระบวนการสำคัญ (Key processes)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (processes requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance indicator)
5. การประเมินซ้ำ	-ผู้ป่วยได้รับการตรวจเยี่ยมเฝ้าระวังอาการอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมกับสภาวะความเจ็บป่วยที่เปลี่ยนแปลง	1.อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะ admitted 2.อุบัติการณ์การตายโดยไม่ได้วางแผน
6. กิจกรรมคู่ขนาน	-เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องต่อเนื่อง ใช้ประสานแผนการดูแลระหว่างวิชาชีพ และใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายได้	1.ความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการแพทย์ 2.จำนวนข้อร้องเรียนในหน่วยงาน 3.ความพึงพอใจของผู้รับบริการ
7. การจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่อง	-ผู้ป่วยได้รับการส่งต่ออย่างถูกต้องรวดเร็ว -เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายและประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลต่อเนื่องอย่างเหมาะสม	1. ผู้ป่วยส่งต่อได้รับการดูแลตามมาตรฐาน 2. อัตราการReadmit ใน 28 วัน 3.ผู้ป่วยเรื้อรังและมีปัญหาสุขภาพได้รับการส่งต่อ HHC

3.ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

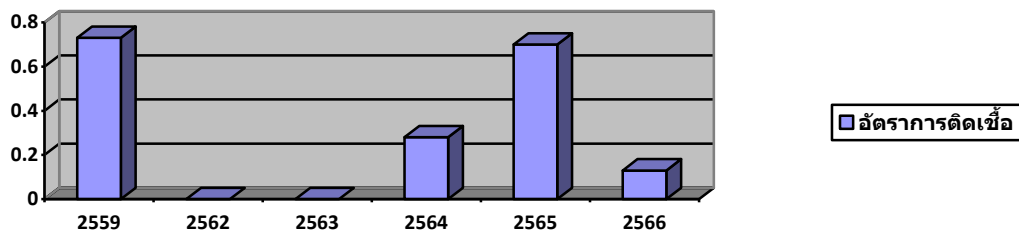
ตัวชี้วัดที่สำคัญ

อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา เป้าหมาย = 0 %



อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาลดลง มีการเก็บข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาและ เน้นให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามหลัก 6 R อย่างเคร่งครัด ให้มีการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุม และวางแนวทางการแก้ไขปรับปรุงระบบ ร่วมกับทีมคณะกรรมการบริหารระบบยา

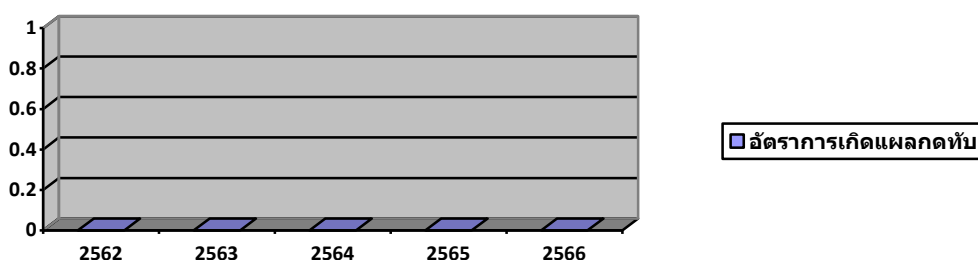
อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล เป้าหมาย $\leq 2\%$



อัตราการติดเชื้อในหน่วยงาน พบว่า

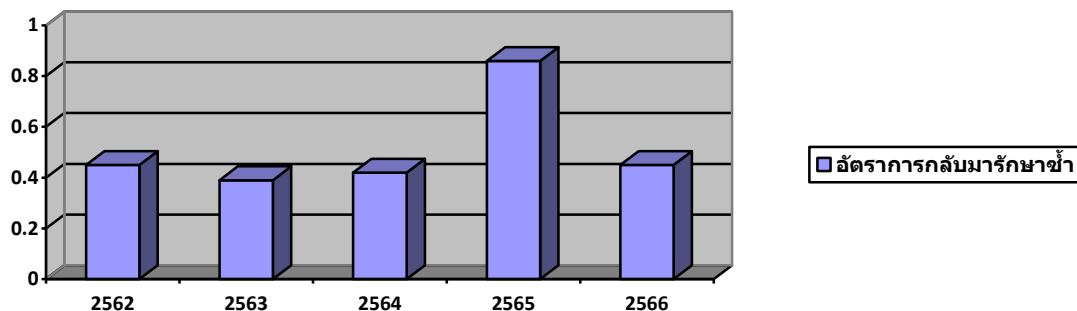
แนวโน้มของอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลลดลง ถึงแม้จะมีการรับผู้ป่วยกลับ Bed ridden จาก รพ. สระบุรี เป็นจำนวนมากขึ้น ผู้ป่วย แผล Bed sore มีอุปกรณ์ติดตัวสายสวนปัสสาวะ ซึ่งมีแนวโน้มที่จะติดเชื้อ ในระบบต่าง ๆ ได้ง่าย แต่ที่ไม่พบอุบัติการณ์การติดเชื้อเนื่องจากมีการวางระบบในการดูแลผู้ป่วยที่ดียิ่งขึ้นและเน้นกับผู้ดูแลผู้ป่วยในการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล เน้นการล้างมือก่อนและหลังให้การดูแลผู้ป่วย

อัตราการเกิดแผลกดทับ เป้าหมาย 0%



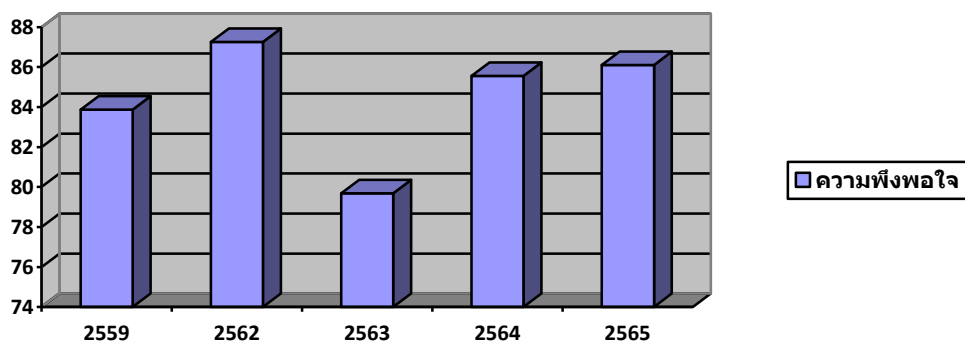
มีการทบทวนการปฏิบัติตามหลักการดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ โดยใช้ที่นอนลม และแบบฟอร์มประเมิน Baden score, หมอนโฟม, นาฬิกาพลิกตะแคงตัว สอนญาติในการช่วยดูแลผู้ป่วย เน้นให้พยาบาลและผู้ดูแลผู้ป่วยมีการพลิกตะแคงตัว และดูแล General hygiene care การเกิดแผลกดทับใหม่ลดลงและไม่พบการเกิดแผลกดทับใหม่

อัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะHypo-Hyperglycemia ภายใน 28 วัน เป้าหมาย $\leq 5\%$



เน้นให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโดยสาขาวิชาชีพ ในการปฏิบัติตัว เช่น การรับประทานอาหาร อาหารทดแทน มีนวัตกรรมการอาหาร การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปฏิบัติตัว การรับประทานยาเบาหวาน กรณีที่รับประทานอาหารไม่ได้หรือรับประทานได้น้อยควรงดยาเบาหวานมือนั้น ๆ ทำให้อัตรากลับมารักษาซ้ำด้วย Hypo-Hyperglycemia ลดลง

อัตราพึงพอใจของผู้รับบริการเป้าหมาย $\geq 85\%$



อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการ พบปัญหาสถานที่คับแคบ ห้องน้ำไม่สะอาดแก้ไขโดยปรับปรุงห้องน้ำใหม่ สะอาดสวยงามและเน้นคนงานให้ทำความสะอาดบ่อยขึ้น เติงนอนไม่เพียงพอ อากาศร้อน พฤติกรรมบริการ จากปัญหาดังกล่าวได้มีการดำเนินการแก้ไขแล้ว โดยมีการเปิดตึกผู้ป่วยรวมเพื่อลดการเสริมเตียงของผู้ป่วยใน ส่วนด้านสถานที่คับแคบ ไม่สามารถแก้ไขได้ ด้านพฤติกรรมบริการ เน้นให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์มีการตกแต่งอาคารแสดงออกทางพฤติกรรมบริการและให้ความสำคัญกับการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ผู้รับบริการรู้สึกพึงพอใจมากขึ้น

4. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

4.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

4.1.1 พัฒนาระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
2. เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์มีจิตสำนึกและปฏิบัติตามมาตรการที่วางไว้

เครื่องชี้วัด 1. อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล เป้าหมาย $\leq 2\%$

2. อุบัติการณ์การเกิดเข็มทิ่มตำขณะปฏิบัติงาน เป้าหมาย 0%

3. อุบัติการณ์การเกิดสารคัดหลั่งกระเด็น เข้าตาขณะปฏิบัติงาน เป้าหมาย 0%

กิจกรรม

1. กำหนดแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เช่น การล้างมือ การสวมอุปกรณ์ป้องกัน การปฏิบัติตามหลัก IP, UP มีการรณรงค์วันล้างมือโลก มีการประชาสัมพันธ์ให้ผู้มารับบริการและผู้ให้บริการตระหนักถึงความสำคัญของการล้างมือ
2. วางระบบการกำกับติดตามมาตรการต่างๆ ที่กำหนดไว้ เพื่อประเมินกิจกรรมและพฤติกรรมที่มีความสำคัญ ต่อการป้องกันการติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง รวบรวมปัญหาเพื่อหาโอกาสปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
3. พัฒนาระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ป่วยและ บุคลากร
4. วางระบบการประเมินประสิทธิภาพการเฝ้าระวัง และทบทวนเวชระเบียน เพื่อค้นหาการติดเชื้อในโรงพยาบาล

ผลลัพธ์ แนวโน้มของอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลลดลง

4.1.2 พัฒนาการบริหารยาในหน่วยงาน

วัตถุประสงค์ ให้เจ้าหน้าที่ทุกคนใน หน่วยงานปฏิบัติตามข้อตกลงในการบริหารยาภายในหน่วยงาน

ป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ Admin Error

เครื่องชี้วัด 1. อุบัติการณ์เกิด Admin Error

2. อุบัติการณ์ การเกิด

- การจ่ายยาแพ้ซ้ำซ้อน

- การจ่ายยาที่มีฤทธิ์ต้านกัน

- การรับประทานยาซ้ำซ้อนของผู้ป่วย
- การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา High Alert Drug

กิจกรรม

1. กำหนดให้มีการปฏิบัติตามข้อกำหนดของการบริหารยาภายในหน่วยงาน
2. ติดตามเฝ้าระวังการใช้ยา High Alert Drug กับผู้ป่วยทุกราย เหมาะสมตามมาตรฐานการแยกประเภทผู้ป่วย
3. ติดตามการจัดการด้านยาในเรื่อง Drug Reconciliation, Drug Interaction, ADR
4. การเฝ้าระวังการใส่ยาเสพติดภายในหน่วยงาน
5. บันทึกการเฝ้าระวัง Admin Error ของหน่วยงาน

ผลลัพธ์ เจ้าหน้าที่มีการเฝ้าระวังและตรวจสอบมากขึ้น ทำให้ความคลาดเคลื่อนทางยาลดลง ไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย

4.1.3 การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีความต้องการพิเศษ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส

1. การป้องกันการเกิดแผลกดทับ

วัตถุประสงค์ : เพื่อป้องกันไม่เกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้

เครื่องชี้วัด อัตราการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ / หรือได้น้อย เป้าหมาย 0%

กิจกรรม

- ให้อุปกรณ์ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ นอนบนที่นอนลม
- ใช้หมอนโฟม Support เพื่อลดการกดทับ
- ดูแลความสะอาดร่างกายให้แห้ง ไม่เปียกชื้น ญาติมีส่วนร่วมในดูแลเรื่อง General hygiene care

- ให้อุปกรณ์และญาติมีส่วนร่วมในแผนการรักษาพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง ติดตามพิภาพพลิกตะแคงตัวไว้ที่เตียงผู้ป่วย

ผลลัพธ์ อัตราการเกิดแผลกดทับใหม่ลดลง ในปี 2560 และ 2561 ยังไม่พบการเกิดแผลกดทับใหม่ในผู้ป่วย

2. การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง (IMC Intermediate care)

