



ที่ ศธ ๖๔๓๑(๖).๒/ ๕๙๒

ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน
๒๒๒ ถนนติวานนท์ อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๑๙ มีนาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ส่งแผนพัฒนาคุณภาพตามข้อเสนอแนะ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

อ้างถึง หนังสือสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ที่ สรพ ๔๖๘๑ ลงวันที่ ๒๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๑

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แผนพัฒนาคุณภาพตามข้อเสนอแนะ

ตามหนังสือสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ได้ส่งสรุปผลรายงานการ
เยี่ยมสำรวจเพื่อให้โรงพยาบาลได้ใช้ประโยชน์ให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

ในการนี้ ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน ขอแจ้งว่า ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ
ชลประทาน ได้จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพตามข้อเสนอแนะจากสถาบันเรียบร้อยแล้ว ตามเอกสารที่แนบมานี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายแพทย์สุรสิทธิ์ ตั้งสกุลวัฒนา)

ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน

งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน

โทร.๐๒-๕๐๒๒๓๔๕ ต่อ ๓๔๑๗-๑๘

แผนพัฒนาคุณภาพ ปี 2562 ตามข้อเสนอแนะจากการเยี่ยมชมสำรวจ Re-accreditation วันที่ 24 - 25 กรกฎาคม 2561
ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน

I-1 การนำ

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตัวชี้วัด	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
<p>การสื่อสาร สร้างความผูกพันโดยผู้นำ: ทีมนำควรสื่อสาร เสริมพลัง ให้ทีมพัฒนา คุณภาพและหน่วยงานต่าง ๆ ได้นำจุดเน้น/ เข้มมุ่งขององค์กรในแต่ละปีลงสู่การปฏิบัติ รวมทั้งติดตามประเมินผล เพื่อให้ความ พยายามในการพัฒนาเป็นไปในทิศทาง เดียวกัน</p> <p>วิเคราะห์ปัญหา -ช่องทางการสื่อสาร ไม่หลากหลาย -การสื่อสารเป็น One-way Communication -ขาดความร่วมมือ/ตระหนัก/ความเข้าใจ -แพทย์เข้าร่วมกิจกรรมน้อย</p> <p>เป้าหมาย : บุคลากรได้รับรู้/เข้าใจ</p> <ul style="list-style-type: none"> ● นโยบาย ● จุดเน้น ● วิสัยทัศน์ พันธกิจและแผน ยุทธศาสตร์องค์กร <p>-รับทราบปัญหา/ข้อขัดข้องในการปฏิบัติ/ บรรยากาศการทำงาน/ความเข้าใจนโยบาย ที่ประกาศ</p> <p>-การบูรณาการค่านิยมเข้าสู่งานประจำ</p>	<p>1. โรงพยาบาลมีการปรับแผนยุทธศาสตร์และเข็มมุ่งใหม่ และมีการ Implement ลงไปยังหน่วยงานตาม Alignment ขององค์กร</p> <p>2. ประเมินประสิทธิภาพของช่องทางการสื่อสารและความสามารถในการ นำไปปฏิบัติอย่างเข้าใจ</p> <p>3. พัฒนาการสื่อสารและช่องทางการสื่อสารตามผลการประเมิน</p> <p>4. ติดตามกำกับความก้าวหน้าการนำจุดเน้นไปปฏิบัติ</p> <p>5. ให้ความช่วยเหลือและร่วมมือในการแก้ไขปัญหาอุปสรรคในพื้นที่ที่ไม่ บรรลุตามเป้าหมาย</p>	<p>1. คะแนนการรับรู้ 2. ผลการปฏิบัติ</p> <p>-ผู้ปฏิบัติเข้าใจ/ รับรู้ถึง -นโยบาย -จุดเน้น -วิสัยทัศน์ พันธกิจ และแผน ยุทธศาสตร์องค์กร</p> <p>1. = รับรู้ 2. = เข้าใจ 3. = นำไปปฏิบัติได้</p>	<p>ครั้งที่ 1 มี.ค-เม.ย. 62 ครั้งที่ 2 ก.ค.-ส.ค. 62 ม.ค.62</p> <p>ต.ค.61-ม.ค.62</p> <p>ม.ค.62 เม.ย.62 ก.ค.62 ต.ค.62</p>	<p>ทีมบริหาร และทีม IS</p> <p>งานสื่อสาร องค์กร</p> <p>ทีมนำระบบต่างๆ</p>

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตัวชี้วัด	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
<p>การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาการกำหนดจุดเน้นในการปฏิบัติ: ทีมนำควรวิเคราะห์และนำประเด็นที่ยังเป็นปัญหาสำคัญที่ได้จากผลสำรวจบรรยากาศการพัฒนาและวัฒนธรรมความปลอดภัย เช่น ประเด็นปัญหาความเห็นต่อความถี่ในการรายงานเหตุการณ์ การตอบสนองต่อความผิดพลาด ที่ปราศจากการส่งผลร้ายกับตนในภายหลัง การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาล การสื่อสารและการจัดคนทำงานมาปรับปรุงแก้ไขในเชิงนโยบายและแผนกลยุทธ์ เพื่อหาโอกาสพัฒนาและสร้างการเรียนรู้</p> <p>วิเคราะห์ปัญหา -เจ้าหน้าที่ยังขาดความเข้าใจในการนำจุดเน้นไปปฏิบัติในงานประจำ -เจ้าหน้าที่ยังขาดความตระหนักในวัฒนธรรมความปลอดภัย/ความเสี่ยง -การตอบกลับการแก้ไขปัญหาของทีมนำล่าช้า -ยังขาดความเข้าใจในยุทธศาสตร์ขององค์กร/การนำสู่การปฏิบัติ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทีมนำวิเคราะห์ผลการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กรจําแนกรายด้าน 2. นำผลการวิเคราะห์วัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กรที่ไม่บรรลุตามเป้าหมายมาจัดทำ Action plan 	<p>-คะแนนระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยที่ดีขึ้น</p>	<p>มี.ค.62 (ครั้งที่ 1)</p> <p>มี.ค.63 (ครั้งที่ 2)</p>	<p>ทีมบริหารและทีมIS</p>

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตัวชี้วัด	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
<p>ระบบกำกับดูแลทางคลินิก: ทีมนำควรมีการสรุปรายงานคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ให้ทีมผู้บริหารระดับมหาวิทยาลัยได้รับทราบเป็นระยะ ๆ รวมทั้งนำเสนอแผนการดำเนินงานการปรับปรุงแก้ไข เพื่อขอการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ และเพื่อการติดตามประเมินผล</p> <p>วิเคราะห์ปัญหา 1. ขาดการรายงานผลดำเนินงานทางด้านการดูแลผู้ป่วย 2. ขาดการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหของทีม Clinical governance 3. ขาดการติดตามผลดำเนินการ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. สรุปรายงานผล/วิเคราะห์ผลด้านคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยนำเสนอต่อทีมกำกับดูแลทางคลินิกทุกไตรมาส 2. จัดทำแผนพัฒนาตามข้อเสนอแนะของทีม clinical governance 3. ติดตามกำกับการปฏิบัติตามแผนความก้าวหน้า 4. ประเมินผลและนำเสนอความก้าวหน้าต่อทีมกำกับการดูแลทางคลินิก 	<p>-การบรรลุผลตามตัวชี้วัด > ร้อยละ 80%</p>	<p>เม.ย.,ก.ค.,ต.ค.62</p> <p>ม.ค.62</p> <p>มี.ค.62</p> <p>พ.ค.62</p> <p>ก.ค.62</p>	<p>ศูนย์คุณภาพ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง (RM)</p>

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตัวชี้วัด	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
<p>ระบบกำกับดูแลกิจการ การประเมินผู้นำ/ระบบการนำ: ทีมนำควรวางระบบการประเมินผู้นำและประสิทธิภาพของระบบการนำ และนำข้อมูลมาปรับปรุงการนำให้มีประสิทธิภาพ พัฒนาผู้นำในทุกระดับให้มีความรู้ความสามารถเหมาะสมในหน้าที่ที่รับผิดชอบ</p> <p>วิเคราะห์ปัญหา -ยังมีการประเมินผู้นำไม่ครอบคลุมทุกระดับ -ขาดการนำผลการประเมินมาปรับปรุงการนำให้มีประสิทธิภาพ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ปรับปรุงระบบการประเมินผู้นำและระบบการนำ โดยพิจารณาผลงานตามเป้าประสงค์ขององค์กร 2. พัฒนาตามผลการประเมินผู้นำและระบบการนำ มาจัดทำ Action plan 3. ติดตามประเมินผลหลังการพัฒนา 4. พัฒนาแนวทางในการเข้าสู่ตำแหน่งผู้บริหาร/ผู้นำ ในระดับต่างๆ 	<p>- ผลการพัฒนาผู้นำ</p>	<p>ก.ย. 62</p>	<p>ทีมบริหาร คณะกรรมการบริหารพัฒนาทรัพยากรบุคคล (HRD)</p>

แผนพัฒนาคุณภาพ ปี 2562 ตามข้อเสนอแนะจากการเยี่ยมชมสำรวจ Re-accreditation วันที่ 24 - 25 กรกฎาคม 2561
ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน

I-2 การบริหารเชิงกลยุทธ์

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตัวชี้วัด	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
<p>วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ตอบสนองความท้าทาย ครอบคลุมคุณภาพ ความปลอดภัย การสร้างเสริมสุขภาพ : ควรทบทวนวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และตัวชี้วัดให้สามารถแสดงถึงผลการพัฒนาการดูแลรักษาในระดับตติยภูมิขั้นสูง (ผลลัพธ์ของการดูแลรักษาและภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์) ในกลุ่มโรคตาม Service plan และสามารถ benchmark กับโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า รวมทั้งให้ครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพการป้องกัน และการฟื้นฟูสภาพ</p> <p>วิเคราะห์ปัญหา -ขาดความร่วมมือ/ตระหนัก/ความเข้าใจ -แพทย์เข้าร่วมกิจกรรมน้อย</p> <p>เป้าหมาย การกำหนดตัวชี้วัดในระดับ รพ ที่สามารถสะท้อนและนำไปสู่การประเมินการบรรลุวิสัยทัศน์และเป้าประสงค์ขององค์กรทั้ง 3 พันธกิจ</p>	<p>1. Supra tertiary ต้องระบุความท้าทายของแต่ละ Excellent ให้ชัดเจน (เช่น การประสานงานเครือข่ายสถานที่ เครื่องมือ การพัฒนาคน ผลลัพธ์การดูแลที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ผลการวิเคราะห์ KPI ที่ยังเป็นความท้าทาย, ผลการเทียบตัวชี้วัด Ranking กับสถาบันอื่น/หลักฐานทางวิชาการ ผลการวิเคราะห์ Gap ที่จะยกระดับ) และนำมากำหนดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ จัดทำ Action Plan ที่จะบรรลุแต่ละ Excellent Center แต่ละปี (Cornea transplant : ขาด Donation Connection สภากาชาด พัฒนาศักยภาพ, Newborn : ขาดแพทย์ ขาดเครื่องมืออุปกรณ์, เคมีบำบัด, Trauma.)</p> <p>2. ศูนย์เชี่ยวชาญ 4 ศูนย์ Sleep apnea , MIS, Joint Prosthesis, Retina ระบุความท้าทายของแต่ละศูนย์เชี่ยวชาญให้ชัดเจน (เช่น การประสานงานเครือข่ายสถานที่ เครื่องมือ การพัฒนาคน ผลลัพธ์การดูแลที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ผลการวิเคราะห์ KPI ที่ยังเป็นความท้าทาย, ผลการเทียบตัวชี้วัด Ranking กับสถาบันอื่น/หลักฐานทางวิชาการ ผลการวิเคราะห์ Gap ที่จะยกระดับ) และนำมากำหนดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ จัดทำ Action Plan ที่จะบรรลุแต่ละศูนย์เชี่ยวชาญ แต่ละปี</p> <p>3. Service Plan (NB, MI, Stroke, CA) ระบุความทำ</p>	<p>- มีการดำเนินการทบทวนและจัดทำแผนยุทธศาสตร์ได้ตามแผนที่กำหนด 1 ครั้ง/ปี</p> <p>- LOS ของแต่ละกลุ่มโรคสำคัญ</p> <p>- ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยตามกลุ่มโรค Excellent Center ศูนย์เชี่ยวชาญ มีแนวโน้มดีขึ้น</p> <p>- การทบทวนยุทธศาสตร์และตัวชี้วัด</p>	<p>เดือน พฤษภาคม-มิถุนายน</p> <p>เดือนพฤษภาคม 2562 (หลังผู้บริหารพบผู้ปฏิบัติ)</p>	<p>งานนโยบายและแผน</p> <p>คณะกรรมการสารสนเทศฯ</p> <p>งานนโยบายและแผน</p>

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตัวชี้วัด	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
	<p>ทนายของแต่ละ Service Plan ให้ชัดเจน (เช่น การประสานงานเครือข่าย สถานที่ เครื่องมือ การพัฒนาคน ผลลัพธ์การดูแลที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ผลการวิเคราะห์ KPI ที่ยังเป็นความท้าทาย, ผลการเทียบตัวชี้วัด Ranking กับสถาบันอื่น/หลักฐานทางวิชาการ ผลการวิเคราะห์ Gap ที่จะยกระดับ) และนำมากำหนดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ จัดทำ Action Plan ที่จะบรรลุแต่ละ Service Plan แต่ละปี</p> <p>(ที่มึนนำต้องติดตามกำกับผลการดำเนินงานในข้อ 1-3 ทุกไตรมาสในการประชุมกรรมการบริหาร และบันทึกผลการประชุมการให้ข้อเสนอแนะในการปรับ Action Plan หากไม่บรรลุเป้าหมาย)</p> <p>4. สร้างเสริมสุขภาพ (ครอบคลุมบุคลากร ผู้ป่วย (ตามข้อ 1-3 และ กลุ่มโรค Tertiary ของแต่ละ PCT) ชุมชน (ผู้สูงอายุ, วัด มีโภชนาการไปดูแล, โรงเรียน, สถานประกอบการที่เป็นประกันสังคมของเรารวมถึงการบาดเจ็บจากการทำงานที่ใช้กองทุนทดแทน, บัตรทอง) บริการวิชาการ)</p> <p>5. การเรียนการสอน หาความท้าทาย/โอกาสเชิงกลยุทธ์ (เช่น เรื่องของ Training Risk จำนวนอาจารย์ขาดบางสาขา สถานที่เพื่อจัดการเรียนการสอนที่เหมาะสม เครื่องมือ นวัตกรรมการเรียนการสอน) มาจัดทำ Action Plan</p> <p>6. การวิจัย หาความท้าทาย/โอกาสเชิงกลยุทธ์ มาจัดทำ Action Plan</p>			

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตัวชี้วัด	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
<p>การจัดทำแผนปฏิบัติการ การถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ และการจัดสรรทรัพยากร : เนื่องจากความเป็นองค์กรขนาดใหญ่ มีพันธกิจทั้งด้านการเรียนการสอน การวิจัย และการให้บริการดูแลรักษา มีการปรับเปลี่ยนวิสัยทัศน์และแผนยุทธศาสตร์ ทำให้การสื่อสารเป็นโอกาสพัฒนาสำคัญที่ทีมจำเป็นต้องสร้างความเข้าใจ ประเมินการรับรู้การถ่ายทอดแผนกลยุทธ์ จุดเน้น/เข็มมุ่งขององค์กรไปยังทีมงานทางคลินิก ทีมพัฒนาคุณภาพ และหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อให้สามารถจัดทำโครงการ/แผนงาน (action plan) ที่สอดคล้องกับแผนกลยุทธ์จุดเน้น/เข็มมุ่งขององค์กร รวมทั้งติดตามการนำโครงการ/แผนงานไปปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ร่วมติดตามแก้ไขปัญหาปรับปรุงปรับเปลี่ยนแปลงอันจะส่งผลให้องค์กรบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ท้าทายและนำองค์กรสู่วิสัยทัศน์</p>	<ul style="list-style-type: none"> - จัดทำแผนสอดคล้องตามความท้าทายเชิงกลยุทธ์ ครอบคลุม Supra tertiary, ศูนย์เชี่ยวชาญ, Service Plan, สร้างเสริมสุขภาพ, การเรียนการสอน, การวิจัย - สื่อสารและประเมินผลการสื่อสารแผนยุทธศาสตร์ กลยุทธ์ วิสัยทัศน์ ผู้ปฏิบัติงาน - ติดตามการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ 	<ul style="list-style-type: none"> - การรายงานผลการติดตามผลการปฏิบัติงานตามโครงการในแผนงาน (Action plan) ปี 2562 ครบทุกไตรมาส - การติดตามผลการปฏิบัติงานตามโครงการในแผนงาน (Action plan) ปี 2562 ครบทุกไตรมาส 	<p>เดือน ม.ค., พ.ค., ก.ย.</p> <p>เดือน ม.ค., พ.ค., ก.ย.</p>	<p>งานนโยบายและแผน</p>
<p>การกำหนดตัวชี้วัดและใช้ในการติดตามความก้าวหน้า : ทีมนำควบทบทวนตัวชี้วัดในระดับ รพ ที่สามารถสะท้อนและนำไปสู่การประเมินการบรรลุวิสัยทัศน์และเป้าประสงค์ขององค์กรทั้ง 3 พันธกิจ กำหนดเป้าหมายที่สามารถเทียบเคียง (benchmark) กับโรงเรียนแพทย์ที่มีศักยภาพสูงกว่ารวมทั้งส่งเสริมให้ทีมพัฒนาคุณภาพชุดต่าง ๆ มีบทบาทที่ชัดเจนในการชี้แนะและวางระบบงานติดตามความก้าวหน้าและความสำเร็จโดยใช้ตัวชี้วัดที่เหมาะสม (ตัวชี้วัดใน</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ทบทวนตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาลที่กำกับวิสัยทัศน์ยุทธศาสตร์ และการเทียบเคียงผลการดำเนินงาน เช่น THIP, 4 สถาบัน เป็นต้น - รายงานผลตัวชี้วัดที่สำคัญในที่ประชุมกรรมการบริหารโรงพยาบาล และกรรมการดำเนินงานทุกไตรมาส 	<ul style="list-style-type: none"> - อัตราการรายงานตัวชี้วัดตามแผนทุกไตรมาส 	<p>ก.พ.62</p> <p>เม.ย.62 และ ก.ค.62 และ ต.ค.62</p>	<p>งานนโยบายและแผน, ศูนย์คุณภาพ, งานสารสนเทศ, งานวิจัย, งานแพทยศาสตร์</p>

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตัวชี้วัด	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
ระดับทีมพัฒนาคุณภาพ) รวมทั้งมีการประเมิน ประสิทธิภาพของระบบที่วางไว้เพื่อหาโอกาส พัฒนา				

แผนพัฒนาคุณภาพ ปี 2562 ตามข้อเสนอแนะจากการเยี่ยมสำรวจ Re-accreditation วันที่ 24 - 25 กรกฎาคม 2561
ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน

I-3 การมุ่งเน้นผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
<p>ควรทบทวนการกำหนดวิธีการรับฟัง และเรียนรู้ความต้องการที่เหมาะสมกับ ผู้รับฟังและเรียนรู้ความต้องการที่ เหมาะสมกับผู้รับผลงานแต่ละกลุ่ม <u>เพื่อนำความคิดเห็น และเสียงสะท้อน</u> <u>เหล่านั้นไปใช้ในการวางแผนและจัดการ</u> ที่สอดคล้องกับความต้องการ</p> <p>วิเคราะห์ปัญหา</p> <p>1.การแบ่งกลุ่มผู้รับผลงานแต่ละกลุ่มยังไม่ชัดเจน ไม่ครอบคลุมทุกพันธกิจ</p> <p>2.กระบวนการรับฟัง VOC ยังไม่ชัดเจน และขาดผู้รับผิดชอบ</p> <p>3.ขาดการนำข้อมูลจากการรับฟังเสียงของลูกค้านำมาวิเคราะห์ไปใช้และพัฒนาปรับปรุงต่ออย่างเป็นระบบต่อ</p>	<p>ด้านบริการ</p> <p>1. ทบทวนการแบ่งกลุ่ม Segment ลูกค้า ด้านบริการ</p> <p>1.1 แบ่งตาม main service - EC / เชี่ยวชาญ / service plan/ tertiary (acute, chronic, emergency, ชุมชน, อื่นๆ, Palliative)</p> <p>1.2 แบ่งตามสิทธิการรักษาได้แก่ บัตรทอง ประกันสังคม เบิกต้นสังกัด ชำระเงินเอง ผู้มีอุปการคุณ ประกันชีวิต premium</p> <p>1.3 stakeholder</p> <p>1.4 เครือข่ายการบริการ เครือข่ายชุมชน</p> <p>2. ปรับปรุงและเพิ่มช่องทางการศึกษาความต้องการลูกค้าที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มและวิเคราะห์ความต้องการแต่ละกลุ่ม เพิ่มช่องทาง ได้แก่ survey โดยใช้แบบสอบถามที่จัดทำขึ้น , การรับฟังประสบการณ์ของบุคลากรที่ได้รับบริการ , การเดินตามประสบการณ์</p> <p>ปรับปรุงช่องทาง ได้แก่ ข้อมูลในระบบต่างๆ เช่น ตู้รับฟังความคิดเห็น ข้อร้องเรียน ข้อเสนอแนะ/สื่อสังคมออนไลน์</p> <p>3. กำหนดแนวปฏิบัติในการใช้ช่องทางการหาความต้องการลูกค้า</p>	<p>ร้อยละของข้อมูลความต้องการลูกค้าด้านบริการ ตามกลุ่ม Segment ลูกค้าครบถ้วน</p> <p>จำนวนช่องทางการหาความต้องการลูกค้า ที่เพิ่มขึ้น</p> <p>แนวทางปฏิบัติในการรับฟังเสียง</p>	<p>ม.ค.- ก.พ. 62</p> <p>เริ่ม มี.ค.62 survey ทุก 3 เดือน</p> <p>ทุกเดือน</p> <p>ต.ค.61-มี.ค.</p>	<p>คณะทำงาน VOC ด้านบริการ , PCT ,ทีมนำ</p> <p>คณะทำงาน VOC ด้านบริการ</p> <p>คณะ VOC ด้านบริการ</p>

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
	<p>ให้เหมาะสม</p> <p>4. กำหนดแนวทางตอบสนองความต้องการตามระดับความรุนแรง และความเร่งด่วน โดยมีการกำหนดผู้รับผิดชอบแต่ละช่องทางอย่างชัดเจน</p> <p>5. รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอผู้รับผิดชอบเพื่อจัดทำแผนพัฒนาในการตอบสนองความต้องการในแต่ละกลุ่ม เช่น ปรับปรุงสถานที่ , Flow งานบริการ , พัฒนาคอนแทคเทคนิค และพฤติกรรมการบริการ รวมทั้งการละเมิดสิทธิ ปรับปรุงการให้ข้อมูลการประสานงาน อื่นๆ</p> <p>6. นำข้อมูลไปแก้ไขและปิดป้ายให้ประชาชนรับทราบ (ในบางส่วนที่สามารถสื่อสารได้)</p> <p>7. ประเมินความพึงพอใจและความผูกพันของผู้ใช้บริการ</p>	<p>ของลูกค้ำ</p> <p>-ขั้นตอนการรับเรื่องร้องเรียน และแนวทางการจัดการข้อร้องเรียน</p> <p>จำนวนโครงการ/นวัตกรรม/ แนวทางการปรับปรุงงานบริการ</p> <p>-ร้อยละความพึงพอใจแยกตาม Segment ลูกค้ำ ≥ 80</p> <p>-ระดับความเชื่อมั่นและศรัทธา ต่อศปช ร้อยละ 80</p> <p>-ร้อยละความต้องการที่จะกลับมาใช้ซ้ำ /บอกต่อของผู้รับบริการ ≥ 80</p>	<p>62</p> <p>ต.ค.61</p> <p>ทุก 3 เดือน</p> <p>ก.พ.62</p> <p>ปีละ 1 ครั้ง</p> <p>มิ.ย..62</p>	<p>คณะกรรมการ VOC ด้านบริการ+ RM</p> <p>คณะกรรมการ VOC ด้านบริการ</p> <p>งานเวชนิทัศน์ , งานสื่อสารองค์กร</p> <p>คณะกรรมการ VOC ด้านบริการ</p>

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
	<p>ด้านวิจัย</p> <p>1. ทบทวนการแบ่งกลุ่ม Segment ลูกค้าตามพันธกิจ ด้านวิจัย</p> <p>-แบ่งกลุ่มลูกค้าออกเป็น 2 กลุ่ม คือ</p> <p>1.1 กลุ่มอาจารย์แพทย์สายวิชาการ</p> <p>1.2 กลุ่มบุคลากรสายสนับสนุนวิชาการ ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> ● กลุ่มสหวิชาชีพ ได้แก่ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักรังสีเทคนิค นักกายภาพบำบัด ● กลุ่มสนับสนุนวิชาการทั่วไป ได้แก่ นักวิชาการการเงิน นักวิชาการพัสดุ นักโภชนาการ บรรณารักษ์ ฯลฯ <p>2.ปรับปรุงและเพิ่มช่องทางการศึกษาความต้องการลูกค้าที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มและวิเคราะห์ความต้องการแต่ละกลุ่ม เช่น การสำรวจความต้องการลูกค้า</p> <p>- โดยใช้แบบประเมินความต้องการของบุคลากรเกี่ยวกับงานวิจัยที่จัดทำขึ้นโดยงานวิจัย</p> <p>- แบบประเมินความพึงพอใจหลังจัดโครงการส่งเสริมการวิจัย</p> <p>- ข้อมูลในระบบต่างๆ เช่น ตู้รับฟังความคิดเห็น ข้อร้องเรียน ข้อเสนอแนะ/สื่อสังคมออนไลน์</p> <p>3. กำหนดแนวปฏิบัติในการใช้ช่องทางการหาความต้องการลูกค้าด้านวิจัยให้เหมาะสม</p> <p>4. กำหนดแนวทางตอบสนองความต้องการตามระดับความรุนแรง และความเร่งด่วน โดยมีการกำหนดผู้รับผิดชอบแต่ละ</p>	<p>ร้อยละของข้อมูลความต้องการลูกค้าด้านวิจัย ตามกลุ่มที่ Segment ลูกค้าครบถ้วน</p> <p>จำนวนช่องทางการหาความต้องการลูกค้าด้านวิจัย</p> <p>แนวทางปฏิบัติในได้แนวทางในการหาความต้องการงานวิจัย</p> <p>-ขั้นตอนการรับเรื่องร้องเรียน และแนวทางการจัดการข้อ</p>	<p>ม.ค.- ก.พ. 62</p> <p>ก.พ.-มี.ค.62 และทุก 2 ปี</p> <p>มี.ค.62</p> <p>เม.ย.62</p> <p>ทุกปี</p>	<p>คณะกรรมการ VOC ด้านงานวิจัย</p> <p>คณะกรรมการ VOC ด้านงานวิจัย</p> <p>งานวิจัย</p> <p>คณะกรรมการ VOC</p>

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตัวชี้วัด	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
	<p>ช่องทางอย่างชัดเจน</p> <p>5. รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาจัดทำแผนพัฒนาการปฏิบัติงาน ปรับปรุงกระบวนการ และออกแบบกระบวนการเพื่อตอบสนองความต้องการ</p> <p>5. ประเมินความพึงพอใจและความผูกพันของผู้มาใช้บริการงานวิจัย</p> <p><u>ด้านการเรียนการสอน</u></p> <p>1. ทบทวนการแบ่งกลุ่ม Segment ลูกค้าตามพันธกิจ ด้านการเรียนการสอน</p> <p>1.1 นิสิตแพทย์ มศว</p> <p>1.2 แพทย์ประจำบ้าน</p> <p>2. ปรับปรุงและเพิ่มช่องทางการศึกษาความต้องการลูกค้าด้านการเรียนการสอนที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มและวิเคราะห์ความต้องการแต่ละกลุ่ม</p> <p>เพิ่มช่องทางในระบบต่างๆ ได้แก่ แบบสำรวจออนไลน์ และรับฟังข้อมูลจากคณะกรรมการแพทยศาสตรศึกษา / คณะกรรมการผู้ประสานงานแพทยศาสตรศึกษา รวมถึงรับฟังผ่านอาจารย์ที่ปรึกษา</p>	<p>ร้องเรียน</p> <p>จำนวนโครงการ/นวัตกรรม/แนวทางเพื่อตอบสนองผู้ใช้บริการวิจัย</p> <p>ความพึงพอใจหลังจัดโครงการส่งเสริมการวิจัย</p> <p>ร้อยละของข้อมูลความต้องการลูกค้าด้านการเรียนการสอน ตามกลุ่มที่ Segment ลูกค้าครบถ้วน</p> <p>จำนวนช่องทางการหาความต้องการลูกค้าที่เพิ่มขึ้น</p> <p>แนวทางปฏิบัติในการรับฟังเสียงของลูกค้า</p>	<p>เม.ย.62</p> <p>หลังเสร็จสิ้นโครงการ</p> <p>ต.ค.61</p> <p>ต.ค.61</p> <p>ต.ค.61</p>	<p>ดำเนินงานวิจัย+RM</p> <p>คณะกรรมการส่งเสริมการวิจัย</p> <p>คณะทำงาน VOC ด้านงานการเรียนการสอน</p> <p>คณะทำงาน VOC ด้านงานการเรียนการสอน</p> <p>คณะทำงาน VOC ด้านงานการเรียนการสอน</p>

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
	<p>/ สาขาวิชา / เจ้าหน้าที่การศึกษา</p> <p>ปรับปรุงช่องทางให้ง่ายต่อการใช้งาน ได้แก่ ใช้ระบบ QR Code ของแบบสำรวจออนไลน์</p> <p>3. กำหนดแนวปฏิบัติในการใช้ช่องทางการหาความต้องการลูกค้าให้เหมาะสม</p> <p>4. กำหนดแนวทางตอบสนองความต้องการตามระดับความรุนแรง และความเร่งด่วน โดยมีการกำหนดผู้รับผิดชอบแต่ละช่องทางอย่างชัดเจน</p> <p>5. รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาจัดทำแผนพัฒนาการปฏิบัติงาน ปรับปรุงกระบวนการ และออกแบบกระบวนการเพื่อตอบสนองความต้องการ</p> <p>6. ประเมินความพึงพอใจและความผูกพันของลูกค้าด้านการเรียนการสอน</p>	<p>กำหนดแนวทางตอบสนองความต้องการของนสพ./พจบ.อย่างเหมาะสม ภายใต้กรอบของหลักสูตร และมาตรฐานคุณภาพ</p> <p>ร้อยละความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจต่อการเรียนการสอน แยกตามกลุ่มลูกค้า</p> <p>ร้อยละ นสพ.มศว ที่เลือก ศปช. เป็นสถานที่ elective เทียบกับจำนวนที่เปิดรับทั้งหมด</p>	<p>ก.พ.62</p> <p>ปีละ 2 ครั้ง (ต.ค. / เม.ย.)</p> <p>ปีละ 2 ครั้ง (ต.ค. / เม.ย.)</p>	<p>คณะกรรมการเรียนการสอน+ RM</p> <p>คณะกรรมการเรียนการสอน</p> <p>คณะกรรมการเรียนการสอน</p>

แผนพัฒนาคุณภาพ ปี 2562 ตามข้อเสนอแนะจากการเยี่ยมชมสำรวจ Re-accreditation วันที่ 24 - 25 กรกฎาคม 2561

ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน

I-4 การวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
<p>การวัดผลการดำเนินการและการวิเคราะห์ข้อมูลการทบทวนผลการดำเนินการและนำไปใช้ปรับปรุง : ทีม นำ ทีมพัฒนาคุณภาพและหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งคลินิก และสนับสนุนควรทบทวนเพิ่มเติมตัวชี้วัดให้ครอบคลุม และสอดคล้องกับเป้าหมายและประเด็นคุณภาพในส่วนของทีมนำทางคลินิกให้ครอบคลุมทั้งด้านการดูแลรักษา สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันฟื้นฟูสภาพในแต่ละโรคที่ให้ความสำคัญ รวมทั้งส่งเสริมให้มีการติดตาม วิเคราะห์ ข้อมูลสถิติและตัวชี้วัดอย่างสม่ำเสมอ เช่น กำหนดเป็นหนึ่งในวาระการประชุม เพื่อหาโอกาสพัฒนา จนสามารถเทียบเคียง (Benchmark) กับโรงพยาบาลที่มี ศักยภาพสูงกว่า</p> <p>วิเคราะห์ปัญหา -จำนวนตัวชี้วัดมีเป็นจำนวนมาก และบางส่วนไม่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์และพันธกิจ ทำให้ไม่สามารถนำมาวิเคราะห์และเพิ่มโอกาสพัฒนาได้ -การเก็บข้อมูลยังไม่เป็นรูปแบบเดียวกัน ทำให้มีปัญหาในการเทียบเคียง</p> <p>เป้าหมาย -คัดเลือกตัวชี้วัดสำคัญที่แสดงถึงศักยภาพแต่ละด้านตามวิสัยทัศน์และพันธกิจของโรงพยาบาล เพื่อนำมาเทียบเคียงร่วมกันในระดับสถานพยาบาล</p>	<p>-การพัฒนาระบบตัวชี้วัดเพื่อขับเคลื่อนองค์กรสู่ความเป็นเลิศ โดยความร่วมมือระหว่าง 4 สถานพยาบาล (ExPNet)</p> <p>-การวิเคราะห์ตัวชี้วัดสำคัญของโรงพยาบาล โดยคณะกรรมการสารสนเทศ (ISMB) ได้แก่ ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด THIP (Thailand Hospital Indicator Project: THIP) ตัวชี้วัด ExPNet 4 สถานพยาบาล</p>	<p>-การบรรลุผลตามตัวชี้วัดสำคัญ >80%</p>	<p>1.การประชุมใหญ่เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับ 4 สถาบัน ปีละ 1 ครั้ง ประมาณเดือนมกราคมของทุกปี</p> <p>2. การประชุมย่อยเพื่อติดตามผลดำเนินการตามตัวชี้วัดทุก 3 เดือน ได้แก่ เดือนพฤษภาคม สิงหาคม พฤศจิกายน มีนาคม (อาจมีการปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสม) ทั้งการประชุมกับ 4สถาบันและประชุมคณะกรรมการสารสนเทศ</p>	<p>คณะกรรมการสารสนเทศ</p>

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
<p>พัฒนาระบบสารสนเทศที่จำเป็นสำหรับองค์กรเพื่อให้พร้อมใช้และสนับสนุนการพัฒนาในด้านต่างๆ ด้วย</p> <p>การ</p> <ol style="list-style-type: none"> สนับสนุนให้ผู้งานระบบและผู้ดูแลระบบร่วมกันกำหนด ออกแบบการจัดทำ/จัดเก็บ ข้อมูล/สารสนเทศที่จำเป็นสำหรับแต่ละระดับ ส่งเสริมให้นำไปใช้จริงและติดตามการใช้ประโยชน์นำมาปรับปรุงการวัดการสารสนเทศอย่างต่อเนื่อง ทบทวนและพัฒนาการจัดการสารสนเทศให้มีความพร้อมใช้งานในทุกสภาวะการณ์ เช่น การทบทวนระบบสำรองที่ทดแทนระบบหลักการจัดการระบบสำรองในพื้นที่อื่นเพื่อลดปัญหาการจัดการด้านกายภาพเพื่อป้องกันปัญหาที่อาจเกิดกับระบบฮาร์ดแวร์ เป็นต้น <p>วิเคราะห์ปัญหา</p> <ul style="list-style-type: none"> -ระบบการจัดเก็บข้อมูลยังแยกส่วน ทำให้ไม่สามารถนำมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และไม่บูรณาการซึ่งกันและกัน -ระบบการสำรองข้อมูลยังไม่มีแบบแผนที่ชัดเจน แต่ละหน่วยงานสำรองข้อมูลของตัวเอง ซึ่งอาจจะไม่เหมาะสมและไม่สามารถนำข้อมูลมาใช้ได้จริงในกรณีที่ระบบหลักมีปัญหา -ยังไม่มีห้อง data center ที่เหมาะสมในการจัดเก็บข้อมูล ทั้งด้านระบบการรักษาความปลอดภัยและการป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นทางกายภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> - ทบทวนและปรับปรุงระบบสำรองใหม่ (code I) ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน หลังจากย้ายอาคารปรับปรุงแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม และมีการซ้อมแผนอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง - รวมศูนย์ข้อมูลสำคัญได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> 1. ตัวชี้วัดของโรงพยาบาล 2. ข้อมูล 43 แฟ้ม 3. ข้อมูล MOU 4 สถาบัน 4. ข้อมูล THIP <p>โดยผ่านทางคณะกรรมการสารสนเทศในการวิเคราะห์เบื้องต้นและส่งต่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในกรณีที่พบปัญหา</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดทำนโยบายเรื่องการจัดเก็บข้อมูลที่มีประสิทธิภาพให้พร้อมใช้งานอยู่เสมอ - การพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อช่วยให้การจัดเก็บข้อมูลสะดวก รวดเร็วและสามารถนำไปใช้ได้จริงเช่น การพัฒนาโปรแกรมเพื่อตอบสนองการทำงานของหน่วยงานต่างๆ ได้แก่โปรแกรมระบบรายงานความเสี่ยง ข้อสอบวิสัยทัศน์ เป็นต้น - จัดหาบริษัทผู้เชี่ยวชาญมาช่วยในการบำรุงรักษาอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ต่างๆ ให้พร้อมใช้งานอยู่เสมอ และสามารถแก้ไขให้สามารถใช้ได้เร็วที่สุดเมื่อมีปัญหา 	<ul style="list-style-type: none"> - อุบัติการณ์ด้าน systems down time (server) - systems response time - มีการซ้อมแผนเมื่อไม่สามารถใช้ระบบหลักได้อย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี <p>-จำนวนโปรแกรมที่พัฒนาได้เองเพื่อใช้ในหน่วยงานต่างๆ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ซ้อมแผนระบบสำรองใหม่ (code I)ในเดือนมิถุนายน 2562 และเดือนกุมภาพันธ์2563 - เริ่มตั้งแต่เดือนตุลาคม 2561 และดำเนินการต่อเนื่อง <p>เมษายน 2562</p> <p>มกราคม-กันยายน 2562</p> <p>เมษายน-กันยายน 2562</p>	<p>งานสื่อและสารสนเทศ</p>

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
<p>เป้าหมาย</p> <ul style="list-style-type: none">-มีห้อง data center ที่ได้มาตรฐาน-มีระบบการจัดเก็บข้อมูลที่รวมศูนย์ ถูกต้อง และทันสมัย สามารถนำข้อมูลมาใช้ได้อย่างต่อเนื่อง-มีระบบสำรองที่รองรับการปฏิบัติงานในกรณีทีระบบหลักมีปัญหา				

แผนพัฒนาคุณภาพ ปี 2562 ตามข้อเสนอแนะจากการเยี่ยมชมสำรวจ Re-accreditation วันที่ 24 - 25 กรกฎาคม 2561

ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน

I-5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตัวชี้วัด	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
ทีมทรัพยากรบุคคล ควรส่งเสริมการพัฒนาระบบบริหารกำลังคนเพื่อให้มีความเพียงพอ มีความผูกพันและสร้างผลงานที่ดีให้กับองค์กร ด้วยการ	<ol style="list-style-type: none"> 1. จัดทำแผนกรอบอัตรากำลังระยะสั้นและระยะยาว 1 ครั้ง/ปี 2. วิเคราะห์และวางแผนการจัดสรรอัตรากำลังให้เพียงพอ 3. บริหารอัตรากำลังโดยดำเนินการจัดการจ้างสายงานที่จำเป็นเร่งด่วน เพื่อให้มีอัตรากำลังที่เหมาะสม 	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีการประเมินความเพียงพอของบุคลากร 2. มีแผนกรอบอัตรากำลังระยะสั้นและระยะยาว 3. มีการจัดหาบุคลากรทดแทนที่ลาออก 	ส.ค.61-ก.ย.62	คณะกรรมการพัฒนา บริหารทรัพยากรบุคคล
- (ด้านความเพียงพอของบุคลากร)	<ol style="list-style-type: none"> 1. วิเคราะห์ความไม่เพียงพอทุกสายงาน(แพทย์ เภสัชกร พยาบาล และสายงานสนับสนุนต่าง ๆ เช่น นักรังสีการแพทย์ วิศวกร ผู้ช่วยพยาบาล ผู้ปฏิบัติงานเภสัชกรรม ผู้ปฏิบัติงานเวชระเบียน เป็นต้น) 2. พัฒนาปัญหาที่พบในแต่ละกลุ่ม <ol style="list-style-type: none"> 2.1 ให้ทุนในสายงานที่ขาดแคลน ได้แก่ แพทย์สาขาต่าง ๆ พยาบาล นักรังสีการแพทย์ ผู้ปฏิบัติงานเภสัชกรรม ผู้ปฏิบัติงานเวชระเบียน ผู้ช่วยพยาบาล 2.2 Connection เครือข่ายในการจัดหา ช่องทางประชาสัมพันธ์ เช่น จัดกิจกรรมประชาสัมพันธ์การให้ทุนในสถาบันการศึกษาต่าง ๆ ,ร่วมกับสถาบันพระบรมราชชนก ให้ทุนนักศึกษาต่อเนื่อง 5 ปี, การเป็นแหล่งฝึกของนิสิต นักศึกษาสาขาต่าง ๆ ทั้ง แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล ฯลฯ 2.3 ใช้ทรัพยากรบุคคลร่วมกับภายนอก เช่น จ้างผู้เชี่ยวชาญจากภายนอกปฏิบัติงานนอกเวลา ได้แก่ 	<ol style="list-style-type: none"> 1.อัตราความพอเพียงตามสาขา (ความเพียงพอตามสาขาที่ปิด Gap ของเก่า กับที่ไม่เพียงพอของใหม่) 2. จำนวนบุคลากรที่รับทุนในสาขาขาดแคลน 3. จำนวนอุบัติการณ์ไม่มีบุคลากรมาปฏิบัติงาน 	ส.ค.61-ก.ย.62	คณะกรรมการพัฒนา บริหารทรัพยากรบุคคล

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตัวชี้วัด	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
	แพทยสาขาวิสัญญีวิทยา, แพทย์สาขารังสีวิทยา เป็น ต้น			
1. ทบทวนการส่งเสริมและดูแลสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับกำลังคนแต่ละกลุ่มสุขภาพและส่งเสริมการป้องกันและการดูแลตนเอง (ตามที่ระบุในมาตรฐานอย่างครบถ้วน) พร้อมติดตามผลลัพธ์ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง	1. วิเคราะห์แนวโน้มปัญหาสุขภาพของบุคลากร(ปี 2559-2561) 1 ครั้ง/ปี 2. ทำแผนพัฒนาปัญหาสุขภาพปกติไปเสี่ยง (ทั้งใช้เงินและไม่ใช้เงิน) 2.1 ส่งเสริมการตรวจสุขภาพประจำปี 2.2 รณรงค์การออกกำลังกายในชีวิตประจำวัน จัดห้องออกกำลังกาย (fitness) ขยายเวลาการใช้บริการ 3. ทำแผนพัฒนาสุขภาพเสี่ยง ไป ป่วย 3.1 จัดกิจกรรมและรณรงค์การออกกำลังกาย เต็มแอโรบิกหลังเลิกงาน 3.2 สร้างแรงจูงใจในการออกกำลังกายในห้อง fitness โดยการมีส่วนลดค่าใช้บริการในกลุ่มเสี่ยง-ป่วย 4. มีการให้รางวัลบุคคลต้นแบบในการดูแลสุขภาพ	1. อัตราบุคลากรที่เข้าร่วมโครงการ 1.1 ปกติ ไปเสี่ยง 1.2 เสี่ยงไปป่วย 2. อัตราบุคลากรที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลง 2.1 ปกติไปเสี่ยง 2.2 เสี่ยงไปป่วย		ฝ่ายทรัพยากรบุคคล , สาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว,งานควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล
2. <u>เพิ่มการเรียนรู้ในการกำหนดปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพัน ความพึงพอใจ (จากช่องทางที่ได้มีการดำเนินการ เช่น การสำรวจ , การทำสัมภาษณ์) ในรายกลุ่มบุคลากร นำสู่การจัดกิจกรรมที่เหมาะสมในการปรับปรุง)</u>	1. กำหนดปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันตามเกณฑ์ TQA , สรพ. 2. ทีมผู้บริหารฯ เสนอแนวทางจัดทำแผนพัฒนาตามคะแนน Emomitor ที่มีระดับต่ำ 3. จัดกิจกรรม 3.1 ผู้บริหารพบผู้ปฏิบัติ 3.2 สำรวจความผูกพันของบุคลากร 3.3 ลงเยี่ยมหน้างาน 3.4 กลุ่ม LINE	1. เจ้าหน้าที่ที่มีความพึงพอใจในบรรยากาศในการทำงานในภาพรวมไม่น้อยกว่าร้อยละ 75	1 ครั้ง/ปี 1 ครั้ง/ปี 1 ครั้ง/ปี	งานพัฒนาบุคลากร และสวัสดิการ และผู้เกี่ยวข้อง

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
<p>3. ทบทวนระบบการพัฒนาบุคลากรที่เหมาะสมกับเนื้อหาการพัฒนาที่จำเป็นในการสนับสนุนการบรรลุตามทิศทางที่ศูนย์การแพทย์ได้กำหนด (ทั้งด้านการบริการและการเรียนการสอน) พร้อมออกแบบการประเมินประสิทธิผลของการพัฒนา</p>	<p>1.วิเคราะห์ Gap Competency / Training need 2.พัฒนาตาม Gap Competency / Training need 2.1 การพัฒนาผู้นำ ระดับสูง และวางแผนพัฒนาเพื่อดำรงตำแหน่งที่สูงขึ้น 2.2 การพัฒนาในงานคุณภาพ (HA / TQA) 2.2.1 ส่งอบรมผู้เยี่ยมชมสำรวจภายใน และภายนอกโรงพยาบาล 2.2.2 จ้างที่ปรึกษาด้านงานพัฒนาคุณภาพจากภายนอกมาให้ความรู้ 2.2.3 จัดกิจกรรมกระตุ้นส่งเสริม 2P Safety 2.3 พัฒนารองรับ Health care service (Tertiary,Supratertiary) 2.3.1 สายวิชาการ (พัฒนาศักยภาพ ตาม 4 ศูนย์เชี่ยวชาญ และการพัฒนาตามยุทธศาสตร์) 2.3.2 สายปฏิบัติการ (สายวิชาชีพ,สายสนับสนุน) การพัฒนาภายในและภายนอก</p>	<p>1. บุคลากรได้รับการพัฒนา ตามแผนพัฒนาบุคลากรประจำปี ร้อยละ 70 (แยกตามความสำคัญในแต่ละกลุ่ม) 2. ผลลัพธ์การพัฒนาที่แสดงให้เห็นถึงการพัฒนาตาม 4 ศูนย์เชี่ยวชาญ และการพัฒนาตามยุทธศาสตร์ โดยวิธีการประเมินประสิทธิผลของการพัฒนา</p>	<p>กรกฎาคมของทุกปี</p>	<p>งานพัฒนาบุคลากรและสวัสดิการ</p>

แผนพัฒนาคุณภาพ ปี 2562 ตามข้อเสนอแนะจากการเยี่ยมสำรวจ Re-accreditation วันที่ 24 - 25 กรกฎาคม 2561
ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน

I-6 การจัดการกระบวนการ

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตัวชี้วัด	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
<p>การออกแบบบริการและกระบวนการ ทำงานการจัดการและปรับปรุง กระบวนการทำงานประสิทธิภาพและ ประสิทธิผล : ทีมนำควรเสริมพลังให้ทีม พัฒนาคุณภาพและหน่วยงานต่าง ๆ ได้นำ แนวคิด 3P และ PDSA มาใช้เป็นแนวทาง ในการพัฒนาคุณภาพด้วยความเข้าใจยิ่งขึ้น โดยให้ความสำคัญในการกำหนดเป้าหมาย ให้ชัดเจนติดตามความก้าวหน้าของ ระบบงานต่างๆ ที่วางไว้และนำผลลัพธ์มา ทบทวน ปรับปรุงให้บรรลุเป้าหมายอย่าง เข้มแข็งยิ่งขึ้น</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทีมนำสนับสนุนให้หน่วยงานจัดทำแผนด้านการจัดการ บุคลากร แผนยุทธศาสตร์ และ การจัดการลูกค้า 2. ให้คำแนะนำด้านการจัดทำหรือปรับปรุงกระบวนการทำงาน ของทีมนำ ระบบงาน และหน่วยงานต่างๆ 3. รวบรวมกระบวนการทำงานต่างๆ จัดทำเป็นเอกสาร คุณภาพ 4. นำข้อมูลที่ได้จากการจัดทำหรือปรับปรุงกระบวนการ เผยแพร่แลกเปลี่ยนความรู้ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องผ่าน COP และงานมหกรรมคุณภาพ ปรับปรุงการเรียนรู้และพัฒนาอย่าง ต่อเนื่อง 	<p>แผนของหน่วยงาน I-1, I-3, I-5</p> <p>ตัวชี้วัดทางคลินิก lean เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - อัตราการแก้ไขคำสั่งการ รักษา - ระยะเวลารอคอย - อัตราการ admit case 1 day discharge - จำนวนกระดาษ copy order ที่ใช้ เป็นต้น (ปรับ ตัวชี้วัดตามกิจกรรมที่ทำ <p>Service operation model</p>	<p>กพ62</p> <p>มีค62</p> <p>เมย62</p> <p>พค62</p>	<p>ผู้รับผิดชอบ HA/TQA หมวด 3 และ ศูนย์ คุณภาพ</p> <p>ผู้รับผิดชอบ HA/TQA หมวด 6/NSO/PCT</p>

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตัวชี้วัด	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
<p>การจัดการห่วงโซ่อุปทาน : ควรจัดทำข้อกำหนดห่วงโซ่อุปทานที่มีความสำคัญ และมีระบบการประเมินและสะท้อนข้อมูลป้อนกลับให้กับผู้ส่งมอบที่ผลงานไม่ได้ตรงตามข้อกำหนด</p>	<p>1. รวบรวมข้อตกลงสัญญา TOR ของ Lab X-ray ระบบยา สารสนเทศ ระบบโปรแกรมและเครื่องมือคอมพิวเตอร์ การกำจัดขยะ ชักฟอก งานรักษาความปลอดภัย รักษาความสะอาด ยา</p>		<p>- มีค. 62</p>	<p>เภสัชกรรม พัสดู LAB X-ray ผู้ประสานงาน outsource</p>
	<p>2. จัดทำเกณฑ์การวัดและประเมินผลการดำเนินการของผู้ส่งมอบ และ แจ้งให้ผู้ส่งมอบรับทราบเกณฑ์การประเมิน</p>	<p>- เกณฑ์การวัดและประเมินผลการดำเนินการของผู้ส่งมอบ</p>	<p>- เมย. 62</p>	<p>เภสัชกรรม พัสดู LAB X-ray ผู้ประสานงาน outsource</p>
	<p>3. ให้ข้อมูลป้อนกลับแก่ผู้ส่งมอบ เพื่อให้เกิดการปรับปรุง</p>	<p>- จำนวนครั้งให้ข้อมูลป้อนกลับแก่ผู้ส่งมอบ</p>	<p>- เมื่อพบข้อบกพร่องที่ควรปรับปรุง</p>	<p>เภสัชกรรม พัสดู LAB X-ray ผู้ประสานงาน outsource</p>
	<p>4. ดำเนินการกับผู้ส่งมอบที่มีผลการดำเนินการไม่ตรงตามข้อกำหนดที่ตกลงกันได้</p>	<p>- อัตราการดำเนินการผู้ส่งมอบในกรณีผิดข้อตกลง</p>	<p>- เมื่อพบข้อบกพร่องที่ไม่ตรงตามข้อตกลงที่กำหนด</p>	<p>เภสัชกรรม พัสดู LAB X-ray ผู้ประสานงาน outsource</p>

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตัวชี้วัด	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
28 การจัดการนวัตกรรม [I-6.1ง]				
29 การจัดการด้านการเรียนการสอนทางคลินิก [I-6.1จ]	<ol style="list-style-type: none"> 1. วิเคราะห์ข้อมูล training risks จากทุก PCT 2. ทีมแพทยศาสตร์นำข้อมูลไปปรับกระบวนการการเรียนการสอน (การเตรียมผู้สอน เทคนิควิธีการสอน และเนื้อหาของการสอน, problem-based learning) 3. ติดตามกำกับอย่างต่อเนื่องเพื่อหาจุดที่นำมาพัฒนา 	<p>ผลการวิเคราะห์ครอบคลุมทุก PCT</p> <p>ผลการปรับปรุงของแพทยศาสตร์ศึกษาคลอบคลุมปัญหา</p> <p>Training risk ที่ลดลง</p>	<p>กพ62</p> <p>มีค62</p>	<p>PCT</p> <p>RM</p> <p>PCT</p> <p>แพทยศาสตร์</p> <p>PCT</p> <p>แพทยศาสตร์</p> <p>RM</p>
30 ความพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติต่าง ๆ [I-6.2ข]				

แผนพัฒนาคุณภาพ ปี 2562 ตามข้อเสนอแนะจากการเยี่ยมชมสำรวจ Re-accreditation วันที่ 24 - 25 กรกฎาคม 2561
ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน

II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตัวชี้วัด	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
<p>II-1.1 การบริหารงานคุณภาพ ระบบบริหารงานคุณภาพ การประสานงาน และบูรณาการ การทำงานเป็นทีม : ทีมนำ และศูนย์คุณภาพควรประเมินประสิทธิภาพ ในการทำหน้าที่ของทีมพัฒนาคุณภาพและหน่วยงานต่าง ๆ รวมทั้งประมวลภาพรวมของการพัฒนาเทียบกับแผนที่วางไว้เป็นระยะ ให้การสนับสนุน ร่วมแก้ไขปัญหา เชื่อมโยงและประสานความร่วมมือในทุกขั้นตอนเพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ชัดเจนและต่อเนื่อง รวมทั้งส่งเสริมให้วิชาชีพต่าง ๆ (ทันตแพทย์ เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ นักโภชนาการ) ได้มีบทบาทและมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วยให้เพิ่มมากขึ้น</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. โครงการตามรอยหน้างานร่วมค้นปัญหา ร่วมวางแผนพัฒนากับหน่วยงาน QCI survey/round 2. สรุปแผนพัฒนาของทีมนำ ทีมนำระบบ PCT กับ คกก. บริหาร/ทีมนำ 3. สร้าง Coach เพื่อเป็นทีมช่วยประสานงาน สร้างความเข้าใจ ความร่วมมือของหน่วยงานในการพัฒนาคุณภาพ 4. โครงการ walk rally และ มหกรรมคุณภาพ กระตุ้นบรรยากาศของการพัฒนาคุณภาพ 5. โครงการเยี่ยมสำรวจภายในและติดตามความก้าวหน้า 6. โครงการนำเสนอความก้าวหน้าของทีมนำระบบ PCT 7. โครงการจัดทำระบบเอกสารคุณภาพ <ol style="list-style-type: none"> 1. จัดโครงการนำมาตรฐานและข้อเสนอแนะ สรพ สู่การปฏิบัติ 2. จัดทำแผนพัฒนาของทีมนำ ทีมนำระบบ PCT 3. โครงการปรับปรุงแบบประเมิน IS scoring ให้เหมาะสมกับบริบทองค์กร 4. จัดทำ SAR ของโรงพยาบาล 	<ul style="list-style-type: none"> - จำนวนครั้งของการเข้าร่วมประชุมของ QCI กับหน่วยงานกรรมการผู้ป่วยใน - จำนวน coach ที่เข้ารับการอบรม - จำนวนครั้งการลงให้คำแนะนำแก่หน่วยงานของ coach - คะแนนการเยี่ยมสำรวจภายใน 	<p>มีนาคม 2562 กันยายน 2562</p> <p>มีนาคม 2562</p> <p>มีนาคม 2562 ครั้งที่ 1 มิถุนายน 2562 ครั้งที่ 2</p> <p>มีนาคม 2562 walk rally มิถุนายน 2562 มหกรรมคุณภาพ</p> <p>กุมภาพันธ์ 2562 ครั้งที่ 1 กันยายน 2562 ครั้งที่ 2</p> <p>ตุลาคม 2562</p> <p>ธันวาคม 2562</p>	<p>ศูนย์คุณภาพ</p>

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตัวชี้วัด	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
<p>การประเมินตนเองและจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ : ทีมนำ ทีมพัฒนาคุณภาพชุดต่างๆ และหน่วยงานทั้งคลินิกและสนับสนุน ควรมีการประเมินตนเองด้วยวิธีการที่หลากหลายด้วยความเข้าใจและต่อเนื่อง เช่น การทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วย การทบทวนเวชระเบียนเพื่อค้นหาและเรียนรู้ AE การตามรอยการดูแลผู้ป่วย/การตามรอยระบบการทบทวนอุบัติการณ์ และการใช้แบบประเมินตนเอง SAR 2018 และ Scoring guideline 2018 ตามมาตรฐานฉบับใหม่ของสรพ. เพื่อหาโอกาสพัฒนา</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. จัดโครงการนำมาตรฐานและข้อเสนอแนะสรพ. สู่การปฏิบัติ 2. จัดทำแผนพัฒนาของทีมนำ ทีมนำระบบ PCT 3. โครงการปรับปรุงแบบประเมิน IS scoring ให้เหมาะสมกับบริบทองค์กร 4. จัดทำ SAR ของโรงพยาบาล 	<ul style="list-style-type: none"> - ส่งแผนตอบข้อเสนอแนะสรพ. ตามกำหนด - แบบประเมินใหม่ - SAR ของโรงพยาบาล - คะแนนการประเมิน SAR (TQA) 	<p>มกราคม 2562</p> <p>กุมภาพันธ์ 2562</p> <p>มีนาคม 2562</p> <p>ตุลาคม 2562</p> <p>ปี 2563</p>	<p>ศูนย์คุณภาพ</p>

