



รับที่ 10961
วันที่ 15 ต.ค. 52

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานคุณภาพ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ที่ รพจ 22/172

วันที่ 6 ตุลาคม 2552

เรื่อง เสนอรายงานการประชุมทบทวนโดยฝ่ายบริหาร ครั้งที่ 6 / 2552

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ตามที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้มีการประชุมทบทวนโดยฝ่ายบริหาร ครั้งที่ 6 / 2552 เมื่อวันที่ 13 ตุลาคม 2552 ณ ห้องประชุมรุจิรพิพัฒน์ นั้น บัดนี้ได้จัดทำรายงานการประชุมเสร็จเรียบร้อยแล้ว ได้แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(นายพงษ์ศักดิ์ สมใจ)

ผู้แทนฝ่ายบริหาร

สมใจ
19 ต.ค. 52

รายงานการประชุมทบทวนโดยฝ่ายบริหาร

ครั้งที่ 6 / 2552

วันที่ 13 ตุลาคม 2552 เวลา 14.00 – 17.00 น.

ณ ห้องประชุมรุจิรพิพัฒน์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ผู้มาประชุม

1.	นพ.ทวิ	ตั้งเสรี	ประธาน
2.	นายพงษ์ศักดิ์	สมใจ	รองประธาน
3.	นางสาวภัศรา	เชษไชติศักดิ์	กรรมการ
4.	นางวรารัตน์	ทะมั่งกลาง	กรรมการ
5.	นางสุพิน	พิมพ์เสน	กรรมการ
6.	นางวัชณี	หัตถพนม	กรรมการ
7.	นางเพ็ญศิริ	สมใจ	กรรมการ
8.	นางปทุมทิพย์	สุภานันท์	กรรมการ
9.	นพ.พรชัย	กรรณล้วน	กรรมการ
10.	นพ.วรสรรพ	ปรัชญคุปต์	กรรมการ
11.	นพ.ศักรินทร์	แก้วเฮ้า	กรรมการ
12.	ทพญ.อมรรัตน์	รุจิเกียรติกำจร	กรรมการ
13.	นายชนิด	โคตมะ	กรรมการ
14.	นางไพลิน	ปรัชญคุปต์	(เข้าแทน นพ.ฉันทรุจน์ บุรณสุขสกุล)
15.	นางสาวนวพร	ตรีโอยฐ์	กรรมการ และเลขานุการ

ผู้ไม่มาประชุม

1.	พญ.กนกวรรณ	กิตติวัฒนากุล	ติตราชการ
2.	พญ.คุจฤดี	อภิวังศ์	ไปราชการ
3.	นพ.ฉันทรุจน์	บุรณสุขสกุล	ไปราชการ
4.	นพ.วรสรรพ	ปรัชญคุปต์	ติตราชการ

เริ่มประชุม

เวลา 14.00 น.

ประธาน

กล่าวเปิดการประชุมและมอบหมาย QMR ดำเนินการประชุม ตามวาระดังนี้

วาระที่ 1

รับรองรายงานการประชุม

มติที่ประชุม

- แก้ไข หน้าที่ 1 ตัดชื่อ ทพญ. อมรรัตน์ รุจิเกียรติกำจร จากผู้ไม่มาประชุม โดยเปลี่ยนเป็น ทพญ.อารีย์ ศรีโพธิ์ เป็นผู้เข้าประชุมแทน
- แก้ไข หน้าที่ 2 คุณนวพร กล่าวว่าจะต้องมีการจัดทำ SA ฉบับใหม่ และแบบประเมินตนเอง ฉบับใหม่
- แก้ไข หน้าที่ 3 คุณสุพินกล่าวว่า Feed back เป็นที่ โรงพยาบาลศรีธัญญา
4.2 รายงานวัตถุประสงค์คุณภาพ
- รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 5/2552 วันที่ 29 กรกฎาคม 2552

วาระที่ 2

รายงานผลการตรวจประเมินคุณภาพ

2.1 แจ้งกำหนดการ IQA /IS

นางสาวนวพร สำนักงานคุณภาพได้จัดทำกำหนดการตรวจประเมินคุณภาพ/การเยี่ยมชมสำรวจภายใน (IQA/IS) ครั้งที่ 1/2553 ในระหว่างวันที่ 19 -30 ตุลาคม 2552 ตามเอกสารหมายเลข 1 และขอความร่วมมือทีมงานทุกท่านเข้าร่วมพิธีเปิดประชุม Opening meeting ในวันที่ 19 ตุลาคม 2552 เวลา 9.00 น. ณ ห้องประชุมลักษณะวิจารณ์ โดยพร้อมเพรียงกัน และในการดำเนินการครั้งนี้ได้มีการทบทวนทีมตรวจประเมินใหม่ เพื่อให้เกิดความเหมาะสมตามปริมาณงาน และโรงพยาบาลได้แต่งตั้งผู้ตรวจประเมินเพิ่ม อีก 2 ท่านคือ

1. นพ.ชัยวรุจน์ บุรณสุขสกุล
2. พญ.อุจฤดี อภิวงศ์

2.2 แจ้งกำหนดการตรวจติดตามจาก URS

นางสาวนวพร โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์จะได้รับการตรวจติดตามเพื่อเฝ้าระวังระบบบริหารคุณภาพ ISO 9001:2008 ครั้งที่ 1 จากบริษัท URS ในวันที่ 20 พฤศจิกายน 2552 รายละเอียดกำหนดการตรวจติดตาม ตามเอกสารแนบ หมายเลข 2

2.3 การส่งผลงานเข้าร่วมประชุม HA Forum

นางสาวนวพร โรงพยาบาลได้ส่งผลงานวิชาการซึ่งเป็นผลงาน CQI ที่ได้รับรางวัลชนะเลิศอันดับ 1 ของหน่วยงานสายสนับสนุนบริการและหน่วยงานทางคลินิก และผลงานวิชาการที่เกิดจากทีมคุณภาพของหน่วยงานในโรงพยาบาลเข้าร่วมเพื่อคัดเลือก นำเสนอในการประชุมวิชาการ HA Forum ระดับภูมิภาคระหว่างวันที่ 25-26 พฤศจิกายน 2552 ณ โรงแรมพูลแมน ราชารอคิด จังหวัด

ขอนแก่น ตามหัวข้อSHA Conference and Contest จำนวนทั้งหมด 6 เรื่องตามเอกสารแนบท้าย หมายเลข 3

มติที่ประชุม

รับทราบ

วาระที่ 3

ข้อมูลความคิดเห็นจากผู้รับบริการ (รวมถึงผลการประเมินความพึงพอใจ)

QMR สำนักคุณภาพได้รวบรวมใบแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้บริการรอบ

ปีงบประมาณ 2552 โดยสรุปพบว่า ข้อเสนอแนะจำนวน 590 รายการ (จำนวนผู้ป่วยนอก 83,415 ราย ผู้ป่วยใน 4,686 ราย)

ข้อเสนอแนะที่ต้องการให้ปรับปรุงใน OPD

1. ด้านสิ่งแวดล้อม/อุปกรณ์/อาคารสถานที่และความสะอาดของห้องน้ำ
2. พฤติกรรมบริการของแพทย์และเจ้าหน้าที่
3. การบริการที่มีความล่าช้า
4. การจ่ายยาที่ล่าช้า

ข้อเสนอแนะที่ต้องการให้ปรับปรุงใน IPD

1. การบริการของแพทย์และเจ้าหน้าที่
2. ด้านสิ่งแวดล้อม/อุปกรณ์/อาคารสถานที่
3. รสชาติของอาหารผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะที่ต้องการให้ปรับปรุงในงานจิตเวชชุมชน

