ความก้าวหน้าแผนพัฒนาคุณภาพตามข้อเสนอแนะ

ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

วันที่ 20 ตุลาคม พ.ศ.2563

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร						
I-1 การนำ						
01ผู้นำระดับสูงชี้นำองค์กร (พันธกิจ วิสัยทัศน์ ค่านิยม) / 02 การส่งเสริมการดำเนินงานที่ดี (สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนา วัฒนธรรมความปลอดภัย) /03การสื่อสาร เสริมพลัง จูงใจ เน้นที่การปฏิบัติ / 04 ระบบกำกับดูแลกิการ การประเมินผู้นำ / ระบบการนำ / 05 ความรับผิดชอบต่อสาธารณและการดำเนินงานอย่างมีจริยธรรม						
1.ทีมนำสูงสุดและทีมนำของโรงพยาบาล ควรส่งเสริมบรรยากาศของการพัฒนาเพื่อให้เกิดผลการดำเนินงานที่ดีของบุคลากร เช่นการนำผลสำรวจมาใช้ การติดตามความก้าวหน้าและผลลัพธ์ในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ กำหนดจุดเน้นของการพัฒนาที่จะแก้ไขในแต่ละปีเพื่อสามารถไปยังทุกระดับได้อย่างชัดเจน ควรส่งเสริมการวางระบบการประเมินผู้นำและประสิทธิภาพของระบบการนำเพื่อนำมาปรับปรุงการนำได้อย่างมีประสิทธิภาพ	1.ส่งเสริมบรรยากาศของการพัฒนาเพื่อให้เกิดผลการดำเนินงานที่ดีของบุคลากรโดยมีกิจกรรมดังต่อไปนี้ 1.1โครงการพี่ดูแลน้อง 1.2.ให้รางวัล / ชมเชย ผู้ที่ทำชื่อเสียงให้แก่โรงพยาบาล เช่น รางวัลคนดีศรีพระนั่งเกล้า 1.3.โครงการอาหารกลางวัน 1.4.สนับสนุนความก้าวหน้าโดยการปรับปรุงการจัดทำ Career path ให้มีระยะเวลาการคัดเลือก การประเมิน ให้มีความเหมาะสมมากขึ้น	-ผลการประเมิน Safety Culture -ผลการประเมิน Emo-meter	อยู่ในระดับดี อยู่ในระดับดี	ทุก 1 ปี ทุก 1 ปี	<u>สรุปการวิเคราะห์ HSCS ปี 2563</u> อยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุงเป็นส่วนใหญ่ ดังนี้ 1.ปรับปรุงการรายงานเหตุการณ์ ระดับ A-E 2. ปรับปรุงการตอบสนองต่อความผิดพลั้งที่ปราศจากการ ส่งผลร้ายกับตนในภายหลัง 3. ต้องปรับปรุงการ	-คกก.ACC และ คกก.บริหาร

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
	สิ่งที่ได้ปฏิบัติตามข้อเสนอแนะ -ปฏิบัติตามโครงการที่ 1.1-1.3 -Leadership walk round ติดตามตามประเด็นคุณภาพ เช่น การพัฒนาระบบยา ระบบการป้องกันการติดเชื้อในห้องผ่าตัด การติดเชื้อดื้อยาใน NICU -ทีมนำมีคำสั่งให้ปรับคณะกรรมการชุดต่างๆ เพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วม การสื่อสาร การกำกับติดตามที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เช่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ คณะกรรมการความเสี่ยง				สื่อสารและการรับ ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลั้ง 4. การสนับสนุนด้านการจัดการโรงพยาบาลสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย การสนับสนุนด้านการจัดการโรงพยาบาลสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย แผนพัฒนาเพื่อยกระดับ safety culture 1.การออกนโยบายสนับสนุนการรานงานความเสี่ยง No Blame , No Shame	

ข้อเสนอแนะ	**แผนพัฒนาคุณภาพ**	**ตัวชี้วัด**	**เป้าหมาย**	**ความถี่/ระยะเวลา**	**ผลลัพธ์**	**ผู้รับผิดชอบ**
					2.ผูกการรายงาน ICR กับ PMS และ P4P 3.สนับสนุนด้าน IT ให้รายงานทาง HRMS ได้สะดวก 4.สนับสนุนให้หัวหน้างานอ่านรายงานICR และสื่อสารหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมแก้ไข 5.การอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง ระบบบริหารความเสี่ยง ตัวชี้วัด 1.การรายงานระดับ A-I เพิ่มขึ้น 2.อัตราการรับรองรายงานอุบัติการณ์เพิ่มขึ้น	

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
					แก้ไขเชิงระบบ 3.อัตราการทบทวนและแก้ไขเพิ่มขึ้น 4.อัตราการทำ RCA แล้วนำสู่การแก้ไข <u>ผลการประเมิน</u> <u>Emo-meter</u> (คะแนนเต็ม 5) ผลการสำรวจพบว่า - ปัจจัยความพึงพอใจ 3.28 คะแนน - ปัจจัยความผูกพัน 3.31 คะแนน - ระดับความผูกพัน 3.38 คะแนน	

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
I-2 การบริการเชิงกลยุทธ์						
06 กระบวนการจัดทำกลยุทธ์และการวิเคราะห์ข้อมูล /07 วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ตอบสนองความท้าทายและครอบคลุม HP /08 การถ่ายทอดกลยุทธ์สู่การปฏิบัติ /09 การวางแผนและจัดสรรทรัพยากร /10 การคาดการณ์ การวัดผล และติดตามความก้าวหน้า						
1. ผู้นำสูงสุดและทีมนำควรทบทวนและวิเคราะห์ข้อมูลที่มีอยู่แล้วในทุกระดับ โดยเฉพาะกลุ่มลูกค้าสำคัญขององค์กร โรค และภัยสุขภาพในพื้นที่ เช่น โรคที่มากับประชาชนแฝงที่มีจำนวนมากในชุมชน นำมาหาความท้าทายและนำมาใช้กำหนดเป็นยุทธศาสตร์และทรัพยากรที่เพียงพอ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้น และครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพ ติดตามการบรรลุเป้าหมายที่คาดการณ์ไว้และตอบสนองได้ทันในกรณีเป้าหมายไม่บรรลุตามระยะเวลาที่กำหนด	1. ประชุมทีมนำในการทบทวนแผนยุทธศาสตร์ - การวิเคราะห์ SWOT Analysis ให้ครอบคลุมปัจจัยสำคัญที่จะมีผลต่อความสำเร็จขององค์กร - วิเคราะห์ความท้าทายขององค์กร และนำความท้าทายมากำหนดแผนกลยุทธ์ และตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาล โดยให้สอดคล้องกับบริบทและโรคที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ และครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย	1. ทีมนำมีการประชุมทบทวนแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล	อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี	กันยายน - ตุลาคม ของทุกปี	มีแผนยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อนความสำเร็จขององค์กร	- ทีมนำระดับ รพ. - คกก.จัดทำแผนยุทธศาสตร์

	2. ประชุมทีมนำในการวิเคราะห์ความต้องการ คน เงิน ของ เพื่อนำมาวางแผนในการขับเคลื่อนการดำเนินงานให้บรรลุตามแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดีขึ้นของผู้รับบริการแลประชาชนในพื้นที่	2. ทีมนำมีการประชุมทบทวนแผน คน เงิน ของ	1 ครั้งต่อปี	สิงหาคม - ตุลาคม ของทุกปี	มีแผนอัตรากำลัง แผน Planfin ,แผนครุภัณฑ์ และสิ่งก่อสร้าง, แผนยา, แผนเวชภัณฑ์ที่มิใช้ยา, แผนวัสดุ	- ทีมนำระดับ รพ. - คกก. บริหาร รพ. - คกก. HRD
	3. กำหนดผู้รับผิดชอบกลยุทธ์และแนวทางการติดตามตัวชี้วัดที่ชัดเจน และรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดในวาระการประชุมคณะกรรมการบริหาร **<u>การพัฒนาตามบริบท</u>** 1.ลดความแออัดในโรงพยาบาล 1.1โดยขยายเตียงในการให้บริการ <u>อาคาร 18 ชั้น</u> (เปิดบริการใหม่) -RCU MED 13 เตียง -พิเศษประกันสังคม 8 เตียง -รับผู้ป่วยวิกฤตที่ศัลยกรรมชาย 8 เตียง - หอผู้ป่วยพิเศษ Premium อีก	3. มีผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดที่ชัดเจน 4. รายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดทุก 3 เดือน		ทุก 3 เดือน	ติดตามตัวชี้วัดที่มุ่งเน้นในคณะกรรมการบริหาร ทุก 1 เดือน	- ผู้เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัด - กลุ่มงานยุทธศาสตร์ฯ

	2 ชั้น เป็น 3 ชั้น 39 ห้อง **<u>เปิดอาคารสำเภาทอง(ใหม่)</u>** -หอผู้ป่วยอายุรกรรมรวม 50 เตียง -หอผู้ป่วยอายุรกรรมเฉพาะทาง (Stroke โรคไต โรคหัวใจ) 40 เตียง -(ย้ายขยายเตียงเพิ่มจากเดิม) สูตินรีเวชกรรม จาก 30 เป็น 40 เตียง <u>ห้องตรวจผู้ป่วยนอก</u> -ขยายห้องตรวจศัลยกรรมกระดูกเพิ่มอีก 1 ชั้น -เปิดบริการห้องยานอกสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม 1.2 ปรับพื้นที่บริการเพื่อรองรับการขยายตัว -ย้ายแผนกเอ็กซเรย์ไปชั้น 2 อาคาร 18 ชั้น -ย้ายห้องผ่าตัดไปชั้น 12,16,17 อาคาร 18 ชั้น -ย้ายห้องคลอดไปชั้น 11 อาคาร 18 ชั้น					

	2.เตรียมพร้อมสำหรับผู้ป่วยโควิด-19 -Ward โควิด ชั้น 7 อาคารสำเภาทอง -ห้อง Negative pressure 6 ห้อง (ตึกสำเภาทอง 2 ห้อง ER 2 ห้อง ห้องผ่าตัดเก่าที่อาคารมารดาเรียมทำ OR negative 1 ห้อง LR negative 1 ห้อง) -ตึกเจ้าทับ ชั้น 1- Cohort ward ชั้น 2 ICU Covid -Modular screening clinic Modular ARI Clinic Modular PUI Clinic แผนระยะสั้น เปิดอายุรกรรมโรคหัวใจ 30 เตียง					

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
I-3 การมุ่งเน้นผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน						
11.การรับฟัง/เรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม 12.การสร้างความสัมพันธ์ ช่องทางการติดต่อ การจัดการคำร้องเรียน 13.การประเมินความพึงพอใจ การรับข้อมูล ป้อนกลับ การนำมาปรับปรุง						
1. แม้จะมีการกำหนดกลุ่มผู้ป่วยตามที่เข้ารับบริการและข้อมูลความต้องการ แต่เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการวางระบบในการให้บริการที่ตอบสนองต่อความต้องการในแต่ละกลุ่มมากขึ้น ควรวิเคราะห์และจัดกลุ่มผู้รับบริการพิจารณาเพิ่มเติมในกลุ่มแรงงานแฝง แรงงานต่างด้าว เพื่อเรียนรู้ความต้องการและนำมาวิเคราะห์จัดลำดับความสำคัญในการปรับระบบการให้บริการที่ตอบสนองกับความต้องการในแต่ละ segment ที่เหมาะสมมากขึ้น	1.จัดทำนโยบายการดูแลสุขภาพกลุ่มแรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนและแรงงานแฝง 2.จัดทำโครงการให้ข้อมูลด้านสิทธิ / ค่ารักษาต่างๆให้กับกลุ่มแรงงานต่างด้าวและแรงงานแฝงที่มาฝากครรภ์ 3.จัดทำโครงการฝากครรภ์คุณภาพ 4.ประเมินความพึงพอใจและความผูกพันของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน	-มีการเปิดบริการนอกเวลา เป็นเวลา 5 วันต่อสัปดาห์ -อัตราการได้รับคำแนะนำเรื่องค่าใช้จ่ายก่อนฝากครรภ์ -อัตราการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์≤12 สัปดาห์ -อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วย -อัตราข้อร้องเรียน	≥80% 100% ≥60% ≥80% 0%	ทุก 3 เดือน ทุก 3 เดือน ทุก 3 เดือน ทุก 6 เดือน	อยู่ระหว่างการประเมินผลลัพธ์ 100% ต่างด้าวทุกรายที่ไม่มีสิทธิ์การรักษาได้รับคำแนะนำ 56.93% 80.85% 0%	คกก.ด่านหน้า ก.สังคมสงเคราะห์ งานฝากครรภ์ คกก.ด่านหน้า

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่ ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
I-4 การวัด วิเคราะห์และการจัดการความรู้						
16.ระบบการวัดผลการดำเนินงาน 17.การวิเคราะห์ข้อมูลและการทบทวนผลการดำเนินงาน						
1.ควรส่งเสริมการจัดการเกี่ยวกับการวัดผลงานตั้งแต่การคัดเลือกตัวชี้วัดให้สอดคล้องกับเป้าหมายปรับปรุงระบบจัดเก็บข้อมูลให้ถูกต้อง น่าเชื่อถือ และนำมาวิเคราะห์และนำมาวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน จากข้อมูลที่มีอยู่ในเชิงลึกเพื่อให้ทราบปัญหาที่แท้จริง ลำดับความสำคัญของปัญหา นำไปสู่การตัดสินใจ วางแผนดำเนินการและปรับปรุงผลงาน เพื่อให้เกิด การพัฒนาที่ตรงประเด็นในทุกระดับ	1.กำหนดตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาลให้สอดคล้องกับเป้าหมายได้แก่ - แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล - กลุ่มโรคสำคัญ - กระบวนการสำคัญ - ความท้าทายสำคัญ 2.ติดตามการวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน เพื่อสนับสนุนการจัดลำดับความสำคัญ นำไปสู่การตัดสินใจวางแผนการดำเนินงานและปรับปรุงผลงาน **<u>สิ่งที่ได้ปฏิบัติตามข้อเสนอแนะ</u>** 1.กำหนดตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาลให้สอดคล้องกับเป้าหมาย 2.ตามรอยการเก็บตัวชี้วัดของหน่วยงานในโรงพยาบาล เรื่องความสอดคล้องกับกลุ่มงาน/โรงพยาบาลผ่านกิจกรรมการเยี่ยมสำรวจภายใน	-คะแนนการเยี่ยมสำรวจภายใน ในประเด็นการวัดวิเคราะห์ -อัตราความสำเร็จตัวชี้วัดที่เป็นไปตามเป้าหมาย	Scoring 3.0 คะแนน ≥60%	ทุก 1 ปี ทุก 6 เดือน	- Scoring การวัดผลการดำเนินงาน 2.52 คะแนน - Scoring การวิเคราะห์ข้อมูลและการทบทวนผลการดำเนินงาน 2.45 คะแนน ยังไม่ได้ดำเนินการ	คกก.ศูนย์พัฒนาคุณภาพ

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
18.การจัดการสารสนเทศ 19.การจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ						
1.ควรส่งเสริมให้หน่วยงานต่างๆ กำหนดและใช้ข้อมูลสารสนเทศที่จำเป็น สำหรับพัฒนาคุณภาพในเชิงรุก และจัดระบบสนับสนุนข้อมูลสารสนเทศดังกล่าวที่เอื้อต่อการเข้าถึง และลดภาระการเก็บที่ไม่จำเป็น	เริ่มพัฒนาโปรแกรมสำหรับดึงข้อมูลที่ต้องการใช้ในทีมด่านหน้า	การตอบสนองต่อความต้องการผู้ใช้ข้อมูล	>50%	6 เดือน	เริ่มดำเนินการในเดือนตุลาคม 2563	สำนักงานเทคโนโลยีสารสนเทศ
20.การจัดการความรู้						
2.ทีมควรดำเนินการรวบรวมความรู้ที่เกิดขึ้นจากการทำงาน (Tacit knowledge) จัดเก็บเป็นคลังความรู้ (KA) และส่งเสริมให้บุคลากรได้ใช้ประโยชน์จากคลังความรู้ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วย	1.โครงการ Library on cloud **<u>สิ่งที่ได้ปฏิบัติตามข้อเสนอแนะ</u>** -มีการดำเนินการรวบรวมความรู้ที่เกิดขึ้นจากการทำงาน (Tacit knowledge) ในกิจกรรมถอดบทเรียนเมื่อทำกิจกรรมต่างๆ เสร็จสิ้น เช่น ถอดบทเรียนการจัดการสถานการณ์โควิด- 19 ของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า การถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีจากผู้เกษียณราชการประจำปี 2563	-อัตราการทำสื่อเพื่อเผยแพร่ความรู้ที่ได้ -อัตราการทำ KM สำเร็จ	>80% ≥80%	ทุก 6 เดือน ทุก 6 เดือน	100% (2/2 เรื่อง) ไม่ได้วัดผลลัพธ์	คกก.วิชาการ

ข้อเสนอแนะ	**แผนพัฒนาคุณภาพ**	**ตัวชี้วัด**	**เป้าหมาย**	**ความถี่/ระยะเวลา**	**ผลลัพธ์**	**ผู้รับผิดชอบ**
I-5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล						
1.ทีมควรมีความชัดเจนในการประเมินความผูกพัน ความพึงพอใจของบุคลากรที่แท้จริง ตามประเภทกลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มอายุงาน เพื่อการตอบสนองที่เหมาะสมแต่ละกลุ่ม	1.นำผลการวิเคราะห์ การประเมินความผูกพัน ความพึงพอใจของบุคลากรตามประเภทกลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มอายุงานมาวางแผนการตอบสนองที่เหมาะสมแต่ละกลุ่ม	-ผลการประเมินความผูกพัน ความพึงพอใจของบุคลากรในกลุ่มเป้าหมาย	ค่าเฉลี่ย >3.67	ปีละ 1 ครั้ง	ผลการสำรวจพบว่า - ปัจจัยความพึงพอใจ 3.28 คะแนน - ปัจจัยความผูกพัน 3.31 คะแนน - ระดับความผูกพัน 3.38 คะแนน การดำเนินงาน ต้องปรับปรุงทั้ง 3 ด้าน กลุ่มวิชาชีพที่มีระดับความผูกพันในระดับสูง ได้แก่ นักเทคนิคการแพทย์ / นักกายภาพ/ นักวิชาการสาธารณสุข (3.8 คะแนน) แพทย์ (3.79 คะแนน) ทันตแพทย์ (3.77 คะแนน) เภสัชกร (3.69 คะแนน) กลุ่มอำนวยการ (3.69 คะแนน)	คกก.HRD

					กลุ่มวิชาชีพที่มีระดับความผูกพันในระดับปานกลางได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ (3.61 คะแนน) เจ้าพนักงาน (3.58 คะแนน) คณะกรรมการ HRD กำลังนำผลการวิเคราะห์มาจัดทำแผนการตอบสนองความเพื่อยกระดับความผูกพันและความพึงพอใจ	
ข้อเสนอแนะ	**แผนพัฒนาคุณภาพ**	**ตัวชี้วัด**	**เป้าหมาย**	**ความถี่/ระยะเวลา**	**ผลลัพธ์**	**ผู้รับผิดชอบ**
2.ควรทบทวนเป้าหมายของการใช้ PMS ในการบริหารทรัพยากร ซึ่งไม่มีผลกระทบต่อการค้นหาและรายงานความเสี่ยง	2.ส่งเสริมการค้นหา การรายงานความเสี่ยง การวิเคราะห์ /แก้ไขความเสี่ยง โดยนำมาเป็นส่วนหนึ่งของเกณฑ์ในการพิจารณาความดีความชอบ	-อัตราหน่วยงานที่นำเกณฑ์ที่กำหนดมาพิจารณาความดีความชอบ	30%	ทุก 6 เดือน	45.95% (34/74 หน่วยงาน) เป็นหน่วยงานในกลุ่มการพยาบาล และกลุ่มงานเภสัชกรรมได้นำตัวชี้วัดอุบัติการณ์ระดับ GHI มาเป็นเกณฑ์ในพิจารณาความดีความชอบ โดยมีเป้าหมายส่งเสริมการทำ RCA และไม่เกิดซ้ำ	คกก.HRD

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
3.ควรส่งเสริมการเรียนรู้ของบุคลากรที่เชื่อมโยงกับผลการดำเนินงานของหน่วยงาน ตัวชี้วัด หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อย หรือรุนแรง เพื่อนำไปวางแผนพัฒนาบุคลากร มีผลงานที่ดีเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย	3.ส่งเสริมการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรโดยเชื่อมโยงกับผลการดำเนินงานของหน่วยงาน ตัวชี้วัด หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อย หรือรุนแรง	- อัตราหน่วยงานที่จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรโดยเชื่อมโยงกับผลการดำเนินงานของหน่วยงาน ตัวชี้วัด หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อย หรือรุนแรง	80%	ปีละ 1 ครั้ง	อัตราหน่วยงานที่จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรโดยมีการเชื่อมโยงกับ -การพัฒนางาน 95.23%,100%,100% (ปี2561,2562,2563 ตามลำดับ) -แผนยุทธศาสตร์/Service plan 57.14%,23.8%,47.22% 2561,2562,2563 ตามลำดับ) -ปัญหาในการดำเนินงาน 47.61%,19.04%,16.67% (ปี2561,2562,2563 ตามลำดับ)	คกก.HRD

