

รายงานการประชุมคณะกรรมการคุณภาพและความเสี่ยง
ครั้งที่ 1/2564 วันที่ 9 พฤศจิกายน เวลา 13.30-16.30 น.

ณ ห้องประชุมลีลาวดี ชั้น 7 อาคารประชาธิปกคึกคักดีเด่น โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

รายชื่อผู้เข้าประชุม

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	หน่วยงาน/ทีม	ตำแหน่ง
1	นพ.ธีรพงศ์ ตุนาค	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระปกเกล้า	ประธาน
2	พญ.กนกกร สวัสดิ์ไชย	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ (2) / ประธานทีมนำระบบบริการด้านหน้า (CFLT.FL) หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ULT.TTM)	รองประธาน
3	พญ.บุญยาพร พันธิตพงษ์	รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ / ประธานทีมนำระบบพัฒนาทรัพยากรบุคคล (CFLT.HR) / ผู้จัดการ ความเสี่ยง	กรรมการ
4	นางกรรณิกา อำพนธ์	รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล (แทน)	กรรมการ
5	น.ส.ศศิธร ศรีประดิษฐ์	รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร / ประธานทีมนำสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย (CFLT.ENV)	กรรมการ
6	น.ส.อุกฤษฏ์ ปิยะมัย	รองผู้อำนวยการด้านผลิตบุคลากรทางแพทย์ (แทน)	กรรมการ
7	นพ.พิพัฒน์ คงทรัพย์	รองผู้อำนวยการด้านนโยบายและแผน	กรรมการ
8	นพ.ราม กิจจารักษ์	ประธานทีมนำองค์กรแพทย์ (CFLT.MSO) หัวหน้ากลุ่มงานอายุรกรรม (CLT.MED)	กรรมการ
9	ภญ.นันทยา ประครองสาย	เลขาทีมนำระบบเภสัชกรรมและการบำบัด (CFLT.PTC) (แทน)	กรรมการ
10	พญ.มาลี เตชพรุ่ง	ประธานทีมนำระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในรพ. (CFLT.IC)	กรรมการ
11	พญ.จรรยา อารังวุฒิกุล	ประธานทีมนำคลินิกสูติ-นรีเวชกรรม (CLT.OBS)	กรรมการ
12	พญ.สุจินันท์ ภัทรไพศาลกิจ	ประธานทีมนำคลินิกจิตเวชและยาเสพติด (CLT.PSY)	กรรมการ
13	น.ส.วรรณชนานัน คุหาศักดิ์	ประธานทีมนำคลินิกศัลยกรรม (CLT SUR) (แทน)	กรรมการ
14	นางอัญชลี บริบูรณ์เวช	ประธานทีมนำคลินิกศัลยกรรมกระดูก (CLT.ORT) (แทน)	
15	พญ.ศศิมา บุญโศภน	หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน (ULT.A&E)	กรรมการ
16	พญ.ศิตา งามการ	กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม (ULT.OCC.MED)	กรรมการ
17	น.ส.จันทิมา นิติการุณ	ประธานคณะกรรมการประกันคุณภาพงานชั้นสูง (แทน)	กรรมการ
18	นพ.ไพศาล สหพัฒนา	กลุ่มงานจักษุวิทยา	กรรมการ
19	นางสุธาธิพย์ สิงห์น้อย	หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองจันทบุรี โรงพยาบาลพระปกเกล้า สาขาเมือง (แทน)	
20	น.ส.กนกพร ไชยราช	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน	เลขานุการ
21	นางสิริณัฐเศรษฐี ประเสริฐ	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน	ผู้ช่วยเลขานุการ
22	น.ส.ชาติรัตน์ นุชรักษ์	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน	ผู้ช่วยเลขานุการ

รายชื่อผู้ร่วมประชุม

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	หน่วยงาน/ทีม
1	นพ.ราเมศ ให้อริกุล	กลุ่มงานศัลยกรรมกระดูก
2	นพ.อนิรุต วรวาท	กลุ่มงานนิติเวช
3	นพ.โสภณ คละวรรณดี	กลุ่มงานรังสีวิทยา
4	นางสุกัญญา รื่นจิตร	หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	หน่วยงาน/ทีมนำ
5	นางอมวาลี กมลสุขยืนยง	งาน NI
6	น.ส.มูจรินทร์ แจ่มแสงทอง	งาน NI
7	นางพัทธนันท์ นพกุลวงศ์	งานผู้ป่วยนอก
8	น.ส.รัชณี ทำจำรัส	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
9	น.ส.จิตดาวรรณ ทำหิณ	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
10	น.ส.ณัฐวรรณ ลายมูข	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
11	นายประพัทธ์ ภูมิศิริขโย	กลุ่มงานรังสีวิทยา
12	นางปิ่นรสี เรืองผดุง	กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม
13	นางชัชฎาภา บุญไญ้ประการ	หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม
14	น.ส.นภาพร กอบกิจวัฒนา	หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม 2
15	น.ส.จงรัก มงคลธรรม	หน่วยตรวจพิเศษอายุรกรรม
16	น.ส.พัชรินทร์ เดชธราดล	กลุ่มงานเภสัชกรรม
17	น.ส.สุภาวดี ตงสกุลรุ่งเรือง	กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน
18	น.ส.พบพร ไทยตรง	กลุ่มงานสุขศึกษา
19	นางลักขณา ชินรัตน์	ธนาคารเลือด
20	นายวิจิตร โทนศิริ	ธนาคารเลือด
21	นายเกรียงศักดิ์ ศรีวิมล	กลุ่มงานโครงสร้างพื้นฐานฯ

รายชื่อผู้ที่ไม่ได้เข้าประชุม เนื่องจากติดราชการ

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	หน่วยงาน/ทีมนำ	ตำแหน่ง
1	นางวาสนา งามการ	รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล	กรรมการ
2	นพ.สุชาติ ตันตินิรามย์	รองผู้อำนวยการด้านผลิตบุคลากรทางการแพทย์	กรรมการ
3	นพ.ประสงค์ อีรภักดิ์ไพศาล	รองผู้อำนวยการด้านเศรษฐกิจการคลัง	กรรมการ
4	นพ.กิตติศักดิ์ วังสถาพร	รองผู้อำนวยการด้านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ/ ประธานทีมนำคลินิกศัลยกรรม (CLT.SUR)	กรรมการ
5	นายธีรศักดิ์ เดชธราดล	เลขาทีมนำระบบเภสัชกรรมและการบำบัด (CFLT.PTC)	กรรมการ
6	นพ.ธันวา พิทักษ์สุธีพงศ์	รองผู้อำนวยการด้านการบริหารศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง สาขาโรคหัวใจ	กรรมการ
7	พญ.ยิ่งดาว ชยสิกันนท์	ประธานทีมนำคลินิกกุมารเวชกรรม (CLT.PED)	กรรมการ
8	นพ.พลชัย วงษ์ทองสาดี	ประธานทีมนำคลินิกศัลยกรรมกระดูก (CLT.ORT)	กรรมการ
9	พญ.สุภาพรณ ฉัตรทินกร	ประธานทีมนำคลินิกจักษุวิทยา (CLT.EYE)	กรรมการ
10	นพ.วิมล รำพึงสุข	ประธานทีมนำคลินิกโสต ศอ นาสิก (CLT.ENT)	กรรมการ
11	พญ.วิวรรณ โกศลานันท์	หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู (ULT.REH)	กรรมการ
12	พญ.จิรพรรณ พัฒนพานิช	หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองจันทบุรี โรงพยาบาลพระปกเกล้า สาขาเมือง	กรรมการ
13	นางมาลี อนุพันธ์	ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน	กรรมการ
14	นพ.พงษ์ศักดิ์ นิติการณ	ประธานคณะกรรมการห้องผ่าตัด (แทน)	กรรมการ
15	พญ.จันจิรา อีระเศรษฐ์อารัง	ประธานคณะกรรมการเวชระเบียน (แทน)	กรรมการ
16	นพ.สมเกียรติ สนั่นเกียรติเจริญ	กลุ่มงานศัลยกรรม	กรรมการ
17	พญ.จักรวิดา โกษาการ	กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก	กรรมการ
18	นายจตุรพิธ ชนะสิทธิ์	งานนิติการ	กรรมการ

เปิดประชุมเวลา 14.00 น.

วาระที่ 1 เรื่องแจ้งให้ทราบ โดย คุณกนกกรส ไชยราช

1.1 ความก้าวหน้าการเตรียมเยี่ยมเพื่อประเมินครั้งที่ 5 (เอกสารแนบ 1) (Reaccreditation ครั้งที่ 5)

ข้อเสนอที่ประชุม

- ประธานเสนอแนะ
 - 1) ให้กำหนด Time line เพื่อติดตามให้ส่งให้ครบทุกหน่วยงาน
 - 2) จัดประชุม 1 วัน (ภายในสัปดาห์หน้า) เพื่อจัดทำ Service Profile ให้เสร็จสิ้นภายในเดือนพฤศจิกายน 2563 โดยเชิญหน่วยงานที่ยังไม่ส่ง Service Profile เข้าร่วม และเชิญผู้เชี่ยวชาญในรพ. มาเป็นที่เล็ง หากในรพ. ไม่มีผู้เชี่ยวชาญให้ขอสนับสนุนจากองค์กรภายนอก เช่น สรพ. รพ.ตราด
- พญ.กนกกร สวัสดิ์ไชย เสนอแนะในส่วนของ ULT Clinic (งานห้องผ่าตัด) ที่ยังไม่เสร็จ ให้รพ.ไพศาล สหพัฒนา (คณะทำงานคุณภาพ) ช่วยเป็นที่เล็ง

มติที่ประชุม รับทราบ

วาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุม

รับรองการประชุม

วาระที่ 3 นำเสนอประเด็นข้อเสนอแนะจาก สรพ.

3.1 Part I-2 กลยุทธ์ (เอกสารแนบ 2) โดย นพ.พิพัฒน์ คงทรัพย์

ข้อเสนอที่ประชุม

- ประธานเสนอแนะ
 - 1) ให้นำ Result มาตอบ หลังจากดำเนินการตามกระบวนการต่างๆ แล้ว มีสิ่งใดเกิดขึ้นบ้าง เช่น
 - จากปัญหาความแออัด ได้เปิด SMC แล้ว ระยะเวลารอคอยลดลง มีผู้มารับบริการจำนวนเท่าไร และมีรายรับเพิ่มเท่าไร
 - การ Lean นำเสนอในประเด็นลดระยะเวลารอคอย และการนำระบบ Digital เข้าร่วม
 - กรณี ER มีการขยาย Floor ให้นำเสนอรูปภาพ และแจ้งว่าจะแล้วเสร็จเมื่อไร
 - ส่วนของ Smart Hospital นำเสนอในเรื่องของการอนุมัติด้าน IT
 - 2) โจทย์คือปัญหาของประชาชน ต้องแสดงให้เห็นว่าประชาชนได้รับอะไร โดยแบ่งกลุ่มประชาชนออกเป็น 3 ประเภท คือ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มเจ็บป่วย

มติที่ประชุม รับทราบ

3.2 Part I-5 กำลังคน (เอกสารแนบ 3) โดย พญ.บุญยาพร พันธิตพงษ์

ข้อเสนอที่ประชุม

- ประธานเสนอแนะ
 - 1) Training need ขององค์กร ให้ดูความต้องการของแต่ละสาขาด้วย
 - 2) ประเด็นเสริมความรู้ด้านคอมพิวเตอร์ และด้านภาษาอังกฤษ ตอบสนอง need ของข้าราชการ/กระทรวง หรือไม่
 - 3) ให้ทำ การ Scan หน้า

มติที่ประชุม รับทราบ

3.3 Part II-5 ระบบเวชระเบียน (เอกสารแนบ 3) โดย พญ.บุญยาพร พันธิตพงษ์

ข้อเสนอที่ประชุม

- พญ.กนกกร สวัสดิ์ไชย เสนอแนะ เรื่องการทบทวนเวชระเบียน ที่ผ่านมาตอบเชิงโครงสร้างของระบบเวชระเบียน แต่ยังไม่เชื่อมโยงด้านคลินิก
- ประธานเสนอแนะ ให้ทำ Timeline ยกเลิกห้องบัตร กำหนดระยะเวลาดำเนินการ 1 ปี โดยค่อยๆ ลด

มติที่ประชุม งานระบบเวชระเบียน รับนโยบายยกเลิกห้องบัตร ภายใต้ระยะเวลาการดำเนินการ 1 ปี โดยวางแผนให้เจ้าหน้าที่ห้องบัตรปฏิบัติหน้าที่งานเวชระเบียนที่หน้าห้องตรวจ OPD

3.4 Part I-4 การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ (เอกสารแนบ 3) โดย พญ.บุญยาพร พันธิตพงษ์

ข้อเสนอที่ประชุม

- พญ.กนกกร สวัสดิ์ไชย เสนอเรื่องตัวชี้วัด ทีมที่ต้องมาร่วมกัน คือ ก.นโยบายและแผน และงานด้าน IT ต้องเชื่อมโยงกับงานแผนให้ได้

มติที่ประชุม

3.5 Part I-4 การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ (IT) (เอกสารแนบ 4) นำเสนอกิจกรรมที่ตอบสนองข้อเสนอแนะงานศูนย์คอมพิวเตอร์ โดย พญ.มาลี เตชพรรุ่ง

ข้อเสนอที่ประชุม

- ประธาน เสนอแนะให้รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร ช่วยตั้งคณะกรรมการด้าน IT ซึ่งต้องมีในส่วนของ Back office และกลุ่มการพยาบาล ร่วมด้วย โดยมี รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ 2 เป็นประธาน และตั้งชื่อคณะกรรมการชุดนี้เหมือนโรงพยาบาลอื่นๆ เช่น คณะกรรมการด้าน IT (สารสนเทศ)
- นพ.พิพัฒน์ คงทรัพย์ แจ้ง เดิมเคยมีคณะกรรมการ EMR แต่ปัจจุบันไม่ได้ดำเนินการต่อ จึงเสนอให้ตั้ง detail มาก่อน แล้วสรุปว่าต้องทำอะไรบ้าง
- เสนอร่างคณะกรรมการ CFLT. IM เพื่อพิจารณาแต่งตั้งตามวาระ

มติที่ประชุม

- รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร รับผิดชอบตั้งคณะกรรมการด้าน IT โดยมี รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ 2 เป็นประธาน
- มอบ พญ.กนกกร สวัสดิ์ไชย รับผิดชอบสรรหาทีมกรรมการ CFLT. IM และนำเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาล

3.6 Part II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (เอกสารแนบ 5) โดย พญ.มาลี เตชพรรุ่ง

ข้อเสนอที่ประชุม

- ประธาน เสนอแนะ
 - 1) ปีนี้นั้นเรื่อง Covid-19 ให้นำเสนอในเรื่องของสถานที่ เครื่องมือ ที่ได้ดำเนินการไปแล้ว
 - 2) ให้นำเสนอ Result ของเชื้อดื้อยาที่ลดลงด้วย

มติที่ประชุม รับทราบ

3.7 Part II-I การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ (เอกสารแนบ 6) โดย นางสาวกนกกร ไชยราช
ข้อเสนอที่ประชุม

- พญ.กนกกร สวัสดิ์ไชย เสนอแนะ
 - 1) ทุกทีมนำ ต้องนำ 12 กิจกรรมไปใช้
 - 2) จำนวนอุบัติการณ์เพิ่มขึ้น พบว่าไม่ใช่ว่ามีเกิดซ้ำ ให้แสดงให้เห็นว่า มีการพัฒนาระบบรายงานให้มีการรายงานมากขึ้น
 - 3) เรื่องการทำ RCA ต้องแสดงให้เห็นว่า มีการทำ RCA 100%

มติที่ประชุม รับทราบ

3.8 Part II-2.1 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล (เอกสารแนบ 7) โดย นางกรรณิกา อำพนธ์
ข้อเสนอที่ประชุม

- ประธานเสนอแนะ จัดประชุมภายในเป็นการดี แต่ต้องวิเคราะห์ว่าบุคลากรได้รับข้อมูลดีด้อยกว่าการอบรมภายนอกหรือไม่ และมีระบบการพัฒนาในส่วนนี้หรือไม่

มติที่ประชุม รับทราบ

3.9 Part II-2.2 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการแพทย์ (เอกสารแนบ 8) โดย นพ.ราม กิจจารักษ์
ข้อเสนอที่ประชุม ไม่มี

มติที่ประชุม รับทราบ

3.10 Part II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย (เอกสารแนบ 9) โดย คุณศศิธร ศรีประดิษฐ์
ข้อเสนอที่ประชุม ไม่มี

มติที่ประชุม รับทราบ

3.11 Part II-6 ระบบการจัดการด้านยา (เอกสารแนบ 10) โดย ภญ.นันทยา ประคองสาย
ข้อเสนอที่ประชุม

- ประธานแจ้งกรณีแพ้ยา ให้หา Solution มา ทำอย่างไรถึงจะไม่เกิดการแพ้ยา ต้องพยายามแก้ไขให้ได้
- ประธานแจ้งให้ส่ง file เอกสารที่จะส่งสมาคมเภสัชกรรม ให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลด้วย
- พญ.กนกกร สวัสดิ์ไชย เสนอแนะให้ติดตามประเด็นที่ต้องแก้ไขก่อนที่สมาคมเภสัชจะมาตรวจเยี่ยม

มติที่ประชุม รับทราบ

3.12 Part II-7.1 บริการรังสีวิทยา/ภาพทางการแพทย์ (เอกสารแนบ 11) โดย นพ.โสภณ คละวรรณดี
ข้อเสนอที่ประชุม

- ประธานแจ้ง ปัจจุบันได้จัดสรรอัตรากำลังเพิ่มในส่วนของ Competency ด้านมะเร็ง แต่ต้องใช้เวลา

มติที่ประชุม รับทราบ

3.13 Part II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (เอกสารแนบ 12) โดย คุณรัชนี้ ทำจำรัส
ข้อเสนอที่ประชุม

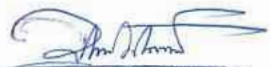
- พญ.กนกกร เสนอ ในปี 63 เน้น Covid-19 และ ชิคุนคุนยา มีระบบและแนวทางในการดูแลโรคในชุมชนอย่างไร
- ประธาน เสนอ ปี63 เน้น 1. Covid-19 2.ชิคุนคุนยา 3. TB ในบุคลากร ต้องหาวิธี/แนวทางป้องกัน ใน 3 โรคนี้

มติที่ประชุม รับทราบ

ปิดประชุมเวลา16.30 น. ...

รายชื่อผู้ไม่ได้มาประชุม	ลงนามอ่านรับทราบ	วัน เดือน ปี
นางวาสนา งามการ		
นพ.สุชาติ ตันตินิรามัย		
นพ.ประสงค์ อธิกิจไพศาล		
นพ.กิตติศักดิ์ ว่างสาพร		
นายธีรศักดิ์ เดชธราดล		
นพ.ธันวา พิทักษ์สุธิพงษ์		
พญ.ยิ่งดาว ชยสิริกันนธ์		
นพ.พลชัย วงษ์ทองสาลี		
พญ.สุภาพรพรณ อัครทินกร		
นพ.วิมล รำพึงสุข		
พญ.วิวรรณ โกศลนันท์		
พญ.จิรวรรณ พัฒนพานิช		
นางมาลี อนุพันธ์		
นพ.พงษ์ศักดิ์ นิตการณ		
พญ.จันจิรา อธิเศรษฐ์อารัง		
นพ.สมเกียรติ สนั่นเกียรติเจริญ		
พญ.จักรวิดา โกษาการ		

mr /or
 (นางสาวกนกกรส ไชยราช)
 ผู้บันทึกการประชุม


 (พญ.บุญยาพร พันธิตพงษ์)
 ผู้ตรวจทานการประชุม


 (นพ.ธีรพงศ์ ตุนาค)
 ประธานการประชุม

โรงเรียนพระปณิธาณวิทยา จังหวัดนนทบุรี

ประชุมคณะกรรมการ คุณภาพและความเสี่ยง ครั้งที่ 1/64

9 พฤศจิกายน 2563

โรงเรียนพระปณิธาณวิทยา จังหวัดนนทบุรี

วาระที่ 1 เรื่องแจ้งให้ทราบ

ความก้าวหน้าการเตรียมเยี่ยมเพื่อประเมินซ้ำ (Reaccreditation ครั้งที่ 5)

- ครบอายุการรับรอง 13 สิงหาคม 2564
- ยื่นเอกสารขอรับรองล่วงหน้าก่อนหมดอายุการรับรองอย่างน้อย 6 เดือน (ภายใน กุมภาพันธ์ 2564)



เอกสารแนบ 1 เอกสารที่ต้องจัดเตรียมเพื่อการยื่นสำรวจ

ขอใช้แบบ SAR 2020

เอกสารที่สถานพยาบาลต้องจัดส่งให้ สรพ. เมื่อแสดงเจตจำนงในการเข้าสู่กระบวนการประเมินรับรองในระยะเวลา 6 เดือน ก่อนวันที่คาดว่าจะยื่นใบประกาศผลการรับรองกระบวนการคุณภาพ หรือวันหมดอายุการรับรอง ประกอบด้วย

1. หนังสือแสดงเจตจำนงขอรับการประเมินรับรองจาก สรพ.
2. ข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาล (Hospital Profile 2019) ตามแบบบันทึกที่ สรพ. กำหนดในโปรแกรม Excel
3. รายงานการประเมินตนเองตามแบบรายงานการประเมินตนเอง (Self-Assessment Report 2020: SAR 2020) ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมถึงรายงานความก้าวหน้าการพัฒนาคุณภาพของแผนกและบูรณาการการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสำคัญที่เป็นต่อความปลอดภัยในแบบประเมินตนเอง (ความยาวไม่เกิน 150 หน้า)
4. รายงานการประเมินตนเองของทีมนำทางคลินิก (Clinical Lead Team) หรือ Patient Care Team) ตามแบบฟอร์มที่กำหนด พร้อมด้วย Clinical Tracer / Clinical Quality Summary ในโรคที่จัดลำดับความสำคัญเป็นเอกสาร PowerPoint ตามองค์ประกอบที่กำหนด

5. Service profile หน่วยงาน และรายละเอียดเกี่ยวกับทางด้านมาตรฐานสำคัญซึ่งเป็นต่อความปลอดภัยตามที่ประกาศกำหนด ให้เตรียมไว้ให้โรงพยาบาลในท้องถิ่นคณะผู้ยื่นสำรวจในวันเข้าเยี่ยม ไม่ต้องส่ง สรพ.

