

แผนปฏิบัติการ ด้านพัฒนาคุณภาพบริการ ปี 2562

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2562	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ. 2561-2562	วัน-เวลา				2559	2560	2561	
พัฒนาสู่การพยาบาลชั้นนำเพื่อสังคมไทยที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล	สนับสนุนส่งเสริมความเป็น excellent ในการพัฒนาวิธีการรักษาพยาบาลและเทคโนโลยีใหม่ๆที่ก้าวทันโรค	ความเป็นเลิศด้านบริการพยาบาล	1.เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญตั้งแต่แรกรับจนถึงหลังจำหน่ายอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมทุกภาควิชา	ต.ค.61-ก.ย.62	ผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยรายโรค	ผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยรายโรค	8 ภาควิชา	2	2	7	คุณภมร
			1.1 ติดตามผลลัพธ์ทางการพยาบาลของแต่ละรายโรคของกลุ่มโรคสำคัญและปรับปรุงพัฒนางานให้ได้ตามเป้าหมาย Monthly round (เฉพาะ 8 โรคใหม่) -ตรวจเยี่ยมหอผู้ป่วยครึ่งวันป่วยศุกร์ที่ 3 ของเดือน		ผลลัพธ์เฉพาะของรายโรคในการปฏิบัติตนตามคำแนะนำ	ความสามารถในการดูแลตนเองที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์	ตามแต่ละรายโรค	NA	NA	ดูผลดำเนินการตามรายงานข้อย่อรายโรค	
			1) ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า TKA		การเดินหลังผ่าตัด 2 วัน	ร้อยละผู้ป่วยที่สามารถเดินได้หลังผ่าตัด 2 วัน	ร้อยละ80	NA	NA	NA	
					การติดเข็มแผลผ่าตัดและข้อเข่าเทียม	อัตราการติดเข็มแผลผ่าตัดและข้อเข่าเทียม	≤1%	NA	NA	NA	

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2562	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ. 2561-2562	วัน-เวลา				2559	2560	2561	
					ข้อเข้าเทียมเลื่อนหลุด (self-index)	ร้อยละผู้ป่วยข้อเข้าเทียมเลื่อนหลุด	0	NA	NA	NA	
					การเกิด DVT หลังจำหน่ายภายใน 14 วัน (self-index ดูการกินยา aspirin)	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการเกิด DVT หลังจำหน่ายภายใน 14 วัน	≤ร้อยละ5	NA	NA	NA	
					ความปวดก่อนจำหน่าย	ร้อยละผู้ป่วยที่มีคะแนนความปวดก่อนจำหน่าย ≤3	≥ร้อยละ90	NA	NA	NA	
			2) โรคภาวะเป็นพิษจากการตั้งครรภ์		การเกิดอาการชัก	ร้อยละของผู้ป่วยเกิดอาการชัก	0	NA	NA	NA	
					Self-index -ค่าความดันโลหิตหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์	ร้อยละผู้ป่วยที่มีค่าความดันโลหิตหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ -	ร้อยละ 100	NA	NA	NA	

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2562	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ. 2561-2562	วัน-เวลา				2559	2560	2561	
						systolic \leq 140 mmHg diastolic \leq 90 mmHg					
			3) ทารกแรกเกิดก่อนกำหนด น้ำหนักน้อยมาก		ความสามารถในการดูแลทารกก่อนจำหน่ายของบิดามารดา/ญาติระดับดีมาก	ร้อยละบิดามารดา/ญาติมีความสามารถในการดูแลทารกก่อนจำหน่าย	\geq ร้อยละ 90	NA	NA	NA	
			4) มะเร็งกล่องเสียง		ภาวะHypoxic arrest	อัตราการเกิดภาวะ Hypoxic arrest	0	NA	NA	NA	
					Re-admitted จากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง -การทำแผล -การให้อาหารทางสายยาง -การดูแลท่อเจาะคอ	อัตราการ Re-admitted	0	NA	NA	NA	

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2562	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ. 2561-2562	วัน-เวลา				2559	2560	2561	
					ผู้ป่วย/ญาติ ได้รับความรู้ และฝึกทักษะ การดูแลตนเอง และสาธิต ย้อนกลับได้ ถูกต้อง	ร้อยละผู้ป่วย/ ญาติที่ได้รับ ความรู้และฝึก ทักษะการดูแล ตนเองและสาธิต ย้อนกลับได้ ถูกต้อง	ร้อยละ 100	NA	NA	NA	
					ความพึงพอใจ ต่อการดูแล แบบ palliative care ในผู้ป่วยที่มีค่า PPS≤30	ร้อยละผู้ป่วย/ ญาติที่มีความพึงพอใจต่อการ ดูแลแบบ palliative care ในผู้ป่วยที่มีค่า PPS≤30 ระดับ ดี-ดีมาก	≥ร้อยละ 90	NA	NA	NA	
			5) โรคติดสุรา (Alcohol Dependent)		การประเมิน AWS	ร้อยละผู้ป่วยที่ ได้รับการ ประเมิน AWS	ร้อยละ 100	NA	NA	NA	

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2562	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ. 2561-2562	วัน-เวลา				2559	2560	2561	
					Fall	ร้อยละผู้ป่วยที่เกิดอุบัติเหตุ Fall ระดับ E ขึ้นไป	0	NA	NA	NA	
					Aspirate	ร้อยละผู้ป่วยที่เกิด Aspirate	0	NA	NA	NA	
					การหยุดสุรา	ร้อยละผู้ป่วยที่มีการหยุดสุรา 3 เดือน 6 เดือน	3 เดือน \geq ร้อยละ 70 6 เดือน \geq ร้อยละ 50	NA	NA	NA	
			6) มะเร็งในรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัด		การประเมินความพร้อมในการรับยาเคมีบำบัด	ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินความพร้อมในการรับยาเคมีบำบัด	ร้อยละ 100	NA	NA	NA	
					การเกิด Anaphylactic จากภาวะ Hypersensitivity	ร้อยละผู้ป่วยที่มีการเกิด Anaphylactic จากภาวะ Hypersensitivity	0	NA	NA	NA	