4.ควรพัฒนาในระบบทรัพยากรบุคคล จากทีมนำที่รับผิดชอบในการดำเนินงาน ในเชิงนโยบายตามเป้าหมายของระบบ ให้มีความชัดเจน เกี่ยวกับการวางแผน ด้านทรัพยากรบุคคล ที่มุ่งในการวาง ระบบดูแลบุคลากรที่เหนื่อยล้าจากการทำงาน การเตรียมบุคลากรให้เพียงพอ ในสาขาที่ขาดแคลน และความต้องการ ขององค์กรรองรับการขยายโรงพยาบาล เป็น 700 เตียง เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วย	4.จัดทำ HRP โดยวิเคราะห์จาก หน่วยงาน /สาขาที่ขาดแคลน / ศูนย์เชี่ยวชาญและรองรับการขยาย องค์กร **<u>สิ่งที่ได้ปฏิบัติตามข้อเสนอแนะ</u>** 1.โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าได้วิเคราะห์ และสรุปกรอบอัตรากำลังตามสายงาน และกรอบอัตรากำลังตามสายงาน วิชาชีพ โดยยึดหลัก FTE พบว่า จำนวนกรอบตามโครงสร้าง	-ความก้าวหน้าการดำเนิน ตาม HRP 1.มีบุคลากรที่เพียงพอในสาขาที่ขาดแคลน 1.1 พยาบาล (ขาด 150 คน)			-จะมีพยาบาล (นักเรียนทุน)	คกก.HRD /

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
ได้รับการดูแลที่ปลอดภัยและต่อเนื่อง	โรงพยาบาลพระนั่งเกล้ามีบุคลากรได้1,218-1,516 คน แต่ในปัจจุบันมีจำนวนบุคลากรทั้งหมด 1660 คน โดยมีบุคลากรในบางหน่วยงานที่จำนวนคนทีปฏิบัติงานเกินกรอบ FTE คือ สายงานสนับสนุน(back office) ได้แก่ งานพัสดุ ศูนย์ประกันสุขภาพ งานบริหาร แต่จำนวนคนทีปฏิบัติงานสายงานวิชาชีพยังต่ำกว่ากรอบ FTE ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักรังสีการแพทย์ เจ้าพนักงานเภสัชกรรม นักจิตวิทยา เวชกิจฉุกเฉิน เจ้าพนักงานเวชสถิติ ในสาขาที่ขาดบุคลากร โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ได้ดำเนินการดังนี้ 1ทำข้อตกลงกับสถาบันการศึกษาในการให้ทุนนักศึกษาในสาขาพยาบาลศาสตร์และรังสีการแพทย์	1.2 รังสีการแพทย์			ที่จบในปีต่างๆ ดังนี้ ปี 2564 = 55 คน ปี 2565 = 58 คน ปี 2566 = 52 คน ปี 2567 = 41 คน -จะมี นักรังสีการแพทย์ (นักเรียนทุน) ที่จบในปีต่างๆ ดังนี้ ปี 2565 = 1 คน ปี 2566 = 1 คน ปี 2567 = 3 คน	

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
	2.จัดทำแผนอัตรากำลังแพทย์เฉพาะทางในปี 2563-2567 ครอบคลุมทุกสาขา โดยสอดคล้องกับการพัฒนาสู่ศูนย์เชี่ยวชาญและการขยายเตียงในโรงพยาบาล 3.ดูแลในด้านสวัสดิการต่าง ๆเช่น หอพัก ค่าเช่าบ้าน (บางส่วน)ในกรณีหอพักเต็ม	1.3 แพทย์เฉพาะทาง			-ในปี 2563 มีแพทย์ปฏิบัติงาน 145 คน ลาศึกษาในสาขาต่าง ๆ34 คน และทยอยจบในปี 2564-2567	
5.ทีมควรออกแบบและประเมินในการสร้างเสริมสุขภาพ ที่มุ่งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมแต่ละกลุ่มให้ชัดเจน เพื่อให้บุคลากรมีส่วนร่วม และสร้างแรงจูงใจให้มีการปฏิบัติเพื่อสุขภาพดี	1.ติดตามภาวะสุขภาพของบุคลากรในโรงพยาบาลในรายที่มีปัญหาสุขภาพ 2.ส่งเสริมการออกกำลังกายในบุคลากรโรงพยาบาล 3.โครงการส่งเสริมการออกกำลังกายในบุคลากร (ปี 2563)	-ผลการตรวจสุขภาพดีขึ้น	≥20%	ทุก 1 ปี	จากการตรวจสุขภาพเจ้าหน้าที่ในปี 2561-2563 พบว่า 1.ภาวะไขมันในเลือดสูงกว่าปกติ มีแนวโน้มสูงขึ้น คือ 66.32%,79.6%,76%(ปี2561,2562,2563 ตามลำดับ) 2.ภาวะโรคอ้วนลงพุง มีแนวโน้มสูงขึ้น คือ 36.16%,36.1%,40.9%(ปี2561,2562,2563 ตามลำดับ) จากผลการตรวจดังกล่าว ได้มีการส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้	คกก.HRD

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
					<u>ระยะสั้น</u> 1.แนะนำการดูแลสุขภาพรายบุคคล 2.จัดทำโครงการ “ PNK ชวนขยับ นับก้าว เดินวิ่ง ท้าใจ Season1 ”โดยมีผู้เข้าร่วมโครงการ 244 คน คิดเป็น 13.86%มีผู้ที่ส่งระยะก้าวสม่ำเสมอ 124 คน คิดเป็น_50.82% มีผู้สะสมก้าวได้ตามเกณฑ์ 53 คน คิดเป็น 42.74% **<u>ระยะกลาง</u>** 1.จัดตั้ง Wellness center เพื่อให้คำปรึกษา และดูแลส่งเสริมสุขภาพที่ครอบคลุมในทุกมิติ ในเดือนมกราคม 2564	

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
I-6.1 การจัดการกระบวนการ						
26.การกำหนดงานที่เป็น core competency ขององค์กรและการออกแบบระบบงานโดยรวม						
1.ควรทบทวนการกำหนด core competency ขององค์กรให้ครอบคลุมประเด็นที่จะทำให้บรรลุพันธกิจขององค์กร และการนำไปใช้ประโยชน์ ในการออกแบบระบบบริการที่ส่งมอบคุณค่าให้เหมาะสมกับลูกค้าแต่ละกลุ่ม	1.กำหนดสมรรถนะหลักขององค์กร (Core competency) ได้แก่ 1.1การให้บริการระดับระดับตติยภูมิและความเชี่ยวชาญระดับสูง 7สาขา ได้แก่ สาขาอุบัติเหตุ สาขาหลอดเลือดสมอง สาขาหัวใจ สาขาทารกแรกเกิด สาขาโรคตา สาขากระดูก สาขาสุขภาพช่องปาก ในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ 1.2.การสร้างองค์ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข	-อัตราความสำเร็จของศูนย์เชี่ยวชาญ	≥80%	ทุก 1 ปี	1.สาขาอุบัติเหตุ ผ่านเกณฑ์ 58.33% ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์ได้แก่ -ผู้ป่วย Trauma ได้รับการประเมิน Trauma screening - ผู้ป่วยเข้าข่ายสงสัย ACS ได้รับการทำ EKG และแปลผลภายใน 10 นาที -ผู้ป่วยเข้าข่ายสงสัย Stroke fast track ได้รับการทำ CT-brain และแปลผลภายใน 1 ชั่วโมง -ผู้ป่วยวิกฤต (แดง) ที่ ER สามารถขึ้นหอผู้ป่วยภายใน 2 ชั่วโมง -ผู้ป่วยฉุกเฉิน (ชมพู) ที่ ER สามารถขึ้นหอผู้ป่วยภายใน	-ทุก PCT -ก.ทันตกรรม

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
					4 ชั่วโมง 2.สาขาทารกแรกเกิด ผ่านเกณฑ์ 42.86% ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์ได้แก่ -อัตราการตายของทารกแรกเกิด -ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม -อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า 1,000 กรัม ภายใน 28 วัน อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของทารกแรกเกิดน้ำหนัก 1,000 – 1,499 กรัม ภายใน 28 วัน 3.สาขาหัวใจและหลอดเลือด	

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
					ผ่านเกณฑ์ 84.61% ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์ได้แก่ -ระยะเวลา Door to Needle ภายใน 30 นาที -อัตราการรอคอยการสวนหัวใจ Elective case ภายใน 2 เดือน 4.สาขาหลอดเลือดสมองผ่านเกณฑ์ 20% ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์ได้แก่ - อัตราตาย Stroke รวม -Ischemic stroke -Hemorrhagic Stroke -อัตรารับไว้ดูแลใน Stroke unit (Acute ischemic Stroke) 5.สาขาโรคตา ผ่านเกณฑ์ 100% 6.สาขากระดูก ผ่านเกณฑ์ 100%	

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
	1.3.การร่วมผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ	-อัตราการสอบ NL3 ผ่านของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6	80%	ทุก 1 ปี	7. สาขาสุขภาพช่องปาก ในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ ผ่านเกณฑ์ 100% รุ่นที่ 1 ปีการศึกษา 2561 98% รุ่นที่ 2 ปีการศึกษา 2562 90%	
28.การจัดการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน						
ควรส่งเสริมการใช้แนวคิด 3P (Purpose/ Process/ Performance) หรือPDSAเป็นตัวขับเคลื่อนการพัฒนาในระดับทีมและทุกหน่วยงานทุกกระดับ ใช้กิจกรรมการประเมินตนเองในรูปแบบต่างๆ เช่นการตามรอยระบบงาน/ทางคลินิกที่หน้าที่การงาน การทบทวนเวชระเบียน เป็นต้น เพื่อการสื่อสาร สร้างการเรียนรู้ ช่วยแก้ไขปัญหา อุปสรรค ชื่นชมให้กำลังใจ ตลอดจนเป็นโอกาสที่จะได้กระตุ้นติดตามความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง	1.ส่งเสริมการใช้ 3P และการประเมินตนเองในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพในทุกระดับ 2.ติดตามผลการดำเนินงานโดยการเยี่ยมสำรวจภายใน	-อัตราหน่วยงานที่ใช้ 3P และการประเมินตนเองในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ	หน่วยงาน ≥60% ได้ Scoring 3.0	ทุก 1 ปี	41.86 % (18/43 หน่วยงาน)	คกก.ศูนย์พัฒนาคุณภาพ

ข้อเสนอแนะ	**แผนพัฒนาคุณภาพ**	**ตัวชี้วัด**	**เป้าหมาย**	**ความถี่/ระยะเวลา**	**ผลลัพธ์**	**ผู้รับผิดชอบ**
ตอนที่ 2ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล						
II - 1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ						
29.การสนับสนุนจากผู้นำ การเชื่อมโยง และประสานงาน 30.การทำงานเป็นทีม 31.การประเมินตนเอง						
ทีมบริหารความเสี่ยงควรทบทวนบทบาทหน้าที่และประเมินประสิทธิภาพในภาพรวมของทีมนำทางคลินิก และทีมระบบ เช่น RM,ยา ,ENV,IM เป็นต้น วิเคราะห์หาจุดอ่อนและจุดแข็งของทีมดังกล่าวเพื่อนำไปสู่การวางนโยบาย ปรับปรุงแผนกลยุทธ์หรือเชื่อมโยงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรวมทั้งทีมนำสูงสุด ควรส่งเสริมการทำงานเป็นทีมในทีมนำทางคลินิกและระบบทีม มีการติดตามความก้าวหน้าเพื่อให้เกิดพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องรวมทั้งพัฒนาตามข้อเสนอแนะของ สรพ. และสมาคมวิชาชีพต่างๆ เช่น สมาคมเภสัช เป็นต้น	1.ทบทวนบทบาทหน้าที่ และส่งเสริมการทำงานเป็นทีมในทีมนำทางคลินิกและระบบทีม รวมทั้งการเชื่อมโยงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 2.ติดตามความก้าวหน้าและและประเมินประสิทธิภาพในภาพรวมของทีมนำทางคลินิก และทีมระบบโดยใช้กระบวนการเยี่ยมสำรวจภายใน	- อัตราคะแนนทีมนำระบบงานผ่านเกณฑ์ (score=3)	$\geq$ 50%	ทุก 1 ปี	HRD=2.81 RM=2.62 ENV=2.74 ระบบยา =2.62 Care process=2.76	คกก.ศูนย์พัฒนาคุณภาพ

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
32.ระบบบริหารความเสี่ยง และความปลอดภัย						
1.ทีมบริหารความเสี่ยงควรทบทวนบทบาทของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง รวมถึงแนวทางการบริหารความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ ได้แก่ การวิเคราะห์ระบบงานที่เกี่ยวข้อง การออกแบกลไกประสานงานและการเชื่อมโยงข้อมูลข่าวสาร การค้นหาความเสี่ยง การจัดลำดับความเสี่ยงที่สำคัญ การกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยและมาตรการป้องกัน การสื่อสารสร้างความตระหนัก ระบบในการายงานอุบัติการณ์ การวิเคราะห์แนวโน้มและRCA การวางแผนแก้ไขปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ	1.ปรับโครงสร้างการทำงาน 1.1 ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล 1.2 คณะทำงาน Core RM 1.3 ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงระดับหน่วยงาน (RM Manager) 1.4 คณะกรรมการไกล่เกลี่ย / การจัดการข้อร้องเรียน 2.พัฒนาระบบการรายงานอุบัติการณ์ โดยใช้ ระบบ HRMS on Cloud 3.จัดทำ Risk Registerโดยเชื่อมโยงกับ 2P Safety และสอดคล้องกับบริบทโรงพยาบาล 4.สำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัย **<u>สิ่งที่ได้ปฏิบัติตามข้อเสนอแนะ</u>** ปฏิบัติตามแผนข้อ 1-4	-ผลการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัย ด้านความเห็นต่อความปลอดภัยในภาพรวมดีกว่าปีที่ทำการสำรวจครั้งสุดท้าย -ระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ในเรื่องเดิมลดลงจากปี 2561 (ระดับ E ขึ้นไป)	≥10% ≥10%	ทุก 1 ปี ทุก 3 เดือน	+10.4% ปี 2560 = 56.5% ปี 2563 =66.9% ปี 2561-2562 ไม่ได้สำรวจ (รายละเอียดอยู่ใน I-1) <u>ด้าน Patient</u> **-**อุบัติการณ์ ระดับ E ขึ้นไปทีพบบ่อย แต่ความรุนแรงลดลง คือ PPH -ความรุนแรงลดลงจากระดับG เป็น E คิดเป็น 100 %(ปี2562-2563) ปี 2561 (ตค.60-มิย.61) = 21ราย /ตัดอวัยวะ 5 ราย ปี 2562 = 9 ราย /ตัดอวัยวะ 0 ราย ปี 2563 (ตค.62-มิย.63) =19 ราย/ตัดอวัยวะ 0 ราย -<u>ด้าน Personal</u> อุบัติการณ์ ระดับ E ขึ้นไปทีพบบ่อย คือ เจ้าหน้าที่ถูกของมีคมทิ่มตำ	คกก.RM

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
		-จำนวนครั้งอุบัติการณ์ที่เกิดบ่อยในเรื่องเดิมลดลงจากปี 2561 (ระดับ B ขึ้นไป)	≥10%	ทุก 3 เดือน	- ความรุนแรงไม่ลดลง คิดเป็น 0 % (ปี 2562-2563) ปี 2561 (ตค.60-มิย.61) = 14 ครั้ง ปี 2562 = 3 ครั้ง ปี 2563 (ตค.62-มิย.63) = 25 ครั้ง **-**<u>ด้าน Patient</u> อุบัติการณ์ ระดับ B ทีพบบ่อย คือ Pre-dispensing -55.83% , -47.32% (ปี2562 ,2563) ปี 2561 (ตค.60-มิย.61) =7531 ครั้ง ปี 2562 =11736 ครั้ง ปี 2563 (ตค.62-มิย.63) =8172 ครั้ง แนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก บุคลากรมีการดักจับและรายงานเพิ่มขึ้น	คกก.RM

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
33.การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย (ที่แนะนำไว้ในบันไดขั้นที่ 1 สู่ HA)ควรส่งเสริมให้ ทีม PCT ทุกสาขาวิชาโดยการนำของแพทย์ร่วมกันทบทวนเวชระเบียนอย่างสม่ำเสมอในกลุ่มผู้ป่วยสำคัญ / อุบัติการณ์สำคัญเพื่อวิเคราะห์ให้เห็นความเสี่ยงทางคลินิก และสาเหตุที่เกี่ยวข้องระบบอื่น นำมาปรับระบบและกระบวนการให้เกิดคุณภาพ สื่อสารแนวทางให้ผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบและนำสู่การปฏิบัติ และการกำกับติดตามเพื่อสร้างความมั่นใจในความปลอดภัยมากขึ้น **34.การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในลักษณะบูรณการ** การเยี่ยมติดตามเฉพาะเรื่องในประเด็นคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ทีมได้เรียนรู้และพบจุดอ่อนที่สะท้อนโดยทีมเอง ได้แก่ การนำแนวทางสู่การปฏิบัติ ปัญหาจากการสื่อสาร/สร้างความเข้าใจการบันทึกเวชระเบียนของแพทย์staff	1.กำหนดให้ทุก PCT ทบทวนเวชระเบียนตาม Trigger tool ทุก 6 เดือน 2.ติดตามการนำผลการทบทวนมาปรับระบบและกระบวนการ รวมทั้งสื่อสารแนวทางให้ผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบและนำสู่การปฏิบัติ 3.ส่งเสริมการกำหนดตัวชี้วัดรายโรคที่เหมาะสม รวมทั้งการ monitor และนำประเด็นที่ทีมได้วิเคราะห์มาสู่การปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	-อัตราการทบทวนแล้วได้ประเด็นสำคัญมาปรับระบบและกระบวนการ	$\geq$80%	ทุก 6 เดือน	รอข้อมูล	ทุก PCT

ที่ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ พบโอกาสพัฒนาของการกำหนดตัวชี้วัดทางคลินิก การติดตามตัวชี้วัด ที่ monitor และนำมาใช้ประโยชน์ได้ควรนำประเด็นที่ทีมได้วิเคราะห์มาสู่การปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และส่งเสริมการทบทวนทางคลินิกเป็นทีม และจัดระบบการทบทวนที่สามารถทบทวนได้อย่างสม่ำเสมอและมีประสิทธิภาพ เพื่อเกิดความปลอดภัยและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมทั้งมิติการรักษา สร้างเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู						

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
II-2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ						
35. ระบบบริหารการพยาบาล						
1.ควรส่งเสริมการวิเคราะห์ภาระงาน รายหน่วยงาน การจัดอัตรากำลัง การจัดเวร OT และการนำข้อมูลอุบัติการณ์ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น/ ความเสี่ยงทางการพยาบาล เพื่อนำมาเรียนรู้ในการวางแผนในการบริหารจัดการอัตรากำลัง ทั้งระยะสั้น/ ระยะยาว ที่จะส่งผลต่อการบรรลุเป้าหมายของทีมบริหารการพยาบาล ที่จะจัดให้มีบริการทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ ปลอดภัย และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งสื่อสารประเด็นที่ส่งผลกระทบสูงต่อ ความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วย เพื่อนำมา Redesign ระบบการทำงานให้สร้างความปลอดภัยมากขึ้น	1. ทบทวนการจัดอัตรากำลังในแต่ละหน่วยงาน 1.1 การเพิ่มอัตรากำลังของแต่ละหน่วยงานตามภาระงานให้เพิ่ม OT จากปกติได้ 1 คน เช่น - Ward สามัญ ถ้ามีผู้ป่วย On Ventilator 3 ราย/เวร - ตึกกุมาร 1 และ EENT ถ้ามีผู้ป่วย > 25 ราย/ เวร - ICU มีผู้ป่วยที่ให้การรักษาด้วยการทำ CRRT / Donor - NICU มีผู้ป่วย on High Frequency 3 ราย/ เวร 1.2 หน่วยงานความเสี่ยงสูงให้มีอัตรากำลัง >70% ของอัตรากำลังที่ควรมี 2. ติดตามข้อมูลการขึ้นปฏิบัติงาน OT ของแต่ละหน่วยงาน	- หน่วยงานที่มีภาระงานมากมีการจัดอัตรากำลังเพิ่มจากปกติ - หน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูงได้รับการจัดสรรอัตรากำลังพยาบาลให้ได้ >70% ของเกณฑ์สภาการพยาบาล - จำนวน OT เฉลี่ยต่อเดือน (ทุกหน่วยงาน)	100 % > 90 % < 10 เวร/คน/เดือน	ทุกเดือน 1 ครั้ง/ปี ทุกเดือน	1. เพิ่มอัตรากำลังจากปกติเวรละ 1 คนเป็นอัตรากำลังปกติในตึก ศัลยกรรมชาย, ER, อายุรกรรมหญิง, อายุรกรรมชาย 2. หน่วยงานที่มีภาระงานเพิ่มตามเกณฑ์ที่กำหนด สามารถจัดอัตรากำลังเพิ่มได้ 100% 3. หน่วยงานความเสี่ยงสูง มีอัตรากำลัง > 70 % จำนวน 84.6% (ICU ER OR วิสัญญี อายุรกรรม ห้องคลอด) 4. จำนวน OT เฉลี่ย - ปี 2561=17-18 เวร/คน/เดือน - ปี 2562= 10 เวร/คน /เดือน - ปี 2563 = 9 เวร/คน/เดือน	คณะกรรมการบริหารกลุ่มการพยาบาล

