**Service Profile**

**งานผู้ป่วยใน2 ตึกหลวงพ่อคูณ ปริสุทฺโธ โรงพยาบาลหนองบุญมาก**



**2561**

**Update 12 กุมภาพันธ์ 2561**

**สารบัญ**

**หน้า**

1. ความมุ่งหมาย 3
2. ขอบเขตบริการ 3
3. ความต้องการของผู้รับผลงาน 3

ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน 5

สถิติ 10 อันดับแรก ย้อนหลัง 3 ปี 5

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ 7

ความท้าทายและความเสี่ยงที่สำคัญ 7

ศักยภาพและข้อจำกัดในด้านผู้ปฏิบัติงาน เครื่องมือ เทคโนโลยี 8

ประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง 9

วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด การพัฒนา 9

แผนภูมิกระบวนการดูแลผู้ป่วย 12

กลุ่มประชากรทางคลินิกที่สำคัญ 15

ตัวชี้วัดที่สำคัญ 15

กิจกรรมทบทวนคุณภาพ 17

**Service Profile**

**งานผู้ป่วยใน2 ตึกหลวงพ่อคูณ โรงพยาบาลหนองบุญมาก**

**1. บริบท**

**ก. ความมุ่งหมาย**

ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่รับไว้นอนรักษาในโรงพยาบาล ตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และพึงพอใจในบริการ ส่งเสริมผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลสุขภาตนเองได้

**ข. ขอบเขตบริการ**

ให้บริการผู้ป่วยในห้องพิเศษให้การดูแลผู้ป่วยทุกกลุ่มโรค ไม่จำกัดเพศ อายุ โดยมีเกณฑ์ดังนี้

1.ไม่อยู่ในระยะ shock คือ Pluse ≥ 120 ครั้ง/นาที , BP < 90/60 mmHg , Urine < 0.5 cc/kg/hr. ยกเว้นผู้ป่วยที่เข้าสู่ระบบการดูแล Pallative care

2.ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะการรับรู้สติเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ได้แก่ Head Injury GCS < 15 คะแนน ,CVA ครั้งแรกที่ต้อง Observe coma score , DM ที่มาโรงพยาบาลด้วยอาการซึมไม่รู้สึกตัวจากภาวะHypoglycemia , Hyperglycemia , มีภาวะหายใจหอบ เด็กหายใจ ≥ 60 ครั้ง/นาที , ผู้ใหญ่หายใจ ≥ 40 ครั้ง/นาที, o2 sat < 90% , o2 sat COPD ≤ 80%, ผลECGผิดปกติ,ผลการตรวจปฏิบัติการผิดปกติถึงค่าวิกฤต

3.ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง มีโอกาสเสี่ยงทำร้ายตนเองและผู้อื่น

4.ผู้ป่วยคลอดปกติหลังคลอด 4 ชั่วโมง

5.มีญาติเฝ้าตลอด 24 ชั่วโมง

ให้บริการครอบคลุมทั้งด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ ในกรณีที่แพทย์พิจารณาเกินขีดความสามารถให้บริการส่งต่อโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา หรือโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ โรงพยาบาลเทพรัตน์ ตามระบบการส่งต่อ

