

แผนพัฒนาคุณภาพตามข้อเสนอแนะของผู้เยี่ยมชมสำรวจ การเยี่ยม Gap assessment
โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ วันที่ 6 – 7 มีนาคม 2562

คณะที่ปรึกษา

- | | |
|--|--|
| 1. นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล หัวหน้าคณะผู้เยี่ยมชมสำรวจ | 3. ดร.อำพัน วิมลวัฒนา ผู้เยี่ยมชมสำรวจ |
| 2. อ.ผ่องพรรณ ธนา ผู้เยี่ยมชมสำรวจ | 4. อ.ศุภรัตน์ ไก่ฟ้า ผู้เยี่ยมชมสำรวจ |

สิ่งที่ชื่นชม	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	แผนพัฒนาของโรงพยาบาล
ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร		
I-1 การนำ		
<p>- ทีมนำมีการทบทวนวิสัยทัศน์ พันธกิจ ให้สอดคล้องกับภาระหน้าที่ของโรงพยาบาลที่เป็นปัจจุบัน มีการกำหนดติดตามโดยการทำ Morning Talk สู่ Walk and Talk ทุกสัปดาห์ ใช้หลายช่องทางในการสื่อสารถึงบุคลากร เช่น สายตรงผ่าน QR Code มีทั้งผู้อำนวยการ และรองผู้อำนวยการทุกคน ผู้นำพบบุคลากรและนำปัญหาไปสู่การปรับปรุง เช่น การลดความแออัดใน Ward โดยการ Share ทรัพยากรร่วมกัน เพิ่มหอวิกฤติ ทำให้การบริหารทรัพยากรมีประสิทธิภาพและมีธรรมาภิบาลรวมทั้งเน้น 2P Safety และการสร้างเสริมสุขภาพ</p>	<p>- ทีมนำควรประเมินการรับรู้ ความเข้าใจในทิศทาง/จุดเน้นเข็มมุ่งที่ทีมกำหนด เพื่อให้มั่นใจว่ามีความเข้าใจที่ตรงกัน</p>	<p>มีการประเมินผู้นำ และประเด็นที่ผู้บริหารต้องปรับปรุงไปดำเนินการ ผลการปรับปรุงได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - ระบบ IPISS - การรับฟังที่มากขึ้น เช่น AAR New Normal OPD - การพัฒนาระบบสารสนเทศ การลงทะเบียนด้วยตู้ kiosk ระบบคิว - การดูแลบุคลากรในช่วงสถานการณ์ COVID-19 - การเยี่ยมหน้างาน Morning talk, Walk&Talk ทุกวัน <p>พฐ Internal survey และกำหนดให้ Middle manager สื่อสาร ติดตาม จุดเน้น เข็มมุ่งโดยใช้ service profile ของแต่ละหน่วยงานเป็นเครื่องมือในการสื่อสาร</p>
I-2 การบริหารเชิงกลยุทธ์		
<p>- มีการจัดทำแผนกลยุทธ์ กำหนดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ 5 ด้าน และ Roadmap พร้อมตัวชี้วัด 19 แผน พร้อมตั้งเป้าหมายในแต่ละช่วงเวลา</p>	<p>- ควรเชื่อมโยง Strategic issues ที่เป็นจุดเน้นของเขต และ Priorities area เข้ากับวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ และอาจพิจารณาเพิ่ม Roadmap ตามความจำเป็นพิจารณากำหนดและติดตามตัววัดในระดับวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ พิจารณาเสริมความเข้มแข็งของสมรรถนะหลักขององค์กร (Organization Core Competency) ทั้งในส่วนความสามารถของบุคลากรและระบบงาน</p>	<p>- มีการทบทวนแผนยุทธศาสตร์ 10 ปี และจุดเน้นในปี 2564 ซึ่งมีความครอบคลุมประเด็นสำคัญของเขตบริการสุขภาพที่ 1</p>

สิ่งที่ชื่นชม	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	แผนพัฒนาของโรงพยาบาล
I-3 ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน		
	<ul style="list-style-type: none"> - ควรใช้วิธีการที่เป็นระบบในการกำหนดกลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับบริการที่มุ่งเน้นทั้งปัจจุบันและในอนาคต ทบทวนวิธีการรับฟัง ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานให้เหมาะสม รวมทั้งมีการนำข้อมูลนี้ไปใช้ในการวางแผนจัดบริการ ปรับปรุงกระบวนการทำงานและสร้างนวัตกรรมการให้บริการสุขภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการของกลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับบริการที่ตรงประเด็นต่อไป 	<ul style="list-style-type: none"> - ทบทวนคณะทำงานพัฒนาระบบบริการด้านหน้า มีบทบาทในการพิจารณาและปรับปรุงระบบบริการ โดยแบ่งเป็น 3 ทีม ได้แก่ ทีมพัฒนาระบบบริการ ทีมพัฒนาเพื่อลดจำนวนผู้ป่วย OPD (2,000 รายต่อวัน) และทีม People-centered) - เพิ่มระบบการบริการที่รองรับ New Normal Health Case Service เช่น การจัดระบบ New Normal Pharmacy Service ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยทุติยภูมิ ตติยภูมิ และปฐมภูมิ โดยมีช่องทางในการรับยา หลายรูปแบบ การนัดเหลื่อมเวลา การส่งยาทางไปรษณีย์ การรับยา - แต่ละหน่วยงานทำ rapid assessment ประเด็นที่ผู้รับบริการประทับใจและสิ่งต้องการให้ปรับปรุง
	<ul style="list-style-type: none"> - ควรทบทวนระบบการจัดการกับคำร้องเรียนของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน เพื่อให้มีการแก้ไขอย่างได้ผล รวดเร็วและทันท่วงที รวมทั้งการรวบรวมและวิเคราะห์คำร้องเรียนที่สำคัญ เพื่อใช้ในการปรับปรุงทั่วทั้งองค์กร 	<ul style="list-style-type: none"> - ทีม RM จัดระบบรับคำร้องเรียนจากทุกช่องทาง นำข้อร้องเรียนเข้าสู่ระบบ HOIR ของโรงพยาบาลซึ่งเชื่อมกับระบบ NRLS ของสรพ. และมีการวิเคราะห์สรุปผลเพื่อนำเสนอผู้บริหาร ในที่ประชุม DSS และคณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาล
I-4 การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้		
<ul style="list-style-type: none"> - มีการพัฒนาระบบ DSS เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจของผู้บริหาร การกำหนดตัววัดของ Roadmap ต่างๆ ที่มีการถ่ายทอดมาถึงระดับหน่วยงานและบุคคล 	<ul style="list-style-type: none"> - ส่งเสริมให้ CLT/ PCT ต่างๆ ได้ใช้ประโยชน์จาก DSS เพื่อหาโอกาสพัฒนาและเพื่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย 	<ul style="list-style-type: none"> - ประธาน PCT สามารถเข้าถึงข้อมูลในระบบ DSS
	<ul style="list-style-type: none"> - ส่งเสริมวัฒนธรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในทุกระดับ เพื่อสรุปความรู้เชิงปฏิบัติ (Tacit knowledge) มาใช้ประโยชน์ 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับผู้ปฏิบัติ เกี่ยวกับการปฏิบัติงานและนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วย
	<ul style="list-style-type: none"> - ส่งเสริมการค้นหา Good practice ของหน่วยงาน 	<ul style="list-style-type: none"> - Good practice ที่นำไปขยายผล ได้แก่ การใช้ triage