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2562	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ. 2561-2562	วัน-เวลา				2559	2560	2561	
					การเกิด Extravasations	ร้อยละผู้ป่วยที่มีการเกิด Extravasations	0	NA	NA	NA	
					การเกิด Septic shock จากภาวะ FNP	ร้อยละผู้ป่วยที่มีการเกิด Septic shock จากภาวะ FNP	0	NA	NA	NA	
					ความพึงพอใจต่อการดูแลแบบ palliative care ในผู้ป่วยที่มีค่า PPS≤30	ร้อยละผู้ป่วย/ญาติที่มีความพึงพอใจต่อการดูแลแบบ palliative care ในผู้ป่วยที่มีค่า PPS≤30 ระดับดี-ดีมาก	≥ร้อยละ 90	NA	NA	NA	
			7) โรคจอตตาหลุดลอก		การคว่ำหน้าหลังผ่าตัด	ร้อยละผู้ป่วยที่มีการคว่ำหน้าหลังผ่าตัด 16 ชม./วัน	ร้อยละ 100	NA	NA	NA	
					การติดเชื้อมองหลังผ่าตัด (self-index)	อัตราการติดเชื้อมองหลังผ่าตัด	0	NA	NA	NA	

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2562	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ. 2561-2562	วัน-เวลา				2559	2560	2561	
					ความสามารถในการดูแลตนเองหลังจำหน่าย	ร้อยละผู้ป่วยที่มีความสามารถในการดูแลตนเองหลังจำหน่ายระดับดีถึงดีมาก	ร้อยละ 100	NA	NA	NA	
			8) กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด		Door to EKG	Door to EKG <10 นาที (จากการ triage ที่ถูกต้องของพยาบาล ER)	ร้อยละ 100	NA	94.67	100	
					Door-to-needle (fibrinolysis)	Door-to-needle (fibrinolysis) < 30 นาที	ร้อยละ 100	NA	0 (n=2) ผู้ป่วยไม่ได้มาด้วย chest pain	0	
					การเกิด Hematoma ขนาด > 5x5 cm หลัง CAG	ร้อยละการเกิด Hematoma ขนาด > 5x5 cm หลัง CAG	0	NA	5.14	1.69	

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2562	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ. 2561-2562	วัน-เวลา				2559	2560	2561	
					การได้รับยา Antiplatelet ภายใน 24 ชม.	ร้อยละการได้รับยา Antiplatelet ภายใน 24 ชม.	ร้อยละ 100	NA	NA	NA	
					การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ใน 1 เดือนแรก	ร้อยละการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ใน 1 เดือนแรก	ร้อยละ100	NA	NA	97.25	
					การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันด้วยโรคเดิม	ร้อยละการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันด้วยโรคเดิม	≤ร้อยละ 5	NA	4.56	5.74	
					การเลิกบุหรี่ ติดตาม 3 เดือน , 6 เดือน, 1 ปี	ร้อยละของการเลิกบุหรี่ ติดตาม 3เดือน, 6 เดือน, 1 ปี	≥ร้อยละ 50	NA	1 เดือน = 79.73 3 เดือน = 67.56	1 เดือน = 72.34 3 เดือน = 68.7 6 เดือน = 66.1	
					ค่า LDL-C หลังจำหน่าย 6 เดือน	ร้อยละผู้ป่วยที่มีค่า LDL-C หลังจำหน่าย 6 เดือน <100มก. ต่อ ดล.	≥ร้อยละ 50	NA	65.11	72.5	

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2562	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ. 2561-2562	วัน-เวลา				2559	2560	2561	
			9) ผ่าตัดหัวใจ จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 38 ราย เป็นผู้ป่วย Valve surgery 21 ราย CABG 13 ราย CABG + Valve 4 ราย		การเลื่อนผ่าตัดจากการไม่ได้งดยา anti-platelet	ร้อยละการเลื่อนผ่าตัดจากการไม่ได้งดยา anti-platelet, anticoagulant	<ร้อยละ 5	NA	NA	0	
					การติดเชื้อแผลผ่าตัด (SSI)	อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด	SIR <1 (*SIR=Standardized Infection Ratio)	NA	0	1.01	
					ค่า INR หลังจำหน่าย 3 เดือน	ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับยา warfarin และค่า INR หลังจำหน่าย 3 เดือน อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด (2-3)	>ร้อยละ 60	NA	NA	35	
					การเกิด ภาวะ shock จาก cardiac tamponade	ร้อยละการเกิดภาวะ shock จาก cardiac tamponade	<ร้อยละ 5	NA	NA	2.02	

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2562	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ. 2561-2562	วัน-เวลา				2559	2560	2561	
					การเกิด cardiac arrest จาก threatening cardiac arrhythmia	ร้อยละการเกิด cardiac arrest จาก threatening cardiac arrhythmia	<ร้อยละ 5	NA	NA	2.02	
					คะแนนความปวด	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีคะแนนความปวดก่อนจำหน่าย ≤ 3	ร้อยละ 100	NA	NA	100	
			10) โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน จำนวนผู้ป่วยที่ดูแล 56 ราย ผู้ป่วยที่มีแผลที่เท้า/แผลผ่าตัด 30 ราย		การบริหารยา ลดปวดหลัง จำหน่าย -คะแนนความปวดหลัง จำหน่าย ≤ 3	-ร้อยละผู้ป่วยที่มีคะแนนความปวดหลัง จำหน่าย ≤ 3	\geq ร้อยละ 85	NA	95.8	97.16	
					คะแนนความปวดหลังทำหัตถการ/ผ่าตัด	คะแนนความปวดหลังทำหัตถการ/ผ่าตัด ใน 72 ชม. ≤ 3	\geq ร้อยละ 90	NA	NA	97.6	

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2562	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ. 2561-2562	วัน-เวลา				2559	2560	2561	
					การจัดการความปวด	ร้อยละผู้ป่วยที่มีระดับความปวดก่อนจำหน่าย \leq 3 คะแนน	\geq ร้อยละ 90	NA	NA	98.3	
					การสูญเสียอวัยวะส่วนปลาย(ขา)หลังผ่าตัดภายใน 24 ชม.	ร้อยละการสูญเสียอวัยวะส่วนปลาย (ขา) หลังผ่าตัดภายใน 24 ชม.	0	NA	3.15	0	
					การเลิกบุหรี่ ใน 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน	ร้อยละผู้ป่วยที่สูบบุหรี่และเลิกบุหรี่ได้สำเร็จใน 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน	\geq ร้อยละ 90	NA	เลิกบุหรี่ได้สำเร็จใน 1 เดือน= 96.2 , เลิกได้ใน 3 เดือน= 82.55,เลิกได้ใน 6 เดือน = 71.4	เลิกบุหรี่ได้สำเร็จใน 1 เดือน= 97.6 , เลิกได้ใน 3 เดือน= 76.9 ,เลิกได้ใน 6 เดือน = 69.2	
			11) บาดเจ็บสมอง (ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองปานกลางถึงรุนแรง) จำนวน 18 ราย		ความสามารถในการทำกิจวัตร	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีความสามารถใน	ร้อยละ 100	NA	79.8		

