



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
รายงานการจัดทำแผนการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	จังหวัด ขอนแก่น	จำนวนเตียง 250	ระดับขั้นการพัฒนา
วันที่รับรอง 29 ม.ค. 2565	วันหมดอายุการรับรอง 28 ม.ค. 2568		R2

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายใน การติดตาม
ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร					
I- 1 การนำ	1. เชื่อมโยง เพื่อให้ประเด็นการดำเนินงานของเชื่อมโยงเกิดผลสำเร็จตามเจตนารมณ์ในกรอบเวลาที่กำหนด ซึ่งโดยทั่วไปกำหนดไว้ 1 ปีนั้น ควรส่งเสริมการกำหนดเป้าหมาย ตัวชี้วัดซึ่งอาจจะ เป็น Output หรือ Outcome และการออกแบบกระบวนการดำเนินงานที่ชัดเจนก่อนดำเนินการ เพื่อถ่ายทอดต่อผู้ปฏิบัติ ให้	1.ประชุมทีมงานเพื่อทบทวนเชื่อมโยงในการพัฒนาให้มีความชัดเจนเป็นรูปธรรม 2.กำหนดเป้าหมาย ตัวชี้วัดและกระบวนการดำเนินงานโดยใช้แนวคิด 3 P 3.ถ่ายทอดเชื่อมโยงไปสู่การปฏิบัติโดย1)ประชุมสื่อสารหัวหน้ากลุ่มงาน2)การจัดทำเป็น infographic ที่มีการใช้ภาษาเข้าใจง่าย	เดือน มีนาคม 2566 เดือนมีนาคม 2566	ทีมงาน ทีมงาน ทีมงาน	-มีเชื่อมโยง/เป้าหมาย/กระบวนการ/ตัวชี้วัดที่มีความสอดคล้องและที่ทิศทางที่ชัดเจน -มี infographic ที่ใช้สื่อสารกับบุคลากรทุกระดับครอบคลุมเชื่อมโยงที่กำหนด

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนารพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
	ดำเนินงานอย่างได้ผลภายในเวลาที่กำหนด		เดือนเมษายน 2566		
	2. การกำกับทางคลินิก เพื่อให้การกำกับทางคลินิกมีความครอบคลุมทุกส่วนการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องหรือส่งผลทางคลินิก เช่น การทบทวนการดูแลผู้ป่วย การตรวจสอบทางคลินิก ผลสัมฤทธิ์การดูแลผู้ป่วย การวิจัยพัฒนา การศึกษา การฝึกอบรมของผู้ประกอบวิชาชีพ ควรทบทวนให้เป็นทีมที่มีอำนาจในการกำกับที่เหมาะสม เช่น ทีมนำคุณภาพ ที่ผู้อำนวยการเป็นประธาน ควรประชุมในการกำกับติดตามอย่างสม่ำเสมอด้วยความถี่ที่เหมาะสม ทั้งนี้ เพื่อสร้าง	กำหนดให้ทีมนำเป็นทีมที่มีอำนาจในการกำกับทางคลินิก โดยกำหนดให้มีการประชุมกำกับติดตามการดำเนินงานทางคลินิก ทุก 1 เดือน เพื่อนำข้อมูลความก้าวหน้าและปัญหาอุปสรรคนำเสนอแก่คณะกรรมการบริหารเพื่อพิจารณาส่งเสริม/สนับสนุน	เดือนมีนาคม 2566	ทีมนำ	-มีการติดตามผลการดำเนินงานทางคลินิกที่สำคัญในการประชุมทีมนำทุกครั้งและนำผลการติดตามและปัญหาอุปสรรครายงานคณะกรรมการบริหารเพื่อขอรับการสนับสนุน//แก้ไขปัญหาคือทุกเดือน

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
	หลักประกันผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพสูง				
	<p>คำแนะนำ (Suggestion)</p> <p>ประเด็นทางจริยธรรมที่ยุ่ยากต่อการตัดสินใจ (ethical dilemma) ควรทบทวนประเด็นต่างๆ ทั้ง 11 ประเด็นที่โรงพยาบาลระบุไว้ว่าสอดคล้องกับความหมาย ethicaldilemma ที่ว่า “เป็นประเด็นการให้การรักษาที่ขัดกับความประสงค์ผู้ป่วย” หรือไม่เพียงใด มีประเด็นอื่นอีกหรือไม่สู่การร่วมกันพิจารณา เพื่อหาวิธีการหรือกลไกรองรับ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติหน้างานสามารถจัดการกับประเด็น ethical dilemma ได้อย่างเหมาะสม</p>	<p>1.ทบทวนและปรับปรุงประเด็นทางจริยธรรมที่ยุ่ยากต่อการตัดสินใจ (ethical dilemma) ทั้ง 11 ประเด็นให้เป็นปัจจุบันและสอดคล้องกับบริบท</p> <p>2.กำหนดกลไกรองรับให้มีความชัดเจนและจัดทำเป็นแนวปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษร พร้อมทั้งประกาศใช้</p> <p>3.สื่อสารแก่ผู้ปฏิบัติผ่านช่องทางต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจและปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง</p>	<p>เมษายน 2566</p> <p>เมษายน 2566</p> <p>เมษายน 2566</p>	<p>ที่มนำและคณะกรรมการ PCT</p> <p>ที่มนำและคณะกรรมการ PCT</p> <p>ที่มนำและคณะกรรมการ PCT</p>	<p>-มีแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับประเด็นทางจริยธรรมที่ยุ่ยากต่อการตัดสินใจ (ethical dilemma)</p>
I-2 กลยุทธ์	ในการนำเข้าสู่ข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการจัดการทำแผนกลยุทธ์ ควรเพิ่มการ	1.จัดประชุมทบทวนแผนกลยุทธ์โดยนำเข้าสู่ข้อมูลตัวชี้วัดของทีมคล่อมสายงานต่างๆ เช่น ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบดูแล	19-22 ก.ย.65	- กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน	-มีแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาล

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนารพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
	<p>วิเคราะห์ให้รอบด้าน โดยเฉพาะข้อมูลตัวชี้วัดการดำเนินงานของทีมคร่อมสายงานต่างๆ ที่ต้องเร่งรัดให้เกิดความก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว เพื่อบรรลุในแผนกลยุทธ์ เช่น drug reconciliation ของทีม PTC ในผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่จะนำไปขับเคลื่อนความก้าวหน้าในแต่ละปีของแผนกลยุทธ์อย่างน้อยเพียงใด</p> <p>คำแนะนำ (Suggestion) ควรใช้กลไกของทีมกำกับทางคลินิกในการกำกับติดตาม</p>	<p>ผู้ป่วยจิตเวชยุ่งยากซับซ้อน , ร้อยละผู้ป่วยจิตเวชยุ่งยากซับซ้อนที่เสี่ยงต่อความรุนแรง (SMIV) ไม่ก่อความรุนแรงภายใน 1 ปี ฯลฯ วิเคราะห์และจัดทำแผนทรัพยากรที่จำเป็นให้เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการ ทั้งเรื่องบุคลากร เครื่องมืออุปกรณ์ และงบประมาณ</p> <p>2.กำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญและผู้รับผิดชอบ</p> <p>3.ปรับปรุงระบบการติดตามตัวชี้วัด</p> <p>4.ประชุมสื่อสาร ชี้แจง</p> <p>5.ถ่ายโอนตัวชี้วัดแก่ผู้รับผิดชอบและผู้ที่เกี่ยวข้อง</p> <p>6.ประเมินผลและปรับแผนกลยุทธ์</p> <p>7.กำหนดการกำกับ ติดตามตัวชี้วัดที่สำคัญโดยใช้กลไกการติดตามผ่านการประชุมทบทวนโดยฝ่ายบริหาร หรือทีมนำ เพื่อมีการแลกเปลี่ยน</p>	<p>ก.ย.-ต.ค.65</p> <p>พ.ย.65</p> <p>ธ.ค.65</p> <p>ม.ค.66</p> <p>ทุก 6 เดือน</p> <p>ทุก 1 เดือน</p> <p>ม.ค.66</p>	<p>(คณะกรรมการบริหาร รพ.)</p> <p>- คณะกรรมการบริหาร รพ.</p> <p>- กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน</p> <p>- กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล</p> <p>- กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน</p> <p>(คณะกรรมการบริหาร รพ.)</p> <p>- ทีมนำ</p> <p>กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน</p>	<p>- มีตัวชี้วัดสำคัญและผู้รับผิดชอบ</p> <p>- เอกสาร MOU</p> <p>- มีรายงานการทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้นในประชุมทีมนำ</p>

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
	<p>ตัวชี้วัดและการสนับสนุนทรัพยากร รวมทั้งการแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่าง ดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตัวชี้วัด ที่ตั้งไว้ นอกจากนี้การตั้งชื่อ KPI ควรมีความหมาย เฉพาะเจาะจงและมีความ ชัดเจนในตัว เช่น ในกรณี ร้อยละของประชาชนมีความ รอบรู้ด้านสุขภาพจิตและมี พฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึง ประสงค์ ซึ่งมี 2 ประเด็นใน ตัวชี้วัดเดียวกัน</p>	<p>ข้อมูล การวิเคราะห์ปัญหา และหาแนวทาง แก้ปัญหาร่วมกัน 8. ทบทวนตัวชี้วัดที่สำคัญให้มีความชัดเจนและ จัดทำคำอธิบายตัวชี้วัด (Template)</p>			<p>- คู่มือคำอธิบายตัวชี้วัด</p>
<p>I- 3 ผู้ป่วย / ผู้รับ ผลงาน</p>	<p>คำแนะนำ (Suggestion) เพื่อให้การวิเคราะห์ ความ ต้องการจากกลุ่มต่างๆ ที่ โรงพยาบาลแบ่งกลุ่มไว้ (กลุ่ม ผู้ป่วย ผู้รับผลงานสำคัญ / ผู้รับผลงานอื่นๆ รวมทั้งผู้มี ส่วนได้ ส่วนเสีย) ได้ใช้ ประโยชน์และมีการตอบสนอง อย่างมีคุณค่า ควรส่งเสริม</p>	<p>1. ประชุมผู้เกี่ยวข้องเพื่อนำผลการวิเคราะห์ ความต้องการของผู้ป่วย และผู้รับผลงานมา จัดลำดับความสำคัญและวางแผนการพัฒนา เพื่อตอบสนอง 2. สื่อสารแผนการพัฒนาแก่ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ</p>	<p>ธันวาคม 2565 มกราคม 2566</p>	<p>ทีมนำและ กลุ่มภารกิจ การพยาบาล ทีมนำ</p>	<p>- มีแผนการตอบสนองต่อ ความต้องการของผู้ป่วย และผู้รับผลงาน</p>

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนารพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
	แสดงให้เห็นประเด็น การตอบสนองที่สำคัญ รวมทั้งผลลัพธ์ การตอบสนองที่เกิดขึ้น เพื่อโรงพยาบาลใช้เป็นฐานในการพัฒนาให้ก้าวหน้ามากขึ้น	3.กำกับติดตามผลการดำเนินงานตามแผนทุก 3 เดือน	มีค.,มีย.และกย. 66	ทีมนำ	-มีสรุปผลการดำเนินงานตามแผน
I-4 การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้	1.การวัดและวิเคราะห์ เพื่อให้การกำหนดหรือคัดเลือกตัวชี้วัดเป็นไปอย่างเหมาะสม ทั้งในส่วนของผลลัพธ์ขององค์กร (ตอน 4) ตัวชี้วัดในแผนกลยุทธ์ คณะกรรมการกำกับทางคลินิกควรคัดเลือกตัวชี้วัดในปริมาณที่เหมาะสม ครอบคลุมในประเด็นสำคัญ มีการตั้งเป้าหมายตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับข้อเท็จจริง (เช่น ในกรณีการตั้งเป้าหมาย medication error เป็น 0 ซึ่งไม่สะท้อนข้อเท็จจริง) รวมทั้งมีการกำกับการวิเคราะห์	1. ทบทวนและคัดเลือกตัวชี้วัดตามพันธกิจ 2. กำหนดคณะทำงานรับผิดชอบการวิเคราะห์ตัวชี้วัดตาม KPI template ของแต่ละตัวชี้วัด 3. กำหนดเป้าหมายในการกำกับการวิเคราะห์ตัวชี้วัดที่คัดเลือก ได้แก่ การตั้งค่าเป้าหมาย การปรับปรุงค่าเป้าหมาย ระยะเวลา ความถี่ของการเก็บรวบรวมข้อมูลนำเข้า 4. วิเคราะห์ผลการกำกับการวิเคราะห์ตัวชี้วัด นำเสนอ/แสดงผลข้อมูลการกำกับการวิเคราะห์ตัวชี้วัดเพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องนำไปใช้ประโยชน์ ได้แก่ ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่บรรลุเป้าหมาย/ไม่บรรลุเป้าหมาย ปัญหาอุปสรรค การแก้ไข การปรับปรุง	ม.ค.-ก.พ. 2566 ม.ค.-ก.พ. 2566 ม.ค.-ก.พ. 2567 มี.ค. และ ก.ย. 2566	- ค.สารสนเทศฯ - ค. ทีมนำคุณภาพ - ค. ทีมนำคุณภาพ หน่วยงานที่รับผิดชอบตัวชี้วัด	-มีตัวชี้วัดตามความจำเป็น -ค่าเป้าหมายสอดคล้องกับข้อเท็จจริง/มาตรฐาน -ร้อยละของตัวชี้วัดครบถ้วน ถูกต้องทันเวลา -มี Dashboard แสดงผล

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
	<p>ตัวชี้วัดดังกล่าวให้เกิดประโยชน์ต่อการเรียนรู้ของทีมหรือผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด เพื่อนำสู่การพัฒนาความก้าวหน้าของตัวชี้วัดที่ตรงตามเหตุปัจจัย เห็นรูปธรรมที่พัฒนาอย่างต่อเนื่อง (continuous quality improvement) ตลอดในแต่ละปี</p>	<p>ตัวชี้วัด การนำไปใช้ประโยชน์ และองค์ความรู้ที่เกิดจากการดำเนินการตามตัวชี้วัด ต่อคณะกรรมการบริหาร/ทีม</p>			
	<p>คุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ การจัดการระบบสารสนเทศ ควรส่งเสริมการค้นหาความต้องการด้านข้อมูลสารสนเทศในเชิงรุกทั้งชุดข้อมูลสารสนเทศพื้นฐานที่จำเป็น ชุดข้อมูลสารสนเทศอื่นๆทั้งในระดับหน่วยงานและทีมต่างๆ ควรส่งเสริมพัฒนาโปรแกรมระบบการแจ้งเตือนการเกิด DI ให้ครอบคลุมทุกรายการ ตามที่กำหนดไว้เพื่อให้เกิดความ</p>	<p>1. การพัฒนาระบบสนับสนุนข้อมูลเครือข่ายจิตเวช การพัฒนาเพื่อให้ไปสู่ excellence database of prevention suicide</p> <p>ขณะนี้ โรงพยาบาลได้พัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับคัดกรองและประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และอยู่ระหว่างการปรับปรุงระบบสารสนเทศเพื่อติดตามเฝ้าระวังป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ด้วยนวัตกรรม Mobile Application “SRA” ข้อมูลที่ได้นี้ครอบคลุมเหตุปัจจัยการ ฆ่าตัวตาย ความยุ่งยาก ซ้ำซ้อน แปรผันตาม</p>	<p>3 เดือน (ก.พ.-เม.ย. 66)</p>	<p>ศูนย์เฝ้าระวังป้องกัน การฆ่าตัวตาย ค. สารสนเทศฯ</p>	<p>Mobile Application “SRA” สามารถใช้งานได้เต็มรูปแบบ</p>

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
	<p>ปลอดภัยต่อการใช้ยา การพัฒนาระบบการเชื่อมโยงข้อมูลการตรวจทางรังสี โปรแกรม application ที่ต้องอาศัยฐานข้อมูลจาก HIS กับระบบ HIS ของโรงพยาบาล การนำโปรแกรมมาช่วยสนับสนุนในการจัดการข้อมูล และการประมวลผลข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นขององค์กร เช่น ฐานข้อมูลเครือข่ายจิตเวช การพัฒนาเพื่อให้ไปสู่ excellence database of prevention suicide ที่ จะนำไปสู่ out put ออกมาเป็นข้อมูลสารสนเทศที่พร้อมใช้งาน ข้อมูลสารสนเทศอื่นๆ รวมทั้งการกำหนดแนวทางแผนรองรับภาวะฉุกเฉินทาง IT ให้มีความชัดเจน เป็นแผนที่มีประสิทธิภาพ และให้เกิดความมั่นใจในการรับมือ นำแผนที่พัฒนาปรับปรุงมาซ่อม</p>	<p>ห้วงเวลา ในระดับจังหวัด ระดับเขตอย่าง ถูกต้อง ครบถ้วน ทันทเวลา ให้สามารถเลือก มาตรการควบคุมป้องกันให้สอดคล้องกับเหตุ ปัจจัย</p> <p>2. การพัฒนาการเชื่อมโยงข้อมูลการตรวจทาง รังสีใน HIS</p> <p>จากการทบทวนพบว่าผู้ป่วยที่ส่งตรวจ ทางรังสี (X-ray) และการตรวจ EKG ไม่ ปรากฏผลการตรวจและการแปลผลที่ เชื่อมโยงข้อมูลใน HIS เนื่องจากช่องทางการ นำข้อมูลการตรวจและการแปลผลไม่ชัดเจน ในการปฏิบัติ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประชุม/ชี้แจงผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ องค์กร แพทย์ โปรแกรมเมอร์ ผู้ดูแลระบบ HIS และผู้ปฏิบัติงานการตรวจทางรังสี - แก้ไขช่องทางและรูปแบบการนำข้อมูล การตรวจและการแปลผลเป็นรูปภาพ หรือภาพสแกน - ติดตามประเมินการปฏิบัติงาน 	<p>ปีงบประมาณ 66 ม.ค.-ก.ย. 66</p> <p>ม.ค.-ก.ย. 66</p> <p>มี.ค. 2566</p>	<p>ค. สารสนเทศฯ</p>	<p>ข้อมูลการตรวจทางรังสี สามารถเชื่อมต่อใน HIS</p>

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนารพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
	<p>รับมือต่อเรื่องทุกปี เพื่อให้ทุกหน่วยงาน มีความพร้อมในการรับมือได้จริง</p>	<p>3. การพัฒนาแผนรองรับภาวะฉุกเฉินทาง IT ให้เกิดความมั่นใจในการรับมือสถานการณ์ฉุกเฉิน</p> <p>จากการทบทวนพบว่าแผนการปฏิบัติรองรับภาวะฉุกเฉินทาง IT ยังไม่ครอบคลุมถึงระดับผู้ปฏิบัติงาน จึงกำหนดแผนพัฒนา ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทบทวนและวิเคราะห์หาเหตุปัจจัย หรือสถานการณ์ฉุกเฉินที่ส่งผลกระทบต่อระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ - จัดทำแผนแก้ไขปัญหาจากสถานการณ์ความไม่แน่นอน และภัยพิบัติที่อาจจะเกิดกับระบบฐานข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (IT Contingency Plan) ให้เป็นปัจจุบันทุกปี โดยให้หน่วยงานภายในร่วมจัดทำแผนแก้ไขปัญหาสถานการณ์ฉุกเฉินของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ 	<p>เม.ย. 66</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ค. สารสนเทศฯ - กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ สุขภาพจิต 	<p>มีคู่มือ/แนวปฏิบัติ กรณีภาวะฉุกเฉินทาง IT</p>

