

แบบฟอร์มการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพจากข้อเสนอแนะการเยี่ยมสำรวจ

โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี	จังหวัดปัตตานี	จำนวน 120 เตียง	ระดับขั้นการพัฒนา
วันที่รับรอง 19 พ.ย.2565	วันหมดอายุการรับรอง 18 พ.ย.2568		
หลักการตรวจสอบแผน 1) มีแผนครบถ้วนตามข้อเสนอแนะหรือไม่ 2) แผนตรงประเด็นหรือไม่ 3) แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินไปและมีผู้รับผิดชอบ 4) แผนระบุเป้าหมาย ตัวชี้วัด และกำหนดเวลาติดตาม 5) แผนมีผลลัพธ์ความก้าวหน้าตามที่กำหนดไว้			

ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง 1. การวัด วิเคราะห์และใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลงานขององค์กร: 1.1. ควรทบทวนเรื่องการเลือกตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับพันธกิจ วิสัยทัศน์ กลุ่มผู้ป่วยสำคัญเป้าหมายตามระบบงานสำคัญ การรวบรวม เชื่อมโยงตัวชี้วัด การมี alignment ทัวทั้งองค์กร การใช้ประโยชน์เพื่อติดตามการปฏิบัติงานประจำวันและความก้าวหน้าตามกลยุทธ์ การเรียนรู้ใช้ประโยชน์จากคู่เทียบ ในการปรับปรุงกระบวนการทำงาน 1.2. ควรทบทวนและใช้ประโยชน์จากการวิเคราะห์ข้อมูล นำไปปรับปรุงให้มีผลลัพธ์ดีขึ้น 2. กำลังคน (HRM) : เพื่อให้โรงพยาบาลมีบุคลากรที่มีสมรรถนะเหมาะสมกับการบำบัดยาที่มีประสิทธิภาพก้าวสู่การเป็น “โรงพยาบาลเฉพาะทางต้นแบบการเรียนรู้ด้านวิชาการและการบำบัดผู้ป่วยยาและสารเสพติดเพื่อการแพทย์ที่สมคุณค่าในเขตสุขภาพที่ 12 ภายใน ปี 2570” ให้บรรลุตามเป้าหมายและเข็มมุ่ง ควรส่งเสริมการกำหนด HR plan ที่มากกว่า FTE ตามกรอบ โดยวิเคราะห์ความต้องการตามภาระงานจริง สมรรถนะที่จำเป็นในการบำบัดผู้ติดยา เป็นศูนย์การเรียนรู้กำหนดจำนวนบุคลากรที่ต้องการสอดคล้องกับภาระงานยาเสพติดที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นประเด็นที่ต้องพัฒนากำลังคนให้มีสมรรถนะเหมาะสมให้ชัดเจน 3. การบริหารงานคุณภาพ (FA): ศูนย์คุณภาพควรทบทวนบทบาทในการดูภาพรวมของการพัฒนาคุณภาพในองค์กร ควรส่งเสริมให้ทีมผู้รับผิดชอบงานระบบงานต่างๆ ทำความเข้าใจกับระบบงานและมาตรฐานที่รับผิดชอบในการวิเคราะห์ภาพรวมระบบงานเพื่อให้เห็นโอกาสพัฒนานำมากำหนดเป้าหมาย เชื่อมโยง ประสานและกระตุ้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้เกิดการเรียนรู้และปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง 4. ระบบบริหารความเสี่ยง: 4.1. จากการรายงานอุบัติการณ์ผ่านระบบ HRMS ที่พบปัญหาการรายงานไม่ครอบคลุมได้ทุก items ควรทบทวนแนวทางการรายงานอุบัติการณ์ ให้มีความครอบคลุมความเสี่ยงทั้งหมดขององค์กร เพื่อนำข้อมูลความเสี่ยง อุบัติการณ์ทั้งหมดสู่การวิเคราะห์สาเหตุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง นำสู่การปรับปรุงเพื่อให้เกิดความปลอดภัยอย่างเหมาะสมกับบริบทองค์กร 4.2. ทีม RMC ควรทบทวนทำความเข้าใจในเป้าหมายการจัดทำ risk register ว่าเพื่อนำอุบัติการณ์และความเสี่ยงสำคัญมาใช้เฝ้าระวังอย่างเหมาะสม 5. สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย: 5.1. เครื่องมือและสาธารณูปโภค เพื่อให้เครื่องมือทางการแพทย์มีความพร้อมและระบบสาธารณูปโภคได้รับการกำกับดูแลตามมาตรฐาน และมีประสิทธิภาพ ควรส่งเสริมการเรียนรู้มาตรฐานระบบการบำรุงรักษา ในเครื่องมือทางการแพทย์และระบบสาธารณูปโภคได้แก่ defibrillator, infusion pump ออกซิเจนทางการแพทย์ generator มาตรฐานน้ำอุปโภค น้ำบริโภค สอดคล้องตามมาตรฐานของเครื่องมือและระบบสำคัญ เพื่อให้เครื่องมือทางการแพทย์และระบบสำคัญมีความเพียงพอและพร้อมใช้ 5.2. การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน และภัยพิบัติ การจัดทำแผนและการซ้อมร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังดำเนินการไม่ครบถ้วน บางประเด็นไม่ต่อเนื่อง เช่น การรับมือกรณีผู้มาบำบัด ก่อจลาจล เคยซ้อมร่วมกับหน่วยทหารและตำรวจ ทีมผู้รับผิดชอบควรเชิญผู้เกี่ยวข้องจากหน่วยงานภายนอกมาร่วมทำแผนรับมือ กำหนดแผนการซ้อมร่วม (ซ้อมจริงหรือซ้อมบนโต๊ะ) เพื่อให้โรงพยาบาลมีความพร้อมในการจัดเตรียมทรัพยากรที่เกี่ยวข้อง เวชภัณฑ์ต่างๆ และบุคลากรให้มีความพร้อม 6. ระบบการจัดการด้านยา: 6.1. ควรทบทวนบทบาทของกรรมการ PTC ในการใช้ผลการวิเคราะห์ความคลาดเคลื่อนปัญหาจากการใช้ยามากำหนดนโยบาย แนวปฏิบัติและการกำกับติดตาม 6.2. ควรส่งเสริมการทำ MR ให้ครอบคลุมทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน การติดตามผลลัพธ์การบรรลุตามเป้าหมายการติดตาม ADR type A เชิงรุก เพื่อให้ความมั่นใจว่ายาที่มีโอกาสเกิดผลข้างเคียงสูง ได้รับการติดตาม และนำข้อมูลที่ได้มาออกแบบในเชิงป้องกัน 7. การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง: ควรทบทวนกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงโดยเฉพาะที่มีโรคร่วมทางกาย เพื่อกำหนดระบบเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสมกับระดับความรุนแรง พัฒนาศักยภาพในการดูแล ที่เสี่ยงตามที่กำหนดไว้ ให้สามารถ early detection และรายงานแพทย์หรือขอคำปรึกษาได้ทันเวลา ปรับแผนการรักษาตามบทบาท
--

ของแต่ละสหสาขาวิชาชีพ และลดการเกิดอุบัติเหตุสำคัญ เช่น ส่งต่อโดยไม่ได้วางแผนรวมทั้งสร้างการเรียนรู้จากการทบทวนอุบัติเหตุสำคัญร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง

8. การดูแลต่อเนื่อง: ทีมดูแลผู้ป่วยควรกำหนดกลุ่มผู้ป่วยสำคัญที่การดูแลต่อเนื่องมีความสำคัญกำหนดเป้าหมายในการดูแลต่อเนื่องสำหรับโรคนั้นๆ มาออกแบบกระบวนการดูแลต่อเนื่องที่สอดคล้องที่จะทำให้บรรลุเป้าหมาย โดยทีมสหสาขาวิชาชีพมีการกำหนดตัวชี้วัดในการติดตามให้ครบถ้วน (เช่น การกินยาต่อเนื่อง ผลการดำเนินโรคที่ดีขึ้น ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น) และเรียนรู้เพื่อการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง และพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องให้มีประสิทธิภาพ