**ค. ความต้องการของผู้รับผลงานสำคัญ**

| **ผู้รับผลงาน** | **ความต้องการของผู้รับผลงาน** |
| --- | --- |
| **ภายนอก**  1.ผู้ป่วยและญาติ | ต้องการหายจากโรคและอาการที่เป็นอยู่ ได้รับการดูแลด้วยความจริงใจ  การบริการที่ประทับใจ สถานที่สะอาด เครื่องมืออุปกรณ์ที่ทันสมัยและเพียงพอ |
| 2.ผู้ที่มาติดต่อราชการ | ต้องการความสะดวกรวดเร็ว |
| **ผู้ร่วมงานในโรงพยาบาล**  1.องค์กรแพทย์ | * ต้องการให้รายงานผล x- ray ทันทีที่ได้ผล * ต้องการให้รายงานผลชันสูตรทันทีที่พบค่าผิดปกติ |
| 2.งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน | * ต้องการให้ลงข้อมูลและประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยที่ต้องเยี่ยมบ้านในใบส่งเยี่ยมบ้านให้ครบถ้วน และมีการวางแผนจำหน่ายร่วมกับทีม HHC และออกเยี่ยมบ้านร่วมกับทีม HHC * ต้องการให้แจ้งผู้ป่วยที่ต้องสอบสวนโรค ทันทีที่รับไว้นอน * ต้องการให้แจ้งทีมให้คำปรึกษาและคลินิกจิตเวชเมื่อมีผู้ป่วย   Admit ที่ VIP ให้แจ้งภายใน 24 ชั่วโมงในวันราชการ ถ้าเป็นวันเสาร์-อาทิตย์ให้แจ้งวันจันทร์ในช่วงเช้า |
| 3.อุบัติเหตุและฉุกเฉิน | * ต้องการให้พยาบาลมารับผู้ป่วยและประเมินสภาพผู้ป่วยทันที * ต้องการให้มีผู้ช่วยเคลื่อนย้ายขณะลงเตียง Admit * ต้องการให้ช่วยทำTreatment ผู้ป่วยที่Admit ในกรณีที่ERทำไม่ทัน |
| 4.ห้องคลอดและห้องผ่าตัด | * ต้องการให้สอนสุขศึกษามารดาหลังคลอดอย่างถูกต้องโดยเฉพาะเทคนิคการให้นมบุตร |
| 5.เวชระเบียน | * ต้องการให้ส่งประวัติผู้ป่วยหลังจำหน่ายภายใน 4วัน * ต้องการให้บันทึกเวชระเบียนอย่างครบถ้วยลายมืออ่านง่าย * ต้องการสำเนาใบรับรองการตายที่ชัดเจน * ต้องการให้ตรวจสอบวันที่/เวลา Admit และ Discharge ถูกต้อง |
| 6.ซักฟอก | * ต้องการให้คัดแยกผ้าเปื้อน ผ้าติดเชื้อ อย่างถูกต้อง |
| 7.ประชาสัมพันธ์ | * ต้องการให้เจ้าหน้าที่พูดจากับผู้ป่วยอย่างไพเราะ |
| 8.คลังพัสดุรวม | * ต้องการให้คีย์รายการเบิกให้ถูกต้อง |
| 9.งานประกัน | * ต้องการให้โทรแจ้งงานประกันทันทีในกรณีผู้ป่วยสิทธิ์ประกันสังคมต่างจังหวัด /ชำระเงิน/บัตรทองต่างจังหวัด/พรบ |
| 10.ผู้ป่วยนอก | * ต้องการให้โทรแจ้งจำนวนห้องที่ว่างทุกเช้า |
| 11.ชันสูตร | * ต้องการให้ลงรายการตรวจอย่างถูกต้องครบถ้วน * ต้องการให้จัดเก็บสิ่งส่งตรวจให้ตรงกับรายการตรวจ * ต้องการให้ติดฉลากข้างหลอดเก็บเลือดต่อท้ายจากปลายลูกศรบอกปริมาตรเลือดเล็กน้อยเพื่อให้เห็นปริมาตรเลือด |
| 12.เวชกรรมฟื้นฟู | * ต้องการให้มีเครื่องSuction ประจำตึกตลอดเวลา |
| 13.จ่ายกลาง | * ต้องการให้แยกประเภทเครื่องมืออย่างถูกต้อง * ต้องการให้ส่งแลกเครื่องมือตามเวลาที่กำหนด * ต้องการให้เก็บเครื่องมือแบบFIFO |
| 14.บริหารการพยาบาล | * ต้องการให้อธิบายหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้เครื่องใช้ไฟฟ้าภายในห้องเช่นการเปิดแอร์- ปิดแอร์ทำอย่างไร ควรเปิด/ปิดเวลาไหน |
| 15.ทันตกรรม | * ต้องการให้รักษาระดับการติดต่อสื่อสารกรณีส่ง Consult ทันตกรรมให้ดีเหมือนเดิม |
| 16.โภชนาการ | * ต้องการให้แจ้งยอดอาหารให้ถูกต้อง |

**ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **หน่วย** | **ปีงบประมาณ** | | | |
| **2557** | **2558** | **2559** | **2560** |
| 1.จำนวนผู้ป่วยรับใหม่ | คน | 861 | 607 | 589 | 564 |
| 2.จำนวนผู้ป่วยจำหน่าย | คน | 864 | 609 | 589 | 563 |
| 3.จำนวนผู้ป่วยส่งต่อไปสถานบริการอื่น | คน | 56 | 38 | 31 | 28 |
| 4.จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยต่อวัน | คน | 7.09 | 4.99 | 4.95 | 4.93 |
| 5.อัตราครองเตียง |  | 78.79 | 54.38 | 55.77 | 55.87 |
| 6.วันนอนเฉลี่ย | วัน | 3.04 | 2.93 | 2.98 | 3.12 |
| 7.จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต | คน | 11 | 5 | 8 | 7 |

**สถิติ 10 อันดับโรคแรกผู้ป่วยรับนอน ย้อนหลัง 3 ปี**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ปี 2558** | | **ปี 2559** | | **ปี 2560** | |
| **โรค** | **จำนวน** | **โรค** | **จำนวน** | **โรค** | **จำนวน** |
| 1.Gastroenteritis | 46 | 1.Gastroenteritis | 40 | 1. Gastroenteritis | 20 |
| 2. Bronchitis | 24 | 2. NL | 32 | 2.NL | 13 |
| 3. NL | 19 | 3.NBB | 29 | 3.NBB | 10 |
| 4. Neonatal jaundice | 18 | 4. Bronchitis | 19 | 4. Bronchitis | 10 |
| 5. .unspec infection | 16 | 5. Pneumonia | 18 | 5. Pneumonia | 10 |
| 6.NBB | 15 | 6.Gastroenteriti of unsp | 17 | 6. Ischemic Stroke | 7 |
| 7.UTI | 15 | 7.Neonatal jaundice | 13 | 7.fever cause | 6 |
| 8.Penumonia | 12 | 8.S/P Appendectomy | 11 | 8.CA lung | 5 |
| 9. cellulitis | 9 | 9.Viral infection | 11 | 9.AKI | 5 |
| 10.Gastritis | 2 | 10.Influenza | 7 | 10.UTI | 3 |

