

แผนปฏิบัติการ ด้านพัฒนาคุณภาพบริการ ปี 2563

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา				2560	2561	2562	
		พัฒนาคุณภาพศาสตร์ไปสู่การเป็นคณะแพทยชั้นนำที่ได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติ	การควบคุมป้องกันการติดเชื้อ (Infection Prevention and Control)		อัตราการติดเชื้อ	เทียบเคียงกับ50 percentile NHSN ปี 2012-2013	Adult VAP 0.9 ครั้ง/1000 ventilator-days Pediatric VAP 0 ครั้ง/1000 ventilator-days				คุณวิลาวัลย์
							Adult CLA-BSI 0.9 ครั้ง/1000catheter-days Pediatric CLA-BSI 0.7 ครั้ง/1000 catheter-days				
							Adult CA-UTI 2.2 ครั้ง/				

ความท้าทาย เชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับ แผนกลยุทธ์ โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิง กลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา				2560	2561	2562	
							1000 catheter- days Pediatric CA-UTI 1.4 ครั้ง/1000 catheter- days				
			1.โครงการพัฒนา คุณภาพการควบคุม การติดเชื้อ								
			1.1 กิจกรรมแลกเปลี่ยน เรียนรู้ในหัวข้อ - HAI Surveillances (VAP,CLABSI,CAUTI,S SI)		กิจกรรม แลกเปลี่ยน เรียนรู้	จำนวนครั้ง กิจกรรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้	6 ครั้ง/ปี (ทุก 2 เดือน)				
			- Isolation Precaution(Standard &Transmission- based precaution) - Accidental Injury		ผู้เข้าร่วม กิจกรรม	จำนวนผู้เข้าร่วม กิจกรรม	ผู้เข้าร่วมครั้ง ละ ≥35 คน				
			1.2 ให้ ICWN /หอ ผู้ป่วยจัดทำโครงการ พัฒนางานด้านด้านการ		โครงการพัฒนา งานด้าน IC	จำนวนโครงการ พัฒนางานด้าน IC	≥20 เรื่อง				

ความท้าทาย เชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับ แผนกลยุทธ์ โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิง กลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา				2560	2561	2562	
			ป้องกันและควบคุมการ ติดเชื้อ (Infection Prevention and Control) 1.3 กำหนดเป็นหัวข้อ ในการจัดประกวด ผลงานด้านการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อ เพื่อเป็นเวทีในงาน นำเสนอ Quality day 2020 ฝ่ายบริการ พยาบาล								
			1.4 รณรงค์เรื่องการล้าง มือ5momentร่วมกับ หน่วยควบคุมการติด เชื้อ - กำหนดสัปดาห์ล้างมือ - Kick off วันล้างมือ แห่งชาติ (โรงพยาบาล) - จัดทำสื่อ ประชาสัมพันธ์ผ่าน ช่องทางLCD Monitor โรงพยาบาล		การล้างมือ	ร้อยละของการ ล้างมือ	ร้อยละ 100				

ความท้าทาย เชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับ แผนกลยุทธ์ โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิง กลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา				2560	2561	2562	
			- ติดตามกำกับ/วัด Compliance(ราย เดือน) -มอบรางวัลหน่วยงานที่ ทำได้ดี								
			1.5 ฝึกปฏิบัติ scrub the hub 15 วินาที ร่วมกับทีมมาตรฐาน ฝ่ายบริการพยาบาลและ หน่วยควบคุมการติด เชื้อ -ประชาสัมพันธ์ผ่าน ช่องทางLCD Monitor โรงพยาบาล,เปิดคลิป ก่อนการประชุมต่างๆ ของฝ่ายบริการพยาบาล -จัดกิจกรรมการสอน/ สาธิตและฝึกปฏิบัติที่ ศูนย์ SIM สธ - ส่งเสริมการใช้Daily Assessment -ติดตามกำกับ/วัด Compliance (ไตรมาส)		การ scrub the hub ที่ถูกต้อง	ร้อยละของการ scrub the hub ที่ถูกต้อง	ร้อยละ100				

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา				2560	2561	2562	
			2. โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากร		การจัดประชุมวิชาการ	จำนวนการจัดประชุมวิชาการ	1 ครั้ง				
			- จัดประชุมวิชาการเรื่อง Infection Prevention Updates and Best Practice		จำนวนผู้เข้าร่วมประชุม	จำนวนผู้เข้าร่วมประชุม	ร้อยละ 100 (150 คน)				
					ความพึงพอใจสมรรถนะ	คะแนนความพึงพอใจดี-ดีมาก	ร้อยละ 80				
			3. โครงการสนับสนุนส่งเสริมและติดตามงาน		คู่มือแนวปฏิบัติที่จัดทำ/ ทบทวน	จำนวนคู่มือแนวปฏิบัติที่จัดทำ/ ทบทวน	≥5 เรื่อง				
			- ทบทวน/จัดทำแนวปฏิบัติ/คู่มือต่างๆ ความรู้ให้ทันกับโรคเกิดใหม่/เกิดซ้ำที่มารับการรักษาโดยประสานงานร่วมกับหน่วย IC เช่น โรคไวรัส โรคเรื้อน โรคกาฬหลังแอ่น เป็นต้น								

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา				2560	2561	2562	
พัฒนาสู่การพยาบาลชั้นนำเพื่อสังคมไทยที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล	สนับสนุนส่งเสริมความเป็นexcellentในการพัฒนาวิธีการรักษาพยาบาลและเทคโนโลยีใหม่ๆที่ก้าวทันโรค	พัฒนาสู่การพยาบาลชั้นนำที่ได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติ	1. โครงการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลด้านจริยธรรม/สิทธิผู้ป่วย	ต.ค.62-ก.ย.63							คุณอุไรวรรณ
			1.1 เสวนายามบ่าย		ซื้อร้องเรียนด้านพฤติกรรม/จริยธรรมลดลง	จำนวนข้อร้องเรียนลดลง	> 20 เรื่อง				
			ง่ายๆสบายๆ		กิจกรรมเสวนา	จำนวนกิจกรรม	10 ครั้ง	NA	NA	NA	
			- จัดทำตารางเสวนายามบ่ายรายเดือนในหัวข้อที่จะรณรงค์ด้านจริยธรรม/สิทธิผู้ป่วย เช่น การรักษาความลับของผู้ป่วย การไม่ทำอันตรายแก่ผู้ป่วย		เรื่องเล่า	จำนวนเรื่องเล่า	10 เรื่อง	NA	NA	NA	
			1.2 จัดทำแนวปฏิบัติด้านจริยธรรมที่พบปัญหาบ่อย		แนวปฏิบัติประเด็นทางจริยธรรม	จำนวนแนวปฏิบัติประเด็นทางจริยธรรม	2 เรื่อง	NA	NA	NA	
			- กิจกรรม OPD				≥ ร้อยละ 50				
			2.โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านจริยธรรม	ต.ค.62-ก.ย.63	การอบรม	จำนวนครั้งของการจัดอบรม	1 ครั้ง				
			- หัวหน้าหอผู้ป่วย/หน่วยงาน		ความพึงพอใจต่อการจัดอบรม	ร้อยละของผู้เข้าอบรมที่มีความพึง	≥ ร้อยละ 90				

