

รายงานความก้าวหน้า

โรงพยาบาลชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

วันรับรอง 20 ธันวาคม 2559 วันหมดอายุ 19 ธันวาคม 2562

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	แผนการพัฒนาคูณภาพ	รายงานความก้าวหน้า
ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร			
I-1 การนำ			
02 การส่งเสริมผลการดำเนินงานที่ดี (สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัย)	ควรส่งเสริมการสำรวจและการประเมินบรรยากาศที่เอื้อต่อการพัฒนาคูณภาพ และการปรับปรุงผลงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งติดตามกำกับ ประสานบริการความร่วมมือต่างๆ เพื่อให้เกิดการพัฒนาคูณภาพและความปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง	<ol style="list-style-type: none"> 1. โรงพยาบาลมีการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาลระบบออนไลน์ โดยใช้โปรแกรมของ สรพ. 2. โรงพยาบาลสมัครเข้าร่วมโครงการ HRMS on cloud & NRLS และเข้าร่วมนโยบายขับเคลื่อนความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร (2P Safety) ของ สรพ. 3. ทีมนำทบทวนเป้าหมายความปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและบุคลากรตาม SIMPLE และสื่อสารให้เจ้าหน้าที่รับทราบโดยการชี้แจงเจ้าหน้าที่รับทราบในเวทีประชุมเจ้าหน้าที่ประจำเดือน และจัดทำเป็นเอกสารแจกให้ทุกหน่วยงาน ประกาศในเว็บไซต์ของโรงพยาบาล 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผลการสำรวจแสดงให้เห็นถึงมิติที่หน่วยงานต้องปรับปรุง ได้แก่ การจัดการกำลังคน (ร้อยละ 57.3) ความเห็นต่อความถี่ในการรายงาน (ร้อยละ 54.7) การตอบสนองต่อการรายงานเหตุการณ์ (ร้อยละ 52.6) ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ต่ำที่ยังพอรับได้ ทีมนำจึงมีการปรับปรุงแนวทางการตอบสนองต่อการรายงานเหตุการณ์ให้เพิ่มขึ้น เพื่อให้บุคลากรยอมรับและมั่นใจในการรายงานเหตุการณ์ทุกครั้ง เมื่อเห็นว่าเหตุการณ์นั้นมีแนวโน้มให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย 2. จากการเข้าร่วมโครงการ NRLS ทำให้มีการขับเคลื่อนการบันทึกรายงานความเสี่ยงอย่างต่อเนื่องรวมถึงการทบทวนวิชาการให้แก่เจ้าหน้าที่ทั้งเก่าและใหม่ 3. โรงพยาบาลประกาศนโยบาย 2P Safety เมื่อวันที่ 14 มิถุนายน 2561 และชี้แจงให้เจ้าหน้าที่ในเวทีประชุมเจ้าหน้าที่/จัดทำ SIMPLE ทั้งด้านบุคลากรและผู้ป่วย เป็นเอกสารแจกให้ทุกหน่วยงาน/ ประกาศในเว็บไซต์ของโรงพยาบาล

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	แผนการพัฒนาคูณภาพ	รายงานความก้าวหน้า
		<p>4.ติดตามกำกับ การพัฒนาคูณภาพและความปลอดภัยโดย</p> <p>4.1Quality Round ในทุกหน่วยงานทุกศุกร์สุดท้ายของเดือน</p> <p>4.2ติดตาม 12 กิจกรรมทบทวนของทุกหน่วยงาน โดยส่งกลับศูนย์พัฒนาคูณภาพทุกเดือน</p> <p>4.3ทบทวน case ความเสี่ยงการดูแลผู้ป่วย ทุกวันพุธ โดยทีม PCT</p> <p>4.4.ทำ RCA ทุก Case ระดับ G-I</p>	<p>4.1Quality Roundในหน่วยงานของทีมนำระบบทีมทุกทีม มีการประเมินบรรยากาศที่เอื้อต่อการพัฒนาคูณภาพและปรับปรุงผลงานพบว่าส่วนใหญ่ยังมุ่งเน้นการปฏิบัติงาน ให้เสร็จทันเวลา ยังไม่ค่อยมุ่งเน้นการพัฒนา ซึ่งได้มีการประชุมทีมนำ เน้นหัวหน้าทำคูณภาพในทุกหน่วยงาน</p> <p>4.2จากการติดตาม 12 กิจกรรมทบทวนของทุกหน่วยงาน ยังมีหน่วยงานส่งกลับมาน้อย ทีมนำลงสอบถามเจ้าหน้าที่ตามหน่วยงานพบว่าเจ้าหน้าที่ใหม่ยังไม่เข้าใจการทำ 12 กิจกรรมทบทวน จึงมีการสอน 12 กิจกรรมทบทวน ให้เจ้าหน้าที่ เมื่อวันที่ 22 สิงหาคม 2561</p> <p>4.3มีการทบทวน case ความเสี่ยง การดูแล Pt ทุกวันพุธโดยทีม PCT</p> <p>4.4จากการทำ RCA Case G-I โดยทีม PCT มีแนวปฏิบัติในการดูแล Pt เพื่อป้องกันการเกิดความเสี่ยงในครั้งต่อไป</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	แผนการพัฒนาคูณภาพ	รายงานความก้าวหน้า
03 การสื่อสารเสริมพลังใจเน้นที่การปฏิบัติ	ควรส่งเสริมประเมินการสื่อสาร จุดเน้นการพัฒนาขององค์กร นำผลที่ได้ไปกระตุ้นเสริมพลังสร้างแรงจูงใจ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติอย่างทั่วทั้งองค์กร	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทีมนำสุ่มสอบถามประเมินการสื่อสารการถ่ายทอดจุดเน้นการพัฒนาองค์กรลงสู่ผู้ปฏิบัติ 2. หน่วยงานนำเสนอผลการดำเนินงานที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์และจุดเน้นของโรงพยาบาล 3. มอบรางวัลสำหรับหน่วยงานที่นำเสนอได้ดี และมีผลงานเป็นที่ประจักษ์ เพื่อให้เกิดแรงจูงใจแก่หน่วยงานอื่นๆ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. การสื่อสารส่วนใหญ่ยังไม่ถึงผู้ปฏิบัติ เนื่องจากช่องทางการสื่อสารน้อย ทีมนำเพิ่มช่องทางการสื่อสาร โดยแสดงในหน้าจอ Computer ทุกครั้งเมื่อมีผู้ใช้งาน 2. การนำเสนอผลงานกำลังอยู่ในระหว่างดำเนินการ
04 ระบบกำกับดูแลกิจการการประเมินผู้นำ/ระบบการนำ	ควรส่งเสริมการกำหนด Managerial Competency เพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาและประเมินผู้นำระดับต่างๆ รวมทั้งประเมินประสิทธิผลของการนำองค์กร เช่น การนำผลการตัดสินใจลงสู่การปฏิบัติ การเน้นย้ำค่านิยม เป็นต้น เพื่อเรียนรู้ ปรับปรุงระบบการนำให้เข้มแข็งและต่อเนื่องยิ่งขึ้น	<ol style="list-style-type: none"> 1. กำหนดสมรรถนะของหัวหน้างานให้ครอบคลุมทุกกลุ่มงาน 2. ใช้เป็นเกณฑ์ประเมินผลเลื่อนขั้นเงินเดือนของหัวหน้างาน 3. หัวหน้างานนำเสนอการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพในหน่วยงานที่เชื่อมกับทีมคร่อมสายงานทุกๆ ทีม เพื่อประเมินสมรรถนะของหน่วยงาน ในการนำแนวทางการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพลงสู่การปฏิบัติ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทีม HRD กำหนดสมรรถนะของหัวหน้างานที่แต่งตั้งใหม่ 2. นำมาใช้เป็นการประเมินผลเลื่อนขั้นเงินเดือนหัวหน้างาน 3. หัวหน้างานนำเสนอการพัฒนางานคุณภาพในหน่วยงาน ในเวทีประชุมทีมนำพัฒนาคุณภาพ

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	แผนการพัฒนาคูณภาพ	รายงานความก้าวหน้า
I-2 การบริหารเชิงกลยุทธ์			
06 กระบวนการจัดทำกลยุทธ์และการวิเคราะห์ข้อมูล	ควรทบทวนการวิเคราะห์ข้อมูลสำคัญให้ครอบคลุมทุกด้าน (ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ องค์กร ชุมชน) โดยเฉพาะอย่างยิ่งความยั่งยืนขององค์กร เพื่อกำหนดความท้าทายเชิงกลยุทธ์ และข้อได้เปรียบขององค์กรอย่างครอบคลุม	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทบทวนการวิเคราะห์ SWOT Analysis ให้ครอบคลุมปัจจัยสำคัญที่จะมีผลต่อความสำเร็จขององค์กรในอนาคตให้ครอบคลุมทุกปัจจัย 2. วิเคราะห์ปัญหาสำคัญในพื้นที่ ทั้งในภาพระดับจังหวัด และระดับ CUP ที่สำคัญ 3. จัดทำการทบทวนแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล เพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนาให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล ข้อมูลที่สำคัญและให้เหมาะสมกับทิศทางการดำเนินงานของจังหวัดและกระทรวง 	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีการทำ SWOT Analysis ให้ครอบคลุมทุกด้าน เพื่อใช้ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ขององค์กร 2. นำยุทธศาสตร์ในระดับกระทรวง และระดับจังหวัดมาเป็นกรอบประเด็นในการดำเนินงาน ซึ่งจากการวิเคราะห์ปัญหาบริบทในพื้นที่ ได้มีจุดเน้นในการพัฒนาคูณภาพการดูแลผู้ป่วย โดยเน้น DM,HT,COPD, Stroke, MI, HI, TB, DHF และการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ 3. มีการจัดทำแผนกลยุทธ์ระยะสั้นและระยะยาว เพื่อตอบสนองการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	แผนการพัฒนาคูณภาพ	รายงานความก้าวหน้า
07 วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ตอบสนองความท้าทายและครอบคลุม HP	ควรทบทวนวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ให้สอดคล้องและตอบสนองความท้าทายเชิงกลยุทธ์ในทุกด้าน รวมทั้งกำหนดตัวชี้วัดและระยะเวลาในการติดตามให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์เหล่านั้น	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทีมนำประชุมทบทวนจุดแข็ง จุดอ่อน ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ และกำหนดวัตถุประสงค์ให้สอดคล้อง และตอบสนองต่อความท้าทายเชิงกลยุทธ์ในทุกด้าน 2. กำหนดผู้รับผิดชอบในการกำกับติดตามตัวชี้วัด โดยมีการกำหนดการจัดเก็บข้อมูล โดยทีม KM และรายงานผู้บริหารทุก 1 เดือน และ 3 เดือน ตามความสำคัญของตัวชี้วัด และนำผลที่ได้มาปรับกลยุทธ์การดำเนินงาน 3. ทบทวนตัวชี้วัดที่บรรลุตามเป้าประสงค์แล้วให้ไปอยู่ในงานประจำ และสรรหาตัวชี้วัดที่ท้าทายส่งเสริมให้เกิดการพัฒนา/ตอบสนองต่อ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. โรงพยาบาลมีการกำหนดความท้าทายเชิงกลยุทธ์ โดยมุ่งเน้นการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพ ตาม ประเด็น สำคัญ ของพื้นที่ ตลอดช่วงชีวิต โดยใช้มิติด้านคุณภาพและร่วมสร้างระบบสุขภาพอำเภอให้เข้มแข็ง ยั่งยืน 2. คณะกรรมการทีมนำ และคณะกรรมการในแต่ละหน่วยงาน มีการกำกับติดตามตัวชี้วัดรายเดือน และรายไตรมาส พร้อมนำตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาทบทวนปัญหา และประเด็นการแก้ไข เพื่อนำมาปรับกลยุทธ์ในการดำเนินงาน
08 การถ่ายทอดกลยุทธ์สู่การปฏิบัติ	ควรทบทวนการจัดทำแผนปฏิบัติการให้สอดคล้องกับแผนกลยุทธ์ ระบุกิจกรรมทรัพยากรที่ต้องใช้และกำหนดเวลาแล้วเสร็จที่ชัดเจน ซึ่งสามารถติดตามความก้าวหน้าและการบรรลุผลลัพธ์ได้ เพื่อให้มั่นใจว่ามีการนำไปปฏิบัติในทิศทางเดียวกัน รวมทั้งมีการปรับเปลี่ยนแผนเมื่อมีความจำเป็น	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทบทวนการจัดทำแผนปฏิบัติการของทุกหน่วยงานให้สอดคล้องกับแผนกลยุทธ์ขององค์กร 2. มีการกำหนดการนำเสนอข้อมูล ผลการกำกับติดตาม การปรับเปลี่ยนแผน และมีการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานตามเป้าหมาย และ โรงพยาบาลข้างเคียง ในการประชุมคณะกรรมการบริหาร/ทีมนำ ทุก 1 เดือน และ 3 เดือน 3. ประเมินและปรับปรุงกระบวนการถ่ายทอดแผนสู่การปฏิบัติ อย่างเป็นระบบ โดยตรวจสอบ/ทบทวนซ้ำ จากหน่วยงานแต่ละแผนก 	<ol style="list-style-type: none"> 1. หน่วยงาน มีการจัดทำแผนปฏิบัติการให้สอดคล้องกับแผนกลยุทธ์ขององค์กร 2. โรงพยาบาลมีระบบการกำกับติดตามตัวชี้วัด โดยหัวหน้าฝ่ายในแต่ละแผนกมีหน้าที่กำกับและติดตามผลการดำเนินงาน โดยตั้งเป้าหมายให้เทียบเท่าหรือดีกว่า ในการกำหนดเป้าหมายเทียบจากผลการดำเนินการ 3 ปี ที่ผ่านมากับปัจจุบัน เทียบเคียงกับเกณฑ์มาตรฐาน เปรียบเทียบกับโรงพยาบาลที่มีขนาดใกล้เคียงซึ่งผ่านการรับรองคุณภาพจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (โรงพยาบาลศิริรัฐ นิคมและโรงพยาบาลท่าฉาง)

