

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

II-2.1 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: คุณภาพชีวิต ปลอดภัย ประสิทธิภาพ มาตรฐานและจริยธรรม						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2555	2556	2557	2558	2559
1) วัตถุประสงค์ 2) วัดการปฏิบัติการพยาบาล						
ด้านคุณภาพชีวิต						
- อัตราการลาป่วยโรคทางกายของบุคลากร	20%	54.46	53.26	55.50	52.94	62.35
- ร้อยละของบุคลากรที่มีผลสุขภาพผิปกดีได้รับการเฝ้าระวังรักษา	100%	100	100	100	100	100
- จำนวนบุคลากรที่เจ็บป่วยด้านการยศาสตร์	0%	NA	29.5 21คน	15.7 12คน	11.1 8คน	10.9 8คน
- ร้อยละของบุคลากรที่มี (9Q)Positive	0	NA	0	0	0	0
- อัตราการ Turn over rate ของพยาบาล	≤ 1%	0	0	1.23	4.76	1.12
- ความอยู่ดีมีสุขและความผูกพันของพยาบาล (โดยรวม)	80%	NA	NA	NA	70.3	69.7
ด้านความปลอดภัย						
บุคลากร						
1. จำนวนครั้งที่บุคลากรพยาบาลได้รับบาดเจ็บ/เกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานใน รพ.	0	9	11	7	6	12
2. จำนวนครั้งที่บุคลากรพยาบาลได้รับบาดเจ็บ/เกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานนอก รพ.	0	0	0	0	0	0
3. ร้อยละของบุคลากรที่ถูกละเมิดสิทธิในฐานะผู้ให้บริการ	0	0	0	0	0	1
4. จำนวนพยาบาลที่ติดเชื้ขณะปฏิบัติงาน	0	0	0	0	0	0
5. จำนวนพยาบาลที่เสียชีวิตจากการปฏิบัติงาน	0	0	0	0	0	0
ผู้ป่วย						

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

- จำนวนครั้งของการพลัดตกหกล้ม	0 ครั้ง	0	7	1	2	2
- อัตราการระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด	0:1000 ครั้งบริการ	1	5	6	13	3
- อัตราการเกิดแผลกดทับ	0	0	0	0	0.19	0.29
- อัตราการบริหารยาผิดพลาดผู้ป่วยใน	<1:1000 วันนอน	1.34	2.36	0.01	1.71	0.95
- อัตราการบริหารยาผิดพลาดในผู้ป่วยนอก	<1:1000 ใบสั่งยา	0.41	0.1	0.49	0.06	0.03
- อัตราการติดเชื้อ	≤0.5:1000	0.05	0.07	0	0	0
ด้านประสิทธิภาพ						
- ร้อยละความพึงพอใจของบุคลากร	≥80%	72.4	68.28	68.8	68.2	70.3
- ร้อยละของบุคลากรผ่านเกณฑ์การประเมินสมรรถนะหลัก	≥80%	76.8	86.6	88.6	98.7	97.6
- ร้อยละของบุคลากรผ่านเกณฑ์การประเมินสมรรถนะประจำกลุ่มงาน	≥80%	76.3	88.6	93.4	95.3	98.6
- ร้อยละของหน่วยงานที่มี Productivity ตามเกณฑ์	100%	66.6	50	50	66.6	75
มาตรฐานและจรรยาบรรณ						
1. ร้อยละความสมบูรณ์การใช้กระบวนการพยาบาล	≥80%	85.3	82.8	84.3	87.5	90.3
2. ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการจัดการความเจ็บปวด	100%	83.3	95.2	100	100	100
3. การได้รับข้อมูลและการเรียนรู้ของผู้รับบริการ						
- ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั่วไปได้รับข้อมูลด้านสุขภาพ	80%	85.2	87.4	90.2	90.5	89.1
- ร้อยละของผู้ป่วยคลินิกพิเศษ	80%	74.1	88.6	88.5	90.3	92.6
4. ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้รับการวางแผนการจำหน่าย	80%	71.1	80.6	72	73.6	77.3
5. ความสามารถในการดูแลตนเอง						
- อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน	0%	0.93	0.87	1.15	0.04	1.12

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

6. การเสริมพลัง						
- ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ < 130 mg%	> 40%	36.37	50.45	47.67	49.75	45.48
- ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ < 140/90 mmHg	> 55%	79.82	59.72	63.45	44.64	42.51
- ผู้ป่วยโรค COPD ที่ควบคุมโรคได้	> 60%	55.75	61.97	62.26	62.0	51
7. ร้อยละของความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาล	80%	80.2	80	82.15	86.6	82.7
8. ร้อยละของการปฏิบัติตามแนวทางการพิทักษ์สิทธิ	$\geq 80\%$	NA	83.44	97.15	97.5	81.0
9. ข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ	≤ 10 ครั้ง/ปี	10	14	7	19	11
10. ข้อร้องเรียนด้านการละเมิดสิทธิ	0 ครั้ง	0	0	0	5	3

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

บริบท:

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลกันตัง ให้บริการพยาบาลผู้ป่วยในระดับทุติยภูมิ 2.1 ขนาด 60 เตียง มีหน่วยบริการในความรับผิดชอบ 7 งาน คือ งานผู้ป่วยนอก, งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน, งานห้องคลอด, งานห้องผ่าตัดและวิสัญญี, งานหอผู้ป่วยในชาย, งานหอผู้ป่วยในหญิง, งานหน่วยจ่ายกลาง

จำนวนบุคลากรทางการพยาบาล:

จำนวนบุคลากร ในความรับผิดชอบ จำนวน 136 คน พยาบาลวิชาชีพ 85 คน พยาบาลเทคนิค 1 คน เวชกิจฉุกเฉิน 6 คน พนักงานช่วยเหลือคนไข้ 35 คน พนักงานช่วยการพยาบาล 3 คน พนักงานเป็ล 6 คน

พยาบาลวิชาชีพผ่านการอบรมหลักสูตรระยะสั้นเฉพาะทาง 4 เดือน

- หลักสูตรการบริหารการพยาบาล 2 คน
- หลักสูตรการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 คน
- หลักสูตรการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว (การรักษาโรคเบื้องต้น) 24 คน
- หลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล 2 คน
- หลักสูตรพยาบาลวิสัญญี 1 ปี 1 คน
- ปริญญาโทสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การพัฒนาระบบสาธารณสุข) 1 คน
- ปริญญาโทการบริหารธุรกิจ 1 คน
- หลักสูตรการพยาบาลผู้จัดการรายกรณี 2 คน
- หลักสูตรการพยาบาลจิตเวช 1 คน
- ปริญญาโทจิตเวช 1 คน
- หลักสูตรเวชปฏิบัติฉุกเฉิน 1 คน

กระบวนการ:

การบริหารการพยาบาล

บทเรียนเกี่ยวกับการจัดทีมผู้บริหาร:

1. ทีมบริหารทางการพยาบาลได้แก่ ทีมบริหารองค์กร (NSO) ทีมนิเทศทางการพยาบาล ทีมตรวจสอบเวชระเบียนกลุ่มการพยาบาล

- ทีมบริหารองค์กรพยาบาลประกอบด้วย หัวหน้ากลุ่ม และหัวหน้างานทุกงาน ทำหน้าที่ จัดระบบบริการพยาบาล กำหนดแนวทางปฏิบัติต่างๆ และควบคุม กำกับ ให้บุคลากรปฏิบัติการพยาบาลภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ ทั้ง 5 มาตรฐาน จากการประเมินพบว่า มาตรฐานการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังและซับซ้อน มีการใช้กระบวนการพยาบาล ค้นปัญหาผู้ป่วยไม่ครอบคลุม เนื่องจากส่วนขาดทักษะการประเมินปัญหา ปี 2557-2559 องค์กรร่วมกับหน่วยบริการทบทวน แนวทางการและปรับแบบฟอร์ม

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

ปฏิบัติงานและแบบประเมินต่าง ๆ รองรับการประเมินเพื่อให้มีการพัฒนาให้ครอบคลุมมากขึ้น ตามภาระงาน/ปัญหาที่พบ แนวทางปฏิบัติ 15 เรื่อง

- ปรับปรุงเกณฑ์การบันทึกทางการแพทย์และสื่อสารแก่ผู้ปฏิบัติในการประชุมประจำเดือนของหน่วยงาน มีการปรับแบบฟอร์มการลงบันทึกใน Nurse's note ให้สะดวกต่อการบันทึกซ้ำซ้อน และมองเห็นความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย พบว่ามีความสมบูรณ์ทั้งในปี 2557 – 2558 เป็น 84.3% และ 87.5% ปี2559ได้เพิ่มแบบฟอร์มการบันทึกในกรณีผู้ป่วยที่เกิดภาวะวิกฤติเพื่อให้การบันทึกสมบูรณ์รวมทั้งเพิ่มเกณฑ์การบันทึกของ IC ผลการประเมินปี 2559มีความสมบูรณ์เพิ่มขึ้นเป็น 90.3
- การจัดการดูแลต่อเนื่อง การส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงานบริการภายในโรงพยาบาลได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วนและไม่ชัดเจน ได้นำแนวคิดการส่งต่อข้อมูล SBAR มาใช้ในการส่งต่อข้อมูล/การรายงานแพทย์ พบว่ามีความครอบคลุมเพิ่มขึ้นในปี2555-2556 จาก 31.6% เป็น 46.6% และการส่งต่อข้อมูล แผนกผู้ป่วยนอกไปยังตึกผู้ป่วยในใช้ SBAR 2557-2559ครอบคลุมขึ้น 99.7,99.8และ99.9
- การพัฒนาคุณภาพ การปฏิบัติการพยาบาล ส่งเสริมให้ทุกหน่วยจัดทำ CQI เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล มีการพัฒนาเพิ่มขึ้นปี 2557 จำนวน 14 เรื่อง ปี 2558จำนวน 11 เรื่อง ปี 2559 21เรื่องนวัตกรรม 8 นวัตกรรม ,มีการขยายผลระหว่างหน่วยงานเพิ่มขึ้น 4 เรื่อง
- การรักษาสีผิวผู้ป่วย จริยธรรมและจรรยาบรรณ มีการประเมินพฤติกรรมด้านจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพทั้งโดยตนเองและหัวหน้างาน ปี2557-2559ผลการประเมิน 83.5% ,97.15% และ81.08%พบว่า ประเด็นที่บุคลากรปฏิบัติน้อย เพียง 16.6% คือ การเป็นตัวแทนของผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารด้วยตนเองได้ ได้กำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่พยาบาลจะต้องทำหน้าที่เป็นตัวแทนในการสื่อสาร
- ทีมนิเทศทางการแพทย์ จัดทำแผนการนิเทศ และนิเทศตามแผนรายงานต่อองค์กรพยาบาล พบว่า ทักษะในการนิเทศยังไม่เพียงพอและการนิเทศไม่ครอบคลุมตามแผน จึงพัฒนาทักษะการนิเทศแก่ทีม 100% และมอบหมายประเด็นในการนิเทศเชิงคลินิกของแต่ละหน่วยงาน พบว่าในภาพรวมหน่วยงานได้นิเทศตามแผน 100%(รวม 62 ประเด็น)ผลการนิเทศในปี 2558 ตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์ 77.40% (55/71)ได้นำผลการนิเทศมาปรับมาปรับระบบบริการของหน่วยงานและจัดทำแนวทางต่าง ๆทั้งในแผนก ER, LR,IPDและ OR ฟื้นฟูความรู้และทักษะแก่บุคลากรในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญปี 2559ผลลัพธ์ตัวชี้วัดทางคลินิกมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น 84.2%(48/57)นำผลการนิเทศมาปรับแนวทางให้ครอบคลุมการบริการเช่นในแผนก ER, LR และIPDเกิดนวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วย 4 นวัตกรรม บุคลากรได้รับการพัฒนา 100%
- ทีมประเมินสมรรถนะประกอบด้วยหัวหน้างานทุกงานทำหน้าที่ประเมินสมรรถนะควบคู่ไปกับการนิเทศภายในหน่วยงาน พบว่าสมรรถนะตามภาระงานภาพรวมผ่านเกณฑ์ 98.6% และนำ

