

แบบฟอร์มบันทึกแผนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

โรงพยาบาลสอยดาว จังหวัดจันทบุรี จำนวนเตียง 60 เตียง ประเภท โรงพยาบาลชุมชน ระดับ F2

วันรับรอง 26-27 พฤษภาคม 2559 วันหมดอายุ 26-27 กรกฎาคม 2562

มาตรฐาน	*สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		ตรวจสอบการจัดทำแผนของ โรงพยาบาล
	ข้อเสนอแนะ	*แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	
ตอนที่ 1ภาพรวมของการบริหารองค์กร			
01 ผู้นำระดับสูงชี้นำองค์กร (พันธกิจ วิสัยทัศน์ ค่านิยม)		<ul style="list-style-type: none"> • มีแผนพัฒนาเพื่อสื่อสารค่านิยมขององค์กร SOIDAO TEAM (ปรับเปลี่ยน เดือนสิงหาคม 2558) ให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติในวงกว้าง โดยการส่งเสริมการสร้างผู้นำยุคใหม่ • ส่งเสริมการทำงานเป็นทีม จัดตั้งทีม FA รุ่นใหม่ เพื่อให้สามารถขับเคลื่อนการพัฒนางานในทุกด้านของ รพ.ร่วมกัน โดย FA จะมีบทบาทหน้าที่ตั้งแต่ • ส่งเสริมให้เกิด R2R , CQI, ปลูกฝังการใช้ค่านิยมองค์กรในบุคลากรทุกคน เพิ่มโครงการอบรม R2R ,KM , CQI เป็นแผนประจำปี • เปรียบเทียบค่านิยมองค์กรกับค่านิยมของ HA/HPH ให้สอดคล้องกัน 	<input checked="" type="checkbox"/> มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่
			<input type="checkbox"/> แผนตรงประเด็นหรือไม่
			<input type="checkbox"/> แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น
			<input type="checkbox"/> แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่
02 การส่งเสริมผลการดำเนินงานที่ดี (สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนา วัฒนธรรมความปลอดภัย)		<ul style="list-style-type: none"> • ประเมิน Healthy work place ทุกปี และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ เริ่มปี 59 เป็นปีแรก และต้องได้รับการประเมินทุก ปี เป็นระยะเวลาติดต่อกัน 5 ครั้ง • โครงการ GREEN & Clean Hospital 	<input type="checkbox"/> มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่
			<input type="checkbox"/> แผนตรงประเด็นหรือไม่
			<input type="checkbox"/> แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/

มาตรฐาน	*สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		ตรวจสอบการจัดทำแผนของโรงพยาบาล	
	ข้อเสนอแนะ	*แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล		
		<ul style="list-style-type: none"> • การสำรวจ patient safety culture survey ประจำปี และปรับปรุง • กระตุ้น ติดตาม และพยายามในการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย ส่งเสริมให้ผู้นำทุกระดับปฏิบัติเป็นแบบอย่าง 	ไม่กว้างเกินจำเป็น	แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่
03 การสื่อสารเสริมพลังใจเน้นที่การปฏิบัติ	มีการกำหนดจุดเน้น ด้านระบบการดูแลโรคเรื้อรัง (ผู้ป่วย DM,HT) ด้าน IT ระบบการเชื่อมโยงข้อมูลคนไข้โรคเรื้อรัง , HHC ในเครือข่าย ควรสื่อสารให้ทุกหน่วยงานได้รับการถ่ายทอด นำไปกำหนดเป็นจุดเน้นที่สอดคล้องกันของหน่วยงาน มีกิจกรรม แผนงาน ตัวชี้วัด แผนงาน ตัวชี้วัด ในด้านโรคเรื้อรังตามจุดเน้น เช่น การดูแลโรคเรื้อรังในหน่วยงาน กายภาพบำบัด ทันตกรรม เกสัชกรรม ห้องฉุกเฉิน หอผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> • ทบทวนจุดเน้นและสื่อสารให้ทุกหน่วยงานได้รับการถ่ายทอด นำไปกำหนดเป็นจุดเน้นที่สอดคล้องกันของหน่วยงาน มีกิจกรรม แผนงาน ตัวชี้วัด • ผู้นำ และทีมบริหารติดตามการปฏิบัติตามจุดเน้นทุกหน่วยงาน และเชื่อมโยงการให้รางวัลกับการมุ่งเน้นผู้ป่วย การทำงานที่มีผลงานดี มีคุณภาพและปลอดภัย 	มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่	แผนตรงประเด็นหรือไม่
			แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น	แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่
			มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่	แผนตรงประเด็นหรือไม่
			แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น	แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่
04 ระบบกำกับดูแลกิจการการประเมินผู้นำ/ระบบการนำ		<ul style="list-style-type: none"> • มีแผนพัฒนาผู้บริหารแต่ละระดับประจำปี ประเมินหลักธรรมาภิบาลองค์กร ประจำปีและนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุง • การประเมิน Managerial competency 360 องศา ใน 3 กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้อำนวยการ รพ., หัวหน้าฝ่าย และหัวหน้างาน 	มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่	แผนตรงประเด็นหรือไม่
			แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น	แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่
			มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่	แผนตรงประเด็นหรือไม่
			แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น	แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่
05 ความรับผิดชอบต่อสาธารณชน	ควรทบทวนการดำเนินงานด้านจริยธรรม เช่น การ	<ul style="list-style-type: none"> • คณะกรรมการบริหารกำหนดแนวทาง ทบทวน 	มีแผนครบตามข้อเสนอแนะ	

มาตรฐาน	*สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		*แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	
	ข้อเสนอแนะ		ตรวจสอบการจัดทำแผนของโรงพยาบาล	
และการดำเนินงานอย่างมีจริยธรรม	รักษาและการส่งต่อ ในกลุ่มชาวต่างชาติที่มีข้อจำกัดด้านการรักษา การส่งต่อและการส่งกลับประเทศ ทบทวนวิเคราะห์อย่างรอบด้าน นำตัวอย่างมาสร้างการเรียนรู้ และสำรวจความกังวลสาธารณะเชิงรุก เช่น การบำบัดน้ำเสีย ขยะ เป็นต้น	วิเคราะห์ การรักษาและการส่งต่อ ในกลุ่มชาวต่างชาติที่มีข้อจำกัดด้านการรักษา การส่งต่อและการส่งกลับประเทศ ภายใต้โครงการ ASEAN • สำรวจความกังวลสาธารณะเชิงรุก เช่น การบำบัดน้ำเสีย ขยะ		หรือไม่
				แผนตรงประเด็นหรือไม่
				แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น
				แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่
I-2 การบริหารเชิงกลยุทธ์				
06 กระบวนการจัดทำกลยุทธ์และการวิเคราะห์ข้อมูล		<ul style="list-style-type: none"> มีการประเมินและ ปรับแผนให้ตอบสนองการเปลี่ยนแปลง การคาดการณ์ล่วงหน้า ทบทวนความท้าทายเชิงกลยุทธ์ขององค์กรที่เป็นประเด็นที่มีความสำคัญต่อความสำเร็จขององค์กรในอนาคต ปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมที่เป็นข้อจำกัดเช่น การทำงานไม่เป็นระบบ ไม่สามารถนำข้อมูลมาใช้งานได้ ไม่มีการติดตามผลงานอย่างต่อเนื่อง 		มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่
				แผนตรงประเด็นหรือไม่
				แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น
				แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่
07 วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ตอบสนองความท้าทายและครอบครัว HP		<ul style="list-style-type: none"> ทบทวนความเป็นไปได้ที่จะบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ตามกำหนดเวลา และความเชื่อมโยงกับพันธกิจขององค์กร ทบทวนความเหมาะสมที่จะใช้เป็นเป็นทิศทางระยะยาวขององค์กร ที่ต้องบรรลุเพื่อให้สามารถอยู่รอดได้ในระยะยาว 		มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่
				แผนตรงประเด็นหรือไม่
				แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น

มาตรฐาน	*สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		*แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	
	ข้อเสนอแนะ		ตรวจสอบการจัดทำแผนของโรงพยาบาล	
				แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่
08 การถ่ายทอดกลยุทธ์สู่การปฏิบัติ		<ul style="list-style-type: none"> ผู้รับผิดชอบแต่ละกลยุทธ์ ตรวจสอบการทำแผนปฏิบัติการ โดยกำหนดให้มีการติดตามตัวชี้วัดความสำเร็จตามแผนการประเมินผล ผู้นำติดตามแผนปฏิบัติการที่ทำหายหรือต้องใช้ความพยายามสูง 		มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่
				แผนตรงประเด็นหรือไม่
				แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น
				แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่
09 การวางแผนและการจัดสรรทรัพยากร		<ul style="list-style-type: none"> จัดทำแผนด้านทรัพยากรประจำปี เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐานตาม Service Plan โดยการเพิ่มแพทย์ เพิ่มบุคลากรที่จำเป็น สอดคล้องกับ service plan และนโยบายของหน่วยงานต้นสังกัด 		มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่
				แผนตรงประเด็นหรือไม่
				แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น
				แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่
10 การคาดการณ์ การวัดผล และติดตามความก้าวหน้า		<ul style="list-style-type: none"> ทีมนำติดตามตัวชี้วัด อย่างสม่ำเสมอ โดยติดตามตัวชี้วัดเป็นรายเดือน รายไตรมาส รายปี ในที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ประจำเดือน ทุกวันอังคารที่ 3 ของเดือน 		มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่
				แผนตรงประเด็นหรือไม่

มาตรฐาน	*สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		ตรวจสอบการจัดทำแผนของโรงพยาบาล	
	ข้อเสนอแนะ	*แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล		
			แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น	แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่
I-3 การมุ่งเน้นผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน				
11 การรับฟัง/เรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม	ควรเพิ่มการเรียนรู้ความต้องการในกลุ่มลูกค้าที่เป็นชาวต่างชาติให้ชัดเจน เช่น การรับบริการในด้านคลอด การสื่อสารที่รองรับทั้งในและนอกเวลาราชการ ระบบการส่งต่อที่มีข้อจำกัด เป็นต้น	<ul style="list-style-type: none"> เพิ่มการประเมินความพึงพอใจและความต้องการกลุ่มลูกค้าชาวต่างชาติ ในด้านการบริการคลอดผู้ป่วยใน และคลินิกเฉพาะโรค จัด/เพิ่มบุคลากรที่มีความรู้ด้านภาษาต่างชาติ ภาษากัมพูชา 	มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่	แผนตรงประเด็นหรือไม่
			แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น	แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่
			มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่	แผนตรงประเด็นหรือไม่
			แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น	แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่
12 การสร้างความสัมพันธ์ช่องทางการติดต่อ การจัดการคำร้องเรียน		<ul style="list-style-type: none"> รพ.ปรับปรุงข้อเสนอแนะ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังในรพ.สต. ไม่ต้องเดินทางมาตรวจที่โรงพยาบาล การเข้าร่วมประชุม ร่วมกิจกรรม ของส่วนราชการ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลปรับเป็นโรงพยาบาลระดับM2 มีช่องทางการเสนอข้อร้องเรียนต่อ รพ. ผู้รับความคิดเห็น ศูนย์รับข้อร้องเรียน แบบสอบถามความพึงพอใจ โทรศัพท์ Facebook การทำประชาพิจารณ์ ประชาคมหมู่บ้าน 	มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่	แผนตรงประเด็นหรือไม่
			แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น	แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่
			มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่	แผนตรงประเด็นหรือไม่
			แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น	แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่

มาตรฐาน	*สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		
	ข้อเสนอแนะ	*แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	
13 การประเมินความพึงพอใจการรับข้อมูลป้อนกลับนำมาปรับปรุง		<ul style="list-style-type: none"> ประเมินประสิทธิภาพในการจัดการกับคำร้องเรียน วิเคราะห์และปรับปรุงคำร้องเรียนที่เกิดขึ้นซ้ำๆ และไม่มีแนวโน้มลดลง อยู่ระหว่างดำเนินการจัดสร้างตึกผู้ป่วยนอก 4 ชั้น ในพื้นที่บริเวณ 10 ไร่ 	มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่
			แผนตรงประเด็นหรือไม่
			แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น
			แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่
14 การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยโดยทั่วไป		<ul style="list-style-type: none"> กำหนดวิธีการตามรอยผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับไปตามจุดบริการต่างๆ ในแต่ละขั้นตอนของการให้บริการว่ามีโอกาสที่จะละเมิดสิทธิ และสุ่มประเมิน โดยทีม FA ทุก 3 เดือน และปรับปรุง รวบรวมข้อมูลไว้ในภาพรวม และการปรับปรุงระบบ โดยเฉพาะการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเฉพาะราย 	มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่
			แผนตรงประเด็นหรือไม่
			แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น
			แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่
15 การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ(เด็ก ผู้พิการ ผู้สูงอายุ การแยก/การผูกยึด)		<ul style="list-style-type: none"> มีการประเมินและปรับปรุงการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยในกลุ่มเด็ก ผู้พิการ ผู้สูงอายุ การแยก/การผูกยึดครอบคลุมไปถึงครอบครัว 	มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่
			แผนตรงประเด็นหรือไม่
			แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น
			แผนระบุเป้าหมายและ

มาตรฐาน	*สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		*แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	
	ข้อเสนอแนะ		ตรวจสอบการจัดทำแผนของ โรงพยาบาล	กำหนดเวลาหรือไม่
I-4 การวัดวิเคราะห์และการจัดการความรู้				
16 ระบบการวัดผลการดำเนินงาน		<ul style="list-style-type: none"> กำหนด ตัวชี้วัดที่มี alignment ทั้งทั้งองค์กร / ตัวชี้วัดสำคัญเพิ่มตามจุดเน้น เข้มมุ่งปี 2560 และตัวชี้วัดที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย ใช้ติดตามผลงานทุก 6 เดือน ขององค์กร และเปรียบเทียบผลงานกับ โรงพยาบาลชุมชนใกล้เคียง และตัวชี้วัดใน THIP 	มีแผนครบตาม	ข้อเสนอแนะหรือไม่
			แผนตรงประเด็นหรือไม่	
			แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น	
			แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่	
17 การวิเคราะห์ข้อมูลและการทบทวนผลการดำเนินงาน	<p>ทีมนำควรวินิจฉัยและประเมินผลในภาพรวมของผลลัพธ์ในการปรับปรุงที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถพัฒนาได้อย่างต่อเนื่อง ในระบบงานที่สำคัญ ในระดับนโยบายหลัก วินิจฉัย ประเมิน ประสิทธิภาพของระบบและแผนงาน</p>	<ul style="list-style-type: none"> ทีมนำเพิ่มแผนการวินิจฉัยและประเมินผลในภาพรวมของผลลัพธ์ในการปรับปรุงที่เกิดขึ้น ทุกไตรมาส สร้างนวัตกรรมการปรับปรุงความร่วมมือกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 	มีแผนครบตาม	ข้อเสนอแนะหรือไม่
			แผนตรงประเด็นหรือไม่	
			แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น	
			แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่	
18 การจัดการสารสนเทศ	<p>ควรรวบรวมและนำความต้องการใช้ข้อมูลสารสนเทศของทีม/หน่วยงาน/บุคลากรต่างๆ มาวางระบบให้สามารถตอบสนองความต้องการใช้ข้อมูลได้อย่างเหมาะสม ข้อมูลมีความถูกต้อง</p>	<ul style="list-style-type: none"> พัฒนาระบบการบูรณาการสารสนเทศ ให้สะดวกต่อการใช้งานและการนำมาวิเคราะห์เพื่อการพัฒนา พัฒนาระบบการตรวจสอบข้อมูลให้พร้อมใช้ 	มีแผนครบตาม	ข้อเสนอแนะหรือไม่
			แผนตรงประเด็นหรือไม่	
			แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน	