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตัวชี้วัด	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
<p>การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย : หน่วยงานต่างๆ ทั้งด้านคลินิกและสนับสนุนควรมีการทบทวนปัญหาในการให้บริการ การดูแลรักษาและอุบัติการณ์ความเสี่ยง โดยบูรณาการเข้าไปกิจกรรมประจำของหน่วยงาน เพื่อหาโอกาสพัฒนาและนำสู่การปรับปรุงในเชิงระบบงานอย่างต่อเนื่อง</p>	<ol style="list-style-type: none"> จัดโครงการนำมาตรฐานและข้อเสนอแนะ สรพ สู่การปฏิบัติ จัดกิจกรรมรณรงค์ กิจกรรมทบทวนสู่งานปฏิบัติ 		<p>มกราคม 2562</p> <p>เมษายน 2562</p>	<p>ศูนย์คุณภาพ</p>

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตัวชี้วัด	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
<p>การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย : ทีมนำทางคลินิกควรมีบทบาทหลักในการดูแลรวมของการพัฒนาทางคลินิกโรคและบทบาทการเชื่อมโยงกับทีมที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงในเชิงระบบร่วมกัน โดยกำหนดทิศทางและประเด็นสำคัญในการพัฒนาให้ครอบคลุม Pre-hospital / In-hospital / Post-hospital และมีมิติคุณภาพด้านต่าง ๆ ทั้งในด้านการดูแลรักษา สร้างเสริมสุขภาพป้องกัน และฟื้นฟูสภาพ ติดตามประเมินผลเพื่อหาโอกาสพัฒนาผ่านตัวชี้วัดและการตามรอย (Clinical Tracer) อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดียิ่งขึ้น</p>	<p>1. จัดโครงการ workshop การใช้เครื่องมือ driver เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย</p>		<p>พฤษภาคม 2562</p>	<p>ศูนย์คุณภาพ</p>

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตัวชี้วัด	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
<p>II-1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง ระบบบริหารความเสี่ยง : ควรสร้างการเรียนรู้ ส่งเสริมให้ทุกหน่วยงานมีความรู้ความเข้าใจในการค้นหา/รายงานความเสี่ยง โดยเฉพาะความเสี่ยงเฉพาะทางด้านคลินิก โดยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพสร้างการเรียนรู้ การค้นหาความเสี่ยงทางคลินิกเชิงรุก จากกิจกรรมทบทวนอย่างต่อเนื่อง เช่น การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย การทบทวน การส่งต่อ เป็นต้น ค้นหาสาเหตุที่แท้จริงเพื่อนำสู่การปรับระบบงานให้รัดกุมในการป้องกันความเสี่ยง รวมทั้งติดตามประเมินประสิทธิภาพการทำ RCA ในการป้องกันการเกิดซ้ำ</p>	<p>1. ส่งเสริมการค้นหาการรายงานความเสี่ยงทางคลินิกและงานสนับสนุน</p> <p>1.1 ปรับปรุงโปรแกรมความเสี่ยงให้สอดคล้องครอบคลุม 2P Safety Goal และความเสี่ยงเฉพาะโรคตามกลุ่มโรคสำคัญ</p> <p>1.2 ปรับวิธีการรายงานความเสี่ยงและการตอบกลับการแก้ไขผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์</p> <p>1.3 จัดกิจกรรม trigger tool ในกลุ่ม Dead, Readmission, Reoperation เป็นต้น</p> <p>2. ส่งเสริมการดำเนินงานตาม 2P Safety Goal</p> <p>2.1 จัดทำ Gap Analysis 2P Safety ตามจุดเน้น สปช</p> <p>2.2 การสื่อสาร 2P Safety Goal ผ่าน CoP RM และ กิจกรรม Walk Rally</p> <p>2.3 ติดตามการปฏิบัติตามแนวทางตาม 2P Safety ที่กำหนด</p>	<p>- จำนวนการรายงานความเสี่ยงเฉพาะโรคเพิ่มมากขึ้น</p> <p>- จำนวนการรายงานความเสี่ยง 2P Safety เพิ่มมากขึ้น</p> <p>- อัตราความพึงพอใจต่อการรายงานความเสี่ยงผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์ในระดับดีและดีมาก</p> <p>- จำนวน AE/วันนอน</p> <p>- อัตราความเข้าใจเรื่อง 2P Safety Goal ในระดับดีและดีมาก</p> <p>- ร้อยละการปฏิบัติตามแนวทางตาม 2P Safety ที่กำหนด</p>	<p>ต.ค.-ธ.ค.61</p> <p>ก.พ.62</p> <p>มี.ค.-ก.ย.62</p> <p>พ.ย.61-มี.ค.62</p> <p>พ.ค.-มิ.ย.62</p> <p>มี.ค.62</p>	<p>ศูนย์คุณภาพและงานสารสนเทศ</p> <p>คณะกรรมการ CoP RM</p>

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนารองพยาบาล	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
	<p>3. ส่งเสริมกิจกรรมการทบทวนการดูแลผู้ป่วย “หัวหน้าพาทำคุณภาพ”</p> <p>4. จัดทำ Risk Register</p> <p>4.1 จัดทำโปรแกรมบันทึก/ติดตาม Risk Register</p> <p>4.2 ค้นหาความเสี่ยงสำคัญของทุกระบบงานสำคัญ</p> <p>4.3 ลงทะเบียน Risk Register โดยมอบหมาย Owner รับผิดชอบกำกับติดตาม/ทบทวนที่ชัดเจน</p>	<p>- ร้อยละของหน่วยงานทางคลินิกมีการทำกิจกรรมทบทวนคุณภาพ</p> <p>- ร้อยละของหน่วยงานสนับสนุนมีการทำกิจกรรมทบทวนคุณภาพ</p> <p>- ผลลัพธ์การจัดการความเสี่ยงตาม Risk Register มีแนวโน้มดีขึ้น</p>	<p>ม.ค.62-พ.ค.62</p> <p>มี.ค.62</p> <p>มี.ค.-เม.ย.62</p> <p>เม.ย.62</p>	<p>ศูนย์คุณภาพ</p> <p>ศูนย์คุณภาพและงานสารสนเทศ</p>

แผนพัฒนาคุณภาพ ปี 2562 ตามข้อเสนอแนะจากการเยี่ยมชมสำรวจ Re-accreditation วันที่ 24 - 25 กรกฎาคม 2561

ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน

II -2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
<p>II-2.1 ก. การบริหารการพยาบาล</p> <p>1.ผู้บริหารทางการแพทย์ควร ทบทวนภารกิจและนำไปสู่การวาง ยุทธศาสตร์ของฝ่ายการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้มีบุคลากรทางการแพทย์ที่เพียงพอ มีศักยภาพสูง รองรับกับทิศทางของโรงพยาบาล ที่มีการพัฒนาคุณภาพครอบคลุม ทั้งทางด้านการศึกษา การสอน การ วิจัย การให้บริการ ระดับตติยภูมิ ชั้นสูง และการกำหนดตัวชี้วัด โดยเฉพาะด้านผลลัพธ์การดูแล ผู้ป่วยที่ช่วยให้เห็นศักยภาพ ทางโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ</p>	<p>ปัญหา บุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอ</p> <p>1.วิเคราะห์ความพอเพียงของบุคลากร จากการทบทวนข้อมูล</p> <p>1.1 productivity หน่วยงานที่ Productivity สูงกว่าเกณฑ์ 3 ปีย้อนหลัง ได้แก่ OR ปท ชั้น4 และ ER</p> <p>1.2 ความต้องการของบุคลากรในแต่ละหน่วยงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีหน่วยการพยาบาลที่ต้องขึ้น OT เกินเกณฑ์ 25 % ส่งผลให้บุคลากร เหนื่อยล้า และประสิทธิภาพการทำงานลดลง ได้แก่ 5 ลำดับแรก คือ ปทชั้น 5 PICU 14/1 วิสัญญี และ 12A/1 - สถิติ 3 ปีของผู้ป่วยแต่ละหน่วย (อัตราครองเตียง) พบว่า หน่วยงานสามัญที่มีอัตราครองเตียงสูง 3 ลำดับแรก ได้แก่ 11/,4/1, 14/2 หน่วยงานพิเศษที่มีอัตราครองเตียงสูง 3 ลำดับแรก ได้แก่ ปท.ชั้น 4,3, 16/1 หน่วยงานวิกฤตที่มีอัตราครองเตียงสูงในเกณฑ์ 3 ลำดับแรก ได้แก่ MICU SICU NICU - จำนวนบุคลากรที่จะเกษียณ 3 ปี ปี 62-64 มีจำนวนมาก ได้แก่ 12,12,13 คน และหน่วยที่มีการเกษียณต่อเนื่อง ได้แก่ OPD 15/2 12 A/1 ER NICU - จำนวนบุคลากรใหม่ที่จะลาออก 3 ปี ย้อนหลัง ปี 2559 - 2561 - จำนวน 32,17,18 ตามลำดับ - หน่วยที่มีบุคลากรลาออกมากได้แก่ 11/2 ER OR MICU 14/2 - อายุงานที่ลาออกมากที่สุด ได้แก่ ช่วง 0 - 3 ปี (40.74 %) , 3 - 5 ปี (28.39 %) - สาเหตุที่ออก คือ หมดทุนและกลับภูมิลำเนา คิดเป็น60 % 	<p>- ร้อยละหน่วยงานที่ขาดแคลนอัตรากำลังบุคลากร มีอัตรากำลังตามเกณฑ์</p>	<p>ม.ค.-ก.พ.62</p>	<p>-ทีมบริหารของฝ่ายการพยาบาล</p> <p>-คณะกรรมการบริหารบุคคลฝ่ายการฯ</p>

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ																														
<p>Goal: บุคลากรทางการพยาบาลเพียงพอ (Adequate Staff)</p>	<p>1.3 แผนยุทธศาสตร์ขององค์กรที่จะรองรับการขยายงาน - แผนขยายบริการตั้งแต่ปี 2562 - 2564</p> <table border="1" data-bbox="618 389 1413 639"> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>หน่วยงานที่ขยาย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>เพิ่มสามัญ 25 เตียง และพิเศษ 80 เตียง (ชั้น 17-19)</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>เพิ่มสามัญ 25 เตียง และวิกฤต 16 เตียง (CCU NICUPICU)</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>เพิ่มสามัญ 75 เตียง และ ห้องผ่าตัด 4 ห้อง</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>ขยาย Wellness Center 66 ห้อง และ Premium Clinic</td> </tr> </tbody> </table> <p>สรุปว่ามีความต้องการพยาบาลตามรายปี</p> <table border="1" data-bbox="618 687 1337 887"> <thead> <tr> <th></th> <th>ปี 2562</th> <th>ปี 2563</th> <th>ปี 2564</th> <th>ปี 2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>จำนวนเตียง</td> <td>407</td> <td>448</td> <td>523</td> <td>589</td> </tr> <tr> <td>75 %</td> <td>472</td> <td>529</td> <td>589</td> <td>608</td> </tr> <tr> <td>100%</td> <td>583</td> <td>660</td> <td>734</td> <td>757</td> </tr> </tbody> </table> <p>1.4 การบรรจุเข้ารับทำงานใช้ระยะเวลาค่อนข้างนาน ทำให้เกิดการสูญเสียโอกาสการรับบุคลากรใหม่ จากการแข่งขันในท้องตลาด</p> <p>1.5 ข้อมูลจาก Exit interview :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ไม่มีการชัดเจนในเรื่องความก้าวหน้า 2) ค่าตอบแทน/รายได้ไม่เพียงพอต่อความต้องการ 3) ย้ายกลับภูมิลำเนา 4) ความไม่พึงพอใจต่อการบริหารงานในหน่วยงาน 5) ความไม่พึงพอใจต่อระบบงาน (การรับคนใช้ต่างแผนก) <p>2. วางแผนสรรหาบุคลากรใหม่ร่วมกับทีม HR</p> <p>2.1 Road show : เพิ่มสถานที่ให้เกิดการเพิ่มโอกาสในการคัดเลือก</p> <p>2.2 ร่วมกับคณะกรรมการศึกษาดูงานฯ ในการจัดกิจกรรม Open House</p> <p>2.3 สร้างพันธมิตรกับสถานศึกษาที่ผลิตพยาบาล เช่น สถาบันบรมราชชนก, สถาบันบรมราชชนนี</p>	ปี	หน่วยงานที่ขยาย	2562	เพิ่มสามัญ 25 เตียง และพิเศษ 80 เตียง (ชั้น 17-19)	2563	เพิ่มสามัญ 25 เตียง และวิกฤต 16 เตียง (CCU NICUPICU)	2564	เพิ่มสามัญ 75 เตียง และ ห้องผ่าตัด 4 ห้อง	2565	ขยาย Wellness Center 66 ห้อง และ Premium Clinic		ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	จำนวนเตียง	407	448	523	589	75 %	472	529	589	608	100%	583	660	734	757	<p>- ร้อยละหน่วยงานของที่มี Productivity ตามเกณฑ์ (85-115% ≥ 80 %)</p> <p>- ร้อยละหน่วยงานของที่มี Productivity ไม่ตาม</p>	<p>ก.พ.-ก.ย.62</p> <p>ก.พ.-ก.ย.62</p>	<p>คณะกรรมการบริหารบุคคลฝ่ายการฯ</p>
ปี	หน่วยงานที่ขยาย																																	
2562	เพิ่มสามัญ 25 เตียง และพิเศษ 80 เตียง (ชั้น 17-19)																																	
2563	เพิ่มสามัญ 25 เตียง และวิกฤต 16 เตียง (CCU NICUPICU)																																	
2564	เพิ่มสามัญ 75 เตียง และ ห้องผ่าตัด 4 ห้อง																																	
2565	ขยาย Wellness Center 66 ห้อง และ Premium Clinic																																	
	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565																														
จำนวนเตียง	407	448	523	589																														
75 %	472	529	589	608																														
100%	583	660	734	757																														

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตัวชี้วัด	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
	<p>2.4 การให้ทุนการศึกษาแก่พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลที่มีภูมิลำเนาอยู่ใน ระยะใกล้โรงพยาบาล และปริมณฑล</p> <p>2.5 เสนอให้มีการปรับปรุงหลักเกณฑ์การให้ทุน เช่นจากการให้ในปีที่ 3 /4 เป็นการให้ตั้งแต่ปี1 รวมทั้ง ทบทวนระยะเวลาการให้ทุน ให้เริ่มนับเมื่อมี ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ</p> <p>3. การวางแผนจัดสรรอัตรากำลังตามลำดับความสำคัญให้เพียงพอและ เหมาะสม เช่นหน่วยงานที่เกิดความเสี่ยงสูงและอัตราครองเตียงสูงและมีการ ขึ้นล้นเวลามาก ทั้งระยะสั้น ระยะยาว</p> <p>3.1 ระยะสั้น :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ปรับระบบการจัด Ward มีการรวมหน่วยงาน เพื่อใช้บุคลากรร่วมกัน เช่น หน่วยเคมีบำบัด กับ หน่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก - ใช้ระบบ Coordinate team - ให้ขึ้น Part time ต่างแผนก <p>3.2 ระยะยาว :</p> <ul style="list-style-type: none"> - การคิดอัตรากำลังตามเกณฑ์มาตรฐาน - การคิดชั่วโมงการทำงานเพื่อคิดภาระงาน - วางแผนอัตรากำลังที่ต้องใช้เพื่อการขยายงาน - การหมุนเวียนบุคลากร วางแผน rotate คน ไปยังหน่วยงานที่จะ เกษียณพร้อมกันหลายๆ คน ได้แก่ OPD 15/2 12A/1 - ทบทวนการจัดสรร RN ใหม่ในหน่วยงานเฉพาะทาง/ ward พิเศษ <p>4. วางแผนลดโอกาสการลาออก</p> <p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - การทบทวนภาระงาน Non-nursing กับสหสาขาวิชาชีพ - การเสนอการจัดหาเครื่องมือและอุปกรณ์ให้เพียงพอต่อการใช้งาน 	<p>เกณฑ์ (85-115%) มี แนวโน้มดี</p> <p>- ร้อยละของหน่วยงานที่ สามารถจัดสรรอัตรากำลัง ได้เพียงพอตามเกณฑ์ \geq 80 %</p> <p>- อัตราการลาออกของ บุคลากรตามอายุงาน แนวโน้มลดลง</p>	<p>มี.ค.-ก.ย.62</p> <p>มี.ค.-ก.ย.62</p>	<p>คณะกรรมการ บริหารบุคคล ฝ่ายการฯ</p> <p>ทีมบริหารฝ่าย การพยาบาล</p> <p>ทีมบริหารฝ่าย การพยาบาล</p>

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตัวชี้วัด	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
<p>Goal: บุคลากรมีความรู้ความสามารถ (Competence Nurse)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ปรับระบบการจัด Ward ให้เหมาะสม เช่น การเพิ่ม Ward รับผู้ป่วยทางอายุรกรรมที่จัดกระจาย - จัดกิจกรรมผู้ปฏิบัติพบผู้บริหาร เพื่อสื่อสารทำความเข้าใจในข้อค้ำข้องใจของผู้ปฏิบัติงาน <p><u>ระยะยาว</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - การเสนอให้มีค่าตอบแทน (Incentive) ในหน่วยงานเฉพาะทาง ที่มีการแข่งขันในตลาด และในหน่วยงานที่มีภาระงานสูง และมีความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน - วางแผน Career path ให้ชัดเจน * การติดตามเรื่องความก้าวหน้าทางอาชีพให้เกิดความชัดเจน * สื่อสารให้บุคลากรรับรู้และเข้าใจแนวทางก้าวหน้าทางอาชีพ * สนับสนุน/ติดตาม ให้มีการทำผลงานทางคลินิกเพื่อเสนอขอความก้าวหน้าในโอกาสต่อไป - ปรับปรุงระบบสวัสดิการต่าง ๆ เช่น บ้านพัก พื้นที่อำนวยความสะดวกสำหรับสหสาขา 	<ul style="list-style-type: none"> - อัตราความพึงพอใจของบุคลากร 	<p>เม.ย.62</p> <p>เม.ย.62</p>	<p>รองฝ่าย+ หัวหน้างาน</p> <p>คณะกรรมการวิชาการและวิจัยทางพยาบาล</p>
	<p>ปัญหาด้านสมรรถนะบุคลากรไม่เพียงพอ</p> <p>1. วิเคราะห์ GAP จากผลการประเมิน competency</p> <ul style="list-style-type: none"> - ยังไม่มีการประเมิน Technical competency - การจัดระบบการบริการพยาบาลที่มีความหลากหลายของประเภทผู้ป่วยในหอผู้ป่วยเดียวกัน - ไม่มีแผนบุคลากรเป็นรายบุคคล (IDP) - มีช่องว่างระหว่างวัย พบความแตกต่างในการเรียนรู้การใช้เทคโนโลยี/เครื่องมือใหม่ ๆ - แผนการพัฒนาศูนย์ตาม Excellent Center/ศูนย์เชี่ยวชาญ ไม่ชัดเจน และได้รับการตอบสนองไม่เพียงพอกับความต้องการ 	<p>ร้อยละของบุคลากรผ่านเกณฑ์ประเมินสมรรถนะตาม Technical competency และกลุ่มระดับปฏิบัติการ กลุ่มระดับบริหาร</p>	<p>ก.พ.-ก.ย.62</p> <p>ก.พ.62</p>	<p>คณะกรรมการบริหารบุคคล ฝ่ายการพยาบาล</p>

