

คู่มือการปฏิบัติงานตามภารกิจหลักและภารกิจสนับสนุนของหน่วยงาน
โรงพยาบาลขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ

บทนำ : โครงร่างองค์กรพยาบาล

1. ประวัติ/ความเป็นมาขององค์กร

โรงพยาบาลขุนหาญ ตั้งอยู่บ้านเลขที่ 6 หมู่ที่ 6 ตำบลลิ อำเภอกันหาญ จังหวัดศรีสะเกษให้บริการผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก เป็นโรงพยาบาลขนาด 90 เตียง ให้บริการในระดับทุติยภูมิ ระดับ F1 โดยให้การดูแลด้านฟื้นฟูสภาพ ส่งเสริมสุขภาพ และ ป้องกันโรค ให้กับผู้มารับบริการทั่วไป ให้บริการเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลกับการดูแลในชุมชน และการดำเนินการเชิงรุกในชุมชนโดยบูรณาการร่วมทั้งด้านศาสตร์แผนปัจจุบันและศาสตร์แพทย์แผนไทย

ประวัติการก่อตั้งโรงพยาบาล

โรงพยาบาลขุนหาญ เดิมเป็นศูนย์การแพทย์และอนามัย ตั้งอยู่ในเขตตำบลลิ อำเภอกันหาญ จังหวัดศรีสะเกษ มีเนื้อที่ทั้งหมด 38 ไร่ 1 งาน การบริหารงานขึ้นตรงต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ กระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ. 2517 ได้ยกฐานะเป็นศูนย์การแพทย์และอนามัย ชั้น1

พ.ศ. 2525 ได้ยกฐานะเป็นโรงพยาบาลขนาด 10 เตียง ได้รับเงินบริจาคจาก พ่อค้า ประชาชนและ ส่วนราชการต่างๆ เพื่อก่อสร้างตึกผู้ป่วยใน จำนวน 1 หลัง เป็นเงินทั้งสิ้น 30,000 บาท โดยตั้งชื่อว่า “ ตึกประชาสามัคคี ”

พ.ศ. 2526 เกิดเหตุการณ์สู้รบตามแนวชายแดนไทย – กัมพูชา ด้านทิศใต้ของอำเภอกันหาญ นายแพทย์ ประวิ อำพันธ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขุนหาญ ได้นำคณะเจ้าหน้าที่ออกให้บริการช่วยเหลือประชาชน ที่ได้รับบาดเจ็บ ส่วนหนึ่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขุนหาญ

พ.ศ. 2527 เกิดเหตุการณ์สู้รบบริเวณช่องเขาพระพลัย ทหารเขมรแดงบุกยึดพื้นที่ของไทยในเขตอำเภอกันหาญ เหตุการณ์สู้รบรุนแรงขึ้น จำนวนผู้บาดเจ็บเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขุนหาญในขณะนั้น โรงพยาบาลขุนหาญ ได้รับการปรับปรุงและพัฒนาให้เป็นโรงพยาบาลแนวหน้าในการรับผู้บาดเจ็บจากภัยสงคราม ทั้งที่เป็นชาวไทยและชาวกัมพูชา

พ.ศ. 2528 ได้ยกฐานะเป็นโรงพยาบาล ขนาด 30 เตียง

พ.ศ. 2529 พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้วยการจัดส่งแพทย์ฝึกอบรมเฉพาะทางและสนับสนุนให้พยาบาลฝึกอบรมด้านวิสัญญีรวมทั้งจัดหาวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อการเตรียมความพร้อมในการให้บริการผู้ป่วยทั้งในภาวะปกติและภาวะภัยสงคราม

- พ.ศ. 2530 ร่วมกับสถาบัน ANTWERP ประเทศเบลเยียม กองสาธารณสุขมูลฐาน และมหาวิทยาลัยมิดเดิล ศึกษาวิจัยรูปแบบการให้บริการและพัฒนาสถานอนามัยกับโรงพยาบาลชุมชน เรียกว่า “โครงการวิจัยชุมชนหาญ ” โดยนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ นายแพทย์ ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์ นายแพทย์ชาย ธีรสฤติ และนายแพทย์ประวิ อ่ำพันธุ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลในขณะนั้น
- พ.ศ. 2538 เปิดให้บริการเป็นโรงพยาบาล ขนาด 60 เตียง
- พ.ศ. 2540 จัดหาทุนทรัพย์เพื่อดำเนินการก่อสร้างตึกสงฆ์อาพาธ
- พ.ศ. 2542 ได้งบประมาณสนับสนุนเพื่อดำเนินการก่อสร้างโรงพยาบาลให้เป็นโรงพยาบาล ขนาด 90 เตียงและปรับปรุงอาคารสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ(เดิม) เป็นอาคารศูนย์การแพทย์แผนไทย
- พ.ศ. 2543- ยกฐานะเป็นโรงพยาบาล ขนาด 90 เตียงระดับ F1 เครือข่ายบริการสาธารณสุข ในปัจจุบัน อำเภอขุนหาญมีรพสต.ในเครือข่าย 18 แห่ง PCC 2แห่ง

องค์กรพยาบาล

องค์กรพยาบาลโรงพยาบาลขุนหาญมีโครงสร้างการบริหารองค์กรที่ขึ้นตรงกับผู้อำนวยการโรงพยาบาล โดยมีหัวหน้าพยาบาล เป็นผู้บริหารองค์กรพยาบาล และมีคณะกรรมการบริหารกลุ่มการพยาบาลประกอบด้วย หัวหน้างานและรองหัวหน้างานจำนวน 22คน มีหน่วยงานที่รับผิดชอบ 13 หน่วยงาน ได้แก่งานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก งานบริการพยาบาลคลินิกโรคเรื้อรัง งานบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน งานบริการห้องคลอด งานบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญี งานบริการหน่วยจ่ายกลางและซักฟอก งานควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล งานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน จำนวน 4 หอผู้ป่วยมีเตียงสามัญ 80เตียง เตียงพิเศษ 18เตียง

2. วิสัยทัศน์ พันธกิจ สมรรถนะหลัก ค่านิยม และวัฒนธรรมองค์กร

คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลขุนหาญ ได้ดำเนินการประชุมเพื่อระดมสมองในการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจและค่านิยมของโรงพยาบาล ได้ดังนี้

2.1. วิสัยทัศน์ (vision):

วิสัยทัศน์โรงพยาบาลขุนหาญ

โรงพยาบาลขุนหาญน่าอยู่ บริการดี มีคุณภาพ ชุมชนมีส่วนร่วมและไว้วางใจ ผู้ให้บริการสุขภาพดี มีความสุข

วิสัยทัศน์องค์กรพยาบาล

องค์กรพยาบาล บริการดูญาติมิตร มีคุณภาพประชาชนสุขภาพดี บุคลากรมีความสุข

2.2 พันธกิจ (mission)

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล	โรงพยาบาลขุนหาญ
พันธกิจ (Mission) 1. ส่งเสริมและสนับสนุนให้หน่วยงานจัดสภาพแวดล้อมในการทำงานโดยยึดหลัก 5 ส. 2. จัดระบบบริการให้ได้มาตรฐาน 3. พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ คู่มือทางการพยาบาล ปรับปรุงและพัฒนางานด้านคุณภาพการพยาบาล 4. ส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชน 5. ส่งเสริมสนับสนุนคุณธรรม จริยธรรมและคุณค่าแห่งวิชาชีพมาพัฒนาพฤติกรรมบริการให้เป็นที่ประทับใจแก่ผู้มารับบริการและเพื่อนร่วมงาน 6. ส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพบุคลากร (ให้ ดี สุข เก่ง)	พันธกิจ (Mission) 1. จัดระบบโครงสร้างสิ่งแวดลอมของสถานบริการให้ร่มรื่นสวยงาม ปลอดภัย ได้มาตรฐานเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม และเอื้อต่อการเยียวยา 2. จัดบริการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพให้เป็นไปตามมาตรฐาน ปลอดภัย 3. จัดระบบบริหารความเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพ 4. ส่งเสริมบุคลิกภาพและพฤติกรรมบริการที่ดีสร้างคุณค่าของการบริการให้กับบุคลากร 5. จัดให้มีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ 6. จัดให้มีเครื่องมืออุปกรณ์ให้ทันสมัย เพียงพอ มีประสิทธิภาพ 7. เสริมสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (เด็ก ผู้สูงอายุ) 8. ส่งเสริม สนับสนุนให้บุคลากรมีความเชี่ยวชาญตามศักยภาพที่เปิดให้บริการ 9. ขับเคลื่อนการพัฒนาเพื่อรับรองมาตรฐานบริการ 10. ส่งเสริมให้บุคลากรมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ 11. ส่งเสริม สร้างสิ่งแวดล้อมให้เจ้าหน้าที่สุขภาพกาย จิต อารมณ์ สังคมและปัญญาดี

2.3 สมรรถนะหลัก

องค์กรพยาบาลมีความสามารถด้านการรักษาโรคที่ไม่ซับซ้อน รวมถึงการสร้างการมีส่วนร่วมการทำงานร่วมกันกับเครือข่ายทุกระดับในการสร้างเสริมสุขภาพ ฟื้นฟูสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่เมื่อเปรียบเทียบกับองค์กรพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเดียวกันและพื้นที่ใกล้เคียงนั้น องค์กรพยาบาลมีศักยภาพและมีชื่อเสียงโดดเด่นด้าน Emergency care & Continuity of Care

1. การพัฒนาการเข้าถึงบริการในกลุ่มฉุกเฉิน AMI Stroke Head injury เน้นการคัดกรองเชิงรุก ร่วมกับท้องถิ่น ออกเยี่ยมบ้าน และกระบวนการฝึกทักษะการจัดการภาวะฉุกเฉิน และ set เครือข่ายระบบ EMS ส่งผลให้ การดูแลผู้ป่วยในกลุ่มผู้ป่วย Head injury, AMI, Stroke นำส่งในระบบ EMS ผลลัพธ์การนำส่ง ใน case HI ปี 2559=92.21% ปี2560=95.66% ปี2561=96.58 case AMI ที่ขึ้นทะเบียนและได้รับการเยี่ยมเข้าถึงผ่าน EMS ปี 2559- ปี2562=100%(ปี 2560 ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียน ไม่เกิดภาวะฉุกเฉิน เข้ารับการรักษาต่อเนื่องตามนัด)

- ด้านการดูแล case STEMI มีการออกแบบประเมินเป็น Checklist Early Warning sign and Early Treatment ช่วย Early detection และให้การรักษาเบื้องต้นได้เร็วขึ้น สามารถประกันเวลา EKG screening ใน 5 นาที.ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม ถึงส่งต่อเฉลี่ย ที่ 38 นาที และ Trop-T ภายใน 5 นาที ทำได้ 100 % (ตรวจ Troponin-T ที่ ER) ซึ่งทำได้ดีและในปี2559 ได้พัฒนาศักยภาพการการให้ยา SK ใน case STEMI โดยมี ระบบ Network: Line cardiac center SSK consult cardiologist ทำให้ผู้ป่วย STEMI ได้รับการเปิดหลอดเลือดที่อุดตันได้รวดเร็วขึ้นจำนวน34ราย ผลลัพธ์ Door to needle time ปี 2559 เฉลี่ย=47นาที ปี 2560 เฉลี่ย= 43 นาที ปี 2561=34 นาที ปี2562=29นาที(KPI ระดับประเทศ=Door to needle time ≤ 30นาที) ภาพรวมในระดับ จังหวัดเฉลี่ย SK : Door to needle time ใน case ที่ refer ไปรพ. ศก เฉลี่ย=55 นาที

2. การดำเนินงาน DRTI อย่างต่อเนื่องถึงปัจจุบัน การสร้างเครือข่ายการดูแลจากชุมชน การเพิ่มพูน ทักษะการจัดการภาวะฉุกเฉินให้กับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และทีม FR ส่งผลทีมสามารถจัดการดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดได้ อย่างรวดเร็วถูกต้อง ผลลัพธ์การดูแล อัตราการความเหมาะสมถูกต้อง ณ จุดเกิดเหตุและขณะนำส่งมีความเหมาะสม คิดเป็น 100% ทั้งปี 2559 และปี 2560และอัตราเสียชีวิตอุบัติเหตุทางถนนลดลงจาก ปี 2559 =14.13:แสนประชากร ในปี2560 ลดลงเหลือ5.5:แสนประชากร ในปี2561 =8.2:แสนประชากร (เป้าหมายไม่เกิน18:แสนประชากร) ในปี 2561- 2562 พบอัตราเสียชีวิตเพิ่มขึ้นจากอุบัติเหตุเนื่องจากการทำถนนใหม่ในหลายพื้นที่ ทางภาคีเครือข่ายได้ลงสอบสวน วิเคราะห์เกิดจากการปรับปรุงผิวจราจรเป็นส่วนใหญ่

3. งาน COC โดยการจัดวางระบบการดูแลที่ต่อเนื่องเป็นรูปธรรม และมีการเข้าถึงระบบบริการได้ อย่างครอบคลุม รวมทั้งผลลัพธ์ในการดูแลในเกณฑ์ดี ทั้งในพื้นที่รับผิดชอบและอำเภอข้างเคียง

4. พัฒนาระบบการเข้าถึงแพทย์เฉพาะทางกลุ่มไม่ฉุกเฉินด้วย “รถเมล์สายสุขภาพ” เกิดเป็นระบบส่ง ต่อไร้รอยต่อ ผู้ป่วยกลุ่มไม่ฉุกเฉินได้รับ Consult ก่อนพบแพทย์เฉพาะทางก่อน ลด Visit และลดความแออัดที่ OPD ศรีสะเกษ อย่างน้อย คนละ 1 visit

5. ด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางการมองเห็น พัฒนาวางระบบคัดกรอง กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหา ต้อกระจก มีการคัดกรองสายตาในผู้สูงอายุร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เดือนละ 1-2 แห่ง) และนัดผู้ป่วยพบ แพทย์ นัดเข้าผ่าตัดโดยเชิญทีมจักษุแพทย์และทีมผ่าตัดจากโรงพยาบาลศรีสะเกษ ทำการผ่าตัดที่โรงพยาบาลขุนหาญ ทุกวันเสาร์ สัปดาห์สุดท้ายของเดือน สามารถผ่าตัดได้แล้วทั้งสิ้น 1784 ดวงตา(ปี2562)

6. การดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง ให้บริการผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 821 คน แยกเป็นผู้ป่วยระยะที่ 1-3a ที่มีความผิดปกติของไต จำนวน 329 ราย และผู้ป่วยไตระยะที่ 3b – 5 ที่มีความผิดปกติของระดับ eGFR จำนวน 522 ราย

มีการเปิดให้บริการบูรณาการในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3b ที่มีโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทุกวันอังคาร และพบ ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3b 4 และ 5 OPD คลินิกชะลอไตเสื่อมทุกวันศุกร์สหสาขาวิชาชีพ และให้บริการ Home ward ทุกวันอังคาร เพื่อให้บริการผู้ป่วย Family Meeting วางแผนการดูแลระยะยาวกับผู้ป่วยและครอบครัวได้ส่งผลให้สามารถชะลอความเสื่อมของไต ผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR<5ml/min/1.73 m²/yrได้ร้อยละ 78 ปี 2563 (ข้อมูลจาก HDC วันที่15 เมษายน 2563) ให้บริการดูแลPalliative of ESRD ส่งผลให้มีผู้ป่วย Good life และ Good death ร้อยละ 100

2.4ค่านิยม (Core values): V - R - H O S -T E A M (ป้องกัน : วี อาร์ ฮอส ทีม)

V: Visionary Leadership	(นำอย่างมีวิสัยทัศน์)
R: Results & Creating Value	(เน้นผลลัพธ์สร้างคุณค่า)
H: Humanized Care	(บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์)
O: Organization& Personal Learning	(องค์กรการเรียนรู้)
S: Social Responsibility	(รับผิดชอบต่อสังคม)
T: Teamwork & Trust	(การทำงานเป็นทีม และ ความไว้วางใจ)
E: Empowerment & Evidence- based Approach	(เสริมพลัง+ยึดหลักวิชาการ)
A: Agility & Accountability	(คล่องตัว และ ความถูกต้องเชื่อถือได้)
M: Managements by Fact & Managing for Innovation	(ตัดสินใจด้วยข้อเท็จจริง และเน้นนวัตกรรม)

2.5วัฒนธรรมองค์กร (Organization Culture)

1. พบกันตอนเช้า ยกมือไหว้และกล่าวคำว่า สวัสดี
2. มีน้ำใจต่อเพื่อนร่วมงาน
3. แต่งกายสุภาพและถูกกฎระเบียบโรงพยาบาล
4. พุดจาสุภาพ ยิ้มแย้มแจ่มใส ใส่ใจบริการ
5. ประหยัดพลังงาน อนุรักษ์สิ่งแวดล้อม
6. ตรงต่อเวลา
7. เดินซิดขวา
8. ยืดเหยียดร่างกาย ผ่อนคลายความล้า
9. มีจิตอาสา เข้าร่วมกิจกรรมขององค์กร
10. เก็บของเข้าที่ 5 นาที ก่อนเลิกงาน

ปรัชญาทางการพยาบาล

เป้าหมายของการพยาบาลมุ่งเน้นที่จะให้บรรลุผลโดยผู้รับบริการหรือผู้ป่วยมีภาวะปกติสุขในระดับที่พึงพอใจที่สุด โดยพยาบาลจะต้องใช้องค์ประกอบของความต้องการในด้านการอยู่รอด การอยู่ใกล้ชิดบุคคลอื่นและการมีอิสรภาพมาเป็นองค์ประกอบในการประเมิน การวางแผน และนำมาปฏิบัติโดยอาศัยความรู้ความสามารถ และศักยภาพของทีมพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วย หรือภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพด้วยความเมตตา เห็นใจเอาใจใส่ ให้คำปรึกษาและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดอย่างต่อเนื่องตลอด24ชั่วโมง เพื่อเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพสมบูรณ์ ทั้งร่างกาย และจิตใจสามารถปรับตัวดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขมากที่สุด

นโยบายของกลุ่มงานการพยาบาล

- ด้านการบริการพยาบาล

1. ให้เจ้าหน้าที่เน้น การป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกควบคู่กับการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม
2. ส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล ตลอดจนการดูแลตนเองในด้านสุขภาพ รวมทั้งมีโอกาสในการเลือกใช้บริการด้านสุขภาพตามสิทธิประโยชน์ที่พึงจะได้รับ
3. ให้เจ้าหน้าที่ในความรับผิดชอบปฏิบัติงานภายใต้มาตรฐาน คุณธรรมและจริยธรรมของวิชาชีพ

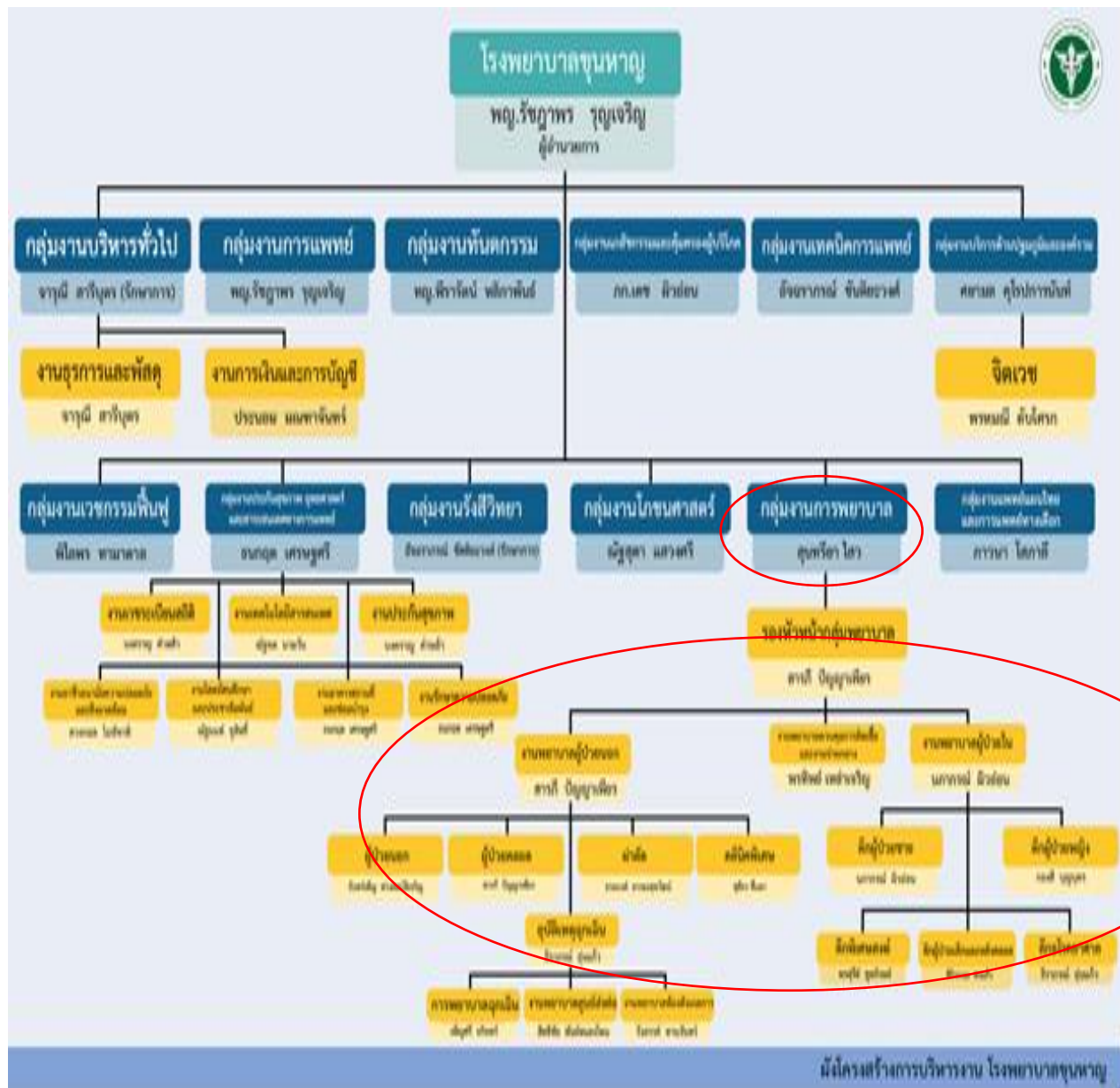
- ด้านการบริหารจัดการ

4. เน้นการกระจายอำนาจในการบริหารและให้เจ้าหน้าที่มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและระบบบริการสุขภาพในทุกระดับ
5. ให้ทุกหน่วยบริการมีระบบการจัดเก็บข้อมูลที่ถูกต้อง เหมาะสมและทันเวลา สามารถนำไปประโยชน์หรือเชื่อมโยงกับทีมสหสาขาวิชาชีพได้
6. ให้ทุกหน่วยงานให้บริการ โดยใช้หลักการจัดการที่มุ่งเน้นการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า

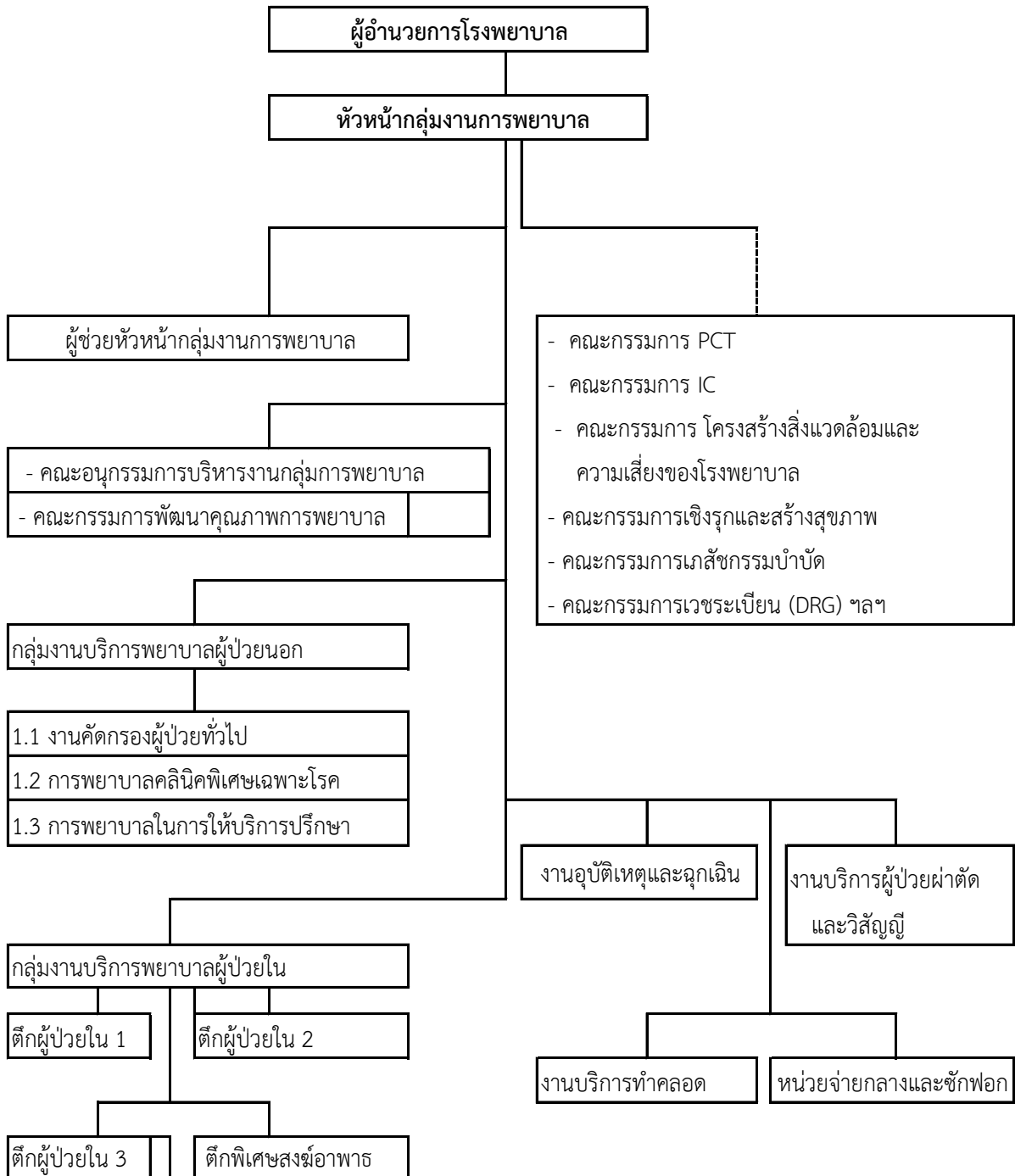
- ด้านพัฒนาบุคลากร

7. ส่งเสริมการพัฒนาบุคลากรอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เพื่อให้มีความรู้ ความสามารถมีคุณธรรม จริยธรรมและมนุษยสัมพันธ์ในการให้บริการที่มีคุณภาพ
8. ส่งเสริมให้บุคลากรในกลุ่มการพยาบาล มีความก้าวหน้าเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น
9. ส่งเสริมบรรยากาศที่ดีในการปฏิบัติงาน เพื่อให้เจ้าหน้าที่มีความสุขในการปฏิบัติงานและเกิดความสำเร็จในหมู่คณะ

3. โครงสร้างการบริหาร และขอบเขตความรับผิดชอบขององค์กรพยาบาล



โครงสร้างการบริหารงานกลุ่มงานการพยาบาล



หมายเหตุ

————— เส้นทึบ
 ----- เส้นประ

หมายถึง สายบังคับบัญชา
 หมายถึง สายประสานงาน

ขอบเขตความรับผิดชอบขององค์กรพยาบาล

ประกอบด้วยหน่วยบริการต่างๆ ดังนี้

- 1.งานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก
 - 1.1 งานบริการคัดกรองตรวจโรคทั่วไป
 - 1.2 งานบริการคัดกรองผู้ป่วยคลินิกพิเศษ
 - 1.3 งานบริการคัดกรองสุขภาพจิตและจิตเวช
2. งานบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
3. งานบริการพยาบาลห้องคลอด
4. งานบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด
5. งานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน แบ่งเป็น 4 หน่วยงาน
 - 5.1 งานผู้ป่วยในชาย
 - 5.2 งานผู้ป่วยในเด็กและหลังคลอด
 - 5.3 งานผู้ป่วยในหญิง
 - 5.4 งานผู้ป่วยในพิเศษสงฆ์อาหาร
6. งานบริการหน่วยจ่ายกลางและซักฟอก
7. งานควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล
8. ศูนย์ดูแลต่อเนื่องอำเภอขุนหาญ

4. ลักษณะโดยรวมของบุคลากรพยาบาล

มีบุคลากรในกลุ่มงานการพยาบาล มีทั้งหมด 144 คน โดยมีการจำแนกกลุ่มบุคลากรทางการพยาบาล พร้อมจำนวน อายุงาน ในแต่ละกลุ่มดังนี้

วิชาชีพ	จำนวน (คน)	อายุตัวเฉลี่ย(ปี)	อายุงานเฉลี่ย (ปี)
พยาบาลวิชาชีพ (หัวหน้างาน)	12	51.92	30.17
พยาบาลวิชาชีพ	74	35.63	13.37
เวชกิจฉุกเฉิน	5	26.25	4.25
พนักงานช่วยเหลือคนไข้	30	35.57	11.17
พนักงานบริการ	23	34.86	9.8

*พยาบาลในครีอข่าย รพ.สต. จำนวน 26 คน

การจำแนกกลุ่ม พยาบาล พร้อมจำนวน อายุนาน ในแต่ละกลุ่ม:

ช่วงอายุ (ปี)	จำนวน	ร้อยละ
55-59	12	13.19
50-54	7	7.69
45-49	10	10.99
40-44	15	16.48
35-39	9	9.89
30-34	17	18.68
23-29	21	23.08
รวม	91	100

- พยาบาลเฉพาะทาง

พยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทาง	หลักสูตร	จำนวนคน
การบริหารการพยาบาล	4 เดือน	9
วิสัญญีพยาบาล	1 ปี	6
การพยาบาลโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล	4 เดือน	1
	2 สัปดาห์	4
การพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป	4 เดือน	10
การพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน	4 เดือน	5
การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต	4 เดือน	3
การพยาบาลด้านสารเสพติด	4 เดือน	1
การพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช	4 เดือน	3
การพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่น	4 เดือน	1
การพยาบาลผู้ป่วยเด็กระบบทางเดินหายใจ	4 เดือน	1
การพยาบาลสูติศาสตร์ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง	4 เดือน	3
การพยาบาลสูติกรรม	4 เดือน	1
การพยาบาล ตา	4 เดือน	1
การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	4 เดือน	2
การพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด	4 เดือน	1

กำลังศึกษาต่อเฉพาะทาง

- ห้างผ้าตัด (๔ เดือน)
- การพยาบาลจิตเวช (๔ เดือน)

5. ผู้ใช้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียขององค์กรพยาบาล

กลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับบริการที่สำคัญและความต้องการ:

กลุ่มผู้ป่วย	ความต้องการ
- ผู้ป่วยนอก / ญาติ	ต้องการได้รับการที่สะดวกรวดเร็วปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน พร้อมทั้งได้รับทราบข้อมูล การเจ็บป่วยแผนการรักษาและการดูแลตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน การได้รับการที่เท่าเทียมกันพฤติกรรมบริการที่ดีได้รับการพิทักษ์สิทธิ์และ มีสถานที่จอดรถที่เพียงพอปลอดภัย
- ผู้ป่วยใน / ญาติ	มีความต้องการเช่นเดียวกับผู้ป่วยนอกโดยมีความต้องการเพิ่มเติมดังนี้ห้องพักหรือเตียงพักมีความ สะดวกสบายสะอาดและปลอดภัย พร้อมทั้งได้รับข้อมูลก่อนให้บริการและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และสามารถเลือกการรักษาการเตรียมความพร้อมก่อนกลับไปอยู่บ้าน
- กลุ่มผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	-ได้รับการดูแลอย่างทันที่ที่จุดเกิดเหตุ -ได้รับการตรวจที่ รวดเร็ว ปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน
- กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหอบหืด โรคหัวใจ	- ได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานที่กำหนด -ได้รับการที่สะดวก รวดเร็ว - ได้รับการบริการตามลำดับคิว - เจ้าหน้าที่เต็มใจบริการ สุภาพ ยิ้มแย้มแจ่มใส - ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ และการดูแลตนเอง
- ผู้พิการ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยสุขภาพจิต	- ได้รับสิทธิทางสังคมอย่างเหมาะสม -ได้รับความสะดวกในการเข้าถึงบริการสุขภาพ- ได้รับการฟื้นฟูตามสภาพปัญหา
- มารดาและทารก	- ต้องการความรวดเร็วปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน - การดูแลที่รวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย ตามโรคและอาการของผู้ป่วย - ได้รับการดูแลใกล้ชิด และญาติมีส่วนร่วมในการดูแลและตัดสินใจในทางเลือกในการรักษา
- ผู้ป่วยวัณโรค	- หายจากโรค ไม่แพร่กระจายเชื้อไปสู่ครอบครัวและชุมชน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยา
- โรคเอดส์	- ไม่ถูกเปิดเผยข้อมูลโดยไม่ได้รับอนุญาต- ได้รับยาต้านไวรัสตามเกณฑ์ที่เหมาะสม - อยู่กับครอบครัวและชุมชน ได้อย่างมีความสุข - อยากให้จัดบริการเสร็จในภาคเช้า และ One stop service

กลุ่มผู้รับผลงานอื่นๆ และความต้องการ:

กลุ่มผู้รับผลงาน	ความต้องการ
ครอบครัว	-ได้รับการสอนและฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเองที่บ้าน -มีส่วนร่วมในการดูแลและการตัดสินใจในการรักษา
ชุมชน	- ได้รับทราบข้อมูลทางด้านสุขภาพและโรคที่มีปัญหาในพื้นที่อย่างทันเหตุการณ์
รพศ. / รพท.	- ดูแลผู้ป่วยก่อนการส่งต่ออย่างเหมาะสม - มีการประสานแจ้งข้อมูลก่อนการส่งต่อผู้ป่วยหนักทุกครั้ง

กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆและความต้องการ:

กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ความต้องการ
กระทรวงสาธารณสุข	-โรงพยาบาลดำเนินกิจกรรมที่ตอบสนองต่อนโยบายของกระทรวง
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)	- ให้บริการสุขภาพตามมาตรฐานและสอดคล้องกับนโยบายที่กำหนด - ส่งรายงานข้อมูล สารสนเทศทันตามเวลาที่กำหนด
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	- ส่งรายงานครบถ้วน ทันตามเวลาที่กำหนด - ปฏิบัติงานตามนโยบายที่กำหนด
องค์การบริหารท้องถิ่น	โรงพยาบาลให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ชุมชนอย่างเพียงพอ โรงพยาบาลให้ความร่วมมือต่อการประสานงาน โรงพยาบาลให้การดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ ได้รับความร่วมมือในการประสานงานอย่างเป็นระบบ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)	- ได้รับการสนับสนุนด้านวิชาการและวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงานอย่างเหมาะสม
โรงเรียนในเขตรับผิดชอบ	- ได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพนักเรียนและการตรวจสุขภาพ อย่างเหมาะสม
อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน	-พัฒนาความรู้ด้านการดูแลสุขภาพให้เพียงพอ
หน่วยงานราชการในอำเภอ	- ได้รับความร่วมมือในการประสานงานอย่างเป็นระบบ
นักศึกษาฝึกงานทุกหลักสูตร	- ได้รับการสนับสนุนและความสะดวกในการฝึกประสบการณ์ในพื้นที่
สื่อมวลชน	-โรงพยาบาลให้ความร่วมมือในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร

กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ความต้องการ
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ข้าราชการ	ความก้าวหน้าในวิชาชีพได้รับการคุ้มครองจากการถูกฟ้องร้องได้รับ คำตอบแทนเหมาะสมมีระบบสวัสดิการที่เป็นธรรมมีบ้านพักได้รับการ สนับสนุนทรัพยากรที่เพียงพอการสนับสนุนจากองค์กรและได้รับการ พัฒนาศักยภาพในการทำงาน
ลูกจ้างประจำ	คำตอบแทนเหมาะสมมีความมั่นคงในหน้าที่การงานได้รับความเป็น ธรรมและการยอมรับจากองค์กรได้รับการพัฒนาศักยภาพการทำงาน ได้รับสวัสดิการและความมั่นคงในอาชีพความก้าวหน้าในตำแหน่ง
ลูกจ้างชั่วคราว	หน้าที่การฝึกอบรมตามลักษณะงานและหน้าที่ความรับผิดชอบขวัญ และกำลังใจในการทำงานการปรับขึ้นเงินเดือนอย่างเหมาะสม

6. เป้าประสงค์ในการประกันคุณภาพการพยาบาล (เชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ)

- เชิงปริมาณ

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เกณฑ์/เป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ปี 63
		2560	2561	2562	ตค.- มีค.
<u>ประสิทธิภาพของการบริหารการพยาบาล</u>					
1. ร้อยละของตัวชี้วัด ในแผนยุทธศาสตร์ ขององค์กรพยาบาลผ่านเกณฑ์	≥ 80 %	80.00	80		
2. ร้อยละของหน่วยงานบริการทางการพยาบาลใช้กระบวนการทางการพยาบาล	100%	100	100		
3.ร้อยละของหน่วยงานบริการพยาบาลผ่านการประเมินตนเองตามมาตรฐาน QA ระดับ 3 ขึ้นไป	100 %	100	100	100	100
4.บุคลากรทางการพยาบาลผ่านการประเมิน Functional competency คะแนนผ่าน	≥80 %	100	100	100	อยู่ระหว่างการประเมิน
5.ร้อยละของการตามอัตรากำลังเสริมได้ตามมาตรฐานกำหนด	≥ 90 %	เริ่มติดตามปี งบประมาณ 2562		91.13	รอหม่อมสรุป
<u>คุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการพยาบาล</u>	≥ 80 %	80.72	80.69	63.35 (จากแบบ Happy nomiter)	
6.บุคลากรพยาบาลมีความพึงพอใจในงานและบรรยากาศการทำงาน					
<u>ความปลอดภัย</u>					
7.อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล	<2 :1000วันนอน	0.55	0.56	0.30	0
8.อุบัติการณ์ผู้ป่วยบาดเจ็บจากการผูกมัด	0ราย	0	0	0	0

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เกณฑ์/เป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ปี 63
		2560	2561	2562	ตค.- มีค.
9.อุบัติการณ์การเกิดพลัดตกหกล้มของผู้ป่วย	0 ราย	1	0	3	
10. อัตราการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยที่นอนรักษาในโรงพยาบาล ต่อ 1000 วันนอน	3:1000	0	0 (0*100/394 วัน)	2*1000/ 1391	0
11. อัตราความถูกต้องของการจำแนกประเภทผู้ป่วยประเภท 3 และ 4	100%	100	100	100	100
12. อุบัติการณ์การเสียชีวิตไม่คาดหมาย	0	3	1	1	0
13. อัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผนล่วงหน้า	≤ 1 %	1.55	0.55	0.19 (8*100/ 4257)	1.29
14. ปฏิบัติตามแนวทางการให้เลือด	100 %	100	100	100	100
15. ร้อยละของผู้ป่วยประเภท 3 และ 4 ได้รับการดูแลตามมาตรฐานที่กำหนด	100%	100	100	100	100
16. LOS	3 วัน	3.31	3.14	2.76	2.70
17. อัตราครองเตียง	> 80 %	86.79	75.85	78.28	75.99
18. ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก	≥ 85 %	82.61	82.03 %	84.43	
19. ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยใน	≥ 85 %	85.12	86.57	87.51	

- **เชิงคุณภาพ**

ทีมบริหารทางการแพทย์มีการกำหนดเฉพาะหัวหน้างาน แต่เนื่องจากหัวหน้างานส่วนใหญ่อายุ > 50 ปี และบางครั้งพบว่าในช่วงที่หัวหน้างานติดภารกิจไม่ได้อยู่ประจำแผนก ส่งผลให้ขาดผู้กำกับติดตามงานที่ต่อเนื่อง จึงได้มีการทบทวนปัญหาดังกล่าวและได้มีการกำหนดบุคลากรขึ้นมาเป็นรองหัวหน้างาน โดยมีกระบวนการเตรียมความพร้อมและพัฒนาศักยภาพของรองหัวหน้างาน โดยใช้ Khunhan professional nurse's program ซึ่งมีหัวข้อในการพัฒนาด้านการวิเคราะห์และการจัดการข้อมูล เทคนิคการใช้ management by fact การใช้ 3 P ในการพัฒนางาน ทักษะการเป็นพี่เลี้ยง โดยใช้ GROW model ทักษะการนำเสนอข้อมูล และการนิเทศหน้างาน สร้างเวทีในฝึการนำเสนอเพื่อสร้างความเชื่อมั่น

ด้านการส่งเสริมการศึกษาต่อเนื่องดำเนินการตามความต้องการของศักยภาพบริการหน่วยงานและ Service plan มีกระบวนการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่องผ่านกิจกรรม Morning talk ทุกวันพฤหัสบดี

การจัดอัตรากำลัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูงหรือขาดแคลนบุคลากร

เป้าหมาย: มีอัตรากำลังที่เหมาะสมกับภาระงาน และมีความรู้ทักษะที่ดีในงานที่รับมอบหมาย

ด้านการวิเคราะห์ความเพียงพอของอัตรากำลัง องค์รพยาบาลได้ วิเคราะห์ภาระงานและอัตรากำลังที่เหมาะสมในแต่ละหน่วยงาน อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี การปรับเปลี่ยนที่เกิดขึ้นในปี 2559-2560 ดังนี้

- หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและงานผู้ป่วยนอก พบว่าเวรбая มีภาระงาน Productivity $\geq 120\%$ จึงได้เสนอขออัตรากำลังเพิ่ม และได้รับอนุมัติให้จัดพยาบาลขึ้นปฏิบัติงานเวรбаяเพิ่มขึ้น 1 คน โดยแบ่งให้ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD นอกเวลาถึง 20.00 น.) หลัง 20.00 น. ให้ปฏิบัติงานที่แผนก ER

- งานห้องคลอด เป็นหน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูง ได้รับอนุมัติให้ปรับ criteria ใหม่โดยกรณีมีคลอดและเข้าสู่ระยะ Active phase 1 ราย ให้ตามพยาบาลเสริม (อัตราส่วน 2:1)

- งานผู้ป่วยใน มีนวัตกรรมการพัฒนาโปรแกรม(เขียนโปรแกรมโดยพยาบาล) เพื่อวิเคราะห์ Productivity ที่ง่ายและเป็น Real Time ทำให้สามารถประเมินและตามอัตรากำลังเสริมได้อย่างเหมาะสม ทันเวลา และ ได้นำเกณฑ์ SOS score มาบูรณาการปรับใช้จำแนกประเภทผู้ป่วย กำหนดเกณฑ์ในการประเมินซ้ำตามมาตรฐาน และใช้กำหนดระยะเวลาชั่วโมงการพยาบาล และนำมาคำนวณ Productivity พร้อมกำหนดการตามอัตรากำลังเสริมดังนี้

- Productivity $\geq 120\%$ ตามพยาบาลเสริม เวย์ BD

- Productivity $\geq 140\%$ ตามพยาบาลเสริม 1 เวย์

- ตึกผู้ป่วยใน1(ชาย) ในปีงบประมาณ 2559 ได้วิเคราะห์ภาระงาน พบว่าในเวรбая มี Productivity $\geq 120\%$ ต้องตามพยาบาลเสริมมากถึงร้อยละ 90 (ต้องตามอัตรากำลังเสริมเกือบทุกวัน) จึงได้ขออนุมัติจัดอัตรากำลังเพิ่มในเวรбая อีก 1 คน ได้อัตรากำลังเวรбаяเพิ่มจาก 2 คน เป็น 3 คน

- ตึกผู้ป่วยใน3(หญิง) ปีงบประมาณ 2560 พบว่ามีปริมาณผู้ป่วยมากขึ้นได้วิเคราะห์ ภาระงาน พบว่าในเวรбая มี Productivity $\geq 120\%$ ต้องตามเสริมมากถึงร้อยละ 90 (ต้องตามอัตรากำลังเสริมเกือบทุกวัน) จึงได้ขออนุมัติจัดอัตรากำลังเพิ่มในเวรбая อีก 1 คน ได้อัตรากำลังเวรбаяเพิ่มจาก 2 คน เป็น 3 คน

- การตามอัตรากำลังเสริม/referที่ห้องคลอด เดิมการไป refer จากห้องคลอดจะตามพยาบาลที่อยู่เวร refer (ตามตารางเวร ที่อาจจะไม่ใช่เจ้าหน้าที่จากห้องคลอด) พบปัญหาด้านความรู้ ทักษะความชำนาญในการช่วยเหลือ จึงปรับเปลี่ยนกำหนดให้ กรณี refer คลอด ต้องตามพยาบาลห้องคลอดไปด้วย 1 คน และกรณี refer ทารกแรกเกิด ต้องมีวิสัญญีพยาบาลไปด้วย 1 คน

- การตามอัตรากำลังเสริม/referที่ ERกรณี refer ผู้ป่วย AMI กำหนดว่าต้องตามพยาบาลจาก ER ทั้ง 2 คน และกรณีผู้ป่วยประเภท 3 และ 4 ที่แพทย์พิจารณา Admit ที่ ward ช่วง 05.00 น.- 07.00 น. ซึ่งกำลังมี Ward work ไม่สามารถ monitor ผู้ป่วยได้ตามมาตรฐาน จึงกำหนดให้ ตามพยาบาลเวร refer ขึ้นมาดูแลผู้ป่วยขณะรอย้ายเข้า ward

7. บริบทเชิงกลยุทธ์ (ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ และความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์)

ปัญหาสุขภาพ

ปัญหาสุขภาพที่สำคัญในพื้นที่:

กลุ่มฉุกเฉิน ได้แก่ AMI Stroke Sepsis

กลุ่มโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ DM HT Carcinoma Senile cataract Caries of dentine Dyspepsia

กลุ่มโรคติดต่อ ได้แก่ Leptospirosis DHF Malaria Tuberculosis Acute Diarrhea

กลุ่มปัญหาสังคม ได้แก่ การตั้งครรภ์ของวัยรุ่นยาเสพติด

ปัญหาสุขภาพที่เป็นโอกาสพัฒนา:

โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ(AMI Stroke) : เป้าหมายความท้าทายคือการลดอัตราการเกิด เพิ่มการค้นหากลุ่มเสี่ยงและ early detection พัฒนาด้านการเข้าถึงบริการเมื่อเกิดอาการ พัฒนาระบบการส่งต่อโดยผู้ดูแลมีศักยภาพความชำนาญพิเศษมากกว่าการ refer ทั่วไป

โรคเมร็ง(งูน้ำตี) :เป้าหมายคือ ป้องกันและลดอัตราป่วย โดยเพิ่มการคัดกรอง เพื่อให้บำบัดรักษาเร็ว

Senile Cataract : เป้าหมายคือผู้ป่วย Blindness cataract ได้รับการลอกต้อกระจกภายในเวลาไม่เกิน 1 เดือนโดยจัดบริการแบบ Decentralize (ประสานงานกับโรงพยาบาลศรีสะเกษ จัดทีมผ่าตัดต้อกระจก มาเปิดให้บริการที่โรงพยาบาลขุนหาญ โดย อปท.มีบทบาทเป็นเจ้าภาพด้านการคัดกรองในพื้นที่)

การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น: พัฒนา/หากกลยุทธ์เพื่อลดอุบัติการณ์การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น

แนวโน้มสุขภาพเจ้าหน้าที่ BMI เพิ่มขึ้น : เป้าหมายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่มีสุขภาพดี และมีความสุข

โรคที่มีข้อจำกัดในการให้บริการ / ต้องส่งต่อ:

- โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ
- ภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์
- โรคทางศัลยกรรมทั่วไป และกระดูก
- ภาวะฉุกเฉินทางตา
- การตรวจCT scan Endoscope
- การให้ยาเคมีบำบัด
- ผู้ป่วยจิตเวชที่ต้องการการรักษาเฉพาะอย่าง

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ที่สำคัญ: ได้แก่

1. การสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชาชน (ลดการเกิดโรค NCD)ให้มีการขับเคลื่อนโดยภาคประชาชน
2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่มีสุขภาพดีและมีความสุข

ตัวอย่างผลงานการขับเคลื่อนด้านการสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชาชน (ความท้าทายข้อ 1)
งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ได้มีส่วนร่วมใน การดำเนินงานของอำเภอขุนหาญ ดำเนินงานภายใต้ DHB/พขอ.โดยดำเนินการภาคีเครือข่ายระดับอำเภอ ใช้สโลแกน “ ภาคิขุนหาญร่วมใจ ป้องกันและแก้ไข อุบัติเหตุ อุบัติภัยทางถนน ”การดำเนินกิจกรรม D-RTI ขุนหาญมีการดำเนินการภายใต้กรอบกิจกรรมทั้ง 10 องค์ประกอบการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยบริการ หน่วยกู้ชีพ เจ้าหน้าที่ อพปร. อาสาสมัคร สาธารณสุข ประชาชน นักเรียน ให้มีความรู้เพื่อยกระดับสมรรถนะการทำงานของหน่วยงานปฏิบัติด้านความปลอดภัยทางถนนให้มี ความรู้ความชำนาญในบทบาทของตนตลอดจนสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการทำงานเพื่อบูรณาการแบบสหสาขาวิชาชีพ การกระจายความช่วยเหลือด้านการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทั้งในการช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ ให้ มีโอกาสรอดชีวิตมากขึ้นหรือลดการบาดเจ็บรุนแรง จึงส่งผลให้การดำเนินการด้านป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนมีการขับเคลื่อนและเห็นผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนพบว่าจำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุและอัตราเสียชีวิตจากอุบัติเหตุลดลงในปี 2560- ถึงปัจจุบัน และผลงานผ่าน ประเมิน D-RTI ระดับ advance ระดับประเทศใน ปี2562 และผลงานวิชาการ“ภาคีเครือข่าย ขุนหาญร่วมใจ ป้องกันและแก้ไขลดอุบัติเหตุ อุบัติภัยทางถนน”ได้รับรางวัลรองชนะเลิศ ระดับประเทศในงานสัมมนาวิชาการอุบัติเหตุทางถนน ณ ศูนย์ไบเทคบางนา ปี2562

การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมภายนอก / นโยบาย:

- การเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารระดับสูง(กระทรวง กรม กอง)มีผลกระทบต่อข้อกำหนดและเปลี่ยนแปลงนโยบายสุขภาพและแนวทางการพัฒนา
- การเปลี่ยนแปลงนโยบายที่ขาดการเชื่อมต่อกับนโยบายเดิม ทำให้ส่งผลกระทบต่อข้อกำหนดที่กำหนดติดตามความสำเร็จของงาน
- การปรับเปลี่ยนระบบรายงานผ่านระบบ online โดยขาดการเตรียมความพร้อมของเครื่องมืออุปกรณ์รองรับและเตรียมความรู้ ความเข้าใจของผู้ดูแลระบบ
- ระดับกระทรวง กรม กองและส่วนภูมิภาคขาดการประสานงานและบูรณาการงานที่เกี่ยวข้องทำให้มีภาระงานมากกระทบต่อแผนการดำเนินการขององค์กร

ปัญหาสำคัญที่โรงพยาบาลพยายามแก้ไข:

- การเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย AMI Stroke ให้สามารถรับรู้อาการเตือนและเข้าถึงบริการได้ทันเวลา
- การปรับปรุงโครงสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานโครงสร้างและความปลอดภัย โดยเฉพาะห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและ TB Clinic
- การสร้างเสริมสุขภาพเจ้าหน้าที่ การส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่มีสุขภาพดีและมีความสุข

ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ที่สำคัญ:

จุดแข็งขององค์กร

- 1 ทีมนำมีศักยภาพและความมุ่งมั่นรวมถึงมีศักยภาพการดึงภาคีเครือข่ายมาร่วมทีมพัฒนา
- 2 องค์กรมีการจัดระบบบริการเพิ่มการเข้าถึงบริการที่จำเป็นตาม Essential Service สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่
- 3 มีการส่งเสริมพัฒนาบุคลากรและการสร้างบรรยากาศองค์กรการเรียนรู้
- 4 การจัดบริการแพทย์แผนไทย/แพทย์ทางเลือกที่เข้มแข็ง ครอบคลุมถึงการจัดบริการในชุมชน
- 5 มีวัฒนธรรมองค์กรที่ดี
- 6.การมีภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง
- 7.มีการบริหารงานที่โปร่งใส และมีงบประมาณที่เพียงพอ

โอกาสขององค์กร

- 1 นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า/นโยบายการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น
- 2 นโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ
- 3 นโยบายการติดตามประเมินผลการปฏิบัติงาน (Ranking) ระดับจังหวัด
- 4 ภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง
- 5 ระบบเทคโนโลยีการสื่อสารทันสมัย
- 6.ประชาชนให้ความเชื่อถือและไว้วางใจ

8 ระบบการปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กร

ระบบการพัฒนาคุณภาพ: โรงพยาบาลขุนหาญ ได้มีการจัดโครงสร้างทีมพัฒนาคุณภาพทั้งหมด 16 ทีม มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพและตามภารกิจขององค์กรในการบรรลุวิสัยทัศน์ มีคณะกรรมการแผนงานเป็นผู้ติดตามและพิจารณาผลสำเร็จขององค์กร และมีทีม Fa (QLN ต้นกล้าคุณภาพ) ในการกระตุ้นสร้างบรรยากาศการพัฒนา โดยทุกคณะมีบุคลากรกลุ่มการพยาบาลเป็นแกนหลักในการขับเคลื่อนกระบวนการ

โรงพยาบาลมีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เรื่องคุณภาพและพัฒนาองค์กร รูปแบบต่างๆและหลากหลายดังนี้

กิจกรรม	เริ่มตั้งแต่	ผลลัพธ์ / บทเรียน
ISO 9001:2000	ปี 2544	- ผ่านการรับรองจากองค์กรภายนอก (SGS) ปี 2545
HA / HPH	ปี 2545	- ผ่านการรับรองจาก สรพ. ตุลาคม 2549 และ กุมภาพันธ์ 2550ตามลำดับ - ผ่านการรับรอง Re accreditation ครั้งที่ 1 เมื่อ 23 มิถุนายน 2554 ครั้งที่ 2 เมื่อ 28 ธันวาคม 2557
5 ส.	ปี 2551	- มีการดำเนินต่อเนื่อง และตรวจประเมินภายในเดือนละ 1 ครั้ง - ผ่านการประเมินและรับรองจากองค์กรภายนอก พฤษภาคม 2552
การพัฒนาคุณภาพบริการ พยาบาลตามมาตรฐาน สำนักงานพยาบาล	ปี 2550	ประเมินตนเอง เยี่ยมประเมินภายใน และส่งตัวชีวิตให้สำนักงานการพยาบาล ผลลัพธ์ : ร้อยละของงานบริการพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพบริการพยาบาลระดับ 3 ขึ้นไป มีการพัฒนาต่อเนื่อง
การประเมินความเสี่ยงใน การทำงาน และ อาชีวอนามัย	ปี 2551	สมัครเข้าร่วมโครงการปี 51 นำมาตรฐานมาพัฒนาและประเมินตนเอง, ขอรับการประเมินจากผู้ประเมินภายนอกเมื่อตุลาคม 2552 ผลลัพธ์ : ผ่านเกณฑ์ระดับ 5
การพัฒนาคุณภาพงาน ยาเสพติด	ปี 2551	ผ่านการประเมินและได้รับการรับรองคุณภาพจากกรมสุขภาพจิตร่วมกับสรพ. ปี 2552 และ 2560
พัฒนาคุณภาพงาน ชั้นสูตร	ปี 2551	ผ่านการประเมินและได้รับการรับรองคุณภาพจาก สมาคมนักเทคนิคการแพทย์แห่งประเทศไทย ปี 2552 / 2560
พัฒนาคุณภาพงานดูแล ผู้ป่วย HIV	ปี 2550	ผ่านการประเมินและได้รับรางวัลดีเด่นด้านการจัดบริการจาก สปสช.ปี 2556

กิจกรรม	เริ่มตั้งแต่	ผลลัพธ์ / บทเรียน
พัฒนาการจัดระบบ วิศวกรรมการแพทย์ใน โรงพยาบาล	ปี 2555	ผ่านการประเมินและได้รับรางวัลด้านการบำรุงรักษา ผ่านเกณฑ์มาตรฐานวิศวกรรม การแพทย์ระดับ 4 จากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
การพัฒนาคุณภาพด้าน Clinic บริการอื่นๆ	ปี 2547	เริ่มนำ C3THER , Clinical Tracer มาใช้ในกระบวนการทบทวนการดูแลผู้ป่วย และปี 2549 เริ่มนำ Trigger Tool มาใช้
การพัฒนา case manager		มีระบบการกำกับดูแลมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยใน รพ.สต. โดยใช้ CBL และการนิเทศ งาน ส่งผลให้สามารถส่งผู้ป่วยเรื้อรังให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่ รพ.สต.
จัดกิจกรรม OD ESB Positive Thinking		จัดกิจกรรม ต่อเนื่อง Slogan ปี 2556 ที่จัดกิจกรรม “ เสริมพลังคิดบวก ”
นำ R2R พัฒนาคนพัฒนา องค์กร	ปี 2554	เริ่มจากอบรมปูพื้นฐาน ต่อมาสร้างทีมพี่เลี้ยง และปัจจุบันเปิดเป็น “ คลินิกวิจัย ” มี หน่วยให้คำปรึกษาเป็นรูปธรรม

กระบวนการประเมินผล: การติดตาม KPI (ระดับบุคคล หน่วยงาน องค์กร) และจากการสรุปผลการดำเนินงาน

กระบวนการเรียนรู้ระดับองค์กร:

วิธีการรวบรวมข้อมูล	กลุ่มเป้าหมาย	วิธีการถ่ายทอดความรู้
Suggestion : ข้อเสนอแนะ	เจ้าหน้าที่ทุกคน	เจ้าหน้าที่สามารถส่งผ่านตัวแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนกันใน เวทีการประชุมเจ้าหน้าที่
ค้นหาปัญหาจากกระบวนการ ทำงาน	เจ้าหน้าที่ทุกคน	ผ่านระบบบริหารความเสี่ยง ,ระบบการทบทวน 12 กิจกรรม ทั้ง ทบทวนภายในหน่วยงาน,และในที่ประชุมทีมงานเฉพาะด้าน
การนิเทศ,ลงเยี่ยมหน่วยงาน, Round	ทีมงานเฉพาะด้าน	นิเทศข้างเตียง ระบบพี่เลี้ยง Subhead round และแนะนำหน้างาน
การประชุม Morning talk	ผู้อำนวยการและทีม บริหารกลุ่มการ พยาบาล	ประชุมทุกเช้าวันอังคาร ปัจจุบันเปลี่ยนเป็นพฤษภาคม ช่วงเวลา 07.30 – 08.30 น.โดยประมาณ
การรวบรวมองค์ความรู้	ผู้เชี่ยวชาญ และ เจ้าหน้าที่ทุกคน	จัดอบรมให้ความรู้ เรื่องเล่า R2R /เวทีเรื่องเล่า / ห้องเรียนคุณภาพ ทุกวันศุกร์

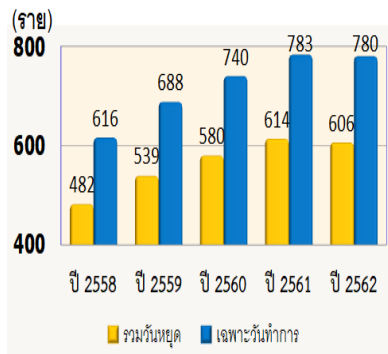
วิธีการรวบรวมข้อมูล	กลุ่มเป้าหมาย	วิธีการการถ่ายทอดความรู้
มหกรรมคุณภาพ	เจ้าหน้าที่ทุกระดับ 100%	จัดกิจกรรมสื่อความรู้จากผู้เชี่ยวชาญทั้งภายใน และภายนอก ในรูปแบบการบรรยาย, นิทรรศการ, Oral Presentation ซึ่งมีการจัด มหกรรมคุณภาพของ CUP ขุนหาญทุกปี

กระบวนการร้งานวัตกรรม :

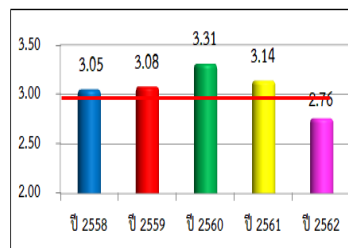
- ผู้บริหารส่งเสริมและจูงใจให้บุคลากรได้สร้างนวัตกรรมเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยสนับสนุน ดังนี้
- กำหนดเป็นนโยบายของโรงพยาบาลให้ทุกหน่วยงานมีการทำผลงาน วิชาการ CQI ผลงาน นวัตกรรม อย่างน้อย 1 เรื่องต่อปี
- จัดอบรม R to R ให้กับบุคลากรใน CUP ขุนหาญ
- ส่งเจ้าหน้าที่เข้าเรียนรู้ในเวทีการนำเสนอผลงานระดับต่างๆ ตั้งแต่ มหกรรมคุณภาพใน CUP ขุนหาญ ระดับจังหวัด ระดับเขต ระดับกระทรวง และในเวที HA Forum ทุกปี
- เสริมพลังให้กับบุคลากร/หน่วยงานที่มีผลงาน
- มีเวทีในการเผยแพร่นวัตกรรมให้กับบุคลากรใน CUP ขุนหาญ โดยมีนโยบายให้จัดมหกรรมคุณภาพทุกปี

9. สถิติการให้บริการที่สำคัญขององค์กร

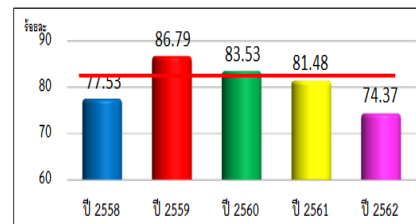
แนวโน้มจำนวนผู้มารับบริการผู้ป่วยนอกเฉลี่ยต่อวัน



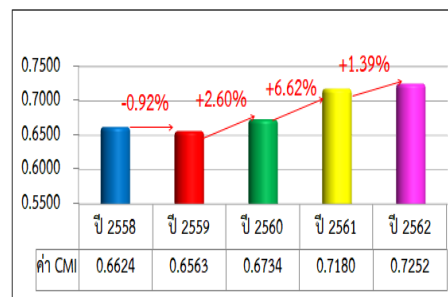
แนวโน้มระยะเวลาวันนอนเฉลี่ย



แนวโน้มอัตราครองเตียงผู้ป่วยใน



สรุปค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ผู้ป่วยในโดยเฉลี่ย (CMI) แยกรายปี



ที่มา : ข้อมูลจากฐานข้อมูล Himpro ณ 30 กันยายน 2562

2. ส่วนสาระ: ผลการดำเนินการ

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	รายชื่อของเอกสาร/ หลักฐานประกอบอื่นๆ										
หมวด 1 การนำองค์กร Purpose : เพื่อกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และถ่ายทอดไปยังบุคลากรพยาบาลทุกระดับ นำไปปฏิบัติอย่างมีจริยธรรม สร้างนวัตกรรม และการสร้างสัมพันธภาพที่ดีในการทำงาน Process: องค์กรพยาบาลได้วิเคราะห์การบริการ SWOT ANALYSIS นำปัญหามาร่วมกันกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม โดยอยู่ภายใต้กฎหมาย จริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ Performance : 1.1 วิสัยทัศน์ พันธกิจ และค่านิยม วิสัยทัศน์ (vision) องค์กรพยาบาล บริการดุจญาติมิตร มีคุณภาพ ประชาชนสุขภาพดี บุคลากรมีความสุข พันธกิจ (mission) - ส่งเสริมและสนับสนุนให้หน่วยงานจัดสภาพแวดล้อมในการทำงานโดยยึดหลัก 5 ส. - จัดระบบบริการให้ได้มาตรฐาน - พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ คู่มือทางการพยาบาล ปรับปรุงและพัฒนางานด้านคุณภาพการพยาบาล - ส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชน - ส่งเสริมสนับสนุนคุณธรรม จริยธรรมและคุณค่าแห่งวิชาชีพมาพัฒนาพฤติกรรมบริการให้เป็นที่ประทับใจแก่ผู้มารับบริการและเพื่อนร่วมงาน - ส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพบุคลากร (ให้ ดี สุข เก่ง) ค่านิยม (Core values): V - R - H O S - T E A M (ฟ้องเสียง : วี อาร์ ฮอส ทีม) <table> <tr> <td>V: Visionary Leadership</td><td>(นำอย่างมีวิสัยทัศน์)</td></tr> <tr> <td>R: Results & Creating Value</td><td>(เน้นผลลัพธ์สร้างคุณค่า)</td></tr> <tr> <td>H: Humanized Care</td><td>(บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์)</td></tr> <tr> <td>O: Organization & Personal Learning</td><td>(องค์กรการเรียนรู้)</td></tr> <tr> <td>S: Social Responsibility</td><td>(รับผิดชอบต่อสังคม)</td></tr> </table>	V: Visionary Leadership	(นำอย่างมีวิสัยทัศน์)	R: Results & Creating Value	(เน้นผลลัพธ์สร้างคุณค่า)	H: Humanized Care	(บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์)	O: Organization & Personal Learning	(องค์กรการเรียนรู้)	S: Social Responsibility	(รับผิดชอบต่อสังคม)	-แผนกลยุทธ์ของ โรงพยาบาล/ องค์กร พยาบาล -ป้ายประกาศวิสัยทัศน์ พันธกิจองค์กรพยาบาล -Website โรงพยาบาล
V: Visionary Leadership	(นำอย่างมีวิสัยทัศน์)										
R: Results & Creating Value	(เน้นผลลัพธ์สร้างคุณค่า)										
H: Humanized Care	(บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์)										
O: Organization & Personal Learning	(องค์กรการเรียนรู้)										
S: Social Responsibility	(รับผิดชอบต่อสังคม)										