ความหมาย การดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤตและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน

จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยสหวิชาชีพ

กลุ่มเป้าหมาย สมรรถภาพจากการเจ็บป่วยในระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือนใน 4 กลุ่มโรค

1. ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง
2. ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
3. ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ไขสันหลัง

4. ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก

วัตถุประสงค์

- เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยให้กลับมาดำรงชีวิตอิสระให้ได้มากที่สุด ลดการนอนโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น ลดอัตราการป่วย การตายและพิการ

- เพื่อขับเคลื่อนและสนับสนุนให้เกิด ระบบบริการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน อย่างเป็นรูปธรรม ส่งเสริมให้มีการบูรณาการระบบบริการ ร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง
ขั้นตอนการดูแล

1. มีการแต่งตั้งคณะทำงาน IMC ในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล เพื่อกำหนดนโยบาย ทิศทาง ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบ Intermediate Care in Community โดยมีหน้าที่ ส่งเสริม สนับสนุนการดำเนินงานของคณะทำงานที่เกี่ยวข้องติดตาม ควบคุม กำกับการดำเนินงาน พร้อมให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาอุปสรรค และรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานให้กับ ผู้บริหาร โดยทีมที่มีความสำคัญในการขับเคลื่อนงานในพื้นที่คือ ทีมหมอรอบครัว (Family Care Team) และทีมสหวิชาชีพ(PCT)ทีม FCT อสม.

2. พัฒนาศักยภาพทีม : จัดอบรมหลักสูตรต่างๆ ทั้งหลักสูตรระยะสั้นและหลักสูตรระยะยาว อบรมให้ความรู้

3. ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูโดยนักกายภาพ 5 วันขณะนอนโรงพยาบาล

2. การดูแล ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีความต้องการพิเศษ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส อย่างต่อเนื่อง (โครงการดูแลผู้ป่วย Long term care)

ความหมาย การดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งสังคม สุขภาพ เศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อม สำหรับ ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และ ผู้ด้อยโอกาส ที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจาก การเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือพิการ ทูพลภาพ ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน หรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง ในชีวิตประจำวันได้

นิยาม : กลุ่มเป้าหมาย

- กลุ่มที่ 1 ผู้พิการ หมายถึง ผู้พิการที่ขึ้นทะเบียนแล้ว ประสบภาวะยากลำบาก ต้องการความช่วยเหลือ
- กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุ หมายถึง กลุ่มติดเตียง / ติดบ้าน (ไม่ใช่กลุ่ม 1) อาจป่วยเป็นโรคเรื้อรัง หรือ ไม่เป็นโรคก็ได้

- กลุ่มที่ 3 ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (ไม่ใช่กลุ่ม 1 และ 2) เช่น ผู้ป่วยมะเร็ง , ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน, ผู้ป่วยไขสันหลังได้รับบาดเจ็บที่ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียน , ผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย และผู้ป่วย HIV ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้

วัตถุประสงค์

- เพื่อให้ผู้สูงอายุ , ผู้พิการ และผู้ด้อยโอกาส ในชุมชน มีคุณภาพชีวิตที่ดี
 - คนป่วยได้รับการดูแลรักษา
 - คนไม่ป่วยได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ดูแล และฟื้นฟูสุขภาพ
- เพื่อให้ได้รับการดูแลครอบคลุมทุกมิติ (กาย , จิต , สังคม) ทั้งตัวผู้ป่วย และครอบครัว

เพื่อพัฒนา ระบบบริการดูแลสุขภาพร่วมกัน โดย ภาคราชการ

จัดลำดับการดูแลตามลำดับความเร่งด่วน

ทีมแพทย์

สีแดง ผู้ป่วยมีปัญหาซับซ้อนที่ต้องการการตัดสินใจเร่งด่วน, ต้องการหลายวิชาชีพทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด ร่วมดูแล เยี่ยมทุกเดือน

สีเหลือง ติดตามประเมินผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ หลังจาก ที่ รพ.สต. และทีมอื่นๆ ได้ให้การช่วยเหลือแล้ว, ผู้ป่วยที่ต้องการประเมินความพิการโดยแพทย์ เยี่ยมทุก 2 เดือน

สีเขียว ผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ มีอาการคงที่ และติดตามอาการหลังจากที่เคยกออกเยี่ยมแล้ว เยี่ยมทุก 6 เดือน

ทีมชุมชน

สีแดง ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ มีอุปสรรคทางการแพทย์กลับบ้าน เพิ่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เยี่ยมทุกสัปดาห์

สีเหลือง ผู้ป่วยที่โรคส่งผลต่อการดำรงชีวิต ช่วยเหลือตนเองได้เล็กน้อย มีผู้ดูแลที่ช่วยเหลือได้บางส่วน เยี่ยมทุกเดือน

สีเขียว ผู้ป่วยเรื้อรังที่มีอาการคงที่ แต่ยังคงขาดความรู้ความเข้าใจในการในการดูแลตัวเอง เยี่ยมทุก 3 เดือน

ทีมกายภาพ

สีแดง ผู้ป่วยที่เกิดพยาธิสภาพภายใน 6 เดือนและ Barthel index score 0-49 เยี่ยมทุกสัปดาห์

สีเหลือง ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพภายใน 5 ปี และ Barthel index score 50-74 เยี่ยมทุก 2 สัปดาห์

สีเขียว ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพมากกว่า 5 ปี และ Barthel index score 50-100 เยี่ยมทุก 3 เดือน

ทีมจิตเวช

- สีแดง**
1. ผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น
 2. ผู้ป่วยจิตเวชที่ขาดนัด
 3. ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการกำเริบซ้ำ ต้องมาปรับยาก่อนนัด
- เยี่ยมทุกสัปดาห์

สีเหลือง ผู้ป่วยที่ได้รับยา Chlorpromazine, Depakine (Sodium valproate), Lithium carbonate
ติดตามผลเลือดที่ ร.พ. ทุก 4 เดือน

สีเขียว ผู้ป่วยจิตเวชที่มีโรคร่วมทางกาย เช่น DM,HT หรือใช้สารเสพติด เยี่ยมทุก 1 ปี

ในภาพรวม

สีแดง อยู่ในช่วงที่ต้องได้รับการดูแลและติดตามอย่างใกล้ชิด

สีเหลือง ระดับปานกลาง ต้องได้รับการติดตามต่อเนื่องหลังจากได้รับการฟื้นฟูแล้ว

สีเขียว อาการคงที่ ต้องติดตามดูแลเป็นระยะเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน/พิการมากขึ้น

