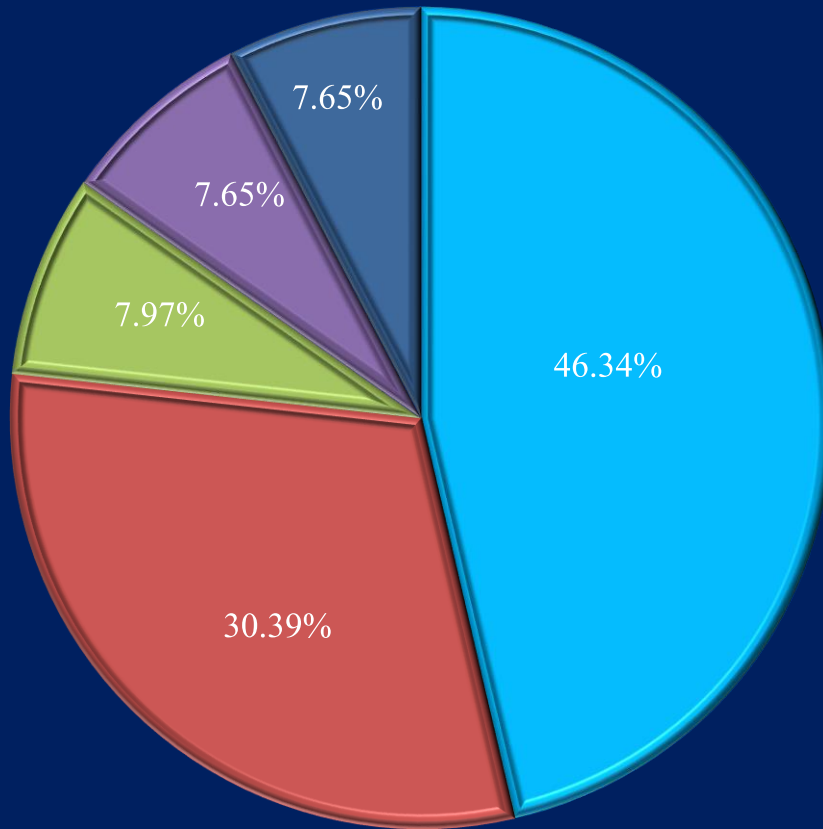


การนำเสนอการดำเนินงานของหอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระ  
บารมี 11 ปีงบประมาณ 2558  
(เดือนตุลาคม 2557-มิถุนายน 2558)



