



แผนพัฒนาคุณภาพตามข้อเสนอแนะ โรงพยาบาลแม่ลาน จ.ปัตตานี

วันรับรอง 27 มีนาคม 2564 วันหมดอายุ 26 มีนาคม 2567

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
<b>ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร</b>					
<b>I-1 การนำ</b>					
1.การชี้แจงองค์กรโดยผู้นำ ระดับสูง(I-1.1 ก (1)(2)(3))	<p>ทีมนำควรทบทวนการกำหนดจุดเน้น ในการพัฒนาคุณภาพให้มีความชัดเจน ระบุกรอบเวลาที่ต้องการบรรลุ สนับสนุนให้ทีมและหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องนำสู่การพัฒนา รวมทั้งควร ติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องและ สนับสนุนทรัพยากรอย่างเหมาะสม เพื่อการบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้</p>	<p>1.ทบทวนจุดเน้นในการพัฒนา ปีละ 1 ครั้ง โดยเลือกจากวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน ความก้าวหน้าใน การพัฒนาและประเด็นความปลอดภัย นำ ประเด็นที่ไม่บรรลุเป้าหมายมาเป็นจุดเน้น 2.ถ่ายทอดจุดเน้นการพัฒนาของ โรงพยาบาล ไปสู่ผู้ปฏิบัติ ผ่านทางประธาน ทีมคร่อม หัวหน้าฝ่าย หัวหน้าหน่วยงาน website โรงพยาบาล 3.มอบหมายทีม หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับทีมนำคุณภาพจัดทำแผนพัฒนา แผนปฏิบัติ ตัวชี้วัด ตามแต่ละจุดเน้น 4.ติดตามผลการพัฒนาตามจุดเน้น โดย นำเสนอผลลัพธ์ทุก 3 เดือน และร่วมแก้ไข การพัฒนาร่วมกัน</p>	<p>อัตราตัวชี้วัดจุดเน้น โรงพยาบาลผ่าน เกณฑ์&gt;80%</p>	<p>ในไตรมาส 3</p> <p>กันยายน</p> <p>กันยายน</p> <p>ธ.ค ,มี.ค,มิ.ย , ก.ย.</p>	<p>ทีมนำ</p>
2.การสื่อสาร สร้างความ ผูกพันโดยผู้นำ(I-1.1ข)					
3.การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ เอื้อต่อการพัฒนา(I-1.1ค (1)(2))					
4.ระบบกำกับดูแลองค์กร การประเมินผู้นำ/ระบบ การนำ(I-1.2 ก (1)(2))					
5.ระบบกำกับดูแลทาง คลินิก(I-1.2 ก (3))					
6.การปฏิบัติตามกฎหมาย ความรับผิดชอบต่อ สาธารณะและการ ดำเนินงานอย่างมี จริยธรรม (I-1.2 ข (1)(2)(3),ค(1))					

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
<b>I-2 กลยุทธ์</b>					
7.กระบวนการจัดทำกลยุทธ์และการวิเคราะห์ข้อมูล(I-2.1ก (1)(2)(3)(4)(5))	<p>ทีมนำควรส่งเสริมให้ผู้ที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนกลยุทธ์ให้มากขึ้น ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามภาระกิจที่องค์กรต้องดำเนินการ เพื่อกำหนดและจัดลำดับความสำคัญของความท้าทายให้ครอบคลุมตามบริบทของ F2 ในการจัดระบบบริการที่มีประสิทธิภาพทั้ง Pre-hospital , In – hospital , Post – hospital นำความท้าทายมากำหนด วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ตัวชี้วัด จัดทำแผนปฏิบัติการ สื่อสารลงสู่การปฏิบัติและควรติดตามความก้าวหน้าของแผนกลยุทธ์อย่างต่อเนื่อง เพื่อการบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้</p>	<p>1.ทีมนำและทีมที่เกี่ยวข้องร่วมวิเคราะห์ ข้อมูล รพ.เพื่อเตรียมจัดทำแผนกลยุทธ์ 2.เชิญทีมที่เกี่ยวข้องร่วมจัดทำแผนกลยุทธ์ รวมถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ รพสต. สสอ. อบต ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา อสม ตำรวจ อำเภอ กู้ภัย ทีมโรงเรียน เป็นต้น ร่วมกับทีมนำและทีมที่เกี่ยวข้องของ รพ. โดยร่วมรับฟังและเสนอแผนในกลุ่มย่อย และมาสรุปในกลุ่มใหญ่ 3.ร่วมสรุปและเสนอแผนกลยุทธ์ แผนปฏิบัติการประจำปีกับทีมคร่อม หัวหน้า ฝ่าย หัวหน้างานและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง 4.กำหนดให้พัฒนาระบบบริการ Pre- In – Post hospital ในโรคที่สำคัญ 5.ถ่ายทอดแผนกลยุทธ์ผ่านทางประธาน ทีม หัวหน้าฝ่าย หัวหน้างาน Web site รพ. และมอบหมายหัวหน้าทีมติดตามการปฏิบัติ 6.ทีมนำติดตามการปฏิบัติตามแผนกลยุทธ์ โดยให้ทีมที่รับผิดชอบนำเสนอผลการดำเนินงาน ตัวชี้วัด ทุก 3 เดือน</p>	<p>1.อัตราการปฏิบัติตามแผนกลยุทธ์ &gt;80% 2.อัตราตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์ผ่าน เกณฑ์ &gt;80%</p>	ไตรมาส 4	ทีมนำ
8.วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ตอบสนองความท้าทาย ครอบคลุมคุณภาพ ความปลอดภัย การสร้างเสริมสุขภาพ (I-2.1ข(1)(2)(3))				ไตรมาส 4	
9.การจัดทำแผนปฏิบัติการ การถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ และการจัดสรรทรัพยากร (I-2.2ก(1)(2)(3)(4))				กัณยายน	
10.การกำหนดตัวชี้วัดและใช้ในการติดตามความก้าวหน้า(I-2.2ก (5),ข)				ทุกปี	
				ทุกเดือน	
				ทุก 3 เดือน	

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
<b>I-3 ผู้ป่วยและผู้รับผลงาน</b>					
11 การรับฟัง/เรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม (I-3.1ก(1)(2))	การรับฟัง/ เรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม มีการรับฟังที่หลากหลายช่องทาง ทั้งกลุ่มผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน กลุ่มตามสิทธิการรักษาบริการที่ต้องการ มีการสอบถามและพูดคุย ควรส่งเสริมการนำผลการรับฟังข้อมูลจากการสอบถาม สํารวจมาวิเคราะห์ใช้ประโยชน์ในการจัดระบบบริการที่ตอบสนองกับปัญหาและความต้องการที่ตรงประเด็นในแต่ละกลุ่มมากขึ้น โดยเฉพาะการเรียนรู้ความต้องการในกลุ่มผู้ป่วยสำคัญที่ทีมนำทางคลินิกและโรงพยาบาลมุ่งเน้น รวมถึงผู้รับผลงานอื่น ชุมชน เครือข่ายที่โรงพยาบาลเกี่ยวข้อง เช่น การรับฟังกลุ่มผู้ป่วยส่งต่อ กลุ่มผู้ป่วย NCD , Stroke, STEMI , Sepsis , กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช กลุ่ม COPD , TB เป็นต้น	1.กำหนดกลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในการรับฟังความต้องการ ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยหน่วยงานแผนกต่างๆ ผู้ป่วยในชุมชน กลุ่มสิทธิต่างๆ กลุ่มรายโรคตามจุดเน้นโรงพยาบาล 2.กำหนดช่องทางการรับฟังความต้องการผ่านทาง QR Code ,แบบสอบถาม,กลุ่มไลน์,ทางโทรศัพท์ 3.ทีมต่างๆที่รับผิดชอบวิเคราะห์ข้อมูลการรับฟังความต้องการ และนำเสนอสรุปภาพรวมในประชุมทีมนำคุณภาพ 4.ทีมนำกำหนดแผนพัฒนาการตอบสนองความต้องการในกลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน	อัตราความพึงพอใจต่อการบริการ >80%	ทบทวนทุกปี	คลินิกพิเศษ OPD,IPD ยุทธศาสตร์
12 การประเมินความพึงพอใจและความผูกพัน (I-3.1ข(1))				ทบทวนทุกปี	
13 การใช้ข้อมูลเพื่อกำหนดบริการและการอำนวยความสะดวก(I-3.2ก(1)(2)(3))				ทุก 6 เดือน	
14 การสร้างความสัมพันธ์และการจัดการคำร้องเรียน (I-3.2ข(1)(2))				ทุก 6 เดือน	กรรมการบริหาร



มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
<b>I-4 การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้</b>					
16.การวัดผลการ ดำเนินการ [I-4.2ก]	1. จากที่มีการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ มาแล้ว ควรส่งเสริมการจัดการเกี่ยวกับ การวัดผลงาน ตั้งแต่การคัดเลือก ตัวชี้วัดให้สอดคล้องกับเป้าหมายและมี ความท้าทาย ครอบคลุมทั้งด้านการ ดูแล รักษา เครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันฟื้นฟู ปรับปรุงระบบจัดเก็บ ข้อมูลให้ถูกต้อง น่าเชื่อถือ ใช้ ประโยชน์จากการติดตามตัวชี้วัด และ นำมาวิเคราะห์เพื่อจัดลำดับ	1.กำหนดให้การเลือกตัวชี้วัดให้สอดคล้อง กับเป้าหมาย และครอบคลุมการดูแล รักษา ป้องกัน ฟื้นฟู โดยร่วมกันกำหนดในทีมนำ คุณภาพและทุกทีมที่เกี่ยวข้องกับ กระบวนการ		ทุกปี	เสถียร/ทีมนำ
17. การวิเคราะห์ข้อมูล การทบทวนผล การ ดำเนินการ และ นำไปใช้ปรับปรุง [ I-4.1 ข ,ค]	ความสำคัญของปัญหา นำไปสู่ การ ตัดสินใจวางแผนดำเนินการ ประเมิน และปรับปรุงระบบที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ เกิดการพัฒนาที่ตรงประเด็นในทุก ระดับและทุกส่วนขององค์กร	2.พัฒนาระบบการบันทึกตัวชี้วัดผ่านเวป ไซต์โรงพยาบาล เพื่อให้มีการรายงาน ตัวชี้วัดเป็นปัจจุบัน และทันเวลา	1.อัตราการนำเสนอ ตัวชี้วัดต่อทีมนำทุก 3 เดือน ร้อยละ 100	ตั้งแต่ 31 มีนาคม 64	เสถียร/ทศวรรษ
18. คุณภาพของข้อมูล และสารสนเทศ [I-4.2ก]		3.สรุป วิเคราะห์ นำเสนอตัวชี้วัดที่ไม่ สามารถดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายได้แก่ ผู้เกี่ยวข้อง ในรูปแบบของปัจจัยต่างๆที่ เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดนั้นๆ จากฐานข้อมูล	2.อัตราตัวชี้วัด ระดับโรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ มากกว่าร้อยละ 80	ตั้งแต่ 31 มีนาคม 64	เสถียร
19. การจัดการระบบ สารสนเทศ [I-4.2ข]		การให้บริการที่มีอยู่ เพื่อให้ผู้ที่รับผิดชอบ ตัวชี้วัด สามารถปรับใช้ข้อมูลที่ได้รับเพื่อ นำไปสู่การบรรลุเป้าหมายของตัวชี้วัดได้			
20. ความรู้ขององค์กร [I-4.2ค ]		4.มีการ benchmark กับโรงพยาบาลใน ระดับ F2 ด้วยกัน	3.ระดับตัวชี้วัดใน ระบบ THIP อยู่ใน ระดับสูงกว่าร้อยละ 75	ตั้งแต่ 31 มีนาคม 64	เสถียร

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
	<p>2. ควรส่งเสริมให้ทีมร่วมกับสาขาชีพ พัฒนา/ออกแบบการบันทึกข้อมูล สำคัญ เข้าระบบ Electronic ให้ สมบูรณ์ รวมทั้งการจัดเก็บข้อมูลที่ บันทึกในกระดาษเข้าระบบ เพื่อให้ ระบบการบันทึกเวชระเบียน มีความ สมบูรณ์เชิงคุณภาพ มีข้อมูลสำคัญ ทางการรักษา การพยาบาล ที่ผู้ป่วย ได้รับครบถ้วนและ เป็นหลักฐานทาง กฎหมายได้ ไม่สูญหาย</p>	<p>1. พัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลการ ให้บริการคลังเลือดในโปรแกรม HOSxP โดยการปรับวิธีการบันทึกข้อมูลการขอใช้ เลือด บันทึกข้อมูลการรับเลือด และข้อมูล การให้เลือดให้สมบูรณ์ทั้งข้อมูลผู้เบิก ผู้รับ จำนวนเบิก จำนวนที่ผู้ป่วยได้รับ ระยะเวลาในการรอรับเลือด เป็นต้น</p> <p>2. พัฒนาระบบการบันทึกเวชระเบียนให้มี คุณภาพ โดยทีมสาขาชีพร่วมจัดทำ แนวทางในการบันทึกเวชระเบียน ที่มี ลักษณะดังต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ครบถ้วน ( ข้อมูลสำคัญครบถ้วน)</li> <li>- ความถูกต้อง ( ตามความเป็นจริง )</li> <li>- มีรายละเอียดที่ดี ( ชัดเจน ไม่กำกวมหรือ คลุมเครือ)</li> <li>- ทันสมัย ( ใช้ข้อมูล/ CPG ที่ update )</li> </ul> <p>3. พัฒนาระบบสำรองข้อมูลที่มีความ ปลอดภัย และดำเนินการได้รวดเร็ว</p> <p>4. พัฒนาระบบการตรวจสอบข้อมูล เพื่อ ป้องกันการสูญหายของข้อมูล</p>	<p>1. อัตราการบันทึก ข้อมูลการบริการ คลังเลือดในระบบ HosXp ร้อยละ 100</p> <p>2. อัตราความ สมบูรณ์เวชระเบียน ผู้ป่วยนอกมากกว่า 90%</p> <p>3. อัตราความถูก ต้องสมบูรณ์ของ ข้อมูล HDC มากกว่า 99.9%</p> <p>4. จำนวนครั้งที่ ระบบ LAN ไม่ สามารถใช้งานได้นานกว่า 30 นาที เป็น 0 ครั้ง</p> <p>5. อุบัติการณ์การ สูญหายของข้อมูล ผู้ป่วยเป็น 0</p>	<p>31 มีนาคม 64</p> <p>30 กันยายน 2564</p> <p>30 มิถุนายน 2564</p> <p>30 มิถุนายน 2564</p>	<p>ทศวรรษ/นุรี ยะห์</p> <p>เวชสถิติและทีม ตรวจสอบเวช ระเบียน</p> <p>ทศวรรษ</p> <p>อดุลย์</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
		5. ออกแบบแบบฟอร์มการบันทึกการรักษาพยาบาลต่างๆ ตามที่หน่วยงานต้องการ เพื่อลดการซ้ำซ้อนของการบันทึกข้อมูล 6. จัดเก็บเวชระเบียนเป็น Electronic ดังนี้ - ผลการตรวจคลื่นหัวใจ - ใบการ์ตูน - ใบตอบกลับrefer - फिल्मเอ็กซเรย์	6. มีการสร้างแบบฟอร์มการบันทึกการพยาบาลต่างๆ อย่างน้อยปีละ 2 แบบฟอร์ม	31 มีนาคม 2564	ทศวรรษ/ อดุลย์
	<b>คำแนะนำ</b> 1. ควรส่งเสริมการเรียนรู้มาตรฐานการรักษาความปลอดภัยทางระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ร่วมกับการทบทวนระบบการป้องกันความเสี่ยงความปลอดภัยที่กำหนดไว้ นำสู่การปรับพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อให้มั่นใจว่าระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมีความพร้อมใช้ ปลอดภัยทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน	1. การปรับปรุงห้อง server ให้มีความปลอดภัยตามมาตรฐานได้แก่ การกั้นห้องให้มีดซิด รวมทั้งการกำหนดชื่อผู้ที่สามารถเข้าถึงห้อง server ได้ 2. การ update server ทุก 10 ปี 3. การปรับปรุงระบบ firewall ทุก 3 ปี	จำนวนครั้งที่ระบบ LAN ไม่สามารถใช้งานได้นานกว่า 30 นาที เป็น 0 ครั้ง		



มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
	<p>2. ทีมสารสนเทศร่วมกับทีมนำคุณภาพและผู้เกี่ยวข้องรวบรวมข้อมูลและบันทึกสถิติต่างๆที่หน่วยงานนำมาจัดการเป็นข้อมูลสารสนเทศในทุกระดับ ได้แก่ ทีมนำคุณภาพ และหน่วยงาน มีการวางระบบการจัดการสารสนเทศให้ง่ายต่อผู้เกี่ยวข้อง การเข้าถึงข้อมูลและนำไปใช้วางแผนการพัฒนาระบบงาน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการพัฒนา งาน ระบบงานได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ เนื่องจากพบว่ามี การจัดเก็บข้อมูลที่จำเป็นในการ monitor ในหน่วยงาน แต่ไม่สามารถประมวลผลข้อมูลนำสู่การเรียนรู้และพัฒนา ระบบงาน</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ศึกษาดูงานการพัฒนา ระบบสารสนเทศที่ รพ. ยี่งอเฉลิมพระเกียรติ</li> <li>2. การปรับใช้โปรแกรม HosXP V.4</li> <li>3. พัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลสถิติ ใน หน่วยงานต่างๆ ผ่านเว็บไซต์โรงพยาบาล และกำหนด username password ในการ เข้าถึงบริการได้รวดเร็ว</li> </ol>		เริ่ม มี.ค 64	เสถียร

