

Service Profile

**บริการ / ทีม ผู้ป่วยใน (สามัญหญิง)
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบัว**

วันที่ปรับปรุงข้อมูล เดือน มิถุนายน พ.ศ 2561

บริบท (Context)

ความมุ่งหมาย (Purpose) :

ให้บริการดูแลรักษาพยาบาล ส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสภาพ อย่างเป็นองค์รวม มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ ด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ โดยมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล และการวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วย 5 กลุ่มโรค (DM, HT, COPD, ACS และ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย)และผู้ป่วย CKD โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ จนกระทั่งจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาล และต่อเนื่องถึงชุมชน รวมถึงการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงสูงอื่น เช่น Sepsis / Septic shock, Respiratory failure & Stroke

ขอบเขตบริการ (Scope of Service) :

ให้บริการดูแลผู้ป่วยหญิงอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป ทุกระบบทางอายุรกรรม วางแผนการดูแลรักษา ส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสภาพ, การวางแผนการจำหน่าย การเสริมพลังของผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะ ผู้ป่วยที่เป็นเข็มมุ่งของโรงพยาบาล ใน 5 กลุ่มโรค (DM, HT, COPD, ACS ผู้ป่วยระยะสุดท้าย) หรือ ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงสูงอื่น เช่น Sepsis / Septic shock, Respiratory failure & Stroke เป็นต้น และมุ่งเน้นการวัดผลการปฏิบัติงาน และนำผลการวัดผลไปพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการประสานกับทีมเยี่ยมบ้าน(HHC) เพื่อติดตามการดูแลต่อเนื่องที่บ้านตามเกณฑ์การเยี่ยมบ้าน

ความต้องการของผู้รับผลงานสำคัญ :

ผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
1.ผู้ป่วย และญาติ	<ol style="list-style-type: none">ได้รับการบรรเทาอาการ /หายจากโรคที่เป็นอยู่ และ มีความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่, ผลการรักษา และความก้าวหน้าของโรครวมทั้งผลการตรวจพิเศษต่าง ๆ เช่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ, ผล X – ray , หรือผลการตรวจพิเศษต่างๆ เป็นต้นต้องการได้รับการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ ทางการแพทย์ กรณีที่ไม่ทราบผลการวินิจฉัย เช่น Ultrasound, Echo.Heart , CT Scan เป็นต้นต้องการพบแพทย์เฉพาะทาง / ต้องการนำผู้ป่วยไปรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพเหนือกว่า เมื่อพบว่าอาการไม่ทุเลา/ไม่หายจากโรคที่เป็นอยู่ต้องการการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด พุดจาไพบเราะเป็นกันเอง จากแพทย์ และ ทีมพยาบาล

ความต้องการของผู้รับผลงานสำคัญ :

ผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
1.แพทย์	<ol style="list-style-type: none"> 1. ต้องการให้หน่วยงานปฏิบัติตามแผนการรักษาได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน 2. ต้องการให้หน่วยงานสามารถเฝ้าระวังอาการรบกวน , อาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม และสามารถรายงานข้อมูลการเฝ้าระวังดังกล่าวแก่แพทย์ได้อย่างถูกต้องและทันเวลา ตามมาตรฐานการรายงานแพทย์ (SBAR) 3. ต้องการให้หน่วยงานมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน , วิกฤติ ฉุกเฉิน และสามารถช่วยแพทย์ในการทำหัตถการต่างๆ ได้ ฯลฯ 4. ต้องการให้หน่วยงานมีความรู้ในการดูแล ผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนทางอายุรกรรม เช่น ผู้ป่วยโรคหัวใจที่ on monitor EKG สามารถแปลผล EKG ที่เปลี่ยนแปลงเบื้องต้นได้ 5. ต้องการให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานมีความรู้ทางวิชาการที่ทันสมัย และสามารถนำความรู้ทางวิชาการ / การวิจัยใหม่ๆ มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ได้
2.ฝ่ายเภสัชกรรม	<ol style="list-style-type: none"> 1. ลงข้อมูลเกี่ยวกับยา เวชภัณฑ์ ในคอมพิวเตอร์ให้ถูกต้อง ครบถ้วน 2. มีการตรวจสอบยากับคำสั่งแพทย์และใบเบิกยา (Medication Profile) ทุกครั้งที่เบิกยา มาให้ผู้ป่วย 3. มีแผนการตรวจสอบยา และเวชภัณฑ์ ที่เบิกไว้ใช้ในหน่วยงาน 4. มีการรายงานผล และร่วมวิเคราะห์ Medication error , ไม่มีอุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำ
3.แผนกผู้ป่วยนอก	<ol style="list-style-type: none"> 1. สามารถรองรับผู้ป่วยรับใหม่ได้ทันที เมื่อโทรศัพท์แจ้ง 2. ผู้ป่วยที่นัดคลินิกต่าง ๆ ต้องนัดให้ตรงวันที่ มีคลินิก 3. ผู้ป่วยที่นัดคลินิกพิเศษของศัลยกรรม ออโธโรปิดิกส์ , คลินิกอายุรกรรม ต้องประสานกับเจ้าหน้าที่แผนก ผู้ป่วยนอกก่อนจำหน่ายทุกครั้งเพื่อแจ้งวันนัดหมาย 4. กรณีผู้ป่วยมีใบ Claim ประกันชีวิตแนะนำญาติไปแจ้ง และชำระเงินค่าธรรมเนียมที่ตึกผู้ป่วยนอก ณ จุดประชาสัมพันธ์ เพื่อนัดวันรับใบ Claim
4.ห้อง อุบัติเหตุและฉุกเฉิน	<ol style="list-style-type: none"> 1. สามารถรองรับผู้ป่วยรับใหม่ได้ทันที เมื่อโทรศัพท์แจ้ง 2. กรณีส่งทำหัตถการบางอย่างที่ ER. เตรียมผู้ป่วย และส่งได้ถูกต้อง พร้อมนัดหมายแพทย์ให้เรียบร้อย 3. ให้ความร่วมมือทันที กรณีมีอุบัติเหตุหมู่เกิดขึ้น
5.ห้องผ่าตัด	<ol style="list-style-type: none"> 1. เตรียมบริเวณที่จะทำผ่าตัดให้สะอาด ถูกต้อง 2. ตรวจสอบความพร้อมของผู้ป่วยทุกครั้งก่อนนำส่ง เช่น ฟันปลอม การถ่ายปัสสาวะก่อน ไปห้องผ่าตัด เปลี่ยนเสื้อผ้า, ชั่งน้ำหนัก

ผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
5.ห้องผ่าตัด (ต่อ)	3. ตรวจสอบแฟ้มประวัติของผู้ป่วยให้เรียบร้อย เช่น ผล Lab ผล X-ray 4. ส่งใบแจ้งการผ่าตัด ก่อนล่วงหน้า 1 วัน ยกเว้น Case Emergency ให้โทรศัพท์แจ้งได้
6.สามัญชาย/ ICU / ศัลยกรรม/ สงฆ์-เด็ก / หลังคลอด	1. กรณีย้ายผู้ป่วยต้อง แจ้งให้เจ้าหน้าที่ ทราบก่อนทุกครั้ง 2. แจ้งประวัติผู้ป่วย การรักษาพยาบาลที่ ผู้ป่วยได้รับ 3. แจ้งอาการปัจจุบัน พร้อมปัญหาที่ต้องดูแลต่อเนื่อง 4. ส่งแฟ้มประวัติผู้ป่วย พร้อม Kardex , Film x-ray แบบบันทึกการให้ยา และยาไปพร้อม ผู้ป่วยทุกครั้ง 6. มีพยาบาลติดตามไปส่งผู้ป่วยทุกครั้ง ในผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลง
7.ยานพาหนะ	1. ต้องเตรียมพยาบาลส่งต่อและผู้ป่วยให้พร้อมที่จะเดินทางทันทีที่รถ Refer มาถึง 2. ต้องประสานกับหน่วยงานอื่น ๆ เช่น รพ.น่าน รพ.ศูนย์ลำปาง, รพ.มหาราช เชียงใหม่ ซึ่งอาจจะมีเอกสาร หรือสิ่งส่งตรวจ ไปพร้อมกับผู้ป่วย 3. มีการประสานงานที่ดี
8.งานรังสี วินิจฉัย X-ray	1. เตรียมผู้ป่วยก่อนส่ง X-ray ได้ถูกต้อง 2. ส่งผู้ป่วยตรงเวลานัดหมาย การเตรียมผู้ป่วยส่ง ไปUltrasound , CT Scan, Echo. heart ต้องประสานกับแพทย์ผู้รับผิดชอบก่อนทุกครั้ง 3. การเตรียมผู้ป่วยส่ง Ultrasound Abdomen ต้องงดอาหารและน้ำก่อนอย่างน้อย 6 ชั่วโมง 4. ผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และมีนัดทำ IVP.ต้องส่งผู้ป่วย หรือญาติไปพบเจ้าหน้าที่ ห้องรังสี เพื่อนัดหมายการปฏิบัติตัวก่อนมาทำ IVP 5. การเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่ง CT. Scan ทุกชนิด แพทย์เจ้าของไข้ต้องประสานกับ รังสีแพทย์ ก่อนทุกครั้ง เพื่อแจ้งข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วยและ รังสีแพทย์พิจารณาให้ส่ง CT. Scan
9.ห้องชันสูตร	1. การเก็บสิ่งส่งตรวจได้อย่างถูกต้อง 2. ส่งมอบสิ่งส่งตรวจอย่างถูกต้อง 3. เขียนใบ Lab ถูกต้องและครบถ้วน และตรงกับ Specimen 4. กรณีเป็น Lab ที่ต้องส่งตรวจภายนอกโรงพยาบาล เช่นส่งเอกชน, ส่งศูนย์วิทย์ฯ ต้องจัดเก็บให้ถูกต้อง แจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบ พร้อมทั้งจัดเก็บค่าบริการส่งตรวจ ตามเกณฑ์บัญชีกลาง ส่งให้เจ้าหน้าที่การเงินห้องยาออกไปเสร็จรับเงิน 5. กรณีเป็น Lab ค่วน ต้องป้อนตราขงสำหรับ Lab ค่วน

ผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
10.หน่วยจ่ายกลาง	<ol style="list-style-type: none"> 1. ส่งของตรงเวลา 2. อุปกรณ์ /ของที่ส่งถูกต้อง ครบถ้วน จำนวน ตรงกับของใบส่งของ 3. แยกของที่ชำรุด ส่งคืนต่างหาก 4. ส่ง Re-sterile อุปกรณ์ /ของ ที่หมดอายุ
11.งานประกันสุขภาพ	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีการตรวจสอบความเรียบร้อยของหัตถการต่าง ๆ ในระบบ Hos.xp และเพิ่มเวชระเบียนก่อนส่งงานเวชสถิติ ทุกราย 2. ผู้ป่วยบัตรทองต่างจังหวัด แจ้งงานประกันทราบทุกครั้งเพื่อขอ Claim code 3. ผู้ป่วยสิทธิ พ.ร.บ, ประกันสังคมต่างจังหวัด แจ้งงานประกันทราบภายใน 24 ชั่วโมง 4. ผู้ป่วยที่แพทย์เฉพาะทาง ส่งรับการรักษาต่อโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ กรณีบัตรทอง ให้ประสานกับหน่วยงานประกันสุขภาพในเวลาราชการ/ นอกเวลา ราชที่ห้องทำบัตร ตีคิวอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อป้อนทรายาก่อนทุกครั้ง กรณีผู้ป่วย สิทธิบัตรประกันสังคมน่าน จะต้องผ่านโรงพยาบาลน่านทุกราย
12.ห้องเวชระเบียน	<ol style="list-style-type: none"> 1. ต้องการเวชระเบียนผู้ป่วยที่แพทย์สั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ที่ข้อมูลสมบูรณ์ ครบถ้วน และทันเวลาที่กำหนด
13.งานซ่อมบำรุง	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีการบำรุง รักษาอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างๆ ตามแผนที่กำหนดไว้ 2. มีทะเบียนครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่เป็นปัจจุบัน 3. ส่งเครื่องมือ ครุภัณฑ์ สอบเทียบตามวันเวลา ที่ถูกกำหนดมา

ความต้องการในการประสานงานภายในที่สำคัญ :

1. ค่าวิกฤติจากการ Investigateทุกชนิด ได้รับการรายงานที่ ถูกต้อง รวดเร็ว
2. ประสิทธิภาพของการประสานกับแพทย์ในผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติฉุกเฉิน และแพทย์สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยได้ ทันทั่วถึง
3. ประสานกับทีมHHC และ ทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย 5กลุ่มโรค (DM, HT, COPD, ACS และ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย) โดยมุ่งเน้นการวางแผนการจำหน่ายอย่างมีประสิทธิภาพ ก่อนออกจากโรงพยาบาล และมีการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วย ต่อเนื่องถึงชุมชน

ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน :

ลำดับ	กิจกรรมประจำวัน	ปี 2557	ปี2558	ปี 2559	ปี2560	ปี2561 (ต.ค.60-มี.ย.61)
1	รับผู้ป่วยใหม่ (เฉลี่ย...คน/เดือน)	217	205	190	175	142
2	รับย้ายจากหน่วยงานอื่น (เฉลี่ย...คน /เดือน)	26	20	12	13	9
3	ยอดผู้ป่วยรวม (... คน / ปี)	2958	2,894	2,286	2,613	1,511
4	จำนวนวันนอนรวม (..วัน / ปี)	10,399	9,407	7,761	8,745	5,314
5	อัตราผู้ป่วยใน (เฉลี่ย.....คน/วัน)	27.48	25.14	23.70	23.15	14.37
6	อัตราผู้ป่วย วันนอน (เฉลี่ยวัน / คน)	3.53	3.25	3.40	3.35	3.51
7	อัตราครองเตียง (... %)	94.97	85.91%	87.73%	82.53%	81.09
8	ย้ายเข้าICU ภายใน 24 ชั่วโมงหลังรับ ไว้รักษาในโรงพยาบาล	25	21	7	4	8
9	Refer ไปรับการรักษาต่อที่ โรงพยาบาลน่าน ภายใน 24 ชั่วโมง หลังรับไว้รักษาในโรงพยาบาล	13	38	4	20	3
10	ย้ายไปหน่วยงานอื่น (เฉลี่ย...คน / เดือน)	13	9	5	5	3
11	จำหน่ายกลับบ้าน (เฉลี่ย...คน / เดือน)	190	193	183	170	139
12	ส่งต่อ รพ น่าน (..ราย /ปี)	107	129	51	37	16
13	ถึงแก่กรรม (...ราย/ปี)	27	31	43	48	26
14	ประเภทผู้ป่วย					
	ประเภท 5 ราย ต่อปี	225	162	105	421	7
	ประเภท 4 ราย ต่อปี	1,367	1,248	2,072	1,675	846
	ประเภท 3 ราย ต่อปี	2,991	3,146	3,146	2,350	9624
	ประเภท 2 รายต่อปี		1,378	1,125	1,345	5131
	ประเภท 1 รายต่อปี		98	44	97	0
15	จำนวนผู้ป่วยใน จำแนกตามแผนก					
	- อายุรกรรม (ราย /ปี)	2,804	2,740	2,164	2,505	1390
	- วันนอนเฉลี่ย (..วัน / ราย)	3.14วัน	3.10วัน	3.30วัน	3.32 วัน	3.5วัน

ลำดับ	กิจกรรมประจำวัน	ปี 2557	ปี2558	ปี 2559	ปี2560	ปี2561 (ต.ล.60-มีย.61)
16	- ศัลยกรรมทั่วไป (ราย/ปี) - วันนอนเฉลี่ย (..วัน/ราย)	156	168 4.30 วัน	34 4.68วัน	41 2.26 วัน	59 3.5 วัน
17	- ศัลยกรรมผ่าตัด (ราย/ปี) - วันนอนเฉลี่ย (..วัน/ราย)	203	NA	128 2.30 วัน	36 3.69 วัน	30 2.8วัน
18	-ศัลยกรรมกระดูกและข้อ (ราย/ปี) -วันนอนเฉลี่ย (วัน/ราย)	NA	NA	NA	38 4.5 วัน	23 2.7วัน
19	ช่วยฟื้นคืนชีพ CPR (ราย/ปี)	7	3	4	2	0
20	Intubation (ราย/ปี)	16	23	16	17	7
21.	On Oxygen canula (ราย/ปี)	5,283	5,632	6,588	6,430	4,786
22	การให้ยาพ่น (Wipper inhalation) (ครั้ง/ปี)	5,314	4,470	3,163	3,221	2,159
23.	EKG 12 Lead (ราย/ปี)	314	244	98	152	122
24	เตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด (ราย/ปี)	193	153	79	164	72
25	รับผู้ป่วยหลังผ่าตัดรายใหม่ (ราย/ปี)	190	166	97	144	57
26	Blood Transfusion (ครั้ง/ปี)	691	879	575	594	288
27	ช่วยแพทย์ทำ Cut down / แทง Jugular Vein / Double Lumen (ราย/ปี)	13	27	27	17	11

สถิติ สาเหตุผู้ป่วยเสียชีวิต ที่พบบ่อย:

ลำดับ	โรคที่เสียชีวิต	ปี 2557	ปี2558	ปี 2559	ปี2560	ปี2561 (ต.ก.60-มีย.61)
	จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต	27 ราย	31ราย	43 ราย	30 ราย	29ราย
1	Carcinoma ชนิดต่างๆ	6	11	16	9	9
2	Sepsis /Septic Shock	6	5	6	3	3
3	ESRD	6	2	4	1	1
4	COPD	3	1	1	4	3
5	HIV	0	0	0	0	0
6	CHF / Heart	1	4	0	3	2
7	Pul. TB	3	3	3	1	2
8	Brain infarction / Stroke	0	2	3	3	2
9	Pneumonia	3	4	6	2	1
10	DM	0	2	0	1	1
11	โรคอื่นๆ	0	1	1	3	5

สถิติ อันดับโรคทางอายุรกรรม ที่พบบ่อย :

ลำดับ	โรค	ปี 2557	ปี2558	ปี 2559	ปี2560	ปี2561 (ต.ก.60-มีย.61)
1	COPD with AE	200	275	162	132	66
2	AD / AGE	172	232	114	118	79
3	Dyspepsia	122	208	174	177	40
4	ESRD	115	170	100	113	60
5	APN / UTI	70	88	97	105	67
6	DM	70	88	44	65	42
7	HT	62	94	36	60	34
8	Carcinoma (โรคมะเร็งทุกชนิด)	110	106	72	84	54
9	ACS (โรคหัวใจทุกชนิด)	108	179	110	102	64
10	Sepsis / Septic shock	38	51	46	59	47

สถิติผู้ป่วย DM, HT, ESRD ที่มานอนโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อน :

ลำดับ	ภาวะแทรกซ้อน	ปี 2560	ปี 2561 (ก.ย60-มิ.ย61)
1	DM ที่มาด้วยภาวะแทรกซ้อน		
	- Hyperglycemia	21	7
	- Hypoglycemia	15	3
	- DM Foot / Amputation นิ้ว	4 ครั้ง / 2 ราย	0 ราย
2	HT ที่มาด้วยภาวะ Stroke	37	15
	- Cerebral Hemorrhage	3	4
	- Cerebral infarction	34	11
3	ESRD ที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต (CAPD) มาด้วย		
	- Peritonitis /	30	20
	- Acute diarrhea / อื่นๆ		

สถิติ Re – Admission ที่สำคัญ:

อันดับ	โรค	ปี2559	ปี2560	ปี 2561 (ก.ย60-มิ.ย61)
1	COPD	26	27	5
2	Carcinoma (โรคมะเร็งทุกชนิด)	1	5	10
3	ESRD	2	4	14
4	Dyspepsia	2	4	0

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ (Key Quality Issues):

“ บริการมีคุณภาพ มาตรฐานวิชาชีพ ผู้รับบริการปลอดภัย ต่อเนื่องถึงชุมชน คนทำงานมีความสุข”

ความท้าทายและความเสี่ยงที่สำคัญ:

1.ความท้าทาย

1.1 โรคและประเด็นปัญหาของหน่วยงาน

- 1.1.1 มีการ Admit ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงสูง เช่น Septic shock , ภาวะRespiratory failure ที่เสี่ยงต่อการใส่ท่อช่วยหายใจ ที่หน่วยงานเพิ่มมากขึ้น ต้องให้การปฏิบัติการพยาบาลอย่างใกล้ชิด, และรายงานแพทย์ทันที ประเด็นสำคัญที่พยาบาลต้องมียุทธศาสตร์ความรู้ใน การดูแลผู้ป่วย ต่อมาทีมพยาบาลสามัญหญิงได้มีการ ทบทวน Caseอุบัติการณ์ Septic shock & Stroke ทำให้ได้แนวทางการประเมินผู้ป่วย (Assessment) เช่น Screening tool sepsis (by nurse) และพัฒนาทักษะการช่วยแพทย์แดง Double Lumen/Jugular Vein,มีความรวดเร็วในการใส่ระวาง ผู้ป่วย Stroke,มีการรายงาน แพทย์โดยใช้ หลักSBAR, การนิเทศ งานเพื่อค้นหาความเสี่ยง และมีการพัฒนาแบบ ประเมิน Clinical Riskในผู้ป่วยกลุ่ม โรคDM –HT- COPD- STEMI & ACS และ Septic shock มีการลงบันทึกรายงาน ตาม Service Plan
อายุรกรรม เขต 1

