



ประเด็นคำถามและข้อเสนอแนะ

การเยี่ยม GAP Assessment (Advanced HA)
ครั้งที่ 1

วันที่ 7 กันยายน 2561

ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

สารบัญ

สารบัญ	ก
รายชื่อทีมเยี่ยมสำรวจการเยี่ยม GAP Assessment วันที่ 7 กันยายน 2561	1
หออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรม (MICU และ CCU)	2
หอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป	4
ห้องคลอด	5
หอผู้ป่วยเด็กแรกเกิด (NMCU)	6
แผนกฉุกเฉิน	8
หอผู้ป่วยสังเกตอาการ	9
หอผู้ป่วยอุบัติเหตุและไฟไหม้ น้ำร้อนลวก	10
ศูนย์คัดกรองโรกระบบทางเดินหายใจ	11
หอผู้ป่วยจิตเวช	12
หอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 11	13
องค์กรพยาบาล: รายงานการประชุมทีมบริหารฝ่ายบริการพยาบาล	14

รายชื่อทีมเยี่ยมสำรวจการเยี่ยม GAP Assessment วันที่ 7 กันยายน 2561

- | | |
|--------------------|------------|
| 1. นพ.อนุวัฒน์ | ศุภชุติกุล |
| 2. อาจารย์ผ่องพรรณ | ธนา |
| 3. นพ.สมจิตต์ | ชี้เจริญ |
| 4. อาจารย์กนกรัตน์ | แสงอำไพ |
| 5. น.อ.หญิงปณิชา | สิริภรณะ |
| 6. อาจารย์ศุภรัตน์ | ไก่อฟ้า |

หออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรม (MICU และ CCU)

วันที่ 7 กันยายน 2561 เวลา 13.00- 14.00 น.

ผู้เยี่ยมชมสำรวจ: อ.นพ. สมจิตต์ ชีเจริญ

คำถาม

1. process management ที่อยากโชว์ว่าได้ผลลัพธ์ที่ดี

1.1 hand over communication (การสื่อสารที่ช่วยในการดูแล) ทางหอผู้ป่วยแสดงข้อมูลจากการรับเวรที่เป็นกระดาษรับเวรจาก ER และศูนย์โรคหัวใจว่ามีชุดข้อมูลขั้นต่ำ ได้แก่ ชื่อ-สกุล HN , ผล CAG+PCI , เวลาที่ได้รับยา heparin เพื่อนำมา adjust การ off sheath , อาการระหว่างทำหัตถการ , สัญญาณชีพก่อน transfer , device ที่ต้องเตรียมก่อน transfer , hematoma และ special condition

1.1.1 ข้อมูลที่ได้รับเวรมาเพียงพอหรือไม่ มีโอกาสเกิดความแปรปรวนของข้อมูลหรือไม่

คำตอบ ข้อมูลเพียงพอ แต่อาจเกิดความแปรปรวนของข้อมูลได้ซึ่งขึ้นกับบุคคล เช่น ส่งเวรไม่ครบ/รับเวรไม่ครบ จึงควรพัฒนาการรับส่งข้อมูลให้เป็นรูปแบบเดียวกัน เพื่อลดความแปรปรวนของข้อมูล และเพิ่มความมั่นใจและปลอดภัยให้ผู้ป่วย

1.1.2 หากคิดว่า hand over communication มีความสำคัญ ทาง AHA ต้องการให้ทีมเป็นผู้นำตัดสินใจว่ามีความสำคัญหรือไม่และจำเป็นต้องสร้าง format หรือไม่ ซึ่ง format ไม่จำเป็นต้องเป็นแบบฟอร์มแต่ควรมีรูปแบบเดียวกัน ทางหอผู้ป่วยต้องออกแบบ Process Design ที่ทำซ้ำเหมือนกันได้ มี systematic คือ

2. competency ของพยาบาล CCU คือ อายุงานมากกว่า 3 ปีและสามารถทำหน้าที่หัวหน้าทีมได้ เนื่องจากมอบหมายเป็น case management

Functional competency ที่สำคัญของพยาบาล CCU คือ ผ่านการอบรมการอ่านคลื่นไฟฟ้าหัวใจ, advance life support CPR, Cardiac Rehab โดยทุกคนต้องผ่าน Functional competency อะไรบ้าง ต้องพัฒนาอย่างไร มี GAP อะไรบ้าง หัวหน้าหอผู้ป่วยรับทราบ GAP นั้นหรือไม่ มีวิธีการ training อย่างไร ผู้บริหารมีการวิเคราะห์ข้อมูลที่เกิดจาก Functional competency ที่ดูแลผู้ป่วยหรือไม่ และมีการคิดว่าต้องมีการพัฒนาอะไรบ้าง

3. Process design ของระบบยา high alert drug

high alert drug ของโรงพยาบาลมี 8 ชนิด มีการควบคุมด้วย visual control ตามหลัก 7R ใช้ visual management ด้วยฉลากยาที่ต่างสีออกไป และ control ด้วย syringe pump (engineering machine) มีการให้ความรู้ , pre-conference และการบันทึก

3.1 high alert drug มี clinical value (อาการทางคลินิก) ที่ต้อง close obs. คือ BP arrhythmia ไม่มี clinical value (อาการทางคลินิก) ที่ไม่ต้องการการตัดสินใจ เพราะปัจจุบันทางหอผู้ป่วยใช้ clinical judgement ซึ่งทำให้มีความแปรปรวน ทางหอผู้ป่วยต้องมีการ control คน , control กระบวนการและ control ผลลัพธ์

3.3 คำสั่งการรักษาของแพทย์ DA(2:1) iv 5 ml/hrs. แบบนี้ยอมรับได้หรือไม่ คุณสุณิสาแจ้งว่าอยู่ใน process ออกแบบการใส่ข้อมูลสารละลายไว้ใน order (Standing order) ดูการ set การ์ดยาของพยาบาล ซึ่ง AHA ไม่ลงลึกถึงกระบวนการนี้แต่จะดูในระบบ ให้ประเมินประสิทธิภาพของกระบวนการ

จุดแข็ง คือ ใช้กระบวนการ IT มาแปลง order ให้เป็น standing order เพื่อลดความแปรปรวนและเพิ่มความถูกต้องของข้อมูล