ตึกผู้ป่วยหญิง ในส่วนที่ปฏิบัติในโครงการ Long term care โดยมีการส่งข้อมูลของผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจาก รพ. โดยผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ด้อยโอกาส ให้กับทีม HHC และ FCT เพื่อออกเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านมีการเชื่อมโยงปัญหาของผู้ป่วยและญาติให้รับรู้ร่วมกันระหว่างทีม HHC, FCT และเจ้าหน้าที่ของตึกผู้ป่วยเพื่อรองรับการดูแลและให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในระยะยาวต่อไป จนกว่าจะจำหน่ายผู้ป่วยออกจากกรเยี่ยมได้ ในขณะเดียวกัน หัวหน้างานตึกผู้ป่วยในจะมีการออกทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพสต. ที่อยู่ในความรับผิดชอบเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อร่วมทำงานและรับทราบปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพสต. นอกจากนี้ยังเป็นทีปรึกษาและประสานงานให้กับเจ้าหน้าที่ รพสต. ด้วย

4.1.4 งานจิตเวช

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ (Key Quality Issues) :

ความปลอดภัย ความถูกต้อง มีมาตรฐาน ป้องกันการขาดยาและภาวะแทรกซ้อน ดูแลแบบองค์รวม ต่อเนื่อง และเตรียมความพร้อมเพื่อดูแลต่อเนื่องในชุมชน ส่งเสริมการดูแลตนเองที่บ้าน โดยการให้คำแนะนำแก่ญาติหรือผู้ดูแล

สำหรับตึกผู้ป่วยหญิง เมื่อมีผู้ป่วย / ญาติที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต เช่นผู้ป่วยซึมเศร้า ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยที่ถูกบุคคลในครอบครัวทำร้ายมา ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จะประสานงานให้พยาบาลจิตเวช/ นักจิตวิทยา

เข้ามาพูดคุยให้การดูแล แนะนำ และติดตามเยี่ยมเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน โดยเริ่มทำร่วมกับคลินิกสุขภาพใจ ตั้งแต่ ตุลาคม ปี 2556 จนถึงปัจจุบัน

4.1.5. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative care)

เรื่องการใช้ pain management

- วัตถุประสงค์
1. เพื่อให้เป็นแนวทางเดียวกันในการดูแลผู้ป่วย
 2. ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดที่สัมพันธ์กับอาการอย่างเหมาะสม

เครื่องชี้วัด อัตราการใช้ pain score เป้าหมาย 95%

กิจกรรม 1. ประชุมร่วมกับสหสาขาวิชาชีพในการจัดทำ pain score และการให้ยาแก้ปวดที่สัมพันธ์กับอาการของผู้ป่วย

2. ชี้แจงเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานทราบ
3. นำแนวทางการประเมิน pain score ของPCT มาใช้
- 4.ดูแลให้ยาแก้ปวดแก่ผู้ป่วยตาม pain score
5. สรุปปัญหา ประเมินผลและปรับปรุงแก้ไข

ผลลัพธ์ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับยาแก้ปวดอย่างเหมาะสมตามอาการ 100 %

4.1.6 การพัฒนาบุคลากร

1. ดูแลผู้ป่วยและบริการที่มีความเสี่ยงสูง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สามารถวิเคราะห์ผู้ป่วย แต่ละรายได้อย่างถูกต้องครบถ้วน
2. เพื่อให้เกิดระบบการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสม กับความรุนแรงของการเจ็บป่วยและดำเนินการแก้ไข / ปรับแผน การดูแลรักษาได้ทันที่

3. ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการดูแล อย่างทันทั่วทั้งที่

เครื่องชี้วัด อุบัติการณ์เกิดเหตุการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤตล่าช้า เป้าหมาย 0%

กิจกรรม

1. หน่วยงานร่วมกับ PCT กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยในระบบต่างๆที่มีความเสี่ยงสูง
2. หน่วยงานกำหนดให้มีการแยกประเภทผู้ป่วยอย่าง เหมาะสมตามมาตรฐานการแยกประเภทผู้ป่วย
3. กำหนดมาตรฐานการบันทึกเวชระเบียนเพื่อส่งต่อข้อมูลให้กับผู้ร่วมทีมรับทราบ
4. จัดระบบบริการในหอผู้ป่วยเพื่อสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย ในเรื่อง

- การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้อย่างมีประสิทธิภาพ
- จัดให้มีการวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริงเพื่อปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยให้ตรงประเด็น
- จัดให้มีการทบทวนกระบวนการและผลลัพธ์การทำงาน โดยการใช้ 12 กิจกรรมทบทวนเป็น

แนวทาง

- พัฒนาระบบบันทึกทางเวชระเบียน
- จัดให้มีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมทั้งมิติด้านการป้องกันการสร้างเสริม รักษาฟื้นฟู

ตามความเหมาะสม

- จัดให้มีระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพสามารถกำกับดูแลในการปฏิบัติการพยาบาลโดยเฉพาะ การเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง การรับรู้ปัญหาทางคลินิกเพื่อวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยให้สอดคล้อง และครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วย

นำประเด็นที่ได้จากการนิเทศมาส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพและสร้างความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

ผลลัพธ์ ไม่มีอุบัติการณ์เกิดเหตุการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤตล่าช้า

2. การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง / STEMI / Stroke

เรื่อง : การดูแลผู้ป่วย Stroke

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและเหมาะสม ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และส่งต่อได้ทันเวลา

เครื่องชี้วัด 1. อัตราการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ Stroke อย่างถูกต้องตามมาตรฐานและตาม CPG เป้าหมาย > 90%

2. อัตราผู้ป่วย Hemorrhage ได้รับการส่งต่อภายใน 45 นาที เป้าหมาย > 80%

3. ร้อยละของผู้ป่วย Stroke ได้รับดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เป้าหมาย > 80%

กิจกรรม

- พยาบาลในหอผู้ป่วยปฏิบัติตามมาตรฐานและตามที่ CPG กำหนด

- เฝ้าระวังการเกิด Stroke
- การประเมินและแก้ไขภาวะวิกฤตได้อย่างรวดเร็ว
- มีระบบ Fast Tract ในการส่งต่อผู้ป่วย
- ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองและการรับประทานยาที่ถูกต้อง, การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

