



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

เลขที่ 88/39 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ชั้น 5 กระทรวงสาธารณสุข ซอย 6 ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
Tel. 02-027-8844 Fax. 02-026-6680 www.ha.or.th ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ saraban@ha.or.th

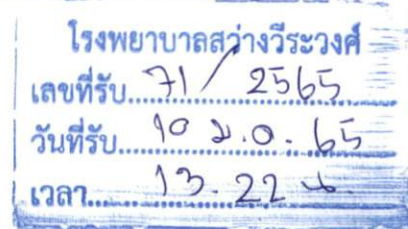
ที่ สรพ 4574

16 ธันวาคม 2564

เรื่อง แจ้งผลการรับรองและส่งสรุปผลรายงานการเยี่ยมสำรวจ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี

สิ่งที่ส่งมาด้วย สรุปผลรายงานการเยี่ยมสำรวจ



ตามที่โรงพยาบาลของท่านได้รับการเยี่ยมสำรวจจากผู้แทนของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) เมื่อวันที่ 14 ตุลาคม 2564 สถาบันได้พิจารณาและอนุมัติให้การรับรองกระบวนการคุณภาพ นับถัดจากวันที่ครบกำหนดอายุเดิมตั้งแต่วันที่ 23 เมษายน 2564 เป็นเวลา 3 ปี

สถาบันขอแสดงความยินดีกับคณะผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานของโรงพยาบาลที่ได้ร่วมกันสร้างระบบงานที่มีคุณภาพอันจะเอื้อประโยชน์ต่อผู้รับบริการของโรงพยาบาลและเป็นตัวอย่างที่ดีสำหรับโรงพยาบาลอื่นๆ พร้อมกันนี้ สถาบันขอส่งสรุปผลรายงานการเยี่ยมสำรวจเพื่อให้โรงพยาบาลได้ใช้ประโยชน์ให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและขอความร่วมมือจากโรงพยาบาลเพื่อส่งเสริมการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

1. จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพตามข้อเสนอแนะส่งมายังสถาบันภายใน 3 เดือน ตามสรุปผลรายงานการเยี่ยมสำรวจ ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง (Recommendation)
2. จัดทำรายงานความก้าวหน้าการปฏิบัติตามแผนพัฒนาคุณภาพในข้อ 1 การปรับปรุงที่สำคัญอื่นๆ รวมทั้งตัวชี้วัดสำคัญที่เกี่ยวข้อง ทุก 12 เดือน
3. เตรียมการรับการเยี่ยมสำรวจเพื่อเฝ้าระวังในระยะเวลา 1 ปี 6 เดือน หลังการรับรอง
4. ติดตามความก้าวหน้าตามความเห็นเพิ่มเติมจากคณะอนุกรรมการที่ปรึกษาเพื่อการรับรองคุณภาพ

ทั้งนี้ โรงพยาบาลสามารถส่งเอกสารในรูปแบบ electronic file มาที่สถาบัน ที่ E-mail: qiplan@ha.or.th

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

รศ.ดร.รณ. ร.บ.วิ.ก.การ
รศ.น. พิศาลกร รณ.ร.บ.วิ.ก.การ
สรุปผลรายงานการเยี่ยมสำรวจ
พ.อ.ป.ค.ท.ก.บ.
น.ร.บ.ก.

ขอแสดงความนับถือ

จ.ย.น.ค.

(นางปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ)

ผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

พ.ก.ร.พ.น.ค.

พ.ก.ร.พ.น.ค.

พ.ก.ร.พ.น.ค.

สำนักประเมินและรับรอง

รักษามาตรฐาน โทรศัพท 0 2027 8840 ต่อ 9218

e-mail: rakkhana@ha.or.th



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

ชั้น 5 อาคารสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข

ถ.งามวงศ์วาน อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

<http://www.ha.or.th>

สรุปผลรายงานการเยี่ยมสำรวจลดรูปเพื่อต่ออายุการรับรองกระบวนการ
คุณภาพตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 4

(Re-Accreditation Adjusted Survey)

โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี

วันที่ 14 ตุลาคม 2564



สรุปผลรายงานการเยี่ยมสำรวจจุดรูปเพื่อต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพ
ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 4
โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี
วันที่ 14 ตุลาคม 2564

