

รายงานผลการดำเนินงาน ด้านบริหารทรัพยากร และสารสนเทศ ปี 2563

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 – กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา						
1. โครงการพัฒนา คุณภาพการบริหาร จัดการทรัพยากรบุคคล 1.1 การสรรหาบุคลากร 1.1.1 Road show/ ตลาดนัดแรงงาน 1.1.2 ให้ทุนนักศึกษา พยาบาล	ต.ค 62- ก.ย.63	อัตรากำลัง พยาบาล	อัตรากำลังพยาบาลได้ ตามแผนหลักการ ขยายงาน	ร้อยละ 100 (118 คน)	110 (110)	- จัดอัตรากำลังคนตามแผนหลักการขยายงานได้ร้อยละ 100 - แต่ไม่สามารถเปิดหอผู้ป่วยได้ตามแผนหลัก 3 หอผู้ป่วย เนื่องจากพื้นที่ไม่พร้อม (หน่วยงานที่ไม่ได้เปิดเพิ่มคือ MICU จำนวน 1 เตียง รัตนะ8 และรัตนะ9) - บริหารจัดการอัตรากำลังเกินจำนวน 18 คน โดยไปฝาก train ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม และพิเศษเฉลิมพระบารมี	คุณสิรินทร์ คุณณัฐรจจาท์ คุณอรทัย
		อัตรากำลังทุก ระดับ	อัตรากำลังทุกระดับได้ ตามแผนหลักการจัด อัตรากำลัง	ร้อยละ 100	ร้อยละ99.00 พยาบาล = ร้อยละ 100 ผู้ปฏิบัติงานฯ/ พนักงานช่วยฯ = ร้อยละ 99.26 แม่บ้าน = ร้อยละ 97.74	- อัตรากำลังทุกระดับได้ตามแผนการจัดอัตรากำลัง (พยาบาลร้อยละ100, ผู้ปฏิบัติงานพยาบาล/พนักงานช่วยการพยาบาลร้อยละ 98.6 และแม่บ้านร้อยละ 86.6) - การแก้ไข ได้เปิดการรับสมัครและสัมภาษณ์คัดเลือกพนักงานช่วยการพยาบาล และแม่บ้านถี่ขึ้น	
		นักศึกษา พยาบาลปี 3 และปี 4 ที่รับ ทุน นักศึกษาที่รับ ทุน ไม่ยกเล็ก ทุน	จำนวนนักศึกษา พยาบาลปี 3 และปี 4 ที่รับทุน จำนวนนักศึกษาที่ ยกเล็กทุน	80 ทุน 0	80 2 (ทำงานใกล้บ้าน และมีปัญหาด้าน สุขภาพ)	จำนวนนักศึกษาพยาบาลปี 3 และปี 4 ชั้นรับทุน 39 และ27คนรวม 66 คน คิดเป็นร้อยละ 82.5 และเปิดรับชั้นปีที่ 2 อีกจำนวน 14 คน รวมทั้งหมด 80 คน ไม่มีการยกเล็กทุน	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 – กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา						
1.1.3 กิจกรรมที่สอน น้อง		กิจกรรมที่สอน น้อง	จำนวนกิจกรรม	1 ครั้ง	1	ไม่ได้ดำเนินการเนื่องจากมหาวิทยาลัยปิดการศึกษาจากสถานการณ์ โควิด	คุณณัฐรจจาท์
1.2 การดำรงรักษา บุคลากร	ต.ค 62- ก.ย.63	หอผู้ป่วยที่มี ภาระงานเกิน ได้รับการ ช่วยเหลือจัด อัตรากำลังมา ช่วยจากหอ ผู้ป่วยอื่น	จำนวนครั้งที่หอผู้ป่วย ที่มีภาระงานเกินได้รับ การช่วยเหลือจัด อัตรากำลังมาช่วยจาก หอผู้ป่วยอื่น	ร้อยละ 90	NA	- การจัดอัตรากำลังเพื่อนช่วยเพื่อนในกลุ่มสูติ-นรีเวชจากหอผู้ป่วยที่ปลดแคว ไปช่วยหอผู้ป่วยที่มีภาระงานเกิน และ float คนไม่ได้เดือนมิถุนายน-กันยายน 2563 พบว่ามีภาระงานเกินรวม 69 ผลัดได้รับการช่วยเหลือจากหอผู้ป่วยใน กลุ่มจำนวน 25 ผลัดคิดเป็นร้อยละ 40.32	คุณณัฐรจจาท์ คุณสิรินทร์ คุณอรทัย
1.2.1 กิจกรรมเพื่อน ช่วยเพื่อน • สํารวจข้อมูลลักษณะ การมอบหมายงานของ หอผู้ป่วย • กำหนดภาระงานผู้ถูก Float • กำหนดแนวทางของ หอผู้ป่วยที่รับการ Float • กำหนดกลุ่มการ Float ในกลุ่มหอผู้ป่วย	ต.ค 62- ก.ย.63	การลาออก	อัตราการลาออก โอน ย้าย ของพยาบาล	< ร้อยละ 4	2.84	อัตราการลาออกเท่ากับร้อยละ 2.71 (ลาออกจำนวน 38 คน : อายุงานที่ลาออกมากที่สุดคือ > 3-6 ปีจำนวน 12 คนและน้อยกว่า 1 ปีจำนวน 11 คน สาเหตุบรรจรรยาชการ 6 คน ได้งานใหม่ 5 คน กลับภูมิลำเนา 4 คน ศึกษาต่อ 3 คน ย้ายหน่วยงาน 2 คน ปัญหา สุขภาพ 3 คน)	คุณสิรินทร์ คุณณัฐรจจาท์ คุณอรทัย
1.2.2 กิจกรรมพัฒนา ความก้าวหน้าทาง วิชาชีพ							

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 – กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ
Career Progression (ชำนาญการ ชำนาญ การพิเศษ) - กำหนดกลุ่มเป้าหมาย เข้าสู่ชำนาญการพิเศษ (ผดก.โชนละ >= 2 คน) - ประชุม/ช่วยเหลือ/ ติดตามการทำผลงาน ทุก 3 เดือน 1.2.3 กิจกรรมเพิ่ม ความปลอดภัยของ บุคลากร • ด้านสื่อสังคมออนไลน์ และความรุนแรงในที่ ทำงาน - พัฒนาแนวปฏิบัติการ ใช้งานและสื่อสารผ่าน สื่อสังคมออนไลน์และ ความรุนแรงในที่ทำงาน - กำหนดสายตรวจสื่อ สังคมออนไลน์ประจำ หอผู้ป่วย	วัน-เวลา	พยาบาลที่เลื่อน ระดับเข้าสู่ ชำนาญการ พิเศษ	จำนวนพยาบาลที่ เลื่อนระดับเข้าสู่ ชำนาญการพิเศษ	ร้อยละ 20 ของกลุ่ม ผดก. โชนละ 2 คน (5 คน)	10 (ชำนาญการ)	-กลุ่มเป้าหมายจากผู้ตรวจการพยาบาลที่มุ่งมั่นมีจำนวน 16 คน -กำลังเขียนโครงร่าง 2 คน (ขอลองตัว 1 คนเนื่องจากสามีป่วย) กำลังทำ ผลงาน 5 คน อีก 9 คนยังไม่เริ่มดำเนินการ (โชนอายุรกรรม ผู้ป่วยผู้ใหญ่ วิกฤติ ผู้ป่วยเด็กและทารกวิกฤติ และสูติ-นรีเวช)	สิริินทร์
		แนวปฏิบัติ	จำนวนแนวปฏิบัติ	2	NA	อยู่ในขั้นตอนการนำแนวปฏิบัติพิจารณาในทีมบริหารฝ่ายบริการพยาบาล	คุณอรทัย คุณสิรินทร์ คุณณัฐรุจาห์
		อนุรักษ์ วัฒนธรรม	-จำนวนอนุรักษ์ วัฒนธรรม ใช้งานได้	ร้อยละ 80	NA	- มีอนุรักษ์วัฒนธรรมการใช้งานสื่อสังคมออนไลน์ จำนวน 4 ครั้ง สามารถจัดการได้ ทั้ง 4 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 100 (ญาติบันทึกเสียงและภาพระหว่างแพทย์ตรวจ 3 ครั้ง และ ญาติผู้ป่วย post ใน social สาเหตุไม่พึงพอใจกรณี 1 ครั้ง)	
				ร้อยละ 80	NA		

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 – กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา						
1.2.4 กิจกรรมพัฒนาระบบการนิเทศทางการแพทย์พยาบาล	ต.ค. 62-ก.ย.63	แนวปฏิบัติ/วิธีการทำงานใหม่	- จำนวนอุบัติการณ์ความรุนแรงในทำงานที่ส่งผลกระทบต่อบุคลากรที่สามารถป้องกันได้ มีแนวปฏิบัติ/วิธีการทำงานใหม่	30 เรื่อง	20	<p>- มีอุบัติการณ์ความรุนแรงในทำงานที่ส่งผลกระทบต่อบุคลากร จำนวน 1 ครั้ง สามารถป้องกันได้มีจำนวน 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 100 (ความรุนแรงทางวาจา 1 ครั้ง ระหว่างบุคลากร)</p> <p>มีแนวปฏิบัติ/วิธีการทำงานใหม่ 28 เรื่อง ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) การจัดชุดเอกสารที่จำเป็นเข้าแฟ้มไว้ กรณีระบบ HIS ชัดช่อง เพื่อให้บริการได้ตามปกติ (OPD Premium, พิเศษสูติ-นรีเวช) 2) วิธีปฏิบัติกรณีผู้รับบริการก้าวร้าว โดยใช้ code B13 (แผนกฉุกเฉิน) 3) การสรุป 2P Safety และบันทึกไว้ในสมุดหัวหน้าเวร เพื่อส่งเวรด้านความปลอดภัย ก่อนการส่งเวรตามปกติ (อายุกรรมทั่วไป) 4) การใช้ visual control โดยทำป้าย F ติดหน้าห้องผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงเรื่อง fall (พิเศษสูติ-นรีเวช – ได้ส่งผลงานไปประกวด Kaizen) 5) การสรุป one page summary รายโรคเพื่อให้ง่ายในการสื่อสาร เกี่ยวกับคุณภาพ ไว้ประจำหน่วยงาน (กลุ่ม OPD, พิเศษสูติ-นรีเวช, เด็ก 2) 6) การเพิ่มขั้นตอนการ check card ยาหลังผ่าตัด กับการบันทึกรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับในห้องผ่าตัด (กระดุกและข้อชาย) 7) การเตรียมรับโรคอุบัติใหม่ (COVID-19) (ทุกหอผู้ป่วย) 8) แนวคิดองค์กรธรรมาภิบาล (ทุกหอผู้ป่วย) 9) การใช้ Quick clot Radial ในการ stop bleeding แทนการใช้ TR-band (Post Cath) 10) การจัดสถานที่ Social Distancing ของทุกคลินิก (แผนกผู้ป่วยนอก) 11) การจัดทำคำแนะนำการปฏิบัติตัวขณะ prep bowel ให้ผู้ป่วยและญาติ (ศัลยกรรมชาย 2) 	คุณนิตยา

