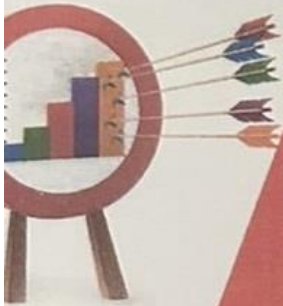


K Key
P Performance
I Indicator



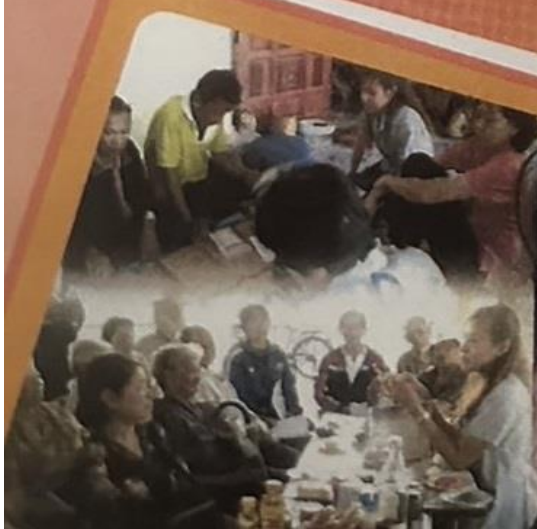
ตัวชี้วัด

งานโภชนาการ ในโรงพยาบาล

Template Key Performance Indicators
Nutrition Department

(KPIND-2560)

กระทรวงสาธารณสุข



ฉบับร่าง

ตัวชี้วัดงานโภชนาการในโรงพยาบาล

กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2560

Template Key Performance Indicators

Nutrition Department

(KPIND-2560)

กระทรวงสาธารณสุข

คำนำ

ตัวชี้วัดคุณภาพงานโภชนาการในโรงพยาบาล 2560 (Key Performance Index- KPI 2560) ฉบับนี้ เป็นตัวชี้วัดคุณภาพเพื่อใช้เป็นแนวทางในการประเมินผลและติดตามคุณภาพการทำงาน

งานโภชนาการในโรงพยาบาลโดยความร่วมมือในการจัดทำของสำนักบริหารการสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข สมาคมนักกำหนดอาหารแห่งประเทศไทย และคณะทำงานพัฒนาสายวิชาชีพโภชนาการ/โภชนากร กระทรวงสาธารณสุข มีการจัดทำตัวชี้วัดทั้งหมด ตัวชี้วัด ภายในเล่มประกอบด้วย คำนิยามตัวชี้วัด เกณฑ์เป้าหมาย กลุ่มเป้าหมาย วิธีการเก็บข้อมูล แหล่งข้อมูล รายการข้อมูล สูตรคำนวณ ระยะเวลาการประเมินผล จัดเรียง ออกเป็นตัวชี้วัดตามโครงสร้างงาน 4 โครงสร้างงาน ดังนี้ การบริหารทรัพยากร นโยบายและแผนงานด้าน โภชนาการ งานควบคุมและผลิตอาหารผู้ป่วย งานโภชนบำบัด งานโภชนคลินิก งานพัฒนาคุณภาพและวิจัย

คณะทำงานพัฒนาสายวิชาชีพโภชนาการ/โภชนากรหวังเป็นอย่างยิ่งว่าตัวชี้วัดคุณภาพงานโภชนาการ ในโรงพยาบาล 2560 ฉบับนี้จะมีประโยชน์สำหรับผู้ให้บริการงานโภชนาการในสถานพยาบาลระดับต่าง ๆ โดย สามารถนำไปใช้พัฒนาระบบบริการโภชนาการให้มีคุณภาพมาตรฐานตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพตามความจำเป็น เพื่อให้การดำเนินงานด้านโภชนาการบรรลุเป้าหมายตามช่วงเวลาที่กำหนด และขอขอบคุณหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทุกหน่วยงาน ที่ได้ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการจัดทำเอกสารฉบับนี้

คณะผู้จัดทำ

สารบัญ

หน้า

1. ผังตัวชี้วัด สายวิชาชีพนักโภชนาการ/โภชนากร กระทรวงสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ 2560-2565
2. ตัวชี้วัดสายวิชาชีพนักโภชนาการ/โภชนากร กระทรวงสาธารณสุข
 - 2.1 ตัวชี้วัดด้านโภชนาการงานบริหารทรัพยากร
 - 2.1.1 ระดับความสำเร็จในการวางแผนกำลังคนกลุ่มงานโภชนศาสตร์
 - 2.1.2 ระดับความสำเร็จในการพัฒนากำลังคนกลุ่มงานโภชนศาสตร์
 - 2.1.3 ร้อยละบุคลากรกลุ่มงานโภชนศาสตร์ที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด
 - 2.2 ตัวชี้วัดด้านโภชนาการงานควบคุมและผลิตอาหารผู้ป่วย
 - 2.2.1 กลุ่มงานโภชนศาสตร์ผ่านการรับรองตามเกณฑ์มาตรฐาน Clean Food Good Test
 - 2.2.1.1 ผลการสุ่มตรวจวัตถุดิบ ไม่พบสารเคมีที่เป็นอันตรายปนเปื้อนในอาหาร > ๙๕ %
 - 2.2.1.2 ผ่านเกณฑ์การตรวจหาโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหารพร้อมเสิร์ฟโดยใช้ชุดทดสอบ S1๒ > ๙๐ %
 - 2.2.2 อัตราการบริการอาหารผู้ป่วย ถูกต้อง ทันเวลา และครบถ้วนตามคำสั่งแพทย์
 - 2.2.3 อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ
 - 2.2.4 อัตราขอร้องเรียนด้านการบริการอาหาร
 - 2.3 ตัวชี้วัดด้านโภชนาการงานโภชนคลินิก
 - 2.3.1 อัตราการให้ความรู้ด้านโภชนบำบัดกับผู้ป่วยเฉพาะโรคที่สำคัญ
 - 2.3.2 ร้อยละการให้คำแนะนำ-ปรึกษา แก่ผู้ป่วย-ญาติที่มีปัญหาทางด้านโภชนาการ
และได้รับการส่งต่อ

2.3.3 ร้อยละการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยนอก ในคลินิกต่างๆร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

2.3.4 อัตราผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลทางโภชนาการสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2.3.5 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินภาวะโภชนาการครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน (A B C D)

2.3.6 ร้อยละการติดตามผู้ป่วยที่มีปัญหาทางโภชนาการหลังให้คำแนะนำ/คำปรึกษา

ด้านโภชนบำบัด

2.4 ตัวชี้วัดด้านโภชนาการงานพัฒนาคุณภาพและวิจัย

2.4.1 ระดับความสำเร็จของการตรวจติดตามคุณภาพภายในโรงพยาบาล

2.4.2 ร้อยละของการวิเคราะห์ แก่ไขและป้องกันความเสี่ยงของหน่วยงาน

2.4.3 ระดับความสำเร็จในการจัดทำฐานข้อมูลตัวชี้วัดด้านโภชนาการตามมาตรฐานงานโภชนาการ

2.4.4 จำนวนผลงานCQI/นวัตกรรม/R2R /วิจัยด้านการพัฒนาคุณภาพการบริการอาหารผู้ป่วย

2.4.5 มีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเครือข่ายด้านโภชนาการและโภชนบำบัด

2.4.6 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาด้านกิจกรรมและการพัฒนาคุณภาพและผลงานวิชาการในหน่วยงาน

2.5 ตัวชี้วัดด้านโภชนาการที่สอดคล้องกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพตามรายโรค (Service Plan)

2.5.1 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (Cardiovascular disease) ที่ได้รับการประเมินภาวะโภชนาการครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน (A B C D)

2.5.2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Neurovascular disease) ที่ได้รับการประเมินภาวะโภชนาการครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน (A B C D)

2.5.3 ร้อยละของผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ (Respiratory disease) ได้รับการประเมินภาวะโภชนาการครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน (A B C D)

2.5.4 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic disease) ได้รับการประเมินภาวะโภชนาการครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน (A B C D)

2.5.4.1 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ได้รับการประเมินภาวะโภชนาการครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน (A B C D)

2.5.4.2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาใน CKD Clinic ได้รับการประเมินภาวะโภชนาการครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน (A B C D)

2.5.5 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี

2.5.6 ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็ง ได้รับการประเมินภาวะโภชนาการครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน (A B C D)

2.5.7 ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวางแผนโภชนาการบำบัดเพื่อการสร้างภูมิคุ้มกันก่อนการได้รับยาเคมีบำบัดตามระยะเวลาที่เหมาะสม

2.5.8 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเกี่ยวกับเด็ก (Pediatric disease) ได้รับการประเมินภาวะโภชนาการครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน (A B C D)

2.5.9 ร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับความรู้ด้านอาหารเพื่อชะลอไตเสื่อม

2.5.10 ร้อยละผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับความรู้ด้านอาหารระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล

2.5.11 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับความรู้ด้านอาหารระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล

2.5.12 ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานได้รับความรู้ด้านอาหารระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล

2.5.13 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโภชนาการบำบัด ติดตามและเยี่ยมบ้านพร้อมทีมสหสาขาวิชาชีพ

-กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

-กลุ่มเสี่ยงตามวัย : เด็กแรกเกิดถึง 5 ปี หญิงตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ

-กลุ่มผู้พิการ

-กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย , ติดเตียง

ฝั่งตัวชี้วัด สายวิชาชีพนักโภชนาการ/โภชนากร กระทรวงสาธารณสุข

ประจำปีงบประมาณ 2560

ระดับตัวชี้วัดตามโรงพยาบาล

ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ	ระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ
<p>1. ตัวชี้วัดด้านโภชนาการงานควบคุมและผลิตอาหารผู้ป่วย</p> <p>1.1 กลุ่มงานโภชนศาสตร์ผ่านการรับรองตามเกณฑ์มาตรฐาน Clean Food Good Test</p> <p>1.2 ผ่านการสุ่มตรวจวัตถุดิบ ไม่พบสารเคมีที่เป็นอันตรายปนเปื้อนในอาหาร > ๙๕ %</p> <p>1.3 ผ่านเกณฑ์การตรวจหาโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหารพร้อมเสิร์ฟโดยใช้ชุดทดสอบ SI๒ > ๙๐ %</p> <p>1.4 อัตราการบริการอาหารผู้ป่วย ถูกต้อง ทันเวลา และครบถ้วนตามคำสั่งแพทย์</p> <p>1.5 อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ</p> <p>1.6 อัตราขอร้องเรียนด้านการบริการอาหาร</p>	<p>1. ตัวชี้วัดด้านโภชนาการงานบริหารทรัพยากร</p> <p>1.1 ระดับความสำเร็จในการวางแผนกำลังคนกลุ่มงานโภชนศาสตร์</p> <p>1.2 ระดับความสำเร็จในการพัฒนากำลังคนกลุ่มงานโภชนศาสตร์</p> <p>1.3 ร้อยละบุคลากรกลุ่มงานโภชนศาสตร์ที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด</p>
<p>2. ตัวชี้วัดด้านโภชนาการงานโภชนคลินิก</p> <p>2.1 อัตราการให้ความรู้ด้านโภชนบำบัดกับผู้ป่วยเฉพาะโรคที่สำคัญ</p> <p>2.2 ร้อยละการให้คำแนะนำ-ปรึกษา แก่ผู้ป่วย-ญาติที่มีปัญหาทางด้านโภชนาการและได้รับการส่งต่อ</p> <p>2.3 ร้อยละการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยนอก ในคลินิก ต่างๆร่วมกับทีมสหวิชาชีพ</p> <p>2.4 อัตราผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลทางโภชนาการสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</p> <p>2.5 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินภาวะโภชนาการครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน (A B C D)</p>	<p>2. ตัวชี้วัดด้านโภชนาการงานพัฒนาคุณภาพและวิจัย</p> <p>2.1 ระดับความสำเร็จของการตรวจติดตามคุณภาพภายในโรงพยาบาล</p> <p>2.2 ร้อยละของการวิเคราะห์ แก่ไขและป้องกันความเสี่ยงของหน่วยงาน</p> <p>2.3 ระดับความสำเร็จในการจัดทำฐานข้อมูลตัวชี้วัดด้านโภชนาการตามมาตรฐานงานโภชนาการ</p> <p>2.4 จำนวนผลงานCQI/นวัตกรรม/R2R /วิจัยด้านการพัฒนาคุณภาพการบริการอาหารผู้ป่วย</p> <p>2.5 มีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเครือข่ายด้านโภชนาการและโภชนบำบัด</p>

