

รายงานความก้าวหน้าของแผนพัฒนาคุณภาพตามข้อเสนอแนะสรพ. ของโรงพยาบาลปากพ่อง

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร									
I-1 การนำ									
ผู้นำสูงสุด/ ทีมนำ 1. การชี้นำองค์กร โดยผู้นำระดับสูง 2. การสื่อสาร สร้าง ความผูกพันโดย ผู้นำ 3. การสร้าง สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อ การพัฒนา 4.ระบบกำกับดูแล กิจการ การประเมิน ผู้นำ/ระบบการนำ	1. ควรส่งเสริมให้ ทีมนำเพิ่ม บทบาทการ สื่อสาร สร้าง ความเข้าใจ เป้าหมาย ทิศทาง และจุดเน้นของ องค์กรให้ผู้ปฏิบัติ ทุกระดับเข้าใจ รวมทั้งวัฒนธรรม ความปลอดภัย เพื่อให้นำมา ปรับปรุงให้เป็น รูปธรรมชัดเจน และพัฒนาระบบ การสื่อสารที่มี	1.แผนอบรมเชิงปฏิบัติการ จัดทำแผนยุทธศาสตร์ วิสัยทัศน์ พันธกิจ เข้มมุ่ง วัฒนธรรมองค์กร วัฒนธรรม ความปลอดภัย ให้แก่บุคลากร โรงพยาบาล 2.ผู้บริหารประกาศนโยบาย คุณภาพ ของโรงพยาบาลผ่าน ที่ประชุมคณะกรรมการบริหาร ทีมนำ ประชุมประจำเดือน เจ้าหน้าที่รพ. เว็บไซต์ เฟส บุค ไลน์กลุ่ม ของรพ. 2. องค์กรแพทย์ มีข้อกำหนด ให้มีแพทย์ ทันตแพทย์ เข้า ร่วมทบทวนในทุกทีมคุณภาพ	อยู่ระหว่างจัดทำแผน โรงพยาบาล ให้ เชื่อมโยงกับแผน ยุทธศาสตร์ พขอ. และเครือข่ายสุขภาพ อำเภอปากพ่อง (ประชุมจัดทำแผนใน วันที่ 6 พ.ย. 63)	มีการอบรมเชิง ปฏิบัติการปีละ 1 ครั้ง	-ร้อยละของหน่วยงาน ที่ปฏิบัติงานได้บรรลุ เป้าหมายตามตัวชี้วัดที่ กำหนด -ร้อยละการดำเนินงาน ตามแผนงานประจำปี -ร้อยละการใช้ งบประมาณตามแผน กลยุทธ์ -ร้อยละของการจัดทำ แผนปฏิบัติงาน ประจำปี ครอบคลุม ร้อยละ 100 -ร้อยละของตัวชี้วัดของ โรงพยาบาลที่สำคัญ ผ่านเกณฑ์	/	/	/	ทีมนำ คณะกรรมการ บริหาร งาน ยุทธศาสตร์

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
	<p>ประสิทธิภาพมากขึ้น</p> <p>2. ทบทวน ประเมินผลการพัฒนาคุณภาพในภาพรวมและการมีส่วนร่วมของแพทย์ในการพัฒนาคุณภาพที่ผ่านมา เพื่อ</p> <p>1. หาปัจจัยที่มีผลกระทบ/อุปสรรคต่อการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพในภาพรวม รวมทั้งการพัฒนาทางคลินิก</p>	<p>โดยเฉพาะทีมดูแลผู้ป่วย (PCT)</p> <p>จากการทบทวน พบว่า ปัจจัยที่มีผลกระทบ/อุปสรรคต่อการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ ได้แก่ การหมุนเวียนแพทย์ทุกเดือน ทำให้มี ปัญหาการสื่อสารระเบียบปฏิบัติข้อกำหนดต่างๆของโรงพยาบาล รพ.จึงมีระบบ การปฐมนิเทศแพทย์ใหม่ใน การประชุมองค์กรแพทย์ทุก เดือน มีระบบการสื่อสารผ่าน ไลน์กลุ่ม</p> <p>2. ปัจจัยแห่งความสำเร็จและ ยั่งยืนของกระบวนการ คุณภาพ รพ.ปากพนัง ได้มี การเตรียมทีมคุณภาพชุดใหม่</p>							

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
	ปัจจัยแห่ง ความสำเร็จที่จะ ทำให้เกิดการ พัฒนาก้าวหน้าละ ยั่งยืน และนำมาสู่ การทบทวนหา โอกาสพัฒนา รวมทั้งปรับปรุง โครงสร้างการ พัฒนาคุณภาพให้ สามารถ ขับเคลื่อนและ ประสานความ ร่วมมือในทุกภาค ส่วนเพื่อการ ขับเคลื่อนการ พัฒนาไปสู่ เป้าหมายที่ ต้องการ	สำหรับการเตรียมพร้อม หัวหน้าฝ่ายหัวหน้างาน เกษียณอายุราชการ มีระบบพี่ เลี้ยงคุณภาพ คนรุ่นใหม่ เรียนรู้งาน กิจกรรมหัวหน้าพา ทำคุณภาพ กิจกรรมทบทวน ของทีมนำแต่ละทีมตาม ตารางเวลา							

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
	2. นำผลจากข้อ 1 มาวางแผนการ พัฒนา รวมทั้ง วางระบบกำกับ ติดตาม และ ประเมินผลการ พัฒนาใน ภาพรวมและการ พัฒนาทางคลินิก อย่างเป็นระบบ เพื่อหาโอกาส พัฒนา และนำมา สู่การพัฒนา/ ปรับปรุง กระบวนการ ดำเนินงานการ พัฒนา ตลอดทั้ง ให้การสนับสนุน อย่างใกล้ชิด	มีระบบการติดตามตัวชี้วัด สำคัญของโรงพยาบาล โดย งานยุทธศาสตร์โรงพยาบาล และหัวหน้างาน รายเดือน รายไตรมาส และรายปี นำเสนอเข้าคณะกรรมการ บริหารโรงพยาบาล และ เผยแพร่ผ่านเว็บไซต์ โรงพยาบาล	อยู่ระหว่างดำเนินการ			/	/	/	งานยุทธ ศาสตร์และ ทีมนำ

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
	เพื่อให้การ ขับเคลื่อนการ พัฒนาทั่วทั้ง องค์กร พัฒนาระบบการ ติดตามผ่านการ ติดตามตัวชี้วัด รายเดือน รายไตร มาส โดยทีมนำ และ กรรมการบริหาร								
	3. ทีมนำควร ทบทวนการเลือก KPI ตอน 4 และ การใช้ประโยชน์ จากการวิเคราะห์ ข้อมูล	ทีมนำได้ทบทวนตัวชี้วัดตอน 4 เพื่อให้ครอบคลุมโรคที่เป็น ปัญหาสำคัญของหน่วยงาน และระบบงานสำคัญ เพื่อให้ บรรลุวิสัยทัศน์โรงพยาบาล	อยู่ระหว่างการ ดำเนินการ			/	/	/	ทีมนำ คณะกรรมการ บริหาร งาน ยุทธศาสตร์

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
I-2 การบริหารเชิงกลยุทธ์/									
7. กระบวนการ จัดทำกลยุทธ์และ การวิเคราะห์ข้อมูล 8. วัตถุประสงค์ เชิงกลยุทธ์ที่ ตอบสนองความทำ หายครอบคลุม คุณภาพ ความ ปลอดภัย การสร้าง เสริมสุขภาพ 9. การจัดทำ แผนปฏิบัติการ การถ่ายทอดสู่การ ปฏิบัติ และการ จัดสรรทรัพยากร 10. การกำหนด ตัวชี้วัด และใช้ใน	ทีมนำควร ทบทวนการ กำหนด วัตถุประสงค์ของ แผนกลยุทธ์ให้ สอดคล้องกับ ความได้เปรียบ ความท้าทาย และ โอกาสที่วิเคราะห์ สรุปผลไว้ ทบทวนการ กำหนดตัวชี้วัดที่ ใช้ติดตามให้ สอดคล้องกับ วัตถุประสงค์ มี การสื่อสารสร้าง ความเข้าใจและ นำลงสู่การปฏิบัติ	1.จัดประชุมทีมนำ ในการ ทบทวนแผนกลยุทธ์ โดยการ วิเคราะห์ SWOT analysis ให้ ครอบคลุมปัจจัยที่สำคัญที่มี ผลต่อความสำเร็จขององค์กร 2.จัดทำกรทบทวนแผน ยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล เพื่อกำหนดแนวทางการ พัฒนาให้สอดคล้องกับบริบท ของโรงพยาบาล 3.กำหนดให้ทุกฝ่ายมีตัวชี้วัด เชิงกลยุทธ์ของโรงพยาบาล ทุกหน่วยงาน และให้มีการ ถ่ายทอดตัวชี้วัดเชิงกลยุทธ์ รายบุคคล โดยมีการเก็บ รวบรวมตัวชี้วัดที่งานแผน ยุทธศาสตร์ และมีการรายงาน ผู้บริหารทุก 3 เดือน	1.หน่วยงานมีการจัด ประชุมทีมนำ และทีม หัวหน้าฝ่าย หัวหน้า งาน เพื่อทบทวน แผนกลยุทธ์ โดยเริ่ม ตั้งแต่การช่วยกัน วิเคราะห์องค์กร จุด แข็ง จุดอ่อน โอกาส อุปสรรค ซึ่งจากการ วิเคราะห์องค์กร ต้องเน้น ไปทาง กลยุทธ์เชิงรับ 2.โรงพยาบาลมีระบบ กำกับติดตามตัวชี้วัด โดยหัวหน้าฝ่ายในแต่ละ งานมีงานมีหน้าที่ กำกับละติดตาม ผลงาน มีการรายงาน	1.นำตัวชี้วัดของ ปีงบประมาณ 63 มา ทบทวน มีการให้ รางวัลชมเชย หน่วยงานที่สามารถทำ ผลงานผ่านเกณฑ์ ดี เยี่ยม เพื่อสร้าง แรงจูงใจในการทำ ผลงานตัวชี้วัด	1.ทีมนำมีการประชุม อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง <u>ปี 2563 มีการประชุม ทีมนำ เพื่อทบทวน แผนยุทธศาสตร์</u> 2.หน่วยงานกำหนด ตัวชี้วัดเชิงกลยุทธ์ของ รพ. ร้อยละ 100 3.บุคลากรทุกคนรับรู้ และเข้าใจวิสัยทัศน์และ เข็มมุ่งของโรงพยาบาล 100%	/	/	/	ทีมนำ คณะกรรมการ บริหาร งาน ยุทธศาสตร์

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
การติดตาม ความก้าวหน้า	ในหน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง มีการ ติดตาม ดำเนินการตาม แผนอย่างต่อเนื่อง เพื่อบรรลุ เป้าหมายที่ กำหนดไว้	4.จัดประชุมเจ้าหน้าที่ 100% เพื่อสื่อสารแผนยุทธศาสตร์ และตัวชี้วัดของโรงพยาบาล อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	ผลงานต่อผู้บริหาร ทุก ๆ 3 เดือน						
I-3 การมุ่งเห็นผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน									
11. การรับฟัง/ เรียนรู้ความ ต้องการและความ คาดหวังของ ผู้รับบริการแต่ละ กลุ่ม 12. การประเมิน ความพึงพอใจ และ ความผูกพัน						/	/	/	ทีมนำ HRD

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
13. การใช้ข้อมูล เพื่อกำหนดบริการ และการอำนวยความสะดวก 14. การสร้าง ความสัมพันธ์ และ จัดการคำร้องเรียน 15. การคุ้มครอง สิทธิผู้ป่วย									
I-4 การวัด วิเคราะห์ และการจัดการความรู้									
16. การวัดผลการ ดำเนินการ 17. การวิเคราะห์ ข้อมูล การทบทวน ผลการดำเนินการ และนำไปใช้ ปรับปรุง	1. ทีมนำควรร ส่งเสริมให้ทีมทุก ระดับและ หน่วยงาน ทบทวนการวัดผล งาน ตั้งแต่การ คัดเลือกตัวชี้วัด ให้สอดคล้องกับ	1.มีการประชุมร่วมกับทีมนำ ในการคัดเลือกตัวชี้วัดเพื่อ ประเมินผลการดำเนินงานของ องค์กร โดยพิจารณาตั้งแต่ ตัวชี้วัดระดับหน่วยงาน ทีมนำ ระบบ และระดับโรงพยาบาล ให้สอดคล้องไปในทิศทาง เดียวกัน	1.พัฒนาระบบการ เก็บตัวชี้วัด เข้าระบบ สารสนเทศ เพื่อง่าย ต่อการติดตาม วิเคราะห์ และ ประมวลผลข้อมูล 2.ติดตามตัวชี้วัด ทุกๆ 1 เดือนและ 3	1.ถ่ายทอดความสำเร็จ ของตัวชี้วัด และชื่นชม ผ่านช่องทางทาง สื่อสารต่างๆ เช่น เวป ไซต์, ไลน์ และบอร์ด ข้อมูลข่าวสาร 2.จัดตั้งคณะกรรมการ กำกับติดตามตัวชี้วัด	ทีมนำ/กลุ่มงาน/ หน่วยงาน มีตัวชี้วัดที่ สอดคล้องกับประเด็น คุณภาพ ร้อยละ 100	/	/	/	ทีม สารสนเทศ

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
18. คุณภาพของ ข้อมูล และ สารสนเทศ 19. การจัดการ ระบบสารสนเทศ 20. ความรู้ของ องค์กร	เป้าหมายที่จะเป็น โรงพยาบาล คุณภาพ อีกทั้ง ควรครอบคลุม โรคพื้นฐานของ โรงพยาบาลซึ่งมา จากข้อมูลและการ วิเคราะห์ปัญหาที่ พบ และปรับปรุง ระบบ จัดเก็บ ข้อมูลให้ถูกต้อง น่าเชื่อถือ และ นำมาวิเคราะห์ผล การดำเนินงาน จากข้อมูลที่มีอยู่ ในเชิงลึก เพื่อให้ ทราบปัญหาที่ แท้จริง จัดลำดับ ความสำคัญ	2.มีการวิเคราะห์ และติดตาม ตัวชี้วัดที่สำคัญทุก 1 เดือน และตัวชี้วัด อื่นๆ ทุก3 เดือน เพื่อรายงานต่อผู้บริหาร	เดือน เพื่อรายงานต่อ ผู้บริหารและนำ ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่าน เกณฑ์มาทบทวนและ ปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ ในการ ดำเนินงาน	โดยมีตัวแทนทุก หน่วยงาน ที่ช่วยกำกับ ติดตามตัวชี้วัดของแต่ละ ฝ่าย					