**การเสียชีวิต 6ปี ย้อนหลัง**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **โรค** | **ปี2555** | **ปี2556** | **ปี2557** | **ปี2558** | **ปี2559** | **ปี2560** |
| l1.CA Lung |  | 1 | 4 | 3 | 1 | 4 |
| 2.CA Liver | 1 | 2 | 3 | 1 |  | 1 |
| 3.CA Brain |  | 1 |  |  |  |  |
| 4.CA cervix |  |  |  |  | 1 |  |
| 5.CA Tonsil | 1 |  |  |  |  |  |
| 6.Multiple Myoma | 1 |  |  |  |  |  |
| 7.CA Mouth |  | 1 |  |  |  |  |
| 8.Hepatoma |  |  | 1 |  |  |  |
| 9.Ruptur AAA |  |  | 1 |  |  |  |
| 10.CA Colon |  |  | 1 |  |  |  |
| 11. CA Ovary |  |  |  | 1 |  |  |
| 12. CA Neck |  |  |  | 1 |  |  |
| 13.CA Thymus |  |  |  |  |  | 1 |
| 14. Hyponat ,Trombocytopenia |  |  | 1 |  |  |  |
| 15.Pneumonia(NR) |  |  |  | 2 | 2 |  |
| 16.Manutrition(NR) |  |  |  | 2 |  |  |
| 17..Bronchitis(NR) |  |  |  | 1 |  |  |
| 18.Sclerderma |  |  |  | 1 |  |  |
| 19.Apastic anemia |  |  |  |  | 1 |  |
| 20. cirrosis |  |  |  |  | 1 |  |
| 21. Lymphoma |  |  |  |  | 1 |  |
| 22. UGIB CKD |  |  |  |  | 1 |  |
| 23..Rhematic mitralvale diease |  |  |  |  |  | 1 |
| 24.Bedridden |  |  |  |  |  |  |
| **รวม** | **3** | **5** | **11** | **12** | **8** | **7** |

**ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ (Key Quality)**

1. ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย

2. ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลรักษา

3. ให้การบริการที่มีคุณภาพ สร้างความประทับใจ ผู้รับบริการพึงพอใจ

4. ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมและดูแลตนเองได้

**ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ จุดเน้นในการพัฒนา**

1. ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/ติดเตียงได้รับการ Empowermentให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมเมื่อกลับบ้าน

2. การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่  CA, Stroke

3. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

**ความเสี่ยงสำคัญ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | เรื่อง | หน่วย | ปีงบประมาณ | | | | |
| 2556 | 2577 | 2558 | 2559 | 2560 |
| 1 | แจกยาแต่ไม่ได้ลงชื่อผู้แจกยา | ครั้ง | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| 2 | ลืมแจกยา | ครั้ง | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 3 | ให้ยาผิดเวลา | ครั้ง | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 4 | ผู้ป่วยล้มในห้องน้ำ | ครั้ง | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 5 | รายงานแพทย์ล่าช้า | ครั้ง | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 6 | ผู้ป่วยอาการเปลี่ยนแปลงย้ายลงIPD1 ภายใน 24 ชั่วโมง | ครั้ง | 1 | 1 | 8 | 1 | 0 |
| 7 | เวชระเบียนไม่ครบถ้วน | ครั้ง | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 8 | ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างไม่คาดฝัน | ครั้ง | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 9 | ข้อร้องเรียนภาชนะใส่อาหาร | ครั้ง | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 10 | ข้อร้องเรียนไม่มีร้องเท้าสำหรับใส่เข้าห้องน้ำ | ครั้ง | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 11 | สัตว์แมลงรบกวน | ครั้ง | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 12 | น้ำไม่ไหล | ครั้ง | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 |
| 13 | ผู้ป่วยอาการเปลี่ยนแปลงReferภายใน 24 ชม. | ครั้ง | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 |
| 14 | ส่งของมีคมปนไปกับเครื่องมือแพทย์ | ครั้ง | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 15 | ให้ยาผิดชนิด | ครั้ง | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 16 | ผู้ป่วยเกิดภาวะRespriratory failria  ใส่ET refer ( ล่าช้าในการดูแล+MissDx. จากการไม่ได้ตามผลculture outlab | ครั้ง | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |

**จุดเน้นในการพัฒนาปี 2561**

1.พัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2..พัฒนาบันทึกทางการพยาบาลตามเกณฑ์ของสปสช.

3.พัฒนาการดูแลผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน

4.พัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

**ศักยภาพและข้อจำกัดในด้านผู้ปฏิบัติงาน เครื่องมือ เทคโนโลยี**

**☞ ศักยภาพ**

งานผู้ป่วยในตึกหลวงพ่อคูณ ประกอบด้วยห้องพิเศษแอร์ 9 ห้อง ให้บริการผู้ป่วยทุกเพศ ทุกวัยให้บริการผู้มารับบริการตลอด 24 ชั่วโมง ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ให้บริการครอบคลุมทั้งด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ ในกรณีที่แพทย์พิจารณาเกินขีดความสามารถให้บริการส่งต่อโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา หรือโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ ตามระบบการส่งต่อ

**การจัดอัตรากำลัง**

บุคลากรประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 4 คน พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ 3คน มีการจัดอัตรากำลัง โดยประเมินจาก Produtivity การกำหนดปริมาณและการจัดสรรอัตรากำลังงานของสำนักการพยาบาลโดยกำหนดให้มีพยาบาลวิชาชีพ และพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้  6 คน ต่อวัน แบ่งเป็นปฏิบัติงาน เวร เช้า:บ่าย:ดึก= 2:1:1 มีมาตรการในการแก้ไขในกรณีกำลังคนไม่เพียงพอ โดยมีการ จัดอัตรากำลังเสริมจากงานผู้ป่วยใน1มาช่วย ส่วนในเวลาราชกาลและนอกเวลาราชการหากปฏิบัติงานไม่ทันได้วางแนวทางการขอความช่วยเหลือโดยให้ตามเจ้าหน้าที่จากผู้ป่วยใน1และอุบัติเหตุและฉุกเฉินกรณีมีอัตรากำลังไม่เพียงพอ เจ้าหน้าที่ที่ขึ้นปฏิบัติงานเป็นหัวหน้าเวร ผ่านการประเมิน Inchargeจากผู้ป่วยใน1 จัดให้มีเจ้าหน้าที่บริการตลอด 24 ชั่วโมง โดยแบ่งการทำงานออกเป็น 3 ผลัดดังนี้

