

| แผนปฏิบัติการ (Action Plan) | | ตัววัด (measure) | ดัชนีชี้วัด (Indication) | เป้าหมาย ปีงบประมาณ.2559 | ผลการดำเนินการ ปีงบประมาณ.2559 | ผู้รับผิดชอบ |
|---|----------|------------------------------------|--|-----------------------------|-----------------------------------|--------------|
| ปีงบประมาณ.2559-2560 | วัน-เวลา | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> · รูปแบบ/ PCT/ แกนนำ/ CoP · กำหนดแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยให้เป็นรูปแบบเดียวกันโดยใช้ CNPG · ติดตามผลลัพธ์ที่สำคัญ | | | | | | |
| 1.1 โรคหลอดเลือดสมอง | | ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย | ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย กลุ่มเป้าหมายโดยรวมอยู่ในระดับดี - ดีมาก | ≥ 85% | - ระหว่างเก็บข้อมูล | APN อูมา |
| | | อัตราการกลับมารักษาซ้ำ | อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันด้วยโรคเดิม | 0 | 0 | |
| | | เวลาได้รับ RtPA | ผู้ป่วยที่ได้รับ RtPA ภายใน 60 นาที (Door to needle time 60 min) | > 60% | ไม่มีผู้ป่วย | |

| แผนปฏิบัติการ (Action Plan) | | ตัววัด (measure) | ดัชนีชี้วัด (Indication) | เป้าหมาย ปีงบประมาณ.2559 | ผลการดำเนินการ 2559 | | | | ผู้รับผิดชอบ | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|-------------|------------------------------------|--|---|---|---------------------|--|--|-----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|------|------|--|--|------|------|------|--|--|--|
| ปีงบประมาณ.2559-2560 | วัน-เวลา | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.2 โรคหลอดเลือดหัวใจ | | ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย | Swallow test in 24 hr. (ไม่รวมผู้ป่วยที่รับ refer) ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย กลุ่มเป้าหมายโดยรวมอยู่ในระดับดี - ดีมาก | 100 % ≥ 85% | 100% | - ระหว่างเก็บข้อมูล | | | APN นิภาพรรณ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.2.1 กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด | | อัตราการกลับมารักษาซ้ำ | อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันด้วยโรคเดิม | 0 | 4.79% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | การเกิด Hematoma | การเกิด Hematoma ขนาด > 5x5 cms. (ผู้ใหญ่) - อัตราการตาย - อัตราการเกิด Morbidity | 0 | 4.17% | 3.33% | | | APN สุนันทา | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.2.2 ผ่าตัดหัวใจ | | อัตราการติดเชื้อ | การติดเชื้อแผลผ่าตัด (SSI) | SIR <1 (*SIR=Standardized Infection Ratio) | - อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด | | | | PCT Open Heart | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | <table border="1"> <thead> <tr> <th>SSI</th> <th>ไตรมาส 1-59</th> <th>ไตรมาส 1-59</th> <th>ไตรมาส 1-59</th> <th>ไตรมาส 1-59</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Opened Heart</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>CABG</td> <td>0.65</td> <td>0.00</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | | | SSI | ไตรมาส 1-59 | ไตรมาส 1-59 | ไตรมาส 1-59 | ไตรมาส 1-59 | Opened Heart | 0.00 | 0.00 | | | CABG | 0.65 | 0.00 | | | |
| SSI | ไตรมาส 1-59 | ไตรมาส 1-59 | ไตรมาส 1-59 | ไตรมาส 1-59 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opened Heart | 0.00 | 0.00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CABG | 0.65 | 0.00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| แผนปฏิบัติการ (Action Plan) | | ตัววัด (measure) | ดัชนีชี้วัด (Indication) | เป้าหมาย | ผลการดำเนินการ | ผู้รับผิดชอบ |
|---------------------------------------|----------|---|---|-----------------|-------------------------|-----------------|
| ปีงบประมาณ.2559-2560 | วัน-เวลา | | | ปีงบประมาณ.2559 | | |
| 1.3 โรคหลอดเลือดแดง ส่วนปลายอุดตัน | | ความปลอดภัย ของผู้ป่วยที่ได้รับ ยาต้านการแข็งตัว ของเลือด (wafarin) | ค่า INR อยู่ใน เกณฑ์ที่กำหนด (*INR=Internatio n normalized Ratio) ค่า PT ของ ผป.ต่อ PT ปกติ | > 60% | - อยู่ระหว่างเก็บข้อมูล | APN รัตนภรณ์ |
| | | ความสามารถใน การดูแลตนเอง ของผู้ป่วย | ความสามารถใน การดูแลตนเอง ของผู้ป่วย กลุ่มเป้าหมาย โดยรวมอยู่ใน ระดับดี - ดีมาก | ≥ 85 % | - อยู่ระหว่างเก็บข้อมูล | |
| | | - อัตราการตาย - อัตราการเกิด Morbidity การจัดการความ ปวด | ระดับความปวด ก่อนจำหน่าย ≤ 3 คะแนน | ≥ 80 % | - 88.6% | |

| แผนปฏิบัติการ (Action Plan) | | ตัววัด (measure) | ดัชนีชี้วัด (Indication) | เป้าหมาย ปีงบประมาณ.2559 | ผลการดำเนินการ 2559 | ผู้รับผิดชอบ |
|---|-------------------|--------------------------------------|---|-----------------------------|---|---|
| ปีงบประมาณ.2559-2560 | วัน-เวลา | | | | | |
| 2. สร้างและพัฒนาระบบ เครือข่ายบริการพยาบาล ในกลุ่มโรคที่สอดคล้อง กับศูนย์ความเป็นเลิศ และมีผลกระทบต่อสังคม หรือชุมชน | ต.ค.58- ก.ย.59 | เครือข่าย | จำนวนเครือข่าย ใหม่ | ≥ 1 เครือข่าย | - มีเครือข่าย Inter- hos เรื่อง Sepsis จัด 1 ครั้ง - ต้องมีการปรับเปลี่ยนแผนเรื่องการดูแล เนื่องจากเครือข่ายโรคหัวใจของเทศบาลนครหาดใหญ่ ไป ร่วมกับทางโรงพยาบาลหาดใหญ่ - APN เริ่มลงไปที่ OPD เพื่อติดตามโครงการ เช่น โครงการเพื่อนช่วยเพื่อน | คุณประสพสุข คุณภมร |
| 2.1 พัฒนาระบบการ ดูแลผู้ป่วยร่วมกันของผู้ ประสานงานการดูแล ผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจในเขต พื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง 7 จังหวัด | | การประสานงาน เพื่อแก้ไขปัญหา | จำนวนผู้ป่วยที่ ได้รับการประสาน การดูแล | > 80% | PCT Open Heart ยังไม่สรุปผลการดำเนินงาน | APN นิภาพรรณ และ วรารวรรณOPD ศัลย์ + PCT Open Heart |
| 2.2 โครงการเครือข่าย ผ่าตัดหัวใจสงขลา นครินทร์ 2.2.1 แลกเปลี่ยน เรียนรู้ประสบการณ์หลัง ผ่าตัดหัวใจของผู้ป่วย และญาติ 2.2.2 ศึกษาปัญหา/ ความต้องการของทีม สุขภาพในการส่งต่อ | | ความพึงพอใจของ ผู้เข้าร่วมกิจกรรม | ระดับดี-ดีมาก | > 85% | PCT Open Heart ยังไม่สรุปผลการดำเนินงาน | |

| แผนปฏิบัติการ (Action Plan) | | ตัววัด (measure) | ดัชนีชี้วัด (Indication) | เป้าหมาย ปีงบประมาณ.2559 | ผลการดำเนินการ 2559 | ผู้รับผิดชอบ |
|--|-------------------|----------------------------------|--|-----------------------------|---|--------------|
| ปีงบประมาณ.2559-2560 | วัน-เวลา | | | | | |
| ระบบเครือข่าย 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง 2.3 โครงการจัดอบรม อาสาสมัคร/แกนนำ สมาชิกเครือข่าย 2.4 โครงการเพื่อนช่วย เพื่อน | | ความพึงพอใจของ ผู้ร่วมกิจกรรม | ระดับดี-ดีมาก | > 85% | PCT Open Heart ยังไม่สรุปผลการดำเนินงาน | |
| | | ความพึงพอใจของ ผู้ร่วมกิจกรรม | ระดับดี-ดีมาก | > 85% | PCT Open Heart ยังไม่สรุปผลการดำเนินงาน | |
| 3. ควบคุมการติดเชื้อ · รมรณรงค์ให้มีการใช้ care bundle ให้ เหมาะสมตามบริบท ของหน่วยงาน · Quality round · ติดตามกำกับการใช้ มาตรฐานการพยาบาลที่ เกี่ยวข้อง · ติดตามตัวชี้วัดที่ เกี่ยวข้อง | ต.ค.58- ก.ย.59 | อัตราการติดเชื้อ | อัตราการติดเชื้อ เทียบเคียงกับ 50 percentile NHSN ปี 2012 | | | คุณประสพสุข |

