

รายงานผลการดำเนินงาน ด้านบริหารคุณภาพบริการ ปี 2564

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการ	ผลการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
ปี ปม.2564-2565	วัน-เวลา	(measure)	(Indication)	ป.จ.ม. 2564	ดำเนินการ 2563	ตุลาคม 2563 - กันยายน 2564	
1. โครงการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย/ผู้รับบริการ	ต.ค.64-ก.ย.65	1.ปฏิบัติการณระดับ E-I	1.จำนวนอุบัติการณ์ระดับ E-I	≤ 130	120		คุณวิลาวัลย์ คุณนงลักษณ์ คุณนิงนิตย์ คุณพรทิวา คุณสายพิน
		2.ปฏิบัติการณระดับ G-I	2.จำนวนอุบัติการณ์ระดับ G-I	≤ 10	5		
	3.ปฏิบัติการณความเสี่ยงตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น (เกี่ยวข้องกับฝ่ายบริการพยาบาล6เรื่อง) ดังนี้	3.จำนวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น6เรื่อง ดังนี้					
		1).การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ	จำนวนอุบัติการณ์ผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ	0	0		
		2)การควบคุมการติดเชื้อSSI	อัตราการติดเชื้อ SSIตามมาตรฐานNHSN	$SIR \leq 1$	0.44		
		3).Medication errorและ Adverse Drug Event	จำนวนอุบัติการณ์ Medication errorและ Adverse Drug Event	ระดับ E-F $< .004$ ระดับ G-I=0	0.06 0.046	0	
		4). การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด	จำนวนอุบัติการณ์การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด	0	0		

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผลการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
ปี ปม.2564-2565	วัน-เวลา	(measure)	(Indication)	ป.จ.ม. 2564	ดำเนินการ 2563	ตุลาคม 2563 - กันยายน 2564	
		5) การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด	จำนวนอุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด	0	N/A		
		6) การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉิน คลาดเคลื่อน	จำนวนอุบัติการณ์การคัดกรองผู้ป่วยคลาดเคลื่อน	0	N/A		
		4.อุบัติการณ์ที่เกิดซ้ำระดับ G-I	4.จำนวนอุบัติการณ์ที่เกิดซ้ำระดับ G-I	0	N/A		
1.1 โครงการAdverse Event Review (ทบทวนอุบัติการณ์สำคัญและแก้ไขปรับปรุงไม่ให้เกิดซ้ำ) เงื่อนไขการเลือก: 1) Incident ReportระดับE-I หรืออุบัติการณ์สำคัญ(impactสูง) ระหว่างหน่วยงานภายในฝ่ายการฯ ไม่ซ้ำซ้อนกับCQI หน่วยคุณภาพ 2) ข้อเสนอแนะจากการทบทวนของกรรมการCQIโรงพยาบาลมา ออกแบบระบบ/แนวปฏิบัติของฝ่าย		อุบัติการณ์AEระดับE-Iหรืออุบัติการณ์สำคัญ ที่มีหอผู้ป่วย/หน่วยงานอื่นเกี่ยวข้องมากกว่า 1หน่วยงานได้รับการทบทวน/แก้ไขปรับปรุง	จำนวนอุบัติการณ์E-I หรืออุบัติการณ์สำคัญ ที่ได้รับทบทวน/แก้ไขปรับปรุงโดยทีมกรรมการ/ผู้เกี่ยวข้อง	12 ครั้ง	NA		คุณวิลาวัลย์ และทีม
		ระบบ/แนวปฏิบัติ/วิธีการทำงานที่ปรับ เปลี่ยนที่ได้จากการทบทวน	จำนวนระบบ/แนวปฏิบัติ/วิธีการทำงานที่ปรับ เปลี่ยนที่ได้จากการทบทวน	10	NA		
		ความพึงพอใจของหน่วยงานที่ได้รับการติดตามทบทวน	อัตราความพึงพอใจของหน่วยงานที่ได้รับการติดตามทบทวน	≥ ร้อยละ 80	NA		
1.2 ปรับปรุง/ ทบทวนทะเบียนความเสี่ยง (Risk Register) ระดับฝ่ายฯให้สมบูรณ์ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน		ทะเบียนความเสี่ยง	จำนวนความเสี่ยงที่ลงทะเบียนอย่างสมบูรณ์	≥ 10 ตัว			คุณวิลาวัลย์ และทีม

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผลการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
ปี ป.ม.2564-2565	วัน-เวลา	(measure)	(Indication)	ป.ง.ม. 2564	ดำเนินการ 2563	ตุลาคม 2563 - กันยายน 2564	
2.ส่งเสริมการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยโดยเพิ่มการรายงานอุบัติการณ์อุบัติการณ์		วัฒนธรรมความปลอดภัยของฝ่ายบริการพยาบาล	คะแนนวัดวัฒนธรรมความปลอดภัยของฝ่ายบริการพยาบาล (สรพ.สำรวจประจำปี)	≥ 80 %	NA		คุณวิลาวัลย์ และทีม
2.1 ส่งเสริมและกระตุ้นการรายงานอุบัติการณ์ตามแบบฟอร์มการรายงานเดิมและแบบฟอร์ม(ฉบับย่อ) ที่พัฒนาร่วมกับหน่วยคุณภาพเพื่อค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก ระดับ A-B (near miss)		อุบัติการณ์ ระดับA/B (near miss)	จำนวนอุบัติการณ์ ระดับ A/B	1800	1509		คุณวิลาวัลย์ และทีม
2.2 จัดทำDash board รายงานความเสี่ยงความปลอดภัยเพื่อการบริหารความเสี่ยงและเฝ้าระวัง (สามารถดูได้ทั้งระดับฝ่ายบริการพยาบาลและระดับหน่วยงาน)		Dash board รายงานความเสี่ยงความปลอดภัย	Dash board รายงานความเสี่ยงความปลอดภัยสำเร็จใช้งานได้ (ขั้นตอนที่6)	100 %	NA		คุณวิลาวัลย์ และทีมร่วมกับฝ่ายวิจัยนวัตกรรมและการจัดการความรู้
3. โครงการทหกรรมคุณภาพงานฝ่ายบริการพยาบาล 2021 - For Nurse & Non nurse	20-22 ก.ค. 65	โครงการพัฒนางาน/ CQI/ นวัตกรรม	จำนวนโครงการพัฒนางาน/ CQI/นวัตกรรม	80 เรื่อง	NA		คุณคณินันต์และทีมบริหารคุณภาพ

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผลการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2564-2565	วัน-เวลา	(measure)	(Indication)	ป.ง.ม. 2564	ดำเนินการ 2563	ตุลาคม 2563 - กันยายน 2564	
							บริการร่วมกับคุณ โสมนัสฝ้ายวิชัย นวัตกรรมฯ
		-ความพึงพอใจ	-คะแนนความพึงพอใจ	≥ร้อยละ 80	NA		
4. การเตรียมความพร้อมรับการ ตรวจประเมิน surveillance AHA 2565 4.1 การอบรม Internal survey สำหรับผู้ตรวจการพยาบาล/ หัวหน้าหอผู้ป่วย/ หน่วยงาน/ key person ของฝ่ายบริการพยาบาล	4-5 ม.ค. 65	-ความพึงพอใจของผู้เข้าอบรม	คะแนนความพึงพอใจของผู้ เข้าอบรม	≥ร้อยละ 80	NA		คุณพรทิวาและทีม
4.2 Internal survey ตามรอย คุณภาพงานเพื่อการพัฒนาองค์กร พยาบาลอย่างยั่งยืน	ต.ค-ก.ย.65	หอผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยม	ร้อยละหอผู้ป่วย/ หน่วยงาน ที่ได้รับการตรวจเยี่ยม	ร้อยละ 100	100		

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผลการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2564-2565	วัน-เวลา	(measure)	(Indication)	ป.ง.ม. 2564	ดำเนินการ 2563	ตุลาคม 2563 - กันยายน 2564	
4.3โครงการWalking the talkโดย ทีมบริหารฝ่ายบริการพยาบาลตรวจ เยี่ยมหอผู้ป่วย	ต.ค-ก.ย.65	หอผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยม	ร้อยละหอผู้ป่วย/ หน่วยงาน ที่ได้รับการตรวจเยี่ยม	ร้อยละ 100	NA	NA	
			จำนวนครั้งที่ไปเยี่ยม	12 ครั้ง			
			ประเด็น/เรื่องสำคัญที่ได้รับ การแก้ไขพัฒนา	12 เรื่อง			
4.3 โครงการพัฒนาศักยภาพการ ดูแลผู้ป่วย กลุ่ม non-nurse -PAIN (1 ชม.) -palliative care (1 ชม.) -IC (1 ชม.) -iv care (1 ชม.) -iden (1 ชม.) -แผลกดทับ (1 ชม) - FALL (1 ชม.)	24-25 ม.ค. 65	-ความพึงพอใจของผู้เข้าอบรม	คะแนนความพึงพอใจของผู้ เข้าอบรม	≥ร้อยละ 80	NA	NA	คุณอุไรวรรณและ ทีม
5. การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ เชื้อสำคัญในโรงพยาบาลที่ ครอบคลุมปัญหาและความต้องการ ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์	ต.ค-ก.ย.65	-อัตราการติดเชื้อ	-เทียบเคียงกับ50 percentile NHSN ปี 2012-2013				คุณสายพิน คุณวิลาวัลย์

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผลการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2564-2565	วัน-เวลา	(measure)	(Indication)	ป.จ.ม. 2564	ดำเนินการ 2563	ตุลาคม 2563 - กันยายน 2564	
			-Adult VAP	0.9 ครั้ง/ 1000 ventilato r-days	1.26		
			-Pediatric VAP	0 ครั้ง/ 1000 ventilato r-days	0		
			-Adult CLA-BSI	0.9 ครั้ง/ 1000cat heter- days	2.23		
			-Pediatric CLA-BSI	0.7 ครั้ง/ 1000 catheter- days	2.71		
			-Adult CA-UTI	2.2 ครั้ง/ 1000 catheter- days	5		
			-Pediatric CA-UTI	1.4 ครั้ง/ 1000 catheter- days	2.31		