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
	<p>ปัญหา นำไปสู่ การตัดสินใจ วางแผน ดำเนินการ และ ปรับปรุงผลงาน รวมทั้งทีมควรใช้ ข้อมูลเชิง เปรียบเทียบใน การกระตุ้นให้เกิด การพัฒนามากขึ้น โดยเฉพาะอย่าง ยิ่งผลลัพธ์ในการ ดูแลผู้ป่วย</p> <p>2. การทบทวน และประเมินผล งานโรงพยาบาล แล้วนำสิ่งที่ได้ จากการทบทวน นั้นมาจัดลำดับ</p>	<p>2.ประชุมคณะกรรมการ IM ทบทวนระบบการจัดการ ตัวชี้วัดเพื่อการประเมินผล งานของโรงพยาบาล</p>	<p>1.นำเสนอในที่ ประชุมคณะกรรมการ บริหาร โรงพยาบาล ทุก 6 เดือน เพื่อ ทราบข้อมูล และผล</p>	<p>1.มีการมอบเกียรติบัตร หน่วยงานที่มี กระบวนการที่ดีด้าน การจัดการตัวชี้วัด</p>	<p>1.มีการประชุมนำเสนอ 2 ครั้งต่อปี ปี 2563 มีการประชุม คณะกรรมการ IM เพื่อ ทบทวนระบบจัดการ ตัวชี้วัด</p>				

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
	<p>ความสำคัญ เพื่อ นำไปสู่การ ปรับปรุงพัฒนา ระบบงานอย่าง ต่อเนื่อง</p> <p>ความก้าวหน้า จากการทบทวน เพิ่มเติม</p> <p>1. ระบบ สารสนเทศ และ เวชระเบียนควร ทบทวนระบบการ</p>	<p>1.จัดระบบการรักษาความลับ ของผู้ป่วยใน กรณีผู้ป่วย OSCC ให้มีประสิทธิภาพ</p>	<p>การดำเนินงานตาม ตัวชี้วัด</p> <p>2.นำผลการวิเคราะห์ มาจัดลำดับ ความสำคัญในการ ปรับปรุง กระบวนการ ดำเนินงาน การใช้ ทรัพยากร ในการ พัฒนาระบบงานที่ สำคัญ</p> <p>1.จัดทำ WI ของการ รักษาความลับของ ผู้ป่วยใน กรณีผู้ป่วย OSCC</p>	<p>1.จัดประชุมให้ความรู้ แก่บุคลากรเกี่ยวกับ ความรับผิดชอบในการ รักษาความลับ วิธีการ</p>					

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
	ให้บริการผู้ป่วยใน กรณีที่มีความ ละเอียดอ่อนต่อ การถูกละเมิด ร่วมกับทีมดูแล ผู้ป่วย กำหนด แนวทางการ รักษาความ ปลอดภัย และ ความลับของ ข้อมูล พร้อมทั้ง จัดทำแนวทาง ปฏิบัติ 2. การจัดการ ความรู้ ควร รวบรวมความรู้ที่ ได้จากบุคคล (tacit) และความรู้ ทางวิชาการ	1.การรวบรวมความรู้ที่สำคัญ กำหนดให้มี คลังความรู้ของ โรงพยาบาล ในรูปแบบ ของ ไฟล์โดยพัฒนาการจัดเก็บชุด ความรู้ อย่าง เป็นหมวดหมู่ ค้นหาง่าย และเป็นปัจจุบัน	1.จัดรวบรวมคลัง ความรู้ของ รพ. ใน รูปแบบ ของ ไฟล์ โดยพัฒนาการ จัดเก็บชุด ความรู้ อย่างเป็นหมวดหมู่	จัดการเมื่อมีการขอให้ เปิดเผยข้อมูลซึ่งเป็น การละเมิดการรักษา ความลับ 1.สร้างแรงจูงใจในการ ทำ R2R ,CQI นวัตกรรม เรื่องเล่า อย่างต่อเนื่อง โดย จัด ประกวด การให้เกียรติ บัตร	รักษาความลับผู้ป่วย) เป็นศูนย์ <u>ผลลัพธ์ปี 2563 เป็น 0</u> 1. มีเรื่องเล่า R2R ,CQI อย่างน้อย หน่วยงานละ 2 เรื่อง				

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
	(explicit) ที่ องค์กรได้จัดการ แลกเปลี่ยนใน องค์กร เช่น งานวิจัยทาง คลินิก CQI, R2R นำมารวบรวมให้ ข้อมูลมีความ พร้อมใช้ สามารถ นำไปขยายให้เกิด การเรียนรู้ ออกแบบ ระบบงานใน องค์กร เพื่อให้ เกิดประโยชน์ใน การจัดบริการและ การดูแลผู้ป่วยได้ อย่างเหมาะสม ต่อไป	เพื่อ การนำไปใช้ในการพัฒนา ระบบการดูแลผู้ป่วยได้ง่าย ยิ่งขึ้น	ค้น ห่าง่าย และเป็น ปัจจุบัน เพื่อการ นำไปใช้ในการพัฒนา ระบบ การดูแลผู้ป่วย ได้ง่ายขึ้น						

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
	สามารถ ปฏิบัติงานได้ อย่างมี ประสิทธิภาพ		4.การพยาบาลเวช ปฏิบัติฉุกเฉิน						
	2.การพัฒนา กำลังคน ควร ส่งเสริมให้มีการ ค้นหา training need ที่มาจาก ความเสี่ยงในการ ปฏิบัติงาน ผล การทบทวน กระบวนการดูแล ผู้ป่วย การนิเทศ ทางการพยาบาล เป็นต้น นำมา จัดทำแผนการ อบรมที่ตรง ประเด็น เพื่อให้	การฝึก training need ในปี 2563 ที่ได้จากการนิเทศ ทางการพยาบาลและจากการ ค้นหาความเสี่ยง 1.การทบทวนการใช้ SOS score ในผู้ป่วยวิกฤตเพื่อให้ ครอบคลุมตามประเภทของ ผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนถึง จำหน่าย 2. ทบทวนการใช้ pain score ในผู้ป่วยที่มาด้วยอาการปวด ทุกราย 3.การบันทึกทางการพยาบาล ตามมาตรฐาน	-กิจกรรมนิเทศ ทางการพยาบาล นิเทศทุกเดือนโดย หัวหน้างาน -Internal survey โดย คณะกรรมการฝ่าย การพยาบาลปีละ 1 ครั้ง	นิเทศติดตามทุก 1 เดือน	ร้อยละของการปฏิบัติ ตามแผนการนิเทศ ทางการ ร้อยละ 100	/	/	/	ทีม HRD

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
	<p>เกิดความปลอดภัยและลดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในการปฏิบัติงาน</p> <p>3. ควรส่งเสริมการนำข้อมูลการประเมินความพึงพอใจและความผูกพันมาวิเคราะห์ความเหมาะสมในการใช้ประโยชน์ตามบริบทขององค์กร เพื่อให้ได้ข้อมูลที่จะนำไปปรับความผูกพันของบุคลากร</p>	<p>การจ่ายเงินตอบแทนล่วงเวลา , เงินพิเศษ ออกตรงเวลา ทุกเดือน จนท. มีขวัญและกำลังใจในการทำงาน รวมทั้งมีความรักองค์กร ช่วยกันขับเคลื่อนงาน</p>	<p>มีการประเมิน happinometer เพื่อใช้วัดความสุขของพนักงานในองค์กร ได้ทุกกลุ่มงาน และสามารถทราบค่าคะแนนเฉลี่ยความสุขของตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพบว่า Happy money มีคะแนนต่ำสุด รองลงมาคือ Happy relaxed</p>	<p>จัดทำแผนงานโครงการ OD การจัดกีฬาสัมพันธ์</p>	<p>-อัตราความผาสุกของบุคลากร (Happinometer) > ร้อยละ 70</p> <p>-อัตราการลาออกของเจ้าหน้าที่ < ร้อยละ 3</p>				

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
	4. ระบบพัฒนา และเรียนรู้สำหรับ ผู้นำ ควรติดตาม ประเมินผลลัพธ์ จากการส่ง บุคลากรไปอบรม ที่ได้วางแนวทาง ไว้ให้ครอบคลุม ทั้งระดับผู้นำและ ผู้ปฏิบัติงาน เพื่อ ค้นหาโอกาส พัฒนาในการ เรียนรู้ที่จะ ตอบสนองเป้า หมายขององค์กร	จนท.ที่เข้ารับการอบรม เมื่อ กลับมาได้นำความรู้ที่ได้จาก การประชุมมาถ่ายทอดให้ บุคลากรในหน่วยงานรับทราบ ในส่วนหัวหน้างานคุณภาพ เมื่อกลับมาจากการประชุมได้ นำสิ่งที่ได้จากการประชุมมา ถ่ายทอดให้ผู้ปฏิบัติรับทราบ รวมทั้งถ่ายทอดสิ่งที่ได้เรียนรู้ จากการประชุมให้ทีมคุณภาพ หัวหน้างาน หัวหน้าฝ่าย ทราบ	เจ้าหน้าที่ในองค์กร ลาออก 3 ราย คิด เป็นร้อยละ 1.33 ในปี 2563 -มีการกำกับติดตาม ประเมินผลลัพธ์จาก การประชุม นอกจาก การเขียนรายงานการ ประชุม, การถ่ายทอด ให้บุคลากรรับทราบ แล้ว มีการติดตามผู้ ปฏิบัติอย่างเคร่งครัด เพื่อตอบสนอง นโยบายขององค์กร	1.บุคลากรผ่านการ ประเมินspecific competency 2.บุคลากรเข้าอบรม ตามแผน 3.วิสัยทัศน์ผ่านการอบรม ปีละ 1 ครั้ง					

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
	5. ควรพัฒนาระบบการจัดการอัตราค่าจ้างบุคลากรโดยประเมินการมอบหมายงานตามหน้าที่ที่รับผิดชอบ ติดตามผลลัพธ์ ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นโดยคำนึงถึงมาตรฐานวิชาชีพ โดยเฉพาะในหน่วยงานที่ต้องดูแลผู้ป่วยเสี่ยงสูงเพื่อให้เกิดความปลอดภัยทั้ง	1.บุคลากรใน 3 หน่วยงานผ่านการทดสอบสมรรถนะที่จำเป็น 100 % 2.หัวหน้าเวร ER ผ่านการอบรมหลักสูตรเวชปฏิบัติฉุกเฉิน 2 คน (40%) 3.วิสัญญีพยาบาลผ่านการอบรมฟื้นฟูวิสัญญีพยาบาลทุกปี คิดเป็น 100 % 4.มีระบบการจัดอัตราค่าจ้างสำรองทั้ง 3 หน่วยงาน 5. มีระบบปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง 6.มีข้อตกลงในองค์กรแพทย์	1.ประเมินสมรรถนะเฉพาะของบุคลากร 3 หน่วยงานต่อเนื่องทุกปี 2.แผนพัฒนาบุคลากร อบรมหลักสูตรเวชปฏิบัติฉุกเฉิน ปีละ 1 คน ตั้งแต่ปี 2564-2568 3.แผนพัฒนาบุคลากรอบรมฟื้นฟูวิสัญญีพยาบาลอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง						

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
30. ความพร้อม สำหรับภาวะฉุกเฉิน และภัยพิบัติต่าง ๆ	2. ควรส่งเสริมให้ มีการทบทวน ความสามารถ เฉพาะองค์กร โดยเฉพาะการ เป็นโรงพยาบาล ระดับ M2 โดย ประเมินจาก ข้อมูลพื้นฐานของ โรงพยาบาล และ ความสามารถ จัดการเองโดย ไม่ต้องพึ่งพิง เครือข่าย จะทำให้ การดำเนินงานได้ อย่างเต็ม ประสิทธิภาพ และควร สอดคล้องกับ	ทีมนำและทีมคุณภาพ ประชุม ทบทวนแผนยุทธศาสตร์ เข้ม มุ่ม และ core competency ของโรงพยาบาล ที่กำหนดไว้ เดิมว่า ทำงานแบบมีส่วนร่วม โดยภาคีเครือข่าย ให้พิจารณา การจัดการเองที่ไม่ต้อง พึ่งพิงเครือข่าย	อยู่ระหว่างการ ดำเนินการ						

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
	<p>ตัวชี้วัดเพื่อใช้ กำกับติดตาม สะท้อนผลลัพธ์ ความก้าวหน้า ของกระบวนการ (Performance) ให้เกิดการพัฒนา ได้อย่างต่อเนื่อง</p> <p>3. ควรทบทวน ภาวะฉุกเฉินและ ภัยพิบัติที่ โรงพยาบาลมี โอกาสเผชิญให้ ครอบคลุม ซ่อม อย่างสม่ำเสมอ และประเมิน ประสิทธิภาพของ แผนที่จัดทำไว้</p>	<p>3. ทีมนำและคณะกรรมการEOC โรงพยาบาล ได้ทบทวนภาวะ ฉุกเฉินและภัยพิบัติที่ โรงพยาบาลเผชิญ ครอบคลุม ถึง ภัยจากพายุ ภัยหาลิฟต์ ติด โรคระบาดไวรัส โควโรนา -19 มีการจัดทำคำสั่ง มอบหมายงานผู้รับผิดชอบ และมีการซ้อมแผนในปี 2563</p>	<p>-ได้ดำเนินการซ้อม แผนกรณีลิฟต์ค้าง -ซ้อมแผนอัคคีภัย -ซ้อมแผนรับผู้ป่วย หรือผู้สงสัยติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา -19 ตั้งแต่การรับแจ้งเหตุ ออกรับเหตุ และ นำส่งเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลพร้อม ทั้งมีแนวทางปฏิบัติ -ซ้อมแผนอุบัติเหตุ หมู่ทางน้ำ</p>	<p>-ดำเนินการซ้อมแผน เหตุฉุกเฉินปีละครั้ง</p> <p>-วางระบบความ ปลอดภัยแก่ผู้ใช้เรือ ข้ามฟาก อบรมการ ช่วยฟื้นคืนชีพขั้น พื้นฐานแก่พนักงานขับ เรือและผู้ช่วย</p>					

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล									
II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ									
II-1.1 ภาพรวม การพัฒนา คุณภาพ	1.ภาพรวมการ พัฒนาคุณภาพ	-ทบทวนการบริหารความ เสี่ยงในคณะกรรมการบริหาร ความเสี่ยงซึ่งมีตัวแทนจากทุก หน่วยงานเป็นผู้จัดการความ เสี่ยงในหน่วยงาน	-ทบทวนแนวทางการ บริหารความเสี่ยง และปรับปรุงคู่มือ	-ให้ความรู้เกี่ยวกับ ระบบบริหารความเสี่ยง ในที่ประชุม ประจำเดือนของ โรงพยาบาล	-จำนวนอุบัติการณ์ เพิ่มขึ้น	ลดลง 40%	/	/	ทีมนำ ทีม RM
31. ระบบ บริหารงานคุณภาพ การประสานงาน และบูรณาการ การ ทำงานเป็นทีม	ควรรส่งเสริมให้ทีม นำทางคลินิกและ ทีมนำเฉพาะด้าน ทุกทีมมอง ภาพรวมในการ พัฒนา ทำความ เข้าใจในบทบาท ในการวาง นโยบาย	-กำหนดให้หน่วยงานทบทวน ความเสี่ยงในแต่ละหน่วยงาน	-หน่วยงานทบทวน อุบัติการณ์พร้อมทั้ง บันทึกในโปรแกรม National Reporting and Learning System	-ทุกหน่วยงานจัด ประชุมทบทวน กระบวนการรักษาและ ความเสี่ยงใน หน่วยงาน ทุกเดือน หรือทุกครั้งที่เกิด อุบัติการณ์ระดับ G H I ก่อนทบทวนในทีมPCT	-ร้อยละของหน่วยงาน ทบทวนอุบัติการณ์	92%			
32. การประเมิน ตนเองและจัดทำ แผนพัฒนาคุณภาพ	เป้าหมาย ตัวชี้วัด และการกำกับ ติดตาม รวมทั้ง ศึกษาเป้าหมาย ของมาตรฐานที่ เกี่ยวข้อง นำมาสู่	-กำหนด trigger ในการค้นพบ ระเบียบมาทบทวนเพื่อหา AE	-คกก ความเสี่ยง กำหนด Trigger 15	-ทบทวน Risk register ระดับโรงพยาบาล ทุก 3 เดือน	-ร้อยละของหน่วยงาน จัดทำ Risk Register	92%			