ผลลัพธ์ ผู้ป่วยที่มีภาวะ Stroke ได้รับการดูแล อย่างถูกต้องตามมาตรฐาน เมื่อมีภาวะวิกฤตได้รับการส่งต่ออย่างทันเวลาที่ และเมื่อกลับมารักษาคณะที่บ้านได้รับการดูแลต่อเนื่อง โดยทีมสหสาขาวิชาชีพทุกราย

เรื่อง : การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

- วัตถุประสงค์
1. เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะ Hypo-Hyperglycemia ลดลง
 2. เพื่อลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วย Hypo-Hyperglycemia ในผู้ป่วยเบาหวาน
- เครื่องชี้วัด
1. อัตราการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะHypo-Hyperglycemia ได้้อย่างถูกต้องตาม CPG เป้าหมาย > 90%
 2. อัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วย Hypo-Hyperglycemia ในผู้ป่วยเบาหวานภายใน 28วัน เป้าหมาย < 30%
 3. อัตราผู้ป่วยและญาติมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและสามารถตอบได้ เป้าหมาย > 90%

กิจกรรม :

- ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยาและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับภาวะของโรค
- ใช้ใบเฝ้าระวัง Diabetic Chart ในผู้ป่วยเบาหวานทุกราย
- เฝ้าระวังอาการHypo-Hyperglycemia ในผู้ป่วย
- เกสซอร์ให้คำแนะนำเกี่ยวกับยา / โภชนาการให้ความรู้เรื่องอาหาร
- ส่งให้ทีมHHC ออกติดตามเยี่ยมบ้านหลังแพทย์จำหน่าย
- ปฏิบัติตาม CPG ในการดูแลผู้ป่วย

ผลลัพธ์ อัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วย Hypo-Hyperglycemia ในผู้ป่วยเบาหวานภายใน 28วันลดลง

เรื่อง : การดูแลผู้ป่วย STEMI

วัตถุประสงค์ : เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย STEMI

- เครื่องชี้วัด
1. อัตราการดูแลผู้ป่วยโรค STEMI ได้้อย่างถูกต้องตาม CPG เป้าหมาย 100%
 2. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย STEMI ขณะรับการรักษาใน รพ. เป้าหมาย 0%
 3. อัตราผู้ป่วย STEMI ได้รับการดูแลส่งต่อภายในเวลา 45 นาที เป้าหมาย > 80%

กิจกรรม :

- พยาบาลในหอผู้ป่วยปฏิบัติตามCPG ที่กำหนด

- ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับภาวะของโรค
 - เภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยา / โภชนากรให้ความรู้เรื่องอาหาร
 - ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อเพื่อการรักษาอย่างเหมาะสม
- ผลลัพธ์

จากการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดและได้รับการส่งต่อไปรพ.สระบุรีภายในตึกผู้ป่วยในหญิง-ห้องคลอดปีงบประมาณ 2562 – 2566 พบว่า

- มีการปรับปรุงการลงบันทึก ACS Register จากโรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อความแม่นยำยิ่งขึ้น
- ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือด 100 %

ปัญหาอุปสรรค :

- การประเมินอาการวิกฤตได้ล่าช้า เกิดจากอาการแสดงผู้ป่วยไม่ชัดเจน
- การวินิจฉัยล่าช้า เกิดจากการรอการตอบกลับจากรพ.แม่ข่าย Ex. Consult EKG , Consult แพทย์เฉพาะทาง
- มีปัญหาในการติดตามผลการวินิจฉัยโรคจากรพ.สระบุรี เนื่องจากรพ.สระบุรีไม่เปิดสิทธิ์ให้เจ้าหน้าที่นอกพื้นที่เข้าไปดู ทำให้ไม่สามารถสรุปได้ว่าการวินิจฉัยโรคจากรพ.ต้นทางถูกต้องหรือไม่

3.เรื่อง : การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (Head injury)

วัตถุประสงค์ :เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย HI

- เครื่องชี้วัด
1. อัตราผู้ป่วย HI ที่มีภาวะวิกฤติได้รับการวินิจฉัยภายใน 10 นาที เป้าหมาย > 90%
 2. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย HI ขณะรับการรักษาใน รพ. เป้าหมาย 0%
 3. อัตราผู้ป่วย HI ได้รับการดูแลส่งต่อภายในเวลา 45 นาที เป้าหมาย > 90%

กิจกรรม :

- พยาบาลในหอผู้ป่วยปฏิบัติตามCPG ที่กำหนด
 - ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการสังเกตอาการและเฝ้าระวังอาการแก่ผู้ป่วยและญาติ
 - เภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยา / โภชนากรให้ความรู้เรื่องอาหาร
 - ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อเพื่อการรักษาอย่างเหมาะสม
- ผลลัพธ์ ผู้ป่วย HI ที่มีภาวะวิกฤติได้รับการวินิจฉัยอย่างทันที่ทั้งที่และได้รับการส่งต่อภายในเวลาทุกราย ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิตในขณะ admit

4. เรื่อง : การดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก

อำเภอแก่งคอยมียอดผู้ป่วยไข้เลือดออกสูง ของจังหวัดสระบุรี ทำให้มีผู้ป่วยไข้เลือดออกเข้ารับบริการในตึกผู้ป่วยในหญิงเป็นจำนวนมาก จึงต้องมีการทบทวนและพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ปลอดภัยจากโรคและภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยไข้เลือดออกได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย

เครื่องชี้วัด - อัตราการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกได้ตาม CPG เป้าหมาย 80%

- อัตราการเสียชีวิตที่รพ. เป้าหมาย 0%

กิจกรรม 1.มีแนวทางการดูแลไข้เลือดออกตามมาตรฐานจากทีมPCT

2.เจ้าหน้าที่ได้รับการอบรมในการดูแลผู้ป่วยและสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

3.มีระบบการป้องกันในหน่วยงาน โดยได้รับการสนับสนุนครีมทากันยุงและพ่นยา ป้องกันจากงานชุมชน ให้แก่ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่

4. มีเอกสารความรู้ให้แก่ผู้ป่วยและญาติ

5.ให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติถึงอาการที่ควรเฝ้าระวังต่อเนื่องที่บ้าน