สิ่งที่ชื่นชม	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	แผนพัฒนาของโรงพยาบาล
	ต่างๆ (ซึ่งอาจเคยนำเสนอผลงานในเวทีต่างๆ) และเลือกสรร Good practice เพื่อนำมาพิจารณาขยายผลเชิงรุก	score เป็น criteria การคัดเลือกผู้ป่วยเข้า ICU
	- ควรร่วมกันทบทวนแนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในการรักษาข้อมูลผู้ป่วยโดยที่มั่นใจว่าจะรักษาความลับของผู้ป่วยไว้ได้	- ทบทวนการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ในการรักษาผู้ป่วย โดยให้ใช้ไลน์ส่วนตัวโดยไม่ระบุชื่อ HN ผู้ป่วยและลบทิ้งหลังการปรึกษาทุกครั้ง
	- ส่งเสริมให้หัวหน้าหน่วยงานต่างๆ ทบทวนตัวชี้วัดเชิงกระบวนการที่ใช้ในการควบคุมการปฏิบัติงานประจำ (In-process measure control) (เชื่อมโยงกับมาตรฐาน I-6)	- มอบ Middle manager/ หัวหน้างานทบทวนตัวชี้วัดสำคัญของหน่วยงานและมีการสื่อสารให้บุคลากรในหน่วยงานทราบผ่านการ conference/ประชุมประจำเดือน
I-5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล		
- มีทีม HRI ดูแลด้านอัตรากำลัง ความก้าวหน้า ค่าตอบแทน ได้พยายามสร้างการเรียนรู้ระหว่าง ทีม และหน่วยงานในการหาวิธีคิดให้ได้กำลังคนที่เหมาะสมกับภาระงาน นำมาจัดทำแผนอัตรากำลัง ระยะ 5 ปี	- ชี้ความสามารถและความเพียงพอ ควรพิจารณา 1) จัดระบบตรวจสอบหลักฐานสำคัญให้มั่นใจว่าบุคลากรใหม่มีคุณสมบัติถูกต้อง เหมาะสม ก่อนเข้าปฏิบัติงาน 2) ทบทวนปฏิบัติการของแต่ละหน่วยบริการ นำมาเตรียมความพร้อมบุคลากรใหม่ และจัดระบบกำกับติดตาม สอนงาน ให้มั่นใจว่าสามารถปฏิบัติงานได้ บรรลุเป้าหมาย 3) วิเคราะห์ Productivity ให้ครอบคลุมหน่วยงานสำคัญนำมาบริหารอัตรากำลังในแต่ละวัน/ เวน ให้เพียงพอ เหมาะสม โดยเฉพาะหอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม กุมารเวชกรรม และหอผู้ป่วยที่ต้องรับผู้ป่วยต่างสาขา	- ทบทวนหลักเกณฑ์การรับบุคลากรเข้าปฏิบัติงานและตรวจสอบคุณสมบัติโดยงานทรัพยากรบุคคล - มีการปฐมนิเทศบุคลากรใหม่ ทั้งข้าราชการ ลูกจ้างและตามวิชาชีพ ครอบคลุมปฏิบัติการสำคัญของโรงพยาบาล และที่เกี่ยวข้องกับแต่ละวิชาชีพ - กลุ่มการพยาบาลจัดอัตรากำลังตามมาตรฐานกองการพยาบาลแยกตามสาขา ส่วนหน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูง และ/หรือขาดแคลนบุคลากร
- มีความต่อเนื่องด้านการสร้างเสริมสุขภาพบุคลากร วิเคราะห์แยกกลุ่มสุขภาพปกติ เสี่ยง ป่วย จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่มุ่งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเข้มแข็งมากขึ้น เช่น โยงยาไทยรัน กิจกรรมเดิน	- สุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน ควรนำข้อมูลบุคลากรใหม่ติดเชื้อ TB, บุคลากรอายุน้อยมีปัญหาสุขภาพ มาทบทวน เรียนรู้ เพื่อวางระบบดูแลสุขภาพความปลอดภัย อย่างเหมาะสม ครอบคลุมยิ่งขึ้น	- ทีมอาชีวเวชกรรมและคณะกรรมการ IC monitor ปัญหาสุขภาพและการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน และปรับระบบการดูแลบุคลากรกรณีเจ็บป่วย เพื่อให้ดูแลได้อย่างทันทั่วทั้งที่ เช่น การย้ายหน่วยงานเพื่อลดความเสี่ยง

สิ่งที่ชื่นชม	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	แผนพัฒนาของโรงพยาบาล
วิ้ง สะสมแต้ม เป็นต้น	รวมทั้งนำปัญหาบุคลากรติดเชื้อ TB รายใหม่อย่างต่อเนื่องมาทบทวนร่วมกับทีมที่เกี่ยวข้องเพื่อหาแนวทางปรับปรุงเชิงระบบเพื่อป้องกัน/ ลดปัญหาดังกล่าว	สำหรับบุคลากร - หัวหน้าหน่วยงานแจ้งคณะกรรมการ CHRO และผู้บริหารทราบเพื่อการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม
- มีการพัฒนาศักยภาพกำลังคนอย่างต่อเนื่อง เช่น ให้ทุนแพทย์ศึกษาต่อหลักสูตรเฉพาะทาง อบรม ดูงาน สนับสนุนพยาบาลศึกษา/ อบรม หลักสูตรเฉพาะทาง พัฒนา กลุ่ม Talent และจัดทำ Succession plan วางแผน อบรมผู้บริหารระดับต้น กลาง สูง มอบหมายหน้าที่การงานที่ท้าทาย	- ความผูกพันและผลการปฏิบัติงาน ระบบการจัดการผลปฏิบัติงาน ควรพิจารณาแบบประเมินความผูกพัน ความพึงพอใจที่เหมาะสมกับองค์กร นำมาใช้ในการประเมินในรอบต่อไป และควรให้ความสำคัญในการประเมินอย่างไม่เป็นทางการในกลุ่มบุคลากรที่ขอย้ายลาออก เพื่อหาแนวทางสร้างความผูกพันในองค์กรให้เหนียวแน่นยิ่งขึ้น	- ทีม HR มีการปรับแบบประเมินความผูกพันของบุคลากรให้เหมาะสมและไม่เป็นภาระกับบุคลากรในการตอบ และ มีการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มที่มีปัญหา คะแนนประเมินความผูกพันองค์กรในเกณฑ์ต่ำ - มีการสัมภาษณ์บุคลากรที่ขอย้ายหรือยื่นใบลาออก ทุก ราย และนำข้อมูลมาปรับระบบ เช่น การจัดตารางเวร การปรับจำนวนชั่วโมงการทำงาน
	- การพัฒนากำลังคนและผู้นำ ควรกำหนดความรู้ความสามารถของบุคลากรแต่ละตำแหน่ง/ ระดับ ให้ชัดเจน เพื่อใช้ในการประเมิน และนำผลการประเมินมาวางแผนพัฒนากำลังคน ให้เห็นผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม โดยเชื่อมโยงกับปฏิบัติการและการบรรลุวิสัยทัศน์ขององค์กร	- ทีมพัฒนาบุคลากร มีการวิเคราะห์
	- ควรใช้ประโยชน์จาก EEG, PEF โดยนำความเข้าใจในทีมนำมาพัฒนาเพิ่มเติมให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น	- ทีมประเมินตนเองโดยใช้ EEG และ PEF
I-6 การปฏิบัติการ		
	- ควรส่งเสริมให้ทีมนำแนวคิด 3PPDCA ไปใช้ในการพัฒนา ได้แก่ การร่วมกันนำความเข้าใจและกำหนดเป้าหมายของงานให้ชัดเจน ทบทวนการออกแบบกระบวนการสำคัญ ทั้งในส่วนการดูแลผู้ป่วยโดยพิจารณาถึง Process requirement จัดทำ Performance indicator ที่สอดคล้อง นำไปปฏิบัติ	- ใช้ Service profile, PCT profile เป็นเครื่องมือสื่อสารและกำกับติดตาม ปรับปรุงการทำงานให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายขององค์กร

สิ่งที่ชื่นชม	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	แผนพัฒนาของโรงพยาบาล
	ติดตามวัดผล เรียนรู้ และค้นหานวัตกรรม นำมาปรับปรุงการทำงาน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง	
ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล		
II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ		
<ul style="list-style-type: none"> - ทีมนำทางคลินิก มีการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีการบันทึกปัญหาและกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบันและเห็นภาพรวม มีการนำเสนอข้อมูล Clinical Quality summary ที่แสดงเป้าหมายและ Conceptual framework ผ่าน Driver diagram รวมทั้งการนำเสนอระดับแนวโน้มของผลลัพธ์สำคัญ 	<ul style="list-style-type: none"> - ควรส่งเสริมการประเมินคุณภาพในการปฏิบัติตามระบบที่วางไว้ด้วยวิธีการต่างๆ ผสมผสานกันอย่างสม่ำเสมอ เช่น การเยี่ยมสำรวจภายใน ตามรอย การทำ Rapid assessment, การทำ Focus group (ในการเยี่ยมสำรวจภายใน ควรเรียนรู้การใช้เวชระเบียนกระบวนการของหน่วยงาน และมาตรฐาน HA เป็นตัวเดินเรื่องตามความเหมาะสม 	<ul style="list-style-type: none"> - FA ของหน่วยงานมีหน้าที่ในการกระตุ้นการพัฒนาโดยมี middle manager และ ทีม PCT กำกับติดตาม เพื่อให้การพัฒนาสอดคล้องตามโรคสำคัญของ PCT และบริบทของโรงพยาบาล
	<ul style="list-style-type: none"> - ควรส่งเสริมให้การประเมินผลกิจกรรมและระบบงานเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำ เช่น การประเมินการใช้ NTS ในการปรับปรุงการปฏิบัติงานของผู้ที่ป้อนการอบรม การติดตามนโยบายบริหารความเสี่ยง การประเมินประสิทธิผล ของระบบบริหารความเสี่ยง การประเมินการสื่อสารโดยใช้ SBAR, การประเมินประสิทธิภาพของ RRT โดยเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้และนำผลมาปรับปรุงระบบงาน 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการตามรอยระบบงานต่างๆ โดยทีมคุณภาพและความเสี่ยง มอบหมาย middle manager ประเมินผลและทบทวนหน้างานทุกระบบ โดยใช้ service profile เป็นเครื่องมือ
	<ul style="list-style-type: none"> - ควรพิจารณาสมดุลของผลกระทบจากการใช้ตัววัดเกี่ยวกับเรื่องความเสี่ยงหรือความปลอดภัยเป็นตัววัดรายบุคคลควรส่งเสริมการบูรณาการและการประสานงานของการบริหารคุณภาพ ความเสี่ยงและความปลอดภัย โดยพิจารณา 1) ระบบสารสนเทศ 2) แผนงานโครงการ 3) ระเบียบปฏิบัติหรือคู่มือการ 	<ul style="list-style-type: none"> - ปรับตัวชี้วัดรายบุคคลของความเสี่ยง เน้นการทบทวนและการตอบกลับในระบบ HOIR - ความเสี่ยงสำคัญของรพ.ได้ถูกบรรจุในระบบ risk register risk owner ทบทวนและนำเสนอในคณะกรรมการความเสี่ยงของรพ.