6. ผลการตรวจวัดความสมบูรณ์ของกระบวนการตามแนวทางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

7. สำเนาจดหมายขอรับการประเมินหรือรายงานการตรวจเยี่ยมหรือหนังสือรับรองของสภาวิชาชีพ ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในเอกสารแนบท้าย 1

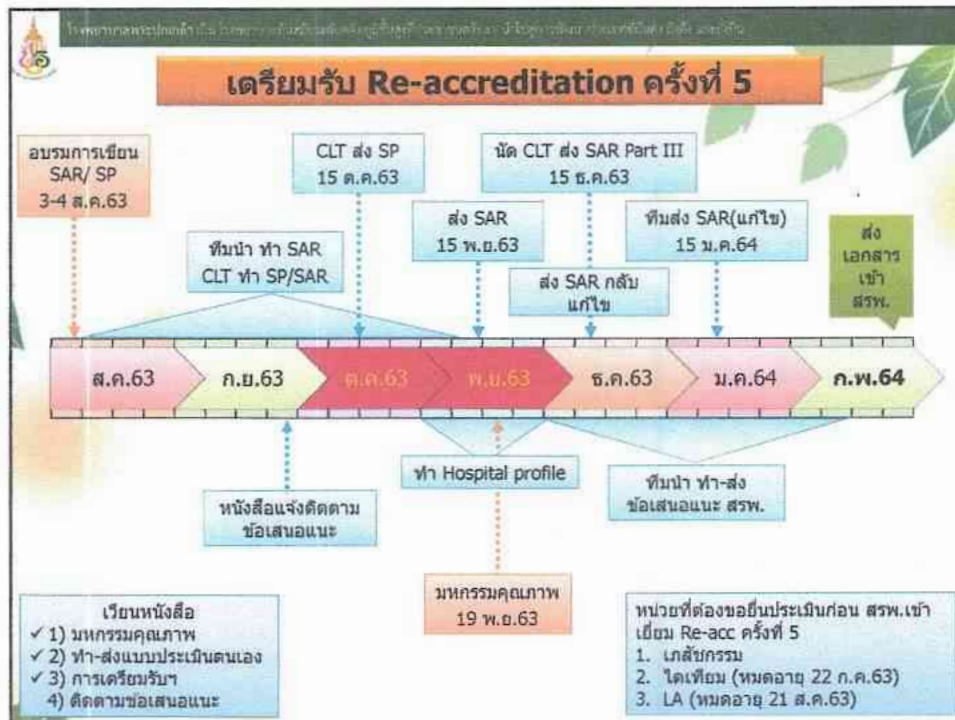
เอกสารเหล่านี้ ขอให้อัดส่งให้ สรพ. ในรูปแบบ electronic file.

หมายเหตุ: ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2563 เป็นต้นไป ขอให้สถานพยาบาลยื่นเอกสารขอรับการประเมินโดยใช้แบบ

SAR 2020

**ไม่ต้องส่ง เก็บใน
ห้องเอกสาร**

- 1.เกสัช**
- 2.LAB**
- 3.ไตเทียม**
- 4.ทันตกรรม (ถ้ามี)**



ความก้าวหน้าการส่ง SERVICE PROFILE

CLT ที่ส่งแล้ว (5/8)	ULT Clinic ที่ส่งแล้ว (7/9)	ULT ที่ส่งแล้ว (9/27)
1. ก.ศัลยกรรม	1. ก.วิสัญญี	1. ก.เภสัชกรรม
2. ก.กุมารเวชกรรม	2. ก.เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	2. ก.เทคนิคการแพทย์
3. ก.ศัลยกรรมกระดูก	3. ก.ทันตกรรม	3. ธนาคารเลือด
4. ก.จักษุวิทยา	4. เวชศาสตร์ฟื้นฟู	4. ก.สุขศึกษา
5. ก.จิตเวช	5. ก.แพทย์แผนไทยฯ	5. ก.เวชกรรมสังคม
	6. รพ.พระปกเกล้า สาขาเมือง	6. ก.สังคมสงเคราะห์
	7. ก.อาชีวเวชกรรม	7. ก.พัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน
		8. สำนักวิจัยและพัฒนา
		9. ก.ประกันชีวิต

รวมส่งแล้ว 21 ทีม (21/44)

ศูนย์พัฒนาศักยภาพบริการและมาตรฐาน

จากผู้เยี่ยมเมื่อ
15 สิงหาคม 62

ประเด็นที่ต้องแก้ไขก่อน Re-acc 5

การนำองค์กร

1. ส่งเสริมการนำแนวคิด Clinical governance สรภาพรวมของคุณภาพ การดูแลทางคลินิก โดยอาจมีโครงสร้างคณะกรรมการที่ชัดเจน และมีบทบาทในการกำกับติดตาม การดำเนินการของโรงพยาบาล
2. ทิมนำควรทบทวนประเมินจริยธรรมที่ยากในการตัดสินใจ เช่น การยุติช่วยฟื้นคืนชีพ การถอดท่อช่วยหายใจ การทำแท้ง การทำหมันที่เกี่ยวข้องกับหลักศาสนา การปฏิเสธการส่งต่อ เป็นต้น โดยกำหนดวิธีการใน 4 ประเด็น ได้แก่ การกำหนดแนวทางปฏิบัติ การใช้ดุลยพินิจ การปรึกษาในโรงพยาบาล และการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญภายนอก

Strategic Alignment

ควรทบทวนวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ให้สอดคล้องกับความท้าทายเชิงกลยุทธ์ที่มีการวิเคราะห์ไว้ ทบทวนตัวชี้วัดให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ควรสื่อสารสร้างความเข้าใจแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ และควรติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์อย่างต่อเนื่อง และนำผลมาปรับปรุงเพื่อการบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

จากผู้เยี่ยมเมื่อ
15 สิงหาคม 62

ประเด็นที่ต้องแก้ไขก่อน Re-acc 5

ระบบการวัดผลและประเมินระบบงาน

1. ควรส่งเสริมให้ทีมและหน่วยงานมีการกำหนดตัวชี้วัดให้ตรงประเด็น ตามเป้าหมายของการดำเนินการและการกำหนดตัวชี้วัดตามมิติคุณภาพ ควรติดตามผลการดำเนินงานผ่านการติดตามตัวชี้วัด นำสู่การวิเคราะห์แนวโน้มอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำผลไปใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงระบบงาน ระบบการให้บริการให้มีประสิทธิภาพ
2. การประเมินประสิทธิภาพของระบบงานของทีมนำระบบงาน CLT และทีมกำกับวิชาชีพ เพื่อปรับปรุงระบบงาน นวัตกรรมกับระบบอื่น รวมทั้งมีนวัตกรรมเกิดขึ้น

การพัฒนาคุณภาพทางคลินิก

1. การทบทวนทางคลินิก และกิจกรรมทบทวนอื่น เพื่อออกแบบหรือกำหนดแนวทางปฏิบัติใหม่ นำสู่การปฏิบัติหน้างาน การตามรอยติดตามกำกับกำกับการดำเนินงาน และปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง
2. ใช้มาตรฐานการรักษาระดับสูง หลักการที่จำเป็น เช่น มุ่งมองเชิงระบบมากำหนดเป้าหมายการพัฒนา แสดงให้เห็นความพยายามในการพัฒนาและผลลัพธ์ในการพัฒนาในแง่ของการดูแลรักษาต่างๆ
3. การประเมินประสิทธิภาพของแต่ละ CLT เพื่อปรับปรุง นวัตกรรม และก่อเกิดนวัตกรรม

ประเด็นที่ต้องแก้ไขก่อน Re-acc 5

จากผู้เยี่ยมเมื่อ
15 สิงหาคม 62

การเรียนรู้จากการตามรอย

1. กำหนดตัวชี้วัดให้สอดคล้องกับเป้าหมายของการดำเนินการตาม 3P และตามมิติคุณภาพ การวิเคราะห์และใช้ข้อมูลในการพัฒนา
2. การดูแลผู้ป่วยกลุ่ม STEME สามารถเป็นแบบอย่าง good practice ให้การดูแลโรคอื่นๆ ของโรงพยาบาลได้

การบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย

1. การค้นหา และรายงานอุบัติการณ์ให้มากขึ้น และให้ครอบคลุมทุกกลุ่มงาน
2. การเรียนรู้จากอุบัติการณ์ โดยการวิเคราะห์แนวโน้มของการรับรู้อุบัติการณ์และเหตุการณ์เกือบพลาด ตามโปรแกรมบริหารความเสี่ยง
3. การนำอุบัติการณ์ระดับรุนแรงตามที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ เช่น unplanned ICU unplanned CPR เสียชีวิตไม่คาดหมาย และผู้ป่วยทรุดลง มาทำ RCA ที่เน้นการปรับปรุงระบบ ด้วยการออกแบบระบบใหม่โดยใช้แนวคิด human factor engineering และ user center design รวมทั้งติดตามการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ
4. ขยายการทำ risk register และการประเมินประสิทธิภาพของระบบบริหารความเสี่ยง

ประเด็นที่ต้องแก้ไขก่อน Re-acc 5

จากผู้เยี่ยมเมื่อ
15 สิงหาคม 62

ระบบงานสำคัญ

1. I-4.2 การจัดการเทคโนโลยีและสารสนเทศ :
 - 1) ควรปรับปรุงสถานที่จัดเก็บแม่ข่ายหลัก แม่ข่ายสำรองให้เป็นไปตามมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง เช่น มาตรฐานบริหารความมั่นคงปลอดภัย (ISMS) มาตรฐาน HAIT
 - 2) ควรนำความต้องการของผู้ใช้งานระบบเทคโนโลยีและสารสนเทศมาทบทวน เพื่อปรับปรุงระบบที่เกี่ยวข้องให้สามารถสนับสนุนการทำงานได้อย่างสะดวก ลดความซ้ำซ้อนและสร้างความเชื่อมั่นในระบบ
1. I-5 กำลังคน
 - 1) การประเมินความพึงพอใจและความผูกพัน และนำผลการวิเคราะห์รายกลุ่มมาตอบสนองความต้องการ เพื่อให้บุคลากรเกิดความพึงพอใจและความผูกพัน ท่วงท่าการทำงานในองค์กรมากขึ้น
 - 2) การค้นหาและรวบรวม training need ที่สำคัญของบุคลากรในทุกสาขาวิชาชีพและนำสู่การวางแผนการพัฒนาบุคลากรที่ครอบคลุมและส่งเสริมให้ได้รับการพัฒนาตามแผนด้วยวิธีการหลากหลาย และควรติดตามประเมินผล
 - 3) การสนับสนุนบุคลากรให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพตรงตามกลุ่มและพฤติกรรมปฏิบัติตัว เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี

ประเด็นที่ต้องแก้ไขก่อน Re-acc 5

จากผู้เยี่ยมเมื่อ
15 สิงหาคม 62

3. II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย :

- 1) การค้นหาความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม การนำอุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องและผลการตรวจสอบของงานวิศวกรรมและความปลอดภัยของสำนักงานสนับสนุนระบบบริการสุขภาพเขต มาทบทวนเพื่อวางแผนในการปรับปรุง และจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงเพื่อสื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องนำสู่การปฏิบัติ เพื่อความปลอดภัยของผู้เกี่ยวข้อง
- 2) จัดทำแผนการป้องกันระงับอัคคีภัยและแผนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยในอาคารสูง และดำเนินการซ้อมรวมทั้งกำกับให้มีการตรวจสอบเตรียมความพร้อมใช้ของเครื่องมือและอุปกรณ์ในการแจ้งเตือนการระงับอัคคีภัยให้เป็นไปตามมาตรฐาน
- 3) ดำเนินการบริหารจัดการระบบเครื่องมือแพทย์ให้ครอบคลุมตั้งแต่การจัดการเตรียมความพร้อมใช้ การดูแลบำรุงรักษาเชิงป้องกัน การสอบเทียบ การจัดระบบสำรองและรวมรวมอุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องมาทบทวนและจัดการ
- 4) ระบบการกำจัดขยะ ควรทบทวนสถานที่พักขยะรอการเคลื่อนย้ายในระหว่างคืน และการจัดเก็บขยะรอการทำลายให้เป็นไปตามมาตรฐานที่เกี่ยวข้องเพื่อลดโอกาสในการปนเปื้อน
- 5) คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วยควรศึกษาทำความเข้าใจมาตรฐานกฎหมาย ระบบที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องและเกิดความปลอดภัย

การพัฒนาคุณภาพที่เน้น

ปี 62-63

1. กลุ่มโรคสำคัญทุกกลุ่มโรคต้องมีตัวชี้วัด และติดตามตัวชี้วัดสม่ำเสมอ
2. กลุ่มโรคเสี่ยงสูงของทุก CLT ต้องดำเนินการให้เกิด
 - ❖ มี CPG ครบทุกโรค
 - ❖ ต้องมีการติดตามตัวชี้วัดทุกปีเพื่อการตามรอบครบทุกโรค
 - ❖ ต้องมี Early warning sign ครบทุกโรค
3. ระบบ fast track ของทุกกลุ่มงานขอให้ประเมินในมิติ
 - ❖ ของความรวดเร็ว การเข้าถึงที่ได้ตามระยะเวลาที่กำหนด
 - ❖ ประเมินมิติคุณภาพด้านอื่นด้วย
4. ทุก CLT ทบทวนหัตถการเสี่ยงสูง ต้องมีใบยินยอมเฉพาะ (ให้ผู้ป่วยและออกพร้อม CPG)

ปี 64

1. การทบทวนเหตุการณ์ ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย
2. การใช้ Risk register
3. การทบทวน 12 กิจกรรม



กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน

มาตรฐานสำคัญจำเป็น

ประเด็น	ผู้รับผิดชอบ
1. การผ่าตัด ผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหลักการ	CFLT.NSO / ห้องผ่าตัด/ทันตกรรม
2. การติดเชื้อที่สำคัญในสถานพยาบาลตามบริบทขององค์กร ในกลุ่ม	CFLT.IC
2.1 Surgical Site Infection (SSI)	
2.2 Ventilator-Associated Pneumonia (VAP)	
2.3 Catheter-Associated Urinary Tract Infection (CAUTI)	
2.4 Central-Line Associated Bloodstream Infections CLABSI)	
3. บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่	ก.อาชีวเวชกรรม
4. การเกิด medication error และ adverse drug event	CFLT.PTC
5. การให้เลือด ผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด	CFLT.NSO/ธนาคารเลือด
6. การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด	CFLT.NSO/ห้องบัตร
7. ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค	MSO CLT.OBS/SUR/MED/PED /ORT/EYE/ENT/PSY/REH
8. การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยา คลาดเคลื่อน	คณะกรรมการประกัน คุณภาพขั้นสูง
9. การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน	ULT.A&E
10. มารดา ทารกได้รับบาดเจ็บรุนแรงหรือเสียชีวิตจากการคลอด	CLT.OBS

เชื่อมโยงการพัฒนาคุณภาพ ปี 2563-2565

จากมติที่ประชุมกรรมการชุดภาพ เมื่อ 29 ม.ค.63

รพ. ต้องดำเนินการ

1. มีแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วย ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนด
2. แสดงจำนวนอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในแต่ละปี ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนดในรูปแบบประเมินตนเองเพื่อขอการรับรองคุณภาพ
3. กรณีเกิดอุบัติเหตุตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนด ซึ่งส่งผลกระทบถึงตัวผู้ป่วย (ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป) ให้สถานพยาบาลทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุรากของปัญหา
4. จัดทำแผนควบคุมป้องกันความเสี่ยงที่สัมพันธ์กับมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย และมีผลการดำเนินงานตามแผนแสดงแก่ผู้เยี่ยมชมสำรวจ



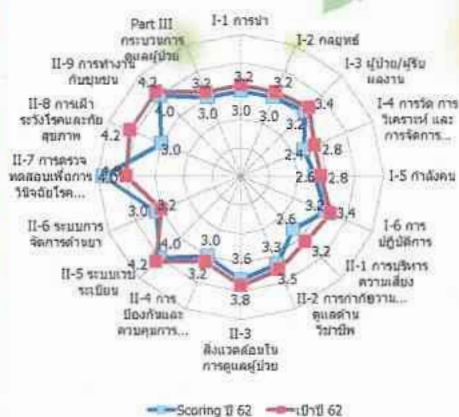
โรงพยาบาลพระปิ่นเกล้า เป็น โรงพยาบาลที่มีขนาดกลาง มีผู้ป่วยใน 1,000 เตียง มีบุคลากรทางการแพทย์ 1,000 คน มีเตียงผู้ป่วย 100 เตียง และมี...