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
<b>I-5 กำลังคน</b>					
21. ชีตความสามารถและความเพียงพอของกำลังคน [ I-5.1ก ]	1. ทีม HR ควรใช้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการวิเคราะห์ ความเพียงพอ การพัฒนา กำลังคนตาม Service plan และภาระงานจริงมาจัดทำแผนความต้องการและแผนพัฒนาในระยะ 3 ปี ควรส่งเสริมการทำ HR plan กำหนดวิธีการและช่วงเวลาในการสรรหา พัฒนาคนในแต่ละกลุ่ม กำกับติดตามและประเมินผลตาม action plan ที่กำหนดไว้ในแต่ละช่วงเวลา เพื่อให้ทีมสามารถดำเนินการได้อย่าง	1. กำหนดให้วิเคราะห์อัตรากำลังตาม FTE และนำมาจัดทำแผนการสรรหาอัตรา กำลังคนให้เหมาะสมกับงานทุกปีโดยนำมาเสนอในประชุมคณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาล	1. อัตรากำลังของกลุ่มวิชาชีพ, กลุ่มสนับสนุนเพียงพอ 100%	กันยายน ของทุกปี	HRM, HRD
22. สุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน [ I-5.1ข , ค(1)* (3) (4) ]	ทำ HR plan กำหนดวิธีการและช่วงเวลาในการสรรหา พัฒนาคนในแต่ละกลุ่ม กำกับติดตามและประเมินผลตาม action plan ที่กำหนดไว้ในแต่ละช่วงเวลา เพื่อให้ทีมสามารถดำเนินการได้อย่าง	2. กำหนดแผนการจัดสรรหาบุคลากรที่ขาดตาม FTE ได้แก่ นักจัดการงานทั่วไป เจ้าหน้าที่พัสดุ เจ้าหน้าที่งานเวชสถิติ นักรังสี โดยเสนอขออัตรากำลังจาก สสจ. หรือประกาศรับสมัครเป็นลูกจ้าง	2. อัตราเจ้าหน้าที่ที่มีสมรรถนะในปฏิบัติงาน >80% -core competency -technical competency	ตุลาคม 2564	
23. การสร้างเสริมสุขภาพของกำลังคน [ I-5.1ค(2) ]	เป็นรูปธรรม สามารถสรรหาและพัฒนาบุคลากรได้บรรลุเป้าหมาย	3. แผนจัดจ้างนักโภชนาการเพื่อรองรับการจัดโรงอาหารโรงพยาบาลในปี 2565	-managerial competency	กันยายน 2565	
24 ความผูกพันและผลการปฏิบัติงาน ระบบการจัดการผลการปฏิบัติงาน [ I-5.2 ก ]		4. แผนการกำกับสมรรถนะในการปฏิบัติงานในแต่ละวิชาชีพทุก 6 เดือน โดยคณะกรรมการบริหาร และทีมนำคุณภาพ -core competency โรงพยาบาล/ฝ่าย -technical competency หน่วยงาน -managerial competency หัวหน้าฝ่าย/ประธานทีมต่างๆ และโดยเฉพาะงานที่ยังไม่มีตำแหน่งเฉพาะ ได้แก่ นักรังสี กำกับโดยองค์กรแพทย์	-managerial competency -managerial competency	ทุก 6 เดือน	

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
<p>25 การพัฒนากำลังคนและผู้นำ [ 1-5.1ข ]</p>	<p>2. จากการตามรอยพบว่า ควรกำหนดแผนการพัฒนาสมรรถนะโดยเฉพาะในหน่วยสนับสนุนบริการโดยเฉพาะในกลุ่มที่คณูมิไม่ได้ตามเกณฑ์และความรู้ทักษะที่จำเป็นทั้งผู้เกี่ยวข้องในการกำกับระบบและผู้ปฏิบัติ เช่น ในหน่วยรังสี บำบัดน้ำเสีย จ่ายกลาง ระบบประปา เป็นต้น ทีมที่เกี่ยวข้องและหัวหน้างานควรร่วมกันทบทวนกำหนด Learning need ที่เหมาะสมส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานแข่งขันรวมทั้งการกำกับตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ มีคณูมิตามเกณฑ์ จัดให้มีระบบกำกับนิเทศ ผู้ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ</p>	<p>และมีพี่เลี้ยงนักรังสีระดับจังหวัด</p> <p>1.จัดทำแผนการอบรมฟื้นฟูเชิงปฏิบัติการให้กับเจ้าหน้าที่แต่ละสายวิชาชีพ สายสนับสนุน ทุกปี</p> <p>2.แผนพัฒนาสมรรถนะใน service plan ได้แก่ HT, DM, MI, Stroke ,sepsis, pneumonia ในเด็ก &lt; 5 ปี</p> <p>3.แผนพัฒนาความรู้และทักษะเร่งด่วน ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-เจ้าหน้าที่ทำงานด้านรังสี ไปอบรมฝึกสมรรถนะที่โรงพยาบาลปัตตานี</li> <li>-เจ้าหน้าที่กำกับดูแลและเจ้าหน้าที่บำบัดน้ำเสีย ระบบประปา ส่งไปเรียนรู้ที่โรงพยาบาลอำเภออื่น และให้บริษัทเป็นที่ปรึกษา โดยมอบหมายให้ ผู้รับผิดชอบประเมินหน้างานทุกวัน/สัปดาห์ และหัวหน้างานเวชศาสตร์กับประธานทีม ENV ประเมินทุก 3 เดือน นำมาเสนอผลในทีมนำคุณภาพ</li> </ul> <p>4.พัฒนาเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนในสมรรถนะหลักและสมรรถนะรองควบคู่กันไปทุกคน เช่น งานประปา งานบำบัดน้ำเสีย งานพัสดุ เป็นต้น</p>	<p>1.อัตราความคลุมการอบรมฟื้นฟูเชิงปฏิบัติงานแต่ละสายวิชาชีพ &gt;80%</p> <p>2.อัตราเจ้าหน้าที่มีสมรรถนะในปฏิบัติงานในสายวิชาชีพ และสายสนับสนุน &gt;80%</p>	<p>ทุกปี</p> <p>ทุกปี</p> <p>ภายในเดือนกันยายน 2564 ปี 2564-2565</p> <p>ปี2564-2565</p>	<p>HRD</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
		<p>5.ประเมินสมรรถนะตามสายงาน สายวิชาชีพ ทุก 6 เดือน โดยหัวหน้าฝ่าย/ประธานทีมต่างๆ</p> <p>6.ส่งเสริมพัฒนางาน CQI /นวัตกรรม แต่ละหน่วยงาน ปีละ 1 ครั้ง โดยหมุนเวียนบุคลากรในหน่วยงาน</p>		<p>ทุก 6 เดือน</p> <p>ก.พ ทุกปี</p>	HRD

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
<b>I-6 การปฏิบัติการ</b>					
26 การออกแบบบริการ และกระบวนการทำงาน การจัดการและปรับปรุง กระบวนการทำงาน ประสิทธิภาพและ ประสิทธิผล(I-6.1ก ข, I-6.2 ก)	ควรส่งเสริมให้ทีมนำเฉพาะด้านและ หน่วยงานทุกระดับได้นำแนวคิด 3 P มาออกแบบกระบวนการ ติดตาม ความก้าวหน้า ผลลัพธ์ของกระบวนการ ทำงานสำคัญเพื่อสะท้อนความสำเร็จของ การดำเนินงานที่ผ่านมา	1.กำหนดนโยบายให้หน่วยงาน ทีมคร่อม ต่าง ใช้ 3P ในการออกแบบการทำงาน และ นำเสนอแผนปฏิบัติงานประจำปี 2.กำหนดแผนให้ ทีม Facilitator เข้าร่วม ประชุมกับทีมคร่อมสายงานและหน่วยงาน เพื่อกระตุ้นให้ใช้แนวคิด 3 P ในการ ออกแบบกระบวนการ 3.ทีมนำคุณภาพนิเทศหน้างานเพื่อประเมิน กระบวนการ 3P และความสำเร็จของการ ดำเนินงาน 4.กำหนดให้หน่วยงาน ทีมคร่อมนำเสนอ ผลลัพธ์ของกระบวนการทำงานทุกไตรมาส โดยให้สมาชิกในหน่วยงานและสมาชิกทีม คร่อมใช้ 3P ในการนำเสนอ	1.อัตราตัวชี้วัดของ หน่วยงาน/ทีมคร่อม สายงาน ผ่าน เป้าหมาย>80%  2.อัตราความ หน่วยงาน/ทีมคร่อม สายงานใช้ กระบวนการ 3 P ในการดำเนินงาน 100%	ไตรมาส 4  ทุก 4 เดือน  ทุก 6 เดือน  ทุก 3 เดือน	ทีมนำ
27 การจัดการห่วงโซ่ อุปทาน (I-6.1ค)					
28 การจัดการนวัตกรรม (I-6.1ง)					
29 การจัดการด้านการ เรียนการสอนทางคลินิก (I-6.1จ)					
30 ความพร้อมสำหรับภัย พิบัติและภาวะฉุกเฉิน ต่างๆ(I-6.2ข)					

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
<b>ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล</b>					
<b>II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัยและคุณภาพ</b>					
31 ระบบบริหารงาน คุณภาพการประสานงาน และบูรณาการ การทำงาน เป็นทีม (II-1.1ก (1)(2)(3)(4)(10)) 32 การประเมินตนเองและ จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ (II-1.1ก(5)(8)(9))	1.การบริหารงานคุณภาพ: การทำงาน เป็นทีม ทีมนำ ทีมนำทางคลินิก ทีมนำ เชิงระบบและศูนย์คุณภาพควรส่งเสริม ให้ทุกทีม ทบทวนบทบาทหน้าที่ ขอบเขต เป้าหมาย ทิศทางการพัฒนา คุณภาพ การจัดทำแผน การดำเนินงาน การกำกับติดตามแผนที่กำหนด นำมา ปรับปรุงกระบวนการทำงาน ระบบที่ ได้รับมอบหมาย มีการประชุมเพื่อ ติดตามผลงานอยู่เสมอเพื่อรับทราบการ บรรลุเป้าหมายของการพัฒนาระบบงาน ที่รับผิดชอบ	1.ทบทวนคณะกรรมการในแต่ละทีม และ กำหนดบทบาทหน้าที่ ขอบเขต เป้าหมาย ทิศทางการพัฒนางานทุกปี 2.กำหนดให้ทีมคร่อมสายงานจัดทำ แผนปฏิบัติการ ทุกปี 3.กำหนดแผนพัฒนาเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ การปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพ ทั้งภายใน และภายนอกโรงพยาบาล 4.สนับสนุนการใช้มาตรฐานคุณภาพผ่าน ช่องทาง website รพ.,กลุ่มไลน์,คู่มือ เอกสาร เป็นต้น และการใช้มาตรฐานใน เวทีการประชุมทุกครั้ง 5.กำหนดแผนการประชุมทีมนำโดยต้องมี ประธานหรือสมาชิกอย่างน้อย 1 คน เข้า ร่วมประชุม 6.จัดเวทีการส่งเสริมการทำงานเป็นทีมโดย ประสานระหว่างทีมนัดประชุมร่วมกัน ระหว่างทีมคร่อมสายงาน ระหว่างวิชาชีพ ระหว่างผู้บริหารกับผู้ปฏิบัติ เป็นต้น	1.อัตราทีมคร่อม ปฏิบัติตาม แผนปฏิบัติการ >90%  2.อัตราแกนนำ คุณภาพได้รับการ พัฒนางานคุณภาพ 100%	กันยายน  กันยายน  ทุกปี  ทุกเดือน ทุกเดือน  ทุก 3 เดือน	ศูนย์คุณภาพ

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
		7. ศูนย์คุณภาพเข้าร่วมประชุมกับทุกทีมคร่อม สายงาน ปีละ 2 ครั้ง 8. กำหนดให้ตัวแทนทีมคร่อมนำเสนอผลการ พัฒนาคุณภาพ 9. สรุปลักษณะความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ เป้าหมาย ผลการปฏิบัติงานคุณภาพในทุกทีม คร่อมในที่ประชุมทีมนำ		ทุก 4 เดือน  ทุก 6 เดือน	ศูนย์คุณภาพ
33. การทบทวนการ ให้บริการ และการดูแล ผู้ป่วย [ II-1.1 ข (1) ]	2. คุณภาพการดูแลผู้ป่วย : ทีมนำ ทางคลินิกควรกำหนดเป้าหมายในการ ดูแลผู้ป่วยให้ชัดเจนทั้งระบบ Pre- hospital , in hospital , Post hospital มีการกำหนดกลุ่มโรคสำคัญในการ พัฒนาให้ครอบคลุม เช่น NCD โรค ที่มาจากภัยสุขภาพ กำหนดตัวชี้วัดที่ ตรงประเด็นร่วมกัน ทบทวนผลลัพธ์ การดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ และ ส่งเสริมให้แพทย์มีบทบาทในการ ทบทวนเคสที่มีอาการทรุดลงหรือส่ง ต่อ เพื่อหาโอกาสการพัฒนา ปรับปรุงกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อให้มีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น	1. ทีมนำทางคลินิกกำหนดกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มโรค สำคัญ คือ STEMI, Stroke, sepsis, TBI ,PIH ,PPH รวมทั้ง NCD HT DM COPD Pneumonia ในเด็ก ซึ่งเป็นโรคตามจุดเน้นของโรงพยาบาล โดยมากำหนดระบบการดูแลให้ครอบคลุม Pre- hospital , In hospital และ Post hospital 2. ทีมนำทางคลินิกร่วมกันกำหนดตัวชี้วัดและ ติดตามประเมินผลลัพธ์ด้านคลินิกจากการ ติดตามตัวชี้วัดทุกเดือน และนำเสนอต่อทีมนำ 3. ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยกรณี Dead, ส่งต่อ ,ทรุดหนักลง ,Re admit ,Re visit ในกลุ่มโรค สำคัญ STEMI, Stroke, sepsis, TBI ,PIH ,PPH , NCD HT DM COPD Pneumonia ในเด็ก	1. อัตราการตาย ในโรคที่สำคัญ ลดลง 2. อัตราผู้ป่วย เฉพาะโรค ควบคุมโรคได้ >50% 3. อุบัติการณ์ unplan refer ลดลง	ทบทวนการดูแล ผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ ทุก 3 เดือน  ทุก 3 เดือน  ทุก 3 เดือน	ทีมนำทาง คลินิก
34. การพัฒนาคุณภาพการ ดูแลผู้ป่วย [ II-1.1 ข 2) (3)(4) ]					

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
35. ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย [ II-1.2ก (1)(5*) (6) ]	3. ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย: ทีมนำควรร่วมกับทีมบริหารความเสี่ยงดำเนินงานดังนี้	1.อบรมฟื้นฟูความรู้ความเข้าใจให้เจ้าหน้าที่แกนนำและผู้เกี่ยวข้องในการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก ได้แก่ การทำ 12 กิจกรรม, การ Round, การ Audit เวชระเบียน และการทำ RCA	1.อัตราความครอบคลุมการรายงานความเสี่ยงทุก	ทุกปี	ลิณี ,รอฮันนี่/ ทีมนำ โรงพยาบาล
36. กระบวนการบริหารความเสี่ยง [ II-1.2 ก (2) (3) ]	3.1 ควรส่งเสริมการเรียนรู้ ความเข้าใจแก่บุคลากรทุกระดับในการค้นหาความเสี่ยงรูกหน้างานทั้งด้านคลินิก ความเสี่ยงที่ไม่ใช่ทางคลินิกจากระบบงานอื่นๆการรายงานที่ครอบคลุมทุกหน่วยงาน นำสู่การวิเคราะห์หาสาเหตุมากำหนดมาตรการป้องกันที่เหมาะสม	2.ประกาศนโยบาย/แนวทางปฏิบัติให้ทุกหน่วยงานมีการค้นหาความเสี่ยง ผ่านการประชุมและ website รพ. โดยทีม RM สุ่มตรวจทุก 3 เดือน ได้แก่	รายงานความเสี่ยงทุก หน่วยงาน (เชิงรุก/เชิงรับ) ร้อยละ 80	ก.ย.64	
37 การเรียนรู้จากอุบัติการณ์ [ II-1.2 ก (4)* ]		<p>2.1. ความเสี่ยงเชิงรุก</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กำหนดให้ทุกหน่วยงานทบทวน 12 กิจกรรมทุกเดือน และส่งทีม RM ทุก 3 เดือน</li> <li>- กำหนดให้มีการทบทวนเวชระเบียนร่วมกับทีม PCT ทุก 3 เดือน</li> <li>- ความเสี่ยงด้าน Non-clinic ได้แก่ การเงิน พัสดุ เป็นต้น กำหนดให้มีการ Audit ภายในโรงพยาบาล ปีละ 2 ครั้ง และหน่วยงานภายนอกโรงพยาบาล ปีละ 1 ครั้ง</li> <li>- กำหนดให้มีการ Round หน่วยงานโดยทีม นำร่วมกับทีมคร่อมต่างๆ ปีละ 2 ครั้ง</li> </ul> <p>2.2. ความเสี่ยงเชิงรับ ได้แก่ การรายงานโปรแกรม Hos-xp, โปรแกรม NRLS และระบบยา โดยหน่วยงานมีการรายงานทุกเดือน</p>	2.อัตราเจ้าหน้าที่มีความรู้ความเข้าใจการบริหารความเสี่ยง ร้อยละ80		



มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
		3. ความเสี่ยงที่ได้จากการค้นหาให้ทุกหน่วยงานวิเคราะห์สาเหตุ และกำหนดมาตรการป้องกัน			
	3.2 ควรทบทวนการจัดทำบัญชีความเสี่ยง (risk profile) ให้ครอบคลุมอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นจริง อุตการณ์ไม่พึงประสงค์จากการทบทวนเวชระเบียนโดยการใช้ trigger tool รวมถึงประเด็น 2Psafety ที่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล และจัดทำทะเบียนจัดการความเสี่ยง (risk register) เพื่อวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง (RCA) จัดทำมาตรการป้องกันที่รัดกุม สื่อสารสร้างความเข้าใจสู่การปฏิบัติ กำหนดตัวชี้วัดที่ตรงประเด็น กำกับติดตามอุบัติการณ์อย่างสม่ำเสมอ รวมถึง สรุปรายงานอุบัติการณ์ การจัดการความเสี่ยง นำเสนอแก่ผู้บริหารอย่างสม่ำเสมอ เพื่อการสนับสนุนและ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ให้ทุกหน่วยงานทบทวน Risk profile ให้ครอบคลุม ความเสี่ยงทาง Clinic (Common clinical risk/ Specific clinical risk) และ Non-clinic รวมถึง 2P safety , จุดเน้นของโรงพยาบาล ปีละ 2 ครั้ง</li> <li>2. กำหนด PCT ทบทวนเวชระเบียนโดยใช้ trigger tool เพื่อค้นหาอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ ทุก 3 เดือน เพื่อนำมาทำ Risk register</li> <li>3. กำหนดให้ทุกหน่วยงานจัดทำทะเบียนจัดการความเสี่ยง (Risk register) ได้แก่ Risk identification, Risk analysis, Risk treatment และ Risk Monitor &amp; review และนำเสนอในเวทีประชุม RM ทุก 3 เดือน</li> <li>4. ทีม RM รวบรวมความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล และทำ Risk matrix มาประมวลผล นำเสนอทีม นำโดยทีม RM</li> <li>5. จัดทำ Risk register ของโรงพยาบาล และติดตามความเสี่ยงสำคัญตามระดับสี โดยทีม RM</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. อัตราการเกิด ความเสี่ยงระดับ G-I และ 4 ชั่ว เรื่องเดิมร้อยละ 0</li> <li>2. อัตราหน่วยงานจัดทำ risk profile ปีละ 2 ครั้ง</li> <li>3. อัตราหน่วยงานจัดทำทะเบียนจัดการความเสี่ยง (Risk register) ของหน่วยงาน ปีละ 2 ครั้ง</li> <li>4. อัตราโรงพยาบาลมีทะเบียนจัดการ ความเสี่ยง (Risk register) ของ</li> </ol>	<p>ปีละ 2 ครั้ง</p> <p>ทุก 3 เดือน</p> <p>ทุก 3 เดือน</p>	<p>รออันนี้/ ทีมนำ โรงพยาบาล</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
		<p>และผู้รับผิดชอบ (Owner) นำเสนอในทีมนำปีละ 1 ครั้ง</p> <p>6. ทีม RM รวบรวมสรุป Risk register ระดับโรงพยาบาลและสื่อสารผ่านการประชุม คณะกรรมการทีมนำ, website โรงพยาบาล</p>	<p>โรงพยาบาล ปีละ 1 ครั้ง</p>	<p>ปีละ 1 ครั้ง</p>	