มาตรฐาน	*สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		*แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	
	ข้อเสนอแนะ		ตรวจสอบการจัดทำแผนของโรงพยาบาล	
	นำเชื่อถือ พร้อมทั้งควรวางระบบการเข้าถึงข้อมูล และการกำหนดสิทธิ์ผู้ที่ได้รับอนุญาตให้เข้าถึง ข้อมูลที่จำเป็น เหมาะสม รวมทั้ง ควรศึกษาและนำ	ทันเวลา ลดการเกิด Information systems down time		เงิน/ไม่กว้างเกินจำเป็น
19 การจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ	แนวทางปฏิบัติตามมาตรฐาน ISMS มาประยุกต์ใช้ เพื่อเพิ่มความปลอดภัยของระบบ	<ul style="list-style-type: none"> • แผนพัฒนาระบบ Information System • พัฒนาสารสนเทศ เพื่อให้มีข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย ต่อเนื่อง • พัฒนาระบบการจัดการเรื่องความมั่นคง ปลอดภัย ของสารสนเทศ (ISMS) 		แผนระบุเป้าหมายและ กำหนดเวลาหรือไม่
				มีแผนครบตาม ข้อเสนอแนะหรือไม่
				แผนตรงประเด็นหรือไม่
				แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น
				แผนระบุเป้าหมายและ กำหนดเวลาหรือไม่
20 การจัดการความรู้	ควรพัฒนาระบบในการรวบรวมองค์ความรู้ที่เกิด จากการพัฒนาและการให้บริการข้อมูลวิชาการ ต่างๆที่จำเป็นสำหรับองค์กรมารวบรวมเป็น หมวดหมู่ เพื่อความสะดวกในการเข้าถึงและ นำมาใช้ประโยชน์	<p>พัฒนาระบบในการรวบรวมองค์ความรู้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.จัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการสร้างองค์ความรู้ จากการแก้ไขปัญหา โดยทีม CQI 2 ครั้ง/ปี 2 สร้าง web soidao.go.th โดยทีม IT 3.นำข้อมูลจากการนำเสนอ CQI/R2R /การประชุม อบรม ข้อมูลวิชาการต่างๆที่จำเป็นรวบรวมใส่ใน ห้อง KM สอยดาว จำนวน 3 หมวดหมู่ โดยทีม KM 4.ประชาสัมพันธ์ โดยการส่ง E-mail Group KM 5.ประเมินการใช้งาน 2 ครั้ง/ปี (มีนาคมและสิงหาคม) โดยทีม KM 		มีแผนครบตาม ข้อเสนอแนะหรือไม่
				แผนตรงประเด็นหรือไม่
				แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น
				แผนระบุเป้าหมายและ กำหนดเวลาหรือไม่

มาตรฐาน	*สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		*แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	
	ข้อเสนอแนะ		ตรวจสอบการจัดทำแผนของ โรงพยาบาล	
I-5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล				
21 ความผูกพันและความพึงพอใจ	Happinometer 69.17 176 คน	<p>- สำรวจและประเมินผล ปีละ 1 ครั้ง เมื่อปี 2559 เดือน พ.ค 59 ได้ร้อยละ 83.92 (ข้าราชการ ร้อยละ 83.25 พนักงานกระทรวง ร้อยละ 83.69 ลูกจ้างประจำ ร้อยละ 88.65 ลูกจ้างชั่วคราว/พกส. ร้อยละ 88.65)</p> <p>- ปี 2560 เพิ่มการประเมิน Happinometer ความสุข 9 มิติ ในบุคลากรทุกคน (ประกอบด้วย Happy Body ,Happy Relax,Happy Heart ,Happy Soul ,Happy Family ,Happy Society ,Happy Brain, Happy Money, และมี Happy Work-life)เป็น เครื่องมือในการวัด ติดตาม ประเมินผลความสุขของการทำงาน ตามแนวคิด ของ องค์กรแห่งความสุข</p>	มีแผนครบตาม ข้อเสนอแนะหรือไม่	มีแผนครบตาม ข้อเสนอแนะหรือไม่
			แผนตรงประเด็นหรือไม่	แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น
			แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่	
22 ระบบค่าตอบแทนและแรงจูงใจ	จ 11	<p>-ได้จัดทำแผนค่าตอบแทน ป้ายดีก ลูกจ้างในตำแหน่ง พนักงานขับรถ พนักงานรักษาความปลอดภัย พนักงานเปเล พนักงานช่วยเหลือคนไข้ พนักงานการแพทย์และรังสีเทคนิค เพิ่ม 100 บาท/เวร ตามหนังสือเลขที่ จบ.0032.301/6272 ลว. 25 ตุลาคม 2559</p>	มีแผนครบตาม ข้อเสนอแนะหรือไม่	มีแผนครบตาม ข้อเสนอแนะหรือไม่
			แผนตรงประเด็นหรือไม่	แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น
			แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่	

มาตรฐาน	*สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		
	ข้อเสนอแนะ	*แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	
23 ระบบการพัฒนาและเรียนรู้ สำหรับบุคลากรและผู้นำ		<ul style="list-style-type: none"> -จัดทำแผนพัฒนาบุคลากร 1 คน/ครั้ง/ปีในงบการพัฒนา 800,000 บาท ตามส่วนขาดและ Service ปี 2560 (92.90 คน) -ประเมินประสิทธิภาพบุคลากร เช่น การประเมิน CPR แบบ real time -จัดทำแผนพัฒนารายบุคคล ทุกหน่วยงาน 	มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่
			แผนตรงประเด็นหรือไม่
			แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น
			แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่
24 การบริหารและจัดระบบ บุคลากร		<ul style="list-style-type: none"> -แผนการพัฒนากุศลกร ตามวิชาชีพ มีแผนการพัฒนาตาม service plan และ M2 เช่น การสรรหานักรังสีการแพทย์ 	มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่
			แผนตรงประเด็นหรือไม่
			แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น
			แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่
25 สุขภาพของบุคลากร	จากการประเมินความเสี่ยงบุคลากร	<ul style="list-style-type: none"> -จัดทำแผนการตรวจสุขภาพประจำปี เดือน มกราคม 2560 -จัดทำแผนการสร้างเสริมสุขภาพให้กับบุคลากรในแต่ละกลุ่ม กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมบุคลากรตัวอย่าง - การให้วัคซีนที่ครอบคลุม เช่น ไข้หวัดใหญ่ 	มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่
			แผนตรงประเด็นหรือไม่
			แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น
			แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่

มาตรฐาน	*สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		*แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	
	ข้อเสนอแนะ			ตรวจสอบการจัดทำแผนของโรงพยาบาล
I-6 การจัดการกระบวนการ				
26 การกำหนดงานที่เป็นความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กรและการออกแบบระบบงานโดยรวม		- การทบทวนและปรับปรุง core competency ที่กำหนด คือ การรักษากลุ่มโรคสำคัญที่มีความซับซ้อนมากขึ้นและเพิ่มการเทียบเคียงผลงานกับองค์กรอื่น		มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่
				แผนตรงประเด็นหรือไม่
				แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น
				แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่
27 ความพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติต่างๆ	ควรวิเคราะห์และวางแผนเพื่อทำการฝึกซ้อมการรองรับภาวะฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นและมีผลกระทบต่อ การให้บริการของโรงพยาบาลโดยตรง เช่น ภัยธรรมชาติ การล้มเหลวของระบบสาธารณสุขประเภศ การล้มเหลวของระบบคอมพิวเตอร์ เป็นต้น เพื่อให้มีความพร้อมในการรองรับภาวะฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้น	• ทบทวนแผนพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติต่างๆ ประจำปี และซักซ้อมความเข้าใจหรือซ้อมปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ 1 ครั้ง/ปี พร้อมถอดบทเรียนเพื่อปรับปรุงผลการซ้อมที่ผ่านมาอย่างสม่ำเสมอตามแผน		มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่
				แผนตรงประเด็นหรือไม่
				แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น
				แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่
28 การจัดการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน	ควรให้ทีมและหน่วยงานเรียนรู้แนวคิด 3P เรียนรู้เป้าหมายของงานที่รับผิดชอบ และระบบงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่การกำหนดแนวทางปฏิบัติด้วยความเข้าใจ ร่วมกับการวางระบบการกำกับ	<ul style="list-style-type: none"> • คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ส่งเสริมและติดตามการใช้ 3P และ PDSA กับระบบงาน และกระบวนการหลัก เชื่อมโยงกับประเด็นเชิงกลยุทธ์ • จัดเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในโรงพยาบาล 		มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่
				แผนตรงประเด็นหรือไม่
				แผนระบุกิจกรรมที่

มาตรฐาน	*สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		ตรวจสอบการจัดทำแผนของโรงพยาบาล	
	ข้อเสนอแนะ	*แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล		
	ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำผลที่ได้มาพัฒนางานด้านต่างๆ ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น	2 ครั้ง/ปี งานวิชาการต่างๆในสสจ. และ สรพ. 1 ครั้ง/ปี		ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น
				แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่
ตอนที่ 2 ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล				
II-1 การบริหารความเสี่ยงความปลอดภัยและคุณภาพ				
29 การสนับสนุนจากผู้นำการเชื่อมโยงและประสานงาน	ควรพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยกำกับ ติดตาม การดำเนินงาน ส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจในการทำงานคุณภาพ องค์ความรู้ของบุคลากรให้ทั่วทั้งองค์กร การพัฒนาคุณภาพ มีการกำหนดอยู่ในแผนกลยุทธ์	<ul style="list-style-type: none"> -กำหนดการประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลทุก 1 เดือน ติดตามผลการปฏิบัติงานของทีมต่าง ๆ -ติดตามความครอบคลุมของการรายงานความเสี่ยงของหน่วยงานต่าง ๆ ทุก 1 เดือน - นำเสนอผลการทบทวนความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไปของทุกทีมแก่คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลเพื่อกำกับ ติดตามผลลัพท์การแก้ไข - วางแผนให้เจ้าหน้าที่ไปอบรมความรู้เรื่องระบบบริหารความเสี่ยงอยู่ในแผนของงานพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล กำหนดกลุ่มเป้าหมาย -ทีม RM วางแผนลงหน่วยงานแต่ละหน่วยงาน เพื่อทบทวนความรู้ ความเข้าใจในระบบบริหารความเสี่ยง, การทำ Risk Matrix - บรรจุการพัฒนาคุณภาพการบริหารความเสี่ยงไว้ในแผนของรพ. 		มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่
				แผนตรงประเด็นหรือไม่
				แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น
				แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่

มาตรฐาน	*สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		*แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล			
	ข้อเสนอแนะ		ตรวจสอบการจัดทำแผนของโรงพยาบาล			
30 การทำงานเป็นทีม	ควรเชื่อมโยงการทำงานเป็นทีม เช่น การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงของทีมในโรงพยาบาล ด้านการรักษา ป้องกัน ใน NCD clinic และจากรพ.สต. ด้านการส่งเสริม การคัดกรอง การฟื้นฟู โดยการนำข้อมูลมาเชื่อมโยงกัน และวางแผนการดำเนินงานร่วมกัน เพื่อให้เห็นภาพรวมของการดำเนินงาน	<p>-Primary prevention การคัดกรองปัญหาในประชาชนกลุ่มเสี่ยงของทั้งอำเภอ โดยดำเนินการให้แล้วเสร็จในไตรมาสแรกของปีงบประมาณซึ่งจะสามารถนำมาออกแบบวางแผนดำเนินการในเชิงป้องกันได้ในการตรวจพบกลุ่มเสี่ยง ใช้การประสานความร่วมมือกับเครือข่ายในชุมชน เน้น อสม.ของแต่ละตำบลเน้น</p> <p>-Secondary prevention การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เพื่อควบคุมระดับความรุนแรงของโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนระยะยาว วางระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อควบคุมโรคโดยใช้แนวคิดป้องกัน 7 สี เพื่อการแบ่งกลุ่มผู้ป่วย ให้ง่ายต่อการบริหารจัดการรายกรณี ซึ่งเน้นให้ความสำคัญในการเสริมพลังและติดตามต่อเนื่องแบบเข้มข้น</p> <p>วางระบบคัดกรองภาวะแทรกซ้อนระยะยาวในผู้ป่วยเบาหวานทุกราย ปัจจุบันสามารถดึงเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนงบประมาณการคัดกรองค้นหาภาวะแทรกซ้อนระยะยาวในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ครอบคลุมมากขึ้น</p> <p>-Tertiary prevention การดูแลผู้ป่วยกลุ่ม AMI พัฒนาระบบการวินิจฉัยแยกโรคที่ถูกต้อง มี CPG</p>	มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่	แผนตรงประเด็นหรือไม่	แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น	แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่

มาตรฐาน	*สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		*แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	
	ข้อเสนอแนะ		ตรวจสอบการจัดทำแผนของโรงพยาบาล	
		และแนวทางการประเมินแยกโรคและประเมินซ้ำ โดยใช้แนวทางปฏิบัติในกลุ่มที่มาด้วย Atypical chest pain และระบบคัดกรองผู้ป่วยที่มาด้วยจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ที่อายุ >60 ปีพร้อมกับมีประวัติ DM, HT,IHD หรือมีประวัติครอบครัวเสียชีวิตด้วย MI การดูแลผู้ป่วย Stroke พัฒนาระบบการเข้าถึงบริการเพื่อการส่งต่อที่รวดเร็วร่วมกับ รพศ. ซึ่งรพ. มีการประชาสัมพันธ์เรื่อง โรค อาการ การเกิดโรค หลอดเลือดสมองในชุมชน -มีการประชุมคณะกรรมการ NCD boardของโรงพยาบาลและรพ.สต.ทุก 4 เดือนเพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ และใช้ในการวางแผนการดำเนินงานร่วมกัน		
31 การประเมินตนเอง	ควรพัฒนาการประเมินตนเองอย่างสม่ำเสมอ เช่น การทบทวนและการปรับปรุงตัวชี้วัด การทบทวนเวชระเบียนโดยเน้นด้านคุณภาพ การลงเยี่ยมหน่วยงานเพื่อตามรอยระบบ ตามรอยโรค เป็นต้น	-มีการทบทวน และปรับปรุงตัวชี้วัดระบบบริหารความเสี่ยง ทุกไตรมาส ในการประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง -ทีมเวชระเบียนได้มีการ Audit เวชระเบียน และเชื่อมโยงข้อมูลแจ้งแก่หน่วยงานที่เวชระเบียน ยังไม่ผ่านเกณฑ์ -มีการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยใน ในเชิงคลินิกจากแพทย์ และพยาบาล ทุก 1 เดือน -มีการ ทำ IC ENV RM Round ทุกสัปดาห์แรกของ	มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่ แผนตรงประเด็นหรือไม่ แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่	