| แผนปฏิบัติการ (Action Plan) | | ตัววัด (measure) | ดัชนีชี้วัด (Indication) | เป้าหมาย ปีงบประมาณ.2559 | ผลการดำเนินการ 2559 | ผู้รับผิดชอบ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------|---------------------|-----------------------------|--|---|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------|------|--|--|-----------|------|------|--|--|------|------|------|--|--|--|
| ปีงบประมาณ.2559-2560 | วัน-เวลา | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| จัดตั้ง CoP และทำ KM ตัวชี้วัดที่ยังไม่บรรลุผล (UTI) เพื่อกระตุ้นการใช้ UTI bundle ให้มีประสิทธิภาพ 3.1 ลดการเกิด VAP โดยการใช้แนวปฏิบัติและ bundle ตามบริบทของหอผู้ป่วย เช่น VAP bundle, WHAP, Weaning protocol, Unplanned extubation, Sedation interrupt, Restraint, maintain cuff pressure, Pain control, MAAS, RASS, Delirium prevention, Sleep promotion, Mobility, Nutrition, Hand hygiene, etc. | | อัตราการเกิด VAP | Adult VAP | 0.9 ครั้ง/ 1000 ventilator-days NHSN 50 percentire (2012) | - อัตราการเกิด VAP <table border="1" data-bbox="1061 711 1930 914"> <thead> <tr> <th>VAP</th> <th>ไตรมาส 1-59</th> <th>ไตรมาส 2-59</th> <th>ไตรมาส 3-59</th> <th>ไตรมาส 4-59</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Total Adult</td> <td>2.35</td> <td>1.16</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Total ICU</td> <td>3.51</td> <td>2.27</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PICU</td> <td>3.05</td> <td>0.00</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | VAP | ไตรมาส 1-59 | ไตรมาส 2-59 | ไตรมาส 3-59 | ไตรมาส 4-59 | Total Adult | 2.35 | 1.16 | | | Total ICU | 3.51 | 2.27 | | | PICU | 3.05 | 0.00 | | | APN คุณยุพิน คุณฉันทย์มัย คุณบุญมาศ คุณวรรณี |
| | | | | | | VAP | ไตรมาส 1-59 | ไตรมาส 2-59 | ไตรมาส 3-59 | ไตรมาส 4-59 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total Adult | 2.35 | 1.16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total ICU | 3.51 | 2.27 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PICU | 3.05 | 0.00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| แผนปฏิบัติการ (Action Plan) | | ตัววัด (measure) | ดัชนีชี้วัด (Indication) | เป้าหมาย ปีงบประมาณ.2559 | ผลการดำเนินการ 2559 | ผู้รับผิดชอบ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------------|----------------------|-----------------------------|--|--|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------|------|--|--|-----------|------|------|--|--|------|------|------|--|--|------------------------|
| ปีงบประมาณ.2559-2560 | วัน-เวลา | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.2 ลดการเกิด CLA-BSI โดยการใช้แนวปฏิบัติและ bundle ตามบริบทของผู้ป่วย เช่น BSI bundle, Reminder, Wound dressing, CHG dressing , Unplanned disconnection, Restraint, Catheter misconnection, Delirium prevention, Hand hygiene, etc. | | อัตราการเกิด CLA-BSI | Adult CLA-BSI | 1.0 ครั้ง/ 1000 catheter-days NHSN 50 percentire (2012) | <p>- อัตราการเกิด CLA-BSI</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>CLA-BSI</th> <th>ไตรมาส 1-59</th> <th>ไตรมาส 2-59</th> <th>ไตรมาส 3-59</th> <th>ไตรมาส 4-59</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Total Adult</td> <td>1.68</td> <td>1.86</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Total ICU</td> <td>2.22</td> <td>1.50</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PICU</td> <td>0.00</td> <td>2.51</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>- ร่วมกับกรรมการควบคุมการติดเชื้อจัด IC catheter round ใน SICU & SRCU เพื่อเพิ่มช่องทางการพิจารณา remind การถอดสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางในรายที่หมดความจำเป็นในการคาสายสวน ทุกวันพุธ เวลา 14.00-15.30 น. (เริ่มดำเนินการ 23 มี.ค.59)</p> <p>- KM CLA-BSI 31 มีนาคม 2559 ณ ห้องอดิเรก อาคารเรียนรวม จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม 18 หอผู้ป่วย จำนวน 56 คนตอบแบบประเมินร้อยละ 95.00 มีความรู้ ความเข้าใจในระดับดีมาก ร้อยละ 78.85</p> <p>- จัดตั้ง CoP no CLABSI เพิ่มช่องทางการสื่อสารผ่านกลุ่มไลน์ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และประสบการณ์ ซักถามปัญหาการปฏิบัติงานในทางคลินิก</p> <p>- จัดทำ (ร่าง) แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการคาสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ฉบับที่ 1 ประกาศใช้ เมษายน 2559</p> | CLA-BSI | ไตรมาส 1-59 | ไตรมาส 2-59 | ไตรมาส 3-59 | ไตรมาส 4-59 | Total Adult | 1.68 | 1.86 | | | Total ICU | 2.22 | 1.50 | | | PICU | 0.00 | 2.51 | | | APN สุภัตรา |
| | CLA-BSI | ไตรมาส 1-59 | ไตรมาส 2-59 | ไตรมาส 3-59 | ไตรมาส 4-59 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total Adult | 1.68 | 1.86 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total ICU | 2.22 | 1.50 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PICU | 0.00 | 2.51 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.3 ลดการเกิด CA-UTI โดยการใช้แนวปฏิบัติและ bundle ตามบริบทของผู้ป่วย เช่น | | อัตราการเกิด CA-UTI | Adult CA-UTI | 2.0 ครั้ง/ 1000 catheter-days NHSN 50 percentire (2012) | <p>- อัตราการเกิด CA-UTI</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>CA-UTI</th> <th>ไตรมาส 1-59</th> <th>ไตรมาส 2-59</th> <th>ไตรมาส 3-59</th> <th>ไตรมาส 4-59</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Total Adult</td> <td>5.33</td> <td>2.62</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Total ICU</td> <td>4.33</td> <td>3.77</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PICU</td> <td>0.00</td> <td>4.50</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | CA-UTI | ไตรมาส 1-59 | ไตรมาส 2-59 | ไตรมาส 3-59 | ไตรมาส 4-59 | Total Adult | 5.33 | 2.62 | | | Total ICU | 4.33 | 3.77 | | | PICU | 0.00 | 4.50 | | | APN กิณนัทธ์/ วาสนา |
| CA-UTI | ไตรมาส 1-59 | ไตรมาส 2-59 | ไตรมาส 3-59 | ไตรมาส 4-59 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total Adult | 5.33 | 2.62 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total ICU | 4.33 | 3.77 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PICU | 0.00 | 4.50 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| แผนปฏิบัติการ (Action Plan) | | ตัววัด (measure) | ดัชนีชี้วัด (Indication) | เป้าหมาย | ผลการดำเนินการ | ผู้รับผิดชอบ |
|--|-------------------|-------------------------|--|---|--|----------------------------------|
| ปีงบประมาณ.2559-2560 | วัน-เวลา | | | | | |
| UTI bundle, Reminder, Perineal care, Catheter care, Hand washing, Unplanned disconnection, Restraint, Delirium prevention, etc. | | | Pediatric CA-UTI | 1.6 ครั้ง/ 1000 catheter- days | - จัด IC catheter round ใน SICU & SRCU ร่วมกับกรรมการควบคุมการติดเชื้อเพื่อเพิ่มช่อง ทางการพิจารณา remind การถอดสายสวนปัสสาวะในรายที่หมดความจำเป็นในการคาสายสวน ทุกวันพุธ เวลา 14.00-15.30 น. (เริ่มดำเนินการ 23 มี.ค.59) - KM CA-UTI 18 มีนาคม 2559 ณ ห้องประชุม 1-2 ฝ่ายบริการพยาบาล - จัดตั้ง CoP Zero CAUTI เพิ่มช่องทางการสื่อสารผ่านกลุ่มไลน์ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และ ประสบการณ์ ชักถามปัญหาในการปฏิบัติงานทางคลินิก | |
| 4. พัฒนาคุณภาพการ จัดการความปวด - ผลลัพธ์การจัดการ ความปวดหลังผ่าตัด (Acute Pain) | ต.ค.58- ก.ย.59 | อันดับการ เทียบเคียง | ร้อยละความพึง พอใจในภาพรวม ติดอันดับ 1 ใน 3 โรงพยาบาลขนาด กลางของเครือข่าย พัฒนาการ พยาบาล | | - Acute Pain เก็บข้อมูลเทียบเคียงเครือข่าย ปี 2560 - QA Acute Pain (เก็บข้อมูลและรายงานโดยคุณพรณี) | คุณประสพสุข คุณภมร คุณพรณี |
| 4.1 อบรมการจัดการ ความปวดในเด็ก 4.2 Quality round | มี.ค.59 | | Pediatric pain Cancer pain | | - การจัดการความปวดในเด็ก อยู่ในระหว่างเครือข่ายสร้างแบบเก็บข้อมูล Round ร่วมกับ ผช.พัฒนาคุณภาพบริการ (21 ต.ค.58, 25 ม.ค.59, 29 ก.พ.59, 28 มี.ค.59) | |

| แผนปฏิบัติการ (Action Plan) | | ตัววัด (measure) | ดัชนีชี้วัด (Indication) | เป้าหมาย | ผลการดำเนินการ | ผู้รับผิดชอบ | | | | | | | | | | | | |
|--|---|----------------------|--|--|--|---------------------------------------|--------------------|----------------------|------------------------------|--|-------|-------|---|---|-----|----------------|----------------|--|
| ปีงบประมาณ.2559-2560 | วัน-เวลา | | | | | | ปีงบประมาณ.2559 | 2559 | | | | | | | | | | |
| 4.3 เก็บข้อมูลการจัดการความปวดมะเร็ง เทียบเคียงเครือข่าย | ม.ค.- พ.ค.59 | | | | - เก็บข้อมูลการจัดการความปวดมะเร็งเทียบเคียงเครือข่าย อยู่ในระหว่างเก็บข้อมูล ม.ค.-พ.ค.59 | | | | | | | | | | | | | |
| 5. ทบทวน ปรับ มาตรฐาน และติดตาม ให้ทันสมัย - มาตรฐานการให้ยา - มาตรฐานการให้ เลือด | ต.ค.58- ก.ย.59 | มาตรฐานการ พยาบาล | จำนวนเรื่องที่ ทบทวน/ปรับปรุง แล้วเสร็จและ ประกาศใช้ | 2 เรื่อง | 1.จำนวนมาตรฐานการพยาบาลเรื่องที่อยู่ระหว่างดำเนินการทบทวนมี 2 เรื่อง คือมาตรฐานการให้ ยาและการให้เลือด 2.มีการ Upload มาตรฐานการพยาบาล หลังจากได้ทบทวนแล้ว 8 มาตรฐานไว้ใน Intranet ของ Website ฝ่ายบริการพยาบาล 3.มีการ Upload แบบประเมินคุณภาพการพยาบาล ไว้ใน Intranet ของ Website ฝ่ายบริการ พยาบาล | คุณพรณี คุณศรีพงา และ กรรมการยา | | | | | | | | | | | | |
| 6. โครงการติดตามการ ใช้มาตรฐานทางการ พยาบาล และเรื่อง Quality assurance - การคาสายสวน ปัสสาวะ | ต.ค.58- ก.ย.59 | มาตรฐานการ พยาบาล | - ร้อยละของ มาตรฐานที่ได้ ติดตาม/ประกัน - การปฏิบัติตาม มาตรฐานผ่าน เกณฑ์ที่กำหนด | ทุก มาตรฐาน 100% ทุก รายการ | - มาตรฐานที่ได้ทำ Quality assurance คิดเป็นร้อยละ 50 (จำนวน 2 เรื่อง) และมีการใช้ E- Questionnaire ในการเก็บข้อมูล - มาตรฐานที่ได้ทำ Quality assurance คือ การคาสายสวนปัสสาวะ และ การจัดการ ความปวด - รายงานผลการทำ QA 1.การประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ ปี 59 เก็บข้อมูลวันที่ 1-31 มีนาคม 2559 จำนวน 366 ราย 28 หอผู้ป่วย ปี 57 เก็บข้อมูลวันที่ 18-30 มิถุนายน 2557 จำนวน 183 ชุด จำนวน 344 ชุด 25 หอผู้ป่วย ผลการประเมิน ดังตาราง | คุณพรณี | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ที่</th> <th rowspan="2">เกณฑ์เชิงกระบวนการ</th> <th rowspan="2">เป้าหมาย (ร้อยละ)</th> <th colspan="2">ปฏิบัติ/ใช้ จำนวน(ร้อยละ)</th> </tr> <tr> <th>ปี 59</th> <th>ปี 57</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>ล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังการสัมผัสสายสวน</td> <td>100</td> <td>351 (95.90)</td> <td>165 (91.16)</td> </tr> </tbody> </table> | ที่ | เกณฑ์เชิงกระบวนการ | เป้าหมาย (ร้อยละ) | ปฏิบัติ/ใช้ จำนวน(ร้อยละ) | | ปี 59 | ปี 57 | 1 | ล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังการสัมผัสสายสวน | 100 | 351 (95.90) | 165 (91.16) | |
| ที่ | เกณฑ์เชิงกระบวนการ | เป้าหมาย (ร้อยละ) | ปฏิบัติ/ใช้ จำนวน(ร้อยละ) | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | ปี 59 | ปี 57 | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | ล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังการสัมผัสสายสวน | 100 | 351 (95.90) | 165 (91.16) | | | | | | | | | | | | | | |

| แผนปฏิบัติการ (Action Plan) | | ตัววัด (measure) | ดัชนีชี้วัด (Indication) | เป้าหมาย ปีงบประมาณ.2559 | ผลการดำเนินการ 2559 | | | | ผู้รับผิดชอบ | |
|--------------------------------|----------|---------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------|--|-----|----------------|----------------|--|
| ปีงบประมาณ.2559-2560 | วัน-เวลา | | | | | | | | | |
| | | | | | 2 | ดูแลสายสวนให้อยู่ในระบบปิดตลอดเวลา | 100 | 366 (100) | 183 (100) | |
| | | | | | 3 | ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยน้ำและสบู่ อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง | 100 | 359 (98.09) | 178 (98.89) | |
| | | | | | 4 | ยึดสายสวนปัสสาวะด้วยพลาสติกที่บริเวณขา ในผู้หญิง และบริเวณท้องน้อยในผู้ชาย | 100 | 353 (96.45) | 163 (89.56) | |
| | | | | | 5 | แขวนถุงปัสสาวะต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะแล ะสูงเหนือพื้นประมาณ 10 ซม. | 100 | 364 (99.45) | 178 (97.27) | |
| | | | | | 6 | ดูแลสายสวนไม่ให้หัก พับ งอ | 100 | 366 (100) | 183 (100) | |
| | | | | | 7 | เปลี่ยนสายสวนเมื่อสายตัน หรือมีตะกอน | 100 | 191 (99.48) | 149 (94.30) | |
| | | | | | 8 | กรณีเคลื่อนย้ายผู้ป่วย 8.1 ผู้ป่วยใช้ urine bag มีการ clamp สาย สวนปัสสาวะทุกครั้ง 8.2 ผู้ป่วยใช้ urinovolumeter มีการ clamp สายสวนปัสสาวะด้วยตัวหนีบ urinovolumeter | 100 | 215 (100) | 179 (99.44) | |
| | | | | | 9. | เทปัสสาวะทิ้ง เมื่อมีปัสสาวะเกิน 2/3 ของถุง | 100 | 362 (98.91) | 180 (98.36) | |
| | | | | | 10 | สวมถุงมือสะอาดและล้างมือด้วยน้ำยาล้างมือ ที่ผสม Alcohol ทุกครั้งก่อนและหลังเทปัสสาวะ | 100 | 349 (95.35) | 177 (97.25) | |

| แผนปฏิบัติการ (Action Plan) | | ตัววัด (measure) | ดัชนีชี้วัด (Indication) | เป้าหมาย ปีงบประมาณ.2559 | ผลการดำเนินการ | | | | | | ผู้รับผิดชอบ | |
|--------------------------------|----------|---------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------|---|-----|-----|-----|----------------|----------------|--|
| ปีงบประมาณ.2559-2560 | วัน-เวลา | | | | 2559 | | | | | | | |
| | | | | | 2. | มีการบันทึกตำแหน่งที่ปวด ในบันทึกทางการพยาบาล | 100 | 327 | 338 | 326 (99.69) | 328 (97.04) | |
| | | | | | 3. | มีการใช้เครื่องมือมาตรฐานใน การประเมินความปวด เช่น NRS, VAS, FPS, CPOT, BPS, NIPS, FLACC เป็นต้น | 100 | 327 | 344 | 326 (99.69) | 339 (98.55) | |
| | | | | | 4. | มีการบันทึกการให้ข้อมูล วิธีการประเมินและการบอก ระดับความปวด | 100 | 327 | 340 | 301 (92.05) | 280 (82.35) | |
| | | | | | 5. | มีการบันทึกคะแนนความ ปวดก่อนการจัดการความ ปวดใน graphic sheet | 100 | 327 | 344 | 305 (93.27) | 291 (84.59) | |
| | | | | | 6. | มีการบันทึกคะแนนการ ประเมินความปวดซ้ำหลัง การจัดการความปวด ใน graphic sheet | 100 | 327 | 344 | 251 (76.76) | 210 (61.05) | |
| | | | | | 7. | มีการบันทึกการให้ข้อมูล วิธี จัดการความปวดทั้งแบบใช้ ยาและไม่ใช้ยา | 100 | 327 | 340 | 284 (86.85) | 254 (74.71) | |