1. อยากให้มีกิจกรรมพบประระหว่างญาติและผู้ป่วยเพื่อให้ความช่วยเหลือกัน
2. อยากให้ผู้ป่วยอาการดีอยู่ในชุมชนได้ไม่รบกวนใคร

ความประทับใจต่อการบริการของโรงพยาบาลในภาพรวม

1. ด้านพฤติกรรมบริการ/ท่าทีให้บริการของเจ้าหน้าที่และแพทย์
2. กระบวนการดูแลการให้บริการของเจ้าหน้าที่
3. ด้านสิ่งแวดล้อมในการรักษา

มติที่ประชุม

รับทราบและขอให้ทุกหน่วยงานนำข้อมูลไปปรับปรุงพัฒนาการทำงานให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วาระที่ 4

สมรรถนะของกระบวนการบริหารระบบคุณภาพ

4.1 รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของคณะกรรมการในระบบคุณภาพ

นพ.พรชัย คณะกรรมการ PCT ได้มีการประชุมเพื่อร่วมกันทบทวน แก้ไขข้อเสนอแนะจาก สรพ. ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ PCT เมื่อ วันที่ 9 ตุลาคม 2552 รายละเอียดอยู่ระหว่างการจัดพิมพ์เพื่อส่ง

ให้กับสำนักงานคุณภาพพร้อมกันนี้ได้จัดทำ patent safety goal เรื่อง suicide safety ตามเข็มมุ่งข้อ
โรงพยาบาลเสร็จเรียบร้อยแล้วรายละเอียดแนบท้ายเอกสารหมายเลข 4

นางวัชนิ ทีม HRD ได้เริ่มทบทวนแบบประเมินตนเองตามแนวทาง SPA ที่ได้รับองค์ความรู้จาก
สรพ. พบปัญหาอุปสรรคในการเขียนซึ่งทีมยังขาดความมั่นใจขอหารือทีมอื่นๆ เพื่อวางแผน
ร่วมกัน

นพ.พรชัย ทีม PCT วางแผนจะจัดการประชุมเพื่อจัดทำแบบประเมินตนเองของหน่วยงานทาง
คลินิก เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดและการเขียนแบบประเมินตนเองของโรงพยาบาลเป็นไปใน
แนวทางเดียวกันขอให้มีการทำงานร่วมกันระหว่าง PCT กับ HRD เพื่อเชิญวิทยากรมาเป็นพี่เลี้ยง
ให้ทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล เขียนแบบประเมินตนเองให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง เป็นไปใน
ทิศทางเดียวกัน

นางเพ็ญศิริ รายงานความก้าวหน้าระบบ Online โดยในเดือนตุลาคม 2552 จะเริ่มการพัฒนาใน
phase ที่ 2

นพ.ศักรินทร์ ขอหารือทีม IM เนื่องจากพบปัญหาความล่าช้าในการตอบสนองต่อปัญหาและการ
แก้ไข ระบบ Online โดยเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบยา ขอให้ทีม IM กระตุ้นและประสาน
programmer เพื่อแก้ไขปรับปรุงส่วนรายละเอียดปัญหาอุปสรรคในการทำงานที่นำด้านระบบยา
กำลังรวบรวมข้อมูลเพื่อผู้บริหารรับทราบ

นางเพ็ญศิริ รับจัดไปประสานทีมงานที่ดูแลระบบ Online และ programmer ต่อไป

นางไพลิน รายงานแผนการดำเนินงานของคณะกรรมการทบทวนความสมบูรณ์ของเวชระเบียน
ผู้ป่วย(MRA) ได้มีการประชุม และวางแผนในการทำงานโดยกำหนดการทบทวนเวชระเบียนทุก 2
เดือน และกำหนดแผนการประชุมเพื่อพัฒนาด้านองค์ความรู้แก่บุคลากรในเดือนธันวาคม 2552

นายธนิต รายงานความก้าวหน้าคณะกรรมการสิทธิผู้ป่วย (ETH) ได้ไปร่วมกิจกรรมทำบุญร่วมกับ
กรมสุขภาพจิตอย่างสม่ำเสมอ

นางสาวนภาพร ขอให้ทีมสิทธิผู้ป่วยประสานกับทีม PCT เพื่อดำเนินการตามข้อเสนอแนะจาก
สรพ. เช่น การกำหนดมาตรการแก้ไขปัญหาเมื่อเจ้าหน้าที่ประสบปัญหาด้านจริยธรรม หรือการ
ปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันสิทธิซึ่งได้มีการหารือไปบ้างแล้วใน PCT

นายธนิต รับจะไปประสานทีม PCT ต่อไป

นางสุพิน รายงานความก้าวหน้าทีม HPH โดย พญ.ดุจฤดี ได้วางระบบการทำงานและวางแผนการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพมีกิจกรรมที่จะดำเนินงานดังนี้

1. กิจกรรมเสียงตามสายและการออกอากาศทางสถานีวิทยุชุมชน 91.0 MHz ร่วมกับวัดโพธิ์ โนนทันซื้อรายการสุขภาพดีวิถีพุทธ
2. การประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการส่งเสริมสุขภาพซึ่งได้ขอให้สำนักงานคุณภาพประสานวิทยากรจาก สรพ.

นางสาวนวพร สำนักงานคุณภาพได้ติดต่อประสานงานกับ อ.สุสดี บัวทอง เมื่อวันที่ 9 ตุลาคม 2552 เพื่อขอรับการสนับสนุนวิทยากรให้ความรู้และวางระบบงานด้านการส่งเสริมสุขภาพโดยจะขอให้ สรพ. เป็นที่ปรึกษาการดำเนินการทั้งในสายคลินิกและสายสนับสนุนจึงขอหารือทีมนำเรื่องงบประมาณในการจัดประชุมที่อาจจะเพิ่มขึ้น

ผอ. อนุญาตให้ดำเนินการได้

4.2 รายงานวัตถุประสงค์คุณภาพ

นางปทุมทิพย์ รายงานสรุปผลวัตถุประสงค์คุณภาพ (ตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาล)ประจำปีงบประมาณ 2552 ซึ่งตัวชี้วัดได้มีการเปลี่ยนแปลงให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์โรงพยาบาล รายละเอียดตามเอกสารแนบท้ายหมายเลข 5 พบว่าตัวชี้วัดที่เป็นตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ อาทิเช่น ตัวชี้วัดที่ 30 ระดับความสำเร็จในการบริหารความเสี่ยง และตัวชี้วัดที่ 31 ระดับความสำเร็จในการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น และร่วมติดตาม ตรวจสอบการปฏิบัติราชการ ผลการประเมินไม่บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ได้แจ้งผู้รับผิดชอบให้ดำเนินการแก้ไขแล้ว

มติที่ประชุม

รับทราบ และมอบหมายงานจิตเวชชุมชนประสานผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินการตัวชี้วัดที่ 31 ต่อไป

นางสาวภัศรา ทีม ENV จะมอบงาน การตรวจสอบสภาพให้กับทีม HPH ดำเนินการต่อ

ผอ. จากการตรวจสอบสภาพแวดล้อม โดยเฉพาะบริเวณศาลาทรงไทยหน้าตึก OPD มีขยะล้น ขอให้ทีม ENV ตรวจสอบ และกำกับดูแลใกล้ชิด รวมถึงสภาพแวดล้อมบริเวณหน้าบ้านพัก ที่มีการก่อสร้างศาลาที่พัก โดยไม่ได้ขออนุญาตจากโรงพยาบาล มีลักษณะโครงสร้างที่เสี่ยงต่อการเกิดอัคคีภัยได้ง่าย

นางสาวภัศรา รับไปดำเนินการแก้ไข

วาระที่ 5

รายงานการปฏิบัติการแก้ไขและป้องกัน (RM)

