



คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



ผลการดำเนินงาน แผนกผู้ป่วยนอก 2

ปีงบประมาณ 2558

(1 ตุลาคม 2557-31 มีนาคม 2558)

ศรีพงา มั่นทางกูร





กลยุทธ์ด้านความเป็นเลิศในบริการพยาบาลโรคยากซับซ้อน

โครงการ /กิจกรรม	ดัชนีชี้วัดความสำเร็จของโครงการ	ผลการดำเนินงาน
1. โครงการพัฒนาและประกันคุณภาพบันทึก ทางการพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก 1.1 พัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาลในระบบ HIS ลดความซ้ำซ้อนของการบันทึก	คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล	มีการบันทึกการบริหารยาแบบผู้ป่วยนอกในระบบ HIS โดยมีการใช้งาน 100% ในเวลาราชการโดยบุคลากรของคลินิกทำ แผล ฉีดยา ยังมีปัญหาในวันหยุดราชการที่มีพยาบาล หมุนเวียนมาปฏิบัติงานที่ยังใช้ไม่ครอบคลุม หน่วยงานได้ปรับ ระบบให้สะดวกในการใช้งาน และจะนัดสอนการใช้งานอีก ครั้ง
1.2 ประกันคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล โครงการ one day one chart	คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยนอก ผ่านเกณฑ์สปสช. ร้อยละ 90 ผ่านเกณฑ์ประเมินของฝ่ายบริการพยาบาล ร้อย ละ 80	คุณภาพการบันทึกยังไม่ได้ตามเกณฑ์ สปสช. เนื่องจากบุคลากร ปฏิบัติงานไม่ทัน ยังพบปัญหาการลงข้อมูลผู้ป่วยในกลุ่มที่มีการคัดกรองส่ง ต่อไปแผนกอื่นก่อนการพบแพทย์ เนื่องจากต้องเข้าโปรแกรม เฉพาะผู้ปฏิบัติงานไม่สะดวกในการทำงาน ได้หารือ IT แล้วรอ ดำเนินการต่อไป มีบันทึกทางการพยาบาล ในผู้ป่วยที่ทำหัตถการ/ผู้ป่วย กลุ่มเป้าหมายของคลินิก $\geq 80\%$



