

รายงานการดำเนินงาน SRCU

ตุลาคม 2557 – มีนาคม 2558

นางพรทิพย์ ลีมภราดรกุล

หัวหน้าหอผู้ป่วย SRCU

อัตราการครองเตียง 94.06 %



40 ปี คุณภาพเพื่อสังคม
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

5 อันดับโรคแรก

- ภาวะเลือดออกในสมอง
- ถิ่นหัวใจตีบ/รั่ว , หลอดเลือดหัวใจอุดตัน
- หลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง (Aortic Aneurysm)
- บาดเจ็บหลายระบบ (Multiple Injuries) จากอุบัติเหตุ
- หลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน

กลยุทธ์ด้าน : ความเป็นเลิศด้านบริการพยาบาล



40 ปี คุณภาพเพื่อสุข
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

โครงการ/กิจกรรม	ดัชนีชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	แนวทางการพัฒนา
1.พัฒนาคุณภาพ บริการ -พัฒนาความสำเร็จ ในการหย่าเครื่องช่วย หายใจ : weaning day ที่ เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละ กลุ่ม	-Simple weaning (SW) ≤ 3 วัน -Difficult weaning (DW) ≤ 10 วัน -Prolong weaning (PW) ≤ 21 วัน	SW = 3.85 วัน DW = 8.71 วัน PW = 22.25 วัน	-Early detect sepsis และบริหารยาฆ่าเชื้อ ภายใน 60 นาที

กลยุทธ์ด้าน : ความเป็นเลิศด้านบริการพยาบาล (ต่อ)

40 ปี คุณภาพเพื่อสังคม
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

โครงการ/กิจกรรม	ดัชนีชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	แนวทางการพัฒนา
-นำ sepsis clinical tracer มาใช้	-มีการใช้ sepsis clinical tracer 100 % -ผู้ป่วยได้รับยา ATB ภายใน 60 นาที	- มีการใช้ sepsis clinical tracer กับผู้ป่วยทุกราย ครบ100 % -ผู้ป่วยได้รับยาภายใน 36.40 นาที	-ติดตามให้มีการใช้ sepsis clinical tracer อย่างต่อเนื่อง -เข้าร่วม KM sepsis ต่อเนื่อง

กลยุทธ์ด้าน : ความเป็นเลิศด้านบริการพยาบาล (ต่อ)



40 ปี คุณภาพเพื่อสุข

โครงการ/ กิจกรรม	ดัชนีชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	แนวทางการพัฒนา
2.ลดอัตราการติดเชื้อ -UTI	โดยเทียบเคียงกับ NHSN ≤ 1.6 ครั้ง/1,000 วัน	-ไตรมาสที่ 1 = 0 -ไตรมาสที่ 2 = 4.78	วิเคราะห์สาเหตุ • ผู้ป่วยมีอายุมาก ติดเชื้อซ้ำซ้อน hemodynamic ไม่ stable ทำให้ off foley's cath ไม่ได้ • ผู้ป่วยที่รับย้าย กลับจากตรวจบางรายพบว่าสาย foley's cath พาดบนขา • ขาดการ reminder แพทย์

กราฟแสดงการติดเชื้อปี 2557-2558 ของ SRCU



กลยุทธ์ด้าน : ความเป็นเลิศด้านบริการพยาบาล (ต่อ)