นพ.อาทิตย์ คณะกรรมการ RM ได้รวบรวมข้อมูลจากการรายงานอุบัติการณ์ และรายงาน Near miss ด้านต่างๆ ในปีงบประมาณรายละเอียดตามเอกสารแนบท้ายหมายเลข 6 โดยแผนการดำเนินการมีดังนี้

1. ทีม RM ได้ประสานงานกับทีม MRA และ PCT เพื่อวางแผนการทบทวน case ที่เป็นอุบัติการณ์ ระดับ 5 (ผู้ป่วยเสียชีวิต) 2 รายการ และอุบัติการณ์ตาม Trigger marker เพื่อนำมาทบทวนหา AE
2. ปรับการนำเสนอข้อมูลด้วยกราฟเพื่อสื่อสาร และทำความเข้าใจให้ชัดเจนยิ่งขึ้น
3. การนำเสนอข้อมูลโดยจัดลำดับตาม Risk matrix

มติที่ประชุม

รับทราบ

วาระที่ 6

การติดตามผลการทบทวนครั้งก่อน

QMR ขอความร่วมมือทีมนำเฉพาะด้านทุกทีม ศึกษาทำความเข้าใจแบบประเมินตนเองตามแนวทาง SPA รวมถึงการดำเนินการตามข้อเสนอแนะจาก สรพ. โดยเร่งด่วน และส่งข้อมูลให้กับสำนักงานคุณภาพเพื่อดำเนินการต่อไป

มติที่ประชุม

รับทราบ

วาระที่ 7

การเปลี่ยนแปลงที่อาจมีผลกระทบต่อระบบบริหารคุณภาพ

7.1 การปรับเปลี่ยนโครงสร้างการบริหารงานของสำนักงานคุณภาพ

นางสาวนวพร ตามมติที่ประชุมที่นำวาระพิเศษครั้งที่ 7/2552 วันที่ 18 กันยายน 2552 แต่งตั้งผู้ช่วยผู้แทนฝ่ายบริหาร 2 ท่าน สำนักงานคุณภาพ ได้จัดทำคำสั่งแต่งตั้ง และ Job description ดังนี้

1. นพ.พรชัย วรรณล้วน เป็นรองหัวหน้าสำนักงานคุณภาพ ตำแหน่งผู้แทนฝ่ายบริหาร (Asst.QMR) ด้านการพัฒนาระบบ
2. นพ.อาทิตย์ เล่าสุของกร เป็นรองหัวหน้าสำนักงานคุณภาพ ตำแหน่งผู้แทนฝ่ายบริหาร (Asst.QMR) ด้านการประเมินผล

มติที่ประชุม

รับทราบและขอแสดงความยินดีกับ 2 ท่าน

วาระที่ 8

เรื่องอื่นๆ

8.1 รายงานสรุปผลการดำเนินโครงการพัฒนาคุณภาพองค์กรด้วย OD

นางสาวศิริพร รายงานสรุปผลการดำเนินโครงการพัฒนาคุณภาพด้วย OD รายละเอียดตามเอกสารแนบท้ายหมายเลข 8

มติที่ประชุม

ขอขอบคุณทีมงานคุณศิริพร ทองบ่อ และขอแสดงความชื่นชมที่สามารถดำเนินการสำเร็จลุล่วงด้วยดี และมอบหมายให้คุณศิริพร ร่วมกับสำนักงานคุณภาพ ดำเนินการโครงการรุ่นที่ 3 ต่อไป

8.2 การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปี 2553 จาก สปสช.

ผอ. มอบหมาย QMR ประสานงานกับ สปสช. เพื่อทราบข้อมูลเพิ่มเติมรวมถึงแนวทางการประเมินตนเอง และสื่อสารสู่ทีมนำ และทีมนำเฉพาะด้านทุกทีม ต่อไป

เลิกประชุม

เวลา 17.00 น.



(นางสาวนวพร ตรีโอยฐ์)

ผู้จกรายงานการประชุม



(นางพงษ์ศักดิ์ สมใจ)

ผู้ตรวจรายงานการประชุม

กำหนดการตรวจประเมินคุณภาพ/การเยี่ยมสำรวจภายใน (IQA/IS)

ครั้งที่ 1/ 2553

ระหว่างวันที่ 19 – 30 ตุลาคม 2552

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินความสอดคล้องระหว่างเอกสารและมาตรฐาน ISO 9001 : 2008 กับการปฏิบัติงานจริง
2. เพื่อเยี่ยมสำรวจ และติดตามผลการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA
3. เพื่อค้นหาความเสี่ยงในพื้นที่ปฏิบัติงานและ โอกาสในการปรับปรุงพัฒนา

ขอบเขต

ครอบคลุมกระบวนการบริหารคุณภาพตามมาตรฐาน ISO 9001 : 2008 และ ระบบคุณภาพ

JVKK

ว. ค. ป.	หน่วยงาน / พื้นที่	เกณฑ์	คณะผู้ตรวจ	ผู้รับการตรวจ
19 ต.ค. 52 08.30-09.30 น.	Opening Meeting ณ ห้องประชุม ลักษณะวิจารณ์	ผู้อำนวยการรพ.จิตเวชขอนแก่นฯ เป็นประธาน	ทุกทีม	- ทุกหน่วยงาน
19 ต.ค. 52 09.30-12.00 น.	สำนักงานคุณภาพ	- คู่มือคุณภาพ (Q-QO-001) - การควบคุมเอกสาร (P-QO-001) - การควบคุมบันทึกคุณภาพ (P-QO-002) - การจัดการผลิตภัณฑ์ / อุปกรณ์ที่ไม่ สอดคล้อง (P-QO-006) - การทบทวนโดยฝ่ายบริหาร (P-QO-007) - การควบคุมเครื่องมือเฝ้าระวังและตรวจวัด (P-CM-001)	ทีม 11	- QMR - น.ส.นภาพร - นายจิระศักดิ์ - น.ส.สุคนธ์ทิพย์ - ทพญ.อมรรัตน์
19 ต.ค. 52 13.00-16.00 น.	ฝ่ายแผนงาน	- การบริหารเชิงยุทธศาสตร์ (P-PL-001) - การปฏิบัติงานสถิติ (P-PL-002)	ทีม 11	- นางปทุมทิพย์ - เจ้าหน้าที่ในพื้นที่
ว. ค. ป.	หน่วยงาน / พื้นที่	เกณฑ์	คณะผู้ตรวจ	ผู้ถูกตรวจ
20 ต.ค. 52 09.00-16.00 น.	ก.เทคนิคบริการ	- บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (P-PL-001) - บริการตรวจพิเศษและงานรังสีวิทยา (P-EG-001)	ทีม 6	- นายโชตินันท์ - เจ้าหน้าที่ในพื้นที่