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
<b>II-2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ</b>					
38 ระบบบริหารการ พยาบาล(II-2.1 ก)	1.การกำกับวิชาชีพพยาบาล:ควร ติดตามการจัดสรรกำลังคนใน หน่วยงานต่างๆให้มีความสมดุล และเหมาะสมกับบริบทของ F2 และ การให้บริการในหน่วยงานที่เสี่ยงสูง เช่น ER,LR ยังมีการใช้คนร่วมกัน รวมทั้งวิธีการจัดสรรคนให้สามารถ ทดแทนกันได้ในทุกหน่วยงาน โดย วิเคราะห์อุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ เกี่ยวข้องเพื่อนำมาปรับปรุงความรู้ ความสามารถ และมีระบบกำกับ ติดตามสมรรถนะของพยาบาลให้ สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่าง ปลอดภัยในทุกจุดบริการที่ได้รับ มอบหมาย เพื่อสร้างความมั่นใจใน การจัดบริการการพยาบาลที่มี คุณภาพ	1.จัดอัตรากำลังในทุกหน่วยงานแยกกันในทุก หน่วยบริการ ได้แก่ ER,LR,IPD,OPD 2.จัดอัตรากำลังสำรอง ในหน่วยงาน ER,LR,IPD ทุกเวร 3.กำหนดเกณฑ์การหมุนอัตรากำลังไป ปฏิบัติงานแทนในกรณีมีภาระงานฉุกเฉินเพิ่มขึ้น ในหน่วยบริการนั้นๆ 4.จัดทำแผนทบทวนเวชระเบียนในกลุ่มผู้ป่วย ได้แก่ case dead, case refer, ความเสี่ยงสำคัญ ระดับ E-I , ข้อร้องเรียน เป็นต้น โดยทบทวนใน องค์กรพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่ทำงาน 5.แผนนิเทศกำกับการทำงานโดยหัวหน้างาน ทุก 3 เดือน และโดยทีมองค์กรพยาบาลทุก 6 เดือน 6.จัดทำแผนพัฒนาสมรรถนะพยาบาล และ จัด เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ได้แก่ KM,CQI,การ ถ่ายทอดหลังจากเข้าร่วมประชุมวิชาการ เป็นต้น	1.Productivity 90-110%	เริ่มปรับอัตรากำลัง ตั้งแต่ กุมภาพันธ์ 2564	พว.พงษ์พันธ์ พรทิพย์
39 ปฏิบัติทางการพยาบาล (II-2.1 ข)		2.อัตราการ ปฏิบัติตาม แผนการทบทวน >80%	ทุกเดือน		
		3.อัตราการ ปฏิบัติตาม แผนการนิเทศ >80%	ทุก3-6 เดือน		
		4.อัตราเจ้าหน้าที่ มีสมรรถนะตาม สายงาน >80%	ทุก 3 เดือน		

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
<b>II-2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพแพทย์</b>					
40.องค์กรแพทย์ (II-2.2)	2.องค์กรแพทย์ แพทย์ควรร่วมทบทวนกับสหสาขาวิชาชีพโดยการทบทวนผลลัพธ์การดำเนินการ เช่น ผลลัพธ์การส่งต่อผู้ป่วยเสียชีวิต ผู้ป่วยทรุดลง Unplan ETT, re-admit, re-visit กลุ่มโรคฉุกเฉิน กลุ่มโรคสำคัญในสาขาต่างๆกลุ่มโรคเสี่ยงสูง กลุ่มโรคเรื้อรังโรค NCD ทบทวนการตรวจนอกเวลาเวร เวร 2 <sup>nd</sup> call นอกเวลา การเป็นเจ้าของไข้ของผู้ป่วยในการกำกับติดตามแพทย์หมุนเวียน แพทย์อยู่เวรแทนจากแพทย์นอกโรงพยาบาลและการทบทวนอุบัติการณ์สำคัญ(adverse event)โดยเฉพาะความรุนแรงระดับ G-H-I เป็นต้นและนำผลการทบทวนมาวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงกระบวนการดูแลพร้อมระบบจัดเก็บข้อมูลที่สามารถส่งต่อให้แก่ทีมที่เกี่ยวข้อง ทีมแพทย์มาใหม่ได้ใช้ประโยชน์	<p><b>เป้าหมาย :</b> เพื่อลดอุบัติการณ์ของการเกิด Unplan ETT, re-admit, re-visit, adverse event ระดับ G-H-I, การเสียชีวิต ผู้ป่วยทรุดลง</p> <p><b>แผนงาน/กิจกรรม</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>จัดตั้งองค์กรแพทย์เพื่อดำรงไว้ซึ่งมาตรฐานวิชาชีพแพทย์</li> <li>พัฒนาความรู้และความสามารถของแพทย์เพิ่มเติม โดยต้องมีการอบรมเพิ่มความรู้อย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง</li> <li>ทบทวนเคสกับสหวิชาชีพ เช่น เคสผู้ป่วยเสียชีวิต ผู้ป่วยทรุดลง Unplan ETT, re-admit, re-visit, adverse event ระดับ G-H-I</li> <li>ทบทวน chart ผู้ป่วยในกลุ่มโรคเสี่ยงสูง, NCD กับทีมสหวิชาชีพ 10 chart/เดือน</li> <li>นำผลการทบทวนมาวิเคราะห์ เพื่อนำมาพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งมีการจัดเก็บข้อมูลและมีการถ่ายทอด ผลจากการทบทวนไปสู่ทีมสหวิชาชีพ และภายในองค์กรแพทย์และแพทย์ที่มาใหม่/แพทย์อยู่เวรแทนจากนอกโรงพยาบาล/แพทย์หมุนเวียน</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>อัตราของการเกิด Unplan ETT, re-admit, re-visit, adverse event ระดับ G-H-I, ผู้ป่วยทรุดลง ลดลงจากเดิม 20 %</li> <li>อัตราการทบทวนผู้ป่วยทรุดลง Unplan ETT, re-admit, re-visit 100 %</li> <li>อัตราการทบทวนเคส adverse event ระดับ G-H-I 100 %</li> </ol>	<p>ทุกเดือน</p> <p>ทุกเดือน</p> <p>ภายใน 1 สัปดาห์ หลังการเสียชีวิต</p>	<p>พญ.หัสรินธร ลอดิง</p> <p>พญ.หัสรินธร ลอดิง</p> <p>พญ.หัสรินธร ลอดิง</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
		<p><b>เป้าหมาย :</b> เพื่อลดอุบัติเหตุการฉีกขาดในการวินิจฉัย และการรักษา/การดูแลผู้ป่วย ที่อาจก่อให้เกิดอันตราย ในกรณีที่มีการตรวจแทนแพทย์ของพยาบาลห้องฉุกเฉิน นอกเวลา ราชการ การอยู่เวรของแพทย์เวรที่ไม่ใช่แพทย์ประจำ รพ.หรือ แพทย์หมุนเวียน รวมทั้งกรณีมีเหตุการณ์ฉุกเฉินที่ต้องการแพทย์มากกว่า 1 คนทั้งในและนอกเวลา ราชการ</p> <p><b>แผนงาน /กิจกรรม</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.จัดทำ CPG ที่ชัดเจน ในส่วนของอาการใดบ้างที่ พยาบาล ER สามารถตรวจแทนแพทย์ได้ และอาการใดบ้าง ที่แพทย์จะต้องตรวจด้วยตัวเอง นอกเวลาราชการ</li> <li>2.มีแพทย์เวรประจำ ER ในเวลาราชการ</li> <li>3.จัดแพทย์เวร 2<sup>nd</sup> call ทั้งในและนอกเวลา เพื่อกรณีมีเหตุการณ์ฉุกเฉินที่ต้องการแพทย์มากกว่า 1 คนตลอด 24 ชั่วโมง</li> <li>4.แพทย์เวรที่ไม่ใช่แพทย์ประจำหรือ แพทย์หมุนเวียนจะมีการ orientation ก่อนปฏิบัติงาน</li> <li>5.มีการทบทวนเคสที่มีการวินิจฉัยผิดพลาด และเคสที่ตรวจแทนแพทย์ เดือนละครั้ง</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.อัตราการเกิดการวินิจฉัย และการรักษาผิดพลาด ลดลง จากเดิม 20 %</li> <li>2.อัตราการทบทวนเคสที่มีการวินิจฉัยผิดพลาด และเคสที่ตรวจแทนแพทย์ 100 %</li> </ol>	<p>ทุกเดือน</p> <p>ทุกเดือน</p>	<p>นพ.พิชัย ดอฆอ</p> <p>นพ.พิชัย ดอฆอ</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
<b>II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย</b>					
41.ความปลอดภัยและสวัสดิการทางกายภาพ การจัดการกับวัสดุและของเสียอันตราย (II-3.1ก,ข)	1. ทีมบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม ควรใช้วิธีการตามรอยส่งเสริมการ Round เชิงรุก การประเมิน ตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ ระบุความเสี่ยงสำคัญด้านสิ่งแวดล้อม นำข้อมูลดังกล่าวมาจัดลำดับความสำคัญและจัดทำแผน	1. จัดกิจกรรม ENV ROUND เชิงรุกภายในโรงพยาบาล 2. จัดทำแผนและประสานศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 12 สงขลา ตรวจสอบประเมินวิศวกรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล 3. เก็บรวบรวมความเสี่ยงทางด้านโครงสร้างกายภาพสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย จากทีม RM 4. นำข้อมูลความเสี่ยงจากกิจกรรม ENV ROUND การตรวจสอบประเมินวิศวกรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาลของศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 12 สงขลา และการค้นหาความเสี่ยงแบบตั้งรับจากรายงานอุบัติการณ์ต่าง ๆ มาระบุความเสี่ยงจัดกลุ่ม และจัดลำดับความสำคัญในการแก้ไขปัญหาตามระดับความรุนแรงของความเสี่ยง	1. อุบัติการณ์เกิดอุบัติเหตุจากความเสียหายของโครงสร้างกายภาพ สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยของโรงพยาบาล 0 ครั้ง 2. อัตราการแก้ไขความเสี่ยงด้านโครงสร้างกายภาพ สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย ร้อยละ 100	ไตรมาสละ 1 ครั้ง ปีละ 1 ครั้ง เดือนละ 1 ครั้ง ไตรมาสละ 1 ครั้ง	นางชนพร โม่งทุ่น และ คณะทำงาน โครงสร้างทาง กายภาพ
42.การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน และความปลอดภัยจากอัคคีภัย(3.1ค,ง)	ตอบสนองที่เหมาะสม ครอบคลุม เช่น แผนการตรวจสอบ การบำรุงรักษา ปรับปรุง การก่อสร้าง การรักษาความปลอดภัย เป็นต้น และจัดให้มีการประเมินผลการดำเนินการตามแผนอย่างน้อยปีละครั้ง	5. จัดทำแผนแก้ไขปัญหาคือความเสี่ยงด้านโครงสร้างกายภาพ สิ่งแวดล้อม และความปลอดภัยในโรงพยาบาล และดำเนินการแก้ไข 6. จัดซ่อมฝ้าเพดาน และเปลี่ยนกระเบื้องหลังคาอาคารผู้ป่วยนอกซึ่งรั่วและชำรุดทั้งอาคาร 7. ประเมินผลและติดตามการแก้ไขปัญหาความเสี่ยง		ไตรมาสละ 1 ครั้ง ปี 2565 ไตรมาสละ 1 ครั้ง	



มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
		<p><u>ระบบก๊าซทางการแพทย์</u></p> <p>1) ทบทวนแผนการปฏิบัติงานและแนวทางในการดูแลระบบก๊าซทางการแพทย์</p> <p>การจัดการระบบก๊าซที่ใช้กับผู้ป่วย</p> <p>-มีการวางแผนและสามารถรองรับสถานการณ์ที่ระบบก๊าซทางการแพทย์ขัดข้องทั้งระบบ</p> <p>-ห้ามต่อสายดินของระบบไฟฟ้าหรือของอุปกรณ์ใด ๆ เข้ากับระบบเส้นท่อก๊าซทางการแพทย์</p> <p>-กำหนดแผนการบำรุงรักษาตามคำแนะนำในหนังสือคู่มือมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรมหรือของผู้ติดตั้งระบบก๊าซทางการแพทย์</p> <p>-เมื่อมีการปรับเปลี่ยนระบบต้องมีการตรวจสอบระบบปลายทางต่อการปรับเปลี่ยนทุกครั้งก่อนใช้กับผู้ป่วย</p> <p>-มีวิธีการตรวจสอบระบบสัญญาณเตือนและมีมาตรการแก้ไขให้ระบบก๊าซทางการแพทย์ทำงานได้ใหม่อีกครั้ง</p> <p>-กำหนดระยะเวลาการทดสอบระบบก๊าซทางการแพทย์และสัญญาณเตือน</p> <p>-ทดสอบสัญญาณเตือนตามกำหนดที่เหมาะสมและเก็บบันทึกผลการตรวจไว้</p> <p>2) กำหนดขั้นตอนการบำรุงรักษาที่ต้องดำเนินการทุกวัน ทุกสัปดาห์ ทุกเดือน ทุกปี และทุก 3 ปี</p>	<p>ระบบก๊าซทางการแพทย์สามารถจ่ายออกซิเจนได้เพียงพอต่อจำนวนผู้ป่วยสามารถใช้กับผู้ป่วยตลอด 72 ชั่วโมงติดต่อกัน</p>	<p>ทุก ๆ 3 เดือน</p>	<p>มัทยา จันทร์มณี</p>



มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
		<p>3) จัดระบบสำรองสำหรับแก๊สที่ใช้ในทางการแพทย์ สำหรับจุดบริการที่จำเป็น เช่น ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน, ห้องคลอด, หอผู้ป่วย</p> <p>4) สุ่มตรวจสอบการปฏิบัติงานตามแผนที่กำหนด</p> <p><u>ระบบประปา</u></p> <p>1. ทบทวนแผนการปฏิบัติงานและแนวปฏิบัติในการดูแลระบบประปา</p> <p>2. กำหนดแผนการปฏิบัติงานทุกวัน ทุกสัปดาห์ ทุกเดือน และทุก 3 เดือน ทุก 6 เดือน และทุกปี</p> <p>3. มอบหมายและชี้แจงแนวทางการดูแลระบบประปาแก่ผู้ปฏิบัติงาน</p> <p>4. ติดตามตรวจวัดคลอรีนตกค้างปลายท่อ</p> <p>5. ส่งตัวอย่างน้ำประปาตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำปีละ 4 ครั้ง</p> <p>6. จัดให้มีแหล่งน้ำสำรอง คือ 1) แทงค์น้ำที่รองรับน้ำฝน รอบอาคารผู้ป่วยนอก อาคารผู้ป่วยใน สามารถขนน้ำมาใช้ในห้องน้ำ และกิจกรรมอื่น ๆ ได้ชั่วคราว โดยต้องระบายน้ำฝนออก ขัดล้างแทงค์น้ำ ปีละ 1 ครั้ง 2) หากน้ำใช้สำรองไม่เพียงพอต้องขอรถบรรทุกน้ำจากหน่วยบรรเทาสาธารณภัยอำเภอแม่ลาน มาใช้ชั่วคราว</p> <p>7. ซ่อมบำรุงเครื่องสูบน้ำดิบ ดูแลควบคุมการทำงานเครื่องสูบน้ำดิบและซัมเมอร์สูบน้ำบาดาล</p>	<p>1. น้ำประปาผ่านเกณฑ์มาตรฐาน น้ำประปาดื่มได้ของกรมอนามัย ร้อยละ 100</p> <p>2. อุบัติการณ์น้ำประปาโรงพยาบาลไม่ไหล 0 ครั้ง</p>	<p>ทุกเดือน</p> <p>ปีละ 1 ครั้ง</p> <p>วันละ 1 ครั้ง</p> <p>ไตรมาสละ 1 ครั้ง</p> <p>ปี 2565</p>	<p>อัมดียะห์/ เกศณี และ คณะทำงาน ด้านการ พิทักษ์ สิ่งแวดล้อม และวัสดุของ เสียอันตราย</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
		<p>8. เปลี่ยนระบบท่อเหล็กทั้งหมดในระบบประปาเป็นท่อ PVC ทั้งระบบ</p> <p>9. กำกับติดตามการปฏิบัติงานตามแผนที่กำหนด</p> <p><u>ระบบน้ำดื่มในโรงพยาบาล</u></p> <p>1. จัดซื้อน้ำดื่มให้แก่เจ้าหน้าที่และผู้รับบริการ และจัดวางไว้ที่ตู้ทำความเย็น</p> <p>2. จัดแผนสำรองน้ำดื่มประจำหน่วยงานให้เพียงพอกับผู้รับบริการ</p> <p>3. กำหนดแผนการทำความสะอาดตู้น้ำดื่มทุกจุดบริการ และให้หัวหน้าหน่วยควบคุมกำกับการทำความสะอาด</p> <p>4. กำหนดสุ่มตรวจสอบการทำความสะอาดและประเมินความเพียงพอของน้ำดื่ม</p> <p>5. ตรวจเพาะเชื้อหาเชื้อแบคทีเรียในน้ำดื่ม ด้วยน้ำยา อ 11</p>	<p>1. น้ำดื่ม โรงพยาบาลผ่าน เกณฑ์มาตรฐาน คุณภาพน้ำดื่มทาง แบคทีเรีย ร้อยละ 100</p> <p>2. อุบัติการณ์น้ำดื่ม ในโรงพยาบาลไม่ เพียงพอ 0 ครั้ง</p>	<p>สัปดาห์ละ 1 ครั้ง</p> <p>เดือนละ 1 ครั้ง</p> <p>เดือนละครั้ง</p> <p>ทุก 3 เดือน</p>	<p>มัทยา จัน ทมนี่ อัมดียะห์ และ คณะทำงาน ด้านการ พิทักษ์ สิ่งแวดล้อม และวัสดุของ เสียอันตราย</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
<b>II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย</b>					
44 สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (II-3.3ก)	3. ระบบบำบัดน้ำเสีย มีการจัดสร้างใหม่เป็นระบบ ozone + ระบบเติมอากาศ ซึ่งเป็นเรื่องใหม่ ผู้ดูแลและผู้เกี่ยวข้องมีโอกาสพัฒนาในการเรียนรู้และทำความเข้าใจให้สามารถดูแลระบบด้วยความเข้าใจ ควรวางระบบการตรวจสอบกำกับกระบวนการสำคัญที่หน้างาน (เช่น การวัดค่า PH, DO ค่าตะกอน เป็นต้น) เรียนรู้การใช้ข้อมูลผลการตรวจสอบในการแก้ไขระบบ ควรสนับสนุนให้มีการเชิญผู้เชี่ยวชาญระบบบำบัดน้ำเสียที่จัดทำ สร้างการเรียนรู้กับทีมอีกครั้ง วางระบบการตรวจสอบที่หน้างานรายวัน รวมทั้งการแก้ปัญหากรณีที่พบว่าผลการตรวจน้ำที่ได้รับการบำบัดไม่ผ่านเกณฑ์	1. จัดทำแผนการปฏิบัติงานสำหรับผู้ดูแลระบบบำบัดน้ำเสีย รายวัน/รายสัปดาห์/รายเดือน ดังนี้ <u>รายวัน</u> ตรวจวัดค่า pH ตรวจเช็คตู้ควบคุมบ่อสูบล้าง ตู้ควบคุมน้ำเสีย ตู้ควบคุมไฟฟ้าและตู้ควบคุมโอโซน <u>รายสัปดาห์</u> ตรวจวัดค่า Do ตรวจวัดค่าตะกอน ตักขยะบ่อสูบล้างน้ำเสียและบ่อดักขยะ <u>รายเดือน</u> ตรวจเช็คความสะอาด ดูแลสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ บ่อบำบัดน้ำเสีย <u>รายไตรมาส</u> เก็บน้ำส่งตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ 3 เดือน/ครั้ง 2. จัดทำแผนเชิญผู้เชี่ยวชาญ/บริษัท ผู้รับเหมาให้ความรู้การควบคุมดูแลระบบบำบัดน้ำเสียแก่ทีมที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล ได้แก่ ผู้บริหาร ผู้รับผิดชอบงาน ผู้ดูแล ช่าง และทีมงาน ENV เป็นต้น 3. จัดส่งผู้ดูแลระบบบำบัดน้ำเสียอบรม การควบคุมและบำรุงรักษาระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาล	น้ำเสียที่ส่งตรวจวิเคราะห์ผ่านเกณฑ์ คุณภาพน้ำ ทั้งทุกพารามิเตอร์ ร้อยละ 100	ปฏิบัติงานตามแผนรายวัน รายสัปดาห์ รายเดือน รายไตรมาส  ปี 2565  ปี 2565	อัมดียะห์/ เกศณี และ คณะทำงาน ด้านการ พิทักษ์ สิ่งแวดล้อม และวัสดุของ เสียอันตราย