**เวรเช้า เวลา 08.30 – 16.30 น.**

**วันราชการ**

* หัวหน้างาน 1 คน
* พยาบาลวิชาชีพ 1 คน
* พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน

**วันหยุดราชการ**

* พยาบาลวิชาชีพ 1 คน
* พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน

**เวรบ่าย เวลา 16.30 – 00.30 น.**

* พยาบาลวิชาชีพ 1 คน
* พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน

**เวรดึก เวลา 00.30 – 08.30 น.**

* พยาบาลวิชาชีพ 1 คน
* พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน

**☞เครื่องมือสำคัญ**

ปัจจุบันหน่วยงานมีเครื่องมือสำคัญที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยดังนี้

1. เครื่องกระตุกหัวใจ 1 เครื่อง
2. เครื่องวัดความดันอัตโนมัติพร้อมo2sat 2 เครื่อง
3. Ambubag , Laryncoscope พร้อม Blade1 ชุด
4. Photo Radiant Warmer 2 เครื่อง
5. เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 1 เครื่อง
6. Infusion pump 6 เครื่อง
7. เครื่อง Suction 2 เครื่อง

**☞ เทคโนโลยี**

1. คอมพิวเตอร์ 1 เครื่อง

2. Printer 1 เครื่อง

3. โทรศัพท์มือถือ 1 เครื่อง

4. เครื่องปริ๊นสติกเกอร์ 1 เครื่อง

**ประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง**

**ผู้รับบริการ**

ให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับการดูแลตนเอง การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทางเลือกในการรักษา มีการดำเนินการเพื่อส่งเสริมสุขภาพโดยใช้สมุนไพร ได้แก่ การให้มารดาหลังคลอดได้ดื่มน้ำสมุนไพรเพื่อกระตุ้นน้ำนม ได้แก่ น้ำชาตะไคร้ น้ำขิง น้ำฝาง เป็นต้น การส่งเสริมการนวดเต้านมโดยใช้ลูกประคบ โดยทีมแพทย์แผนไทย

**บุคลากร**

1. เจ้าหน้าที่ทุกคนในหน่วยงานได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีตามเกณฑ์อายุ และนัดตรวจซ้ำ/รักษาหรือเข้าคลินิกแก้ไขภาวะเสี่ยงที่พบ เช่นกรณีที่ BMI เกิน
2. เจ้าหน้าที่ทุกคนในหน่วยงานได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่
3. เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานเข้าร่วมกิจกรรมกีฬา และชมรมต่างๆที่โรงพยาบาลจัดขึ้น

**วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัดและการพัฒนา**

| **ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ/**  **ความท้าทายที่สำคัญ** | **เป้าหมาย /**  **วัตถุประสงค์** | **ตัวชี้วัดและผลลัพธ์** | **กิจกรรมพัฒนา** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. ความคลาดเคลื่อนในการให้ยา | 0% | * อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา   **ผลลัพธ์**  ปี 56 = 0.37%  ปี 57 = 1.18%  ปี 58 = 0.00 %  ปี 59 = 0.10%  ปี 60 = 0.60% | * CQI การบริหารยา |
| 2. ผู้ป่วยได้รับการEmpowermentให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมเมื่อกลับบ้าน | 100% | อัตราการRe admitภายใน 28 ;วันด้วยโรคเดิมโดยไม่ได้วางแผนในผู้ป่วยเบาหวาน  **ผลลัพธ์**  ปี 56 = 0.22%  ปี 57= 0.18%  ปี 58=0.00%  ปี 59== 0%  ปี 60=0% | * จัดทำแนวทางการวางแผนจำหน่าย |
| 3. พัฒนาบันทึกทางการพยาบาลตามเกณฑ์ของสปสช. | ≥90% | * อัตราความสมบูรณ์ของบันทึกทางการพยาบาล   **ผลลัพธ์**  ปี 56 = 94.83 %  ปี 57 = 97.05%  ปี 58 = 95.13%  ปี 59 = 93.92%  ปี 60 = 94.66% | * CQI อัตราความสมบูรณ์บันทึกทางการพยาบาล |
| 4. ผู้ป่วยปลอดภัย | ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย | * อัตราการติดเชื้อตึกผู้ป่วยใน2: 1000วันนอน   **ผลลัพธ์**  ปี 56 = 0  ปี 57 = 0  ปี 58 = 0  ปี 59 = 0  ปี 60 = 0   * อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2-4   **ผลลัพธ์**  ปี 56 = 0  ปี 57 = 7.35  ปี 58 = 0  ปี 59 = 0  ปี 60 = 0  - อัตราการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบระดับ3-5  **ผลลัพธ์**  ปี 56 = 0  ปี 57 = 0  ปี 58 = 0.08 %  ปี 59 = 0  ปี 60 = 0   * อัตราการตกเตียง/ลื่นล้ม   **ผลลัพธ์**  ปี 56 = 0.03%  ปี 57 = 0%  ปี 58 = 0%  ปี 59 = 0%  ปี 60 = 0% | - แนวทางการป้องกัน และการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อ    - แนวทางการป้องกันและดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับ  - การเฝ้าระวังการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ  -CQI การป้องกันการพลัดตกหกล้ม |
| 5. ความพึงพอใจ | ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ  > 80% | * อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ   **ผลลัพธ์**  ปี 56 = 84.99%  ปี 57 = 87.26%  ปี 58 = 97.60%  ปี 59 = 93.94%  ปี 60 = 86.85%   * จำนวนข้อร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการ   **ผลลัพธ์**  ปี 56 = 0  ปี 57 = 0  ปี 58 = 0  ปี 59 = 0  ปี 60 = 0   * อัตราผู้ป่วยไม่สมัครใจอยู่  / ขอย้าย / ปฏิเสธการรักษา   **ผลลัพธ์**  ปี 56 = 0.03%  ปี 57= 0.88%  ปี 58 = 0  ปี 59 = 0  ปี 60 = 0   * อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการจัดการความปวด   **ผลลัพธ์**  ปี 55 = 93.33 %  ปี 56 = 96%  ปี 57 = 95%  ปี 58 = 97.22 %  ปี 59 = 96%  ปี 60 = 80% (1ราย) | -การค้นหาความต้องการผู้รับบริการเชิงรุก  -แนวทางการพัฒนาเกี่ยวกับข้อร้องเรียนพฤติกรรมบริการ    -แนวทางการพัฒนาเกี่ยวกับข้อร้องเรียนพฤติกรรมบริการ  -การประกันคุณภาพการจัดการความปวด |