และได้มีการคืนข้อมูลผู้ป่วย ที่มีอาการเลวลง ที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ ย้ายไป ICU / Refer รพ.น่าน ภายใน 24 ชั่วโมง ให้ทีมแพทย์ พยาบาลห้องฉุกเฉิน (ER) เพื่อหาโอกาสพัฒนา ในการประเมินผู้ป่วย ก่อนจำหน่ายออกจาก ER และมีการทบทวน /พัฒนาศักยภาพทีมพยาบาลผู้ป่วยในในการประเมินแรก รับ / Early detection เมื่อรับใหม่

- 1.1.2 อัตรา Re-admit ในผู้ป่วย COPD with AE มีจำนวนมาก ทีมสหสาขาวิชาชีพยังไม่สามารถวางแผนกา จำหน่ายได้ ครอบคลุม เพื่อลดอัตราการ Re-admit และติดตามการเยี่ยมบ้านเพื่อค้นหาปัญหา /สาเหตุ ของ อาการหอบที่กำเริบ ต่อมา ทีมDisease Management COPD ได้มีการวิเคราะห์ ผู้ป่วย COPD ที่มา Re-admitในโรงพยาบาล ทั้งหมด พบว่ามี เพียง 24 ราย จึงได้มีการทบทวนการดำเนินงาน & ทบทวน CPG COPD& Care Map ขึ้น เพื่อให้ทีมสห สาขาวิชาชีพได้ มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน โดยเฉพาะทีมพยาบาลที่อยู่กับผู้ป่วยมากกว่าทีมอื่น ต้องสามารถประเมิน,ให้คำแนะนำ และเสริมพลัง ให้กับผู้ป่วยและครอบครัวก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยประสานความเชื่อมโยงกับทีม HHC เพื่อมาประเมินผู้ป่วยร่วมกัน กับแพทย์ /หน่วยงาน เพื่อให้ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การการเยี่ยมบ้าน และได้รับ ออกซิเจนที่บ้าน เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี และลดการนอน โรงพยาบาล
- 1.1.3 อัตราการ Admit / Discharge ต่อวัน มีเพิ่มมากขึ้นจากเดิม (สัมพันธ์กับการมีแพทย์เฉพาะทาง) ทำให้ เจ้าหน้าที่มีภาระงาน เพิ่มมากขึ้น ต้องใช้เวลาในการประเมินผู้ป่วย รับใหม่และทำหัตถการผู้ป่วยรับใหม่ เช่น เจาะเลือด, แผล IV. และบันทึกเอกสารเวชระเบียน ทำให้เวลาในการดูแล /ประเมินซ้ำผู้ป่วยที่นอน โรงพยาบาลอยู่เดิม มีน้อยลง เสี่ยงต่อ การเกิดอุบัติการณ์ดูแลผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงเลวลงได้ล่าช้า

ความท้าทาย / ความเสี่ยงที่สำคัญ (ตามกระบวนการดูแลผู้ป่วย) :

กระบวนการดูแล ผู้ป่วย	ความท้าทาย / ความเสี่ยงที่สำคัญ		
	ผู้รับบริการ	เจ้าหน้าที่	ระบบงาน
<p>1.การประเมินผู้ป่วย (Patient Assessment)</p> <p>1.1การประเมินผู้ป่วย (เมื่อแรกเริ่มใหม่)</p>	<p>1.ประเมินอาการเมื่อแรกเริ่ม และ จำแนกประเภทไม่ ถูกต้อง ไม่ครอบคลุม ทำให้ ผู้ป่วยได้รับการดูแลไม่ครบ ถ้วน ไม่ครอบคลุม ลำช้า อาจ นำไปสู่การเกิดภาวะ แทรก ซ้อนที่อันตรายต่อชีวิตผู้ป่วย ก่อนที่จะสามารถประเมินได้ เช่น. ภาวะ Respiratory Failure / Septic shock / Stroke / และ Mild Head Injury ที่เกิดภาวะแทรกซ้อน Intracranial hemorrhage เป็น ต้น.</p>	<p>1.อัตรากำลังไม่เพียงพอ ภาระงาน ด้านรับใหม่ / จำหน่าย มีจำนวนมากขึ้น ทำ ให้การประเมินและดูแลผู้ป่วย ไม่ครอบคลุม</p> <p>2.ความรู้ทางด้านวิชาการใน การดูแล /หรือเฝ้าระวังผู้ป่วย โรคดังกล่าว</p> <p>3.การต้อนรับที่ไม่ดี / ไม่ ประทับใจ ทำให้ได้รับคำ ร้องเรียนจากผู้รับบริการ เกี่ยวกับพฤติกรรมบริการ ต่าง ๆ เช่น พุดจาไม่ไพเราะ</p>	<p>1.การคำนวณ ผลิตผลงาน (Productivity) / ภาระงาน ยังไม่มี ประสิทธิภาพ เพียงพอ ทำให้การ นำไปสู่การแก้ไข ปัญหาทั้ง องค์กร ไม่ครอบคลุม</p> <p>2.แนวทางการ จำแนก ประเภทผู้ป่วยที่ปฏิบัติอยู่ ไม่ได้นำมาจำแนกประ เภท ผู้ป่วย เพื่อนำสู่การปฏิบัติได้ จริง</p> <p>3.สร้างระบบการ ดูแล ผู้ป่วย ด้วยหัวใจของ ความเป็น มนุษย์ (Humanize Health Care) ของหน่วยงาน</p>
<p>1.2 การส่งตรวจ เพื่อ ประกอบการวินิจฉัย โรคของแพทย์ - การวินิจฉัย โรคของ แพทย์</p>	<p>1.ผู้ป่วยได้รับการซัก ประวัติการตรวจร่างกาย ไม่ครอบคลุม ไม่ครบถ้วน เช่น ผู้ป่วย ภาวะ Stroke, Head Injury , ปวดท้อง</p>	<p>1.การให้การพยาบาลไม่ ครบถ้วน ครอบคลุม ไม่ ถูกต้อง หรือขาดประสิทธิ ภาพ</p> <p>2.การบันทึก ทางการพยาบาล</p>	<p>1.การทบทวนความรู้ทาง วิชาการ ในระดับสหสาขา วิชาชีพ และพัฒนาระบบการ ดูแลผู้ป่วยเฉพาะ โรค เช่น Head Injury, Sepsis</p>
<p>- ข้อวินิจฉัยทางการ พยาบาล /ปัญหาของ ผู้ป่วย เมื่อแรกเริ่มและ การให้ข้อมูล เรื่องโรค ที่ถูกต้อง</p>	<p>รอกการวินิจฉัย , Fever (Sepsis / meningitis/ Meliodosis) เป็นต้น</p> <p>2.การสื่อสารเรื่องการรักษา และเรื่องโรคที่เป็น อยู่ไม่ ชัดเจน เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็ง/ ผู้ป่วยรอผล การตรวจ วินิจฉัยโรค</p>	<p>ไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง ไม่ได้ วางแผนการเฝ้า ระวัง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้</p> <p>3.การวางแผนปฏิบัติการ พยาบาล ที่ไม่ครอบคลุม ทำ ให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ เช่น Stroke / Shock , Cardiac arrest</p>	<p>2.มีแนวทางการประเมินผู้ป่วย ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะหรือมี อาการทางสมองและสั่งทำ CT Brainทันที เมื่อ GCS drop</p>

กระบวนการหลัก	ความท้าทาย / ความเสี่ยงที่สำคัญ		
	ผู้รับบริการ	เจ้าหน้าที่	ระบบงาน
	3. การวินิจฉัยแยกโรคไม่ถูกต้อง เช่น มาด้วย Fever แต่ผู้ป่วยอาจเป็นภาวะ Sepsis / meningitis / Melioidosis		
2.การวางแผนการดูแลผู้ป่วย (Planning of Care) 2.1 การวางแผนการพยาบาล - กำหนดแผนการพยาบาล - มอบหมายงาน	1.ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น .ภาวะ Stroke , Intracranial Hemorrhage , Respiratory Failure หรือ Acute Renal Failure เป็นต้น 2.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น . แผลกดทับ , การติดเชื้อในโรงพยาบาล (NI)	1.ให้ดูแลการพยาบาลที่ไม่มีประสิทธิภาพขาดการวางแผนการพยาบาล 2.เจ้าหน้าที่ขาดองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย เฉพาะโรค 3.การส่งต่อข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วยระหว่าง ทีมพยาบาล และสหสาขาวิชาชีพ ไม่ครบถ้วน 4.เจ้าหน้าที่ มี Workload เพิ่มขึ้น เพราะ มีผู้ป่วยที่ต้อง Observe ใกล้ชิด เพิ่มมากขึ้น, ต้องให้ยาHADที่ต้องใช้ Infusion Pump .มากขึ้น	1.ขาดการนำความรู้และวิชาการ มาทบทวน และพัฒนาระบบการ ดูแลผู้ป่วย เฉพาะ โรค 2.ขาดความตระหนักในการเฝ้าระวังขณะให้ยา HAD
2.2การวางแผนการจำหน่าย - การประสานงาน - การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ	1.เสี่ยงต่อการไม่ได้บันทึกการวางแผนการจำหน่ายในเวชระเบียน /ติดตามการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลผู้ป่วย 5 กลุ่มโรคที่เป็นเข็มมุ่งของโรงพยาบาล 2.ขาดการเสริมพลังด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้สามารถดูแล ตนเองต่อได้	1.ขาดการส่งต่อข้อมูล/ แผนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ที่บ้าน / ปัญหาค้างค้ำ ระหว่าง ทีมพยาบาล และสหสาขาวิชาชีพ รวมถึง รพสต. เขตรับผิดชอบ 2.ไม่ได้ติดตามเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยที่มีปัญหา การดูแลยุ่งยากซับซ้อน หรือ Re – Admit บ่อย	1.ทบทวนและ สร้างระบบการวางแผนการจำหน่าย ร่วมกับทีมเยี่ยมบ้านในมารับผิดชอบของกลุ่มการพยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง 2.ทบทวนแนวทางการส่งต่อข้อมูล และวางแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ในระดับ CUP 3.มีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง และขาดผู้ดูแล (Care giver) โดยประสานกับชุมชน และองค์กรส่วน

			ท้องถิ่น
--	--	--	----------

กระบวนการหลัก	ความท้าทาย / ความเสี่ยงที่สำคัญ		
	ผู้รับบริการ	เจ้าหน้าที่	ระบบงาน
	เช่น ผู้ป่วย COPD ที่มีปัญหา Re – admit และ DM Foot, ผู้ป่วยอัมพฤกษ์-อัมพาต , ผู้ป่วยที่มีปัญหาการดูแล ชับซ้อน ที่บ้าน		
3. การดูแลผู้ป่วย 3.1 การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง และการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง (Care of High Risk and Provision of High-Risk Service) - การแก้ปัญหาฉุกเฉิน - ให้บริการพยาบาล - หัตถการอื่นๆ	1. ได้รับการดูแลรักษาพยาบาล ในขณะที่เกิดภาวะวิกฤติ ฉุกเฉิน ที่ล่าช้า ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเสียชีวิต พิกัด / ทุพพลภาพ เช่น ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะ Shock / Stroke / Respiratory Failure / Cardiac Arrest เป็นต้น	1. เสี่ยงต่อการติดตาม หรือ รายงานแพทย์ ล่าช้า เนื่องจากติดต่อแพทย์ไม่ได้ 2. เจ้าหน้าที่ขาดทักษะ และ ประสบการณ์การดูแล ผู้ป่วยวิกฤติ 3. ทักษะการช่วยแพทย์ทำหัตถการทาง Double Lumen/ Jugular Vein	1. ทบทวนการสื่อสารการรายงานแพทย์โดยใช้หลัก SBAR 2. ประชุมเชิงปฏิบัติการการช่วยฟื้นคืนชีพ CPR / การช่วยใส่ Intubation tube พัฒนา เทคนิค การช่วยแพทย์ ทำหัตถการที่สำคัญ เช่น, การแทง Double Lumen / Jugular Vein เป็นต้น
3.2 การประเมินซ้ำ - การเฝ้าระวัง - การรายงานแพทย์ - การตรวจเยี่ยม - ปรับแผนการพยาบาล - การให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ	1. เสี่ยงต่อการไม่ได้รับการเฝ้าระวัง และ ประเมินซ้ำ ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง 2. ผู้ป่วย และ/ ญาติไม่ได้รับข้อมูลการดูแลรักษาและภาวะของโรคที่ชัดเจน	1. ขาดความตระหนักในการเฝ้าระวัง และการประเมินซ้ำ เนื่องจากภาระงานมากไม่มีเวลาทบทวน แผนการรักษาพยาบาล 2. ขาดความรู้ และ ทักษะการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค 3. เจ้าหน้าที่อาจจะไม่ได้ตระหนักเรื่องการสื่อสารที่ดี	1. สร้างระบบการประเมินผู้ป่วยซ้ำ โดยการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยในแต่ละเวร 2. ทบทวนระบบการ รายงานแพทย์ และ จัดทำ แนวทางการรายงาน แพทย์ที่มีประสิทธิภาพ (SBAR) 3. ประชุมประจำเดือน ชี้แจงเรื่องปัญหาการสื่อสาร ติดตาม นิเทศแนวทางการสื่อสารที่ดีด้านการให้ข้อมูล
4. อื่นๆ เช่น - ระบบยา	1. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการได้รับยาผิดชนิด , ผิดคน, ผิดเวลา, ผิดความแรง , และ ผิดทาง	1. ขาดความตระหนักในการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา ในการปฏิบัติงาน	1. ทบทวนการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา ที่เป็นปัจจุบันหาแนวทางการแก้ไข

		ประจำ	และติดตามประเมินผล
กระบวนการหลัก	ความท้าทาย / ความเสี่ยงที่สำคัญ		
	ผู้รับบริการ		ผู้รับบริการ
	(Medication Error) 2.ได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง (ยา HAD) ในผู้ป่วยวิกฤติ	2.ขาดความตระหนัก / องค์กร ความรู้ในการเฝ้าระวังผู้ป่วย ที่ได้รับยา High Alert Drugs	2.มีระบบเฝ้าต่อการดูแล ผู้ป่วยที่ได้รับยา HAD เช่น แบบฟอร์ม Check List ขณะผู้ป่วยได้รับยา

ศักยภาพและข้อจำกัดในด้านผู้ปฏิบัติงาน เครื่องมือ เทคโนโลยี :

ด้าน	ศักยภาพ	ข้อจำกัด
------	---------	----------

<p>ผู้ปฏิบัติงาน</p>	<p>1.เจ้าหน้าที่ทุกคนผ่านการประเมินสมรรถนะของหน่วยงานในเรื่องการดูแลผู้ป่วย COPD และDM , ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และผ่านการประเมินสมรรถนะหลัก 5 ด้าน ของโรงพยาบาล (การทำงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ – การให้บริการที่ดี – ความร่วมแรงร่วมใจ และการมีส่วนร่วมจากทุกภาค – การส่งเสริมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ – คุณธรรม จริยธรรม)</p> <p>2.ความสามารถในการทำงานเป็นทีม และระหว่างสาขาวิชาชีพ</p> <p>3.การทบทวนวิชาการ ในการดูแลผู้ป่วย เฉพาะโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของหน่วยงาน</p> <p>4.มีความมุ่งมั่นในการพัฒนางาน เช่น ร่วมกันกำหนด Humanize Health Care มีข้อควรปฏิบัติ (Do) และข้อไม่ควรปฏิบัติต่อเพื่อนร่วมงาน และผู้ป่วย (Don't)ขึ้นในหน่วยงาน เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทุกคนมีข้อเตือนใจในการทำงาน และมีความสุขขณะปฏิบัติงานท่ามกลางภาระงานและความเจ็บป่วยที่เพิ่มมากขึ้นของผู้รับบริการ</p>	<p>1.อัตรากำลังไม่เพียงพอ จากภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้ขาดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย</p> <p>2.ขาดความรู้ทางวิชาการ และทักษะที่ชำนาญในการดูแลผู้ป่วยโรคซับซ้อน</p> <p>3.ขาดทักษะและ ความชำนาญ ในการช่วยฟื้นคืนชีพ Advance CPR</p> <p>4.ขาดความรู้ และทักษะในการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ECG</p> <p>5.ขาดทักษะและ ความชำนาญ ในการช่วยแพทย์แทง Double Lumen/ Jugular Vein</p> <p>6.ผู้ปฏิบัติงานบางคนยังขาดทักษะเบื้องต้นในการใช้คอมพิวเตอร์ (Word / Excell)</p> <p>7.การอบรมความรู้ทางวิชาการภายนอกองค์กรมีน้อย เมื่อเทียบกับจำนวนบุคลากรที่มีอยู่</p>
<p>เครื่องมือ และเทคโนโลยี</p>	<p>1.มีระบบการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในคอมพิวเตอร์ (ระบบ Hos.Xp) ที่สามารถใช้ติดตามดูแลผู้ป่วยได้รวดเร็ว ทันเวลา และสามารถ เรียกดูข้อมูลย้อนหลังได้</p> <p>2.อุปกรณ์เครื่องมือที่จำเป็นใช้ในหน่วยงานมีเพียงพอ เช่น NIBP , Monitor EKG, Infusion pump และบางรายการสามารถหาทุนได้จากการบริจาค เช่น NIBP (DASH 2500) ฯลฯ</p>	<p>1.ทักษะและความรู้ความสามารถในการใช้ NIBP , Monitor EKG ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย ยังต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง</p> <p>2.คอมพิวเตอร์ มีเพียง 1เครื่อง แต่ต้องใช้งานทุกประเภท เช่น การลงหัตถการต่างๆ , การดูแลประวัติผู้ป่วยของแพทย์ และการดู Film X-ray ขณะมาตรวจเยี่ยมผู้ป่วย , การลงยาผู้ป่วย จำหน่ายกลับบ้าน การลงกิจกรรมประจำวัน ฯลฯ</p>

ประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง :

ด้านผู้รับบริการ

- 1 ให้ความรู้ คำแนะนำ สาธิตการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้ป่วยและญาติเป็นรายบุคคล รายโรค เช่น การให้อาหารทางสายยาง การทำแผล การฉีดยาอินซูลิน การพ่นยา MDI พร้อมทั้งมีการประเมินความเข้าใจ และการฝึกการหายใจที่ถูกต้องวิธี เทคนิคสงวนพลังงาน การออกกำลังกาย พยาบาลต้องประเมินผู้ป่วยให้ปฏิบัติได้จริง ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
- 2 ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้รับการดูแลแบบองค์รวม โดยประสานทีม end of life และเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่ผ่านการอบรม เพื่อประเมิน และดูแล
- 3 ทีม HHC & ทีมสหสาขาวิชาชีพติดตามเยี่ยมบ้านในผู้ป่วย 5 กลุ่มโรคที่เป็นเข็มมุ่งของโรงพยาบาลตามเกณฑ์ และผู้ป่วยที่มีปัญหาการดูแลยุ่งยากซับซ้อน ในการดูแลที่บ้าน
- 4 จัดบอร์ดให้ความรู้ ด้านการดูแลสุขภาพ

ด้านบุคลากร

- 1 เจ้าหน้าที่ทุกคนในหน่วยงานได้รับฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ตามที่กำหนด
- 2 เจ้าหน้าที่ทุกคนในหน่วยงานได้รับตรวจสอบสุขภาพประจำปี ตามความเสี่ยงและได้รับการแก้ไขรักษา ตามแนวทางที่กำหนด
- 3 เน้นให้เจ้าหน้าที่ทุกคนเข้าร่วมกิจกรรมกีฬาและชมรมต่าง ๆ ที่ทางโรงพยาบาลจัดขึ้น
- 4 บุคลากรในหน่วยงานเป็นบุคคลต้นแบบด้านสุขภาพ

ด้านชุมชน

- 1 แนะนำและสาธิตการล้างมือที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและญาติ มีสบู่มือลวประจำจุดต่างๆภายในหน่วยงานที่ผู้ป่วย และญาติสามารถใช้ได้ทันทีที่ต้องการทำความสะอาด
- 2 มีการคัดแยกและกำจัดขยะที่ถูกต้อง
- 3 แนะนำวิธีการทำลายเสมหะ สิ่งคัดหลั่งแก่ผู้ป่วยโรคติดต่อ(วัณโรคปอด)เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน
- 4 จัดบอร์ดให้ความรู้ด้านสถิติโรค โรคและภาวะแทรกซ้อนที่เป็นปัญหา และมีผลกระทบต่อารดูแลผู้ป่วยของครอบครัว

วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด การพัฒนา :

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ/ ความท้าทายที่สำคัญ	เป้าหมาย / วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัดและผลลัพธ์ (Link)	กิจกรรมพัฒนา (Link)
--	-------------------------	-------------------------------	------------------------

<p>1. อุบัติการณ์ผู้ป่วยรับใหม่ ใส่ท่อช่วยหายใจ / ย้าย เข้า ICU/ Refer รพ. น่าน ภายใน 24 ชั่วโมง หลังรับ ไว้ในโรงพยาบาล</p>	<p>เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจาก ภาวะแทรกซ้อน และ ลด อัตราการสูญเสียชีวิต / ทุพพลภาพ โดยไม่คาดหมาย</p>	<p>1. อัตราการเสียชีวิต ภายใน 48 ชั่วโมงหลังรับ ไว้ในโรงพยาบาล โดยไม่คาดหมาย 2. มีแผนพัฒนาบุคลากร ประจำปีของหน่วยงาน</p>	<p>1. เก็บข้อมูลอุบัติการณ์ ประจำเดือน ให้ทีม เจ้าหน้าที่ ER รับทราบ เพื่อทบทวนและหาแนวทางแก้ไข / พัฒนา 2. ทบทวนอุบัติการณ์เพื่อ พัฒนาสมรรถนะของทีม ในการรับใหม่และดูแล ผู้ป่วยวิกฤติ ฉุกเฉิน 3. ทบทวนอัตราการ เสียชีวิตโดยไม่คาดหมาย</p>
<p>2. การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการ เปลี่ยนแปลงเลวลง (เข้าสู่ ภาวะวิกฤติฉุกเฉิน)</p>	<p>เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจาก ภาวะแทรกซ้อน และ ลด อัตราการสูญเสียชีวิต / ทุพพลภาพ โดยไม่คาดหมาย</p>	<p>1. อัตราการใส่ท่อช่วย หายใจ จาก Secretion Obstruction / Resp. failure / Cardiac arrest โดยไม่คาดหมาย 3. คุณภาพการบันทึก ทางโรงพยาบาล</p>	<p>1. ทบทวนเวชระเบียนใน ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงสูง (ประเภท 4 a / 3a) และ ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ / เสียชีวิตทุกรายเพื่อดูความ สอดคล้องของการ วินิจฉัยโรค แผนการ รักษาของแพทย์ เปรียบ เทียบกับการบันทึก ทางโรงพยาบาล</p>
<p>3. การดูแลผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว / ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้</p>	<p>1. การป้องกันการเกิด แผลกดทับ</p>	<p>1. อัตราการเกิดแผลกด ทับรายใหม่ / ตำแหน่ง ใหม่ ระดับ 2 – 4 ไม่เกิน 22.36 :1000 วันนอนกลุ่มเสี่ยง</p>	<p>1. พัฒนาแนวทางการ ป้องกันการเกิดแผลกด ทับ และการใช้เครื่องมือ ประเมินความเสี่ยงต่อ การเกิดแผลกดทับ (Braden Scale) เพื่อป้องกันการเกิดแผล กดทับ</p>
<p>ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ/ ความท้าทายที่สำคัญ</p>	<p>เป้าหมาย / วัตถุประสงค์</p>	<p>ตัวชี้วัดและผลลัพธ์ (Link)</p>	<p>กิจกรรมพัฒนา (Link)</p>
<p>4. การติดเชื้อในโรง</p>	<p>1. ป้องกันการติดเชื้อใน</p>	<p>1. อัตราการติดเชื้อจาก</p>	<p>1. แนวทางการใส่สาย</p>

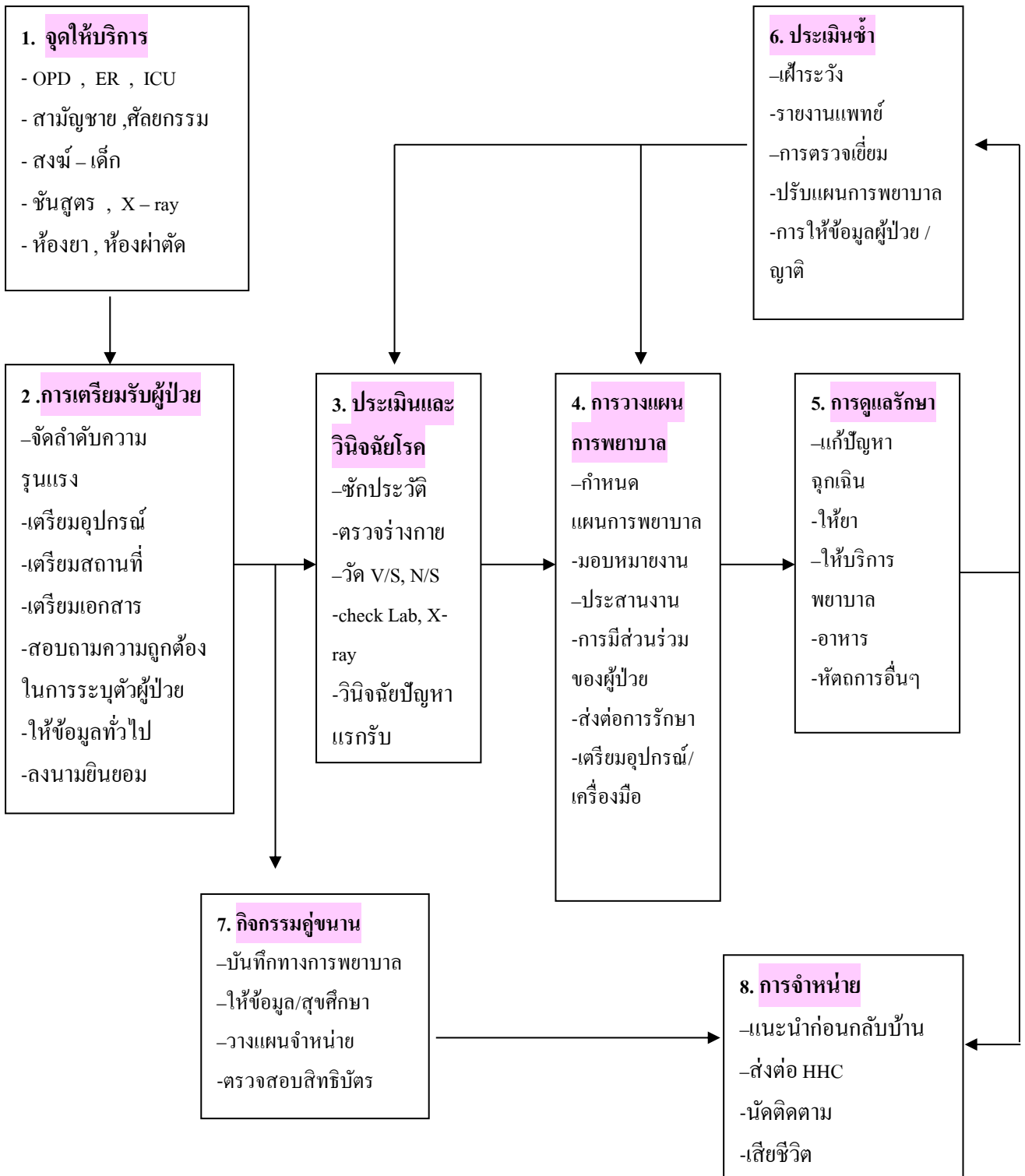
พยาบาล	โรงพยาบาล 2.ป้องกันการแพร่กระจาย เชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยรายอื่น	การคาสายสวนปัสสาวะ ไม่เกิน 2 : 1000 วันนอน 2.อัตราการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลจากการแพร่กระจาย 0 ราย 3.อัตราการอักเสบของหลอดเลือดดำ(Phlebitis) จากการให้สารน้ำและ/ยาฉีด เกรด 1-2 ไม่เกิน 50 : 1000 วันนอน เกรด 3 – 5 = 0 %	สวนปัสสาวะด้วยเทคนิค Aseptic Technique 2.แนวทางการดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ 3.แนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา 4.แนวทางการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ
5.อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error)	1.ป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา	1.อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา 1.1 ระดับ A – B \leq 3% อุบัติการณ์ไม่ถึงตัวผู้ป่วย 1.2 ระดับ C – D \leq 1 % อุบัติการณ์ถึงตัวผู้ป่วย แต่ No Harm 1.3 ระดับ E – I (0%) อุบัติการณ์ถึงตัวผู้ป่วย และ Harm	1.แนวทางการบริหารยาในหน่วยงาน 2.แนวทางการรับคำสั่งแพทย์ 3.แนวทางการสำรองยาในหอผู้ป่วยใน 4.ทบทวน หา RCA ในอุบัติการณ์ที่มีผลกระทบต่อถึงตัวผู้ป่วย
6.การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	1.ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) จากทีม end of life	1.ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ร้อยละ 80 2.ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเสียชีวิตอย่างสงบ และสง่างาม ร้อยละ 80	1.แนวทางการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2.ทบทวนการดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ (Humanize Health Care)
ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ/ ความท้าทายที่สำคัญ	เป้าหมาย / วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัดและผลลัพธ์ (Link)	กิจกรรมพัฒนา (Link)
		3.ความพึงพอใจของญาติ	

		ต่อการดูแลแบบประคับ – ประคอง ร้อยละ 80	
7.การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มี ภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉิน และ แผลที่เท้า	1.ผู้ป่วยเบาหวาน และ / ญาติสามารถดูแลตนเอง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี เพื่อป้องกันหรือชะลอการ เกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ทางตา ทางไต หัวใจและ หลอดเลือด และ ทาง ระบบประสาทส่วนปลาย	1.อัตราการ Re –admit ภายใน 28 วันของผู้ป่วย DMด้วยภาวะแทรกซ้อน ฉุกเฉิน ไม่เกินร้อยละ 10 2.อัตราผู้ป่วย DMได้รับการ ดูแลตามแนวทางที่ กำหนดไว้	1.ทบทวนแนวทาง /CPG. การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน 2.ทบทวน (RCA)ผู้ป่วย เบาหวานที่มานอนโรง พยาบาลด้วยภาวะ แทรก ซ้อนฉุกเฉิน / แผลที่เท้า เพื่อหาแนวทางป้องกัน แก้ไข ที่ถูกต้องให้แก่ ผู้ป่วย และคืนข้อมูล ให้แก่คลินิก เบาหวาน
8.การดูแลผู้ป่วยCOPD with Exacerbation / with Cor pulmonale	1.ผู้ป่วยCOPD ได้รับการ ดูแลตามแนวทางที่ กำหนด (CPG)	1.ผู้ป่วย COPD ร้อยละ 80 ได้รับการดูแลรักษาตาม แนวทางที่กำหนดไว้ 2.ผู้ป่วย COPD ที่ Re – admit ด้วยโรคเดิมภายใน 28 วัน ไม่เกิน ร้อยละ 10 3.ผู้ป่วย COPD ที่ Re – admit ด้วยโรคเดิมภายใน 28 วัน จำนวน 2 ครั้ง ติดกัน ได้รับการติดตาม เยี่ยมบ้าน	1.แนวทางการดูแล และ วางแผนการจำหน่ายจาก ทีมสหสาขาวิชาชีพ 2.แนวทางการติดตาม เยี่ยมบ้านเพื่อหาสาเหตุ / ปัญหาของการ Re- admit 3.ร่วมก่อตั้ง กองทุน ออกซิเจนที่บ้าน เพื่อให้ ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การ ได้รับออกซิเจนที่บ้าน ได้รับการติดตามประเมิน เยี่ยมบ้าน และมีออกซิเจน ใช้ โดยทีม HHC
ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ/ ความท้าทายที่สำคัญ	เป้าหมาย / วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัดและผลลัพธ์ (Link)	กิจกรรมพัฒนา (Link)
9.คุณภาพของการบันทึก	1.บันทึกทางการพยาบาล	1.คุณภาพการบันทึก	1.ทบทวนการบันทึก

<p>ทางการพยาบาล</p>	<p>ที่แสดงถึงคุณภาพการปฏิบัติกรพยาบาล มีการวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ถูกต้องรวดเร็ว และสามารถสื่อสารข้อมูล ที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยให้สหสาขาวิชาชีพ ทราบเพื่อวางแผนการรักษา</p>	<p>ทางการพยาบาล ด้าน</p> <ul style="list-style-type: none"> -การประเมินภาวะสุขภาพแรกรับ -การวินิจฉัยทางการพยาบาล -การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาล -การประเมินผลการพยาบาล <p>เท่ากับ ร้อยละ 80</p>	<p>ทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยสามัญหญิง</p> <p>2.ร่วมทำวิจัยเชิงคุณภาพ เรื่อง แนวทางการปรับปรุงและพัฒนากระบวนการพยาบาลและระบบการบันทึกทางการพยาบาล ในผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงสูงของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยสามัญหญิง</p>
---------------------	--	---	---

แผนภูมิกระบวนการทำงาน

(รวมทั้งความเสี่ยงและตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องในแต่ละขั้นตอน)



ความเสี่ยงและตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องในแต่ละขั้นตอน :

กระบวนการ	ความเสี่ยง	ตัวชี้วัด
1.การเตรียมรับผู้ป่วย	1.อุปกรณ์ และเครื่องมือไม่พร้อมใช้ 2.อุบัติการณ์ผู้ป่วยรับใหม่ ไล่ท่อช่วยหายใจ / ย้ายเข้า ICU / Refer ภายใน 24 ชั่วโมงหลังรับไว้	1. ความล่าช้าในการดูแลรักษาพยาบาล เนื่องจาก เครื่องมือชำรุด / มีไม่เพียงพอ ไม่เกิน 1 ครั้ง ต่อ เดือน 2.อัตราการเสียชีวิตโดยไม่คาดหมาย 0 ราย
2. ประเมินและวินิจฉัยโรค	1.ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ที่รุนแรง เช่น Septic shock ,Respiratory failure , Intra cerebral hemorrhage จากการชักประวัติ ตรวจร่างกาย และการวินิจฉัยโรค ล่าช้า ไม่ครอบคลุม	1.อุบัติการณ์การเสียชีวิตจากการวินิจฉัยโรคล่าช้า หรือผิดพลาด 0 ราย
3. การวางแผนการพยาบาล	1.ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อในโรงพยาบาล 2.ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ 3.ผู้ป่วย COPD/ DM / EOLที่มีปัญหา Re-admit ป่อยครั้ง / ผู้ป่วยที่มีการดูแลซับซ้อนที่บ้าน ไม่ได้รับการวางแผนการจำหน่าย เพื่อติดตามการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	1. อัตราการติดเชื้อจากการคาสายสวน ปัสสาวะ น้อยกว่า 2 ครั้ง ต่อ 1000 วันนอน 2. การติดเชื้อบริเวณที่ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0 % 3.อัตราการเกิด Phlebitis เกรด 1 – 2 ไม่เกิน 50 ราย ต่อ 1000 วันนอน เกรด 3 – 5 = 0 ราย 2.อัตราการเกิดแผลกดทับ เกรด 2 – 4 ไม่เกิน 22.36 ตำแหน่ง : 1000 วันนอน ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง 1.ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การเยี่ยมบ้านได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน จากทีม HHC.ร้อยละ 80
4. การดูแลรักษา	1.อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error)	1. อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาจากการบริหารยา(Administration error) -ระดับ A- B ไม่เกิน ร้อยละ 3 -ระดับ C- D ไม่เกิน ร้อยละ 1 -ระดับ E- I 0 ราย
กระบวนการ	ความเสี่ยง	ตัวชี้วัด

<p>5. การประเมินซ้ำ</p>	<p>1. เสี่ยงต่อการตกเตียง ในผู้ป่วย สูงอายุ / ไม่รู้สีตัว</p> <p>2. ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงสูง เช่น Head Injury / COPD with Exacerbation / Chest pain / ผู้ป่วยรอ การวินิจฉัยโรค ไม่ได้รับการประเมิน ซ้ำในเวลาที่เหมาะสม</p>	<p>1. อัตราการพลัดตก หกล้ม ตกเตียง 0 ราย</p> <p>2. อุบัติการณ์ผู้ป่วยพลัดตก หกล้ม- ตก เตียง ได้รับการทบทวนและหาแนว ทางการป้องกันและแก้ไข</p> <p>2. สมรรถนะเชิงวิชาชีพของทีมพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ ถูกเงินอยู่ใน ระดับเกณฑ์ที่ยอมรับได้</p>
<p>6. กิจกรรมคู่ขนาน</p>	<p>1. ผู้ป่วยไม่ได้รับการวางแผนการ จำหน่าย</p> <p>2. ผู้ป่วย และญาติไม่ได้รับรู้เรื่องโรค และการปฏิบัติตัว ที่ถูกต้อง</p>	<p>1. ความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล ร้อยละ 80</p> <p>2. อัตราการ Re-admit ภายใน 28 วันหลัง จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ไม่เกินร้อยละ 10</p> <p>3. อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึก ทางการพยาบาล ร้อยละ 80</p>
<p>7. การจำหน่าย - การติดตามเยี่ยมบ้าน (HHC) - ระบบส่งต่อ (Refer) - การเสียชีวิต</p>	<p>1. ผู้ป่วย COPD / DM ที่มีปัญหา Re-admit , ผู้ป่วยที่มีปัญหาการ ดูแลที่บ้าน ยุ่งยากซับซ้อน ไม่ได้รับ การวางแผนการจำหน่าย และ ติดตามเยี่ยมบ้าน</p> <p>2. ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงสูงที่ส่งต่อ รพ. น่าน ไม่ได้ถูกนำมาทบทวนเพื่อหา สาเหตุ และแนวทางการป้องกัน แก้ไข ร่วมกัน ในรายต่อไป</p> <p>3. ไม่ได้ทบทวนสาเหตุการเสียชีวิต ของผู้ป่วยในหน่วยงาน</p>	<p>1. อัตราผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การเยี่ยมบ้าน ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 80</p> <p>2. ผู้ป่วย COPD / DM ได้รับการวางแผนการ จำหน่ายโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ</p> <p>3. อัตราการเสียชีวิตโดยไม่คาดหมาย (ความรุนแรงระดับ 3) 0 ราย</p>

กลุ่มประชากรทางคลินิกที่สำคัญ (Key Clinical Population) :

กลุ่มประชากรทางคลินิกที่สำคัญของหน่วยงานสามัญหญิง ได้ใช้เกณฑ์ด้านความเสี่ยงสูง ความถี่สูงและความท้าทายสูง ในการให้บริการตามบริบทของหน่วยงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ว่า “บริการมีคุณภาพ มาตรฐานวิชาชีพ ผู้รับบริการปลอดภัย ต่อเนื่องถึงชุมชน คนทำงานมีความสุข” ซึ่งได้แก่

1. ผู้ป่วย Sepsis / Septic shock จากสถิติผู้ป่วย Sepsis/Septic Shock ที่ Admit สามัญหญิงในรอบ เดือน ตุลาคม 55 – มกราคม 2556 มีจำนวน 2, 7, 4 และ 4 รายตามลำดับ รวมเป็นทั้งหมด 17 ราย มาด้วยวินิจฉัย Sepsis /Septic shock จำนวน 8 ราย และมาด้วยภาวะโรคอื่นเช่น ไข้ อ่อนเพลีย จำนวนถึง 9 ราย เพราะฉะนั้น เมื่อรับใหม่การประเมินอาการเมื่อแรกรับและจำแนกประเภทถ้าไม่ถูกต้อง ไม่ครอบคลุม ไม่สามารถ Early detect SIRS /sepsis ได้ก็จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลไม่ ครบถ้วน ไม่ครอบคลุม ล่าช้า อาจนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ COST การรักษาสูงขึ้น นอนโรงพยาบาลนานขึ้น หรือมีอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วยได้

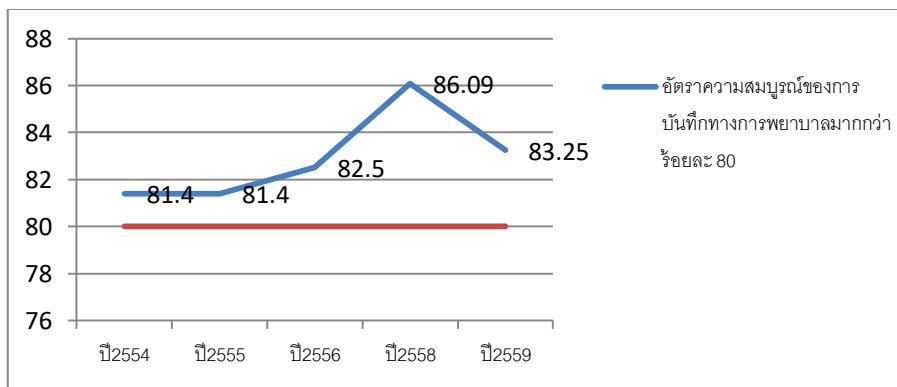
ต่อมาปีงบประมาณ 2559 Service plan สาขาอายุรกรรม เขต 1 ได้มีการระบบการดูแลรักษาผู้ป่วย Sepsis / Septic shock ทำให้การดูแลรักษา และการรายงานข้อมูลผู้ป่วย Sepsis / Septic shock ได้ถูกต้อง แม่นยำ และรวดเร็ว ขึ้น

