

หอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 8

รายงานผลการดำเนินงาน
ต.ค.2557-ก.ค.2558

อาภรณ์ พงษ์หา

ขอบเขตการให้บริการ

ให้บริการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางศัลยกรรม
ทุกโรค ไม่จำกัดเพศ วัย โดยเป็นผู้ป่วยที่แพทย์อนุญาตให้
เข้าห้องพิเศษได้

- จำนวนห้องที่ให้บริการ 23 ห้อง
- พยาบาล 19 คน
- ผู้ปฏิบัติงานพยาบาล 8 คน
- พนักงานช่วยการพยาบาล 7 คน
- ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน
- แม่บ้าน 4 คน

5 โรคหลักของหอผู้ป่วย

ปี 2558

- CA Colon
- CA Rectum
- มะเร็งเต้านม
- มะเร็งต่อมลูกหมาก
- ไข้ตั้งอักษเสบ

รายงานผลตามแผนปฏิบัติการ

กลยุทธ์ : ความเป็นเลิศการบริการพยาบาล

1. ประกันคุณภาพบริการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล
2. โครงการวิชาการ KM
3. Quality Round
4. โครงการวิชาการ 5 โรคหลักของหอผู้ป่วยและรายการประชุม / อบรม
5. จัดทำ VDO ใช้ในการให้คำแนะนำข้อมูลแรกรับ

กลยุทธ์ : 1. พัฒนาสมรรถนะบุคลากรเพื่อขับเคลื่อนสู่ความเป็นเลิศ
2. ดำรงรักษาบุคลากรที่มีศักยภาพสูงทั้งด้านบริหาร

- **ประเมินพัฒนาสมรรถนะเฉพาะสาขารายบุคคล**
- **ประเมินทบทวนการทำหัตถการและการใช้อุปกรณ์การแพทย์**
- **โครงการพัฒนาศักยภาพหัวหน้าเวร**

กลยุทธ์ : สร้างเสริมบรรยากาศที่สนับสนุนให้ บุคลากรมีความสุขในการทำงาน

- ◎ **โครงการสร้างสัมพันธภาพบุคลากรทุกระดับในหอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 7,8,9,10,11,12, พิเศษทั่วไป และศูนย์จองห้องพิเศษ ผู้ตรวจการพยาบาล**
- ◎ **โครงการสร้างสัมพันธภาพบุคลากรทุกระดับในหน่วยงาน**

กลยุทธ์ : ความเป็นเลิศการบริการพยาบาล

โครงการ/กิจกรรม	ดัชนีตัวชี้วัดความสำเร็จ	ผลการดำเนินการ
<u>1.โครงการประกันคุณภาพบริการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล</u> 1.1 QA การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด	ผ่านเกณฑ์การประเมินเชิงกระบวนการ 100%	ผ่านเกณฑ์กำหนด 7 ข้อจาก 11 ข้อ

ปัญหาที่พบ

แนวทางการแก้ไขปัญหา

ข้อที่ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินคือ

- 1.ไม่ได้แนะนำให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการบริหารร่างกายภายหลังการผ่าตัดร้อยละ 21.05
- 2.ไม่ได้แนะนำให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับสภาพหลังผ่าตัด ลักษณะแผลและสิ่งติดมาหลังผ่าตัดร้อยละ 5.26
- 3.ไม่ได้อธิบายให้ผู้ป่วยทราบเหตุผลและความจำเป็นในการผ่าตัดและไม่ได้บันทึกข้อมูลในใบเตรียมการผ่าตัด ร้อยละ 2.63

-สร้างความตระหนักให้เห็นถึงความสำคัญของการบริหารร่างกายภายหลังการผ่าตัดเป็นโอกาสพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลต่อไป

กลยุทธ์ : ความเป็นเลิศการบริการพยาบาล

โครงการ/กิจกรรม	ดัชนีตัวชี้วัด ความสำเร็จ	ผลการ ดำเนินการ
1.2 <u>การจัดทำใบ check list</u> เตรียมผู้ป่วยก่อนส่งห้องผ่าตัด	-ผู้ป่วยได้รับการตรวจสอบก่อนไปห้องผ่าตัด 100% - ไม่เกิดอุบัติเหตุ	ผ่านเกณฑ์กำหนด 9 ข้อจาก 12 ข้อ