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 – กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา						
						<p>12) การป้องกันอุปกรณ์ราคาแพงตกหล่นขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วย โดยใช้สายรัด 5 เส้น ยึดอุปกรณ์กับรถเข็น (ศัลยกรรมชาย 2)</p> <p>13) การจัดทำระบบ check out- check in ในผู้ป่วยทารก กรณีส่งไปทำหัตถการ นอกหอผู้ป่วย (พิเศษนรีเวช)</p> <p>14) การนำระบบ one owner process มาใช้ในการให้นมทารก เพื่อป้องกันความผิดพลาด (NMCU)</p> <p>15) การออกแบบ template ในการบันทึกการให้เคมีบำบัด (อายุรกรรมชาย 2)</p> <p>16) การเตรียมรับโรคอุบัติใหม่ การเฝ้าระวังและการป้องกันการติดเชื้อโรค COVID-19 (ทุกหอผู้ป่วย)</p> <p>17) การปรับระบบการให้บริการผู้ป่วยของคลินิกอายุรกรรม (OPD3)</p> <p>18) การบริหารจัดการจัดส่งยาให้ผู้ป่วยทางไปรษณีย์ (OPD)</p> <p>19) แนวปฏิบัติการบริหารยาสำรองของแผนกฉุกเฉิน (แผนกฉุกเฉิน)</p> <p>20) การจัดเตรียมกระเป๋าใส่ถุงนม/ขวดนม ก่อนให้มารดานำไปให้ทารก เพื่อป้องกันการติดเชื้อ (พิเศษสูติ-นรีเวช)</p> <p>21) คู่มือการดูแลเด็กและทารกแรกเกิดในสถานการณ์เฝ้าระวังการระบาดของโรค COVID-19 (NMCU)</p> <p>22) E-book ฉบับพกพา: ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ วัคซีนธรรมชาติ หยอดแรกเพื่อลูกน้อย การส่งเสริมการนอนหลับของทารก เป็นต้น (NMCU)</p> <p>23) แนวปฏิบัติการเลื่อนนัดผู้ป่วย กรณีรัฐบาลประกาศเพิ่มวันหยุดราชการ (OPD)</p> <p>24) การยกเลิกวิธีปฏิบัติเดิมในหาร retained Foley's cath กรณีมี urine retention ให้ใช้วิธี CIC แทน (clean intermittent catheterization) (อท.)</p> <p>25) การให้ญาติมีส่วนร่วมในการตรวจสอบก่อนพยาบาลให้ยาผู้ป่วย (เด็ก 2)</p> <p>26) การเขียน flow chart การดูแลผู้ป่วย Borderline Personality Disorder (จิตเวช)</p>	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 – กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา						
1.2.5 กิจกรรมเชิดชู เกียรติบุคลากร : ดาวเด่น/ดีเด่น	ส.ค.63	บุคลากรดาว เด่น/ดีเด่น	จำนวนหน่วยงานที่มี บุคลากรดาวเด่น	54 หน่วยงาน	54 (54)	27) การ care ตำแหน่งที่ on heparin lock ทุก 8 ชม. เพื่อป้องกันการติดเชื้อ (ลบ.10) 28) การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลทารกกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (NMCU) จำนวนหน่วยงานที่มีบุคลากรดาวเด่น 56 จาก 57 หน่วยงาน (เนื่องจากศูนย์ของ ห้องพิเศษ ไม่ส่ง) จัดโครงการวันที่ 31 สิงหาคม 2563	คุณนิตยา คุณพนิดา คุณนารี
			จำนวนบุคลากรดาว เด่น (ระดับฝ่ายบริการ พยาบาล)	39 คน	39	จำนวนบุคลากรดาวเด่น ระดับฝ่ายบริการพยาบาล 39 คน จัดโครงการวันที่ 31 สิงหาคม 2563	
			จำนวนบุคลากรดีเด่น ของฝ่ายๆที่ได้รับการ คัดเลือกดีเด่นจาก ภายนอก	10 คน	5 คน	จำนวนบุคลากรดีเด่นของฝ่ายๆที่ได้รับการคัดเลือกดีเด่นจากภายนอก 2 คน คือ 1) นางกาญจนา วงษ์เลี้ยง OPD 2 ศิษย์เก่าแห่งความภาคภูมิใจ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (25 มกราคม 2563) 2) นางกนิษฐา คงแก้ว OPD 2 บุคลากรดีเด่น มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (มิถุนายน 2563)	
1.2.6 กิจกรรมทีม บริหารพบบุคลากรทุก ระดับ	มิ.ย.63	ความพึงพอใจ	คะแนนความพึงพอใจ มาก-มากที่สุดพอใจ	ร้อยละ 80	ไม่ได้ประเมิน	ไม่ได้จัดกิจกรรม เนื่องจากนโยบาย social distancing จากสถานการณ์โรค COVID-19	คุณจันทร์ฉาย
		ปัญหาที่ได้รับ การแก้ไข	จำนวนปัญหาที่ได้รับ การแก้ไข	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ไม่ได้จัดกิจกรรม เนื่องจากนโยบาย social distancing จากสถานการณ์โรค COVID-19	
1.3 กิจกรรมเพิ่ม ประสิทธิภาพการดูแล	ต.ค.62- ก.ย.63	ผลลัพธ์ทางการ พยาบาลราย โรค	ผลลัพธ์ทางการ พยาบาลรายโรคแต่ละ โรคมีผลลัพธ์ที่ดี	> ร้อยละ 80			

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 – กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา						
<p>ผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญให้ครอบคลุมทุกสาขา</p> <ul style="list-style-type: none"> - สร้าง nurse specialty ให้ครบทุกสาขาและทุกรายโรคหลัก - จัดทำตัวชี้วัดหลักของรายโรคร่วมกัน - ติดตามผลลัพธ์ทางการพยาบาลของแต่ละรายโรคของกลุ่มโรคสำคัญ - ปรับปรุงพัฒนางานให้ได้ตามเป้าหมาย - กิจกรรมวิชาการเรื่องตัวชี้วัดตามกลุ่มหอผู้ป่วยทุกเดือน - จัด/ส่งอบรมวิชาการเพื่อพัฒนาต่อยอด <p>1.4 จัดระบบTraining risk</p> <ul style="list-style-type: none"> - คัดเลือกความเสี่ยงที่เกิดจากtraineeที่พบบ่อย จากหอผู้ป่วย 	<p>ต.ค.62-ก.ย.63</p>	<p>nurse specialty</p> <p>การรายงานผลลัพธ์ตัวชี้วัดรายโรค</p> <p>กิจกรรมวิชาการ</p>	<p>มี nurse specialty เพิ่มขึ้น</p> <p>จำนวนครั้งการรายงานผลลัพธ์ตัวชี้วัดรายโรค</p> <p>จำนวนกิจกรรมวิชาการ</p>	<p>5 คน</p> <p>4 ครั้ง</p> <p>10 ครั้ง</p>	<p>NA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ประสานขอข้อมูลจากคณะพยาบาลศาสตร์ เรื่องการเตรียมความพร้อมนักศึกษาก่อนขึ้นฝึก และการควบคุมกำกับนักศึกษา - ได้ข้อมูลกำหนดสมรรถนะนักศึกษาก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลบนหอผู้ป่วย/กิจกรรมการพยาบาลพื้นฐานที่นักศึกษาต้องสอบผ่านการปฏิบัติ 	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 – กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา						
<ul style="list-style-type: none"> - กำหนดแนวทางในการปฏิบัติ หัตถการ/กิจกรรมที่เหมาะสมกับ trainee 1.5 กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกลุ่มแม่บ้าน อายุ >= 35ปีที่มี BMI เกินค่าปกติ - ประชุมกลุ่มแม่บ้าน - จัดการให้ความรู้ด้านอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์ - ติดตามการชั่งน้ำหนัก ทุก 2 เดือน - ติดตาม Inbody Score ทุก 6 เดือน 		น้ำหนัก	น้ำหนักตัวลดลง	น้ำหนักตัวลดลงร้อยละ 5 จากค่าเริ่มต้นภายใน 6 เดือน ร้อยละ 100	NA	<p>ในห้องปฏิบัติการ และเมื่อขึ้นฝึกบนหอผู้ป่วย กำหนดให้ปฏิบัติภายใต้การควบคุมกำกับของอาจารย์/พยาบาลวิชาชีพ</p> <p>- ไตรมาส 2-4 ยังไม่ได้ดำเนินการต่อ</p> <p>แม่บ้านอายุ ≥ 35 ปี มีน้ำหนักลดลง ร้อยละ 5 จากน้ำหนักเริ่มต้นภายใน 6 เดือน จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 17.07 (แม่บ้านจำนวน 75 คน BMI เกินค่าปกติปฏิบัติกิจกรรมตลอดโครงการจำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 55.41)</p> <p>ผลสรุปโครงการ</p> <ul style="list-style-type: none"> -แม่บ้านที่มีน้ำหนักลดลงจำนวน 27 คน (คิดเป็นร้อยละ 65.85) -แม่บ้านที่มีน้ำหนักเท่าเดิมจำนวน 2 คน (คิดเป็นร้อยละ 4.88) -แม่บ้านที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นจำนวน 12 คน (คิดเป็นร้อยละ 29.27) <p>แม่บ้านอายุ ≥ 35 ปี และ BMI เกินค่าปกติ (แม่บ้านจำนวน 75 คน ปฏิบัติกิจกรรมตลอดโครงการจำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 55.41)</p> <ul style="list-style-type: none"> -แม่บ้านมี Inbody Score เพิ่มขึ้น 23 คน (คิดเป็นร้อยละ 56.10) -แม่บ้านมี Inbody Score เท่าเดิม 5 คน (คิดเป็นร้อยละ 12.19) -แม่บ้านมี Inbody Score ลดลง 13 คน (คิดเป็นร้อยละ 31.71) 	คุณอรทัย
<ul style="list-style-type: none"> 1.6 การประกันคุณภาพ (พร้อมใช้งานในเวลาที่กำหนด) ในการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ 5 รายการ 	กย.62-ตค.63	อุปกรณ์จากเครื่องมือไม่พร้อมใช้งานที่มีผลกระทบต่อ	จำนวนอุปกรณ์จากเครื่องมือไม่พร้อมใช้งานที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยระดับ C ขึ้นไป	0	2 (Ventilator)	<p>จำนวนอุปกรณ์จากเครื่องมือไม่พร้อมใช้งานที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยระดับ C ขึ้นไป = 4 เหตุการณ์</p> <p>1. การบริหารจัดการเครื่องช่วยหายใจลำซำ ทำให้ CCU ต้อง ambul ให้ผู้ป่วยรับใหม่ 15 นาที ระหว่างรอศูนย์อุปกรณ์ฯ ประสานหน่วยเครื่องช่วยหายใจเตรียมเครื่อง (ไตรมาส 3)</p>	คุณจาวรรม ศูนย์อุปกรณ์ หอผู้ป่วย