ประเด็นที่ยังไม่ผ่านทำแผนพัฒนาขององค์กร ได้แก่การดูแลด้านจิตวิญญาณ, การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย, การจัดการภาวะฉุกเฉิน และการติดตามเฝ้าระวังภาวะวิกฤตปี 2558 มีการฟื้นฟูทักษะการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและปรับแนวทางให้ส่งต่อการนำไปปฏิบัติ ผลพบว่าบุคลากรมีกิจกรรมการวางแผนจำหน่ายที่มีคุณภาพเพิ่มขึ้น ในปี 2557-2559 72%, 73.6% และ 77.3% จัดทำและทบทวน Early Warning Signs ในการเฝ้าระวังติดตามภาวะวิกฤต ผลการประเมินในปี 2558 = 62.5% และเพิ่มขึ้นในปี 2559 เป็น 68% ประเมินผลการเฝ้าระวัง ได้ 88% ปี 2558 ได้จัดอบรมการดูแลด้านจิตวิญญาณแก่ บุคลากร 100% ประเมินผลการนำไปใช้ ในกลุ่มโรคเรื้อรัง ครอบคลุม 72% และผลการประเมินมาวางแผน การพยาบาล 30%

- ทีม ตรวจสอบเวชระเบียน ทำหน้าที่ สุ่ม ตรวจสอบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลทุกเดือน รายงานผลต่อองค์กรพยาบาล และส่งข้อมูลคืนหน่วยงาน เพื่อปรับปรุง พัฒนา องค์กร ทบทวน/ปรับเกณฑ์การบันทึกให้ได้คุณภาพมากขึ้น ผลการตรวจสอบในปี 2557 - 2559 ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน มีแนวโน้มดีขึ้น ผู้ป่วยใน แต่การบันทึกในกรณีเกิดเหตุการณ์ ที่ซับซ้อนจึงได้เพิ่มเกณฑ์การบันทึกให้ครอบคลุมรวมทั้งด้านการป้องกันการติดเชื้อให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น

บทเรียนเกี่ยวกับการจัดอัตรากำลัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูง หรือขาดแคลนบุคลากร:

- การจัดอัตรากำลังในภาพรวม กำหนดแนวทางการจัดอัตรากำลังในแต่ละหน่วยบริการ โดยใช้เกณฑ์ความต้องการ การพยาบาลของผู้รับบริการแต่ละประเภท Productivity ในภาพรวมขององค์กร พยาบาลตั้งแต่ปี 2557 – 2559 คือ 115.%, 114.5 และ 119% หน่วยงานที่มี Productivity สูงกว่าเกณฑ์ได้แก่ งาน IPD 155.4% มีนโยบายจะเพิ่มกำลังในเวรบ่าย – ดึก แต่มีบุคลากรหมุนเวียนไม่พอ จึงใช้เกณฑ์ในการเรียกกำลังสำรอง กรณีภาระงานเกิน และหน่วยงานที่ต่ำกว่าเกณฑ์เล็กน้อยได้แก่ งาน OR 78.0% และ Productivity ในภาพรวม = 119.0% ได้กำหนดแนวทางการจัดอัตรากำลังสำรองไว้กรณีภาระงานเกินอัตรากำลังในปี 2558 เกิดอุบัติเหตุการัน อัตรากำลังสำรองในงาน ER 1 ครั้ง เนื่องจาก เจ้าหน้าที่ ป่วยฉุกเฉิน
- การจัดอัตรากำลังในหน่วยงานที่มีความซับซ้อน มีความเสี่ยงสูง และการพัฒนาสมรรถนะบุคลากร หน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูง คือ งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน, งานห้องคลอด และงานห้องผ่าตัด Productivity ของงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ปี 2555 – 2556 สูงเกินเกณฑ์มีการจัดอัตรากำลังเพิ่มในเวรบ่าย 1 คน ในกรณีที่มีภาระงานเกิน เวรนอกเวลา มีแนวทางการเรียกอัตรากำลังสำรองปี 2558 มีอุบัติเหตุการันเรื่องอัตรากำลังไม่เพียงพอ 1 ครั้ง ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทบทวนการเรียกกำลังสำรอง หลังจากนั้นยังไม่เกิดอุบัติเหตุการัน
-งานห้องคลอด Productivity มีการรวมให้บริการผู้ป่วยหลังคลอดร่วมด้วย Productivity ปี 2557- 2559 อยู่ในเกณฑ์ปกติกรณีมีภาระงานเกินใช้การเรียกอัตรากำลังสำรองตามแนวทางที่กำหนดไว้ ยังไม่พบอุบัติเหตุการันข้อร้องเรียนจากอัตรากำลังไม่เพียงพอ

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

-งานห้องผ่าตัด Productivity ในปี 2557-2559 เฉลี่ย 64.3%จัดให้เป็นอัตรากำลังสำรองของงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และเสริมงานบริการผู้ป่วยนอก และหัวหน้าห้องผ่าตัดรับงานคุณภาพจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาล

การพัฒนาสมรรถนะในหน่วยงานที่มีความเสี่ยง

-งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีการฟื้นฟูทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพ และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยและการคัดกรอง ณ จุดเกิดเหตุ แก่บุคลากร 100% ประเมินทักษะตามภาระงาน และการดูแลผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรคตามแนวทางปฏิบัติ, การรายงานผล EKG เบื้องต้น, การดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อปี 2559คงพบอุบัติเหตุการฉีดยาผิดพลาดในการส่งต่อ 3 ครั้งให้หน่วยงานทบทวนแนวทางการดูแลขณะส่งต่อ

-งานห้องคลอด ได้ฟื้นฟูทักษะการทำคลอด ดัดไหล่, ท่า breech (การทำคลอดรก), การอ่านผล NST, การ CPR ทั้งแม่และทารก, การเย็บแผล Episiotomy, การประเมินผู้มาคลอด เมื่อแรกรับการประเมินภาวะเสี่ยงทุกระยะ, การประเมินทักษะใช้เครื่องมือช่วยชีวิตฉุกเฉิน ปีละ 1 ครั้ง ในปี 2557- 2559 PPH จากมดลูกหดตัวไม่ดีและรกค้าง 10,8และ4 ราย เกิดภาวะ BA 5,2,2 ราย ให้หน่วยงานทำ RCA

- มาตรการที่จะสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัยในหน่วยงานที่มีอัตรากำลังไม่เพียงพอ

องค์กรมีแนวทางการเรียกอัตรากำลังสำรองจากหน่วยบริการอื่นมาเป็นกำลังเสริม เช่น โรงพยาบาลจากหอผู้ป่วยในหมุนเวียนมาช่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และห้องคลอด ซึ่งกำลังเสริมเหล่านี้ผ่านการฝึกทักษะในการให้บริการในหน่วยงานที่มีความเสี่ยง เช่น การเข้าทีม CPR, การทำคลอดฉุกเฉิน, การออกให้บริการ EMS ที่ผ่านมาไม่พบอุบัติเหตุการฉีดยาผิดพลาด การกำหนดหน้าที่บุคลากรอัตรากำลังเสริมในหน่วยงานอื่นๆ คือ หัวหน้างาน/หัวหน้าเวรไม่มอบหมายงานในส่วนที่เสี่ยงต่อชีวิตผู้ป่วยจากการไม่ชำนาญพื้นที่ เช่น การบริหารยา HAD การใช้อุปกรณ์ช่วยชีวิตเป็นต้น

บทเรียนเกี่ยวกับการกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ:

หน้าที่	เป้าหมาย	กระบวนการ	การประเมินผล
การกำกับดูแลมาตรฐานวิชาชีพและจริยธรรม	เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยได้รับบริการตามมาตรฐานวิชาชีพ	- กำหนดขอบเขต/บทบาทหน้าที่ของบุคลากรครอบคลุมทุกตำแหน่ง - มอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบตามตำแหน่งทุกระดับ	

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

หน้าที่	เป้าหมาย	กระบวนการ	การประเมินผล
		<ul style="list-style-type: none"> - ทบทวนการจัดอัตรากำลังทีมพยาบาลเพิ่มพยาบาลเวรป่วย เพื่อรองรับการ EMS - จัดทำและทบทวนแนวทางปฏิบัติตามภาระงานและภาพรวมองค์กร - ประเมินผลการนำไปปฏิบัติ 	<ul style="list-style-type: none"> -Productivity ของ ER ลดลง (Productivity รวมกลุ่มการฯ=119.0%) - มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติเพิ่มเติม 8 เรื่อง หลังจากทบทวน 12 กิจกรรมของหน่วยงาน - ร้อยละ 90 ของบุคลากรปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด
		<ul style="list-style-type: none"> - จัดทำแนวทางปฏิบัติในการป้องกันปัญหาด้านจริยธรรม การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มอบหมายผู้รับผิดชอบชัดเจน, การดูแลผู้ถูกทารุณกรรม, - การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย - ประเมินพฤติกรรมด้านคุณธรรม จริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ และการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย - มีการจัดตั้งกองทุนสะสมบุญ 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลตามมาตรฐาน แนวโน้มดีขึ้น 71.4 ,80, และ84% - ผลการประเมินจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ ในปี 2557-2559 = 97.1 ,97.5 ,81.0% ประเด็นที่ไม่ได้ปฏิบัติ คือการเป็นตัวแทนผู้รับบริการที่สื่อความต้องการของตนเองไม่ได้ - การจัดการข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการและการละเมิดสิทธิ์ ปี 2558-2559 =5และ 2ครั้ง มีข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรม

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

หน้าที่	เป้าหมาย	กระบวนการ	บริการ 7,19 และ 11 ครั้ง การประเมินผล
		<ul style="list-style-type: none"> - จัดระบบบริการให้ถูกต้องตามหลัก IC, จัดสภาพแวดล้อม ที่เอื้อต่อการดูแล - วางแนวทางการเฝ้าระวังการดูแลต่อเนื่องจาก Admit โดยใช้ SBAR ในการส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่อง 	<ul style="list-style-type: none"> - อัตราการติดเชื้อในปี 2557-2559 = 0 - ปี 2557-2559 ส่งต่อข้อมูลจาก OPD - IPD = 99.9 , 99.8 และ 99.9%
การนิเทศ กำกับดูแล	เพื่อพัฒนาทักษะแก่บุคลากรในการให้บริการผู้ป่วยที่ได้รับบริการที่ปลอดภัย	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาทักษะการนิเทศเชิงคลินิกแก่ผู้นำทางการพยาบาลทุกระดับ - จัดทำแผนการนิเทศระดับกลุ่ม ระดับหน่วยงาน - นำผลการนิเทศมาพัฒนา ระดับหน่วยงานและในภาพขององค์กร 	<ul style="list-style-type: none"> - หัวหน้างานและหัวหน้าเวร ได้รับอบรมเชิงปฏิบัติการ 100% ผลการนิเทศเชิงคลินิกได้ตามแผน 100% (62 ประเด็น) ปี 2558 ตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์ 77.4% นำผลการนิเทศมาปรับระบบงาน และจัดทำแนวทางเพิ่มเติมทุกหน่วยในปี 2559 ผลลัพธ์ตัวชี้วัดดีขึ้น เป็น 84.2%
ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย	เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพและปลอดภัย	- กำหนดเป็นนโยบายให้หน่วยบริการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยโดยใช้นโยบาย Patient safety goal	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินการปฏิบัติ ตามแนวทาง ต่างๆ - IC ให้ปฏิบัติตามหลัก IC แต่คงพบอุบัติการณ์ไม่ปฏิบัติตามแนวทางเช่น สารคัดหลั่งและของมีคมที่มด่า , การล้างมือไม่เป็นไปตามขั้นตอน - Care Process

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

หน้าที่	เป้าหมาย	กระบวนการ	การประเมินผล
		<ul style="list-style-type: none"> - กำหนดแนวทางปฏิบัติแก่บุคลากร ครอบคลุมประเด็นคุณภาพ - ติดตามประเมินการนำแนวทางไปสู่การปฏิบัติและปรับปรุงคุณภาพ - หน่วยบริการนำนโยบาย PSG มาใช้โดยปฏิบัติตามแนวทางที่ได้ ทบทวนใหม่ - หน่วยงานทำกิจกรรม ทบทวน 12 กิจกรรมหลัก 	<ul style="list-style-type: none"> -2557-2559 ทบทวน แนวทางการคัดกรอง และแยกหน่วยคัดกรอง ออกมาชัดเจนพบอุบัติการณ์ 5 ครั้ง - พบอุบัติการณ์ การเฝ้าระวังไม่เพียงพอผู้ป่วย COPD เกิดอาการรุนแรงขึ้น ขณะ Admitted 7 ครั้ง และผู้ป่วย Stroke มีอาการทรุดลง 1 ครั้ง ผู้ป่วยเด็กช็อกขณะ Admitted 9 ครั้ง - กิจกรรมทบทวน เหตุการณ์สำคัญ - งานฉุกเฉินปรับแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย AMI ,ปรับแนวทางการส่งต่อ, งานห้องคลอดใช้ Time Protocol ในการป้องกันการตกเลือด, หอผู้ป่วย ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ,แนวทางการบริหารยา Opioid ,ปรับแนวทางการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย เฉพาะโรค

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

หน้าที่	เป้าหมาย	กระบวนการ	การประเมินผล
ส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม	เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมและปลอดภัย	<ul style="list-style-type: none"> - กำหนดกลุ่มผู้ป่วยตามกลุ่มโรคหลักของโรงพยาบาล - จัดทำแนวทางการเฝ้าระวังความเสี่ยงทางคลินิกในกลุ่มโรคหลัก <ul style="list-style-type: none"> - นำ SBAR มาใช้ในการรายงานแพทย์และการส่งต่อข้อมูลในทุกหน่วยบริการ 	<ul style="list-style-type: none"> - ทุกหน่วยบริการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยตาม Care Process ในแต่ละกลุ่มโรคตามภาระงาน เช่น LR ใช้ Pathograph และ PPH scale ในการดูแลผู้ป่วย 100% มีแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยแรกรับ - IPD ใช้การจำแนกประเภทผู้ป่วยตามเกณฑ์ของสำนักการพยาบาลครอบคลุม 100% - นำ Pain scale มาใช้ประเมิน Painครอบคลุมผู้ป่วยทุกราย ประสิทธิภาพการจัดการ = 83.9% ,86.5และ96.5% ระดับความพึงพอใจ =93.7%นำ - Fall Risk Assessment Scale มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย 92.9%และ 100% - OPD นำมาใช้ครอบคลุม 98 % ข้อมูลไม่ครอบคลุมในประเด็น การประเมิน Alvarado score ในผู้ป่วยที่มาด้วยปวดท้อง

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

หน้าที่	เป้าหมาย	กระบวนการ	การประเมินผล
		<ul style="list-style-type: none"> - มีการนำ Early Warning signs มาใช้ในการเฝ้าระวังผู้ป่วยทุกหน่วยบริการ - นำนวัตกรรมจากการทำ CQI มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย - ส่งเสริมให้บุคลากรเรียนรู้ และฝึกทักษะในการใช้เครื่องมือแพทย์ที่สำคัญในการคัดกรอง/ประเมินเบื้องต้น 	<ul style="list-style-type: none"> - ในปี 2557-2559 พบอุบัติการณ์เกิดภาวะ Hypoglycemia ขณะ Admit 28, 10 และ 16 ครั้ง Fall 7, และ 1 ครั้ง ความรุนแรงระดับ D - เกิดนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วย เบาหวานและปรับปรุงเกณฑ์ในการเฝ้าระวังขณะดูแลผู้ป่วยในให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทำ RCA - การรายงานผล EKG เบื้องต้นใน ER การอ่านผลการตรวจ NST ใน LR รายงานแพทย์ทันเวลา
การควบคุมดูแลผู้ที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรม	เพื่อให้บุคลากรมีความรู้และทักษะในการให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพและ ผู้รับบริการได้รับบริการตามมาตรฐาน	<ul style="list-style-type: none"> - จัดทำคู่มือการปฐมนิเทศ - ปฐมนิเทศตามแนวทางของหน่วยงาน - จัดห้องเรียนให้ความรู้และฝึกทักษะพนักงานแก่นักศึกษา - จัดระบบพี่เลี้ยงควบคุมการปฏิบัติงาน - มีการประเมินผลโดยครูพี่เลี้ยง 	<ul style="list-style-type: none"> - ฝึกอบรม ได้แก่ นักศึกษาพยาบาล นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุข ได้รับการปฐมนิเทศนโยบายและแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องจากครูพี่เลี้ยง 100% - อุบัติการณ์ข้อผิดพลาดจากการให้บริการของนักศึกษาในปี 2557 - 2559 = 0

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

หน้าที่	เป้าหมาย	กระบวนการ	การประเมินผล
บุคลากรผู้สำเร็จใหม่/ผู้มาปฏิบัติงานใหม่	เพื่อให้บุคลากรมีความรู้และทักษะในการให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพและ ผู้รับบริการได้รับบริการตามมาตรฐาน	<ul style="list-style-type: none"> - ประชุมนิเทศในภาพรวมขององค์กร - ประเมินความรู้สมรรถนะเชิงวิชาชีพ - ทดลองปฏิบัติงานหมุนเวียนในหน่วยบริการ - ประชุมนิเทศตามภาระงานที่ต้องปฏิบัติประจำ - จัดพี่เลี้ยงประจำหน่วยงานประเมินผลโดยพี่เลี้ยงและหัวหน้างานก่อนขึ้นปฏิบัติงานเป็นอัตราถาวร - ประเมินผลทุก 3 เดือน 	<ul style="list-style-type: none"> - บุคลากรใหม่ทุกคนได้รับการประเมินนิเทศนโยบายขององค์กรพยาบาล 100% - บุคลากรใหม่ทุกคนผ่านการประเมินสมรรถนะและทักษะในการปฏิบัติงานก่อนเข้าประจำการ - บุคลากรใหม่ผ่านการประเมินการปฏิบัติงาน 3 เดือนแรก 100%
การจัดการความรู้และการวิจัย	เพื่อนำความรู้ที่ได้จากการจัดการความรู้และการวิจัยมาพัฒนาบริการพยาบาล	<ul style="list-style-type: none"> - กำหนดให้ตัวแทนพยาบาลแต่ละหน่วยงานเข้าร่วมเป็นกรรมการ KM ของโรงพยาบาล - นำเรื่องจากการประชุม/อบรม มาจัดการความรู้ภายในหน่วยงานและองค์กร - หน่วยบริการจัดทำ R2R หน่วยงานละ 1 เรื่อง - จัดทำนวัตกรรมจากการทำ CQI 	<ul style="list-style-type: none"> - ปี 2557-2559 หน่วยงานมีการทำ CQI 15,13 และ 24 เรื่อง - นำผลจากการไปพัฒนามาจัดการความรู้ภายในหน่วยงานและขยายสู่หน่วยงานอื่น - R2R ปี 2560 อยู่ระหว่างดำเนินการ 9 เรื่อง - ปี 2557-2559 หน่วยงานมีการทำ CQI 15,13 และ 24 เรื่อง

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

หน้าที่	เป้าหมาย	กระบวนการ	การประเมินผล
		- จัด KM ภายใน หน่วยงาน/องค์กร	- และเกิดนวัตกรรม 1,4 และ 6 เรื่อง (NCD, LR, หอผู้ป่วย ER) และได้ขยายผล นวัตกรรม สู่หน่วยงานอื่นจำนวน 4 เรื่อง ได้แก่ 1) เรื่องการเฝ้าระวัง อาการไม่คงที่หรือ มีการ เปลี่ยนแปลงขณะ รอดตรวจ ระหว่างหน่วยงาน OPD และ งาน NCD 2) เรื่องการป้องกันการเกิด ภาวะ Hypoglycemia ขณะ Admitted ระหว่างหอผู้ป่วย ด้วยกัน 3) เรื่อง Short Note ตรง ประเด็น ช่วยเห็นความ ปลอดภัย ระหว่างหอผู้ป่วย ด้วยกัน 4) นวัตกรรมขาดประคบเป็น มือถือ ระหว่าง OPD กับ ER