**กระบวนการดูแลผู้ป่วย**

**Access**

**Entry**

**Assessment**

**Investigation**

**Diagnosis**

**Plan of care**

**Discharge Plan**

**Re-assess**

**Care of Patient**

**Communication**

**Information & Empowerment**

**Discharge**

**Continuity of care**

**Medication**

**Nutrition**

**Operation**

**Rehabilitation**

**กระบวนการดูแลผู้ป่วยของหน่วยงาน**

ประเมินซ้ำ

1.เตรียมผู้ป่วย

5.การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย

6.จำหน่าย

4.การดูแล

3.การวางแผน

2.ประเมิน

วินิจฉัย

1.จัดลำดับความรุนแรง

-จำแนกประเภทผู้ป่วย

2.เตรียมอุปกรณ์

-จัดเตียงให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

-จัดอุปกรณ์เครื่องมือพร้อมใช้

-อุปกรณ์รถฉุกเฉินพร้อมใช้

-เอกสารแบบฟอร์มเพียงพอ พอใช้

-การรับข้อมูลชัดเจน

3.ให้ข้อมูลทั่วถึงไปแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

-การให้และรับข้อมูลแก่ผู้ป่วย

-การลงความยินยอม

-การระบุตัวผู้ป่วย

-ระบบนัดหมาย

-ระบบช่วยเหลือให้คำแนะนำและปรึกษาแก่ผู้ป่วย

-การประสานงานเพื่อการดูแลต่อเนื่อง (HHC)