40 ปี คุณภาพเพื่อสังคม

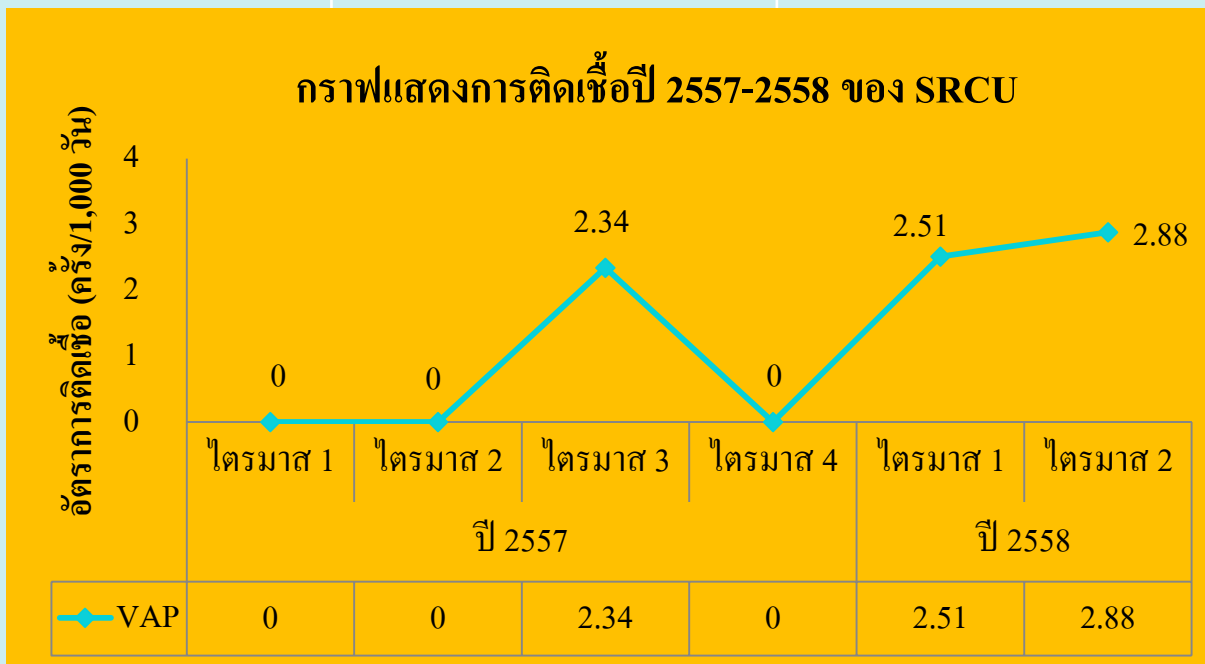
โครงการ/ กิจกรรม	ดัชนีชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	แนวทางการพัฒนา
			<ul style="list-style-type: none">- ทบทวนความรู้ และปรับแนวปฏิบัติ- เข้มข้นในการติดตามตรวจสอบ- reminder แพทย์- QA- เรียนรู้จากหอผู้ป่วยที่เป็น Best practice

กลยุทธ์ด้าน : ความเป็นเลิศด้านบริการพยาบาล (ต่อ)



40 ปี คุณภาพเพื่อสุข

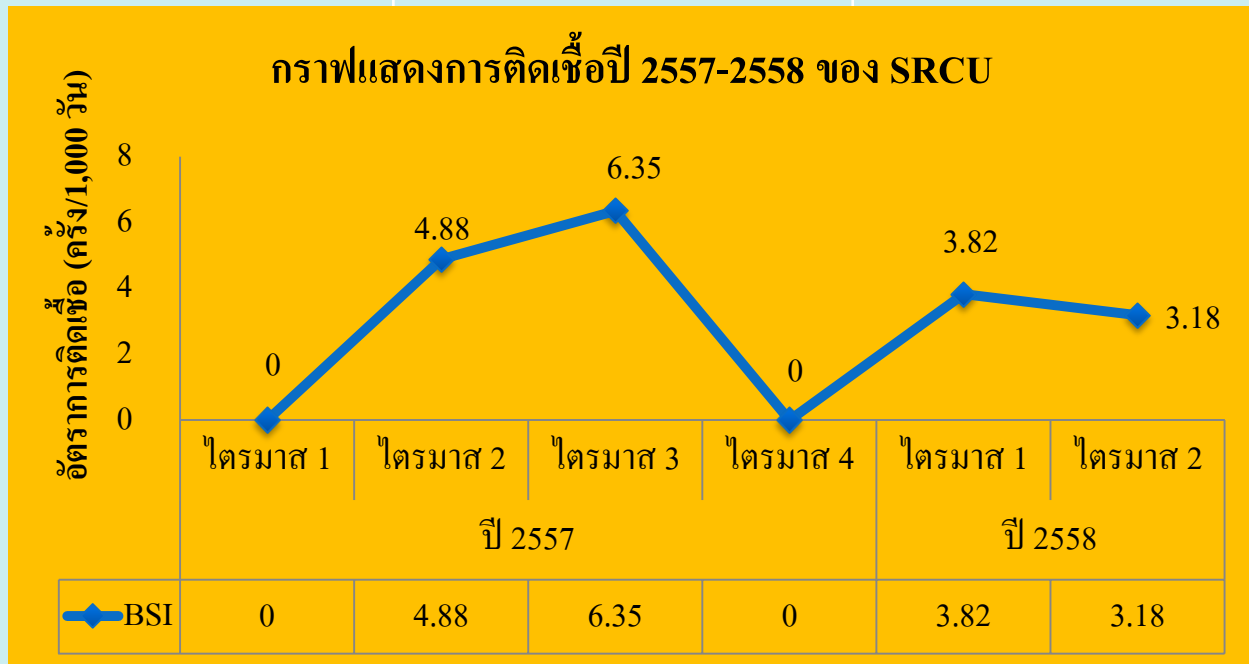
โครงการ/กิจกรรม	ดัชนีชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	แนวทางการพัฒนา
-VAP	≤ 1.0 ครั้ง/1,000วัน	-ไตรมาสที่ 1 = 2.51 -ไตรมาสที่ 2 = 2.88	วิเคราะห์สาเหตุ <ul style="list-style-type: none"> ใส่ท่อช่วยหายใจไว้นาน ติดเชื้อซ้ำซ้อน - ทบทวนความรู้และปรับแนวปฏิบัติ - เข้มขันในการติดตามตรวจสอบ - ประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ - WHAP Guideline - QA