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
		4.จัดให้มีการชี้แจง และซักซ้อมการแก้ไขตามแผนที่กำหนด และปรับปรุงแผนการให้มีประสิทธิภาพ	ป.ค. – ส.ค. 66		
	<p>คำแนะนำ (Suggestion)</p> <p>ความรู้ ขององค์กร ควรส่งเสริมการบ่งชี้ค้นหาความรู้จากผู้ใกล้ชิดเกษียณมาพัฒนากระบวนการการถ่ายทอดความรู้ โดยเฉพาะในความรู้ชนิด tacit knowledge ให้เกิดการถ่ายทอดความรู้ลงสู่กลุ่ม young staff และการนำเทคโนโลยีมาพัฒนาระบบการจัดการความรู้ ทั้งการรวบรวมการจัดเก็บความรู้ที่สำคัญ การพัฒนาให้เกิดการเข้าถึงความรู้ คลังความรู้ที่ทันสมัย</p>	<p>1. จัดโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการถอดบทเรียนจากเหตุการณ์สำคัญเช่น การให้ความช่วยเหลือครอบครัวผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความรุนแรงที่จังหวัดหนองบัวลำภู รวมถึงการประชุมเชิงปฏิบัติการ การถ่ายทอดความรู้จากบุคลากรใกล้ชิดเกษียณ</p> <p>4. ทบทวนการจัดเก็บคลังความรู้ที่มีอยู่เดิม รวมถึงการปรับปรุงให้มีความปลอดภัยเข้าถึงง่าย ใช้ประโยชน์ได้ ระบบการจัดการความรู้</p>	ม.ค.-ก.ย. 66	วิจัย	<p>- มีกระบวนการถอดบทเรียนสำคัญขอองค์กร</p> <p>- องค์กรมีคลังความรู้ที่ทันสมัย</p>
I-5 กำลังคน	1. คณะกรรมการด้านกำลังคน ควรนำผลวิเคราะห์ความเพียงพอของกำลังคน และการพัฒนาสมรรถนะของ	1.วิเคราะห์ความพอเพียงของบุคลากร มีกระบวนการดังนี้	กุมภาพันธ์ – 30 ก.ย. 2566	ก.ทรัพยากรบุคคล ก.ฝึกอบรม คณะกรรมการ HRD	1. รายงานการวิเคราะห์อัตรากำลังตามหลักสากล มาตรฐาน

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนารพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
	<p>กำลังคน ผู้การวางแผนพัฒนา กำหนดทิศทางการ พัฒนาสมรรถนะของกำลังคน ให้มีความชัดเจน รวมทั้ง ข้อมูลด้านอัตรากำลังคนมา ประเมินความเพียงพอเพื่อนำมาสู่การพัฒนาแผนการ จัดสรรและบริหาร อัตรากำลังในกลุ่มวิชาชีพ ต่างๆ ให้สอดคล้องกับ ระบบงานและกระบวนการ การดูแลผู้ป่วยที่ได้ออกแบบไว้</p>	<p>- จัดอบรมการวิเคราะห์ ความพอเพียงของ กำลังคน ของ รพ.จิตเวชฯ โดยวิทยากร ผู้เชี่ยวชาญให้แก่บุคลากร</p> <p>- หัวหน้ากลุ่มงาน วิเคราะห์ความพอเพียงของ บุคลากร</p> <p>- คณะกรรมการ HRD นำผลการวิเคราะห์ อัตรากำลังมาวางแผนกำลังคนให้เพียงพอและ เสนอ กกก.บริหาร เพื่อดำเนินการหาแนวทางการเพิ่มกำลังบุคลากร ที่ขาด ให้พอเพียง ในอนาคต</p> <p>2.การพัฒนาสมรรถนะของบุคลากร</p> <p>- มีการมอบหมาย job description แต่ละ บุคคลให้ชัดเจน</p> <p>- หัวหน้ากลุ่มงานวิเคราะห์ Gap ตาม job description ของแต่ละ บุคคล พร้อมสรุปการวิเคราะห์</p> <p>- คณะกรรมการ HRD กลุ่มงานทรัพยากร บุคคล และกลุ่มงานฝึกอบรม ร่วมกันวิเคราะห์ แผนพัฒนาบุคลากรของแต่ละกลุ่มงานเพื่อนำมารวบรวมเป็น แผนพัฒนาโรงพยาบาล</p> <p>- ดำเนินตามแผนพัฒนาของโรงพยาบาล</p>			<p>2. มีแผนบริหารจัดการ อัตรากำลัง</p> <p>3. อัตรากำลังมีความ เพียงพอ</p>

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนารพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
	<p>2. จากการสัมภาษณ์พบว่าโอกาสความก้าวหน้าทางอาชีพเป็นประเด็นสำคัญต่อการดำรงอยู่ของกำลังคนในหลายกลุ่ม รวมทั้งพบว่าอัตรา กำลังของกำลังคนในกลุ่มใกล้เกษียณอายุเริ่มมีจำนวนสูงขึ้น ควรนำข้อมูลการเกษียณอายุของกำลังคนผลกระทบของปัจจัยการก้าวหน้าทางอาชีพของกำลังคนแต่ละกลุ่มมาจัดทำแผน succession plan ชัดเจน ครอบคลุมทั้งการประเมินการสรรหา กลุ่ม young staff ที่มีศักยภาพ ระบบการพัฒนากระบวนการสร้างการเรียนรู้เพื่อพัฒนาสมรรถนะในกลุ่มดังกล่าวเพื่อทดแทนที่ทันเวลาและมีสมรรถนะที่เหมาะสม</p>	<p>1. จัดทำแผนการสืบทอดตำแหน่ง ในตำแหน่งที่สำคัญๆในโรงพยาบาล เพื่อความต่อเนื่องในการบริหารจัดการคนในองค์กร</p> <p>2. จัดให้มีการถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ของตำแหน่งสำคัญที่กำหนดไว้ เช่น หน.กลุ่มภารกิจ มายัง หน.กลุ่มงาน และผู้อาวุโสของแต่ละตำแหน่งมาถ่ายทอดให้กับคนรุ่นหลัง หรือการเรียนรู้งานเพื่อเตรียมตัวขึ้นสู่ตำแหน่ง</p> <p>หน.กลุ่มภารกิจ มายัง หน.กลุ่มงาน และผู้อาวุโสของแต่ละตำแหน่งมาถ่ายทอดให้กับคนรุ่นหลัง หรือการเรียนรู้งานเพื่อเตรียมตัวขึ้นสู่ตำแหน่ง</p>	<p>กุมภาพันธ์ – 30 ก.ย. 2566</p>	<p>ก.ทรัพยากรบุคคล ก.ฝึกอบรม คณะกรรมการ HRD ก.ทรัพยากรบุคคล คณะกรรมการ HRD</p>	<p>1. มีการพัฒนาตามแผนพัฒนาของโรงพยาบาล</p> <p>1. การบริหารจัดการตำแหน่งได้อย่างต่อเนื่อง</p> <p>2. บุคลากรมีแรงจูงใจในการเตรียมตัวขึ้นสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น</p>

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
I-6การปฏิบัติการ	1. การออกแบบบริการและกระบวนการทำงาน ควรส่งเสริมการใช้ 3P เป็นกรอบการดำเนินงานหรือพัฒนางาน โดยให้ความสำคัญเพิ่มขึ้นในส่วนของเป้าหมาย (purpose) เพื่อสามารถนำไปกำหนดผลลัพธ์การดำเนินงาน (performance) ที่ชัดเจนตรงเป้าหมาย และใช้เป็นค่าผลงานพื้นฐาน เพื่อการต่อยอดการพัฒนาด้วยการออกแบบกระบวนการใหม่ๆ (process) เพื่อให้ผลงานดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง	1.ส่งเสริมการใช้ 3P เป็นกรอบการพัฒนางานผ่านกระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลและการจัดทำ Service profile 2.นำกระบวนการ/กิจกรรม/โครงการที่ได้ออกแบบไว้ไปสู่อำนาจปฏิบัติ 3.มีการกำกับ ติดตามและปรับปรุงเป็นระยะผ่านการประชุมทีมงานและการประชุมแผนฯ 4.ประเมินผล	กย.65 -มค.66 กพ.66 กพ.-มีค 66	ทีมงาน ก.พัฒนาคุณภาพ ก.ยุทธศาสตร์ฯ	
	2. การจัดการนวัตกรรม เพื่อให้เป็นไปตามพันธกิจโรงพยาบาล เป็นไปตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 ที่ว่าส่งเสริมการพัฒนาเทคโนโลยี	1.จัดห้องสำหรับสืบค้นข้อมูลของนักวิจัยเพื่อสนับสนุนในการดำเนินการทำวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้/เทคโนโลยี	เดือน มกราคม 2566	กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต	มีห้องสำหรับค้นคว้าและประชุมปรึกษาประเด็นปัญหาทางการวิจัย

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
	<p>และนวัตกรรม ด้าน สุขภาพจิต และการป้องกัน แก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย ควรส่งเสริมให้เห็นรูปธรรม การส่งเสริมการทำวิจัย CQI นวัตกรรม มีการรวบรวม ผลงานดังกล่าวอย่างเป็น ระบบ และแสดงให้เห็นคุณค่า การนำไปใช้ประโยชน์ หรือมีการอ้างอิงทางวิชาการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผลงานด้านนวัตกรรม</p>	<p>2.กำหนดวันในการประชุมแลกเปลี่ยนประเด็น หรือปรึกษาปัญหาในการทำวิจัยทุกวัน พฤหัสบดีช่วงเวลา 13.00 น.- 16.30 น. ทุก สัปดาห์พร้อมประชาสัมพันธ์บุคลากรทราบ</p> <p>3. จัดเวทีนำเสนอแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่าง นักวิจัย (กลุ่มเป้าหมาย) และพี่เลี้ยงนักวิจัย โดยนำเสนอ(ร่าง) บทความครั้งที่ 1 เพื่อรับฟัง ข้อเสนอแนะ</p> <p>4. เตรียมความพร้อมบทความที่จะตีพิมพ์ และ ฐานข้อมูลที่ดีพิมพ์/ นำเสนอผลงานในเวที วิชาการส่งบทความตีพิมพ์/ นำเสนอผลงานใน เวทีวิชาการระดับชาติและนานาชาติ</p> <p>5. ทบทวนฐานข้อมูลองค์ความรู้/นวัตกรรมที่มี อยู่เดิมของโรงพยาบาลฯและแหล่งฐานข้อมูลที่ เข้าถึงของฐานอื่นๆ</p> <p>6.จัดทำฐานข้อมูลบทความวิชาการ/งานวิจัยให้ เป็นปัจจุบัน</p>	<p>เดือนตุลาคม 2566</p> <p>เดือนกุมภาพันธ์ 2566</p> <p>เดือนกรกฎาคม 2566</p> <p>สิงหาคม 2566</p> <p>ทบทวนให้เป็น ปัจจุบันทุก 1 เดือน</p> <p>เดือนมกราคม 2566</p>	<p>กลุ่มงานวิจัยและ พัฒนาฯ</p> <p>ก.วิจัยและพัฒนาฯ</p> <p>ก.วิจัยและพัฒนาฯ</p> <p>คณะกรรมการการ จัดการข้อมูล เทคโนโลยี</p> <p>ก.วิจัยและพัฒนาฯ</p>	<p>มีรายชื่อนักวิจัยและ หัวข้อในการจัดทำวิจัย ตามประเด็นยุทธศาสตร์ พันธกิจ</p> <p>มีบทความตีพิมพ์ เผยแพร่อย่างน้อย 1 เรื่อง</p> <p>มีฐานข้อมูลที่รวบรวม องค์ความรู้ นวัตกรรม</p>

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
		7. จัดกิจกรรม เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ปี 2566 8. จัดทำฐานข้อมูลการจัดการความรู้(KM, CQI, การทำผลงานวิชาการต่างๆ) 9. ประชาสัมพันธ์แหล่งสืบค้น ฐานข้อมูลสำหรับบุคลากรและผู้ที่เกี่ยวข้องตามมาตรฐานการเผยแพร่	ทบพวนให้เป็นปัจจุบันทุก 1 เดือน เดือนกรกฎาคม 2566	คณะกรรมการการจัดการคลังความรู้ ก.วิจัยและพัฒนาฯ	มีสรุปรายงานการจัดทำโครงการ KM CQI และเผยแพร่ผลงาน
	<p><u>คำแนะนำ (Suggestion)</u> การจัดการห่วงโซ่อุปทาน ควรรวบรวมข้อมูลการว่าจ้าง out source ในแต่ละปีเพื่อมาพัฒนาปรับปรุงระบบการติดตามของการทำงานและส่งมอบผลงานของ supply chain ให้ชัดเจน ตั้งแต่การกำหนดเป้าหมายการส่งมอบ ทั้งคุณภาพของการส่งมอบ และการส่งมอบที่ตรงเวลา ดำเนินการให้มีแนวทางในการ</p>	1. ทีมนำและผู้เกี่ยวข้องนำข้อมูลการว่าจ้าง out source มาร่วมกันทบทวนเพื่อหาโอกาสพัฒนา 2. นำผลการทบทวนมาวิเคราะห์ จัดลำดับและกำหนดแผนการปรับปรุง 3. ดำเนินการตามแผนและกำกับติดตามความก้าวหน้า ทุกไตรมาส 4. รายงานความก้าวหน้าและปัญหาอุปสรรคที่พบในการประชุมทีมนำ	มีนาคม 2566 เมษายน 2566 พค.-กย.66 ทุก 1 เดือน	ทีมนำ ก.พัสดุ และตัวแทนหน่วยงานที่มีการจ้างเหมาบริการ	-มีรายงานผลการทบทวน/แผนการปรับปรุง/รายงานการประเมินผล

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายใน การติดตาม
	ประเมินการส่งมอบให้ ครอบคลุมในทุก supply chain รวมทั้งการกำ หนดแนวทางในการรวบรวม ข้อมูลอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ เกิดจากการส่งมอบเพื่อ ป้อนกลับไปยังผู้ส่งมอบให้ ปรับปรุงกระบวนการส่งมอบ ร่วมกัน				

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล					
II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ	1.การประสานงานและบูรณาการ การทำงานเป็นทีมควรส่งเสริมการใช้เวทีการประชุม การกำกับทางคลินิกที่มีองค์ประชุมร่วมกันของ Key person ของทีมคร่อมสายงานทุกทีมเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน เกิดความเข้าใจงานซึ่งกันและกันและเพื่อเสริมสร้างการทำงานเชื่อมโยง บูรณาการระหว่างทีมคร่อมสายงาน ต่างๆ	ประชุมทีมนำและกำหนดแผนการประชุมการกำกับทางคลินิก เพื่อใช้เป็นช่องทางในการประสานงาน บูรณาการการทำงานเป็นทีม และส่งเสริมการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน โดยกำหนดให้การบริหารความเสี่ยงเป็นวาระสำคัญในการประชุม	มกราคม 2566	ทีมนำ คณะกรรมการ RM	มีแผนและผลการประชุม
	2. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย 2.1. จากจำนวนผู้ป่วยยาเสพติดและผู้ป่วยโรค depression มี volume ที่สูง ควรส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาที่เป็นรูปธรรม เช่น ผ่านการใช้ staging ในการดูแลผู้ป่วย	1.จัดประชุมเพื่อกำหนดให้ผู้ป่วยยาเสพติดและผู้ป่วยโรค depression เป็น proxy disease และมีการทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยตามระยะการเจ็บป่วย(staging) ให้ครอบคลุม โดยใช้ แนวคิด 3 P	เมษายน 2566	ทีมนำ PCT และ care team	-มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดและ depression ที่สอดคล้องเป็นปัจจุบัน

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
	<p>หรือเห็นภาพรวมการพัฒนาในรูปแบบ clinical tracer, clinical quality summary รวมทั้ง KPI ที่สำคัญในผลลัพธ์ ตอน 4 ทั้งเพื่อความก้าวหน้าในการพัฒนาโรค ทั้ง 2 อย่างต่อเนื่อง</p> <p>2.2 ควรส่งเสริมการจัดระบบการให้ psychosocial therapy ให้มีความชัดเจน อย่างเป็นระบบในภาพรวมโรงพยาบาลในแต่ละโรค แต่ ละวิชาชีพให้ ช่วง staging ทำให้ psychosocial therapy สถานที่ให้เกณฑ์เข้ารับ (inclusion criteria) ใน การ ให้แต่ละ psychosocial therapy การวัดผลสำเร็จการ ให้ในแต่ละครั้ง เช่น ความรู้</p>	<p>2.จัดระบบการให้ psychosocial therapy รายโรค และวิชาชีพโดย ระบุ</p> <ul style="list-style-type: none"> - เกณฑ์เข้ารับ(inclusion criteria) - Setting - ช่วง staging - ตัวชี้วัด <p>3.ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่ ผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ ผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น อบรม เอกสารแจ้งเวียน ฯลฯ</p> <p>4.กำกับติดตามการดำเนินงานโดย คณะกรรมการ PCT และ ทีมนำทุก 6 เดือน</p>	<p>มีนาคม-เมษายน 2566</p> <p>พฤษภาคม 2566</p> <p>ทุก มีค.และกย.</p>	<p>ทีมนำ PCT และ care team</p> <p>ทีมนำ PCT และ care team</p> <p>ทีมนำ PCT</p>	<p>-มีระบบการให้ psychosocial therapy รายโรค และวิชาชีพที่เป็น รูปธรรมและมี คุณภาพ</p> <p>-มีรายงานผลการ ดำเนินงานรอบ 6 เดือน</p>