บทเรียนเกี่ยวกับการนิเทศ กำกับดูแลปฏิบัติการทางการแพทย์:

- เป้าหมายการนิเทศเพื่อพัฒนาทักษะแก่บุคลากรในการดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยได้รับบริการที่ปลอดภัย
 - มีการฟื้นฟูความรู้และทักษะการนิเทศโดยการอบรมเชิงปฏิบัติการแก่ผู้นำทางการแพทย์พยาบาลทุกระดับ 100% 1 ครั้ง และจัดทำแผนการนิเทศครอบคลุมความเสี่ยงทางคลินิกพร้อมกันระดับหน่วยงานและภาพรวมขององค์กรพบว่า
 - 1). การนิเทศระดับองค์กร
 - หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลนิเทศการจัดอัตรากำลังของแต่ละหน่วยบริการ ปฏิบัติการอัตรากำลังหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินไม่เพียงพอช่วงเวรบาย-ดึก เนื่องจากมีบริการ EMS พร้อมกับ Refer และผู้รับบริการมากและช่วงการพักกลางวัน และประกอบกับในปี 2558 โรงพยาบาลได้ขยายเพิ่มหน่วยบริการตึกพิเศษ อีก 1 หน่วย จึงต้องปรับเกณฑ์การเรียกการเรียกอัตรากำลังสำรองจากหน่วยงานอื่น

เพื่อรองรับการบริการที่มากขึ้น

- การนิเทศเชิงคลินิกในภาพรวมเรื่องการดูแลครอบคลุมด้านจิตวิญญาณและ การวางแผนการ
จำหน่ายผู้ป่วยพบว่าบุคลากรพบว่า การวางแผนการจำหน่ายครอบคลุมเพียง 70% และคุณภาพยัง
น้อยในปี 2560 ได้ทำแบบประเมินการวางแผนจำหน่ายเป็นราย case โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยซึ่งผลการ
ดำเนินงานอยู่ระหว่างการประเมิน
- การดูแลด้านจิตวิญญาณปี 2558 ได้จัดอบรมการนำทฤษฎีการพยาบาล แก่บุคลากร 100% ปรับ
แบบประเมินนำผลการประเมิน สู่กระบวนการพยาบาล

2) การนิเทศระดับหน่วยงานโดยหัวหน้างานและหัวหน้าเวร

- การนิเทศบุคลากร ในเรื่องการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย พบว่า บุคลากรทำกิจกรรมการวางแผน
จำหน่ายผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายครอบคลุมเพิ่มขึ้น ในปี 2557-2559 =72%,73.6%และ77.3% แต่
ในเชิงคุณภาพยังไม่ครอบคลุม เนื่องจากขาดทักษะในการค้นหาปัญหาของผู้ป่วยและประสาน
ให้ NCM ช่วยในการฝึกทักษะ มอบหมายหัวหน้างานในการติดตามหน้างาน พบว่าเนื้อหาใน
แบบฟอร์มไม่กระชับในปี 2560 จึงปรับแบบฟอร์มใหม่และประเมินผลการทำกิจกรรมการ
วางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โดย หัวหน้างานและ NCM มีการจัดทำและทบทวน Early Warning
Signs ในการเฝ้าระวังติดตามภาวะวิกฤติ ผลการประเมินการนำมาใช้ในปี 2558 = 62.5%และ
เพิ่มขึ้นในปี 2559 เป็น68% ประเมินผลการเฝ้าระวัง ได้ 88% และยังพบประเด็นมีการดูแลไม่
ครอบคลุมด้านจิตวิญญาณปี2558ได้จัดอบรมการดูแลด้านจิตวิญญาณแก่ บุคลากร 100% หลัง
อบรมนำผลมาใช้ในการประเมินผู้ป่วยครอบคลุม 72%และนำมาวางแผนดูแล 30%
- การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายผลการพัฒนาในปี 2557 ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อเพื่อการดูแล 66.7%,
เข้าถึงบริการและ Good death 71.4% ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ 85 % ผู้ป่วย
ได้รับยา Opioid เมื่อลงชุมชน 66.7% ปี 2558จัดอบรมความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะ
สุดท้ายแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง 100%จัดทำและทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใช้
ในหอผู้ป่วยโดยนำ PPS Scoreและยากลุ่ม Opioid. ผลการพัฒนามีแนวโน้มดีขึ้นในปี 2558 ผล
การประเมินพบว่าการส่งข้อมูลแก่ทีมโดยใช้ PPS Score 80% ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ 80%
ได้รับยา Opioid 100% ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจ 80% ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้าน 66% ปี 2559
มีการจัดทำแนวทางการใช้ยาระงับปวด และแนวทางการบันทึกข้อมูลขณะดูแลผู้ป่วย ปรับ
เอกสารการส่งต่อผู้ป่วยให้แก่ทีมผลการประเมินพบว่าการส่งข้อมูลแก่ทีมโดยใช้ PPS Score
ลดลงเหลือ 94.4% ผู้ป่วยเข้าถึงบริการลดลงเหลือ 88.8% ได้รับยา Opioid 100% ผู้ป่วยและ
ญาติพึงพอใจเพิ่มขึ้น 96.8% ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านเพิ่มขึ้นเป็น 88%

บทเรียนเกี่ยวกับการส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย:

- องค์กรพยาบาลกำหนดให้บุคลากรจากทุกหน่วยบริการเข้าร่วมเป็นกรรมการในทีมคุณภาพด้านต่าง ๆ ครอบคลุมและนำนโยบายจากทีมต่าง ๆ สู่การปฏิบัติภายในหน่วยบริการ

1. การใช้ยา

นำนโยบายที่ระบบยามาสู่การปฏิบัติครอบคลุม เช่น การใช้ยาที่ความเสี่ยงสูง พบอุบัติการณ์ไม่บันทึกการ Monitor เนื่องจากการส่งต่อข้อมูลในการดูแลระหว่างหน่วยงานจาก ER ไป IPD และช่วงต่อเวร ทีมจึงทำรายการ Check List ให้ เพื่อการติดตามผลการใช้ HAD นำไปสู่การบันทึกการพยาบาลที่เหมาะสม อุตบัติการณ์ Admin Error ในปี 2557-2559 = 2, 49, 67 ครั้ง ปี 2558 พบว่าไม่ได้ให้ยาตามเวลา 9 , 2 ครั้ง ไม่ปฏิบัติตามแนวทางการแพ้ยา 5, 5 และ 3 ครั้งแต่ไม่เกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย , ให้ยาเดิม ซ้ำใน 1 ปี (SK) และให้ยาผิดทาง 1 ครั้ง ทีมระบบยาร่วมกับหน่วยงานทบทวนแนวทางการบริหารยาและสุ่มตรวจโดยพยาบาลในทีมระบบยาของหน่วยงาน / ทบทวนการ Double check และทบทวนหลักการให้ยาตามหลัก 7 R แผนดำเนินการต่อไป คือ การประเมินการปฏิบัติตามแนวทางระบบยา และร่วมทบทวนโดยทีม MUS เดือนละครั้ง

2. การควบคุมการติดเชื้อ

เกิดอุบัติการณ์ของมีคมทิ่มตำและสารคัดหลั่งกระเด็นเข้าตา ปี 2557-2559 = 7,4 และ 3 ครั้ง ตามลำดับส่วนใหญ่ถูกของมีคมทิ่มตำ 8 ครั้งสารคัดหลั่ง 6 ครั้งเนื่องจากเร่งรีบในการปฏิบัติงานและส่วนหนึ่งไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ จึงทบทวนและปรับนวัตกรรม “ดินกินเข็ม” และในปี 2560 เกิดอุบัติการณ์ของมีคมทิ่มตำและให้ ICWN แต่ละหน่วยบริการทบทวนแนวทางปฏิบัติและช่วยกันเตือนเมื่อทำหัตถการที่เสี่ยงและในปี 2560 ทีม IC กำลังผลิตนวัตกรรมสำหรับใส่เข็มขณะทำหัตถการ

3. การสร้างเสริมสุขภาพ

- ในบุคลากร

ด้านร่างกายตรวจสุขภาพในปี พ.ศ. 2558-2559 พบว่า มีผลด้านชีวภาพผิดปกติ จำนวน 28%, 30.8% ด้านกายภาพ 17.8% ส่งบุคลากรเข้าโครงการ Fit and Firm love for Health ในปี 2560 ยังไม่มีผลการตรวจสุขภาพ และกำลังนำกลุ่มเสี่ยงเข้าโครงการ สถานีเติมพลังสร้างสุขภาพพึ่งตนเอง

- ในผู้ป่วย

ทุกหน่วยบริการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ แก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้ HELP Model

- * กลุ่มผู้ป่วยทั่วไป จัดมุมส่งเสริมสุขภาพและสนับสนุนอุปกรณ์การป้องกัน เช่น Mask ให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง จัดน้ำยาล้างมือประจำเตียง โลชั่นกันยุง
- * กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จัดกิจกรรมกลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/กิจกรรมวางแผนจำหน่าย ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และจัดทีม ในชุมชน ผลการดำเนินงาน พบ อัตราการ Re-admitted ใน 28 วัน

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

ของผู้ป่วยใน ในปี 2557 – 2559 = 0.70%, 0.66% และ 1.12% หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน อัตราการกลับมา Re-Visit ภายใน 48 ชั่วโมง = 0.09 , 7.9 และ 6.43 ผู้ป่วยนอก การ Re-visit ภายใน 72 ชั่วโมง ปี 2558 1 ครั้ง

4. การพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย

กำหนดให้ทุกหน่วยบริการทำ CQI ตามประเด็นปัญหาของหน่วยงาน ผลการดำเนินงานในปี 2557-2559 จำนวน 15 , 13 และ 24 เรื่อง นวัตกรรมปี 2557- 2559 จำนวน 1 , 4 และ 8 เรื่อง ด้านความปลอดภัยบุคลากรปฏิบัติตามนโยบาย ด้านความปลอดภัย Patient safety goal

1). การป้องกันการติดเชื้อ

Hand Hygiene มีการสุ่มสำรวจโดยทีม IC พบว่าบุคลากรปฏิบัติตามแนวทางก่อนทำหัตถการ ปี 2557-2559 เป็น 91.7%, 90.6% และ 89% หลังทำหัตถการ 100%