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตัวชี้วัด	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
	<p>2. ทบทวนเวชระเบียนและเชื่อมโยงข้อมูลจากทีม RM ผลการ RCA กลุ่มโรคที่สำคัญในแต่ละสาขาพบปัญหาสมรรถนะ เช่น การใช้ EWS ในกลุ่มโรคสำคัญของแต่ละสาขา โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ต่างแผนก</p> <p>3.ทบทวนผลการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญในแต่ละสาขาและตัวชี้วัดกลุ่มโรคสำคัญ (กระบวนการที่สำคัญ เช่น assessment, reassessment, plan, empowerment)</p> <p>4.กำหนดสมรรถนะและแนวทางประเมินในสายปฏิบัติการตามกลุ่มโรคสำคัญของแต่ละสาขา ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - อายุรกรรม: Ischemic stroke, CHF, Sepsis - ศัลยกรรม: TBI, Hemorrhagic stroke - กุมารเวชกรรม: Preterm, Asthma, Pneumonia - สูติกรรม: PPH, PIH, Birth asphyxia - ศัลยกรรมกระดูก: THA, TKA, Rotator cuff tear - จักษุ: Cataract <p>5.. พัฒนาตาม GAP ของสมรรถนะรายบุคคลและจัดทำ IDP จากการวิเคราะห์ที่พบปัญหา (ควรแตกต่างกันตามสาขา) อาจทำ pilot หน่วยที่สำคัญซับซ้อนก่อน แยกทางคลินิก และ การบริหารจัดการ</p> <p>6. พัฒนาสมรรถนะ/วางแผนอบรมในสาขาที่มีแผนการขยายงาน</p>	<p>- ผลลัพธ์ตัวชี้วัดที่สำคัญของกลุ่มโรคสำคัญแต่ละสาขามีแนวโน้มดีขึ้น</p>	<p>มี.ค.62</p> <p>มี.ค.62</p> <p>เม.ย.62</p> <p>พ.ค.-ก.ย.62</p>	<p>คณะกรรมการวิชาการและวิจัยทางการแพทย์ + ทีมบริหารฝ่ายการฯ</p> <p>คณะกรรมการวิชาการและวิจัยทางการแพทย์</p> <p>คณะกรรมการบริการฝ่ายการพยาบาล</p>

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
<p>II-2.1 ข. ปฏิบัติการพยาบาล</p> <p>2. พัฒนาการนิเทศทางการพยาบาลให้มีความครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ควรส่งเสริมการบันทึกระบบการนิเทศทางคลินิกให้มีประสิทธิภาพ เน้นการทบทวนเวชระเบียนและนำปัญหาความเสี่ยงที่พบบ่อย โอกาสพบการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกที่สอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะในกลุ่มโรคสำคัญ มากำหนดประเด็นสำคัญในการนิเทศให้สม่ำเสมอและติดตามประเมินประสิทธิภาพของการน</p> <p>Goal: พัฒนาระบบการนิเทศ</p>	<p>ปัญหาระบบการนิเทศทางการพยาบาลไม่ครอบคลุม กิจกรรม</p> <p>1. ทบทวนและวิเคราะห์ปัญหาที่พบจากการนิเทศทางการพยาบาลและข้อเสนอแนะจากผู้เยี่ยมสำรวจ พบว่า</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ระบบการนิเทศมีความซับซ้อน ผู้นิเทศรายใหม่ไม่ได้รับการอบรมจึงขาดความเข้าใจ 2. การวิเคราะห์ข้อมูลไม่ครอบคลุมข้อมูลเชิงคุณภาพที่เป็นรายโรค 3. การนิเทศในงานประจำไม่ครอบคลุมทุกหน่วยงาน 4. การกำหนด CNPG หรือ Guide Line ไม่ครอบคลุมกลุ่มโรคสำคัญ 5. ไม่ได้นำ CNPG หรือ Guide Line มาใช้เป็นเครื่องมือในการนิเทศ <p>2. วางแผนพัฒนาทบทวนรูปแบบของการนิเทศทางการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 กำหนดกลุ่มโรคสำคัญ, กลุ่มเสี่ยงสูง หรือกลุ่มโรคตาม Excellent Center ของแต่ละสาขา ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> - อายุรกรรม: Ischemic stroke, CHF, Sepsis - ศัลยกรรม: TBI, Hemorrhagic stroke - กุมารเวชกรรม: Preterm, Asthma, Pneumonia - สูติกรรม: PPH, PIH, Birth asphyxia - ศัลยกรรมกระดูก: THA, TKA, Rotator cuff tear - จักษุ: Cataract 2.2 จัดทำหรือทบทวน CNPG, Care Map, PCMC Nursing Record ตามกลุ่มโรคที่กำหนด เพื่อใช้เป็นแนวทางในการนิเทศ 2.3 กำหนดตัวชี้วัดทางการพยาบาลที่ชัดเจน 2.4 ออกแบบการนิเทศโดยผู้รับการนิเทศมีส่วนร่วม 	<p>- ความพึงพอใจต่อการนิเทศ</p>	<p>ก.พ.-ก.ย.62</p> <p>ก.พ.-มี.ค.62</p> <p>เม.ย..62</p>	<p>คณะกรรมการบริการฝ่ายการพยาบาล</p> <p>- คณะกรรมการบริการฝ่ายการพยาบาล</p> <p>- คณะกรรมการบริหารองค์กรพยาบาล</p> <p>- พยาบาลรายโรค</p>

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตัวชี้วัด	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
<p>3.จากที่มีการประเมินประสิทธิภาพการบันทึกตามกระบวนการพยาบาล และการวางแผนจำหน่ายไว้แล้วนั้น ส่งเสริมให้วิเคราะห์ผลว่า การพยาบาลมีความสอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วยเฉพาะราย ทั้งปัญหาทางด้านคลินิก และปัญหาความต้องการหลังจำหน่ายอย่างไร เพื่อ</p>	<p>3. สื่อสาร/อบรมให้ความรู้รูปแบบใหม่ของการนิเทศและประกาศเป็นนโยบายของฝ่ายการพยาบาล</p> <p>4. ดำเนินการนิเทศตามกระบวนการนิเทศทางการพยาบาล</p> <p>4.1 กำหนดผู้นิเทศ</p> <ul style="list-style-type: none"> - รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาลนิเทศหัวหน้างานการพยาบาล - หัวหน้างานการพยาบาลนิเทศหัวหน้าหน่วยการพยาบาล - หัวหน้าหน่วยการพยาบาลนิเทศพยาบาลในหน่วยการพยาบาล - พยาบาลชำนาญการพิเศษและรองหัวหน้าหน่วยการพยาบาลนิเทศพยาบาลในหน่วยงาน <p>4.2 ระดับการนิเทศ</p> <ul style="list-style-type: none"> -หัวหน้าตึกนิเทศทางคลินิกตามการดูแลรายโรค โดยใช้เวชระเบียน และหรือการร่วมรับส่งเวร ฯลฯ -หัวหน้างานนิเทศทางการบริหาร เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์, จุดเน้น, มาตรการที่กำหนดตาม PSG, สิ่งแวดล้อม และเป็นการกำกับหัวหน้าตึกอีกระดับหนึ่งให้มีการควบคุมกำกับในระดับหน่วย <p>5. สรุปผลการนิเทศ นำผลลัพธ์ที่ได้จากการนิเทศมาวิเคราะห์หาแนวทางการแก้ไข และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง</p> <p>ปัญหาบันทึกทางการพยาบาลยังขาดความสมบูรณ์ในเชิงคุณภาพ การประเมินผลเน้นเฉพาะข้อมูลเชิงปริมาณ จึงไม่สามารถนำผลไปพัฒนาการพยาบาลรายโรคได้</p> <p>กิจกรรม</p> <p>1. นำปัญหาที่พบจากการบันทึกทางการพยาบาลและข้อเสนอแนะจากผู้เยี่ยมสำรวจมาทบทวนและวิเคราะห์ พบว่า</p>	<p>- อัตราความสมบูรณ์ของบันทึกทางการพยาบาลในภาพรวม $\geq 80\%$</p> <p>- อัตราความสมบูรณ์ของบันทึกทางการพยาบาลแยกตามรายโรค $\geq 80\%$</p>	<p>พ.ค.-ก.ย.62</p> <p>ต.ค.62</p>	<p>- คณะกรรมการบริการฝ่ายการพยาบาล</p> <p>- คณะกรรมการสารสนเทศฝ่ายการพยาบาล</p>

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตัวชี้วัด	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
<p>นำมาใช้ประโยชน์ต่อไปในการกำกับดูแลทางการพยาบาล</p> <p>Goal: พัฒนาการบันทึกทางการพยาบาล</p>	<p>1.1 การประเมินความสมบูรณ์เวชระเบียน/APIE ไม่ได้แบ่งเป็นโรค ชัดเจน ทำให้ไม่สามารถเห็น pitfall ของแต่ละโรคได้</p> <p>1.2 การบันทึกทางการพยาบาลบางรายไม่สอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วยเฉพาะรายเขียนเป็น Routine หรือเขียนตามๆ กันมา ไม่เป็นปัจเจกบุคคล</p> <p>1.3 ไม่นำประเด็นสำคัญมากำหนดปัญหาทางการพยาบาล และขาดการบันทึกการประเมินและการให้ข้อมูล</p> <p>2. ประชุมวางแผน ทบทวน สืบค้น การพัฒนารูปแบบของการบันทึกทางการพยาบาลโดยผู้รับการนิเทศมีส่วนร่วม</p> <p>3. ปรับปรุง/จัดทำ PCMC Nursing record ตามกลุ่มโรคสำคัญ กลุ่มโรคเสี่ยงสูงหรือกลุ่มโรคตาม Excellent Center สาขา ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - อายุรกรรม: Ischemic stroke, CHF, Sepsis - ศัลยกรรม: TBI, Hemorrhagic stroke - กุมารเวชกรรม: Preterm, Asthma, Pneumonia - สูติกรรม: PPH, PIH, Birth asphyxia - ศัลยกรรมกระดูก: THA, TKA, Rotator cuff tear - จักษุ: Cataract <p>4. สื่อสารให้ความรู้รูปแบบใหม่ของการบันทึกทางการพยาบาล</p> <p>5. ดำเนินการตามกระบวนการบันทึกทางการพยาบาล</p> <p>6. ติดตามประเมินผลทั้งในสายงานและคร่อมสายงาน</p> <p>7. สรุปผลการบันทึกทางการพยาบาล</p> <p>8. นำผลสรุปจากการบันทึกทางการพยาบาลมาวิเคราะห์</p> <p>9. นำผลการวิเคราะห์แจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบ เพื่อการวางแผนพัฒนาอย่างต่อเนื่อง</p>		<p>เม.ย.62</p> <p>เม.ย.62</p> <p>พ.ค.62</p> <p>พ.ค.62</p> <p>มิ.ย.-ก.ย.62</p> <p>ต.ค.62</p> <p>ต.ค.62</p> <p>พ.ย.62</p>	

แผนพัฒนาคุณภาพ ปี 2562 ตามข้อเสนอแนะจากการเยี่ยมชมสำรวจ Re-accreditation วันที่ 24 - 25 กรกฎาคม 2561
ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน

II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตัวชี้วัด	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
<p>ทีมสิ่งแวดล้อมควรส่งเสริมการจัดการความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้เกิดความปลอดภัยสำหรับผู้ใช้สถานที่ ด้วยการค้นหาและรวบรวมข้อมูลจากทุกช่องทาง เรียนรู้การจัดประเภท การวิเคราะห์สาเหตุ นำสู่การจัดทำแผนบริหารสิ่งแวดล้อมที่มุ่งเน้นการจัดการเชิงระบบ เพื่อป้องกันความเสี่ยง และการลดโอกาสเกิดอุบัติการณ์ พิจารณาประเด็น</p> <p>1. การเตรียมความพร้อมสำหรับพื้นที่ก่อสร้างที่ปลอดภัย</p>	<p>1. การจัดพื้นที่บริเวณก่อสร้างเพื่อความปลอดภัยต่อร่างกายและทรัพย์สิน</p> <ul style="list-style-type: none"> - อาคารหอพักนิสิตแพทย์ - สถานีไฟฟ้าย่อย <p>2. มีแผนการติดตามงาน และมีการสื่อสารกับผู้รับจ้างงาน โดยเน้นย้ำความปลอดภัยของบุคลากร และผู้รับบริการ</p> <p>3. มีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง HOIR ระดับ E Up</p>	<p>- อุบัติการณ์การเกิด ความเสียหายต่อร่างกายหรือทรัพย์สิน จากงานก่อสร้าง</p> <p>- จำนวนครั้งของ อุบัติการณ์ระดับ E Up ไม่เกิน 5 ครั้ง/ปี</p>	<p>ปัจจุบัน – สิงหาคม 62</p> <p>ปัจจุบัน – มิถุนายน 62</p>	<p>งานซ่อมบำรุง</p>

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตัวชี้วัด	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
<p>2. การซ่อมแผนรองรับอัคคีภัยในสภาวการณ์ที่อาจเป็นปัญหาตามบริบท (เช่น อาคารสูง, พื้นที่ที่มีความยากในการเข้าถึง, พื้นที่ที่มีการเชื่อมต่อระหว่างอาคาร เป็นต้น)</p>	<p>1. การซ่อมแผนรองรับอัคคีภัยในสถานการณ์ที่อาจเป็นปัญหาตามบริบท (อาคารสูง, พื้นที่เข้าถึงยาก) 2. มีการอบรมโดยผู้เชี่ยวชาญในการควบคุมอัคคีภัยแบบอาคารสูง</p>	<p>- การซ่อมแผนอัคคีภัยอาคารสูงอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี - ร้อยละของบุคลากรทราบแผนระดับหน่วยงาน กรณีเกิดอัคคีภัย - ร้อยละของบุคลากรทราบแผนระดับโรงพยาบาล กรณีเกิดอัคคีภัย - ร้อยละของบุคลากรใช้ถังดับเพลิงได้อย่างถูกต้อง</p>	<p>มีนาคม 62 – กรกฎาคม 62</p>	<p>คณะกรรมการอัคคีภัย</p>

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตัวชี้วัด	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
4. เร่งดำเนินการการบริหารจัดการแก๊สทางการแพทย์ตามแผนที่ได้กำหนดเพื่อให้มั่นใจได้ถึงความพร้อมใช้	<ol style="list-style-type: none"> จัดเตรียมระบบแก๊สอาคารศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน 20 ชั้น เพื่อรองรับการย้ายไปใช้บริการ เปลี่ยนอุปกรณ์ O-ring หน้าจุดจ่ายแก๊สทางการแพทย์เพื่อลดปัญหาจากการเสื่อมอายุในอาคารเก่า เพิ่มระบบสำรองเสริมจากระบบออกซิเจนเหลว manifold สำหรับอาคารปัญญาเทศาภิบาล ปรับปรุงระบบ manifold แยกตามอาคาร หลังแผนปรับปรุงอาคารเดิม ทั้งอาคาร 80 ปีปัญญานันทภิกขุ และอาคารผู้ป่วยใน 3 	จำนวนอุบัติการณ์แก๊สทางการแพทย์ไม่พร้อมใช้	สิงหาคม 61- กันยายน 62	งานเครื่องมือแพทย์
5.การจัดการขยะติดเชื้อและขยะทั่วไป (ในประเด็นการขนย้าย การทำความสะอาดภาชนะจัดเก็บความเพียงพอของภาชนะจัดเก็บที่อาคารพัก)	<ol style="list-style-type: none"> ทบทวนเส้นทางการขนย้ายขยะไปยังอาคารพักขยะกับอาคาร 20 ชั้น ทบทวนวิธีการ การดูแลทำความสะอาดให้ถูกสุขลักษณะ ทั้งภาชนะบรรจุขยะ รวมถึงลดระยะเวลาพักคอยขยะในอาคารพักไม่ให้เกิน 24 ชั่วโมง (เพิ่มรอบการขนย้ายของเทศบาลปากเกร็ด) จัดหารถขนขยะเพื่อใช้ในการขนย้ายขยะประเภทต่างๆ จากอาคารบริการไปยังโรงพักขยะ เพื่อลดปัญหาการปนเปื้อน มีการจัดอบรมให้ความรู้กับผู้ดูแลโรงพักขยะ และมีการตรวจสอบสภาพอย่างสม่ำเสมอ 	<p>- จำนวนครั้งของการพักขยะในอาคารพักขยะเกิน 24 ชั่วโมง</p> <p>- ผู้ดูแลโรงพักขยะได้รับการอบรมและทบทวนความรู้อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง</p>	เมษายน 62 – กันยายน 62	คณะกรรมการงาน กายภาพและ สิ่งแวดล้อม

แผนพัฒนาคุณภาพ ปี 2562 ตามข้อเสนอแนะจากการเยี่ยมชมสำรวจ Re-accreditation วันที่ 24 - 25 กรกฎาคม 2561

ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน

II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตัวชี้วัด	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
<p>1. เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ควรส่งเสริมบทบาทของทีม IC เพื่อกำหนดนโยบาย ส่งเสริมสนับสนุนทรัพยากร โดยเฉพาะระบบสารสนเทศด้าน IC ให้สามารถติดตามข้อมูลและเฝ้าระวังการเกิดการติดเชื้อที่ทันเวลา รวมทั้งทำหน้าที่ติดตามกำกับ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุเป้าหมายในระดับที่สูงขึ้น</p>	<p>วิเคราะห์ปัญหา</p> <ul style="list-style-type: none"> - ขาดการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง <p>เป้าหมาย</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบูรณาการเข้าสู่งานประจำ <p>กิจกรรม</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทบทวนคณะกรรมการที่เป็นตัวแทนของทุกวิชาชีพและทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้ทำหน้าที่กำกับดูแลระบบงาน กำหนดนโยบาย มาตรการวางแผน ประสานความร่วมมือ และติดตามประเมินผล และส่งเสริมสนับสนุนทรัพยากร - บุคลากรมีคุณสมบัติเหมาะสม อัตรากำลังเพียงพอเหมาะสมกับบริบท (ICN ผ่านการศึกษาฝึกอบรมหลักสูตรเฉพาะทางหลักสูตร IC 4 เดือน หรือมากกว่า) - มีระบบ IT ช่วยในการสื่อสาร นโยบาย แนวทางปฏิบัติ - มีระบบ IT ช่วยในการเชื่อมโยงข้อมูลต่างๆ เพื่อการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อที่มีประสิทธิภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> - ทบทวนคณะกรรมการทุกปี - ICN \geq 1:200 เพียง - มีระบบสารสนเทศสนับสนุนการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่เข้าถึงข้อมูลที่รวดเร็ว 	<p>ทุกเดือนพฤศจิกายน</p> <p>มิ.ย. 2562</p> <p>มิ.ย. 2562</p>	<p>ประธาน ICC</p> <p>คณะกรรมการบริหารพัฒนาทรัพยากรบุคคล</p> <p>ระบบสารสนเทศ</p>

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตัวชี้วัด	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
<p>2. เพื่อสร้างความมั่นใจว่ามีการปฏิบัติตามนโยบายที่เหมาะสมเพื่อสามารถป้องกันการติดเชื้อควรส่งเสริมการทบทวนและการตามรอยในด้าน</p> <p>2.1 การปฏิบัติของบุคลากร ความรู้ความเข้าใจผลการปฏิบัติตาม นโยบายต่าง ๆ นำสู่การวิเคราะห์ข้อมูลและสาเหตุที่แท้จริง นำมาปรับปรุงแก้ไขตามปัญหาที่พบให้ชัดเจนขึ้น</p>	<p>วิเคราะห์ปัญหา</p> <p>1. ปัญหาการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่พบมาก ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด พบปัญหาการติดเชื้อสูง ได้แก่ ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ การติดเชื้อทางหลอดเลือดดำจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ในหน่วย NICU - กลุ่มผู้ป่วยศัลยกรรม พบปัญหาการติดเชื้อสูง ได้แก่ ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ การติดเชื้อทางหลอดเลือดดำจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ในหน่วย 11/2 - กลุ่มผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง พบปัญหาการติดเชื้อสูง ได้แก่ ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ในหน่วย 14/2 - กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ให้สารอาหารทางหลอดเลือด <p>2. การปฏิบัติที่ควรปรับปรุง</p> <ul style="list-style-type: none"> - การล้างมือ ต้องสนับสนุนวัสดุให้เพียงพอเหมาะสมในทุกหน่วยงาน <p>เป้าหมาย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ลดอัตราการติดเชื้อในกลุ่มเป้าหมาย 	<ul style="list-style-type: none"> - อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ < pooled mean (4 สถาบัน) (เป้าหมายใน NICU / 11/2) - อัตราการติดเชื้อทางหลอดเลือดดำจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง < pooled mean (4 สถาบัน) (หน่วยงานเป้าหมาย ได้แก่ NICU / 11/2) - อัตราการล้างมือ > 80% 	<p>ทุกเดือน</p>	<p>ทีม PCT และ ICC</p>

