รายงานผลการดำเนินงานของผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล ด้านบริการพยาบาล ปี 2557

เป้าประสงค์

1. ธำรงรักษามาตรฐานการพยาบาลให้มีคุณภาพเป็นเลิศ และได้มาตรฐาน
2. ให้บริการพยาบาลอย่างมีหัวใจของความเป็นมนุษย์

ตัวชี้วัดหลัก

1. จำนวน CNPG ที่ลงสู่การปฏิบัติครอบคลุมทุกสาขาการพยาบาล (สูติศาสตร์,ศัลยกรรม,อายุรกรรม,กุมาร)
2. ผลลัพธ์ทางการพยาบาล ของแต่ละกลุ่มโรค และตัวชี้วัดหลักเทียบเคียงกับมาตรฐานสากล
3. ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องต้องได้รับการวางแผนจำหน่ายทุกราย
4. ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลด้านจริยธรรม และจรรยาบรรณ

นางฉมาภรณ์	**วรกุล**
นางสุดจิต	**ไตรประคอง**
นางสาววรวรรณ	**เหนือคลอง**
นางสาวประสบสุข	**อินทรักษา**
นางภมร	**แซ่มรักษา**
นางสาวนพพร	**เกตุวิลัย**
นางเกษิณี	**เพชรศรี**
นางสาวพรรณี	**ขาวหนูนา**
นางสาวฉวีวรรณ	**ยี่สกุล**

แผนงาน/โครงการ	ดัชนีชี้วัดความสำเร็จและเป้าหมาย	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2556 - กันยายน 2557
1. พัฒนา APN 1.1 สนับสนุน APN ให้ศึกษาต่อจนได้วุฒิบัตรขั้นสูง 1.2 ส่งเสริมและสนับสนุนให้มี APN ในสาขาสูติ และเด็ก	- APN สูติ/เด็ก	- APN แจ้งความจำนงสอบวุฒิบัตรสภาการพยาบาล 3 ราย ได้แก่ นางสาวอุมา จันทวิเศษ นางสุพัตรา อุปนิสากร และนางสมพร วรรณวงศ์ สอบผ่านได้รับดุษฎีบัณฑิตการพยาบาลขั้นสูงอายุร-ศัลย์ 1 ราย ได้แก่ นางสุพัตรา อุปนิสากร - ยังไม่มี APN สูติ และเด็ก เนื่องจากปรับระบบการเป็น APN กลุ่มสูติ เด็ก คุณสมบัติไม่ครบตามเงื่อนไขสภาการพยาบาล ขยายเวลาคุณสมบัติของ APN ต้องมีประสบการณ์ ในกลุ่มโรค อย่างน้อย 6 ปี ก่อนขึ้นทะเบียนโดยการสัมภาษณ์ -สอบถามพยาบาลที่จบปริญญาโททางคลินิกและต้องการเข้าสู่ APN เพื่อให้ทำตามกระบวนการโดยให้ APN ที่เข้าประชุมในเดือน ต.ค.57 นี้มาบอกถึงกระบวนการเข้าสู่การเป็น APN - วางแผนพัฒนาเครือข่าย APN กับคณะพยาบาลและภายในโดยรวม APN วิสัญญีด้วย

<table>
<tr><th>แผนงาน/โครงการ</th><th>ดัชนีชี้วัดความสำเร็จ และเป้าหมาย</th><th>รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2556 - กันยายน 2557</th></tr>
<tr><td>1.3 พัฒนาระบบและกลไกในการเตรียมความพร้อมของเครื่องมือ/งบประมาณ/สถานที่เพื่อพัฒนา APN
1.4 ประเมินหรือวัดคุณภาพของ APN</td><td></td><td>- สำหรับการเข้าสู่ตำแหน่ง APN ในอนาคต 1) ฝ่ายฯต้องศึกษาหลักสูตร APN เป็นอย่างไร 2) ทำเรื่องขออนุมัติคณะเพื่อส่งเรียนต่อสาขาที่ต้องการ 3) การเป็นสถาบันร่วมผลิต ร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ กับวิทยาลัย

- เสนอผลลัพธ์การพยาบาลตามตัวชี้วัด ของ APN
ครั้งที่ 1 วันที่ 20 พฤษภาคม 2557 จำนวนผู้เข้าร่วม ..22..... คน..
<table>
<tr><th>รายชื่อ APN</th><th>ข้อเสนอต่อฝ่ายบริการพยาบาลสำหรับการปฏิบัติงานในบทบาท APN</th></tr>
<tr><td>พว.สุธิสา เต็มทับ
APN hepatobiliary</td><td>1.สร้างระบบการดูแลเครือข่ายระบบการดูแล เช่น บ่อปรุ คลองแห เพราะมีเพื่อนที่ทำงานอยู่ในพื้นที่นั้น
2. ผู้ป่วยที่ได้ติดตามสอบถามยังมีจำนวนน้อย เช่น สอบถามได้ 20 คนจากจำนวนผู้ป่วย 60 คน
3.เข้าไปดูในเว็บของ สปสช. สามารถดูได้ว่ามีเครือข่ายอะไรบ้าง ใครให้การดูแลรับผิดชอบ มีตัวชี้วัดอะไรบ้าง สามารถส่งข้อมูลเข้าไปเพื่อเป็นเครือข่ายดีเด่น
4.อาจพัฒนา Specific clinical risk เพื่อให้เห็นการพัฒนาเป็นทีม</td></tr>
<tr><td>พว.ภินวนันท์ นิมิตรพันธ์
พว.ดวงเพ็ญ แววันจิตร
APN Trauma</td><td>กลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยอุบัติเหตุที่บาดเจ็บศีรษะรุนแรงและบาดเจ็บในหลายระบบ
1. ทำร่วมกัน 2 คน โดยมองว่าจะแบ่ง severity score เพื่อช่วยการดุแลใน 2 คน แต่ตอนนี้ยังช่วยกันดู
2. การรายงานที่เกิด ที่มีรายงานเป็น case ให้รายงานเป็นแบบ NHSN
บทบาทของ APN เป็นอย่างไรที่ดูแลเพื่อให้เห็นคุณภาพ ควรได้มีการมา Sharing เพื่อที่จะสามารถเปรียบเทียบกับคนอื่นได้ และเห็นได้จริงว่าดีขึ้น</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

แผนงาน/โครงการ	ดัชนีชี้วัดความสำเร็จและเป้าหมาย	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2556 - กันยายน 2557	
			หรือแย่ลง 3.สรุปงาน TR Round รายเดือนเพื่อส่ง PCT 4. ผู้ป่วยที่มีสายสวนปัสสาวะกลับบ้าน เช่น 6 เดือนแล้วไม่มี UTI เกิดจากอะไรบ้าง เช่น การ Care และ การนำProduct ใหม่มาใช้ 5.ผลของ Telephone Visit / Home Visit เป็นอย่างไร 6.ตัวชี้วัดที่เป็นเฉพาะของผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นอย่างไร 7. กลุ่มที่ป้องกัน Pressure sore เป็นอย่างไร 8.พัฒนาการเก็บข้อมูลเป็นรายกรณี
		พว.ดวงเพ็ญ แววันจิตร APN Trauma	กลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยอุบัติเหตุที่บาดเจ็บศีรษะรุนแรงและบาดเจ็บในหลายระบบ 1.มีประเด็นจริยธรรม 2 ราย : case แม่ที่มีปัญหาและอายุครรภ์มาก โดยแพทย์ให้ terminate แต่ในรายที่สองญาติต้องการ terminate มีการทำบทบาท APN อย่างไร 2. การดูแลต่อเนื่องด้วยระบบของ social media เช่น Line Facebook 3. ให้ปรับตัวชี้วัด
		พว.วรรดี รักอิ่ม APN Respiratory Care	1. re-admit จำนวนหลายราย เกิดจากอะไรบ้าง 2.กลุ่ม ที่ on traceostomy และใช้ canulocollar จำนวนมากขึ้น จะดูแลอย่างไร 4.ให้ใส่กลุ่มอายุผู้ป่วยด้วย 5.ถ้ารายงานผลแล้ว ให้ใส่ตัวเปรียบเทียบไว้ด้วย ดีขึ้นหรือแย่ลง มาจากสาเหตุอะไร

<table>
<tr><th>แผนงาน/โครงการ</th><th>ดัชนีชี้วัดความสำเร็จ และเป้าหมาย</th><th>รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2556 - กันยายน 2557</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>
<table>
<tr><td>สมพร วรรณวงศ์
APN กลุ่มกลุ่มผู้ป่วยออสโตมีและบาดแผล</td><td>1.ใช้ Checklist for Factors Affecting Wound Healing เพื่อช่วยในการประเมินการหายของแผล
2.มี case ที่เรา Siting ไว้แล้วแพทย์ไม่ได้ทำตามไว้ มีกี่รายและมีสาเหตุจากอะไร
3. การเปลี่ยนแป้นบ่อยแค่ไหน ทำไมญาติไม่เชื่อ
4.มีความเข้มแข็งในการทำ wound team
5.วัดความพึงพอใจของญาติที่เราได้เข้าไปดูแลด้วย
6.บทบาท Educator มีมาก แต่ให้เพิ่มเติมบทบาทของ APN เช่น แผลที่มีลักษณะซับซ้อน ควรจะมีจำนวนผู้ป่วยมากกว่าที่รายงาน (รายงานมา 9 ราย)</td></tr>
</table>
ครั้งที่ 2 วันที่ 2 มิถุนายน 2557 จำนวนผู้เข้าร่วม ..18..... คน
<table>
<tr><th>รายชื่อ APN</th><th>ข้อเสนอต่อฝ่ายบริการพยาบาลสำหรับการปฏิบัติงานในบทบาท APN</th></tr>
<tr><td>พว.ธันยมัย ศรีหมาด
หอผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินหายใจ (SRCU)
APN ที่ดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ</td><td>1.มีการแบ่งกลุ่มของการ wean off respirator คือ Simple-Difficult-Prolong มีการวางแผนจะเปลี่ยนเป็น Simple และ Prolong เพราะจากการศึกษา กลุ่ม Difficult ไม่ได้มีผลต่ออัตราการตาย
2. Interruption factor ได้แก่ sepsis ต้องการเตียง refer กลับ
3. อัตราการ Re-intubate มีความสัมพันธ์กับการเกิด sepsis จึงจะมีการลดเรื่องการเกิด sepsis เป็น project ต่อไป
4. กลุ่ม simple ทำไมจำนวนวันการใช้ ventilator เพิ่มขึ้น ในขณะที่กลุ่ม Difficult ทำได้ดีขึ้น
5. กลุ่ม Prolong ถ้าต้องไปอยู่ที่วอร์ดอื่นได้มีการติดตามไปดูแลหรือไม่ คิดว่าควรมีการติดตามผู้ป่วย</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

แผนงาน/โครงการ	ดัชนีชี้วัดความสำเร็จและเป้าหมาย	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2556 - กันยายน 2557	
			7.APN Respiratory มีหลายคน ควรได้มีการทำงานร่วมกัน มาดูตัวชี้วัดด้วยกัน present ด้วยกัน ถ้าเป็นไปได้ควรเชิญ RT มาเข้าฟังร่วมกันด้วย 8. 9 สมรรถนะ ควรทำให้ครบ ควรก้าวออกไปนอกหอผู้ป่วยด้วย เพราะผู้ป่วยที่ต้อง on เครื่องช่วยหายใจจะมีจำนวนมากขึ้นและกระจายไปอยู่ตามหอผู้ป่วยต่าง ๆ โดยเฉพาะหอผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็น special เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เป็นมาตรฐาน 10.ขอนัด APN ที่เกี่ยวกับเครื่องช่วยหายใจและ RT Nurse (12 ก.ย.57 ได้นำเสนอแผนงานกับ PCT Ventilator ศัลยกรรมแล้ว) 11. ให้ APN Nurse คุยกับ ผช. IT เพื่อเปิด log in เพื่อสะดวกในการดูข้อมูล
		พว.สุนันทา สกูลดี **APN Critical Care** **MICU**	1.ดูแลผู้ป่วยกลุ่ม STEMI 2.จำนวนวันนอนที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น วิเคราะห์ว่าเป็นเพราะผู้ป่วยมีความซับซ้อนของโรคมากขึ้น แต่การเก็บข้อมูลไม่ได้มีการแยกการเก็บข้อมูล 3.มีตัวชี้วัดกลุ่ม STEMI (ทำร่วมกับแพทย์) ตัวชี้วัดเช่น กับรพ.เมโย เรามีการเปรียบเทียบในทุกตัวชี้วัดหรือไม่ ตัวเลขเป็นอย่างไร ควรมีการนำเสนอค่าตัวเลขให้เห็นชัดเจน 4. ควรรู้ว่าศูนย์โรคหัวใจมีการ benchmark กับรพ.เมโย ตอนนี้ผลเป็นอย่างไร เพราะเราเคยทำได้ผลดี 5.การเกิด hematoma ให้ RCA กลับไปดูด้วย เช่น ค่า Lab ก่อนทำเป็นอย่างไร 6.Complication ย้อนหลังปี 2555 /2556 เป็นอย่างไรเปรียบเทียบกันอาจจะเป็นจำนวนรายเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด

แผนงาน/โครงการ	ดัชนีชี้วัดความสำเร็จและเป้าหมาย	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2556 - กันยายน 2557	
			7. ทำอย่างไรจึงจะรู้ว่ามีจำนวนผู้ป่วย STEMI ทั้งหมดในโรงพยาบาล 8.ใน slide ให้ใส่ตัวชี้วัดและเป้าหมายด้วย 9. ใน slide การทบทวนเคส แล้วควรเขียนแผนไว้ว่าจะทำอย่างไรต่อไป 10.ข้อมูลเลิกบุหรี่ ทำได้ดีให้เขียนไว้ด้วยว่าทำอย่างไร
		พว.คุณวาสนา ธรรมศิริพงษ์ **หอผู้ป่วย SICU** APN critical care	1.เรื่องเฝ้าระวังภาวะวิกฤติ ค้นหาความผิดปกติ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน 2.การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการทำหัตถการพิเศษ แบบใหม่ เช่น Therapeutic hypothermia / ECMO ใช้แต่เกิดเป็น pressure sore 3. วางแผนปรับปรุง outcome การดูแลในเชิงการพยาบาลมากขึ้น เช่น การวางแผนเพื่อเก็บตัวชี้วัดทางการพยาบาล โดยเฉพาะเรื่องการจัดการความปวดที่มีความปวดในระดับมาก 4.กระบวนการจัดการความปวด : เราน่าจะสามารถดูได้จากในระบบ HIS เพราะตามข้อมูลพบว่าผู้ป่วยยังมีค่า pain สูงอยู่ 5. การนำเสนอใน slide ควรเขียนให้เห็นตัวชี้วัด วัดอะไร เป้าหมายเท่าไหร่ 6. ตัวชี้วัดจะเลือกเอาเป็นวัด process หรือวัด outcome เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบกับหน่วยงานอื่นได้ กลุ่มนี้การจัดการ pain ได้ค่อนข้างยาก เพราะเป็นผู้ป่วยระบบ Neuro ไม่กล้าให้ยาลด pain มากเกินไป หรือควรปรึกษากับแพทย์สร้าง guideline ว่าเราจะสามารถเพิ่มยาลดปวดได้อีกเท่าไหร่ เช่น ผู้ป่วย multiple injury 7.ให้ APN Trauma 2 กลุ่มมานำเสนอพร้อมกัน 8. ตัวชี้วัดได้รับการจัดการความปวดทุกกี่ชั่วโมง วัดตัวชี้วัดความพึงพอใจของพยาบาล / ของญาติ / ของผู้ป่วย

แผนงาน/โครงการ	ดัชนีชี้วัดความสำเร็จและเป้าหมาย	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2556 - กันยายน 2557	
			9. Un expect complication ให้เลือกมานำเสนอ ตัวสำคัญ ๆ เราสามารถ detect ก่อนเกิดได้กี่ราย
		พว.กมลรัตน์ ดินกามิน APN CA Breast	1.จะหาแกนนำ CA Breast 2. การทำวิจัย ให้ศึกษาในกลุ่มที่กำลังรักษาหรือกลุ่ม Survival **3.** ผู้ป่วย OPD ได้รับการดูแลน้อยเนื่องจากช่วงเวลาออก OPD คือ 8-12 น ผู้ป่วยมาตามระบบนัดทำให้ไม่ได้เจอผู้ป่วยล่วงหน้า ถูกจำกัดระยะเวลาการคุยเนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหามาก 4. ผู้ป่วย IPD การดูแลผู้ป่วยที่เป็น palliative ยังทำไม่ได้เต็มที่ 5.Lymphidema ควรมีการแบ่งระยะการดูแล เพราะเป็นบทบาทของ Nurse 6. ความถี่และความชุกของปัญหาที่ได้รับการปรึกษา ควรมีการระบุไว้ อันไหนพบมากสุด เพื่อนำมาวางแผนต่อเนื่อง 7. วางแผนรณรงค์ให้บุคลากรคัดกรองมะเร็งเต้านมอย่างไร
		พว.อุมา จันทวิเศษ APN กลุ่มผู้ป่วย Stroke	1.ใช้ตัวชี้วัดของ THIP 2. ตัวชี้วัดที่เป็นระดับนานาชาติเป็นอย่างไร 3.สามารถดูแลผู้ป่วย stroke ได้ทั้งหมดในโรงพยาบาลหรือไม่ ได้สอนน้องพยาบาลให้ดูแลได้หรือไม่ 4.เอาระบบ lean มาจับดูว่า ทำอย่างไรให้ได้รับยาได้เร็วขึ้น ปัญหาส่วนใหญ่อยู่ที่ผู้ดูแลไม่สามารถตัดสินใจได้ 5.ผู้ป่วยที่ต้องไปได้รับยาที่นอก ICU ได้ตามไปดูผู้ป่วยหรือไม่ และผลการดูแลเป็นอย่างไร

<table>
<tr><th>แผนงาน/โครงการ</th><th>ดัชนีชี้วัดความสำเร็จ และเป้าหมาย</th><th colspan="2">รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2556 - กันยายน 2557</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>6.อยากให้ขยายงาน มีระบบอะไรที่รองรับ มีเครือข่ายที่รองรับ งานที่เข้าสู่ระบบแล้ว ให้ก้าวออกมาช่วยหอผู้ป่วยอื่นด้วย</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>คุณสุพัตรา อุปนิสากร
APN : Critical Care
หอผู้ป่วย MICU</td><td>Nursing outcome sepsis
1. การเก็บค่าใช้จ่าย มีค่า interfere มาก
2. ดูภาวะแทรกซ้อน
3. สิ่งที่จะทำเพิ่ม : พบเชื้อ
4. การบริหารเวลา
5. การพัฒนาทีมให้เข้มแข็ง</td></tr>
<tr><td>2. สร้างทีมการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับศูนย์ความเป็นเลิศ ครอบคลุมทุกสาขา
2.1 ค้นหา Talent /พัฒนาสู่ความเป็นผู้นำทางคลินิก (เช่น อบรม ดูงาน ศึกษาต่อทั้งในและต่างประเทศ)

2.2 พัฒนาหอผู้ป่วยให้เป็นเลิศด้านต่างๆที่สอดคล้องกับศูนย์ความเป็นเลิศ</td><td>- จำนวน Talent /ผู้นำทางคลินิก (Cardio, มะเร็ง, Palliative, Trauma, Stroke)
- จำนวนหอผู้ป่วย</td><td colspan="2">- ไม่ได้ดำเนินงาน

- จำนวนหอผู้ป่วยที่เป็นเลิศ ด้าน Palliative Care วันที่ 16-31 พฤษภาคม 2557 walk round ค้นหา good practice ของหอผู้ป่วย (รายละเอียดดังแนบ) เพิ่มรางวัลของหอผู้ป่วย
ข้อเสนอแนะ
- กำหนดเกณฑ์ความเป็นเลิศทางด้านบริการคลินิกร่วมกับ PCT ด้านวิชาการ ด้านวิจัยหรือการมีนวัตกรรมฯลฯ</td></tr>
</table>

แผนงาน/โครงการ	ดัชนีชี้วัดความสำเร็จและเป้าหมาย	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2556 - กันยายน 2557
3. สร้างงานวิจัยที่สอดคล้องกับศูนย์ความเป็นเลิศ	- จำนวนงานวิจัย	- รายงานผลการดำเนินงานของ ผช.วิชาการ วิจัย และการเรียนรู้
4. ส่งเสริมการนำเครื่องมือคุณภาพมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล เช่น Lean, R2R	- จำนวนหน่วยงานที่นำเครื่องมือคุณภาพมาใช้	- หน่วยงานที่นำเครื่องมือคุณภาพมาใช้ วันที่ 16-31 พฤษภาคม 2557 walk round ค้นหา good practice ของหอผู้ป่วย (รายละเอียดดังแนบ หน้า 36-47)
5. สร้างและส่งเสริมการนำ EBP, CNPG แนวปฏิบัติมาใช้	- จำนวนหน่วยงานที่สร้างและนำ EBP, CNPG มาใช้	- หน่วยงานที่สร้างและนำ EBP, CNPG มาใช้ วันที่ 16-31 พฤษภาคม 2557 walk round ค้นหา good practice ของหอผู้ป่วย (รายละเอียดดังแนบ หน้า 36-47)
6. พัฒนาระบบการมอบหมายงาน เช่น การจัดการรายกรณี (Case management), ระบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้(primary nursing), ระบบการดูแลเป็นรายบุคคล (Case Method/Total Patient Care), ระบบการทำงานเป็นทีม (Team Nursing)	- ร้อยละของหอผู้ป่วยที่มีการพัฒนารูปแบบการมอบหมายงาน	- ยังไม่มีการดำเนินการพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานพยาบาล แต่จากที่ประชุมทีมบริหารฝ่ายบริการพยาบาล ครั้งที่ 7/2557 สรุปให้เป็นการศึกษารูปแบบระบบมอบหมายงานพยาบาลของหอผู้ป่วย/หน่วยงาน ฝ่ายบริการพยาบาล สรุปการประเมินระบบมอบหมายงานพยาบาลของหอผู้ป่วย ดังนี้ ศึกษารูปแบบการมอบหมายงานพยาบาล จำนวน 47 หอผู้ป่วย พบว่า รูปแบบการจัดระบบมอบหมายงานเดิมส่วนใหญ่ใช้แบบทีมรวมกับแบบตามหน้าที่ จำนวน 19 หอผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 40.43 รองลงมาคือแบบทีม (Team Method) จำนวน 9 หอผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 19.15 ส่วนรูปแบบที่ไม่มีหอผู้ป่วยใดใช้เลย มี 2 รูปแบบคือ แบบพยาบาลเจ้าของไข้ (Primary Nursing Method) และแบบการจัดการทางการพยาบาลรายกรณี (Nursing Case Management Method) ในช่วง 1-2 ปี หน่วยงานที่ได้ปรับเปลี่ยนระบบมอบหมายงาน มีจำนวน 14 หอผู้ป่วย คิดเป็น ร้อยละ 29.78 และไม่ได้ปรับเปลี่ยนระบบมอบหมายงาน มีจำนวน 33 หอผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 70.21 โดยปรับเปลี่ยนระบบงานเป็นแบบทีมรวมกับแบบตามหน้าที่จำนวน 6 หอผู้ป่วยซึ่งใน 3 หอผู้ป่วยจะมี D/C planner ให้ความรู้คำแนะนำผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่อง แบบทีมรวมกับพยาบาลเจ้าของไข้จำนวน 3 หอผู้ป่วย แบบรายบุคคลรวมกับแบบทีม

แผนงาน/โครงการ	ดัชนีชี้วัดความสำเร็จและเป้าหมาย	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2556 - กันยายน 2557
		จำนวน 2 หอผู้ป่วย แบบทีมรวมกับแบบการจัดการทางการพยาบาลรายกรณี จำนวน 1 หอผู้ป่วยและแบบพยาบาลเจ้าของไข้ร่วมกับมีคู่ทีมช่วยจำนวน 1 หอผู้ป่วย ในส่วนของห้องผ่าตัดมอบหมายงานพยาบาล OR กลุ่ม Float ไปหมุนเวียนเพื่อเพิ่มพูนทักษะในบางแผนกที่ซับซ้อนเป็นรูปแบบที่เป็นลายลักษณ์อักษรจัดไว้ล่วงหน้า 1 เดือน สมาชิกทีมมีความพึงพอใจระบบการมอบหมายงานใหม่ อยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 2.93, SD = 0.37) - จัด KM ระบบการมอบหมายงาน วันที่ 30 เมษายน 2557 มีผู้เข้าร่วม 69 คน 34 หอผู้ป่วย ผลการประเมินผู้เข้ารับการอบรมส่วนใหญ่บรรลุตามที่คาดหวัง โดยได้รับแนวคิด ความรู้ในระบบการมอบหมายงานแบบต่าง ที่มีหลายรูปแบบ ได้ทราบถึงข้อดี ข้อจำกัดของการมอบหมายงานแบบต่างๆ มีความเข้าใจในระบบการมอบหมายงานมากขึ้นและจะนำไปประยุกต์ใช้ตามความเหมาะสมของหน่วยงาน
7. ทบทวน /พัฒนามาตรฐานทางการพยาบาล และทบทวน/สร้างแบบฟอร์มประกันคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลระดับฝ่ายบริการพยาบาล (Patient safety : SIMPLE)	- จำนวนมาตรฐานทางการพยาบาลได้รับการทบทวน - จำนวนแบบฟอร์มของการประกันคุณภาพในระดับฝ่ายบริการพยาบาลที่ได้รับการทบทวน	- ทบทวนมาตรฐาน2 เรื่องคือ การให้สารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย และการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ - ทบทวนแนวปฏิบัติและแบบประกันคุณภาพ เพื่อป้องกันและจัดการการเกิด Phlebitis และ Extravasation ยังไม่เสร็จ 1.ทบทวนแบบประเมินคุณภาพ ของฝ่ายการพยาบาลสำเร็จ 4 เรื่อง 1.1 แบบประเมินคุณภาพ : การให้สารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย 1.2 แบบประเมินคุณภาพ : การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ 1.3แบบประเมินคุณภาพ : การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือด 1.4 แบบประเมินคุณภาพ: การจัดการความปวด 2.แลกเปลี่ยนเรียนรู้มาตรฐานเพื่อเตรียมประกันคุณภาพในระบบHISโดยเชิญวิทยากรจากหน่วยคอมพิวเตอร์มาแนะนำการสร้างแบบฟอร์มเก็บข้อมูลคุณภาพในระบบ HIS เมื่อวันที่ 9 เมษายน 2557 เวลา 13.30 – 15.30 น. ห้องคอมพิวเตอร์ ชั้น 6 มีผู้เข้าอบรมทั้งหมด 40 รายได้รับแบบประเมินจำนวน 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 65.00 ผลการประเมินโครงการ ทุกหัวข้อที่ประเมิน ผู้เข้าอบรมแสดงความเห็นส่วนใหญ่ มีระดับความพึงพอใจระดับดี

แผนงาน/โครงการ	ดัชนีชี้วัดความสำเร็จและเป้าหมาย	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2556 - กันยายน 2557
	- จำนวนแบบฟอร์มที่สร้างใหม่	ความรู้ ความเข้าใจ : ก่อนและหลังการ KM ของผู้เข้าอบรมอยู่ในระดับดี ส่วนการประยุกต์ใช้นำสู่การปฏิบัติของผู้เข้าอบรมอยู่ในระดับดีมาก *<u>หลังอบรมเมื่อจะนำไปใช้พบปัญหาเรื่องการเข้าถึงข้อมูล/การปกปิดความลับของผู้ป่วยได้ประสานงานเพื่อให้ผู้เยี่ยวข้องดำเนินการแก้ไข</u>* 3.แจ้งหอผู้ป่วยต่างๆเกี่ยวกับแผนการประเมินคุณภาพ 4. ดำเนินการประกันคุณภาพ 4 เรื่องคือ 4.1 การให้สารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย 4.2 การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ 4.3 การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือด 4.4 การจัดการความปวด - เรื่องใหม่ยังไม่ได้ดำเนินการ
8. ประกันคุณภาพการปฏิบัติตามมาตรฐาน/ แนวปฏิบัติทางการพยาบาล (CNPG)	- จำนวนเรื่องมาตรฐานหรือแนวปฏิบัติที่ได้รับการประกันคุณภาพ	ดำเนินการประกันคุณภาพ 4 เรื่องคือ 4.1 การให้สารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 18-30 มิถุนายน 2557 จำนวน 321 ชุด โดยตั้งเกณฑ์ต้องผ่านการประเมิน 100% พบว่าการปฏิบัติการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลายทุกข้อไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ซึ่งข้อที่ปฏิบัติมากที่สุดคือไม่นำเข็มฉีดยามาใช้แทนเข็ม AIR ร้อยละ 99.69 รองลงมาไม่มีการรั่วซึมของสารละลายบริเวณที่แทงเข็มและไม่มีฟองอากาศในสาย IV ร้อยละ 99.38 ส่วนข้อที่ปฏิบัติน้อยที่สุดคือ มีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับอันตรายที่เกิดจากการได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำเร็วมากกว่าที่กำหนดร้อยละ76.60 4.2 การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 18-30 มิถุนายน 2557 จำนวน 183 ชุด โดยตั้งเกณฑ์ต้องผ่านการประเมิน 100%