HA Scoring รพ.ปิ่นประมาณ 2562

1. ร้อยละของหมวดในมาตรฐานที่มีคะแนน HA Scoring ไม่ต่ำกว่า 3.6

HA Scoring	ปี 59	ปี 60	ปี 61	ปี 62
I-1 การนำ	3.2	3.5	3.0	3.0
I-2 การบริหารเชิงกลยุทธ์	3.4	2.8	3.0	3.0
I-3 การมุ่งเน้นผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน	3.4	3.5	3.2	3.2
I-4 การวัด เปรียบเทียบ และจัดการความ	2.8	3.1	2.6	2.4
I-5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล	3.7	3.6	2.6	2.6
I-6 การจัดการกระบวนการ	3.3	3.5	3.2	3.2
2.1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย คุณภาพ	3.8	3.9	2.6	2.6
2.2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ	3.5	3.8	3.3	3.3
2.3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย	4.1	4.1	3.6	3.6
2.4 การป้องกันและลดความเสียหาย	2.6	3.2	3.0	3.0
2.5 ระบบเวชระเบียน	3.7	3.7	4.0	4.0
2.6 ระบบการจัดการด้านยา	3.9	3.6	2.8	3.2
2.7 การตรวจประเมินกระบวนการวินิจฉัย	4.3	4.7	3.8	4.8
2.8 ความพึงพอใจและกับสุขภาพ	3.8	4	4.0	3.0
2.9 การทำงานกับชุมชน	3.5	4	4.0	4.0
ตอนที่ 3 กระบวนการดูแลผู้ป่วย	3.7	3.7	3.0	3.0
Scoring รวม	3.5	3.7	3.2	3.2

HA Scoring ปี 62 = 3.2



ตัวชี้วัด	ปี 59	ปี 60	ปี 61	ปี 62
ร้อยละของหมวดในมาตรฐานที่มีคะแนน HA Scoring ไม่ต่ำกว่า 3.6 ของ 16 หมวด > 75%	50.0	62.5	31.3	25.0

HA topics	ผ่านแล้ว	กำลังดำเนินการ	ยังไม่ทำ
SP/ โสตศอนาสิก -ระบบ มี/ไม่มีการประเมินตาม มาตรฐาน	กำหนดเกณฑ์การตรวจวัด ไม่มีการ ตรวจวัด มีระบบแต่ไม่มี ตัวชี้วัดการวัดผลตามเกณฑ์		
-ระบบ	พัฒนาให้มี ระบบ unit สำหรับปี 2562		
-ER system		กำลังมีโปรแกรมสำหรับ รายงาน	
Smart Hospital		กำหนดเกณฑ์การตรวจวัด 2 ไม่มีการ พัฒนา smart hospital	
นวัตกรรม นวัตกรรม			-กำหนดเกณฑ์การตรวจวัด 1 ไม่มีการ พัฒนาเกณฑ์นวัตกรรมเกี่ยวกับ บริการผู้ป่วย -กำหนดเกณฑ์การตรวจวัด 3 ไม่มีการ พัฒนา ตา วัดผล ปีละ 2 ระบบ สามารถพัฒนา -มีการนำระบบ LEAN มาพัฒนา ทุกหน่วยงาน
การประเมิน	พัฒนาการตามมาตรฐานของ ระบบการวัด ไม่มีการ ประเมินตามเกณฑ์		
โครงการพัฒนาระบบ การแพทย์		กำลังดำเนินการ พัฒนาระบบการ วัดผลตามเกณฑ์	

นโยบายปลดกระทรวงสาธารณสุข

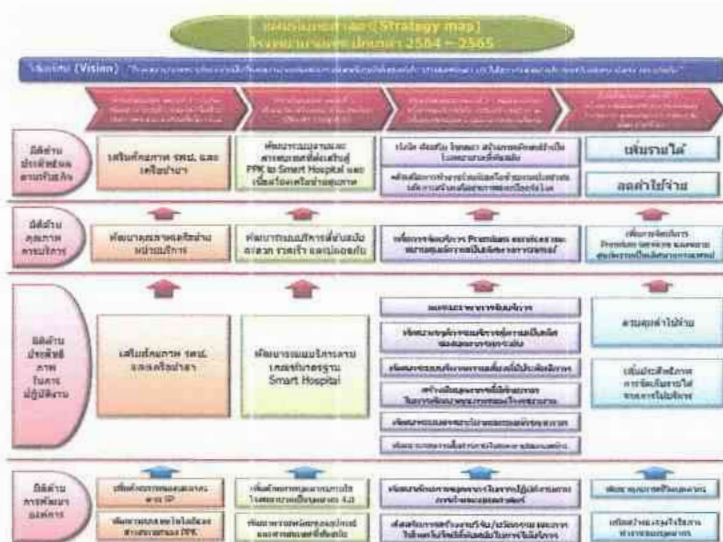
1. **Исходные данные:**

- [illegible]

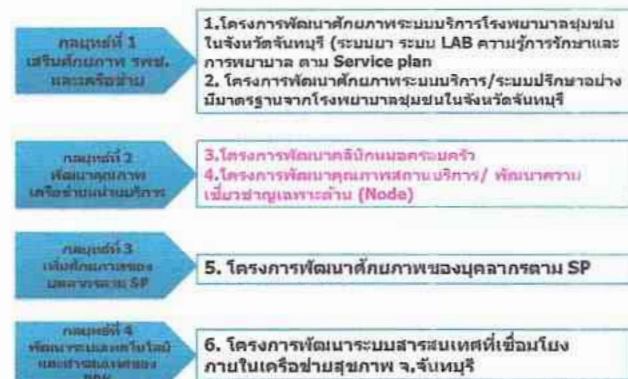
2. วิธีการคำนวณต้นทุน

- **โรงพยาบาลคลินิกพิเศษเฉพาะทางบางกอก** (Special Medical Clinic: SMC) โทรมาขอรับคำปรึกษา ฟรี! โทร 02-564

- โครงการนำร่องลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ (พ.ศ. 2564)
- โครงการนำร่องลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ (พ.ศ. 2564)
- โครงการนำร่องลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ (พ.ศ. 2564)



ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 : เร่งจัดพัฒนาระบบบริการและเครือข่าย
สุขภาพโดยภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง



ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 : พัฒนาของโรงพยาบาลอัจฉริยะ (Smart Hospital)

กลยุทธ์ที่ 1 พัฒนา Smart Hospital เป็น Smart Hospital	1. โครงการ PPK Smart Hospital
กลยุทธ์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการให้เป็น Smart Service และ Smart Mind	2. โครงการ Smart service mind to Smart Hospital 3. โครงการ Smart Phone to Smart service
กลยุทธ์ที่ 3 พัฒนาระบบบริการ Smart Hospital	4. โครงการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามเกณฑ์ Smart Hospital 5. โครงการพัฒนาระบบคิวคิว/ลดทอนคิวคิว 6. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ทางไกล
กลยุทธ์ที่ 4 เพิ่มศักยภาพและมาตรฐานโรงพยาบาลเป็นมาตรฐาน 4.0	7. โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเข้าสู่ยุคการ 4.0 (นวัตกรรมการบริหารงานด้าน IT)
กลยุทธ์ที่ 5 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยและบุคลากร	8. โครงการพัฒนาความพร้อมของอุปกรณ์และเทคโนโลยีสารสนเทศ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 : พัฒนาระบบบริหารและการบริการของโรงพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของสังคม

กลยุทธ์ที่ 1 ส่งเสริมสังคมให้มีความรู้และเข้าใจในบริการของโรงพยาบาล	1. โครงการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรงพยาบาล
กลยุทธ์ที่ 2 ส่งเสริมการเข้าถึงบริการของโรงพยาบาล	2. โครงการจัดหาสถานพยาบาล / การเข้าถึงบริการ
กลยุทธ์ที่ 3 เพิ่มการให้บริการ Premium services และมาตรฐานการบริการ	3. โครงการพัฒนาบริการพรีเมียม - บริการ SMC 4. โครงการขยายศูนย์บริการเป็นศูนย์เฉพาะด้าน (ศูนย์การแพทย์, ศูนย์การแพทย์, ศูนย์การแพทย์) 5. โครงการพัฒนาบริการเฉพาะด้าน (ศูนย์การแพทย์, ศูนย์การแพทย์, ศูนย์การแพทย์) 6. โครงการพัฒนาบริการเฉพาะด้าน (ศูนย์การแพทย์, ศูนย์การแพทย์, ศูนย์การแพทย์)
กลยุทธ์ที่ 4 ลดขนาดและเพิ่มประสิทธิภาพ	7. โครงการ Lean service system ในผู้ป่วยนอก
กลยุทธ์ที่ 5 พัฒนาระบบการบริการที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ	8. โครงการอบรม Excellence Service Behavior
กลยุทธ์ที่ 6 พัฒนาระบบการบริการที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ	9. โครงการพัฒนาระบบการบริการที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ (ลดขั้นตอนการบริการ, ลดขั้นตอนการบริการ, ลดขั้นตอนการบริการ)
กลยุทธ์ที่ 7 สร้างพันธมิตรทางธุรกิจ	10. โครงการพัฒนาระบบการบริการที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 : พัฒนาระบบบริหารและการบริการของโรงพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของสังคม

กลยุทธ์ที่ 8 พัฒนาระบบบริหารและองค์กร	11. โครงการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสของหน่วยงาน (Integrity and Transparency Assessment : ITA)
กลยุทธ์ที่ 9 พัฒนาระบบการสื่อสารภายในและภายนอกองค์กร	12. โครงการพัฒนาระบบการสื่อสารภายในและภายนอกองค์กร 13. โครงการพัฒนาระบบการสื่อสารภายในและภายนอกองค์กร
กลยุทธ์ที่ 10 พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการปฏิบัติงานตามภารกิจและยุทธศาสตร์	14. โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากร รพ.พระปกเกล้า
กลยุทธ์ที่ 11 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการปฏิบัติงาน	15. โครงการพัฒนาระบบการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการปฏิบัติงาน 16. โครงการพัฒนาระบบการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการปฏิบัติงาน

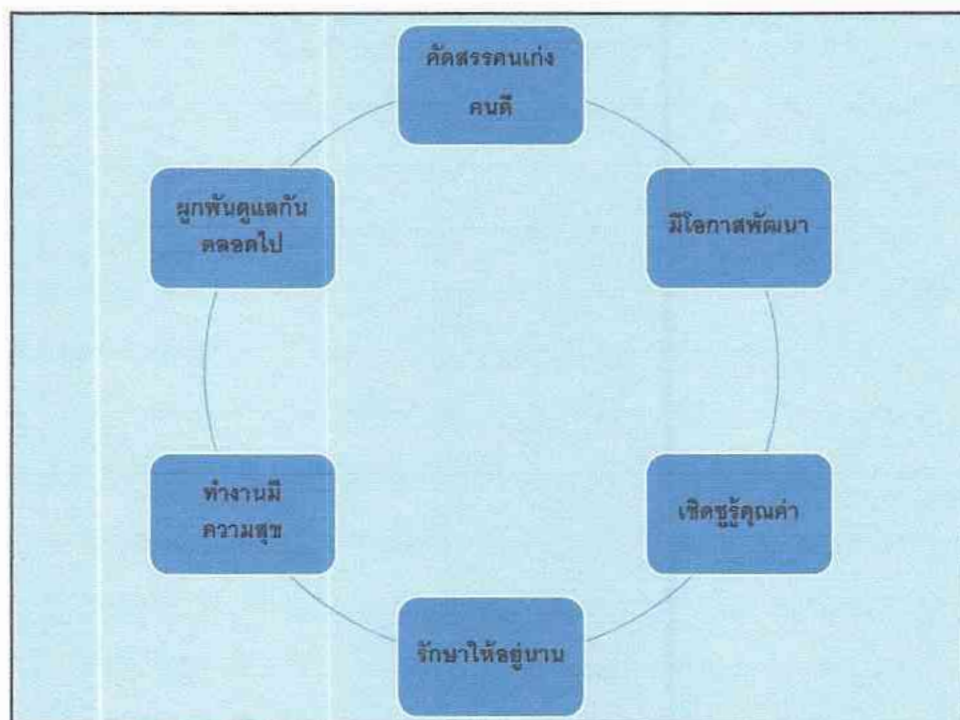
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 : สร้างความมั่นคงทางการเงินของโรงพยาบาลและบุคลากรมีความมั่นคงในชีวิต

กลยุทธ์ที่ 1 เพิ่มรายได้	1. โครงการพัฒนาระบบการบริการที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ
กลยุทธ์ที่ 2 ลดค่าใช้จ่าย	2. โครงการพัฒนาระบบการบริการที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ
กลยุทธ์ที่ 3 เพิ่มการให้บริการ Premium services และมาตรฐานการบริการ	3. โครงการพัฒนาระบบการบริการที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ
กลยุทธ์ที่ 4 ลดต้นทุนค่าใช้จ่าย	4. โครงการพัฒนาระบบการบริการที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ
กลยุทธ์ที่ 5 พัฒนาระบบการบริการที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ	5. โครงการพัฒนาระบบการบริการที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ
กลยุทธ์ที่ 6 พัฒนาระบบการบริการที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ	6. โครงการพัฒนาระบบการบริการที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ
กลยุทธ์ที่ 7 เสริมสร้างความรู้ในการปฏิบัติงาน	7. โครงการพัฒนาระบบการบริการที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

1. โครงการพัฒนาระบบการบริการที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ
2. โครงการพัฒนาระบบการบริการที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ
3. โครงการพัฒนาระบบการบริการที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ
4. โครงการพัฒนาระบบการบริการที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ
5. โครงการพัฒนาระบบการบริการที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ
6. โครงการพัฒนาระบบการบริการที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

1. โครงการพัฒนาระบบการบริการที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ
2. โครงการพัฒนาระบบการบริการที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ
3. โครงการพัฒนาระบบการบริการที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

บุคลากร HR



ทำประจำ

- จัดตลาดนัดสร้างสุขทุกปี ปีนี้จัด 27 พย 63 (บุธ
หน่วยงาน ไม่ต้องลาพักร้อน)
- จัดงานกีฬา **sport day / sport night** (ปีนี้จัด
เฉพาะงานวิ่งและแข่งขันกีฬา เนื่องด้วยติดปัญหา
covid-19)
- แข่งขันประกวดร้องเพลง ปีล่าสุดจัดรูปแบบ **The
mask singer** (ปีนี้จัดติดปัญหา **covid-19**)

- ประกันชีวิตบุคลากรกลุ่มเสี่ยง
- รางวัลผู้เกษียณอายุราชการ
- มอบเกียรติบัตรบุคลากร เช่น ทำความดี / ให้นมแม่ครบ
6 เดือน /บุคลากรทำงานต่อต้านโควิด
- สวัสดิการช่วยเหลือบุคลากรกรณีเจ็บป่วย ประสพภัย
พิบัติ เสียชีวิต
- ตรวจสอบสุขภาพบุคลากรก่อนเข้าทำงาน

ทำอยู่แล้ว/แก้ไขจาก reac 4

- ใช้ **PMS** ประเมินผลการปฏิบัติการ
- จัดอัตรากำลังคน ที่ ร้อยละ 70-80 ที่หอ ฅป.ทั่วไป และ 90-100 ที่หอ ฅป.ความเสี่ยงสูง
- การค้นหาและรวบรวม **training need** ที่สำคัญของบุคลากรในทุกสาขาวิชาชีพทั้งจากแบบสำรวจ และจากนโยบายแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลและกระทรวงรวมถึงปัจจัยภายนอกที่จะมีผลกระทบ เช่น โรคระบาด
- เพิ่มสิทธิประโยชน์การอบรม/ศึกษาดูงานใน ลขว.สายวิชาชีพที่จำเป็น และมีอายุงานมากกว่า1ปี

- ตรวจสอบสุขภาพบุคลากรประจำปี ให้การดูแลแยกตามกลุ่ม
 - สุขภาพดี ส่งเสริมสุขภาพด้วย ชมรมกีฬา การเดินแอโรบิค เดินบาสโลป งานเดิน-วิ่งเพื่อสุขภาพ
 - กลุ่มเสี่ยง ติดตามเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงปัญหาสุขภาพ
 - กลุ่มป่วย จัดช่องทางพิเศษบุคลากรให้ได้พบแพทย์เฉพาะทาง
 - ดูแลสุขภาพบุคลากรเกษียณอายุราชการ จัดช่องทางพิเศษให้สะดวกขึ้น
- คัดกรองสุขภาพและวัคซีนนักศึกษาฝึกปฏิบัติงานและผู้ที่จะเข้าศึกษาดูงานเกิน 1 สัปดาห์

ประเด็นที่ต้องแก้ไขก่อน Re-acc 5

จากผู้เยี่ยมเมื่อ
15 สิงหาคม 62

1. I-5 กำลังคน

- 1) การประเมินความพึงพอใจและความผูกพัน และนำผลการวิเคราะห์รายกลุ่มมาตอบสนองความต้องการ เพื่อให้บุคลากรเกิดความพึงพอใจและความผูกพัน ทุ่มเทการทำงานให้องค์กรมากขึ้น
- 2) การค้นหาและรวบรวม **training need** ที่สำคัญของบุคลากรในทุกสาขาวิชาชีพและนำสู่การวางแผนการพัฒนาบุคลากรที่ครอบคลุมและส่งเสริมให้ได้รับการพัฒนาตามแผนด้วยวิธีการหลากหลาย และควรติดตามประเมินผล
- 3) การสนับสนุนบุคลากรให้ความสำคัญกับการ**สร้างเสริมสุขภาพตรงตามกลุ่ม**และพฤติกรรมกาปฏิบัติตัว เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี

ทำเพิ่มเติมไปแล้ว

- จัดสำรวจความต้องการสวัสดิการของบุคลากร ปี 2561 และปรับเปลี่ยนสวัสดิการให้ตรงตามความต้องการของบุคลากร
- การค้นหาและรวบรวม **training need** ที่สำคัญของบุคลากรในทุกสาขาวิชาชีพทั้งจากแบบสำรวจ และจากนโยบายแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลและกระทรวงรวมถึงปัจจัยภายนอกที่จะมีผลกระทบ เช่น โรคระบาด
- จัดช่องทางพิเศษบุคลากรให้ได้พบแพทย์เฉพาะทาง
- จัดตั้งชมรมผู้เกษียณอายุราชการโรงพยาบาลพระปกเกล้า ได้รับการดูแลสุขภาพ จัดช่องทางพิเศษให้สะดวกขึ้น บริการที่จอดรถในบริเวณที่จอดรถบุคลากรโรงพยาบาล
- ชมรมจิตอาสา ทั้งบุคลากร/ประชาชนและผู้เกษียณ เช่น ร้องเพลง ตัดผม บริการอาหาร

- สำรวจสิ่งแวดลอมที่มีผลต่อการทำงาน เช่น แสง สี เสียง ฝุ่น ละออง ให้ข้อเสนอแนะแนวทางแก้ไข และประเมินผลการแก้ไข
- โครงการบุคลากร 4.0 บุคลิกดี มีวินัย ล้ำไอที มีใจบริการ
- จัดตั้งกลุ่มความก้าวหน้าตำแหน่งวิชาการ จัดผู้เชี่ยวชาญให้คำปรึกษาเรื่องการทำผลงานวิชาการ งานทรัพยากรบุคคลลงสู่จรรยาบรรณบุคลากรตอบปัญหาความก้าวหน้าในสายงาน
- สนับสนุนบุคลากรเข้ารับการอบรมสายบริหารเพื่อเตรียมผู้บริหารรุ่นใหม่ให้มีความต่อเนื่อง
- คัดกรองสุขภาพและวัคซีนนักศึกษาฝึกปฏิบัติงานและผู้ที่เข้าศึกษาดูงานเกิน 1 สัปดาห์

มีแผนทำ

- พิธีรับเครื่องราชอิสริยาภรณ์ (ยังไม่ได้จัดเพราะติดสถานการณ์ covid -19)
- โครงการดูแลบุคลากรที่ได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วย (Team support 2nd victim)
- สแกนเวลาเข้าทำงาน เริ่มที่ **back office** ชั้น 6 / **OPD** ทันตกรรม / อาคารสัตตมินทร์ ห้องผ่าตัด (อยู่ระหว่างดำเนินการ)
- สำรวจความผูกพันบุคลากร ทาง **google form**



IM
เวชระเบียน สารสนเทศ

ระบบเวชระเบียน

ประเด็นข้อเสนอแนะหลังreac 4

- 51 การวางแผนและออกแบบระบบบริหารเวชระเบียน
- คณะกรรมการควรติดตามกำกับการณ์ปฏิบัติในทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ สร้างความเข้าใจในเป้าหมายของแนวทางที่กำหนดใหม่ (เช่น การยืม คืน การขอสำเนาประวัติผู้ป่วย) และนำปัญหาที่อาจพบมาสู่การพัฒนากระบวนการอย่างต่อเนื่องต่อไป

ประเด็นข้อเสนอแนะหลังreac 4

- 52 ความสมบูรณ์ของการบันทึก
- 53 การทบทวนเวชระเบียน
- ควรส่งเสริมการใช้และส่งต่อข้อมูลในเวชระเบียนร่วมกันระหว่างวิชาชีพเพื่อการประเมิน วางแผนและติดตามการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น รวมทั้งส่งเสริมให้**ทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจากเวชระเบียนในเชิงคุณภาพเพื่อหาโอกาสในการพัฒนา**

ดำเนินการแล้ว

- 51- ปรับปรุงแบบฟอร์มการขอประวัติผู้ป่วยให้ชัดเจนรัดกุม
- - มีการปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติการขอประวัติผู้ป่วย
- - มีระบบการเข้าถึงห้องเก็บเวชระเบียนโดยการติดเครื่อง **scan** นิ้วมือ
- - ติดตั้งดับเพลิงทุกห้องที่เก็บเวชระเบียน
- 52 ปรับปรุงแบบฟอร์ม และรูปแบบการบันทึกเวชระเบียนให้เอื้อต่อการบันทึกร่วมกัน โดยมีการ ปรับปรุงใน **operative note** และ **inform consent**
- 53 พัฒนาระบบ **Audit** เวชระเบียนผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ภายในโรงพยาบาล(**Internal Audit**) และนำข้อมูลมาวางแผน ปรับปรุงดูแลผู้ป่วย

ผลลัพธ์

- อัตราการร้องเรียน เรื่องการเปิดเผยความลับผู้ป่วย = 0

กำลังดำเนินการ(รอผล)

- ขออนุมัติดำเนินการติดตั้งเหล็กดัดครอบหน้าต่างกระจกบานเกล็ดที่ห้องเก็บเวชระเบียนผู้ป่วยใน ชั้นล่างอาคารเทพรัตน์ เนื่องจากเวชระเบียนผู้ป่วยในเป็นเอกสารสำคัญ จึงต้องมีระบบความปลอดภัย

ปัญหาอุปสรรค

- ได้ดำเนินการขออนุมัติติดตั้งเหล็กดัดในแผนปรับปรุงสิ่งก่อสร้างตั้งแต่ปี 2562-ปัจจุบัน แต่ยังไม่ได้รับการอนุมัติ

สิ่งที่ต้องการให้สนับสนุน

- อนุมัติให้ดำเนินการติดตั้งเหล็กดัดหน้าต่าง ห้องเก็บเวชระเบียนผู้ป่วยใน ชั้นล่าง อาคารเทพรัตน์