1.การประเมิน

-ครอบคลุมรอบด้าน

-แรกรับ ประวัติสุขภาพ ตรวจร่างกาย ความต้องการ

-ประเมินซ้ำอย่างเหมาะสม

-ปฏิบัติตาม CPG ให้เหมาะสม

2.การตรวจ Investigate-Specimen ถูกต้อง

ค่าวิกฤตรายงานแพทย์

3.การวินิจฉัย

-มีการบันทึกและการเปลี่ยนแปลงตามเวลาที่เหมาะสม

1.การวางแผนดูแล

-แผนสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย

-มีการปรับแผนการดูแลแบบสหวิชาชีพ

2.การวางแผนจำหน่าย

-มีการวางแผนตั้งแต่แรกรับ

-ประเมินซ้ำเป็นระยะ

-การดูแลภาวะฉุกเฉิน

-ระบบการดูแลที่ปลอดภัยจากอุบัติเหตุ การบาดเจ็บ

-การดูแลแบบองค์รวม

-การดูแลแบบสหวิชาชีพ

-การให้ยา การให้เลือด

-การติดเชื้อ

-อาหาร

-หัตถการ

-การปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ

-การประเมิน ตอบสนอง

-การดูแลระยะสุดท้าย

-การบำบัดอาการเจ็บปวด

-การฟื้นฟูสภาพ

-ให้ข้อมูลแก่ญาติและผู้ป่วย

-วางแผนและกำหนดกิจกรรมการเรียนรู้

-จัดกิจกรรมเสริมทักษะ

-ประเมินและปรับปรุงกระบวนการเรียนรู้

**กระบวนการสำคัญ \*3 (Key Process)**

| **กระบวนการสำคัญ**  **( Key Process)** | **สิ่งที่คาดหวัง**  **( Process Requirement)** | **ตัวชี้วัดสำคัญ**  **(Performance Indicator)** |
| --- | --- | --- |
| 1.การประเมินผู้ป่วย  การประเมินความเสี่ยงและความรุนแรงเมื่อแรกรับ  ข้อมูลจาก OPD,ER,OPD การ์ด การซักประวัติ,ตรวจร่างกาย,การประเมินอาการ,อาการแสดง,การตรวจชันสูตรและการบันทึกข้อมูล | ผู้ป่วยได้รับการประเมินความเสี่ยงและความรุนแรงในเวลาที่เหมาะสมและถูกต้อง ตั้งแต่แรกรับ ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงได้รับการวางแผน การดูแลรักษาอย่างถูกต้องรวดเร็ว ผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหาอย่างครอบคลุมเพื่อการวางแผนการดูแลรักษาพยาบาล | -อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยอย่างไม่คาดฝัน ภายใน24 ชั่วโมงหลังรับนอน  -อุบัติการณ์การรักษาพยาบาลล่าช้าจากการประเมินปัญหาไม่ครอบคลุม  -อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน |
| 2.การให้การรักษาผู้ป่วยวิกฤต | ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสมทันท่วงที ปลอดภัยจากภาวะวิกฤต | -อัตราการเกิดภาวะ Respiratory Failure |
| 3.การดูแลผู้ป่วยทั่วไป | -ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างทันท่วงที ปลอดภัย เหมาะสมกับสภาพปัญหา และถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ | -อัตราความผิดพลาดของการให้ยา  -อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล :1000 วันนอน  -อัตราการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบระดับ 3-5  -อัตราการตกเตียง / ลื่นล้ม |
| 4.การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง | -ผู้ป่วยได้รับการวางแผนและเตรียมความพร้อมเพื่อให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตปกติกับครอบครัวได้เร็วที่สุด  -ผู้ป่วยซับซ้อนได้รับการวางแผนจำหน่ายโดยสหสาขาวิชาชีพ  - ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองหลังการจำหน่ายและสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม | -ร้อยละผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ผ่านเกณฑ์  -อัตรา Re- Admitted ภายใน 28 วันของผู้ป่วยที่วางแผนจำหน่าย  -อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ |
| 5.กระบวนการคู่ขนาน  5.1 การตอบสนองความต้องการ | ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจในบริการ  ผู้รับผลงานภายในที่เกี่ยวข้องได้รับผลงานที่ดีและมีความพึงพอใจในผลงานที่ได้รับ | -อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ  - อัตราความพึงพอใจของเพื่อนร่วมงานในโรงพยาบาล  -จำนวนข้อร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการ |
| 5.2 การพัฒนาศักยภาพบุคลากร | -บุคลากรมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน  -บุคลากรได้รับการอบรมและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง  -บุคลากรมีความรู้ความสามารถและทักษะในการดูแลและช่วยชีวิตผู้ป่วยภาวะวิกฤต | -อัตราของบุคลากรที่ผ่านการ  อบรมตามนโยบายของโรงพยาบาล  -อัตราของบุคลากรได้รับการอบรมฟื้นฟูการช่วยฟื้นคืนชีพ |
| 5.3การส่งเสริมสุขภาพ  และการสร้างความสุขในการทำงานของบุคลากร | -บุคลากรมีความรู้และปฏิบัติตามคู่มือป้องกันการติดเชื้อใน โรงพยาบาลได้อย่างถูกต้อง  -บุคลากรมีสุขภาพที่ดี | -อุบัติการณ์การติดเชื้อ / บาดเจ็บ  จากการทำงานของบุคลากร  -บุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพ  -บุคลากรกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลรักษา  -ร้อยละความพึงพอใจของบุคลากรในการทำงาน |

**กลุ่มประชากรทางคลินิกที่สำคัญ (Key Clinical Population)**

1. ผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ
2. ผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน
3. มารดาและทารกหลังคลอด
4. ทารกตัวเหลือง

**ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance  Indicator )**

| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **ปี 2556** | **ปี 2557** | **ปี 2558** | **ปี 2559** | **ปี 2560** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันด้วยโรคเดิมโดยไม่ได้วางแผน | < 3% | 0.22 | 0.18 | 0.15 | 0.24 | 0.21 |
| 2. อัตราความผิดพลาดจากการบริหารยา | 0/1000  วันนอน | 0.37 | 1.18 | 0 | 0 | 0.79 |
| 3. อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2-4 | 0/1000  วันนอน | 0 | 7.35 | 0 | 0 | 0 |
| 4. อุบัติการณ์เกิดการพลัดตก หกล้ม ตกเตียง | 0 ครั้ง | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 5. อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ | > 90% | 84.99 | 87.26 | 97.60 | 93.94 | 85.80 |
| 6. อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล | > 90% | 94.83% | 97.05% | 95.13% | 93.92 | 94.17 |
| 7. ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการจัดการความปวด | 80 | 96 | 95 | 97.22 | 96 | 80 |
| 8. อัตราการติดเชื้อ | <0.5 /1000วันนอน | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 9. อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 โดยไม่ได้วางแผนของผู้ป่วยเบาหวาน | <0% | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 10. ร้อยละของเจ้าหน้าที่ผ่านการประเมินความรู้โรคไข้เลือดออก | > 80% | - | - | 100 | 100 | 100 |
| 11. อัตราการส่งต่อผู้ป่วยและเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงแรกรับ | 0% | 0 | 0.11% | 0.32% | 0 | 0 |
| 12. ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยระยะสุดท้าย | 85% | 90.36% (3ราย) | 85.82% (6ราย) | 96.14% (6ราย) | 98.66%  (8ราย) | 86.66%  (1ราย) |
| 13. อุบัติการณ์การรักษาพยาบาลล่าช้าจากการประเมินปัญหาไม่ครอบคลุม | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 |
| 14. อัตราผู้ป่วยส่งต่อ HHC ได้รับการติดตามดูแลจากทีม HHC | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 15. อัตรา Re- Admitted ภายใน 28 วันของผู้ป่วยที่วางแผนจำหน่าย | 100% | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 16. อุบัติการณ์การติดเชื้อ / บาดเจ็บ  จากการทำงานของบุคลากร | 0ครั้ง | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 17. ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่มีความรู้ผ่านเกณฑ์ (70%) | 80 | N/A | N/A | 80 | - | - |
| 18. ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง | 90 | N/A | N/A | 98.26 | 98.88 | 90.96 |
| 19. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความรู้ผ่านเกณฑ์ 80%) | 90 | N/A | N/A | 100 | 100 | 100 |
| 20. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระดับ Barthel index เพิ่มขึ้นหลัง 6 เดือน | 100 | N/A | N/A | 100 | 100 | 100 |
| 21. บุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพ | 100% | 100% | 100% | 100% | 100 | 100 |
| 22. ร้อยละความพึงพอใจของบุคลากรในการทำงาน | >80% | 81.64% | 80.2% | 86.12% | 82.87% | 86.64% |