2). Medication Safety

ไม่ปฏิบัติตามแนวทางการแพ้ยา ปี 2555-2556 จำนวน 7 ครั้ง และ 24 ครั้ง ระดับความรุนแรงระดับ B-C ทีมระบบยา ทบทวนแนวทางปฏิบัติ อุบัติการณ์ Admin Error ปี 2555-2556 จำนวน 9 ครั้ง และ 29 ครั้ง จะพบมากในเรื่องสารน้ำไม่ให้ตามเวลา ในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องเข้ฆงวดเรื่องการได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา เช่น DHF, โรคนไต. และ Diarrhea และผู้ป่วยเด็กที่จำกัดสารน้ำไม่เกิน 40 cc/hr. โดยแยกสีแถบ IV เป็นสีชมพู เพื่อให้ง่ายต่อการดูแลจากการเก็บข้อมูล พบว่า ผู้ป่วยได้รับสารน้ำตามแผนการรักษาในปี 2556 = 78% เพิ่มขึ้นเป็น 82.8% ในปี 2557 (ต.ค.-ก.พ.57) แต่ในปี 2558-2559 ในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องเข้ฆงวดเรื่องการให้สารน้ำจะใช้เครื่อง Infusion Pump ในการควบคุมสารน้ำ ทำให้อุบัติการณ์ ลดลง และกำหนดให้ยาบางตัว ที่มีผลต่ออวัยวะสำคัญ เป็น HAD ของหน่วยงานเช่น ยา Gentamycin ในเด็ก new born. ของ ห้องคลอด

3). Patient Care Process

เกิดอุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดคนในปี 2555-2556 จำนวน 2 ครั้ง และ 5 ครั้ง ทีม RM ทบทวนแนวทางการระบุตัวผู้ป่วยพบอุบัติการณ์ปี 2557 จำนวน 2 ครั้ง

การสื่อสารระหว่างทีม มีการใช้ SBAR ในการสื่อสารรายงานแพทย์ งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน 99% ผู้ป่วยใน 90% ประเด็นที่ไม่ได้สื่อสารของผู้ป่วยนอกจะเป็นประวัติการแพ้ยา และผลการประเมิน Pain score ให้หน่วยงานทบทวนการสื่อสาร

เกิดอุบัติการณ์ข้อผิดพลาดการเฝ้าระวังไม่เพียงพอขณะดูแลผู้ป่วยในปี 2557-2559 เกิดภาวะ Hypoglycemia ซ้ำ ขณะนอนโรงพยาบาล 28 , 10 , และ 16 ครั้งปี 2558 หอผู้ป่วยคิดนวัตกรรม “ กราฟชีวิตลิขิตเบาหวาน” และผู้ป่วยเด็กไข้สูง ซักซ้ำขณะ Admitted 4 , 7 และ 2 ครั้งเกิดการพัฒนาคุณภาพการป้องกันการชักซ้ำในเด็กที่ไข้สูง(CQI)และเกิดนวัตกรรม “ เซ็ดดี เซ็ดถูก ขึ้นอก ขึ้นใจ” ให้หน่วยงานทบทวนและประเมินการปฏิบัติตามแนวทาง การคัดกรองไม่เหมาะสม 2, 1 และ 2 ครั้ง หัวหน้างาน นิเทศทักษะรายบุคคล

4). Emergency Response ในการดูแลผู้ป่วยโรคฉุกเฉินในกลุ่ม ACS, Stroke, HI

- ในกลุ่ม AMI มีการคัดกรองผิพลาตส่งผู้ป่วยไป OPD ทำให้รับการตรวจ EKG ล่าช้า ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาล่าช้า จึงปรับ CPG ACS. ใหม่(ใช้แนวทางร่วมกับ รพ. ตรัง) เพื่อให้การคัดกรองให้ครอบคลุมมากขึ้น สามารถดูแลและส่งต่อทันเวลาได้ในปี 2559 อัตราการคัดกรองผิพลาต =8.54%
- ในผู้ป่วย Stroke มีการคัดกรองผิพลาตส่งผู้ป่วยไป OPDส่งผู้ป่วยเข้า ER ล่าช้า จึงปรับ CPG ACS. ใหม่(ใช้แนวทางร่วมกับ รพ. ตรัง) ปี 2559 ผู้ป่วย Stroke ได้รับการคัดกรองผิพลาต1.66% ในปี 2555 – 2556 ส่งต่อผู้ป่วยเข้า Stroke Fast track ได้ 80% และ 77% เนื่องจากการคัดกรองผิพลาต ทำให้ส่งผู้ป่วยเข้า ER ล่าช้า จุดคัดกรองจึงทบทวนเกณฑ์ในการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มนี้ในปี 2557 สามารถส่งต่อ Stroke Fast track ตาม CPG ได้ 100%
- ในผู้ป่วย Head Injury ในกลุ่ม Moderate และ Severe Head Injury สามารถส่งต่อ รพ.ตรัง ได้ 2557-2559 ยังไม่พบอุบัติการณ์

- ผลการทบทวนและปรับปรุงเพื่อให้ระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัยและคุณภาพของวิชาชีพพยาบาล สอดคล้องและสนับสนุนเป้าหมายและวัตถุประสงค์องค์กร

มีการทบทวนความเสี่ยงระดับหน่วยงาน และองค์กรพยาบาลมาทบทวนความเสี่ยงระดับองค์กร เพื่อจัดทำบัญชีความเสี่ยงและวางมาตรการป้องกันครอบคลุมทุกหน่วยบริการ และทบทวน 12 กิจกรรมในสวนที่เกี่ยวข้อง มีการจัดแนวทางการปฏิบัติงานใหม่ รองรับ

1. กิจกรรมทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย หอผู้ป่วยในจัดทำแนวทาง 2 เรื่อง คือ

1) แนวทางการประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการสำคัญเฉพาะโรค เนื่องจากการประเมินวางแผนบันทึกไม่ครอบคลุมด้านจิตสังคม

2) แนวทางการให้ข้อมูลการดูแลตนเองเฉพาะโรคแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวไม่ได้รับข้อมูลสำคัญขณะนอนโรงพยาบาล

2. กิจกรรมทบทวนการส่งต่อ ฯลฯ จัดวันรายการ Check List ตรวจความพร้อมของผู้ป่วยก่อนส่งต่อ เนื่องจาก เกิดอุบัติการณ์ข้อผิดพลาดตอบกลับ การเตรียม Refer ไม่พร้อม

3. กิจกรรมการค้นหาความเสี่ยง

1) จัดทำแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยรอตรวจ อาการไม่คงที่ เนื่องจากเกิดอุบัติการณ์ผู้ป่วยเด็ก ชักขณะรอตรวจ ใน IPD เกิด นวัตกรรม เซ็ดดี เซ็ดถูก ชื่นอก ชื่นใจ

2) ทบทวนนวัตกรรม “ดินกินเข็ม” เนื่องจากอุบัติการณ์เข็มตำเจ้าหน้าที่เพิ่มขึ้น

4. กิจกรรมทบทวนเหตุการณ์สำคัญ

งาน ฉุกเฉินปรับแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย AMI ,ปรับแนวทางการส่งต่อ, งานห้องคลอดใช้ Time Protocol ในการป้องกันการตกเลือด หอผู้ป่วย ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ,

แนวทางการบริหารยา Opioid ,ปรับแนวทางการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย เจาะโรค
บทเรียนเกี่ยวกับการส่งเสริมการใช้กระบวนการพยาบาล:

1. ความปลอดภัย

การประเมิน Falling นั้น หน่วยงาน IPD มีการประเมิน Fall ผู้ป่วย ในปี 2557-2559 = 93.2 ,100 ,และ100% และนำผลการประเมินมาใช้ในการวางแผนการพยาบาลเพิ่มขึ้น เป็น 86,95.3 และ 96 % เนื่องจากลืมนำมาวางแผนและเกิด Fall ลดลง 3,2 และ 2 ครั้ง (ระดับ D) มีการทบทวนร่วมกัน และนำผลการประเมินมาวางแผนการพยาบาล เพิ่มขึ้นในปี 2560เป็น95.% มอบหมายเป็นประเด็น การนี้เทศหน้างาน

จากการตรวจสอบเวชระเบียนใน คงพบปัญหาการใช้กระบวนการพยาบาลในขั้นตอนการ การนำปัญหาและวางแผนดูแลผู้ป่วย แพทย์ไม่ได้ระบุ specific risk ผู้ป่วยเพื่อส่งต่อมายัง IPD ที่มีการ ทบทวนและประสานกับองค์กรแพทย์ให้ระบุ specific risk มาใช้วางแผนให้ครอบคลุมผู้ป่วยทุก รายและติดตามผลโดยการตรวจสอบเวชระเบียนอย่างต่อเนื่องทุกเดือน ในปี 255257-2559 มีการ นำข้อมูลมาใช้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 90

2. การบรรเทาจากความทุกข์ทรมาน

กำหนดให้ทุกหน่วยนำ Pain Management มาเป็น Vital signs ที่ 5 และมีการประเมิน Pain ตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในแผนก IPD และ LRในปี 2557 – 2559 มีการประเมิน Pain ครอบคลุม 100% ระดับความพึงพอใจต่อการจัด Pain ปี 2557 – 2559 เพิ่มขึ้นตามลำดับ เป็น 81.3%, 85.4%และ 93.7% ได้ประเมินประสิทธิภาพของการจัดการ Pain เพิ่มผลการประเมินของ LR, IPD ดีขึ้นตามลำดับเป็น 83.9% ,86.5% และ 96.5%

3. การได้รับข้อมูลและการเรียนรู้ของผู้รับบริการ

การให้ข้อมูลสุขภาพแก่ผู้รับบริการเป็นบทบาทสำคัญทุกหน่วยบริการมีการให้ข้อมูลด้าน สุขภาพแก่ผู้รับบริการ ครอบคลุมทุกหน่วยผลการดำเนินงาน ผู้ป่วยทั่วไปที่แผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วย ทั่วไปได้รับรู้ข้อมูลการเจ็บป่วยและการดูแลตนเอง 90.5% เนื่องจากผู้รับบริการส่วนหนึ่งเป็นผู้สูงอายุ ไม่มีญาติ การรับรู้จึงยากกว่าผู้ป่วยอื่น สำหรับคลินิกพิเศษ ซึ่งดูแลผู้ป่วย DM, HT, COPD นั้น

- ในกลุ่มผู้ป่วย COPD ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลตนเอง พบว่า ผู้ป่วย ราย ใหม่กับผู้สูงอายุ และผู้ป่วยที่มีความกังวลยังสับสนระหว่างการใช้ยาในกลุ่มยา Controller กับยา บรรเทาอาการหอบ คลินิกจึงส่งต่อเภสัชประจำคลินิก เพื่อ Review การใช้ยาต่อแต่มีแนวโน้มเข้าใจ มากขึ้น