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 – กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ																																																															
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา																																																																					
1) เครื่องช่วยหายใจ 2) EKG monitor 3) Defibrillator 4) Infusion pump 5) Syringe pump		ผู้ป่วยระดับ C ขึ้นไป				<p>2. เครื่องช่วยหายใจ Galileo VTL0109 ตั้งปรับค่าไม่ได้ มีผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจที่ ศย. เมื่อเกิดปัญหาตามเจ้าหน้าที่หน่วยเครื่องช่วยหายใจมาเช็คเครื่อง 15 นาทีต่อมา ต้องเปลี่ยนเครื่องใหม่ (ไตรมาส4)</p> <p>3. Transport Ventilator C1 สาย corrugate เป็นรูมีลมรั่ว อนุญาตรับเครื่องจากศูนย์อุปกรณ์ฯ เพื่อเตรียมเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปฟอกเลือดที่ศูนย์ไตเทียม (ไตรมาส4)</p> <p>4. เครื่องช่วยหายใจ Drager VTL0206 ไม่มีขีดตักน้ำขาเข้า อนุญาตใช้เครื่องแล้วไม่แสดงค่า minute volume (ไตรมาส4)</p> <p>อุบัติการณ์ Non Clinic ที่รายงานในโปรแกรม</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ลักษณะเหตุการณ์</th> <th>ระดับความรุนแรง</th> <th>61</th> <th>62</th> <th>63</th> <th>ไตรมาส 1/63</th> <th>ไตรมาส 2/63</th> <th>ไตรมาส 3/63</th> <th>ไตรมาส 4/63</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>O05 เครื่องมือแพทย์และระบบจ่ายก๊าซทางการแพทย์</td> <td>1</td> <td>65</td> <td>46</td> <td>33</td> <td>6</td> <td>6</td> <td>9</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2</td> <td>27</td> <td>27</td> <td>29</td> <td>5</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>16</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3</td> <td>12</td> <td>3</td> <td>7</td> <td>5</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td></td> <td>4</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>O05 เครื่องมือแพทย์และระบบจ่ายก๊าซทางการแพทย์</td> <td></td> <td>104</td> <td>76</td> <td>69</td> <td>16</td> <td>10</td> <td>14</td> <td>29</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	ลักษณะเหตุการณ์	ระดับความรุนแรง	61	62	63	ไตรมาส 1/63	ไตรมาส 2/63	ไตรมาส 3/63	ไตรมาส 4/63	O05 เครื่องมือแพทย์และระบบจ่ายก๊าซทางการแพทย์	1	65	46	33	6	6	9	12		2	27	27	29	5	3	5	16		3	12	3	7	5	1	0	1		4	0	0	0	0	0	0	0	O05 เครื่องมือแพทย์และระบบจ่ายก๊าซทางการแพทย์		104	76	69	16	10	14	29	Total									
ลักษณะเหตุการณ์	ระดับความรุนแรง	61	62	63	ไตรมาส 1/63	ไตรมาส 2/63	ไตรมาส 3/63	ไตรมาส 4/63																																																														
O05 เครื่องมือแพทย์และระบบจ่ายก๊าซทางการแพทย์	1	65	46	33	6	6	9	12																																																														
	2	27	27	29	5	3	5	16																																																														
	3	12	3	7	5	1	0	1																																																														
	4	0	0	0	0	0	0	0																																																														
O05 เครื่องมือแพทย์และระบบจ่ายก๊าซทางการแพทย์		104	76	69	16	10	14	29																																																														
Total																																																																						

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 – กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา						
						<p>ระดับ 3 = 7 เหตุการณ์</p> <p><u>ไตรมาส 1 = 5 เหตุการณ์</u></p> <p>Infusion Pump 2 เหตุการณ์</p> <p>-IFP0398 ตกลงพื้นขณะเจ้าหน้าที่ปรับเตียงขึ้น (LR)</p> <p>-IFP0393 หล่นจากเคาน์เตอร์ ตัวเกาะเสาแตก (TR)</p> <p>Syringe Pump 1 เหตุการณ์</p> <p>-SP0167 ขณะให้ยาผู้ป่วยเด็ก เด็กตื่น สายรั้งเครื่องล้มทั้งเสา เครื่องแตก</p> <p>ปุ่มปรับหลุด (เด็ก 2)</p> <p>Defibrillator 1 เหตุการณ์</p> <p>-DEF0059 พบฝาครอบกระดาดหักขณะเช็คเครื่อง (MICU)</p> <p>Pulse Oximeter 1 เหตุการณ์</p> <p>-สูญหาย ศูนย์อุปกรณ์ฯ ให้มาใช้งาน 22 พ.ค.59 เดือน พ.ค.62 หาเครื่องไม่เจอ (TR) ตั้งกรรมการสอบสวน</p> <p><u>ไตรมาส 2 = 1 เหตุการณ์</u></p> <p>- EKG Monitor ขณะย้ายเตียง เห็นเตียงเกี่ยวเครื่อง EKG Monitor เตียงไถลกันหล่นจากรถเข็น (ศช 2)</p> <p><u>ไตรมาส 4 = 1 เหตุการณ์</u></p> <p>- Infusion Pump IFP0370 ผู้ป่วยเข็นเสาน้ำเกลือเกาะ Infusion Pump 2 เครื่องให้ TPN และ Lipid ขณะเดินเข้าประตูหลังวอร์ด ระดับพื้นไม่เสมอ เครื่องที่ไม่มีฐานรับหล่นลงพื้น (ศช.1)</p> <p>- จำนวนอุบัติการณ์เครื่องมือชำรุด (non clinic) รายละเอียดเพิ่มเติม ชนิดเครื่องมือ/จำนวนครั้ง /สาเหตุ ที่เกิดเหตุการณ์</p>	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน				ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา					ตุลาคม2562 – กันยายน 2563				
						เครื่องมือ	ปี 62 จำนวน(ครั้ง)	ปี 63 จำนวน (ครั้ง)	สาเหตุ (ปี 63)	
						Infusion pump	13	15	1. ขาดการติดตามขณะใช้งานและวิธีการใช้งานไม่ถูกต้อง 22 ครั้ง 2. กระบวนการทำงาน ไม่มีการตรวจเช็คความพร้อมใช้ของเครื่องมือ 12 ครั้ง 3. การจัดสิ่งแวดล้อมสถานที่วางเครื่องมือไม่เหมาะสม 5 ครั้ง 4. การจัดการของผู้ใช้เครื่องเพื่อป้องกันความเสี่ยง 5 ครั้ง (สายไฟเปลี่ยน/ สายไฟใหม่/ วางเครื่องในที่ที่ไม่เหมาะสม/ไม่เก็บสายไฟขณะเคลื่อนย้าย/น้ำเกลือหยดลงบนเครื่อง) 5. สภาพเครื่องไม่พร้อมใช้งาน 8 ครั้ง (ventilator 5 ครั้ง Pneumatic cuff 3 ครั้ง)	
						Syringe pump	11	7		
						EKG monitor/ อุปกรณ์	3/6	2/1		
						BP	9	0		
						ถังO2/ flowmeter	7	3		
						Defibrillator/ อุปกรณ์	1/6 (ไม่ปล่อยพลังงาน 1)	3		
						Pneumatic cuff	4	4		
						Ventilator	4	4		
						Transport ventilator	1	2		
						เสาน้ำเกลือ	1	0		
						เครื่องล้างไต	1	0		
						เครื่อง BiPAP	1 Mask ซื่อต่อหัก	2		
						เครื่องวัดความถ่วงจำเพาะ ปัสสาวะ	1	0		
						ปากกาเจาะDTX	1	0		
						เครื่องPCA	1	0		
						เครื่องIABP	1	0		

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 – กันยายน 2563			ผู้รับผิดชอบ																							
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา																															
<p>- ตรวจสอบอุปกรณ์ก่อนและหลังใช้งานอย่างเคร่งครัดด้วยใบ checklist</p> <p>- ส่งอุปกรณ์ฯ ทำ PM (ที่ศูนย์ซ่อมบำรุงเครื่องมือแพทย์)</p>		การบันทึกใบ checklist	ร้อยละการบันทึกใบ checklist	ร้อยละ 80	NA	<table border="1"> <tr> <td>(ของศูนย์หัวใจ)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>เครื่องวัด cuff pressure</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>เครื่อง Hypo – hyperthermia</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>เครื่อง Suction</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Digital Thermometer</td> <td>1</td> <td>1 (หาย)</td> </tr> <tr> <td>ที่นอนลม</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>ECG Recorder</td> <td>0</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Doppler</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> </table>	(ของศูนย์หัวใจ)			เครื่องวัด cuff pressure	1	0	เครื่อง Hypo – hyperthermia	1	0	เครื่อง Suction	1	0	Digital Thermometer	1	1 (หาย)	ที่นอนลม	0	1	ECG Recorder	0	2	Doppler	0	1	<p>- ร้อยละของการบันทึกใบ checklist เครื่อง Defibrillator ของหน่วยงาน = 89.6 (บรรลุเป้าหมาย) N 224 จาก 250 ครั้ง</p> <p>เครื่อง Defibrillator วางประจำหน่วยงานในฝ่ายบริการพยาบาล 62 เครื่อง หมุนเวียนในศูนย์อุปกรณ์ 5 เครื่อง</p> <p>- ร้อยละของการบันทึกใบ checklist เครื่องช่วยหายใจของศูนย์อุปกรณ์ฯ ก่อนส่งมอบให้หอผู้ป่วย = 100 (บรรลุเป้าหมาย) N = 80 ครั้ง</p> <p>- ร้อยละของเครื่องมือได้รับการ PM ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 100 (บรรลุเป้าหมาย)</p>	<p>คุณจารุวรรณ คุณสุมาลี</p>
		(ของศูนย์หัวใจ)																														
เครื่องวัด cuff pressure	1	0																														
เครื่อง Hypo – hyperthermia	1	0																														
เครื่อง Suction	1	0																														
Digital Thermometer	1	1 (หาย)																														
ที่นอนลม	0	1																														
ECG Recorder	0	2																														
Doppler	0	1																														
เครื่องมือได้รับการทำ PM ตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ	ร้อยละของเครื่องมือได้รับการทำ PM ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100																													

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 – กันยายน 2563						ผู้รับผิดชอบ								
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา					เครื่องมือได้รับการทำ PM ตามเกณฑ์ (เดือนกันยายน 2563)														
		2.ทุก 6 เดือน 4 รายการ :EKG monitor :Syringe pump :Infusion pump :Ventilator		ร้อยละของบุคลากรที่ เข้าอบรมสอบผ่าน ตามเกณฑ์กำหนด	ร้อยละ 80	NA							คุณจาวรณ ศูนย์อุปกรณ์ฯ คุณสุมาลี							
							เครื่องมือที่ได้รับการทำ PM ตามเกณฑ์ (เดือนกันยายน 2563)													
ลำดับ ที่	เครื่อง						จำนวน ทั้งหมด		เครื่องที่อยู่ใน PM		ซ่อม			ประกัน		เครื่องที่หลุด PM		PM ทั้งหมด (รวมเครื่อง)		หมายเหตุ
							(เครื่อง)		เครื่อง	%	เครื่อง	%		เครื่อง	%	เครื่อง	%	เครื่อง	%	
1	Defibrillator						77	60	77.92	0	0	17		22.08	0	0	77	100	แทงชำรุด 1 เครื่อง (DEF0029)	
2	Infusion pump						600	600	100	0	0	0		0	0	0	600	100	แทงชำรุด 1 เครื่อง (HYP0016)	
3	Syringe pump						187	153	81.82	0	0	34		18.18	0	0	187	100	แทงชำรุด 1 เครื่อง (SRP0049)	
4	EKG monitor	119	47	39.5	0	0	72	60.5	0	0	119	100								
5	Ventilator	134	65	48.5	1	0.75	68	50.75	0	0	134	100								
- พัฒนาศักยภาพแกน นำและพยาบาลใหม่ ด้านอุปกรณ์เครื่องมือ ทางการแพทย์		ความรู้ด้าน เครื่องมือแพทย์					- ร้อยละของบุคลากรที่เข้าอบรมสอบผ่าน ร้อยละ 69.1 (ไม่บรรลุ เป้าหมาย) คือ ผ่าน 159 คนจากจำนวนคนเข้าสอบ 230 คน กลุ่มเป้าหมาย คือ พยาบาลอายุงาน 1- 3 ปี จำนวน 262 คน เข้ารับการ ประเมินสมรรถนะ 230 คน (คิดเป็นร้อยละ 87.8) ยังไม่ได้ประเมินกลุ่มพยาบาลห้องผ่าตัด ได้ประสานงานผ่านหัวหน้าหอ ผู้ป่วยเพื่อจัดเป็น Inservice Training ในเดือนกุมภาพันธ์ 2564 เมื่อแยกผลตามการประเมิน 2 หัวข้อหลัก พบว่า สอบผ่านการใช้งานพื้นฐาน 166 คน (ร้อยละ 72.2) สอบผ่านการแก้ไขสถานการณ์ที่กำหนด 205 คน (ร้อยละ 89.1)													