กลยุทธ์ด้าน : ความเป็นเลิศด้านบริการพยาบาล (ต่อ)



โครงการ/กิจกรรม	ดัชนีชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	แนวทางการพัฒนา
-BSI	≤ 1.1 ครั้ง/1,000 วัน	-ไตรมาสที่ 1 = 3.82 -ไตรมาสที่ 2 = 3.18	วิเคราะห์สาเหตุ <ul style="list-style-type: none"> • ขาดการ reminder แพทย์ • reminder แพทย์ แต่ไม่ off • แผล bleed ปิด tegaderm - ทบทวนและปรับแนวปฏิบัติ - reminder แพทย์ - ใช้ tegaderm with CHG - เข้าร่วม BSI group - เข้มข้นในการติดตามตรวจสอบ ส่งไปสคบ



กลยุทธ์ด้าน : ความเป็นเลิศด้านบริการพยาบาล (ต่อ)



โครงการ/กิจกรรม	ดัชนีชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	แนวทางการพัฒนา
<p>-MDR, MRSA, CRE, VRE, PMC</p>  	<p>-New case = 0</p>	<p>-new MDR = 2 cases จาก 10 ราย คิดเป็น 20 %</p> 	<ul style="list-style-type: none"> -เน้นย้ำเรื่องการล้างมือ -จัดทำป้ายให้ชัดเจน -จัดทำกล่องอุปกรณ์เฉพาะรายสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อ -เน้นการใช้ปลอกหมอนสวม film x-ray (40 %) -case CRE, VRE จัดให้อยู่ห้องแยกทุกราย และใส่ mask, gown, glove

กลยุทธ์ด้าน : ความเป็นเลิศด้านบริการพยาบาล (ต่อ)



โครงการ/กิจกรรม	ดัชนีชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	แนวทางการพัฒนา
<p>-เตรียมความพร้อม รับสถานการณ์โรค อุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ</p> 	<ul style="list-style-type: none"> -บุคลากรผ่านการ ซ้อมแผนและปฏิบัติ ได้ถูกต้อง 100 % -เมื่อมีผู้ป่วย Admit พร้อมรับผู้ป่วย ภายใน 30 นาที -ตรวจสอบอุปกรณ์ ป้องกันและพร้อมใช้ งาน 100 % -ห้องแยกพร้อมใช้ งาน 100 % 	<ul style="list-style-type: none"> -บุคลากรผ่านการ ซ้อมแผนและปฏิบัติ ได้ถูกต้อง 100 % -ที่ผ่านมารี้อมรับ ผู้ป่วย ที่เวลา 40 นาที -มีการตรวจสอบ อุปกรณ์ป้องกันและ พร้อมใช้งาน 100 % -ห้องแยกพร้อมใช้ งาน 100 % 	<ul style="list-style-type: none"> -กระตุ้นให้ศึกษา VDO ใน Intranet -ช่วงเทศกาลไป ประกอบพิธีฮัจย์ จัด ให้มีการซ้อมแผนอีก ครั้ง 

กลยุทธ์ด้าน : ความเป็นเลิศด้านบริการพยาบาล (ต่อ)