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
	หรือผล การเปลี่ยนแนวคิด พฤติกรรม				
	<p>3. กระบวนการการบริหาร ความเสี่ยง :</p> <p>3.1. จากที่ทีมเริ่มมีการนำ โปรแกรม HRMS มาใช้ บันทึกอุบัติการณ์ในระบบสารสนเทศการบริหาร จัดการ ความเสี่ยง พบว่าการรายงาน อุบัติการณ์ ความเสี่ยง อุบัติการณ์ล่าช้าและมีการ รายงานลดลง ความเสี่ยง อุบัติการณ์จำนวนมากที่ลง ไม่ได้ เนื่องจากไม่เหมาะสมกับ บริบท ควรศึกษา ปัญหา อุปสรรค ข้อดี/ข้อเสียในการ ใช้โปรแกรม HRMS เปรียบเทียบกับโปรแกรม RM เดิมที่เพื่อหาโอกาสพัฒนาและ นำมาพัฒนา ร่วมกับทีม IM ของโรงพยาบาล หรือตัดสินใจ</p>	<p>1. ศึกษา ปัญหาอุปสรรค ข้อดี/ ข้อเสียในการใช้โปรแกรม HRMS และนำผลที่ได้มากำหนดแผน ปรับปรุงระบบรายงานอุบัติการณ์ และความเสียหาย</p> <p>2. ประชุมชี้แจงระบบรายงานที่ ปรับปรุงแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปสู่ การปฏิบัติ</p> <p>3.ผลักดันให้บุคลากรนำไปปฏิบัติ โดยการเชื่อมโยงกับระบบการ ประเมินผลการปฏิบัติงาน (PMS)</p> <p>4.ประเมินผลการปรับปรุงทุก 6 เดือน และพัฒนาต่อเนื่อง</p>	<p>มค.66</p> <p>มี.ค.66</p> <p>มีค.66</p> <p>ทุกเดือน มีค.และ กย.</p>	<p>คณะกรรมการ RM ทีมนำ คณะกรรมการ บริหารโรงพยาบาล</p> <p>คณะกรรมการ RM</p> <p>คณะกรรมการ บริหารโรงพยาบาล ทีมนำ</p> <p>คณะกรรมการ RM</p>	<p>รายงานผลการ ประเมินระบบรายงาน ความเสี่ยง/ อุบัติการณ์</p>

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
	<p>จะใช้ โปรแกรมไหนที่บุคลากรสามารถบันทึกได้ และ ใช้ ง่าย ทำให้เอื้อต่อการลงบันทึกอุบัติการณ์/ ความเสี่ยง ที่จะนำไปใช้ประโยชน์ต่อไป</p> <p>3.2. จากการศึกษาที่โรงพยาบาล กำหนดจุดเน้นเรื่อง 2P safety นำมาดำเนินการผ่าน risk register ทีมบริหารความเสี่ยงควรสื่อสารประเด็นสำคัญที่องค์กรมุ่งเน้นในแต่ละช่วงเวลากับผู้เกี่ยวข้องให้ชัดเจน รวมทั้งสร้างความเข้าใจในการใช้เครื่องมือ risk register เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการ ออกแบบแนวทางป้องกันควบคุม บรรเทา รวมทั้งติดตามกำกับดูแล และนำ ผลไปบริหารจัดการกระบวนการที่</p>	<p>1. สื่อสารประยุกต์ใช้ 3 P Safety โดยการใช้ risk register เป็นเครื่องมือ รวมถึงการวิเคราะห์หาสาเหตุรากเหง้า ด้วยการอบรม เพิ่มพูนความรู้แก่ผู้เกี่ยวข้อง</p> <p>2. กำหนดระบบกำกับติดตามผ่านการประชุมคณะกรรมการ RM ทีมนำ</p>	<p>เม.ย. 66</p> <p>ทุกเดือน</p>	<p>คณะกรรมการ RM</p> <p>คณะกรรมการ RM ทีมนำ</p>	

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
	เหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น				
	<p>คำแนะนำ (Suggestion)</p> <p>1. การบริหารงานคุณภาพ เพื่อให้การบริหารงานคุณภาพของโรงพยาบาลมีความก้าวหน้ามากขึ้นมีความเข้าใจบทบาทของทีมพัฒนาคุณภาพมากขึ้น โดยเฉพาะการส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกัน การประเมินตนเอง และใช้ประโยชน์จากการประเมินตนเอง ร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูลตัวชี้วัดของโรงพยาบาล เพื่อให้เห็นโอกาสในการพัฒนาคุณภาพ และนำไปสู่การวางแผนพัฒนาคุณภาพ กำหนดจุดเน้นของการพัฒนาคุณภาพที่ชัดเจน นำไปสื่อสารสร้างความเข้าใจ ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนา</p>	<p>1. ใช้การประเมินตนเองเป็นเครื่องมือในการเรียนรู้ร่วมกันโดย - จัดเวทีในการนำเสนอผลการดำเนินงานและแผนการพัฒนาที่ได้จากการทบทวนและประเมินตนเอง</p> <p>- การ grand round เพื่อติดตามความก้าวหน้าโดยทีมระบบ</p> <p>2. นำผลจากการประเมินตนเอง และติดตามความก้าวหน้ามาทบทวนเพื่อวางแผนปรับปรุงต่อเนื่อง</p>	<p>พฤษภาคม 2566</p> <p>มิถุนายน 2566</p> <p>กันยายน 2566</p>	<p>ทีมนำและก.พัฒนาคุณภาพฯ</p> <p>ทีมนำและก.พัฒนาคุณภาพฯ</p> <p>ทีมนำและคณะกรรมการในระบบบริหารคุณภาพ</p>	<p>- มี SAR และ service profile</p> <p>- มีผลการ grand round</p>

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
	คุณภาพที่สอดคล้องกันในทุก ระดับอย่างยั่งยืน				
II-2 การกำกับดูแลด้าน วิชาชีพ	<p>1. องค์กรพยาบาล</p> <p>1.1. ทีมบริหารทางการพยาบาลควรวางแผนปรับปรุงการจัดอัตรากำลังใช้ประโยชน์จากประเมิน productivity ในแต่ละช่วงเวร และแต่ละหอที่พบว่ามีการะงานสูงมาก โดยคำนึงถึงความอ่อนล้าจากการปฏิบัติงาน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อ คุณภาพการพยาบาล นำมาจัดกำลังคนเสริมเพื่อให้มีการบริหารกำลังคนให้เหมาะสมกับภาระงานและแก้ปัญหาได้ทันเวลา</p>	<p>ทบทวน วิเคราะห์การบริหารอัตรากำลังทางการพยาบาล โดย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ทบทวน วิเคราะห์อัตรากำลังพยาบาลในแต่ละหอผู้ป่วย จากการ คำนวณ Productivity คำนวณภาระงาน (workload) FTE อัตรากำลัง ของพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล พนักงานช่วยเหลือคนไข้ในแต่ละวัน เวน ตามเกณฑ์ 2. วางแผนพัฒนาบุคลากรให้มีศักยภาพตามความเหมาะสมของแต่ละหอผู้ป่วย 3. จัดสรรอัตรากำลังให้มีความสอดคล้อง เหมาะสม ตามภารกิจหลัก ภารกิจรอง คุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง ความชำนาญของแต่ละตำแหน่ง ของแต่ละหอผู้ป่วย 4. ทบทวน วิเคราะห์ เกณฑ์การจัดสรรอัตรากำลังในกรณีฉุกเฉิน 	<p>ปีงบประมาณ 2566</p>	<p>คณะกรรมการบริหารทางการพยาบาล กลุ่มภารกิจการพยาบาล</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ร้อยละการจัดอัตรากำลังได้ตามเกณฑ์ ที่กำหนด เป้าหมาย ร้อยละ 100 2. ร้อยละของกลุ่มงานมี Productivity ตามเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 80 3. ร้อยละของบุคลากรทางการพยาบาลได้รับการพัฒนาสมรรถนะให้มีความเชี่ยวชาญ ร้อยละ 80 4. ร้อยละการจัดอัตรากำลังในกรณีฉุกเฉินได้ตามเกณฑ์

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
		<p>เพื่อให้เพียงพอเหมาะสมกับภาระงาน ทั้งเกณฑ์การขึ้นปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ในเวลาราชการ</p> <p>5. กำกับติดตามการขึ้นปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ของแต่ละกลุ่มงาน</p> <p>6. วางแผนทดแทนอัตรากำลังกรณีภาวะขาดแคลนบุคลากรทางการพยาบาล เกษียณอายุราชการ ลาออก โอน ย้าย</p>			<p>ที่กำหนด เป้าหมาย ร้อยละ 100</p> <p>5. ร้อยละการกำกับติดตามการขึ้นปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ร้อยละ 100</p> <p>6. ร้อยละการทดแทนอัตรากำลังได้ตามเกณฑ์ ร้อยละ 100</p>
	<p>1.2. ควรส่งเสริมการใช้ข้อมูลผลการนิเทศทางคลินิก ผลการทบทวนเวชระเบียน เพื่อหาโอกาสพัฒนา ความรู้ทักษะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใน 3 กลุ่มโรค ตามเป้าหมาย PCT และกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย รวมทั้งการดูแลตาม staging ที่เป็นจุดเน้นขององค์กร</p>	<p>1. ถอดบทเรียน ทบทวน วิเคราะห์ ข้อมูลการนิเทศทางการพยาบาล สารสนเทศทางการพยาบาล พัฒนาการใช้ข้อมูลทางคลินิก ให้มีความสอดคล้องเชื่อมโยงตามกลุ่มโรคสำคัญโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์</p> <p>2. วางแผนพัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางการพยาบาลให้มีความรู้ทางคลินิก</p>	<p>ปีงบประมาณ 2566</p>	<p>คณะกรรมการบริหารทางการพยาบาล กลุ่มภารกิจการพยาบาล</p>	<p>1. ร้อยละการถอดบทเรียน ทบทวน วิเคราะห์ข้อมูลการนิเทศทางการพยาบาล สารสนเทศทางการพยาบาล ได้ตามเกณฑ์ ร้อยละ 100</p> <p>2. ร้อยละของบุคลากรได้รับการพัฒนาสมรรถนะให้มีความเชี่ยวชาญด้านการ</p>

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
	<p>1.3. ควรส่งเสริมกำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาลให้ชัดเจน มีการกำกับติดตาม กำหนดตัวชี้วัดในการประเมินผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งในประเด็นความเสี่ยงระดับ E up การบำบัดทางจิตเวชโดยพยาบาล และการดูแลต่อเนื่อง การวิเคราะห์ใช้ประโยชน์จากตัวชี้วัด โดยเฉพาะในประเด็นที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย เพื่อวางแผนพัฒนาต่อเนื่อง</p>	<p>3. พัฒนาแผนการดูแลทางการพยาบาลให้มีความเหมาะสม สอดคล้องตามกลุ่มโรคสำคัญ</p> <p>4. นิเทศกำกับติดตามการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย (แผนการนิเทศทางการพยาบาล Grand round, Nursing round)</p> <p>1.แผนพัฒนาผลลัพธ์ทางการพยาบาล</p> <p>-ทบทวนอุบัติการณ์และวิเคราะห์หาสาเหตุของความเสี่ยงระดับEขึ้นไป และConference หาแนวทางแก้ไขในการประชุมทีมนำทางคลินิก (PCT) ทุก1เดือน</p> <p>-นำแนวทางจากการวิเคราะห์โดยทีมPCTสื่อสาร นำไปปฏิบัติและกำกับติดตามประเมินผลเพื่อพัฒนาอย่างต่อเนื่อง</p> <p>-การวิเคราะห์ใช้ประโยชน์จากตัวชี้วัดที่ไม่บรรลุผล (ปี2560-2564)ได้แก่</p>	<p>ปีงบประมาณ 2566</p>	<p>คณะกรรมการบริหารทางการพยาบาล กลุ่มภารกิจการพยาบาล</p>	<p>พยาบาลทางจิตเวชให้มีความเหมาะสม สอดคล้องตามกลุ่มโรคสำคัญ ร้อยละ 80</p> <p>4.ร้อยละการนิเทศทางการพยาบาลได้ตามเกณฑ์ เป้าหมาย ร้อยละ 100</p> <p>1.ร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน (ร้อยละ 90)</p> <p>2.จำนวนผู้ป่วยหลบหนีสำเร็จ 0 ราย</p> <p>3. จำนวนอุบัติการณ์ของการได้รับบาดเจ็บ (ถูกทำร้าย) จากการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาล 0 ราย</p>

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
		<p>1.1 แผนการพัฒนาแนวทางการป้องกันผู้ป่วยลบนีสำเร็จจากการวิเคราะห์สาเหตุมีการกำหนดแนวทางดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> -ผู้ป่วยสารเสพติดคงญาติเยี่ยมให้เยี่ยมทางVidio call แทน -มีการนิเทศกำกับติดตามการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเฝ้าระวังลบนีอย่างเคร่งครัด -ปรับโครงสร้างเป็นประตูAutomatic ใช้Key card สแกน เปิด-ปิด -ENV round สม่ำเสมอเพื่อป้องกันผู้ป่วยลบนีสำเร็จ -ล็อคประตูใหญ่เข้าบริเวณหอผู้ป่วยและมีรปภ.คอยกำกับดูแลบุคคลเข้า-ออกในบริเวณหอผู้ป่วย <p>1.2 แผนพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันจากการวิเคราะห์สาเหตุ พบว่า ขาดยา เสพสารเสพติดร่วม ญาติขาดความรู้ในการดูแลและจัดการปัญหาเฉพาะหน้าไม่ได้</p>			

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
		<p>จึงวางแนวทางการดูแลเพิ่มเติม ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> -ประเมินความพร้อมของผู้ป่วย และญาติเป็นรายกรณีวางแผนการจำหน่ายร่วมกับญาติและชุมชน -ผู้ป่วยจิตเภททุกรายต้องได้รับการบำบัดตามปัญหาและความต้องการ เฉพาะทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล -ประสานกลุ่มงานสุขภาพจิต และจิตเวชชุมชนเพื่อดูแลต่อเนื่องโดย กำหนดระยะเวลาการติดตามทุก 1,3 และ6เดือนในกรณีผู้ป่วยจิตเภทที่ซับซ้อนและเสี่ยงสูงต่อการกลับมารักษาซ้ำภายใน28วัน -ในผู้ป่วยจิตเภทรายใหม่ต้องเคร่งครัดเรื่องการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง -กำหนดตัวชี้วัดเรื่องการให้สุขภาพจิตศึกษาผู้ป่วยจิตเภทและญาติทุกรายที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก <p>1.3 แผนพัฒนาแนวทางป้องกันเจ้าหน้าที่ได้รับบาดเจ็บ (ถูกทำร้าย</p>			

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
	<p>1.4. ผลจากรายงานการทบทวนกำลังคนทางการพยาบาลในอนาคต succession plan พบว่าการ</p>	<p>จากการปฏิบัติงาน)จากการทบทวนสาเหตุได้เพิ่มแนวทางเพิ่มเติม ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> -จัดอบรมบุคลากรทุกคนเรื่องการประเมิน การวางแผน และการจำกัดพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยเทคนิคที่ถูกต้อง -เพิ่มความตระหนักเรื่องการทำงานเป็นทีม การจัดเก็บอุปกรณ์ให้ปลอดภัย -กำกับติดตามพฤติกรรมบริการที่เหมาะสมและจัดอบรมพฤติกรรมบริการ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกันระหว่างผู้ปฏิบัติ (Tacit knowledge) <p>1.ทบทวน จัดทำข้อมูล Productivity ของแต่ละกลุ่มงาน</p> <p>2.วิเคราะห์ความสอดคล้องของ productivity กับภารกิจของแต่ละกลุ่มงาน</p>	<p>ปีงบประมาณ 2566</p>	<p>คณะกรรมการบริหารทางการแพทย์ กลุ่มภารกิจการพยาบาล</p>	<p>ร้อยละของของกลุ่มงานมี Productivity ตามเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 80</p>

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
	<p>กำหนดประเด็นในการพัฒนา ยังไม่ชัดเจน เช่น</p> <p>1) แผนการพัฒนาที่เชื่อมโยง โยงกับ clinical risk ในกลุ่ม พยาบาลน้องใหม่</p> <p>2) การใช้ข้อมูล productivity ในการวาง แผนการจัดกำลังคนให้ เหมาะสมในแต่ละช่วง</p> <p>3) การกำหนดเฉพาะ ประเด็นที่จำเป็นต่อการ พัฒนาคน ในแต่ละกลุ่ม</p> <p>4) แนวโน้มใน 3 - 5 ปี จะมี การเกษียณจำนวน มาก ควร จัดทำ HR plan กำหนด เป้าหมายเชื่อมโยงกับ โรงพยาบาลและวิชาชีพ และ KPI ในการประเมิน ความสำเร็จให้ชัดเจน และ แผนพัฒนาผู้นำรุ่นใหม่ที่จะมา</p>	<p>3.วางแผนจัดอัตรากำลังให้ เหมาะสมกับภารกิจของแต่ละกลุ่ม งาน</p> <p>4.ปรับโครงสร้างกลุ่มภารกิจการ พยาบาลตามนโยบาย</p> <p>5. แบ่งกลุ่มงานตามภารกิจให้ สอดคล้องกับภาระงาน</p> <p>6.กำหนดอัตรากำลังในแต่ละกลุ่ม งานที่วิเคราะห์ได้</p> <p>7. สรรหาบุคลากรให้มีสมรรถนะ เหมาะสมตามภารกิจของแต่ละ กลุ่มงาน</p> <p>1.จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรตาม แผนการสืบทอดตำแหน่ง (succession plan)</p> <p>2.พัฒนาบุคลากรในแต่ละตำแหน่ง ตามแผนการสืบทอดตำแหน่ง รายละเอียดตั้งเอกสารแนบ</p> <p>3.ประเมินผลการพัฒนาบุคลากร และ GAP analysis อย่างต่อเนื่อง</p>	<p>ปีงบประมาณ 2566</p>	<p>คณะกรรมการ บริหารทางการ พยาบาล กลุ่มภารกิจการ พยาบาล</p>	<p>ร้อยละของบุคลากร ทางการพยาบาลได้รับ การพัฒนาสมรรถนะ ตามแผนสืบทอด ตำแหน่ง ร้อยละ 80</p>

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
	<p>สืบทอดตำแหน่ง ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เพื่อให้มั่นใจว่าการบริหารและกำกับดูแลวิชาชีพพยาบาล บรรลุเป้าหมาย การกำกับดูแลมีประสิทธิภาพ</p>				
	<p>1.2. ควรส่งเสริมการใช้ข้อมูลผลการนิเทศทางคลินิก ผลการทบทวนเวชระเบียน เพื่อหาโอกาสพัฒนา ความรู้ทักษะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใน 3 กลุ่มโรคตามเป้าหมาย PCT และกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย รวมทั้งการดูแลตาม staging ที่เป็นจุดเน้นขององค์กร</p>	<p>1. ถอดบทเรียน ทบทวน วิเคราะห์ ข้อมูลการนิเทศทางการพยาบาล สารสนเทศทางการพยาบาล พัฒนาการใช้ข้อมูลทางคลินิก ให้มีความสอดคล้องเชื่อมโยงตามกลุ่มโรคสำคัญโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์</p> <p>2. วางแผนพัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางการพยาบาลให้มีความรู้ทางคลินิก</p> <p>3. พัฒนาแผนการดูแลทางการพยาบาลให้มีความเหมาะสมสอดคล้องตามกลุ่มโรคสำคัญ</p> <p>4. นิเทศกำกับติดตามการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย (แผนการ</p>	<p>ปีงบประมาณ 2566</p>		<p>1. ร้อยละการถอดบทเรียน ทบทวน วิเคราะห์ข้อมูลการนิเทศทางการพยาบาล สารสนเทศทางการพยาบาลได้ตามเกณฑ์ ร้อยละ 100</p> <p>2. ร้อยละของบุคลากรได้รับการพัฒนาสมรรถนะให้มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลทางจิตเวชให้มีความเหมาะสมสอดคล้องตามกลุ่มโรคสำคัญ ร้อยละ 80</p>

