

## นโยบายการใช้กระบวนการพยาบาลและการบันทึก กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์

**กระบวนการพยาบาล** คือ กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ที่พยาบาลใช้ในการแก้ไขปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน 1) การประเมินสภาพ ได้แก่ การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล 2) การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 3) การวางแผนการพยาบาล ได้แก่ การกำหนดวัตถุประสงค์การพยาบาล เกณฑ์การประเมินผล และกิจกรรมการพยาบาล 4) การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และ 5) การประเมินผลการพยาบาล

**บันทึกทางการพยาบาล** เป็นข้อมูลที่พยาบาลบันทึกถึงผู้ป่วยเฉพาะรายหรือกลุ่มผู้ป่วยที่ให้การดูแล เมื่อให้การดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย บันทึกของพยาบาลแสดงให้เห็นถึงภาพที่ชัดเจนของพยาบาลที่ได้ดำเนินการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย หรือเมื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นกลุ่มเช่น การให้ความรู้เป็นกลุ่ม โครงการบันทึกแสดงการบริการที่ได้จัดให้หรือสังเกตภาพรวม คล้ายกับบันทึกผู้ป่วยเฉพาะราย ซึ่งสะท้อนข้อมูลการประเมินความต้องการ การวางแผนกิจกรรมหรือการปฏิบัติที่ให้ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับกลุ่มผู้ให้บริการ

### วัตถุประสงค์

1. ใช้ในการสื่อสารข้อมูลที่สำคัญเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่อง ลดความผิดพลาด
2. ใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย
3. เป็นเอกสารสำคัญที่แสดงให้เห็นถึงความรับผิดชอบและความน่าเชื่อถือของพยาบาล
4. ใช้เป็นเครื่องมือในการประกันคุณภาพทางการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ

### เป้าหมาย

ผู้รับบริการได้รับการดูแลตามกระบวนการพยาบาล

### ตัวชี้วัด

- ร้อยละของการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 100
- ร้อยละของหน่วยงานที่มีคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลอย่างน้อยร้อยละ 80

### แนวทางปฏิบัติ

1. กำหนดให้หน่วยบริการทางการพยาบาลให้การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน
2. มีนโยบายส่งเสริมและสนับสนุนการใช้กระบวนการพยาบาล โดย
  - 2.1 มีการกำหนดนโยบายการใช้กระบวนการพยาบาลและการบันทึกทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย

2.2 มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนากระบวนการพยาบาล

2.3 มีการพัฒนาคู่มือการบันทึกทางการพยาบาล การพัฒนาแบบฟอร์มที่เอื้อต่อการใช้กระบวนการพยาบาลและการบันทึกทางการพยาบาล

2.4 กำหนดการใช้กระบวนการพยาบาลและการบันทึกเป็นตัวชี้วัดสำคัญของกลุ่มการพยาบาล

2.5 สนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพได้รับการอบรมพัฒนาความรู้ในระดับเขต ระดับประเทศ

3. กำหนดเป็นประเด็นการนิเทศทางการพยาบาลในระดับปฏิบัติ และระดับบริหาร

4. กำหนดเรื่องกระบวนการพยาบาลให้เป็นสมรรถนะด้านวิชาชีพรายบุคคล

5. มีแผนการทบทวนเพื่อวิเคราะห์ปัญหาและหาโอกาสพัฒนา

#### การประเมินผล

- ระดับหน่วยงานตรวจสอบการบันทึกการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาลเดือนละ 5 chart
- หัวหน้าหน่วยบริการทางการพยาบาลสุ่มตรวจสอบการบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาล
- คณะกรรมการพัฒนาการใช้กระบวนการพยาบาลและบันทึกทางการพยาบาล นิเทศการบันทึกทางการพยาบาลตามแผนการนิเทศ และสรุปประเมินผลทุก 6 เดือน

## นโยบายการจัดทีมพยาบาล กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์

การใช้รูปแบบทีมการพยาบาล ในการปฏิบัติการพยาบาลจะส่งเสริมให้เกิดผลดีต่อการดูแลผู้ป่วยและ  
ความร่วมมือกันทั้งในทีมการพยาบาล ทีมสุขภาพตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้อง

### วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพ

### เป้าหมาย

รูปแบบการจัดทีมพยาบาลมีความเหมาะสมกับหน่วยบริการพยาบาล

### ตัวชี้วัด

1. อัตราความพึงพอใจของพยาบาลในการปฏิบัติงาน(มอบหมายงาน) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80
2. อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการจัดบริการ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80
3. จำนวนอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ด้านความปลอดภัยของผู้รับบริการ ต่อการจัดทีมบริการพยาบาล

### แนวทางปฏิบัติ

1. การจัดอัตรากำลัง
  - 1.1 การผสมผสานอัตรากำลัง กำหนดสัดส่วนดังนี้
    - 1.1.1 หน่วยบริการผู้ป่วยหนักและหน่วยบริการที่หนาแน่นมาก การผสมผสานอัตรากำลัง

ร้อยละ 100

1.1.2 หน่วยบริการไม่หนาแน่นหรือการบริการผู้รับบริการไม่ซับซ้อน การผสมผสานอัตรากำลัง

ร้อยละ 70-80

1.2 การผสมผสานประสบการณ์ แบ่งกลุ่มพยาบาลตามประสบการณ์ 5 ระดับ (Benner, 1984) ได้แก่

1.2.1 ระดับ novice ประสบการณ์ต่ำกว่า 1 ปี

1.2.2 ระดับ advanced beginner ประสบการณ์การทำงาน มากกว่า 1 – 3 ปี

1.2.3 ระดับ competent ประสบการณ์การทำงาน มากกว่า 3-5 ปี

1.2.4 ระดับ proficient ประสบการณ์การทำงาน มากกว่า 5-10 ปี และ

1.2.5 ระดับ expert ประสบการณ์การทำงาน มากกว่า 10 ปี กรณีอัตรากำลังในหน่วยงานมี

จำนวนไม่มาก หรือระดับประสบการณ์ไม่แตกต่างกันมาก ปรับรวมเป็น 3 กลุ่มเพื่อกระจายประสบการณ์ในการจัดตารางปฏิบัติงาน

1.3 การผสมผสานพยาบาลเพศชายหญิง เพื่อตอบสนองการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และการบริการองค์รวมในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีความเฉพาะ

1.4 การจัดบุคลากรพยาบาลบริการพระภิกษุสงฆ์

2. การมอบหมายงาน ในรูปแบบต่างๆ การจัดระบบการดูแลผู้ป่วยที่ใช้กันอย่างแพร่หลายมี 5 รูปแบบคือ (ปรางทิพย์ อุจะรัตน์, 2541.หน้า 28-70)

2.1 รูปแบบการมอบหมายงานเป็นหน้าที่ (Functional nursing) การมอบหมายงานจะเน้นหน้าที่และกิจกรรมเป็นสำคัญ โดยบุคลากรแต่ละคนจะได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบหน้าที่ 1-2 อย่าง เช่นหน้าที่ให้ยาทางหลอดเลือดดำ และรับผู้ป่วยใหม่ทุกราย ข้อควรตระหนักคือการขาดสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ป่วย รูปแบบการมอบหมายงานนี้กำหนดให้ใช้ในภาวะขาดแคลนอัตรากำลัง หรือภาระงานมากเช่นหน่วยงานบริการอายุรกรรม ศัลยกรรม

2.2 รูปแบบการดูแลเฉพาะราย (Case method or Total patient care) หลักการดูแล คือพยาบาล 1 -2 คน ให้การดูแลทุกอย่างสำหรับผู้ป่วยรายนั้น ๆ ตลอดระยะเวลาการปฏิบัติงานในแต่ละเวร ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลต่อเนื่อง รูปแบบนี้ต้องใช้พยาบาลวิชาชีพจำนวนมาก จึงกำหนดให้เป็นการมอบหมายงานในห้องผู้ป่วยหนัก

2.3 รูปแบบทีม (Team nursing) การนำพยาบาลวิชาชีพที่มีจำนวนจำกัด ทำงานร่วมกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการให้พยาบาลหลายระดับ วัตถุประสงค์ คือ ให้การพยาบาลที่ดีแก่ผู้ป่วย มีความเชื่อมั่นไว้วางใจกัน ยอมรับในความสามารถของกันและกัน ซึ่งทุกคนในทีมต้องรู้บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของตนเองและปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม

2.4 รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ (Primary nurse) กำหนดให้พยาบาลวิชาชีพ 1 คน ทำหน้าที่เป็น ตัวจักรสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลตั้งแต่แรกรับเข้าไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่ง จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ต่อเนื่องเพราะปฏิบัติตามแผนการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง

โดยกำหนดทุกหอผู้ป่วยมอบหมายพยาบาลเป็นเจ้าของไข้ผู้ป่วยทุกราย โดยให้รับผิดชอบในการติดตาม ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแผนการพยาบาลตลอดระยะเวลาที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลและได้รับการวางแผน จำหน่าย เพื่อการดูแลต่อเนื่อง รวมถึงการตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยเมื่อจำหน่าย