ว. ด. ป.	หน่วยงาน / พื้นที่	เกณฑ์	คณะผู้ตรวจ	ผู้ถูกตรวจ
20 ต.ค. 52 9.00-16.00 น.	องค์กรแพทย์	- บริการวินิจฉัยและรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก (P-MD-001) - บริการวินิจฉัยและรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน (P-MD-002)	ทีม 6	- องค์กรแพทย์
	ก.สังคมสงเคราะห์	- บริการสังคมสงเคราะห์จิตเวช (P-SW-001)	ทีม 6	- นายรณิต - เจ้าหน้าที่ในพื้นที่
ว. ด. ป.	หน่วยงาน / พื้นที่	เกณฑ์	คณะผู้ตรวจ	ผู้ถูกตรวจ
21 ต.ค. 52 09.00-16.00 น.	- ดึกฝ้ายคำ - ดึกพิเศษ - ศูนย์ ECT	- งานบริการรับผู้ป่วยจิตเวชไว้รักษาในโรงพยาบาล (P-IP-001) - การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยรักษาด้วยไฟฟ้า (P-ET-001)	ทีม 2	- เจ้าหน้าที่ในพื้นที่
	- ดึกเฟื่องฟ้า - ดึกชงโค - ดึกศรีตรัง	- งานบริการรับผู้ป่วยจิตเวชไว้รักษาในโรงพยาบาล (P-IP-001)	ทีม 8	- เจ้าหน้าที่ในพื้นที่
ว. ด. ป.	หน่วยงาน / พื้นที่	เกณฑ์	คณะผู้ตรวจ	ผู้ถูกตรวจ
22 ต.ค. 52 09.00-16.00 น.	กลุ่มการพยาบาล	- การบริหารการพยาบาล (P-NU-001) - บริการจ่ายกลาง (P-NU-002)	ทีม 9	- นางวารรัตน์ - เจ้าหน้าที่ในพื้นที่
	หน่วยจิตสังคมบำบัด	- บริการจิตสังคมบำบัด (P-MP-001)	ทีม 9	- น.ส.ศิริพร - เจ้าหน้าที่ในพื้นที่
	ก.เภสัชกรรม	- การบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกระบบ Online (P-PH-001) - การคัดเลือกผู้ขายเวชภัณฑ์ (P-PH-002) - การจัดซื้อเวชภัณฑ์ (P-PH-003) - การเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ (P-PH-004) - การบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยใน (P-PH-005)	ทีม 9	- นายพงษ์ศักดิ์ - เจ้าหน้าที่ในพื้นที่
	ฝ่ายการเงิน	- งานการเงินและบัญชี (P-FN-001)	ทีม 5	- เจ้าหน้าที่ในพื้นที่
	ฝ่ายพัสดุฯ	- การพัสดุ (P-ST-001) - การจ้างเหมาเอกชน (P-ST-002)	ทีม 5	- เจ้าหน้าที่ในพื้นที่
	กลุ่มงานทันตกรรม	- การบริการคลินิกทันตกรรม (P-DE-001)	ทีม 5	- เจ้าหน้าที่ในพื้นที่

ว. ด. ป.	หน่วยงาน / พื้นที่	เกณฑ์	คณะผู้ตรวจ	ผู้ถูกตรวจ
26 ต.ค. 52 09.00-16.00 น.	ก.ทรัพยากรมนุษย์	- การบริหารบุคลากร (P-HR-001) - การพัฒนาบุคลากร (P-HR-002) - การวิจัยและบริการวิชาการ (P-HR-003) - การพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยี (P-HR-004) - การจัดการทรัพยากรสารสนเทศ (P-HR-005)	ทีม 4	- นางวัชณี - เจ้าหน้าที่ในพื้นที่
	กลุ่มงานจิตวิทยา	- การตรวจทางจิตวิทยา (P-PS-001) - การบำบัดรักษาทางจิตวิทยา (P-PS-002)	ทีม 4	- นางกานดา - เจ้าหน้าที่ในพื้นที่
	ฝ่ายโภชนาการ	- การบริการโภชนาการ (P-NT-001)	ทีม 4	- น.ส.จิราภรณ์ - เจ้าหน้าที่ในพื้นที่
27 ต.ค. 52 9.00-16.00 น.	หน่วยงาน / พื้นที่	เกณฑ์	คณะผู้ตรวจ	ผู้ถูกตรวจ
	ศูนย์ประชาสัมพันธ์	- การบริการประชาสัมพันธ์ (P-PR-002) - บริการโสตทัศนศึกษา (P-PR-003) - การบำรุงรักษาโสตทัศนอุปกรณ์ (P-PR-004)	ทีม 3	- นางเพ็ญศิริ - เจ้าหน้าที่ในพื้นที่
	สำนักผู้ช่วยฯ	- การบริการสุขภาพจิตชุมชน (P-AS-001)	ทีม 3	- เจ้าหน้าที่ในพื้นที่
	ก. ฟันฟุฯ	- บริการฟันฟุสมรรถภาพ (P-RH-001)	ทีม 3	- เจ้าหน้าที่ในพื้นที่
	ฝ่ายบริหารทั่วไป	- งานสารบรรณ (P-AD-001) - งานรักษาความปลอดภัย (P-AD-002) - งานอาคารและสถานที่ (P-AD-003) - บริการยานพาหนะ (P-AD-004) - บริการซักฟอก (P-AD-005)	ทีม 7	- เจ้าหน้าที่ในพื้นที่
28 ต.ค. 52 9.00-16.00 น.	หน่วยงาน / พื้นที่	เกณฑ์	คณะผู้ตรวจ	ผู้ถูกตรวจ
	งานเวชระเบียน	- บริการเวชระเบียน (P-MR-001)	ทีม 10	- นายรัตนกร - เจ้าหน้าที่ในพื้นที่
	กลุ่มงานนิติจิตเวช	- บริการนิติจิตเวช (P-FO-001)	ทีม 10	- เจ้าหน้าที่ในพื้นที่
	ศูนย์คอมพิวเตอร์	- บริการศูนย์คอมพิวเตอร์ (P-IT-001)	ทีม 10	- เจ้าหน้าที่ในพื้นที่
	หน่วยการแพทย์ ทางเลือก	- บริการแพทย์ทางเลือก (P-AM-001)	ทีม 1	- เจ้าหน้าที่ในพื้นที่
	งานพยาบาลผู้ป่วย นอก	- บริการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (P-OP-001) - บริการยาเคมี (P-OP-003) - บริการผู้ป่วยก่อนและหลังพบแพทย์ (P-OP-004)	ทีม 1	- เจ้าหน้าที่ในพื้นที่

ว. ด. ป.	หน่วยงาน / พื้นที่	เกณฑ์	คณะผู้ตรวจ	ผู้ถูกตรวจ
28 ต.ค. 52 9.00-16.00 น.	กลุ่มงานสุขภาพจิต เด็กและครอบครัว	- งานตรวจผู้ป่วยเด็ก (P-CD-001) - งานบริการกระตุ้นพัฒนาการ (P-CD-002) - งานบริการจิตวิทยาเด็ก (P-CD-003) - งานบริการกิจกรรมบำบัด (P-CD-004) - งานบริการศึกษาพิเศษ (P-CD-005)	ทีม 1	- เจ้าหน้าที่ในพื้นที่
ว. ด. ป.	หน่วยงาน / พื้นที่	เกณฑ์	คณะผู้ตรวจ	ผู้ถูกตรวจ
29 ต.ค. 52 9.00-16.00 น.	ห้องประชุม สำนักงานคุณภาพ	- การบริหารความเสี่ยง (P-RM-001)	ทีม 12	- นพ.อาทิตย์ - ทีม RM
		- การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน โรงพยาบาล (P-IC-001)	ทีม 12	- นพ.วรสรรพ - ทีม IC
		- การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย (P- EN-001)	ทีม 12	- น.ส.กัศรา - ทีม ENV
		- บริการข้อมูลและสารสนเทศ (P-IM -001)	ทีม 12	- นางเพ็ญศิริ - ทีม IM
		- คณะกรรมการทีมนำทางคลินิก (PCT)	ทีม 12	- นพ.พรชัย - ทีม PCT
		- คณะกรรมการระบบยา	ทีม 12	- นพ.ศักรินทร์ - ทีม MS
		- คณะกรรมการสิทธิผู้ป่วยฯ	ทีม 12	- นายธนิต - ทีม ETH
		- คณะกรรมการ HPH	ทีม 12	- พญ.จุฑาดี - ทีม HPH
		- คณะกรรมการทบทวนความสมบูรณ์เวช ระเบียน (MRA)	ทีม 12	- นพ.ธันวรุจน์ - ทีม MRA
- การวิเคราะห์ข้อมูล (P-QO-009)	ทีม 12	- ก.เกสัชกรรม - ฝ่ายแผนงาน - ฝ่ายพัสดุฯ - สนค.		
ว. ด. ป.	หน่วยงาน / พื้นที่	เกณฑ์	คณะผู้ตรวจ	ผู้ถูกตรวจ
30 ต.ค. 52 10.00 – 12.00 น.	ห้องประชุม สำนักงานคุณภาพ	- การตรวจประเมินคุณภาพ / การเยี่ยมชมสำรวจ ภายใน (P-QO-003)	ทีม 12	- Lead Auditor - ทีม 1 – ทีม 11
30 ต.ค. 52 15.00 – 16.00 น.	Closing meeting ณ ห้องประชุม ลักษณะวิจารณ์	นำเสนอผลการตรวจฯ	ทีม 1 - 12	- ตัวแทนจาก ทุกหน่วยงาน
ผู้จัดทำ.....	ผู้ทบทวน.....	ผู้อนุมัติ.....		