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา				2560	2561	2562	
			- พยาบาลแกนนำจริยธรรม			พอใจระดับมากที่สุด					
			3. โครงการสนับสนุนส่งเสริมและติดตามงาน								
			- สำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาล ปีละ 2 ครั้ง (เดือน)		ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาล	คะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาล	ผู้ป่วยใน \geq 4.5 ผู้ป่วยนอก \geq 4.3				
			- ประเมินความรู้ด้านจริยธรรมของพยาบาล ปีละ 1 ครั้ง (เดือน)		ความรู้ของพยาบาลด้านจริยธรรม	คะแนนการทดสอบของพยาบาลด้านจริยธรรมผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 80	ร้อยละ 100				

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา				2560	2561	2562	
พัฒนาสู่การพยาบาลชั้นนำเพื่อสังคมไทยที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล	สนับสนุนส่งเสริมความเป็นexcellentในการพัฒนาวิธีการรักษาพยาบาลและเทคโนโลยีใหม่ๆที่ก้าวทันโรค	พัฒนาสู่การพยาบาลชั้นนำที่ได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติ	1.โครงการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (ผู้ใหญ่และเด็ก)	ต.ค.62-ก.ย.63	1.คุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง	ร้อยละของคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยรวมระดับมาก-มากที่สุด	ร้อยละ 100		100	100	คุณอุไรวรรณ คุณเยาวรัตน์
					2.ผู้ป่วยมีคะแนนความปวด ≤ 3 ภายใน 72 ชม. หลังให้ PC หรือ 24 ชม. ก่อนเสียชีวิต	ร้อยละผู้ป่วยมีคะแนนความปวด ≤ 3 ภายใน 72 ชม.หลังให้ PC หรือ 24 ชม.ก่อนเสียชีวิต	>ร้อยละ 90			89.89	
					3.ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อย ≤ 4 ภายใน 72 ชม.หลังให้ PC หรือ 24 ชม. ก่อนเสียชีวิต	ร้อยละผู้ป่วยมีอาการเหนื่อย ≤ 4 ภายใน 72 ชม.หลังให้ PC หรือ 24 ชม.ก่อนเสียชีวิต	>ร้อยละ 90			85.46	
			1.1 จัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วย palliative care		คู่มือการดูแลผู้ป่วย palliative care	มีคู่มือการดูแลผู้ป่วย palliative care	1 เล่ม	NA	NA	NA	

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา				2560	2561	2562	
			1.2 Palliative Care Round ร่วมกับภาควิชาฯ (กุมาร สูติ อายุรศาสตร์)		การ round	จำนวนครั้งของการ round	24 ครั้ง/ปี	NA	NA	NA	
					การบันทึกข้อมูล pps	ร้อยละของผู้ป่วย palliative ที่ได้รับการบันทึก PPS	ร้อยละ 100				
			1.3 interesting case conference 3 ครั้ง/ปี	ต.ค. 62 ก.พ. 62 มี.ย.62	การ conference	จำนวนครั้งของการ conference	3 ครั้ง/ปี				คุณอุไรวรรณ คุณเยาวรัตน์
					ความพึงพอใจต่อการจัด conference	ร้อยละของความพึงพอใจต่อการจัด conference ระดับมาก-มากที่สุด	> ร้อยละ 90				
			1.4 จัดกิจกรรมจิตอาสาที่อาคารเย็นศิระ	พ.ย.62, ม.ค, มี.ค,พ.ค, ก.ค,ก.ย	กิจกรรมจิตอาสาความพึงพอใจ	จำนวนครั้งในการจัดกิจกรรมจิตอาสา ความพึงพอใจ ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ระดับดี-ดีมาก	≥ ร้อยละ 90				
			2. โครงการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร								

ความท้าทาย เชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับ แผนกลยุทธ์ โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิง กลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา				2560	2561	2562	
			- จัดอบรม Smart Palliative care ให้กลุ่ม		การจัดอบรม	จำนวนครั้งของการจัดอบรม	3 ครั้ง/ปี	NA	NA	3 ครั้ง/ปี	
			หอผู้ป่วยนาร่อง (วอร์ด		ผู้ร่วมอบรม	จำนวนผู้ร่วมอบรม	ร้อยละ100				
			นาร่อง : นรีเวช อช.1 ศช.1 ENT เด็ก 2)		ความพึงพอใจ ต่อการอบรม	ร้อยละของความ พึงพอใจต่อการ อบรมระดับมาก- มากที่สุด	>90 %				
			- จัดอบรม Training	มี.ค.63	ผู้ร่วมอบรม	จำนวนผู้ร่วมอบรม	ร้อยละ100				
			for the trainerให้แกน นำ		ความพึงพอใจ ต่อการอบรม	ร้อยละของความ พึงพอใจต่อการ อบรมระดับมาก- มากที่สุด	>90 %				

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา				2560	2561	2562	
ความเป็นเลิศด้านบริการ	เพิ่มประสิทธิภาพการรักษาพยาบาล	การบริหารจัดการความปวดที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ	1.โครงการพัฒนาคุณภาพการจัดการความปวด	ต.ค.62-ก.ย.63	ความพึงพอใจในการจัดการความปวด	ร้อยละความพึงพอใจในการจัดการความปวดระดับมาก-มากที่สุด	>ร้อยละ 90	97.34	73.27 87.33	...	คุณสุมาลี คุณอุไรวรรณ
			1.1 ทำแผ่นพับให้ความรู้เรื่องการจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วย + ภาวะแทรกซ้อนของยาทำเป็น QR code	ต.ค.62-ก.ย.63	แผ่นพับให้ความรู้เรื่องการจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วย + ภาวะแทรกซ้อนของยา	มีแผ่นพับให้	1 เรื่อง	NA	NA	NA	
			1.2 audit การลงบันทึกความปวดในกลุ่มหอผู้ป่วย acute pain,		การ audit การลงบันทึกความปวด	จำนวนครั้งของการ audit การลงบันทึกความปวด	4 ครั้ง	NA	NA	NA	
			chronic pain, pediatric pain - standardized การ audit ให้กลุ่มแกนนำ - กำหนดกลุ่มหอผู้ป่วยระยะเวลา - จัดทำแบบบันทึกการ audit		บันทึกความปวดที่ audit ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละของบันทึกความปวดผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด	>ร้อยละ 80	NA	NA	NA	