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	แผนการพัฒนาคูณภาพ	รายงานความก้าวหน้า
			<p>และเทียบเคียงกับตัวเองโดยดูแนวโน้มผลการดำเนินงานที่ผ่านมา และมีการรายงานผลการดำเนินงานให้คณะกรรมการทีมนำ ทุก 1 เดือน และ 3 เดือน</p> <p>3. มีการตรวจสอบ และทวนซ้ำที่หน้างานในการถ่ายทอดกลยุทธ์สู่การปฏิบัติ โดยใช้ระบบการนิเทศ กำกับ และติดตาม ในแต่ละแผนก</p>
<p>10 การคาดการณ์การวัดผลและติดตามความก้าวหน้า</p>	<p>ควรส่งเสริมการติดตามความก้าวหน้า การปฏิบัติตามโครงการ/แผนงาน และตัวชี้วัดที่กำหนดไว้อย่างสม่ำเสมอแก้ไข ปรับปรุง หรือปรับเปลี่ยนแผนให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายขององค์กร ที่ตั้งไว้</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทีมผู้บริหาร และหัวหน้าฝ่าย ควบคุม ติดตาม การปฏิบัติงานตามโครงการ/แผนงาน ตาม ผังการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง 2. จัดทำตัวชี้วัดสำคัญ เพื่อใช้ในการติดตาม ความก้าวหน้าในการปฏิบัติตามแผน ระบบการ วัดผล ครอบคลุมประเด็นสำคัญ 3. การใช้ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบที่ทำทาย มาใช้ ในการ คาดการณ์ วัดผล และติดตาม ความก้าวหน้าของโรงพยาบาล 4. ติดตามตัวชี้วัด ทุก 1 เดือน และ 3 เดือน และ นำผลมาทบทวน ปรับปรุง และเปรียบเทียบกับ เป้าหมายที่กำหนดและปรับเปลี่ยนแผนกลยุทธ์ ในการดำเนินงาน 	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีการควบคุม ติดตามการปฏิบัติงานตาม โครงการ/แผนงาน ในเวทีการประชุมในแต่ละ หน่วยงาน 2. มีการจัดทำตัวชี้วัด และการกำกับติดตาม เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายของ องค์กรที่ได้กำหนดไว้ และจัดเวทีแลกเปลี่ยน เรียนรู้ในแต่ละหน่วยงาน 3. โรงพยาบาลมีการคาดการณ์ผลการ ดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการตามกรอบเวลาที่ กำหนดโดยคณะกรรมการทีมนำ ทุก 3 เดือน และทุกครั้งที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ จะมี การนำผลการทบทวนการดำเนินงานและผลการ ประเมินติดตามตัวชี้วัดมาใช้ในการปรับปรุง และพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง 4. มีระบบการติดตามและทบทวนตัวชี้วัด และ นำผลการดำเนินงานมาปรับปรุงกลยุทธ์ในการ ดำเนินงาน

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	แผนการพัฒนาคูณภาพ	รายงานความก้าวหน้า
I-3 การมุ่งเน้นผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน			
14 การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย โดยทั่วไป	ควรส่งเสริมการเรียนรู้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย จากเหตุการณ์จริงที่เกิดขึ้น/ตามรอยผู้ป่วยในแต่ละขั้นตอนของการให้บริการ เพื่อนำมาสร้างความเข้าใจกับผู้ป่วยปฏิบัติและปรับปรุงระบบงาน	<ol style="list-style-type: none"> 1. ให้หัวหน้าฝ่าย/หัวหน้างานกำกับดูแลให้เจ้าหน้าที่ทุกคนติดป้ายชื่อและตำแหน่งการปฏิบัติงานขณะปฏิบัติงานทุกจุดบริการ 2. ทบทวนสิทธิผู้ป่วย 10 ประการในที่ประชุมองค์กรอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง เนื่องจากมีเจ้าหน้าที่ใหม่ทุกปี 3. ทบทวนระบบปกปิดข้อมูลการเข้าถึงข้อมูลในระบบเวชระเบียนทั้งหมดรวมทั้ง Electric File 6 เดือน/ครั้ง 4. ทบทวนระบบการให้ข้อมูล ข้อดี ข้อเสีย ทางเลือกในการรักษาแก่ผู้บริการทุกครั้ง ปีละ 2 ครั้ง 5. ทบทวนการให้ข้อมูลการรักษาพยาบาลเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวให้หายจากโรค โดยทีม สหวิชาชีพ 3 เดือน/ ครั้งเพื่อวิเคราะห์ข้อมูล หาส่วนขาดมาปรับระบบการให้ข้อมูลผู้ป่วย ให้ถูกต้องครบถ้วน 	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีการนิเทศติดตามการติดป้ายชื่อโดยหัวหน้างานสม่ำเสมอ และได้ตั้งเตือนบุคลากรในการติดป้ายชื่อขณะให้บริการครอบคลุมทั้งองค์กร 2. มีการทบทวนสิทธิผู้ป่วยในที่ประชุมแต่ละฝ่าย 6 เดือน/ครั้ง ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับงานบริการผู้ป่วย 3. การดำเนินงานระบบปกปิดข้อมูลในระบบเวชระเบียนทั้งหมด ไม่มีการร้องเรียน เรื่องการเปิดเผยความลับผู้ป่วยและได้มีการทบทวนระบบ Electric file 2 ครั้งใน 1 ปี 4. การให้ข้อมูลข้อดีข้อเสีย ทางเลือกในการรักษาขององค์กร มีการวางระบบทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เพื่อความครอบคลุมทั้งองค์กร 5. ทีม PCT มีการกำหนดการให้ข้อมูลผู้ป่วย โดยระบบในเวชระเบียน ทั้งผู้ป่วยที่มารับบริการที่ OPD,ER,ทันตกรรม,กายภาพ รวมทั้งคลินิกต่างๆ รวมถึงผู้ป่วยในที่นอนพักในโรงพยาบาล และได้ปรับปรุง การให้ข้อมูล เน้นปฏิบัติได้จริงแลมีการประเมินซ้ำทุกครั้งหลังให้ข้อมูลและได้ติดตามระบบทุก 3 เดือน/ครั้ง

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	แผนการพัฒนาคูณภาพ	รายงานความก้าวหน้า
I-4 การวิเคราะห์และจัดการความรู้			
16 ระบบการวัดผลการดำเนินงาน	ควรทบทวนการคัดเลือกตัวชี้วัดสำคัญที่ใช้ในการติดตามผลให้มีความสอดคล้อง เป็นไปในทิศทางเดียวกันและสะท้อนเป้าหมายที่ชัดเจนในทุกระดับขององค์กรตั้งแต่ระดับของโรงพยาบาล ทีมนำระบบและหน่วยงาน นอกจากนี้ควรส่งเสริมให้มีการวิเคราะห์ติดตามข้อมูล/ตัวชี้วัดเพื่อประเมินความสำเร็จ การเรียนรู้ หาโอกาสพัฒนา เป็นข้อมูลใสการตัดสินใจ นำสิ่งที่ได้มาจัดลำดับความสำคัญในการปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ	1. การประชุมร่วมกับทีมนำ คัดเลือกตัวชี้วัดสำคัญเพื่อประเมินผลการดำเนินงานขององค์กร โดยพิจารณามาตั้งแต่ตัวชี้วัดระดับหน่วยงาน ทีมนำระบบ และระดับ โรงพยาบาล ให้สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน และพิจารณาตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานในปีที่ผ่านมา มาตั้งเป้าหมาย และได้มีการประกาศให้รับทราบทั่วทั้งองค์กร 2. มีการวิเคราะห์ และติดตามตัวชี้วัดที่สำคัญทุก 1 เดือน และตัวชี้วัดอื่นๆ ทุก 3 เดือน เพื่อรายงานต่อผู้บริหาร เป็นประโยชน์ต่อการปรับแผนการดำเนินงานได้อย่างทันทั่วทั้งที่	1.หน่วยงานมีการคัดเลือกตัวชี้วัดที่ใช้ในการคัดกรองผลการดำเนินงานจากนโยบายในระดับกระทรวง ระดับจังหวัด และพิจารณาจากตัวชี้วัดที่เป็นปัญหาในปีที่ผ่านมา โดยกำหนดให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ และจุดเน้นของโรงพยาบาล และมีการประกาศใช้ให้รับทราบในเวทีการประชุมคณะกรรมการทีมนำและการประชุมในแต่ละหน่วยงาน 2.มีการติดตามตัวชี้วัดทุกๆ 1 เดือนและ 3 เดือน เพื่อรายงานต่อผู้บริหาร และนำตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาทบทวนและปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ในการดำเนินงาน
17 การวิเคราะห์ข้อมูลและการทบทวนผลการดำเนินงาน			