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
		นิเทศทางการพยาบาล Grand round, Nursing round)			3. ร้อยละการนิเทศทางการพยาบาลได้ตามเกณฑ์ เป้าหมายร้อยละ 100
	<p>1.4. ผลจากรายงานการทบทวนกำลังคนทางการพยาบาลในอนาคต succession plan พบว่าการกำหนดประเด็นในการพัฒนายังไม่ชัดเจน เช่น</p> <p>1) แผนการพัฒนาที่เชื่อมโยงกับ clinical risk ในกลุ่มพยาบาลน้องใหม่</p> <p>2) การใช้ข้อมูล productivity ในการวางแผนการจัดกำลังคนให้เหมาะสมในแต่ละช่วง</p> <p>3) การกำหนดเฉพาะ ประเด็นที่จำเป็นต่อการพัฒนาคน ในแต่ละกลุ่ม</p>	<p>1.ทบทวน จัดทำข้อมูล Productivity ของแต่ละกลุ่มงาน</p> <p>2.วิเคราะห์ความสอดคล้องของ productivity กับภารกิจของแต่ละกลุ่มงาน</p> <p>3.วางแผนจัดอัตรากำลังให้เหมาะสมกับภารกิจของแต่ละกลุ่มงาน</p> <p>4.ปรับโครงสร้างกลุ่มภารกิจการพยาบาลตามนโยบาย</p> <p>5. แบ่งกลุ่มงานตามภารกิจให้สอดคล้องกับภาระงาน</p> <p>6.กำหนดอัตรากำลังในแต่ละกลุ่มงานที่วิเคราะห์ได้</p> <p>7. สรรหาบุคลากรให้มีสมรรถนะเหมาะสมตามภารกิจของแต่ละกลุ่มงาน</p>			<p>ร้อยละของของกลุ่มงานมี Productivity ตามเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 80</p> <p>ร้อยละของบุคลากรทางการพยาบาลได้รับการพัฒนาสมรรถนะตามแผนสืบทอดตำแหน่ง ร้อยละ 80</p>

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนารพ.	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
	<p>4) แนวโน้มใน 3 - 5 ปี จะมีการเกษียณจำนวน มาก ควรจัดทำ HR plan กำหนดเป้าหมายเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลและวิชาชีพ และ KPI ในการประเมินความสำเร็จให้ชัดเจน และแผนพัฒนาผู้นำรุ่นใหม่ที่จะมาสืบทอดตำแหน่ง ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เพื่อให้มั่นใจว่าการบริหารและกำกับดูแลวิชาชีพพยาบาล บรรลุเป้าหมาย การกำกับดูแลมีประสิทธิภาพ</p>	<p>1.จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรตามแผนการสืบทอดตำแหน่ง (succession plan) 2.พัฒนาบุคลากรในแต่ละตำแหน่งตามแผนการสืบทอดตำแหน่ง รายละเอียดดั่งเอกสารแนบ 3.ประเมินผลการพัฒนาบุคลากร และ GAP analysis อย่างต่อเนื่อง</p>			
	<p>2. องค์กรแพทย์ จากการทบทวนอุบัติการณ์ต่างๆ รวมทั้งการทบทวนการเสียชีวิตของผู้ป่วยพบว่ายังมีโอกาส การพัฒนาดังนี้ 2.1. ควรกำหนดเกณฑ์ที่แพทย์ต้องมาดูแลผู้ป่วยด้วย</p>	<p>จัดการประชุมองค์กรแพทย์ ทบทวนกำหนดเกณฑ์ที่แพทย์ต้องมาดูแลผู้ป่วยด้วยตนเองหลังการรับรายงาน ภายในเวลาที่กำหนด ซึ่งเดิมกำหนดไว้ใน แนวทางการปฏิบัติงานของแพทย์โรงพยาบาล จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ตาม</p>	<p>กุมภาพันธ์ – มีนาคม 2566</p>	<p>ก.แพทย์</p>	<p>1. มีเกณฑ์ที่แพทย์ต้องมาดูแลผู้ป่วยด้วยตนเองหลังการรับรายงาน ภายในเวลาที่กำหนด 2.อุบัติการณ์ delayed diagnosis</p>

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
	ตนเองหลังการรับรายงานภายในเวลาที่กำหนด เพื่อลดอุบัติการณ์ delayed diagnosis and treatment	ข้อบ่งชี้ผู้ป่วยวิกฤต/ฉุกเฉิน ผู้ป่วยอาจมีโรคแทรกซ้อนทางกายรุนแรง			and treatment ลดลงจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ 20
	2.2 ควรมีข้อสรุปร่วมกันในแนวทางการรักษา และปฏิบัติตามแนวทางที่ได้กำหนดร่วมกันอย่างเคร่งครัด หรืออาจกำหนดเป็น clinical policy ในคณะกรรมการ การกำกับทางคลินิก เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดซ้ำต่างๆ เช่น การใช้ยามากเกินไป หรือการไม่สั่งเจาะ lab ตามแนวทาง คำแนะนำ	1.ทบทวนแนวทางการรักษาที่สำคัญในอุบัติการณ์ที่เป็น High risk, high volume ที่มักพบการเกิดซ้ำ 2.นำแนวทางปฏิบัติที่ได้จากการทบทวนกำหนดเป็น clinical policy ที่ทีมนำกำกับติดตามอย่างสม่ำเสมอ	มีนาคม - พฤษภาคม 2566	ก.แพทย์ ทีมนำ	-มี clinical policy ที่กำกับติดตามการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาที่สำคัญ
	(Suggestion) องค์กรแพทย์ 1. ควรค้นคว้าศึกษาเรียนรู้การใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพต่างๆ เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพใน การเป็นประธานทีมคร่อมสายงานต่างๆ เพื่อ	1.ทบทวน job description รายบุคคลของแพทย์ เน้นด้านการพัฒนาคุณภาพ ได้แก่ • การนำมาตราฐานสู่การปฏิบัติ (Standard Implementation)	เมษายน 2566	ก.แพทย์	-จัดทำ Job descriptionรายบุคคล เน้นด้านการพัฒนาคุณภาพ -จัดทำพัฒนาแผนการสอนงานรายบุคคล

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
	<p>การนำทีม อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การทบทวนอุบัติการณ์เพื่อหา RCA แบบ 5 ขั้นตอน เพื่อหาสาเหตุราก นำสู่การ ปรับปรุงเชิงระบบ ตลอดจนการปรับปรุงอย่างได้ผล ด้วย risk register</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลคุณภาพ ● มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย ● การพัฒนาคุณภาพสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาล ● การทบทวนเวชระเบียน ● มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5 ● คุณภาพและความปลอดภัยทางคลินิก <p>ประเมิน gap เพื่อ มาเป็นแผนเพื่อพัฒนารายบุคคล ส่งอบรมเพื่อพัฒนาตามแผนพัฒนา</p> <p>2.ฝึกอบรมเรื่อง risk management การหา RCA แบบ 5 ขั้นตอน เพื่อหาสาเหตุราก นำสู่การ ปรับปรุงเชิงระบบ ตลอดจนการปรับปรุงอย่างได้ผล ด้วย risk register</p>			<p>(Individual on the job training plan)</p>

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
	<p>2. ควรส่งเสริมการกำหนดตัวชี้วัดเพื่อแสดงประสิทธิผลในการดำเนินงาน ในส่วนผลงานที่เกี่ยวข้องกับแพทย์ โดยตรงให้ครอบคลุมมากขึ้น</p>	<p>1. ทบทวนตัวชี้วัดและคัดเลือกตัวชี้วัด โดยกำหนด ตัวชี้วัดผลงานที่เกี่ยวข้องกับแพทย์โดยตรง</p> <p>2. จัดทำ KPI template และ ทบทวน ปรับปรุงระบบที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัด</p> <p>3. กำหนดค่าเป้าหมายในแต่ละ โดยการนำข้อมูลเดิมมาวิเคราะห์เพื่อกำหนด baseline หรือมาตรฐาน</p> <p>4. ปรับปรุงระบบการรวบรวมข้อมูลที่สอดคล้องกับตัวชี้วัดทั้งหมด (Data and information system)</p> <p>5. กำหนด ระยะเวลาและความถี่ในการรวบรวมข้อมูลและการกำหนดความถี่ในการวิเคราะห์ในแต่ละตัวชี้วัด</p> <p>6. วิเคราะห์ข้อมูลตัวชี้วัด วิเคราะห์ Gap หาแนวทางพัฒนา</p>	<p>ปีงบประมาณ 2566</p>	<p>กลุ่มงานการแพทย์</p>	<p>1. จำนวนอุบัติการณ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชคลาดเคลื่อน (diagnostic error) ระดับ E up (เป้าหมาย 0 ราย)</p> <p>2. ค่าคะแนน CMI (Case Mix Index) ของรพ.ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด</p>
<p>II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย</p>	<p>เพื่อให้เกิดความปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อมทั้งทางด้าน สวัสดิภาพและเชิงโครงสร้าง ควร</p>	<p>ระบบทางกายภาพต่างๆ ตามข้อเสนอแนะของ สบส. เขต 7 ดังนี้</p> <p>1. ระบบไฟฟ้า</p>			

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
	<p>ส่งเสริมการพัฒนาใน ประเด็นต่างๆ ดังนี้</p> <p>1. ควรส่งเสริมการนำข้อเสนอแนะจากการตรวจเยี่ยมของ สบส.เขต 7 และจากกิจกรรม ENV round นำมาวิเคราะห์ จัดลำดับความสำคัญ และจัดทำแผนตอบสนองต่อความเสี่ยงในทุกประเด็นให้ครอบคลุม รวมทั้งการกำกับติดตามให้มีการดำเนินการตามแผน จากการศึกษาพบว่า เหตุการณ์ไฟไหม้ที่เกิดขึ้นเกิดจากการก่อสร้างจากผู้รับเหมาซึ่งไม่ได้มีการทบทวนความเสี่ยง RCA ควรร่วมกับคณะกรรมการการจัดการความเสี่ยง ปรับปรุงระบบการรายงานความเสี่ยง การกำกับติดตาม ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น</p>	<p>1.1 จัดทำแผนการสำรวจและติดตั้งระบบสัญญาณแจ้งเหตุเพลิงไหม้เพิ่มเติม</p> <p>1.2 สำรวจและติดตั้งระบบไฟฟ้าส่องสว่างฉุกเฉิน เพิ่มเติม</p> <p>1.3 จัดทำป้ายเตือนอันตรายไฟฟ้าแรงสูง ป้ายหน้าห้องควบคุมไฟฟ้าหลักให้ชัดเจน</p> <p>1.4 ติดตั้งอุปกรณ์กันนกที่ครอบ Drop fuse ตามแนวสายไฟฟ้าแรงสูง/แรงต่ำ เพิ่มเติม</p> <p>1.5 ปรับปรุงระบบไฟฟ้าที่อาคาร ชักฟอกให้มีระบบสายดินให้เป็นไปตามมาตรฐาน และปรับปรุงมิเตอร์ไฟฟ้าและอุปกรณ์ประกอบให้ปลอดภัยและป้องกันฝนหรือความชื้น</p>	<p>ก.พ.66</p> <p>ก.พ.66</p> <p>ก.พ.66</p> <p>เม.ย.66</p> <p>เม.ย.66</p>	<p>- คณะกรรมการ ENV</p> <p>- ก.โครงสร้างฯ</p> <p>- ก.โครงสร้างฯ</p> <p>- ก.สารนิเทศฯ</p> <p>- ก.โครงสร้างฯ</p> <p>- ก.โครงสร้างฯ</p>	<p>- มีแผนสำรวจและติดตั้งระบบสัญญาณแจ้งเหตุเพลิงไหม้</p> <p>- มีไฟฟ้าส่องสว่างครบถ้วนในจุดที่สำรวจแล้ว</p> <p>- จำเป็นต้องมี เช่น ทางหนีไฟ บันไดหนีไฟ</p> <p>- มีป้ายเตือนอันตรายไฟฟ้าแรงสูงและป้ายหน้าห้องควบคุมไฟฟ้าหลัก</p> <p>- มีอุปกรณ์กันนกที่ครอบ Drop fuse ตามแนวสายไฟฟ้าแรงสูง/แรงต่ำ</p> <p>- มีระบบไฟฟ้าที่มีสายดินและอุปกรณ์ที่ปลอดภัยได้มาตรฐาน</p>

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
		<p><u>2. ระบบป้องกันอัคคีภัย</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดทำแผนตรวจเช็คและซ่อมบำรุงสายล่อฟ้า ที่อาคารผู้ป่วยนอก - สำรวจและติดตั้งโคมไฟฟ้าแสงสว่างฉุกเฉิน ระยะส่องสว่างไม่น้อยกว่า 120 นาที่ ที่อาคารผู้ป่วยนอก - ดำเนินการติดตั้งระบบสายล่อฟ้าที่อาคารผู้ป่วยนอก - จัดทำแผนตรวจเช็คและซ่อมบำรุงบันไดหนีไฟ <p><u>3. ระบบสุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อม</u></p> <p>3.1 ระบบรวบรวมน้ำเสีย</p> <ul style="list-style-type: none"> - เปลี่ยนตะกร้าดักขยะในบ่อสูบล - ล้างแนวท่อและบ่อบำบัดทั้งระบบ - ทาสีกันสนิมส่วนประกอบที่เป็นเหล็ก <p>3.2 ระบบบำบัดน้ำเสีย</p> <ul style="list-style-type: none"> - อดจารปีแบริ่งพร้อมตรวจสอบความผิดปกติ - ตรวจสอบความชำรุดของสายพาน 	<ul style="list-style-type: none"> - ก.พ.66 - มี.ค.66 - เม.ย.66 - ก.พ.66 ทุกวัน มี.ค.65/มี.ค.67 พ.ย.65/พ.ย.66 ทุกสัปดาห์ ทุกเดือน พ.ค.66/ธ.ค.66 	<ul style="list-style-type: none"> - ก.โครงสร้างฯ - ก.โครงสร้างฯ - ก.โครงสร้างฯ - ก.โครงสร้างฯ - ก.โครงสร้างฯ 	<ul style="list-style-type: none"> - มีแผนการตรวจเช็คและซ่อมบำรุงสายล่อฟ้า ที่อาคารผู้ป่วยนอก - ติดตั้งโคมไฟฟ้าแสงสว่างฉุกเฉิน ระยะส่องสว่างไม่น้อยกว่า 120 นาที่ ที่อาคารผู้ป่วยนอก - มีระบบสายล่อฟ้าที่อาคารผู้ป่วยนอก - มีแผนตรวจเช็คและซ่อมบำรุงบันไดหนีไฟ - ผลการตรวจคุณภาพน้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัดได้มาตรฐาน (เป้าหมายร้อยละ 100)

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
		<ul style="list-style-type: none"> - ตรวจสอบเครื่องสูบน้ำ - ทำความสะอาดตู้ควบคุมไฟฟ้า - ทำความสะอาดโรงควบคุม - จัดบันทึกจำนวนหน่วยไฟฟ้า <p>3.3 การตรวจวิเคราะห์พร้อมจดบันทึก</p> <ul style="list-style-type: none"> - วัดคลอรีนเหลือที่ถังสัมผัสคลอรีน - วัดค่าออกซิเจน/ตะกอน /pH ในคลองวนเวียน <p>1.จัดการประชุมคณะกรรมการ ENV ร่วมกับหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อวิเคราะห์ปัญหาเชิงโครงสร้าง</p> <p>2. จัดทำแผนปรับปรุงโครงสร้างที่เสี่ยงต่อการลอบหนิของผู้ป่วย</p> <p>1. สํารวจรายละเอียดเครื่องมือแพทย์ ได้แก่ ชื่อ, ยี่ห้อ, รุ่น,S/N, วันที่ซื้อ, ประวัติการซ่อม ฯลฯ ของเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีในโรงพยาบาล</p>	<p>ม.ค.66/มี.ค.66/มิ.ย.66/ก.ย.66</p> <p>ทุกสัปดาห์</p> <p>ทุกเดือน</p> <p>ทุกวัน</p> <p>ทุกสัปดาห์</p> <p>- ก.พ.66</p> <p>- มี.ค.66</p> <p>ม.ค.-ก.พ. 2566</p>	<p>- คณะกรรมการ ENV</p> <p>- ก.พยาบาล</p> <p>คณะอนุกรรมการ CM</p>	<p>- จำนวนผู้ป่วยลอบหนิสำเร็จ (จำนวน 0 ราย)</p> <p>- มีรายละเอียดของเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ บัญชีรายการเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์</p>

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
	<p>2. คณะกรรมการด้านสิ่งแวดล้อมควรร่วมกับหน่วยงาน หรือผู้ป่วยในการวิเคราะห์หาสาเหตุและปัจจัยเสี่ยง ร่วมกันในกรณีผู้ป่วยจิตเวช หลบหนี เพื่อมาพัฒนาปรับปรุงเชิงโครงสร้าง แนวทางการเฝ้าระวังการรักษาความปลอดภัยให้มีความรัดกุมมากยิ่งขึ้น</p> <p>3. ควรส่งเสริมการจัดกลุ่มเครื่องมือแพทย์ที่ชัดเจน ตามมาตรฐาน สบส. แยกเป็นกลุ่มต่างๆ ตามความเสี่ยงสูง เสี่ยงกลาง เสี่ยงต่ำเพื่อนำมาสู่การกำหนดมาตรการ แนวทางการตรวจสอบความพร้อมใช้ตามวงรอบการ บำรุงรักษาให้เหมาะสมกับเครื่องมือแต่ละประเภท รวมทั้งกลุ่มเครื่องมือเสียงสูง เช่น เครื่องช็อตไฟฟ้า (ECT),</p>	<p>2. จัดทำบัญชีรายการเครื่องมือของแต่ละหน่วยงาน</p> <p>3. จัดกลุ่มเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ตามเกณฑ์การประเมินระดับความเสี่ยงของเครื่องมือ โดยกองวิศวกรรม การแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</p> <p>4. กำหนดการสอบเทียบและบำรุงรักษาเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ทั้ง 3 กลุ่ม (เสียงสูง เสี่ยงกลาง และเสียงต่ำ) ปีละ 1 ครั้ง โดยช่างเครื่องมือแพทย์จากหน่วยงานภายนอก</p> <p>- จัดทำรายงานผลการดำเนินงานของระบบบำบัดน้ำเสีย (ทส.2)</p> <p>- รายงานผลการดำเนินงานของระบบบำบัดน้ำเสียเทศบาลนครขอนแก่น</p> <p>- รายงานข้อมูลขยะติดเชื้อในโปรแกรมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ</p>	<p>ก.พ. 2566</p> <p>ก.พ.2566</p> <p>มี.ค. – เม.ย.66</p> <p>ทุกเดือน</p> <p>มี.ย.66/ธ.ค.66</p> <p>ทุกสัปดาห์</p>	<p>คณะอนุกรรมการ CM</p> <p>คณะอนุกรรมการ CM</p> <p>คณะอนุกรรมการ CM</p> <p>- กลุ่มงานโครงสร้าง ๓</p> <p>- กลุ่มงานโครงสร้าง ๓</p> <p>- กลุ่มงานบริหาร ทั่วไป</p>	<p>- ร้อยละของเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ได้รับการสอบเทียบตามแผน (เป้าหมายร้อยละ 100)</p> <p>- ร้อยละของเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ได้รับการสอบเทียบและผลการสอบเทียบผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (เป้าหมายร้อยละ 100)</p> <p>- ผลการตรวจคุณภาพน้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัดได้มาตรฐาน (เป้าหมายร้อยละ 100)</p>