ตามที่สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ได้ส่งคณะผู้เยี่ยมสำรวจ
เข้าเยี่ยมสำรวจจุดรูปเพื่อต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพตามมาตรฐานโรงพยาบาลและ
บริการสุขภาพฉบับที่ 4 ดังรายชื่อต่อไปนี้

- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| 1. นพ.ภราดร โกมลดิษฐ์ | หัวหน้าคณะผู้เยี่ยมสำรวจ |
| 2. ดร.แววดาว ทวีชัย | ผู้เยี่ยมสำรวจ |
| 3. นางวิภา วณิชกิจ | ผู้เยี่ยมสำรวจ |

คณะผู้เยี่ยมสำรวจได้ศึกษาข้อมูลในแบบประเมินตนเอง รับฟังรายงานสรุปความก้าวหน้า
ในการพัฒนาคุณภาพ/การสร้างเสริมสุขภาพ และสัมภาษณ์ทีม หน่วยงานต่าง ๆ ของโรงพยาบาล
คณะผู้เยี่ยมสำรวจมีข้อสรุปประเด็นสำคัญที่พบในการเยี่ยมชมสำรวจ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนา
คุณภาพอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

การปฏิบัติตามข้อกำหนดมาตรฐาน

จากการเยี่ยมชมสำรวจของผู้เยี่ยมสำรวจพบสิ่งที่น่าชื่นชมและข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนา
คุณภาพอย่างต่อเนื่องในช่วง 1 - 3 ปีข้างหน้า ซึ่งเป็นประเด็นที่ผู้แทนของ สรพ. จะติดตามใน
ระหว่างการเยี่ยมชมสำรวจเพื่อเฝ้าระวังเมื่อครบ 1 - 2 ปี หลังจากได้รับการรับรองแล้ว ดังนี้

สิ่งที่น่าชื่นชม (Exceptional performance)

1. **การนำ** มีการกำหนดจุดเน้นในการดูแลกลุ่มโรคสำคัญและ 2P safety ที่นำให้ความสำคัญ
กับการพัฒนาคุณภาพโดยการนำมาตรฐานต่าง ๆ มาใช้พัฒนาคุณภาพ มีการพัฒนาฐานะ
การเงินการคลังให้มีความเข้มแข็งมากขึ้น สนับสนุนการพัฒนาในระบบต่างๆ ในช่วงสถานการณ์
โรค COVID - 19 มีการจัดตั้งคณะกรรมการ EOC ระดับอำเภอในการบริหารจัดการภายใต้
ความร่วมมือจากส่วนราชการ อปท. เครือข่ายชุมชนและเครือข่ายบริการสุขภาพต่างๆ มีการ
ปรับการให้บริการแบบ telemedicine ในผู้ป่วย NCDs การจัดส่งยาให้ผู้ป่วยที่บ้าน ส่งผลให้
การดูแลผู้ป่วยในช่วงสถานการณ์โรค COVID - 19 เป็นไปอย่างราบรื่น
2. **ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน:** มีการกำหนดค่านิยมในเรื่อง service mind (ยิ้มแย้มแจ่มใสมีจิตบริการ)
มีช่องทางการรับฟังและรับข้อร้องเรียนหลายช่องทาง มีการพัฒนาเพื่อตอบสนองความต้องการ
ของผู้รับบริการ การปรับแผนในการให้บริการผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังโดยใช้ telemedicine

และการจัดส่งยาที่บ้าน มีการจัดบริการในการดูแลผู้ป่วย COVID เพื่อตอบสนองจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้นอย่างเพียงพอ มีการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย ชุมชน ญาติเครือข่ายและองค์กรภายนอก รวมทั้งมีการจัดการต่อข้อร้องเรียนอย่างเหมาะสมและทันทั่วทั้งที่ ส่งผลให้มีความพึงพอใจและความผูกพันของผู้รับบริการอยู่ในเกณฑ์สูงอย่างต่อเนื่อง