โสมนัส นาคนวด หัวหน้าหอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 11

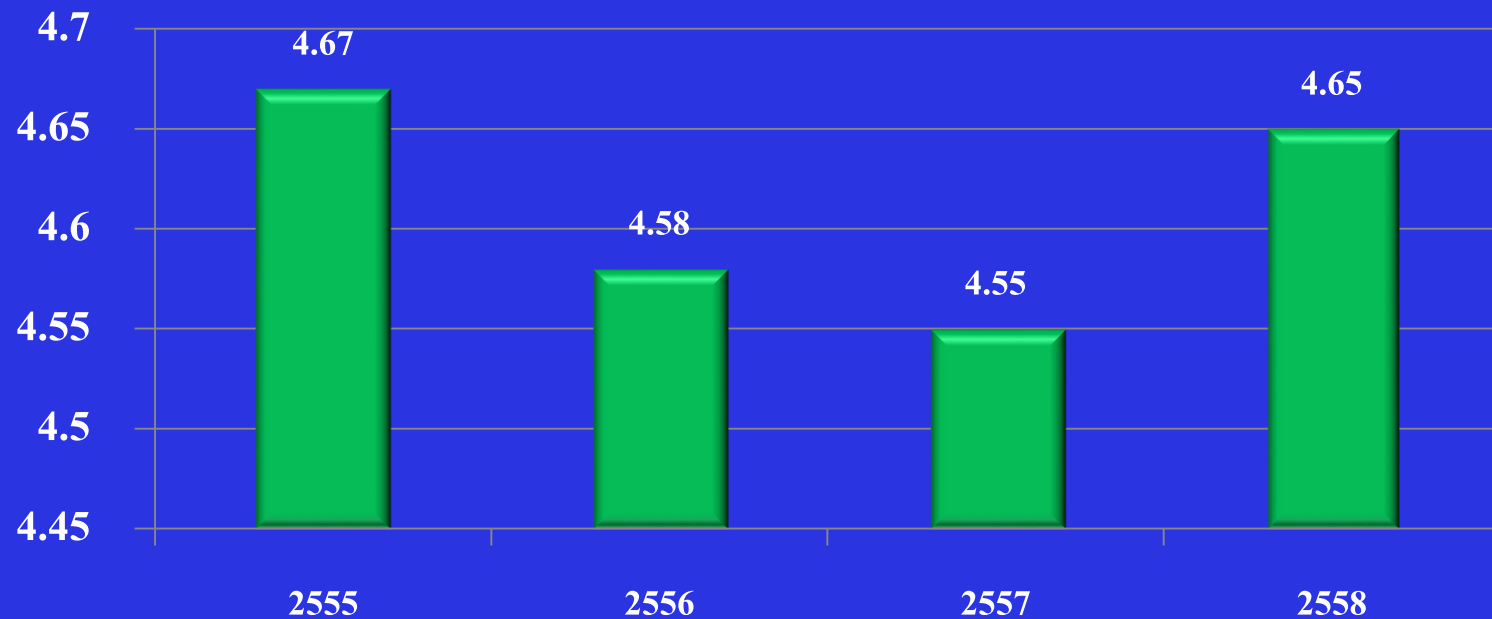
# ผู้ป่วย 5 โรคหลักของหอผู้ป่วย



- Senile cataract
- Chronic ischaemic heart disease
- Female infertility
- Malignant neoplasm of breast
- Endometriosis