2. ผู้ป่วย COPD ทั้งหมดที่นอนสามัญหญิง จากสถิติปี 2555 - 2559 มีจำนวน 241, 201, 200 , 275 และ 165 ตามลำดับ มีปัญหา Re-admit เป็นอันดับที่ 1 ทั้งของโรงพยาบาลและของหน่วยงาน ทำให้เกิดการพัฒนาคองทุนออกซิเจน เพื่อต่อลมหายใจให้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รพ. สมเด็จพระยุพราชบัวชนัน จนสามารถลดอัตราการ Re-admit และทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น. ส่วนอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจจากภาวะหายใจล้มเหลวมากที่สุด ทำให้เกิดการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย COPD และประสิทธิภาพการประเมินผู้ป่วย เมื่อแรกรับ และเมื่ออาการเปลี่ยนแปลงแล้วลงได้ทันที
3. ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่นอนตึกสามัญหญิง จากสถิติสาเหตุการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งชนิดต่างๆ มากเป็นอันดับที่ 1 ตั้งแต่ปี 2555 – 2559 มีจำนวน 15, 14, 15 , 12 และ 16 ราย ตามลำดับทำให้เกิดการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อให้ผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยความสงบ และสง่างาม ซึ่งถือเป็นปัญหาและโอกาสพัฒนาเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานให้มี Humanize health care ยิ่งขึ้น
4. ผู้ป่วยที่มีปัญหาแผลกดทับที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ในปี 2553 เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุ และมีโรคเรื้อรังต้องนอนโรงพยาบาลนาน ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้, มีปัญหาด้านการขับถ่ายอุจจาระ ทำให้เปื่อยก้นอยู่ตลอดเวลา จึงได้มีการทบทวนแนวทางปฏิบัติตามมาตรฐานการป้องกันและการดูแลแผลกดทับ, การใช้ที่นอนลม, การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ (Braden scale) และลดลงในปี 2554 และปี 2555

ต่อมาปี 2557 ได้มีการปรับปรุงแก้ไขแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันและดูแลการเกิดแผลกดทับ และนำแบบประเมิน Braden scale มาใช้ประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับกับผู้ป่วยทุกราย โดยประเมินทุกเวร ทำให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไข/ จัดการปัจจัยเสี่ยง ที่ทำให้เกิด แผลกดทับได้เร็วขึ้น มีการนำนวัตกรรม นาฬิกา บอกท่า และป้ายสัญลักษณ์ แสดงกลุ่มเสี่ยง ดิจิทัลเตียงผู้ป่วย ทำให้ อัตราการเกิดแผลกดทับ มีแนวโน้มลดลง

ตัวชี้วัด กราฟ/control chart / ข้อมูล

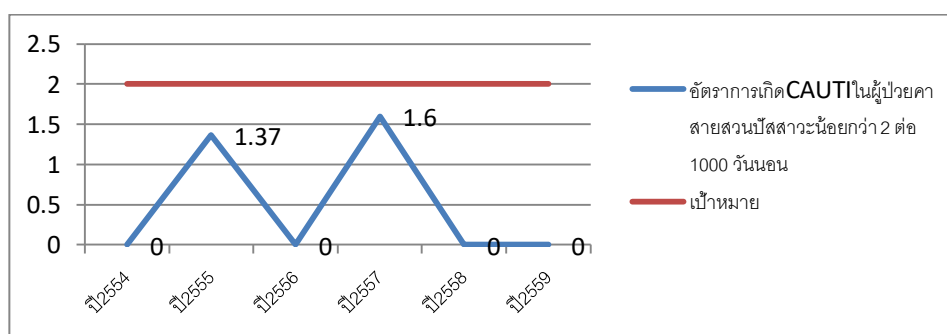
1.ตัวชี้วัด: อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมากกว่าร้อยละ 80



การแปลผลและการใช้ประโยชน์

จากกราฟแสดงว่า อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ตั้งเป้าหมายไว้มากกว่าร้อยละ 80 คะแนนนั้นอัตราความสมบูรณ์แนวโน้มมากกว่าเป้าหมายมาตรฐาน แต่เป็นลักษณะขึ้นๆลงๆตามภาระงานของทีมพยาบาลในหน่วยงานขณะนั้น และได้หาโอกาสพัฒนาให้ดียิ่งขึ้นกว่าเดิม

2.ตัวชี้วัด: อัตราCAUTIในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ น้อยกว่า 2 :1000 วันนอน



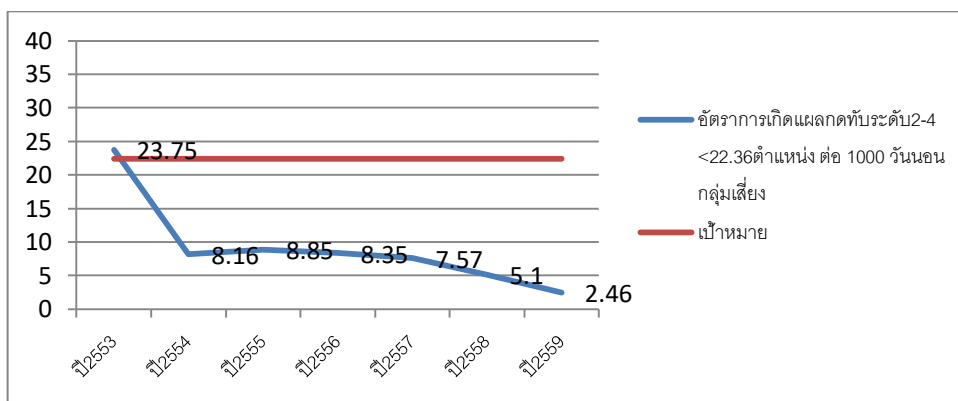
การแปลผลและการใช้ประโยชน์

จากกราฟแสดงว่า การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ (CAUTI) ใน ปี พศ.2556คิดเป็น 0 ครั้งต่อ 1000วันนอนรวมทั้งใส่สายสวนปัสสาวะ และเพิ่ม ในปี 2556 การติดเชื้อเป็น 1.60 ครั้งต่อ1000 วันนอน ของผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ จากการทบทวน เป็นผู้ป่วยสูงอายุ นอนติดเตียง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ใส่สายสวนปัสสาวะไว้นาน และในปี 2555- 2559 การติดเชื้อลดลงเป็น 0 ครั้ง ต่อ 1000 วันนอนรวมของผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ เป็นผลมาจากการทบทวน แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ,ทบทวนแนวทางผู้

ปฏิบัติการใส่สายสวนปัสสาวะ และทบทวน แนวทางวินิจฉัยการติดเชื้อ CAUTI ตามแนวทางของ CDC ให้เป็นปัจจุบัน

โอกาสพัฒนา เน้นการล้างมือ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ปฏิบัติตาม แนวทางการใส่สายสวนปัสสาวะ และการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ อย่างเคร่งครัด เน้นการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ และผู้ป่วยนอนนาน ติดเตียง , ทบทวนการเก็บสิ่งส่งตรวจ

3.ตัวชี้วัด: อัตราการเกิดแผลกดทับ ระดับ 2-4 น้อยกว่า 22.36 ตำแหน่ง ต่อ 1000 วันนอน



การแปลผลและการใช้ประโยชน์

จากกราฟแสดงว่า : ผู้ป่วยที่มีปัญหาแผลกดทับที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ในปี 2553 เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุ และมีโรคเรื้อรังต้องนอนโรงพยาบาลนาน ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้, มีปัญหาด้านการขับถ่ายอุจจาระทำให้เบียดขึ้นอยู่ตลอดเวลา จึงได้มีการทบทวนแนวทางปฏิบัติตามมาตรฐานการป้องกันและการดูแลแผลกดทับ, การใช้ที่นอนลม, การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ (Braden scale) และลดลงในปี 2554 และปี 2555

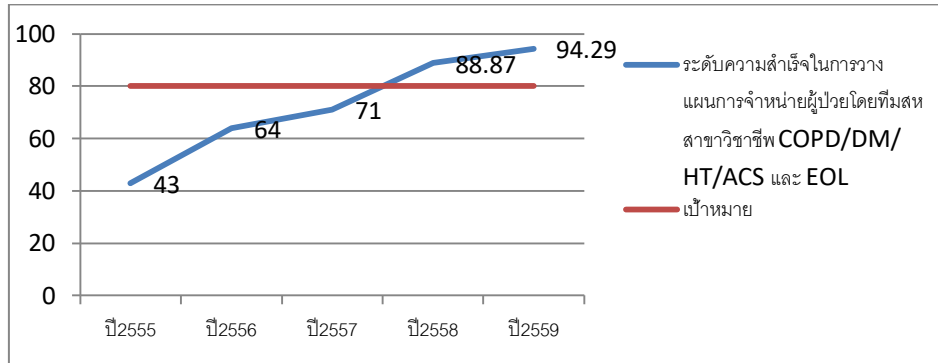
ต่อมาปี 2557 ได้มีการปรับปรุงแก้ไขแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันและดูแลการเกิดแผลกดทับ และนำแบบประเมิน Braden scale มาใช้ประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับกับผู้ป่วยทุกราย โดยประเมินทุกเวร ทำให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไข/จัดการปัจจัยเสี่ยง ที่ทำให้เกิด แผลกดทับได้เร็วขึ้น มีการนำนวัตกรรม นาฬิกา บอกท่า และป้ายสัญลักษณ์ แสดงกลุ่มเสี่ยง ติดที่เตียงผู้ป่วย ทำให้ อัตราการเกิดแผลกดทับ มีแนวโน้มลดลง

ปัญหาที่พบ

1. ที่นอนลม ไม่เพียงพอ (ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมีมากขึ้น)
2. พบผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับ ส่วนใหญ่ มีลักษณะผิวหนังแห้งบริเวณ ก้นกบ สะโพกผิวดอก เป็น ขุย ๆ เดิมอยู่แล้ว ทำให้เกิดแผลกดทับได้ง่าย

โอกาสพัฒนา แนะนำ /รณรงค์ ให้ทำผลิตภัณฑ์ ที่ส่งเสริมความชุ่มชื้น ให้แก่ผิวหนัง เช่น วาสลิน โลชั่น ทุกครั้ง ที่ทำความสะอาดร่างกาย หรือเปลี่ยน pampers

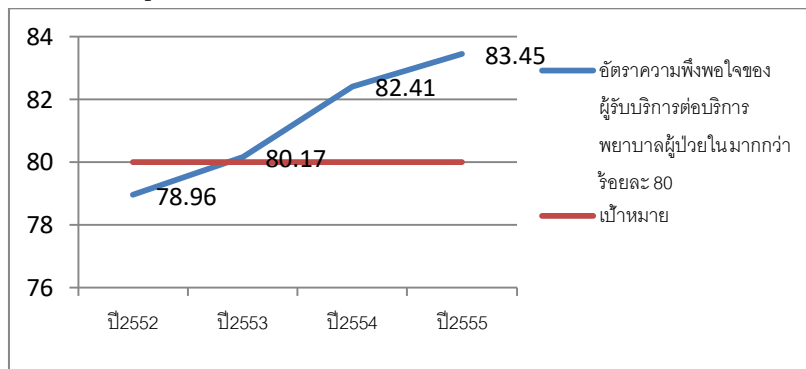
4.ตัวชี้วัด: ระดับความสำเร็จในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรค COPD/ DM/ HT/ ACS และ/ EOLที่นอนโรงพยาบาลได้รับการวางแผนการจำหน่ายโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ร้อยละ 80



การแปลผลและการใช้ประโยชน์

จากกราฟแสดงว่า ระดับความสำเร็จในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรค COPD/ DM/ HT/ ACSและ/ EOLที่นอนโรงพยาบาลได้รับการวางแผนการจำหน่าย โดยทีมสหสาขาวิชาชีพยังเป็นปัญหาในการปฏิบัติของทีมพยาบาลและได้หา โอกาสพัฒนา ตั้งแต่ ปี2557-2559 ได้มีทีม HHC ที่ได้มีการก่อตั้งกองทุนออกซิเจนที่บ้าน ที่เข้มแข็ง จนถึงปัจจุบัน

5.ตัวชี้วัด:อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการพยาบาลมากกว่าร้อยละ 80



การแปลผลและการใช้ประโยชน์

จากกราฟแสดงว่า ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการพยาบาลได้รับการตอบสนองความพึงพอใจด้านพฤติกรรมบริการของทีมพยาบาล ที่พัฒนาส่วนนี้ได้ดีขึ้น ระดับความพึงพอใจมากกว่าร้อยละ 80 มีแนวโน้มดีขึ้น ตั้งแต่ปี 2553 -2555

การทบทวนข้างเตียง (C – 3THER) ;

วิธีการ / ความถี่ / ผู้ร่วมทบทวน

วิธีการ

1. ขณะที่รับ – ส่งเวร ในช่วงเวรเช้า- เรบ่าย - เรดึก จะมีการส่งต่ออาการและอาการแสดงที่สำคัญที่เกิดขึ้นเวรก่อนหน้าและในเวรได้รับการแก้ไขอย่างไร อาการดีขึ้นหรือไม่ การเปลี่ยนแปลงแผนการรักษา อาการและความเสี่ยงที่เรต่อไปต้องดูแลต่อ
2. ทบทวน Case ที่เป็นอุบัติการณ์และมีความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป ขณะส่งเวร และทบทวนวิชาการร่วมกับแพทย์เจ้าของไข้และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อหาแนวทางปฏิบัติร่วมกัน
3. ขณะที่แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วย พยาบาลจะมีการส่งต่ออาการและอาการแสดงของผู้ป่วยให้แพทย์ทราบ และมีการปรึกษาดังแผนการรักษาร่วมกัน ถ้ามีปัญหาเกี่ยวข้องกับวิชาชีพอื่น เช่น เกสซิกกร ภายภาพบำบัด จิตเวช ก็จะประสานเป็นรายกรณี หรือพยาบาล Disease manager กรณีผู้ป่วยมีปัญหาซับซ้อน เรือจริง

ความถี่

ทุกวัน ทุกเวร และตามโอกาส

ผู้ร่วมทบทวน

1. ทีมการพยาบาลในหน่วยงาน
2. แพทย์
3. เกสซิกกร
4. นักกายภาพบำบัด
5. โภชนากรพยาบาล
6. ทีม End of life (กรณีมีผู้ป่วยระยะสุดท้าย)

ความครอบคลุม

1. ผู้ป่วยที่มีอุบัติการณ์ความเสี่ยงเกิดขึ้นในหน่วยงาน เช่น Septic shock, Respiratory failure หลังรับไว้ใน 24 ชั่วโมงหลังรับไว้ในโรงพยาบาล
2. ในผู้ป่วยที่มีการดูแลรักษายุ่งยาก ซับซ้อน มีปัญหาด้านการสื่อสารข้อมูลเรื่องโรคแผนการรักษาพยาบาลระหว่างเจ้าหน้าที่ และผู้ป่วย /ญาติ เช่น ผู้ป่วยระยะสุดท้าย, ผู้ป่วยที่มีอาการรบกวน และยังไม่สามารถวินิจฉัยโรคได้
3. ทบทวนกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ ต้องนอนบนเตียงตลอด และมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ
4. ในผู้ป่วยที่ทำให้เหตุการณ์ยุ่งยากซับซ้อน เช่น ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ต้องทำ Double Lumen เป็นต้น

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

1. ได้แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค , เฉพาะเหตุการณ์เช่น การช่วยแพทย์แทง Double Lumen
2. ได้แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแผลกดทับ

3. เจ้าหน้าที่ได้พัฒนาองค์ความรู้ด้านวิชาการ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ Sepsis/Septic shock
4. มีการสื่อสารที่ดี ระหว่างเจ้าหน้าที่ และผู้ป่วย/ญาติ

กรณีตัวอย่าง : ทบทวนกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ(Head Injury)จากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์

ผู้ป่วยหญิงสูงวัยอายุ 64 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการถูกรถ MC ชน สลบชั่วคราวญาตินำส่งโรงพยาบาลบาดเจ็บที่ศีรษะด้านหลังบวมโน้ แกร็บที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินใน วันที่ พฤศจิกายน 2554 เหวร เข้า ขณะแกร็บในผู้ป่วยในผู้ป่วยถาม ตอบพอรู้เรื่อง BP 120 /70 mmHg pupil 2.5 min RTL BE Coma score = 15 E4 V5 M6 มีอาเจียนเป็นเศษอาหาร 2 ครั้ง ร้องครางปวดศีรษะ วัด BP ซ้ำ 180 /120 mmHg หัวหน้างานได้แนะนำพยาบาลผู้รับผิดชอบ รายงานแพทย์เจ้าของไข้ ทราบแพทย์สั่งฉีดยา DCF 1 amp. IM และสังเกตอาการต่อ ได้แจ้งให้ญาติทราบเรื่องเครื่อง CT Scan เสีย เพื่อพิจารณา Refer รพ น่าน หากอาการเปลี่ยนแปลง/แย่ง ในเวรบายผู้ป่วยยังมีการปวดศีรษะไม่ทุเลา ซึมลง Coma Score =13 E4 V3 M6 รายงานแพทย์เวรบาย- ดึก ทราบแพทย์มาดูอาการอีกครั้งเวลาตี 2 พุดคุยกับญาติ ให้ Refer รพ น่าน ในเวรเช้า เวลาต่อมาจากการติดตามทราบว่าผู้ป่วยมี ภาวะ Cerebral hemorrhage ต้องทำการผ่าตัดสมองและใส่เครื่องช่วยหายใจ จึงได้นำ Case มาทบทวนการดูแลผู้ป่วย พบว่าเป็นความเสี่ยงระดับ F และปรึกษาศัลยแพทย์ Conference case เพื่อหาโอกาสพัฒนาและจัดทำ Guide Line Head Injury แนวทางการดูแลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะเพื่อป้องกันอุบัติการณ์ในรายต่อไป

ผลลัพธ์ : ทีมพยาบาลมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ และประเมินระดับความรู้สึกตัวถ้าแย่ง (Coma Score drop \geq 1คะแนน)หรือมีอาการเปลี่ยนแปลงจะทำการรายงานแพทย์ทันที และไม่พบอุบัติการณ์ที่เกิดจากการตัดสินใจหรือรายงานแพทย์ล่าช้าอีก

กรณีตัวอย่างที่ 2 : หญิงสูงวัย อายุ: 84 ปี HN: 47017 AN: 267

Admit: 12 มกราคม 2559 **D/C:** 26 มกราคม 2559

การวินิจฉัยโรค: Fracture Lt. intertoch. **การผ่าตัด:** Open Reduction Internal Fixation (ORIF)

วันที่ทบทวน: วัน เดือน ปี...../...../.....