IM ประเด็นเสนอแนะหลัง reac4

- ทบทวนการคัดเลือกตัวชี้วัดให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์และบริบทของโรงพยาบาล
- นำข้อมูลมานำเสนอและวิเคราะห์ ถ่ายทอดสู่ผู้ปฏิบัติ
- สารสนเทศมีความพร้อมใช้ ตอบสนองความต้องการของทีมต่างๆ มีประสิทธิภาพ ลดภาระการเก็บข้อมูลเป็นเอกสาร
- นำข้อกำหนดของระบบบริหารความมั่นคงปลอดภัยมาสู่การปฏิบัติ เพื่อให้ ฮาร์ดแวร์/ซอฟต์แวร์มีความเชื่อถือได้ ปลอดภัย โดยเฉพาะเซิร์ฟเวอร์

ประเด็นที่ต้องแก้ไขก่อน Re-acc 5

จากผู้เยี่ยมเมื่อ
15 สิงหาคม 62

1. I-4.2 การจัดการเทคโนโลยีและสารสนเทศ :
 - 1) ควรปรับปรุงสถานที่จัดเก็บแม่ข่ายหลัก แม่ข่ายสำรองให้เป็นไปตามมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง เช่น มาตรฐานบริหารความมั่นคงปลอดภัย(ISMS) มาตรฐาน HAIT
 - 2) ควรนำความต้องการของผู้ใช้งานระบบเทคโนโลยีและสารสนเทศมาทบทวน เพื่อปรับปรุงระบบที่เกี่ยวข้องให้สามารถสนับสนุนการทำงานได้อย่างสะดวก ลดความซ้ำซ้อน และสร้างความเชื่อมั่นในระบบ

ปัญหาอุปสรรค

- ต้องการผู้มีความรู้ความสามารถ ช่วยทำงานในคณะกรรมการ IM

ข้อเสนอแนะจาก สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) 2 ช่วง

1) ประเด็นข้อเสนอแนะ (รับเยี่ยม 13-14 ก.พ.61 และ ติดตามเฉพาะเรื่อง 28 มิ.ย.61) 2) ประเด็นข้อเสนอแนะ (เฝ้าระวัง 15 ส.ค.62)

มาตรฐาน	ประเด็นข้อเสนอแนะ (รับเยี่ยม 13-14 ก.พ.61 และ ติดตามเฉพาะเรื่อง 28 มิ.ย.61)	ประเด็นข้อเสนอแนะ (เฝ้าระวัง 15 ส.ค.62)
ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร		
I-4 การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้		
16 ระบบการวัดผลการดำเนินงาน	1. ควรทบทวนระบบการคัดเลือกตัวชี้วัดในทุกระดับ ของหน่วยงานโดยเฉพาะระดับของทีมงานเพื่อให้สะท้อน และสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล และสามารถ นำมาปรับแก้ไขในเชิงแผนยุทธศาสตร์ได้จากการติดตาม ตัวชี้วัดที่เหมาะสม และให้เห็น alignment เป็นภาพ เดียวกันที่จะมุ่งสู่วิสัยทัศน์ขององค์กร 2. ควรนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และสังเคราะห์ผ่านทีม นำในทุกระดับทั้ง CLT และคณะกรรมการคุณภาพใน ระดับโรงพยาบาล และทบทวนข้อมูลอย่างต่อเนื่อง เพื่อ นำไปสู่การปรับปรุงและถ่ายทอดแผนงานของ โรงพยาบาลไปสู่ผู้ปฏิบัติงานในทุกระดับ	ข้อเสนอแนะที่ได้รับการปฏิบัติและอยู่ในช่วงรอผลลัพธ์ I-4 การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้ : มีการทบทวนและกำหนดตัวชี้วัดในระดับองค์กรและ คุณภาพ และแผนกลยุทธ์ให้มีความสอดคล้องกัน มีการปรับปรุงระบบรักษา ความลับ ความปลอดภัยของห้องเวชระเบียน การติดตั้งระบบ sxa การ จัดหาถังดับเพลิงมาติดตั้ง และมีแผนจะจัดตั้ง back data center ที่อาคาร ใหม่ในปี 2562 / การทบทวนตัวชี้วัด เพื่อพัฒนา/เรียนรู้ในการใช้ ประโยชน์จากตัวชี้วัดตามมติดูแลการรับรอง มีการทบทวนตัวชี้วัดใน ระดับองค์กร แต่การวิเคราะห์และติดตามรวมทั้งการนำผลลัพธ์ที่ผ่านการ วิเคราะห์ไปใช้ประโยชน์ยังเป็นโอกาสพัฒนา ข้อเสนอแนะที่ยังไม่ได้รับการ ปฏิบัติ I-4.2 การจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ : การนำมาตรฐานบริหาร ความมั่นคงปลอดภัย (ISMS) มาปฏิบัติในการปรับปรุงห้องจัดเก็บเครื่องแม่ ข่าย (server) ให้มีความปลอดภัยจากอัคคีภัย การควบคุมอุณหภูมิความชื้น ให้เป็นไปตามมาตรฐาน การพัฒนาเพื่อยกระดับ maturity และ เตรียมพร้อมสำหรับการเยี่ยมสำรวจเพื่อต่ออายุการรับรอง 1. ระบบการ วัดผลและประเมินระบบงาน : 1) ควรส่งเสริมให้ทีมและหน่วยงานมีการ กำหนดตัวชี้วัดให้ตรงประเด็น ตามเป้าหมายของการดำเนินการและการ กำหนดตัวชี้วัดตามมิติคุณภาพ ควรติดตามผลการดำเนินงานผ่านการติดตาม
17 การวิเคราะห์ข้อมูล และการทบทวนผลการ ดำเนินงาน		
18 การจัดการสารสนเทศ	คณะกรรมการสารสนเทศ ควรกำกับติดตามการบรรลุ เป้าหมายที่กำหนดไว้สม่ำเสมอ นำผลที่ได้มาทบทวน แนวปฏิบัติเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบอย่างต่อเนื่อง เช่น 1. เพื่อให้สารสนเทศที่มีในระบบมีความพร้อมใช้ ตอบสนองความต้องการของทีมต่าง ๆ (เช่น ทีมนำ ทีม	

มาตรฐาน	ประเด็นข้อเสนอแนะ (รับเยี่ยม 13-14 ก.พ.61 และ ติดตามเฉพาะเรื่อง 28 มิ.ย.61)	ประเด็นข้อเสนอแนะ (เผื่อระวัง 15 ส.ค.62)
	คร่อมสายงาน หรือหน่วยงาน) มีประสิทธิภาพ ใช้ประโยชน์ได้มากขึ้น ทีมสารสนเทศควรกำกับติดตามผลการกระจายข้อมูลจากหน่วยงานที่ใช้จริง เพื่อนำปัญหามาปรับปรุงระบบ เพิ่มการตอบสนอง ลดภาระในการเก็บข้อมูลจากเอกสาร และขยายงาน data center ตามแผนที่กำหนด เพื่อให้ระบบมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง 2. ทีมควรส่งเสริมให้มีการนำข้อกำหนดของระบบบริหารความมั่นคงปลอดภัย (ISMS) มาสู่การปฏิบัติให้ครอบคลุมมากขึ้น เพื่อให้ฮาร์ดแวร์และซอฟต์แวร์มีความเชื่อถือได้ ปลอดภัย โดยเฉพาะหน่วย server ให้มีการจัดการที่ปลอดภัย รับรู้ปัญหาได้ทัน (เช่น การป้องกัน/ระงับอัคคีภัย การป้องกันน้ำรั่วซึมจากฝ้าเพดานและควบคุมความชื้นที่เหมาะสม) เพื่อให้ข้อมูลหลักของโรงพยาบาล พร้อมใช้งานอย่างต่อเนื่องและเพิ่มความรัดกุมในด้านความปลอดภัยมั่นคง 3. การควบคุมสารสนเทศสำคัญอื่น ๆ ของโรงพยาบาลให้เกิดความปลอดภัย (ไม่สูญหาย ไม่ถูกทำลายก่อนเวลากำหนด) และรักษาความลับอย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น เช่น เวชระเบียนที่มีการจัดเก็บในหลายพื้นที่ สดุดบันทึกที่มีข้อมูลของผู้ป่วย เอกสารที่พิมพ์จากโปรแกรมที่มีข้อมูลสำคัญ เป็นต้น	ตัวชี้วัด นำสู่การวิเคราะห์แนวโน้มอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำผลไปใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงระบบงาน/ระบบการให้บริการให้มีประสิทธิภาพ 2) การประเมินประสิทธิภาพของระบบงานของทีมนำระบบงาน/ทีม CLT และทีมกำกับวิชาวะ เพื่อปรับปรุงระบบงาน บูรณาการกับระบบอื่นๆ รวมทั้งมีนวัตกรรมเกิดขึ้น 2. การจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ : 1) ควรปรับปรุงสถานที่จัดเก็บเครื่องแม่ข่ายหลัก เครื่องแม่ข่ายสำรองให้เป็นไปตามมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง เช่น มาตรฐาน HAIT มาตรฐานบริหารความมั่นคงและความปลอดภัยระบบ IT 2) ควรนำความต้องการของผู้ใช้งานระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาทบทวนเพื่อปรับปรุงระบบที่เกี่ยวข้องให้สามารถสนับสนุนการทำงานได้อย่างสะดวก ลดความซ้ำซ้อน และสร้างความเชื่อมั่นในระบบ

กิจกรรมที่ตอบสนองข้อเสนอแนะจากสรพ. โดยงานศูนย์คอมพิวเตอร์

ดำเนินการแล้ว	ผลลัพธ์
1.พัฒนาระบบ Infrastructure และ Network ให้สามารถใช้งานได้ตลอดเวลาและมีความรวดเร็วในการใช้งานตามมาตรฐาน 2.พัฒนา HIS / Software ช่วยการทำงานของโรงพยาบาล ให้เกิดความรวดเร็วและลดความซ้ำซ้อนในการทำงาน	1.มีระบบ vLAN ใน Network 2 พัฒนาระบบ POP UP เตือนการดูแลผู้ป่วย : การตรวจโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน ปีละ 1 ครั้ง

กิจกรรมที่ตอบสนองข้อเสนอแนะจากสรพ. โดยงานศูนย์คอมพิวเตอร์

กำลังดำเนินการ(รอผล)	ปัญหาอุปสรรค	สิ่งที่ต้องการให้สนับสนุน
1.พัฒนาระบบ Infrastructure และ Network ให้สามารถใช้งานได้ตลอดเวลาและมีความรวดเร็วในการใช้งานตามมาตรฐาน 1.1 จัดหา Firewall เพื่อป้องกันภัยคุกคามจากภายนอก 1.2 จัดหา HCI server เพื่อรองรับการทำงานทั้งหมดของระบบ 1.3 เดินสาย Fiber optic : main route ชุดที่ 1 1.4 จัดทำระบบ Backup : ห้อง Data center ใหม่ 2.พัฒนา HIS / Software ช่วยการทำงานของโรงพยาบาลให้เกิดความรวดเร็วและลดความซ้ำซ้อนในการทำงาน 2.1 พัฒนาระบบ POP UP เตือนการส่งตรวจ CXR ปอดในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงวัณโรคที่ไม่มีอาการ 2.2 พัฒนาระบบ EMR ส่งส่งตรวจ CT และ MRI 2.3 พัฒนาระบบกำกับกำกับการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการให้มีความเหมาะสม 2.4 พัฒนาระบบ pre-register online ในผู้ป่วยใหม่ 2.5 พัฒนาระบบ คิวนัดเหลื่อมเวลา 2.6 พัฒนาระบบ full EMR OPD 2.7 พัฒนาระบบตรวจสอบสิทธิและคิวตรวจร่วมกับบริษัท outsource	1.1 รอขั้นตอนการทำสัญญาจัดซื้อ 1.2 รอขั้นตอนการทำเอกสาร e-bidding และขั้นตอนการทำสัญญาจัดซื้อ 1.3 ดำเนินการอยู่ แต่ต้องรอรระบบทั้งหมดเรียบร้อยเพื่อใช้งาน 1.4 ดำเนินการเสร็จแล้ว แต่ต้องรอรระบบทั้งหมดเรียบร้อยเพื่อใช้งาน 2.1 กำลังประสานผู้เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการ 2.2 เริ่มดำเนินการทดสอบและตั้งปรับปรุงระบบเพิ่ม 2.3 กำลังศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อวางระบบให้สะดวกในการใช้งานจริง 2.4 เริ่มดำเนินการทดสอบและตั้งปรับปรุงระบบเพิ่ม 2.5 เริ่มดำเนินการทดสอบและตั้งปรับปรุงระบบเพิ่ม 2.6 เริ่มดำเนินการทดสอบและตั้งปรับปรุงระบบเพิ่ม 2.7 อยู่ในขั้นตอนการศึกษารายละเอียดการจัดหา Hardward ซึ่งต้องประสานงานหลายส่วน และต้องเขียน software เพิ่มเติมเพื่อเชื่อมต่อกับระบบกับงาน outsource	1.1 หน่วยงานพัสดุช่วยเร่งดำเนินการ 1.2 หน่วยงานพัสดุช่วยเร่งดำเนินการ 2.2 – 2.7 ประสานนโยบายให้ทุกหน่วยงานร่วมมือการใช้งานและมีการติดตามอย่างจริงจัง

ข้อเสนอแนะจาก สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) 2 ช่วง

1) ประเด็นข้อเสนอแนะ (รับเยี่ยม 13-14 ก.พ.61 และ ติดตามเฉพาะเรื่อง 28 มิ.ย.61) 2) ประเด็นข้อเสนอแนะ (เฝ้าระวัง 15 ส.ค.62)

มาตรฐาน	ประเด็นข้อเสนอแนะ (รับเยี่ยม 13-14 ก.พ.61 และ ติดตามเฉพาะเรื่อง 28 มิ.ย.61)	ประเด็นข้อเสนอแนะ (เฝ้าระวัง 15 ส.ค.62)
ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล		
II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ		
46 การออกแบบและป้องกันควบคุมการติดเชื้อ	1. ทีม IC ควรประสานทีม ENV ใช้การตามรอยเพื่อร่วมกันค้นหาปัญหาพื้นที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ เช่น OPD, หอผู้ป่วยอายุรกรรม จ่ายกลาง ชักฟอก ที่พักขยะ เป็นต้น นำมาดำเนินการแก้ไข ปรับปรุงพื้นที่เสี่ยงต่าง ๆ นั้น ให้เกิดความปลอดภัยในการจัดบริการ และออกแบบระบบในการกำกับติดตามมาตรการ/นโยบายสำคัญที่ได้กำหนดไว้แล้วด้วยการมีส่วนร่วมของหัวหน้าหน่วยงาน เช่น การคัดกรอง/แยกโรค (isolation,transmission based precaution) เป็นต้น 2. ขอให้ทีม IC ประสานข้อมูล ขอความร่วมมือกับทีมนำระบบที่เกี่ยวข้อง เช่น ระบบยา ระบบการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทีมนำทางคลินิกที่เกี่ยวข้องและระบบการดูแลต่อเนื่อง วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชื้อดื้อยาที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เชื่อมโยงกับลักษณะเชื้อก่อโรคตำแหน่งติดเชื้อ กลุ่มโรคสำคัญ สามารถบ่งชี้ระดับ สอดสวนเพื่อควบคุมปัจจัยอย่างรอบด้าน ประเมินผลและปรับปรุงระบบงานอย่างเหมาะสมทันการณ์	ข้อเสนอแนะที่ได้รับการปฏิบัติและอยู่ในช่วงรอผลลัพธ์ II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ : ทีม IC ประสานงานกับทีม ENV ปรับปรุงพื้นที่เสี่ยงสูง โดยการปรับปรุงระบบระบายอากาศ เพิ่มเป็น 44% หอผู้ป่วยสามัญ กำหนด zone แยกผู้ป่วยได้ 100% มีพื้นที่รองรับการระบาด กำหนดแนวทางดูแลผู้ป่วยที่แพร่กระจายเชื้อทางอากาศ ผู้ป่วย TB เข้าห้องแยกได้มากขึ้น
47 การจัดการและทรัพยากร		
48 การป้องกันการติดเชื้อ		
49 การเฝ้าระวังการติดเชื้อและติดตามกำกับ		
50 การควบคุมการระบาดของ การติดเชื้อ		

มาตรฐาน	ประเด็นข้อเสนอแนะ (รับเยี่ยม 13-14 ก.พ.61 และ ติดตามเฉพาะเรื่อง 28 มิ.ย.61)	ประเด็นข้อเสนอแนะ (เฝ้าระวัง 15 ส.ค.62)
	3. จากข้อมูลการติดเชื้อที่สำคัญของโรงพยาบาล เช่น การติดเชื้อในกระแสเลือด ที่ทีม PCT อายุรกรรม และ IC ได้ร่วมกันทบทวนแล้ว นั้นควรนำไปสู่การวางแผนเพื่อปรับปรุงคุณภาพการดูแล รักษา ด้านการป้องกัน/และการวางแผนแก้ไขอย่างเป็น ระบบเพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยสูงสุด	

จากการประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ในวันที่ 3 พ.ย. 2563 ได้มีประเด็นให้ศูนย์คุณภาพ ดำเนินการติดตามข้อเสนอแนะจากสรพ.ดังนี้

1.ให้หน่วยงาน นำเสนอกิจกรรมที่ตอบสนองข้อเสนอแนะจากสรพ. ในคณะกรรมการคุณภาพและความเสี่ยง ในวันจันทร์ที่ 9 พ.ย. 2563 ณ ห้องสีลาวดี เวลา 13.30-16.00 น.

2.การนำเสนอ ดังตารางต่อไปนี้

กิจกรรมที่ตอบสนองข้อเสนอแนะจากสرف. โดยคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

ดำเนินการแล้ว	ผลลัพธ์
1. การปรับปรุงระบบระบายอากาศและการแยก zone ผู้ป่วยในหอผู้ป่วย ห้องตรวจและพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อโรค 2. ระบบติดตามและเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล	1.พื้นที่ที่มีการปรับปรุงระบบระบายอากาศดังนี้ - ห้องแยกโรค full negative pressure ในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม 3 - ห้องแยกโรค modified negative pressure ที่ได้มาตรฐาน 9 ห้อง ที่หอผู้ป่วยจิตการณ 6 - ห้องแยกโรคที่ปรับปรุงระบบระบายอากาศ 12 ห้อง ที่หอผู้ป่วยจิตการณ 5 - ห้องแยกโรคที่ปรับปรุงระบบระบายอากาศ ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย - ห้องแยกโรคที่ปรับปรุงระบบระบายอากาศ ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง - ห้องแยกโรคที่ปรับปรุงระบบระบายอากาศ ที่หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม - หอผู้ป่วยที่มีการปรับปรุงระบบระบายอากาศ 2 หอ คือ หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 และ 2 - ห้องตรวจที่มีการปรับปรุงระบบระบายอากาศ คือ ห้องตรวจฉุกเฉินและห้องตรวจแยกโรค โรงพยาบาลเมือง 2.มีการวางระบบติดตามและเฝ้าระวังดังนี้ - Spot map รายงานการติดเชื้อดื้อยารุนแรง 3 ชนิด คือ CRE, VRE และ MRSA ผ่านทาง group line IC และมีมาตรการในการติดตามปัญหาเมื่อพบเคสตั้งแต่ 2 รายขึ้นไปในช่วงเวลา 14 วัน - ทำระบบ alert เมื่อพบผู้ป่วยเชื้อดื้อยาที่อยู่ในระยะเฝ้าระวัง ที่เข้ารับการตรวจที่ OPD และ IPD

กิจกรรมที่ตอบสนองข้อเสนอแนะจากสรพ. โดยคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

กำลังดำเนินการ(รอมล)	ปัญหาอุปสรรค	สิ่งที่ต้องการให้สนับสนุน
1. การปรับปรุงระบบระบายอากาศและการแยก zone ผู้ป่วยในหอผู้ป่วย ห้องตรวจและพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อโรค 1.1 จัดหาตู้ Negative pressure เพื่อใช้พ่นยาและตรวจ swab เชื้อโควิด 19 และตรวจมาตรฐาน hepa filter leakage ของตู้ 2.ระบบติดตามและเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล 2.1 จัดหาน้ำยาทำความสะอาดมือให้เพียงพอแก่การใช้งาน และมีป้ายรายละเอียดของน้ำยาที่ชัดเจน 2.2 การติดป้ายสื่อสารที่เตียงผู้ป่วยที่มีเชื้อดื้อยารุนแรง 2.3 การสื่อสารการใส่อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ PPE ที่ถูกต้อง	1.1 การตรวจมาตรฐานต้องให้หน่วยงานเฉพาะภายนอกดำเนินการซึ่งมีค่าใช้จ่ายและยังไม่ได้ทำแผนโรงพยาบาล เนื่องจากพึงได้คำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญด้านระบบระบายอากาศ 2.1 การติดป้ายยังไม่ชัดเจน 2.2 การติดป้ายยังไม่ชัดเจน 2.3 แพทย์และเจ้าหน้าที่ยังขาดความตระหนักในการใส่อุปกรณ์ป้องกันให้ครบ	1.1 งบประมาณสนับสนุนนอกแผน งบประมาณค่าใช้จ่าย (น่าจะไม่เกิน 25,000 บาท ตรวจ 7 ตู้ ตรวจซ้ำเมื่อต้องเปลี่ยน filter) 2.3 ประกาศนโยบายกำกับการใส่อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อและมีการติดตามอย่างจริงจังกับหน่วยงานต่างๆ