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
	<p>defibrilator, AED ที่มีประจำตามหอผู้ป่วยต่างๆ ที่นอกจากการตรวจสอบโดยหน่วยงานผู้ใช้งานแล้วควรพัฒนาให้มีการตรวจสอบโดยช่างเครื่องมือ แพทย์โรงพยาบาลตามวงรอบที่เหมาะสมเพื่อให้เกิด ความมั่นใจในความพร้อมใช้งาน</p> <p>คำแนะนำ (Suggestion) ควรส่งเสริมกำกับติดตาม การตรวจสอบผลน้ำเสียรายวันในบางพารามิเตอร์ที่จำเป็น กำกับติดตามการเคลื่อนย้าย และการจัดเก็บขยะให้เป็นไปตามแนวทางและนโยบายที่กำหนดไว้อย่างต่อเนื่อง</p>				<p>- บันทึกข้อมูลรายงานข้อมูลขยะติดเชื้อในโปรแกรมการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อทุกสัปดาห์</p>
<p>II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ</p>	<p>คำแนะนำ(Suggestion) ควรเพิ่มการกำกับติดตามประเมินหน่วยงานที่มีความเสี่ยง ต่อการติดเชื้อและหรือแพร่กระจายเชื้อ ได้แก่ หน่วย</p>	<p>เพื่อเตรียมรับมือกับโรคติดเชื้ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำ คณะกรรมการICและENVได้วางแผนการควบคุมกำกับกระบวนการทำงาน และประเมินหน่วยงานที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและหรือแพร่กระจายดังนี้</p>	<p>ปีงบประมาณ 2566</p>	<p>ICC ENV</p>	<p>เป้าหมาย เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อในสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยของบุคลากร</p>

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
	<p>จ่ายกลาง บำบัดน้ำเสีย ระบบการจัดการขยะ ห้อง lab โภชนาการ เพื่อการควบคุมสิ่งแวดล้อมลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อ ลดการแพร่กระจายเชื้อและการปนเปื้อนใน สิ่งแวดล้อม</p> <p>ครอบคลุมกระบวนการและพื้นที่ต่างๆ</p>	<p>หน่วยจ่ายกลาง ทบทวนและเตรียมความพร้อมกระบวนการทำลายเชื้อ และทำให้ปราศจากเชื้อ โดยเฉพาะอุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้กับผู้ป่วยโรคติดเชื้อโควิด-19 และ โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ</p> <p>หน่วยซักฟอก กระบวนการซักผ้าผู้ป่วยโรคติดเชื้อ เริ่มตั้งแต่ต้นทางการเกิดผ้าเปื้อนที่หน่วยงาน การคัดแยก การบรรจุเส้นทางการขนย้าย กระบวนการซัก การป้องกันตนเองของผู้สัมผัสผ้าเปื้อน</p>			<p>ตัวชี้วัด</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.บุคลากรไม่ติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน 2.ร้อยละของบุคลากรใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายถูกต้อง 3.ร้อยละของบุคลากรล้างมือถูกต้องตามหลักการ <p>การตามรอยที่หน้างาน การ สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน</p>
II-5 ระบบเวชระเบียน	<p>Suggestion</p> <p>ระบบบริหารเวชระเบียน ควรส่งเสริมการนำผลการทบทวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้ ออกแบบไว้ในลักษณะ staging ในการดูแลผู้ป่วยมา ค้นหาส่วนขาดของการบันทึกข้อมูล และส่วนของความ</p>	<p>1. จัดประชุมทบทวนการพัฒนาปรับปรุงแบบฟอร์มในการบันทึกให้สอดคล้องกับกระบวนการดูแลตาม staging โดยนำผลการทบทวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจาก PCT และRM ซึ่งที่จัดทุกเดือน และ ค้นหาส่วนขาดของการบันทึก</p>	มีนาคม 2566	คณะกรรมการ MRA	-มีแบบฟอร์มการบันทึกที่สำคัญครบถ้วน ตามstaging

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
	<p>ซับซ้อนให้ครอบคลุมในทุกวิชาชีพให้ การดูแลรักษา เพื่อนำมาสู่การพัฒนาปรับปรุงแบบฟอร์มในการบันทึก ให้สอดคล้องกับกระบวนการดูแล มีข้อมูลต่างๆ ที่สำคัญจำเป็นเพียงพอ ในการสื่อสารกระบวนการดูแลให้ เกิดประสิทธิภาพ</p>	<p>ข้อมูลของแต่ละ stage ในแต่ละวิชาชีพ 2. จัดการประชุมชี้แจง และสื่อสารแบบฟอร์มที่ปรับเปลี่ยน 3. ประเมินผลการใช้แบบฟอร์มที่ปรับเปลี่ยนพร้อมกับทบทวนความสมบูรณ์เวชระเบียน 4. สื่อสารผลการตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียนให้ทางทีมสหวิชาชีพทราบเพื่อพัฒนาการบันทึกเวชระเบียนต่อไป</p>	<p>เมษายน 2566 มีนาคม 2566และกันยายน 2566 ตุลาคม 2566</p>	<p>คณะกรรมการ MRA คณะกรรมการ MRA คณะกรรมการ MRA</p>	<p>-คณะกรรมการ MRA สื่อสารการใช้แบบฟอร์มใหม่กับสมาชิกในวิชาชีพตนเอง -ได้แบบฟอร์มที่บันทึกข้อมูล และส่วนของความซับซ้อนให้ครอบคลุมในทุกวิชาชีพ -ร้อยละความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน(เป้าหมายร้อยละ 85)</p>
<p>II-6 ระบบการจัดการด้านยา</p>	<p>1. ควรส่งเสริมให้เกิดการทำงานร่วมกันระหว่างคณะอนุกรรมการความปลอดภัยด้านยา(MMS) องค์กร แพทย์ในการนำอุบัติการณ์ acute serious</p>	<p>1. จัดการประชุมผู้เกี่ยวข้อง เพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุการเกิด ADR ของปีงบประมาณ 2561-2565 และจัดทำแนวทางการป้องกันการเกิดซ้ำ 2. จัดการประชุมผู้เกี่ยวข้องเพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุและวาง</p>	<p>มีนาคม 66 ทุก 1 เดือน</p>	<p>MMS ผู้ร่วมประชุม: PCT MMS</p>	<p>1. ร้อยละของ ADR ในปี 2561-2565 ได้รับการวิเคราะห์สาเหตุและจัดทำแนวทางการป้องกันการเกิดซ้ำ</p>

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
	<p>ADR เช่น NMS, aspiration pneumonia, over sedation มาทบทวน RCA ร่วมกันและกำหนดแนวทาง ร่วมกันในการป้องกันการเกิดซ้ำและลดความรุนแรงใน ADR บางกลุ่มอาการ</p>	<p>แนวทางป้องกันการเกิด ADR ระดับ E ขึ้นไปในปีงบประมาณ 2566</p> <p>3. รวบรวมข้อมูลอุบัติการณ์ ADR ระดับ A-D เพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุและกำหนดแนวทางป้องกัน</p> <p>4. จัดการอบรมหรือสื่อสารผู้เกี่ยวข้องเพื่อให้ทราบแนวทางป้องกันการเกิด ADR</p>	<p>ทุก 1 เดือน</p> <p>กรกฎาคม 2566</p>	<p>ผู้ร่วมประชุม: PCT</p> <p>MMS</p> <p>MMS</p>	<p>(เป้าหมาย ร้อยละ 100)</p> <p>2. ร้อยละของ ADR ระดับ E ขึ้นไป ในปี 2566 ได้รับการวิเคราะห์สาเหตุและจัดทำแนวทางการป้องกันการเกิดซ้ำ (เป้าหมาย ร้อยละ 100)</p> <p>3. ร้อยละของ ADR ระดับ A-D ในปี 2566 ได้รับการวิเคราะห์สาเหตุและจัดทำแนวทางการป้องกันการเกิดซ้ำ (เป้าหมาย ร้อยละ 100)</p> <p>4. ร้อยละของแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลที่ ปฏิบัติงานระบบยา</p>

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนารพ.	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
	<p>2. ควรประสานความร่วมมือร่วมกับคณะกรรมการสารสนเทศ ในการพัฒนาโปรแกรม กระบวนการดักจับ DI ให้รัดกุม ครอบคลุมทุกรายการตามที่ PTC กำหนด</p> <p>3. ควรส่งเสริมการพัฒนา ระบบการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ADR monitoring) ให้ชัดเจน ตั้งแต่การกำหนดประเภท ADR (preventable, nonpreventable) serious ADR ทั้ง acute, prolong (เช่น EPS ในบางกลุ่มอาการ) แนวทางการรายงานการรวบรวมข้อมูล เพื่อมาวิเคราะห์ปัญหาด้าน ADR สำคัญ และนำมากำหนดแนว</p>	<p>1. จัดประชุมระหว่าง MMS และกลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อวางแผนปรับปรุงโปรแกรม HIS ในส่วนการสั่งยาของแพทย์ ให้มีการ block การสั่งยาที่เป็น Fatal DI ได้ 100%</p> <p>2. ดำเนินการ block คู่ Fatal DI ในระบบ HIS ครอบคลุมทุกคู่ที่ PTC กำหนด</p> <p>1. จัดประชุมวางระบบป้องกันการเกิด ADR เพื่อกำหนดมาตรการและจัดทำ 1) แบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์สำหรับพยาบาล 2) จัดทำฉลากช่วยในการสังเกตอาการไม่พึงประสงค์ในกลุ่มยาใหม่ ให้แก่ผู้ป่วย</p> <p>2. จัดประชุมเพื่อปรับปรุงระบบ HIS ให้สามารถบันทึก ADR ที่พบ เป็นการส่งต่อข้อมูลในการเฝ้าระวังระหว่างสหวิชาชีพ</p>	<p>มีนาคม 66</p> <p>เมษายน 66</p> <p>เมษายน 66</p> <p>มิถุนายน 66</p>	<p>MMS ผู้ร่วมประชุม: กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ</p> <p>กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ</p> <p>MMS ผู้ร่วมประชุม: PCT</p> <p>MMS ผู้ร่วมประชุม: กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ</p>	<p>ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในได้รับการสื่อสารแนวทางป้องกันการเกิด ADR (เป้าหมายร้อยละ 100)</p> <p>1. จำนวนครั้งที่มีการสั่งยาที่เป็นคู่ Fatal DI ผ่านระบบ HIS (เป้าหมาย 0 ครั้ง)</p> <p>1.จำนวนอุบัติการณ์ที่เป็น ADR ระดับ E ลดลง ระบบ HIS สามารถบันทึกประวัติ ADR ได้</p>

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนารพ.	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
	ทางการเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพและเป้าหมายในการพัฒนาให้ชัดเจน				
II – 7 การตรวจทดสอบเพื่อการวินิจฉัยโรค และบริการที่เกี่ยวข้อง	ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์จากการติดตามประเมินประสิทธิภาพ พบโอกาสพัฒนา ดังนี้ 1. การส่งตรวจภายนอกในช่วงที่ห้อง Lab ปิด และการติดตามประเมินความรวดเร็วในการรายงานผล	1. หน่วยงานภายนอกสำหรับตรวจทางห้องปฏิบัติการภายนอกคือ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลขอนแก่น และทำการตกลงเวลาการส่งตรวจและรายงานผล		กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์	ร้อยละการรายงานผลทันตามเวลาที่กำหนด (Turn around time) (ผู้ป่วยส่งตรวจนอกเวลา ภายใน 3 ชั่วโมง)
	2. การใช้ค่าวิกฤตหลังรายงานแพทย์	1. ค้นหาหาข้อมูลค่าวิกฤตของคนไข้ที่มีการรายงานของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 2. รวบรวมค่าวิกฤตในรายการที่เปิดตรวจวิเคราะห์ 3. ให้กลุ่มการแพทย์พิจารณา ทบทวนค่าวิกฤตให้เหมาะสมกับการรักษาผู้ป่วยของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นแล้วทำบันทึกเพื่อแจ้ง	6 เดือน	กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์	ร้อยละการรายงานผลทันตามเวลาที่กำหนด (Turn around time) (รายงานค่าวิกฤต / ผลด่วน ภายใน 5 นาที หลังจากผลการวิเคราะห์เสร็จสิ้น)

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
		<p>ผู้ให้บริการให้ทราบค่าวิกฤตทั้งหมดดังนี้</p> <p>4. ผลการตรวจวิเคราะห์หากพบมีค่าวิกฤตให้ทำการทดสอบซ้ำ แล้วรายงานพยาบาลหรือผู้ป่วยภายใน 5 นาที เพื่อรายงานแพทย์ต่อไป</p> <p>5. ห้องปฏิบัติการบันทึกการรายงานค่าวิกฤตในแบบบันทึกทางโทรศัพท์ และทวนสอบการดำเนินการหลังรายงานค่าวิกฤตภายใน 20 นาทีหลังรายงาน</p> <p>จัดแบบฟอร์ม</p> <p>6. ทำการประเมินผลการรายงานค่าวิกฤตภายในเวลาที่กำหนดทุก 6 เดือน</p> <p>7. สุ่มทวนสอบแฟ้มเวชระเบียนของผู้ป่วยของการรายงานค่าวิกฤตต่อแพทย์และการดำเนินการหลังรายงานค่าวิกฤต 10% ของผู้ป่วยทั้งหมดทุก 6 เดือน</p>			

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
		ดั่งภาพ			
	3. ผลการกำกับคุณภาพ EQA	<p>1. จัดหาหน่วยงานภายนอกเพื่อเข้าร่วมโครงการ EQA ให้ครบถ้วนทุกรายการทดสอบที่เปิดให้บริการ ตัวอย่างดั่งภาพ</p> <p>2. ทำการทดสอบ EQA ในรายการตรวจที่เปิดให้บริการ มีการทบทวน และประเมินผลการเข้าร่วมโครงการฯ และบันทึกในแบบบันทึกปฏิบัติการแก้ไขการควบคุมคุณภาพภายนอกห้องปฏิบัติการ (EQA) (F-LA-046) เป็นหลักฐาน ทั้งผลผ่านเกณฑ์ และไม่ผ่านเกณฑ์ รวมถึงกรณีที่พบผลการทดสอบไม่ผ่านเกณฑ์มีดำเนินการ ทบทวนหาสาเหตุ บันทึกปฏิบัติการแก้ไข และวิธีการ ป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดซ้ำดั่งแบบฟอร์ม</p>	6 เดือน	กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์	ร้อยละการควบคุมคุณภาพภายนอก (EQA) ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน
II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ	ควรส่งเสริมการจัดเก็บข้อมูลผู้ประสพภาวะวิกฤตในเขตสุขภาพที่ 7 ในภาพรวม และ	1.แต่งตั้งคณะกรรมการวิกฤตสุขภาพจิตเขตสุขภาพที่ 7 เพื่อ	26 มค.66	-คณะกรรมการวิกฤตสุขภาพจิตเขตสุขภาพที่ 7	มีระบบจัดเก็บข้อมูล (DATA information

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
	<p>จังหวัดใกล้เคียงและตัวแทน อสม. พบว่าการทำ งาน ร่วมกับเครือข่ายในเขต สุขภาพที่ 7 การเรียนรู้ ผู้ ประเมินปัญหาชุมชนเครือข่าย การ วิเคราะห์ข้อมูล เพื่อ นำมาใช้ประโยชน์ และการ ประเมินประสิทธิภาพใน ภาพรวมไม่ชัดเจน ควรเพิ่ม การเรียนรู้ ปัญหาความ ต้องการความช่วยเหลือใน ชุมชนเครือข่าย วิเคราะห์ ข้อมูล refer in แยกกลุ่ม ชับซ้อน ไม่ซับซ้อน SMIV เชื่อมโยงความเข้มแข็งของ เครือข่าย นำมากำหนดแผน การดำเนินการ พัฒนาและ ช่วยเหลือ เครือข่าย สะท้อน ข้อมูล ศักยภาพในการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ให้กับ เครือข่ายรับทราบ การกำหนด</p>	<p>ศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใน พื้นที่ เพื่อค้นหาปัญหาในแต่ละ จังหวัด</p> <p>2.กำหนดแผนพัฒนาและช่วยเหลือ ให้สอดคล้องกับปัญหาและความ ต้องการของแต่ละจังหวัด</p> <p>3.พัฒนาบุคลากรด้านขีด ความสามารถตามปัญหาและความ ต้องการในพื้นที่ เน้นการดูแลผู้ป่วย โรควิตกกังวลในชุมชนและเพิ่มการ เข้าถึงบริการ และการดูแลต่อเนื่อง</p> <p>4.ส่งต่อข้อมูล/ประสานงานกับ พื้นที่ในการติดตามดูแลต่อเนื่องใน ชุมชน</p> <p>5.เสริมสร้างศักยภาพการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชให้กับครอบครัวและ ชุมชน</p> <p>6. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้กับ บุคลากรในการดูแลผู้ป่วยโรควิต กังวลในเขตสุขภาพที่ 7</p>			<p>ความรุนแรง (SMI-V) ได้รับการดูแลเฝ้า ระวังต่อเนื่องบน ระบบดิจิทัลโดยไม่ กลับเป็นซ้ำ</p>

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
	<p>แผนการพัฒนาและการช่วยเหลือให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ เพื่อเสริมสร้างให้ชุมชน เครือข่ายเข้มแข็ง และสามารถดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ได้ดี</p> <p>2. จากการสัมภาษณ์เครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนพบว่า เกณฑ์ংশั้นผู้ป่วยกลุ่มซับซ้อน SMIV ยังไม่ชัดเจน ส่วนใหญ่ขึ้นกับการพิจารณาของแพทย์/จิตแพทย์ ในแต่ละพื้นที่ควรส่งเสริมการกำหนดเกณฑ์ผู้ป่วยซับซ้อนไม่ซับซ้อนและSMIV ให้ชัดเจน กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ เกณฑ์ส่งต่อร่วมกับผลการประเมินศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละพื้นที่ตามความเป็นจริงที่ชุมชนต้องเผชิญนำไปสู่การกำหนดชุมชนเครือข่าย ที่</p>	<p>1. จัดประชุมให้ความรู้ที่เกี่ยวข้องในเรื่อง SMIV การวินิจฉัยและคีย์ข้อมูลระบบดิจิทัล</p> <p>2. สร้างระบบการส่งต่อผู้ป่วย SMIV ใน รพ.จิตเวชขอนแก่นราชรินทร์</p> <p>3. มีระบบการดูแลผู้ป่วย SMIV แบบสหวิชาชีพ และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน</p>		คณะกรรมการ PCT	

