

**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) มีรายละเอียดดังนี้  ระดับที่ 1 รอยแดง คือ ผิวหนังยังคงสภาพเดิมมีเพียงรอยแดงไม่จางหายไป  ระดับที่ 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 หรือเป็นแอ่งลึก  ไม่สามารถระบุระดับได้ (Unstageable): ไม่ทราบความลึก คือ มีการทำลายเนื้อเยื่อทั้งหมด มีเนื้อตายเปื่อยยุ่ย (slough) สีเหลือง หรือสีน้ำตาล หรือสีเทา หรือสีเขียว หรือมีเนื้อตายแข็ง (eschar) สีน้ำตาล หรือสีดำปกคลุมแผลทำให้ไม่เห็นก้นแผล  สันนิษฐานว่ามีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อส่วนลึก (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 แต่ไม่ได้รับบาดเจ็บ  D = ผู้ป่วยเกิดการพลัดตกหกล้มตกเตียงและไม่ได้รับบาดเจ็บต้องเฝ้าระวังติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง  E = ผู้ป่วยมีการพลัดตกหกล้มตกเตียงและได้รับบาดเจ็บเล็กน้อย (minor injury) ให้การปฐมพยาบาล เบื้องต้น เช่น ให้ยาแก้ปวด มีแผลถลอกเปิด กล้ามเนื้อฉีกขาดเล็กน้อย ต้องทำแผล เป็นต้น  F = ผู้ป่วยเกิดการพลัดตกหกล้มตกเตียง และได้รับบาดเจ็บเป็นอันตรายชั่วคราวต่อผู้ป่วยต้องให้การรักษาเพิ่มเติม ทำหัตถการขนาดเล็ก เช่น เย็บแผล ทำให้นอนโรงพยาบาลนานขึ้น(major injury) ได้แก่ กระดูกหัก (hip fracture, arm fracture, head trauma) เป็นต้น  G = ผู้ป่วยเกิดการพลัดตกหกล้มตกเตียง และได้รับบาดเจ็บรุนแรงมากเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยถาวร เช่น Severe head injury  H = ผู้ป่วยมีการพลัดตกหกล้มตกเตียง และได้รับบาดเจ็บรุนแรงมาก ต้องได้รับการบำบัดเพื่อช่วยชีวิต  I = 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 = ผู้ป่วยเกิดการพลัดตกหกล้มตกเตียงและไม่ได้รับบาดเจ็บต้องเฝ้าระวังติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง  E = ผู้ป่วยมีการพลัดตกหกล้มตกเตียงและได้รับบาดเจ็บเล็กน้อย (minor injury) ให้การปฐมพยาบาล เบื้องต้น เช่น ให้ยาแก้ปวด มีแผลถลอกเปิด กล้ามเนื้อฉีกขาดเล็กน้อย ต้องทำแผล เป็นต้น  F = ผู้ป่วยเกิดการพลัดตกหกล้มตกเตียง และได้รับบาดเจ็บเป็นอันตรายชั่วคราวต่อผู้ป่วยต้องให้การรักษาเพิ่มเติม ทำหัตถการขนาดเล็ก เช่น เย็บแผล ทำให้นอนโรงพยาบาลนานขึ้น(major injury) ได้แก่ กระดูกหัก (hip fracture, arm fracture, head trauma) เป็นต้น  G = ผู้ป่วยเกิดการพลัดตกหกล้มตกเตียง และได้รับบาดเจ็บรุนแรงมากเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยถาวร เช่น Severe head injury  H = ผู้ป่วยมีการพลัดตกหกล้มตกเตียง และได้รับบาดเจ็บรุนแรงมาก ต้องได้รับการบำบัดเพื่อช่วยชีวิต  I = 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 ระดับของหลอดเลือดดำอักเสบแบ่งตามเกณฑ์ดังนี้  ระดับ 0 – ไม่มีอาการแสดง  ระดับ 1 – แดงรอบรอยเข็ม(มีอาการปวดหรือไม่มีก็ได้)  ระดับ 2 – ปวดและแดงรอบรอยเข็ม(บวมหรือไม่บวมก็ได้)  ระดับ 3 – ปวดรอบรอยเข็มร่วมกับแดง,มีรอยแดงเป็นทาง,ต้องคลำได้หลอดเลือดแข็ง  ระดับ 4 – ปวดรอบรอยเข็มร่วมกับแดง,มีรอยแดงเป็นทาง,คลำได้หลอดเลือดแข็งยาวมากกว่า 1 นิ้วและพบหนอง  หลอดเลือดดำอักเสบ(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 Stroke 3. 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 วัน 3. 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 โดยยกเว้นผู้ป่วยที่ไปรักษาโรงพยาบาลอื่นหรือไม่ยินยอมรับการรักษาตามแผน 2. 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.) เป็นโรคเส้นเลือดในสมองตีบหรืออุดตัน 2. 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 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน  ที่มีความบกพร่องในการกลืนอาหาร หรือการ  กลืนลําบาก ซึ่งอาจเป็นนสาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาอื่น ๆ ตามมา ได้แก่โรคขาดอาหาร  (Malnutrition) หายใจขัด (Choking) ไอ (Coughing) หายใจไม่ออก (Gaging) ต้อง  ให้อาหารทางสายยาง (Nasogastric Tube) ปอดอักเสบจากการสําลักอาหาร (Aspirated Pneumonia)  2.การประเมินการกลืน หมายถึง การประเมินก่อนที่จะให้ผู้ป่วยเริ่มกลืนอาหาร เพื่อ  หาสาเหตุและความรุนแรงของการกลืนลําบาก เพื่อลดความเสี่ยงต่อการสําลักอาหาร  และลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น 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 ระบุกิจกรรมการแก้ปัญหาและ  การตอบสนองความต้องการของพยาบาลความต้องการของผู้ป่วยครอบคลุม 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 | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  | |  |