2.5 รูปแบบการจัดการรายกรณี (Case Management) การจัดการรายกรณีมีการประสานความร่วมมือ ของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง มุ่งเน้นการดูแลที่มีคุณภาพสูงสุดและค่าใช้จ่ายที่ประหยัดคุ้มค่า มีลักษณะการดูแลที่มี ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการวางแผนเกี่ยวกับการใช้เงิน เทคโนโลยี และคนอย่างเหมาะสม รวมถึงการมีแผนปฏิบัติการ ร่วม (Care MAPs) และแผนการพยาบาล ที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

โดยกำหนดให้แต่ละ PCT กำหนด Nurse case manager กลุ่มโรคสำคัญที่ต้องได้รับการดูแลซับซ้อน

#### การประเมินผล

1. การประเมินความเหมาะสมในการจัดทีมการพยาบาลที่สอดคล้องกับการเกิดความเสี่ยงทางการพยาบาล
2. ระดับความพึงพอใจของบุคลากรในการจัดทีมการพยาบาล

## นโยบายการจัดระบบบริการพยาบาล กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์

**ระบบการบริการพยาบาล** มีความสำคัญอยู่ที่การบูรณาการ การบริการ 4 มิติ คือการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันความเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสภาพ ไปด้วยกันซึ่งจำเป็นต้องจัดขึ้นอย่างมีรูปแบบ และผู้รับบริการมองเห็นผลผลิตของการบริการอย่างชัดเจน (พวงรัตน์ บุญญานุกรักษ์, 2545) ระบบบริการพยาบาล เป็นระบบที่ได้มาจากการใช้ความสามารถทางการพยาบาลเพื่อปรับแก้ไขความสมดุลระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการการดูแลทั้งหมดของผู้รับบริการ จะเกิดขึ้นเมื่อพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการ เพื่อค้นหาปัญหาความต้องการการดูแลรวมทั้งปรับการใช้ และพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการใน

การดูแลตนเอง ระบบการพยาบาลเป็นระบบของการกระทำที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ตามความสามารถ และความต้องการของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544)

### วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแนวทางการให้บริการตามมาตรฐานระบบบริการพยาบาล

### เป้าหมาย

ด้านผู้รับบริการ : ผู้รับบริการทุกคนได้รับบริการที่มีคุณภาพ มีความเสมอภาค

ด้านผู้ให้บริการ : ผู้ให้บริการมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

### ตัวชี้วัด

1. ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการในการจัดระบบบริการ
2. ระดับความสำเร็จของการดำเนินการระบบบริการตามที่กำหนด

### แนวทางปฏิบัติ

1. กลุ่มการพยาบาลจัดสรรและสนับสนุนการจัดระบบบริการ ดังนี้
  - 1.1 การพัฒนาบุคลากรพยาบาล และการจัดหาทรัพยากรในการบริหารเพื่อจัดบริการอย่างเพียงพอ
  - 1.2 ร่วมกำหนดแนวทางการบริหารจัดการ การปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ และกำหนดตัวชี้วัด
2. ส่งเสริมและสนับสนุนให้หน่วยบริการทางการพยาบาลให้บริการพยาบาลตามหลักการดังนี้
  - 2.1 การให้บริการแบบองค์รวม คือ กาย จิต วิญญาณและสังคม และครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ การส่งเสริม การป้องกัน การรักษาและการฟื้นฟูทุกหน่วยบริการ
  - 2.2 การให้บริการแบบเสมอภาค ในทุกสิทธิการรักษา โดยบูรณาการแนวคิดการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย 10 ประการ หน่วยบริการจัดระบบบริการตามลักษณะบริการโดยหน่วยทั่วให้บริการตามลำดับก่อน หลัง ส่วนการบริการอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้บริการตามความรุนแรงของการเจ็บป่วย
  - 2.2 การให้บริการครอบคลุมทุกกลุ่มอายุ ได้แก่ กลุ่มทารกแรกเกิด เด็กเล็ก เด็กโต ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ
  - 2.4 การให้บริการด้วยคุณภาพ เป็นการบริการตามมาตรฐานวิชาชีพ
  - 2.5 การจัดการบริการให้มีประสิทธิภาพ โดยการควบคุมการใช้ทรัพยากร (คน เงิน ของ) ที่คุ้มค่าคุ้มทุน ภายใต้ผลผลิตที่มีคุณภาพ
  - 2.6 การจัดการบริการตามระดับความสามารถของโรงพยาบาล ได้แก่
    - 2.6.1 หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ เป็นดูแลขั้นพื้นฐานที่จัดให้ประชาชนทุกคนทุกภาวะสุขภาพ

แบบองค์รวมต่อเนื่องตั้งแต่สุขภาพดี ภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2.6.2 หน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิในโรงพยาบาล ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เน้นการแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยและผลกระทบจากความเจ็บป่วยที่ซับซ้อน รุนแรง วิกฤต ต้องการการดูแลเฉพาะทาง หรือใช้เทคโนโลยีขั้นสูง การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีหน่วยบริการสาขาต่างๆ ดังนี้

1) สาขาอายุรกรรม อายุรกรรมโรคหัวใจ อายุรกรรมโลหิตวิทยา อายุรกรรมประสาทอายุรกรรมระบบทางเดินอาหาร

2) สาขาศัลยกรรม ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ ศัลยกรรมระบบประสาท ศัลยกรรมเด็ก

3) ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์

4) สูติ นรีเวชกรรม

4) กุมารเวชกรรม

5) จักษุ โสต ศอ นาสิก

6) จิตเวช

7) งานไตเทียม

2.6.3 กลุ่มต้องดูแลพิเศษ OSCC, Palliative care, End of life โรคอุบัติใหม่ อุตบัติซ้ำ

3. การควบคุมกำกับให้การบริการพยาบาลมีมาตรฐานและคุณภาพ โดยใช้มาตรฐานการจัดระบบบริการในสถานพยาบาล ตาม พรบ.วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ.2548 และที่แก้ไขเพิ่มเติมใน พรบ.วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2 ) พ.ศ. 2540

#### การประเมินผล

1. ขั้ร่องเรียน/อุบัติการณ์เรื่องการเข้าถึงระบบบริการ
2. การติดตามตัวชี้วัดด้านบริการทุก 6 เดือน

## นโยบายการดูแลต่อเนื่อง กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์

**การดูแลต่อเนื่อง (Continuing care)** หมายถึง การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม บูรณาการที่ตอบสนองความต้องการหรือปัญหาของผู้ป่วยที่ครอบคลุมตั้งแต่โรงพยาบาลถึงบ้าน(Bull & Gross, 2000 และ วิลาวลัยและ ประยงค์, 2538) การดูแลต่อเนื่องประกอบด้วย การวางแผนจำหน่าย การส่งต่อและการบริการสุขภาพ ที่บ้าน (อุไร, 2543 และสิริวรรณและคณะ, 2549)

### วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลจากบุคลากรที่มีสุขภาพที่เหมาะสมต่อเนื้อที่ที่บ้าน และในชุมชน สอดคล้องกับความต้องการการดูแลรักษาพยาบาลทันต่อปัญหา /การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย/ผู้รับบริการได้อย่างปลอดภัย

### เป้าหมาย

1. ผู้ป่วยทุกรายได้รับการวางแผนจำหน่ายครอบคลุมปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
2. ผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญที่จำเป็นต้องดูแลต่อเนื่องได้รับการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ได้แก่
  - 2.1 ผู้ป่วยอัตราตายสูง : STEMI, Stroke, New born
  - 2.2 ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง : DM, HT,
  - 2.3 ผู้ป่วยมีภาวะทางจิต: จิตเภท
  - 2.4 ผู้ป่วยที่ได้รับอุปกรณ์สอดใส่เข้าไปในร่างกาย เช่น Urine catheter, Implant, Catheter line
  - 2.5 ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ และแพร่เชื้อ เช่น เชื้อดื้อยา วัณโรค โรคอุบัติใหม่ อูบัติน้ำ
  - 2.6 ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลเฉพาะ เช่น ดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย(End of life care) และผู้ป่วยพอกไต เป็นต้น

### ตัวชี้วัด

1. ร้อยละของผู้ป่วยและ/ครอบครัวรับรู้การเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณก่อนจำหน่าย
2. ร้อยละของผู้ป่วยและ/ครอบครัว มีความรู้ และทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพตนเองก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล
3. อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันด้วยโรคเดิมจากการขาดความรู้ และ/การปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง



4. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการขาดความรู้ และ/การปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง

## แนวทางปฏิบัติ

### ทีมดูแลผู้ป่วย (Patient care team)

๑. ทุก PCT กำหนดกลุ่มโรคสำคัญที่ต้องการการดูแลต่อเนื่อง กำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดการดูแลต่อเนื่องเฉพาะโรค
๒. จัดทำ CPG/CNPG หรือ Protocol ในกลุ่มโรคสำคัญเพื่อเป็นแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยในทีมสหสาขาวิชาชีพ
๓. กำหนดให้มี Nurse case manager ในกลุ่มโรคสำคัญเพื่อเป็นผู้เชื่อมประสานการดูแลต่อเนื่อง