**กิจกรรมทบทวนคุณภาพ**

| **กิจกรรม**  **ทบทวน** | **วิธีการ** | **ความถี่** | **ผู้เข้าร่วม** | **ความ**  **ครอบคลุม** | **การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น** | **กรณีตัวอย่าง** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| - ทบทวนการดูแลผู้ป่วยจากเหตุการณ์สำคัญ | - ประชุมทบทวนในที่ประชุมประจำเดือนของหน่วยงานหากความเสี่ยงระดับทบทวนภายใน24 ชั่วโมง | - เมื่อมีอุบัติการณ์ | - เจ้าหน้าที่และลูกจ้างหน่วยงานผู้ป่วยใน2 | - แนวทางปฏิบัติที่ถูกต้อง  - ประเด็นมาตรฐานการทำงาน | * พยาบาลวิชาชีพได้รับการอบรมเรื่องการอ่านEKG * จัดซื้อโทรศัพท์iphone สำหรับการรายงานแพทย์เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่รวดเร็วขึ้น | - วันที่ 3 พ.ค.57 ผู้ป่วยชายไทยอายุ 85 ปี มาด้วยอาการถูกต่อต่อย 13 ตัวก่อนมา เวลา 05.30น.ผู้ป่วยเรียกไม่รู้สึกตัว ปลุกไม่ตื่น รายงานแพทย์ใส่ ET.Tube ส่งต่อโรงพยาบาลมหาราช ผลการติดตามเสียชีวิต แพทย์วินิจฉัย Rupture AAA c MI จากการทบทวน ตามระบบการดูแลผู้ป่วยจะได้รับการเยี่ยมตรวจจากแพทย์เวรเช้า 1 ครั้งและหากมีอาการผิดปกติ/กรณีรับใหม่มีผลชันสูตร CXR EKG ที่แพทย์ยังไม่ทราบผลหากผิดปกติพยาบาลวิชาชีพจะรายงานแพทย์ทางโทรศัพท์ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้เจ้าหน้าที่ไม่สามารถอ่านผล EKGเบื้องต้นได้ และไม่สามารถส่งผลEKGให้แพทย์อ่านได้เนื่องจากไม่มีโทรศัพท์ iphone การดูแลขณะใส่ท่อช่วยหายใจไม่พบปัญหา |
| - การทบทวนการใช้ข้อมูลทางวิชาการ | - ประชุมทบทวนช่วง Morning brief  - Train on the Job  - ประชุมประจำเดือนหน่วยงาน  - ประชุมประจำเดือนกลุ่มการพยาบาล | - เมื่อมีอุปกรณ์การแพทย์ใหม่เข้ามาในหน่วยงาน  - เดือนละ 1 ครั้ง  - เมื่อมี case ขณะปฏิบัติงาน  - หลังกลับมาจากอบรม | - เจ้าหน้าที่และลูกจ้างทุกคน | - วิทยาการ, ความรู้ใหม่ๆ ในทางวิชาการซึ่งเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน  - เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ใหม่ๆ  - นวัตกรรมที่เกี่ยวข้องใหม่ๆ  - ยาใหม่ หรือยาเดิมซึ่งมีรูปลักษณ์เปลี่ยนไป | - เกิดวัฒนธรรมเรื่องการทบทวนวิชาการประจำเดือน  - เจ้าหน้าที่ได้มีการพัฒนาความรู้ เทคนิค วิชาการใหม่ๆ  - สามารถนำความรู้มาประยุกต์ปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วย  - เกิดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพการพยาบาล | - เจ้าหน้าที่หน่วยงานผู้ป่วยใน2กลับจากการอบรมวิชาการเรื่องการดูแลผู้ป่วยStrokeหลังกลับมาได้นำเสนอวิชาการดังกล่าวให้ที่ประชุม หน่วยงาน ได้รับฟัง Morning brief และนำเสนออีกครั้ง ณ ที่ประชุมกลุ่มการพยาบาล ซึ่งวิชาการใหม่ๆ ที่ได้รับมาทำให้ได้ทบทวนแนวทางปฏิบัติ และวิธีการดูแลผู้ป่วย และได้จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  - เมื่อได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ EKG เครื่องใหม่หรือ Defribrilator ขณะผู้ขายได้แสดงวิธีใช้ เจ้าหน้าที่ประจำเวรขณะนั้นได้เข้ารับฟังวิธีการใช้และหัวหน้างานได้นำเสนอช่วง Morning Brief และได้ทบทวนการใช้กับเจ้าหน้าที่อยู่เสมอๆ ขณะปฏิบัติงาน ดังนั้นจึงพบว่าเจ้าหน้าที่ใช้เครื่อง มืออย่างถูกกต้องทุกคน |