<table>
<tr><th>ข้อเสนอแนะ</th><th>แผนพัฒนาคุณภาพ</th><th>ตัวชี้วัด</th><th>เป้าหมาย</th><th>ความถี่/
ระยะเวลา</th><th>ผลลัพธ์</th><th>ผู้รับผิดชอบ</th></tr>
<tr><td></td><td>3. ทบทวนการเกิดอุบัติการณ์ของแต่ละหน่วยงาน</td><td>- ร้อยละของอุบัติการณ์ตั้งแต่ ระดับ C ขึ้นไป ปี 2561, 2562 และ 2563</td><td>ลดลง ≥10%</td><td>1ครั้ง/ เดือน</td><td>ปี 2562 ลดลง 8.17%
ปี 2563 ลดลง 27.75%
<table>
<tr><th>ระดับ</th><th>ปี2561
(ครั้ง)</th><th>ปี
2562
(ครั้ง)</th><th>ปี2563
(ครั้ง)</th></tr>
<tr><td>C</td><td>1350</td><td>1191</td><td>838</td></tr>
<tr><td>D</td><td>77</td><td>125</td><td>93</td></tr>
<tr><td>E</td><td>71</td><td>62</td><td>63</td></tr>
<tr><td>F</td><td>4</td><td>1</td><td>0</td></tr>
<tr><td>G</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr>
<tr><td>H</td><td>4</td><td>5</td><td>5</td></tr>
<tr><td>I</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td></tr>
<tr><td>รวม</td><td>1507</td><td>1384</td><td>1000</td></tr>
</table>
</td><td>คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงกลุ่มการพยาบาล</td></tr>
<tr><td></td><td>4. การวางแผนอัตรากำลังระยะสั้นโดยการรับเพิ่มและรับย้ายหน่วยงานระหว่างปี
- ตามปริมาณงาน และอัตราการครองเตียง
- ตามส่วนขาดของบุคลากรที่ลาออก/ เกษียณ
- ตามนโยบายการขยายบริการ</td><td>- จำนวนครั้งของการรับเพิ่มหรือรับย้ายหน่วยงาน</td><td>1 ครั้ง</td><td>ตลอดปี</td><td>- ปี 2562 1 ครั้ง เปิดหอผู้ป่วยพิเศษพรีเมียม 4
- ปี 2563 3 ครั้ง
- เปิดหอผู้ป่วยอายุรกรรมรวม
- เพิ่ม RCUS จำนวน 4 เตียงที่ RCUM
- เปิดหอผู้ป่วยรับ PUI และ Covid-19 จัดพยาบาลทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วย</td><td>- คณะกรรมการบริหารกลุ่มการพยาบาล</td></tr>
</table>

					แผนระยะสั้น (1 ปี) - อายุรกรรมเฉพาะทางจาก 30 เป็น 50 เตียง - เพิ่มห้องผ่าตัด 2 ห้อง - เพิ่มเตียง RCUS อีก 4 เตียง	

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
					แผนระยะกลาง (3 ปี) - เพิ่ม RCU Med เป็น 10 เตียง - เพิ่มอัตรากำลังทุกหน่วยงานให้ได้ > 75% ของอัตรากำลังที่ควรมี - หอผู้ป่วยพิเศษประกันสังคม **แผนระยะยาว (5 ปี)** - หอผู้ป่วยพิเศษพรีเมี่ยมชั้น 3 - ตึกอุบัติเหตุ 9 ชั้น (ปี 2567)	คณะกรรมการพัฒนาบุคลากรและวิชาการกลุ่มการพยาบาล
	4.1 การเตรียมอัตรากำลัง - ให้ทุนนักศึกษาพยาบาล	จำนวนที่รับทุนพยาบาล	100 คนต่อปี	5 ปี	- จำนวนที่จะสำเร็จปี 2561 – 2565 มีผู้รับทุนจำนวน 75, 67, 104, 56, 59 คน ตามลำดับ (ปี 2564 ลาออก 1 คน มีปัญหาสุขภาพ)	
	4.2 การพัฒนาศักยภาพของพยาบาล	- ร้อยละของพยาบาลจบ	100 %	1 ครั้ง/ปี	- มีการปฐมนิเทศทุกปี บุคลากรใหม่เข้ารับการปฐมนิเทศครบ 100 %	

	- โครงการปฐมนิเทศ - โครงการฝึกทักษะการปฏิบัติงานในห้องผู้ป่วยหนักก่อนอยู่ประจำหน่วยงาน - โครงการอบรมวิชาการแก่พยาบาลจบใหม่ - จัดระบบการปฐมนิเทศของหน่วยงาน	ใหม่ได้รับการปฐมนิเทศ - พยาบาลจบใหม่ผ่านเกณฑ์การประเมินตามที่กำหนด > 60 %	> 80%	3 ครั้ง/ปี	- จัดอบรมวิชาการให้กับพยาบาลจบใหม่ เดือน มิถุนายน 2563 เป็นเวลา 12 วัน (2 รุ่น) - ปี 2561 และ 2562 ผ่านเกณฑ์ 100 % ปี 2563 ประเมินครั้งที่ 1 ผ่านเกณฑ์ 100 % รอประเมินครั้งที่ 2 เดือนธันวาคม 2563	

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
	- ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพในการจัดทำโครงการประชุมวิชาการเฉพาะด้าน	**-** พยาบาลจบใหม่หอผู้ป่วยในสามารถปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าทีมได้ภายใน 6 เดือน - จำนวนครั้งของการจัดประชุมวิชาการแต่ละสาขา	> 80 % 6 ครั้ง/ปี	1 ครั้ง/ปี ตลอดปี	- พยาบาลที่สำเร็จใหม่ปี 2561-2562 และสอบผ่านใบประกอบวิชาชีพ สามารถปฏิบัติหน้าที่เป็นหัวหน้าทีมร้อยละ 95.37 ยกเว้นที่ตึกอายุรกรรมเฉพาะทาง 1 คน ยังไม่ผ่านใบประกอบวิชาชีพ และที่อายุรกรรมชาย 5 คน **ปี 2561** จัดการอบรมจำนวน 5 ครั้ง - การพยาบาลด้านอายุรกรรม (3 รุ่น) 4 เรื่อง HIV, Stroke, COPD, TB - การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกข้อเท้าและเท้า - การ CPR ในทารกและเด็ก จำนวน 2 รุ่น - Basic CPR จำนวน 2 รุ่น - โรคติดเชื้อในโรงพยาบาล **ปี 2562** จัดการอบรมจำนวน 5 ครั้ง - การบริจาคอวัยวะและดวงตา 2 รุ่น - การ CPR ในทารกและเด็กจำนวน 2 รุ่น - Basic CPR จำนวน 2 รุ่น - โรคติดเชื้อในโรงพยาบาล - การใช้เครื่องช่วยหายใจ **ปี 2563** จัดการอบรมจำนวน 14 ครั้ง - Update Hematology for Nurse 2 รุ่น - Asthma - DHF / Sepsis	คณะกรรมการพัฒนาบุคลากรและวิชาการ กลุ่มการพยาบาล - เลขาทีมนำทางคลินิก และ Service Plan

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
					- การใช้เครื่องช่วยหายใจ - การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสันหลังหัก - การ CPR ในทารกและเด็ก - Basic CPR - การป้องกันและระงับอัคคีภัย - การรับบริจาคอวัยวะและดวงตา - SAVE Precaution **การฝึกอบรมในสถานการณ์** Covid-19 - การใส่และถอด PPE จำนวน 3 รุ่น - การเก็บสารคัดหลั่งส่งตรวจ Covid-19 - การป้องกันการติดเชื้อ Covid-19 - การใช้ห้องความดันลบ	
	- การอบรมเฉพาะทางการพยาบาลเพื่อรองรับการพยาบาลเฉพาะด้านและ Service Plan	- จำนวนผู้ที่เข้ารับการอบรมเฉพาะทางตามแผนที่กำหนด	>80 %	ตลอดปี	- ปี 2561 ร้อยละ 73.33 (11 จาก 15 คน) - ปี 2562 ร้อยละ 75.00 (9 จาก 12 คน) - ปี 2563 ร้อยละ 53.85 (7 จาก 13 คน)	

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
					(ดูตารางด้านล่าง)	

หลักสูตรgเฉพาะทาง 4 เดือน	ปี 2561 (คน)	ปี 2562 (คน)	ปี 2563 (คน)
CVT	1	1	1
วิกฤตผู้ใหญ่	3	-	
วิกฤตทารกแรกเกิด	1	1	1
เวชปฏิบัติวิกฤตทารกแรกเกิด	-	1	-
ระบบทางเดินหายใจผู้ใหญ่	1	-	-
Trauma Nurse Coordination	1	-	-
การจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ	-	1	-
เวชปฏิบัติฉุกเฉิน	-	-	1
รับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ	1	-	
ประสาทวิทยาและศัลยศาสตร์	1	1	1
การพยาบาลออร์โธปิดิกส์	-	1	1

					เวชบำบัดการบำบัดทดแทนไต (6 เดือน)	-	-	1		
					การพยาบาลผ่าตัดจักษุ (2 เดือน)	-	1	-		
					การผ่าตัดศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก (3 เดือน)	-	1	-		
					หลักสูตรวิสัญญีพยาบาล (1 ปี)	2	1	1		
					รวม	11	9	7		

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
	5. การธำรงรักษาบุคลากร - โครงการด้านสวัสดิการ ได้แก่ ช่วยเหลือค่าเช่าที่พัก, เงินค่าเครื่องดื่มรายเดือน, เงินเดือน, เงินสวัสดิการหน่วยงาน, ของขวัญปีใหม่, - จัดทีมเยี่ยมเจ้าหน้าที่ป่วย/คลอด - โครงการสร้างความผูกพันวันปฐมนิเทศ - โครงการพี่พบน้อง - การเยี่ยมเสริมพลังโดยผู้นิเทศ - การบรรจุเข้ารับราชการ	- อัตราการคงอยู่ของบุคลากรทางการพยาบาล - อัตราความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลระดับดีขึ้นไป - อัตราความพึงพอใจในงานของบุคลากรสุขภาพ ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานของบุคลากรสุขภาพ - จำนวนพยาบาลที่ได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการ	>95 % ≥ 60% ≥ 70% ทุกตำแหน่งที่ได้รับจัดสรร	1 ครั้ง/ ปี 1 ครั้ง/ ปี 1 ครั้ง/ ปี เริ่มปี 2563 ตามรอบการจัดสรรตำแหน่งว่าง	- ปี 2561 = 95.68 % - ปี 2562 = 97.61% - ปี 2563 = 94.75 % - ปี 2561 = 42.45 % - ปี 2562 = 34.84 % - ปี 2563 = 27.35 % - ปี 2563 = 62.57% ปี 2561 จำนวน 26 คน 3 ครั้ง ปี 2562 จำนวน 32 คน 3 ครั้ง ปี 2563 จำนวน 112 คน 1 ครั้ง (ไม่ขอบรรจุ 1 คน) คงเหลือเฉพาะพยาบาลจบใหม่ ปี 2563 ที่ยังไม่ได้บรรจุ	- คณะกรรมการบริหารทรัพยากรบุคคล กลุ่มการพยาบาล - คณะกรรมการ QA กลุ่มการพยาบาล - คณะกรรมการสอบบรรจุข้าราชการ

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
2. ควรพัฒนาระบบการนิเทศเชิงคลินิกในการปฏิบัติการพยาบาลในงานประจำ เน้นสร้างการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้นิเทศกับผู้ได้รับการนิเทศ โดยเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง/ กลุ่มโรคสำคัญที่เป็นจุดเน้น สรุปประเด็นที่พบจากการนิเทศ ทำแผนพัฒนาความรู้ ความสามารถ ทักษะบุคลากรในแต่ละระดับให้สอดคล้องกับปัญหาอุบัติการณ์/ ความไม่ปลอดภัย และติดตามประเมินผล	1. ทบทวนระบบการนิเทศทางคลินิก - ประกาศนโยบายการนิเทศทางคลินิกให้อยู่ในงานประจำของหัวหน้าหอผู้ป่วยและผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วย - กำหนดรูปแบบการนิเทศทางคลินิก - กำหนดโรคที่จะมีการนิเทศทางคลินิกของแต่ละหน่วยงาน เพื่อพัฒนาสมรรถนะเฉพาะโรค และจัดทำเป็นคู่มือ - ประเมินผลการนิเทศทางคลินิก 2. พัฒนาศักยภาพของผู้นำทางการพยาบาลด้านการนิเทศ 3. นำเสนอรายการเหตุการณ์ที่เป็นความเสี่ยงทางคลินิกให้ทราบต่อเนื่อง 4. ติดตามประเมินผลอุบัติการณ์ / เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่ได้จากการนิเทศทางคลินิก จากการรับส่งเวร การตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วย 5. กำหนดเป็นสมรรถนะเฉพาะของแต่ละหน่วยงานในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค	- ผู้นิเทศได้รับการเสริมความรู้ด้านการนิเทศทางคลินิก - ทุกหน่วยบริการมีแนวทางการนิเทศทางคลินิกในโรคที่สำคัญของพยาบาลในหน่วยงาน - จำนวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิก - ร้อยละของพยาบาลทุกระดับในหน่วยงานผ่านการประเมินทางคลินิกในโรคที่สำคัญ	100 % 33หน่วยงาน 0 >80 %	1 ครั้ง 1 ครั้ง ตลอดปี 4 เดือน	- จัดอบรมเสริมความรู้ผู้นิเทศทางการพยาบาล จำนวน 1 ครั้ง ปี 2562 จำนวนผู้เข้าประชุม 115 คน - ทุกหน่วยบริการ มีการกำหนดเรื่องที่จะนิเทศทางคลินิก - ยังพบอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกจากการสุ่มทบทวนเวชระเบียนที่ไม่ได้รับการรายงานในระบบ - อยู่ระหว่างดำเนินการ	- คณะกรรมการวิชาการและพัฒนาบุคลากร - หัวหน้างาน / หัวหน้าหอผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
II-2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ						
36. ปฏิบัติการทางการพยาบาล						
ควรส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ โดยร่วมทบทวนความเสี่ยง เหตุการณ์สำคัญที่หน้างาน ร่วมกับแพทย์และวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ปัญหาและความเสี่ยงของผู้ป่วยได้รับการตรวจพบทันการณ์ และตอบสนองอย่างเหมาะสม และรวบรวมประเด็นที่ได้นำมาสู่การหาสาเหตุเชิงระบบ เพื่อปรับปรุงระบบงาน และกำหนดเป็นหัวข้อในการพัฒนาความรู้ และสมรรถนะเชิงวิชาชีพ เพื่อให้สอดคล้องกับการเป็นศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะโรค	1 สนับสนุนให้มีการวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพทั้งแพทย์ เภสัช โภชนากร นักกายภาพบำบัด และพยาบาลเวชกรรมสังคมเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 2. การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย การใช้ SBAR และ Early warning signs 3. สนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล จากการได้รับทราบข้อมูลแนวทางการดูแลรักษาพยาบาล 4. สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพในแต่ละหน่วยงาน	- จำนวนครั้งที่มีการทบทวนร่วมกันกับสหสาขาวิชาชีพ	ทุกครั้งที่มีเหตุการณ์สำคัญ	ตลอดปี	**ปี 2561** - ร่วมกับเภสัชในการกำหนดแนวทางการรับยาที่ต้องควบคุมความเย็น - แนวทางการรับส่งผู้ป่วยสวนหัวใจ - แนวทางการให้บริการผู้ป่วยเด็ก ธาลัสซีเมียที่มาให้เลือด - แนวทางการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด - แนวทางการรับผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด - ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพในการกำหนดประเภทและจำนวนยา Stock Ward รวมทั้งงดการ Stock ยาปฏิชีวนะ	-หน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
					ปี 2562 - แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยโดยรถพยาบาล - การประเมินผู้ป่วย DHF โดยจับชีพจร และวัดความดันโลหิตโดยใช้ BP Manual **ปี 2563** - แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้วย SAVE Precaution - การเพิ่มเตียง RCUS 4 เตียง ที่ RCUM	

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
37.องค์กรแพทย์						
องค์กรแพทย์ควรกระตุ้นให้แพทย์มีบทบาทนำในการกำกับดูแลและส่งเสริมให้เกิดบริการทางการแพทย์ที่ดีมีมาตรฐาน เช่น การกำหนดแนวทางการรักษาพยาบาลให้ทันสมัยตามข้อมูลใหม่ในกลุ่มโรคสำคัญ ส่งเสริมให้แพทย์บันทึกเวชระเบียนตามมาตรฐานของแพทย์สภา ส่งเสริมการทบทวน	1.เข้าร่วมประชุมในเวทีต่างๆ เช่น ER ระบบ Refer นำปัญหาที่พบมากำหนด /ปรับแนวทางการปฏิบัติ 2.จัดให้มีการประชุมต่างๆ เช่น Conference แพทย์ใช้ทุนตามสาขาต่างๆ ทุก 1 สัปดาห์ Conference ER ทุก 3 เดือน 3.ส่งตัวแทนแต่ละกลุ่มงานอบรม	ร้อยละการจัดกิจกรรมตามแผนที่วางไว้ เป็นไป	100%	ทุก 6 เดือน	กำลังประมวลผล	องค์กรแพทย์ทุก PCT

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
II -3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย						
38.โครงสร้างอาคารและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ 39.การกำกับดูแลและบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม 40.การจัดการกับวัสดุและของเสียอันตรายอย่างปลอดภัย 41.การจัดทำแผนซ้อม ตรวจสอบระบบ เพื่อป้องกัน อัคคีภัย						
ควรส่งเสริมการทำงานของทีมด้วยการตามรอย สร้างการมีส่วนร่วมให้กับผู้ปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ ประเมินประสิทธิภาพของระบบงานต่าง ๆในเชิงรุก วางแผนพัฒนาระยะสั้น/ระยะยาว จากลำดับความสำคัญของปัญหาที่พบและเชื่อมโยงในเชิงกลยุทธ์ ได้แก่ 1.ควรสำรวจและค้นหาความเสี่ยงด้านอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมนำประเด็นที่พบมาวางแผนพัฒนา / ปรับปรุงเพื่อเพิ่มความปลอดภัย เช่นระบบระบายอากาศในแผนกผู้ป่วยนอก การเคลื่อนย้ายเมื่อมีเหตุฉุกเฉิน และการพัฒนาปรับปรุงแก้ไขตามผลการตรวจสอบศูนย์วิศวกรรมการแพทย์ เพื่อให้สามารถดูแลและบำรุงรักษาให้3 อาคารสถานที่ เอื้อต่อความปลอดภัย ในการบริการ	1.การสำรวจและค้นหาความเสี่ยงด้านอาคารสถานที่สิ่งแวดล้อม โดยการทำ ENV Round 2.ระบบระบายอากาศในแผนกผู้ป่วยนอก โดยปรับปรุงช่องระบายอากาศใน OPD MED (ระยะสั้น) - การเพิ่มพื้นที่ให้เข้าถึง OPD Med เมื่อมีการย้าย OPD Ortho ไปชั้น ๓ อาคารเจษฎาบดินทร์ - การปรับพื้นที่โรงเรียนพ่อแม่ ชั้น ๒ ย้ายเข้ามาในแผนกสูติ-นรีเวชกรรม เมื่อ PMC ย้ายไปวัดลานนาบุญ 3. การเคลื่อนย้ายเมื่อมีเหตุฉุกเฉิน โดยจัดทำระบบสั่งการภาวะฉุกเฉินของโรงพยาบาล (ICS)	ความเสี่ยงด้านอาคารสถานที่สิ่งแวดล้อม ได้รับการแก้ไข -ค่าการตรวจอากาศ	≥60% ไม่เกินมาตรฐาน	ทุก 3เดือน ทุก 1 ปี	60.35 % (35/58) 1.อยู่ระหว่างรองบประมาณ 2.รอ PMC ย้ายไปวัดลานนาบุญ มกราคม 2564	คกก.ENV

