

**คู่มือ Template ตัวชี้วัดฝ่ายการพยาบาล**

**ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน**

**มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ**

**จัดทำโดย**

**คณะกรรมการสารสนเทศทางการพยาบาล**

**ประจำปีงบประมาณ 2562**

**ปรับปรุงล่าสุด เมื่อวันที่ 31 ตุลาคม 2561**

|  |
| --- |
| **1.รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)( ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน)** |
| **องค์ประกอบ** | **ความหมาย** |
| **ชื่อตัวชี้วัด** | **ข้อ 1. จำนวนงานวิจัยทางการพยาบาล และ R2R** |
| **ความหมายของตัวชี้วัด** | **งานวิจัย** คือ งานค้นคว้าอย่างมีระบบ และมีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลหลักการหรือข้อสรุปรวม ที่จะนำไปสู่ความก้าวหน้า ทางวิชาการ หรือเอื้อต่อการนำวิชาการนั้นไปประยุกต์ใช้ มีลักษณะเป็นเอกสารที่มีระเบียบ วิธิวิจัย ที่เหมาะสมกับธรรมชาติของวิชา  |
| **R2R** การปรับปรุงหรือพัฒนางานประจำโดยใช้กระบวนการวิจัย |
| **วัตถุประสงค์ของการมีตัวชี้วัด** | เพื่อนำมาพัฒนางานและช่วยสร้างเสริมความรู้ทางวิชาการ |
| **สอดคล้องกับกลยุทธ์ของโรงพยาบาล** | ยุทธศาสตร์ที่ 2 การสร้างงานวิจัยและนวัตกรรม |
| **สูตรในการคำนวนตัวชี้วัด** | จำนวนเรื่องงานวิจัยและ R2R ของหน่วยงาน |
| **ข้อมูลที่ต้องการ**  | จำนวนงานวิจัยและ R2R ของหน่วยงาน |
| **หน่วยวัดของตัวชี้วัด** | จำนวนเรื่อง และชื่อเรื่อง |
| **ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล** |   |
| **เป้าหมาย** | มากกว่าหรือเท่ากับ 1 เรื่อง |
| **เกณฑ์ Benchmark** | เทียบเคียงกับปีที่ผ่านมา |
| **เกณฑ์ความสำเร็จ** | อย่างน้อย1 เรื่อง/หน่วย/ปี |
| **หน่วยงานที่รับผิดชอบข้อมูลตัวชี้วัด** | ทุกหน่วยงานการพยาบาล |
| **ผู้ติดตามข้อมูลตัวชี้วัด** | คณะกรรมการงานวิชาการและวิจัย ฝ่ายการพยาบาล |
| **วิธีการเก็บข้อมูล( แบบฟอร์มในการเก็บ )** |   |

|  |
| --- |
| **2.รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)( ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน)** |
| **องค์ประกอบ** | **ความหมาย** |
| **ชื่อตัวชี้วัด** | **ข้อ 2. จำนวนผลงาน CQI และ นวัตกรรมทางการพยาบาล** |
| **ความหมายของตัวชี้วัด** | **CQI : Continuous Quality Improvement** คือ การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์หรือ PDCA / 3P และความคิดสร้างสรรค์ในการปรับปรุงระบบ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงานอย่างต่อเนื่อง  |
| **นวัตกรรม** หมายถึง สิ่งใหม่ที่กระทำซึ่งเกิดจากการใช้ความรู้ ความคิดสร้างสรรค์  |
| สิ่งใหม่ในที่นี้ อาจอยู่ในรูปของผลิตภัณฑ์ แนวคิดหรือคู่มือ/แนวทางการปฏิบัติที่ |
| สามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนางาน ซึ่งมีหลักสำคัญดังนี้  |
| 1. ความใหม่ในที่นี้คือ สิ่งใหม่ที่ไม่เคยมีผู้ใดทำมาก่อน หรือเป็นสิ่งใหม่ที่มี |
| การพัฒนาจากของเก่าที่มีอยู่เดิม |
| 2. ใช้ความรู้ หรือความคิดสร้างสรรค์ ในการพัฒนา นวัตกรรมต้องเกิดจากการใช้ |
| ความรู้และความคิด สร้างสรรค์ในการสร้างและพัฒนา ไม่ใช่การลอกเลียนแบบ  |
| หรือการทำซ้ำ |
| 3. มีประโยชน์ สามารถนำไปพัฒนา หรือแก้ปัญหาในการปฏิบัติงานได้ |
| 4. นวัตกรรมมีโอกาสในการพัฒนาต่อได้ |
| **วัตถุประสงค์ของการมีตัวชี้วัด** | เพื่อนำมาพัฒนางานและช่วยสร้างเสริมความรู้ทางวิชาการ |
| **สอดคล้องกับกลยุทธ์ของโรงพยาบาล** | ยุทธศาสตร์ที่ 2 การสร้างงานวิจัยและนวัตกรรม |
| **สูตรในการคำนวนตัวชี้วัด** | จำนวนชิ้นงาน CQI และ นวัตกรรมของหน่วยงาน |
| **ข้อมูลที่ต้องการ**  | จำนวนผลงาน CQI และ นวัตกรรมของหน่วยงาน |
| **หน่วยวัดของตัวชี้วัด** | จำนวนชิ้นงานและชื่อชิ้นงาน |
| **ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล** | ปีละ 1 ครั้ง (หลังงานมหกรรมคุณภาพ) |
| **เป้าหมาย** | มากกว่าหรือเท่ากับ 1 ชิ้นงาน |
| **เกณฑ์ Benchmark** | เทียบเคียงกับปีที่ผ่านมา |
| **เกณฑ์ความสำเร็จ** | อย่างน้อย1 เรื่อง/หน่วย/ปี |
| **หน่วยงานที่รับผิดชอบข้อมูลตัวชี้วัด** | ทุกหน่วยงานการพยาบาล |
| **ผู้ติดตามข้อมูลตัวชี้วัด** | คณะกรรมการงานวิชาการและวิจัย ฝ่ายการพยาบาล/หน่วยพัฒนาคุณภาพการพยาบาล |
| **วิธีการเก็บข้อมูล ( แบบฟอร์มในการเก็บ )** |   |

|  |
| --- |
| **3.รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template) ( ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน)** |
| **องค์ประกอบ** | **ความหมาย** |
| **ชื่อตัวชี้วัด** | **ข้อ 3. ร้อยละของหน่วยงานที่มีผลผลิตตามเกณฑ์** |
| **ความหมายของตัวชี้วัด** | ***ผลิตภาพทางการพยาบาล Nursing Productivities*** *คือ การวัดปริมาณงานที่* |
| เกิดขึ้นในแต่ละหน่วยบริการซึ่งวัดได้จากเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล  |
| **วัตถุประสงค์ของการมีตัวชี้วัด** | เพื่อกำหนดปริมาณอัตรากำลังให้มีบุคลากรทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย |
|  | และ/หรือให้บริการสุขภาพ/บริการพยาบาลอย่างเพียงพอเหมาะสม |
| **สอดคล้องกับกลยุทธ์ของโรงพยาบาล** | ยุทธศาสตร์ที่ 5 พัฒนาระบบบริหารที่มีคุณภาพ |
| **สูตรในการคำนวนตัวชี้วัด** |

|  |
| --- |
|  จำนวนชั่วโมงความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย X 100 |

 |
|  จำนวนชั่วโมงการทำงานของพยาบาล |
| **ข้อมูลที่ต้องการ**  |  X =จำนวนชั่วโมงความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย/ทั้งเดือน |
| ผลรวมความต้องการพยาบาลของผู้ป่วยทั้ง 5 ประเภท ในเดือนนั้น |
| โดยจำแนกประเภทดังนี้ |
| ประเภทที่ 5 ผู้ป่วยวิกฤต (Intensive Care) ความต้องการ 12 ชม./วัน |
| ประเภทที่ 4 ผู้ป่วยหนัก (Modified Intensive Care) ความต้องการ 7.5 ชม./วัน |
| ประเภทที่ 3 ผู้ป่วยกึ่งหนัก (Intermediate Care) ความต้องการ 5.5 ชม./วัน |
| ประเภทที่ 2 ผู้ป่วยปานกลาง (Minimal Care) ความต้องการ 3.5 ชม./วัน |
| ประเภทที่ 1 ผู้ป่วยพักฟื้น (Self Care) ความต้องการ 1.5 ชม./วัน |
|  Y = จำนวนชั่วโมงการทำงานของพยาบาล |
| **หน่วยวัดของตัวชี้วัด** | ร้อยละ |
| **ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล** | ทุกเดือน |
| **เป้าหมาย** | PRODUCTIVITY TARGET = 85-115 % |
| **เกณฑ์ Benchmark** | หน่วยงานที่มี PRODUCTIVITY ตามเกณฑ์ |
| **เกณฑ์ความสำเร็จ** | กำหนดเกณฑ์ในการพิจารณาเพิ่ม - ลด บุคลากรทางการพยาบาล |
|  | ในเวรต่อไปเพื่อให้มีประสิทธิภาพการทำงานโดยเทียบผลิตภาพ เช่น |
| **ผลิตภาพต่ำ ( <85 % )**  |  - ภาระงานน้อยกว่าบุคลากร |
|  |  - การบริหารทรัพยากรบุคคลไม่เหมาะสม |
| **ผลิตภาพสูง ( >115 % )**  |  - ภาระงานมากกว่าบุคลากร |
|  |  - การบริหารทรัพยากรบุคคลไม่เหมาะสมและมีความเสี่ยงสูง |
| **หน่วยงานที่รับผิดชอบข้อมูลตัวชี้วัด** | ทุกหน่วยงานการพยาบาล |
| **ผู้ติดตามข้อมูลตัวชี้วัด** | คณะกรรมการงานบริหารบุคคล ฝ่ายการพยาบาล |
| **วิธีการเก็บข้อมูล ( แบบฟอร์มในการเก็บ )**  ตามสูตรคำนวณอัตรากำลังประจำเดือน |

|  |
| --- |
| **4. รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template) ( ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน)** |
| **องค์ประกอบ** | **ความหมาย** |
| **ชื่อตัวชี้วัด** | **4.ร้อยละของพยาบาลที่ได้รับการเสริมความรู้/ฝึกอบรม ครบ10 CNEU/คน/ปี** |
| **ความหมายของตัวชี้วัด** | การต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพพยาบาล สภาการพยาบาลกำหนดให้  |
| มีการต่ออายุทุก 5 ปี ไม่ต่ำกว่า 50 CNEU เพื่อให้ทุกคนได้รับการต่ออายุ |
| ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ จึงกำหนดให้พยาบาลได้รับการอบรมระยะสั้น |
| ระยะยาว การศึกษาต่อเนื่องอย่างน้อย 10 CNEU /คน/ปี |
| **วัตถุประสงค์ของการมีตัวชี้วัดตัวนี้** | เพื่อบริหารจัดการและส่งเสริมให้พยาบาลได้รับการอบรม ระยะสั้น ระยะยาว  |
| และศึกษาต่อเนื่องต่างๆ เพื่อเพิ่มศักยภาพผู้ประกอบวิชาชีพ การพยาบาล  |
| การผดุงครรภ์ ตามที่สภาการพยาบาลกำหนด |
| **สอดคล้องกับกลยุทธ์ของโรงพยาบาล** | ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาบุคลากรและพัฒนาองค์กรให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ |
| **สูตรในการคำนวนตัวชี้วัด** |