หมายเหตุ

- กำหนดตอบ CAR / PAR ให้กับ Auditor ทุกทีมภายในวันที่ 3 พฤศจิกายน 2552
- กำหนดวันแก้ไขแล้วเสร็จ ปิด CAR / PAR ภายในวันที่ 13 พฤศจิกายน 2552 กรณีออก CAR / PAR ใหม่ กำหนดปิด CAR / PAR ภายในวันที่ 30 พฤศจิกายน 2552

F-QO-036/R :02 ประกาศใช้ 12/7/48



United Registrar of Systems (Thailand) Limited

FAX MESSAGE

To: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	Attn: คุณพงษ์ศักดิ์ สมใจ
Copy to:	Date: September 10, 2009
พญ. นงเยาว์จันทนา พุ่มพิจิตร	Tel: 043-227422-3 #1000
แจ้งติดตามระบบคุณภาพ ต่อ 45	Fax: 043-224722
No of sheet (including this page) 2	If you do not receive all sheets, please call or fax us.

เพื่อ: กำหนดการตรวจติดตามเพื่อรักษาระบบคุณภาพ (Surveillance Visit) ครั้งที่ 1
 เรื่อง: คุณพงษ์ศักดิ์ สมใจ

บริษัท ยูโนเด็ค ซีจีเอสทีรา ออฟ ซิสเต็มส์ (ประเทศไทย) จำกัด โดยคณะกรรมการตรวจติดตามเพื่อรักษาระบบคุณภาพ ISO 9001:2008 ครั้งที่ 1 ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ในวันที่ 20 พฤศจิกายน 2552

ในการนี้บริษัทฯ ขอแสดงความขอบคุณท่านโรดรีนอันอันกำหนดการดังกล่าวข้างต้น เพื่อให้ทางบริษัทฯ จะได้ทำการแจ้งให้ URS ประเทศไทย เพื่อเป็นการยืนยันการรักษาสภาพของใบรับรองระบบคุณภาพ โดยพจนานุกรมและเอกสารประกอบการตรวจติดตามในส่วนที่แยกส่งจดหมาย พร้อมตอบกลับบริษัทฯ ทางโทรสารหมายเลข 0-2969-7726 / ทั้งนี้ บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในแผนการตรวจติดตามระบบคุณภาพ (รายละเอียดตามเอกสารแนบ)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ชนแสดงความคิดเห็น
 นางสาวสาวิตรี ปาพรหม
 ผู้จัดการฝ่ายควบคุมการตรวจติดตาม

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน เพื่อยืนยันกำหนดการ, โปรแกรมการตรวจติดตามและกรงที่ข้อมูลยืนยันความถูกต้อง

ยืนยันกำหนดการตรวจติดตาม ครั้งที่ 1 ในวันที่ 20 พฤศจิกายน 2552

ยืนยันโปรแกรมการตรวจ

OMR/EMR พย พงษ์ศักดิ์ นมโค ผู้ประสานงาน นศ. นอพร พรหม

คู่มือคุณภาพ ผังองค์กร ไม่เปลี่ยนแปลง เปลี่ยนแปลง

แผนที่ ไม่เปลี่ยนแปลง เปลี่ยนแปลง

จำนวนพนักงาน จำนวนเจ้าหน้าที่ F Mail

ลงชื่อ (พย พงษ์ศักดิ์ นมโค) ผู้มีอำนาจ / ผู้แทนฝ่ายบริหาร

วันที่ 18 เดือน กันยายน พ.ศ. 2552

หมายเหตุ หากท่านต้องการเปลี่ยนแปลงกำหนดการตรวจติดตาม กรุณา แจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรล่วงหน้าอย่างน้อย 10 วัน ก่อนวันตรวจติดตามและทางบริษัทฯ ขอเป็นนัยว่า ผู้ตรวจติดตามไม่มี Conflict of Interest กับบริษัทฯ ของท่าน



D. Pat

ตำแหน่ง : ผู้ช่วยผู้แทนฝ่ายบริหาร ด้านการพัฒนาระบบ (Asst.QMR)	JOB DESCRIPTION สำนักงานคุณภาพ	JOB NUMBER : 2/9
ระดับ : รองหัวหน้าสำนักงาน		แก้ไข ครั้งที่ : 02
<p>หน้าที่ความรับผิดชอบหลัก :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ร่วมวางแผน / จัดการ / ดูแลและพัฒนาระบบคุณภาพของ โรงพยาบาล และเสนอข้อความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารระบบคุณภาพ (ทีมฯ) เพื่อดำเนินการต่อไป 2. ศึกษา / ทำความเข้าใจ และบูรณาการระบบคุณภาพต่างๆ ให้กลมกลืนเป็นเนื้อเดียวกัน และสื่อสารแก่นุคลากรทุกระดับของ โรงพยาบาล ให้มีความเข้าใจ และปฏิบัติได้เป็นแนวเดียวกัน 3. ดูแลเรื่องการพัฒนาสมรรถนะด้านคุณภาพของบุคลากร ให้มีความเพียงพอ และเหมาะสมต่อการทำงานตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย 4. ประสานงานเกี่ยวกับระบบคุณภาพต่างๆ กับหน่วยงานทั้งภายใน และภายนอก 5. ปฏิบัติงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับระบบคุณภาพ ตามที่ผู้แทนฝ่ายบริหารมอบหมาย 		
รายงานต่อ : ผู้แทนฝ่ายบริหาร	กำกับดูแล : เจ้าหน้าที่สำนักงานคุณภาพ	
<p>คุณสมบัติ และ ความรู้ความสามารถเฉพาะตำแหน่ง:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. วุฒิกการศึกษาขั้นต่ำจบปริญญาตรี 2. ได้รับการอบรมเกี่ยวกับเรื่องจิตสำนึกคุณภาพ และระบบบริหารคุณภาพเบื้องต้น 3. ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการตรวจประเมินคุณภาพ หรือ การเยี่ยมชมสำรวจภายใน 4. มีประสบการณ์ทำงานใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์อย่างน้อย 2 ปี 5. มีความรับผิดชอบสูง และมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี และสามารถประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ได้ดี 		
จัดทำโดย :	..... ผู้แทนฝ่ายบริหาร	นายพงษ์ศักดิ์ สมใจ
ทบทวน โดย :	..... ผู้แทนฝ่ายบริหาร	นายพงษ์ศักดิ์ สมใจ
อนุมัติโดย :	..... ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นฯ	นายทวี ตั้งเสรี
ประกาศใช้วันที่ 1 ตุลาคม 2552		



แบบฟอร์มแสดงความจำนงเข้าร่วมนำเสนอผลงานวิชาการในการประชุม
 วิชาการระดับภูมิภาค SHA Conference & Contest

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ อำเภอ เมือง จังหวัด ขอนแก่น
 คำนำหน้าชื่อ นางสาว ชื่อ นวพร นามสกุล ตรี โอบธู
 ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เบอร์ที่สามารถติดต่อได้สะดวก 043-227422 ต่อ 2202 มือถือ 089-8411603
 Fax 043224722 E-mail address nawapooh@hotmail.com