มาตรฐาน	*สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		*แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	
	ข้อเสนอแนะ		ตรวจสอบการจัดทำแผนของโรงพยาบาล	
		<p>เดือน</p> <p>- ผลจากการ Round ระบบ IC ,RM</p> <p>-มีการจัดโซนแยกกลุ่มผู้ป่วย Low Immune ,OPD ,IPD เช่นผู้ป่วย on chemo on steroid เด็ก NB ผู้ป่วยเชื้อดื้อยา เช่น MDR TB,ESBL, MRSA จัดสถานที่แยกไว้โดยเฉพาะ</p> <p>-ให้ความรู้เรื่องเกณฑ์ การคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อ เช่น TB, โรคอุบัติใหม่ อูบิตซ์ ไข้หวัดใหญ่ ไข้หวัดนก แก่ จุดปฏิบัติงานที่ต้องคัดกรองผู้ป่วยด้วยตนเอง เช่น งานคลินิกทุกคลินิก, งานกายภาพ, งานแพทย์แผนไทยเพื่อดำเนินการคัดแยกโซนและการดูแลรักษา</p> <p>-ตามรอยโรค ตาม Tracer ที่กำหนด</p> <p>แนวทางตาม CPG เช่น การนิเทศหน้างาน ทีม PTC จะมีการ Orientation Extern โดยเภสัชกรจาก Risk ที่เกิดขึ้นเช่นการใช้ Antibiotic CPG ของทีม PCT เช่น โรค DM Hypoglycemia Hyperglycemia Stroke STEMI ไม่ทำตามข้อใด</p>		
32 ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย	1. พบว่าอุบัติการณ์ที่ได้รับรายงานและที่ได้จากการทบทวนเป็นความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไปที่พบเห็นได้ชัดเจน ดังนั้นทีมจึงควรเรียนรู้ร่วมกันในการหาความเสี่ยงเชิงรุกที่ซ่อนเร้นอยู่โดยเฉพาะระหว่าง	1. เชิงรุกการเกิด precipitating labor ที่เสี่ยงต่อ PPH , Tear, Fetal distress มีแนวทางปฏิบัติ ฝ้าระวังของ LR ในกลุ่มเสี่ยง precipitating labor การ detect precipitating labor มีแนวทางที่ชัดเจน		<p>มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่</p> <p>แผนตรงประเด็นหรือไม่</p> <p>แผนระบุกิจกรรมที่</p>

มาตรฐาน	*สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		*แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	
	ข้อเสนอแนะ		ตรวจสอบการจัดทำแผนของโรงพยาบาล	
	<p>การดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น การเกิด precipitating labor ที่เสี่ยงต่อ PPH , Tear, Fetal distress หรือ การให้ยา HAD ที่เสี่ยงต่อ tachycardia ศูนย์การควบคุมการหายใจถูกกต เป็นต้น เพื่อนำมาสู่การเฝ้าระวัง ดักจับความเสี่ยงของผู้ป่วยได้อย่างตรงประเด็นเพื่อให้เกิดความปลอดภัย</p> <p>2.ควรเพิ่มการวิเคราะห์แนวโน้มความรุนแรงของความเสี่ยงทั้ง 9 โปรแกรม เพื่อดูประสิทธิภาพการจัดการที่ได้ดำเนินการไปแล้วและเรียนรู้การจัดการ risk matrix ให้ได้ความเสี่ยงของโรงพยาบาล นำมาทบทวน ร่วมกันค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา เพื่อปรับปรุงแก้ไขในเชิงระบบ</p>	<p>-เชิงรุก การให้ยา HADที่เสี่ยงต่อ tachycardia ศูนย์การควบคุมการหายใจถูกกตมีแนวทางปฏิบัติของทีม PTC และทำตามแนวทางและมีกำกับ ติดตาม เพื่อไม่ให้เกิดอุบัติการณ์</p> <p>2.ให้ความเสี่ยง 9 โปรแกรม วิเคราะห์แนวโน้มความรุนแรงของตนเอง และนำมาเสนอคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงทุก 1 เดือน เพื่อดูประสิทธิภาพของการจัดการในแต่ละทีม</p> <p>-ให้แต่ละทีม และแต่ละหน่วยงานจัดทำ Risk Matrix ประจำปีเพื่อให้ได้ความเสี่ยงของทีม และของหน่วยงาน เพื่อรวบรวมมาเป็นความเสี่ยงของโรงพยาบาล เพื่อจะได้แก้ไขในเชิงระบบ</p>	<p>ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น</p> <p>แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่</p>	
33 การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย(ที่แนะนำไว้ในบันไดขั้น 1 สู่ HA)	<p>จากการทบทวนเวชระเบียนควรนำประเด็นการไม่ปฏิบัติตาม CPG มาวิเคราะห์สาเหตุ ปัจจัย/อุปสรรคที่แก้ไขให้ตรงประเด็นมากขึ้นเกี่ยวข้องที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติได้ นำมาร่วมกัน</p>	<p>ประเด็นเรื่องยาการใช้ยาของ Intern/Extern แก้ปัญหาโดยใช้ บริบท/Risk ที่เกิดมา Orientation Intern/Extern โดยเภสัชกร</p> <p>กำหนดประเด็น แต่ละโรคข้อไหนที่ไม่ทำตาม CPG เช่น DM Hypoglycemia Hyperglycemia ในกรณีการให้IV ไม่ได้ปรับลดตาม CPG</p>	<p>มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่</p> <p>แผนตรงประเด็นหรือไม่</p> <p>แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น</p> <p>แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่</p>	
34 การพัฒนาคุณภาพการดูแล	มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโดยการทบทวน	-มีการทบทวนการส่งต่อ , การทบทวนการเสียชีวิต,		มีแผนครบตาม

มาตรฐาน	*สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		ตรวจสอบการจัดทำแผนของโรงพยาบาล	
	ข้อเสนอแนะ	*แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล		
ผู้ป่วยในลักษณะบูรณาการ	เหตุการณ์สำคัญ เช่น การส่งต่อ การทบทวนการเสียชีวิต unplanned refer , unplanned intubation มีการนำมาปรับปรุงการดูแล ควรติดตามผลการปรับปรุงจากการทบทวนให้มีผลลัพธ์ที่ดี วิเคราะห์สาเหตุ ปัจจัยที่ส่งต่อการดูแลผู้ป่วยดังกล่าวในกลุ่มที่สำคัญ เช่น การเสียชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาล โรคมะเร็งขั้นสุดท้ายที่สูงขึ้น โรคหัวใจ การเสียชีวิตระหว่างส่งต่อ โภคแม่และเด็ก เป็นต้น	unplanned refer , unplanned intubation ในแต่ละแผนก ในการทบทวน 12 กิจกรรม ส่งให้ทีม PCT ทุก 1 เดือน เพื่อนำมาปรับปรุง วิเคราะห์สาเหตุ ปัจจัยที่ส่งต่อการดูแลผู้ป่วย -การเสียชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาลทบทวนโดย Extern พบสาเหตุว่า ผู้ป่วยอยู่ไกล ไม่เข้าถึง 1669 วางแผนพัฒนางานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน เพื่อการเข้าถึง มีปัญหาพื้นที่ gray zone ทับช้างโทรไปติดที่สระแก้ว วางแผนประสานทีมที่จังหวัดในการแก้ไขปัญหาต่อไป -โรคมะเร็งขั้นสุดท้ายที่สูงขึ้นมีการทบทวนโดย Externพบว่าของสอยดาว พบมะเร็งตับ มะเร็งปอด แต่ยังไม่สามารถระบุสาเหตุที่แน่ชัดได้ -โรคหัวใจ -การเสียชีวิตระหว่างส่งต่อปี 59 1 case STEMI ทบทวน CPG STEMI		ข้อเสนอแนะหรือไม่
				แผนตรงประเด็นหรือไม่
				แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น
				แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่
II-2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ				
35 ระบบบริหารการพยาบาล	ควรทบทวนการจัดอัตรากำลังเสริมในห้องคลอด บทบาทที่เหมาะสมในการทำหัตถการ(เจาะน้ำคร่ำเอง) และนำผลที่ได้จากการประเมินต่างๆ เช่น ทักษะเชิงวิชาชีพ การใช้กระบวนการพยาบาล มา	•จัดอัตรากำลังเสริมในห้องคลอด โดยจัดเพิ่มผู้ช่วยเหลือคนไข้ในเวรบายและดึก เวิร์ดละ 1 คน และอัตรากำลังพยาบาลเสริม ตามแนวทางที่กำหนด •กำหนดแนวทางในการทำหัตถการ (เจาะถุงน้ำคร่ำ)		มีแผนครบตาม
				ข้อเสนอแนะหรือไม่
				แผนตรงประเด็นหรือไม่
				แผนระบุกิจกรรมที่

มาตรฐาน	*สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		*แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	
	ข้อเสนอแนะ			ตรวจสอบการจัดทำแผนของโรงพยาบาล
	พัฒนารูปแบบการประเมินให้มีความเป็นรูปธรรม มีความเฉพาะที่สามารถเห็น GAP ในการพัฒนาชัดเจนขึ้น	<p>โดยทีม PCT</p> <ul style="list-style-type: none"> พัฒนารูปแบบการประเมินทักษะเชิงวิชาชีพ และการใช้กระบวนการพยาบาล ในโครงการนิเทศทางคลินิก ปรับระบบการนิเทศการพยาบาล 3 ระบบ คือ การนิเทศทางการบริหาร การนิเทศการพยาบาล และการนิเทศทางคลินิก 		ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น
36ปฏิบัติการพยาบาล	ควรส่งเสริมความสามารถในการประเมิน วินิจฉัย ปัญหาทางการพยาบาลของแต่ละกลุ่มโรค และกลุ่มโรคร่วมให้มีความเฉพาะ ระบุความเสี่ยง ความรุนแรงได้ นำมาวางแผนการปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลที่สอดคล้องกัน พร้อมการบันทึกที่ต่อเนื่องในประเด็นสำคัญ ทั้ง V/S อาการ อาการแสดงเพื่อการสื่อสารการดูแลและเห็นภาพการปรับแผนการพยาบาลที่เหมาะสมต่อเนื่อง	<ul style="list-style-type: none"> จัดโครงการอบรมเรื่องกระบวนการพยาบาลและบันทึกทางการพยาบาล ติดตามนิเทศหน้างานโดยหัวหน้างานและหัวหน้าพยาบาล ส่งเสริมการทำกิจกรรมทบทวน ทุกเดือนในทีมFA เน้นกลุ่มโรคร่วม ระบุความเสี่ยง ความรุนแรง ประเมินเวชระเบียนเรื่องกระบวนการพยาบาลและบันทึกทางการพยาบาล โดยผู้ปฏิบัติประเมินตนเองก่อน ส่ง ประเมินโดยผู้ร่วมงาน และหัวหน้างาน วิเคราะห์และปรับปรุงในประเด็นที่ไม่สอดคล้อง 		มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่
				แผนตรงประเด็นหรือไม่
				แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น
				แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่
37องค์กรแพทย์		- มีการประเมินการกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ เป็นลายลักษณ์อักษร และแนวทางแก้ไข ปัญหาเพื่อป้องกันการละเมิดจริยธรรม		มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่
				แผนตรงประเด็นหรือไม่
				แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกิน

มาตรฐาน	*สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		*แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	
	ข้อเสนอแนะ		ตรวจสอบการจัดทำแผนของโรงพยาบาล	
			จำเป็น	
			แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่	
II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย				
38 โครงสร้างอาคารและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ			-สำรวจปีละ 1 ครั้ง โดยศูนย์วิศวกรรม ชลบุรี ปรับปรุงข้อเสนอแนะ ตามคำแนะนำ	มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่
				แผนตรงประเด็นหรือไม่
				แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น
				แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่
39 การกำกับดูแลและบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม	ควรวางแผนการสำรวจ ปรับปรุง บำรุงรักษาอาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อมและอุปกรณ์ต่างๆ ให้มีความชัดเจนทั้งระยะเวลา ผู้รับผิดชอบ เพื่อให้สถานที่และสิ่งแวดล้อมอยู่ในสภาพที่ดี มีความปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง	- ผู้รับผิดชอบงานสิ่งแวดล้อม ทำแผนปรับปรุงสถานที่ ปี ละ 1 ครั้ง มีการประเมินประสิทธิภาพของระบบโดยนักวิชาการในโรงพยาบาล -เดิน round ENV + IC เดือน ละ 1 ครั้ง	มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่	
			แผนตรงประเด็นหรือไม่	
			แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น	
			แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่	
40 การจัดการกับวัสดุและของเสีย	ควรรวบรวมและจัดทำบัญชีรายการวัสดุและของ	-จัดทำบัญชีสารเคมี และของเสียอันตรายใน	มีแผนครบตาม	