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนการพัฒนาของ รพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้ รับผิดชอบ	ระยะเวลาการติดตาม/รายงาน ผลการดำเนินงาน (ณ วันที่ 30 กันยายน 2567)
---------	--------------------	--------------------	-----------------------	-----------	----------	------------------	--

I-4 การวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้	1.ควรทบทวนเรื่องการเลือกตัวชี้วัดที่ครอบคลุมพันธกิจวิสัยทัศน์ กลุ่มผู้ปวยสำคัญ เป้าหมายตามระบบงานสำคัญ การรวบรวม เชื่อมโยงตัวชี้วัด การมี alignment ทัวทั้งองค์กร การใช้ประโยชน์เพื่อติดตามการปฏิบัติงานประจำวันและความก้าวหน้าตามกลยุทธ์การเรียนรู้ ใช้ประโยชน์จากคู่เทียบ ในการปรับปรุงกระบวนการทำงาน	TPH Health KPI - ทบทวนตัวชี้วัดสำคัญที่ครอบคลุมกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ กลุ่มผู้ปวยสำคัญ เป้าหมายตามระบบงานสำคัญขององค์กร - Alignment KPI สำคัญ ขององค์กร สู่หน่วยงาน	ด.ค. 2566 - พ.ย.2566	- ร้อยละตัวชี้วัดของเป้าประสงค์และกลยุทธ์ที่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	≥80%	ทีม IM/งานแผนงานและประเมินผล	กระบวนการ ได้จัดเวทีเพื่อทบทวนตัวชี้วัดสำคัญ ร่วมกับ ทีมแผน รพ. และ Alignment KPI สำคัญ ขององค์กร สู่หน่วยงาน เมื่อวันที่ 4 ม.ค. 2567 พร้อมทั้งดำเนินการดังนี้ 1.กำหนดทิศทางการพัฒนา ระยะ 5 ปี (วิสัยทัศน์/พันธกิจ/เป้าประสงค์ (Ultimate Goal)/ตัวชี้วัด (SUPER KPIs)/ค่าเป้าหมาย) 2.มอบหมายภารกิจรับผิดชอบตัวชี้วัดของเป้าประสงค์ (SUPER KPIs) 3.กำหนดแผนปฏิบัติการ และ เป้าหมายของแผนปฏิบัติการแต่ละเรื่อง 4.กำหนดกลยุทธ์/ตัวชี้วัดกลยุทธ์ ในการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการ 5.มอบหมายหน่วยงานรับผิดชอบตัวชี้วัดของกลยุทธ์ 6.กำหนดโครงการสำคัญในการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการ ผลลัพธ์ - ร้อยละความสำเร็จตัวชี้วัดของเป้าประสงค์ (SUPER KPIs) ปี 2566- 2567 ร้อยละ 60 และ 66.67 ตามลำดับ - ร้อยละความสำเร็จของตัวชี้วัดกลยุทธ์(Stratgy) ปี 2566- 2567 ร้อยละ 31.25 และ 41.67 ตามลำดับ แผนพัฒนาต่อเนื่อง จัดประชุมทบทวนผู้รับผิดชอบตามตัวชี้วัดเป้าประสงค์ (SUPER KPIs) และ Alignment ตัวชี้วัดกลยุทธ์(Stratgy) ในเดือนพฤศจิกายน 2567
-------------------------------------	---	--	----------------------	---	------	------------------------------	---

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนการพัฒนาของ รพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้ รับผิดชอบ	ระยะเวลาการติดตาม/รายงาน ผลการดำเนินงาน (ณ วันที่ 30 กันยายน 2567)
		กำหนดคู่เทียบกับบริบทด้านการ ดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่คล้ายคลึงกัน	พ.ย. 2566	- ผู้ป่วยยาเสพติด เข้าสู่กระบวนการ บำบัดรักษา ได้รับ การดูแลอย่างมี คุณภาพต่อเนื่อง จนถึงการติดตาม (Retention rate)	มากกว่า หรือ เท่ากับ ร้อยละ62		กระบวนการ 1. คัดเลือกตัวชี้วัด retention rate 2. รายงานผลการดำเนินงานต่อ คณะกรรมการบริหารโรง พยาบาล 3. ปรับกระบวนการดำเนินการไป ถึงเป้าหมาย โดย 1) จัด ทำความเข้าใจของระบบ รายงาน ติดตาม การบันทึก ข้อมูลในระบบ บสต 2) การกำหนดเกณฑ์การ จำหน่าย 3) กำหนด รูปแบบการติดตามร่วมกับ เครือข่ายในการติดตามและ การบันทึกข้อมูล 4. ติดตามผลการปรับปรุงวิธีการ ดำเนินงานต่อคณะกรรมการ บริหาร ผลลัพธ์ 1. Retention rate 2566-2567 ร้อยละ 25.55 และ 53.86

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนการพัฒนาของ รพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้ รับผิดชอบ	ระยะเวลาการติดตาม/รายงาน ผลการดำเนินงาน (ณ วันที่ 30 กันยายน 2567)
		จัดทำฐานข้อมูลกลาง TPH data management ในรูปแบบออนไลน์และรายงานในระบบ intranet ของโรงพยาบาล	ธ.ค.2566	- จำนวนนวัตกรรมที่เกิดจากการพัฒนา หรือ ผลการดำเนินงาน ปีละ 1 เรื่อง	ปีละ 1 เรื่อง		กระบวนการ - จัดเวทีการพัฒนาศุคลากรในการจัดทำข้อมูลนำเสนอการดำเนินงานของหน่วยงานทุกระดับเป็น data visualization โดยวิทยากรจาก Digital Innovation and Data Analytics (DIDA) ในเดือนเมษายน ปี 2566 - การเก็บและรายงานตัวชี้วัดของโรงพยาบาลในรูปแบบออนไลน์ผ่าน google sheet ที่ประกอบด้วยตัวชี้วัดต่างๆได้แก่ executive summary ตัวชี้วัดองค์กร hospital profile ตัวชี้วัดกลุ่มธัญญารักษ์ ตัวชี้วัดตามมาตรฐาน HA ตัวชี้วัดศูนย์ความเป็นเลิศ ผลลัพธ์ - ได้จัดทำฐานข้อมูลกลาง TPH data management ในรูปแบบออนไลน์ เรียบร้อยพร้อมแจ้งเวียนประกาศใช้ให้บุคลากร รพ รับทราบใน เดือน เม.ย.67 - จำนวนนวัตกรรมที่เกิดจากการพัฒนา หรือ ผลการดำเนินงาน = 1 เรื่อง ได้แก่ ระบบรายงานผลการดำเนินงาน กลุ่มงานจิตวิทยา รูปแบบ Dashboard ออนไลน์ เพื่อให้สามารถติดตามผลการประเมินสุขภาพจิตของผู้ป่วยใน รพ.

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนการพัฒนาของ รพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้ รับผิดชอบ	ระยะเวลาการติดตาม/รายงาน ผลการดำเนินงาน (ณ วันที่ 30 กันยายน 2567)
		กำกับ/ติดตามตัวชี้วัดสำคัญ โดย ทบทวนผลลัพธ์และนำไปปรับปรุง ฐานข้อมูลทุก 3 เดือน สื่อสารและ ผลักดันให้เกิดการปรับปรุงผลการ ดำเนินการ	ม.ค., มี.ค., มิ. ย. 2567				กระบวนการ - มีการกำกับติดตามทุกเดือนผ่าน ค กก. และวางแผนทำระบบแจ้งเตือน หากผลลัพธ์มีแนวโน้มต่ำกว่าเกณฑ์ (แค่ตามตัวชี้วัดรายเดือน)