### หอผู้ป่วยใน

1. พยาบาลรวบรวมข้อมูลเพื่อใช้ในการวางแผนจำหน่ายภายใน 24 ชั่วโมง ตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ดูแลรักษาครอบคลุมประเด็นด้านแบบแผนการดำเนินชีวิตโดยใช้ 11 แบบแผนของกอร์ดอน การรับรู้ต่อความเจ็บป่วย ภาวะสุขภาพ ความเชื่อ วัฒนธรรม เศรษฐฐานะ และแหล่งประโยชน์ด้านสุขภาพ ตามหลัก DMETHOD ดังนี้  
Disease : การรับรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการและการปฏิบัติตัว  
Medication: การรับรู้เกี่ยวกับเรื่องยาที่ต้องรับประทานอย่างละเอียด อาการไม่พึงประสงค์ และการแก้ไขเบื้องต้น  
Economic : การรับรู้ถึงสิทธิการรักษา การติดต่อหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือทางเศรษฐกิจ  
Environment : การเตรียมสภาพแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม  
Treatment : การรักษาที่ต้องทำต่อเนื่อง การดูแล และการปฏิบัติตัวหรือทักษะพิเศษเฉพาะโรค  
Health : การดูแลสุขภาพทั่วไป เช่น การขับถ่าย การทำความสะอาดร่างกาย การทำกิจกรรมการออกกำลังกาย การพักผ่อน การป้องกันโรค การส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ  
Out patient : การใช้แหล่งบริการสุขภาพต่อเนื่อง หรือเมื่อฉุกเฉิน การมาตามนัด อาการที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนเวลานัด  
Diet : การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค และสถานะของความเจ็บป่วย
2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีส่วนร่วมในการรับรู้ปัญหา และวางแผนการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสภาวะแวดล้อม
3. กำหนดแผนการฟื้นฟูสภาพ แผนการสอนและฝึกทักษะในการดูแลสุขภาพตนเองในแต่ละวัน ให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย
4. ประเมินปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยซ้ำก่อนจำหน่าย เกี่ยวกับ

- 4.1 สภาพความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ
  - 4.2 ความรู้ ความสามารถ และทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว
  - 4.3 ความต้องการการดูแลต่อเนื่อง และการเลือกใช้แหล่งประโยชน์ด้านสุขภาพ กรณีต้องการความช่วยเหลือ เช่น สถานพยาบาลใกล้บ้าน องค์กรในชุมชน เป็นต้น
5. ส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องไปยัง HHC ตามแนวทางที่กำหนดเฉพาะโรค เฉพาะราย

### Home health care (HHC)

1. กำหนดแนวทางการส่งต่อ และตัวชี้วัดเพื่อการดูแลต่อเนื่อง
2. วางแผน/เยี่ยมผู้ป่วย และการติดตามผลการดูแลต่อเนื่อง
3. รวบรวมผลการดูแลต่อเนื่องแจ้งกลับยังผู้รับผิดชอบ/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
4. วิเคราะห์/สังเคราะห์ปัญหาอุปสรรคและตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลต่อเนื่องของหน่วยงาน

### ศูนย์สุขภาพชุมชน

1. วางแผน/เยี่ยมผู้ป่วย และการติดตามผลการดูแลต่อเนื่อง
2. รวบรวมผลการดูแลต่อเนื่องแจ้งกลับยังผู้รับผิดชอบ/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
3. วิเคราะห์/สังเคราะห์ปัญหาอุปสรรคและตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลต่อเนื่องของหน่วยงาน

### พยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Nurse case manager: NCM)

1. วางแผนการดูแลผู้ป่วยตาม CPG/CNPG และวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมง ร่วมกับพยาบาลในหอผู้ป่วย
2. เชื่อมประสานและติดตามให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตาม CPG/CNPG
3. ร่วมเตรียมความพร้อม และประเมินความพร้อมผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนจำหน่าย
4. เชื่อมประสานกับ HHC ในการติดตามผลการดูแลต่อเนื่อง
5. วิเคราะห์สาเหตุของการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วย (Re-admission) ทุกรายเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงกระบวนการวางแผนจำหน่าย
6. มีการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์/สังเคราะห์ปัญหาอุปสรรคและตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลต่อเนื่องของหน่วยงาน มีการนำข้อมูลปัญหาอุปสรรคการดูแลต่อเนื่องที่ได้จากการวิเคราะห์/สังเคราะห์มาปรับปรุง/พัฒนาเป็นระบบอย่างต่อเนื่องและมีระบบการสะท้อนข้อมูลปัญหาการดูแลต่อเนื่องแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

### การประเมินผล

1. ประเมินผลสัมฤทธิ์จากตัวชี้วัดในแต่ละหน่วยที่มีความเชื่อมโยงในการดูแลต่อเนื่อง ดังนี้
  - 1.1 ในโรงพยาบาล

- ร้อยละของการปฏิบัติตาม CPG/CNPG หรือ Protocolที่กำหนด
- ร้อยละของผู้ป่วยและ/ครอบครัวรับรู้การเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม

และจิตวิญญาณก่อนจำหน่าย

- ร้อยละของผู้ป่วย และ/ครอบครัว มีความรู้ และทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพตนเอง

ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล

- อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันด้วยโรคเดิมจากการขาดความรู้ และการปฏิบัติตัว

ไม่ถูกต้อง

- อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการขาดความรู้ และการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง
- ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อระหว่างการจำหน่าย/ส่งต่อ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

### 1.2 HHC (เวชกรรมสังคม)

- ร้อยละของการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญก่อนจำหน่าย
- ร้อยละของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญตามแนวทางที่กำหนด
- อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการขาดความรู้ และการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง
- ร้อยละการติดเชื้อในแต่ละระบบขณะอยู่บ้านหรือในชุมชน

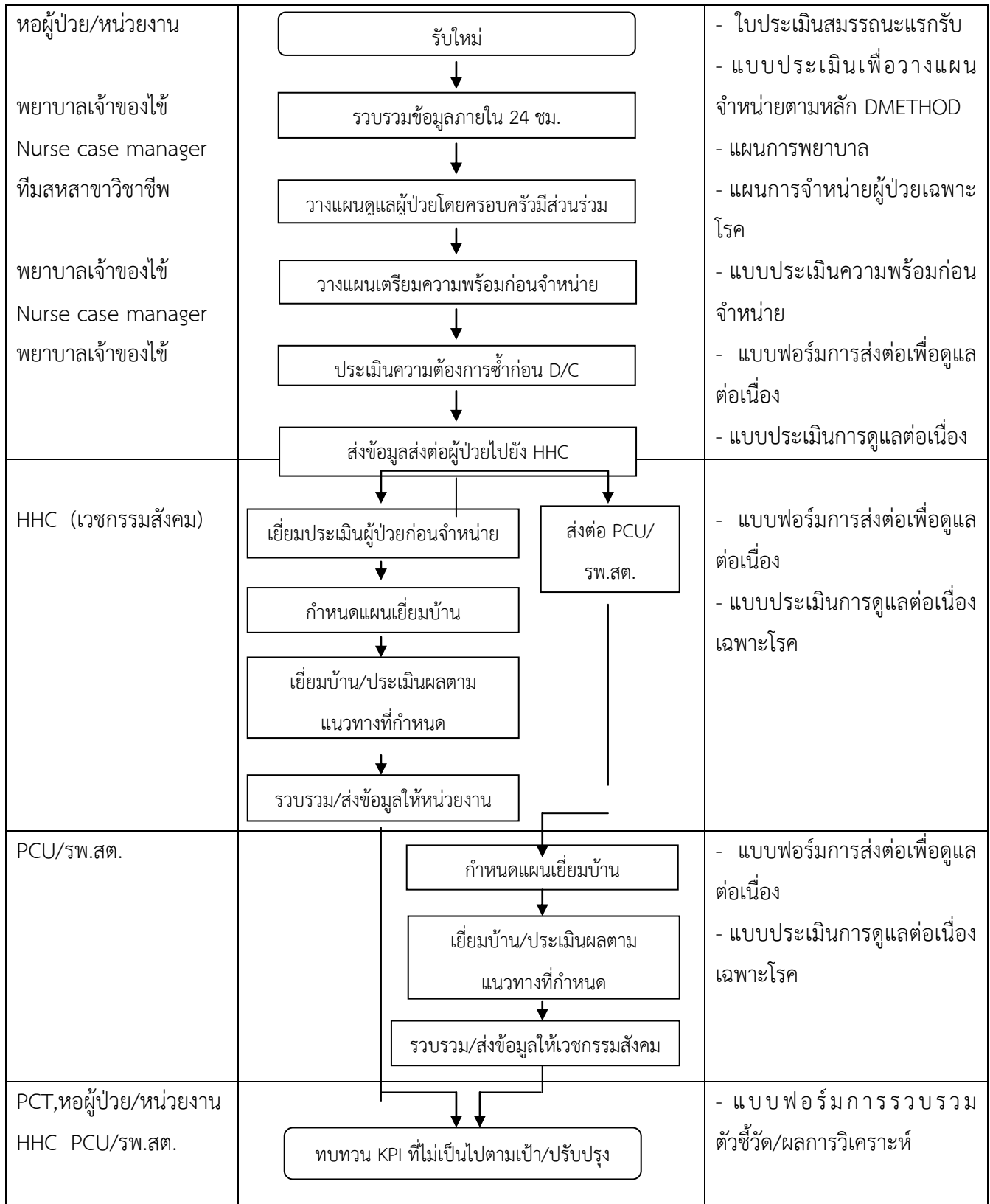
### 1.3 PCU/รพ.สต.