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 – กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ								
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา														
1.7 การจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นเบื้องต้น	ก.ย.62-ต.ค.63	จำนวนมาตรฐานของอุปกรณ์	มีกำหนดจำนวนมาตรฐานของอุปกรณ์ทุกหอผู้ป่วย	ร้อยละ 100	NA	<p>จำนวนคนที่สอบไม่ผ่านทั้ง 2 สถานการณ์ 18 คน (ร้อยละ 7.8) แยกตามหอผู้ป่วยดังนี้</p> <p>ไม่ผ่าน 3 คน 1 วอร์ด ศัลยกรรมชาย 2</p> <p>ไม่ผ่าน 2 คน 2 วอร์ด กระดูกและข้อชาย และหอผู้ป่วยตา</p> <p>ไม่ผ่าน 1 คน 11 วอร์ด 6/13 ศช 1 ฉบ7 เด็ก1 เด็ก2 อช1 MRCU SICU Post Cath ห้องคลอด จิตเวช</p> <p>(ศูนย์อุปกรณ์ฯจัดประเมินสมรรถนะการใช้เครื่อง Defibrillator พยาบาลอายุงาน 1- 3 ปี เดือน ตุลาคม 2563 ล่าช้ากว่าแผนที่กำหนดไว้ในเดือนเมษายนเนื่องจากสถานการณ์ Covid 19 เลื่อนเป็นเดือนสิงหาคม แต่ตรงกับ การประเมินสมรรถนะ CPR ของทีม HRD และเดือนกันยายนศูนย์อุปกรณ์ฯมีภาระงานเตรียมรับเสด็จ 2 ครั้ง คือ พิธีพระราชทานปริญญาบัตร และเปิดอุทยานวิทยาศาสตร์ภาคใต้)</p> <p>-กำหนดจำนวนมาตรฐานของอุปกรณ์พื้นฐาน 2 รายการคือ เครื่องวัดความดันโลหิต และปรอทวัดไข้ทุกหอผู้ป่วย ร้อยละ 100 (บรรลุเป้าหมาย) หลักการ</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>จำนวนเตียง</th> <th>เครื่องวัดความดันโลหิต (จำนวนเครื่อง: จำนวนเตียง)</th> <th>ปรอทวัดไข้ Digital (จำนวนปรอท/ จำนวนเตียง)</th> <th>หมายเหตุ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>สามัญ</td> <td>1:5-6</td> <td>1:5</td> <td>เคส CRE MDR PMC ต้อง</td> </tr> </tbody> </table>	จำนวนเตียง	เครื่องวัดความดันโลหิต (จำนวนเครื่อง: จำนวนเตียง)	ปรอทวัดไข้ Digital (จำนวนปรอท/ จำนวนเตียง)	หมายเหตุ	สามัญ	1:5-6	1:5	เคส CRE MDR PMC ต้อง	คุณจารุวรรณ คุณสุมาลี เหมาะสม
จำนวนเตียง	เครื่องวัดความดันโลหิต (จำนวนเครื่อง: จำนวนเตียง)	ปรอทวัดไข้ Digital (จำนวนปรอท/ จำนวนเตียง)	หมายเหตุ												
สามัญ	1:5-6	1:5	เคส CRE MDR PMC ต้อง												
<ul style="list-style-type: none"> เครื่องวัดความดันโลหิต ปรอทวัดไข้ <p>ให้เพียงพอแต่ละหน่วยงาน</p>															

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2562 – กันยายน 2563				ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา									
<ul style="list-style-type: none"> - ตรวจสอบความต้องการและการทำงานของแต่ละหน่วย - กำหนดจำนวนมาตรฐานของอุปกรณ์ที่ควรมี - กำหนดปริมาณสำรองที่ใช้หมุนเวียนทดแทน - เก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อปรับปริมาณการใช้ - ตรวจสอบความพึงพอใจ 									แยกใช้เฉพาะราย (พิจารณาเพิ่มตามสถานการณ์)	
						พิเศษ	1:3-4	1:3	กรณีมีผู้ป่วยติดเชื้อ ยืมใช้ชั่วคราวได้	
						วิกฤต/กึ่งวิกฤต premium	1:1-2	1:1		
						<p>-ไตรมาส 1/63 หน่วยงาน มีพร้อมตัวใช้ 480 อัน เครื่องวัดความดันโลหิต 260 เครื่อง ไตรมาส 4/63 มีพร้อมตัวใช้ 487 อัน เครื่องวัดความดันโลหิตยังไม่ได้สำรวจจำนวนซ้ำ</p> <p>- กำหนดปริมาณสำรองที่ใช้หมุนเวียนทดแทน</p> <p>เครื่องวัดความดันโลหิต</p> <p>จัดซื้อเพิ่ม 15 เครื่อง ทดแทนเครื่องที่เสื่อมสภาพและหมุนเวียนขณะส่ง PM</p> <p>เครื่องที่จัดซื้อพร้อมระบบ smart OPD จำนวน 4 ชุด ยังไม่ได้ตรวจรับเนื่องจากระบบรองรับยังไม่สมบูรณ์</p> <p>ปรอท digital</p> <p>จัดซื้อ 2 ครั้ง ครั้งละ 100 อัน เดือนเมษายนและเดือนกันยายน 2563 รวม 200 อัน ทั้งปีมีการเบิกจากหน่วยงาน 229 อัน ทดแทนชำรุด 192 อัน</p>				

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน					ผู้รับผิดชอบ	
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา					ตุลาคม2562 – กันยายน 2563						
						ขยายบริการ/เปิดหน่วยงานใหม่จากสถานการณ์ covid 19 อัน รายละเอียดตามตาราง						
						ไตรมาส	จำนวนปรอท ทดแทนชำรุด (คืนซาก)	จำนวน หน่วยงาน	จำนวน ปรอทที่ ขยาย งาน	จำนวน หน่วยงาน		
						1/63	55	24				
						2/63	47	27				
						3/63	49	26	33 อัน	เปิดเวิร์ด สถานการณ์ Covid 6 เวิร์ด คือ Covid 1 และ 2 รพ.สนาม สงขลา รพ.สนาม ภูเก็ต PUI เด็ก PUI Newborn		
						4/63	41	24	4	เคสติดเชื้อ ฅบ 7 และPMCU		
						รวม	192		37	รวมจำนวนปรอท ที่เบิกทั้งสิ้น 229 อัน		

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 – กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา						
1.8 จัดทำแผนการจัดซื้อเครื่องมือทางการแพทย์ รองรับภาระงานปัจจุบันและการขยายงาน	ก.ย.62- ต.ค.63	ความพึงพอใจ ของหอผู้ป่วย/ หน่วยงาน แผนการจัดซื้อ	อัตราความพึงพอใจ ของหอผู้ป่วย/ หน่วยงาน มีแผนจัดซื้อครุภัณฑ์ ทดแทน	≥ร้อยละ 80 ร้อยละ 80	NA ร้อยละ 72	<p>จากข้อมูลการเบิกทดแทนชำรุด พบว่าบางหน่วยงานเบิกทุกไตรมาส ขอความร่วมมือให้ทบทุนการจัดเก็บปรอทหลังใช้งาน เพื่อคงสภาพการใช้งานได้ครบ 10,000 ครั้งต่ออันหรือครบอายุ 2 ปี หากหน่วยงานสังเกตว่าอายุการใช้งานสั้นกว่า 2 ปีขอให้แจ้งพัสดุฝ่ายฯด้วย เพราะการจัดเก็บปรอทก่อนจ่ายอาจจะมีอายุระยะหนึ่งแล้ว</p> <p>- ไม่ได้สำรวจ</p> <p>- มีแผนจัดซื้อเครื่องมือทางการแพทย์ทดแทน ร้อยละ 84</p> <p>ทบทุนอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ 5 รายการ ที่ใช้งานเกิน 10 ปี แผนเดิมกำหนดจัดซื้อทดแทนไว้ที่ 8 ปี จากการสอบถามผู้ยังสามารถใช้งานเครื่องได้จึงยืดเวลาเพิ่มอีก 2 ปี และรวบรวมข้อมูลการส่งซ่อมช่วงยืดอายุการใช้งานไว้ประกอบการจัดทำแผนในอนาคต</p> <p>ปี 2564 มีครุภัณฑ์อายุงานเกิน 10 ปี ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> Defibrillator 17 เครื่อง วางประจำในหน่วยงานที่มีการใช้งานสม่ำเสมอ (ER ICU กลุ่มหอผู้ป่วยอายุรกรรม) พบว่าการ PM เครื่องของผู้ใช้งานส่งผลต่ออายุเครื่องมือ จัดซื้อทดแทนปี 2564 10 เครื่อง ปี 2565 7 เครื่อง Central EKG monitor 2 ชุด bedside 22 เครื่อง (MICU และ CCU) จัดซื้อทดแทนปี 2564 1 ชุด 14 เครื่อง ของ CCU ยังไม่จัดซื้อทดแทน 	คุณจารุวรรณ คุณสุมาลี