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผลการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
ปี ป.ม.2564-2565	วัน-เวลา	(measure)	(Indication)	ป.ง.ม. 2564	ดำเนินการ 2563	ตุลาคม 2563 - กันยายน 2564	
<p>โครงการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ และต่อเนื่อง ได้แก่ VAP, CLABSI, CAUTI</p> <p>กิจกรรม :</p> <ul style="list-style-type: none"> - วัด/ประเมินผลการปฏิบัติตามแนวทาง VAP, CLABSI, CA-UTI Bundle 1-2ครั้ง/ปี ในหอผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มเป้าหมาย 15 หอผู้ป่วย (หอผู้ป่วยวิกฤต ,หอผู้ป่วยทั่วไป) - รายงานผลอัตราการติดเชื้อทุกไตรมาส -ร่วมวิเคราะห์สอบสวนโรคการติดเชื้อ VAP, CLABSI, CA-UTIกับหน่วยควบคุมโรคติดเชื้อ 	ต.ค-ก.ย.65	การปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อ VAP, CLABSI, CA-UTI Bundle	ร้อยละการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อ VAP, CLABSI, CA-UTI Bundle	≥90	NA	NA	
<p>โครงการพัฒนาสมรรถนะด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ กลุ่ม ICWN</p> <p>กิจกรรม : ทบทวนความรู้และ Infection and Prevention Control (IPC) sharing</p>	ก.พ.2565	1.ICWN ที่ร่วมโครงการ	1.จำนวนICWN ที่ร่วมโครงการ	ร้อยละ 100	NA	NA	
		2.ความรู้ผู้เข้าอบรมหลังการอบรม	2.วัดความรู้ผู้เข้าอบรมหลังการอบรม	≥ร้อยละ 90	NA	NA	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผลการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
ปี ป.ม.2564-2565	วัน-เวลา	(measure)	(Indication)	ป.จ.ม. 2564	ดำเนินการ 2563	ตุลาคม 2563 - กันยายน 2564	
<p>โครงการพัฒนา/ฟื้นฟูความรู้และทักษะด้านการควบคุมป้องกันการติดเชื้อแก่บุคลากรกลุ่ม แม่บ้าน (IC/5ส)</p> <p>กิจกรรม :</p> <p>ทบทวนแนวปฏิบัติและความรู้ด้านการควบคุมป้องกันการติดเชื้อ การใช้ น้ำยาทำความสะอาดต่าง ๆ :</p> <p>Standard precautions, Contact precautions, droplet precautions</p> <p>- ร่วมดำเนินการกับหน่วยIC</p> <p>-การใช้มาตรฐาน 5 ส ร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ</p>	มี.ค. 65	1.หอผู้ป่วยที่ส่งแม่บ้านเข้าร่วมโครงการ	1.จำนวนหอผู้ป่วยที่ส่งแม่บ้านเข้าร่วมโครงการ	1.ร้อยละ 100	NA	NA	
		2.ความรู้ของผู้เข้าอบรมหลังรับการอบรม	2. วัดความรู้ผู้เข้าอบรมหลังการอบรม	2. ≥ร้อยละ 90	NA	NA	
<p>โครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ VAP CLABSI CAUTI (ICP) sharing</p> <p>กิจกรรม : จัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยหอผู้ป่วยที่มีผลการควบคุมการติดเชื้อ VAP, CLABSI, CA-UTI ได้ดี และหอผู้ป่วยที่ยังต้องมีการพัฒนา</p>	เม.ย. ½ วัน x 2 ครั้ง	1.แนวปฏิบัติ/ข้อปฏิบัติที่ได้รับ การทบทวนหรือพัฒนา	1.จำนวนแนวปฏิบัติ/ข้อปฏิบัติที่ได้รับการทบทวนหรือพัฒนา	5 เรื่อง	NA	NA	
		2.ความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรม	2.ผลประเมินความพึงพอใจผู้เข้าร่วมกิจกรรม	≥ร้อยละ 80			

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผลการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
ปี ปม.2564-2565	วัน-เวลา	(measure)	(Indication)	ป.จ.ม. 2564	ดำเนินการ 2563	ตุลาคม 2563 - กันยายน 2564	
โครงการพัฒนาคุณภาพการบันทึก ทางการพยาบาล	ต.ค.64- ก.ย.65	คุณภาพบันทึกทางการพยาบาล	ร้อยละเชิงปริมาณ	≥ร้อยละ 90	86.89 (เดิมเป้าหมาย ร้อยละ 80)	รอผล	คุณมณีนชานา
			ร้อยละเชิงคุณภาพ	≥ร้อยละ 90	94.61 (เดิมเป้าหมาย ร้อยละ 80)	รอผล	
- พัฒนา/ปรับปรุงTemplate บันทึกทางการพยาบาลรายโรค /กลุ่ม โรคสำคัญ สำหรับใส่ใน Utility หลัง การปรับปรุงโปรแกรมบันทึกฯ แล้ว เสร็จ	ต.ค.64- ก.ย.65	ความสำเร็จของการพัฒนา/ ปรับปรุง Template บันทึกทางการพยาบาลรายโรค /กลุ่มโรคสำคัญ ในหอผู้ป่วยนำ ร่อง (จำนวน 6 หอผู้ป่วย คือ Orthoชาย, ศช.2, อช1, สูติ กรรม, ฉบ.10, CVT	ร้อยละความสำเร็จของการ พัฒนา/ปรับปรุง Template บันทึกทางการพยาบาลราย โรค /กลุ่มโรคสำคัญในหอ ผู้ป่วยนำร่อง	ร้อยละ 100	10	40	
- Audit บันทึกทางการพยาบาลโดย -หัวหน้าหอผู้ป่วย -แกนนำบันทึกทางการพยาบาล -อย่างน้อย สัปดาห์ละ 1 chart -รายงานผลการAuditในแบบฟอร์ม/ ในโปรแกรมนิเทศทางการพยาบาล ภายในวันที่ 10 ของเดือนถัดมา 1.ปรับปรุงแบบฟอร์มของ HW ใหม่	ต.ค.64- ก.ย.65	หอผู้ป่วยที่บันทึกทางการ พยาบาลได้รับการ Audit โดย -หัวหน้าหอผู้ป่วย -แกนนำบันทึก	ร้อยละของหอผู้ป่วยที่ บันทึกทางการพยาบาล ได้รับการ Auditโดยหัวหน้า หอผู้ป่วย/แกนนำบันทึก อย่างน้อย สัปดาห์ละ 1 chart	ร้อยละ 100 ของHW	ร้อยละ 58.14	ร้อยละ 75.93	
				ร้อยละ 80	NA	68.55	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผลการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
ปี ป.ม.2564-2565	วัน-เวลา	(measure)	(Indication)	ป.จ.ม. 2564	ดำเนินการ 2563	ตุลาคม 2563 - กันยายน 2564	
2. ให้แกนนำลงบันทึกใน โปรแกรม เน็ตบันทึกใน Intranet ได้				ของแกน นำ			
1.3 Round ระบบบันทึกทางการ พยาบาลในแต่ละหอผู้ป่วย ในประเด็น -การบันทึก Nursing progress note ที่มีคุณภาพ ครบถ้วน ถูกต้อง แม่นยำ ไม่มีการ copy& paste -การบันทึก Nursing continuing care and discharge summery ให้ถูกต้อง ครบถ้วน -ฝึกทักษะการเชื่อมโยงของข้อมูลแต่ ละโปรแกรม	ต.ค.64- ก.ย.65	หอผู้ป่วยที่ได้รับการround ระบบบันทึกทางการพยาบาล	ร้อยละของหอผู้ป่วยที่ได้รับ การround ระบบบันทึก ทางการพยาบาล	ร้อยละ 100	ร้อยละ 29.4 (10 /34)	ร้อยละ 81.39 (35/43)	
1.4 พัฒนารูปแบบการบันทึกทางการ พยาบาลรายโรค แบบAPIE ของหอ ผู้ป่วยนอก	ต.ค.64- ก.ย.65	หอผู้ป่วยนอกที่มีรูปแบบการ บันทึกทางการพยาบาลแบบ APIE	-ร้อยละของหอผู้ป่วยนอกที่ มีรูปแบบการบันทึกทางการ พยาบาลแบบAPIE	ร้อยละ 80	NA	NA	
1.5 ประกันคุณภาพ บันทึกทางการ พยาบาล	ต.ค.64- ก.ย.65	กิจกรรมQA	จำนวนครั้งการทำกิจกรรม QA	1	1	1	
2. ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับบันทึกทางการ พยาบาลร่วมกับทีมวิจัยและคณะ พยาบาลศาสตร์	ต.ค.64- ก.ย.65	ความสำเร็จของงานวิจัย	จำนวนงานวิจัยที่สำเร็จ	1 เรื่อง	NA	NA	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผลการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
ปี ป.ม.2564-2565	วัน-เวลา	(measure)	(Indication)	ป.ง.ม. 2564	ดำเนินการ 2563	ตุลาคม 2563 - กันยายน 2564	
3. ปรับปรุงโปรแกรมบันทึกทางการพยาบาลร่วมกับ IT เรื่องที่ 1.Initial Assessment (ให้กระชับและเพิ่มเติมข้อมูลเฉพาะสาขา เช่น จิตเวช, เด็ก, Newborn, สูติกรรม) เรื่องที่ 2 Problem list เรื่องที่ 3 Nursing progress note เรื่องที่ 4แบบฟอร์ม Nursing continuing care and discharge summery เรื่องที่ 5 Kardex	ต.ค.64-ก.ย.65	ความสำเร็จตามขั้นตอนความสำเร็จของการปรับปรุงโปรแกรม ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหา (Analysis the problem) ร้อยละ 20 ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบโปรแกรม (Design a Program) ร้อยละ 40 ขั้นตอนที่ 3 การเขียนโปรแกรม (Coding) ร้อยละ 60 ขั้นตอนที่ 4 การทดลองใช้โปรแกรม (Testing) ร้อยละ 80 ขั้นตอนที่ 5 การนำไปใช้จริง (Training) ร้อยละ 100	ขั้นตอนความสำเร็จ	ขั้นตอนที่ 5	NA	-เรื่องที่ 1,4,5 อยู่ในขั้นตอนที่ 1 -เรื่องที่ 2, 3 อยู่ในขั้นตอนที่ 4	
1.โครงการจัดทำแนวปฏิบัติในมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยตามแนวทาง AHA 1.1 การระบุตัวผู้ป่วย 1.2 การป้องกันการให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด 1.3 การป้องกันการเกิด Medication Errors และ adverse drug Event	ต.ค.64-ก.ย.65	แนวปฏิบัติในมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยตามแนวทาง AHA ที่สำเร็จและนำลงสู่การปฏิบัติ	จำนวนแนวปฏิบัติในมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยตามแนวทาง AHA ที่สำเร็จและนำลงสู่การปฏิบัติ	6 เรื่อง	NA	NA	คุณมัทธนาและทีม

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผลการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
ปี ป.ม.2564-2565	วัน-เวลา	(measure)	(Indication)	ป.ง.ม. 2564	ดำเนินการ 2563	ตุลาคม 2563 - กันยายน 2564	
1.4 การป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ 1.5 การควบคุมการติดเชื้อ VAP, CAUTI, CLABSI, SSI 1.6 แนวปฏิบัติการคัดกรองที่ห้องฉุกเฉิน							
2.โครงการจัดทำ/ทบทวนแนวปฏิบัติทั่วไปที่สำคัญของฝ่ายบริการพยาบาล 2.1 การจัดการความปวด 2.2 Phlebitis 2.3 Line Tube & Drain 2.4 Fall & Slip 2.5 Pressure injury	ต.ค.64- ก.ย.65	แนวปฏิบัติทั่วไปที่สำคัญของฝ่ายบริการพยาบาลที่จัดทำ/ทบทวนสำเร็จและนำลงสู่การปฏิบัติ	จำนวนแนวปฏิบัติทั่วไปที่สำคัญของฝ่ายบริการพยาบาลที่จัดทำ/ทบทวนสำเร็จและนำลงสู่การปฏิบัติ	5 เรื่อง	NA	NA	
3. โครงการส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลภายใต้มาตรฐานเดียวกันและติดตาม การประกันคุณภาพการพยาบาล 3.1 Update QA ใน Intranet / จัดเก็บให้ง่ายต่อการเข้าถึง 3.2 จัดทำตาราง การเก็บข้อมูล QA กิจกรรมประกันคุณภาพการพยาบาล สำหรับทุกหอผู้ป่วยตาม key area 3.3 ติดตาม compliance	ต.ค.64- ก.ย.65	หอผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน QA ในข้อที่ต้องปฏิบัติ	ร้อยละของหอผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน QA ในข้อที่ต้องปฏิบัติ	ร้อยละ 100			