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
	<p>ต้องการพัฒนาแผนพัฒนาในแต่ละช่วงปีให้ชัดเจน กำหนดตัวชี้วัดในการกำกับติดตามเพื่อการประเมินประสิทธิภาพผลลัพธ์ที่ต้องการ และขยายผลสู่เครือข่ายสร้างความเข้มแข็งเพิ่มขึ้น</p>	<p>2.จัดประชุมทบทวนเพื่อชี้แจงเกณฑ์เกณฑ์บ่งชี้ในผู้ป่วยกลุ่มซับซ้อน SMIV</p>			

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนารพ.	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย					
III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ	-				
III- 2 การประเมินผู้ป่วย	ควรส่งเสริมการจัดระบบการวิเคราะห์ diagnostic error (Missed, wrong, delayed) ในส่วน of โรคทางจิตเวช นำไปสู่การปรับปรุงให้เกิดการวินิจฉัยที่ถูกต้องและบันทึกในเวชระเบียนให้สมบูรณ์ สู่การลงรหัสที่ถูกต้อง ที่จะป็นประโยชน์ในการ claim เงินจากต้นสังกัด	<ol style="list-style-type: none"> 1.วิเคราะห์หาสาเหตุของการวินิจฉัยผิดพลาดหา RCA แบบ5 ขั้นตอน เพื่อหาสาเหตุ นำไปสู่การพัฒนาปรับปรุง 2. ทบทวนองค์ความรู้ ในการวินิจฉัยโรค 3.ปรับปรุงการกำหนดรหัสของ IT ในระบบonline ให้สามารถค้นหาโรคและรหัสได้ง่ายขึ้น 4.จัดประชุมวางแผนการจัดระบบการวิเคราะห์ diagnostic error (missed, wrong, delayed) ในส่วน of โรคทางจิตเวช 5. ประชุมชี้แจงแพทย์ ในการบันทึกเวชระเบียนให้สมบูรณ์ การลงรหัสที่ถูกต้อง และการลงวินิจฉัยโรค และหัตถการ เช่น ECT อย่างครบถ้วน 	<p>กุมภาพันธ์ 2566</p> <p>กุมภาพันธ์ 2566</p> <p>มีนาคม 2566</p> <p>เมษายน 2566</p> <p>พฤษภาคม 2566</p>	<p>ก.แพทย์</p> <p>ก.แพทย์</p> <p>ก.แพทย์</p> <p>ก.แพทย์</p> <p>ก.แพทย์</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.จำนวนอุบัติการณ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชคลาดเคลื่อน (diagnostic error) ระดับ E up (เป้าหมาย 0 ราย) 2.ค่าคะแนน CMI (Case Mix Index) ของรพ. ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด(เป้าหมาย 1.9)

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
		6.จัดประชุม case conference และทบทวนเวชระเบียน วิเคราะห์ diagnosis error ใน case ที่มีปัญหาในการวินิจฉัย case นอนโรงพยาบาลนานอาการไม่ดีขึ้น case ที่เกิดอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไป Case นิติจิตเวช 7.จัดประชุม case conference ของ resident และแพทย์ใหม่ และทบทวนเวชระเบียน วิเคราะห์ diagnosis error นำไปสู่อำนาจการปรับปรุงให้เกิดการวินิจฉัยที่ถูกต้องและบันทึกในเวชระเบียนให้สมบูรณ์	ประชุมติดตามทุกเดือนเริ่มตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ 2566 เป็นต้นไป - ประชุมติดตามทุกเดือนเริ่มตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ 2566 เป็นต้นไป	ก.แพทย์ ก.แพทย์	
III-3 การวางแผน					
67 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย [III-3.1]	1. จากการศึกษาที่โรงพยาบาล กำหนดให้ staging of care ในส่วนของ service excellence เป็น 1 ใน 2 ประการของเข็มมุ่งปี 2565 ควรส่งเสริมให้การปฏิบัติงานของแต่ละวิชาชีพเป็นไปตาม	1. ทบทวน/ปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดย - จัดอบรมใช้เครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแต่ละ stage - จัดอบรม intervention ที่ใช้แต่ละ stage (การตรวจประเมิน การ	มกราคม 2566	3 care team ประกอบด้วย 1. Schizophrenia: หัวหน้าตึกชงโค 2.Suicide: หัวหน้าตึกฝ้ายคำ	1.ร้อยละของการปฏิบัติตามงานของแต่ละวิชาชีพเป็นไปตามที่กำหนดในแต่ละ stage

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนารพ.	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
	<p>ที่กำหนดในแต่ละ stage สรุปผลตามตัวชี้วัดที่กำหนด ทั้งในภาพรวมของโรคและแต่ละ stage ของโรค ของแต่ละวิชาชีพ รวมทั้งร้อยละ ของการผ่าน stage ตามเวลาที่กำหนดว่ามากน้อยเพียงใด เพื่อนำผลทั้งหมดสู่การปรับปรุง</p>	<p>ผู้กมัต การให้คำปรึกษาและการบำบัดทางจิตสังคม) - ฝึกทักษะการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว โดยมี การจัดทำคลิป VDOแต่ละสถานการณ์ 2. ประชุมเพื่อ วิเคราะห์หาสาเหตุของการไม่ปฏิบัติตามที่กำหนด 3. วางแผนและกำหนด แนวทางแก้ไขตามสาเหตุที่พบ 4. ประชุมชี้แจงสร้างความเข้าใจ และสอนทักษะการปฏิบัติตามแนวทางแก่ผู้ปฏิบัติงาน 5. กำกับติดตาม เพื่อประเมินผล และปรับปรุง</p>	<p>มีนาคม 2566 มีนาคม 2566 มิถุนายน 2566 กันยายน 2566</p>	<p>3. Alcohol: หัวหน้าตีกราช พฤกษ์</p>	<p>2. ร้อยละของการผ่าน stage ตามเวลาที่กำหนด (ตัวชี้วัดอยู่ใน CPG อยู่แล้ว)</p>
<p>68 การวางแผนจำหน่าย [III-3.2]</p>	<p>กระบวนการวางแผนและการวางแผนจำหน่ายการดูแลผู้ป่วย จากที่ทีมเริ่มมีการนำแนวคิด recovery model มาใช้บำบัดฟื้นฟู เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลและการวางแผนจำหน่าย ภายใต phase ของแต่ละโรค ควรกำกับติดตาม</p>	<p>1. ทบทวน ทำความเข้าใจ กรอบแนวคิด recovery model 2. จัดตั้งคณะกรรมการบำบัดฟื้นฟู สมรรถภาพของโรงพยาบาล 3.วิเคราะห์ need or gap analysis ของการใช้แนวคิด recovery modelโดยญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย</p>	<p>มกราคม 2566 มกราคม 2566 มีนาคม 2566</p>	<p>ก.เวชกรรมฟื้นฟู ก.จิตเวชชุมชน</p>	<p>มีการติดตามผลการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง</p>

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
	<p>ผลการดำเนินการอย่างต่อเนื่องทั้งในภาพรวมและแต่ละระยะเพื่อหาโอกาสพัฒนาการส่งเสริมให้ผู้ป่วยญาติมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมาย วางแผนบำบัดฟื้นฟู และเตรียมจำหน่ายในผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรค/แต่ละรายให้ชัดเจน เพื่อนำมาสู่การปรับการวางแผนการดูแลผู้ป่วย</p>	<p>4. ประยุกต์ใช้แนวคิด recovery model ให้เหมาะสมกับรูปแบบกระบวนการฟื้นฟูสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล</p> <p>5. ดำเนินการและพัฒนาโปรแกรมตามแนวทางฟื้นฟูที่ประยุกต์ใช้</p> <p>6. จัดทำเป็นเอกสารประกอบโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูตามกรอบแนวคิด recovery model</p> <p>7. กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยที่จะเข้ารับการการบำบัดฟื้นฟู</p> <p>8. กำกับติดตามผลการดำเนินงานให้สอดคล้องกับโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูที่จะพัฒนาขึ้น</p>	<p>มิถุนายน 2566</p> <p>กันยายน 2566</p>		
<p>III-4 การดูแลผู้ป่วย</p>					
<p>70 การดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง [III-4.2]</p>	<p>1. การดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง บุคลากรผู้ดูแล</p> <p>1.1. ควรมีความรู้ ทักษะที่เหมาะสม มีการกำกับบุคลากร เช่น แพทย์ที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรมรวมทั้งบุคลากรใหม่ มีการเฝ้าระวัง</p>	<p>1. ทบทวนบริการเสี่ยงสูง ในแต่ละกลุ่มโรค</p> <p>2. กำหนดคุณสมบัติผู้ให้บริการในบริการเสี่ยงสูง คน วัสดุอุปกรณ์ ในแต่ละกลุ่มโรค</p>	<p>มกราคม 2566</p> <p>มีนาคม 2566</p>	<p>PCT</p>	<p>มีแผนพัฒนาความรู้ ทักษะ สำหรับบุคลากรในการการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง</p>

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนารพ.	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
	<p>การเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสมกับความรุนแรงในการดูแลผู้ป่วยหรือบริการที่เสี่ยงสูง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วย</p> <p>1.2 ควรติดตาม ทบทวน เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น อย่างสม่ำเสมอเพื่อนำมาใช้ในการปรับปรุง การดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยยิ่งขึ้น</p>	<p>3.ประเมินความรู้และทักษะของผู้ให้บริการเสี่ยงสูง อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง</p> <p>4.กำหนดแผนพัฒนาความรู้ ทักษะสำหรับบุคลากรที่ประเมินแล้วมีส่วนขาดความรู้และทักษะ</p> <p>5.ติดตาม ประเมินผลการปฏิบัติงานหลังการพัฒนา</p> <p>1. จัดให้มีการประชุมทบทวน วิเคราะห์อุบัติการณ์ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น ทุก 1 เดือน</p> <p>2.จัดอบรม root course analysis เพื่อวิเคราะห์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ให้ได้ root course ของเหตุการณ์</p> <p>3. กำหนดมาตรการป้องกัน เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ</p> <p>4.สื่อสาร ชี้แจง หรือฝึกปฏิบัติ มาตรการในการป้องกันเหตุการณ์</p>	<p>มิถุนายน 2566</p> <p>กันยายน 2566</p> <p>มกราคม 2566</p> <p>มีนาคม 2566</p> <p>มิถุนายน 2566</p>		<p>มีการติดตาม ทบทวน เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ อย่างสม่ำเสมอ และมีมาตรการในการเฝ้าระวังและป้องกัน เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น</p>

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
		<p>ไม่พึงประสงค์ดังกล่าว (ขึ้นกับอุบัติการณ์นั้น)</p> <p>5. ติดตาม เฝ้าระวังการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (ปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดไว้หรือไม่เกิดเหตุอีกหรือไม่)</p>	กันยายน 2566		
76 การฟื้นฟูสภาพ [III-4.3 ฉ]	<p>2. การฟื้นฟูสภาพ เพื่อยกระดับคุณภาพการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยให้บรรลุตามเป้าหมายให้ดียิ่งขึ้น มีข้อเสนอแนะดังนี้</p> <p>2.1. ควรส่งเสริมให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทีมฟื้นฟูร่วมกับ ทีม PCT และทีมเยี่ยมบ้าน ควรกำหนดเป้าหมายเชิงคุณภาพ ตัวชี้วัดที่แสดงผลลัพธ์ความสำเร็จ (ทั้ง process, outcome) ของการฟื้นฟูสภาพในแต่ละระยะ (staging, phase) ของกลุ่มโรคสำคัญ</p>	<p>1. ทบทวนเป้าหมายและผลลัพธ์ของการฟื้นฟูกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท และแอลกอฮอล์ให้ชัดเจน เช่น ผู้ป่วยไม่เป็นภาระ มีอาชีพที่ทำรายได้ เลี้ยงตนเองได้ (กำหนดค่าจำกัดความต้องการชัดเจน เป็นรูปธรรม) ไม่ก่อความรุนแรงและเดือดร้อน</p> <p>2. กำหนด intervention ที่สอดคล้องกับเป้าหมาย (ผู้ป่วยอาการ โรค assess)</p> <p>3. ติดตามผลการฟื้นฟู หากไม่ปฏิบัติตามวัตถุประสงค์ ทีมการฟื้นฟูพิจารณาปรับปรุง intervention เพิ่มเติม</p>	<p>มกราคม 2566</p> <p>มิถุนายน 2566</p> <p>กันยายน 2566</p>	คณะกรรมการฟื้นฟูฯ (แพทย์ พยาบาล สังคม จิตวิทยา นักกิจกรรม การเงิน เลขา คือ ทีมฟื้นฟูฯ	มีการทบทวนเป้าหมายและผลลัพธ์ของการฟื้นฟูกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทและแอลกอฮอล์ให้ชัดเจน และ กำหนด intervention ในการฟื้นฟูฯ ที่สอดคล้องกับเป้าหมาย (ผู้ป่วยอาการ โรค assess)

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
	<p>โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภท และผู้ป่วยแอลกอฮอล์</p> <p>2.2. ควรติดตามผลสำเร็จของการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญดังกล่าว ทั้งในภาพรวม และจำแนกในแต่ละ phase ของกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวให้เป็นรูปธรรมเพื่อหาโอกาสพัฒนา นำมาใช้เป็นข้อมูลในการออกแบบและปรับปรุงระบบการให้บริการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นและนำไปขยายการออกแบบไปสู่กลุ่มผู้ป่วยอื่นต่อไป</p>				
<p>73 อาหารและโภชนบำบัด [III-4.3 ค]</p>	<p>3. ด้านอาหารและโภชนบำบัด กรณี aspiration pneumonia จากการใช้ยา ควรส่งเสริมการประเมินภาวะเสี่ยงทางโภชนาการ เพื่อนำมาพัฒนาปรับปรุงกระบวนการประเมินให้มีการ</p>	<p>1. ทบทวนบทบาทผู้เกี่ยวข้องในการประเมินดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงภาวะกลืนลำบากหรือสำลักอาหารได้ง่าย</p> <p>2. ประเมินและคัดกรอง</p>	<p>ม.ค.66</p> <p>เริ่ม ก.พ.66</p>	<p>PCT</p> <p>ก.พยาบาล</p>	<p>1. ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการประเมินความเสี่ยงภาวะกลืนลำบาก</p>

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนารพ.	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
	<p>เชื่อมโยงข้อมูลจากหอผู้ป่วย ทั้งภาวะด้านโภชนาการ การใช้ยาที่มีความเสี่ยงเพื่อนำมาสู่การจัดอาหารที่เหมาะสมในกลุ่มผู้ป่วยบางกลุ่มที่มีความจำเป็น รวมทั้งการใช้ยาจิตเวชในระยะยาวที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงภาวะทุพโภชนาการให้ได้รับอาหารหรือคำแนะนำที่เหมาะสม</p>	<p>2.1 ตรวจร่างกาย ชักประวัติการเจ็บป่วย อาการและอาการแสดง และประเมินเบื้องต้น</p> <p>2.2 ประเมินการใช้ยาที่อาจมีผลข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์ที่ส่งผลกระทบต่อกรกลืนอาหาร การรับรสและความอยากอาหาร และ Metabolism</p> <p>2.3 ประเมินภาวะโภชนาการในผู้ป่วยทุกราย โดยสร้างแบบฟอร์มรายการตรวจสอบ Checklist ความเสี่ยงด้านทุพโภชนาการทั้งขาดและเกิน และความเสี่ยงด้านภาวะกลืนลำบาก เช่น aspirate</p> <p>3. จัดอาหารที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มเสี่ยงผู้ที่มีภาวะกลืนลำบาก ตามมาตรฐาน International Dysphagia Diet Standardization Initiative (IDDSI) และได้รับการติดตามประเมินอย่างต่อเนื่องเหมาะสม</p> <p>4. จัดทำแนวทางการดูแลด้านโภชนาการในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงภาวะ</p>	<p>เริ่ม ก.พ.66</p> <p>เริ่ม ก.พ.66</p> <p>เริ่ม ก.พ.66</p> <p>เริ่ม ก.พ.66</p>	<p>ก.เภสัชกรรม</p> <p>ก.โภชนาการ</p> <p>ก.โภชนาการ</p> <p>ก.โภชนาการ</p> <p>ก.พยาบาล ก.เภสัชกรรม</p>	<p>2. ร้อยละของผู้ป่วยได้รับอาหารถูกต้องเหมาะสม เพื่อให้สามารถรับประทานอาหารได้พลังงานและสารอาหารเพียงพอ</p>

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนารพ.	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
		<p>กลืนลำบาก สำหรับให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ เช่น แผ่นพับให้ความรู้</p> <p>5.วางแผนการดูแลต่อเนื่องโดยจัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ดูแลและญาติที่หอผู้ป่วย เกี่ยวกับความเสี่ยงจากภาวะกลืนลำบาก ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและทักษะการประเมินการกลืนอาหาร</p>		ก.โภชนาการ	
<p>III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว</p>					
<p>78 การให้ข้อมูลและเสริมพลัง [III-5]</p>	<p>จากข้อมูลและการสัมภาษณ์พบว่าการใช้ข้อมูลจากผลการประเมินปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยที่จำเป็นเกี่ยวกับสถานะสุขภาพจิตและการดูแลตนเอง นำมาใช้ประโยชน์ไม่ชัดเจน ควรส่งเสริมการเชื่อมโยงกับทีม PCT กำหนดผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย กำหนดการประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วยที่จำเป็นเกี่ยวกับสถานะสุขภาพจิตและการดูแลตนเอง</p>	<p>1. จัดให้มีศูนย์การให้ข้อมูลและเสริมพลัง (empowerment center) ที่เป็นสัดส่วนเฉพาะ ทั้งในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน แบ่งเป็น</p> <p>1.1 การเสริมพลังภาพรวม ในโรคที่เป็นจุดเน้น เช่นโรคจิตเภทและกลุ่มเสี่ยงที่พยายามฆ่าตัวตาย โดย</p> <p>- รวบรวมปัญหาและข้อมูลที่เป็นที่พบในโรคนั้นๆ และจัดทำเป็น VDO เช่น sign symptom ความรู้เกี่ยวกับโรค การพยากรณ์</p>	<p>ปีงบประมาณ 66 ม.ค.-ก.ย. 66</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยนอก - ผู้ป่วยใน - จิตวิทยา - สังคมสงเคราะห์ - เภสัชกรรม - พยาบาลจิตเวช ให้การศึกษา 	<p>มีระบบการให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วยและครอบครัวมีความชัดเจน</p>