<table>
<tr><th>แผนงาน/โครงการ</th><th>ดัชนีชี้วัดความสำเร็จ และเป้าหมาย</th><th>รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2556 - กันยายน 2557</th></tr>
<tr><td>8.1 ทบทวน /สร้างแบบฟอร์ม และประกันคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล ระดับสาขา</td><td>- จำนวนเรื่องที่ได้รับการประกันคุณภาพของแต่ละสาขา</td><td>พบว่าการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะมีเพียง 3 ข้อ ที่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด คือการดูแลสายสวนให้อยู่ในระบบปิดตลอดเวลา การดูแลสายสวนไม่ให้หัก พับ งอ และขณะเทปัสสาวะ ไม่ให้ท่อเปิด urine bag สัมผัสกับขวดหรืออุปกรณ์ที่ใช้ตวงปัสสาวะ ส่วนการ Reminder การคาสายสวนปัสสาวะเมื่อครบ 3 วัน มีการปฏิบัติน้อยที่สุด คือร้อยละ 71.68
4.3 การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือด
กำลังดำเนินการเก็บข้อมูล 15กย 57-15 ตค.57
4.4 การจัดการความปวด
กำลังดำเนินการเก็บข้อมูล 15กย 57-15 ตค.57
- ดำเนินการรวบรวม CNPG
<table>
<tr><th rowspan="2">ตัวชี้วัดหลัก</th><th rowspan="2">เป้าหมาย</th><th colspan="4">ผลลัพธ์</th></tr>
<tr><th>ต.ค.-ธ.ค.56</th><th>ม.ค.-มี.ค.57</th><th>เม.ย.-มิ.ย.57</th><th>ก.ค.-ก.ย.57</th></tr>
<tr><td>2 ด้านอัตราเสี่ยงของการติดเชื้อในโรงพยาบาล</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>- การติดเชื้อในกระแสโลหิตจากการสอดใส่สายในเส้นเลือด (CR-BSI)</td><td rowspan="3">≤ 50 %% ของ NHSN
BSI = 1.1
UTI = 1.6
VAP = 1.0</td><td>1.3</td><td>1.46</td><td>1.98</td><td>ยังไม่รายงานผล</td></tr>
<tr><td>- การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวน (CA-UTI)</td><td>2.3</td><td>2.61</td><td>2.73</td><td>ยังไม่รายงานผล</td></tr>
<tr><td>- ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP)</td><td>1.22</td><td>0.72</td><td>0.83</td><td>ยังไม่รายงานผล</td></tr>
<tr><td>- SSI</td><td>SIR ≤ 1</td><td>0.74</td><td>0.74</td><td>ยังไม่รายงานผล</td><td>ยังไม่รายงานผล</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

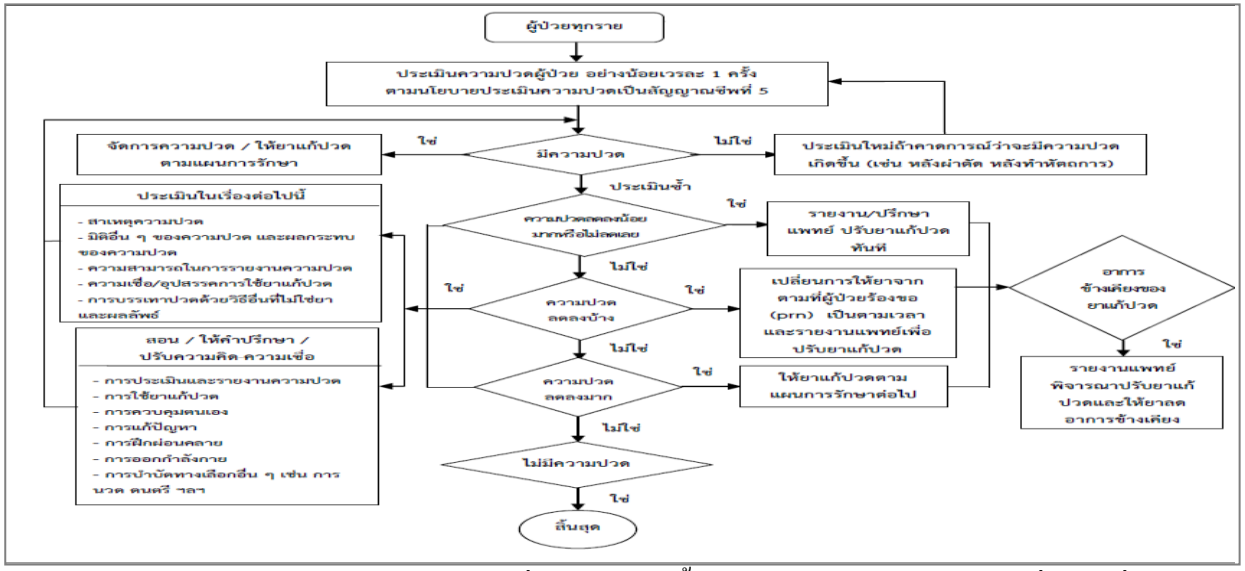
แผนงาน/โครงการ	ดัชนีชี้วัดความสำเร็จ และเป้าหมาย	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2556 - กันยายน 2557
		- MDR (Multiple drug resistance organisms) การติดเชื้อดื้อยาหลายขนาน (ม.ค.55-ก.ค.57) ● CRE (Carbapenem Resistant Enterobacteriaceae) จำนวน 70 ราย ● VRE (Vancomycin resistant enterococci) จำนวน 19 ราย ● C.Diff (Clostridium difficile) ● PMC (Pseudomembranous colitis) **การควบคุมการติดเชื้อ** 1. จัดโครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การบริการพยาบาล เรื่อง การควบคุมการติดเชื้อดื้อยาหลายขนาน (MDR: CRE, VRE, PMC, C.diff, ฯลฯ) เมื่อ 23 กรกฎาคม 2557 เวลา 13.30-15.30 น. ณ ห้อง MED 527 อาคารแพทยศาสตร์ศึกษาราชนครินทร์ มีพยาบาลเข้าร่วมกิจกรรม 67 ราย ได้รับแบบประเมินจำนวน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 95.52 ผลการประเมินโครงการ (คะแนนเต็ม 4) ความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (3.66±0.45) ผู้เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้มีความรู้ความเข้าใจก่อน KM ในระดับมาก (2.70±0.58) และหลัง KM ในระดับมากที่สุด (3.64±0.48) โดยความรู้ความเข้าใจหลังการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p<.001 และสามารถนำไปประยุกต์ใช้สู่การปฏิบัติในระดับมากที่สุด (3.67±0.47) **การบรรเทาทุกข์ด้านความปวด** 2. จัดโครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การบริการพยาบาล เรื่อง การจัดการความปวด เมื่อ 7 พฤษภาคม 2557 เวลา 13.30-15.30 น. ณ ห้องประชุมฝ่ายบริการพยาบาล มีพยาบาลเข้าร่วมกิจกรรม 56 ราย ได้รับแบบประเมินจำนวน 42 ราย คิดเป็นร้อยละ 75 ผลการประเมินโครงการ (คะแนนเต็ม 4) ความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (3.06±0.50) ผู้เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้มีความพึงพอใจก่อน KM ในระดับมาก (2.62±0.58) และหลัง KM ในระดับมากที่สุด (3.31±0.56) โดยความรู้ความเข้าใจหลังการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p<.001 และสามารถนำไปประยุกต์ใช้สู่การปฏิบัติในระดับมากที่สุด (3.26±0.59) สรุปบทเรียนจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ “การจัดการความปวด” เวียนแจ้ง 21 กรกฎาคม 2557

<table>
<tr><th>แผนงาน/โครงการ</th><th>ดัชนีชี้วัดความสำเร็จ
และเป้าหมาย</th><th>รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2556 - กันยายน 2557</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>3. เก็บข้อมูลเทียบเคียงการจัดการความปวดมะเร็ง (มกราคม-พฤษภาคม 2557) ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล จำนวน 88 ราย ส่งให้ชมรมเครือข่ายพัฒนาการพยาบาล 5 มิถุนายน 2557 เพื่อทำการเทียบเคียงตัวชี้วัดการจัดการความปวดกับ 13 โรงพยาบาลที่เข้าร่วม ผลการเทียบเคียง ร.พ.สงขลานครินทร์ ผ่านเกณฑ์ 3 ตัวชี้วัด จาก 15 ตัวชี้วัด สรุปผลการเทียบเคียงตัวชี้วัดการจัดการความปวดมะเร็ง ปี 2557 ดังตาราง
<table>
<tr><th rowspan="2">ตัวชี้วัด
การจัดการความปวดมะเร็ง</th><th rowspan="2">เป้าหมาย</th><th rowspan="2">ร.พ.
สงขลานครินทร์</th><th colspan="2">ผลการเทียบเคียง ของ ร.พ.ม.อ.</th></tr>
<tr><th>ระดับมหาวิทยาลัย
7 ร.พ.
(ข้อมูลไม่ครบ 1 โรง)</th><th>ทั้งหมด 13 ร.พ.
(ข้อมูลบางข้อไม่ครบ 1 โรงพยาบาล)</th></tr>
<tr><td>1. มีการบันทึกความรุนแรงของความปวดอย่างน้อย 3 ครั้ง ใน 24 ชั่วโมง</td><td>≥90 %</td><td>97.70 %</td><td>ลำดับที่ 4/7</td><td>ลำดับที่ 6/13</td></tr>
<tr><td>2. มีการบันทึกตำแหน่งที่ปวดในบันทึกทางการพยาบาล</td><td>≥90 %</td><td>97.70 %</td><td>ลำดับที่ 3/7</td><td>ลำดับที่ 6/13</td></tr>
<tr><td>3. การประเมินความปวดซ้ำหลังการจัดการความปวดในกรณีที่มี breakthrough pain</td><td>≥90 %</td><td>87.50 %</td><td>ลำดับที่ 7/7</td><td>ลำดับที่ 11/13</td></tr>
<tr><td>4. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีระดับความรบกวนของความปวดต่อการทำกิจกรรมบนเตียงที่ระดับ < 3 เช่น การพลิกตัวบนเตียง การลุกนั่งบนเตียง</td><td>≥80 %</td><td>34.10 %</td><td>ลำดับที่ 5/6</td><td>ลำดับที่ 10/12</td></tr>
<tr><td>5. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีระดับความรบกวนของความปวดต่อการทำกิจกรรมนอกเตียงที่ระดับ < 3</td><td>≥80 %</td><td>45.60 %</td><td>ลำดับที่ 3/6</td><td>ลำดับที่ 6/12</td></tr>
<tr><td>6. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีระดับความรบกวนของความปวดต่อการนอนหลับอย่างต่อเนื่องที่ระดับ <3</td><td>≥80 %</td><td>42.50 %</td><td>ลำดับที่ 5/6</td><td>ลำดับที่ 10/12</td></tr>
<tr><td>7. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีระดับความรบกวนของความปวดต่อการเข้านอนที่ระดับ < 3</td><td>≥80 %</td><td>39.80 %</td><td>ลำดับที่ 5/6</td><td>ลำดับที่ 10/12</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

แผนงาน/โครงการ	ดัชนีชี้วัดความสำเร็จและเป้าหมาย	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2556 - กันยายน 2557

8. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการบรรเทาความปวดจากการรักษา/บำบัดความปวดใน 24 ชั่วโมง > 30%	≥80 %	95.50 %	ลำดับที่ 3/6	ลำดับที่ 6/12
9. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับกระตุ้นให้รักษา/บำบัดความปวดแบบไม่ใช้ยาจากพยาบาล (เป็นบางครั้ง-บ่อยครั้ง)	≥80 %	79.10 %	ลำดับที่ 5/6	ลำดับที่ 10/12
10. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีความพึงพอใจต่อการรักษา/บำบัดความปวดในระดับพอใจมาก-พอใจมากที่สุด				
10.1 การช่วยเหลืออย่างรวดเร็วจากพยาบาลเมื่อมีความปวด	≥90 %	84.10 %	ลำดับที่ 4/7	ลำดับที่ 4/13
10.2 การประเมินและสอบถามอาการปวดอย่างสม่ำเสมอ	≥90 %	88.60 %	ลำดับที่ 4/7	ลำดับที่ 6/13
10.3 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการประเมินและการบอกระดับความปวด	≥90 %	89.75 %	ลำดับที่ 2/7	ลำดับที่ 4/13
10.4 การให้ข้อมูลเรื่องวิธีจัดการความปวด	≥90 %	67.10 %	ลำดับที่ 4/7	ลำดับที่ 7/13
10.5 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์ของยา	≥90 %	66.70 %	ลำดับที่ 6/7	ลำดับที่ 9/13
10.6 ความพึงพอใจโดยรวมต่อการจัดการความปวด	**≥90 %**	**81.80 %**	**ลำดับที่ 5/7**	**ลำดับที่ 9/13**

4. จัดโครงการสัมมนาคณะกรรมการบริหารความปวดและอนุกรรมการจัดการความปวด วันที่ 8 มิถุนายน 2557 ณ ศูนย์ทรัพยากรการเรียนรู้ ผู้เข้าร่วมสัมมนาจำนวน 44 คน ได้รับแบบประเมินจำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 79.55 ผลการประเมินโครงการ (คะแนนเต็ม 4) ผู้เข้าร่วมสัมมนาแสดงความเห็นในการประเมินโครงการของทุกหัวข้อและในภาพรวมอยู่ในระดับความพึงพอใจมากที่สุด