มาตรฐาน	*สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		*แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตรวจสอบการจัดทำแผนของโรงพยาบาล	
	ข้อเสนอแนะ				
อันตรายอย่างปลอดภัย	เสียนอันตรายให้ครอบคลุม พร้อมทั้งจัดทำแนวทางการเก็บ การเคลื่อนย้าย การกำจัดและจัดการที่เหมาะสมตามประเภทของวัสดุ ขยะอันตราย และการสื่อสารลงสู่การปฏิบัติแก่เจ้าหน้าที่ ผู้ปฏิบัติและมีการติดตามการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง	โรงพยาบาลสอยดาว จำนวน 24 รายการ -จัดทำ Flow chart -จัดทำแนวทางการกำจัดขยะ อันตรายและขยะทั่วไป -จัดทำคู่มือในการปฏิบัติงานแจกหน่วยงานในเดือน มกราคม		ข้อเสนอแนะหรือไม่	
				แผนตรงประเด็นหรือไม่	
				แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น	
				แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่	
41การจัดทำแผนฝึกซ้อมตรวจสอบระบบเพื่อป้องกันอัคคีภัย	ควรวางระบบการตรวจสอบความพร้อมใช้ของอุปกรณ์ในการระงับอัคคีภัยแต่ละประเภท ไฟฉุกเฉิน ตามระยะเวลาที่กำหนดอย่างต่อเนื่องและส่งเสริมให้มีการทบทวน/ระบบตรวจสอบภายในหน่วยงานที่มีความเสี่ยงสม่ำเสมอ เช่น คลังยา คลังวัสดุการแพทย์และคลังวัสดุทั่วไป เพื่อความปลอดภัยจากอัคคีภัย	- ซ้อมแผนอัคคีภัยในเดือน มกราคม 2560 - ตรวจสอบไฟฉุกเฉินทุก 1 เดือน โดยช่างเป็นผู้ตรวจสอบ - ถังดับเพลิง หน่วยงานตรวจสอบทุกเดือน และมีช่างตรวจสอบทุก 3 เดือน ทำตารางชัดเจนโดยมีการตรวจพร้อมกับการเดิน Round ENV + IC ทุกวันจันทร์ ต้นเดือน ทุกเดือน		มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่	
				แผนตรงประเด็นหรือไม่	
				แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น	
				แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่	
42 เครื่องมือ	ควรทบทวนและเรียนรู้ระบบประเมินความพร้อมใช้และการดูแลรักษาประจำวันของเครื่องมือ อุปกรณ์ต่างๆ ให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น เพื่อความปลอดภัยในการให้การดูแลผู้ป่วย เช่น รถ emergency และยาฉุกเฉิน อุปกรณ์และยาในรถ ambulance การควบคุมอุณหภูมิตู้เย็นเก็บยาในหอ	- มีแผนส่ง จนท.ผู้รับผิดชอบงานอบรมการดูแลบำรุงรักษาเครื่องมือแพทย์ - มีการให้ความรู้เรื่องการใช้เครื่องมือแพทย์ โดยศูนย์วิศวกรรม ชลบุรี - ติดตามตัวชี้วัดเครื่องมือไม่พร้อมใช้ - เครื่องมือแพทย์ที่มีความเสี่ยงสูงและเสี่ยงปานกลาง		มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่	
				แผนตรงประเด็นหรือไม่	
				แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น	

มาตรฐาน	*สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		*แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	
	ข้อเสนอแนะ		ตรวจสอบการจัดทำแผนของโรงพยาบาล	
	ผู้ป่วยเป็นต้น	<ul style="list-style-type: none"> -ได้รับการสอบเทียบ ในเดือน ธันวาคม 2559 -ให้หน่วยงานกำหนดความต้องการมีเครื่องมือในหน่วยงาน ดูจาก high risk /high volume -ทำแผนขออนุมัติในปีต่อไป -มีหลักฐานการตรวจสอบตามที่กำหนด เช่น วัน/สัปดาห์/เดือน เป็นต้น -เครื่องมือที่มีแบตเตอรี่ ได้รับการตรวจสอบและเปลี่ยนแบตเตอรี่ ตามเวลาที่กำหนด -รถ Ambulance Emergency มีการตรวจcheck โดย จนท.พยาบาล ER เวลา 08.00 – 09.00 น.ทุกวัน และทุกคืน มีการจดบันทึก และแลกเปลี่ยน ยาและเวชภัณฑ์ ในรถสม่ำเสมอ -ตู้เย็น ยาแนวทางติดที่ตู้เย็น มีระเบียบแนวทางการเคลื่อนย้ายยา 		แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่
43 ระบบสาธารณูปโภค	ควรกำกับดูแลให้ผู้ที่เกี่ยวข้องดำเนินการตรวจสอบดูแลบำรุงรักษาสาธารณูปโภค ได้แก่ ระบบไฟฟ้าสำรอง ระบบไฟฉุกเฉิน ระบบน้ำประปา ระบบก๊าซทางการแพทย์ อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีความพร้อมใช้อยู่เสมอทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน	<ul style="list-style-type: none"> -มีแผนให้หัวหน้ากลุ่มงานการจัดการมีการนิเทศ การบำรุงรักษาระบบน้ำ ระบบไฟฟ้าสำรอง ระบบไฟฉุกเฉิน ระบบน้ำประปา ระบบก๊าซทางการแพทย์ และมีหลักฐานการนิเทศ ทุก 3 เดือน -จัดทำแผนการบำรุงรักษาบบไฟฟ้าสำรอง ปี ละ 1 ครั้ง โดยบริษัทภายนอก และช่างไฟฟ้าของโรงพยาบาลทุกวันศุกร์ 		<ul style="list-style-type: none"> มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่ แผนตรงประเด็นหรือไม่ แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น

มาตรฐาน	*สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		
	ข้อเสนอแนะ	*แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	
		<p>-ระบบไฟฉุกเฉิน เตือนละ 1 ครั้ง โดยช่างโรงพยาบาล</p> <p>-ระบบน้ำประปา จัดหาน้ำสำรองให้เพียงพอ และทำการเปลี่ยนทรายกรองน้ำ 1 ครั้ง / ปี เดือนวันที่ 26 พฤศจิกายน 2559 จะมีการล้างถังน้ำส่งประปา แก๊ซ น้ำขุ่น น้ำมีตะกอน</p> <p>-ระบบก๊าซทางการแพทย์ มีการตรวจcheck ประจำปีในเดือน มีนาคม 2560 และตรวจ check โดย จนท. ทุกสัปดาห์ โดยใช้ฟองสบู่</p>	<p>ตรวจสอบการจัดทำแผนของโรงพยาบาล</p> <p>แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่</p>
44 สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ		<ul style="list-style-type: none"> • ประเมิน Healthy work place ปีละ 1 ครั้ง และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ (ติดต่อกัน 5 ปี) • โครงการ GREEN & Clean Hospital 	มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่
			แผนตรงประเด็นหรือไม่
			แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น
			แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่
45 การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม	ระบบบำบัดน้ำเสีย : ควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลระบบและผู้กำกับงานผ่านการอบรม สามารถดูแลระบบบำบัดน้ำเสียได้อย่างเข้าใจ และเรียนรู้จากผลวิเคราะห์ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ จากเหตุการณ์ที่ผ่านมา(ผล	<p>-ผู้ควบคุมไปอบรม (เจ้าพนักงานสาธารณสุข) ที่กรมอนามัยปีละ 1 ครั้ง</p> <p>-มีการประเมินโดยผู้ชำนาญกว่า</p> <p>-เดือนมิถุนายน 2559 ได้มีการดำเนินการแก้ไข และ</p>	มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่
			แผนตรงประเด็นหรือไม่
			แผนระบุกิจกรรมที่

มาตรฐาน	*สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		*แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	
	ข้อเสนอแนะ		ตรวจสอบการจัดทำแผนของโรงพยาบาล	
	ตรวจภายนอก เมื่อเมษายน 2559 มี TDS สูง ตะกอนลอยผิดปกติ มาดำเนินการตามแผนการปรับปรุงที่วางไว้ และเฝ้าระวังระบบอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ระบบมีความเสถียรอย่างต่อเนื่อง	มาตรการณ์ ตามแผนควบคุมดังนี้. -กำหนดให้มีการตรวจสอบค่า V30 (ปริมาณตะกอน) ทุกวัน -กำหนดค่ามาตรฐาน ค่า V30 ไม่เกิน 600 -กำหนดสูบตะกอบตัก ค่า V30 ค่าปริมาณตะกอนที่ 600 และหรือสัปดาห์ละ 2 ครั้ง -ตรวจคุณภาพน้ำ ปี ละ 3 ครั้ง		ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่
II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ				
46 การออกแบบระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	เนื่องจาก ICN เพิ่งจบการศึกษาเฉพาะทาง 4 เดือน ดังนั้นควรรณรงค์ความรู้ที่ได้มาประสานทีมในการทบทวนการออกแบบระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อให้ครอบคลุมทุกพื้นที่บริการ ด้วยการวิเคราะห์ลักษณะของผู้ป่วย/การจัดการบริการของโรงพยาบาล มาออกแบบระบบให้แต่ละหน่วยงานรับรู้บทบาทหน้าที่ของตนที่สอดคล้องกับบริบทในแต่ละพื้นที่ เช่น ระบบการคัดกรองแยกโรคที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ กลุ่ม low immune กลุ่ม sepsis พร้อมการกำหนดนโยบายป้องกัน นำสู่การปฏิบัติและติดตามอย่างต่อเนื่อง	1.ทบทวนการจัดบริการในแต่ละพื้นที่และกำหนดกลุ่มผู้รับบริการ โดยกำหนดเป็นกลุ่มผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วย Low immune และกลุ่มเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ 2.ร่วมกับทีม PCT จัดทำแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยและแนวทางการป้องกันตามกลุ่มที่กำหนด 3.นำแนวทางการคัดกรองแยกโรคไปใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยทั้งที่ OPD คลินิกบริการผู้ป่วยเฉพาะโรค เช่น DM HT CKD ANC ภาวะสุขภาพบำบัด แพทย์แผนไทย 4.ติดตามผลการคัดกรอง และการปฏิบัติตามแนวทาง ในแต่ละพื้นที่บริการ		มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่ แผนตรงประเด็นหรือไม่ แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่
47 การจัดการและทรัพยากร		1.กำหนดหน้าที่รับผิดชอบทีม ICWN ทรนรงค์ป้องกัน		มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่

มาตรฐาน	*สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		*แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	
	ข้อเสนอแนะ		ตรวจสอบการจัดทำแผนของโรงพยาบาล	
		<p>การติดเชื้อ ติดตามการปฏิบัติของบุคลากรตามแนวทาง และร่วมกับทีม HHC เยี่ยมบ้านผู้ป่วยกลุ่มติดเชื้อ กลุ่มเสี่ยงแพร่กระจายเชื้อ</p> <p>2.IC Round ร่วมกับทีมคุณภาพ ทุก 1 เดือน และติดตามความก้าวหน้าในการแก้ไขปรับปรุงของหน่วยงาน</p> <p>3.สำรวจความเพียงพอของอุปกรณ์ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และจัดทำให้เหมาะสมในทุกพื้นที่การให้บริการ</p> <p>4.นำข้อมูลความเสี่ยงด้าน IC จากโปรแกรมรายงานความเสี่ยง ทบทวนและวางแนวทางแก้ไขป้องกัน</p>	<p>แผนตรงประเด็นหรือไม่</p> <p>แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น</p> <p>แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่</p>	
48 การป้องกันการติดเชื้อ	<p>1.จากการสุ่มเยี่ยมหน่วยงานพบโอกาสพัฒนาในด้านการติดตามความเข้าใจของผู้ปฏิบัติต่อมาตรการ/แนวทางที่ ICC ได้จัดทำ เช่น การคัดกรองแยกโรคสำคัญตามบริบท การจัดพื้นที่แยกผู้ป่วยติดเชื้อ/ภูมิคุ้มกันต่ำ การป้องกันเชื้อดื้อยา การปฏิบัติงานใน CSSD เป็นต้น เพื่อนำมาปรับปรุงให้เกิดความเข้าใจในการปฏิบัติ</p> <p>2.ควรสำรวจพื้นที่เสี่ยงให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ของโรงพยาบาล พร้อมการวิเคราะห์กลุ่มผู้ป่วย การจัดบริการ และหลักวิชาการ นำมาปรับปรุงพื้นที่ต่างๆ ให้ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เช่น OPD,</p>	<p>1.สำรวจพื้นที่เสี่ยงในโรงพยาบาล</p> <p>2.จัดพื้นที่สำหรับบริการผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ และกลุ่ม low immune</p> <p>3.จัดทำบัญชีผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา และวางแนวทางการป้องกันตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายและติดตามผู้ป่วยในระยะเวลาที่กำหนด</p> <p>4.นำแนวทางการคัดกรองแยกโรคไปใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยทั้งที่ OPD คลินิกบริการผู้ป่วยเฉพาะโรค เช่น DM HT CKD ANC ภาวะสุขภาพบำบัด แพทย์แผนไทย</p> <p>5.ติดตามผลการคัดกรอง และการปฏิบัติตาม</p>	<p>มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่</p> <p>แผนตรงประเด็นหรือไม่</p> <p>แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น</p> <p>แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่</p>	

มาตรฐาน	*สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ	*แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตรวจสอบการจัดทำแผนของโรงพยาบาล	
	ข้อเสนอแนะ			
	IPD กายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย คลินิกโรคเรื้อรัง	แนวทางของผู้ปฏิบัติ ในแต่ละพื้นที่บริการ		
49 การเฝ้าระวังการติดเชื้อและติดตามกำกับ	<p>1.ควรวิเคราะห์หาสาเหตุการติดเชื้อ เช่น SSI, CAUTI, Phlebitis, Episiotomy ให้ครอบคลุมปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง ด้วยหลักวิชาการ(เพิ่มจากสาเหตุคือไม่ปฏิบัติตาม Aseptic technique) เช่น การนำปัจจัยจากผู้ป่วย (ครอบคลุมลักษณะ/กลุ่มผู้ป่วย วิธีชีวิต) เจ้าหน้าที่ กระบวนการ เครื่องมือ/อุปกรณ์ และลักษณะเชื้อที่พบ เช่น E coli ในแผล TR เพื่อนำมาสู่การแก้ไข ปรับปรุงแนวทางการป้องกันที่เป็นระบบชัดเจน(clinical policy) พร้อมประสานทีมระบบงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องในการร่วมพัฒนาแก้ไขเพื่อลดอัตราการติดเชื้อ</p> <p>2.ควรให้ความสำคัญในการค้นหาการติดเชื้อกลุ่ม non target พร้อมเพิ่มความรู้ให้แก่ทีมและผู้ปฏิบัติงานในการวินิจฉัยการติดเชื้อ เช่น sepsis , sepsis in NB เป็นต้น และการพัฒนาระบบ post discharge surveillance ให้ได้ตามมาตรฐาน</p>	<p>1.เฝ้าระวังการติดเชื้อแบบ Hospital wide ในทุกหน่วยงาน นำข้อมูลการติดเชื้อในปีที่ผ่านมา กำหนดปรับเปลี่ยน Targeted ที่ต้องเฝ้าระวัง และทบทวนสาเหตุ แนวทางการป้องกัน</p> <p>2.เฝ้าระวังแบบ Prospective active surveillance โดย ICN ร่วมกับ ICWN เฝ้าระวังผู้ป่วยในขณะอยู่ในโรงพยาบาล และรายงานทันทีเมื่อพบหรือสงสัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล ทั้งกลุ่ม Target และ non target เพิ่มการเฝ้าระวังในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เช่น Sepsis in NB</p> <p>3.ร่วมกับทีม PCT ทบทวนผู้ป่วย Sepsis</p> <p>4.ร่วมกับทีม RM ทบทวนวิเคราะห์สาเหตุการติดเชื้อ โดยร่วมกับทีมที่เกี่ยวข้องเพื่อหาสาเหตุที่แท้จริง เมื่อพบการติดเชื้อ</p> <p>5.ทบทวนแนวทางการวินิจฉัยการติดเชื้อ และการติดตามผู้ป่วย post discharge surveillance ตามมาตรฐานและแนวทางที่เป็นปัจจุบัน</p>	มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่	
			แผนตรงประเด็นหรือไม่	
			แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น	
			แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่	
50 การควบคุมการระบาดของการติดเชื้อ	ควรประสานการทำงานกับหน่วยงานควบคุมโรคโดยนำวิชาการที่มีมาใช้ในการออกแบบเฝ้าระวังวิเคราะห์ สอบสวน เพื่อให้ได้แนวโน้มนการระบาดที่	1.นำผลการควบคุมโรคจากกลุ่มงานเวชปฏิบัติ ครอบคลุม และแนวโน้มการเกิดโรคทั้งรายปีและรายเดือน มาวางแผนป้องกันและเฝ้าระวังในแต่ละ	มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่	
			แผนตรงประเด็นหรือไม่	