ความท้าทาย เชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับ แผนกลยุทธ์ โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิง กลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา				2560	2561	2562	
			- ทำการ audit วิเคราะห์ข้อมูลและคืน ข้อมูลให้ผู้ป่วย - พัฒนาปรับปรุงวิธีการ ทำงาน								
			2.โครงการพัฒนา ศักยภาพบุคลากรด้าน การจัดการความปวด								
			- จัดอบรมเชิง ปฏิบัติการเรื่องการ จัดการความปวด สำหรับพยาบาล		การจัดกิจกรรม	จำนวนครั้งของ การจัดกิจกรรม	3 ครั้ง		3 ครั้ง	3 ครั้ง	
					ความพึงพอใจ	ร้อยละของความ พึงพอใจต่อ กิจกรรมระดับ มาก-มากที่สุด	>ร้อยละ 90			95.20	
					การสอบ	คะแนนการสอบ ผ่านเกณฑ์ที่ กำหนด ร้อยละ 80	ร้อยละ 100	NA	NA	89.65	
			3. โครงการสนับสนุน ส่งเสริมและติดตาม คุณภาพการจัดการ ความปวด	พ.ค.63	การจัดการ ความปวด	การช่วยเหลือ อย่างรวดเร็วจาก พยาบาลเมื่อมี อาการปวด	>ร้อยละ 90	94.22	---	97.0	คุณสุมาลี คุณอุไรวรรณ
			3.1 QA การจัดการ ความปวด			การประเมิน สอบถามอาการ	>ร้อยละ 90	94.01	---	96.54	

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา				2560	2561	2562	
						ปวดภายหลังได้รับยาบรรเทาปวด					
						การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์ของยา	>ร้อยละ 90	NA	83.21	93.3	
						การให้ข้อมูลเรื่องวิธีการจัดการความปวด	>ร้อยละ 90	NA	88.47	95.15	
						การประเมินความปวด ≥ 3 ครั้ง ใน 24 ชม.แรกหลังผ่าตัด	>ร้อยละ 95	NA	100	92.38	
						การประเมินความปวดเมื่อจำหน่าย	>ร้อยละ 90	NA	95.6	91.85	
						ความปวดก่อนจำหน่าย ≤ 3	>ร้อยละ 95	NA	97.95	98.12	
			3.2 การเทียบเคียงเครือข่ายชมรมพัฒนาการพยาบาลของรพ.ขนาดกลาง		อันดับการเทียบเคียงเครือข่ายชมรมพัฒนาการพยาบาลของรพ.ขนาดกลาง	อันดับการเทียบเคียงเครือข่ายชมรมพัฒนาการพยาบาลของรพ.ขนาดกลาง					คุณสุมาลี คุณอุไรวรรณ
					Acute pain		อันดับ 1 ใน 3	NA	NA	รอเครือข่ายรายงานผล	

ความท้าทาย เชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับ แผนกลยุทธ์ โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิง กลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา				2560	2561	2562	
										(ร้อยละ 97.34)	
					Cancer pain		อันดับ 1 ใน 3	NA	อันดับ 2 ใน 3 74.9	---	
					Pediatric pain		อันดับ 1 ใน 3	NA	NA	รอเครือข่าย รายงานผล	

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา				2560	2561	2562	
สร้างความเป็นเลิศการบริการพยาบาล	ยกระดับมาตรฐานและคุณภาพการบริการรักษาพยาบาลสู่ความเป็นเลิศระดับสากล Excellence/Standard and quality management	ยกระดับการบริหารจัดการคุณภาพความเสี่ยงและความปลอดภัย	1. โครงการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล	ต.ค.62-ก.ย.63							คุณมัทธนา คุณยุพา คุณนันทา
			1.1 พัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลรายโรคโดยทำ Template Nursing Problem Lists, Nursing Progress note ใน 5 โรคหลักของแต่ละกลุ่มหอผู้ป่วย	ต.ค.62-ก.ย.63	รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลรายโรคอย่างน้อย5โรคหลัก	ร้อยละของหอผู้ป่วยที่มีรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลรายโรคอย่างน้อย5โรคหลัก	ร้อยละ100	NA	NA	ร้อยละ13 (5 /39หอผู้ป่วย)	
			1.2 Audit บันทึกทางการพยาบาลโดยหัวหน้าหอผู้ป่วย/แกนนำ ด้วยแบบฟอร์มที่มีการStandardized และคืนข้อมูลให้กับหอผู้ป่วย		บันทึกทางการพยาบาลได้รับการ Audit	ร้อยละของหอผู้ป่วยที่บันทึกทางการพยาบาลได้รับการ Audit โดย	ร้อยละ 100			ร้อยละ 60	
			1.3 Knowledge Sharing บันทึกทางการ	ต.ค.62-ก.ย.63	การจัดกิจกรรม KS	จำนวนครั้งของการจัดกิจกรรมKS	10 ครั้ง	NA	NA	6	

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา				2560	2561	2562	
			พยาบาลในกลุ่มหอผู้ป่วยโซนเดียวกัน 1.4 ค้นหา best practice การบันทึกแต่ ละโปรแกรมและมี รางวัลwardบันทึกดีเด่น		หอผู้ป่วยที่ได้ best practice	จำนวนหอผู้ป่วยที่ได้ best practice	3 หอผู้ป่วย	NA	NA	NA	
			1.5 พัฒนาคู่มือการบันทึกทางการแพทย์	ต.ค.62-ก.ย.63	คู่มือการบันทึกทางการแพทย์	ความสำเร็จของคู่มือการบันทึกทางการแพทย์	ร้อยละ 50 (รวบรวมเนื้อหา)	NA	NA	NA	
			2. โครงการสนับสนุนส่งเสริมและติดตามคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์	ต.ค.62-ก.ย.63	คุณภาพบันทึกทางการแพทย์	ร้อยละเชิงปริมาณ	≥ร้อยละ 80	70.4	83.82	85.6	
			คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์		พยาบาล	ร้อยละเชิงคุณภาพ	≥ร้อยละ 80	NA	92.28	95.6	
			ทางการแพทย์ - QA บันทึกทางการแพทย์		การ QA	จำนวนครั้งการทำ QA	1				