แผนงาน/โครงการ	ดัชนีชี้วัดความสำเร็จและเป้าหมาย	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2556 - กันยายน 2557
		5. จัดทำ (ร่าง) นโยบายและแนวปฏิบัติการจัดการความปวด อยู่ในระหว่างดำเนินการ  จัดโครงการอบรมการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรัง 2 รุ่น จำนวน 147 คน รุ่นที่ 1 วันที่ 12 มิถุนายน 2557 ผู้เข้าอบรม 74 คน ได้รับแบบประเมินจำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 71.62 และรุ่นที่ 2 วันที่ 13 มิถุนายน 2557 ผู้เข้าอบรม 73 คน ได้รับแบบประเมินจำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 68.49 การประเมินโครงการ (คะแนนเต็ม 4) ผลการประเมินของทุกหัวข้อและในภาพรวมทั้ง 2 รุ่น ผู้เข้าร่วมสัมมนาแสดงความเห็นอยู่ในระดับความพึงพอใจมากที่สุด จัดโครงการอบรมการจัดการความปวดผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด 2 รุ่น จำนวน 170 คน รุ่นที่ 1 วันที่ 24 มิถุนายน 2557 ผู้เข้าอบรม 93 คน ได้รับแบบประเมินจำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 73.12 และรุ่นที่ 2 วันที่ 25 มิถุนายน 2557 ผู้เข้าอบรม 77 คน ได้รับแบบประเมินจำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 75.32 การประเมินโครงการ (คะแนนเต็ม 4) ผลการประเมินของทุกหัวข้อและในภาพรวมทั้ง 2 รุ่น ผู้เข้าร่วมสัมมนาแสดงความเห็นอยู่ในระดับความพึงพอใจมากที่สุด

แผนงาน/โครงการ	ดัชนีชี้วัดความสำเร็จ และเป้าหมาย	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2556 - กันยายน 2557
		สรุปรายงานผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการพยาบาลที่ได้รับตามสิทธิผู้ป่วย ปี 2556 (เก็บข้อมูลผู้ป่วยใน ระยะเวลา 3 เดือน ระหว่าง ก.ค.-ก.ย.56 จำนวน 1,228 ชุด เก็บข้อมูลผู้ป่วยนอก ระยะเวลา 5 เดือน ระหว่าง ก.ค.-พ.ย.56 จำนวน 2,083 ชุด) เป้าหมาย ≥4.5 เวียนแจ้งผลการประเมินเมื่อ 29 สิงหาคม 2557 ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการพยาบาลที่ได้รับตามสิทธิผู้ป่วยของผู้ป่วยใน โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.29,S.D.=0.51) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการพยาบาลที่ได้รับตามสิทธิผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด 7 ข้อ และอยู่ในระดับมาก 3 ข้อ โดยข้อที่มีความพึงพอใจมากที่สุด คือ ข้อที่ 3 ได้รับความช่วยเหลือจากแพทย์และ/หรือพยาบาล เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินขึ้นกับท่าน ($\bar{X}$ = 4.48,S.D.=0.59) ส่วนข้อที่มีความพึงพอใจน้อยสุด คือ ข้อที่ 6 มีสิทธิ์ขอความเห็นจากผู้อื่นที่ไม่ได้ให้การดูแลหรือรักษาพยาบาลในขณะนั้นและขอเปลี่ยนผู้ให้บริการหรือสถานบริการได้ ($\bar{X}$ = 3.96 ,S.D.= 0.85) หอผู้ป่วยที่ได้รับคะแนนประเมินในระดับมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ SRCU (4.80) , ฉบ.11 และตา (4.56), ฉบ.12 (4.48) ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการพยาบาลที่ได้รับตามสิทธิผู้ป่วยของผู้ป่วยนอก โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.13, S.D. = 0.55) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการพยาบาลที่ได้รับตามสิทธิผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก 8 ข้อ และอยู่ในระดับมากที่สุด 2 ข้อ โดยข้อที่มีความพึงพอใจมากที่สุด คือข้อที่ 5 การมีป้ายแสดง ชื่อ-สกุล ตำแหน่งที่ชัดเจนของผู้ที่ให้การดูแลท่านและทราบชื่อแพทย์ที่รักษา ($\bar{X}$ = 4.35, S.D. = 0.70) ส่วนข้อที่มีความพึงพอใจน้อยสุด คือ ข้อที่ 6 มีสิทธิ์ขอความเห็นจากผู้อื่นที่ไม่ได้ให้การดูแลหรือรักษาพยาบาลในขณะนั้น และขอเปลี่ยนผู้ให้บริการหรือสถานบริการได้ ($\bar{X}$ = 3.91 ,S.D.= 0.80) หน่วยงานที่ได้รับคะแนนประเมินในระดับมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ SDC (4.56) , OR ใหญ่ (OPD case 4.39) , OR เล็ก (4.37)

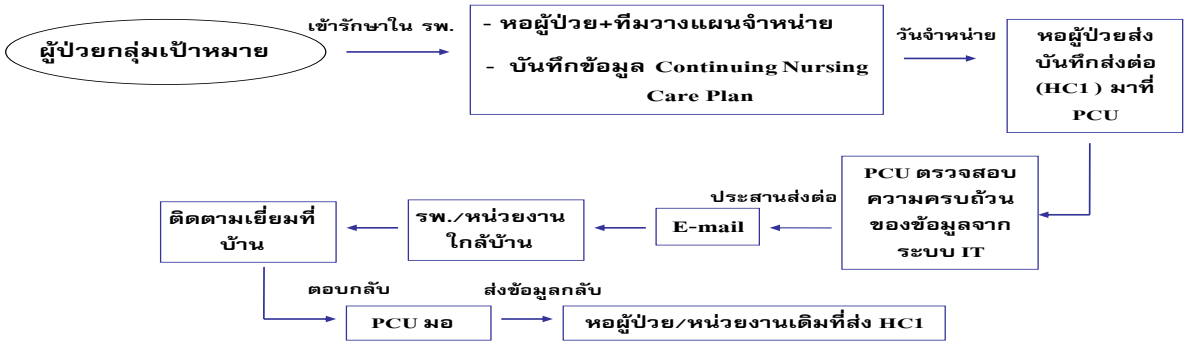
<table>
<tr><th>แผนงาน/โครงการ</th><th>ดัชนีชี้วัดความสำเร็จ และเป้าหมาย</th><th>รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2556 - กันยายน 2557</th></tr>
<tr><td></td><td>- ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย (VAP, BSI, UTI, Bedsore, พลัดตก ลื่น หกล้ม, การบาดเจ็บจาก restraint, การบ่งชี้, ความคลาดเคลื่อนในการให้ยา, การติดเชื้อดื้อยา, บรรเทาทุกข์ความปวด)</td><td>- KM การป้องกันการติดเชื้อ BSI, UTI วันที่ 7 มีนาคม 2557
- เก็บข้อมูลเทียบเคียงเครือข่ายความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง เดือนมกราคม – พฤษภาคม 2557
- KM การจัดการความปวด 7 พฤษภาคม 2557
- จัดอบรมการจัดการความปวดเรื้อรัง 12-13 มิถุนายน 2557 2 รุ่น
- จัดอบรมการจัดการความปวดหลังผ่าตัด 24-25 มิถุนายน 2557 2 รุ่น
- จัดสัมมนาการจัดการความปวด 8 มิถุนายน 2557
กระตุ้น Pain Management โดยการเยี่ยมตรวจหน้างาน ทุกหอผู้ป่วย เพื่อให้คำแนะนำการประเมินและการบันทึกการจัดการความปวด
- KM การป้องกันการติดเชื้อ BSI, UTI วันที่ 7 มีนาคม 2557 ผู้เข้าร่วม 73 คน ผลการประเมินโดยรวม อยู่ในระดับดี
- เก็บข้อมูลเทียบเคียงเครือข่ายความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง เดือนมกราคม – พฤษภาคม 2557
<table>
<tr><th rowspan="2">ตัวชี้วัดหลัก</th><th rowspan="2">เป้าหมาย</th><th colspan="2">ผลลัพธ์</th></tr>
<tr><th>ต.ค.-ธ.ค. งปม 57</th><th>ม.ค.-มี.ค งปม.57</th></tr>
<tr><td>1 ด้านความเสี่ยงของผู้ป่วยต่อการตก เตียง ลื่น หกล้ม</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>- จำนวนผู้ป่วยตกเตียง/1000 วันนอน</td><td>0.10</td><td>0.04</td><td>0.11</td></tr>
<tr><td>- จำนวนผู้ป่วยลื่น หกล้ม/1000 วันนอน</td><td>0.10</td><td>0.01</td><td>0.10</td></tr>
<tr><td>2 ด้านอัตราเสี่ยงของการติดเชื้อในโรงพยาบาล</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>- การติดเชื้อในกระแสโลหิตจากการสอดใส่สายในเส้นเลือด (CR-BSI)</td><td>≤ 50 percentile ของ NHSN</td><td>1.3*</td><td>1.46*</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>แผนงาน/โครงการ</th><th>ดัชนีชี้วัดความสำเร็จ และเป้าหมาย</th><th colspan="4">รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2556 - กันยายน 2557</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="4"><table>
<tr><td>- การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวน (CA-UTI)</td><td rowspan="2"></td><td>2.3*</td><td>2.61*</td></tr>
<tr><td>- ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP)</td><td>1.22*</td><td>0.72*</td></tr>
<tr><td>- SSI</td><td>SIR ≤ 1</td><td>0.74</td><td>0.74</td></tr>
<tr><td>3 อัตราการเกิดแผลกดทับใหม่ จำนวนแผลกดทับ</td><td>จากปีที่แล้วลดลง 10%</td><td>1.85</td><td>2.16</td></tr>
<tr><td>4 การจัดการความปวด</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>- จำนวนหอผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน การจัดการความปวด ดี - ดีมาก</td><td>70%</td><td>เก็บข้อมูลรายปี</td><td></td></tr>
<tr><td>- ความพึงพอใจต่อการจัดการความปวด</td><td>>3</td><td colspan="2">เก็บข้อมูลรายปี</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>9. พัฒนาและประกันคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล</td><td>- ร้อยละของการบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ</td><td colspan="4">- ทบทวนแบบประกันคุณภาพการบันทึก
- นำผลการ audit บันทึกทางการพยาบาลมาวิเคราะห์เพื่อหาโอกาสพัฒนา
1) ประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลตามเกณฑ์ สปสช. ผลการประเมินคุณภาพในภาพรวมดังกราฟและตาราง
2) รวบรวมสรุปประเด็นนิเทศของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ 1 ครั้ง วันที่ 4-15 ธ.ค. 2556 พบโอกาสพัฒนาหลัก คือ
- copy & paste โดยไม่แก้ไขข้อมูลให้ถูกต้องทันสมัย
- บางหอผู้ป่วยไม่ทราบว่าสามารถเข้าไปบันทึกมาตรการการป้องกันพลัดตกหกล้มในระบบ HIS ได้
- พยาบาลต้องใช้เวลาหลักลงเวรมาบันทึก Nurse's note
- บันทึกกิจกรรมการพยาบาลไว้ใน Kardex แทนการบันทึกใน Nursing intervention</td></tr>
</table>

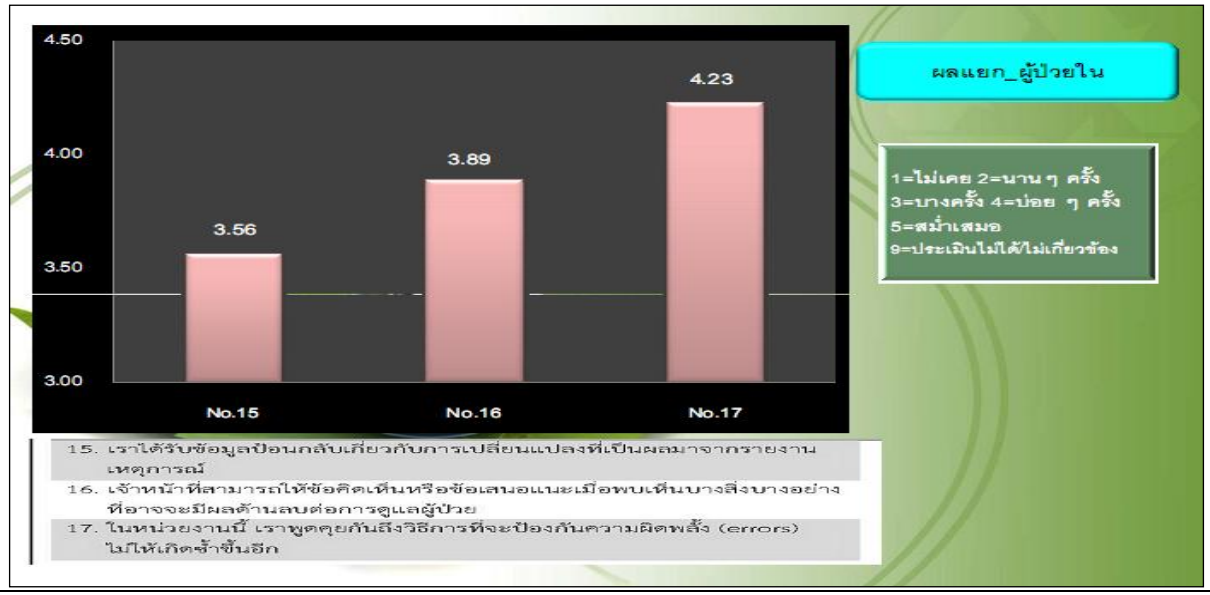
แผนงาน/โครงการ	ดัชนีชี้วัดความสำเร็จและเป้าหมาย	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2556 - กันยายน 2557
9.1 review E-Nursing form 9.2 review รูปแบบการบันทึก (focus charting, Nursing diagnosis, บรรยาย)		- กิจกรรมการพยาบาลไม่สอดคล้องกับข้อวินิจฉัย - ประเมินผลตามกิจกรรม ไม่ประเมิน outcome 3) แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล 1 ครั้ง วันที่ 30 ก.ค. 2557 เวลา 13.30 - 15.30 น. จำนวนผู้เข้าประชุม 48 คน ได้ประเด็นของการบันทึกที่ดีนอกจากการใช้หลัก Correct, Complete, Clear, Concise รายละเอียดที่ต้องเพิ่มเติม คือ - ความสอดคล้องและเป็นปัจจุบัน - ต้องจัดเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา - การเขียนว่ามีภาวะแทรกซ้อน ควรระบุให้ชัดเจน - การเขียนตัวย่อ ต้องเป็นตัวย่อที่เป็นสากล และรู้ความหมาย - พยาบาลต้องซักประวัติผู้ป่วยเองแทนการ copy ของแพทย์มาทั้งหมด 4) ทบทวนและปรับปรุงแบบประเมินคุณภาพการบันทึกของฝ่ายบริการพยาบาล ประชุมชี้แจงการใช้และประเมินคุณภาพการบันทึกตามเกณฑ์ของฝ่ายฯ (เฉพาะหอผู้ป่วยใน) ในวันที่ 19 ส.ค. 2557 ผู้เข้าร่วม 46 คน ผลของการประเมินอยู่ในระหว่างวิเคราะห์ข้อมูล - ปรับปรุงแบบฟอร์มการวางแผนจำหน่ายใน HIS - ส่งคนไปร่วมอบรมเกี่ยวกับการบันทึก แบบ Focus charting 47 คน - มีหอผู้ป่วยใช้รูปแบบการบันทึก Focus charting 2 หอผู้ป่วย นอกนั้นมีการนำแนวคิดของ Focus charting มาผสมผสานกับการบันทึก แบบ Nursing diagnosis ที่ปฏิบัติอยู่เดิม
10. พัฒนาคุณภาพการดูแลต่อเนื่อง	- ผู้ป่วยที่จำเป็น/โรคหลัก ได้รับการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง	-ฝ่ายฯ ได้กำหนดเกณฑ์ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่จำเป็นต้องวางแผนจำหน่ายเป็นรายกลุ่มโรค ได้แก่ Multiple injury, Cerebrovascular diseases (ICD I60-I69), Ischemic heart diseases (ICD I20-I25) -ปรับแบบฟอร์ม การวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและแบบสรุปการจำหน่าย (Continuing Nursing care plan and Discharge summary) ข้อ 1. เป็นผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย (ส่งต่อ หรือ ดูแล