กิจกรรมที่ตอบสนองข้อเสนอแนะจากสรพ. โดยคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

ยังไม่ได้ดำเนินการ	ปัญหาอุปสรรค	สิ่งที่ต้องการให้สนับสนุน
1. การปรับปรุงระบบระบายอากาศและการแยก zone ผู้ป่วยในหอผู้ป่วย ห้องตรวจและพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อโรค 1.1 ปรับปรุงระบบระบายอากาศในหอผู้ป่วยทั่วไป โดยเพิ่มช่องลมต่างๆ 1.2 ปรับปรุงระบบระบายอากาศในพื้นที่เสี่ยงสูงเช่น หอผู้ป่วยวิกฤต ห้องฟีน โดยการเช่าอุปกรณ์ Mobile hepa filter 1.3 การปรับปรุงพื้นที่พักขยะ การปิดประตูพื้นที่พักขยะและการขนย้ายขยะโดยย้ายถังขยะแทนการย้ายขยะเป็นถุงๆ 2. ระบบติดตามและเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล 2.1 การทำระบบเตือนเพื่อลดระยะเวลา catheter day 2.2 การดูแลบุคลากรให้ได้รับ vaccination ที่จำเป็นครบถ้วน และบุคลากรทราบบัญชีข้อมูลของตัวเอง	1.1 หอผู้ป่วยมีการะกิกะเยอะ 1.2 ยังไม่ได้ทำแผนโรงพยาบาล เนื่องจากเพิ่งได้ข้อมูลเรื่องการเช่าอุปกรณ์ 1.3 ไม่มีการติดตามและประสานงานกับทีมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง 2.1 ทีมที่เกี่ยวข้องติดภาระกิจจึงยังไม่ได้ปรึกษาหาแนวทางที่ชัดเจน 2.2 ทีมที่เกี่ยวข้องติดภาระกิจจึงยังไม่ได้ปรึกษาหาแนวทางที่ชัดเจน	1.2 หน่วยงานโครงสร้างพื้นฐานช่วยเหลือดำเนินการ 1.3 งบประมาณสนับสนุนนอกแผน 1.4 มีการติดตามงานกับทีมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องอย่างจริงจัง 2.2 ประกาศนโยบายกำกับการรับ vaccination ของบุคลากรให้ครบถ้วน และมีการติดตามอย่างจริงจังกับหน่วยงานต่างๆ



การเยี่ยมสำรวจเมื่อมีการปรับเปลี่ยนผู้บริหาร
และการเยี่ยมสำรวจเพื่อเฝ้าระวัง
โรงพยาบาลพระปกเกล้า

ภาพรวม CLT

15 สิงหาคม 2562



โรงพยาบาลพระปกเกล้าเป็นโรงพยาบาลต้นแบบระดับเขตศูนย์ข้อมูลเพื่อประชาชนศึกษา นำไปสู่วางแผนการพัฒนาระบบได้ชัดเจน มีสื่อ อิงคิน

8 CLT

สูติกรรม (CLT.OBS)
ศัลยกรรม (CLT.SUR)
อายุรกรรม (CLT.MED)
กุมารเวชกรรม (CLT.PED)
ศัลยกรรมกระดูก (CLT.ORT)
จักษุวิทยา (CLT.EYE)
โสต ศอ นาสิก (CLT.ENT)
จิตเวช (CLT.PSY)

ทีมที่เข้าร่วมทีมวันนี้

1. ER
2. ห้องผ่าตัด
3. ก.วิสัญญี
4. ก.โภชนศาสตร์
5. ก.รังสี
6. ก.เทคนิคการแพทย์
7. ธนาคารเลือด
8. ก.เวชกรรมฟื้นฟู
9. ก.กลุ่มงานการพยาบาล
ชุมชน
10. ระบบยา
11. ระบบ IC



โรงพยาบาลพระปกเกล้าเป็นโรงพยาบาลต้นแบบการดูแลสุขภาพเชิงป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ มีเป้าหมายการพัฒนาประเทศได้โดย มีดังนี้

จุดเน้น CLT ปี 62 เน้นกลุ่มโรคสำคัญ และจัดการความเสี่ยงสูง

1. กลุ่มโรคสำคัญทุกกลุ่มโรคต้องมีตัวชี้วัด และติดตามตัวชี้วัดสม่ำเสมอ
2. กลุ่มโรคเสี่ยงสูงของทุก CLT ต้องดำเนินการให้เกิด
 - ❖ มี CPG ครบทุกโรค
 - ❖ ต้องมีการติดตามตัวชี้วัดทุกปีเพื่อการตามรอยครบทุกโรค
 - ❖ ต้องมี Early warning sign ครบทุกโรค
3. ระบบ fast track ของทุกกลุ่มงานขอให้ประเมินในมิติ
 - ❖ ของความรวดเร็ว การเข้าถึงที่ได้ตามระยะเวลาที่กำหนด
 - ❖ ประเมินมิติคุณภาพด้านอื่นด้วย
4. ทุก CLT ทบทวนจัดการความเสี่ยงสูง ต้องมีใบยินยอมเฉพาะ (ให้ปรับรวมและออกพร้อม CPG)

นำเข้าสู่ประชุมกรรมการคุณภาพ 27 ก.พ.62
นำเข้าคณะกรรมการบริหาร 5 มี.ค.62

เป้าหมาย 100% ปีงบประมาณ 62

โรงพยาบาลพระปกเกล้าเป็นโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก และมีผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event) ได้ จึงได้มีการจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยงในหน่วยงาน

จุดเน้นเรื่องการจัดการความเสี่ยงในหน่วยงาน

ทีมความเสี่ยงกำหนดการทบทวนที่ทุก CLT ต้องทบทวน
อุบัติการณ์ใน 4 ประเด็น คือ

- ❖ Unplan ICU
- ❖ Unplan CPR
- ❖ เสียชีวิตไม่คาดหมาย
- ❖ ผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง

โดยการใช้แบบการวิเคราะห์ 4 แบบ คือ. 1)แบบฟอร์ม 1
กิจกรรมทบทวนตามลำดับเหตุการณ์ (Time line) 2)
แบบฟอร์ม 2 RCA เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse event
AE) 3) แบบฟอร์ม 3 แบบวิเคราะห์ข้อผิดพลาดการทบทวนเวช
ระเบียนตาม Trigger Tool 4) แบบฟอร์ม 4 สรุปการทบทวนเวช
ระเบียน Trigger tool

นำเข้าสู่ประชุมกรรมการคุณภาพ
27 ก.พ.62

เป้าหมาย 100% ปีงบประมาณ 62

โรงพยาบาลพระปกเกล้าเป็นโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก และมีผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event) ได้ จึงได้มีการจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยงในหน่วยงาน

ผลการพัฒนา ปี 2562

กำหนดกลุ่มโรคสำคัญ	OBS	SUR	MED	PED	ORT	EYE	ENT	PSY
กลุ่มโรคที่มีความถี่สูง	5	5	5	5	5	1	4	2
กลุ่มโรคที่มีความเสี่ยงสูง	4	4	5	5	4	1	3	3
กลุ่มโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง	3	3	4	3	4	1	1	2
กลุ่มโรคที่นอนนาน	3	3	3	5	1	1	2	1
กลุ่มโรคเรื้อรัง	3	3	4	3	2	1	3	1
กลุ่มโรคที่มีความเสี่ยงสูง	4	4	5	5	4	1	3	3
จำนวนกลุ่มโรคเสี่ยงสูงที่มี CPG	4	2	-	4	4	1	3	3
จำนวนกลุ่มโรคเสี่ยงสูงที่มี early warning sign	4	2	5	5	4	1	3	3

กลุ่มโรคเสี่ยงสูงต้องมี CPG ครบ และกำหนด EWS ครบ

Fast track ของ รพ. (ข้อมูลจาก ER และ กลุ่มงาน)			
	OBS	SUR	MED
มีอยู่แล้ว	1. Fast track ectopic pregnancy & shock 2. Fast track Prolapse cord	1. Fast track Trauma 2. Fast track Upper Gastrointestinal bleeding & shock	1. Fast track STEMI 2. Fast track stroke 3. Fast track Severe sepsis/ septic shock 4. Fast track CIMN เป็น opd case 5. Fast track NSTEMI
รอทำเพิ่ม	1. Fast track placenta previa with shock	-	-
PED			
กลุ่มอาการ (แจ้งไปยัง รพช. ก.พ.61) 1. Asthma Score ≥ 7 2. Status epileptics หรือประวัติว่าเป็น Status epileptics 3. GCS < 8 4. Shock : BP drop หรือ Pulse pressure < 20 mmHg 5. มี Inotrope 6. DKA ทุกราย 7. ใส่ Tube ทุกราย 8. อื่นๆ ขึ้นกับดุลพินิจของ staff เวน			



โรงพยาบาลพระปกเกล้าเป็นโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยหนักและผู้ป่วยวิกฤตจำนวนมาก จึงได้มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยหนักและผู้ป่วยวิกฤต

จุดเน้นเรื่องการจัดการความเสี่ยงในหน่วยงาน

ทีมความเสี่ยงกำหนดการทบทวนที่ทุก CLT ต้องทบทวน
อุบัติการณ์ใน 4 ประเด็น คือ

- ❖ Unplan ICU
- ❖ Unplan CPR
- ❖ เสียชีวิตไม่คาดหมาย
- ❖ ผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง

จำนวนการรายงาน
เพิ่มขึ้น จากปี 2561
แต่ยังไม่ได้ทบทวน
ระบบการทบทวน

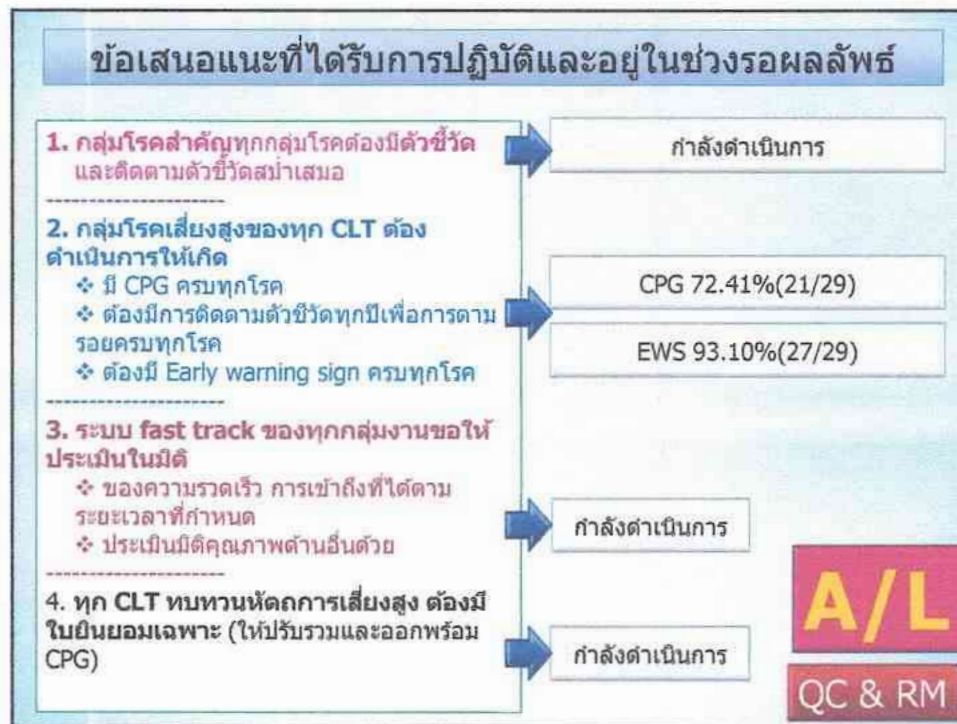
โดยการใช้แบบการวิเคราะห์ 4 แบบ คือ. 1)แบบฟอร์ม 1 กิจกรรม
ทบทวนตามลำดับเหตุการณ์ (Time line) 2)แบบฟอร์ม 2 RCA
เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse event AE) 3) แบบฟอร์ม 3 แบบ
วิเคราะห์ข้อผิดพลาดทบทวนเวชระเบียนตาม Trigger Tool 4)
แบบฟอร์ม 4 สรุปการทบทวนเวชระเบียน Trigger tool

	เป้าหมาย (ครั้ง)	ปี 61	ปี 62 2 ไตรมาส
จำนวนผู้ป่วยที่ต้อง admit ICU โดยไม่ได้วางแผน	<10	11	14
จำนวนผู้ป่วยที่ทำ CPR โดยไม่ได้วางแผน	<30	15	13
จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตโดยไม่คาดหมาย	<30	30	15

โรงพยาบาลพระปกเกล้าเป็นโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยหนักและผู้ป่วยวิกฤตจำนวนมาก จึงได้มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยหนักและผู้ป่วยวิกฤต

สิ่งที่ยังไม่ได้ดำเนินการ

- การดูภาพรวมของ Score กลุ่มโรคสำคัญยังไม่ได้ดำเนินการ ในแต่ละ CLT
 - ติดตามกลุ่มโรคสำคัญทุกกลุ่มโรคต้องมีตัวชี้วัด และติดตามตัวชี้วัดสม่ำเสมอ
- ปรับ CPG ให้ครอบคลุมตั้งแต่การวินิจฉัย การรักษา การส่งต่อ ในบางกลุ่มโรค
- CLT ทบทวนเหตุการณ์เสี่ยงสูง ต้องมีใบยินยอมเฉพาะ (ให้ปรับรวมและออกพร้อม CPG)
- ระบบ fast track ของทุกกลุ่มงานขอให้ประเมินในมิติ
 - ❖ ของความรวดเร็ว การเข้าถึงที่ได้ตามระยะเวลาที่กำหนด
 - ❖ ประเมินมิติคุณภาพด้านอื่นด้วย
- ขยายผลการประเมินตัวชี้วัดโดยใช้มิติคุณภาพในกลุ่มโรคสำคัญ



Fast track ของ รพ. (ข้อมูลจาก ER และ กลุ่มงาน)

	OBS	SUR	MED
มีอยู่แล้ว	1. Fast track ectopic pregnancy & shock 2. Fast track Prolapse cord	1. Fast track Trauma 2. Fast track Upper Gastrointestinal bleeding & shock	1. Fast track STEMI 2. Fast track stroke 3. Fast track Severe sepsis/ septic shock 4. Fast track CIMN เป็น opd case 5. Fast track NSTEMI
รอทำเพิ่ม	1. Fast track placenta previa with shock	-	-

PED
กลุ่มอาการ (แจ้งไปยัง รพช. ก.พ.61) 1. Asthma Score ≥ 7 2. Status epileptics หรือประวัติว่าเป็น Status epileptics 3. GCS < 8 4. Shock : BP drop หรือ Pulse pressure < 20 mmHg 5. มี inotrope 6. DKA ทุกราย 7. ใส่ Tube ทุกราย 8. อื่นๆ ขึ้นกับดุลพินิจของ staff เวน

การพัฒนาเพื่อยกระดับ maturity และเตรียมพร้อมสำหรับการเยี่ยมสำรวจเพื่อต่ออายุการรับรอง

1) การค้นหา และรายงานอุบัติการณ์ให้มากขึ้น และให้ครอบคลุมทุกหน่วยงาน

- เพิ่มการรวบรวมข้อมูลจากการเก็บสถิติ

- : สถิติระบบยา
- : สถิติระบบ IC
- : สถิติระบบ LAB
- : สถิติรับเรื่องร้องเรียน
- : สถิติสัมผัสสารคัดหลั่ง เชื้อตา
- : สถิติระบบ PACS
- : สถิติ Infusion ไม่พอใช้

- รายงานความครอบคลุมการรายงานความเสี่ยงในคณะกรรมการบริหาร รพ. และนำระบบ HRMS มาใช้ในการรายงาน ส่งผลในปี 63 ความครอบคลุมการรายงานเป็น 68.89% (31/45)



- การ Round ของ ก.อาชีวเวชกรรม และ ทีม ENV
- เหตุการณ์จากการ Round ของ รพก.
- ความเสี่ยงในการ Refer ผู้ป่วยที่รายงานที่ ER ไป สสจ.
- กำหนดความครอบคลุมการรายงานผูกกับการจ่าย P4P

ศูนย์ข้อมูลภาพ

ขอแจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องว่าความครอบคลุมระบบ HRMS ตั้งแต่ 1 มีนาคม 2563 ถึง 31 ตุลาคม 2563 มีทั้งหมด 14 หน่วยงาน ดังนี้

- 1.กลุ่มรังสี
- 2.กลุ่มโภชนศาสตร์
- 3.ศูนย์ฉีดป้องกันหัตถการ
- 4.กลุ่มเวชสังคมสงเคราะห์
- 5.กลุ่มงานการฟื้นฟู
- 6.กลุ่มงานอายุร
- 7.กลุ่มงานบริหารการดูแล
- 8.กลุ่มงานเภสัชศาสตร์และเภสัชกรรมโรงพยาบาล
- 9.กลุ่มงานนิติเวช
- 10.ศูนย์แพทย์ศาสตร์การชันสูตร
- 11.กลุ่มงานโสตศอนาสิกและโรคระบบการหายใจ
- 12.สำนักการวิจัยและพัฒนา
- 13.กลุ่มงานประกันสุขภาพ
- 14.งานประชาสัมพันธ์



QC & RM

การพัฒนาเพื่อยกระดับ maturity และเตรียมพร้อมสำหรับการเยี่ยมสำรวจเพื่อต่ออายุการรับรอง

2) การเรียนรู้จากอุบัติการณ์ โดยการวิเคราะห์แนวโน้มของการรับรู้อุบัติการณ์และเหตุการณ์เกือบพลาด ตามโปรแกรมบริหารความเสี่ยงแต่ละโปรแกรม

ข้อเสนอแนะที่ได้รับการปฏิบัติและอยู่ในช่วงรอผลลัพธ์

มีการรายงานอุบัติการณ์ได้มากขึ้น แต่ยังไม่ได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์ความเสี่ยง เพื่อให้เห็นแนวโน้มของปัญหา รวมทั้งยังไม่ได้ดำเนินการทำ RCA ในอุบัติการณ์ที่สำคัญ

- การกำหนดมาตรฐานสำคัญจำเป็นในรายการความเสี่ยงที่ต้องทำ RCA และติดตามทุกวัน แจ้งในกรรมการคุณภาพ
- ให้หน่วยงานเก็บแยกเพิ่มการทบทวนเหตุการณ์ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น
- นำเสนอแนวโน้มการเกิดเหตุการณ์สำคัญในกรรมการบริหารในปี 61-62 และในปี 63 ปรับเพิ่มมาตรฐานสำคัญจำเป็น

- นำเสนอแนวโน้มการเกิดมาตรฐานสำคัญจำเป็นของปี 63 และ ปี 64
- กำหนดให้เสนอ RCA ที่สำคัญในการประชุมกรรมการคุณภาพและความเสี่ยง เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้
- หาทีมในการเข้าช่วยหน่วยงานในการทำ RCA
- ระบุ Risk owner เพื่อติดตาม



QC & RM

การพัฒนาเพื่อยกระดับ maturity และเตรียมพร้อมสำหรับการเยี่ยมสำรวจเพื่อต่ออายุการรับรอง

3) การนำอุบัติการณ์ระดับรุนแรง (เช่น ตามที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ unplanned CPR, unplanned ICU, unexpected death และผู้ป่วยทรุดลง เป็นต้น) มาทำ RCA ที่เน้นการปรับปรุงระบบ ด้วยการออกแบบระบบใหม่ โดยใช้แนวคิด human factor engineering และ user center design รวมทั้งติดตามการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ

- การกำหนดให้ 4 กลุ่มต้องถูกทบทวนในทุก CLT ด้วย 4 แบบฟอร์ม เป้าหมาย 100%
- ปรับปรุงการทบทวนใน 4 กลุ่มให้อยู่ในการทบทวน 12 กิจกรรม

- ติดตามผลในปี 63 ประเมินผลการทบทวนตาม 4 กลุ่มในระบบ HRMS
- ติดตามผลในปี 64 ประเมินผลการทบทวน 12 กิจกรรม (กิจกรรมที่ 8)