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
<b>II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย</b>					
		<p>4. รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลการเฝ้าระวังดูแลระบบบำบัดน้ำเสียเบื้องต้นเพื่อหาสาเหตุและแนวทางแก้ไข</p> <p>5. จัดทำแผนแก้ไขปัญหาคาร์บอนไดออกไซด์ที่ส่งตรวจวิเคราะห์ภายนอกไม่ผ่านเกณฑ์ตามมาตรฐานน้ำทิ้ง</p> <p>6. จัดทำแผนติดตาม ประเมินผลการดูแลระบบบำบัดน้ำเสียพนักงานของผู้ปฏิบัติงาน และให้ข้อเสนอแนะ</p>		<p>เดือนละ 1 ครั้ง</p> <p>ไตรมาสละ 1 ครั้ง</p> <p>เดือนละ 1 ครั้ง</p>	
45 การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม (II-3.3 ข)	<p>4. ระบบการจัดการขยะ ทั้งขยะทั่วไป และขยะติดเชื้อ พบว่า มีโอกาสพัฒนาในระบบกำกับติดตามประเมินผู้รับเหมาช่วงในการขนส่งขยะติดเชื้อและการจัดการทำลายซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยและการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม ผู้รับผิดชอบและทีมที่เกี่ยวข้อง ควรเร่งประเมินประสิทธิภาพ</p> <p>4.1 ในการขนส่งและการจัดการทำลายขยะติดเชื้อ</p>	<p>1. การขนส่งและการจัดการทำลายขยะติดเชื้อของโรงพยาบาล โดยบริษัทเอกชนมารับไปกำจัดที่เทศบาลนครยะลา</p> <p>2. การจัดการขยะทั่วไป ขนส่งนำไปฝังกลบที่เทกองขยะเทศบาลนครยะลา</p> <p>3. ติดตามตามรอยการขนส่ง กำจัดขยะติดเชื้อและการฝังกลบขยะทั่วไป ปีละ 1 ครั้ง โดยมีการติดตาม ควบคุม การซ่งน้ำหนักของปริมาณขยะทุกครั้งที่มีบริษัทเข้ามาเก็บขนและนำไปกำจัดที่เตาเผาเทศบาลนครยะลา และฝังกลบขยะทั่วไปครบถ้วน</p>	อัตราขยะทั่วไปและขยะติดเชื้อมีการขนส่งและการกำจัดโดยการฝังกลบและการเผาในเตาเผาขยะติดเชื้ออย่างถูกต้องตามหลักสุขาภิบาล ร้อยละ 100	<p>สัปดาห์ละ 2 ครั้ง (วันอังคารและวันศุกร์)</p> <p>สัปดาห์ละ 2 ครั้ง (วันจันทร์และวันพฤหัสบดี)</p> <p>ปีละ 1 ครั้ง</p>	<p>อัมดียะห์/ เกศณี และ คณะทำงานด้านการพิทักษ์สิ่งแวดล้อมและวัสดุของเสียอันตราย</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
<b>II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย</b>					
	4.2 การนำส่งขยะไปยังบ่อฝังกลบ เพื่อให้มั่นใจว่าการจัดการขยะติดเชื้อและขยะทั่วไปเป็นไปตามข้อกำหนด ผู้เกี่ยวข้องและสิ่งแวดล้อมปลอดภัย				

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
<b>II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ</b>					
46. ระบบการป้องกันและควบคุมติดเชื้อ (Infection Prevention & Control-IPC) [II-4.1 ก]	ควรเพิ่มเติมการนำข้อมูลผู้ป่วยที่สำคัญ เช่น pneumonia, sepsis, MDR มาเรียนรู้ด้วยการวิเคราะห์ สื่อสารข้อมูลให้กับทีมที่เกี่ยวข้อง นำมากำหนดนโยบาย ออกแบบระบบป้องกันการติดเชื้อให้ครอบคลุม สร้างความมั่นใจในระบบที่ปลอดภัยมากขึ้น	จากการทบทวนและนำข้อมูลมาวิเคราะห์ พบว่าการติดเชื้อที่สำคัญและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของโรงพยาบาลแม่ลาน ได้แก่ โรค Covid-19 , AMR และการติดเชื้อในโรงพยาบาล เช่น การติดเชื้อแผลผ่าตัด , การติดเชื้อสะดือทารก , CAUTI , HAP , Phlebitis เป็นต้น จึงมีแผนพัฒนาด้านบุคลากร , ด้านผู้ป่วย/ผู้รับบริการ , ด้านสิ่งแวดล้อม ดังนี้ 1.แผนพัฒนาด้านบุคลากร - การอบรมให้ความรู้แก่บุคลากร เรื่อง การป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อ ที่สำคัญ ปีละ 1 ครั้ง	1.อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลต่อ 1,000 วันนอน* =0 2.อัตราการติดเชื้อเฉพาะตำแหน่ง 0%  3.อัตราเจ้าหน้าที่มีความรู้และทักษะในการป้องกันการติดเชื้อ >80%	1 ครั้ง / ปี	นส.ธัญลักษณ์ ศรีสุวรรณ ร่วมกับ ICWN

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
<b>II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ</b>					
47. การเฝ้าระวัง และควบคุมการติด เชื้อ [II-4.1 ข]		- การอบรมเฉพาะทางด้าน IC 4 เดือน - การนิเทศ ติดตาม หน่วยงาน		1 คน/ปี2565 1 ครั้ง/เดือน/ หน่วยงาน	นส.ฉัญลักษณ์ ศรีสุวรรณ ร่วมกับ ICWN
48. การป้องกัน การติดเชื้อทั่วไป [II-4.2 ก]		2.แผนพัฒนาผู้ป่วย/ผู้รับบริการ - ร่วมออกแบบ รูปแบบการประเมินและการให้ ความรู้ ผู้ป่วย / ผู้รับบริการ ที่มีภาวะติดเชื้อ ต่างๆ กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง		อย่างน้อย 1 เรื่อง / ปี / หน่วยงาน	
49. การป้องกัน การติดเชื้อในกลุ่ม เฉพาะ [II-4.2 ข]		- พัฒนารูปแบบการส่งต่อข้อมูลการติดเชื้อของ ผู้ป่วย / ผู้รับบริการ ให้พื้นที่ รพ.สต. / PCU ผ่านระบบ COC 3.แผนพัฒนาสิ่งแวดล้อม - ร่วมออกแบบ ระบบการจัด Zoning กับ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อรองรับผู้ป่วย / ผู้รับบริการ ที่มีภาวะการติดเชื้อ -ประเมินความต้องการและจัดหาทรัพยากรด้าน น้ำยาทำความสะอาด ซ้ำเชื้อ ให้เพียงพอ พร้อม ใช้ - การนิเทศ ติดตาม หน่วยงาน	4.อัตราผู้ป่วยติด เชื้อได้รับการ ติดตามดูแลต่อเนื่อง ในชุมชน100%	1 ครั้ง / ปี   อย่างน้อย 1 ครั้ง / ปี / หน่วยงาน  จัดทำแผน จัดซื้อ 1 ครั้ง / ปี 1 ครั้ง/เดือน/ หน่วยงาน	

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะคำแนะนำ	แผนการพัฒนา	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
<b>II-5 ระบบเวชระเบียน</b>					
50 ระบบบริหารเวช ระเบียน(II-5.1ก/ข)  52 เวชระเบียนผู้ป่วย(II- 5.2)	1.ควรส่งเสริมให้ที่มาร่วมกับ สห สาขาวิชาซึ่งพัฒนาออกแบบ การบันทึกข้อมูลสำคัญ เข้าระบบ Electronic ให้สมบูรณ์ รวมทั้งการ จัดเก็บข้อมูลที่เป็นกระดาษเข้า ระบบ เพื่อให้ระบบการบันทึกเวช ระเบียนมีความสมบูรณ์เชิงคุณภาพ มีข้อมูลทางการรักษา การพยาบาล ที่ผู้ป่วยได้รับครบถ้วน และเป็น หลักฐานทางกฎหมายได้ไม่สูญหาย	1.ให้แพทย์ดูแลรักษาผู้ป่วย ลงผลการตรวจร่างกาย ผู้ป่วยทุกครั้งที่มีการรักษา เพื่อสามารถนำไปใช้ในการ รักษาดูแลผู้ป่วยอย่าง ต่อเนื่องและเพื่อเป็น หลักฐานทางกฎหมาย  2.จัดเก็บเวชระเบียนเป็น Electronic ดังนี้ -ผลการตรวจคลื่นหัวใจ - ใบการ์ตูน -ใบตอบกลับrefer -ฟิล์มเอ็กซเรย์	อัตราความสมบูรณ์เวช ระเบียนผู้ป่วยนอก มากกว่า 90%	30 ชาร์ท/เดือน	เวชสถิติ

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะคำแนะนำ	แผนการพัฒนา	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
	<p>2.จากการตามรอยพบว่าระบบการจัดเก็บ การเข้าถึงเวชระเบียนกลุ่มเสี่ยงOSCC คดีความ หรืออื่นตามที่โรงพยาบาลกำหนด ยังมีโอกาสพัฒนาในการวางระบบบริหารจัดการและความปลอดภัยของข้อมูล</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>กำหนดให้มีการบันทึกข้อมูลประวัติในเวชระเบียนภายใน 7 วัน</li> <li>จัดเก็บเวชระเบียนเข้าตู้เก็บที่ปลอดภัยในห้องบัตร</li> <li>กำหนดผู้รับผิดชอบหลักและรองในการเข้าถึงเวชระเบียนให้ปลอดภัย</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>อัตราการสูญหายเวชระเบียนนาน 7 วัน &lt; 5%</li> <li>อุบัติการณ์การเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย = 0 ครั้ง</li> </ol>	ทุกเดือน	เวชสถิติ
	<p>3.ทีมที่เกี่ยวข้องควรร่วมกัน ออกแบบระบบการจัดการ การจัดการข้อมูล จัดเก็บเวชระเบียน ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา (ห้องฉุกเฉิน) จนสิ้นสุดกระบวนการดูแลและระยะเวลาการเก็บรักษาเพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลผู้ป่วยมีความปลอดภัยและเป็นหลักฐานทางกฎหมายได้จนสิ้นสุดคดีความ</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>กำหนดให้ทีมสหวิชาชีพ ออกแบบระบบการจัดการ การจัดเก็บข้อมูล จัดเก็บเวชระเบียน ที่ห้องฉุกเฉิน ร่วมกัน และทบทวนทุกปี</li> <li>กำหนดการจัดเก็บเวชระเบียนดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> <li>ผลการตรวจคลื่นหัวใจ</li> <li>ใบการ்தูน</li> <li>ใบตอบกลับrefer</li> </ol> </li> </ol>	<p>อุบัติการณ์การเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย = 0 ครั้ง</p>	ทุกเดือน	เวชสถิติ



มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะคำแนะนำ	แผนการพัฒนา	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
<b>II-6 ระบบการจัดการด้านยา (MMS)</b>					
<b>II-6.1 การกำกับดูแล และสิ่งแวดล้อม สับสนุน (MMS.1)</b>	<b>เป้าหมาย</b> องค์กรสร้างความมั่นใจในระบบการจัดการด้านยาที่ปลอดภัย เหมาะสม และได้ผล รวมทั้งการมียาที่มี คุณภาพสูงพร้อมใช้สำหรับผู้ป่วย ผ่านกลไกกำกับดูแลและสิ่งแวดล้อมสนับสนุน.				
52 การกำกับดูแลการ จัดการด้านยา (II-6.1 ก) 53 สิ่งแวดล้อมสนับสนุน การจัดหาและเก็บรักษา ยา (II-6.1 ข,ค)	1.การกำกับดูแลการจัดการด้านยา: คณะกรรมการระบบยา ควรทบทวน การจัดทำมาตรการสำคัญ ได้แก่ med reconcile,ADE/ADR,HAD การกำหนดวงรอบยา การจัดการยา ที่ผู้ป่วยนำมาจากบ้าน การจัดการ ยาเมื่อห้องยาปิดทำการ การจัดการ ยาค่วนยา STAT นำประเด็นที่ไม่ ชัดเจนหรือไม่ได้ปฏิบัติมาเรียนรู้ และปรับปรุงแนวทางให้มีความ เหมาะสมสื่อสาร สร้างความเข้าใจ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติได้	1.ได้มีการทบทวนปรับปรุง WI และได้เพิ่มมาตรการ สำคัญ ดังนี้ 1.Med reconcile ได้ เพิ่มเติมการเขียนรายการ ยาเดิมในใบ DOCในกรณีมี ได้รับยาเดิมหลัง 24 ชม และตรวจสอบโดยการใช้ ตารางบีมในใบ DOC 2.ADR/ADE ได้กำหนดค่านิยามให้ชัดเจนเรื่องการแพ้ ยาช้้นอกระบบและใน ระบบ	1.จำนวนอุบัติการณ์ คลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ ยาที่ผู้ป่วยใช้ต่อเนื่อง (Medication reconciliation ) 2.จำนวนอุบัติการณ์แพ้ ยาช้้า 3.จำนวนอุบัติการณ์ยา ขาดคราว	ทุกเดือน	ภก.อาหามะ วาเงาะ  ภก.ชูวิตร ผดุงการ  ภก.เสถียร สายชล

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
<b>II-6 ระบบการจัดการด้านยา (MMS)</b>					
	ตามระบบที่วางไว้ในแต่ละจุดบริการด้านยาทุกพื้นที่ในโรงพยาบาล เพื่อสร้างความปลอดภัยด้านยามากขึ้น	<p>3.HAD .มีการดำเนินการเพิ่มกล่องยา HAD ที่เป็นกล่องกลางสำรองไว้ที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อให้ทุกหน่วยงานใช้เป็นกล่องสำรอง และได้กำหนดรอบเวลาในการแลกเปลี่ยนกล่องยา HAD ดังนี้ ถ้าในเวลาให้แลกเปลี่ยนคืนทันที ถ้านอกเวลาให้แลกเปลี่ยนคืนในตอนเช้า</p> <p>4.การจัดการยาที่ผู้ป่วยนำมาจากบ้าน ถ้าเป็นผู้ป่วยนอก ได้กำหนดแนวทางตรวจสอบสภาพยาและวันหมดอายุของยาและเติมยาให้ผู้ป่วย ส่วนกรณี admit ได้ดำเนินการจัดทำ Locker เก็บยาที่ผู้ป่วยนำมาจากบ้าน</p> <p>5.การจัดการยาเมื่อห้องยาปิดทำการ</p> <p>5.1.กำหนดระบบ Pharmacist consult นอกเวลาโดยกำหนดให้ประสานหัวหน้าฝ่ายเภสัชเป็นคนแรก ถ้าประสานงานไม่ได้ให้ประสานงานเภสัชคนที่สองเป็น second call</p> <p>5.2. มีการดำเนินการลดการสต็อกยาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยจัดรถเข็นสต็อกยานอกเวลา</p> <p>6.การจัดการยาด่วนยา STAT ได้กำหนดช่องทางพิเศษสำหรับยาด่วน รับประกันเวลาไม่เกิน 10 นาที</p>			ภก.อาหามะ วาเงาะ

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
<b>II-6 ระบบการจัดการด้านยา (MMS)</b>					
54. การสั่งจ่ายยา และการถ่ายถอดคำสั่ง (II-6.2 ก)	<p><b>2. การสั่งจ่ายยาและการถ่ายถอดคำสั่ง</b> ควรส่งเสริมการทบทวนระบบ MR ในแต่ละขั้นตอนให้มีความชัดเจนในบทบาทของแต่ละวิชาชีพ รวมทั้งการเก็บข้อมูลทั้งในด้านการวัดประสิทธิภาพเชิงกระบวนการและผลลัพธ์ เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้วิเคราะห์เพื่อหาโอกาสพัฒนาปรับปรุงให้ระบบดังกล่าวใช้เพื่อสื่อสารข้อมูลประวัติการจ่ายยาเดิมของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ</p>	<p>ระบบ MR ข้อมูลประวัติการจ่ายยาเดิมของผู้ป่วยในส่วน OPD ได้ดำเนินการปรี้นหัวกระดาษ sticker รายการยาให้กับผู้ป่วย ส่วน IPD ได้กำหนดบทบาทของแต่ละวิชาชีพ ในการ บันทึกข้อมูลยาเดิมผู้ป่วย ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. กรณีที่ผู้ป่วย Admit จาก OPD แพทย์หรือพยาบาล OPD จะเป็นคนบันทึกยาเดิมผู้ป่วย</li> <li>2. กรณีที่ผู้ป่วย Admit จาก ER แพทย์หรือพยาบาล ER จะเป็นคนบันทึกยาเดิมผู้ป่วย</li> <li>3. เภสัชกรจะเป็นผู้ตรวจสอบข้อมูลยาเดิมผู้ป่วย แกร็บหรือติดตามข้อมูลยาเดิมผู้ป่วยระหว่างหน่วยงาน</li> <li>4. แพทย์เป็นผู้ส่งยากลับบ้านให้ผู้ป่วยโดยกำหนดไม่ให้ใช้คำว่า “ยาเดิม”</li> <li>5. เภสัชกรดำเนินการตรวจสอบยาเดิมผู้ป่วย ก่อนกลับบ้านและทำ Home Med reconcile ให้กับผู้ป่วยกลับบ้านและแนะนำการใช้ Home Med reconcile</li> </ol>	<p>-จำนวนอุบัติการณ์คลาดเคลื่อนในการสั่งจ่ายยาที่ผู้ป่วยใช้ต่อเนื่อง (Medication reconciliation )</p>	ทุกเดือน	<p>นพ.พิชัย ดอฆอ ภก.อาหามะ วาเงาะ</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
<b>II-6 ระบบการจัดการด้านยา (MMS)</b>					
55.การทบทวนคำสั่ง เตรียมเขียนฉลาก จัดจ่ายและส่งมอบยา (II-6.2 ข)	<b>3.การทบทวนคำสั่ง เตรียม เขียนฉลาก จัดจ่ายและส่งมอบยา</b> ควรติดตามวิเคราะห์ ทบทวนผลของการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาแต่ละประเภทโดยเฉพาะความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาในช่วงห้องยาปิด การบริหารยา HAD เพื่อวางระบบให้มีความรัดกุมและปลอดภัยมากขึ้น	ระบบการติดตามและเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยานอกเวลามีแนวทางพัฒนาดังนี้ 1.กำหนดให้เภสัชกรมีการ Audit ใบสั่งยานอกเวลาที่ถูกจ่ายยาโดยพยาบาลและใบสั่งยา HAD ทุกวัน 2.กำหนดตัวชี้วัดในการติดตาม 4.กำหนดให้มีการติดตาม ทบทวนตัวชี้วัดในที่ประชุม MMS และ รวบรวมรายงาน	Medication error ช่วงห้องยาปิด	ทุกเดือน	พว.นุรฮายาดี ยูโซ๊ะ ภก.อาหามะ วาเงาะ
56.การบริหารยาและติดตามผล (II-6.2 ค)	<b>4.การบริหารยาและติดตามผล</b> ควรทบทวนความเข้าใจเรื่องความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา การค้นหา การรายงาน ครอบคลุมปัญหา และนำผลมาวิเคราะห์สาเหตุ วางแนวทางป้องกันเพื่อการบริหารยาที่ปลอดภัยมีประสิทธิภาพ	1.ทบทวนหรือค้นหาประเด็นความคลาดเคลื่อนที่เป็น under report เพิ่มเติม เช่น การ correct iv ,การบริหารยาในเวลาที่ไม่เหมาะสมและการบันทึกเวลาที่ไม่ได้เป็น real time เป็นต้น 2.กำหนดตัวชี้วัดในการติดตาม 3.กำหนดให้มีการติดตาม ทบทวนตัวชี้วัดในที่ประชุม MMS และ รวบรวมรายงาน	1.Administration error OPD 2.Administration error IPD	ทุกเดือน รวบรัดรายงานทุก 3 เดือน	พว.นุรฮายาดี ยูโซ๊ะ พว.สุนิษา แสงทอง