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2562	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ. 2561-2562	วัน-เวลา				2559	2560	2561	
			ADL>5 เท่ากับ 10 ราย ADL<5 เท่ากับ 8 ราย		ประจำวันก่อนจำหน่ายที่เพิ่มขึ้นจากแรกรับ (กลุ่มค่าคะแนน ADL แรกรับ >5)	การทํากิจวัตรประจำวันก่อนจำหน่ายเพิ่มขึ้นจากแรกรับ					
					ความสามารถในการทํากิจวัตรประจำวันก่อนจำหน่ายคงเดิมจากแรกรับ (กลุ่มค่าคะแนน ADL แรกรับ 0-4)	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีความสามารถในการทํากิจวัตรประจำวันก่อนจำหน่ายคงเดิมจากแรกรับ	≥ร้อยละ 80	NA	9.5		
					การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน	อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน	0	NA	0.98		
			12) มะเร็งโลหิตวิทยา		ความสามารถในการดูแลตนเอง	ร้อยละผู้ป่วยที่มีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับดี – ดีมาก	≥ร้อยละ 85	NA	85.75	88.75	

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2562	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ. 2561-2562	วัน-เวลา				2559	2560	2561	
					CLA-BSI	อัตราการเกิดการติดเชื้อในสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (CLA-BSI) Adult	≤1.0 ครั้ง/1000 catheter-days	2.51	3.9	1.26	
			13) มะเร็งตับ ผู้ป่วยที่ดูแลมีจำนวน 50 ราย -เก็บข้อมูลการดูแลตนเอง 45 ราย - 5 รายเป็นผู้ป่วยมะเร็งตับ		Self care indexค่าอัลบูมินหลังจำหน่าย 6 เดือน	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่าอัลบูมินหลังจำหน่าย 6 เดือน เพิ่มขึ้น ≥2%	≥ร้อยละ 50	NA	84.5	ผู้ป่วยรายเก่า = 81.81, รายใหม่ = 23.52	
			ลูกถามระยะท้ายดูแลเรื่องความทุกข์ทรมาน (ความปวด) -มะเร็งตับระยะต้นและระยะกลางรักษาด้วยการทำ TACE 22 ราย		ค่า viral load หลังจำหน่าย 6 เดือน	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่า viral load หลังจำหน่าย 6 เดือน ลดลงจากเดิม ≥20%	≥ร้อยละ 80	NA	73.3	84.61	
					การเลิกดื่มแอลกอฮอล์	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการเลิกดื่มแอลกอฮอล์	ร้อยละ 100	NA	80	82.35	

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2562	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ. 2561-2562	วัน-เวลา				2559	2560	2561	
					การ re-admit	อัตราการ re-admit	0	NA	NA	0.56	
					ภาวะแทรกซ้อนหลังทำ TACE	อัตราการเกิด bleeding/hematoma grade 2 (5x5 cm.)	0	NA	0	2.11	
					ระดับความปวด back pain	ร้อยละผู้ป่วยที่มีระดับความปวด back pain หลังการทำ TACE ≤3	≥ร้อยละ 50	NA	46.29	84.37	
						ร้อยละของการเกิด sepsis จาก post embolization syndrome	0	NA	1.85	0	
					คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งตับที่รักษาด้วยวิธี TACE	ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งตับที่รักษาด้วยวิธี TACE มีคุณภาพ	≥ร้อยละ 80	NA	ไม่ได้ดำเนินการ	คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งตับที่รักษาด้วย	

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2562	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ	
			ปี งบประมาณ. 2561-2562	วัน-เวลา				2559	2560	2561		
						ชีวิตโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง					วิธี TACE หลังการรักษา มากกว่าก่อนรักษา ร้อยละ 100	
					การบรรเทาความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็งตับระยะท้าย	ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งตับระยะท้ายมีคะแนนความปวดหลังจำหน่าย ≤3 คะแนน	≥ร้อยละ 90	NA	NA	88.8		
			14) มะเร็งเต้านม (จำนวนผู้ป่วย 168 ราย เป็น OPD=87 IPD =81)		ภาวะข้อไหล่ติด	อัตราการเกิดภาวะข้อไหล่ติด	0	NA	0	0		
					ความสามารถในการดูแลตนเอง	ร้อยละผู้ป่วยที่มีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับดี-ดีมาก	≥ร้อยละ 80	NA	88.4	86.8		

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2562	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ. 2561-2562	วัน-เวลา				2559	2560	2561	
			15) มะเร็งลำไส้ใหญ่ในกลุ่มที่มีทวารเทียม จำนวนผู้ป่วย 42 ราย		การทำ stoma siting	ร้อยละของผู้ป่วย elective case ที่ได้รับการ การทำ stoma siting	≥ร้อยละ 90	NA	95.86	92.66	
					การวางแผนจำหน่าย	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนการจำหน่าย	≥ร้อยละ 80	NA	NA	73.17	
			Peristomal skin irritation*		การเกิด Skin irritation ในผู้ป่วยผ่าตัดใหม่ ในระยะเวลา 1 เดือน	ร้อยละการเกิด Skin irritation ในผู้ป่วยผ่าตัดใหม่ในระยะเวลา 1 เดือน	≤ร้อยละ 10	14.3	6.9	16.52 นับ ทุกระดับ	
			Stomal prolapse		การเกิด Stoma prolapse ในระยะเวลา 1 เดือน	ร้อยละการเกิด Stoma prolapse ในระยะเวลา 1 เดือน	≤ร้อยละ 10	10.7	1.86	6.1	

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2562	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ. 2561-2562	วัน-เวลา				2559	2560	2561	
			Parastomal hernia		การเกิด parastomal hernia	ร้อยละการเกิด parastomal hernia ในระยะเวลา 1 เดือน	≤ร้อยละ 10	28.6	1.8	6.96	
	สนับสนุนส่งเสริมความเป็นexcellentในการพัฒนาวิธีการรักษาพยาบาลและเทคโนโลยีใหม่ๆที่ก้าวทันโรค	พัฒนาสู่การพยาบาลชั้นนำที่ได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติ	2. ส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานของจริยธรรม/สิทธิผู้ป่วย	ต.ค.61-ก.ย.62	1.ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาล	1.คะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาล	ผู้ป่วยใน≥4.5 ผู้ป่วยนอก ≥4.3	NA	NA	NA	คุณภมร
					2.ข้อร้องเรียนลดลงจากปี 61	2.จำนวนข้อร้องเรียนลดลงจากปี 61	≥ร้อยละ 50	NA	25	9	
			2.1 โครงการอบรมจริยธรรมและพฤติกรรมบริการ - พยาบาล (1-5 ปี) 2 รุ่น - Non-professional 2 รุ่น ตามแผน IDP (200 คน/รุ่น)		แบบทดสอบความรู้	คะแนนทดสอบผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 80	ร้อยละ 100	NA	NA	ร้อยละ 100	
			2.2 โครงการอบรมจริยธรรมและกฎหมาย พยาบาล ≥5 ปี 2 รุ่น								