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตัวชี้วัด	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
<p>2.2 ติดตามการบริหารด้านสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมตามมาตรฐาน เพื่อลดโอกาสการเกิดการปนเปื้อน แพร่กระจายเชื้อในทุกหน่วยงาน หลังจากมีการย้ายหน่วยงานต่าง ๆ ไปยังพื้นที่ใหม่</p>	<p>กิจกรรม</p> <ul style="list-style-type: none"> - ส่งเสริมการทบทวนและพัฒนาของทีม PCT และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง - จัดฝึกอบรมให้ความรู้ แนวทางระเบียบปฏิบัติ และบทบาทในการป้องกันการติดเชื้อตามลักษณะงาน - สนับสนุนอุปกรณ์การล้างมือให้พร้อมใช้ - ประเมินการปฏิบัติ ตามแนวทางที่กำหนด - วางแผนปรับปรุง <p>วิเคราะห์ปัญหา</p> <p>ขาดความเชื่อมโยงและบูรณาการของงานที่เกี่ยวข้อง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zoning กับการจัดการอากาศ ที่จะปรับปรุง <ul style="list-style-type: none"> - งานบริการผู้ป่วยนอก ได้แก่ คลินิกวัณโรค / ER/ เอ็กซเรย์ คลินิกปอด/ คลินิกกุมาร - งานบริการผู้ป่วยใน ได้แก่ ห้องผู้ป่วยวิกฤต/ ward แยกโรค/ ห้องผ่าตัด และสวนกล้อง/ ห้องคลอด/ ห้องแยกโรคผู้ป่วยใน แต่ละแผนก 2. ขาดการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ 3. ระบบน้ำบริสุทธ์ฟอกเลือดในอาคาร 20 ชั้น 4. ระบบบำบัดน้ำเสีย 	<ul style="list-style-type: none"> - อุบัติการณ์วัณโรคในบุคลากรทางการแพทย์เท่ากับ 0 - อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด < 3 ครั้ง/1000 วัน - อัตราการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสม > 80% - คุณภาพภาพน้ำบริสุทธ์ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (ตรต.) - บำบัดน้ำเสียผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด 	<ul style="list-style-type: none"> ทุกเดือน ทุกเดือน ทุกเดือน ทุกเดือน ทุก 6 เดือน 	<p>ICC/ ENV/ DUE/ Lab/ หน่วยโรคไต</p>

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตัวชี้วัด	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
	<p>เป้าหมาย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ลดอัตราการติดเชื้อกลุ่มผู้ป่วย - ลดอัตราการติดเชื้อกลุ่มบุคลากร - ลดการแพร่กระจายเชื้อสิ่งแวดล้อม <p>กิจกรรม</p> <ul style="list-style-type: none"> - สำรวจ ประเมินพื้นที่เสี่ยงต่อการปนเปื้อนแพร่กระจายเชื้อในอาคาร 20 ชั้น ร่วมกับ ENV - จัดทำแผน ขอกการสนับสนุนด้านงบประมาณ อุปกรณ์เครื่องมือ และบุคลากร เพื่อปรับปรุง - เฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ และจัดทำ antibiogram - กำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล - เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน รพ. - กำหนดแนวทางขนส่งของสะอาด/ สกปรก - กำหนดการทำความสะอาดอาคารสถานที่ - ตรวจสอบระบบระบายอากาศ - ตรวจ endotoxin ในน้ำที่ใช้สำหรับ Hemodialysis ตามมาตรฐานไตเทียม - สื่อสารนโยบาย แนวทางปฏิบัติให้หน่วยงานและผู้เกี่ยวข้อง - กำกับ ติดตามข้อมูล วิเคราะห์ และสรุปผลการดำเนินการ 			

แผนพัฒนาคุณภาพ ปี 2562 ตามข้อเสนอแนะจากการเยี่ยมชมสำรวจ Re-accreditation วันที่ 24 - 25 กรกฎาคม 2561
ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน

II-5 ระบบเวชระเบียน

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
<p>ทีมเวชระเบียนและทีมที่เกี่ยวข้อง ควรส่งเสริมการพัฒนาระบบบริหารเวชระเบียนที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้มีข้อมูลที่ครบถ้วน น่าเชื่อถือสำหรับใช้สื่อสารการดูแลผู้ป่วยให้ เป็นไปในทิศทางเดียวกัน</p> <p>1. ทบทวนและเร่งพัฒนาการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียน ซึ่งดำเนินการใน 2 ระบบ ทั้งการเขียนและการบันทึกในระบบคอมพิวเตอร์ ซึ่งในปัจจุบันพบโอกาสที่ข้อมูลทั้ง 2 แห่งอาจมีความแตกต่างกัน</p>	<p>ปัญหาที่พบ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. กรณีที่แพทย์ไม่ใช้คอมพิวเตอร์ในการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียน 2. ปัญหาแพทย์บันทึกทั้ง 2 ระบบในแผนก ER เนื่องจากต้องใช้ความรวดเร็วในการดูแลผู้ป่วย 3. มีการแก้ไขคำสั่งการรักษา กรณี <ol style="list-style-type: none"> 2.1 พิมพ์ใบ OPD card ก่อนจึงสั่งการรักษา 2.2 การเปลี่ยนแปลงยาหลังพิมพ์ใบ OPD card แล้ว <p>แผนพัฒนา</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ออกนโยบายโรงพยาบาลให้แพทย์ทุกคนต้องมี Username และ Password เพื่อใช้ Login ในการใช้คอมพิวเตอร์สั่งการรักษา 2. ลดปัญหาแพทย์บันทึกทั้ง 2 ระบบในแผนก ER โดยมีการสแกน OPD card ของแผนก ER ทุกฉบับทุกวัน 3. มีแผนการสแกน OPD card ทุกฉบับทุกแผนกในอนาคต เพื่อจัดการปัญหาที่มีการแก้ไขคำสั่งรักษาที่ไม่ตรงกับใบพิมพ์ OPD card 	<p>- ร้อยละของแพทย์ที่บันทึกเวชระเบียนโดยใช้คอมพิวเตอร์</p> <p>- ร้อยละการสแกน OPD Card ในผู้ป่วยแผนกฉุกเฉิน</p>	<p>ทุกปี</p>	<p>พ.ไชยสิทธิ์ คุณชุตินาและคุณศศิรา ประธานและเลขา คณะกรรมการทบทวน การบันทึกเวชระเบียน</p>

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
<p>2. ทบทวนนโยบายด้านระบบบริหารเวชระเบียนให้ชัดเจน สื่อสารและติดตามการปฏิบัติ (พิจารณาประเด็นการติดตามเวชระเบียนให้พร้อมใช้งาน แนวทางการแก้ไขข้อมูลที่ผิดพลาด การออกแบบบันทึกที่ลดความซ้ำซ้อน เป็นต้น)</p>	<p>ปัญหาที่พบ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. OPD card ค้างอยู่ที่ห้องตรวจ เกิดจากห้องตรวจไม่คืน, มีการนัดตรวจต่อเนื่อง 2. Chart ผู้ป่วยในล่าช้า เกิดจาก <ol style="list-style-type: none"> 3.1 เพิ่งจำหน่าย กลับมา visit เร็ว 3.2 แพทย์สรุปล่าช้า 3.3 เวชระเบียนที่ถูกยืมไปใช้ทบทวนเพื่อการวิจัย พัฒนาคุณภาพ การเรียนการสอน <p>แผนพัฒนา</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.วางระบบการยืมเวชระเบียนทั้งที่แผนกเวชระเบียนและที่ตึกผู้ป่วยในและแผนกฉุกเฉิน 2.มีระบบจัดเก็บที่เหมาะสม <ul style="list-style-type: none"> - มีสถานที่เก็บเวชระเบียนเป็นสัดส่วน - อบรมผู้ปฏิบัติงานห้องเวชระเบียนให้เข้าใจในแนวทางการจัดเก็บเวชระเบียนให้ถูกต้อง 3.มีระบบเตือนและติดตามกรณีส่งคืน Chart ผู้ป่วยในล่าช้าเกิน 7 วัน <p>พัฒนาการออกแบบบันทึกที่ลดความซ้ำซ้อน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.มีกรรมการพิจารณาตัดแบบบันทึกที่ซ้ำซ้อน 2. พัฒนาแบบบันทึกแยกวิชาชีพให้ประสานเชื่อมโยงกัน 	<p>- อัตราการค้นหาเวชระเบียนไม่พบใน 20 นาที</p> <p>- อัตราไม่คืนเวชระเบียนตามกำหนดเวลา</p> <p>- จำนวนแบบบันทึกที่มีการปรับปรุง</p>	<p>ทุก 6 เดือน</p>	<p>คณะกรรมการทบทวนการบันทึกเวชระเบียน</p>

แผนพัฒนาคุณภาพ ปี 2562 ตามข้อเสนอแนะจากการเยี่ยมชมสำรวจ Re-accreditation วันที่ 24 - 25 กรกฎาคม 2561

ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน

II-6 ระบบการจัดการด้านยา

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตัวชี้วัด	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
<p>คณะกรรมการด้านระบบยา ควรส่งเสริมการพัฒนาการจัดการด้านยาเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่กำหนด ด้วยการ</p> <p>1. เพิ่มบทบาทของคณะกรรมการด้านระบบยาในการประเมินประสิทธิภาพของระบบตามนโยบายที่ได้กำหนด เรียนรู้ข้อจำกัดในการดำเนินการ นำสู่การกำหนดนโยบาย/จุดเน้นสำคัญและนำสู่การปฏิบัติ</p> <p>2. เรียนรู้การใช้ประโยชน์จากข้อมูลอุบัติการณ์ด้านยา (medication error, ADR ในทุกประเภท) วิเคราะห์ให้รู้ถึงปัจจัยและสาเหตุต้นตอ นำมาออกแบบระบบที่ปฏิบัติได้จริงร่วมกับผู้ปฏิบัติงาน(พิจารณาประเด็นการติดตามระบบเฝ้าระวังแพ้ยาซ้ำ การจัดการเพื่อลดโอกาสเกิด ADR ในกลุ่มยาสำคัญที่พบข้อมูลของศูนย์การแพทย์ การดำเนินการ</p>	1. ลด Transcribing error โดยส่งเสริมการพิมพ์ใบ MAR บนหอผู้ป่วย			
	1. จัดประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อดี ข้อจำกัดการพิมพ์ใบ MAR จากคอมพิวเตอร์ ระหว่างหอผู้ป่วย	1. หอผู้ป่วยพิมพ์ใบ MAR จากคอมพิวเตอร์ ร้อยละ 100	พ.ย. 61	ภญ.นิตยา ภญ.ศิริลักษณ์ พว.วิมลรัตน์ นายจตุรงค์ น.ส.ภาวิณี
	2. พยาบาลประจำหอผู้ป่วยวางแผนปรับเปลี่ยนขั้นตอนการทำงานเพื่อรองรับการพิมพ์ใบ MAR จากคอมพิวเตอร์	2. อัตราการเกิด Transcribing error ลดลง \geq ร้อยละ 20	ธ.ค. 61	
	3. เจ้าหน้าที่ IT ลงพื้นที่สอนวิธีพิมพ์ใบ MAR จากคอมพิวเตอร์ที่หอผู้ป่วย LR, 10/1, 11/2, 14/1, 14/2, 15/1		ธ.ค. 61	
	4. หอผู้ป่วยเริ่มพิมพ์ใบ MAR จากคอมพิวเตอร์		ม.ค. 62	
	5. ติดตามผลการปฏิบัติงานทุก 3 เดือน		มี.ค.,มี.ย. 62	
	6. สรุปผลการดำเนินงาน		ก.ย. 62	
	2. พัฒนาระบบการดำเนินงาน Medication Reconciliation เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ควรได้รับทันเวลา			
	1. นำปัญหาที่พบจากการดำเนินงาน MR และข้อเสนอแนะจากสมาคมเภสัชกรรมและ สรพ. มาทบทวนและวิเคราะห์	1. ผู้ป่วย admit อายุ \geq 65 ปี ที่ป่วยเป็นโรค NCDs ได้รับการประสานรายการยา \geq ร้อยละ 50	ก.ย. 61	พญ.หทัยภัทร พญ.นริศรา ภญ.นิตยา ภญ.ศิริลักษณ์ พว.ยินดี พว.ธิดารัตน์ นายจตุรงค์
	2. ประชุมวางแผนเพื่อพัฒนาระบบงานให้มีความสอดคล้องต่อเนื่องในการส่งใช้ยาและทันเวลา	2. การที่ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ควรได้ (เป็นจำนวนครั้งต่อ 1000 วันนอน)	ก.ย. 61	
	3. ลงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสอบถามข้อจำกัดและข้อเสนอแนะแนวทางแก้ไข		ต.ค. 61	
	4. ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ	ต.ค. 61		
	5. ประกาศเป็นนโยบายเรื่อง “ นโยบายการจัดการยาเดิมผู้ป่วย กรณีได้รับคำสั่งแพทย์ให้นอนรักษาในโรงพยาบาล ”	1 ธ.ค. 61		
	6. ประชุมทบทวนปัญหาจากการดำเนินงาน ทุก 3 เดือน		มี.ค. 62, มี.ย. 62	

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตัวชี้วัด	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	
medication reconciliation ตามเป้าหมายได้ยาที่รวดเร็วที่สุดและตามบทบาทวิชาชีพการตรวจสอบยาก่อนส่งมอบ การบันทึกเวลาให้เหมาะสมในกลุ่มที่เวลาไม่เพียงพอสำคัญ การติดตามภายหลังบริหารยากลุ่มเสี่ยงสูงเป็นต้น)	7. สรุปผลการดำเนินงาน		ก.ย. 62		
	3. จัดทำ Drug – Lab Interaction เพื่อเตือนการสั่งใช้ยา NSAIDs และ Metformin ในผู้ป่วยโรคไตระดับ 3 ขึ้นไป				
	1. ประสานศูนย์คอมพิวเตอร์ให้ทำ Pop-up ค่า Cr.Cl เวลาที่แพทย์สั่งยาดังกล่าว	1. ร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไปที่ได้รับ NSAIDs $\leq 10\%$	ปี 2562	ภญ.ณภัทร นายจตุรงค์ และ คณะกรรมการ RDU	
	2. เก็บข้อมูลตัวชี้วัด	2. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับโรคไตเรื้อรังระยะ 3 ขึ้นไป ที่เกิดภาวะ metformin associated lactic acidosis $\leq 10\%$			
	4. การส่งเสริมความตระหนักเรื่องการใช้ยาสมเหตุผลในบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการ				
	1. จัดปฐมนิเทศน์บุคลากรใหม่	อัตราส่วนของแพทย์และบุคลากรที่รับรู้ เข้าใจ และมีพฤติกรรมเอื้อให้โครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลประสบความสำเร็จ $\geq 80\%$	ปี 2562	ภญ.ปทุมทริกา และคณะกรรมการRDU	
	2. วิเคราะห์ข้อมูล เพื่อหาทางแก้ปัญหา ระดมสมองในที่ประชุมสหวิชาชีพแลกเปลี่ยนเรียนรู้				
	3. รายงานตัวชี้วัดที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายใน PCT ที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดเหล่านั้น				
	4. รายงานตัวชี้วัดในคณะกรรมการ PTC และ PDC ตามวาระการประชุม				
5. จัดทำแนวทางการปรับเปลี่ยนยาด้านจุลชีพที่ออกฤทธิ์กว้างเป็นยาด้านจุลชีพที่ออกฤทธิ์แคบลง (De-escalation therapy)					
1. จัดทำใบประเมินการใช้ยา โดยมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคติดเชื้อตรวจสอบและรับรองความถูกต้อง	ร้อยละการปรับเปลี่ยนเป็นยาด้านจุลชีพที่ออกฤทธิ์แคบ $>80\%$	ปี 2562	ภก.กษิติศ ภญ.ณภัชและ คณะกรรมการ DUE		
2. คณะอนุกรรมการนำร่องในหอผู้ป่วย 3 เดือนเพื่อรวบรวมปัญหา อุปสรรคและแนวทาง					

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตัวชี้วัด	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
	3. คณะอนุกรรมการคัดเลือกกลุ่มยาต้านจุลชีพเป้าหมาย (Meropenem , Pip-Tazo) และมอบหมายงานให้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง			
	4. ให้ความรู้แก่บุคลากร			
6. ลดการใช้ยาต้านจุลชีพ ในโรคทางเดินหายใจส่วนบน และโรคท้องร่วงเฉียบพลัน				
	1. ให้ความรู้แก่บุคลากร ได้แก่ แพทย์ใช้ทุน (intern)	ร้อยละการใช้ยาต้านจุลชีพในโรคทางเดินหายใจส่วนบน และโรคท้องร่วงเฉียบพลัน < 20 %	ปี 2562	ภญ.ปภัศราและคณะอนุกรรมการ DUE
	2. วิเคราะห์ข้อมูล ค้นหาสาเหตุ เพื่อหาทางแก้ปัญหา			
	3. วางแนวทางในการแก้ปัญหาหลังจากทราบปัญหา การใช้สื่อสารสนเทศเข้ามาช่วย			
7. ลด Administration error ชนิดผิดอัตราเร็ว				
	1. ทบทวนรายงานอุบัติการณ์การบริหารยาผิดอัตราเร็ว 3 ปี ย้อนหลัง	ไม่พบรายงานอุบัติการณ์การบริหารยาผิดอัตราเร็ว เฉพาะรายการยาที่กำหนด เป้าหมาย 100%	พ.ย.-ธ.ค. 61	คณะอนุกรรมการ ME
	2. สืบค้นข้อมูลสนับสนุน หลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ		ธ.ค.61-ก.พ.62	
	3. ประกาศรายการยา 5 รายการ โดยมีข้อกำหนด แนวปฏิบัติสำหรับยาที่เป็นไปตามข้อกำหนด		ก.พ. 62	
	4. ติดตาม ประเมินผล และทบทวนอย่างต่อเนื่อง		มี.ค.62 เป็นต้นไป	
8. การบันทึก ติดตาม และรายงานหลังบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง				
	1.1 จัดทำตามเกณฑ์ PCMC nursing record, Nursing focus list	ความคลาดเคลื่อนจาก HAD ระดับ E up=0	ปี 2562	- คณะอนุกรรมการ HAD - หน่วยเคมีบำบัด - พยาบาล Cop ME - เภสัชกรผู้ป่วยใน
	1.2 จัดทำเกณฑ์การรายงานแพทย์ใหม่ รวมถึงเคมีบำบัด		ปี 2562	
	1.3 ทบทวน/วิเคราะห์ อุตการณ์ยา HAD รวมถึงเคมีบำบัด		ทุกครั้งที่ประชุม	
	1.4 ตามรอยการปฏิบัติตามแนวทางในการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง ของฝ่ายการพยาบาล		ทุก 6 เดือน	
	1.5 HAD สัมภาษณ์ร่วมกับ PDC inside		ทุกปี	