<p>2.6 ร้อยละการติดตามผู้ป่วยที่มีปัญหาทางโภชนาการ หลังให้คำแนะนำ/คำปรึกษาด้านโภชนาบำบัด</p>	<p>2.6 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาด้านกิจกรรมและการพัฒนาคุณภาพและผลงานวิชาการในหน่วยงาน</p>
<p>3. ตัวชี้วัดด้านโภชนาการที่สอดคล้องกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพตามรายโรค (Service Plan)</p> <p>3.1 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic disease) ได้รับการประเมินภาวะโภชนาการครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน (A B C D)</p> <p>-ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ได้รับการประเมินภาวะโภชนาการครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน (A B C D)</p> <p>-ร้อยละของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เข้ารับการรักษานใน CKD Clinic ได้รับการประเมินภาวะโภชนาการครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน (A B C D)</p> <p>3.2 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี</p> <p>3.3 ร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับความรู้ด้านอาหารเพื่อชะลอไตเสื่อม</p> <p>3.4 ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานได้รับความรู้ด้านอาหารระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล</p> <p>3.5 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโภชนาบำบัด ติดตามและเยี่ยมบ้านพร้อมทีมสหสาขาวิชาชีพ</p> <p>-กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง</p> <p>-กลุ่มเสี่ยงตามวัย : เด็กแรกเกิดถึง 5 ปี หญิงตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ</p> <p>-กลุ่มผู้พิการ</p> <p>-กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย , ตัดเต้านม</p>	<p>3. ตัวชี้วัดด้านโภชนาการที่สอดคล้องกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพตามรายโรค (Service Plan)</p> <p>3.1 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (Cardiovascular disease) ที่ได้รับการประเมินภาวะโภชนาการครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน (A B C D)</p> <p>3.2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Neurovascular disease) ที่ได้รับการประเมินภาวะโภชนาการครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน (A B C D)</p> <p>3.3 ร้อยละของผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ (Respiratory disease) ได้รับการประเมินภาวะโภชนาการครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน (A B C D)</p> <p>3.4 ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็ง ได้รับการประเมินภาวะโภชนาการครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน (A B C D)</p> <p>3.5 ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวางแผนโภชนาบำบัดเพื่อการสร้างภูมิคุ้มกันก่อนการได้รับยาเคมีบำบัดตามระยะเวลาที่เหมาะสม</p> <p>3.6 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเกี่ยวกับเด็ก (Pediatric disease) ได้รับการประเมินภาวะโภชนาการครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน (A B C D)</p> <p>3.7 ร้อยละผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับความรู้ด้านอาหารระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล</p> <p>3.8 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับความรู้ด้านอาหารระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล</p>

ผลการดำเนินงานตามมาตรฐาน HA

มาตรฐาน HA	ตัวชี้วัด
มาตรฐานที่ 1 การจัดองค์กรและบริหาร มาตรฐานที่ 2 การจัดการทรัพยากรบุคคล มาตรฐานที่ 3 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล	1. ระดับความสำเร็จในการวางแผนกำลังคนกลุ่มงานโภชนศาสตร์ 2. ระดับความสำเร็จในการพัฒนากำลังคนกลุ่มงานโภชนศาสตร์ 3. ร้อยละบุคลากรกลุ่มงานโภชนศาสตร์ที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด
มาตรฐานที่ 4 นโยบายและวิธีปฏิบัติงาน มาตรฐานที่ 5 สิ่งแวดล้อมและอาคารสถานที่ มาตรฐานที่ 6 เครื่องมือ อุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก	1. กลุ่มงานโภชนศาสตร์ผ่านการรับรองตามเกณฑ์มาตรฐาน Clean Food Good Test 1.1 ผลการสุ่มตรวจวัตถุดิบ ไม่พบสารเคมีที่เป็นอันตรายปนเปื้อนในอาหาร > ๙๕ % 1.2 ผ่านเกณฑ์การตรวจหาโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหารพร้อมเสิร์ฟโดยใช้ชุดทดสอบ SI๒ > ๙๐ % 2. อัตราการบริการอาหารผู้ป่วย ถูกต้อง ทันเวลา และครบถ้วนตามคำสั่งแพทย์ 3. อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ 4. อัตราข้อร้องเรียนด้านการบริการอาหาร
มาตรฐานที่ 7 การบริหารความเสี่ยง	1. ร้อยละของการวิเคราะห์ แก่ไขและป้องกันความเสี่ยงของหน่วยงาน
มาตรฐานที่ 8 ระบบงานและกระบวนการให้บริการ	ตัวชี้วัดด้านโภชนาการงานโภชนคลินิก 1. อัตราการให้ความรู้ด้านโภชนบำบัดกับผู้ป่วยเฉพาะโรคที่สำคัญ 2. ร้อยละการให้คำแนะนำ/ปรึกษา แก่ผู้ป่วย/ญาติที่มีปัญหาทางด้านโภชนาการ และได้รับการส่งต่อ 3. ร้อยละการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยนอก ในคลินิกต่างๆ ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

4. อัตราผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลทางโภชนาการสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
5. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินภาวะโภชนาการครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน (A B C D)
6. ร้อยละการติดตามผู้ป่วยที่มีปัญหาทางโภชนาการหลังให้คำแนะนำ/คำปรึกษาด้านโภชนบำบัด
7. ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (Cardiovascular disease) ที่ได้รับการประเมินภาวะโภชนาการครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน (A B C D)
8. ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Neurovascular disease) ที่ได้รับการประเมินภาวะโภชนาการครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน (A B C D)
9. ร้อยละของผู้ป่วยโรกระบบทางเดินหายใจ (Respiratory disease) ได้รับการประเมินภาวะโภชนาการครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน (A B C D)
10. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic disease) ได้รับการประเมินภาวะโภชนาการครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน (A B C D)
 - 10.1 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ได้รับการประเมินภาวะโภชนาการครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน (A B C D)
 - 10.2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาใน CKD Clinic ได้รับการประเมินภาวะโภชนาการครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน (A B C D)
11. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี
12. ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็ง ได้รับการประเมินภาวะโภชนาการครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน (A B C D)
13. ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวางแผนโภชนบำบัดเพื่อการสร้างภูมิคุ้มกันก่อนการได้รับยาเคมีบำบัดตามระยะเวลาที่เหมาะสม

	<p>14. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเกี่ยวกับเด็ก (Pediatric disease) ได้รับการประเมินภาวะโภชนาการครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน (A B C D)</p> <p>15. ร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับความรู้ด้านอาหารเพื่อชะลอไตเสื่อม</p> <p>16. ร้อยละผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับความรู้ด้านอาหารระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล</p> <p>17. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับความรู้ด้านอาหาร ระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล</p> <p>18. ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับความรู้ด้านอาหารระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล</p> <p>19. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโภชนาบำบัด ติดตามและเยี่ยมบ้านพร้อมทีมสหสาขาวิชาชีพ</p> <ul style="list-style-type: none"> -กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง -กลุ่มเสี่ยงตามวัย : เด็กแรกเกิดถึง 5 ปี หญิงตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ -กลุ่มผู้พิการ -กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย , ตัดเต้านม
<p>มาตรฐานที่ 9 กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>ตัวชี้วัดด้านโภชนาการงานพัฒนาคุณภาพและวิจัย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ระดับความสำเร็จของการตรวจติดตามคุณภาพภายในโรงพยาบาล 2. ระดับความสำเร็จในการจัดทำฐานข้อมูลตัวชี้วัดด้านโภชนาการตามมาตรฐานงานโภชนาการ 3. จำนวนผลงานCQI/นวัตกรรม/R2R /วิจัยด้านการพัฒนาคุณภาพการบริการอาหารผู้ป่วย 4. มีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเครือข่ายด้านโภชนาการและโภชนาบำบัด 5. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาด้านกิจกรรมและการพัฒนาคุณภาพและผลงานวิชาการในหน่วยงาน

ตัวชี้วัดสายวิชาชีพนักโภชนาการ/โภชนากร กระทรวงสาธารณสุข

3.1 ตัวชี้วัดด้านโภชนาการงานบริหารทรัพยากร

แผนกำลังคน

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
3.1.1 ระดับความสำเร็จในการวางแผนกำลังคนกลุ่มงานโภชนาการ	ระดับ 4
3.1.2 ระดับความสำเร็จในการพัฒนากำลังคนกลุ่มงานโภชนาการ	ระดับ 4
3.1.3 ร้อยละบุคลากรกลุ่มงานโภชนาการที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด	85 %

3.2 ตัวชี้วัดด้านโภชนาการงานควบคุมและผลิตอาหารผู้ป่วย

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
3.2.1 กลุ่มงานโภชนาการผ่านการรับรองตามเกณฑ์มาตรฐาน Clean Food Good Test	
3.2.1.1 ผลการสุ่มตรวจวัตถุดิบ ไม่พบสารเคมีที่เป็นอันตรายปนเปื้อนในอาหาร	> 95 %
3.2.1.2 ผ่านเกณฑ์การตรวจหาโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหารพร้อมเสิร์ฟโดยใช้ชุดทดสอบSIb	> 90 %
3.2.2 อัตราการบริการอาหารผู้ป่วย ถูกต้อง ทันท่วงที และครบถ้วนตามคำสั่งแพทย์	> 90 %
3.2.3 อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ	> 90 %
3.2.4 อัตราข้อร้องเรียนด้านการบริการอาหาร	

3.3 ตัวชี้วัดด้านโภชนาการงานโภชนาคลินิก

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
1. อัตราการให้ความรู้ด้านโภชนาการบำบัดกับผู้ป่วยเฉพาะโรคที่สำคัญ	> 80 %
2. ร้อยละการให้คำแนะนำ/ปรึกษา แก่ผู้ป่วย/ญาติที่มีปัญหาทางด้านโภชนาการและได้รับการส่งต่อ	> 80 %
3. ร้อยละการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยนอก ในคลินิกต่างๆร่วมกับทีมสหวิชาชีพ	> 80 %
4. อัตราผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลทางโภชนาการสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	> 40 %
5. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินภาวะโภชนาการครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน (A B C D)	> 60 %
6. ร้อยละการติดตามผู้ป่วยที่มีปัญหาทางโภชนาการหลังให้คำแนะนำ/คำปรึกษา ด้านโภชนาการบำบัด	> 60 %

3.4 ตัวชี้วัดด้านโภชนาการงานพัฒนาคุณภาพและวิจัย

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
1. ระดับความสำเร็จของการติดตามคุณภาพภายในโรงพยาบาล	ประเมินคะแนนตามเกณฑ์ 5 คะแนน
2. ร้อยละของการวิเคราะห์ แก่ไขและป้องกันความเสี่ยงของหน่วยงาน	> 60 %
3. ระดับความสำเร็จในการจัดทำฐานข้อมูลตัวชี้วัดด้านโภชนาการตามมาตรฐานงานโภชนาการ	> 10 %
4. จำนวนผลงานCQI/นวัตกรรม/R2R/ วิจัยด้านการพัฒนาคุณภาพการบริการอาหารผู้ป่วย	> 2 เรื่อง/ปี
5. มีแผนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเครือข่ายด้านโภชนาการและโภชนบำบัด	100 %
6. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาด้านกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพและผลงานวิชาการในหน่วยงาน	ประเมินคะแนนตามเกณฑ์ 5 คะแนน

3.5 ตัวชี้วัดด้านโภชนาการที่สอดคล้องกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพตามรายโรค (Service Plan)

แผนผังภาพรวม กลุ่มตัวชี้วัดรายโรค (Disease : D)

หมวด	ประเภท
DH	โรคหลอดเลือดหัวใจ (Cardiovascular disease)
	01 Acute Myocardial Infection 02 Coronary Artery 03 Heart Failure 04 Artrial Fibrillation
DN	โรคหลอดเลือดสมอง (Neurovascular disease)
	01 Stoke 02 Epilepsy 03 Head Injury
DR	โรกระบบทางเดินหายใจ (Respiratory disease)
	01 Pneumonia 02 TB 03 Asthma 04 COPD
DC	โรคเรื้อรัง (Chronic disease)
	01 DM

		02 HT 03 HIV 04 Hematology 05 Chronic Kidney Disease
DO	โรกระบบกล้ามเนื้อและกระดูก (Musculoskeletal disease)	01 Femur 02 Hip 03 Knee
DG	โรกระบบทางเดินอาหาร (Gastrointestinal disease)	01 UGIH 02 Appendicitis
DP	โรคเกี่ยวกับเด็ก (Pediatric disease)	

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
3.5.1 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (Cardiovascular disease) ที่ได้รับการประเมินภาวะโภชนาการครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน (A B C D)	> 60 %
3.5.2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Neurovascular disease) ที่ได้รับการประเมินภาวะโภชนาการครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน (A B C D)	> 60 %
3.5.3 ร้อยละของผู้ป่วยโรกระบบทางเดินหายใจ (Respiratory disease) ที่ได้รับการประเมินภาวะโภชนาการครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน (A B C D)	> 60 %
3.5.4 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic disease) ที่ได้รับการประเมินภาวะโภชนาการครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน (A B C D)	> 60 %
3.5.4.1 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ที่ได้รับการประเมินภาวะโภชนาการครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน (A B C D)	> 60 %
3.5.4.2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาใน CKD Clinic ที่ได้รับการประเมินภาวะโภชนาการครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน (A B C D)	> 60 %
3.5.5 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	> 60 %
3.5.6 ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการประเมินภาวะโภชนาการครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน (A B C D)	> 60 %
3.5.7 ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวางแผนโภชนาบำบัดเพื่อการสร้างภูมิคุ้มกันก่อนการได้รับเคมีบำบัดตามระยะเวลาที่เหมาะสม	> 60 %

3.5.8 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเกี่ยวกับเด็ก (Pediatric disease) ที่ได้รับการประเมินภาวะโภชนาการครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน (A B C D)	> 60 %
3.5.9 ร้อยละของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับความรู้ด้านอาหารเพื่อชะลอไตเสื่อม	> 80 %
3.5.10 ร้อยละของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับความรู้ด้านอาหารระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล	> 80 %
3.5.11 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับความรู้ด้านอาหารระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล	> 80 %
3.5.12 ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับความรู้ด้านอาหารระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล	> 80 %
3.5.13 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโภชนบำบัด ติดตามและเยี่ยมบ้านพร้อมทีมสหสาขาวิชาชีพ -กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง -กลุ่มเสี่ยงตามวัย : เด็กแรกเกิดถึง 5 ปี หญิงตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ -กลุ่มผู้พิการ -กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย , ตัดเต้านม	> 50 %