โรค/กิจกรรม/หัตถการ: การเกิดแผลกดทับระดับ 2 ในผู้ป่วยที่ On skin traction (รอผ่าตัด)

ผู้เข้าร่วมทบทวน

1. นาง ชุตติกาญจน์ กาพรม
2. นาง มารศรี เพชรสุทธิ
3. นาง จิตนารถ อุทัย
4. นาง พรพิมล สิทธิพงศ์
5. นาง จุติพร สะสม
6. นางสาว กฤติษา เชื้อวโรป
7. นาง อาทิตยา ใหม่ตา
8. นางสาว จามจุรี ลี้อยศ
9. นาง กิติมา วัชรการุณย์
10. นาง มนัสนันท์ จิณะเสน
11. นางสาว จุฑามาศ มีเจริญ
12. นางสาว วรรณิการ์ ไชยวุฒิ
13. นางสาว อภิญา จิตอารีย์
14. นาง วัชรกร เส็งมี
15. นาง จิรนนท์ จิตอารี
16. นาง ศุภลักษณ์ ฑีฆาวงศ์

ตัวอย่างคำถาม	ผลการทบทวน/โอกาสพัฒนา	การปรับปรุง	หมายเหตุ
---------------	-----------------------	-------------	----------

<p>Care</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีโอกาสเกิดความเสียหายอะไรกับผู้ป่วยรายนี้ - เราได้ป้องกันความเสี่ยงเหล่านั้นอย่างดีแล้วหรือไม่ - เราได้ประเมินผู้ป่วยอย่างรอบด้านแล้วหรือไม่ - เรานำข้อมูลจากการประเมินมาวางแผนแก้ปัญหาอย่างครบถ้วนหรือไม่ - เราเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและตอบสนองอย่างเหมาะสมหรือไม่ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ขาดการพลิกตัวผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับไม่ได้ทาโลชั่น/วาสลีนให้ผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยมีที่ผิวแห้งมาก กันมีสะเก็ดดำ 2. ไม่ได้ใส่ที่นอนลมให้ผู้ป่วยตั้งแต่แรกครับ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ใส่ที่นอนลม 2. ใส่ Foley's cath 3. ใส่ป้ายสัญลักษณ์กลุ่มเสี่ยง 4. ใช้วาสลีนทาผิว 5. เสร็จมโภชนาการ 6. การประเมินผิวหนังทุกวัน 	
<p>Communication</p> <ul style="list-style-type: none"> - (ถามทีม) มีข้อมูลอะไรที่ผู้ป่วยและครอบครัวควรจะได้รับรู้ในขณะนี้ (เช่น ความเข้าใจในโรคที่ตนเองเป็นอยู่ ทางเลือกในการดูแลรักษา วิธีการปฏิบัติตัวที่เราคาดหวัง) - (ถามผู้ป่วยและครอบครัว) ได้รับข้อมูลอะไรบ้าง มีข้อมูลอะไรที่ต้องการทราบเพิ่มเติม - (ถามทีม) มีความแตกต่างระหว่างสิ่งที่ทีมคาดหวังกับสิ่งที่ผู้ป่วยได้รับหรือไม่ ถ้ามีจะปรับปรุงอย่างไร 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ญาติของผู้ป่วยมีหลายคน และมักจะมีการเปลี่ยนเวรมาเฝ้าผู้ป่วยทุกวัน ซึ่งทำให้การสื่อสารระหว่างพยาบาลกับญาติและการส่งต่อเวรในการเฝ้าระวังแผลกดทับไม่ทั่วถึงทุกคน 2. การไม่ได้ใส่ป้ายสัญลักษณ์ว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงตั้งแต่แรกครับ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. แจ้ง/ อธิบายแผนการรักษา ผลการนอนนาน การ on skin traction และการผ่าตัด 2. แจ้งญาติและผู้ป่วยในการกระตุ้น Ambulate และสร้าง empowerment ให้แก่ญาติ <ul style="list-style-type: none"> - แจ้ง HHC - การติดป้ายสัญลักษณ์ 	
<p>ตัวอย่างคำถาม</p>	<p>ผลการทบทวน/โอกาสพัฒนา</p>	<p>การปรับปรุง</p>	<p>หมายเหตุ</p>
<p>Continuity</p>	<p>1. มีผู้ดูแลหลายคนและขาด</p>		

<ul style="list-style-type: none"> - ปัญหาสำคัญที่อาจจะเกิดขึ้นในช่วงกลางคืนมีอะไรบ้าง ทีมงานมีการส่งต่อปัญหา ระหว่างให้แก่เวรต่อไปอย่างไร 	<p>การส่งต่อเวรในการดูแล จึงขาดการพลิกตะแคงตัวอย่างต่อเนื่อง</p> <p>2. การขาดการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อการเข้าร่วมประเมินอาการผู้ป่วยและการรักษาที่ต่อเนื่อง</p>	<ul style="list-style-type: none"> - แจ้ง HHC/ รพ. สต. - การบันทึกใน Nurse note / Progress note 	
<ul style="list-style-type: none"> - ปัญหาสำคัญที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเผชิญเมื่อกลับไปอยู่บ้านคืออะไร เราได้เตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้พร้อมที่จัดการกับปัญหาเหล่านั้นอย่างไร 		<ul style="list-style-type: none"> - การแจ้งผ่าน line group - การส่งเวรในทีมพยาบาล/ Quick round ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ 	
<p>Team</p> <ul style="list-style-type: none"> - ถ้าจะดูแลผู้ป่วยรายนี้ให้ดีที่สุด มีวิชาชีพใดบ้างที่ควรเข้ามาร่วมให้การดูแล นอกเหนือจากแพทย์และพยาบาล (เช่น นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ) - เราได้เชิญวิชาชีพเหล่านั้นเข้ามาร่วมดูแลผู้ป่วยรายนี้แล้วหรือยัง 	<p>1. ขาดการประสานงานกับแพทย์ในเรื่องการ contral pain ที่เหมาะสม ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดและไม่ยอมให้ความร่วมมือในการพลิกต่อ</p> <p>2. ไม่ได้แจ้งทีมโภชนาการในเรื่องการส่งเสริมในเรื่องโภชนาการ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - การประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งกายภาพบำบัด ทีมแพทย์ และโภชนาการ - การ conference ระหว่างทีม 	
<p>ตัวอย่างคำถาม</p>	<p>ผลการทบทวน/โอกาสพัฒนา</p>	<p>การปรับปรุง</p>	<p>หมายเหตุ</p>
<p>Human Resource Development</p>			

<ul style="list-style-type: none"> - ความรู้และทักษะของทีมงานของเราเพียงพอสำหรับดูแลผู้ป่วยรายนี้อย่างมีคุณภาพหรือไม่ ยังขาดเรื่องอะไรอยู่ - ทำอย่างไรจะให้เกิดความรู้และทักษะเหล่านั้นขึ้นได้เร็วที่สุด 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทีมพยาบาลมีภาระงานมากรวมทั้งขาดทักษะและความรู้ในการพลิกตัวผู้ป่วยที่ on skin traction 2. ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการพลิกตัว ทำให้ผู้ดูแลของผู้ป่วยไม่กล้าพลิกตัวผู้ป่วย 	<ul style="list-style-type: none"> - การแบ่งปันความรู้/ทักษะในการจัดทำในคนไข้ที่กระดูกหัก - สร้างความตระหนักให้กับญาติ 	
<p>Environment & Equipment</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สะดวก สบาย ปลอดภัยหรือไม่ - มีเครื่องมืออะไรที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยรายนี้ เครื่องมือเหล่านั้นเพียงพอและพร้อมที่จะใช้หรือไม่ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทางตึกมีอุปกรณ์ (ที่นอนลม) ไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วย 2. ผู้ป่วยไม่ได้รับการเปลี่ยน pampers ที่เหมาะสม ทำให้ผิวหนังเกิดความเปียกชื้น 	<ul style="list-style-type: none"> - การจัดหาที่นอนลม จาก HHC - การใส่ Foley's cath - การแนะนำผู้ดูแลให้เปลี่ยน pampers ให้ผู้ป่วยทุกครั้งหลังการขับถ่าย - 	
<p>Record</p> <ul style="list-style-type: none"> - เวชระเบียนของผู้ป่วยรายนี้ได้รับการบันทึกอย่างสมบูรณ์เพียงพอที่จะให้ผู้อื่นมาดูแลอย่างต่อเนื่อง, เข้าใจเหตุผลของการตัดสินใจ, ประเมินคุณภาพของการดูแล, และใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายได้หรือไม่ 	<p>ในกรณีนี้ ขาดการบันทึกความเสี่ยงให้ทีมแพทย์ทราบ จึงทำให้ขาดการรักษาที่เหมาะสม</p>	<ul style="list-style-type: none"> - การใส่ใบประเมินแผลกดทับ - การบันทึก/ประเมินความเสี่ยงในใบ Braden's score - การบันทึกอาการของคนไข้ใน progress note 	

สรุปแนวทางการพัฒนา

1. เพิ่ม Empowerment ให้ผู้ป่วยและญาติ

2. ปฏิบัติตามขั้นตอนแนวทางการเกิดแผลกดทับ
3. ใส่ที่นอนลมในผู้ป่วยรับใหม่ที่มีภาวะกระดูกหักทุกราย
4. เฝ้าระวังและจำกัดการเปียกชื้น (พิจารณาเป็น Case)
5. ใส่ป้ายสัญญาณลักษณะตั้งแต่รับใหม่
6. สอน/สาธิตวิธีการประเมินร่วมกับญาติ รวมทั้งการแนะนำการพลิกตะแคงตัวและการจัดทำทุกเวอร์
7. แจ้งสหสาขาวิชาชีพพร้อมดูแล (โภชนาการ/กายภาพบำบัด/HHC)
8. ประเมินผิวหนังทุกเวอร์+แผลทุก 3 วัน

การทบทวนตัวชี้วัด

วิธีการ / ความถี่ / ผู้ร่วมทบทวน

วิธีการ

ทบทวนตัวชี้วัดที่เป็นปัญหาของหน่วยงาน คือ ตัวชี้วัดที่ไม่บรรลุผลสำเร็จ เช่น การติดเชื้อคือยาในผู้ป่วยที่
 คาสายสวนปัสสาวะ

ความถี่

ทุก 1 เดือนในที่ประชุมหน่วยงาน

ผู้ร่วมทบทวน

1. เจ้าหน้าที่ทุกคนในหน่วยงาน
2. ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี)

ความครอบคลุม

1. ตัวชี้วัดที่เป็นปัญหาของหน่วยงาน (ไม่บรรลุผลสำเร็จ)
2. ตัวชี้วัดที่บรรลุเป้าหมาย แต่มีข้อเสนอแนะที่ควรพัฒนาต่อ

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

1. มีแนวทางปฏิบัติ เพื่อควบคุมและป้องกันเชื้อคือยา ไม่ให้แพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้ป่วยรายอื่น กำหนดให้
 เจ้าหน้าที่ทุกคน ปฏิบัติอย่างเคร่งครัด โดยยึดหลัก Contact precaution มี น้ำยาล้างมือ (Hand wash) ไว้บริการ
 ผู้ป่วย และปฏิบัติตามจุดต่างๆของหน่วยงาน และกระตุ้นให้มีการล้างมือก่อน และหลังการสัมผัสผู้ป่วย ทำ
 หักลดการในผู้ป่วยที่พบเชื้อคือยาเป็นรายสุดท้าย
2. มีแนวทางปฏิบัติ การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา และ การเฝ้าระวังผู้ป่วยที่ได้รับยา High alert drugs
3. ได้แนวทางปฏิบัติ การป้องกันการแพ้ยา ดังนี้
 - 3.1 ผู้ป่วยรับใหม่ทุกราย พยาบาล ต้องซักประวัติการแพ้ยา ทุกครั้ง ถ้าพบการแพ้ยา ให้ปฏิบัติ ดังนี้
 - ปุ่ม ทรายางแพ้ยาซ้ำ ที่ใบ Oder และใบสั่งยา ให้เห็นชัดเจน
 - นำแผ่นป้ายเคลือบสี แดง เขียนแพ้ยา..... ติดท้ายเตียง

- 3.2 กรณีที่มีรับใหม่ และ หรือแพทย์สั่งใช้ยาที่หน่วยงาน เวรเช้า – บ่าย (ก่อน 20.00 น.) ให้ส่งไปเบิกยาที่ห้องจ่ายยาในทุกครั้งก่อนนำมาฉีดผู้ป่วย
- เพราะหลังเบิกยา กรณีผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยา จะมี สติกเกอร์แพ้ยา (สีส้ม ให้นำมาติดหน้า Chart เพื่อสื่อสารให้แพทย์ และทีมพยาบาลรับทราบ
- 3.3 กรณีหลังเวลา 20.00 น. (ห้องยาในปิดแล้ว) และมีความจำเป็นต้องฉีดยา Stat. ให้ปฏิบัติ ดังนี้
- ก่อนบริหารยาฉีดทุกครั้ง พยาบาลต้องตรวจสอบการแพ้ยา โดยดูที่ แพ้ประวัติผู้ป่วย สติกเกอร์ชื่อสกุลผู้ป่วย ว่ามีประวัติแพ้ยา หรือไม่
 - ก่อนฉีดยาทุกครั้ง ให้ถามผู้ป่วย ทุกครั้ง ว่าแพ้ยาหรือไม่
 -

กรณีตัวอย่างที่ 1: การทบทวนการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ จำนวน 2 ราย จากการวิเคราะห์

1.การใส่สายสวนปัสสาวะ โดยพยาบาล ที่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการใส่สายสวนปัสสาวะตามคู่มือ IC.ไม่ได้ล้างมือก่อนใส่สายสวนปัสสาวะ แต่ล้างมือหลังใส่สายสวนปัสสาวะ

2. Nursing Care ในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ Flush perineum เช้า – เย็น ด้วย Normal saline ไม่ได้ล้างมือ ก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง

3.การแยกเตียงผู้ป่วย กรณีศึกษา CASE ที่ 1 นอนเตียง 13 ส่วน ผู้ป่วยกรณีศึกษา CASE ที่ 2 นอน เตียง 8 ซึ่งไม่ได้อยู่ฟากเดียวกัน

พบว่า :ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ติดเชื้อ Enterococcus Faecium (ESBL) Sensitivity ต่อ ยาVancomycin ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ทั้ง 2 รายติดเชื้อในช่วงเวลาใกล้เคียงกัน ติดเชื้อในผู้ป่วยที่ไม่ได้ใส่สายสวนก่อน โดยผู้ป่วยยังนอนรักษาโรงพยาบาล

สรุป : เป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาล ที่เกิดจากการสัมผัส หรือปนเปื้อนจากมือของบุคลากรเอง เนื่องจาก พยาบาลผู้ดูแล ผู้ป่วย ไม่ได้ล้างมืออย่างถูกต้องก่อนการให้การพยาบาลผู้ป่วย

แนวทางการป้องกัน และแก้ไข เพื่อไม่ให้เกิดในรายต่อไป

สร้างแนวทางปฏิบัติ โดยมีเป้าหมายหลัก เพื่อควบคุม และป้องกัน เชื้อดื้อยาไม่ให้แพร่กระจายเชื้อ ไปสู่ผู้ป่วยรายอื่น โดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้. แนวทางการแยกผู้ป่วย โดยยึดหลัก Standard precaution กรณีของเชื้อดื้อยา แยกผู้ป่วยตามหลัก Contact precaution

วิธีการ / ความถี่ / ผู้ร่วมทบทวน

วิธีการ

ทบทวนทุกครั้งที่ผู้ป่วยมีการติดเชื้อในหน่วยงาน

ทบทวนร่วมกับคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในหน่วยงาน

ความถี่

ทบทวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อทุกรายในหน่วยงาน

ผู้ร่วมทบทวน

1. ทีมการพยาบาล
2. แพทย์
3. ICN

ความครอบคลุม

ทุกรายที่มีการติดเชื้อในหน่วยงาน (ตามตัวชี้วัด)

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

1. ได้แนวทางการปฏิบัติร่วมกัน
2. เจ้าหน้าที่มีความรู้ ความเข้าใจมากขึ้น

กรณีตัวอย่าง : การวิเคราะห์หาสาเหตุ การเกิดการติดเชื้อคือยาในโรงพยาบาล ในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ เชื้อคือยา ESBL (Extended Spectrum –Beta - Lactamase) เป็นการคือยา ของเชื้อแบคทีเรียแกรมลบ ในกลุ่ม Enterobacteriaceae ซึ่งเชื้อกลุ่มนี้มีการสร้างเอนไซม์ชนิด Extended - Spectrum – Beta - Lactamase มาทำลายยา เชื้อก่อโรค ที่เป็นสาเหตุของการคือยา แบบ ESBL production ในกลุ่ม Enterobacteriaceae ได้แก่ E. coli (Escherichia coli) , Klebsella Oxytoca , Proteus mirabilis **กรณีศึกษา CASE ที่ 1** ผู้ป่วยหญิง อายุ 77 ปี รับไว้ใน โรงพยาบาล วันที่ 2 มกราคม 2550 อาการสำคัญ ปวดอึดแน่นท้องได้ชายโครงขวา ไข้ ปัสสาวะปกติ เป็นมา 1 วัน แพทย์วินิจฉัย Abdominal pain with fever ประวัติเจ็บป่วยในอดีต เป็นนิ่วในไตขวาอาการแรกเริ่ม หลังรับไว้ 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยมีไข้ 39 C ตรวจ U/A พบ WBC 50 – 100 cell แพทย์ให้การรักษา Ceftriazone 2 gm. V. drip OD. หลังรับไว้ 7 วัน ยังมีไข้สูง 39 Cจึงส่งตรวจ U/A พบ WBC 50 -100 cell ผลU/C พบ Enterococcus Faecium (ESBL) Sensitivity ต่อ ยาVancomycin แพทย์ให้การรักษาเพิ่มเป็น Ampicillin 1 gm. V. g 6 ชม.(ไม่ได้ให้ Vancomycin) หลังการรักษาประมาณ 7 วัน ไข้เริ่มลดลง และไม่พบไข้ในวันที่ 20 มกราคม 2550 ส่งตรวจ U/A พบ WBC ลดลงเหลือ 3 – 5 cell แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน ในวันที่ 22 มกราคม 2550 รวมนอนโรงพยาบาล 20 วัน **กรณีศึกษา CASE ที่ 2** ผู้ป่วยหญิงอายุ 77 ปี รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่ 3 มกราคม 2550 อาการสำคัญ เรียกไม่รู้สึกตัวเป็นมา 1 /2 ชั่วโมง แพทย์วินิจฉัย DM with Hypoglycemiaประวัติการเจ็บป่วยในอดีต Case DM เดิม มียาฉีดอินซูลินอาการแรกเริ่ม ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขภาวะ Hypoglycemia จาก ER หลังรับไว้ในหอผู้ป่วยผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ระดับน้ำตาลปกติ มีอาการอ่อนเพลีย ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ไม่มีไข้ ตรวจ U/A แรกเริ่ม พบWBC 2 -3 cell ปรับยา ฉีดอินซูลิน ตามค่า DTX. เป็นระยะๆ แพทย์ให้ Retain Foley ‘ s cath. ในวันที่ 8 มกราคม 2550 หลังใส่ cath. ได้ 5 วัน ผู้ป่วยเริ่มมีไข้สูง 39 C ปัสสาวะขุ่น ส่งตรวจ U/Aพบ WBC neutrophilic ส่งU/C พบเชื้อEnterococcus

Faecium (ESBL) Sensitivity ต่อยา Vancomycin แพทย์ให้การรักษา Ceftriazone 2 gm. V. drip OD และ Ampicillin 1 gm. V. q 6 ชม. หลังรับการรักษา ไข้ลดลง แพทย์ให้ off foley 's cath. ผลตรวจ U/A ในวันที่ 20 มกราคม 2550 พบ WBC 5-10 cell ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่แสบขัด ไม่มีภาวะ Hypoglycemia แพทย์ปรับยาคุมระดับน้ำตาล ในเลือดได้ และอนุญาตกลับบ้านได้ ในวันที่ 21 มกราคม 2550 รวมนอนโรงพยาบาล 18 วัน **สรุปผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ติดเชื้อ Enterococcus Faecium (ESBL) Sensitivity ต่อ ยา Vancomycin ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ทั้ง 2 ราย ติดเชื้อในช่วงเวลาใกล้เคียงกัน ติดเชื้อในผู้ป่วยที่ไม่ได้ใส่สายสวนก่อน โดยผู้ป่วยยังนอนรักษาโรงพยาบาล**

การวิเคราะห์หาสาเหตุ

1. การใส่สายสวนปัสสาวะ โดยพยาบาล ที่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการใส่สายสวนปัสสาวะตามคู่มือ IC. ไม่ได้ล้างมือก่อนใส่สายสวนปัสสาวะ แต่ล้างมือหลังใส่สายสวนปัสสาวะ
2. Nursing Care ในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ Flush perineum เช้า – เย็น ด้วย Normal saline ไม่ได้ล้างมือก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง
3. การแยกเตียง ผู้ป่วย กรณีศึกษา CASE ที่ 1 นอนเตียง 13 ส่วน ผู้ป่วยกรณีศึกษา CASE ที่ 2 นอนเตียง 8 ซึ่งไม่ได้อยู่ฟากเดียวกัน

สรุป เป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาล ที่เกิดจากการสัมผัส หรือปนเปื้อนจากมือของบุคลากรเอง เนื่องจากพยาบาลผู้ดูแล ผู้ป่วย ไม่ได้ล้างมืออย่างถูกต้องก่อนการให้การพยาบาลผู้ป่วย

ผลลัพธ์

1. มีแนวทางปฏิบัติการฉีดยา ในขณะผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล
2. อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล จากการแพร่กระจายเชื้อ 1 ราย ในเดือน กรกฎาคม 2550
3. เน้นการล้างมือ My 5 moment และล้างมือ 6 ขั้นตอน
4. ปี 2551 – 2559 ไม่พบผู้ป่วยใส่คาสายสวนปัสสาวะ ติดเชื้อฉีดยาในโรงพยาบาล
5. ปี 2551 – 2559 ไม่พบผู้ป่วยติดเชื้อฉีดยา แพร่กระจายเชื้อ จากการสัมผัสจากมือบุคลากร

แนวทางการป้องกัน และแก้ไข เพื่อไม่ให้เกิดในรายต่อไป

สร้างแนวทางปฏิบัติ โดยมีเป้าหมายหลัก เพื่อควบคุม และป้องกัน เชื้อฉีดยาไม่ให้แพร่กระจายเชื้อ ไปสู่ผู้ป่วยรายอื่น โดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้. แนวทางการแยกผู้ป่วย โดยยึดหลัก Standard precaution กรณีของเชื้อฉีดยา แยกผู้ป่วยตามหลัก Contact precaution เน้น การล้างมือ My 5 moment และล้างมือ 6 ขั้นตอน และเน้นการใช้ alcohol hand rub

การทบทวนความคลาดเคลื่อนทางยา / ผลไม่พึงประสงค์จากยา

วิธีการ

ทบทวนโดย RCA

ความถี่

ทุกเดือน

ผู้ร่วมทบทวน

1. พยาบาลผู้รับผิดชอบงาน ความคลาดเคลื่อนทางยา และทีมการพยาบาล
2. เกสัชกร
3. แพทย์

ความครอบคลุม

ได้ทบทวนข้อมูลทุกอุบัติการณ์ที่เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ตั้งแต่ระดับ A-I เกิดขึ้น

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

ได้แนวทางการปฏิบัติการรับคำสั่งแพทย์, การบริหารยา, การ Check Medication profile ทุกเวร, การสร้างวัฒนธรรม การรายงานเมื่อเกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา เช่น

-แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบคำสั่งการรักษาและการคัดลอกคำสั่ง และการบริหารเพื่อลด Med. error ดังนี้.