มาตรฐาน	*สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		*แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	
	ข้อเสนอแนะ		ตรวจสอบการจัดทำแผนของโรงพยาบาล	
	ไว และจัดการอย่างทันทั่วทั้งที่	ช่วงเวลาก่อนเกิดโรค 2.จัดทำแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย และแนวทางการป้องกันตามกลุ่มโรคติดต่อที่พบบ่อยในพื้นที่		แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่
II-5 ระบบเวชระเบียน				
51 การวางแผนและออกแบบระบบบริหารเวชระเบียน	ควรทบทวนและกำหนดนโยบายการบริหารเวชระเบียนให้มีความชัดเจน รัดกุม ได้แก่ นโยบายการเก็บรักษาและการทำลาย การแก้ไขข้อมูลและผู้มีสิทธิแก้ไขในแฟ้มผู้ป่วยและข้อมูลทั่วไปในระบบคอมพิวเตอร์ การยืม-คืนเวชระเบียน(รวมถึงฟิล์มเอ็กซเรย์) เป็นต้น	กำหนดนโยบายระยะเวลาการเก็บรักษาเวชระเบียนผู้ป่วยใน ● การเก็บรักษาเวชระเบียน ทั่วไป เก็บรักษา ย้อนหลัง 5 ปี เป็นคดีความ เก็บรักษาย้อนหลัง 10 ปี และทำลายเวชระเบียนที่หมดระยะเวลาการเก็บรักษาทุกปี <u>การยืมเวชระเบียน</u> ● มีแบบฟอร์มขอยืมเวชระเบียนผู้ป่วย เวชระเบียน 1 ฉบับยืมได้ไม่เกิน 7 วัน ในกรณียืมเพื่อการวิจัย การทบทวน ยืมได้ไม่เกิน 30 วันลงบันทึกการยืมเวชระเบียนในระบบ HosXp <u>การคืนเวชระเบียน</u> ● มีระบบตรวจสอบรายการคืนเวชระเบียน พร้อมลงบันทึกการคืนเวชระเบียนในระบบ HosXp บันทึกผู้คืน และผู้รับคืนในใบยื่นคำร้อง		มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่
				แผนตรงประเด็นหรือไม่
				แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น
				แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่

มาตรฐาน	*สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		*แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	
	ข้อเสนอแนะ		ตรวจสอบการจัดทำแผนของ โรงพยาบาล	
		การยืม-คืน เวชระเบียนผู้ป่วยใน มีระบบยืม-คืนในโปรแกรม HosXp โดยจำกัดสิทธิ์ให้ ผู้สามารถทำการบันทึกระบบยืมคืนได้ มีเพียง เจ้าหน้าที่เวชระเบียนเท่านั้น		
52 ความสมบูรณ์ของการบันทึก		- เพิ่มความสมบูรณ์ของเวชระเบียน ไม่น้อยกว่า 85% -เพิ่มคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ให้มีข้อมูล เพียงพอสำหรับการเรียนรู้และการวิจัย โดยทีม นักศึกษาแพทย์ ทุก 1 เดือน	มีแผนครบตาม ข้อเสนอแนะหรือไม่	
			แผนตรงประเด็นหรือไม่	
			แผนระบุกิจกรรมที่ ชัดเจน/ไม่กว้างเกิน จำเป็น	
			แผนระบุเป้าหมายและ กำหนดเวลาหรือไม่	
53 การทบทวนเวชระเบียน	ควรทบทวนเวชระเบียนอย่างสม่ำเสมอ โดย ทบทวนคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย ความสอดคล้อง เหมาะสมในการดูแลจากการบันทึกในเวชระเบียน การใช้ timeline ในการทบทวนเพื่อค้นหา AE ใน การดูแลผู้ป่วย การส่งเสริมการนำ trigger tool มา ใช้ในการทบทวนเวชระเบียน	มีการทบทวนเวชระเบียนโดยทีม audit ของรพ. 1.แพทย์ 2.พยาบาล 3.เวชสถิติ ตรวจสอบทุก1เดือน ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการทบทวนดังกล่าว แพทย์ พยาบาล หรือผู้เกี่ยวข้องได้นำไปพัฒนาและปรับปรุง ให้เข้ากับเกณฑ์ สปสช. และคุณภาพในการดูแล ผู้ป่วยต่อไป 2. ค้นหา AE โดย การใช้ timeline เดือนละ 1 ครั้ง โดยทีม FA 3.การนำ trigger tool ในเคส unplan-refer มาใช้ใน	มีแผนครบตาม ข้อเสนอแนะหรือไม่	
			แผนตรงประเด็นหรือไม่	
			แผนระบุกิจกรรมที่ ชัดเจน/ไม่กว้างเกิน จำเป็น	
			แผนระบุเป้าหมายและ กำหนดเวลาหรือไม่	

มาตรฐาน	*สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		ตรวจสอบการจัดทำแผนของโรงพยาบาล	
	ข้อเสนอแนะ	*แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล		
		การทบทวนเวชระเบียน		
II-6 ระบบการจัดการด้านยา				
54 การวางแผนและการจัดการ	ควรทบทวนบทบาทหน้าที่ในการออกนโยบายการติดตามการปฏิบัติตามนโยบายด้านยา ให้นำไปปฏิบัติได้ถูกต้อง การนำปัญหา อุปสรรคมาวางแผนพัฒนาระบบยาให้ปลอดภัยมากขึ้น	ทีมPTC กำหนดนโยบายสู่การปฏิบัติ 10 ข้อทำได้ดี 8 ข้อ ได้แก่ การกำหนดนโยบายความปลอดภัยด้านยา การจัดทำบัญชียา การติดตามความเหมาะสมของการใช้ยา การจัดการยาความเสี่ยงสูง การจัดการอาการไม่พึงประสงค์และอันตรกริยาระหว่างยา ยังมีความไม่สมบูรณ์ในแง่ของการประชุมของกรรมการ การสร้างแนวทางการกำกับวัดผลนโยบายในบางประเด็น เช่น การวัดผลนโยบายการสั่งใช้ยานโยบายการให้ยา ซึ่งได้วางแผนประชุมกลุ่มย่อยในหน่วยที่เกี่ยวข้อง เพื่อวางแผนแนวทางการวัดผลการปฏิบัติตามนโยบาย ถึงการนำข้อมูลจากการวัดผลมากำหนดมาตรการต่อไป ร่วมกับการนิเทศหน่วยงานของหัวหน้างาน		มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่
				แผนตรงประเด็นหรือไม่
				แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น
				แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่
55 การเก็บสำรองยา	ควรทบทวนระบบการบริหารคลังยาให้มีการจัดพื้นที่ให้ถูกต้องในการจัดเก็บ การจัดพื้นที่ การวางยา ระบบมาตรฐานในคลังให้ถูกต้อง มีแผนการพัฒนาคลังยาให้สามารถเก็บยาให้สะดวก มีการควบคุมคุณภาพมาตรฐานการเก็บรักษา	พื้นที่ไม่เพียงพอส่งผลต่อคุณภาพการจัดเก็บเวชภัณฑ์ คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลวางแผนสร้างคลัง ในงบปี2561 ดำเนินการจัด zone พื้นที่ในส่วนคลังเป็นหมวดและติดป้ายชื่อ		มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่
				แผนตรงประเด็นหรือไม่
				แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกิน

มาตรฐาน	*สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		*แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	
	ข้อเสนอแนะ		ตรวจสอบการจัดทำแผนของโรงพยาบาล	
				จำเป็น
				แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่
56 การสั่งใช้ยาและการถ่ายถอดคำสั่ง	<p>1.ควรนำผลการเกิด medication error ในการสั่งยา และถ่ายถอดคำสั่งที่มีการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ไว้แล้วมาวางแผนการพัฒนาให้เกิดความถูกต้องมากยิ่งขึ้น เช่น การ orientation บุคลากรใหม่ในการสั่งใช้ยา</p> <p>2.ควรนำระบบ IT ในการ pop up ด้านการแพ้ยาซ้ำ , DI, ADR เตือนให้เสถียรมีประสิทธิภาพ</p> <p>3.ควรพัฒนาระบบ medication reconciliation โดยใช้ระบบ IT แบบบันทึกรายการที่ต้องประสานให้ผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้คัดลอก เภสัชกร แพทย์ ในการทบทวนรายการและสื่อสาร นำไปใช้ให้เกิดประสิทธิภาพ</p>	<p>-แผนการลงข้อมูล prescribing error ลงในโปรแกรมบันทึกความเสี่ยง online เพื่อให้องค์กรแพทย์สามารถดูรายละเอียดของ error ได้ (เดิมรายงานเป็นหัวข้อ ซึ่งอาจทำให้วิเคราะห์ root cause ได้ยาก)</p> <p>-ครึ่งหนึ่งของ prescribing error เป็นแพทย์ใหม่วางแผนให้ห้องยา orientation ด้านนโยบายการสั่งใช้ยา กระบวนการ reconcile ระบบเตือนADR ระบบติดตามยาเสี่ยงสูง การใช้อย่างสมเหตุผล และผล การเกิด prescribing error แก่แพทย์ intern extern แพทย์ใหม่</p> <p>- IT ได้update และใส่ antivirusไว้ในcomputerทุกเครื่อง เพื่อเพิ่มความปลอดภัยของระบบLAN หลังดำเนินการยังไม่พบการpop up ข้อมูลที่ผิดพลาด</p> <p>-ปรับระบบการ pop up เตือน drug interaction โดยเตือนในระดับ 1 testการเตือนพบว่าใช้ได้</p> <p>-ทดลอง electronic reconcile พบปัญหาความหลากหลายขององค์กรแพทย์และยังไม่ได้รูปแบบสุดท้าย วางแผนประชุมร่วมกับองค์กรแพทย์เพื่อทำ</p>	มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่	
			แผนตรงประเด็นหรือไม่	
			แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น	
			แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่	

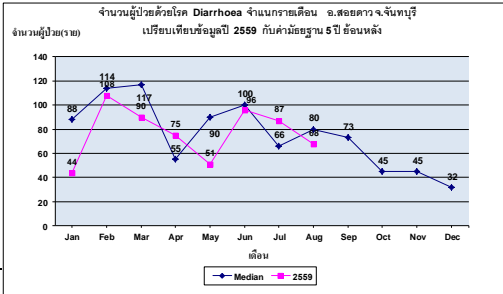
มาตรฐาน	*สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		*แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	
	ข้อเสนอแนะ		ตรวจสอบการจัดทำแผนของโรงพยาบาล	
		ให้ได้แนวทางปฏิบัติของแพทย์ที่เป็นแนวทางเดียวกัน		
57 การทบทวนคำสั่งเตรียมและจัดจ่าย/ส่งมอบยา	1.ควรนำระบบ MAR ในการบริหารยา โดยสามารถใช้ IT สื่อสาร ตรวจสอบ ลดการคัดลอกรายการยา 2.มีการเฝ้าระวังการเกิด medication error ในการ transcribing , dispensing ที่เกิดขึ้นต่อเนื่อง ควรนำมาวิเคราะห์และวางแผนปรับปรุงอย่างเป็นระบบให้ถูกต้องมากขึ้น	-ทดลอง electronic MAR ที่ดึงมาใช้ทุกวัน พบว่ามีปัญหาในผู้ป่วยกลุ่มเด็กและผู้ป่วยpalliative ปรับเป็น ดึง electronic MAR ทุก 1-3 วัน -การเพิ่มมาตรการตรวจจับในห้อยยา IPD เพื่อหารูปแบบ และวางมาตรการตามรูปแบบที่พบ เช่นการคัดลอก ,การรายงานหัวหน้าทันทีเมื่อพบ error ที่มีลักษณะที่ผิดไปจากแนวทางปฏิบัติ การส่งต่อข้อมูลระหว่างเวร การทบทวนโดยผู้ชำนาญกว่า -การดักจับ dispensing error ของ OPD เดิมสุ่ม check ในกลุ่มเสี่ยง เพิ่มมาตรการตรวจนับยาเป้าหมายเทียบกับการใช้ไปทุกวัน -การลดความเสี่ยงในการจัดยา เพื่อลดการจ่ายยาผิด การทำป้ายชื่อยาขนาดใหญ่ การกำหนดแนวทางปฏิบัติในการจัดยา ที่นำข้อมูลมาจากการหา root causeของการจ่ายยาผิด		มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่
				แผนตรงประเด็นหรือไม่
				แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น
				แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่
58 การบริหารยาและติดตามผล	1.ควรทบทวนการเกิด administration error ที่มีการรายงานต่ำ ให้มีการพัฒนาโดยสหสาขาวิชาชีพในการเฝ้าระวัง การติดตามบริหารยาให้เป็น real time การติดตามผลการเกิด ADR, HAD เป็นต้น	-administration error ต่ำ การการติดตามนโยบายการให้ยาไม่ชัดเจน วางแผนการวัดผลการปฏิบัติตามนโยบายการให้ยา - วางแผนรวมใบ monitor ของ ward เข้ากับใบ		มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่
				แผนตรงประเด็นหรือไม่
				แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกิน

มาตรฐาน	*สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		ตรวจสอบการจัดทำแผนของโรงพยาบาล	
	ข้อเสนอแนะ	*แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล		
	2.ควรติดตามผลการใช้ยาเชิงรุก เช่น การติดตามในหน่วยงาน หอผู้ป่วย นำผลการเกิด ADR ที่พบบ่อยในกลุ่มยา ARV , TB การใช้ยาไม่ถูกต้องจากคลินิกพิเศษต่างๆ ที่มีการสอน มีการติดตามผลการใช้ยาต่อเนื่องเพื่อให้สามารถลดภาวะแทรกซ้อนการกลับมารักษาซ้ำลดลง	<p>ประเมิน HAD ในยาเป้าหมาย เพื่อลดการทำงานซ้ำซ้อนของ ward</p> <p>-เพิ่มการนิเทศก์หน้างานของหัวหน้าหน่วย</p> <p>-มีการดำเนินการติดตามการใช้ยาเชิงรุกในระบบ pharm careแบบ case manager ในคลินิก TB AIDS และ warfarin โดยแก้ปัญหาการรักษาโดยรวมในผู้ป่วยเฉพาะราย พบการadmit ของผู้ป่วยในคลินิก AIDS ไม่เกี่ยวกับยา แต่คลินิก TB เกี่ยวกับ ADR จากยา จากการวิเคราะห์พบว่าขนาดยาเหมาะสม มีการติดตามlabและปรับสูตรยาได้ทันเวลาตามมาตรฐานที่กำหนด ส่วนคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูง CKD asthma COPD มีการติดตามผลการใช้ยาเฉพาะโรค พบการใช้ยาสูดพ่นผิดเทคนิคใน COPD asthma เน้นการประเมินแก้ไขทั้งผู้ป่วยในและนอก โดยเพิ่มการใช้ spacer พบการใช้ Inhaled corticosteroid ไม่ต่อเนื่องใน asthma เน้นการประเมินแก้ไขทั้งผู้ป่วยในและนอก โดยมีแผนที่จะแนะนำแผนการรักษาด้วยยาและไม่ใช้ยาเพิ่มมากขึ้นในคลินิกasthma ส่วนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง CKD พบปัญหาการปรับยาเองและการติดตามติดธุระ กำลังอยู่ระหว่างการศึกษาร่างของของพฤติกรรมดังกล่าว ร่วมกับการแนะนำ</p>	จำเป็น	แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่