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	รายชื่อของเอกสาร/ หลักฐานประกอบอื่นๆ
T: Teamwork & Trust (การทำงานเป็นทีม และ ความไว้วางใจ) E: Empowerment & Evidence- based Approach (เสริมพลัง+ยึดหลักวิชาการ) A: Agility & Accountability (คล่องตัว และ ความถูกต้องเชื่อถือได้) M: Managements by Fact & Managing for Innovation (ตัดสินใจด้วยข้อเท็จจริงและเน้นนวัตกรรม)	
1.2 การสื่อสารและผลการดำเนินการ ช่องทางในการสื่อสาร - ประชุมองค์กรพยาบาล แยก พยาบาล พนักงานช่วยเหลือคนไข้ และพนักงานบริการ - ประชุมหน่วยงานทุกเดือน - Morning Talk ทุกวันพฤหัสบดี - Line group Nurse - หนังสือเวียน	-วาระการประชุม -ภาพกิจกรรม -Line group -หนังสือเวียน
1.3 การกำกับดูแลองค์กรพยาบาล เป้าหมาย : เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลให้บริการผู้ป่วยตามมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ การกำกับดูแลมาตรฐาน 1.กำหนดนโยบายให้บุคลากรให้บริการตามมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ 2.จัดทำและสื่อสารมาตรฐานการปฏิบัติงานให้พยาบาลทราบได้แก่ การให้เลือด การให้สารน้ำ การรับผู้ป่วยในใหม่ การประเมินSIR และ SOS Score Patient safety goal กำหนดให้มีระบบกำกับติดตามโดยหัวหน้างานทุกเช้า ,พยาบาลเวรนิเทศทุกวันตอนเย็น และทีมรองหัวหน้างาน Round สัปดาห์ ส่งผลให้การปฏิบัติตามมาตรฐานและปฏิบัติตามข้อตกลงที่สำคัญทำได้ตามมาตรฐานกำหนด 3. จัดให้มีเวที “Morning Talk” ทุกเช้าวันพฤหัสบดี (7.00-8.30 น.) อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นเวทีที่แจ้งข่าวสาร สื่อสารระหว่างผู้บริหารกับหัวหน้างาน พูดคุยกันระหว่างหัวหน้างาน/รองหัวหน้างาน สื่อสารเรื่องของคุณภาพและเป็นเวทีฝึกให้หัวหน้างาน/รองหัวหน้างาน มีทักษะการนำเสนอโดยผ่านสารคดี 5 นาที การจัดกิจกรรมนี้พบว่าการพูดคุยกันบ่อยขึ้นและเกิดการติดตามงานตามมาตรฐานต่างๆอย่างเป็นระบบ ตัวอย่างผลจากเวที	-คู่มือ/แนวทางการปฏิบัติงานจริยธรรมจรรยาวิชาชีพ -WI แนวทางการจัดการข้อร้องเรียนการปฏิบัติงาน -คู่มือการปฐมนิเทศองค์กรพยาบาล -เอกสารแสดงผลด้านการจัดการข้อร้องเรียน -สรุปผลการดำเนินงานประจำปี

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	รายชื่อของเอกสาร/ หลักฐานประกอบอื่นๆ																																								
Morning talk ส่งผลให้เกิด นวัตกรรมเรื่อง “โปรแกรมแยกประเภทผู้ป่วยและการคำนวณภาระงานReal Time” ทำให้ลดข้อขัดแย้งด้านการบริหารอัตรากำลัง(เวรนิเทศพอใจเจ้าหน้าที่พอใจ) อัตรากำลังของเจ้าหน้าที่เหมาะสมกับภาระงาน ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพบริการและมาตรฐานการดูแล นอกจากนี้ยังพบว่าระบบการติดตามการนิเทศด้านคลินิกมีความชัดเจนเป็นรูปธรรม เช่น การติดตามประเมินความถูกต้องเหมาะสมในการแยกประเภทผู้ป่วยการพยาบาลขณะให้เลือด การให้ยาเสี่ยง การรับ Order การรายงาน Lab วิกฤต การจัดการอาการรบกวน ทั้งหมดเหล่านี้ทำให้มั่นใจต่อการประกันคุณภาพการดูแล ซึ่งการประเมินผลการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน ผลลัพธ์ ดังนี้ <table><tr><th rowspan="2">ข้อมูล/ตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">เกณฑ์/ เป้าหมาย</th><th colspan="4">ปีงบประมาณ</th></tr><tr><th>2561</th><th>2562</th><th>2564</th><th>ต.ค. พค</th></tr><tr><td>1.การจำแนกประเภทผู้ป่วยและการประเมินซ้ำ</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td></tr><tr><td>2.การปฏิบัติตามแนวทางการให้เลือด</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td></tr><tr><td>3. การปฏิบัติตามแนวทางยาเสี่ยงสูง</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td></tr><tr><td>4.การรายงาน Labวิกฤตทันเวลา</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td></tr><tr><td>5.การดูแลผู้ป่วย Sepsisตามมาตรฐาน</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>98.66</td></tr></table>	ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เกณฑ์/ เป้าหมาย	ปีงบประมาณ				2561	2562	2564	ต.ค. พค	1.การจำแนกประเภทผู้ป่วยและการประเมินซ้ำ	100	100	100	100	100	2.การปฏิบัติตามแนวทางการให้เลือด	100	100	100	100	100	3. การปฏิบัติตามแนวทางยาเสี่ยงสูง	100	100	100	100	100	4.การรายงาน Labวิกฤตทันเวลา	100	100	100	100	100	5.การดูแลผู้ป่วย Sepsisตามมาตรฐาน	100	100	100	100	98.66	
ข้อมูล/ตัวชี้วัด			เกณฑ์/ เป้าหมาย	ปีงบประมาณ																																					
	2561	2562		2564	ต.ค. พค																																				
1.การจำแนกประเภทผู้ป่วยและการประเมินซ้ำ	100	100	100	100	100																																				
2.การปฏิบัติตามแนวทางการให้เลือด	100	100	100	100	100																																				
3. การปฏิบัติตามแนวทางยาเสี่ยงสูง	100	100	100	100	100																																				
4.การรายงาน Labวิกฤตทันเวลา	100	100	100	100	100																																				
5.การดูแลผู้ป่วย Sepsisตามมาตรฐาน	100	100	100	100	98.66																																				
การกำกับดูแลด้านจริยธรรมวิชาชีพ การกำกับดูแลจริยธรรมวิชาชีพ มีการออกแบบการควบคุมกำกับโดยการนำพฤติกรรมบริการ การมาปฏิบัติงานให้ตรงต่อเวลา ความซื่อสัตย์ การเป็นแบบอย่างที่ดีในการทำงานและด้านสุขภาพ การร่วมกิจกรรมต่างๆขององค์กร มาเป็นเกณฑ์ในการประกอบการพิจารณาความดีความชอบ ซึ่งเจ้าหน้าที่ทุกคนรับทราบ และพบว่าใช้ได้ผลได้รับการยอมรับ <u>การส่งเสริมด้านคุณธรรมจริยธรรม</u> หวานเมธิตพันธ์ดีเพื่อการเติมโตและขยายผล ได้ดำเนินการเชิญบุคลากรที่ทำความดี เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดี จนเกิดผลลัพธ์เป็นที่ประจักษ์ ดังนี้																																									

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง		รายชื่อของเอกสาร/ หลักฐานประกอบอื่นๆ
นางสาวสุนทรียา ไสว	พยาบาลดีเด่นระดับหัวหน้าพยาบาล ขององค์กรพยาบาล จังหวัดศรีสะเกษ และพยาบาลดีเด่นระดับหัวหน้ากลุ่มงาน ของมูลนิธิสาธารณสุข	
นางสาวธิราภรณ์ อุ่นแก้ว	- พยาบาลดีเด่น สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยสาขา บริการพยาบาล ด้านผู้ปฏิบัติการพยาบาล - ผู้บริหารการพยาบาลดีเด่น สมาคมบริหารการพยาบาล สาขาบริหารการพยาบาลระดับทุติยภูมิ - พยาบาลดีเด่น สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวง สาธารณสุข ประเภทผู้ปฏิบัติการพยาบาล - พยาบาลดีเด่นระดับหัวหน้างานของมูลนิธิสาธารณสุข - รางวัลคนดีศรีสาธารณสุข ระดับจังหวัด - รางวัลบุคคลต้นแบบด้านการพยาบาลขององค์กรพยาบาล จังหวัดศรีสะเกษ	
นางเพ็ญศรี นรินทร์	พยาบาลดีเด่นระดับปฏิบัติ ของมูลนิธิสาธารณสุขและ พยาบาลดีเด่นระดับปฏิบัติ ขององค์กรพยาบาลในจังหวัด ศรีสะเกษ	
นางจันทร์หา อุบมัย	รางวัลเรื่องเล่าดีเด่นในระดับจังหวัดและระดับเขต	
<u>การส่งเสริมคุณธรรมอื่นๆ</u> - มีกิจกรรมส่งเสริมให้บุคลากรในหน่วยงานได้เสียสละเวลาออกให้บริการรับบริจาคโลหิตทุกเดือนโดยไม่คิดค่าตอบแทน - มีการปลูกฝังจิตสำนึกที่ดีในการบริการ ผ่านการปฎิญาณตนทุกเข้าก่อนปฏิบัติงาน ดังนี้ “วันนี้ เราจะมีสติ และจิตสำนึกของผู้ให้บริการที่ดี ทั้งกาย วาจา ใจ ยินดี และเต็มใจ ช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นทุกข์” ซึ่งช่วยสร้าง/ปลูกจิตสำนึกให้เจ้าหน้าที่ มี จิตใจใฝ่บริการ - มีแนวทางปฏิบัติด้านมาตรฐานวิชาชีพและจรรยาบรรณการพยาบาลซึ่งกำหนดให้ ปฏิบัติ ตามกฎหมายรัฐธรรมนูญโดยเน้นให้การพยาบาลทุกคนเท่าเทียมกัน ไม่ เลือกปฏิบัติ ดิดประกาศสิทธิผู้ป่วย การติดชื่อผู้ป่วยที่ข้อมือ การขออนุญาตก่อน การกระทำใดๆ ต่อร่างกาย การให้ผู้ป่วย รับทราบข้อมูล ที่เกี่ยวกับความ จำเป็นต่อการรักษา		

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	รายชื่อของเอกสาร/ หลักฐานประกอบอื่นๆ
การปฏิบัติตัวในโรคที่ป่วย ตลอดจนการยินยอมรับการรักษา การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการนอนรักษาในโรงพยาบาล เป็นต้น จากปีที่ผ่านมาพบอุบัติการณ์ ความไม่เหมาะสมด้านจริยธรรมวิชาชีพ 2 ครั้งดังนี้ เหตุการณ์ที่ 1 พยาบาลไม่ได้ให้ข้อมูล เรื่องการย้ายผู้ป่วยเข้าห้องพิเศษ ทำให้เกิดข้อร้องเรียน face book 1 ครั้ง เกี่ยวกับการย้ายเข้าห้องพิเศษล่าช้า องค์กรพยาบาลได้นำปัญหา มาทบทวนในเวที Morning talk และได้ข้อสรุปเพื่อเป็นแนวปฏิบัติ ดังนี้ - กำหนดเวลาเตรียมห้องพิเศษให้แล้วเสร็จภายในไม่เกิน 5 ชม.(สำหรับการทำความสะอาดห้องหลังผู้ป่วยเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ) และแจ้งระยะเวลารอคอยให้ผู้ป่วยและญาติ รับทราบ - กำหนดการรอบข้อมูลที่ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบ พร้อมจัดทำเอกสารวางไว้ที่หน้าเตียงเพื่อให้ผู้ป่วยหยิบอ่านได้ง่ายขึ้น เหตุการณ์ที่ 2 พยาบาลพูดกับผู้รับบริการไม่ไพเราะ องค์กรพยาบาล ได้เชิญญาติมาพูดคุยเพื่อหาสาเหตุของความ ไม่พึงพอใจ ซึ่งพบว่าเจ้าหน้าที่ได้พูดกับผู้ป่วยไม่เพราะจริง จึงได้ว่ากล่าวตักเตือน ให้เจ้าหน้าที่ปรับวิธีการพูด/การสื่อสารที่ดีเพื่อลดการเกิดข้อร้องเรียนดังกล่าวซ้ำ	
การนิเทศกำกับดูแลการปฏิบัติการพยาบาล เป้าหมาย (Purpose) 1. ทิมนำทางการพยาบาล มีความรู้ ความสามารถและมีประสบการณ์ทั้งด้านการบริหารและการปฏิบัติ 2. เพื่อติดตาม ช่วยเหลือและประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล กระบวนการกำกับดูแลการปฏิบัติพยาบาล (Process) กำหนดระบบในการนิเทศงานทางการพยาบาลโดยแบ่งการนิเทศออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1. การนิเทศโดยหัวหน้าพยาบาล: กำหนดให้เดินตรวจสภาพความเรียบร้อยของสถานที่ บุคคลรับเรื่องราวที่เป็นปัญหาจาก ผู้ปฏิบัติงาน และตรวจสอบความพร้อม อัตรากำลังใจที่ขึ้นปฏิบัติงานในแต่ละเวร 2. การนิเทศโดยเวรตรวจการนอกเวลาราชการ: กำหนดให้มีการนิเทศการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด เช่น การจำแนกประเภทประเภทผู้ป่วย การประเมินซ้ำ การให้เลือด การให้ยาเสียง การจัดการอาการรบกวน การรายงาน Lab วิกฤต การรับ Order การตามอัตรากำลังใจเสริม เป็นต้น	-คู่มือการนิเทศเวรตรวจการ -คู่มือการนิเทศรายโรค -สรุปผลการประเมินคุณภาพประจำเดือน

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง						รายชื่อของเอกสาร/ หลักฐานประกอบอื่นๆ																																																							
3. การนิเทศโดยหัวหน้าตึกและผู้ช่วยหัวหน้าตึก : โดยกระบวนการ Morning talk ประเด็นปัญหาที่พบจากเวร บ่ายและเวรตึก รวมทั้งความเสี่ยงที่พบ จากนั้นนิเทศข้างเตียง ประเมินความถูกต้อง ความครอบคลุม ในการประเมิน และได้มีการกำกับให้ทีมปฏิบัติการตามแนวทาง การรับ- เวร การให้และการบันทึกการให้สารน้ำเช่น การติดป้าย การให้สารน้ำ ปริมาณการได้รับสารน้ำของผู้ป่วยแต่ละราย การเฝ้าระวัง O2sat และการลงบันทึก การให้เลือด การจำแนกประเภทผู้ป่วย และการประเมินซ้ำ																																																													
ตารางแสดง ผลการติดตามการประเมิน O2 sat ในผู้ป่วยหอบและซึม ระหว่างเดือน ตุลาคม 2560- มีนาคม 2563 มีดังตารางต่อไปนี้ <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">หน่วยงาน</th><th colspan="2">ปี2560</th><th colspan="2">ปี2561</th><th colspan="2">ปี2562</th><th colspan="2">ปี2563 (ต.ค.-มี.ค.)</th></tr> <tr> <th>จำนวน</th><th>ร้อยละ</th><th>จำนวน</th><th>ร้อยละ</th><th>จำนวน</th><th>ร้อยละ</th><th>จำนวน</th><th>ร้อยละ</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ward1</td><td>NA</td><td>NA</td><td>110</td><td>100</td><td>78</td><td>100</td><td>39</td><td>100</td></tr> <tr> <td>Ward2</td><td>NA</td><td>NA</td><td>63</td><td>100</td><td>89</td><td>100</td><td>29</td><td>100</td></tr> <tr> <td>Ward3</td><td>NA</td><td>NA</td><td>120</td><td>100</td><td>135</td><td>100</td><td>79</td><td>100</td></tr> <tr> <td>ตึกสงฆ์</td><td>NA</td><td>NA</td><td>4</td><td>100</td><td>4</td><td>100</td><td>3</td><td>100</td></tr> </tbody> </table> (ข้อมูล ณ 31 มีนาคม 2563 ที่มา : ฐานข้อมูลการติดตาม PSG กลุ่มการพยาบาล) พบว่า ไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดเพียงครั้งแรกที่มีการสุ่มประเมิน หลังจากได้สื่อสารทำความเข้าใจ พบว่าเจ้าหน้าที่ทำได้ดีตามมาตรฐาน						หน่วยงาน	ปี2560		ปี2561		ปี2562		ปี2563 (ต.ค.-มี.ค.)		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	Ward1	NA	NA	110	100	78	100	39	100	Ward2	NA	NA	63	100	89	100	29	100	Ward3	NA	NA	120	100	135	100	79	100	ตึกสงฆ์	NA	NA	4	100	4	100	3	100			
หน่วยงาน	ปี2560		ปี2561		ปี2562		ปี2563 (ต.ค.-มี.ค.)																																																						
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ																																																					
Ward1	NA	NA	110	100	78	100	39	100																																																					
Ward2	NA	NA	63	100	89	100	29	100																																																					
Ward3	NA	NA	120	100	135	100	79	100																																																					
ตึกสงฆ์	NA	NA	4	100	4	100	3	100																																																					

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง							รายชื่อของเอกสาร/ หลักฐานประกอบอื่นๆ																																																						
ผลการติดตามการประเมินเฝ้าระวัง Early warning sign ในผู้ป่วยประเภท 3-4 ระหว่างเดือน ตุลาคม 2560 - มีนาคม 2563 มีดังตารางต่อไปนี้ <table> <tr> <th rowspan="2">หน่วยงาน</th><th colspan="2">ปี2560</th><th colspan="2">ปี2561</th><th colspan="2">ปี2562</th><th colspan="2">ปี2563 (ต.ค.-มี.ค.)</th></tr> <tr> <th>จำนวน</th><th>ร้อยละ</th><th>จำนวน</th><th>ร้อยละ</th><th>จำนวน</th><th>ร้อยละ</th><th>จำนวน</th><th>ร้อยละ</th></tr> <tr> <td>Ward1</td><td>NA</td><td>NA</td><td>149</td><td>100%</td><td>321</td><td>100%</td><td>39</td><td>100%</td></tr> <tr> <td>Ward2</td><td>NA</td><td>NA</td><td>43</td><td>100%</td><td>118</td><td>100%</td><td>30</td><td>100%</td></tr> <tr> <td>Ward3</td><td>NA</td><td>NA</td><td>121</td><td>100%</td><td>308</td><td>100%</td><td>79</td><td>100%</td></tr> <tr> <td>ตึกสงฆ์</td><td>NA</td><td>NA</td><td>2</td><td>100%</td><td>8</td><td>100%</td><td>3</td><td>100%</td></tr> </table> (ข้อมูล ณ 31 มีนาคม 2563 ที่มา :ฐานข้อมูลการติดตาม PSG กลุ่มการพยาบาล) พบว่า พยาบาลมีการติดตามเฝ้าระวัง Early warning sign ในระยะการติดตามเบื้องต้นพบว่า หอผู้ป่วยใน 2 ยังปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวังไม่ครบถ้วน ได้มีการสื่อสารกลับให้หัวหน้างานและเจ้าหน้าที่รับทราบ ต่อมาหลังจากมีระบบกำกับติดตามต่อเนื่องทุกวัน ส่งผลให้ตั้งแต่เดือน ธันวาคม 2560 เป็นต้นมา พยาบาลปฏิบัติตามแนวทางเฝ้าระวัง Early warning 100 % ทุกหอผู้ป่วย							หน่วยงาน	ปี2560		ปี2561		ปี2562		ปี2563 (ต.ค.-มี.ค.)		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	Ward1	NA	NA	149	100%	321	100%	39	100%	Ward2	NA	NA	43	100%	118	100%	30	100%	Ward3	NA	NA	121	100%	308	100%	79	100%	ตึกสงฆ์	NA	NA	2	100%	8	100%	3	100%		
หน่วยงาน	ปี2560		ปี2561		ปี2562			ปี2563 (ต.ค.-มี.ค.)																																																					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ																																																					
Ward1	NA	NA	149	100%	321	100%	39	100%																																																					
Ward2	NA	NA	43	100%	118	100%	30	100%																																																					
Ward3	NA	NA	121	100%	308	100%	79	100%																																																					
ตึกสงฆ์	NA	NA	2	100%	8	100%	3	100%																																																					

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	รายชื่อของเอกสาร/ หลักฐานประกอบอื่นๆ
บทเรียนจากการนิเทศกำกับการปฏิบัติพยาบาลของเวรนิเทศ 1.พบว่าพยาบาลแยกผู้ป่วยเชื้อดื้อยาที่ส่งกลับจาก รพ.ศรีสะเกษเพื่อให้รับยา ATB ต่อพยาบาลจัดแยกผู้ป่วยนอนที่ห้องพิเศษ (เพื่อแยกโรค) ซึ่งเป็นความเข้าใจไม่ถูกต้อง เนื่องจากรายนี้สามารถแพร่กระจายโดยการ Contact สามารถดูแลใน Zone ที่กำหนดได้ ไม่ต้องเสียห้องพิเศษ 1 ห้อง (สูญเสียรายได้) การแก้ไขเชิงระบบ : IC ทำตารางการดูแลและการจัด โชนผู้ป่วยเชื้อดื้อยา ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อโดย จัดรูปภาพตำแหน่งเตียงแจกให้หอผู้ป่วยใน1-3 เพื่อให้ดูง่ายขึ้น 2.พบว่าการดูแลป้อน อาหารผู้ป่วยที่ผูกยึด มีการปรับระดับหัวเตียงต่ำกว่ามาตรฐานเสี่ยงต่อการสำลัก เนื่องจากการผู้ยึดกับเหล็กข้างเตียง ทำให้รั้ง ปรับเตียงขึ้นไม่ได้ จึงทบทวนและปรับวิธีการผู้ยึดผู้ป่วยให้เหมาะสม และพบว่าการทำความสะดวกปากและฟันไม่สะอาดมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ เน้นให้หัวหน้าตึกกำกับติดตามอย่างใกล้ชิด 3.พบว่าพยาบาลมีการบันทึก Pain score ในฟอร์มปรอทไม่ต่อเนื่อง จึงได้เพิ่มประเด็นให้เวรนิเทศกำกับติดตามการปฏิบัติ นำสู่การออกแบบบันทึก สำหรับเวรนิเทศให้ง่ายต่อการกำกับติดตาม สะดวกในการสรุปและรายงานผล บทเรียนเกี่ยวกับการส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย: กลุ่มการพยาบาลมีการเชื่อมประสานการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่และผู้ใช้บริการอื่นๆ โดยมีตัวแทนกรรมการเข้าไปมีส่วนร่วมในทีมงานความเสี่ยง PCT PTC IC IM HRD ENV เพื่อกำหนดเป้าหมายและทิศทางการดำเนินงานร่วมกัน และมีการนำข้อมูลอุบัติการณ์ต่างๆมาทบทวน ปรับปรุงมาตรฐาน แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ซ้ำ ส่งผลให้มีการปรับปรุงการเฝ้าระวังตกลือดหลังคลอด , การเฝ้าระวังเพื่อ Early detection intrauterine asphyxia , การพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้ป่วย sepsis , การ Identify การป้องกันผ้าตัดผิดข้างในผู้ป่วยผ้าตัดต่อกระจก ,การนำระบบ Lean มาใช้ในการปรับปรุงบริการในหอผู้ป่วยทุกหอ และมีการส่งเสริมความรู้ทักษะที่สำคัญและจำเป็นที่ส่งผลต่อความปลอดภัยโดยจัดอบรมฟื้นฟูความรู้ทักษะที่จำเป็นให้บุคลากรทุกระดับเช่น การอบรม ความรู้ทักษะ IC ,ทักษะ CPR ซึ่งในปี 2560 ได้เพิ่มทักษะการใช้เครื่อง AED, ความรู้ RDU เป็นต้น นอกจากนี้ได้ให้หัวหน้าเวรแต่ละหน่วยงานได้มีการรายงานความเสี่ยงที่พบในแต่ละเวร และมีการสรุปสิ่งที่เกิดขึ้นในเวรส่ง ในไลน์กลุ่มของหน่วยงานเพื่อให้หัวหน้าและ	

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	รายชื่อของเอกสาร/ หลักฐานประกอบอื่นๆ
สมาชิกในหน่วยงานรับทราบ ตัวอย่างที่ดีที่มีการดำเนินการสม่ำเสมอคือ ER ซึ่งทุกเช้าหัวหน้า/รองหัวหน้า จะนำความเสี่ยงที่พบจากการรายงานมีพุดคุยเพื่อหาแนวทางแก้ไขป้องกัน ตัวอย่างความเสี่ยงที่ได้นำมาแก้ไขในเชิงระบบได้แก่ ระบบการสื่อสารผู้ป่วยนัดฉีด ATB ต่อเนื่องที่ ER , ระบบยา Admit , การส่ง Lab คำนวณ E'lyte ในผู้ป่วย arrest ก่อนถึงและ COP ที่ ER เป็นต้น - บทเรียนการกำกับติดตาม PSG โดย พยาบาลเวรตรวจการ และ Subhead : จากการที่ทีมบริหารกลุ่มการพยาบาลได้มีกิจกรรมให้ทีม Subhead ได้ Round กำกับติดตาม ประเด็น ความถูกต้องการประเมินแยกประเภท การ Monitor Early warning sign , การให้เลือด ,การรายงาน/จัดการ Lab วิกฤต , การประเมิน Sirs score ,การใช้ Alvarado score , การเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ Emergency , การติดตามการจัดการอาการรบกวน การติดตามการรับ Order ทางโทรศัพท์ ซึ่งเริ่มดำเนินการ เดือน พ.ค. 2560 พบว่าในช่วงเดือน แรก การปฏิบัติยังไม่เป็นไปตามที่กำหนด แต่หลังจากเดือน ก.ค.2560 เป็นต้นมา พบว่าการปฏิบัติตาม PSG ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีเพียงประเด็นเรื่องการติดตามให้แพทย์ได้เซ็นกำกับ Order ทางโทรศัพท์ ที่ยังทำไม่ได้ 100 % ตามเป้าหมายกำหนด ได้แจ้งประธานองค์กรแพทย์นำเข้าแจ้งแพทย์รับทราบเพื่อดำเนินการให้ได้ตามมาตรฐาน นอกจากนี้ได้เรียนรู้ความแตกต่างระหว่าง กระบวนการติดตาม ของ พยาบาลเวรนิเทศ และ พยาบาล Subhead พบว่าบรรยากาศของการติดตามของ Sub head มีความผ่อนคลาย (ผู้นิเทศและผู้ปฏิบัติใกล้ชิด เข้าใจกันบริบทการทำงานซึ่งกันและกัน) บุคลากรทางการพยาบาลให้ความร่วมมือในการกำกับดูแลเพื่อการพัฒนา - บทเรียนด้านการส่งเสริมให้หัวหน้าหน่วยงานได้ติดตามและรายงานประเด็นสำคัญ : ช่วงเช้าทุกวัน กำหนดให้หัวหน้ารายงานผลในห้องกลุ่มไลน์ ของ Supervisor เช่น การกำกับเรื่องการติดตามผู้ป่วยหอบและซึม ให้หัวหน้ารายงานว่าในหอผู้ป่วยมีคนไข้หอบกี่คน พร้อมผลการติดตาม ออกซิเจน sat แต่ละราย ทุกวัน กระบวนการนี้เป็นอีกวิธีการที่ช่วยกระตุ้น ส่งเสริมให้เกิดการเฝ้าระวังเพื่อความปลอดภัย - บทเรียนเรื่องการส่งเสริมการล้างมือ : จากการสนับสนุนให้ทุกจุดมีอุปกรณ์ Alcohol hand rub ให้เพียงพอ เน้นให้ล้างมือ 5 moment พบว่ายังใช้ไม่ได้ผลนัก จึงได้มีการรณรงค์ที่ OPD ER ในการรณรงค์ โดยการเสริม ให้มีการล้างมือทั้งเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยและญาติ ช่วง 10.00 น. และ 14.00 น. (ก่อนวัด V/S) โดยให้พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้เป็นผู้รับผิดชอบในการจัดกิจกรรม พบว่าสามารถกระตุ้นให้เกิดการล้างมือมากขึ้น และ	

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	รายชื่อของเอกสาร/ หลักฐานประกอบอื่นๆ
1.การจัดให้เรียนรู้งานโดยมีพยาบาลพี่เลี้ยง โดยกำหนดให้พี่เลี้ยง ให้คำปรึกษา แนะนำ หรือสอนงาน 2.กำหนดให้มีการเก็บสมรรถนะในการปฏิบัติงาน มีคู่มือในการเก็บประสบการณ์ในการฝึกงานในแต่ละหน่วย ส่งผลให้พยาบาลที่จบใหม่มีความรู้และมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น สำหรับพนักงานช่วยเหลือคนไข้ ที่ได้รับมอบหมายให้ช่วยเหลือการปฏิบัติการพยาบาลในด้านการวัดสัญญาณชีพและการให้ยาพาราเซตามอลแก่ผู้ป่วยนั้น ได้มีการฝึกทักษะด้านการวัดสัญญาณชีพและให้ความรู้เรื่องหลักการให้ยาพาราเซตามอล ก่อนการประจำการ มีการประเมินความรู้โดยการสอบในระหว่างประจำการทุกๆปี และมีการควบคุมกำกับกับการปฏิบัติการโดยพยาบาลวิชาชีพ ของแต่ละหน่วยงาน ผลการดำเนินการ (Performance) ที่ผ่านมาพบว่า ไม่มีข้อร้องเรียนการปฏิบัติ / และไม่พบอุบัติการณ์พึงไม่ประสงค์ขณะปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาลที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรม บทเรียนเกี่ยวกับการจัดการความรู้และการส่งเสริมการวิจัย: Purpose : เพื่อส่งเสริมให้หน่วยงาน มีการนำความรู้และหลักฐานเชิงประจักษ์มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน Process : สนับสนุนให้หน่วยงาน จัดทำผลงานวิชาการ CQI หรือกระบวนการ lean ระบบการปฏิบัติงานและส่งเสริมผลงานพัฒนาคุณภาพและวิชาการเป็นประจำทุกปี ทำให้องค์กรพยาบาลมีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งในระดับจังหวัด ระดับเขต ระดับประเทศอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ผู้ที่มีผลงานจะถูกนำมาประกอบการพิจารณา เลื่อนขั้นเงินเดือน	

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง				รายชื่อของเอกสาร/ หลักฐานประกอบอื่นๆ
ผลงานการวิจัยขององค์กรพยาบาล ในแต่ละหน่วยงาน ปีงบประมาณ 2560 - 2563 ดังนี้				
หน่วยงาน	ผ่านการนำเสนอระดับ			
	จังหวัด	เขต	ประเทศ	
OPD	1	1	0	
ER	2	2	4	
LR	2	2	3	
Ward 1, 3	1	1	1	
Ward 2	1	1	2	
รวมทั้งหมด		7	10	
รางวัลที่ภาคภูมิใจในปี 2562 ชื่อผลงาน “การเฝ้าระวังป้องกันโรคหัวใจในผู้สูงอายุโดยใช้ STEMI ALERT 3 STEP ” ได้รับรางวัล “ดีเด่น” วิชาการกระทรวง และในปี 2563 ได้รับรางวัลประเภท “Poster ดีเด่น “ ในงาน CARDIAC FORUM				
1.4 พฤติกรรมที่ปฏิบัติตามกฎหมายการรักษาจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ				
1. การปกปิดความลับของผู้ป่วย				
2. การตรวจสอบชื่อ นามสกุลในการดูแล				
3. การพิทักษ์สิทธิ				
4. การคุ้มครอง (ขยะ)				
5. การไม่เปิดเผยความลับของผู้ป่วย				
6. การเข้าถึงข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย				
องค์กรพยาบาล ได้มีการกำกับให้เจ้าหน้าที่ทุกคนมีการติดป้ายชื่อ เพื่อแสดงตนให้ผู้รับบริการรับทราบ การไม่ Exposed ผู้ป่วยเมื่อทำหัตถการต่างๆ การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย และญาติก่อนทำหัตถการต่างๆ การกำหนดแนวทางในการรักษาความลับของผู้ป่วย บทเรียนจากการเยี่ยมหน่วยงานและให้หน่วยงานทบทวนสิ่งที่มีโอกาสต่อการละเมิดสิทธิผู้ป่วย พบว่ามีการทบทวนและปรับกระบวนการดูแลผู้ป่วย PV ที่ OPD โดยมีการปรับให้ผู้ป่วยตรวจกับแพทย์ผู้หญิง และให้ตรวจห้องเบอร์ 4 (ติดห้อง PV) เข้าได้จาก				

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	รายชื่อของเอกสาร/ หลักฐานประกอบอื่นๆ
ด้านในห้องตรวจ โดยไม่ต้องมานั่งรอด้านนอก นอกจากนี้มีการทบทวนการติดป้ายหน้าห้อง ที่ติดเป็น คลินิกอดบุหรื บำบัดสารเสพติด ได้ทำการปลดป้ายออก เหลือเพียงห้องบริการให้คำปรึกษา 1.5 ความรับผิดชอบต่อสังคมและชุมชน - การแยกขยะ - การทิ้งเข็ม การส่งเสริมการล้างมือ : จากการสนับสนุนให้ทุกจุดมีอุปกรณ์ Alcohol hand rub ให้เพียงพอ เน้นให้ล้างมือ 5 moment พบว่ายังใช้ไม่ได้ผลนัก จึงได้มีการนำร่องที่ OPD ER ในการรณรงค์ โดยการเสริม ให้มีการล้างมือทั้งเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยและญาติ ช่วง 10.00 น. และ 14.00 น. (ก่อนวัด V/S) โดยให้พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้เป็นผู้รับผิดชอบในการจัดกิจกรรม พบว่าสามารถกระตุ้นให้เกิดการล้างมือมากขึ้น และเกิดบรรยากาศที่ดีในการทำกิจกรรม รวมถึงสามารถ Empowerment ให้ผู้ป่วยและญาติ ได้อีก 1 ช่องทาง ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัยและระบบสาธารณูปโภค และด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและการพิทักษ์สิ่งแวดล้อม : มีทีม ENV IC และอาสาสมัครอนามัย ร่วมกันดำเนินการออกแบบ พัฒนา และกำกับติดตามให้ได้คุณภาพ มาตรฐานและความปลอดภัย ดำเนินการสำรวจและจัดทำแผนเพื่อปรับปรุงและพัฒนาอย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี (โดยทีมภายใน 1 ครั้ง และร่วมกับทีมผู้ชำนาญการจากภายนอก 1 ครั้ง) และมีทีมคณะกรรมการ 5 ส.ออกตรวจประเมินเพื่อให้มั่นใจว่ามีการดำเนินการได้มาตรฐานอย่างต่อเนื่อง การรับฝากทรัพย์สินผู้ป่วยโดยมีทะเบียนในการรับฝากประจำตึก การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยา : HAS	-คู่มือการดำเนินงานด้านการติดเชื้อในโรงพยาบาลและชุมชน