สิ่งที่ชื่นชม	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	แผนพัฒนาของโรงพยาบาล
	<p>ปฏิบัติ 4) การฝึกอบรม 5) การแก้ปัญหาร่วมกัน 6) การสื่อสาร ควรร่วมกันทำความเข้าใจ การใช้ Risk register เพื่อส่งเสริมประสิทธิภาพของการบริหารความเสี่ยง โดยแสดงให้เห็นความสัมพันธ์ของการทบทวนระดับอุบัติการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องรวมทั้ง Root cause ในรอบเวลาที่ผ่านมากับการปรับปรุงมาตรการป้องกันที่จะนำไปใช้ในอนาคต</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> - ควรสร้างการเรียนรู้ในการวิเคราะห์ Root cause ที่เชื่อมโยงกับการเกิด Adverse event และค้นหา Strong หรือ Intermediate action ควรส่งเสริมการรับรู้อุบัติการณ์ผ่านระบบรายงานอุบัติการณ์ร่วมกับการทบทวนเวชระเบียนและการใช้ข้อมูลจากระบบตรวจการพยาบาล 	<ul style="list-style-type: none"> - มีเวที RCA sharing เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้เทคนิควิธีการทำ RCA ในอุบัติการณ์สำคัญ ทำให้การ RCA มีประสิทธิภาพ สามารถหาสาเหตุรากนำไปสู่การแก้ไขเชิงระบบ
	<ul style="list-style-type: none"> - ควรมอบให้ PCT ต่างๆ นำ PSG: Reduction of diagnostic error ไปพัฒนาระบบงานของ PCT 	PCT ทบทวน diagnostic error ทุก PCT
	<ul style="list-style-type: none"> - ควรส่งเสริมให้หน่วยงานต่างๆ ใช้ประโยชน์จาก Service profile เพื่อให้รู้ตนเองและเข้าใจความเชื่อมโยงของของตนกับองค์กร สามารถระบุความเสี่ยงที่หน่วยงานต้องตระหนักทั้งความเสี่ยงร่วมขององค์กรและความเสี่ยงเฉพาะของหน่วยงาน ทั้งความเสี่ยงที่ควรขึ้นทะเบียนอย่างเป็นทางการและความเสี่ยงที่ตระหนักในการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย 	- 112 หน่วยงาน มี Service profile สื่อสารและทบทวนในหน่วยงาน
ทึมนำทางคลินิก		
	<ul style="list-style-type: none"> - ควรทบทวนบทบาทหน้าที่ในการดูแลภาพรวมของการพัฒนาคุณภาพทางคลินิกในรูปแบบสหสาขา มีการติดตามตัวชี้วัดที่สะท้อนระบบงานสำคัญ เช่น ระบบ 	<ul style="list-style-type: none"> - ใช้ PEF ของระบบงานสำคัญที่เกี่ยวข้องกับ PCT ประกอบการทบทวน - PCT มีการทบทวนอุบัติการณ์ ภาวะแทรกซ้อน การ

สิ่งที่ชื่นชม	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	แผนพัฒนาของโรงพยาบาล
	<p>การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ระบบยา ระบบเวชระเบียน ส่งเสริมให้มีกิจกรรมทบทวนคุณภาพที่ผสมผสานในงานประจำอย่างเรียบง่าย สม่่าเสมอ เช่น การทบทวนอุบัติการณ์ ภาวะแทรกซ้อน การเสียชีวิตอย่างสม่ำเสมอเพื่อนำสู่การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>เสียชีวิต มีการกำกับโดยทีม RM เตือนอุบัติการณ์ระดับ E up ที่ยังไม่มีทบทวนประจำสัปดาห์ ทำให้ PCT ทบทวนอุบัติการณ์ ระดับ E up% ()</p> <p>- มีกิจกรรมทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วย เช่น Grand round, Long stay conference, Quality round โดยสหสาขาวิชาชีพ และ Inter department conference ในโรคที่ซับซ้อน เช่น ไข้เลือดออก COVID-19</p>
	<p>- ควรใช้ Driver diagram เพื่อสร้างความเข้าใจและเชื่อมโยงแนวคิดต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น (เช่น บทบาทของทีมสหสาขาวิชาชีพ เครือข่ายบริหารสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัว) รวมทั้ง ทบทวนความสัมพันธ์เชิง Action-effect ที่เกิดขึ้นเป็นลำดับขั้น เพิ่มเติมรายละเอียดในส่วนองวิธีการทำงาน เพื่อคุณภาพและความปลอดภัยของกระบวนการสำคัญ บางขั้นตอนในแต่ละโรค</p>	<p>- ทีมดูแลผู้ป่วยใช้ Driver diagram ในโรคสำคัญของ PCT Clinical Quality summary</p>
	<p>- ควรเชื่อมโยงข้อมูลที่สรุปใน Clinical Quality summary กับ 1) การปฏิบัติงานจริงและความเข้าใจของผู้ปฏิบัติงานที่หน้างาน 2) หลักฐานการปฏิบัติ(ตามความเหมาะสม) 3) การตาม SAR ตอนที่ III 4) การวางแผนพาผู้เยี่ยมสำรวจตามรอย การสรุปผลงานการพัฒนาคุณภาพที่สะท้อนความสัมพันธ์ของโครงการเป้าหมาย ตัววัด และสามารถนำเสนอผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เพื่อประโยชน์ในการตัดสินใจ ทบทวนวิธีการทำงานหรือขยายผล การสื่อสารจุดเน้น และค่านิยมขององค์กร โดยใช้งานประจำเป็นแกน</p>	<p>- ทีมดูแลผู้ป่วยใช้ Clinical Quality summary เป็นเครื่องมือในการตามรอยการดูแลผู้ป่วย ของ PCTและ PCT จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยน/ทบทวนผลลัพธ์ การดูแลผู้ป่วยตาม Clinical Quality summary</p> <p>- ส่งเสริมการใช้ค่านิยม HA ทั้ง 17 ข้อ กับการดูแลผู้ป่วย</p>

สิ่งที่ชื่นชม	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	แผนพัฒนาของโรงพยาบาล
	หลักให้เกิดความเข้าใจ	
	- ความมุ่งมั่นเรื่องการทำกับดูแลทางคลินิก โดยเฉพาะเรื่องการบริหารความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการจัดการเรียนการสอนทางคลินิกการฝึกปฏิบัติงาน (Training Risk) เพื่อคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย	- กำหนดให้ทุกหน่วยงานบรรจุ Training risk ใน risk profile ของ หน่วยงาน
II-2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ		
2.1 ด้านวิชาชีพพยาบาล		
- ทีมพยาบาลได้ร่วมพัฒนาเครือข่าย ดูแลผู้ป่วย Intermediate care ตามบทบาทในการสอน สาธิต การดูแลผู้ป่วย Hip Fracture แก่โรงพยาบาลชุมชนผ่านโปรแกรม CAN/Smart COC อีกทั้งเพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บไม่รุนแรง ส่งผลให้โรงพยาบาลชุมชนสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย เพิ่มอัตราการครองเตียงของโรงพยาบาลชุมชน ลดจำนวนผู้ป่วย Refer มาโรงพยาบาลศูนย์	- ควรส่งเสริมการเรียนรู้ของพยาบาลในการประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วย แต่ละรายให้ครอบคลุมเพื่อวางแผนการพยาบาล ประสานแผนการดูแลที่สอดคล้องกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และควรส่งเสริมให้มีการประเมินซ้ำที่สะท้อนการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสม ทันการณ์ เพื่อปรับเปลี่ยนแผนการดูแลรักษาได้อย่างทันท่วงที	- ปรับปรุงแบบประเมินผู้ป่วย เพื่อการสื่อสารกับสหสาขาวิชาชีพอื่น
- ด้านวิชาการ พบมีงานวิจัยและนวัตกรรมอย่างต่อเนื่องทุกปี ส่งผลให้ทีมงานเผยแพร่ผลงานวิจัย ผลงานวิชาการพยาบาล ที่ได้นำเสนอระดับประเทศ และผลงานที่ได้รับรางวัลระดับประเทศมาอย่างต่อเนื่อง	- ควรส่งเสริมให้การบันทึกทางการพยาบาลมีข้อมูลที่จำเป็น เพียงพอ และมีคุณภาพ และสามารถสะท้อนคุณภาพปฏิบัติการพยาบาลจากการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยได้	- นิเทศติดตามและประเมินการบันทึกทางการพยาบาล โดยหัวหน้าหอผู้ป่วย และทีมผู้บริหารของกลุ่มการพยาบาล - audit เวชระเบียนเรื่องการบันทึกทางการพยาบาลโดยทีมเวชระเบียน
	- การนิเทศทางการพยาบาล ควรทบทวนระบบการนิเทศ โดยเฉพาะการกำหนดเป้าหมายของการนิเทศให้มีความชัดเจน การนิเทศทางคลินิกให้มีความเข้มแข็งและต่อเนื่อง มีการติดตามประเมิน บัปปรุง เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย	- อบรมความรู้เรื่อง นิเทศทางการพยาบาล แก่หัวหน้าหอผู้ป่วยและรองหัวหน้าหอผู้ป่วย - หัวหน้าพยาบาลและทีม นิเทศทางการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ ประเมินผลและติดตามซ้ำในหน่วยงานที่ยังพบโอกาสพัฒนา - มอบหัวหน้าหอผู้ป่วยวางแผนการนิเทศทางการ