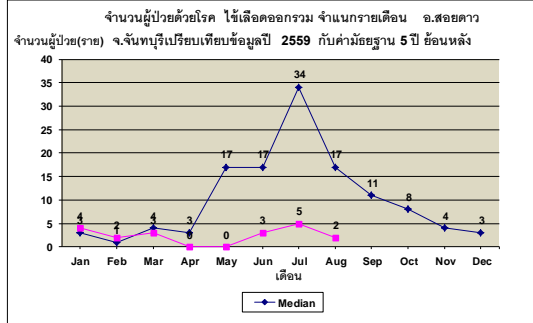
มาตรฐาน	*สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		ตรวจสอบการจัดทำแผนของโรงพยาบาล	
	ข้อเสนอแนะ	*แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล		
		ผู้ป่วย เช่น ให้มาขอยาก่อน		
II-7 การตรวจทดสอบประกอบการวินิจฉัยโรค และบริการที่เกี่ยวข้อง				
59 การวางแผนทรัพยากรและการจัดการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์		- มีการประเมินและปรับปรุงการบริหารจัดการระบบทุก 1 ปี		มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่
				แผนตรงประเด็นหรือไม่
				แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น
				แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่
60 การจัดบริการปฏิบัติการทางการแพทย์	ควรวางระบบการให้บริการนอกเวลาให้ครอบคลุมบริการและมีการติดตาม ประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำมาสู่การพัฒนาระบบให้บริการที่เหมาะสม ผู้ป่วยมีความปลอดภัย	มีการเพิ่มเติมการให้บริการนอกเวลาราชการจันทร์-ศุกร์ 16.30-20.30 หลังจาก 20.30 เป็นต้นไป เป็นเวร on call และวันอาทิตย์ ให้บริการนอกเวลาราชการเวลา 8.30-16.30 หลังจาก 16.30 เป็นเวร on call เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2559		มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่
				แผนตรงประเด็นหรือไม่
				แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น
				แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่
61 ระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการทางการแพทย์	ควรรวบรวมข้อมูลอุบัติการณ์/เครื่องชี้วัดคุณภาพต่างๆ เช่น การปฏิเสธส่งตรวจ การรายงานผลผิดพลาด การรายงานค่าวิกฤตล่าช้า เป็นต้น รวมทั้งการนำ	มีการนำตัวชี้วัดต่าง ๆ มาสรุปประจำปี ตามมาตรฐานงาน LA และนำผลที่ได้มาวางแผนพัฒนาในปีต่อไป		มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่
				แผนตรงประเด็นหรือไม่

มาตรฐาน	*สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		*แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	
	ข้อเสนอแนะ		ตรวจสอบการจัดทำแผนของโรงพยาบาล	
	ผลการทำ IQC และ EQA มาทบทวน เพื่อการปรับปรุงระบบการตรวจทดสอบประกอบการวินิจฉัย ให้มีหลักประกันได้ว่าจะให้ผลที่ถูกต้อง น่าเชื่อถือ			แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น
				แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่
62(ข) บริการโลหิตวิทยาในโรงพยาบาลที่มีคลังเลือด	ควรวางระบบรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับเลือด ติดตามข้อมูลการเกิดปฏิกิริยาจากการให้เลือด และนำมาทบทวนอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับปรุงระบบการคัดเลือดที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย ป้องกันการเกิดปฏิกิริยาการแพ้เลือด	มีการเก็บข้อมูลการเกิดปฏิกิริยาจากการให้เลือดที่ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ โดยแยกประเภทการเกิดปฏิกิริยาและสรุปผลอัตราการเกิดปฏิกิริยาหลังการให้เลือดเป็นรายปีเพื่อวางแผนพัฒนาในปีถัดไป		มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่
				แผนตรงประเด็นหรือไม่
				แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น
				แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่
63 การวางแผนทรัพยากรและการจัดการบริการรังสีวิทยา		<ul style="list-style-type: none"> - มีระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกัน - มีแผนรับการประเมิน จากหน่วยงานภายนอก - พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ เนื่องจากไม่มีรังสีเทคนิค 		มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่
				แผนตรงประเด็นหรือไม่
				แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น
				แผนระบุเป้าหมายและ

มาตรฐาน	*สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		ตรวจสอบการจัดทำแผนของโรงพยาบาล	
	ข้อเสนอแนะ	*แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล		
				กำหนดเวลาหรือไม่
64 การบริการรังสีวิทยา		<ul style="list-style-type: none"> - มีการทบทวนความเหมาะสมในการส่งตรวจ - มีการประเมินและปรับปรุงระบบ ทุก 1 ปี โดยทีมประเมินจากโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชน 		มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่
				แผนตรงประเด็นหรือไม่
				แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินไปจำเป็น
				แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่
65 ระบบคุณภาพและความปลอดภัยบริการรังสีวิทยา	<p>1.ควรนำข้อมูลอุบัติการณ์และผลข้อมูลเครื่องชีวิตคุณภาพ เช่น อัตราการเอกซเรย์ซ้ำ ผิดพลาด มาทบทวนและนำสู่การปรับปรุงระบบที่เกี่ยวข้อง</p> <p>2.ควรวิเคราะห์ความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดในกระบวนการทำงานจากการปรับเปลี่ยนระบบเดิมมาเป็นระบบ PACs เพื่อนำมาวางแผนป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นได้</p>	<p>1.นำข้อมูลตัวชี้วัดที่สำคัญมาสรุปผลรายปีและวางแผนการพัฒนา</p> <p>2. เก็บข้อมูลความเสี่ยง และวิเคราะห์ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในหน่วยงาน และนำมาวิเคราะห์ปัญหาเพื่อพัฒนาในการให้บริการ</p>		มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่
				แผนตรงประเด็นหรือไม่
				แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินไปจำเป็น
				แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่
II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ				
66นโยบายแผนการติดตามประเมินผลบุคลากร ทรัพยากร	ควรเพิ่มการวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ ทั้ง hospital base และ community base เพื่อนำมากำหนด	จากการคัดกรองโดยการตรวจคัดกรองสารเคมีในกระแสเลือด ในเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง จำนวน 550 คน		มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่

มาตรฐาน	*สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ	*แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตรวจสอบการจัดทำแผนของโรงพยาบาล	
	ข้อเสนอแนะ			
การสร้างความรู้	ประเด็นโรคและภัยสุขภาพอื่นที่สอดคล้องกับบริบทปัญหาที่มีประชากรต่างดาว อาชีพ วิถีชีวิต เช่น ปัญหาสารฆ่าแมลงที่ใช้ในสวนลำไย การเสียชีวิตด้วย CA จำนวนมาก การใช้ยาแก้ปวดเมื่อย เป็นต้น เพื่อนำมาสู่ความร่วมมือในการจัดการปัญหาในภาพรวมของคปสอ. ที่ชัดเจน	พบมีสารเคมีตกค้างในกระแสเลือดในระดับไม่ปลอดภัย 176 คน คิดเป็น 32% พบในระดับอันตราย 5 คน คิดเป็น 0.91% ในคปสอ. สอยดาวจึงได้ให้ รพ.สต. ทุกแห่งในอำเภอสอยดาว จัดตั้งคลินิกเกษตร เพื่อร่วมมือกับกระทรวงเกษตรส่งเสริมให้มีการปลูกพืชอินทรีย์ ลดการใช้สารเคมี การล้างผักที่ถูกต้องวิธีลดสารเคมีตกค้าง ก่อนรับประทาน เจาะเลือดในเกษตรกรอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง เมื่อพบสารเคมีตกค้างในกระแสเลือด ให้การแนะนำหยุดการใช้สารเคมี พร้อมทั้งให้รับประทานสมุนไพรรางจืดไม่เกินคนละ 2 สัปดาห์		แผนตรงประเด็นหรือไม่
				แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินไป
				แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่
67การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลการเฝ้าระวัง	1. ที่สมควรนำข้อมูลที่ได้จากสสอ. มาทำการวิเคราะห์ด้วยหลักระบาดวิทยา time place person ในกลุ่มโรคสำคัญ เทียบเคียงกับค่ามัธยฐาน นำมาวางแผนป้องกันร่วมกับชุมชนแต่ละพื้นที่ในเชิงรุก เพื่อลดอัตราการเกิด 2. จากการสัมภาษณ์ชุมชนและสถิติข้อมูล พบว่าทีม	1.โรคอุจจาระร่วง 		มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่
				แผนตรงประเด็นหรือไม่

มาตรฐาน	*สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		*แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตรวจสอบการจัดทำแผนของโรงพยาบาล	
	ข้อเสนอแนะ			โรงพยาบาล	
	<p>ควรทบทวนระบบการเฝ้าระวังที่ล่าช้าจากชุมชน ให้ครอบคลุมกลุ่มต่างด้าวที่เจ็บป่วย เพิ่มความรู้ความเข้าใจให้ชุมชน ในการมีส่วนร่วมรายงาน เพื่อให้เกิดการจัดการควบคุมที่รวดเร็ว</p>		<p>โรคอุจจาระร่วงเมื่อวิเคราะห์แล้วต้องดำเนินการเชิงรุก ในช่วงเดือน ก.พ.-เม.ย. กลุ่มเด็ก 0-4 ปี ในตำบลปะตงกับทรายขาว</p> <p>โรคปอดบวม</p>	<p>แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินไป จำเป็น</p>	
			<p>โรคปอดบวมเมื่อวิเคราะห์แล้วต้องดำเนินการเชิงรุก ในเดือน ก.พ. กับ ส.ค.-ต.ค. กลุ่มอายุ 0-4 ปี ในตำบลทรายขาวกับทุ่งขนาน</p> <p>โรคมือ เท้า ปาก</p>	<p>แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่</p>	

มาตรฐาน	*สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		*แผนการพัฒนารองพยาบาล	ตรวจสอบการจัดทำแผนของ โรงพยาบาล																										
	ข้อเสนอแนะ																													
			<p>โรคมือ เท้า ปาก เมื่อวิเคราะห์แล้วต้องดำเนินงานเชิงรุกในเดือนเมย.-พค. กลุ่มอายุ 0-4 ปี ในตำบลปะตงกับทุ่งขนาน</p> <p>โรคไข้เลือดออก</p>  <table border="1"> <caption>จำนวนผู้ป่วยด้วยโรค ไข้เลือดออกรวม จำนวนรายเดือน อ.สอยดาว</caption> <thead> <tr> <th>เดือน</th> <th>จำนวนผู้ป่วย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>4</td></tr> <tr><td>Feb</td><td>2</td></tr> <tr><td>Mar</td><td>4</td></tr> <tr><td>Apr</td><td>3</td></tr> <tr><td>May</td><td>17</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>17</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>34</td></tr> <tr><td>Aug</td><td>17</td></tr> <tr><td>Sep</td><td>11</td></tr> <tr><td>Oct</td><td>8</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>4</td></tr> <tr><td>Dec</td><td>3</td></tr> </tbody> </table> <p>จำนวนผู้ป่วยด้วยโรค ไข้เลือดออกรวม จำนวนรายเดือน อ.สอยดาว จำนวนผู้ป่วย(ราย) ๑.จำนวนเปรียบเทียบข้อมูลปี 2559 กับค่ามัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง</p>	เดือน	จำนวนผู้ป่วย	Jan	4	Feb	2	Mar	4	Apr	3	May	17	Jun	17	Jul	34	Aug	17	Sep	11	Oct	8	Nov	4	Dec	3	
เดือน	จำนวนผู้ป่วย																													
Jan	4																													
Feb	2																													
Mar	4																													
Apr	3																													
May	17																													
Jun	17																													
Jul	34																													
Aug	17																													
Sep	11																													
Oct	8																													
Nov	4																													
Dec	3																													
			<p>โรคไข้เลือดออกเมื่อวิเคราะห์แล้วต้องดำเนินการเชิงรุกเดือน กค. โดยทำช่วงก่อนระบาด เมย.-พค. ช่วงระบาด มิย.-กค. และช่วงหลังระบาด พย.-ธค. กลุ่มอายุ 5-14 ปี ในตำบลทุ่งขนานกับปะตง</p> <p>2.การเก็บข้อมูลโดยใช้PCAs เป็นการเก็บข้อมูลโดยใช้การสแกนภาพ เพื่อให้สามารถค้นหาข้อมูลได้รวดเร็วขึ้นนั้น จำเป็นต้องป้องกันความเสี่ยงโดย</p> <p>2.1 เก็บข้อมูลต้นฉบับเดิมไว้ เพื่อป้องกันการสูญหาย</p>																											

มาตรฐาน	*สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		*แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	
	ข้อเสนอแนะ		ตรวจสอบการจัดทำแผนของโรงพยาบาล	
		2.2 สำรองข้อมูลไว้ในแผ่นดิสก์ เพื่อป้องกันเวลาเครื่องเก็บข้อมูลเสียหาย		
68การตอบสนองต่อการระบาคและการเผยแพร่ข้อมูล				มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่
				แผนตรงประเด็นหรือไม่
				แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น
				แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่
II-9การทำงานกับชุมชน				
69 การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน	ควรเพิ่มการนำเนอข้อมูลการเจ็บป่วยทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน ที่ครอบคลุมต่างด้าวมาใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ปัญหาการเจ็บป่วยที่เชื่อมโยงการสร้างสุขภาพ คินให้แต่ละชุมชน เพื่อนำไปทำประชาคมให้แก่ชุมชนได้ทราบปัญหาด้านสุขภาพที่แท้จริงของชุมชน นอกจากนั้นยังควรกระตุ้นให้ชุมชนมองปัญหาอื่นๆให้ครอบคลุมปัญหาทางสังคม เช่น การติดเกมส์ ติดโทรศัพท์มือถือ ที่ตัวแทนชุมชนได้ให้ความสำคัญ	ได้มีส่งข้อมูลให้แก่ท้องถิ่นก่อนดำเนินการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ของตำบล ซึ่งจะนำไปแก้ปัญหาของแต่ละท้องถิ่น โดยการขอเบจากกองทุนสุขภาพตำบล ในทุกตำบลเช่น บ้านซับตารีบ้านเตาถ่าน เป็นต้น ได้นำข้อมูลที่มีการการนำโรคติดต่อจากชายแดน มาจัดตั้งเครือข่ายสุขภาพชายแดน(คสช,) ให้มีการเฝ้าระวังโรคโดยยึดหลัก “รู้เร็ว แจ้งเร็ว ควบคุมโรคเร็ว” โดยใช้แบบคัดกรองผู้ต้องสงสัยเป็นโรคติดต่อในพื้นที่ชายแดน เป็นเครื่องมือ บางชุมชน เช่น ม. 6 เขาแก้ว ต.ปะตง ได้		มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่
				แผนตรงประเด็นหรือไม่
				แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น
				แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่