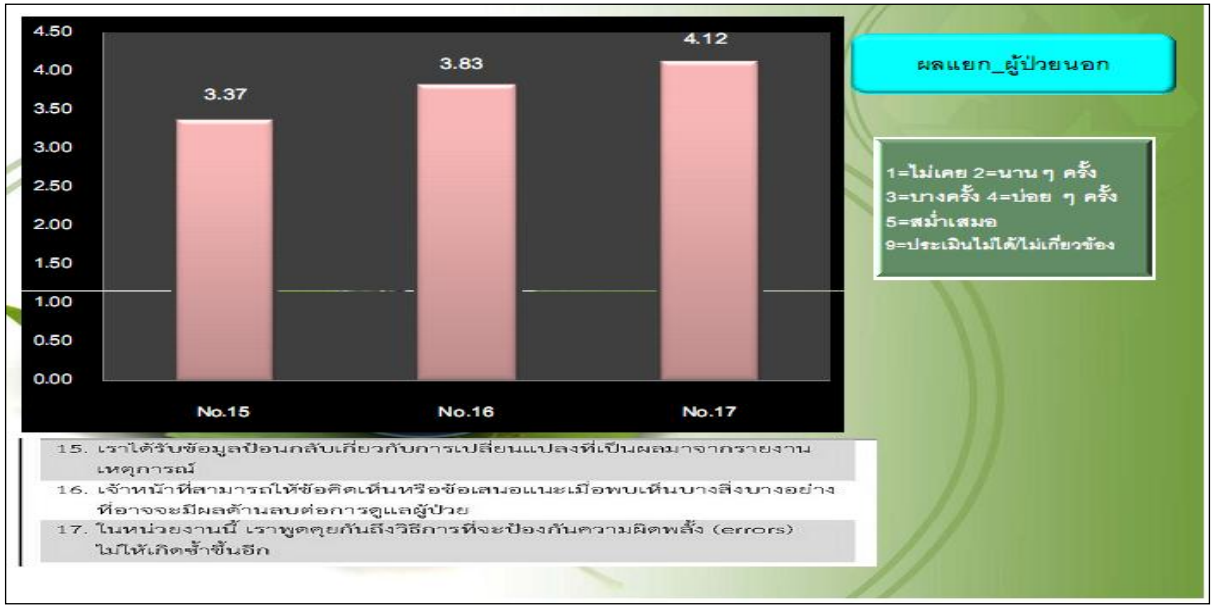
<table>
<tr><th>แผนงาน/โครงการ</th><th>ดัชนีชี้วัดความสำเร็จ และเป้าหมาย</th><th>รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2556 - กันยายน 2557</th></tr>
<tr><td></td><td>- ร้อยละของความสมบูรณ์ของแผนการจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง
- ความรู้เรื่องโรคและภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ
- ความสามารถในการดูแลตนเอง</td><td>ต่อที่บ้าน)และแบบบันทึกการให้ข้อมูล ข้อ 4. คำแนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาล ตัดข้อความ “ก่อนผ่าตัด/ขณะผ่าตัด/หลังผ่าตัด” ออก
- KM เรื่อง การวางแผนดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย วันที่ 4 มิถุนายน 2557
เวลา 13.30-15.30 น. จำนวนผู้เข้ากิจกรรม 62 คน ผลการประเมินในส่วนของหัวข้อความความเข้าใจหลังการ KM และการประยุกต์ใช้นำสู่การปฏิบัติ ผู้เข้าอบรมมีระดับความพึงพอใจระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.03และ3.14 ตามลำดับ
- อยู่ระหว่างการประสานงานกับผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายฯด้านสารสนเทศ
- ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพการรักษาพยาบาลของผู้รับบริการหลังออกจากโรงพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับ ดี ($\overline{X}$ =3.93, SD = 0.69) ร้อยละ 83.4 โดยผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ การรักษาต่อเนื่อง / การมาตรวจตามแพทย์นัด ($\overline{X}$ =4.34, SD = 0.57) มากที่สุด
- ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังออกจากโรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\overline{X}$ =4.02, SD = 0.62) ร้อยละ 80.40 โดยผู้ป่วยความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับ สามารถไปตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้งหรือมาพบแพทย์ก่อนแพทย์นัดเมื่อมีอาการผิดปกติ ($\overline{X}$ =4.33, SD = 0.64) มากที่สุด</td></tr>
<tr><td>11. พัฒนาระบบเครือข่ายบริการพยาบาลในกลุ่มโรคที่มีความซับซ้อนหรือมีผลกระทบต่อชุมชน/สังคม
11.1 พัฒนาเครือข่ายการดูแลตามกลุ่มโรคสำคัญ : STEMI, Ostomy & Wound care, Trauma, Home Ventilator, Palliative, Neuro, Newborn, Open Heart, ไข้เลือดออก,</td><td>- จำนวนเครือข่ายที่เป็นระบบตามกลุ่มโรคที่สำคัญ/ชุมชน</td><td>
<table>
<tr><th>กลุ่ม COP</th><th>กลุ่มเครือข่ายภายใน</th><th>กลุ่มเครือข่ายภายนอก</th><th>บริการวิชาการ</th></tr>
<tr><td>STEMI</td><td>✓</td><td>✓</td><td>ศูนย์โรคหัวใจ</td></tr>
<tr><td>Ostomy & Wound care</td><td>✓</td><td>✓
ให้คำปรึกษาไม่เป็นทางการ</td><td>✓</td></tr>
<tr><td>Home Ventilator</td><td>✓</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Palliative</td><td>✓</td><td>✓</td><td>✓ ได้งบ สปสช.</td></tr>
<tr><td>Neuro</td><td>?</td><td></td><td></td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>แผนงาน/โครงการ</th><th>ดัชนีชี้วัดความสำเร็จ
และเป้าหมาย</th><th>รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2556 - กันยายน 2557</th></tr>
<tr><td>การคลอดที่มีภาวะซับซ้อน โรคอุบัติใหม่

แผนงาน/โครงการ	ดัชนีชี้วัดความสำเร็จและเป้าหมาย	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2556 - กันยายน 2557
11.3 ระบบส่งต่อ 11.4 การดูแลต่อเนื่อง (Continuing care) 11.5 สื่อการสอน/การดูแลผู้ป่วยโรคซับซ้อน 11.6 สร้างเครือข่ายความร่วมมือในเขตพื้นที่ 11.7 ให้คำแนะนำปรึกษา และเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อนช่วยเพื่อน 11.8 สร้างเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน		- สรุป Flow การดูแลต่อเนื่องโดยการประสานเชื่อมโยง/ส่งต่อ **FLOW การดูแลต่อเนื่องโดยการประสานเชื่อมโยง/ส่งต่อ** 
12. นำแนวคิด SHA มาใช้ในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล 12.1 โครงการอบรมความรู้ SHA 12.2 กิจกรรมเล่าเรื่องการดูแลผู้ป่วยด้วยความเอื้ออาทร 12.3 ชมกันวันละเรื่อง 12.4 ส่งเสริมกิจกรรมจิตอาสา	- ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลด้วยมิติจิตวิญญาณ	- โครงการอบรมการพัฒนาสิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยา ณ อาคารเรียนรวมคณะแพทยศาสตร์ รุ่นที่ 1 วันที่ 20 มีนาคม 2557 RN ผู้เข้าอบรม 79 คน ผู้เข้าอบรมแสดงความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก-มากที่สุด รุ่นที่ 2 วันที่ 21 มีนาคม 2557 2 non RN ผู้เข้าอบรม 93 คน ผู้เข้าอบรมแสดงความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก-มากที่สุด - จัดร่วมอยู่ในโครงการคณะฯ

แผนงาน/โครงการ	ดัชนีชี้วัดความสำเร็จและเป้าหมาย	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2556 - กันยายน 2557
13. ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วย Palliative care สู่ good practice ระดับเครือข่าย	- ผ่านเกณฑ์ good practice ของเครือข่าย สปสช.	- นำเกณฑ์ประเมินของ สปสช. มาประเมินตั้งแต่เดือนตุลาคม 2556 – มีนาคม 2557 - กิจกรรม Palliative care round เพื่อส่งเสริมการนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองลงสู่การปฏิบัติในหอผู้ป่วย แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ และความคิดเห็นในการดูแลผู้ป่วย รับทราบปัญหาและอุปสรรคในการให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เดือนละ 1 ครั้งๆละ 3 หอผู้ป่วย เริ่มครั้งแรกเมื่อวันจันทร์ ที่ 10 มี.ค. 57 เวลา 14.30-15.30 น.ที่กระดูกและข้อหญิง ศัลยกรรมชาย 2 และ MICU **สรุปการเรียนรู้ที่ได้จากการ round** 1.บทบาทแกนนำในการดูแลผู้ป่วย palliative ยังไม่ชัดเจน 2.หอผู้ป่วยยังไม่ได้มีการปฏิบัติตามคู่มือที่กำหนดไว้ 3.ทั้ง 3 หอผู้ป่วยมีความพร้อมและกระตือรือร้นที่จะพัฒนาตนเองในการดูแลผู้ป่วย palliative 4.หอผู้ป่วยเสนอให้มีที่ปรึกษาประจำกลุ่มหอผู้ป่วย 5. มีการบันทึกการดูแลใน continuing nursing care plan และมีการบันทึกใน intervention แต่ยังต้องมีการปรับในส่วนของกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
14. ประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กร	- ระดับวัฒนธรรมความปลอดภัย	- ประสานงานการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กรร่วมกับหน่วยคุณภาพโรงพยาบาล เพื่อลดความซ้ำซ้อน โดยหน่วยคุณภาพดำเนินการการสำรวจHospital survey on patient safety culture ในเดือนมีนาคม 2557 ประเมินในด้าน แนวคิด การปฏิบัติและการรับรู้ ผลการสำรวจแยกตามบุคลากรฝ่ายบริการพยาบาล กลุ่มบริการผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ตามแผนภูมิ

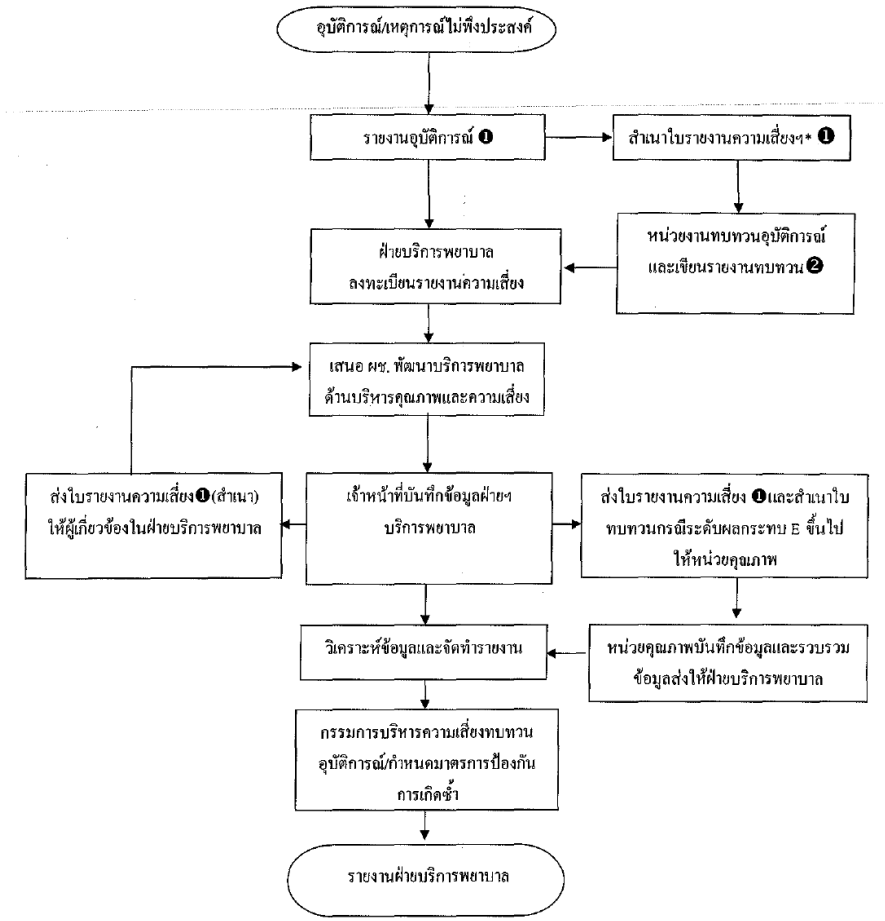
แผนงาน/โครงการ	ดัชนีชี้วัดความสำเร็จ และเป้าหมาย	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2556 - กันยายน 2557
		  

แผนงาน/โครงการ	ดัชนีชี้วัดความสำเร็จ และเป้าหมาย	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2556 - กันยายน 2557
		  

<table>
<tr><th>แผนงาน/โครงการ</th><th>ดัชนีชี้วัดความสำเร็จ และเป้าหมาย</th><th>รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2556 - กันยายน 2557</th></tr>
<tr><td>15.โครงการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทั้งด้านบุคลากรและผู้รับบริการ</td><td></td><td>- ปรับแผนการดำเนินงานเป็นการรณรงค์ให้มีการนำเสนอผลงานการพัฒนางานทุกรูปแบบจากทุกหน่วยงาน โดยจัดงาน Quality Day 2014 ในวันอังคาร ที่ 1 กรกฎาคม 2557 ณ ห้องวิจารณ์ฯ ศูนย์ประชุมคณะแพทยศาสตร์ มีผู้เข้าร่วมประชุม 152 คน จากทุกหน่วยงาน มีผู้ส่งผลงานเข้าร่วมจำนวน 25 เรื่อง พิจารณาคัดเลือกผลงานนำเสนอจำนวน 21 เรื่องจาก 9 หน่วยงาน โดยมีคณะกรรมการพิจารณาตัดสินผลงานจากทั้งภายในและภายนอกหน่วยงานจำนวน 4 ท่าน ผลการตัดสินการเสนอผลงาน Quality Day 2014 ฝ่ายบริการพยาบาล มีดังนี้
<table>
<tr><th>ลำดับ</th><th>รางวัล</th><th>ชื่อผลงาน</th><th>หน่วยงาน</th></tr>
<tr><td>รางวัลที่ 1</td><td>เงินสด 3,500 บาท</td><td>เฝ้าระวังการติดเชื้อในสายสวนหลอดเลือดดำใหญ่ ใน MICU</td><td>หออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรม</td></tr>
<tr><td rowspan="3">รางวัลที่ 2</td><td rowspan="3">เงินสด 2,500 บาท</td><td>การป้องกันดึงท่อช่วยหายใจ ในหออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรม</td><td>หออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรม</td></tr>
<tr><td>การดูแลช่องปากในผู้ป่วยวิกฤตที่คาท่อช่วยหายใจ ใน MICU</td><td>หออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรม</td></tr>
<tr><td>ร่วมพลังพิชิตแผลกดทับ</td><td>หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง</td></tr>
<tr><td>รางวัลที่ 3</td><td>เงินสด 1,500 บาท</td><td>ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่</td><td>หอผู้ป่วยพิเศษสูติ – นรีเวช</td></tr>
<tr><td rowspan="2">รางวัลชมเชย</td><td rowspan="2">เงินสด 500 บาท</td><td>อยู่โรงพยาบาล 24 ชม.สามารถกลับไปดูแลผู้ป่วยอย่างมั่นใจได้อย่างไร</td><td>หอผู้ป่วย หู คอ จมูก</td></tr>
<tr><td>วิถีคน วิถีชุมชน เพื่อคนคอหงส์ห่างไกลยาสูบ</td><td>ศูนย์บริการสุขภาพปฐมภูมิ</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

แผนงาน/โครงการ	ดัชนีชี้วัดความสำเร็จและเป้าหมาย	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2556 - กันยายน 2557
		Visual control ตำแหน่งสายอาหารทางจมูกและท่อช่วยหายใจ / หอผู้ป่วย หู คอ จมูก การป้องกันการเกิดบาดแผลที่คอจากการใส่ท่อ เจาะคอ / หอผู้ป่วยเด็ก 1 การเพิ่มประสิทธิภาพการคัดกรองผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อวัณโรคคลินิก หู คอ จมูก / คลินิก หู คอ จมูก อุปกรณ์วัดองศาเตียง / หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2
15.1 ประกวดผลการดำเนินการเพื่อสร้างวัฒนธรรมด้านความปลอดภัย ในหอผู้ป่วย / หน่วยงาน	- ร้อยละหน่วยงานที่เข้าร่วมกิจกรรม	- ร่วมกับโครงการเสนอผลงาน quality day 1 ก.ค. 2557
15.2 ส่งเสริมการนำนวัตกรรม / good practice / ผลการวิจัยมาใช้ในการป้องกันความเสี่ยงและเผยแพร่ในฝ่ายบริการพยาบาล	- จำนวนนวัตกรรมที่นำมาใช้ในการป้องกันความเสี่ยง	- ร่วมกับโครงการเสนอผลงาน quality day 1 ก.ค. 2557
16. สร้างระบบการนำ Early warning signs มาใช้ในการประเมินผู้ป่วย	- มีการสร้าง/พัฒนา Early warning signs ทุกสาขาการพยาบาลและนำไปใช้	-ออกแบบ สำรวจการใช้ Early warning signs ในหอผู้ป่วย เดือนกุมภาพันธ์ 2557 ส่งแบบสอบถาม รวม 63 หน่วยงาน ตอบกลับ 51 หน่วยงาน คิดเป็น 80.95 % (จำนวน 46 หอผู้ป่วย 17 คลินิก ตอบกลับ 36 หอผู้ป่วย 15 คลินิก คิดเป็น 78.26 % และ 88.24 % ตามลำดับ) - ผลการวิเคราะห์ข้อมูล อยู่ในระหว่างดำเนินการ (คุณประสบสุข)

แผนงาน/โครงการ	ดัชนีชี้วัดความสำเร็จและเป้าหมาย	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2556 - กันยายน 2557
	- จำนวนอุบัติการณ์ระดับ F ที่เกิดจากการรายงานล่าช้า	
17. พัฒนาประสิทธิภาพระบบบริหารความเสี่ยง	- จำนวนระบบงาน/แนวปฏิบัติที่มีการปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง	- ระบบงาน/แนวปฏิบัติที่มีการปรับปรุง/เปลี่ยนแปลงที่สำคัญ จำนวน 3 เรื่องได้แก่ (1) การบริหารจัดการรายงานอุบัติการณ์ (2) การวิเคราะห์ทบทวนอุบัติการณ์รุนแรง (3) แนวทางการป้องกันการพลัดตก/ลื่นล้ม ฝ่ายบริการพยาบาล 1) การบริหารจัดการรายงานอุบัติการณ์ 1.1 ทบทวนการจัดกลุ่มรายงานอุบัติการณ์และการจัดระดับความรุนแรง 1.2 ปรับปรุง flow การรายงานอุบัติการณ์ และปรับปรุงการบันทึกข้อมูลเพื่อแก้ไขปัญหาการขาดเจ้าหน้าที่ประจำในการบันทึกและวิเคราะห์ข้อมูลรายงานอุบัติการณ์ -review Job description ของกรรมการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย - ทบทวนการจัดกลุ่มรายงานอุบัติการณ์และการจัดระดับความรุนแรง - ปรับปรุง flow การรายงานอุบัติการณ์และการบันทึกข้อมูล

แผนงาน/โครงการ	ดัชนีชี้วัดความสำเร็จ และเป้าหมาย	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2556 - กันยายน 2557
		ขั้นตอนการรายงานอุบัติการณ์ ฝ่ายบริการพยาบาล  *หมายเหตุ กรณีหน่วยงานสามารถส่งรายงานการทบทวน❷พร้อมการรายงานความ เสี่ยง❶ได้ ไม่ต้องสำเนาใบรายงานความเสี่ยง ๒๘/๐๓/๕๗ ๑๕:๓๖ น. ปรับปรุง 28 มี.ค. 57

<table>
<tr><th>แผนงาน/โครงการ</th><th>ดัชนีชี้วัดความสำเร็จ และเป้าหมาย</th><th>รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2556 - กันยายน 2557</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>
- ออกแบบ dummy report การสรุปรายงานอุบัติการณ์ฝ่ายบริการพยาบาล
-ตรวจสอบ และverify รายงานอุบัติการณ์ที่ส่งมาจากหอผู้ป่วย/หน่วยงานต่างๆในฝ่ายบริการพยาบาล จำนวน 301 รายงาน
<table>
<tr><th rowspan="2">ไตรมาส</th><th rowspan="2">จำนวนรวม</th><th colspan="10">ลักษณะเหตุการณ์</th></tr>
<tr><th>ความผิดพลาดในการผ่าตัด</th><th>ความผิดพลาดในการให้ยา เลือด สารน้ำ</th><th>การบ่งชี้ตัวผู้ป่วย</th><th>ตกเตียง/ลื่น หกล้ม</th><th>ภาวะแทรกซ้อน</th><th>การส่งตรวจ Lab- X-ray</th><th>ท่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุด</th><th>Catheter เลื่อน/หลุด/mis - connections</th><th>อื่นๆ</th><th>non clinic</th></tr>
<tr><td>1
ต.ค-ธค56</td><td>171</td><td>10</td><td>71</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>12</td><td>16</td><td>16</td><td>11</td><td>20</td></tr>
<tr><td>2
ม.ค-มี.ค 57</td><td>130</td><td>3</td><td>35</td><td>6</td><td>17</td><td>4</td><td>1</td><td>19</td><td>9</td><td>31</td><td>5</td></tr>
</table>
- ร่วมกับหน่วยคุณภาพ พัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยง/ระบบการทำงานให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยระดับโรงพยาบาล และดำเนินการทบทวนรายงานอุบัติการณ์รุนแรง ในคณะกรรมการ CQI Incident report
<table>
<tr><th>ครั้งที่</th><th>Case</th><th>วัน/เดือน/ปี</th><th>วาระ</th><th>แนวทางป้องกัน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>1</td><td>13-ก.ย.-56</td><td>ปลายนิ้ว Burn จากการใช้เครื่องมือ (Incident No. 0585 ระดับความรุนแรง G)</td><td>การใช้เครื่องมือเพื่อการ เป็น early warning sign</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

แผนงาน/โครงการ	ดัชนีชี้วัดความสำเร็จและเป้าหมาย	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2556 - กันยายน 2557				
			2		ผู้ป่วยหยุดหายใจหลังได้รับยา Dormicum (Incident No. 0464 ระดับความรุนแรง H)	revise guideline ในการ sedate
		2	3	11-ต.ค.-56	ผู้ป่วยตกเตียง (IR NO. 0210 ระดับความรุนแรง I)	กำหนดแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิด adverse event เพื่อการป้องกันการถูกฟ้องร้อง เช่น การบันทึก (Progress Note / Kardex) / การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ / การ investigate เพิ่มเติม การมี inform consent ผู้ป่วยที่ได้รับยาที่เสี่ยงต่อ bleeding
			4		การ x-ray ล่าช้าทำให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วย (IR No. 0508 ระดับความรุนแรง I)	กำหนดเกณฑ์ผู้ป่วยที่จะใช้ portable x-ray เพื่อลด workload เพราะการทำ portable มีข้อจำกัดมากซึ่งผู้ส่งตรวจอาจไม่ทราบ เช่น ความละเอียดของภาพ
		3	5	20-พ.ย.-56	เด็กเขียวคล้ำทั่วตัวขณะรับใหม่จากห้องคลอด (IR NO. 0644 ระดับความรุนแรง E)	แนวทาง/เกณฑ์การประเมินเด็ก High Risk และ Low Risk และการ Monitor เช่น Case LGA (Large for Gestational Age)
		4	6	11-ธ.ค.-56	อันตรายรุนแรงจากการได้รับยาเสี่ยงสูง (ผู้ป่วยมี Cardiac Arrest จากการได้รับโปตัสเซียมจากการได้รับ TPN เกินขนาด) (IR NO. 0089 ระดับความรุนแรง H)	TPN เป็นอาหาร ไม่ควรใช้เพื่อการแก้ความผิดปกติ ซึ่งนำไปสู่การกำหนดค่า Maximum ใน TPN ของผู้ป่วยกลุ่มเด็ก ดังนี้ :- - Potassium รวมไม่เกิน 4 mMol/kg - Ca รวมไม่เกิน 1.5 mMol/kg - สำหรับ RI ไม่ควรผสมใน TPN หากจำเป็นต้องไม่เกิน 10 unit/1,000 cc.

<table>
<tr><th>แผนงาน/โครงการ</th><th>ดัชนีชี้วัดความสำเร็จ และเป้าหมาย</th><th colspan="5">รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2556 - กันยายน 2557</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="5">
<table>
<tr><td>5</td><td>7</td><td>8-ม.ค.-57</td><td>ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวขณะฉายแสง (IR NO. 0120 ระดับความรุนแรง H)</td><td>ในระบบรังสีรักษาควรกำหนดแนวทางปฏิบัติ Emergency Response ระบบการซ้อมแผนฉุกเฉิน การฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการจัดการตามระบบ CPR ของโรงพยาบาล (ภาควิชารังสีวิทยา)</td></tr>
<tr><td>6</td><td>8</td><td>19-ก.พ.-57</td><td>อันตรายรุนแรงจากการให้ยาที่เสี่ยงสูง (IR NO. 0204 ระดับความรุนแรง H)</td><td>ภาควิชาวิสัญญีวิทยาจะทบทวนแนวทางปฏิบัติการใช้ PCA ให้มีความครอบคลุมขึ้น รวมถึงการรายงานแพทย์ที่เกี่ยวข้องทั้งวิสัญญีแพทย์และแพทย์เจ้าของไข้</td></tr>
<tr><td>7</td><td>9</td><td>19-มี.ค.-57</td><td>ผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ (IR No. 0266 ระดับความรุนแรง F)</td><td>1. Set ระบบ Patient Alert ทำให้ผู้ให้การรักษาเห็นข้อมูลที่เป็น Critical Issue เช่นข้อมูลแพ้ยา โดยฝ่ายเภสัชกรรม ฝ่ายบริการพยาบาล และฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ
• แพ้ยาที่ทำให้เกิด anaphylaxis Shock
• Difficult Airway
2. มาตรฐาน กระบวนการ การแพ้สารเคมี (Skin Test) โดยให้เชื่อมไปกับระบบแพ้ยาเดิม โดยฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศและหน่วย Allergy (ภาควิชากุมารเวชศาสตร์) เบื้องต้นบันทึกในโปรแกรมแพ้ยา เมื่อผล Skin Test Positive
(ควรเชื่อมโยงไปยัง NKC ,X-ray ,Cardio)</td></tr>
</table>
- วางแผนโครงการ Quality day 2014
- ร่วมกับฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ ออกแบบโปรแกรมการรายงาน incident report ในโปรแกรม HIS(โครงการดำเนินการต่อเนื่องจากปี56)
</td></tr>
</table>