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
	<p>โดยผู้ป่วยหรือครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการดูแลตนเอง กิจกรรมเสริมทักษะที่จำเป็น กำหนดเป้าหมายร่วมกัน รวมทั้งกำหนดตัวชี้วัดในการประเมินในแต่ละระยะ และผลลัพธ์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวมีความมั่นใจในการอยู่ร่วมกัน</p>	<p>โรค การรักษา ปัญหาอะไรบ้างที่มักจะพบ ความยาวของ VDO 5 - 7 นาที เพื่อใช้ในการข้อมูลผู้ป่วย - ภายหลังจบการชม VDO ให้มีการอภิปรายซักถาม ให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วยและญาติ</p> <p>1.2 การเสริมพลังเฉพาะรายโดย - จัดให้มีศูนย์ให้ข้อมูลและเสริมพลัง(empowerment center)ที่เป็นสัดส่วนเฉพาะโดยผู้ป่วยนอกจัดเป็นห้องเฉพาะเพื่อให้ข้อมูลและเสริมพลังครอบครัวในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทและกลุ่มเสี่ยงที่พยายามฆ่าตัวตายและ แผนกผู้ป่วยในจัดกิจกรรมสัปดาห์ที่ 2 ก่อน D/C ร่วมกับญาติ)</p> <p>2. พิจารณากิจกรรมเสริมทักษะที่พบบ่อยใน 2 โรคตามปัญหาและความสามารถของครอบครัวของผู้ป่วย</p> <p>3. กำหนดแผนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวในผู้ป่วยจิตเภทและกลุ่มเสี่ยงที่พยายามฆ่า</p>			

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนารพ.	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
		ตัวตายและติดตามผลของการดูแลตนเอง 4.ประเมินผลการให้ข้อมูลและการเสริมพลังและปรับปรุงให้สอดคล้องกับความต้องการเพื่อให้ผู้ป่วย/ครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้เหมาะสม			
III-6 การดูแลต่อเนื่อง					
III-6 การดูแลต่อเนื่อง	ทีมชุมชนร่วมกับทีมPCT ควรส่งเสริมการกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการดูแลต่อเนื่องให้ครอบคลุม ได้แก่ 1) กลุ่มเป้าหมาย 3 โรค 2) กลุ่ม refer back 3) กลุ่มขาดนัด รวมทั้งพัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้หน่วยบริการ/ เครือข่ายที่ต้องดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง	1. สํารวจผู้ป่วย 3 โรค 3 ปี ย้อนหลังที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเฉพาะในเขตสุขภาพที่ 7 เพื่อทำฐานข้อมูลสำหรับการติดตามดูแล 2. ติดตามประเมินสถานะของผู้ป่วย(ตาย/หาย/ทุเลา/สาบสูญ/ยังมีอาการไม่ได้รับการรักษา/ยังมีอาการได้รับการรักษาที่รพ.อื่น/ยังมีอาการได้รับการรักษาที่รพ.ชก.) เพื่อวางแผนการติดตามผลการรักษา 4.พัฒนาระบบ Data information system ที่เชื่อมโยง	กพ.-มีค.66	คณะทำงานทบทวนผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ	-มีระบบในการส่งต่อข้อมูลที่ชัดเจนเชื่อมโยงทั้งในและนอกโรงพยาบาล -มีระบบในการติดตามต่อเนื่องใน 1) ผู้ป่วย 3 โรค 2) กลุ่ม refer back 3) กลุ่มขาดนัด

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
		<p>และครอบคลุมทั้งในรพ.และนอกโรงพยาบาล</p> <p>5.พัฒนาระบบติดตามต่อเนื่อง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ติดตามเยี่ยมโดยโรงพยาบาล - Tel /VDO call - ติดตามโดยเครือข่าย <p>6 ทบทวนและปรับปรุงระบบการส่งต่อผู้ป่วยและข้อมูล</p> <p>6.1 เกณฑ์การส่งต่อ</p> <p>6.2 สถานที่ที่เหมาะสมสำหรับการส่งต่อ</p> <p>6.3 ประสานงานหน่วยนั้น ๆ เพื่อการส่งต่อ 1) ช่องทาง: Email application line 2) ประเด็นที่จะประสานงาน:อาการ /ปัญหาที่จะดูแลต่อ /การรักษาที่ได้รับปัจจุบัน</p> <p>6.4 เตรียมผู้ป่วยและครอบครัวในการการส่งต่อ</p> <p>6.5 การส่งต่อโดย</p> <ul style="list-style-type: none"> -ไปด้วยตนเอง -รถ refer/รพ.ปลายทางมารับ - รถโดยสาร ฯลฯ 			

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
		6.6 รูปแบบ/วิธีการส่งต่อ เช่น การผูกมัด/ ไปรณอน ฯลฯ 6.7 ติดตามประเมินผลการส่งต่อ			
ตอนที่ IV ผลการดำเนินการ					
IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ					
(1) ตัววัดสำคัญด้านการดูแลผู้ป่วย					
80 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยในภาพรวม [IV-1, III]	1. ตัวชี้วัดยังไม่ครอบคลุมผลการดูแลผู้ป่วยโดยรวม ทั้งประเด็นการ refer ในแต่ละช่วงการดูแล และผลลัพธ์การดูแลในแต่ละรายโรคที่เป็นจุดเน้นของโรงพยาบาล 2. หากผลตัวชี้วัดที่ได้ดีกว่าเป้าหมายในทุกปี แต่มีค่าสูงขึ้นหรือต่ำลง ควรวิเคราะห์หาสาเหตุ ปรับแก้ตามสาเหตุ หากผลลัพธ์ดีกว่าเป้าหมายอย่างต่อเนื่องอาจพิจารณาปรับเป้าหมายให้ท้าทายมากขึ้น	1. ประชุมคณะกรรมการ care team เพื่อทบทวนตัวชี้วัดและคัดเลือกตัวชี้วัดตามภารกิจหลักของโรงพยาบาล 2. กำหนดคณะกรรมการ care team ที่รับผิดชอบตัวชี้วัดและจัดทำ KPI template และทบทวน ปรับปรุงระบบที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัด 3. กำหนดค่าเป้าหมายในแต่ละปี โดยการนำข้อมูลเดิมมาวิเคราะห์ เพื่อกำหนด baseline หรือมาตรฐานค่าเป้าหมายที่มีเป็นอย่างไรควร	มกราคม 2566 -มกราคม 2566 มีนาคม 2566	3 care team	-มีตัวชี้วัดที่ครอบคลุมผลการดูแลผู้ป่วยโดยรวม ทั้งประเด็นการ refer ในแต่ละช่วงการดูแล และผลลัพธ์การดูแลในแต่ละรายโรค -มีการวิเคราะห์หาสาเหตุ และปรับแก้กรณีผลลัพธ์ค่าสูงขึ้นหรือต่ำลง หรือมีการปรับค่าเป้าหมายให้ท้าทายมากขึ้นกรณีผลลัพธ์ ดีกว่าค่า

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนารพ.	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
		<p>กำหนดเป็นเท่าไร ฯลฯ หรือกรณีผลลัพธ์ดีกว่าเป้าหมาย พิจารณาปรับเป้าหมายให้ท้าทายมากขึ้น กรณีผลลัพธ์ค่าสูงขึ้นหรือต่ำลง วิเคราะห์หาสาเหตุ และปรับแก้ตามสาเหตุ</p> <p>4. ปรับปรุงระบบการรวบรวมข้อมูลที่สอดคล้องกับตัวชี้วัดทั้งหมด (Data and information system)</p> <p>5. กำหนดระยะเวลาและความถี่ในการรวบรวมข้อมูลและการกำหนดความถี่ในการวิเคราะห์ในแต่ละตัวชี้วัดของแต่ละ care team</p> <p>6. วิเคราะห์ข้อมูลตัวชี้วัด และนำเสนอผลการวิเคราะห์ เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องนำไปใช้ประโยชน์</p> <p>7. นำเสนอตัวชี้วัดบรรลุเป้าหมายและไม่บรรลุเป้าหมาย รวมทั้ง</p>	<p>มีนาคม 2566</p>		<p>เป้าหมายอย่างต่อเนื่อง</p>

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
		<p>ปัญหาอุปสรรค และแนวทางการแก้ไขต่อคณะกรรมการ PCT</p> <p>8. กำหนดตัวชี้วัดยังไม่ครอบคลุมผลการดูแลผู้ป่วยโดยรวมประเด็นด้านการ refer และผลลัพธ์การดูแลในแต่ละรายโรค</p> <ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละผู้ป่วยที่ refer ด้วยโรคแทรกซ้อนทางกาย ระดับ E ขึ้นไป ภายใน 24 ชั่วโมงหลังมีอาการ - ร้อยละของผู้ป่วยที่มีปัญหาการตีเผลกอสอดกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน 	มีนาคม 2566		
81 ผลลัพธ์ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ [IV-1, III-1]	ตัวชี้วัดยังไม่ครอบคลุมในแต่ ละกลุ่มโรคที่เป็นจุดเน้นของโรงพยาบาล รวมถึงตัวชี้วัดที่ไม่สะท้อนถึงความเข้มแข็งของเครือข่าย ชุมชนที่โรงพยาบาลดูแล ทำให้การ	- ประชุมคณะกรรมการ care team เพื่อกำหนดตัวชี้วัดให้ครอบคลุมและสะท้อนถึงความเข้มแข็งของเครือข่ายชุมชนโดยเน้นการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ ได้แก่ จิตเภท แอลกอฮอล์ และ suicide	กุมภาพันธ์ 2566	3 care team	มีตัวชี้วัดที่ครอบคลุมการเข้าถึงบริการในกลุ่มโรคที่เป็นจุดเน้นของโรงพยาบาล และสะท้อนถึงความเข้มแข็งของเครือข่ายชุมชน

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
	วิเคราะห์เพื่อกำหนดแผนพัฒนาไม่ชัดเจน	<ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทเข้าถึงบริการสุขภาพจิต - ร้อยละผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเข้าถึงบริการสุขภาพจิต - ร้อยละผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต - ร้อยละผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการสุขภาพจิต 			
82 ผลลัพธ์ด้านความต่อเนื่องในการดูแล [IV-1, III-5,6]	1. ด้านการดูแลต่อเนื่อง 1.1. ควรส่งเสริมการกำหนดตัวชี้วัดในการประเมินประสิทธิภาพการติดตามการดูแลต่อเนื่อง ในกลุ่มโรคทางจิตเวช ที่เป็นเป้าหมายสำคัญ รวมทั้งกลุ่ม SMIV ให้ชัดเจน สำหรับประเมินประสิทธิภาพการดำเนินการและผลลัพธ์เพื่อการเรียนรู้และพัฒนาต่อ	<ul style="list-style-type: none"> - ประชุมคณะกรรมการ PCT เพื่อกำหนดตัวชี้วัดในการประเมินประสิทธิภาพการติดตามการดูแลต่อเนื่อง ในกลุ่มโรคทางจิตเวช ที่เป็นเป้าหมายสำคัญ และผู้ป่วย SMIV ให้ ชัด เจ น แ ล ะ มี ประสิทธิภาพ ดังนี้ - ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่ยุงยาก ชับซ้อนและเสียงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMIV) ได้รับการดูแลเฝ้าระวังต่อเนื่อง - ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับการรักษาต่อเนื่องภายใน 6 เดือน 	กุมภาพันธ์ 2566	จิตเวชชุมชน	มี ตัว ชี้ ้ วัด ในการประเมินประสิทธิภาพการติดตามการดูแลต่อเนื่อง ในกลุ่มโรคทางจิตเวช ที่เป็นเป้าหมายสำคัญและกลุ่ม SMIV ที่ชัดเจน

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนารพ.	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
	1.2 ควรเพิ่มตัวชี้วัดที่เกี่ยวกับมิตินี้ให้ครอบคลุมมากขึ้น เช่น การมาตามนัดในโรคสำคัญๆ	<p>- ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชยุ่งยากซับซ้อน ไม่ก่อความรุนแรงซ้ำใน 1 ปี</p> <p>ประชุมคณะกรรมการ PCT เพื่อ ทบทวนระบบการนัดกลุ่มโรคสำคัญ และกำหนดตัวชี้วัดเกี่ยวกับการมาตามนัดในโรคสำคัญๆ ดังนี้</p> <p>- ร้อยละผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ Schizophrenia, Suicide, Depression และ SMI-V ได้รับการ ยืนยันการนัดหมาย</p> <p>- ร้อยละผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ Schizophrenia, Suicide, Depression และ SMI-V มาตาม นัดหมาย</p>	กุมภาพันธ์ 2566	OPD และ จิตเวชชุมชน	มีตัวชี้วัดที่ครอบคลุม ใน การมาตามนัดใน ผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ เช่น Schizophrenia, Suicide, Depression และ SMI-V
83 ผลลัพธ์ด้าน กระบวนการและ ผลลัพธ์ในการดูแล ผู้ป่วยโรคสำคัญ (มิติ ความเหมาะสมและ ประสิทธิภาพ) [IV-1, III-2, 3, 4]	2. ด้านกระบวนการและ ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรค สำคัญ มิตินี้สามารถเพิ่ม ตัวชี้วัด ในแต่ละโรคสำคัญได้ ทั้งตัวชี้วัดเชิงกระบวนการ และผลลัพธ์ เช่น ผู้ป่วยกลุ่ม โรคสำคัญมีแผน การดูแล แต่	- ประชุมคณะกรรมการ care team เพื่อทบทวนกระบวนการ และผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรค สำคัญ และพิจารณาเพิ่มตัวชี้วัดที่ สะท้อนกระบวนการดูแลผู้ป่วย กลุ่มโรคสำคัญ ดังนี้	มกราคม 2566	3 care team	มีการทบทวนเกี่ยวกับ กระบวนการ และ ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย โร ค สำ คัญ และ พิจารณาเพิ่มตัวชี้วัดที่ สะท้อนกระบวนการ

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนารพ.	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
	ยังไม่พบการประเมินประสิทธิผลของแต่ละแผนการปฏิบัติ	- ร้อยละของผู้ป่วยที่ไม่เกิดอาการถอนพิษสุรารุนแรง (CIWA-Ar score <15) ภายหลังจากรับไว้รักษา (ร้อยละ 85) - ผู้ป่วยจิตเภทมีระดับสมรรถนะของการฟื้นฟูเพิ่มอย่างน้อย 1 ระดับ			การดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ
84 ผลลัพธ์ด้านการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย [IV-1, III-2, 3, 4]	3. ด้านการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย PCT ควรกำกับอย่างรัดกุมและสม่ำเสมอในการบันทึกการวินิจฉัยโรคของแพทย์ใหม่และ resident รวมทั้งการให้ความสำคัญในการค้นหา missed Dx และบันทึกให้สมบูรณ์ เพื่อประโยชน์ในการ claim ค่ารักษา	1.ประชุมคณะกรรมการ PCT เพื่อจัดระบบการกำกับดูแล การบันทึกเวชระเบียน และการสรุปวินิจฉัยของแพทย์ใหม่และ resident เพื่อค้นหา miss diagnosis การทำหัตถการ ECT และบันทึกให้สมบูรณ์ โดยนำข้อมูลการ claim ค่ารักษามาประกอบการประชุม 2.กำหนดให้การสรุปเวชระเบียน การลงรหัสโรคของ resident และแพทย์ใหม่ ต้องมีการกำกับตรวจสอบการวินิจฉัย ให้ถูกต้องและครบถ้วน โดยแพทย์ที่เลี้ยงทุก case และมีการกำกับตรวจสอบซ้ำโดยพยาบาลผู้ป่วยใน และเวชสถิติ	กุมภาพันธ์ 2566 เริ่มตั้งแต่ มกราคม 2566 เป็นต้นไป	PCT ก.แพทย์ ก.แพทย์	1.จำนวนอุบัติการณ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชคลาดเคลื่อน (diagnostic error) ระดับ E up (เป้าหมาย 0 ราย) 2.ค่าคะแนน CMI (Case Mix Index) ของรพ.ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด(เป้าหมาย 1.9) 3.ร้อยละความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยในที่ได้รับไว้รักษา(เป้าหมายร้อยละ 85)

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
		3.จัดอบรมให้ความรู้ด้านการบันทึกเวชระเบียน การลงรหัสโรค เมื่อมีแพทย์มาใหม่ หรือมีresident มาฝึกงานที่รพ ทุกครั้ง โดยกำหนดในแผนการสอนงานรายบุคคล (Individual on the job training plan) 4.มีการทบทวนความสมบูรณ์ของเวชระเบียน และแจ้งผลความสมบูรณ์การบันทึกเวชระเบียนแก่แพทย์ เป็นรายบุคคลเพื่อนำไปสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	เริ่มตั้งแต่ มกราคม 2566 เป็นต้นไป ทุก 6 เดือน	ก.แพทย์	
85 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด (S) * [IV-1, III-4.3 ก, ข]	-				
86 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการควบคุมและป้องกัน การติดเชื้อ (I) * [IV-1, II-4]	ควรส่งเสริมการกำหนดตัวชี้วัดร่วมกับทีมที่เกี่ยวข้อง เช่น ENV ในการติดตามควบคุมกำกับหน่วยงานที่ยังมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ	- ประชุมคณะกรรมการ PCT ร่วมกับ IC และ ENV เพื่อกำหนดตัวชี้วัด และควบคุมกำกับกระบวนการทำงาน รวมทั้งประเมินหน่วยงานที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และแพร่กระจายตั้งนี้	ปีงบประมาณ 2566	ICC	มีตัวชี้วัดร่วมกับทีมที่เกี่ยวข้อง เช่น ENV ในการติดตามควบคุมกำกับหน่วยงานที่ยังมีความ

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
	<p>2. ควรกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัด ของระบบการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่ชัดเจนทั้งในกลุ่ม ADR (preventable, non-preventable) serious</p>	<p>ดำเนินการทันที / ระดับ A-D ทุก 1 เดือน)</p> <ol style="list-style-type: none"> จัดการประชุมผู้เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการรวบรวมอุบัติการณ์ ADR ในปี 2561-2565 นำมาวิเคราะห์หาสาเหตุรากเหง้าและกำหนดกระบวนการป้องกันการเกิดซ้ำที่สอดคล้องกับสาเหตุรากเหง้า สื่อสารแนวทางป้องกันการเกิด ME ให้กับเจ้าหน้าที่ทุกระดับทั้งในกลุ่มงานเภสัชกรรม กลุ่มการพยาบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ติดตามความสำเร็จโดยการประเมินอุบัติการณ์ ADR ในปี 2566 เป็นรายเหตุการณ์ โดยวิเคราะห์ RCA และระดับความรุนแรง เพื่อนำไปสู่การพัฒนาต่อเนื่องในการวางระบบป้องกันและแก้ไข (CQI) 	<p>เม.ย.66</p> <p>พ.ค.66</p> <p>พ.ค.66-ก.ย.66</p>	<ol style="list-style-type: none"> คณะกรรมการพัฒนาระบบยา (MS) ผู้ร่วมประชุม PCT <p>คณะกรรมการพัฒนาระบบยา (MS)</p> <p>คณะกรรมการพัฒนาระบบยา (MS)</p>	<p>-ร้อยละของ ADR แต่ ละปี ได้รับการ ทบทวน RCA (เป้าหมายร้อยละ 100)</p> <p>-ADR ที่เกิดขึ้นใหม่มีระดับความรุนแรง ลดลง</p>