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผลการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2564-2565	วัน-เวลา	(measure)	(Indication)	ป.ง.ม. 2564	ดำเนินการ 2563	ตุลาคม 2563 - กันยายน 2564	
ตามบริบท ของหอผู้ป่วย ทุก 6 เดือน 3.4 วิเคราะห์ข้อมูลและแสดงผลใน ภาพรวมผ่าน dashboard และ feedback ให้หอผู้ป่วย/หน่วยงาน ทราบ							
โครงการพัฒนาคุณภาพการระบุตัว ผู้ป่วย (Identification)	ต.ค.64- ก.ย.65	1.ปฏิบัติการระบุตัวผิดความ รุนแรงระดับ E ขึ้นไป	จำนวนปฏิบัติการระบุตัวผิด ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป	0	1	0	คุณพรทิวา
		2.ปฏิบัติการระบุตัวผิดความ รุนแรงระดับ C ขึ้นไป ในเรื่อง	จำนวนปฏิบัติการระบุตัวผิด ความรุนแรงระดับ C ขึ้นไป ในเรื่อง				
		- ให้เลือด	- ให้เลือด	0	0	0	
		- ทารกแรกเกิด	- ทารกแรกเกิด	0	0	0	
		- ผ่าตัด /หัตถการ invasive	- ผ่าตัด /หัตถการ invasive	0	0	0	
		- ให้ยา HAD	- ให้ยา HAD	0	0	0	
		- ให้นมมารดา	- ให้นมมารดา	0	3	0	
	3.ปฏิบัติการระบุตัวผิดที่มี ผลกระทบไม่รุนแรงระดับ C ขึ้น ไป เรื่อง การให้ยา(ไม่ใช่HAD) เก็บส่งตรวจ ให้สารน้ำ การ ลงข้อมูล ให้นม/อาหาร (ไม่ใช่ นมมารดา) การส่งเอกสาร และ อื่น ๆ	จำนวนปฏิบัติการระบุตัวผิด ที่มีผลกระทบไม่รุนแรง ระดับ C ขึ้นไป เรื่อง การให้ ยา(ไม่ใช่HAD) เก็บส่ง ตรวจ ให้สารน้ำ การลง ข้อมูล ให้นม/อาหาร(ไม่ใช่	≤ 30 ครั้ง	64			

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผลการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2564-2565	วัน-เวลา	(measure)	(Indication)	ป.ง.ม. 2564	ดำเนินการ 2563	ตุลาคม 2563 - กันยายน 2564	
			นมมารดา) การส่งเอกสาร และอื่น ๆ				
5.1 จัดทำแนวปฏิบัติการระบุตัว	ต.ค.64- ก.ย.65	แนวปฏิบัติการระบุตัว	จำนวนแนวปฏิบัติการระบุ ตัว	5 เรื่อง	NA	5	
5.2 Identification round	ต.ค.64- ก.ย.65	Identification round ใน หน่วยงานที่มีอุบัติการณ์ระดับ D ขึ้นไป	ร้อยละการ round ใน หน่วยงานที่มีอุบัติการณ์ ระดับ D ขึ้นไป	ร้อยละ 100	81	28.57	
5.3 QA การระบุตัว	ต.ค.64- ก.ย.65	การระบุตัว ในกระบวนการที่ จำเป็นต้องทำ	1.ร้อยละของการระบุตัว ผู้ป่วยที่เที่ยงก่อนทำ หัตถการ / ให้การรักษา / ให้ การพยาบาล	ร้อยละ 100	NA	NA	
			2.ร้อยละของการระบุ ตัวอย่างน้อย 2 ตัวอย่างชี้ตั้งนี้ ตัวบ่งชี้ 1: ชื่อ - สกุล (เต็ม) และตัว บ่งชี้ 2: HN หรืออ่านชื่อ-สกุล - HNในป้ายข้อมือผู้ป่วยหรือ วดป.เกิดหรือชื่อมารดา (ไม่ใช่หมายเลขเตียง/ หมายเลขห้อง / ชื่อ procedure / ชื่อ diagnosis ในการระบุตัว)	ร้อยละ 100	NA	NA	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผลการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
ปี ป.ม.2564-2565	วัน-เวลา	(measure)	(Indication)	ป.ง.ม. 2564	ดำเนินการ 2563	ตุลาคม 2563 - กันยายน 2564	
		3. ร้อยละของการสอบถามชื่อ - สกฤตผู้ป่วยใช้คำถามปลายเปิด ไม่ถามชื่อนำ	ร้อยละ 100	NA	NA		
		4. ร้อยละของการตรวจทานชื่อ สกฤต HN ของผู้ป่วยโดยอ่าน ออกเสียงให้ได้ยินชัด (verbal identity confirmation)	ร้อยละ 100	NA	NA		
5.4 โครงการรณรงค์เรื่องการระบุตัว	ต.ค.64- ก.ย.65	การรณรงค์เรื่องการระบุตัว	จำนวนครั้งการรณรงค์เรื่อง การระบุตัว	3 ครั้ง	NA	NA	
5.5 โครงการจัดทำสื่อวีดิทัศน์เรื่อง การระบุตัวผู้ป่วย	ต.ค.64- ก.ย.65	สื่อวีดิทัศน์เรื่อง การระบุตัว ผู้ป่วย	สื่อวีดิทัศน์เรื่องการระบุตัว ผู้ป่วย	5 เรื่อง	NA	NA	
5.6 โครงการสื่อการสอนเรื่องการระบุ ตัว	ต.ค.64- ก.ย.65	สื่อการสอนเรื่องการระบุตัว	จำนวนสื่อการสอนเรื่องการ ระบุตัว	5 เรื่อง	NA	NA	
		พยาบาลที่เข้าฟังเรื่องการระบุ ตัว	จำนวนพยาบาลที่เข้าฟัง เรื่องการระบุตัว	500 คน	NA	NA	
1.โครงการพัฒนาคุณภาพการดูแล เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ Pressure injury	ต.ค.64- ก.ย.65	แผลกดทับ ระดับ 1-4 และ 2 ลักษณะ	อัตราการเกิดแผลกดทับ	< 2 ครั้ง/ 1,000 วัน นอน	คุณนงลักษณ์
		แผลกดทับระดับ 3	อัตราการเกิดแผลกดทับ	< 20 % ของ ปีงบประมาณ ที่ผ่านมา			

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผลการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
ปี ปม.2564-2565	วัน-เวลา	(measure)	(Indication)	ป.ง.ม. 2564	ดำเนินการ 2563	ตุลาคม 2563 - กันยายน 2564	
		แผลกดทับระดับ 4	อุบัติการณ์แผลกดทับระดับ 4	0	0	...	
		แผลกดทับที่turn stage	อัตราแผลกดทับที่ turn stage	0	5.74	
1.1 กิจกรรม Standardized Pressure injury และรณรงค์ Stop Pressure Injury	10-11 ก.พ.65	ความชุกของแผลกดทับที่เกิดในโรงพยาบาล	เทียบเคียงเครือข่าย	อยู่ในลำดับ 1 ใน 3			
	17-18 ส.ค.65			อัตราความชุกแผลกดทับ	< ร้อยละ 3		
		การประเมินจำนวนแผล ระดับแผล ของหอผู้ป่วยกับกรรมการฯ	จำนวนที่ประเมินจำนวนแผลและระดับของแผลที่ไม่ตรงกัน	0	N= 14 (ระดับ 3)	
1.2 กิจกรรม Grand round และทำ RCA ร่วมกันระหว่างหอผู้ป่วยและกรรมการ เพื่อเพิ่มแนวทางการป้องกัน กับหอผู้ป่วยที่มีความชุกของแผลกดทับ อันดับ 1-5 ในแต่ละไตรมาสหรือแผลกดทับระดับ 3-4 และแผลMDRPI	ธ.ค.64, มี.ค 65, พ.ค. 65, ก.ค. 65, ก.ย. 65	-กิจกรรม Walk round	จำนวนครั้ง	5 ครั้ง	7	...	
		ความชุกของแผลกดทับที่เกิดในหอผู้ป่วยเป้าหมาย	ความชุกของแผลกดทับที่เกิดในหอผู้ป่วยเป้าหมายลดลง	ร้อยละ 20	NA	NA	
2.โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการป้องกันและดูแลแผลกดทับ							
2.1 จัดอบรม Skin Bundle กลุ่ม nurse ที่ไม่เคยเข้าอบรม	29, 30 มี.ค.65	การจัดอบรม	จำนวนครั้ง	2 ครั้ง	2	2	
			จำนวนผู้เข้าร่วม	100 คน/ครั้ง			

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผลการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
ปี ป.ม.2564-2565	วัน-เวลา	(measure)	(Indication)	ป.จ.ม. 2564	ดำเนินการ 2563	ตุลาคม 2563 - กันยายน 2564	
		ผู้เข้าอบรมมีความรู้หลังอบรม ร้อยละ 80	ร้อยละของผู้เข้าอบรมมีความรู้หลังอบรมมากกว่า ร้อยละ 80	>ร้อยละ 90			
2.2 จัดอบรม Skin Bundle กลุ่ม non nurse สำหรับผู้ไม่เคยเข้าอบรม เมื่อปี 2563-2564 - ปี 2563 จำนวน 157 คน - ปี 2564 จำนวน 200 คน - ปี 2565 จำนวน 200 คน	9, 10 พ.ค. 65	การจัดอบรม	จำนวนครั้ง	2 ครั้ง	2	2	
			จำนวนผู้เข้าร่วม	100 คน/ ครั้ง	103		
		ผู้เข้าอบรมมีความรู้หลังอบรม ร้อยละ 80	ร้อยละของผู้เข้าอบรมมีความรู้หลังอบรมมากกว่า ร้อยละ 80	>ร้อยละ 90			
3.โครงการสนับสนุนส่งเสริมและติดตามงาน							
- QA การใช้แนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับและแนวปฏิบัติเมื่อเกิดแผลกดทับแล้ว	ม.ค. 65	ร้อยละของแนวปฏิบัติสำคัญที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน	ร้อยละของแนวปฏิบัติสำคัญที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน	ร้อยละ 100	NA	NA	
-ทดสอบความรู้พยาบาลเรื่องการป้องกันและการดูแลแผลกดทับ	มี.ค.65	การทดสอบผ่านเกณฑ์	จำนวนของผู้สอบผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 80)	ร้อยละ 80	NA	NA	
โครงการพัฒนาคุณภาพเพื่อป้องกันการพลัดตก/ลื่นล้ม							คุณนงลักษณ์
1.1. ติดตาม เฝ้าระวังอุบัติการณ์ผู้ป่วยพลัดตก/ ลื่นล้ม ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก	ต.ค.64- ก.ย.65	-อุบัติการณ์การพลัดตก/ลื่นล้มผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกของฝ่ายบริการพยาบาล	1.อัตราการเกิดอุบัติการณ์ผู้ป่วยในพลัดตก (G01) ระดับ C-I และ D-I ต่อ 1000 วันนอน				

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผลการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2564-2565	วัน-เวลา	(measure)	(Indication)	ป.ง.ม. 2564	ดำเนินการ 2563	ตุลาคม 2563 - กันยายน 2564	
			2.อัตราการเกิดอุบัติเหตุ ผู้ป่วยในลื่นล้ม(G03) ระดับ C-I และ D-I ต่อ 1000 วัน นอน				
			3.จำนวนอุบัติเหตุผู้ป่วย นอกพลาตตก(G02) ระดับ C- I				
			4.จำนวนอุบัติเหตุผู้ป่วย นอกลื่นล้ม(G04) ระดับ C-I				
1.2.พัฒนาแบบประเมินความเสี่ยง และแนวปฏิบัติในการป้องกันการพลัด ตก/ลื่นล้มผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก	ต.ค.64- ก.ย.65	-แบบประเมินความเสี่ยงและ มาตรการป้องกัน	-แบบประเมินความเสี่ยง และมาตรการป้องกันการ พลัดตก/ลื่นล้ม	- แบบ ประเมิน พร้อมใช้ งาน			
1.3.พัฒนาสื่อเตือนใจและนวัตกรรม ในการป้องกันการพลัดตก/ลื่นล้ม		-สื่อป้ายเตือนใจการพลัดตก/ลื่น ล้ม	สำเร็จ พร้อมใช้				
		-นวัตกรรมป้องกันการพลัดตก/ ลื่นล้ม	3 เรื่อง				
1.4 โครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อ ป้องกัน Fal/ Slip (Interesting Fal/Slip) ในหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง		กิจกรรมการวิเคราะห์และ แลกเปลี่ยน	จำนวนครั้งกิจกรรมการการ วิเคราะห์และแลกเปลี่ยน	3 ครั้ง			
2.โครงการสนับสนุนส่งเสริมและ ติดตามงาน							