ปัญหาที่พบ	แนวทางการแก้ไขปัญหา
ข้อที่ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินคือ 1.แพทย์ไม่ได้เซ็นใบยินยอมผ่าตัดร้อยละ 7.5 2.ไม่ได้ระบุชนิดของสารน้ำร้อยละ 2.5 3.ไม่ได้เตรียมยาไปห้องผ่าตัดร้อยละ 2.5	-พยาบาลทุกเวรช่วยกันตรวจสอบและติดตามให้แพทย์มาเซ็นใบยินยอม - ก่อนส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัดตรวจสอบคำสั่งการรักษาอีกครั้ง

กลยุทธ์ : ความเป็นเลิศการบริการพยาบาล

โครงการ / กิจกรรม	ดัชนีตัวชี้วัดความสำเร็จ	ผลการดำเนินการ
1.3 QA การจัดการความปวด	<ul style="list-style-type: none">ผ่านเกณฑ์เชิงกระบวนการ 100%อุบัติการณ์จากการจัดการความปวด =0	<ul style="list-style-type: none">ผ่านเกณฑ์เชิงกระบวนการ 5 ข้อจาก 9 ข้อ

ปัญหาที่พบ

- ไม่ผ่านเกณฑ์เชิงกระบวนการ 4 ข้อ ได้แก่
- ไม่บันทึกข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์ของยาบรรเทาความปวดคิดเป็นร้อยละ 96.87
 - ไม่บันทึกการให้ข้อมูลวิธีจัดการความปวดทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยาคิดเป็นร้อยละ 50
 - ไม่บันทึกคะแนนการประเมินความปวดซ้ำหลังการจัดการความปวดใน graphic sheet คิดเป็นร้อยละ 18.75
 - ไม่บันทึกคะแนนความปวดก่อนการจัดการความปวดใน Graphic sheet ร้อยละ 3.13

แนวทางการแก้ไขปัญหา

- แกนนำแจ้งข้อมูลให้ทราบและมีการกระตุ้นเตือนเป็นระยะๆ
- มีการตรวจสอบและเตือนให้ลงข้อมูลคะแนนความปวดก่อนสิ้นสุดเวร

นโยบายของหอผู้ป่วยต่อการจัดการความปวด

- * ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ตอบสนองต่อการจัดการความปวดโดยเร็วที่สุด
- * ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้องได้รับการจัดการความปวดให้คะแนนความปวดไม่เกิน 3 คะแนน



กลยุทธ์ : ความเป็นเลิศการบริการพยาบาล

โครงการ / กิจกรรม	ดัชนีตัวชี้วัดความสำเร็จ	ผลการดำเนินการ
1.4 QA การให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ	เป้าหมายผ่านเกณฑ์กำหนด 100%	-ผ่านเกณฑ์กำหนด 3 ข้อ จาก 10 ข้อ

ปัญหาที่พบ	แนวทางการแก้ไขปัญหา
------------	---------------------

<p>ข้อที่ไม่ผ่านเกณฑ์ทั้งหมด 7 ข้อ</p> <p>ข้อที่มากที่สุดคือ ไม่มีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับอันตรายที่เกิดจากการได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำเร็วมากกว่าที่กำหนดร้อยละ 30.77</p> <p>รองลงมาคือ ไม่มีการตรวจสอบการได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำทุก 1 ชม. ร้อยละ 20.51</p> <p>และผิวหนังบริเวณที่ให้สารละลายมีอาการปวด บวม แดง ร้อยละ 15.38</p>	<ul style="list-style-type: none">-มีตารางบันทึกการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำทุก 1 ชั่วโมง/และใบตรวจสอบซ้ำการให้สารละลายโดยใช้เครื่อง-มีข้อตกลงให้บันทึกการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับอันตรายที่เกิดจากการได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำเร็วมากกว่าที่กำหนดและการปฏิบัติขณะได้รับสารละลายลงใน continuing- มีการนำหลักการประเมิน Phlebitis มาใช้พร้อมทั้งเปลี่ยนการปิดบริเวณแทงเข็มเป็น transparent film
---	--

กลยุทธ์ : ความเป็นเลิศการบริการพยาบาล

โครงการ/กิจกรรม	ดัชนีตัวชี้วัด ความสำเร็จ	ผลการดำเนินการ
1.5 QA การให้เลือด	-อุบัติการณ์การให้ เลือด = 0 เกณฑ์ปฏิบัติ = 100%	<ul style="list-style-type: none"> • ไม่มีอุบัติการณ์การให้เลือดผิด • ผ่านเกณฑ์กำหนด 11 ข้อใน 13 ข้อ