| แผนปฏิบัติการ (Action Plan) | | ตัววัด (measure) | ดัชนีชี้วัด (Indication) | เป้าหมาย | ผลการดำเนินการ | | | | | | ผู้รับผิดชอบ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---------------------|--|--------------------------------|-----------------|---|-----|-----|-----|----------------|----------------|-----|--------------------|---|--|--------------------------------|---|--|-----|------|------------|---|--|-----|-----|------------|---|--|-----|-----|------------|
| ปีงบประมาณ.2559-2560 | วัน-เวลา | | | | ปีงบประมาณ.2559 | 2559 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 8. | มีการบันทึกการให้ข้อมูล อาการไม่พึงประสงค์ของยา บรรเทาปวด | 100 | 327 | 344 | 242 (74.01) | 198 (57.56) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 9. | มีการบันทึก sedation score ในรายที่ได้ยา sedate เช่น Fentanyl, PCA เป็นต้น ใน graphic sheet | 100 | 327 | 339 | 240 (73.39) | 187 (55.16) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>ปี 59 มีการประเมินความพึงพอใจเกี่ยวกับการจัดการความปวด เพิ่มจากปี 58 เป้าหมาย มาก-มากที่สุด มากกว่าร้อยละ 90</p> <p>ผลการประเมินส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ มีข้อที่ไม่ผ่านจำนวน 2 ข้อคือการมีส่วนร่วมในการเลือก วิธีบรรเทาปวดกับแพทย์/พยาบาลและการให้ข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์ของยาบรรเทาปวด ดังตาราง</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ที่</th> <th>เกณฑ์เชิงกระบวนการ</th> <th>n</th> <th>เป้าหมาย มาก-มากที่สุด จำนวน(ร้อยละ)</th> <th>มาก-มากที่สุด จำนวน(ร้อยละ)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>การช่วยเหลืออย่างรวดเร็วจาก พยาบาลเมื่อมีอาการปวด</td> <td>327</td> <td>> 90</td> <td>301(92.05)</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>การพยาบาลอย่างนุ่มนวลเมื่อมี อาการปวด</td> <td>327</td> <td>>90</td> <td>306(93.58)</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>การประเมินสอบถามอาการปวด ภายหลังได้รับยาบรรเทาปวด</td> <td>327</td> <td>>90</td> <td>307(93.88)</td> </tr> </tbody> </table> | | | | | | | | | | | | ที่ | เกณฑ์เชิงกระบวนการ | n | เป้าหมาย มาก-มากที่สุด จำนวน(ร้อยละ) | มาก-มากที่สุด จำนวน(ร้อยละ) | 1 | การช่วยเหลืออย่างรวดเร็วจาก พยาบาลเมื่อมีอาการปวด | 327 | > 90 | 301(92.05) | 2 | การพยาบาลอย่างนุ่มนวลเมื่อมี อาการปวด | 327 | >90 | 306(93.58) | 3 | การประเมินสอบถามอาการปวด ภายหลังได้รับยาบรรเทาปวด | 327 | >90 | 307(93.88) |
| ที่ | เกณฑ์เชิงกระบวนการ | n | เป้าหมาย มาก-มากที่สุด จำนวน(ร้อยละ) | มาก-มากที่สุด จำนวน(ร้อยละ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | การช่วยเหลืออย่างรวดเร็วจาก พยาบาลเมื่อมีอาการปวด | 327 | > 90 | 301(92.05) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | การพยาบาลอย่างนุ่มนวลเมื่อมี อาการปวด | 327 | >90 | 306(93.58) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | การประเมินสอบถามอาการปวด ภายหลังได้รับยาบรรเทาปวด | 327 | >90 | 307(93.88) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| แผนปฏิบัติการ (Action Plan) | | ตัววัด (measure) | ดัชนีชี้วัด (Indication) | เป้าหมาย ปีงบประมาณ.2559 | ผลการดำเนินการ 2559 | | | | | ผู้รับผิดชอบ |
|--|-------------------|---------------------------|--|-----------------------------|--|---|-----|-----|------------|--------------|
| ปีงบประมาณ.2559-2560 | วัน-เวลา | | | | | | | | | |
| | | | | | 4 | การมีส่วนร่วมในการเลือกวิธี บรรเทาปวดกับแพทย์/พยาบาล | 327 | >90 | 284(86.85) | |
| | | | | | 5 | การให้ข้อมูลวิธีการประเมินและ บอกระดับความปวด | 327 | >90 | 305(93.27) | |
| | | | | | 6 | การให้ข้อมูลเรื่องวิธีการจัดการ ความปวด | 327 | >90 | 292(89.30) | |
| | | | | | 7 | การให้ข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์ ของยาบรรเทาปวด | 327 | >90 | 264(80.73) | |
| | | | | | 8 | ความพึงพอใจโดยรวมต่อการ จัดการความปวด | 327 | >90 | 312(95.41) | |
| 7. โครงการติดตามการ ใช้บันทึกทางการ พยาบาล | ต.ค.58- ก.ย.59 | การบันทึก ทางการพยาบาล | - ร้อยละของหอ ผู้ป่วยที่มีการใช้ แบบบันทึก ทางการพยาบาลที่ ฝ่ายบริการ พยาบาลกำหนด | 100 % | <p>ขณะนี้หอผู้ป่วยที่มีการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลที่ฝ่ายบริการพยาบาลได้กำหนด 100 %</p> <p>1.กรรมการบันทึกฯเยี่ยมหอผู้ป่วย/ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับบันทึกการพยาบาล ผลการเยี่ยม:ร้อยละ80%ของหอผู้ป่วยมีการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลที่ฝ่ายบริการพยาบาล กำหนดครบทุกแบบฟอร์ม</p> <p>2.กิจกรรม knowledge sharing บันทึกการพยาบาล 2 ครั้ง/กลุ่มผดก. โดยมีผู้เข้าร่วมกิจกรรมประกอบด้วย ผดก หน.หอผู้ป่วย กรรมการบันทึกฯ แกนนำบันทึกฯ และพยาบาล ในกลุ่มผดก.เดียวกัน</p> <p>ผลการทำกิจกรรม:</p> <p>1.จำนวนครั้ง การทำกิจกรรม KS/กลุ่ม ผดก.มีดังนี้</p> <p>KS 3 ครั้ง มี 1 กลุ่ม 2 ครั้ง มี 6 กลุ่ม 1 ครั้ง มี 3 กลุ่ม</p> | | | | | คุณพรรณณี |

| แผนปฏิบัติการ (Action Plan) | | ตัววัด (measure) | ดัชนีชี้วัด (Indication) | เป้าหมาย ปีงบประมาณ.2559 | ผลการดำเนินการ | | ผู้รับผิดชอบ |
|--------------------------------|----------|---------------------|-----------------------------|-----------------------------|---|---|--------------|
| ปีงบประมาณ.2559-2560 | วัน-เวลา | | | | ปีงบประมาณ.2559 | 2559 | |
| | | | | | | <p>5.การตั้งเป้าหมายไม่มีตัววัดที่ชัดเจน ยังเป็นนามธรรม</p> <p>6.ปัญหาของผู้ป่วยไม่เป็นปัจจุบันไม่ครอบคลุมไม่มีการสิ้นสุด</p> <p>7.ปัญหาของผู้ป่วยใน Nursing Problem lists และใน Nursing Progress Notesไม่สอดคล้องกัน เพราะมีการบันทึกใน Nursing Progress Notesก่อนแล้วจึงcopyมาใส่ใน Nursing Problem lists</p> | |
| | | | | 3 | แบบบันทึกการพยาบาล (Nursing Progress Notes) | <p>ส่วนใหญ่มีการใช้แล้วแต่ยังทำได้ไม่ดี</p> <p>1.ปัญหาของผู้ป่วยมีแต่ปัญหาทางกาย ปัญหาทางจิตใจมีน้อย</p> <p>2.ปัญหาของผู้ป่วย การประเมินกิจกรรมพยาบาล การประเมินผลต้องมีการพัฒนาในเรื่อง ความถูกต้องตรงประเด็น มีความสอดคล้องกันและความทันสมัย ของข้อมูล</p> <p>3.มีการคัดลอกปัญหาของผู้ป่วย ในเวรที่ผ่านมาแต่ปัญหาของผู้ป่วยได้สิ้นสุดแล้ว</p> | |

| แผนปฏิบัติการ (Action Plan) | | ตัววัด (measure) | ดัชนีชี้วัด (Indication) | เป้าหมาย ปีงบประมาณ.2559 | ผลการดำเนินการ 2559 | | | | ผู้รับผิดชอบ |
|---|---------------|-----------------------|--------------------------------------|-----------------------------|------------------------|---------------------------|---|--|--------------|
| ปีงบประมาณ.2559-2560 | วัน-เวลา | | | | | | | | |
| | | | | | | | 4.ไม่ได้ทำกิจกรรมให้ผู้ป่วยแต่มีการบันทึก | | |
| | | | | | 4 | การวางแผนการดูแลต่อเนื่อง | ส่วนใหญ่ทำได้ดี | 1.ไม่เข้าใจการบันทึกในแบบฟอร์มแต่ละหัวข้อ 2.ไม่มีการบันทึกอย่างต่อเนื่อง 3.มีการบันทึกการให้คำแนะนำในวันที่ผู้ป่วยจำหน่าย 4.ไม่มีการบันทึกผลลัพธ์การให้คำแนะนำ 5.การเขียนคำแนะนำบางหอผู้ป่วยยังเป็นทฤษฎี | |
| | | | | | | | 3.ได้ Upload คู่มือการเขียนบันทึกทางการแพทย์ไว้ใน Intranet ของ website ฝ่ายบริการพยาบาล | | |
| | | | | | | | 4.มีการทำ Quality assurance บันทึกทางการแพทย์โดยหัวหน้าหอผู้ป่วย 3 ราย/ สัปดาห์ส่งผลตก | | |
| | | | | | | | 5.ร่วมทำ Quality Round เรื่องบันทึกทางการแพทย์กับทีมจำนวน 8 หอผู้ป่วย | | |
| 8. สร้างและส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานของหลัก/แนวคิดจริยธรรม | ต.ค.58-ก.ย.59 | ความพึงพอใจของผู้ป่วย | ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาล | ≥ 4.5 | | | <ul style="list-style-type: none"> - อยู่ในระหว่างการเก็บข้อมูล - ร่วมกับกลุ่มพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ทำกิจกรรม Quality Round ในการ 8 หอผู้ป่วย รายละเอียด..(เอกสารแนบคุณลักษณะ) - Upload เอกสาร/แนวปฏิบัติ ในมุม จริยธรรม ระบบเครือข่ายภายในของฝ่ายบริการพยาบาล จำนวน 4 เรื่องได้แก่ | | |