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผลการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
ปี ปม.2564-2565	วัน-เวลา	(measure)	(Indication)	ป.จ.ม. 2564	ดำเนินการ 2563	ตุลาคม 2563 - กันยายน 2564	
- QA การใช้แนวปฏิบัติในการป้องกันการพลัดตก/ ลื่นล้ม	ก.ย.-ต.ค 65	ร้อยละของแนวปฏิบัติสำคัญที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน	ร้อยละของแนวปฏิบัติสำคัญที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน	ร้อยละ 100			
โครงการพัฒนาคุณภาพในการป้องกันความเสี่ยงด้าน Tube & Line	ต.ค.64- ก.ย.65	อุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด	อัตราการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด	< 1/ 1,000 Ventilator days	0.92	รอเติม	คุณคณินนิตย์
		อุบัติการณ์การเกิด Line เลื่อนหลุด ความรุนแรงตั้งแต่ระดับ E ขึ้นไป	จำนวนอุบัติการณ์ความรุนแรงตั้งแต่ระดับ E	0	8 ครั้ง	รอเติม	
		อุบัติการณ์การเกิด Central venous catheter (CVC) เลื่อนหลุด	อัตราการเกิด CVC เลื่อนหลุด ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป	0 /1,000 catheter days	ระดับ D= 15 ครั้ง ระดับ E = 5 ครั้ง	(3 ไตรมาส) 0.17	
		อุบัติการณ์การเกิด PCD/PCN เลื่อนหลุด	ร้อยละการเกิด PCD/PCN เลื่อนหลุด ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป	ลดลงร้อยละ 20			
1.1 การจัดทำมาตรฐานการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด 1) ประชุมและกำหนดทีมงาน	ต.ค.64- ก.ย.65	มาตรฐานการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด	มาตรฐานการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดทำได้สำเร็จ	สำเร็จร้อยละ 100	NA	NA	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผลการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
ปี ปม.2564-2565	วัน-เวลา	(measure)	(Indication)	ป.ง.ม. 2564	ดำเนินการ 2563	ตุลาคม 2563 - กันยายน 2564	
2) ศึกษา Evidence base 3) จัดทำเป็นมาตรฐานการพยาบาล 4) นำมาตรฐานไปทดลองใช้ในหอผู้ป่วยหลัก 5) ขอรับรองมาตรฐานเพื่อประกาศใช้ในฝ่ายบริการพยาบาล							
1.2 การทำ Lines and Drain Daily Round & Checklist 1) ประชุมและกำหนดทีมทำงาน โดยทำงานผ่านหัวหน้าหอผู้ป่วย/แกนนำหอผู้ป่วย/ CoP การป้องกัน Lines and Drain เลื่อนหลุด 2) ร่วมกันจัดทำ Daily Round & Checklist การดูแลสายสวน/สายสวนทางศัลยกรรมเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุด (สาย PEG , NG, Epidural Cath , PCD/PCN , Foley's Cath 3) กำหนด Daily Round & Checklist ในการดูแลเพื่อป้องกันสายสวน เลื่อนหลุด 4) นำไปทดลองใช้ในกลุ่มหอผู้ป่วยที่มีอุบัติการณ์และมีความเสี่ยงสูง		-แบบประเมิน Lines and Drain Daily Round & Checklist หอผู้ป่วยเป้าหมายที่มีการใช้งาน Lines and Drain Daily Round & Checklist	-แบบประเมิน Lines and Drain Daily Round & Checklist ทำได้สำเร็จ ร้อยละของหอผู้ป่วยที่มีการใช้ Lines and Drain Daily Round & Checklist	ทำได้สำเร็จร้อยละ 100 หอผู้ป่วยเป้าหมายมีการใช้ Lines and Drain Daily	NA	NA	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผลการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
ปี ปม.2564-2565	วัน-เวลา	(measure)	(Indication)	ป.ง.ม. 2564	ดำเนินการ 2563	ตุลาคม 2563 - กันยายน 2564	
<p>ICU: SICU CVT</p> <p>เด็ก ICU : NICU</p> <p>Ward พิเศษ : ฉบ.8 ฉบ.10</p> <p>สามัญ : ศัลยกรรมชาย 2</p> <p>อายุรกรรมชาย 1</p> <p>นรีเวช ศัลยกรรมประสาท</p> <p>กระดูกและข้อชาย</p> <p>วิเคราะห์ผลและปรับปรุง</p>				Round & Checklist ≥ร้อยละ 80			
<p>1.3 จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่าน CoP กลุ่มป้องกัน Tube & Line เลื่อนหลุด</p> <p>สรุป Content และ KM ใน Website ฝ่ายบริการพยาบาล</p>		กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของ CoP กลุ่มป้องกัน Tube & Line เลื่อนหลุด	จำนวนครั้งของกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของ CoP กลุ่มป้องกัน Tube & Line เลื่อนหลุด	6 ครั้ง (2 เดือน/ครั้ง)	NA	1	
<p>1. กิจกรรมเพื่อลดอุบัติการณ์ Phlebitis / Extravasation</p>		การเกิด Phlebitis ระดับ 3-4/	อัตราการเกิด Phlebitis ระดับ 3-4/	< 0.26 ครั้ง :1000 วัน นอน	0.23	รอเติม	คุณคณิงนิตย์

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผลการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2564-2565	วัน-เวลา	(measure)	(Indication)	ป.ง.ม. 2564	ดำเนินการ 2563	ตุลาคม 2563 - กันยายน 2564	
		Extravasation	Extravasation	< 0.05 ครั้ง :1000 วัน นอน	0.25		
1.1 โครงการพัฒนาศักยภาพพยาบาลในการดูแลการให้สารน้ำ/ยาทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย 1.1.1 โครงการ Training for the trainer for excellent IV care เพื่อสร้างบุคลากรภายในให้เป็นวิทยากรด้าน IV Care มืออาชีพ 1.1.2 Walk round ร่วมกับ VAD Team /กรรมการระบบยา/เภสัชกรติดตามการใช้ Bundle IV Care ในหอผู้ป่วยทุก 2 เดือน (เลือกหอผู้ป่วยที่มีอุบัติการณ์สูง) - CVT MRCU SICU - อายุกรรมหญิง - อายุกรรมชาย 2 - เฉลิมพระบารมี 8,10 - นรีเวช - ศัลยกรรมเด็ก - NICU	ตค.64- ก.ย.65	หลักสูตรการพัฒนาเพื่อเป็น Trainer IV Care	จัดทำหลักสูตรได้สำเร็จ	ความก้าวหน้าร้อยละ 100	NA	NA	คุณคณิงนิตย์
		จำนวน Trainer IV Care	จำนวน Trainer IV Care ครบตามกลุ่มผู้ป่วย : สูติกรรม ศัลยกรรม อายุกรรมเด็ก	ร้อยละ 100	NA	NA	
		หอผู้ป่วยที่ได้รับการ Walk round	การ Walk round	ร้อยละ 100	NA	NA	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผลการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
ปี ป.ม.2564-2565	วัน-เวลา	(measure)	(Indication)	ป.ง.ม. 2564	ดำเนินการ 2563	ตุลาคม 2563 - กันยายน 2564	
1.2 สํารวจความชุกของ phlebitis / Extravasation/Infiltration ที่เกิดทาง peripheral intravenous catheters	พค. 65	กิจกรรมสํารวจความชุกของ phlebitis / Extravasation/Infiltration	มีกิจกรรมสํารวจความชุกของ phlebitis / Extravasation/Infiltration	1 ครั้ง	NA		
1.3 โครงการ Standardized การเกิด Phlebitis / Extravasation/Infiltration - ในหอผู้ป่วยที่มีอัตราการเกิดสูง : - CVT MRCU SICU - อายุกรรมหญิง - อายุกรรมชาย 2 - เฉลิมพระบารมี 8,10 - นรีเวช	ตค.64- ก.ย.65	การทำ standardize	หอผู้ป่วยเป้าหมายที่มีการทำ standardize	ร้อยละ 100	NA		
1.4 ลดอุบัติการณ์จากการใช้ยา ความเสี่ยงสูงที่ทำให้เกิด Phlebitis/Extravasation ใน Elderly (ทำร่วมกับ VAD Team /ทีมเภสัชกร) 1) ทบทวนแนวปฏิบัติและการจัดการยา - ยา Cordarone - ยา Levophed - ยา 5FU	ตค.64- ก.ย.65	ร้อยละของการเกิดอุบัติการณ์ที่เกิดจากการใช้ยาเป้าหมาย	อุบัติการณ์จากการใช้ยาเป้าหมายลดลง	≥ ร้อยละ 30			

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผลการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2564-2565	วัน-เวลา	(measure)	(Indication)	ป.ง.ม. 2564	ดำเนินการ 2563	ตุลาคม 2563 - กันยายน 2564	
- ยา ZnSO4 Inj 2) KM ในกลุ่มหออผู้ป่วยที่มีการใช้ ยา: MICU SICU CCU CVTอายุรกร รรมชาย 1		การทำ KM ในหออผู้ป่วย	ร้อยละของหออผู้ป่วย เป้าหมาย	ร้อยละ 100			
2. จัดทำโปรแกรมการลงข้อมูล เรื่อง Phlebitis Extravasation Infiltration ในระบบ HIS		โปรแกรมการลงข้อมูล Phlebitis Extravasation Infiltration ในระบบ HIS	โปรแกรมการลงข้อมูล Phlebitis Extravasation Infiltration ในระบบ HIS ทำได้สำเร็จ	โปรแกรม การลง ข้อมูล Phlebitis Extravas ation Infiltratio n ใน ระบบ HIS ทำได้ สำเร็จร้อย ละ 100	NA		
3.โครงการเพิ่มความรู้ด้าน IV Care สำหรับ Non nurse (โครงการพัฒนาศักยภาพการดูแล ผู้ป่วย กลุ่ม non-nurse)	ตค.64- ก.ย.65	จำนวน PN/ORD ในหออผู้ป่วย เป้าหมายที่ได้รับการอบรม	จำนวน PN/ORD ในหออ ผู้ป่วยเป้าหมายที่ได้รับการ อบรม	≥ ร้อยละ 80			