- ร้อยละของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญตามแนวทางที่กำหนด
- อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการขาดความรู้ และการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง
- ร้อยละการติดเชื้อในแต่ละระบบขณะอยู่บ้านหรือในชุมชน

2. การทบทวนแนวทางปฏิบัติร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ
3. การทบทวน KPI ที่ไม่เป็นไปตามเป้าในแต่ละส่วน และภาพรวมของระบบ
4. การมีส่วนร่วมของชุมชนและ/องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น

Flow Chart การดูแลต่อเนื่อง

ผู้รับผิดชอบ	แนวทางปฏิบัติ	เอกสารที่เกี่ยวข้อง
--------------	---------------	---------------------



## นโยบายด้านการประเมินผลสัมฤทธิ์ทางการพยาบาล กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์

การประเมินผลสัมฤทธิ์ทางการพยาบาล หมายถึง กระบวนการที่เป็นระบบซึ่งถูกพัฒนาขึ้นเพื่อทำการวัดคุณค่าของงานทางการพยาบาลในช่วงระยะเวลาที่กำหนดว่าเหมาะสมกับมาตรฐานที่กำหนด ซึ่งผลการประเมินจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานในโอกาสต่อไป

### วัตถุประสงค์

เพื่อใช้เป็นแนวทางในการประเมินผลงานการพยาบาล และนำผลการประเมินไปวางแผนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

### เป้าหมาย

1. การประเมินผลสัมฤทธิ์ด้านบริหารการพยาบาล
2. การประเมินผลสัมฤทธิ์ด้านบริการพยาบาล
3. การประเมินผลสัมฤทธิ์ด้านการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ (ตัวชี้วัดคลินิกเฉพาะโรค)

### ตัวชี้วัด

๑. ร้อยละของหน่วยงานที่มีการประเมินผลสัมฤทธิ์ทางการพยาบาล
๒. ร้อยละของหน่วยงานที่ส่งข้อมูลได้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา
๓. ร้อยละของการบรรลุผลสัมฤทธิ์ทางการพยาบาลตามตัวชี้วัดที่กำหนด

### แนวทางปฏิบัติ

1. กลุ่มการพยาบาลแต่งตั้งคณะกรรมการประเมินผลสัมฤทธิ์ทางการพยาบาลโดยมีหน้าที่รับผิดชอบ ดังนี้
  - 1.1 กำหนดตัวชี้วัดและเป้าหมายอย่างชัดเจนภายใต้บริบทของกลุ่มการพยาบาลให้ครอบคลุม ด้านบริหาร บริการ และการพัฒนาคุณภาพ โดยคำนึงถึงความสอดคล้องกับตัวชี้วัดของโรงพยาบาล สำนักการพยาบาล และสภาการพยาบาล
  - 1.2 จัดทำแนวทางในการติดตาม รวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูล ชี้แจงแก่หน่วยงานนำสู่การปฏิบัติ
  - 1.3 จัดทำแผน และติดตามการประเมินผลสัมฤทธิ์ทางการพยาบาลตามแผนที่กำหนด
  - 1.4 สนับสนุน และติดตามหน่วยงานในการทบทวนตัวชี้วัดที่ไม่เป็นไปตามเป้า

- 1.5 สรุปผล และนำเสนอต่อคณะกรรมการบริหารกลุ่มการพยาบาลทุกไตรมาส
2. หน่วยบริการพยาบาลทุกหน่วยปฏิบัติตามนโยบายด้านการประเมินผลสัมฤทธิ์ทางการพยาบาล ดังนี้
  - 2.1 กำหนดผู้รับผิดชอบในการรวบรวมตัวชี้วัดของหน่วยงาน และเป็นผู้ประสานงานด้านตัวชี้วัดกับคณะกรรมการประเมินผลสัมฤทธิ์ทางการพยาบาล
  - 2.2 กำหนดตัวชี้วัดด้านคลินิกบริการเฉพาะด้านที่เชื่อมโยงกับระดับองค์กรตามบริบทของหน่วยงาน โดยคำนึงถึงตัวชี้วัดที่แสดงถึงคุณภาพบริการพยาบาลใน 5 ประเด็น ดังนี้
    - 2.2.1 ความปลอดภัยจากความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนทางการพยาบาลที่ป้องกันได้
    - 2.2.2 การบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ใช้บริการ
    - 2.2.3 ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การรักษาพยาบาล
    - 2.2.4 ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ใช้บริการ
    - 2.2.5 ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่องานบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์
  - 2.3 รวบรวมข้อมูล ส่งกลุ่มการพยาบาลตามแนวทาง และระยะเวลาที่กำหนดทุกเดือน
  - 2.4 วิเคราะห์ / สังเคราะห์ข้อมูล ทบทวนตัวชี้วัดที่ไม่เป็นไปตามเป้าสู่การกำหนดแผนพัฒนาอย่าง

ต่อเนื่อง

#### การประเมินผล

๑. ประเมินจากตัวชี้วัดที่กำหนด
๒. ประเมินการทำกิจกรรมทบทวนตัวชี้วัดที่ไม่เป็นไปตามเป้าในระดับองค์กร และหน่วยงาน

## นโยบายด้านการพัฒนาและการประกันคุณภาพบริการพยาบาล กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์

**การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล** หมายถึง การจัดระบบคุณภาพการพยาบาล โดยมีการกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ที่ชัดเจน มีการติดตามวิเคราะห์ ประเมินผลแผนพัฒนาคุณภาพตามระยะเวลาที่กำหนดและนำไปปรับปรุงระบบบริหารและการจัดบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

**การประกันคุณภาพบริการพยาบาล** หมายถึง กระบวนการเฝ้าระวัง และประเมินคุณภาพหรือความเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องโดยมีเป้าหมายสำคัญคือ การค้นหาโอกาสในการพัฒนาและการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพสูงขึ้น รวมทั้งการแก้ปัญหาต่างๆ ที่จะมีผลทำให้คุณภาพการดูแลลดลง

### วัตถุประสงค์

เพื่อใช้เป็นแนวทางในการประกันคุณภาพการพยาบาล และพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

### เป้าหมาย

ทุกหน่วยบริการพยาบาลมีการประกันคุณภาพการพยาบาลและพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในกลุ่มโรคสำคัญอย่างต่อเนื่อง

### ตัวชี้วัด

- ร้อยละของหน่วยงานที่มีการประกันคุณภาพการพยาบาล
- ร้อยละของหน่วยงานที่ผลสัมฤทธิ์การประกันคุณภาพการพยาบาลเป็นไปตามเป้าที่กำหนด



๓. ร้อยละของหน่วยงานที่ผลงาน CQI, R2R, นวัตกรรม หรืองานวิจัย
๔. จำนวนผลงาน CQI, R2R, นวัตกรรม หรืองานวิจัยแต่ละปี

### แนวทางปฏิบัติ

1. กลุ่มการพยาบาลแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลโดยมีหน้าที่รับผิดชอบ ดังนี้
  - 2.5 กำหนดโครงสร้างการประกันคุณภาพการพยาบาลมีตัวชี้วัดคุณภาพที่ชัดเจนเชื่อมโยงระดับองค์กรและระดับหน่วยงาน
  - 2.6 ร่วมพัฒนานโยบาย วิธีปฏิบัติหรือคู่มือปฏิบัติงานหรือแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์
  - 2.7 พัฒนาระบบและแนวทางการติดตาม สนับสนุน ช่วยเหลือให้การดำเนินการพัฒนาเพื่อการประกันคุณภาพการพยาบาลของหน่วยบริการพยาบาลเป็นไปอย่างต่อเนื่อง
  - 2.8 วิเคราะห์ระบบบริการพยาบาลเพื่อประเมินสถานการณ์ทางการพยาบาลและติดตามเฝ้าระวังคุณภาพบริการพยาบาลของโรงพยาบาลเพื่อมุ่งรักษาคุณภาพบริการพยาบาล และการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานในความรับผิดชอบอย่างต่อเนื่อง
  - 2.9 นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาใช้ในการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
  - 2.10 กำหนดระบบการประเมินผลการดำเนินงาน
2. หน่วยบริการพยาบาล มีหน้าที่รับผิดชอบดังนี้
  - 2.1 นำนโยบายด้านการพัฒนาและการประกันคุณภาพบริการพยาบาลสู่การปฏิบัติในระดับหน่วยงาน
  - 2.2 กำหนดการประกันคุณภาพการบริการพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญตามบริบทของหน่วยงาน
  - 2.3 ติดตามเฝ้าระวังคุณภาพบริการพยาบาลของหน่วยงาน เพื่อสามารถประกันคุณภาพบริการพยาบาล และการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง
  - 2.4 นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาใช้ในการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และเกิดผลงาน CQI, R2R, นวัตกรรม หรืองานวิจัยทางการพยาบาล

### การประเมินผล

1. ประเมินจากการบรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัดที่กำหนด
2. ประเมินการเกิดผลงาน CQI, R2R, นวัตกรรม หรืองานวิจัยทางการพยาบาลของหน่วยบริการพยาบาล

## นโยบายการบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาล กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์