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
<p>35. ระบบบริหาร ความเสี่ยงและ ความปลอดภัย</p> <p>36. กระบวนการ บริหารความเสี่ยง</p> <p>37. การเรียนรู้จาก อุบัติการณ์</p>	<p>การวิเคราะห์ ช่องว่างระหว่าง สถานการณ์จริง กับมาตรฐาน และ วางแผนพัฒนาให้ สอดคล้องกับ บริบท และ ติดตาม ความก้าวหน้า การพัฒนาอย่าง สม่ำเสมอและ ต่อเนื่อง</p> <p>2. ระบบบริหาร ความเสี่ยง ควร พัฒนาระบบ บริหารความเสี่ยง เพิ่มความเข้าใจ</p>	<p>และนำเข้าทบทวนในทีม PCT เพื่อพัฒนาเชิงระบบ</p> <p>-นำอุบัติการณ์และการแก้ไข เชิงระบบมาทำ Risk register ระดับหน่วยงานและระดับ โรงพยาบาล</p> <p>-ทำ risk matrix จัดลำดับ ความสำคัญของความเสี่ยง เสนอในกรรมการบริหารและ ทีมที่เกี่ยวข้องทุก 3 เดือน/ จัดทำ Risk register ระดับ โรงพยาบาล</p> <p>-มีการวิเคราะห์หาสาเหตุของ รากในอุบัติการณ์รุนแรง (ระดับ G-I และ Harm ระดับ Eขึ้นไป) และแก้ไขเชิงระบบ ร่วมกับทีมPCT</p>	<p>ตัวในการหาเวช ระเบียนมาทบทวน</p> <p>-หน่วยงานนำ อุบัติการณ์และ แนวทางมาจัดทำ Risk Register</p>	<p>-ทุกหน่วยงานจัดทำ Risk Register</p> <p>-วิเคราะห์หาสาเหตุ ของรากในอุบัติการณ์ รุนแรง (ระดับ G-I และ Harm ระดับ Eขึ้นไป) และแก้ไขเชิงระบบ</p>	<p>-อุบัติการณ์รุนแรง G-I ได้รับการแก้ไขทันเวลา</p> <p>-บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน หน่วยงานได้รับการอบรม การบริหารความเสี่ยง</p>	100%		95.45 %	

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
	<p>ความสำคัญกับบุคลากรในการบ่งชี้ความเสี่ยงทั้งทางคลินิกและทั่วไป และเพิ่มกลไกการค้นหาความเสี่ยงทั้งเชิงรุกและเชิงรับคัดเลือกเวชระเบียนมาทบทวนเพื่อค้นหา AE มาใช้ประโยชน์ในการพัฒนารวมทั้งดำเนินการตามรอย การตรวจเยี่ยมหน่วยงานต่างๆ นำข้อมูลความเสี่ยง อุบัติการณ์</p>	<p>-ให้ความรู้เรื่องการบริหารความเสี่ยงแก่บุคลากรระดับผู้ปฏิบัติหน้างาน (ปี 62 จัดอบรมในกลุ่มผู้บริหาร)</p>	<p>-อุบัติการณ์ความรุนแรง G-I ได้รับการทบทวนเบื้องต้นในหน่วยงานแต่ไม่ได้รับการทบทวนเชิงระบบภายใน 7 วันทุกราย</p>	<p>ร่วมกับทีม PCT ทุกราย -จัดอบรมเรื่องการบริหารความเสี่ยงแก่บุคลากรระดับผู้ปฏิบัติหน้างาน</p>	<p>-อุบัติการณ์ระดับ G-I วิเคราะห์หาสาเหตุและแก้ไขเชิงระบบ</p> <p>-จนท ผู้ปฏิบัติหน้างานได้รับการอบรม</p>	100%		0	

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
	เข้าสู่ระบบและ นำไปสู่การ วิเคราะห์ เรียนรู้ ข้อมูลความเสี่ยง เพื่อแก้ปัญหาเชิง ระบบ สำหรับ อุบัติการณ์เข้าสู่ ระบบและนำไปสู่ การวิเคราะห์ เรียนรู้ข้อมูลความ เสี่ยงของ โรงพยาบาล เพื่อ แก้ปัญหาเชิง ระบบ สำหรับ อุบัติการณ์ความ รุนแรงสูง ควร วิเคราะห์สาเหตุที่ แท้จริง และนำมา พัฒนาการ				-ร้อยละอุบัติการณ์ G-I ได้รับการทบทวน ทันเวลา	59%			

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
	<p>ปฏิบัติการ พยาบาลในการ ดูแลผู้ป่วยกลุ่ม เสี่ยง วิเคราะห์ ข้อมูลทางคลินิก ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ และตัดสินใจ จัดการ เฝ้าระวัง ผู้ป่วยได้ เหมาะสม</p> <p>พัฒนาการบันทึก ทางการพยาบาล ให้ทันเวลา สะท้อนการใช้ กระบวนการ พยาบาลและหา โอกาสพัฒนา อย่างต่อเนื่อง</p>	<p>PCT รวมทั้งโรคอื่น ๆ ที่มี ภาวะวิกฤต</p> <p>3.การนิเทศทางการพยาบาล -ทุกเดือนโดยหัวหน้างาน -Internal survey ปีละ 1 ครั้ง โดยคณะกรรมการ บริหารกลุ่มงานการพยาบาล</p>	<p>Vital signs q 1 hr x 4 ครั้ง q hr x 2 ครั้ง Until stable หลังจากนั้น q 4 hr</p> <p>-ผู้ป่วย Sepsis และ โรคอื่นๆ ที่มีภาวะ วิกฤต เฝ้าระวังตาม SOS Score</p> <p>-จากการนิเทศ ทางการพยาบาล ได้ จัดทำ Training need ดังนี้</p> <p>1.การบันทึกทางการ พยาบาลตาม มาตรฐาน</p> <p>2.การประเมินผู้ป่วย โดยใช้ SOS Score</p>	-การนิเทศทางการ พยาบาล	-ร้อยละการนิเทศ ทางการพยาบาลตาม แผน -การใช้กระบวนการ พยาบาลและการ บันทึกทางการ พยาบาลมีคะแนน มากกว่าร้อยละ 80	/	/	/	-องค์กร พยาบาล

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
		<p>4.ประเมินสมรรถนะบุคลากร ทางการพยาบาล</p> <p>5.จัดทำแผนพัฒนาบุคลากร ตาม Service Plan</p> <p>-ปีงบประมาณ 2563 แผน ฝึกอบรมเฉพาะทาง 4-6 เดือน 3 สาขาประกอบด้วย</p> <p>1) สาขาการพยาบาลเวช ปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต (การฟอกเลือดด้วยเครื่องไต เทียม) 1 คน</p> <p>2) สาขาการพยาบาลเวช ปฏิบัติฉุกเฉิน 1 คน</p> <p>3) สาขาการพยาบาลเวช ปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรค เบื้องต้น) 1 คน</p>	<p>3.การประเมิน Pain Score ในผู้ป่วยที่มา ด้วยอาการปวด</p> <p>-บุคลากรทางการ พยาบาลมีสมรรถนะ ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 100</p> <p>-ปี 2563 บุคลากร ทางการพยาบาล ได้รับการฝึกอบรม เฉพาะทาง 4-6 เดือน ตาม Service Plan 2 สาขา ดังนี้</p> <p>1) สาขาการพยาบาล เวชปฏิบัติฉุกเฉิน 1 คน</p>	<p>-ประเมินสมรรถนะ บุคลากรทางการ พยาบาล</p> <p>-การทำแผนพัฒนา บุคลากรตาม Service Plan</p>	<p>-บุคลากรทางการ พยาบาลมีสมรรถนะ ตามเกณฑ์ที่กำหนด มากกว่าร้อยละ 85</p> <p>-ร้อยละของบุคลากร ทางการพยาบาลได้รับ การฝึกอบรมตาม Service Plan ตาม แผน</p>	/	/	/	-องค์กร พยาบาล
						/	/	/	-องค์กร พยาบาล

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
			2) สาขาการพยาบาล เวชปฏิบัติทั่วไป (การ รักษาโรคเบื้องต้น) 1 คน						
	2. องค์กรแพทย์ ควรส่งเสริมให้ แพทย์ในองค์กร ร่วมวางแผนและ แนวทาง ตอบสนอง ยุทธศาสตร์อย่าง ยั่งยืน และเน้นให้ แพทย์และทันต แพทย์มีส่วนร่วม ทบทวนเวช ระเบียบทาง คลินิก และใช้ CPG อย่าง เหมาะสม เพื่อ	1.มีนโยบายให้แพทย์และทันต แพทย์มีส่วนร่วมเป็นกรรมการ คุณภาพทุกทีม 2.แพทย์เฉพาะทางเข้าร่วม ทบทวนในทีมดูแลผู้ป่วยทุก วันพฤหัสบดี นำผลจากการ ทบทวนมาปรับปรุง CPG พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย 3.เลขานุการองค์กรแพทย์เป็น ประธานกรรมการสารสนเทศ และเวชระเบียน 4.มีการทบทวนงานคุณภาพ ในที่ประชุมองค์กรแพทย์ทุก เดือน	1.แพทย์/ทันตแพทย์ มีส่วนร่วมในงาน คุณภาพ			/	/	/	MSO

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
	สร้างการเรียนรู้ และพัฒนาระบบ การดูแลผู้ป่วยให้ ดีขึ้น และมีส่วน ร่วมในระบบงาน สำคัญต่างๆ เพื่อ เพิ่มการสื่อสาร ระหว่างทีมต่าง ๆ								
	การทบทวน เหตุการณ์ที่ไม่พึง ประสงค์								ทีม RM/ ทีม PCT
II-1.2 ข. คุณภาพการดูแลผู้ป่วย									
	ทีมนำทางคลินิก ควรกำหนดกลุ่ม ประชากรทาง คลินิก (Clinical population) ให้ ครอบคลุมและ	1. กำหนดกลุ่มโรคตามเข็มมุ่ง ของรพ. ได้แก่ DM, HT, ACS, stroke, DHF และ กำหนดเพิ่ม ได้แก่ sepsis, PPH	ตัวชี้วัด DM 1. ร้อยละของ ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปที่ได้รับการคัด กรองเบาหวาน 73.53	1. ทบทวนกลุ่มโรค สำคัญให้สอดคล้องกับ บริบทและเข็มมุ่งของ องค์กร 2. ทบทวนการดูแล กลุ่มโรคที่กำหนด	ตัวชี้วัด DM 1. ร้อยละของประชากร อายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรอง เบาหวาน > ร้อยละ 90	/	/	/	ทีม PCT

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
	สอดคล้องกับ บริบท วิสัยทัศน์ องค์กร เพื่อให้ สามารถให้การ ดูแลผู้ป่วยได้ อย่างเหมาะสม และตรงกับปัญหา ในพื้นที่ โดยใช้ ข้อมูลที่มีอยู่ มาร่วมในการ พิจารณา เลือก กลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น DM , HT กลุ่มโรค Acute disease ต่าง ๆ ที่ ต้องเตรียมพร้อม กับภาวะฉุกเฉิน ของโรค เช่น AMI , STROKE	2. กำหนดตัวชี้วัดตามกลุ่ม โรคที่กำหนด 3. ทบทวนการดูแลกลุ่มโรคที่ กำหนดรวมทั้งทบทวนผู้ป่วย ที่มีการเสียชีวิตก่อนถึง โรงพยาบาล และที่ refer ต่อ 4. ติดตามการใช้ CPG ราย โรคที่กำหนด 5. ทบทวน/ปรับปรุง CPG	2. ร้อยละของผู้ป่วย เบาหวานที่ควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือด ได้ดี 27.09 3. ร้อยละของการเกิด ภาวะแทรกซ้อน เฉียบพลันในผู้ป่วย เบาหวาน 1.42 4. ร้อยละของผู้ป่วย เบาหวานที่ได้รับการ ตรวจภาวะแทรกซ้อน ทางตา 51.77 5. อัตราผู้ป่วย DM ที่ได้รับการตรวจ ภาวะแทรกซ้อนทาง ไต ร้อยละ 46.39 6. ร้อยละของผู้ป่วย เบาหวานที่ได้รับการ	3. ติดตามตัวชี้วัด 4. ติดตามการใช้ CPG	2. ร้อยละของผู้ป่วย เบาหวานที่ควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดได้ ดี \geq ร้อยละ 40 3. ร้อยละของการเกิด ภาวะแทรกซ้อน เฉียบพลันในผู้ป่วย เบาหวาน \leq ร้อยละ 2 4. ร้อยละของผู้ป่วย เบาหวานที่ได้รับการ ตรวจภาวะแทรกซ้อน ทางตา > ร้อยละ 60 5. อัตราผู้ป่วย DM ที่ได้รับการตรวจ ภาวะแทรกซ้อนทางไต > ร้อยละ 60 6. ร้อยละของผู้ป่วย เบาหวานที่ได้รับการ				

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
	.SEPSIS กำหนด ตัวชี้วัดที่ เหมาะสมในการ ติดตามผลการ ดูแลผู้ป่วยได้ เช่น ทบทวนผู้ป่วยที่มี การเสียชีวิต ทั้ง ก่อนถึง รพ. ทั้งที่ เข้ามาที่ห้อง ฉุกเฉิน และทั้งที่ Refer ต่อและ เสียชีวิต เพื่อ พัฒนาในการ Refer ได้อย่างมี ประสิทธิภาพ ควรทบทวนการ ดูแลให้เป็นไป ตามมาตรฐานและ สร้าง CPG อย่าง		ตรวจภาวะแทรกซ้อน ทางเท้า 55.17 ตัวชี้วัด HT 1. ร้อยละของ ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปที่ได้รับการคัด กรองความดันโลหิต สูง 72.32 2. ร้อยละของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงที่ ควบคุมระดับความ ดันโลหิตได้ดี 53.73 3. อัตราากลุ่มสงสัย ป่วยความดันโลหิต สูงในเขตรับผิดชอบ ได้รับการวัดความดัน โลหิตที่บ้าน 82.4		ตรวจภาวะแทรกซ้อน ทางเท้า > ร้อยละ 60 ตัวชี้วัด HT 1. ร้อยละของประชากร อายุ 35 ปี ขึ้นไปที่ ได้รับการคัดกรอง ความดันโลหิตสูง > ร้อยละ 90 2. ร้อยละของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงที่ ควบคุมระดับความดัน โลหิตได้ดี \geq ร้อยละ 50 3. อัตราากลุ่มสงสัยป่วย ความดันโลหิตสูงใน เขตรับผิดชอบได้รับ				