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา				2560	2561	2562	
สร้างความเป็นเลิศการบริการพยาบาล	ยกระดับมาตรฐานและคุณภาพการจัดการเรียน	ยกระดับการบริหารจัดการคุณภาพ ความเสี่ยง และความปลอดภัย	1. โครงการพัฒนาคุณภาพการจัดทำมาตรฐานการพยาบาลและแนวปฏิบัติ	ต.ค.62-ก.ย.63							คุณสุมาลี คุณมณฑนา คุณอุไรวรรณ
	การสอน การวิจัย และการบริการรักษาพยาบาลสู่ความเป็นเลิศระดับสากล		1.1 ทบทวน/สร้างแนวปฏิบัติทางการพยาบาล - การดูแลผู้ป่วย on Line ชนิดต่างๆ เช่น PCD,PCN,ICD, Hickman เป็นต้น		แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่สำเร็จ	จำนวนแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่สำเร็จ	3 เรื่อง	NA	NA	NA	
	Excellence/Standard and quality management		1.2 ร่วมจัดทำแนวปฏิบัติการดูแลโรคหลัก 5 โรคกับกลุ่มหอผู้ป่วย - กลุ่มอายุรกรรม - กลุ่มศัลยกรรม - กลุ่มสูติ-นรีเวช - กลุ่มเด็ก - กลุ่มกระดูกและข้อ		แนวปฏิบัติการดูแลโรคหลักที่สำเร็จ	จำนวนแนวปฏิบัติการดูแลโรคหลักที่สำเร็จ	10 เรื่อง (จาก 5 กลุ่มหลัก)	NA	NA	NA	
			1.3 สร้างหอผู้ป่วยต้นแบบการใช้มาตรฐานการพยาบาลด้าน ● CA-UTI ● CLABSI ● IV Cath		หอผู้ป่วยต้นแบบ	จำนวนหอผู้ป่วยต้นแบบ (ใช้เกณฑ์ประกันคุณภาพมาตรฐานการพยาบาล)	3 หอผู้ป่วย				

ความท้าทาย เชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับ แผนกลยุทธ์ โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิง กลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา				2560	2561	2562	
			<p>2. โครงการสนับสนุนส่งเสริมและติดตามการประกันคุณภาพและมาตรฐานการพยาบาล</p> <p>- QA มาตรฐานการพยาบาล จำนวน 3 เรื่อง</p> <p>1. การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ</p> <p>2. การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง</p> <p>3. การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการสารถ่ายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย</p>		<p>- หอผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน QA</p> <p>ข้อที่ต้องปฏิบัติ</p>	<p>- ร้อยละของหอผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน QA</p> <p>ข้อที่ต้องปฏิบัติ</p>	- ร้อยละ 100			<p>CVC=ร้อยละ 28</p> <p>IV cath= ร้อยละ 21.10</p> <p>U cath = ร้อยละ 34.3</p>	

ความท้าทาย เชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับ แผนกลยุทธ์ โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิง กลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา				2560	2561	2562	
ความเป็นเลิศ ด้านบริการ	เพิ่ม ประสิทธิภาพ การ รักษาพยาบาล	ยกระดับมาตรฐาน และคุณภาพการ บริการ รักษาพยาบาลสู่ ความเป็นเลิศใน ระดับสากล	1.โครงการพัฒนา คุณภาพการดูแลเพื่อ ป้องกันการเกิดแผลกด ทับ Pressure injury	ต.ค.62- ก.ย.63	แผลกดทับ ระดับ 1-4	อุบัติการณ์การเกิด แผลกดทับ	<1.0/1,000 วันนอน	1.83	1.88	2.03	คุณยุพา คุณนงลักษณ์
					แผลกดทับ ระดับ 4	อุบัติการณ์การเกิด แผลกดทับระดับ 4	0		แผลระดับ 4 = 2 แผล	แผลระดับ 4 = 1 แผล	
			1.1 กิจกรรม Standardized Pressure injury	ก.พ.และ ส.ค.63	Standardized Pressure injury	จำนวนครั้ง	2 ครั้ง	2	2	2	
						จำนวนผู้เข้าร่วม/ ครั้ง	60 คน/ครั้ง		56,68	78,60	
					ผลการประเมิน ของหอผู้ป่วย กับกรรมการ	สัดส่วนการ ประเมินตรงกัน ของหอผู้ป่วยกับ กรรมการ	=1(ตรงกัน)	NA	NA	NA	
					การประเมิน ระดับของแผล คลาดเคลื่อน	จำนวนที่ประเมิน ระดับของแผล คลาดเคลื่อน	0	NA	NA	NA	
			1.2 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เรื่องแผลกดทับของกลุ่ม แกนนำ	ต.ค.62- ก.ย.63	กิจกรรม แลกเปลี่ยน เรียนรู้	จำนวนครั้งของ กิจกรรม	1 ครั้ง (70 คน)	NA	NA	NA	

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา				2560	2561	2562	
			1.3 กิจกรรม Walk round หอผู้ป่วยที่มีแผลกดทับระดับ 3-4 – ตรวจสอบจำนวนแผลกดทับระดับ 3 - 4 ทุกสัปดาห์ - กำหนดวันเวลาในการ Walk round และแจ้งหอผู้ป่วยทราบ – ทำ RCA ร่วมกันและเพิ่มแนวทางการป้องกัน - ปรับเพิ่มแบบฟอร์มการทบทวนการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาล	ก.ย.62- ต.ค.63	หอผู้ป่วยที่มีแผลกดทับระดับ 3-4 ที่ได้รับการwalk round	ร้อยละของหอผู้ป่วยที่มีแผลกดทับระดับ 3-4 ที่ได้รับwalk round	ร้อยละ 80	NA	NA	2 ครั้ง/ 4 หอผู้ป่วย	
			1.4 จัดกิจกรรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยผ่าตัดร่วมกับPCT วิสัญญี	ก.ย.62- ต.ค.63	กิจกรรมร่วมกับ PCT วิสัญญี	จำนวนครั้งในการจัดกิจกรรมร่วมกับ PCT วิสัญญี	2 ครั้ง	NA	NA	NA	
			1.5 ปรับโปรแกรมการบันทึกแผลกดทับให้ครอบคลุมและทันสมัยพร้อมจัดอบรมโปรแกรมให้ทุกหอผู้ป่วย	ก.ย.62- ต.ค.63	การนำโปรแกรมไปใช้ได้ถูกต้อง	ร้อยละของการนำไปใช้ได้ถูกต้อง(เฉพาะหอผู้ป่วยใน)	ร้อยละ 100	NA	NA	NA	