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	รายชื่อของเอกสาร/ หลักฐานประกอบอื่นๆ
หมวด 2 กลยุทธ์ 2.1 การจัดทำกลยุทธ์ Flow การวิเคราะห์และจัดทำยุทธศาสตร์องค์กร ดังนี้ <pre> graph TD A1[ทิศทางนโยบายหน่วยเหนือ] --> D A2[ทิศทางนโยบาย รพ.] --> D A3[สรุปผลการดำเนินงาน เปรียบเทียบผล จพ. ขนานเดียวกัน] --> D A4[วิเคราะห์ GAP มาตรฐาน HA-QA] --> D D[วิเคราะห์ข้อมูล SWOT] --> E["กำหนดเป้าประสงค์ เชิงกลยุทธ์ • เชื้่มมุงการพัฒนา"] E --> F[จัดทำแผน] F --> G["นำเสนอแผนเพื่อพิจารณา ผ่านเวทีคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และคณะกรรมการทีมนำ"] G --> H[ปรับแผนตามข้อเสนอแนะ] H --> I[ขออนุมัติแผน] I --> J[ถ่ายทอดแผน] J --> K[ดำเนินการตามแผน] K --> L{กำกับติดตามแผน 6 ส.} L -- "ไม่บรรลุ" --> H L -- "สรุปผลการดำเนินงานตามแผน - Best Practice - GAP" --> M[สรุปผลการดำเนินงานตามแผน - Best Practice - GAP] </pre> กระบวนการจัดทำกลยุทธ์ ทีมคณะกรรมการบริหารและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้ร่วมกันทบทวนละวิเคราะห์ศักยภาพขององค์กรทุกปี และร่วมทบทวนกำหนดพันธกิจ วิสัยทัศน์ เป้าประสงค์และประเด็นยุทธศาสตร์และแผนกลยุทธ์โดยการนำข้อมูลผลการดำเนินงานปีที่ผ่านมา ปัญหาด้านสุขภาพขององค์กร นโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขผลการวิเคราะห์ปัจจัยภายใน(วิเคราะห์ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ	-แผนวิเคราะห์การบริการ/กลยุทธ์ -สรุปแผนงาน/ผลงานประจำปี -ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้รับบริการ -แผนงาน/โครงการ

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	รายชื่อของเอกสาร/ หลักฐานประกอบอื่นๆ
ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี และผลวิเคราะห์ปัจจัยภายนอกโดยใช้ PEST นำมากำหนดเป็นกลยุทธ์ในการดำเนินงานขององค์กรทั้งด้านบริหาร บริการ และ วิชาการ ให้สอดคล้องกับ Service Plan ของโรงพยาบาลชุมชนระดับ F1 และจัดทำตัวชี้วัดของแต่ละกลยุทธ์เพื่อติดตามความสำเร็จของแผนต่อไป บทเรียนเกี่ยวกับกระบวนการจัดทำแผนกลยุทธ์ ปี 2557-2558 พบว่าแผนงานโครงการ หลายๆ แผน มีผลลัพธ์ที่ไม่ตรงตามเป้าประสงค์ขององค์กร ดังนั้นในปี 2559 เป็นต้นมาจึงมีการปรับให้มีกระบวนการทดสอบความสอดคล้องเพื่อให้บรรลุแผนยุทธศาสตร์และวิสัยทัศน์ขององค์กร โดยการทวนสอบแผนในประเด็นเหล่านี้ 1. แผนตรงประเด็นหรือไม่ 2. แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจนหรือไม่ (และเน้นการนำ IT มาใช้ประโยชน์ได้อีกหรือไม่) 3. กิจกรรมกว้างเกินจำเป็นหรือไม่ 4. แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่ นอกจากนี้ ที่ผ่านมามีพบว่า การเชื่อมแผนกลยุทธ์สู่การจัดทำแผนปฏิบัติการประจำปี ที่ผ่านมามีใช้เวลานานแผนสามารถประกาศใช้ประมาณ มกราคม (เวลาล่วงเลยไป 1 ไตรมาส) เนื่องจากการดำเนินการพร้อมกันช่วงเดือนตุลาคม ทั้งแผนคน แผนเงิน แผนวัสดุครุภัณฑ์และแผนปฏิบัติการให้บรรลุยุทธศาสตร์องค์กร(รอข้อมูลสรุปรอบปีงบประมาณ) <u>จึงปรับเปลี่ยน</u> โดยเริ่มแผนด้านบุคลากรและวัสดุครุภัณฑ์ในเดือนสิงหาคม และทำแผนงบประมาณในไตรมาสที่ 3 ของเดือนกันยายน ส่วนต้นเดือนตุลาคมเป็นการสรุปผลงานและจัดทำแผนปฏิบัติการให้บรรลุยุทธศาสตร์ทำให้สามารถวางแผนงบประมาณดำเนินการและจัดหาวัสดุ ครุภัณฑ์ได้เร็วขึ้น	

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง			รายชื่อของเอกสาร/ หลักฐานประกอบอื่นๆ
2.2 วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์			
ยุทธศาสตร์	กลยุทธ์	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัดในการติดตาม
ยุทธศาสตร์ที่ 1: ระบบบริการได้ มาตรฐาน ผู้รับบริการ ปลอดภัย	1. พัฒนาระบบการ ดูแลผู้ป่วยให้มี ประสิทธิภาพ (PSG + โรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ แก่ดูแล ผลลัพธ์ดี) (ทีม PCT)	- เพื่อให้กระบวนการ ดูแลผู้ป่วยได้มาตรฐาน - ทีมผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะ และปฏิบัติตาม มาตรฐาน โดยมีการ อ้างอิง Update วิชาการอย่างต่อเนื่อง - โรคที่เป็นปัญหาพื้นที่มี ระดับความปลอดภัยที่ สูงขึ้น	1.อัตราการตาย AMI Stroke sepsis (เป้า < 10 : แสน ปก. 2.อัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (เป้า ≤ 1:1000 วันนอน) 3.ร้อยละของผู้ป่วยใน 17 โรคสำคัญได้รับการดูแลที่ เหมาะสม(เป้า ≥ 90%) 4.อัตราผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่คาดหมายลดลง จากปีที่ผ่านมา
	2. พัฒนาระบบการ เฝ้าระวังการติดเชื้อใน โรงพยาบาลและโรคที่ สำคัญของพื้นที่(ทีม IC)	- เพื่อให้มีกระบวนการ เฝ้าระวังและระบบการ จัดการควบคุมการติด เชื้อที่มีประสิทธิภาพ ครอบคลุมถึงชุมชน	5.อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (เป้า ≤ 2:1000 วัน นอน)
ยุทธศาสตร์ที่ 2: ระบบ สารสนเทศและ เครื่องมือที่มี ประสิทธิภาพ	3.พัฒนาระบบการ บริหารจัดการเครื่องมือ ให้มีประสิทธิภาพ (ทีมเครื่องมือ)	- เพื่อให้มีระบบประกัน คุณภาพเครื่องมือทาง การแพทย์ เครื่องมือ ช่วยชีวิตมีความเพียงพอ และพร้อมใช้	6.ร้อยละความพร้อมใช้ของเครื่องมือในการ CPR = 100 7.ร้อยละของเครื่องมือสำคัญ 18 รายการได้รับการ บำรุงรักษาตามเกณฑ์ ≥ 80 % (ติดตามนิเทศ 1 ครั้ง/ เดือน)
	4.พัฒนาระบบData centerให้มี ประสิทธิภาพ (เน้น 12 แฟ้ม และระบบการ กำกับติดตาม ในระบบ E claim)(ค.İM)	- เพื่อให้ระบบข้อมูลมี ความสมบูรณ์และ รายงานได้ทันเวลา ส่งผลต่องบประมาณที่ ได้รับจัดสรรอย่าง ครบถ้วน รวมถึงการมี ข้อมูลที่เชื่อถือได้ ผู้บริหารนำไปใช้ในการ ตัดสินใจได้ทันเวลาที่ ต้องการ	8.ร้อยละความทันเวลาในการส่งรายงานที่สำคัญ = 100 % 9.ร้อยละความทันเวลาการติดตามผลลัพธ์การดำเนินการ ที่สำคัญ(ตัวชี้วัด) ≥ 90%
ยุทธศาสตร์ที่ 3: มีเครือข่ายที่	5.พัฒนามาตรฐานการ ดูแลประชาชน	เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่ม วัย ได้รับการดูแลตาม	10.มีระบบบริการการดูแลสุขภาพ แบบมีส่วนร่วม WECANDOP (ผ่าน KPI ตามนโยบายทุกข้อ) ขอบเขต

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง				รายชื่อของเอกสาร/ หลักฐานประกอบอื่นๆ
เข้มแข็ง ผู้ป่วย ญาติและชุมชน ดูแลตนเองด้าน สุขภาพได้อย่าง เหมาะสม (DHS)	ครอบคลุมตามกลุ่มวัย (ต.ล.) (เน้นสร้างการมี ส่วนร่วมของชุมชน)	มาตรฐาน และภาค ประชาชนเข้ามามีส่วน ร่วม เป็นเจ้าของในการ ดูแลสุขภาพ	ต.ล.	
	6.พัฒนาระบบบริการ และศักยภาพ รพ.สต. (คุณภาพ>> CBL + ระบบพี่เลี้ยงและนิเทศ ติดตาม) (PCT NCD กลุ่มการ ทัศนกรรม) วิเคราะห์ บริการราย รพ.สต.ที่เข้ามารับ บริการที่ รพ.ขุนหาญ รายโรค คำนวณข้อมูลให้ รพ.สต. วางแผนพัฒนา บริการ(คุยระดับCUP)	เพื่อยกระดับการดูแล รักษาของ รพ.สต.และ เชื่อมระบบมาตรฐาน การดูแลรักษาในโรคที่ เป็นปัญหาพื้นที่ เป็น แนวทางเดียวกันกับ โรงพยาบาล และเพื่อ เพิ่มความเชื่อมั่นให้กับ ประชาชนในพื้นที่	11.สัดส่วนการรับบริการที่รพ.สต.:รพ. ในสัดส่วน 60:40 ทุก รพ.สต.	
ยุทธศาสตร์ที่ 4: ผู้ให้บริการมี สุขภาพดีและมี ความสุข	7.สร้างความผูกพันใน องค์กร (HRD)	เพื่อให้คนในองค์กรมี ความพอใจ สบายใจใน การทำงาน รู้สึกมีคุณค่า มีความมั่นคงในอาชีพ และรับรู้เส้นทาง ก้าวหน้าในอาชีพ พร้อม ได้รับการสนับสนุน ส่งเสริมอย่างเหมาะสม	12.อัตราความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ $\geq 80 \%$ (วิเคราะห์แยกรายกลุ่ม)	
	8.พัฒนาระบบการดูแล ส่งเสริมป้องกันโรคของ เจ้าหน้าที่แต่ละกลุ่ม (อยากเห็นเรื่องลด พฤติกรรมเสี่ยง) (OCC +สร้างสุขภาพ)	-เพื่อให้คนในองค์กรสุข ภาพดี มีพฤติกรรม สุขภาพที่เหมาะสม -เพื่อให้กลุ่มป่วยได้รับ การดูแลต่อเนื่องไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อน	13. ร้อยละของเจ้าหน้าที่ที่มี BMI เกิน มีแนวโน้มลดลง 14.ร้อยละ জনท.ที่สมรรถภาพไม่ผ่านมีพฤติกรรมการ ดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น(เป้า> 80%) 15.จำนวนการเกิดโรคในกลุ่มเสี่ยง DM HT รายใหม่ =0 16.อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มป่วย = 0 17.จำนวนการเจ็บป่วย/บาดเจ็บจากการทำงาน ลดลง จากปีที่ผ่านมา 18.ร้อยละของเจ้าหน้าที่ที่มีความเครียดสูงได้รับการดูแล =100 %	
ยุทธศาสตร์ที่ 5:	9.การจัดระบบบริการ	-เพื่อให้สามารถ	19.ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ (ผู้ป่วยนอก	

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง				รายชื่อของเอกสาร/ หลักฐานประกอบอื่นๆ
ผู้รับบริการพึงพอใจ	เพื่อสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ (lean สิ่งอำนวยความสะดวก ปรับบริการ) ห้องสบาย VIP) ค.แผน ค.พัฒนาพฤติกรรมบริการ (ประกวด Lean)	จัดบริการได้เหมาะสมตามความต้องการที่จำเป็นในผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม	ผู้ป่วยใน ชุมชน) $\geq 85\%$ 20.จำนวนข้อร้องเรียนพฤติกรรมบริการ = 0	
ยุทธศาสตร์ที่ 6: ระบบการบริหารจัดการงบประมาณที่มีประสิทธิภาพ	10.พัฒนาระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ (ค.แผน)	เพื่อให้การดำเนินการตามแผนงานโครงการมีความคล่องตัว และทำได้ครอบคลุมตามแผนที่กำหนด	21.ร้อยละการดำเนินการตามแผนงาน เงิน คน แผนพัฒนา > 90%	
	11.ควบคุมการใช้จ่ายตามมาตรฐาน RDU (PTC PCT)	เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างสมเหตุสมผล ลดอัตราการเกิดเชื้อดื้อยา และลดต้นทุนบริการ	22. ต้นทุนบริการเฉลี่ย OP IP ไม่เกินค่าเฉลี่ยระดับประเทศ	
	12.ส่งเสริมให้ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า (PCT PTC 5ส.)	เพื่อลดต้นทุนบริการ ที่ไม่จำเป็นลงให้มากที่สุด	22. ต้นทุนบริการเฉลี่ย OP IP ไม่เกินค่าเฉลี่ยระดับประเทศ	
	13.การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม (ENV 5 ส)	เพื่อให้ผู้ป่วย ญาติ เจ้าหน้าที่ที่อยู่ริมสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย สะอาด สบาย	23.ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานตามเกณฑ์ GEEN & CLEAN Hospital)	
	14.พัฒนาศักยภาพในการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ(Service Plan) IM+DRG	เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยใน ให้เป็นไปตามมาตรฐานรายโรค และพัฒนาศักยภาพการดูแลเบื้องต้นของ รพ.สต. และ ของตัวผู้ป่วยเอง	23.ร้อยละของผู้ป่วยที่มี CMI<0.5 สัดส่วนลดลงน้อยกว่า 50 % (ทำคุณภาพดีๆ โรคไม่จำเป็น ไม่ Admit)	

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	รายชื่อของเอกสาร/ หลักฐานประกอบอื่นๆ
2.3 การจัดทำแผนปฏิบัติการและการถ่ายทอดสู่ปฏิบัติ - มีการจัดทำแผนหลัก 1) แผนงานโครงการด้านการพัฒนาระบบบริการ 2) แผนพัฒนาบุคลากร 3) แผนครุภัณฑ์ 4) แผนพัฒนาโครงสร้างสิ่งแวดล้อม - ข้อมูลนำเข้าในการจัดทำแผน ประกอบด้วย 1) สรุปผลการดำเนินงานในปีที่ผ่านมา 2) เข็มมุ่งองค์กร 3) ทิศทาง นโยบายระดับหน่วยเหนือ - นำแผนงานโครงการที่ได้ นำเสนอเพื่อกลั่นกรองและอนุมัติโดยผ่านคณะกรรมการแผนงาน - สื่อสาร ถ่ายทอดแผนงานโครงการที่ได้รับอนุมัติ สู่ผู้ปฏิบัติผ่านเวทีประชุมประจำเดือน เวที Quality rally และ เชื่อมการมอบหมายการเป็นเจ้าของแผนงานโครงการโดยกำหนดผลสัมฤทธิ์เป็น KPI บุคคล	
2.4 การสนับสนุนการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ - มอบหมายรับผิดชอบแผนงานโครงการรูปแบบ Buddy - Leadership round เพื่อสอบถามติดตามให้คำปรึกษาพนักงานของผู้ปฏิบัติ - ติดตามและแลกเปลี่ยนการดำเนินงานผ่านเวที morning talk ของ Supervisor	
2.5 การคาดการณ์และเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน <u>บทเรียนในการตอบสนองต่อผลการดำเนินการที่ไม่เป็นไปตามที่คาดการณ์:</u> บทเรียน1: ผลการดำเนินงานความพึงพอใจของผู้รับบริการไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้คือต้อง$\geq 85\%$ มีการตอบสนองดังนี้ <u>ลดระยะเวลารอคอย</u> 1. มีนโยบายให้ทุกหน่วยงานทบทวนและลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น เพื่อลดระยะเวลารอคอย 2. ปรับให้มีเจ้าหน้าที่บริการเหลื่อมเวลา เพื่อให้สามารถให้บริการได้ต่อเนื่อง 3. จัดระบบ One stop service 4. เน้นเรื่องการให้ข้อมูลกับผู้รับบริการเป็นระยะ 5. จัดบริการขยาย OPD นอกเวลาทุกหน่วยบริการ <u>สร้างสิ่งอำนวยความสะดวกให้เพียงพอ</u> 6. สร้างห้องน้ำสำหรับผู้รับบริการเพิ่ม 10 ห้อง ห้องน้ำผู้พิการเพิ่มอีก 1 ห้อง เป็น 3 ห้อง	

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	รายชื่อของเอกสาร/ หลักฐานประกอบอื่นๆ
7. ต่อเติมอาคาร NCD เพื่อลดความแออัด 8. จัดบริเวณให้มีมุมพักผ่อนสำหรับผู้ป่วยและญาติ 9. ดูแลความสะอาดของอาคารสถานที่และ จัดให้มีเครื่องใช้ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยที่เพียงพอ บทเรียน2: ผลการดำเนินงานด้านสุขภาพเจ้าหน้าที่ไม่ผ่านเกณฑ์ เจ้าหน้าที่มีBMI เพิ่มขึ้น จึงมีการปรับกระบวนการเพื่อขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเจ้าหน้าที่ โดยสร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการออกกำลังกายมี ศูนย์ออกกำลังกายที่ได้มาตรฐาน (ซึ่งตอบโจทย์ใช้ได้ผลในเจ้าหน้าที่บางกลุ่ม) และปรับเพิ่มเรื่องการออกกำลังกาย และการกินหวาน มัน เค็ม เข้าไปเป็น KPI รายบุคคล (ผ่านการเห็นร่วม และ MOU) กำลังอยู่ในช่วงการติดตามผลการเปลี่ยนแปลง ผลการพัฒนาที่สำคัญ: - มีกระบวนการจัดทำกลยุทธ์ มีการทบทวนวิสัยทัศน์ พันธกิจ ยุทธศาสตร์และการทำแผนกลยุทธ์แผนปฏิบัติการของโรงพยาบาลแบบมีส่วนร่วมต่อเนื่องทุกปี - มีการร่วมวิเคราะห์ทิศทางขององค์กร จัดทำแผนยุทธศาสตร์ขององค์กร ทีมนำหน่วยงาน ให้มีความสอดคล้องกันมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้บรรลุเป้าหมาย วิสัยทัศน์ขององค์กร - มีการใช้กลยุทธ์ในการขับเคลื่อนตามทิศทางองค์กรกำหนดการถ่ายทอดกลยุทธ์สู่การปฏิบัติ สื่อสารวิสัยทัศน์ พันธกิจค่านิยมให้บุคลากรทุกคนทราบโดยจัดประชุมเจ้าหน้าที่ทุกคนสร้างความเข้าใจให้กับบุคลากรในทุกระดับโดย ชี้แจงรายละเอียดของแผนกลยุทธ์ตัวชี้วัด วิสัยทัศน์ พันธกิจ กลยุทธ์ ตัวชี้วัดสำคัญ กิจกรรมที่สำคัญ โดย มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการสื่อสารทิศทางองค์กรสู่ผู้ปฏิบัติโดยใช้กระบวนการ Quality Rally ซึ่งพบว่าเจ้าหน้าที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมและเป็นรูปแบบการสื่อสาร 2 ทาง ส่งผลให้เจ้าหน้าที่มีความสุขในการประชุม และเข้าใจทิศทางองค์กร เข้าใจบทบาทของตนในการบรรลุทิศทางองค์กร มากขึ้นรวมถึงการสื่อสารที่บ่อยขึ้นในเวทีประชุมประจำเดือน เป็นต้น	

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	รายชื่อของเอกสาร/ หลักฐานประกอบอื่นๆ
หมวด 3 ผู้ใช้บริการ 3.1 การรับฟังผู้ให้บริการ 1. องค์รพยาบาลได้จำแนกกลุ่มผู้รับบริการเพื่อค้นหาความต้องการสำคัญและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการแต่ละกลุ่มได้แก่ 1.1 ผู้รับบริการผู้ป่วยนอกต้องการบริการที่รวดเร็ว เจ้าหน้าที่มีกิริยามารยาทในการบริการดี คำแนะนำบอกกล่าวชัดเจน คำพูดสุภาพมีความเสมอภาคในการให้บริการ การตรวจรักษา วินิจฉัยถูกต้อง มีเครื่องมือทันสมัย มีแพทย์เฉพาะทาง สถานที่รอตตรวจสะดวกสบาย มองเห็นง่าย 1.2 ผู้รับบริการผู้ป่วยใน ต้องการบริการที่รวดเร็ว เจ้าหน้าที่มีกิริยามารยาทในการบริการดี คำแนะนำบอกกล่าวชัดเจน กิริยาวาจาสุภาพมีความเสมอภาคในการให้บริการ ดูแลให้บริการการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการอย่างถูกต้อง ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ได้รับบริการพยาบาลตรงเวลา มีเครื่องมือทันสมัย ปลอดภัยสถานที่ เครื่องใช้ที่สะอาดเพียงพอโดยเฉพาะห้องพิเศษ มีสิ่งอำนวยความสะดวก มีสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ มีร้านสะดวกซื้อ ออกแบบระบบ one stop service 1.3 กลุ่มผู้รับบริการในชุมชน ต้องการการดูแลรักษาพยาบาลต่อเนื่องที่บ้านและได้รับบริการที่ได้มาตรฐานเดียวกับโรงพยาบาล 2. องค์รพยาบาลได้กำหนดวิธีการรับฟังและเรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ ได้แก่ - มีการสำรวจความพึงพอใจ 2 ครั้ง/ปี - มีผู้รับข้อเสนอแนะ/ข้อร้องเรียน เพื่อให้องค์รพยาบาลได้เรียนรู้ความต้องการของผู้ใช้บริการหลายช่องทาง ได้แก่ - ทางโทรศัพท์หมายเลข 045-679026 และ 045-669414-18 ตลอด 24 ชั่วโมง - รับข้อมูลทาง Website และ ทาง Facebook ของโรงพยาบาลขุนหาญ - รับข้อมูลจากทางวาจา	-ผลสำรวจความพึงพอใจ -ประกาศสิทธิผู้ป่วยที่บอร์ดประชาสัมพันธ์ website/Facebook โรงพยาบาล -สรุปความเสี่ยงประจำปีและแนวทางแก้ไข -โปรแกรมสำเร็จรูปด้านความเสี่ยงหน่วยงาน

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	รายชื่อของเอกสาร/ หลักฐานประกอบอื่นๆ
3. องค์กรพยาบาลได้นำผลการรับฟังและผลการเรียนรู้จากการจำแนกผู้ป่วยแต่ละกลุ่มมาวางแผนจัดบริการพยาบาลและปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อตอบสนองต่อความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ ผู้รับผลงานและสร้างความพึงพอใจให้มากขึ้น	
3.2 การจัดการความสัมพันธ์กับผู้ให้บริการ 1. องค์กรพยาบาลมีการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี เพื่อตอบสนองความต้องการที่ผู้รับบริการพึงประสงค์ โดย - หน่วยประชาสัมพันธ์-ต้อนรับ, ศูนย์ประสานส่งต่อ - จัดทำช่องทางการเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว ลดระยะเวลารอคอยด้านหน้า - ประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูลการให้บริการต่างๆ 2. มีช่องทางสำหรับให้ผู้ให้บริการเสนอความคิดเห็น เช่น ระบบ Internet มีเว็บไซต์ของโรงพยาบาล Facebook โรงพยาบาลขุนหาญแสดงความเห็น โทรศัพท์สายตรง 3. มีระบบการจัดการข้อร้องเรียนและข้อคิดเห็นผู้รับบริการ โดยมีกิจกรรมดำเนินการ 3.1 ในกรณีข้อร้องเรียนเร่งด่วน มีการทบทวนอุบัติการณ์ทันที 3.2 หน่วยงานมี Morning talk ทุกวัน เพื่อทบทวนอุบัติการณ์ 3.3 มี RM nurse ทุกหน่วยบริการพยาบาล 3.4 ทบทวนอุบัติการณ์ ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพเพื่อหาแนวทางแก้ไข ปรับปรุงคุณภาพบริการพยาบาล 4. มีการประเมินความพึงพอใจ-ความไม่พึงพอใจโดยบุคลากรภายนอกปีละ 2 ครั้ง องค์กรพยาบาลมีการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวเพื่อใช้ในการปรับปรุงบริการพยาบาล 5. มีการสอบถามความคิดเห็นขณะเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยและติดตามหลังรับบริการ 6. มีการนำข้อเสนอแนะจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการมาทบทวนแก้ไขปรับปรุงและหาโอกาสพัฒนา	-Website , Facebook, หน่วยประชาสัมพันธ์ โรงพยาบาล/องค์กร พยาบาล -แบบประเมินความพึงพอใจ

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	รายชื่อของเอกสาร/ หลักฐานประกอบอื่นๆ
3.3 การจัดการข้อร้องเรียนของผู้ใช้บริการ - การจัดการข้อร้องเรียนตามระดับความรุนแรง มีระบบการจัดการข้อร้องเรียนและข้อคิดเห็นผู้รับบริการ โดยการจัดการข้อร้องเรียนตามระดับความรุนแรง และตามโปรแกรมความเสี่ยงของโรงพยาบาล 10 โปรแกรมการจัดการความเสี่ยงเป็นไปตามมาตรฐานการจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาล	
3.4 การประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ มีการประเมินความพึงพอใจขององค์กรพยาบาล ดังนี้ 1. มีการประเมินความพึงพอใจ- ความไม่พึงพอใจ โดยบุคลากรภายนอกปีละ 2 ครั้ง 2. มีการสอบถามความคิดเห็นขณะเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยและติดตามหลังรับบริการ 3. มีการนำข้อเสนอแนะจากผู้ใช้บริการและผู้รับบริการมาทบทวนแก้ไขปรับปรุง และหาโอกาสพัฒนา	
3.5 การสร้างความผูกพันกับผู้ใช้บริการ - สำรวจความต้องการของผู้ใช้บริการแต่ละกลุ่ม องค์กรพยาบาลมีการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี เพื่อตอบสนองความต้องการที่ผู้รับบริการพึงประสงค์ ดังนี้ - มีหน่วยประชาสัมพันธ์ – ต้อนรับ ศูนย์ประสานส่งต่อทีมไกล่เกลี่ย ศูนย์ฟังได้ (OSCC) - จัดทำช่องทางการเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว ลดระยะเวลารอคอยด้านหน้า - มีการให้ข้อมูลการให้บริการต่างๆ	
3.6 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย 1. มีการติดตั้งประกาศสิทธิของผู้ป่วยทุกหน่วยงานบริการ 2. มีการแจ้งสิทธิผู้ป่วยในกระบวนการให้บริการที่สำคัญ เช่น การรับไว้รักษาในโรงพยาบาล การทำหัตถการที่สำคัญ การให้คำปรึกษา เป็นต้น 3. มีช่องทางรับข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการละเมิดสิทธิผู้ป่วย 4. มีหัวหน้าหน่วยงาน หัวหน้าทีม คอยควบคุม กำกับ ติดตาม 5. มี RM nurse ทุกหน่วยงาน	

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	รายชื่อของเอกสาร/ หลักฐานประกอบอื่นๆ
6.มีทีมใกล้เคียงรับเรื่องร้องเรียนและประสานการดำเนินการแก้ไขร่วมกับกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลมีระบบการจัดการข้อร้องเรียนเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย องค์กรพยาบาล ได้มีการกำกับให้เจ้าหน้าที่ทุกคนมีการติดป้ายชื่อ เพื่อแสดงตนให้ผู้รับบริการรับทราบ การไม่ Exposed ผู้ป่วยเมื่อทำหัตถการต่างๆ การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนทำหัตถการต่างๆ การกำหนดแนวทางในการรักษาความลับของผู้ป่วย บทเรียนจากการเยี่ยมหน่วยงานและให้หน่วยงานทบทวนสิ่งที่มีโอกาสต่อการละเมิดสิทธิผู้ป่วย พบว่ามีการทบทวนและปรับกระบวนการดูแลผู้ป่วย PV ที่ OPD โดยมีการปรับให้ผู้ป่วยตรวจกับแพทย์ผู้หญิง และให้ตรวจห้องเบอร์ 4 (ติดห้อง PV) เข้าได้จากด้านในห้องตรวจ โดยไม่ต้องมานั่งรอด้านนอก นอกจากนี้มีการทบทวนการติดป้ายหน้าห้อง ที่ติดเป็น คลินิกอดบุหรี่ บำบัดสารเสพติด ได้ทำการปลดป้ายออก เหลือเพียงห้องบริการให้คำปรึกษา จัดห้องเฉพาะในกลุ่มมารดาที่อยู่ระหว่างให้นมบุตรมาตรวจที่OPD	
3.7 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ 1. องค์กรพยาบาลมีนโยบายการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ เช่น ผู้ป่วย OSCC , ผู้ป่วยระยะสุดท้าย,การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะจิตใจเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย ,ผู้ป่วยติดสุราเรื้อรัง ,การดูแลผู้ป่วย HIV ,การดูแลผู้ป่วยคดี,ผู้ป่วยถูกละเมิดทางเพศ, ผู้ป่วยเด็ก, ผู้สูงอายุ, สตรีตั้งครรภ์ เป็นต้น 2. มีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อความผาสุกและความปลอดภัยของผู้รับบริการ เช่น จัดมุมเรียนรู้ ห้องนำผู้พิการ ทางลาด เป็นต้น 3. มีการจัดทำระเบียบปฏิบัติ เรื่องการดูแลผู้ป่วยOSCC,การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ,การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะด้านจิตใจเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย,การดูแลผู้ป่วยติดสุราเรื้อรัง ,แนวทางการดูแลผู้ป่วยคดี 4. มีหัวหน้าหน่วยงาน หัวหน้าทีม คอยควบคุม กำกับ ติดตาม	-คู่มือปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	รายชื่อของเอกสาร/ หลักฐานประกอบอื่นๆ
หมวด 4 การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้ การวัด วิเคราะห์ Performance ขององค์กร เพื่อตอบสนองต่อยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลและกลุ่มการพยาบาลนั้น องค์กรพยาบาลมีบริบทด้านความท้าทายเชิงกลยุทธ์ที่สำคัญด้านสารสนเทศ ได้แก่ การแก้ปัญหาด้านความสมบูรณ์ของเวชระเบียน ที่ยังมีความพยายามที่จะแก้ปัญหอย่างต่อเนื่องและต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกหน่วยงาน ในขณะที่หน่วยงานมีข้อได้เปรียบที่สำคัญ ในด้านความพร้อมของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านเครือข่ายคอมพิวเตอร์และการมีอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ที่ครอบคลุมและเพียงพอในทุกหน่วยงาน และบุคลากรของโรงพยาบาลมีความรู้ความสามารถและระบบการสนับสนุนด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เหมาะสม ด้านการจัดการความรู้ในองค์กร มีทีมคณะกรรมการวิจัยและวิชาการของโรงพยาบาลและของกลุ่มการที่รับผิดชอบขับเคลื่อน มีการส่งเสริมให้มีการจัดการความรู้ในหน่วยงาน พัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อนำมาสร้างนวัตกรรมเพื่อช่วยในการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพ ส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพบุคลากร ให้ความรู้และสามารถสร้างองค์ความรู้จากงานประจำและจัดการความรู้ในองค์กรได้ วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์: - นำเทคโนโลยี เครื่องมือ อุปกรณ์ที่ทันสมัยมาพัฒนาระบบบริการ - พัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศให้มีประสิทธิภาพ - พัฒนาระบบการสื่อสารเจ้าหน้าที่ทุกระดับให้มีประสิทธิภาพ - พัฒนาศักยภาพพยาบาลสารสนเทศให้มีประสิทธิภาพ กระบวนการ: กระบวนการในการวัด วิเคราะห์ Performance ขององค์กร ได้มีการจัดทำและรวบรวม KPI ทั้งหมดในโรงพยาบาล โดยมีคณะกรรมการ HRD และคณะกรรมการแผนทำหน้าที่ในการรวบรวม เฝ้าระวังและติดตามผลการดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆ ตามตัวชี้วัดและ Feed back เมื่อพบว่าผลการดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดและรายงานผลการวิเคราะห์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญ ต่อคณะกรรมการบริหารพยาบาล ปีละ 2 ครั้ง กระบวนการจัดการความรู้ ร่วมกับทีมมีคณะกรรมการวิจัยและวิชาการของโรงพยาบาล ดำเนินการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เวทีนำเสนอเรื่องเล่าเร้าพลัง (ในการประชุมประจำเดือนเจ้าหน้าที่) เวทีการเรียนรู้ R2R และเวทีการ Appreciation ผ่าน R2R Festival ปีละ 1 ครั้งจัดทำคลังความรู้ผลงานการพัฒนา CQI ให้บุคลากรสามารถเข้าไป	-แผนงานประจำปี -ผลการดำเนินงาน