สิ่งที่ชื่นชม	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	แผนพัฒนาของโรงพยาบาล
		<p>พยาบาล โดยเฉพาะโรคสำคัญของ PCT และประเด็นติดตามจากที่मितเทศของกลุ่มการพยาบาล</p>
2.2 ด้านวิชาชีพแพทย์		
<ul style="list-style-type: none"> - ทีมแพทย์มีบทบาทในการทำงานร่วมกับทีมผู้บริหาร การสนับสนุนโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดและมีสม่ำเสมอในการประชุมของทีม 	<ul style="list-style-type: none"> - ควรสร้างช่องทางการสื่อสารระหว่างองค์กรแพทย์กับวิชาชีพอื่นๆ ที่เป็นทางการเพื่อรับฟังความต้องการและนำมาพิจารณาตอบสนอง 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการทบทวนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง ทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ - องค์กรแพทย์มีเวทีให้สหวิชาชีพนำเสนอผ่านการประชุมสมาชิกองค์กรแพทย์ เช่น การใช้ยาอย่างสมเหตุผล medication reconciliation - ช่องทางการรับฟังความต้องการของ รพช. เครือข่ายผ่านการประชุม provider board, CSO, การนิเทศ เช่น ทีม cardio, MCH, Stroke และมี QR code ให้ทุกรพ. สามารถสะท้อนความคิดเห็น และรายงานอุบัติการณ์ การดูแลผู้ป่วยร่วมกัน มีการประชุมทบทวน refer ร่วมกันทุกเดือน
	<ul style="list-style-type: none"> - ควรส่งเสริมให้มีการติดตามผลลัพธ์คุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมกับบริบทขององค์กร เช่น การทบทวนโดยเพื่อนแพทย์ในสาขาเดียวกัน การใช้ข้อมูลจาก DSS 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการสื่อสารผ่านไลน์กลุ่มเพื่อกระตุ้น เช่น เวชระเบียนที่ค้างสรุปเกิน 14 วัน - ประธาน PCT สามารถเข้าถึงข้อมูลใน DSS เช่น ผู้ป่วยที่มีวันนอนเกิน 21 วัน CMI รายงาน
	<ul style="list-style-type: none"> - ควรนำประเด็นสิทธิผู้ป่วยต่างๆ มาประเมินว่าโรงพยาบาลมีระบบพร้อม และสามารถให้การคุ้มครองได้ดีเพียงใด 	<ul style="list-style-type: none"> - องค์กรแพทย์ได้ทบทวนสิทธิผู้ป่วย 9 พบว่ามีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน มีการเพิ่มการกำหนดระเบียบวิธีปฏิบัติในการขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่น และสิทธิในการเปลี่ยนตัวแพทย์ผู้รักษา
	<ul style="list-style-type: none"> - การพิจารณา Credential & Privilege ควรเป็นไปในลักษณะที่ง่ายและเป็นประโยชน์ในคุ้มครองความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย เช่น 1) ในเรื่อง Credential อาจ 	<ul style="list-style-type: none"> - องค์กรแพทย์ร่วมกับศูนย์แพทย์ฯ และคณะกรรมการ RM ทบทวนขอบเขตการทำหัตถการของแพทย์แต่ละระดับในสาขาสามารถทำได้ การพิจารณาหัตถการพิเศษที่

สิ่งที่ชื่นชม	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	แผนพัฒนาของโรงพยาบาล
	มุ่งเน้นไปที่การปฏิบัติงานของผู้ที่ยังไม่รับใบอนุญาตให้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมว่าจะต้องทำอะไร 2) ในเรื่องการต่ออายุผู้มีสิทธิที่จะดูแลผู้ป่วยอาจพิจารณาลักษณะที่ไม่เหมาะสมที่จะให้แพทย์ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย 3) ในเรื่อง Privilege อาจพิจารณาระดับต่างๆ ของแพทย์ การพิจารณาเหตุการณ์ที่แพทย์ทุกคนในสาขาส่งสามารถทำได้ การพิจารณาเหตุการณ์พิเศษที่จะต้องได้รับการฝึกอบรมตามข้อกำหนด	จะต้องได้รับการฝึกอบรมตามข้อกำหนด
II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย		
<ul style="list-style-type: none"> - มีการจัดทำแผนก่อสร้างอาคารใหม่ทดแทนอาคารเดิมที่คับแคบ ใช้มานาน พยายามบำรุงระบบตรวจสอบด้านวิศวกรรมความปลอดภัยโดยหน่วยงานภายนอกจัดหาเครื่องมือใหม่ที่ทันสมัย พัฒนาศูนย์เครื่องมือสำคัญทางการแพทย์ เช่น Ventilator, Infusion pump, Syringe pump ให้เป็นศูนย์สำรอง และเปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง และพยายามพัฒนาระบบบำบัดน้ำเสียให้สอดคล้องกับการจัดวางอาคารที่เปลี่ยนแปลงไป โดยปรับปรุงแนวท่อระบายน้ำเสีย บ่อดักไขมัน บ่อสูบ ให้เหมาะสมยิ่งขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> - ความปลอดภัยและสวัสดิภาพของโครงสร้างและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ กากจัดการกับวัสดุและของเสียอันตราย ควรนำข้อเสนอแนะจากการสำรวจด้านวิศวกรรมความปลอดภัยที่ดำเนินการปรับปรุงในประเด็นสำคัญให้ครบถ้วน และค้นหาความเสี่ยงในพื้นที่ดูแลผู้ป่วย/ หน่วยงานสำคัญ อย่างสม่ำเสมอเพื่อหาแนวทางการคลี่คลายปัญหา เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ดูแลผู้ป่วยเด็ก หอผู้ป่วยที่มีความแออัดพื้นที่ที่ต้องการความสะอาดพิเศษ พื้นที่พักผ่อนสำหรับญาติ การดูแลและสีสนอาคารให้สะอาดสวยงาม การแก้ไขปัญหามลภาวะจากเสียงรบกวน/ ฝุ่น การจัดการระบบ Logistic การจัดการขยะ เป็นต้น โดยมีการนำความเสี่ยงที่พบมาจัดลำดับความสำคัญ วางแผนพัฒนา โดยมีผู้รับผิดชอบโครงการชัดเจนพร้อมระบบติดตามความก้าวหน้า เรียนรู้ร่วมกันในทีม และรายงานผู้บริหารระดับสูงทราบเพื่อพิจารณาตัดสินใจเชิงการบริหาร 	<ul style="list-style-type: none"> - ทีมนำกำหนดนโยบายโรงพยาบาล “ไม่มีเตียงแทรก ถ้ายังมีเตียงว่าง” โดยบริหารจัดการเตียงผู้ป่วยร่วมกันของกลุ่มการพยาบาลทำให้ไม่มีเตียงแทรกนอกหอผู้ป่วย - รพ.มีการปรับปรุง OPD โดยใช้เงินบริจาค ทาสีอาคาร มีการปรึกษาเทศบาล บริษัทที่รับกำจัดขยะติดเชื้อ เพื่อหาแนวทางร่วมกันและนำข้อเสนอแนะต่างๆ มาจัดลำดับและทำแผนในปีงบประมาณ 2564