จุดอ่อน 1. การ order เป็นอัตราส่วนถือเป็น prescribing order สามารถยอมรับได้ในตอนนี้ แต่ต้องมีการพัฒนาต่อไป

2. โรงพยาบาลเป็น training center ควรทำให้ถูกต้องตั้งแต่แรก เนื่องจากส่งออกแพทย์ไปสู่ชุมชน หากมีการสั่ง order ผิดพลาดโรงพยาบาลที่ไม่มีระบบ IT อาจเกิดการให้ยาผิดพลาดได้

3.4 ป้าย high alert drug มีการติดที่ห้องยาแต่ไม่มีการติดที่ amp ยา ทำให้เกิดความเสียหายหรือการแก้ไขโดยremark ทุก amp เนื่องจากเป็น safety design เนื่องจากความแปรปรวนนี้ส่งผลต่อชีวิตของผู้ป่วย ไม่สามารถยอมรับได้

3.5 การรับยา high alert drug มีการตรวจรับยาตามระบบ HIS พยาบาลจะคำนวณปริมาณการใช้ยาในแต่ละวันและสั่งยาไปยังห้องยา เกสซ์กรทำหน้าที่ตรวจสอบใบสั่งยาและจำนวนการสั่งว่าเพียงพอหรือไม่ หรือมีการสั่งยาที่มากเกินไปและจะโทรมาแจ้งเตือนให้ทราบ เมื่อมีการจ่ายยามายังหอผู้ป่วย พยาบาลจะทำการนับจำนวนยาที่ได้รับมาจากห้องยาว่าตรงกับใบสั่งยาหรือไม่ และมีระบบการส่งยาแบบ logistic มีการลงข้อมูลการใช้ยา การทิ้งยา เพื่อให้สามารถตรวจสอบการใช้ยาได้ แต่ยังอยู่ในระหว่างพัฒนาระบบ ซึ่งใน process ที่กล่าวมาข้างต้นหากไม่มีจะไม่สามารถตรวจสอบ medication error ที่แท้จริงได้

4. คำถามที่ฝากไว้ มีอะไรบ้างที่เรายอมรับไม่ได้เลยถ้าเกิดขึ้น เราจะจัดการอย่างไร

ข้อเสนอแนะ :

1. ควรพัฒนาการรับส่งข้อมูลให้เป็นรูปแบบเดียวกัน เพื่อลดความแปรปรวนของข้อมูล และเพิ่มความมั่นใจและปลอดภัยให้ผู้ป่วย (Systemic Process Management)

2. การเข้าถึงยา HAD ที่เป็นการเก็บยาไว้ข้างเตียงเป็นจุดที่ต้องทบทวน และหากมียาหาหยาไม่สามารถตรวจสอบได้ซึ่งมีผลต่อการดักจับ medication error

หอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป

วันที่ 7 กันยายน 2561 เวลา 13.00- 14.00 น.

ผู้เยี่ยมชมสำรวจ: อ.นพ. สมจิตต์ ชี้เจริญ

คำถาม

1. ถามผลลัพธ์ที่น่าพอใจในการดูแลผู้ป่วยของหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป
2. การดูแลผู้ป่วย CAG เกิด complication น้อยเพราะอะไร
3. ขอดูกระบวนการดูแลผู้ป่วยว่าดูแลอย่างไรจึงไม่เกิด complication
4. การันตีอย่างไรว่าแพทย์ดู lab แล้ว
5. บอกได้อย่างไรว่า case ไหนสามารถทำได้ คนที่ risk และ ไม่มี risk ได้รับการ assessment เหมือนกันหรือไม่
6. การโทรรับส่งเวรระหว่างศูนย์หัวใจมายังหอผู้ป่วย ส่งได้ข้อมูลที่จำเป็นครบถ้วนไหม

แพทย์เขียน set ทำ CAG เหมือนกันทุก case หรือไม่ทั้งรายที่เสี่ยงมากหรือเสี่ยงน้อย

ออกแบบกระบวนการอย่างไรที่มีหลักฐานว่าการประเมินได้ครบถ้วน 100% ไม่มีการหลุด

เช่น รู้ได้อย่างไรว่ามีการดูผล lab ทุกราย

การส่งต่อข้อมูลระหว่างศูนย์หัวใจ ทำอย่างไรส่งได้ครบประเด็นที่จำเป็น ข้อมูลขั้นต่ำที่ต้องมี

อะไรคือกระบวนการที่ประณีประนอมไม่ได้

ห้องคลอด

วันที่ 7 กันยายน 2561 เวลา 13.00 น.

ผู้เยี่ยมชมสำรวจ: อาจารย์กนกกรัตน์ แสงอำไพ

คำถาม

1. ความเสี่ยงใน PCT สตรี มีอะไรบ้าง
2. Service profile ของห้องคลอด เป็นอย่างไร

ข้อเสนอแนะ :

1. ต้องเขียน service profile ใหม่ เพื่อ ดูว่า โรคอะไรที่ต้องมอ.จริงๆ เช่น preeclampsia with HELLP Syndrome preterm with heart disease
2. ปรับตัวชีวิตให้สอดคล้องกับกับโรค โดยดูทุกด้าน ด้านการรักษา พยาบาล ด้านผู้ป่วยและครอบครัว และด้านองค์กร ให้สอดคล้อง
3. ดูว่าแต่ละโรคต้องเชื่อมโยงกับที่ไหนบ้าง ในองค์กร เช่น ANC PP NICU MICU SICU และนอกองค์กร เช่น รพ.ที่เรา refer ต้องมีระบบการส่งต่อที่ชัด เพื่อความรวดเร็วในการเข้าถึงบริการ และลดภาวะแทรกซ้อน ระหว่างการ refer (data , การส่งเวรระหว่างวิชาชีพ) รวมถึง เราต้องเตรียมอะไรบ้างให้พร้อมรับคนไข้
4. ทำ driver diagram indicator intervention โดยระหว่างการทำ อาจจะต้องใช้ PDCA หลากๆรอบ
5. สรุปรข้อมูลความเสี่ยง ไปใช้ร่วมกับฝ่ายการพยาบาล PCT และกรรมการเสี่ยง
6. ความเสี่ยง ค้นหา ระบุในการดูแลประจำวัน เรียนรู้จากแพทย์

หอผู้ป่วยเด็กแรกเกิด (NMCU)

วันที่ : 7 กันยายน 2561 เวลา : 14.00 น.