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนการพัฒนาของ รพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้ รับผิดชอบ	ระยะเวลาการติดตาม/รายงาน ผลการดำเนินงาน (ณ วันที่ 30 กันยายน 2567)
	2.ควรทบทวนและใช้ประโยชน์ จากการวิเคราะห์ข้อมูลนำไป ปรับปรุงให้มีผลลัพธ์ดีขึ้น	TPH Data analysis - กำหนดข้อมูลสำคัญสำหรับการ วิเคราะห์	ต.ค. 2566	- ร้อยละตัวชี้วัดที่ ผ่านเกณฑ์	≥80%	ทีม IM	- มีการเก็บและรายงานตัวชี้วัดของ โรงพยาบาลในรูปแบบออนไลน์ ผ่าน google sheet ที่ประกอบด้วย ตัวชี้วัดต่างได้แก่ executive summary ตัวชี้วัดองค์กร hospital profile ตัวชี้วัดกลุ่มธัญญารักษ์ ตัวชี้ วัดตามมาตรฐาน HA ตัวชี้วัดศูนย์ ความเป็นเลิศ - มีการนำข้อมูลมาทบทวนการ ดำเนินงานในการสร้างนวัตกรรมใน การให้บริการและพัฒนางาน วิชาการ ได้แก่ พัฒนาระบบการส่ง ต่อข้อมูลผู้ป่วยในระยะติดตามผ่าน ระบบออนไลน์ , admit นี้ ไม่รอ นาน, ผู้ป่วยสุขใจใส่ใจสุขภาพ (การ ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง) คู่มือแนวทางปฏิบัติตาม ประมวลกฎหมายยาเสพติด คู่มือ แนวปฏิบัติการกักตักการพยาบาล คู่มือมาตรฐานการปฏิบัติการ พยาบาลผู้เฝ้าและสารเสพติด รพ. ธัญญารักษ์ปัตตานี คู่มือ แนว ปฏิบัติ การกักตักการพยาบาล คู่มือแนวทางปฏิบัติตาม ประมวลกฎหมายยาเสพติด คู่มือ แนวปฏิบัติการกักตักการพยาบาล - กลุ่มงานจิตวิทยาจัดทำรายงานผล การดำเนินงานรูปแบบ Dashboard ออนไลน์ เพื่อให้สามารถติดตามผล การประเมินสุขภาพจิตของผู้ป่วย แผนพัฒนาต่อเนื่อง การทำ dashboard การรายงานที่ ต่อยอดจากรายงาน google sheet ของโรงพยาบาล
		วิเคราะห์แนวโน้ม trend analysis คืนข้อมูลผ่านระบบ dashboard ในเว็บไซต์ของโรงพยาบาลทุก 6 เดือน ผลักดันการทบทวนและปรับปรุง ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่สำคัญ ทุกไตรมาสเพื่อให้บุคลากรนำ ผลลัพธ์ไปปรับปรุงกระบวนการ หรือต่อยอดการสร้างนวัตกรรม	มี.ค. 2566 ก.ย.2567				
			ม.ค. มี.ค. มี.ย. 2567	- จำนวนนวัตกรรมที่ เกิดจากการพัฒนา หรือ ผลการดำเนิน งาน ปีละ 1 เรื่อง	ปีละ 1 เรื่อง		

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนการพัฒนาของ รพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้ รับผิดชอบ	ระยะเวลาการติดตาม/รายงาน ผลการดำเนินงาน (ณ วันที่ 30 กันยายน 2567)
I-5 กำลัง คน	1.เพื่อให้โรงพยาบาลมีบุคลากรที่มี สมรรถนะเหมาะสมกับการบำบัดยา ที่มีประสิทธิภาพ ก้าวสู่การเป็น "ศูนย์การเรียนรู้การบำบัดรักษาและ ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสาร เสพติดในเขตสุขภาพที่ 12" บรรลุ ตามเป้าหมายและเข็มมุ่ง ควร ส่งเสริมการกำหนด HR plan ที่มา กกว่า FTE ตามกรอบโดยวิเคราะห์ ความต้องการตามภาระงานจริง สมรรถนะที่จำเป็น ในการบำบัดผู้ ติดยา เป็นศูนย์การเรียนรู้ กำหนด จำนวนบุคลากรที่ต้องการ สอดคล้องกับภาระงานยาเสพติดที่ มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ประเด็นที่ ต้องพัฒนากำลังคนให้มีสมรรถนะ เหมาะสมให้ชัดเจน	1.จัดทำแผนการพัฒนาศุคลากร รายบุคคล (IDP)	ตค. 2566	1.ร้อยละของ บุคลากรที่ได้รับการ พัฒนาตามแผน IDP	> ร้อยละ 80	ทีม HRM	กระบวนการ 1. ได้ดำเนินการสำรวจความ ต้องการในการพัฒนาตามแผน พัฒนาศุคลากรรายบุคคล 2. คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ได้อนุมัติแผนการพัฒนาศุคลากร รายบุคคล เมื่อวันที่ 19 มกราคม 2567 3. ดำเนินการพัฒนาศุคลากรตาม แผนที่กำหนด ผลลัพธ์ 1. ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการ พัฒนาตามแผน IDP 2566 -2567 เท่ากับ 83.67 และ 84.85
		2. จัดทำแผนความเชี่ยวชาญของ บุคลากรตามสหวิชาชีพ	ต.ค. 2566 - มิ.ย. 2567	2. ร้อยละของ บุคลากรที่ได้รับการ พัฒนาตามแผน ความเชี่ยวชาญ	> ร้อยละ 80		กระบวนการ 1. ได้ดำเนินการวิเคราะห์ภาระงาน จริงของบุคลากร เพื่อกำหนดจำนวน บุคลากรที่ต้องการ 2. มีการวิเคราะห์และทบทวน สมรรถนะ/องค์ความรู้ ที่จำเป็น ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ของบุคลากรตามสหวิชาชีพ 3. อยู่ระหว่างกรดำเนินการจัดทำ แผนความเชี่ยวชาญของบุคลากร ตามสหวิชาชีพ

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนการพัฒนาของ รพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้ รับผิดชอบ	ระยะเวลาการติดตาม/รายงาน ผลการดำเนินงาน (ณ วันที่ 30 กันยายน 2567)
II-1 การ บริหาร ความเสี่ยง ความ ปลอดภัย และ คุณภาพ	ข้อเสนอแนะ 1. การบริหารงานคุณภาพ ศูนย์ คุณภาพควรทบทวนบทบาทใน การดูภาพรวมของการพัฒนา คุณภาพในองค์กร ควรส่งเสริมให้ ทีมผู้รับผิดชอบงาน ระบบงาน ต่างๆ ทำความเข้าใจกับระบบงาน และมาตรฐานที่รับผิดชอบ ในการ วิเคราะห์ภาพรวมของระบบงาน เพื่อให้เห็นโอกาสพัฒนา นำมา กำหนดเป้าหมาย เชื่อมโยง ประสานและกระตุ้นหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องให้เกิดการเรียนรู้และ ปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง	1.จัดเวทีทบทวนสร้างความเข้าใจ เกี่ยวกับใช้แนวคิด 3C-DALI ในการ พัฒนาคุณภาพและมาตรฐานต่างๆที่ เกี่ยวข้องให้กับทีมผู้รับผิดชอบงาน และระบบงานต่างๆ	-เดือนตุลาคม- ธันวาคม 2566	- ร้อยละการรับรู้ของ ทีมงานเกี่ยวกับแนว คิด 3C-DALI	-ร้อยละ 80	ศูนย์ พัฒนา คุณภาพ	กระบวนการ - มีการสื่อสารแนว 3C-DALI ผ่าน เวทีการประชุมศูนย์คุณภาพคิดผ่าน เอกสารและ slide สรุปจากการเข้า ร่วม HA Forum เมื่อวันที่ 27 มีนาคม 2567 โดยเลขานุการคณะ กรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพ แผนพัฒนาต่อเนื่อง โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ด้านมาตรฐานคุณภาพสถาน พยาบาล (ฉบับที่ 5) ประจำปี งบประมาณ พ.ศ. 2568
		2.กิจกรรม leadership walkround หน่วยงานด้านการพัฒนาคุณภาพ	-ปีละ 1 ครั้ง	จำนวนผลงานที่เกิด จากการปรับปรุงโดย leadership walk round	อย่างน้อย หน่วยงาน ละ 1 เรื่อง ต่อปี	ทีมงาน+ ศูนย์ พัฒนา คุณภาพ	-กำหนดการ round ไตรมาสละ 1 ครั้ง พร้อมกับการเยี่ยมสำรวจภายในหน่วย งาน ตามแผนจะดำเนินการในเดือน พฤษภาคมและมิถุนายน 2567 - ครั้งที่ 1 วันที่ 4 ตุลาคม 2567 (รปภ / ประชาสัมพันธ์ / เวชระเบียน / งาน บริการผู้ป่วยนอก / กลุ่มงาน เภสัชกรรม จะมีการติดตามรายงานผลการเยี่ยมใน เวทีประชุมทีม FA เดือนตุลาคม 2567 และติดตามผลการปรับปรุงของหน่วย งานต่อไป
		3.ศูนย์คุณภาพทบทวนบทบาท หน้าที่การพัฒนาคุณภาพในภาพ รวมขององค์กร		-มีผลการทบทวน บทบาทหน้าที่ของ ศูนย์พัฒนาคุณภาพ	มีการ ทบทวน บทบาท หน้าที่ อย่างน้อย 1 ครั้ง ต่อปี	ศูนย์ พัฒนา คุณภาพ	มีการปรับปรุงคำสั่งของคณะกรรมการ ศูนย์พัฒนาคุณภาพและทีมระบบ สำคัญให้เป็นปัจจุบัน โดยทีมFA เสนอ ในเวทีคณะกรรมการบริหารโรง พยาบาลในเดือนตุลาคม 2567