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง		รายชื่อของเอกสาร/ หลักฐานประกอบอื่นๆ
ศึกษาและเรียนรู้เพิ่มเติมและในปี 2561 ริเริ่มให้มี “ทีมต้นกล้าคุณภาพ” Nurse จากอาสาสมัครเข้ามาเรียนรู้กระบวนการคุณภาพและ Plan พัฒนาทักษะการถอดบทเรียนเพื่อนำมาสู่การจัดการความรู้ขององค์กรต่อไป		
4.1 การวัดผลการดำเนินงาน ผู้บริหารองค์กรพยาบาลกำหนดระบบ/แนวทางการวัดผลการดำเนินงานครอบคลุมข้อกำหนดของมาตรฐาน ต่อไปนี้ 1. การกำหนดวิธีการเก็บข้อมูลตาม ตัวชี้วัดขององค์กรพยาบาล 2. การนำข้อมูลและสารสนเทศไปใช้ ในการสร้างองค์ความรู้/นวัตกรรมทางการพยาบาล 3. การเปรียบเทียบผลที่วัดได้กับ องค์กรที่เป็นเลิศร่วมกำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญจากการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานในรอบปีที่ผ่านมาในทุกระดับให้สอดคล้องกับพันธกิจและจัดให้มีการติดตามตัวชี้วัดและผลการดำเนินงานในแต่ละระดับดังนี้ 1. ระดับหัวหน้างาน 2. ระดับรองหัวหน้า มีการสร้างทีมนำระดับรองหัวหน้า เพื่อช่วยติดตามและกำกับ 3. ตัวชี้วัดของหน่วยงาน 4. ระดับรายบุคคล (ผู้ปฏิบัติ) การวัดผลงาน กลุ่มตัวชี้วัดที่มี alignment ทัวทั้งองค์กร:		
ประเด็น	ตัวชี้วัด	
ด้าน Patient safety	- อุบัติการณ์การเสียชีวิตไม่คาดหมาย - อัตราตาย AMI Stroke sepsis (เป้า < 10 : แสน ปชก.) - อัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (เป้า ≤ 1:1000 วันนอน) - อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล - อัตราความพร้อมใช้ของเครื่องมือ อุปกรณ์ CPR	
ด้าน ตอบสนองความพึงพอใจของผู้รับบริการ	- อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ	

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง		รายชื่อของเอกสาร/ หลักฐานประกอบอื่นๆ
ประเด็น	ตัวชี้วัด	
ด้าน บุคลากร สุขภาพดี	- ร้อยละของเจ้าหน้าที่ ที่มีผลการทดสอบสมรรถภาพระดับพอใช้ขึ้นไป - ร้อยละเจ้าหน้าที่ ที่สมรรถภาพไม่ผ่านเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ	
ด้าน การ กระบวนการ จัดการภายใน และการสื่อสารที่ ครอบคลุมทั่วถึง	- จำนวนครั้งของการทบทวน 12 กิจกรรม - จำนวนครั้งที่ได้คะแนน 5 ส.+ประหยัดพลังงาน ระดับดีเยี่ยม (≥ 95 คะแนน) - จำนวนครั้งของการประชุมเจ้าหน้าที่ในฝ่าย/งาน	
ด้าน การพัฒนา และการจัดการ ความรู้	- จำนวนผลงาน CQI /วิจัย/นวัตกรรม (จำนวนสมาชิก ≥ 10 คน 2 เรื่อง/ปี จำนวนน้อยกว่า 10 คน 1 เรื่อง/ปี)	
4.2 การวิเคราะห์ ทบทวน และปรับปรุงผลการดำเนินงาน กำหนดผลสัมฤทธิ์ของงานที่รับผิดชอบเพื่อนำมาพิจารณาในการประเมินความดีความชอบ ในทุก 6 เดือนและวางแผนระบบการประเมินปีละ 1 ครั้งเพื่อหาโอกาสพัฒนาบุคลากรให้มี ศักยภาพร่วมกันทบทวนสมรรถนะเฉพาะในทุกหน่วยงานบริการ 1. แจ้งให้บุคลากรเข้าใจตัวชี้วัด/สมรรถนะที่ควรทราบ เพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ตาม วัตถุประสงค์และมีการประเมินสมรรถนะรายบุคคลปีละ 2 ครั้ง 2. นำผลการประเมินทั้งตัวชี้วัดที่รับผิดชอบและผลการประเมินสมรรถนะมา วิเคราะห์ เพื่อหาส่วนขาด และเพิ่มศักยภาพให้เหมาะสมกับสมรรถนะรายบุคคล 3. ประชุมชี้แจงสรุปผลการประเมินตามสมรรถนะระดับองค์กรพยาบาลให้กับ บุคลากรทางการพยาบาล หากพบว่ายังไม่ผ่านเกณฑ์ก็จะบรรจุในแผนพัฒนา บุคลากรโดยการรับรู้ร่วมกันและยกย่องบุคลากรที่มีนำผลการประเมินสูงกว่า เกณฑ์มาตรฐาน เพื่อจัดสร้างองค์ความรู้/นวัตกรรมทางการพยาบาล		

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	รายชื่อของเอกสาร/ หลักฐานประกอบอื่นๆ
4. ส่งเสริมและสนับสนุนให้หน่วยงาน พัฒนาศักยภาพเพื่อให้เกิดผล/งานเด่น ทางด้านวิชาการ โดยมีพี่เลี้ยงที่มีประสบการณ์มาช่วยและที่ปรึกษาด้านวิชาการ ตลอดจนส่งเสริมให้เกิดเวทีนำเสนอผลงานในระดับต่างๆเพื่อเป็นการกระตุ้น และยกย่องบุคลากรให้มีผลงานเป็นผลงานคุณภาพดังนี้ - พัฒนาระบบfast tract ในผู้ป่วย MI,SEPSIS,STROKE,MUTIPLE TRAUMA - พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตจัดตั้ง (RRT) - พัฒนาความรู้ความสามารถ/ทักษะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยตาม service plan - พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง/ระยะสุดท้าย -ปรับปรุงรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ตัวอย่างการตัดสินใจ/นวัตกรรมที่เป็นผลจากการติดตามตัวชี้วัด: - <u>ผลจากตัวชี้วัดด้านความพึงพอใจของผู้รับบริการที่ไม่ผ่านเกณฑ์</u>: พบว่า ประเด็นที่พบปัญหาคือ รอนาน และ สิ่งอำนวยความสะดวก ที่นั่ง ห้องน้ำไม่เพียงพอ เพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการโดยมีเป้าหมาย 1. ลดระยะเวลารอคอย -นำ concept LEAN เข้ามาใช้ในการทบทวน ออกแบบระบบบริการ เกิดการปรับระบบใน 16 บริการ ตัวอย่างเช่น บริการทางด้านการทำ IVP /Lean ระบบบริการ OPD ลดการคัดลอกและการ move คนไข้ลง 3 ชั้นตอน / ทางด่วนผู้ป่วยนัดเจาะเลือด OPD / Smart ANC เป็นต้น -พัฒนาระบบให้คำปรึกษา online หลายช่องทาง(ปรึกษาทั่วไป/หญิงตั้งครรภ์/หลังคลอดให้นมบุตร/สุขภาพจิต/ปรึกษาปัญหาวัยรุ่น/ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้าย) ซึ่งได้รับการตอบรับและมีผู้ขอคำปรึกษาต่อเนื่องทุกกลุ่ม -ปรับให้มีเจ้าหน้าที่บริการเหลื่อมเวลา เพื่อให้สามารถให้บริการได้ต่อเนื่อง -เน้นเรื่องการให้ข้อมูลกับผู้รับบริการเป็นระยะ 2. สร้างสิ่งอำนวยความสะดวกให้เพียงพอ -สร้างห้องน้ำสำหรับผู้รับบริการเพิ่ม 10 ห้อง ห้องน้ำผู้พิการเพิ่มอีก 1 ห้อง เป็น 3 ห้อง -Renovate ห้องน้ำผู้รับบริการทุกจุดตามมาตรฐาน HAS ให้สะอาด สวยงาม ผู้ใช้สบายใจ -ต่อเติมอาคาร NCD ER และ TB Clinic เพื่อลดความแออัด	

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง						รายชื่อของเอกสาร/ หลักฐานประกอบอื่นๆ
-จัดบริเวณให้มีมุมพักผ่อนสำหรับผู้ป่วยและญาติ / ดูแลความสะอาดของอาคารสถานที่ -จัดให้มีเครื่องใช้ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยให้เพียงพอและจัดให้โดยผู้รับบริการไม่ต้องร้องขอผลลัพธ์ในปี 2560-2562 พบว่าระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการเพิ่มสูงขึ้นผ่านเกณฑ์ ทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และชุมชน และไม่พบข้อร้องเรียนด้านการบริการ ข้อมูล performance ขององค์กรที่มีการเปรียบเทียบกับองค์กรภายนอก: องค์กรภายนอกที่โรงพยาบาลขุนหาญอ้างอิงเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน มี 2 ส่วนคือ 1. เปรียบเทียบตัวชี้วัดในโครงการ THIP จำนวน 52 รายการ ผ่านมาตรฐาน 49 รายการ ที่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานอยู่ในระดับสีเหลือง 3 รายการ (ตกเลือดหลังคลอด , ปริมาณ ขยะ Re cycle, อัตราการเลิกบุหรี่) 2. องค์กรที่มีศักยภาพบริการสูงกว่านำมาอ้างอิงเปรียบเทียบในด้านการจัดระบบบริการ คือ รพ.อุทุมพรพิสัย(M2) รพ.ขุขันธ์(M2) รพ.ขุนหาญ (F1)รพ.ราชันีไศล (F1)รพ.กันทรารมย์ (F1) หมายเหตุ: ระบุเฉพาะที่เด่นแต่ละด้าน						
ระบบบริการเทียบเคียง	รพ.ขุนหาญ (F1)	รพ.ราชันีไศล (F1)	รพ.กันทรารมย์ (F1)	รพ.อุทุมพรพิสัย (M2)	รพ.ขุขันธ์ (M2)	
OPD คุณภาพ				เด่น	เด่น	
ER คุณภาพ	เด่น			เด่น	เด่น	
NCD คุณภาพ		เด่น		เด่น	เด่น	
LR คุณภาพ	เด่น	เด่น				
COC คุณภาพ	เด่น	เด่น				
แพทย์แผนไทยคุณภาพ	เด่น					

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	รายชื่อของเอกสาร/ หลักฐานประกอบอื่นๆ
ในส่วน OPD ระบบการบริการด้าน Safety ทำได้ดี แต่มีข้อจำกัดด้านสถานที่คับแคบ (อาคารOPD เป็นขนาด 30 เตียงเดิม แต่ปัจจุบันเปิดให้บริการ 90 เตียง)กำลังอยู่ระหว่างการลดความแออัด โดยการเปิด OPD เฉพาะผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไปที่มีอาการป่วยเรื้อรัง ไปเปิดบริการที่อาคารแพทย์แผนไทยเพื่อให้การดูแลรักษาแบบผสมผสาน และลดความแออัดที่ OPDทั่วไปของโรงพยาบาล ส่วนระบบบริการที่องค์กรต้องเร่งพัฒนามากที่สุดขณะนี้ คือ NCD คุณภาพ	
4.3 การจัดการแหล่งสารสนเทศทางการแพทย์ - จัดทำโปรแกรม excel ประเมิน Productivity แบบ realtime , RM - นำเสนอผลการดำเนินงานทุก ๖ เดือน	-โปรแกรม excel ประเมิน Productivity -ผลการดำเนินงาน
4.4 ระบบสารสนเทศทางการแพทย์ - ฐานข้อมูลบุคลากรแต่ละหน่วยงาน - การฝึกอบรม -ระบบบริหารความเสี่ยง -จัดทำโปรแกรม excel ประเมิน Productivity แบบ realtime	
4.5 ความพร้อมต่อภาวะฉุกเฉิน มีแผนร่วมกับหน่วยงานเทคโนโลยีในโรงพยาบาลที่พัฒนาเพื่อให้ทุกหน่วยงานมีระบบการจัดการด้านสารสนเทศในหน่วยงาน เพื่อประโยชน์ในการให้บริการผู้ป่วย เพื่อการปฏิบัติงาน เพื่อการศึกษา ค้นคว้าหรือวิจัย และเพื่อการบริหารจัดการ อย่างมีประสิทธิภาพ และพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ในการใช้งานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ รวมถึงมีการสนับสนุนอุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศอย่างเพียงพอ เหมาะสมและทันสมัย ด้านการบริหารจัดการเพื่อเตรียมความพร้อมรับสถานการณ์ฉุกเฉินต่างๆที่อาจเกิดขึ้น หน่วยงานมีการจัดระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกันและค้นหาความเสี่ยงในหน่วยงาน (เชิงรุก) การจัดให้มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลระบบและประสานงานกับทีมสารสนเทศ มีระบบรักษาความปลอดภัยของอุปกรณ์ มีระบบป้องกันและระงับอัคคีภัยและระบบสำรองไฟที่สามารถให้บริการได้นาน 45-60 นาที กรณีเกิดภาวะฉุกเฉินที่ทำให้ระบบให้บริการแม่ข่ายคอมพิวเตอร์ขัดข้องหรือมีปัญหา ที่ทำให้ระบบใช้งานไม่ได้มากกว่า 15 นาที หรือมีการใช้เวรระบบแทนระบบอิเล็กทรอนิกส์	-แผนงาน/โครงการ -Website องค์กร พยาบาล

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	รายชื่อของเอกสาร/ หลักฐานประกอบอื่นๆ
4.6 การจัดการความรู้ การจัดกิจกรรมการจัดการความรู้: ● ประสานหน่วยงานเทคโนโลยีสารสนเทศส่งข้อมูลให้จัดทำช่องทางเผยแพร่ความรู้ ได้แก่ Intranet , Internet (Website), Social Network ● ร่วมกิจกรรมจัดมหกรรมคุณภาพในหน่วยงาน (R2R FESTIVAL) ปีละ 1 ครั้งของโรงพยาบาล ● ประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน ได้แก่ การประชุมคณะกรรมการ PCT คณะกรรมการ Home Health Care SRRT ● จัดทำคลังความรู้ คลังวิชาการ/วิจัยขององค์กรพยาบาล ● ประเมินผลการปฏิบัติงานในแต่ละกิจกรรมและประเมินผลการปฏิบัติงานประจำปี ผลการพัฒนาที่สำคัญ: การปรับปรุงระบบการวัด performance ขององค์กร: ● มีการพัฒนาศูนย์การประมวลผลข้อมูล KPI ระดับองค์กร ● มีการปรับระบบการจัดทำตัวชี้วัดรายบุคคล ของระดับปฏิบัติและหัวหน้างาน เรื่อง พฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมกรบริโภค เพื่อให้สามารถตอบสนองผลสำเร็จตามทิศทางองค์กรด้านบุคลากรสุขภาพดีและมีความสุข การปรับปรุงการจัดการความรู้ ● มีการจัดทำแผนเพื่อพัฒนาการจัดการความรู้ในหน่วยงาน โดยคณะกรรมการวิชาการ และคณะกรรมการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ พัฒนาระบบการเผยแพร่ความรู้ และถ่ายทอดองค์ความรู้ผ่านช่องทางสื่อสารภายในโรงพยาบาล ได้แก่ ระบบ Intranet, Internet (Website & Social Network) ● มีการจัดทำแผนการพัฒนาวิชาการและงานวิจัย และโครงการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย เพื่อให้เกิดการจัดการความรู้ในหน่วยงานอย่างเป็นระบบ ● ทีมพยาบาลร่วมเป็นส่วนหนึ่งในคณะกรรมการวิจัยของรพ. มีการจัดตั้งคลินิกวิจัยและ	

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	รายชื่อของเอกสาร/ หลักฐานประกอบอื่นๆ
- พัฒนาศักยภาพทีมที่ให้การปรึกษา เพื่อเพิ่มช่องทางให้กับเจ้าหน้าที่ในการขอคำปรึกษาด้านงานวิชาการต่างๆ - ส่งเจ้าหน้าที่ เข้าร่วมการจัดกิจกรรมเรื่องเล่าเร้าพลัง เพื่อนำ Small success ขับเคลื่อนสู่ Big success ต่อไป สิ่งที่เกิดขึ้นจริง ในปีงบประมาณ 2559-2562 มีการพัฒนาระบบงานใหม่ๆ โดยนำนวัตกรรมและผลงานวิชาการ ทำให้เกิดการพัฒนาการบริการที่มีคุณภาพ นอกจากนี้ ยังมีผลงาน/นวัตกรรม ที่ได้รับการคัดเลือกเพื่อนำเสนอและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเวทีการประชุมต่างๆ อาทิ - ผลงานเรื่อง ประสบการณ์การเข้าร่วมกิจกรรมการบริการรถแม่ข่ายสุขภาพของบุคลากรด้านสาธารณสุข, ผู้ป่วยและญาติ กรณีศึกษา อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ : รางวัลผลงานวิชาการดีเด่น การประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2559 - ผลงานเรื่อง บริการไร้รอยต่อด้วยรถแม่ข่ายสุขภาพขุนหาญได้รับคัดเลือกในการนำเสนอและได้รับรางวัลรองชนะเลิศในการประชุม HA National Forum ครั้งที่ 18 ระหว่างวันที่ 14-17 มีนาคม 2560 ณ อิมแพคฟอรัม เมืองทองธานี - ผลงานเรื่อง การพัฒนาระบบส่งต่อไร้รอยต่อด้วยรถแม่ข่ายสุขภาพ รางวัลบริการภาครัฐแห่งชาติ (Thailand Public Service Awards) - ผลงานเรื่อง การขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ชาวขุนหาญ ปลอดภัย ไม่จมน้ำ” อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ:รางวัลผลงานวิชาการดีเด่น การประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2561 - ผลงานเรื่องการพัฒนาขับเคลื่อนการดำเนินงาน ภาควิชาเครือข่าย ขุนหาญร่วมใจ ป้องกันและแก้ไข อุบัติเหตุ อุบัติภัยทางถนน อ.ขุนหาญ จ.ศรีสะเกษ งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน รพ. ขุนหาญ:ได้รับคัดเลือกในการนำเสนอและได้รับรางวัลรองชนะเลิศในการประชุมอุบัติเหตุทางถนนแห่งชาติ ณ ศูนย์ประชุมไบเทคบางนา ปี 2562 - ผลงานเรื่องการพัฒนารูปแบบเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดโรคหัวใจในผู้สูงอายุโดยใช้ STEMI Alert 3 Steps “แบบมีส่วนร่วมภาควิชาเครือข่าย : บริบท อ.ขุนหาญ” งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน รพ.ขุนหาญ ได้รับรางวัลผลงานวิชาการดีเด่น การประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2562	

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	รายชื่อของเอกสาร/ หลักฐานประกอบอื่นๆ
● ผลงานเรื่องการพัฒนารูปแบบเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดโรคหัวใจในผู้สูงอายุโดยใช้ STEMI Alert 3 Steps “แบบมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย : บริบท อ.ขุนหาญ”งาน อุบัติเหตุฉุกเฉิน รพ.ขุนหาญ ได้รับรางวัลผลงานวิชาการดีเด่น การประชุมวิชาการ Cardiac forum ครั้งที่14 ณ หาดใหญ่ จ.สงขลา วันที่ 4-7 กุมภาพันธ์ 2563 ประจำปี 2563 ● รางวัลผลงานวิชาการดีเด่น การประชุมวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ประจำปี 2560 วันที่ 19-23 มิถุนายน 2560 ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ○ ผลงานเรื่อง การรายงานการสอบสวนโรคเฉพาะราย กรณีเด็กจมน้ำ เสียชีวิตบ้านกระมัลพัฒนา ตำบลโพธิ์วังค์ อำเภอขุนหาญ ● มีการปรับปรุงกระบวนการที่สำคัญในการ Monitor ข้อมูลทางระบาดวิทยา โดยใช้ระบบ Line notify แจ้งเตือนเมื่อเกิดโรคระบาดในระบบรายงาน 506 และแจ้งเตือนเพื่อตรวจสอบข้อมูลในกลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ● พัฒนาระบบ Line notify แจ้งเตือนค่า lab วิกฤตเมื่อบันทึกผลเข้าสู่ในระบบบริการโรงพยาบาล ● พัฒนาระบบ Line notify แจ้งเตือนผู้ป่วยถูกสุนัขกัดเมื่อบันทึกผลเข้าสู่ในระบบบริการโรงพยาบาลเพื่อแจ้งเตือนพื้นที่การลงควบคุม กรณีสงสัยสุนัขบ้า ● พัฒนาเวชระเบียนคุณภาพ ด้วยการมีส่วนร่วมกันของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง มีการติดตามและวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางช่วยเหลือแก้ไขอย่างต่อเนื่อง ● กระตุ้นและส่งเสริมกระบวนการ Audit เวชระเบียน ให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับปรุงคุณภาพของการให้บริการ ซึ่งสามารถทำได้ครอบคลุมทั้งเวชระเบียน OPD และ IPD ● พัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการจัดเก็บรายได้ กระตุ้นและส่งเสริมสนับสนุนให้บุคลากรมีการบันทึกเวชระเบียนที่สมบูรณ์ ช่วยเพิ่มพูนรายได้ ● ร่วมพัฒนาระบบบัญชี เพื่อการจัดเก็บรายได้ที่สมบูรณ์ ครบถ้วน โดยการร่วมวิเคราะห์และหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน จนสามารถลดอัตราการสูญเสยรายได้ให้หน่วยงานเป็นจำนวนมาก ● ร่วมพัฒนาระบบจัดเก็บข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากหน่วยงานภายนอก ให้สามารถรายงานผลในระบบ Himpro ได้ ทำให้สามารถดูผลการตรวจ ได้รวดเร็วขึ้น	

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	รายชื่อของเอกสาร/ หลักฐานประกอบอื่นๆ
● ร่วมพัฒนาระบบสแกนชาร์ต ผู้ป่วยใน เข้าในระบบ HIS โรงพยาบาล ทำให้สามารถลดการยืม/ลดยูเอชเอชาร์ตได้	
หมวด 5บุคลากร 5.1 ชัดความสามารถและอัตรากำลังของบุคลากร 1. ด้านความรู้ความสามารถเฉพาะตำแหน่งในระดับปฏิบัติการมีการกำหนด Job description, Job specification, learning need และ on the job training ในแต่ละตำแหน่งชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร โดยหัวหน้าฝ่าย/หัวหน้างานและทีมครูพี่เลี้ยง เป็นผู้ดำเนินการสอนและประเมิน 1 ครั้ง/ปี ผลการประเมินสมรรถนะผ่านตามเกณฑ์ 100 % 2. ด้านความรู้ความสามารถของหัวหน้างาน รองหัวหน้างาน กำหนดมาตรฐานต้องผ่านการอบรมหลักสูตรทักษะการเป็นผู้นำหรือหลักสูตรการบริหารทางการแพทย์หรืออบรมภาวะผู้นำ Leadership Development Program ส่วนความรู้ความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์ ในภาพรวม (core competency) ทีมงานบริหารและพัฒนาบุคลากรเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการวางแผนการประเมินสมรรถนะ ซึ่งกำหนดการประเมิน 1 ครั้ง /ปี และฟื้นฟูความรู้ทักษะ โดยใช้กระบวนการ Quality Rally 1 ครั้งต่อปีผลการประเมินสมรรถนะผ่านตามเกณฑ์ 100 % 3. มีการประเมิน Functional competency ที่เป็นสมรรถนะเชิงวิชาชีพของพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งมีการออกแบบและประเมินสมรรถนะ ปีละ 2 ครั้ง หากประเมินไม่ผ่านเกณฑ์ มอบหมายให้หัวหน้างานทำการสอนเพิ่มเติมและประเมินซ้ำอีกครั้ง 4. มีการวางแผนระยะยาว ในการสรรหาอัตรากำลังให้พอเพียง (Planning) โดยมีการวิเคราะห์ภาระงานและความต้องการบุคลากร นำมาวางแผนจัดอัตรากำลังนำเสนอคณะกรรมการแผนงานโรงพยาบาล พิจารณาดำเนินการสรรหาตาม Specification เพื่อให้เพียงพอและตอบสนองเป้าหมายขององค์กรในการจัดระบบงาน เช่น การวางแผนอัตรากำลังรองรับ งาน CKD Clinic , ICU, Stroke Unit มีการวางแผนส่งนักเรียนทุนพยาบาลเพื่อรองรับแผนอัตรากำลังทุกปีละ 3-4 คน เป็นต้น โดยใช้มาตรฐานการจัดสรรอัตรากำลังตาม กรอบ FTE	-โครงการ และหนังสือร่าง khunhan model -คู่มือการนิเทศงานรายโรค -คู่มือปฏิบัติงานองค์กรพยาบาล -ผลการประเมิน Functional competency - รายงานผลการตรวจสุขภาพประจำปี/สมรรถภาพองค์กรพยาบาล - รายงานอุบัติการณ์โรคจากการทำงาน/อุบัติเหตุจากการทำงาน -ผลการประเมิน Happinometer และแนวทางแก้ไข -แผนอัตรากำลังระยะสั้น-ยาว

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	รายชื่อของเอกสาร/ หลักฐานประกอบอื่นๆ
5.1 ชีตความสามารถและอัตรากำลังของบุคลากร 5. มีการวางแผนระยะสั้น เป็นการวางแผนอัตรากำลังให้เพียงพอเหมาะสมสำหรับผู้มารับบริการในแต่ละวัน ทั้งในสภาวะปกติและสภาวะฉุกเฉิน โดยมีแนวทางการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาล จัดตามมาตรฐานที่กองการพยาบาล ได้กำหนดไว้คิดภาระงาน โดยใช้เกณฑ์การคำนวณตาม Productivity (ออกแบบโปรแกรมการวิเคราะห์ productivity real time) - มาตรฐานของการพยาบาลผู้ป่วยใน คิดค่างานเวรเช้า 45 % เวรบ่าย 35 % เวรดึก 25 % และกำหนดเกณฑ์ในการจัดอัตรากำลังเสริมจากการวิเคราะห์ภาระงาน สำหรับการพยาบาลผู้ป่วยในคือ Productivity ≥ 120 เสริม BD ≥ 140 เสริม OT เต็มเวร ส่วนพนักงานช่วยเหลือคนไข้จะใช้ยอดผู้รับบริการแทน คือ ยอด ≥ 25 เสริม BD ≥ 30 เสริม OT - มาตรฐานการพยาบาลผู้คลอด ยึดหลักการดูแลตามมาตรฐานศูนย์อนามัยแม่และเด็กเขต 10 (ผู้ดูแลต่อผู้คลอด 3:1) กำหนดข้อตกลงในการตามเสริมดังนี้กรณีมีผู้คลอด 1 รายและเข้าสู่ระยะ Active Phase/มีภาวะแทรกซ้อนตามอัตรากำลังพยาบาล 6. มีการจัดตารางปฏิบัติงาน ในหน่วยงานที่ปฏิบัติงานเวรผลัด กำหนดเป็นสามช่วงๆละ 8 ชั่วโมง คือ ช่วงที่ 1 เวลา 24.00-08.00 น. ช่วงที่ 2 เวลา 08.00 – 16.00 น. ช่วงที่ 3 เวลา 16.00-24.00น จัดตารางหมุนเวียน (Rotating Shiftscheduling) -ระบบการจัดอัตรากำลัง (staff Allocation) กำหนดให้ยึดถือตามเกณฑ์มาตรฐานของการขึ้นปฏิบัติงาน -ข้อตกลงในการหยุดพัก เช่นในวันปฏิบัติงานปกติสามารถหยุดต่อเนื่องได้ไม่เกิน 5วัน หากเป็นวันลาพักผ่อน ให้หยุดติดต่อกันได้ 1เท่าของการลา เช่นถ้าลา 2วัน ให้หยุดได้เป็น 4วัน รวมวันลาพักผ่อน ลา 5วันหยุดได้ 10วัน ข้อตกลงในการขึ้นปฏิบัติงานต่อเนื่องได้ ไม่เกิน 10 เวร ยกเว้นมีการตามอัตรากำลังเสริมกรณี ลาป่วยหรือภาระงานเพิ่ม หากมีการปฏิบัติไม่ตรงตามข้อตกลง ให้ทำการบันทึกข้อความรายงานหัวหน้างานตามลำดับขั้น รับทราบถึงสาเหตุของการไม่ปฏิบัติตามข้อตกลง และหากหัวหน้างานเป็นผู้จัดให้ขึ้นปฏิบัติงานไม่ตรงตามข้อตกลง ให้หัวหน้างานนั้นเป็นผู้บันทึกข้อความเสนอหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล เพื่อนำเสนอผู้อำนวยการต่อไป ข้อตกลงนี้ ยกเว้นในกรณี กลุ่มที่ขึ้นปฏิบัติงานเฉพาะเวรเช้า เช่น OPD, NCD ที่ต้องขึ้นปฏิบัติงานเวร BD และเสาร์อาทิตย์	

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	รายชื่อของเอกสาร/ หลักฐานประกอบอื่นๆ
5.1 ขีดความสามารถและอัตรากำลังของบุคลากร และหน่วยจ่ายกลางและซัพพลาย 7. มีการเตรียมความพร้อมบุคลากรก่อนประจำการ โดยมีการปฐมนิเทศและมีระบบการจัดให้ฝึกประสบการณ์ก่อนการลงปฏิบัติงานเป็นต้วจริง โดยให้มีพี่เลี้ยงในการดูแลฝึกประสบการณ์ และให้มีการเก็บประสบการณ์ในหัตถการหรือการดูแลเฉพาะในแต่ละหน่วยงาน 8. มีระบบการธำรงรักษาบุคลากร ไม่ให้มีการลาออกหรือย้ายหน่วยงาน เช่น การให้สวัสดิการบ้านพัก มีสวัสดิการเยี่ยมไข้ เยี่ยมคลอด	
5.2 วัฒนธรรมองค์กรและการขับเคลื่อนความผูกพัน 1. มีการสร้างวัฒนธรรมองค์กรและการเรียนรู้ผ่านกระบวนการกิจกรรมMorning talk เริ่มต้นจากทีมบริหารกลุ่มการพยาบาลทุกวันพฤหัสบดี เวลา 07.30 – 08.30 น. เพื่อเป็นเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการแก้ปัญหา การนิเทศหน่วยงาน ซึ่งเห็นผลลัพธ์ที่ดี ปัญหาที่มีการจัดการที่รวดเร็วขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแก้ปัญหาอัตรากำลัง เกิดนวัตกรรมโปรแกรมวิเคราะห์ภาระงานแบบ Real Time ตอบสนองการเสริมอัตรากำลังให้เพียงพอทันเวลาเป็นต้น -มีการสร้างวัฒนธรรมองค์กรเมื่อพบกันยิ้มทักทาย กล่าวคำสวัสดิทำให้ได้รับความรู้สึกที่ดีต่อกัน -มีการร่วมเคารพธงชาติกล่าวคำปฏิญาณตน วิสัยทัศน์ พันธกิจก่อนการปฏิบัติงานตอนเช้าทุกวัน	
5.3 การประเมินความผูกพันของบุคลากร 1. กลุ่มงานการพยาบาลได้มีการประเมิน ความผูกพันต่อองค์กร,ความพึงพอใจในงาน คุณภาพชีวิตในการทำงาน และธรรมาภิบาลองค์กรและมีการศึกษาและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันและความพึงพอใจบุคลากรในทุกๆปีและได้ปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันดังนี้ คือ การได้รับการยอมรับนับถือ สัมพันธภาพที่ดีในองค์กร และความก้าวหน้าในวิชาชีพ 2. ได้มีการเยี่ยมไข้ เยี่ยมคลอด ร่วมแสดงความยินดีในงานมงคลต่าง ๆ และเยี่ยมให้กำลังใจเมื่อเกิดภาวะวิกฤติต่าง ๆ เช่น อัคคีภัย อุทกภัย วาตภัย 3. มีการพบปะสังสรรค์ตามวาระต่าง ๆ เช่น วันพยาบาล ตักบาตร	

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	รายชื่อของเอกสาร/ หลักฐานประกอบอื่นๆ
4. จิตอาสา ทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น ปั่นปันรักเยี่ยมผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง จัดบูธนิทรรศการวันรณรงค์ต่าง ๆ ระดมทุนช่วยเหลือผู้ป่วยเยี่ยมบ้านที่ยากไร้ ผลการประเมินความพึงพอใจของบุคลากรในองค์กรพยาบาลโดยใช้เครื่องมือ Happinometer ดังนี้ ***น่าจะเป็นตารางแบ่งแต่ละด้าน แต่ละปี*** ปี 2558 = 77.82 ปี 2559 = 78.49 ปี 2560 = 79.41 ปี 2561 = 80.72 ปี 2562 = 80.69 ปี 2563 = ไม่ได้ใช้แบบประเมิน Happinometer แต่ใช้แบบประเมินกองการพยาบาล 79.00 ในหัวข้อ 1. การประเมินธรรมาภิบาลองค์กร ร้อยละ 94.97 2. การประเมินคุณภาพชีวิตในการทำงาน ร้อยละ 75.12 3. การประเมินความพึงพอใจในงาน ร้อยละ 73.87 4. การประเมินความผูกพันต่อองค์กร ร้อยละ 76.97 ซึ่งผลการประเมิน พบว่าในด้านความก้าวหน้าและสวัสดิการและเครื่องมือเครื่องใช้ ความพึงพอใจมีค่าคะแนนต่ำ ได้นำผลการประเมินมาทบทวนและแก้ปัญหาในด้านต่างๆ ดังนี้ 1. ให้ความรู้การจัดการด้านการเงิน 2. สวัสดิการเงินยืม 3,000 และ 10,000 3. สวัสดิการเยี่ยมไข้ เยี่ยมคลอด 4. การดูแลเครื่องมือเครื่องใช้ให้พอเพียง และการบำรุงรักษาสภาพเครื่องมือเครื่องใช้ 5. จัดสรรกรอบการศึกษาเฉพาะทางให้ครอบคลุมทุกสาขา ผลจากการปรับปรุงแก้ไข 1. บุคลากรที่เข้าอบรมมีความรู้การบริหารการเงินมากกว่า 90% 2. ได้รับการ เพิ่มสวัสดิการเงินยืม 3,000 และ 10,000เพิ่มมากขึ้นช่วยบรรเทาความเดือนร้อน 3. บุคลากรการพยาบาลได้รับสวัสดิการเยี่ยมไข้ เยี่ยมคลอด100% 4. ได้รับการบริจาคครุภัณฑ์ทางการแพทย์เพียงพอต่อความต้องการ เช่น เตียงผู้ป่วย ที่นอนลม เครื่องดูดเสมหะ ฯลฯ ได้รับความช่วยเหลือจากเครือข่ายภายในและภายนอกองค์กร	