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผลการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
ปี พ.ศ.2564-2565	วัน-เวลา	(measure)	(Indication)	ป.จ.ม. 2564	ดำเนินการ 2563	ตุลาคม 2563 - กันยายน 2564	
1.โครงการพัฒนาความรู้และทักษะ ทางการพยาบาลด้านการดูแลแบบ ประคับประคอง ในหอผู้ป่วยหลัก 10 หอผู้ป่วย 1.1 โครงการอบรม workshop : The practice of palliative nursing 1 รุ่น ๆ ละ 1 วัน 1.2 โครงการ Palliative care conference 4 ครั้ง ๆ ละ 2 กรณีศึกษา 1.3 โครงการอบรมการใช้โปรแกรม ประเมิน PPSv2 ในระบบ HIS	ต.ค.64- ก.ย.65	1.คุณภาพการดูแลแบบ ประคับประคอง 1.1 ผู้ป่วยกลุ่มโรคที่กำหนด ได้รับการคัดกรองด้วย PPSv2	อัตราผู้ป่วยได้รับการ ประเมิน PPS แรกรับ	≥ 80	NA		คุณอรพรรณ
		1.2 ผู้ป่วยแบบประคับประคอง ได้รับการวางแผนการรักษา ล่วงหน้า (Advance care plan)	อัตราผู้ป่วยแบบ ประคับประคองได้รับการ วางแผนการรักษาล่วงหน้า (Advance care plan)	90%	NA		
		1.3 ผู้ป่วยแบบประคับประคอง ที่มีความปวดได้รับการจัดการ อาการด้วย opioids	อัตราผู้ป่วยแบบ ประคับประคองที่มีความ ปวดได้รับการจัดการด้วย opioids	100%	NA		
		1.4 ความพึงพอใจต่อคุณภาพ การดูแลแบบประคับประคองที่ ได้รับของผู้ป่วยและ/หรือ ครอบครัว	อัตราความพึงพอใจต่อ คุณภาพการดูแลแบบ ประคับประคองที่ได้รับ โดยรวมระดับมาก-มากที่สุด	≥ 90%	NA		
2. จัดทำคู่มือ : Quick guide การ ดูแลแบบประคับประคอง	ต.ค.64- ก.ย.65	ความสำเร็จของคู่มือ ความพึงพอใจต่อคู่มือ	- อัตราคู่มือที่จัดทำสำเร็จ	≥ 70%	NA		
			- อัตราความพึงพอใจระดับ มาก-มากที่สุด	≥ 90%	NA		
3. การพัฒนาและทบทวนแนว ทางการดูแลแบบประคับประคอง : ระยะท้าย	ต.ค.64- ก.ย.65	ความสำเร็จของแนวทางการ ดูแลแบบประคับประคอง : ระยะท้าย	จำนวนแนวทางการดูแล ผู้ป่วยแบบประคับประคอง : ระยะท้าย	1	1 (การประเมิน PPS)		

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผลการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2564-2565	วัน-เวลา	(measure)	(Indication)	ป.ง.ม. 2564	ดำเนินการ 2563	ตุลาคม 2563 - กันยายน 2564	
4. โครงการ “บ่มเพาะหัวใจแห่งการดูแล” (สำหรับพยาบาล 2 รุ่น และ non-nurse 2 รุ่น ๆ ละ 30 คน)	22 และ 23 ก.พ. 64	- ความพึงพอใจต่อการอบรม	อัตราความพึงพอใจต่อการอบรมระดับมาก-มากที่สุด	>90 %	NA		
โครงการพัฒนาคุณภาพการจัดการความปวด	ต.ค.64- ก.ย.65	การจัดการความปวด	ผู้ป่วยในได้รับการประเมินความปวดแรกจับ	ร้อยละ 90	NA	NA	คุณอุไรวรรณ
			ผู้ป่วยในได้รับการประเมินความปวด ≥ 1 ครั้ง/เวร	ร้อยละ 95	NA	NA	
			ผู้ป่วยในหลังผ่าตัด 72 ชม.มีคะแนนความปวด ≤ 3	ร้อยละ 80	NA	NA	
			ผู้ป่วยในที่ได้รับการผ่าตัดมีการประเมินความปวดก่อนจำหน่าย	ร้อยละ 95	91.85	รอผล	
			ผู้ป่วยในที่ได้รับการผ่าตัดมีคะแนนความปวด ก่อนจำหน่าย ≤ 3	ร้อยละ 95	98.12	รอผล	
1.1 ทบทวนแนวปฏิบัติในการจัดการความปวด -cancer pain Acute pain -pediatric pain	ต.ค.64- ก.ย.65	- แนวปฏิบัติการจัดการความปวด					

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผลการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
ปี ป.ม.2564-2565	วัน-เวลา	(measure)	(Indication)	ป.ง.ม. 2564	ดำเนินการ 2563	ตุลาคม 2563 - กันยายน 2564	
นำเสนอกรรมการบริหารฝ่ายบริการ พยาบาล Deploy ติดตาม							
1.2 โครงการสรรหา best practice ด้านการจัดการความปวด - การประเมินความปวดแรกรับ >90% - ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินความปวด ≥ 1 ครั้ง/เวร - ผู้ป่วยในที่มีความปวดระหว่างนอน รพ.มีการประเมินความปวดก่อน จำหน่าย -ผู้ป่วยในที่ได้รับการผ่าตัดมีคะแนน ความปวด ก่อนจำหน่าย ≤ 3 -บุคลากรเข้าร่วมกิจกรรม >80%	ต.ค.64- ก.ย.65	หออผู้ป่วยที่เป็น best practice	จำนวนหออผู้ป่วยที่เป็น best practice	6 หอ ผู้ป่วย	NA	NA	
2.โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ด้านการจัดการความปวด							
2.1 โครงการอบรม เรื่อง การจัดการ ความปวดสำหรับพยาบาล 3 รุ่น (ผู้ใหญ่ 2 รุ่น เด็ก 1 รุ่น)	รุ่น1 27 ม.ค 65รุ่น 2 28 ม.ค. 65	- การจัดกิจกรรม	-จำนวนครั้งของการจัด กิจกรรม	3 ครั้ง			

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผลการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
ปี ป.ม.2564-2565	วัน-เวลา	(measure)	(Indication)	ป.จ.ม. 2564	ดำเนินการ 2563	ตุลาคม 2563 - กันยายน 2564	
	รุ่นที่ 3 25 ก.พ.65						
2.2 พัฒนาสื่อการเรียนรู้ แขนวบน website ฝ่ายบริการพยาบาล -cancer pain Acute pain -pediatric pain	ต.ค.64- ก.ย.	สื่อการเรียนรู้	จำนวนสื่อการเรียนรู้ แขนวบน website ฝ่ายบริการพยาบาล	3 เรื่อง			
2.3 กระตุ้นให้พยาบาลเข้าอบรมเรื่อง การจัดการความปวดสำหรับพยาบาล ผ่านสื่อการเรียนรู้ - พยาบาลทุกระดับ	มี.ค.64	การเข้าอบรมผ่านสื่อการเรียนรู้	ร้อยละของพยาบาลที่เข้าอบรมผ่านสื่อการเรียนรู้	>80%	NA	NA	
2.4 จัดทดสอบความรู้เรื่องความปวด และการจัดการความปวดสำหรับ พยาบาล - กลุ่มผู้ป่วยเด็ก - กลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่	ก.ค.64	- คะแนนการทดสอบความรู้ (pre-post test)	- ร้อยละของพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ทดสอบความรู้ 0-3 ปี \geq 70% -3-10 ปี \geq 80% ->10 ปี \geq 85%	ร้อยละ 100	NA	NA	
3. โครงการส่งเสริมและติดตามคุณภาพการจัดการความปวด							
3.1 การเทียบเคียงเครือข่ายชมรมพัฒนาการพยาบาล		การเทียบเคียงเครือข่ายชมรมเครือข่ายฯ	อันดับการเทียบเคียงเครือข่ายชมรมพัฒนาการพยาบาล				
		Acute pain		อันดับ 1 ใน 3	อันดับ 3 จาก 6	---	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผลการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
ปี ปม.2564-2565	วัน-เวลา	(measure)	(Indication)	ป.ง.ม. 2564	ดำเนินการ 2563	ตุลาคม 2563 - กันยายน 2564	
		Cancer pain		อันดับ 1 ใน 3	---	
		Pediatric pain		อันดับ 1 ใน 3	อันดับ 2 จาก 4	---	
3.2 audit เวชระเบียนการจัดการความปวด -มอบหมายกรรมการ audit 3 เพิ่ม/เดือน/คน	ต.ค.63-ก.ย.64	การ audit เวชระเบียนการลงบันทึกความปวด	จำนวนเวชระเบียนที่ได้รับ การ audit การลงบันทึกความปวด	5 เพิ่ม/เดือน	NA	NA	
3.3 วิเคราะห์อุบัติการณ์การจัดการความปวดไม่เหมาะสม (แลกเปลี่ยนการ audit)	ทุก 3 เดือน	กิจกรรมการวิเคราะห์และแลกเปลี่ยน	จำนวนครั้งกิจกรรมการวิเคราะห์และแลกเปลี่ยน	4 ครั้ง			
เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญให้ครอบคลุม -สร้าง CNS ให้ครบทุกโรคหลักของแต่ละสาขาวิชาที่พัฒนาเป็น DSC -จัดทำตัวชี้วัดหลักรายโรคร่วมกับ CNS -ติดตามผลลัพธ์ทางการพยาบาล -ร่วมพัฒนาระบบและสนับสนุนการติดตามผลลัพธ์ -จัดกิจกรรมวิชาการนำเครื่องมือคุณภาพลงสู่การปฏิบัติ ส่งเสริมการทำกิจกรรมคุณภาพในงานประจำ	ต.ค.64-ก.ย.65	ผลลัพธ์ทางการพยาบาลรายโรค	ผลลัพธ์ทางการพยาบาลรายโรคแต่ละโรคมียุทธศาสตร์ที่ดี	≥ 80			คุณจารุวรรณ
		จำนวน CNS	จำนวน CNS เพิ่มขึ้น	10 คน (Stroke BrainTumor ให้ยาเคมีบำบัด)			
		การรายงานผลลัพธ์ตัวชี้วัดรายโรค	จำนวนครั้งการรายงานผลลัพธ์ตัวชี้วัดรายโรค	2 ครั้ง	2	3	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผลการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ															
ปี งบประมาณ.2564-2565	วัน-เวลา	(measure)	(Indication)	ป.ง.ม. 2564	ดำเนินการ 2563	ตุลาคม 2563 - กันยายน 2564																
-จัด/ส่งอบรมวิชาการเพื่อพัฒนาต่อยอดและขยายผลงานคุณภาพ				(ทุก 6 เดือน)																		
		กิจกรรมวิชาการ	จำนวนครั้งของการจัดกิจกรรมวิชาการ	10 ครั้ง																		
		การนำเสนอผลงาน	จำนวนผลงานที่ได้รับการคัดเลือกให้นำเสนอ	10 เรื่อง																		
โครงการเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการด้านยา	ต.ค.63-ก.ย.64	ความคลาดเคลื่อนทางยา	-อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา รวม /1000วันนอน ระดับ C-I	< 0.54	1.11	อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา/1000 วันนอน ระดับ C-I เฉลี่ย= 0.74	คุณนงลักษณ์															
					<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">ลักษณะเหตุการณ์</th> </tr> <tr> <th>ไตรมาส</th> <th>2563</th> <th>2564</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>D02 Prescribing error ผู้ป่วยใน</td> <td>16</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>D06 Dispensing error ผู้ป่วยใน</td> <td>0</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>D0801 ให้อาผิดขนาด/ให้อาซ้ำ</td> <td>111</td> <td>65</td> </tr> </tbody> </table>		ลักษณะเหตุการณ์			ไตรมาส	2563	2564	D02 Prescribing error ผู้ป่วยใน	16	10	D06 Dispensing error ผู้ป่วยใน	0	4	D0801 ให้อาผิดขนาด/ให้อาซ้ำ	111	65	
ลักษณะเหตุการณ์																						
ไตรมาส	2563	2564																				
D02 Prescribing error ผู้ป่วยใน	16	10																				
D06 Dispensing error ผู้ป่วยใน	0	4																				
D0801 ให้อาผิดขนาด/ให้อาซ้ำ	111	65																				
					<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">ลักษณะเหตุการณ์</th> </tr> <tr> <th>ไตรมาส</th> <th>2563</th> <th>2564</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>D02 Prescribing error ผู้ป่วยใน</td> <td>16</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>D06 Dispensing error ผู้ป่วยใน</td> <td>0</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>D0801 ให้อาผิดขนาด/ให้อาซ้ำ</td> <td>111</td> <td>65</td> </tr> </tbody> </table>		ลักษณะเหตุการณ์			ไตรมาส	2563	2564	D02 Prescribing error ผู้ป่วยใน	16	10	D06 Dispensing error ผู้ป่วยใน	0	4	D0801 ให้อาผิดขนาด/ให้อาซ้ำ	111	65	
ลักษณะเหตุการณ์																						
ไตรมาส	2563	2564																				
D02 Prescribing error ผู้ป่วยใน	16	10																				
D06 Dispensing error ผู้ป่วยใน	0	4																				
D0801 ให้อาผิดขนาด/ให้อาซ้ำ	111	65																				