มีความประสงค์ นำเสนอผลงานในพื้นที่ (กรุณาทำเครื่องหมาย)

ภูมิภาค	วันที่	ภาค	สถานที่
	18-19 พ.ย. 52	ภาคเหนือ	รร.เชียงใหม่ภูคำ จังหวัดเชียงใหม่
	25-26 พ.ย. 52	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	รร.พุลแมน ราชา ออคิต จังหวัดขอนแก่น
	15-16 ธ.ค. 52	ภาคใต้	รร.เจบี หาดใหญ่ จังหวัดสงขลา
สำหรับการจัดประชุมในภาคกลาง สถาบันฯ จะแจ้งให้ทราบอีกครั้ง			

ประเภทผลงานที่นำเสนอ

1. Oral Presentation จำนวน 6 เรื่อง ได้แก่

1. เรื่องเล่า : คุณหมอ.....เมื่อไหร่จะได้กลับบ้าน ?
2. การพัฒนาคู่มือการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎี REBT ร่วมกับคนตรีบำบัดเพื่อส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง สำหรับผู้ป่วยจิตเภท (กลุ่มดูแลใจให้มีค่า ไอ้ล้นล้ำด้วยคนตรี)
3. พี่สาว ณ บ้านแสงสว่าง
4. การพัฒนางานสุขภาพิบาลอาหารอย่างต่อเนื่อง
5. ชีวิตจริงยิ่งกว่าละคร

6. จากงานจิตเวช รพ.ขอนแก่น

2. Poster Presentation จำนวน.....เรื่อง ได้แก่

ได้ส่งผลงานการพัฒนาคุณภาพทาง

1. ไปรษณีย์ เมื่อวันที่ 18 กันยายน 2552 (ทางไปรษณีย์ 4 เรื่อง)
 (กรุณาส่งในรูปแบบ Electronic file มาพร้อมด้วย โดยระบุหัวข้อ (Subject) คือ ชีวิตจริงยิ่งกว่าละคร ส่งผลงานเพิ่ม จากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นฯ (ผลงาน 1 เรื่อง)
 ส่งคัดเลือกผลงาน SHA Conference & Contest ภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ

กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนสมบูรณ์และส่งกลับมายังสถาบันฯ

ทางโทรสารหมายเลข 02-9510238 ภายในวันที่ 30 กันยายน 2552

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่คุณกัญญารัตน์ โพธิ์ลักษณะ เบอร์โทร02-9510237 ต่อ 149

หรือคุณวิมลรัตน์ วรพุด เบอร์โทร02-951.237 ต่อ 157

E-mali : kanyarat@ha.ro.th

Patient Safety Goal

เรื่อง	การดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Suicide Safety)
เป้าหมาย	ไม่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายขณะผู้ป่วยอยู่รักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล
จุดเน้น	1. ได้รับการดูแลตาม CPG Suicide 2. คัดกรอง / ประเมินผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างถูกต้อง
แนวทาง	1. แพทย์ / พยาบาล ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง 2. เมื่อพบผู้ป่วยที่มีกลุ่มเสี่ยง ให้การดูแลโดยทีมสหวิชาชีพตามระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและมีการวางแผนจำหน่ายโดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนอย่างปลอดภัย 3. พัฒนาสมรรถนะ บุคลากร ให้มีความรู้ความสามารถ ในการดูแลผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
ตัวชี้วัด	1. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้รับการคัดกรองและได้รับการช่วยเหลือ 2. จำนวนผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จในโรงพยาบาล 3. จำนวนผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาล 4. จำนวนผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ

แบบฟอร์มรายงานผลตัวชี้วัดคุณภาพโรงพยาบาลปีงบประมาณ 2552 (เริ่มใช้ เม.ย.52)

เอกสารหมายเลข.....

5

ลำดับ ที่	ชื่อตัวชี้วัด	หน่วยนับ	ค่าเป้าหมาย	ผลการปฏิบัติงาน												หน่วยติดตาม เบื้องต้นผู้กำกับ ดูแล	หน่วย รวบรวม ผลงาน			
				ต.ค.51	พ.ย.51	ธ.ค.51	ม.ค.52	ก.พ.52	มี.ค.52	เม.ย.52	พ.ค.52	มิ.ย.52	ก.ค.52	ส.ค.52	ก.ย.52					
1	จำนวนผู้ป่วยมาตัวตายสำเร็จในโรงพยาบาล (G1)	คน	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	PCT	ฝ่ายแผนงาน ผลงาน
2	จำนวนผู้ป่วยพยาบาลมาตัวตายในโรงพยาบาล (G1)	ราย	0	0	0	1	1	0	0	2	1	0	0	1	0	0	0	1	PCT	ฝ่ายแผนงาน
3	จำนวนผู้ป่วยพยาบาลมาตัวตายซ้ำ(G1)	ราย	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	PCT	ฝ่ายแผนงาน
4	จำนวนการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาผู้ป่วยด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (G1)	ราย	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	PCT	ฝ่ายแผนงาน
5	ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่าต้องรับเข้าเป็นผู้ป่วยใน ได้เข้ารับการรักษารอบวัน * (G1)	ร้อยละ	95	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	ฝ่ายแผนงาน	ศรีรัฐธิญา
6	ร้อยละของผู้ป่วยในจิตเวช ไม่กลับเข้ามารับการรักษาซ้ำภายใน 90 วัน * (G1)	ร้อยละ	82	93.25	96.43	97.57	96.23	98.05	94.27	96.15	94.05	95.83	96.34	92.81	98.31				ฝ่ายแผนงาน	ศรีรัฐธิญา
7	ร้อยละของระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ* (G5)	ร้อยละ	75					OPD=78.89 IPD=81.32						OPD=85.31 IPD=86.0					ฝ่ายแผนงาน	กอง แผนงาน
8	จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล (G8)	คน	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	PCT	ฝ่ายแผนงาน
9	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและหรือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเข้ารับการรักษาคือตามระบบ refer (G8)	ร้อยละ	≥25								5.4	7.01	5.94	7.10	6.70	8.24			PCT	ฝ่ายแผนงาน
10	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้รับการคัดกรอง และได้รับการดูแลช่วยเหลือ (G8)	ร้อยละ	≥80								100	100	100	100	100	100			PCT	ฝ่ายแผนงาน
11	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นจากปี 2551 * (G8)	ร้อยละ	3									5				5			suicide	สนง. โครงการ ทศวรรษ
12	ระดับความพึงพอใจของโรงพยาบาล/สถานที่ที่ได้รับการพัฒนาตามขั้นตอนการรับรองคุณภาพมาตรฐาน HA * (G8)	ระดับ	5									5							สนง.	ส.สมเด็จฯ