สิ่งที่ชื่นชม	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	แผนพัฒนาของโรงพยาบาล
	<ul style="list-style-type: none"> - การจัดการกับภาวะฉุกเฉินและการป้องกันอัคคีภัย ควร ทบทวนภาวะฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นตามบริบทจัดทำแผน เพิ่มเติม และซ้อมแผนทุกแผนให้มั่นใจในความพร้อม รวมถึงควรทบทวนพื้นที่เสี่ยงสูงต่อการเกิดอัคคีภัยและ ยากลำบากในการเคลื่อนย้ายอพยพ นำมาจัดลำดับ ความสำคัญ จำทำแผน เตรียมความพร้อมและซ้อม แผนร่วมกับหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้องให้มั่นใจใน ความพร้อมทุกสภาวะการณ์ 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการจัดทำแผนรองรับการเกิดอุบัติเหตุด้านการเตรียม บุคลากร - มีคู่มือการปฏิบัติการ บทบาทองค์กรแต่ละระดับ เมื่อ เกิดเหตุ - มีคู่มือการสื่อสารแต่ละระดับ ทั้งภายในจังหวัดและ นอกจังหวัด - มีแผนการจัดการด้านทรัพยากร เวชภัณฑ์ยา วัสดุ อาหาร น้ำ ไฟฟ้า ฯลฯ - จัดเตรียมสถานที่รองรับ ทั้งภายในและนอก รพ. - มี Acting card ที่กำหนดหน้าที่ของแต่ละบุคคลในทุก หน่วยงาน พร้อมกับการซ้อมแผน ก่อนการรับเวรเข้า - มีการซ้อมแผนรองรับอุบัติภัยทุกปีๆ ละ ๑-๒ ครั้ง แต่ไม่ ครอบคลุมทุกอุบัติภัย เช่น ปี ๒๕๖๑ มีการซ้อมแผน เคลื่อนย้ายผู้ป่วยเมื่อเกิดเพลิงไหม้ เป็นต้น - มีการซ้อมแผนฉุกเฉินกรณีผู้ป่วยถูกทำร้ายซ้ำจาก คู่กรณี ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย และกรณีเจ้าหน้าที่ถูกทำร้าย ร่วมกับตำรวจภูธรจังหวัดเชียงราย - มีการสรุปและถอดบทเรียนทุกครั้ง รวบรวมเป็น รูปเล่มเสนอผู้บริหาร - มีการนำเสนอผลการซ้อมแผนที่ประชุมคณะกรรมการ บริหารโรงพยาบาล ซึ่งผู้อำนวยการให้การสนับสนุนการ แก้ไขปัญหา ตามที่เสนอ
	<ul style="list-style-type: none"> - ระบบการบริหารเครื่องมือและสาธารณูปโภคควร พิจารณา 1) ประเมินประสิทธิภาพระบบบริหารจัดการ เครื่องมือนำมาหาโอกาสพัฒนาให้เกิดผลลัพธ์ที่ดียิ่งขึ้น 2) เร่งดำเนินการปรับปรุงระบบสาธารณูปโภคที่ชำรุด 	

สิ่งที่ชื่นชม	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	แผนพัฒนาของโรงพยาบาล
	<p>ให้สามารถทำงานได้ตามมาตรฐาน เช่น ปิ้มสูบน้ำประปา ระบบสุญญากาศทางการแพทย์ เป็นต้น รวมทั้งควรปรับปรุงประตูดังระบบสุญญากาศ อากาศอัดทางการแพทย์ได้อาคารหมูป่าให้สามารถป้องกันการเข้าถึงโดยผู้ไม่เกี่ยวข้อง/ ระบายความร้อนได้ดี และกาแนวทางลดผลกระทบจากถังเก็บน้ำประปาที่อยู่ชิดทางเดินเชื่อม/ มีเสียงดัง เพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมที่ผ่อนคลายมากขึ้น</p>	
	<p>- สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ควรทบทวนแนวคิดด้านการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ช่วยสร้างความผ่อนคลาย เยียวยา และหาแนวทางพัฒนาให้สอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีการดูแลด้านสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกอาคารให้มีความสะดวกในการให้บริการ สะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อยและปลอดภัย แสงสว่างเพียงพอ ระบายอากาศได้ดี 2. การดำเนินงานกิจกรรม 5ส. ได้แก่ สะสาง สะดวก สะอาด สุขลักษณะ และสร้างนิสัย 3. การจัดการน้ำเสียได้มาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทั้งตามประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม 4. การปรับปรุงภูมิทัศน์ เช่น การจัดสวนสร้างความร่มรื่นหรือเพิ่มพื้นที่สีเขียว การปลูกต้นไม้เพื่อดูดซับมลพิษ เป็นต้น
	<p>- การพิทักษ์สิ่งแวดล้อมควรพิจารณา 1) นำผลการตรวจคุณภาพน้ำที่ผ่านการบำบัดแล้ว ซึ่งพบค่า pH เริ่มสูงขึ้น มาทบทวน หาแนวทางป้องกัน 2) ทบทวนระบบการจัดการขยะให้มีการคัดแยกอย่างถูกต้องจากจุดกำเนิด และเคลื่อนย้ายขยะแต่ละประเภทเข้าสู่ที่พัก โดยลดขั้นตอนการสัมผัส 3) จัดระบบระบายน้ำจากที่</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. การตรวจคุณภาพน้ำที่ผ่านการบำบัด มีการตรวจดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> - การตรวจประจำวัน : ในช่วงที่มีน้ำเข้ามาระบบน้ำเสียจำนวนมากระหว่าง (09.30-11.30 น.) ตรวจ ค่าคลอรีนอิสระ ค่าตะกอนจุนทรีย์ ค่าความเป็นกรด-ด่าง อยู่ในค่าที่ปกติ - การตรวจประจำสัปดาห์ : ตรวจวัดค่าปริมาณอากาศ

สิ่งที่ชื่นชม	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	แผนพัฒนาของโรงพยาบาล
	<p>พักขยะ จากการนั่งขยะ จากการล้างถังขยะและรถเข็น เข้าสู่ระบบบำบัดน้ำเสียของผู้รับจ้างกำจัดขยะโดย ป้องกันน้ำฝนเข้าระบบ และตรวจสอบผลการบำบัดน้ำ เสียให้มั่นใจว่า ผู้รับจ้างได้ปฏิบัติตามเงื่อนไขของ สัญญา ผู้ปฏิบัติงานอยู่ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย และไม่ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม</p>	<p>อยู่ในระดับปกติ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การตรวจประจำทุกเดือน : ตรวจเชื้อแบคทีเรียโคลิ ฟอร์มในน้ำ ผลอยู่ระดับปกติ - การตรวจประจำทุก3เดือน 11 พารามิเตอร์ ผลผ่าน ตามเกณฑ์ทุกพารามิเตอร์ <p>2. การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยอื่น ณ แหล่งกำเนิด มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อระหว่างวัสดุมีคม และวัสดุไม่มีคม <p>การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ปฏิบัติงานเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อสวมอุปกรณ์ ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลประกอบด้วย ถุงมือยางหนา ผ้ากันเปื้อน ผ้าปิดปากปิดจมูก และรองเท้าพื้นยางหุ้ม แข้ง ในขณะที่ปฏิบัติงาน - ใช้รถเข็นเคลื่อนย้าย ภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ ยกเว้นกรณีที่มีมูลฝอยติดเชื้อเกิดขึ้นน้อย - มีการกำหนดเวลาและเส้นทางการเคลื่อนย้ายมูลฝอย ติดเชื้อที่แน่นอน - มีการทำความสะอาดรถเข็นและอุปกรณ์ในการ ปฏิบัติงานทุกวันในบริเวณที่จัดไว้เฉพาะ <p>3. น้ำเสียที่เกิดจากการล้างทำความสะอาดมีการระบาย ลงสู่ระบบบำบัดน้ำเสีย และมีการตรวจสอบผลการ บำบัดน้ำเสียเพื่อควบคุมกำกับ ผู้รับจ้างได้ปฏิบัติตาม เงื่อนไขของสัญญา</p>
II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ		
	- ทีมควรมีการกำหนด เป้าหมาย กลยุทธ์ มาตรการต่างๆ	- การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน รพ. ให้บริการ