ผู้เยี่ยมชมสำรวจ : อาจารย์กนกกรัตน์ แสงอำไพ

คำถาม :

1. ทารกน้ำหนักน้อยที่สุดที่เคยดูแลในหอผู้ป่วย น้ำหนักเท่าไร
2. ทารกที่เป็นทารกกลุ่มโรคยากและซับซ้อน เราเลือกกลุ่มไหนมาจัดการเพื่อสนองเป้าหมายของโรงพยาบาล
3. กราฟ Control chart ที่นำเสนอ มีการนำเสนอข้อมูลที่แสดงผลขึ้นลง ขอให้ใส่ Annotation เพื่ออธิบาย Intervention ในช่วงเวลาดังกล่าว เราเขียนไว้เพื่อไม่ให้ล้มประเด็นในช่วงเวลานั้นและสะดวกในการพิจารณาข้อมูล
4. การ Identify ความเสี่ยงของหอผู้ป่วยให้ชัดเจนจะเกิดประโยชน์อย่างไร
5. การทำ Risk Register รายโรค ถ้ามีปัญหาในการดูแล ให้เขียนให้เป็นรายงานเหตุการณ์ มีความรุนแรงอย่างไร ขอให้มีการทบทวน
6. การนำเสนอการตามรอย > การปิด GAP + เขียนสิ่งที่ทำลงไปได้ดี ทำอย่างไร
7. การเขียน Risk สำหรับ preterm น้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม อันไหนทำได้ดี อันไหนต้องมีการพัฒนา ขอให้มีการวิเคราะห์ สิ่งที่ทำได้ดีเกิดจากอะไร (Learning mode) ส่วนที่ยังทำได้ไม่ดี ขอให้มีการวิเคราะห์และแก้ไขปัญหา
8. การเกิด NEC มี Multifactor ...> ในส่วนของ NICU – NMCU หรือ ward มีประเด็นการดูแลและการติดตามที่แตกต่างหรือไม่ เช่น การ Encourage ให้แม่มีการ breastfeeding อุปสรรคของแม่แต่ละรายที่ทำให้ได้รับนมแม่ภายใน 24 ชั่วโมง การจัดเก็บนมแม่อย่างมีประสิทธิภาพ
9. ตัวชี้วัดที่ทำได้ดี จะมีการปรับเป้าให้ดีขึ้นหรือไม่
10. การดูแลทารกโรค ให้ไล่ตาม care process เพื่อดูเรื่อง process management ให้มีการปรับกระบวนการทำงานให้ได้ผลลัพธ์ที่ดี ใส่ process indicator
11. ตัวชี้วัดที่เราติดตามควรมีการติดตามและวิเคราะห์ผลให้ถี่กว่าเดิม เช่น ทุก 1-2 เดือน เพื่อให้มีการแก้ไขปัญหาได้อย่างทันท่วงที และอาจเลือกรายงานเป็นจำนวนร่วมด้วยเพื่อให้เห็นความถี่ของการเกิด

ข้อเสนอแนะ :

1. ข้อมูลการดูแลทารก preterm BW under 1,500 กรัม มีการพัฒนาและทำตัวชี้วัดให้เห็นได้ชัดเจน แต่ให้เลือกประเด็นที่มองเห็นได้ชัดเจนว่าจะตอบโจทย์การ Success ของโรงพยาบาล ภายใน 3 เดือน 6 เดือน จะมี progress ให้เห็นอย่างไร
2. การเก็บข้อมูลตัวชี้วัด มีประเด็นที่เราเลือกมาดู เช่น ข้อมูล NEC กลุ่มทารกที่คลอดในโรงพยาบาล สงขลานครินทร์ กับกลุ่มที่ refer มีความแตกต่างกันอย่างไร
3. ภาพรวมการดูแลทารก VLBW ให้ดูตาม care process และหา process indicator

4. ประเด็น Refer back ทารก เพื่อการติดตามดูแลทารกอย่างต่อเนื่อง เราจะมีทางเลือกติดตามในโรงพยาบาลที่เป็นลูกค้าของเรา เอามิติคุณภาพในมุมมองของผู้ป่วย เช่น ดูในเรื่อง growth เรื่อง competency ของผู้ดูแล

แผนกฉุกเฉิน

วันที่ : 7 กันยายน 2561 เวลา: 13.00 - 13.35 น.

ผู้เยี่ยมชมสำรวจ: อ. ปณิชา สิริภรณ์

คำถาม :

1. นิยามของการคัดแยกผู้ป่วยของ รพ. สงขลานครินทร์
2. KPI ของการคัดแยกผู้ป่วยเป็นอย่างไร
3. KPI 5 โรคหลัก
4. ทำอย่างไรกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉิน เช่น Stroke มาโรงพยาบาลด้วยระบบ EMS
5. Risk profile ของ ER
6. การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลใช้แบบไหน
7. เครื่องมือสำคัญ การบำรุงรักษาเชิงป้องกัน
8. มาตรฐาน IC/ การแยกขยะ

ข้อเสนอแนะ :