โครงการ/กิจกรรม	ดัชนีชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	แนวทางการพัฒนา
<p>3.ลดอุบัติเหตุและ ความคลาดเคลื่อน</p> <p>-พัฒนาแนวทางการ เคลื่อนย้ายผู้ป่วยวิกฤต</p>	<p>-มีการนำแนวทางการ เคลื่อนย้ายผู้ป่วยวิกฤต มาใช้ 100%</p> <p>-เหตุการณ์ที่ไม่พึง ประสงค์เป็น 0</p>	<p>-มีการใช้แนวทางการ เคลื่อนย้ายผู้ป่วยวิกฤต ครบ 100%</p> <p>-ไม่เกิดเหตุการณ์ที่ไม่ พึงประสงค์</p>	<p>-เน้นให้มีการนำ transfer box ไปกับ ผู้ป่วยทุกราย</p>



(40 ราย)


กลยุทธ์ด้าน : ความเป็นเลิศด้านบริการพยาบาล (ต่อ)

40 ปี คุณภาพเพื่อสุข
คณะพยาบาลศรี มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

โครงการ/กิจกรรม	ดัชนีชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	แนวทางการพัฒนา
-การป้องกันแผลกดทับ	-มีการประเมินแผลกดทับ 100% -อุบัติการณ์แผลกดทับระดับ 3-4 เป็น 0	-ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินแผลกดทับตามเกณฑ์ครบ 100% -แผลกดทับระดับ 3 = 2 ราย (ในผู้ป่วย 252 ราย) คิดเป็น 0.79 %	-ย้ำและติดตามการประเมินบริเวณผิวหนังอย่างจริงจัง เช่น หลังกกหูที่ on Philadelphia collar -เพิ่ม competency พยาบาล โดยจัดให้มีการทดสอบการประเมินแผลกดทับระดับต่างๆ

กลยุทธ์ด้าน : ความเป็นเลิศด้านบริการพยาบาล (ต่อ)



โครงการ/กิจกรรม	ดัชนีชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	แนวทางการพัฒนา
<p>-การป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด</p> 	<p>-ได้รับการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด 100%</p> <p>-อุบัติการณ์การดึงท่อช่วยหายใจเป็น 0</p> 	<p>-ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด 100%</p> <p>-ใช้แบบประเมินการรู้สติ และพฤติกรรมของผู้ป่วย (MAAS) 50%</p> <p>-ใช้ถุงมือนวัตกรรม 50 %</p> <p>-อุบัติการณ์การดึงท่อช่วยหายใจ 3 ราย (153 ราย) คิดเป็น 1.96%</p>	<p>-กระตุ้นให้นำแบบประเมิน MAAS มาใช้ควบคู่กัน</p> <p>-ในรายที่มีอาการกระสับกระส่าย พักไม่ได้รายงานแพทย์ทุกครั้งและนำถุงมือนวัตกรรมมาใช้</p> <p>-ปรับปรุงถุงมือนวัตกรรม</p>

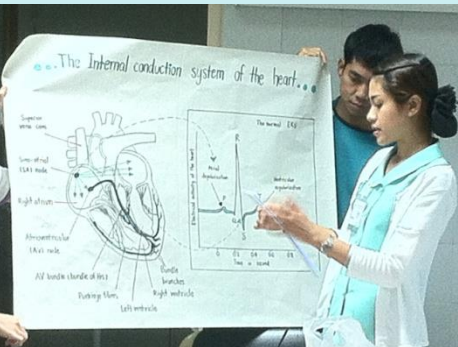

กลยุทธ์ด้าน : ความเป็นเลิศด้านบริหารทรัพยากร



โครงการ/กิจกรรม	ดัชนีชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	แนวทางการพัฒนา
1.พัฒนาสมรรถนะ เฉพาะในการดูแล ผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ ของทีมการพยาบาล SRCU	-พยาบาลผ่านเกณฑ์การ สอบวัดความรู้เรื่อง 5 โรค หลัก ≤ 3 ปี ผ่านเกณฑ์ 70 % > 3 ปี ผ่านเกณฑ์ 80 % -ผ่านการทดสอบเรื่องยา HAD และอุปกรณ์ทางการ แพทย์ 80 % -ผ่านการทดสอบหัตถการ ที่สำคัญ 100 %	-อายุงาน ≤ 3 ปี ผ่าน เกณฑ์ 72.2 % > 3 ปี ผ่านเกณฑ์ 90.2% -HAD 82.4% -อุปกรณ์ทางการแพทย์ 80.87 % -หัตถการที่สำคัญ 100 %	-ทบทวนอุบัติการณ์ ควบคุมไปด้วย