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
<p>88 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในกระบวนการดูแลผู้ป่วย (P) * [IV-1, III]</p>	<p>เริ่มมีการเกิดตัวชี้วัด misdiagnosis or delay diagnosis ปี 2564 และนำข้อมูลมาพัฒนาการประเมินภาวะ over sedation โดยใช้ Richmond agitation-sedation scale (RASS) พบว่าจำนวนผู้ป่วยหลบนีสูงมากขึ้นในช่วงปี 2562 - 2564 เป็นจำนวน 14, 12,13 รายตามลำดับ จากเดิมปีละ 4 - 5 ราย ซึ่งควรกำหนดเป็นจุดเน้นของ PCT โดยพยายามหาให้ถึง root cause และปรับแก้ด้วยมาตรการที่เป็น stronger action (ที่ไม่ต้องพึ่งพาความจำของมนุษย์เพื่อให้ทำงานได้อย่างถูกต้อง) เช่น กรณีลิ้ม lock ประตูที่เกิดซ้ำบ่อย โดยการปรับปรุงด้วยการควบคุมแบบอัตโนมัติ</p>	<p>1.ประชุมทบทวนตัวชี้วัดและคัดเลือกตัวชี้วัดโดยกำหนดให้จำนวนผู้ป่วยหลบนีสำเร็จเป็นจุดเน้นของPCT 2.ทบทวนอุบัติการณ์ วิเคราะห์หา RCA และแก้ไขด้วยมาตรการที่เป็น stronger action ทุก 1 เดือน 3.จัดอบรมเรื่อง risk management การหา RCAให้ถึง root cause และปรับแก้ด้วยมาตรการที่เป็น stronger action 4. ทบทวนอุบัติการณ์จำนวนผู้ป่วยหลบนีสูงมากขึ้นประชุมทบทวนวิเคราะห์อุบัติการณ์ หาRCA และแก้ไขด้วยมาตรการที่เป็น stronger action</p>	<p>กุมภาพันธ์ 2566 ตั้งแต่ มกราคม 2566 ทุก 1 เดือน เมษายน 2566 ตั้งแต่ มกราคม 2566 ทุก 1 เดือน</p>	<p>-แพทย์ -ก.พยาบาล -PCT PCT PCT ก.พยาบาล</p>	<p>- จำนวนอุบัติการณ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชคลาดเคลื่อน (diagnostic error) ระดับ E up (เป้าหมาย 0 ราย) -จำนวนผู้ป่วยหลบนีสำเร็จระดับ E ขึ้นไป (เป้าหมาย 0 ราย)</p>

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
<p>89 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการใช้line/tube/catheter และตัววัดที่เกี่ยวข้องกับห้องปฏิบัติการ (L) * [IV-1, II-7.2]</p>	<p>ควรส่งเสริมการกำหนดตัวชี้วัดในการประเมินประสิทธิภาพ</p> <p>1) lab ที่ส่งตรวจนอกเวลา 2) ความเร็วในการรายงานค่าวิกฤตทั้งในเวลาและนอกเวลา</p> <p>3) การใช้ค่าวิกฤต</p> <p>4) ผลการประเมิน IQC&EQA นำมาทบทวนใช้ประโยชน์จากตัวชี้วัดนำสู่การพัฒนาระบบงาน เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงการรักษาที่รวดเร็ว การตรวจทางห้องปฏิบัติ การมีความถูกต้องน่าเชื่อถือ</p>	<p>- ประชุมคณะกรรมการ PCT เพื่อกำหนดตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้</p> <p>1) ร้อยละการรายงานผลทันตามเวลาที่กำหนด (Turn around time)</p> <p>* ผู้ป่วยส่งตรวจนอกเวลาภายในเวลา 3 ชั่วโมง</p> <p>2) ร้อยละการรายงานผลทันตามเวลาที่กำหนด (Turn around time)</p> <p>* กรณีขอผลด่วน/ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่อาจเกิดผลวิเคราะห์ในช่วงค่าวิกฤตภายใน 45 ชั่วโมง</p> <p>* รายงานค่าวิกฤต / ผลด่วนภายใน 5 นาที หลังจากผลการวิเคราะห์เสร็จสิ้น</p> <p>3) ร้อยละการควบคุมคุณภาพภายนอก (EQA) ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน</p> <p>- ทบทวน และประเมินผลการเข้าร่วมโครงการฯ รวมถึงผล IQC และบันทึกเป็นหลักฐาน ทั้งผลผ่าน</p>	<p>1 ตุลาคม 2565 – 30 กันยายน 2566</p> <p>1 ตุลาคม 2565 – 30 กันยายน 2566</p>	<p>ก.เทคนิคการแพทย์</p>	<p>1) ร้อยละการรายงานผลทันตามเวลาที่กำหนด (Turn around time)</p> <p>2) ร้อยละการรายงานผลทันตามเวลาที่กำหนด (Turn around time)</p> <p>3) ร้อยละการควบคุมคุณภาพภายนอก (EQA) ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน</p>

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
		เกณฑ์ และไม่ผ่านเกณฑ์ รวมถึงกรณีที่พบผลการทดสอบไม่ผ่านเกณฑ์ที่มีดำเนินการทบทวนหาสาเหตุ บันทึกปฏิบัติการแก้ไข และวิธีการ ป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดซ้ำ			
90 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการดูแลภาวะฉุกเฉิน (E) * [IV-1, III-4.2 (5)]	ควรพิจารณาทบทวนแยกแยะระหว่างตัวชี้วัดผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคทางกาย แต่ไม่พบความผิดปกติของสัญญาณชีพ อาการของโรคไม่รุนแรง จากตัวชี้วัดการคัดแยก ที่ห้องฉุกเฉิน คลาดเคลื่อน (under triage หรือ over triage) เพื่อดูแลตามระดับความเร่งด่วนทางการแพทย์ฉุกเฉิน	-ประชุมคณะกรรมการ PCT ร่วมกับกลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชฉุกเฉิน เพื่อวิเคราะห์การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางกายที่ไม่พบความผิดปกติของสัญญาณชีพ และอาการของโรคไม่รุนแรงและชัดเจน -ทบทวนเกณฑ์ในการคัดแยกผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน (under triage หรือ over triage) -ปรับปรุงแนวทางในการปฏิบัติตามเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยเพื่อการดูแลตามระดับความเร่งด่วนทางการแพทย์ฉุกเฉิน -กำหนดตัวชี้วัดในการคัดแยกผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากโรค	มกราคม 2566	ER	มีการทบทวนแยกแยะระหว่างตัวชี้วัดผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคทางกาย จากตัวชี้วัดการคัดแยกที่ห้องฉุกเฉิน คลาดเคลื่อน (under triage หรือ over triage)

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
		ทางกาย แต่ไม่พบความผิดปกติของสัญญาณชีพ เช่น - ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคทางกาย ได้รับการคัดกรองและส่งต่อการดูแลที่เหมาะสม			
(2) ตัวชี้วัดสำคัญด้านการสร้างเสริมสุขภาพ					
91 ผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพของผู้รับบริการ 3-7 ตัว [IV-1 (2)]	1. ด้านการสร้างเสริมสุขภาพของผู้รับบริการ ควรพิจารณาเพิ่มตัวชี้วัดสำคัญที่สอดคล้องกับมิติในด้าน psychosocial Intervention ของสหวิชาชีพ	- ประชุมคณะกรรมการ PCT เพื่อกำหนดตัวชี้วัดให้สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบในการส่งเสริมสุขภาพของผู้รับบริการ ได้แก่ กลุ่มงานจิตวิทยา กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชให้การปรึกษากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยในชาย กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยในหญิง กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยแอลกอฮอล์ และกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู	มีนาคม-กันยายน 2566	PCT	มีตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับมิติด้าน Psycho Social Intervention ของสหวิชาชีพ

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
92 ผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน[II-8, II-9]	2. ด้านการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ควรส่งเสริมการกำหนดตัวชี้วัดการสร้างเสริมสุขภาพ การมองภาพรวมในการทำงานร่วมกับชุมชน เครือข่าย ร่วมกับการกำหนดตัวชี้วัดที่สะท้อนประสิทธิภาพและผลลัพธ์ในการสร้างเสริมสุขภาพที่สะท้อนปัญหาการดูแลในชุมชนเครือข่าย	- ประชุมคณะกรรมการ PCT เพื่อกำหนดตัวชี้วัดการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนร่วมกับเครือข่ายและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมทั้งตัวชี้วัดที่สะท้อน ประสิทธิภาพและผลลัพธ์ในการสร้างเสริมสุขภาพที่สะท้อนปัญหาการดูแลในชุมชนเครือข่าย ดังนี้ 1. ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชยุ่งยากซับซ้อน ได้รับการดูแลแบบมีส่วนร่วมของเครือข่าย	มกราคม 2566	จิตเวชชุมชน	ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชยุ่งยากซับซ้อน ได้รับการดูแลแบบมีส่วนร่วมของเครือข่าย
IV-3 ผลด้านกำลังคน	ควรกำหนดหรือคัดเลือกตัวชี้วัดในด้านการพัฒนาสมรรถนะของกำลังคนเพื่อนำนำมาสู่การประเมินผลปรับปรุงกระบวนการสร้างเรียนรู้ การพัฒนาสมรรถนะและระบบการประเมินให้สอดคล้องกับกระบวนการดูแลรักษาที่ได้ออกแบบไว้	1. ทบทวนตัวชี้วัดและคัดเลือกตัวชี้วัดด้านกำลังคน การนำองค์กร และระบบงานสำคัญ 2. กำหนดคณะกรรมการ/คณะทำงาน/ทีมที่รับผิดชอบตัวชี้วัดและจัดทำ KPI template และทบทวนปรับปรุงระบบที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัด	มีค-มย.66	ทีมงานและคณะกรรมการในระบบบริหารคุณภาพ	
IV-4 ผลด้านการนำ	ควรเพิ่มตัวชี้วัดด้านการนำในการดำเนินงานในโรงพยาบาล เช่น การกำกับทางคลินิก	3. กำหนดค่าเป้าหมายในแต่ละปี (ก.บริหาร/ทีมงาน)โดยการนำ			

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนารพ.	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
<p>IV-5 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ</p>	<p>1.IM ควรกำหนดตัวชี้วัดด้านความพร้อมใช้ของข้อมูลให้ครอบคลุมทั้งระดับโรงพยาบาลและเครือข่ายด้านจิตเวชเพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบจัดเก็บรวบรวมประมวลผลข้อมูลสารสนเทศ</p> <p>2. Supply chain ควรส่งเสริมการกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจนในการวัดผลหรือประเมินประสิทธิภาพในการส่งมอบ ผลงานของผู้รับเหมาช่วงต่างๆ ทั้งระดับภาพรวมและรายระบบที่มีการนำผู้รับเหมาช่วงเข้ามาดำเนินการ</p> <p>3. RM ยังพบผลลัพธ์เรื่องความเสี่ยงทางคลินิกที่สำคัญ โดยเฉพาะเรื่องการส่งต่อ</p>	<p>ข้อมูลเดิมมาวิเคราะห์เพื่อกำหนด baseline หรือมาตรฐานค่าเป้าหมายที่มีเป็นอย่างไรควรกำหนดเป็นเท่าไร ฯลฯ</p> <p>4. ปรับปรุงระบบการรวบรวมข้อมูลที่สอดคล้องกับตัวชี้วัดทั้งหมด (Data and information system ,</p> <p>5. กำหนด ระยะเวลาและความถี่ในการรวบรวมข้อมูลและการกำหนดความถี่ในการวิเคราะห์ในแต่ละตัวชี้วัด</p> <p>6. วิเคราะห์ข้อมูลตัวชี้วัด</p> <p>7. นำเสนอ/แสดงผลข้อมูลตัวชี้วัดรวมถึงผลการวิเคราะห์เพื่อผู้เกี่ยวข้องนำไปใช้ประโยชน์(มี Dashboard แสดงผล มี cockpit ให้เห็น (เขียวเหลืองแดง)</p>			

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
	<p>ผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยา อุบัติการณ์การลบลบหนี้ โดยตัวชี้วัดยังไม่ ครอบคลุม และมีชื่อตัวชี้วัดไม่ชัดเจนทั้งในในระดับองค์กร และหน่วยงาน ทำให้การติดตามตัวชี้วัดและ การวิเคราะห์ที่ไม่สามารถนำมาพัฒนา ระบบงานได้</p> <p>4. ENV ควรคัดเลือกตัวชี้วัดให้ครอบคลุมทั้งด้านความปลอดภัย ความพร้อมใช้ของเครื่องมือแพทย์ที่สำคัญ และมีความเสี่ยงสูง</p>	<p>8. นำเสนอตัวชี้วัดบรรลุเป้าหมาย และ/หรือ ไม่บรรลุเป้าหมาย ปัญหาอุปสรรค การแก้ไขต่อที่มนำกรณี Gap เกิดจาก ปัญหาเรื่องการบริหารจัดการ นำเข้าหรือในคณะกรรมการบริหาร</p>			

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
IV-6 ผลลัพธ์ด้านการเงิน	<p>มีค่าตัวชี้วัดทางการเงินต่างๆ ลงลงในปี 2564-2565 ที่ต้องเฝ้าระวังและหามาตรการใหม่ๆ ในการปรับปรุง</p>	<p>แผนปรับปรุงการเงินโรงพยาบาล คือ ควบคุมรายจ่ายที่จำเป็นอย่างเหมาะสมและเพิ่มรายรับจากการบริการ</p>			

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
		1. มาตรการควบคุมรายจ่ายที่จำเป็นให้เบิกจ่ายอย่างเหมาะสม 1.1 ปรับจำนวนบุคลากรขึ้นเวรหอผู้ป่วยให้สอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วย	ปี 2565-2566	1.หัวหน้ากลุ่มงาน 2.หัวหน้าตึก	ค่าตอบแทนการปฏิบัติงาน ลดลง 5% ต่อปี
		1.2 ทบทวนเกณฑ์และแนวทางการทำงานนอกเวลาของกลุ่มงานต่างๆ	ปี 2565-2566	คกก. ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลา ราชการ	ค่าตอบแทนการปฏิบัติงาน ลดลง 5% ต่อปี
		1.3 ทบทวนมาตรการประหยัดพลังงาน	ปี 2565-2566	คกก. ลดการใช้พลังงาน	ปรับปรุงมาตรการทุกปี
		1.4 ทบทวนมาตรการประหยัดวัสดุสิ้นเปลือง เช่น กระดาษ	ปี 2565-2566	คกก.บริหารโรงพยาบาล	อัตราการใช้ ลดลง 5% ต่อปี
		1.5 ลดการเข้าร่วมประชุมสัมมนา นอกสถานที่ เน้นการเข้าร่วมประชุมแบบ online	ปี 2565-2566	คกก.บริหารโรงพยาบาล	ค่าใช้จ่ายเดินทางไป ราชการ ลดลง 5% ต่อปี
		1.6 ทบทวนความจำเป็นของการจ้างลูกจ้างชั่วคราว	ปี 2565-2566	คกก.บริหารโรงพยาบาล	เป็นวาระติดตามในการประชุม คกก. บริหารโรงพยาบาล
		2. มาตรการปรับปรุงการบริหารจัดการคลังพัสดุ 2.1 ยุบคลังวัสดุการแพทย์ให้เหลือคลังเดียว ควบคุมโดยเภสัชกร	ปี 2565-2566	1. ก.พยาบาล 2. ก.เภสัชกรรม	มีคลังวัสดุการแพทย์ เหลือแห่งเดียว

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
		2.2 กำหนดนโยบายการเบิกจ่ายวัสดุสิ้นเปลืองของกลุ่มงานต่างๆ “สต็อกให้น้อย เบิกได้บ่อย” และคำขอเบิกให้มาจากหัวหน้ากลุ่มงานเท่านั้น	ปี 2565-2566	ก.พัสดุ	อัตราวัสดุคงคลัง ≤ 1
		2.3 กำหนดอัตราการใช้วัสดุจากปริมาณการเบิกจ่ายหน้าคลังตามห้วงเวลา เพื่อนำไปวางแผนจัดซื้อ	ปี 2565-2566	ก.พัสดุ	อัตราวัสดุคงคลัง ≤ 1
		2.4 ทบทวนความจำเป็นของวัสดุครุภัณฑ์ที่มีอยู่ และที่ต้องการเพิ่ม เช่น ครุภัณฑ์ที่จำเป็นพื้นฐานของแต่ละกลุ่มงาน	ปี 2565-2566	คกก.พัสดุ รพจ.ขก.	ลด 5% ต่อปี
		3. มาตรการเพิ่มรายรับจากการบริการหรือแหล่งรายรับเดิม 3.1 ขยายการให้บริการ SMC	ตั้งแต่ พค. 2565 เป็นต้นไป	ก.การแพทย์	1.ขยายจำนวนวันให้บริการต่อสัปดาห์ 2.เพิ่มจำนวนแพทย์ให้บริการต่อวัน
		3.2 เพิ่มการบริการห้องพิเศษสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่มีอาการวิกฤติฉุกเฉิน	ปี 2565 จัดเตรียมสถานที่ ปี 2566 ให้บริการรับผู้ป่วยไว้รักษา	ก.การแพทย์ ก.พยาบาล	อัตราการครองเตียงเพิ่มขึ้น $\geq 70\%$
		3.3 ทบทวนการลงรหัสวินิจฉัย ICD ที่เชื่อมโยงกับค่า CMI	ตั้งแต่ พค. 2565 เป็นต้นไป	ก.การแพทย์ ก.พยาบาล ก.เวชระเบียน	ค่า CMI ≥ 1.75

มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม
		3.4 บริหารการเบิกจ่ายยาที่ราคาแพง ให้สอดคล้องกับการจ่ายเงินสดของ สปสช.	ตั้งแต่ พค. 2565 เป็นต้นไป	ก.การแพทย์ ก.พยาบาล ก.เภสัชกรรม	ร้อยละของใบสั่งยาที่มีมูลค่าการสั่งใช้ยาเกินกว่าที่ สปสช. ให้เบิกจ่ายได้ มีจำนวนลดลง
		3.5 การเรียกเคลมค่าชดเชยค่าบริการจาก สปสช. ที่ยังไม่ได้เรียกเก็บเต็มที่	ตั้งแต่ พค. 2565 เป็นต้นไป	ก.แพทย์ ก.ประกันสุขภาพ	เพิ่มค่าเหมาจ่ายรายหัวจาก สสจ. >400 บาท
		3.6 เพิ่มประสิทธิภาพ/ขยายบริการยาไปรษณีย์	ตั้งแต่ พค. 2565 เป็นต้นไป	ก.การแพทย์ ก.พยาบาล ก.เภสัชกรรม	1.เพิ่มรายการยาให้บริการ 2.เพิ่มผู้ให้/รับบริการ 3.เพิ่มอุปกรณ์สื่อสาร
		4. มาตรการเพิ่มรายรับจากการบริการใหม่หรือผลิตภัณฑ์ใหม่			
		4.1 เตรียมเปิดบริการ Telepsychiatry, Telepsychotherapy, Telecounselling	ตั้งแต่ กค. 2565 เป็นต้นไป	ก.การแพทย์ ก.เภสัชกรรม ก.การพยาบาล ก.เทคโนโลยีสารสนเทศ	มีผู้รับบริการในระบบจิตเวชทางไกลเพิ่มขึ้น

หมายเหตุ กรุณาส่งไฟล์ในรูปแบบ Word มาที่ E-mail : qiplan@ha.or.th