# ผลดำเนินงานด้านมุ่งเน้นลูกค้า

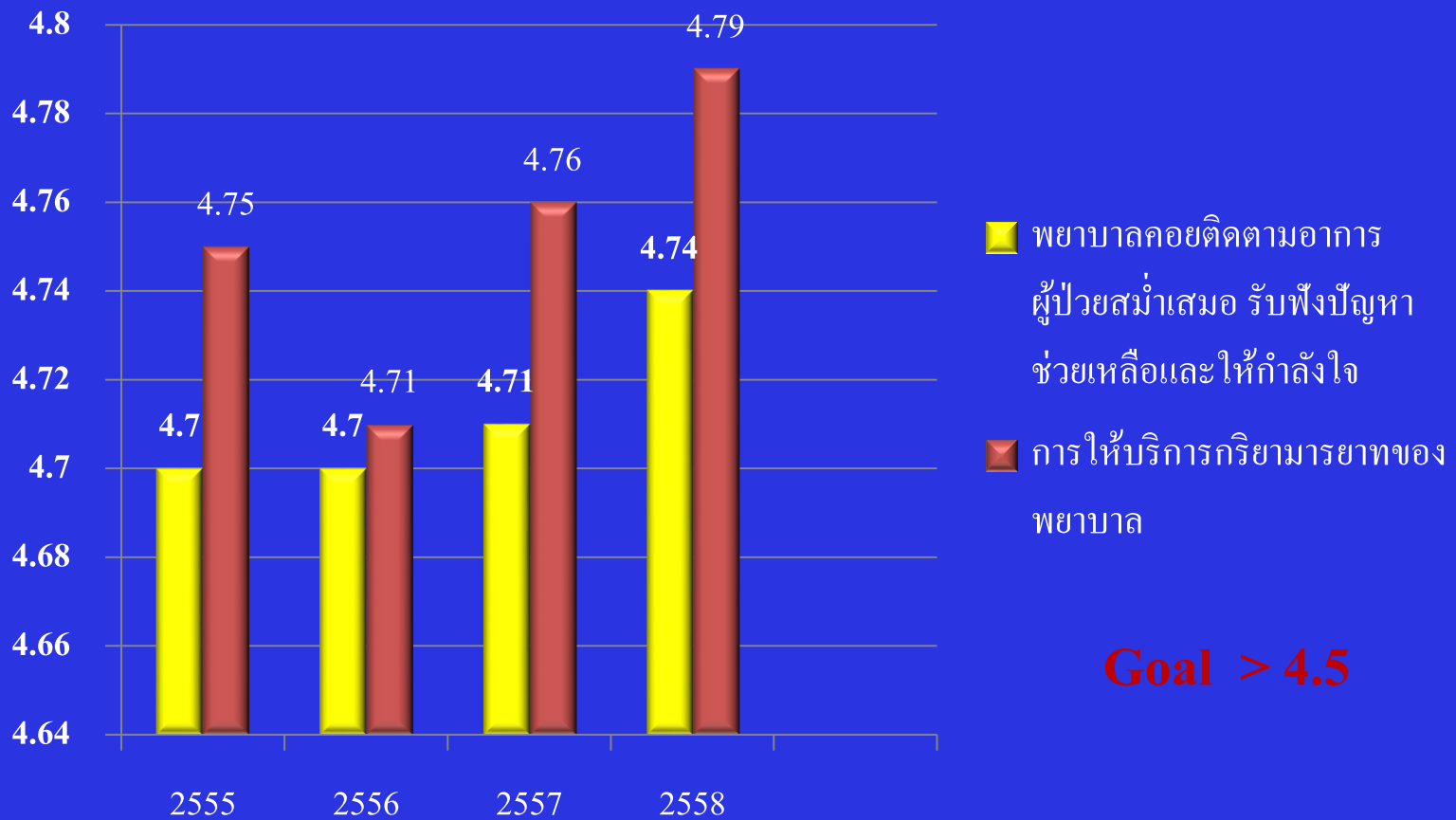
## คะแนนความพึงพอใจโดยรวม



**Goal = 4.5**

# ผลดำเนินงานด้านมุ่งเน้นลูกค้า

## ความคิดเห็นต่อบริการ



# ผลดำเนินงานด้านประกันคุณภาพการพยาบาล

โครงการ /กิจกรรม	ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน
<p>1. ประกันคุณภาพบริการพยาบาล ตามมาตรฐานการพยาบาล 1.1 QA บันทึกทางการพยาบาล ทุก 3 เดือน</p>	<p>- คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ผ่านเกณฑ์ สปสช. ร้อยละ 90</p> <p>- คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ผ่านเกณฑ์ประเมินของฝ่ายบริการ พยาบาล ร้อยละ 80</p>	<p>- ไม่ได้ตามแผนได้ทำ 1 ครั้ง</p> <p>- ไม่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 90 คือ เกณฑ์ข้อ 4 เรื่องมีการบันทึกในส่วนของการวางแผนการ พยาบาลและข้อมูลสนับสนุนสอดคล้องกับ ปัญหาของผู้ป่วย</p> <p>- รอผลจากฝ่ายบริการพยาบาล</p>