ความท้าทาย เชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับ แผนกลยุทธ์ โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิง กลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา				2560	2561	2562	
			1.6 วิเคราะห์ผล • การประเมินความ เสี่ยงต่อการเกิดแผลกด ทับ - ความถูกต้อง - ความสอดคล้องกับ อุบัติการณ์ และการทำ กิจกรรมการพยาบาล • แผลกดทับที่ turn stage		การวิเคราะห์	จำนวนและผลการ วิเคราะห์	2 เรื่อง	NA	NA	NA	
			2. โครงการพัฒนา ศักยภาพบุคลากรใน การป้องกันและดูแล แผลกดทับ								
			2.1 จัดอบรม Skin Bundle กลุ่ม non	ต.ค.62- ก.ย.63	การอบรม	จำนวนครั้ง	2 ครั้ง	NA	NA	NA	
			nurse		จำนวน ผู้เข้าร่วม	จำนวนผู้เข้าร่วม	150 คน/ครั้ง	NA	NA	NA	
			2.2 จัดอบรมการ ป้องกันและดูแลแผลกด		การอบรม	จำนวนครั้ง	2 ครั้ง	NA	NA	NA	
			ทับพยาบาลกลุ่ม competence(3-5ปี) และไม่เคยผ่านการ อบรม		จำนวน ผู้เข้าร่วม	จำนวนผู้เข้าร่วม	150 คน/ครั้ง	NA	NA	NA	

ความท้าทาย เชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับ แผนกลยุทธ์ โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิง กลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา				2560	2561	2562	
			2.3 จัดทดสอบความรู้ พยาบาลเรื่องการ ป้องกันและการดูแล แผลกดทับผ่าน Applicationหรือ Google form ใน 10 หออผู้ป่วยที่มีอัตราการ เกิดแผลกดทับสูง	ต.ค.62- ก.ย.63	การทดสอบ ผ่านเกณฑ์	จำนวนของผู้สอบ ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 80)	ร้อยละ 80	NA	NA	NA	
			3.โครงการสนับสนุน ส่งเสริมและติดตาม งาน - QA การใช้แนวปฏิบัติ ในการป้องกันการเกิดแผล กดทับและแนวปฏิบัติ เมื่อเกิดแผลกดทับแล้ว	ม.ค.63	เกณฑ์การ ประเมิน (ร้อยละ 80)	ร้อยละของแนว ปฏิบัติสำคัญที่ผ่าน เกณฑ์การประเมิน	ร้อยละ 100				

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา				2560	2561	2562	
	เพิ่มประสิทธิภาพการรักษาพยาบาล	เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านยา	1.โครงการพัฒนาคุณภาพการบริหารยา	ต.ค.62-ก.ย.63	ความคลาดเคลื่อนทางยา	อัตราความคลาดเคลื่อนทางยารวมระดับ C-I /1000 วันนอน	< 0.54	1.28	1.42		คุณนงลักษณ์ คุณเยาวรัตน์
						อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา/ 1000 วันนอน ระดับ A-B	< 3.74	3.29	3.93		
						ระดับ C-D	< 0.50	1.04	0.86		
						ระดับ E-F	< 0.04	0.04	0.03		
						ระดับ G-I	0	0.01	0		
			1.1 จัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การบริหารยาในหอผู้ป่วยตามกลุ่มผู้ตรวจการ		การจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้	จำนวนการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้	10 ครั้ง	NA	NA	NA	
			- รวบรวมแนวทางการแก้ไขที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการทบทวนหน้างานมาปรับปรุงแนวปฏิบัติในการบริหารยา								
			- ปรับปรุงแนวปฏิบัติการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง 5 รายการ		แนวปฏิบัติในการบริหารยาที่	จำนวนแนวปฏิบัติในการบริหารยาที่ได้รับการปรับปรุง	2 เรื่อง	NA	NA	NA	

ความท้าทาย เชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับ แผนกลยุทธ์ โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิง กลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา				2560	2561	2562	
			คือ RI, Fentanyl, Levophed ,MO, KCL		ได้รับการ ปรับปรุง						
			- ปรับปรุงข้อมูลการ สำรองยา stat และยา สามัญให้เฉพาะกับกลุ่ม หอผู้ป่วยและสร้างเป็น ฐานข้อมูล		ฐานข้อมูล สำรองยา stat และยาสามัญ	มีฐานข้อมูลสำรอง ยา stat และยา สามัญของทุกหอ ผู้ป่วย	ร้อยละ 100	NA	NA	NA	
			- สุ่มตรวจการสำรองยา ของหอผู้ป่วย/หน่วยงาน				1 ครั้ง	NA	NA	NA	
			1.2 Smart Safety for Med. Error เพื่อ รณรงค์และเน้นป้องกัน กิจกรรมที่ก่อให้เกิด อุบัติการณ์								
			- โครงการประกวดกิจ กรรมการบริหารยา อย่างปลอดภัย เน้น 3 กิจกรรม คือ -การสร้าง การ์ดยา -การผสมยา - การตรวจทานซ้ำก่อน การจ่ายยาแก่ผู้ป่วย		โครงการที่เข้า ร่วมกิจกรรม	จำนวนโครงการที่ เข้าร่วมกิจกรรม	12	NA	NA	NA	
			- Zero Medication Error Week		ความคลาด เคลื่อนทางยา ระดับ C-I	จำนวนอุบัติการณ์ การความ	0	NA	NA	NA	

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา				2560	2561	2562	
						คลาดเคลื่อนทางยาระดับ C-I					
			1.3 กิจกรรมรณรงค์ลดอุบัติการณ์ phlebitis / Extravasation	มี.ค.63	การเกิด Phlebitis ระดับ 3-4/ Extravasation	อัตราการเกิด Phlebitis ระดับ 3-4/	< 0.26 ครั้ง :1000 วันนอน	0.32	0.21	0.23	คุณคณิงนิตย์ คุณนงลักษณ์
					Extravasation	อัตราการเกิด Extravasation	< 0.05 ครั้ง :1000 วันนอน	0.28	0.16	0.25	
			- สํารวจความซุกของ phlebitis / Extravasation ที่เกิดทาง peripheral intravenous catheters		กิจกรรมสํารวจความซุก	มีกิจกรรมสํารวจความซุก	1 ครั้ง	NA	NA	NA	
			- ร่วมกับทีมเภสัชกร ทบทวนข้อมูลและจัดทำสื่อเพื่อป้องกันกลุ่มยาที่มีความเสี่ยงสูงทำให้เกิด Phlebitis/ Extravasation		ข้อมูลความซุกของ phlebitis /Extravasation	จำนวนข้อมูลความซุกของ phlebitis /Extravasation	ร้อยละ 100	NA	NA	NA	
			2.โครงการพัฒนาศักยภาพพยาบาลในการบริหารยา								คุณคณิงนิตย์ คุณนงลักษณ์ คุณเยาวรัตน์