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	แผนการพัฒนาคูณภาพ	รายงานความก้าวหน้า
18 การจัดการสารสนเทศ	<p>ทีมนำด้านสารสนเทศควรติดตามประเมินคุณภาพของข้อมูลสารสนเทศที่มีในระบบ เพื่อนำมาพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลและการจัดเก็บข้อมูลให้มีความถูกต้อง น่าเชื่อถือเพิ่มขึ้น มีการสำรวจความต้องการด้านสารสนเทศอย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำมาวางแผนตอบสนองด้านข้อมูลต่าง ๆ ที่ชัดเจน รวมทั้งควรส่งเสริมให้ทีมและหน่วยงานต่าง ๆ วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปใช้อย่างเป็นรูปธรรมเพื่อการบริหาร การตัดสินใจ การพัฒนาระบบงานและการดูแลรักษาผู้ป่วย</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีระบบการประเมินคุณภาพของข้อมูลสารสนเทศที่มีในระบบ ทีม IT และเวชระเบียน ทำการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลก่อนส่งออก 50 แฟ้ม และส่งให้หน่วยงานตรวจสอบข้อมูลของระดับหน่วยงานทุกเดือน เมื่อพบข้อบกพร่องจะแจ้งแก่ผู้ปฏิบัติรับทราบและปรับปรุงการบันทึกข้อมูล 2. พัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลให้มีความถูกต้อง น่าเชื่อถือเพิ่มขึ้น โดยการจัดอบรมการศึกษ และการตรวจสอบข้อมูลด้วยตนเอง แก่บุคลากรในโรงพยาบาลเป็นประจำทุกปี 3. สำรวจความต้องการสารสนเทศทุก 6 เดือน และสนับสนุน Hard ware สำรองเพื่อให้พร้อมใช้ตลอดเวลา รวมทั้ง Update Software เพื่อให้ใช้ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด 4. ประชุมทีมวิเคราะห์ข้อมูล เสนอต่อทีมนำและทีมคร่อมสายงาน เพื่อนำไปวางแผนการพัฒนาระบบงานและการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อไป 	<ol style="list-style-type: none"> 1. หน่วยงานมีการประเมินคุณภาพของข้อมูลสารสนเทศที่มีในระบบ ทีม IT และเวชระเบียน ทำการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลก่อนส่งออก 50 แฟ้ม โดยใช้โปรแกรม OPPP ปัญหาที่พบส่วนใหญ่เป็นการให้รหัส ICD9 และ ICD10 ไม่ถูกต้องครบถ้วน จึงส่งให้หน่วยงานตรวจสอบข้อมูลทุกเดือน เพื่อแจ้งแก่ผู้ปฏิบัติรับทราบและปรับปรุงการบันทึกข้อมูล 2. มีระบบ audit chart โดยงานเวชระเบียนทำการตรวจสอบทุกวัน และทีม audit เวชระเบียนทำการ audit ทุก 3 เดือน ปัญหาหลักที่พบคือการให้รหัสวินิจฉัยโรคไม่ถูกต้องครบถ้วน รองลงมาคือการบันทึกข้อมูลซ้ำประวัติ ไม่ครบถ้วน ทีมได้แจ้งกลับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และสรุปผลนำเสนอต่อทีมนำ 3. สำรวจความต้องการสารสนเทศ โดยใช้แบบสำรวจ 6 เดือน/ครั้ง และเพิ่มเติมตามวาระที่หน่วยงานมีการร้องขอเรียกใช้ข้อมูลสารสนเทศ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นข้อมูลสถิติการให้การรักษาและวินิจฉัยโรคของแผนกต่างๆ เพื่อหน่วยงานนำข้อมูลไปวิเคราะห์ใช้ต่อไป 3.1สนับสนุน Hard ware สำรองเพื่อให้พร้อมใช้ตลอดเวลา รวมทั้ง Update Software เพื่อให้ใช้ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	แผนการพัฒนาคูณภาพ	รายงานความก้าวหน้า
			4.ประชุมทีมวิเคราะห์ข้อมูล เสนอต่อทีมนำและทีมคร่อมสายงาน
20 การจัดการความรู้	เพื่อให้ระบบจัดการความรู้มีเป้าหมายชัดเจน ควรส่งเสริมการวิเคราะห์ความรู้ที่จำเป็นสำหรับบุคลากรของโรงพยาบาล มีการรวบรวมความรู้ที่สำคัญทั้ง explicit knowledge และ tacit knowledge ที่ตรงกับความต้องการขององค์กร ประเมินการนำความรู้ ดังกล่าวที่ได้ไปใช้ประโยชน์ให้เป็นรูปธรรม พร้อมติดตามการขยายผล	<p>1.การส่งเสริมการวิเคราะห์ความรู้ที่จำเป็นสำหรับบุคลากรของโรงพยาบาลนั้น มีการดำเนินงานร่วมกับทีม HRD และทีมนำ โดยมีการกำหนดองค์ความรู้ที่จำเป็นต่อการพัฒนาองค์กร แล้วนำมาบูรณาการเป็นแผนพัฒนาบุคลากรของโรงพยาบาล ประกอบด้วย แผนการเรียนรู้ต่อและแผนการอบรมของบุคลากรเป็นรายปี รวมทั้งกำหนดแผนการอบรม/ประชุมภายในโรงพยาบาลเพื่อพัฒนาทักษะในการดูแลผู้ป่วยอีกด้วย</p> <p>2.การรวบรวมความรู้ที่สำคัญ กำหนดให้มีคลังความรู้ของ CUP ในรูปแบบของ FTP เครือข่าย โดยพัฒนาการจัดเก็บชุดความรู้อย่างเป็นหมวดหมู่ คั่นหาง่าย และเป็นปัจจุบัน เพื่อการนำไปใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยได้ง่ายยิ่งขึ้น</p>	<p>1.ดำเนินงานร่วมกับทีม HRD และทีมนำในการวิเคราะห์องค์ความรู้ที่จำเป็นต่อการพัฒนาองค์กร แล้วนำมาบูรณาการเป็นแผนพัฒนาบุคลากรของโรงพยาบาล ทำให้ได้ แผนการเรียนรู้ต่อและแผนการอบรมของบุคลากรเป็นรายปี รวมทั้งกำหนดแผนการอบรม/ประชุมภายในโรงพยาบาลเพื่อพัฒนาทักษะในการดูแลผู้ป่วย</p> <p>1.1จัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในองค์กร</p> <p>ผลงานเด่น : การจัดการด้านโภชนาการในคลินิก NCD</p> <p>2.จัดรวบรวมคลังความรู้ของ CUP ในรูปแบบของ FTP เครือข่าย โดยพัฒนาการจัดเก็บชุดความรู้อย่างเป็นหมวดหมู่ คั่นหาง่าย และเป็นปัจจุบัน เพื่อการนำไปใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยได้ง่ายยิ่งขึ้น</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	แผนการพัฒนาคูณภาพ	รายงานความก้าวหน้า
I-5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล			
<p>23 ระบบพัฒนาและเรียนรู้สำหรับบุคลากรและผู้นำ</p>	<p>1. ควรส่งเสริมการพัฒนาบุคลากรที่สอดคล้องกับปัญหาที่พบจากการปฏิบัติงาน อุบัติการณ์ความเสี่ยง ผลการทบทวนการดูแลผู้ป่วยในกลุ่ม โรคที่สำคัญ และผลการประเมินสมรรถนะในส่วนขาด นำมาใช้ในการวางแผนพัฒนาบุคลากรและติดตามให้มีการพัฒนาตามแผนที่วางไว้ เพื่อให้มั่นใจว่าบุคลากรมีความรู้และทักษะเพิ่มขึ้นในการปฏิบัติงาน</p> <p>2. ควรส่งเสริมการกำหนดและประเมิน managerial competency ในบุคลากรระดับผู้นำ/หัวหน้างานให้มีศักยภาพสูงขึ้น และส่งผลกระทบต่อเพิ่มประสิทธิภาพในการนำขององค์กร</p>	<p>1.1 มีการประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของบุคลากรในแต่ละกลุ่มงานและนำผลการประเมินในส่วนที่ขาดมาจัดทำแผนการอบรมแบบระยะสั้นและระยะยาว</p> <p>1.2 จัดทำแผนการอบรมทั้งภายในและภายนอก</p> <p>2.1 มีการกำหนดสมรรถนะของผู้บริหารจำนวน 8 ข้อ คือ 1. การบริหารจัดการ 2.การวางแผน 3.วิสัยทัศน์ 4.การแก้ไขปัญหา 5.การบริหารการเปลี่ยนแปลง 6.การมอบอำนาจให้กับผู้อื่น 7.การบริหารผลการปฏิบัติงาน 8. การพัฒนาศักยภาพคน พร้อมทั้งนำผลการประเมิน มาแจ้งให้หัวหน้างานทราบในส่วนที่ต้องปรับปรุงเป็นรายบุคคล และประเมินซ้ำ ทุก 6 เดือน</p>	<p>1.1 ซึ่งจากการประเมินสมรรถนะพยาบาลห้องฉุกเฉินพบว่ายังขาดในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยา SK จึงได้จัดอบรมวิชาการแก่พยาบาล โดยให้กลุ่มงานเภสัชกรรม ให้ความรู้แก่พยาบาลห้องฉุกเฉิน พร้อมทั้งประเมินติดตามหลังจากการเข้าร่วมอบรม ซึ่งประเมินจากกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยา SK ในห้องฉุกเฉิน</p> <p>1.2 จำนวนผู้ที่ได้รับการอบรมดังนี้ บุคลากรสายวิชาชีพได้รับเข้าร่วมอบรม 10วัน/คน/ปี คิดเป็น 86.9 % ลูกจ้างนั้นพบว่าได้เข้าร่วมอบรม10 วัน/คน/ปี คิดเป็น 26.19 % ซึ่งจะเห็นว่าน้อยกว่าสายวิชาชีพ จึงได้จัดทำแผนการอบรมเพิ่มเติมแก่ลูกจ้างในปี 2562</p> <p>2.จากการประเมินสมรรถนะของหัวหน้างานใหม่พบว่าต่ำกว่า 60 % จำนวน 1 ราย คิดเป็น 20 % มากกว่า 60% จำนวน 4 ราย คิดเป็น 80% จากการประเมินพบสมรรถนะในส่วนขาดคือด้านการวางแผน(Planning) ซึ่งทีมมีแผนการจัดอบรมสมรรถนะหัวหน้างานให้แก่หัวหน้างานใหม่ในปี 2562</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	แผนการพัฒนาคูณภาพ	รายงานความก้าวหน้า
25 สุขภาพของบุคลากร	จากแนวโน้มที่พบบุคลากรกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ปี 2557-2559 ควรส่งเสริมการวิเคราะห์ข้อมูลและปัจจัยที่สำคัญในแต่ละกลุ่ม รวมทั้งควรติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำมาปรับใช้และวางแผนจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของแต่ละกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนไปในทิศทางที่ดีขึ้น	<p>1. วิเคราะห์ปัจจัยที่สำคัญในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโดยใช้เครื่องมือการประเมินกิจกรรม 30. 2ส. ของกองสุขภาพ</p> <p>2. ทีมมีการจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ โดยจัดเข้าคลินิกองค์กร ไร่พุงและมีการติดตามต่อเนื่อง</p>	<p>1. ผลการวิเคราะห์พบว่า เจ้าหน้าที่ที่ยังมีการไม่ควบคุมการรับประทานอาหาร 55.6% ไม่ออกกำลังกาย 69.1% ไม่สามารถจัดการความเครียดได้ 19.5% สูบบุหรี่ 6.2% ดื่ม 16.9%</p> <p>2. ทีมมีการจัดกิจกรรม ดังนี้</p> <p>2.1 กลุ่มที่ขาดการออกกำลังกาย</p> <ul style="list-style-type: none"> - กิจกรรมเดินแอโรบิก เวลา 16.00 น. ทุกวัน - กิจกรรมการออกกำลังกายแบบกระชับ สักส่วน โดยมีเทรนเนอร์จากภายนอก - จัดตั้งชมรมวิ่งเพื่อสุขภาพโรงพยาบาลชัยบุรี <p>2.2 กลุ่มที่ไม่มีการควบคุมปริมาณอาหาร</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้คำแนะนำการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกายแต่ละราย โดยนักโภชนาการของโรงพยาบาล - จัดเมนูสุขภาพจำหน่าย โดยนักโภชนาการของโรงพยาบาล <p>2.3 กลุ่มที่มีภาวะเครียด</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้คำปรึกษาโดยพยาบาลจิตเวชเฉพาะราย - จัดกิจกรรมสันทนาการ - ส่งเสริมการเข้าร่วมจริยธรรม

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	แผนการพัฒนาคูณภาพ	รายงานความก้าวหน้า
I-6 การจัดการกระบวนการ			
28 การจัดการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน	ควรส่งเสริมให้หน่วยงานทีมนำต่าง ๆ กำหนดเป้าหมาย (Purpose) ที่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล รวมทั้งกำหนดผลลัพธ์/ตัวชี้วัดในการดำเนินงาน(Performance) ที่สอดคล้องกับเป้าหมาย เพื่อใช้ในการติดตาม เรียนรู้ อย่างต่อเนื่อง	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทีมนำระดับ โรงพยาบาลสื่อสารเป้าหมายความปลอดภัยโรงพยาบาลให้ทีมนำระบบงาน/ผู้ปฏิบัติรับทราบ 2. ทีมนำระบบงานร่วมกันปรับปรุงเป้าหมายตัวชี้วัด ผลลัพธ์การดำเนินงานให้สอดคล้องกับเป้าหมายโรงพยาบาล 3. หน่วยงานร่วมกันปรับปรุงเป้าหมาย ตัวชี้วัดผลลัพธ์ ใน Service Profile ให้สอดคล้องกับเป้าหมาย 4. ทบทวน Service Profile ของแต่ละหน่วยงาน โดย Facilitator 5. หน่วยงานแก้ไข Service Profile ตามคำแนะนำ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่สอดคล้องกับเป้าหมายโรงพยาบาล 6. ติดตามตัวชี้วัดระดับทีมนำ / ระดับหน่วยงาน ทุก 3 เดือน โดยศูนย์พัฒนาคูณภาพ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทีมนำ / ผู้ปฏิบัติทุกคนรับทราบ เป้าหมายวิสัยทัศน์ พันธกิจ ของโรงพยาบาล จากเวทีประชุมเจ้าหน้าที่/เอกสารเผยแพร่ และประกาศผ่านเว็บไซต์โรงพยาบาล 2. ทีมนำระบบงาน / หน่วยงาน มีการปรับปรุงตัวชี้วัด ผลลัพธ์ของทีม / หน่วยงาน 3. อยู่ในช่วงระหว่างการทบทวนของ Facilitator

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	แผนการพัฒนาคูณภาพ	รายงานความก้าวหน้า
ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล			
II-1 การบริหารความเสี่ยงความปลอดภัยและคุณภาพ			
<p>29 การสนับสนุนจากผู้นำการเชื่อมโยงและประสานงาน</p>	<p>ทีมงานสูงสุดควรส่งเสริมการนำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพต่าง ๆ เช่น CQI นวัตกรรม R2R มาเป็นส่วนผลักดันในการพัฒนาคูณภาพของโรงพยาบาล ประสานมาตรฐาน ต่าง ๆ ที่ใช้ เช่น QA ทางการพยาบาล มาตรฐานงานสุขศึกษา NCD คุณภาพ รวมทั้งควบคุมกำกับและติดตามความก้าวหน้าของการพัฒนาคูณภาพที่สอดคล้องกันในทุกระดับอย่างต่อเนื่อง</p>	<ol style="list-style-type: none"> จัดประกวดกิจกรรมพัฒนาคูณภาพระหว่างแผนกในรพ. เช่น CQI, นวัตกรรม, R2R ทีมงานจัดแกรนด์ราวด์เพื่อดูงานคุณภาพของแผนกต่างๆ ทุกเดือน โดยยึดตามหลัก มาตรฐานต่างๆ เช่น QA, มาตรฐานงานสุขศึกษา , NCD คุณภาพ หัวหน้าแผนกมีการกระตุ้นให้ทีมดำเนินงานกิจกรรมด้านคุณภาพทุกวัน 	<p>1.จำนวนงานวิจัย R2R 10 เรื่อง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 ความรู้และเจตคติระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินของประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง 1.2 ประสิทธิภาพการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพังกะโหลกศีรษะที่บ้าน 1.3 ผลการเปรียบเทียบการบรรเทาการนวดก้นกบและการบรรเทาปวดด้วยการหายใจของมารดา ในระยะที่ 1 ของการคลอด 1.4 ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจส่วนบนของผู้ป่วยนอก 1.5 ผลของ โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ 1.6 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในคลินิกจิตเวช 1.7 การเปรียบเทียบอาการปวดก่อนและหลังให้การรักษาด้วย TENS ในผู้ป่วย Spinal stenosis