	เป้าหมาย (ครั้ง)	ปี 61	ปี 62	ปี 63
จำนวนผู้ป่วยที่ต้อง admit ICU โดยไม่ได้วางแผน	<10	11	22	34 (13+21)
จำนวนผู้ป่วยที่ทำ CPR โดยไม่ได้วางแผน	<30	15	20	29 (13+16)
จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตโดยไม่คาดหมาย	<30	30	24	30 (21+9)

A/L
QC & RM

การพัฒนาเพื่อยกระดับ maturity และเตรียมพร้อมสำหรับการเยี่ยมสำรวจเพื่อต่ออายุการรับรอง

4) ขยายการทำ risk register ให้มีจำนวนมากขึ้น และการประเมินประสิทธิภาพของระบบบริหารความเสี่ยง

- จัดทำรายการ Risk register ของ รพ. 54 ตัว

- ค้นหา Risk owner
- นิยาม/ความหมายความเสี่ยงที่เกิดขึ้น
- ความถี่ในการทบทวน
- ติดตาม
- สรุปผล

Patient	
ด้าน	Register
S : Safe Surgery	9
I: Infection Prevention and Control	4
M: Medication & Blood Safety	9
P: Patient Care Process	4
L: Line, Tube & Catheter and Laboratory	3
E: Emergency Response	13
O: Other	-
	42

Personal	
ด้าน	Register
S: Social Media and Communication	1
I: Infection and Exposure	3
M: Mental Health and Mediation	1
P: Process of work	-
L: Lane (Traffic) and Legal Issues	2
E: Environment and Working Cond	3
	10

การดำเนินงาน	
ด้าน	Register
S: Strategy, Structure, Security	1
I: Information Technology & Communication, Internal control & Inventory	1
M: Manpower, Management	-
P: Policy, Process of work &	-
L: Licensed & Professional	-
E: Economy	-
	2

D
QC & RM

HA Scoring ปี 63

มาตรฐาน	Score	DALI Gap
31. ระบบบริหารงานคุณภาพ การประสานงานและบูรณาการ การทำงานเป็นทีม	3	A/L
32. การประเมินตนเองและจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ	3	A/L
33. การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย	3	A/L
34. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย	3	A/L
35. ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย	3	A/L
36. กระบวนการบริหารความเสี่ยง	2.5	A/L
37. การเรียนรู้จากอุบัติการณ์	3	A/L
เฉลี่ย	2.93	

HA Scoring	ปี 59	ปี 60	ปี 61	ปี 62
2.1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย คุณภาพ	3.8	3.9	2.6	2.6

QC & RM

ข้อเสนอแนะจาก สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) 2 ช่วง

1) ประเด็นข้อเสนอแนะ (รับเยี่ยม 13-14 ก.พ.61 และ ติดตามเฉพาะเรื่อง 28 มี.ย.61) 2) ประเด็นข้อเสนอแนะ (เฝ้าระวัง 15 ส.ค.62)

มาตรฐาน	ประเด็นข้อเสนอแนะ (รับเยี่ยม 13-14 ก.พ.61 และ ติดตามเฉพาะเรื่อง 28 มี.ย.61)	ประเด็นข้อเสนอแนะ (เฝ้าระวัง 15 ส.ค.62)
ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล		
II-2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ		
35 ระบบบริหารการพยาบาล	1. ควรส่งเสริมการค้นหาโอกาสพัฒนา สมรรถนะของบุคลากรพยาบาลทุกระดับ (หัวหน้ากลุ่มงานแต่ละสาขา ผู้ตรวจการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลปฏิบัติการ) ให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์องค์กร ปัญหาที่ได้จากการทบทวนในกระบวนการดูแลผู้ป่วย การติดตามประเมินผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วย กลุ่มโรคสำคัญ เพื่อนำสู่การเรียนรู้ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดความปลอดภัยสูงสุด 2. ควรส่งเสริมการพัฒนาระบบนิเทศทางคลินิกที่มีการเรียนรู้จากการใช้เวชระเบียนผู้ป่วยการกำหนดประเด็นนิเทศหน่วยงานทางคลินิกที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาบริบทของแต่ละหน่วยงาน การตามรอยกระบวนการดูแลผู้ป่วย กลุ่มโรคสำคัญ เพื่อประเมินผลลัพธ์จากการนิเทศให้มั่นใจว่าผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยยกระดับมาตรฐานการพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่ซับซ้อนให้ปลอดภัยมากขึ้น 3. จากการเยี่ยมสำรวจหน่วยงานต่าง ๆ พบว่าการประเมิน ค้นหา ระบุปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยทั้งในกลุ่มเสี่ยงสูง กลุ่มโรคเรื้อรังที่มีปัญหาในการดูแลตนเอง รวมทั้งการประเมินซ้ำยังเป็นโอกาสพัฒนา ควรส่งเสริมการเรียนรู้ให้พยาบาลหน่วยงานสามารถประเมิน ค้นหา ระบุปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว	1. จัดทำ Specific competency รายโรคสำคัญ/ เสี่ยงสูง/ เรื้อรังที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์/Service plan เพื่อกำหนดสมรรถนะของหัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้าตึก และพยาบาลปฏิบัติการ 2. กำหนดให้หัวหน้าหอผู้ป่วย/หน่วยงานทบทวนเวชระเบียนที่ผู้ป่วยทรุดลง, unco-able ICU, re-admit โดยไม่ได้ตั้งใจ เพื่อค้นหา Adverse Event ในกระบวนการดูแลของพยาบาล เพื่อนำไปพัฒนาส่วนขาด โดยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหัวหน้าพยาบาลกับหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล/หัวหน้าหอผู้ป่วย และให้แต่ละหอผู้ป่วยกำหนดการทบทวนรายโรค โดยสุ่มทบทวนเวชระเบียนกับผู้ป่วยที่เป็นรายสัปดาห์ หรือหน่วยงานแล้วแต่บริบทของหอผู้ป่วย 3. นำผลลัพธ์ที่ได้จากการทบทวนเวชระเบียนมากำหนดประเด็นนิเทศรายโรค/รายบุคคลของแต่ละหน่วยงาน 4. ติดตามการรายงานผลการนิเทศไปที่ประชุมคณะกรรมการบริหาร กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลทุกเดือน - กำหนดให้ทุกหอผู้ป่วย/หน่วยงาน ทบทวนกลุ่มโรคเรื้อรัง กลุ่มเสี่ยงสูง และจัดทำแนวทางการดูแล ตั้งแต่แรกรับถึงจำหน่าย จนถึงชุมชนร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ - นำแนวทางสู่การปฏิบัติ นิเทศหน่วยงาน ติดตามการปฏิบัติตามแนวทางเรียนรู้การค้นหาค้นหาปัญหา การประเมิน/ประเมินซ้ำนำไปสู่การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย
36 ปฏิบัติการทางการพยาบาล		

มาตรฐาน	ประเด็นข้อเสนอแนะ (รับเยี่ยม 13-14 ก.พ.61 และ ติดตามเฉพาะเรื่อง 28 มิ.ย.61)	ประเด็นข้อเสนอแนะ (เฝ้าระวัง 15 ส.ค.62)
	ได้อย่างชัดเจน ตรงประเด็นเพื่อนำไปสู่การประสาน แผนการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพได้อย่าง เหมาะสม	
37 องค์การแพทย์	องค์กรแพทย์ควรวางระบบในการกำกับดูแลแพทย์ เพิ่มพูนทักษะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งนอกเวลาราชการและ นำข้อมูลที่ได้นำมาสู่การพัฒนาศักยภาพของแพทย์ เพิ่มพูนทักษะ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้การดูแลที่ได้ มาตรฐานและปลอดภัย	

จากการประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ในวันที่ 3 พ.ย. 2563 ได้มีประเด็นให้ศูนย์คุณภาพ ดำเนินการติดตามข้อเสนอแนะจากสรพ.ดังนี้

1. ให้นำเสนองาน นำเสนอกิจกรรมที่ตอบสนองข้อเสนอแนะจากสรพ. ในคณะกรรมการคุณภาพและความเสี่ยง ในวันจันทร์ที่ 9 พ.ย. 2563 ณ ห้องสัลาวตี เวลา 13.30-16.00 น.

2. การนำเสนอ ดังตารางต่อไปนี้

ดำเนินการแล้ว	ผลลัพธ์
1.จัดทำ Specific competency รายโรคสำคัญ/ เสี่ยงสูง/ เรื่องที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์/Service plan เพื่อกำหนดสมรรถนะของหัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้าตึก และพยาบาลปฏิบัติการ	-มีการกำหนด Specific competency รายโรคสำคัญ/ เสี่ยงสูง/ เรื่อง/ Service plan ประกอบด้วย แนวทางปฏิบัติตามเข้มมุ่ง (Sepsis Stroke STEMI Palliative care) และแนวทางปฏิบัติตาม Service plan จำนวน 52 เรื่อง จาก 70 เรื่องคิดเป็นร้อยละ 72.28
2.วางระบบการนิเทศงานโดยพยาบาลเวรตรวจการ(หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้าหอผู้ป่วย ผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วย โดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่จัดทำขึ้นใช้ในแต่หอผู้ป่วย ซึ่งมีการประกาศใช้และชี้แจงให้พยาบาลวิชาชีพขึ้นปฏิบัติงานในเป็นแนวทางการปฏิบัติงานและการบันทึกทางการพยาบาลให้ครอบคลุมตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย	1.จำนวนอุบัติการณ์ทรุดลงโดยไม่คาดหมาย จำนวน 52 ครั้ง 2.จำนวนอุบัติการณ์ย้ายเข้า ICU โดยไม่คาดหมาย จำนวน 49 ครั้ง 3.จำนวนอุบัติการณ์ผู้ป่วย Cardiac arrest โดยไม่คาดหมาย 42 ครั้ง 4.จำนวนอุบัติการณ์ผู้ป่วย Sudden death โดยไม่คาดหมาย 38 ครั้ง
3.ประเมินผลการนิเทศโดยหัวหน้าพยาบาล /ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาล/หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โดยการ conference ร่วมกันระหว่างการบริหาร-ส่งเวรตรวจการรายวันของเวรตรวจการ และติดตามผลการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติการพยาบาลของแต่ละหอผู้ป่วยตามข้อเสนอแนะของหัวหน้าพยาบาล	จากอุบัติการณ์ 1-4 วิเคราะห์และทบทวนแล้วพบว่า มีการรายงานและวิเคราะห์ว่าจากการประเมินล่าช้าและการรายงานล่าช้า ยังไม่ครบทุกสาขา
4. กำหนดให้หัวหน้าหอผู้ป่วย/หน่วยงานทบทวนเวชระเบียนที่ผู้ป่วยทรุดลง, unplan ICU, re-admit โดยไม่ได้ตีความ เพื่อค้นหา Adverse Event ในกระบวนการดูแลของพยาบาล เพื่อนำไปพัฒนาส่วนขาด โดยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหัวหน้าพยาบาลกับหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล/หัวหน้าหอผู้ป่วย และให้แต่ละหอผู้ป่วยกำหนดการทบทวนรายโรค โดยสุ่มทบทวนเวชระเบียนกับผู้ป่วยที่เป็นรายสัปดาห์ หรือหนึ่งงานแล้วแต่บริบทของหอผู้ป่วย	5.จากการตรวจเวชระเบียน พบว่า ร้อยละของหอผู้ป่วย/หน่วยงานมีพยาบาลวิชาชีพ ที่สามารถ Early detect การเกิด Specific Clinical Risk ทางการพยาบาลตามรายโรคที่กำหนด (3S/1P/โรคตาม Service plan/โรคที่หน่วยงานกำหนด) ได้ถูกต้อง และทันเวลา =86.03
5.นำผลลัพธ์ที่ได้จากการทบทวนเวชระเบียนมากำหนดประเด็นนิเทศรายโรค/ รายบุคคลของแต่ละหน่วยงาน	6. การรายงานผลตัวชี้วัดให้คณะกรรมการบริหารทราบตามไตรมาส 3 ครั้ง (ไตรมาส 2,3,4)
6.ติดตามการรายงานผลการนิเทศในที่ประชุมคณะกรรมการบริหาร กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลทุกเดือน	

ดำเนินการแล้ว	ผลลัพธ์
- กำหนดให้ทุกหอผู้ป่วย/หน่วยงาน ทบทวนกลุ่มโรคเรื้อรัง กลุ่มเสี่ยงสูง และจัดทำแนวทางการดูแล ตั้งแต่แรกเริ่มถึงจำหน่าย จนถึงชุมชนร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ - นำแนวทางสู่การปฏิบัติ นิเทศหน่วยงาน ติดตามการปฏิบัติตามแนวทางเรียนรู้ ค้นหาปัญหา การประเมิน/ประเมินซ้ำนำไปสู่การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย	

กำลังดำเนินการ(รอผล)	ปัญหาอุปสรรค	สิ่งที่ต้องการให้สนับสนุน
1. การกำหนด Specific competency รายโรคสำคัญ/ เสี่ยงสูง/ เรื้อรัง/ Service plan ประกอบด้วย แนวทางปฏิบัติตามเพิ่มมุ่ง (Sepsis Stroke STEMI Palliative care) และ แนวทางปฏิบัติตาม Service plan จำนวน 52 เรื่อง จาก 70 เรื่องคิดเป็นร้อยละ 72.28 โดยกำหนดเนื้อหาทฤษฎี และแนวทางปฏิบัติ โดยกำหนดเป็นนโยบายของกลุ่มการพยาบาล ในการพัฒนาความรู้ S (Sepsis ,STEMI และ Stroke) 1 P (Palliative) 3 S รายโรคครอบคลุมทุกสาขา โดยวางระบบการสอบข้อสอบผ่านโทรศัพท์มือถือและประมวลผลผู้เข้าสอบครบ 100 %	การใช้ IT และระบบสนับสนุนได้แก่ Wifi โรงพยาบาลยังไม่เอื้อให้มีการเรียนรู้ในทุกที่	ระบบ Hard ware และ Soft ware
2.จากผลการรายงานตัวชี้วัดที่ผ่านมา เมื่อตรวจสอบเพื่อตามรอยกระบวนการดูแลผู้ป่วยตามผลการติดตามตัวชี้วัด Unplan CPR , Unplan ICU , และ Unplan death ด้วยการบันทึกเป็นความเสี่ยงใน Risk register และนำเวชระเบียนผู้ป่วยมาตรวจสอบและวิเคราะห์เพื่อนำเข้าทีมนำการให้บริการเพื่อพิจารณาการแก้ไขเพื่อยกระดับการดูแลผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยซับซ้อนให้มีความปลอดภัย ตัวอย่าง Unplan ICU จากการประเมินล่าช้า หรือ การรายงานล่าช้า	ขาดการติดตามการแก้ไขปัญหาที่สิ้นสุด แล้วว่าเกิดจากสมรรถนะของพยาบาล หรือไม่และรวบรวมเป็นบทเรียนเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ	-
3. การติดตามการรายงานผลการนิเทศในที่ประชุมคณะกรรมการบริหาร กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ทุกเดือนยังไม่ชัดเจนในเรื่องการทบทวนตัวชี้วัดแต่ละสาขาและการวิเคราะห์ผลที่ได้จากการตรวจเวชระเบียน - กำหนดให้ทุกหอผู้ป่วย/หน่วยงาน ทบทวนกลุ่มโรคเรื้อรัง กลุ่มเสี่ยงสูง และจัดทำแนวทางการดูแล ตั้งแต่แรกเริ่มถึงจำหน่าย จนถึงชุมชนร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ - นำแนวทางสู่การปฏิบัติ นิเทศหน่วยงาน ติดตามการปฏิบัติตามแนวทางเรียนรู้การค้นหาปัญหา การประเมิน/ประเมินซ้ำนำไปสู่การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย - ดำเนินการนิเทศด้วยพยาบาลตรวจการ(นิเทศในสาขาตนเองแต่ไขว้หอผู้ป่วย) ที่ได้รับการมอบหมายงานให้ประเมินแนวทางปฏิบัติของหอผู้ป่วยมีความสอดคล้อง ร้อยละ		

ข้อเสนอแนะจาก สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) 2 ช่วง

1) ประเด็นข้อเสนอแนะ (รับเยี่ยม 13-14 ก.พ.61 และ ติดตามเฉพาะเรื่อง 28 มิ.ย.61) 2) ประเด็นข้อเสนอแนะ (เฝ้าระวัง 15 ส.ค.62)

มาตรฐาน	ประเด็นข้อเสนอแนะ (รับเยี่ยม 13-14 ก.พ.61 และ ติดตามเฉพาะเรื่อง 28 มิ.ย.61)	ประเด็นข้อเสนอแนะ (เฝ้าระวัง 15 ส.ค.62)
ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล		
II-2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ		
37 องค์กรแพทย์	องค์กรแพทย์ควรวางระบบในการกำกับดูแลแพทย์ เพิ่มพูนทักษะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งนอกเวลาราชการและ นำข้อมูลที่ได้นำมาสู่การพัฒนาศักยภาพของแพทย์ เพิ่มพูนทักษะ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้การดูแลที่ได้ มาตรฐานและปลอดภัย	

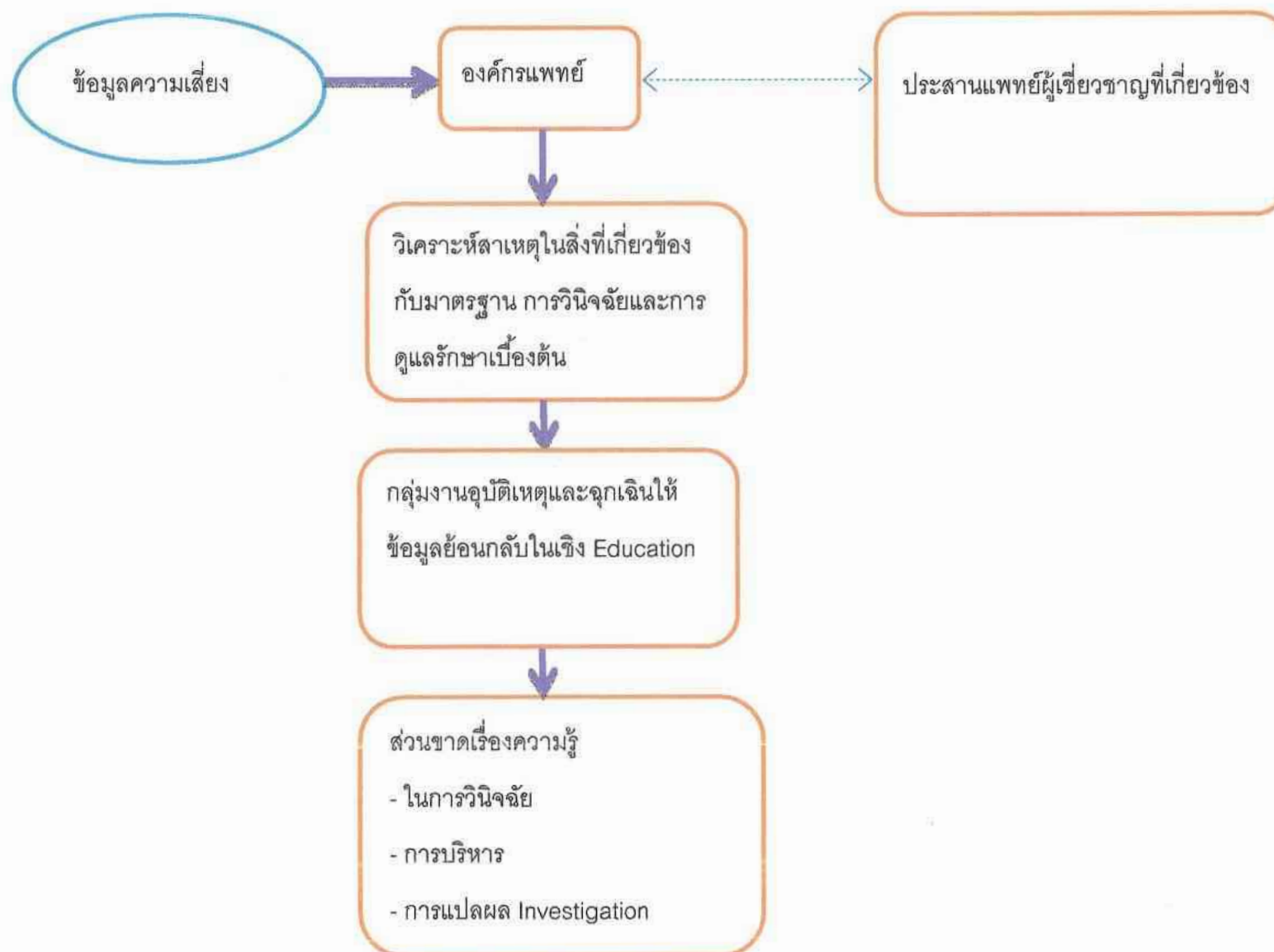
จากการประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ในวันที่ 3 พ.ย. 2563 ได้มีประเด็นให้ศูนย์คุณภาพ ดำเนินการติดตามข้อเสนอแนะจากสรพ.ดังนี้

1.ให้หน่วยงาน นำเสนอกิจกรรมที่ตอบสนองข้อเสนอแนะจากสรพ. ในคณะกรรมการคุณภาพและความเสี่ยง ในวันจันทร์ที่ 9 พ.ย. 2563 ณ ห้องสีลาวดี เวลา 13.30-16.00 น.