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2562	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ. 2561-2562	วัน-เวลา				2559	2560	2561	
			2.3 สร้างบรรยากาศจริยธรรม								
			- รมรณรงค์การใช้สื่อ social media อย่างเหมาะสม								
			2.4 จัดทำสื่อวีดิทัศน์เรื่องเล่าความดี		สื่อวีดิทัศน์	จำนวนสื่อวีดิทัศน์	1 เรื่อง	NA	NA	1	
	สนับสนุนส่งเสริมความเป็นexcellentในการพัฒนาวิธีการรักษาพยาบาลและเทคโนโลยีใหม่ๆที่ก้าวทันโรค	พัฒนาสู่การพยาบาลชั้นนำที่ได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติ	3.ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (ผู้ใหญ่และเด็ก)	ต.ค.61-ก.ย.62	ความพึงพอใจในการดูแลระดับดี-ดีมาก	ร้อยละผู้ป่วยที่มีความพึงพอใจในการดูแลระดับดี-ดีมาก	≥ร้อยละ 90	NA	NA	100	คุณภมร
			3.1 พัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบประคับประคอง (PSU Model Palliative care)		รูปแบบการพยาบาลแบบประคับประคอง (PSU Model Palliative care)	มีรูปแบบการพยาบาลแบบประคับประคอง (PSU Model Palliative care)	สำเร็จ	NA	NA	NA	
			3.2 สร้าง/ส่งเสริมจิตอาสาเอ็นซีระ	ทุกเดือน	ความพึงพอใจ	ความพึงพอใจผู้เข้าร่วมกิจกรรมระดับดี-ดีมาก	≥ร้อยละ90	NA	NA	NA	

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2562	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ. 2561-2562	วัน-เวลา				2559	2560	2561	
	การใช้ core competency ในการสนับสนุน/แก้ไข ปัญหาและชี้ นำ	นำองค์ความรู้มาปรับใช้ในสภาพความต้องการและปัญหาที่แท้จริงของสังคมและชุมชน	4.โครงการให้ความรู้ประชาชนทั้งใน/นอกโรงพยาบาล	ต.ค.60-ก.ย.61	การจัดกิจกรรม	จำนวนครั้งของการจัดกิจกรรม	≥4 ครั้ง	4	4	4	คุณภมร
	ปัญหาทางสาธารณสุขของชุมชนภาคใต้เพิ่มประสิทธิภาพ	จัดการทรัพยากรอย่างคุ้มค่าทันต่อการเปลี่ยนแปลง	5.ควบคุมการติดเชื้อ (VAP,CLABSI,CA-UTI)		อัตราการติดเชื้อ	เทียบเคียงกับ50 percentile NHSN ปี 2012-2013	Adult VAP 0.9 ครั้ง/1000 ventilator-days	1.28	1.07	1.22	คุณภมร
	การรักษาพยาบาล		5.1 จัดกิจกรรม catheter round ร่วมกับหอผู้ป่วยและหน่วยควบคุมการติดเชื้อ เพื่อเพิ่มความเข้มแข็งให้แกนนำด้านทัศนคติและการจัดการ				Pediatric VAP 0 ครั้ง/1000 ventilator-days	0.73	0	0	
			5.2 จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่ม nurse และ non nurse				Adult CLA-BSI 0.9 ครั้ง/1000catheter-days	2.00	1.67	2.60	
			5.3 RCA case ร่วมกับ ICN และผู้เกี่ยวข้อง				Pediatric CLA-BSI	2.30	2.41	2.40	

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2562	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ. 2561-2562	วัน-เวลา				2559	2560	2561	
							0.7 ครั้ง/ 1000 catheter- days				
							Adult CA- UTI 2.2 ครั้ง/ 1000 catheter- days	3.85	4.71	3.08	
							Pediatric CA-UTI 1.4 ครั้ง/1000 catheter- days	2.86	1.06	1.34	
			5.4 รณรงค์เรื่องการล้างมือ อย่างเข้มข้นร่วมกับหน่วย ควบคุมการติดเชื้อ		การล้างมือ	ร้อยละของการ ล้างมือ	≥ร้อยละ 90	NA	NA	NA	
			5.6 จัดตั้งและพัฒนา สมรรถนะพยาบาลควบคุมการ ติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย/ หน่วยงาน		หอผู้ป่วย/ หน่วยงานมี พยาบาล ควบคุมการติด เชื้อ	จำนวนหอ ผู้ป่วย/ หน่วยงานมี พยาบาลควบคุม การติดเชื้อ	ร้อยละ 100	NA	NA	NA	

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2562	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ. 2561-2562	วัน-เวลา				2559	2560	2561	
			- โครงการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย/หน่วยงาน		สมรรถนะพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย/หน่วยงาน	สมรรถนะพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย/หน่วยงาน	สมรรถนะผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 100	NA	NA	NA	
			- โครงการชวนน้องทำหน่วยงานปลอด HAI (Hospital Acquired Infections)		โครงการ	จำนวนโครงการ	≥10 โครงการ	NA	NA	NA	

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2562	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา				2559	2560	2561	
ความเป็นเลิศด้านบริการ	เพิ่มประสิทธิภาพการรักษาพยาบาล	การบริหารจัดการความปลอดภัยและประสิทธิภาพ	6.เพิ่มคุณภาพการจัดการความปลอดภัย 6.1 ทำ Standardized การประเมินความปลอดภัยในกลุ่มผู้ป่วยแต่ละประเภท 1) ผู้ป่วยทารก 2) ผู้ป่วยเด็ก 3) ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว 6.2 ทำคู่มือมาตรฐานวัดความปลอดภัย 6.3 ทำแผนพับให้ความรู้เรื่องการจัดการความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย + ภาวะแทรกซ้อนของยาทำเป็น QR code	ต.ค.61-ก.ย.62	ความพึงพอใจการจัดการความปลอดภัย	ร้อยละความพึงพอใจการจัดการความปลอดภัยระดับมาก-มากที่สุด	>ร้อยละ 90	ร้อยละ 90.10	ร้อยละ 97.34	ร้อยละ 97.50	คุณยุพา คุณคณิงนิตย์
			6.4 QA การจัดการความปลอดภัย	ต.ค.61-ก.ย.62	การจัดการความปลอดภัย	การช่วยเหลืออย่างรวดเร็วจากพยาบาลเมื่อมีอาการปวด	>ร้อยละ 90	NA	94.22	
						การประเมินสอบถามอาการปวดภายหลังได้รับยาบรรเทาปวด	>ร้อยละ 90	NA	94.01	