ปัญหาที่พบ

- ข้อไม่ผ่านเกณฑ์กำหนดคือ
- 1.ไม่ให้ผู้ป่วยหรือญาติลงนามในใบยินยอมการรับเลือดร้อยละ30
 - 2.ไม่ได้วัดสัญญาณชีพก่อนให้เลือด หลังให้เลือด 15 นาทีและทุก 1 ชั่วโมงในผู้ป่วยเด็กและทุก 4 ชั่วโมงในผู้ใหญ่จนเลือดหมด ร้อยละ 30

แนวทางการแก้ปัญหา

- แจ้งข้อตกลงให้รับทราบร่วมกันเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการให้เลือด
*****ก่อนให้เลือด*****
- 1.มีคำสั่งชัดเจน
 - 2.เส้นพร้อม ผู้ป่วยพร้อม พยาบาลพร้อม
 - 3.รับเลือดมาครั้งละ 1 ถัง
 - 4.หากไม่ใช้ส่งคืนภายใน 30 นาทีหลังจากคลังเลือด

กลยุทธ์ : ความเป็นเลิศการบริการพยาบาล

โครงการ/ กิจกรรม	ดัชนีตัวชี้วัด ความสำเร็จ	ผลการดำเนินการ
1.6 QA การป้องกันการ พลัดตก/หกล้ม	ไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตก/ ล้ม ผ่านเกณฑ์การปฏิบัติ 100%	<ul style="list-style-type: none"> • มีอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม 2 ราย ระดับ D • ไม่ผ่านเกณฑ์ปฏิบัติ 5 ข้อ

ปัญหาที่พบ	แนวทางการแก้ไขปัญหา
------------	---------------------

สำหรับ 3 อันดับแรกที่ปฏิบัติไม่ผ่านเกณฑ์กำหนดสูงสุด ได้แก่

- ไม่มีการยกראวกันเตียงขึ้นทั้ง 2 ข้างตลอดเวลา ร้อยละ 17.78
- ไม่มีการให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับภาวะเสี่ยงและการป้องกันร้อยละ 11.11
- ไม่มีการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยทุก 1 ชม. ร้อยละ 11.11

- มีการจัดทำตารางการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยทุก 1 ชม. โดยใช้หลัก 5 P
- เน้นย้ำให้ญาติอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา
- ในกรณีญาติไม่อยู่ต้องมีการแขวนป้ายโปรดระวังผู้ป่วยตก/ล้ม
- จัดทำดาวแจ้งระดับความเสี่ยงติดหน้าห้องผู้ป่วย



กลยุทธ์ : ความเป็นเลิศการบริการพยาบาล

โครงการ/กิจกรรม	ดัชนีตัวชี้วัดความสำเร็จ	ผลการดำเนินการ
1.7 QA การป้องกันการเกิดแผลกดทับ	<ul style="list-style-type: none"> - อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 1-3 ลดลง 50% - ระดับ 4 = 0 - ผ่านเกณฑ์ประเมิน 100% 	<ul style="list-style-type: none"> • แผลกดทับระดับ 1,2 = 3 ราย • แผลกดทับระดับ 3 = 1 • แผลกดทับระดับ 4 = 0 • ผ่านเกณฑ์ 100% จำนวน 9 รายการและไม่ผ่านเกณฑ์ 7 รายการ

ปัญหาที่พบ

สำหรับการปฏิบัติการปฏิบัติที่ไม่ผ่านเกณฑ์กำหนด 3 อันดับแรกได้แก่

- ประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลไม่ครบทุกเวร 3 ราย คิดเป็น 33.33 %
- ขณะพลิกตะแคงตัวไม่ได้ตรวจสอบผิวหนังและบันทึกในบันทึกช่วยจำ 3 ราย คิดเป็น 20 %
- ไม่ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับความเสี่ยงและการป้องกัน 3 ราย คิดเป็น 20 %

แนวทางการแก้ไขปัญหา

- ช่วยกันตรวจสอบและกระตุ้นพยาบาลให้มีการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติจริง รวมทั้งมีการบันทึกใน continuing