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
	เหมาะสมกับ บริบทของ โรงพยาบาล		<p>4. ผู้ป่วย HT ที่เกิด Stroke ร้อยละ 0.69</p> <p>ตัวชี้วัด ACS</p> <p>1. ร้อยละ STEMI ได้รับ SK/ CAG±PCI ร้อยละ 83.3</p> <p>2. อัตรา refer in 30 min (รายที่ไม่ให้SK) ร้อยละ 5 (เนื่องจากทุก Case ต้องปรึกษาแพทย์ เฉพาะทาง CCU รพ. แม่ข่ายทางไลน์ ทำให้อัตรา refer in 30 min มีน้อย)</p> <p>3. Onset to door in 2 ชม. ร้อยละ 75</p>	- feedback ข้อมูลไปยังระดับจังหวัดและรพ. แม่ข่าย	<p>การวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 30</p> <p>4. ผู้ป่วย HT ที่เกิด Stroke < ร้อยละ 2</p> <p>ตัวชี้วัด ACS</p> <p>1. ร้อยละ STEMI ได้รับ SK/ CAG±PCI > ร้อยละ 70</p> <p>2. อัตรา refer in 30 min (รายที่ไม่ให้SK) ร้อยละ 50</p> <p>3. Onset to door in 2 ชม. ร้อยละ 100</p> <p>4. อัตราการเสียชีวิต < ร้อยละ 10</p>				

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
			<p>4. อัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 11.1</p> <p>ตัวชี้วัด stroke</p> <p>1. Onset to door \leq 3 ชม. ร้อยละ 31.4</p> <p>2. Door to refer ภายใน 30 นาที ใน ผู้ป่วย fast track ร้อยละ 100</p> <p>3. อัตราผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวทาง ร้อยละ 100</p> <p>ตัวชี้วัด DHF</p> <p>1. อัตราการเกิดภาวะ ช็อก 0</p>	- ปรับลดเวลา Door to refer ภายใน 20 นาที ในผู้ป่วย fast track	<p>ตัวชี้วัด stroke</p> <p>1. Onset to door \leq 3 ชม. ร้อยละ 100</p> <p>2. Door to refer ภายใน 30 นาที ใน ผู้ป่วย fast track ร้อย ละ 100</p> <p>3. อัตราผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวทาง ร้อยละ 100</p> <p>ตัวชี้วัด DHF</p> <p>1. อัตราการเกิดภาวะ ช็อก < ร้อยละ 10</p>				

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
			<p>2. อัตราการเกิดภาวะ น้ำเกิน 0</p> <p>3. อัตราตาย ร้อยละ 0</p> <p>ตัวชี้วัด sepsis</p> <p>1. อัตราตายด้วย ภาวะ ติดเชื้อในกระแสเลือด แบบรุนแรง ร้อยละ 0</p> <p>2. อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ ATB ร้อยละ 100</p> <p>3. อัตราการได้รับ ATB ภายใน 1 ชม. หลังการวินิจฉัย ร้อย ละ 98</p> <p>4. อัตราการได้รับ IV Fluid 30 ml/kg</p>		<p>2. อัตราการเกิดภาวะ น้ำเกิน < ร้อยละ 10</p> <p>3. อัตราตาย < ร้อยละ 1</p> <p>ตัวชี้วัด sepsis</p> <p>1. อัตราตายด้วยภาวะ ติดเชื้อใน กระแสเลือดแบบ รุนแรง \leq ร้อยละ 30</p> <p>2. อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ ATB \geq ร้อยละ 90</p> <p>3. อัตราการได้รับ ATB ภายใน 1 ชม. หลังการ วินิจฉัย \geq ร้อยละ 90</p> <p>4. อัตราการได้รับ IV Fluid 30 ml/kg ภายใน</p>				

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
			ภายใน 1 ชม. แรก โดย ไม่มีข้อห้าม ร้อยละ 91 ตัวชี้วัด PPH อัตราการตกเลือด หลังคลอด ร้อยละ 2.73		1 ชม. แรกโดยไม่มีข้อ ห้าม ร้อยละ ≥ 90 ตัวชี้วัด PPH 1. อัตราการตกเลือด หลังคลอด < ร้อยละ 5				
	ควรพัฒนาระบบ การส่งต่อใน ภาพรวมให้เป็น ระบบ และควร ทบทวนกลุ่ม ผู้ป่วย refer-in , refer -out เพราะ ต้องรับ refer จาก	ระบบการส่งต่อ 1. การจัดอัตรากำลังพยาบาล นำส่งและพนักงานขับรถจะ จัดเป็นเวรผลัด 8 ชม. และมี อัตรากำลังสำรอง - พยาบาลนำส่งต้องมี ประสบการณ์ในการ ปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 ปี	- อัตราผู้ป่วยที่มี ภาวะแทรกซ้อนที่ ป้องกันได้ในระหว่าง นำส่ง ร้อยละ 0.05	พัฒนาระบบการส่งต่อ		/	/	/	ทีม PCT

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
	ที่อื่น และหา โอกาสพัฒนา	<p>- พนักงานขับรถผ่านการอบรมพนักงานขับรถฉุกเฉินปีละ 1 ครั้ง</p> <p>2. ยานพาหนะ จัดให้พร้อมใช้ในการส่งต่อตามมาตรฐานสพจ. ได้แก่ มีระบบ GPS ติดตามรถ ขับรถด้วยความเร็วไม่เกิน 80 กม./ชม. กล้องหน้ารถ ฯลฯ</p> <p>3. อุปกรณ์เวชภัณฑ์ในรถนำส่งมีการตรวจเช็คทุกเวอร์โดยพยาบาล</p> <p>4. มีแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยก่อนและระหว่างนำส่ง</p> <p>5. มีระบบให้คำปรึกษาในระหว่างส่งต่อผู้ป่วย</p> <p>ทบทวนกลุ่มผู้ป่วย refer-in</p>	จากการทบทวนกลุ่มผู้ป่วย refer-in ที่ส่งต่อมาจากรพ.สต.	- ให้เจ้าหน้าที่รพ.สต. เจาะเลือดผู้ป่วยที่รพ.	- ระยะเวลารอดอยของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ส่ง				

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
		<p>1. ทบทวนตั้งแต่เดือนตุลาคม 2562-มิถุนายน 2563</p> <p>2. นำเสนอผลการทบทวนเข้าในการประชุมคปสอ.</p> <p>2. กำหนดแนวทางการปฏิบัติ refer-in ในเครือข่าย</p> <p>3. ประชุมชี้แจงในเครือข่าย</p> <p>4. ติดตามประเมินผล</p>	<p>เครือข่าย มีทั้งหมด 260 ราย พบว่า 3 อันดับแรก ได้แก่</p> <p>1) ผู้ป่วยกลุ่มโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ส่งมาเจาะเลือดประจำปี จำนวน 190 ราย</p> <p>2) คัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ส่งผู้ป่วยส่งพบแพทย์ 16 ราย</p> <p>3) คัดกรองภาวะเด็กซีดจำนวน 5 ราย และปัญหาอื่น ๆ 49 ราย</p>	<p>สต.ก่อนส่งต่อผู้ป่วยมาที่รพ.ปากพนัง</p> <p>- นัดผู้ป่วยพบแพทย์ ช่วงบ่ายเพื่อลดความแออัด</p> <p>- แผนจัดแพทย์ออกตรวจที่รพ.สต.เดือนละ 1ครั้ง/รพ.สต.</p> <p>- ให้เจ้าหน้าที่รพ.สต.ประเมินผล หากรักษาที่รพ.สต.แล้ว 3 วันแผลไม่ดีขึ้น ให้ปรึกษาแพทย์ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินทางโทรศัพท์/กลุ่มไลน์</p>	<p>ต่อมารพ.ปากพนังลดลง</p> <p>- จำนวนผู้ป่วยแผลติดเชื้อลดลง</p> <p>- จำนวนผู้ป่วยแผลติดเชื้อที่ส่งต่อจากรพ.สต.มาอนรักษาที่รพ.ปากพนังลดลง</p>				

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย									
41. ความปลอดภัยและสวัสดิภาพของโครงสร้างและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การจัดการกับวัสดุและของเสียอันตราย	1.ทีม ENV ร่วมกับทีม IC และทีมนำควรสำรวจการจัดพื้นที่การปฏิบัติงาน การไหลเวียนงาน ในหน่วยงานที่มีความเสี่ยงต่อการปนเปื้อนและการแพร่กระจายเชื้อ เช่น งานห้องคลอด งานห้องผ่าตัด หน่วยจ่ายกลาง เป็นต้น และจัดทำแนวทางในการปรับปรุง	-แยกโซน เขตสะอาด เขตกึ่งสะอาด เขตปนเปื้อน -กำหนดเส้นทางของวัสดุ สิ่งของสะอาด และสิ่งของปนเปื้อน -แยกห้องเก็บวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ ที่ใช้แล้ว ระยะเวลา มีการวางแผนปรับห้องในอาคารผู้ป่วยนอก 5 ชั้น โดยมีการแยกห้องชัดเจน	-ดำเนินการแล้วเสร็จในเดือน กุมภาพันธ์ 2563 -มีการจัดทำแผนโครงสร้างอาคารตึกผู้ป่วย 5 ชั้น ซึ่งอยู่ระหว่างขั้นตอนประกวดราคาของงานพัสดุ หาผู้รับจ้างรายใหม่ ซึ่งได้ประกาศให้ยื่นเสนอราคาในวันที่ 5 พย. 63 พิจารณาผล 9 พย.63			/	/	/	ทีม ENV ทีม IC ทีมนำ
42. การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน และการป้องกันอัคคีภัย									
43. ระบบการบริหารเครื่องมือและสาธารณูปโภค		2.คณะกรรมการ ENV ร่วมกับทีมนำ นำข้อมูลความเสี่ยงที่ได้จากการรายงานอุบัติการณ์ของทีมRM และการสำรวจของทีมงาน มาลำดับความสำคัญพบว่า							

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
44. สิ่งแวดล้อม เพื่อการสร้าง เสริมสุขภาพ 45. การ	โครงสร้างในระยะ สั้นและระยะยาว 2. ทีม ENV ควร ติดตามวิเคราะห์ ภาพรวม สถานการณ์ความ เสี่ยงด้าน สิ่งแวดล้อมและ ความปลอดภัย เพื่อประเมิน สถานการณ์ และ นำมาจัดลำดับ ความสำคัญการ ทำแผนบริหาร ความเสี่ยง เพื่อให้เกิดระบบ การติดตามได้ อย่างต่อเนื่อง	2.1 ปฏิบัติการลิฟต์ค้างในปี 2561-2562 จำนวน 7 ครั้ง จึง ได้มีการวางระบบ -กำหนดผู้รับผิดชอบดูแล -การตรวจสอบลิฟต์ประจำวัน -การจ้างบริษัทดูแลระบบ - ซ่อมแซมอุปกรณ์ที่ชำรุด -มี ระบบบำรุงรักษาตามระยะที่ กำหนด -มีการซ่อมแผนฉุกเฉินกรณี ลิฟต์ค้าง 2.2 ปฏิบัติการทรัพย์สิน ผู้ป่วยสูญหาย -ติดตั้งกล้องวงจรปิดเพิ่ม -กำหนดเวลาเปิดปิดประตู ทางเข้าออก รพ. -กำหนดให้ยามปฏิบัติงาน ประจำจุด มีการตรวจสอบ พื้นที่ในโรงพยาบาล	2.1 ปฏิบัติการลิฟต์ ค้างปี 2563 มี 1 ครั้ง จากสาเหตุของระบบ ไฟฟ้าขัดข้อง ไม่มีทรัพย์สินสูญหาย		ปฏิบัติการความไม่ พร้อมใช้ของลิฟต์ เป็น 0 ปฏิบัติการของหาย เป็น 0				

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
	และมี ประสิทธิภาพ 3. ควรวางระบบ การจัดการกับ วัสดุ และของเสีย อันตราย ที่ ประกอบด้วยสาร กำหนดรายการ การเก็บรักษา การใช้ การ ทำลายที่ถูกวิธี และการกำจัด เบื้องต้น จากการ สัมผัส พร้อมทั้ง สื่อสารสร้างความ เข้าใจให้กับ หน่วยงาน 4. ควรทบทวน แผนบริหาร	-แจ้ง เบอร์โทรศัพท์ยาม ตำรวจ ในกรณีฉุกเฉินเร่งด่วน -ประชาสัมพันธ์ผู้ป่วยและ ญาติ ให้ดูแลทรัพย์สินของมี ค่าของตนเอง 3.คณะกรรมการ ENV และ คณะกรรมการ IC ได้จัดทำ ระเบียบปฏิบัติการจัดการวัสดุ ของเสียอันตราย จัดทำ บัญชีวัสดุ ของเสียอันตราย ของโรงพยาบาล แยกบริเวณ จัดเก็บเป็นสัดส่วน แยก เฉพาะ จัดทำคู่มือการใช้ การ ทำลาย การกำจัด 4.ทบทวนแผนบริหาร เครื่องมือในคณะกรรมการ เครื่องมือแพทย์ของ โรงพยาบาล ให้ครอบคลุม	2.2 ไม่พบอุบัติการณ์ ทรัพย์สินผู้ป่วยสูญ หายในปี 2563 3.มีระเบียบปฏิบัติ คู่มือการจัดการวัสดุ ของเสีย อันตราย	- แผนอบรมเจ้าหน้าที่ พนักงานทำความสะอาด สะอาด โรงพยาบาล เรื่องการใช้ การกำจัด การทำลาย วัสดุ ของ เสียอันตราย ปีงบประมาณ 2564 -ทำแผนสอบเทียบ เครื่องมือ เป็นประจำ ทุกปี	-ร้อยละของเครื่องมือที่ ได้รับการสอบเทียบ				

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
	เครื่องมือ การ วิเคราะห์ ความ เพียงพอ การ เตรียมความ พร้อมใช้ การ บำรุงรักษาเชิง ป้องกัน วงรอบ ของการสอบ เทียบที่เหมาะสม ไม่เกินกำหนด 5. ควรทบทวน แนวทางในการ สำรองก๊าซทาง การแพทย์ ทั้ง ระบบออกซิเจน เหลว และ pipeline ให้มี ความต่อเนื่อง พร้อมใช้งาน	ความเพียงพอ ความพร้อมใช้ การบำรุงรักษา -กำหนดการสอบเทียบ เครื่องมือปีละ 1 ครั้ง ในเดือน กรกฎาคม ของทุกปี โดยให้ ครอบคลุมเครื่องมือที่จำเป็น ต้องสอบเทียบทุกรายการใน ภาพเครือข่าย 5.มีแนวทางการสำรองกาซ ทางการแพทย์ -ระบบระบบสัญญาณเตือน อัตโนมัติกรณีปริมาณ ออกซิเจนเหลวถึงระดับ minimum stock -มีระบบถังออกซิเจนสำรอง กรณีระบบ pipeline ขัดข้อง -กำหนดผู้รับผิดชอบกาซทาง การแพทย์ ออกซิเจนเหลว	4.ปีงบประมาณ 2563 ไม่ได้ ดำเนินการสอบเทียบ เครื่องมือ เนื่องจาก ติดสถานการณ์โรค ระบาดไวรัส โควิด - 19 จึงมีการ ปรับเปลี่ยนแผนการ สอบเทียบเครื่องมือ เป็นไตรมาสแรกของ ปีงบประมาณ 2564 5.ไม่พบอุบัติเหตุการณ กาซทางการแพทย์ ออกซิเจนเหลว ขาด สต็อก						