- ในกลุ่มผู้ป่วย DM พบว่าภายหลังการตรวจรักษาผู้ป่วยสามารถบอกและเข้าใจเรื่องความ ความ เจ็บป่วย,การดูแลตนเอง, เฝ้าระวังอาการที่ผิดปกติ ได้ 92.6%ประเด็นที่เข้าใจน้อยที่สุดคือ คือ วิธีการใช้ยาที่รับเป็นประจำ = 16.6%ผู้ป่วยรายใหม่/ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป 20% มีปัญหาการรับรู้เรื่อง การใช้ยาและการเฝ้าระวังอาการที่ผิดปกติ ซึ่งญาติมาส่งและไม่ได้อยู่รอพบแพทย์/พยาบาลพร้อมกับ

ผู้ป่วย ประสานกับงานสุขศึกษาทำกลุ่ม KM เป็นรายบุคคล

- สำหรับแผนกผู้ป่วยในได้ประเมินการรับรู้และเรียนรู้ของผู้รับบริการ นั้นในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับความรู้ด้านสุขภาพ 100% ผู้ป่วยโรคอื่น 98.6% ความพึงพอใจต่อการให้ความรู้ของพยาบาล นั้น = 93.8% ห้องผ่าตัดผู้รับบริการรับข้อมูล 100% และมีความพึงพอใจต่อการได้รับข้อมูล 100% และเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพเป็นไปในแนวเดียวกัน หอผู้ป่วยได้จัดทำแนวทางการให้ข้อมูลการดูแลตนเองเฉพาะโรค แก่ผู้ป่วยและครอบครัว พร้อมแจกเอกสารแผ่นพับ และมีการประเมินการรับรู้ก่อนจำหน่ายทุกครั้ง

4. ความสามารถในการดูแลตนเองและการเสริมพลัง

ผู้รับบริการผู้ป่วยในได้รับรู้ข้อมูลและเสริมพลังในการดูแลตนเอง ตามสภาพปัญหาที่ได้จากการประเมินแบบแผนชีวิตและปัญหาจากเจ็บป่วย ในขณะที่นั้นมาวางแผนให้การพยาบาลทั้งปัญหาระยะสั้นและปัญหาระยะยาว เพื่อมาวางแผนการจำหน่ายและเสริมพลังให้แก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้ระดับหนึ่ง ตามศักยภาพ ในผู้ป่วยในประเมินได้จากอัตราการ Re-admitted ภายใน 28 วัน ในปี 2557 – 2558 เป็น 0.70%, 0.66% จากการนิเทศพบว่า บุคลากรมีทักษะการค้นหาปัญหาและการเสริมพลังไม่เพียงพอ จึงปรับแนวทางการค้นหาปัญหาผู้ป่วยเฉพาะโรคในกลุ่มโรค DM, HT, COPD บูรณาการไปกับแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยปี 2557- 2559 วางแผนจำหน่ายในกลุ่มเป้าหมาย 72 %, 73.6% และ 77.3% ตามลำดับอัตราการ Re-admitted ภายใน 28 วัน 1.12% อัตรา Re-visit ภายใน 48 ชั่วโมงด้วยอาการที่รุนแรงขึ้นที่ ER = 0 .09, 7.9 และ 6.43 อัตราการ Re-visit ที่ OPD ภายใน 72 ชั่วโมง = 1%, 0.% มีการปรับแบบฟอร์มและเอกสารให้ความรู้เฉพาะในโรคที่พบบ่อย

5. ความพึงพอใจของผู้ป่วย

ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการพยาบาล ผู้ป่วยนอก ในปี 2557-2559 = 82.2% , 86.6 และ 82.7% ประเด็นที่ไม่พึงพอใจ คือ ความรวดเร็วในการให้บริการ จึงจัดเจ้าหน้าที่ต้อนรับ, แนะนำ อำนวยความสะดวก และพยาบาลขึ้นทำงานเหลือมเวลา 08.00 – 16.00 น. และทบทวนระบบบริการได้ทำ CQI เพื่อลดระยะเวลารอคอย ผลการประเมินในปี 2558 เพิ่มขึ้น 86.6% ปัญหาเนื่องจาก ความรวดเร็วในการให้บริการ ทีมจึงปรับการบริการโดยนำระบบ Lean มาใช้ในการบริการ และให้ข้อมูล ขั้นตอนการให้บริการทุก 2 ชั่วโมง ระดับความพึงพอใจในปี 2559 ลดลง เหลือ 82.7% เนื่องจากผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้นและแพทย์ลดลงทำให้การบริการผู้ป่วยนอกล่าช้า

ระดับความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลผู้ป่วยใน ในปี 2557 = 76.7% ประเด็นไม่พึงพอใจ ได้แก่ ความรวดเร็วในการให้บริการ หน่วยงานจึงทบทวน ปรับกระบวนการให้บริการในปี 2558 เพิ่มขึ้น = 82% แต่ยังไม่พึงพอใจ ในประเด็นการเอาใจใส่ต่อผู้ป่วย หน่วยงานปรับแนวทางการสร้างสัมพันธภาพและให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการและญาติโดยการแนะนำ/ทักทายขณะตรวจเยี่ยมผู้ป่วย และให้ผู้รับบริการและญาติร่วมโหวต คัดเลือก เจ้าหน้าที่ที่ประทับใจ ในการให้บริการ ผลการประเมินใน

ปี 2559 ระดับความพึงพอใจ 82.7%

6. ประสิทธิภาพของการบริหารการพยาบาล

1) องค์กรพยาบาลได้กำหนดยุทธศาสตร์ขององค์กร และถ่ายทอดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ เพื่อให้หน่วยงานจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาองค์กรมีการชี้แจงแผน ยุทธศาสตร์แก่หัวหน้างาน มอบหมายให้รับผิดชอบตัวชี้วัดเป็นรายบุคคลตามยุทธศาสตร์ตามความรับผิดชอบทุกระดับ ในปี 2557-2559 แผนงานในแผนยุทธศาสตร์บรรลุเป้าหมาย 61.5 %,55%และ62.5% เนื่องจากการควบคุมติดตามไม่ต่อเนื่อง มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบเพิ่มขึ้น ร่วมกับการกำหนดเวลาอย่างชัดเจน

- ตัวชี้วัดภาพรวมขององค์กรในปี 2557-2558 ผ่านเกณฑ์ 53.8%,50% เนื่องจากการทบทวนไม่ต่อเนื่อง จึงกำหนดให้ทำกิจกรรมพยาบาล 12 กิจกรรมและปรับแนวทางรองรับ กำหนดให้มีผู้รับผิดชอบและมีการติดตาม ปี 2559ตัวชี้วัดภาพรวมผ่านเกณฑ์ 70%

บทเรียนเกี่ยวกับการส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม:

- 1) ระบบที่ส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกใช้ระบบขอคำปรึกษาโดยกำหนดให้ หัวหน้างาน พยาบาลเฉพาะทาง เช่น พยาบาลผู้จัดการรายกรณี, พยาบาลผู้สูงอายุ, พยาบาลจิตเวช, พยาบาลเวชปฏิบัติ และทีมที่เกี่ยวข้อง เช่น PCT, MSO, MUS ,IC INS ฯลฯ
- 2) กลไก มาตรการ ที่ใช้เพื่อส่งเสริมการตัดสินใจบุคลากร โดยให้บุคลากรปฏิบัติตามแนวทางที่ทีมต่างๆ กำหนดขึ้น เช่น แนวทาง CPG DM, HT, COPD, AMI, HI , Sepsis และแนวทางของทีมระบบยา และให้หน่วยงานมีส่วนร่วมในการทบทวนแนวทางปฏิบัติของทีมต่างๆ เช่น ทีม PCT, NSO, IC
- 3) เทคโนโลยีที่นำมาใช้เพื่อช่วยในการตัดสินใจ เช่น เครื่องตรวจคลื่นหัวใจและเครื่องตรวจ Trop-I, เครื่องวัด Oxygen sat และเครื่องตรวจ NST สำหรับงานห้องคลอด
- 4) ตัวอย่างการตัดสินใจของพยาบาลที่เกิดจากการส่งเสริมขององค์กร เช่น การรายงานผลการตรวจ EKG เบื้องต้นและผล Trop -I แก่แพทย์ ในการดูแลผู้ป่วย AMI ,การให้ข้อมูลตาม CPG แต่ละโรค แก่แพทย์ ในการร่วมกันดูแลผู้ป่วย
- 5) มีการนำเทคโนโลยีที่เหมาะสมทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้รับบริการปลอดภัยและใช้แบบฟอร์มต่างๆ ในการประเมินประกอบการตัดสินใจ เช่น Patograph และ PPH Scale สำหรับห้องคลอด Fall Risk assessment และ Braden scale ในหอผู้ป่วย แบบประเมิน Pain สำหรับทุกหน่วยงาน

บทเรียนเกี่ยวกับการควบคุมดูแลบุคลากรที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรมหรือมีคุณวุฒิต่ำกว่าเกณฑ์:

- (มีเป้าหมาย กระบวนการและการประเมินผลบุคลากรที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรมหรือคุณวุฒิต่ำกว่าเกณฑ์อย่างไร)

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

- 1) เป้าหมายกระบวนการของการควบคุมดูแลบุคลากรที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรมหรือที่มีวุฒิต่ำกว่าเกณฑ์นั้น เพื่อให้บุคลากรเหล่านั้นปฏิบัติตามการพยาบาลภายใต้มาตรฐาน
- พยาบาลผู้เข้ามาปฏิบัติงานใหม่ มีการปฐมนิเทศระบบงานขององค์กรในภาพรวมและแนวทางปฏิบัติต่างๆ ของทีมคุณภาพที่เกี่ยวข้อง
 - หัวหน้างานที่บุคลากรต้องประจำการปฐมนิเทศระบบงานตามภาระงานอย่างละเอียด
 - จัดพี่เลี้ยงประจำแต่ละหน่วยงาน เพื่อทำหน้าที่สอน/ควบคุม ระหว่างทดลองปฏิบัติงาน ทั้งเวรเช้า, เวรบ่ายและเวรดึก
 - ทดสอบความรู้และทักษะการใช้กระบวนการพยาบาล, ทักษะเชิงวิชาชีพ
 - ประเมินความรู้และทักษะเชิงวิชาชีพ เมื่อทดลองปฏิบัติงานครบ 3 เดือน
- ผลการประเมิน ปี 2557 -2559 ไม่พบอุบัติการณ์ข้อผิดพลาดจากการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรจบใหม่
- นักศึกษาฝึกงาน ปฐมนิเทศระบบงานตามภาระงานนั้นๆ และกำหนดขอบเขตในการปฏิบัติ
 - ครูพี่เลี้ยงและพยาบาลในหน่วยงานนั้นๆ เป็นผู้ควบคุม
 - ประเมินความรู้ทุกครั้งก่อนทำหัตถการต่างๆ โดยพยาบาลอาวุโส
- ผลการประเมิน ปี 2557 – 2559 ไม่พบอุบัติการณ์ข้อผิดพลาดจากการให้บริการของนักศึกษา
- ผู้ที่มีวุฒิต่ำกว่า มอบหมายให้ปฏิบัติงานที่ไม่ซับซ้อนและไม่เสี่ยงต่อผู้รับบริการ เช่น การทำแผล การฉีดยาชนิดต่างๆ โดยอยู่ภายใต้การดูแลของพยาบาลวิชาชีพในเวรนั้นๆ
- ผลการประเมิน ปี 2557 – 2559 ไม่พบอุบัติการณ์ข้อผิดพลาดจากการให้บริการ