1. ควรทบทวนการคัดแยกผู้ป่วย 5 โรคหลัก ทั้งอาการ typical / atypical นำมาทำเป็นแนวปฏิบัติให้พยาบาลคัดแยกเพื่อให้ปฏิบัติได้ตรงกัน
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดแยกไม่ถูกต้อง ในส่วน 10% นั้นพบในผู้ป่วยกลุ่มไหน ควรนำมาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาคุณภาพในการคัดแยกผู้ป่วย
3. เจ้าหน้าที่ทุกระดับ ต้องทราบบทบาทหน้าที่ของตนเอง เช่น หัวหน้าห้องฉุกเฉิน พยาบาลคัดแยก พยาบาลปฏิบัติการ แพทย์ห้องฉุกเฉิน เพื่อให้การทำงานบรรลุเป้าหมาย
4. ทบทวนระบบ EMS เช่น การให้ความรู้สู่ประชาชน การประสานงานกับ อบจ.
5. Risk profile ของ ER ควรจัดทำมาตรฐานและทะเบียนความเสี่ยงของ ER
6. เครื่องมือสำคัญ ควรมีการบำรุงรักษาเชิงป้องกัน ทีมทราบเป้าหมายชัดเจนในการ maintenance เครื่องมือทางการแพทย์ ค้นหาความเสี่ยง Round ทางคลินิก Round เครื่องมือ สุ่มสัปดาห์ละครั้ง แล้วเอาจำนวนสุ่มมาเป็นตัวชี้วัด
7. การพัฒนาคุณภาพในด้านต่างๆ เช่น NSO (Nurse Service Organization), บันทึกทางการแพทย์, สิ่งแวดล้อม, ระบบยา ควรให้สอดคล้องกับทิศทางขององค์กร (วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม)
8. ให้หัวหน้าพาทำ

หอผู้ป่วยสังเกตอาการ

วันที่ 7 กันยายน 2561 เวลา 13.30 น.

ผู้เยี่ยมชมสำรวจ : อาจารย์ปณิชา สิริकरणะ

คำถาม/ข้อเสนอแนะ

1. มาตรฐานของหอผู้ป่วยสังเกตอาการในการรับผู้ป่วยเข้าออก จำนวนชั่วโมงที่อยู่ในหอผู้ป่วยควรมีการวิเคราะห์เชิงคุณภาพในกรณีผู้ป่วยนอนเกิน 48 ชั่วโมง โดย Subgroup ดูว่า
 - กลุ่มไหนที่เป็นเหตุเป็นผลว่าต้องอยู่เพราะอะไร
 - กลุ่มที่ไม่เป็นเหตุเป็นผล จะมีการแก้ไขอย่างไรในระบบ
2. พยาบาลมีการกำหนดแนวทางการบันทึกโดยใช้รูปแบบไหน แล้ว

การทบทวนการบันทึก เป้าหมาย เราดูเพื่ออะไร ผู้เยี่ยมชมบอกว่าส่วนใหญ่จะเก็บได้ข้อมูลเชิงปริมาณ คือ มีความถูกต้อง มีความครบถ้วน แต่การบันทึกในมาตรฐาน AHA จะดูเชิงคุณภาพด้วย โดยดูความสอดคล้องใน Guideline/Fast Track/Early Warning signs ที่กำหนด ผู้เยี่ยมชมยกตัวอย่างการบันทึกของ ER : ให้ดูว่าการประเมินอาการผู้ป่วยแล้วบันทึกสอดคล้องกับ Triage Level หรือไม่ (ซึ่งทางทีม PCT ก็จะได้จากบันทึกว่าทีมพยาบาลเข้าใจหรือไม่)

หัวหน้าต้องพาทำโดยการค้นหาความเสี่ยงและทบทวนการดูแลผู้ป่วยที่หน้างาน อย่างน้อยวันละ 1-2 ราย จะทำให้เกิดการเรียนรู้จากการได้ลงมือทำและเกิดความเข้าใจ ผู้เยี่ยมชมยกตัวอย่างเช่น เวลาที่แพทย์สั่ง LAB/X-RAY จะมีการอะ! ถึงว่าพยาบาลของเราต้องอ่านหรือแปลผลได้มั๊ยในเบื้องต้น ก็จะเป็นที่มาของการพัฒนาทั้งด้านความรู้และความสามารถในเรื่องที่ได้มีการค้นพบ

หอผู้ป่วยอุบัติเหตุและไฟไหม้ น้ำร้อนลวก

วันที่ 7 กันยายน 2561

ผู้เยี่ยมสำรวจ: น.อ.หญิงปณิชา สิริภรณ์

คำถาม

1. 5 โรคหลักของหอผู้ป่วย คืออะไรบ้าง
2. พยาบาลจบเฉพาะทางสาขาต่างๆ ร้อยละเท่าไร จบสาขาอะไรบ้างที่สอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ
3. ประเมิน competency ของพยาบาลที่จบเฉพาะทาง และ APN และเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยได้ อย่างไรบ้าง
4. ขอบัญชีความเสี่ยงของหอผู้ป่วย
5. กระบวนการสำคัญที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีมีอะไรบ้าง การประเมินผลสามารถประเมินได้ทั้งการประเมินผลของกระบวนการ และการประเมินผลลัพธ์สุดท้ายที่เกิดกับผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการประเมิน competency ของเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย เพื่อให้เห็นว่าเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยมี competency ที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ
2. ควรมีการจัดทำบัญชีความเสี่ยงสำคัญของหอผู้ป่วย เพื่อเป็นตัวชี้วัดสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ เช่น ในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง หรือภาวะ brain herniate ทำให้อาการผู้ป่วยแย่ลงในเวลารวดเร็ว ในกลุ่มผู้ป่วยอุบัติเหตุ บาดเจ็บรุนแรง ทำให้เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ ภาวะ AKI ในผู้ป่วยอุบัติเหตุ ซึ่งเป็นภาวะที่พยาบาลสามารถประเมินและดักจับความเสี่ยงก่อนการเกิดอุบัติการณ์กับผู้ป่วย โดยอาจใช้ early warning sign ใช้ในการประเมินความเสี่ยงและให้การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์สำหรับอุบัติการณ์ที่รายงานในระบบ HIS เป็นความเสี่ยงทั่วไป common clinical risk
3. การประเมินผลลัพธ์ ควรมีการประเมินผลกระบวนการ และผลลัพธ์สำคัญที่เกิดกับผู้ป่วย แต่หากไม่สามารถประเมินผลลัพธ์ได้ชัดเจน ให้วัด compliance ของบุคลากร แนวทางปฏิบัติ
การประเมินผลกระบวนการ ควรเห็นว่ากระบวนการนั้นส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีจริงๆ โดยตรง หรือได้เห็นว่ากระบวนการไหนที่ไม่จำเป็น สามารถตัดออกเพื่อให้สามารถทำงานได้ง่ายขึ้น

ศูนย์คัดกรองโรคระบบทางเดินหายใจ

วันที่ : 7 กันยายน 2561 เวลา : 14.30 -14.35 น.