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
49. การป้องกันการ ติดเชื้อในกลุ่ม เฉพาะ	โรงพยาบาล พิจารณาโรคที่มี การติดเชื้อใน โรงพยาบาลให้ ครอบคลุม เช่น ผู้ป่วยปอดอักเสบ การเกิดภาวะติดเชื้อ ในกระแส เลือด การติดเชื้อ ดื้อยา การรับย้าย ผู้ป่วยมาจาก โรงพยาบาล มหाराช นครศรีธรรมราช การแพร่ระบาด ของโรค มา กำหนดจุดเน้น และเป้าหมายให้ ชัดเจนขึ้น	Standard precaution และ contact precautions อย่าง เคร่งครัด 3. สื่อสารวิธีปฏิบัติในทุก หน่วยงาน 4. ติดตามประเมินผล	E.Coli ร้อยละ 29.7 ซึ่งเป็นเชื้อที่เป็น Common pathogen ในระบบ Genitourinary system - ทารกแรกเกิด ไม่ พบการติดเชื้อใน กระแสเลือด 1.2 การติดเชื้อปอด อักเสบ พบ HAP 1 ราย ซึ่งเกิดหลังจาก ผู้ป่วยนอน โรงพยาบาล 4 วัน (ไม่ได้ส่ง Sputum G/S, C/S) 1.3 การติดเชื้อดื้อยา พบเชื้อดื้อยาในระบบ	เชื้อดื้อยาทั้งผู้ป่วยใน โรงพยาบาลและผู้ป่วย ที่รับย้ายมาจาก โรงพยาบาลอื่น 3. ติดตามการปฏิบัติ ตามหลัก Standard precaution และ contact precautions ในหน่วยงาน					

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
			Genitourinary system คือ E.coli (ESBL) ร้อยละ8.1						
	2. ทบทวนการติดเชื้อที่ผ่านมา เรียนรู้ปัจจัยที่ทำให้โรคติดเชื้อต่างๆ การใช้ความรู้เชิงวิชาการมาประยุกต์ใช้อย่างเหมาะสม ระบบการทำให้ปราศจากเชื้อ การบรรจุหีบห่อ การจัดเก็บในพื้นที่ที่เหมาะสม การตรวจสอบคุณภาพ อายุการ	1. ทบทวนการติดเชื้อทุก 3 เดือน 2. นิเทศติดตามหน้างาน 3. กำกับการปฏิบัติงานให้ปฏิบัติตามหลัก Standard precaution และcontact precautions อย่างเคร่งครัด	อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล 0.04:1000 วันนอนจากการตามรอยหน้างานจริง พบว่า การนำกระบอกทำ ความชื้น (Oxygen humidifier) มาใช้ซ้ำ นั้นไม่ได้รับการทำให้ปราศจากเชื้อก่อนใช้ และการจัดเก็บ Set พ่นยาและสาย Oxygen ไม่ได้จัดเก็บให้มิดชิด ทำให้เสี่ยง	1. นิเทศ/กำกับให้ปฏิบัติตามหลัก Standard precaution และcontact precautions อย่างเคร่งครัด 1.1 จัดเก็บ Set พ่นยาและสาย Oxygen ให้มิดชิดหลังการใช้ทุกครั้ง 1.2 เปลี่ยน Set พ่นยาอย่างน้อยวันละครั้ง 1.3 ทำความสะอาดสาย nasal cannula	อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล น้อยกว่า 2:1000วันนอน	/	/	/	ทีม IC

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
	ใช้งานเพื่อมั่นใจ ว่าอุปกรณ์ ของที่ ปราศจากเชื้อนั้น ๆ ยังคงคุณภาพ ในทุกมิติ		ต่อการปนเปื้อนเชื้อ โรค	และ O2 mask ด้วย 70% Alcohol ทุกวัน 1.4 เปลี่ยนกระบอกทำ ความชื้น (Oxygen humidifier) เป็นชนิด Single use with sterile water					
	3.วางระบบการ ติดตามการปฏิบัติ ในมาตรการ/ นโยบายที่สำคัญ เช่น การแยก ผู้ป่วย รับรู้ปัญหา อุปสรรค เกี่ยวกับการ ป้องกันและ ควบคุมการติด เชื้อ เพื่อนำมา พัฒนามาตรการ	- ปรับระบบการรองรับและ แยกผู้ป่วยตั้งแต่จุดแรกที่ ผู้ป่วยเข้ารับบริการจนถึง จำหน่าย (ครอบคลุมจนถึง ชุมชน) - IC Round/Grand Round	- ปรับจุดพ่นยาที่ ER - จัดคลินิก ARI แยก เฉพาะ - จัดจุดแยกตรวจ ผู้ป่วยสงสัยวัณโรค - การแยกผู้ป่วย บาง ช่วงเวลาไม่ได้ตาม มาตรฐานเนื่องจากมี ผู้ป่วยเข้ารับบริการ จำนวนมาก	- ติดตามระบบการ รองรับและแยกผู้ป่วย -IC Round/Grand Round	- อัตราการแยกผู้ป่วย ไม่ถูกต้อง -IC Round ทุก 3 เดือน	/	/	/	ทีม IC

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
	การป้องกันที่ เหมาะสม		- อัตราการล้างมือ 7 ขั้นตอน ร้อยละ 86.7						
II-5 ระบบเวชระเบียน									
ความสมบูรณ์ ของการบันทึก	ทบทวนการ บันทึกเวช ระเบียน จากการ ประเมินความ สมบูรณ์ของเวช ระเบียน ที่พบว่า PROGRESS NOTE ค่อนข้าง ต่ำ	1. จัดให้มีการปฐมนิเทศน์ แพทย์ใหม่ 2. จัดแบบฟอร์มในใบ order . ให้มี S O A P ให้ชัดเจน	1.ปรับฟอร์ม doctor order และ Process note sheet โดยจะมี 2 แบบ คือ -แบบเดิม ใช้สำหรับ LR+NB เพิ่มในส่วน วันที่ และเวลา ในทุก ช่อง พร้อมทั้งปรับ ตรายางใหม่ ให้ ครอบคลุม S O A P และลงนามชื่อแพทย์ (2 ชุด)	1.จัดการประชุมชี้แจง เกณฑ์การตรวจสอบ เวชระเบียนให้แก่ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ของโรงพยาบาล ปีละ 1 ครั้ง	1.อัตราความสมบูรณ์ ของเวชระเบียนผู้ป่วย นอก >80% <u>ปี2563 ร้อยละ 88.28</u> 2.อัตราความสมบูรณ์ ของเวชระเบียนผู้ป่วย ใน >80% <u>ปี 2563 ร้อยละ 72.43</u>	/	/	/	ทีม IM เวชระเบียน

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
			-แบบที่ 2 จะใช้กับ IPD ทั่วไป ปรับให้มี วันที่และเวลา ในทุก ช่อง						
50. ระบบบริหาร เวชระเบียน 51. การทบทวน และความสมบูรณ์ ของการบันทึก	1. ควรส่งเสริม การทบทวนการ ออกแบบเวช ระเบียน การลด ความซ้ำซ้อน ร่วมกันระหว่าง ทีมสหสาขา วิชาชีพ เพื่อให้ เกิดการสื่อสาร ข้อมูลผู้ป่วยที่ จำเป็นต่อการวาง แผนการรักษา 2. ควรทบทวน เวชระเบียนให้มี	1.จัดการประชุมทีม สารสนเทศและเวชระเบียน เพื่อออกแบบระบบ 2.ให้ความรู้ในสารสนเทศแก่ เจ้าหน้าที่เรื่องการดึงข้อมูล รายงาน 2.นำผลจากการทบทวนเวช ระเบียน มาวิเคราะห์คะแนน เพื่อปรับปรุง หน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง และมีการทบทวน ซ้ำในรอบ 3 เดือน เน้นส่วนที่	1.มีการปรับเปลี่ยน ระบบการบันทึก ข้อมูล ใน คอมพิวเตอร์ เพื่อให้ สื่อสารเข้าใจกันได้ ทุกหน่วยงาน เช่น ผู้ป่วย ER เปลี่ยน จากการเขียนเป็นคีย์ ลง computer 2.ปรับปรุงระบบงาน เพื่อให้ลดความ ผิดพลาดในงานเวช ระเบียน เช่น	1.ดำเนินวางแผน/ ออกแบบระบบข้อมูล สารสนเทศเพื่อ ตอบสนองตามความ ต้องการ ของแต่ละ ฝ่าย/งานเพื่อลดความ ซ้ำซ้อนใน การบันทึก ข้อมูล 2.จัดการประชุมชี้แจง เกณฑ์การตรวจสอบ เวชระเบียนให้แก่ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง		/	/	/	ทีม IM เวชระเบียน

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
	ข้อมูลที่มีความ สมบูรณ์ และ เพียงพอในการ สื่อสารเพื่อให้ สามารถดูแล ผู้ป่วยต่อเนื่องทั้ง ที่เป็นผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก เพื่อให้ทีม สามารถทบทวน เคสจากเวช ระเบียน และ นำไปวิเคราะห์ถึง กลุ่มโรคสำคัญที่ ต้องติดตามแก้ไข ได้อย่างเหมาะสม เช่น กลุ่มผู้ป่วยที่ เสียชีวิต กลุ่ม ผู้ป่วยที่รักษาแล้ว	ได้คะแนนน้อย เช่น ผู้ป่วย นอก Patient's Profile ร้อย ละ 86.43 เกณฑ์ข้อที่ 4 ได้ ร้อยละ 22.50 เป็นข้อมูลการ แพทย์ เต็มระบุเพียง “ไม่มี ประวัติการแพทย์”ปัจจุบันต้อง ระบุ“ไม่มีประวัติการแพทย์ และสารอื่นๆ”	1. ใ้งาน IT ปรับปรุง form report design กรณีไม่มีประวัติการ แพทย์ หรือ อาหารทะเล เป็น “ไม่มีประวัติการ แพทย์ และสารอื่นๆ” และทำชุดคำสั่ง ใน การค้นหาผู้ป่วยที่มี ประวัติการแพ้อาหาร ทะเล, แพ้กุ้ง, แพ้ปู ฯลฯ เพื่อปรับปรุง ข้อมูล	ของโรงพยาบาล ปีละ 1 ครั้ง					

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
	อาการแสบลง กลุ่ม ผู้ป่วยที่เกิด ภาวะแทรกซ้อน								
II-6 ระบบการจัดการด้านยา									
52.การกำกับดูแล การจัดการด้านยา 53. สิ่งแวดล้อม สนับสนุน การ จัดหาและเก็บรักษา ยา 54. การสั่งใช้ยา และถ่ายทอดคำสั่ง 55. การทบทวน คำสั่ง เตรียม เขียน ฉลาก จัดจ่ายและ ส่งมอบยา	ระบบการ จัดการด้านยา ควรทบทวนระบบ การส่งยาเสพติด คืนที่ห้องยาและ กำกับการใช้	1. ประชุมทีม PTC ทบทวน และ ปรับปรุงแนวทางการ ดำเนินงานระบบการส่งยาเสพติด คืนที่ห้องยาและกำกับการ ใช้ 2. ปรับปรุงระเบียบปฏิบัติการ ดำเนินงานโดยให้หน่วยสำรอง ยานำแบบ ยส.๕ ที่กรอก ข้อมูลครบถ้วน พร้อมสำเนา Doctor Order Sheet/ใบสั่งยา Ampule เปล่าของยาที่จะเบิก และน้ำยาที่เหลือโดยบรรจุใน syringe	1.หน่วยสำรองยา ส่ง ยาเสพติดคืนที่ห้อง ยาปฏิบัติตาม ระเบียบปฏิบัติใหม่ ร้อยละ 100	1. กำกับ ติดตาม และ ประเมินผลการปฏิบัติ ตามระเบียบปฏิบัติ ระบบการเบิกจ่ายยา เสพติดคืนที่ห้องยาที่ วางไว้	หน่วยสำรองยา ส่งยา เสพติดคืนที่ห้องยา ปฏิบัติตามระเบียบ ปฏิบัติใหม่ร้อยละ 100	100			PTC

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
56. การบริหารยา และติดตามผล	ส่งเสริมให้มีการ ติดตามการใช้ Med Reconciliation อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถ ตัดสินใจทาง คลินิกได้อย่าง เหมาะสม	3. เพิ่มระบบทำลายซากยา เสพติดที่ใช้แล้ว และกรณีที่มี ยาเหลือ พยาบาลประจำ หน่วยสำรองยาจะต้องลงชื่อ รับรองการทำลายยาทั้งอย่าง น้อย 1 คน 1.ประชุมทีม PTC ทบทวน และ ปรับปรุงแนวทางการ ดำเนินงาน medication reconciliation 2. ปรับปรุงระเบียบปฏิบัติการ ดำเนินงาน medication Reconciliation ให้มีการซัก ประวัติการกินยาโรคประจำตัว มือล่าสุด last dose taken โดยพยาบาล 3. จัดทำแบบฟอร์ม Medication reconciliation ให้	1.ร้อยละของผู้ป่วยที่ ได้รับการสั่งใช้ยาเดิม ภายใน 24 ชั่วโมง เท่ากับ 92 2.ร้อยละของผู้ป่วยที่ ได้รับยาเดิมทันมือ แรกเท่ากับ 88 3.ร้อยละของผู้ป่วย เรื้อรังที่ได้ทำ medication	1. กำกับ ติดตาม และ ประเมินการปฏิบัติตาม ระเบียบปฏิบัติ medication reconciliation ที่วางไว้	1.ผู้ป่วยที่ได้รับการสั่ง ใช้ยาเดิมภายใน 24 ชั่วโมง มากกว่าร้อยละ 95 2.ผู้ป่วยที่ได้รับยาเดิม ทันมือแรกมากกว่าร้อย ละ 90 3.ผู้ป่วยเรื้อรังที่นอน โรงพยาบาลได้ทำ medication				

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
	ควรส่งเสริมให้มี การติดตามและ เก็บข้อมูล Medication error อย่างต่อเนื่อง และใช้ข้อมูลใน การสร้างการ เรียนรู้ร่วมกัน เพื่อลดความเสี่ยง	สามารถพิมพ์ได้จากโปรแกรม HOS-XP 4 จัดทำระเบียบปฏิบัติ Medication reconciliation ผู้ป่วยนอก ให้ครอบคลุมทุก คลินิก 5. ติดตามและประเมินผลการ ดำเนินงาน 1.รณรงค์การเก็บ medication error ในทุกกระบวนการ 2.ทบทวน medication error ในแต่ละกระบวนการร่วมกัน ระหว่างสหวิชาชีพโดย คณะกรรมการ PTC 3.จัดทำแนวทางร่วมกัน เพื่อ ลด medication error ดังกล่าว	Reconciliation เท่ากับ 94 หน่วยงานมีการลง บันทึกข้อมูลและ ประมวลผล medication error โดยใช้โปรแกรม ความเสี่ยง 100%	1. กำกับ ติดตาม และ ประเมินการปฏิบัติตาม ระเบียบปฏิบัติ Medication error ที่ วางไว้ 2 .กำกับ ติดตามการ ลงบันทึกข้อมูลและ ประมวลผลโดยใช้	reconciliationมากกว่า ร้อยละ 95 4 ผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง ได้ทำ medication reconciliationมากกว่า ร้อยละ 95 5. ผู้ป่วยได้รับการ สอบถามข้อมูล last dose taken 100 % 1.เม.ย.-มิ.ย. 2563 มี การลงบันทึกข้อมูล และประมวลผล medication error โดย ใช้โปรแกรมความเสี่ยง 100% 2. Dispensing error ผู้ป่วยนอก				