มาตรฐาน	*สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		*แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	
	ข้อเสนอแนะ		ตรวจสอบการจัดทำแผนของโรงพยาบาล	
		จัดกิจกรรมลดตึกนักเรียน ดิดเกมส์ ดิดโทรศัพท์ จำนวน 250 คน อบรมภาษาจีนในช่วงปิดเทอม จัดมีการออกกำลังกายอาทิตย์ละ 3 สัปดาห์ สวดมนต์ ทำบุญทุกวันพระ สามารถลดตึกดิดเกมส์ ดิดโทรศัพท์ลงได้ 201 คน คิดเป็น 80%		
70 การเสริมพลังชุมชน		<ul style="list-style-type: none"> - สนับสนุนการพัฒนาความสามารถของชุมชนเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน - มีการประเมินและปรับปรุงการทำงานกับชุมชน โดยงานเวชปฏิบัติครบถ้วน 		มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่
				แผนตรงประเด็นหรือไม่
				แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น
				แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่
ตอนที่ 3 กระบวนการดูแลผู้ป่วย				
III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ				
71 การเข้าถึงบริการที่จำเป็นและบริการเร่งด่วน	<p>ควรลดปัญหา อุปสรรคในด้านภาษา การปฏิเสธ การส่งต่อของผู้ป่วยต่างตัวให้แก่ทุกหน่วยงาน และวิเคราะห์สาเหตุปัญหาการเข้าถึงที่ยังคงล่าช้าในกลุ่มโรคสำคัญ เช่น stroke , AMI, การฝากครรภ์ และการคลอด โดยคำนึงถึงบริบทในพื้นที่ เพื่อนำมาสู่การประสานงานในการจัดการ เสริมพลังให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเกิดความเข้าใจ ชุมชนมีส่วนร่วม</p>	<p><u>ลดอุปสรรคด้านภาษา</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รับเจ้าหน้าที่ที่สามารถพูดภาษากัมพูชา เดือน ก.ย.59 มีเวรเปลพูดได้ 2 /พยาบาล 1 คน(ER) 2. ทำป้ายสามภาษา ไทยกัมพูชา และอังกฤษ ดำเนินการแล้วตั้งแต่เดือน มิ.ย.59 <p><u>ด้านปฏิเสธการส่งต่อ</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ทำข้อตกลงร่วมกันภายในเครือข่าย 		มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่
				แผนตรงประเด็นหรือไม่

มาตรฐาน	*สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		
	ข้อเสนอแนะ	*แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	
	ทำให้สามารถเข้าถึงบริการได้ในเวลาที่รวดเร็วมากขึ้น และพัฒนาการจัดบริการส่งต่อให้แก่ผู้ป่วยต่างด้าวที่เหมาะสม(ทั้งในไทยและกลับภูมิลำเนา)	<p>หากผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตสามารถส่งต่อได้ทุกกรณี</p> <p>2. การส่งผู้ป่วยกัมพูชากลับภูมิลำเนา มีโครงการส่งคนรักกลับบ้าน โดยหน่วย EMS เริ่มที่ อปต.สะตอน และเพิ่มการบริการอีก 1 หน่วยบริการที่ อปต.ทุ่งขนาน</p> <p><u>การเข้าถึงในกลุ่ม stroke , MI , การฝากครรภ์และการคลอด</u></p> <p>1. ประชาสัมพันธ์ เกี่ยวกับโรค การบริการฉุกเฉิน</p> <p>2. พัฒนาระบบ EMS โดยเพิ่มหน่วยบริการในพื้นที่ห่างไกล</p> <p>3. ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์สามารถลงทะเบียนล่วงหน้าในการใช้บริการฉุกเฉินในกรณีคลอด</p> <p><u>การเสริมพลังในกลุ่มเสี่ยงและโรคเรื้อรัง</u></p> <p>1. ชมรมรักษ์หัวใจ กลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวและความเสี่ยงที่จะเกิดโรคโดยออกให้ความรู้แก่กลุ่มเสี่ยงทุกพร.สต.ในวันคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูง</p> <p>2. จัดทำชมรมเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในแต่ละตำบล โดยเริ่มที่ตำบลสะตอน มีหน้าที่เผยแพร่ข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับโรคเรื้อรังและประเมิน CVD risk รายงานและติดตามผล และ</p>	<p>ตรวจสอบการจัดทำแผนของโรงพยาบาล</p> <p>แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น</p> <p>แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่</p>

มาตรฐาน	*สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ	*แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตรวจสอบการจัดทำแผนของโรงพยาบาล	
	ข้อเสนอแนะ			
		เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง		
72 กระบวนการรับผู้ป่วย	<p>1. ทีมได้นำเกณฑ์ ESI มาใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยด้านหน้า และ ER แต่อย่างไรก็ตาม ทีมควรทำการทบทวนเกณฑ์ดังกล่าวให้สอดคล้องกับเป้าหมายการคัดกรองด้านหน้า ให้มีความชัดเจน ความไวในการแยกประเภทผู้ป่วยไปรับการรักษาในแผนกที่เหมาะสม ด้วยการตามรอยการคัดกรองที่หน้างาน และนำผลการทบทวนผู้ป่วยที่ทรุดลง หรือ ส่งต่อมา ER หรือ refer หลัง admit 24 ชั่วโมงมาทบทวนปรับเกณฑ์การคัดกรองให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล</p> <p>2. เนื่องจากในโรงพยาบาลมีผู้รับบริการนอกเวลาจำนวนมาก ดังนั้นทีมควรจัดให้มีระบบการคัดกรองที่ครอบคลุมนอกเวลา โดยมีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน และสามารถสื่อสารให้แก่ชาวต่างดาวเข้าใจ</p>	<p>การคัดกรอง</p> <p>1. เกณฑ์การคัดกรอง นำESI มาปรับเปลี่ยนเกณฑ์ให้เข้ากับแนวทางการคัดกรองของโรงพยาบาล และมีการทบทวนเหตุการณ์สำคัญ(E up) ทุกเดือนเพื่อนำมาปรับแนวทางในการคัดกรอง เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย</p> <p>2. มีการทบทวน case ที่ admit จาก ER และ refer ภายใน 24 ชม. ทุก case และนำผลที่ได้จากการทบทวน มาปรับ แก่แนวทางในการคัดกรอง และการ admit ผู้ป่วย</p> <p>3. การเข้ารับบริการนอกเวลา มีการจัดระบบการคัดกรองโดยพยาบาลวิชาชีพ ตลอด 24 ชม. และมีการรับพนักงานแปลที่สามารถพูดสื่อสารภาษากัมพูชาได้ และมีการจัดเวรผลัดได้ตลอด 24 ชม.</p>	มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่	แผนตรงประเด็นหรือไม่
			แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น	
			แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่	
73 การให้ข้อมูลและ informed consent	<p>ควรทดสอบความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติในการให้ความยินยอมการรักษา ทั้งชาวไทยและต่างดาว เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษาจนสิ้นสุดกระบวนการ(พบชาวต่างดาวปฏิเสธการรักษา/ส่ง</p>	<p>1. เดือนตุลาคม 59 จัดทำแนวทาง informed consent แก่ผู้ป่วยและญาติ โดยแพทย์เจ้าของไข้/พยาบาล และแนะนำการให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยและญาติ โดยแพทย์/พยาบาลวิชาชีพ ทุกราย</p>	มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่	แผนตรงประเด็นหรือไม่
				แผนระบุกิจกรรมที่

มาตรฐาน	*สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		ตรวจสอบการจัดทำแผนของโรงพยาบาล	
	ข้อเสนอแนะ	*แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล		
	ต่อ)	ที่ admit / refer / ผ่าตัดหรือปฏิเสธการรักษา		ชัดเจน/ไม่กว้างเกิน จำเป็น
				แผนระบุเป้าหมายและ กำหนดเวลาหรือไม่
III-2 การประเมินผู้ป่วย				
74การประเมินผู้ป่วย	<p>1.ควรทบทวนเกณฑ์การประเมินแรกรับของผู้ป่วยในและ LR ให้สามารถจำแนกผู้ป่วยตามระดับอาการ ความรุนแรงได้ชัดเจน เพื่อให้เกิดการประเมินซ้ำในเวลา ประเด็นที่เหมาะสม นำผลการประเมินของแพทย์มาร่วมวางแผนดูแล ผู้ระงับอาการเปลี่ยนแปลง ไปในทิศทางเดียวกัน</p> <p>2.ควรทบทวนการประเมินให้รอบด้าน ด้านสังคม อารมณ์ จิตใจ พฤติกรรมสุขภาพ โรคร่วมที่สำคัญที่เป็นสาเหตุต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและโรค เช่น การเกิด hypo-hyperglycemia ไข้ยาถูกต้องแต่กินได้น้อยจากสาเหตุด้านจิตใจ เบื่ออาหาร เป็นต้น</p> <p>3.ควรทบทวนการประเมินซ้ำให้เหมาะสม ทันท่วงทีตามการเปลี่ยนแปลงที่เหมาะสม หรือตามการปฏิบัติของ CPG, WI ที่ได้ดำเนินงานไว้ มีการบันทึกให้ทันเวลา</p>	<p>1. เกณฑ์การประเมินแรกรับผู้ป่วยในและห้องคลอด มีการแยกจำแนกประเภทผู้ป่วยตาม ภาระงานและความรุนแรงของโรคทุกรายทุกเวร นำ clinical risk รายโรคที่แพทย์ระบุใน progress note มาใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายนั้นๆ</p> <p>2.ปรับเปลี่ยนการประเมินพฤติกรรมสุขภาพและด้านอารมณ์สังคม จิตใจ แกรรับเป็นตลอดการรักษา จนกระทั่งจำ หน่าย และนำมาวางแผนการพยาบาลในแต่ละรายแต่ละเวร</p> <p>3. พยาบาลลงบันทึกการประเมินซ้ำตาม CPG/WI รายโรค (Tracer 19 โรค)ในเวชระเบียน(ผู้ป่วยใน) ประเมินโดยผู้รับเวรถัดไปและบันทึกในรายการส่งเวร และในHos xp ผู้ป่วยนอกประเมินโดยแพทย์</p>		<p>มีแผนครบตาม ข้อเสนอแนะหรือไม่</p> <p>แผนตรงประเด็นหรือไม่</p> <p>แผนระบุกิจกรรมที่ ชัดเจน/ไม่กว้างเกิน จำเป็น</p> <p>แผนระบุเป้าหมายและ กำหนดเวลาหรือไม่</p>
75การตรวจ investigate ที่จำเป็น		ปรับเปลี่ยนการตรวจ Trop T เป็น Trop I เนื่องจาก		มีแผนครบตาม ข้อเสนอแนะหรือไม่

มาตรฐาน	*สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		*แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	
	ข้อเสนอแนะ		ตรวจสอบการจัดทำแผนของโรงพยาบาล	
		Trop I มีค่าการคลาดเคลื่อนน้อยกว่า (เริ่ม มกราคม 2560)	แผนตรงประเด็นหรือไม่	
			แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น	
			แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่	
76การวินิจฉัยโรค	ควรส่งเสริมการนำเวชระเบียน การติดตามผลการวินิจฉัยในกลุ่มผู้ป่วยที่ส่งต่อ การเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยที่เสียชีวิต มาทบทวนการวินิจฉัยให้ถูกต้องมากขึ้น	ทบทวนการวินิจฉัยผู้ป่วยกลุ่มส่งต่อ โดยการติดตามจากใบตอบกลับ/โทรศัพท์ติดตามในกลุ่มโรค Stroke ,MI ,Appendicitis และ trauma	มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่	
			แผนตรงประเด็นหรือไม่	
			แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น	
			แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่	
III-3 การวางแผน				
77 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย	ควรส่งเสริมให้ทีมแพทย์กำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนในการวางแผนการรักษา เช่น observe อาการแค่นั้น อย่างไร การติดตาม HAD พร้อมการบันทึกสื่อสาร เพื่อให้ทีมสามารถวางแผนการดูแลได้อย่างสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ มีการเฝ้าระวัง ติดตามรายงานตามเป้าหมายที่แพทย์ได้กำหนดไว้ เพื่อทำการปรับแผนการรักษาอย่างทันการณ์	1. มีการ orientation extern/ intern ทุกราย ให้ปฏิบัติตาม CPG 2. รวมใบการประเมินทางการพยาบาลกับใบ monitor HAD บางตัว เช่น insulin เข้าด้วยกัน	มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่	
			แผนตรงประเด็นหรือไม่	
			แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น	
			แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่	

มาตรฐาน	*สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		*แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	
	ข้อเสนอแนะ		ตรวจสอบการจัดทำแผนของโรงพยาบาล	
78 การวางแผนจำหน่าย	ควรกระตุ้นให้ทีมเพิ่มความสำคัญในการวางแผนจำหน่าย และทำความเข้าใจเป้าหมาย เน้นการประสานทีมสหสาขาวิชาชีพแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด โภชนาการ HHC ให้เข้ามาร่วมในการวางแผน ด้วยการกำหนดประเด็นความรู้ ข้อมูลที่ต้องการสอน/ฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยและญาติเฉพาะรายในกลุ่มโรคสำคัญ เช่น กลุ่ม re admit COPD กลุ่มโรคร่วม ผู้มีภาวะแทรกซ้อน กลุ่มต่างตัว ที่ชัดเจนในเวลาที่เหมาะสม มีการบันทึกสื่อสาร ประเมินผลต่อเนื่องและร่วมกันค้นหาอุปสรรค สาเหตุที่จะทำให้ผู้ป่วยทรุดลง/ไม่สามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับสู่ชุมชน เช่น ปัญหาสิ่งแวดล้อม วิถีชีวิต การขาด/เปลี่ยนผู้ดูแล การเดินทาง นำมาร่วมวางแผนแก้ไข ปรับปรุงก่อนจำหน่าย	เริ่มมีการปรับการประเมินผล ผู้ป่วยกลุ่ม COPD , DM โดยการใช้ใบวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย โดยทีมสหสาขาและประเมินซ้ำเมื่อผู้ป่วยมารับการตรวจตามนัด	มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่	แผนตรงประเด็นหรือไม่
			แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น	แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่
III-4 การดูแลผู้ป่วย				
79 การดูแลทั่วไป		- มีการประเมินและปรับปรุงกระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยทีมสหสาขาทุก 1 เดือน	มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่	แผนตรงประเด็นหรือไม่
			แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกิน	