| แผนปฏิบัติการ (Action Plan) | | ตัววัด (measure) | ดัชนีชี้วัด (Indication) | เป้าหมาย ปีงบประมาณ.2559 | ผลการดำเนินการ 2559 | ผู้รับผิดชอบ |
|---|---|---------------------------|--|-----------------------------|---|--------------|
| ปีงบประมาณ.2559-2560 | วัน-เวลา | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> · โครงการอบรม กฎหมายและจริยธรรม สำหรับพยาบาล · โครงการดอกลีบบาน ยามเช้า · โครงการเรื่องเล่าความ ดี | เม.ย.59 | กิจกรรม เรื่องเล่า | จำนวนหอผู้ป่วยที่ ทำกิจกรรม จำนวนเรื่องเล่า | > 30 > 30 | <p>สิทธิผู้ป่วยฉบับใหม่ 2558 ใบเกียรติบัตรรางวัลโรงพยาบาลดีเด่นในโครงการกลไกการพัฒนาและส่งเสริมจริยธรรมของสภาการพยาบาล การตัดสินใจเชิงจริยธรรมทางการพยาบาล และแนวปฏิบัติการให้ข้อมูลตามประกาศของโรงพยาบาล</p> <p>โครงการอบรมกฎหมายและจริยธรรมสำหรับพยาบาล มีการเลื่อนการเป็น 27-28 มิ.ย.59</p> <p>-จำนวนหอผู้ป่วยที่เริ่มทำกิจกรรม 4 หอผู้ป่วย</p> <p>- Upload เหตุการณ์เจ้าหน้าที่ทำความดี ในมุม จริยธรรม ระบบเครือข่ายภายในของฝ่ายบริการพยาบาล 3 ราย</p> <p>-กำหนดจัดกิจกรรมเรื่องเล่าความดี วันที่ 21 เมษายน 2559</p> | |
| <p>9. ส่งเสริมการดูแล ผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง</p> <ul style="list-style-type: none"> - โครงการ pitfall in palliative care · โครงการอบรมเชิง ปฏิบัติการการสื่อสาร และการบอกความจริง | <p>ต.ค.58- ก.ย.59</p> <p>ก.พ.59</p> <p>ก.พ.59</p> | ความพึงพอใจของ ผู้ป่วย | ความพึงพอใจของ ผู้ป่วยต่อบริการ พยาบาลแบบ Palliative care | ≥ 85% | <p>ผลการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (1ต.ค.58-31 มี.ค.59)ซึ่งเป็น การตอบแบบสอบถามโดยครอบครัวของผู้ป่วยภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต หรือก่อนจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล ได้รับแบบสอบถามทั้งหมด 27 ฉบับ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ระดับความคิดเห็น ต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองทุกข้ออยู่ในระดับมาก-มากที่สุดร้อยละ 100 ยกเว้น การช่วยเหลือแนะนำขั้นตอนต่างๆหลังผู้ป่วยเสียชีวิต และความพึงพอใจโดยรวม ที่มี คะแนนอยู่ในระดับมาก-มากที่สุด เท่ากับร้อยละ 96</p> <p>- กำหนดจัดอบรมวันที่ 25-26 เม.ย.2559</p> <p>- จัดโครงการอบรมโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการสื่อสารและการบอกความจริง ให้แก่แกนนำ และกรรมการ โดยจัดในเดือน มีนาคม 2559</p> <p>- มี Service Round ใน หอผู้ป่วย</p> | คุณภมร |

| แผนปฏิบัติการ (Action Plan) | | ตัววัด (measure) | ดัชนีชี้วัด (Indication) | เป้าหมาย | ผลการดำเนินการ | ผู้รับผิดชอบ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------------|---|--|------------------|--|--|-----------------|--------|---------------|------------------|-------------|-----------|----------------|--------|------------------|-------------|-----------|-----------|----------------|--------|-----------------|-------------|-----------|--|
| ปีงบประมาณ.2559-2560 | วัน-เวลา | | | | | | ปีงบประมาณ.2559 | 2559 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. เพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยทางคลินิกด้วย SIMPLE ผ่านกิจกรรมต่างๆ เช่น จัดตั้งแกนนำ/CoP, Quality round วิเคราะห์หา root cause จัดทำแนวปฏิบัติ จัดเวทีแสดงผลงาน | ต.ค.58-ก.ย.59 | ตามตัวชี้วัดของ IC /อุบัติการณ์ต่างๆ /ผลงานที่นำเสนอ/ ผลการเทียบเคียง | รายละเอียดตาม Action Plan <u>ข้อ 3 การควบคุมการติดเชื้อ</u> | | - รวบรวมข้อมูลการวิเคราะห์เรื่อง SIMPLE ทั้งหมด | คุณลักษณะมี คุณศรีพงา คุณภมร คุณประสพสุข คุณพรณี | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10.1 เพิ่มความเข้มแข็งการบริหารจัดการเฝ้าระวังความเสี่ยง โดย | ต.ค.58-ก.ย.59 | อุบัติการณ์ | จำนวนอุบัติการณ์ระดับความรุนแรง E-I ลดลงจากปี 58 ร้อยละ 50 (รายละเอียดตามข้อ 1.2.1-1.2.5 คุณภาพสัญญาณ) | 40 | - จัดโครงการ การจัดการความรู้สู่การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความเป็นเลิศทางการพยาบาล เรื่อง Phlebitis & Extravasation จำนวน 2 รุ่น เมื่อวันที่ 3 และ 4 ธันวาคม 2558 เวลา 13.00-15.30 น. ณ ห้องอดิเรก ณ อาคารเรียนรวม มีเข้าร่วมกิจกรรมทั้งสิ้น 223 คน ผลการประเมินโครงการ (คะแนนเต็ม 4) ความพึงพอใจในทั้ง 2 รุ่น อยู่ในระดับมากที่สุดทุกหัวข้อ <table border="1" data-bbox="1025 1077 1951 1329"> <thead> <tr> <th></th> <th>วันที่</th> <th>พยาบาล</th> <th>ตอบแบบประเมิน</th> <th>$\bar{x} \pm SD$</th> <th>ความพึงพอใจ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>รุ่นที่ 1</td> <td>3 ธันวาคม 2558</td> <td>121 คน</td> <td>113 คน (93.39 %)</td> <td>3.62 ± 0.44</td> <td>มากที่สุด</td> </tr> <tr> <td>รุ่นที่ 2</td> <td>4 ธันวาคม 2558</td> <td>102 คน</td> <td>90 คน (88.24 %)</td> <td>3.74 ± 0.37</td> <td>มากที่สุด</td> </tr> </tbody> </table> <p>- สืบหาความชุกของ Phlebitis & Extravasation วันที่ 23 ธันวาคม 2558 เวลา 8.00 น. จำนวน 36 หอผู้ป่วย 551 ราย 733 ตำแหน่ง ไม่พบ extravasation แต่พบ phlebitis จำนวน 62 ตำแหน่ง</p> | | วันที่ | พยาบาล | ตอบแบบประเมิน | $\bar{x} \pm SD$ | ความพึงพอใจ | รุ่นที่ 1 | 3 ธันวาคม 2558 | 121 คน | 113 คน (93.39 %) | 3.62 ± 0.44 | มากที่สุด | รุ่นที่ 2 | 4 ธันวาคม 2558 | 102 คน | 90 คน (88.24 %) | 3.74 ± 0.37 | มากที่สุด | |
| | วันที่ | พยาบาล | ตอบแบบประเมิน | $\bar{x} \pm SD$ | ความพึงพอใจ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| รุ่นที่ 1 | 3 ธันวาคม 2558 | 121 คน | 113 คน (93.39 %) | 3.62 ± 0.44 | มากที่สุด | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| รุ่นที่ 2 | 4 ธันวาคม 2558 | 102 คน | 90 คน (88.24 %) | 3.74 ± 0.37 | มากที่สุด | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| แผนปฏิบัติการ (Action Plan) | | ตัววัด (measure) | ดัชนีชี้วัด (Indication) | เป้าหมาย ปีงบประมาณ.2559 | ผลการดำเนินการ 2559 | | | | | ผู้รับผิดชอบ |
|--------------------------------|----------|---------------------|-----------------------------|-----------------------------|--|---------------|---------------------|-------------|-------------|--------------|
| ปีงบประมาณ.2559-2560 | วัน-เวลา | | | | | | | | | |
| | | | | | <p>คิดเป็นอัตราความชุก ร้อยละ 8.46 แบ่งเป็นระดับ 1-4 ร้อยละ 38.71, 46.77, 12.91 และ 1.61 ตามลำดับ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประกาศใช้แนวปฏิบัติในการป้องกัน Phlebitis & Extravasation ฉบับที่ 1 วันที่ 23 ธันวาคม 2558 - ประชุมทีมนำ IV Team วันที่ 24 ธันวาคม 2558 เวลา 10.00-11.00 น. ช่วยเหลือในการแก้ปัญหาเชิงระบบเพื่อให้ IV Team ดำเนินงานได้โดยไม่มีอุปสรรค - จัดตั้ง CoP 2PSU และไลน์กลุ่ม เพื่อเพิ่มช่องทางการสื่อสาร แลกเปลี่ยนเรียนรู้และประสบการณ์ ชักถามปัญหาในการปฏิบัติงานทางคลินิก (2PSU: Prevent Phlebitis Sustainable) - จัด KM Phlebitis & Extravasation ครั้งที่ 2 วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2559 เวลา 14.00-15.30 น. ณ ห้องอดิเรก ณ ถลาง อาคารเรียนรวม มีพยาบาลเข้าร่วมกิจกรรมทั้งสิ้น 111 คน ได้รับแบบประเมินจำนวน 103 ราย คิดเป็นร้อยละ 92.79 ผลการประเมินโครงการ ความรู้ก่อน KM อยู่ในระดับดี หลัง KM อยู่ในระดับดีมาก การประยุกต์ใช้สู่การปฏิบัติและมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ อยู่ในระดับดีมาก - รายงานอุบัติการณ์ Phlebitis & Extravasation | | | | | |
| | | | | | อุบัติการณ์ | ไตรมาส 1-59 | ไตรมาส 2-59 | ไตรมาส 3-59 | ไตรมาส 4-59 | |
| | | | | | Extravasation | 4 (4D) | 16 (11D, 5E) | | | |
| | | | | | Total Phlebitis | 3 (2C, 1D) | 29 (3C, 24D, 2E) | | | |
| | | | | | Phlebitis ระดับ 1 | 2C | 2C | | | |
| | | | | | Phlebitis ระดับ 2 | 1D | 12 (1C, 10D, 1E) | | | |

| แผนปฏิบัติการ (Action Plan) | | ตัววัด (measure) | ดัชนีชี้วัด (Indication) | เป้าหมาย ปีงบประมาณ.2559 | ผลการดำเนินการ | | | | | ผู้รับผิดชอบ | | | | | | | | | | | | |
|--|----------------|--|---|-----------------------------|--|---|-----------------|--|--|---------------|----------------|-----------|----------------|---|-------|--|---|----------------------------------|-------|--|-----------------------|--|
| ปีงบประมาณ.2559-2560 | วัน-เวลา | | | | 2559 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | Phlebitis ระดับ 3 | - | 4D | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | Phlebitis ระดับ 4 | - | 11 (10D, 1E) | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | <ul style="list-style-type: none"> - ยกเลิกแนวปฏิบัติในการป้องกัน Phlebitis & Extravasation ฉบับที่ 1 และประกาศใช้ ฉบับที่ 2 วันที่ 4 ธันวาคม 2558 พร้อมทั้งบรรจุไว้ใน intranet ของเว็บไซต์ฝ่ายบริการพยาบาล เพื่อให้สะดวกในการเข้าถึง - จัดทำแนวทางการบริหารยาทางหลอดเลือดดำเพื่อป้องกันการเกิด Phlebitis & Extravasation รวมทั้งตารางการเข้ากันไม่ได้ของยา (Y-site incompatibility) ให้หอผู้ป่วยและบรรจุไว้ใน intranet ของเว็บไซต์ฝ่ายบริการพยาบาล เพื่อให้สะดวกในการเข้าถึง - จัดทำแบบฟอร์มรายงานการเกิด Phlebitis ระดับ 1-2 และแบบทบทวน/วิเคราะห์อุบัติการณ์ Phlebitis & Extravasation เพื่อความสะดวกรวดเร็วและลดภาระในการรายงานอุบัติการณ์ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10.1.1 ติดตามเรื่องที่ deploy ไปแล้ว : การเขียนรายงานอุบัติการณ์ , ถอดบทเรียน, RCA, Service recovery process | | | | | <ul style="list-style-type: none"> - ทดลองระบบโปรแกรมการรายงาน Incident ผ่านระบบ IT เมื่อ ธ.ค. 2558 ให้ทดลองแบบคู่ขนานกับการเขียนลงกระดาษแบบเดิม - จัดกิจกรรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสร้าง ชุมชนนักปฏิบัติ หรือ ชุมชนแนวปฏิบัติ (Community of Practices) หรือ CoPs 3 ครั้งดังนี้ <table border="1" data-bbox="1016 1109 1962 1503"> <thead> <tr> <th>วันที่/เรื่อง</th> <th>ผู้ร่วมกิจกรรม</th> <th>ผลประเมิน</th> <th>การนำไปปรับใช้</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2559 เรื่อง Service Recovery Process</td> <td>37 คน</td> <td>ความพึงพอใจ ทุกหัวข้อ อยู่ในระดับมากที่สุด ความพึงพอใจในภาพรวม 3.77 อยู่ในระดับมากที่สุด</td> <td>จัดตั้งกลุ่ม CoP_SRP อยู่ในระหว่างร่างแนวปฏิบัติ การจัดการข้อร้องเรียนและ SRP</td> </tr> <tr> <td>วันที่ 2 มีนาคม 2559 เรื่อง Fall</td> <td>25 คน</td> <td>ความพึงพอใจ ทุกหัวข้อ อยู่ในระดับมากที่สุด</td> <td>จัดตั้งกลุ่ม CoP_Fall</td> </tr> </tbody> </table> | | | | | วันที่/เรื่อง | ผู้ร่วมกิจกรรม | ผลประเมิน | การนำไปปรับใช้ | วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2559 เรื่อง Service Recovery Process | 37 คน | ความพึงพอใจ ทุกหัวข้อ อยู่ในระดับมากที่สุด ความพึงพอใจในภาพรวม 3.77 อยู่ในระดับมากที่สุด | จัดตั้งกลุ่ม CoP_SRP อยู่ในระหว่างร่างแนวปฏิบัติ การจัดการข้อร้องเรียนและ SRP | วันที่ 2 มีนาคม 2559 เรื่อง Fall | 25 คน | ความพึงพอใจ ทุกหัวข้อ อยู่ในระดับมากที่สุด | จัดตั้งกลุ่ม CoP_Fall | |
| วันที่/เรื่อง | ผู้ร่วมกิจกรรม | ผลประเมิน | การนำไปปรับใช้ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2559 เรื่อง Service Recovery Process | 37 คน | ความพึงพอใจ ทุกหัวข้อ อยู่ในระดับมากที่สุด ความพึงพอใจในภาพรวม 3.77 อยู่ในระดับมากที่สุด | จัดตั้งกลุ่ม CoP_SRP อยู่ในระหว่างร่างแนวปฏิบัติ การจัดการข้อร้องเรียนและ SRP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| วันที่ 2 มีนาคม 2559 เรื่อง Fall | 25 คน | ความพึงพอใจ ทุกหัวข้อ อยู่ในระดับมากที่สุด | จัดตั้งกลุ่ม CoP_Fall | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| แผนปฏิบัติการ (Action Plan) | | ตัววัด (measure) | ดัชนีชี้วัด (Indication) | เป้าหมาย ปีงบประมาณ.2559 | ผลการดำเนินการ | | | | ผู้รับผิดชอบ |
|--|-------------------|---------------------|-----------------------------|-----------------------------|--|-------|---|--|--------------|
| ปีงบประมาณ.2559-2560 | วัน-เวลา | | | | 2559 | | | | |
| | | | | | | | ความพึงพอใจในภาพรวม 3.68 อยู่ในระดับมากที่สุด | อยู่ในระหว่างร่างแนว ปฏิบัติ การป้องกันการตก ล้น | |
| | | | | | วันที่ 30 มีนาคม 2559 เรื่อง การระบุ ตัวผู้ป่วย (Identification) | 36 คน | ความพึงพอใจ ทุกหัวข้อ อยู่ในระดับมากที่สุด ความพึงพอใจในภาพรวม 3.86 อยู่ในระดับมากที่สุด | จัดตั้งกลุ่ม CoP_ Identification อยู่ในระหว่างร่างแนว ปฏิบัติ การป้องกันการ ระบุตัวผิดพลาด | |
| | | | | | ทดลองใช้โปรแกรมการรายงานอุบัติการณ์ในระบบ HIS ร่วมกับผช.หัวหน้าฝ่ายฯด้านบริหาร ทรัพยากร และสารสนเทศ | | | | |
| 10.1.2 เฝ้าระวังความ เสี่ยงที่สำคัญ - จัดตั้ง CoP : Fall, Tube & Line เลื่อน หลุด, Identification, Phlebitis / Extravasation - กิจกรรมแลกเปลี่ยน เรียนรู้ในทีม - ทำ QA เป็น baseline เพื่อหา Gap แล้วทำ CQI (ระบุเรื่อง | ต.ค.58- ก.ย.59 | | | | จัดให้ความรู้เรื่องการทำ CoPs แก่กรรมการคุณภาพด้านบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย พร้อมแกนนำไป 1 ครั้ง โดยเชิญคุณอรุณิณ หนูนอนันต์ จากงานการเจ้าหน้าที่มาเป็นวิทยากร - จัดตั้ง CoP : Fall, Tube & Line เลื่อนหลุด, Identification, SRP อยู่ระหว่างร่างแนวปฏิบัติ - Phlebitis / Extravasation ประกาศใช้แนวปฏิบัติแล้ว | | | | |