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผลการดำเนินการ		ผู้รับผิดชอบ
ปี ปม.2564-2565	วัน-เวลา	(measure)	(Indication)	ป.จ.ม. 2564	ดำเนินการ 2563	ตุลาคม 2563 - กันยายน 2564		
				D08020 ให้อาผิตชนิด		6	8	
				D08021 ใ้รับยา LASA				
				D0803 ให้อาผิตเวลา		34	0	
				D0804 ให้อาผิตคน(A01)		16	8	
				D0805 ให้อาผิตวิธี/ทาง		11	4	
				D0806 ผู้ป่วยไม่ได้รับยา/ได้รับยาไม่ครบ		96	83	
				D0809 อันตรายรุนแรงจากการให้ยาที่เสีงสูงและยาเคมีบำบัด		0	3	
				D08091 ไม่ปฏิบัติตาม Guideline ของการใช้ High Alert Drug			2	
				D08092 ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้จากการได้รับยาความเสี่ยงสูง		NA	1	
				D08094 Tissue Ischemia from Vasopressor		NA	0	
				D0818 ให้อาผิตความเร็ว		NA	0	
				D0819 ไม่ปฏิบัติตาม Guideline ของการใช้ Fatal Drug		NA	5	
				D0901 การแพ้ยาซ้ำ		3	0	
				D0902 การแพ้ยาข้ามกลุ่ม		1	0	
				D10 ผู้ป่วยที่ป้องกันได้จากการสั่งยาที่เคยแพ้		1	0	
				D1101 อาหารทางการแพทย์		0	0	
				D1102 อื่น ๆ		1	0	
				D13 ยาสูญหาย/การจัดเก็บยาไม่ถูกวิธี		0	0	
				D14 ยาเคมีบำบัดรั่ว/หก		10	3	
				D1701 ไม่ปฏิบัติตาม Guideline เกี่ยวกับ Medication Reconciliation		NA	0	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผลการดำเนินการ		ผู้รับผิดชอบ																																														
ปี งบประมาณ.2564-2565	วัน-เวลา	(measure)	(Indication)	ป.จ.ม. 2564	ดำเนินการ 2563	ตุลาคม 2563 - กันยายน 2564																																																
				D1703 ผู้ป่วยได้รับยาซ้ำซ้อนจากไม่ได้ทำ Medication Reconciliation		NA	1																																															
				รวม		314	197																																															
					ลักษณะเหตุการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ที่มีจำนวนมากสูงสุด 3 เหตุการณ์คือ D0801 ให้ยาผิดขนาด/ให้ยาซ้ำ D0806 ผู้ป่วยไม่ได้รับยา/ได้รับยาไม่ครบ D0804 ให้ยาผิดคน(A01) และD08020 ให้ยาผิดชนิด																																																	
			ระดับ A-B	<3.74	4.34	อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา/1000 วันนอน ระดับ A-B = 4.62																																																
				จำนวนครั้งของการเกิดเหตุการณ์ near miss จากการบริหารยา																																																		
				<table border="1"> <thead> <tr> <th>ไตรมาส</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ผิดขนาด</td> <td>228</td> <td>240</td> <td>189</td> <td>161</td> </tr> <tr> <td>ไม่ได้รับยา ไม่ได้จัด</td> <td>71</td> <td>49</td> <td>43</td> <td>37</td> </tr> <tr> <td>ผิดชนิด</td> <td>33</td> <td>47</td> <td>25</td> <td>27</td> </tr> <tr> <td>ผิดคน</td> <td>9</td> <td>4</td> <td>15</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>ผิดเวลา</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>ผิดรูปแบบ (set IV push >>IV drip)</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>อื่น ๆ (จัดยาไม่ครบ จัดยาที่ผ.ป.มีประวัติแพ้)</td> <td>16</td> <td>16</td> <td>24</td> <td>24</td> </tr> <tr> <td>รวม</td> <td>363</td> <td>359</td> <td>297</td> <td>256</td> </tr> </tbody> </table>					ไตรมาส	1	2	3	4	ผิดขนาด	228	240	189	161	ไม่ได้รับยา ไม่ได้จัด	71	49	43	37	ผิดชนิด	33	47	25	27	ผิดคน	9	4	15	6	ผิดเวลา	3	1	1	1	ผิดรูปแบบ (set IV push >>IV drip)	3	2	0	0	อื่น ๆ (จัดยาไม่ครบ จัดยาที่ผ.ป.มีประวัติแพ้)	16	16	24	24	รวม	363	359	297	256	
ไตรมาส	1	2	3	4																																																		
ผิดขนาด	228	240	189	161																																																		
ไม่ได้รับยา ไม่ได้จัด	71	49	43	37																																																		
ผิดชนิด	33	47	25	27																																																		
ผิดคน	9	4	15	6																																																		
ผิดเวลา	3	1	1	1																																																		
ผิดรูปแบบ (set IV push >>IV drip)	3	2	0	0																																																		
อื่น ๆ (จัดยาไม่ครบ จัดยาที่ผ.ป.มีประวัติแพ้)	16	16	24	24																																																		
รวม	363	359	297	256																																																		
				จากข้อมูลพบว่า มีบางหอผู้ป่วยที่ไม่มีข้อมูลของการ เกิด Near miss เลย																																																		
			ระดับ C-D	<0.50	1.07	อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา/1000 วันนอน																																																

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผลการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2564-2565	วัน-เวลา	(measure)	(Indication)	ป.ง.ม. 2564	ดำเนินการ 2563	ตุลาคม 2563 - กันยายน 2564	
						ระดับ C-D = 0.71	
			ระดับ E-F	<0.04	0.05	<p>อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา/1000 วันนอน</p> <p>ระดับ E-F = 0.021 (6 ครั้ง)</p> <p>ไตรมาส 1 เกิด 3 ครั้ง</p> <p>1.เตรียมยา heparin 10000 unit (2ml) ติด sticker ยาผิด จาก heparin เป็น cardepine (มีสีน้ำเงินเหมือนกัน) เมื่อตรวจสอบเจอ จึงได้ดึง sticker ยา cardepine ออกและนำยาไปวางไว้บริเวณกล่องยาปลายเตียงผู้ป่วย โดยไม่ได้ติด sticker ใหม่บน syringe เมื่อยาหมดสังเกตเห็น syringe ที่บริเวณกล่องยาปลายเตียงผู้ป่วย ขนาดเท่ากับ heparin lock สำหรับหล่อเส้น จึงเข้าใจผิดว่ามีคนเตรียม heparin lock ให้แล้วจึงได้นำ syringe ดังกล่าวมาฉีดให้แก่ผู้ป่วย</p> <p>ส่งผลให้ aPTT(C) 233. sec. ให้ Protamine SO4 20 mg IV slow push</p> <p>การพัฒนา: ทบทวน sticker HAD ปรับสีให้มีความแตกต่าง ทำ visual control เพื่อป้องกันการติดผิดพลาด</p> <p>2.พ.เตรียมทำ coiling On 0.9%NSS 1000ml + KCL 40mEq/L IV 80 cc/hr.</p>	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผลการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2564-2565	วัน-เวลา	(measure)	(Indication)	ป.ง.ม. 2564	ดำเนินการ 2563	ตุลาคม 2563 - กันยายน 2564	
						<p>via Infusion pump พยาบาล รับ order และ set card ติดข้างขวด -เวลา 14.30 น. ส่งผู้ป่วยไปห้อง intervention เวลาประมาณ 18 น. ต่อมาได้รับโทรศัพท์แจ้งว่าระหว่างดมยาและทำการรักษา coiling ผู้ป่วยมี EKG ผิดปกติ ตรวจสอบพบว่า IV ที่ให้ เป็น IV add KCL ในอัตราประมาณ 200-250 cc/hr. เป็นเวลา 3 ชม. (ปรับ rate โดย วิสัญญี) เนื่องจากวิสัญญีไม่ทราบว่า IVF add KCL. โดยแจ้งว่าเพราะไม่มีป้าย HAD เตือน ต้องรักษาโดยให้ยา Ca gluconate</p> <p>การพัฒนา: จัดทำป้าย HAD สำหรับแขวน เพื่อ Identification ผป.ที่ได้รับยาเสี่ยงสูง 3.ผป. มีคำสั่งใช้ยา Salbutamol Nebules 2.5mg Sig ยา 2.5 ซีซี ผสม NSS เป็น 5 ซีซี ฟันทุก 4 ชั่วโมง แต่มีการ set card ยา Salbutamol Nebules เป็น q 6 hr. ส่งผล ให้ผู้ป่วยได้รับยาน้อยกว่าที่ควร 3 dose มี อาการเหนื่อยมากขึ้น แพทย์ให้พ่นยา Ipra.+Feno. (4 ml) Sig 1 neb NB q 15 minx 3 dose</p> <p>การพัฒนา: ทบทวนการ set card ยาในหอผู้ป่วย</p> <p>ไตรมาส 2 เกิด 1 ครั้ง D1701 ไม่ปฏิบัติตาม Guideline เกี่ยวกับ Medication</p>	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผลการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2564-2565	วัน-เวลา	(measure)	(Indication)	ป.ง.ม. 2564	ดำเนินการ 2563	ตุลาคม 2563 - กันยายน 2564	
						<p>Reconciliation (รายละเอียด ในการทำ MRRT)</p> <p>ไตรมาส 3 เกิด 1 ครั้ง D0801 ให้ยาผิดขนาด/ให้ยาซ้ำ มีคำสั่งการรักษา เจาะ DTX premeal + hs, keep 80-200 mg% และฉีด Mixtard70/30(Humulin70/30 Sig 20 u เข้า ปรับได้ตามอาหารที่กิน ให้ น้ำตาลเย็นได้ไม่เกิน 200 mg% ,10 u เย็น ค่า DTX อยู่ในช่วง 89-116 mg% Post Op เวลา 17.00 น. เจาะ DTX=113 mg% ให้ Mixtard70/30(Humulin70/30 Sig 20 u sc. ก่อนทานอาหาร เมื่อมากดจ่ายยา จึงทราบว่ายาลดขนาด DTX at 7.00 น. = 86 mg% และให้ยา Mixtard70/30 Sig 20 u เข้า เวลา 7.06 น. ทานข้าวต้มม้อเข้าได้ 1/2 ถุง at 11.00 น. = 57 mg% รายงานแพทย์เจ้าของไข้ + ให้กินน้ำหวาน 150 ml</p> <p>การพัฒนา: จัด In service training ในหอผู้ป่วยเกี่ยวกับการบริหารยา Insulin</p> <p>ไตรมาส 4 เกิด 1 ครั้ง D06 Dispensing error ผู้ป่วยใน ยาCytarabineยาเตรียม >100mg Sig 3350 mg IV drip in 3 h q 12 hr. เมื่อพยาบาลได้นำยาออกมาจากตู้เย็นพบว่ายาเป็นสีเหลือง แต่เปรียบเทียบกับอีกขวดก็เป็นสีเหลือง (ปกติยาเคมีบำบัด</p>	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผลการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ								
ปี งบประมาณ.2564-2565	วัน-เวลา	(measure)	(Indication)	ป.ง.ม. 2564	ดำเนินการ 2563	ตุลาคม 2563 - กันยายน 2564									
						cytarabine สีส) แต่คิดว่ายาที่ให้อาจเปลี่ยนบริษัทผลติยา มารดาได้หักข้อความไปหาพยาบาลเวร BD ที่ออกเวรไปแล้ว ทาง inbox พยาบาลตอบกลับมาว่า ถ้ายาสีเหลืองเจอแต่ MTX.แพทย์ได้ติดต่อเภสัชกร สอบถามลักษณะยาที่เปลี่ยนสีไปเกิดจากสาเหตุอะไร เภสัชกรให้ความเห็นว่ายาที่ให้กับผู้ป่วยอาจจะไม่ใช่ยาCytarabine ขอรอตรวจสอบยาในวันที่ 15/09/64 อีกครั้ง ให้หยุดการให้ยาไปก่อน-แพทย์ให้Off Cytarabine เปลี่ยนเป็น 5%DN/2 1000 mL + NaHCO3 30 mEq/L + KCL 10 mEq/L IV rate 140 mL/hr.									
			ระดับ G-I	0	0	อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา/1000 วันนอน ระดับ G-I =0									
			วิเคราะห์สาเหตุความคลาดเคลื่อนทั้งหมด จากโอบทบทวนในขั้นตอนการบริหารยาพบว่า 3 อันดับแรกคือ Process control 167 ครั้ง Human 114 ครั้ง Communication 68 ครั้ง และในบางเหตุการณ์เกิดจากหลายสาเหตุ ดังนี้												
						<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>ขั้นตอน</th> <th>สาเหตุ</th> <th>แผนที่จะทำต่อ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Process control (167)</td> <td>การตรวจสอบการ์ดยา(81)</td> <td>Individual factor จากทักษะในการปฏิบัติงานคือ -ไม่ตรวจสอบการ์ดยา -ตรวจสอบแล้วไม่พบความผิดปกติ</td> <td>-เพิ่มการกำกับ ติดตาม ในกระบวนการการ ตรวจสอบการ์ดยาและ ก่อนให้ยา</td> </tr> </tbody> </table>		ขั้นตอน	สาเหตุ	แผนที่จะทำต่อ	Process control (167)	การตรวจสอบการ์ดยา(81)	Individual factor จากทักษะในการปฏิบัติงานคือ -ไม่ตรวจสอบการ์ดยา -ตรวจสอบแล้วไม่พบความผิดปกติ	-เพิ่มการกำกับ ติดตาม ในกระบวนการการ ตรวจสอบการ์ดยาและ ก่อนให้ยา	
	ขั้นตอน	สาเหตุ	แผนที่จะทำต่อ												
Process control (167)	การตรวจสอบการ์ดยา(81)	Individual factor จากทักษะในการปฏิบัติงานคือ -ไม่ตรวจสอบการ์ดยา -ตรวจสอบแล้วไม่พบความผิดปกติ	-เพิ่มการกำกับ ติดตาม ในกระบวนการการ ตรวจสอบการ์ดยาและ ก่อนให้ยา												