2.การนำเสนอ ดังตารางต่อไปนี้

กำลังดำเนินการ(รอผล)	ปัญหาอุปสรรค	สิ่งที่ต้องการให้สนับสนุน
การปรับปรุงข้อตกลงการรับผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม คัลยกรรม(ฉบับปรับปรุงใหม่) การรับปรึกษาของแผนกคัลยกรรม		

ยังไม่ได้ดำเนินการ	ปัญหาอุปสรรค	สิ่งที่ต้องการให้สนับสนุน
การให้ข้อมูลย้อนกลับรายบุคคลแก่แพทย์เพิ่มพูนทักษะที่ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินนอกเวลาราชการ	การรายงานเรื่องของความเสี่ยงในการวินิจฉัยและการรักษา	ทีมงานของแพทย์เฉพาะทางแต่ละสาขาโดยเฉพาะอย่างยิ่งสาขาหลัก



โรงพยาบาลพระปกเกล้าเป็นโรงพยาบาลที่ทันสมัยระดับตติยภูมิขั้นสูง
ที่ประชาชนศรัทธานำไปสู่การพัฒนาประเทศให้มั่นคงมั่งคั่งและยั่งยืน



ตอบ ประเด็นข้อเสนอแนะจาก สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน)

ทีมนำสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย

CFLT.ENV

9 พฤศจิกายน 2563



โรงพยาบาลพระปกเกล้าเป็นโรงพยาบาลที่ทันสมัยระดับตติยภูมิขั้นสูง
ที่ประชาชนศรัทธานำไปสู่การพัฒนาประเทศให้มั่นคงมั่งคั่งและยั่งยืน



สิ่งที่ดำเนินการแล้ว	ผลลัพธ์
1. การค้นหาความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม การนำอุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องและผลการตรวจสอบ ของงานวิศวกรรมความปลอดภัย จากกรมสนับสนุน บริการสุขภาพเขต 6 มาทบทวนเพื่อวางแผนในการ ปรับปรุง (จำนวน 21 รายการ)	ดำเนินการแล้วเสร็จ 19 รายการ จาก 21 รายการ



โรงพยาบาลพระปกเกล้าเป็นโรงพยาบาลที่ทันสมัยระดับตติยภูมิขั้นสูง
ที่ประชาชนศรัทธานำไปสู่การพัฒนาประเทศให้มั่นคงมั่งคั่งและยั่งยืน



ลำดับ	กิจกรรม	สถานที่	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน
	ระบบระบายอากาศ			
1	ติดตั้งระบบเดิมอากาศที่ห้องเจาะเลือดชั้น 2 อาคารเทพรินทร์	ห้องเจาะเลือดชั้น 2 พชป.	กลุ่มงานโครงสร้างพื้นฐาน	ดำเนินการแล้วเสร็จ
2	ห้องวิศวกรรมตรวจสอบระบบระบายอากาศทำงานผิดปกติ	อาคารเทพรินทร์	กลุ่มงานโครงสร้างพื้นฐาน	ดำเนินการแล้วเสร็จ
3	ห้องวิศวกรรมตรวจสอบระบบระบายอากาศทำงานผิดปกติ	อาคารเทพรินทร์	กลุ่มงานโครงสร้างพื้นฐาน	ดำเนินการแล้วเสร็จ
4	ห้องNegative Presser ที่อาคารจิตกรรณชั้น 6 ทำงานผิดปกติ	อาคารจิตกรรณชั้น 6	กลุ่มงานโครงสร้างพื้นฐาน	ดำเนินการแล้วเสร็จ
5	ห้องAHU ไม่พบแผ่นกรองอากาศและประตูห้อง	หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ	กลุ่มงานโครงสร้างพื้นฐาน	ดำเนินการแล้วเสร็จ



โรงพยาบาลพระปกเกล้าเป็นโรงพยาบาลที่ทันสมัยระดับตติยภูมิขั้นสูง
ที่ประชาชนศรัทธานำไปสู่การพัฒนาประเทศให้มั่นคงมั่งคั่งและยั่งยืน



ลำดับ	กิจกรรม	สถานที่	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน
6	ปรับปรุงห้องผ่าตัดเดิม ให้ได้ตามมาตรฐาน จำนวน 15 ห้อง	ห้องผ่าตัด	กลุ่มงานโครงสร้างพื้นฐาน	ยกเลิกเนื่องจากมีแผนของบก่อสร้างใหม่ (ทดแทน)
7	ติดตั้งพัดลมระบายอากาศเพื่อระบายกลิ่นฟอร์มาลีน	ก.พยาธิวิทยากายวิภาค	กลุ่มงานโครงสร้างพื้นฐาน	ยกเลิก (หน่วยงานเปลี่ยนวัตถุประสงค์โดยทำการปรับปรุงใหม่ทั้งห้อง)
	ระบบสุขาภิบาล			
8	ซ่อมแซมจุดพักมูลฝอยอันตราย (มั่งลวด)	จุดพักมูลฝอยอันตราย	กลุ่มงานบริหารทั่วไป	ดำเนินการแล้วเสร็จ



โรงพยาบาลพระปกเกล้าเป็นโรงพยาบาลที่ทันสมัยระดับตติยภูมิขั้นสูง
ที่ประชาชนศรัทธาเข้าไปใช้บริการพัฒนาประเทศให้มั่นคงมั่งคั่งและยั่งยืน



ลำดับ	กิจกรรม	สถานที่	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน
	ระบบก๊าซทางการแพทย์			
9	พบท่อออกซิเจนที่อยู่ตามหอผู้ป่วยวางไว้โดยไม่มีสายรัดเพื่อป้องกันการลื่นและไม่มีฝาครอบ	อาคารอายุรกรรม	กลุ่มงานโครงสร้างพื้นฐาน	ดำเนินการแล้วเสร็จ
10	ตรวจพบก๊าซในครัสออกไซด์ ที่ห้องผ่าตัดประชาชนธิปกศักดิ์เคชั่น ชั้น 1 ห้อง 3,7,8	ห้องผ่าตัด	กลุ่มงานโครงสร้างพื้นฐาน	ดำเนินการแล้วเสร็จ (รอการตรวจสอบการศูนย์วิศวกรรมการแพทย์)
	ระบบไอน้ำ			
11	ควรติดตั้ง Safety value เพื่อระบายไอน้ำที่มีความดันสูงเกินกว่าค่าที่กำหนดไว้	ห้อง Boiler ชักฟอกใหม่	กลุ่มงานโครงสร้างพื้นฐาน	ดำเนินการแล้วเสร็จ



โรงพยาบาลพระปกเกล้าเป็นโรงพยาบาลที่ทันสมัยระดับตติยภูมิขั้นสูง
ที่ประชาชนศรัทธาเข้าไปใช้บริการพัฒนาประเทศให้มั่นคงมั่งคั่งและยั่งยืน



ลำดับ	กิจกรรม	สถานที่	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน
12	สายล่อฟ้าสำหรับปล่องท่อไอเสียควรติดตั้งภายนอกอาคารเพื่อป้องกันการกระแสน้ำดันเกินเข้าสู่อาคาร	ห้อง Boiler ชักฟอกใหม่	กลุ่มงานโครงสร้างพื้นฐาน	ดำเนินการแล้วเสร็จ
	ระบบขนส่ง(ลิฟต์)			
13	จัดทำคู่มือการใช้อุปกรณ์พร้อมทั้งลิฟต์ อาคารวิธีการช่วยเหลือในกรณีลิฟต์ขัดข้อง ควรมีทุกห้องลิฟต์	อาคาร อายุรศาสตร์	กลุ่มงานโครงสร้างพื้นฐาน	ดำเนินการแล้วเสร็จ
14	พบคราบสนิมบริเวณสายสลิงเนื่องจากสายเริ่มเสื่อมสภาพควรทำการตรวจเช็ค	ลิฟต์อาคาร อายุรศาสตร์	กลุ่มงานโครงสร้างพื้นฐาน	ดำเนินการแล้วเสร็จ
15	แบตเตอรี่ชุดอุปกรณ์ป้องกันลิฟต์ (ลิฟต์สำรอง) เสื่อมสภาพ	ลิฟต์ อาคาร อายุรศาสตร์	กลุ่มงานโครงสร้างพื้นฐาน	ดำเนินการแล้วเสร็จ



โรงพยาบาลพระปกเกล้าเป็นโรงพยาบาลที่ทันสมัยระดับตติยภูมิขั้นสูง
ที่ประชาชนศรัทธานำไปสู่การพัฒนาประเทศให้มั่นคงมั่งคั่งและยั่งยืน



ลำดับ	กิจกรรม	สถานที่	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน
16	Fire Pump พร้อมใช้ แต่ระบบอาคารเพอร์คิน ท่อส่งน้ำยังไม่พร้อมใช้งาน		กลุ่มงานโครงสร้าง พื้นฐาน	ดำเนินการ แล้วเสร็จ
17	ทางหนีไฟด้านหลังอาคาร ประชาสัมพันธ์ ชั้น 4 บริเวณทาง ลงบันไดควรทำให้พื้นเรียบเสมอ กันเพื่ออำนวยความสะดวกหนีไฟ และ บริเวณทางลงไม่ควรมีสิ่งกีด ขวาง	อาคารประชาสัมพันธ์	กลุ่มงานบริหารทั่วไป และกลุ่มงานโครงสร้าง พื้นฐาน	อยู่ระหว่างสำรวจ พื้นที่ในการจัดหา เส้นทางติดตั้งบันได

โรงพยาบาลพระปกเกล้าเป็นโรงพยาบาลที่ทันสมัยระดับตติยภูมิขั้นสูง
ที่ประชาชนศรัทธานำไปสู่การพัฒนาประเทศให้มั่นคงมั่งคั่งและยั่งยืน



ลำดับ	กิจกรรม	สถานที่	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน
18	ควรมีการตรวจสอบและทดสอบ ระบบสัญญาณแจ้งเหตุเพลิงไหม้ เป็นประจำปีละ 1 ครั้ง(เดือนละ 1 ครั้ง)		กลุ่มงานโครงสร้าง พื้นฐาน	กลุ่มงาน โครงสร้างพื้นฐาน ได้ทำการ ตรวจสอบแล้ว การทดสอบอยู่ใน ขั้นตอน กลุ่มงาน พัสดุ ดำเนินการ จัดจ้างเอกชนเข้า ดำเนินการ
19	ผู้ควบคุมระบบสัญญาณแจ้งเหตุ เพลิงไหม้ ควรมีคู่มือประจำ เพื่อ สะดวกต่อการใช้งาน		กลุ่มงานโครงสร้าง พื้นฐาน	ดำเนินการ แล้วเสร็จ

โรงพยาบาลพระปกเกล้าเป็นโรงพยาบาลที่ทันสมัยระดับตติยภูมิขั้นสูง
ที่ประชาชนศรัทธานำไปสู่การพัฒนาประเทศให้มั่นคงมั่งคั่งและยั่งยืน



ลำดับ	กิจกรรม	สถานที่	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน
20	อุปกรณ์เทคโนโลยีไม่พร้อมใช้ งาน บริเวณห้องลิฟต์อาคาร อายุรศาสตร์	ห้องลิฟต์อาคาร อายุรศาสตร์	กลุ่มงานโครงสร้าง พื้นฐาน	ดำเนินการ แล้วเสร็จ
21	บริเวณหัวรับน้ำดับเพลิงทุก อาคารควรมีป้ายบ่งชี้อย่าง ชัดเจน และไม่ควรมีสิ่งของวาง กีดขวาง		กลุ่มงานบริหารทั่วไป	ดำเนินการ แล้วเสร็จ

โรงพยาบาลพระปกเกล้าเป็นโรงพยาบาลที่ทันสมัยระดับตติยภูมิขั้นสูง
ที่ประชาชนศรัทธานำไปสู่การพัฒนาประเทศให้มั่นคงมั่งคั่งและยั่งยืน



สิ่งที่ดำเนินการแล้ว	ผลลัพธ์
2.การกำกับติดตามประเมินผลการ ดำเนินการบริหารจัดการเครื่องมือ และการติดตามอุบัติการณ์	มีการกำกับติดตามผลการดำเนินการบริหารจัดการ เครื่องมือและการติดตามอุบัติการณ์จากทีมนำสิ่งแวดล้อม และความปลอดภัย เป็น รายไตรมาส
3.ความถูกต้องในการจัดการขยะ พบว่ายังอยู่ในระดับต่ำ	กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม ได้ดำเนินการจัดอบรมให้ความรู้ เรื่องการจัดการขยะภายในโรงพยาบาลฯ ให้กับพนักงาน เอกชน เนื่องจากโรงพยาบาลฯ ได้ประกวดราคา จ้างบริษัทเอกชนเพื่อทำความสะอาดปีละ 1 ครั้ง ซึ่ง เปลี่ยนบริษัทเอกชนเป็นบริษัทที่ชนะการประมูล ทำให้ ต้องจัดอบรมให้กับพนักงานทุกปี ในปี พ.ศ. 2564 จัดอบรมแล้วเมื่อวันที่ 10-11 ตุลาคม 2563 อยู่ระหว่าง ประเมินผล และมีแผนการจัดอบรมให้กับเจ้าหน้าที่ที่ เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลฯ

โรงพยาบาลพระปกเกล้าเป็นโรงพยาบาลที่ทันสมัยระดับตติยภูมิขั้นสูง ที่ประชาชนศรัทธานำไปสู่การพัฒนาประเทศให้มั่นคงมั่งคั่งและยั่งยืน		
กำลังดำเนินการ(รอผล)	ปัญหาอุปสรรค	สิ่งที่ต้องการให้ สนับสนุน
1.การค้นหาความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม และนำมาจัดทำแผนบริหารความเสี่ยง และสื่อสารสร้างความเข้าใจแก่ ผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ	ไม่มี	ไม่มี
มีการค้นหาความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม โดยการประชุมคณะกรรมการ ENV. และ แบ่งโซนพื้นที่ เพื่อลงตรวจประเมิน เนื่องจาก รพ.มีพื้นที่ 246- 0-43 ไร่ อาคารส่วนใหญ่มีอายุการใช้งานมากกว่า 30 ปี สภาพอาคารทรุดโทรม อยู่ระหว่าง การปรับปรุง ซ่อมแซม		

โรงพยาบาลพระปกเกล้าเป็นโรงพยาบาลที่ทันสมัยระดับตติยภูมิขั้นสูง ที่ประชาชนศรัทธานำไปสู่การพัฒนาประเทศให้มั่นคงมั่งคั่งและยั่งยืน		
กำลังดำเนินการ(รอผล)	ปัญหาอุปสรรค	สิ่งที่ต้องการให้ สนับสนุน
2.จัดทำแผนการป้องกันระงับอัคคีภัยและ แผนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยในอาคารสูง และดำเนินการฝึกซ้อม	ไม่มี	ไม่มี
- ในปี2563 ดำเนินการจัดอบรมและซ้อม แผนแล้วเสร็จในเดือนธันวาคม 2562 - ในปี2564 มีแผนดำเนินการซ้อมแผน เคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ชั้น 6 อาคารศูนย์ ความเป็นเลิศด้านมะเร็ง ขณะนี้อยู่ ระหว่างจัดทำโครงการเพื่อขออนุมัติ โดยวัดดอนชม ให้แล้วเสร็จภายในเดือน มีนาคม 2564		

โรงพยาบาลพระปกเกล้าเป็นโรงพยาบาลที่ทันสมัยระดับตติยภูมิขั้นสูง
ที่ประชาชนศรัทธานำไปสู่การพัฒนาประเทศให้มั่นคงมั่งคั่งและยั่งยืน



กำลังดำเนินการ(รอผล)	ปัญหาอุปสรรค	สิ่งที่ต้องการให้ สนับสนุน
3.การตรวจสอบเตรียมความพร้อมใช้ของ เครื่องมือและอุปกรณ์การแจ้งเตือนการรับ อัคคีภัยให้เป็นไปตามมาตรฐาน	ไม่มี	ไม่มี
มีการตรวจสอบถึงดับเพลิงโดยกลุ่มงาน บริหารทั่วไป เป็นประจำ 3 เดือน/ครั้ง ระบบ smoke detector /ระบบสปริงเกอร์ อยู่ระหว่างดำเนินการจัดจ้างเอกชนที่มีความ เชี่ยวชาญ เข้าตรวจสอบและบำรุงรักษา ดำเนินการจัดจ้างตาม พรบ.พัสดุ โดยกลุ่มงานพัสดุ		



โรงพยาบาลพระปกเกล้าเป็นโรงพยาบาลที่ทันสมัยระดับตติยภูมิขั้นสูง
ที่ประชาชนศรัทธานำไปสู่การพัฒนาประเทศให้มั่นคงมั่งคั่งและยั่งยืน



กำลังดำเนินการ(รอผล)	ปัญหาอุปสรรค	สิ่งที่ต้องการให้ สนับสนุน
4.การจัดเก็บขยะ ควรทบทวนสถานที่พักขยะ รอกการเคลื่อนย้ายในระหว่างตึก และการ จัดเก็บขยะรอกการทำลายให้เป็นไปตาม มาตรฐานที่เกี่ยวข้องเพื่อลดโอกาส ในการปนเปื้อน	ไม่มี	ไม่มี
ดำเนินการปรับเปลี่ยนถังขยะในจุดพักระหว่าง อาคารเป็นแบบมีฝาปิดมิดชิด และเคลื่อนย้ายไป ยังเรือนพักขยะโดยเคลื่อนย้ายไปทั้งถังขยะเพื่อ ลดโอกาสในการปนเปื้อน จะดำเนินการให้แล้ว เสร็จภายในวันที่ 20 พฤศจิกายน 2563		



โรงพยาบาลพระปกเกล้าเป็นโรงพยาบาลที่ทันสมัยระดับตติยภูมิขั้นสูง
ที่ประชาชนศรัทธานำไปสู่การพัฒนาประเทศให้มั่นคงมั่งคั่งและยั่งยืน



กำลังดำเนินการ(รอผล)	ปัญหาอุปสรรค	สิ่งที่ต้องการให้สนับสนุน
5.การจัดทำบัญชีวัสดุ/สารเคมีอันตรายเผยแพร่ผ่านระบบ Intranet ยังไม่ครอบคลุมทุกรายการ	ไม่มี	ไม่มี
กลุ่มงานอาชีพเวชกรรมอยู่ระหว่างทบทวน และปรับปรุงบัญชีรายชื่อสารเคมี ดำเนินการให้แล้วเสร็จในเดือนมกราคม 2564		



โรงพยาบาลพระปกเกล้าเป็นโรงพยาบาลที่ทันสมัยระดับตติยภูมิขั้นสูง
ที่ประชาชนศรัทธานำไปสู่การพัฒนาประเทศให้มั่นคงมั่งคั่งและยั่งยืน