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
	ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ทั้ง Prescribing error ,Dispensing error , Administration error ทบทวนการ คัดลอกคำสั่ง จัดเตรียม จัดจ่าย ยา ทั้งผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก เพื่อลดโอกาสการ จัดเตรียมยา ซ้ำซ้อนและเกิด ความเสี่ยงจาก การจัดยาของ	4. ค้นหา dispensing error และ administration error เชิง รุก โดยการสุ่ม chart 5. ค้นหา dispensing error ผู้ป่วยนอก เชิงรุก โดยการสุ่ม ทำ post dispensing error 1. สุ่มการจัดเตรียมยา ก่อน การบริหารยา 2. ปรับปรุงฉลากยาฉีดให้มี ข้อมูลการเตรียมยา และตัวทำ ละลายที่เหมาะสม 3. จัดทำคู่มือการบริหารยาฉีด ให้แก่หน่วยบริการ 4. จัดทำคู่มือการเตรียมยาและ สารน้ำ 5. อบรมฟื้นฟูทักษะ การ ติดตามการใช้ยาความเสี่ยงสูง และการเตรียมยา small dose		โปรแกรมความเสี่ยง 100% 1. กำกับ ติดตาม และ ประเมินการปฏิบัติตาม ระเบียบปฏิบัติการ คัดลอกคำสั่ง จัดเตรียม จัดจ่ายยาทั้งผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก ที่วาง ไว้	เม.ย.63 พบ 0.81 ครั้ง/1000 ใบสั่งยา พ.ค.2563 พบ 0.82 ครั้ง/1000 ใบสั่งยา มิ.ย.2563 พบ 0.28 ครั้ง/1000 ใบสั่งยา				

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
	<p>1.ระบบสำรองยาที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทุกจุด รวมถึงแพทย์แผนไทย</p> <p>2.ระบบ alarm ตู้เย็นเก็บยาที่มีมูลค่าสูงทุกตัว ในคลังยา</p> <p>3.ระบบยาฉุกเฉิน ยา stat ยาด่วน</p> <p>4.คู่มือยา multiple dose</p>	<p>1. จัดทำระเบียบปฏิบัติการสำรองยาโดยมีมาตรฐานการปฏิบัติเดียวกันทุกจุดตั้งแต่คลังยาใหญ่ จนถึงหน่วยคลังยาย่อยจุดต่างๆ รวมถึงแพทย์แผนไทย และใช้แนวทางมาตรฐานMODULE ยาจังหวัดนครศรีธรรมราช การกำหนดป้ายสีสัญลักษณ์ การกำหนดปริมาณชั้นสูง ชั้นต่ำ ในการจัดเก็บยา</p> <p>2. ติดตั้งระบบ alarm ตู้เย็นเก็บยาที่มีมูลค่าสูงทุกตัว ในคลังยา ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก ห้องจ่ายยาผู้ป่วยใน</p> <p>3. จัดทำระเบียบปฏิบัติ ระบบยาฉุกเฉิน ยา stat ยาด่วน</p> <p>4. จัดทำคู่มือยา multiple dose พร้อมใช้ในจุดสำรองยา</p>	<p>หน่วยจัดเก็บยาคล้ง ยาย่อยทุกจุด มีมาตรฐานเดียวกันทั้งรพ.</p> <p>ติดตั้งระบบ alarm ตู้เย็น ที่สำคัญและมีมูลค่าการจัดเก็บยา และเวชภัณฑ์สูง</p> <p>จำนวน 9 จุด คลังยา 4 ตัว ห้องยาผู้ป่วยนอก 1 ตัว ห้องยาผู้ป่วยใน 1 ตัว</p>	<p>มีระบบการนิเทศติดตามระบบคลังยาย่อย โดยทีม PTC ทุก 3 เดือน</p> <p>ระบบไลน์กลุ่มติดตาม อุณหภูมิตู้เย็นกรณีที่มีปัญหา</p>	<p>ร้อยละหน่วยสำรองยาผ่านเกณฑ์มาตรฐาน</p> <p>จำนวนครั้งของค่าอุณหภูมิที่ไม่อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน</p>	100			

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
	พร้อมใช้ใน จุดสำรองยา 5. ความคงตัวยา ฉีดหลังผสม พร้อมใช้ที่จุด เตรียมยา 6. Standard time บนฉลากยา 7. ระบบ IT สนับสนุนข้อมูลยา การจ่ายยา 8. ข้อมูลอ้างอิงยา ฉุกเฉิน การใช้ ระบบทดแทน 9. วงรอบการ บริหารยา ควบคู่ กับระบบมือ อาหารของ โรงพยาบาล	5. จัดทำคู่มือความคงตัวยา ฉีดหลังผสม ให้พร้อมใช้ที่จุด เตรียมยา 6. ระบุ Standard time บน ฉลากยา	ห้องปฏิบัติการ 2 ตัว โรงครัว 1 ตัว						

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
	<p>10.ห้องให้คำปรึกษาเป็นสัดส่วน สามารถใช้งานได้ตลอด 24 ชั่วโมงที่ห้องยาเปิดทำการ และคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย</p> <p>11.เพิ่มตัวชี้วัดที่บ่งบอก Adherence เพื่อให้ครอบคลุมเป้าหมายระบบยา</p> <p>12.ปรับระดับการทบทวน ME การเฝ้าระวังความรุนแรงที่ไวต่อการแก้ปัญหา การพัฒนาระบบงาน</p>	<p>ห้องให้คำปรึกษายังใช้ร่วมกับการเงิน แต่แยกเป็นสัดส่วน</p> <p>เพิ่มตัวชี้วัดสำคัญของ ระบบยา คือ ADHERENCE ยาในผู้ป่วย ARV</p> <p>คณะกรรมการPTC ปรับระดับการเฝ้าระวัง ME ให้ทบทวนตั้งแต่ระดับ D ขึ้นไป</p>	กำลังดำเนินการ	มีแผนแยกห้องให้คำปรึกษาเป็นสัดส่วน					

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
	<p>13.ระบบ Cold chain system การขนส่งยา รพ. สต. หน่วยเบิกที่ควบคุมอุณหภูมิได้มาตรฐาน ตลอดระยะเวลาขนส่ง</p> <p>14.จัดทำคู่มือขนาดยาในเด็ก ร่วมกับกุมารแพทย์ โดยเฉพาะ ยาฉุกเฉิน</p> <p>15.ทบทวนการระบุเวลาในการสั่งยาของแพทย์ในโรคที่เป็นจุดเน้นของรพ. คือ sepsis STEMI</p>	<p>ระบบการขนส่งยา รพ.สต. โดยรถส่งยาจากโรงพยาบาล ตามกำหนดวันนัดคลินิกโรคเรื้อรัง พร้อมการออกให้บริการเภสัชกรรม เดือนละ 1 ครั้ง</p> <p>แผนการจัดทำคู่มือการใช้ยาในเด็ก การใช้ยาฉุกเฉินในเด็ก</p> <p>คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ทบทวนการเขียนคำสั่งการใช้ยา การรับคำสั่งของพยาบาลและเภสัชกร โดยให้ระบุชื่อ สกุล ที่ระบุตัวผู้รับ</p>	<p>ดำเนินการขนส่งยาจากแม่ข่ายไปยัง รพ. สต.ตั้งแต่เดือน มกราคม 2563</p> <p>อยู่ระหว่างการดำเนินการ</p> <p>อยู่ระหว่างการดำเนินการ</p>	<p>พัฒนาระบบการขนส่งวัคซีนให้สัมพันธ์กับการให้บริการวัคซีนในคลินิก WCC</p>	<p>ยาเสื่อมสภาพจากการขนส่ง</p>				

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ	
						ปี 63	ปี 64	ปี 65		
	stroke เพื่อเก็บ ข้อมูล door to drug ทบทวน เวลาที่เหมาะสม ในการให้ยาผู้ป่วย 16.ระบบการ จัดทำป้าย การจัด วางยาLASA HAD ที่เป็นระบบ เดียวกันทั้ง รพ. ตั้งแต่คลังยา จนถึงจุดสำรองยา หน่วยงาน	คำสั่งได้ชัดเจน การรับคำสั่ง ยาที่เป็นจุดเน้นของรพ.ที่ต้อง ระบุเวลาที่ชัดเจนในการรับ คำสั่ง ได้แก่ SEPSIS และ stroke ยา stat จัดทำแนวทางการสำรองยาที่ เป็นมาตรฐานเดียวกันทุกคลัง ยาย่อย การจัดเก็บ ป้ายชื่อมี เดียวกันเป็นระบบ การ กำหนดปริมาณขั้นสูง ขั้นต่ำ ที่ควรสตอค การจัดเก็บยา กลุ่มเสี่ยงสูง LASA	คลังยาย่อยทุก หน่วยงานเป็น มาตรฐานเดียวกัน			-คลังยาทุกจุดผ่าน เกณฑ์มาตรฐาน -ไม่พบยาและเวชภัณฑ์ เสื่อมสภาพ -ไม่พบยาและเวชภัณฑ์ หมดอายุ -อัตราสำรองยา -รายการยาขาดสตอค				

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
II-7 การตรวจทดสอบประกอบการวินิจฉัยโรค และบริการที่เกี่ยวข้อง									
58. บริการ ห้องปฏิบัติการทาง การแพทย์/พยาธิ วิทยาคลินิก 59. ธนาคารเลือด และงานบริการโลหิต	ห้องปฏิบัติการ ทางการแพทย์ ควรติดตาม ประสิทธิภาพการ รายงานค่าวิกฤต เพื่อนำมาปรับ กระบวนการให้มี ความรวดเร็วและ ทันต่อการใช้งาน มากขึ้น	*ห้องปฏิบัติการมีการนำระบบ การรายงานค่าวิกฤตบันทึกใน ระบบ LIS พร้อมกับการ รายงานผลทางห้องปฏิบัติการ เพื่อสะดวกในการวิเคราะห์ ประมวลผล *มีการทบทวนการรายงานค่า วิกฤตในคณะกรรมการ PCT และได้มีปรับให้มี การนำแบบฟอร์มบันทึกการ แจ้งค่าวิกฤตทาง	ผลการดำเนินงานมี การบันทึกการ รายงานค่าวิกฤตใน ระบบ ตั้งแต่ 1 ม.ค. 63-30 ก.ย.63 ทั้งสิ้น จำนวน 2034 ครั้ง เฉลี่ยเดือนละ 226 ครั้ง วันละ 7 ครั้งและ บันทึกผู้รับรายงาน ทุกครั้งที่มีการ รายงานผลทำให้มี	*กำหนดให้มีการ ทบทวนค่าวิกฤตใน คณะกรรมการ PCT อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง *จัดทำแผนอบรม เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง รับทราบแนวทาง ปฏิบัติการรายงานค่า วิกฤต โดยจัดทำ แผนการอบรมอย่าง น้อยปีละ 1 ครั้ง	*อัตราการรายงานค่า วิกฤตทันเวลาภายใน 5 นาที *จำนวนครั้งของการ รายงานค่าวิกฤต บกพร่องจาก อุปกรณ์	√	√	√	Lab ร่วมทีม PCT

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
		ห้องปฏิบัติการมาใช้ตาม หน่วยงานต่างๆเพื่อวางระบบ ให้มีการติดตามการรายงาน ค่าวิกฤติที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม โดย	อัตราการรายงานค่า วิกฤติทันเวลาภายใน 5 นาที 99.95 % พบ มีรายงานอุบัติการณ์ การรายงานค่าวิกฤติ ล่าช้า 1 ครั้ง ซึ่งเกิด จากเป็นช่วงส่งต่อ ผู้ป่วยไม่ทราบผู้ป่วย อยู่ตรงจุดไหนชัดเจน และเป็นของแพทย์ ท่านใดทำให้แจ้งผิด จุด ส่วนกรณีแพทย์มี การรับทราบและ Action กับค่าวิกฤติ สามารถทำได้ภายใน เวลา 30 นาที 100 % *ปัญหาอุปสรรคจาก การดำเนินการในปี 2563 พบว่าการ	*มอบหมาย ผู้รับผิดชอบในการ ติดตามการรายงานค่า วิกฤติอย่างต่อเนื่อง					

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
			ตอบสนองของ หน่วยงานต่างๆใน การส่งแบบฟอร์ม บันทึกการรายงานค่า วิกฤติกลับมายัง ห้องปฏิบัติการ จำนวน 296 ครั้ง สาเหตุเกิดจากภาระ งานมากและไม่ได้มี การบันทึกในทันที และลืมบันทึก						
	ความก้าวหน้า จากการทบทวน เพิ่มเติม บริการ รังสีการแพทย์ ที่สมควรทบทวน และจัดทำแผน ระบบการจัดการ เพื่อป้องกัน	งานรังสีวิทยาได้จัดทำ แผนการป้องกันอันตรายจาก รังสีสำหรับบุคลากรที่ ปฏิบัติงานทางรังสีทุกคน โดย ได้จัดหาอุปกรณ์วัดรังสีประจำ บุคคลให้ทั้งเจ้าหน้าที่รังสี ทั่วไป และเจ้าหน้าที่งานทัน ตกรรม	มี เครื่องวัดรังสี ประจำบุคคลOSL สำหรับบุคลากรทุก คนที่ต้องสัมผัสรังสี ทั้งงานรังสีวิทยา (ครบทุกคนเมื่อ เดือน มีนาคม 2563) และงานทันตกรรม	จัดทำแผนการใช้ เครื่องวัดรังสีประจำ บุคคล OSL ทุก ปีงบประมาณ (รวม ค่าใช้จ่าย เป็นเงิน 7,000 บาท/ปี)	ผลการวัดปริมาณรังสีที่ ได้รับของบุคลากรที่ ปฏิบัติงานรังสี ต้องไม่ เกินค่ามาตรฐานของ ICRP ที่กำหนดไว้	/	/	/	ประสาน สงเสื่อ (หัวหน้างาน รังสีวิทยา) ทันตกรรม

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
	อันตรายจากรังสี โดยสำรวจ และ จัดหาอุปกรณ์วัด รังสีประจำบุคคล ชนิด OSL ให้ ครอบคลุม บุคลากรงานทัน ตกรรมที่ต้อง สัมผัสกับรังสี		(สำหรับผู้ปฏิบัติงาน รังสี เมื่อเดือน เมษายน 2563)						
II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ									
61. การเฝ้าระวัง โรคและภัยสุขภาพ									
II-9 การทำงานกับชุมชน									
62. การทำงานกับ ชุมชน									
ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย									
III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ									