3. การจัดการความรู้และสารสนเทศ มีปรับปรุงห้องเก็บ server ให้เป็นสัดส่วน มีการควบคุมอุณหภูมิ เพิ่มระบบสำรองข้อมูลไว้ที่ google drive, notebook จัดให้มี UPS ที่สามารถสำรองไฟได้นาน 1 ชั่วโมง และการพัฒนาเทคโนโลยีที่สำคัญในช่วง 1 - 2 ปี สนับสนุนการทำงานที่รวดเร็วและการบริการที่ปลอดภัยเพิ่มขึ้น ได้แก่ พัฒนาระบบการเชื่อมต่อโปรแกรม HI กับโรงพยาบาลสนามเอื้อในการดูแลผู้ป่วย บันทึกข้อมูลการฉีดวัคซีนเชื้อเข้าระบบ HI สามารถออกไปรับรองฉีดวัคซีน โปรแกรมเตือนยาที่เป็นคู่ DI & FDI รวมยาแผนไทยและแผนปัจจุบัน และระบบแจ้งเตือนในผู้ป่วย TB
4. กำลังคน: ด้านความผูกพัน พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่เป็นคนในพื้นที่ ร่วมกับผู้นำสูงสุดและทีมหน้าเสริมพลังโดยกระตุ้นให้เกิดพลังวิชาชีพในการทำงานเพื่อผู้ป่วย ประชาชน แม้มีข้อจำกัดเรื่องงบประมาณในช่วงที่ผ่านมา ทำให้บุคลากรทุ่มเท มุ่งมั่น เกิดพลังในการทำงาน ส่งผลให้เกิดความร่วมมือกันผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนบุคลากรในทุกส่วนทุกวิชาชีพ มาช่วยเสริมกำลังคนให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน ทำให้สามารถจัดสรรกำลังคนให้บรรลุได้ทุกภารกิจ ร่วมนโยบายสนับสนุนการบรรจุเป็นข้าราชการ และค่าตอบแทนในช่วงสถานการณ์ระบาด COVID - 19 ทำให้ผลประเมินความผูกพัน และความสุขมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และเพิ่มขึ้นมากในปี 2564 สูงถึงร้อยละ 74.37
5. การบริหารงานคุณภาพ มีการธำรงคุณภาพในหลายระบบ ดังนี้ 1) ผ่านการรับรองห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ที่มีระบบบริการบริการคุณภาพ ห้องปฏิบัติการ ตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการของกระทรวงสาธารณสุข และผ่าน LA วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2560 2) ผ่าน Reaccredit 4 ตุลาคม 2563 - 3 ตุลาคม 2566 3) ผ่านการประเมินคุณภาพงานยาเสพติด 4) ผ่านการประเมินระบบงานสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์ 5) ผ่าน green and clean hospital ระดับดีมาก plus 30 กันยายน 2563 6) ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ระดับคุณภาพ ปี 2563 7) สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับดีมาก ปี 2563 8) ผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลชุมชน ระดับเริ่มต้นพัฒนา ปี 2563
6. สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย: มีการธำรงการตรวจสอบความปลอดภัยด้านโครงสร้างและสิ่งแวดล้อมโดยผู้เชี่ยวชาญจากสำนักงานบริการสนับสนุนปีละ 1 ครั้ง และ ENV & IC round นำผลมาแก้ไข ปรับปรุงที่สำคัญ เพื่อความปลอดภัยและสอดคล้องตามข้อกำหนด มาตรฐาน ในปี 2563 - 2564 ได้แก่ ทางเชื่อมระหว่างอาคาร กันห้องเวชระเบียน กันห้อง IT อาคารคลังยาใหม่ ที่พัก พชร. จัดพื้นที่ให้เอื้อต่อการคัดกรองผู้รับบริการทุกราย ห้องแยกโรค ห้อง negative pressure, ARI clinic กรังสัญญาณเตือนอัคคีภัย CCTV ซ่อมบำรุงในส่วนที่ชำรุด ปรับระบบ

ออกซิเจนและ vacuum เป็นแบบ pipeline (ปี 2564) เป็นต้น จากผลการดำเนินการที่ผ่านมาสามารถแก้ไขให้เป็นไปตามเป้าหมายได้ร้อยละ 77.89 มีการจัดอบรมบุคลากรเพิ่มพูนทักษะที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย

7. การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ มีการเฝ้าระวังและตอบสนองต่อการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID - 19 ในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยร่วมมือกับเครือข่าย ได้แก่ สสอ. อบต. รพ.สต. ในการจัดบริการด้านการสร้างเสริมและเฝ้าระวังโรคระบาดในชุมชน ผู้นำชุมชน และ อสม. จัดบริการคัดกรองและเฝ้าระวังในชุมชน จัดบริการ community isolation ประจำหมู่บ้าน มี home isolation ที่มีเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม. ให้การดูแลติดตาม ในช่วงการระบาดระลอก 2 พบว่าไม่มีการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน และไม่พบว่ามีบุคลากรติดเชื้อ COVID - 19 รวมถึงในช่วงการระบาดในปัจจุบัน ที่เปิดโรงพยาบาลสนามที่หอประชุมของอำเภอร่วมกับทีมชุมชน ในการให้บริการสุขภาพและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ COVID - 19
8. การทำงานกับชุมชน โรงพยาบาลมีความโดดเด่นในการทำงานร่วมกับชุมชน ชุมชนมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้นำและศรัทธาในผลงานของโรงพยาบาล ทั้งในสถานการณ์ปกติ และสถานการณ์ระบาดของโรค COVID - 19 มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์แบบมีส่วนร่วมที่นำหลักเวชศาสตร์ครอบครัวมาดำเนินการในการเชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพของชุมชน โดยใช้เป้าหมายการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของประชาชน ที่ดำเนินการโดยหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาล ในการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น กลุ่มแม่และเด็กปกติจัดบริการตามมาตรฐานบริการอนามัยแม่และเด็ก พัฒนาระบบการเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยจากปฐมภูมิสู่โรงพยาบาลจนกลับถึงในชุมชน กลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนพัฒนาศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ ตรวจสอบภาพประเมิน IQ/EQ เสริมด้านพัฒนาการ กลุ่มเด็กวัยเรียน วัยรุ่น กิจกรรมการดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงสูง ดำเนินงานในโรงเรียนมัธยมขยายโอกาส และค้นหาผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพเตรียมการเพื่อจัดระบบการติดตามดูแลแบบประคับประคองและการเสริมพลังให้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงความร่วมมือกับชุมชนในจัดบริการ ระบบ pre-hospital ที่ช่วยให้ผู้ป่วย STEMI, stroke เข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว

9. การเข้าถึงและเข้ารับบริการ:

- 9.1. มีการพัฒนา fast track อย่างต่อเนื่องในโรค STEMI, stroke, sepsis โดยการปรึกษาแพทย์โรงพยาบาลแม่ข่ายในการแปลผล EKG สามารถให้ SK ได้ พัฒนาสมรรถนะและแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยโรคดังกล่าว พัฒนา check list refer รวมทั้งมีการประเมิน pneumonia score เพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยเด็กที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจ
- 9.2. ในสถานการณ์ COVID - 19 มีการปรับบริการโดยมีการคัดกรองผู้ป่วยก่อนเข้ารับบริการ ปรับปรุง ARI clinic แบบถาวรและ one stop service โดยมีเจ้าหน้าที่ประจำกลุ่มเฉพาะปรับแนวทางในการรับผู้ป่วยโดยทีม EMS ตามระดับความเสี่ยงพร้อมอุปกรณ์การแพทย์ จำกัดจำนวนผู้ป่วยรอหน้าห้องตรวจ จัดตั้งศูนย์พักคอย (CI, HI) และโรงพยาบาลสนาม

50 เตียง มีการค้นหา คัดกรองและเฝ้าระวังผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชน รวมทั้งการมีระบบ telemedicine สำหรับผู้ป่วย NCDs และจัดส่งยาให้ผู้ป่วยที่บ้านโดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่ อสม.

10. การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว: มีความก้าวหน้าในการเสริมพลังในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้ใช้สติ๊กเกอร์ป้องกัน 7 สี กระบวนการกลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ motivation interview และเน้นการติดตามอย่างต่อเนื่อง พัฒนาเครือข่ายการเยี่ยมบ้านให้ครอบคลุมเพื่อสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยและญาติมีกำลังใจและสามารถดูแลตัวเองได้ในชุมชน จนทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น
11. การดูแลต่อเนื่อง: มีระบบนัดหมายเพื่อการรักษาต่อเนื่องโดยใช้ระบบ IT เชื่อมโยงกับเครือข่าย รพ.สต. ในการติดตามดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน กำหนดแนวทางปฏิบัติในการเตรียมความพร้อมก่อนการส่งต่อผู้ป่วย การประสานงาน สื่อสารการส่งต่อ โดยวางแผนดูแลต่อเนื่อง ส่งข้อมูลเข้าสู่ศูนย์ COC ติดตามการดูแลต่อเนื่องโดย manager และทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น ผู้ป่วยเบาหวานติดเตียงให้ รพ.สต.เจาะเลือด วัดสัญญาณชีพและให้ญาติมารับยาแทน จัดทำรายการการมาตรวจตามนัดและทะเบียนติดตามผู้ป่วยขาดนัด เยี่ยมบ้านผู้ป่วย stroke จัดระบบการติดตามเยี่ยมบ้านโดยประสานกับทีมโรงพยาบาลแม่ข่ายและทีม HHC, PCU เพื่อติดตามผลการรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค จัดระบบการเก็บข้อมูลให้มีความเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ผ่านระบบการส่งต่อสู่ชุมชน เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ระบบการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค หลอดเลือดสมอง

ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง (Recommendation)

1. การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ ควรส่งเสริมการคัดเลือกตัวชี้วัดที่ตรงประเด็นกับเป้าหมาย ประเด็นคุณภาพที่สำคัญตามบริบทและสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันทั้งในระดับหน่วยงาน ทีมนำเฉพาะด้านและระดับโรงพยาบาล เพื่อให้สามารถสะท้อนการบรรลุเป้าหมายอย่างเหมาะสมรวมทั้งส่งเสริมให้มีการวิเคราะห์ตัวชี้วัด/ข้อมูลผลการดำเนินงานในมุมมองที่หลากหลาย เช่น การวิเคราะห์สาเหตุ ปัจจัย การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มย่อย/ผู้ป่วยลักษณะต่างๆ การเปรียบเทียบระหว่างหน่วยงานภายในองค์กร เพื่อให้ได้ข้อสรุป สารสนเทศ และนำไปสู่การจัดลำดับความสำคัญในการปรับปรุงและพัฒนากระบวนการอย่างต่อเนื่อง
2. การจัดการความรู้และสารสนเทศ: คุณภาพข้อมูลและการจัดการสารสนเทศ การจัดการข้อมูลที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยเพื่อเอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพยังไม่ชัดเจน ควรส่งเสริมการนำข้อมูลที่จัดเก็บ และข้อมูลที่จำเป็นในสถานการณ์ระบาด นำสู่การออกแบบการจัดการข้อมูลและสารสนเทศ เพื่อตอบสนองความต้องการ เพิ่มความสะดวกในการรวบรวม การวิเคราะห์ข้อมูล ลดความซ้ำซ้อนในการทำงานและข้อมูลมีความถูกต้องน่าเชื่อถือ

3. กำลังคน :