# ผลดำเนินงานด้านประกันคุณภาพการพยาบาล

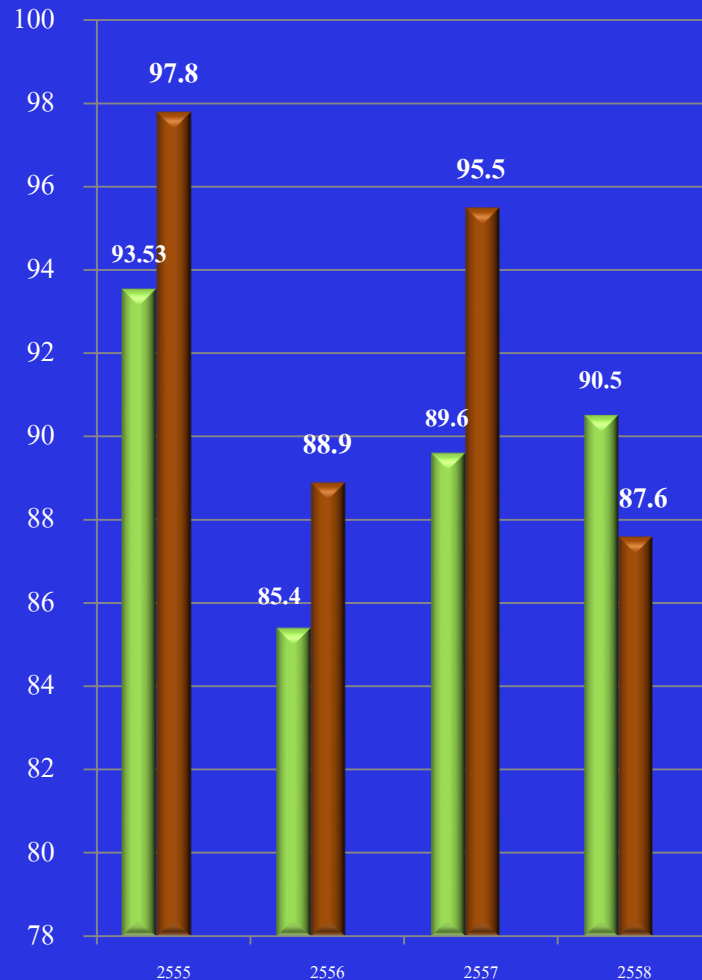
โครงการ /กิจกรรม	ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน
<p>1. ประกันคุณภาพบริการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล</p> <p>1.2 QA เรื่องการป้องกันการพลัดตก/หกล้มทุก 3 เดือน</p>	<p>- ผ่านเกณฑ์ประเมินของฝ่ายบริการพยาบาล ร้อยละ 80</p>	<p>- ไม่ได้ตามแผนได้ทำ 1 ครั้ง</p> <p>- ไม่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80 คือ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* ข้อตรวจเยี่ยมผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมง</li> <li>* มีการบันทึก Nursing care plan</li> <li>* มีการบันทึก Nursing intervention</li> </ul>

# ผลดำเนินงานด้านประกันคุณภาพการพยาบาล

โครงการ /กิจกรรม	ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน
<p>1.3 QA การจัดการ pain หลังผ่าตัด ทุก 3 เดือน</p>	<p>- ผ่านเกณฑ์ประเมินของฝ่ายบริการ พยาบาล 100 %</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่ได้ตามแผนได้ทำ 1 ครั้ง</li> <li>- ไม่ผ่านเกณฑ์ 100% คือ ข้อมีการบันทึกข้อมูล อาการไม่พึงประสงค์ของยาบรรเทาปวด</li> <li>- ข้อมีการบันทึก sedation score ในรายการที่ได้ยา sedate เช่น Fentanyl , PCA ใน graphic sheet</li> </ul>
<p>1.4 QA. การให้ยาเคมีบำบัด ทุก 3 เดือน</p>	<p>- ผ่านเกณฑ์ประเมินของฝ่ายบริการ พยาบาล 100 %</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผ่านเกณฑ์ 100 %</li> </ul>
<p>1.5 QA. การให้สารน้ำและสารละลายทาง หลอดเลือดดำทุก 3 เดือน</p>	<p>- ผ่านเกณฑ์ประเมินของฝ่ายบริการ พยาบาล 100 %</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่ผ่านเกณฑ์ 100% คือ ข้อมีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย และญาติเกี่ยวกับอันตรายที่เกิดจากการได้รับ สารละลายทางหลอดเลือดดำ เร็วมากกว่ากำหนด</li> <li>- และข้อตรวจสอบการให้สารละลายทางหลอดเลือด ดำทุก 1 ชั่วโมง</li> </ul>

# ผลดำเนินงานด้านประกันคุณภาพการพยาบาล

โครงการ /กิจกรรม	ตัวชี้วัด
<b>2. พัฒนาคุณภาพการดูแลต่อเนื่อง</b> 2.1 ติดตามตรวจสอบการบันทึกการให้ความรู้ในแบบฟอร์มการวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและแบบสรุปการจำหน่าย (STEMI)	- ความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วย โดยรวมอยู่ในระดับดี-ดีมาก $\geq 85\%$
2.2 ติดตามประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย	- ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายโดยรวมอยู่ในระดับดี-ดีมาก $\geq 85\%$