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
63. การเข้าถึง บริการ 64. กระบวนการ การรับผู้ป่วย การ ให้ข้อมูล และ informed consent	ควรวางระบบการ คัดแยกความ รุนแรงของผู้ป่วย (triage) กำหนด เกณฑ์ ข้อบ่งชี้ให้ ชัดเจน สื่อสารทำ ความเข้าใจกับทีม และติดตามการ คัดแยกนำมา พัฒนาเพื่อให้ ผู้ป่วยสามารถเข้า รับบริการที่ รวดเร็วเหมาะสม มากขึ้น	1. มีวิธีปฏิบัติการคัดแยก ความรุนแรงที่ชัดเจน ตาม MOPH E.D. 2. ประชุมชี้แจงการปฏิบัติงาน ร่วมกันระหว่าง OPD และ ER 3. ทบทวนอุบัติการณ์คัดกรอง ผิดพลาด 4. ติดตามผลการดำเนินการ	1. อัตราการคัดกรอง ถูกต้อง ร้อยละ 99.62 2. อัตรา over triage 0.38 2. ร้อยละผู้ป่วย อาการทรุดลงขณะรอ ตรวจที่ OPD 0.002	มีการพัฒนาสมรรถนะ บุคลากรในการคัดแยก ผู้ป่วยปีละ 1 ครั้ง	1. อัตราการคัดกรอง ถูกต้อง ร้อยละ 100 2. ร้อยละผู้ป่วยอาการ ทรุดลงขณะรอตรวจที่ OPD < ร้อยละ 0.01	/	/	/	ทีม PCT
III-2 การประเมินผู้ป่วย									
65. การประเมิน ผู้ป่วย และการส่ง ตรวจเพื่อการ วินิจฉัยโรค	ทีมดูแลผู้ป่วย ควรทบทวนการ ประเมินผู้ป่วยทั้ง ที่แรกรับ และ	1. กำหนดการประเมินผู้ป่วย ของแต่ละหน่วยงาน	1. ร้อยละของผู้ป่วย อาการทรุดลงขณะรอ ตรวจที่ OPD 0.002	1. ทบทวนอุบัติการณ์ อาการทรุดลงขณะรอ ตรวจที่ OPD	1. ร้อยละของผู้ป่วย อาการทรุดลงขณะรอ ตรวจที่ OPD < ร้อยละ 0.01	/	/	/	ทีม PCT

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
66. การวินิจฉัยโรค	ประเมินซ้ำเมื่อ ต้องสังเกตอาการ ให้เป็นไปตาม มาตรฐานของโรค ที่สงสัย โดยมี แบบประเมินที่ ชัดเจนและ สามารถส่งต่อ ข้อมูลได้ทั้งใน OPD,IPD ตอบสนองต่อ ความผิดปกติที่ อาจเกิดขึ้นจาก การประเมินที่พบ ทั้งการประเมินซ้ำ เพื่อให้เกิด กระบวนการดูแล รักษาที่ทัน่วงที่	1.1 OPD มีการประเมินผู้ป่วย ทุก 1 ชั่วโมง โดยการ walk around 1.2 ER มีการประเมินผู้ป่วย ทุก 15-30 นาที ตามประเภท ผู้ป่วย 1.3 IPD มีการประเมินผู้ป่วย ตามประเภทผู้ป่วย โดยใช้ SOS Score ในการเฝ้าระวัง ประเมินซ้ำ 2. กำหนดโรคสำคัญที่ต้อง ประเมินซ้ำ 2.1 Hypo-Hyperglycemia 2.2 Stroke 2.3 ACS 2.4 1 st trimester Pregnancy c abdominal pain	2. ร้อยละของผู้ป่วย unplanned ET. Tube 9.41 3. ร้อยละของผู้ป่วย unexpected dead 5.88	2. ทบทวนผู้ป่วย unplanned ET. Tube 3. ทบทวนผู้ป่วย unexpected dead	2. ร้อยละของผู้ป่วย unplanned ET. Tube 0 3. ร้อยละของผู้ป่วย unexpected dead 0				

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
	และอย่าง เหมาะสม	3.ใช้ SBAR ในการส่งต่อ ข้อมูลเพื่อสื่อสารระหว่าง หน่วยงาน							
III-3 การวางแผน									
67. การวางแผน การดูแลผู้ป่วย 68. การวางแผน จำหน่าย	ควรกำหนด เป้าหมายการดูแล ผู้ป่วยแต่ละราย ให้ชัดเจน สื่อสาร ให้ทีมรับรู้ และ ปรับแผนการ รักษาให้เหมาะสม กับอาการ และ ปัญหาผู้ป่วย ส่วน การวางแผน จำหน่าย เสริม พลังให้สหสาขา วิชาชีพ รับรู้ เป้าหมาย การ วางแผนจำหน่าย	การวางแผนการดูแล 1. กำหนดให้แพทย์มีการ บันทึก specific clinical risk ในผู้ป่วย ที่ admit ทุกราย รวมทั้งกรณีที่มีอาการ เปลี่ยนแปลงทุกครั้ง การวางแผนการจำหน่าย 1.กำหนดให้มีการบันทึกการ วางแผนการจำหน่ายไป แบบฟอร์มบันทึกทางการ พยาบาล 2.ปรับปรุงใบ doctor's order and progress note sheet ให้ มีการระบุนการวางแผนการ	1. ร้อยละ ความ สมบูรณ์ของเวช ระเบียน ในด้าน progress note 44.72 2. ร้อยละ ความ สมบูรณ์ของเวช ระเบียน ในด้านการ วางแผนการจำหน่าย 70	ติดตามการทบทวนเวช ระเบียน	1.ร้อยละความสมบูรณ์ ของเวชระเบียน ใน ด้าน progress note > ร้อยละ 80 2. ร้อยละความสมบูรณ์ ของเวชระเบียน ใน ด้านการวางแผนการ จำหน่าย > ร้อยละ 80	/	/	/	PCT

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
	โดยเฉพาะผู้ป่วย ที่เรื้อรังควบคุม อาการไม่ได้ มี การ re - admit และมีส่วนร่วมใน แผนจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วย และ ผู้ดูแลมี ความสามารถใน การจัดการปัญหา สุขภาพที่มีโอกาส เกิดเมื่ออยู่ที่บ้าน ได้	ดูแลและการจำหน่ายเพื่อให้ ทีมสหวิชาชีพเข้าใจและรู้ เป้าหมายในการดูแลเดียวกัน							
III-4 การดูแลผู้ป่วย									
69. การดูแลทั่วไป	1. ทีมดูแลผู้ป่วย ควรส่งเสริมการ ดูแลรักษาถูกต้อง ช่วยฟื้นคืน ตาม แนวทางการ	1. ทบทวน CPG กลุ่มโรค สำคัญ เช่น ACS ทุกปี 2. ทบทวนเกณฑ์การปรึกษาผู้ ชำนาญกว่า 3. ทบทวนแนวทางการส่งต่อ	อ ยู่ ร ะ ห ว่ า ง ดำเนินการ		1.unplanned refer 2. unplanned ET tube 3. unplanned dead	/	/	/	ทีมPCT

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
	ระหว่างทีมดูแล ผู้ป่วย และองค์กรแพทย์ เพื่อรับทราบแนว ทางการดูแล และ พัฒนา clinical tracer ให้เหมาะ กับบริบทของ โรงพยาบาล								
70. การดูแลและ บริการที่มีความ เสี่ยงสูง	การดูแลและ บริการที่มีความ เสี่ยงสูง ควรส่งเสริมให้ทีม ดูแลผู้ป่วย จัดทำ มาตรฐานการดูแล รักษา มีการ ประเมินความ	1. จัดทำแนวทางปฏิบัติการ การดูแลและบริการที่มีความ เสี่ยงสูง 2. ทบทวนแนวทางการดูแล ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง 3. พัฒนาสมรรถนะบุคลากรใน การดูแลผู้ป่วยความเสี่ยงสูง	- มีแนวทาง ปฏิบัติการการดูแล และบริการที่มีความ เสี่ยงสูง	- ติดตามการปฏิบัติตาม แนวทางการดูแลผู้ป่วย และบริการที่มีความ เสี่ยงสูง - ประเมินสมรรถนะ บุคลากร	บุคลากรได้รับการ ประเมินผ่านเกณฑ์	/	/	/	ทีมPCT

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
	พึงประสงค์ที่ เกิดขึ้น เพื่อหา โอกาสพัฒนาเชิง ระบบ ออกแบบ กระบวนการดูแล ใหม่และนำสู่การ ปฏิบัติโดยทีมสห สาขาวิชาชีพ								
71. การระงับ ความรู้สึก 72. การผ่าตัด									
73. อาหารและ โภชนาบำบัด	ควรทบทวนการ ประเมินภาวะ โภชนาการของ โรค มุ่งเน้นที่ได้ กำหนดไว้แล้ว เช่น โรคเบาหวาน โดยกำหนด	-มีแผนการประเมินผลการให้ โภชนศึกษาแก่ผู้ป่วย IPD และ OPD กลุ่ม ผู้ป่วย โรคเบาหวานในทุกสายที่ แพทย์สั่ง ปรึกษาในกลุ่ม ผู้ป่วยโรคเบาหวานค้นหา สาเหตุและให้ความรู้และ	ได้มีการวางแผนการ ให้ความรู้เรื่องการ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมกรบริโภค อาหารในกลุ่มผู้ป่วย โรคเบาหวานตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2562 -	-ทีมสหสาขาประเมิน ระบบการให้โภชน ศึกษาโดยบันทึกใน แบบประเมินผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอกทุกราย -มีการติดตามกลุ่ม ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่	-ผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาล ในเลือดลดลง หลังจากเข้ารับความรู้	/	/	/	ทีมPCT

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
	เป้าหมาย กระบวนการ และ การติดตาม ผลลัพธ์ที่ชัดเจน เพื่อให้เกิดการ ดูแลด้าน โภชนาการอย่าง เหมาะสม และ ผู้ป่วยสามารถ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมได้ เหมาะสมกับโรค ที่เป็นอยู่ได้	พฤติกรรมกรบริโภคอาหาร เป็นรายบุคคลพร้อมญาติใน กลุ่ม 1.โรคเบาหวานรายใหม่ 2. โรคเบาหวานที่ไม่สามารถ ควบคุมน้ำตาลได้ ≥ 180 mg.% -นักโภชนาการ วางแผน ร่วมกับ PCT ใช้แบบประเมิน ภาวะโภชนาการ(SOAP)ใน ผู้ป่วยใน	สิงหาคม 2563 ได้ ให้บริการเฉพาะ รายบุคคลและญาติ จำนวน 484 ราย - ปัญหาและอุปสรรค พบว่าผู้ป่วย โรคเบาหวาน หลังจากการให้ คำปรึกษาและ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมกรบริโภค อาหารของผู้ป่วย โรคเบาหวานสามารถ ควบคุมระดับน้ำตาล ได้ดีขึ้นใน Visit แรก และหลังจากนั้น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลับไปมีระดับ น้ำตาลสูง	ได้เข้ากลุ่มให้ความรู้ การปรับเปลี่ยน พฤติกรรมกรบริโภค อาหารโดยใช้แบบ ประเมินความรู้และ ปรับพฤติกรรมกร บริโภคอาหารของ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน -มีการจัดทำ QR Code ให้ความรู้เรื่องอาหาร ในกลุ่มที่สามารถ เข้าถึงได้					

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
74. การดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย	ทีมดูแลผู้ป่วยควร นำข้อมูลปัญหา ผู้ป่วยเสียชีวิตใน ระยะสุดท้ายมา พัฒนาแนว ทางการดูแล ผู้ป่วยระยะ สุดท้าย อบรม ความรู้บุคลากร ควรประเมิน ปัญหา และความ ต้องการดูแล ผู้ป่วยที่ครอบคลุม และสื่อสาร แผนการดูแล ผู้ป่วยร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยและ ครอบครัวได้รับ การดูแลที่	1.ส่งบุคลากรในทีมpalliative care อบรมในการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย 2. ทบทวนแนวทางการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้าย 3. ทบทวนผู้ป่วยในระยะ สุดท้ายเสียชีวิต	- มีพยาบาลผ่านการ อบรมการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย 2 สัปดาห์	-ทบทวนการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย		/	/	/	ทีมPCT

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
	ครอบคลุมทั้งด้าน ร่างกาย สังคม และจิตวิญญาณ								
75. การจัดการ ความปวด									
76. การฟื้นฟูสภาพ	ควรส่งเสริมการ วางแผนฟื้นฟู กลุ่มผู้ป่วยให้ สอดคล้อง ไปกับ โรคมุ่งเน้นของ โรงพยาบาล นอกเหนือไปจาก ผู้ป่วย stroke โรค กล้ามเนื้อต่างๆ เพื่อสามารถ ตอบสนองความ ต้องการของทีมที่ รักษาได้อย่าง เหมาะสม รวมถึง	- มีการวางแผนร่วมกับทีมสห วิชาชีพเพื่อให้ กายภาพบำบัดเข้าไปฟื้นฟู ผู้ป่วยในกลุ่มที่เป็นโรคมุ่งเน้น ของโรงพยาบาล - ทบทวนตัวชี้วัดเพื่อให้ ครอบคลุมและสามารถติดตาม ผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสภาพได้ อย่างชัดเจน - ประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่ใน แผนกกายภาพบำบัด ให้ ตระหนักและช่วยกันค้นหา	- นักกายภาพบำบัด เข้าไปส่งเสริมการ ออกกำลังกายที่ เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วย เบาหวานและผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง (Group exercise) เดือนละ 1 ครั้ง - มีการนำแบบ ประเมิน Barthel index และแบบ ประเมินคุณภาพชีวิต เข้ามาประเมินผู้ป่วย เพื่อมีการติดตาม	- นักกายภาพบำบัด เข้าไปส่งเสริมการออก กำลังกายให้แก่ผู้ป่วย เบาหวานและความดัน โลหิตสูง(Group exercise) เดือนละ 1 ครั้ง - ใช้แบบประเมิน Barthel index และ แบบประเมินคุณภาพ ชีวิตเข้ามาประเมินผล การฟื้นฟูสภาพอย่าง ต่อเนื่อง	- ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงมี ความรู้เกี่ยวกับการ ออกกำลังกายที่ เหมาะสมกับโรคของ ตนเอง - มีการใช้แบบประเมิน Barthel index และ แบบประเมินคุณภาพ ชีวิตเข้ามาประเมินผล การฟื้นฟูสภาพ100% - มีการรายงาน อุบัติการณ์ความเสี่ยง 10 อุบัติการณ์/เดือน	/	/	/	ทีมPCT/ กายภาพบำ บัด

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
	ควรมีตัวชี้วัดที่ทำให้สามารถติดตามผลลัพธ์ของการช่วยฟื้นฟูสภาพที่ชัดเจนเพื่อปรับเปลี่ยนแผนการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น ควรส่งเสริมการค้นหาและวิเคราะห์ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากกระบวนการดูแลรักษาทางกายภาพ บำบัดและปรับเปลี่ยนเพื่อเพิ่มความ	ความเสี่ยงในแผนกกายภาพบำบัด เพื่อเพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย	ผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสภาพได้อย่างชัดเจน - มีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้นจากเดิมเป็น 10 อุตการณ์/เดือน	- มีการค้นหาความเสี่ยงในแผนกกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง					