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 – กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา						
<p>- กำหนดมาตรฐานเครื่องมือพื้นฐานของหอผู้ป่วยขนาดต่างๆทั้งชนิด/รายการและจำนวน</p> <p>- กำหนดคุณสมบัติพื้นฐานของอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ซื้อเป็นประจำ</p> <p>- ทบทวนจำนวนอุปกรณ์ฯราคาแพงที่มีอยู่และใช้งานได้และปรับให้เป็นปัจจุบัน</p> <p>- กำหนดอายุการใช้งานของแต่ละรายการ</p> <p>- วางแผนการจัดซื้อ</p>		แผนการจัดซื้อ	ส่งแผนการจัดซื้อได้ทันตามเวลาที่กำหนด	ร้อยละ 100	ร้อยละ 84	<p>3 เครื่องช่วยหายใจ 23 เครื่อง ประจำ MICU และ CCU 15 เครื่อง หมุนเวียนในศูนย์อุปกรณ์ฯ 8 เครื่อง จัดซื้อทดแทนให้ MICU ของศูนย์อุปกรณ์ยังไม่ซื้อทดแทน</p> <p>แผนจัดซื้อทดแทน 5 ปี อยู่ระหว่างรวบรวมข้อมูล และสอบถามความเห็นจากศูนย์ซ่อมบำรุงเครื่องมือทางการแพทย์ประกอบการพิจารณา</p> <p>- ส่งแผนการจัดซื้อได้ทันตามเวลาที่กำหนด ร้อยละ 70</p> <p>ขั้นตอนการจัดทำแผนการจัดซื้อ ใช้เวลา 4 เดือน (มิถุนายน-กันยายน)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ทุกหน่วยงานแจ้งความต้องการ ภายในเดือนมิถุนายน 2. ทีมพี่สคู่นำข้อมูลมาพิจารณาร่วมกัน สำนวณหน้างานเพื่อวางแผนเชิงรุก/ให้ข้อคิดเห็น 3. รวบรวมความต้องการทั้งหมด จัดเตรียม Specification 4. ประมาณการวงเงิน 5. สรุปแผน นำเสนอหัวหน้าฝ่ายฯ พิจารณา <p>กรณีเปิด/ขยายหน่วยงาน การจัดทำแผนจัดซื้อและของบประมาณต้องใช้เวลาอย่างน้อย 6 เดือน หากแผนการเปิดหน่วยงานยังไม่ระบุเวลาชัดเจน การดำเนินการจัดซื้อครุภัณฑ์ที่จำเป็นจะไม่สามารถจัดหาได้ทันเวลาเนื่องจากมีขั้นตอนเอกสารหลายขั้นตอน</p> <p>ปัญหาสำคัญ คือ ต้องขอความร่วมมือจากหน่วยงานร่วมเป็นคณะกรรมการทั้ง 3 ชุด คือกรรมการร่าง TOR กรรมการจัดซื้อ และกรรมการตรวจรับ (แต่ละคนเป็นกรรมการได้ไม่เกิน 2 ชุด) เพื่อจะได้มีส่วนร่วมในการบอกความต้องการและต่อรองกับผู้ขาย ผู้ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้า</p>	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2562 – กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา						
		การขยาย หน่วยงาน/หอ ผู้ป่วย - Post Cath - Premium - ICU CVT	ไม่มีเหตุการณ์ขยาย หน่วยงาน/หอผู้ป่วย ไม่ได้ตามแผน เนื่องจากอุปกรณ์ฯ ไม่ พร้อม	ร้อยละ 100	NA	<p>หน่วยงานควรมีสรรถนะในการอ่านและเข้าใจคุณลักษณะเฉพาะของ ครุภัณฑ์นั้นๆ เพราะจะเชื่อมโยงไปถึงการใช้งานเครื่อง การพัฒนาทีมงาน ให้มีความรู้ในการใช้เครื่อง และเครื่องมือได้รับการ PM อย่างมี ประสิทธิภาพตามรอบเวลา</p> <p>ไม่มีเหตุการณ์ขยายหน่วยงาน/หอผู้ป่วย ไม่ได้ตามแผนเนื่องจากอุปกรณ์ฯ ไม่พร้อม แต่การจัดหาอุปกรณ์ฯ ได้ครบตามแผน ดำเนินการได้ร้อยละ 85 เนื่องจากการจัดซื้อ Central EKG Monitor ให้ Post Cath Defibrillator ให้พิเศษรัตนชีวิรักษ์ 11 และ ICU-CVT Transport Ventilator ให้ ICU-CVT สำเร็จ ต้องยืมเครื่องของศูนย์ อุปกรณ์ฯ มาสำรองใช้ในช่วงแรกของการเปิดบริการ</p> <p>- Post Cath เปิดบริการ วันที่ 7 ตุลาคม 2562 จำนวน 12 เตียง รอ จัดซื้อ Central Monitor ส่งผลให้เปิดบริการเต็มศักยภาพ 14 เตียง ณ 1 มิถุนายน 2563 ช่วงแรกที่เปิดบริการ ยืมเครื่อง EKG Monitor จากศูนย์ อุปกรณ์ฯ มาสำรองใช้</p> <p>- หอผู้ป่วยพิเศษรัตนชีวิรักษ์ 11 เปิดบริการ วันที่ 7 มกราคม 2563 จำนวน 23 ห้อง (เป็นห้องแยกความดัน 2 ระบบ 2 ห้อง) ช่วงแรกที่เปิด บริการ ยืมเครื่อง Defibrillator จากศูนย์อุปกรณ์ฯ มาสำรองใช้</p> <p>- หอผู้ป่วยพิเศษรัตนชีวิรักษ์ 10 เปิดบริการ วันที่ 5 มีนาคม 2563 จำนวน 14 ห้อง วันที่ 26 มีนาคม 2563 ปิดบริการชั่วคราวจากสถานการณ์ Covid- 19 เปิดบริการใหม่วันที่ 1 มิถุนายน 2563 จำนวน 23 ห้อง</p>	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม 2562 – กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา						
1.9 ความคุ้มค่าในการ ใช้อุปกรณ์เครื่องมือทาง การแพทย์ 2 รายการ 1) เครื่องช่วยหายใจ 2) Defibrillator - วิเคราะห์ข้อมูลของ อุปกรณ์ฯ 2 รายการที่มี อยู่ - ค้นหาสาเหตุของการ ไม่กระจายการใช้งาน - ปรับปรุงแนวทางการ ใช้งาน		การหมุนเวียน ใช้งานของ อุปกรณ์ฯ	ค่าเฉลี่ยของการใช้ งานของอุปกรณ์แต่ละ เครื่องใกล้เคียงกัน	ร้อยละ 80	NA	<p>- ICU CVT 9 เตียง (เตียงรวม 6 เตียง ห้องแยกความดันลบ 1 ห้อง ห้องแยกความดันบวก 2 ห้อง) เลื่อนเปิดบริการจากวันที่ 1 มิถุนายน 2563 เป็น 1 ตุลาคม 2563 เนื่องจากมีความล่าช้าของการจัดหา Pendant (แยกสัญญาณ) และการจัดซื้อ Central Monitor รวมทั้งเกิดสถานการณ์ Covid-19 ผู้รับเหมาก่อสร้างขอโยกอุปกรณ์บางส่วนมาสร้างหอผู้ป่วย Covid 1 ชั้น 5 อาคาร 100 ปี เป็นกรณีเร่งด่วน ช่วงแรกเปิดบริการ 6 เตียง และขยายเป็น 9 เตียง ณ 1 มกราคม 2564</p> <p>ช่วงแรกที่เปิดบริการ ยืมเครื่อง Defibrillator และ Transport Ventilator จากศูนย์อุปกรณ์ฯ มาสำรองใช้</p> <p>- ค่าเฉลี่ยการใช้งานของอุปกรณ์แต่ละเครื่อง ยังวิเคราะห์ได้ไม่ครอบคลุม เนื่องจากการแปลผลข้อมูลยังใช้วิธี manual และรายละเอียดข้อมูลมีจำนวนมาก</p> <p>เครื่องช่วยหายใจ</p> <p>จากบันทึกข้อมูลการใช้งานในระบบ พบว่าเครื่องช่วยหายใจที่พร้อมใช้ 247 เครื่อง มีการใช้งานร้อยละ 65.8 แยกรายละเอียดแต่ละกลุ่มดังนี้</p> <p>- VC/PC Ventilator จำนวน 161 เครื่อง วางประจำหน่วยงาน 104 เครื่อง หมุนเวียน 57 เครื่อง มีการใช้งาน 107 เครื่อง (ร้อยละ 66.9)</p> <p>- pressure cycle ventilator (Bird เขียว) 11 เครื่อง ยังไม่ประกอบ set 5 เครื่อง และมี set คงเหลือสำหรับประกอบเครื่องเพียง 3 set ไม่มีการใช้งาน</p> <p>1) High Frequency Oscillator Ventilator จำนวน 15 เครื่อง วางประจำ 14 เครื่อง หมุนเวียน 1 เครื่อง ใช้งาน 8 เครื่อง (ร้อยละ 53.3)</p> <p>2) Non invasive Ventilator 25 เครื่อง วางประจำ 5 เครื่อง หมุนเวียน 20 เครื่อง ใช้งาน 17 เครื่อง (ร้อยละ 68)</p>	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 – กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ																																																																																														
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา																																																																																																				
						<p>3) Transport Ventilator 29 เครื่อง วางประจำ 20 เครื่อง หมุนเวียน 9 เครื่อง ไม่มีข้อมูลใช้งานในระบบ</p> <p>4) High Flow Nasal Canula (HFNC ยี่ห้อ AirVO2) 7 เครื่อง วางประจำในฝ้ายฯ 5 เครื่อง (ส่งซ่อม 1 เครื่อง) วิสัญญี 2 เครื่อง(ไม่ลงใช้งานในระบบ) มีการใช้งาน 3 เครื่อง (ร้อยละ 75)</p> <p>สรุปข้อมูลเครื่องช่วยหายใจเดือน กค -กย 2563 (ไตรมาสที่ 4)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ชนิดของเครื่องช่วยหายใจ</th> <th rowspan="2">เครื่องทั้งหมด</th> <th rowspan="2">พร้อมใช้งาน (เครื่อง)</th> <th rowspan="2">ลงใช้งานในระบบ (เครื่อง)</th> <th rowspan="2">ลงใช้งานไม่ในระบบ (%)</th> <th colspan="2">ไม่ลงใช้งาน</th> <th colspan="4">ไม่พร้อมใช้งาน</th> </tr> <tr> <th>เครื่องวางระบบ</th> <th>เครื่องวางระบบ</th> <th>ตัวเครื่อง</th> <th>ซ่อมประกอบ set</th> <th>รอซ่อม</th> <th>แฉงชำรุด</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. VC/PC</td> <td>171</td> <td>161</td> <td>107</td> <td>66.9</td> <td>1</td> <td>53</td> <td>0</td> <td>7</td> <td>3</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2. Pressure cycle ventilator</td> <td>27</td> <td>11</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>6</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>11</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>3. High frequency ventilator</td> <td>15</td> <td>15</td> <td>8</td> <td>53.3</td> <td>0</td> <td>7</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>4. Non invasive ventilator</td> <td>27</td> <td>25</td> <td>17</td> <td>68</td> <td>0</td> <td>8</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>5. Transport ventilator</td> <td>31</td> <td>29</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>29</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>6. High Flow AirVO2</td> <td>7</td> <td>6</td> <td>3</td> <td>75</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>รวมทั้งหมด</td> <td>278</td> <td>247</td> <td>135</td> <td>65.8</td> <td>38</td> <td>74</td> <td>5</td> <td>23</td> <td>3</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> <p>เครื่อง Defibrillator</p> <p>- จำนวน 90 เครื่อง วางประจำหน่วยงานในฝ้ายฯ 62 เครื่อง นอกฝ้ายฯ 23 เครื่อง ศูนย์อุปกรณ์ 5 เครื่อง ดังนั้นจำนวนเครื่องในฝ้ายฯ รวม 67 เครื่อง (62+5 เครื่อง)</p>	ชนิดของเครื่องช่วยหายใจ	เครื่องทั้งหมด	พร้อมใช้งาน (เครื่อง)	ลงใช้งานในระบบ (เครื่อง)	ลงใช้งานไม่ในระบบ (%)	ไม่ลงใช้งาน		ไม่พร้อมใช้งาน				เครื่องวางระบบ	เครื่องวางระบบ	ตัวเครื่อง	ซ่อมประกอบ set	รอซ่อม	แฉงชำรุด	1. VC/PC	171	161	107	66.9	1	53	0	7	3	0	2. Pressure cycle ventilator	27	11	0	0	6	5	5	11	0	0	3. High frequency ventilator	15	15	8	53.3	0	7	0	0	0	0	4. Non invasive ventilator	27	25	17	68	0	8	0	2	0	0	5. Transport ventilator	31	29	0	0	29	0	0	2	0	0	6. High Flow AirVO2	7	6	3	75	2	1	0	1	0	0	รวมทั้งหมด	278	247	135	65.8	38	74	5	23	3	0	
ชนิดของเครื่องช่วยหายใจ	เครื่องทั้งหมด	พร้อมใช้งาน (เครื่อง)	ลงใช้งานในระบบ (เครื่อง)	ลงใช้งานไม่ในระบบ (%)	ไม่ลงใช้งาน							ไม่พร้อมใช้งาน																																																																																									
					เครื่องวางระบบ	เครื่องวางระบบ	ตัวเครื่อง	ซ่อมประกอบ set	รอซ่อม	แฉงชำรุด																																																																																											
1. VC/PC	171	161	107	66.9	1	53	0	7	3	0																																																																																											
2. Pressure cycle ventilator	27	11	0	0	6	5	5	11	0	0																																																																																											
3. High frequency ventilator	15	15	8	53.3	0	7	0	0	0	0																																																																																											
4. Non invasive ventilator	27	25	17	68	0	8	0	2	0	0																																																																																											
5. Transport ventilator	31	29	0	0	29	0	0	2	0	0																																																																																											
6. High Flow AirVO2	7	6	3	75	2	1	0	1	0	0																																																																																											
รวมทั้งหมด	278	247	135	65.8	38	74	5	23	3	0																																																																																											