ข้อมูลการโครงการจัด KM

ที่	โครงการ	วันที่จัด	จำนวนผู้เข้าร่วม	ผลการประเมิน
1	การทบทวนรายการสำรองยาบนหอผู้ป่วย	19 กุมภาพันธ์ 2557	56	* ไม่มีการประเมิน
2	การควบคุมการติดเชื้อ	7 มีนาคม 2557	73	ความรู้ความเข้าใจก่อนการ KM = มาก ความรู้ความเข้าใจหลังการ KM = มากที่สุด
3	รูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยง	19 มีนาคม 2557	69	ความพึงพอใจของการอบรมอยู่ในระดับ มากที่สุด
4	เคมีบำบัด	26 มีนาคม 2557	48	ความพึงพอใจของการอบรมอยู่ในระดับ มากที่สุด
5	มาตรฐานทางการพยาบาล	9 เมษายน 2557	40	* ไม่มีการประเมิน
6	ระบบการมอบหมายงาน	30 เมษายน 2557	69	ผู้เข้ารับการอบรมส่วนใหญ่บรรลุตามที่คาดหวัง
7	การจัดการความปวด	7 พฤษภาคม 2557	63	ความรู้ความเข้าใจก่อนการ KM = มาก ความรู้ความเข้าใจหลังการ KM = มากที่สุด
8	ประเด็นจริยธรรม	14 พฤษภาคม 2557	28	ความรู้ความเข้าใจก่อนการ KM = มาก ความรู้ความเข้าใจหลังการ KM = มากที่สุด
9	การประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	21 พฤษภาคม 2557	46	ความรู้ความเข้าใจก่อนการ KM = มาก ความรู้ความเข้าใจหลังการ KM = มากที่สุด
10	การวางแผนดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย	4 มิถุนายน 2557	64	ความรู้ความเข้าใจก่อนการ KM = มาก ความรู้ความเข้าใจหลังการ KM = มากที่สุด
11	Comfort Care	25 มิถุนายน 2557	26	ความรู้ความเข้าใจก่อนการ KM = มาก ความรู้ความเข้าใจหลังการ KM = มากที่สุด
12	ยาที่ใช้ในกรณีเร่งด่วน	16 กรกฎาคม 2557	41	ความรู้ความเข้าใจก่อนการ KM = ปานกลาง ความรู้ความเข้าใจหลังการ KM = มากที่สุด

<table>
<tr><th>ที่</th><th>โครงการ</th><th>วันที่จัด</th><th>จำนวน
ผู้เข้าร่วม</th><th>ผลการประเมิน</th></tr>
<tr><td>13</td><td>บันทึกทางการพยาบาล</td><td>30 กรกฎาคม 2557</td><td>48</td><td>* ไม่มีการประเมิน</td></tr>
<tr><td>14</td><td>การควบคุมการติดเชื้อดื้อยาหลายขนาน</td><td>23 กรกฎาคม 2557</td><td>69</td><td>ความรู้ความเข้าใจก่อนการ KM = มาก
ความรู้ความเข้าใจหลังการ KM = มากที่สุด</td></tr>
<tr><td>15</td><td>จริยธรรมกับการจัดการความปวด</td><td>3 กันยายน 2557</td><td>50</td><td>
<table>
<tr><th>หัวข้อที่ประเมิน</th><th>$\bar{x}$</th><th>SD</th><th>ระดับความพึงพอใจ</th><th>t</th><th>Sig.</th></tr>
<tr><td>ความรู้ความเข้าใจ : ก่อนการ KM</td><td>2.61</td><td>0.66</td><td>มาก</td><td rowspan="2">-7.762</td><td rowspan="2">0.000***</td></tr>
<tr><td>ความรู้ความเข้าใจ : หลังการ KM</td><td>3.36</td><td>.49</td><td>มากที่สุด</td></tr>
<tr><td>การประยุกต์ใช้นำสู่การปฏิบัติ</td><td>3.45</td><td>0.56</td><td>มากที่สุด</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีการแลกเปลี่ยนความรู้/ประสบการณ์</td><td>3.24</td><td>0.50</td><td>มากที่สุด</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>ภาพรวม</td><td>3.35</td><td>0.43</td><td>มากที่สุด</td><td></td><td></td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

Quality Round

ทีม 1 : คุณสุดจิต ไตรประคอง คุณประสบสุข อินทรักษา คุณพรรณี ขาวหนูนา

หอผู้ป่วย	Best Practice	กระบวนการ	ผลลัพธ์การเรียนรู้
RCU	การใช้ weaning protocal	- มอบหมายงานรายบุคคล - นำมาตรฐานมาใช้ - Brief conference ให้เวรถัดไป ในประเด็นความเสี่ยงในการดูแล - มอบหมายงานเป็น function - มีการติดตามงานเป็นระบบ - มีการบันทึกในสมุดสื่อสารให้เวรถัดไป - พัฒนาพยาบาล senior รายบุคคลตามความเก่งของแต่ละคน	- Vap ตามเกณฑ์ - มีการใช้ weaning protocal อย่างต่อเนื่อง **การเรียนรู้** - หากพี่ senior เก่ง น้องต้องเก่งด้วย - การทำงานต้องมองเชิงระบบ เช่น กรณีน้องไม่รู้ ต้องกลับไปดูที่การนิเทศ **ข้อเสนอแนะ** - สรุปประเด็นสำคัญเป็นรายเดือน เพื่อให้เห็นแนวโน้มของความชุก
อายุรกรรมชาย 1	ลดการติดเชื้อในผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ	- การ oral care วันละ 2 ครั้ง - head of bed 30 ^{0} - ระวังสำลักตอนแปรงฟัน - ปรับเวลาแปรงฟัน ไม่ให้ตรงกับเวลาที่ feed อาหาร - ชี้ให้เห็นความสำคัญ ให้ตระหนัก - ติดตาม - แกนนำ, TL เข้มแข็ง	- อัตราการติดเชื้อ VAP = 0 10 ไตรมาส - สิ่งที่ต้องพัฒนา - exercise ให้ผู้ป่วย - การล้างมือ **การเรียนรู้** - หาผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับประเด็นคุณภาพที่ต้องพัฒนา เช่น การล้างมือ การ exercise **ข้อเสนอแนะ** - การทำให้คนทำงานมีความสุข - อุปกรณ์ต่างๆ เช่น เตียง pipeline เครื่อง suction - การเติม O_2

หอผู้ป่วย	Best Practice	กระบวนการ	ผลลัพธ์การเรียนรู้
อายุรกรรมชาย 2	-การให้ผู้ป่วยได้รับยาตามรอบเวลาที่กำหนด - การจัดการและป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด	- จัดคิวการได้รับยาและจำหน่ายในเวลาที่กำหนด - ปิดประตู - จำกัดคนเยี่ยม - แยกผู้ป่วยติดเชื้อ - ล้างแอร์สัปดาห์เว้นสัปดาห์ - การล้างมือ - ให้ผู้ป่วยมีอาหารเพียงพอ จัดให้มีครัว Hemato - อมน้ำแข็งทุก 2 ชั่วโมง - ประเมินช่องปากทุกเวร - มีการบ้วนปากด้วยน้ำเกลือก่อนนอน - ต้มช้อน - มีการบันทึก ส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วย เพื่อการดูแลต่อเนื่อง - มีการใช้ Evidence base ในการประเมินช่องปาก	**การเรียนรู้** -- การบริหารจัดการเตียงที่ดีเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาตรงเวลา - การเตรียมน้ำเกลือบ้วนปาก **สิ่งที่ต้องพัฒนา** - การวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆที่บันทึกไว้ในสมุด Incharge **ข้อเสนอแนะ** - อยากให้มีอัตรากำลังเพิ่ม เพื่อทำหน้าที่ onco Nurse ในหน่วยงาน
เฉลิมพระบารมี 9	- การป้องกัน mucositis	- จัดหาที่ทำน้ำแข็งเป็นก้อนกลมเพื่อลดการระคายเคืองและเกิดแผลเพิ่มขึ้น ทำเมื่อผู้ป่วย admit ใช้น้ำ sterile - การใช้ Baking Soda บ้วนปาก - อมน้ำเกลือ - ใช้หมวกเจล เพื่อความสุขสบายในผู้ป่วยที่รับเคมีบำบัด	- ผู้ป่วยพึงพอใจและไม่เกิด mucositis - ผู้ป่วยสุขสบาย เมื่อใช้เจลประคบเย็น ขอซื้อกลับไปใช้ที่บ้าน **การเรียนรู้** - ผู้ที่ไปอบรมนำความรู้มาพัฒนางานได้อย่างเป็นรูปธรรม - การต่อยอดนวัตกรรม **ข้อเสนอแนะ**

หอผู้ป่วย	Best Practice	กระบวนการ	ผลลัพธ์การเรียนรู้
			- ควรจัดผลลัพธ์ให้เป็นรูปธรรม เช่น ความสุขสบายหลังการใช้หมวก - ความพึงพอใจ - ทำ R to R - ขยายผลนวัตกรรมเชิงพานิช เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการใช้นวัตกรรม
เฉลิมพระบารมี 11	การจัดการความเจ็บปวด	- morning brief เรื่อง pain เป็นประจำ - นำแนวปฏิบัติมาถ่ายทอดให้ผู้ร่วมงานทราบ - มีการให้ข้อมูล ขอความร่วมมือ รีบขอยาก่อนมีอาการปวดเกิน 4 คะแนน - มีการติดตาม ประเมินซ้ำ - QA pain ทุก 3 เดือน - กระตุ้นให้มีการบันทึกใน graphic sheet	- ได้ best practice pain - ได้รับเชิญเป็นวิทยากรแลกเปลี่ยนเรียนรู้ "การจัดการความปวด" **การเรียนรู้** - มีการติดตามอย่างสม่ำเสมอ
เฉลิมพระบารมี 12	การจัดการความเจ็บปวด	- จัดตั้งแกนนำรับผิดชอบ - จัดให้ความรู้เรื่อง pain เป็นระยะ - ติดตามตรวจบันทึกการพยาบาลใน Initial assess, graphic sheet, continuing care - ติดตามตัวชี้วัด - พูดคุยรายบุคคล - ติดตามการบันทึกหลังการให้ยา - KM, case conference การจัดการความปวดตามบริบทของตนเอง	- การจัดการ pain เป็น best practice ได้นำเสนอ KM ของฝ่าย ฯ - การบันทึกมากกว่า 90% - ผู้ป่วยพึงพอใจ ได้รับคำชม **การเรียนรู้** - การทำงานเป็นทีม - เมื่อเกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ทำให้ทีมมีกำลังใจที่จะพัฒนาต่อเนื่อง **ข้อเสนอแนะ** - ให้มีการตรวจสอบบันทึกทุกวัน ทุกรายในผู้ป่วย D/C โดย

หอผู้ป่วย	Best Practice	กระบวนการ	ผลลัพธ์การเรียนรู้
		- มีคู่มือ - QA pain	มอบหมายให้ Incharge เวรเป็นผู้รับผิดชอบ - การมอบหมายงานให้จัดลำดับความสำคัญของแต่ละเรื่อง ไม่ใช่ทำหลายๆเรื่องในเวลาเดียวกัน
อายุรกรรมหญิง	การป้องกันการเกิดแผลกดทับ	- ประเมินความเสี่ยงตามมาตรฐานที่กำหนด - แกนนำกระตุ้นต่อเนื่อง - มีแนวปฏิบัติชัดเจน - มีการเก็บข้อมูลเป็นระยะ - พูดคุยผลลัพธ์ ประเด็นปัญหาในวันประชุมหอผู้ป่วยประจำเดือนทุกครั้ง - มีการ feed back รายบุคคล - มีการตรวจสอบบันทึก - สุ่มตรวจสอบกับผู้ป่วย - จัดเวลาการพลิกตะแคงให้เหมาะกับบริบทของผู้ป่วย - มอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบประเมิน กรณีมีปัญหาสามารถ consult expert ได้ - มีการทดสอบ RN ทุกคน - นิเทศรายบุคคล - มีการนำผลงานวิจัยมาใช้ คือ เรื่องใช้สบู่ในการทำความสะอาดหลังถ่าย	- การเกิดแผลกดทับลดลงอย่างต่อเนื่อง **การเรียนรู้** - แกนนำต้องทำเป็นตัวอย่าง เมื่อได้ผลดี ก็มีผู้ทำตาม **ข้อเสนอแนะ** - ควรมีอุปกรณ์การแพทย์/เครื่องมือให้พอใช้ เมื่อมีความต้องการ
MICU	โครงการนำกรอบแนวคิด FASTHUG and BANDAIDS	- มีการนำ evidence base มาใช้ - สร้างแบบฟอร์มประเมิน+บันทึก	- ผู้ป่วยพึงพอใจ - ได้รับคำชม

หอผู้ป่วย	Best Practice	กระบวนการ	ผลลัพธ์การเรียนรู้
	Key success - หัวหน้าหอผู้ป่วยกระตุ้น - APN - ทีม - การมอบหมายงานที่ชัดเจน	- นำมาใช้อย่างต่อเนื่องทุกวัน - มอบหมายให้หัวหน้าทีมรับผิดชอบ - จัดเวลาให้เหมาะสมกับบริบทของหอผู้ป่วย - มีการบันทึกในสมุดขณะประชุม แล้วนำผลการบันทึกมาวิเคราะห์เป็นระยะๆ - FASTHUG and BANDAIDS เป็นกรอบในการ conference case และบันทึกปัญหาเด่น (FASTHUG เป็นเฟรม critical care, BANDAIDS เป็นเฟรม nursing critical care) และทำเป็นงานวิจัย	**การเรียนรู้** - ญาติต้องมีส่วนร่วม - มีการเพิ่มศักยภาพของพยาบาลใหม่ - ช่วยในการประสานแผน - การใช้เครื่องมือทำให้ดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมทุกระบบ - น้องใหม่ได้เห็นแบบอย่างที่ดีของรุ่นพี่ **ข้อเสนอแนะ** - การบันทึก FASTHUG and BANDAIDS
ฉบ.10	- การดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไขกระดูกให้สอดคล้องกับความเป็นเลิศ	- เตรียมผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ - การให้ญาติมีส่วนร่วมและ empowerment ญาติ มีการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ - การเตรียมสถานที่ - การประเมินภาวะแทรกซ้อน เช่น mucositis, pancytopenia นำ EBP เรื่องการอมน้ำแข็งลด pain, mucositis ติดตามประเมินระดับ mucositis pancytopenia เฝ้าระวังการพลัดตกหกล้ม - เรื่อง infection ระวังการรับประทานอาหาร การทำความสะอาดปาก ฟัน - บุคลากรได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง - มีคู่มือการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค	- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้โดยมีความพึงพอใจและความรู้ในการปฏิบัติ **การเรียนรู้** - การจัดการสิ่งแวดล้อมในการเยียวยาเพื่อลดภาวะเครียดในผู้ป่วยและญาติ - พัฒนาคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่องจากประสบการณ์รุ่นพี่ๆ จนเกิดเป็นแนวปฏิบัติ **ข้อเสนอแนะ** - QA เรื่องการล้างมือ - การวิเคราะห์ case ที่เกิดภาวะแทรกซ้อน - จัดทำแผนปฏิบัติในการ orientation ผู้ป่วยและญาติ