สิ่งที่ชื่นชม	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	แผนพัฒนาของโรงพยาบาล
	<p>รวมทั้งจุดเน้นในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่มีความสำคัญใน รพ.ให้ชัดเจน สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้พัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ เพื่อลดอัตราการติดเชื้อตำแหน่งต่างๆ เช่น VAP, CAUTI, CLABSI และ SSI เป็นต้น และควรมีการติดตามผลลัพธ์จากการเฝ้าระวังการติดเชื้อใน target ต่างๆ มาวิเคราะห์เชิงลึก เพื่อการแก้ปัญหา เรียนรู้ พัฒนาอย่างต่อเนื่องร่วมกับทีมงานทางคลินิกและทีมนำระบบที่เกี่ยวข้อง</p>	<p>ครอบคลุมทั้งผู้ป่วย ญาติ บุคลากร และสิ่งแวดล้อม โดยกำหนดทิศทาง นโยบายแผนพัฒนางาน ประเมินผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน รพ. ให้มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย บุคลากรปลอดภัยจากการติดเชื้อและสิ่งแวดล้อมถูกสุขลักษณะ</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีคณะกรรมการครอบคลุมทุก PCT และงานสำคัญที่เกี่ยวข้อง ในส่วนของการพัฒนางานด้านสนับสนุนจะทำงานร่วมกับคณะกรรมการทีมอื่น เช่น กรรมการ ENV คณะกรรมการห้องผ่าตัด คณะกรรมการพัฒนางานหน่วยจ่ายกลาง เป็นต้น - วิเคราะห์ข้อมูลเฝ้าระวังการติดเชื้อรายเดือน Control chart และการสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดขึ้น บางส่วนรายงานอุบัติการณ์ผ่านระบบความเสี่ยงของรพ. เช่น การเกิดอุบัติเหตุเข็มและของมีคมที่มตำ ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมวิเคราะห์และร่วมทบทวนแนวปฏิบัติ
	<ul style="list-style-type: none"> - ทีมควรมีการควบคุมสิ่งแวดล้อมเพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายและการปนเปื้อนในพื้นที่ต่างๆ ที่สำคัญ เช่น ห้องผ่าตัด ห้องคลอด หอผู้ป่วยวิกฤติ โดยเฉพาะในตึกทารกแรกเกิด งานบริการผ้า งานจ่ายกลาง เป็นต้น รวมทั้งมีนโยบายและวิธีปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อ การจัดการกับการติดเชื้อที่ดื้อยา และการติดเชื้อที่อุบัติขึ้นใหม่อย่างเหมาะสม มีการติดตามข้อมูล และลงเยี่ยมพื้นที่อย่างสม่ำเสมอ 	<p>แนวทางการควบคุมสิ่งแวดล้อมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในพื้นที่ต่างๆ ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> • ห้องคลอด มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อหลังคลอดและหลังผ่าตัดและมีนำเสนอข้อมูลเพื่อทบทวนไปยัง PCT สูตินรีเวช • หอผู้ป่วยวิกฤติ มีการเฝ้าระวังและติดตามการปฏิบัติตาม VAP bundle ที่หอผู้ป่วยวิกฤติและให้ข้อมูลกลับไปยัง PCT ที่เกี่ยวข้อง

สิ่งที่ชื่นชม	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	แผนพัฒนาของโรงพยาบาล
		<ul style="list-style-type: none"> • หอผู้ป่วยที่มีความแออัด มีการทำโซนนิ่งสำหรับผู้ป่วยที่เป็นวัณโรคปอด เชื้อดื้อยา และผู้บริหารเห็นชอบกับการจัดทำนโยบายการย้ายห้องพิเศษเป็นอันดับแรก กรณีที่เป็นผู้ป่วย low immune และต้องการห้องเพื่อแยกโรค • หน่วยบริการฉุกเฉิน ห้อง Modified Negative pressure 1 ห้อง เพื่อรองรับผู้ป่วยที่ไม่ทราบประวัติ/สงสัยโรคติดต่อทางอากาศ • หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก มีการคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรคปอดโดยใช้การซักประวัติไอเรื้อรัง และแพทย์ดู film CXR ก่อนการเข้าตรวจในห้องตรวจที่ติดตั้งปรับอากาศ และมีการคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการทางระบบทางเดินหายใจ มี ARI Clinic ถ้าอาการเข้าได้กับ TB จึง CXR แพทย์อ่าน CXR ผู้ป่วยอยู่จุดพักคอยนอกอาคาร • หน่วยซักฟอก เจ้าหน้าที่หน่วยซักฟอกได้รับการฟื้นฟูความรู้ด้าน IC ทุกปี และมีการเยี่ยมนิเทศหน้างานเกี่ยวกับการระมัดระวังการปนเปื้อน และการใช้อุปกรณ์ป้องกัน แต่มีประเด็นการขนส่งผ้าเปื้อนที่ยังไม่สามารถควบคุมให้มีการใช้ลิฟต์ตามเวลาที่กำหนดได้ ทำให้มีโอกาสปนเปื้อน และยังพบมีการขนส่งผ้าในช่วงเวลาที่มีเจ้าหน้าที่ต้องการใช้ลิฟต์ และสัญจรตามทางเดินจำนวนมาก โดยเฉพาะหลัง 7.15 น. โดยมีการประสานงานต่อเนื่องไปยังฝ่ายบริหารเพื่อปรับระบบการขนส่งผ้าที่จะลดการปนเปื้อนให้ดีขึ้น • หน่วยจ่ายกลาง

สิ่งที่ชื่นชม	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	แผนพัฒนาของโรงพยาบาล
		<p>- มีการแบ่งพื้นที่ได้ตามมาตรฐาน</p> <p>- มีการควบคุมกำกับกับการปฏิบัติงาน และมีการประชุมให้ความรู้ ร่วมกับการแจ้งอุบัติการณ์และร่วมหาแนวทางแก้ไข</p> <p>- จัดบุคลากรเข้าร่วมประชุมวิชาการภายนอก ที่จัดโดยสมาคมในส่วนกลาง และในเครือข่ายภาคเหนืออย่างต่อเนื่องทุกปี ร่วมกับได้รับการสนับสนุนวิทยากรในการให้ความรู้ในหน่วยงานและทบทวนการปฏิบัติเป็นประจำ</p> <ul style="list-style-type: none"> • โรงครัว ICN ร่วมเป็นกรรมการอาหารปลอดภัย และเป็นผู้สุ่มเพาะเชื้ออาหารและภาชนะ • หน่วยกายภาพบำบัด จัดระบบให้บุคลากรป้องกันการติดเชื้อจากการสัมผัส เช่น การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา การทำความสะอาดอุปกรณ์ที่ใช้ฝึกพัฒนาการเด็กและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของระบบทางเดินหายใจ การทำความสะอาดมือและการใช้หน้ากากอนามัย • เจ้าหน้าที่แผนก Logistic : ICN ให้ความรู้ในการป้องกันการปนเปื้อน การรักษาสูขอนามัย และการขนส่งของสกปรก ของสะอาดและของ Sterile จัดทำแนวทางปฏิบัติ และติดตามการปฏิบัติ แต่ยังคงพบว่ามีการใช้รถในการขนส่งของสะอาดและสกปรกปนกัน ไม่ได้ทำความสะอาดและเช็ดทำลายเชื้อทุกครั้ง ประสานฝ่ายบริหารเพื่อทบทวนระบบ หน่วยงานผู้เกี่ยวข้องร่วมติดตามการปฏิบัติและรายงานเพื่อแก้ไขให้ระบบได้ตามมาตรฐาน • ห้องเก็บศพ การใช้อุปกรณ์ป้องกัน การทำความสะอาด

สิ่งที่ชื่นชม	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	แผนพัฒนาของโรงพยาบาล
		<p>สะอาดมือ การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม 5 ส. และระบบการระบายอากาศ มีแนวทางปฏิบัติเพื่อให้เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องปฏิบัติตามแนวทางเพื่อป้องกันการติดเชื้อ และมีการนิเทศติดตามโดยพยาบาล ICN</p>
	<p>- ทีมควรส่งเสริมให้มีการปฏิบัติตาม Standard precautions และ Isolation precautions ของผู้ปฏิบัติ เช่น การล้างมือ การจัด Zoning, การใช้ PPE ซึ่งควรมีการติดตามข้อมูลทั้งในปริมาณ และเชิงคุณภาพ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลต่อไป</p>	<p>คณะกรรมการ IC มีการส่งเสริมการปฏิบัติที่ส่งเสริมมาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hand hygiene: <ul style="list-style-type: none"> - การส่งเสริมให้บุคลากรมีการทำความสะอาดมือ โดยทำการสุ่มสังเกตการณ์ปฏิบัติและให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นระยะ การจัดทำป้ายส่งเสริมการทำความสะอาดมือที่ลิฟต์และห้องน้ำทั้งผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ ร่วมกับการสนับสนุนสบู่ล้างมือ/ น้ำยาล้างมืออย่างเพียงพอ ผ้าเช็ดมือ/กระดาษเช็ดมือ การสนับสนุน AHR และสนับสนุน Cold cream สำหรับทามือเพื่อป้องกันมือแห้งแตกโดยกลุ่มงานเภสัชกรรม - กิจกรรมการรณรงค์ให้มี Hand hygiene day คัดเลือก Role model และให้รางวัลหน่วยงานที่มีกิจกรรมการส่งเสริมการทำความสะอาดมือในการประชุมคณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาล - มีการเพาะเชื้อที่มือ และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย นำผลการเพาะเชื้อสะท้อนให้บุคลากรทราบ ร่วมกับผลการสังเกต พร้อมทั้งให้บุคลากรร่วมแสดงความคิดเห็นและแนวทางในการช่วยส่งเสริมการทำความสะอาดมือ - รวบรวมปัญหา อุปสรรคที่พบ เพื่อปรับปรุงและขยายผลต่อไป