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	แผนการพัฒนาคูณภาพ	รายงานความก้าวหน้า
			<p>1.8 การเปรียบเทียบผลการตรวจ Hematocrit ของเครื่องวิเคราะห์อัตโนมัติกับเครื่อง Hematocrit Centrifuge ให้ผู้รับบริการ</p> <p>1.9 การเปรียบเทียบอาการปวดก่อนและหลังทำกายบริหารท่าฤๅษีคัตตนในผู้ป่วย MPS</p> <p>1.10 พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วย COPD ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลชัยบุรีก่อนและหลังการให้ความรู้</p> <p>2. การนำผลลัพธ์จาก R2R ไปใช้ประโยชน์</p> <p>2.1 การดูแลผู้ป่วย DM ใช้ข้อมูลสะท้อนกลับเพื่อให้ผู้ป่วยควบคุมระดับ HbA1C ผลจากการใช้งาน ก่อนงานวิจัย HbA1C = 8.3 หลังปรับปรุง กระบวนการ ผล HbA1C = 7.8</p> <p>2.2 การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ผลลัพธ์การประเมิน RDU ระดับ 3</p>
30 การทำงานเป็นทีม	<p>ทีมนำระบบงานต่าง ๆ ควรทบทวนบทบาทในการดูแลภาพรวมของการพัฒนาในแต่ละทีม ประเมินประสิทธิภาพของระบบงานต่าง ๆ เพื่อติดตาม กำกับแก้ไขปัญหา เชื่อมโยงกับทีม นำสูงสุด ทีมสหสาขาวิชาชีพ และทีมที่เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอ</p>	<p>1.จัดประชุมทีมนำระบบงานต่างๆ เพื่อทบทวนภาพรวมในการดูแลคนไข้ทุก 6 เดือน</p> <p>2.จัดประชุมเจ้าหน้าที่ทุกคนใน รพ.ทุก 1 เดือน เพื่อประกาศนโยบาย/เป้าหมาย/แผนพัฒนาในระยะสั้นและระยะยาว รวบรวมปัญหาการดำเนินงานจากสหวิชาชีพร่วมกันหาทางแก้ไข และ ประเมินความก้าวหน้าของแผนพัฒนาต่างๆ</p>	<p>1. ทีมนำระบบงาน ได้นำข้อมูลความเสี่ยงไปทบทวน เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วย Clinic โรคเรื้อรัง ผลลัพธ์จากการพัฒนา Clinic NCDs ได้รับรางวัลชนะเลิศ NCD Clinic Plus Awards 2018 ระดับประเทศ ประเภทโรงพยาบาลขนาดเล็ก</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	แผนการพัฒนาคูณภาพ	รายงานความก้าวหน้า
31 การประเมินตนเอง	ควรทบทวนการใช้ประโยชน์จากเครื่องมือประเมินตนเองที่หลากหลายด้วยความเข้าใจ เช่น การตามรอยทางคลินิก การประเมินตนเองตามมาตรฐาน การเรียนรู้จากข้อเสนอแนะในการเยี่ยมที่ผ่านมานำโอกาสพัฒนาที่ได้มาจัดลำดับความสำคัญ พร้อมทั้งดำเนินการปรับปรุงกระบวนการการทำงานอย่างเป็นระบบ	-แต่ละทีมจัดการประเมินตนเอง พัฒนาแนวทางการทำงาน และบันทึกความก้าวหน้าของทีมตนเอง เดือนละ 1 ครั้ง โดยใช้เครื่องมือNEWS	1. ใช้ 2P Safety เพื่อส่งเสริมการค้นหาความเสี่ยง โดยบุคลากร ร้อยละ 33.49 มีทัศนคติที่ดีต่อการค้นหาความเสี่ยง 2. ใช้การทบทวน 12 กิจกรรม เพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ผลลัพธ์การทบทวน 12 กิจกรรมในทุกหน่วยบริการ 3. นำผลการเยี่ยมสำรวจมาออกแบบระบบการจัดการความเสี่ยงในหน่วยงาน เพื่อสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร
32 ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย	ควรส่งเสริมการค้นหา/ระบุความเสี่ยง/อุบัติการณ์ โดยการค้นหาเชิงรุกที่หน้างานและจากการทำกิจกรรมทบทวนต่าง ๆ เช่น การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วยการทบทวนผู้ป่วยส่งต่อ การทบทวนโดยผู้ชำนาญกว่า ทบทวนผู้ป่วยเสียชีวิต/อุบัติการณ์สำคัญ เป็นต้น โดยสร้างการเรียนรู้ร่วมกันของ สหสาขาวิชาชีพ และสนับสนุนให้นำมาสู่การวิเคราะห์หาสาเหตุของการเกิดความเสี่ยงที่แท้จริงในเชิงระบบ รวมทั้งกำหนดมาตรการป้องกันความเสี่ยงที่เหมาะสม เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายในการลดอุบัติการณ์สำคัญและป้องกันการเกิดซ้ำ	1.ทีมRM มีการประชาสัมพันธ์ กระตุ้นให้บุคลากรทุกคนค้นหาและรายงานความเสี่ยง เช่น การติดป้ายประชาสัมพันธ์ การนิเทศ การจัดประชุมให้ความรู้ การถ่ายทอดนโยบายการจัดการความเสี่ยงภาพรวม 2.ร่วมงานกับ IT พัฒนา application รายงานความเสี่ยงในรพ.เพื่อเป็นการขยายช่องทางการรายงานความเสี่ยง 2.1ทีม RM จัดทำการหาความเสี่ยงหน้างานทุก 2 เดือนในแต่ละแผนก -จัดประชุมทบทวนความเสี่ยงทุก เดือน -ทีมนำจัดทำแกรนด์ราวน์เพื่อควบคุมกำกับติดตามความก้าวหน้า การจัดการความเสี่ยงของแต่ละแผนก	1. การค้นหาความเสี่ยง 1.1 ค้นหาความเสี่ยงจากกระบวนการทำงาน 1.2 ปรับปรุงบัญชีความเสี่ยงในหน่วยงาน 1.3 ค้นหาความเสี่ยงจากการทบทวนเวชระเบียน 2. การวิเคราะห์ความเสี่ยงในหน่วยงาน 2.1 ใช้ผลลัพธ์จากการวิเคราะห์ ผลกระทบจากอุบัติการณ์ไปออกแบบป้องกันการเกิดความเสี่ยงซ้ำและลดผลกระทบจากอุบัติการณ์ที่มีผลกระทบระดับสูง

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	แผนการพัฒนาคูณภาพ	รายงานความก้าวหน้า
			2.2 ออกแบบระบบสารสนเทศ เพื่อช่วยในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุซ้ำ เช่น แบบฟอร์มการ Consult ผู้ป่วยของทีมสหวิชาชีพ pop up เตือนการใช้ยาที่มี reaction ต่อกัน
34 การพัฒนาคูณภาพการดูแลผู้ป่วยในลักษณะบูรณาการ	<p>ควบทบทวนการกำหนดกลุ่มประชากรทางคลินิก/กลุ่มโรคสำคัญของโรงพยาบาลให้ชัดเจนและครอบคลุมการดูแลรักษาของโรงพยาบาล กำหนดประเด็นสำคัญและเป้าหมายในการพัฒนากลุ่มโรคให้ครอบคลุมทั้งด้านการรักษา ส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งกำหนดตัวชี้วัดที่ตรงกับเป้าหมาย รวมทั้งมีการตามรอยกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ได้ออกแบบไว้ เพื่อใช้ในการเรียนรู้และติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกอย่างต่อเนื่อง</p>	<ol style="list-style-type: none"> กำหนดกลุ่มประชากรทางคลินิก/กลุ่มโรคสำคัญของโรงพยาบาล จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญของรพ. ประชุมทบทวนการดูแลผู้ป่วยทุก 1 เดือน เพื่อรวบรวมปัญหา กำกับ ติดตามความก้าวหน้าของการดูแลผู้ป่วยเชิงคุณภาพ 	<ol style="list-style-type: none"> Tracer รายโรค ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> โรคไข้เลือดออก โรค HIV/AIDS Acute Gastroenteritis Head Injury Acute Myocardial Infarction Stroke TB COPD DM pneumonia HT กำหนดกลุ่มประชากรทางคลินิกและประเด็นสำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อตอบสนองให้เกิดการดูแลผู้ป่วยที่ปลอดภัยตามบริบทของโรงพยาบาล เช่น High Risk โรค MI ,Stroke High cost โรค COPD ,DM ใช้ผลลัพธ์จากการทำ Clinical Tracer มาดูแลผู้ป่วยรายโรค เช่น DM COPD Stroke

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	แผนการพัฒนาคูณภาพ	รายงานความก้าวหน้า
II-2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ			
35 ระบบบริหารการพยาบาล	<p>1. จากการเยี่ยมชมสำรวจพบว่ามีการใช้อัตราค่าจ้างพยาบาลร่วมกันในหน่วยงาน ER, LR และในบางช่วงเวลาที่หน่วยงาน IPD มีผู้ป่วย/ภาระงานมาก อัตราค่าจ้างที่กำหนดไว้ตามแผนปกติและแผนการจัดอัตราค่าจ้างเสริมไม่เพียงพอ ควรให้ประเมินระบบอัตราค่าจ้างที่กำหนดไว้ว่าสามารถปฏิบัติได้จริงมาก/น้อยเพียงใด เพื่อนำผลจากการประเมินมาปรับปรุงระบบการจัดอัตราค่าจ้างสำรองที่เพียงพอและเหมาะสมกับภาระงานที่เพิ่มขึ้นในบางช่วงเวลา เพื่อให้มีบุคลากรทางการพยาบาลปฏิบัติงานเพียงพอกับความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย</p> <p>2. ควรกำหนดเป้าหมายของการนิเทศทางคลินิก เช่น สร้างความมั่นใจในคุณภาพการดูแลผู้ป่วย สร้างสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ดี สร้างความรัก/ความสามัคคี พัฒนาทักษะพยาบาล เป็นต้น รวมทั้งกำหนดแผนการนิเทศระบบการประเมิน/ติดตามผลที่ชัดเจน เพื่อนำมาพัฒนาระบบการนิเทศและผู้นิเทศทางการพยาบาลต่อไป</p>	<p>1.1 กิจกรรมทบทวนการวางแผนอัตราค่าจ้างทางการพยาบาล เพื่อกำหนดปริมาณอัตราค่าจ้างให้มีเพียงพอ และเหมาะสม</p> <p>1.2 ปรับอัตราค่าจ้างเสริมของกลุ่มการพยาบาลทั้งระบบ เพื่อให้มีความเหมาะสม ระหว่างปริมาณภาระงานและปฏิบัติงาน</p> <p>2.1 พัฒนาระบบการนิเทศทางคลินิกที่สอดคล้องกับผู้ป่วยในกลุ่มโรคหลักของโรงพยาบาล โดยใช้รูปแบบ GROW Model</p> <p>2.2 กิจกรรมการพัฒนาสมรรถนะการนิเทศทางคลินิก</p> <p>2.3 ส่งเสริมการนำเสนอผลการนิเทศทางคลินิกในแต่ละหน่วยงานในเวที QA Day</p>	<p>1.1 จัดให้มีการทบทวน Productivity ในแต่ละแผนกเป็นรายเดือน และ ทบทวนปรับอัตราค่าจ้าง และระบบอัตราค่าจ้างสำรองเพื่อให้เพียงพอในการปฏิบัติงาน</p> <p>1.2 ปรับอัตราค่าจ้างของกลุ่มการพยาบาลในแผนกที่มี Productivity เกินเกณฑ์ที่กำหนด โดยในเดือนกรกฎาคม 2560 ได้มีการทบทวนปรับอัตราค่าจ้างเวรบาย ของแผนกผู้ป่วยในจาก 2 คนเพิ่มเป็น 3 คน เพื่อให้เพียงพอ และเหมาะสมในการปฏิบัติงาน</p> <p>2.1 จัดระบบการนิเทศในคลินิกของทุกแผนก โดยให้มีการนิเทศแบบมีแผน ทุกวันศุกร์ และสรุปผลการนิเทศ เพื่อค้นหา GAP เพื่อนำมาใช้เป็นโอกาสพัฒนาในการดำเนินงาน</p> <p>2.2 มีการประเมินสมรรถนะ Specific Competency ที่เกี่ยวข้องกับงานในทุกแผนก ปีละ 2 ครั้ง โดยจัดให้มีการประเมินผลติดตามตามแผนการนิเทศทางคลินิกทุกเดือน</p> <p>2.3 จัดเวทีประชุม QA Day ของแผนกกลุ่มการพยาบาลทุกวันศุกร์ที่ 2 ของเดือน</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	แผนการพัฒนาคูณภาพ	รายงานความก้าวหน้า
36 ปฏิบัติการทางการพยาบาล	ควรส่งเสริมการทบทวนบันทึกทางการพยาบาลในเชิงคุณภาพ ทบทวนความเสี่ยง / เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในการดูแลผู้ป่วย และนำผลการทบทวนมาปรับปรุงบันทึกทางการพยาบาลที่แสดงถึงการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งเน้นให้บุคลากรสามารถตรวจพบปัญหา/ความเสี่ยงของผู้ป่วยได้ทันการณ์ ให้การดูแลที่มีเป้าหมายและแผนการดูแลสอดคล้องกับทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นประโยชน์ในการสื่อสารและการประเมินคุณภาพการพยาบาล	<ol style="list-style-type: none"> พัฒนาตัวอย่างการบันทึกทางการพยาบาลในโรคที่พบบ่อย พัฒนาเครื่องมือตรวจสอบ การบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ จัดทำแผนการนิเทศติดตามการบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ อย่างต่อเนื่อง 	<ol style="list-style-type: none"> มีการจัดทำตัวอย่างการบันทึกทางการพยาบาลในโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ ได้แก่ COPD และDM โดยเน้นปัญหาที่เป็นความเสี่ยงสำคัญในการดูแลผู้ป่วย พัฒนาเครื่องมือในการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้ระบบการบันทึก Focus charting record มีการนิเทศติดตามการบันทึก Focus charting สัปดาห์ละ 1 ครั้งในทุกวันศุกร์