|  |
| --- |
|  จำนวนพยาบาลที่ได้รับการเสริมความรู้/ฝึกอบรมครบ 10 CNEU/คน/ปี X 100 |

 |
|  จำนวนพยาบาลที่ได้รับการวางแผนให้ได้รับการฝึกอบรมในช่วง 1 ปี |
| **ข้อมูลที่ต้องการ**  | X=จำนวนพยาบาลที่มีใบประกอบวิชาชีพที่ได้รับการเสริมความรู้/ฝึกอบรม  |
| ครบ 10 CNEU ทั้งนี้ไม่นับบุคลลากรที่เข้าใหม่ในปีงบประมาณ |
| Y = จำนวนพยาบาลที่มีใบประกอบวิชาชีพทั้งหมดที่ได้รับการวางแผนให้ |
| ได้รับการฝึกอบรมในปีนั้นๆ |
| (บุคลากรที่เข้าใหม่ หมายถึง ผู้ที่ปฏิบัติงานไม่ครบ 6 เดือน) |
| **หน่วยวัดของตัวชี้วัด** | ร้อยละ |
| **ความถี่ในการรายงาน** | ทุก 6 เดือน **( นับสะสมทุกเดือน )** (ส่งข้อมูลเฉพาะ มี.ค.กับก.ย.เท่านั้น) |
| **เป้าหมาย** | เท่ากับ 100 % |
| **เกณฑ์ Benchmark** |   |
| **เกณฑ์ความสำเร็จ** | 10 CNEU/คน/ปี  |
| **หน่วยงานที่รับผิดชอบข้อมูลตัวชี้วัด** | ทุกหน่วยงานการพยาบาล |
| **ผู้ติดตามข้อมูลตัวชี้วัด** | คณะกรรมการงานบริหารบุคคล ฝ่ายการพยาบาล |
| **วิธีการเก็บข้อมูล ( แบบฟอร์มในการเก็บ )** |   |

|  |  |
| --- | --- |
| **องค์ประกอบ** | **ความหมาย** |
| **ชื่อตัวชี้วัด** | **5.ร้อยละของพยาบาลที่ได้รับการเสริมความรู้/ ฝึกอบรม /คน/ปี (RN)** |
| **ความหมายของตัวชี้วัด** | พยาบาลที่ได้รับการเสริมความรู้/ฝึกอบรมที่เกี่ยวข้องกับงานบริการพยาบาล |
|  ครบ 17 ชั่วโมง ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล |
| **วัตถุประสงค์ของการมีตัวชี้วัดตัวนี้** | การส่งเสริมให้บุคลากรเกิดความรู้ ทักษะมากขึ้นมีทัศนคติและ |
| การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกิดประโยชน์สูงสุด เพื่อนำมาพัฒนาการ |
| ปฏิบัติหน้าที่ของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ |
| **สอดคล้องกับกลยุทธ์ของโรงพยาบาล** | ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาบุคคลกรและพัฒนาองค์กรให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ |
|

|  |
| --- |
| **สูตรในการคำนวนตัวชี้วัด** |
|

 | จำนวนพยาบาลได้รับการเสริมความรู้/ ฝึกอบรม /คน/ปี X 100 |
|  จำนวนพยาบาลทั้งหมดในหน่วยงาน |
| **ข้อมูลที่ต้องการ**  |  X= จำนวนพยาบาลที่ได้รับการฝึกอบรมครบ 17 ชั่วโมง  |
| ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล ในเวลา 6 เดือน  |
| Y= จำนวนพยาบาลทั้งหมดในหน่วยงาน ทั้งนี้ไม่นับบุคคลที่เข้าใหม่ |
|  | (บุคลากรที่เข้าใหม่ หมายถึง ผู้ที่ปฏิบัติงานไม่ครบ 6 เดือน) |
| **หน่วยวัดของตัวชี้วัด** | ร้อยละ |
| **ความถี่ในการรายงาน** | ทุก 6 เดือน **( นับสะสมทุกเดือน )** ส่งข้อมูลเฉพาะ มี.ค.กับก.ย.เท่านั้น |
| **เป้าหมาย** |  มากกว่าหรือเท่ากับ 80 % |
| **เกณฑ์ Benchmark** |   |
| **เกณฑ์ความสำเร็จ** | ไม่มี |
| **หน่วยงานที่รับผิดชอบข้อมูลตัวชี้วัด** | ทุกหน่วยงานการพยาบาล |
| **ผู้ติดตามข้อมูลตัวชี้วัด** | คณะกรรมการงานบริหารบุคคล ฝ่ายการพยาบาล |
| **วิธีการเก็บข้อมูล ( แบบฟอร์มในการเก็บ )** |   |

**5. รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template) (ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน)**

|  |
| --- |
| **6. รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template) ( ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน)** |
| **องค์ประกอบ** | **ความหมาย** |
| **ชื่อตัวชี้วัด** | **6.ร้อยละของบุคลากร(Non RN)ได้รับการเสริมความรู้ /คน/ปี**  |
| **ความหมายของตัวชี้วัด** | ผู้ช่วยพยาบาล/ผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่ได้รับการเสริมความรู้/ฝึกอบรมครบ 17 ชั่วโมง |
| ในรอบการประเมิน ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล  |
| **วัตถุประสงค์ของการมีตัวชี้วัดตัวนี้** | การส่งเสริมให้บุคลากรเกิดความรู้ ทักษะมากขึ้นมีทัศนคติและ |
| การเปลี่ยนแปลงติกรรมที่เกิดประโยชน์สูงสุด เพื่อนำมาพัฒนาการ |
| ปฏิบัติหน้าที่ของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ |
| **สอดคล้องกับกลยุทธ์ของโรงพยาบาล** | ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาบุคคลกรและพัฒนาองค์กรให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ |
| **สูตรในการคำนวนตัวชี้วัด** |

|  |
| --- |
|  จำนวนผู้ช่วยพยาบาล/ผู้ช่วยเหลือคนไข้(Non RN)ที่ได้รับการฝึกอบรม /คน/ปี X 100  |

 |
|  จำนวนผู้ช่วยพยาบาล/ผู้ช่วยเหลือคนไข้(Non RN)ทั้งหมดในหน่วยงาน |
| **ข้อมูลที่ต้องการ**  |  X= จำนวนผู้ช่วยพยาบาลที่ได้รับการฝึกอบรมครบ 17 ชั่วโมง  |
| ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล ในเวลา 6 เดือน  |
| ทั้งนี้ไม่นับบุคคลที่เข้าใหม่ |
| Y= จำนวนผู้ช่วยพยาบาลทั้งหมดในหน่วยงาน ทั้งนี้ไม่นับบุคคลที่เข้าใหม่ |
| (บุคลากรที่เข้าใหม่ หมายถึง ผู้ที่ปฏิบัติงานไม่ครบ 6 เดือน) |
| **หน่วยวัดของตัวชี้วัด** | ร้อยละ |
| **ความถี่ในการรายงาน** | ทุก 6 เดือน **( นับสะสมทุกเดือน )**ส่งข้อมูลเฉพาะ มี.ค.กับก.ย.เท่านั้น |
| **เป้าหมาย** | เท่ากับ 100 % |
| **เกณฑ์ Benchmark** |   |
| **เกณฑ์ความสำเร็จ** | ไม่มี |
| **หน่วยงานที่รับผิดชอบข้อมูลตัวชี้วัด** | ทุกหน่วยงานการพยาบาล |
| **ผู้ติดตามข้อมูลตัวชี้วัด** | คณะกรรมการงานบริหารบุคคล ฝ่ายการพยาบาล |
| **วิธีการเก็บข้อมูล ( แบบฟอร์มในการเก็บ )** |   |

|  |
| --- |
| **7. รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)( ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน)** |
| **องค์ประกอบ** | **ความหมาย** |
| **ชื่อตัวชี้วัด** | **7.ร้อยละของคนงานที่ได้รับการเสริมความรู้ /คน/ปี**  |
| **ความหมายของตัวชี้วัด** | คนงานที่ได้รับการเสริมความรู้/ฝึกอบรมครบ 17 ชั่วโมง |
| ในรอบการประเมิน ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล  |
| **วัตถุประสงค์ของการมีตัวชี้วัดตัวนี้** | การส่งเสริมให้บุคลากรเกิดความรู้ ทักษะมากขึ้นมีทัศนคติและ |
| การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกิดประโยชน์สูงสุด เพื่อนำมาพัฒนาการ |
| ปฏิบัติหน้าที่ของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ |
| **สอดคล้องกับกลยุทธ์ของโรงพยาบาล** | ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาบุคคลกรและพัฒนาองค์กรให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ |
| **สูตรในการคำนวนตัวชี้วัด** |

|  |
| --- |
|  จำนวนคนงานที่ได้รับการฝึกอบรม /คน/ปี X 100  |

 |
|  จำนวนคนงานทั้งหมดในหน่วยงาน |
| **ข้อมูลที่ต้องการ**  | X= จำนวนคนงานที่ได้รับการฝึกอบรมครบ 17 ชั่วโมง |
| ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล ในเวลา 6 เดือนทั้งนี้ไม่นับบุคคลที่เข้าใหม่ |
| Y= จำนวนคนงานทั้งหมดในหน่วยงานทั้งนี้ไม่นับบุคคลที่เข้าใหม่(บุคลากรที่เข้าใหม่ หมายถึง ผู้ที่ปฏิบัติงานไม่ครบ 6 เดือน) |
| **หน่วยวัดของตัวชี้วัด** | ร้อยละ |
| **ความถี่ในการรายงาน** | ทุก 6 เดือน **( นับสะสมทุกเดือน )**ส่งข้อมูลเฉพาะ มี.ค.กับก.ย.เท่านั้น |
| **เป้าหมาย** | เท่ากับ 100 % |
| **เกณฑ์ Benchmark** |   |
| **เกณฑ์ความสำเร็จ** | ไม่มี |
| **หน่วยงานที่รับผิดชอบข้อมูลตัวชี้วัด** | ทุกหน่วยงานการพยาบาล |
| **ผู้ติดตามข้อมูลตัวชี้วัด** | คณะกรรมการงานบริหารบุคคล ฝ่ายการพยาบาล |
| **วิธีการเก็บข้อมูล ( แบบฟอร์มในการเก็บ )** |

|  |
| --- |
| **8. รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)( ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน)** |
| **องค์ประกอบ** | **ความหมาย** |
| **ชื่อตัวชี้วัด** | **8.ร้อยละของผู้ปฏิบัติงานบริหารที่ได้รับการเสริมความรู้ /คน/ปี** |
| **ความหมายของตัวชี้วัด** | ผู้ปฏิบัติงานบริหารที่ได้รับการเสริมความรู้/ฝึกอบรมครบ 17 ชั่วโมง |
| ในรอบการประเมิน ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล  |
| **วัตถุประสงค์ของการมีตัวชี้วัดตัวนี้** | การส่งเสริมให้บุคลากรเกิดความรู้ ทักษะมากขึ้นมีทัศนคติและ |
| การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกิดประโยชน์สูงสุด เพื่อนำมาพัฒนาการ |
| ปฏิบัติหน้าที่ของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ |
| **สอดคล้องกับกลยุทธ์ของโรงพยาบาล** | ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาบุคคลกรและพัฒนาองค์กรให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ |
| **สูตรในการคำนวนตัวชี้วัด** |