| - การทบทวนการใช้ทรัพยากร | - ประชุมทบทวนในที่ประชุมประจำเดือนของหน่วยงาน  - Morning brief เมื่อเกิดเหตุการณ์ | - ทุก 4 เดือน เมื่อหลังประมวลผลมูลค่าการใช้ทรัพยากร | - เจ้าหน้าที่และลูกจ้างทุกคน | - วัสดุสิ้นเปลืองในหน่วยงาน  - การสูญเสียเวลา หรือ Time loss ขณะปฏิบัติงาน  - การปฏิบัติงานซ้ำซ้อนเพิ่มภาระงานสูญเสียบุคลากรปฏิบัติงานซ้ำซ้อน | - เกิดการพัฒนานวัตกรรมใหม่ๆ  - Time loss ลดลงบุคลากรได้ใช้เวลาที่ไม่สูญเสียซ้ำซ้อนไปปฏิบัติงานอย่างอื่นได้ประโยชน์กับผู้ป่วยมากขึ้น  - เจ้าหน้าที่และลูกจ้างเกิดแรงจูงใจในการคิดค้นนวัตกรรมใหม่ๆ ที่เหมาะสมกับงาน และประหยัดทรัพยากรในรูปแบบต่างๆ | - ทบทวนการใช้ปรอทแก้วพบว่าอาจเกิดการหหล่นแตกได้ ทางหน่วยงานจึงได้ประชุมและจัดทำนวัตกรรมที่กิ๊บหนีบปรอทเพื่อป้องกันปรอทแตก  - ทบทวนการตรวจสอบความพร้อมใช้ของรถEmergency พบว่าใช้เวลาในการตรวจสอบ 15 นาที และใช้กระดาษA4ในการทำรายการตรวจสอบ 120 แผ่น/ปีจึงปรับเปปลี่ยนการจัดอุปกรร์และรายการตรวจสอบและแบบฟอร์มการตรวสอบทำให้ลดเวลาการตรวจสอบได้ 10 นาทีและลดการใช้กรดาษได้ 110 แผ่น/ปี |
| - ทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน | - ประชุม morning brief  - ประชุมทบทวนในที่ประชุมประจำเดือน vip  - ประชุมประจำเดือนกลุ่มการพยาบาล (บางเดือน) | - ทุกครั้งที่มีอุบัติการณ์  - ที่ประชุมประจำเดือน หน่วยงาน | - เจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยใน 2 | - แนวทางการบันทึกเวชระเบียนให้สมบูรณ์ | - เจ้าหน้าที่ได้รับความรู้และคำแนะนำในการบันทึกเวชระเบียนที่ถูกต้อง  - เจ้าหน้าที่ได้ทวนสอบความเข้าใจและปรับความเข้าใจในการบันทึกเวชระเบียนที่ถูกต้อง  - เวชระเบียนสมบูรณ์มากขึ้น  - เกิดวัฒนธรรมองค์กรในการบันทึกเวชระเบียนที่ถูกต้องครบถ้วนให้แล้วเสร็จในเวรนั้นๆ | - เมื่อได้รับอุบัติการณ์เรื่องการบันทึกไม่สมบูรณ์ได้แจ้งให้เจ้าหน้าที่และลูกจ้างทราบในทันทีที่ได้รับอุบัติการณ์ และประชุมเพื่อหาแนวทางแก้ไขหลังทบทวนไม่มีอุบัติการณ์ซ้ำ  - เกิดกรณีเจ้าหน้าที่บันทึกเวชระเบียนไม่ถูกต้อง เนื่องจากคัดแยกประเภทผู้ป่วยผิด หลังจากได้ทบทวนความเข้าใจแล้ว จากนั้นเจ้าหน้าที่คัดแยกผิดพลาดลดลงและความสมบูรณ์เวชระเบียนมากขึ้น |
| - ทบทวนการดูแลผู้ป่วยจากเหตุการณ์สำคัญ | - ประชุมทบทวนในที่ประชุมประจำเดือนของหน่วยงานหากความเสี่ยงระดับทบทวนภายใน24 ชั่วโมง | - เมื่อมีอุบัติการณ์ | - เจ้าหน้าที่และลูกจ้างหน่วยงานผู้ป่วยใน 2 | - แนวทางปฏิบัติที่ถูกต้อง  - ประเด็นมาตรฐานการทำงาน | - มีระบบการบริหารยาทีรัดกุม | - เดือนมิถุนายนพบการส่ง Syring + เข็มฉีดยาที่เตรียม nss ไว้สำหรับ HL ส่งไปให้งานจ่ายกลางใน Tray ฉีดยา  - ผลจากการทบทวนได้ระบบการบริหารยาในผู้ป่วยที่ ON HL โดยจะไม่มีการเตรียมยาไว้ก่อนการเตรียมยาให้เตรียม dose/dose |