ผู้เยี่ยมชมสำรวจ : อาจารย์น.อ.หญิงปณิชา สิริภรณ์

คำถาม :

1. มีการดูแลสุขภาพบุคลากรที่ทำงานในหน่วยงานนี้อย่างไรบ้าง
2. มีอุปกรณ์ป้องกันPPE อะไรบ้าง
3. ผู้ป่วยโรคใช้เวลาอยู่ในห้องตรวจนานแค่ไหน

ข้อเสนอแนะ :

1. ควรมีโปรแกรมการตรวจเช็คสุขภาพบุคลากรที่ทำงานในพื้นที่เสี่ยง

หอผู้ป่วยจิตเวช

วันที่ : 7 กันยายน 2561 เวลา:15.00 – 15.30 น.

ผู้เยี่ยมสำรวจ :

คำถาม :

1. โรคอะไรที่คิดว่าทำได้ดีที่สุด
2. ได้ขอ ประเมินเฉพาะโรคหรือระบบ (Disease Specific Certification - DSC) จาก สรพ. แล้วหรือยัง
3. ตัวชี้วัดย่อย แต่ละกล่องมีอะไรบ้าง
4. การ Empowerment ผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยโรคที่คิดว่าทำได้ดีที่สุดไปใช้สารเสพติดหรือดื่มสุรา ได้จัดการอย่างไรบ้าง
5. การ monitor เรื่อง S/Eยา drug interaction
6. จัดการพฤติกรรมเสี่ยงจาก การขาดยา การไม่มาตามนัด จากผลข้างเคียงของยาในระยะยาว
7. การจัดการกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

ข้อเสนอแนะ :

1. ถ้าคิดว่า โรค schizophrenia ทำได้ดีแล้ว ให้ขอประเมินเฉพาะโรคหรือระบบ (Disease Specific Certification - DSC) จาก สรพ. โดยต้องขอให้เสร็จสิ้นภายในเดือนธันวาคมนี้
2. แบบฟอร์มการขอประเมินเฉพาะโรคหรือระบบ (Disease Specific Certification - DSC) สามารถ Download ได้จากเว็บ สรพ.
3. ให้เพิ่มเติมตัวชี้วัดย่อย ให้ครบ
4. โรคอื่นๆ ต้องพัฒนาต่อเนื่องต่อไป

หอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 11

วันที่ : 7 กันยายน 2561 เวลา : 10.30 - 12.00 น.

ผู้เยี่ยมชมสำรวจ : อ.ปณิชา หัวข้อ 1-3 การมุ่งเน้นผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

คำถาม :

1. เราทำได้แล้วตามกล่องไหนตาม Framework
2. การแยก segment กลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ตามภูมิศาสตร์เพียงพอแล้วหรือยัง
3. การวัดความพึงพอใจ เราวิเคราะห์แล้วหรือยัง ว่าปัจจัยอะไรบ้างที่มีผลต่อความพึงพอใจ
4. กระบวนการอะไรบ้างที่ทำให้ลูกค้ามีความพึงพอใจ เช่น ลดการรอคอย การเปิด Premium คลินิก แนวโน้มของลูกค้า ตกที่กลุ่มไหน เป็นเรื่องอะไร หรือเป็นของกลุ่มโรคไหน ต้องแยก segment กลุ่มผู้ป่วยให้ชัด เช่น ผู้ป่วย STEMI ผู้ป่วย Stroke
5. เรื่องสิทธิผู้ป่วย กลุ่มอะไรบ้าง เราแยกอย่างไร อะไรบ้าง ความหมายของผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีแนวปฏิบัติ ผู้ป่วยได้รับการคุ้มครองสิทธิ อย่างไร

ข้อเสนอแนะ : อีก 3 เดือนที่ต้องทำ

1. อาจารย์เสนอแนะให้ศึกษา EEG ถ้าไม่เข้าใจให้ถอยไปดู SPA
2. เอา EEG มาดู ทาบกับ diver diagram ว่าทำได้ครอบคลุมทุกมิติแล้วยัง
3. วิเคราะห์ EEG กับ secondary divers
4. แยก Customer Segment ให้ชัดเพื่อตอบโจทย์ลูกค้าในอนาคต
5. ทำ Rapid Assessment segment เพื่อ เอา outcome มาวิเคราะห์ เช่น ปัจจัยอะไรบ้างที่เป็นปัญหา ปัจจัยอะไรบ้างที่มีต่อความผูกพัน นำข้อมูลมาทาบกับผลงานที่เรามี
6. ให้เขียน Action Plan ในรูป 5 P คือ
 - Purpose การกำหนดเป้าหมาย
 - Path way เลือกในสิ่งที่เราต้องตามรอย
 - Process กระบวนการ การออกแบบวิธีการทำ
 - Preparedness การป้องกันและการเตรียมระบบการป้องกัน
 - Performance and Learning พิจารณาการเรียนรู้จากภาพ รวมการสะท้อนจากระบบ

องค์กรพยาบาล: รายงานการประชุมทีมบริหารฝ่ายบริการพยาบาล

ครั้งที่ 25/2561

วันที่ 7 กันยายน 2561 ณ ห้องประชุมฝ่ายบริการพยาบาล

การเยี่ยมประเมิน GAP Assessment ครั้งที่ 1 เพื่อเตรียมความพร้อมในการขอรับรองกระบวนการ
คุณภาพ สถานพยาบาลขั้นก้าวหน้า (Advanced HA): องค์กรพยาบาล