กลยุทธ์ : ความเป็นเลิศการบริการพยาบาล

โครงการ / กิจกรรม	ดัชนีตัวชี้วัดความสำเร็จ	ผลการดำเนินการ
1.8 QA การคาสายสวน ปัสสาวะ	เกณฑ์เชิงกระบวนการ เท่ากับ 100%	ผ่านเกณฑ์ 100% 10 ข้อ ไม่ผ่าน 5 ข้อ ใน 16 ข้อ

ปัญหาที่พบ	แนวทางการแก้ไขปัญหา
สำหรับเกณฑ์เชิงกระบวนการที่ไม่ผ่าน 100% สูงสุดคือ ยัดสายสวนปัสสาวะด้วยพลาสติกที่ บริเวณขาในผู้หญิงและบริเวณท้องน้อยใน ผู้ชาย 31.81% รองลงมาไม่มีการ Reminder การคาสายสวนปัสสาวะเมื่อครบ 3 วัน 22.72%	-นำข้อมูลปัญหามาแลกเปลี่ยนหา สาเหตุ - ตรวจสอบการยัดสายสวนปัสสาวะทุก เวรและหากปฏิบัติไม่ถูกต้องต้องแก้ไข ทันที - ตรวจสอบการ Reminder แพทย์ใน บันทึกการช่วยจำทุกเวร

กลยุทธ์ : ความเป็นเลิศการบริการพยาบาล

โครงการ/ กิจกรรม	ดัชนีตัวชี้วัด ความสำเร็จ	ผลการ ดำเนินการ
<p>2.โครงการวิชาการ KM.</p> <ul style="list-style-type: none"> การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด 	<p>ผลประเมินโครงการ ระดับ ดี-ดีมาก > 80%</p>	<p>พยาบาลเข้าร่วมโรง การ > 80 % ผลการประเมินดีมาก</p>
<p>นำไปสู่การทำแบบฟอร์ม การประเมินผู้ป่วยก่อนได้รับ ยาเคมีบำบัด</p>		<p>สามารถตรวจสอบและ รายงานแพทย์ เกี่ยวกับ Case ที่มี ปัญหาก่อนได้รับยา เคมีบำบัด</p>
<ul style="list-style-type: none"> การนำ CNPG มาใช้ *การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย วิกฤติ 	<ul style="list-style-type: none"> ผู้ป่วยปลอดภัย มีการนำCNPG มาใช้ 100% 	<ul style="list-style-type: none"> ผู้ป่วยปลอดภัยจาก การเคลื่อนย้าย นำCNPGการ เคลื่อนย้ายผู้ป่วย วิกฤติ 100 %

แบบฟอร์มการประเมินผู้ป่วยก่อนได้รับยาเคมีบำบัดสำหรับพยาบาล

คำชี้แจง กรุณาประเมิน เมื่อผป.admit ก่อนพยาบาล ส่งหัตถการเคมีบำบัด

1.ประเมินความพร้อมด้านร่างกาย

- ไข้ > 37.8 ใช่ ไม่ใช่
 อ่อนเพลียมาก ใช่ ไม่ใช่
 Mucocitis ใช่ ไม่ใช่
 อาเจียนรุนแรง ใช่ ไม่ใช่
 Diarrhea ใช่ ไม่ใช่
 อื่นๆ ระบุ.....

2.ประเมินผลการตรวจทางห้องทดลอง

- เจาะเลือดเมื่อวันที่.....
 ANC >1,500cell/cu.mm สูตร ANC = ((WBC x (PMN + Ban))/100) x diff
 ของผป. =.....
 PLAtelet PLT >150,000cell/cu.mm ของผป. =.....
 WBC > 3,000cell/cu.mm ของผป. =.....
 Hct > 30% ของผป. =.....

3.ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง พร้อมลงใน graphic sheet เรียบร้อย ไม่เรียบร้อย

4.การตรวจสอบใบประเมิน chemo ของแพทย์

- ประเมินแล้ว บัญชีระบุ.....
 ยังไม่ประเมิน บัญชีระบุ.....

5.การประเมินผู้ป่วยก่อนได้รับยาเคมีบำบัด โดยพยาบาล 2 คน

คนที่ 1 คือ.....(เขียนชื่อให้อ่านออก).

คนที่ 2 คือ.....(เขียนชื่อให้อ่านออก)

6.วันที่ประเมิน.....