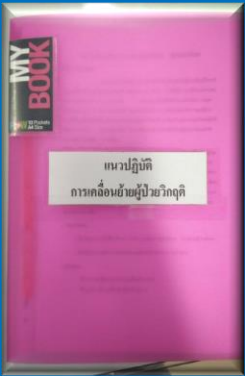
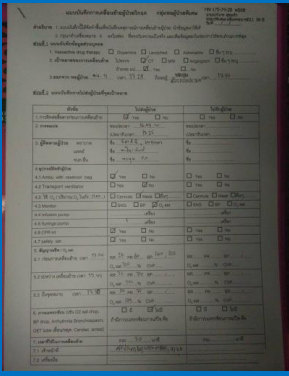

■ ร้อยละของผู้รับบริการที่ได้รับและเข้าใจดีและได้รับและเข้าใจดีมากที่สุดต่อการได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับโรคและวิธีการรักษาและปัญหาที่เป็น

■ ร้อยละของผู้รับบริการที่ได้รับและเข้าใจดีและได้รับและเข้าใจดีมากที่สุดต่อการรับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว หรือการดูแลตนเองที่บ้านก่อนออกจากโรงพยาบาล

**Goal > 85 %**



# ผลดำเนินงานด้านประกันคุณภาพการพยาบาล ด้านการจัดการความเสี่ยงความปลอดภัย

โครงการ / กิจกรรม	ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน
<p>2. พัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยงความปลอดภัย</p> <p>2.1 จัดทำแนวปฏิบัติการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยวิกฤติในกลุ่มพิเศษ</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;">   </div> 	<p>- ไม่มีอุบัติการณ์ข้อร้องเรียนเกี่ยวกับอุบัติการณ์ จากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยวิกฤติ</p>	<p>- มีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยวิกฤติทั้งหมด 5 ราย ยังไม่พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยได้รับอันตราย จากการเคลื่อนย้าย</p>

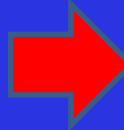
# ผลดำเนินงานด้านประกันคุณภาพการพยาบาล ด้านการจัดการความเสี่ยงความปลอดภัยผู้ป่วยโดยใช้หลัก SIMPLE

โครงการ /กิจกรรม	ตัวชี้วัด
2.2 เพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยใช้หลัก SIMPLE S = correct body site ลดอัตราความผิดพลาดในการผ่าตัดผิคนผิข้าง - รณรงค์ในการใช้แนวปฏิบัติการบ่งชี้ผู้ป่วยเพื่อเข้าการผ่าตัดที่ถูกต้อง เช่น การตรวจสอบชื่อ-สกุล การตรวจสอบคำสั่งการผ่าตัด วิธีการ mark site เป็นต้น	- อัตราการการเกิดความผิดพลาดในการผ่าตัดผิคนผิข้าง = 0 - ผู้ป่วยที่มาผ่าตัดตาได้รับการ mark site ถูกต้อง 100 %

ผลการดำเนินงาน				
รายการ	2555	2556	2557	2558
- อัตราการการเกิดความผิดพลาดในการผ่าตัดผิคนผิข้าง	0	0	0	0
ผู้ป่วยที่มาผ่าตัดตาได้รับการ mark site ถูกต้อง 100 %	NA	100%	100%	100%

# ผลดำเนินงานด้านประกันคุณภาพการพยาบาล ด้านการจัดการความเสี่ยงความปลอดภัยผู้ป่วยโดยใช้หลัก SIMPLE

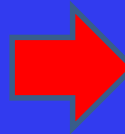
โครงการ / กิจกรรม	ตัวชี้วัด
I = Hand hygiene , infection ลดอัตราการติดเชื้อที่แผล ผ่าตัด - ทบทวนมาตรฐาน - ควบคุม ติดตาม การ ปฏิบัติการพยาบาลตาม มาตรฐานวิชาชีพ - ระวังการล้างมือ ก่อน และหลังทำหัตถการ	- อัตราการติดเชื้อที่แผล ผ่าตัด = 0