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
2.ควรซ้อมแผนอัคคีภัย และประเมินให้มั่นใจว่าผู้ป่วยแต่ละกลุ่มจะมีความปลอดภัยในการเคลื่อนย้ายเมื่อเกิดอัคคีภัย ภายใต้บริบทองค์กรที่เป็นอาคารสูงและมีการก่อสร้างอาคาร.ควรสำรวจวัสดุของเสียอันตรายที่มีใช้ในโรงพยาบาล จัดทำเป็นบัญชีรายการวัสดุของเสียอันตราย กำหนดแนวทางในการจัดการที่เหมาะสม สื่อสารสู่การปฏิบัติและการติดตามประเมินที่ชัดเจน	- การจัดอบรมอัคคีภัยให้บุคลากรทุกระดับ - ซ้อมแผนอัคคีภัย - การดูแลและบำรุงรักษาอาคารสถานที่	บุคลากรได้รับการอบรมและซ้อมแผนอัคคีภัย -บุคลากรใน รพ. สามารถปฏิบัติตามแนวทางการซ้อมแผนอัคคีภัยประจำปี 2563 ได้ถูกต้อง คิดเป็น % (เป้าหมายมากกว่า)	100% 90%	ทุก 1 ปี	10.17 (179/1,670) 80.95 % (102 /126 คะแนน) <u>สิ่งที่ควรปรับปรุง</u> 1.การปฏิบัติของผู้เห็นเหตุการณ์ -ผู้ปฏิบัติไม่ทราบเบอร์โทรฉุกเฉิน 2.หัวหน้าสถานที่เกิดเพลิงไหม้ -ควรมีเครื่องมือสื่อสาร อุปกรณ์ให้แสงสว่าง -ควรมีถังดับเพลิงให้ถูกประเภท 3.หน่วยดับเพลิงเฉพาะกิจ -ควรมีทีมที่ชัดเจน ซึ่งผ่านการอบรมเฉพาะด้านการดับเพลิงด้วยสายฉีดน้ำ -ควรตั้งเป็นทีมที่สามารถจัดเวรดูแลได้ 24 ชั่วโมง -ทีมต้องใส่ชุดผจญเพลิง	คกก.ENV

ข้อเสนอแนะ	**แผนพัฒนาคุณภาพ**	**ตัวชี้วัด**	**เป้าหมาย**	**ความถี่/ระยะเวลา**	**ผลลัพธ์**	**ผู้รับผิดชอบ**
					4.**การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย** - ลิฟต์ต้องใช้การได้ขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วย -พยาบาลหน้างานเตรียมเคลื่อนย้ายผู้ป่วยช้า -จำนวนเจ้าหน้าที่ที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วยไม่ครบจำนวนตามแผน - ระหว่างการเคลื่อนย้าย เข็นรถชนส่วนต่าง ๆไม่เคลื่อนย้ายออกจากลิฟต์ ไม่ตรงตามชั้นที่กำหนด -ไม่มีเจ้าหน้าที่กับดูแลการใช้ลิฟต์ - เจ้าหน้าที่ ER ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยหนักช้า 5.การปรับปรุงระบบที่เกี่ยวข้อง -การสลับสวิตช์หัวรับน้ำและหัวจ่ายน้ำภายในอาคาร ซึ่งใช้ระบบน้ำประปา -ติดตั้งเครื่องปั๊มน้ำ เพื่อดึงน้ำ	

					จากแม่น้ำเจ้าพระยามาใช้ในกรณีระบบประปาไม่สามารถจ่ายน้ำได้ -การเชื่อมต่อของแต่ละอาคารโดยให้เชื่อมต่ออยู่ในชั้นเดียวกัน-การวางแผนการลำเลียงผู้ป่วย -การติดตั้งรอกประจำอาคารสำหรับการใช้เปลสนามอพยพผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน	

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
42. เครื่องมือ 43.ระบบสาธารณูปโภค						
1.ควรส่งเสริมการดำเนินการบำรุงรักษาเชิงป้องกัน การสอบเทียบเครื่องมือทางการแพทย์ให้คลอบคลุม รวมทั้งการสำรองเครื่องมือที่สำคัญ ให้มีความพอเพียง พร้อมใช้ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยปลอดภัย 2.ควรพัฒนาระบบแก๊ส สำรองทางการแพทย์ (Manifold)) ที่มีอยู่ 5 แห่งให้มีความพร้อมใช้รองรับภาวะฉุกเฉิน และเป็นไปตามระบริบทขององค์กร	1.การดำเนินงานซ่อมบำรุงเครื่องมือแพทย์ 2.พัฒนาระบบแก๊ส สำรองทางการแพทย์ (Manifold)) ที่มีอยู่ 5 แห่ง ให้มีความพร้อมใช้ โดยดำเนินการปรับระบบแก๊สสำรองจากระบบ manual เป็นระบบ Auto	-อัตราการดำเนินงานซ่อมบำรุงได้ทันเวลาที่กำหนด -มีออกซิเจนสำรองใช้	≥80% ไม่น้อยกว่า 4 ชม.	ทุก 3 เดือน ทุก 3 เดือน	ปี 2561= 87.28% ปี 2562= 89.19% ปี 2563= 90.11% ปี 2561=>4ชม. ปี 2562=>4ชม. ปี 2563 - อาคารมารดาเรียม 8 ชม. - อาคารจินดามณี 6 ชม. - อาคาร18ชั้น 7.5ชม. - อาคารสำเภาทอง >8 ชม. - อาคารเจ้าสัว >8ชม. - อาคารมารดาเรียม 8 ชม.	คกก. เครื่องมือทางการแพทย์

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
44.สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ 45. การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม						
ควรส่งเสริมการพิทักษ์สิ่งแวดล้อมให้มีประสิทธิภาพ 1.การจัดการในระบบทั่วไป ขยะติดเชื้อให้สามารถป้องกันการปนเปื้อนแพร่กระจายเชื้อได้อย่างรัดกุม ตั้งแต่การคัดแยก การจัดภาชนะรับรอง การเคลื่อนย้าย สถานที่พักขยะ เพื่อให้มั่นใจว่าระบบการจัดการขยะมีประสิทธิภาพปลอดภัยต่อผู้ปฏิบัติงานและสิ่งแวดล้อม 2.หลังจากที่มีการปรับระบบบำบัดน้ำเสียที่มีการเชื่อมเข้าสู่ระบบที่ชัดเจนขึ้นแล้ว ควรจัดให้มีระบบติดตามประเมินประสิทธิภาพของการบำบัดน้ำเสียแห่งใหม่ โดยเรียนรู้จากผู้รับผิดชอบในระบบบำบัดเก่าที่ทำได้ค่อนข้างดีแล้ว และมีการจัดการให้เอื้อต่อการทำงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบเนื่องจากเป็นระบบเปิด	1.การเคลื่อนย้ายขยะทั่วไปในระบบปิด 2.การติดตามประเมินระบบบำบัดน้ำเสีย	-อัตราการเคลื่อนย้ายเป็นระบบปิด ค่าน้ำทิ้งผ่านเกณฑ์	≥80% 100%	ทุก 6 เดือน ทุก 4 เดือน	96% 100%	คกก.ENV กลุ่มงานบริหารทั่วไป

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
II - 4 การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ						
6.การออกแบบระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ 47. การจัดการและทรัพยากร						
1.เพื่อให้มีการออกแบบระบบคลอบ คลุมการติดเชื้อที่มีความสำคัญทางระบาดวิทยาตามบริบทของโรงพยาบาล เช่น โรคที่มีในประชากร แฝง ผู้ป่วยต่างด้าว โรคระบาดที่เคยเกิดขึ้น เช่น อีสุกอีใส ไอกรน TB,HIV เป็นต้น ควรวิเคราะห์แนวโน้มโรคระบาดในพื้นที่ / ภาพรวมจังหวัดโรคตาม รง.506 มาจัดทำเกณฑ์การคัดกรอง วิเคราะห์ วางมาตรการป้องกัน สื่อสารสร้างความเข้าใจกับผู้เกี่ยวข้อง และติดตามการปฏิบัติเป็นระยะๆ 2.ควรทบทวนทรัพยากรให้มีเพียงพอ และบริหารพื้นที่เพื่อลดโอกาสการแพร่กระจายเชื้อให้เหมาะสมเพิ่มมากขึ้น เช่น พื้นที่ ER intermediate area ใน ER การจัดพื้นที่ในหอผู้ป่วยสามัญ หอผู้ป่วยวิกฤติ และความไม่เพียงพอของห้องแยกโรค เป็นต้น	1.วิเคราะห์แนวโน้มโรคระบาดในพื้นที่ / ภาพรวมจังหวัดนนทบุรี ตาม รง.506 เช่น TB HIV ไอกรน อีสุกอีใส-ทำเกณฑ์การคัดกรองสื่อสารผู้เกี่ยวข้องติดตามประเมินการปฏิบัติตามเกณฑ์ 2.ทบทวนความเพียงพอของทรัพยากรและบริหารพื้นที่ลดความเสี่ยงการแพร่กระจายเชื้อ ได้แก่ ห้องแยกโรค การจัดพื้นที่ในหอผู้ป่วยสามัญ หอผู้ป่วยวิกฤติ Intermediate ใน ER	-- อัตราการนำข้อมูลจากการวิเคราะห์มาจัดทำเกณฑ์การคัดกรอง --อัตราการการปฏิบัติตามเกณฑ์ - จำนวนอุบัติการณ์ที่เกิดจากความไม่เพียงพอของทรัพยากร/ความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ	≥ 80% ≥ 80% < 2 ครั้ง/เดือน	ปีละ 1 ครั้ง ปีละ 1 ครั้ง ทุกเดือน	- (รายละเอียดอยู่ใน II-8) -เฉลี่ย 3-5 ครั้ง/เดือน -ห้องแยกโรคไม่เพียงพอปัจจุบันมีห้องแยกโรคแบบ Natural ventilation 4 กรณีย้ายตึกอายุรกรรม 2 ไปตึกสำเภา ทองก็จะถูกยุบ ห้อง negative pressure 1 ห้อง(ชำรุดรออนุมัติงบประมาณสร้างใหม่ที่ตึกสำเภาทอง ชั้น 4 และชั้น 5 จำนวน 2 ห้อง/ชั้น) -Intermediate ใน ER ยังแออัดเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อเนื่องจากห้องแยกไม่พอ	- งานระบาดวิทยากลุ่มงานเวชกรรมสังคมและงาน IC - ENV /ICN/ กรรมการบริหาร

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
48.การป้องกันการติดเชื้อ						
ควรทบทวนการดำเนินการเพื่อ 1.ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในพื้นที่สำคัญให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ เช่น การปรับปรุงระบบระบายอากาศ การแบ่งโซนในพื้นที่ต่อไปนี้ ไตเทียม (เก็บตัวกรองในห้องล้างตัวกรองหน่วยซักฟอก) (จุดพักผ้ากันเปื้อนก่อนส่งซักภายนอก),central supply ทันตกรรม ,พื้นที่ intermediate area ใน ER เป็นต้น	1.ดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในพื้นที่สำคัญดังต่อไปนี้ -1.1 พื้นที่จัดเก็บตัวกรองไตเทียมในห้องล้างตัวกรอง 1.2 จุดพักผ้าเปื้อนก่อนส่งซักบริษัทให้เก็บผ้าเปื้อนด้านหลังและส่งผ้าสะอาดด้านหน้า -1.3 จัดระบบระบายอากาศดังนี้ - ติดเครื่องฟอกอากาศใน intermediate area - ทบทวนFlow ห้อง supply ทันตกรรม ให้ประสานส่งเครื่องมือล้าง แพ็ค นึ่ง ที่ CSSD – ทำจุดระบายอากาศใน ER เน้นจุดพ่นยา กั้นกระจกทำระบบดูดอากาศออกในโซน CPR	-อัตราความสำเร็จในการดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในพื้นที่สำคัญ 5 พื้นที่ -	≥80%	1 ปี	- 20 % หน่วยไตเทียมแก้ไขแล้ว ที่เหลือยังไม่ได้รับการแก้ไข - รอ ER ย้าย - CSSD ยังรับงานทันตกรรมลงไปทั้งหมดไม่ได้ ขาดอัตรากำลังและเครื่องมือ (เครื่องล้างอัตโนมัติ) -Intermediate ยังไม่ได้แก้ไข รอ ER ย้ายเพื่อปรับพื้นที่ใหม่ -ซักฟอกยังคงรับส่งผ้าสกปรกและผ้าสะอาดบริเวณด้านหน้าเช่นเดิมไม่ได้แก้ไข	-ICC/ENV/ กรรมการบริหาร

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
2. ลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายและการ ปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม เช่นติดตามและทบทวนผลน้ำที่ใช้สำหรับ hemodialysis ตามมาตรฐานของสมาคมโรคไต ระบบการจัดการขยะ การเฝ้าระวังผลน้ำดื่ม น้ำใช้ coilform bacteria น้ำทิ้ง cooling tower	2.ลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายและการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อมได้แก่ 2.1. ติดตามผลการตรวจน้ำที่ใช้ระบบ HD 2.2 ทบทวนระบบการจัดการขยะ 2.3 รายงานผลการกรวดน้ำทิ้ง (Coliform bacteria)	-ผลการตรวจน้ำRO ผ่าน เกณฑ์ -อัตราการปนเปื้อนขยะ -ผลการตรวจผ่านเกณฑ์	>100% < 5% ≥80%	ทุก 3 เดือน ทุก 3 เดือน ทุก 3 เดือน	น้ำ RO ไตเทียมผ่านเกณฑ์- ผ่านเกณฑ์ 3.5 % - ผ่านเกณฑ์	-ENV/ICN
ข้อเสนอแนะ	**แผนพัฒนาคุณภาพ**	**ตัวชี้วัด**	**เป้าหมาย**	**ความถี่/ ระยะเวลา**	**ผลลัพธ์**	**ผู้รับผิดชอบ**
49.การเฝ้าระวังการติดเชื้อและติดตามกำกับ 50.การควบคุมการระบาดของการติดเชื้อ						
		จำนวนครั้งการระบาดของเชื้อดื้อยา	0 ครั้ง	ทุกเดือน	-พบการระบาดเชื้อดื้อยาใน NICU 1 ครั้ง สอบสวนโรคแล้วพบปัญหาจากการ Contamination ให้ Clean ENV ด้วยน้ำยาทำลายเชื้อ แยกผู้ป่วยจัดโซนแยกโรคไว้ เฝ้าระวังไม่พบการติดเชื้อเพิ่มขึ้น	**กรรมการ ICC**
		-อัตราการดื้อยา	เพิ่มขึ้น < 5 % จากปีที่แล้ว	ปีละ 1 ครั้ง	-CRE (K.pneumonia) 20.03 % -CRE Enterobacter 10.20 % -CRE E.coli 5.20 % -VRE Enterococcus -5.67 % -Ps.aeruginosa XDR 11.29% -A.baumannii XDR 40.41%	

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
1.ทีม IC ควรวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาว่าเป็นการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลหรือเป็นการรับส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่น แล้วนำมาวางแผน / ออกแบบระบบเพื่อการป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อดื้อยา รวมทั้งการติดตามกำกับการปฏิบัติตามนโยบายที่กำหนดโดยใช้วิธีการตามรอย และวิเคราะห์การใช้ยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลเพื่อร่วมกันกำหนดมาตรการการส่งเสริมการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสม 2. ควรส่งเสริมการใช้กลไกการตามรอยติด ตามประเมินประสิทธิภาพการนำนโยบายและแนวทางลงสู่การปฏิบัติให้เป็นรูปธรรม ได้แก่การการตามรอยในพื้นที่เสี่ยง การตามรอย มาตรการ standard precaution , sterilization	1.วิเคราะห์ข้อมูลเชื้อดื้อยา วางแผนลดการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ทำระบบติดตามเชื้อดื้อยา Lab Alert -ทำระบบคอมพิวเตอร์ให้ระบุวัน Adm. เมื่อส่ง lab เพื่อวิเคราะห์ว่าเป็น CAI/HAI (รอประสานศูนย์คอมฯ) 2.วางแผน/ออกแบบระบบเพื่อป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา Cohort ward ตามรอย/วิเคราะห์การใช้ยาต้านจุลชีพ 4 โรค, DDD, มูลค่า ATB, อัตราการใช้ ATB, restrict ATB, DUE	-การใช้ ATBรักษา URI / Ac. bronchitis ผู้ป่วยนอก (RI) รพ. ระดับ A -การใช้ATB รักษา Ac.diarrhea(AD) -การใช้ATBรักษาบาด -แผลสดจากอุบัติเหตุ (FTW) -การใช้ATBในมารดา NL(APL)	≤ 30% ≤ 20 % ≤ 50% ≤ 15%	**ปีละ 1 ครั้ง** **ปีละ 1 ครั้ง** **ปีละ 1 ครั้ง** **ปีละ 1 ครั้ง**	-48.77% (ลดลงเมื่อเทียบกับปี 2561) -45.77% (ลดลงเมื่อเทียบกับปี 2561) -46.39% -9.80 %	กรรมการ RDU

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
		- DDD ของยา ATB ใน OPD	**< 3.83**	ปีละ 1 ครั้ง	- 3.84 ลดลงเทียบกับปี 2561	
		- DDD ของยา ATB ใน IPD	< 88.69	ปีละ 1 ครั้ง	-101.80 เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปี 2561วิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ยา Fosfomycin inj. ค่า DDD เพิ่มขึ้น	กรรมการ
	3.กำหนดการใช้มาตรการส่งเสริมการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสม	- DUE	≥ 80 %	ปีละ 1 ครั้ง	- Imipenem 500 mg 100% + Cilastatin 500 mg inj. -Meropenem 1 g inj. 99.68% -Ertapenem 1 g inj. 96.88% -Colistin 150 g inj. 89.59%	
	4.สำรวจอัตราการปฏิบัติตามมาตรฐานงาน IC	-อัตราการปฏิบัติตามมาตรฐานงาน IC	≥ 80%	ปีละ 2 ครั้ง	ครั้งที่ 1 มีนาคม 62 = 86.12 % ครั้งที่ 2 ตุลาคม .62 = 89.54 %	กรรมการ

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
II - 5 ระบบเวชระเบียน						
5.1 การวางแผนและและออกแบบระบบบริหารเวชระเบียน						
ควรจัดให้มีทีมที่รับผิดชอบระบบบริหารเวชระเบียนในเชิงระบบและให้มีความชัดเจน เกี่ยวกับ						
1.การจัดระบบควบคุมการออกแบบฟอร์มเวชระเบียนที่ใช้ ให้เป็นไปตามเป้าหมาย และลดการซ้ำซ้อนของการบันทึก	*กำหนดแบบฟอร์มเวชระเบียนผู้ป่วยให้มี -QR Code ที่แบบบันทึกการตรวจผู้ป่วยนอก -Barcode ที่แบบฟอร์ม ตามชนิดของเอกสาร *กำหนด ให้หัวแบบฟอร์มฯ มีข้อมูลระบุตัวตน	-อัตราการScan ผิดคน -อัตราการScan ผิด Type	0 % 0 %	เริ่ม	ปี 63 0.01% 0.01%	(16 จาก 262,166) งานเวชระเบียน+OPD
2.การวางแผนพัฒนาระบบเวชระเบียนของผู้ป่วยนอก เข้าสู่ระบบ EMR	-วางแผนดำเนินงานระบบ EMR ร่วมกับผู้ใช้และผู้เกี่ยวข้อง	-เวลารอคอยเวชระเบียน -อัตราการ Scanครบ -อัตราการ Scan ถูก -Server -PC+Network	0 นาที 100%ของนัด และ Walkin100% - สำหรับระบบ EMR - ครบทุกOPD ใช้ระบบEMR	3 ก.พ.63	0 100% 99.98% ระหว่างดำเนินกา	คกก.IM

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
3.ควรส่งเสริมการรักษาความลับความปลอดภัยในเวชระเบียนในกลุ่มเสี่ยง ที่มีความอ่อนไหวต่อการเปิดเผยข้อมูลให้ครบถ้วนและเหมาะสม	- กำหนดบุคคลที่จะเข้าถึงในระบบ EMR ในกลุ่ม HIV,OSCC ฯ	- จำนวนเรื่องร้องเรียนข้อมูลในเวชระเบียนถูกเปิดเผย	0 ครั้ง	ทุก เดือน	0 ครั้ง	คณะคกก. IM
	- ติดตามเวชระเบียนที่ถูกยืม	-อัตราไม่ได้รับเวชระเบียนคืน	0%	ทุกเดือน	ปี2562 0.05% ปี2563	งานเวชระเบียน
		-อัตราเวชระเบียนสูญหาย	0%	ทุกเดือน	0.20% ปี2562 0.02%	งานเวชระเบียน