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนการพัฒนาของ รพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้ รับผิดชอบ	ระยะเวลาการติดตาม/รายงาน ผลการดำเนินงาน (ณ วันที่ 30 กันยายน 2567)																																												
				- ร้อยละการดำเนินงานตามแผนศูนย์พัฒนาคุณภาพและ ทีม นำ ประจำ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567	ร้อยละ 80	ทีม นำ+ ศูนย์ พัฒนา คุณภาพ	ร้อยละการดำเนินงานตามแผน ศูนย์พัฒนาคุณภาพและทีม นำ ปีงบประมาณ พ.ศ.2567 =93.26 <table><tr><th>ทีม</th><th>จำนวน แผน</th><th>ผลงาน</th><th>ร้อยละ</th></tr><tr><td>FA</td><td>35</td><td>26</td><td>74.29</td></tr><tr><td>PCT</td><td>46</td><td>46</td><td>100.00</td></tr><tr><td>RM</td><td>27</td><td>25</td><td>92.59</td></tr><tr><td>IM</td><td>52</td><td>50</td><td>96.15</td></tr><tr><td>KM</td><td>9</td><td>9</td><td>100.00</td></tr><tr><td>IC</td><td>22</td><td>21</td><td>95.45</td></tr><tr><td>HRM</td><td>16</td><td>16</td><td>100.00</td></tr><tr><td>ENV</td><td>47</td><td>44</td><td>93.62</td></tr><tr><td>PTC</td><td>13</td><td>12</td><td>92.31</td></tr><tr><td>รวม</td><td>267</td><td>249</td><td>93.26</td></tr></table>	ทีม	จำนวน แผน	ผลงาน	ร้อยละ	FA	35	26	74.29	PCT	46	46	100.00	RM	27	25	92.59	IM	52	50	96.15	KM	9	9	100.00	IC	22	21	95.45	HRM	16	16	100.00	ENV	47	44	93.62	PTC	13	12	92.31	รวม	267	249	93.26
ทีม	จำนวน แผน	ผลงาน	ร้อยละ																																																
FA	35	26	74.29																																																
PCT	46	46	100.00																																																
RM	27	25	92.59																																																
IM	52	50	96.15																																																
KM	9	9	100.00																																																
IC	22	21	95.45																																																
HRM	16	16	100.00																																																
ENV	47	44	93.62																																																
PTC	13	12	92.31																																																
รวม	267	249	93.26																																																

	2.การบริหารความเสี่ยง 2.1. จากการรายงานอุบัติการณ์ผ่านระบบ HRMS ที่พบปัญหาการรายงานไม่ครอบคลุมได้ทุก items ควรทบทวนแนวทางในการรายงานอุบัติการณ์ให้มีความครอบคลุมความเสี่ยงทั้งหมดขององค์กร เพื่อนำข้อมูลความเสี่ยงและอุบัติการณ์ทั้งหมดสู่การวิเคราะห์สาเหตุ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง นำสู่การปรับปรุงเพื่อให้เกิดความปลอดภัยอย่างเหมาะสมกับบริบทองค์กร	1.ทบทวนรายการความเสี่ยงของโรงพยาบาลทั้งหมด โดยนำอุบัติการณ์มาวิเคราะห์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องประเด็นของอุบัติการณ์ที่พบบ่อย เพื่อจัดทำรายการความเสี่ยงที่ไม่มีในระบบ HRMS	เดือน พ.ย. - ธ.ค.2566	ร้อยละของจำนวนอุบัติการณ์ที่ รายงานถูกต้องตามรหัส (สมุดอุบัติการณ์ ร้อยละ 10)	ร้อยละ 80	คณะกรรมการ RM	กระบวนการทางคณะกรรมการ RM ได้มีการทบทวนความเสี่ยงทั้งหมดของโรงพยาบาลผ่านระบบที่ไม่มีรหัสผ่าน google form (สำรวจความเสี่ยงที่ยากต่อการค้นหา) https://forms.gle/gAkVXDsoxEBh7FQz9 เมื่อวันที่ 8 มี.ค. 67 ได้มีการตอบกลับพบปัญหาดังนี้ ผู้ป่วยที่ลักลอบนำสารเสพติดเข้าในรพ. การพบสัตว์มีพิษในโรงพยาบาล การดำเนินการด้านเอกสารผิดพลาด เป็นต้น จึงนำไปสู่การเพิ่มรหัสความเสี่ยงย่อยใน google sheet รายการรหัสความเสี่ยง พร้อมจัดทำช่องค้นหาเพื่อให้สามารถค้นหารหัสความเสี่ยงได้ง่ายขึ้นและมีการอัปเดตบัญชีความเสี่ยงให้เป็นปัจจุบัน วางแผนชี้แจงให้บุคลากรภายในโรงพยาบาลรับทราบและประเมินผลความพึงพอใจในเดือน พ.ค. 2567 และประเมินโดยสมุดอุบัติการณ์ ร้อยละ 10 ที่รายงานอุบัติการณ์ถูกต้องตามรหัสเพื่อประเมินผล ... - จัดเวที Risk cleaning day วันที่ 16 พ.ค. 2567 รุ่นที่ 1 และ วันที่ 9 ก.ย. 2567 รุ่นที่ 2 - ทางคณะกรรมการ RM มีการติดตามรายงานความเสี่ยงผ่านเวทีคณะกรรมการ RM FA และกรรมการบริหารทุกเดือน ผลลัพธ์
		2.เพิ่มรายการความเสี่ยงย่อยลงในระบบ HRMS ให้ครอบคลุมกับประเด็นที่ได้ทบทวน	เดือน พ.ย. - ธ.ค.2566				
		3.จัดทำบัญชีรายการความเสี่ยงของโรงพยาบาล และสื่อสารลงสู่การปฏิบัติไปยังทุกหน่วยงาน	เดือน พ.ย. - ธ.ค.2566				
		4.ติดตามประเมินผลการรายงานอุบัติการณ์ทุกเดือน	ทุกเดือนเริ่มเดือน พ.ย. 2566				
		5.ทำแบบสอบถามประเมินเพื่อประเมินความพึงพอใจและเสนอข้อคิดเห็นในการใช้โปรแกรม	ทุก 3 เดือน เริ่มเดือน ธ.ค.2566	ร้อยละความพึงพอใจการรายงานอุบัติการณ์	≥ ร้อยละ 80		