6. แจกข้อมูลให้กับทีมสอบสวนโรคเมื่อมีผู้ป่วยไข้เลือดออกมารับบริการในหน่วยงาน

7.สนับสนุนการรณรงค์และป้องกันในชุมชนให้ประชาชนรู้ตระหนักในการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง

ผลลัพธ์ ผู้ป่วยได้รับการดูแลตาม CPG 100% ในปี 62-2566 ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิตขณะอยู่ในโรงพยาบาล

5. พัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม

หลักการและเหตุผล

ความตาย เป็นสัจธรรมของชีวิตที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เป็นภาวะสุดท้ายของวงจรชีวิตของคน ไม่มีใครกำหนดได้ ต่าง กับที่ตายอย่างไร ที่ไหน และเมื่อไร ความเชื่อตามแนวพุทธศาสนาที่ความจริงให้รู้ว่า สรรพสิ่งที่เกิดมา ย่อมมีการเปลี่ยนแปลงชีวิตคนเราไม่ถาวร ไม่เพียงมีแต่ความตายเป็นธรรมดา การเตรียมตัวให้พร้อมที่จะเผชิญความจริงว่า “ทุกชีวิตที่เกิดมา มีความตายเป็นธรรมดา เป็นทุกข์ เป็นอนัตตา”

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือผู้ป่วยใกล้ตาย หมายถึง ผู้ป่วยที่หมดหวังจะหายจากโรค เป็นความเจ็บป่วยที่ไม่มีทางรักษาให้หายได้ด้วยวิธีการใด ๆ อาการจะทรุดลงเรื่อย ๆ และเสียชีวิตในที่สุด เช่นผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะสุดท้าย ภาวะหัวใจล้มเหลว มะเร็งระยะสุดท้าย เป็นต้น

ความสำคัญของปัญหา

ความต้องการของคนใกล้ตายคือ ธรรมในศาสนาที่ตนเองนับถือต้องการตายอย่างอิสระ สงบ มีศักดิ์ศรี ได้รับการบรรเทาทุกข์ทรมานในภาวะใกล้ตายรวมถึงได้รับความเห็นอกเห็นใจจากญาติพี่น้องผู้ใกล้ชิดเป็นครั้งสุดท้ายก่อนตายการเลือกสถานที่ตายส่วนใหญ่ต้องการตายที่บ้านซึ่งมีญาติพี่น้องดูแลรองลงมาคือ การตายในสถานโรงพยาบาลที่มีความพร้อมในการดูแลรักษาอย่างเต็มที่

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย บุคคลในครอบครัวและญาติสนิท มีความหมายต่อผู้ป่วยมากที่สุด ผู้ป่วยต้องการดูแลจากผู้ใกล้ชิดอันเป็นที่รัก ต้องการความอบอุ่นใจ การสนับสนุน การให้กำลังใจ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ เพราะความทุกข์ทรมานทางใจนั้นใหญ่หลวงกว่าทุกข์ทางกายมาก

ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงมีบทบาทสำคัญต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยอย่างมาก ต้องรับหน้าที่แทนแพทย์พยาบาล หรือนุเคราะห์ทางการแพทย์ ต้องใช้เวลาและอาศัยความละเอียดรอบคอบ เพราะผู้ป่วยจะรู้สึกหวาดกลัวว่า เหว่ เจ็บปวด ไม่รู้จะเป็นอย่างไรต่อไป แต่ละวันผ่านไปนั้นเหมือนกับจะไม่มีเวลาสิ้นสุด ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องให้ความมั่นใจว่าจะไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย การอยู่ใกล้ชิด และสนองความต้องการทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยในทุกเวลาที่ผู้ป่วยต้องการ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้ผ่านระยะต่าง ๆ ในกระบวนการของความตายอย่างราบรื่น หากผู้ดูแลขาดความรู้เรื่องการดูแลแล้ว อาการของผู้ป่วยของผู้ป่วยก็จะไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้อง และอาจทำให้ผู้ป่วยอาการเลวลงเท่าที่ควรนั้น ในทางตรงกันข้าม ถ้าผู้ดูแลมีความรู้เรื่องโรคและทราบวิธีการ ดูแลผู้ป่วยอย่างถูกวิธี ก็จะช่วยให้ผู้ป่วยไม่ต้องทรมานจากภาวะสุดท้ายของชีวิต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างเอาใจใส่ดีที่สุดขณะอยู่โรงพยาบาล
2. เพื่อให้เกิดความร่วมมือร่วมใจระหว่างญาติกับเจ้าหน้าที่ในการช่วยกันดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
3. ให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ มีศักดิ์ศรี ได้รับการบรรเทาทุกข์ทรมาน

4. เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยและญาติ

แผนการดำเนินการ

1. ดูแลร่างกาย

- บรรเทาอาการต่าง ๆ ที่ทำให้ทรมาน เช่น หายใจลำบาก, N/V, อ่อนเพลีย, ความเจ็บปวด
- ให้การรักษาทางจิตเวชในกรณีต่าง ๆ เช่น Depress, ก้าวร้าว หรือ วุ่นวายมักเกิดจาก Acute Delirium
- ไม่ให้การรักษาที่ไม่เป็นประโยชน์ ซึ่งจะเพิ่มความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วย
- การพยาบาลด้านต่าง ๆ การนอน , การขับถ่าย , อาหาร , การดูแลด้านร่างกาย

2. ดูแลด้านจิตใจ

- ให้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอ ให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกรอคอย
- ให้เวลาพูดคุย สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีโอกาสซักถามสิ่งต่าง ๆ เกี่ยวกับความเจ็บป่วย สอบถามความคิด ความรู้สึกต่าง ๆ โดยไม่บังคับ สัมผัสจากความต้องการของผู้ป่วยขณะนั้น
- ผู้ป่วยบางรายอาจต้องการพูดคุยเกี่ยวกับความตายของตน แต่บางรายอาจจะไม่พูด ต้องประเมินและพิจารณาตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย
- ให้ความมั่นใจว่าแม้ไม่สามารถรักษาได้ แต่ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุด ผู้รักษาจะพยายามควบคุมอาการอย่างเต็มที่
- สอนญาติทำหัตถการต่าง ๆ ให้กับผู้ป่วยที่บ้านด้วยตนเองเพื่อให้มีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่าง ผู้ป่วยและครอบครัวทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจมากขึ้น