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
52 ความสมบูรณ์ของการบันทึก /53.การทบทวนเวชระเบียน						
PCT ควรส่งเสริมให้ทุกหน่วยบริการโดยแพทย์และ สหสาขาวิชาชีพทบทวนและประเมินคุณภาพอุบัติการณ์หรือในระหว่างดูแลผู้ป่วยร่วมกัน เพื่อนำไปพัฒนาปรับปรุงและติดตามการบันทึกให้เวชระเบียนสามารถใช้ประโยชน์ในการสื่อสารสะท้อนคุณภาพการดูแลมีความต่อเนื่อง มีคุณค่า	-ป้อนกลับข้อมูล หลังจากสุ่มตรวจสอบความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน	จำนวนครั้งการป้อนกลับ	4 ครั้ง/ปี	ทุก 3 เดือน	0/2	คณะทำงานเวชระเบียน

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
II-6 ระบบการจัดการด้านยา						
54 การวางแผนและการจัดการ / 55 การเก็บสำรองยา						
1. ควรกำหนดแนวทางที่ชัดเจนในการติดตามความก้าวหน้า การตัดสินใจและการสนับสนุนจากทีมนำสูงสุดของโรงพยาบาล	คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) กำหนดนโยบายความปลอดภัยด้านยาและเข็มมุ่งในปี2562-2564 จำนวน 11 ข้อ ดังรายละเอียดท้ายตาราง					คกก. ความปลอดภัยด้านยา

	เข็มมุ่งในปี 2562 1. พัฒนาการรวบรวมข้อมูลด้านความปลอดภัยในระบบยาอย่างครอบคลุม - Drug induced AKI	1.1 จำนวน Drug induced AKI	ลดลงจากปี 2561	ทุก 6 เดือน	ปี 61 : 37.68% ปี 62 : 32.12% (ลดลง 14.75%) ปี 63 (ต.ค.62-มิ.ย.63) : 39.28%	คกก. ความปลอดภัยด้านยา
		1.2 อัตราการใช้ยาตามเกณฑ์ DUE Colistin	> 80%	ทุก 3 เดือน	ปี 61 : 83.33% ปี 62 : 88.02% ปี 63 (ต.ค.62-มิ.ย.63) : 90.48%	
		1.3 อัตราการสั่งใช้ยาตาม Protocol การให้ยากลุ่ม Aminoglycoside และ Colistin	> 80%	ทุก 3 เดือน	ปี 61 : 85.14% ปี 62 : 83.55% ปี 63 (ต.ค.62-มิ.ย.63) : 86.09%	
	2. พัฒนาระบบการเก็บสำรองยาอย่างเหมาะสมและปลอดภัย 2.1 การจัดทำบัญชีรายการยาสำรองในหน่วยบริการ	-มีบัญชีรายการยาสำรองในหน่วยบริการ	100 %	ทุก 3 เดือน	100%	
	2.2 ยาสำรองในหน่วยบริการมีความพร้อมใช้	-อัตรายาหมดอายุภายใน 7 เดือนในหน่วยงาน	0%	ทุก 3 เดือน	ปี 61 : 38.71% ปี 62 : 28.13% ปี 63 (ต.ค.62-มิ.ย.63) : 16.13%	
	2.3 มีระบบควบคุมอุณหภูมิและความชื้น	-มีระบบ Alert			อยู่ระหว่างดำเนินการจัดทำ	

	ของการเก็บรักษายาอย่างเหมาะสม มีการบันทึกอุณหภูมิและความชื้นทุกวัน	Alarm			ระบบ Alert Alarm ปัญหาอุปสรรคคือ ระบบ คอมพิวเตอร์ และระบบ Server งานคลังยาจึง ทดลองระบบที่ เภสัชกรเขียน ขึ้นมาเอง	

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
		-มีระบบ Cold chain ในการขนส่งยา	≥ 80%	ทุก 3 เดือน	ปี 2561: 100% ปี 2562: 100% ปี 2563 (ตค.62-มิย.63) : 100% ปี 2562: 91.19% ปี 2563 (ตค.62-มิย.63) : 89.93%	คกก. ความปลอดภัยด้านยา
	3. พัฒนาระบบMedication Reconciliation - กำหนดบทบาทของแต่ละวิชาชีพให้ชัดเจน นำผลลัพธ์มาวิเคราะห์และ	- อัตราของผู้ป่วยที่มีการทำ	≥ 80%	ทุก 3 เดือน	ปี 2561: 100% ปี 2562: 100% ปี 2563 (ตค.62-	

	พัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง	Medication Reconciliation ภายใน 24 ชั่วโมง -มีการทำ Medication Reconciliation เป็นการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ -การที่ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ควรได้ (เป็นจำนวนครั้งต่อ 1000 วันนอน)	≥ 80% -Prescribing error ของการที่ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ควรได้ ≤ 0.5 ครั้งต่อ 1000 วันนอน	ทุก 3 เดือน ทุก 3 เดือน	มิย.63) : 100% ปี 2561: 0.82 ครั้งต่อ 1000 วันนอน ปี 2562: 0.44 ครั้งต่อ 1000 วันนอน ปี 2563 (ตค.62-มิย.63) : 0.57 ครั้งต่อ 1000 วันนอน	

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
II-6 ระบบการจัดการด้านยา						
2. ควรทบทวนระบบสำรองยาในหน่วยบริการต่างๆ รองรับการใช้ยาฉุกเฉินตามมาตรฐานการใช้ยาแต่ละกลุ่มฉุกเฉิน และให้เอื้อต่อการควบคุมการใช้ ตลอดจนให้ครอบคลุมยาที่ต้องการ cold chain ยาในหน่วยวิสัญญี และไตเทียม	1. ระบบยาฉุกเฉินสำหรับการฟื้นคืนชีพ (CPR)ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาในทันที - กำหนดรายการยา Emergency drug สำหรับ CPR โดยคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) - กำหนดแนวทางในการเติมยาหลังจากที่มีการใช้ในผู้ป่วยแต่ละราย โดยการแลกเปลี่ยนกล่องยา CPR ที่เปิดใช้แล้วที่ห้องยาได้ตลอด 24 ชั่วโมงและแนวทางทางการตรวจสอบยาหมดอายุและการแลกเปลี่ยนเมื่อยาใกล้หมดอายุ 2. ระบบยาฉุกเฉิน Urgency ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาภายใน 15 นาที หอผู้ป่วย โดยให้แต่ละ PCT สำรองปริมาณน้อยที่สุดตามความจำเป็น 3. ระบบยา STAT/PRNรายการยา STAT/PRN ที่ให้สำรองบนหอผู้ป่วย หมายถึงยาที่ต้องให้ผู้ป่วยภายในเวลา 30 นาที และเป็นรายการยาที่ใช้บ่อย	-จำนวนอุบัติการณ์ผู้ป่วยไม่ได้รับยา Urgency/STAT ทันเวลาที่กำหนด ที่มีระดับความรุนแรงตั้งแต่ Cขึ้นไป	- 0 ครั้ง	ทุก 3 เดือน	ปี 2562 : 0 ปี 2563 : 0 (ตค.62-มิย.63)	-คกก.ความปลอดภัยด้านยา -คกก.เภสัชกรรมและการบำบัด

ข้อเสนอแนะ	**แผนพัฒนาคุณภาพ**	**ตัวชี้วัด**	**เป้าหมาย**	**ความถี่/ ระยะเวลา**	**ผลลัพธ์**	**ผู้รับผิดชอบ**
	โดยให้แต่ละ PCT กำหนดรายการและปริมาณน้อยที่สุดเท่าที่จำเป็น โดยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการ PTC (หอผู้ป่วยวิกฤต/กึ่งวิกฤต ไม่เกิน 20 รายการ หอผู้ป่วยอื่นๆ ไม่เกิน 15 รายการ) 4.มีการตรวจสอบรายการ จำนวนและวันหมดอายุของยา โดยพยาบาลร่วมกับเภสัชกร					-คกก.ความปลอดภัยด้านยา -คกก.เภสัชกรรมและการบำบัด
ข้อเสนอแนะ	**แผนพัฒนาคุณภาพ**	**ตัวชี้วัด**	**เป้าหมาย**	**ความถี่/ ระยะเวลา**	**ผลลัพธ์**	**ผู้รับผิดชอบ**
56การสั่งใช้ยาและถ่ายทอดคำสั่ง / 57การทบทวนคำสั่งเตรียมและจัดจ่าย/ส่งมอบยา / 58 การบริหารยาและติดตามผล						
1. ควรทบทวนคำสั่งใช้ยาโดยเภสัชกรตามมาตรฐานวิชาชีพ ตั้งแต่จุดเริ่มต้นรับคำสั่งใช้ยา	<u>ระบบบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก</u> - ปรับปรุงระบบบริการยาขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยนอก เพิ่มขั้นตอนให้เภสัชกรทบทวนและคัดกรองคำสั่งใช้ยา โดยดำเนินงานตามแนวทางปฏิบัติงานในแผนพัฒนาระบบยาระยะสั้น เพื่อให้สามารถดักจับปัญหาจากการใช้ยาและความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น	- อัตราการเกิด Prescribing error OPD	≤0.1 %	ทุก 3 เดือน	ปี 2561 : 0.22% ปี 2562 : 0.39% ปี 2563 (ตค.62-มิย.63) : 0.09%	ก.เภสัชกรรม

	-กรณีผู้ป่วยที่อยู่ในคลินิกที่มีเภสัชกรดำเนินงาน Ambulatory care (คลินิก warfare, คลินิกโรคหัวใจ, คลินิกหัวใจล้มเหลว (ใจดีคลินิก), คลินิกเบาหวาน) เภสัชกรจะทบทวนคำสั่งใช้ยาของแพทย์ก่อนส่งใบสั่งยามาที่ห้องยาผู้ป่วยนอก และดำเนินการค้นหา ประเมิน แก้ไข และป้องกันปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยในคลินิก					

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
	<u>ระบบบริการจ่ายยาผู้ป่วยใน</u> - เดิมระบบบริการยาขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยใน กำหนดให้มีเภสัชกรทบทวนและคัดกรองคำสั่งใช้ยาอยู่แล้ว แต่ปรับปรุงให้ดำเนินงานตามแนวทางปฏิบัติงานในแผนพัฒนาระบบยาระยะสั้น เพื่อให้สามารถดักจับปัญหาจากการใช้ยาและความคลาดเคลื่อนจากการการสั่งใช้ยาได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น	- อัตราการเกิด Prescribing error IPD	≤ 0.5 ครั้งต่อ 1000 วันนอน	ทุก 3 เดือน	ปี 2561 : 2.36 ครั้งต่อ 1000 วันนอน ปี 2562 : 1.53 ครั้งต่อ 1000 วันนอน ปี 2563 (ตค.62-มิย.63) : 2.08	ก.เภสัชกรรม

	- กรณีผู้ป่วยที่อยู่ในคลินิกที่มีเภสัชกรดำเนินงาน Acute care (หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย, ศัลยกรรมหญิง, ศัลยกรรมกระดูกชาย, ศัลยกรรมกระดูกหญิง,อายุรกรรม2) เภสัชกรจะทบทวนคำสั่งใช้ยาของแพทย์ก่อนส่งใบสั่งยามาที่ห้องยาผู้ป่วยใน และดำเนินการค้นหา ประเมิน แก้ไข และป้องกันปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วย				ครั้งต่อ 1000 วันนอน	

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
2. ควรปรับปรุงระบบการจัดการความคลาดเคลื่อนทางยาทุกประเภทให้มีประสิทธิภาพ ตั้งแต่ขั้นตอนการดักจับ วิเคราะห์และนำไปใช้ประโยชน์	- คณะกรรมการความเสี่ยง กำหนดให้ปรับปรุงการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาให้เป็นระบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระบบ HRMS & NRLS on cloud เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบันทึกข้อมูล วิเคราะห์และนำไปใช้ประโยชน์ - มีระบบการจูงใจให้นำการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยามาร่วมในการพิจารณาความดีความชอบ	จำนวนอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา	เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2561	ทุก 3 เดือน	OPD ปี 2561 : 1.66 ปี 2562 : 2.92 ปี 2563 (ตค.62-มิย.63) : 2.03 IPD (ต่อพันวันนอน) ปี 2561 : 12.66 ปี 2562 : 9.07 ปี 2563 : 10.31 (ตค.62-มิย.63)	ก.เภสัช
3. การถ่ายทอดคำสั่งใช้ยาในหอผู้ป่วยควรมีระบบตรวจสอบข้อมูลยาระหว่างหน่วยงาน (cross check) ของหอผู้ป่วยและงานเภสัชกรรม เพื่อให้มั่นใจในความถูกต้องของข้อมูลการจัดจ่ายและบริหารยา	กำหนดแนวทางการถ่ายทอดคำสั่งใช้ยาในหอผู้ป่วยดังนี้ - แพทย์เขียนคำสั่งใช้ยา - พยาบาลรับ order -กรณีพยาบาลนำยาสำรองบนหอผู้ป่วยมาบริหารให้ผู้ป่วยต้องมีการ Double check ทุกครั้งก่อนบริหารยา - พยาบาลส่งสำเนาคำสั่งแพทย์ไปที่ห้องยา	- อัตราการเกิด Dispensing และ Administration error	ลดลง	ทุก 3 เดือน	Disp. Error IPD (ต่อพันวันนอน) ปี 2561 : 0.50 ปี 2562 : 0.25 ปี 2563 (ตค.62-มิย.63) : 0.18 Admin. Error IPD (ต่อพันวันนอน) ปี 2561 : 0.93 ปี 2562 : 0.51 ปี 2563 (ตค.62-มิย.63) : 0.55	-คกก.ความเสี่ยง -คกก.ความปลอดภัยด้านยา -คกก.เภสัชกรรมและการบำบัด -กลุ่มงานการพยาบาล -กลุ่มงานเภสัชกรรมชกรรม

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
	-เภสัชกรทบทวน คัดกรองคำสั่งใช้ยาและจ่ายยา - พยาบาลตรวจสอบยาความถูกต้องของยาที่ได้รับ - พยาบาลบริหารยาและติดตามอาการของผู้ป่วยหลังได้รับยา - กรณีรับยาคืน stock ward ให้จัดเรียงยาตาม first expired first out และตรวจสอบความพร้อมใช้					
4.ควรทบทวนระบบยาอื่นๆ เพื่อให้การนำลงสู่การปฏิบัติเป็นไปตามมาตรฐานและการติดตามวัดผลอย่างต่อเนื่อง เช่น การจัดการยาความเสี่ยงสูง อาการไม่พึงประสงค์จากยา	- ระบบอาการไม่พึงประสงค์จากยา ไม่พบผู้ป่วยที่แพ้ยาซ้ำ แต่ยังพบรายงานที่แพทย์สั่งยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยา จึงรายงานและทบทวนบทบาทของทีมสหวิชาชีพในแนวทางการจัดการระบบอาการไม่พึงประสงค์จากยาในคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง และคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) กำหนดนโยบายให้แพทย์สั่งยาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ เพื่อป้องกันการสั่งยาที่ผู้ป่วยแพ้ซ้ำ	-จำนวนผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ	0 ราย	ทุก 3 เดือน	ปี 2561 : 0 ปี 2562 : 0 ปี 2563 (ตค.62-มิย.63) : แพ้ยาซ้ำจากยาตัวเดียวกัน 2 ราย แพ้ยาซ้ำจากยากลุ่มเดียวกัน 1 ราย	-คกก.ความเสี่ยง -คกก.ความปลอดภัยด้านยา -คกก.เภสัชกรรมและการบำบัด -กลุ่มงานการ

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
	-ระบบการจัดการยาความเสี่ยงสูง ทบทวนบทบาททีมสหวิชาชีพในระบบการจัดการยาความเสี่ยงสูง สร้างความตระหนัก และติดตามกำกับการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด	-ความคลาดเคลื่อนทางยาของยา HAD -Prescribing error OPD IPD -Dispensing error OPD IPD	 ≤ 0.002% ≤ 0.05: 1,000 วันนอน 0% ≤ 0.1: 1,000 วันนอน	ทุก 3 เดือน	ปี 2561 : 0.0131 ปี 2562 : 0.0290 ปี 2563 (ตค.62-มิย.63) : 0.0125 ปี 2561 : 0.1157 ปี 2562 : 0.1534 ปี 2563 (ตค.62-มิย.63) : 0.1255 ปี 2561 : 0.0020 ปี 2562 : 0.0005 ปี 2563 (ตค.62-มิย.63) : 0.0024 ปี 2561 : 0.0193 ปี 2562 : 0.0383 ปี 2563 (ตค.62-	-พยาบาล -กลุ่มงานเภสัชกรรม

					มิย.63) : 0.0066	
		-Administration error OPD	0%		ปี 2561 : 0.0002 ปี 2562 : 0 ปี 2563 (ตค.62-มิย.63) : 0	
		IPD	≤ 0.2: 1,000 วันนอน		ปี 2561 : 0.0434 ปี 2562 : 0 ปี 2563 (ตค.62-มิย.63) : 0.0066	
	- มีการตรวจเยี่ยมระบบยาโดยทีม IS ของ รพ. เพื่อติดตามกำกับการปฏิบัติเป็นไปตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง	-จำนวนครั้งในการตรวจเยี่ยมระบบยาโดยทีม IS	2 ครั้งต่อปี		ปี 2562 : 1 ครั้ง ปี 2563 (ตค.62-มิย.63) : 1 ครั้ง	

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
5. การเตรียมสารอาหารทางหลอดเลือดดำ	จัดทำแผนพัฒนางานในการจัดเตรียม TPN ที่อาคารหอผู้ป่วย 8 ชั้น (ตึกใหม่) -ระยะที่ 1 เปิดงานผสม TPN ภายใต้ laminar air flow ใน separate room -ระยะที่ 2 เปิดงานผสม TPN ภายใต้ laminar air flow ใน clean room -จัดอบรมภายในและฝึกทักษะเบื้องต้นเภสัชกรเฉพาะทางด้านการผสมสารอาหารเข้าทางเลือดดำ	- อัตราเภสัชกรในฝ่ายผลิตผ่านการอบรมและฝึกปฏิบัติทักษะการผสมสารอาหารเข้าทางหลอดเลือดดำ (4 คน) -ผลการเพาะเชื้อของผลิตภัณฑ์ TPN No growth	100% 100%	1 ครั้ง/ปี 1 ครั้ง/ปี	ปี 2561 : 100% ปี 2562 : 100% ปี 2563 : 100% ปี 2561 (31 ตัวอย่าง) no growth : 100% ปี 2562 (32 ตัวอย่าง) no growth : 100% ปี 2563 (16 ตัวอย่าง) no growth : 100%	งานผลิตยา TPN ก.เภสัช กรรม

		- Laminar air flow ผ่าน calibrate	อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี	1 ครั้ง/ปี	ปี 2561 : 1 ครั้ง ปี 2562 : 1 ครั้ง ปี 2563 : 1 ครั้ง	

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
II-7 การตรวจทดสอบประกอบการวินิจฉัยโรค และบริการที่เกี่ยวข้อง						
59. การวางแผนทรัพยากร และการจัดการ ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ 60. การจัดบริการปฏิบัติการแพทย์ 61. ระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการทางการแพทย์						
ควรสอบเทียบอุปกรณ์ให้ได้มาตรฐานโดยหน่วยงานภายนอก ควรทบทวนระบบการจัดเก็บวัสดุอุปกรณ์ต่างๆให้มีประสิทธิภาพเพียงพอ พร้อมใช้ ไม่เกิดภาวะขาดแคลนและไม่เก็บวัสดุมากเกินความจำเป็นควรมีการทบทวนระบบการรายงานค่าวิกฤตและผลของการดำเนินการในเรื่องการรายงานค่าวิกฤตและผลของการดำเนินการในเรื่องการรายงานค่าวิกฤตร่วมกับสหสาขาวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการวางแผนการรักษาผู้ป่วย เช่น การกำหนดค่าวิกฤตที่ทันสมัย ความรวดเร็วในการรายงานผลที่เหมาะสมในในผู้ป่วยแต่ละโรค	- มีการสอบเทียบเครื่องมือที่มีผลต่อระบบคุณภาพการตรวจวิเคราะห์ - มีการจัดทำ minimum stock โดยใช้ Kanban card - การทบทวนค่าวิกฤต	- มีการสอบเทียบเครื่องมือ - จำนวนวัสดุวิทยาศาสตร์เป็นน้ำยา - อัตราการรายงานค่าวิกฤต - อัตราการทบทวนค่าวิกฤต	100 % ≥ 50รายการ 100% 100%	ทุก 1 ปี ทุก 1 เดือน ทุก 1 เดือน ทุก 1 ปี	ทุกปี 100% 10 รายการ ทุกปี 100% ทุกปี 100%	ทีมเครื่องมือ ทีมจัดทำ Stock ทีมจัดทำความเสี่ยง