| แผนปฏิบัติการ (Action Plan) | | ตัววัด (measure) | ดัชนีชี้วัด (Indication) | เป้าหมาย ปีงบประมาณ.2559 | ผลการดำเนินการ 2559 | ผู้รับผิดชอบ | | | | | | | | |
|---|---|---|--|-----------------------------|---|---|---------|------------|-----------------------------|----------------------------------|---|---|--|--|
| ปีงบประมาณ.2559-2560 | วัน-เวลา | | | | | | | | | | | | | |
| ให้ชัดเจน สำหรับเรื่อง ใหม่ที่จะทำไปข้างหน้า) - จัดทำแนวปฏิบัติเพื่อ ป้องกันอุบัติเหตุ ดังกล่าว - การประกันคุณภาพ ตามแนวทางการเฝ้า ระวังความเสี่ยง | | | | | | | | | | | | | | |
| 10.2 คุณภาพผู้ป่วย (Quality Round) และ กิจกรรมแลกเปลี่ยน เรียนรู้ในเรื่อง | ต.ค.58- ก.ย.59 | บทเรียน/ความรู้/ แนวปฏิบัติที่ได้ จากกิจกรรม | จำนวนบทเรียน/ ความรู้/แนว ปฏิบัติที่ได้จาก กิจกรรม | ≥ 6 เรื่อง | - สรุปได้ มีการ Quality Round จำนวน 4 ครั้ง 8 หอผู้ป่วย การจัดกิจกรรม Walk Round ก่อนเริ่ม ทางกรรมการแบ่งประเด็นในการเยี่ยมชมตรวจ เพื่อให้ครอบคลุมประเด็นของวัตถุประสงค์ เช่น การดู ระบบยา บันทึกทางการแพทย์ การพยาบาล โครงสร้าง Care Process รวมทั้งการรับฟังข้อคิดเห็น ปัญหาของ วอร์ดจากน้องเจ้าหน้าที่หน้างาน หลังการ Walk Round มีการทำ Exit ประเมินการตรวจเยี่ยม สรุปการเรียนรู้ดังนี้ | คุณลักษณะมี คุณศรีพงา คุณภมร คุณประสพสุข คุณพรธณี | | | | | | | | |
| | | | | | <table border="1"> <thead> <tr> <th>วันที่/ หน่วยงาน</th> <th>จุดเด่น</th> <th>โอกาสพัฒนา</th> <th>ความต้องการ การช่วยเหลือ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>21 ธ.ค. 58/ ศัลยกรรม ชาย 1</td> <td>มีการวิเคราะห์ตนเอง รู้ และเข้าใจปัญหา พยายาม ปรับแก้ไขปัญหาตาม อุปสรรค (Threaten) ที่ หอผู้ป่วยเผชิญ กระบวนการ Care Process สามารถ</td> <td>พัฒนาระบบสื่อสารข้อมูล เพื่อการดูแลต่อเนื่อง พัฒนาระบบบันทึก ทางการแพทย์ การ มอบหมายงาน กิจกรรม ทบทวน C3THER</td> <td>-ขอให้มีอุปกรณ์ สำหรับหอผู้ป่วย: เครื่องวัดความดัน แบบอัตโนมัติเพิ่ม มี เครื่อง Infusion Pump ประจำของ หอผู้ป่วย</td> </tr> </tbody> </table> | วันที่/ หน่วยงาน | จุดเด่น | โอกาสพัฒนา | ความต้องการ การช่วยเหลือ | 21 ธ.ค. 58/ ศัลยกรรม ชาย 1 | มีการวิเคราะห์ตนเอง รู้ และเข้าใจปัญหา พยายาม ปรับแก้ไขปัญหาตาม อุปสรรค (Threaten) ที่ หอผู้ป่วยเผชิญ กระบวนการ Care Process สามารถ | พัฒนาระบบสื่อสารข้อมูล เพื่อการดูแลต่อเนื่อง พัฒนาระบบบันทึก ทางการแพทย์ การ มอบหมายงาน กิจกรรม ทบทวน C3THER | -ขอให้มีอุปกรณ์ สำหรับหอผู้ป่วย: เครื่องวัดความดัน แบบอัตโนมัติเพิ่ม มี เครื่อง Infusion Pump ประจำของ หอผู้ป่วย | |
| วันที่/ หน่วยงาน | จุดเด่น | โอกาสพัฒนา | ความต้องการ การช่วยเหลือ | | | | | | | | | | | |
| 21 ธ.ค. 58/ ศัลยกรรม ชาย 1 | มีการวิเคราะห์ตนเอง รู้ และเข้าใจปัญหา พยายาม ปรับแก้ไขปัญหาตาม อุปสรรค (Threaten) ที่ หอผู้ป่วยเผชิญ กระบวนการ Care Process สามารถ | พัฒนาระบบสื่อสารข้อมูล เพื่อการดูแลต่อเนื่อง พัฒนาระบบบันทึก ทางการแพทย์ การ มอบหมายงาน กิจกรรม ทบทวน C3THER | -ขอให้มีอุปกรณ์ สำหรับหอผู้ป่วย: เครื่องวัดความดัน แบบอัตโนมัติเพิ่ม มี เครื่อง Infusion Pump ประจำของ หอผู้ป่วย | | | | | | | | | | | |

| แผนปฏิบัติการ (Action Plan) | | ตัววัด (measure) | ดัชนีชี้วัด (Indication) | เป้าหมาย | ผลการดำเนินการ | | | ผู้รับผิดชอบ |
|--------------------------------|----------|---------------------|-----------------------------|------------------------------------|--|---|---|--------------|
| ปีงบประมาณ.2559-2560 | วัน-เวลา | | | | ปีงบประมาณ.2559 | 2559 | | |
| | | | | | Empowerment ญาติในการดูแลผู้ป่วยได้ดี | | - การติดตามให้วิเศษ มาซ่อม/ดูแล เช่น ในห้องยา แอร์เสีย แจ้งซ่อมหลายครั้ง | |
| | | | | 21 ธ.ค. 58/ เฉลิมพระ বারมี 8 | -การ Alert เรื่องของการพลัดตกหกล้ม : มีการทำป้ายติดที่หน้าเตียงเพื่อเป็นสัญลักษณ์ให้เห็นว่าผู้ป่วยห้องใดมีความเสี่ยงและรายใดเสี่ยงมากน้อยตามสีของป้ายที่ติดหน้าเตียง -การพยายามตอบรับเพื่อเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ -มี Service Recovery Process | -การบันทึกทางการพยาบาล : ไม่ได้ focus ปัญหา -มีการ Stock ATB ในหอผู้ป่วย - Early Warning Sign ที่เป็นข้อมูลพื้นฐาน ไม่ได้ปรับให้เหมาะกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละคน -การ Pre Conference / การ Round ที่เป็นความเสี่ยงของผู้ป่วยแต่ละราย | - ม่านในหอผู้ป่วย ส่งซักแล้วผ้าจะเปียก -การบันทึกทางการพยาบาล : ข้อมูลลงหลายจุดและไม่ show ให้เห็นเมื่อต้องเขียนบันทึกทางการพยาบาล - WiFi สำหรับเครื่องคอมพิวเตอร์ ในพื้นที่ส่วนท้ายของหอผู้ป่วยไม่มีสัญญาณ ทำให้การทำงานไม่สะดวก | |
| | | | | 25 ม.ค. 59/ MICU | -การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤติมีการใช้ Evidence Base งานวิจัยมาเพื่อพัฒนางานและทีมงาน | -แบบบันทึกคุณภาพได้เข้าไปอยู่ในระบบ HIS - ระบบการรับ ส่งผู้ป่วย Cath Lab จากศูนย์ | Zone พื้นที่การให้ข้อมูลญาติ | |

| แผนปฏิบัติการ (Action Plan) | | ตัววัด (measure) | ดัชนีชี้วัด (Indication) | เป้าหมาย ปีงบประมาณ.2559 | ผลการดำเนินการ 2559 | | | ผู้รับผิดชอบ |
|--------------------------------|----------|---------------------|-----------------------------|----------------------------------|--|---|---|--------------|
| ปีงบประมาณ.2559-2560 | วัน-เวลา | | | | | | | |
| | | | | | <p>-มีนวัตกรรมเพื่อการรักษาพยาบาล เช่น การใช้ไบตอง (sterile) เพื่อการรักษาผู้ป่วย TEN</p> <p>-อัตราการติดเชื้อ ได้แก่ VAP CAUTI CLABSI ลดลงในปี 2558</p> <p>-การป้องกันความเสี่ยงเน้นในเชิงป้องกันมากขึ้น ได้แก่ การป้องกัน Phlebitis การป้องกันการตกเตียง</p> | โรคหัวใจเมื่อมีการทำหัตถการเสร็จ | | |
| | | | | 25 ม.ค. 59/ อายุกรรม ชาย 1 | <p>-บริหารจัดการผู้ป่วยติดเชื้อ เช่น Case CRE</p> <p>-การถ่ายทอดและ Empowerment ให้ลูกน้องและเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย</p> <p>-มีการวางแผนจำหน่ายในโรคที่พบบ่อย เช่น โรค Complete Heart Block , GI Bleed</p> | <p>-บันทึกทางการพยาบาลในเรื่อง Focus Charting</p> <p>-การใช้นวัตกรรมเพื่อช่วยพัฒนางาน เช่น การลดการดึงท่อช่วยหายใจ</p> <p>-การบริหารจัดการความเสี่ยงผู้ป่วยแต่ละราย</p> <p>-ตุ้ยยาเสพติด lock ไม่ได้ อาจเสี่ยงในเรื่องการสูญหาย</p> | <p>-การพัฒนาโครงสร้างของหอผู้ป่วยให้เหมาะสม เช่น การมี Pipeline ของ Oxygen ให้เพียงพอ</p> <p>-การปรับเปลี่ยนเตียงให้เป็นระบบไฟฟ้า</p> | |