ความเสี่ยงทางการพยาบาล คือ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติการพยาบาลหรือบริการที่ไม่เป็นไปตามความคาดหวัง มีโอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ การบาดเจ็บ ความเสียหาย เหตุร้าย การเกิดอันตราย เกิดความไม่แน่นอน การไม่พิทักษ์สิทธิหรือศักดิ์ศรีหรือเกิดความสูญเสียจนต้องมีการชดใช้ค่าเสียหาย

### วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการความเสี่ยงทางการพยาบาล

## เป้าหมาย

1. ผู้ป่วยปลอดภัยจากความเสี่ยง/ภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้
2. ผู้ให้บริการปลอดภัยจากความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน

## ตัวชี้วัด

1. ร้อยละอุบัติการณ์/ความเสี่ยงทางการพยาบาลได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม
2. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ลดลง
3. ร้อยละของผู้ให้บริการปลอดภัยจากการปฏิบัติงาน

## แนวทางปฏิบัติ

1. กลุ่มการพยาบาลแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาลโดยมีหน้าที่รับผิดชอบ ดังนี้
  - 1.1 กำหนดระบบการบริหารความเสี่ยงของกลุ่มการพยาบาลที่สอดคล้องและเชื่อมโยงกับการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล
  - 1.2 รวบรวมอุบัติการณ์ความเสี่ยง/ข้อร้องเรียนทางการพยาบาล
  - 1.3 ประสาน ติดตามและรวบรวมผลการดำเนินงานและการจัดการความเสี่ยง/ข้อร้องเรียนของหน่วยงาน
  - 1.4 ประสานคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลและร่วมแก้ไขจัดการความเสี่ยง/ข้อร้องเรียนทางการพยาบาล
  - 1.5 สรุปและวิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอต่อคณะกรรมการบริหารกลุ่มการพยาบาลทุกไตรมาส
2. หน่วยบริการทางการพยาบาลทุกหน่วยปฏิบัติตามนโยบายการบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาล ดังนี้
  - 2.1 ค้นหาความเสี่ยงทางการพยาบาล จัดทำบัญชีความเสี่ยง (Risk Profile) ประเมิน/วิเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญ กำหนดกลยุทธ์/มาตรการ/แนวทางป้องกัน/การจัดการความเสี่ยงและบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษรพร้อมทั้งทำความเข้าใจกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อนำแนวทางที่กำหนดไปปฏิบัติ เพื่อป้องกันการเกิดความเสียหาย และประเมิน/ติดตามผล จัดทำเป็นคู่มือ/แนวทาง/ข้อตกลงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
  - 2.2 ดำเนินการแก้ไขปัญหาเบื้องต้นโดยพยาบาลผู้ปฏิบัติที่พบเหตุการณ์ทันที
  - 2.3 ประเมินระดับความรุนแรงและค่าคะแนนของความเสี่ยงด้านคลินิกบริการ/ด้านทรัพย์สิน  
ข้อขัดแย้ง ชื่อเสียง ดังนี้
    - 2.3.1 ระดับความรุนแรง 7 ระดับ คือ
      - 2.3.1.1 รุนแรงน้อย คือ ความเสี่ยงระดับ 1-2 / ระดับ A

2.3.1.1.2 รุนแรงปานกลาง คือ ความเสี่ยงระดับ 3-4 / ระดับ B

2.3.1.1.3 รุนแรงมาก คือ ความเสี่ยงระดับ 5-7 / ระดับ C

2.3.2 ค่าคะแนน 4 ระดับ คือ

2.3.2.1.1 ค่าคะแนน 1-3 หมายถึง ระดับความรุนแรงน้อย

2.3.2.1.2 ค่าคะแนน 4-8 หมายถึง ระดับความรุนแรงปานกลาง

2.3.2.1.3 ค่าคะแนน 9-16 หมายถึง ระดับความรุนแรงสูง

2.3.2.1.4 ค่าคะแนน 20-25 หมายถึง ระดับความรุนแรงสูงมาก

2.4 จัดการและรายงานผู้บริหารทางการพยาบาลดังนี้

2.4.1 จัดการและรายงานผู้บริหารทางการพยาบาลทันที กรณีอุบัติการณ์/ความเสี่ยงระดับ รุนแรงมาก ดังนี้

2.4.1.1.1 ในเวลาราชการ รายงานหัวหน้าหอ/หัวหน้างาน เพื่อจัดการแก้ไข และ รายงานหัวหน้าพยาบาล

2.4.1.1.2 นอกเวลาราชการ รายงานผู้ตรวจการพยาบาล เพื่อจัดการแก้ไข และ รายงานหัวหน้าพยาบาล/ผู้บริหารระดับสูง

2.4.2 จัดการและรายงานหัวหน้าหอ/หัวหน้างานในวันทำการ กรณีอุบัติการณ์/ความเสี่ยง ระดับรุนแรงน้อย-ปานกลาง หรืออุบัติการณ์/ความเสี่ยงคร่อมสายงานเพื่อประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมแก้ไข ปัญหา โดยการประสานงานของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลและทีมบริหารความเสี่ยงของ กลุ่มการพยาบาล

2.5 บันทึกและรายงานอุบัติการณ์/ความเสี่ยง ดังนี้

2.5.1 บันทึกอุบัติการณ์/ความเสี่ยงระดับ 1-3 / รุนแรงน้อย(ค่าคะแนน1-3) ไว้ที่หน่วยงาน และจัดทำ RCA กรณีเกิดบ่อย

2.5.2 บันทึกอุบัติการณ์/ความเสี่ยงระดับ 4-7 / รุนแรงปานกลาง-สูงมาก (ค่าคะแนน 4-25) หรือ ระดับ 3 ที่คร่อมสายงาน ส่งศูนย์คุณภาพและทีมบริหารความเสี่ยงของกลุ่มการพยาบาลผ่านทางโปรแกรม ความเสี่ยง (Risk Program) เพื่อประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมวิเคราะห์และแก้ไขปัญหา

2.5.3 รวบรวมและสรุปอุบัติการณ์/ความเสี่ยงทั้งหมดส่งศูนย์คุณภาพและทีมบริหารความ เสี่ยงของกลุ่มการพยาบาลผ่านทางโปรแกรม Incident ทุกวันที่ 5 ของเดือน

2.6 ทบทวนอุบัติการณ์/ความเสี่ยงสำคัญทางการพยาบาลทั้งที่เกิดบ่อยและรุนแรง โดยวิเคราะห์หา สาเหตุ กำหนดกลยุทธ์/แนวทางแก้ไขปรับปรุงอย่างเป็นระบบและมีการเฝ้าระวังอย่างสม่ำเสมอป้องกันการเกิดซ้ำ

2.7 พัฒนาระบบ/กระบวนการทำงานเกิดเป็นนวัตกรรม/คู่มือ/แนวทาง/ข้อตกลงทุกปี

## การประเมินผล

1. รายงานอุบัติการณ์/ความเสี่ยงทางการพยาบาลของหน่วยบริการทางการพยาบาลทุกเดือน
2. ทบทวนอุบัติการณ์/ความเสี่ยงทางการพยาบาล
  - 2.1 กรณีรุนแรงสูง-สูงมาก ทบทวนโดยทีมบริหารความเสี่ยงกลุ่มการพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทันที
  - 2.2 กรณีรุนแรงปานกลาง ทบทวนโดยหน่วยบริการทางการพยาบาลทุกเดือน
  - 2.3 กรณีรุนแรงน้อย ทบทวนโดยหน่วยบริการทางการพยาบาลทุก 3 เดือน
3. ติดตามประเมินแนวโน้มการเกิดอุบัติการณ์/ความเสี่ยงทางการพยาบาลทุก 3 เดือน

## นโยบายการจัดการความรู้ กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลสุรินทร์

การจัดการความรู้ (KM = Knowledge Management) คือ การรวบรวมองค์ความรู้ที่มีอยู่ในองค์กร ซึ่งกระจัดกระจายอยู่ในตัวบุคคลหรือเอกสาร มาพัฒนาให้เป็นระบบ เพื่อให้ทุกคนในองค์กรสามารถเข้าถึงความรู้ และพัฒนาตนเองให้เป็นผู้รู้ รวมทั้งปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และบรรลุเป้าหมายการพัฒนาองค์กรไปสู่ การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้การจัดการความรู้

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาลให้บรรลุเป้าหมาย
2. เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในองค์กร

### เป้าหมาย

หน่วยบริการทางการพยาบาลทุกหน่วยมีการดำเนินการจัดการความรู้

### ตัวชี้วัด

จำนวนนวัตกรรม / ผลงานที่เกิดจากการจัดการความรู้

### แนวทางดำเนินการ

#### กลุ่มการพยาบาล

1. ส่งเสริมและสนับสนุนให้หน่วยบริการพยาบาลมีการดำเนินการจัดการความรู้โดย
  - 1.1 ผู้บริหารทางการพยาบาลทุกระดับกระตุ้นให้เกิดการจัดการความรู้ในรูปแบบต่างๆ เพื่อพัฒนาพยาบาลให้มีคุณภาพ
  - 1.2 กระตุ้นให้บุคลากรทุกระดับเรียนรู้ร่วมกันเพื่อพัฒนางานด้านวิชาการ / การวิจัย โดย
    - 1) กำหนดกิจกรรมวิชาการพยาบาลเป็นตัวชี้วัดระดับหน่วยงาน
    - 2) การอบรมความรู้ในการพัฒนางานวิจัย
    - 3) ใช้รูปแบบการจัดการความรู้ในการทำกิจกรรมทบทวน เช่น ทูน่าโมเดล
  - 1.3 จัดการความรู้เพื่อการสร้างนวัตกรรมและถ่ายทอดความรู้สู่การปฏิบัติรวมถึงการขยายผล ผ่านงานวิจัย R2R CQI
2. สนับสนุนเอกสาร ตำราทางวิชาการและสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ที่เป็นความรู้เด่นชัด (Explicit Knowledge)

และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากพยาบาลที่มีประสบการณ์และมีความรู้ซ่อนเร้น (Tacit Knowledge) ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสร้างความรู้ใหม่

3. แต่งตั้งคณะกรรมการด้านวิชาการให้มีหน้าที่ดังนี้

- 3.1 การจัดทำแผนพัฒนาหน่วยบริการทางการพยาบาลเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ในรูปแบบของการจัดกิจกรรม เป็นผู้ประสานกิจกรรม
- 3.2 กำหนดประเด็นที่จะนำไปสู่การพัฒนา เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานระดับหน่วยงาน
- 3.3 สร้างทีมนักวิจัยทางการพยาบาลเป็นที่ปรึกษาในการทำวิจัย
- 3.4 รวบรวมผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ผลการดำเนินการงานการจัดการความรู้ และการขยายผล
- 3.5 สรุปวิเคราะห์ สังเคราะห์ผลการดำเนินงาน ระดับหน่วยงาน
- 3.6 สนับสนุนผลงานวิชาการสู่เวทีวิชาการเขต และ วิชาการกระทรวง

**การประเมินผล**

1. ร้อยละของหน่วยงานที่นำการจัดการความรู้ไปใช้
2. จำนวนนวัตกรรม / ผลงานที่เกิดจากการจัดการความรู้

## นโยบายการประยุกต์ใช้ศาสตร์ทางการแพทย์พยาบาลและภูมิปัญญาท้องถิ่น กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์

**ศาสตร์ทางการแพทย์พยาบาล** ศาสตร์ทางการแพทย์พยาบาลเป็นองค์ความรู้ (body of knowledge) ที่ได้มาโดยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ หมายถึง ความรู้ที่เป็นเฉพาะสาขาวิชาชีพการพยาบาลหรือองค์ความรู้ทางการแพทย์พยาบาล ที่ประกอบไปด้วยมโนทัศน์ (Concepts) หลักการ (Principles) กฎ (Laws) และทฤษฎี (Theories) ต่างๆทางการแพทย์พยาบาล ที่พยาบาลใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือบุคคลให้คงภาวะสุขภาพ ดังนั้นคำว่า ศาสตร์และทฤษฎีจึงมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน เพราะความรู้ในสาขาใดสาขาหนึ่งจะต้องสร้างทฤษฎีขึ้นมารองรับองค์ความรู้นั้นๆ หรือความรู้นั้นๆได้มาจากการพิสูจน์ตามหลักการทางวิทยาศาสตร์

**ภูมิปัญญาท้องถิ่นหรือ ภูมิปัญญาชาวบ้าน** หมายถึง ความรู้ของชาวบ้านในท้องถิ่น ซึ่งได้มาจากประสบการณ์ และความเฉลียวฉลาดของชาวบ้าน รวมทั้งความรู้ที่สั่งสมมาแต่บรรพบุรุษ สืบทอดจากคนรุ่นหนึ่งไปสู่คนอีกรุ่นหนึ่ง ระหว่างการสืบทอดมีการปรับ ประยุกต์และเปลี่ยนแปลง จนอาจเกิดเป็นความรู้ใหม่ตามสภาพการณ์ทางสังคมวัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม

### วัตถุประสงค์

1. สนับสนุนให้ทุกหน่วยงานทางการแพทย์พยาบาลนำศาสตร์ทางการแพทย์พยาบาลและภูมิปัญญาท้องถิ่นมาพัฒนางานบริการของหน่วยงาน
2. สนับสนุนให้ทีมงานวิจัยที่นำศาสตร์ทางการแพทย์พยาบาลและภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้



## เป้าหมาย

บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลนำศาสตร์ทางการแพทย์พยาบาลและภูมิปัญญาท้องถิ่นมาประยุกต์ใช้กับการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม

## แนวทางปฏิบัติ

### กลุ่มการพยาบาล

1. ส่งเสริมและสนับสนุนให้หน่วยบริการพยาบาลมีการดำเนินการนำศาสตร์ทางการแพทย์พยาบาลและภูมิปัญญาท้องถิ่น มาประยุกต์ใช้
2. ผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลทุกระดับกระตุ้นให้เกิดการนำนำศาสตร์ทางการแพทย์พยาบาลและภูมิปัญญาท้องถิ่น มาประยุกต์ใช้ในรูปแบบต่างๆ เพื่อพัฒนาพยาบาลให้มีคุณภาพ
3. กระตุ้นให้บุคลากรทุกระดับเรียนรู้ร่วมกันในการนำนำศาสตร์ทางการแพทย์พยาบาลและภูมิปัญญาท้องถิ่น มาประยุกต์ใช้
4. กำหนดแนวทางการนำศาสตร์ทางการแพทย์พยาบาลและภูมิปัญญาท้องถิ่น มาประยุกต์ใช้ในหน่วยงาน
5. ให้มีการจัดทำแผนการการประยุกต์ใช้ศาสตร์ทางการแพทย์พยาบาลและภูมิปัญญาท้องถิ่น
6. ก่อนการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาประยุกต์ใช้ให้ทุกหน่วยงานขออนุญาตต่อคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในโรงพยาบาลตรวจสอบความถูกต้องก่อนการปฏิบัติ
7. มีการสรุปผลการดำเนินงานและผลการประยุกต์ใช้ไว้ที่หน่วยงาน
8. จัดช่องทางในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และแบ่งปันระหว่างหน่วยงานเพื่อพัฒนาองค์กรให้เกิดประโยชน์สูงสุด
9. สนับสนุนให้มี งานวิจัย ,r2r ,CQI, Best practicesที่มีการนำศาสตร์ทางการแพทย์พยาบาลและภูมิปัญญาท้องถิ่น มาประยุกต์ใช้

### ตัวชี้วัด

1. ร้อยละของหน่วยงานที่นำการการประยุกต์ใช้ศาสตร์ทางการแพทย์พยาบาลและภูมิปัญญาท้องถิ่น มาใช้
2. ประสิทธิภาพของผลงานการประยุกต์ใช้ศาสตร์ทางการแพทย์พยาบาลและภูมิปัญญาท้องถิ่น

## นโยบายการจัดการระบบเอกสารคุณภาพ กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลสุรินทร์

**เอกสารระบบคุณภาพ** คือ เอกสารที่อธิบายการดำเนินการด้านคุณภาพขององค์กร ประกอบด้วย  
**นโยบายคุณภาพ (Quality Manual)** คือ เอกสารที่ระบุนโยบาย และวัตถุประสงค์ในเรื่องหลักที่แสดงภาพรวมของระบบคุณภาพ เพื่อให้บุคลากรทุกท่าน ยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน  
**ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure)** คือ เอกสารที่อธิบายขั้นตอนการปฏิบัติงานระหว่างหน่วยงานหรือหลายหน่วยงานของกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง เพื่อให้เป็นแนวทางในการประสานงานร่วมกัน

**วิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction)** คือ เอกสารที่ใช้ประกอบการปฏิบัติงานภายในหน่วยงาน โดยระบุขั้นตอน รายละเอียดของการทำงาน เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานปฏิบัติได้ถูกต้องเป็นแนวทางเดียวกัน

**เอกสารสนับสนุน (Support Document)** คือเอกสารที่ถูกนำมาใช้ในการอ้างอิงหรือประกอบรายละเอียดของเอกสารคุณภาพระดับระเบียบปฏิบัติหรือแนวทางปฏิบัติ ซึ่งอาจเป็นเอกสารที่จัดทำขึ้นเองหรืออ้างอิงจากที่อื่น

### วัตถุประสงค์

เพื่อให้การดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถควบคุมและตรวจสอบได้ โดยมีเอกสารหลักฐานที่ได้มีการกำหนดไว้เป็นทิศทางเดียวกันทั่วทั้งองค์กร จึงได้กำหนดแนวทางในการจัดทำระบบเอกสารคุณภาพ ซึ่งประกอบด้วย นโยบายคุณภาพ(Quality Manual)ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure) แนวทางปฏิบัติ (Work Instruction) และเอกสารสนับสนุน (Support Document) และถือปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน

### เป้าหมาย

ทุกหน่วยงาน ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติเรื่องระบบเอกสารคุณภาพได้อย่างถูกต้อง

แนวปฏิบัติขั้นตอนการจัดทำเอกสารระบบคุณภาพมีรายละเอียดขั้นตอนการดำเนินงานด้านเอกสารคุณภาพดังนี้