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
II-7 การตรวจทดสอบประกอบการวินิจฉัยโรค และบริการที่เกี่ยวข้อง						
62. (ข) บริการโลหิตวิทยาในโรงพยาบาลที่มีคลังเลือด						
ควรทบทวนแนวทางปฏิบัติการการให้บริการโลหิตวิทยาให้ได้มาตรฐานของสภากาชาดไทย ควรติดตามผลลัพธ์และความเสี่ยงที่เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ เช่น การให้เลือดผิดคนผิดหมู่ เป็นต้น ควรร่วมวิเคราะห์กับ สหวิชาชีพหรือทีมหน้างานเพื่อแก้ไขสาเหตุที่แท้จริง เช่นการเจาะเลือดหรือส่งหลอดเลือดผิดคน ความเหมาะสมในการสำรองเลือดในตู้เย็นในหน่วยงานที่ใช้เลือด เป็นต้น เพื่อลดโอกาสที่จะเกิดขึ้นซ้ำและพัฒนาระบบการให้บริการโลหิตให้มีประสิทธิภาพและความปลอดภัยเพิ่มขึ้น	- มีการทบทวนแนวปฏิบัติการบริการโลหิตให้ได้มาตรฐานของสภากาชาดไทย - ร่วมประชุมเรื่องการเจาะเลือดผิดคนและให้เลือดและส่วนประกอบผิดหมู่ให้กับผู้ป่วย - กำหนดเกณฑ์ในการสำรองเลือดแต่ละหมู่	-การปฏิบัติได้ตามแนวทางปฏิบัติ - ร่วมประชุมทำ RCA ทุกครั้งที่เกิดอุบัติการณ์ให้เลือดผิดคนผิดหมู่ - อัตราการจ่ายเลือดผิดคนผิดหมู่ - อัตราเลือดหมดอายุ -ปรับปรุงทำเกณฑ์เลือดสำรองทุกปี	ทบทวนแนวปฏิบัติการบริการโลหิตให้ได้มาตรฐาน 100 % 0 ราย 5 ถุง/เดือน มีสำรองเพียงพอ	ทุก 4 เดือน ทุกครั้ง ทุก 1 เดือน ทุก 1 เดือน ทุก 1 ปี	100 % 100 % 1 ราย 5ถุง มีสำรองเพียงพอ	งานธนาคารเลือด

ข้อเสนอแนะ	**แผนพัฒนาคุณภาพ**	**ตัวชี้วัด**	**เป้าหมาย**	**ความถี่/ ระยะเวลา**	**ผลลัพธ์**	**ผู้รับผิดชอบ**
II -7 การตรวจทดสอบประกอบการวินิจฉัยโรค และบริการที่เกี่ยวข้อง						
63.การวางแผนทรัพยากร และการจัดบริการ รังสีวิทยา 64.การบริการรังสี 65.ระบบคุณภาพและความปลอดภัยบริการรังสีวิทยา						
ควรประสานเชื่อมโยงกับ ทีม สหวิชาชีพ เพื่อนำมาปรับปรุงรังสีวิทยาให้ดีขึ้นและลดอุปสรรคหรือความเสี่ยงเกิดขึ้น เช่น ความล่าช้า ของ Stroke fast tract ที่เกิดจากการอ่าน CT ของ Intern นอกเวลาราชการเป็นต้น	1.การทบทวนร่วมกับ PCT ในเรื่องระบบงานเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงผลการวินิจฉัยเร็วขึ้น **<u>สิ่งที่ได้ปฏิบัติ</u>** จัดเวรรังสีแพทย์รับ ปรึกษา 24 ชม. มี Stroke fast tract protocol ของกลุ่มงาน และมีการดำเนินการ ร่วมกับทีม Stroke ของรพ. รับ ผู้ป่วย stroke refer จาก รพช. เข้าตรวจ CT scan brain ทันทีที่มาถึง รพ. และการให้ rt-PA ทันทีหลังทำ CT Scan ที่กลุ่มงานรังสี	-จำนวนอุบัติการณ์ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายเข้าถึงผลการวินิจฉัย	0 ครั้ง	ทุก 1 ปี	**0 ครั้ง**	ก.รังสีวิทยา /ทุก PCT

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
II -8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ						
66.นโยบาย แผน การติดตามประเมินผล บุคลากร ทรัพยากร การสร้างความรู้ 67.การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลการเฝ้าระวัง 68.การตอบสนองต่อการระบาด และการเผยแพร่ข้อมูล						
ควรวิเคราะห์วิถีชุมชนและสภาพพื้นที่โดยรวมทั้งโรคและภัยสุขภาพ ได้แก่ ข้อมูลโรคตาม รง. 506 อุบัติเหตุจราจร และอื่นๆ ควรส่งเสริมการใช้ข้อมูลในการวางแผนการทำงานร่วมกับทีมที่เกี่ยวข้อง เพื่อเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพที่อาจเกิดในพื้นที่	1.วิเคราะห์โรคและภัยสุขภาพ ข้อมูลโรคตาม รง.506 อุบัติเหตุจราจร และอื่นๆ 2.นำข้อมูลจากการวิเคราะห์มาจัดทำแผนการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ แผนงานควบคุมป้องกันโรคที่มียุงลายเป็นภาหะนำโรค เช่น ไข้เลือดออก, ไข้ปวดข้อยุงลาย, ไวรัสซิก้า เป็นต้น วัตถุประสงค์ 1. เพื่อลดการแพร่ระบาดโรคในชุมชน พื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า 2. ลดอุบัติการณ์การเจ็บป่วยและเสียชีวิต กิจกรรม 1. ดำเนินการเฝ้าระวัง/ป้องกัน	- อัตราการนำข้อมูลจากการวิเคราะห์มาจัดทำแผนการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ 1. ค่าความชุกลูกน้ำยุงลายของหมู่บ้าน (HI) ในพื้นที่รับผิดชอบ มีค่า HI <= 10 และพื้นที่ในโรงพยาบาล, โรงเรียน, ศาสนสถาน มีค่า CI =0 2. ผู้นำชุมชน/อสม./นักเรียน	$\geq$80% 1. บ้านเรือนประชาชน/โรงเรียน, โรงพยาบาล, ศาสนสถานในเขตพื้นที่รับผิดชอบหมู่ 1-5 ตำบลบางกระสอ 2. พื้นที่ในโรงพยาบาลและประชาชนทั่วไป 3. ให้สุขศึกษา ประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ความรู้เรื่องการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ชุมชน	ทุก 1 ปี	มีผู้ป่วยในพื้นที่รับผิดชอบ หมู่1-5 แบ่งเป็น - ปี 2562จำแนกเป็น DF 18 รายคิดเป็นร้อยละ 30.29 ต่อแสนประชากร DHF 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.07 ต่อแสนประชากร - ปี 2563จำแนกเป็น DF 5 รายคิดเป็น ร้อยละ 8.41 ต่อแสนประชากร DHF 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.78 ต่อแสนประชากร	งานควบคุมป้องกันโรคติดต่อ และระบาดวิทยา ก.เวชกรรมสังคม

	ควบคุมโรคในระยะก่อนเกิดโรค เกิดโรคและหลังเกิดโรค ดำเนินการสอบสวนโรคและควบคุมโรคเบื้องต้นทันทีเมื่อได้รับรายงาน 2. รณรงค์ป้องกันควบคุมโรคในหมู่ 1-5 ตำบลบางกระสอ โดยบูรณาการร่วมกับเทศบาลนครนนทบุรี 3. จัดเอกสาร แผ่นพับ แจกพร้อมทรายTemephos ในชุมชนหมู่1-5 ตำบลบางกระสอ 4. สำรวจความชุกของลูกน้ำยุงลายและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายโดยการใส่ทรายTemephos 5. จัดประชาสัมพันธ์ให้ความในโรงพยาบาลกลุ่มผู้ที่มาใช้บริการ และเดินรณรงค์ในชุมชนหมู่ 1-5ตำบลบางกระสอ 6. พ่นหมอกควันควบคุมโรคยุงลาตัวเต็มวัยกรณีมีเคสในพื้นที่ชุมชน 7. วิเคราะห์/ประเมินผลการดำเนินงาน	และประชาชนในพื้นที่หมู่1-5 ตำบลบางกระสอ มีส่วนในการป้องกันและควบคุมโรคร้อยละ 80			ค่า HI อยู่ในระหว่างร้อยละ 4.27-10.00 CI ไม่พบ	
			ผู้ป่วย และกลุ่มเสี่ยงทุกรายได้รับ		1.การเฝ้าระวังของทีม SAT ในผู้ป่วย และผู้	

	แผนปฏิบัติงานรอบรับโรคอุบัติใหม่ โรคโคโรนาไวรัส (โควิด-2019) วัตถุประสงค์ 1. เฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมการระบาดในพื้นที่เขตอำเภอเมือง ในรูปแบบ SAT ระดับอำเภอ กิจกรรม 1. ออกCode ในผู้ป่วยรายที่ถูกวินิจฉัยว่าสงสัยเป็นโรคโควิด หรือในกรณีผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัด กลุ่มเสี่ยง 2. สอบสวนโรคในนาม ทีม SAT ในผู้ป่วย และผู้สัมผัส 3.ติดตามเยี่ยมบ้านหลังจำหน่ายในรายที่ ดำเนินการ Home Quarantine/Isolate 4. ให้สุขศึกษาด้านการจัดสิ่งแวดล้อมและทำความสะอาดที่ถูกวิธี 5. ให้สุขศึกษาในผู้ที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลเรื่องการป้องกันโรคโควิด-19		การ Quarantine/Isolate ครบตามเกณฑ์		สัมผัสโรคโควิด-19 ทั้งสิ้น จำนวน 413 ราย โดยแยกเป็น - Quarantine131ราย คิดเป็นร้อยละ 32 ต่อประชากรกลุ่มเสี่ยง - ผู้สัมผัสเสี่ยงสูง 248 รายคิดเป็นร้อยละ 60 ต่อประชากรกลุ่มเสี่ยง - Isolate 33 รายคิดเป็นร้อยละ 8 ต่อประชากรกลุ่มเสี่ยง - เสียชีวิต 1รายคิดเป็นร้อยละ 0.24 ต่อประชากรกลุ่มเสี่ยง 2.สำหรับในพื้นที่รับผิดชอบหมู่1-5 ตำบลบางกระสอ การเฝ้าระวังของ ในผู้ป่วย และผู้สัมผัสโรคโควิด-19 ทั้งสิ้น จำนวน 18 ราย โดยแยกเป็น - Quarantine 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 ต่อ	

					ประชากรกลุ่มเสี่ยง - ผู้สัมผัสเสี่ยงสูง 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.67 ต่อประชากรกลุ่มเสี่ยง - Isolate 3 รายคิดเป็นร้อยละ 16.67 ต่อประชากรกลุ่มเสี่ยง - ผู้สัมผัสเสี่ยงต่ำ 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.67 ต่อประชากรกลุ่มเสี่ยง	

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
II-9 การทำงานกับชุมชน						
69.การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน 70.การเสริมพลังชุมชน						
ควรรวบรวมข้อมูลสุขภาพในแต่ละพื้นที่ ทั้งกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย ตามกลุ่มวัย หรือตามการรวมประชากร (เช่น คอนโด เรือนจำ โรงเรียน) และร่วมกับเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ วิเคราะห์ข้อมูลและวางแผนสร้างเสริมสุขภาพให้เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาวะสุขภาพ รวมทั้งควรประเมินติดตามผลการทำงานว่า บรรลุแนวทางการทำงาน การสร้างเสริมสุขภาพที่กำหนดไว้	- การพัฒนาระบบข้อมูลกลุ่มผู้ป่วยทั้งเครือข่าย ที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน	ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส ได้รับการดูแลระยะยาว LTC ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	**<u>- ผู้สูงอายุ</u>** ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส ในพื้นที่หมู่ 1--5 ได้รับการดูแลระยะยาว LTC กลุ่มติดบ้านและติดเตียง จำนวน 78 ราย	เยี่ยมทุก 2-4 สัปดาห์	ผลการคัดกรอง ผู้สูงอายุ <u>ปี 2562</u> มีจำนวนทั้งหมด 3,218 คน ได้รับการคัดกรองสุขภาพ จำนวน 2,213 คน คิดเป็นร้อยละ 68.77 โดยจัดอยู่ในกลุ่ม 1 ติดสังคม จำนวน 2,099 คน คิดเป็นร้อยละ 94.85 กลุ่ม 2 ติดบ้าน จำนวน 107 คน คิดเป็นร้อยละ 4.79 4.79 กลุ่ม 3 ติดเตียงจำนวน	งานรักษาพยาบาลชุมชน กลุ่มงานเวชกรรมสังคม

	<u>**1.โครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง**</u> <u>วัตถุประสงค์</u> 1 เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการพัฒนา ด้านสุขภาพและมีแนวทางใน การดูแลสุขภาพด้วยตนเอง 2.ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแล ไม่ถูกทอดทิ้ง 6.สรุปและประเมินผลการดำเนินงาน <u>**2.แผนงานการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนและเครือข่าย การพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ (Aging Manager)**</u> <u>วัตถุประสงค์</u> ๑.ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหา	. ร้อยละ ๗๕ ของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ ได้รับการคัดกรอง/ประเมินภาวะสุขภาพครบถ้วนตามเกณฑ์ ๒.ร้อยละของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐมีการปรับสภาพแวดล้อม มีสิ่งอำนวยความสะดวกให้คนพิการ/ผู้สูงอายุ	จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด ๓,๔๐๒ คน	ทุก 3 เดือน	7 คน คิดเป็นร้อยละ 0.32 ผลการคัดกรองผู้สูงอายุ <u>ตุลาคม ๒๕๖๒-มิถุนายน ๒๕๖๓</u> มีจำนวนทั้งหมด ๓,๔๐๒ คน ได้รับการคัดกรองสุขภาพ จำนวน ๒๔๐๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๗๐.๗๕ โดยจัดอยู่ในกลุ่ม 1 ติดสังคม จำนวน ๒๓๘๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๘.๙๒ กลุ่ม 2 ติดบ้าน จำนวน ๑๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๐.๔๒ กลุ่ม 3 ติดเตียงจำนวน ๑๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๐.๖๖	

	สุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการคัดกรอง Geriatric Syndromes ๒.มีระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ที่มีศักยภาพและสามารถเข้าถึงได้อย่างสะดวกและทั่วถึง ๓.มีระบบการส่งเสริมสนับสนุนให้ครอบครัว ชุมชนและท้องถิ่น มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ๔.ผู้สูงอายุได้รับการประเมินคุณภาพชีวิต และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ๕. ส่งเสริมความเข้มแข็งของครอบครัวและชุมชน <u>กิจกรรม</u> 1.ผู้สูงอายุ ได้รับการคัดกรอง ๑.๑ ADL ๑.๒ เบาหวาน ๑.๓ ความดันโลหิตสูง ๑.๔ สุขภาพช่องปาก ๑.๕ สายตา และตาต้อกระจก ๑.๖ ภาวะหกล้ม	เข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้			<u>ปี 2562</u> ได้รับการเยี่ยมบ้าน 22 คนคิดเป็นร้อยละ100 <u>ปี 2563</u> ได้รับการเยี่ยมบ้าน 33 คนคิดเป็นร้อยละ100 เสียชีวิต 12 ราย ย้ายนอกพื้นที่ ๒ คน	

	๑.๗ สมรรถภาพสมอง ๑.๘ การกลั้นปัสสาวะ ๑.๙ การนอนไม่หลับ ๑.๑๐ ภาวะซึมเศร้า ๑.๑๑ ข้อเข่าเสื่อม ๑.๑๒ การประเมินคุณภาพชีวิต ๒.สถานบริการสาธารณสุขของรัฐมีการปรับสภาพแวดล้อม มีสิ่งอำนวยความสะดวกให้คนพิการ/ผู้สูงอายุเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ ๓.บันทึกข้อมูลใน SPECAIL PP และโปรแกรม MyPCU ๔ สนับสนุนการจัดระบบบริการผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ และ สามารถเข้าถึงได้อย่างสะดวกและทั่วถึง ของ รพท./รพช./รพ.สต./ศูนย์สุขภาพชุมชน				คงเหลือผู้ป่วยระยะท้าย 19 คน คงเหลือผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ๒๓ ราย <u>ปี2562</u> ได้รับยา Opioils จำนวน 11 คิดเป็นร้อยละ 50	
	๕.จัดประเภทของผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม	ตัวชี้วัดที่1.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับ	**<u>- Palliative care</u>**	ทุก 3 เดือน	<u>ปี 2563</u> ได้รับยา Opioils	

- Palliative care	- กลุ่ม 1 ติดสังคม - กลุ่ม 2 ติดบ้าน - กลุ่ม 3 ติดเตียง ๖.จัดบริการทีมหมอครอบครัวให้บริการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในกลุ่มติดบ้าน/ติดเตียง 1.ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ได้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านหรือได้รับการติดตามทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่อง กิจกรรม 1.จัดประชุมชี้แจงการดำเนินงาน LTC Palliative care 2.สำรวจผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนและจากโปรแกรมcoc 3.จัดทำ Care Plan ร่วมกันโดย CM และ CG 4.จัดบริการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ตาม Care Plan โดย	การดูแลแบบประคับประคองได้รับการดูแลที่บ้าน คำนิยาม จำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ได้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านหรือได้รับการติดตามทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่อง เกณฑ์เป้าหมายมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ90	ผู้ป่วยระยะท้ายทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบหมู่ 1 – 5 ตำบลบางกระสอและพื้นที่ในเครือข่ายจำนวน 33 คน		จำนวน 17 คิดเป็นร้อยละ 51.51	

	CM และ CG และทีมหมอครอบครัว 5.สรุปแฟ้มการเยี่ยมผู้ป่วยลงทะเบียนออกเลขควบคุม 6.ออกใบรับรองความพิการทางการเคลื่อนไหว เพื่อขึ้นทะเบียนกับพัฒนาสังคมจังหวัดรับเบี้ยยังชีพ 6.คีย์ข้อมูลในโปรแกรม coc 7.ส่งงานประกันสุขภาพคีย์ข้อมูลในโปรแกรมEclaimเพื่อเบิกเงินจาก สปสช. 8.สรุปและประเมินผลการดำเนินงาน **<u>2.การจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพในผู้ป่วยระยะสุดท้ายวัดจากปริมาณการใช้ยาOpioils</u>**	ตัวชี้วัดที่2. ร้อยละของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองได้รับยาOpioids เพื่อจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพ คำนิยาม การจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพในผู้ป่วยระยะสุดท้ายวัดจากปริมาณการใช้ยา Opioils เกณฑ์เป้าหมาย มากกว่าร้อยละ60	จำนวนผู้ป่วยระยะท้าย 33 คน	ทุก 3 เดือน		

	<u>กิจกรรม</u> 1.ประเมิน PPS score ,ADL, 2. ประเมินpain 3.ประเมิน 2Q ,9Q,8Q 4.ประเมินความต้องการของผู้ป่วยและญาติ 5.แบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยแบบประคับประคอง 6. การประเมินคุณภาพชีวิต 7.บันทึกข้อมูลในโปรแกรม Eclaim และโปรแกรม coc 8 สนับสนุนการจัดระบบบริการผู้ป่วยระยะท้ายที่มีศักยภาพและ สามารถเข้าถึงได้อย่างสะดวกและทั่วถึง ของ รพท./รพช./รพ.สต./ศูนย์สุขภาพชุมชน 9.จัดบริการทีมหมอครอบครัวให้บริการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในกลุ่มผู้ป่วยระยะท้าย 10..จัดหาอุปกรณ์สนับสนุนให้ผู้ป่วย	- ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายได้รับ HL - ร้อยละของกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	- โรคเรื้อรัง			

- โรคเรื้อรัง	11.สรุปและประเมินผลการดำเนินงาน - โครงการ HL แก่กลุ่มเป้าหมาย -มีการรวบรวมข้อมูลสุขภาพในแต่ละพื้นที่ ทั้งกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย รวมถึงกลุ่มเป้าหมายคอนโดมิเนียม หมู่บ้านจัดสรรและโรงเรียน ร่วมกับเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ วิเคราะห์ข้อมูลและวางแผนสร้างเสริมสุขภาพให้เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาวะสุขภาพ รวมทั้งมีการประเมินติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง -จัดทำแผนปฏิบัติการตาม service plan ระดับจังหวัด และระดับ คปสอ. -จัดทำ CPG โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติงานในสถานบริการ -ประสานงานกับเครือข่าย เพื่อวางแผนการดำเนินงานแบบ new normal - แผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง					