|  |
| --- |
|  จำนวนผู้ปฏิบัติงานบริหารที่ได้รับการฝึกอบรม /คน/ปี X 100  |

 |
|  จำนวนผู้ปฏิบัติงานบริหารทั้งหมดในหน่วยงาน |
| **ข้อมูลที่ต้องการ**  | X= จำนวนผู้ปฏิบัติงานบริหารที่ได้รับการฝึกอบรมครบ 17 ชั่วโมง |
| ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล ในเวลา 6 เดือนทั้งนี้ไม่นับบุคคลที่เข้าใหม่ |
| Y= จำนวนผู้ปฏิบัติงานบริหารทั้งหมดในหน่วยงานทั้งนี้ไม่นับบุคคลที่เข้าใหม่(บุคลากรที่เข้าใหม่ หมายถึง ผู้ที่ปฏิบัติงานไม่ครบ 6 เดือน) |
| **หน่วยวัดของตัวชี้วัด** | ร้อยละ |
| **ความถี่ในการรายงาน** | ทุก 6 เดือน **( นับสะสมทุกเดือน )**ให้ส่งข้อมูลเฉพาะ มี.ค.กับก.ย.เท่านั้น |
| **เป้าหมาย** | เท่ากับ 100 % |
| **เกณฑ์ Benchmark** |   |
| **เกณฑ์ความสำเร็จ** | ไม่มี |
| **หน่วยงานที่รับผิดชอบข้อมูลตัวชี้วัด** | ทุกหน่วยงานการพยาบาล |
| **ผู้ติดตามข้อมูลตัวชี้วัด** | คณะกรรมการงานบริหารบุคคล ฝ่ายการพยาบาล |
| **วิธีการเก็บข้อมูล ( แบบฟอร์มในการเก็บ )** |   |

|  |
| --- |
| **9. รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)( ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน)** |
| **องค์ประกอบ** | **ความหมาย**  |
| **ชื่อตัวชี้วัด** | **9.ร้อยละของบุคลากรที่บาดเจ็บ/เจ็บป่วยจากการทำงาน** |
| **ความหมายของตัวชี้วัด** | **บุคลากร** หมายถึง บุคลากรทุกระดับที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล |
| ในการให้การดูแลผู้ป่วยที่มีโอกาสสัมผัสกับเลือดและสารคัดหลั่ง  |
| รวมถึงการเจ็บป่วยด้วยโรคอันเนื่องมาจากการทำงาน |
| **สัมผัสเลือดหรือสิ่งคัดหลั่ง** หมายถึง การสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งผู้ป่วย |
| ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการสัมผัส ได้แก่ ของมีคม/ทิ่ม/ตำบาด /  |
| กระเด็นเข้าตา / ปาก / เยื่อบุต่างๆ ของร่างกาย  |
| ของเหลวที่ออกมาจากร่างกายผู้ป่วย เช่น เลือดน้ำเหลือง หนอง น้ำลาย  |
| เสมหะ น้ำมูก |
| **วัตถุประสงค์ของการมีตัวชี้วัดตัวนี้** | เพื่อให้การควบคุม ป้องกัน การตอบสนองต่อการเกิดอุบัติเหตุ |
| จากการทำงาน โรคที่เกิดจากการทำงาน มีระบบการจัดการ |
| ที่มีประสิทธิภาพ |
| **สอดคล้องกับกลยุทธ์ของโรงพยาบาล** | ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาบุคคลกรและพัฒนาองค์กรให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ |
|

|  |
| --- |
| **สูตรในการคำนวนตัวชี้วัด** |
|

 |  จำนวนบุคลากรที่เจ็บป่วย/บาดเจ็บจากการปฏิบัติงาน × 100 |
|  จำนวนบุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมดในหน่วยงาน |
| **ข้อมูลที่ต้องการ**  |  X = จำนวนบุคลากรที่เจ็บป่วย/บาดเจ็บจากการปฏิบัติงาน |
| นับบุคลากรเปลี่ยนตามความเป็นจริง เช่น นับบุคลากรเสริมด้วย |
| Y = จำนวนบุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมดในหน่วยงาน |
| **หน่วยวัดของตัวชี้วัด** | ร้อยละ |
| **ความถี่ในการรายงาน** | ทุกเดือน  |
| **เป้าหมาย** | **เท่ากับ 0 %** |
| **เกณฑ์ Benchmark** |  |
| **เกณฑ์ความสำเร็จ** | ไม่มี |
| **หน่วยงานที่รับผิดชอบข้อมูลตัวชี้วัด** | ทุกหน่วยงานการพยาบาล |
| **ผู้ติดตามข้อมูลตัวชี้วัด** | คณะกรรมการงานบริหารบุคคล ฝ่ายการพยาบาล |
| **วิธีการเก็บข้อมูล ( แบบฟอร์มในการเก็บ )** |   |

|  |
| --- |
| **10. รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template) ( ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน)** |
| **องค์ประกอบ** | **ความหมาย** |
| **ชื่อตัวชี้วัด** | **10. ร้อยละของบุคลากรที่รับการตรวจสุขภาพ** |
| **ความหมายของตัวชี้วัด** | บุคลากรทุกระดับได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี และทราบผลการตรวจ |
| และภาวะสุขภาพของตน |
| การตรวจสุขภาพประจำปี เป็นส่วนหนึ่งของการเฝ้าระวังสุขภาพอนามัย |
| ของผู้ปฏิบัติงาน มีผลต่อประสิทธิภาพในการทำงาน เนื่องจากภาวะสุขภาพ |
|  | อนามัยที่ดีผู้ปฏิบัติงานย่อมทำงานได้อย่างเต็มความสามารถในทางตรงกัน |
|  | ข้ามถ้าเจ้าหน้าที่ต้องประสบปัญหากับการเจ็บป่วยย่อมเป็นการบั่นทอน |
|  | สมรรถภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ ส่งผลถึงประสิทธิภาพในการปฏิบัติ |
|  | งานด้วย จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชลทาน จะต้องได้รับการ |
|  | ตรวจสุขภาพอนามัย เพื่อเฝ้าระวังภาวะสุขภาพให้อยู่ในภาวะที่ดีทั้งร่างกาย |
|  |  จิตใจ และสังคม รวมทั้งมีข้อมูลทางด้านสภาวะสุขภาพของบุคลากรใน |
|  | โรงพยาบาลชลประทาน |
| **วัตถุประสงค์ของการมีตัวชี้วัดตัวนี้** | บุคลากรทุกระดับได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี และทราบผลการตรวจ |
| 1. เพื่อค้นหาโรคหรือปัญหาสุขภาพของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชลประทาน |
| 2. เพื่อเฝ้าระวังภาวะสุขภาพของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชลประทาน |
| 3. เพื่อให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชลประทานที่มีภาวะสุขภาพผิดปกติได้รับ  |
| การรักษาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง  |
| **สอดคล้องกับกลยุทธ์ของโรงพยาบาล**  | ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาบุคคลกรและพัฒนาองค์กรให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้  |
| **สูตรในการคำนวนตัวชี้วัด** |

|  |
| --- |
|  **จำนวนบุคลากรที่ได้รับการตรวจสุขภาพ X 100** |

 |
|  **จำนวนบุคลากรทั้งหมดในหน่วยงาน**  |
| **ข้อมูลที่ต้องการ**  | X = จำนวนบุคลากรที่ได้รับการตรวจสุขภาพ  |
|  | Y = จำนวนบุคลากรทั้งหมดในหน่วยงาน  |
|  | ( ทั้งนี้ไม่นับรวมพนักงานรายวัน) |
| **หน่วยวัดของตัวชี้วัด** | ร้อยละ |
| **ความถี่ในการรายงาน** |  ปีละ 1 ครั้ง ให้รายงานปีละครั้งเฉพาะเดือนที่ได้ตรวจ |
| **เป้าหมาย** | **เท่ากับ 100 %** |
| **เกณฑ์ Benchmark** |   |
| **เกณฑ์ความสำเร็จ** | ทุกคนได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี |
| **หน่วยงานที่รับผิดชอบข้อมูลตัวชี้วัด** | ทุกหน่วยงานการพยาบาล |
| **ผู้ติดตามข้อมูลตัวชี้วัด** | คณะกรรมการงานบริหารบุคคล ฝ่ายการพยาบาล |
| **วิธีการเก็บข้อมูล ( แบบฟอร์มในการเก็บ )** |   |

**รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)
เพื่อเทียบเคียงผลการดำเนินงาน 4 สถานพยาบาล (MOU)**

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวดตัวชี้วัด** | **11.ผลด้านการดูแลผู้ป่วยภาพรวม** |
| **ประเภทตัวชี้วัด** |  |
| **รหัสตัวชี้วัด** |  |
| **ชื่อตัวชี้วัด ภาษาไทย** | อัตราการรับกลับเข้า รพ. ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน (unplan) |
| **ชื่อตัวชี้วัด ภาษาอังกฤษ** |  |
| **เป้าหมาย** | **ไม่เกินร้อยละ 6** |
| **หน่วยวัด** | ร้อยละ |
| **นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด** | การรับกลับเข้า รพ. ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน หมายถึง ผู้ป่วยในที่เข้ารับการรักษา admit ที่โรงพยาบาล และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้วยสถานะกลับบ้าน และจำเป็นต้องกลับมา admit ซ้ำที่โรงพยาบาลด้วยโรคและอาการเดิม ภายใน 28 วันหลังจากการจำหน่ายครั้งก่อน โดยไม่ได้วางแผน |
| **สูตรในการคำนวณ** | **(X / Y) x 100** |
| **ข้อมูลที่ต้องการ** | **ตัวตั้ง** | จำนวนผู้ป่วยในทุกประเภทที่รับกลับเข้า รพ. ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน |
| **ตัวหาร** | จำนวนผู้ป่วยในทุกประเภทที่จำหน่ายทั้งหมดในเดือนก่อนหน้านั้น |
| **ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล** | ต่อเดือน |
| **วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้** | 1 เมษายน 2560 |
| **วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุง** | 29 มีนาคม 2560 |
| **เหตุผลการปรับปรุง** |  |
| **รพ.ที่ระบุ Template** | รพ.ธรรมศาสตร์ฯ |
| **หมายเหตุ** |  |

**รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)
เพื่อเทียบเคียงผลการดำเนินงาน 4 สถานพยาบาล (MOU)**

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวดตัวชี้วัด** | **12. ผลด้านการดูแลผู้ป่วยภาพรวม** |
| **ประเภทตัวชี้วัด** | Emergency care process |
| **รหัสตัวชี้วัด** |  |
| **ชื่อตัวชี้วัด ภาษาไทย** | อัตราการ Re-visit ที่ ER |
| **ชื่อตัวชี้วัด ภาษาอังกฤษ** |  |
| **เป้าหมาย** | **ไม่เกิน 1** |
| **หน่วยวัด** | อัตรา |
| **นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด** | การ Re-visit ที่ ER หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์แล้วจำหน่ายให้กลับบ้านและต้องกลับมารักษาซ้ำที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ด้วยอาการหรือโรคเดิม ภายใน 48 ชม.  |
| **สูตรในการคำนวณ** | **(X/ Y) x 100** |
| **ข้อมูลที่ต้องการ** | **ตัวตั้ง** | จำนวนผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำด้วยอาการหรือโรคเดิมที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินภายใน 48 ชม. |
| **ตัวหาร** | จำนวนผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินทั้งหมด |
| **ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล** | ต่อเดือน |
| **วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้** | 1 เมษายน 2560 |
| **วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุง** | 29 มีนาคม 2560 |
| **เหตุผลการปรับปรุง** |  |
| **รพ.ที่ระบุ Template** | รพ.ธรรมศาสตร์ฯ |
| **หมายเหตุ** |  |