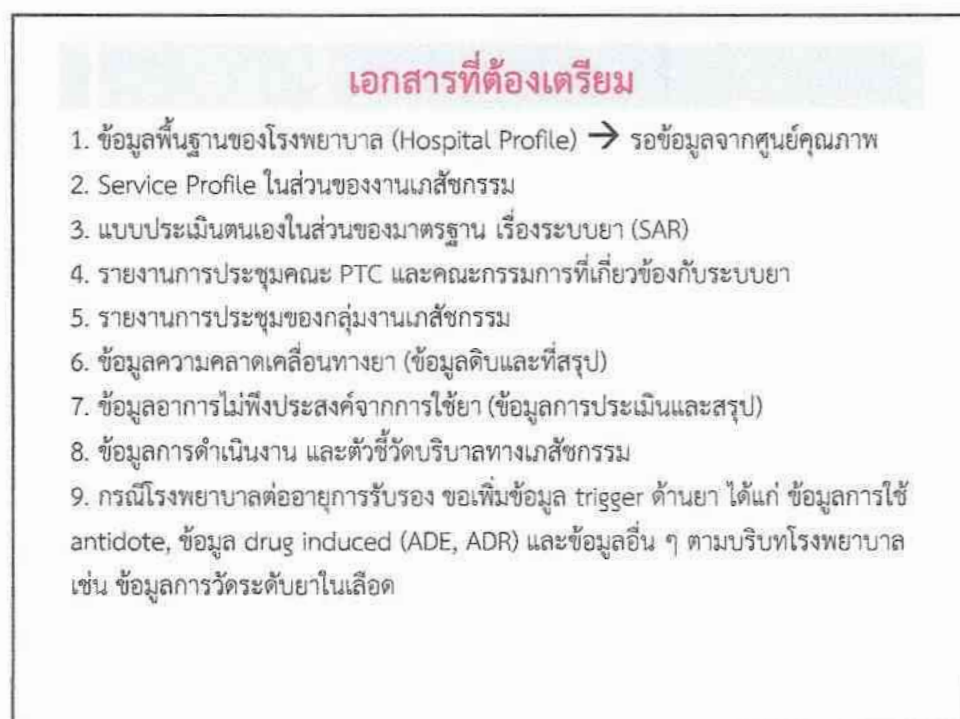


กำลังดำเนินการ(รอผล)	ปัญหาอุปสรรค	สิ่งที่ต้องการให้สนับสนุน
6.การปรับเปลี่ยนป้ายบอกทางหนีไฟเป็นแบบเรืองแสงแต่การติดตั้งยังไม่เป็นไปตามมาตรฐาน	ไม่มี	ไม่มี
ทุกอาคารดำเนินการดำเนินการติดตั้งให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด แต่ยังมีอาคารเทพรัตน์ และอาคารอายุรศาสตร์ จะดำเนินการแล้วเสร็จภายใน มกราคม 2564		



โรงพยาบาลพระปกเกล้าเป็นโรงพยาบาลที่ทันสมัยระดับตติยภูมิขั้นสูง ที่ประชาชนศรัทธานำไปสู่การพัฒนาประเทศให้มั่นคงมั่งคั่งและยั่งยืน		
ยังไม่ได้ดำเนินการ	ปัญหาอุปสรรค	สิ่งที่ต้องการให้สนับสนุน
การนำข้อมูลน้ำเสียที่มีอยู่มาวิเคราะห์แนวโน้มของระบบและหาความเชื่อมโยงเพื่อนำไปสู่การพัฒนาหรือลดค่าใช้จ่ายในการดูแลระบบ - ได้มีการนำข้อมูลน้ำเสียมารวบรวมวิเคราะห์ แนวโน้มของระบบ โดยในขณะนี้ระบบบำบัดน้ำเสียดำเนินการได้ตามมาตรฐานที่กำหนด จากการตรวจสอบของกลุ่มงานอาชีวเวชกรรม 2 เดือน/ครั้ง และกรมอนามัย 3 เดือน/ครั้ง - น้ำที่ผ่านการบำบัดน้ำเสียนำไปดำเนินการ ดังนี้ - ใช้ในการรดน้ำต้นไม้ในเรือนเพาะชำ - ล้างภาชนะรองรับมูลฝอย - ล้างเรือนพักมูลฝอยทั่วไป/ติดเชื้อ - ปล่องระบายอากาศของโรงบำบัดน้ำเสีย		
		





ค่าใช้จ่ายในการเยี่ยมสำรวจ

- ค่าเดินทาง
 - กรณีเดินทางด้วยรถยนต์
จัดรถรับส่งหรือจ่ายค่าน้ำมันตามระยะทาง ในอัตรา 4 บาท/กิโลเมตร (ขั้นต่ำ 1,000 บาท)
 - กรณีเดินทางโดยเครื่องบิน
จัดซื้อตั๋วเครื่องบินพร้อมประกันการเดินทาง และจ่ายค่ารถไปกลับจากบ้านถึงสนามบิน (ประมาณ 1,000-1,500 บาท) รวมทั้งจัดรถรับส่งจากสนามบินไปยังที่พักหรือโรงพยาบาล
- ค่าเยี่ยมสำรวจ 6,000 บาท/คน/วัน
 - สำหรับรพ.ขนาดต่ำกว่า 400 เตียง ผู้เยี่ยมสำรวจ 1 คน/วัน (6,000 บาท)
 - สำหรับรพ.ขนาด 400 เตียงขึ้นไป ผู้เยี่ยมสำรวจ 2 คน/วัน หรือ 1 คน/2 วัน (รวม 12,000 บาท)
- ค่าที่พัก (ถ้ามี) กรุณาจองที่พักและแจ้งผู้เยี่ยมสำรวจ

รายงานการเยี่ยมสำรวจระบบยาและงานเภสัชกรรม ประกอบด้วย

1. ข้อมูลเบื้องต้น ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล (ขนาด ระดับการให้บริการ พันธกิจ เข้มมุ่ง และสถานการณ์ขอรับรอง) ข้อมูลของกลุ่มงาน/แผนก/ฝ่ายเภสัชกรรม (อัตรากำลัง รวมถึงงานที่ดูแลรับผิดชอบ ทั้งงานบริการ งานผลิตยา งานบริหารเวชภัณฑ์ และงานบริหารทางเภสัชกรรม ตามมาตรฐานวิชาชีพ) ข้อมูลเกี่ยวกับระบบยา (คณะกรรมการที่ดูแลระบบยา นโยบายความปลอดภัยด้านยา และการพัฒนางานที่สำคัญ)
2. ประเด็นที่ต้องปรับปรุงเร่งด่วน เป็นประเด็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อพัฒนาระบบยา จำเป็นต้องเร่งดำเนินการปรับปรุงให้เห็นความก้าวหน้าก่อนการเยี่ยมสำรวจรับรองคุณภาพจากสรพ. (ขึ้นกับระดับการพัฒนา) ได้แก่
 - 2.1 งานพื้นฐานเภสัชกรรมที่ยังไม่สามารถปฏิบัติได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ รวมทั้งการปฏิบัติงานที่ไม่ถูกต้องตามกฎหมายหรือพระราชบัญญัติวิชาชีพ
 - 2.2 ปัญหาของงานพื้นฐานระบบยาที่ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัย

- 2.3 ข้อเสนอแนะจากการเยี่ยมสำรวจครั้งก่อนที่ยังไม่มีความก้าวหน้า สำหรับโรงพยาบาลที่ขอรับการรับรองซ้ำ และสมาคมฯ เคยเยี่ยมสำรวจแล้ว
- ทั้งนี้ ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อกระบวนการพัฒนาระบบยา คือ นโยบายจากคณะกรรมการที่ดูแลระบบยา และความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ
3. ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง เป็นประเด็นที่ต้องพัฒนาตามกรอบงานพื้นฐานระบบยาในระยะต่อไป โดยทำความเข้าใจให้ถูกต้องและดำเนินการให้ครอบคลุม
4. สรุป เป็นการสรุปประเด็นปัญหาสำคัญของระบบยาในภาพรวม โดยพิจารณาตามบริบทขององค์กร มาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรม และกระบวนการพัฒนาระบบยาโดยทีมสหวิชาชีพ

กลุ่มงานรังสีวิทยา	
ดำเนินการแล้ว	ผลลัพธ์
- เพิ่มเครื่องและการตรวจ US - เปลี่ยน CT&MRI เป็น outsource	- ระยะเวลารอนัดตรวจ US < 1 Wk. - ระยะเวลารอนัดตรวจ CT&MRI < 3 วันทำการ
การทำ conference ร่วมกับกลุ่มงานต่างๆที่เกี่ยวข้องเป็นลักษณะสหสาขา	- Tumor conference ร่วมกับ onco medicine, onco gyne, surgery, ENT, pathology - Chest conference ร่วมกับ chest medicine - Lecture and discussion ความรู้ / ประเด็นที่น่าสนใจ ร่วมกับ แผนกสูติเวช และกุมารเวชกรรม
- แผนวัดรังสีประจำบุคคล(OSL)สำหรับผู้ปฏิบัติงานทุกคน - มีคู่มือการใช้งานประจำเครื่องเอกซเรย์ทุกเครื่อง - มีการตรวจสอบมาตรฐาน และความปลอดภัยของเครื่องมือเอกซเรย์ทุกเครื่องที่มีในโรงพยาบาล อยู่เป็นประจำทุกปี โดยกรมวิทย์ฯ - มีการตรวจสอบมาตรฐาน และความปลอดภัยของห้องเอกซเรย์เป็นประจำทุกปี โดยกรมวิทย์ฯ - จัดทำคู่มือความปลอดภัยทางรังสี	- ปริมาณรังสีบุคคลไม่เกินเกณฑ์มาตรฐาน - อุปกรณ์ป้องกันรังสีอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน - ผู้ปฏิบัติงานมีทักษะในการป้องกันอันตรายจากรังสี

กลุ่มงานรังสีวิทยา	
ดำเนินการแล้ว	ผลลัพธ์
มีระบบการ consult film ทุกวันในเวลาราชการ ทั้งที่ทำจากทั้งในและนอกโรงพยาบาล โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้ออันตราย เช่น วัณโรค ที่ต้องแยกผู้ป่วยจากคนไข้อื่นๆ หรือผู้ป่วยที่ต้องการคำปรึกษาเพิ่มเติมเพื่อจะได้ไปทำการรักษาต่อไป เช่น จากห้องฉุกเฉินหรือward ต่างๆ	- clinician พึงพอใจ - ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง รวดเร็ว

กลุ่มงานรังสีวิทยา		
กำลังดำเนินการ(รอผล)	ปัญหาอุปสรรค	สิ่งที่ต้องการให้สนับสนุน
- ทำเรื่องปรับอัตรากำลังให้เหมาะสมกับงานที่ขยายขึ้น (TX, NM) - สรรหานักรังสีการแพทย์เข้ามาทำงาน (เปิดรับสมัคร, ทำโครงการส่งเวียน)	- ยังปรับเพิ่มกรอบไม่ได้ - นักรังสีการแพทย์เป็นสาขาขาดแคลน - ไม่มีตำแหน่งรองรับนักรังสีการแพทย์ที่จะเข้ามาทำงาน (แรงจูงใจ)	- ทำเรื่องปรับกรอบอัตรากำลังผ่านเขต - ขอสนับสนุนเรื่องตำแหน่งที่จะรองรับนักรังสีที่จะเข้ามาทำงาน
- ทำแผนการจัดซื้อจัดจ้าง เครื่องมือทางรังสีวิทยาให้เพียงพอกับงานที่ขยายและปริมาณผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น รวมถึงแผนการซ่อมบำรุงเครื่องมือให้พร้อมใช้การได้เสมอ	- เครื่องมือทางรังสีราคาค่อนข้างแพง การหางบจัดซื้อค่อนข้างลำบาก	- ขอสนับสนุนงบจากโรงพยาบาลตามความจำเป็นและเหมาะสม

กลุ่มงานรังสีวิทยา		
กำลังดำเนินการ(รอผล)	ปัญหาอุปสรรค	สิ่งที่ต้องการให้สนับสนุน
ทำการทบทวนและตรวจสอบการอ่านผลของ mammogram ที่ทำในโรงพยาบาล มีความถูกต้องแม่นยำหรือไม่โดยเทียบกับผลตรวจทางพยาธิวิทยา	- ขาดโปรแกรมการเก็บข้อมูลทางรังสีวิทยาที่ถูกต้อง สมบูรณ์ ที่สามารถสืบค้นข้อมูลได้อย่างรวดเร็ว - การสืบค้นประวัติ ข้อมูลผู้ป่วย ทำได้ลำบาก ไม่ครบถ้วน ไม่สมบูรณ์ - ระบบ EMR ที่เปิดข้อมูล real time ไม่ได้	- โปรแกรมการเก็บข้อมูลทางรังสีวิทยาที่ถูกต้อง ครบถ้วน สามารถสืบค้นข้อมูลได้อย่างรวดเร็ว - ระบบการเก็บข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลที่ดี - เปลี่ยนระบบ PACS ที่สามารถ Search ข้อมูลได้ จะสะดวกในการเก็บข้อมูล และทำวิจัยในอนาคต

จากการประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ในวันที่ ๓ พ.ย.๒๕๖๓ ได้มีประเด็นให้ศูนย์คุณภาพ ดำเนินการติดตามข้อเสนอแนะจากสรพ.ดังนี้

๑. ให้นำหน่วยงาน นำเสนอกิจกรรมที่ตอบสนองข้อเสนอแนะจากสรพ.ในคณะกรรมการคุณภาพและความเสี่ยง

ในวันจันทร์ที่ ๙ พ.ย.๒๕๖๓ ห้องสัลาวดี เวลา ๑๓.๓๐ -๑๖.๐๐ น.

๒. การนำเสนอ ดังตารางต่อไปนี้

ประเด็นข้อเสนอแนะ : ทบทวนการเฝ้าระวังผู้ป่วยกลุ่ม Active TB ที่มีโอกาสแพร่กระจายเชื้อในชุมชน และเข้ามาในโรงพยาบาล

ดำเนินการแล้ว	ผลลัพธ์
-คัดกรองผู้รับบริการที่รพ.พระปกเกล้าทุกราย โดยการซักประวัติสอบถามอาการวัณโรค หากพบมีประวัติเป็นผู้ป่วยวัณโรค หรือมีอาการสงสัยวัณโรค ส่งผู้ป่วยรอตรวจที่คลินิกโรคปอด -ประสานหน่วยงานปฐมภูมิในพื้นที่ในการติดตามอาการ การรับประทานยาผู้ป่วยวัณโรค รวมถึงติดตามผู้สัมผัสวัณโรค ร่วมบ้าน ให้มาคัดกรองโดยการCXR ปีละ ๒ ครั้ง ต่อเนื่อง ๒ ปี	-ผู้ป่วยวัณโรค/ผู้ที่มีอาการสงสัยได้รับการตรวจที่คลินิกโรคปอด และต้องสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาที่รับบริการ -ผู้ป่วยวัณโรคและผู้สัมผัสได้รับการติดตาม ได้รับการเยี่ยมและคัดกรอง

กำลังดำเนินการ(รอผล)	ปัญหาอุปสรรค	สิ่งที่ต้องการให้สนับสนุน
-อบรมพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการติดตามผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน -รณรงค์ค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงวัณโรคทุกกลุ่ม -กำหนดนโยบายให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยที่มานอนรักษาในโรงพยาบาลได้มีการคัดกรองแบบส่งCXR ได้ปีละ ๑ ครั้ง	-อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ในการคัดกรองผู้ป่วย/กลุ่มเสี่ยง	-บุคลากรในอบรมพัฒนาเครือข่าย

ยังไม่ได้ดำเนินการ	ปัญหาอุปสรรค	สิ่งที่ต้องการให้สนับสนุน
-พัฒนาระบบคอมพิวเตอร์ ในการแจ้งเตือนเมื่อผู้ป่วย Active TB มารับบริการในโรงพยาบาลพระปกเกล้า	-ภาระงานของเจ้าหน้าที่ศูนย์คอมพิวเตอร์มีมากจึงต้องรอดำเนินการตามคิว	-

จากการประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ในวันที่ ๓ พ.ย.๒๕๖๓ ได้มีประเด็นให้ศูนย์คุณภาพ ดำเนินการติดตามข้อเสนอแนะจากสรพ.ดังนี้

๑.ให้หน่วยงาน นำเสนอกิจกรรมที่ตอบสนองข้อเสนอแนะจากสรพ.ในคณะกรรมการคุณภาพและความเสี่ยง ในวันจันทร์ที่ ๙ พ.ย.๒๕๖๓ ห้องสีลาวดี เวลา ๑๓.๓๐ - ๑๖.๐๐ น.

๒.การนำเสนอ ดังตารางต่อไปนี้

ประเด็นข้อเสนอแนะ :

๑. การทบทวนภัยโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ พร้อมทั้งการกำหนดนโยบายและแผนการเฝ้าระวังที่รัดกุมให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ ที่ให้บริการแก่ผู้ป่วย รวมทั้งส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในแนวทางการปฏิบัติของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

๒. ขยายจากบทเรียนการเฝ้าระวังโรคระบาด DHF ที่ทำได้ดีในเขตเทศบาล

ดำเนินการแล้ว	ผลลัพธ์
ข้อ ๑.จากทบทวนโปรแกรมเฝ้าระวัง ๕๐๖ โรงพยาบาลพระปกเกล้าพบว่าโรคที่ยังคงมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี ปี พ.ศ. ๒๕๖๒ คือ โรคไข้หวัดใหญ่ โดยพบกลุ่มผู้ป่วยอายุ ๐ -๙ ปีมากที่สุด และโรคไข้เลือดออกพบมากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยอายุ ๑๐ - ๑๔ ปี รองลงมาคือกลุ่มอายุ ๕-๙ ปี โรคไข้หวัดใหญ่ <u>มาตรการเฝ้าระวังในโรงเรียน</u> - กำหนดนโยบายร่วมกับผู้บริหารของโรงเรียนให้มีแนวทางการการปฏิบัติของโรงเรียน เช่น เมื่อพบนักเรียนป่วยให้หยุดเรียน ห้องพักสำหรับนักเรียนป่วยรอผู้ปกครองมารับ คุณครูส่งการให้ตามงานที่หลังได้ และแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อพบผู้ป่วยเป็นกลุ่มก้อน - การให้สุขศึกษาหน้าเสาธง และแผ่นพับเกี่ยวกับวิธีการป้องกันโรค และการปฏิบัติแก่ครู ผู้ปกครอง นักเรียน - มาตรการในการทำความสะอาดอุปกรณ์การเฝ้าระวัง และเครื่องปรับอากาศในห้องเรียน <u>มาตรการเฝ้าระวังในชุมชน</u> - การให้สุขศึกษาแก่เครือข่าย อสม. และชี้แจงแนวทางแก่ผู้บริหารเทศบาลรวมทั้งผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคของเทศบาล	-อัตราป่วยด้วยโรคติดต่อมาโดยยุงลายมีจำนวนลดลง -สามารถดำเนินการควบคุมการระบาดในพื้นที่ให้อยู่ในวงจำกัด

ดำเนินการแล้ว	ผลลัพธ์
โรคไข้เลือดออก - คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดจันทบุรี ได้กำหนดให้กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย รมรงค์ให้ประชาชนรับทราบพร้อมกันทั้งจังหวัด ประเมินผลการดำเนินงานโดยสรุปผลรายงานจำนวนผู้ป่วยรายสัปดาห์ - ประชุมชี้แจงแนวทางการรายงานโรคในโรงพยาบาล รายงานได้โดยตรง หรือผ่านทางโปรแกรม PPK ๑๑ ตั้งแต่ผู้ป่วยเป็นระดับผู้ป่วยสงสัย (R/O) - การนำเสนอสถานการณ์โรคในปัจจุบันให้กับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล เครือข่าย และ อสม. ทราบ เพื่อเพิ่มความตระหนัก และความตื่นตัวในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในชุมชน - จัดอบรมเครือข่ายในโรงเรียน(อสม.จิ๋ว) เพื่อเพิ่มศักยภาพในการป้องกันควบคุมโรคทั้งในโรงเรียน และชุมชน - เติมนรณรงค์ให้ความรู้แก่ผู้มารับบริการในโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดความตระหนักในการดูแลป้องกันตนเอง - การให้ความรู้โดยผ่านหอกระจายข่าว หรือเสียงตามสายของเทศบาลเมืองจันทบุรี และชุมชน - ในเขตพื้นที่ที่มีการระบาดได้ดำเนินการประสานขอความอนุเคราะห์ไปยังสท.ที่ ๖.๕ ในการพ่น ULV เพื่อลดการระบาดของโรคในวงกว้าง ข้อ ๒.ขยายการอบรม อสม.จิ๋วให้ครอบคลุมทั้งอำเภอเมืองจันทบุรี	

กำลังดำเนินการ(รอผล)	ปัญหาอุปสรรค	สิ่งที่ต้องการให้สนับสนุน
- เพิ่มการอบรม อสม.จิ๋วให้ครอบคลุมทั้งอำเภอเมืองจันทบุรี โดยเพิ่มโรงเรียนเอกชนในเขตอำเภอเมืองจันทบุรี	- กลุ่มอายุที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ กลุ่มอายุ ๐ - ๑๔ ปี ซึ่งอาศัยอยู่ในเขตอำเภออื่น	- บุคลากรในพื้นที่สร้างความตระหนัก การเข้าถึงข้อมูล และองค์ความรู้ต่างๆ ให้กับประชาชนได้รับรู้ เข้าใจ และนำไปปฏิบัติได้อย่างทั่วถึง - สื่อสาธารณะ ประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้แก่ประชาชนบ่อยมากขึ้น

ยังไม่ได้ดำเนินการ	ปัญหาอุปสรรค	สิ่งที่ต้องการให้สนับสนุน
๑.จัดอบรมคุณครูอนามัยโรงเรียนในเขตอำเภอเมืองจันทบุรี ๒.ทบทวนการรายงานโรคของโรงพยาบาลเอกชน	-ไม่มีในแผนงานโครงการ จะดำเนินการเข้าแผนปี ๒๕๖๓ - โรงพยาบาลเอกชนรายงานโรคล่าช้า	-