อัตราแผลติดเชื้อ/1000 วันนอน	2557	2558
Endophthalmitis	0	0
TAH	0	0
CA Breast	0	0
CA Colon	0	0
LC	0	0
Hernia	0	0.13

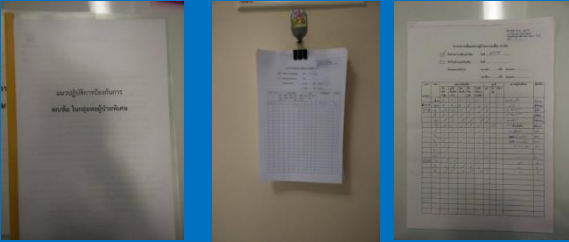
# ผลดำเนินงานด้านประกันคุณภาพการพยาบาล ด้านการจัดการความเสี่ยงความปลอดภัยผู้ป่วยโดยใช้หลัก SIMPLE

โครงการ / กิจกรรม	ตัวชี้วัด
<p>M = HAD , MED error</p> <p>ความปลอดภัยจากการให้ยาและสารน้ำ</p> <p>- ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้ยาการให้ยา และสารน้ำ โดยใช้หลัก 7 R</p> <p>- รณรงค์การใช้รถคอมพิวเตอร์ในการจ่ายยาและให้ยาแบบ real time</p> <p>- จัดทำบอร์ด HOT NEW ศูนย์ข้อมูลยา จากฝ่ายเภสัช โรงพยาบาลสงขลานครินทร์</p> <p>- Conference เรื่อง High Alert Drug</p>	<p>- อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา/สารละลาย</p> <p>ระดับ C-D &lt; 0.3 %</p> <p>ระดับ E-F &lt; 0.04 %</p>



อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา/สารละลาย /1000 วันนอน	2555	2556	2557	2558
- อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา/สารละลาย ระดับ C-D < 0.3 %	0	0	0.48	0.4
- อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา/สารละลาย ระดับ E-F < 0.04 %	0	0	0	0

# ผลดำเนินงานด้านประกันคุณภาพการพยาบาล ด้านการจัดการความเสี่ยงความปลอดภัยผู้ป่วยโดยใช้หลัก SIMPLE

โครงการ / กิจกรรม	ตัวชี้วัด
<p>P = Fall การเฝ้าระวังการพลัดตก/หกล้ม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ธรรมนูญการประเมินความเสี่ยงผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมินของฝ่ายบริการพยาบาล</li> <li>- ติดตามการปฏิบัติงาน โดยปฏิบัติตามมาตรฐานการป้องกันการพลัดตก/หกล้ม</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยได้รับการประเมินความเสี่ยงการพลัดตก/หกล้ม &gt; 95 %</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อัตราการพลัดตก/หกล้ม = 0</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- เรียนรู้จากเหตุการณ์ จากโรงพยาบาลหรือหอผู้ป่วยอื่น ๆ และนำเหตุการณ์มาทบทวนเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ</li> <li>- กิจกรรมตามรอย RCA</li> <li>- Quality Round ทุกวันพุธ</li> </ul>	

## ผลการดำเนินงาน

ผู้ป่วยได้รับการประเมินความเสี่ยงการพลัดตก/หกล้ม > 95 %

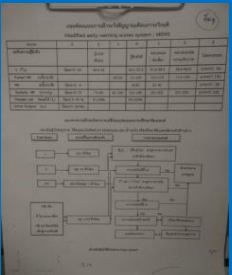
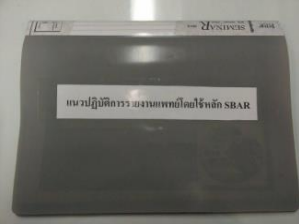
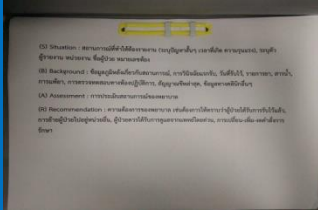
อุบัติการณ์/100	2555	2556	2557	2558
0 วันนอน				
อุบัติการณ์พลัดตก/หกล้ม = 0	0	0	0	0.27