กลยุทธ์ด้าน : ความเป็นเลิศด้านบริหารทรัพยากร



โครงการ/กิจกรรม	ดัชนีชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	แนวทางการพัฒนา
 	<p>-มีการทำกิจกรรม quality nursing conference ทุกเดือน</p> <p>-จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม quality nursing conference $\geq 80\%$</p> <p>-ความพึงพอใจผู้ป่วยใน ≥ 4.45</p>	<p>-จัดกิจกรรมทั้งหมด 9 ครั้ง ใน 6 เดือน</p> <p>-มีผู้เข้าร่วมกิจกรรม 80.33 %</p> <p>- IP voice 4.63</p>	<p>-วัดความรู้ผู้เข้าร่วม conference โดยการถามคำถามย้อนกลับ</p> <p>-สอดแทรกประเด็นทางจริยธรรม</p> <p>-การให้ข้อมูลเชิงรุกต่อเนื่อง และลงบันทึกทุกครั้ง</p> <p>-พฤติกรรมบริการที่ดี</p>

กลยุทธ์ด้าน : ความเป็นเลิศด้านบริหารทรัพยากร (ต่อ)



40 ปี คุณภาพเพื่อสุขภาพ
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

โครงการ/กิจกรรม	ดัชนีชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	แนวทางการพัฒนา
<p>2.บำรุง รักษาพัสดุเชิงป้องกัน แบบทุกคนมีส่วนร่วม</p>	<ul style="list-style-type: none"> -พัสดุมีความพร้อมต่อการใช้งาน $\geq 90\%$ -อุบัติการณ์ที่เกิดจากความบกพร่องของเครื่องมือเป็น 0 -บำรุง รักษาพัสดุเชิงป้องกันได้ตามเกณฑ์ $> 80 \%$ 	<ul style="list-style-type: none"> -พัสดุมีความพร้อมต่อการใช้งาน 90% -ไม่มีอุบัติการณ์ที่เกิดจากความบกพร่องของเครื่องมือ -บำรุง รักษาพัสดุเชิงป้องกันได้ตามเกณฑ์ 80 % 	<ul style="list-style-type: none"> -พัสดุมีความพร้อมใช้งาน แต่สภาพของพัสดุไม่เต็ม 100 % ตรวจสอบและแจ้งไปที่ศูนย์อุปกรณ์ เพื่อดำเนินการต่อไป

กลยุทธ์ด้าน : ความเป็นเลิศด้านบริหารทรัพยากร (ต่อ)



40 ปี คุณภาพเพื่อสุขภาพ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ

โครงการ/กิจกรรม

ดัชนีชี้วัด

ผลการดำเนินงาน

แนวทางการพัฒนา

3. สานสัมพันธ์
บุคลากร
- ทัศนศึกษา
- ทำบุญหอผู้ป่วย

- จำนวนผู้เข้าร่วม
กิจกรรม $\geq 80\%$
- ระดับความพึงพอใจ
 $\geq 80\%$

- จำนวนผู้เข้าร่วม
กิจกรรม 93.02 %
- ระดับความพึงพอใจ
95 %

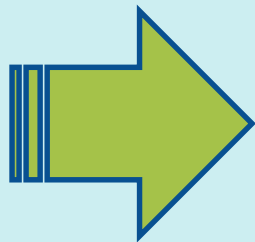
- ดึงครอบครัวเข้ามามี
ส่วนร่วม ทำความรู้จัก
ให้มากขึ้น
- ปรับเปลี่ยนกิจกรรม
เพื่อสร้างประโยชน์ให้
สังคมควบคู่ไปด้วย



กลยุทธ์ด้าน : ความเป็นเลิศด้านวิชาการและการเรียนรู้



โครงการ/กิจกรรม	ดัชนีชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	แนวทางการพัฒนา
1. นำแนวปฏิบัติการ ป้องกันการเกิด phlebitis มาใช้	-มีการนำแนว ปฏิบัติการป้องกันการ เกิด phlebitis ไปใช้ 100 % -อุบัติการณ์การเกิด phlebitis เป็น 0	-ใช้แนวปฏิบัติการ ป้องกันการเกิด phlebitis ในผู้ป่วยทุก รายครบ 100 % -อุบัติการณ์การเกิด phlebitis stage 3 =1 ราย	วิเคราะห์สาเหตุ •ขาดการประเมิน ผิวหนังบริเวณที่แทง เข็มอย่างต่อเนื่อง •ขาดการจัดการเมื่อ พบความผิดปกติตั้งแต่ ระยะแรก - บันทึกทางการ พยาบาล เพื่อติดตาม ระดับความรุนแรง และการดูแลต่อเนื่อง



THANK YOU