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตัวชี้วัด	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
	1.6 โครงการระบบยาร่วมกับ PDC อบรมบุคลากรใหม่และ แลกเปลี่ยนเรียนรู้พัฒนาระบบยา		ทุกปี	
	1.7 การให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยมะเร็ง และผู้ป่วยในที่ ได้รับยา warfarin / Insulin ก่อนกลับบ้าน		ทุกราย	
	9. การให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยมะเร็ง			
	1. ให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วย	ร้อยละระดับความรู้ด้านการปฏิบัติ ตนเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด >80%	ปี 2562	- คณะอนุกรรมการ ADR
	2. สรุปผลและประเมินโครงการ			
	10. การพัฒนาระบบการติดตามอาการไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้จากผลทางเภสัชวิทยา			
	1. ประสานหน่วยสารสนเทศสร้างระบบติดตามฯ	ร้อยละของการที่แพทย์ปฏิบัติตาม ข้อเสนอแนะของเภสัชกร >50%	ปี 2562	- คณะอนุกรรมการ ADR
	2. ติดตามอาการไม่พึงประสงค์ฯผ่านค่าทางห้องปฏิบัติการ			
	3. สรุปผลและประเมินโครงการ			

แผนพัฒนาคุณภาพ ปี 2562 ตามข้อเสนอแนะจากการเยี่ยมชมสำรวจ Re-accreditation วันที่ 24 - 25 กรกฎาคม 2561
ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน

II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
<p>1.ควรส่งเสริมทบทวนโรคและภัยสุขภาพให้ครอบคลุมที่มีโอกาสเกิดและกำหนดนโยบายการเฝ้าระวังให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ที่ให้บริการแก่ผู้ป่วย ผู้รับบริการในพื้นที่เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลและนักศึกษา รวมทั้งส่งเสริม ความรู้ ความเข้าใจ ในแนวทางปฏิบัติของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง</p>	<p>1.ทบทวนระบบเฝ้าระวังโรคและสอบสวนโรคติดต่อที่มีการแพร่ระบาดในชุมชนได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - วัณโรคในสถานสงเคราะห์ (ทุก 6 เดือน) - โรคมือเท้าปากในโรงเรียน และให้ความรู้ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามข้อมูลที่พบบ่อยแต่ละพื้นที่ (ตลอดปี) 	<ul style="list-style-type: none"> -มีระบบเฝ้าระวังและสามารถควบคุมโรคได้ไม่มีการแพร่ระบาดต่อโดยทำตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข -แนวโน้มการเกิดโรคระบาดตามฤดูกาล ลดลง ร้อยละ 10 	<p>ม.ค. และ ก.ค. 62</p> <p>ม.ค.-ธ.ค.62</p>	<p>คุณพิมพ์นลิน พญ.ชนิกานต์</p> <p>คุณพิมพ์นลิน พญ.ชนิกานต์</p>
<p>2.ควรส่งเสริมระบบการกำกับดูแลการเฝ้าระวังและนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงระบบการเฝ้าระวังทั้งในและนอกโรงพยาบาลให้ครอบคลุมในทุกกลุ่มโรคนอกจากโรคติดต่อ</p>	<p>2. คัดกรองโรคไม่ติดต่อในชุมชน เช่น โรคเบาหวาน ,ความดันโลหิตสูง และจัดกิจกรรมให้ความรู้ในการดูแลตนเองให้กับคนในชุมชนตามระดับปัญหาที่พบ เช่น แนะนำการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การออกกำลังกาย รวมทั้งติดตามผลหลังทำกิจกรรม (ตลอดปี)</p>	<ul style="list-style-type: none"> -ร้อยละของคนที่ได้รับการคัดกรองในชุมชน -โครงการส่งเสริมสุขภาพโรคเรื้อรังในชุมชนร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม 	<p>ม.ค.-ธ.ค.62</p>	<p>คุณศศิรินทร์ พญ.วิลาวัลย์</p>

แผนพัฒนาคุณภาพ ปี 2562 ตามข้อเสนอแนะจากการเยี่ยมชมสำรวจ Re-accreditation วันที่ 24 - 25 กรกฎาคม 2561
ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน

II-9 การทำงานกับชุมชน

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
<p>องค์กรควรให้ความสำคัญกับการมองชุมชนของโรงพยาบาลในภาพรวมมากขึ้น และนำข้อมูลประเด็นสาธารณะมาใช้ประโยชน์ในการกำหนดชุมชนของโรงพยาบาล เพื่อให้สามารถวางระบบการส่งเสริมป้องกันโรคและปฏิบัติตามที่สอดคล้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่ตรงกลุ่ม พร้อมให้การสนับสนุนข้อมูลสุขภาพให้กับชุมชนเพื่อการควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น วิเคราะห์ศักยภาพและข้อจำกัดแล้ว รวมทั้งออกแบบระบบการจัดการสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของแต่ละชุมชน มุ่งเน้นรูปแบบทำงานที่เสริมพลังชุมชน มุ่งเน้นการติดตามประเมินผล การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งผลต่อสภาวะสุขภาพ สรุปผลงานและพัฒนาความสามารถในการแก้ไขปัญหาโดยชุมชนเป็นแกนหลักเพิ่มขึ้น</p>	<p>1. ความต้องการ จากการทบทวนข้อมูล และการสนทนากลุ่มกับผู้นำชุมชนและอสม. ได้มีการเอาข้อมูลมาวางแผนและพบว่า แนวคิดและหลักการทำงานในชุมชนเพื่อสร้างพลังชุมชนให้เข้มแข็งและมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ ต้องเริ่มจากครอบครัว โดยมุ่งเน้นที่เยาวชนอาสาสมัครในชุมชน (หมอ.จิ๋ว) เพื่อสร้างทัศนคติและทักษะในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนควบคู่ไปกับ อาสาสมัครสาธารณสุข และมีจิตสำนึกในการเสียสละต่อส่วนรวม กิจกรรม จัดอบรมจิตอาสาหมอจิ๋วประจำบ้าน เพื่อดูแลสุขภาพของบุคคลในครอบครัว และชุมชน ปี 2562 ร่วมกับเทศบาลนครปากเกร็ด โรงเรียนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ จัดโครงการจิตอาสาหมอจิ๋ว ดูแลสุขภาพในโรงเรียนและชุมชน</p> <p>2. ในกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มีมากถึงร้อยละ 16 พบปัญหาสุขภาพเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ทั้ง DM Hypertension ข้อเข่าเสื่อม และ BPH ในกลุ่มที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างทำให้เกิดโรคแทรก</p>	<p>1.1 จิตอาสาหมอจิ๋วมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองและเพื่อน ๆ ในโรงเรียน ร้อยละ 90 1.2 เพื่อให้จิตอาสาหมอจิ๋วมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุ ในครอบครัว ชุมชน และสังคม ร้อยละ 80</p> <p>2.1 การเข้าถึงการบริการสุขภาพ ร้อยละ 95 2.2 ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมาตามนัด ร้อยละ 100</p>	<p>จำนวน 4 ครั้ง มีนาคม 62- กันยายน 62</p> <p>ทุกเดือน มีนาคม 62- กันยายน 62</p>	<p>ศศิรินทร์ วาสิน</p>

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนารองพยาบาล	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
	<p>ซ้อนตามมา ได้แก่ โรคหัวใจล้มเหลว โรคไตวาย โรคหัวใจขาดเลือด ทางสาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวได้ร่วมกับชุมชนค้นหาปัญหาและความต้องการ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่คนเดียว ไม่มีผู้ดูแล เดินทางไปโรงพยาบาลลำบาก ไม่มีค่าเดินทาง เกิดอุบัติเหตุในการเดินทาง เป็นต้น</p> <p>กิจกรรม</p> <p>สาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวร่วมกับเทศบาลนครปากเกร็ด และชุมชนบางตลาดพัฒนา1 จัดทำโครงการคลินิกผู้สูงอายุต้นแบบในชุมชนขึ้น เมื่อปี2558 ถึงปัจจุบัน</p> <p>ขั้นเตรียมงานโครงการ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รับสมัครจิตอาสาประจำคลินิก แต่งตั้งคณะกรรมการประจำคลินิก 2. สอนเทคนิคการคัดกรองโรคให้กับกรรมการ มีการวัดความดัน การเจาะเลือดปลายนิ้ว (ผู้ป่วยในคลินิกยินยอมให้จิตอาสาเจาะให้ทุกคน) ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว ตลอดจนช่วยแพทย์ตรวจ และเขียนใบส่งต่อ 3. รับขึ้นทะเบียนผู้ป่วยในคลินิก มีการเจาะเลือดชุดใหญ่ ปีละ 2 ครั้ง 4. แพทย์ไปตรวจทุก 2 เดือน ตรวจเสร็จรอรับยาในวันถัดไป 5. มีพยาบาล นักสุขศึกษา เภสัชกร โภชนากร นักกายภาพ ทีมสหสาขาวิชาชีพ หมุนเวียนให้ความรู้เดือนละ 1 ครั้ง 	<p>2.3 ผู้ป่วยโรคเรื้อรังปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร้อยละ 70</p>		

แผนพัฒนาคุณภาพ ปี 2562 ตามข้อเสนอแนะจากการเยี่ยมชมสำรวจ Re-accreditation วันที่ 24 - 25 กรกฎาคม 2561

ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน

III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
<p>ควรทบทวนระบบการประเมินแรกรับที่ OPD และคลินิกต่าง ๆ ให้ชัดเจนตั้งแต่เกณฑ์จำแนกความรุนแรง โอกาสการแพร่กระจายเชื้อ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยที่มาใช้บริการ จะถูกจำแนกตามความรุนแรงของผู้ป่วย</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. การพัฒนาระบบ Triage <ol style="list-style-type: none"> 1.1 วิเคราะห์ข้อมูลผลการ Triage ที่ไม่ถูกต้อง, ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงการรักษาได้เหมาะสมตามสภาวะความรุนแรง 1.2 พัฒนาตามปัญหาที่พบ (จุด Triage, criteria Triage) 2. พัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยติดเชื้อ <ol style="list-style-type: none"> 2.1 ทบทวนการคัดแยกผู้ป่วยติดเชื้อที่ ER OPD 2.2 พัฒนาจุดแยกโรค ปรับ flow การรับบริการของผู้ป่วยกลุ่มแยกโรค 3. พัฒนาการเข้าถึงของผู้ป่วยในระบบ Fast track เช่น Stroke <ol style="list-style-type: none"> 3.1 ทบทวนผู้ป่วย Fast track และโรคที่ไม่สามารถเข้าถึงได้ตามเป้าหมายตั้งแต่ Pre-hospital และ Inhospital 3.2 พัฒนาระบบการ Pre-hospital ร่วมกับเครือข่าย, หน่วยงานและทีมที่เกี่ยวข้อง 3.3 พัฒนาระบบการรับผู้ป่วยในโรงพยาบาล ร่วมกับหน่วยงานและทีมที่เกี่ยวข้อง 4. พัฒนาระบบคิวนัดหมายผู้ป่วย เช่นการนัดหมายเป็นช่วงเวลา 	<ul style="list-style-type: none"> - อุบัติการณ์การคัดกรองผิดพลาด - ระยะเวลารอคอยตามกลุ่มต่าง ๆ ได้แก่ ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ผู้ป่วยนัด ผู้ป่วยไม่นัด 	<ul style="list-style-type: none"> - มีนาคม 2562 - มีนาคม-เมษายน 2562 	<p>ER OPD ทุก PCT</p>

แผนพัฒนาคุณภาพ ปี 2562 ตามข้อเสนอแนะจากการเยี่ยมชมสำรวจ Re-accreditation วันที่ 24 - 25 กรกฎาคม 2561

ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน

III-2 ก การประเมินผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
<p>ควรทบทวนการใช้แนวทางในการประเมินผู้ป่วยและการใช้ข้อมูลร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพให้มีสอดคล้องกันในกลุ่มผู้ป่วยที่ซับซ้อน เช่น sepsis, traumatic brain injury, stroke เป็นต้น รวมทั้งมีการประเมินที่ครอบคลุมอย่างรอบด้าน เพื่อให้ได้ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่ถูกต้องครบถ้วน นอกจากนี้ควรวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยที่ทรุดลงขณะรักษา เช่น Unplan ICU, Unplan Intubation, ทรุดลงขณะเคลื่อนย้าย เป็นต้น เพื่อกำหนดแนวทางในการประเมินซ้ำที่เหมาะสมกับภาวะผู้ป่วยและปรับเปลี่ยนแผนการดูแลได้อย่างทันเวลา</p>	<p>1. พัฒนาแนวทางในการประเมินผู้ป่วย 1.1 วิเคราะห์ปัญหาการประเมินผู้ป่วยในกลุ่มโรคสำคัญ เช่น sepsis, traumatic brain injury, Stroke 1.2 ปรับปรุง CPG ที่เอื้อต่อการประเมินร่วมกันของสหวิชาชีพ 1.3 พัฒนาองค์ความรู้สำหรับสหสาขาวิชาชีพ 2. การพัฒนาการประเมินให้ครอบคลุมแบบองค์รวม 2.1 วิเคราะห์ปัญหาการประเมินของโรคที่ไม่ครอบคลุมองค์รวมของกลุ่มโรคมะเร็ง หัวใจ ไต COPD HIV TB 2.2 พัฒนาระบบ แนวทาง ในการประเมินร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพให้ครอบคลุมองค์รวมในประเด็นสำคัญในแต่ละโรค 3. พัฒนาการประเมินซ้ำในผู้ป่วยที่มีอาการยังไม่คงที่ 3.1 วิเคราะห์ข้อมูล Unplanned ICU, Unplanned Intubation, ทรุดลง จำแนกตามรายโรค และ PCT 3.2 พัฒนาระบบการเฝ้าระวัง ประเมินซ้ำ (การจัดคน การพัฒนาความรู้ แนวทางการประเมินซ้ำ แบบบันทึก)</p>	<p>- CPG ที่ทีมสหสาขาวิชาชีพใช้ประเมินร่วมกัน - อัตราการประเมินถูกต้องครอบคลุมในกลุ่มโรคสำคัญ - อัตราการประเมินซ้ำของผู้ป่วยที่ทันเวลาเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง</p>	<p>ม.ค.62-ก.ย.62</p>	<p>PCT</p>

แผนพัฒนาคุณภาพ ปี 2562 ตามข้อเสนอแนะจากการเยี่ยมชมสำรวจ Re-accreditation วันที่ 24 - 25 กรกฎาคม 2561
ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน

III-3 การวางแผน

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
<p>ทีมสหสาขาวิชาชีพ ควรร่วมกัน กำหนดเป้าหมายและแผนการดูแลที่ สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละ ราย สื่อสารแผนการดูแลในทีมอย่าง ชัดเจน ประเมินซ้ำอย่างต่อเนื่องเพื่อ ปรับแผนการดูแลรักษาให้เหมาะสม เมื่ออาการผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงรวมทั้ง ประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย จากการปฏิบัติ/ไม่ปฏิบัติตาม CPG ให้เป็นรูปธรรมเพื่อหาโอกาสพัฒนา อย่างสม่ำเสมอ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. วิเคราะห์ปัญหาและผลการใช้ CPG ที่มีอยู่เดิม 2. ปรับปรุง CPG (ระบุ process สำคัญ, process indicator และ expected outcome) 3. สื่อสารสู่ผู้ปฏิบัติ, เพิ่มช่องทางระบบ application online 4. ค้นหาปัญหาหลังการใช้ CPG ในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ สามารถปฏิบัติตาม CPG ได้ 5. ประเมินผลการดูแลผู้ป่วยตาม CPG, วิเคราะห์ ข้อมูลเพื่อนำไปปรับปรุง CPG 	<p>-จำนวน CPG ที่ปรับปรุง -จำนวน CPG ที่ทำเพิ่ม</p>	<p>ม.ค.62-ก.ย.62</p>	<p>PCT</p>

แผนพัฒนาคุณภาพ ปี 2562 ตามข้อเสนอแนะจากการเยี่ยมชมสำรวจ Re-accreditation วันที่ 24 - 25 กรกฎาคม 2561

ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน

III-4 การดูแลผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
<p>-ควรทบทวนเกณฑ์ที่ใช้ในการรายงานแพทย์ที่ใช้ในการรายงานแพทย์ได้อย่างทัน่วงที่ (early warning signs) ให้มีความเหมาะสมและมีความไวในการตรวจพบอาการเปลี่ยนแปลง เมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะเสี่ยงให้ครอบคลุมในผู้ป่วยแต่ละสาขา และหน่วยงานเพื่อลดโอกาสเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เช่น การย้ายผู้ป่วยเข้า ICU โดยไม่วางแผน Un-plan ET Tube เป็นต้น</p>	<p>1. พัฒนาการประเมินซ้ำในผู้ป่วยที่มีอาการยังไม่คงที่</p> <p>1.1 วิเคราะห์ข้อมูล Unplanned ICU, Unplanned Intubation, ทรุดลง จำแนกตามรายโรค และ PCT</p> <p>1.2 พัฒนาเกณฑ์ EWS ภาพรวม และรายโรคที่สำคัญ</p> <p>1.3 พัฒนาความรู้แก่บุคลากร</p> <p>1.4 พัฒนาแบบบันทึกการประเมินบางรายโรค</p> <p>1.5 นำลงสู่การปฏิบัติ</p> <p>1.6 ติดตามกำกับประเมินผลและปรับปรุง</p>	<p>- เกณฑ์ EWS ภาพรวม และรายโรคที่ปรับปรุง</p> <p>- gap competency ที่พัฒนา (MSO NSO)</p> <p>- อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนรายโรคลดลง</p>	<p>ม.ค.62-ก.ย.62</p>	<p>PCT</p>
<p>-ควรส่งเสริมการจัดบริการโภชนบำบัดที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยเพื่อเป็นส่วนสนับสนุนการดูแลสุขภาพด้วยการพัฒนาการประเมินภาวะโภชนาการสำหรับกลุ่มผู้ป่วยสำคัญ (อาจดำเนินการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง) สื่อสารผลการประเมินและเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยโดยนัก โภชนาการ/นักกำหนดอาหาร จัดบริการโภชนบำบัดที่เหมาะสมและ</p>	<p>2. พัฒนาระบบการจัดบริการโภชนบำบัดที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วย</p> <p>2.1 พัฒนาการประเมินภาวะโภชนาการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพสำหรับกลุ่มผู้ป่วยสำคัญ เช่น เบาหวาน โรคไต</p> <p>2.2 พัฒนาการเข้าถึงข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยโดยนักโภชนาการ/นักกำหนดอาหาร</p>	<p>- อัตราการเกิดภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ</p>	<p>ม.ค.62-ก.ย.62</p>	<p>PCT</p>

