แผนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลม่วงสามสิบ ระดับทีม ปี 2566

ทีม	ข้อ	แผน	กิจกรรม	ระยะเวลา												ผู้รับผิดชอบ
				ต.ค.-65	พ.ย.-65	ธ.ค.-65	ม.ค.-66	ก.พ.-66	มี.ค.-66	เม.ย.-66	พ.ค.-66	มิ.ย.-66	ก.ค.-66	ส.ค.-66	ก.ย.-66	
PCT	1	ทบทวนโรคที่เป็นความเสี่ยงสำคัญของโรงพยาบาล	1.ประชุมทีม ทบทวนและกำหนดโรคที่สำคัญและมีความเสี่ยงสูงในโรงพยาบาล													
	2	ทบทวน CPG	2.ทบทวน CPG ให้สอดคล้องกับสภาวะปัจจุบัน													
	3	กำกับติดตามการใช้ early warning sig	3.จัดทำ CPG ให้ครอบคลุม													
			4.ออกแบบเครื่องมือกำกับติดตามการใช้ CPG, EWS และกำหนดตัวชี้วัด													
			5.สื่อสาร CPG, EWS นำไปสู่การปฏิบัติ													
			6.กำกับ ติดตาม โดยพยาบาลตรวจการ ทุกวัน													
			7.กำกับ ติดตาม โดยวิธีทบทวนเคส ทุก 1 เดือน													
			8.กำกับ ติดตาม โดยวิธี Internal survey ทุก 3 เดือน													
			9.ประเมินผล													
FA		จัดทำแผนกำกับติดตามการดำเนินงาน	ประชุมทีมนำ จัดทำแผนทีมนำระดับกลาง และกิจกรรมดำเนินการ กำหนดผู้รับผิดชอบแต่ละกิจกรรม													
			ติดตามแผน													
			กำกับติดตามการปฏิบัติตามแผน													
			จัดเวทีทีมนำระดับกลางเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทีมละ 1 ครั้ง													
			นำเสนอข้อมูลต่อคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล เดือนละ 1 ครั้ง													
			สรุปผลงานประจำปี													
			HA Forum													
ยุทธศาสตร์		เพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานโครง	อบรมเพิ่มศักยภาพผู้รับผิดชอบโครงการ													
			ครั้งที่ 1 หลักการเหตุผล วัตถุประสงค์													
			ครั้งที่ 2 กิจกรรมดำเนินการของโครง													
			ครั้งที่ 3 การวัด ประเมินผล													
			ทบทวนการดำเนินงานโครงการ ระหว่างดำเนินการ													
			สรุปผลการดำเนินงานโครงการ													