กระบวนการ	แนวทางปฏิบัติ	เอกสารที่เกี่ยวข้อง	ผู้รับผิดชอบ
1. การขึ้นทะเบียน	กรอกรายละเอียดในแบบฟอร์มเฉพาะส่วน	ใบขอขึ้นทะเบียน/	ผู้จัดทำเอกสาร

เอกสารคุณภาพ	ที่ 1 (ผู้เสนอ) จำนวน 1 ใบต่อเอกสารที่ขอขึ้นทะเบียน 1 เรื่อง แนบเอกสารคุณภาพพร้อมไฟล์ที่ขอขึ้นทะเบียน	ปรับปรุงแก้ไข/ยกเลิกเอกสารคุณภาพ (ภาคผนวก)	คุณภาพ
2. การตรวจสอบเบื้องต้น	ตรวจสอบความสมบูรณ์ของเอกสารดังนี้ - ระดับเอกสารเป็นไปตามข้อกำหนดเบื้องต้น - รูปแบบเอกสารเป็นไปตามระเบียบปฏิบัติเรื่องการเขียนเอกสารคุณภาพ - ความถูกต้อง เหมาะสมของเนื้อหาเอกสาร	ระเบียบปฏิบัติเรื่อง การเขียนเอกสาร คุณภาพ WI.....	หัวหน้า หน่วยงาน/ ประธานทีม คร่อมสายงาน
3. การตรวจสอบรายละเอียด	- รายละเอียดของเนื้อหาในเอกสารคุณภาพต้องไม่ขัดแย้งกับนโยบายคุณภาพหรือเอกสารคุณภาพอื่น ๆ ที่มีการนำไปใช้ - ความจำเป็นในการจัดทำเอกสารดังกล่าว - ความถูกต้อง เหมาะสมของเนื้อหาเอกสารกรณีผ่านการเห็นชอบให้ลงนามในผู้ตรวจสอบส่วนที่ 2 - กรณีไม่เห็นชอบให้ส่งกลับผู้เสนอในส่วนที่ 1 เพื่อแก้ไข	- เอกสารคุณภาพที่ขอขึ้นทะเบียน - ใบขอขึ้นทะเบียน/ ปรับปรุงแก้ไข/ยกเลิกเอกสารคุณภาพ	หัวหน้าฝ่าย/ ประธานทีม คร่อมสายงาน
4. การนำเสนออนุมัติ	- ระดับเอกสารที่เป็นแนวทางปฏิบัติ (Work Instructions) อนุมัติใช้โดยหัวหน้าฝ่ายของแต่ละหน่วยงาน/ประธานของแต่ละทีม - เอกสารระดับนโยบายคุณภาพ (Quality Manual) และระเบียบปฏิบัติ (System Procedure) ที่ได้รับการตรวจสอบรายละเอียดและลงนามจากหัวหน้าฝ่ายแล้วให้ฝ่ายดำเนินการนำเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลการเพื่อพิจารณาอนุมัติใช้	- เอกสารคุณภาพที่ขอขึ้นทะเบียน - ใบขอขึ้นทะเบียน/ ปรับปรุงแก้ไข/ยกเลิกเอกสารคุณภาพ	หัวหน้าฝ่าย

กระบวนการ	แนวทางปฏิบัติ	เอกสารที่เกี่ยวข้อง	ผู้รับผิดชอบ
5. การอนุมัติ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้อนุมัติพิจารณาเอกสารคุณภาพหากพบว่าต้องแก้ไขให้ส่งกลับฝ่ายและหน่วยงานตามลำดับ</li> <li>- กรณีที่พิจารณาแล้วเห็นสมควรอนุมัติใช้ให้ลงนามผู้อนุมัติส่วนที่ 3 และส่งต่องานคุณภาพโรงพยาบาล</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เอกสารคุณภาพที่ขอขึ้นทะเบียน</li> <li>- ใบขอขึ้นทะเบียน/ปรับปรุงแก้ไข/ยกเลิกเอกสารคุณภาพ</li> </ul>	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
6. การขึ้นทะเบียนและจัดเก็บเอกสาร	งานคุณภาพดำเนินการขึ้นทะเบียนและออกรหัสเอกสารพร้อมประทับตราวันที่ลงในเอกสาร โดยจัดเก็บในระบบอิเล็กทรอนิกส์และเก็บรวบรวมต้นฉบับเอกสาร	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทะเบียนเอกสาร คุณภาพ</li> <li>- คอมพิวเตอร์</li> </ul>	งานคุณภาพโรงพยาบาล
7. การส่งคืนเอกสาร	เอกสารที่ได้รับการออกรหัสและประทับวันที่แล้วจะถูกส่งกลับไปยังหน่วยงาน/ทีมฯของผู้เสนอเพื่อปฏิบัติหรือเผยแพร่ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้	เอกสารที่ขอขึ้นทะเบียน/ปรับปรุงแก้ไข/ยกเลิก	งานคุณภาพโรงพยาบาล
8. การเก็บเอกสารที่ได้รับการอนุมัติ	หน่วยงาน/ทีม จัดเก็บเอกสารที่ได้รับการอนุมัติไว้ เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขหรือยกเลิกตามความเหมาะสม	-	หน่วยงาน/ทีม
9. การแก้ไข/ยกเลิกการใช้เอกสาร	ดำเนินการตามขั้นตอนการขอขึ้นทะเบียน โดยการแนบเอกสารเดิมก่อนการแก้ไข/ยกเลิก	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เอกสารที่ต้องการแก้ไข/ยกเลิก</li> <li>- เอกสารใหม่ที่ขอขึ้นทะเบียน</li> </ul>	หน่วยงาน/ทีม

## 6. เกณฑ์ชี้วัด

- ร้อยละ 90 ของหน่วยงานที่ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติเรื่องระบบเอกสารคุณภาพได้อย่างถูกต้อง

## นโยบายการประเมินสมรรถนะของบุคลากรทางการแพทย์ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินสมรรถนะของบุคลากรพยาบาล
2. เพื่อดำรงสมรรถนะของบุคลากรให้อยู่ในระดับมาตรฐานขึ้นไป

### นิยาม

**สมรรถนะของบุคลากรทางการแพทย์** หมายถึง ความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Skill) และทัศนคติ (Attitude) ของบุคลากรทางการแพทย์ประกอบด้วย

1. **Core competency** หมายถึง ความสามารถซึ่งสะท้อนถึงพฤติกรรมของบุคคลที่จะช่วยสนับสนุนให้โรงพยาบาล สามารถบรรลุเป้าหมายและภารกิจตามวิสัยทัศน์ตามที่กำหนด

2. **Functional competency** หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติที่สะท้อนให้เห็นถึงความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะเฉพาะของงาน (Job-Based) ในตำแหน่งต่างๆ ประกอบด้วย

2.1 **Professional Competency** หมายถึง ความสามารถด้านการบริหารที่บุคลากรในองค์กรทุกคนจำเป็นต้องมีในการทำงาน เพื่อให้งานสำเร็จและสอดคล้องกับแผนกลยุทธ์ วิสัยทัศน์ ขององค์กร

2.2 **Specific Competency** หมายถึง คุณลักษณะเฉพาะเจาะจงหรือเป็นความสามารถของวิชาชีพเฉพาะทาง ที่จำเป็นในการนำไปปฏิบัติงานให้บรรลุผลสำเร็จ

### นโยบายการปฏิบัติ

1. การประเมินสมรรถนะ ดำเนินการโดยหัวหน้าตึกหรือผู้ที่ได้รับผิดชอบจัดตั้งขึ้นตามความเหมาะสม
2. บุคลากรทางการแพทย์ผู้รับการประเมินต้องรับรู้สมรรถนะในระดับที่ตนเองต้องมี โดยมีโอกาสในการประเมินตนเอง (self-assessment) ก่อนเพื่อทราบสมรรถนะปัจจุบันของตนเอง

3. ประธานกรรมการตรวจสอบให้ข้อเสนอแนะ และรวบรวมผลการประเมินสมรรถนะ รวมทั้งจัดให้มีการพัฒนาบุคลากรตามผลการประเมินในภาพรวม(training need )
4. บุคลากรพยาบาลผู้ถูกประเมินรับทราบผลการประเมินรวมทั้งรับผิดชอบ ใน การพัฒนาตนเองในเรื่องที่บกพร่อง โดยผู้ประเมินจัดโอกาสให้มีการทบทวนความรู้ ฝึกรอบความรู้และทักษะในเรื่องนั้นๆภายในหน่วยงานการพยาบาล หอผู้ป่วยหรือในภาพรวมขององค์กร
5. การรายงานผลการประเมินสมรรถนะหลักสมรรถนะต่อฝ่ายการพยาบาลให้ข้อมูลในภาพรวมผ่านโปรแกรมตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล
6. จัดให้มีการประเมินสมรรถนะหลักสมรรถนะเชิงวิชาชีพ สมรรถนะเฉพาะทาง ปีละ 1 ครั้ง ก่อนสิ้นสุดปีงบประมาณ (เดือนสิงหาคม)
7. เนื้อหาการประเมินสมรรถนะทาง อาจเหมือนเดิมหรืออาจมีการเปลี่ยนแปลงทุกปี ขึ้นอยู่กับปัญหา/อุบัติการณ์ ที่ต้องการปรับปรุง การเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยีในการทำงานใหม่ที่ต้องการ ทบทวนโดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้ามีเครื่องมือใหม่หรือมีกระบวนการทำงานใหม่
8. จัดให้มีการปฐมนิเทศบุคลากรใหม่ในหน่วยงานทั้งในเรื่องสมรรถนะหลักสมรรถนะเชิงวิชาชีพ และสมรรถนะเฉพาะทางของหน่วยงานอย่างครอบคลุม
9. ผลการประเมินสมรรถนะในแต่ละบุคคล(Individual competency)ไม่ควรเปิดเผย (Confidentiality)