ตัวชี้วัด ด้านโภชนาการงานบริหารทรัพยากร

แผนกำลังคน

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
1. ระดับความสำเร็จในการวางแผนกำลังคนกลุ่มงานโภชนศาสตร์	ระดับ 4
2. ระดับความสำเร็จในการพัฒนากำลังคนกลุ่มงานโภชนศาสตร์	ระดับ 4
3. ร้อยละบุคลากรกลุ่มงานโภชนศาสตร์ที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด	85 %

ตัวชี้วัด	1. ระดับความสำเร็จในการวางแผนกำลังคนกลุ่มงานโภชนศาสตร์				
คำนิยาม	การวางแผนกำลังคนกลุ่มงานโภชนศาสตร์ หมายถึง กระบวนการวางแผนพัฒนาบุคลากรทั้งจำนวนและศักยภาพภายใต้แผนความต้องการอัตรากำลังคนในระยะ 5 ปี บุคลากรสายงานโภชนาการ ได้แก่ นักโภชนาการ โภชนากร พนักงานประกอบอาหาร				
เกณฑ์เป้าหมาย	ระดับ 4				
กลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรกลุ่มงานโภชนศาสตร์				
วิธีการเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากระบบข้อมูล				
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานโภชนศาสตร์				
รายการข้อมูล					
สูตรคำนวณ					
ระยะเวลาการประเมินผล	-วิเคราะห์และสรุปผลรายปีงบประมาณ				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
	2556		2557	2558	2559
		ร้อยละ			
เกณฑ์การประเมิน					
ระดับความสำเร็จ					
	1	วิเคราะห์ Gap Analysis ด้านอัตรากำลังคน			
	2	จัดทำแผนตามผลการวิเคราะห์ Gap Analysis			
	3	ปฏิบัติตามแผน			
	4	มีความก้าวหน้า < 50 %			
	5	มีความก้าวหน้า > 50 %			
วิธีการประเมินผล	ขั้นตอนที่ 1 โรงพยาบาลมีการรายงานการวางแผนกำลังคนกลุ่มงานโภชนศาสตร์ รายงานโดยนำเข้าการวางแผนกำลังคนตำแหน่งนักโภชนาการ/นักกำหนดอาหาร/โภชนากร ในช่วง 12 เดือนปีงบประมาณ และส่งผลสรุปมาอย่างตัวแทนเขตสุขภาพ ส่วนกลางจะตัดข้อมูล รายงานในวันที่ 1 ตุลาคม				

	ขั้นตอนที่ 2 ตัวแทนเขตสุขภาพนำข้อมูลมาวิเคราะห์และสรุปผล
เอกสารสนับสนุน	
ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	กลุ่มงานโภชนศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
ผู้บันทึกข้อมูล	สำนักบริหารการสาธารณสุขสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ 0-2590-1755 E-mail : phdb@moph.mail.go.th
หน่วยงาน ประมวลผลข้อมูล	สำนักบริหารการสาธารณสุขสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ 0-2590-1755 E-mail : phdb@moph.mail.go.th
ผู้รายงานผล การดำเนินงาน	สำนักบริหารการสาธารณสุขสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ 0-2590-1755 E-mail : phdb@moph.mail.go.th

ตัวชี้วัด	2. ระดับความสำเร็จในการพัฒนากำลังคนกลุ่มงานโภชนศาสตร์				
คำนิยาม	การพัฒนาบุคลากร หมายถึง กระบวนการบริหารงานบุคคลที่ต้องปฏิบัติอยู่ตลอดเวลาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพให้กับบุคลากร ตลอดจนทำให้บุคลากรมีความเติบโต ก้าวหน้า และทันต่อการเปลี่ยนแปลง ซึ่งการพัฒนาบุคลากรมีอยู่ 2 แบบ คือ แบบที่เป็นทางการ เช่น การบรรยาย การฝึกอบรม เป็นต้น และแบบที่ไม่เป็นทางการ เช่น การสอนงาน การเป็นพี่เลี้ยง การสอนแนะ (Coaching) และการสอนงานอย่างใกล้ชิด บุคลากร สายวิชาชีพโภชนาการ ได้แก่ นักโภชนาการ โภชนาการ พนักงานประกอบอาหาร				
เกณฑ์เป้าหมาย	บุคลากรกลุ่มงานโภชนศาสตร์				
กลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรกลุ่มงานโภชนศาสตร์				
วิธีการเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากระบบข้อมูล				
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานโภชนศาสตร์				
รายการข้อมูล					
สูตรคำนวณ					
ระยะเวลาการประเมินผล	-วิเคราะห์และสรุปผลรายปีงบประมาณ				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
	2556		2557	2558	2559
		ร้อยละ			
เกณฑ์การประเมิน					
ระดับความสำเร็จ					
	1	วิเคราะห์ Gap Analysis ด้านอัตรากำลังคน			
	2	จัดทำแผนตามผลการวิเคราะห์ Gap Analysis			
	3	ปฏิบัติตามแผน			
	4	มีความก้าวหน้า < 50 %			
	5	มีความก้าวหน้า > 50 %			
วิธีการประเมินผล	ขั้นตอนที่ 1 โรงพยาบาลมีการรายงานการวางแผนกำลังคนกลุ่มงานโภชนศาสตร์ที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนดรายงานโดยนำเข้าข้อมูลรายงานในช่วง 12 เดือนปีงบประมาณ และ				

	ส่งผลสรุปมายังตัวแทนเขตสุขภาพ ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงานในวันที่ 1 ตุลาคม ขั้นตอนที่ 2 ตัวแทนเขตสุขภาพนำข้อมูลมาวิเคราะห์และสรุปผล
เอกสารสนับสนุน	
ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	กลุ่มงานโภชนศาสตร์
ผู้บันทึกข้อมูล	สำนักบริหารการสาธารณสุขสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ 0-2590-1755 E-mail : phdb@moph.mail.go.th
หน่วยงาน ประมวลผลข้อมูล	สำนักบริหารการสาธารณสุขสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ 0-2590-1755 E-mail : phdb@moph.mail.go.th
ผู้รายงานผล การดำเนินงาน	สำนักบริหารการสาธารณสุขสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ 0-2590-1755 E-mail : phdb@moph.mail.go.th

ตัวชี้วัด		3. ร้อยละบุคลากรกลุ่มงานโชนศาสตร์ที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด			
คำนิยาม		<p>ตามเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ได้กำหนดให้ ส่วนราชการ ต้องดำเนินการตามยุทธศาสตร์การบริหารทรัพยากรเพื่อให้มีขีดสมรรถนะที่เหมาะสม สามารถปฏิบัติงานให้บรรลุตามเป้าหมายประกอบด้วย</p> <p>1.จัดทำแผนกลยุทธ์การบริหารทรัพยากรบุคคล ให้สอดคล้องกับเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ขององค์กรโดยวางแผนบริหารอัตรากำลังให้ครอบคลุมกิจกรรม ดังนี้</p> <p>1.1การวางแผนอัตรากำลัง 1.2พัฒนาและเพิ่มขีดสมรรถนะสูงในสายงานหลัก</p> <p>1.3บริหารบุคลากรที่มีทักษะหรือสมรรถนะสูงในสายงานหลัก 1.4การสร้าง/พัฒนาข้าราชการเพื่อสืบทอดตำแหน่งผู้บริหาร 1.5การสร้างความก้าวหน้าในหน้าที่การงานให้แก่บุคลากร 1.6การจัดระบบฐานข้อมูลด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ</p> <p>2.การพัฒนาบุคลากร ซึ่งเป็นกระบวนการบริหารบุคลากรที่ต้องปฏิบัติอยู่ตลอดเวลา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพให้กับบุคลากร ตลอดจนทำให้บุคลากรมีความเติบโตก้าวหน้า และทันต่อการเปลี่ยนแปลง ซึ่งการพัฒนาบุคลากรสามารถดำเนินการได้ 2 รูปแบบ ได้แก่ แบบที่เป็นทางการ เช่น การบรรยาย การฝึกอบรม เป็นต้น และแบบที่ไม่เป็นทางการ เช่น การสอนงาน การเป็นพี่เลี้ยง การสอนแนะ และการสอนงานอย่างใกล้ชิด</p> <p>บุคลากร สายวิชาชีพโชนนาการ ได้แก่ นักโชนนาการ โชนนากร พนักงานประกอบการ</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย		85 %			
กลุ่มเป้าหมาย		บุคลากรกลุ่มงานโชนศาสตร์			
วิธีการเก็บข้อมูล		รวบรวมข้อมูลจากระบบข้อมูล			
แหล่งข้อมูล		กลุ่มงานโชนศาสตร์			
รายการข้อมูล		A = จำนวนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามแผน B = จำนวนบุคลากรทั้งหมด			
สูตรคำนวณ		$(A/B) * 100$			
ระยะเวลาการประเมินผล		-วิเคราะห์และสรุปผลทีละ 2 ครั้ง โดยการจัดเก็บข้อมูลทุกเดือน			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline	หน่วยวัด		ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ	
	Data				
	2556	2557	2558	2559	

		ร้อยละ	
เกณฑ์การประเมิน			
วิธีการประเมินผล	ขั้นตอนที่ 1 โรงพยาบาลมีการรายงานจำนวนบุคลากรกลุ่มงานโภชนศาสตร์ รายงานโดยนำเข้าข้อมูลรายงานในช่วง 12 เดือนปีงบประมาณ และส่งผลสรุปมายังตัวแทนเขต สุขภาพ ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงานในวันที่ 1 ตุลาคม ขั้นตอนที่ 2 ตัวแทนเขตสุขภาพนำข้อมูลมาวิเคราะห์และสรุปผล		
เอกสารสนับสนุน			
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	กลุ่มงานโภชนศาสตร์		
ผู้บันทึกข้อมูล	สำนักบริหารการสาธารณสุขสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ 0-2590-1755 E-mail : phdb@moph.mail.go.th		
หน่วยงาน ประมวลผลข้อมูล	สำนักบริหารการสาธารณสุขสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ 0-2590-1755 E-mail : phdb@moph.mail.go.th		
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	สำนักบริหารการสาธารณสุขสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ 0-2590-1755 E-mail : phdb@moph.mail.go.th		

3.2 ตัวชี้วัดด้านโภชนาการงานควบคุมและผลิตอาหารผู้ป่วย

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
3.2.1 กลุ่มงานโภชนศาสตร์ผ่านการรับรองตามเกณฑ์มาตรฐาน Clean Food Good Test	
3.2.1.1 ผลการสุ่มตรวจวัตถุดิบ ไม่พบสารเคมีที่เป็นอันตรายปนเปื้อนในอาหาร	> 95 %
3.2.1.2 ผ่านเกณฑ์การตรวจหาโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหารพร้อมเสิร์ฟโดยใช้ชุดทดสอบ SL๒	> 90 %
3.2.2 อัตราการบริการอาหารผู้ป่วย ถูกต้อง ทันเวลา และครบถ้วนตามคำสั่งแพทย์	> 90 %
3.2.3 อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ	> 90 %
3.2.4 อัตราข้อร้องเรียนด้านบริการอาหาร	

ตัวชี้วัด	<p>1. กลุ่มงานโภชนศาสตร์ผ่านการรับรองตามเกณฑ์มาตรฐาน Clean Food Good Test</p> <p>1.1 ผลการสุ่มตรวจวัตถุดิบ ไม่พบสารเคมีที่เป็นอันตรายปนเปื้อนในอาหาร</p> <p>1.2 ผ่านเกณฑ์การตรวจหาโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหารพร้อมเสิร์ฟโดยใช้ชุดทดสอบ SL๒</p>
คำนิยาม	<p>อาหารสะอาดรสชาติอร่อย (Clean Food Good Test) หมายถึง กลุ่มงานโภชนศาสตร์ที่ผ่านข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหาร และผ่านการตรวจหาโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหารด้วย SL๒ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการสุ่มตรวจวัตถุดิบไม่พบสารเคมีที่เป็นอันตรายปนเปื้อนในอาหาร - ผ่านเกณฑ์การตรวจหาโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหารพร้อมเสิร์ฟโดยใช้ชุดทดสอบ SL๒ <p>การสุขาภิบาลอาหาร หมายถึง การจัดการและควบคุมเพื่อให้อาหารสะอาดปลอดภัยจากเชื้อโรค พยาธิ และสารเคมีที่เป็นพิษต่างๆ ซึ่งเป็นอันตรายหรืออาจเป็นอันตรายต่อการเจริญเติบโตของร่างกาย สุขภาพอนามัยและการดำรงชีวิตของมนุษย์ หรือกล่าวย่อคือ “การทำให้อาหารสะอาดและปลอดภัยรับประทานแล้วไม่ทำให้เกิดโรค”</p> <p>สารพิษตกค้าง หมายถึง สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชหรือสัตว์ หรือ กลุ่มอนุพันธ์ของสารเคมีต่างๆ หรือสิ่งปลอมปนที่มีความเป็นพิษซึ่งปนเปื้อน หรือตกค้างในอาหาร ซึ่งครอบคลุมสารเคมี ที่ใช้ทุกประเภทตั้งแต่กระบวนการผลิตไปจนถึงมือ</p>

ผู้บริโภครและหากเมื่อมีการใช้แล้ว ไม่ควรมีการตกค้าง หรือมีการตกค้างได้บ้าง แต่ต้องอยู่ในระดับที่ปลอดภัยต่อผู้บริโภค ตามที่กฎหมายกำหนด