สิ่งที่ชื่นชม	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	แผนพัฒนาของโรงพยาบาล
		<ul style="list-style-type: none"> • Isolation precautions: <ul style="list-style-type: none"> - มีการสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันอย่างเพียงพอ - การกำหนดและจัดโซนสำหรับผู้ป่วย Low immune, ผู้ป่วยติดเชื้อหรือเชื้อดื้อยาในแต่ละหอผู้ป่วย - การป้องกันเข็ม ของมีคมที่มิดำ มีอุปกรณ์ช่วยป้องกัน เช่น กล่องปลดทิ้งเข็ม การสอนและจัดทำแนวปฏิบัติในการป้องกันฯ การนิเทศติดตาม และการจัดระบบการดูแลภายหลังได้รับอุบัติเหตุ ติดตามปัญหา อุปสรรค เพื่อนำมาแก้ไขอย่างต่อเนื่อง เชื่อมโยงกับระบบความเสี่ยง องค์กรแพทย์ องค์กรพยาบาลและศูนย์แพทย์ • ศาสตร์ศึกษาในการพัฒนาระบบป้องกัน ทั้งการทบทวนให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติ การกำกับติดตาม การรณรงค์ โดยจัดทำโปสเตอร์และการประเมินผ่าน QR code ในการใช้ PPE ในการทำหัตถการ - การจัดทำห้องแยกโรค เพื่อรองรับโรคติดต่อ Airborne transmission โดยมี Negative pressure 2 ห้อง Modified AIIR 12 ห้อง และมีแผนทำห้อง Modified AIIR อีกจำนวน 5 ห้อง เป็นระบบ Modified AIIR • การทำความสะอาด ทำลายเชื้อ ทำให้ปราศจากเชื้อ: กำหนดแนวทางการ reused และ reprocess อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ และการขนส่งของ sterile • การจัดการกับวัสดุหมดอายุและ single-use device reprocessing: รพ.โดยกำหนดให้มีการ Reused ใน SUD

สิ่งที่ชื่นชม	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	แผนพัฒนาของโรงพยาบาล
	<ul style="list-style-type: none"> - ควรมีการติดตามการใช้ยาต้านจุลชีพที่สำคัญ และใช้ข้อมูลความไวของเชื้อต่อยาต้านจุลชีพ ที่ได้จัดทำไว้แล้วอย่างจริงจัง เพื่อร่วมกันกำหนดมาตรการส่งเสริมการใช้ยาอย่างเหมาะสม รวมทั้งทบทวนข้อมูลปัญหาเชื้อดื้อยาที่พบอย่างเป็นระบบโดยแพทย์ผู้เกี่ยวข้องเพื่อร่วมกันวางระบบการเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปยังผู้ป่วยรายอื่นต่อไป 	<ul style="list-style-type: none"> • การพัฒนาระบบ AMR - มีการให้ข้อมูลการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยกลุ่มไข้หวัด แก่องค์กรแพทย์โดยทีมงานเภสัชกรรม - มีระบบการดักจับการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่เหมาะสม โดยมีการทบทวนและปฏิบัติการโดยทีมเภสัชกรและแพทย์โรคติดเชื้อจากใบการใช้ยา AAA - มีการ activate แพทย์โรคติดเชื้อ โดยทีมเภสัชกรกรณีมีการสั่งยาปฏิชีวนะในปริมาณสูงหรือมีการใช้ยาปฏิชีวนะมากกว่า 3 ตัว หรือไม่เหมาะสม - มีการสรุปสถานการณ์ MDRO แจ้งผู้บริหารรพ.ทุกสัปดาห์ และ ICN เยี่ยมหน่วยงานที่มี MDRO ตั้งแต่ 3 รายขึ้นไป ดูเรื่องการบริหารจัดการ MDRO สรุปรายงานผู้บริหารทุกสัปดาห์
II-6 ระบบการจัดการด้านยา		
<ul style="list-style-type: none"> - คณะกรรมการมีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจน อีกทั้งการออกแบบระบบ ระดับโรงพยาบาลและเครือข่าย มีการนำเอา EEG มาใช้ประโยชน์ในการหา GAP ของการนำไปปฏิบัติ เพื่อหาโอกาสพัฒนาการใช้ PEF เพื่อประเมินระบบยาและหาโอกาสพัฒนา ทีมงานมีความเข้มแข็ง พร้อมการปรับเปลี่ยนสร้างผลงานเด่นมากมาย 	<ul style="list-style-type: none"> - ควรมีการติดตาม กำกับการบริหารยาให้เป็นไปตามนโยบายความปลอดภัยด้านยา ที่กำหนดไว้ เช่น การบริหารยา High Alert Drug ให้เป็นไปตามที่กำหนด 	<ul style="list-style-type: none"> - ยาที่ต้องระมัดระวังสูง: คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด และคณะอนุกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ได้กำหนดนโยบายด้านยา บัญชียา รวมถึงได้พัฒนาระบบความปลอดภัยด้านยาในส่วนของรายการยาที่ต้องระมัดระวังสูง (High Alert Drug) ซึ่งเป็นยาที่มีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการใช้ผิดวัตถุประสงค์ มีโอกาสเกิดความปลอดภัยทางยาหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาสูง ซึ่งอาจรวมถึงยาที่อยู่ระหว่างการศึกษาดลอง ยาที่ต้องควบคุม ยาที่ไม่อยู่ในบัญชียาโรงพยาบาล ยาที่มีพิษยการบำบัดแคบ (narrow therapeutic range) ยาทางจิตเวช ยาทางวิสัญญี ยาที่มีชื่อคล้ายกันหรือออกเสียงคล้ายกัน (look

สิ่งที่ชื่นชม	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	แผนพัฒนาของโรงพยาบาล
		alike sound alike) ด้วยกระบวนการที่เหมาะสมในการจัดทำ เก็บรักษา สั่งใช้ ถ่ายทอดคำสั่ง จัดเตรียม จ่ายยา บริหารยา บันทึกข้อมูล และติดตามกำกับการใช้ยา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้อง ปลอดภัยได้ผล ทันเวลา มีคุณภาพเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ
II-7 การตรวจทดสอบประกอบการวินิจฉัยโรคและบริการที่เกี่ยวข้อง		
<p>ก. พยาธิวิทยากายวิภาค มีการพัฒนางานทั้งหน่วยงาน และระหว่างหน่วยงาน ซึ่งผู้บริหารให้การสนับสนุนเป็นอย่างดี มีการใช้ Lean concept มาปรับระบบ มีการทำ RCA ในการหาต้นตอของปัญหา มีการปรับการให้ข้อมูลผู้ป่วย มีการใช้เทคโนโลยีในการออกแบบระบบและยังได้รับการรับรองจากราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย</p>		
II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ		
<p>- มีระบบการเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา นำระบบเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้ในการเฝ้าระวังและการรายงานโรคระบาดได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการแจ้งเตือนเหตุไปยังเครือข่าย ส่งผลให้มีการควบคุมการระบาด และตอบสนองต่อปัญหาการระบาดที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว</p>	<p>- ควรมีการวิเคราะห์โรคและภัยสุขภาพที่สำคัญที่เคยเกิด และมีโอกาสในพื้นที่ให้ครอบคลุมตามบริบทนำมาวางระบบในการเฝ้าระวัง โดยเฉพาะภัยสุขภาพที่สำคัญโรคอุบัติใหม่ การคาดการณ์แนวโน้มด้วย วิธีการทางระบาดวิทยา การเผยแพร่ข้อมูลเตือนภัยการระบาดเกิดขึ้น หรืออาจเกิดขึ้นในพื้นที่ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้ทราบสื่อสารกับทีมในเครือข่าย ร่วมกันวางแผนป้องกันควบคุมโรคให้เหมาะสม รวมทั้งมีการซักซ้อมแผนเพื่อตอบสนองต่อปัญหาการระบาดที่เกิดขึ้นได้ทันเวลา</p>	<p>• มีคณะกรรมการ DHS ที่ประกอบด้วยตัวแทนทีม PCT ต่างๆ ตัวแทนกลุ่มงานที่เกี่ยวข้องกับภัยสุขภาพ ได้แก่ เวชศาสตร์ฉุกเฉิน อาชีวเวชกรรม เวชกรรมสังคม และตัวแทนจากหน่วยงานภายนอกโรงพยาบาลที่เป็นเครือข่ายการทำงานได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง รพ.สต. และเทศบาลนครเชียงราย ร่วมกันกำหนดนโยบายที่ครอบคลุมทุกพื้นที่บริการ มีการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพในโรงพยาบาล สถานประกอบการ และชุมชน มีศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอเมืองเชียงรายโดยกลุ่มงานเวชกรรมสังคม และศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพอำเภอเมืองเชียงรายโดยงานบริการ</p>