ผู้มาประชุม

ผู้เยี่ยมชมสำรวจ อาจารย์ผ่องพรรณ ธนา

ทีมบริหารฝ่ายบริการพยาบาล

- | | | |
|---------------------|-------------|---|
| 1. นางสาวจันทร์ฉาย | แช่ตั้ง | หัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล |
| 2. นางสาวกัญชลิ | พุ่มน้อย | รองหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล
ด้านบริหารทรัพยากรและสารสนเทศ |
| 3. นางณภัทร | นวลศรี | รองหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล
ด้านบริหารทรัพยากรและสารสนเทศ |
| 4. นางสาวพิกุลรัตน์ | วงศ์พานิชย์ | ผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล
ด้านบริหารทรัพยากรและสารสนเทศ |
| 5. นางสาวนิตยา | ไกรวงศ์ | ผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล
ด้านบริหารทรัพยากรและสารสนเทศ |
| 6. นางสาวสิรินทร์ | ศาสตราวุธ | ผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล
ด้านบริหารทรัพยากรและสารสนเทศ |
| 7. นางจรรุวรรณ | บุญรัตน์ | ผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล
ด้านบริหารทรัพยากรและสารสนเทศ |
| 8. นางพนิดา | เตชะโต | ผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล
ด้านบริหารทรัพยากรและสารสนเทศ |
| 9. นางภมร | เข้มรักษา | รองหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล
ด้านพัฒนาคุณภาพบริการ |
| 10. นางลักษมี | สารบรรณ | ผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล
ด้านพัฒนาคุณภาพบริการ |
| 11. นางศรีพงา | มณฑาทิพย์ | ผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล
ด้านพัฒนาคุณภาพบริการ |
| 12. นางยุพา | แก้วมณี | ผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล
ด้านพัฒนาคุณภาพบริการ |
| 13. นางสาววิลาวัลย์ | จอมทอง | ผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล
ด้านพัฒนาคุณภาพบริการ |

- | | | |
|----------------|----------|--|
| 14. นางพรทิวา | มีสุวรรณ | ผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล
ด้านพัฒนาคุณภาพบริการ |
| 15. นางวัชรีย์ | แสงมณี | รองหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล
ด้านวิจัยและการจัดการความรู้ |
| 16. นางโสมนัส | นาคนวล | ผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล
ด้านวิจัยและการจัดการความรู้ |

ผู้ไม่มาประชุม

- | | | |
|-------------------|-------------|---|
| 1. นางณิระวรรณ | สิงหเศรษฐ | ผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล
ด้านพัฒนาคุณภาพบริการ |
| 2. นางสาวอรทัย | ชยาภิวัฒน์ | ผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล
ด้านพัฒนาคุณภาพบริการ |
| 3. นางนันทา | เกลี้ยงเกิด | ผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล
ด้านพัฒนาคุณภาพบริการ |
| 4. นางสาวคณินิตย์ | วงศ์พจน์ | ผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล
ด้านพัฒนาคุณภาพบริการ |

เริ่มประชุมเวลา 13.00 น.

นางสาวจันทร์ฉาย แซ่ตั้ง หัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล กล่าวต้อนรับอาจารย์ผ่องพรรณ ธนา ผู้เยี่ยมชม สํารวจ และนำเสนอการนำองค์กรพยาบาล ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ดังรายละเอียดแนบท้ายรายงาน

อาจารย์ผ่องพรรณ ธนา ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับทีมบริหารฝ่ายบริการพยาบาล พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะ สรุปได้ ดังนี้

อ.ผ่องพรรณ : ใช้ PE (Performance Framework) หรือไม่ โดยเอากรอบขององค์กรพยาบาลขึ้น 8-9 กรอบ

- สีเขียว สามารถบอกได้ว่าบรรลุแล้ว
- สีเหลือง มีบ้าง/ไม่มีบ้าง
- สีแดง เจอทางตัน

ทำให้รู้ว่ากรอบใดมีปัญหา และนำเสนอตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลเป็นอย่างไรบ้าง

ทีมบริหารฝ่ายฯ : นำเสนอตัวชี้วัด (สไลด์ report card) ได้แก่

1. ความพึงพอใจของผู้ป่วยใน : สีเขียว – ดี
2. ความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก : สีเขียว – ดี
3. อัตราการเกิดแผลกดทับ : สีแดง – ไม่ดี
4. อัตราผู้ป่วยในตกเตียง สิ้นล้ม
 - ระดับ (C) ไม่ injury : สีเขียว – ดี
 - ระดับ (D-I) injury : ปี 2559 และ ปี 2560 สีแดง – ไม่ดี ปี 2561 สีเขียว – ดี
5. จำนวนครั้งของการระบุตัวผู้ป่วยผิด : สีแดง – ไม่ดี
6. อัตราการลาออก โอน ย้ายของพยาบาล : สีเขียว – ดี
7. อัตราความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาผู้ป่วยใน : สีแดง – ไม่ดี
8. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด มีความปวด ≤ 3 คะแนนก่อนจำหน่าย : สีเขียว – ดี
9. อุบัติการณ์ Tube & Line เลื่อนหลุด ระดับ E-I : ปี 2559 และ ปี 2560 : สีแดง – ไม่ดี ปี 2561 สีเขียว – ดี

Report Card แสดงผลลัพธ์การดำเนินการที่สำคัญ		FACULTY OF MEDICINE PRINCE OF SONGKLA UNIVERSITY		
Report Card ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์				
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561
1. ความพึงพอใจของผู้ป่วยใน	$\geq 90\%$	96.38	97.42	97.40
2. ความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก	$\geq 90\%$	91.90	95.81	92.63
3. อัตราการเกิดแผลกดทับ	< 1.5 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน	1.77	1.83	1.88 (ณ.มิ.ค.61)
4. อัตราผู้ป่วยในตกเตียง สิ้นล้ม(ภาพรวม)	≤ 0.15 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน	0.06	0.08	0.06 (ณ.มิ.ค.61)
- ระดับ (C) (ไม่ injury)				
- ระดับ (D-I) (injury)	≤ 0.12 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน	0.15	0.18	0.12 (ณ.มิ.ค.61)
5. จำนวนครั้งของการระบุตัวผู้ป่วยผิด	0 ครั้ง	28	30	18 (ณ.มิ.ค.61)
6. อัตราการลาออก โอน ย้ายของพยาบาล	< 5 ร้อยละ	4.52	4.20	2.78
7. อัตราความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาผู้ป่วยใน	≤ 0.54 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน	0.82	0.94	0.86 (ณ.มิ.ค.61)
8. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมีความปวด ≤ 3 คะแนนก่อนจำหน่าย	≥ 95 ร้อยละ	96.93	97.34	97.90
9. อุบัติการณ์ Tube & Line เลื่อนหลุดระดับ E-I	ลดลงร้อยละ 50	64	84	39 (ณ.มิ.ค.61)