บทเรียนเกี่ยวกับการจัดการความรู้และการส่งเสริมการวิจัย:

- (มีเป้าหมาย กระบวนการและการประเมินผลการจัดการความรู้และการวิจัยอย่างไร)
 - 1) ห้องคลอดนำนวัตกรรม เติดกระตุ้นน้ำนม เพื่อกระตุ้นให้น้ำนมในแม่หลังคลอดให้ไหลเร็วขึ้นภายใน 2 – 4 ชั่วโมง Photo- Net กันแมลง เข้าไปในการส่องไฟใต้เตียงหัวเตียงหลังคลอด PIH BOX และ Condom Temponard หอผู้ป่วยหญิงนำนวัตกรรมนาฬิกาเปลี่ยนท่า เพื่อป้องกันการเกิดแผล Bed sore ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดแผล Bed sore, ผ้ากันพลัด คลินิกโรคไม่ติดต่อทำนวัตกรรมการเข็มขัดอินซูลิน ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาในการเลือกตำแหน่งฉีดอินซูลินด้วยตนเอง ทำให้ผู้ป่วยสามารถฉีดอินซูลินได้ถูกตำแหน่งมากขึ้น และบัตรคำ ทำนายไต ในปี2558- 2559 ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เกิดนวัตกรรมเพิ่มขึ้น 8 เรื่อง
 - 2) องค์กรจัดกระบวนการเรียนรู้ทางการพยาบาลโดย
 - 2.1 ส่งบุคลากรไปอบรมภายนอกหน่วยงานและนำความรู้มาปรับใช้ในการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน เช่น การบันทึกทางการพยาบาล , การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง, การแปรผล

EKG ,การพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน ฯลฯและนำผลจากการไปประชุม /อบรมมาขยายผลแก่หน่วยงานต่างๆในเขต KM ของโรงพยาบาลและในปี 2560 ส่งเสริมให้ทุกหน่วย พัฒนาคุณภาพโดยทำ R2R. ในปี 2560 จำนวน 9 เรื่อง

- 3) นำนวัตกรรมจากเวทีการประชุมต่างๆ มาประยุกต์ใช้ในหน่วยงาน เช่น นาฬิกาเปลี่ยนท่าในหอผู้ป่วยใน , ถู้อิมมู่นในห้องคลอด
- 4) นำเสนอสาระประชุมประจำเดือนขององค์กร/หน่วยงานและจัดทำแฟ้มวิชาการทุกหน่วยงาน ตัวอย่างการจัดการความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน นำอุบัติการณ์การเกิดภาวะ Hypoglycemia มาทบทวนและทำ RCA ร่วมกันในทีมสหวิชาชีพ เกิดแนวทางการป้องกันการเกิดภาวะ Hypoglycemia ขณะ admitในปี 2557 เกิด นวัตกรรม ตารางเตือนใจป้องกันภัยจาก ภาวะHypoglycemia ในหอผู้ป่วยชาย , DM Alert ในหอผู้ป่วยหญิง ในปี 2558 อุบัติการณ์ ลดลงเหลือ 8 ครั้งและใน 2559 ยังคงเกิด อุบัติการณ์ Hypoglycemia เพิ่มขึ้นเป็น 13 ครั้งหอผู้ป่วยจึงคิดนวัตกรรม “กราฟชีวิตลิขิตเบาหวาน “ ขึ้น

ปฏิบัติการพยาบาล

ผลการศึกษาเกี่ยวกับการใช้กระบวนการพยาบาล:

- (มีการศึกษาและการปรับปรุงที่เกิดขึ้น)

จากการสุ่มตรวจสอบเวชระเบียน พบว่า ทุกหน่วยนำกระบวนการพยาบาลสู่การปฏิบัติ โดยปรับให้เข้ากับภาระงาน ผู้ป่วยใน ในปี 2557 – 2559 มีแนวโน้มครอบคลุมมากขึ้นเป็น 84.3 ,97.5และ 90.3% ในขั้นตอนการ Assessมีแนวโน้มดีขึ้น 82.2 ,78.7 และ 90.9% ขั้นตอนการวินิจฉัยครอบคลุม 60-64% และการวางแผนการพยาบาลมีแนวโน้มดีขึ้นครอบคลุม 77-78% แต่การ Evaluation ครอบคลุม ลดลงไม่ครอบคลุมกิจกรรมการพยาบาล หน่วยงานนำมาเป็นประเด็นในการนิเทศรายบุคคล สำหรับผู้ป่วยนอกและงานอุบัติเหตุ มีแนวโน้มดี ครอบคลุมมากกว่า 90%

ผลการศึกษาเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมวิชาชีพ:

- (มีการศึกษาและการปรับปรุงที่เกิดขึ้น)

กำหนดแนวทางและกิจกรรมรองรับสิทธิผู้ป่วยทั้ง 10 ข้อ สำหรับพยาบาลวิชาชีพทุกคน หัวหน้างาน ร่วมกับทีม จริยธรรมฯกำกับ ติดตามประเมินการปฏิบัติตามแนวทาง พบว่าผลการประเมินในภาพรวม บุคลากรปฏิบัติตามแนวทาง มากกว่า90% และสิทธิผู้ป่วยที่บุคลากรปฏิบัติน้อยที่สุด คือ (1) สิทธิ ข้อที่ 5 ผู้ป่วยมีสิทธิทราบชื่อ และประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพที่เป็นผู้ให้บริการแก่ตน ในประเด็นการติดป้ายชื่อ แพทย์ ที่ดูแล รวมทั้งการแนะนำตัวผู้ให้บริการแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนให้บริการทุกครั้งเนื่องจากการติดตามไม่ต่อเนื่อง จึงให้ทุก

หน่วย มอบหมายผู้รับผิดชอบเรื่องการติดป้ายชื่อผู้ดูแล และให้มีการแนะนำ ทีมผู้ให้บริการแก่ผู้ป่วยทุกวันให้เป็นวัฒนธรรมของหน่วยงาน(2) สิทธิข้อ 4 การเตรียมพร้อมของเครื่องมือ/บุคคลในการช่วยชีวิตเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉิน/ เสี่ยงต่ออันตรายแก่ชีวิตอย่างรีบด่วน โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอหรือไม่ ให้ทุกหน่วยงานสำรวจ เครื่องมือ/เวชภัณฑ์ และจัดเตรียมให้พร้อมใช้และครอบคลุมทุกกลุ่มผู้ป่วยทั้งในภาวะฉุกเฉินและปกติและพัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้พร้อมบริการประสานกับทีม INS และ หัวหน้างาน ในการลงนิเทศติดตามใน 3ปี ที่ผ่านมายังไม่มีพบอุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ของเครื่องมือ

ผลการศึกษาเกี่ยวกับการใช้ข้อมูลวิชาการและมาตรฐานวิชาชีพ:

- ทุกหน่วยงานนำมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลมาใช้ครบ 5 มาตรฐาน ได้แก่
 - 1.) การใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมหน่วยงาน 100% ผลการประเมินความสมบูรณ์ของผู้ป่วยในในปี 2557 84.3%ในปี 2558 มีการปรับแบบฟอร์มการประเมินเมื่อแรกรับให้ครอบคลุมด้านความเชื่อและจิตวิญญาณ และแบบฟอร์มการบันทึกในกรณีที่มีผู้ป่วยมีอาการซับซ้อน2559 ผลการประเมินมีความสมบูรณ์ มากขึ้นตามลำดับ 80.5และ84.3%ในปี 2560ความสมบูรณ์มีแนวโน้มดีขึ้น ผู้ป่วยนอก = 98.4%, ER =97.06, OR=95.07และ IPD=87.8%
 - 2.) มาตรฐานการรักษาสิทธิผู้ป่วยจริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพบุคลากรปฏิบัติตามแนวทางที่ทีมต่าง ๆ ได้กำหนดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยแต่ละกลุ่มครอบคลุมร้อยละ 90
 - 3.) ปฏิบัติตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลทุกหน่วยบริการทำกิจกรรมทบทวน 12 กิจกรรมหลักที่เกี่ยวข้อง และนำผลการทบทวนมาทำ CQI เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลตามภาระงานครบทุกหน่วยงาน ในปี 2557-2559 จำนวน 15,13และ24เรื่อง นวัตกรรม 1,4และ 8 นวัตกรรม และในปี 2560 พัฒนาคุณภาพอยู่ระหว่างดำเนินการ R2R จำนวน 9 เรื่อง
 - 4.) มาตรฐานการจัดการ การดูแลต่อเนื่อง ทุกหน่วยบริการการปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลต่อเนื่องสู่ชุมชนตามกลุ่มผู้ป่วยที่กำหนดในปี 2556 = 83.33% ในปี 2556 ผลงานลดลงเนื่องจากผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนลงติดตามเยี่ยมตามแผนการดำเนินการต่อไป กำหนดกลุ่มผู้ป่วยตามวัตถุประสงค์ของการเยี่ยมเพื่อสะดวกในการเก็บข้อมูลและกำหนดเวลาในการลงเยี่ยมแต่ละราย โดยมีการปรับมีพยาบาลจากหอผู้ป่วย ร่วมทีมลงเยี่ยม และวิชาชีพอื่นตาม สภาพปัญหา 2557-2559ส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง = 95.3 ,92.3 และ94.6%
 - 5.) การปฏิบัติตามมาตรฐานการบันทึกและการรายงานทุกหน่วยบริการปฏิบัติตามแนวทางการบันทึกทางการแพทย์ที่องค์กรกำหนดและประเมินโดยทีมตรวจสอบเวชระเบียนภาพรวมทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน มีแนวโน้มดีขึ้น ในปี 2557-2559 ผู้ป่วยใน = 84.6 ,80.5และ84.3% ผู้ป่วยนอก = 90.5% ในปี 2559ได้เพิ่มเกณฑ์การบันทึกให้ครอบคลุม ด้าน IC ผลการประเมิน