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	รายชื่อของเอกสาร/ หลักฐานประกอบอื่นๆ
5. บุคลากรการพยาบาลได้รับพัฒนาตามแผนพัฒนาบุคลากรครอบคลุมทุกสาขา ได้แก่ สาขาการพยาบาลอุบัติเหตุ สาขามารดาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง สาขาการพยาบาลวิกฤติ สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป(การรักษาเบื้องต้น) สาขาพยาบาลไต สาขาพยาบาลตา การพยาบาล สาขาจิตเวช การพยาบาลสาขาจิตเวชชุมชน การพยาบาลสาขายาเสพติด การพยาบาลเวชปฏิบัติ(วิกฤติทารกแรกเกิด) การพยาบาลวิสัญญี การพยาบาลระบบทางเดินหายใจเด็ก ฯลฯ	
5.4 การจัดการผลการปฏิบัติงาน 1. มีการกำหนดเกณฑ์เพื่อวัดผลการปฏิบัติงานส่วนบุคคลโดยแบ่งเป็น 2 องค์ประกอบ ผลสัมฤทธิ์ : พฤติกรรมบริการ 70 : 30 และนำผลการปฏิบัติตามวัฒนธรรมองค์กรมาเป็นคะแนนบวก คะแนนด้านผลสัมฤทธิ์มีการออกแบบประเมินโดย แยกเป็น ระดับหัวหน้างานและระดับปฏิบัติ โดยหัวหน้างานมีการนำเรื่อง ความสม่ำเสมอการ ทบทวน 12 กิจกรรม ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อหน่วยงาน คะแนน 5 ส. ของ หน่วยงาน การส่งเสริมสุขภาพบุคลากรในฝ่ายงาน การสวมหมวกกันน็อก/คาดเข็มขัด นิรภัยในหน่วยงาน ผลงาน CQI วิจัยนวัตกรรม ของบุคลากรในหน่วยงาน การประชุม เจ้าหน้าที่ในฝ่ายงาน เป็นฐานประเมินเหมือนกันทุกคน - กำหนดให้มีการประเมิน functional competency ในหน่วยงานขององค์กร พยาบาลทั้งสายวิชาชีพและสายสนับสนุนในทุกปี ปีละ ๑ ครั้งกำหนดเกณฑ์โดยใช้หลัก ธรรมาภิบาล ผู้รับการประเมินได้รับทราบผลด้วยตนเอง โดยการเซ็นรับการพิจารณา - มีการยกย่องชมเชยในวาระต่าง ๆ เช่น มีการเลื่อนขั้น/ระดับ สร้างผลงานเด่น ทางด้านวิชาการ การปฏิบัติงานเข้าดีเด่นการทำความดีต่างๆโดยการมอบเกียรติบัตรหรือ ช่อดอกไม้ ในวาระการประชุมเจ้าหน้าที่ เพื่อเป็นการเชิดชูเกียรติ และเป็นแบบอย่างที่ดี พฤติกรรมบริการดี	

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	รายชื่อของเอกสาร/ หลักฐานประกอบอื่นๆ
5.5 การพัฒนาบุคลากรพยาบาลและผู้บริหารการพยาบาล 1. มีการกำหนดให้ทีมงานทางการพยาบาลคือหัวหน้างานทุกคนต้องผ่านการอบรมบริหารทางการพยาบาลกลุ่มการพยาบาลมีหัวหน้างานทั้งหมดจำนวน10 คนผ่านการอบรมบริหารทางการทั้งหมด 9 คนคิดเป็นร้อยละ 90 มีการจัดอบรมภาวะผู้นำLeadership Development Program ในหลายรูปแบบทุกปีมีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทักษะการบริหารจัดการผ่านเวทีMorning talk ทุกเช้าวันพฤหัสบดีเริ่มเวลา 07.30 น. เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทักษะการบริหารจัดการระหว่างหัวหน้าและรองหัวหน้างานมีการวางแผนพัฒนาบุคลากรเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของหน่วยงานและสอดคล้องกับService Plan ระดับ F1 2. มีการกำหนดให้มีการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรประจำปีทุกหน่วยงานและมีนโยบายให้บุคลากรต้องได้รับการฝึกอบรมอย่างน้อย 1 คน ต่อครั้ง / ปี มีการอบรมทั้งในเชิงนโยบาย , ตามแผนพัฒนาบุคลากรและตามความต้องการฝึกอบรม 3. มีการประเมินประสิทธิผลโดยการวัดค่าเป้าหมายตัวชี้วัดด้านการพัฒนาและการเรียนรู้ที่กำหนดคือบุคลากรทางการพยาบาลผ่านการประเมินFunctional competency คะแนนผ่านร้อยละ80เป้า100% 4. มีการจัดทำผังเส้นทางความก้าวหน้าของบุคลากรในแต่ละสายวิชาชีพและใช้วิธีการเผยแพร่ให้บุคลากรรับทราบทาง Intranet มีการแจ้งเตือนจากหัวหน้างานได้รับทราบและกระตุ้นบุคลากรในหน่วยงานเตรียมส่งผลงานเพื่อปรับเลื่อนระดับ	
5.6 บรรยากาศในการทำงาน - องค์กรพยาบาลร่วมกับทีมดูแลเฉพาะ เช่น ทีม 5 ส., IC , ENV ,โครงสร้างและสิ่งแวดล้อม ดำเนินการปรับปรุงสถานที่ ,การประเมินสถานที่ทำงานน้อยๆ พัฒนาตามเกณฑ์มาตรฐาน Green & Clean hospital , Healthy work place โดยมีการประเมินภายในองค์กรทุกเดือน และประเมินจากองค์กรภายนอก 1 ครั้ง/ปี - มีการเข้าร่วมการซ้อมแผนอุบัติเหตุ และซ้อมแผนอัคคีภัย 1 ครั้ง/ปี - อายุ 50 ปีขึ้นไป ไม่ให้ขึ้นเวร Ambulance - บรรยากาศด้านสิ่งแวดล้อม โดยงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม มีการสำรวจค้นหาสภาพแวดล้อมที่อาจจะเสี่ยงทางด้านสุขภาพของบุคลากร เช่น ระบบแอร์ ความเสี่ยงด้านการทำงาน ระยะห่างที่นั่งระหว่างผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ เสี่ยงต่อโรค แสงสว่าง มีการประสานงานกับหน่วยงานสิ่งแวดล้อม ตรวจสอบความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม แสง เสียง ความร้อน	-ผลการประเมิน ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม -ภาพกิจกรรมในการซ้อมแผนอุบัติเหตุและอัคคีภัย

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	รายชื่อของเอกสาร/ หลักฐานประกอบอื่นๆ
5.7 สุขภาพของบุคลากร 1. มีการจัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติในการคุ้มครองสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากรให้แต่ละหน่วยงานและกำหนดให้บุคลากรทางการแพทย์ทุกคน มีการตรวจสุขภาพ ครั้ง/ปีและประเมินสมรรถนะ1 ครั้งต่อปีร่วมกับกิจกรรมของโรงพยาบาล 2. มีการประเมินและจัดการความเสี่ยงต่อสุขภาพที่สำคัญอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เช่น การติดเชื้อวัณโรค ไวรัสตับอักเสบบี การเจ็บป่วยและการบาดเจ็บจากการทำงาน 3. ส่งเสริมสุขภาพบุคลากรด้านการพยาบาลตามนโยบายของคณะกรรมการที่มสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยการให้วัคซีนพื้นฐาน คือ Hepatitis B และ Varicella , Influenza 4. การพยาบาลอาชีวอนามัย โดยคลินิกทำงาน ให้การดูแลและเกื้อหนุนบุคลากรในเรื่องการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การเจ็บป่วยจากการทำงาน อุบัติการณ์เข็มที่มตำทบทวนและวางแผนแนวทางปฏิบัติ การตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงของงาน - การขึ้นเวรยามวิกาล มีการ safety โดยมียาม การเยี่ยมผู้ป่วยถึง 20.00 น. ผู้เฝ้าต้องเป็นผู้หญิง (เป็นความตระหนักของ รพช.เพราะพยาบาลส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง เพื่อป้องกัน ญาติคุกคามพยาบาล)(จำเป็นหรือไม่) - กำหนดให้บุคลากรทางการแพทย์ที่มีอายุตั้งแต่50 ปีขึ้นไปงดปฏิบัติงานเวรพลัดและเวร Refer 5. มีการปรับเปลี่ยนงานให้เหมาะสมกับสภาวะสุขภาพองค์กรพยาบาลได้ดำเนินการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น - การออกกำลังกาย 5 ครั้ง/สัปดาห์ - ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่เข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายทุกวันพุธเวลา 16.30 – 17.30 น. - กำหนดเจ้าหน้าที่ในองค์กรพยาบาลสมัครกิจกรรมก้าวทำใจ season 1 100% กำหนดส่งผลการเดินวิ่งเพื่อติดตามในกลุ่ม line - การเดิน MK - Health Break การอ่านฉลากโภชนาการ	

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	รายชื่อของเอกสาร/ หลักฐานประกอบอื่นๆ
หมวด 6 การปฏิบัติการพยาบาล 1. องค์กรพยาบาลกำหนดความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กร โดยให้สอดคล้องกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) ได้แก่ โรคติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) และโรคหลอดเลือดหัวใจ (STEMI) โดยมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพผู้ให้บริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในตามกระบวนการหลักของงาน การจัดการบริการมีความต่อเนื่องเชื่อมโยงกับเครือข่ายบริการทั้งภายใน และภายนอกโรงพยาบาล ในรูปแบบการส่งต่อและเครือข่ายบริการ มีการจัดทำคู่มือ แนวทาง ระเบียบปฏิบัติ ที่จำเป็นสำหรับผู้ปฏิบัติงาน มีการกำหนดกระบวนการหลักในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่การเข้าถึงและเข้ารับบริการ การรับใหม่การประเมินสภาพ การจำแนกประเภทผู้ป่วย การวางแผนการดูแล การดูแลรักษาพยาบาล การให้ข้อมูลและการเสริมพลัง การวางแผนจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่อง มีระบบการบันทึกและรายงานทางการพยาบาลเชื่อมโยงกับสหสาขาวิชาชีพ โดยให้สอดคล้องกับสภาพปัญหา/ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างทันท่วงที ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ มีระบบการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลที่มีคุณภาพ มีระบบการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้บริการ มีการจัดระบบบริการให้ถูกต้องตามหลักการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล มีระบบการสื่อสารระหว่างวิชาชีพและเครือข่าย มีการมอบหมายงานและกำหนดหน้าที่ในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ มีการประเมินสมรรถนะ นิเทศกำกับ ติดตาม การปฏิบัติงานโดยหัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้ากลุ่มการการพยาบาลแต่ละสาขา 2. งานการพยาบาลได้กำหนดความเชี่ยวชาญในหน่วยงานดังนี้ - พยาบาลวิชาชีพทุกคนผ่านการอบรม CPR, อุบัติเหตุกลุ่มชน, อักคีภัย, การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC), อาชีวอนามัยและความปลอดภัย - พยาบาลเฉพาะทาง 7 สาขา ได้แก่ สาขาสูติกรรม จำนวน 4 คนสาขาไต 2 คนสาขาห้องผ่าตัด 1 คน สาขาวิสัญญีพยาบาล 6 คน สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน 5 คน สาขาการพยาบาลวิกฤติ 3 คน สาขาการดูแลแบบประคับประคอง 2 คน	

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	รายชื่อของเอกสาร/ หลักฐานประกอบอื่นๆ
3. งานการพยาบาลได้ออกแบบระบบงานตามความเชี่ยวชาญที่กล่าวมาข้างต้น โดยการออกแบบกระบวนการทำงาน กำหนดเป้าหมาย ตัวชี้วัดคุณภาพของการพยาบาล และมอบหมายให้เจ้าหน้าที่จัดเก็บข้อมูลในระบบสารสนเทศทางการพยาบาล และนำเข้าทบทวนเพื่อติดตามการบรรลุเป้าหมายทุกเดือน 4. มีการสร้างนวัตกรรมเพื่อให้กระบวนการทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น มีการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม อาทิเช่น การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจในชุมชน, การคัดกรองตาในผู้สูงอายุ, การให้ความรู้เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพ โดยใช้งบประมาณร่วมกับท้องถิ่น ฯลฯ องค์กรพยาบาลกำหนดนโยบายให้ทุกหน่วยงานใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลครอบคลุมองค์กรวม และบันทึกการพยาบาลในแบบฟอร์มที่กำหนด ให้ครบถ้วน ชัดเจน มีคณะกรรมการ QA ประเมินการใช้กระบวนการพยาบาล ปีละ ๒ ครั้ง มีการทบทวนและนำผลการประเมินมาพัฒนางาน ด้านการจัดการอาการรบกวน องค์กรพยาบาลกำหนดแนวทางการจัดการอาการรบกวน(Symptom Distress Management) โดยออกแบบให้การพยาบาลและกระบวนการกำกับติดตาม ประเมินผลตามแนวทางปฏิบัติ ได้แก่กลุ่มอาการต่อไปนี้ - การจัดการความปวด โดยกำหนด pain score เป็น vital signs ที่ 5 และให้การช่วยเหลือบรรเทาอาการปวดตามระดับความปวดที่กำหนด หน่วยบริการพยาบาลมีการบันทึกและรายงานผลการประเมินความปวดและการจัดการเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด บันทึกในแฟ้มประวัติผู้ป่วย ในฟอร์มปรอท และ Nurse Noteทุกราย ทุกเวร หน่วยงานมีกระบวนการทบทวนการปฏิบัติเพื่อพัฒนาเทคนิคการปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง ในรายที่พบว่าไม่สามารถบรรเทาความปวด มีการรายงานการจัดการความปวดที่ไม่เป็นไปตามผลที่ต้องการเพื่อพัฒนาปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติทุกครั้งที่มีเหตุการณ์ผิดปกติโดยแจ้งทีม Palliative ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เข้ามาจัดการความปวด และ pain clinic - การจัดการอาการไอ - การประเมินภาวะเครียด ซึมเศร้า ฆ่าตัวตาย และการให้ความช่วยเหลือ โดยการประเมิน 2Q ทุกราย และกรณีมีปัญหาทางด้านจิตใจ ส่งพบพยาบาลจิตเวชทุกราย	

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	รายชื่อของเอกสาร/ หลักฐานประกอบอื่นๆ
ด้านการจัดการความปลอดภัยและป้องกันความเสี่ยง ใช้หลัก Patient safety goals (SIMPLE) มีแนวทางการบริหารจัดการความเสี่ยง จัดให้มีระบบการเฝ้าระวัง การบันทึก การรายงานและการทบทวนเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ มีการดำเนินการจัดการ แก้ไขปัญหาและป้องกันการเกิดซ้ำ มีคณะกรรมการจัดการความเสี่ยงทุกหน่วยงาน กำหนดให้มีการทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ ทุกเดือน (๑๒ กิจกรรม) Nursing's round , Nursing's conference และทบทวนทุกครั้งที่มีอุบัติการณ์ความเสี่ยง ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ และรายงานผลการทบทวนให้คณะกรรมการบริหารกลุ่มภารกิจ ด้านการพยาบาลทราบ ด้านการให้ข้อมูล การเสริมพลังแก่ผู้ใช้บริการ และการดูแลต่อเนื่อง มีการให้ข้อมูลและช่วยเหลือให้เกิดการเรียนรู้ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในบริการ จัดกิจกรรม เสริมทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเองและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี โดยประสานความร่วมมือกับสหสาขาวิชาชีพ ศูนย์วางแผนการจำหน่าย ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC) หน่วยบริการสุขภาพชุมชน และองค์กรอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการติดตามการดูแลผู้ป่วย และนำผลการติดตามมาใช้ในการปรับปรุง/วางแผนบริการในอนาคต ด้านความพร้อมต่อภาวะฉุกเฉิน องค์กรมีการจัดทำแผนรองรับภาวะฉุกเฉิน ครอบคลุมการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภัยพิบัติ การเกิดโรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ ร่วมกับ คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยของโรงพยาบาล มีการตรวจสอบจุดเสี่ยงต่างๆ การซ้อมแผนอัคคีภัย อุบัติเหตุหมู่ มีการเตรียมความพร้อมบุคลากร อุปกรณ์การช่วยชีวิต และการช่วยฟื้นคืนชีพ ในทุกหน่วยงาน ด้านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การปรับปรุงกระบวนการทำงาน มีการทบทวนและปรับปรุงกระบวนการทำงาน คู่มือแนวทาง ระเบียบปฏิบัติ และผลการดำเนินงาน นำไปจัดทำผลงานคุณภาพ CQI งานวิจัย R2R และนวัตกรรม นำเสนอในเวทีมหกรรมงานคุณภาพระดับโรงพยาบาล/จังหวัด/เขต/กระทรวง	

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	รายชื่อของเอกสาร/ หลักฐานประกอบอื่นๆ
6.1 ระบบงานและสมรรถนะหลักขององค์กร องค์กรพยาบาลได้มีการกำหนดความเชี่ยวชาญพิเศษโดยให้สอดคล้องกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ(Service plan) ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคหลอดเลือดหัวใจ (STEMI) และ โรคติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) และมีการกำหนดเข้มมุ่งในการทำงานเพื่อความปลอดภัยของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ แต่ละหน่วยงานบริการพยาบาลระบุปัญหาแต่ละหน่วยงาน มาวิเคราะห์หาส่วนขาด เพื่อนำมากำหนดสมรรถนะหลักของบุคลากรทางการพยาบาลในด้านต่าง ๆ ดังนี้ 1. มีการประเมินสมรรถนะหลักของบุคลากรทางการพยาบาล ในแต่ละระดับโดยแบ่งเป็น ดังนี้ 1.1 พยาบาลวิชาชีพ 1.2 เวชกิจฉุกเฉิน 1.3 พนักงานช่วยเหลือคนไข้ 1.4 พนักงานบริการ	-CPG -สรุปรายงานการดำเนินงานประจำปี -SP , WI -R2R , CQI -รายงานอุบัติการณ์ -แนวทางการจัดการอาการรบกวนต่างๆ -แนวทางปฏิบัติสำหรับผู้ใช้บริการที่ต้องเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อน -การทบทวนการดูแลผู้ป่วยโดยใช้ C₃THER and HELP, Nursing conference และการทบทวนเหตุการณ์สำคัญต่างๆ
6.2 การออกแบบกระบวนการทำงาน การออกแบบระบบงานบริการพยาบาล โดยมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ตามกระบวนการหลักของหน่วยงาน มีการเชื่อมโยงนโยบายสู่การปฏิบัติร่วมกับเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดกำหนดกระบวนการปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กร จัดทำ CPG และแนวทางสำคัญของกระบวนการทำงาน โดยใช้ข้อมูลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ใช้บริการ และผู้ร่วมงานอื่นๆ ได้แก่ กระบวนการรับใหม่ จำหน่าย ส่งต่อ มีการจัดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ งานวิจัย R to R, CQI และนวัตกรรม โดยมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของโรงพยาบาลเป็นประจำทุกปี	

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	รายชื่อของเอกสาร/ หลักฐานประกอบอื่นๆ
6.3 การจัดการกระบวนการทำงาน 1.ทุกหน่วยงานนำกระบวนการทำงานที่ออกแบบไว้ไปปฏิบัติครบถ้วน ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ 2.กำหนดตัวชี้วัดสำคัญ เพื่อควบคุมและปรับปรุงกระบวนการทำงาน 3. มีการสำรวจความต้องการและความคาดหวังของผู้ใช้บริการทั้งภายใน และภายนอก 4. มีการจัดทำโครงการลดค่าใช้จ่ายทุกหน่วยงาน	
6.4 การปรับปรุงกระบวนการทำงาน 1. องค์กร/หน่วยงานบริการพยาบาล มีการ ปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อให้ได้ผลงานที่ดีขึ้น ลดความแปรปรวน ยกระดับคุณภาพบริการพยาบาล และเพื่อตอบสนองต่อความต้องการและทิศทางด้านบริการสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป 2. มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการปรับปรุงและบทเรียนระหว่างหน่วยงาน และกระบวนการต่างๆ เพื่อขับเคลื่อนการเรียนรู้และนวัตกรรมในองค์กร 3. มีการทบทวนและปรับปรุงกระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายความสำเร็จขององค์กร	
6.5 การจัดการนวัตกรรม 1. มีการจัดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ งานวิจัย R to R, CQI และนวัตกรรม โดยมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของโรงพยาบาลเป็นประจำทุกปี 2. มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการปรับปรุงและบทเรียนระหว่างหน่วยงาน และกระบวนการต่างๆ เพื่อขับเคลื่อนการเรียนรู้และนวัตกรรมในองค์กร 3. มีการจัดทำโครงการลดค่าใช้จ่ายทุกหน่วยงาน	

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	รายชื่อของเอกสาร/ หลักฐานประกอบอื่นๆ
6.6 การยึดหลักการพยาบาลองค์รวมและกระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล 1. องค์กรพยาบาลกำหนดนโยบายให้ทุกหน่วยงานใช้กระบวนการพยาบาล ให้ครอบคลุมองค์รวมในการปฏิบัติการพยาบาล ตั้งแต่แรกรับ จนถึงจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องโดยบันทึกกิจกรรมการพยาบาลในแบบฟอร์มที่กำหนด ให้ครบถ้วน 2. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ตรวจสอบการใช้กระบวนการพยาบาล ปีละ 2 ครั้ง 3. มีการปรึกษาหารือและประสานความร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ	
6.7 การจัดการอาการรบกวน การช่วยให้ผู้ป่วยบรรเทาจากความเจ็บปวด/ความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ 1. มีการจัดทำแนวทางการจัดการความปวด โรงพยาบาลขุนหาญ 2. กำหนดเป็นนโยบายให้ทุกหน่วยงานมีการประเมินและการจัดการความปวด (Fifth vital sign) 3. หน่วยงานมีการบันทึกและรายงานผลการจัดการความปวด 4. คณะกรรมการประเมินการจัดการความปวด ปีละ 1 ครั้ง	
6.8 การจัดบริการพยาบาลที่มีความปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ทั้งด้านร่างกายจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ 1. มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติสำหรับผู้ให้บริการที่ต้องเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อน 2. มีการป้องกันความเสี่ยง โดยใช้หลักของ Patient safety goals (SIMPLE) 3. มีระบบบริหารจัดการความเสี่ยงทุกหน่วยงาน เมื่อเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง หรือพบว่าอาจเกิดความเสี่ยง มีการบันทึกและรายงานตามแนวทาง และมีการจัดการป้องกันหรือแก้ไข เพื่อความปลอดภัย 4. กำหนดเป็นนโยบายให้มีกระบวนการทบทวนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่อง และกำหนดมาตรการการป้องกันการเกิดซ้ำ	

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	รายชื่อของเอกสาร/ หลักฐานประกอบอื่นๆ
6.9 การทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยบริการ 1. องค์กรพยาบาลได้กำหนดกิจกรรมการทบทวนการดูแลผู้ป่วยเป็นกิจกรรมสำคัญ เช่น การทบทวนการดูแลผู้ป่วยโดยใช้ C₃THER and HELP, Nursing conference และการทบทวนเหตุการณ์สำคัญต่างๆ 2. หน่วยงานมีการบันทึกผลการทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยบริการ 3. คณะกรรมการQAnำเสนอผลการทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยบริการในการประชุม คณะกรรมการบริหารกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล	
6.10 การดูแลต่อเนื่อง 1. องค์กรพยาบาลให้ความสำคัญเรื่องการดูแลต่อเนื่อง โดยจัดให้มีผู้ดูแลศูนย์วางแผน จำหน่าย เพื่อส่งต่อข้อมูลและเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยระหว่างสหสาขาวิชาชีพกับศูนย์ การดูแลต่อเนื่อง (COC) มีโปรแกรมThai COCเชื่อมโยงผ่านระบบInternetไปยังสถาน บริการสุขภาพชุมชน 2. คณะกรรมการQAดำเนินงานตามระบบ และจัดทำแนวทางการปฏิบัติ 3. มีการกำหนดการประชุมร่วมกันทุก 3 เดือน ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพภายใน เครือข่าย เพื่อพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลต่อเนื่องรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ให้คณะกรรมการบริหารทราบ	-
6.11 การส่งเสริมความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใช้บริการ 1. องค์กรพยาบาลกำหนดระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามมาตรฐานการ พยาบาลเฉพาะโรค 2. มอบหมายให้ศูนย์วางแผนจำหน่ายและศูนย์ดูแลต่อเนื่อง(COC)ดำเนินการ และ รายงานผลทุกเดือน 3. มีการกำหนดระบบการติดตาม กำกับ ประเมินผล และสนับสนุนให้ผู้ใช้บริการ และครอบครัวสามารถดูแลสุขภาพตนเองและดูแลตนเองได้	

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	รายชื่อของเอกสาร/ หลักฐานประกอบอื่นๆ
6.12 การบันทึกทางการแพทย์ 1. องค์กรพยาบาลกำหนดเป็นนโยบายโดยใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์แบบ Focus charting ให้ทุกหน่วยงานถือปฏิบัติ 2. การจัดทำระเบียบปฏิบัติเรื่องการบันทึกทางการแพทย์ 3. กำหนดให้หัวหน้างาน หัวหน้าหอผู้ป่วยกำกับติดตามการนำข้อมูลการบันทึกทางการแพทย์ ไปใช้ในการวางแผนการดูแลต่อเนื่อง และพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล 4. หัวหน้างาน หัวหน้าหอผู้ป่วย สุ่มตรวจสอบการบันทึกการพยาบาลทุกวัน 5. คณะกรรมการQA ประเมินการใช้กระบวนการพยาบาล ปีละ 2 ครั้ง	
หมวด 6 การปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล 6.1 ระบบงานและความเชี่ยวชาญพิเศษ ระบบงาน งาน IC ดำเนินงานในรูปแบบคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ประกอบด้วย สหสาขาวิชาชีพจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีวาระการประชุมตามสถานการณ์ปัญหา วิเคราะห์จากปัญหาพื้นที่ 5 อันดับโรค ความเสี่ยงที่สำคัญ และโรคอุบัติใหม่ อุตุนิคม นำมาเป็นยุทธศาสตร์ของการทำงาน ทำหน้าที่ออกแบบระบบ กำหนดนโยบาย และเป้าหมายในการดำเนินงาน คือ ผู้ให้บริการ บุคลากร ผู้มาเยือน สิ่งแวดล้อม และชุมชน ปลอดภัยจากการติดเชื้อ และองค์กรพยาบาลนำไปถ่ายทอดให้ทุกหน่วยงาน รับทราบและปฏิบัติ จำนวน ICN และการศึกษาอบรม: - มีพยาบาลผ่านการอบรมICN ระยะเวลา 4 เดือนจำนวน 1 คน, ICWN ที่ผ่านการอบรม หลักสูตร 2 สัปดาห์จำนวน 4 คน ปฏิบัติงานPart time - ICN ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและควบคุมการติดเชื้อ 4 เดือน (มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ปี พ.ศ.2558) - ICWN 4 คน ผ่านการอบรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ หลักสูตร 2 สัปดาห์ -ในปี 2563 มีแผนจัดส่งการอบรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่งานผู้ป่วยนอก หลักสูตร 2 สัปดาห์ จำนวน 1 คน	-วาระการประชุม -ใบรับรองผลการอบรม

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	รายชื่อของเอกสาร/ หลักฐานประกอบอื่นๆ
6.2 การออกแบบกระบวนการทำงาน เป็นการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่ สิ่งแวดล้อมและชุมชนที่มีประสิทธิภาพ โดยใช้กลยุทธ์การพัฒนาระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ 3 ด้าน คือ ด้านบริหาร : ทบทวนนโยบาย บริหารข้อมูล คน เงิน ทรัพยากรและกำกับติดตาม ประเมินผล และนำผลเฝ้าระวังไปใช้ในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ด้านบริการ: พัฒนาระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ สิ่งแวดล้อมและชุมชน ด้านวิชาการ: ดำเนินการอบรมเชิงปฏิบัติการแก่บุคลากรในโรงพยาบาลและ รพ.สต. ปรับปรุง จัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติ นิเทศด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลทั้ง รพ. และรพ.สต. ใช้IT ช่วยในการรวบรวมข้อมูล มีการทำงานเชื่อมโยงกับคณะกรรมการที่มำอื่นๆ เช่น คณะกรรมการ 5 ส. คณะกรรมการความเสี่ยง งานอาชีวอนามัย โครงสร้างและสิ่งแวดล้อม ทีมดูแลและพัฒนากระบวนการการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลฯลฯ	-ผังโครงสร้างงาน -แผนงาน/โครงการ -คู่มือ แนวทาง ปฏิบัติ นิเทศด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลทั้ง รพ. และ รพ.สต.
6.3 การจัดการกระบวนการทำงาน จากการวิเคราะห์ปัญหาพื้นที่ 5 อันดับโรค ความเสี่ยงที่สำคัญ และโรคอุบัติใหม่ อับติซ้ำ พบว่า HAP, Phlebitis, อุบัติการณ์การติดเชื้อในระหว่างการคาสายสวนปัสสาวะ, เชื้อดื้อยา, ของมีคมทิ่มตำ/สัมผัสสารคัดหลั่ง เป็นอุบัติการณ์ที่พบได้บ่อยที่สุด เพื่อให้สามารถวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการติดเชื้อในเชิงลึกได้มากขึ้น คณะกรรมการ IC จึงกำหนดการเฝ้าระวังการติดเชื้อแบบมุ่งเป้าในระบบที่สำคัญได้แก่ แนวทางการป้องกันการเกิด HAP,แนวทางการป้องกัน Phlebitis,แนวทางการทำความสะอาด Perineum ก่อนการสอดใส่สายสวน , การนำแนวทางการดูแลป้องกันเชื้อดื้อยา ,แนวทางปฏิบัติเมื่อถูกของมีคมทิ่มตำ/สัมผัสสารคัดหลั่ง	-คู่มือแนวทางปฏิบัติการ ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	รายชื่อของเอกสาร/ หลักฐานประกอบอื่นๆ
6.4 การปรับปรุงกระบวนการทำงาน <u>แนวทางการป้องกันการเกิด HAP</u> เนื่องจากในรอบปีงบประมาณ 2560 พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย HAP เพิ่มขึ้นในกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี มีโรคประจำตัว (DM, COPD, ESRD, Stroke) มีภาวะทางจิตเวชจากการใช้เครื่องตี้มแอลกอฮอล์ที่ต้องผูกยึดมากกว่า 3 วัน ซึ่งเดิมส่วนมากจะเกิดในผู้ป่วยสูงอายุและ Bed ridden จากการประเมินการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วย (ญาติ ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย) มีความแตกต่างกัน เช่น การยกศีรษะสูง 45-90 องศา เมื่อต้องป้อนอาหาร และหลังการป้อนอาหาร 30 นาที พบบางครั้งไม่มีการยกศีรษะ หรือการทำความสะอาดปากฟันในกลุ่มผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อย จากการสะท้อนปัญหาสู่ผู้ปฏิบัติ ได้ให้ความรู้แก่กลุ่มผู้ดูแลด้านภาวะเสี่ยงต่อการเกิด HAP และเริ่มนำแนวเวชปฏิบัติในการดูแลรักษาและป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาลและปอดอักเสบที่เกี่ยวข้องกับเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่ในประเทศไทย (สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย 2549) ร่วมกับใช้แบบประเมินความรุนแรงอาการถอนพิษสุราด้วยเครื่องมือ AWS (Alcohol Withdrawal Scale) มาใช้ในเดือนกรกฎาคม ปีงบประมาณ 2560 โดยการประชุมร่วมกับหอผู้ป่วยทั้ง 4 หอผู้ป่วยเพื่อสื่อสารการปฏิบัติ <u>แนวทางการป้องกัน Phlebitis</u> แนวทางเดิมมีข้อตกลงในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายคือการตรวจปริมาณสารน้ำทุก 2 ชม. เปลี่ยนสายให้สารน้ำทุก 96 ชม. โดยใช้ Sticker สีในการกำหนดวันเปลี่ยนสายให้สารน้ำ ยาปฏิชีวนะชนิดฉีดเข้าเส้นเลือดให้ใช้วิธีการ Drip แต่ยังคงพบว่ามีเกิด Phlebitis ในกลุ่มที่ให้ยาปฏิชีวนะผู้ป่วยใช้ Steroid ผู้ป่วยที่หาเส้นเลือดสำหรับให้สารน้ำยาก และการเกิดรุนแรงขึ้นเป็น Cellulitis เดือนมกราคม 2560 คณะทำงาน IC ได้มีการให้ความรู้เรื่องการป้องกันการเกิด Phlebitis แก่พยาบาลทุกคน มี Guideline : Phlebitis grading scale แพทย์เจ้าของไข้มีการวินิจฉัย Phlebitis และเพิ่มเป็นกลุ่มอาการที่ต้องรายงาน ICN ทราบ และบูรณาการเชื่อมกับพยาบาลเวรนิเทศในการตรวจประเมินและกำกับติดตาม <u>แนวทางการทำความสะอาด Perineum ก่อนการสอดใส่สายสวน</u> ในปี 2559 พบอุบัติการณ์การติดเชื้อในระหว่างการคาสายสวนปัสสาวะจากการประเมินพบว่าเจ้าหน้าที่ยังปฏิบัติขณะใส่คาสายสวนปัสสาวะไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน โดยการ Flush ต้องยึดหลัก Aseptic technique จึงได้มีการนำ urinary catheter care bundle มาใช้โดยมีการปรับเพิ่มในส่วนที่ประเมินได้ว่าผู้ปฏิบัติขาดคือ 1. กำหนดให้ Flush ด้วย 7.5% Providine ก่อนการ Flush ด้วย Normal Saline 2. สาธิตการสอดใส่สายสวน	