ทีม	ข้อ	แผน	กิจกรรม	ระยะเวลา												ผู้รับผิดชอบ
				ต.ค.-65	พ.ย.-65	ธ.ค.-65	ม.ค.-66	ก.พ.-66	มี.ค.-66	เม.ย.-66	พ.ค.-66	มิ.ย.-66	ก.ค.-66	ส.ค.-66	ก.ย.-66	
HRD	1	จัดทำแผนอัตรากำลังปี 2565-2570	จัดทำแผนอัตรากำลัง ระยะสั้น ระยะยาว ดำเนินการ ดังนี้													หัวหน้ากลุ่ม /กัลยา
			1.มีการประชุมระดับหน่วยงานจัดทำแผนอัตรากำลัง													
			2.กลุ่มงานแต่ละกลุ่มมีการจัดทำแผนอัตรากำลังสายวิชาชีพ สายสนับสนุน (เกษียณ ลาออก ย้ายหน่วยงาน) โดยยึดตามกรอบ FTE													
			3. แผนพัฒนา สู่ผู้บริหาร จัดทำแผนระยะยาว สำหรับสรรหาบุคลากรมาแทนผู้บริหารต้น/สูง													
	2	จัดทำแผนอัตรกำลังคนตามโครงสร้างทุก 5 ปีและแผนฝึกอบรมตามFTE และ serviceplan แผนจัดอบรมระยะสั้น ระยะยาวและรายบุคคล	1. มีการประชุมระดับหน่วยงานจัดทำการประเมินความรู้ ทักษะ สมรรถนะ เพื่อหา GAP นำมาพิจารณาอบรมภายในและภายนอก รพ.													หัวหน้ากลุ่ม/กัลยา
			2. พิจารณาขยายภาระงาน/ขยายกรอบโรงพยาบาลและส่งบุคลากรไปพัฒนาสาขาเฉพาะทาง Service plan													
	3	1.วิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ	1. ประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรตรวจสุขภาพ													จุฑามาศ
			2. บุคลากรตรวจสุขภาพประจำปี / ประเมินอาชีวอนามัย/ทดสอบสมรรถภาพ/ประเมินความเครียด													จุฑามาศ/ธนาวดี/งา
			3.นำข้อมูลจากทีม IC มาวิเคราะห์ กลุ่มปกติ เสี่ยง ป่วย													จุฑามาศ/ธนาวดี/งา
		2.บุคลากรเข้าร่วมกิจกรรมสร้	2. เปิดตัวโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้บุคลากร กลุ่มไลน์ 3 อ. ตลาดสุขภาพดี					13 กพ								HRD
			กลุ่ม " So Slim" อาหาร													มลวรรณ
			กลุ่ม "Smile More" อารามณ์													จีรศักดิ์
			กลุ่ม "Go Healthy " ออกกำลังกาย													กรรณิการ์
		3.การเสริมแรงบุคลากร	3.ให้ใบประกาศบุคคลต้นแบบในแต่ละกิจกรรมทุก 3 เดือน													HRD
			4 แจกรางวัลบุคคลต้นแบบในช่วงเทศกาลปีใหม่													HRD
	4	1.เพิ่มความผูกพัน/ความสุข	สำรวจความผูกพัน ปี 65 ทาง on line /สำรวจความสุข ทุก 2 ปี													ญาณี / กัลยา
		2.จัดทำโครงการ/กิจกรรมเพิ่ม	1.จัดกิจกรรม OD													ยุทธ
			2. ปฐมนิเทศบุคลากรใหม่													บริหาร
			3. โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม SB							19/20 เมย						กลุ่มการ
			4. กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การมอบตัวชี้วัดและประเมินผลรายบุคคล													ญาณี