- อ.ผ่องพรรณ** : รพ.มอ. เป็นความหวังสุดท้ายของเขต 12 ดูตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลแล้วรู้สึกอย่างไร เป็นสีแดงเกือบครึ่ง
- ทีมบริหารฝ่ายฯ** : ตัวชี้วัดรายโรค ยกตัวอย่างโรค Hepatocellular Carcinoma สามารถทำได้ดี
- อ.ผ่องพรรณ** : มีวิธีคิดในการเลือกโรค Hepatocellular Carcinoma ในการนำเสนออย่างไร
- ทีมบริหารฝ่ายฯ** : ตอนแรกจะเลือกในแต่ละโซน โดยให้สอดคล้องกับการนำเสนอใน CLT 5 โรคหลักแต่เนื่องจากเวลาในการนำเสนอมีน้อย จึงยกตัวอย่างมาเพียงโรคเดียว คือ โรค Hepatocellular Carcinoma ของ CLT Med
- อ.ผ่องพรรณ** : - หลักคิดในการเลือกโรคนำเสนอ อย่าไปพึ่ง CLT เพราะเป็นความเก่งของสหสาขา ควรเลือกความเก่งของพยาบาลนำเสนอ
- เรื่องของค่านิยม S T E M C Q I ตัวใดที่ประสบผลสำเร็จ
- ทีมบริหารฝ่ายฯ** : ค่านิยม ประสบผลสำเร็จ คือ
T : Team ทำงานเป็นทีม
M : Moral ยึดหลักคุณธรรม/ธรรมาภิบาล
C : Care มุ่งเน้นผู้รับบริการ
I : Innovation นวัตกรรม
ค่านิยมที่ยังไม่ประสบผลสำเร็จ คือ S = Safety จิตสำนึกด้านความเสี่ยงและความปลอดภัย ซึ่งพยายามพัฒนา เช่น จัดอบรมหลายโครงการ โดยปรับเปลี่ยนวิธีการอบรมหลายรูปแบบ, Walk round, Clip VDO
- อ.ผ่องพรรณ** : Safety เราคาดหวังให้เขา (บุคลากร) แสดงพฤติกรรมอย่างไร
- ทีมบริหารฝ่ายฯ** : การตระหนักรู้ อยากให้เขาบอกตั้งแต่การเกิดอุบัติการณ์ ระดับ A, B, Near miss การรายงานอุบัติการณ์ของโรงพยาบาล 80-90% เป็นของฝ่ายฯ อยากให้รายงานอุบัติการณ์ระดับ A, B มากขึ้น
- อ.ผ่องพรรณ** : การเชื่อมโยงมาสู่วัฒนธรรมความปลอดภัย คาดหวังว่าหน่วยงานจะอย่างไร นอกจากรายงานอุบัติการณ์
- ทีมบริหารฝ่ายฯ** : นอกจากการรายงานอุบัติการณ์ ต้องการรายงาน Near miss เพื่อแก้ไขเชิงระบบ และความปลอดภัย คือ ไม่ควรมีการเกิดอุบัติการณ์
- อ.ผ่องพรรณ** : - วัฒนธรรมความปลอดภัย พฤติกรรมที่พึงมีคืออะไร
- การยึดหลักคุณธรรม/ธรรมาภิบาล ความเสี่ยงด้านจริยธรรมทางการแพทย์ คืออะไร มีมาตรการอย่างไร
- ทีมบริหารฝ่ายฯ** : มีแนวปฏิบัติป้องกันความเสี่ยง มี Ethic round มีการบูรณาการพฤติกรรมความเสี่ยงด้านจริยธรรมและความเสี่ยงทางคลินิก เช่น การผูกมัด ผู้ป่วยไม่เกิดอันตรายจากการผูกมัด
- อ.ผ่องพรรณ** : กรณีลึกลับซึ่งกว่านี้ เช่น Ethical Dilemma
- ทีมบริหารฝ่ายฯ** : การตัดสินใจเชิงจริยธรรม กรณี Dilemma เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ มีการพูดคุยกัน มีแนวทางปฏิบัติชัดเจน
- อ.ผ่องพรรณ** : อะไรคือจุดแข็งของการนำของโรงพยาบาล

ทีมบริหารฝ่ายฯ : มองว่าคนเป็นทรัพยากรที่สำคัญที่สุด (ให้คุณค่าเรื่องคน) คณะฯ ให้ความสำคัญในการพัฒนาคน

อ.ผ่องพรรณ : ถ้าเราเป็นผู้นำองค์กร อยากจะทำอะไรเป็นสิ่งแรก อยากจะปรับปรุงอะไร

ทีมบริหารฝ่ายฯ : ภาวะสุขภาพ ปัจจุบันมีข้อมูลคนที่สุขภาพดี คนที่สุขภาพเจ็บป่วย คนที่มีความเสี่ยง แต่ยังไม่ได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์

อ.ผ่องพรรณ : อะไรคือจุดแข็งของทีมนำองค์กรพยาบาล

ทีมบริหารฝ่ายฯ : การทำงานเป็นทีม การมีส่วนร่วม ทุ่มเท จิตอาสา เช่น มีจิตอาสาในแผน MERS CoV

อ.ผ่องพรรณ : ระบบการทำงานของเรา อะไรที่เป็นจุดแข็ง อะไรที่เป็นจุดอ่อน

ทีมบริหารฝ่ายฯ : จุดอ่อน การสื่อสาร การกำกับติดตามยังไม่สม่ำเสมอ

จุดแข็ง การนิเทศ มีหลักฐานให้เห็น มีการบันทึก สามารถสืบค้นได้ นำไป sharing ได้ สามารถติดตามอ่านได้ เช่น การนิเทศเรื่องแผน MERS CoV มีการวางแผนการนิเทศชัดเจน ทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการ เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ทุกคนในองค์กรตอบได้ในทิศทางเดียวกันชัดเจน กรณีมี case ผู้ป่วยสงสัย MERS CoV สามารถปฏิบัติได้จริง เกิดปัญหาน้อย