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
<b>II-7 การตรวจทดสอบเพื่อการวินิจฉัยโรคและบริการที่เกี่ยวข้อง</b>					
57. บริการรังสีวิทยา / ภาพทางการแพทย์ [ II-7.1 ]	1. ผู้ปฏิบัติงานทางรังสี มีคุณสมบัติไม่เป็นไปตามข้อกำหนด มีโอกาสพัฒนาที่จะเรียนรู้จากผู้เชี่ยวชาญอย่างต่อเนื่อง และเครื่อง X-ray ยังอยู่ระหว่างการขอรับรองตามมาตรฐาน ทึมนำและผู้ที่เกี่ยวข้อง ควรส่งเสริมการกำหนดแผนพัฒนาสมรรถนะผู้ปฏิบัติงานและการนิเทศจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางให้ชัดเจนเป็นรูปธรรม รวมทั้งการเร่งติดตามการขอใบรับรองตามมาตรฐานกำหนด เพื่อให้มั่นใจว่าการบริการทางรังสีปลอดภัยได้ตามมาตรฐาน	1. ส่งเจ้าหน้าที่ไปศึกษาต่อในสาขานักรังสีเทคนิคซึ่งจะจบการศึกษาในปี 2566 2. พัฒนาสมรรถนะบุคลากรเพื่อให้มีทักษะตามสายงานบริการรังสีโดยส่งฝึกสมรรถนะเพิ่มเติมที่โรงพยาบาลปัตตานี 3. มีแผนการนิเทศจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขารังสี ให้มานิเทศทุก 6 เดือน 4. ได้ดำเนินการยื่นคำขออนุญาตผลิต มีไว้ครอบครอง หรือใช้ซึ่งพลังงานปรมาณูจากเครื่องกำเนิดรังสีของโรงพยาบาลแม่ลาน ต่อสำนักงานปรมาณูเพื่อสันติ (ปส) ไปแล้ว นั้นได้สำนักงานปรมาณูเพื่อสันติ ได้ตอบรับแล้วตั้งแต่วันที่ 13 ส.ค.64 อยู่ระหว่างการจัดส่งเอกสารเพิ่มเติมเพื่อการตอบรับและพิจารณาคำขอ	ร้อยละการถ่ายภาพรังสีซ้ำ $\leq 3 \%$	ภายในเดือนกุมภาพันธ์  ปีงบประมาณ 2565	น.ส.โลลาห์ คาเดร์ลอดิง นส.กฤษณา บัวแก้ว

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
<b>II-7 การตรวจทดสอบเพื่อการวินิจฉัยโรคและบริการที่เกี่ยวข้อง</b>					
<p>58. บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ / พยาธิวิทยาคลินิก [ II-7.2 ] *</p> <p>59. ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต (II-7.4)</p> <p>60. พยาธิวิทยากายวิภาคและบริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ [ II-7.3 / 7.5 ]</p>	<p>2.ตามที่ได้เรียนรู้จากการทบทวนข้อมูลผลการประเมิน EQA &amp; IQC และแก้ไขในรายการที่มีความคลาดเคลื่อน</p> <p>ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับเลือดและดำเนินการกำหนดแนวทางการให้บริการเลือดตั้งนั้นเพื่อให้ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมีความถูกต้องแม่นยำ ผู้ป่วยได้รับบริการเลือดที่รวดเร็ว ทันเวลาและเพียงพอ ควรเพิ่มการกำหนด KPI ให้ชัดเจน ตรงประเด็น และกำกับติดตาม ประเมินระบบแนวทางที่กำหนด ตามรอบเวลาที่กำหนดอย่างต่อเนื่อง นำสู่การเรียนรู้และพัฒนา</p>	<p><b>เป้าหมาย :</b> เพื่อให้ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมีความถูกต้อง แม่นยำ น่าเชื่อถือ ผู้ป่วยได้รับบริการเลือดที่รวดเร็ว ปลอดภัย ทันเวลาและเพียงพอ</p> <p><b>แผนงาน/กิจกรรม</b></p> <p>1.ห้องปฏิบัติการมีการสมัครเพื่อประเมินคุณภาพการตรวจวิเคราะห์ จากหน่วยงานที่มีความชำนาญกว่าได้แก่ สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, เข้าร่วมโปรแกรมทดสอบความชำนาญระหว่างห้องปฏิบัติการของจังหวัดปัตตานี ในรายการที่ไม่มี EQA</p> <p>2.มีการควบคุมคุณภาพภายใน IQC ตามแนวทางปฏิบัติงานของทุกรายการทดสอบ และมีการปฏิบัติแก้ไข เมื่อผลค่า IQCไม่เป็นไปตามเกณฑ์ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ โดยมีการบันทึกในแบบฟอร์มแก้ไข IQC ให้ชัดเจน</p>	<p>1.อัตราการรายการทดสอบที่ทำการควบคุมคุณภาพภายใน (IQC) เป้าหมาย 100 %</p> <p>2.อัตราการรายการทดสอบที่ทำการควบคุมคุณภาพภายนอก (EQA) เป้าหมาย 100 %</p> <p>3.ผลการควบคุมคุณภาพภายนอก (EQA)สาขาเคมีคลินิกผ่านเกณฑ์มาตรฐาน เป้าหมาย ค่า(MVIS 0-50,ระดับ A)</p>	<p>ทุกวัน</p> <p>ทุกเดือน</p> <p>ทุกเดือน</p>	<p>นางสาวนุรียะห์ เจะแมง</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
<b>II-7 การตรวจทดสอบเพื่อการวินิจฉัยโรคและบริการที่เกี่ยวข้อง</b>					
		<p>3.กำหนดผู้รับผิดชอบหลักในการทำEQA, แต่ละสาขาให้ชัดเจนและมีการนำข้อมูลผลการประเมินที่ได้มาควบคุมวิเคราะห์หาสาเหตุและแนวทางการแก้ไขในรายการทดสอบที่ไม่ผ่านเกณฑ์ทุกเดือนโดยมีหัวหน้างานเป็นผู้กำกับและติดตาม</p> <p>4.พัฒนาขีดความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการประเมินการควบคุมคุณภาพภายนอก (EQA) และ IQC</p> <p><u>ระบบเลือด</u></p> <p>1.พัฒนาระบบการเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับทางห้องปฏิบัติการโดยเก็บเป็น Electronic file บันทึก ทะเบียนข้อมูลประวัติการรับเลือด และผลการ ให้เลือดเพื่อสะดวกในการค้นหาประวัติ</p> <p>2.มีการทบทวนความเสี่ยงเคสการให้เลือด และติดตามหลังการให้เลือกร่วมกับทีม PCT ทุก 3 เดือน ได้แก่กลุ่มผู้ป่วยโรค Anemia in preg, Anemia of chronic disease (blood loss&lt;500 ml และไม่ได้ Refer), PPH, Iron deficiency anemia</p>	<p>4.อัตราที่ผู้ป่วย ได้รับเลือดตามที่ขอ 100 %</p> <p>5.ร้อยละของการ ได้รับเลือดทันเวลา ในกลุ่มผู้ป่วยตัวน ภายใน 4 ชั่วโมง 100 %</p>	ทุกเดือน	นางสาวนุรียะห์ เจะแมง

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
<b>II-7 การตรวจทดสอบเพื่อการวินิจฉัยโรคและบริการที่เกี่ยวข้อง</b>					
		<p>3.มีแนวทางปฏิบัติการขอเลือดกลุ่มผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน (Emergency) ได้รับเลือดภายใน 4 ชั่วโมง</p> <p>4.มีแนวทางปฏิบัติการขอเลือดกลุ่มผู้ป่วยในภาวะปกติ (Non-emergency) ได้รับเลือดภายใน 48 ชั่วโมง</p>	<p>6.ร้อยละของการได้รับเลือดทันเวลาในกลุ่มผู้ป่วยไม่ด่วนภายใน 48 ชั่วโมง เป้าหมาย 100 %</p>	ทุกเดือน	นางสาวนุรีย์หทัย เจะแมง



มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
<b>II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ</b>					
61 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (II-8)	<p>1. ควรส่งเสริมให้ทีมที่รับผิดชอบระบบการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ ใช้ข้อมูลการติดตามสถานการณ์ แนวโน้มของโรค เพื่อคาดการณ์แนวโน้มการเกิดโรคสำคัญ นำมาวางแผนป้องกันเช่น ข้อมูลโรงพยาบาลที่มี pneumonia และมีการรายงานใน top 10 ของรายงาน 501 แต่ยังไม่ได้อวิเคราะห์เชิงระบาด เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ เป็นต้น</p> <p>2. ควรนำข้อมูลการเกิดโรคและภัยสุขภาพในช่วง 1-3 ปีที่ผ่านมา ทบทวนแผนการป้องกันและควบคุมโรคว่ามีการปฏิบัติตามแผนอย่างไร นำมาเรียนรู้และปรับระบบให้มีประสิทธิผลมากขึ้น</p>	<p>1.วิเคราะห์ รง 501 ตามบุคคล เวลา สถานที่ ตามนิยาม รง 506 เพื่อประเมินคาดการณ์การเกิดการระบาดของโรคอย่างต่อเนื่อง</p> <p>2.นำข้อมูลจากการวิเคราะห์มาจัดทำรายงานแผนการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ แผนงานควบคุมโรคระบาด ได้แก่ โรคปอดบวม, โรคหัด, โรคคอตีบและโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019</p> <p>3.ดำเนินการเฝ้าระวังและป้องกันควบคุมโรคในระยะก่อนเกิดโรค เกิดโรคและหลังเกิดโรค ดังนี้</p> <p><b>โรคปอดบวม</b></p> <p><u>ระยะก่อนเกิดโรค</u></p> <p>-แจ้งเตือนและประชาสัมพันธ์ถึงสถานการณ์โรคในช่วงก่อนฤดูฝนผ่านเอกสารและสื่อออนไลน์ เช่น LINE กลุ่ม, Facebook ไปยังภาคีเครือข่าย</p> <p><u>ระยะเกิดโรค</u></p> <p>-สอบสวนโรคและควบคุมการเกิดโรค กรณีเกิดเป็นกลุ่มก้อน</p>	<p>1.ความทันเวลาของการรายงาน 506 ( ≥ 90%)</p> <p>2.อัตราป่วยด้วยโรคระบาดลดลง</p>	<p>ทุกเดือน</p> <p>ทุกเดือน</p> <p>มี.ค-เม.ย.</p>	<p>น.ส.ณัททัย ลอแตและทีมควบคุมโรคระดับอำเภอ</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
		<p>-จัดอบรมลดการเผาขยะในชุมชน โดยกำหนดมาตรการการทำลายขยะในชุมชนและการบริการจัดตั้งถังขยะ โดยประสานกับงานสุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อม</p> <p><b>โรคหัดและโรคคอตีบ</b></p> <p><u>ระยะก่อนเกิดโรค</u></p> <p>-แจ้งเตือนและประชาสัมพันธ์ถึงสถานการณ์โรคที่จะเกิดขึ้นในช่วงวัยก่อนเรียนและวัยเรียน ผ่านเอกสารและสื่อออนไลน์ เช่น LINE กลุ่ม, Facebook ไปยังภาคีเครือข่าย</p> <p><u>ระยะเกิดโรค</u></p> <p>-สอบสวนโรคและควบคุมการเกิดโรค รวมถึงการค้นหาผู้สัมผัสใกล้ชิดเกี่ยวกับประวัติการได้รับวัคซีน</p> <p>-ประสานการติดตามการได้รับวัคซีนในกลุ่มเด็ก 0-5 ปี ร่วมกับงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (EPI)</p>		ทุกเดือน	<p>น.ส. ณหทัย ลอเต และ ทีม ควบคุมโรค ระดับอำเภอ</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
		<p><b>โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019</b></p> <p><u>ระยะก่อนเกิดโรค</u></p> <p>-แจ้งเตือนและประชาสัมพันธ์ถึงสถานการณ์โรคอุบัติใหม่ผ่านเอกสารและสื่อออนไลน์ เช่น LINE กลุ่ม, Facebook ไปยังภาคีเครือข่าย</p> <p><u>ระยะเกิดโรค</u></p> <p>-ค้นหาผู้สัมผัสใกล้ชิดด้วยการตรวจวิธี ATK ทุกราย</p> <p>-สอบสวนโรคและควบคุมการเกิดโรค รวมถึงการค้นหาผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยยืนยัน</p> <p>-ประสานการได้รับวัคซีนให้ครอบคลุมทุกกลุ่มรวมถึงกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อแล้ว</p> <p>สำหรับการวางแผนระยะหลังเกิดโรคโดยติดตาม เฝ้าระวังแนวโน้มของโรคอย่างต่อเนื่องและเป็นปัจจุบัน ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-โรคติดต่ออันตราย ภายใน 12 ชั่วโมง</li> <li>-โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ภายใน 7 วัน</li> <li>-โรคระบาด ภายใน 24 ชั่วโมง</li> </ul>		ทุกเดือน	น.ส. ณหทัย ลอเตตและทีม ควบคุมโรค ระดับอำเภอ