โครงการ /กิจกรรม	ดัชนีชี้วัดความสำเร็จของโครงการ	ผลการดำเนินงาน
<p>2. ประกันคุณภาพการปฏิบัติพยาบาล</p> <p>2.1 ประเมินคุณภาพมาตรฐานทางการพยาบาล</p>	<p>มีการประกันมาตรฐานการพยาบาลอย่างน้อย คลินิกละ 3 เรื่อง</p> <p>≥ ร้อยละ 80 ผ่านการประกันคุณภาพตาม เกณฑ์ที่กำหนด</p>	<p>มีQA มาตรฐานการพยาบาล 2 เรื่อง ที่คลินิกทำแฟลช ฉีดยา และผ่านประกันคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด</p> <p>(การสวนปัสสาวะ และปลัด ตก ล้ม)</p> <p>ปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานทางการพยาบาลที่กำหนด</p>
<p>3. พัฒนาคูณภาพการดูแลต่อเนื่องในการส่งต่อ ระหว่างคลินิก/หน่วยงานอื่นๆ/กลับบ้าน</p> <p>3.1 โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการคัดกรองแยก ประเภทผู้ป่วยตามความเร่งด่วน(Triage)ตาม บริบทของแต่ละคลินิก</p>	<p>มีเกณฑ์การคัดกรองกรองแยกประเภทผู้ป่วย ตามความเร่งด่วน</p> <p>ผู้ป่วยไม่มีภาวะฉุกเฉินขณะรอดตรวจ/ส่งต่อ จำนวนขั้นตอน และระยะเวลาที่ลดลง</p>	<p>พยาบาลทุกคนได้รับการอบรม โดยมีการนำแบบประเมินESIมา ใช้การคัดกรองผู้ป่วยก่อนการรับบริการ100% เพื่อประเมินความ เร่งด่วนของปัญหา ในส่วนของคลินิกที่เริ่มตรวจ 9.00น เช่น คลินิกนรีเวช ผ่าครรภ์ ศัลยกรรม ผู้ป่วยที่มีอาการเร่งด่วนก่อน เวลาจะส่งไปER (หน่วยงานจะโทรศัพท์ตามแพทย์เวรฉุกเฉินไป ตรวจผู้ป่วยที่ERตามข้อตกลงของ PCT สูดิ) กรณีมีอาการเร่งด่วน ในเวลาที่แพทย์ออกตรวจ แต่แพทย์ ยังไม่มา พยาบาลจะ โทรศัพท์ตามแพทย์มาตรวจที่OPD</p>
<p>3.2 ติดตามและตรวจสอบการบันทึกการส่งต่อ ระหว่างคลินิก/หน่วยงานอื่นๆ</p>	<p>มีการบันทึกการส่งต่อครอบคลุมตามเกณฑ์ที่ กำหนด ≥ ร้อยละ 90</p>	<p>ยังพบปัญหามากในการบันทึกการส่งต่อระหว่างคลินิก/ หน่วยงานอื่นโดยเฉพาะในกรณีที่มีการส่งต่อก่อนแพทย์ตรวจ เนื่องจากการลงบันทึกข้อมูลต้องเข้าโปรแกรมเฉพาะ และไม่ แสดงข้อมูลให้ผู้อื่นเห็นเมื่อลงทะเบียนให้แพทย์ตรวจทำให้ไม่ สะดวกแก่ผู้ปฏิบัติงาน ได้ประสานหาหรือผ่านผ.ด้านIT แล้ว รอ ดำเนินการในระบบต่อไป</p> <p>การส่งต่อระหว่างหน่วยงานกรณีส่งทำหัตถการ/ส่งปรึกษา มี การทบทวนแนวปฏิบัติร่วมกัน แต่ยังพบปัญหาในทางปฏิบัติ จึง ยังเป็นโอกาสพัฒนาต่อไป</p>



โครงการ /กิจกรรม	ดัชนีชี้วัดความสำเร็จของโครงการ	ผลการดำเนินงาน
3.3 โครงการให้ข้อมูล/ความรู้แก่ผู้มารับบริการ	คะแนนการได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวจากพยาบาลระดับดี-ดีมาก $\geq 80\%$	จากคะแนน OPVoiceทุกคลินิกปฏิบัติได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ในภาพรวมได้ =85.34% คลินิกที่ได้คะแนนสูงสุดคือ กระดูกและข้อ ได้ 88.20% ต่ำสุดคือเฝือกได้ 80.40% ถือเป็นโอกาสพัฒนาต่อไป
3.4 โครงการเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยที่ทำหัตถการแบบผู้ป่วยนอก	อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ หลังทำหัตถการแบบผู้ป่วยนอก = 0	หัตถการเสี่ยงที่ทำแบบ OPD Case เช่นการขูดมดลูก การยุติการตั้งครรภ์ มีทำที่คลินิกนรีเวช ฝากครรภ์ เฉลี่ย 3-5 ราย/วัน ไม่พบอุบัติการณ์เนื่องจากบุคลากรปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย คลินิกทำแผล ฉีดยา หลังทำหัตถการจะมีเอกสารการดูแลตนเอง ให้ผู้ป่วยกลับไป กรณีมีข้อสงสัยให้โทรศัพท์กลับมาถามได้ และในผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวัง คลินิกจะมีแนวทางในการโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วย จากการติดตามยังไม่พบอุบัติการณ์
3.5 โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยใหม่ - ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องตรวจต้องได้ตรวจ - กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจ	ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องตรวจต้องได้ตรวจ 100 % สถิติผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจ /นัดไปวันอื่น	จากการประสานงานกับ PCT ทุกคลินิกผู้ป่วยที่ผ่านการคัดกรองโดยพยาบาลแล้วพบว่าจำเป็นต้องตรวจได้รับการตรวจ 100% .ในกลุ่มที่นัดไปตรวจวันอื่น/ไม่รอตรวจ ยังไม่ได้เก็บข้อมูล เนื่องจากไม่สะดวกในการใช้ระบบ manual



โครงการ /กิจกรรม	ดัชนีชี้วัดความสำเร็จของโครงการ	ผลการดำเนินงาน
4. การพัฒนาระบบนัด (lean)	ผู้ป่วยได้ตรวจตามนัด(-10นัด+20นาที) $\geq 60\%$ อัตราการมาพบแพทย์ตามนัด $\geq 80\%$	ผู้ป่วยได้ตรวจตามนัด(-10นัด+20นาที) = 54.14% ซึ่งจะถือเป็นโอกาสพัฒนาต่อไป อัตราการมาพบแพทย์ตามนัด = 80.87%
5. . โครงการลดเวลารอคอย จุดNurse exit (lean)	ระยะเวลาารอคอยจุด Nurse exit ลดลง ไม่มีข้อร้องเรียนเรื่องการรอนานจุด Nurse exit	เป็นโครงการพัฒนางาน ของคลินิกศัลยกรรม และกระดูกข้อ อยู่ในขั้นตอนการปรับระบบงาน (รายงานผลในครั้งต่อไป)
6. . ให้คำแนะนำปรึกษาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อนช่วยเพื่อน ตามบริบทคลินิก เช่นการดูแลแผล การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง	อย่างน้อยคลินิกละ 1 เครือข่าย ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ความรู้ที่ได้จากการแลกเปลี่ยน	ยังไม่สามารถดำเนินการได้ทุกคลินิก ที่สามารถปฏิบัติได้ต่อเนื่องคือคลินิกทำแผล ฉีดยา 1.จัดให้ความรู้ (on the job training)เรื่องการพันขาในผู้ป่วย vascular แก่ RN/PNของคลินิก ทำให้สามารถบริหารจัดการงานได้ต่อเนื่องโดยไม่ต้องเลื่อนนัดผู้ป่วย 2. ให้ความรู้เรื่องการใช้วัสดุปิดแผล 3. การดูแล ให้คำแนะนำผู้ป่วยเบื้องต้นเกี่ยวกับ Ostomy care (จุดประสงค์เพื่อให้พยาบาลมีความรู้เพิ่มขึ้นในการดูแลและคำแนะนำผู้ป่วย)



กลยุทธ์ด้านการบริหารจัดการความเสี่ยง ความปลอดภัย

โครงการ /กิจกรรม	ดัชนีชี้วัดความสำเร็จของโครงการ	ผลการดำเนินงาน
1. โครงการเสริมสร้างวัฒนธรรมดูแลด้านความเสี่ยงและความปลอดภัย	อัตราการล้างมือเพิ่มขึ้น 50% อุบัติการณ์ของความคลาดเคลื่อนในการทำหัตถการ = 0 อุบัติการณ์การบ่งชี้ตัวผิด = 0 อุบัติการณ์พลัด ตก ล้ม ที่มีผลกระทบระดับ E = 0	ไม่พบอุบัติการณ์ โดยมีนโยบายให้ทุกคลินิกยึดถือปฏิบัติเป็นวัฒนธรรมของหน่วยงาน
2. จัดระบบรายงานสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติ	ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการส่งต่อ /รอตรวจ = 0	มีEarly warning sign ในการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินของทุกคลินิก ใน 5 โรคหลักของคลินิก ยังเป็นโอกาสพัฒนาต่อไป มีอุบัติการณ์ผู้ป่วยศัลยกรรมเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างรอ Ad 1 รายได้มีการทบทวนและปรับระบบงาน
3. ทบทวนแผนป้องกันและระงับอัคคีภัย	มีแผนทุกคลินิกและมีการทบทวนเวียนซ้อมแผนทุกปีร่วมกับ OPD1,3	ทุกคลินิกมีแผนป้องกันและระงับอัคคีภัย รอกำหนดวันซ้อมอีกครั้ง
4.โครงการ walk round quality กิจกรรมตามรอย /	-จำนวนครั้ง walk round quality /จำนวนระบบงาน โครงการที่ได้รับการพัฒนา/จำนวนข้อเสนอแนะ	มีการจัดwalk round quality ในกลุ่มผู้ตรวจการครบทุกคลินิก ผลที่ได้จากการทำโครงการมีการปรับระบบงานดังนี้ 1. ปรับเส้นทางไปห้องฉุกเฉิน ของคลินิกอายุรกรรม และศัลยกรรมให้โล่งสะดวกในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย 2. On the job training หัวหน้าใหม่ในการศึกษาปัญหา ตลอดจนการนำเสนอผลการดำเนินงานของหน่วยงาน



กลยุทธ์ความเป็นเลิศด้านการบริหารทรัพยากร

โครงการ /กิจกรรม	ดัชนีชี้วัดความสำเร็จของโครงการ	ผลการดำเนินงาน
1.โครงการปลูก SHA กลางใจ OPD - โครงการ service recovery process - จัดอบรมพฤติกรรมบริการที่เป็นเลิศแก่บุคลากรทุกคน	จำนวนกิจกรรมที่ SRP	หัวหน้าคลินิก และพยาบาลประจำคลินิก ได้มีการทำ SRP หน่วยงานเรื่องปิดบัตร และการรอตรวจนานทุกวัน ซึ่งปัญหานี้ได้เคยนำเสนอทีมบริหาร เพื่อขอเป็นนโยบายที่ชัดเจนในการแก้ไขปัญหา แต่ยังมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนออกมา ข้อร้องเรียนเรื่องพฤติกรรมบริการในช่วง 6 เดือนเพิ่มขึ้น ที่ได้รับรายงาน เป็นเอกสารมี 7 ฉบับ (จากข้อมูล OPVoice การให้บริการและกิริยามารยาของพยาบาล = 4.46 เจ้าหน้าที่อื่นๆ = 4.14) แม้จะมีการอบรมและเรียกตักเตือนเป็นระยะๆ จึงยังเป็นโอกาสพัฒนาต่อในการหาแนวทางติดตาม ควบคุมและประเมินพฤติกรรมบริการต่อไป
- โครงการทำบุญตักบาตรกลุ่มผู้ป่วยนอก	จัดทุก 1 เดือนหมุนเวียนหน่วยงานรับผิดชอบ	บุคลากรในกลุ่มผู้ป่วยนอก ได้พบปะ มีกิจกรรมร่วมกัน



โครงการ /กิจกรรม	ดัชนีชี้วัดความสำเร็จของโครงการ	ผลการดำเนินงาน
<p>2. โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลแบบประคับประคอง</p> <p>2.1 ส่งแกนนำเข้าอบรม / ศึกษาดูงาน Palliative care</p> <p>2.2 โครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เรื่องเล่าเจ้าพลัง การดูแลแบบประคับประคอง</p> <p>2.3 การเข้าร่วมกิจกรรม Ethic conference</p>	<p>ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการพยาบาล Palliative care $\geq 80\%$</p> <p>ผลการประเมินพฤติกรรมบริการตามแบบประเมินของสภาการพยาบาลของพยาบาล ≥ 4.5</p>	<p>หน่วยงานมีแกนนำในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และส่งเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง แต่ยังไม่สามารถประเมินผลได้</p>
<p>3. วิเคราะห์ภาระงานและอัตรากำลังหมุนเวียนบุคลากรในแผนกช่วยเหลือคลินิกที่ภาระงานมาก</p>	<p>ความพึงพอใจของคลินิก</p> <p>ความพึงพอใจของผู้รับบริการ</p>	<p>สามารถปรับระบบช่วยเหลืองานภายในและภายนอกหน่วยงานได้อย่างต่อเนื่อง</p> <p>วันจันทร์บ่าย ส่ง Orderly นรีเวชช่วยงานศูนย์ CHEMO 2 คน</p> <p>วันพุธ ทั้งวัน ส่ง Orderly ผ่ากรรภ์ช่วยคลินิกเฝือก 1 คน</p> <p>วันพุธบ่าย ส่ง Orderly นรีเวชช่วยงานคลินิกทำแผล 2 คน</p> <p>วันพฤหัสบดี คลินิกกระดูก ส่ง Orderly ช่วยคลินิกศัลยกรรมและคลินิกทำแผล 3 คน</p> <p>วันศุกร์ คลินิกนรีเวช ส่ง พยาบาล 1 คน Orderly 2 คนช่วยคลินิกศัลยกรรม</p>



โครงการ /กิจกรรม	ดัชนีชี้วัดความสำเร็จของโครงการ	ผลการดำเนินงาน
<p>4. ส่งเสริมให้คลินิกจัด in-service training สอดคล้องกับ Specific competency</p>	<p>ร้อยละ 80 ของบุคลากรแต่ละระดับผ่านเกณฑ์ประเมิน Specific competency</p>	<p>พยาบาลสอบ Competency 5 โรคหลัก และ HAD ผ่าน 100 % พยาบาลสอบ Competency 5 หัตถการสำคัญ ไม่ผ่าน 1 ราย (เนื่องจากการปรับระบบงาน ถือเป็นโอกาสพัฒนาต่อ) ส่วน competency ด้านอุปกรณ์การแพทย์ Infusion pump และ Syring pump พยาบาลไม่ผ่านประเมินทั้งหมด อุปกรณ์ Defibrillator ผ่านประเมิน 5 คน</p>
<p>5. พัฒนาบุคลากรให้มีความก้าวหน้า - ส่งรองหัวหน้าคลินิกเข้าอบรมหลักสูตร เฉพาะทางการบริหารทางการพยาบาล - สนับสนุนพนักงานช่วยการพยาบาลศึกษาต่อระดับหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล</p>	<p>จำนวนเรื่อง/โครงการที่มีการพัฒนา จำนวนพนักงานช่วยการพยาบาลที่ศึกษาต่อตามภาระงาน/คลินิก</p>	<p>ได้นำ โครงการพัฒนาระบบบริการการพยาบาลผู้ป่วยแผลเลือดดำ คั่งที่ขา มาปรับใช้ในการพัฒนาบุคลากรของหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง มีผู้ปฏิบัติงานพยาบาลใหม่ 7 คน ซึ่งสามารถช่วยงานพยาบาล และช่วยแพทย์ทำหัตถการได้เป็นที่พอใจ ไม่พบอุบัติเหตุ</p>
<p>6. โครงการส่งเสริมสุขภาวะของบุคลากร 6.1 จัดทำฐานข้อมูลสุขภาพบุคลากรแยกตามคลินิก 6.2 โครงการเฝ้าระวังและป้องกันความเจ็บป่วยของบุคลากรที่เกิดจากการปฏิบัติงาน</p>	<p>ร้อยละของบุคลากรที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพ จำนวนบุคลากรที่ติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน/บาดเจ็บจากของมีคม</p>	<p>ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามแผน</p>



โครงการ /กิจกรรม	ดัชนีชี้วัดความสำเร็จของโครงการ	ผลการดำเนินงาน
<p>7. โครงการสร้างสัมพันธ์ภาพบุคลากรทุกระดับ</p> <p>7.1 จัดงานสังสรรค์ปีใหม่/สัมมนาหน่วยงาน</p> <p>7.2 โครงการ OPD 3 IN 1</p> <p>7.3 โครงการ Happy Birth Day เจ้าหน้าที่</p>	<p>ความพึงพอใจและความผูกพันในการปฏิบัติงาน $\geq 75\%$</p>	<p>บุคลากรมีความพึงพอใจ มีความรักในหน่วยงาน ที่ผ่านมาได้จัด Happy Birth Day ให้กับเจ้าหน้าที่ทุกคน ทุกระดับ นำบุคลากรไปสัมมนา OPD 2 ที่พัทลุงมีผู้เข้าร่วมกิจกรรม 83.87%</p>
<p>8.โครงการนิเทศทางการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วย /หัวหน้าคลินิก -นำแผนไปปฏิบัติ / ประเมินผล</p>	<p>สามารถปฏิบัติตามแผนการนิเทศได้ $\geq 80\%$</p> <p>จำนวนเรื่องที่นิเทศ</p> <p>จำนวนโครงการ/กิจกรรมนวัตกรรม/ระบบงานที่พัฒนาจากการนิเทศ</p>	<p>ยังไม่สามารถสรุปข้อมูลได้ ขอรายงานในครั้งต่อไป</p>
<p>9. การบริหารจัดการด้านวัสดุอย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>9.1 จัดทำประวัติเครื่องมือ ประวัติการซ่อม</p> <p>9.2 จัดทำแผนบำรุงรักษาเครื่องมือ และอุปกรณ์เชิงป้องกัน</p> <p>9.3 ติดตามดูแลการส่งเครื่องมือเพื่อบำรุงรักษาและสอบเทียบ</p> <p>9.4 การตรวจนับเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็น</p>	<p>มีการบันทึกประวัติการซ่อมเครื่องมือทุกรายการ เครื่องมือและอุปกรณ์ที่สำคัญมีการส่งบำรุงรักษา และสอบเทียบตามแผน = 100%</p> <p>เครื่องมือและอุปกรณ์พร้อมใช้งาน $> 90\%$</p>	<p>จัดหาเครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ เครื่องวัดปรอทดิจิตอล พัฒลมและโต๊ะคอมพิวเตอร์ให้เพียงพอกับการให้บริการประจำวัน -ย้ายพื้นที่ให้บริการคลินิกกระดูก-ข้อ และคลินิกเฝือก ไปเปิดให้บริการที่ชั้น 2 อาคารรัตนชีวีรักษ์ มีการบริหารจัดการสถานที่ และวัสดุอุปกรณ์พร้อมใช้รับสถานการณ์ฉุกเฉินและการ -ขยายบริการห้องหัตถการที่คลินิกกระดูก-ข้อ เครื่องมือ อุปกรณ์พร้อมใช้งาน</p>



โครงการ /กิจกรรม	ดัชนีชี้วัดความสำเร็จของโครงการ	ผลการดำเนินงาน
<p>10. ติดตาม ดูแลให้บุคลากรใช้โปรแกรมใหม่ ในระบบ HIS อย่างครอบคลุมและถูกต้อง</p> <p>10.1 โปรแกรมการบริหารยาผู้ป่วยนอก</p> <p>10.2 โปรแกรมบันทึกการทำหัตถการ/ บันทึกการพยาบาลหลังพบแพทย์</p> <p>10.3 มีการฝึกซ้อมแนวปฏิบัติกรณี IT ล่ม</p>	<p>พยาบาลสามารถใช้โปรแกรมบริหารยาผู้ป่วยนอก ถูกต้อง ครบถ้วน 100%</p> <p>มีบันทึกทางการพยาบาล ในผู้ป่วยที่ทำหัตถการ/ ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายของคลินิก $\geq 80\%$</p> <p>สามารถให้บริการผู้ป่วยได้แม้เกิดปัญหา IT ล่ม</p>	<p>พบปัญหาการบริหารยาผิดพลาดของคลินิกทำแผล ฉีดยาใน วันหยุดราชการ จากดูข้อมูลผิดจึงได้ประสานงานกับ IT ปรับ ระบบการใช้งานการบริหารยาผู้ป่วยนอกเพื่อให้สะดวกต่อ ผู้ใช้งาน ซึ่งจะนัดพยาบาล OPD ทุกคนมาเรียนรู้การใช้งานอีก ครั้ง (พยาบาลคลินิกทำแผล ฉีดยาใช้โปรแกรม 100%)</p> <p>ยังไม่ได้มีการฝึกซ้อมแนวปฏิบัติกรณี IT ล่ม</p>