การดูแล IV =78.3%การดูแลผู้ป่วยที่ Retain Foley cath.=33.5% การดูแลแผลฝีเย็บ 73.2%,
การดูแลตา และสะดือ 86.2%และการดูแลผู้ป่วยแผลกดทับ = 50%

ผลการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลที่เป็นองค์รวม สอดคล้องกับภาวะสุขภาพ วิถีชีวิต และบริบททางสังคม:

โครงการใกล้บ้านใกล้ใจ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง DM , HT ซึ่งจากเดิมผู้ป่วยต้องมารับบริการที่โรงพยาบาลเพียงอย่างเดียว ทางโรงพยาบาลได้ปรับระบบบริการใกล้บ้านใกล้ใจ โดยส่งต่อผู้ป่วยโรค เบาหวาน และความดันโลหิตสูงให้รับยาที่ รพ.สต.ใกล้บ้าน ทุกพื้นที่ ทำให้อัตราการขาดนัด ทั้ง 2 โรคลดลง จากเดิม ใน ปี 2556=14.56 % ในปี 2557 -2559 เหลือเพียง 8.2 ,5.2และ 3.13 ตามลำดับและ โรงพยาบาล ได้จัดระบบให้ ผู้ป่วยได้เข้าถึงการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตา ,เท้า , ฟัน และตรวจเลือด เชิงรุก ทำให้ผู้ป่วยไม่เพียงแต่ได้รับยาใกล้บ้านแล้ว ยังเข้าถึงการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนอย่างครอบคลุมโดยให้บริการเชื่อมโยงทั้งเครือข่ายและลดรอยต่อการบริการ ผู้รับบริการลดค่าใช้จ่ายการเดินทางมาโรงพยาบาลเกิดความพึงพอใจต่อการบริการ

ผลการพัฒนาที่สำคัญ:

การพัฒนาการบริหารการพยาบาล:

- วางระบบการหมุนเวียนอัตรากำลังและอัตรากำลังสำรองเนื่องจากในปี 2558 โรงพยาบาลได้ขยายบริการห้องพิเศษเพิ่มขึ้นอีก 13 ห้อง ต้องจัดสรรกระจายอัตรากำลังให้เพียงพอรองรับการบริการได้ทันท่วงทีและปรับแนวทางการจัดอัตรากำลังและการเรียกอัตรากำลังสำรอง ในกรณีที่มีภาระงานเกินอัตรากำลังปกติ ที่จัดไว้ในเวลาราชการ และนอกเวลาราชการให้หน่วยงานที่อยู่ในโซนเดียวกันเป็นอัตรากำลังสำรองด้วยกัน เช่น หน่วย OPD, OR, ER และหอผู้ป่วย 3 หอ และห้องคลอด เป็นอัตรากำลังร่วมกัน ซึ่งใช้เกณฑ์การเรียกอัตรากำลังสำรอง ตามแนวทางที่กลุ่มการฯ กำหนดไว้ ในปี 2558 พบปัญหาในการเรียกอัตรากำลังสำรองที่แผนก ER ในบริการ 1 ครั้งไม่สามารถเรียกกำลังสำรองได้เนื่องปายฉุกเฉิน ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทบทวนภายในหน่วยงานและในปี 2558 เป็นต้นมา ได้จัดอัตรากำลังเพิ่มอีก 1 คนเพื่อทำหน้าที่ Referในเวรปายเนื่องจากภาระงานเกิน
- ระบบประเมินทักษะทางวิชาชีพการพยาบาล มีการประเมินทักษะเชิงวิชาชีพตามภาระงาน ของแต่ละหน่วยเพิ่มเติมจากทักษะเชิงวิชาชีพ 10 ข้อ โดยแบ่ง บุคลากรออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีอายุงานมากกว่า 3 ปี และต่ำกว่า 3 ปี และนำผลการประเมินมาวางแผนพัฒนา ผลการประเมินพบว่าบุคลากรกลุ่มต่ำกว่า 3 ปี ผ่านเกณฑ์ 100 %แต่ต้องพัฒนาความรู้และทักษะเพิ่มเติมในประเด็นการแก้ไขภาวะฉุกเฉิน การตัดสินใจแก้ไขภาวะวิกฤติและการบริหารทีม มอบหมายให้หัวหน้างานนิเทศหน้างานเป็นรายบุคคล ส่วนกลุ่มมากกว่า 3 ปี ผ่านเกณฑ์ 100%
- การพัฒนาพฤติกรรมบริการ สร้างแรงจูงใจแก่บุคลากรและหน่วยงาน โดยมอบรางวัลแก่หน่วยงานที่ไม่มีข้อร้องเรียนตลอด 6 เดือน และให้ผู้รับบริการร่วมโหวตบุคลากรที่ผู้รับบริการ

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

ประทับใจและเมื่อมีคำชม หน่วยงานต่าง ๆ จากผู้รับบริการ มีการประชาสัมพันธ์ลงในสื่อ ขององค์กรและของโรงพยาบาลเพื่อสร้างขวัญและกำลังใจและชื่นชมในเวทีประชุม ของกรรมการบริหารโรงพยาบาล ปี 2557 ยังคง พบอุบัติการณ์ข้อร้องเรียนพฤติกรรมบริการ 10 ครั้ง ปี2558= 19 ครั้ง 2559 ลดลงเหลือ 11 ครั้ง

การพัฒนาปฏิบัติการพยาบาล:

การใช้กระบวนการพยาบาลในปี 2556 มีความสมบูรณ์ 82.8% เนื่องจากใน IPD การ Assessment ไม่ครอบคลุม จึงปรับฟอร์มแบบประเมินและการตรวจร่างกายเมื่อแรกรับให้ครอบคลุมมากขึ้น ผลการพัฒนาในปี 2557 ความสมบูรณ์ในภาพรวมเพิ่มขึ้น 84.3%

- ลดอาการรบกวนโดยใช้ Pain Management ทุกรายใน ทุกหน่วยงานในปี 2557 – 2559 มีการประเมิน Pain ครอบคลุม 100% ระดับความพึงพอใจต่อการจัด Pain ปี 2557 – 2559 เพิ่มขึ้นตามลำดับ เป็น 81.3%, 85.4%และ 93.7% ประสิทธิภาพของการจัดการ Pain ผลการประเมินของ LR, IPD ดีขึ้นตามลำดับเป็น 83.9% ,86.5% และ 96.5% อัตราการเกิดแผลกดทับมีแนวโน้มสูงขึ้นจาก 0.45 ,0.19 และ 1.29 ซึ่งเกิดในผู้ป่วยที่ใส่ Skin Traction 1 รายซึ่งไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายส่วนล่างได้ และนอนนาน ให้หน่วยงานทบทวนการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มนี้

- Falling นั้น หน่วยงาน IPD มีการประเมิน Fall ผู้ป่วย ในปี 2557-2559 = 93.2 ,100 ,และ 100% และนำผลการประเมินมาใช้ในการวางแผนการพยาบาลเพิ่มขึ้น เป็น 86,95.3 และ 96 % เนื่องจากลืมนำมาวางแผนและเกิด Fall ลดลง 3,2 และ 2 ครั้ง (ระดับ D) มีการทบทวนร่วมกันและนำผลการประเมินมาวางแผนการพยาบาล เพิ่มขึ้นในปี 2560เป็น95.%จึงทำป้ายสัญลักษณ์การเฝ้าระวังอย่างเข้มงวดปี 2558 ได้ทำนวัตกรรม “ผ้ากันพลัด” สำหรับผู้ป่วยเด็กและผู้สูงอายุ

- การปฏิบัติตามแนวทางการรักษาสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมและจรรยาบรรณมีการปรับกระบวนการให้ข้อมูล ผู้ให้บริการในแต่ละเวรนอกเหนือจากการทำป้ายรายชื่อผู้ให้บริการแล้ว ใน IPD มีการแนะนำทีมผู้ดูแลในเวรเช้าแก่ผู้รับบริการ ร่วมกับการปฐมพยาบาลขณะนอนพักในโรงพยาบาลระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย IPD ในปี 2557 – 2559 = 76.7%,82 และ 82.7% ระดับความพึงพอใจของ OPDในปี 2557 – 2559 = 82.2,86.6 และ82.7%ตามลำดับ ในปี 2557 มีการกำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่พยาบาลจะต้องทำหน้าที่เป็นตัวแทนในการสื่อสารความต้องการ

- การพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล มีการทบทวนกิจกรรม 12 กิจกรรม นำผลการทบทวนที่เป็นปัญหาจัดทำแนวทางปฏิบัติรองรับ จัดทำ CQI ในปี 2556 10 เรื่อง เกิดนวัตกรรม 5 เรื่อง ในปี 2557ผู้ป่วยในได้ ปรับแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และหน่วยงาน ER, OR , LR ได้ปรับแนวทางอื่นๆ เพิ่มขึ้น 8 เรื่องและทำ CQI เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลตามภาระงานครบทุกหน่วยงาน ในปี 2557-2559 จำนวน 15,13และ 24 เรื่อง นวัตกรรม 1,4และ 8 นวัตกรรม และในปี 2560 อยู่ระหว่างดำเนินการ R2R จำนวน 9 เรื่อง

- การจัดการดูแลต่อเนื่อง ในปี 2556 ปรับแบบฟอร์มการส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้สะดวกใน

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

การนำไปปฏิบัติในปี 2556 ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่องในชุมชนครอบคลุม 83.3% ปี 2557-2559ส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง = 95.3 ,92.3 และ94.6% และผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมสามารถดูแลตนเองได้92.2,85.4 และ 95.1% ผู้ป่วยที่ส่งต่อได้รับการเยี่ยม ภายใน 14 วันคิดเป็น 67.5 ,76.4 และ52.8% เนื่องจากอัตรากำลังในบางช่วงไม่เพียงพอ ผู้รับผิดชอบ ต้องรับภาระงานอื่นด้วย ในการส่ง HHC เพื่อการดูแลต่อเนื่องพบปัญหาเรื่องการวางแผนการจำหน่าย ประสิทธิภาพยังไม่เพียงพอ ไม่มีการ Conference case ก่อนลงพื้นที่การประชุม ทีมไม่ต่อเนื่องและ ทีมไม่ได้นำผลการเยี่ยมมาประเมินร่วมกันในทีม ปี 2560จึงแก้ปัญหาโดยการทำให้แบบประเมิน เพื่อประเมินการทำ วางแผนจำหน่ายเป็นราย Case ซึ่ง อยู่ระหว่างการประเมิน และนัด Conferenceก่อนลงเยี่ยมและหลังการเยี่ยมให้ได้ทุกราย

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า
35.ระบบบริหารการพยาบาล		● ประเมินและพัฒนาสมรรถนะบุคลากรผู้นำทางการพยาบาล
36.ปฏิบัติการทางการพยาบาล		● การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยรายโรค