




โรงพยาบาลปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช
ตามประกาศโรงพยาบาลปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช
เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ. ๒๕๖๗
สำหรับหน่วยงานในราชการส่วนภูมิภาค ในสังกัดโรงพยาบาลปากพนัง

แบบฟอร์มขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการส่วนภูมิภาค โรงพยาบาลปากพนัง	
ชื่อหน่วยงาน: โรงพยาบาลปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช วัน/เดือน/ปี พุทธศักราช ๒๕๖๗ หัวข้อ: ขออนุมัตินำ รายงานการประชุม ที่มำพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลปากพนัง ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ เผยแพร่ผ่าน เว็บไซต์โรงพยาบาล รายละเอียดข้อมูล : รายงานการประชุม ที่มำพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลปากพนัง ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ (ตามเอกสารแนบ) Link ภายนอก: : http:// www.pknhospital.com หมายเหตุ:HA	
ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล  (นางศรีสุดา สีลาโชติ) เภสัชกรชำนาญการพิเศษ วันที่ เดือน พุทธศักราช พ.ศ. ๒๕๖๗	ผู้อนุมัติรับรอง  (นายสมเกียรติ วรรณการ) นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากพนัง วันที่ เดือน พุทธศักราช พ.ศ. ๒๕๖๗
ผู้รับผิดชอบนำข้อมูลเผยแพร่  (นางสาวอภิรดี เบ้าวงศ์สกุล) นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ วันที่ เดือน พุทธศักราช พ.ศ. ๒๕๖๗	

ระเบียบวาระการประชุม
ที่มนำคุณภาพ/ทน.กลุ่มงาน/ทน.งาน
โรงพยาบาลปากพันธ์
ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘
วันที่ ๒๕ ตุลาคม ๒๕๖๗
ณ ห้องประชุมรังนก โรงพยาบาลปากพันธ์
เวลา ๑๓.๐๐ - ๑๖.๐๐ น.

วาระที่ ๑ เรื่องแจ้งเพื่อทราบ

๑.๑ .

วาระที่ ๒ รับรองรายงานการประชุม

วาระที่ ๓ เรื่องสืบเนื่อง

วาระที่ ๔ เรื่องพิจารณา

๔.๑ การเตรียมความพร้อมการพัฒนาคุณภาพ วันที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๗ และการ re-accreditation ครั้งที่ ๒ ปี ๒๕๖๘

๔.๒ แนวทางการเขียนแบบประเมินตนเอง SAR ฉบับใหม่

๔.๓ ปฏิทินคุณภาพ ๒๕๖๘

วาระที่ ๕ เรื่องอื่นๆ

ประชุมครั้งต่อไปวันที่

รายชื่อผู้เข้าประชุมเตรียมความพร้อมการพัฒนาคุณภาพ

ทีมงานคุณภาพ/หน.ฝ่าย/หน.งาน

โรงพยาบาลปากพ่อง

วันที่ 25 ตุลาคม 2567

ณ ห้องประชุมรังนก โรงพยาบาลปากพ่อง

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน	ลายมือชื่อ
1				
2	นางสาวกุลกมล นุชไธสง	ผู้อำนวยการกองโสตจักษุ	วพท	
3	ดร.วิภาดา อภิสิทธิ์	นักเทคนิคการแพทย์	Lab.	
4	นางจาทิพย์ จิตกมล	แพทย์แผนไทยโบราณ	แพทย์แผนไทย	
5	ดร.กัญญาภา คมโชติ	รพ. รักษาดูแล	หอผู้ป่วย	
6	ดร.ดร.กรรณิก สุ่มหาพองต์	พร.จัดการ	ห้องผ่าตัด	
7	ดร.ดร.ปรีชา ญาณเมธี	รพ.ศิริราช	รพ.ศิริราช	
8	นางพริ้งดา อรรถพร	พ.อ. อำนวยการ	OPD	
9	นางวิภากร ชาติพันธ์	พ.อ.อำนวยการ	OPD	
10	น.ส.พรพรรณ นนทกุล	นักเทคนิคการแพทย์	ทันตกรรม	
11	นางสพิตี นานาธรรม	รพ.ศิริราช	ทันตกรรม	
12	นางชนนิต สอนิษฐ์	รพ.ศิริราช	ICU	
13	นางมรุต นนท	รพ.ศิริราช	ICU	
14	นางศุภิณี พงษ์	รพ.ศิริราช	ทันตกรรม	
15	ดร.ดร.ณัฐพร อรรถ	รพ.ศิริราช	ทันตกรรม	
16	ดร.ดร.ณัฐพร อรรถ	รพ.ศิริราช	ทันตกรรม	
17	น.ส.วิภากรวรรณ นนทกุล	รพ.ศิริราช	ทันตกรรม	
18	นางณัฐดา สอนิษฐ์	รพ.ศิริราช	ทันตกรรม	
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				

รายงานการประชุม ที่มนำคุณภาพ
/หัวหน้าฝ่าย/หัวหน้างาน
เตรียมความพร้อมการพัฒนาคุณภาพ
วันที่ ๒๕ ตุลาคม ๒๕๖๗
ณ ห้องประชุมรังนก โรงพยาบาลปากพ่อง

รายชื่อคณะกรรมการผู้เข้าร่วมการประชุม

๑. นางทิพรรัตน์ ห่อหุ้ม ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล
๒. นางสาวสิฟ้า มงคลการุณย์ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
๓. นางปรีดา วรรณฤทธิการ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
๔. นางพรพิมล สองเมืองสุข ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
๕. นางสาวสกุลกาญจน์ หุ่นศรีสกุล ตำแหน่งนักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ
๖. นางจุฑารัตน์ ธนาวุฒิ ตำแหน่งนักการแพทย์แผนไทยชำนาญการ
๗. นางสาวกมลรัตน์ กิจโพธิ์สงค์ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
๘. นางสาวอวยพร ยอดสมุทร ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
๙. นางปิยากร ชุมศรี ตำแหน่งนักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ
๑๐. นางมารีษา ขาวสังข์ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
๑๑. นางสาวเพ็ญประภา คงมีศรี ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
๑๒. นางสาววรรณดี สุดตาพงศ์ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
๑๓. นางสาวปรีศนา ญาณสุตร์ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
๑๔. นางรัชนิกร วงศราวิทย์ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
๑๕. นางสาวพรรณรินทร์ ทองรัตแก้ว ตำแหน่งนักโภชนาการปฏิบัติการ
๑๖. นางสาววิภาวรรณ ประจงไสย ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
๑๗. นางศรีสุดา ศีลาโชติ ตำแหน่งเภสัชกรชำนาญการพิเศษ เลขานุการ

ระเบียบวาระที่ ๑ เรื่องแจ้งเพื่อทราบ

๑.๑ ญ.ดร.ศรีสุตา ศิลาโชติ เลขานุการที่ประชุม แจ้งกำหนดการกิจกรรมสร้างการเรียนรู้ เพื่อเฝ้าระวังกระบวนการคุณภาพหลังการรับรองคุณภาพ HA วันที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๗
ที่ประชุมรับทราบ

ระเบียบวาระที่ ๒ รับรองรายงานการประชุม

ระเบียบวาระที่ ๓ เรื่องสืบเนื่อง

ระเบียบวาระที่ ๔ เรื่องพิจารณา

๔.๑ การเตรียมความพร้อมการพัฒนาคุณภาพ วันที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๗ และการ re-accreditation ครั้งที่ ๒ ปี ๒๕๖๘

ญ.ดร.ศรีสุตา ศิลาโชติ แจ้งกำหนดการกิจกรรมสร้างการเรียนรู้เพื่อเฝ้าระวังกระบวนการคุณภาพหลังการรับรองคุณภาพ HA หลักสูตร SS ๐๔๘ รุ่น ๒ ในวันที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๗ เวลา ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น. ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ โดยมีค่าธรรมเนียม ๖,๐๐๐ บาท(หกพันบาทถ้วน)

มติที่ประชุม พิจารณานุมัติเข้าร่วมกิจกรรม โดยใช้เงินบำรุงโรงพยาบาลปากพ่อง มอบเลขานุการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ดำเนินการต่อไป

และมีมติให้ทีมนำคุณภาพ หัวหน้าฝ่าย/หัวหน้างาน เตรียมการเข้าร่วมกิจกรรม ดังนี้

๑. ส่งเอกสารประกอบการสัมมนาเชิงปฏิบัติการ ผ่านทาง e-mail ล่วงหน้า ๑๔ วัน (ส่งภายในวันที่ ๔ ธันวาคม ๒๕๖๗) ดังนี้

๑.๑ Hospital Profile ที่เป็นปัจจุบัน

ที่ประชุม มอบหมายทีมนำและงานยุทธศาสตร์ รพ. ดำเนินการ

๑.๒ รายงานความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพตามข้อเสนอแนะ recommendation ของผู้เยี่ยมชมสำรวจและคณะอนุกรรมการที่ปรึกษาเพื่อรับรองคุณภาพ และแผนการพัฒนาคุณภาพ หลังได้รับการรับรอง

ที่ประชุม มอบหมายทีมดังต่อไปนี้

ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง (Recommendation)