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	รายชื่อของเอกสาร/ หลักฐานประกอบอื่นๆ
3. กำหนดให้ Inchart ในแต่ละเวรประเมินด้วย Check list 4. สุ่มประเมินการปฏิบัติโดย ICN ในปี 2560 ไม่พบผู้ป่วยติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ แต่สิ่งที่ต้องติดตามต่อคือ ผู้ป่วยที่คาสายสวนจากรพ.ขุนหาญ ไปรพ. อื่นและกลับบ้านมีการติดเชื้อหรือไม่ การติดตามผู้ป่วยคาสายสวนกลับบ้านในปี 2561พบว่า มีผู้ป่วยติดเชื้อ 1 ราย ผู้ป่วยต้องกลับมาเพื่อนอนให้ยาปฏิชีวนะจากการประเมินพบว่าผู้ป่วยขาดความรู้เรื่องการดูแลสายสวน ประกอบกับช่วยเหลือตนเองได้น้อยจากภาวะอัมพฤกษ์ <u>การนำแนวทางการดูแลป้องกันเชื้อดื้อยา</u> ในปี 2560 รพ.ระดับตติยภูมิมีการส่งผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา หรือผู้ป่วยที่เพาะเชื้อไม่ขึ้นแต่ให้ยาปฏิชีวนะ 14-21 วัน เฉลี่ย 2 รายต่อเดือน ซึ่งเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อโดยการสัมผัสได้มากถ้าขาดการให้ความรู้ การสื่อสารกับสหวิชาชีพ ICC ได้มีการจัดระบบการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโดย 1.คัดกรองและแยกอุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วยตั้งแต่ ER จนถึง Ward 2.แจ้งให้หอผู้ป่วยทราบก่อนการAdmit (ERแจ้งตรงที่ Ward และแจ้ง Alert line ใน ICN และ ICWN รับทราบ เพื่อกำกับติดตาม) 3.Ward จัดผู้ป่วยใน zone ที่กำหนด 4.ติดสัญลักษณ์หน้า chart เพื่อสื่อสารสหวิชาชีพ 5.กำหนดการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม เป็นลำดับสุดท้าย และใช้ผ้าเช็ดเตียง 1:1 เท่านั้น 6.กำหนดผ้าที่ใช้กับผู้ป่วยเป็นผ้าติดเชื้อทั้งหมด 7. แนะนำการล้างมือด้วย Alcohol handrub หรือน้ำกับสบู่ก่อนหลังสัมผัส 8.ทิ้งสารคัดหลั่งในจุดที่กำหนดเท่านั้น 9. มีการกำกับการปฏิบัติตามแนวทางด้วยการใช้ Check list ทุกวันพฤหัสบดี โดย ICWN ที่ได้รับมอบหมาย 10.แจ้งญาติทราบว่าผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อดื้อยา แนะนำการปฏิบัติตัวกับญาติ <u>แนวทางปฏิบัติเมื่อถูกของมีคมทิ่มตำ/สัมผัสสารคัดหลั่ง</u> ได้ปรับFlow ใหม่โดยใช้เอกสารอ้างอิงจาก “แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย 2560” กำหนดให้เภสัชกรที่รับผิดชอบงานอาชีวอนามัยเก็บใบบันทึกและติดตามผู้ป่วยมา F/U เพื่อให้ง่ายต่อการประเมินการเข้าด้านไวรัส	
6.5 การจัดการนวัตกรรม 1. การเปลี่ยนสายให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำโดยกำหนดติดสติ๊กเกอร์สีตามวัน 96 ชั่วโมง 2. การประยุกต์ใช้สายท่ออย่างประกอบติด Laryngoscope เชื่อมกับกล้องจากโทรศัพท์ เพื่อเพิ่มความแม่นยำในการใส่ท่อช่วยหายใจและลดการสัมผัสเชื้อเป็นเวลานาน	

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	รายชื่อของเอกสาร/ หลักฐานประกอบอื่นๆ
6.6 การลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายและการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยนอก (OPD, ER) การเฝ้าระวังการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล มีกระบวนการเฝ้าระวังตั้งแต่แรกเริ่มผู้ป่วยโดยพยาบาล, ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย, พนักงานเปล เป็นผู้คัดกรองเบื้องต้น จัด PPE สนับสนุน และจัดแยกผู้ป่วยไว้ในจุดแยกโรค การบริการใช้ระบบ one stop service มีการบริการตรวจผู้ป่วยเป็นระยะ ไม่เก็บผู้ป่วยรวมไว้ในกรณีโรคที่พบไม่บ่อย เช่น โรค Covid 19 จัดทำแนวทางปฏิบัติเพื่อให้ง่ายต่อการคัดกรองเบื้องต้น มีการปรับการเข้าถึง PPE ในแต่ละระดับที่กำหนดไว้ โดยปรับสถานที่เก็บจากหน่วยจ่ายกลางมาไว้ที่ ER ตึกใหม่และจัดเป็นชุดตามระดับของการสวมใส่ (โรงพยาบาลกำหนด การสวม PPE เป็น 4 ระดับ ตามการดูแลผู้ป่วย)ติดภาพการสวม และถอดให้เห็นได้ง่ายตรวจสอบความพร้อมใช้ทุก 1 สัปดาห์ ส่งผลให้การเข้าถึงง่ายและมี PPE ครบทุกครั้งที่ต้องออกปฏิบัติงาน OPD ด้วยสภาพพื้นที่ที่จำกัดในบางวันที่ผู้ป่วยมีจำนวนมาก การให้ความรู้เรื่องการคัดกรองผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ แก่ผู้คัดกรองที่ไม่ใช่พยาบาลเช่น ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย พนักงานเปล เมื่อคัดกรองได้กำหนดให้ติดป้าย “ISOLATION” แยกและแจ้ง ICWN หรือ Inchart ประจำ OPD ทราบทันที ผลคือผู้ป่วยที่สงสัยไม่ผ่านเข้าไปรวมกับผู้ป่วยทั่วไป ซึ่งอาจทำให้แพร่เชื้อสู่ผู้ป่วยอื่นสิ่งที่ได้อีกข้อคือลดการพูดกับทุกวิชาชีพ ซ้ำ ๆ ทุกคนเห็นป้ายติด จะทราบว่าผู้ป่วยอยู่บริเวณใด และต้องให้บริการอย่างไร ER มีผู้ป่วยทุกประเภทที่ฉุกเฉินเข้ารับบริการ ความเสี่ยงสูงคือผู้ป่วยที่ติดเชื้อทางเดินหายใจ มีการกำหนดจุดบริการในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เช่นบริเวณพ่นยา ไม่พบการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในบุคลากร ER หอผู้ป่วย (IPD) กำหนดให้มีการประสานงานเพื่อให้หน่วยที่รับ Admit เตรียมความพร้อมของบริเวณที่จะรับผู้ป่วยติดเชื้อแต่ละระบบ สิ่งของที่ต้องแยกใช้กับผู้ป่วย Alcohol handrub กรณีมีห้องแยกให้เข้าห้องแยก ยกตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยวัณโรคปอดระยะแพร่กระจายเชื้อ กำหนดให้เข้าห้องแยกความดันลบ (ตึกผู้ป่วยในหญิง) หรือห้องแยกเฉพาะ(ตึกผู้ป่วยในชาย) กรณีห้องเต็มให้จัดผู้ป่วยแบบ Co-hort zone โดยติดสัญลักษณ์การแพร่กระจายเชื้อที่หน้า Chart กำหนดให้มีการตรวจเยี่ยมและการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมเป็นลำดับสุดท้ายเสมอสิ่งที่ได้จากการ PDCA คือทำให้เห็น	

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	รายชื่อของเอกสาร/ หลักฐานประกอบอื่นๆ
ปัญหาว่ากลุ่มติดเชื่อที่มีสารคัดหลั่ง เช่น ปัสสาวะ ไม่มีที่ทิ้งที่สะดวก ผ้าที่ใช้ทำความสะอาดพื้นไม่มีที่ซักล้างโดยเฉพาะ ได้ประสานงานกับงาน ENV ในการจัดทำจุดซักผ้า ถูพื้น และทิ้งสารคัดหลั่ง มีการปรับให้ใช้ผ้า 2 ผืน (ผ้าชุบน้ำผงซักฟอก กับผ้าชุบน้ำสะอาด) เช็ดเตียงต่อเตียง หลังใช้เสร็จส่งให้งานซักฟอกทำความสะอาด โอกาสพัฒนาคือการล้างมือแบบ 5 moment ที่ปฏิบัติได้น้อย ได้จัดกิจกรรมกระตุ้นการล้างมือทั้งเจ้าหน้าที่และผู้รับบริการ IPD ในการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวด้าน IC โดยเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำแต่ละหน่วยงาน โรคที่สำคัญแต่ละสัปดาห์ ● งานทันตกรรม ในปี 2559 – ปัจจุบันมีการปรับการทำทำความสะอาดด้ามกรอด้วยเครื่องนึ่งหัวกรออัตโนมัติ จากจำนวนไม่เพียงพอต่อการหมุนเวียนใช้ ถ้าต้องนำไปผ่านกระบวนการทำลายเชื้อที่งานจ่ายกลาง และในการทำหัตถการผ่าฟันคุดปรับให้มีการใช้ผ้าที่ผ่านการทำลายเชื้อทั้งหมดคือ ผ้าสวมครอบสาย ผ้าสีเหลี่ยมเจาะกลาง และผ้าครอบดิงก้านโคมไฟ โดยงานจ่ายกลางจัดให้เป็นชุดๆเพื่อสะดวกต่อการใช้ และในปี 2561 ปรับพื้นที่ล้าง,Packing เครื่องมือให้เป็นสัดส่วน แยกออกจากบริเวณให้บริการผู้ป่วย งานห้องรังสีวินิจฉัย ความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อที่สำคัญ คือเชื้อทางระบบทางเดินหายใจ เดิมกำหนดการลำดับผู้ป่วยติดเชื่อที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อเป็นลำดับสุดท้าย ใส่หน้ากากอนามัย ทุกครั้งทุกคน ส่วนด้านสิ่งแวดล้อม เช่นการทำทำความสะอาดได้กำหนดให้ครอบคลุมถึงอุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วย เดือน กรกฎาคม ปี2560 รพ. ขุนหาญได้รับการประเมินมาตรฐานห้องรังสีวินิจฉัย งาน IC ได้กำหนดการทำทำความสะอาดห้อง อุปกรณ์ในการถ่ายภาพรังสี การแบ่ง Zone การจัดการผ้าเปื้อน โดยอิงคู่มือการออกแบบอาคารสถานบริการสุขภาพและสภาพแวดล้อมแผนกรังสีวินิจฉัยกองแบบแผน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปี2558 หัวข้อการป้องกันการติดเชื้อในแผนกรังสีวินิจฉัย ชุมชนดูแลอยู่ 2 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยที่ทำแผล, ผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะและผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ซึ่ง 2 กลุ่มนี้สร้างขยะติดเชื้อได้ จึงให้งานเยี่ยมบ้าน โรงพยาบาลขุนหาญ เป็นผู้ดูแลรับผิดชอบในด้านการเบิกจ่ายอุปกรณ์ทำแผล , การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อและประสานกับ รพ.สต. ในการรับมูลฝอยติดเชื้อของผู้ป่วยเข้ามาที่โรงพยาบาลขุนหาญทุกวันจันทร์ เพื่อนำส่งกำจัดอย่างเหมาะสม และการใช้วัสดุ อุปกรณ์ต่างๆได้ อย่างต่อเนื่อง	

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	รายชื่อของเอกสาร/ หลักฐานประกอบอื่นๆ
กรณีผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ Insulin พบเพิ่มหลังการใช้ทีมเจ้าหน้าที่เก็บมูลฝอยของเทศบาลขุนหาญ มีการแก้ไขคือให้เจ้าหน้าที่ NCD แจ้งอุบัติการณ์แก่กลุ่มผู้ป่วย และแนะนำวิธีทำลายเข็มที่ถูกต้อง สอบถามกลุ่มที่ใชยาฉีดที่ไม่สามารถเผา ฝังกลบได้ นำเข็มมาส่งกำจัดที่โรงพยาบาล ผลคือผู้ป่วยกลุ่มที่กำจัดไม่ได้ยินดีนำเข็มใช้แล้วเข้ามาให้โรงพยาบาลกำจัด พื้นที่เสี่ยงที่กำลังดำเนินการแก้ไข คือ บริเวณล้างทำความสะอาดผ้าอู้น ชักโครกเฉพาะทิ้งสารถหลังในแต่ละจุดบริการผู้ป่วย (เดิมมี 1 จุดให้ทุกที่มาทิ้งจุดเดียวซึ่งไม่สะดวก) ● งานจ่ายกลางและซักฟอก ปีงบประมาณ 2561 ได้ย้ายที่ทำการใหม่ มีการปรับพื้นที่และ Flow ให้ถูกต้องตามมาตรฐานงานจ่ายกลาง ติดตั้งเครื่องดักฝุ่นผ้า ส่วนที่กำลังดำเนินการคือบริเวณล้างถึงนำส่งอุปกรณ์ การปรับปรุงและควบคุมสิ่งแวดล้อม ● การจัดการน้ำอุปโภค,น้ำบริโภค ได้มีการส่งตรวจ 3 ครั้ง/ปี พบผลผิดปกติ 2 ครั้งได้มีการแก้ไขโดย เปลี่ยนถังบรรจุน้ำทั้งหมด สอนการล้างถังก่อนบรรจุน้ำใหม่ แนะนำวิธีทำความสะอาดถังน้ำเย็น (ติดป้ายเตือน) จัดซื้อรถขนส่งน้ำโดยเฉพาะ ผลการตรวจด้วย 0.11 ทุกเดือน ไม่พบโคลิฟอร์มแบคทีเรีย เปลี่ยนไส้กรองทุก 6 เดือน	
6.7 การลดความเสี่ยงของการติดเชื้อในองค์กร การปรับเปลี่ยนต่างๆ ที่เกิดขึ้นเพื่อลดอัตราการติดเชื้อที่สำคัญ •วิธีทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา •ปรับเปลี่ยนน้ำยาล้างมือตั้งแต่ระดับ hygienic hand washing และการทำ sterile ขวดใส่น้ำยาฆ่าเชื้อของงานห้องคลอด ห้องผ่าตัด การทำความสะอาด Perinium ด้วย 7.5% Providine scrub ก่อนการใส่สวนปัสสาวะ บทเรียนในการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อซึ่งติดต่อได้ทางโลหิต ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ การติดเชื้อที่ดื้อยาและเชื้ออุบัติใหม่ ● โรคอุบัติใหม่- อุบัติซ้ำ กำหนดให้มีแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน ● ผู้ป่วยเชื้อดื้อยา มีการแยกอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น ปรอทวดใช้ แยกให้เป็นรายบุคคล	

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	รายชื่อของเอกสาร/ หลักฐานประกอบอื่นๆ
● ผู้ป่วยติดเชื้อที่ติดต่อกันได้ทางโลหิตโรงพยาบาลกำหนดให้เจ้าหน้าที่ทุกคนเฝ้าระวัง โดยถือเสมือนว่าผู้ป่วยทุกคนสามารถแพร่กระจายเชื้อผ่านทางโลหิตได้ทุกคน โดยกำหนดให้สวม PPE ตามกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติกับผู้ป่วย จากการสังเกตพบว่าเครื่องป้องกันส่วนบุคคลที่ใช้น้อยที่สุดคือ ถุงมือ และแว่นป้องกันตา ● ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำเช่นผู้ป่วย Burn กลุ่มนี้ถูกจัดเข้าห้อง Positive pressureหรือ Zoning ถ้าห้องเต็มหรือไม่สมัครใจอยู่	
6.8 การเฝ้าระวัง ติดตามกำกับ และควบคุมการระบาด การเฝ้าระวังและติดตามกำกับแนวทางการเฝ้าระวังแบบ active prospective surveillance และวิธีการเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุม • โรงพยาบาลมีการเฝ้าระวังแบบ Targeted surveillance และ Post discharge surveillance กำหนดให้เฝ้าระวังในผู้ป่วยกลุ่มสอดใส่อุปกรณ์ และกลุ่มผ่าตัด ให้พยาบาลทุกคนรายงาน ICN ทันทีเมื่อสงสัย หรือแพทย์วินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อในโรงพยาบาล หรือสงสัย (รายงานมีทั้งทางตรง และรายงานทาง Line) และ ICN ปฏิบัติงานเวรพิเศษสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ภารกิจรับผิดชอบหลักคือการดูแลสิ่งแวดล้อม ค้นหาผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อในโรงพยาบาล และมี Alert Lab ทำให้การเฝ้าระวังได้เร็วขึ้น	
การควบคุมการระบาด โรค Covid 19 ในปี 2563 โรงพยาบาลได้จัดทำแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆ เช่น เครื่องป้องกันร่างกายส่วนบุคคล สถานที่ในการรองรับผู้ป่วย ทีมแพทย์ พยาบาลและบุคลากรอื่นๆ ในการดูแลต่อเนื่อง ทั้งในและนอกโรงพยาบาล	
6.9 การปฏิบัติการในหน่วยจ่ายกลาง ความมุ่งหมาย(Purpose): หน่วยจ่ายกลางมีหน้าที่ เป็นศูนย์กลางเครื่องมือทางการแพทย์ และ นำมาเข้าสู่กระบวนการทำลายเชื้อ และทำให้ปราศจากเชื้อ ให้กับเจ้าหน้าที่ และผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ โดยมีเป้าหมายให้เครื่องมือ / อุปกรณ์ทางการแพทย์ สะอาด ปราศจากเชื้อ ถูกต้อง ทันเวลา เพียงพอ ได้มาตรฐาน ผู้รับบริการพึงพอใจ ดำเนินงานตามหลักการอนุรักษ์พลังงานปัจจุบันมีการสำรองเครื่องมือทั่วไปและงานห้องผ่าตัดซึ่งเป็นเครื่องมือขนาดใหญ่ไว้ที่งานจ่ายกลาง งานจ่ายกลางมีจุดเน้นในการให้บุคลากรและผู้เกี่ยวข้อง ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อซึ่งยังปฏิบัติได้ไม่ดีเท่าที่ควร ลดอัตราการ Re-sterile ในโรงพยาบาล	

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	รายชื่อของเอกสาร/ หลักฐานประกอบอื่นๆ
วัตถุประสงค์ตัวชี้วัดการพัฒนา: 1. สะอาด โดยมีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ คือ การล้างอุปกรณ์อย่างถูกต้อง และเหมาะสมกับอุปกรณ์ จนสะอาดไม่มีคราบ 2. ปราศจากเชื้อ โดยมีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ คือ เครื่องมือทางการแพทย์ได้รับการทำความสะอาดอย่างถูกต้องตามมาตรฐาน - ด้านเชิงกล - ด้านเชิงเคมี - ด้านชีวภาพ 3. ถูกต้อง โดยมีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ คือ เครื่องมือทางการแพทย์ได้รับได้รับการหีบห่อ และจัดสรรอย่างถูกต้อง 4. ทันเวลา โดยมีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ คือ เครื่องมือทางการแพทย์ปราศจากเชื้อได้รับการจัดที่หน่วยบริการอย่างทันเวลา 5. เพียงพอ โดยมีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ คือ หน่วยงานที่ได้รับอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ปราศจากเชื้ออย่างเพียงพอ และพร้อมใช้ 6. ได้มาตรฐาน โดยมีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ คือ กระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อ ถูกต้องตามมาตรฐานของหลัก IC กระบวนการทำงาน 1. การรับอุปกรณ์/ เครื่องมือที่ใช้แล้ว มีแผนการกำหนดการรับส่งอุปกรณ์ โดยเจ้าหน้าที่หน่วยจ่ายกลาง เป็นคนส่งของsterile และ รับของ ไม่สะอาด กลับมา รับของที่ไม่สะอาดจากหน่วยบริการ สิ่งที่เกิดขึ้นจริงเวลา 08.00 น. 2. การทำความสะอาดอุปกรณ์ มีกระบวนการ CQI โดย ปรับเวลาในการส่งซักผ้า และปรับเวลาการทำงาน เพื่อให้เข้ากับบริบทโรงพยาบาล (จุดประสงค์ คือ เพื่อลดอัตราการใช้พลังงานไฟฟ้า และน้ำ) 3. การหีบห่อเครื่องมือ มีกระบวนการ CQI เรื่องการจัดการหีบห่อเครื่องมือ ในเครื่องมือไม่ได้ใช้บ่อย (เพื่อลดอัตราการ Re-sterile) ลดพลังงาน 4. การทำให้ปราศจากเชื้อ 5. แจกจ่าย มีการปรับการแจกจ่าย ของ sterile กลับให้หน่วยบริการ เวลา 15.00 น. โดยใส่กล่องที่ปิดมิดชิด และ เป็นกล่องสะอาด	

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	รายชื่อของเอกสาร/ หลักฐานประกอบอื่นๆ
หมวด 6 การปฏิบัติการวิจัยและพัฒนาการพยาบาล 6.1 ระบบงานและความเชี่ยวชาญพิเศษ องค์กรพยาบาลได้มีการกำหนดความเชี่ยวชาญพิเศษโดยให้สอดคล้องกับการพัฒนาระบบบริการของโรงพยาบาลโดย มุ่งเน้นสาขาหลักตาม Service Plan ได้แก่สาขาอุบัติเหตุ, หัวใจ, ไต .ตา ,สูติ ,ทารกแรกเกิดและผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยพัฒนาบุคลากรรองรับหน่วยงานสำคัญเช่นหอผู้ป่วยวิกฤติ(ICU) และมีการกำหนดเข้มมุ่งในการทำงานเพื่อความปลอดภัยของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการดังนี้ 1.การพัฒนาภาวะผู้นำในระดับ หัวหน้าหอผู้ป่วยระดับผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วย 2.การพัฒนาทักษะการนิเทศงาน การสอนงานในระดับหัวหน้าหอผู้ป่วยและผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วย 3.การพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค เฉพาะสาขาแก่พยาบาลระดับปฏิบัติงาน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยและบรรลุผลลัพธ์ทางการพยาบาล	-บันทึกการประชุม Morning talk -สรุป Clinical tracer -ผลการนิเทศรายโรค
6.2 การออกแบบกระบวนการทำงาน องค์กรพยาบาลได้ดำเนินการออกแบบกระบวนการทำงานเพื่อให้มีแนวทางในกระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพดังนี้ 1. กำหนดนโยบายประกันคุณภาพการพยาบาล มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการประกันคุณภาพทางการพยาบาล 2. กำหนดระบบและกลไกการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ดังนี้ 2.1 มอบหมายผู้รับผิดชอบ โดยการจัดตั้งคณะกรรมการประกันคุณภาพ กลุ่มการพยาบาล คณะทำงานประกันคุณภาพประจำหน่วยงานและคณะทำงานประสานคุณภาพ 2.2 กำหนดขอบเขตของการบริการพยาบาลในแต่ละงาน 2.3 กำหนดประเด็นสำคัญของการบริการและกำหนดแนวทางปฏิบัติ 2.4 กำหนดตัวชี้วัดคุณภาพ / เกณฑ์ระดับคุณภาพที่ยอมรับได้ 2.5 การเก็บรวบรวมข้อมูลและการจัดการข้อมูล	-คำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการประกัน คุณภาพทางการพยาบาล

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	รายชื่อของเอกสาร/ หลักฐานประกอบอื่นๆ
2.6 การวิเคราะห์และประเมินผลคุณภาพการพยาบาล 2.7 การเฝ้าระวังและการประเมินผลคุณภาพการพยาบาลโดยหน่วยงานประเมินตนเองและคณะกรรมการคุณภาพการพยาบาลปีละ 2 ครั้ง 2.8 การรายงานผลการประกันคุณภาพ 3. กำหนดให้ทุกหน่วยงานปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ และตามกรอบการประกันคุณภาพอย่างต่อเนื่อง 4. จัดทำและทบทวนคู่มือปฏิบัติงานของหน่วยบริการพยาบาลปีละครั้ง	-รายงานการประเมินตนเองการประกันคุณภาพทางการพยาบาล -คู่มือปฏิบัติงานของหน่วยบริการพยาบาล
6.3 การจัดการกระบวนการทำงาน องค์กรพยาบาลได้มีการออกแบบกระบวนการทำงานบริการพยาบาล โดยมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ตามกระบวนการหลักของหน่วยงานมีการเชื่อมโยงนโยบายสู่การปฏิบัติร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่และโรงพยาบาลแม่ข่าย กำหนดกระบวนการปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กรโดยใช้ข้อมูลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ใช้บริการ และผู้ร่วมงานอื่นๆโดยดำเนินการดังนี้ 1) มีโครงสร้างคณะกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาลและ ระบบประกันคุณภาพการพยาบาลที่เชื่อมโยงระดับองค์กรและระดับหน่วยงาน 2) มีการดำเนินงานดังต่อไปนี้ 2.1 มีการพัฒนาคู่มือปฏิบัติงานหรือแนวการปฏิบัติพยาบาลที่ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพอื่น 2.2 มีการกำหนดแผน และการดำเนินการควบคุมคุณภาพภายใน ประกอบด้วย การประเมินตนเองและการตรวจสอบโดยคณะกรรมการ 2.3 มีกระบวนการ ติดตามและประเมินผลการประกันคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง 2.4 มีการกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลทั้งระดับองค์กรและระดับหน่วยงาน 2.5 มีการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์อย่างต่อเนื่อง	-ผังโครงสร้าง คณะกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาล -คู่มือปฏิบัติงานการปฏิบัติพยาบาล -แผนงาน/โครงการ

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	รายชื่อของเอกสาร/ หลักฐานประกอบอื่นๆ
6.4 การปรับปรุงกระบวนการทำงาน ในการปรับปรุงการทำงาน องค์กรพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนหาญ สาเหตุที่เกิดจากบุคคลมีการปรับการทำงานให้สอดคล้องกับความถนัด/เหมาะสมกับภาวะสุขภาพเป็นรายๆ ไป ส่วนการปรับปรุงที่เกิดจากระบบงาน ทบทวนและปรับระบบงาน เพื่อการลดขั้นตอนในการทำงานให้สั้นลง (One stop service) เพื่อให้ได้คุณภาพและประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ประหยัดและลดค่าใช้จ่าย จากทั้งทรัพยากรสิ้นและอัตรากำลัง วางระบบกระบวนการทำงาน ดังนี้ 1) องค์กร/หน่วยงานบริการพยาบาล มีการปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อให้ได้ผลงานที่ดีขึ้น ลดความแปรปรวน ยกระดับคุณภาพบริการพยาบาล และเพื่อตอบสนองต่อความต้องการและทิศทางด้านบริการสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป 2) มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการปรับปรุงและบทเรียนระหว่างหน่วยงาน และกระบวนการต่างๆ เพื่อขับเคลื่อนการเรียนรู้และนวัตกรรมในองค์กร 3) มีการทบทวนและปรับปรุงกระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายความสำเร็จขององค์กร	
6.5 การจัดการนวัตกรรม องค์กรพยาบาลสนับสนุนให้ทุกหน่วยงานมีผลงานนวัตกรรมโดยมีแผนการดำเนินงาน ดังนี้ 1. มีการจัดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ งานวิจัย R to R, CQI และนวัตกรรม โดยมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของโรงพยาบาลเป็นประจำทุกปี 2. มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการปรับปรุงและบทเรียนระหว่างหน่วยงาน และกระบวนการต่างๆ เพื่อขับเคลื่อนการเรียนรู้และนวัตกรรมในองค์กร 3. ส่งเสริมและสนับสนุนส่งผลงานของหน่วยงานวิชาการของหน่วยงานพยาบาล เข้าประกวดในเวทีต่างๆ ระดับจังหวัด ระดับเขตและระดับประเทศ	-แฟ้มผลงานวิชาการ องค์กรพยาบาล

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง							รายชื่อของเอกสาร/หลักฐานประกอบ อื่นๆ	
หมวด 7 ผลลัพธ์ทางการพยาบาล 7.6ผลลัพธ์ด้านการนำองค์กร								
		ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เกณฑ์/ เป้า หมาย	ปีงบประมาณ				
				2560	2561	2562	ปี 2563 ตค.- มีค.	
		7.6.1ร้อยละของตัวชี้วัด ใน แผนยุทธศาสตร์ ขององค์กร พยาบาลผ่านเกณฑ์	≥ 80 %	80 %	80 %	80 %	75 %	
		7.6.2 ร้อยละของหน่วยงาน บริการทางการพยาบาลใช้ กระบวนการทางการ พยาบาล	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	
		7.6.3 ร้อยละของหน่วยงาน บริการพยาบาลผ่านการ ประเมินตนเองตามมาตรฐาน QA ระดับ 3 ขึ้นไป	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง							รายชื่อของเอกสาร/หลักฐานประกอบ อื่นๆ	
7.1 ผลลัพธ์ด้านการบริการพยาบาล								
		ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เกณฑ์/ เป้าหมาย	ปีงบประมาณ				
				2560	2561	2562	ปี 2563 ตค.- มีค.	
		1.จำนวนอุบัติการณ์การระบุ ตัวผู้ใช้บริการผิดคน	0	0	0	0		
		2. จำนวนอุบัติการณ์การ รักษาพยาบาลผิดคน	0	0	0	0		
		3. จำนวนอุบัติการณ์ ความ ผิดพลาดจากการให้ยา	0	0	0	1		
		4.จำนวนอุบัติการณ์การ ความผิดพลาดจากการให้ เลือดและส่วนประกอบของ เลือด	0	0	0	0		
		5.อัตราการติดเชื้อใน โรงพยาบาล	<2 :1000 วัน นอน	0.55	0.56	0.30	0	

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง							รายชื่อของเอกสาร/หลักฐานประกอบ อื่นๆ	
7.1 ผลลัพธ์ด้านการบริการพยาบาล(ต่อ)								
		ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เกณฑ์/ เป้า หมาย	ปีงบประมาณ				
				2560	2561	2562	ปี 2563 ตค.- มีค.	
		6.ประสิทธิภาพการเฝ้าระวัง การติดเชื้อในโรงพยาบาล	100%	100 %	100 %	100 %		
		7.อัตราการติดเชื้อในสาย สวนปัสสาวะ	0 ราย	0	0	0	0	
		8.อัตราการเกิดแผลกดทับ ระดับ 2-4 ของผู้ป่วยใน โรงพยาบาล	0 ราย	0	0	2	0	
		9.จำนวนอุบัติการณ์การพลัด ตกหกล้มของผู้ป่วย	0 ราย	1	0	0	3	
		10.จำนวนอุบัติการณ์ บาดเจ็บจากการผูกมัด	0 ราย	1	0	0	0	
		11..อุบัติการณ์การเสียชีวิตไม่ คาดหมาย	0 ราย	1	1	1	0	

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง							รายชื่อของเอกสาร/หลักฐานประกอบ อื่นๆ
7.2 ผลลัพธ์ด้านผู้ใช้บริการ							
	ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เกณฑ์/ เป้า หมาย	ปีงบประมาณ				
			2560	2561	2562	ปี 2563 ตค.- มีค.	
	1. ร้อยละความพึงพอใจ ของผู้รับบริการผู้ป่วยใน	≥ 85 %	85.12	86.57	87.51 (87)	ประเมิน เดือนเม.ย.	
	2.ร้อยละความพึงพอใจ ของผู้รับบริการผู้ป่วย นอก	≥ 85 %	86.5	84.11	85.56	ประเมิน เดือนเม.ย.	
	3.ร้อยละความพึงพอใจ ของผู้รับบริการในชุมชน (หนึ่ง)	≥ 85 %	70	71	70.5	ประเมิน เดือนเม.ย.	
	4.จำนวนข้อร้องเรียนจาก พฤติกรรมบริการของ บุคลากรทางการพยาบาล	0	0	0	0	0	
	5. ร้อยละของการตอบข้อ ร้องเรียนของผู้ใช้บริการ	100%	100	100	100	100	

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง							รายชื่อของเอกสาร/หลักฐานประกอบ อื่นๆ
7.3 ผลลัพธ์ด้านประสิทธิภาพ							
	ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เกณฑ์/ เป้า หมาย	ปีงบประมาณ				
			2560	2561	2562	ปี 2563 ตค.- มีค.	
	7.3 ผลลัพธ์ด้าน ประสิทธิภาพการปฏิบัติ						
	7.3.1.อุบัติการณ์ผู้ป่วย บาดเจ็บจากการผูกมัด	0ราย	0	0	0	0	
	7.3.2.อุบัติการณ์การเกิด พลัดตกหกล้มของผู้ป่วย	0ราย	1	0	3	0	
	7.3.3.อัตราการเกิดแผลกด ทับของผู้ป่วยที่นอนรักษาใน โรงพยาบาลต่อ1000 วันนอน	3:1000	0	0	2*10 00/ 1391	0 (0*1000/ 1048)	
7.3.4.อัตราความถูกต้องของ การจำแนกประเภทผู้ป่วย ประเภท 3และ4	100%	100 %	100 %	100 %	100%		