| แผนปฏิบัติการ (Action Plan) | | ตัววัด (measure) | ดัชนีชี้วัด (Indication) | เป้าหมาย ปีงบประมาณ.2559 | ผลการดำเนินการ | | | | ผู้รับผิดชอบ | |
|--------------------------------|----------|---------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|--|--|---|--------------|--|
| ปีงบประมาณ.2559-2560 | วัน-เวลา | | | | 2559 | | | | | |
| | | | | | | | -การ Transfer ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง / ผู้ป่วยวิกฤติ | | | |
| | | | | | 29 ก.พ. 59/ SICU | -ระบบการ Training พยาบาลใหม่ มี IDP ที่ชัดเจน มีระบบ On the Job training -การจัดการเพื่อลดความเสี่ยง -มีนวัตกรรมเพื่อการรักษาพยาบาล เช่น การใช้ถุงมือเพื่อป้องกัน pressure sore ของ ET Tube ชื่อถุงมือ I love you | -การป้องกัน Medication Error : เนื่องจากผู้ป่วยมีการให้ยาและสารน้ำจำนวนมาก และหลายชนิด รวมทั้งเป็นยาความเสี่ยงสูง ให้เน้นเรื่องการ Identify ยาและสายให้ชัดเจน -การไม่มีแพทย์ที่เฉพาะใน SICU : การแก้ปัญหาในบางเรื่องต้องทำผ่านทางทีม PCT | -ระบบการจองเตียงสำหรับผู้ป่วยใน ICU : ยังใช้เป็นระบบมือ ยังไม่ได้อยู่ในระบบ HIS รอคิวการดำเนินการจากทาง IT -ระบบ Emergency Response ด้านความปลอดภัย -มาตรฐานการพยาบาลที่เป็นแนวปฏิบัติรวม | | |
| | | | | | 29 ก.พ. 59/ ศัลยกรรม ประสาท | -ระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย - มีการใช้ Geno Gram เพื่อช่วยประเมินญาติและผู้ช่วยเหลือเมื่อมีการวางแผนจำหน่าย - การทำงานเป็นทีมร่วมกับแพทย์ | การ update ข้อมูลใน Kardex และ Continuing care plan | -การซ่อมแผนอค์คีย์ของหอผู้ป่วย ขอให้ทีม รพ. ได้เข้ามาช่วยดูว่าการณีถ้าเกิดเพลิงไหม้ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยควรไปในทางใดเพื่อให้เกิดความปลอดภัยที่สุด | | |

| แผนปฏิบัติการ (Action Plan) | | ตัววัด (measure) | ดัชนีชี้วัด (Indication) | เป้าหมาย ปีงบประมาณ.2559 | ผลการดำเนินการ 2559 | | | | ผู้รับผิดชอบ |
|--------------------------------|----------|---------------------|-----------------------------|-----------------------------|--|---|--|--|--------------|
| ปีงบประมาณ.2559-2560 | วัน-เวลา | | | | | | | | |
| | | | | | | | - Computer error บ่อย ต้องมีการเพิ่ม จุดจ่ายสัญญาณ | | |
| | | | | 28 มี.ค. 59/ PICU | 1. การพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่เพื่อดูแลผู้ป่วยโรคยากและซับซ้อนมากขึ้น เช่น การดูแลผู้ป่วย on ECMO,CCVH เจ้าหน้าที่มีความพร้อมในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ มีทีมแพทย์ร่วมทีมในการสอนพร้อมให้คำปรึกษาเมื่อเกิดปัญหาในการดูแลสามารถเพิ่มความมั่นใจให้แก่เจ้าหน้าที่ | การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล : เนื่องจากเป็น ICU จะมีการบันทึกในระบบและยังเป็นกระดาษทำอย่างไรจึงจะสามารถเอาข้อมูลในกระดาษลงไว้ในระบบ HIS เพื่อเพิ่ม Value ให้กับบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เพราะการ Tracer หรือ Audit เวชระเบียน จะต้องทำเป็น 2 ระบบ คือ ในระบบ HIS และในกระดาษควบคู่กัน ซึ่งอาจทำให้ไม่สะดวกหรือได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน | 1. อัตราค่าล้างกับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาระงานมากและซับซ้อนขึ้น แม้ว่าจะมีการอนุมัติอัตราค่าล้างให้ Float ได้แต่หาผู้ป่วยหาเจ้าหน้าที่ขึ้น OT ไม่ได้ | | |
| | | | | 28 มี.ค. 59/เด็ก 1 | -การป้องกันการพลัดตกหกล้ม | -การทำกิจกรรม 5 ส -ระบบยา การเตรียมการจัดเก็บ | นำไปปรับปรุงพัฒนา งานได้ อยากให้จัด กิจกรรมนี้อีก | | |

| แผนปฏิบัติการ (Action Plan) | | ตัววัด (measure) | ดัชนีชี้วัด (Indication) | เป้าหมาย | ผลการดำเนินการ | | | | ผู้รับผิดชอบ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|-------------|---------------------|---|-------------|--|--|---|---|--|-------------|-------------|-------------|-------------|---------------|---|-----|--|--|-------------------|---|---|--|--|-------------------|---|-----|--|--|-------------------|---|---|--|--|-------------------|---|-----|--|--|-----------|
| ปีงบประมาณ.2559-2560 | วัน-เวลา | | | | ปีงบประมาณ.2559 | 2559 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | -การป้องกันท่อช่วยหายใจ เลื่อนหลุด นวัตกรรมสาย คล้องท่อช่วยหายใจ - บุคลากรมี competency ในการเปิด เส้น IV | -การวางแผนการ จำหน่ายควรมีการ เชื่อมโยงกับการบริหาร ความเสี่ยง | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10.2.1 Phlebitis / Extravasation | | อุบัติการณ์ | จำนวนอุบัติการณ์ ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป | 0 | อุบัติการณ์ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป | | | | คุณประสพสุข คุณภมร คุณสุพัตรา คุณอรพรรณ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10.2.2 Identification | | อุบัติการณ์ | จำนวนอุบัติการณ์ ผลกระทบระดับ ความรุนแรง C-I ลดลงร้อยละ 50 ของปี 58 | 20 | <table border="1"> <thead> <tr> <th>ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป</th> <th>ไตรมาส 1-59</th> <th>ไตรมาส 2-59</th> <th>ไตรมาส 3-59</th> <th>ไตรมาส 4-59</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Extravasation</td> <td>-</td> <td>5 E</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Phlebitis ระดับ 1</td> <td>-</td> <td>-</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Phlebitis ระดับ 2</td> <td>-</td> <td>1 E</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Phlebitis ระดับ 3</td> <td>-</td> <td>-</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Phlebitis ระดับ 4</td> <td>-</td> <td>1 E</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | | | ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป | ไตรมาส 1-59 | ไตรมาส 2-59 | ไตรมาส 3-59 | ไตรมาส 4-59 | Extravasation | - | 5 E | | | Phlebitis ระดับ 1 | - | - | | | Phlebitis ระดับ 2 | - | 1 E | | | Phlebitis ระดับ 3 | - | - | | | Phlebitis ระดับ 4 | - | 1 E | | | คุณลักษณะ |
| ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป | ไตรมาส 1-59 | ไตรมาส 2-59 | ไตรมาส 3-59 | ไตรมาส 4-59 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Extravasation | - | 5 E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Phlebitis ระดับ 1 | - | - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Phlebitis ระดับ 2 | - | 1 E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Phlebitis ระดับ 3 | - | - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Phlebitis ระดับ 4 | - | 1 E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | Ident, | C | D | E | รวม | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | ไตรมาส1/57 | 5 | 4 | | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | ไตรมาส2/57 | 4 | 5 | | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | ไตรมาส3/57 | 5 | 4 | 1 | 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | ไตรมาส4/57 | 14 | 1 | | 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | ไตรมาส1/58 | 5 | 9 | 1 | 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | ไตรมาส2/58 | 3 | 6 | | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | ไตรมาส3/58 | 3 | 1 | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| แผนปฏิบัติการ (Action Plan) | | ตัววัด (measure) | ดัชนีชี้วัด (Indication) | เป้าหมาย ปีงบประมาณ.2559 | ผลการดำเนินการ 2559 | | | | | | | ผู้รับผิดชอบ | |
|---|----------|---------------------|---|-----------------------------|------------------------|--------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|--------------|-----------------------|
| ปีงบประมาณ.2559-2560 | วัน-เวลา | | | | ปีงบประมาณ.2559 | 2559 | | | | | | | |
| | | | | | | ไตรมาส4/58 | 8 | 8 | 1 | 17 | | | |
| | | | | | | ไตรมาส1/59 | 2 | 3 | | 5 | | | |
| | | | | | | ไตรมาส2/59 | 9 | 1 | 1 | 11 | | | |
| 10.2.3 การเลื่อนหลุด ของ Tube & Line | | อุบัติการณ์ | จำนวนอุบัติการณ์ ผลกระทบบรรทัด E -I ลดลงร้อยละ 50 ของปี 58 | 10 | | Catheter / ไตรมาส | E | F | G | H | I | รวม | คุณภมร คุณประสพสุข |
| | | | | | | ไตรมาส1/57 | | | | | | 0 | |
| | | | | | | ไตรมาส2/57 | | | | | | 0 | |
| | | | | | | ไตรมาส3/57 | 1 | | | | | 1 | |
| | | | | | | ไตรมาส4/57 | 1 | | | | | 1 | |
| | | | | | | ไตรมาส1/58 | 3 | 1 | | | | 4 | |
| | | | | | | ไตรมาส2/58 | 4 | | | | | 4 | |
| | | | | | | ไตรมาส3/58 | 2 | | | | | 2 | |
| | | | | | | ไตรมาส4/58 | 1 | | | | | 1 | |
| | | | | | | ไตรมาส1/59 | 4 | | | | | 4 | |
| | | | | | | ไตรมาส2/59 | 7 | 1 | | | | 8 | |
| | | | | | | Tube / ไตรมาส | E | F | G | H | I | รวม | |
| | | | | | | ไตรมาส1/57 | 3 | | | | | 3 | |
| | | | | | | ไตรมาส2/57 | 4 | | | 1 | | 5 | |
| | | | | | | ไตรมาส3/57 | | | | | | 0 | |
| | | | | | | ไตรมาส4/57 | 3 | | | 1 | | 4 | |