สิ่งที่ชื่นชม	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	แผนพัฒนาของโรงพยาบาล
		เกสัชกรรมปฐมภูมิ ทำหน้าที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการเฝ้าระวัง ซึ่งที่ผ่านมาสามารถสอบสวนโรคและควบคุมได้ ไม่เกิดการแพร่ระบาด
II-9 การทำงานกับชุมชน		
<p>- ในภาพรวมทีมมีความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ มีการทำงานที่สอดคล้องกับบริบทขององค์กรในการเป็นแม่ข่าย มีการจัดระบบบริการทีมหมอครอบครัว (primary care cluster) ที่ขยายผลเพิ่มขึ้นทุกปี ส่งเสริมศักยภาพ รพ.สต.ติดตาม มีการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายระดับอำเภอและตำบลอย่างเข้มแข็ง ร่วมกันจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมืองเชียงราย มีการกำหนดเป้าหมายในการทำงานที่ชัดเจนและติดตามผลลัพธ์ต่อเนื่องในแต่ละปี มีการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศที่เอื้อต่อการทำงานกับชุมชน ได้แก่ โปรแกรม Smart COC ในการประสานข้อมูลการดูแลผู้ป่วยที่บ้านใช้แนวคิด WE CAN DO ในการดูแลสุขภาพชุมชน มีการติดตามผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่สำคัญ รวมทั้งมีการเรียนรู้และ นำเครื่องมือคุณภาพ เช่น มาตรฐาน EEG และ EPF มาใช้ในการหาโอกาสพัฒนาอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>- ควรส่งเสริมให้มีสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในชุมชน และมีบริการช่วยเหลือทางสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี โดยร่วมกับชุมชนในทบทวนข้อมูล ของปัญหาสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในชุมชน ทบทวนสถานการณ์ของผู้ต้องการความช่วยเหลือทางสังคมและปัญหาสังคมเพื่อแก้ปัญหาที่พบร่วมกัน ตลอดจนมีติดตามการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และเสริมพลังชุมชนให้เข้มแข็งยิ่งขึ้นต่อไป</p>	<p>ร่วมกับชุมชนมีนโยบายสาธารณะต่างๆ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> • เชียงรายเมืองอาหารปลอดภัย • งานศพปลอดเหล้า ปลอดบุหรี่ สถานประกอบการปลอดบุหรี่ ถนนคนเดินปลอดบุหรี่ ถนนคนม่วนปลอดบุหรี่ • ร้านชำปลอดยาอันตรายส่งผลให้ร้านชำที่มีการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมมีจำนวนร้านลดลงจาก 24 ร้าน เป็น 20 ร้าน และจำนวนรายการยาที่จำหน่ายในร้านลดลงจาก 41 เป็น 20 รายการ ไม่พบยาปฏิชีวนะและยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ • นโยบายไม่เผาในที่โล่ง เพื่อลด P.M 2.5 • นโยบายไม่ติตราในผู้ป่วยติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์และวัณโรค โดยเฉพาะในกลุ่มวัณโรคที่ตัวผู้ป่วยและชุมชนบางส่วนยังไม่เข้าใจและยอมรับ ทำให้ไม่เปิดเผยตัวต่อชุมชนส่งผลกระทบต่อการค้าผู้สัมผัสในชุมชน • มีการสร้างเครือข่ายในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ/ผู้ด้อยโอกาสทางสังคม โดยร่วมกับศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ/ผู้พิการ และภาคประชาชนในชุมชน ได้แก่ การรับส่งผู้ป่วย การปรับสภาพบ้าน และการสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยเหลือทางการแพทย์ที่จำเป็น • มหาวิทยาลัยวัยที่สาม สำหรับผู้สูงอายุให้มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมอย่างต่อเนื่อง

สิ่งที่ชื่นชม	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	แผนพัฒนาของโรงพยาบาล
		<ul style="list-style-type: none"> จัดตั้ง “กลุ่มสตรีอาสาปราบวัณโรคจังหวัดเชียงราย” ในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยวัณโรคโดยการระดมทุนเพื่อเป็นค่าเดินทาง/ดำรงชีพ แก่ผู้ป่วยวัณโรคและครอบครัว
ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย		
III-4.2 การดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง		
	<ul style="list-style-type: none"> ควบทบทวนการเฝ้าระวังการดูแลผู้ป่วยเสี่ยงสูงในแต่ละสาขา โดยการเรียนรู้จากการทบทวนเวชระเบียน อุบัติการณ์ผู้ป่วย Unplanned ICU, Unplaced intubation ผู้ป่วยทรุดลงต่างๆ เป็นต้น เพื่อนำไปพัฒนา ปรับปรุง เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วยเสี่ยงสูงให้ปลอดภัย ได้รับการดูแลรักษาที่รวดเร็วทันเวลา 	<ul style="list-style-type: none"> ทุก PCT ทบทวนโรคที่มีความเสี่ยงสูง โดยใช้ผลจากการทบทวนเวชระเบียน และอุบัติการณ์ความเสี่ยงสำคัญ กำหนดใน PCT Profile และจัดทำ driver diagram ในการดูแลผู้ป่วย กำหนดตัววัดและเป้าหมาย
III-4.3 อาหารและโภชนบำบัด		
	<ul style="list-style-type: none"> ควรประสานทีม IM พัฒนาโปรแกรมบริการโภชนาการให้สามารถเชื่อมโยงข้อมูลสำคัญของผู้ป่วย เช่น อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง BMI โรคหลัก โรคร่วม สู่การจัดบริการอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายและประเมินผลลัพธ์การจัดบริการนำสู่การปรับปรุง/ สร้างผลงานที่เป็น Best practice 	<ul style="list-style-type: none"> มีการพัฒนาโปรแกรมประเมินภาวะโภชนาการผู้ป่วยด้วยระบบคอมพิวเตอร์ (Chiangrai Nutrition Assessment : CNA) ส่งข้อมูลการประเมินผ่านทางระบบ LAN ทำให้สามารถทราบผลการประเมินภาวะโภชนาการผู้ป่วยที่ผ่านการคัดกรองตั้งแต่ผู้ป่วยแรกรับ นักโภชนาการ สามารถวางแผนการให้โภชนบำบัดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยทุกราย ที่มีภาวะทุพโภชนาการ ระดับ SEVERE มีการทำงานร่วมกันทีมสหสาขาเพื่อการให้โภชนบำบัด และสามารถติดตามคุณภาพรวมของภาวะโภชนาการในกลุ่มผู้ป่วยแต่ละช่วงเวลาได้ โดยอาศัยการประมวลผลของโปรแกรม
III-6 การดูแลต่อเนื่อง		

สิ่งที่ชื่นชม	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	แผนพัฒนาของโรงพยาบาล
	<p>- ทีมนำทางคลินิก ควรมีการติดตามผลการดูแลต่อเนื่อง โดยนำข้อมูลของทีมชุมชนได้ดำเนินการติดตามเยี่ยมบ้านไว้อย่างเป็นระบบ และจากการติดตามเยี่ยมของทีมนำทางคลินิกเอง ด้วยวิธีการต่างๆ เพื่อให้มั่นใจว่าความต้องการของผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง และนำผลการติดตามมาใช้ปรับปรุง วางแผนบริการในอนาคตต่อไป</p>	<p>• ในกลุ่มโรคที่มีข้อบ่งชี้ในการติดตามช่วยเหลือและให้คำปรึกษาหลังจำหน่ายออกจาก รพ.ตามที่กำหนดไว้ใน CPG ที่ทำร่วมกันระหว่าง PCT กลุ่มงานเวชกรรมสังคม กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน และทีมหมอครอบครัว มีแนวทางในการประสานให้ทีมสหสาขาวิชาชีพ มาร่วมในการประเมินและวางแผนการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่ผู้ป่วยยังอยู่ใน รพ. มีการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ ความจำเป็นต้องใช้เครื่องมือแพทย์ การเพิ่มพูนศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ เวชศาสตร์ครอบครัว โภชนากร กายภาพบำบัด ทันตกรรม เกษัชกร นักสังคมสงเคราะห์ในการวางแผนจำหน่ายที่ตีผู้ป่วยใน ความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย การเตรียมบ้าน และเครื่องมือทางการแพทย์ที่จำเป็นที่บ้าน รวมถึงการประสานงานและส่งต่อกับรพสต. รพช. รพท. ในการส่งต่อผู้ป่วยในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยใช้โปรแกรม SMART COC ตลอดจนติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว (INHOMESS) เยี่ยมประเมินครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้หรือไม่ หากพบปัญหาจะสื่อสารข้อมูลให้กับแพทย์เจ้าของไข้หรือ PCT ที่เกี่ยวข้อง และร่วมกันดูแล/และส่งต่อผู้ป่วยโดยทีม แพทย์ เวชศาสตร์ครอบครัว/ทีม COC/ พยาบาลชุมชน /ทีมสหสาขาวิชาชีพ ทีมหมอครอบครัว ทีมผู้ดูแล care giver อสค. อสม. และภาคีเครือข่าย/ ชมรม องค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน</p>