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
<b>II-9 การทำงานกับชุมชน</b>					
62 การทำงานกับชุมชน (II-9)	<p>ทีมนำและทีมงานกับชุมชน ควรใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่เป็นความท้าทายเรื่อง pre-hospital, post hospital ได้แก่ระบบการดูแล stroke ทั้งการสร้าง health awareness, secondary prevention ในกลุ่ม DM, HT เชื่อมกับ in hospital คุณภาพของการ early detection รวมทั้งระบบการส่งต่อแม่ข่าย และการเกิด recurrent stroke เพื่อเชื่อมระบบ COC อย่างมีคุณค่ามากขึ้น</p>	<p><b>Pre hospital</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>คัดกรองสุขภาพประชาชนที่อายุ 35 ปีขึ้นไป ในอำเภอแม่ลาน เพื่อหากกลุ่มเสี่ยงด้านโรค HT/DM</li> <li>จัดกิจกรรมให้ความรู้และเข้าชมรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค HT/DM และติดตามทุกความดันโลหิตและค่าระดับน้ำตาลในเลือดทุก 1, 3, 6 เดือน</li> <li>ในกลุ่มที่เสี่ยงป่วยเป็นโรค HT/DM มีการทำ SMBP ติดต่อกัน 7 วันในกลุ่มที่เสี่ยงต่อเกิด HT และทำ SMBG ติดต่อกัน 7 วันในกลุ่มที่เสี่ยงต่อเกิด DM ในกรณีอยู่ในกลุ่มเสี่ยง ติดตามความดันโลหิตและค่าระดับน้ำตาลในเลือดทุก 3 เดือน รวมถึงการประสานงานการส่งต่อผู้ป่วยมาโรงพยาบาลผ่านทางไลน์กลุ่ม , manager NCD และมีแพทย์ให้คำปรึกษาประจำตำบล</li> <li>จัดโครงการอบรมให้ความรู้ประชาชนเรื่องการเกิดโรค HT/DM และการป้องกันการเกิด Stroke โดยสนับสนุนงบประมาณจากอบต. โดยจัดโครงการปีละ 1 ครั้ง</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง เบาหวาน &lt; 1.85 %</li> <li>อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง &lt; 3 %</li> <li>อัตราผู้ป่วย stroke รายใหม่ &lt; 0.2%</li> <li>อัตราการเข้าถึงบริการ ในผู้ป่วย stroke ภายใน 180 นาที 100%</li> </ol>	<p>ปีละ 1 ครั้ง</p> <p>ปีละ 1 ครั้ง</p> <p>ทุก 1, 3, 6 เดือน</p> <p>ทุก 3 เดือน</p> <p>ปีละ 1 ครั้ง</p>	<p>นส. อาฟีพะห์ และคณะทำงาน NCD ระดับอำเภอ</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
		<p>5.พัฒนา อสม.และสร้างแกนนำเพื่อติดตามและให้คำแนะนำในประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยเจ้าหน้าที่ และCase manager เฉพาะทางของโรงพยาบาลแม่ลาน</p> <p>6.การเสนอ งบต.ป่าไร่เรื่องขอสนับสนุนรถจักรยาน เพื่อใช้ในการรับ-ส่งผู้ป่วยในชุมชน เพื่อให้เกิดความสะดวกและรวดเร็วในการนำส่งผู้ป่วยมาโรงพยาบาล</p> <p><b>Post hospital</b></p> <p>1.ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ เช่น เรื่องอาหาร,ยา,การปฏิบัติตัวและการดูแลขณะอยู่ที่บ้าน</p> <p>2.ให้ความรู้และข้อมูลเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และติดตามพฤติกรรมและเมนูอาหารทุก 3 เดือน โดยอสม.</p> <p>3.วางแผนการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านโดยมีทีมสหวิชาชีพลงเยี่ยมและติดตามผู้ป่วยอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง และจะมีทีมLTC โดยมีCM และCGแต่ละเขตพื้นที่รับผิดชอบลงเยี่ยมบ้าน ตามรายละเอียดดังนี้</p>	<p>1.อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย Stroke 0%</p> <p>2.อัตราผู้ป่วย stroke ได้รับการเยี่ยมบ้าน100 %</p> <p>3.อัตราผู้ป่วย /ผู้ดูแล Stroke สามารถดูแลตนเองได้ถูกต้อง 100%</p> <p>4.อัตราการเกิด recurrent stroke&lt;10%</p>	<p>ปีละ 1 ครั้ง</p> <p>ปีละ 1 ครั้ง</p> <p>ทุก 3 เดือน</p> <p>ปีละ 2 ครั้ง</p>	<p>นส.อาพีพะห์ และคณะทำงาน NCD ระดับอำเภอ</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
		<p>กลุ่มที่1 ADL 12 คะแนน ขึ้นไป ติดตามเยี่ยม บ้านอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง</p> <p>กลุ่มที่2 ADL 5-11 คะแนน ติดตามเยี่ยม บ้านอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง</p> <p>กลุ่มที่3 ADL 0 - 4 คะแนนติดตามเยี่ยม บ้านอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง</p> <p>และมาทำกายภาพตามที่โรงพยาบาล</p> <p>4.เพิ่มช่องทางการเข้าถึงการรับบริการ ฉุกเฉินโดยชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลซึ่งกัน และกัน ภายใต้การดูแลของอสม.</p> <p>5.ตอบกลับข้อมูลการเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยใน โปรแกรมCOC และวางแผนการดูแลต่อเนื่อง ร่วมกับ PCT</p> <p>6.ทบทวนการดูแลผู้ป่วย stroke ทุกรายใน PCT</p>			<p>นส.อาพีพะห์ และคณะทำงาน NCD ระดับ อำเภอ</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
<b>ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย</b>					
<b>III-1 การเข้าถึงและการเข้ารับบริการ</b>					
63 การเข้าถึงบริการ [III-1(1-3)]	จากการสัมภาษณ์พบความท้าทายในระบบการส่งต่อ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของแม่ข่าย ควรรวบรวมปัญหาการส่งต่อมาวิเคราะห์และจัดกลุ่มผู้ป่วยสำคัญ เพื่อจัดการส่งต่อให้มีประสิทธิภาพที่ดีทั้งในบทบาทของทีม PCT และบทบาทของทีมนำโรงพยาบาล กำหนดเชิงนโยบายที่มีความทันสมัยอยู่เสมอ เช่น เมื่อปีก่อนสามารถส่ง fast track STEMI ได้ที่โรงพยาบาลทั่วไป(มี cardio med) แต่ปีนี้ต้องส่งมาที่โรงพยาบาลศูนย์จังหวัดใกล้เคียง (ในจังหวัดไม่มี cardio med)	ปัญหาในการส่งต่อผู้ป่วยกลุ่ม fast tract STEMI และขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่ส่งผู้ป่วยเช่น รพ.สต. ทีม PCT จึงได้กำหนดแผนพัฒนาดังนี้ 1.กำหนดให้มีการประชุมร่วมกับเครือข่าย ในการส่งต่อผู้ป่วยอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 2.กำหนดให้มีการทบทวนการส่งต่อในกลุ่มโรคสำคัญเช่น STEMI, Stroke,TBI ,PIH c และ PPH ทุก 3 เดือน และติดตามผล refer จาก รพ. บัดตานีทุกเดือน 3.สะท้อนปัญหาการส่งต่อให้ทีมที่เกี่ยวข้องทราบ เช่น ทีมระบบการส่งต่อระดับจังหวัด เพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน 4. ปรับปรุงแนวทางปฏิบัติที่ทันสมัยใน ก่อนระหว่างและหลังส่งต่อและสื่อสารให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบผ่านline ของศูนย์ Refer ของโรงพยาบาล 5. ติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานทุก 3 เดือน	1.อัตราการทบทวนการส่งต่อในกลุ่มโรคสำคัญ 100 % 2.อุบัติการณ์การส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญไม่ทันเวลาที่กำหนด 0 ครั้ง 3.อัตราผู้ป่วยส่งต่อทั้งหมดได้รับการดูแลได้ถูกต้องเหมาะสม 100% 4.จำนวนครั้งของการปฏิเสธการรับ refer จากโรงพยาบาลแม่ข่าย 0 ครั้ง	ปีละ 1 ครั้ง ทบทวนการส่งต่อและประเมินผล ทุก 3 เดือน ทุก 3 เดือน ทุก 6 เดือน	สุทธิดา /PCT
64 กระบวนการรับผู้ป่วย การให้ข้อมูลและ Inform consent [III-4(4-8)]	คำแนะนำ Suggestion : ควรส่งเสริมการประสานงานที่ดีระหว่างองค์กรกับหน่วยงานที่ส่งผู้ป่วยมา (การส่งต่อที่รพ.ทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ การรับมาจาก รพ.สต. หน่วย FR )เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อในเวลาที่เหมาะสมและปลอดภัย				

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
<b>III- 2 การประเมินผู้ป่วย</b>					
65 การประเมินผู้ป่วยและการส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค[III-2 ก,ข]	ควรนำผลการทบทวนเวชระเบียน เกณฑ์ต่างๆ ค่า EWS ที่กำหนดมาเรียนรู้อบรมกรรมการกำหนดรายละเอียดในเกณฑ์จำแนกผู้ป่วยแรกรับให้มีความชัดเจนในแต่ละระดับความรุนแรง สอดคล้องกับบริบทและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันในการปฏิบัติและผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ปลอดภัย	1. ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยในกลุ่มโรคสำคัญ ทุก 3 เดือน 2.Update แนวทาง Early warning signs ในกลุ่มโรคสำคัญ กลุ่มที่เกิดอุบัติการณ์ ได้แก่ ผู้ป่วยเด็กอายุ < 1 ปี และสื่อสารให้ผู้ปฏิบัติทราบผ่านช่องทางที่กำหนดของโรงพยาบาลเช่น web site ,line ,visual management ทุก 1 ปี 3.กำหนดเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย ได้แก่ จุดคัดกรอง, ER, IPD , LR ให้ชัดเจน 4. PCT Round ทุก 6 เดือน เพื่อประเมินผลการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด	-อัตราการคัดกรองที่ห้องฉุกเฉิน คลาดเคลื่อน 0% -อัตราการจำแนกประเภทผู้ป่วยใน IPD,LR ได้ถูกต้อง 100% -อัตราการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยในแต่ละประเภทถูกต้อง 100%	ก.พ.64 และทุกปี	PCT
66 การวินิจฉัยโรค [III-2 ค]				ก.พ.64และทุกปี ทุก 6 เดือน	



มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
<b>III -3 การวางแผน</b>					
67 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย [III-3.1]	การวางแผนการดูแลผู้ป่วย : ทีมดูแลผู้ป่วยควรทบทวนการกำหนดเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยร่วมกันเป็นระยะ โดยอิงการใช้ข้อมูลวิชาการที่ทันสมัย สื่อสารให้กับผู้เกี่ยวข้องเข้าใจ เพื่อใช้เฝ้าระวังอย่างเหมาะสม	<ol style="list-style-type: none"> <li>กำหนดเป้าหมายและกลุ่มโรคที่ต้องวางแผนการดูแลร่วมกัน โดยทีมสหวิชาชีพโดยใช้ care map ได้แก่ โรค HT,DM,COPD,Pneumonia เป็นต้น</li> <li>ปรับปรุง Standing order , CPG กลุ่มโรค fast tack และโรคที่สำคัญ ทุกปี และชี้แจงให้ผู้เกี่ยวข้องทราบผ่านช่องทางที่กำหนด</li> <li>วางแผนดูแลผู้ป่วยโรคระบาด โรคติดต่อร่วมกัน ได้แก่ ผู้ป่วยเชื้อดื้อยา ,measle,covid-19</li> <li>ประเมินผลลัพธ์ด้านคลินิกจากการติดตามตัวชี้วัดทุกเดือน</li> </ol>	<p>-อัตราการครอบคลุมการใช้ Care map &gt;80%</p> <p>- อัตราการปฏิบัติตาม Standing order , CPG ในกลุ่มโรคที่กำหนด &gt;90%</p> <p>-อัตราการครอบคลุมการวางแผนจำหน่ายโดยทีมสหวิชาชีพ &gt;80%</p> <p>-อัตราการ re admit ในกลุ่มโรคที่กำหนด &lt; 10 %</p>	<p>ก.ย.64</p> <p>ทุกปี</p> <p>ทุกปี</p>	<p>PCT</p> <p>อรรถลักษณะ/ PCT</p>
68 การวางแผนจำหน่าย[III-3.2]		<ol style="list-style-type: none"> <li>กำหนดกลุ่มโรคสำคัญที่ต้องวางแผนจำหน่าย โดยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ DM uncontroll c Readmit ,COPD Readmit ,นอนติดเตียง, Stroke ADL &lt; 12,Palliative care, CKD stage 5 ที่ปฏิเสธ RRT ที่ PPS score &lt; 50 ,ผู้ป่วยนอนนานเกิน 7 วัน และอาการไม่ดีขึ้น</li> <li>ทบทวนแนวทางการวางแผนจำหน่ายในกลุ่มโรคที่กำหนดอย่างน้อยทุก 1ปี</li> <li>ประเมินผลลัพธ์ด้านคลินิกจากการติดตามตัวชี้วัดทุกเดือน</li> </ol>			

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
<b>ตอนที่ III -4 การดูแลผู้ป่วย</b>					
69 การดูแลทั่วไป [III-4.1]	ควรส่งเสริมให้มีการจัดการกับภาวะแทรกซ้อน วิกฤตฉุกเฉิน ได้อย่างมีประสิทธิภาพและควรเพิ่มการสื่อสารข้อมูล การดูแลระหว่างหน่วยงานให้ได้ข้อมูลที่เพียงพอครอบคลุมประเด็นสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสม ทันเวลา สร้างความปลอดภัย	1.อบรมฟื้นฟูเชิงปฏิบัติการให้กับเจ้าหน้าที่ในการช่วยชีวิตเบื้องต้น เช่น การใช้เครื่อง AED , CPR ปีละ 1 ครั้ง และมีการซ้อมซักซ้อมเสมือนจริง 2.ฟื้นฟูเชิงปฏิบัติการให้กับแพทย์ พยาบาล เช่น Advance CPR ,NCP,ICD ปีละ 2 ครั้ง 3.จัดทำแนวทางการสื่อสารข้อมูลที่สำคัญระหว่างหน่วยงาน ได้แก่ ข้อมูลก่อน admit ,ผลการตรวจวินิจฉัย,ประวัติและยาเดิม เป็นต้น 4.ทบทวนและประเมินความเสี่ยงสำคัญในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ฉุกเฉิน ทุก 3 เดือน	อัตราผู้ป่วยวิกฤตได้รับการตอบสนองอย่างรวดเร็ว 100%	ทบทวนการดูแลผู้ป่วยวิกฤตทุก 3 เดือน ต.ค.63-ก.ย. 64	สุทธิตา /PCT
70 การดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง [III-4.2]	1.ทีมดูแลผู้ป่วยควรนำผลการทบทวนการดูแล มาวิเคราะห์จัดลำดับความสำคัญ กำหนดกลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงสูงสำคัญตามข้อมูลที่วิเคราะห์ไว้ ระบุประเด็นความเสี่ยง จัดทำแนวทางการดูแลกลุ่มเสี่ยงสูง เพื่อให้เกิดความปลอดภัย 2.ควรสื่อสาร สร้างการเรียนรู้ แนวทางการดูแลกลุ่มเสี่ยงสูงแก่ผู้เกี่ยวข้อง มีการตามรอยเพื่อประเมินผลความร่วมมือเพื่อการปฏิบัติ	1.กำหนดกลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงสูงสำคัญของโรงพยาบาลโดยกำหนดจากข้อมูลของโรงพยาบาล High risk, High cost, High volume ,New evidence /technology และ complex care ได้แก่โรค ACS, Stroke, Covid 19 , PIH , PPH, Sepsis, TBI จัดทำ driver diagram พร้อมทั้งกำกับติดตามประเมินผล ทุก 3 เดือน 2.แนวทางปฏิบัติในกระบวนการรักษาดูแลผู้ป่วยเสี่ยงสูงตั้งแต่แรกรับถึงจำหน่าย	-อัตราการปฏิบัติตาม standing order ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง 80 % -อัตราการตายในผู้ป่วยเสี่ยงสูง 0%	ทุกปี       ก.พ.64	สุทธิตา/กนกพร/รอพีอะ/PCT

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
	3.วางระบบกำกับติดตามการปฏิบัติตามแนวทาง เพื่อสร้างความมั่นใจในระบบการดูแลผู้ป่วยเสี่ยงสูงที่ปลอดภัย	3.จัดทำเกณฑ์การรายงานแพทย์ เกณฑ์ที่มาตรวจรักษา ,การจัดระบบสำรองแพทย์ทั้งในและนอกเวลา ,แนวทางการตอบสนองภาวะวิกฤติ ,ระบบ consult แพทย์ที่ชำนาญกว่า 4.ออกแบบการประเมินและบันทึกในผู้ป่วย FAST TACK,การ TRIAGE ผู้ป่วยทั้งในและนอกเวลา 4.ทบทวน case เสี่ยงสูง ทุก 3 เดือน 5. PCT Round เพื่อติดตามผลการดำเนินงานตามแนวทางที่กำหนด ทุก 6 เดือน		ก.พ 64  ทุก 3 เดือน ทุก 6 เดือน	PCT

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย					
71 การระงับความรู้สึก[III-4.3ก]					
72การผ่าตัด [III-4.3ข]					
73 อาหารและโภชนบำบัด [III-4.3ค]	ตามที่โรงพยาบาลกำหนดการจัดบริการอาหารสำหรับผู้ป่วยใน โดยประสานกับร้านขายอาหารในโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการทางโภชนาการ จากร้านที่ประเมินสุขาภิบาลอาหารผ่านเกณฑ์และโภชนบำบัดเหมาะสม ควรกำกับ ติดตามการจัดบริการอาหารให้เป็นไปตามแนวทางที่กำหนด และสร้างการเรียนรู้ พัฒนาผู้ประกอบการ ให้มีความรู้ในการจัดอาหารได้อย่างเหมาะสม	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.จัดทำแผนจ้างร้านอาหารภายนอกประกอบอาหารให้ผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาล บริเวณโรงพยาบาลในโรงพยาบาล</li> <li>2.ส่งเจ้าหน้าที่ร้านอาหารไปอบรมการประกอบอาหารที่โรงพยาบาลปัตตานีและอบรมมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารโดยนักวิชาการสาธารณสุข</li> <li>3. ตรวจสอบมาตรฐานร้านอาหารทุกปี</li> <li>4.จัดทำคู่มืออาหารให้กับร้านอาหาร โดยมีนักโภชนาการโรงพยาบาลปัตตานีเป็นที่ปรึกษา</li> <li>5.กำหนดให้พยาบาลที่รับผิดชอบกำหนดเมนูอาหารที่เหมาะสมกับโรคให้กับผู้ประกอบการอาหารเพื่อจัดเตรียมอาหารให้เหมาะสม ตามเวลา</li> <li>6. สุ่มตามรอยการจัดทำ จัดส่งอาหารให้กับผู้ป่วย เดือนละ 1 ครั้ง</li> <li>7.เฝ้าระวังและติดตามภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย</li> <li>8.เก็บข้อมูลตัวชี้วัดและรายงานให้คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลทุก 3 เดือน</li> <li>9.แผนของงบประมาณในการจัดสร้างโรงครัวของโรงพยาบาล ในปี 2565</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐาน</li> <li>2.อัตราการส่งมอบอาหารถูกต้องเหมาะสมกับโรค 100%</li> </ol>	<p>ประจำปี</p> <p>ทุกปี</p> <p>ทุกเดือน</p> <p>ทุก 3 เดือน</p>	<p>ออร์ลักษณ์/</p> <p>กรรมการโรง</p> <p>อาหาร</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
<b>ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย</b>					
74 การดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้าย [III-4.3ง]	<p>1.ควรเรียนรู้เวชระเบียนที่เป็นผู้ป่วยระยะ สุดท้ายซึ่งพบว่ามีทั้งกลุ่ม end of life, palliative ที่ดูแลแบบ supportive ทีมดูแล ผู้ป่วยควรนำข้อมูลมาวิเคราะห์จัดระบบการ ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้เหมาะสมมากขึ้น การร่วมกันกำหนดผู้ป่วย palliative,end of life ตามบริบท และเป็นไปตามหลักวิชาการ มากขึ้น</p> <p>2.ควรจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายให้เหมาะสมกับผลการประเมินอย่าง เป็นองค์รวม เพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายได้อย่างสอดคล้องกับ ความต้องการ ปัญหา โดยให้สหสาขาวิชาชีพและ ผู้ป่วย ญาติ ครอบครัวมีส่วนร่วม</p>	<p>1.กำหนดให้มีการทบทวนการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม palliative,end of life ทุก 6 เดือน</p> <p>2. กำหนดเกณฑ์ในการจัดกลุ่มผู้ป่วย palliative,end of life ให้ชัดเจน</p> <p>3.ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดย ทีมสหวิชาชีพ ปีละ 1 ครั้ง</p> <p>4.กำหนดให้มีการสำรวจความต้องการของผู้ป่วย ผู้ดูแล และแบบประเมินความพึงพอใจในกลุ่ม ผู้ป่วย palliative,end of life ทุกราย</p>	<p>1.อัตราผู้ป่วย palliative care ได้รับการดูแลตาม แนวทาง 100%</p> <p>2.อัตราความพึง พอใจของผู้ป่วย และผู้ดูแล <math>\geq 80\%</math></p>	<p>ทุก 6 เดือน</p> <p>ก.ย 64</p> <p>ทุกปี</p> <p>ทุกเดือน</p>	<p>อรรถลักษณะ/ PCT</p>



มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
<b>ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย</b>					
76 การฟื้นฟูสภาพ [III-4.3ฉ]	ควรเพิ่มความชัดเจนในการระบุแผนการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยแต่ละรายรวมทั้ง home program เมื่อจำหน่ายออก ติดตาม ประเมินผลการฟื้นฟูหลังสิ้นสุดโปรแกรมของผู้ป่วยแต่ละรายที่เป็นรูปธรรม เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านการฟื้นฟูที่มีประสิทธิผลทั้งกลุ่ม acute ,chronic	<p>1.จำแนกผู้ป่วยในแผนการฟื้นฟูเป็น 3 กลุ่ม โดยแบ่งตามคะแนน Bathel index ดังนี้</p> <p>1.1 กลุ่มพึ่งตนเองไม่ได้ มีคะแนน 0-4</p> <p>1.2กลุ่มพึ่งตนเองได้บ้าง มีคะแนน 5-11</p> <p>1.3กลุ่มพึ่งตนเองได้ มีคะแนน 12 ขึ้นไป</p> <p>2.แผนการฟื้นฟู</p> <p>2.1แผนการฟื้นฟูสำหรับกลุ่มพึ่งตนเองไม่ได้ คือสามารถช่วยข้อต่อ กระตุ้นกลืน การพลิกตะแคงตัว โดยผู้ป่วยเอง หรือผู้ดูแล เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน</p> <p>2.2แผนการฟื้นฟูกลุ่มพึ่งตนเองได้บ้าง คือสามารถออกกำลังกายกล้ามเนื้อ แขนกลางและกล้ามเนื้ออย่างค้ำค้ำด้วยตนเอง เพื่อเพิ่มความมั่นคงในการทรงตัว การฝึกใช้เครื่องช่วยพยุง เพื่อลดโอกาสการล้ม</p> <p>2.3แผนการฟื้นฟูกลุ่มพึ่งตนเองได้บ้าง คือสามารถออกกำลังกายกล้ามเนื้อ แขนกลางและกล้ามเนื้ออย่างค้ำค้ำด้วยตนเอง เพื่อเพิ่มความมั่นคงในการทรงตัว การฝึกใช้เครื่องช่วยพยุง เพื่อลดโอกาสการล้ม</p>	คะแนน Barthel Index ไม่ลดลง และเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 คะแนน ในเวลา 6 เดือน 80 %	1 ครั้ง/ สัปดาห์	อารีฟ
				3 ครั้ง/ สัปดาห์	
				2 ครั้ง/ สัปดาห์	