II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย

40 การจัดการกับวัสดุและของเสียอันตรายอย่างปลอดภัย	ควรทบทวนทะเบียนรายการสารเคมี วัสดุ และของเสียอันตรายในโรงพยาบาลให้เป็นปัจจุบันครอบคลุมรายการที่ใช้ในโรงพยาบาล และสื่อสารสร้างความเข้าใจกับผู้ปฏิบัติหน้างานในการจัดการได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อให้เกิดความปลอดภัย	<ol style="list-style-type: none"> จัดทำทะเบียนรายการสารเคมี วัสดุ ของเสียอันตรายของแต่ละหน่วยงาน พร้อมทั้งบันทึกการ เบิก-จ่ายและการทำลายในแต่ละชนิด โดยเน้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ห้องชันสูตร ห้องทันตกรรม ห้องจ่ายกลาง อบรมการใช้,การป้องกัน,การทำลาย วัสดุสารเคมี ของเสียอันตรายร่วมกับทีม IC ให้กับหน่วยงานและบุคคลที่เกี่ยวข้อง เช่น พนักงานทำความสะอาด คนงาน 	<ol style="list-style-type: none"> มีการจัดทำทะเบียน สารเคมี วัสดุของเสียอันตรายของหน่วยงาน โดยพบว่ามีรายการของเสียทั้งหมด 30 รายการ ทำสัญลักษณ์ติดบนภาชนะที่บรรจุให้ชัดเจน มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมในการสัมผัสจัดเก็บ ทำลายให้ถูกวิธี อบรมให้ความรู้เรื่องวิธีการจัดเก็บทำลายวัสดุของเสียอันตรายแก่ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง และพนักงานทำความสะอาด มีการติดตามการประเมินของแต่ละหน่วยงานตามแนวทางกำหนด
---	--	--	---