ความท้าทาย เชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับ แผนกลยุทธ์ โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิง กลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา				2560	2561	2562	
			2.1 จัดอบรม IV Care : การใช้ Bundle IV care เพื่อป้องกัน Phlebitis /Infiltration/ Extravasation ให้แก่ แกนนำด้าน IV ทีมของ หอผู้ป่วย	21 ก.พ. 63	แกนนำด้านยา ที่ได้รับการ อบรม	จำนวนแกนนำ ด้านยาที่ได้รับการ อบรม	≥ ร้อยละ 90	NA	NA	NA	
			2.2 จัดทำสื่อ Info graphic เรื่องระบบ Safety ด้าน IV Care ที่ ผู้ป่วย/ญาติต้องมี ส่วนช่วยในการเฝ้าระวัง ความปลอดภัย		สื่อ Info graphic เรื่อง ระบบ Safety ด้าน IV Care ที่ ผู้ป่วย/ญาติต้องมี ส่วนช่วยใน การเฝ้าระวัง ความปลอดภัย	จำนวนสื่อ Info graphic เรื่อง ระบบ Safety ด้าน IV Care ที่ ผู้ป่วย/ญาติต้องมี ส่วนช่วยในการเฝ้า ระวังความ ปลอดภัย	1 เรื่อง	NA	NA	NA	
			3. โครงการสนับสนุน ส่งเสริมและติดตาม งาน - QA การบริหารยาของ หอผู้ป่วย	ต.ค.2562	หอผู้ป่วยผ่าน เกณฑ์การ ประเมินร้อยละ 100	ร้อยละของหอ ผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์ การประเมิน QA	≥ ร้อยละ 80	NA	NA	NA	คุณคณิงนิตย์ คุณนงลักษณ์ คุณเยาวรัตน์

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา				2560	2561	2562	
	เพิ่มประสิทธิภาพการรักษาพยาบาล	การบริหารความเสี่ยง/ความปลอดภัยที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องครอบคลุม	1. โครงการพัฒนาคุณภาพในการป้องกันความเสี่ยงด้าน Tube & Line	ต.ค.62-ก.ย.63	อุบัติการณ์ระดับ E-I	จำนวนอุบัติการณ์ระดับ E-I	ลดลง ร้อยละ50	64	89	55	คุณคณิงนิตย์ คุณวิลาวัลย์
			1.1 จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่าน CoP กลุ่มป้องกัน Tube & Line เลื่อนหลุด		กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของ CoP กลุ่มป้องกัน Tube & Line เลื่อนหลุด	จำนวนครั้งของกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของ CoP กลุ่มป้องกัน Tube & Line เลื่อนหลุด	6 ครั้ง (2 เดือน/ครั้ง)	NA	NA	NA	
			1.2 Daily Round & Checklist -จัดทำแบบ Daily checklist ในการดูแลเพื่อป้องกัน Line เลื่อนหลุด - นำไปทดลองใช้ในกลุ่มหอผู้ป่วยที่มีอุบัติการณ์และมีความเสี่ยงสูง - วิเคราะห์ผลและปรับปรุง		Daily Checklist	มี Daily Checklist	1 checklist	NA	NA	NA	

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา				2560	2561	2562	
			- ประกาศใช้เป็นนโยบาย								
			1.3 ทบทวนแนวปฏิบัติ - Tube and line Safety Restrained bundle - Tube and line Safety Transfer Bundle		แนวปฏิบัติ	จำนวนแนวปฏิบัติ	2 เรื่อง	NA	NA	NA	
			1.4 ค้นหา Innovation /Best Practice ในการช่วยป้องกันท่อช่วยหายใจ / Line เลื่อนหลุด		Innovation /Best Practice	จำนวน Innovation /Best Practice	> 4 ชิ้น/ปี				
			1.5 ทำสื่อ Info graphic เรื่อง Safety ET Tube & Line Care ที่ผู้ป่วย/ญาติมีส่วนช่วยในการเฝ้าระวังความปลอดภัย		สื่อ Info graphic	จำนวนสื่อ Info graphic	1 เรื่อง	NA	NA	NA	

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา				2560	2561	2562	
			1. โครงการพัฒนาคุณภาพการระบุตัวผู้ป่วยให้ถูกต้อง (Identification)	ต.ค.62-ก.ย.63	อุบัติการณ์ระบุตัวผิดระดับ C- I เรื่อง	จำนวนอุบัติการณ์ระบุตัวผิดระดับ C- I เรื่อง					คุณพรทิพา
					1. ให้ยา	1. ให้ยา	0	14	30	8	
					2. ให้เลือด	2. ให้เลือด	0	1	1	0	
					3. เก็บสิ่งส่งตรวจ	3. เก็บสิ่งส่งตรวจ	0	6	5	24	
					4. ทารกแรกเกิด	4. ทารกแรกเกิด	0	2	0	0	
					5. ทำหัตถการ/ ผ่าตัด	5. ทำหัตถการ/ ผ่าตัด	0	3	1	0	
					6. ให้สารน้ำ	6. ให้สารน้ำ	0	0	0	2	
					7. ให้นม/อาหาร	7. ให้นม/อาหาร	0	0	0	3	
					8. เอกซเรย์	8. เอกซเรย์	0	3	1	1	
			1.1 จัดทำแนวปฏิบัติ - เรื่อง verbal identity confirmation - การ recheck ในเรื่องการให้เลือด ให้ยา HAD การทำหัตถการที่ invasive	ต.ค.62-ก.ย.63	แนวปฏิบัติ	จำนวนแนวปฏิบัติ	2 เรื่อง	NA	NA	NA	
			1.2 Identification round เมื่อมีอุบัติการณ์	ต.ค.62-ก.ย.63	การ round ในหน่วยงานที่มีอุบัติการณ์	ร้อยละการ round ในหน่วยงานที่มีอุบัติการณ์	ร้อยละ 100	NA	NA	NA	