๑.๒.๑ กลยุทธ์: ควรใช้ข้อมูลอย่างรอบด้านนำมาจัดทำแผนกลยุทธ์ที่ตอบสนองต่อความท้าทายความต้องการบริการสุขภาพและการบรรลุวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล จัดทำตัวชี้วัดความสำเร็จที่ตอบโจทย์

ความท้าทายและวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ กำหนดแผนระยะสั้น ระยะยาว กรอบเวลาที่จะบรรลุตลอดจน ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตามประเมินความสำเร็จ นำสมรรถนะหลักขององค์กร โดยเฉพาะความเข้มแข็งของภาค เครือข่ายและการทำงานกับชุมชนมาสนับสนุนเพื่อให้เกิด ความสำเร็จ

ที่ประชุม มอบหมาย งานยุทธศาสตร์ และทีม นำ ดำเนินการ

๑.๒.๒ การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้ : ควรให้ความสำคัญกับการใช้ข้อมูลและ สารสนเทศเพื่อติดตามการปฏิบัติงานและความก้าวหน้าของการพัฒนาให้มากขึ้น สร้าง ความเข้าใจในการ เลือกตัวชี้วัดที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาให้กับทีมทุกระดับ กำหนด ตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่สะท้อนเป้าหมายของ กิจกรรม จัดทำตัวชี้วัดที่แสดงถึงความก้าวหน้าหรือประสิทธิภาพของกระบวนการตามมิติคุณภาพต่างๆ วิเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น นำไประบุปัญหา จัดลำดับความสำคัญของการพัฒนาและดำเนินการปรับปรุง อย่างต่อเนื่อง

ที่ประชุม มอบหมายให้ ทีมสารสนเทศและเวชระเบียนและทีม นำ ดำเนินการ

๑.๒.๓ กำลังคน: ชัดความสามารถและความเพียงพอของกำลังคน ควรเร่งหาแนวทางการบริหาร อัตรากำลังให้เพียงพอโดยเฉพาะในหน่วยงานที่ต้องดูแลผู้ป่วยเสี่ยงสูง เช่น หอผู้ป่วย ER, LR เพื่อให้ กระบวนการดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและความปลอดภัย และควรมีการประเมิน ความเพียงพอและขีด ความสามารถที่ต้องการบุคลากรในภาพรวม และวางแผนการกำหนดความต้องการของอัตรากำลังและขีด ความสามารถ (HR plan) ในทุกสาขาวิชาชีพที่เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์ขององค์กร เพื่อให้มีความเพียงพอ มีขีด ความสามารถเหมาะสมในแต่ละ สาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง และตอบโจทย์การขยายบริการเป็น ๑๒๐ เตียงใน อนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ที่ประชุม มอบหมายให้ ทีม HRD และทีม นำ ดำเนินการ

๑.๒.๔ การบริหารงานคุณภาพ: ศูนย์คุณภาพควรทำความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ ในการประสาน บูรณาการและจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ/ความปลอดภัยเพื่อให้เกิดเรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง สนับสนุน ให้ทีม นำมาตรฐาน หลักคิดและเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพมาใช้ที่เหมาะสม สอดคล้องไปกับบริบทของ โรงพยาบาลให้มากยิ่งขึ้น ส่งเสริมให้ทีมทำกิจกรรมทบทวนที่เป็นประโยชน์อย่างสม่ำเสมอ สร้างการเรียนรู้และ สนับสนุนให้ทีมมีการประเมินตนเองด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การทำ gap analysis กับมาตรฐาน การติดตาม ตัวชี้วัด การตามรอย การเปรียบเทียบผลงานกับผู้ที่ทำได้ดีกว่า เพื่อหาโอกาสในการพัฒนา ส่งเสริมให้เกิดการ ทำงานเป็นทีมทั้งในระดับทีมคร่อมสายงาน การดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคต่างๆ หรือในผู้ป่วยแต่ละรายโดยใช้ เป้าหมายเดียวกัน

ที่ประชุม มอบหมายทีม นำ ดำเนินการ

๑.๒.๕ ระบบบริหารความเสี่ยง: เพื่อให้ระบบบริหารความเสี่ยง สร้างความมั่นใจในความปลอดภัยแก่ องค์กร โดยส่งเสริมการดำเนินงานดังนี้

๑.๒.๕.๑ ส่งเสริมการทบทวนบทบาทหน้าที่ ในการบริหารความเสี่ยงที่ชัดเจนที่ไม่ใช่บริหาร ปฏิบัติการ โดยการต่อยอดจากฐานเดิมที่มีการค้นหาและดักจับ โดยส่งเสริมการค้นหาความเสี่ยงเชิง

รูกทั้งที่เคยเกิดและมีโอกาสเกิดให้ครอบคลุมมากขึ้นทุกหน่วยงาน ทีม องค์กร โดยเฉพาะความเสี่ยงทางคลินิกให้มีการส่งเสริมการใช้ proactive risk management ในแต่ละโรคและใน patient safety goal (PGS ๙ ข้อ) เน้นที่ก่อนเกิด อุบัติการณ์สำคัญ รวมทั้งการกำหนดโปรแกรมความเสี่ยงที่ครอบคลุมทั้ง clinic และ non clinic โดยไม่ใช้กระบวนการดูแลผู้ป่วย

๑.๒.๕.๒ ควรส่งเสริมการสรุปภาพรวมของอุบัติการณ์ทั้งหมดตามโปรแกรมที่กำหนดไว้ โดยเฉพาะระดับ E - up โดยนำมาแบ่งเป็นกลุ่มโรคและความรุนแรงของอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อสะท้อนถึงปัญหาความไม่ปลอดภัยที่เผชิญอยู่ในแต่ละประเด็นให้กับทีมนำเพื่อกำหนด clinical policy และทีม PCT ทีมที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทุกเดือน/ทุกไตรมาส เพื่อให้มีการทบทวนให้ถึงปัจจัยสำคัญ (RCA) ปรับปรุงแก้ไข เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ รวมทั้งการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง

๑.๒.๕.๓ ควรส่งเสริมการเรียนรู้และใช้ประโยชน์จากการทำ risk register ที่มีประสิทธิผล ต่อยอดจากที่ทำอยู่แล้ว โดยกำหนดนโยบายให้ risk owner มีหน้าที่กำกับดูแล ติดตามการปฏิบัติตามด้วยกลไกตามรอย เพื่อติดตามประเมิน ควบคุม กำกับ การปฏิบัติตาม ประเด็นสำคัญของมาตรฐาน หลีกเลี่ยงการปฏิบัติที่เป็น unsafe act อย่างสม่ำเสมอ

๑.๒.๕.๔ การประสานกับทีมนำสูงสุดเกี่ยวกับการสำรวจ safety culture survey และการใช้ประโยชน์ โดยให้มีการวิเคราะห์ topless ๓ ประเด็นจาก ๑๒ ปัจจัย นำสู่ roadmap การสร้าง วัฒนธรรมความปลอดภัยของทีมนำสูงสุด

ที่ประชุมมอบหมาย ทีม RM และทีมนำ

๑.๒.๖. สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย:

๑.๒.๖.๑ มีการจัดทำแผนก่อสร้าง ปรับปรุงระบบบำบัดน้ำเสีย และการตรวจคุณภาพน้ำเสียประจำวัน ประจำ ๔ เดือน แล้วนั้น ทีมนำร่วมกับทีม ENV ควรกำกับติดตามการปฏิบัติตามแผนเพื่อให้ระบบบำบัดน้ำเสียมีประสิทธิภาพในการบำบัดเหมาะสมกับปริมาณน้ำเสีย และส่งน้ำเสียที่ผ่านการบำบัดตรวจกับหน่วยงานภายนอกตามกฎหมายให้มีค่าผ่านเกณฑ์มาตรฐานทุกพารามิเตอร์ตามที่หน่วยราชการกำหนดอย่างต่อเนื่อง

๑.๒.๖.๒ ความปลอดภัยและสวัสดิภาพของโครงสร้างและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ทีมนำร่วมกับ ทีม ENV และทีม IC ควรสำรวจและวางแผนการบริหารจัดการพื้นที่การปฏิบัติงานในหน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูงต่อการปนเปื้อน และการแพร่กระจายเชื้อ เช่น งานทันตกรรม หน่วยจ่ายปรับปรุงโครงสร้างที่เป็นมาตรฐาน ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เพื่อให้เกิดความปลอดภัย ในกระบวนการให้บริการรักษาผู้ป่วย

ที่ประชุม มอบทีม ENV ประสานทีมที่เกี่ยวข้อง เช่น ทีมนำ ทีม IC

๑.๒.๗. การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ: เพื่อให้สามารถลดการติดเชื้ออย่างมีประสิทธิภาพสำหรับโรงพยาบาล ระดับ M๒ ทีม IC ควรส่งเสริมดังนี้

๑.๒.๗.๑ การทบทวนการออกแบบระบบ IPC ให้เป็นแบบเชิงรุกครอบคลุมทั้งในโรงพยาบาล และชุมชน เช่น การเฝ้าระวังการเกิด Sepsis, การเกิดเชื้อดื้อยาที่อยู่ในชุมชน, การเกิด CAUTI โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วย LTC, กลุ่มมี device ต่างๆ และกลุ่ม IMC สื่อสารสู่การปฏิบัติและติดตามกำกับอย่างต่อเนื่อง

๑.๒.๗.๒ ส่งเสริมการตามรอยการปฏิบัติของบุคลากรทุกระดับร่วมกับทีมนำระบบสำคัญ โดยมีการวิเคราะห์ปัจจัยสำคัญที่ไม่สามารถปฏิบัติ หรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง (unsafe act) เช่น การล้างมือ การใส่ PPE, การปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน, bundle ต่างๆ, การจัดการขยะ เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข จัดการระบบที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง

ที่ประชุม มอบทีม IC ดำเนินการ

๑.๒.๘ การประเมินผู้ป่วย: ควรระบุผลการประเมิน บันทึกลงในเวชระเบียนตั้งแต่แรกรับและเมื่อมีอาการที่เปลี่ยนแปลง แพทย์พยาบาลควรสื่อสารทำความเข้าใจให้ตรงกันในผลประเมินของผู้ป่วย ปัญหาและความเร่งด่วนที่สำคัญ แผนการรักษา และอาการเปลี่ยนแปลงที่ต้องรีบรายงานแพทย์ ควรประเมินซ้ำที่เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วยแต่ละราย

๑.๒.๙ การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง: พบผู้ป่วยทรุดลงในขณะรักษา เช่น ในกลุ่ม ACS pneumonia sepsis ทีมดูแลผู้ป่วยควรระบุผู้ป่วยและให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง ทบทวนและปรับปรุงแนวทางสำคัญ เช่น การประเมิน การประเมินซ้ำ การเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสมกับความรุนแรงของการเจ็บป่วย การให้การรักษาที่เป็นไปตาม evidence based ที่ทันสมัย compliance ของการปฏิบัติ แนวทางการตามแพทย์ แนวทางการดูแลและตอบสนองเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง รวมถึงการตัดสินใจส่งต่อ ควรทบทวนเหตุไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น เก็บข้อมูลตัวชี้วัดเพื่อใช้ติดตามและนำไปปรับปรุงเพื่อผู้ป่วยมีความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น

ที่ประชุมมอบหมายทีม PCT ดำเนินการ

๑.๓ รายงานการติดตามผลการดำเนินงาน (ผลลัพธ์ตอนที่ ๔ เท่าที่มี) และการนำเสนอผลการพัฒนา

ที่ประชุมมีมติ มอบหมายงานยุทธศาสตร์ ติดตามตัวชี้วัดและนำเสนอการพัฒนาจากทีม กลุ่มงานต่างๆ โดยกำหนดส่งข้อมูลให้งานประกันฯ รวบรวม ภายในวันจันทร์ ที่ ๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๗

๑.๔ Power point การนำเสนอตามกำหนดกิจกรรมสัมมนา

ที่ประชุมมีมติ ให้ทุกทีมนำที่ต้องนำเสนอ ส่งเอกสารและ ppt ภายในวันที่ ๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๗ และจัดตาราง ทบทวน เตรียมความพร้อม ซ้อมนำเสนอ ๒๕-๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๗

ส่งเอกสาร ทั้งหมด ให้ สรพ . วันที่ ๔ ธันวาคม ๒๕๖๗

๔.๒ แนวทางการเขียนแบบประเมินตนเอง SAR ฉบับใหม่

นางสาวกมลรัตน์ กิจโพธิ์สงค์ หัวหน้างานประกันฯ เป็นตัวแทนผู้เข้าร่วมประชุม นำเสนอ แนวทางการเขียนแบบประเมินตนเอง SAR ฉบับใหม่ โดยใช้หลักการ ๓ P

การปรับปรุงที่สำคัญโดยลดหัวข้อที่มีความซ้ำซ้อน ปรับลำดับการเขียนแบบประเมิน และการปรับคำถามในส่วนกระบวนการเพื่อตอบเป้าหมายของมาตรฐานได้ชัดเจนมากขึ้น

โดยให้ความสำคัญกับเกณฑ์ที่จำเป็นต่อความปลอดภัย (essential criteria for safety) ของผู้ป่วย/บุคลากร ซึ่งเป็นเกณฑ์ในการพิจารณาให้การรับรองคุณภาพสถานพยาบาลตามที่คณะกรรมการสถาบันประกาศ เพื่อให้ผู้ป่วยและบุคลากรมีความมั่นใจในระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและความปลอดภัยในประเด็นที่สำคัญ และเกณฑ์หลักเพื่อความยั่งยืน (core criteria for sustainability) ของระบบคุณภาพของสถานพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมคุณภาพ (quality culture) และสร้างความมั่นใจในการธำรงระบบคุณภาพของโรงพยาบาล โดยสามารถสังเกตสัญลักษณ์ * เป็นเกณฑ์ที่จำเป็นต่อความปลอดภัย (essential criteria for safety) และสัญลักษณ์ ** ในข้อที่ถูกกำหนดเป็นเกณฑ์หลัก (core criteria for sustainability)

สามารถยึดหลักการเขียนตามแนวคิด ๓P (Purpose-Process-Performance) เพื่อสะท้อนให้เห็นการพัฒนาตามมาตรฐานหรือเพื่อบรรลุข้อกำหนดมาตรฐานในแง่มุมต่างๆ ซึ่งเป็นการประเมินตนเองเพื่อสรุปการดำเนินงานโดยการมองอย่างรอบด้านและใช้ข้อกำหนดของมาตรฐานเพื่อหาโอกาสพัฒนาเพิ่มเติม คู่ขนานไปกับการประเมินตนเองและให้คะแนนในแต่ละข้อกำหนดของมาตรฐานตาม Scoring guideline ในแต่ละบทจะมีหัวข้อสำหรับการประเมินคะแนนตาม scoring guideline ซึ่งเป็นการประเมินเพื่อหาโอกาสพัฒนา

DALI Gap เป็นตัวช่วยสำหรับการวิเคราะห์การพัฒนาและหาโอกาสพัฒนาเพิ่มเติม อีกมุมมองหนึ่งว่า รพ.มีจุดอ่อนในขั้นตอนใดในมาตรฐานเรื่องนั้น ถ้าเห็นว่ามี gap ให้ระบุเฉพาะอักษรย่อที่เห็นว่าเป็น gap ซึ่งอาจจะมีมากกว่าหนึ่งตัวก็ได้

D = gap ในการออกแบบ (design gap) อาจสอดคล้องกับคะแนน ๑ ถ้ามี gap การออกแบบในภาพรวม

A = gap ในการนำไปปฏิบัติ (action gap) มักสอดคล้องกับคะแนน ๒

L = gap ในการประเมินและเรียนรู้ (learning gap) มักสอดคล้องกับคะแนน ๓

I = gap ในการปรับปรุง (improvement gap) มักสอดคล้องกับคะแนน ๓

ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการสอดคล้องกับการให้คะแนน เป็นการระบุประเด็นสำคัญที่สะท้อนให้เห็นการพัฒนาซึ่งสอดคล้องกับการประเมินคะแนนตาม scoring guideline โดยการเขียน ประเด็นการพัฒนาสอดคล้องกับข้อกำหนดตามเกณฑ์มาตรฐาน สามารถประมวลความคิดเพื่อตอบ SAR ตามประเด็นต่างๆ ดังนี้

V: คุณค่าและผลลัพธ์ (value) คือ คุณค่า/ประโยชน์ที่ผู้รับผลงานได้รับคืออะไร แสดงด้วยข้อมูลอะไร ผลเป็นอย่างไร

R: ความเสี่ยง (risk) คือ ความเสี่ยงสำคัญคืออะไร มีการออกแบบหรือมาตรการในการป้องกันอย่างไร

G: การปฏิบัติที่ดี (good practice) คือ แนวทางการปฏิบัติที่ดี การใช้วิธีการใหม่ๆ ในการทำงานที่ได้ผล (นวัตกรรม) มีอะไรบ้าง

D: ความหลากหลาย (diversity) คือ ความหลากหลายของสถานการณ์มีอะไรบ้าง มีแนวทางตอบสนองอย่างไร มีแนวทางในการลดความหลากหลายของการปฏิบัติของบุคลากรแต่ละ คนอย่างไร

I: บูรณาการ (integration) คือ มีการเชื่อมโยงระหว่างกระบวนการ ระบบงาน วิชาชีพ หน่วยงาน องค์กร ต่างๆ อย่างไร มีความพยายามที่จะท าให้เกิดการดูแลที่ไร้รอยต่ออย่างไร

S: จิตวิญญาณ (spiritual) คือ มีการใช้มิติจิตวิญญาณ/แนวคิดสุขภาวะทางปัญญา ในการทำงานอย่างไร

K: ความรู้ (knowledge) คือ มีการสร้างความรู้จากการทำงานอะไรบ้าง ประเด็นที่จะเป็นแผนพัฒนาเป็นการระบุประเด็นสำคัญที่พบจากการวิเคราะห์และทบทวน (และควรสอดคล้องกับ gap) ต่อไปนี้

- การปฏิบัติตามมาตรฐาน
- Gap ที่พบจากการปฏิบัติตามมาตรฐานที่ไม่สมบูรณ์
- Gap ที่พบจากการวิเคราะห์ DALI
- การยกระดับ maturity ของการปฏิบัติตามมาตรฐานที่ประเมินโดยอาศัย Scoring guideline
- ผลการประเมินด้วยเครื่องมือและวิธีการอื่นๆ

iii) ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

ให้ระบุเฉพาะชื่อของการปฏิบัติ กระบวนการ ระบบงาน ผลการพัฒนา นวัตกรรม ที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ โดยรายละเอียดต่างๆ ควรอยู่ในหัวข้อ ii) ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนาอยู่แล้ว

iv) ผลลัพธ์ของบทนั้น

ให้ระบุผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการในหมวดนั้นๆ โดยใช้เกณฑ์พิจารณาในการคัดเลือกตัวชี้วัดดังนี้

- ๑) ตัวชี้วัดที่ตรงตามเป้าหมาย/ประเด็นสำคัญของของมาตรฐาน
- ๒) ตัวชี้วัดที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยสูง โดยวัดแล้วใช้ประโยชน์ได้ ทำให้เห็นโอกาสพัฒนาที่จำเป็นของโรงพยาบาล
- ๓) ตัวชี้วัดที่น่าเชื่อถือ

๔) ตัวชี้วัดที่ก้าวข้ามตัวชี้วัดพื้นฐานที่ควรปฏิบัติได้เป็นส่วนใหญ่

๕) ตัวชี้วัดที่มีการใช้หรือยอมรับในระดับสากล

และในกรณีที่มีมาตรฐานสำคัญจำเป็นอยู่ในหมวดใด จะมีตัวอย่างผลลัพธ์การดำเนินการให้พิจารณาเลือกตอบให้สอดคล้องกับบริบทโรงพยาบาล

รายการตัวชี้วัดที่เป็น Suggested Indicators เพื่อเป็นแนวทางและตัวอย่างให้สถานพยาบาลได้ใช้พิจารณาในการเลือกระบุในแบบประเมินตนเองและสร้างการเรียนรู้ร่วมกับทีม

เอกสารแบบประเมินตนเอง โดยมีได้บังคับว่าต้องใช้ตัวชี้วัดดังกล่าว และมีเกณฑ์ในการพิจารณาเพื่อกำหนดหรือเลือกตัวชี้วัดดังนี้

๑) ตัวชี้วัดที่มีผลต่อการพิจารณาให้การรับรองคุณภาพสถานพยาบาล: เกณฑ์ที่จำเป็นต่อความปลอดภัย (essential criteria for safety) ของผู้ป่วย/บุคลากร

๒) ตัวชี้วัดที่มีความสำคัญ/ผลกระทบสูงต่อการพัฒนาคุณภาพในภาพรวมของโรงพยาบาล (organization relevance)

๓) ตัวชี้วัดที่เป็นการรวบรวมข้อมูลระดับประเทศ เพื่อสะท้อนภาพรวมการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาลในประเทศไทย

ตัวชี้วัดต่างๆ ควรระบุหน่วยของตัวชี้วัดให้ชัดเจน ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์อย่างมีนัยสำคัญ ควรอธิบายไว้ในส่วน ii) ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนาด้วย กรณีเป็นตัวชี้วัดที่เป็นมาตรฐานสำคัญจำเป็น ให้อธิบายแนวทางปฏิบัติการดำเนินทบทวน และแผนการดำเนินการที่ชัดเจนในข้อมาตรฐานที่ระบุไว้ในส่วน

ii) มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ ๕

- การฆ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ มาตรฐาน III-๔.๓ การดูแลเฉพาะข.การฆ่าตัด (๔)
- การติดเชื้อที่สำคัญในสถานพยาบาลตามบริบทขององค์กรในกลุ่ม SSI, VAP, CAUTI, CABSII มาตรฐาน II-๔.๒ การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ข.การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มจำเพาะ (๑)
- บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งตรงกับมาตรฐาน มาตรฐาน I-๕.๑ สภาพแวดล้อมของบุคลากร ค.สุขภาพความปลอดภัยของบุคลากร (๑)(i)(ii) มาตรฐาน II-๔.๒ การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ข.การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มจำเพาะ (๕)
- การเกิด Medication error และ Adverse drug event มาตรฐาน II-๖.๑ การกำกับดูแลและสิ่งแวดล้อมสนับสนุน ก.การกำกับดูแลการจัดการด้านยา (๓)
- การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด มาตรฐาน II-๗.๔ ธนาครเลือดและงานบริการโลหิต
- การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด มาตรฐาน III-๑ การเข้าถึงและเข้ารับบริการ ค. การเข้ารับบริการ (entry) (๕)
- ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค มาตรฐาน III-๒ การประเมินผู้ป่วย ค.การวินิจฉัยโรค (๔)

- การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยาคลาดเคลื่อน มาตรฐาน II-๗.๒ บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก ข.การให้บริการ (๓) II-๗.๓ พยาธิวิทยากายวิภาค, เซลล์วิทยา นิติเวชศาสตร์และนิติเวชคลินิก II-๗.๕ บริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ

- การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน มาตรฐาน III-๑ การเข้าถึงบริการ (๔)

โดยสถานพยาบาลต้องดำเนินการในเรื่องมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย ดังนี้

๑. มีแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความปลอดภัยต่อผู้ป่วย ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนด

๒. แสดงจำนวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นแต่ละปี ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนด ในแบบประเมินตนเองเพื่อขอรับการรับรองคุณภาพ

๓. กรณีเกิดอุบัติการณ์ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนด ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย (ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป) ให้สถานพยาบาลทบทวนวิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ

๔. จัดทำแผนควบคุมป้องกันความเสี่ยงที่สัมพันธ์กับมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย และมีผลการดำเนินงานตามแผนแสดงแก่ผู้เยี่ยมชมสำรวจ

๔.๓ ปฏิทินคุณภาพ ปี ๒๕๖๘

ภญ.ดร.ศรีสุตา สีลาโชติ นำเสนอตาราง แผนพัฒนาคุณภาพฯ ปี ๒๕๖๘

มติที่ประชุม เห็นชอบ ตามกำหนดการเดิม คือ

- ทีม PCT ทุกวันพฤหัสบดี ที่ ๑ และ ๓ ของเดือน
- ทีม PTC ทุกวันอังคาร ที่ ๓ ของเดือน
- ทีม RM ทุกวันพุธที่ ๓ ของเดือน
- ทีม IM ทุกวันพุธที่ ๑ ของเดือน
- ทีม HRD ทุกวันจันทร์ ที่ ๒ ของเดือน
- ทีม ENV ทุกวันอังคารที่ ๑ ของเดือน
- ทีม IC ทุกวันศุกร์ ที่ ๔ ของเดือน
- ทีมนำคุณภาพ ทุกพุธที่ ๒ ของเดือน

โดยมอบเลขาฯการ ดำเนินการจัดทำปฏิทินคุณภาพ และจองห้องประชุมที่งานธุรการ ในกรณีทีมเปลี่ยนแปลงวันประชุม สามารถแจ้งเปลี่ยนแปลงที่งานธุรการ และในเดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๗ ทีมPCT ประชุมทุกพฤหัสบดี เพื่อเตรียมความพร้อม

**ปฏิทินปฏิบัติการคุณภาพ
โรงพยาบาลปากพนัง ปี ๒๕๖๘**

พฤศจิกายน ๒๕๖๗						
Pakphanang Hospital						
November ๒๐๒๔						
อาทิตย์ / Sun	จันทร์ / Mon	อังคาร / Tue	พุธ / Wed	พฤหัสบดี / Thu	ศุกร์ / Fri	เสาร์ / Sat
					๑	๒
๓	๔ สงกรานต์ให้วันชิวดี ภายใน ๔ พ.ย. ๖๗	๕ คปสอ.	๖	๗ PCT	๘	๙
๑๐	๑๑ HRD	๑๒ กองทุนพัฒนาฯ	๑๓ RM	๑๔ PCT	๑๕ IC	๑๖
๑๗	๑๘ IM	๑๙ PTC	๒๐	๒๑ ENV/ PCT	๒๒	๒๓
๒๔	๒๕ พืมน้ำ /ส่งเอกสาร/ เตรียมพืมน้ำเสนอ ๒๔-๒๕ พ.ย.	๒๖ พืมน้ำ	๒๗ พืมน้ำ	๒๘ PCT	๒๙ พืมน้ำ	๓๐

ระเบียบวาระที่ ๕ เรื่องอื่นๆ

ภญ.ดร.ศรีสุดา ศีลาโชติ แจ้ง HACCC-ST จัดกิจกรรมเยี่ยมแบบ Adjusted internal survey ปี ๖๘ (รอบแรก) สำหรับ รพ.ที่ต้องต่ออายุปี ๖๘ ผ่านระบบzoom แบบไม่มีค่าใช้จ่าย เพื่อให้ ทีม รพ.เตรียมความพร้อมนำเสนอเพื่อรับการเยี่ยมสำรวจ ขออนุญาต สัมครเข้าร่วมกิจกรรมให้ และรบกวนทีม PCT/RM/IC /ระบบยา (ทีมสามารถเลือกหัวข้อที่อยากให้อาจารย์แนะนำ) เบื้องต้นเลือกนำเสนอ วันที่ ๑๕ มค ๖๘

ที่ประชุมมีมติ อนุมัติดำเนินการ

ประชุมครั้งต่อไป ตามปฏิทินคุณภาพ

ภญ.ดร.ศรีสุดา ศีลาโชติ ผู้บันทึกรายงานการประชุม