มาตรฐาน	*สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ	*แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตรวจสอบการจัดทำแผนของโรงพยาบาล	
	ข้อเสนอแนะ		จำเป็น	แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่
80 การดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง	<p>1.ควรทบทวนการดูแลผู้ป่วยในกลุ่ม high risk pregnancy โดยเฉพาะในกลุ่มชาวต่างชาติที่มาคลอด no ANC , ความเสี่ยงแรกรับในกลุ่มหญิงรอคลอด ตามหลักวิชาการด้วยข้อมูลสำคัญของผู้ป่วย พร้อมการเฝ้าระวังที่สอดคล้องปัญหา ประเมินซ้ำในเวลาที่เหมาะสม การกำหนดค่า early warning sign ที่มีความจำเพาะของสูตรในแต่ละระยะการดูแล เพื่อตัดสินใจรายงานแพทย์มาร่วมเตรียมการในเวลาที่เหมาะสม</p> <p>2.ควรติดตามการดำเนินงาน ความเข้าใจในการนำ early warning sign ในการประเมินผู้ป่วยเช่น respiratory failure ,heart failure, septic shock ให้ทีมสามารถเข้าใจ นำไปปฏิบัติ เฝ้าระวัง และตอบสนองการดูแลได้ถูกต้อง</p>	<p>1. จัดทำ early warning sign ในกลุ่ม precipitating labor</p> <p>2. จำแนกผู้ป่วยเสี่ยงสูง และนำมาวางแผนการพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังผู้ป่วยแต่ละราย</p> <p>3. ประเมินการใช้ early warning sign ทุกรายขณะนอนโรงพยาบาลโดยหัวหน้างานทุกวันในกลุ่มโรคตาม tracer</p>	มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่	แผนตรงประเด็นหรือไม่
81 การระงับความรู้สึก	<p>ทีมควรวิเคราะห์กลุ่มเสี่ยง/ความเสี่ยงที่อาจพบจากการระงับความรู้สึกให้รัดกุม ทั้งด้านผู้ป่วย อุปกรณ์ (ถึงแก๊สไนตรัสที่ควบคุมปริมาณไม่ได้) กระบวนการ และนำกรณีผู้ป่วยเกิดอุบัติเหตุ Bronchospasm หรือภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ มา</p>	<p>1. ด้านอุปกรณ์การระงับความรู้สึกถึงไนตรัสออกไซด์เดือนตุลาคม 59ได้เปลี่ยนถึงไนตรัสและหัวปรับแรงดันชนิด 2หัว(วัดความดันในถังและวัดแรงดันของก๊าซที่ปล่อยออกมาก่อนเข้าเครื่องดมยาสลบ) และปี2561วางแผน ติดตั้ง pipeline</p>	มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่	แผนตรงประเด็นหรือไม่

มาตรฐาน	*สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ	
	ข้อเสนอแนะ	*แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล
	<p>ทบทวน ปรับปรุงกระบวนการระดับความรู้สึกให้ปลอดภัยมากขึ้น</p>	<p>N2O และ valve เพื่อความปลอดภัยและควบคุมแรงดันที่เหมาะสม</p> <p>2. การทบทวนภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด</p> <p>2.1 มีการประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยทุกรายก่อนการให้ยาระดับความรู้สึกเพื่อวิเคราะห์กลุ่มเสี่ยง/ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น เช่น ผู้สูงอายุ >60 ปี, โรคประจำตัวต่างๆ HT, DM, CKD, asthma, COPD, obesity BMI>35 ,anemia Hct<30%, เด็กเล็กอายุ<5 ปี และ Case emergency NPO time<6 ชั่วโมง</p> <p>2.2 วางแผนการให้ยาระดับความรู้สึก</p> <ul style="list-style-type: none"> ● เตรียมบุคลากรให้พร้อม ● เตรียมอุปกรณ์ รถ emergency ให้พร้อม ● ทบทวนความเสี่ยงในผู้ป่วยแต่ละรายกับแพทย์ <p>2.3 ปฏิบัติการให้ยาระดับความรู้สึกตามมาตรฐานงานวิสัญญีของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย</p> <ul style="list-style-type: none"> ● วิสัญญีพยาบาลผ่านการอบรมฟื้นฟูวิสัญญีทุก 3-5ปี(ทั้งทฤษฎีและปฏิบัติ)
		<p>ตรวจสอบการจัดทำแผนของโรงพยาบาล</p> <p>แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินไป จำเป็น</p> <p>แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่</p>

มาตรฐาน	*สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ			
	ข้อเสนอแนะ	*แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	ตรวจสอบการจัดทำแผนของโรงพยาบาล	
		2.4 ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดตามเกณฑ์มาตรฐาน ก่อนและหลัง 1 ชั่วโมง ก่อนส่งกลับ score =10		
82 การผ่าตัด		<p>มีบริการผ่าตัด Tubal resection , D/C,F/C Debridement,Circumcision,Excision, Hernia โดยแพทย์ทั่วไป,และแก้ไขปัญหาเรื่องนิ้วล็อค โดย และ ทีมแพทย์เคลื่อนที่จากโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีละ 2 ครั้ง</p> <p>1.สถานที่เครื่องมือระบบงานและบุคลากรเอื้อต่อการผ่าตัดที่จำเป็นต่อบริบทของโรงพยาบาล</p> <p>2.ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อม มีการประเมินวางแผนอย่างเหมาะสม ทั้งระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด</p> <p>3.กระบวนการผ่าตัดเป็นไปอย่างราบรื่นและปลอดภัย มีการใช้ Surgical checklist เพื่อความปลอดภัยในการผ่าตัดผู้ป่วย</p> <p>4.มีบริการผ่าตัด 24 ชม.พร้อมทีม ในผู้ป่วยรายที่ฉุกเฉิน เช่น ชูตมดลูกในกรณีผู้ป่วยตกเลือด</p>	มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่	
			แผนตรงประเด็นหรือไม่	
			แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น	
			แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่	
83 อาหารและโภชนาบำบัด	<p>ควรติดตามประเมินผลการให้โภชนศึกษาแก่ผู้ป่วยในกลุ่มต่างเพื่อประเมินระบบการให้โภชนศึกษา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และควรนำผลการ</p>	<p>- มีแผนการประเมินผลการให้โภชนศึกษาแก่ผู้ป่วย IPD กลุ่ม DM HT โรคหัวใจและหลอดเลือด OPD ในกลุ่ม CKD stage 3b ขึ้นไป และในทุกุณที่แพทย์สั่ง</p>	<p>มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่</p> <p>แผนตรงประเด็นหรือไม่</p>	

มาตรฐาน	*สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		*แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	
	ข้อเสนอแนะ			ตรวจสอบการจัดทำแผนของโรงพยาบาล
	ประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยกลุ่มที่มีแนวโน้มที่จะเป็นปัญหา เช่น ผู้ป่วย DM , CKD เป็นต้น มาจัดอาหารที่มีความเหมาะสมสอดคล้องกับวิถีชีวิตความต้องการสารอาหารและปริมาณแคลอรีที่เหมาะสมกับภาวะโภชนาการของผู้ป่วย	<p>ปรึกษา</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทีมสหสาขาประเมินระบบการให้โภชนศึกษา โดยบันทึกในแบบประเมิน ผู้ป่วยในทุกราย - นักโภชนาการ วางแผนร่วมกับทีม PCT ใช้แบบประเมินภาวะโภชนาการ (SOAP) ในผู้ป่วยใน - ปรับระบบการส่งอาหารผู้ป่วย ก่อน 10.00 น. โดยปรับทีโอบสรุปและสติ๊กเกอร์รายบุคคลที่โรงครัว 		<p>แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น</p> <p>แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่</p>
84 การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	สถิติพบการเสียชีวิตในผู้ป่วยระยะสุดท้ายจาก CA เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นทีมควรเรียนรู้ในการออกแบบระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองผู้ป่วย/ญาติ ด้วยทีมสหสาขา ตามระยะต่างๆของการเจ็บป่วย จนถึงระยะสุดท้ายที่มีเป้าหมายชัดเจนครอบคลุมกลุ่มต่างด้าว มีการประเมินสภาพจิตใจกาย สังคม อย่างเป็นองค์รวม และให้การติดตามดูแลอย่างเหมาะสม	<ol style="list-style-type: none"> 1. จัดตั้งทีม palliative care 2. ให้ความรู้แก่พยาบาลโดยจัดทำโครงการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (เดือน กุมภาพันธ์) 3. จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 		<p>มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่</p> <p>แผนตรงประเด็นหรือไม่</p> <p>แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น</p> <p>แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่</p>
85 การบำบัดอาการเจ็บปวด	ควรกำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่ควรได้รับการประเมินความเจ็บปวดให้ครอบคลุม เช่น กลุ่มรอกคลอด หลังคลอด หลังผ่าตัด กลุ่มเด็ก ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นต้น มีพร้อมกำหนดแนวทางการบำบัดที่ชัดเจนตามระดับความเจ็บปวด ทั้งใช้ยา หรือทางเลือกอื่นๆ และมี	<ul style="list-style-type: none"> ● กำหนดนโยบาย pain management ในทุกหน่วยงาน เดือนตุลาคม 2557 กลุ่ม Acute pain ได้แก่ Abdominal pain, Headache, อุบัติเหตุที่มี Fracture กลุ่ม Chronic pain ได้แก่ CA ระยะ 		<p>มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่</p> <p>แผนตรงประเด็นหรือไม่</p> <p>แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกิน</p>

มาตรฐาน	*สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		*แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	
	ข้อเสนอแนะ			ตรวจสอบการจัดทำแผนของโรงพยาบาล
	การติดตามประเมินซ้ำในเวลาที่เหมาะสม	<p>สุดท้าย</p> <ul style="list-style-type: none"> • ประเมิน pain โดยใช้ numeric scale ทุกหน่วยงานทั้งในผู้ป่วย acute และ chronic • บริหารยาบรรเทาปวดและประเมินซ้ำตามแนวทางที่กำหนดให้ • ในกลุ่มรอคอย ใช้การนัดเพื่อผ่อนคลายและ empowerment • CPG Pain management ประเมินปวดทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน • การพัฒนาแนวทางการระงับปวดโดยการช้ยาและจิตบำบัด 		<p>จำเป็น</p> <p>แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่</p>
86 การฟื้นฟูสภาพ	ควรทบทวนผลการประเมินผลการฟื้นฟู มีตัวชี้วัดสะท้อนผลลัพธ์การฟื้นฟูให้เหมาะสม มีการให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม ควรทบทวนความครอบคลุมของผู้ป่วยในชุมชน ใช้ระบบเครือข่ายในการร่วมฟื้นฟู จัดสิ่งแวดล้อมในบ้านและชุมชนในการดำเนินงานร่วมกัน	<ol style="list-style-type: none"> 1. ปรับเปลี่ยนตัวชี้วัดในกลุ่ม stroke 2. ฝึกอบรม care giver ในชุมชนแต่ละหมู่บ้าน (เดือนกรกฎาคม 2559) 		<p>มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่</p> <p>แผนตรงประเด็นหรือไม่</p> <p>แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็น</p> <p>แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่</p>

มาตรฐาน	*สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		*แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล	
	ข้อเสนอแนะ		ตรวจสอบการจัดทำแผนของโรงพยาบาล	
III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วยและครอบครัว				
88 การให้ข้อมูลและเสริมพลัง	จากการสุ่มเยี่ยมหน่วยงานและศึกษาเอกสารพบโอกาสพัฒนาในการเร่งดำเนินการแก้ไขปัญหาการสื่อสารระหว่างชาวต่างชาติ ทั้งผู้ป่วยและญาติ ให้มีความเข้าใจในการเจ็บป่วย การดูแลตนเองรวมทั้งเน้นการให้ข้อมูล เสริมพลังที่ทำให้ผู้ป่วย/ญาติสามารถดูแลตนเองได้อย่างสอดคล้องกับวิถีชีวิตบริบทท้องถิ่น เช่น การควบคุมอาหาร ผลไม้ตามฤดูกาลในพื้นที่ เป็นต้น	1. จัดทำแผ่นพับโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง หลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง สามภาษา (กัมพูชา,อังกฤษ,ไทย) ภายใน ธันวาคม 2559 2. จัดทำแผ่นภาพอาหารแลกเปลี่ยนโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภายในเดือน ธันวาคม 2559		มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่ แผนตรงประเด็นหรือไม่ แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินไป จำเป็น แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่
III-6 การดูแลต่อเนื่อง				
89 การดูแลต่อเนื่อง	1. ประสานทีม IM ในการออกแบบระบบ IT ที่เอื้อในการติดตามนัดอย่างต่อเนื่อง และทำการติดตามผลจากการส่งต่อผู้ป่วยให้แก่ทีมเยี่ยมบ้าน ทีมรพ.สต. ในการดูแลต่อเนื่อง 2. วิเคราะห์ สาเหตุ ปัญหาของการขาดนัดที่มีจำนวนมาก นำมาทำการปรับปรุงให้สอดคล้องกับสาเหตุ บริบท เช่น พื้นที่ไกล ขาดรถประจำทาง ไม่มีรถส่วนตัว เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการดูแลรักษาได้อย่างต่อเนื่อง	1. ใช้ drop box ซึ่งสามารถส่งรายละเอียด ได้มากกว่าไลน์ และใช้ password เดียวกันทุกคนในการรับส่งข้อมูลและประเมินผลการเยี่ยมบ้าน <u>วิเคราะห์สาเหตุการขาดนัดพบว่าผู้ป่วย</u> ยาเดิมยังมีอยู่ รับประทานที่แผนกผู้ป่วยนอก สัปดาห์นัดนัดเข้าคลินิกอื่น เช่น CKD เดินทางไปต่างจังหวัดตามลำดับ จึงปรับระบบนัดโดย 1. มีการบันทึกรายการนัดในโปรแกรมนัดผู้ป่วยทุกราย และปรับระบบการติดตามโดยมีการตรวจสอบรายการนัดผู้ป่วยในวันทีนัด กรณีไม่		มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่ แผนตรงประเด็นหรือไม่ แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินไป จำเป็น แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่

มาตรฐาน	*สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ	
	ข้อเสนอแนะ	*แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล
		<p>มาตามนัด โทรติดตามผู้ป่วยในวันทีนัด กรณีที่ติดต่อไม่ได้ ประสาน รพ สต ในพื้นที่ติดตาม</p> <p>2. ลงบันทึกระบบรายการนัดครั้งหมายครั้งต่อไปในโปรแกรมการนัดหมายระบบ Hos XP และตรวจสอบ รายการนัดครั้งต่อไปเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง</p>