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา				2560	2561	2562	
			1.3 จัดทำสื่อคลิปวิดีโอเรื่องการระบุตัว	ต.ค.62-ก.ย.63	คลิปวิดีโอเรื่องการระบุตัว	จำนวนคลิปวิดีโอเรื่องการระบุตัว	4 เรื่อง	0	0	1	
			1.4 กิจกรรมรณรงค์เรื่องการระบุตัว - กำหนดหัวข้อการรณรงค์ - กำหนดระยะเวลา กติกากในการเข้าร่วมกิจกรรม - จัดประกวดผลงาน - ตัดสินคัดเลือกผลงาน	ต.ค.62-ก.ย.63	ผลงานที่ส่งเข้าประกวด	จำนวนผลงานที่ส่งเข้าประกวด	≥ 20 เรื่อง	NA	NA	NA	

ความท้าทาย เชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับ แผนกลยุทธ์ โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิง กลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา				2560	2561	2562	
		ยกระดับมาตรฐาน และคุณภาพการ บริการ รักษา พยาบาลสู่ความเป็น เลิศในระดับสากล	1. โครงการพัฒนา คุณภาพเพื่อป้องกัน การพลัดตก/ลื่นล้ม	ต.ค.62- ก.ย.63	อุบัติการณ์ ระดับ C-I	อัตราการเกิด อุบัติการณ์ผู้ป่วย ในพลัดตก/ลื่นล้ม ระดับ C-I	อัตราการเกิด อุบัติการณ์ ผู้ป่วยในพลัด ตก/ลื่นล้ม ระดับ C- I≤0.25	0.24	0.24	0.23 (9เดือน)	คุณนันทา
						อัตราการเกิด อุบัติการณ์ผู้ป่วย ในพลัดตก/ลื่นล้ม ระดับ D-I	อัตราการเกิด อุบัติการณ์ ผู้ป่วยในพลัด ตก/ลื่นล้ม ระดับ D- I≤0.20	0.18	0.20	0.19 (9เดือน)	
			1.1 กิจกรรมแลกเปลี่ยน เรียนรู้การบริหาร จัดการเพื่อป้องกันการ พลัดตก/ลื่นล้ม		กิจกรรม แลกเปลี่ยน เรียนรู้	จำนวนครั้งในการ จัดกิจกรรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้	2 ครั้ง	NA	NA	NA	
			1.2 พัฒนาแนว ปฏิบัติการป้องกันการ พลัดตก/ลื่นล้ม - ผู้ป่วยใน - ผู้ป่วยนอก		แนวปฏิบัติการ ป้องกันการพลัด ตก/ลื่นล้มของ หอผู้ป่วยใน	จำนวนแนว ปฏิบัติการป้องกัน พลัดตก/ลื่นล้ม	2 เรื่อง	NA	NA	NA	
			1.3 ค้นหาวัฒนธรรม/ แนวปฏิบัติรวมทั้งที่ได้ จากการแลกเปลี่ยน		นวัตกรรม/แนว ปฏิบัติที่นำมา ทดลองใช้	จำนวนนวัตกรรม/ แนวปฏิบัติที่นำมา ทดลองใช้	2 เรื่อง	NA	NA	NA	

ความท้าทาย เชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับ แผนกลยุทธ์ โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิง กลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา				2560	2561	2562	
			เรียนรู้มาทดลองใช้และ ปรับปรุงให้เหมาะกับ บริบทของหอผู้ป่วย								
			2.โครงการสนับสนุน ส่งเสริมและติดตาม งาน				-	-	-		
			- QA การปฏิบัติตาม แนวทางการป้องกัน พลัดตก/ลื่นล้ม	ครั้งที่ 1 มี.ค.63 ครั้งที่ 2 ก.ย.63	การทำ QA	จำนวนครั้งการทำ QA	2 ครั้ง				
					การปฏิบัติตาม แนวทางการ ป้องกันพลัด ตก/ลื่นล้ม ของ ฝ่ายบริการ พยาบาล ของ ทุกหอผู้ป่วยใน	ร้อยละของการ ปฏิบัติตามแนว ทางการป้องกัน พลัดตก/ลื่นล้ม ของฝ่ายบริการ พยาบาล ของทุก หอผู้ป่วยใน	หอผู้ป่วยในมี การปฏิบัติ ตามแนวการ ป้องกัน ร้อย ละ 100	-	-	-	

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา				2560	2561	2562	
	เพิ่มประสิทธิภาพการรักษาพยาบาล	พัฒนาคณะแพทยศาสตร์ไปสู่การเป็นคณะแพทย์ชั้นนำที่ได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติ	1. โครงการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการความเสี่ยง	ต.ค.62-ก.ย.63	อุบัติการณ์ระดับ E-I	จำนวนอุบัติการณ์ระดับ E-I ลดลง	≤ 130	179	133	158	คุณลักษณะ คุณนงลักษณ์ คุณวิลาวัลย์ คุณคณิงนิตย์ คุณพรทิวา คุณนันทา
			1.1 กิจกรรมเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารและการจัดการความเสี่ยงความปลอดภัยของผู้ป่วย	ต.ค.62-ก.ย.63	อุบัติการณ์ระดับ G-I	จำนวนอุบัติการณ์ระดับ G-I	≤ 10	12	12	14	
			1.1.1 ติดตามและทบทวนอุบัติการณ์อย่างรวดเร็ว		การทบทวนอุบัติการณ์	จำนวนอุบัติการณ์ทั้งหมดที่ได้รับการติดตามอย่างรวดเร็วและทบทวนหน้างานโดยกรรมการ/ผู้ตรวจการ	ร้อยละ 80 (อุบัติการณ์ระดับG-I ร้อยละ 100)	NA	61.54 (อุบัติการณ์ระดับ G-I)	100 (อุบัติการณ์ระดับ G-I)	คุณลักษณะ คุณนงลักษณ์ คุณวิลาวัลย์ คุณคณิงนิตย์ คุณพรทิวา คุณนันทา
					ระบบ/แนวปฏิบัติ/วิธีการทำงานที่ปรับเปลี่ยนที่ได้จากการทบทวน	จำนวนระบบ/แนวปฏิบัติ/วิธีการทำงานที่ปรับเปลี่ยนที่ได้จากการทบทวน	10	NA	6	3	
					ความพึงพอใจของหน่วยงานที่ได้รับการติดตามทบทวน	อัตราความพึงพอใจของหน่วยงานที่ได้รับ	≥ ร้อยละ 80	NA	NA	NA	