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนการพัฒนาของ รพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้ รับผิดชอบ	ระยะเวลาการติดตาม/รายงาน ผลการดำเนินงาน (ณ วันที่ 30 กันยายน 2567)
							- ร้อยละของจำนวนอุบัติการณ์ที่ รายงานถูกต้องตามรหัส (สมุดอุบัติการณ์ ร้อยละ 10) เท่ากับ 11.2 (102/910) เน้นมาตรฐานสำคัญ จำเป็น และระดับ E และ 3 ขึ้นไป พบ ว่า ร้อยละของจำนวนอุบัติการณ์ที่ รายงานถูกต้องตามรหัสความเสี่ยง เท่ากับ 93.13 สรุปข้อมูลลดความถูกต้องของรหัส ความเสี่ยง - ร้อยละความพึงพอใจการรายงาน อุบัติการณ์ (ในระบบ HRMS) เท่ากับ 71.91 แบบสอบถามประเมินความพึงพอใจและ เสนอข้อคิดเห็นในการใช้โปรแกรม NRLS (Responses)พบปัญหาคือ การค้นหา รหัสความเสี่ยงทำได้ยาก ไม่สอดคล้อง กับบริบทโรงพยาบาล ทางคณะ กรรมการ RM จึงได้มีการพัฒนาจัดทำ รหัสย่อย ประชุมสอนการใช้ระบบ HRMS และสร้าง Line Incident consult and management เพื่อ สื่อสารปัญหา อุปสรรคและประสาน การแก้ไข

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนการพัฒนาของ รพ.	ระยะเวลาดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลาการติดตาม/รายงานผลการดำเนินงาน (ณ วันที่ 30 กันยายน 2567)
	2.2. ทีม RMC ควรทบทวนทำความเข้าใจในเป้าหมาย การจัดทำ risk register ว่าเพื่อนำอุบัติการณ์และความเสี่ยงสำคัญมาใช้เฝ้าระวังอย่างเหมาะสม	1.ให้ความรู้คณะกรรมการ RM เรื่อง risk register โดยการอบรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับโรงพยาบาลเครือข่ายภายในจังหวัด	ม.ค. - ก.พ. 2567	ร้อยละของตัวชี้วัดในทะเบียน risk register มีแนวโน้มดีขึ้น อย่างน้อย ร้อยละ 70	1.มีการทบทวนทะเบียน risk register ทุก 6 เดือน	คณะกรรมการ RM	กระบวนการรายงานผลปีละ 2 ครั้ง เดือน ก.พ. และ ส.ค. ในการประชุมคณะกรรมการ FA - คณะกรรมการ RM มีการอัปเดต Risk register เดือนมกราคม 2567 ประเมินผลการรับรู้ Risk register ของบุคลากรโรงพยาบาล ธีญญารักษ์ปัตตานีและสรุปผลวันที่ 28 ก.พ. 2567 ผลลัพธ์ มีผู้ตอบแบบสำรวจ ร้อยละ 72.29 พบว่า มีจำนวนข้อที่รับรู้ Risk register มากกว่าร้อยละ 80 ด้าน Patient จำนวน 5 ข้อ ใน 13 ข้อ (คิดเป็นร้อยละ 38) และด้าน Personal จำนวน 3 ข้อ ใน 5 ข้อ (คิดเป็นร้อยละ 60) และรับรู้ Risk register ร้อยละ 70 - 79 ด้าน Patient จำนวน 5 ข้อ ใน 13 ข้อ (คิดเป็นร้อยละ 38) และด้าน Personal จำนวน 2 ข้อ ใน 5 ข้อ (คิดเป็นร้อยละ 40) - มีการรายงานผล Risk register จาก owner ทุก 3 เดือน ในระบบออนไลน์ Risk Register TPH ปีงบประมาณ 2567.xlsx ผลลัพธ์ ร้อยละของตัวชี้วัดในทะเบียน risk register มีแนวโน้มดีขึ้น อย่างน้อย ร้อยละ 70 เท่ากับ 46.2 (6/13)
		2.นำทะเบียน risk register มาปรับปรุงแก้ไขตามแนวทางการจัดทำ risk register และ ปรับรายการความเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังให้เป็นปัจจุบัน	ม.ค. - ก.พ. 2567		2.ตัวชี้วัดในทะเบียน risk register มีแนวโน้มดีขึ้น ร้อยละ 70		
		3.กำกับติดตามผลลัพธ์ จาก Owner ทุก 3 เดือน	ทุก 3 เดือนเริ่มเดือน มี.ค. 2567				
		4.ติดตาม ประเมินผลการรายงานอุบัติการณ์ทุกเดือน	ทุกเดือน เริ่มเดือน ม.ค. 2567				

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนการพัฒนาของ รพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้ รับผิดชอบ	ระยะเวลาการติดตาม/รายงาน ผลการดำเนินงาน (ณ วันที่ 30 กันยายน 2567)
II-3 สิ่งแวดล้อม ในการดูแล ผู้ป่วย	ข้อเสนอแนะ 1.เครื่องมือและสาธารณูปโภค เพื่อให้เครื่องมือทางการแพทย์มีความพร้อม ระบบสาธารณูปโภค ได้รับการกำกับดูแลตามมาตรฐาน และมีประสิทธิภาพ ควรส่งเสริม การเรียนรู้มาตรฐานระบบ เครื่องมือทางการแพทย์และระบบ สาธารณูปโภค ได้แก่ defiberator, Infusion pump ออกซิเจนทางการแพทย์ generator มาตรฐานน้ำอุปโภค น้ำบริโภค สอดคล้องตาม มาตรฐานของเครื่องมือและระบบ สำคัญเพื่อให้เครื่องมือทางการแพทย์และระบบสำคัญมีความ เพียงพอและพร้อมใช้	1. ด้านเครื่องมือทางการแพทย์ 1.1 บุคลากรทุกคนที่ต้องใช้ เครื่องมือทางการแพทย์ได้รับความรู้ /ทักษะเกี่ยวกับการใช้งานเครื่องมือ ฯ ที่ได้รับมาใหม่จากผู้มีความรู้ความ ชำนาญ	-ปีงบประมาณ 2567	-บุคลากรที่ต้องใช้ เครื่องมือทางการแพทย์ ได้รับความรู้/ ทักษะเกี่ยวกับการใช้ งานเครื่องมือฯ ที่ได้ รับมาใหม่จากผู้มีความรู้ความ ชำนาญ	-ร้อยละ 100	คณะ กรรมการ ENV	กระบวนการ 1. ทบทวนและให้ความรู้ในการใช้ ตรวจสอบ เครื่องมือแพทย์ โดยวิศวกร ชีวการแพทย์จากโรงพยาบาลธนบุรี- ตรัง ร่วมกับบุคลากรจากโรงพยาบาล นราธิวาสราชนครินทร์ ในวันที่ 9 กันยายน 2567 2. สอบเทียบเครื่องมือแพทย์ที่สำคัญ ให้มีความพร้อมใช้ ในวันที่ 9 กันยายน 2567 ผลลัพธ์ 1. บุคลากรที่รับผิดชอบเครื่องมือ แพทย์ประจำหน่วยงานเข้ารับการ ทบทวนความรู้ ทักษะการใช้งาน จำนวน 16 คน -ร้อยละของผู้เข้ารับการอบรมมีค ความรู้ในการใช้เครื่องมือแพทย์ เท่ากับร้อยละ 86.67 -ร้อยละของบุคลากรสามารถบำรุง รักษาและแก้ไขปัญหาเบื้องต้นของ เครื่องมือแพทย์ได้อย่างมี ประสิทธิภาพและปลอดภัย เท่ากับ ร้อยละ 93.60 2. ผลการสอบเทียบเครื่องมือแพทย์ (อยู่ระหว่างรอผล) 3. ไม่พบอุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ ของเครื่องมือแพทย์
		1.2 ทบทวนความรู้/ทักษะ/แนว ปฏิบัติของการใช้เครื่องมืออย่าง ปลอดภัย ทั้งต่อผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ อย่างสม่ำเสมอ	-อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี	-ร้อยละของบุคลากร ที่ได้รับการทบทวน ความรู้ทักษะ -มีการทบทวนความรู้ /ทักษะ/แนวปฏิบัติ ของ การใช้เครื่องมือ	- ร้อยละ 100 -อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี		
		1.3 ตรวจสอบความพร้อมใช้ของ เครื่องมือเป็นประจำตามแนวปฏิบัติ	-ปีงบประมาณ 2567	-จำนวนอุบัติการณ์ ความไม่พร้อมใช้ของ เครื่องมือ	-ไม่พบ อุบัติการณ์		