		5 กิจกรรมตลาดนัดสุขภาพดี					13 กพ								สุทธิราวรรณ

เนจิตเวช

เนจิตเวช

แผนการพัฒนาคุณภาพ ทีม IC ปีงบประมาณ 2566

ทีม	ข้อ	แผน	กิจกรรม	ระยะเวลา												ผู้รับผิดชอบ
				ต.ค.-65	พ.ย.-65	ธ.ค.-65	ม.ค.-66	ก.พ.-66	มี.ค.-66	######	พ.ค.-66	มิ.ย.-66	ก.ค.-66	ส.ค.-66	ก.ย.-66	
IC	1	พัฒนาระบบเฝ้าระวังให้ครอบคลุมโรคติดเชื้อที่เป็นปัญหาสำคัญที่มีโอกาสแพร่เชื้อสู่	1.1 ประชุมทีม ทบทวนโรคติดเชื้อที่สำคัญในโรงพยาบาลและต่อเนื่องถึงชุมชน													
			1.2 สร้างบัญชีโรคที่มีโอกาสแพร่เชื้อสู่ชุมชน													
			1.3 มีวิธีปฏิบัติในโรคที่เสี่ยง													
			1.4 ทบทวน QP													
			1.5 มีการสื่อสารถึงผู้ปฏิบัติ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง													
			1.6 กำหนดการกำกับติดตาม ผู้รับผิดชอบ													
	2	เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในพื้นที่ที่สำคัญให้ครอบคลุมทั้งหน่วยบริการผู้ป่วย และหน่วยงานสนับสนุน	2.1.ทบทวนพื้นที่เสี่ยงใหม่ ให้ครอบคลุมกับโครงสร้างที่เปลี่ยนใหม่													
			2.2 ทำแผนเสนอต่อผู้บริหารโรงพยาบาลเพื่อแก้ไข ปรับปรุง													
			2.3 ดำเนินการตามแผน													
			2.4 ร่วมกันทีม ENV ในการ Round หน่วยงานทุก 1 เดือน													
			2.5 ประเมินผล													
	3	สร้างระบบการสื่อสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันทั่วองค์กร เช่นการคัดกรองผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจ,การรับรองการปราศจากเชื้อในเครื่องมือแพทย์	1.1 ประชุมทบทวนแนวทางปฏิบัติกับผู้เกี่ยวข้องให้สอดคล้องกับสถานการณ์													
			1.2 ปรับระบบการจัดเก็บเครื่องมือในหน่วยงานหรือพื้นที่ที่เสี่ยงต่อการเสื่อมสภาพ/หมดอายุก่อนกำหนด													
			1.3 สร้างเครื่องมือสื่อสาร เพื่อความเข้าใจตรงกัน													

		1.4 มีการสื่อสารให้ทั่วทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ปฏิบัติตามแนวทาง													
		1.5 กำหนดการกำกับติดตาม ผู้รับผิดชอบ													
		1.6 ประเมินผล													
4	แผนพัฒนาบุคลากร														
		3.1 ให้ความรู้ด้าน IC กับบุคลากรใหม่													
		3.2 ทบทวนความรู้ด้าน IC กับบุคลากรในโรงพยาบาลและในเครือข่ายฯ													
		และมอบบทบาทหน้าที่ในการเฝ้าระวังการติดเชื้อในชุมชน													
5	เฝ้าระวังสุขภาพในบุคลากร														
		4.1 ตรวจสุขภาพบุคลากรทุกระดับทั้งในโรงพยาบาลและของเครือข่ายฯ													
		4.2 นำผลตรวจสุขภาพมาวิเคราะห์ และประสานกับทีม HRDงานอาชีวอนามัย ในการกำหนดกิจกรรม													
		เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง ส่วนกลุ่มป่วยส่งพบแพทย์													
6	การกำกับ ติดตามระบบ														
		5.1 กำกับ ติดตาม โดยวิธีทบทวนเคสติดเชื้อทุกครั้งที่มีการรายงาน หรือทุก 1 เดือน													
		5.2 กำกับ ติดตาม โดยวิธี Internal survey /IC Round ทุก 3 เดือน													
7	ประเมินผล														
		ประเมินผลทุก 3 เดือน													

แผนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลม่วงสามสิบ ระดับทีม ปี 2566