Quality Round ทุกวันพุธ มีปัญหา ผู้ป่วยมาช่วงบ่าย ทำให้ บางอาทิตย์ ไม่ได้ Round ปรับมา Round เช้า พร้อมกันทุกวัน มีปัญหา Round 26 ห้อง ใช้เวลามาก ตอนนี้ปรับ Round เป็นทีม แต่ต้อง round ทุกห้องตอนเช้า ยังไม่ได้ประเมินผล รอประชุมครั้งต่อไป

# ผลดำเนินงานด้านประกันคุณภาพการพยาบาล ด้านการจัดการความเสี่ยงความปลอดภัยผู้ป่วยโดยใช้หลัก SIMPLE

โครงการ / กิจกรรม	ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน
<p>I = catheter</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- รณรงค์ให้ปฏิบัติตาม CNPG</li> <li>- ติดตามการปฏิบัติงาน โดยปฏิบัติตามมาตรฐาน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อุบัติการณ์ติดเชื้อที่บริเวณ  Catheter = 0</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อุบัติการณ์ติดเชื้อที่บริเวณ  Catheter = 0</li> </ul>

# ผลดำเนินงานด้านประกันคุณภาพการพยาบาล ด้านการจัดการความเสี่ยงความปลอดภัยผู้ป่วยโดยใช้หลัก SIMPLE

โครงการ / กิจกรรม	ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน
<p><b>E = Emergency respond</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดทำคู่มือระบบการรายงานสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติ</li> </ul>  <ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดอบรมให้พยาบาลใหม่เรื่อง การรายงานแพทย์โดยใช้ SBAR</li> <li>- จัดทำแนวปฏิบัติกรรายงานแพทย์โดยใช้ SBAR</li> </ul>  	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อุบัติการณ์ข้อร้องเรียนเรื่อง การรายงานผิดพลาด = 0</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อุบัติการณ์ข้อร้องเรียนเรื่อง การรายงานผิดพลาด = 0</li> </ul>

# ผลดำเนินงานด้านบุคลากร

โครงการ / กิจกรรม	ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน
<p>4. พัฒนาศักยภาพบุคลากร ตาม specific competency</p> <p>4.1 ประเมิน specific competency บุคลากรตามเกณฑ์ที่กำหนด</p>	<p>- จำนวนพยาบาล &gt; 80 % ผ่านเกณฑ์การประเมิน specific competency</p> <p>- พยาบาลได้รับการประเมิน specific competency 100%</p>	<p>- ผลการประเมิน Specific competency 5 โรคหลัก HAD ของหอผู้ป่วย และยา HAD ของฝ่ายบริการพยาบาล จำนวนพยาบาล 20 คน ผ่าน 80 % จำนวน 20 คน</p> <p>- ผลการประเมิน Specific competency การใช้และการดูแลบำรุงรักษาเครื่อง Infusion pump syringe pump เครื่อง DEF ผ่าน 80 % จำนวน 8 คน คิดเป็น 42.10 % <b>ไม่ผ่าน 11 คน คิดเป็น 57.89 %</b></p> <p>- ผลการประเมิน Specific competency เฉพาะสาขารายบุคคลการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็น 3 รายการ จำนวนพยาบาล 20 คน</p> <p>* ผลการประเมินการดูแลผู้ป่วยทำหัตถการการใส่ ICD สอบผ่าน 9 คน คิดเป็น 45 % <b>ไม่ผ่าน 12 คน คิดเป็น 60 %</b></p> <p>* ผลการประเมินการดูแลผู้ป่วยทำหัตถการแทง tripple lumen สอบผ่าน 20 คน คิดเป็น 100 %</p> <p>• ผลการประเมินการดูแลผู้ป่วย CPR แบบ Advance สอบผ่าน 19 คน คิดเป็น 95 % <b>ไม่ผ่าน 2 คน คิดเป็น 10 %</b></p> <p>- พยาบาลได้รับการประเมิน specific competency 100%</p>