ลำดับ ที่	ชื่อตัววัด	หน่วยนับ	ค่าเป้าหมาย	ผลการปฏิบัติงาน												หน่วยติดตาม เบื้องต้นผู้กำกับ ดูแล	หน่วย รวบรวม ผลงาน				
				ตค.51	พย.51	ธค.51	มค.52	กพ.52	มีค.52	เมย.52	พค.52	มิย.52	กค.52	สค.52	กย.52						
13	ระดับความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานสถานบริการจิตเวชระดับตติยภูมิ * (G8)	ระดับ	5																สนค.	ร.ส.ม.เตียง ผงดงา	
14	ร้อยละของผู้นำยาเสพติดที่ได้รับการจำหน่ายแบบควบคุมที่ท่าหนอต * (G8)	ร้อยละ	91.5							95.55					94.54				95.50	จิตสังฆมช	ศตล.
15	ระดับความสำเร็จของร้อยละเฉลี่ยต่างน้ำหนักในการรักษาตามมาตรฐานระยะเวลาการให้บริการ * (G8)	ระดับ	5							4.9753					4.5128				4.4129	ฝ่ายแผนงาน	ศรีรัชฎิภา
16	ร้อยละของเคสขอขอยาบริการสาธารณสุขมีระบบบริการป้องกัน ช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (G2)	ร้อยละ	≥ 65																	PCT	ฝ่ายแผนงาน
17	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและผู้มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ refer ไปโรงพยาบาลใกล้บ้านได้รับการดูแลต่อเนื่อง (G6)	ร้อยละ	≥ 60							100 (4 คน)	100 (3 คน)	100 (3 คน)	100 (3 คน)	100 (4 คน)	100				100	PCT	ฝ่ายแผนงาน
18	ระดับความสำเร็จในการพัฒนา/ประสานงานกับองค์กรนอกกระบวนการสาธารณสุข * (G6)	ระดับ	5												3				5	สนค.	กองแผนงาน
19	ระดับความสำเร็จในการพัฒนากระบวนการสุขภาพจิตและจิตเวชในสถานบริการสาธารณสุขในจังหวัดเข้ามย ชาม แนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช * (G9)	ระดับ	5							3					4				5	สนค.	รพ.สวนปรุง
20	จำนวนช่องทางในระบบบริการความรู้ด้านการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (G3,G13)	ช่องทาง	5																5	IM	ฝ่ายแผนงาน
21	จำนวนองค์ความรู้และเทคโนโลยีเรื่องการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้รับการเผยแพร่ (G7,G10)	เรื่อง	5																	ก.ทรัพย์สิน	ฝ่ายแผนงาน

ตาราง RM ปีงบประมาณ 2552

กราฟระดับ 1	จำนวน	ร้อยละ
ความรุนแรงระดับ1	25	0.24
SAVE	7171	69.67
ME	2613	25.39
Near miss	9809	95.30
รวม		

กราฟอุบัติการณ์/ความเสี่ยง ความรุนแรง 5 ระดับ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับ 1	9809	95.30
ระดับ 2	143	1.39
ระดับ 3	282	2.74
ระดับ 4	57	0.55
ระดับ 5	2	0.02
รวม	10293	100.00

กราฟอุบัติการณ์/ความเสี่ยงแยกตามโปรแกรมความเสี่ยง	จำนวน	ร้อยละ
PCT	7489	72.76
ME	2685	26.09
ENV	53	0.51
HR	32	0.31
IM	28	0.27
ข้อร้องเรียน	6	0.06
รวม	10293	100.00

SAVE Precaution ดึง IPD	จำนวน	ร้อยละ
ดึกขงโค	1323	12.85
ดึกศรีตรัง	2040	19.82
ดึกเฟื่องฟ้า	1584	15.39
ดึกฝ้ายคำ	1650	16.03
ดึกพิเศษ	574	5.58
รวม	7171	69.67

ความเสี่ยงด้านคลินิก	จำนวน	ร้อยละ
พยายามฆ่าตัวตาย	3	0.03
ทำร้ายตนเอง	13	0.13
ทำร้ายคนอื่น/ทำลายสิ่งของ	104	1.01
ถูกทำร้าย/ได้รับบาดเจ็บ	11	0.11
มีการแทรกซ้อนจากการจำกัดพฤติกรรม	2	0.02
เสียชีวิตทุกกรณี	2	0.02
หลบหนีสำเร็จ	4	0.04
หลบหนีไม่สำเร็จ	53	0.51
	จำนวน	ร้อยละ
ไม่สมัครใจอยู่ รพ.	1	0.01
เกิดอุบัติเหตุ/ได้รับบาดเจ็บ	51	0.50
ความล่าช้าในการรักษา	7	0.07
เจ้าหน้าที่ถูกทำร้าย/ได้รับบาดเจ็บ	25	0.24
Refer โรคทางกาย	19	0.18
อื่น ๆ	23	0.22
รวม	318	9.53

	ความเสี่ยงด้านคลินิก
1	พยายามฆ่าตัวตาย
2	ทำร้ายตนเอง
3	ทำร้ายคนอื่น/ทำลายสิ่งของ
4	ถูกทำร้ายได้รับบาดเจ็บ
5	มีการแทรกซ้อนจากการจำกัดพฤติกรรม
6	เสียชีวิตทุกกรณี
7	หลบหนีสำเร็จ
8	หลบหนีไม่สำเร็จ
9	ไม่สมัครใจอยู่ รพ.
10	เกิดอุบัติเหตุ/ได้รับบาดเจ็บ
11	ความล่าช้าในการรักษา
12	เจ้าหน้าที่ถูกทำร้าย/ได้รับบาดเจ็บ
13	Refer โรคทางกาย
14	อื่น ๆ

D. Acty

เพิกดำหมายเลข 7

ตำแหน่ง : ผู้ช่วยผู้แทนฝ่ายบริหาร ด้านการติดตามประเมินผล (Asst.QMR)	JOB DESCRIPTION สำนักงานคุณภาพ	JOB NUMBER : 3/9
ระดับ : รองหัวหน้าสำนักงาน		แก้ไข ครั้งที่ : 02
<p><u>หน้าที่ความรับผิดชอบหลัก :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ร่วมวางแผน / จัดการ / ดูแลและพัฒนาระบบคุณภาพของโรงพยาบาล และเสนอขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารระบบคุณภาพ (ทีมนำ) เพื่อดำเนินการต่อไป 2. ดำรงรักษาระบบคุณภาพของโรงพยาบาลให้ยั่งยืน และพัฒนาให้มีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้นอย่างต่อเนื่อง 3. ศึกษา / ทำความเข้าใจ และบูรณาการระบบคุณภาพต่างๆ ให้กลมกลืนเป็นเนื้อเดียวกัน และสื่อสารแก่นบุคลากรทุกระดับของโรงพยาบาลให้มีความเข้าใจ และปฏิบัติได้เป็นแนวเดียวกัน 4. ประสานงานเกี่ยวกับระบบคุณภาพต่างๆ กับหน่วยงานทั้งภายใน และภายนอก 5. ปฏิบัติงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับระบบคุณภาพ ตามที่ผู้แทนฝ่ายบริหารมอบหมาย 		
รายงานต่อ : ผู้แทนฝ่ายบริหาร	กำกับดูแล : เจ้าหน้าที่สำนักงานคุณภาพ	
<p><u>คุณสมบัติ และ ความรู้ความสามารถเฉพาะตำแหน่ง:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. วุฒิกการศึกษาขั้นต่ำจบปริญญาตรี 2. ได้รับการอบรมเกี่ยวกับเรื่องจิตสำนึกคุณภาพ และระบบบริหารคุณภาพเบื้องต้น 3. ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการตรวจประเมินคุณภาพ หรือ การเชื่อมสำรวจภายใน 4. มีประสบการณ์ทำงานในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์อย่างน้อย 2 ปี 5. มีความรับผิดชอบสูง และมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี และสามารถประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ได้ดี 		
จัดทำโดย :	..... ผู้แทนฝ่ายบริหาร	นายพงษ์ศักดิ์ สมใจ
ทบทวนโดย :	..... ผู้แทนฝ่ายบริหาร	นายพงษ์ศักดิ์ สมใจ
อนุมัติโดย :	..... ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นฯ	นายทวี ตั้งเสรี
ประกาศใช้วันที่ 1 ตุลาคม 2552		