### ตัวชี้วัด

1. ร้อยละของบุคลากรทางการพยาบาลผ่านการประเมินสมรรถนะทางการพยาบาล

## นโยบายการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์

**การจัดทำแผนยุทธศาสตร์** หมายถึง การจัดทำทิศทางหรือแนวทางปฏิบัติตามพันธกิจและภารกิจให้สัมฤทธิ์ผลตามวิสัยทัศน์และเป้าประสงค์ขององค์การ (วัฒนา วงศ์เกียรติรัตน์และคณะ, 2548)

### วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติให้บรรลุผลตามวิสัยทัศน์และเป้าประสงค์ขององค์การ

### เป้าหมาย

ทุกหน่วยบริการทางการพยาบาลมีแผนยุทธศาสตร์ แผนกลยุทธ์ แผนปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับกลุ่มการพยาบาลและโรงพยาบาลสุรินทร์

### ตัวชี้วัด

ผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์

### แนวทางปฏิบัติ



## 1. กำหนดขั้นตอนการทำแผนยุทธศาสตร์โดย

1.1 ให้ทุกหน่วยบริการทางการแพทย์มีส่วนร่วมวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในองค์กรใช้แนวคิด 7' s Model ( Structure, Strategy, System, Shared value, Staff, Style, Skill ) วิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายนอกองค์กรใช้แนวคิด PESTHEE ( Politic - Legal, Economic, Socio – culture, Technology, Health, Education, Environment )

### 1.2 กำหนดกลยุทธ์โดยใช้ แมทริกซ์ TOWS (TOWS matrix ) ได้แก่

1.2.1 กลยุทธ์ WT มีเป้าหมายให้เกิดจุดแข็งและอุปสรรคต่ำสุด

1.2.2 กลยุทธ์ WO มีเป้าหมายให้เกิดจุดอ่อนต่ำสุดและโอกาสสูงสุด

1.2.3 กลยุทธ์ ST มีเป้าหมายใช้จุดแข็งขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับอุปสรรคจากสภาพแวดล้อม

1.2.4 กลยุทธ์ SO มีเป้าหมายใช้จุดแข็งและข้อได้เปรียบจากโอกาสเลือกกลยุทธ์โดย

พิจารณาจากสถานการณ์ที่สอดคล้อง และ กำหนดจุดเน้นทุกปี

### 1.3 กำหนดมิติเป้าประสงค์โดยใช้ Balanced Scorecard ทั้ง 4 ด้าน

1.3.1 ด้านการเงิน

1.3.2 ด้านลูกค้า

1.3.3 ด้านกระบวนการภายใน

1.3.4 ด้านการเรียนรู้และการพัฒนา

2. กำหนดการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ โดยให้ทุกหน่วยบริการทางการแพทย์จัดทำแผนปฏิบัติการทุกปี

3. กำหนดการประเมินผลโดยให้ทุกหน่วยบริการทางการแพทย์รายงานและทบทวนผลต่อกลุ่มการพยาบาลทุก 6 เดือน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ของกลุ่มการพยาบาลในปีต่อไป

## นโยบายการนิเทศด้านการบริหารการพยาบาล

### กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์

**การนิเทศด้านการบริหารการพยาบาล** หมายถึง กระบวนการติดตามผลงาน ชี้แจงแนวทางปฏิบัติ เสนอแนะ อบรม ฝึกสอน สังเกตการณ์ กระตุ้นแก้ไข และส่งเสริมให้บรรดาผู้รับการนิเทศสนใจในงานที่รับผิดชอบและเพิ่มขีดความสามารถในการปฏิบัติงานภายในให้ดีขึ้น

#### วัตถุประสงค์

เพื่อให้มีแนวทางการนิเทศของกลุ่มการพยาบาล ด้านบริหาร ด้านบริการ และด้านวิชาการ

#### เป้าหมาย

1. หน่วยบริการทางการแพทย์พยาบาลทุกหน่วย

2. บุคลากร

2.1 ผู้นิเทศ ประกอบด้วย ทีมผู้บริหารการพยาบาล ผู้ตรวจการพยาบาล หัวหน้าหน่วยบริการทางการแพทย์พยาบาลหรือผู้แทน

2.2 ผู้รับการนิเทศ พยาบาลระดับปฏิบัติการทุกคน

### ตัวชี้วัด

1. ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามแผนการนิเทศด้านการพยาบาล

2. ผลสัมฤทธิ์การนิเทศ

2.1 การปฏิบัติการพยาบาลที่ดีขึ้น

2.2 ร้อยละของความพึงพอใจของผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ

2.3 ผลการนิเทศที่เป็นปัญหา อุปสรรคที่นำไปสู่การแก้ไขอย่างเป็นรูปธรรม

### แนวทางปฏิบัติ

1. กำหนดขั้นตอนการนิเทศ ประกอบด้วย

1.1 กำหนดวัตถุประสงค์

1.2 รวบรวมวิเคราะห์ ข้อมูล

1.3 วางแผนการนิเทศ

1.4 ปฏิบัติตามแผนนิเทศ

1.5 ประเมินผล

2. กำหนดแนวคิดการนิเทศทางการแพทย์พยาบาล ประกอบด้วย

2.1 Management การจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ด้านการสนับสนุนให้การช่วยเหลือ ใช้ในการนิเทศเชิงการบริหารจัดการ

2.2 Supportive การจัดการหรือบรรเทาความเครียดที่เกิดจากการปฏิบัติงานเป็นการนิเทศบุคลากรเพื่อช่วยแก้ไขปัญญา และหาทางออกร่วมกัน

2.3 Education การพัฒนาหรือธำรงรักษาความรู้และทักษะต่างๆ ของบุคลากร นิเทศทีมงานและบุคลากรเพื่อพัฒนาคุณภาพงาน

3. กำหนดแผนการนิเทศ

4. กำหนดประเด็นการนิเทศและจัดทำเครื่องมือการนิเทศ การนิเทศด้านการบริหารการพยาบาล เพื่อให้สามารถบรรลุตามพันธกิจของกลุ่มการพยาบาล เช่น การบริหารทรัพยากรบุคคล วัสดุครุภัณฑ์ การจัดการสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย และสารสนเทศทางการแพทย์พยาบาล

เครื่องมือการนิเทศ : แผนการนิเทศ เรื่อง

- การบริหารแผนงาน / โครงการ
- การบริหารทรัพยากรบุคคล
- การบริหารวัสดุครุภัณฑ์
- การจัดการสิ่งแวดล้อม
- การจัดการสารสนเทศทางการพยาบาล
- แบบบันทึกผลการนิเทศ

**5. แผนการนิเทศและการจัดการนิเทศ** มีการจัดทำแผนการนิเทศทุกระดับและทุกหน่วยบริการ

5.1 แผนการนิเทศหน่วยงาน โดยทีมบริหารการพยาบาล ผู้ตรวจการและหัวหน้าหอ / หัวหน้างาน รายเดือน รายสัปดาห์ ในแต่ละเวร

5.2 แผนการนิเทศบุคลากรรายบุคคล

5.3 แผนการนิเทศงานเฉพาะ / พิเศษ

5.4 ใช้หลัก 5 W 1 H ในการทำแผนการนิเทศ ประกอบด้วย

5.4.1 หัวเรื่องและเนื้อหาอะไรที่จะนิเทศ (What)

5.4.2 ผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศคือใคร / หน่วยงานใด (Who , Whom)

5.4.3 วัตถุประสงค์หลักของการนิเทศ (Why)

5.4.4 วัน เวลา และสถานที่นิเทศ (When, Where )

5.4.5 แผนการนิเทศ (How )

**นโยบายการประเมินผลงานบุคลากร**

## กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์

**การประเมินผลงานบุคลากร** เป็นกลวิธีของผู้บังคับบัญชาที่ใช้ประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ใต้บังคับบัญชา เพื่อนำผลการประเมินมาใช้ประโยชน์ในการบรรจุเข้าทำงาน การจ่ายค่าตอบแทน การพัฒนาความรู้ความสามารถและการปรับปรุงการทำงาน การวางแผนพัฒนาความก้าวหน้าในงาน รวมทั้งการพิจารณาความดีความชอบแก่ผู้ปฏิบัติงาน (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2551)

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อใช้ในการบรรจุบุคลากรเข้าปฏิบัติงาน
2. เพื่อพัฒนาความรู้ความสามารถและพิจารณาความดีความชอบ

### เป้าหมาย

บุคลากรทางการพยาบาล

### ตัวชี้วัด

1. บุคลากรทางการพยาบาลมีสมรรถนะตามเกณฑ์ร้อยละ 100
2. ผลสัมฤทธิ์ของการพัฒนาบุคลากร  $\geq$  80 %

### แนวทางปฏิบัติ

- 1.