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 – กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ																																				
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา																																										
						<p>- เครื่องที่มีการใช้งานทุกเดือน อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต/กึ่งวิกฤตทั้งเด็กและผู้ใหญ่ และกลุ่มหอผู้ป่วยอายุรกรรม</p> <p>- เครื่องที่มีการใช้มากกว่า 10 ครั้งต่อปี คือ อุบัติเหตุ นรีเวช ห้องคลอด ฉบ 7 กระดูกและข้อหญิง OPDอายุรกรรม</p> <p>- เครื่องที่ใช้งานน้อยกว่า 10 ครั้งต่อปี คือ กลุ่มศัลยกรรม สูติกรรม หอผู้ป่วยเด็ก หอผู้ป่วยพิเศษ premium</p> <p>- ร้อยละการใช้งานเครื่องเฉลี่ย 24.9 (8-22 เครื่องต่อเดือน เฉลี่ย 16.4 เครื่อง) แต่เป็นความจำเป็นที่ต้องมีประจำทุกหน่วยบริการตามมาตรฐานโครงสร้างของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">สรุปการใช้ DEF รายเดือน</th> </tr> <tr> <th>เดือน</th> <th>จำนวนเครื่องลงใช้งาน (เครื่อง)/ร้อยละ</th> <th>จำนวนครั้งลงใช้งาน (ครั้ง)</th> <th>จำนวนชั่วโมงลงใช้งาน (ชั่วโมง)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ต.ค.-62</td> <td>19 (28.8)</td> <td>62</td> <td>2,769</td> </tr> <tr> <td>พ.ย.-62</td> <td>19 (28.8)</td> <td>64</td> <td>1,922</td> </tr> <tr> <td>ธ.ค.-62</td> <td>17 (25.8)</td> <td>57</td> <td>1,729</td> </tr> <tr> <td>ม.ค.-63</td> <td>10 (15.2)</td> <td>31</td> <td>1,012</td> </tr> <tr> <td>ก.พ.-63</td> <td>17 (25.8)</td> <td>41</td> <td>1,498</td> </tr> <tr> <td>มี.ค.-63</td> <td>9 (13.6)</td> <td>28</td> <td>835</td> </tr> <tr> <td>เม.ย.-63</td> <td>8 (12.1)</td> <td>28</td> <td>533</td> </tr> </tbody> </table>	สรุปการใช้ DEF รายเดือน				เดือน	จำนวนเครื่องลงใช้งาน (เครื่อง)/ร้อยละ	จำนวนครั้งลงใช้งาน (ครั้ง)	จำนวนชั่วโมงลงใช้งาน (ชั่วโมง)	ต.ค.-62	19 (28.8)	62	2,769	พ.ย.-62	19 (28.8)	64	1,922	ธ.ค.-62	17 (25.8)	57	1,729	ม.ค.-63	10 (15.2)	31	1,012	ก.พ.-63	17 (25.8)	41	1,498	มี.ค.-63	9 (13.6)	28	835	เม.ย.-63	8 (12.1)	28	533	
สรุปการใช้ DEF รายเดือน																																											
เดือน	จำนวนเครื่องลงใช้งาน (เครื่อง)/ร้อยละ	จำนวนครั้งลงใช้งาน (ครั้ง)	จำนวนชั่วโมงลงใช้งาน (ชั่วโมง)																																								
ต.ค.-62	19 (28.8)	62	2,769																																								
พ.ย.-62	19 (28.8)	64	1,922																																								
ธ.ค.-62	17 (25.8)	57	1,729																																								
ม.ค.-63	10 (15.2)	31	1,012																																								
ก.พ.-63	17 (25.8)	41	1,498																																								
มี.ค.-63	9 (13.6)	28	835																																								
เม.ย.-63	8 (12.1)	28	533																																								

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 – กันยายน 2563				ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา					พ.ค.-63	มิ.ย.-63	ก.ค.-63	ส.ค.-63	
2. โครงการพัฒนา ศักยภาพบุคลากร						พ.ค.-63	22 (33.3)	56	2,547	คุณนิตยา
2.1 กิจกรรมพัฒนา ศักยภาพผู้บริหารระดับ ต้น - จัดอบรมเรื่อง Transformative Learning Leadership		พ.ค.63	ผู้เข้าร่วม กิจกรรม	จำนวนผู้เข้าร่วม กิจกรรม	80 คน	มิ.ย.-63	18 (27.3)	40	2,077	
						ก.ค.-63	20 (30.3) ส่งซ่อม 4 เครื่อง	39	1,621	
						ส.ค.-63	20 (30.3) ส่งซ่อม 2 เครื่อง	49	1,721	
						ก.ย.-63	18 (27.3) ส่งซ่อม 2 เครื่อง	48	1,669	
						เฉลี่ย	16.4 (24.9)	45.3	1661.1	
						ไม่ได้จัดกิจกรรม เนื่องจากนโยบาย social distancing จากสถานการณ์โรค COVID-19				
2.2 กิจกรรมพัฒนา บุคลากรเป็นผู้เยี่ยม สำรวจทางโรงพยาบาล		ต.ค.62- ก.ย.63	ผู้ผ่านการเป็นผู้ เยี่ยมสำรวจ	จำนวนผู้ผ่านการเป็น ผู้เยี่ยมสำรวจ	ร้อยละ 80 2 คน	NA	ไม่ได้จัดกิจกรรม เนื่องจากนโยบาย social distancing จากสถานการณ์โรค COVID-19			
			ความพึงพอใจ	คะแนนความพึงพอใจ มาก-มากที่สุดพอใจ	ร้อยละ 80	NA	ไม่ได้จัดกิจกรรม เนื่องจากนโยบาย social distancing จากสถานการณ์โรค COVID-19			
						NA	ชมรมเครือข่ายพัฒนาการพยาบาลไม่ได้จัดอบรม เนื่องจากนโยบาย social distancing จากสถานการณ์โรค COVID-19			

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 – กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา						
2.3 กิจกรรมพัฒนา สมรรถนะบุคลากร พยาบาลตามแผน IDP	ต.ค.62- ก.ย.63						
• จัดทำ Log book พยาบาลรายบุคคล (ตามแผน IDP, Specific competency)	ต.ค.62- ก.ย.63	จำนวน พยาบาลที่มี Log book	ร้อยละของพยาบาลที่ มี Log book	ร้อยละ 100	NA	- จำนวนพยาบาลที่มี log book คิดเป็นร้อยละ 25.59 (356/1,391 คน) 17/58 หอผู้ป่วย	
• สอบวัดความรู้ 5 โโรค หลักของหอผู้ป่วย	ต.ค.62- ก.ย.63	จำนวน พยาบาลที่ได้รับ การพัฒนาตาม IDP	ร้อยละของพยาบาลที่ ได้รับการพัฒนาตาม IDP	≥ ร้อยละ 30	NA	- รอวิเคราะห์ผลของหอผู้ป่วยนำร่องสำรวจข้อมูลพยาบาลที่ผ่านการพัฒนา ตาม IDP ครอบคลุมทั้งกลุ่ม critical, moderate, specific - พยาบาลกลุ่ม Novice ได้รับการพัฒนาครบถ้วนตาม log book คิดเป็นร้อย ละ 98.04 (100/102คน) ไม่รวม OR	
• ทำคลังข้อสอบ 5 โโรค หลักของหอผู้ป่วยใน ระดับฝ่ายบริการ พยาบาล	ต.ค.62- ก.ย.63	จำนวนผู้สอบ ผ่านตามเกณฑ์	ร้อยละของผู้สอบผ่าน ตามเกณฑ์ 80 เปอร์เซ็นต์	ร้อยละ 100	97.20	- พยาบาลสอบผ่านตามเกณฑ์คิดเป็นร้อยละ 92.91 (1,193/1,284 คน) - ยังไม่ได้จัดสอบ 1 หอผู้ป่วย (MICU) จำนวน 45 คน เนื่องจากอยู่ระหว่าง ปรับปรุงข้อสอบ - กลุ่ม OR ยังไม่ได้สอบ 43 คน เนื่องจากยังไม่ได้เข้าสอบในระบบ online หน่วยงานกำลังติดตามให้เข้าสอบครบทุกคน	
• จัดอบรม	ต.ค.62- ก.ย.63	จำนวนผู้เข้า อบรม	ร้อยละของพยาบาล ใหม่ที่เข้ารับการอบรม	ร้อยละ 100	ร้อยละ 80	- หอผู้ป่วยส่งข้อสอบจำนวน 54 หอผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 93.10 จากจำนวน ทั้งหมด 58 หอผู้ป่วย (ยกเว้น ศูนย์ห้องพิเศษ ศูนย์อุปกรณ์เครื่องมือทาง การแพทย์) - หอผู้ป่วยที่ยังไม่ส่ง คือ MICU , OPD2, OPD 3 พิเศษเด็กเนื่องจากอยู่ ระหว่างปรับปรุงข้อสอบ	
						- จัดอบรมให้พยาบาลใหม่ (จบใหม่ + รับระหว่างปี) ในวันที่ 18,19 กุมภาพันธ์ 2563 มีผู้เข้าอบรม 114 คน (จากทั้งหมด 115 คน) คิดเป็นร้อยละ 99.1	