D. Pat

ตำแหน่ง : ผู้ช่วยผู้แทนฝ่ายบริหาร ด้านการพัฒนาระบบ (Asst.QMR)	JOB DESCRIPTION สำนักงานคุณภาพ	JOB NUMBER : 2/9
ระดับ : รองหัวหน้าสำนักงาน		แก้ไข ครั้งที่ : 02
<p>หน้าที่ความรับผิดชอบหลัก :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ร่วมวางแผน / จัดการ / ดูแลและพัฒนาระบบคุณภาพของ โรงพยาบาล และเสนอข้อความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารระบบคุณภาพ (ทีมงาน) เพื่อดำเนินการต่อไป 2. ศึกษา / ทำความเข้าใจ และบูรณาการระบบคุณภาพต่างๆ ให้กลมกลืนเป็นเนื้อเดียวกัน และสื่อสารแก่นุคลากรทุกระดับของ โรงพยาบาล ให้มีความเข้าใจ และปฏิบัติได้เป็นแนวเดียวกัน 3. ดูแลเรื่องการพัฒนาสมรรถนะด้านคุณภาพของบุคลากร ให้มีความเพียงพอ และเหมาะสมต่อการทำงานตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย 4. ประสานงานเกี่ยวกับระบบคุณภาพต่างๆ กับหน่วยงานทั้งภายใน และภายนอก 5. ปฏิบัติงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับระบบคุณภาพ ตามที่ผู้แทนฝ่ายบริหารมอบหมาย 		
รายงานต่อ : ผู้แทนฝ่ายบริหาร	กำกับดูแล : เจ้าหน้าที่สำนักงานคุณภาพ	
<p>คุณสมบัติ และ ความรู้ความสามารถเฉพาะตำแหน่ง:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. วุฒิกการศึกษาขั้นต่ำจบปริญญาตรี 2. ได้รับการอบรมเกี่ยวกับเรื่องจิตสำนึกคุณภาพ และระบบบริหารคุณภาพเบื้องต้น 3. ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการตรวจประเมินคุณภาพ หรือ การเยี่ยมสำรวจภายใน 4. มีประสบการณ์ทำงานใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์อย่างน้อย 2 ปี 5. มีความรับผิดชอบสูง และมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี และสามารถประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ได้ดี 		
จัดทำโดย :	..... ผู้แทนฝ่ายบริหาร	นายพงษ์ศักดิ์ สมใจ
ทบทวน โดย :	..... ผู้แทนฝ่ายบริหาร	นายพงษ์ศักดิ์ สมใจ
อนุมัติโดย :	..... ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นฯ	นายทวี ดั่งเสวี
ประกาศใช้วันที่ 1 ตุลาคม 2552		

แบบประเมินผล
โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การพัฒนาคุณภาพองค์กรด้วย OD รุ่นที่ 2
วันที่ 1-3 ตุลาคม 2552
ณ โรงแรมซิติ้ บีช รีสอร์ท อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของผู้เข้าร่วม โครงการจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N= 74)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	34	45.95
หญิง	40	54.05
อายุ		
21-30 ปี	16	21.62
X 31-40 ปี	21	28.38
41-50 ปี	25	33.78
51-60 ปี	12	16.22
การศึกษา		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	12	16.22
อนุปริญญา	26	35.13
ปริญญาตรี	29	39.19
ปริญญาโท	7	9.46

372,742 (รวม 398,960)

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นต่อโครงการ (N = 74)

ประเด็นการประเมิน	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ทราบถึงวัตถุประสงค์การประชุม	56.8%(42)	41.9%(31)	1.4%(1)	0	0
2. การบรรลุวัตถุประสงค์การประชุม	60.8%(45)	37.8%(28)	1.4%(1)	0	0
3. บรรยากาศในการประชุม	70.3%(52)	27.0%(20)	2.7%(2)	0	0
4. ระยะเวลาในการประชุม	45.9%(34)	36.5%(27)	16.2%(12)	1.4%(1)	0
5. ความสะดวกสบายในการเดินทาง	59.5%(44)	35.1%(26)	5.4%(4)	0	0
6. สถานที่ในการประชุม	63.5%(47)	32.4%(24)	4.1%(3)	0	0
7. ประโยชน์ที่ได้จากการประชุม	56.8%(42)	39.2%(29)	4.1%(3)	0	0
8. ความพึงพอใจโดยรวมต่อโครงการ	73%(54)	24.3%(18)	2.7%(2)	0	0

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะ / ข้อคิดเห็นอื่นๆที่เป็นประโยชน์ต่อโครงการ

- เป็นโครงการที่ดี เห็นความสำคัญของบุคลากรทุกระดับ เปิดโอกาสให้ทุกคน
- สมควรจัดโครงการต่อเนื่องทุกปี / ปีเว้นปี
- อยากให้บุคลากรมาร่วม โครงการ 100 เปอร์เซ็นต์ สมัครใจหรือไม่สมัครใจก็ตาม
- ประทับใจโครงการนี้มาก คือไม่มีข้อเสนอแนะ
- ผู้จัดและคณะทำงานทำได้ดี อยากให้คุณศิริพรและคณะรับผิดชอบจัดตลอดไป
- สนุกตลอดการเดินทาง
- ✳ - การจัดโปรแกรมท่องเที่ยวบางสถานที่ไม่รู้เรื่อง เช่น วนอุทยานเจ้าแม่กวนอิมพันมือ
- ควรมีเวลาให้ผู้เข้าร่วมโครงการ ได้พักผ่อนตามอัธยาศัย
- สถานที่พักควรอยู่ติดทะเลจะได้เล่นน้ำทะเลมากกว่านี้
- ครั้งต่อไป อยากไปทางภาคเหนือ
- จัดให้รับประทานอาหารริมชายหาด

แบบสอบถามคุณภาพเพื่อการพัฒนา

ท่านคิดว่า.....(คิดเล่นๆเพื่อเป็นจริงจักษ์!) โรงพยาบาลฯ ควรพัฒนาคุณภาพเรื่องใดเป็นอันดับก่อน / หลัง

-สถานที่จอดรถ
-พฤติกรรมบริการ
-เครื่องมือ วัสดุ / อุปกรณ์การแพทย์
-ความรู้ความสามารถของบุคลากร
-ความสะอาดของสถานที่และสิ่งแวดล้อม
-พื้นที่รองรับบริการผู้ป่วย เช่น จุดนั่งรอรับบริการ
-ถนนภายในโรงพยาบาลเพราะเป็นหลุมเป็นบ่อบางช่วง
-จัดให้มีร้านค้าสวัสดิการ(ใครก็ได้ที่สนใจอยากเข้ามาขาย)
-สถานที่สำหรับเยี่ยมผู้ป่วย(ศาลาเยี่ยมญาติ)
-อื่นๆ ที่อยากเสนอ(ระบุ).....

ผลการสอบถาม : เรียงตามลำดับ ดังนี้

1. ถนนภายในโรงพยาบาลเพราะเป็นหลุมเป็นบ่อบางช่วง
2. สถานที่สำหรับเยี่ยมผู้ป่วย(ศาลาเยี่ยมญาติ)
3. เครื่องมือ วัสดุ / อุปกรณ์การแพทย์
4. สถานที่จอดรถ
5. พื้นที่รองรับบริการผู้ป่วย เช่น จุดนั่งรอรับบริการ
6. จัดให้มีร้านค้าสวัสดิการ(ใครก็ได้ที่สนใจอยากเข้ามาขาย)
7. ความสะอาดของสถานที่และสิ่งแวดล้อม
8. ความรู้ความสามารถของบุคลากร
9. พฤติกรรมบริการ

อื่นๆ ที่อยากเสนอ :

- เจ้าหน้าที่หมดกำลังใจเมื่อผู้บริหารพูดเรื่องไม่มีเงิน
- สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการบำบัด / สร้างสุขภาพ
- การพิจารณาเลื่อนขั้นเงินเดือน
- สถานที่ทำงานร่มเย็น น่าอยู่ เป็นระเบียบเรียบร้อย
- ห้องพักรูมพยาบาลสำหรับเจ้าหน้าที่