หมายเหตุ เก็บข้อมูลทุกรายที่ ให้เคมีบำบัด เสร็จแล้วรวบรวมที่ศูนย์สูติฯ (22/5/58)

จากการศึกษาข้อมูลตั้งแต่
 ต.ค.57-มิ.ย.58ทั้งหมด
 107 ราย พบปัญหา 2 ราย
 - กพ. Admit ให้ CMT เจาะ
 เลือดที่ ward ผลเลือด plt
 = 3200 รายงานแพทย์และ
 ให้ D/C
 - มีค. ผล ANC = 813
 รายงานแพทย์ ให้ hold ยา
 เคมีบำบัด และให้ GCSF
 และตาม CBC วันถัดไป

โครงการ/ กิจกรรม	ดัชนีตัวชี้วัดความสำเร็จ	ผลการดำเนินการ
3. Quality Round • โครงการเยี่ยมตรวจเพื่อการพัฒนาคุณภาพ	• อุบัติการณ์ = 0	• ตั้งแต่ พ.ย.57-เม.ย.58 เยี่ยมตรวจ 43 ครั้ง จำนวน 312 ราย • อุบัติการณ์ ล้ม 2 ราย

ปัญหาและอุปสรรค	แนวทางการแก้ไขปัญหา
-----------------	---------------------

จากการเยี่ยมตรวจ พบว่ายังมีข้อบกพร่องบ้างเล็กน้อย เนื่องจาก

1. พยาบาลเจ้าของทีมไม่ได้ศึกษา case ก่อนที่จะวิเคราะห์
2. ผู้ร่วมวิเคราะห์ไม่ได้ศึกษาหลัก simple ทำให้มีส่วนร่วมน้อย
3. ภาระงานยุ่ง

สรุปผลการตรวจเยี่ยม

เดือน	จำนวนครั้ง	จำนวนราย	SIMPLE
1. พฤศจิกายน	10	74	7
2. ธันวาคม	4	27	4
3. มกราคม	12	84	1
4. กุมภาพันธ์	11	81	-
5. มีนาคม	5	39	-
6. เมษายน	1	7	1
รวม	43	312	13

- มีการตรวจเยี่ยมก่อนรับเวรทุกเวรและบันทึกในสมุดเยี่ยมตรวจพร้อมทั้งแก้ไขปัญหาที่พบทันที

-ปรับเปลี่ยนการวิเคราะห์ case โดยใช้หลัก SIMPLE โดยการมอบหมายให้พยาบาลรับผิดชอบสัปดาห์ละ 1 case ทำเวลาที่อยู่เวร และเวลาที่สะดวก บันทึกไว้ใน kardex และสรุปประเด็นพัฒนา เพื่อให้ทุกคนรับทราบและปฏิบัติไปในทางเดียวกัน

-ตั้งแต่ พ.ค.ทำได้ 15 ครั้ง

แบบประเมินคุณภาพ : การเยี่ยมตรวจผู้ป่วย หอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 8

วันที่...../...../..... พยาบาลหัวหน้าทีม ดึก...../เช้า...../บ่าย.....

ใส่เครื่องหมาย√ หน้าหัวข้อที่ปฏิบัติ /ใส่เครื่องหมาย x หน้าหัวข้อที่ไม่ปฏิบัติ/ใส่เครื่องหมาย - หน้าหัวข้อที่ไม่มีกิจกรรม

	เวรดึก	861	862	863	864	865	866	867	868
1	IV fluid								
2	Foley's cath								
3	medication								
4	pain								
5	ความเสี่ยงแผลกดทับ								
6	ความเสี่ยงตก/ล้ม								
7	แผล								
8	สิ่งแวดล้อม								

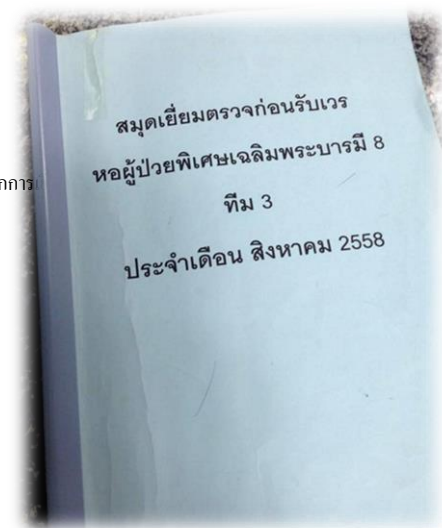
สรุปจากการเยี่ยมตรวจเวรดึก

	เวรเช้า	861	862	863	864	865	866	867	868
1	IV fluid								
2	Foley's cath								
3	medication								
4	pain								
5	ความเสี่ยงแผลกดทับ								
6	ความเสี่ยงตก/ล้ม								
7	แผล								
8	สิ่งแวดล้อม								