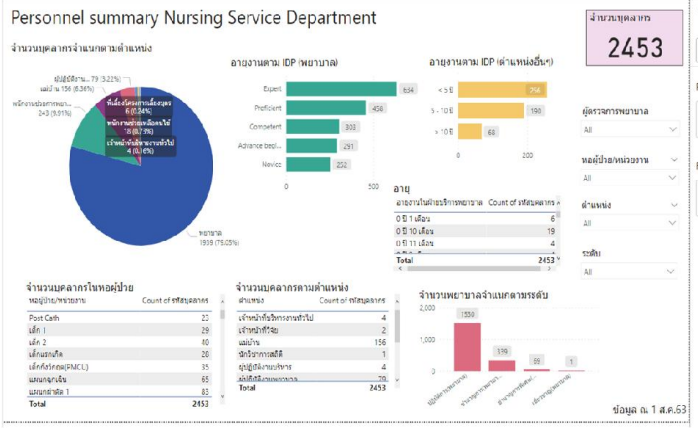
แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 – กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา						
- การบริหารยาสำหรับ พยาบาลใหม่ (novice)					(พยาบาลห้อง ผ่าตัดไม่ได้เข้า)	- มีผู้ตอบแบบประเมิน 100 คน จากผู้เข้าอบรม 114 คน คิดเป็นร้อยละ 87.72 ผลการประเมินพบว่า ทุกหัวข้อผู้เข้าอบรมพึงพอใจในระดับมากที่สุด หัวข้อที่ได้คะแนนสูงสุด คือ High Alert Drug ($\bar{X} = 4.64, SD = 0.51$) รองลงมา หัวข้อ Identification ($\bar{X} = 4.53, SD = 0.60$)	
- Basic CPR & AED สำหรับพยาบาลที่มีอายุ งาน น้อยกว่า 3 ปี	ต.ค.62- ก.ย.63	จำนวนผู้เข้า อบรม	ร้อยละของพยาบาลที่ มีอายุงาน น้อยกว่า 3 ปีที่เข้ารับการอบรม	ร้อยละ 100	NA	-พยาบาลที่มีอายุงาน น้อยกว่า 3 ปีที่เข้ารับการอบรมจำนวน 218 คน คิดเป็น ร้อยละ 100 โดย - จัดสอบภาคทฤษฎีและปฏิบัติให้กับพยาบาลที่มีอายุงาน น้อยกว่า 3 ปี ใน วันที่ 17,18,19,24,25 สิงหาคม 2563 มีผู้เข้าสอบทั้งหมด 216 คน และอีก 2 คน เข้าสอบในเดือนมกราคม 2564 ผลการสอบผ่านร้อยละ 100 ทั้ง ภาคทฤษฎีและปฏิบัติ	
- โครงการรายงานผล การดำเนินงานของหอ ผู้ป่วย/หน่วยงาน	ต.ค.62- ก.ย.63	จำนวนผู้เข้า อบรม	ร้อยละของผู้เข้าร่วม กิจกรรม	ร้อยละ 100	100	-จัดโครงการทั้งหมด 4 ครั้ง มีผู้เข้าร่วมโครงการคิดเป็นร้อยละ 100 -ครั้งที่ 1 วันที่ 20 สิงหาคม 2563 จำนวน 110 คน -ครั้งที่ 2 วันที่ 26 สิงหาคม 2563 จำนวน 114 คน -ครั้งที่ 3 วันที่ 27 สิงหาคม 2563 จำนวน 111 คน -ครั้งที่ 4 วันที่ 28 สิงหาคม 2563 จำนวน 105 คน	
-โครงการทบทวนและ จัดทำแผนกลยุทธ์ ประจำปี 2564 ฝ่าย บริการพยาบาล	ต.ค.62- ก.ย.63	จำนวนผู้เข้า อบรม	ร้อยละของผู้เข้าร่วม กิจกรรม	ร้อยละ 100	NA	-จัดโครงการวันที่ 2 กันยายน 2563 มีผู้เข้าร่วมโครงการจำนวน 97 คน คิด เป็นร้อยละ 100	
-สถานแผนสู่การปฏิบัติ ฝ่ายบริการพยาบาล	ต.ค.62- ก.ย.63	จำนวนผู้เข้า อบรม	ร้อยละของผู้เข้าร่วม กิจกรรม	ร้อยละ 100	NA	-จัดโครงการวันที่ 30 กันยายน 2563 มีผู้เข้าร่วมโครงการจำนวน 201 คน คิดเป็นร้อยละ 100	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 – กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา						
2.4 กิจกรรมศึกษาดูงาน	ต.ค.62- ก.ย.63	การศึกษาดูงาน	จำนวนครั้งการศึกษา ดูงาน				คุณพนิดา
2.5 การจัดประชุม วิชาการประจำปีของ ชมรมเครือข่ายพัฒนา คุณภาพการพยาบาล (ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลา นครินทร์ เป็นเจ้าภาพ)	ส.ค.63	ความพึงพอใจ ของการจัด ประชุมวิชาการ	คะแนนความพึงพอใจ ของการจัดประชุม วิชาการ	≥ 3.75 (คะแนนเต็ม 5)	NA	งดกิจกรรม	ฝ่ายบริการ พยาบาล
3. โครงการสนับสนุน ส่งเสริมและติดตาม งาน	มี.ค.63						คุณนิตยา
3.1 ติดตามสมรรถนะ ผู้ตรวจการพยาบาล นอกเวลาราชการ							
- กลุ่มที่ได้รับการเลื่อน จากกลุ่ม 2 เป็นกลุ่ม 1 (ผตท.บริหาร)		คะแนน สมรรถนะ ผู้ตรวจการ พยาบาลนอก เวลาราชการ	ผู้ตรวจการพยาบาล นอกเวลาราชการ ร้อยละ 80 ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80	ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80	จัดอบรมปี 62	- คะแนนสมรรถนะผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ กลุ่ม 1 ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80 จำนวนร้อยละ 98.51 (หัวหน้าหอผู้ป่วยประเมิน) - คะแนนสมรรถนะผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ กลุ่ม 1 ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80 จำนวนร้อยละ 88.33 (ผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการประเมินตนเอง)	
- กลุ่มใหม่ (กลุ่ม 2 ผตท.บริการ)		คะแนน สมรรถนะ	ผู้ตรวจการพยาบาล นอกเวลาราชการ	ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80	จัดอบรมปี 62	- คะแนนสมรรถนะผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ กลุ่ม 1 ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80 จำนวนร้อยละ 99.49 (หัวหน้าหอผู้ป่วยประเมิน)	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 – กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา						
<p>4. โครงการการจัดเก็บข้อมูลของหอผู้ป่วยใน Google Drive (52 หอผู้ป่วย/หน่วยงาน) โดยครอบคลุมข้อมูลสำคัญของหอผู้ป่วย และข้อมูลที่ต้องให้ฝ่ายบริการพยาบาลเข้าถึงได้ เช่น</p> <p>1.1 ตารางเวร 1.2 รายงานการประชุมประจำหอผู้ป่วย 1.3 ตัวชี้วัด 1.4 ข้อตกลงภาระงาน 1.5 โครงการพัฒนางาน 1.6 ข้อสอบ 5 โรคหลัก 1.7 สื่อการสอน</p>	<p>ต.ค 62- ก.ย.63</p>	<p>ผู้ตรวจการ พยาบาลนอก เวลาราชการ</p> <p>หอผู้ป่วย/ หน่วยงานมีการ จัดการข้อมูลใน Google Drive</p>	<p>ร้อยละ 80 ผ่านเกณฑ์ สมรรถนะ ร้อยละ 80</p> <p>ร้อยละของหอผู้ป่วยที่ มีการจัดการข้อมูลใน Google Drive</p>	<p>≥ร้อยละ80</p>	<p>ร้อยละ 32.70</p>	<p>- คะแนนสมรรถนะผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ กลุ่ม 1 ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80 จำนวนร้อยละ 84.11 (ผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการประเมินตนเอง)</p> <p>- หอผู้ป่วยที่มีการจัดการข้อมูลใน Google Drive ร้อยละ 87.27 จากการจัดโครงการจัดเก็บข้อมูลใน Google Drive พบว่ามีหน่วยงานนำร่อง 10 หน่วยงาน และมีหน่วยงานที่เข้าร่วมอบรมทั้งหมด 45 หน่วยงาน -หน่วยงานที่มีการพัฒนาจัดเก็บข้อมูลใน google drive ของหอผู้ป่วยแล้ว จำนวนทั้งหมด 48 หน่วยงาน คิดเป็นร้อยละ 87.27 -หน่วยงานที่ได้เริ่มใช้งาน google drive ใน My drive แต่ใช้วิธีการแชร์ให้บุคลากรในหน่วยงาน 2 หน่วยงานคือ หอผู้ป่วยเฉลิมพระบารมี 11 และหอผู้ป่วยอายุรกรรมทางเดินหายใจ (MRCU) -หน่วยงานที่ยังไม่ได้นำเสนอความก้าวหน้าการใช้ google drive ในหน่วยงาน มี 5 หน่วยงาน คือหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 หอผู้ป่วยหอผู้ป่วยเด็กกึ่งวิกฤติ (PMCU) OPD 1 และหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง - หน่วยงานที่มีการพัฒนา Google drive ได้ดี คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 เค้นในเรื่องการใช้ google drive ในการเก็บข้อมูลตารางเวร และมีการแลกเวร แก่ไขตารางเวรผ่านทาง google drive 2. หอผู้ป่วยเฉลิมพระบารมี 12 มีการออกแบบใบแลกเวรโดยใช้ google from 3.หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท มีการออกแบบการขอวันหยุด วันลาพักผ่อน โดยใช้ google from 4. หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย มีการออกแบบ assign งาน โดยใช้ google sheet 	<p>คุณกัญชลี คุณพรทิพย์</p>

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 – กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ																														
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา																																				
						<p>5. หอผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินหายใจ ใช้ google form ในการประเมินบุคลากรตามข้อตกลงภาระงาน เป็น Prototype ให้หน่วยงานอื่นนำไปประยุกต์ใช้</p> <p>นอกจากนี้หลายหน่วยงาน ได้มีการพัฒนาการใช้ google form ในการทำแบบทดสอบ 5 โรคหลัก แบบสอบถาม แบบประเมินต่าง ๆ ในหน่วยงาน โดยผลการประเมินในการจัดอบรมมีดังนี้</p> <p>- ครั้งที่ 1 วันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2563 มี 2 รุ่น ผู้เข้าอบรม รุ่นที่ 1 จำนวน 22 หอผู้ป่วย 58 คน รุ่นที่ 2 จำนวน 22 หอผู้ป่วย 46 คน</p> <p>ผลการประเมินพบว่า มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ดังนี้</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>หัวข้อ</th> <th>รุ่นที่ 1</th> <th>รุ่นที่ 2</th> <th>เฉลี่ย</th> <th>ระดับ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ความพึงพอใจต่อเนื้อหาที่จัดอบรม</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- แนะนำ google drive</td> <td>4.21</td> <td>4.02</td> <td>4.12</td> <td>มาก</td> </tr> <tr> <td>- ตัวอย่างการจัดเก็บข้อมูลใน google drive</td> <td>4.28</td> <td>4.05</td> <td>4.17</td> <td>มาก</td> </tr> <tr> <td>- ทดลองออกแบบการจัดเก็บข้อมูลของแต่ละหอผู้ป่วย</td> <td>4.19</td> <td>3.93</td> <td>4.07</td> <td>มาก</td> </tr> <tr> <td>2. การนำไปประยุกต์ใช้จัดเก็บข้อมูลของหอผู้ป่วย</td> <td>4.28</td> <td>4.29</td> <td>4.28</td> <td>มาก</td> </tr> </tbody> </table>	หัวข้อ	รุ่นที่ 1	รุ่นที่ 2	เฉลี่ย	ระดับ	1. ความพึงพอใจต่อเนื้อหาที่จัดอบรม					- แนะนำ google drive	4.21	4.02	4.12	มาก	- ตัวอย่างการจัดเก็บข้อมูลใน google drive	4.28	4.05	4.17	มาก	- ทดลองออกแบบการจัดเก็บข้อมูลของแต่ละหอผู้ป่วย	4.19	3.93	4.07	มาก	2. การนำไปประยุกต์ใช้จัดเก็บข้อมูลของหอผู้ป่วย	4.28	4.29	4.28	มาก	
หัวข้อ	รุ่นที่ 1	รุ่นที่ 2	เฉลี่ย	ระดับ																																	
1. ความพึงพอใจต่อเนื้อหาที่จัดอบรม																																					
- แนะนำ google drive	4.21	4.02	4.12	มาก																																	
- ตัวอย่างการจัดเก็บข้อมูลใน google drive	4.28	4.05	4.17	มาก																																	
- ทดลองออกแบบการจัดเก็บข้อมูลของแต่ละหอผู้ป่วย	4.19	3.93	4.07	มาก																																	
2. การนำไปประยุกต์ใช้จัดเก็บข้อมูลของหอผู้ป่วย	4.28	4.29	4.28	มาก																																	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน					ผู้รับผิดชอบ															
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา					ตุลาคม2562 – กันยายน 2563																				
						3. ความพึงพอใจต่อการจัดอบรม <table border="1"> <tr> <td>4.21</td> <td>4.24</td> <td>4.22</td> <td>มาก</td> </tr> </table>					4.21	4.24	4.22	มาก												
4.21	4.24	4.22	มาก																							
						- ครั้งที่ 2 วันที่ 22-23 มิถุนายน จำนวนผู้เข้าร่วมอบรม รุ่นที่ 1 จำนวน 20 หอผู้ป่วย 42 คน รุ่นที่ 2 จำนวน 22 หอผู้ป่วย 47 คน ผลการประเมินพบว่า <table border="1"> <thead> <tr> <th>หัวข้อ</th> <th>รุ่นที่ 1</th> <th>รุ่นที่ 2</th> <th>เฉลี่ย</th> <th>ระดับ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.นำความรู้จากการอบรมไปประยุกต์ใช้ในการสร้าง google drive ของหน่วยงาน</td> <td>3.56</td> <td>3.63</td> <td>3.59</td> <td>มาก</td> </tr> <tr> <td>2.ประโยชน์ของ google drive ต่อหน่วยงาน</td> <td>4.41</td> <td>4.33</td> <td>4.37</td> <td>มากที่สุด</td> </tr> </tbody> </table>					หัวข้อ	รุ่นที่ 1	รุ่นที่ 2	เฉลี่ย	ระดับ	1.นำความรู้จากการอบรมไปประยุกต์ใช้ในการสร้าง google drive ของหน่วยงาน	3.56	3.63	3.59	มาก	2.ประโยชน์ของ google drive ต่อหน่วยงาน	4.41	4.33	4.37	มากที่สุด	
หัวข้อ	รุ่นที่ 1	รุ่นที่ 2	เฉลี่ย	ระดับ																						
1.นำความรู้จากการอบรมไปประยุกต์ใช้ในการสร้าง google drive ของหน่วยงาน	3.56	3.63	3.59	มาก																						
2.ประโยชน์ของ google drive ต่อหน่วยงาน	4.41	4.33	4.37	มากที่สุด																						
						- ครั้งที่ 3 วันที่ 20 กรกฎาคม 2563 จำนวนผู้เข้าร่วมอบรม รุ่นที่ 1 จำนวน 20 หอผู้ป่วย 46 คน รุ่นที่ 2 จำนวน 19 หอผู้ป่วย 39 คน ผลการประเมินพบว่า <table border="1"> <thead> <tr> <th>หัวข้อ</th> <th>รุ่นที่ 1</th> <th>รุ่นที่ 2</th> <th>เฉลี่ย</th> <th>ระดับ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ระดับความพึงพอใจต่อการจัดอบรมการจัดการข้อมูลใน google drive</td> <td>4.40</td> <td>4.25</td> <td>4.32</td> <td>มากที่สุด</td> </tr> </tbody> </table>					หัวข้อ	รุ่นที่ 1	รุ่นที่ 2	เฉลี่ย	ระดับ	ระดับความพึงพอใจต่อการจัดอบรมการจัดการข้อมูลใน google drive	4.40	4.25	4.32	มากที่สุด						
หัวข้อ	รุ่นที่ 1	รุ่นที่ 2	เฉลี่ย	ระดับ																						
ระดับความพึงพอใจต่อการจัดอบรมการจัดการข้อมูลใน google drive	4.40	4.25	4.32	มากที่สุด																						