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย						
III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ						
71 การเข้าถึงบริการที่จำเป็นและบริการเร่งด่วน						
ควรนำเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์เกี่ยวกับการรับผู้ป่วย มาทบทวนเพื่อหาโอกาสพัฒนา ตัวอย่าง เช่น ผู้ป่วยทรุดลงหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยกลุ่มส่งต่อล่าช้า ผู้ป่วยปฏิเสธการรับส่งต่อจากเตียงเต็ม การเข้าหอผู้ป่วย สามัญ Semi-ICU จากเตียง ICU เต็ม เป็นต้น นำมากำหนดเกณฑ์การรับ / ส่งต่อ เกณฑ์การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญกว่าที่ชัดเจน และติดตามผลการส่งต่อ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วย ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับความรุนแรง	1.ทบทวนเวชระเบียนตาม Trigger ที่กำหนด 2.พัฒนาคู่มือและแนวทางการการรับ/ส่งต่อ/ปรึกษา ในโรคที่สำคัญ **<u>สิ่งที่ได้ปฏิบัติตามข้อเสนอแนะ</u>** 1.ทบทวนการส่งต่อในระดับจังหวัด 2. มีการวางแนวทางการส่งต่อในระดับจังหวัด ร่วมกับ สสจ. และ รพช.เช่น อายุรกรรม สูติกรรม ศัลยกรรม **<u>สิ่งที่ได้ปฏิบัติตามบริบท</u>** 1.เปิดบริการห้องปฏิบัติการที่มุมเมือง 2.โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ให้บริการตรวจสุขภาพ และบริการทันตกรรมให้นักโทษ 3.พัฒนาระบบ Fast track ในโรคที่	-อัตราการเกิด AE:1,000 วันนอน -อุบัติการณ์การทรุดลงระหว่างส่งต่อ -อุบัติการณ์การรับส่งต่อไม่เหมาะสม	≤10 0ครั้ง 0ครั้ง	ทุก 6 เดือน ทุก 3 เดือน ทุก 3 เดือน	รอข้อมูล 0ครั้ง 0ครั้ง	ทุก PCT

	สำคัญ อายุรกรรม: ACS: STEMI, NSTEMI, unstable angina, Acute Ischemic Stroke, Severe sepsis, Septic shock, DHF with shock, ESRD with volume overload, UGIB, Severe HT/CHF ศัลยกรรม:Trauma, Head injury สูติกรรม:Ectopic pregnancy with shock					

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
72 กระบวนการรับผู้ป่วย						
ควรร่วมกันวิเคราะห์กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลฉุกเฉินหรือเร่งด่วนที่จุดต่าง ๆทั้ง ER , OPD เพื่อปรับระบบการจัดบริการให้ผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม ได้รับบริการที่เหมาะสม รวดเร็ว และปลอดภัย เช่น การจัดบริการผู้ป่วยนอก พบว่าในระหว่างรอตรวจมีอุบัติการณ์ทรุดลง ควรทบทวนการจัดสถานที่ รวมถึงระบบการดูแลที่เหมาะสม เพื่อความปลอดภัย ทั้งผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และเป็นการพิทักษ์คุ้มครองสิทธิผู้ป่วย เป็นต้น	1.กำหนดระบบการคัดกรองใน ER และOPD ให้เป็นแนวทางเดียวกัน 2.ทบทวนเกณฑ์ที่ต้องส่งต่อผู้ป่วยไป ER 3.พัฒนาระบบคัดกรองผู้ป่วยที่ติดเชื้อโรคทางเดินหายใจ	-อัตราการ Over Triage - อัตราการ Under Triage -ระยะเวลาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงได้รับการคัดกรอง ≤30 นาที -จำนวนผู้ป่วยทรุดลงระหว่างรอตรวจ	≤15% ≤10% 100% 0 ราย	ทุก 1 เดือน ทุก 1 เดือน ทุก 3 เดือน ทุก 3 เดือน	ปี 62 9.25% ปี 63 12.94% ปี 62 6.89% ปี 63 8.82% ปี 62 100% ปี 63 100% 1 ราย	ER / OPD

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
	4.สุ่ม Audit เวชระเบียน **<u>สิ่งที่ได้ปฏิบัติตามข้อเสนอแนะ</u>** 1.กำหนดระบบการคัดกรองใน ER และOPD ให้เป็นแนวทางเดียวกัน 2.ทบทวนเกณฑ์ที่ต้องส่งต่อผู้ป่วยไป ER 3.พัฒนาระบบคัดกรองผู้ป่วยที่ติดเชื้อโรคทางเดินหายใจ **<u>สิ่งที่ได้ปฏิบัติตามบริบท</u>** 1.ขยายจำนวนเตียงอายุกรรม โดยการเพิ่ม จำนวนวอร์ดและเพิ่มจำนวนเตียง เปิดRCU MED 13 เตียง หอผู้ป่วยอายุรกรรมรวม 50 เตียง และหอผู้ป่วยอายุรกรรมเฉพาะทาง (Stroke โรคไต โรคหัวใจ) 40 เตียง และมีแผนเปิดอายุรกรรมโรคหัวใจ 30 เตียง หอผู้ป่วยพิเศษ Premium อีก 2 ชั้น เป็น 3 ชั้น 39 ห้อง 2.ปรับระบบการบริหารเตียงรับผู้ป่วยวิกฤติใน ICU/RCU/Sub ICU/จัด Zoning เตียงสามัญในหอผู้ป่วยสามัญเพื่อการดูแล ผู้ป่วยวิกฤต -	-จำนวนอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ไม่ได้รับการตรวจที่คลินิกระบบทางเดินหายใจ	0 ราย	ทุก 3 เดือน	0 ราย	

	STEMI/ NSTEMI -Severe Acute Ischemic Stroke -Severe sepsis/Septic shock -Severe pneumonia -CKD with volume overload 3.จัดทำแนวทางการย้ายผู้ป่วยที่พ้นภาวะวิกฤติ ออกจากหอผู้ป่วยหนักไปรับการดูแลต่อหอผู้ป่วยสามัญ 4. ปรับระบบการบริหารจัดการเตียงสามัญ กรณีเตียงเต็ม การclear เตียงและระบบ การ Refer back สู่ รพช.					

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
73 การให้ข้อมูลและ Informed consent						
เริ่มมีแนวทางการให้ข้อมูลและการขอความยินยอม เฉพาะในกลุ่มหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง ตัวอย่างเช่น กลุ่มผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก กลุ่มผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม เป็นต้น ควรขยายผลไปกลุ่มอื่นๆเพิ่มเติม เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลที่จำเป็นอย่างชัดเจน เข้าใจง่าย และให้ความยินยอมด้วยความเข้าใจ มีการบันทึกที่เหมาะสม	1.จัดทำแนวทางการให้ข้อมูลและ Informed consent กลุ่มผู้ป่วยและหัตถการสำคัญในทุก PCT **<u>สิ่งที่ได้ปฏิบัติตามข้อเสนอแนะ</u>** (**อายุรกรรม**: insertion of C line, insertion of double lumen, EGD, CAG, การให้ยา rt-PA/Streptokinase/Heparin IV, Bone marrow aspiration/biopsy, การเจาะท้อง/ปอด/ไต, insertion of ICD, การให้ยาเคมีบำบัด **สูติกรรม**: ขูดมดลูก ผ่าตัดคลอด อัลตราซาวด์ ผ่าตัดมดลูก และการผ่าตัดทางนรีเวชวิทยา การทำหมันผ่าตัดส่องกล้อง เจาะน้ำคร่ำ การทำ Quadruple test ENT: การผ่าตัดต่อมไทรอยด์ ต่อมน้ำลาย ไซนัส ต่อม ทอนซิล การผ่าตัดแก้ไขการนอนกรน การเจาะก้อนที่คอ การฉีดยาเข้าในหูชั้นกลาง PED: กลุ่มผู้ป่วยเด็กโรคเลือดชนิด	-แต่ละ PCTมีการนำแนวทางการให้ข้อมูลและ Informed consent กลุ่มผู้ป่วยและหัตถการสำคัญสู่การปฏิบัติ อย่างน้อย 1 โรค/หัตถการ	100%	ทุก3เดือน	60%	ทุก PCT

	พึ่งพาเลือด อื่นๆ: การฉีดสารทึบรังสีของแผนกเอ็กซเรย์ การทดสอบทางจิตวิทยาของนักจิวิทยาคลินิก การจัดฟันของแผนกทันตกรรม					

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
III-2 การประเมินผู้ป่วย						
74 การประเมินผู้ป่วย / 75 การตรวจ Investigate ที่จำเป็น /76การวินิจฉัยโรค						
ควรส่งเสริมการประเมินความต้องการและปัญหาของสุขภาพของผู้ป่วยอย่างครบถ้วนและครอบคลุมในทุกมิติของการรักษาในเวลาที่เหมาะสม การระบุปัญหาและความต้องการที่สำคัญ รวมทั้งการประเมินซ้ำตามช่วงเวลาที่เพื่อประเมินการตอบสนองต่อการดูแลรักษา และนำไปสู่การปรับแผนการดูแลรักษาที่เหมาะสม ทันเวลา ที่สร้างความปลอดภัยมากขึ้น	1.การทบทวนเพื่อจัดทำ CPG รายโรค เพื่อให้การประเมินความต้องการและปัญหาของสุขภาพของผู้ป่วยอย่างครบถ้วนและครอบคลุมในทุกมิติ**<u>สิ่งที่ได้ปฏิบัติตามข้อเสนอแนะ</u>** 1.มีแนวทางการดูแลโรคต่างๆ อายุรกรรม: ACS: STEMI, NSTEMI, unstable angina, Acute Ischemic Stroke, Severe sepsis, Septic shock, DHF with shock, ESRD with volume overload,	- คะแนนมาตรฐานการประเมินผู้ป่วยจากการทำ Internal Survey	ไม่น้อยกว่า 3	ทุก 1 ปี	Scoring= 2.8	ทุก PCT

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
	UGIB, Severe HT/CHF สูติกรรม:การคัดกรอง Fetal anomalies, Preterm, PIH,PPH,DM,Thyroid in pregnancy, Anemia in pregnancy, Ectopic pregnancy ศัลยกรรมกระดูก: OA knee, Fracture around the hip, Fracture of long bone ที่มี high energy					
	โสตศอนาสิก: การดูแลผู้ป่วยเจาะคอ การดูแลผู้ป่วย FB ในเด็ก 2. เพิ่มศักยภาพของ Intern, Extern และทีมสหสาขาวิชาชีพ ด้านการประเมิน/การตรวจ/การวินิจฉัย ผู้ป่วยแรกรับทุกราย –ปัญหาเร่งด่วนที่สำคัญ ครอบคลุมทั้งด้าน ร่างกาย/จิตใจ/สังคม 3. จัดระบบ Consult ระบบแพทย์พี่เลี้ยง/Staff และแพทย์เฉพาะสาขา 4. พัฒนาระบบการส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยที่จำเป็นให้เหมาะสม และทันเวลา					ทุก PCT

III-3 การวางแผน						
77 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย						
ควรส่งเสริมให้ทีมสหสาขาวิชาชีพวางแผนดูแลผู้ป่วยที่มีเป้าหมายในการดูแลร่วมกัน การบันทึกแผนการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการผู้ป่วยอย่างครบถ้วนบนพื้นฐานการประเมินผู้ป่วย เพื่อแสดงให้เห็นถึงการใช้ค่านิยมของการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมากขึ้น	1.จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ในโรคสำคัญ **<u>สิ่งที่ได้ปฏิบัติตามข้อเสนอแนะ</u>** อายุรกรรม: ACS: STEMI, NSTEMI, unstable angina, Acute Ischemic Stroke, Severe sepsis, Septic shock, DHF with shock, ESRD with volume overload, UGIB, Severe HT/CHF สูติกรรม:การคัดกรอง Fetal anomalies, Preterm, PIH,PPH,DM,Thyroid in pregnancy, Anemia in pregnancy, Ectopic pregnancy ศัลยกรรมกระดูก: OA knee, Fracture around the hip, Fracture of long bone ที่มี high energy โสตศอนาสิก: การดูแลผู้ป่วยเจาะคอ การดูแลผู้ป่วย FB ในเด็ก	-อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในโรคสำคัญ	0 %	ทุก 3 เดือน	รอข้อมูล	ทุก PCT

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
78 การวางแผนจำหน่าย						
ควรกำหนดกลุ่มผู้ป่วยเป้าหมาย ส่งเสริมการประเมิน / ระบุปัญหาความต้องการที่จะเกิดขึ้นหลังจำหน่ายอย่างชัดเจน เสริมพลังให้ผู้ป่วยและญาติร่วมวางแผนการดูแล เตรียมความพร้อมเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถจัดการกับปัญหาความต้องการดังกล่าวได้เฉพาะรายมากขึ้น	1.กำหนดกลุ่มผู้ป่วยเป้าหมาย ในทุก PCT เช่น สูติกรรม: DM ที่ฉีดยา Insulin, PIH ที่ได้ยาลดความดันโลหิต, ทารกที่ได้รับยา ARV, Palliative care ในผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวช ระยะสุดท้าย, Pretermได้รับยายับยั้งสำเร็จและจำหน่าย,การให้บริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร-ถาวรสำหรับมารดาวัยรุ่น,การเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา **อายุรกรรม**: Palliative care, Bed ridden ที่มีอุปกรณ์กลับบ้าน, ACS post CAG, Stroke, DM รายใหม่ที่ต้องฉีดอินซูลิน, CKD ที่ต้องทำ CAPD	- อัตรา Re-admit	≤ 5%	ทุก 3 เดือน	0%	ทุก PCT

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
III-4 การดูแลผู้ป่วย						
79 การดูแลทั่วไป						
ด้วยข้อจำกัดด้านบุคลากรและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ส่งผลให้หอผู้ป่วยในส่วนหนึ่งมีความแออัด โดยเฉพาะหอผู้ป่วยวิกฤติ หอผู้ป่วยอายุรกรรม ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจอยู่จำนวนมาก ควรส่งเสริมทีมสหสาขาวิชาชีพ และทีมนำระบบที่เกี่ยวข้องร่วมกัน ทบทวนปรับปรุงระบบการบริหารเตียงผู้ป่วยที่เอื้อต่อการดูแลที่มีความปลอดภัย เช่น การจัดผู้ป่วยเป็นกลุ่มตามประเภท / ระดับความรุนแรง ระบบช่วยเหลือกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน (CPR) จัดระบบ Zoning เพื่อลดโอกาสในการติด เชื้อ เป็นต้น	1.จัด Zoning ในการดูแลผู้ป่วยครอบคลุม ER /OPD /IPD -ผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรค -ผู้ป่วย Leukemia -ผู้ป่วยเชื้อดื้อยา -ผู้ป่วยโรคหัด **การพัฒนาตามบริบท** 1.หอผู้ป่วยสามัญ 1.1 มีการจัดระบบการบริหารเตียงตามระดับความรุนแรง โดยจัดให้ผู้ป่วยหนักหรือต้องการดูแลใกล้ชิดไว้ใกล้ Nurse station 1.2 การจัด Zoning เพื่อลดโอกาสการติดเชื้อ ในการดูแลผู้ป่วย -โรควัณโรค จะให้อยู่ใน Lock สุดท้าย และมี ventilation ที่เหมาะสม ถ้าเป็นผู้ป่วยศัลยกรรมจะ	-มีแนวทางการจัด Zoning ทุกหอผู้ป่วย	100%	ทุก 3เดือน	100%	**ทุก PCT**

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
	ย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยอายุรกรรม -Leukemia ที่ให้เคมีบำบัด จะให้อยู่ในห้องแยก ซึ่งถ้าห้องแยกเต็ม จะจัดให้อยู่ในพื้นที่ใกล้ห้องแยก เพื่อให้ใช้ห้องน้ำร่วมกัน - ผู้ป่วยเชื้อดื้อยา จะจัดให้อยู่ใน Zone เดียวกัน โดยเน้นการล้างมือและการใช้ PPE case by case 1.3 หอผู้ป่วยกุมาร 1 จะมีห้องแยกสำหรับผู้ป่วยโรคหัด 2.หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติ / RCU 2.1 มีห้องแยก Negative pressure สำหรับผู้ป่วยวัณโรค 2.2 จัด Zoning สำหรับผู้ป่วยเชื้อดื้อยา โดยเน้นการล้างมือและการใช้ PPE case by case 2.3 NICU ไม่มีห้องแยก ในผู้ป่วยเชื้อดื้อยา จะแยกโดยตู้ โดยเน้นการล้างมือและการใช้ PPE case by case					

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
80 การดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง						
ควรติดตามทำความเข้าใจและประเมินผลการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลมีความเสี่ยงสูง สื่อสารให้ทีมดูแลผู้ป่วยได้มีการติดตามเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด สามารถประสานงานและรายงานแพทย์ได้อย่างเหมาะสมทันท่วงทีเพื่อปรับแผนการดุแลรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย รวมทั้งทบทวนปัญหาที่พบในผู้ป่วยมีภาวะทรุดลงหรือเข้าสู่ภาวะวิกฤติหลังรับไว้ เพื่อนำมาพัฒนาระบบเฝ้าระวัง การตอบสนองที่รวดเร็วทันท่วงทีและพัฒนาศักยภาพของทีมงานที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่องต่อไป	1.จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและบริการครอบคลุมทุก PCT 2.จัดทำ Early warning signs โรคเสี่ยงสูง 3.จัดบริการผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงในหอผู้ป่วยเฉพาะโรค ได้แก่ -Post cath 4.นำแนวทางสู่การปฏิบัติ **<u>การพัฒนาตามบริบท</u>** **1.PCT กุมาร** 1.1 โรคไข้เลือดออก มีการปรับการเฝ้าระวังและ Reassessment ด้วย Dengue chart 1.2 Neonatal sepsis โดยมีการใช้ early warning signs ในการเฝ้าระวังการติดเชื้อในทารกแรกเกิด	-อัตราการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง -อัตราการเสียชีวิตใน DHF -อัตราตายทารกแรกเกิดจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด	≥80% 0% ≤ 4%	ทุก 3เดือน	ปี 2561-2563 =0% -ปี 2561= 2.15 -ปี 2562=4.92 -ปี 2563=25.92	PCT กุมาร

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
	2.PCT อายุรกรรม					
	2.1 ACS	-อัตราการตายผู้ป่วย Acute STEMI	< 9%		ปี 2561= 7.7 -ปี 2562=14.1 -ปี 2563=7.4	
		-อัตราการตายในผู้ป่วย NSTEMI	<10%		ปี 2561= 8.85 -ปี 2562=6.9 -ปี 2563=4.2	
	2.2 Sepsis เริ่มนำ SOFA Scoreมาใช้ในปี 2563	-อัตราตาย Sepsis	< 30%		ปี 2561= 39.32 -ปี 2562=39.39 -ปี 2563=27.6	
	2.3 Stroke	-อัตราตาย Stroke	< 7%		ปี 2561= 22.09 -ปี 2562=19.3 -ปี 2563=24.95	
	2.4 UGIH	-อัตราผู้ป่วย UGIB เสียชีวิตขณะทำหัตถการส่องกล้องในห้องส่องกล้อง	< 10 %		ปี 2561-2563 =0%	
	3.PCT Orthopedics 3.1 Fracture of long bone ที่มี	-อัตราการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มี	100%		ปี 2561-2563 =100%	

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
	High energy injury	ความเสี่ยงต่อภาวะ Compartment syndrome -อัตราการเกิด Compartment syndrome	0%		ปี 2561-2563 =0%	

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
III – 4 การดูแลผู้ป่วย						
81.การระงับความรู้สึก						
ทีมวิสัญญีควบทบทวนระบบการจัดเก็บ/ควบคุมการใช้ยาทางวิสัญญี และติดตามผลลัพธ์การให้ยาระงับความรู้สึก นำมาปรับปรุงกระบวนการให้ยาระงับความรู้สึก เพื่อลดโอกาสเกิด Med error หรือสูญหาย เช่น การใช้ยาห้องละกล่อง เป็นต้น สร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยปลอดภัย รวมทั้งการเฝ้าระวังที่เหมาะสมระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก และความพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉิน	1.ทบทวนระบบการจัดเก็บ/ควบคุมและตรวจสอบการใช้ยาทางวิสัญญี โดยแยกยาแต่ละประเภทเป็นหมวดหมู่เพื่อลดความผิดพลาดในการหยิบยาผิดและจัดเก็บในอุณหภูมิที่เหมาะสม เพื่อความคงตัวของยา 2.การจัดทำกล่องยาช่วยชีวิตประจำห้องผ่าตัด (2 ห้อง/1 กล่อง) 3.ใช้ Application Line ในการสื่อสารเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงบรรจุภัณฑ์และวันหมดอายุของยา 4.ทบทวนและปรับปรุงระบบการบริหารยา	-อัตราการเกิดความผิดพลาดในการใช้ยาทางวิสัญญี -ปริมาณยาที่หมดอายุก่อนใช้งานจริง -อุบัติการณ์การบริหารยาทางวิสัญญีผิดประเภท	0% 0 รายการ 0 ครั้ง	ทุก 3 เดือน ทุก 3 เดือน ทุก 3 เดือน	**0%** **0** **0**	-ก.วิสัญญี -ก. เภสัชกรรม