สรุปจากการเยี่ยมตรวจเวรเช้า

	เวรบ่าย	861	862	863	864	865	866	867	868
1	IV fluid								
2	Foley's cath								
3	medication								
4	pain								
5	ความเสี่ยงแผลกดทับ								
6	ความเสี่ยงตก/ล้ม								
7	แผล								
8	สิ่งแวดล้อม								

สรุปจากการ



โครงการ/กิจกรรม	ดัชนีตัวชี้วัดความสำเร็จ	ผลการดำเนินการ
<p>4. <u>โครงการวิชาการ 5 โรคหลักของหอผู้ป่วยและรายงานการประชุมอบรม</u></p> <p>Conference case 5 โรคหลักของหอผู้ป่วย ทุก 2 เดือน</p>	<p>ผู้เข้าร่วมกิจกรรม > 80%</p>	<p>-พยาบาลเข้าร่วมกิจกรรม 80 % - Conference case ได้ 3 เรื่อง</p>
<ul style="list-style-type: none"> • โครงการรายงานผลการไปประชุม / อบรม 	<p>รายงานผลการไปประชุม / อบรม 100%</p>	<p>รายงานผล 80%</p>
<ul style="list-style-type: none"> • โครงการจัดบอร์ดวิชาการต่างๆ 	<p>ระดับความพึงพอใจจากผู้ชมบอร์ด > 80%</p>	<p>มีการจัดบอร์ดวิชาการทุก 2 เดือน ไม่ได้วัดระดับความพึงพอใจจากผู้ชมบอร์ด</p>



กลยุทธ์ : ความเป็นเลิศการบริการพยาบาล

โครงการ/กิจกรรม	ดัชนีตัวชี้วัด ความสำเร็จ	ผลการดำเนินการ
<p><u>5. โครงการจัดทำ VDO</u></p> <ul style="list-style-type: none">• การจัดทำ VDO การให้คำแนะนำข้อมูลแรกรับ โดยใช้ VDO	<p>ดำเนินการให้เสร็จภายในปีงบประมาณ 2558</p>	<ul style="list-style-type: none">• อยู่ระหว่างการติดต่อ VDO

กลยุทธ์ :1. พัฒนาสมรรถนะบุคลากรเพื่อขับเคลื่อนสู่ความเป็นเลิศ

2. อนุรักษ์บุคลากรที่มีศักยภาพสูงทั้งด้านคลินิกและด้านบริหาร

โครงการ/ กิจกรรม	ดัชนีตัวชี้วัด	ผลการประเมิน
<ul style="list-style-type: none"> ประเมินพัฒนาสมรรถนะเฉพาะสาขารายบุคคล 	<ul style="list-style-type: none"> ได้รับการประเมิน 100% ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (80%) 	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่ผ่านเกณฑ์ในรอบแรก 2 คน - ผ่านเกณฑ์การทดสอบในรอบที่สอง 100%
<ul style="list-style-type: none"> ประเมินทบทวนการทำหัตถการและการใช้อุปกรณ์การแพทย์ 	<ul style="list-style-type: none"> พยาบาลทุกคนผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 	<ul style="list-style-type: none"> - พยาบาลที่เข้าทดสอบและผ่านเกณฑ์กำหนด 100%
<ul style="list-style-type: none"> โครงการพัฒนาศักยภาพหัวหน้าเวร 	<ul style="list-style-type: none"> พยาบาลหัวหน้าเวรผ่านการอบรม 80% หัวหน้าเวรผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนดคือ 80% 	<ul style="list-style-type: none"> -พยาบาลหัวหน้าเวร10 คนได้เข้าร่วมการอบรมตามแผนที่กำหนด 3 ครั้ง -มีการเตรียมความพร้อมเป็นพยาบาลหัวหน้าเวร 2 คน -มีการประเมินตนเอง/หัวหน้าประเมิน ก่อนการอบรม - มีการบันทึกในสมุดรายงานหัวหน้าเวร