# ผลดำเนินงานด้านบุคลากร

\* ผลการประเมินการดูแลผู้ป่วยทำหัตถการการใส่ ICD สอบผ่าน 9 คน  
คิดเป็น 45 % ไม่ผ่าน 12 คน คิดเป็น 60 %




## จัดอบรมการดูแลผู้ป่วยทำหัตถการการใส่ ICD



# ผลดำเนินงานด้านบุคลากร

โครงการ / กิจกรรม	ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน
<p>5. ส่งเสริมคุณภาพชีวิตบุคลากร</p> <p>5.1 ส่งเสริมสภาพแวดล้อมในที่ทำงานให้น่าอยู่ โดยการจัด Big Cleaning Day ปีละ 3 ครั้ง</p> <p>5.2 กิจกรรมสัมพันธ์ภายในหอผู้ป่วยและระหว่างหอผู้ป่วย</p> <p>5.3 สนับสนุนเงินสวัสดิการเยี่ยมไข้</p>	<p>- จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม 90%</p> <p>- คะแนนความพึงพอใจ <math>\geq 4</math></p> <p>- เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยได้รับสวัสดิการได้เยี่ยมไข้ทุกคน</p>	<p>- จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม &gt; 90 %</p> <p>- คะแนนความพึงพอใจ <math>\geq 4</math></p> <div data-bbox="1282 772 1750 1115" data-label="Image"> </div> <p>- เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยได้รับสวัสดิการได้เยี่ยมไข้ทุกคน</p>

# ผลงานนวัตกรรม

นวัตกรรม	ภาพกิจกรรม
แว่นตาวัต VA (occluder) (ยังเก็บข้อมูลและปรับปรุง)	<p>แบบเดิมผู้ป่วยต้อง ถือจับไม่สะดวก</p>   <p>แบบใหม่</p>
	

# ผลงานภาคภูมิใจ

1. บุคลากรดีเด่นฝ่ายบริการพยาบาล

ปี 2558 นส. กมลรัตน์ ดินกามิน

2. บุคลากรดาวเด่นฝ่ายบริการพยาบาล

ปี 2558 นางวิภารัตน์ ชูสงค์



# โครงการพัฒนางาน

โครงการ พัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ อย่างมีแบบแผน  
ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่เข้ารับการทำหัตถการ  
ฉีดสี/สวนหัวใจ หอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 11  
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยใช้สื่อวีดิทัศน์

# โครงการพัฒนางาน

## วัตถุประสงค์ของโครงการ

- เพื่อลดเวลาในการให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ ทำให้พยาบาลสามารถไปปฏิบัติงานอื่นๆ ที่เร่งด่วนได้มากขึ้น
- เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแล ผู้ป่วย ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว ก่อนและหลังการทำหัตถการฉีดสี/สวนหัวใจที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

# ระยะเวลาดำเนินโครงการ

1 ตุลาคม 2557 – 30 กันยายน 2558

แผนการดำเนินงาน	ปี 2557			ปี 2558								
	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
1. ทบทวน ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	← →											
2. ทบทวนโปรแกรมการให้ความรู้ อย่างมีแบบแผน	← →											
3. ศึกษาวิธีการทำสื่อวีดิทัศน์	← →											
4. ร่วมกันกำหนด แผน และ รูปแบบ การทำสื่อวีดิทัศน์				↔								
5. เขียนบทความ สื่อวีดิทัศน์ เกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้า รับการบำบัดการ					↔							
6. นำบทความสื่อวีดิทัศน์ เกี่ยวกับ การให้ผู้เชี่ยวชาญดูความตรงของ เนื้อหา							← →					







ขอบคุณค่ะ