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
82.การผ่าตัด						
ควรส่งเสริมให้ใช้ surgical safety checklistด้วยความเข้าใจ เพื่อความปลอดภัย ของผู้ป่วยทุกราย เช่น การผ่าติดผิดคนผิดข้าง -ส่งเสริมการตรวจสอบอุปกรณ์ที่ใช้ในห้องผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพ -ส่งเสริมให้มีการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด และติดตามภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด	1.ทบทวนการใช้surgical safety checklist โดย ทีม สหสาขาวิชาชีพ มีการชี้นำ การระบุความเสี่ยงทางเทคนิค และความเสี่ยงอื่นๆ ได้อย่างครอบคลุม ตามมาตรฐาน ของระบบบริหารความเสี่ยง -ส่งเสริมการตรวจสอบอุปกรณ์ที่ใช้ในห้องผ่าตัด ให้มีประสิทธิภาพ ก่อนเริ่มผ่าตัด 1.ประเมินสภาพความพร้อมของผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากห้องผ่าตัด 2.ดูแลแผลผ่าตัด ความสะอาดของร่างกาย ท่อระบายต่างๆ ให้ปลอดภัย จากการเคลื่อนย้าย 3.ผู้ป่วยนอก ได้รับการเยี่ยมทางโทรศัพท์เพื่อให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การนัดตรวจ 4.การติดตามเยี่ยมภายใน 24 ชม.หลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วย เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น	-อัตราการใช้ surgical safety checklist	100%	ทุก1 เดือน	ปี 2561 =68.62% ปี 2562 = 80.79% ปี 2563 =89.57%	

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
83.โภชนาการ						
ควรส่งเสริมให้นักโภชนาการ ประสานกับพยาบาลในการประเมินเบื้องต้นเพื่อดำเนินงานเชิงรุกของงานทีมโภชนบำบัดที่ชัดเจน การประเมินภาวะโภชนาการเบื้องต้นในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงทั้งผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยทำหัตถการที่มีโอกาสเกิดภาวะทุพโภชนาการ โดยประสานกับระบบเวชระเบียน และ IT	**1. จัดทำโครงการโรงพยาบาลคุณภาพโภชนบำบัด** - การจัดตั้งแผนผังกระบวนการทำงาน -กำหนดพื้นที่นำร่อง 18 หอผู้ป่วย - มีการประเมินโดยวิธีการคัดกรอง (Screening) การชั่งน้ำหนักและทำการประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะโภชนาการ (NAF) ตลอดจนควบคุมโรคไม่ติดต่อ เรื้อรังโดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเป็นผู้คัดกรอง - Consult ตามคำสั่งแพทย์ - ให้ความรู้,ปรับเปลี่ยนอาหารตามสภาวะของผู้ป่วย (DIET ORDER) - ติดตามผลการปรับเปลี่ยนแปลง-ให้ความรู้,ปรับเปลี่ยนอาหารตามสภาวะของผู้ป่วย (DIET ORDER) - ติดตามผลการปรับเปลี่ยนแปลง	-อัตรา Score ในระดับ NAF ลดลง 2-3 คะแนนในระดับเดี่ยวกัน	≥ 60 %	ทุก 3 เดือน -ธ.ค.62 ม.ค.-มี.ค.63 เม.ย.-	ในปี 2563 (ต.ค.62-มิ.ย.63) ได้คัดกรองผู้ป่วย 1411 ราย พบภาวะ NAF 550 ราย คิดเป็น 38.98% โดยแบ่งเป็น -NAF A จำนวน 242 ราย คิดเป็น 44 % -NAF B จำนวน 195 ราย คิดเป็น 35.45% -NAF C จำนวน 113 ราย คิดเป็น 20.55% จากการติดตามพบว่า ระดับ NAF ลดลง 8 ราย ดังนี้ -ระดับ NAF ลดลง 1คะแนน จำนวน 2 ราย -ระดับ NAF ลดลง 3 คะแนน จำนวน 2 ราย -ระดับ NAF ลดลง 4 คะแนน จำนวน 2 ราย -ระดับ NAF ลดลง 6 คะแนน จำนวน 1 ราย	คกก. โรงพยาบาลคุณภาพโภชนบำบัด

					-ระดับ NAF ลดลง 7 คะแนน จำนวน1 ราย หมายเหตุ 1. ผู้ป่วยนอน<7วันไม่ได้ทำการประเมินซ้ำ 2. ผู้ทำการประเมินไม่ได้ทำการประเมินซ้ำครั้งที่ 2 3. ประเมินผู้ป่วยครั้งที่ 2 พบว่ามีระดับคะแนนเท่าเดิม	

- ข้อมูลจากระบบคอมพิวเตอร์ (IT) โปรแกรม Nutrition Assessment

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
84.การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย						
:ควรส่งเสริมให้มีระบบการประเมินผู้ป่วยระยะสุดท้ายและมีแผนในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมและชัดเจนระหว่างผู้ป่วยPalliative care และผู้ป่วยEnd of life เพื่อสร้างความปลอดภัยกับผู้ป่วย และสร้างความมั่นใจได้ว่าผู้ป่วยEnd of life ได้รับการประเมินอย่างรอบด้านได้รับการดูแลที่ตอบสนองความต้องการผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม	1.สนับสนุนให้ทุกหน่วยงานมีคู่มือ / แนวทางการดูแลผู้ป่วยPalliative care และผู้ป่วยEnd of life ตั้งแต่แรกรับถึงจำหน่าย 2.พัฒนาการเชื่อมโยงระบบการดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน รพ.สต. 2.1. มีระบบส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องเช่น refer on line , line group 2.2. การจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง 2.3.มีการเยี่ยม ดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยผู้เกี่ยวข้อง	-อัตราหน่วยงานมีคู่มือ / แนวทางการดูแลผู้ป่วยPalliative care และผู้ป่วยEnd of life -อัตราการเชื่อมโยงระบบการดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน รพ.สต.	100% 80 %	ทุก 3 เดือน ทุก 3 เดือน	ปี2561=68.68% ปี2562=69.43% ปี2563=69.82% (ตค.62-กย.63) ปี2562=26.16% ปี2562=16.85% ปี2563=78.65% (ตค.62-กย.63)	-คกก.พัฒนาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
85.การบำบัดการเจ็บปวด						
ทีมงานที่เกี่ยวข้องควรร่วมกันทบทวนแนวทางการประเมินและบำบัดอาการเจ็บปวดให้เกิดความเหมาะสมกับระดับความรุนแรงและลักษณะของอาการเจ็บปวดของผู้ป่วยทุกกลุ่ม กำกับติดตามแนวทางที่วางไว้และปรับปรุงอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความปวดที่เหมาะสมกับความรุนแรง รวมทั้งการขยายครอบคลุมผู้ป่วยในแต่ละสาขาและหน่วยงาน	1.จัดทำแนวทางประเมินและบำบัดอาการเจ็บปวดในกลุ่มผู้ป่วยเด็ก **กลุ่มเป้าหมาย** 1. ผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัด 2. เด็กรับบริการฉีดวัคซีน 3. ผู้ป่วยเด็กที่ต้องทำหัตถการ เช่น เด็กโรคเรื้อรัง เด็กหรือทารกแรกเกิดที่มีภาวะเจ็บป่วย มีการดำเนินงานดังนี้ 1. ผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัด 1.1 มีการประเมินความปวดทุกราย/เครื่องมือ 1. NIPS แรกเกิด-1 เดือน 2. Flacc 1.2 มีแนวทางปฏิบัติเพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวด 1. เบี่ยงเบนความสนใจ ใช้ของเล่น พูดคุย โอบกอด ระบายสี 2. ใช้ยา	-อัตราการประเมินและจัดการ Pain score กลุ่มผู้ป่วยเด็กที่มีอาการปวด	≥50%	ทุก 6 เดือน	100% (30/30ราย) (ม.ค. – มิ.ย. 63)	PCT กุมาร

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
	2. เด็กรับบริการฉีดวัคซีน 2.1 มีการจัดทำแบบประเมินความปวดเพิ่มในใบคัดกรองผู้ป่วย/เครื่องมือ 1. NIPS แรกเกิด-1 เดือน 2. Flacc 2.2 มีแนวทางปฏิบัติเพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวด 1. เทคนิคการฉีดยาโดยไม่ดึง Syringe กลับ ในการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ ฉีดยาที่ปวดมากในลำดับสุดท้าย 2.การจัดท่านั่งให้มารดาโอบกอด 3. ของเล่น เบี่ยงเบนความสนใจ	-อัตราการประเมิน Pain score และการปฏิบัติตามแนวทางบรรเทาอาการเจ็บปวด	≥50%	ทุก 6 เดือน	อยู่ระหว่างดำเนินการ	PCT กุมาร
	3. ผู้ป่วยเด็กที่ต้องทำหัตถการ เช่น เช่น การเจาะเลือด ให้สารน้ำ การทำ Echo การเจาะหลัง การสวนปัสสาวะ การผ่าตัดภาวะลิ้นติด (Tongue tie) เป็นต้น	-อัตราการประเมิน Pain score และการปฏิบัติตามแนวทางบรรเทาอาการเจ็บปวด	≥50%	ทุก 6 เดือน	อยู่ระหว่างดำเนินการ	

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
	3.1 มีการประเมินโดยใช้แบบประเมินและเครื่องมือชนิดเดียวกับเด็กรับบริการฉีดวัคซีน					
	2.การพัฒนาระบบการระงับปวดในผู้ป่วยCA /Non CAทุกราย ในคลินิกระงับปวด 2.1 มีการประเมิน pain score ทุกราย 2.2 มีการวางแผนรักษาร่วมกับผู้ป่วยและญาติทุกราย	-ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการมีอาการปวดลดลง	>50%	ทุก 3 เดือน	ปี2561=54.20% ปี2562=71.13% ปี2563=59.07% (ตค.62-กย.63) ในปี 2563 (ตค.62-กย.63) มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาทั้งหมด 1274 ราย เป็นผู้ป่วย CA 249 รายคิดเป็น 19.54% ผู้ป่วยโรคอื่นๆ 1025 รายคิดเป็น 80.46% ระดับความพึงพอใจ 86.7%	คกก. พัฒนาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
86.การฟื้นฟูสภาพ						
ควรส่งเสริมให้แพทย์ผู้ส่งปรึกษา ผู้รับบริการ และทีมกายภาพบำบัดและฟื้นฟูสภาพที่มีการร่วมกันกำหนดเป้าหมายของการได้รับการฟื้นฟูสภาพให้มีความชัดเจน และเหมาะสมกับปัญหาของแต่ละรายเพื่อเป็นการแสดงผลสัมฤทธิ์ของการรักษาที่แท้จริงมากกว่าการกำหนดเป้าหมายเป็นภาพรวมของการได้รับการทำการฟื้นฟูหรือความพึงพอใจในการได้รับการบริการ ซึ่งไม่ได้แสดงคุณภาพของการบำบัดฟื้นฟูที่ชัดเจน	1.มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาวในกลุ่มผู้ป่วย -ข้อไหล่ติด -ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า -โรคหลอดเลือดสมอง -Spine Injury -Head Injury	-อัตราผู้ป่วยข้อไหล่ติดบรรลุเป้าหมายระยะสั้น	80%	ทุก 1 เดือน	**ปี 2562** 100% **ปี 2563** 92.31%	งานกายภาพบำบัด
		-อัตราผู้ป่วยข้อไหล่ติดบรรลุเป้าหมายระยะยาว	80%	ทุก 1 เดือน	**ปี 2562** 100% **ปี 2563** 100%	งานกายภาพบำบัด
		-อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง / Spine Injury/ Spine Injury ได้รับการติดตามครบ 6 เดือน	70%	ทุก 3 เดือน	**ปี 2562** 84.21% **ปี 2563** 64.48%	งานกายภาพบำบัด
		-อัตราผู้ป่วย TKA งอเข่าได้ 90^{0}ก่อน D/C	100%	ทุก 3 เดือน	**ปี 2562** 100% (343คน) **ปี 2563** 100%(281คน)	งานกายภาพบำบัด /ทุก PCT

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
		-อัตราการดูดกลืนในผู้ป่วยเด็กทารกดูดกลืนได้ภายใน 1 เดือน	≥80%	ทุก 6 เดือน	**ปี 2562** 88.23% **ปี 2563** 89.74%	งานกิจกรรมบำบัด
		-อัตราการถอดสาย NG Tube ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายใน 1 เดือน	≥80%	ทุก 6 เดือน	**ปี 2562** 89.71% **ปี 2563** 76.67%	งานกิจกรรมบำบัด
		-อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง / Spine Injury/ Spine Injury ได้รับการติดตามครบ 6 เดือน มีคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดีขึ้น	70%	ทุก 3 เดือน	**ปี 2562** 90.23% **ปี 2563** 85.59%	งานกายภาพบำบัด

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
	2.พัฒนาระบบการฟื้นฟูในการกำหนดป้าหมายระยะสั้นและระยะยาวในกลุ่มผู้ป่วย L-Spondylosis	-อัตราผู้ป่วย L-Spondylosispain score ลดลง 2scale ใน 1 เดือน	≥80%	ทุก 6 เดือน	เริ่มดำเนินการตุลาคม 2563	งานกายภาพบำบัด
		-อัตราผู้ป่วย L-Spondylosis สามารถดูแลตัวเองได้ที่บ้าน	≥80%	ทุก 6 เดือน	เริ่มดำเนินการตุลาคม 2563	งานกายภาพบำบัด
	3.พัฒนาระบบการให้บริการขาเทียม	-อัตราผู้ป่วย BK ได้รับขาเทียม ภายใน 2 สัปดาห์	70%	ทุก 3 เดือน	**ปี 2563** (มิ.ย. 2563) 100% (13คน)	งานกายอุปกรณ์

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
87.การดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย						
1.จากการเยี่ยมหน่วยงานทั้ง 3 จุดบริการยังพบความไม่เพียงพอของพยาบาลต่อจำนวนผู้ป่วยที่อาจส่งผลให้ได้รับการดูแลที่ไม่ครอบคลุมแม้จะมีการลดการให้บริการเนื่องจากคนไม่พอทั้งที่มีจำนวนผู้ป่วยใน waiting list ร่วม 100 รายจนต้องไปรับบริการนอกโรงพยาบาลและที่ผ่านมาเกิดอุบัติการณ์ผู้ป่วย Arrest 2 ราย ในปี 2561 ควรทบทวนระบบการประเมินผู้ป่วยระบบการรายงานแพทย์และเกณฑ์การประเมินซ้ำโดยแพทย์ เพื่อสร้างความปลอดภัยมากขึ้นรวมทั้งระบบในการช่วยเหลือวิกฤตฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ	-ทบทวนระบบการประเมินและการรายงานผู้ป่วยก่อนส่ง HD -ทบทวนแนวทางการการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในโรคไตวายระยะสุดท้าย และนำสู่การปฏิบัติ	-อุบัติการณ์ Unplan CPR	0 ราย	ทุก 1 เดือน	6	งานไตเทียม
2. ควรประสานความร่วมมือกับ IC เพื่อสอบสวนเพาะเชื้อจากน้ำ RO ซึ่งค่ามากกว่าเกณฑ์และไม่ติดตามชนิดของเชื้อแม้จะมีการ	-ทบทวนระบบการเพาะเชื้อจากน้ำ RO และการจัดการกรณีผลเพาะเชื้อผิดปกติ	-อัตราการเพาะเชื้อผ่านเกณฑ์	100 %	ทุก 1 เดือน	ตามตาราง	-งานไตเทียม - ICN

disinfectantระบบทุก6เดือน แต่ควรมีระบบรองรับกรณีที่ผลไม่ปกติเพื่อสร้างความปลอดภัยในการป้องกันการติดเชื้อแก่ผู้มารับบริการมากขึ้น						
ข้อเสนอแนะ	**แผนการพัฒนาคุณภาพ**	**ตัวชี้วัด**	**เป้าหมาย**	**ความถี่/ ระยะเวลา**	**ผลลัพธ์**	**ผู้รับผิดชอบ**
III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วยและครอบครัว						
88 การให้ข้อมูลและเสริมพลัง						
ควรส่งเสริมการประเมินความต้องการและวางแผนกิจกรรมการเรียนรู้สำหรับผู้ป่วยแต่ละรายภายใต้การใช้ข้อมูลวิถีชีวิตและความต้องการของผู้ป่วยเพื่อผู้ป่วยและครอบครัว มีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการดูแล ได้รับข้อมูลและการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง	- มีการประเมินความต้องการและวางแผนกิจกรรมการเรียนรู้สำหรับผู้ป่วยแต่ละรายในโรคกลุ่มเป้าหมาย **1.PCT กุมาร** จัดโครงการให้ความรู้ในการดูแลตนเองและผู้ป่วย เกี่ยวกับโรค Preterm ,Asthma, Renal Down's syndrome, Thalassemia **2.PCT อายุรกรรม** 2.1 UGIB 2.2 CKD ที่รักษาโดย CAPD	-อัตราการ Re-admit -ผู้ป่วยที่มีภาวะเหล็กเกิน(ferritin >1,000) ได้ยา ขับเหล็กทุกราย -อัตราผู้ป่วย UGIB Re-Admit ภายใน 28 วัน -อัตราการติดเชื้อทาง	≤ 5% 100% ≤ 5%	ทุก 3 เดือน	0% 100 % ปี 2561-2563 =0%	ทุก PCT

	ได้ปรับกิจกรรมการสร้างการเรียนรู้สำหรับผู้ป่วยโดยเพิ่ม Group line ผู้ป่วย CAPD เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และติดตามปัญหาในการดูแล หากพบว่ามีแนวโน้มจะติดเชื้อ จะให้ผู้ป่วยกลับมาฝึกการทำแผลและทบทวนการล้างไตทางหน้าท้อง ซึ่งพบว่าในปี 2562 อัตราการติดเชื้อลดลง แต่เพิ่มขึ้นในปี 2563 กำลังทบทวนหาสาเหตุของการติดเชื้อที่เพิ่มขึ้น	ช่องท้อง (CAPD)	1:32		ปี 2561=1.44.52 ปี 2562=1.59.95 ปี 2563=1:51.91	
ข้อเสนอแนะ	**แผนการพัฒนาคุณภาพ**	**ตัวชี้วัด**	**เป้าหมาย**	**ความถี่/ระยะเวลา**	**ผลลัพธ์**	**ผู้รับผิดชอบ**
	3.PCT จักษุ 3.1 Glaucoma มีการโทรศัพท์ติดตามและ empower ผู้ป่วยที่ไม่ได้มารับการรักษาตามนัดทางโทรศัพท์	อัตราการขาดยาต้อหิน	≤ 3%		ปี 2561 = 0.25% ปี 2562 = 0.29% ตค.62-มิย.63= 9.47% (ช่วง COVID-19 ผู้ป่วยไม่ได้มารับยา)	

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ความถี่/ระยะเวลา	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
III-6 การดูแลต่อเนื่อง						
89 การดูแลต่อเนื่อง						
เพื่อให้มีการประสานข้อมูลระหว่างหน่วยงานผู้ป่วยใน กับหน่วยบริการในพื้นที่/ทีมเยี่ยมบ้านและแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพควรกำหนดเป้าหมายในแต่ละกลุ่มโรคให้ชัดเจน เช่นคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ความสามารถในการดูแลตนเองทำกิจวัตรประจำวันได้ การเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นต้นและกำหนดตัวชี้วัดที่ตรงประเด็นการติดตามข้อมูลมาวิเคราะห์และปรับปรุงระบบ รวมทั้งสะท้อนและเชื่อมโยงข้อมูลให้กับหน่วยงานทั้งในโรงพยาบาลและเครือข่าย	- พัฒนาระบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยใช้โปรแกรม Smart COC	- มีระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย เพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่มีประสิทธิภาพ -มีการติดตามข้อมูลการส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่องจากรายงาน Smart COC 1.อัตราการตอบกลับ 2.อัตราการเยี่ยมใน 14 วัน 3.อัตราเกิดภาวะแทรกซ้อน 4.อัตราควบคุมโรค/ดูแลตัวเองได้ 5.อัตราส่งเคส	-เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับ ทุกสังกัด จังหวัดนนทบุรี -รายงาน Smart COC	ทุก 3 เดือน	<u>ปี 2562</u> 1.อัตราการตอบกลับ ร้อยละ 99.2 (4095 ราย) 2.อัตราการเยี่ยมใน 14 วัน 56.5% (2332 ราย) 3.อัตราเกิดภาวะแทรกซ้อน 0.087% (3 ราย) 4.อัตราควบคุมโรค/ดูแลตัวเองได้ 97.3% (3893 ราย) 5.อัตราส่งเคส ระดับ 3,4 ถึงปลายทางใน 15 วัน 100% (492 ราย) <u>ปี 2563</u> (ตค.62-มิย.63) 1.อัตราการตอบกลับ 88.1% (3945	งานรักษาพยาบาลชุมชน ก.เวชกรรมสังคม

		ระดับ 3,4 ถึงปลายทางใน 15 วัน			ราย) 2.อัตราการเยี่ยมใน 14 วัน 53.3% (2387 ราย) 3.อัตราเกิดภาวะแทรกซ้อน 0.047% (3 ราย) 4.อัตราควบคุมโรค/ดูแลตัวเองได้ 98.9% (3867 ราย) 5.อัตราส่งเคส ระดับ 3,4 ถึงปลายทางใน 15 วัน 100% (439 ราย)	