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง							รายชื่อของเอกสาร/หลักฐานประกอบ อื่นๆ
7.3 ผลลัพธ์ด้านประสิทธิภาพ (ต่อ)							
	ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เกณฑ์/ เป้า หมาย	ปีงบประมาณ				
			2560	2561	2562	ปี 2563 ตค.- มีค.	
	7.3.5.อุบัติการณ์การเสียชีวิต ไม่คาดหมาย	0	3	1	1	0	
	7.3.6.อัตราการกลับมารักษา ซ้ำในโรงพยาบาล ภายใน 28 วันโดยไม่ได้วางแผนล่วงหน้า	≤ 1 %	1.55	0.55 %	0.19 %	1.29	
	7.3.7.ร้อยละการปฏิบัติตาม แนวทางการให้เลือด	100 %	100 %	100 %	100 %	100%	
	7.3.8.ร้อยละของผู้ป่วย ประเภท 3และ4 ได้รับการ ดูแลตามมาตรฐานที่กำหนด	100%	100 %	100 %	100 %	100%	
7.3.9.ร้อยละการจัดการ อาการรบกวน - ปวด - ไข้ - วิงเวียน	100%	เริ่มปี62		81.2	95		

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง							รายชื่อของเอกสาร/หลักฐานประกอบ อื่นๆ
7.3 ผลลัพธ์ด้านประสิทธิภาพ (ต่อ)							
	ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เกณฑ์/ เป้า หมาย	ปีงบประมาณ				
			2560	2561	2562	ปี 2563 ตค.- มีค.	
	1. ร้อยละของหน่วยบริการ พยาบาลที่มียา/เวชภัณฑ์/ อุปกรณ์การแพทย์ที่หมดอายุ	0%	4	3	2	0	
	2. ระยะเวลาการให้บริการ ผู้ป่วยนอก	2.20 ชม.	2.24	2.46	2.22	1.20	
	3.ร้อยละของการตาม อัตรากำลังเสริมได้ตาม มาตรฐานกำหนด	≥ 90 %	91.0		97	98.02	

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง							รายชื่อของเอกสาร/หลักฐานประกอบ อื่นๆ
7.4 ผลลัพธ์ด้านบุคลากร							
	ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เกณฑ์/ เป้า หมาย	ปีงบประมาณ				
			2560	2561	2562	ปี 2563 ตค.- มีค.	
	ผลลัพธ์ด้านบุคลากร 1.บุคลากรทางการพยาบาล ผ่านการประเมิน Functional competency คะแนนผ่าน 2. บุคลากรพยาบาลมีความ พึงพอใจในงานและ บรรยากาศการทำงาน 3.อัตราการลาออก โอน ย้าย	≥80 %	100 %	100 %	100 %	100 %	

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง							รายชื่อของเอกสาร/หลักฐานประกอบ อื่นๆ
7.4 ผลลัพธ์ด้านบุคลากร(ต่อ)							
	ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เกณฑ์/ เป้า หมาย	ปีงบประมาณ				
			2560	2561	2562	ปี 2563 ตค.- มีค.	
	คุณภาพชีวิตของบุคลากร ทางการพยาบาล	≥ 80 %	78.4 9%	79.4 1%	80.72 %	80.69 %	
	5.บุคลากรพยาบาลมีความ พึงพอใจในงานและ บรรยากาศการทำงาน						
6. อัตราการเกิดอุบัติเหตุการ ของมีคมที่มตำขณะ ปฏิบัติงาน		0	1	1	2	1	

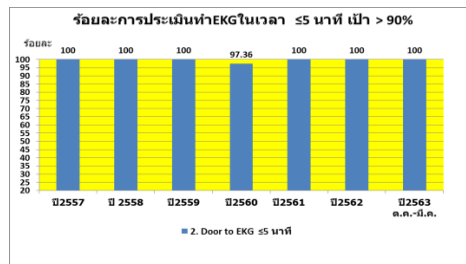
สิ่งที่เกิดขึ้นจริง

รายชื่อของเอกสาร/หลักฐานประกอบ
อื่นๆ

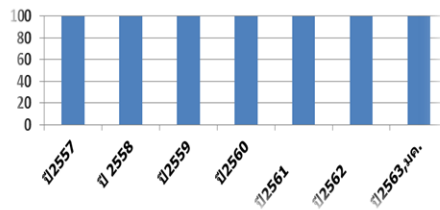
7.5 ผลลัพธ์ด้านระบบงานและกระบวนการสำคัญ

1.การดูแลผู้ป่วย กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน Acute Myocardial Infaction : AMI

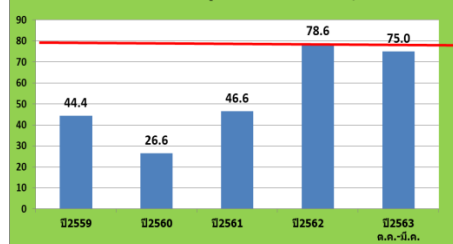
แนวโน้มอัตราการดูแล ผู้ป่วยAMI



ระยะเวลาแรกถึง Refer ภายใน 40 นาที
(ในกลุ่มที่ไม่สามารถให้SKได้ในรพ.ขุนหาญ)
เป้า ≥90%



ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับยาSK ภายใน 30 นาที
เป้า ≥ 80% (Door to needle time)



ผลลัพธ์การดูแลพบว่า อัตราตายปี2557 สูงขึ้น ทบทวนสาเหตุการตายพบว่า ผู้ป่วยมีโรคร่วม DM HT และเป็นSTEMI จึงได้พัฒนากระบวนการดูแล การพัฒนาที่เกิดขึ้น ดังนี้

การพัฒนาการEarly detection

การพัฒนาปี2555-2558

- จัดทำป้ายชี้บ่งอาการที่ต้องส่งผู้ป่วยเข้าห้องฉุกเฉินทันที และ ติดบอร์ดประชาสัมพันธ์ ณ จุดคัดกรองให้ผู้รับบริการทราบอาการฉุกเฉินที่ต้องแจ้งเจ้าหน้าที่ทันที
- จัดทำแนวทางการซักประวัติ MI
- กำหนดcriteria การทำ EKG และการ refer
- พัฒนาการเข้าถึง ระบบEMS ในกลุ่มเสี่ยง เยี่ยมบ้าน Mapping สร้างข้อตกลงการออกมารับEMS
- พัฒนาระบบการส่งต่อ จัดทำใบ Check list การพยาบาลและยาที่ต้องเตรียมเพิ่มขณะส่งต่อเพื่อให้พยาบาลที่ส่งต่อสามารถใช้ดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อเป็นมาตรฐานเดียวกัน
- กำหนดให้มีพยาบาลส่งต่ออย่างน้อย 2 คนทุกครั้ง
- พัฒนาอุปกรณ์ในรถrefer ให้มีอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพพร้อมและทันสมัย อุปกรณ์ที่จัดเพิ่มเติมได้แก่ เครื่องDefibrillator Ventilator NIBP

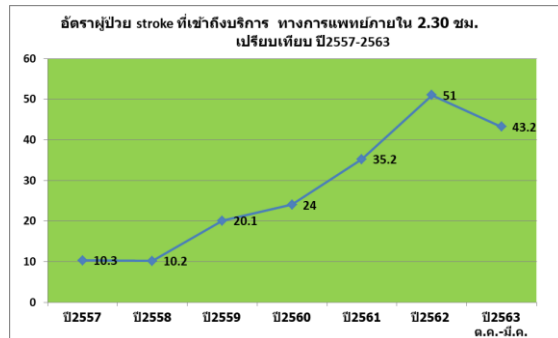
สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	รายชื่อของเอกสาร/หลักฐานประกอบอื่นๆ																
ร้อยละ อัตราตายผู้ป่วย AMI <table border="1"> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>อัตราตายผู้ป่วย AMI (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2557</td> <td>6.52</td> </tr> <tr> <td>2558</td> <td>5.0</td> </tr> <tr> <td>2559</td> <td>4.76</td> </tr> <tr> <td>2560</td> <td>7.89</td> </tr> <tr> <td>2561</td> <td>3.8</td> </tr> <tr> <td>2562</td> <td>6.5</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>3.3</td> </tr> </tbody> </table> จากสถิติแนวโน้มการดูแลมีผลลัพธ์แนวทางที่ดีขึ้น ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตอยู่ในค่าต่ำกว่าเป้าหมายระดับประเทศ	ปี	อัตราตายผู้ป่วย AMI (%)	2557	6.52	2558	5.0	2559	4.76	2560	7.89	2561	3.8	2562	6.5	2563	3.3	ปี2560-ปัจจุบัน -คัดกรองกลุ่มเสี่ยงACSของผู้สูงอายุในชุมชน บูรณาการร่วม อปท. เริ่มปี60-61 (ท.ขุนหาญ/ส/ โนนสูง) ปี62 ขยาย อบต.ไพร และคัดกรองกลุ่มเสี่ยงACSใน DM,HT ร่วม NCD (ปี2562) - ปี2562 เพิ่มการเข้าถึงตรวจพิเศษEchocardiogram ที่รวดเร็วในรพ.ขุนหาญ (นัดวันหยุด เดือนละ1ครั้ง) <u>ด้านกระบวนการดูแล</u>ในปี2559ถึง -ปัจจุบัน พัฒนาการดูแลให้ยา SK การเตรียมผสมยาSK,การเฝ้าระวังขณะให้ยาSK -ระบบ consult.ผ่านLine Cardiac centerร่วมกับแม่ข่าย -กำหนดมาตรฐาน พยาบาลเฉพาะทางENP เป็นผู้ดูแลเมื่อมี case ให้ยาSK ส่งผลให้ในปี2559-63สามารถให้ยาSK ที่โรงพยาบาลขุนหาญผลการดำเนินงานผู้ป่วยได้รับSK ปี59 -2563 จำนวน50 รายระหว่างให้ที่รพ.ขุนหาญ ผู้ป่วยได้รับการเปิดหลอดเลือดและส่งต่อที่รพ.แม่ข่ายปลอดภัยจำนวน 48ราย เสียชีวิต ระหว่างส่งต่อ 2 ราย อัตราการรอดชีวิตใน case STEMI= 96% -ระบบลงข้อมูลACSของประเทศเริ่มปี62-ปัจจุบัน
ปี	อัตราตายผู้ป่วย AMI (%)																
2557	6.52																
2558	5.0																
2559	4.76																
2560	7.89																
2561	3.8																
2562	6.5																
2563	3.3																

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง

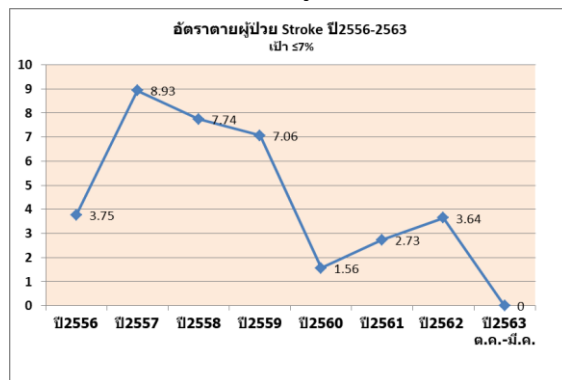
รายชื่อของเอกสาร/หลักฐานประกอบ
อื่นๆ

2.การดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง Stroke

อัตราการเข้าถึงผู้ป่วย stroke



อัตราการตายผู้ป่วยStroke



การดูแลพบประเด็น อัตราตายของผู้ป่วยStroke เพิ่มขึ้น ทบทวนสาเหตุการเสียชีวิตพบว่าผู้ป่วยมีโรคร่วมDM HT อายุอยู่ระหว่าง70-82 ปี ได้รับยา ASA warfarin

การพัฒนาที่เกิดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว ส่งต่อที่รวดเร็ว และในรายที่จำหน่ายกลับบ้านได้รับการฟื้นฟูสภาพต่อเนื่อง ครอบครัว ทีมผู้ดูแล มีการพัฒนาดังนี้

การพัฒนาระบบเข้าถึงบริการ

- พัฒนาเครือข่ายระบบการแพทย์ฉุกเฉินขึ้นทะเบียนEMS ครอบคลุม100%(อปท 13 แห่ง,สภ ตำรวจ 3 แห่ง รพ.สต. 17 แห่ง)
- ประสานข้อมูลกลุ่มเสี่ยงให้เครือข่ายรพ.สต.รับรู้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ สามารถประสานและออกรับEMSได้อย่างรวดเร็ว
- ให้ความรู้เรื่อง Stroke alert ที่ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์เมื่อมีอาการ ใน NCD clinic และ แจกเอกสาร
- ประชาสัมพันธ์บริการรถฉุกเฉิน 1669

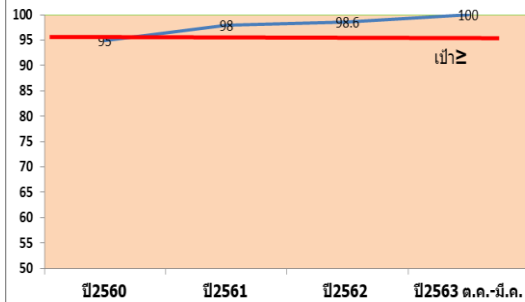
พัฒนากระบวนการดูแล

- จัดทำ CPG แนวทางการดูแลผู้ป่วย stroke
- จัดโครงการอบรมและให้ความรู้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ตรงกันในเรื่องการประเมินผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โดยใช้ FAST
- มีการทบทวนการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม Stroke ทุกรายรวมทั้งวิเคราะห์ปัญหาในการดูแลผู้ป่วย
- พัฒนาคีล Stroke fast tract อย่างต่อเนื่อง ร่วมกับ โรงพยาบาลแม่ข่าย รพ. ศรีสะเกษ

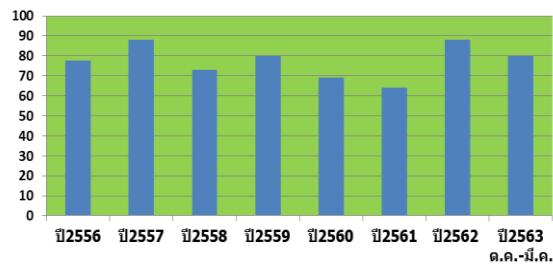
สิ่งที่เกิดขึ้นจริง

รายชื่อของเอกสาร/หลักฐานประกอบ
อื่นๆ

Stroke FST ได้รับการRefer ไม่เกิน 30 นาที



อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพ ที่สามารถทำ
กิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น เป้า มากกว่า 60%



พัฒนาการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (มีทีมดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 3 ทีม)

- ทีมกายภาพบำบัดขึ้นทะเบียนผู้ป่วยStroke ที่ต้องได้รับการฟื้นฟูทั้งหมด และออกเยี่ยมให้บริการฟื้นฟูสภาพเชื่อมโยงและบูรณาการกับงานแพทย์แผนไทย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพที่ครอบคลุม
- ในกลุ่มติดเตียงที่พบปัญหาในการดูแล มีพยาบาล Home ward ออกติดตามเยี่ยมทุกวัน จันทร์ พุธ และศุกร์และส่งต่อให้ทีม HHC ออกเยี่ยมต่อเนื่องเป็นรายกรณี
- งานแพทย์แผนไทยร่วมกับเทศบาลตำบลขุนหาญ จัดอบรมหลักสูตรการนวดให้กับ อสม.และอาสาสมัครที่ดูแลผู้ป่วยเพิ่มอีกจำนวน 30 คน(เทศบาลสนับสนุนงบประมาณ) ให้ดูแลนวดและฟื้นฟูสภาพให้ผู้ป่วยStrokeในชุมชน (ค่าจ้างผู้ดูแลใช้งบกองทุนขยะRecycleของชุมชน)
- ทีมโภชนาการดูแลในการประเมินภาวะโภชนาการ ติดตามและประเมินสภาพร่างกาย/การรับประทานอาหารของผู้ป่วย

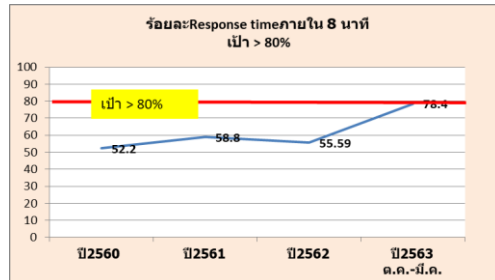
ส่งผลให้ ผู้ป่วยเข้าถึงบริการด้วยEMSมากขึ้นเป็นร้อยละ71.43 การประเมินและส่งต่อที่ERทำได้เป็นร้อยละ100 และการดูแลขณะส่งต่อตามแนวทางที่กำหนดเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ100

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง

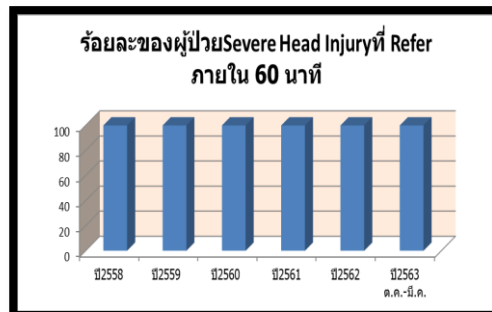
รายชื่อของเอกสาร/หลักฐานประกอบ
อื่นๆ

3.การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ Head Injury

อัตรา Response Timeภายใน 8 นาที ของระบบEMS



อัตราการRefer ใน60นาทีในPt Sever headinjury



เป้าหมาย ผลลัพธ์การดูแลพบว่าอัตราการเสียชีวิตด้วยHead Injury

ลดลง

การพัฒนาที่เกิดขึ้น

การเข้าถึงบริการ

- มีการประชาสัมพันธ์ให้ผู้รับบริการทราบถึงช่องทางการรับบริการ 1669 เมื่อเกิดอาการภาวะฉุกเฉิน
- รถEMS สามารถถึงที่เกิดเหตุภายใน 8 นาที
- มีช่องทางด่วน (Fast Track)ที่ ERเพื่อให้ไวในการตอบสนองต่อการช่วยเหลือผู้ป่วย Head injury

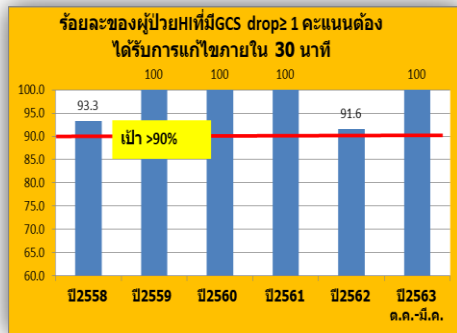
การคัดกรองและประเมิน

- จัดระบบให้มีแพทย์เวรอยู่ประจำ ER
- จัดอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรในเรื่องการดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะหลักสูตร FR BLS ACLS ATLS ให้บุคลากรสามารถคัดกรองและช่วยเหลือผู้ป่วยได้ตั้งแต่จุดเกิดเหตุและจัดทำContext Based Learning โดยใช้ รพ.เป็นฐานในการเรียนรู้ทั้งหน่วย กู้ชีพ FR และ เจ้าหน้าที่ รพ.สต.ในการจัดการภาวะฉุกเฉิน ทำให้การดูแล ณ จุดเกิดเหตุถูกต้องได้มาตรฐาน
- ประเมิน Glasgow Coma Score (GCS) ในผู้ป่วย Head injury ทุก ราย

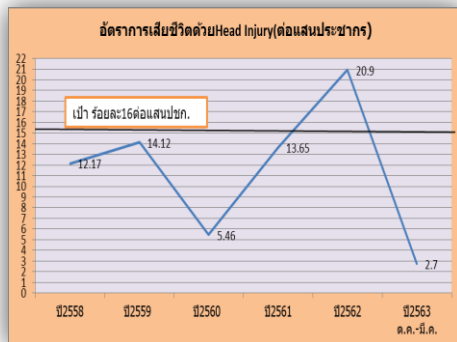
สิ่งที่เกิดขึ้นจริง

รายชื่อของเอกสาร/หลักฐานประกอบ
อื่นๆ

อัตราการดูแลผู้ป่วย HI ที่มี GCS Drop 1 คะแนนได้รับการ
refer ใน 30 นาที



อัตราการเสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ ปี 2562 สูง



การตรวจวินิจฉัย

- มีระบบ การเข้าถึง Fast track CT ข้อตกลงร่วมกับ รพ.แม่ข่าย มี
การประสานก่อนส่งต่อทุกรายโดยผ่านระบบ E-refer รพ.แม่ข่าย
สามารถดูข้อมูลและทำบัตรตรวจไว้รอและสามารถส่งตรวจ CT scan
และอ่านผลได้ ภายใน 30 นาที

การดูแลรักษาและการส่งต่อ

- ทบทวนและปรับปรุง CPG ในการดูแลผู้ป่วย Head injury ให้
Update ตามหลัก ATLS และ CPG ของเขตบริการที่พัฒนาขึ้น
- ผู้ป่วย Head injury ที่มี GCS drop ≥ 2 คะแนนต้องได้รับการแก้ไข
ภายใน 30 นาที
- ผู้ป่วย Head injury ที่มีข้อบ่งชี้ต้องได้รับการ Refer ภายใน 60 นาที
(พร้อมแพทย์เขียนใบ Request CT brain + ใบ Refer ทุกราย)
- ปรับแนวทางการส่งต่อทั้งเครือข่ายเขต 10 โดยรพ.ขุนหาญ อยู่
ระหว่างรอยต่อ รพ.ศูนย์ สรรพสิทธิประสงค์ กรณี case Sever HI
ข้อตกลงให้ Refer ไปที่รพ.สรรพสิทธิประสงค์ได้เลยโดยไม่ต้อง
Refer ไปยังโรงพยาบาลศรีสะเกษซึ่งสามารถระยะเวลา 2 ชม.
เหลือ 1 ชม. และมีระบบการประสานโรงพยาบาลปลายทางก่อน
ส่งต่อผู้ป่วยทุกราย

การดำเนินการเพื่อลดโอกาสเกิดและลดความรุนแรงจากอุบัติเหตุ

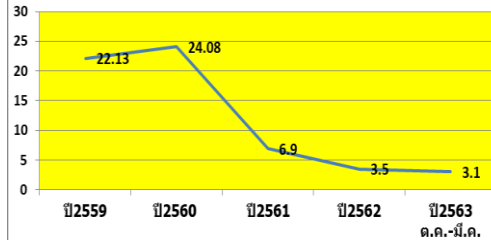
- สำรวจจุดเสี่ยงและคืนข้อมูลให้กับ อปท.เจ้าของพื้นที่ได้ดำเนินการ
แก้ไข เช่น การมีป้ายเตือน ความสว่าง และการทำลูกระนาดเพื่อให้
ระวังและลดความเร็ว
- รณรงค์การสวมหมวกและเข็มขัดนิรภัยร่วมกับภาคีเครือข่าย

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง		รายชื่อของเอกสาร/หลักฐานประกอบ อื่นๆ														
จากการพัฒนาส่งผลให้ ผู้ป่วยเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่รวดเร็วขึ้น ผู้ป่วยSevere Head Injury ได้รับการดูแลและส่งต่อภายใน 60 ที่ เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 90 เป็นร้อยละ 100 และResponse time ภายใน8 นาที ทำได้ ร้อยละ 78.2 ซึ่งต่ำกว่าค่าเป้าหมายกำหนดไว้คือร้อยละ80																
4.การดูแลผู้ป่วย Sepsis																
ผลการดูแลตาม เกณฑ์ชีวิต อัตราการวินิจฉัยโรครวดเร็วถูกต้องภายใน1ชม. ปี2558-2563 (เป้า 100%) <table><tr><th>ปี</th><th>ร้อยละ</th></tr><tr><td>ปี2558</td><td>89.47</td></tr><tr><td>ปี2559</td><td>97.58</td></tr><tr><td>ปี2560</td><td>98.36</td></tr><tr><td>ปี2561</td><td>100</td></tr><tr><td>ปี2562</td><td>100</td></tr><tr><td>ปี2563</td><td>100</td></tr></table>	ปี	ร้อยละ	ปี2558	89.47	ปี2559	97.58	ปี2560	98.36	ปี2561	100	ปี2562	100	ปี2563	100	สถานการณ์ พบอัตราการ Refer septic Shock สูง ปี 2559-2562 จำนวน 35,43,23,48 ตามลำดับและอัตรา เสียชีวิตมีแนวโน้มสูง เป้าหมายผลลัพธ์การดูแล อัตราการ เสียชีวิตด้วย Sepsis ลดลง <u>ประเด็นพัฒนา</u> เพิ่มความรวดเร็วในการคัดกรอง การวินิจฉัยและ การรักษา <u>กระบวนการพัฒนา</u> -ทบทวนCPGและCNPG Sepsis สื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ -ปรับ Sirs Alert และ SOS score all in one เพื่อ Early detection ผู้ป่วยได้รวดเร็ว	
ปี	ร้อยละ															
ปี2558	89.47															
ปี2559	97.58															
ปี2560	98.36															
ปี2561	100															
ปี2562	100															
ปี2563	100															

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง

รายชื่อของเอกสาร/หลักฐานประกอบ
อื่นๆ

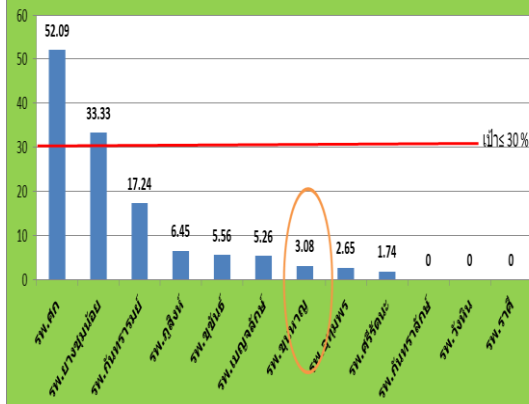
อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากSever Sepsis รพ.ขุน
หาญ ปี 2559-02563 เป้า ≤ 30
(จาก HDC เขต 10)



- ออกแบบการลงข้อมูลเพื่อใช้ในการสื่อสารและการRecord
- กำหนดข้อตกลงการคัดกรองทั้งOPD&ER
- กำหนดให้ATBที่ ER ก่อน admitเข้าward ให้ได้ATB ใน1 ชม.

จากการปรับระบบการดูแลส่งผลในอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Sepsis มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี2559-ปัจจุบัน และเปรียบเทียบระดับจังหวัดพบอัตราการเสียชีวิตอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างต่ำ

เปรียบเทียบระดับจังหวัด อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired เขต 10 จังหวัดศรีสะเกษ ปีงบ 2563 (ค.ค.-มี.ค.)



สิ่งที่เกิดขึ้นจริง						รายชื่อของเอกสาร/หลักฐานประกอบ อื่นๆ
7.6 ผลลัพธ์ด้านการนำองค์กร						นี้ถึงตัวมาตรฐาน 4 มิติ , การประเมิน จริยธรรม
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เกณฑ์/ เป้าหมาย	ปีงบประมาณ ปี 63				
		2560	2561	2562	2563 ตค.- มีค.	
7.6.1. ร้อยละแผนงานโครงการขององค์กร พยาบาลบรรลุตามเป้าหมาย	80	80	80	80	75	
7.6.2. ร้อยละ KPI ตามกลยุทธ์ขององค์กร พยาบาลบรรลุเป้าหมาย	80	80	80	80	85	
7.6.3. ร้อยละหน่วยงานมีผลผลิตทางการ พยาบาล(Nursing Productivity) ตาม เป้าหมาย	90	90	92	93	95	
7.6.4. อัตราครองเตียง	> 80	86.79	75.85	78.28	75.99	
7.6.5. LOS	3 วัน	3.31	3.14	2.76	2.70	
7.6.6.อัตราความสมบูรณ์การบันทึกทางการ พยาบาล	80	86.15	87.15	88.15	89.15	

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง					รายชื่อของเอกสาร/หลักฐานประกอบ อื่นๆ
7.6 ผลลัพธ์ด้านการนำองค์กร(ต่อ)					นี้ถึงตัวมาตรฐาน 4 มิติ , การประเมิน จริยธรรม
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เกณฑ์/ เป้าหมาย	ปีงบประมาณ			
		2561	2562	2563 ตค.- มีค.	
7.6.6 คุณภาพการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแล ผู้ป่วย	100	100	100	100	

3. ส่วนสรุป: ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จ

หมวด	ปัจจัยแห่งความสำเร็จ	ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง/พัฒนา ต่อเนื่อง
หมวด 1 การนำองค์กร	-ผู้บริหารทางการพยาบาล มุ่งมั่นนำพาองค์กรสู่ความสำเร็จ โดยเน้นการมีส่วนร่วม มีการสื่อสารจากการประชุมในที่ประชุมรายเดือน ,การประชุมmorning talkทุกสัปดาห์ -ผู้บริหารทางการพยาบาลเป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติงาน -ทีมงานระดับสูงมีความมุ่งมั่น ทุ่มเทและทบทวนองค์กรและการเชื่อมโยงทิศทางการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ทำให้การพัฒนาบรรลุผลที่กำหนดไว้	1.การพัฒนาควรจะมีมุ่งมั่นเข้ม มุ่งเดียวกันทั้งองค์กร 2.เพิ่มการสื่อสารแบบTwo way มากขึ้น 3.เพิ่มการติดตามผลการดำเนินงานอย่างใกล้ชิด
หมวด 2 การวางแผนเชิงกลยุทธ์	-บุคลากรในหน่วยงานมีส่วนร่วมในการทบทวนตัวชี้วัดของหน่วยงานและนำมากำหนดกลยุทธ์ในการดำเนินงานร่วมกัน -มีการทบทวนผลการดำเนินงาน	-ควรมีการติดตามและทบทวนตัวชี้วัดและปรับเปลี่ยนแผนในการดำเนินกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ
หมวด 3 ผู้ใช้บริการ	-องค์กรมีการประเมินความพึงพอใจผู้ใช้บริการอย่างสม่ำเสมอปีละ 2 ครั้งโดยใช้ผู้ประเมินจากภายนอก ทำให้ข้อมูลที่ได้ไม่ใกล้เคียงความจริง -มีช่องทางรับฟังความคิดเห็นของผู้ใช้บริการหลายช่องทาง -หน่วยงานมีการประเมินภาวะเสี่ยงตั้งแต่แรกรับ เพื่อปรับบริการให้เหมาะสม	-ไม่มีการนำความไม่พึงพอใจมาปรับเปลี่ยนแก้ไขอย่างชัดเจน -ควรมีบอร์ดที่แสดงข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการและแนวทางที่ปรับเปลี่ยนติดตามให้เห็นชัดเจนว่าองค์กรมีความมุ่งมั่นในการพัฒนาอย่างจริงจัง

หมวด	ปัจจัยแห่งความสำเร็จ	ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง/พัฒนา ต่อเนื่อง
หมวด 4 การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้	-องค์กรพยาบาลมีการพัฒนาระบบสารสนเทศอย่างมุ่งมั่น, พัฒนาIT nurse ชัดเจน -มีการใช้ระบบการจัดเก็บข้อมูลใน Hard Ware และมีการนำข้อมูลมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในองค์กร	-พัฒนาระบบ IT ให้มีเสถียรภาพให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ -เชื่อมโยงให้เจ้าหน้าที่ทุกหน่วยงานเข้าถึงได้ง่าย
หมวด 5 บุคลากรพยาบาล	-องค์กรพยาบาลเป็นองค์กรที่ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่มีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง -มีการประเมินความผูกพันต่อองค์กร -ประเมินบรรยากาศในการทำงาน เพื่อให้เจ้าหน้าที่มีความสุขในการทำงาน -สร้างเสริมขวัญกำลังใจ เน้นการมีส่วนร่วม -ประเมินสมรรถนะจำเป็นในงาน -ส่งเสริมสนับสนุนพยาบาลให้เกิดเชี่ยวชาญแต่ละสาขา (ระยะสั้น ระยะยาว) -การสร้างการมีส่วนร่วมของทีมที่สูงขึ้น การสร้างความเข้าใจในทิศทางองค์กรที่บ่งชี้ขึ้น - หลากหลายช่องทางมากขึ้น (Qaulity Rally, ห้องเรียนคุณภาพ, ทีมต้นกล้าคุณภาพ, Line Group) รวมถึงบุคลากรในระดับปฏิบัติเข้ามามีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนที่ครอบคลุมสายงานมากขึ้น ทำให้มีความเข้าใจและบรรยากาศในการทำงานดี	-ควรมีการพัฒนาบุคลากรเพื่อให้พร้อมสำหรับการขึ้นสู่ตำแหน่ง -มีการวางแผนพัฒนาบุคลากรเพื่อเลื่อนระดับอย่างชัดเจน -มีกิจกรรมที่สร้างเสริมความสามัคคีในกลุ่มมากขึ้น
หมวด 6 การปฏิบัติการพยาบาล	-หน่วยงานมีการทบทวนกระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่อง โดยมีการทบทวนจากระดับหน่วยงาน สหสาขาวิชาชีพ ระดับจังหวัด และในระดับเขตบริการสุขภาพที่ 10 -มี CNPG ในระดับองค์กรระดับจังหวัดและในระดับเขต -มีการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายบริการ โดย	-มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการในการทำงานในโรงพยาบาลระดับเดียวกัน

หมวด	ปัจจัยแห่งความสำเร็จ	ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง/พัฒนา ต่อเนื่อง
	กลุ่มงานการพยาบาลเป็นแหล่งใน ฝึกทักษะพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน	
หมวด 7 ผลลัพธ์ทางการพยาบาล	-มีผู้รับผิดชอบกิจกรรมคุณภาพแต่ละ หน่วยงานและแต่ละสาขา -มีการนำผลการทบทวนมาปรับเปลี่ยนแนว ทางปฏิบัติงาน	มีการติดตามและทบทวนอย่าง ต่อเนื่อง สม่ำเสมอ -การเปรียบเทียบคู่เปรียบควรใช้ โรงพยาบาลระดับเดียวกันทั้ง ระบบ