หอผู้ป่วย	Best Practice	กระบวนการ	ผลลัพธ์การเรียนรู้
พิเศษเด็ก	- การป้องกัน chemo leak - การดูแล IV site	- ปฏิบัติตามมาตรฐาน - paint betadine ก่อน off IV - dressing IV site ทุก 3 วัน (สัปดาห์ละ 2 ครั้ง) - ประเมินการเกิด phlebitis	- ไม่มี extravasations - ไม่เกิด phlebitis **ข้อเสนอแนะ** - QA การให้สารละลาย - พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยรายโรคตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ในกลุ่ม 5 โรคหลัก - tracer case ที่ re-admission ร่วมกับสหสาขา - พัฒนาบุคลากรโดยใช้ IDP และการดูงานหอผู้ป่วยอื่น
เด็ก 1	- การปรับรูปแบบเกลือแร่แบบละลายน้ำธรรมดาเป็นไอติมเกลือแร่ - การป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในผู้ป่วยเด็ก - การป้องกันผู้ป่วยจากความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้ม	-การ strap ET tube (โดยติดพลาส เตอร์ 3 หาง) -ตรวจสอบทุกเวรโดยใช้แบบประเมินความปลอดภัยผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ -เปลี่ยนพลาสเตอร์เมื่อเปียกน้ำลาย หรือเลอะ - ใช้ Bar เป็นนวัตกรรม ในการยึด ET tube - ยกไม้กั้นเตียงขึ้นทุกครั้ง ไม่ว่าจะมีผู้ป่วยหรือไม่ - ให้คำแนะนำญาติ - เน้นให้บุคลากรปฏิบัติจนเป็นนิสัย	- มีการนำมาใช้อย่างต่อเนื่อง - ไม่มี ET tube เลื่อนหลุด - ไม่มีผู้ป่วยตกเตียง **ข้อเสนอแนะ** - QA การยกไม้กั้นเตียง
เด็ก 2	- โครงการ lean ในผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด	- ลดขั้นตอนในการสั่ง order ยา chemo ตามกระบวนการ lean	- ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดเร็วขึ้น - LOS ลดลง - มีความเป็นระเบียบเรียบร้อยและสวยงาม ลดการ contaminate

ทีมที่ 2

หอผู้ป่วย	Best Practice	กระบวนการ	ผลลัพธ์การเรียนรู้
อุบัติเหตุ	ระบบ การวางแผนจำหน่าย จุดเด่น เนื่องจากมีการวางแผนผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบเต็มรูปแบบ	1. ใช้องค์ความรู้ แนวปฏิบัติหลายอย่าง และผลงานวิจัยมาใช้ดูแลผู้ป่วย เช่นการให้ญาติมีส่วนร่วมในการกระตุ้นการรับรู้ของผู้ป่วย โดยมี discharge planner เป็นพยาบาลประสบการณ์สูง 2. มีการดูแล กำกับ และนิเทศ โดย APN 2 ท่าน ร่วมกับทีม 3. สร้าง/พัฒนา และนำนวัตกรรม AFO มาใช้ในผู้ป่วย spinal injuries โดยปรึกษาผู้เชี่ยวชาญกายอุปกรณ์ ทำให้ลดต้นทุน และขนาดเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย มีการสอบถามระดับความพึงพอใจผู้ป่วยโดยเปรียบเทียบกับการใช้รูปแบบดั้งเดิม และมีการ ทำ CQI ทุกครั้งเช่นเนื่องจากทำด้วยกระดาษหนังสือพิมพ์ มีการเคลือบด้วยแลคเกอร์ป้องกันการเปียกชื้น ใช้ตีนตุ๊กแกในการรัดให้ฟิตกับข้อเท้าแทนของเดิมที่พันด้วย elastic bandage เป็นต้น 4. มีการติดตาม case ด้วย call visit	**ข้อเสนอแนะเพื่อความสมบูรณ์** 1.เขียนเป็น Algorithm เพื่อการดูแลเห็นและเข้าใจได้ง่ายต่อผู้ปฏิบัติและอธิบายได้เป็นขั้นตอน 2. ในทุกกระบวนการที่ดูแลเช่น early detection SIR ควรมีข้อมูลรูปแบบที่มาจาก guideline or EBP เช่น Clinical tracer guideline ของฝ่ายการฯ 3. การนำผลิตภัณฑ์บางอย่างมาใช้แล้วเกิดผลลัพธ์ที่ดีให้เปรียบเทียบ cost ระยะยาวและเก็บข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อเปรียบเทียบและนำมาอ้างอิงได้ เช่น การนำสายสวนปัสสาวะแบบใหม่มาใช้คาสายในผู้ป่วยถึง 6 เดือน แต่ไม่เกิด UTI
ศัลยกรรมประสาท	-หมอนสามเหลี่ยมพลิกตะแคงตัวป้องกันการเกิดแผลกดทับ	-ทำร่วมกับ อาจารย์วิศวกรรมศาสตร์และหน่วย Biomedical engineering ซึ่งหมอนนี้ทำด้วยยางพารามีความยืดหยุ่นและผ่ากระบวนการพัฒนามาถึง 3 ครั้งแล้ว โดยใช้หลักของการทำมุมหมอน 30 องศาป้องกันการเกิดแผลกดทับและจัดขนาด/น้ำหนักของหมอนให้มีความแตกต่างกันตามขนาดผู้ป่วยและจุดประสงค์ของการใช้งานเช่นผู้ป่วยที่ดิ้นมากใช้หมอนที่มีน้ำหนักมากพลิกตะแคงตัว และปรับบริเวณด้านบนให้สามารถวางแขนได้ ผู้ป่วยตัวเล็กใช้ขนาดเล็ก	ได้รับการจดอนุสิทธิบัตรของมหาวิทยาลัยแล้ว

หอผู้ป่วย	Best Practice	กระบวนการ	ผลลัพธ์การเรียนรู้
	-การปรับเวลารับประทานยาให้เหมาะสมเมื่อกลับบ้าน	-มีการสอบถามความพึงพอใจผู้ใช้ (เจ้าหน้าที่) และผู้ป่วย -ปัจจุบันขนาดกลางที่ใช้ทั่วไปอยู่ที่ 1.6 ก.ก. และราคาอยู่ที่ใบละ 2,000 บาท -ผู้ป่วยที่ต้องควบคุมความดันโลหิต เพื่อป้องกันภาวะเลือดออกในสมอง ขณะอยู่โรงพยาบาลต้องรับประทานยา 4 มื้อ เมื่อกลับบ้านตามกิจวัตรประจำวันปกติ รับประทานยา 3 มื้อ จึงมีการปรับ	สามารถปรับได้และผู้ป่วยมีความปลอดภัย
		ให้ผู้ป่วยรับประทานยา 3 มื้อก่อนเพื่อดูผลลัพธ์ว่าปลอดภัยและได้ผลดีเช่นเดิมเหมือนรับประทานยา 4 มื้อขณะอยู่ ร.พ.	
ศัลยกรรมหญิง	การป้องกัน CA-UTI พัฒนาคุณภาพการดูแลโดยจัดทำคู่มือการดูแลตนเองที่บ้านสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านม ที่มีท่อระบายกลับบ้าน	- CQI ข้อที่ไม่สามารถปฏิบัติตามมาตรฐานและ Tracer เมื่ออัตราการติดเชื้อเพิ่มขึ้น และเพิ่มการ reminder ตั้งแต่วันแรก - การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ทุกเวร - ภาชนะทำความสะอาดใช้ครั้งเดียว - stap พลาสเตอร์ elastoplast ซึ่งมีความเหนียวมากกว่าพลาสเตอร์ - ใช้กางเกงผู้ป่วยหนัก -อยู่ระหว่างการเก็บข้อมูล ความสามารถในการปฏิบัติตัว	ผลการดำเนินงาน อัตราการติดเชื้อลดลงเหลือ 0 ติดต่อกัน 3 ไตรมาส

หอผู้ป่วย	Best Practice	กระบวนการ	ผลลัพธ์การเรียนรู้
ENT	การ Empowerment ในผู้ป่วยที่ใส่สายทางหน้าท้อง (PEG)	จัดทำแผนการสอนผู้ป่วย ที่ใส่สายทางหน้าท้อง (PEG) พร้อมก่อนจำหน่าย - เป็นระบบ (ความรู้) ผ่านสื่อ VDO มีรูป ดู case	- เป็นแหล่งประโยชน์ให้หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ศัลยกรรมชาย 1 **เสนอแนะ**
	การป้องกันการเลื่อนหลุด สายต่างๆ (PCD, NG, OET-tube, NET-tube)	อื่นๆ - มีเอกสารการผสมนม เน้นการเติมเกลือในอาหาร (สอนเองไม่ส่งฝ่ายโภชนาการ) - ให้ผู้ป่วยปฏิบัติจริงทุกราย - ประเมินโดย return demonstrate ก่อนกลับ +เมื่อกลับมาให้ยาครั้งต่อไป - ให้เบอร์โทรศัพท์ ให้ผู้ป่วยโทรกลับเมื่อมีปัญหา -check ตำแหน่งที่ถูกต้องติดพลาสเตอร์ -Visual control ทำเป็นพลาสเตอร์สีแดง ติดที่สาย กำหนดให้ห่างจากตำแหน่งจริง 1 ซม. -เขียนตำแหน่งจริงติดที่สายต่างๆ -เปลี่ยนพลาสเตอร์เวรเช้าปฏิบัติตามที่ทำเครื่องหมายไว้	เพิ่มตัวชี้วัดด้านคุณภาพโดยดู - อัตราการติดเชื้อที่แผล PEG - ไม่มีการหลุดของสาย
ตา	QA หยอดตาคลาดเคลื่อนไม่เกิน 5 นาทีของเวลาจริง		
ศัลยกรรมชาย1	พัฒนาการจัดการความปวดหลังผ่าตัด	- ใช้มาตรวัดแบบปรอท - พัฒนา competency - ปรับการให้ยาแก้ปวดทันทีเมื่อผู้ป่วยขอ	

หอผู้ป่วย	Best Practice	กระบวนการ	ผลลัพธ์การเรียนรู้
	-การป้องกันการเกิดแผลกดทับ	- อบรมหลักสูตร Pain ทุกคน - การให้ข้อมูลโดยใช้ VDO - Nursing round ประเมินความพึงพอใจการจัดการความปวด -นาฬิกาเตือนพลิกตะแคงตัว	
ศัลยกรรมชาย2	ลด VAP ลดการเกิดแผลกดทับ	- ที่วัดองศาเตียง - เพิ่มการจัดสภาพแวดล้อม -ส่งเสริมการล้างมือ -ประชาสัมพันธ์การเข้าเยี่ยมของญาติ - ตุ๊กตาความเสี่ยงแผลกดทับ - ตารางพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง - จัดหาที่นอน	การเกิด VAP ลดลงแต่ยังไม่ถึงเป้าหมาย -อัตราการเกิดแผลกดทับลดลง
กระดูกและข้อชาย	การวางแผนจำหน่ายโดยผลิตสื่อการสอนด้วย Ipad นวัตกรรม skeletal traction with balance	-มอบหมายงานให้พยาบาลทุกคนทำแผนการสอนและมาดูด้วยกัน -มีการพัฒนาระบบการมอบหมายงาน และวัด ผลลัพธ์การสอน -ลงข้อมูลในระบบ HIS สรุปในแต่ละเดือนถึงปัญหาอุปสรรค. -จัดทำและมีการพัฒนาจนได้รูปแบบที่นำไปใช้ได้ดี -ห้องเก็บอุปกรณ์ เครื่องมือทางกระดูกและข้อ จัดตามเกณฑ์ 5 ส -สถานที่เป็นมุมพักผ่อนของผู้ป่วย/ญาติ	-ทุกคนปฏิบัติไปในทางเดียวกัน -ได้รับรางวัลระดับประเทศและจดอนุสิทธิบัตรแล้ว

หอผู้ป่วย	Best Practice	กระบวนการ	ผลลัพธ์การเรียนรู้
	suspension 5 ส ห้องเก็บเครื่องมือ Healthy Work Place and Healing Environment		-ได้รับรางวัลจากคณะฯในระดับดีมาก
กระดูกและข้อหญิง	-การดูแลผู้ป่วย TKA -นวัตกรรม -ปลอกรองThomas Traction -อ่างล้างมือกันน้ำซึม	-นำ CPG มาใช้	-แนะนำดูผลลัพธ์การดูแลเทียบเคียงกับโรงพยาบาลอื่น

ทีมที่ 3

หอผู้ป่วย	Best Practice	กระบวนการ	ผลลัพธ์การเรียนรู้
นรีเวช	“กองทุนรินน้ำใจ” เรื่องเล่าความประทับใจ		
พิเศษสูติ-นรีเวช	“ Miss นมแม่” กับสายใยรัก จากแม่สู่ลูก		
พิเศษสูติกรรม	จัดท่าที่สร้างเสริมสุขภาพในการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา		
สูติกรรม	การวัดความรู้จาก mother class		
ห้องคลอด	Early warning signs with high technology		
พิเศษทั่วไป	ต่อยอดคู่มือ “การเปิดเส้นเลือด” สำหรับผู้ป่วยหาเส้นยาก		
NICU	Kangaroo care : R2R		
NMCU	Lean and LBW		
PICU	QA : การป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด		
SICU	Safety culture : Risk communication		
observe	Simulation model : Staff Competency Development		
ER	STEMI		
SRCU	Lean : Safe transfer, R2R : Septic Shock		