| แผนปฏิบัติการ (Action Plan) | | ตัววัด (measure) | ดัชนีชี้วัด (Indication) | เป้าหมาย | ผลการดำเนินการ | | | | | | | ผู้รับผิดชอบ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|---------------|---------------------|--|----------------------------|--|------|----|--|--|--|--|--------------|---------------|---|--|---------------|--|--|-------|-------------|---|-------|-------------|---|---|----|------|------------|----|------|------|---|-----|------|------|------------|------|------|---|----|------|------|----|------------|------|---|---|---|---|---|------|------------|-----|----|-----|------|----|------|------|-------------|---|------|------|---|------|------|-----|-----|------|------|-----|------|------|-----------------------------|
| ปีงบประมาณ.2559-2560 | วัน-เวลา | | | | ปีงบประมาณ.2559 | 2559 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10.2.4 Fall | | การเทียบเคียง | อันดับการเทียบเคียงกับเครือข่าย ระดับ D-I ต่อ 1000 วันนอนรวม | อันดับ 1 ใน 3 ของเครือข่าย | <table border="1"> <tr> <td>ไตรมาส1/58</td> <td>3</td> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส2/58</td> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>1</td> <td></td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส3/58</td> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส4/58</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส1/59</td> <td>5</td> <td></td> <td></td> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส2/59</td> <td>10</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>10</td> </tr> </table> <p>ระดับ C_ ปี 2557 ลำดับที่ 2 ใน 7 โรงพยาบาล ม.ค.-ม.ย. 2559 ลำดับที่ 6 ใน 7 โรงพยาบาล ระดับ D_ ปี 2557 ลำดับที่ 1 ใน 7 โรงพยาบาล ม.ค.-ม.ย. 2559 ลำดับที่ 5 ใน 7 โรงพยาบาล</p> | | | | | | | ไตรมาส1/58 | 3 | 1 | | | | | 4 | ไตรมาส2/58 | 3 | | | | 1 | | 4 | ไตรมาส3/58 | 1 | | | | | | 1 | ไตรมาส4/58 | | | | | | | 0 | ไตรมาส1/59 | 5 | | | 1 | | | 6 | ไตรมาส2/59 | 10 | | | | | | 10 | คุณลักษณะมี | | | | | | | | | | | | | | |
| ไตรมาส1/58 | 3 | 1 | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ไตรมาส2/58 | 3 | | | | 1 | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ไตรมาส3/58 | 1 | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ไตรมาส4/58 | | | | | | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ไตรมาส1/59 | 5 | | | 1 | | | 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ไตรมาส2/59 | 10 | | | | | | 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10.2.5 Pressure sore, IAD | | การเทียบเคียง | อันดับการเทียบเคียงกับเครือข่าย : อัตราความชุกที่เกิดในรพ. | อันดับ 1 ใน 3 ของเครือข่าย | <p>สรุปปฏิบัติการณการเกิดแผลกดทับตั้งแต่เดือนตุลาคม2558 – กุมภาพันธ์2559</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Stage</th> <th colspan="3">ปีงบประมาณ 58</th> <th colspan="3">ปีงบประมาณ 59</th> </tr> <tr> <th>จำนวน</th> <th>:1000วันนอน</th> <th>%</th> <th>จำนวน</th> <th>:1000วันนอน</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>48</td> <td>0.39</td> <td>0.24</td> <td>36</td> <td>0.27</td> <td>0.17</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>193</td> <td>1.55</td> <td>0.98</td> <td>213</td> <td>1.62</td> <td>1.03</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>29</td> <td>0.23</td> <td>0.15</td> <td>20</td> <td>0.15</td> <td>0.10</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>0.02</td> <td>0.01</td> </tr> <tr> <td>DTI</td> <td>25</td> <td>0.2</td> <td>0.13</td> <td>21</td> <td>0.16</td> <td>0.10</td> </tr> <tr> <td>Unstageable</td> <td>2</td> <td>0.16</td> <td>0.01</td> <td>7</td> <td>0.05</td> <td>0.03</td> </tr> <tr> <td>รวม</td> <td>297</td> <td>2.38</td> <td>1.51</td> <td>299</td> <td>2.27</td> <td>1.45</td> </tr> </tbody> </table> | | | | | | | Stage | ปีงบประมาณ 58 | | | ปีงบประมาณ 59 | | | จำนวน | :1000วันนอน | % | จำนวน | :1000วันนอน | % | 1 | 48 | 0.39 | 0.24 | 36 | 0.27 | 0.17 | 2 | 193 | 1.55 | 0.98 | 213 | 1.62 | 1.03 | 3 | 29 | 0.23 | 0.15 | 20 | 0.15 | 0.10 | 4 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0.02 | 0.01 | DTI | 25 | 0.2 | 0.13 | 21 | 0.16 | 0.10 | Unstageable | 2 | 0.16 | 0.01 | 7 | 0.05 | 0.03 | รวม | 297 | 2.38 | 1.51 | 299 | 2.27 | 1.45 | คุณจันทร์ฉาย คุณลักษณะมี |
| Stage | ปีงบประมาณ 58 | | | ปีงบประมาณ 59 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | จำนวน | :1000วันนอน | % | จำนวน | :1000วันนอน | % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 48 | 0.39 | 0.24 | 36 | 0.27 | 0.17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 193 | 1.55 | 0.98 | 213 | 1.62 | 1.03 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 29 | 0.23 | 0.15 | 20 | 0.15 | 0.10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0.02 | 0.01 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DTI | 25 | 0.2 | 0.13 | 21 | 0.16 | 0.10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Unstageable | 2 | 0.16 | 0.01 | 7 | 0.05 | 0.03 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| รวม | 297 | 2.38 | 1.51 | 299 | 2.27 | 1.45 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| แผนปฏิบัติการ (Action Plan) | | ตัววัด (measure) | ดัชนีชี้วัด (Indication) | เป้าหมาย ปีงบประมาณ.2559 | ผลการดำเนินการ 2559 | ผู้รับผิดชอบ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------|---------------------|-----------------------------|-----------------------------|--|------------------|-------------------|---|-----|--|----|---|----|---|----|-----------------|--|---------------------|---|---------------------|----|---------------------|---|---------------------|---|--|---|-------------------------------|---|-----------------------------|------|----------------------------------|------|--|
| ปีงบประมาณ.2559-2560 | วัน-เวลา | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - โครงการเคาะประตู ดูแผลกดทับ | | | | | <p>- เป็นโครงการต่อเนื่องจากปีที่แล้ว เริ่มเคาะประตูเดือนมกราคม 2559 เดือนละ 2 ครั้ง รวม 6 ครั้ง เคาะประตูได้ 4 หอผู้ป่วย ครั้งที่ 4 ไม่ว่าง ครั้งที่ 6 หอผู้ป่วยที่จะไปไม่มีแผลกดทับ</p> <p>-สำรวจความชุกแผลกดทับครั้งที่ 1/2559 เมื่อวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2559 ผลการสำรวจดังนี้</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>รายละเอียดข้อมูล</th> <th>จำนวนผู้ป่วย (คน)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>จำนวนผู้ป่วยในวันที่สำรวจ ยกเว้น exclusion criteria</td> <td>547</td> </tr> <tr> <td>จำนวนผู้ป่วยที่มีแผลกดทับทั้งหมด (เท่ากับข้อ3+4)</td> <td>44</td> </tr> <tr> <td>จำนวนผู้ป่วยที่มี แผลกดทับแผลกดทับก่อนadmit</td> <td>19</td> </tr> <tr> <td>จำนวนผู้ป่วยที่มี แผลกดทับหลัง admit เท่านั้น (Hospital acquired)</td> <td>25</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">ระดับแผล</td> </tr> <tr> <td>4.1 แผลกดทับระดับ 1</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>4.2 แผลกดทับระดับ 2</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td>4.3 แผลกดทับระดับ 3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>4.4 แผลกดทับระดับ 4</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>4.5 แผลกดทับระดับ Suspected Deep Tissue Injury (DTI)</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>4.6 แผลกดทับระดับ Unstageable</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>อัตราความชุกแผลกดทับทั้งหมด</td> <td>8.04</td> </tr> <tr> <td>อัตราความชุกแผลกดทับที่เกิดในรพ.</td> <td>4.57</td> </tr> </tbody> </table> | รายละเอียดข้อมูล | จำนวนผู้ป่วย (คน) | จำนวนผู้ป่วยในวันที่สำรวจ ยกเว้น exclusion criteria | 547 | จำนวนผู้ป่วยที่มีแผลกดทับทั้งหมด (เท่ากับข้อ3+4) | 44 | จำนวนผู้ป่วยที่มี แผลกดทับแผลกดทับก่อนadmit | 19 | จำนวนผู้ป่วยที่มี แผลกดทับหลัง admit เท่านั้น (Hospital acquired) | 25 | ระดับแผล | | 4.1 แผลกดทับระดับ 1 | 4 | 4.2 แผลกดทับระดับ 2 | 14 | 4.3 แผลกดทับระดับ 3 | 5 | 4.4 แผลกดทับระดับ 4 | 0 | 4.5 แผลกดทับระดับ Suspected Deep Tissue Injury (DTI) | 1 | 4.6 แผลกดทับระดับ Unstageable | 1 | อัตราความชุกแผลกดทับทั้งหมด | 8.04 | อัตราความชุกแผลกดทับที่เกิดในรพ. | 4.57 | |
| รายละเอียดข้อมูล | จำนวนผู้ป่วย (คน) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| จำนวนผู้ป่วยในวันที่สำรวจ ยกเว้น exclusion criteria | 547 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| จำนวนผู้ป่วยที่มีแผลกดทับทั้งหมด (เท่ากับข้อ3+4) | 44 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| จำนวนผู้ป่วยที่มี แผลกดทับแผลกดทับก่อนadmit | 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| จำนวนผู้ป่วยที่มี แผลกดทับหลัง admit เท่านั้น (Hospital acquired) | 25 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ระดับแผล | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.1 แผลกดทับระดับ 1 | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.2 แผลกดทับระดับ 2 | 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.3 แผลกดทับระดับ 3 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.4 แผลกดทับระดับ 4 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.5 แผลกดทับระดับ Suspected Deep Tissue Injury (DTI) | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.6 แผลกดทับระดับ Unstageable | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| อัตราความชุกแผลกดทับทั้งหมด | 8.04 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| อัตราความชุกแผลกดทับที่เกิดในรพ. | 4.57 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - โครงการ standardized แผลกด ทับ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| แผนปฏิบัติการ (Action Plan) | | ตัววัด (measure) | ดัชนีชี้วัด (Indication) | เป้าหมาย | ผลการดำเนินการ | ผู้รับผิดชอบ |
|---|--|--|---|----------------------------|--|------------------------|
| ปีงบประมาณ.2559-2560 | วัน-เวลา | | | | | |
| 10.2.6 Medication Error (admin) | | การเทียบเคียง | อันดับการเทียบเคียงกับเครือข่าย ระดับ D-I ต่อ 1000 วันนอน | อันดับ 1 ใน 3 ของเครือข่าย | เอกสารแนบ PPT | คุณศรีพงา |
| 10.2.7 Pain | | การเทียบเคียง | อันดับการเทียบเคียงกับเครือข่าย) | อันดับ 1 ใน 3 ของเครือข่าย | - อยู่ในระหว่างเก็บข้อมูล Cancer pain (มกราคม – พฤษภาคม 2559) | คุณประสพสุข |
| 10.2.8 มาตรฐาน/บันทึกทางการแพทย์ | | คุณภาพการบันทึก | เกณฑ์ สปสข. ผ่านเกณฑ์ฝ่ายบริการพยาบาล | ≥ 90% ≥ 80% | - ร่วมทำ Quality Round เรื่องบันทึกทางการแพทย์กับทีมจำนวน 8 หอผู้ป่วย | คุณพรรณี |
| 11. เพิ่มความปลอดภัยเรื่องความเสี่ยงทั่วไป (non clinic) - ทบทวนแผนฉุกเฉินอุบัติภัยและโรคอุบัติใหม่ ติดตามการซ้อมแผนฯ ต่อเนื่องจากปี 2558 | ต.ค.58-ก.ย.59 | หน่วยงานที่ซ้อมแผนฯ | ซ้อมได้ตามแผน | 100% | - ปรับแผนอุทกภัยซึ่งหัวหน้าฝ่ายฯแจ้งที่ประชุมกรรมการบริหารฝ่ายฯ ไปแล้ว Upload บน Intranet ฝ่ายบริการพยาบาล | คุณศรีพงา คุณลักษมี |
| | | | | | - จัดซ้อมแผนอัคคีภัย ซ้อมไป 3 ครั้งดังนี้ | |
| | | | | | วันที่/ สถานที่ | |
| วันที่ 12 ม.ค.59 แผนกผู้ป่วยนอก 1 (คลินิกหูดจุมูก) | พบว่าน้ำประปาในท่อน้ำดับเพลิงไม่ไหล และประตูด้านหลังของคลินิกเมื่อเปิด | หน่วยงานได้ทำบันทึกขอहारหรือไปที่หน่วยวิศวกรรมซ่อมบำรุง ผลแก้ไขเรื่องน้ำประปาไปแล้ว นำ | | | | |

| แผนปฏิบัติการ (Action Plan) | | ตัววัด (measure) | ดัชนีชี้วัด (Indication) | เป้าหมาย ปีงบประมาณ.2559 | ผลการดำเนินการ 2559 | | ผู้รับผิดชอบ |
|--------------------------------|----------|---------------------|-----------------------------|-----------------------------|--|--|--------------|
| ปีงบประมาณ.2559-2560 | วัน-เวลา | | | | | | |
| | | | | | | <p>ประตู่จะขวางบริเวณท่อประปาที่ใช้ดับเพลิง</p> <p>ไทลแล้ว ส่วนเรื่องประตู่อยู่ในช่วงรอแก้ไข</p> | |
| | | | | | <p>วันที่ 10 ก.พ.59 แผนกฉุกเฉิน</p> <p>พบว่าการใช้รถ ambulance ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจะติดขัด ไม่สะดวก ใช้เวลานาน หน่วยงานมีแนวคิดจะปรับแผนใหม่โดยยกเลิกรถ ambulance ไปใช้วิธีเข็นรถนอนไปยังจุดรับย้ายแทน และผลการซ่อมผู้พบเห็นเพลิง ตะโกนเสียงไม่ดังพอ ใช้ระยะเวลา 40 วินาทีในการไปหยิบถังดับเพลิงมาถึงที่เกิดเหตุ เนื่องจากถังดับเพลิงอยู่ไกล เจ้าหน้าที่ไม่สังเกตเห็นการใช้ถังดับเพลิง และน้ำที่อ่อนดับเพลิงไม่ไหล</p> | <p>จากผลการซ่อมคุณอำนวยได้เสนอแนะหน่วยงานทำบันทึกขอถังดับเพลิงเพิ่มอีก 5 ถัง เนื่องจากพื้นที่ของแผนกฉุกเฉินกว้างมาก</p> | |
| | | | | | <p>วันที่ 23 มี.ค.59 หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ</p> <p>-เป็นหอผู้ป่วยแรกที่ซ่อมในแนวคิด เชิญหน่วยวิศวะซ่อมบำรุง ธุรการ รพ. หน่ายเวช นิทัศน์มาถ่ายวีดีโอ พบว่าบริเวณตรงบันไดทางหนีไฟชั้น</p> | <p>ขอหารือทีมบริหารโรงพยาบาลและผู้เกี่ยวข้องเพื่อจัดทำแผนในภาพรวมของอาคารรัตนวิรัช ใน การสนับสนุนการเคลื่อนย้าย การกำหนดจุดรับย้าย เส้นทาง</p> | |