สารพิษปนเปื้อนที่มีผลกระทบต่อร่างกาย

1. ยาฆ่าแมลง
2. สารบอแรกซ์
3. สารฟอกขาว (โซเดียมไฮโดรซัลไฟต์; Sodium hydrosulphite)
4. สารกันรา (กรดซาลิซิลิก; salicylic acid)
5. สารฟอร์มาลิน (น้ำยาดองศพ)
6. สารเร่งเนื้อแดง

เชื้อแบคทีเรียที่ก่อให้เกิดโรคอาหารเป็นพิษ

1. เอสเชอริเชีย โคลิ หรือ อี.โคไล (Escherichia coli or E. coli)
2. ซาโมเนลล่า (Salmonella)
3. สแตปฟีโลคอคคัส ออเรียส (Staphylococcus aureus)
4. คลอสทริเดียม เพอร์ฟริงเจนส์ (Clostridium perfringers)

เกณฑ์การตรวจ Clean Food Good Test

1. การตรวจทางกายภาพ
2. การตรวจทางแบคทีเรีย (SL๒)

1. การตรวจทางกายภาพ หมายถึง สถานที่ปรุง ประกอบอาหาร หรือจำหน่ายอาหารต้องได้มาตรฐานตามข้อกำหนดพื้นฐาน ด้านสุขาภิบาลอาหาร

- กลุ่มงานโภชนศาสตร์ ในโรงพยาบาล ต้องผ่านเกณฑ์กำหนดด้านสุขาภิบาลอาหารก่อน จึงจะสามารถเข้าสู่การตรวจ Clean Food Good Test ได้ ดังนี้

- โรงพยาบาลชุมชน ต้องผ่านเกณฑ์กำหนดด้านสุขาภิบาลอาหาร จำนวน ๒๐ ข้อ
- โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ต้องผ่านเกณฑ์กำหนดด้านสุขาภิบาลอาหาร จำนวน ๓๐ ข้อ
 - ร้านอาหาร/แผงลอยจำหน่ายอาหารในโรงพยาบาล ต้องผ่านเกณฑ์กำหนดด้านสุขาภิบาลอาหาร จำนวน ๑๕ ข้อก่อนจึงจะสามารถเข้าสู่การตรวจ Clean Food Good Test ได้ เกณฑ์กำหนดพื้นฐานตามหลักสุขาภิบาลอาหาร 15 ข้อ

	<p>2. การตรวจทางแบคทีเรีย หมายถึง การตรวจโคลิฟอร์มแบคทีเรียอย่างง่ายด้วยน้ำยาตรวจหาเชื้อโคลิฟอร์มขั้นต้น (SI๒) ในตัวอย่างอาหาร ภาชนะ และมีอัมผัสอาหาร โดยเก็บตัวอย่างจำนวน 10 ตัวอย่าง ประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> • เกณฑ์การผ่านด้านแบคทีเรีย คือ ตัวอย่างที่ทำการตรวจ จำนวน 10 ตัวอย่าง โดยใช้ชุดทดสอบ SI๒ ต้องไม่พบการปนเปื้อนแบคทีเรีย > 90 % <p>1. การประเมินอาหารประเภท ประกอบอาหารที่ได้รับการรับรองจะเป็นอาหารทั่วไป ที่ไม่มีเลขทะเบียน อย. กำกับ ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> • อาหารสด • อาหารปรุงจำหน่าย <p>2. ประเภทสารเคมีและจุลินทรีย์ที่จะตรวจประเมิน ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> • สารบอแรกซ์ • ยาฆ่าแมลง • สารฟอกขาว • สารกันเชื้อรา (กรดซาลิซิลิก) • สารฟอร์มาลิน (น้ำยาตองศพ) • จุลินทรีย์
<p>เกณฑ์เป้าหมาย</p>	<p>กลุ่มงานโภชนศาสตร์ผ่านการรับรองตามเกณฑ์มาตรฐาน Clean Food Good Test</p> <p>1.1 ผลการสุ่มตรวจวัตถุดิบ ไม่พบสารเคมีที่เป็นอันตรายปนเปื้อนในอาหาร > 95%</p> <p>1.2 ผ่านเกณฑ์การตรวจหาโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหารพร้อมเสิร์ฟโดยใช้ชุดทดสอบ SI๒ > 90 %</p>
<p>กลุ่มเป้าหมาย</p>	<ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มงานโภชนศาสตร์ในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ - ร้านค้าที่จำหน่ายอาหารในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ - ร้านค้าสวัสดิการ หรือร้านค้าสหกรณ์ (ร้านค้า) ในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<p>ฐานข้อมูลการผ่านการประเมินโรงพยาบาลต้นแบบตามเกณฑ์มาตรฐาน Clean Food Good Test ในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ</p>
<p>แหล่งข้อมูล</p>	<p>ข้อมูลการสนับสนุน ส่งเสริม ติดตามให้คำปรึกษาและประเมินโรงพยาบาลต้นแบบ สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>

รายการข้อมูล	-															
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-															
ระยะเวลาการประเมินผล	-วิเคราะห์และสรุปผล ปีละ 1 ครั้ง โดย 1. การประเมินตนเองทุกสัปดาห์ <ul style="list-style-type: none"> งานโภชนาการสำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาล ร้านค้าจำหน่ายอาหารในโรงพยาบาล 2. การประเมินโดยคณะทำงานในโรงพยาบาล เดือนละ 1 ครั้ง <ul style="list-style-type: none"> ร้านค้าจำหน่ายอาหารในโรงพยาบาล ร้านค้าสวัสดิการ หรือร้านค้าสหกรณ์ (ในกรณีที่มี) 3. การประเมินโดยคณะกรรมการระดับจังหวัด เดือนละ 1 ครั้ง จากนักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มงานเวชกรรมสังคม ผู้รับผิดชอบงานอาหารปลอดภัยระดับจังหวัด หรือหัวหน้าห้องปฏิบัติการ ตรวจสอบปนเปื้อนในอาหาร หรือจากกลุ่มงานเภสัชกรรมโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลมอบหมาย ประเมินเกณฑ์ระดับดีมาก 3 ครั้ง 4. ขอประเมินผ่านการรับรองเป็นโรงพยาบาลต้นแบบ และเป็นโรงพยาบาล															
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Baseline Data</th> <th>หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2556</td> <td></td> <td>2557</td> <td>2558</td> <td>2559</td> </tr> <tr> <td></td> <td>ร้อยละ</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ			2556		2557	2558	2559		ร้อยละ			
Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ														
2556		2557	2558	2559												
	ร้อยละ															
เกณฑ์การประเมิน :																
วิธีการประเมินผล																
เอกสารสนับสนุน	1. มาตรฐานอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาล (ฉบับกระทรวงสาธารณสุข)															
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด																
ผู้บันทึกข้อมูล (ส่วนกลาง)	สำนักบริหารการสาธารณสุขสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ 0-2590-1755E-mail : phdb@moph.mail.go.th															
หน่วยงานประมวลผลข้อมูล	สำนักบริหารการสาธารณสุขสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ 0-2590-1755 E-mail : phdb@moph.mail.go.th															

ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	สำนักบริหารการสาธารณสุขสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ 0-2590-1755 E-mail : phdb@moph.mail.go.th
-------------------------------------	---

ตัวชี้วัด งานโภชนาการคลินิก

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
1.อัตราการให้ความรู้ด้านโภชนาการบำบัดกับผู้ป่วยเฉพาะโรคที่สำคัญ	> 80 %
2.ร้อยละการให้คำแนะนำ/ปรึกษา แก่ผู้ป่วย/ญาติที่มีปัญหาทางด้านโภชนาการและได้รับการส่งต่อ	> 80 %
3.ร้อยละการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยนอก ในคลินิกต่างๆร่วมกับทีมสหวิชาชีพ	> 80 %
4.อัตราผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลทางโภชนาการสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	> 40 %
5.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินภาวะโภชนาการครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน (A B C D)	> 60 %
6.ร้อยละการติดตามผู้ป่วยที่มีปัญหาทางโภชนาการหลังให้คำแนะนำ/คำปรึกษา ด้านโภชนาการบำบัด	> 60 %

ตัวชี้วัด	1. มาตรการให้ความรู้ด้านโภชนาการบำบัดผู้ป่วยเฉพาะโรคที่สำคัญ
<p>คำนาม</p>	<p>โภชนาบำบัด (diet therapy : therapeutic nutrition) คือ การใช้อาหารและหลักการด้านโภชนาการ ในการรักษาหรือบรรเทาอาการของโรคซึ่งเป็นการดัดแปลงอาหารให้เหมาะสมกับสถานะของร่างกาย และสภาวะการเจ็บป่วย</p> <p>อาหารเฉพาะโรค คือ อาหารที่ใช้รับประทานเพื่อป้องกันโรค และรักษาโรค จะต้องเลือกอาหารให้ถูกโรคที่เป็น เพื่อที่จะชะลอการเกิดโรคและสภาวะแทรกซ้อน</p> <p><u>1. การให้ความรู้แบบกลุ่ม</u> จะเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่ยังไม่มีปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อน ซึ่งรูปแบบการให้ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการ แบ่งเป็นรายละเอียด ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 มีการคัดกรอง ภาวะโภชนาการเบื้องต้น 1.2 แบบทดสอบการให้ความรู้ก่อน - และหลังการให้คำแนะนำ 1.3 ให้คำแนะนำตามสภาวะของโรค โดยใช้สื่อในการให้คำแนะนำ คือ <ol style="list-style-type: none"> 1.3.1 อาหารหลัก 5 หมู่ 1.3.2 หลักโภชนบัญญัติ 9 ประการ 1.3.3 โมเดลอาหารแลกเปลี่ยนตัวอย่างอาหารของจริง 1.3.4 ภาพคลิก, แผ่นพับต่างๆที่เกี่ยวข้อง 1.3.5 DVD คำบรรยายประกอบภาพ 1.4 ลงบันทึกใน OPD Card แบบ Soap Note เพื่อเน้นการสื่อสารและการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยกับทีมสหสาขาวิชาชีพรวมถึงชุมชน <p><u>2. การให้ความรู้แบบรายบุคคล</u> ใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นปัญหาซับซ้อนทางโภชนาการ รวมถึงภาวะแทรกซ้อนโดยต้องผ่านการคัดกรองจากพยาบาลประจำคลินิก ซึ่งรูปแบบการให้คำแนะนำมีรายละเอียด ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 การประเมินภาวะโภชนาการเบื้องต้น <ol style="list-style-type: none"> 2.1.1 ข้อมูลด้าน ABCD (น้ำหนัก, ส่วนสูง, การหาค่า BMT การหาค่าน้ำหนักควรจะเป็น) 2.1.2 ประเมินอาหารที่บริโภค (Dietary assessments) ประเมินพลังงานและสารอาหารที่ได้รับจากการบริโภคจริงเปรียบเทียบกับพลังงานที่ร่างกายควรได้รับ 2.1.3 สัมภาษณ์การบริโภคอาหารย้อนหลัง 24 ชม. (24 hour dietary recall)

	<p>2.1.4 แบบประเมิน การบริโภคนอาหาร (EDAVisions 2)</p> <p>2.2 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Biochemical determination) ที่สัมพันธ์ภาวะโรคและมีผลต่อภาวะโภชนาการ</p> <p>2.3 ให้คำแนะนำตามสภาวะของผู้ป่วย โดยใช้สื่อประกอบให้คำแนะนำ คือ</p> <p>2.3.1 โมเดลอาหาร,สื่ออาหารทำเป็นจริง</p> <p>2.3.2 ภาพคลิก</p> <p>2.3.3 เอกสารคู่มือต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะโรค</p> <p>2.4 การวางแผนการจัดอาหารที่เหมาะสม</p> <p>2.5 การลงบันทึกใน OPD Card การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้เกี่ยวข้องทราบ</p> <p>2.6 การติดตาม</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการคลินิกพิเศษได้รับคำแนะนำด้านโภชนบำบัดร้อยละ 80
กลุ่มเป้าหมาย	<p>ผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการในโรงพยาบาลที่มีปัญหาด้านโภชนาการ</p> <p>โรคเบาหวาน</p> <p>โรคความดันโลหิตสูง</p> <p>โรคเรื้อรัง</p> <p>โรคหัวใจ</p> <p>โรคมะเร็ง</p> <p>โรค Stroke</p> <p>โรค Asthmas / COPD</p> <p>ANC</p>
วิธีการเก็บข้อมูล	ระบบฐานข้อมูลการในโภชนบำบัดผู้ป่วยในโรงพยาบาล ระบบปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการในโรงพยาบาลที่มีปัญหาด้านโภชนาการของทุกโรงพยาบาล
รายการข้อมูล	<p>A : จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับความรู้ด้านโภชนบำบัดเฉพาะโรคที่คลินิกพิเศษ</p> <p>B : จำนวนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียน คลินิกโรคเรื้อรังในโรงพยาบาล</p>
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	-วิเคราะห์และสรุปผลทีละ 2 ครั้ง โดยการจัดเก็บข้อมูลทุกเดือน