ทีม	ข้อ	แผน	กิจกรรม	ระยะเวลา												ผู้รับผิดชอบ
				ต.ค.-65	พ.ย.-65	ธ.ค.-65	ม.ค.-66	ก.พ.-66	มี.ค.-66	เม.ย.-66	พ.ค.-66	มิ.ย.-66	ก.ค.-66	ส.ค.-66	ก.ย.-66	
PCT	1	ทบทวนโรคที่เป็นความเสี่ยงสำคัญของโรงพยาบาล	1.ประชุมทีม ทบทวนและกำหนดโรคที่สำคัญและมีความเสี่ยงสูงในโรงพยาบาล													
	2	ทบทวน CPG	2.ทบทวน CPG ให้สอดคล้องกับสภาวะปัจจุบัน													
	3	กำกับติดตามการใช้ early warning sign	3.จัดทำ CPG ให้ครอบคลุม													
			4.ออกแบบเครื่องมือกำกับติดตามการใช้ CPG, EWS และกำหนดตัวชี้วัด													
			5.สื่อสาร CPG, EWS นำไปสู่การปฏิบัติ													
			6.กำกับ ติดตาม โดยพยาบาลตรวจการ ทุกวัน													
			7.กำกับ ติดตาม โดยวิธีทบทวนเคส ทุก 1 เดือน													
			8.กำกับ ติดตาม โดยวิธี Internal survey ทุก 3 เดือน													
			9.ประเมินผล													
FA		จัดทำแผนกำกับติดตามการดำเนินงานคุณภาพประจำ	ประชุมทีมนำ จัดทำแผนทีมนำระดับกลาง และกิจกรรมดำเนินการ กำหนดผู้รับผิดชอบแต่ละกิจกรรม													
			ติดตามแผน													
			กำกับติดตามการปฏิบัติตามแผน													
			จัดเวทีทีมนำระดับกลางเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทีมละ 1 ครั้ง													
			นำเสนอข้อมูลต่อคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล เดือนละ 1 ครั้ง													
			สรุปผลงานประจำปี													
			HA Forum													
ยุทธศาสตร์		เพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานโครงการ	อบรมเพิ่มศักยภาพผู้รับผิดชอบโครงการ													
			ครั้งที่ 1 หลักการเหตุผล วัตถุประสงค์													
			ครั้งที่ 2 กิจกรรมดำเนินการของโครง													
			ครั้งที่ 3 การวัด ประเมินผล													
			ทบทวนการดำเนินงานโครงการ ระหว่างดำเนินการ													
			สรุปผลการดำเนินงานโครงการ													
RM	1	ปรับปรุงคู่มือบริหารความเสี่ยง	1.1ประชุมทีม ทบทวนแก้ไขปรับปรุงคู่มือบริหารความเสี่ยงรพ.ม่วงสามสิบ													
			1.2ประกาศใช้คู่มือบริหารความเสี่ยงรพ.ม่วงสามสิบ													
	2	เพิ่มประสิทธิภาพการลงข้อมูลรายงานอุบัติการณ์	จัดอบรมฟื้นฟูการลงรายงานอุบัติการณ์ในโปรแกรม Mbaseให้สอดคล้องกับ2P safety ในRMU													
	3	เพิ่มประสิทธิภาพการจัดทำ risk register ใน RMU	จัดอบรมบทวนและฟื้นฟูกระบวนการจัดทำ risk register และการใช้ประโยชน์การการใช้ risk register													
	4	ติดตามกำกับการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน	4.1ประชุมสรุปผลการรายงานอุบัติการณ์และการแก้ไขแต่ละหน่วยงานทุกบ่ายวันศุกร์ของเดือนโดย													
			ใช้ข้อมูลถึงวันที่20 ของทุกเดือน													
			4.2RM round ผ่านทางเวรตรวจการพยาบาล(ให้ระบุหัวข้อในการround)													
			4.3รางวัลเชิดชูหน่วยงานต้นแบบและบุคลากรต้นแบบด้านการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย													

	จากการลงข้อมูลอุบัติการณ์ (หน่วยงานดูโดยใช้น้ำหนักคะแนนการแก้ไข รายบุคคลดูจำนวนการรายงาน)ทุก3เดือน												
	โดยมีพิธีมอบรางวัลในการประชุมประจำเดือนของรพ.												
5 ติดตามกำกับการบริหารความเสี่ยงของรพ.	5.1จัดทำrisk registerระดับรพ.												
	5.2กำกับติดตามrisk register ทุก3เดือน												

หมายเหตุ หัวข้อ4.3 จะต้องมีการกำหนดกฎเกณฑ์และแจ้งให้ที่ประชุมทราบในการประชุมประจำเดือนRM ครั้งต่อไป

หัวข้อ4.2 ต้องมีการประชุมร่วมกันในการกำหนดหัวข้อในการตรวจการพยาบาลเพื่อใช้ipad round