1. มีการ Check Medication profile ทุกเวร ดังนี้คือ
 - 1.1 เสร็จ Check ไป Med. profile กับ Order แพทย์ทุกราย
 - 1.2 เสร็จ บ่าย-ดึก Check ไป Med. profile กับ Order แพทย์ทุกราย หลังรับเวรทุกครั้ง
 - 1.3 เสร็จก่อนเตรียมยาฉีด ต้องนำ Med. profile มาตรวจสอบกับ Kardex ก่อนนำไปบริหารยาทุกครั้ง
2. กำหนดให้ นำไป Med. profile เตรียมยาฉีด และไป Med. profile ต้องถูกนำไปพร้อมกับยาฉีด เพื่อสอบถามชื่อ-สกุล, เติง และทวนสอบชื่อยา ก่อนฉีดยาทุกครั้ง โดยใช้หลัก 6R (right =drug – dose – patient – method –time และ Right Record)
3. กำหนดให้ นำไป Med. profile เตรียมยากิน และไป Med. profile ต้องถูกนำไปพร้อมกับยากิน เพื่อสอบถามชื่อ-สกุล, เติง และทวนสอบชื่อยา ก่อนแจกยากินทุกครั้ง โดยใช้หลัก 6R โดยปฏิบัติ เช่นเดียวกับยาฉีด
4. กรณี ผู้ป่วยที่รับใหม่ และยังไม่ได้รับยามาก่อน ในเวรเช้าจะต้องนำไปเบิกห้องยาใน **อย่างช้าในเวลา 15.00 น.ทุกวัน** กรณีแพทย์ตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยช่วงเย็น ให้นำ Chart และไป Med. profile **ไปเบิกเวลา 17.00น.** และ Double Check อีกครั้งก่อนนำไปฉีด / แจกยากินผู้ป่วย

กรณีตัวอย่าง ที่ 1 : ในปีงบประมาณ 2555 ที่ผ่านมามีอุบัติการณ์ Administration error ในระดับ D จำนวน 1 รายในผู้ป่วยหญิงอายุ 47 ปี ซึ่งรับใหม่มาจาก ER ด้วยอาการใจสั่น Heart rate เร็ว การวินิจฉัยโรค Palpitation ผล EKG มี Short run VT แพทย์สั่งให้ Amiodarone 150 mg. V. stat then 650 mg. drip in 24 ชั่วโมง มาถึงหน่วยงาน IV. เป็นลักษณะ loading ทีมพยาบาลจึงตรวจคำสั่งการรักษากับ Order แพทย์ และโทรศัพท์สอบถามเจ้าหน้าที่ ER.พบว่าอ่าน Order แพทย์คลาดเคลื่อน จึงปรับ rate IV. ช้าๆ และ Monitoring EKG ยังเป็น Short run VT และผู้ป่วยยังมี

อาการใจสั้น ไม่ทุเลา มือเท้าเย็นจึงรายงาน อายุรแพทย์ ให้ย้ายไปสังเกตอาการที่ ICU สุดท้ายผู้ป่วยอาการดีขึ้น สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้

กรณีตัวอย่างที่ 2 : รายชื่อผู้เข้าร่วมในการทบทวนการแพ้ยาซ้ำ วันที่ 15 พย 58

- 1 นาง ชุตติการณ์ กาพรม
- 2 นาง มารศรี เพรสุทธิ์
- 3 นางจิตนารถ อุทัย
- 4 นางพรพิมล สัทธิพงษ์
- 5 นางสาวกฤติชา เชี่ยวรอบ
- 6 นางฐิติพร สะสม
- 7 นาง กิติมา วัชรการุณย์
- 8 นางจามจรี จิตอารี
- 9 นางมนัสนันท์ จิณะเสน
- 10 นางสาวจุฑามาศ มีเจริญ
- 11 นางอาทิตยา ไหม่ตา

case ผู้ป่วยที่แพ้ยาซ้ำ

case ที่ 1 30 ตค 58 case ผู้หญิง อายุ 74 ปี Dx COPD มาอนรพด้วยอาการหายใจเหนื่อยหอบ ไอ นอนรพ วันที่ 28/10/59 ต่อมาวันที่ 30/9/59 ผู้ป่วยเริ่มไข้ แพทย์ Dx UTI จึงเริ่ม start Cef- 3 2 g OD ที่ ward ขณะมาตรวจผู้ป่วย และพยาบาลได้ใช้ยา stock ที่ ward ก่อน โดยที่ยังไม่ได้เบิกยา ไม่ได้ลงคอม ซึ่งขณะให้ยาจนหมดคนนั้นได้นำ chart ไปเบิกยาที่ห้องยาและเภสัชได้โทรมาบอกว่าผู้ป่วยรายนี้แพ้ยา Cef-3 พยาบาลจึงมาดูประวัติว่าผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยาตัวนี้ และขณะนั้นยาที่ให้หมดพอดี และผู้ป่วยก็มีอาการคันทั้งตัวจึงรายงานแพทย์ให้ CPM 1 amp V stat และ observe อาการต่อ ต่อมาอาการทั่วไปปกติ

case ที่ 2 2 พย 58

case ผู้ป่วยหญิง อายุ 81 ปี admit วันที่ 23/10/58 แล้วต่อมาผู้ป่วยเริ่มไข้ แพทย์จึงให้ยา Cef-3 พยาบาลหยิบยา stock ward มา stat หลังให้ยาไปประมาณ 25 cc จึงรู้ว่าผู้ป่วยแพ้ยาตัวนี้ จึง observe อาการและรายงานแพทย์ ไม่พบอาการผิดปกติใดๆ

สาเหตุเกิดจาก..

1. ขาดการซักประวัติ และสอบถามการแพ้ยาซ้ำ จากผู้ป่วยก่อนให้ยา
2. พยาบาลหยิบใช้ยา stock ward stat. ให้ผู้ป่วยทันที โดยไม่ผ่านการเบิกยาจากห้องยา (โดยไม่ผ่านระบบ Hosxp)
3. แพทย์สั่งจ่ายยาผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยา
4. ไม่มีป้ายเตือนผู้ป่วย แพ้ยา และไม่ได้ ใช้ตราป้อม “แพ้ยา” อย่างสม่ำเสมอ

แนวทางการแก้ไข ; หลังประชุมระบบยา

1. ในกรณีที่มีรับใหม่ ผู้ป่วยจาก OPD ER ให้ซักถาม ประวัติการแพ้ยาทุกครั้ง

2. กรณีพบประวัติแพ้ยา ใน Hosxp. และผ่านการตรวจสอบจากเภสัชกรเรียบร้อยแล้ว ให้ทีมพยาบาลป้อน
 ตรายาง “แพ้ยา” ลงใน Kardex และ ใบ Order ให้เห็นชัดเจน
3. ใส่ป้ายสีแดง ว่า แพ้ยา.... ติดป้ายท้ายเตียง
4. ใช้หลัก 7 R ในการบริหารยา ก่อนให้ยาผู้ป่วย ทุกครั้ง สอบถามการแพ้ยาซ้ำ โดยเฉพาะยาปฏิชีวนะ
5. ในกรณีแพทย์ Order ยาฉีดทุกครั้ง ในกรณีไม่เร่งด่วนให้นำ เวชระเบียนพร้อมใบ Med. profile ไป
 เบิกที่ห้องยา ก่อนให้ยาผู้ป่วย ยกเว้นกรณีเร่งด่วน ให้ใช้ยา Stock ward และ ใช้หลัก 7 R

ผลลัพธ์ ; หลังการทบทวน และใช้แนวทางแก้ไข พบว่า มีการให้ยาผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ อีก 1 ราย

กรณีตัวอย่างที่ 3 5 กพ 2559 แพทย์มาตรวจเวรบาย แล้วผู้ป่วยมีอาการไข้ แพทย์มี order ให้ cef-3 พยาบาลได้หยิบยา
 stock ward มาให้ก่อน โดยที่ไม่ได้ดูประวัติจากคอมพิวเตอร์และยังไม่ได้เบิกยาก่อน และขณะนั้นได้นำ chart ไปเบิกยา
 เภสัชจึงโทรมาบอกผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยาตัวนี้ ซึ่งขณะนั้น ได้ยาไปประมาณ 60 cc แล้ว จึง off ยาและรายงานแพทย์
 และให้สังเกตอาการแต่ไม่พบอาการผิดปกติใดๆต่อมาแพทย์จึงให้ยาดังกล่าวจนครบ 7 วัน

กรณีตัวอย่างที่ 4.

วันที่ 3 ตุลาคม 2559 : ข้อมูลการรักษา

ผู้ป่วยชื่อ นาง ศรีฟอง วังสาร อายุ 61 ปี HN 37565 AN 6903 มาอนโรงพยาบาลด้วย Open wound of scalp
 CC. แผลลึกขาดที่ศีรษะ ศีรษะบวม โน 20 นาที ก่อนมา

PI ผป. ให้ประวัติว่าประมาณ 18.30 น ขณะก้มสระผมแล้วเงยหน้าขึ้น มีอาการหน้ามืด ล้มในห้องน้ำ ศีรษะ
 กระแทกพื้น มีแผลลึกขาดยาวประมาณ 3 ซม บวม โนรอบแผล 5 ซม ไม่สลบ จำเหตุการณ์ได้ ญาติ จึง มารพ.
 BP 180/120--> 170/120 mmHg.

วันที่ 4 ตุลาคม 2559 - วันที่เกิดเหตุ เวลา 07.45 น.

สถานที่เกิดเหตุ ผู้ป่วยในสามัญหุญง ในเวรตึก มียอดผู้ป่วย จำนวน 29 ราย รับใหม่ 1 ราย รวมเป็น 30 ราย
รายละเอียดเหตุการณ์ วันที่ 4 ตุลาคม 2559 เวลาประมาณ 7.45 น พยาบาลเวรตึกได้นำยาหลังอาหารเข้าไปแจก
 ผู้ป่วย โดยนำยาของผู้ป่วยเตียง 12 ณ. มาให้เตียง 11 ณ. ซึ่งปกติผู้ป่วย มียา ก่อนอาหารเช้า คือ Dicloxacillin
 (250mg) ซึ่งมียาดังนี้

1. Doxazocin (4) 1 tab
2. Methyropa (250) 1 tab
3. Atenolol(50) ½ tab
4. lasix (500) 1 tab
5. Hydralazine(50) 1tab
6. CPM 1 tab
7. Nifed R (20)1tab
8. Losartan (50 mg.) 1 tab

9. FF 1 tab

10. Folic 1 tab

เวลา 08.48 น. ผู้ป่วยมีอาการง่วงซึม บ่น ง่วงนอน และใจสั่น BP 76/44 mmHg. PR. 58 /min ทีมพยาบาลได้ รายงานแพทย์ประจำ ward ที่กำลังตรวจเยี่ยมผู้ป่วยอยู่ แผนการรักษาเบื้องต้น ดังนี้ Monitor BP Keep \geq 90/60 mmHg. MAP \geq 65 mmHg. Bed rest , Load NSS 200 ml. X 3 ครั้ง , Monitor EKG , Consult เกษัชกร ระดับยา สูงสุดที่ 2 ชั่วโมง และ เพื่อสืบค้นฤทธิ์ข้างเคียงของยาทุกตัว ที่ผู้ป่วยได้รับประทานไป

เวลา 08.59 น. BP 75/50 mmHg. PR. 58 /min MAP = 57 mmHg. แพทย์สั่งให้ Dopamin (2:1) V. 5 microdrop /min

เวลา 09.09 น. BP. 72/48 mmHg. PR 58 /

min เพิ่มยา Dopa เป็น 10 - 20 microdrop /min เวลา 09.41 น. BP. 70 /43 mmHg. PR 68 / min แพทย์สั่งให้ ยา Nor E (4 :250) V. 5 microdrop /min

เวลา 12.30 น. BP. 65/34 mmHg. PR 68 /min MAP 45 mmHg. แพทย์เจ้าของไข้ ตรวจเยี่ยมอาการ สั่งให้ เจาะ Creatinin , Electrolyte , Observe urine out put keep \geq 200 ml /เวร และ consult อายุรแพทย์ รับทราบ

เวลา 13.30 น. BP.82 /50 mmHg. PR 68 /min MAP 62 mmHg. อายุรแพทย์ (พญ.ปารมี) ตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วย รับทราบเหตุการณ์ ได้มีคำสั่งการรักษา เพิ่ม Dopamin และ เพิ่ม Nor E keep BP \geq 90/60 mmHg. MAP \geq 65 mmHg. และได้ Consult ศูนย์พิษวิทยาฯ แนะนำ ถ่านดูด และ CCB / BB ด้วย 10% cal. Gluconate, Plan!เพิ่ม IV. Fluid เพื่อเพิ่ม Renal blood flow โดยมี คำสั่งแผนการรักษา ดังนี้.

เวลา 14.20 น. ให้ เจาะ Ca. , Elixer Kcl. 15 CC. oral stat. 10% cal.gluconate 3 amp. V. Slowly push, NSS 40 ml /min หลังให้ยา ผู้ป่วยตื่นทันที BP 93/61 mmHg. PR 72 /min

และ เวลา 15.30น. BP 93/58

mmHg. PR 74 /min MAP 68 mmHg. อายุรแพทย์ได้สั่งให้ 10% cal.gluconate 3 amp. V. Slowly push อีก 1 dose ผู้ป่วย ตื่นรู้ตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง

วันที่ 5 ตุลาคม 2559 BP.115/70 mmHg. PR 75/min MAP 85 mmHg. แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการ สั่งให้ CT Brain, plasil 1 amp. V. 0.9% NSS V. 40 CC./ hr. Dopamine (2:1V. 30 ml./hr. tail off ทีละ 2 ซีซี /ชั่วโมง titrate keep BP \geq 90/60 mmHg. MAP \geq 65 mmHg. Nor E 4 mg.+ 5% D/W 500 ml. V. 25 ml./hr. titrate keep BP \geq 90/60 mmHg. Keep urine out put \geq 200 ml./hr. ต่อมา อายุรแพทย์ ตรวจเยี่ยมอาการ ผล CT Brain ปกติ, ให้ off foley cath. tail off Dopamine ให้ ambulate ได้

วันที่ 6 ตุลาคม 2559 เวลา 09.00น. BP 120/70 mmHg. PR 68 /min แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการ สั่งให้ tail off Dopamine ทีละ 2 ml./hr. titrate keep BP \geq 90/60 mmHg. MAP \geq 65 mmHg. 0.9% NSS V.80 cc/hr.

และ เวลา 16.30น. off monitor EKG off I/O เวลา 18.00น. BP 130/70 mmHg. PR 86 /min

วันที่ 7 ตุลาคม 2559 เวลา 06.00น. BP. 120/70 mmHg. PR 68 /min แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการ สั่งให้ discharge ได้ ทำแผล ตัดไหม รพ.ศต. ใกล้บ้าน ยา HM. Dicloxa (250mg) 1 x 4 ac = 20 cap. Paracetamol (500mg) 1 tab prn. q 4-6 hr.

เป็นความเสี่ยง ระดับ F

วัตถุประสงค์

1.เพื่อทบทวน และป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ เกิดอะไรขึ้นกับผู้ป่วยรายนี้	ทำไมจึงเกิด	จะป้องกันอย่างไรไม่ให้เกิดขึ้นอีก
<p>ผู้ป่วย :มานอนโรงพยาบาลด้วย Open wound of scalp ในวันที่ 3 พฤศจิกายน 2559 เวลา 22.30 น. รายละเอียดเหตุการณ์ วันที่ 4 ตุลาคม 2559 เวลาประมาณ 7.45 น พยาบาลเวรตึกได้นำยาหลังอาหารเข้าไปแจกผู้ป่วย โดยนำยาของผู้ป่วยเตียง 12 น. มาให้เตียง 11 น. ซึ่งปกติ</p>	<p>ซึ่งจากการทบทวน...เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ด้านการจ่ายยาให้ผู้ป่วย (Right patient) ซึ่งพบว่า..ขณะบริหารยาแก่ผู้ป่วยไม่ได้ identify ผู้ป่วยก่อน ดังนี้ คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ไม่ได้นำไป Med. profile ไปตรวจสอบขณะแจกยาผู้ป่วย และ 2. ไม่ได้ทวนสอบชื่อผู้ป่วยก่อนให้ยา 	<p>แนวทางในการปฏิบัติ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ใช้การบริหารตามหลัก 6 R อย่างเคร่งครัด 2. ขณะบริหารยาผู้ป่วยต้องมีการ identify ผู้ป่วยทุกครั้งก่อนให้ยาโดย <p>-ใช้ใบ Mar ทุกครั้ง -ถามชื่อ-สกุลผู้ป่วย อายุ ..ทุกครั้ง ที่แจกยา</p>
<p>1.เพื่อทบทวน และป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ เกิดอะไรขึ้นกับผู้ป่วยรายนี้</p>	<p>ทำไมจึงเกิด</p>	<p>จะป้องกันอย่างไรไม่ให้เกิดขึ้นอีก</p>
<p>ผู้ป่วย มียาก่อนอาหารเช้า คือ Dicloxacillin (250mg) ทำให้เกิดภาวะ Drug induce hypotension ต้องได้รับการรักษา ด้วยยาเพิ่มความดัน</p>		<p>-ตรวจสอบ ดูเตียง ป้าย ชื่อ สกูดท้ายเตียงทุกครั้งว่าตรงกับผู้ป่วยหรือไม่ -ติดสติ๊กเกอร์ หมายเลขเตียง ที่ฝาแก้วยา ให้มองเห็นชัดเจน</p>
<p>โลหิตจำนวน 2 ชนิด เป็นเวลา 2 วัน จนอาการทั่วไปดีขึ้นเป็นปกติ และสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ ในวันที่ 7 พฤศจิกายน 2559</p>		<p>-ต้องมีสติ.ก่อนแจกยาทุกยาทุกครั้ง (โดยกลับไปดูที่ ข้อ 1 และ 2)</p>

11 ตุลาคม 2559 เวลา 14.00น

ผู้บันทึก มารศรี เพชรสุทธิ

ผู้ตรวจทาน ชุตติกาญจน์ กาพรม

การทบทวน เหตุการณ์สำคัญ / เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์

วิธีการ / ความถี่ / ผู้ร่วมทบทวน

วิธีการ

ทบทวนทุกครั้งที่เกิดเหตุการณ์สำคัญ / เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์

ทบทวนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

ความถี่

ทุกเดือน / ทุกครั้งที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

ผู้ร่วมทบทวน

ทีมพยาบาล – แพทย์ – เภสัชกร ที่เกี่ยวข้อง

ความครอบคลุม

ทุกรายที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น : มีแนวทางการประเมินผู้ป่วยเสี่ยงต่อพลัดตก หกล้ม และป้าย “Risk Fall Alert“ เพื่อกระตุ้นเตือนทีมพยาบาลและญาติ โดยแขวนไว้ที่ท้ายเตียง และหน้าห้องพิเศษ ในผู้ป่วยที่มีคะแนนความเสี่ยง ดังนี้



“ Risk Fall Alert “

ผู้ป่วยเตียงนี้ เสี่ยงต่อ ตกเตียง – พลัดตก หกล้ม

ในระดับ...