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา				2560	2561	2562	
						การติดตาม ทบทวน					
			1.1.2 ทบทวน Risk Profile ระดับฝ่ายฯ		บัญชีความเสี่ยงที่สำคัญระดับฝ่ายฯ	จำนวนบัญชีความเสี่ยงที่สำคัญระดับฝ่ายฯ	≥ 100	79 (รพ =132)	79 (รพ =132)	79 (รพ =193)	คุณลักษณะมี
			1.1.3 รวบรวมรายละเอียดของความเสี่ยงที่รพ.ประกาศเป็นนโยบายใส่ในทะเบียนความเสี่ยง(Risk Register)ระดับฝ่ายฯให้สมบูรณ์และเป็นปัจจุบัน		ทะเบียนความเสี่ยง	จำนวนความเสี่ยงที่ลงทะเบียนอย่างสมบูรณ์	≥ 9 ตัว	NA	NA	NA	คุณลักษณะมี
			1.1.4 แลกเปลี่ยนเรียนรู้/นิเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงหน้างาน		การเยี่ยมนิเทศหน่วยงาน	จำนวนครั้งการเยี่ยมนิเทศหน่วยงาน	12 ครั้ง	NA	NA	NA	คุณลักษณะมี
					ประเด็นปัญหาที่พบ/รับการแก้ไข	จำนวนประเด็นปัญหาที่พบ/รับการแก้ไข	12 เรื่อง	NA	NA	NA	
			1.1.5 แลกเปลี่ยนเรียนรู้/ถอดบทเรียน	ต.ค.62-ก.ย.63	กิจกรรม KS	จำนวนครั้งการทำกิจกรรม KS	2 ครั้ง	NA	NA	NA	คุณลักษณะมี
			Service recovery		ผลงานที่เข้าร่วมกิจกรรม	จำนวนผลงานที่เข้าร่วมกิจกรรม	24 เรื่อง	NA	NA	NA	

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา				2560	2561	2562	
			process และการจัดการข้อร้องเรียน								
			1.2 กิจกรรมเตรียมความพร้อมรับ การตรวจประเมิน AHA 2562 (Road Map for AHA)	ต.ค.- ธ.ค.62	กิจกรรมการเตรียมรับการเยี่ยมตรวจ	มีการทำกิจกรรมครบทั้ง 3 ด้าน	ร้อยละ 100	NA	NA	NA	ทีมบริหารฝ่ายฯ
			- เตรียมการตอบคำถามผู้เยี่ยมชมสำรวจ	ธ.ค.62	กิจกรรม 5 ส	จำนวนการทำกิจกรรม 5 ส	1 ครั้ง	NA	NA	NA	
			- เตรียมการใช้งานระบบHIS - เตรียมการเขียนบันทึกทางการพยาบาล - กิจกรรม 5 ส ทั้งฝ่ายฯ			จำนวนหอผู้ป่วย/หน่วยงานที่ทำกิจกรรม 5 ส	ร้อยละ 100				
			1.3 กิจกรรมสร้างวัฒนธรรมคุณภาพและการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง *จัดกิจกรรม "การพัฒนาแบบการนิเทศทางคลินิก"	2 วัน (27-28 เม.ย.)	การนิเทศทางคลินิกของหัวหน้างานหลังการอบรม	จำนวนครั้งนิเทศทางคลินิกของหัวหน้างานหลังการอบรม	≥ 4 ครั้ง/เดือน/คน	NA	NA	NA	คุณลักษณะมี
			พัฒนาแบบการนิเทศทางคลินิก"		ความพึงพอใจ	คะแนนความพึงพอใจ	≥ 4	NA	NA	NA	
			*จัดกิจกรรมทบทวนเวชระเบียนสู่การเชื่อมโยงและออกแบบระบบงาน	ต.ค.62- พ.ย.63	กิจกรรมทบทวนเวชระเบียนสู่การเชื่อมโยงและ	จำนวนกิจกรรมทบทวนเวชระเบียนสู่การเชื่อมโยงและ	6 ครั้ง	NA	NA	NA	คุณลักษณะมี

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา				2560	2561	2562	
					ออกแบบระบบงาน	ออกแบบระบบงาน					
					ความพึงพอใจ	คะแนนความพึงพอใจ	≥ 4	NA	NA	NA	
		ยกระดับมาตรฐานและคุณภาพการจัดการเรียนการสอน การวิจัยและการบริการรักษาพยาบาลสู่ความเป็นเลิศในระดับสากล	2. โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากร								คุณลักษณะที่พัฒนาคุณภาพบริการ
			2.1 กิจกรรมนำเสนอผลงาน Quality Day 2020	8-10 ก.ค.63	ความพึงพอใจ	คะแนนความพึงพอใจ	≥ 4	3.34	3.33	NA	
			- For Nurse & Non nurse		โครงการพัฒนา	จำนวนโครงการพัฒนางาน/ CQI/ นวัตกรรม	80	84	28	NA	
		เพิ่มขีดความสามารถขององค์กรไปสู่การเป็นองค์กรด้านนวัตกรรมและเทคโนโลยีสมัยใหม่	3. โครงการส่งเสริมสนับสนุนติดตามคุณภาพ		การปรับปรุงโปรแกรม	ความสำเร็จในการปรับปรุงโปรแกรม	ร้อยละ 100	NA	NA	NA	คุณลักษณะที่
			3.1 ปรับปรุงโปรแกรมรายงานอุบัติการณ์								
			- ปรับปรุงการรายงานอุบัติการณ์ระดับ A,B								
			- ปรับปรุงการรายงาน Near- miss ระบบยาผู้ป่วยนอก								

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา				2560	2561	2562	
			3.2 ทบทวนและซ่อมแผนอัตรากำลังร่วมกับหน่วยงาน	ต.ค.62 – ก.ย.63	การซ่อมแผนฯ ของหน่วยงานที่กำหนด	ร้อยละ ของหน่วยงานที่กำหนดได้ซ่อมตามแผน	100 (10 หน่วยงาน)	100 (10 หน่วยงาน)	100 (17 หน่วยงาน)	60 (6 หน่วยงาน)	คุณลักษณะมี
			3.3 กิจกรรมให้ความรู้สู่ประชาชน - จัดเวทีสุขภาพทุกเดือน - จัดกิจกรรมพิเศษวันพยาบาลสากล วันพยาบาลแห่งชาติและวันมหิดล	ต.ค.62 – ก.ย.63	กิจกรรมให้ความรู้แก่ประชาชน	จำนวนกิจกรรมให้ความรู้แก่ประชาชน	≥ 27 ครั้ง	27	34	29	คุณลักษณะมี