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	แผนการพัฒนาคุณภาพ	รายงานความก้าวหน้า
42 เครื่องมือ	<p>ทีมควรสร้างการเรียนรู้ให้กับผู้ใช้งานในประเด็นการตรวจสอบความพร้อมประจำวัน การใช้เครื่องมือและการอ่านผล โดยเฉพาะในเครื่องมือใหม่ เช่น NST เป็นต้น รวมถึงการวางระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกัน (การเปลี่ยนอะไหล่ตามระยะเวลาที่กำหนด) และการสอบเทียบให้ครอบคลุมเครื่องมือเสียงสูง โดยเฉพาะเครื่องมือช่วยชีวิตที่อยู่บนรถพยาบาล</p>	<p>1.หน่วยงานออกแบบการตรวจสอบความพร้อมประจำวันของเครื่องมือที่มีความเสี่ยงสูงให้สามารถตรวจสอบได้ว่าการประเมินจริง</p> <p>2.จัดทำแผนการสอบเทียบเครื่องมือทางการแพทย์ โดยมีองค์กรภายนอกเป็นผู้สอบเทียบ</p> <p>3.จัดทำแผนการบำรุงรักษาเครื่องมือทางการแพทย์ เพื่อวางแผนการบำรุงรักษาเชิงป้องกัน โดยหน่วยงานที่รับผิดชอบเครื่องมือแพทย์นั้นๆ</p>	<p>1.1 เครื่องมือใหม่มีคู่มือการใช้งานมีการฝึกอบรมและฝึกปฏิบัติโดยผู้เชี่ยวชาญ (ผู้แทนจำหน่าย)</p> <p>1.2 มีการอบรมวิธีการใช้เครื่องมือ พร้อมทั้งการบำรุงรักษา ให้แก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่รับผิดชอบ</p> <p>1.3 มีการสอนการใช้เครื่องมือโดยแพทย์ก่อนการใช้งานให้กับเจ้าหน้าที่ใหม่</p> <p>2.1 สอบเทียบเครื่องมือทางการแพทย์ โดยมีองค์กรภายนอกเป็นผู้สอบเทียบ ปีละครั้ง ปี 2561 สอบเทียบเมื่อ 23-24 สิงหาคม 2561</p> <p>3.1มีการบำรุงรักษาทุก 3 เดือน ใช้กับเครื่องมือเสียงสูงต่อชีวิตผู้ป่วยขณะใช้ทำการรักษาอย่างสูง ได้แก่ EKG, Defibrillator, Ventilator ,Vital sing monitor ,Capnograph</p> <p>3.2 มีระบบการบำรุงรักษาทุก 6 เดือน ใช้กับเครื่องมือที่มีความเสี่ยงต่อชีวิตผู้ป่วย ระดับปานกลาง Oxygen blender , CPM, Echo camera, Gas Flow Meter, Laryngoscope</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	แผนการพัฒนาคุณภาพ	รายงานความก้าวหน้า
			<p>3.3 มีระบบการบำรุงรักษาทุก 12 เดือน ใช้กับเครื่องมือที่มีความเสี่ยงต่อชีวิตผู้ป่วย ระบาย น้อยมาก ที่นอนลมกันแผลกดทับ, Double Outlet, Voltage Stabilizer</p> <p>3.4 มีการตรวจสอบรายวัน</p> <p>3.5 มีระบบสำรองเครื่องมือ</p>
43 ระบบสาธารณสุขปโลก	<p>1. ทีมควรออกแบบการตรวจสอบคุณภาพน้ำ ใช้ประจำวันที่ครอบคลุมทั้งต้นทางที่ผลิตและปลายทางที่หน่วยงาน เพื่อเฝ้าระวังคุณภาพน้ำให้ได้มาตรฐานและไม่เกิดการปนเปื้อนเชื้อ</p> <p>2. ควรนำอุบัติเหตุไฟฟ้าดับและไฟฟ้าสำรองไม่ทำงานภายใน 410 วินาที (ข้อมูลปี 2557-2559 พบ 6,4,2 ครั้ง ตามลำดับ) มาวิเคราะห์หาสาเหตุและทำการปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้เกิดความพร้อมใช้</p>	<p>1.1 ตรวจสอบคุณภาพน้ำ ตามพารามิเตอร์คุณภาพน้ำใช้ ตั้งแต่ น้ำดิบที่ใช้ในการผลิตจนถึงคุณภาพน้ำก่อนใช้งานและบันทึก</p> <p>1.2 ตรวจสอบการบันทึก การตรวจสอบคุณภาพน้ำประจำวัน โดยหัวหน้าทีม ENV ทุกสัปดาห์</p> <p>1.3 ติดตั้งระบบรีเวสออส โมซิส (RO) เพื่อกรองหินปูน ลดการเกิดตะกอน ลดการสึกกร่อนของเครื่องมือแพทย์ และอุปกรณ์ที่เป็นประเภท สแตนเลส</p> <p>2.1 จัดหาเครื่องสำรองไฟฟ้าเพิ่ม</p>	<p>1.1 น้ำดื่มมีการเก็บตัวอย่างส่งตรวจทุก 6 เดือนส่งตรวจศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์สุราษฎร์ธานี</p> <p>1.2 น้ำใช้มีการเก็บตัวอย่างน้ำประปาของแต่ละอาคารตรวจคลอรีนจากปลายท่อ จันทร์ พุท สุกรี</p> <p>1.3 จัดทำแผนติดตั้งระบบรีเวสออสโมซิส (RO) ปี 2562</p> <p>2.1 จัดทำแผนในการจัดซื้อเครื่องสำรองไฟฟ้า 300 กิโลวัตต์ปี 2562</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	แผนการพัฒนาคูณภาพ	รายงานความก้าวหน้า
45 การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม	<p>1. ระบบบำบัดน้ำเสีย : ควรทบทวนระบบการตรวจสอบคุณภาพน้ำที่ผ่านการบำบัดให้เป็นประจำและสม่ำเสมอทั้งการตรวจประจำวัน/รายสัปดาห์ และการส่งตรวจคุณภาพน้ำไปยังหน่วยงานภายนอกอย่างน้อยทุก 4 เดือน ตามมาตรฐานสาขาบาลสิ่งแวดล้อม</p> <p>2. ระบบขยะ : ทีม ENV และ IC ควรร่วมกันพัฒนาระบบการจัดการขยะ ตั้งแต่การคัดแยก การจัดเก็บและผูกมัดถุงอย่างรัดกุม รวมทั้งติดตามประเมินบริษัทที่รับกำจัดขยะติดเชื้อ เพื่อให้มั่นใจว่ากระบวนการกำจัดเป็นไปตามมาตรฐานและลดความเสี่ยงของการเผยแพร่กระจายเชื้อสู่ชุมชน</p>	<p>1.1 มีการจัดทำแผนการตรวจสอบคุณภาพน้ำ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - วัดค่าความเป็นกรด ด่าง PH ทุกวัน - วัดค่า คลอรีนตกค้าง ทุกวัน - ตรวจ กลิ่น สี ฟอง ของตะกอน ทุกวัน - ตรวจเช็คตู้ควบคุมไฟฟ้าอบำบัดน้ำเสีย <p>จันทร์- พุธ -ศุกร์</p> <p>1.2 ตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำเสีย จากระบบบำบัดน้ำเสีย 8 พารามิเตอร์ให้เป็นไปตามมาตรฐานมลพิษทางน้ำ ทุก 4 เดือน ส่งตรวจองค์กรภายนอก</p> <p>2.1 จัดอบรมให้ความรู้ให้เจ้าหน้าที่ใหม่ และ ทบทวนความรู้ให้เจ้าหน้าที่เก่าเรื่องการคัดแยกขยะ แต่ละประเภท เพื่อการจัดการขยะที่ถูกต้อง</p> <p>2.2 ขยะติดเชื้อ มีการทำลายโดยจ้างเหมาบริษัทเอกชน</p> <ul style="list-style-type: none"> - รพ.สต., คลินิก/สถานพยาบาล /ผู้ป่วยที่ต้องทำแผล ล้างไตที่บ้านส่งขยะติดเชื้อที่รพ. ได้ทุกวัน โดยเก็บไว้ที่พักขยะติดเชื้อของโรงพยาบาล 	<p>1.1 ผลการตรวจสอบคุณภาพน้ำ</p> <ul style="list-style-type: none"> - วัดค่า PH จุติรวมน้ำทิ้ง น้ำออกจากระบบ มีค่า 7.5 – 7.7 - ตรวจค่าคลอรีนจากปลายท่อจุติรวมน้ำทิ้ง 0.2 – 1 PPM - ควบคุมปริมาณน้ำเสียทุกวันในการตรวจตะกอนของตะกอนในกระบอกตวงขนาด 1,000 มล. ว่าอ่านขึ้นตะกอนได้กี่ มล. เมื่อตั้งกระบอกไว้ 30 นาที จดบันทึก (VO 30) - การบำรุงรักษาเครื่องอุปกรณ์ไฟฟ้า ผู้ดูแลระบบตรวจสอบอุปกรณ์ไฟฟ้าว่าทำงานเป็นปกติหรือไม่ หากผิดปกติรีบแก้ไขแจ้งช่างภายใน <p>1.2 ส่งตรวจภายนอกเมื่อ 15 พ.ค. 2561 ผลการตรวจผ่านทั้ง 8 พารามิเตอร์</p> <p>2.1 มีการจัดอบรมให้กับเจ้าหน้าที่ 1 ครั้ง และพนักงานทำความสะอาด 2 ครั้ง</p> <p>2.2 ขยะติดเชื้อ บริษัทเอกชนมารับไปทำลายโดยมาเก็บทุกวันศุกร์ ซึ่งสามารถลดความเสี่ยงของการเผยแพร่กระจายเชื้อสู่ชุมชนได้</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	แผนการพัฒนาคูณภาพ	รายงานความก้าวหน้า
II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ			
48 การป้องกันการติดเชื้อ	<p>1. ควรติดตามกำกับปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดไว้ เพื่อค้นหาปัญหา/อุปสรรค และเสริมสร้างความรู้/ความเข้าใจของเป้าหมาย และการปฏิบัติที่ถูกต้องให้แก่บุคลากรที่หน้างานเกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อม เพื่อลดการปนเปื้อน/การแพร่กระจายเชื้อ การจัดการขยะ การป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งสำคัญต่าง ๆ</p>	<p>1.1 กำหนดนโยบาย เป้าหมาย ตามบริบทของโรงพยาบาล โดยมีการปรับเปลี่ยนการเฝ้าระวังการติดเชื้อจาก Targeted surveillance เป็นการเฝ้าระวังแบบ Hospital wide เพื่อให้ครอบคลุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล</p> <p>1.2 การฝึกอบรมพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในหน่วยงาน (ICWN) ให้มีความรู้ในเรื่องเกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อที่สำคัญ เพื่อให้สามารถเฝ้าระวังการติดเชื้อได้อย่างถูกต้อง</p> <p>1.3 การจัดอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่เกี่ยวกับแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในสถานพยาบาล</p> <p>1.4 กำกับติดตามเกี่ยวกับแนวปฏิบัติเรื่อง การแยกผู้ป่วย Isolation precautions การจัดการมูลฝอย การควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยา</p>	<p>1.1 มีการปรับเปลี่ยนการเฝ้าระวังการติดเชื้อแบบ Hospital wide โดยทำแบบ Prospective active Surveillance ร่วมกับการทำแบบ Retrospective passive Surveillance เพื่อให้ครอบคลุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล</p> <p>1.2 พยาบาลควบคุมการติดเชื้อในหน่วยงาน (ICWN) มีความรู้ในเรื่องเกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อที่สำคัญ และสามารถเฝ้าระวังการติดเชื้อได้อย่างถูกต้อง</p> <p>1.3 เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับแนวทางการป้องกัน และสามารถป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในสถานพยาบาล</p> <p>1.4 มีการจัดตั้งธนาคารขยะทำให้มีการพัฒนาระบบบริหารจัดการมูลฝอยลดผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	แผนการพัฒนาคุณภาพ	รายงานความก้าวหน้า
	<p>2. ควรประสานความร่วมมือกับทีมนำทางคลินิกและทีมระบบอื่นที่เกี่ยวข้อง ในการ ทบทวน/วิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วย sepsis เพื่อนำมาปรับปรุงระบบงานในเชิงรุก เพื่อลดปัญหาดังกล่าว</p>	<p>2.1 ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย Sepsis ร่วมกับทีม PCT เพื่อประเมินการวินิจฉัยและการรักษา</p> <p>2.2 ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ภายใต้กรรมการ Sepsis fast track ซึ่งเป็นแนวทางการวินิจฉัยและรักษาสำหรับส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อยังโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เพื่อให้การวินิจฉัยและการรักษาไปในทิศทางเดียวกันทั้งเครือข่าย</p>	<p>2.1 มีการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยใช้ CPG Sepsis ร่วมกับโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีและเครือข่าย โดยใช้ Standing Order for Sepsis Fast track และมีแบบฟอร์มบันทึก/ประเมินการดูแลรักษาผู้ป่วย Sepsis สำหรับโรงพยาบาลเครือข่ายโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีในกรณีส่งต่อเพื่อส่งต่อข้อมูลการวินิจฉัยการรักษาให้กับโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีต่อไป</p>
II-5 ระบบเวชระเบียน			
<p>51 การวางแผนและออกแบบระบบบริหารเวชระเบียน</p>	<p>1. ควรส่งเสริมการติดตามประเมินประสิทธิภาพของระบบการบริหารเวชระเบียนโดยเฉพาะระบบเวชระเบียนผู้ป่วยนอกหลังยกเลิกการใช้ OPD card โดยเฉพาะเรื่องความถูกต้อง/ความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนในระบบคอมพิวเตอร์ เพื่อให้สามารถใช้ในการสื่อสารระหว่างวิชาชีพ/หน่วยงานในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ทันเวลา</p> <p>2. ควรทบทวนการวางระบบรักษาความลับของผู้ป่วยที่ถูกข่มขืน ทารุณทางเพศ ให้มีความรัดกุมเพิ่มขึ้น ทั้งการบันทึกในคอมพิวเตอร์ การจัดเก็บฟิล์มเอกซเรย์และผลการตรวจชิ้นสูตรต่าง ๆ และควรทบทวน</p>	<p>1.จัดระบบการทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนในระบบคอมพิวเตอร์</p> <p>2.จัดระบบการรักษาความลับของผู้ป่วยในกรณีผู้ป่วย OSCC ให้มีประสิทธิภาพ</p> <p>3.จัดระบบการยืม-คืน เวชระเบียนที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการสูญหาย</p>	<p>1.1 หน่วยงานการคุ้มครองข้อมูลการบันทึกในเวชระเบียนผู้ป่วยนอกแบบ Electric file ของแต่ละวันพบว่าส่วนที่เกิดความผิดพลาด คือ ความถูกต้องและความครบถ้วนของรหัสทางการแพทย์ผู้ป่วยนอก และมีการตรวจความสมบูรณ์ของข้อมูลทุกๆ 3 เดือน</p> <p>2.1 กำหนดระดับการเข้าถึงข้อมูลที่เป็นความลับในระบบคอมพิวเตอร์โดยการจำกัดการเข้าถึง user และ password สำหรับผู้ให้บริการในการดูแลข้อมูลที่เกี่ยวข้อง</p> <p>2.2 จัดทำ WI ของการรักษาความลับของผู้ป่วย OSCC และการเก็บรักษาฟิล์มเอ็กซเรย์</p> <p>3.1 กำหนด WI ระบบการยืม คืน เวชระเบียน</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	แผนการพัฒนาคุณภาพ	รายงานความก้าวหน้า
	ระบบการติดตามเวชระเบียนทั้งเวชระเบียนที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยประจำวันและเวชระเบียนที่ถูกยืมให้ชัดเจนเพื่อป้องกันการสูญหาย		3.2 ลงทะเบียนการยืมคืนในโปรแกรม HOS XP และติดตามเวชระเบียนที่ส่งซ้ำเกินกำหนด โดยการลงทะเบียนรับ คืน เวชระเบียนเป็นลายลักษณ์อักษรที่สามารถตรวจสอบได้
52 ความสมบูรณ์ของการบันทึก	ควรส่งเสริมการทบทวนคุณภาพของการบันทึกความสมบูรณ์และคุณภาพของการรักษาจากเวชระเบียนในกลุ่มผู้ป่วยสำคัญ เช่น เสียชีวิต ส่งต่อโดยมิได้วางแผนอย่างสม่ำเสมอ วิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง เพื่อนำมาปรับปรุงในเชิงระบบอย่างต่อเนื่อง	1. มีระบบการทบทวนความสมบูรณ์และคุณภาพของการบันทึกข้อมูลในกลุ่มผู้ป่วยที่สำคัญจากอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดภายในหน่วยงาน 2. ส่งเสริมให้หน่วยงานมีการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาโดยใช้ Root Cause Analysis (RCA)	1. หน่วยงานมีการตรวจสอบ Internal Audit โดยในปี 2561 (1 ตุลาคม 2560 ถึง 30 มิถุนายน 2561) พบว่า อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน คิดเป็นร้อยละ 84.31 และอัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอกคิดเป็นร้อยละ 77.38 สำหรับคุณภาพของข้อมูล ในส่วนของเวชระเบียนผู้ป่วยนอกในส่วนที่ขาดคือ Patient's profile ของผู้ป่วยนอกได้มีการปรับปรุงโดยการเพิ่มในการบันทึกหมู่เลือดในกรณีที่ไม่ทราบหรือไม่เคยตรวจหมู่เลือด, ข้อมูลวันเดือนปีที่บันทึกและผู้รับผิดชอบในการบันทึกที่มารับบริการในครั้งแรก และผู้ป่วยใน ในส่วนที่ขาดคือ Nurses 'note และได้ทำการปรับปรุงแก้ไขคือ การพัฒนาองค์ความรู้ในการบันทึกเวชระเบียน
53 การทบทวนเวชระเบียน			2. หน่วยงานมีการทบทวนและรายงานวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาโดยใช้ Root Cause Analysis (RCA) เพื่อหาปัญหาที่แท้จริงมาพัฒนาเชิงระบบในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	แผนการพัฒนาคคุณภาพ	รายงานความก้าวหน้า
II-6 ระบบการจัดการด้านยา			
54 การวางแผนและการจัดการ	<p>1. ควรส่งเสริมการประเมินประสิทธิผลของการปฏิบัติตามนโยบาย แนวทาง และเป้าหมายของ PTC อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการใช้ยาอย่างปลอดภัยครอบคลุมครบถ้วน</p> <p>2. ควบทบทวนรายการยาที่มีความเสี่ยงสูงโดยใช้ข้อมูลและผลข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยาในโรงพยาบาล เช่น phlebitis เป็นต้น รวมทั้งติดตามเฝ้าระวังผลข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้นอย่างครอบคลุม เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการใช้ยาความเสี่ยงสูงเพิ่มมากขึ้น</p> <p>3. ควรส่งเสริมการวิเคราะห์ความคลาดเคลื่อนทางยาครอบคลุมทั้งประเด็นเวลา สถานที่ และตัวยา เพื่อกำหนดประเด็นในการแก้ไขให้ชัดเจนยิ่งขึ้น</p>	<p>1.1 พัฒนาดัชนีวัดทางระบบยาให้ครอบคลุมเพื่อวัดประสิทธิผลของการบรรลุเป้าหมายของ PTC</p> <p>1.2 นำเสนอผลลัพธ์ตัวชี้วัด และประสิทธิผลในการปฏิบัติตามนโยบาย PTC อย่างน้อยทุก 2 เดือน</p> <p>2.1 นำข้อมูลความเสี่ยงที่เกิดจากการใช้ยาหรือผลข้างเคียงของยาที่สำคัญ มาทบทวนในการกำหนดรายการยาความเสี่ยงสูง เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการใช้ยาเพิ่มมากขึ้น</p> <p>3.1 พัฒนาระบบบันทึกข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาให้ครอบคลุม ทั้งเวลา สถานที่ และตัวยา เพื่อให้สามารถแก้ไขและวางแผนได้ตรงจุด</p>	<p>- เพิ่มตัวชี้วัดงาน RDU เพื่อให้ครอบคลุมตามนโยบาย มีการพัฒนาดัชนีวัดย่อยของ RDU เพื่อสนับสนุนงาน Service plan</p> <p>- มีการประเมินประสิทธิผลของการปฏิบัติตามนโยบายเสนอทีมนำ ทุก 2 เดือน</p> <p>- ไม่มีความเสี่ยงที่เกิดจากการใช้ยาความเสี่ยงสูงในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา มีการติดตามความเสี่ยงด้านยา เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการพิจารณา กำหนดรายการยาความเสี่ยงสูงเพิ่มเติม</p> <p>- มีการบันทึกข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างครอบคลุม ทั้งเวลา สถานที่ และตัวยา มีแนวทางการแก้ไขความคลาดเคลื่อนที่เป็นระดับดีขึ้นไป อย่างเป็นระบบ</p>
55 การเก็บสำรองยา	<p>ควรส่งเสริมการควบคุม ติดตาม ตรวจสอบ อุดหนุนภูมิความชื้นในห้องยา และอุดหนุนภูมิในตู้เย็นที่ได้จัดเก็บไว้รวมทั้งระบบห่วงโซ่ความชื้นของการกระจายยาและวัคซีน ไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จัดการปรับปรุงแก้ไข เมื่อเกิดปัญหา อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้มั่นใจว่ายาและวัคซีนมีคุณภาพ ความคงตัวและพร้อมใช้</p>	<p>1. พัฒนาระบบการติดตาม ตรวจสอบระบบห่วงโซ่ความชื้นของการกระจายยาไป รพ.สต. โดยการใช้แนวทางปฏิบัติในการขนส่งวัคซีนไปสู่ รพ.สต.</p> <p>2. มีระบบสุ่มตรวจอุณหภูมิความชื้น ในหน่วยจัดเก็บยาทุกจุดอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งนอกเวลาราชการ</p>	<p>1.1 มีการตรวจสอบอุณหภูมิระหว่างขนส่งวัคซีนไปยัง รพ.สต. โดยแผ่นให้ความเย็นใส่กล่องเก็บความเย็น และมีปรอทวัดอุณหภูมิ เพื่อตรวจสอบ และมีการกำหนดระยะเวลาในการขนส่งวัคซีน จากการใช้แนวทางดังกล่าวยังไม่พบความเสี่ยงที่เกิดจากอุณหภูมิไม่ได้ตามที่กำหนด</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	แผนการพัฒนาคุณภาพ	รายงานความก้าวหน้า
			<p>1.2 กำหนดให้มีการสำรองวัคซีนไม่เกิน 1 เดือน เพื่อป้องกันการสูญเสียกรณีไฟดับ</p> <p>2. มีการสุ่มตรวจอุณหภูมิและความชื้นของคลังเวชภัณฑ์ ในช่วงนอกเวลาราชการ เช่น ในวันหยุดราชการ และช่วงเวลากลางคืน</p>
57 การทบทวนคำสั่งเตรียมและจัดจ่าย/ส่งมอบยา	<p>ควรทบทวนการสอบสวนคำสั่งในการใช้ยาครอบคลุมประเด็นสำคัญที่ควรตรวจสอบ เช่น อันตรกิริยาของยา ผลกระทบที่อาจเกิดได้จากผลทาง ห้องปฏิบัติ เป็นต้น รวมทั้งการสั่งใช้ยา ของพยาบาลที่ตรวจนอกเวลาราชการ</p>	<p>1. ใช้ระบบสารสนเทศในการป้องกันการสั่งใช้ยาที่ไม่เหมาะสม เช่น DI แพ้ยา</p> <p>2. มีกิจกรรมทบทวนการสั่งใช้ยาของพยาบาลที่ตรวจนอกเวลาราชการ อย่างสม่ำเสมอ</p> <p>3. พัฒนางานบริหารทางเภสัชกรรม ดูแลติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยร่วมกับแพทย์</p>	<p>1. ทบทวนการสั่งใช้ยาของพยาบาลที่ตรวจนอกเวลาราชการ ในเวร บ่าย-ดึก จากใบส่งยาที่ส่งมาห้องยาในเวรเช้าทุกวัน พร้อมบันทึกข้อมูลความเสี่ยงที่พบและทบทวนเพื่อหาแนวทางแก้ไขป้องกัน</p> <p>- มีระบบป้องกันการแพ้ยาซ้ำ และป้องกันการสั่งจ่ายยา ที่มี DI ต่อกัน โดยใช้ระบบคอมพิวเตอร์ และการส่งต่อข้อมูล การใช้ยาของผู้ป่วยโดยสื่อสารผ่านทางคอม ทำให้ทราบปัญหา และเพื่อสามารถ ดำเนินการในการสั่งใช้ยา แนะนำผู้ป่วยให้อย่างครอบคลุม</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	แผนการพัฒนาคูณภาพ	รายงานความก้าวหน้า
58 การบริหารยาและติดตามผล	ควรส่งเสริมการบันทึกเวลาในการบริหารยาตามเวลาจริง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยากลุ่มสำคัญ รวมทั้งกำหนดวงจรรอบในการบริหารยาให้ชัดเจน มีระบบในการ double check ที่เหมาะสมกับภาระงาน เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการใช้ยามากขึ้น	1. พัฒนาการบันทึกเวลา การบริหารยา มีการกำกับติดตามอย่างสม่ำเสมอ 2. กำหนดกรอบในการบริหารยา โดยทีม PTC 3. พัฒนาระบบ double check ให้เหมาะสมกับบริบท ภาระงานของผู้รับผิดชอบ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการใช้ยามากขึ้น	1. มีการพัฒนาการบันทึกข้อมูลและเวลา การบริหารยา มีเก็ชกรติดตามกำกับพร้อมบันทึกข้อมูลความเสี่ยงและมีการทบทวนแก้ไขปัญหายอย่างสม่ำเสมอ 2. มีการประชุมกำหนดกรอบในการบริหารยา stat dose และยาทั่วไป โดยทีม PTC 3. มีแนวทางการปฏิบัติระบบในการ double check ที่ชัดเจน
II-7 การตรวจทดสอบประกอบการวินิจฉัยโรค และบริการที่เกี่ยวข้อง			
60 การจัดบริการปฏิบัติการทางการแพทย์	1. ควรทบทวนรายการค่าวิกฤตร่วมกับ PCT ให้เหมาะสมตามบริบทและไวพอที่จะปรับแผนการรักษาได้ทันทั่วทั้งที่ครอบคลุมรายการตรวจที่มีในโรงพยาบาลและรายการที่ส่งต่อหน่วยงานภายนอก สื่อสารให้ทีมดูแลรักษา รับทราบ รวมทั้งมีการติดตามว่ามีการรายงานเป็นไปตามแนวทางที่กำหนดไว้ 2. ควรทบทวนการจัดบริการทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นนอกเวลาราชการ (หลังเวลา 20.30 น.) เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินและจำเป็นต้องการวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการได้รับการตรวจวินิจฉัยที่เหมาะสม	1.1 ทบทวนรายงานค่าวิกฤตร่วมกับทีม (แพทย์) ให้เป็นปัจจุบัน โดยแยกชนิดออกเป็น Normal Critical Value กับ Fast tract Critical value ซึ่งจะต้องรายงานภายในเวลาที่กำหนด 1.2 ปรับปรุงแนวทางปฏิบัติ เรื่อง การรายงานค่าวิกฤต (WI-LAB-00-008) ให้เป็นปัจจุบัน และติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องผ่านตัวชี้วัดหน่วยงาน 2.1 ไม่สามารถปฏิบัติได้ เนื่องจากผู้อำนวยการยกเลิกเวรนอกเวลาราชการ (on call 24 hr.)	1. มีการบันทึกข้อมูลการรายงานค่าวิกฤตผ่านระบบ LIS ของห้องปฏิบัติการซึ่งสามารถระบุผู้รับค่าวิกฤตและ turnaround time ของการรายงานค่าวิกฤต โดยสามารถสรุปข้อมูลการรายงานค่าวิกฤตเป็นรายเดือนหรือรายไตรมาสได้ 2. มีแนวทางการรายงานค่าวิกฤต ซึ่งระบุไว้ใน work instruction ที่ชัดเจน