ความท้าทาย เชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับ แผนกลยุทธ์ โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกล ยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2562	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา				2559	2560	2561	
						การให้ข้อมูล เกี่ยวกับอาการ ไม่พึงประสงค์ ของยา	>ร้อยละ 90	NA	83.21	...	
						การให้ข้อมูล เรื่องวิธีจัดการ ความปวด	>ร้อยละ 90	NA	88.47	
						การประเมิน ความปวด ≥ 3 ครั้ง ใน 24 ชม. แรกหลังผ่าตัด	>ร้อยละ 95	NA	100	NA	
						การประเมิน ความปวดเมื่อ จำหน่าย	>ร้อยละ 90	NA	95.6	89.45	
						ความปวดก่อน จำหน่าย ≤ 3	>ร้อยละ 95	NA	NA	87.66	
					การเทียบเคียง เครือข่ายชมรม พัฒนาการ พยาบาลของ รพ.ขนาดกลาง	อันดับการ เทียบเคียง เครือข่ายชมรม พัฒนาการ พยาบาลของ รพ.ขนาดกลาง	อันดับ 1 ใน 3				

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2562	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา				2559	2560	2561	
					Acute pain			NA	รอ เครือข่าย รายงานผล (ร้อยละ 97.34)	NA	
					Cancer pain			อันดับ 2 ใน 3 (ร้อยละ 90.10)	NA		
					Pediatric pain			NA	NA		
	กำหนดให้มีการนำevidence based practice มาปฏิบัติจริงในฝ่ายฯ	นำองค์ความรู้ด้านการเรียนการสอน วิจัยมาปรับใช้ในสภาพความต้องการและปัญหาที่แท้จริงของสังคมและชุมชน	7. โครงการประกันคุณภาพและ CQI มาตรฐานการพยาบาล 3 เรื่อง 1) การดูแลหัตถการ 2) การสวนคาสายสวนปัสสาวะ 3) การดูแลผู้ป่วยที่ได้สารละลายทางหลอดเลือดดำ - เก็บ QA มาตรฐานการพยาบาล - KS และนำมาปรับระบบงาน		ห่อผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน	ร้อยละของห่อผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน (ร้อยละ 100)	ร้อยละ 80	NA	NA	97.6	คุณยุพา

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2562	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา				2559	2560	2561	
			- วัดซ้ำส่วนที่ไม่ผ่านเกณฑ์								
			- รวบรวม Guideline เฉพาะโรคจาก APN แขนงไว้ใน Website เพื่อเผยแพร่ให้แก่หอผู้ป่วยอื่น ๆ		Guideline เฉพาะโรค แขนงไว้ใน Website	จำนวน Guideline เฉพาะโรคแขนงไว้ใน Website	>5 เรื่อง	NA	NA	NA	
			8. โครงการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล	ต.ค.61-ก.ย.62	คุณภาพบันทึกทางการพยาบาล	ร้อยละความครบถ้วน	≥ร้อยละ 90	74.2	70.4	รอวิเคราะห์ข้อมูล	คุณยุพา
			-จัด KM บันทึกทางการพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยเดียวกัน โดยมีอาจารย์พยาบาล/พยาบาลผู้ชำนาญการมาช่วยให้คำปรึกษา			ร้อยละคุณภาพ	≥ร้อยละ 80	NA	NA	NA	
			8.1 Standardizedแบบฟอร์มการ audit บันทึกทางการพยาบาล - สร้างแบบประเมินการนิเทศบันทึกทางการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อให้สามารถบันทึกลงในระบบ Intranet		audit บันทึกทางการพยาบาลได้ถูกต้อง	ร้อยละการ audit บันทึกทางการพยาบาลได้ถูกต้อง	>ร้อยละ 80	NA	NA	NA	

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2562	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา				2559	2560	2561	
			8.2 การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์รายโรค		หอผู้ป่วยที่มีรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์รายโรคอย่างน้อย5โรค	ร้อยละหอผู้ป่วยที่มีรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์รายโรคอย่างน้อย5โรค	ร้อยละ 30	NA	NA	NA	
			9.การป้องกันการเกิด Pressure injury	ต.ค.61-ก.ย.62	การเกิดแผลกดทับ ระดับ 1-4	อัตราการเกิดแผลกดทับ	<1.0/1,000 วันนอน ไม่มีแผลกดทับ ระดับ 4	2.22	1.83	1.43	คุณยุพา แผลระดับ 4 =2 แผล
			9.1 โครงการ Standardized Pressure injury	ก.พ.และ ส.ค.62	Standardized Pressure injury	จำนวนครั้ง	2 ครั้ง	2	2	2	
						จำนวนผู้เข้าร่วม	50 คน				
			9.2 โครงการ Skin Bundle	17ต.ค.61	ผลการใช้ skin bundle ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง	ร้อยละการใช้skin bundle ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง	≥ร้อยละ 80	NA	NA	NA	
			9.3 Walk round หอผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง	ก.ย. 61-ต.ค.62	หน่วยงานที่พบแผลกดทับ	จำนวนครั้ง	เดือนละครั้ง	NA	NA	NA	

ความท้าทาย เชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับ แผนกลยุทธ์ โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกล ยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2562	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา				2559	2560	2561	
			9.4 ปรับโปรแกรมการบันทึก ผลกดทับ โดยแยกเป็น IAD และ Pressure Injury	ก.ย.61- ต.ค.62	โปรแกรม สำเร็จ	ร้อยละความ สมบูรณ์	ร้อยละ 100	NA	NA	NA	
			10. Phlebitis และ Extravasation 10.1 กิจกรรม KM 10.2 IV & Catheter Round	ต.ค.61- ก.ย.612	การเกิด Phlebitis ระดับ 3-4	อัตราการเกิด Phlebitis ระดับ 3-4	<0.26 ครั้ง :1000 วัน นอน	NA	NA	0.23	คุณยุพา คุณศรีพงา
					การเกิด Extravasation	อัตราการเกิด Extravasation	<0.05 ครั้ง :1000 วัน นอน	NA	NA	0.25	