3. ด้านเศรษฐกิจ

- จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในบรรยากาศ ที่สงบ อบอุ่น มีคนที่ผูกพัน แต่ถ้าไม่มีญาติควรจัดให้มีผู้ดูแลประจำ ที่ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ
- ให้ผู้ป่วยสะดวกเรื่องต่างๆ ให้เรียบร้อยก่อนจากไป ทั้ง การเงิน การงาน เรื่องส่วนตัว คำเนิ่งถึงปัญหาด้านการเงิน ภาระค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องแบกรับ
- มีการส่งต่อผู้ป่วยให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเช่น สถานีอนามัย เพื่อการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ประโยชน์ที่ได้รับ

เพื่อให้ญาติหรือสมาชิกในครอบครัวได้มีความรู้ความเข้าใจ ความเอื้ออาทร ให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานจากอาการของโรคน้อยที่สุด และจากไปอย่างสงบ ดังพุทธสุภาษิตที่ว่า เมื่อจิตไม่เศร้าหมองแล้วก็เป็นอันหนึ่งสุคติได้”

ผลลัพธ์

ปี 2562 ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 72 ราย (เสียชีวิตในรพ. 23 ,บ้าน 4)

ปี 2563 ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 80 ราย (เสียชีวิตในรพ. 26 ,บ้าน 7)

ปี 2564

ในระยะแรกการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน ได้มีการปรับเปลี่ยนโดยการส่งเจ้าหน้าที่ไปอบรมเพิ่มเติมจากเดิมมี 2 คน เพิ่มขึ้นอีก 3 คน และได้มีการนำมาประชุมชี้แจงและหัวหน้าพาทำให้แก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน มีการร่วมมือดูแลโดยสหสาขาวิชาชีพ ทำ Family Support Group ทำ Comfort Care-การรักษาทางเลือก เช่นการนวดสัมผัส , การเจริญสมาธิ โทศัพทที่ติดตามอาการ Pain Score ประเมินอาการความเจ็บปวด เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต มีบริการแต่งงานให้ จนท.ทำพิธีขอขมาศพ ทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจ และเจ้าหน้าที่เกิดความยินดี ความภาคภูมิใจที่ได้ช่วยเหลือดูแล

6. กระบวนการการดูแลผู้ป่วย

การรับผู้ป่วย

1. ระบบการประเมินความเสี่ยงแรกรับ

พยาบาลจะมีการประเมินสภาพและจำแนกผู้ป่วยเมื่อแรกรับ ให้การช่วยเหลือฉุกเฉิน ให้คำแนะนำสถานที่ และให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยได้แก่ โรคที่ผู้ป่วยเป็น แนวทางการรักษาของแพทย์ การดูแลของพยาบาล ระยะเวลาที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล สิทธิบัตร เป็นต้น

2. ระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

2.1 การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

2.2 การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

2.3 การดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

2.4 การดูแลผู้ป่วยหอบหืด

2.5 การดูแลผู้ป่วย Truma / Head injury

ในผู้ป่วยที่มีแนวโน้มต่อภาวะเสี่ยงที่รุนแรงต้องรับการส่งต่อ มีระบบการส่งต่อ โดยแพทย์และพยาบาลจะประสานงานกับแพทย์และพยาบาล โรงพยาบาลสระบุรีตามแผนกของผู้ป่วยทางโทรศัพท์ และใช้ระบบส่งต่อข้อมูล และ Online เพื่อรับการรักษอย่างต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยไปถึง

การดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

แพทย์

1. ในวันเวลาราชการเวลา 8.30-9.30 น.จะมีแพทย์มาตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับพยาบาล โดยแบ่งความรับผิดชอบในการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยในแต่ละวันจะมีแพทย์มาตรวจเยี่ยมผู้ป่วยจำนวน 5 ท่าน (รวม ห้องคลอด) โดยแพทย์ตรวจห้องพิเศษ 1 ท่าน ห้องคลอด 1 ท่าน ห้องแยกโรค 1 ท่าน ห้องสามัญเตียง 6-15 จำนวน 1 ท่าน เตียง 16-25 จำนวน 1 ท่าน

2. นอกเวลาราชการ เสาร์-อาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์จะมีแพทย์ที่อยู่เวรมาตรวจเยี่ยมผู้ป่วย จำนวน 1 ท่าน และอยู่เวรตลอด 24 ชั่วโมง

พยาบาล จะหมุนเวียนขึ้นปฏิบัติงานตลอด 24 ชั่วโมง ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย และลงบันทึกทางการพยาบาลเพื่อมีการส่งต่อและดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย

เภสัชกร เข้ามาดูแลในเรื่องยาและระบบการจัดการยาภายในตึกผู้ป่วยเพื่อป้องกันปัญหาความคลาดเคลื่อนทางยา

พยาบาลที่มีความรู้โภชนาการ เข้ามาดูแลด้านอาหารที่เหมาะสมกับโรค แนะนำเรื่องอาหาร และสอนญาติผู้ป่วยในการเตรียมอาหารที่ต้องให้ทางสายยาง

นักกายภาพบำบัด เข้ามาดูแลในผู้ป่วยที่ต้องให้การฟื้นฟูสภาพ พร้อมสอนญาติในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยอย่างง่ายๆ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ต่างๆ เช่น การป้องกันกล้ามเนื้อลีบ และข้อยึดติด

นักจิต / พยาบาลจิตเวช ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านจิตใจ / OSCC / ผู้ป่วยสูงอายุ / ผู้ป่วยเรื้อรังที่มีปัญหาทางด้านจิตใจ

พยาบาลห้องศูนย์ข้อมูล เข้ามาดูแลเรื่องสิทธิบัตรของผู้ป่วยและให้คำแนะนำกรณีมีปัญหาเรื่องการใช้สิทธิบัตร กรณีผู้ป่วยมีปัญหาที่ต้องได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพอื่นๆ พยาบาลที่ตึกจะประสานงานกับทีมในการดูแล เช่น ทันตแพทย์ เจ้าหน้าที่ฝ่ายสุขภาพิบาล พยาบาลให้คำปรึกษา พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