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
<p>ติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง</p> <p>-ควรส่งเสริมให้สหสาขาวิชาชีพ มีการประเมินและการประเมินซ้ำ เกี่ยวกับอาการและการตอบสนองต่อความต้องการด้านต่าง ๆ อย่างครอบคลุมและเหมาะสมแต่ละราย รวมทั้งการส่งเสริมความรู้ต่อเนื่องถึงผู้ดูแลในชุมชน</p> <p>เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองและการจัดการการเจ็บป่วยอย่างเหมาะสม</p> <p>-ควรทบทวนและส่งเสริมความรู้และทักษะการประเมินของพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ในกาประเมินระดับ pain การประเมินซ้ำ การจัดการกับความเจ็บปวดการประเมินประสิทธิภาพการจัดการต่อความเจ็บปวดอย่างเป็นระบบมากขึ้น ในผู้ป่วยทุกกลุ่มที่กำหนด</p> <p>-ควรส่งเสริมให้มีการประเมินผู้ป่วยก่อนการรักษาย่างเหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและประเมินผลการรักษาหลักการให้การบำบัด ฟันฟูสภาพอย่าเหมาะสมครอบคลุมในกลุ่มผู้ป่วยสำคัญในสาขาต่าง ๆ ของโรงพยาบาล รวมทั้งประสานข้อมูลผลการฟันฟูสภาพในกลุ่มผู้ป่วยสำคัญ ของ</p>	<p>3. พัฒนาการประเมินและการประเมินซ้ำเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยให้ถูกต้องและเหมาะสม</p> <p>4. พัฒนาการประเมินระดับ Pain, การประเมินซ้ำ และการจัดการความปวด</p> <p>4.1 พัฒนาคำความรู้</p> <p>4.2 จัดวางระบบแนวทางการจัดการความเจ็บปวดในกลุ่มผู้ป่วยทุกกลุ่มที่กำหนด</p> <p>5. พัฒนาการประเมินผู้ป่วยก่อนการรักษาย่างเหมาะสม</p> <p>5.1 วิเคราะห์ปัญหาภาวะแทรกซ้อน, ผลการรักษาในกลุ่มโรคสำคัญในสาขาต่างๆ ของโรงพยาบาล</p> <p>5.2 ปรับปรุงระบบการวางแผนดูแลผู้ป่วยตามปัญหาที่พบ</p>	<p>- อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติในผู้ป่วยระยะสุดท้าย</p> <p>- อัตราการให้ยาเพื่อจัดการความเจ็บปวดที่เหมาะสม</p> <p>- อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยในกลุ่มโรคสำคัญ</p>	<p>ม.ค.62-ก.ย.62</p> <p>ม.ค.62-ก.ย.62</p> <p>ม.ค.62-ก.ย.62</p>	<p>-PCT -คณะกรรมการ EOL</p> <p>-PCT -คณะกรรมการ Pain Management</p> <p>-PCT -NSO</p>

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
<p>โรงพยาบาลกับทีม PCT ต่าง ๆ เพื่อใช้ในการติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถติดตามผล</p> <p>-การดำเนินการของทีมดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ควรวางระบบ ประเมินผลลัพธ์การจัดการสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่ชัดเจนมากขึ้น จำแนกกลุ่มที่ดูแลในคลินิกโดยรวมและผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาในแต่ละวิธีและเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติมากขึ้น</p> <p>ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการดูแลตนเอง ส่งเสริมให้ทีมดูแลกำหนดกิจกรรมการเรียนรู้และพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างเหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ บันทึกผล ประเมินการรับรู้ความเข้าใจและความสามารถในการปฏิบัติของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อทีมดูแลผู้ป่วยนำมากำกับติดตามปรับปรุงแก้ไขอย่างต่อเนื่องในรูปแบบการให้ข้อมูลผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรคต่อไป</p>	<p>6. พัฒนาศูนย์โรคไต</p> <p>6.1 ทบทวนวิเคราะห์ปัญหาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคไต</p> <p>6.2 พัฒนาการ Empowerment แก่ผู้ป่วยโรคไต และญาติให้ครอบคลุมและเหมาะสม</p>	<p>- อัตราการเกิดภาวะ Hyperkalemia *กลุ่ม CKD,ESRD ที่ HD, ESRD ที่ CAPD</p> <p>- อัตราการเกิดภาวะ Volume Overload *กลุ่ม CKD,ESRD ที่ HD, ESRD ที่ CAPD</p>	<p>ม.ค.62-ก.ย.62</p>	<p>-PCT MED</p>

แผนพัฒนาคุณภาพ ปี 2562 ตามข้อเสนอแนะจากการเยี่ยมชมสำรวจ Re-accreditation วันที่ 24 - 25 กรกฎาคม 2561

ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน

III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตัวชี้วัด	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
<p>ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีส่วนร่วมในการ กำหนดแผนการดูแลตนเอง ส่งเสริมให้ทีมดูแลกำหนด กิจกรรมการเรียนรู้และพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการ ดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับ ปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ บันทึกผลประเมินการ ได้รับความเข้าใจและความสามารถในการปฏิบัติของ ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อทีมดูแลผู้ป่วยนำมากำกับ ติดตามปรับปรุงแก้ไขอย่างต่อเนื่องในรูปแบบการให้ ข้อมูลผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรคต่อไป</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. วิเคราะห์ปัญหาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยกลุ่ม โรคสำคัญ (HF, มะเร็งนิวโรซ) (จากข้อมูลปัญหาที่มา F/U ที่ OPD และ readmit) 2. พัฒนาตามปัญหาที่พบในแต่ละโรค (พัฒนาศักยภาพ เจ้าหน้าที่, กระบวนการให้ข้อมูลเสริมพลัง, การประสาน ทีมในการให้ข้อมูลเสริมพลัง) 3. มีการประเมินซ้ำหลังให้ข้อมูลเสริมพลัง ปรับแผน กิจกรรมให้ข้อมูลเสริมพลัง 4. ติดตามผลการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว 5. กำหนดเกณฑ์ criteria ในการส่งปรึกษาพยาบาลที่ทำ หน้าที่ให้ความรู้เสริมทักษะที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วยและ ครอบครัว ทุกหน่วยงาน 6. พัฒนาศักยภาพของพยาบาลที่ทำหน้าที่ให้ความรู้เสริม ทักษะที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว 	<p>อัตราผู้ป่วย/ผู้ดูแลมี ความรู้ และสามารถดูแล ตนเองได้ (ตามกลุ่มโรค สำคัญ)</p>	<p>ม.ค.62-ก.ย.62</p>	<p>PCT</p>

แผนพัฒนาคุณภาพ ปี 2562 ตามข้อเสนอแนะจากการเยี่ยมชมสำรวจ Re-accreditation วันที่ 24 - 25 กรกฎาคม 2561

ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน

III-6 การดูแลต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
<p>ควรมีการประเมินการดูแลต่อเนื่องในภาพรวมของแต่ละ PCT เพื่อให้เห็นสถานการณ์จริงของระบบการดูแลต่อเนื่องที่ครอบคลุม ตั้งแต่ผู้ป่วยในระบบนัดหมาย ระบบส่งต่อไปรักษา ต่อเนื่องที่สถานพยาบาลที่มีการส่งกลับ และการนำผลการดูแลต่อเนื่องมาสรุปภาพรวมปัญหาและคืนให้หน่วยงานในโรงพยาบาลเพื่อนำไปปรับปรุงระบบการเตรียมจำหน่ายและเตรียมพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวต่อไป</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. วิเคราะห์ปัญหาการดูแลต่อเนื่องในกลุ่มผู้ป่วย Readmit, ผลการตอบกลับของทีมเยี่ยมบ้าน 2. ออกแบบกระบวนการเพื่อแก้ปัญหาการดูแลต่อเนื่อง <ol style="list-style-type: none"> 2.1 การสื่อสารข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ ตัวอย่าง action plan Nurse case manager, ปรับปรุงแบบ form รายโรค, Guideline รายโรค, 2.2 การประสานความร่วมมือในการดูแลต่อเนื่อง ระหว่าง IPD OPD และงานเวชศาสตร์ครอบครัว 2.3 การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการเตรียมการจำหน่ายผู้ป่วย 3. กำกับติดตามตัวชี้วัด 	<p>-อัตราการ readmit ในกลุ่มโรคสำคัญ</p>	<p>ม.ค.62-ก.ย.62</p>	<p>PCT</p>

แผนพัฒนาคุณภาพ ปี 2562 ตามข้อเสนอแนะจากการเยี่ยมชมสำรวจ Re-accreditation วันที่ 24 - 25 กรกฎาคม 2561

ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน

IV ผลการดำเนินงาน

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
<p>IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ :</p> <p>ควรทบทวนความครบถ้วนของการคัดเลือก KPI ในแต่ละมิติคุณภาพที่ตรงประเด็นในภาพใหญ่ขององค์กร ไม่ต้องใส่มาทุก KPI ในแต่ละโรคและควรใช้ประโยชน์จากการติดตามตัววัดอย่างสม่ำเสมอ วิเคราะห์สถานการณ์โดยใช้ประโยชน์ จาก Run chart, Control chart มากขึ้น เพื่อบ่งชี้ปัจจัยที่ส่งผลการผลลัพธ์กล่าวเพื่อหาโอกาสพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ</p> <p>ควรทบทวนความครบถ้วนของการคัดเลือก KPI ในหมวดนี้ครอบคลุมไปถึงกระบวนการสำคัญต่าง ๆ ที่ส่งผลการผ่าตัดไม่ปลอดภัย และการระงับความรู้สึกที่ไม่ปลอดภัยเพิ่มเติม และควรใช้ประโยชน์จากการติดตามตัววัดอย่างสม่ำเสมอ วิเคราะห์สถานการณ์โดยใช้ประโยชน์จาก Run chart, Control chart มากขึ้น เพื่อบ่งชี้ปัจจัยที่ส่งผลการผลลัพธ์กล่าวเพื่อหาโอกาสพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ</p> <p>ควรทบทวนความครบถ้วนของการคัดเลือก KPI ในหมวดนี้ครอบคลุมไปถึงกระบวนการสำคัญต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อติดเชื้อในโรงพยาบาล และประเมินประสิทธิภาพการล้างมือ และควรใช้ประโยชน์จากการติดตามตัววัดอย่างสม่ำเสมอ วิเคราะห์สถานการณ์โดยใช้ประโยชน์จาก Run chart, Control chart มากขึ้น เพื่อบ่งชี้ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ดังกล่าวเพื่อหาโอกาสพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ</p> <p>ควรทบทวนความครบถ้วนของการคัดเลือก KPI ในหมวดนี้ครอบคลุมไปถึงยาในแต่ละกลุ่มที่กำหนดนโยบายการจัดการไว้ เช่น</p>	<p>1. โครงการอบรมหน่วยงาน PCT และผู้รับผิดชอบ Patient safety goal เพื่อคัดเลือก KPI ในแต่ละมิติคุณภาพ</p> <p>2. หน่วยงานคัดเลือก KPI ตรงตามมิติคุณภาพ</p> <p>3. รวบรวมตัวชี้วัด ทำ Risk register ของแต่ละหน่วยงาน</p> <p>4. นำตัวชี้วัดมา monitor โดยใช้ Run chart/ Control chart</p> <p>5. คัดเลือกตัวชี้วัดที่สำคัญเพื่อนำเสนอแก่กรรมการบริหาร ดำเนินงาน อำนวยการ</p>	<p>- มี risk register</p> <p>- ร้อยละของ KPI ที่ monitor ด้วย run/control chart</p>	<p>กพ - มีค 2562</p> <p>มีค 2562 เมย 2562</p> <p>เมย - ตค 2562</p> <p>เมย - ตค 2562</p>	<p>- ศูนย์คุณภาพ, ทีมนำ, งานนโยบายและแผน, คณะกรรมการ IM,</p> <p>คณะกรรมการ PCT,</p> <p>คณะกรรมการ PSG</p>

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตัวชี้วัด	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
<p>ยาเสี่ยงสูง Med reconciliation, ADE,ADR และควรใช้ประโยชน์จากการติดตามตัววัดอย่างสม่ำเสมอ วิเคราะห์สถานการณ์โดยใช้ประโยชน์จาก Run, chart, Control chart มากขึ้น เพื่อป้องกันปัจจัยที่ส่งผลการผลลัพธ์ดังกล่าวเพื่อหาโอกาสพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ</p> <p>ควรทบทวนความครบถ้วนของการคัดเลือก KPI ในหมวดนี้ครอบคลุมไปถึงกระบวนการสำคัญต่าง ๆ ที่ส่งผลการวินิจฉัยโรคกระบวนการของ Lab, กระบวนการดูแลอื่น ๆ อีกที่มีโอกาสไม่ปลอดภัย เช่น การระบุตัวผู้ป่วย และควรใช้ประโยชน์จากการติดตามตัววัดอย่างสม่ำเสมอ วิเคราะห์สถานการณ์โดยใช้ประโยชน์จาก Run chart, Control chart มากขึ้น เพื่อป้องกันปัจจัยที่ส่งผลการผลลัพธ์ดังกล่าวเพื่อหาโอกาสพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ</p> <p>ควรทบทวนความครบถ้วนของการคัดเลือก KPI ในหมวดนี้ครอบคลุมไปถึง line, Tube ในกลุ่มอื่น ๆ นอกเหนือจาก ET-Tube เลื่อนหลุด และควรใช้ประโยชน์จากการติดตามตัววัดอย่างสม่ำเสมอ วิเคราะห์สถานการณ์โดยใช้ประโยชน์จาก Run chart, Control chart มากขึ้น เพื่อป้องกันปัจจัยที่ส่งผลการผลลัพธ์ดังกล่าวเพื่อหาโอกาสพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ</p> <p>ควรทบทวนความครบถ้วนของการคัดเลือก KPI ในหมวดนี้ครอบคลุมไปถึงกระบวนการสำคัญต่าง ๆ ที่ส่งผลการประเมินโอกาสเกิดภาวะฉุกเฉินได้ทันเวลาเพื่อการรายงานแพทย์ และควรใช้ประโยชน์จากการติดตามตัววัดอย่างสม่ำเสมอวิเคราะห์สถานการณ์โดยใช้ประโยชน์จาก Run chart, Control chart มากขึ้น เพื่อป้องกันปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ดังกล่าวเพื่อหาโอกาสพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ</p>				

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตัวชี้วัด	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
<p>IV-3 ผลด้านกำลังคน : ควรทบทวนความครบถ้วนของการคัดเลือก KPI ในหมวดนี้ ครอบคลุมไปถึงการสร้างเสริมสุขภาพบุคลากร (โรงพยาบาลเอาไป รวมที่หมวดผู้ป่วย) และควรใช้ประโยชน์จากการติดตามตัววัดอย่าง สม่ำเสมอ วิเคราะห์สถานการณ์โดยใช้ประโยชน์จาก Run chart, Control chart มากขึ้น เพื่อบ่งชี้ปัจจัยที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ดังกล่าว เพื่อหาโอกาสพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ</p>	<p>1. วิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้บุคลากรที่มีสุขภาพ อยู่ในกลุ่มปกติเปลี่ยนมาเป็นกลุ่มเสี่ยง 2. จัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความรู้ ความ เข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเอง ให้มีสุขภาพดี ติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>1. กลุ่ม BMI เกิน 25 ประสบความสำเร็จใน การปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ ระยะ 6 เดือน</p>	<p>1 ครั้ง/ปี</p>	<p>ฝ่ายทรัพยากร บุคคล, สาขาวิชาเวช ศาสตร์ครอบครัว ,IC</p>
<p>IV-4 ผลด้านการนำ : ควรทบทวนการใช้ประโยชน์จากการติดตาม ตัวชี้วัดอย่างสม่ำเสมอ วิเคราะห์สถานการณ์โดยใช้ประโยชน์จาก Run chart, Control chart มากขึ้น เพื่อบ่งชี้ปัจจัยที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ดังกล่าวเพื่อหา โอกาสพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ ควรทบทวนความครบถ้วนของการคัดเลือก KPI ในหมวดนี้ให้ ครอบคลุมไปถึงการสร้างเสริมสุขภาพบุคลากร (โรงพยาบาลเอาไป รวมที่หมวดผู้ป่วย) และควรใช้ประโยชน์จากการติดตามตัววัดอย่าง สม่ำเสมอ วิเคราะห์สถานการณ์โดยประโยชน์จาก Run chart, Control chart มากขึ้น เพื่อบ่งชี้ปัจจัยที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ดังกล่าว เพื่อหาโอกาสพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ</p>	<p>ทีมงานมีการคัดเลือกตัวชี้วัดตามแผน ยุทธศาสตร์ โดยแบ่งระดับของตัวชี้วัดเป็น 3 ระดับและให้ครอบคลุมมิติคุณภาพ ทั้งหมดมีการกำหนดบทบาทผู้รับผิดชอบ และได้วิเคราะห์ผลลัพธ์เพื่อให้เห็นแนวโน้ม โดยใช้ Run chart, Control chart และมี การรายงานผลลัพธ์ / แนวโน้ม / ปัญหาใน คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลและ คณะกรรมการดำเนินงาน ศปช ทุกไตรมาส</p>	<p>การบรรลุเป้าหมาย ของตัวชี้วัดมากกว่า ร้อยละ 70</p>	<p>มี.ค. 62 (ครั้งที่ 1) มิ.ย. 62 (ครั้งที่ 2) ก.ย. 62 (ครั้งที่ 3) ธ.ค. 62 (ครั้งที่ 4)</p>	<p>งานนโยบายและ แผน</p>
<p>IV-6 ผลด้านการเงิน : ควรทบทวนความครบถ้วนของการคัดเลือก KPI ในหมวดนี้ให้ ครอบคลุมไปถึงการสร้างเสริมสุขภาพบุคลากร(โรงพยาบาลเอาไป รวมที่หมวดผู้ป่วย)และควรใช้ประโยชน์จากการติดตามตัววัดอย่าง สม่ำเสมอ วิเคราะห์สถานการณ์โดยใช้ประโยชน์จาก Run chart, Control chart มากขึ้น เพื่อบ่งชี้ปัจจัยที่ส่งผลกับผลลัพธ์ดังกล่าว เพื่อหาโอกาสพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ</p>	<p>1. โครงการอบรมหน่วยงานเพื่อคัดเลือก KPI ในแต่ละมิติคุณภาพ 2. หน่วยงานคัดเลือก KPI ตรงตามมิติ คุณภาพ 3. รวบรวมตัวชี้วัด ทำ Risk register ของ แต่ละหน่วยงาน</p>	<p>- มี risk register - ร้อยละของ KPI ที่ monitor ด้วย Run chart/ Control chart</p>	<p>กพ - มีค 2562 มีค 2562 เมย 2562 เมย - ตค 2562</p>	<p>- การเงิน, HR , เวชศาสตร์ ครอบครัว</p>

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตัวชี้วัด	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
	4. นำตัวชี้วัดมา monitor โดยใช้ Run chart/ Control chart 5. คัดเลือกตัวชี้วัดที่สำคัญเพื่อนำเสนอแก่ คณะกรรมการบริหาร ดำเนินงาน อำนวยการ		เมย - ตค 2562	
Clinical Tracer : ควรมีการใช้ประโยชน์จากการติดตามตัววัดที่กำหนดให้ได้สม่ำเสมอ โดยประโยชน์จาก Run chart, Control chart มากขึ้น เพื่อบ่งชี้ ปัจจัยที่ส่งผลการผลลัพธ์ดังกล่าวเพื่อหาโอกาสพัฒนาอย่าง สม่ำเสมอ	1. โครงการอบรมหน่วยงานเพื่อคัดเลือก KPI ในแต่ละมิติคุณภาพ 2. หน่วยงานคัดเลือก KPI ตรงตามมิติ คุณภาพ 3. รวบรวมตัวชี้วัด ทำ Risk register ของ แต่ละหน่วยงาน 4. นำตัวชี้วัดมา monitor โดยใช้ Run chart / Control chart 5. คัดเลือกตัวชี้วัดที่สำคัญเพื่อนำเสนอแก่ คณะกรรมการบริหาร ดำเนินงาน อำนวยการ	- มี risk register - ร้อยละของ KPI ที่ monitor ด้วย Run chart/ Control chart	กพ - มีค 2562 มีค 2562 เมย 2562 เมย - ตค 2562 เมย - ตค 2562	- PCT