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนการพัฒนาของ รพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้ รับผิดชอบ	ระยะเวลาการติดตาม/รายงาน ผลการดำเนินงาน (ณ วันที่ 30 กันยายน 2567)
		2. ด้านระบบสาธารณสุขปโภค 2.1 จัดทำทะเบียนและแผนผังที่ตั้ง ของระบบสาธารณสุขปโภคที่ครอบคลุม ทุกระบบ (ไฟฟ้า, น้ำประปา, ระบายนํ้าและปรับอากาศ, ก๊าซ ทางการแพทย์)	-ปีงบประมาณ 2567	-มีทะเบียนและ แผนผังของระบบ	-ครอบคลุม ทุกระบบ		กระบวนการ 1.ดำเนินการจัดทำทะเบียนและ แผนผังด้านระบบสาธารณสุขปโภค ประกอบด้วย -ทะเบียนและแผนผัง ระบบไฟฟ้า -ทะเบียนและแผนผัง ระบบน้ำประปา -ทะเบียนและจุดติดตั้ง เครื่อง ปรับอากาศ -รพ.ไม่มีระบบก๊าซทางการแพทย์ ผลลัพธ์ - มีแผนผังของระบบสำคัญที่ครอบคลุม
		2.2 ทบทวนและทดสอบระบบ พร้อมทั้งบำรุงรักษาตามระยะเวลาที่ กำหนด	-ตามระยะเวลา ที่กำหนด				
		2.3 ตรวจวัดค่ามาตรฐานของระบบ สาธารณสุขปโภค	-ตามระยะเวลา ที่กำหนด				

2.การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน และภัยพิบัติ การจัดทำแผนและการซ้อมร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังดำเนินการไม่ครบถ้วน บางประเด็นไม่ต่อเนื่อง เช่น การรับมือกรณีผู้มาบ่าบัดก่อจลาจล เคยซ้อมร่วมกับหน่วยทหารและตำรวจ ทีมผู้รับผิดชอบควรเชิญผู้เกี่ยวข้องจากหน่วยงานภายนอกมาร่วมทำแผนรับมือ และกำหนดแผนการซ้อมร่วม (ซ้อมจริงหรือซ้อมบนโต๊ะ) เพื่อให้โรงพยาบาลมีความพร้อมในการจัดเตรียมทรัพยากรที่เกี่ยวข้องเวชภัณฑ์ต่างๆ และบุคลากรให้มีความพร้อม	1. ทบทวน/วิเคราะห์/กำหนด/ระบุ และจัดทำแผนรองรับภาวะฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นและส่งผลกระทบที่ จะมีการดำเนินการดำเนินงานขององค์กร	- พ.ย. 2566	1. มีแผนรองรับภาวะฉุกเฉินที่ครอบคลุมหรือ อาจเกิดขึ้นและส่งผลกระทบที่จะมีการดำเนินงาน ขององค์กร	- มีแผนฯ	คณะกรรมการ ENV	กระบวนการ 1.มีการจัดทำแผนบริหารความต่อเนื่อง (BCP) เพื่อให้หน่วยงานสามารถนำไปใช้ในการตอบสนองและปฏิบัติงานในสภาวะวิกฤติหรือเหตุการณ์ฉุกเฉินต่าง ๆ ทั้งที่เกิดจากภัยธรรมชาติ อุบัติเหตุ หรือการมุ่งร้ายต่อองค์กร โดยไม่ให้สภาวะวิกฤติหรือเหตุการณ์ฉุกเฉินดังกล่าวส่งผลให้หน่วยงานต้องหยุดการดำเนินงาน หรือไม่สามารภให้บริการได้อย่างต่อเนื่อง และมีการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับแผนบริหารความต่อเนื่องให้เจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานได้ทราบ 2. มีการฝึกซ้อมอพยพหนีไฟทุกปีๆ ละ 1 ครั้ง ภายในโรงพยาบาล และทำ AAR/ถอดบทเรียนทุกครั้งที่มีการซ้อมฯ 3. มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติจำนวน 5 แนวทาง ได้แก่ (1) แผนป้องกันอัคคีภัยและวินาศภัย (2) แนวทางปฏิบัติเมื่อพบวัตถุต้องสงสัย (3) แผนรองรับภาวะฉุกเฉินน้ำประปาขัดข้อง (4) แผนรองรับภาวะฉุกเฉินไฟฟ้าขัดข้อง (5)แผน BCP (ภัยธรรมชาติ และก่อวินาศภัย) และมีการเผยแพร่สื่อสารให้เจ้าหน้าที่ ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้รับทราบ 4. ทดสอบระบบอย่างต่อเนื่องผ่านกระบวนการ ENV Round, สรุปรายงานและนำเข้าที่ประชุมคณะกรรมการ ENV ทุกเดือน ผลลัพธ์
	2. ร่วมจัดทำแผนและสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานภายนอก 5 หน่วยงาน ประกอบด้วย เทศบาลเมืองปัตตานี เทศบาลตำบล รุสะมิแล สถานีตำรวจภูธรเมืองปัตตานี ศูนย์นเรนทร และทหาร จก.25 เพื่อรองรับภาวะฉุกเฉินที่ครอบคลุม	- ก.พ.2567	2. ร้อยละการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินและ ไม่กระทบต่อการดำเนินงานขององค์กร	- ร้อยละ 100		
	3. สื่อสารและซ้อมแผนเผชิญเหตุภาวะฉุกเฉินร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 5 หน่วยงาน ประกอบด้วย เทศบาลเมืองปัตตานี เทศบาลตำบล รุสะมิแล สถานีตำรวจภูธรเมืองปัตตานี ศูนย์นเรนทร และทหาร จก.25	- ก.ค. 2567				
	4. ทดสอบระบบอย่างต่อเนื่องผ่านกระบวนการ ENV Round	- ทุกเดือน				

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนการพัฒนาของ รพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้ รับผิดชอบ	ระยะเวลาการติดตาม/รายงาน ผลการดำเนินงาน (ณ วันที่ 30 กันยายน 2567)
		5. สรุปรายงานและนำเข้าที่ประชุมคณะกรรมการ ENV และคณะกรรมการ FA ทุกเดือน	- ทุกเดือน				ปี 2567 มีการฝึกซ้อมอพยพหนีไฟภายในโรงพยาบาล เมื่อวันที่ 18 กันยายน 2567 และทำ AAR/ถอดบทเรียนหลังการฝึกซ้อมฯ แผนพัฒนาต่อเนื่อง ปี 2568 1.ทบทวนแผนการรับมือและการจัดการภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติ เช่น ก่อจราจร ภายในเดือนธันวาคม 2567 2.ซ้อมแผนจัดการกับภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติ เช่น ก่อจลาจล ร่วมกับหน่วยงานภายนอก 5 หน่วยงาน ประกอบด้วย เทศบาลเมืองปัตตานี, เทศบาลตำบลรูสะมิแล,สถานีตำรวจภูธรเมืองปัตตานี, ศูนย์นเรนทรและทหาร จก.25 ภายในเดือนมีนาคม 2568