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	แผนการพัฒนาคูณภาพ	รายงานความก้าวหน้า
62 (ก) บริการโลหิตวิทยาในโรงพยาบาลที่ไม่มีคลังเลือด	ทีมควรส่งเสริมให้นำแนวทางให้บริการโลหิตของสภาวิชาชีพมาใช้ในการออกแบบระบบบริการโลหิตของโรงพยาบาลให้เกิดความปลอดภัยมากขึ้น ได้แก่ การจัดทำประวัติการรับเลือดและประวัติการเกิดปฏิกิริยาจากการให้เลือดของผู้ป่วย การวางแผนในการเฝ้าระวังอาการระหว่างการให้เลือดและการตรวจสอบหาสาเหตุกรณีผู้ป่วยเกิดปฏิกิริยาจากการให้เลือด รวมทั้งควรส่งเสริมบทบาททีมดูแลผู้ป่วยในการเฝ้าระวังและรายงานการเกิดปฏิกิริยาจากการได้รับเลือดในทุกกระดับความรุนแรง เป็นต้น	-ปรับปรุงเอกสารวิธีปฏิบัติ เรื่องการจ้องโลหิต (WI-LAB-00-014) และมาตรฐานการแก้ไขเมื่อเกิดปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์หลังให้เลือด (WI-LAB-00-015) ให้เป็นปัจจุบันก่อนแจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (WARD) รับทราบ	1.ห้องปฏิบัติการมีระบบการตรวจสอบหมู่เลือด Donor ก่อนให้ผู้ป่วยทุกครั้ง โดยบันทึกผลการตรวจสอบในแบบบันทึกการตรวจสอบหมู่เลือด Donor 2.มีแนวทางปฏิบัติเรื่องการจ้องโลหิต และการเฝ้าระวังเมื่อเกิดปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์หลังให้เลือดชัดเจน โดยการประสานงานและเฝ้าระวังจาก Ward คู่ห้องปฏิบัติการ และระบบการส่งเลือดกลับจากห้องปฏิบัติการ คู่ งานธนาคารเลือด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
65 ระบบคุณภาพและความปลอดภัยบริการรังสีวิทยา	ควรส่งเสริมให้นำอุบัติการณ์มาทบทวนร่วมกับทีมนำทางคลินิก ตรวจสอบคุณภาพของภาพถ่ายทางรังสีและติดตาม โดยใช้ตัวชี้วัดที่สำคัญ นำมาปรับปรุง/พัฒนา เช่น อัตราการถ่ายฟิล์มซ้ำ/ฟิล์มเสีย อัตราฟิล์มหาย เป็นต้น รวมทั้งควรประสานกับทีม IT ในการออกแบบระบบติดตามฟิล์มกลับให้มีความรัดกุมมากขึ้น	1.ทบทวนการตรวจสอบคุณภาพของภาพถ่ายทางรังสีและติดตาม โดยใช้ตัวชี้วัดที่สำคัญ คือ การเอ็กซเรย์ผิดท่า การเอ็กซเรย์ผิดตำแหน่ง การเอ็กซเรย์ผิดคนและฟิล์มเสีย ฯลฯ ทุก 3 เดือน และนำผลการวิเคราะห์มาทบทวนหาสาเหตุ 2.จัดคู่มือการถ่ายภาพรังสี โดยนำมาจากผลการวิเคราะห์ในข้อที่ 1	การเอ็กซเรย์ผิดท่า ลดลงจากปี2560 เดิมร้อยละ 4.0 เหลือ ร้อยละ 0 หลังจากการใช้คู่มือการถ่ายภาพรังสี เป็นแนวทางการปฏิบัติงาน และมีการสอบถามเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกครั้ง เมื่อเกิดข้อสงสัยในการถ่ายภาพรังสีหรือในการให้บริการด้านต่าง ๆ

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	แผนการพัฒนาคุณภาพ	รายงานความก้าวหน้า
III-2 การประเมินผู้ป่วย			
74 การประเมินผู้ป่วย	ควรทบทวนการประเมินผู้ป่วยให้ครอบคลุมอย่างรอบด้าน กำหนดแนวทางในการประเมินหรือใช้ข้อมูลร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้สูงอายุ การตั้งครรภ์ความเสี่ยงสูง รวมถึงทบทวนความถี่ในการประเมินซ้ำที่เหมาะสมกับสถานะผู้ป่วยในขณะนั้น	สร้างและปรับปรุงแบบฟอร์มการประเมินผู้ป่วยให้ครอบคลุมมากขึ้น รวมทั้งการสื่อสารข้อมูลและการประเมินซ้ำในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงของโรงพยาบาลซึ่งประกอบด้วย - ผู้สูงอายุ - หญิงตั้งครรภ์ - sepsis - Appendicitis	ผลลัพธ์จากการจัดทำแบบฟอร์มการประเมินผู้ป่วยมีดังนี้ - ผู้สูงอายุ ในปีงบประมาณ 2560 มีผู้สูงอายุได้รับการประเมินจำนวน 85 ราย พบมีปัญหา Dementia ร้อยละ 18.2 ข้อเข้าเสื่อม ร้อยละ 9.41 เสี่ยงต่อการหกล้ม ร้อยละ 27.05 มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 27.05 ด้านครอบครัว ไม่มีผู้ดูแลร้อยละ 2.35 ไม่พบปัญหาทางด้านสังคม - ผลการประเมินหญิงตั้งครรภ์ความเสี่ยงสูง อยู่ในระหว่างการรวบรวมข้อมูล - Sepsis: delay diagnosis ลดลงจากปี 2559 ร้อยละ 55.56 เหลือร้อยละ 43.75 ในปี 2560 - ผลการประเมิน Appendicitis อยู่ในระหว่างการรวบรวมข้อมูล
75 การตรวจ investigate ที่จำเป็น	ควรส่งเสริมการทบทวนผู้ป่วย ซึ่งต้องรับการตรวจวินิจฉัยที่จำเป็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งนอกเวลาราชการเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่จำเป็นในเวลาที่เหมาะสม	1. ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย MI, Sepsis, Fracture, Appendicitis ที่มารับบริการนอกเวลาราชการ เดือนละครั้ง เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยได้รับการตรวจเพื่อประกอบการวินิจฉัยโรคที่ครบถ้วน รวดเร็ว และส่งต่อไปตรวจที่อื่นในเวลาที่เหมาะสม	1. จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย MI, Sepsis, Fracture, Appendicitis ที่มารับบริการนอกเวลาราชการ ได้มีการปรับระบบการให้บริการดังนี้ 1.1 วางแผนจัดให้มี on call Lab (CBC, UA), x-ray ได้เวลานอกราชการ 1.2 ปรับแผนการจัดซื้ออุปกรณ์ Lab ให้เหมาะสมกับปริมาณที่ใช้ 1.3 กำหนดแนวทางการตรวจ Lab, X-ray ตามความจำเป็น