กลยุทธ์ด้านการสร้างผลงานทางวิชาการ/งานวิจัย/นวัตกรรม

โครงการ /กิจกรรม	ดัชนีชี้วัดความสำเร็จของโครงการ	ผลการดำเนินงาน
1. โครงการสร้างผลงานทางวิชาการ ประเภทคู่มือ/วิเคราะห์/สังเคราะห์/ บทความทางวิชาการ ทางกายภาพ	จำนวนผลงานที่สำเร็จ	วิจัยต้นทุนกิจกรรมพยาบาลผู้ป่วยทำหัตถการเจาะปอดคลินิกทำแผล ฉีดยา รวบรวมข้อมูล วิจัยผลการสอนแนวต่อการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วย ปวดหลังส่วนล่างที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระยะฟื้นฟูสภาพ (เก็บ ข้อมูล) วิจัยการพัฒนาและศึกษาประสิทธิภาพชุดอุปกรณ์ช่วยใส่เอกซ่า สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรยางค์ล่าง (ส่งขอ Ethic)
2.โครงการ One Person One Project	จำนวน Project	ทุกคนมีโครงการพัฒนางาน
3. โครงการจัดเวทีสุขภาพ	จำนวนครั้ง / เรื่องที่เผยแพร่	จัดกิจกรรม 2 ครั้ง/เดือน



โครงการพัฒนางาน

โครงการ /กิจกรรม	ดัชนีชี้วัดความสำเร็จของโครงการ	ผลการดำเนินงาน
โครงการพัฒนาคุณภาพการดูแล ต่อเนื่องในการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างคลินิก	<ul style="list-style-type: none">- อุบัติการณ์การส่งต่อระหว่างคลินิก = 0- อัตราการส่งผู้ป่วยผิดพลาด = 0 (โดยดูยอดรวมการรับconsult)- ปฏิบัติได้ตามเกณฑ์ $\geq 80\%$	<ul style="list-style-type: none">- ไม่พบอุบัติการณ์ร้ายแรงในการส่งต่อระหว่างคลินิก- มีการกำหนดแนวปฏิบัติในการลงทะเบียนรับตรวจผู้ป่วยกรณีมีโรคร่วมหลายแผนก โดยกำหนดให้ต้องมีการโทรศัพท์ประสานงานและลงทะเบียนรับตรวจไว้ทุกโรคร่วม เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีคิวตรวจเมื่อจำเป็นต้องส่งกลับไป- อยู่ในช่วงประสานงานกับหน่วย IT ในการปรับระบบฐานข้อมูลการลงทะเบียนและรายงานผลในระบบ HIS เนื่องจากปัจจุบันการลงข้อมูลการประเมินและการส่งต่อผู้ป่วยที่ไม่ได้พบแพทย์ตรวจยังไม่สะดวกต่อผู้ปฏิบัติงานทำให้มีผู้ปฏิบัติงานเป็นส่วนใหญ่ไม่ได้ลงข้อมูลในระบบ HIS รวมทั้งการเปิดดูข้อมูลค่อนข้างยุ่งยาก- ยังไม่มีข้อมูลการติดตามเรื่องการส่งผู้ป่วยผิดพลาดยกเว้นกรณีเกิดอุบัติการณ์ (รอการดำเนินงานของหน่วย IT)

สวัสดิ์



โรงพยาบาล Hospital