II-6 ระบบการจัดการด้านยา	ข้อเสนอแนะ 1.ควรทบทวนบทบาทของกรรมการ PTC ในการใช้ผลการวิเคราะห์ความคลาดเคลื่อนปัญหาจากการใช้ยามากำหนดนโยบาย แนวปฏิบัติและการกำกับติดตาม	1. ทบทวนอุบัติการณ์ ความคลาดเคลื่อนจากการใช้ยา โดยใช้แนวคิด human factors engineering	ต.ค.2566- มี.ค. 2567	- Prescribing error: OPD - Transcribing error: OPD - Pre-dispensing error: OPD - Dispensing error: OPD - Pre-administration error: OPD - Administration error: OPD - Prescribing error: IPD - Transcribing error: IPD - Pre-dispensing error: IPD - Dispensing error: IPD - Pre-administration error: IPD - Administration error: IPD - ความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาระดับ E ขึ้นไป - จำนวนนวัตกรรมที่เกิดจากการพัฒนา หรือ ผลการดำเนินงาน ปีละ 1 เรื่อง	- Prescribing error: OPD ≤1:1000 ใบสั่งยา - Transcribing error: OPD ≤1:1000 ใบสั่งยา - Pre-dispensing error: OPD ≤5:1000 ใบสั่งยา - Dispensing error: OPD ≤5:1000 ใบสั่งยา - Pre-administration error: OPD ≤1:1000 ใบสั่งยา - Administration error: OPD ≤0.1:1000 ใบสั่งยา - Prescribing error: IPD ≤1:1000 วันนอน - Transcribing error: IPD ≤1:1000 วันนอน - Pre-dispensing error: IPD ≤5:1000 วันนอน - Dispensing error: IPD ≤1:1000 วันนอน - Pre-administration error: IPD ≤1:1000 วันนอน - Administration error: IPD ≤0.5:1000 วันนอน	ทีม PTC	กระบวนการ 1. มีการทบทวนเมื่อวันที่ 4 มีนาคม 2567 ได้แก่ -บัญชีคำยอที่อนุญาตให้ใช้/ไม่ใช้ ชื่อทางการค้า ชื่อสามัญทางยา - รายการยา HAD - รายการ LASA - รายการ DI 2. ติดตามการรายงาน การทบทวนอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาตามแนวทางของคณะกรรมการ RM และติดตามตัวชี้วัดทุกเดือน 3. จัดทำระบบการแจ้งเตือนการใช้ยาที่สำคัญผ่านระบบออนไลน์ ผลลัพธ์ 1. เกิดนวัตกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการใช้ยากลุ่ม Long acting antipsychotic ผ่าน line notification 2. ไม่พบความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาระดับ E ขึ้นไป 3. Dispensing error: OPD เท่ากับ 0.22 4. Administration error: OPD เท่ากับ 0 5. Dispensing error: IPD เท่ากับ 0.96 6. Administration error: IPD เท่ากับ 0.14
		2.ทบทวนแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา ได้แก่ - การป้องกันการสั่งใช้คุ้ยยาที่มีอันตรายรุนแรง - การส่งเสริมการใช้ชื่อสามัญทางยา - การป้องกันคำสั่งใช้ยาที่มีโอกาสเกิดปัญหา	เก็บตัวชี้วัดและติดตามตัวชี้วัดทุกเดือน				
		3. สนับสนุนให้มีการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา ตามแนวทางของคณะกรรมการ RM					

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนการพัฒนาของ รพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้ รับผิดชอบ	ระยะเวลาการติดตาม/รายงาน ผลการดำเนินงาน (ณ วันที่ 30 กันยายน 2567)
					- ความคลาดเคลื่อนทางยา และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ จากยาระดับ E ขึ้นไป เท่ากับ 0 - จำนวนนวดกรรมที่เกิดจาก การพัฒนา หรือ ผลการดำเนินงาน ปีละ 1 เรื่อง		

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนการพัฒนาของ รพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้ รับผิดชอบ	ระยะเวลาการติดตาม/รายงาน ผลการดำเนินงาน (ณ วันที่ 30 กันยายน 2567)
	2.ควรส่งเสริมการทำ MR ให้ครอบคลุมทั้งผู้ป่วยนอกผู้ป่วยในการติดตามผลลัพธ์การบรรลุตามเป้าหมายการติดตาม ADR type A ในเชิงรุก เพื่อให้ความมั่นใจว่ายาที่มีโอกาสเกิดผลข้างเคียงสูงได้รับการติดตามและนำข้อมูลที่ได้มาออกแบบในเชิงป้องกัน	1.แนวทาง medication reconciliation 1.1 ปรับปรุงแนวทาง medication reconciliation ให้ครอบคลุมผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน 1.2 ชี้แจงแนวทางปฏิบัติและตัวชี้วัดให้ผู้เกี่ยวข้องทราบเพื่อนำสู่การปฏิบัติ 1.3 กำกับติดตามให้ผู้ปฏิบัติงานดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติ	1. ต.ค.66- มี.ค. 67 2. เก็บตัวชี้วัดและติดตามตัวชี้วัดทุกเดือน	1. ร้อยละผู้ป่วยได้รับการเปรียบเทียบประสาณยา ภายใน 24 ชั่วโมง 2. อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาระหว่างคำสั่งใช้ยาใหม่กับยาที่ผู้ป่วยมีการใช้เดิม (เป้าหมาย <= 1:1000 วันนอน 3. อุบัติการณ์ผู้ป่วยเกิดปัญหา/ได้รับอันตราย/เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเดิม	1. ร้อยละผู้ป่วยได้รับการเปรียบเทียบประสาณยา ≥ร้อยละ 80 2. อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาระหว่างคำสั่งใช้ยาใหม่กับยาที่ผู้ป่วยมีการใช้เดิม ≤ 1:1000 วันนอน/ใบสั่งยา 3. อุบัติการณ์ผู้ป่วยเกิดปัญหา/ได้รับอันตราย/เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเดิม เท่ากับ 0 ครั้ง	ทีม PTC	กระบวนการ - ปรับปรุงแนวทาง medication reconciliation ให้ครอบคลุมผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เมื่อวันที่ 6 พฤศจิกายน 2567 และได้มีการชี้แจงแนวทางปฏิบัติและตัวชี้วัดให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ - ติดตามตัวชี้วัดทุกเดือน ผลลัพธ์ 1. ร้อยละผู้ป่วยได้รับการเปรียบเทียบประสาณยา ภายใน 24 ชั่วโมง เท่ากับ 100 2. อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาระหว่างคำสั่งใช้ยาใหม่กับยาที่ผู้ป่วยมีการใช้เดิม (เป้าหมาย <= 1:1000 วันนอน เท่ากับ 0 3. อุบัติการณ์ผู้ป่วยเกิดปัญหา/ได้รับอันตราย/เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเดิม เท่ากับ 0

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนการพัฒนาของ รพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้ รับผิดชอบ	ระยะเวลาการติดตาม/รายงาน ผลการดำเนินงาน (ณ วันที่ 30 กันยายน 2567)
		2. การติดตาม ADR type A 2.1 ทบทวน รวบรวมข้อมูลการเกิด ADR type A และ ADE ที่ป้องกันได้ เช่น สุ่มเวชระเบียนผู้ป่วย อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา 2.2 จัดทำแนวทางการป้องกันการเกิด serious ADR type A และสื่อสารให้ทีมที่เกี่ยวข้อง โดยการออกแบบเชิงป้องกัน เช่น Check lists สัญญาณเตือน กลุ่มเฉพาะ การเตือนในระบบ 2.3 กำกับติดตามให้ผู้ปฏิบัติงานดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติ	1. ต.ค.2566-มี.ค.2567 2. เก็บตัวชี้วัดและติดตามตัวชี้วัดทุกเดือน	1. ร้อยละผู้ป่วยได้รับการติดตามผลการบำบัดรักษาด้วยยาและบันทึกไว้ในเวชระเบียน 2. อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา ADR หรือสงสัยว่าจะมี serious ADR Type A และมีความรุนแรงตั้งแต่ E ขึ้นไป	1. ร้อยละผู้ป่วยได้รับการติดตามผลการบำบัดรักษาด้วยยาและบันทึกไว้ในเวชระเบียน ≥ร้อยละ 80 2. อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา ADR หรือสงสัยว่าจะมี serious ADR Type A และมีความรุนแรงตั้งแต่ E ขึ้นไป เท่ากับ 0		กระบวนการ - จัดทำแนวทางการป้องกันการเกิด serious ADR type A และสื่อสารให้ทีมที่เกี่ยวข้องเมื่อวันที่ 6 พฤศจิกายน 2566 และจัดทำแบบติดตามและเฝ้าระวังผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่มที่ต้องติดตามเฝ้าระวัง ADR Type A ในวันที่ 4 มีนาคม 2567 - ติดตามตัวชี้วัดทุกเดือน ผลลัพธ์ 1. ร้อยละผู้ป่วยได้รับการติดตามผลการบำบัดรักษาด้วยยาและบันทึกไว้ในเวชระเบียน เท่ากับ 100 2. อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา ADR หรือสงสัยว่าจะมี serious ADR Type A และมีความรุนแรงตั้งแต่ E ขึ้นไป เท่ากับ 0