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	แผนการพัฒนาคูณภาพ	รายงานความก้าวหน้า
			1.4 สร้างเครือข่ายในการขอข้อมูล Lab ต่างๆ
76 การวินิจฉัยโรค	ควรส่งเสริมการทบทวนความถูกต้องของการวินิจฉัยโรค ในผู้ป่วยที่วินิจฉัยตามกลุ่มอาการ เช่น dizziness, dyspepsia, lower respiratory tract infection รวมทั้งทบทวนความเหมาะสมของการวินิจฉัยที่สอดคล้องกับประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจ investigation เพื่อให้การวินิจฉัยโรค มีความถูกต้องสมบูรณ์มากขึ้น	ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยตามกลุ่มอาการ Dizziness, Dyspepsia, Lower respiratory tract infection เดือนละครั้ง	จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยกลุ่มอาการ Dizziness, Dyspepsia, Lower respiratory tract infection พบว่ามีการซักประวัติ ตรวจร่างกาย investigate ไม่ครอบคลุม ดังนั้นทางทีมจึงได้จัดทำแนวทางในการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และ investigate ในผู้ป่วยที่มาด้วยกลุ่มอาการ Dizziness, Dyspepsia, Lower respiratory tract infection ผลลัพธ์อยู่ในระหว่างการรวบรวมข้อมูล ในอนาคตจะเพิ่มโรค Leptospirosis
III-3 การวางแผน			
77 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย	ทีมสหสาขาวิชาชีพควรร่วมกันกำหนด เป้าหมายและแผนการดูแลที่สอดคล้องกับ ปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย สื่อสารแผนการดูแลในทีมอย่างชัดเจน ประเมินซ้ำอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับแผนการดูแลรักษาให้เหมาะสม เมื่อมีอาการผู้ป่วยเปลี่ยนแปลง รวมทั้งประเมินผลลัพธ์ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจากการปฏิบัติ/ไม่ปฏิบัติตาม CPG ให้เป็นรูปธรรมเพื่อหาโอกาสพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ	มีการกำหนดกลุ่มโรคในโรงพยาบาลที่ต้องมีการวางแผนการดูแลโดยทีมเมื่อผู้ป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ได้แก่ DM ที่มาด้วยภาวะ Hypo-Hyperglycemia, ผู้ป่วย COPD ที่เกิดภาวะ Exacerbation ผู้ป่วย CKD และผู้ป่วย Stroke	จากการวางแผนดูแลผู้ป่วย Stroke พบว่า ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแผนที่วางไว้ 100 เปอร์เซ็นต์ ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในระยะเวลา 6 เดือน 53.33% ซึ่งยังอยู่ในเกณฑ์ต่ำ เนื่องจากสาเหตุจากผู้ย้ายที่อยู่ (1 ราย) ปฏิเสธการรักษา (1ราย) เสียชีวิต (2 ราย) และเกิดภาวะแทรกซ้อน (1 ราย)

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	แผนการพัฒนาคูณภาพ	รายงานความก้าวหน้า
78 การวางแผนจำหน่าย	<p>ทีมสหสาขาวิชาชีพควรร่วมกันทบทวนการวางแผนจำหน่าย โดยร่วมกันประเมินและระบุปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวที่อาจจะเกิดขึ้นหลังจำหน่าย โดยวางแผนให้ครอบคลุมปัญหารอบด้าน เตรียมความพร้อมในการดูแล โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น กลุ่มโรค COPD, DM หรือกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการใส่อุปกรณ์ต่าง ๆ กลับบ้าน เช่น สายยางให้อาหาร สายสวนปัสสาวะ เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ลดการ re-admit, re-visit และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น</p>	<p>1. ปรับปรุงแบบฟอร์มการวางแผนจำหน่าย ในผู้ป่วย DM, HT, COPD ให้ครอบคลุมปัญหาความต้องการของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น</p>	<p>1. หลังจากปรับปรุงการวางแผนจำหน่าย พบว่าอัตราการ readmit ในโรคดังกล่าวลดลง</p> <p>1.1 COPD อัตราการ Re admit ภายใน 28 วัน จากปี 2559 ร้อยละ 3.0 ลดลงเหลือร้อยละ 2.61 ในปี 2560</p> <p>1.2 DM อัตราการ Readmit ด้วยภาวะ Hypo-Hyperglycemia ภายใน 28 วัน จากปี 2559 ร้อยละ 0.78 ลดลงเหลือร้อยละ 0.39 ในปี 2560</p> <p>1.3 HT อัตราผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์เพิ่มขึ้น ในปี 2559 ร้อยละ 68.36 ลดลงเหลือร้อยละ 69.59 ในปี 2560</p>
III-4 การดูแลผู้ป่วย			
80 การดูแลและบริการที่มีความเสี่ยง	<p>ควรทบทวนการกำหนดกลุ่มโรค/หัตถการที่มีความเสี่ยงสูงของโรงพยาบาลให้ครอบคลุมเหตุการณ์ ไม่เพียงประสงค์ที่เคยเกิดขึ้นและมีโอกาสที่จะเกิดขึ้นปรับปรุงแนวทางในการเฝ้าระวังของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยระบุความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะราย/เฉพาะโรคที่อาจเกิดขึ้น ทบทวนวิธีการและความถี่ในการเฝ้าระวัง รวมทั้งเกณฑ์ในการรายงานแพทย์ที่ชัดเจน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงมีความปลอดภัยมากขึ้น</p>	<p>1. จากเดิมกลุ่มโรคที่รพ.ให้ความสำคัญ มีทั้งหมดจำนวน 8โรค ประกอบด้วย กลุ่มโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน (DM) โรคความดันโลหิตสูง (HT) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) กลุ่มโรคเฉียบพลัน ได้แก่ ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (Head injury) หลอดเลือดหัวใจ (ACS) โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) กลุ่มโรคติดเชื้อและโรคระบาดในชุมชน ได้แก่ โรคไข้เลือดออกในชุมชน และวัณโรค(TB) ซึ่งยังไม่ครอบคลุมประเด็นปัญหาของโรงพยาบาล ชัยบุรี จึงได้ดำเนินการวิเคราะห์ทบทวนโรคที่เป็นปัญหา</p>	<p>1. ได้จัดทำแบบฟอร์มสำหรับการดูแลผู้ป่วยระหว่างนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลรวมทั้งหมด 6 โรค ได้แก่ DM, HT, Dengue /DHF, Acute MI, HI, Thyroid และ 2 กลุ่มอาการ ได้แก่ Dyspnea, chest pain</p> <p>2. ปีงบประมาณ 2560 มีผู้ป่วยให้ SK จำนวน 6 ราย พบความดันโลหิตต่ำขณะให้ SK 1 ราย</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	แผนการพัฒนาคูณภาพ	รายงานความก้าวหน้า
		<p>ของโรงพยาบาลชัยบุรีเพิ่มเติม ปัจจุบันนี้มีทั้งหมดจำนวน 20 โรคที่โรงพยาบาลให้ความสำคัญ ซึ่งมีจำนวนโรคเพิ่มขึ้นจากเดิมจำนวน 12 โรค ได้แก่ HIV, Asthma, AGE, Pneumonia, Sepsis, PPH, PIH, Birth Asphyxia, Teenage Pregnancy, Bronchiolitis, ซึมเศร้าฆ่าตัวตาย และ Psychosis นอกจากนี้ได้มีการจัดทำแบบฟอร์มสำหรับการดูแลผู้ป่วยระหว่างนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลชัยบุรี เพื่อให้พยาบาลสามารถเฝ้าระวังและรายงานแพทย์ได้อย่างทันท่วงที</p> <p>2. เพิ่มแนวทางการให้ยา SK</p>	
84 การดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย	<p>ควรสร้างความเข้าใจและส่งเสริมการเรียนรู้ การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทั้งในโรงพยาบาลและการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการดูแลต่อเนื่องในชุมชนตามความประสงค์ของผู้ป่วย/ครอบครัว การให้ข้อมูล/คำปรึกษา เพื่อตอบสนองความต้องการด้านต่าง ๆ แก่ผู้ป่วย และครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ</p>	<p>1. พัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายดังนี้</p> <p>1.1 สร้างแบบฟอร์มการประเมินความต้องการของผู้ป่วยและญาติ</p> <p>1.2 สร้างแฟ้มประวัติผู้ป่วย</p> <p>1.3 สร้างแบบบันทึก consultation เพื่อสื่อสารการดูแลผู้ป่วยของทีม</p> <p>1.4 สร้างแบบฟอร์ม ESAS เพื่อติดตามอาการผู้ป่วยหลังได้รับการดูแล</p> <p>1.5 สร้างแบบฟอร์มการส่งต่อทีม HHC และรพสต.</p>	<p>1. จากการดำเนินการให้บริการผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามรูปแบบใหม่ดังกล่าวพบผลลัพธ์ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - จำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลตามแนวทาง Palliative care ในปี 2559 ร้อยละ 29.4 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 73.46 ในปี 2560 - ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อการบริการดูแลระยะสุดท้าย ร้อยละ 95.70

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	แผนการพัฒนาคูณภาพ	รายงานความก้าวหน้า
86 การฟื้นฟูสภาพ	ควรส่งเสริมการประเมินผู้ป่วยก่อนทำการรักษาให้ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงประเมินผลการรักษาหลังการให้การรักษาฟื้นฟูสภาพอย่างเหมาะสมรวมทั้งประสานข้อมูลการฟื้นฟูสภาพในกลุ่มผู้ป่วยสำคัญของโรงพยาบาลกับทีม PCT เพื่อใช้ในการติดตามอย่างต่อเนื่อง	<p>1. พัฒนาระบบบริการการฟื้นฟูผู้ป่วยดังนี้</p> <p>1.1 สร้างแบบบันทึกการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การวินิจฉัยโรค ปัญหาที่ต้องฟื้นฟู เป้าหมายในการฟื้นฟู การวางแผนรักษา การรักษา และข้อห้าม ข้อควรระวังในการฟื้นฟู</p> <p>1.2 สร้างแบบฟอร์มในการประเมินผลหลังการได้รับการรักษา (SOAP)</p>	<p>1. จากการดำเนินการให้บริการฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ป่วยตามรูปแบบใหม่ดังกล่าว พบผลลัพธ์ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากการฟื้นฟู - ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ ร้อยละ 96.70
III-6 การดูแลต่อเนื่อง			
89 การดูแลต่อเนื่อง	ควบทบทวนเวชระเบียนเพื่อประเมินความเพียงพอของข้อมูลในการประสานงานสำหรับการดูแลต่อเนื่อง รวมทั้งควรนำผลการขาดนัดของผู้ป่วยในกลุ่มโรคสำคัญต่างๆ การติดตามเยี่ยมบ้านและการติดตามการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการในระดับที่สูงขึ้นมาวิเคราะห์/ทบทวน เพื่อนำมาใช้วางแผน/ปรับปรุงบริการ ในโรงพยาบาลร่วมกับทีมเยี่ยมบ้านและทีมเครือข่ายต่าง ๆ เช่น ทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นต้น เพื่อให้สามารถติดตามวางแผน และให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและเหมาะสมยิ่งขึ้น	<p>1. ทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านเดือนละครั้งโดยทีม HHC</p> <p>2. นำเสนอผลลัพธ์จากการเยี่ยมบ้านต่อทีม PCT เพื่อนำมาปรับปรุงระบบการให้บริการ</p>	<p>1. จากการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านพบว่า ข้อมูลยังไม่ครอบคลุม เช่น รายชื่อและเบอร์โทรศัพท์ของอาสาสมัครผู้ซึ่งรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย ผลลัพธ์การดูแลที่ต่อเนื่อง เป็นต้น ดังนั้นทางทีม PCT ร่วมกับทีม HHC ร่วมกันสร้างแนวทางการบันทึกเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้มีข้อมูลเพียงพอในการดูแลและประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</p> <p>2. โรงพยาบาลมีระบบ Green Chanel ซึ่งเป็นระบบที่เกิดขึ้นจากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	แผนการพัฒนาคูณภาพ	รายงานความก้าวหน้า
I-6 การจัดการกระบวนการ			
28 การจัดการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน	ควรส่งเสริมให้หน่วยงานทีมนำต่าง ๆ กำหนดเป้าหมาย (Purpose) ที่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล รวมทั้งกำหนดผลลัพธ์/ตัวชี้วัดในการดำเนินงาน(Performance) ที่สอดคล้องกับเป้าหมาย เพื่อใช้ในการติดตาม เรียนรู้ อย่างต่อเนื่อง	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทีมนำระดับ โรงพยาบาลสื่อสารเป้าหมายความปลอดภัยโรงพยาบาลให้ทีมนำระบบงาน/ผู้ปฏิบัติรับทราบ 2. ทีมนำระบบงานร่วมกันปรับปรุงเป้าหมายตัวชี้วัด ผลลัพธ์การดำเนินงานให้สอดคล้องกับเป้าหมายโรงพยาบาล 3. หน่วยงานร่วมกันปรับปรุงเป้าหมาย ตัวชี้วัด ผลลัพธ์ ใน Service Profile ให้สอดคล้องกับเป้าหมาย 4. ทบทวน Service Profile ของแต่ละหน่วยงาน โดย Facilitator 5. หน่วยงานแก้ไข Service Profile ตามคำแนะนำ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่สอดคล้องกับเป้าหมายโรงพยาบาล 6. ติดตามตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาล ระดับทีมนำ / ระดับหน่วยงาน ทุก 3 เดือน โดยศูนย์พัฒนาคุณภาพ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทีมนำ / ผู้ปฏิบัติทุกคนรับทราบ เป้าหมาย วิสัยทัศน์ พันธกิจ ของโรงพยาบาล จากเวทีประชุมเจ้าหน้าที่/เอกสารเผยแพร่ และประกาศผ่านเว็บไซต์โรงพยาบาล 2. ทีมนำระบบงาน / หน่วยงาน มีการปรับปรุงตัวชี้วัด ผลลัพธ์ของทีม / หน่วยงาน 3. อยู่ในช่วงระหว่างการทบทวนของ Facilitator