มีปัจจัยเสี่ยง (คะแนน 2 – 4)

ภาวะเสี่ยงสูง (คะแนน ≥ 5)

ข้อควรรู้ ผลกระทบจากการตกเตียง – พลัดตก หกล้ม

1. เสี่ยงต่อ..กระดูกต้นขาหัก
2. เสี่ยงต่อ..เลือดออกในสมอง
3. ได้รับบาดเจ็บ ฟกช้ำ
4. ถ้ารุนแรงมาก..อาจถึงขั้นเสียชีวิตได้

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อ การลื่นล้ม / ตกเตียง

- แนะนำปัจจัยเสี่ยง ที่มีผลต่อการหกล้ม / ตกเตียง
- แนะนำผลกระทบ จากการหกล้ม / ตกเตียง
- ให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง ในบางกรณีแพทย์จะห้าม “ห้ามลุกจากเตียง” ฉะนั้น

กิจกรรมทุกอย่างต้องทำบนเตียง ผู้ป่วยเท่านั้น

- แนะนำกรณีผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ การลงจากเตียง / การเข้าห้องน้ำ ขอให้ทีมผู้คอยให้ความช่วยเหลือ
- ทุกครั้ง ห้ามเข้าห้องน้ำโดยลำพัง อาจเกิดหน้ามืด เป็นลมในห้องน้ำ หรือเกิดเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด / ช่วยเหลือไม่ทัน แนะนำการขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ได้
- หลังกิจกรรมพยาบาล / หลังญาติเยี่ยม ให้ยกกรวากันเตียงขึ้น , ล้อขาเตียงทุกครั้ง
- ในบางกรณี เช่น ผู้ป่วยสับสน ไม่ให้ความร่วมมือ เจ้าหน้าที่อาจต้องมีการผูกมัดผู้ป่วย และขอให้ญาติอยู่เฝ้าได้ 1 คน ทั้งนี้ขอพิจารณาตามความจำเป็น & เหมาะสมในแต่ละรายไป

กรณีตัวอย่าง : ผู้ป่วยหญิง สูงอายุมาด้วยอาการจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ และปวดชายโครงซ้าย นอนราบไม่ได้ R/O CHF underlying Sick Sinus Syndrome เคยผ่าตัดตัด S/P medium sternotomy Permanent pacemaker นอนอยู่ในห้องพิเศษโดยมีญาติเฝ้าอยู่ เวลา 05.30น.ญาติที่นอนเฝ้าอยู่ได้ยินเสียงผู้ป่วยร้องครางในห้องน้ำ พบว่ามีศีรษะบวมโน พยาบาลประเมินอาการ Coma score =15 ได้รายงานแพทย์เวรมาดูอาการให้ Observe อาการต่อ เสร็จอาการปกติ ต่อมาเวรป่วยเวลา 20.30น.ผู้ป่วยเริ่มมีอาการซึมลง Coma score drop ลงรายงานแพทย์ส่ง CT brain พบว่าเป็น Small ICH at bilateral frontal lobe จึงส่งต่อโรงพยาบาลนาน และได้มาทบทวนแนวทางการเฝ้าระวังความเสี่ยงผู้ป่วย พลัดตก หกล้ม และจัดทำแผ่น “ Risk Fall Alert “ เพื่อเป็นสิ่งกระตุ้นเตือนทั้งทีมพยาบาล และญาติที่เฝ้าไข้ ติดตามเตียงหรือหน้าห้องพิเศษในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการลื่นล้ม / ตกเตียง

ผลลัพธ์ ; ไม่พบอุบัติการณ์ การพลัดตก หกล้ม ตกเตียง ตั้งแต่ปี 2555- 2559

การทบทวน เวชระเบียน

วิธีการ / ความถี่ / ผู้ร่วมทบทวน

วิธีการ

ทบทวนเวชระเบียน โดยสุ่ม

ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงสูง / ใ้ส่ท่อช่วยหายใจ / เสี่ยงชีวิต / ส่งต่อโรงพยาบาลนาน

ความถี่

ทุกเดือน

ผู้ร่วมทบทวน

พยาบาล Audit เวชระเบียน - ทีมพยาบาล – แพทย์ – เภสัชกร ที่เกี่ยวข้อง

ความครอบคลุม

เวชระเบียนผู้ป่วยกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงสูง / ใ้ส่ท่อช่วยหายใจ / เสี่ยงชีวิต / ส่งต่อโรงพยาบาล

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

-เพิ่มคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล

-เพิ่มการบันทึกรายละเอียด ใน Progress note ของสหสาขาวิชาชีพ และ Nurse ' note ถึงการเปลี่ยนแปลงต่างๆ

-เพิ่มข้อมูลการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย โรค COPD,DM และผู้ป่วยที่มีเกณฑ์การเยี่ยมบ้าน

โอกาสพัฒนา จัดทำโครงการ Seven day eleven chart (การวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วย 5 กลุ่มโรค) อยู่ระหว่างการดำเนินงาน

การทบทวน การใช้ข้อมูลวิชาการ

วิธีการ / ความถี่ / ผู้ร่วมทบทวน

วิธีการ

ทบทวนความรู้ของทีมพยาบาล โดยวิเคราะห์ จากเหตุการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกที่สำคัญที่พบ

ความถี่

ทุกครั้งที่พบความเสี่ยง / อุบัติการณ์

ผู้ร่วมทบทวน

ทีมพยาบาล – แพทย์ – เภสัชกร ที่เกี่ยวข้อง

ความครอบคลุม

-ทุกเหตุการณ์ความเสี่ยงที่พบ

-กลุ่มโรคต่างๆ ในหน่วยงาน และพบปัญหาด้านทักษะ / ความรู้ในการดูแลรักษาพยาบาล

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ (Mild Head Injury)

แนวทางการประเมินผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (early detect sepsis)

กรณีตัวอย่าง ผู้ป่วยหญิงสูงวัยอายุ 64 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการถูกรถMC ชน สลบชั่วคราวญาตินำส่งโรงพยาบาลบาดเจ็บที่ศีรษะด้านหลังขมโน แรกแรกที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินในวันที่ พฤศจิกายน 2554 เหวเช้า ขณะแรกรับในผู้ป่วยใน ผู้ป่วยถาม ตอบพอรู้เรื่อง BP 120/80 mmHg pupil 2.5 min RTL BE Coma score = 15 E4 V5 M 6 มีอาเจียนเป็นเศษอาหาร 2 ครั้ง ร้องครางปวดศีรษะ วัด BP ซ้ำ 180 /120 mmHg แนะนำพยาบาล ผู้รับผิดชอบรายงานแพทย์เจ้าของไข้ ทราบแพทย์สั่งฉีดยา DCF 1 amp. IM และสังเกตอาการต่อ ได้แจ้งให้ญาติ ทราบเรื่องเครื่อง CT Scan เสีย เพื่อพิจารณา Refer รพ น่าน หากอาการเปลี่ยนแปลง/แยลง ในเวรป่วยผู้ป่วยยังมี อาการปวดศีรษะไม่ทุเลา ซึมลง Coma Score =13 E4 V3 M6 รายงานแพทย์เวรป่วย/ ดึก ทราบแพทย์มาดูอาการ เวลาตี 2 พุดคุยกับญาติ ให้ Refer รพ น่าน ในเวรเช้า จากการติดตามทราบว่าผู้ป่วยมี ภาวะ Cerebral hemorrhage ต้องทำการผ่าตัดสมองและใส่เครื่องช่วยหายใจ จึงได้นำ Case มาทบทวนการดูแลผู้ป่วย พบว่าเป็นความเสี่ยงระดับ F และปรึกษาศัลยแพทย์ Conference case เพื่อหาโอกาสพัฒนาและจัดทำ Guide Line Head Injury แนวทางการ ดูแลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะเพื่อป้องกันอุบัติการณ์ในรายต่อไป

การทบทวน คำร้องเรียน

วิธีการ / ความถี่ / ผู้ร่วมทบทวน

วิธีการ

นำข้อเสนอแนะ / คำร้องเรียน ของผู้รับบริการทุกประเด็นมาทบทวนเพื่อหาแนวทางตอบสนองคำร้องเรียนตามความเหมาะสม

ความถี่

ทุกครั้งที่เกิดเหตุการณ์

ผู้ร่วมทบทวน

ทีมพยาบาล ตึกสามัญหญิง

ความครอบคลุม

ทุกครั้งและทุกคำร้องเรียน

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

จัดให้มีการประเมินความพึงพอใจ ของผู้รับบริการต่อบริการพยาบาลทั้งข้อร้องเรียน และคำชม

กรณีตัวอย่าง

-กรณีพบข้อร้องเรียนพฤติกรรมบริการไม่เหมาะสม เช่น พุดไม่ไพเราะ หน้าบึ้ง ไม่อ้อมแอ้มแจ่มใส จะนำมา ทบทวนภายในหน่วยงาน และหาแนวทางแก้ไข แจ้งให้เจ้าหน้าที่ทุกคนทราบถึงนโยบายของผู้บริหารสูงสุด จะไม่ พิจารณาเลื่อนขั้นให้กับผู้ที่ถูกร้องเรียนในรอบ 6 เดือนนั้น

-กรณีได้รับคำชมจากผู้ป่วย เช่น มีผู้ป่วยมะเร็งระดับระยะสุดท้าย ที่ชมพฤติกรรมบริการที่ดีของ แพทย์ พยาบาล ว่า ดูแล ได้เทียบเท่าโรงพยาบาลเอกชน และมอบ ทิวีสี่ จำนวน 2 เครื่องให้แก่หน่วยงาน จึงได้เกิดแรงบันดาลใจสืบ สานต่อเรื่อง แนวทางการดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ (Humanized Health Care) ขึ้นในหน่วยงาน สามัญหญิง โดยเจ้าหน้าที่ตึกสามัญหญิงทุกคนเขียนบัตรคำ ในข้อควรปฏิบัติ และสิ่งที่ไม่ควรปฏิบัติต่อผู้ป่วย และ ญาติ เพื่อหาแนวทางปฏิบัติร่วมกัน /หาโอกาสพัฒนาที่ยั่งยืน และเจ้าหน้าที่มีความสุขกับการทำงาน

บทเรียนจากการพัฒนา

ปัญหา/โอกาสพัฒนา

จากอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกในผู้ป่วยรับใหม่มีสถิติตั้งแต่ปี 2552 -2555 มีผู้ป่วยย้ายเข้า ICU / Refer รพ.น่าน ภายใน 24 ชั่วโมง ด้วยสาเหตุอาการเลวลง ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ หรือพบแพทย์เฉพาะทางมากขึ้น ในกลุ่มผู้ป่วย Respiratory failure และ ผู้ป่วย Sepsis / Septic shock จากสถิติผู้ป่วย Sepsis/Septic Shock ที่ Admit สามัญหฤทัยในรอบเดือน ตุลาคม 55 – มกราคม 2556 มีจำนวน 2, 7, 4 และ 4 รายตามลำดับ รวมเป็นทั้งหมด 17 รายมาด้วยวินิจฉัย Sepsis /Septic shock จำนวน 8 ราย และมาด้วยภาวะโรคอื่นเช่น ไข้ อ่อนเพลีย จำนวนถึง 9 ราย เพราะฉะนั้น เมื่อรับใหม่การประเมินอาการเมื่อแรกรับและจำแนกประเภทถ้าไม่ถูกต้อง ไม่ครอบคลุม ไม่สามารถ Early detect SIRS /sepsis ได้ก็จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลไม่ครบ ถ้วน ไม่ครอบคลุม ถ้าช้า อาจนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ COST การรักษาสูงขึ้น นอนโรงพยาบาลนานขึ้น หรือมีอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วยได้

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ทีมพยาบาลสามารถประเมินผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว โดยใช้แบบประเมิน Evaluation for sepsis screening tool และเป็นการพัฒนาวัฒนธรรมเชิงวิชาชีพของทีมพยาบาลที่พึงประสงค์ของหน่วยงานได้

การปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง

1. ได้แนวทางการประเมินผู้ป่วยที่สงสัย SIRSหรือ Severe sepsis /Septic shock ที่ทีมพยาบาลสามารถประเมินได้อย่างรวดเร็ว และใช้หลักการรายงาน แพทย์ SBARให้ใช้ protocol sepsisของรพ. ปัวได้
2. ต่อมา ปีงบประมาณ 2559 เขต 1 Service plan สาขาอายุรกรรม

Evaluation for sepsis screening tool

ชื่อ - สกุล.....อายุ.....ปี

HN.....AN.....ward.....

วคป Admit.....เวลา.....น. การวินิจฉัยครั้ง

แรก.....

วคป Discharge.....การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย

Sign & Symptom	Investigation & Treatment & Nursing action
<p>1) SIRS : Systemic Inflammation Response Syndrome ≥ 2 ข้อ <input type="checkbox"/> ไปนี้</p> <p><input type="checkbox"/> Hyperthermia (Temp. $\geq 38^0$ C) <input type="checkbox"/> Hypothermia (Temp. $< 36^0$ C) <input type="checkbox"/> Tachycardia (HR > 90 ครั้ง/ นาที) <input type="checkbox"/> Tachypnea (RR. > 20 ครั้ง/ นาที) <input type="checkbox"/> Leukocytosis (WBC count. $\geq 12,000$ mm³) <input type="checkbox"/> Leukopenia (WBC count. $\leq 4,000$ mm³) <input type="checkbox"/> Band form (Immature neutrophil) $>10\%$</p> <p>ว/ค/ป.....เวลา.....น. พยาบาลผู้ บันทึก.....</p>	<p><input type="checkbox"/> รายงานแพทย์ทราบ Sign & Symptom ของ SIRS Sepsis Severe Sepsis Septic Shock และ ปฏิบัติตาม Protocol Sepsis ทันที</p> <p><input type="checkbox"/> ติดตาม ประเมินสัญญาณชีพ, Record I/O <input type="checkbox"/> ประเมินระดับความรู้สึกตัว (Consciousness) <input type="checkbox"/> เจาะ Lab <u>Septic workup</u> ตามแผนการรักษาของแพทย์ ดังนี้ CBC ,Platelet H/C x 2 Spp BUN cr. Electrolyte PT PTT INR LFT H/C from catheter ABG</p>
<p>2) Sepsis = SIRS due to infection ในข้อต่อไปนี้</p> <p><input type="checkbox"/> Pneumonia ; Emyema <input type="checkbox"/> Urinary tract infection <input type="checkbox"/> Acute Abdominal infection / GI tract infection <input type="checkbox"/> Skin / Soft tissue / Bone / Joint Infection ; Wound infection <input type="checkbox"/> Endocarditis <input type="checkbox"/> Meningitis / Encephalitis <input type="checkbox"/> Blood stream catheter infection <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....</p> <p>ว/ค/ป.....เวลา.....น. พยาบาลผู้บันทึก.....</p>	<p>U/A , U/C เจาะ DTX. EKG 12 Lead</p> <p>CXR อื่นๆ.....</p> <p><input type="checkbox"/> ติดตามการได้รับ Antibiotic ที่เหมาะสม ภายใน 1 ชั่วโมง ชื่อ ยา.....</p>
<p><input type="checkbox"/> Severe sepsis = ภาวะ Sepsis ร่วมกับ sepsis induce organ function หรือ tissue hypo perfusion ในข้อต่อไปนี้. <input type="checkbox"/> ผล CXR พบ Bilateral pulmonary infiltrates <input type="checkbox"/> Creatinine > 3 mg/ dl</p>	<p><input type="checkbox"/> Monitoring & Reassessment ECG , BP <input type="checkbox"/> ดูแลให้ 0.9%NSS 500 - 1000 ml loading in 15-30 นาที (ตามแนวทาง Protocol Fluid Challenge) <input type="checkbox"/> ประเมิน Volume (CVP 10 -15 cmH₂O or HR < 100</p>

<input type="checkbox"/> Urine out put < 0.5 ml / kg. / hr. for > 2 ชม. <input type="checkbox"/> Hyperbilirubinemia (Plasma total bilirubin > 2 mg./ dl) <input type="checkbox"/> Thrombocytopenia (Platelet count < 100,000) Coagulopathy (INR>1.5 or aPTT > 60 secs) Blood glucose > 140 mg/dl in patient without diabetes Alteration of conscious or Respiratory failure ว/ด/ป.....เวลา.....น. พยาบาลผู้ บันทึก.....	ครึ่ง/นาที) <input type="checkbox"/> กรณียังไม่มี Central line ที่จะวัดค่า CVP สามารถจะ ประเมิน Volume ด้วยการวัดค่า JVP (Jugular Venous Pressure ค่าปกติ 5 – 6 cms) ก่อนการ loading IV fluid <input type="checkbox"/> ติดตามการได้รับยา Vasopressors (ยาตีบหลอดเลือด เช่น Dopamine / Norepinephrine / Dobutamine ตามข้อบ่งชี้) หลังได้ รับสารน้ำเพียงพอแล้ว แต่ BP ยังต่ำ <input type="checkbox"/> Retained foley ‘S catheter ตามแผนการรักษา <input type="checkbox"/> เจาะ DTX stat (Keep DTX 80 – 150 mg%) <input type="checkbox"/> ประเมิน Organ perfusion ภายใน 1 – 6 ชั่วโมง Urine out put ≥ 0.5ml/kg/hr ระดับความรู้สึกตัว O ₂ Sat ≥ 93%, ABG (pH)แก้ไขภาวะ Metabolic acidosis กรณี pH < 7.2 ScvO ₂ ≥ 70% ถ้า ScvO ₂ < 70% และ Hct < 30% พิจารณาให้ PRC / กรณี ScvO ₂ < 70% และ Hct > 30 % พิจารณาให้ dobutamine <input type="checkbox"/> Reassessment ; Early Goal Direction Therapy (EGDT) ภายใน 6 ชั่วโมง ดังนี้ - CVP 10-15 cmH ₂ O - MAP ≥ 65 mmHg. - Urine Out put ≥ 0.5 ml/kg/hr. - Central Venous Oxygen saturation (ScvO ₂) ≥ 70%
4) Septic shock = คือภาวะที่ผู้ป่วยมี Sepsis ร่วมกับมี Acute circulatory failure ซึ่งผู้ป่วยมี arterial hypotension คือ SBP < 90 mmHg. / MAP < 65 mmHg. มีการลดลงของ SBP > 40 mmHg. from baseline แม้ว่าได้ให้การรักษาด้วย adequate volume replacement และ ไม่มี สาเหตุอื่นที่ทำให้เกิด hypotension ว/ด/ป.....เวลา.....น. พยาบาลผู้ บันทึก.....	

ภาคผนวก

แนวทางปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันและดูแลแผลกดทับ

(ฉบับปรับปรุง) ของหอผู้ป่วยสามัญหญิง

จุดประสงค์

1. เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยรายใหม่
2. เพื่อการดูแล รักษา และส่งเสริมการหายของแผลในผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับรายใหม่
3. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อในผู้ป่วยที่แผลกดทับไม่มีแนวโน้มที่ดีขึ้น

ขั้นตอนการนำสู่การปฏิบัติ

1) การประเมินทางการพยาบาล

- 1.1 ทำการประเมินผู้ป่วยทุกรายที่รับใหม่/รับย้ายเข้าหอผู้ป่วย ตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า เมื่อพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ให้ทำการบันทึกในแบบบันทึกประวัติและสมรรถนะผู้ป่วยแรกรับ ประเมิน ติดตามผิวหนังบริเวณที่เปราะบางทุกวัน(เช้าและเย็น) โดยเฉพาะปุ่มกระดูก
- 1.2 ทำการประเมินผู้ป่วยทุกรายที่รับใหม่/รับย้าย เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงของ Braden Scale ทุกเวร และเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง เช่น ผู้ป่วยหลังผ่าตัด ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงเฉวลง มีไข้สูง หรือได้รับการทำหัตถการที่ใช้เวลานาน ทำการ Quick roundหลังการรับเวร ในเตียงที่ผู้ป่วยติดป้ายสัญลักษณ์กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ
- 1.3 ผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวบนเตียง เก้าอี้ หรือผู้ป่วยหลังผ่าตัด ควรได้รับการประเมินแผลกดทับ การเสียดสีในท่าต่างๆ และระหว่างการเคลื่อนย้าย ขยับเปลี่ยนท่า
- 1.4 ทำการบันทึกทุกครั้งที่ประเมินและประเมินซ้ำ ประเมินการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทุกวันจากหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือพยาบาลหัวหน้าเวร

2) การวางแผนการพยาบาล

การวางแผนการพยาบาลต้องขึ้นอยู่กับข้อมูลที่ได้อจากการประเมินปัจจัยเสี่ยง จากแบบประเมินความเสี่ยง Braden Scale สรุปคะแนน จากสภาพ การรับรู้ การเปื่อยขึ้น การทำกิจกรรม การเคลื่อนไหว ภาวะโภชนาการ แรงไถและแรงเสียดทาน เพื่อจำแนกผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงทำให้สามารถวางแผนให้การดูแลได้อย่างเหมาะสมและต้องการ และมีการวางแผนการพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยและญาติรวม ทั้งสหสาขาวิชาชีพ

3) การปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันและดูแลแผลกดทับ

ระดับคะแนนความเสี่ยง

แนวทางการดูแล

มีความเสี่ยงน้อย(15-16คะแนน)

ควรวางแผนเรื่องตารางการพลิกตะแคงตัว กระตุ้นการเคลื่อนไหว ป้องกันการกดทับ ดูแลความชุ่มชื้นของผิวหนัง ป้องกันการเสียดสี หากมีปัจจัยเสี่ยงเพิ่มขึ้นให้เพิ่มระดับการเฝ้าระวัง

มีความเสี่ยงปานกลาง(13-14คะแนน)

ให้การดูแลเหมือนผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงน้อย เน้นการพลิกตะแคงตัว เพิ่มเติมเรื่องการนอนศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา

มีความเสี่ยงสูง(<12 คะแนน) ให้การดูแลต่อเนื่องเหมือนผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงปานกลาง และควรใช้ low-air-loss bed หรือที่นอนลม

** ผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไปและมี Braden Scale 18 คะแนนให้ถือว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

แนวทางการดูแลผู้ป่วยตามคะแนนประเมินระดับความเสี่ยงของ Braden Scale

1. จัดทำป้ายให้สัญลักษณ์พลิกตะแคงตัวเพื่อการเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับ ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โดยทำป้ายตามระดับความเสี่ยง

ป้ายสีเขียว “เสี่ยงน้อยต่อการเกิดแผลกดทับ” ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงน้อย

ป้ายสีเหลือง “เสี่ยงปานกลางต่อการเกิดแผลกดทับ” ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงปานกลาง

ป้ายสีแดง “เสี่ยงสูงต่อการเกิดแผลกดทับ” ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง

2. ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับให้ใช้ตารางการพลิกตะแคงตัว

วัน/เดือน/ปี	เวลา	นอนตะแคงขวา	นอนหงาย	นอนตะแคงซ้าย	ผู้ปฏิบัติ	หมายเหตุ
	02.00 น.					
	04.00 น.					
	06.00 น.					