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2562	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ. 2561-2562	วัน-เวลา				2559	2560	2561	
	เพิ่มประสิทธิภาพการรักษาพยาบาล	การบริหารความเสี่ยง/ความปลอดภัยที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องครอบคลุม	11.เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารและการจัดการความเสี่ยงความปลอดภัยของผู้ป่วย ด้วยทะเบียนจัดการความเสี่ยง (Risk register) ครอบคลุมความเสี่ยงที่สำคัญของฝ่ายบริการพยาบาล	ต.ค.61-ก.ย.62	อุบัติการณ์ระดับ E-I	จำนวนอุบัติการณ์ระดับ E-I ลดลง	ลดลง ร้อยละ 50	138	195	170	คุณลักษณะ คุณศรีพงา คุณวิลาวัลย์ คุณพรทิวา คุณนนทา
			11.1 อบรม RM& Risk register สำหรับผู้ตรวจการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย/หน่วยงานและ รองหัวหน้าหอผู้ป่วย/หน่วยงาน(2 รุ่นๆละ 2 วัน) รุ่นละ 60 คนรวม 120 คน และ 2) ติดตาม Risk profile และ Risk Register ของ หัวหน้าหอผู้ป่วยหลังการอบรม 2 สัปดาห์ และติดตามการนำไปใช้ ประโยชน์ ทุก 3 เดือน	ต.ค.61-ก.ย.62	ความรู้	คะแนนความรู้ผ่านเกณฑ์ 80%	ร้อยละ 100	NA	NA	100	คุณลักษณะ และ ทีมบริหาร คุณภาพและความเสี่ยงความปลอดภัย
			11.2 ติดตามและทบทวนอุบัติการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงระดับ G-I	ต.ค.61-ก.ย.62	อุบัติการณ์ระดับ G-I	จำนวนอุบัติการณ์ระดับ G-I	ลดลง ร้อยละ 50	15	12	13	คุณลักษณะ และ ทีมบริหาร คุณภาพและความเสี่ยงความปลอดภัย
					อุบัติการณ์ระดับ G-I	อุบัติการณ์ระดับ G-I ที่ได้รับการเยี่ยม	ร้อยละ 100	NA	NA	ร้อยละ 61.54	คุณลักษณะ และ ทีมบริหาร คุณภาพและความเสี่ยงความปลอดภัย

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2562	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ	
			ปี งบประมาณ. 2561-2562	วัน-เวลา				2559	2560	2561		
						ตรวจทบทวน หน้างาน หรือ ได้รับการ ทบทวนโดย กรรมการ						
			11.3 โครงการส่งเสริม Risk & Safety Awareness - อบรม NTS (Non Technical Skills) 2 รุ่น		ความรู้	คะแนนความรู้ผ่านเกณฑ์ 80%	ร้อยละ 100	NA	NA	100	คุณนันทา และ ทีมพัฒนา คุณภาพ	
			- พัฒนา/ปรับรูปแบบการรายงาน อุบัติการณ์ระดับ A,B ให้ง่ายและ สะดวกต่อการรายงาน	ต.ค.61- ก.ย.62	การรายงาน อุบัติการณ์ ระดับ A,B	จำนวนรายงาน อุบัติการณ์ระดับ A,B	เพิ่มขึ้น 20%	94	205	169	คุณลักษมี และ ทีมพัฒนา คุณภาพ, IT	
					การรายงาน Near- miss ระบบยาผู้ป่วย ใน	จำนวนรายงาน Near- miss ระบบยาผู้ป่วย ใน		969	783	852		
					รายงาน Near- miss ระบบยา ผู้ป่วยนอก	จำนวนรายงาน Near- miss ระบบยาผู้ป่วย นอก		NA	NA	NA	คุณลักษมี และ ทีมพัฒนา คุณภาพ, IT	

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2562	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ. 2561-2562	วัน-เวลา				2559	2560	2561	
			-Deployed การใช้โปรแกรม Dispensing error และ Prescribing error	ต.ค.61-ก.ย.62	กิจกรรมการ deployed	จำนวนครั้งในการ deployed	4 ครั้ง				คุณศรีพวงและทีมพัฒนาคุณภาพ
			-โครงการสร้างสื่อมัลติมีเดียเพื่อการมีส่วนร่วมของหอผู้ป่วยและญาติในการจัดการความเสี่ยง		สื่อมัลติมีเดีย	จำนวนสื่อที่สำเร็จ	≥ 6	NA	NA	NA	คุณพรทิพาและทีมพัฒนาคุณภาพ
			- Medication error - line & Tube - Patient Identification - Fall			การนำไปใช้ของหน่วยงาน	≥ 15	NA	NA	NA	
			11.4 เผื่อระวังความเสี่ยงและส่งเสริมการนำ Innovation มาใช้ป้องกันความเสี่ยงด้าน Tube & Line	ต.ค.60-ก.ย.61	อุบัติการณ์ระดับ E-I	จำนวนอุบัติการณ์ระดับ E-I	ลดลง ร้อยละ50	64	89	55 (4ไตรมาส)	คุณวิลาวัลย์และทีม
			- ทำกิจกรรม Walk Round เพื่อร่วมกันค้นหา Best practice การป้องกัน Tube & Line เลื่อนหลุด ในกลุ่มหออภิบาลผู้ป่วย กลุ่มผู้ใหญ่และเด็ก		กิจกรรม Walk Round	จำนวนกิจกรรม Walk Round	4ครั้ง/ปี				
			- จัดทำแนวทางการปฏิบัติที่จำเป็นเพื่อเป็น Best practice ป้องกัน		แนวทาง Best practice	จำนวนแนวทาง Best practice	≥2 เรื่อง				