กลยุทธ์ : สร้างบรรยากาศที่สนับสนุนให้บุคลากร มีความสุขในการทำงาน

โครงการ	ดัชนีตัวชี้วัด	ผลการประเมิน
<ul style="list-style-type: none"> สร้างสัมพันธภาพบุคลากรทุกระดับในหอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี / พิเศษทั่วไป / ศูนย์จ้องห้องพิเศษ และผู้ตรวจการพยาบาล 	<ul style="list-style-type: none"> ความพึงพอใจและความผูกพันในการปฏิบัติงาน 	<p>มีการทำกิจกรรมร่วมกัน 3 ครั้ง 14 มี.ค., 2 พ.ค., 13 มิ.ย. กีฬาสี / จัดอาสาปลูกป่า / ล่องแก่ง</p>
<ul style="list-style-type: none"> โครงการสร้างสัมพันธภาพบุคลากรทุกระดับในหน่วยงาน 	<ul style="list-style-type: none"> ความพึงพอใจและความผูกพันในการปฏิบัติงาน 	<ul style="list-style-type: none"> - ม.ค.58 กิจกรรมปีใหม่ และทำบุญหอผู้ป่วย - การร่วมกิจกรรมกีฬาสี - ร่วมอวยพรวันเกิดให้แก่บุคลากร - มีบุคลากรลาออก 1 คน จากปัญหาครอบครัว



กิจกรรมทำบุญหอยผู้ป่วย ปีใหม่กิจกรรมสันทนาการนอกสถานที่



ผลงานเด่น/นวัตกรรม



การทำ KAIZEN ในหอผู้ป่วย

- เรียง ลดสิ่งกีดขวาง เพิ่มพื้นที่ว่าง
- การทำเตียงพร้อมรับผู้ป่วยกลับมาจากห้องผ่าตัด
- การทำป้ายเก็บถาดอาหาร
- ป้ายแจ้งเวลาการทำ Intake/Output
- ปรับเปลี่ยนป้ายผ้าปู
- ตะกร้าใส่ Tube lab
- กล่องสบู่ สวดอก สะอาด
- การป้องกันเข็มตำ และของมีคมบาด
- อุปกรณ์ใส่สำลีเช็ดปรอทวัดไข้



- เปลี่ยนผ้าปูครั้งต่อไปวันจันทร์
- เปลี่ยนผ้าปูครั้งต่อไปวันอังคาร
- เปลี่ยนผ้าปูครั้งต่อไปวันพุธ
- เปลี่ยนผ้าปูครั้งต่อไปวันพฤหัสบดี
- เปลี่ยนผ้าปูครั้งต่อไปวันศุกร์
- เปลี่ยนผ้าปูครั้งต่อไปวันเสาร์
- เปลี่ยนผ้าปูครั้งต่อไปวันอาทิตย์



ป้ายแจ้งเวลาเก็บ สารน้ำเข้า-ออกใน ร่างกาย

เวรดึก	เวลา 06.30-07.00 น.
เวรเช้า	เวลา 14.30-15.00 น.
เวรบ่าย	เวลา 22.30-23.00 น.

★ กรณีผู้ป่วยหรือญาติเข้าห้องน้ำใน
ช่วงเวลานี้ กรุณาวางขวดไว้หน้าห้อง
น้ำด้วยค่ะ

ขอบคุณค่ะ



โครงการพัฒนาต่อเนื่องในหอผู้ป่วย

โครงการ: การนำระบบบันทึกทางการพยาบาลแบบมุ่งความต้องการ FOCUS CHARTING มาใช้ในหอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 8

- มีการจัดอบรมและสอนเรื่องการบันทึกให้กับพยาบาล → พยาบาลเข้ารับการอบรม ร้อยละ 100
- ผลการดำเนินการ
 1. ระดับคุณภาพของระบบบันทึกทางการพยาบาลเฉลี่ย ร้อยละ 83.33
 2. พยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้ระบบบันทึกทางการพยาบาล Focus charting เฉลี่ยร้อยละ 79.27

แผนพัฒนาต่อเนืองภายในหอผู้ป่วย

- การประกันคุณภาพบริการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล
- การทำ Quality round โดยใช้ SIMPLE PROCESS
- การพัฒนาสิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยา
- การสร้างความพอใจในการทำงาน
- การทำ Morning brief

ประกันคุณภาพบริการพยาบาล Quality round



ขอบคุณค่ะ ^^