3. การจัดทำ

3.1 สำหรับผู้ป่วยที่นอนอยู่บนเตียงและมีความเสี่ยง ต้องพลิกตะแคงตัว เปลี่ยนท่านอนอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง โดยมีตารางบันทึกการพลิกตะแคงตัวแขวนอยู่ที่ปลายเตียงผู้ป่วย ใช้นาฬิกาบอกท่าพลิกตะแคงตัวครั้งต่อไปแขวนอยู่ที่หัวเตียงผู้ป่วย และมีนาฬิกาเตือนบอกเวลาที่ nurse station พยาบาลผู้ดูแลต้องรับผิดชอบจัดทำนอนให้ผู้ป่วยตามป้ายการพลิกตะแคงตัวตามกำหนด และบันทึกลงในตาราง ใช้หมอนใบเล็ก หรือฟ้านุ่ม รองบริเวณปุ่มกระดูกที่สัมผัสที่นอนโดยตรง เพื่อลดแรงกด

จัดทำนอน

- ท่านอนหงายควรให้เป็น “30-30 องศา Semi-fowler” โดยจัดให้ศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศาและเข้าสูง 30 องศา
- ท่านอนตะแคง ควรจัดให้สะโพกเอียงทำมุม 30 องศากับพื้นเตียง ศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา ซึ่งผู้ป่วยจะอยู่ในท่าตะแคงกึ่งคว่ำหรือกึ่งหงายและถ่ายหมอน
- กรณีผู้ป่วยต้องได้รับอาหารทางสายยาง จัดให้นอนศีรษะสูง 60 องศาได้ถ้าไม่มีข้อห้ามอื่น โดยขณะที่อยู่ในท่าศีรษะสูงให้ใช้หมอนนุ่มๆรองบริเวณฝ่าเท้าไว้และภายหลังให้อาหารแล้ว 30 นาที ให้ลดระดับหัวเตียงลงเหลือไม่เกิน 30 องศา ยกเว้นกรณีมีข้อห้ามทางการแพทย์

3.2 การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ให้ใช้วิธียกตัวผู้ป่วยให้ลอยจากที่นอน แทนการดึงลาก อาจใช้ผ้าปูที่นอนแทนผ้าขวางเตียงในกรณีผู้ป่วยตัวใหญ่ กรณีผู้ป่วยรูปร่างเล็กอาจใช้วิธีการอุ้มยก(ถ้าไม่มีข้อห้ามทางการแพทย์)

หรืออาจใช้ผ้ารองตัวผู้ป่วยแล้วใช้วิธีการยกที่ผ้ารองแทน

4. การใช้อุปกรณ์ลดแรงกด

4.1 ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับในระดับปานกลางและระดับสูง ให้ใช้ที่นอนลมสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับโดยตรง ได้แก่ ที่นอนฟองน้ำ ที่นอนเจล ที่นอนลมชนิดที่ไม่มีการเคลื่อนที่ของลม หรือที่นอนลมชนิดมีลมเคลื่อนสลับ เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ แทนที่นอนมาตรฐานของทางโรงพยาบาล

4.2 ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ด้วยตนเอง ให้ระมัดระวังบริเวณปุ่มกระดูกที่สัมผัสเท้าโดยจัดหาอุปกรณ์มารองรับเพื่อลดแรงกด

4.3 ไม่ใช้ถุงมือใส่น้ำรองบริเวณปุ่มกระดูกสัมผัสเท้า หรือรองบริเวณตาตุ่มเพื่อลดแรงกดใช้เบาะนั่งที่ทำจากเจล

4.4 หลีกเลี่ยงการนั่งทำเดียนานเกิน 15 นาที และถ้าจัดทำให้ผู้ป่วยนั่งเกิน 1 ชั่วโมง ให้ใช้เบาะนุ่มหรือฟองน้ำรองนั่ง ไม่ใช้อุปกรณ์ที่มีลักษณะเป็นห่วงกลม(donut shape) มารองก้นเพื่อลดแรงกด

5. การจัดการกับความเจ็บปวด

5.1 ประเมินและจัดการกับความเจ็บปวด ความไม่สบายของผู้ป่วยซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้จำกัดการเคลื่อนไหวหรือกิจกรรม อาจรวมถึงการได้รับยา

5.2 เฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับ ในผู้ป่วยที่มีปัญหาในการรับรู้ความรู้สึก หรือการเคลื่อนไหว เช่น ได้รับยาระงับปวด ยาระงับความรู้สึก มีพยาธิสภาพที่สมอง

6. การดูแลทำความสะอาดผิวหนัง

6.1 ทำการประเมินและบันทึก ลักษณะผิวหนังผู้ป่วยแต่ละคนอย่างเป็นระบบโดยพยาบาลเจ้าของไข้อย่างน้อย 1 ครั้ง/วัน โดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ

6.2 ทำความสะอาดผิวหนังอย่างสม่ำเสมอด้วยน้ำธรรมดา ใช้ผลิตภัณฑ์อาบน้ำชนิดต่างอ่อน เช่น สบู่เด็ก เพื่อป้องกันการระคายเคืองต่อผิวหนัง และป้องกันไม่ให้ผิวหนังแห้ง

6.3 ซับผิวหนังให้แห้งภายหลังเช็ดทำความสะอาด ใช้ปิโตรเลียมเจล วาสลีน หรือโลชั่นทาบริเวณก้นและปุ่มกระดูกเพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นให้กับผิวหนังและ เป็นฟิล์มป้องกันการระคายเคืองของผิวหนังจากความเปียกชื้น

6.4 ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่จะทำให้ผิวหนังแห้ง เช่น อากาศที่เย็นมากเกินไป มีลมพัดแรงเกินไป

6.5 ควบคุมความเปียกชื้น โดยลดความเปียกชื้นที่อาจเกิดจากปัสสาวะ อุจจาระ หรือสารคัดหลั่งที่ระบายออกจากแผล

6.6 ใช้แผ่นรองซับรองบริเวณที่เปียกชื้น ในคนที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ และเปลี่ยนเมื่อพบว่าเปียกชื้น ในกรณีที่ทำเป็นจะต้องใช้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ สามารถใช้ได้ แต่ควรทาวาสลีน หรือโลชั่นที่ก้น และสะโพกก่อนทุกครั้ง และควรมีการตรวจดูปัสสาวะ หรืออุจจาระทุก 2-4 ชั่วโมง

6.7 ห้ามนวดบริเวณที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ เช่น ตามปุ่มกระดูก หลีกเลี่ยงการถูผิวหนังด้วยความรุนแรง สอนการตรวจผิวหนังให้แก่ญาติหรือผู้ดูแล โดยเฉพาะบริเวณตามปุ่มกระดูกหรือบริเวณก้นว่ามีรอยแดงหรือไม่ ในกรณีที่ผู้ป่วยพอช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ให้ใช้กระจกส่องดูด้วยตนเอง

7. การดูแลด้านโภชนาการ

- 7.1 ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่รูปร่างผอม และ/หรือรับประทานอาหารได้น้อย ควรปรึกษาโภชนาการเพื่อประเมินภาวะโภชนาการ และปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยขาดสารอาหาร และร่วมทีมเพื่อให้การดูแลด้านโภชนาการ โดยมีการติดตามเยี่ยมอย่างน้อย 1 สัปดาห์ ในขณะที่รับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน
- 7.2 ให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ได้แก่ เนื้อ นม ไข่ ถั่วต่างๆ ผักและผลไม้ เพื่อส่งเสริมการหายของแผล ยกเว้นในกรณีที่มีข้อห้าม
- 7.3 ในคนที่รับประทานอาหารได้น้อยต้องปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณาให้อาหารเสริมและ/หรือสารอาหารทดแทนรวมทั้งวิตามิน และเกลือแร่ ทั้งทาง Enteral tube feeding และทางหลอดเลือดดำ
- 7.4 กรณีได้รับอาหารผสมทางEnteral tube feeding และหรือทางหลอดเลือดดำ โภชนาการเข้าร่วมทีม เพื่อให้การดูแลด้านโภชนาการ และติดตามเยี่ยมอย่างน้อยทุก 3 วัน ในขณะที่รับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน
- 7.5 ให้ร่างกายได้รับน้ำให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกายในแต่ละวัน ประมาณ 2,000 ซีซี/วันถ้าไม่มีข้อจำกัด

8. การจัดโปรแกรมการให้ความรู้

ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ โดยเฉพาะผู้ดูแล(Care giver) เกี่ยวกับภาวะเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ครอบคลุมถึงผลกระทบของการเกิดแผลกดทับ กลไกการเกิด ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ และการดูแลเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่เกี่ยวข้อง และกรณีมีแผลกดทับเกิดขึ้นแล้ว ให้ความรู้ครอบคลุมถึงการดูแลและส่งเสริมการหายของแผล

9. การประเมินแผลกดทับ กรณีผู้ป่วยมีแผลกดทับเกิดขึ้นโดย

9.1 เมื่อแรกพบไว้ในความดูแล ประเมินแผลกดทับว่าอยู่ในระดับใด โดยใช้ดังต่อไปนี้

ระดับที่ 1 ผิวหนังบริเวณนั้นอุ่นหรือเย็นกว่า แฉกตึง มีอาการปวดหรือคันกว่าผิวหนังบริเวณข้างเคียง หรือด้านตรงข้ามของร่างกาย ส่วนมากบริเวณที่กดทับจะมีรอยแดงเกิดขึ้น เมื่อถูกรอยแดงไม่จางหายรอยแดงยังคงอยู่ใน 30 นาที ผิวหนังยังไม่ฉีกขาด

ระดับที่ 2 มีการฉีกขาดบางส่วนของชั้นหนังกำพร้าจนถึงหนังแท้ เช่น แผลถลอก เป็นตุ่มพอง หรือเป็นแผลตื้นๆ

ระดับที่ 3 หนังกำพร้าทั้งหมดมีการฉีกขาด และมีการตายของเนื้อเยื่อชั้นหนังกำพร้าจนถึงชั้นเนื้อเยื่อพังคืด แผลมักเป็นหลุมลึก อาจเจาะไปยังเนื้อเยื่อรอบๆบริเวณนั้น

ระดับที่ 4 มีการตายของเนื้อเยื่อชั้นลึกถึงกล้ามเนื้อ เอ็น หรือกระดูก มักมีสีดำ ม่วงคล้ำ หรือเป็นโพรง มีกลิ่นเหม็นและนอกจากนั้น ทำการประเมินตำแหน่ง ขนาด กลิ่น โพรงต่างๆ สิ่งคัดหลั่ง ลักษณะของพื้นแผล ผิวหนังรอบแผล ระดับความปวด

9.2 ทำการประเมินแผลกดทับทุก 3 วัน

10. การดูแลแผลกดทับ

10.1 แผลกดทับระดับที่ 1 ลดแรงกดทับบริเวณผิวหนังที่เกิดรอยแดง ป้องกันการเกิดแรงเสียดทาน และแรงเสียดสี เลือดยาใช้อุปกรณ์ที่ช่วยลดแรงกดทับ เช่น หมอน ที่นอนลม และให้การดูแลอื่นๆ เหมือนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับที่ยังไม่เกิดแผล

10.2 แผลกดทับระดับที่ 2

- กรณีที่เป็นตุ่มน้ำใสขนาดไม่ใหญ่มากนัก ดูแลป้องกันเหมือนระดับที่ 1 ระวังไม่ให้มีการฉีกขาดของผิวหนัง หรือใช้เข็มปราศจากเชื้อเจาะให้เป็นรูเล็ก และซับเอาสิ่งคัดหลั่งออกด้วยสำลี และปิดทับด้วยผ้าก๊อศปราศจากเชื้ออีกครั้ง ระวังไม่ให้มีการฉีกขาดของผิวหนังนอกเหนือจากจุดที่เจาะเท่านั้น
- กรณีเป็นแผลเปิด ล้างด้วย 0.9%NSS ที่มีอนุภูมิภาคหรืออนุภูมิภาค แล้วปิดทับด้วยผ้าก๊อศปราศจากเชื้อ หลีกเลี่ยงใช้ยาฆ่าเชื้อ เช่น providine ,H2O2 ล้างแผลเข้าเย็บและเมื่อแผลซึม
- ทาผิวหนังบริเวณรอบๆแผลด้วยวาสลีน เพื่อไม่ให้มีการเปื่อยช้ำและเปื่อยยุ่ย

10.3 แผลกดทับระดับที่ 3

- ดูแลและป้องกันเหมือนแผลกดทับระดับที่ 1 และ 2
- ประเมินภาวะของการติดเชื้อ ถ้ามีการติดเชื้อให้ล้างแผลด้วย 0.9%NSS ให้สะอาดและ swab เพื่อส่งย้อมสีกรัมและส่งเพาะเชื้อ
- ถ้ามีเนื้อตาย ทำการปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณา debridement
- แผลกดทับที่เท้าที่มีเนื้อตายแห้ง(dry eschar) และไม่มีการบวมแดง หรือขยับเคลื่อนไหว ไม่ต้อง debride ให้ติดตามประเมินแผลทุกวันว่ามีภาวะแทรกซ้อนหรือจำเป็นต้อง debride หรือไม่
- ถ้าแผลเป็นโพรงให้ irrigate แผลด้วย 0.9%NSS ใช้ syringe ต่อเข้ากับเข็มฉีดยาเบอร์ 20G ฉีดล้างเข้าไปในโพรงประมาณ 100 – 150 ซีซี เพื่อชำระเอาเศษเนื้อเยื่อหรือแบคทีเรียออกจากแผล
- เลือกใช้วัสดุปิดแผลที่เหมาะสมเพื่อดำรงสภาพพื้นแผลให้ชุ่มชื้น

10.4 แผลกดทับระดับ 4 +

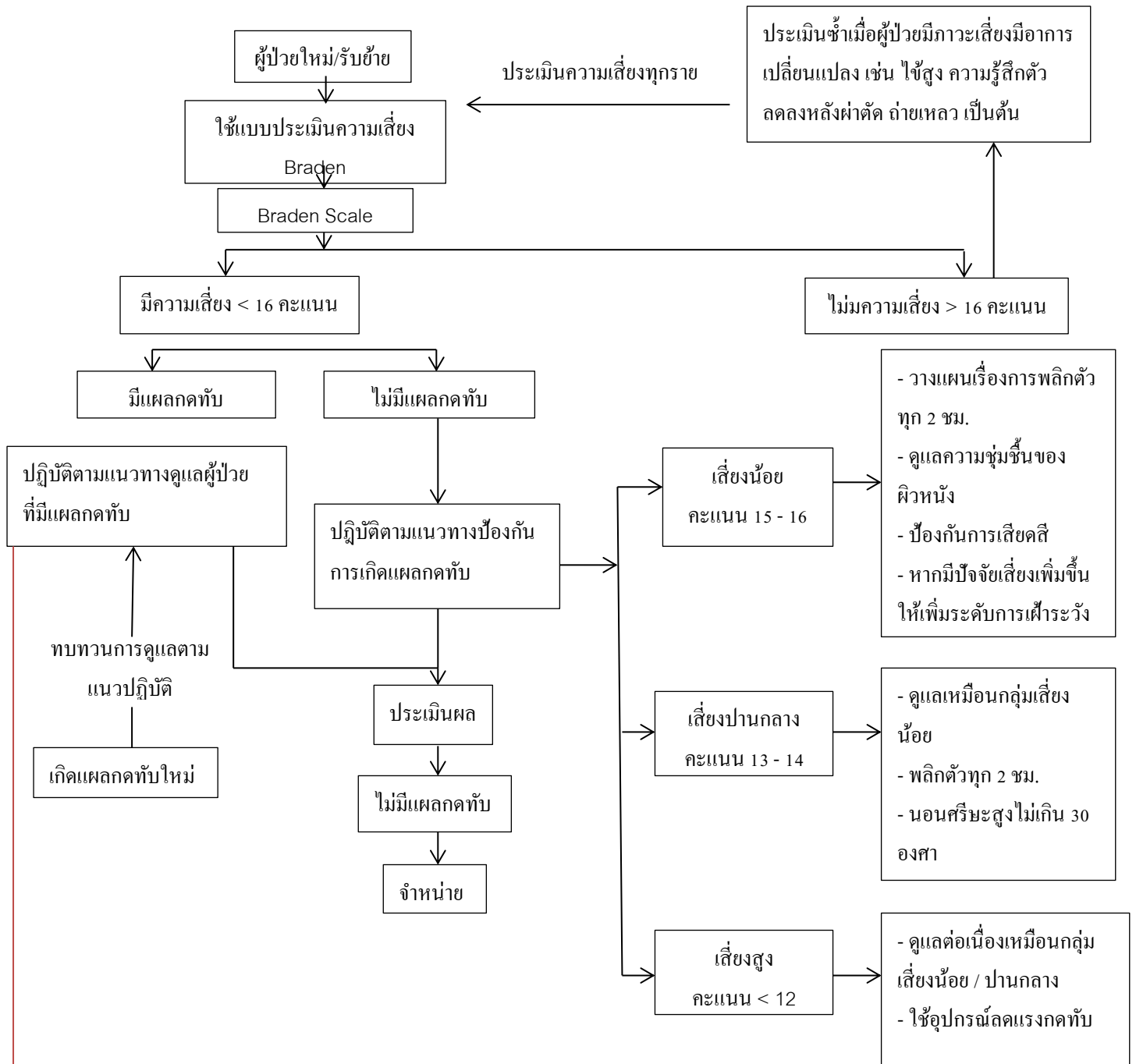
- ดูแลและป้องกันเหมือนแผลกดทับระดับที่ 1 , 2 , 3
- ประเมินความลึกของแผลว่าถึงกระดูกหรือไม่ เนื่องจากอาจเกิดการติดเชื้อถึงกระดูกได้
- ในกรณีที่แผลมีการติดเชื้อให้ systemic antibiotics ร่วมด้วย หลีกเลี่ยงการใช้ยาฆ่าเชื้อล้างแผล
- ถ้าแผลกว้างมากและไม่มีการติดเชื้อ แพทย์อาจพิจารณาส่งต่อ เพื่อทำผ่าตัดเย็บปลูกเนื้อเยื่อใหม่

11. Rehab program ปรึกษานักกายภาพบำบัด ในการสอน ให้ความรู้ในการช่วยเหลือฟื้นฟูผู้ป่วย ในด้านการช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว

การวางแผนการจำหน่าย / ส่งต่อผู้ป่วย

การส่งต่อระหว่างหน่วยงาน ควรมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดแผลกดทับของผู้ป่วย ลักษณะผิวหนังหรือรายละเอียดของแผล เช่น ระดับ บริเวณที่เกิดแผล ขนาด ชนิดและความบ่อยของการล้างแผล รักษาที่ให้ กับหน่วยงานติดตามเยี่ยมบ้าน (HHC)

แผนผังการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ



แนวทางการปฏิบัติในการป้องกันแผลกดทับ	ผู้รับผิดชอบ
1. การเคลื่อนไหว/จัดท่า/พลิกตัว ทุก 2 ชม.	RN. AID
2. การจัดการความเปียกชื้น/ทำความสะอาดผิวหนัง	RN. AID
3. การดูแลความชุ่มชื้นของผิวหนัง	RN. AID
4. การดูแลภาวะโภชนาการ	RN.
5. การใช้อุปกรณ์ลดแรงกดทับ เช่น ที่นอนลม	RN. AID
6. การดูแลทำความสะอาดแผลกดทับ	RN.
7. โปรแกรมให้ความรู้แก่ผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง	RN.