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2562	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ. 2561-2562	วัน-เวลา				2559	2560	2561	
			ความเสี่ยง Line เลื่อนหลอด เป็น 2 กลุ่มคือ 1).กลุ่ม Central line (Single, Double, Triple-lumen) 2).กลุ่ม Drain (PCD, PCN, ICD,Radivac, Epidural, Lumbar)		แนวทาง Best practice กลุ่ม Central line	แนวทาง Best practice กลุ่ม Central line	1 เรื่อง				
					แนวทาง Best practice กลุ่ม Drain	แนวทาง Best practice กลุ่ม Drain	1 เรื่อง				
			- ส่งเสริมสนับสนุนการ จัดทำ นวัตกรรมที่จะนำมาใช้ป้องกัน Line เลื่อนหลอดร่วมกับหอผู้ป่วยที่ เกิดอุบัติการณ์		นวัตกรรมที่นำมาใช้งาน	จำนวน นวัตกรรมที่นำมาใช้งาน	1 ชิ้น				
			11.5 ฝ้าระวังความเสี่ยงด้าน Identification	ต.ค.61-ก.ย.62	อุบัติการณ์ระดับ C-I	จำนวนอุบัติการณ์ระดับ C-I ลดลง ร้อยละ 50	0	40	44	40	คุณพรทิภา และ ทีม
			- QA เรื่องการระบุตัว	พ.ย.61, เม.ย 62	หอผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน	ร้อยละของหอผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน (ร้อยละ 80)	ร้อยละ 100	NA	NA	NA	
			- Identification round	ต.ค.61-ก.ย.62	การ round ในหน่วยงานที่มี	ร้อยละการ round ใน	≥ร้อยละ 80	NA	NA	NA	

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2562	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ	
			ปี งบประมาณ. 2561-2562	วัน-เวลา				2559	2560	2561		
					อุบัติการณ์เรื่อง Identification	หน่วยงานที่มีอุบัติการณ์เรื่อง Identification						
					แนวปฏิบัติใหม่ /แนวทางใหม่/ นวัตกรรม เรื่อง Identification	จำนวนแนวปฏิบัติใหม่ /แนวทางใหม่/ นวัตกรรม เรื่อง Identification	เพิ่มขึ้น					
			11.6 โครงการพัฒนาคุณภาพเพื่อป้องกันการพลัดตก/ลื่นล้ม - กำหนดหอผู้ป่วยที่มีอุบัติการณ์ใน 1ปีที่ผ่านมาเข้าร่วมโครงการ (26หอผู้ป่วย) โดยมีกิจกรรม	ต.ค.61-ก.ย.62	อุบัติการณ์ระดับ D-I	จำนวนอุบัติการณ์ระดับ D	ลดลง ร้อยละ 50	14	13	22	คุณนันทา	
			1) วิเคราะห์อุบัติการณ์การพลัดตก ลื่นล้มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในทีม									
			2) กำหนดกลุ่มโรคที่มีความเสี่ยงพลัดตก/ลื่นล้มของหอผู้ป่วย									
			3) ทบทวนทำความเข้าใจแบบประเมินและแนวปฏิบัติการป้องกันการพลัดตก/ลื่นล้ม/									

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2562	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ. 2561-2562	วัน-เวลา				2559	2560	2561	
			4) Standardize การประเมินความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม	ครั้งที่ 1 พ.ย.61 ครั้งที่ 2 ก.พ.62	Standardized การประเมิน ความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม	จำนวนครั้งที่	2 ครั้ง				
			5) นำนวัตกรรม/แนวปฏิบัติที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้มาใช้ในกลุ่มหอผู้ป่วยที่ร่วมโครงการ (เริ่มจาก 3 หอผู้ป่วย คือ OPD, จิตเวช และหอผู้ป่วยพิเศษ)		การนำนวัตกรรมไปใช้	จำนวนหอผู้ป่วยที่นำนวัตกรรมไปใช้	2 หอผู้ป่วย				
			11.7 โครงการ พัฒนาศักยภาพทีมระดับฝ่ายฯ/หน่วยงาน ด้าน Service recovery process	ต.ค.61-ก.ย.62	ความรู้	คะแนนความรู้ผ่านเกณฑ์ 80%	ร้อยละ 100	NA	NA	NA	คุณลักษณะมี COPs SRP
			-จัดอบรม		กิจกรรม KS	จำนวนครั้งการทำกิจกรรม KS	2	NA	NA	NA	
			-จัด KS โดย story telling /เสวนา		การจัดการข้อร้องเรียน/คำบ่น	จำนวนครั้งการจัดการข้อร้องเรียน	เพิ่มขึ้น 20 %	NA	NA	27	
			11.8 Quality & Risk round ความเสี่ยงทางคลินิกและ non clinic	เดือนละครั้ง	กิจกรรม	จำนวนครั้งการทำกิจกรรม	≥ 6 ครั้ง	NA	NA	24	คุณยุพาและทีมพัฒนาคุณภาพบริการ
			1. SIMPLE - ระบุบยา								

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2562	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ. 2561-2562	วัน-เวลา				2559	2560	2561	
			<ul style="list-style-type: none"> - Identification - Tube & Line - Fall - Safe Surgery - IC 2. ความปวด 3.ระบบบันทึกทางการแพทย์								
					กิจกรรม/ระบบงานที่ปรับเปลี่ยน/พัฒนา	จำนวนระบบงานที่ปรับเปลี่ยน/พัฒนา	2 หอผู้ป่วย	NA	NA	10	
			11.9 เผื่อระวังและเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติจากอัคคีภัย - ทบทวนและซ้อมแผนอัคคีภัยของหน่วยงาน - จัดทำป้ายสื่อสารเส้นทางหนีไฟของหน่วยงาน	ต.ค.61-ก.ย.62	- การซ้อมแผนฯ ของหน่วยงาน	- จำนวนหน่วยงานที่ซ้อมแผน	10	5 (2558=33)	10	17	คุณลักษณะ คุณวิลาวัลย์ คุณศรีพาง ร่วมกับ คณะกรรมการ อัคคีภัยของ โรงพยาบาล
			11.10 เผื่อระวังและ เตรียมพร้อมรับภัยพิบัติน้ำท่วม - ทบทวนแผนของฝ่ายและซ้อมแผนน้ำท่วมร่วมกับโรงพยาบาล ปีละ 1 ครั้ง	ต.ค.61	แผนรับน้ำท่วม ฝ่ายบริการพยาบาล	มีแผนรับน้ำท่วม ฝ่ายบริการพยาบาล	1	1	1	1	คุณลักษณะ