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผลการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2564-2565	วัน-เวลา	(measure)	(Indication)	ป.ง.ม. 2564	ดำเนินการ 2563	ตุลาคม 2563 - กันยายน 2564	
			การตรวจสอบ ก่อนให้ยา(63)	-ไม่ตรวจสอบก่อนให้ยา -ตรวจสอบแล้วไม่พบความผิดปกติ			
			Human (114) -ขาดความรู้/ ประสบการณ์(37)	Individual Factor -ความรู้และประสบการณ์ -พยาบาลใหม่อายุงาน < 1 ปี 9 ครั้ง -พยาบาลอายุงาน 1-3 ปี 4 ครั้ง -ขาดความรู้เรื่องยาที่บริหาร		-จัดอบรมการบริหารยา ให้กับพยาบาลใหม่ และ จัดกิจกรรมทบทวนการ บริหารยากับพยาบาล ระดับอื่น ๆ	
			ทำงานหลายอย่าง ในเวลาเดียวกัน (15)	Work environment 1.การปฏิบัติงานหลายอย่างในเวลา เดียวกันทำให้ข้ามขั้นตอนในการบริหารยา เช่น Medication nurse ในขั้นตอนการ บริหารยาแต่ต้องเป็นผู้จัดการเตียงหรือ บางครั้งทำรับใหม่รับกลับจากห้องผ่าตัด ในกรณี case management: ขณะกำลัง บริหารยา มีแพทย์มาเยี่ยม ต้องรายงาน ปัญหาของผป. หรือต้องรับโทรศัพท์หรือ ต้องส่งผู้ป่วยไปนอกหอผู้ป่วย			
			อื่น(67)	Individual factor -ขาดความรอบคอบในการทำงาน -บริหารยาโดยใช้ความเคยชิน -การจัดลำดับความสำคัญของงาน			
			Commu nication (68)	การสื่อสารภายใน ทีมพยาบาล(44)	Team factor เช่น 1.การส่งเวร ไม่ครบถ้วน การส่งต่อข้อมูล เมื่อผป.ไปหน่วยงานอื่น ๆ ไม่ได้บอกแนว ทางการเฝ้าระวังหลังรับยา		

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผลการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2564-2565	วัน-เวลา	(measure)	(Indication)	ป.ง.ม. 2564	ดำเนินการ 2563	ตุลาคม 2563 - กันยายน 2564	
					2.เมื่อมอบหมายงานให้ PN/ Orderly ไม่ได้บอกรายละเอียด 3.การสื่อสารระหว่าง TL กับ Team member/ Medication/แพทย์ 4.ไม่มีการสอบถามแพทย์กรณีไม่เข้าใจ คำสั่งการรักษา 5.แพทย์ไม่ได้แจ้งเรื่องการเปลี่ยนแปลง คำสั่งการรักษา		
			คำสั่งการรักษาไม่ชัดเจน/แปลคำสั่งผิดพลาด(19)	Task Factor: สมรรถนะความเข้าใจในโปรแกรมยาของแพทย์ 1.มีการสั่งยา ชนิดเดียวกัน สั่งทั้งด้าน One dayและ Continuous 2.ไม่ระบุ route การให้ยา 3.สั่งยาใน Order ไม่มีค่าใช้จ่าย 4. กรณียา 0.7 สั่ง .7 ดูแล้วเข้าใจว่า 7 5.ไม่ระบุชื่อยาที่ชัดเจน เช่น ยาลดความดัน		-ส่งต่อข้อมูลใน PTC ของโรงพยาบาลเพื่อแก้ไขในเชิงระบบ -สื่อสารการเฝ้าระวัง และเหตุการณ์ที่เกิด บ่อยและเสี่ยงต่อการเกิดความผิดพลาดผ่านทาง Line แกนนนำระบบยา	
		ความคลาดเคลื่อนทางยา HAD	จำนวนความคลาดเคลื่อนทางยา HAD ระดับ E ขึ้นไป	0	0	จำนวนความคลาดเคลื่อนทางยา HAD ระดับ E ขึ้นไป = 4 เป็นยา Heparin 5000 unit/ml, KCL(40mEq/20ml), Actrapid(RI)100u/ml(10ml), Cytarabine เกสซ์เตรียม รายละเอียดในระดับความรุนแรงระดับ E-F	
1.1 โครงการตามรอยอุบัติการณ์ระดับ C ขึ้นไป ในหอผู้ป่วยที่มีการเกิดอุบัติการณ์		กิจกรรมตามรอยอุบัติการณ์	จำนวนครั้งที่ทำกิจกรรม	6	NA	จำนวนครั้งที่ทำกิจกรรมตามรอยอุบัติการณ์ 1 ครั้ง	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผลการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ 2564-2565	วัน-เวลา	(measure)	(Indication)	ป.ง.ม. 2564	ดำเนินการ 2563	ตุลาคม 2563 - กันยายน 2564	
สูงสุด หรือระดับ E ขึ้นไป ของแต่ละไตรมาส						<p>ไตรมาส 1 จำนวนครั้งในการทำกิจกรรม= 0 ครั้ง</p> <p>จากการทบทวนในภาพรวมของปี 2563 พบว่าหอผู้ป่วยที่เกิดอุบัติเหตุ 3 ลำดับคือ อายุรกรรมชาย 1 กระดูกและข้อชาย ศัลยกรรมหญิง มีการติดตามดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 ได้วิเคราะห์ข้อมูลอุบัติการณ์ภายในหน่วยงาน และระบบการมอบหมายงานจาก total management เป็น Functional - หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ทบทวนพบว่าอุบัติการณ์เกิดจากการไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ จึงกำหนดให้มีการกำกับติดตามอย่างใกล้ชิด - หอผู้ป่วยกระดูกและข้อชาย ให้หอผู้ป่วยวิเคราะห์และทบทวนตนเอง <p>ไตรมาส 2 จำนวนครั้งในการทำกิจกรรม= 1 ครั้ง ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 วันที่ 8 มีนาคม 2564 เนื่องจากหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 เกิดอุบัติเหตุไตรมาส 1 = 5 ครั้ง ไตรมาส 2 ก่อนทบทวนอุบัติเหตุ 4 ครั้ง ได้วิเคราะห์ข้อมูลอุบัติการณ์ร่วมกับพยาบาลในหอผู้ป่วย 1 จำนวน 13 คน พบประเด็นดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.ภาระงานที่เกี่ยวข้องกับการบริหารยา พบว่าอายุรกรรมชาย 1 มีการบริหารยามาก 	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผลการดำเนินการ				ผู้รับผิดชอบ																
ปี งบประมาณ.2564-2565	วัน-เวลา	(measure)	(Indication)	ป.ง.ม. 2564	ดำเนินการ 2563	ตุลาคม 2563 - กันยายน 2564																				
						<p>ที่สุดในรพ. และอัตรากำลังในการบริหารยา ไม่เพียงพอ</p> <p><u>การแก้ไข</u> ยื่นขอการทบทวนอัตรากำลังเพื่อขอให้มีส่วนที่ทำหน้าที่บริหารยาเพิ่ม 1 คน/เวร</p> <p>2.ระบบการมอบหมายงาน หอผู้ป่วยมีการเปลี่ยนระบบการมอบหมายงานจาก total management เป็น Functional เมื่อ พ.ย. 63 และ total care ในการดูแลผู้ป่วยกึ่งวิกฤติ 4 เตียง(อัตรากำลัง พยาบาล: ผู้ป่วย= 1:2)</p> <p>3.การพัฒนาบุคลากรในหน่วยงาน ในหอผู้ป่วยมีแกนนำที่เข้มแข็ง ต้องมีการร่วมมือกับ HW ในการพัฒนาทัศนคติในการปฏิบัติงานบางอย่าง เช่น การตรวจสอบการดยา การมอบหมายให้ผู้อื่นบริหารยาแทน การลำดับงานในแต่ละเวร เป็นต้น</p> <p>ไตรมาส 3 จำนวนครั้งในการทำกิจกรรม= 0 ครั้ง</p> <p>ไตรมาส 4 จำนวนครั้งในการทำกิจกรรม= 0 ครั้ง</p>																				
			ความคลาดเคลื่อนทางยา ระดับ C ขึ้นไป ในหอผู้ป่วย	ร้อยละ 20		<table border="1"> <tr> <td>หอผู้ป่วย</td> <td>ป.ม. 2563</td> <td>ป.ม. 2564</td> <td>ลดลง ร้อยละ</td> </tr> <tr> <td>กระดูกและข้อชาย</td> <td>26</td> <td>13</td> <td>50</td> </tr> <tr> <td>อายุรกรรมชาย 1</td> <td>23</td> <td>13</td> <td>43.5</td> </tr> <tr> <td>ศัลยกรรมหญิง</td> <td>22</td> <td>9</td> <td>60</td> </tr> </table>				หอผู้ป่วย	ป.ม. 2563	ป.ม. 2564	ลดลง ร้อยละ	กระดูกและข้อชาย	26	13	50	อายุรกรรมชาย 1	23	13	43.5	ศัลยกรรมหญิง	22	9	60	
หอผู้ป่วย	ป.ม. 2563	ป.ม. 2564	ลดลง ร้อยละ																							
กระดูกและข้อชาย	26	13	50																							
อายุรกรรมชาย 1	23	13	43.5																							
ศัลยกรรมหญิง	22	9	60																							
			เป้าหมาย ลดลง																							