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
	ปลอดภัยแก่ ผู้ป่วย								
77. การดูแลผู้ป่วย โรคไตเรื้อรัง									
III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว									
78. การให้ข้อมูล และเสริมพลัง	ทีมดูแลผู้ป่วยควร กำหนด กลุ่มเป้าหมายที่ ต้องให้ข้อมูลและ เสริมพลัง มีการ ฝึกทักษะการดูแล ตนเองให้แก่ ผู้ป่วยและ ครอบครัว ควร ติดตามผลลัพธ์ การดูแลตนเอง ของผู้ป่วยและ ครอบครัวเพื่อ นำสู่การปรับปรุง	1.มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ ใช้ยาฉีดอินซูลินแบบปากกา ทั้งหมดจำนวน 535 ราย ได้รับการฝึกทักษะ จนมีความ มั่นใจในการฉีด จำนวน 510 ราย และมีผู้ป่วยที่มีปัญหาใน การใช้ยาฉีดอินซูลินแบบ ปากกา ซึ่งยังต้องติดตามการ ใช้ยาอย่างใกล้ชิดจำนวน 25 ราย 2.ผู้ป่วยที่มีอุปกรณ์ได้รับ ข้อมูลการเสริมพลังการฝึก	1.มีการสอนการฉีด อินซูลินโดยเภสัชทุก ราย ก่อนจ่ายยาใน ผู้ป่วยรายใหม่และ รายเก่ามีการ ติดตาม ผลลัพธ์โดยการ สอบถามวิธีการใช้ยา ฉีดยา โดยพยาบาล คลินิกโรคเรื้อรัง และ เภสัชกรก่อนจ่ายยา 2.การนำ 2 tick ไปใช้ กับผู้ป่วยและญาติใน กลุ่มผู้ป่วยที่มี	1.ร้อยละของผู้ป่วย เบาหวานสามารถฉีด อินซูลินเองที่บ้านได้ อย่างถูกต้อง ทั้งวิธี และขนาด และ เวลา 2.ร้อยละของพยาบาล ใช้ 2 ticks ประเมิน ผู้ป่วยและญาติที่มี		/	/	/	PCT

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
	การให้ข้อมูลและ เสริมพลังที่ เหมาะสมกับ ผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม บุคคล	ทักษะการดูแลตนเองก่อน จำหน่ายทุกราย 3. มีผู้ป่วยกลุ่มติดเตียงที่ได้รับ การให้ข้อมูลและเสริมพลัง มี การฝึกทักษะการดูแลตนเอง ให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว จำนวน 168 ราย	อุปกรณ์ติดตัวทุกราย เพื่อเป็นการทวนว่า ผู้ป่วย/ญาติเข้าใจใน สิ่งที่เราให้คำแนะนำ ไปหรือไม่ 3. การให้ข้อมูลเสริม พลังการฝึกทักษะ การดูแลตนเองให้แก่ ผู้ป่วยและครอบครัว กลุ่มติดเตียงให้ ครอบคลุมถึงชุมชน เพื่อการดูแลต่อเนื่อง และมีการประเมินผล ลัพธ์ โดยการดูแล ต่อเนื่องที่บ้านโดย ชุมชน 4. มีการให้ข้อมูลเสริม พลังการฝึกทักษะ	อุปกรณ์ทุกราย ก่อน จำหน่าย 3. ร้อยละของผู้ป่วยติด เตียงได้รับการให้ข้อมูล และเสริมพลังการฝึก ทักษะการดูแลตนเอง และการดูแลต่อเนื่อง ตลอดจนการดูแล ต่อเนื่องที่บ้าน 4. ร้อยละร้อยละของผู้ป่วย ลำไส้ (CAPD) ได้รับ					

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
		4.ผู้ป่วยล้างไต CAPD ได้รับความดูแลและให้ข้อมูลเสริมพลัง มีการฝึกทักษะการดูแลตนเองให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว จำนวน ราย	การดูแลตนเองให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในกลุ่มผู้ป่วยล้างไต (CAPD) และมีการเยี่ยมบ้านทุกราย	ข้อมูลการเสริมพลังการฝึกทักษะผู้ป่วยล้างไต (CAPD) และมีการเยี่ยมบ้าน					
III-6 การดูแลต่อเนื่อง									
79. การดูแลต่อเนื่อง	การดูแลต่อเนื่อง	1.มีการกำหนดกลุ่มที่ต้องดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(โรคเบาหวาน โรคความดัน	- อัตราผู้ป่วยเบาหวานผิคนัด ร้อยละ 0.98	- กำกับให้เจ้าหน้าที่ (ห้องบัตร /พยาบาลซักประวัติ/หลังตรวจ)	- อัตราผู้ป่วยเบาหวานผิคนัด < ร้อยละ 5	/	/	/	ทีมPCT

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
	<p>ควรพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ต้องดูแลต่อเนื่อง ระบบการนัด และติดตามนัด โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยที่ต้องส่ง COC เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวได้รับการดูแลต่อเนื่อง</p>	<p>โลหิต โรคหอบหืด โรคหัวใจ โรคไต โรคทางจิตเวช) โดยมีเกณฑ์และตารางนัดคลินิก เฉพาะโรคที่ชัดเจน ผู้ป่วยผื่นคันใช้วิธี</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) โทรศัพท์ตาม 2) กรณีโทรศัพท์ติดต่อไม่ได้ ประสานรพ.สต. เครือข่าย 3) กำหนดให้เจ้าหน้าที่(ห้องบัตร /พยาบาลซักประวัติ/หลังตรวจ)สอบถามเบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ให้เป็นปัจจุบัน โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ <p>- เกณฑ์การนัดผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดัน</p>	<p>- อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงผื่นคัน ร้อยละ 0.40</p>	<p>สอบถามเบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ให้เป็นปัจจุบัน</p>	<p>- อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงผื่นคัน < ร้อยละ 5</p>				

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
		<p>โลหิตสูง นัดผู้ป่วยทุก 2-4 สัปดาห์</p> <p>- ทบทวนแนวทางส่งผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงไปรพ.สต.เครือข่าย</p> <p>-ทบทวนแนวทางส่งผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ที่ส่ง HHC</p> <p>3.โรคทางจิตเวชที่ควบคุมอาการได้ดีนี้รับยาที่คลินิกจิตเวชทุก 2 เดือน</p>	<p>- แนวทางส่งผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงไปรพ.สต.เครือข่ายเหมาะสม</p> <p>- ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่นอนโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อน ส่ง HHC ไม่ครอบคลุม</p> <p>3.ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการส่งต่อทีม HHC และได้รับการ</p>	<p>- ปฏิบัติตามแนวทางส่งผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงไปรพ.สต.เครือข่าย</p> <p>- ปรับเพิ่มเกณฑ์ผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลด้วยน้ำตาลสูง/DKA ส่ง HHC</p> <p>1.ติดตามผู้ป่วยจิตเวชกินยาต่อเนื่อง</p> <p>2.การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนให้อยู่ในชุมชน</p>	<p>- ติดตามการปฏิบัติตามแนวทาง</p> <p>1.ร้อยละการผิदनัดขาดยาผู้ป่วยจิตเวช</p> <p>2.ร้อยละการกลับซ้ำของผู้ป่วยจิตเวช</p>				

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
		<p>-กลุ่มที่อาการไม่คงที่นัดติดตามอาการทุก 1 เดือน</p> <p>-ผู้ป่วยรายใหม่และอาการไม่คงที่นัดติดตามอาการทุก 1-2 อาทิตย์ จนกว่าอาการคงที่นัด 1 เดือน</p> <p>-ผู้ป่วยจิตเวชไม่มาตามนัดประสานพื้นที่ติดตามผู้ป่วยเพื่อรับยาต่อเนื่อง</p> <p>-ผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่มีผู้ดูแลมีปัญหาการรับประทานยาส่งทีม HHC/ขาดยาติดต่อกัน 2 เดือน ส่งทีม HHC</p>	<p>เยี่ยมจำนวน 20 ราย (จิตเวชฉุกเฉิน)</p> <p>-ผู้ป่วยจิตเวชที่จนท.สาธารณสุข DOT ยาให้จำนวน 5 ราย</p>	ได้ โดยคนในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล					

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
ตอนที่ IV ผลการดำเนินการ									
IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ									
80. ผลลัพธ์ในมิติ การเข้าถึง	ควรทบทวนการ กำหนดผลลัพธ์ใน	-	มีการปรับเพิ่มตัวชี้วัด ให้ครอบคลุมกับกลุ่ม	มีการกำกับติดตาม	- อัตราการคัดกรอง	/	/	/	ที่มนำ
81. ผลลัพธ์ในมิติ ความต่อเนื่องใน การดูแล	มติต่างๆ ของ แต่ ละกลุ่มโรคให้ ชัดเจนและ		โรคที่เป็นเข็มมุ่งและ เป้าหมายของ โรงพยาบาล	ตัวชี้วัดอย่างต่อเนื่อง ทุกเดือน	ถูกต้อง ร้อยละ 100				คณะกรรมการ
82. ผลลัพธ์ในมิติ ความเหมาะสมใน การดูแล	เหมาะสมกับ บริบทองค์กร และ เป้าหมายของการ		<u>ได้แก่</u> - อัตราการคัดกรอง ถูกต้อง ผลลัพธ์ปี		- ร้อยละผู้ป่วยอาการ ทรุดลงขณะรอตรวจที่ OPD < ร้อยละ 0.01				บริหาร งาน
83. ผลลัพธ์ในมิติ ประสิทธิผลในการ ดูแล	รักษา ติดตาม ผลลัพธ์อย่าง สม่ำเสมอเพื่อ		2563 ร้อยละ 0.003		- อัตราผู้ป่วยเบาหวาน ผิคนัด < ร้อยละ 5				ยุทธศาสตร์
84. ผลลัพธ์ในมิติ ประสิทธิผลในการ ดูแล	เรียนรู้ และหา โอกาสพัฒนา อย่างต่อเนื่อง		- ร้อยละผู้ป่วยอาการ ทรุดลงขณะรอตรวจ ที่ OPD ผลลัพธ์ปี		- อัตราผู้ป่วยความดัน โลหิตสูงผิคนัด < ร้อย ละ 5				
85. ผลลัพธ์ในมิติ ความปลอดภัยใน การดูแล	ปลอดภัยของ ผู้ปฏิบัติงาน และ ประสิทธิผลใน		2563 ร้อยละ 0.003		- ร้อยละของผู้ป่วย unplanned ET. Tube 0				
			- อัตราผู้ป่วย เบาหวานผิคนัด ผลลัพธ์ปี 2563 ร้อย ละ 0.94		- ร้อยละของผู้ป่วย unexpected dead 0				

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
วินิจฉัยและดูแล	การรายงานค่า วิกฤติ		- อัตราผู้ป่วยความ ดันโลหิตสูงชนิด ผลลัพธ์ปี 2563 ร้อย ละ 0.42 -ร้อยละของผู้ป่วย unplanned ET. Tube ผลลัพธ์ปี 2563 ร้อยละ 6.76 -ร้อยละของผู้ป่วย unexpected dead ผลลัพธ์ปี 2563 ร้อย ละ 3.22						
86. ผลลัพธ์ในมิติ คนเป็นศูนย์กลาง 87. ผลลัพธ์ด้าน การสร้างเสริม สุขภาพ	ควรส่งเสริมให้ เพิ่มการติดตาม ผลลัพธ์การ ตอบสนอง ความต้องการของ ผู้รับบริการเพื่อ นำมาติดตาม	1.ทีมนำมีการประชุมทบทวน ตัวชี้วัดสำคัญที่เกี่ยวกับการ ตอบสนองความต้องการของ ผู้รับบริการซึ่งตัวชี้วัดเดิมมี เฉพาะเรื่องของความพึงพอใจ ยังไม่ครอบคลุม	มีการปรับเพิ่มตัวชี้วัด เกี่ยวกับอัตราการ ตอบสนองข้อ ร้องเรียน ปี 2563 100%	ติดตามตัวชี้วัดทุก 3 เดือน	อัตราข้อร้องเรียนได้รับ การตอบสนองในเวลา ที่กำหนด 100%				

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
	ผลลัพธ์ในมิตินี้ให้ ครอบคลุมมากขึ้น								
88. ผลลัพธ์ของ PSG:S การผ่าตัดที่ ปลอดภัย 89. ผลลัพธ์ของ PSG:S การป้องกัน การติดเชื้อ/ระบบ การป้องกันและ ควบคุมการติดเชื้อ 90. ผลลัพธ์ของ PSG:S การจัดการ ระบบยา และการให้ เลือด 91. ผลลัพธ์ของ PSG: P กระบวนการ วินิจฉัยและดูแล	ควรทบทวนให้มี ตัวชี้วัดที่สะท้อน ประเด็นคุณภาพ ของสิ่งส่งตรวจ ความปลอดภัย ของผู้ปฏิบัติงาน และประสิทธิภาพ ในการรายงานค่า วิกฤติ	1.ทีมนำมีการประชุมทบทวน ตัวชี้วัดสำคัญที่สะท้อนถึง คุณภาพของสิ่งส่งตรวจ ความ ปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงานและ ประสิทธิภาพในการรายงาน ค่าวิกฤติ เพื่อให้ได้ตัวชี้วัดที่ ครอบคลุม ตรงตามเป้าหมาย และบริบทของโรงพยาบาล	มีการปรับเพิ่มตัวชี้วัด ด้านประสิทธิภาพ ของสิ่งส่งตรวจดังนี้ 1.อัตราการเก็บส่ง ตรวจบกพร่อง/1000 specimen <u>ผลลัพธ์ปี</u> <u>2563 ร้อยละ 0.72</u> 2.อัตรา จนท กลุ่ม เสี่ยงมีภูมิคุ้มกันไวรัส ตับอักเสบ B <u>ผลลัพธ์ปี 2563 ร้อย</u> <u>ละ 100</u>	ติดตามตัวชี้วัด ทุก 3 เดือน	1.อัตราการเก็บส่ง ตรวจบกพร่อง<5/1000 specimen 2.อัตรา จนท กลุ่มเสี่ยง มีภูมิคุ้มกันไวรัสตับ อักเสบ B				

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนปฏิบัติการพัฒนา คุณภาพตามข้อเสนอแนะ ปี 2563	ผลการดำเนินงาน/ ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2563	กิจกรรมที่จะ ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2563 - 2565	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
						ปี 63	ปี 64	ปี 65	
92. ผลลัพธ์ของ PSG: L line,tube,catheter,l ab 93. ผลลัพธ์ของ PSG: E การ ตอบสนอง สถานการณ์เร่งด่วน									
IV-3 ผลด้านกำลังคน									
94. ผลลัพธ์ด้าน กำลังคน		1.ทีมนำมีการประชุมทบทวน ประเด็นเกี่ยวกับสุขภาพของ บุคลากร เพื่อให้ได้ตัวชี้วัดที่ ครอบคลุม ตรงตามเป้าหมาย และบริบทของโรงพยาบาล	1.มีการปรับเพิ่ม ตัวชี้วัด อัตราการฉีด วัคซีนไขหวัดใหญ่ใน เจ้าหน้าที่ <u>ผลลัพธ์ปี 2563 ร้อย ละ 84</u>	ติดตามตัวชี้วัดประจำปี	อัตราเจ้าหน้าที่ได้รับ วัคซีนไขหวัดใหญ่ ประจำปี 100%				
IV-4 ผลด้านการนำ									
95. ผลลัพธ์ด้าน การนำ									
IV-6 ผลด้านการเงิน									