อ.ผ่องพรรณ : 1-2 ปีข้างหน้า มีแผนการสร้าง ความเชี่ยวชาญของพยาบาลอย่างไรบ้าง ความเชี่ยวชาญในอนาคตคือเรื่องใด/โรคอะไร

ทีมบริหารฝ่ายฯ : - เชิงบริหาร เตรียมความพร้อมของหัวหน้าเวร รองหัวหน้าหอผู้ป่วย โดยจัดโครงการพัฒนาศักยภาพ

- ดูตาม Excellence Center, APN พยายามครอบคลุม แต่บางโซนยังไม่มี Excellence Center เช่น สูติ จะสร้างพยาบาล specialty

- ส่งพยาบาลไปศึกษาต่อยอด/อบรมเฉพาะทาง ควบคู่ไปกับแพทย์ Excellence Center เช่น Transplant, Retina

- ให้ความสำคัญกับหน่วยงานวิกฤต ส่งอบรมเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต

อ.ผ่องพรรณ : ขอชื่นชม แต่มีข้อสังเกตว่าพยาบาลจบปริญญาโท มีจำนวนน้อย (เมื่อเทียบกับโรงพยาบาลระดับเดียวกัน) ซึ่งพยาบาลระดับปริญญาโท จะช่วยในการมองเชิงระบบ การเป็น leader การวิเคราะห์เชิงระบบ การเป็นผู้นำ (ภาวะผู้นำ ต้องมีการสร้าง)

ทีมบริหารฝ่ายฯ : ไม่ได้เสนอข้อมูลพยาบาลที่จบปริญญาโทสาขาอื่นที่ไม่ใช่ทางการพยาบาล/เรียนเอง ไม่ได้ลาเรียน

อ.ผ่องพรรณ : APN ขึ้นเวรหรือไม่

ทีมบริหารฝ่ายฯ : บางคนขึ้นเวร ไม่ได้เป็น APN เต็มรูปแบบ

อ.ผ่องพรรณ : จุดอ่อน การสื่อสาร การกำกับติดตามยังไม่สม่ำเสมอ แผนการพัฒนาคืออะไร

ทีมบริหารฝ่ายฯ : - จัดอบรม เรื่อง communication เป็นหัวข้อหลัก โดยเชิญวิทยากรจากการบินไทย (หลักสูตร Non Technical Skill) และต่อไปฝึกเป็นวิทยากรของเราเอง/เพิ่มช่องทางการสื่อสาร เช่น กลุ่ม line, website

- การกำกับติดตาม โดยใช้การนิเทศ ทำระบบ record ให้ง่ายขึ้นมี Idea จะใช้ Daily Measurement

อ.ผ่องพรรณ : จุดเน้นขององค์กรพยาบาล คืออะไร

ทีมบริหารฝ่ายฯ : - ความเสี่ยงด้าน Identify, Pressure Ulcer, Pain พยายามลด incident

- การดูแลรายโรค

อ.ผ่องพรรณ : - ทีมนำกำหนดเข็มมุ่งอะไร อะไรที่เป็นปัญหาที่ต้องแก้ไข เช่น การสื่อสาร การสร้างความตระหนักเรื่องความเสี่ยง

- จุดเน้น ที่สามารถทำได้สำเร็จ เกิดจากปัญหาของเราและสอดคล้องกับแผนของโรงพยาบาล

- สิ่งที่เราทำจะช่วยให้ Core competency บรรลุหรือไม่

- การพัฒนาคน สอดคล้องกับการรักษาโรคยากซับซ้อนหรือไม่

- ระบบการนิเทศ ช่วยให้ Core Competency ขององค์กร บรรลุได้อย่างไร เราต้องสามารถบอกได้ว่าผลลัพธ์เป็นอย่างไร

- ในเรื่องตัวชี้วัด เวลาที่เราวิเคราะห์ ตัวชี้วัดได้ยังไม่ดี เป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาล ควรจะทำ CQI/ใช้ Driver Diagram ทำให้เห็นภาพใหญ่ขึ้น

- การสร้างความเชี่ยวชาญ ต้องสอดคล้องกับ Core Competency

- ขึ้นชมการนิเทศ ไม่คาดหวังการทำเอกสาร อาจใช้การสื่อสารด้วยวาจา มีการประเมินหรือไม่ว่าการวางแผนระบบนิเทศแบบนี้ คนของเราเก่งขึ้นจริงหรือไม่ อย่าให้ความพยายามของเราสูญเปล่า ตั้งเป้าหมายการนิเทศคืออะไร ประเมินอย่างไร ผลลัพธ์ที่ได้คืออะไร

- ควรตั้ง CQI 1 เรื่อง ทำลักษณะ Control Chart ดีขึ้นเพราะอะไร แย่ลงเพราะอะไร ถอดบทเรียน Key Success Factor คืออะไร

- ระบบ IC อยู่กับเราหรือไม่ อยากให้ทุกคนช่วยกัน ICN 4 คน อบรมไม่ครบทุกคน ไม่มีระบบ ICWN ไม่มีใครเป็นเจ้าของ สำหรับเรื่องการควบคุมการระบาด พอไปไหน แต่ไม่ใช่คำตอบ เช่น ผลลัพธ์การใช้ยา Antibiotic ต่างๆ บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ IC ไม่ชัดเจน แนวทางปฏิบัติ/WI มีบ้างไม่มีบ้าง ซึ่งบางเรื่องจำเป็นต้องมี เช่น การใส่สายสวนปัสสาวะ เพื่อ control process ถ้าการนิเทศไม่เชื่อมโยงกับ IC จะทำให้เกิดปัญหา แม้ว่าหอผู้ป่วยจะดูแลเรื่องการติดเชื้อของตนเอง แต่ไม่มีใครดูในภาพรวมและนำไปแก้ไขระบบ

เลิกประชุม เวลา 14.35 น.

นางสาวลาวรรณ เจริญวรรณพงษ์

นางสาวจันทร์ฉาย แซ่ตั้ง

นางสาววันสิริ ชูแก้ว

ผู้ตรวจและแก้ไขรายงาน

ผู้จดยางานการประชุม