III-4 การดูแลผู้ป่วย	ข้อเสนอแนะ การดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง ควรทบทวนกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงโดยเฉพาะที่มีโรคร่วมทางกาย เพื่อกำหนดระบบเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสมกับระดับความรุนแรง พัฒนาศักยภาพในการดูแลที่เสี่ยงตามที่กำหนดไว้ ให้สามารถ early detection รายงานแพทย์หรือขอคำปรึกษาได้ทันเวลา ปรับแผนการรักษาตามบทบาทของแต่ละสหสาขาวิชาชีพ และลดการเกิดอุบัติการณ์สำคัญ เช่น ส่งต่อโดยไม่ได้อ้างแผน รวมทั้งสร้างการเรียนรู้จากการทบทวนอุบัติการณ์สำคัญร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง	1) ทบทวนและกำหนดระบบเฝ้าระวังกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงที่มีโรคร่วมทางกาย 2) ทบทวนอุบัติการณ์สำคัญร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ เมื่อมีอุบัติการณ์ตามระดับความรุนแรง	ด.ค. 2566 ด.ค 2567 - ก.ย.2567	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงที่มีโรคร่วมทางกาย ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที เมื่อมีอาการทรุดลงหรือเข้าสู่ภาวะวิกฤติ	100	ทีม PCT	กระบวนการ มีการทบทวนและวางระบบการเฝ้าระวัง warning signs ดังนี้ กลุ่มผู้ป่วยติดเฮโรอีน 1) เพิ่มเดิมการตรวจ ECG ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับเมทาโดนระยะยาว ทุก 6 เดือน เพื่อป้องกันการเกิด QT prolong 2) กลุ่มเฮโรอีนที่มี HIV มีการวัด BMI เพื่อให้ได้รับโภชนาการที่ครบถ้วน และมีการวัด viral load+ CD4 เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดโรคฉวยโอกาส กลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงสูงที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว(SMI-V) 1) มีการคัดกรองSMI-V ผู้ป่วยทุกราย 2) ประเมินOASและให้การดูแลตามระดับความรุนแรง 3) เฝ้าระวัง early warning signs กลุ่มผู้ป่วยสุรา 1) มีการคัดกรองโดยการ AUDIT 2) มีการประเมิน CIWA 3) ให้การรักษาตามระดับความรุนแรงเพื่อป้องกันการเกิด Delirium tremens 4) การมีเฝ้าระวังและจัดการภาวะฉุกเฉิน ภาวะ Hypoglycemia และ Hypokalemia 5) ประเมินBMIและจัดอาหารตามความเหมาะสม ผลลัพธ์
----------------------	---	--	----------------------------------	---	-----	---------	---

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนการพัฒนาของ รพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้ รับผิดชอบ	ระยะเวลาการติดตาม/รายงาน ผลการดำเนินงาน (ณ วันที่ 30 กันยายน 2567)
							ร้อยละของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงที่มีโรคร่วมทางกาย ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที เมื่อมีอาการทรุดลงหรือเข้าสู่ภาวะวิกฤติ. - ผู้ป่วยเฮโรอีน ร้อยละ 100 (2/2) - ผู้ป่วย SMI-V (OAS 3 คะแนน) ไม่พบผู้ป่วย - ผู้ป่วยสุรา ร้อยละ เท่ากับ 100 (5/5) ผลการดำเนินงานของปี 2567 - ร้อยละของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงที่มีโรคร่วมทางกาย ได้รับการเฝ้าระวังและไม่เกิดภาวะแทรกทางด้านร่างกาย และจิตใจ เท่ากับ 100 (16/16)

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนการพัฒนาของ รพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้ รับผิดชอบ	ระยะเวลาการติดตาม/รายงาน ผลการดำเนินงาน (ณ วันที่ 30 กันยายน 2567)
III-6 การ ดูแลต่อ เนื่อง	ข้อเสนอแนะ ทีมดูแลผู้ป่วยควรกำหนดกลุ่มผู้ ป่วยสำคัญที่การดูแลต่อเนื่อง มีความสำคัญ กำหนดเป้าหมาย ในการดูแลต่อเนื่องสำหรับโรค นั้นๆ มาออกแบบกระบวนการ ดูแลต่อเนื่องที่สอดคล้องที่จะ ทำให้บรรลุเป้าหมาย โดยทีม สหสาขา การกำหนดตัวชี้วัด ติดตามให้ครบถ้วน (เช่น การกิน ยาต่อเนื่องผลการดำเนินโรคที่ดี ขึ้น ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น) และเรียนรู้เพื่อการปรับปรุงอย่าง ต่อเนื่อง พัฒนาระบบการดูแล ต่อเนื่องให้มีประสิทธิภาพ	1. กำหนดกลุ่มผู้ป่วยสำคัญในการ ดูแลต่อเนื่องและเป้าหมายในการ ดูแลต่อเนื่องของกลุ่มโรคนั้นๆ (ครอบคลุมการดูแลโรคทางยา เสพติด โรคร่วม/ภาวะแทรกซ้อน ทางกาย/จิต)	ก.ย.2566	1. มีแนวทางการ ดูแลต่อเนื่องใน กลุ่มผู้ป่วยสำคัญ	มีการจัด ทำ แนวทาง	ทีม PCT	กระบวนการ - กำหนดกลุ่มผู้ป่วยสำคัญในการดูแล ต่อเนื่องและเป้าหมายในการดูแลต่อ เนื่อง 1. ผู้ป่วยกลุ่มโรคยาเสพติดทั่วไป 2. ผู้ป่วยกลุ่มสำคัญ (2.1 ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมทางกาย/จิต 2.2. ผู้ป่วยที่จำหน่ายแบบส่งต่อ - วิเคราะห์บริบทและสถานการณ์ที่ส่ง ผลต่อการเกิดข้อจำกัดในการดูแลต่อ เนื่อง ทำให้เกิดการแบ่งบทบาทหน้าที่ใน การติดตามประเมินสำคัญของแต่ละ กลุ่ม การจัดหาทรัพยากรสนับสนุน เช่น รถ Refer ปรับข้อตกลงในการ ติดตามโดยเครือข่าย เป็นต้น - ทบทวนเกณฑ์การรับ/ย้าย/จำหน่าย/ ส่งต่อ <u>เกณฑ์การรับ ย้าย จำหน่ายและ ส่งต่อผู้ป่วย กย. 67.docx</u> - ออกแบบแนวทางการดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้สอดคล้องกับประเด็นทาง กฎหมายในผู้ป่วยแต่ละกลุ่มและ ทบทวนร่วมกันในทีมสหวิชาชีพ <u>แนวทางการดูแลต่อเนื่อง update.docx</u> - ติดตามตัวชี้วัดทุกเดือนในการประชุม ผลลัพธ์ - ร้อยละผู้ป่วยหยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือนหลังจำหน่าย (Remission rate) ปี 2567 เท่ากับ 68.83 - ร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจาก Methamphetamine ไม่เกิดอาการ ทางจิตเวชซ้ำหลังจำหน่าย เท่ากับ 53 - ร้อยละผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง ครบ 1 ปี (Retention rate) ปี 2567 เท่ากับ 53.86 - ปี 2567 ไม่เคยเกิดอุบัติการณ์การส่ง ต่อผู้ป่วยล่าช้า
		2. จัดทำแนวทางการดูแลต่อ เนื่องและตัวชี้วัด 2.1 ทบทวน แนวทางการจำหน่ายผู้ป่วยแบบ ทั่วไป	ต.ค. 2566	2. อุบัติการณ์การ ส่งต่อผู้ป่วยล่าช้า	0		
		2.2 จัดทำแนวทางการจำหน่ายผู้ ป่วยกรณีพิเศษ	พ.ย. 2566	3. ร้อยละของการ ปฏิบัติตามแนวทาง การดูแลต่อเนื่องฯ	≥ 80		
		2.3 ทบทวนแนวทางการติดตาม และการดูแลตามนัด	ธ.ค.2566				
		3. กำกับติดตามการปฏิบัติตาม แนวทางฯ	ม.ค. - -ก.ย. 2567				