**THIP**

**รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)
เพื่อเทียบเคียงผลการดำเนินงาน 4 สถานพยาบาล (MOU)**

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวดตัวชี้วัด** | **13.ผลด้านการดูแลผู้ป่วยภาพรวม** |
| **ประเภทตัวชี้วัด** | Pressure ulcer care process |
| **รหัสตัวชี้วัด** |  |
| **ชื่อตัวชี้วัด ภาษาไทย** | อัตราการเกิดแผลกดทับใน รพ. |
| **ชื่อตัวชี้วัด ภาษาอังกฤษ** |  |
| **เป้าหมาย** | **3** |
| **หน่วยวัด** | **ครั้งต่อ 1,000 วันนอน** |
| **นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด** | -การเกิดแผลกดทับในรพ. หมายถึงผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในรพ. (admit ) นาน≥4 ชั่วโมง) ที่เกิดขึ้นใหม่ภายหลังรับผู้ป่วยไว้ในรพ. ใช้การแบ่งระดับของแผลกดทับตามหลักเกณฑ์ของ The National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) มีรายละเอียดดังนี้ระดับที่ 1 รอยแดง คือ ผิวหนังยังคงสภาพเดิมมีเพียงรอยแดงไม่จางหายไประดับที่ 2 สูญเสียผิวหนังบางส่วนของความหนา คือ ผิวหนังชั้นหนังกำพร้าถูกทำลายเพียงบางส่วน เป็นแผลตื้นๆ ก้นแผลสีชมพูแดง ไม่มีเนื้อตาย หรืออาจมีตุ่มน้ำพองทั้งที่ยังไม่แตก และแตกแล้ว (ไม่รวมถึงผิวหนังเกิดการระคายเคืองจาก พลาสเตอร์ หรือการอักเสบของผิวหนังบริเวณอวัยวะสืบพันธ์)ระดับที่ 3 สูญเสียผิวหนังเต็มความหนา คือ ผิวหนังทุกชั้นถูกทำลาย และลามถึงชั้นไขมันใต้ผิวหนัง แต่ไม่ถึงชั้นกล้ามเนื้อ ไม่ลึกถึงกระดูก ลักษณะแผลเป็นแอ่งลึก อาจมีการชอนไชตามเนื้อเยื่อใกล้เคียง และอาจมีเนื้อตายลักษณะเปื่อยยุ่ย (slough)ระดับที่ 4 สูญเสียเนื้อเยื่อเต็มความหนา คือมีการทำลายเนื้อเยื่อทั้งหมดจนถึงชั้นกล้ามเนื้อ อาจลึกถึงเห็นกระดูก เอ็น หรือข้อต่อ อาจมีเนื้อตายสีเหลืองเปื่อยยุ่ย (slough) หรือเนื้อตายสีดำ (eschar) ปกคลุมบางส่วน และอาจมีการชอนไชไปใต้ผิวหนังใกล้เคียง หรือเป็นแอ่งลึกไม่สามารถระบุระดับได้ (Unstageable): ไม่ทราบความลึก คือ มีการทำลายเนื้อเยื่อทั้งหมด มีเนื้อตายเปื่อยยุ่ย (slough) สีเหลือง หรือสีน้ำตาล หรือสีเทา หรือสีเขียว หรือมีเนื้อตายแข็ง (eschar) สีน้ำตาล หรือสีดำปกคลุมแผลทำให้ไม่เห็นก้นแผลสันนิษฐานว่ามีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อส่วนลึก (Suspected Deep Tissue Injury): ไม่ทราบความลึก คือ มีผิวหนังสีม่วงคล้ำ หรือสีแดงบริเวณผิวหนังปกติ หรือมีตุ่มเลือดซึ่งเกิดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ จากแรงกด หรือแรงเสียดสี บริเวณดังกล่าวอาจมีอาการเจ็บปวด ตึง อุ่น หรือเย็น เมื่อเทียบกับบริเวณข้างเคียง- จำนวนวันนอนรวมของผู้ป่วยในหมายถึงผลรวมของจำนวนผู้ป่วยในทั้งหมดในแต่ละวันรวมตามช่วงเวลาเช่นจำนวนวันนอนรวมของเดือน = ยอดผู้ป่วยในของวันที่ 1+วันที่ 2+ ... +วันสุดท้ายของเดือน |
| **สูตรในการคำนวณ** | **(x / y) x 1000** |
| **ข้อมูลที่ต้องการ** | **ตัวตั้ง** | จำนวนแผลกดทับใหม่ (ทุกระดับ) ที่เกิดขึ้นภายหลังรับผู้ป่วยไว้ในรพ. ในเดือนนั้น |
| **ตัวหาร** | จำนวนวันนอนรวมของผู้ป่วยในเดือนเดียวกันนั้น |
| **ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล** | ต่อเดือน |
| **วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้** | 1 เมษายน 2560 |
| **วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุง** | ปีงบประมาณ 2560 |
| **เหตุผลการปรับปรุง** |  |
| **ผู้ที่ระบุ Template** | รพ.ธรรมศาสตร์ฯ (อ้างอิงจากชมรมเครือข่ายพัฒนาพยาบาล ตัวชี้วัดแผลกดทับ) |
| **หมายเหตุ** |  |

**รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)
เพื่อเทียบเคียงผลการดำเนินงาน 4 สถานพยาบาล (MOU)**

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวดตัวชี้วัด** | **14.ผลด้านการดูแลผู้ป่วยภาพรวม** |
| **ประเภทตัวชี้วัด** | Pressure ulcer care process |
| **รหัสตัวชี้วัด** |  |
| **ชื่อตัวชี้วัด ภาษาไทย** | อัตราความชุกของแผลกดทับ |
| **ชื่อตัวชี้วัด ภาษาอังกฤษ** |  |
| **เป้าหมาย** |  |
| **หน่วยวัด** | ร้อยละ |
| **นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด** | เป็นการเก็บข้อมูลความชุกของแผลกดทับซึ่งควรมีวิธีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบมีขั้นตอนที่ชัดเจนสำหรับเป็นมาตรฐานในการเก็บข้อมูลทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลมีความถูกต้องน่าเชื่อถือเมื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลมีความแม่นตรงสะท้อนระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลในระดับเดียวกันได้โดยให้ศึกษาแนวทางการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัดได้จากเอกสารของชมรมเครือข่ายพัฒนาพยาบาล ตัวชี้วัดแผลกดทับ / Prevalence Pressure Ulcer Survey |
| **สูตรในการคำนวณ** | **(x / y) x 100** |
| **ข้อมูลที่ต้องการ** | **ตัวตั้ง** | จำนวนผู้ป่วยที่มีแผลกดทับทั้งหมดในช่วงเวลาที่สำรวจ |
| **ตัวหาร** | จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่มีอยู่ในโรงพยาบาลในช่วงเวลาเดียวกัน (กลุ่มเป้าหมาย) |
| **ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล** | ทุก 6 เดือน (กุมภาพันธ์และสิงหาคม) |
| **วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้** | ปีงบประมาณ 2559 |
| **วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุง** | ปีงบประมาณ 2560 |
| **เหตุผลการปรับปรุง** |  |
| **ผู้ที่ระบุ Template** | รพ.ธรรมศาสตร์ฯ (อ้างอิงจากชมรมเครือข่ายพัฒนาพยาบาล ตัวชี้วัดแผลกดทับ) |
| **หมายเหตุ** |  |

**รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)
เพื่อเทียบเคียงผลการดำเนินงาน 4 สถานพยาบาล (MOU)**

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวดตัวชี้วัด** | **15. ผลด้านการดูแลผู้ป่วยภาพรวม** |
| **ประเภทตัวชี้วัด** | พลัดตก/หกล้ม/ตกเตียง |
| **รหัสตัวชี้วัด** |  |
| **ชื่อตัวชี้วัด ภาษาไทย** | อัตราผู้ป่วยตกเตียง/พลัดตก/หกล้ม ผู้ป่วยใน (/1000 วันนอน) ระดับ C-I |
| **ชื่อตัวชี้วัด ภาษาอังกฤษ** |  |
| **เป้าหมาย** | **< 0.20** |
| **หน่วยวัด** | /1000 วันนอน |
| **นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด** | - การพลัดตกหกล้ม ตกเตียง หมายถึง การเปลี่ยนตำแหน่งของร่างกายจากการลื่น ไถล ถลา หรือตกไปสู่ พื้นผิวที่ต่ำกว่า ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้ตั้งใจและไม่สามารถควบคุมได้ อาจส่งผลให้ร่างกายของผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บหรือไม่ได้รับบาดเจ็บก็ตาม**ระดับความรุนแรงของการพลัดตก/หกล้ม/ตกเตียง**C = ผู้ป่วยมีการพลัดตกหกล้มตกเตียง แต่ไม่ได้รับบาดเจ็บD = ผู้ป่วยเกิดการพลัดตกหกล้มตกเตียงและไม่ได้รับบาดเจ็บต้องเฝ้าระวังติดตามอาการอย่างต่อเนื่องE = ผู้ป่วยมีการพลัดตกหกล้มตกเตียงและได้รับบาดเจ็บเล็กน้อย (minor injury) ให้การปฐมพยาบาล เบื้องต้น เช่น ให้ยาแก้ปวด มีแผลถลอกเปิด กล้ามเนื้อฉีกขาดเล็กน้อย ต้องทำแผล เป็นต้นF = ผู้ป่วยเกิดการพลัดตกหกล้มตกเตียง และได้รับบาดเจ็บเป็นอันตรายชั่วคราวต่อผู้ป่วยต้องให้การรักษาเพิ่มเติม ทำหัตถการขนาดเล็ก เช่น เย็บแผล ทำให้นอนโรงพยาบาลนานขึ้น(major injury) ได้แก่ กระดูกหัก (hip fracture, arm fracture, head trauma) เป็นต้นG = ผู้ป่วยเกิดการพลัดตกหกล้มตกเตียง และได้รับบาดเจ็บรุนแรงมากเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยถาวร เช่น Severe head injuryH = ผู้ป่วยมีการพลัดตกหกล้มตกเตียง และได้รับบาดเจ็บรุนแรงมาก ต้องได้รับการบำบัดเพื่อช่วยชีวิตI = ผู้ป่วยมีการพลัดตกหกล้มตกเตียงและเสียชีวิต |
| **สูตรในการคำนวณ** | **(x / y) x 1000** |
| **ข้อมูลที่ต้องการ** | **ตัวตั้ง** | จำนวนผู้ป่วยตกเตียง/พลัดตก/หกล้ม ระดับความเสี่ยงทางคลินิก C-I ในเวลาที่กำหนด |
| **ตัวหาร** | จำนวนวันนอนในเวลาที่กำหนด |
| **ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล** | ต่อเดือน |
| **วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้** | 1 เมษายน 2560 |
| **วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุง** | 29 มีนาคม 2560 |
| **เหตุผลการปรับปรุง** |  |
| **รพ.ที่ระบุ Template** | รพ.ธรรมศาสตร์ฯ (อ้างอิงจากชมรมเครือข่ายพัฒนาพยาบาล) |
| **หมายเหตุ** |  |

**รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)
เพื่อเทียบเคียงผลการดำเนินงาน 4 สถานพยาบาล (MOU)**

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวดตัวชี้วัด** | **16.ผลด้านการดูแลผู้ป่วยภาพรวม** |
| **ประเภทตัวชี้วัด** | พลัดตก/หกล้ม/ตกเตียง |
| **รหัสตัวชี้วัด** |  |
| **ชื่อตัวชี้วัด ภาษาไทย** | อัตราผู้ป่วยตกเตียง/พลัดตก/หกล้ม ผู้ป่วยใน (/1000 วันนอน) ระดับ D-I |
| **ชื่อตัวชี้วัด ภาษาอังกฤษ** |  |
| **เป้าหมาย** | **< 0.20** |
| **หน่วยวัด** | /1000 วันนอน |
| **นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด** | - การพลัดตกหกล้ม ตกเตียง หมายถึง การเปลี่ยนตำแหน่งของร่างกายจากการลื่น ไถล ถลา หรือตกไปสู่ พื้นผิวที่ต่ำกว่า ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้ตั้งใจและไม่สามารถควบคุมได้ อาจส่งผลให้ร่างกายของผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บหรือไม่ได้รับบาดเจ็บก็ตาม**ระดับความรุนแรงของการพลัดตก/หกล้ม/ตกเตียง**D = ผู้ป่วยเกิดการพลัดตกหกล้มตกเตียงและไม่ได้รับบาดเจ็บต้องเฝ้าระวังติดตามอาการอย่างต่อเนื่องE = ผู้ป่วยมีการพลัดตกหกล้มตกเตียงและได้รับบาดเจ็บเล็กน้อย (minor injury) ให้การปฐมพยาบาล เบื้องต้น เช่น ให้ยาแก้ปวด มีแผลถลอกเปิด กล้ามเนื้อฉีกขาดเล็กน้อย ต้องทำแผล เป็นต้นF = ผู้ป่วยเกิดการพลัดตกหกล้มตกเตียง และได้รับบาดเจ็บเป็นอันตรายชั่วคราวต่อผู้ป่วยต้องให้การรักษาเพิ่มเติม ทำหัตถการขนาดเล็ก เช่น เย็บแผล ทำให้นอนโรงพยาบาลนานขึ้น(major injury) ได้แก่ กระดูกหัก (hip fracture, arm fracture, head trauma) เป็นต้นG = ผู้ป่วยเกิดการพลัดตกหกล้มตกเตียง และได้รับบาดเจ็บรุนแรงมากเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยถาวร เช่น Severe head injuryH = ผู้ป่วยมีการพลัดตกหกล้มตกเตียง และได้รับบาดเจ็บรุนแรงมาก ต้องได้รับการบำบัดเพื่อช่วยชีวิตI = ผู้ป่วยมีการพลัดตกหกล้มตกเตียงและเสียชีวิต |
| **สูตรในการคำนวณ** | **(x / y) x 1000** |
| **ข้อมูลที่ต้องการ** | **ตัวตั้ง** | จำนวนผู้ป่วยตกเตียง/พลัดตก/หกล้ม ระดับความเสี่ยงทางคลินิก D-I ในเวลาที่กำหนด |
| **ตัวหาร** | จำนวนวันนอนในเวลาที่กำหนด |
| **ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล** | ต่อเดือน |
| **วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้** |  |
| **วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุง** | 29 มีนาคม 2560 |
| **เหตุผลการปรับปรุง** | 1 เมษายน 2560 |
| **รพ.ที่ระบุ Template** | รพ.ธรรมศาสตร์ฯ (อ้างอิงจากชมรมเครือข่ายพัฒนาพยาบาล) |
| **หมายเหตุ** |  |

**รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)
เพื่อเทียบเคียงผลการดำเนินงาน 4 สถานพยาบาล (MOU)**

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวดตัวชี้วัด** | **17.ผลด้านการดูแลผู้ป่วยภาพรวม** |
| **ประเภทตัวชี้วัด** | Phlebitis |
| **รหัสตัวชี้วัด** |  |
| **ชื่อตัวชี้วัด ภาษาไทย** | **อัตราการเกิด Phlebitis ภาพรวม** |
| **ชื่อตัวชี้วัด ภาษาอังกฤษ** |  |
| **เป้าหมาย** | **1** |
| **หน่วยวัด** | ร้อยละ |
| **นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด** | หลอดเลือดดำอักเสบ (Phlebitis) หมายถึง การอักเสบของหลอดเลือดดำส่วนปลาย ซึ่งอาจจะเกิดขึ้นได้ภายหลัง 48 ชั่วโมงหลังจากเอาเข็มออก ระดับของหลอดเลือดดำอักเสบแบ่งตามเกณฑ์ดังนี้ระดับ 0 – ไม่มีอาการแสดงระดับ 1 – แดงรอบรอยเข็ม(มีอาการปวดหรือไม่มีก็ได้)ระดับ 2 – ปวดและแดงรอบรอยเข็ม(บวมหรือไม่บวมก็ได้) ระดับ 3 – ปวดรอบรอยเข็มร่วมกับแดง,มีรอยแดงเป็นทาง,ต้องคลำได้หลอดเลือดแข็งระดับ 4 – ปวดรอบรอยเข็มร่วมกับแดง,มีรอยแดงเป็นทาง,คลำได้หลอดเลือดแข็งยาวมากกว่า 1 นิ้วและพบหนองหลอดเลือดดำอักเสบ(Phlebitis) ภาพรวม หมายถึง การเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ ตั้งแต่ระดับ1-4 |
| **สูตรในการคำนวณ** | **(x / y) x 100** |
| **ข้อมูลที่ต้องการ** | **ตัวตั้ง** | จำนวนครั้งของการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบทั้งหมดในช่วงเวลาที่สำรวจ |
| **ตัวหาร** | จำนวนครั้งของการแทงเข็มทางหลอดเลือดดำส่วนปลายทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน |
| **ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล** | Prevalence Survey ทุกวันจันทร์ที่ 2 เดือนแรกของไตรมาส (เดือนตุลาคม , มกราคม , เมษายน , กรกฎาคม) |
| **วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้** | 1 เมษายน 2560 |
| **วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุง** | 29 มีนาคม 2560 |
| **เหตุผลการปรับปรุง** |  |
| **รพ.ที่ระบุ Template** | รพ.ธรรมศาสตร์ฯ |
| **หมายเหตุ** |  |

**รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)
เพื่อเทียบเคียงผลการดำเนินงาน 4 สถานพยาบาล (MOU)**

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวดตัวชี้วัด** | **18.ผลด้านการดูแลผู้ป่วยภาพรวม** |
| **ประเภทตัวชี้วัด** | Phlebitis |
| **รหัสตัวชี้วัด** |  |
| **ชื่อตัวชี้วัด ภาษาไทย** | **อัตราการเกิด Phlebitis ระดับ I** |
| **ชื่อตัวชี้วัด ภาษาอังกฤษ** |  |
| **เป้าหมาย** | 1 |
| **หน่วยวัด** | ร้อยละ |
| **นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด** | หลอดเลือดดำอักเสบ (Phlebitis) ระดับ 1 หมายถึง การอักเสบของหลอดเลือดดำส่วนปลาย โดยมีอาการแดงรอบรอยเข็ม(มีอาการปวดหรือไม่มีก็ได้)ซึ่งอาจจะเกิดขึ้นได้ภายหลัง 48 ชั่วโมงหลังจากเอาเข็มออก  |
| **สูตรในการคำนวณ** | **(x / y) x 100** |
| **ข้อมูลที่ต้องการ** | **ตัวตั้ง** | จำนวนครั้งของการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบระดับ 1 ทั้งหมด ในช่วงเวลาที่สำรวจ |
| **ตัวหาร** | จำนวนครั้งของการแทงเข็มทางหลอดเลือดดำส่วนปลายทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน |
| **ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล** | Prevalence Survey ทุกวันจันทร์ที่ 2 เดือนแรกของไตรมาส (เดือนตุลาคม , มกราคม , เมษายน , กรกฎาคม) |
| **วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้** | 1 เมษายน 2560 |
| **วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุง** | 29 มีนาคม 2560 |
| **เหตุผลการปรับปรุง** |  |
| **รพ.ที่ระบุ Template** | รพ.ธรรมศาสตร์ฯ |
| **หมายเหตุ** |  |

**รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)
เพื่อเทียบเคียงผลการดำเนินงาน 4 สถานพยาบาล (MOU)**

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวดตัวชี้วัด** | **19. ผลด้านการดูแลผู้ป่วยภาพรวม** |
| **ประเภทตัวชี้วัด** | Phlebitis |
| **รหัสตัวชี้วัด** |  |
| **ชื่อตัวชี้วัด ภาษาไทย** | อัตราการเกิด Phlebitis ระดับ II |
| **ชื่อตัวชี้วัด ภาษาอังกฤษ** |  |
| **เป้าหมาย** | **0.5** |
| **หน่วยวัด** | ร้อยละ |
| **นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด** | หลอดเลือดดำอักเสบระดับ 2 (Phlebitis grade II) หมายถึง การอักเสบของหลอดเลือดดำส่วนปลาย โดยมีอาการปวดและแดงรอบรอยเข็ม(บวมหรือไม่บวมก็ได้) อาจจะเกิดขึ้นได้ภายหลัง 48 ชั่วโมงหลังจากเอาเข็มออก  |
| **สูตรในการคำนวณ** | **(x / y) x 100** |
| **ข้อมูลที่ต้องการ** | **ตัวตั้ง** | จำนวนครั้งของการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบระดับ 2 ทั้งหมด ในช่วงเวลาที่สำรวจ |
| **ตัวหาร** | จำนวนครั้งของการแทงเข็มทางหลอดเลือดดำส่วนปลายทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน |
| **ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล** | Prevalence Survey ทุกวันจันทร์ที่ 2 เดือนแรกของไตรมาส (เดือนตุลาคม , มกราคม , เมษายน , กรกฎาคม) |
| **วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้** | 1 เมษายน 2560 |
| **วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุง** | 29 มีนาคม 2560 |
| **เหตุผลการปรับปรุง** |  |
| **รพ.ที่ระบุ Template** | รพ.ธรรมศาสตร์ฯ |
| **หมายเหตุ** |  |

**รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)
เพื่อเทียบเคียงผลการดำเนินงาน 4 สถานพยาบาล (MOU)**

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวดตัวชี้วัด** | **20. ผลด้านการดูแลผู้ป่วยภาพรวม** |
| **ประเภทตัวชี้วัด** | Phlebitis |
| **รหัสตัวชี้วัด** |  |
| **ชื่อตัวชี้วัด ภาษาไทย** | อัตราการเกิด Phlebitis ระดับ III |
| **ชื่อตัวชี้วัด ภาษาอังกฤษ** |  |
| **เป้าหมาย** | **0.5** |
| **หน่วยวัด** | ร้อยละ |
| **นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด** | หลอดเลือดดำอักเสบระดับ 3 (Phlebitis grade III) หมายถึง การอักเสบของหลอดเลือดดำส่วนปลาย โดยมีอาการปวดรอบรอยเข็มร่วมกับแดง,มีรอยแดงเป็นทาง,ต้องคลำได้หลอดเลือดแข็ง อาจจะเกิดขึ้นได้ภายหลัง 48 ชั่วโมงหลังจากเอาเข็มออก |
| **สูตรในการคำนวณ** | **(x / y) x 100** |
| **ข้อมูลที่ต้องการ** | **ตัวตั้ง** | จำนวนครั้งของการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบระดับ 3 ทั้งหมด ในช่วงเวลาที่สำรวจ |
| **ตัวหาร** | จำนวนครั้งของการแทงเข็มทางหลอดเลือดดำส่วนปลายทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน |
| **ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล** | Prevalence Survey ทุกวันจันทร์ที่ 2 เดือนแรกของไตรมาส (เดือนตุลาคม , มกราคม , เมษายน , กรกฎาคม) |
| **วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้** | 1 เมษายน 2560 |
| **วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุง** | 29 มีนาคม 2560 |
| **เหตุผลการปรับปรุง** |  |
| **รพ.ที่ระบุ Template** | รพ.ธรรมศาสตร์ฯ |
| **หมายเหตุ** |  |

**รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)
เพื่อเทียบเคียงผลการดำเนินงาน 4 สถานพยาบาล (MOU)**

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวดตัวชี้วัด** | **21. ผลด้านการดูแลผู้ป่วยภาพรวม** |
| **ประเภทตัวชี้วัด** | Phlebitis |
| **รหัสตัวชี้วัด** |  |
| **ชื่อตัวชี้วัด ภาษาไทย** | อัตราการเกิด Phlebitis ระดับ IV |
| **ชื่อตัวชี้วัด ภาษาอังกฤษ** |  |
| **เป้าหมาย** | **0.5** |
| **หน่วยวัด** | ร้อยละ |
| **นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด** | หลอดเลือดดำอักเสบระดับ 4 (Phlebitis grade IV) หมายถึง การอักเสบของหลอดเลือดดำส่วนปลาย โดยมีอาการปวดรอบรอยเข็มร่วมกับแดง, มีรอยแดงเป็นทาง,คลำได้หลอดเลือดแข็งยาวมากกว่า 1 นิ้วและพบหนองอาจจะเกิดขึ้นได้ภายหลัง 48 ชั่วโมงหลังจากเอาเข็มออก |
| **สูตรในการคำนวณ** | **(x / y) x 100** |
| **ข้อมูลที่ต้องการ** | **ตัวตั้ง** | จำนวนครั้งของการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบระดับ 3 ทั้งหมด ในช่วงเวลาที่สำรวจ |
| **ตัวหาร** | จำนวนครั้งของการแทงเข็มทางหลอดเลือดดำส่วนปลายทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน |
| **ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล** | Prevalence Survey ทุกวันจันทร์ที่ 2 เดือนแรกของไตรมาส (เดือนตุลาคม , มกราคม , เมษายน , กรกฎาคม) |
| **วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้** | 1 เมษายน 2560 |
| **วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุง** | 29 มีนาคม 2560 |
| **เหตุผลการปรับปรุง** |  |
| **รพ.ที่ระบุ Template** | รพ.ธรรมศาสตร์ฯ |
| **หมายเหตุ** |  |

**รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)
เพื่อเทียบเคียงผลการดำเนินงาน 4 สถานพยาบาล (MOU)**

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวดตัวชี้วัด** | **22.ผลด้านการดูแลผู้ป่วยภาพรวม** |
| **ประเภทตัวชี้วัด** | Phlebitis |
| **รหัสตัวชี้วัด** |  |
| **ชื่อตัวชี้วัด ภาษาไทย** | อัตราการเกิด Extravasation ของการให้ยาเคมีบำบัด |
| **ชื่อตัวชี้วัด ภาษาอังกฤษ** |  |
| **เป้าหมาย** | **ไม่เกิน ............** |
| **หน่วยวัด** | **อัตรา (/1000)** |
| **นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด** | Extravasation คือ ภาวะรั่วซึมของยาหรือสารเคมีออกนอกหลอดเลือดดำในระหว่างให้ยาทางหลอดเลือดยาหรือสารเคมีนั้นจะทำลายเนื้อเยื่อเอ็นระดับความรุนแรงมาก/น้อยขึ้นกับชนิดของยาหรือสารเคมีอาจรุนแรงถึงขนาดทำให้เกิดเนื้อตายอย่างรุนแรง (tissue necrosis) ซึ่งอาจต้องการการผ่าตัดหรือปลูกถ่ายเซลล์ผิวหนังใหม่หรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะส่วนที่เกิดเนื้อตาย |
| **สูตรในการคำนวณ** | **(x / y) x 1000** |
| **ข้อมูลที่ต้องการ** | **ตัวตั้ง** | จำนวนครั้งที่เกิด Extravasation ของการให้ยาเคมีบำบัด |
| **ตัวหาร** | จำนวนครั้งของการผสมยาเคมีบำบัดทั้งหมดในเดือนนั้น(ข้อมูลจากงานเภสัชกรรม) |
| **ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล** | ต่อเดือน |
| **วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้** | 1 เมษายน 2560 |
| **วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุง** | 29 มีนาคม 2560 |
| **เหตุผลการปรับปรุง** |  |
| **รพ.ที่ระบุ Template** | รพ.ธรรมศาสตร์ฯ |
| **หมายเหตุ** |  |

**รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)
เพื่อเทียบเคียงผลการดำเนินงาน 4 สถานพยาบาล (MOU)**

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวดตัวชี้วัด** | 23**. ผลด้านการดูแลผู้ป่วยภาพรวม** |
| **ประเภทตัวชี้วัด** | Endotracheal Tube |
| **รหัสตัวชี้วัด** |  |
| **ชื่อตัวชี้วัด ภาษาไทย** | **อัตราการเลื่อนหลุดของ Endotracheal Tube ในเด็ก**  |
| **ชื่อตัวชี้วัด ภาษาอังกฤษ** |  |
| **เป้าหมาย** |  |
| **หน่วยวัด** | อัตรา (/1000 วันที่ใส่ท่อช่วยหายใจ) |
| **นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด** | - การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ หมายถึง จำนวนครั้งของการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก โดยมีสาเหตุจากผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจออกเอง หรือเกิดจากอุบัติเหตุในระหว่างให้การรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วย- ผู้ป่วยในเด็ก หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปีบริบูรณ์ |
| **สูตรในการคำนวณ** | **( a / b ) x 1000** |
| **ข้อมูลที่ต้องการ** | **ตัวตั้ง** | จำนวนครั้งที่เกิดการเลื่อนหลุดของ Endotracheal Tube ในเด็ก |
| **ตัวหาร** | จำนวนวันรวมที่ผู้ป่วยเด็กใส่ท่อช่วยหายใจในเดือนนั้น |
| **ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล** | ต่อเดือน |
| **วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้** | 1 เมษายน 2560 |
| **วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุง** | 29 มีนาคม 2560 |
| **เหตุผลการปรับปรุง** |  |
| **รพ.ที่ระบุ Template** | รพ.ธรรมศาสตร์ฯ |
| **หมายเหตุ** |  |

**รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)
เพื่อเทียบเคียงผลการดำเนินงาน 4 สถานพยาบาล (MOU)**

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวดตัวชี้วัด** | **24. ผลด้านการดูแลผู้ป่วยภาพรวม** |
| **ประเภทตัวชี้วัด** | Endotracheal Tube |
| **รหัสตัวชี้วัด** |  |
| **ชื่อตัวชี้วัด ภาษาไทย** | **อัตราการเลื่อนหลุดของ Endotracheal Tube ในผู้ใหญ่** |
| **ชื่อตัวชี้วัด ภาษาอังกฤษ** |  |
| **เป้าหมาย** |  |
| **หน่วยวัด** | อัตรา (/1000 วันที่ใส่ท่อช่วยหายใจ) |
| **นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด** | - การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ หมายถึง จำนวนครั้งของการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก โดยมีสาเหตุจากผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจออกเอง หรือเกิดจากอุบัติเหตุในระหว่างให้การรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วย- ผู้ป่วยในผู้ใหญ่ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป |
| **สูตรในการคำนวณ** | **( x / y ) x 1000** |
| **ข้อมูลที่ต้องการ** | **ตัวตั้ง** | จำนวนครั้งที่เกิดการเลื่อนหลุดของ Endotracheal Tube ในผู้ใหญ่ |
| **ตัวหาร** | จำนวนวันรวมที่ผู้ป่วยผู้ใหญ่ใส่ท่อช่วยหายใจในเดือนนั้น |
| **ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล** | ต่อเดือน |
| **วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้** | 1 เมษายน 2560 |
| **วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุง** | 29 มีนาคม 2560 |
| **เหตุผลการปรับปรุง** |  |
| **รพ.ที่ระบุ Template** | รพ.ธรรมศาสตร์ฯ |
| **หมายเหตุ** |  |

**รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)
( ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน)**

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวดตัวชี้วัด** | **25. ผลด้านการดูแลผู้ป่วยภาพรวม** |
| **ประเภทตัวชี้วัด** | ความคลาดเคลื่อนในการระบุตัวผู้ป่วย(IPD) |
| **รหัสตัวชี้วัด** |  |
| **ชื่อตัวชี้วัด ภาษาไทย** | **อัตรา**ความคลาดเคลื่อนในการระบุตัวผู้ป่วย |
| **ชื่อตัวชี้วัด ภาษาอังกฤษ** |  |
| **เป้าหมาย** | **0** |
| **หน่วยวัด** | ร้อยละ |
| **นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด** | การระบุตัวผู้ป่วย หมายถึง การชี้บ่งในการรับรองตัวผู้ป่วย เพื่อให้การบริการดูแลรักษาพยาบาล การระบุตัวผู้ป่วยที่ถูกต้อง หมายถึง ความแม่นยำในการระบุตัวผู้ป่วยตลอดกระบวนการดูแลรักษา ตั้งแต่การจัดทำเวชระเบียน การให้ยา ให้เลือด การเก็บสิ่งส่งตรวจ การทำหัตถการต่างๆ การให้ข้อมูล รวมถึงการระบุตัวทารกแรกเกิด การระบุตัวผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ |
| **สูตรในการคำนวณ** | **( x / y ) x 100** |
| **ข้อมูลที่ต้องการ** | **ตัวตั้ง** |  จำนวนครั้งของความคลาดเคลื่อนในการระบุตัวผู้ป่วยในทุกระดับความรุนแรง |
| **ตัวหาร** | จำนวนวันนอนรวมผู้ป่วยในเดือน เดียวกัน |
| **ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล** | ต่อเดือน |
| **วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้** | 1 ตุลาคม 2560 |
| **วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุง** | 1 ตุลาคม 2560 |
| **เหตุผลการปรับปรุง** |  |
| **รพ.ที่ระบุ Template** |  ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน |
| **หมายเหตุ** |  |

**รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)
( ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน)**

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวดตัวชี้วัด** | **25. ผลด้านการดูแลผู้ป่วยภาพรวม** |
| **ประเภทตัวชี้วัด** | ความคลาดเคลื่อนในการระบุตัวผู้ป่วย **(ER/OPD/ไตเทียม/OR/วิสัญญี)** |
| **รหัสตัวชี้วัด** |  |
| **ชื่อตัวชี้วัด ภาษาไทย** | **อัตรา**ความคลาดเคลื่อนในการระบุตัวผู้ป่วย |
| **ชื่อตัวชี้วัด ภาษาอังกฤษ** |  |
| **เป้าหมาย** | **0** |
| **หน่วยวัด** | ร้อยละ |
| **นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด** | การระบุตัวผู้ป่วย หมายถึง การชี้บ่งในการรับรองตัวผู้ป่วย เพื่อให้การบริการดูแลรักษาพยาบาล การระบุตัวผู้ป่วยที่ถูกต้อง หมายถึง ความแม่นยำในการระบุตัวผู้ป่วยตลอดกระบวนการดูแลรักษา ตั้งแต่การจัดทำเวชระเบียน การให้ยา ให้เลือด การเก็บสิ่งส่งตรวจ การทำหัตถการต่างๆ การให้ข้อมูล รวมถึงการระบุตัวทารกแรกเกิด การระบุตัวผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ |
| **สูตรในการคำนวณ** | **( x / y ) x 100** |
| **ข้อมูลที่ต้องการ** | **ตัวตั้ง** |  จำนวนครั้งของความคลาดเคลื่อนในการระบุตัวผู้ป่วยในทุกระดับความรุนแรง |
| **ตัวหาร** | จำนวนรวมของผู้ป่วยในเดือน เดียวกัน |
| **ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล** | ต่อเดือน |
| **วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้** | 1 ตุลาคม 2560 |
| **วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุง** | 1 ตุลาคม 2560 |
| **เหตุผลการปรับปรุง** |  |
| **รพ.ที่ระบุ Template** |  ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน |
| **หมายเหตุ** |  |

|  |
| --- |
| **รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)( ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน)** |
| **องค์ประกอบ** | **ความหมาย** |
| **ชื่อตัวชี้วัด** | **26 .จำนวนครั้งของการเกิด CPR เนื่องจากการเฝ้าระวัง/รายงานไม่เหมาะสม** |
| **ความหมายของตัวชี้วัด** | การ CPR ผู้ป่วย ที่ไม่มีอาการชักนำและไม่มีการพยากรณ์ของโรค ซึ่งเกิด |
| จากการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงไม่เหมาะสม/รายงานไม่เหมาะสม |
| **วัตถุประสงค์ของการมีตัวชี้วัดตัวนี้** | ประเมินผลลัพธ์ในการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงก่อนเกิดภาวะวิกฤต |
| **สอดคล้องกับกลยุทธ์ของโรงพยาบาล** | ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบบริการวิชาการที่มีคุณภาพเพื่อพัฒนาชุมชนและ |
|  | สังคมอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน |
| **สูตรในการคำนวนตัวชี้วัด** | จำนวนครั้งของการ CPR เนื่องจากการเฝ้าระวัง/รายงานไม่เหมาะสม |
| **ข้อมูลที่ต้องการ**  | จำนวนครั้งของการ CPR เนื่องจากการเฝ้าระวัง/รายงานไม่เหมาะสม |
| **หน่วยวัดของตัวชี้วัด** | จำนวนครั้ง |
| **ความถี่ในการรายงาน** | ทุกเดือน |
| **เป้าหมาย** | **เท่ากับ 0**  |
| **เกณฑ์ Benchmark** |   |
| **เกณฑ์ความสำเร็จ** | ไม่เกิดเหตุการณ์ |
| **หน่วยงานที่รับผิดชอบข้อมูลตัวชี้วัด** | ทุกหน่วยงานการพยาบาล |
| **ผู้ติดตามข้อมูลตัวชี้วัด** | คณะกรรมการงานการพยาบาล |
| **วิธีการเก็บข้อมูล ( แบบฟอร์มในการเก็บ )** |   |

**รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)
เพื่อเทียบเคียงผลการดำเนินงาน 4 สถานพยาบาล (MOU)**

**THIP**

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวดตัวชี้วัด** | 27. ผลด้านการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเฉพาะโรค |
| **ประเภทตัวชี้วัด** | Stroke |
| **รหัสตัวชี้วัด** |  |
| **ชื่อตัวชี้วัด ภาษาไทย** | อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วย stroke |
| **ชื่อตัวชี้วัด ภาษาอังกฤษ** |  |
| **เป้าหมาย** | **8** |
| **หน่วยวัด** | ร้อยละ |
| **นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด** | 1. ผู้ป่วย Stroke หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาใน รพ. (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง 2. การเสียชีวิตของผู้ป่วย Stroke หมายถึง การเสียชีวิตจากทุกสาเหตุของผู้ป่วย Stroke3. การจำหน่ายทุกสถานะ หมายถึง การที่ผู้ป่วยใน ออกจากโรงพยาบาล ในทุกสถานะ ทุกกรณี |
| **สูตรในการคำนวณ** | **( x / y )** x 100 |
| **ข้อมูลที่ต้องการ** | **ตัวตั้ง** | จำนวนครั้งของการจำหน่ายด้วยการเสียชีวิตของผู้ป่วย Stroke จากหอผู้ป่วย |
| **ตัวหาร** | จำนวนครั้งของการจำหน่ายทุกสถานะของผู้ป่วย Stroke จากหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน |
| **ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล** | ต่อเดือน |
| **วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้** | ปีงบประมาณ 2559 |
| **วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุง** | ปีงบประมาณ 2560 |
| **เหตุผลการปรับปรุง** |  |
| **ผู้ที่ระบุ Template** | THIP |
| **หมายเหตุ** |  |

**รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)
เพื่อเทียบเคียงผลการดำเนินงาน 4 สถานพยาบาล (MOU)**

**THIP**

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวดตัวชี้วัด** | 28. ผลด้านการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเฉพาะโรค |
| **ประเภทตัวชี้วัด** | Stroke |
| **รหัสตัวชี้วัด** |  |
| **ชื่อตัวชี้วัด ภาษาไทย** | อัตราการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วย stroke ด้วยโรคหลอดเลือดสมองเดิมภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน |
| **ชื่อตัวชี้วัด ภาษาอังกฤษ** |  |
| **เป้าหมาย** | **2** |
| **หน่วยวัด** | ร้อยละ |
| **นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด** | 1. ผู้ป่วย stroke หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาใน รพ. (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) อายุ ≥18 ปี ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง 2. การรับกลับเข้า รพ.ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน หมายถึง การรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเดิมกลับเข้า รพ. โดยไม่ได้วางแผน ภายหลังการจำหน่ายออกจาก รพ. ภายใน 28 วัน3. การจำหน่ายออกจาก รพ. หมายถึง ผู้ป่วย stroke ที่จำหน่ายมีชีวิตออกจาก รพ. ด้วยสถานะการอนุญาตให้กลับบ้าน (ยกเว้นผู้ป่วยที่ไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น หรือไม่ยินยอมรับการรักษาตามแผน) |
| **สูตรในการคำนวณ** | **( x / y ) x 100** |
| **ข้อมูลที่ต้องการ** | **ตัวตั้ง** | จำนวนผู้ป่วย Stroke ที่ต้องรับกลับเข้าโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมองเดิม โดยไม่ได้วางแผนภายใน 28 วันหลังออกจากโรงพยาบาล |
| **ตัวหาร** | จำนวนผู้ป่วย Stroke ที่จำหน่าย ในเดือนก่อนหน้านั้น |
| **ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล** | ต่อเดือน |
| **วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้** | ปีงบประมาณ 2559 |
| **วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุง** | ปีงบประมาณ 2560 |
| **เหตุผลการปรับปรุง** |  |
| **ผู้ที่ระบุ Template** | THIP |
| **หมายเหตุ** |  |

**รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)
เพื่อเทียบเคียงผลการดำเนินงาน 4 สถานพยาบาล (MOU)**

**THIP**

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวดตัวชี้วัด** | 29. ผลด้านการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเฉพาะโรค |
| **ประเภทตัวชี้วัด** | Stroke |
| **รหัสตัวชี้วัด** |  |
| **ชื่อตัวชี้วัด ภาษาไทย** | อัตราการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วย stroke ด้วยทุกสาเหตุ ภายใน 28 วัน (Total re-admit) |
| **ชื่อตัวชี้วัด ภาษาอังกฤษ** |  |
| **เป้าหมาย** | **2** |
| **หน่วยวัด** | ร้อยละ |
| **นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด** | 1. การรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองทั้งหมด ภายใน 28 วันหลังออกจากโรงพยาบาล โดยยกเว้นผู้ป่วยที่ไปรักษาโรงพยาบาลอื่นหรือไม่ยินยอมรับการรักษาตามแผน2. การจำหน่ายหมายความรวมการจำหน่ายทุกประเภทด้วยโรคหลอดเลือดสมอง |
| **สูตรในการคำนวณ** | **( x / y ) x 100** |
| **ข้อมูลที่ต้องการ** | **ตัวตั้ง** | จำนวนผู้ป่วย Stroke ทั้งหมดที่ต้องรับกลับเข้าโรงพยาบาล ใน 28 วันหลังออกจากโรงพยาบาล |
| **ตัวหาร** | จำนวนผู้ป่วย Stroke ที่จำหน่าย ในเดือนก่อนหน้านั้น |
| **ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล** | ต่อเดือน |
| **วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้** | ปีงบประมาณ 2559 |
| **วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุง** | ปีงบประมาณ 2560 |
| **เหตุผลการปรับปรุง** |  |
| **ผู้ที่ระบุ Template** | THIP |
| **หมายเหตุ** |  |

**รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)
เพื่อเทียบเคียงผลการดำเนินงาน 4 สถานพยาบาล (MOU)**

**THIP**

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวดตัวชี้วัด** | 30.ผลด้านการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเฉพาะโรค |
| **ประเภทตัวชี้วัด** | Stroke |
| **รหัสตัวชี้วัด** |  |
| **ชื่อตัวชี้วัด ภาษาไทย** | อัตราผู้ป่วย Ischemic Stroke ที่ได้รับ Thrombolytic Agents ภายใน 60 นาที เมื่อมาถึง รพ. |
| **ชื่อตัวชี้วัด ภาษาอังกฤษ** |  |
| **เป้าหมาย** | **65** |
| **หน่วยวัด** | ร้อยละ |
| **นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด** | 1. ผู้ป่วย ischemic stroke หมายถึง ผู้ป่วยที่มี principal diagnosis (pdx.) เป็นโรคเส้นเลือดในสมองตีบหรืออุดตัน2. ผู้ป่วย ischemic stroke ที่ได้รับ thrombolytic agent ภายใน 60 นาทีเมื่อแรกรับ หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้ามของการให้ยานี้ และได้รับ thrombolytic agent ในการรักษาภายใน 60 นาที นับตั้งแต่ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาที่ ER/ OPD และรับไว้ในโรงพยาบาล จนถึงระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับยา (door to needle time) |
| **สูตรในการคำนวณ** | **( x / y )** x 100 |
| **ข้อมูลที่ต้องการ** | **ตัวตั้ง** | จำนวนผู้ป่วย ischemic strokeที่ได้รับ Thrombolytic Agents ภายใน 60 นาที หลังมาถึง รพ. แต่ละครั้ง |
| **ตัวหาร** | จำนวนผู้ป่วย ischemic strokeที่ได้รับ Thrombolytic Agents ที่รับเข้ารักษาใน รพ.ในช่วงเวลาเดียวกันนั้น |
| **ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล** | ต่อเดือน |
| **วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้** | ปีงบประมาณ 2559 |
| **วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุง** | ปีงบประมาณ 2560 |
| **เหตุผลการปรับปรุง** |  |
| **ผู้ที่ระบุ Template** | THIP |
| **หมายเหตุ** |  |

**รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)
( ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน)**

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวดตัวชี้วัด** | 31.ผลด้านการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเฉพาะโรค |
| **ประเภทตัวชี้วัด** | Stroke |
| **รหัสตัวชี้วัด** |  |
| **ชื่อตัวชี้วัด ภาษาไทย** | อัตราผู้ป่วย Stroke ที่ได้รับการประเมินการกลืน ภายใน 24 ชั่วโมงหลังรับไว้ในโรงพยาบาล |
| **ชื่อตัวชี้วัด ภาษาอังกฤษ** |  |
| **เป้าหมาย** | **90** |
| **หน่วยวัด** | ร้อยละ |
| **นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด** | 1.ภาวะกลืนลําบาก (Dysphagia) หมายถึง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่มีความบกพร่องในการกลืนอาหาร หรือการกลืนลําบาก ซึ่งอาจเป็นนสาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาอื่น ๆ ตามมา ได้แก่โรคขาดอาหาร(Malnutrition) หายใจขัด (Choking) ไอ (Coughing) หายใจไม่ออก (Gaging) ต้องให้อาหารทางสายยาง (Nasogastric Tube) ปอดอักเสบจากการสําลักอาหาร (Aspirated Pneumonia)2.การประเมินการกลืน หมายถึง การประเมินก่อนที่จะให้ผู้ป่วยเริ่มกลืนอาหาร เพื่อหาสาเหตุและความรุนแรงของการกลืนลําบาก เพื่อลดความเสี่ยงต่อการสําลักอาหารและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยใช้แบบฟอร์ม แบบประเมินการกลืน |
| **สูตรในการคำนวณ** | **( x / y )** x 100 |
| **ข้อมูลที่ต้องการ** | **ตัวตั้ง** | จํานวนผู้ป่วยStroke ที่ได้รับการประเมินการกลืนภายใน 24 ชั่วโมง หลังรับไว้ในโรงพยาบาล |
| **ตัวหาร** | จำนวนผู้ป่วย Stroke ทั้งหมดที่รับไว้ในโรงพยาบาล |
| **ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล** | ต่อเดือน |
| **วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้** | ปีงบประมาณ  |
| **วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุง** | ปีงบประมาณ  |
| **เหตุผลการปรับปรุง** |  |
| **ผู้ที่ระบุ Template** | ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน |
| **หมายเหตุ** |  |

**รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)
( ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน)**

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวดตัวชี้วัด** | 32.ผลด้านการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเฉพาะโรค |
| **ประเภทตัวชี้วัด** | Stroke |
| **รหัสตัวชี้วัด** |  |
| **ชื่อตัวชี้วัด ภาษาไทย** | อัตราผู้ป่วย Stroke มีความรู้ในการดูแลตนเอง |
| **ชื่อตัวชี้วัด ภาษาอังกฤษ** |  |
| **เป้าหมาย** |  |
| **หน่วยวัด** | ร้อยละ |
| **นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด** | 1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) หมายถึงผู้ป่วยในอายุ ≥18 ปีที่มี principle diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. การได้รับความรู้หมายถึง การที่ผู้ ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดหรือโรค หลอดเลือดสมองแตกหรือผู้ดูแลได้ รับคำแนะนําความรู้ ระหว่างอยู(รพ. ครบทั้ง 5 หัวข้อได้ แก่(การแจ้ งระบบการแพทย์ฉุกเฉิน การมาตรวจติดตามหลังจําหน่าย ออกจากรพ. ยาที่ได้ รับขณะจําหน่ายออกจากรพ. ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอด เลือดสมองรวมทั้งอาการเตือนและอาการของโรคหลอดเลือดสมอง  |
| **สูตรในการคำนวณ** | **( x / y ) x 100** |
| **ข้อมูลที่ต้องการ** | **ตัวตั้ง** | จำนวนผู้ป่วย Stroke ที่ได้รับความรู้ ขณะอยู่ใน รพ. |
| **ตัวหาร** | จำนวนผู้ป่วย Stroke ที่จำหน่ายออกจาก รพ. ในช่วงเวลาเดียวกัน |
| **ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล** | ต่อเดือน |
| **วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้** | ปีงบประมาณ  |
| **วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุง** | ปีงบประมาณ  |
| **เหตุผลการปรับปรุง** |  |
| **ผู้ที่ระบุ Template** | ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน |
| **หมายเหตุ** |  |

**รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)
เพื่อเทียบเคียงผลการดำเนินงาน 4 สถานพยาบาล (MOU)**

|  |  |
| --- | --- |
| หมวดตัวชี้วัด | ผลด้านระบบงานและกระบวนการสำคัญ |
| ประเภทตัวชี้วัด | องค์กรพยาบาล (NSO) |
| รหัสตัวชี้วัด |  |
| ชื่อตัวชี้วัดภาษาไทย | อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาล |
| ชื่อตัวชี้วัดภาษาอังกฤษ |  |
| เป้าหมาย | มากกว่าหรือเท่ากับ 80 % |
| หน่วยวัด | ร้อยละ |
| นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด | ความสมบูรณ์ของบันทึกทางการพยาบาล หมายถึง การบันทึกที่มีความสมบูรณ์ ครอบคลุม ครบถ้วนและต่อเนื่องลงในแบบฟอร์มทุกช่อง เขียนรายงานโดยระบุปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาลครอบคลุมปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ ระบุกิจกรรมการแก้ปัญหาและการตอบสนองความต้องการของพยาบาลความต้องการของผู้ป่วยครอบคลุม 4 มิติคือการดูแลรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ความพิการ การส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพรวมทั้งการดูแลสุขภาพตนเองบันทึกไว้เพื่อเป็นหลักฐานในการดูแลผู้รับบริการ ครอบคลุมและถูกต้องตามหลักการประเมินบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยในของกลุ่มงานการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือการประเมินสภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาลการปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลลัพธ์ของการพยาบาล |
| สูตรในการคำนวณ | **( x / y )** x 100 |
| ข้อมูลที่ต้องการ | ตัวตั้ง | X = ผลรวมของคะแนนการใช้กระบวนการพยาบาล(ภาพรวม) |  |
| ตัวหาร | Y = ผลรวมคะแนนเต็มของข้อที่เกี่ยวข้องในแบบฟอร์ม (ภาพรวม) |  |
| ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล | ต่อเดือน |
| วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้ | 1 เมษายน 2560 |
| วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุง | 29 มีนาคม 2560 |
| เหตุผลการปรับปรุง |  |
| รพ.ที่ระบุ Template | รพ.ชลประทาน มศว. |
| หมายเหตุ |  |

**รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)
เพื่อเทียบเคียงผลการดำเนินงาน 4 สถานพยาบาล (MOU)**

|  |  |
| --- | --- |
| กลุ่มตัวชี้วัด | วิชาชีพพยาบาล |
| หมวดตัวชี้วัด | General care process  |
| ประเภทตัวชี้วัด | การจัดการความปวด (Pain management) |
| รหัสตัวชี้วัด |  |
| ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย) | อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการจัดการความปวด |
| ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ) | Pain management satisfaction |
| นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด  | อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการจัดการความปวด หมายถึง ร้อยละของความคาดหวังของผู้ป่วย (ที่มีความปวด) ที่คาดว่าจะได้รับจากการบริการพยาบาลในการบรรเทาปวดใน 3 ด้านรวมกัน 1. ด้านการตอบสนองต่อความต้องการการบรรเทาปวด (Pain Response Satisfaction) การช่วยเหลืออย่างรวดเร็วจากพยาบาลเมื่อมีอาการปวด 2. ด้านการดูแลบรรเทาปวดอย่างต่อเนื่องและประกันคุณภาพ (Pain Continuing Care Satisfaction and Quality Assurance) การประเมินและสอบถามอาการปวดอย่างสม่ำเสมอ การประเมิน สอบถามอาการปวดภายหลังได้รับยาบรรเทาปวด  3. ด้านสิทธิผู้ป่วยต่อการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการบรรเทาปวด (Pain Patient Rights Satisfaction) ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการประเมินและการบอกระดับความปวด วิธีการจัดการความปวด การมีส่วนร่วมเลือกวิธีบรรเทาความปวดกับแพทย์ / พยาบาล และอาการไม่พึงประสงค์ของยา |
| วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด | เพื่อประเมินผลลัพธ์กระบวนการดูแลผู้ป่วยเรื่อง การบรรเทาปวด และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ปรับปรุงพัฒนาคุณภาพการบริการให้ได้มาตรฐานและเทียบเคียงสู่สากล  |
| สูตรในการคำนวณ | (X/Y) /100 |
| ข้อมูลที่ต้องการ | ตัวตั้ง | X = จำนวนข้อที่ผู้รับบริการ (ที่มีความปวด) ตอบว่าพึงพอใจระดับมาก-มากที่สุดต่อการจัดการความปวดด้าน Pain response, Pain Continuing Care, Pain Patient Rights |
| ตัวหาร | Y = จำนวนข้อทั้งหมดที่ผู้รับบริการ(ที่มีความปวด) ตอบในแบบประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการความปวด |
| รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง | ตัวตั้ง | ไม่มี |
| ตัวหาร |
| ความถี่ในการจัดทำข้อมูล | ทุก เดือน |
| หน่วยวัด | ร้อยละ |
| เกณฑ์ค่า Alert ให้ตรวจสอบข้อมูล | ≤ 80 เปอร์เซ็นต์ |
| Benchmark (ค่า/แหล่งอ้างอิง/ปี)\* | THIP |
| วิธีการแปลผล | ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี |
| ที่มา/Reference |  |
| วัน เดือน ปีที่เริ่มใช้ | 1 ตุลาคม 2560  |
| วัน เดือน ปีที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด | - |
| เหตุผลของการปรับปรุง | - |
| หมายเหตุ | ตัวชี้วัดนี้ใช้เฉพาะผู้ป่วย IPD และสามารถตอบคำถามในแบบสอบถามได้ |

|  |
| --- |
| **แบบประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการความปวด** |
| ฝ่ายการพยาบาล ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน |
| ผู้ตอบแบบสอบถาม q ผู้ป่วย q ญาติ/ผู้ปกครอง |  |  |  |
|  [ ] Acute pain [ ] Post Operative pain [ ] Cancer Pain [ ] Pedriatric pain [ ] Labour Pain |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **หัวข้อ** | **ไม่พอใจ**  | **พอใจเล็กน้อย**  | **ปาน กลาง**  | **มาก**  | **มากที่สุด**  | **ไม่สามารถประเมินได้**  |
| **(1)** | **(2)** | **(3)** | **(4)** | **(5)** |  |
| 1. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการประเมินและการบอกคะแนนความปวด  |   |   |   |   |   |   |
| 2. การช่วยเหลืออย่างรวดเร็วจากพยาบาลเมื่อมีอาการปวด  |   |   |   |   |   |   |
| 3. การพยาบาลอย่างนุ่มนวลเมื่อมีอาการปวด  |   |   |   |   |   |   |
| 4. การได้รับข้อมูลเรื่องวิธีจัดการความปวด  |   |   |   |   |   |   |
| 5. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์/ อาการข้างเคียงของยาระงับปวด  |   |   |   |   |   |   |
| 6. การได้มีส่วนร่วมในการเลือกวิธีบรรเทาปวดกับแพทย์/พยาบาล  |   |   |   |   |   |   |
| 7. การประเมิน/สอบถามอาการปวดภายหลังได้รับยาบรรเทาปวด  |   |   |   |   |   |   |
| 8. การประเมินและสอบถามอาการปวดอย่างสม่ำเสมอ  |   |   |   |   |   |   |
| **รวม** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** |
| **เฉลี่ย** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** |
| **สรุปภาพรวม** | 0 |
| \* **หมายเหตุ** |  |  |  |  |  |  |
| สำหรับหอวิกฤตหากไม่มีญาติ/ผู้ปกครองที่สามารถประเมินความพึงพอใจได้ ให้บันทึกลงในช่องไม่สามารถประเมินได้ |
|  |  |  |  |  |  |  |