การจำหน่ายผู้ป่วย

ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการวางแผนการจำหน่ายตั้งแต่วันแรกที่รับผู้ป่วย พยาบาลจะประเมินสภาพปัญหา ที่ยังต้องดูแลเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน โดยขณะพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลจะมีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติโดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็น การดำเนินของโรคแนวทางการรักษาของแพทย์ การปฏิบัติตัว อาหารที่เหมาะสมกับโรค ส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมวางแผนในการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมกับสภาพและสิ่งแวดล้อม มีการฝึกทักษะญาติในการดูแลโดยทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง เช่น สอนการจัดเตรียมอาหารที่ให้ทางสายยาง การดูแลสายสวนปัสสาวะ การนวดและการทำกายภาพง่ายๆ เพื่อป้องกันกล้ามเนื้อลีบ และข้อยึดติด จัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็น เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านจะมีการประสานงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนและสถานีนอมนัย(ส่งข้อมูล online) ตามเขตรับผิดชอบ ติดตามเยี่ยมที่บ้านเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง เมื่อออกจากโรงพยาบาล

4.2 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

- การนำเข็มมุ่งของโรงพยาบาลมาดำเนินการ

1. การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ / ผู้ป่วยที่มีความต้องการพิเศษ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส (care giver)

จัดทำแผนพัฒนาดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการพิเศษ เช่น ผู้ป่วย Bed ridden ที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยหรือไม่ได้ เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยหรือไม่ได้

2. รมรณรงค์อุบัติเหตุจราจร ได้เผยแพร่และประชาสัมพันธ์ให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับในหน่วยงาน เกี่ยวกับการลดอุบัติเหตุและการใช้อุปกรณ์ป้องกันในขณะขับขี่ และให้ขยายผลไปถึงบุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อนให้ได้มากที่สุด

3. อาหารปลอดภัย เน้นการให้ความรู้ แจกแผ่นพับประชาสัมพันธ์แก่ผู้มารับบริการในการเลือกรับประทานอาหารที่สด สะอาด ปราศจากเชื้อโรค และการตรวจสอบฉลากสินค้าว่าได้คุณภาพหรือไม่

4. การพัฒนาบุคลากร

จัดทำแผนพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อน

จัดทำแผนพัฒนาการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยและบริการที่มีความเสี่ยงสูง ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือด เพื่อให้สามารถวิเคราะห์ผู้ป่วย แต่ละรายได้อย่างถูกต้องครบถ้วน เพื่อให้เกิดระบบการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสม กับความรุนแรงของการเจ็บป่วยและดำเนินการแก้ไข / ปรับแผน การดูแลรักษาได้ทันท่วงที ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการดูแล อย่างทันท่วงที

ความภาคภูมิใจของหน่วยงาน

1. อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ แม้จะยังไม่บรรลุเป้าหมายในช่วงที่ลงทำแบบสอบถาม แต่หลังจากเริ่มมีการปรับเปลี่ยนเรื่องการบริการผู้ป่วย โดยได้รับความอนุเคราะห์จากการจัดตั้งกองทุนของร้านค้าเพื่อสงเคราะห์ผู้ป่วย โดยในช่วงเวลาประมาณ 19.00 น. ของทุกวัน จะมีการแจกเครื่องดื่ม โอวัลตินร้อน, น้ำหวานหรือไอศกรีมให้กับผู้ป่วยซึ่งได้รับการตอบรับที่ดีและได้รับคำชมจากญาติและผู้ป่วยที่รับบริการ

2. เรื่องการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล มีแนวโน้มลดลง แม้จะมีการรับผู้ป่วย Bed ridden จากรพ. สระบุรีและจากชุมชนมากขึ้น ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบต่าง ๆ ได้ง่ายอยู่แล้ว เนื่องจากมีภาวะที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ มีอุปกรณ์คาดตัว ทางคณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล ได้มีแนวทางในการเฝ้าระวังผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง มีการเฝ้าระวังอย่างมีระบบและครบถ้วน เมื่อมีการติดเชื้อในโรงพยาบาลเกิดขึ้น มีการนำข้อมูลมาทำ Conference Case เพื่อวางแผนการป้องกันต่อไป เพื่อให้การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

3. การดูแลผู้สูงอายุ ผู้ต้องการดูแลพิเศษ ผู้ด้อยโอกาส

มีระบบการเตรียมความพร้อมสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการพิเศษ เช่น ผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการ และผู้สูงอายุ การเตรียมความพร้อมตั้งแต่แรกรับเข้ามารักษาตัวใน รพ. มีการวางแผนทั้งขณะนอนพักรักษาตัว และเตรียมความพร้อมเพื่อให้ผู้ป่วยได้กลับสู่ชุมชน โดยใช้ระบบการประสานงานกับทีม HHC

และFCT ในการติดตามการดูแลต่อเนื่อง โดยมีระบบที่ชัดเจนขึ้น มีการเยี่ยมติดตามผู้ป่วยครบ 100 % และมีความช่วยเหลือจากภาคีเครือข่าย โดยกองทุนพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอแก่งคอย ในการจัดสร้าง จัดหาหรือซ่อมแซมบ้านและสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุ และผู้ป่วยที่มีความต้องการ พิเศษสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้โดยปกติสุข

4. การพัฒนาระบบยา ถึงแม้จะยังพบว่าเป็นตัวชี้วัดที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย แต่ทางหน่วยงานร่วมกับ คณะกรรมการระบบยา มีการเก็บข้อมูล และมีการวางระบบการพัฒนาระบบยาที่รัดกุมให้ปฏิบัติไปใน แนวทางเดียวกัน เพื่อป้องกันและลดการ เกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาผู้ป่วยใน

5. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สามารถค้นหาปัญหาและความต้องการครั้งสุดท้ายของผู้ป่วย และร่วมมือกับสห สาขาวิชาชีพในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยให้บรรลุผล ทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็น มนุษย์และญาติมีความพึงพอใจ เข้าใจและยอมรับความต้องการของผู้ป่วย

5. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

1. พัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ในด้านการดูแลภาวะผู้ป่วยที่สงสัย / ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจขาดเลือด เนียบพลัน การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การพยาบาลจิตเวชและการดูแลผู้สูงอายุ
2. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วน เหมาะสม
3. พัฒนาศักยภาพของบุคลากรในหน่วยงานตามส่วนขาดจากการประเมิน Competency
4. ส่งเสริมการพัฒนาความรู้ของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย โดยเน้น 5 โรคหลักที่เข้ามารับการรักษาในตึก ผู้ป่วยในหญิงมากที่สุด
5. ทบทวนCPG และกระบวนการพยาบาลในตัวชี้วัดที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายหรือมีแนวโน้มที่จะไม่เป็นไปตามเกณฑ์