ตัวชี้วัด	2.ร้อยละการให้คำแนะนำ/คำปรึกษา ผู้ป่วยใน/ผู้ดูแลผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการส่งต่อประเมินภาวะโภชนาการ
คำนิยาม	<p>การให้คำแนะนำ/คำปรึกษาผู้ป่วยใน/ญาติผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการส่งต่อประเมินภาวะโภชนาการ หมายถึง กระบวนการที่มีนักโภชนาการ/นักกำหนดอาหาร/โภชนาการช่วยให้ผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล/ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพได้รู้และเข้าใจตนเองยอมรับเกี่ยวกับสุขภาพและโภชนาการ ให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพและการบริโภคไปในแนวทางที่ถูกต้อง และช่วยบำบัดโรคที่เกี่ยวข้องทางด้านโภชนาการ โดยมีการบันทึกข้อมูลแบบ SOAP Note เพื่อสื่อสารให้สหสาขาวิชาชีพทราบ</p> <p>เกณฑ์ในการคัดกรองเพื่อส่งรับคำปรึกษาดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง 180 mg% ขึ้นไป 2. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความดันโลหิตสูง 140/90 mmHg. ขึ้นไป 3. ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3b – 5 ที่มีค่า eGFR ต่ำกว่า 45ml/min/1.73m²) 4. ผู้ป่วยมีค่าไขมันในเลือดสูง (Hypercholesterolemia) 200 mg% ขึ้นไป 5. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงมากกว่า 126 mg% 6. ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านทุโภชนาการ(malnutrition) 7. ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านโภชนาการเกิน (Obesity) 8. ผู้ป่วยรายใหม่ที่ต้องได้รับยาเคมีบำบัด 9. ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนด้านอาหารหลังจากรับยาเคมีบำบัด 10. ผู้ป่วย COPD Asthmas หัวใจ
เกณฑ์เป้าหมาย	ผู้ป่วยใน/ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีการส่งต่อประเมินภาวะโภชนาการได้รับคำแนะนำ/คำปรึกษา >80 %
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยใน/ผู้ดูแลผู้ป่วยทุกรายที่อยู่ในเกณฑ์การคัดกรองเพื่อส่งรับคำปรึกษา
วิธีการเก็บข้อมูล	ระบบฐานข้อมูลการให้คำปรึกษาผู้ป่วยนอกในคลินิก ทุกโรงพยาบาล
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลการให้คำแนะนำ/คำปรึกษา ผู้ป่วยใน/ผู้ดูแลผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการส่งต่อประเมินภาวะโภชนาการทุกโรงพยาบาล
รายการข้อมูล	A = จำนวนผู้ป่วยใน/ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีการส่งต่อประเมินภาวะโภชนาการได้รับคำแนะนำ/คำปรึกษา B = จำนวนผู้ป่วยใน/ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำ/คำปรึกษา
สูตรคำนวณ	(A/B) * 100
ระยะเวลาการ	วิเคราะห์และสรุปผล ปีละ 1 ครั้ง

ประเมินผล	โดยจัดเก็บข้อมูลทุกเดือน				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
	Data		2557	2558	2559
	2556	ร้อยละ			
เกณฑ์การประเมิน					
วิธีการประเมินผล	<p>ขั้นตอนที่ 1 โรงพยาบาลมีการรายงานจำนวนผู้ป่วยใน/ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำ/คำปรึกษาจากนักโภชนาการ/นักกำหนดอาหาร/โภชนาการ รวมถึงมีการรายงานจำนวนผู้ป่วยใน/ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำ/คำปรึกษา ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ</p> <p>1.1 รายงานโดยนำเข้าข้อมูลรายงานจำนวนผู้ป่วยใน/ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำ/คำปรึกษาจากนักโภชนาการ/นักกำหนดอาหาร/โภชนาการในช่วง 12 เดือน งบประมาณ และส่งผลสรุปมายังตัวแทนเขตสุขภาพ ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงานในวันที่ 1 ตุลาคม</p> <p>ขั้นตอนที่ 2 ตัวแทนเขตสุขภาพนำข้อมูลมาวิเคราะห์และสรุปผล</p>				
เอกสารสนับสนุน	คู่มือการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคด้านโภชนาการในโรงพยาบาล				
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	กลุ่มงานโภชนศาสตร์				
ผู้บันทึกข้อมูล	<p>สำนักบริหารการสาธารณสุขสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>โทรศัพท์ 0-2590-1755</p> <p>E-mail : phdb@moph.mail.go.th</p>				
หน่วยงานประมวลผลข้อมูล	<p>สำนักบริหารการสาธารณสุขสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>โทรศัพท์ 0-2590-1755</p> <p>E-mail : phdb@moph.mail.go.th</p>				
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	<p>สำนักบริหารการสาธารณสุขสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>โทรศัพท์ 0-2590-1755</p> <p>E-mail : phdb@moph.mail.go.th</p>				

ตัวชี้วัด	3. ร้อยละการให้คำปรึกษาผู้ป่วยนอกในคลินิกต่างๆร่วมกับทีมสหวิชาชีพ
คำนิยาม	<p>การให้คำปรึกษา การที่มีนักโภชนาการ/นักกำหนดอาหาร/โภชนากร เข้าร่วมให้คำปรึกษาในคลินิกต่างๆ ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโดยมีการจัดทำแผนการออกให้คำปรึกษา, การประเมินภาวะโภชนาการ,การให้คำปรึกษาตามภาวะของโรค, การบันทึกข้อมูลแบบ SOAP Note และการส่งต่อผู้ป่วย ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ</p> <p>เกณฑ์ในการคัดกรองเพื่อส่งรับคำปรึกษาดังนี้</p> <p>คลินิกเบาหวาน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง 180 mg% ขึ้นไป - ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น Hypoglycemia - ผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำหนัก หรือ BMI เกินมาตรฐาน <p>คลินิกความดันโลหิตสูง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความดันโลหิตสูง 140/90 mmHg. ขึ้นไป <p>คลินิกไตเรื้อรัง</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3b - 5 (ที่มีค่า eGFR ต่ำกว่า 45ml/min/1.73m²) <p>คลินิกโรคหัวใจ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยมีค่าความดันโลหิต (Blood pressure) 140/90 mmHg. ขึ้นไป - ผู้ป่วยมีค่าไขมันในเลือดสูง (Hypercholesterolemia) 200mg% ขึ้นไป <p>คลินิก ANC</p> <ul style="list-style-type: none"> - หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงมากกว่า 126 mg% <p>คลินิก Ashtma/COPD</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านภาวะทุพโภชนาการ(malnutrition) - ผู้ป่วยที่มีBMIต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน <p>คลินิก stroke</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านทุพโภชนาการ(malnutrition) - ผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืนลำบาก <p>คลินิกมะเร็ง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยรายใหม่ที่ต้องได้รับยาเคมีบำบัด - ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนด้านอาหารหลังจากรับยาเคมีบำบัด - ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านภาวะโภชนาการ(malnutrition)

เกณฑ์เป้าหมาย	ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในคลินิกต่างๆ ได้รับคำปรึกษาในคลินิกร้อยละ ≥ 80				
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในคลินิกเฉพาะโรคสำคัญ ได้แก่ 1. คลินิกเบาหวาน 2. คลินิกความดันโลหิตสูง 3. คลินิกไตเรื้อรัง 4. คลินิกโรคหัวใจ 5. คลินิก ANC 6. คลินิก Ashtma/COPD 7. คลินิก stroke 8. คลินิกมะเร็ง				
วิธีการเก็บข้อมูล	ระบบฐานข้อมูลการให้คำปรึกษาผู้ป่วยนอกในคลินิก ทุกโรงพยาบาล				
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลการให้คำปรึกษาผู้ป่วยนอกในคลินิกต่างๆร่วมกับทีมสหวิชาชีพทุกโรงพยาบาล				
รายการข้อมูล	A = จำนวนผู้ป่วยนอกที่ได้รับคำปรึกษาในคลินิกใน คลินิก NCD/คลินิก CKD/คลินิก ANC คลินิก Ashtma COPD/คลินิก stroke/คลินิกโรคหัวใจ/คลินิกมะเร็ง B = จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงใน คลินิก NCD/คลินิก CKD/คลินิกโรคหัวใจ/คลินิก ANC/ คลินิก Ashtma COPD/คลินิก stroke/คลินิกมะเร็ง				
สูตรคำนวณ	$(A/B) * 100$				
ระยะเวลาการประเมินผล	วิเคราะห์และสรุปผล ปีละ 2 ครั้ง โดยจัดเก็บข้อมูลทุกเดือน				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
	2556		2557	2558	2559
		ร้อยละ			
เกณฑ์การประเมิน					
คะแนน	1	2	3	4	5
ร้อยละ	65	70	75	80	85
วิธีการประเมินผล	ขั้นตอนที่ 1 โรงพยาบาลมีการรายงานจำนวนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่เข้ารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง				

	<p>และมีการรายงานจำนวนผู้ป่วยที่ได้ให้คำปรึกษาในคลินิกโรคเรื้อรังร่วมกับทีมสหวิชาชีพ</p> <p>1.1 รายงานรอบที่ 1 โดยนำเข้าสู่ข้อมูลผลการประเมินผลในช่วง 6 เดือนคือ ต.ค.,พ.ย., ธ.ค.,ม.ค.,ก.พ.,มี.ค. และส่งสรุปผลภาวะโภชนาการมายังตัวแทนเขตสุขภาพ ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน วันที่ 1 เมษายน</p> <p>1.2 รายงานรอบที่ 2 โดยนำเข้าสู่ข้อมูลผลการประเมินผลในช่วง 6 เดือน</p> <p>1.3 เม.ย.,พ.ค.,มิ.ย.,ก.ค.,ส.ค.,ก.ย., และส่งสรุปผลภาวะโภชนาการมายังตัวแทนเขตสุขภาพ ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน วันที่ 1 ตุลาคม</p> <p>ขั้นตอนที่ 2 ตัวแทนเขตสุขภาพนำข้อมูลมาวิเคราะห์และสรุปผล</p>
เอกสารสนับสนุน	- คู่มือการดูแลผู้ป่วยด้านโภชนาการในโรงพยาบาล
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ทีมคุณภาพของโรงพยาบาลคณะกรรมการคุณภาพกลุ่มงานฯ
ผู้บันทึกข้อมูล	สำนักบริหารการสาธารณสุขสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ 0-2590-1755 E-mail : phdb@moph.mail.go.th
หน่วยงานประมวลผลข้อมูล	สำนักบริหารการสาธารณสุขสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ 0-2590-1755 E-mail : phdb@moph.mail.go.th
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	สำนักบริหารการสาธารณสุขสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ 0-2590-1755 E-mail : phdb@moph.mail.go.th

ตัวชี้วัด	4. อัตราผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลทางโภชนาการสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
คำนิยาม	<p>พฤติกรรมบริโภคอาหาร หมายถึง การกระทำ การแสดงออกเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ทั้งทางด้านความรู้เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ ได้แก่ ชนิดของอาหารที่กินรูปแบบการกินหรือกินอะไร กินอย่างไรจำนวนมื้อที่กินและอุปกรณ์ที่ใช้ รวมทั้งสุขนิสัยก่อนและหลังกิน</p> <p>การปรับพฤติกรรม คือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลให้มีความเหมาะสมโดยการนำเอาแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไขและแนวคิดทางจิตวิทยาต่างๆ ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์เข้ามาประยุกต์ใช้ การปรับพฤติกรรมจึงเป็นการนำเอาหลักการแห่งพฤติกรรม (Behavior Principles) มาประยุกต์ใช้เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ ซึ่งหลักการแห่งพฤติกรรมนั้นเป็นหลักการที่ครอบคลุมทั้งแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไข และแนวคิดทางจิตวิทยาต่างๆ ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์เข้ามาประยุกต์ใช้</p> <p>พฤติกรรมบริโภคอาหารที่พึงประสงค์</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รับประทานอาหารหลากหลาย (ไม่จำเจ) ควรกินอาหารให้ครบถ้วนตามหลักอาหาร 5 หมู่ แต่ละหมู่รับประทานให้หลากหลายในปริมาณที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายทุกวัน 2. กินผักและผลไม้สดให้หลากหลายสีและเพียงพอ 3. กินอาหารไม่หวานจัด 4. กินอาหารที่ไม่มีไขมันสูง 5. กินอาหารที่ไม่เค็มจัด
เกณฑ์เป้าหมาย	ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลทางโภชนาการสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร้อยละ 40
กลุ่มเป้าหมาย	<p>ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในคลินิกเฉพาะโรคสำคัญ ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. คลินิก NCD 2. คลินิกโรคไตเรื้อรัง 3. คลินิกโรคหัวใจ 4. คลินิกผู้สูงอายุ 5. คลินิก ARV (เด็ก,ผู้ใหญ่) 6. คลินิก GDM 7. คลินิก Ashtma-COPD 8. คลินิกวัยทอง
วิธีการเก็บข้อมูล	ระบบฐานข้อมูลการติดตามพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ป่วย ในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ

	ทุติยภูมิ และตติยภูมิ															
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลการประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยในคลินิกเฉพาะโรคสำคัญ ทุกโรงพยาบาล															
รายการข้อมูล	A = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลทางโภชนาการและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ในคลินิกเฉพาะโรคสำคัญ B = จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในคลินิกเฉพาะโรคสำคัญ															
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$															
ระยะเวลาการประเมินผล	วิเคราะห์และสรุปผล ปีละ 2 ครั้ง โดยจัดเก็บข้อมูลทุกเดือน															
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">Baseline Data</th> <th style="width: 25%;">หน่วยวัด</th> <th colspan="3" style="width: 55%;">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2556</td> <td></td> <td>2557</td> <td>2558</td> <td>2559</td> </tr> <tr> <td>26.0</td> <td>ร้อยละ</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>43</td> </tr> </tbody> </table> <p>ข้อมูล : ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ตามกลยุทธ์ศาสตร์บูรณาการ 2558</p>	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ			2556		2557	2558	2559	26.0	ร้อยละ	-	-	43
Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ														
2556		2557	2558	2559												
26.0	ร้อยละ	-	-	43												
เกณฑ์การประเมิน :																
คะแนน	1	2	3	4	5											
ร้อยละ	น้อยกว่า 10	10-19	20-29	30-39	40 ขึ้นไป											
วิธีการประเมินผล	<p>ขั้นตอนที่ 1 โรงพยาบาลมีรายงานจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในคลินิกเฉพาะโรคสำคัญ และมีรายงานจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในคลินิกเฉพาะโรคสำคัญที่ได้รับข้อมูลทางโภชนาการและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รายงานรอบที่ 1 โดยนำข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลทางโภชนาการสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ในช่วง 6 เดือน คือ ต.ค., พ.ย., ธ.ค., ม.ค., ก.พ., มี.ค., และส่งสรุปผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารมายังตัวแทนเขตสุขภาพ ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงานวันที่ 1 เม.ย.</p> <p>1.1 รายงานรอบที่ 2 โดยนำเข้าข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลทางโภชนาการสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร 6 เดือน คือ เม.ย., พ.ค., มิ.ย., ก.ค., ส.ค., ก.ย. และส่งผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารมายังตัวแทนเขตสุขภาพ ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงานวันที่ 1 ต.ค.</p>															

	ขั้นตอนที่ 2 ตัวแทนเขตสุขภาพนำข้อมูลมาวิเคราะห์และสรุปผล
เอกสารสนับสนุน	1. คู่มือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร 2. แบบประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร 3. สื่อการสอน
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ทีมคุณภาพของโรงพยาบาล คณะกรรมการคุณภาพกลุ่มงานโภชนศาสตร์
ผู้บันทึกข้อมูล	สำนักบริหารการสาธารณสุขสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ 0-2590-1755 E-mail : phdb@moph.mail.go.th
หน่วยงาน ประมวลผลข้อมูล	สำนักบริหารการสาธารณสุขสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ 0-2590-1755 E-mail : phdb@moph.mail.go.th
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	สำนักบริหารการสาธารณสุขสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ 0-2590-1755 E-mail : phdb@moph.mail.go.th

ตัวชี้วัด	5. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินภาวะโภชนาการครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน (A B C D)
คำนิยาม	<p>การประเมินภาวะโภชนาการสามารถประเมินได้จากการรวบรวมและเก็บข้อมูลทางคลินิกจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย เช่น ประวัติสุขภาพและการเจ็บป่วย (Medical history) และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ซึ่งวิธีการในการประเมินภาวะโภชนาการประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การวัดสัดส่วนของร่างกาย (Anthropometric measurement) <ol style="list-style-type: none"> 1.1 ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index or BMI) 1.2 เส้นรอบเอว 1.3 การหาค่าน้ำหนักที่ควรจะเป็น 1.4 ร้อยละของน้ำหนักที่ลดลง (ในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา) 2. การตรวจทางชีวเคมี (Biochemical determination) <p>Albumin, Hematocrit, hemoglobin</p> <p>Fasting plasma glucose (FPG), Glycated hemoglobin (HbA1c) (ถ้าทำได้)</p> <p>Total cholesterol (TC), Low density lipoprotein-cholesterol (LDL-C), High density lipoprotein cholesterol (HDL-C) และ triglycerides (TGs)</p>

	<p>3. อาหารทางคลินิก (clinical observation)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Temporails - Tongue - Angular Stomatitis - Nail (White bands) - Hair Pulling test <p>4. การประเมินอาหารที่บริโภค (Dietary assessment)</p> <p>ประเมินพลังงานและสารอาหารที่ได้รับเทียบกับความต้องการของร่างกายที่ควรได้รับ โดยใช้เครื่องมือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สัมภาษณ์การบริโภคอาหารย้อนหลัง 24 ชม. (24 Hour dietary recall) 2. สัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานอาหารในระยะเวลา 1 เดือน (Food Frequency Questionnaires) คือ แบบสอบถามความถี่การบริโภคอาหาร
เกณฑ์เป้าหมาย	ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินภาวะโภชนาการครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน (A B C D) ร้อยละ 30
กลุ่มเป้าหมาย	<p>ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในคลินิกเฉพาะโรคสำคัญ ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. คลินิก NCD 2. คลินิกโรคไตเรื้อรัง 3. คลินิกระบบหลอดเลือดและหัวใจ 4. คลินิกผู้สูงอายุ 5. คลินิก ARV (เด็ก,ผู้ใหญ่) 6. คลินิก GDM 7. คลินิก Ashtma-COPD 8. คลินิกวัยทอง 9. คลินิกผู้ป่วยระยะสุดท้าย
วิธีการเก็บข้อมูล	ระบบฐานข้อมูลประเมินภาวะโภชนาการในคลินิกในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และ ตติยภูมิ
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลการประเมินภาวะโภชนาการในคลินิกเฉพาะโรคสำคัญ ทุกโรงพยาบาล
รายการข้อมูล	<p>A = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินภาวะโภชนาการครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน (A B C D)</p> <p>B = จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในคลินิกเฉพาะโรคสำคัญ</p>
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$

ระยะเวลาการประเมินผล	วิเคราะห์และสรุปผล ปีละ 2 ครั้ง โดยจัดเก็บข้อมูลทุกเดือน																		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <tr> <td>Baseline Data</td> <td rowspan="2">หน่วยวัด</td> <td colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ</td> </tr> <tr> <td>2556</td> <td>2557</td> <td>2558</td> <td>2559</td> </tr> <tr> <td>9.70</td> <td>ร้อยละ</td> <td>9.80</td> <td>9.90</td> <td>19.76</td> </tr> </table>					Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ			2556	2557	2558	2559	9.70	ร้อยละ	9.80	9.90	19.76
Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ																	
2556		2557	2558	2559															
9.70	ร้อยละ	9.80	9.90	19.76															
เกณฑ์การประเมิน :																			
คะแนน	1	2	3	4	5														
ร้อยละ	น้อยกว่า 10	10-15	16-20	25-30	30 ขึ้นไป														
วิธีการประเมินผล	<p>ขั้นตอนที่ 1 โรงพยาบาลมีรายงานจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในคลินิกเฉพาะโรคสำคัญ และมีรายงานจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในคลินิกเฉพาะโรคสำคัญที่ได้รับการประเมินภาวะโภชนาการครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน (A B C D)</p> <p>2.1 รายงานรอบที่ 1 โดยนำข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินในช่วง 6 เดือน คือ ต.ค., พ.ย., ธ.ค., ม.ค., ก.พ., มี.ค., และส่งสรุปผลภาวะโภชนาการมายังตัวแทนเขตสุขภาพ ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงานวันที่ 1 เม.ย.</p> <p>2.2 รายงานรอบที่ 2 โดยนำข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการประเมิน 6 เดือน คือ เม.ย., พ.ค., มิ.ย., ก.ค., ส.ค., ก.ย., และส่งสรุปผลภาวะโภชนาการมายังตัวแทนเขตสุขภาพ ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงานวันที่ 1 ต.ค.</p> <p>ขั้นตอนที่ 2 ตัวแทนเขตสุขภาพนำข้อมูลมาวิเคราะห์และสรุปผล</p>																		
เอกสารสนับสนุน	<ol style="list-style-type: none"> แนวทางการประเมินภาวะโภชนาการในคลินิกเฉพาะโรคที่สำคัญ แบบประเมินภาวะโภชนาการในคลินิกเฉพาะโรคสำคัญ 																		
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ทีมคุณภาพของโรงพยาบาล คณะกรรมการคุณภาพกลุ่มงานโภชนศาสตร์																		
ผู้บันทึกข้อมูล (ส่วนกลาง)	<p>สำนักบริหารการสาธารณสุขสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>โทรศัพท์ 0-2590-1755</p> <p>E-mail : phdb@moph.mail.go.th</p>																		
หน่วยงานประมวลผลข้อมูล	<p>สำนักบริหารการสาธารณสุขสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>โทรศัพท์ 0-2590-1755</p> <p>E-mail : phdb@moph.mail.go.th</p>																		

ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	สำนักบริหารการสาธารณสุขสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ 0-2590-1755 E-mail : phdb@moph.mail.go.th
-------------------------------------	--

ตัวชี้วัด	6. ร้อยละการติดตามผู้ป่วยหลังให้คำแนะนำ/คำปรึกษา ด้านโภชนบำบัด
คำนิยาม	<p>การติดตามผู้ป่วยหลังให้คำแนะนำ/คำปรึกษา ด้านโภชนบำบัดได้จากการรวบรวมและเก็บข้อมูลหลักจากการให้คำแนะนำ/คำปรึกษา ด้านโภชนบำบัด 3 เดือน โดยดูจากการประเมินภาวะโภชนาการประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การวัดสัดส่วนของร่างกาย (Anthropometric measurement) <ol style="list-style-type: none"> 1.1 ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index or BMI) 1.2 เส้นรอบเอว 1.3 การหาค่าน้ำหนักที่ควรจะเป็น 1.4 ร้อยละของน้ำหนักที่ลดลง (ในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา) 2. การตรวจทางชีวเคมี (Biochemical determination) <p>Albumin, Hematocrit, hemoglobin</p> <p>Fasting plasma glucose (FPG), Glycated hemoglobin (HbA1c) (ถ้าทำได้)</p> <p>Total cholesterol (TC), Low density lipoprotein-cholesterol (LDL-C), High density lipoprotein cholesterol (HDL-C) และ triglycerides (TGs)</p> <p>BUN, Creatinine, eGER</p> 3. อาหารทางคลินิก (clinical observation) <ul style="list-style-type: none"> - Temporails - Tongue - Angular Stomatitis - Nail (White bands) - Hair Pulling test 4. การประเมินอาหารที่บริโภค (Dietary assessment) <p>ประเมินพลังงานและสารอาหารที่ได้รับเทียบกับความต้องการของร่างกายที่ควรได้รับ โดยใช้เครื่องมือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สัมภาษณ์การบริโภคอาหารย้อนหลัง 24 ชม. (24 Hour dietary recall) 2. สัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานอาหารในระยะเวลา 1 เดือน (Food Frequency

	Questionnaires) คือ แบบสอบถามความถี่การบริโภคอาหาร หรือมีการติดตามประเมินภาวะโภชนาการอย่างน้อย 2 ด้าน ได้แก่ การวัดสัดส่วนของร่างกาย (Anthropometric measurement) และการตรวจทางชีวเคมี (Biochemical determination) เพื่อเปรียบเทียบผลย้อนหลัง 3 เดือน
เกณฑ์เป้าหมาย	>60%
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในคลินิกเฉพาะโรคสำคัญ ที่ได้รับคำแนะนำ/คำปรึกษา ด้านโภชนบำบัดจากนักโภชนาการ/นักกำหนดอาหาร/โภชนาการ ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> 1. คลินิก NCD 2. คลินิกโรคไตเรื้อรัง 3. คลินิกโรคหัวใจ 4. คลินิกผู้สูงอายุ 5. คลินิก ARV (เด็ก,ผู้ใหญ่) 6. คลินิก GDM 7. คลินิก Ashtma-COPD 8. คลินิกวัยทอง
วิธีการเก็บข้อมูล	ระบบฐานข้อมูลในการติดตามผู้ป่วยหลังให้คำแนะนำ/คำปรึกษา ด้านโภชนบำบัดในคลินิก ในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติภูมิ
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำ/คำปรึกษา ด้านโภชนบำบัดจากนักโภชนาการ/นักกำหนดอาหาร/โภชนาการ ในคลินิก ทุกโรงพยาบาล
รายการข้อมูล	A = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามผู้ป่วยหลังให้คำแนะนำ/คำปรึกษา ด้านโภชนบำบัด B = จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในคลินิกเฉพาะโรคสำคัญ
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$

ระยะเวลาการประเมินผล	วิเคราะห์และสรุปผล ปีละ 2 ครั้ง โดยจัดเก็บข้อมูลทุก 3 เดือน																			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Baseline Data</th> <th>หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2556</td> <td></td> <td>2557</td> <td>2558</td> <td>2559</td> </tr> <tr> <td>>60</td> <td>ร้อยละ</td> <td>72.33</td> <td>67.22</td> <td>71.20</td> </tr> </tbody> </table>					Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ			2556		2557	2558	2559	>60	ร้อยละ	72.33	67.22	71.20
Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ																		
2556		2557	2558	2559																
>60	ร้อยละ	72.33	67.22	71.20																
เกณฑ์การประเมิน :																				
คะแนน	1	2	3	4	5															
ร้อยละ	≤ 19	20-33	34-47	46-59	60 ขึ้นไป															
วิธีการประเมินผล	<p>ขั้นตอนที่ 1 โรงพยาบาลมีรายงานจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในคลินิกเฉพาะโรคสำคัญ และมีรายงานจำนวนผู้ป่วยในคลินิกเฉพาะโรคสำคัญที่ได้รับการประเมินภาวะโภชนาการครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน (A B C D)</p> <ol style="list-style-type: none"> เก็บข้อมูลผู้ป่วยจากการประเมินในเดือนตุลาคม ติดตามผลหลังให้คำแนะนำ/คำปรึกษา ด้านโภชนบำบัดในคลินิกเฉพาะโรคที่สำคัญทุก 3 เดือน ซึ่งเก็บในเดือนธันวาคม เก็บข้อมูลปีละ 4 ครั้ง ทุก 3 เดือน <p>ขั้นตอนที่ 2 ตัวแทนเขตสุขภาพนำข้อมูลมาวิเคราะห์และสรุปผล</p>																			
เอกสารสนับสนุน	<ol style="list-style-type: none"> แนวทางการให้โภชนบำบัดเฉพาะโรคที่สำคัญในคลินิก การแปลผลทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินภาวะโภชนาการ 																			
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ทีมคุณภาพของโรงพยาบาล คณะกรรมการคุณภาพกลุ่มงานโภชนศาสตร์																			
ผู้บันทึกข้อมูล (ส่วนกลาง)	สำนักบริหารการสาธารณสุขสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ 0-2590-1755 E-mail : phdb@moph.mail.go.th																			
หน่วยงานประมวลผลข้อมูล	สำนักบริหารการสาธารณสุขสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ 0-2590-1755 E-mail : phdb@moph.mail.go.th																			

ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	สำนักบริหารการสาธารณสุขสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ 0-2590-1755 E-mail : phdb@moph.mail.go.th
-------------------------------------	--

ตัวชี้วัด งานพัฒนาคุณภาพและวิจัย

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
1. ความสำเร็จของการติดตามคุณภาพภายในโรงพยาบาล	ประเมินคะแนนตามเกณฑ์ 5 คะแนน
2. ร้อยละของการวิเคราะห์ แก้ไขและป้องกันความเสี่ยงของหน่วยงาน	> 60 %
3. ระดับความสำเร็จในการจัดทำฐานข้อมูลตัวชี้วัดด้านโภชนาการตามมาตรฐานงานโภชนาการ	> 10 %
4. จำนวนผลงานQCI/นวัตกรรม/R2R/ วิจัยด้านการพัฒนาคุณภาพการบริการอาหารผู้ป่วย	> 2 เรื่อง/ปี
5. มีแผนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเครือข่ายด้านโภชนาการและโภชนบำบัด	100 %
6. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาด้านกิจกรรมและการพัฒนาคุณภาพและผลงานวิชาการในหน่วยงาน	

ตัวชี้วัด	1. ระดับความสำเร็จของการตรวจติดตามคุณภาพภายในโรงพยาบาล
คำนิยาม	<p>การควบคุมภายใน</p> <p>กระบวนการปฏิบัติงานที่ถูกต้องที่ผู้กำกับดูแล ฝ่ายบริหารและบุคลากรของหน่วยรับตรวจจัดให้มีขึ้นเพื่อสถานะความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลว่าการดำเนินงานของหน่วยรับตรวจ บรรลุวัตถุประสงค์ของการควบคุมภายในด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดำเนินงานเพื่อป้องกันความผิดพลาด ความเสียหาย การรั่วไหล การสิ้นเปลือง หรือการทุจริตในหน่วยตรวจรับ ซึ่งในการติดตามและควบคุมภายในหน่วยงานต้องมีองค์ประกอบ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการจัดตั้งทีมตรวจประเมินงานคุณภาพภายใน - มีการวางแผนการติดตามของทีมตรวจประเมินงานคุณภาพในการกำหนดพื้นที่ในการตรวจคุณภาพภายใน - มีการจัดทำเกณฑ์การตรวจ ความถี่ วิธีที่ใช้อย่างชัดเจนหรือเครื่องมือการประเมินที่เป็นมาตรฐาน
เกณฑ์เป้าหมาย	ระดับความสำเร็จของการตรวจติดตามควบคุมภายใน ระดับคะแนนที่ 5
กลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน
วิธีการเก็บข้อมูล	จัดเก็บข้อมูลจาก เอกสาร สอบถามแนวทางการปฏิบัติ จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่หน่วยงาน และจากการสุ่มผลการดำเนินงานการตรวจสอบภายใน

แหล่งข้อมูล	-เอกสาร (คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ,แผนการตรวจติดตามคุณภาพภายใน,คู่มือการตรวจติดตามคุณภาพภายใน) เอกสารรายงานการจัดทำข้อมูลเป็นรายไตรมาส -แบบสอบถาม -ภาพกิจกรรม -ผลสรุปดำเนินการ
รายการข้อมูล	เรียงเกณฑ์ ตามช่วงคะแนน

ตัวชี้วัด	2. ร้อยละของการวิเคราะห์ แก้ไขและป้องกันความเสี่ยงของหน่วยงาน
คำนิยาม	การวิเคราะห์ แก้ไขและป้องกันความเสี่ยงของหน่วยงาน หมายถึง วิเคราะห์ แก้ไขและป้องกันความเสี่ยงของหน่วยงาน โดยครอบคลุมถึง <ul style="list-style-type: none"> - ความเสี่ยงทั่วไป (Non-Clinical Risk) และความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risk) - ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นภายใน-ภายนอกหน่วยงาน - เหตุการณ์ Near miss (ไม่มีเหตุการณ์เกิดขึ้น แต่มีเหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิดอุบัติการณ์ขึ้นได้หรือถ้าไม่ให้ความสนใจก็อาจเกิดเหตุการณ์ขึ้นได้)
เกณฑ์เป้าหมาย	หน่วยงานวิเคราะห์และแก้ไขความเสี่ยงในหน่วยงาน > 60% ใน 1 ปีงบประมาณ
กลุ่มเป้าหมาย	นักโภชนาการ/นักกำหนดอาหาร/โภชนาการ
วิธีการเก็บข้อมูล	ระบบฐานข้อมูลการบริหารจัดการความเสี่ยงในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ
แหล่งข้อมูล	ระบบฐานข้อมูลการบริหารจัดการความเสี่ยงในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ
รายการข้อมูล	A = จำนวนความเสี่ยงที่เกิดขึ้นทั้งหมดใน 1 ปีของหน่วยงาน B = จำนวนความเสี่ยงที่นำมาวิเคราะห์และแก้ไขทั้งหมดใน 1 ปีของหน่วยงาน
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาการประเมินผล	วิเคราะห์และสรุปผล ปีละ 1 ครั้ง โดยจัดเก็บข้อมูลทุกเดือน
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<ul style="list-style-type: none"> - อัตราอาหาร ภาชนะ ผู้สัมผัสอาหารที่สุ่มตรวจผ่านเกณฑ์มาตรฐาน > 90 % - อัตราการพบโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหาร >106 โคโลนี/กรัมของอาหาร - อัตราการสวมเครื่องป้องกันส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่ที่ถูกต้องและเหมาะสม - จำนวนครั้งการตรวจพบสารเคมีในอาหารสดตามเกณฑ์ของกรมอนามัย - อัตราการเกิดอุบัติเหตุในขณะปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่

เกณฑ์การประเมิน :

คะแนน	1	2	3	4	5
เรื่อง	-มีคู่มือการบริหารจัดการความเสี่ยง	-มีการค้นหาความเสี่ยง -จัดทำบัญชีความเสี่ยง	-มีบันทึกและรายงานความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ	-มีการทบทวนแก้ไขความเสี่ยงโดยใช้เครื่องมือ เช่น PDCA	-มีการประเมินผลและติดตามตัวชี้วัดความเสี่ยงของหน่วยงานประจำปี -มีการทบทวนข้อตกลงที่มีต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
วิธีการประเมินผล	<p>ขั้นตอนที่ 1 โรงพยาบาลมีข้อมูลรายงานความเสี่ยงของกลุ่มงานโภชนศาสตร์ของความเสี่ยงทั่วไป (Non-Clinical Risk), ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risk) และเหตุการณ์ Near miss ในช่วง 12 เดือนปีงบประมาณ และส่งผลสรุปมายังตัวแทนเขตสุขภาพ ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงานในวันที่ 1 ตุลาคม</p> <p>ขั้นตอนที่ 2 ตัวแทนเขตสุขภาพนำข้อมูลมาวิเคราะห์และสรุปผลร้อยละของการวิเคราะห์แก้ไขและป้องกันความเสี่ยง</p>				
เอกสารสนับสนุน	<p>บันทึกการรายงานความเสี่ยง แผนผังของรายงานความเสี่ยงในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง วาระการประชุมเพื่อทบทวนแก้ปัญหาและแก้ไขความเสี่ยง บัญชีความเสี่ยง รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในหน่วยงาน</p>				
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	IC กลาง / ศูนย์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล				
ผู้บันทึกข้อมูล (ส่วนกลาง)	<p>สำนักบริหารการสาธารณสุขสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ 0-2590-1755 E-mail : phdb@moph.mail.go.th</p>				
หน่วยงานประมวลผลข้อมูล	<p>สำนักบริหารการสาธารณสุขสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ 0-2590-1755</p>				

	E-mail : phdb@moph.mail.go.th
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	สำนักบริหารการสาธารณสุขสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ 0-2590-1755 E-mail : phdb@moph.mail.go.th

ตัวชี้วัด	3. ระดับความสำเร็จในการจัดทำฐานข้อมูลตัวชี้วัดด้านโภชนาการตามมาตรฐานงานโภชนาการปี 2560	
คำนิยาม	จำนวนฐานข้อมูลตัวชี้วัดด้านโภชนาการตามมาตรฐานงานโภชนาการปี 2560 ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> 1. ฐานข้อมูลตัวชี้วัด SNH 1 งานบริหารทรัพยากร 2. ฐานข้อมูลตัวชี้วัด SNH 2 งานนโยบายและแผนงานด้านโภชนาการ 3. ฐานข้อมูลตัวชี้วัด SNH 3 งานควบคุมและผลิตอาหารผู้ป่วย 4. ฐานข้อมูลตัวชี้วัด SNH 4 งานโภชนบำบัด 5. ฐานข้อมูลตัวชี้วัด SNH 5 งานโภชนคลินิก 6. ฐานข้อมูลตัวชี้วัด SNH 6 งานพัฒนาคุณภาพและวิจัย 	
	ระดับที่ 1	มีจำนวนฐานข้อมูลตัวชี้วัดด้านโภชนาการตามมาตรฐานงานโภชนาการปี 2560 จำนวน 1-5 ฐานข้อมูล
	ระดับที่ 2	มีจำนวนฐานข้อมูลตัวชี้วัดด้านโภชนาการตามมาตรฐานงานโภชนาการปี 2560 จำนวน 6-10 ฐานข้อมูล
	ระดับที่ 3	มีจำนวนฐานข้อมูลตัวชี้วัดด้านโภชนาการตามมาตรฐานงานโภชนาการปี 2560 จำนวน 11-15 ฐานข้อมูล
	ระดับที่ 4	มีจำนวนฐานข้อมูลตัวชี้วัดด้านโภชนาการตามมาตรฐานงานโภชนาการปี 2560 จำนวน 16-20 ฐานข้อมูล
	ระดับที่ 5	มีจำนวนฐานข้อมูลตัวชี้วัดด้านโภชนาการตามมาตรฐานงานโภชนาการปี 2560 จำนวน >21 ฐานข้อมูล
เกณฑ์เป้าหมาย	ระดับความสำเร็จในการจัดทำฐานข้อมูลตัวชี้วัดด้านโภชนาการตามมาตรฐานงานโภชนาการปี 2560 ระดับที่ 4	
กลุ่มเป้าหมาย	นักโภชนาการ/นักกำหนดอาหาร/โภชนาการ	
วิธีการเก็บข้อมูล	ระบบฐานข้อมูลตัวชี้วัดตามโครงสร้างกลุ่มงานโภชนศาสตร์ในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิทุติยภูมิ และตติยภูมิ	

แหล่งข้อมูล	ข้อมูลตัวชี้วัดตามโครงสร้างกลุ่มงานโภชนศาสตร์ ในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ																	
รายการข้อมูล	จำนวนฐานข้อมูลตัวชี้วัดด้านโภชนาการตามมาตรฐานงานโภชนาการปี 2560																	
สูตรคำนวณ	-																	
ระยะเวลาการประเมิน	วิเคราะห์และสรุปผล ปีละ 1 ครั้ง																	
รายละเอียดพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Beseline Data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ</th> </tr> <tr> <th>2557</th> <th>2558</th> <th>2559</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>ร้อยละ</td> <td>N/A</td> <td>N/A</td> <td>N/A</td> </tr> </tbody> </table>					Beseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ			2557	2558	2559		ร้อยละ	N/A	N/A	N/A
Beseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ																
		2557	2558	2559														
	ร้อยละ	N/A	N/A	N/A														
เกณฑ์การประเมิน :																		
คะแนน	1	2	3	4	5													
ระดับความสำเร็จ	ระดับที่ 1	ระดับที่ 2	ระดับที่ 3	ระดับที่ 4	ระดับที่ 5													
วิธีการประเมิน	<p>ขั้นตอนที่ 1 โรงพยาบาลมีฐานข้อมูลด้านโภชนาการตามมาตรฐานงานโภชนาการปี 2560</p> <p>1.1 รายงานโดยนำเข้าจำนวนฐานข้อมูลตัวชี้วัดด้านโภชนาการตามมาตรฐานงานโภชนาการปี 2560 ในช่วง 12 เดือน คือ ต.ค., พ.ย., ธ.ค., ม.ค., ก.พ., มี.ค., เม.ย., พ.ค., มิ.ย., ก.ค., ส.ค., ก.ย. และส่งสรุปฐานข้อมูลตัวชี้วัดด้านโภชนาการตามมาตรฐานงานโภชนาการปี 2560 มายังตัวแทนเขตสุขภาพ ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงานวันที่ 1 ต.ค.</p> <p>ขั้นตอนที่ 2 ตัวแทนเขตสุขภาพนำข้อมูลมาวิเคราะห์และสรุปจำนวนผลงาน</p>																	
เอกสารสนับสนุน	มาตรฐานและตัวชี้วัดด้านโภชนาการปี 2560																	
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด																		
ผู้บันทึกข้อมูล (ส่วนกลาง)	<p>สำนักบริหารการสาธารณสุขสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>โทรศัพท์ 0-2590-1755</p> <p>E-mail : phdb@moph.mail.go.th</p>																	
หน่วยงานประมวลผลข้อมูล	<p>สำนักบริหารการสาธารณสุขสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>โทรศัพท์ 0-2590-1755</p> <p>E-mail : phdb@moph.mail.go.th</p>																	

ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	สำนักบริหารการสาธารณสุขสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ 0-2590-1755 E-mail : phdb@moph.mail.go.th
-------------------------------------	--

ตัวชี้วัด	4. จำนวนผลงานCQI/นวัตกรรม/R2R /วิจัยด้านการพัฒนาคุณภาพการบริการอาหารผู้ป่วย
คำนิยาม	<p>ผลงานCQI/นวัตกรรม/R2R /วิจัยด้านการพัฒนาคุณภาพการบริการอาหารผู้ป่วยเป็นผลงานทางวิชาการที่เป็นงานศึกษาหรืองานค้นคว้าอย่างมีระบบด้วยวิธีการวิจัยที่เป็นที่ยอมรับในสาขาโภชนาการ และมีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลคำตอบหรือข้อสรุปรวมที่จะนำไปสู่ความก้าวหน้าทางวิชาการหรือเอื้อต่อการนำไปประยุกต์</p> <p><u>รูปแบบ</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รายงานการวิจัย ที่มีความครบถ้วนสมบูรณ์และชัดเจนตลอดทั้งกระบวนการวิจัย (Research Process) อาทิการกำหนดประเด็นปัญหา วัตถุประสงค์การทำวรรณกรรม สมมติฐาน การเก็บรวบรวมข้อมูล การพิสูจน์สมมติฐาน การวิเคราะห์ข้อมูล การประมวลสรุปผลและให้ข้อเสนอแนะการอ้างอิง และอื่นๆ 2. R2R (Routine to Research) มีการปรับปรุงหรืองานพัฒนางานประจำโดยใช้กระบวนการงานวิจัย 3. นวัตกรรม มีการนำสิ่งใหม่ๆ อาจเป็นแนวความคิด หรือสิ่งประดิษฐ์ที่ยังไม่เคยมีมาก่อน หรือเป็นการพัฒนาดัดแปลงจากของเดิมที่มีอยู่แล้วให้ทันสมัย และได้ผลดีมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงกว่าเดิม 4. CQI (Continuous Quality Improvement) มีการใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์และความคิดสร้างสรรค์ ในการปรับปรุงระบบงานเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงานอย่างไม่หยุดยั้ง โดยมุ่งสู่ความเป็นเลิศโดยใช้หลักการ PDCA (Plan, Do, Check, Action) โดยมีเครื่องชี้วัดเชิงผลลัพธ์อย่างเป็นรูปธรรม <p><u>การเผยแพร่</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เผยแพร่ในรูปแบบของบทความวิจัยในวารสารทางวิชาการ ทั้งนี้วารสารทางวิชาการนั้นอาจเผยแพร่เป็นรูปเล่มสิ่งพิมพ์หรือเป็นสื่ออิเล็กทรอนิกส์ที่มีกำหนดการเผยแพร่อย่างแน่นอนชัดเจน 2. นำเสนอเป็นบทความวิจัยต่อที่ประชุมทางวิชาการ ซึ่งภายหลังจากการประชุมทางวิชาการ ซึ่งภายหลังจากการประชุมทางวิชาการได้มีการบรรณาธิการและรวบรวมเล่มเผยแพร่ในหนังสือประมวลผลการประชุมทางวิชาการ (Proceedings) ของการประชุมทางวิชาการ
เกณฑ์เป้าหมาย	จำนวนผลงาน CQI/ นวัตกรรม/ R2R ด้านการพัฒนาคุณภาพการบริการอาหารผู้ป่วยไม่น้อย 2

	เรื่องต่อปี													
กลุ่มเป้าหมาย	นักโภชนาการ/นักกำหนดอาหาร/โภชนาการ													
วิธีการเก็บข้อมูล	ระบบฐานข้อมูลงานวิจัย ในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ													
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลงานวิจัย ในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ													
รายการข้อมูล	จำนวนผลงาน CQI/ นวัตกรรม/ R2R ด้านการพัฒนาคุณภาพการบริการอาหารผู้ป่วย													
สูตรคำนวณ	-													
ระยะเวลาการประเมิน	วิเคราะห์และสรุปผล ปีละ 1 ครั้ง													
รายละเอียดพื้นฐาน	Base line Data	หน่วยกิต	ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ											
			2556				2557				2558			
			CQI	R2R	นวัตกรรม	งานวิจัย	CQI	R2R	นวัตกรรม	งานวิจัย	CQI	R2R	นวัตกรรม	งานวิจัย
	เรื่อง		68	16	20	5	62	9	20	17	101	25	34	26
เกณฑ์การประเมิน :														
คะแนน	1	2	3	4	5									
เรื่อง	มีการบันทึกข้อมูลแต่ไม่มีการวิเคราะห์	นำข้อมูลมาวิเคราะห์แต่ไม่ได้เผยแพร่	ผลงาน CQI/ นวัตกรรม/R2R/ วิจัย 1 เรื่อง	ผลงาน CQI/ นวัตกรรม/R2R/ วิจัย 2 เรื่อง	ผลงาน CQI/ นวัตกรรม/R2R/ วิจัยมากกว่า 2 เรื่อง									
วิธีการประเมิน	<p>ขั้นตอนที่ 1 โรงพยาบาลมีจำนวนผลงาน CQI/ นวัตกรรม /R2R/ วิจัย ด้านการพัฒนาคุณภาพการบริการอาหารผู้ป่วย</p> <p>1.1 รายงานโดยนำเข้าข้อมูลจำนวนผลงาน CQI/ นวัตกรรม /R2R/ วิจัย ด้านการพัฒนาคุณภาพการบริการอาหารผู้ป่วยในช่วง 12 เดือน คือ ต.ค., พ.ย., ธ.ค., ม.ค., ก.พ., มี.ค., เม.ย., พ.ค., มิ.ย., ก.ค., ส.ค., ก.ย. และส่งสรุปผลงาน CQI/ นวัตกรรม /R2R/ วิจัย ด้านการพัฒนาคุณภาพการบริการอาหารผู้ป่วย มายังตัวแทนเขตสุขภาพ ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงานวันที่ 1 ต.ค.</p> <p>ขั้นตอนที่ 2 ตัวแทนเขตสุขภาพนำข้อมูลมาวิเคราะห์และสรุปจำนวนผลงาน</p>													
เอกสารสนับสนุน														
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ทีมคุณภาพของโรงพยาบาล คณะกรรมการคุณภาพกลุ่มงานโภชนศาสตร์													
ผู้บันทึกข้อมูล (ส่วนกลาง)	<p>สำนักบริหารการสาธารณสุขสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>โทรศัพท์ 0-2590-1755</p> <p>E-mail : phdb@moph.mail.go.th</p>													
หน่วยงาน	สำนักบริหารการสาธารณสุขสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข													

ประมวลผลข้อมูล	โทรศัพท์ 0-2590-1755 E-mail : phdb@moph.mail.go.th
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	สำนักบริหารการสาธารณสุขสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ 0-2590-1755 E-mail : phdb@moph.mail.go.th

ตัวชี้วัด	5. มีแผนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเครือข่ายระดับต่างด้านโภชนาการ
คำนิยาม	- Training the job - Consultants - นิเทศติดตามผลงาน
เกณฑ์เป้าหมาย	หน่วยงานมีการจัดทำแผนการพัฒนางานโภชนาการและมีการดำเนินการตามแผนอย่างต่อเนื่อง
กลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลในเครือข่าย
วิธีการเก็บข้อมูล	รวบรวมแผนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเครือข่ายระดับต่างๆ
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาล
รายการข้อมูล	ปีละ 1 ครั้ง ผ่านคณะกรรมการ.....
สูตรคำนวณ	-
ระยะเวลาการประเมิน	ไตรมาสแรกของปีงบประมาณ (ต.ค.-ธ.ค.)
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	-

เกณฑ์การประเมิน :

คะแนน	1	2	3	4	5
เรื่อง	มีคำสั่ง คณะกรรมการ เครือข่ายวิชาชีพ ในระดับชุมชน/ จังหวัด/เขต สุขภาพ	มีการจัดประชุม การพัฒนา คุณภาพ โรงพยาบาล เครือข่าย	มีการเขียน รายงานการ ประชุมการ พัฒนาคุณภาพ เครือข่ายระดับ ต่างๆ -มีการจัดทำ โครงการหรือ	มีการเชื่อมโยง การพัฒนา คุณภาพเครือข่าย	มีการประมวลผล การปฏิบัติงาน พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาล เครือข่ายระดับ ต่างๆ

			แผนงานที่ เกี่ยวข้องกับ การพัฒนา โรงพยาบาลใน เครือข่าย		
วิธีการประเมิน	การรายงานแผนพัฒนาคุณภาพด้านโภชนาการของโรงพยาบาลเครือข่ายระดับต่างๆ ผ่าน คณะกรรมการ				
เอกสารสนับสนุน	-คำสั่ง -สรุปวาระการประชุม -มีโครงการ -มีแผนปฏิบัติงาน				
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด					
ผู้บันทึกข้อมูล (ส่วนกลาง)	สำนักบริหารการสาธารณสุขสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ 0-2590-1755 E-mail : phdb@moph.mail.go.th				
หน่วยงาน ประมวลผลข้อมูล	สำนักบริหารการสาธารณสุขสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ 0-2590-1755 E-mail : phdb@moph.mail.go.th				
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	สำนักบริหารการสาธารณสุขสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ 0-2590-1755 E-mail : phdb@moph.mail.go.th				

ตัวชี้วัด	6. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาด้านกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพและผลงานวิชาการใน หน่วยงาน
คำนิยาม	ผลงานวิชาการ ได้แก่ งานวิจัย R2R CQI นวัตกรรม เป็นต้น
เกณฑ์เป้าหมาย	จัดทำผลงานวิชาการในหน่วยงาน โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลจากปัญหาที่พบและสามารถค้นหา สาเหตุของปัญหาและมีแนวทางการแก้ไข ตลอดจนสามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าว และ มีการเผยแพร่ผลงานวิชาการทั้งภายในภายนอกองค์กร
กลุ่มเป้าหมาย	1. ผู้มารับบริการในโรงพยาบาล (ผู้ป่วยและญาติ) 2. ผู้รับบริการในชุมชน

	3.บุคลากรอื่นๆในองค์กรที่เกี่ยวข้อง						
วิธีการเก็บข้อมูล	วิเคราะห์ข้อมูลจากปัญหาที่พบ ค้นหาสาเหตุและแนวทางการแก้ไขโดยใช้เครื่องมือ ได้แก่ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ การสังเกตการณ์ (observation) และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และมีการสรุปผลการดำเนินการในแต่ละกิจกรรม						
แหล่งข้อมูล	1.แบบสอบถาม 2.แบบสัมภาษณ์ 3.ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 4.การสังเกตการณ์ (observation) 5.ภาพกิจกรรมและการสรุปผลการดำเนินกิจกรรม						
รายการข้อมูล	จากคำอธิบายตัวชี้วัดเพิ่มเติม : KPI template ระดับที่ 1 : มีการกำหนดให้มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ระดับที่ 2 : จัดทำรายงานกิจกรรมคุณภาพหรือผลงานทางวิชาการ ระดับที่ 3 : มีการนำผลงานมาวิเคราะห์ปัญหา ค้นหาสาเหตุที่แท้จริง เพื่อดำเนินการแก้ไข ระดับที่ 4 : มีการรวบรวมกิจกรรมคุณภาพหรือผลงานทางวิชาการ ระดับที่ 5 : มีการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ						
สูตรคำนวณ	คำนวณตาม KPI template						
ระยะเวลาการประเมิน	วิเคราะห์และสรุปผล ปีละ 1 ครั้ง						
รายละเอียดพื้นฐาน							
เกณฑ์การประเมิน :							
		คะแนน	1	2	3	4	5
	เรื่อง		มีการกำหนดให้มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ	มีรายงานกิจกรรมคุณภาพหรือผลงานทางวิชาการ	มีการนำผลงานมาวิเคราะห์ปัญหา ค้นหาสาเหตุที่แท้จริง เพื่อดำเนินการแก้ไข	มีการรวบรวมกิจกรรมคุณภาพหรือผลงานทางวิชาการ	มีการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ
วิธีการประเมิน	ประเมินผลตาม KPI template โดยระดับของคะแนนต้องเรียงลำดับตามกิจกรรมที่กำหนดในแต่ละระดับ						
เอกสารสนับสนุน	1.รูปแบบของผลงาน เช่น บทความงานวิจัย 2.ผลงานที่เป็นนวัตกรรม						

	3.รูปแบบผลงานของ CQI
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	คณะกรรมการงานวิจัยหรือผลงานต่างๆของโรงพยาบาล
ผู้บันทึกข้อมูล (ส่วนกลาง)	สำนักบริหารการสาธารณสุขสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ 0-2590-1755 E-mail : phdb@moph.mail.go.th
หน่วยงาน ประมวลผลข้อมูล	สำนักบริหารการสาธารณสุขสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ 0-2590-1755 E-mail : phdb@moph.mail.go.th
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	สำนักบริหารการสาธารณสุขสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ 0-2590-1755 E-mail : phdb@moph.mail.go.th