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผลการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2564-2565	วัน-เวลา	(measure)	(Indication)	ป.ง.ม. 2564	ดำเนินการ 2563	ตุลาคม 2563 - กันยายน 2564	
1.2 MRRT: Medication Rapid Response Team ในอุบัติการณ์ที่มีระดับความรุนแรงระดับ E-I		จำนวนครั้งในการทำกิจกรรม	ร้อยละของจำนวนครั้งของการทำกิจกรรม	ร้อยละ 70	NA	<p>ไตรมาส 1 ร้อยละ 100</p> <p>คือ เกิดอุบัติการณ์ระดับ E = 1 ครั้ง D 0806 ผู้ป่วยได้รับยาไม่ครบ สาเหตุเกิดจากการ set card ยาผิด ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับยาไม่ครบ แพทย์มีคำสั่งใช้ยา Salbutamol Nebules 2.5mg Sig ยา 2.5 ซึซึ ผสม NSS เป็น 5 ซึซึ ฟันทุก 4 ชั่วโมง แต่พยาบาล set card ยา เป็น q 6 hr. ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยมากขึ้น O2 sat 88-90 % เพิ่มการรักษาเป็นพ่นยา Ipra.+Feno. (4 ml) Neb Sig 1 neb NB q 15 min x 3</p> <p>วิเคราะห์พบว่า</p> <p>สาเหตุเกิดจากการรับ Order ในช่วงที่กำลังรับส่งเวร หลังรับ Order set card ยา โดยไม่มีการตรวจสอบการรดยา เนื่องจาก TL รับ order และจัดยาเอง</p> <p>การพัฒนา</p> <p>- ทบทวนแนวปฏิบัติการบริหารยา ในขั้นตอนการรับ Order ยาและการสร้างการ์ดยา โดยไม่ทำกิจกรรมอื่น ๆ</p> <p>ไตรมาส 2 เกิดอุบัติการณ์ระดับ E = 1 ครั้ง ลักษณะเหตุการณ์: D1701. ไม่ปฏิบัติตาม Guideline เกี่ยวกับ Medication Reconciliation</p> <p>สาเหตุ: ผู้ป่วยนำยาเดิมมาจากบ้าน (Losartan, Amlodipine) พยาบาลซัก</p>	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผลการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2564-2565	วัน-เวลา	(measure)	(Indication)	ป.ง.ม. 2564	ดำเนินการ 2563	ตุลาคม 2563 - กันยายน 2564	
						<p>ประวัติรับทราบข้อมูล และให้ผู้ป่วยเก็บยาไว้ข้างเตียง มีพยาบาลและเภสัชกรประจำหอผู้ป่วยเน้นย้ำผู้ป่วยว่าไม่ให้หยิบยามารับประทานเอง ให้รับประทานยาจากพยาบาลเท่านั้น ต่อมาวิสัญญีแพทย์มีคำสั่งการรักษา Pre op continue amlodipine พยาบาลแก้ไข card Amlodipine 5 mg Tab 1x1 @ pc เข้า 6.00น. ต่อมาผู้ป่วยแจ้ง PN ว่าได้หยิบยาจากข้างเตียงมากินเองแล้ว 2 เม็ด แจ้งแพทย์เจ้าของไข้และวิสัญญีแพทย์รับทราบ เข้า OR ตามปกติ</p> <p>ต่อมารับแจ้งจากวิสัญญีแพทย์ว่าผู้ป่วยมี BP drop 70/50 mmHg รักษาโดย Levophed 80 mcg iv และ ephedrine 18 mg iv จากนั้น BP 140-160/50-60 mmHg</p> <p>1.แนวทางการจัดการยาเดิมที่ผู้ป่วยนำมาจากบ้านปฏิบัติไม่เหมือนกัน</p> <p>2.รีบทำงานเนื่องจากมีผู้ป่วยรับใหม่หลายราย</p> <p><u>การพัฒนา</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - กำหนดการเก็บยาเดิมที่ผู้ป่วยนำมาจากบ้านในห้องยาทุกราย -การสร้าง template ใน Kardex โดยทำ check list ในการประเมินเกี่ยวกับยาเดิมของผู้ป่วย 	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผลการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ																	
ปี ป.ม.2564-2565	วัน-เวลา	(measure)	(Indication)	ป.ง.ม. 2564	ดำเนินการ 2563	ตุลาคม 2563 - กันยายน 2564																		
						<p>ไตรมาส 3 เกิดอุบัติเหตุระดับ E = 1 ครั้ง ลักษณะเหตุการณ์: D0801 ให้อาผิดขนาด/ ให้ยาซ้ำ</p> <p>ไตรมาส 4 ไม่มี</p>																		
<p>โครงการประกวดกิจกรรมการบริหารยา อย่างปลอดภัย เน้น 3 กิจกรรม คือ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การสร้างการ์ดยา(set card ยา) - การตรวจทานซ้ำก่อนการจ่ายยาแก่ ผู้ป่วย (double check) - การบ่งชี้ตัวผู้ป่วยก่อนบริหารยา (Identification) 	ต.ค.63- ก.ย.64	โครงการที่เข้าร่วมกิจกรรม	จำนวนโครงการที่เข้าร่วม กิจกรรม	24 โครงการ	NA	<p>ไม่สำเร็จ</p> <p>มีหอผู้ป่วยส่งโครงการเข้าประกวดทั้งหมด 21 เรื่อง แต่ไม่ได้ดำเนินการพิจารณาคัดเลือก ต่อ</p>																		
<p>7. โครงการพัฒนาศักยภาพแกนนำ ระบบการบริหารยา</p> <p>-จัดอบรมระบบการบริหารยาแกนนำยา ของหอผู้ป่วย 2 รุ่น ะละ 2 วัน</p>	ต.ค.63- ก.ย.64	แกนนำได้รับการอบรม	ร้อยละของแกนนำที่ได้รับการ อบรม	ร้อยละ80	NA	<p>แกนนำที่ได้รับการอบรมร้อยละ 100 จัดโครงการ 2 รุ่น ะละ 2 วัน มีผู้เข้าอบรม ทั้งหมด 168 คน</p> <p>รุ่นที่ 1 วันที่ 10-11 มิถุนายน 2564 รุ่นที่ 2 วันที่ 17-18 มิถุนายน 2564</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">หัวข้อที่ประเมิน</th> <th colspan="2">คะแนนเฉลี่ย</th> </tr> <tr> <th>รุ่นที่ 1</th> <th>รุ่นที่ 2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. เนื้อหาสอดคล้องกับ หัวข้อ</td> <td>3.85</td> <td>3.85</td> </tr> <tr> <td>2. การบรรยายชัดเจน</td> <td>3.79</td> <td>3.81</td> </tr> <tr> <td>3. เปิดโอกาสให้ซักถาม</td> <td>3.82</td> <td>3.8</td> </tr> <tr> <td>4. ระยะเวลาเหมาะสม</td> <td>3.78</td> <td>3.71</td> </tr> </tbody> </table>	หัวข้อที่ประเมิน	คะแนนเฉลี่ย		รุ่นที่ 1	รุ่นที่ 2	1. เนื้อหาสอดคล้องกับ หัวข้อ	3.85	3.85	2. การบรรยายชัดเจน	3.79	3.81	3. เปิดโอกาสให้ซักถาม	3.82	3.8	4. ระยะเวลาเหมาะสม	3.78	3.71	
หัวข้อที่ประเมิน	คะแนนเฉลี่ย																							
	รุ่นที่ 1	รุ่นที่ 2																						
1. เนื้อหาสอดคล้องกับ หัวข้อ	3.85	3.85																						
2. การบรรยายชัดเจน	3.79	3.81																						
3. เปิดโอกาสให้ซักถาม	3.82	3.8																						
4. ระยะเวลาเหมาะสม	3.78	3.71																						

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผลการดำเนินการ		ผู้รับผิดชอบ		
ปี งบประมาณ.2564-2565	วัน-เวลา	(measure)	(Indication)	ป.ง.ม. 2564	ดำเนินการ 2563	ตุลาคม 2563 - กันยายน 2564				
						5. ความรู้ที่ได้รับ	3.82	3.81	3.82	ดีมาก
						6. การนำไป ประยุกต์ใช้	3.79	3.76	3.77	ดีมาก
						รวม	3.81	3.79	3.8	ดีมาก
						ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม -ควรแบ่ง section พยาบาล สลับ กับ เภสัช -ควรแยกคนเข้าอบรม IPD และ OPD -ควรจัดอบรมต่อเนื่องอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง -ควรจัดอบรมและทบทวนให้พยาบาลทุก ระดับ นอกจากแกนนำ -ควรเพิ่มเนื้อหาในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการให้ ยาผู้ป่วยทารกและเด็กให้มากขึ้น				
โครงการสนับสนุนส่งเสริมและติดตาม งาน	ต.ค.63- ก.ย.64									
8.1 ทบทวนแนวปฏิบัติการบริหารยา		แนวปฏิบัติการบริหารยา	ความสำเร็จในการทบทวน แนวปฏิบัติการบริหารยา	ร้อยละ100	NA	สำเร็จร้อยละ 50				
8.2 ทดสอบความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับ แนวปฏิบัติการบริหารยา		การทดสอบผ่านเกณฑ์(ร้อยละ 80)	จำนวนของผู้สอบผ่านเกณฑ์	ร้อยละ 80	NA	ไม่สำเร็จดำเนินการต่อเนื่องในปีงบประมาณ.2565				
8.3 QA การบริหารยาของหอผู้ป่วย	ต.ค.63- ก.ย.64	หอผู้ป่วยผ่านเกณฑ์ประเมิน(ร้อย ละ 100)	ร้อยละของหอผู้ป่วยที่ผ่าน เกณฑ์การประเมิน	ร้อยละ 100	ร้อยละ 30	ไม่สำเร็จดำเนินการต่อเนื่องในปีงบประมาณ.2565				
8.4 จัดระบบการสำรองยาและยาสามัญ ในหอผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ - การสำรองยาของหอผู้ป่วยตรงตาม เกณฑ์ที่ รพ.กำหนด	ต.ค.63- ก.ย.64	รายการยาสำรองในหอผู้ป่วย	หอผู้ป่วยที่สำรองรายการยา ตรงตามเกณฑ์ที่รพ.กำหนด	ร้อยละ 100	NA	หอผู้ป่วยที่สำรองรายการยาตรงตามเกณฑ์ที่ รพ.กำหนดร้อยละ 98.3 แบ่งเป็น 3 กลุ่มหอ ผู้ป่วยดังนี้				

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผลการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ 2564-2565	วัน-เวลา	(measure)	(Indication)	ป.ง.ม. 2564	ดำเนินการ 2563	ตุลาคม 2563 - กันยายน 2564	
- ทบทวนรายการยาปีละ 2 ครั้ง						<p>หอผู้ป่วยวิกฤต/กึ่งวิกฤตและอายุรกรรม สำรองยาได้ไม่เกิน 40 รายการ จำนวน 13</p> <p>หอผู้ป่วย ร้อยละ 100</p> <p>หอผู้ป่วยทั่วไป สำรองได้ไม่เกิน 20 รายการ จำนวน 45 หอผู้ป่วย/หน่วยงาน สำรองไม่ เกิน 20 รายการ จำนวน 45 หอผู้ป่วย ร้อย ละ 100</p> <p>หอผู้ป่วยฉุกเฉิน สำรองได้ไม่เกิน 30 รายการ มีรายการยาสำรอง 34 รายการ</p>	