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2562	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ	
			ปี งบประมาณ. 2561-2562	วัน-เวลา				2559	2560	2561		
					การซ่อมแผนร่วมกับรพ.	ปฏิบัติได้ตามแผน						
			11.11 โครงการให้ความรู้สู่ประชาชนภายในโรงพยาบาลเรื่องการดูแลตนเอง ป้องกันความเสี่ยงจากโรคต่าง ๆ - จัดเวทีสุขภาพทุกเดือนและจัดกิจกรรมวันมหิดล	ต.ค.61-ก.ย.62	กิจกรรม	จำนวนกิจกรรม/จำนวนเรื่อง	27 ครั้ง	28	27	24	คุณลักษณะ	
	เพิ่มประสิทธิภาพการรักษาพยาบาล	เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านยา	12 โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านยา		ความคลาดเคลื่อนทางยา	อัตราความคลาดเคลื่อนทางยารวม	<0.54/1000 วันนอน	0.96	1.28	1.42	คุณศรีพงา	
						ระดับ A-B	<3.74/1000 วันนอน	3.06	3.29	3.93		
						ระดับ C-D	<0.70/1000 วันนอน	0.88	1.04	0.86		
							<0.04/1000 วันนอน	0.05	0.04	0.03		
						ระดับ G-I	0.01	0	0.01	0		
					ความคลาดเคลื่อนทางยา HAD	จำนวนความคลาดเคลื่อนทางยา	0	NA	3	1		

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2562	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ	
			ปี งบประมาณ. 2561-2562	วัน-เวลา				2559	2560	2561		
						HAD ระดับ E ขึ้นไป						
					ความคลาดเคลื่อนทางยา เคมีบำบัด	จำนวนความคลาดเคลื่อนทางยา เคมีบำบัดระดับ E ขึ้นไป	0	NA	1	0		
					ผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ	จำนวนผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ	0	NA	8	2		
					การบริหารยาตรงเวลา มาตรฐาน	การบริหารยานัดตรงเวลา มาตรฐาน	>ร้อยละ90	87.08	87.95	89.39		
						บริหารยา Stat A ≤ 30นาที	ร้อยละ85	82.15	82.77	81.34		
						บริหารยา Stat B(antibiotic) ≤ 60นาที	ร้อยละ85	66.20	70.27	รอ ดำเนินการตามข้อมูลยาใหม่		
						บริหารยา Stat B(other) ≤ 60 นาที	ร้อยละ 85	82.34	87.07	81.47		

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2562	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ. 2561-2562	วัน-เวลา				2559	2560	2561	
			12.1 โครงการตามรอยปฏิบัติการทางคลินิกและนิเทศกำกับดูแลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านยา	ต.ค.61-ก.ย.62	อุบัติการณ์ในหน่วยงานเป้าหมาย	จำนวนอุบัติการณ์ในหน่วยงานเป้าหมายลดลง	ร้อยละ 50	NA	NA	NA	คุณศรีพงา
			1) Walk Round หน่วยงานที่เกิดอุบัติการณ์ D0801 การได้รับยาซ้ำ/ การได้รับยาเกินขนาด D0806 การไม่ได้รับยา (ย้อนหลังข้อมูลทุก 3 เดือน)		กิจกรรม	จำนวนครั้งในการทำกิจกรรม	≥ 4 ครั้ง	NA	NA	NA	
			2) แลกเปลี่ยนเรียนรู้การวิเคราะห์ อุตการณ์ ให้กับแกนนำ 2 รุ่น	ต.ค.61-ก.ย.62	สอวัดความรู้การวิเคราะห์อุบัติการณ์	คะแนนความรู้	≥ ร้อยละ80	NA	NA	2 ครั้ง	
			3) การประกันคุณภาพ - QA การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการบริหารยา โดยแกนนำของหอผู้ป่วยในขั้นตอนการจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วย - KS - ปรับแนวปฏิบัติการบริหารยา	ต.ค.61-ก.ย.62	หอผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน	ร้อยละของหอผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน (ร้อยละ 80)	ร้อยละ 100	NA	NA	NA	
			4) ทบทวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นร่วมกันในคณะกรรมการทุก 1 เดือนเพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุของ	ต.ค.61-ก.ย.62	ระบบงานใหม่ที่เกิดจากการทบทวน	จำนวนระบบงานใหม่ที่	2	NA	NA	NA	

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2562	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ. 2561-2562	วัน-เวลา				2559	2560	2561	
			การเกิดอุบัติเหตุการฉีดยาและวางแผนในเชิงระบบ			เกิดจากการทบทวน					
			12.2 ส่งเสริมความเข้าใจในการบริหารยา 1) .จัดทำคู่มือสำหรับพยาบาลเกี่ยวกับ • การทำ Reconciliation 2) การบริหารยา HAD	ต.ค.61-ก.ย.62	คู่มือปฏิบัติงาน	จำนวนคู่มือปฏิบัติงาน	2 เรื่อง	NA	NA	NA	
			3) จัดทำ Self – learning การ set card ยา (VDO) ให้พยาบาลเรียนรู้ ฝึกปฏิบัติ พร้อมทำข้อสอบหลังดู VDO	ต.ค.61-ก.ย.62	ความพึงพอใจต่อการนำไปใช้ประโยชน์	ความพึงพอใจต่อการนำไปใช้ประโยชน์ในระดับดี – ดีมาก	≥ ร้อยละ 80	NA	NA	NA	
			4) จัดทำตารางการผสมยาและอัตราเร็วในการให้ยา ร่วมกับอาจารย์คณะเภสัชศาสตร์เช่น RI, Antibiotic ที่ใช้บ่อย	ต.ค.61-ก.ย.62	ตารางการผสมยา	จำนวนตารางการผสมยา	2 ตาราง	NA	NA	NA	
การพัฒนาคุณภาพที่ประสานสอดคล้องทุกระดับ	สนับสนุนการสร้างและใช้นวัตกรรมในการรักษาพยาบาลและ	การวางวัฒนธรรมการประเมินตนเองเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาต่อเนื่อง ต่อยอดการพัฒนาสู่ AHA	13. โครงการเตรียมรับ AHA 2562 (Road Map for AHA) - เตรียมเอกสารแผนพัฒนาตาม GAP, Update EEG, SAR ฝ่ายก่อนการเยี่ยม Gap 2	ต.ค.61-ก.ย.62	เอกสาร GAP, EEG, SAR	สามารถส่งเอกสาร GAP, EEG, SARตามแผน	ส่งได้ตามแผน	ส่งได้ตามแผน	ส่งได้ตามแผน	ส่งได้ตามแผน	ฝ่ายบริการพยาบาล และ ทีม Internal Survey

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2562	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ. 2561-2562	วัน-เวลา				2559	2560	2561	
	การบริหารจัดการ		- ติดตามให้หน่วยงาน Update และส่ง Service profile		Service profileของหน่วยงาน						
			- Internal Survey เพื่อตามรอยคุณภาพพนักงาน		หน่วยงานที่ได้รับการเยี่ยม	จำนวนหน่วยงานที่ได้รับการเยี่ยม	ร้อยละ 100	100	100	100	