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
		3. ก่อนจำหน่ายออก มีการทบทวน Rehab program ด้วยกันอย่างน้อย 1 ครั้ง เพื่อความเข้าใจที่ตรงกันในการปฏิบัติ Home program 4. การติดตามความก้าวหน้ามี 2 ทาง 4.1 โดยการลงเยี่ยมในชุมชนหลังการจำหน่ายออก 2 สัปดาห์ 4.2 โดยการโทรติดตามอาการจากผู้ดูแล		ทุกครั้งที่ จำหน่าย	อารีฟ



มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย					
III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วยและครอบครัว					
<p>77 การดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง [III-4.3 ซ]</p> <p>78 การให้ข้อมูลและเสริมพลัง [III-5 ]</p>	<p>มีการกำหนดปัญหาสำคัญที่พบว่าโรคเรื้อรัง DM,HT เป็นโรคสำคัญของพื้นที่และจากข้อมูลการขาดนัดของคลินิก NCD ที่พบขาดนัดมากกว่า 50 ผลลัพธ์การควบคุมน้ำตาล ความดันโลหิตในภาพรวมไม่ดีขึ้นส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มมากขึ้น ทีมดูแลระบบ NCD และทีมดูแลผู้ป่วยควรนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ด้วยการวิเคราะห์กลุ่มผู้ป่วยที่ขาดนัด ผู้ป่วยที่มีปัญหาโลหิตจางที่ยังพบจำนวนมาก(อาจเกิดจากอาชีพกรีดยางที่นอนน้อย พยาธิปากขอ)เรียนรู้ร่วมกัน ถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และให้ข้อมูลเสริมพลังในการดูแลตนเอง มีการติดตามผลลัพธ์ที่สามารถ self management ที่ดีขึ้น</p>	<p>1.วิเคราะห์กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีการขาดนัดและกำหนดแนวทางแก้ไขในแต่ละกลุ่ม</p> <p>1.1ผู้ป่วยลี้มวันนัดหมาย จะมีระบบแจ้งเตือนล่วงหน้าก่อนถึงวันนัดและติดตามการขาดนัดในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผ่านระบบ line notify</p> <p>1.2ไม่มีรถมารพ./ไม่มีผู้ดูแล /ติดบ้าน ติดเตียง กำหนดให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องมี care giver ทุกรายหรือใช้ระบบ new normal ในผู้ป่วยที่ไม่มี care giver</p> <p>1.3รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ /หยุดยาเอง /หยุดยาเมื่อรับประทานอาหารแสลง ส่งพบเภสัชกร เพื่อให้ความรู้เรื่องยา และผลเสียของการไม่รับประทานยาต่อเนื่อง</p> <p>1.4สถานการณ์โรคระบาด Covid ตรวจสอบผู้ป่วยขาดนัด และใช้ระบบ new normal ส่งมอบยาให้ผู้ป่วย</p>	<p>อัตราการขาดนัดในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง &lt; 5%</p>	<p>ทุกเดือน</p>	<p>กนกพร/ คลินิก NCD</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย					
		<p>2. ผู้ป่วยที่ต้องการใช้ยาทางเลือก มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติร่วมกันระหว่างแพทย์ปัจจุบันและแพทย์ทางเลือก</p> <p>3. การทำ Motivate interview ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่ un controlled ครั้งแรกที่ visit ร่วมกับการทำ SMBG, SMBP</p> <p>4. ช่องทางการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่อง เช่น ผู้ป่วย DM ที่ใช้ยาฉีด เป็นต้น</p>			กนกพร/ คลินิก NCD

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
<b>III-6 การดูแลต่อเนื่อง</b>					
79 การดูแลต่อเนื่อง [III-6]	ควรส่งเสริมให้ทีมดูแลผู้ป่วย นำข้อมูลการส่งต่อทั้ง refer out ,refer in ,refer receive, refer back วิเคราะห์ประเด็นคุณภาพสำคัญของระบบการ refer แต่ละประเภทและนำสู่การปรับกระบวนการ ทั้งกระบวนการจัดบริการในโรงพยาบาลและกระบวนการในการประสานระหว่างหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดูแลต่อเนื่องมีประสิทธิภาพมากขึ้น	<ol style="list-style-type: none"> <li>กำหนดให้มีการทบทวนระบบส่งต่อทั้ง refer out ,refer in ,refer receive, refer back ปีละ 2 ครั้ง</li> <li>กำหนดให้มีการติดตามผลตอบกลับ refer จากรพ.แม่ข่าย และทบทวนการส่งต่อทุก 3 เดือน</li> <li>กำหนดปรับแผนการดูแลในโรงพยาบาล ในกลุ่มผู้ป่วย FAST ได้แก่ แนวทางการประเมิน เกณฑ์การรายงานแพทย์ เกณฑ์ refer</li> <li>กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วย ก่อน ขณะส่ง และหลังส่งต่อ ให้ครอบคลุม ในบุคลากร เครื่องมือ</li> <li>จัดทำแนวทางการประสานงาน การ refer out ,refer in</li> <li>ปรับระบบการประสานงานและได้ข้อมูลชัดเจนในผู้ป่วย refer back ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีเหตุการณ์พิเศษ ผู้ป่วยต้องได้รับยาเฉพาะ และผู้ป่วยเชื้อดื้อยา เป็นต้น</li> <li>มีการคืนข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยให้เครือข่ายรับทราบ</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>อัตราผู้ป่วยส่งต่อได้รับการดูแลได้ถูกต้องเหมาะสม 100%</li> <li>อุบัติการณ์การได้รับข้อมูล refer back ไม่ครบถ้วน 0 ครั้ง</li> </ol>	ทบทวนการส่งต่อทุก 6 เดือน	สุทธิดา/ทีม refer

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
ตอนที่ IV ผลการดำเนินงาน					
IV-1 ผลการดูแลด้านสุขภาพ					
(1) ตัวชี้วัดสำคัญด้านการดูแลผู้ป่วย					
80. ผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วยในภาพรวม [IV-1 ,III ]	1.ควรส่งเสริมการกำหนดตัวชี้วัดและการวัดที่ครอบคลุมทุกกลุ่มโรคสำคัญในภาพรวมและความสอดคล้องตามมิติต่างๆ ที่เกิดจากการเรียนรู้ของทีมดูแลผู้ป่วยเช่น มิติด้านการเข้าถึง ความต่อเนื่องในการดูแล ความเหมาะสม ประสิทธิภาพ รวมทั้งส่งเสริมการใช้ประโยชน์ในผลของการดำเนินการที่วัดได้ เช่นการปรับปรุง กระบวนการดูแล ไปปรับปรุงศักยภาพ การบริการของโรงพยาบาล เป็นต้น	1. ทีมนำทางคลินิกร่วมกันกำหนดโรคตามจุดเน้นของโรงพยาบาล กลุ่มโรคเสี่ยงสูงสำคัญของโรงพยาบาลโดยกำหนดจากข้อมูลของโรงพยาบาล High risk, High cost, High volume ,New evidence /technology และ complex care 2. การจัดทำ Driver diagram ในกลุ่มโรคสำคัญของโรงพยาบาลคือ STEMI, Stroke, sepsis, TBI ,PIH ,PPH รวมทั้ง NCD HT DM COPD ซึ่งเป็นโรคตามจุดเน้นของโรงพยาบาลมาวิเคราะห์ปัญหาจากการดูแล ตาม care process และถอดตัวชี้วัดของกลุ่มโรคสำคัญแต่ละ care process จำแนกตามมิติคุณภาพ 3. ติดตามประเมินผลลัพธ์ด้านคลินิกจากการติดตามตัวชี้วัดทุกเดือน และนำเสนอต่อทีมนำทุก 3 เดือนเพื่อร่วมกันวางแผนปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยที่ยังเป็นปัญหาไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนด	อัตราตัวชี้วัดทางคลินิกที่สำคัญผ่านเกณฑ์ 50%	ติดตามตัวชี้วัดทุกเดือน นำเสนอต่อทีมนำทุก 3 เดือน	ทีมนำทางคลินิก

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
81. ผลลัพธ์ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ [IV-1 ,III-1 ]	มีการนำเสนอข้อมูลการเข้าถึง STEMI, Stroke แต่พบว่าข้อมูลผลการดำเนินงานยังมีความแปรปรวน ควรใช้ประโยชน์จากตัววัดมาวิเคราะห์ และหาโอกาสพัฒนาเพื่อการปรับกระบวนการให้ได้ดีขึ้น	1.ติดตามตัวชี้วัดทุกเดือน และนำเสนอต่อทีมนำทุก 3 เดือนเพื่อร่วมกันวางแผนปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น 2.ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยทุก 3 เดือนเพื่อวิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วยในแต่ละรายและรวบรวมปัญหา หาแนวทางแก้ไขและออกแบบระบบการดูแลให้ครอบคลุมตั้งแต่เข้าถึงจนจำหน่าย 3.ออกแบบระบบการประเมินผู้ป่วยและการบันทึกเวชระเบียนให้ครอบคลุมในผู้ป่วย STEMI STROKE เพื่อทราบปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย	1.Angina to ER 180 นาที 100 % 2.อัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วย Stroke ภายใน 180 นาที เป้าหมาย 50 %.	ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยทุก 3 เดือน  พ.ค.64	ทีมนำทางทางคลินิก
82. ผลลัพธ์ด้านความต่อเนื่องในการดูแล [IV-1 ,III-5,6 ] 83. ผลลัพธ์ด้านกระบวนการและผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญ (มิติความเหมาะสมและประสิทธิผล) [IV-1 ,III-2,3,4 ]	ควรส่งเสริมการกำหนดตัวชี้วัด การวัดที่ครอบคลุมทุกกลุ่มโรคสำคัญ สอดคล้องตามมิติต่างๆที่เกิดจากการเรียนรู้ทีมดูแลผู้ป่วย เช่น มิติ การเข้าถึง ความต่อเนื่องในการดูแล ความเหมาะสม ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ รวมทั้งส่งเสริมการใช้ประโยชน์ในผลการดำเนินการที่วัดได้ เช่น การปรับปรุงกระบวนการดูแล ไปปรับปรุงศักยภาพ การบริการของโรงพยาบาล เป็นต้น	1.ทีมนำทางคลินิกร่วมกันกำหนดโรคตามจุดเน้นของโรงพยาบาล กลุ่มโรคเสี่ยงสูงสำคัญของโรงพยาบาลโดยกำหนดจากข้อมูลของโรงพยาบาล High risk, High cost, High volume ,New evidence /technology และ complex care 2. การจัดทำ Driver diagram ในกลุ่มโรคสำคัญ วิเคราะห์ปัญหาจากการดูแล ตาม care process และถอดตัวชี้วัดของกลุ่มโรคสำคัญแต่ละ care process จำแนกตามมิติคุณภาพ 3. กำหนดให้มีการเสนอแนะ Driver diagram เพื่อติดตามติดตามตัวชี้วัดทุกเดือน และนำเสนอต่อทีมนำทุก 3 เดือนเพื่อรับทราบตัวชี้วัดไม่ยังบรรลุ	<u>มิติการเข้าถึง</u> 1.Angina to ER 180 นาที 100 % 2.อัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วย Stroke ภายใน 180 นาที 50 %. <u>มิติความต่อเนื่องในการดูแล</u> 3.อัตราการขาดยาในผู้ป่วยในผู้ป่วย	ทุกปี  มี.ค.64  ทุก 3 เดือน	ทีมนำทางทางคลินิก

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
<p>84. ผลลัพธ์ด้านการใช้ ทรัพยากรอย่างมี ประสิทธิภาพในการดูแล ผู้ป่วย [IV-1 ,III-2,3,4 ]</p>		<p>เป้าหมาย และร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ปรับปรุงแก้ไขร่วมกัน</p>	<p>โรคเรื้อรัง HT DM &lt; 5% <u>มิติด้าน</u> <u>ประสิทธิผล</u> 4. อัตราผู้ป่วย ACS เสียชีวิต &lt; 2% 5. อัตราผู้ป่วย เสียชีวิตในผู้ป่วย Stroke 0 % 6. อัตราผู้ป่วย DM ควบคุม ระดับน้ำตาล HbA1C &lt; 7 40% 7. อัตราผู้ป่วย HT ควบคุมระดับ ความดัน BP 140/90 mmHg 50%</p>		

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
			<u>มิติด้านความ</u> <u>เหมาะสม</u> -Miss Diagnosis 0% -อัตราผู้ป่วย sepsisวินิจฉัย ถูกต้อง รวดเร็ว ใน 1 ชม 100% -อัตราผู้ป่วย ได้รับการประเมิน ดูแล ส่งต่อ ภายใน 60 นาที 100%		

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
86. ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (I) * [ IV-1 ,II-4]	ปีล่าสุดพบข้อมูลการติดเชื้อเพิ่มขึ้น แต่จากการพิจารณาพบว่า การติดเชื้ออาจมีการเก็บข้อมูลที่มีโอกาสคลาดเคลื่อน ทีมที่เกี่ยวข้องควรทบทวนการกำหนดตัวชี้วัดที่มีความหมายเพื่อนำมาใช้ประโยชน์อย่างมีคุณค่ามากขึ้น	<ol style="list-style-type: none"> <li>พัฒนาศักยภาพบุคลากร ทีม IC ในการวิเคราะห์ข้อมูลการติดเชื้อ โดยมีการประชุมชี้แจง ให้ความรู้ การทวนสอบ การนิเทศหน้างาน โดย ICN</li> <li>พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลการติดเชื้อ โดยมีการออกแบบ กำหนดรูปแบบเอกสาร แนวทางการรายงานเมื่อเจออุบัติการณ์การติดเชื้อ พร้อมทั้งการทบทวนตัวชี้วัด วิธีการเก็บข้อมูลจากหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง มายังทีม IC</li> <li>พัฒนาต่อยอด (CQI) โดยการนำผลการดำเนินงานที่ผ่านมา มาจัดทำแผนพัฒนา กลยุทธ์ โครงการ นวัตกรรม ในการปฏิบัติงานด้าน IC</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>อัตราการรายงานตัวชี้วัดการติดเชื้อ ถูกต้อง 100%</li> <li>อัตรา IC มีผลงานนำเสนออย่างน้อย 1 เรื่อง / ปี</li> </ol>	<p>ติดตามข้อมูลทุก 3 เดือน</p> <p>ทุก 3 เดือน</p> <p>6 เดือน – 1 ปี / ครั้ง</p>	นส.ธัญลักษณ์ ศรีสุวรรณ ร่วมกับ ICWN



มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
87.ผลลัพธ์ระบบบริหารจัดการด้านยา และด้านความปลอดภัยในการใช้ยา / เลือด (M) * [ IV-1 ,II-6 II-7.4]	1. ควรติดตามผลการดำเนินการด้านระบบยา / เลือดที่สอดคล้องกับเป้าหมายที่ทีมได้กำหนดเพิ่มการวิเคราะห์ให้เห็นปัจจัยที่เป็นสาเหตุ ซึ่งจะนำสู่การออกแบบพัฒนาที่ตรงเหมาะสมกับโรงพยาบาล	<p><b>แผนพัฒนาระบบบริหารจัดการด้านยา</b></p> <p>1 กำหนดให้ห้องยาเปิดทำการในช่วงพักเที่ยง</p> <p>2. ระบบบริหารจัดการด้านยาเมื่อห้องยาปิดตั้งแต่เวลา (20.30 – 8.30 น.) ได้กำหนดให้มีการติดตามการจ่ายยาของพยาบาลโดยการ Audit ใบสั่งยาโดยเภสัชกรทุกวัน</p> <p>3. กำหนดระบบ Pharmacist consult นอกเวลา โดยกำหนดให้ประสานหัวหน้าฝ่ายเภสัชเป็นคนแรก ถ้าประสานงานไม่ได้ให้ประสานงานเภสัชคนที่สองเป็น second call</p> <p>3. มีการดำเนินการลดการสต็อกยาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยจัดทำ รถสต็อกยานอกเวลา</p> <p>4. มีการดำเนินการเพิ่มกล่องยา HAD ที่เป็นกล่องกลางสำรองไว้ที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อให้ทุกหน่วยงานใช้เป็นกล่องสำรองเพื่อตอบสนองความเพียงพอ</p> <p>5. กำหนดให้มีการติดตามและวิเคราะห์หาสาเหตุความเคลื่อนไหวในการสั่งใช้ยาในทุกขั้นตอนให้สอดคล้องกับนโยบายที่มบริหารความเสี่ยงในรูปแบบ Risk register</p>	<p>1. Dispensing error OPD (โดยพยาบาล)</p> <p>2. Dispensing error IPD (โดยพยาบาล)</p> <p>3. จำนวนยาขาดคร่าว</p>	<p>พ.ค.64</p> <p>ทุกเดือน</p>	<p>พว.นุรฮายาดี</p> <p>พว.นุรฮายาดี</p> <p>ภก.อาหามะ</p>

				ทุกสามเดือน	
--	--	--	--	-------------	--

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
		<p><b>แผนพัฒนาการดำเนินงานด้านระบบเลือด</b></p> <p>1. กำหนดแผนทบทวนกระบวนการให้เลือดตั้งแต่กระบวนการขอรับจ่ายเลือด โดยทีมสหวิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใน case ให้เลือดกลุ่มผู้ป่วยที่ Emergency และ refer ไปให้เลือด และกลุ่ม Non Emergency ที่ขอรับเลือดที่โรงพยาบาลแม่ลาน รวมถึงอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากการให้เลือด</p> <p>2. กำหนดแนวทางจัดตั้งโครงการบริจาคโลหิตในโรงพยาบาลแม่ลาน</p> <p>3. กำหนดกระบวนการให้เลือดในผู้ป่วยที่ต้องการเลือดด่วน และไม่ด่วน</p> <p>4. กำหนดแนวทางการขนส่งเลือดระหว่างโรงพยาบาลจังหวัดกับโรงพยาบาลแม่ลาน</p>	<p>1. อัตราที่ผู้ป่วยได้รับเลือดตาม order แพทย์ 100 %</p> <p>2. ร้อยละของการได้รับเลือดทันเวลาในกลุ่มผู้ป่วยด่วนภายใน 4 ชั่วโมง 100 %</p> <p>3. ร้อยละของการได้รับเลือดทันเวลาในกลุ่มผู้ป่วยไม่ด่วนภายใน 48 ชั่วโมง 100 %</p>	<p>ทุก 3 เดือน</p> <p>ก. พ 64</p> <p>ก. พ 64</p> <p>ก. พ 64</p>	<p>นุรียะห์ /PCT</p>
	2. ภายหลังจากทบทวนระบบบริการเลือดทั้งกลุ่ม emergency & non emergency และกำหนด KPI	1. มีแนวทางการเฝ้าระวังการแพ้เลือดในผู้ป่วยที่ให้เลือดทุกราย	1. อุบัติการณ์การให้เลือด ผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด 0	ทุกเดือน	นุรียะห์ /PCT