| แผนปฏิบัติการ (Action Plan) | | ตัววัด (measure) | ดัชนีชี้วัด (Indication) | เป้าหมาย | ผลการดำเนินการ | | ผู้รับผิดชอบ |
|--|---------------------|-----------------------|-----------------------------|-----------|--|---|--------------|
| ปีงบประมาณ.2559-2560 | วัน-เวลา | | | | ปีงบประมาณ.2559 | 2559 | |
| | | | | | 3 มีสิ่งกีดขวาง ไม่มีหมายเลขแสดงชั้นแต่ละชั้น และจุดรับย้ายที่ห้องทำแผลฉีดยาหากเกิดเหตุการณ์กลางคืนจะไม่มีผู้มาเปิดห้องให้ | เคลื่อนย้าย ป้ายเรืองแสงบอกทางและบอกชั้น ผู้ช่วยเหลือการเคลื่อนย้าย และการเพิ่มอุปกรณ์ถังดับเพลิง เป็นต้น | |
| | | | | | <p>- เป้าต่อไปคือทำแผนขูวางระเบิด เพื่อมา mix กับแผนโรงพยาบาล</p> <p>- รอแผนอุบัติเหตุหมู่ซึ่งรอโรงพยาบาลทบทวน โดยคุณยุพินเป็นตัวแทนเข้าประชุม เดือนเมษายน 2559</p> | | |
| 12. โครงการ Quality day โดยการจัดประกวด กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ เรื่องเล่า นวัตกรรม | 30 มิ.ย.- 1 ก.ค. 59 | การเข้าร่วมกิจกรรม | จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม | | เตรียมจัดงานโครงการ Quality Day กำหนดจัดประชุมเพื่อการนำเสนอผลงาน ในวันที่ 30 มิถุนายน – 1 กรกฎาคม 2559 เวลา 8.30 -16.30 น. โดยมีกำหนดการ ดังนี้ | | |
| | | ผลงานที่ส่งเข้าประกวด | จำนวนผลงานที่ส่งเข้าประกวด | 60 เรื่อง | <ul style="list-style-type: none"> - รับสมัครผู้ส่งผลงานโครงการ/นวัตกรรมด้านคุณภาพและความปลอดภัย เรื่องเล่าประทับใจ เข้าร่วมโครงการ ระหว่าง วันที่ 1 เมษายน – 20 พฤษภาคม 2559 - การประชาสัมพันธ์ : ได้มีการแจ้งหอผู้ป่วยทางอีเมลล์ เว็บไซต์ฝ่ายบริการพยาบาล และประกาศติดในลิฟต์ของโรงพยาบาล - มีการจัดแบ่งการทำงานในกลุ่มกรรมการฝ่ายพัฒนาบริการ และสร้าง Time Line ในการดำเนินการ - มีการทำงานร่วมกับทีม HR ในการมอบรางวัลพยาบาลดาวเด่น ดีเด่น <p>เตรียมผลงาน Lean ไว้เพื่อส่งประกวด “ PSU Lean Award ” จัดประมาณเดือนกรกฎาคม 2559 กระตุ้นให้บุคลากรนำผลงานที่จะคัดเลือกนำเสนอที่ประชุม HA forum</p> | | |

| แผนปฏิบัติการ (Action Plan) | | ตัววัด (measure) | ดัชนีชี้วัด (Indication) | เป้าหมาย | ผลการดำเนินการ | ผู้รับผิดชอบ |
|--|-------------------|----------------------------------|--|---|--|--|
| ปีงบประมาณ.2559-2560 | วัน-เวลา | | | | | |
| 13. จัดทำคู่มือการบริหารความเสี่ยง ฝ่ายบริการพยาบาล | ต.ค.58- ก.ย.59 | ผลงานที่เป็น best practice | จำนวนผลงานที่เป็น best practice (รางวัลชนะเลิศและรองชนะเลิศ) จำนวนคู่มือที่ได้จัดทำสำเร็จ | 8 เรื่อง (รวม poster ชนะเลิศ4+รอง4) 1 เล่ม | อยู่ระหว่างรวบรวมเอกสารทำคู่มือการบริหารความเสี่ยง ฝ่ายบริการพยาบาล | คุณลักษณะ คุณศรีพงา คุณประสพสุข คุณพรรณณี |
| 14. โครงการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน ทั้งใน/นอกโรงพยาบาล | ต.ค.58- ก.ย.59 | กิจกรรมและเรื่อง ที่ให้บริการ | จำนวนครั้งการจัดกิจกรรม | 6 | - จัดกิจกรรมเทิดพระเกียรติ ที่ Central Festival วันที่ 4-6 เดือนธันวาคม 2559 - ความพึงพอใจต่อกิจกรรมของผู้รับบริการ อยู่ในระดับดี - ดีมาก 100 % | คุณภมร คุณลักษณะ คุณประสพสุข คุณพรรณณี คุณศรีพงา |
| 14.1 คัดกรองความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ (NCD) ของบุคลากร คณะแพทยศาสตร์ - โรคหลอดเลือดสมอง - โรคหลอดเลือดหัวใจ | | ความพึงพอใจ | ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการจัดกิจกรรม | ≥ 80 % | | |
| | | ผู้เข้าร่วมโครงการ | อัตราของผู้เข้าร่วมโครงการที่มีความเสี่ยง | ≤ 25 % | ยังไม่ได้ดำเนินการ ยังไม่ได้ดำเนินการ | คุณภมร คุณประสพสุข คุณภมร คุณลักษณะ คุณพรรณณี คุณศรีพงา |

| แผนปฏิบัติการ (Action Plan) | | ตัววัด (measure) | ดัชนีชี้วัด (Indication) | เป้าหมาย ปีงบประมาณ.2559 | ผลการดำเนินการ 2559 | ผู้รับผิดชอบ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|--|--------------|--------------|--------------------|----------------|----------------------------|--------|----------------|-------------------|--------|-------------------|-----------------------------------|--------|-------------------|--------------------------------|--------|-----------------|--|--------|-----------------|---|--------|----------------|----------------------------|--------|----------------|-----------------------------|--------|--------------------|---|--------|--------------------------|
| ปีงบประมาณ.2559-2560 | วัน-เวลา | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14.2 ให้ความรู้แก่ประชาชนภายนอกโรงพยาบาล · ด้านสุขภาพ (ออกหน่วย ออกรายการวิทยุ) · การใช้เครื่องกระตุกหัวใจอัตโนมัติ (AED) · การป้องกันอุบัติเหตุจราจร | | การจัดกิจกรรม | จำนวนครั้งของการจัดกิจกรรม | ≥ 2 ครั้ง | - จัดกิจกรรมเทิดพระเกียรติ ที่ Central Festival วันที่ 4-6 เดือนธันวาคม 2559 - ความพึงพอใจต่อกิจกรรมของผู้รับบริการ อยู่ในระดับดี – ดีมาก 100 % ยังไม่ได้ดำเนินการ ยังไม่ได้ดำเนินการ จัดร่วมกับกิจกรรมวันพยาบาลแห่งชาติ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15. โครงการให้ความรู้สู่ประชาชนภายในโรงพยาบาล · จัดเวทีสุขภาพ และจัดกิจกรรมวันมหิดล · จัดงานวันพยาบาลสากล/วันพยาบาลแห่งชาติ | ต.ค.58-ก.ย.59 | กิจกรรมและเรื่องที่ให้บริการ | จำนวนกิจกรรม/จำนวนเรื่องที่ให้บริการ | 27 ครั้ง 2 ครั้ง | จัดงานกิจกรรมเวทีสุขภาพ ณ ช้างห้องจ่ายยา ฝ่ายเภสัชกรรม ตุลาคม 2558 - มีนาคม 2559 รวมจัดกิจกรรม 12 ครั้ง ดังนี้ <table border="1"> <thead> <tr> <th>วันเดือนปี</th> <th>หัวข้อเรื่อง</th> <th>ผู้เข้าร่วมกิจกรรม</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>14 ตุลาคม 2558</td> <td>การดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช</td> <td>150 คน</td> </tr> <tr> <td>21 ตุลาคม 2558</td> <td>วันพยาบาลแห่งชาติ</td> <td>400 คน</td> </tr> <tr> <td>10 พฤศจิกายน 2558</td> <td>ทำความเข้าใจเกี่ยวกับถุงลมโป่งพอง</td> <td>150 คน</td> </tr> <tr> <td>25 พฤศจิกายน 2558</td> <td>ผ่าตัดโรคอ้วน ช่วยลดภัยเบาหวาน</td> <td>300 คน</td> </tr> <tr> <td>14 ธันวาคม 2558</td> <td>ปัญหาทางหูมีความสำคัญกับผู้ป่วยเข่าอย่างไร</td> <td>150 คน</td> </tr> <tr> <td>23 ธันวาคม 2558</td> <td>ถ้าไทย จะเป็นอันดับหนึ่งของโลกด้านอุบัติเหตุจราจร</td> <td>350 คน</td> </tr> <tr> <td>13 มกราคม 2559</td> <td>ลูกเชื่อฟัง พ่อแม่สร้างได้</td> <td>150 คน</td> </tr> <tr> <td>19 มกราคม 2559</td> <td>เรื่องน่ารู้ศัลยกรรมความงาม</td> <td>200 คน</td> </tr> <tr> <td>10 กุมภาพันธ์ 2559</td> <td>กิจกรรมเนื่องในวันมะเร็งโลก (World Cancer Day 2016)</td> <td>350 คน</td> </tr> </tbody> </table> | วันเดือนปี | หัวข้อเรื่อง | ผู้เข้าร่วมกิจกรรม | 14 ตุลาคม 2558 | การดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช | 150 คน | 21 ตุลาคม 2558 | วันพยาบาลแห่งชาติ | 400 คน | 10 พฤศจิกายน 2558 | ทำความเข้าใจเกี่ยวกับถุงลมโป่งพอง | 150 คน | 25 พฤศจิกายน 2558 | ผ่าตัดโรคอ้วน ช่วยลดภัยเบาหวาน | 300 คน | 14 ธันวาคม 2558 | ปัญหาทางหูมีความสำคัญกับผู้ป่วยเข่าอย่างไร | 150 คน | 23 ธันวาคม 2558 | ถ้าไทย จะเป็นอันดับหนึ่งของโลกด้านอุบัติเหตุจราจร | 350 คน | 13 มกราคม 2559 | ลูกเชื่อฟัง พ่อแม่สร้างได้ | 150 คน | 19 มกราคม 2559 | เรื่องน่ารู้ศัลยกรรมความงาม | 200 คน | 10 กุมภาพันธ์ 2559 | กิจกรรมเนื่องในวันมะเร็งโลก (World Cancer Day 2016) | 350 คน | คุณลักษณะมี คุณศรีพงา |
| วันเดือนปี | หัวข้อเรื่อง | ผู้เข้าร่วมกิจกรรม | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 ตุลาคม 2558 | การดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช | 150 คน | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21 ตุลาคม 2558 | วันพยาบาลแห่งชาติ | 400 คน | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 พฤศจิกายน 2558 | ทำความเข้าใจเกี่ยวกับถุงลมโป่งพอง | 150 คน | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25 พฤศจิกายน 2558 | ผ่าตัดโรคอ้วน ช่วยลดภัยเบาหวาน | 300 คน | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 ธันวาคม 2558 | ปัญหาทางหูมีความสำคัญกับผู้ป่วยเข่าอย่างไร | 150 คน | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 23 ธันวาคม 2558 | ถ้าไทย จะเป็นอันดับหนึ่งของโลกด้านอุบัติเหตุจราจร | 350 คน | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 มกราคม 2559 | ลูกเชื่อฟัง พ่อแม่สร้างได้ | 150 คน | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 มกราคม 2559 | เรื่องน่ารู้ศัลยกรรมความงาม | 200 คน | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 กุมภาพันธ์ 2559 | กิจกรรมเนื่องในวันมะเร็งโลก (World Cancer Day 2016) | 350 คน | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| แผนปฏิบัติการ (Action Plan) | | ตัววัด (measure) | ดัชนีชี้วัด (Indication) | เป้าหมาย ปีพ.ศ.2559 | ผลการดำเนินการ 2559 | | | ผู้รับผิดชอบ |
|--------------------------------|----------|---------------------|-----------------------------|------------------------|------------------------|---|--------|--------------|
| ปีพ.ศ.2559-2560 | วัน-เวลา | | | | | | | |
| | | | | | 24 กุมภาพันธ์ 2559 | เลสิค...หนึ่งทางเลือก สำหรับคนสายตาสั้นและเอียง | 250 คน | |
| | | | | | 10 มีนาคม 2559 | โรคไตเป็นได้ตั้งแต่เด็ก รู้แต่เล็กป้องกันได้ | 300 คน | |
| | | | | | 23 มีนาคม 2559 | วันไบโพลาร์โลก 2559 | 300 คน | |