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินการ	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ																																																																														
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ.2563	2562	ตุลาคม2562 – กันยายน 2563																																																																															
5. มีหน้ารายงานข้อมูลสำคัญเพื่อการบริหารจัดการ	ต.ค 62- ก.ย.63						คุณกัญชวลี คุณพรทิพย์																																																																														
2.1 หน้ารายงาน Dash Board ในระบบ Intranet ของฝ่ายบริการพยาบาล - ระดับ IDP ตำแหน่งพยาบาล - จำนวนบุคลากรของฝ่ายบริการพยาบาลรายเดือน - วันหมดอายุของใบประกอบวิชาชีพ		มีหน้ารายงาน dash board ในระบบ Intranet ของฝ่ายบริการพยาบาล	ขั้นตอนความสำเร็จ <u>ขั้นตอนที่ 1</u> การวิเคราะห์ปัญหา (Analysis the problem) <u>ขั้นตอนที่ 2</u> การออกแบบโปรแกรม (Design a Program) <u>ขั้นตอนที่ 3</u> การเขียนโปรแกรม (Coding) <u>ขั้นตอนที่ 4</u> การทดลองใช้โปรแกรม (Testing) <u>ขั้นตอนที่ 5</u> การนำไปใช้จริง (Training) <u>ขั้นตอนที่ 6</u> การปรับปรุงและพัฒนาโปรแกรม	ขั้นตอนที่ 5	ขั้นตอนที่ 2	<u>ขั้นตอนที่ 4</u> ทดลอง บรรจุ Dashboard ขึ้นไว้ใน Intranet ของฝ่ายฯ โดยมีข้อมูล - จำนวนบุคลากรจำแนกตามตำแหน่ง - จำนวนบุคลากรแยกตามหอผู้ป่วย - จำนวนบุคลากรแยกตามตำแหน่ง - จำนวนบุคลากรจำแนกตามระดับ - อายุงานตาม IDP (พยาบาล) - อายุงานตาม IDP (ตำแหน่ง) พบว่า มีความคลาดเคลื่อนของข้อมูล อยู่ระหว่างการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ก่อนเผยแพร่																																																																															
						 <p>Personnel summary Nursing Service Department</p> <p>จำนวนบุคลากรทั้งหมด: 2453</p> <p>จำนวนบุคลากรจำแนกตามตำแหน่ง (โดยพยาบาล):</p> <table border="1"> <tr><th>ตำแหน่ง</th><th>Count of บุคลากร</th></tr> <tr><td>Expert</td><td>834</td></tr> <tr><td>Proficient</td><td>404</td></tr> <tr><td>Competent</td><td>333</td></tr> <tr><td>Advance level</td><td>231</td></tr> <tr><td>Novice</td><td>222</td></tr> <tr><td>Total</td><td>2453</td></tr> </table> <p>จำนวนบุคลากรตาม IDP (พยาบาล):</p> <table border="1"> <tr><th>อายุงานตาม IDP (ตำแหน่งพยาบาล)</th><th>Count of บุคลากร</th></tr> <tr><td>0 ปี ขึ้นไป</td><td>8</td></tr> <tr><td>0 ปี 11 เดือน</td><td>19</td></tr> <tr><td>0 ปี 11 เดือน</td><td>4</td></tr> <tr><td>Total</td><td>2453</td></tr> </table> <p>จำนวนบุคลากรตาม IDP (ตำแหน่งอื่น):</p> <table border="1"> <tr><th>อายุงานตาม IDP (ตำแหน่งอื่น)</th><th>Count of บุคลากร</th></tr> <tr><td>0 ปี ขึ้นไป</td><td>8</td></tr> <tr><td>0 ปี 11 เดือน</td><td>19</td></tr> <tr><td>0 ปี 11 เดือน</td><td>4</td></tr> <tr><td>Total</td><td>2453</td></tr> </table> <p>จำนวนบุคลากรในหอผู้ป่วย:</p> <table border="1"> <tr><th>หอผู้ป่วย</th><th>Count of บุคลากร</th></tr> <tr><td>Post Care</td><td>27</td></tr> <tr><td>Unit 1</td><td>29</td></tr> <tr><td>Unit 2</td><td>40</td></tr> <tr><td>Unit 3</td><td>26</td></tr> <tr><td>Unit 4 (ICU/CCU)</td><td>35</td></tr> <tr><td>Unit 5 (NICU)</td><td>65</td></tr> <tr><td>Unit 6 (NICU)</td><td>81</td></tr> <tr><td>Total</td><td>2453</td></tr> </table> <p>จำนวนบุคลากรตามตำแหน่ง:</p> <table border="1"> <tr><th>ตำแหน่ง</th><th>Count of บุคลากร</th></tr> <tr><td>เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย</td><td>4</td></tr> <tr><td>เจ้าหน้าที่ช่วย</td><td>2</td></tr> <tr><td>แพทย์</td><td>156</td></tr> <tr><td>พยาบาลวิชาชีพ</td><td>1</td></tr> <tr><td>พยาบาลประจำ</td><td>4</td></tr> <tr><td>ผู้ฝึกสอน/สอน</td><td>20</td></tr> <tr><td>Total</td><td>2453</td></tr> </table> <p>จำนวนพยาบาลจำแนกตามระดับ:</p> <table border="1"> <tr><th>ระดับ</th><th>Count of บุคลากร</th></tr> <tr><td>ชำนาญการพิเศษ</td><td>159</td></tr> <tr><td>ชำนาญการ</td><td>198</td></tr> <tr><td>ชำนาญการพิเศษ</td><td>1</td></tr> <tr><td>Total</td><td>2453</td></tr> </table> <p>ข้อมูล ณ 1 ส.ค.63</p>	ตำแหน่ง	Count of บุคลากร	Expert	834	Proficient	404	Competent	333	Advance level	231	Novice	222	Total	2453	อายุงานตาม IDP (ตำแหน่งพยาบาล)	Count of บุคลากร	0 ปี ขึ้นไป	8	0 ปี 11 เดือน	19	0 ปี 11 เดือน	4	Total	2453	อายุงานตาม IDP (ตำแหน่งอื่น)	Count of บุคลากร	0 ปี ขึ้นไป	8	0 ปี 11 เดือน	19	0 ปี 11 เดือน	4	Total	2453	หอผู้ป่วย	Count of บุคลากร	Post Care	27	Unit 1	29	Unit 2	40	Unit 3	26	Unit 4 (ICU/CCU)	35	Unit 5 (NICU)	65	Unit 6 (NICU)	81	Total	2453	ตำแหน่ง	Count of บุคลากร	เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย	4	เจ้าหน้าที่ช่วย	2	แพทย์	156	พยาบาลวิชาชีพ	1	พยาบาลประจำ	4	ผู้ฝึกสอน/สอน	20	Total	2453	ระดับ	Count of บุคลากร	ชำนาญการพิเศษ	159	ชำนาญการ	198	ชำนาญการพิเศษ	1	Total	2453	
ตำแหน่ง	Count of บุคลากร																																																																																				
Expert	834																																																																																				
Proficient	404																																																																																				
Competent	333																																																																																				
Advance level	231																																																																																				
Novice	222																																																																																				
Total	2453																																																																																				
อายุงานตาม IDP (ตำแหน่งพยาบาล)	Count of บุคลากร																																																																																				
0 ปี ขึ้นไป	8																																																																																				
0 ปี 11 เดือน	19																																																																																				
0 ปี 11 เดือน	4																																																																																				
Total	2453																																																																																				
อายุงานตาม IDP (ตำแหน่งอื่น)	Count of บุคลากร																																																																																				
0 ปี ขึ้นไป	8																																																																																				
0 ปี 11 เดือน	19																																																																																				
0 ปี 11 เดือน	4																																																																																				
Total	2453																																																																																				
หอผู้ป่วย	Count of บุคลากร																																																																																				
Post Care	27																																																																																				
Unit 1	29																																																																																				
Unit 2	40																																																																																				
Unit 3	26																																																																																				
Unit 4 (ICU/CCU)	35																																																																																				
Unit 5 (NICU)	65																																																																																				
Unit 6 (NICU)	81																																																																																				
Total	2453																																																																																				
ตำแหน่ง	Count of บุคลากร																																																																																				
เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย	4																																																																																				
เจ้าหน้าที่ช่วย	2																																																																																				
แพทย์	156																																																																																				
พยาบาลวิชาชีพ	1																																																																																				
พยาบาลประจำ	4																																																																																				
ผู้ฝึกสอน/สอน	20																																																																																				
Total	2453																																																																																				
ระดับ	Count of บุคลากร																																																																																				
ชำนาญการพิเศษ	159																																																																																				
ชำนาญการ	198																																																																																				
ชำนาญการพิเศษ	1																																																																																				
Total	2453																																																																																				

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2563	ผลการ ดำเนินการ 2562	รายงานผลการดำเนินงาน ตุลาคม2562 – กันยายน 2563	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2563-2564	วัน-เวลา						
2.2 หน้ารายงาน Dash Board ในระบบ HIS - ประสานงานกับฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อปรับหน้ารายงาน Dash board ให้มีความเหมาะสมกับการใช้งานของหอผู้ป่วยใน - จัดอบรมเรื่องวิธีการใช้งานหน้ารายงาน Dash board - จัด KM เรื่องวิธีการใช้งานหน้ารายงาน Dash board - ประชาสัมพันธ์ เรื่องวิธีการใช้งานหน้ารายงาน Dash board		ความพึงพอใจของหอผู้ป่วยในต่อการใช้งานหน้ารายงาน dash board	(Program Maintenance) ร้อยละของหอผู้ป่วยในที่มีความพึงพอใจต่อการใช้งานหน้ารายงาน dash board ในระดับมาก –มากที่สุด ร้อยละของหอผู้ป่วยในที่มีการใช้งานหน้ารายงาน dash board มีผู้เข้าร่วมการอบรมเรื่องวิธีการใช้งานหน้ารายงาน Dash board มีผู้เข้าร่วมกิจกรรม KM เรื่องวิธีการใช้งานหน้ารายงาน Dash board	≥ร้อยละ 80 ≥ร้อยละ 80 ≥ร้อยละ 80	NA	- ยังไม่สามารถวัดผลได้ เนื่องจาก ยังไม่ได้ปรับโปรแกรม รอประสานงานกับ Programmer - ความคืบหน้า Dash board ในระบบ HIS 1. เพิ่ม Dash board โปรแกรม Pressure injury 2. ในหน้า Dash board ในระบบ HIS เดิม กำลังดำเนินการขอตัดข้อมูลของ Pressure injury ออก	