	ควรกำหนดการติดตาม KPI และการดำเนินแก้ไขกรณีพบอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ให้สอดคล้องกับความเร่งด่วน ระดับความรุนแรง เพื่อให้การบริการเลือดปลอดภัย	2.หน่วยงานโทรแจ้งห้องปฏิบัติการทันทีเมื่อพบอุบัติการณ์อาการแพ้เลือดในผู้ป่วยที่ให้เลือด 3.มีแนวทางการตรวจสอบกระบวนการให้เลือดในแต่ละขั้นตอน	2.อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์หลังรับเลือด 0 ครั้ง		
มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
88. ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในกระบวนการดูแลผู้ป่วย (P) * [IV-1 ,III]	ควรส่งเสริมการเลือกตัวชี้วัดที่ตรงประเด็นสามารถนำมาประโยชน์ในการพัฒนามากขึ้น	1.นำกระบวนการดูแลผู้ป่วยรายโรคมาวิเคราะห์และเลือกตัวชี้วัดในการประเมินแรกรับให้ชัดเจน ได้แก่ โรค ACS ,Stoke ,Trauma, sepsis โดยให้จัดทำการบันทึกเวลาตามอาการของโรคในแต่ละระยะ เพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยให้ถูกต้องปลอดภัย 2. จัดทำแนวทางการสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานให้ครอบคลุม ต่อเนื่อง 3.จัดทำแนวทางการระบุส่งสิ่งส่งตรวจให้ครบถ้วนถูกต้อง และมีการตรวจสอบระหว่างหน่วยงาน	1.อัตราการประเมินผู้ป่วยกลุ่ม Fast tack แรกรับได้ถูกต้อง 100% 2.อัตราการสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยครบถ้วน 100% 3.อัตราการส่งสิ่งส่งตรวจถูกต้องครบถ้วน 100%	พ.ศ 64  ก.ค.64	สุทธิดา/PCT  PCT  คลินิก TB/PCT

<p>89. ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการใช้ Line / Tube / Catheter และตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับห้องปฏิบัติการ (L) * [ IV-1 ,II-7.2 ]</p>	<p>ควรทบทวนปรับตัวชี้วัดให้สะท้อนคุณภาพ ให้ครอบคลุมในแต่ละกระบวนการ และกำกับติดตามประเมินทุกครั้งที่ไม่ผ่าน มีค่าความคลาดเคลื่อนสูง นำมาแก้ไขให้ชัดเจนบันทึกการแก้ไขที่ได้ดำเนินการ ช่วยในการเรียนรู้และการใช้ประโยชน์ในการแก้ไขในครั้งต่อไป เพื่อให้มั่นใจว่าผลตรวจทางห้องปฏิบัติการมีความแม่นยำ น่าเชื่อถือ เนื่องจากพบว่าผลการ</p>	<p>1.มีการทำ IQC ทุกวันและทำ EQA ทุกเดือน นำผลที่ไม่อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับมาวิเคราะห์หาสาเหตุและดำเนินการแก้ไข 2.มีการพัฒนาแบบฟอร์มบันทึก IQC ที่ไม่อยู่ในเกณฑ์ให้ชัดเจน 3.กำหนดการบันทึกผลการตรวจสอบ IQC โดยมีการบันทึกในแบบฟอร์ม ระบุค่าที่ไม่ผ่านเกณฑ์ และแก้ไขประจำวัน 4.กำหนดผู้รับผิดชอบในการตรวจวิเคราะห์ ตัวอย่างสำหรับประเมินคุณภาพในแต่ละสาขาให้ชัดเจน</p>	<p>1.อัตรารายการทดสอบที่ทำการควบคุมคุณภาพภายใน (IQC) เป้าหมาย 100 % 2.อัตรารายการทดสอบที่ทำการควบคุมคุณภาพภายนอก (EQA) เป้าหมาย 100 %</p>	<p>ทุกเดือน  มี ค 64  ทุกวัน  ทุกเดือน</p>	<p>นุริยะห์</p>
<p>มาตรฐาน</p>	<p>ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ</p>	<p>แผนพัฒนา</p>	<p>เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด</p>	<p>ระยะเวลา/ความถี่</p>	<p>ผู้รับผิดชอบ</p>
	<p>ตรวจ EQA &amp; IQC ทางห้องปฏิบัติการในบางรายการที่มีความคลาดเคลื่อนสูง แต่การนำไปแก้ไขไม่ชัดเจน</p>	<p>5.ติดตามผลลัพธ์ผล IQC,EQA tและความเสี่ยงที่เกิดขึ้น เพื่อให้มั่นใจว่าผลตรวจทางห้องปฏิบัติการมีความแม่นยำ น่าเชื่อถือ</p>	<p>3.ผลการควบคุมคุณภาพภายนอก (EQA)สาขาเคมีคลินิกผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (MVIS 0-50, ระดับ A) 4.อัตราการบันทึกผลการตรวจสอบ IQC,EQA และ</p>	<p>ทุกเดือน</p>	

			แก้ไขได้ถูกต้อง 100%		
90. . ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการดูแลภาวะฉุกเฉิน (E) * [IV-1 ,III-4.2 (5)]	ควรส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากการทบทวนตัวชี้วัดและนำมาปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน เช่น ในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤต ทรุดลงเป็นต้น	1.ปรับกระบวนการในผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน ได้แก่ เกณฑ์การรายงานแพทย์ตามระยะ, เกณฑ์ admit , เกณฑ์การส่งต่อ , เกณฑ์ที่แพทย์ต้องมา รักษา , ระบบอัตรากำลังสำรองขององค์กรแพทย์, แนวทางการเรียกอัตรากำลังสำรองขององค์กรพยาบาล , แนวทางก่อน ระหว่าง ส่งต่อ, แนวทางปฏิบัติการ ทำหัตถการพิเศษ 2.พัฒนาทักษะ CPR team ให้มีประสิทธิภาพ 3.กำหนดแนวทางการสื่อสาร การเรียก อัตรากำลังสำรองในที่ฉุกเฉิน	1.อัตราการ รายงานแพทย์ ตามเกณฑ์ 100% 2.อัตราการ ช่วยชีวิตผู้ป่วย วิกฤติทันเวลา 100% 3.อัตราความพร้อมของ CPR	ก.พ.64 และทุกปี  ทุกปี ทุกเดือน	PCT
<b>มาตรฐาน</b>	<b>ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ</b>	<b>แผนพัฒนา</b>	<b>เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด</b>	<b>ระยะเวลา/ความถี่</b>	<b>ผู้รับผิดชอบ</b>
		4.กำหนดแนวทางการปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติฉุกเฉิน 5.ทบทวน case กลุ่มผู้ป่วยวิกฤต ทรุดลง ทุก ราย เพื่อปรับแนวทางการพัฒนา	Team 100% 4.อุบัติการณ์ ผู้ป่วยทรุดลง 0 ครั้ง 5.อัตราผู้ป่วย วิกฤติฉุกเฉิน เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง 0%		PCT
<b>(2) ตัวชี้วัดสำคัญด้านสร้างเสริมสุขภาพ</b>					

<p>91. ผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพของผู้รับบริการ 3-7 ตัว [ IV-1 (2) ]</p>	<p>มีการวัดผลการควบคุมเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การวัดอัตราผู้ป่วยรายใหม่ ซึ่งผลยังไม่เป็นไปตามเป้า ควรทบทวนผลการดำเนินงานอยู่เสมอ และนำตัวชี้วัดมาใช้ประโยชน์ปรับปรุงกระบวนการให้มีคุณภาพ สามารถสร้างเสริมสุขภาพให้มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น</p>	<p>1.กำหนดการทบทวนผลการดำเนินงานการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ในโรค HT,DM ทุกเดือน โดยนำเสนอในที่ประชุม PCT ทุกเดือน</p> <p>2.ทีม manager NCD วิเคราะห์ผู้ป่วย HT,DM รายใหม่ เพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้อง และกำหนดแผนการดูแลรักษาต่อเนื่องกับชุมชน</p> <p>3.วางแผนกลุ่มผู้ป่วย HT,DM ที่ควบคุมโรคไม่ได้ กำหนดการให้คำปรึกษาเฉพาะโดยสหวิชาชีพ และชุมชน</p>	<p>1.อัตราผู้ป่วยโรค HT,DM ที่ควบคุมโรคไม่ได้ มีความรู้และสามารถควบคุมโรคได้ &gt;80%</p> <p>2.ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูง รายใหม่ &lt;5%</p> <p>3.ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ &lt; 4%</p>	<p>ทุกเดือน</p>	<p>คลินิก NCD/PCT/ งานเวช ศาสตร์</p>
---	---	---	--	-----------------	--

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
<b>IV.2 ผลด้านการมุ่งเห็นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น ๆ ( มติคนเป็นศูนย์กลาง )</b>					
<p>93. ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์สำคัญด้านความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจ/ความผูกพัน ของผู้รับผลงานอื่น/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย [ IV-2 ,I-3 ]</p>	<p>ควรเรียนรู้วิเคราะห์ความไม่พึงพอใจของกลุ่มผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน นำมากำหนดตัวชี้วัดเฉพาะอื่นๆ ในมิตินี้ เช่น ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้ป่วยระยะท้าย กลุ่มเด็ก กลุ่มผู้ป่วยสำคัญที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ เป็นต้น เพื่อนำมาสู่การปรับบริการที่ดี</p>	<p>1.การประเมินความพึงพอใจและไม่พึงพอใจของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในทุก 6 เดือน</p> <p>2.จัดทำแบบประเมินความพึงพอใจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายโรค HT DM COPD Asthma ACS Stroke TB และ ผู้ป่วย palliative, end of life ทุกราย รวมถึงวิเคราะห์ผลความไม่พึงพอใจ</p>	<p>1.อัตราความพึงพอใจแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน &gt;80%</p> <p>2.อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล</p>	<p>ทุก 6 เดือน</p>	<p>คลินิกพิเศษ, กนกพร, กรองกาญจน์</p>

		3. นำผลการประเมินความไม่พึงพอใจมาวางแผน ตอบสนองความต้องการในคณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาล	palliative, end of life $\geq 80\%$ 3. อัตราความไม่ พึงพอใจในกลุ่ม ผู้ป่วยเฉพาะโรค <5%		
--	--	--	---	--	--

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนํา	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
IV 3 ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่นๆ( มีติดคนเป็นศูนย์กลาง)					
94. ผลลัพธ์ด้าน กำลังคน [ IV-3 , I-5 ]	ควรส่งเสริมการวิเคราะห์ข้อมูลจากการ ติดตามตัวชี้วัดในทุกประเด็น นำสู่การกำหนด แผน การจัดกิจกรรม อื่นๆ ที่สอดคล้องกับ ปัญหา และตรงกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้ กำลังคนมีความเพียงพอ สมรรถนะเหมาะสม มีสุขภาพดี และมีความผูกพันกับองค์กร เพิ่มขึ้น	1. มอบหมายผู้รับผิดชอบในกรรมการ HRD รายบุคคล วิเคราะห์ตัวชี้วัดที่ผ่านและไม่ผ่าน เป้าหมาย ทุก 3 เดือน นำเสนอในที่ประชุม 2. ทบทวนตัวชี้วัดการประเมินสมรรถนะของ บุคลากรให้บรรลุในวาระการประเมินของคณะ กรรมการบริหารและประธานทีมต่างๆ	1. อัตราตัวชี้วัด HRD ผ่าน เป้าหมาย >80% 2. อัตรากำลังของ กลุ่มวิชาชีพ, กลุ่ม สนับสนุนเพียงพอ (FTE) 100%	ทุก 3 เดือน  ทุก 6 เดือน  ทุกปี	HRD, HRM

		<p>3. ทบทวนบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ HRD โดยแบ่งความรับผิดชอบในการดำเนินงาน</p> <p>4. สอบถามความคิดเห็นผู้ปฏิบัติงานในงาน สนับสนุน/วิชาชีพ ถึงความต้องการพัฒนาความรู้ และทักษะและประเมินสมรรถนะที่จำเป็นต้องมี เพื่อวางแผนพัฒนาสมรรถนะให้เหมาะสม</p> <p>5. ทีม HRD round หน่วยงาน ประเมินภาระงานและความต้องการของบุคลากร นำมาสรุปผลเพื่อเสนอแผนและดำเนินกิจกรรมการพัฒนา</p> <p>6. แผนจัดทำ R to R เรื่อง โปรแกรม พิชิตหุ่นดี เพื่อนำมาปรับปรุงพฤติกรรมบุคลากรให้มีสุขภาพดี</p> <p>7. จัดกิจกรรมสร้างสัมพันธ์ในเจ้าหน้าที่ ได้แก่ ประชาสัมพันธ์สุขสันต์วันเกิด , congratulation จบการศึกษา , ได้รับตำแหน่ง, รับรางวัลต่างๆ เป็นต้น</p>	<p>3. อัตราเจ้าหน้าที่ที่มีสมรรถนะในปฏิบัติงาน &gt;80%</p> <p>-core competency</p> <p>-technical competency</p> <p>-managerial competency</p> <p>4. อัตราเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพดี &gt;80%</p> <p>5. อัตราเจ้าหน้าที่ที่มีความสุขในการทำงาน &gt;80%</p>	<p>ทุก 6 เดือน</p> <p>ปี 2565</p>	
--	--	---	--	-----------------------------------	--

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
IV.4 ผลด้านการนำ					
95. ผลลัพธ์ด้านการนำ [ IV-4 , I-I I-2 ]	ควรทบทวนการเลือกตัวชี้วัดที่มีความหมายตรงประเด็นและสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาเพื่อให้มีระบบการนำที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น	<p>1. ทบทวนระบบการนำองค์กร นำมาวางแผนกลยุทธ์ และกำหนดตัวชี้วัดให้ผ่านเป้าหมายพันธกิจ</p> <p>2. ใช้แนวคิดค่านิยมขององค์กร M-A-E-L-A-N (M-Meeting ร่วมมือกัน , A-Agility บริการรวดเร็ว และยืดหยุ่น , E-Ethic &amp; Professional standard มี</p>	<p>1. อัตราตัวชี้วัดพันธกิจผ่านเป้าหมาย &gt;80%</p> <p>2. อัตราการรอคอยในผู้ป่วยนอก</p>	ทุกเดือน	ทีมนำ



		คุณธรรมและมาตรฐานวิชาชีพ L-Learning องค์กรแห่งการเรียนรู้ A-Altruism เห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวม ) โดย กำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติและติดตามทุกเดือน จากหัวหน้าฝ่าย /หัวหน้างาน และติดตามจาก ตัวชี้วัด	ภาพรวม < 80 นาที่ 3.ผลสำเร็จของ การพัฒนา คุณภาพองค์กร แห่งการเรียนรู้ 100%		
--	--	--	--	--	--

IV.5 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ

96. ผลลัพธ์ ด้าน ประสิทธิผลของ กระบวนการทำงาน สำคัญ เช่น IM ,BCM, Supply chain ,RM ,ENV, [ IV-5 ,II ]	ควรทบทวนการกำหนดตัวชี้วัดให้ครอบคลุม มากขึ้นในกระบวนการทำงานสำคัญ ในระบบ IM , ENV. Supply chain , BCM ในการ กำกับติดตามกระบวนการงานสำคัญต่างๆ ให้ สามารถปฏิบัติงานได้อย่างต่อเนื่อง และแก้ไข เมื่อไม่เป็นตามเป้าหมาย เพื่อให้ในทุก กระบวนการมีประสิทธิภาพ	1.ติดตามตัวชี้วัดในกระบวนการทำงานสำคัญให้ ครอบคลุมทีมคร่อมต่างๆ ได้แก่ IM,ENV,RM เป็น ต้น และเพิ่มระบบงาน ได้แก่ งานพัสดุ ,งาน การเงิน ,งานธุรการ 2.รายงานตัวชี้วัดทุกเดือนและมอบหมายให้ทีม IM วิเคราะห์ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านมานำเสนอในกรรมการ ทีมนำ เพื่อปรับแผนพัฒนา	1.อัตราหน่วยงาน รายงานตัวชี้วัด ถูกต้อง ครบถ้วน >95% 2.อัตรา RM รายงานความ เสี่ยงที่สำคัญ	กัญยานน  ทุก 6 เดือน	IM,ทีมนำ
--	---	--	---	----------------------------	----------

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
		3.กำหนดให้นำเสนอผลงานตัวชี้วัด งานพัสดุ ,งาน การเงิน ทุก 6 เดือน 4.นิเทศติดตามหน้างานให้ครอบคลุมหน่วยงานที่ สำคัญ ได้แก่ งานสารสนเทศ งานหน่วยจ่ายกลาง	และติดตามการ แก้ไข100% 3.อัตราการกำกับ ติดตามระบบป่อ	ทุก 6 เดือน	ทีมนำ

		งานพัสดุ งานการเงิน งานบอบบำบัด งานประปา เป็นต้น	บ้ำบัด ปะปา 100% 4.อัตราการรับ ส่ง หนังสือ ถูกต้อง ตรงเวลา >95% 5.อัตราหน่วยงาน ได้รับพัสดุ, ครุภัณฑ์ทาง การแพทย์ถูกต้อง ตามคุณลักษณะ 100% 6.อัตราการคืนเงิน ยืมตามเวลาที่ กำหนด 100%		
--	--	--	--	--	--

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
IV.6 ผลด้านการเงิน					
97. ผลลัพธ์ด้านการเงิน [ IV-6 ,I-2 ]	มีการวัดผลด้านการเงินด้วยระดับวิกฤต การเงิน ควรทบทวนการเลือกตัวชี้วัดที่ตรง ประเด็น สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการ	1.แผนตรวจสอบภายใน งานการเงินทุก 3 เดือน โดยคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล 2.จัดทำแนวทางกระบวนการตรวจสอบระบบ การเงินในภาระกิจหลัก	1.ร้อยละของการ รับ- จ่ายเงิน ครบถ้วน ถูกต้อง	ทุก 3 เดือน กันยายน 64	การเงิน

	กำกับติดตาม สามารถปรับปรุงแก้ไขได้ อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น	3. นำข้อมูลการเงินมาชี้แจงในคณะกรรมการ บริหาร ทุกเดือน	สามารถตรวจสอบ ได้ 100% 2.Quick ratio >1.0 3.Current ratio>1.5 4.Cash ratio >0.8		
--	---	---	--	--	--