- 3.1. ด้านขีดความสามารถและความเพียงพอ ในช่วงสถานการณ์ระบาด COVID - 19 สะท้อนให้เห็นภาระงานที่เพิ่มขึ้นมาก และแผนกรอบกำลังคนทั้งในภาวะปกติและฉุกเฉินยังไม่ชัดเจน ควรส่งเสริมการใช้ข้อมูลและวิเคราะห์ ถอดบทเรียนการดำเนินงานที่ผ่านมา นำสู่การกำหนด HR plan ที่ชัดเจนในการสรรหา ขอสับส่นและหรือพัฒนาให้บุคลากรมีความพร้อมและเพียงพอ ลด work load ที่มากเกินไป เพื่อให้โรงพยาบาลมีอัตรากำลังเพียงพอ สับส่นกำลังคนที่เหมาะสมสำหรับทำหน้าที่ตามภาวะปกติ และในภาวะฉุกเฉิน
- 3.2. ตามที่มีการประเมินความผูกพัน การตรวจสอบสุขภาพประจำปี ควรเพิ่มการวิเคราะห์ข้อมูลความผูกพัน ผลการตรวจสอบสุขภาพ โดยแยกวิเคราะห์รายกลุ่ม ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง นำสู่การกำหนดประเด็นที่ต้องพัฒนาให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย ปัญหา รวมทั้งการสร้างการมีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรมสร้างเสริมและส่งเสริมสุขภาพกับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อเสริมสร้างความผูกพันให้เพิ่มขึ้น และส่งเสริมสุขภาพให้บุคลากรมีสุขภาพดีขึ้น
4. การออกแบบบริการและกระบวนการ: ควรส่งเสริมการทบทวนระบบบริการ กระบวนการทำงานขององค์กรเพื่อให้เกิดการทำงานที่ไร้รอยต่อและมีการสอดประสานกันตั้งแต่ pre - in hospital - intermediate care - long term care โดยใช้การมีเครือข่ายต่างๆที่เข้มแข็งร่วมกับแนวคิดในเรื่อง 3P ที่มีเป้าหมายและการประเมินผลที่ชัดเจน เพื่อสร้างและส่งเสริมคุณค่าแก่ผู้รับบริการ
5. การบริหารงานคุณภาพ: ควรทบทวนบทบาทของทีมนะบบงานสำคัญต่างๆ ในการดูแลภาพรวม ชี้นำกำหนดเป้าหมายของระบบให้ชัดเจน ออกแบบระบบวางแผนปฏิบัติ ส่งเสริมการใช้ข้อมูลเพื่อกำกับติดตามผลลัพธ์ภาพรวม นำผลการวิเคราะห์มาใช้ประโยชน์ในการพัฒนา ปรับปรุงระบบงาน เพื่อให้เกิดผลการดำเนินงานที่เป็นไปตามเป้าหมายโดยเฉพาะควรเน้นการกำกับติดตาม ประเมินผลเพิ่มการเรียนรู้การพัฒนาทีมโดยการใช้แนวคิดในการพัฒนาคุณภาพเป้าหมายของมาตรฐานที่มีความเกี่ยวข้องกันทีม รวมถึงบทบาทการเชื่อมโยงกับทีมที่เกี่ยวข้องและทีมนำเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงเชิงระบบร่วมกัน
6. ระบบบริหารความเสี่ยง ควรทบทวนระบบบริหารความเสี่ยง ตั้งแต่การกำหนดนิยามความเสี่ยง การค้นหาความเสี่ยง โดยเฉพาะความเสี่ยงเกี่ยวกับการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพ การรวบรวมข้อมูล การนำ risk register มาใช้ในการจัดการความเสี่ยงสำคัญของโรงพยาบาล โดยเฉพาะความเสี่ยงตาม 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย เพื่อส่งต่อผู้รับผิดชอบในการทบทวนและค้นหาสาเหตุที่แท้จริง ปรับปรุงเชิงนโยบาย ติดตาม รวมถึงการประเมินประสิทธิภาพของระบบบริหารความเสี่ยง
7. การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ทีมควรออกแบบระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในเชิงรุก โดยการเชื่อมประสานระบบงาน IC กับกระบวนการดูแลผู้ป่วย เช่น การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ครอบครัว ชุมชน ถึงวิธีการลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง

ในชุมชน กลุ่ม intermediate care การ early detect และส่งต่ออย่างรวดเร็ว เพื่อให้เกิดการพัฒนา IC ในชุมชนอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ควรทบทวนระบบการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยเชื้อดื้อยาทั้งเกณฑ์ในการจำหน่ายและมาตรการที่เกี่ยวข้องเมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน

8. ระบบการจัดการด้านยา ควรส่งเสริมการขับเคลื่อนเป้าหมายและการพัฒนาระบบยาโดยผ่านกลไกการนำข้อมูลความเคลื่อนไหวทางยา ข้อมูลความปลอดภัยด้านยามาสร้างการเรียนรู้ร่วมกันเพื่อนำมาสู่การปรับปรุงการจ่ายยาในทุกๆ กระบวนการให้เกิดความปลอดภัยมากขึ้น รวมทั้งการกำหนดแนวทางที่ชัดเจนในการติดตามความร่วมมือในการปฏิบัติตามนโยบายหรือแนวทางในการจ่ายยาต่างๆ ที่ได้กำหนดขึ้น นำผลลัพธ์การติดตามดังกล่าวมาวิเคราะห์และเรียนรู้ร่วมกันเพื่อทำการปรับปรุงนโยบายหรือแนวทางต่างๆ ให้สอดคล้องกับบริบทปัญหาอย่างต่อเนื่อง
9. การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง การดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง: ควรทบทวนและกำหนดกลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงสูงของโรงพยาบาลให้ครอบคลุมในทุกกลุ่มผู้ป่วย/การบริการต่างๆ กำหนดแนวทางการเฝ้าระวังที่ครอบคลุมและเหมาะสมตามความเสี่ยงที่ได้ระบุไว้ รวมทั้ง early warning sign ซึ่งใช้เป็นสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติที่ต้องใช้ในการรายงานแพทย์อย่างชัดเจน มีการพัฒนาทักษะทีมดูแลในการประเมินและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสมกับความรุนแรงของผู้ป่วยในแต่ละราย เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงมีความปลอดภัยมากขึ้น

สิ่งที่พบจากการเยี่ยมชมสำรวจ

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร		
I-1 การนำ		
1. การขึ้นองค์กรโดยผู้นำระดับสูง [I-1.1ก (1)(2)(3)]	ทีมนำสูงสุดมีการกำหนดทิศทางในการเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ ผู้รับบริการประทับใจ มีการกำหนดจุดเน้นในการดูแลกลุ่มโรคสำคัญ และ 2P safety ทีมนำให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพโดยมีการนำมาตราฐานต่างๆ มาใช้พัฒนาคุณภาพ มีการพัฒนาฐานะการเงินการคลังให้มีความเข้มแข็งมากขึ้น สนับสนุนการพัฒนาในระบบต่างๆ เช่น IT สิ่งแวดล้อม ในช่วงสถานการณ์โรค COVID - 19 มีการจัดตั้งคณะกรรมการ EOC ระดับอำเภอในการบริหารจัดการภายใต้ความร่วมมือจากส่วนราชการ อปท. เครือข่ายชุมชนและเครือข่ายบริการสุขภาพต่างๆ มีการจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม 50 เตียง ศูนย์	คำแนะนำ (Suggestion) - ควรทบทวนการกำหนดทิศทางและจุดเน้นขององค์กรในการพัฒนาที่ชัดเจน สื่อสารทิศทางเหล่านั้นกับบุคลากรในองค์กร เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน ประเมินประสิทธิผลของการสื่อสารเพื่อนำผลไปกระตุ้น เสริมพลัง สร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ปฏิบัติงานรวมทั้งมีการควบคุมกำกับติดตามการพัฒนาคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติอย่างจริงจังทั่วทั้งองค์กร - เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพ ความปลอดภัยและการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องควรส่งเสริมการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยและประเมินบรรยากาศที่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ นำผลการ
2. การสื่อสาร สร้างความผูกพันโดยผู้นำ [I-1.1ข]		
3. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนา [I-1.1ค (1)(2)]		
4. ระบบกำกับดูแลองค์กร การประเมินผู้นำ/ระบบการนำ [I-1.2ก(1)(2)]		
5. ระบบกำกับดูแลทางคลินิก [I-1.2ก(3)]		
6. การปฏิบัติตามกฎหมาย ความรับผิดชอบต่อสาธารณะและการดำเนินงานอย่างมีจริยธรรม [I-1.2ข(1)(2)(3),ค(1)]		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	พักคอย (CI, HI), cohort ward ในโรงพยาบาล จำนวน 24 เตียง มีการปรับการให้บริการ แบบ telemedicine ในผู้ป่วย NCDs และการ จัดส่งยาให้ผู้ป่วยที่บ้าน ส่งผลให้การดูแล ผู้ป่วยในช่วงสถานการณ์โรค COVID - 19 เป็นไปอย่างราบรื่น	สำรวจเรียนรู้ในทีมนำรวมทั้งนำไปปรับปรุงระบบงาน และเสริมพลังการทำงานของบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ 3. ควรส่งเสริมให้ทีมนำและคณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาลติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกในกลุ่มโรค สำคัญ การทบทวนทางคลินิกอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เกิด การพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
I-2 กลยุทธ์		
7. กระบวนการจัดทำกลยุทธ์และการวิเคราะห์ ข้อมูล [I-2.1ก(1)(2)(3)(4)(5)]		คำแนะนำ (Suggestion) ควรส่งเสริมการวิเคราะห์ข้อมูลและปัจจัยสำคัญที่เป็น บริบทขององค์กรอย่างรอบด้าน ทั้งในด้านผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ องค์กร ชุมชน เช่น ปัญหาและตัวชี้วัดที่ยังไม่ บรรลุเป้าหมายในกลุ่มโรคสำคัญ ความไม่ปลอดภัยที่ เผชิญอยู่ เป็นต้น เพื่อกำหนดความท้าทายที่สำคัญของ องค์กรอย่างครบถ้วน รวมทั้งควรทบทวนการกำหนด วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ให้ตอบสนองต่อความท้าทาย เหล่านั้นอย่างครอบคลุม กำหนดตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับ วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์รวมทั้งตัวชี้วัดเชิงเปรียบเทียบที่ เหมาะสม ทั้งในระยะสั้น ระยะกลางและระยะยาว เพื่อใช้
8. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ตอบสนองความท้าทาย ครอบคลุมคุณภาพ ความปลอดภัย การสร้างเสริม สุขภาพ [I-2.1ข(1)(2)(3)]		
9. การจัดทำแผนปฏิบัติการ การถ่ายทอดสู่การ ปฏิบัติ และการจัดสรรทรัพยากร [I-2.2ก (1)(2)(3)(4)]		
10. การกำหนดตัวชี้วัดและใช้ในการติดตาม ความก้าวหน้า [I-2.2ก(5), ข]		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
		ในการควบคุมกำกับติดตามและปรับเปลี่ยนแผน เมื่อมีความจำเป็น
I-3 ผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน		
11 การรับฟัง/เรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม [I-3.1ก(1)(2)]	มีการกำหนดค่านิยมในเรื่อง service mind (ยิ้มแย้มแจ่มใสมีจิตบริการ) มีช่องทางในการรับฟังและรับข้อร้องเรียนหลายช่องทาง มีการพัฒนาเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ เช่น การปรับเวลารวของแพทย์ การปรับแผนในการให้บริการผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังโดยใช้ telemedicine การจัดส่งยาที่บ้าน มีการจัดบริการในการดูแลผู้ป่วย COVID เพื่อตอบสนองจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้นอย่างเพียงพอ มีการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย ชุมชน ภาครีเครือข่าย องค์กรภายนอก รวมทั้งมีการจัดการต่อข้อร้องเรียนอย่างเหมาะสมและทันทั่วที่ ส่งผลให้มีความพึงพอใจและความผูกพันของผู้รับบริการอยู่ในเกณฑ์สูงอย่างต่อเนื่อง	คำแนะนำ (Suggestion) 1. เพื่อให้ได้ข้อมูลที่น่าไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนและปรับปรุงกระบวนการทำงาน ควรกำหนดวิธีการรับฟัง เรียนรู้ความต้องการและการประเมินความพึงพอใจที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ผู้รับผลงานอื่นแต่ละกลุ่ม รวมทั้งควรส่งเสริมให้มีการรับฟังข้อมูลป้อนกลับทันทีหลังเข้ารับบริการ (Immediate actionable feedback) และนำไปปรับปรุง พัฒนาในแต่ละหน่วยบริการ 2. ควรส่งเสริมการเรียนรู้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยโดยการตามรอยผู้ป่วยในแต่ละขั้นตอนของการให้บริการเพื่อนำสร้างความเข้าใจ เรียนรู้และปรับปรุงระบบงานอย่างต่อเนื่อง
12 การประเมินความพึงพอใจและความผูกพัน [I-3.1ข(1)]		
13 การใช้ข้อมูลเพื่อกำหนดบริการและการอำนวยความสะดวก [I-3.2ก(1)(2)(3)]		
14 การสร้างความสัมพันธ์และจัดการคำร้องเรียน [I-3.2ข(1)(2)]		
15 การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย [I-3.3]		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
I- 4 การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้		
16 การวัดผลการดำเนินการ [I-4.1ก]	1. ใช้ระบบสารสนเทศในการจัดการข้อมูล คือ ระบบ HI, MYSQL Version 6 ปรับปรุงห้องเก็บ server ให้เป็นสัดส่วน มีการควบคุมอุณหภูมิ เพิ่มระบบสำรองข้อมูล ไว้ที่ google drive, notebook จัดให้มี UPS ที่สามารถสำรองไฟได้นาน 1 ชั่วโมง 2. มีการพัฒนาเทคโนโลยีที่สำคัญในช่วง 1 - 2 ปี ได้แก่ พัฒนาระบบการเชื่อมต่อโปรแกรม HI กับโรงพยาบาลสนามเอื้อในการดูแลผู้ป่วย บันทึกข้อมูลการฉีดวัคซีนเชื้อเข้าระบบ HI สามารถออกไปรับรองฉีดวัคซีน โปรแกรมเตือนยาที่เป็นคู่ DI & FDI รวมยาแผนไทยและแผนปัจจุบัน ระบบแจ้งเตือนในผู้ป่วย TB	ข้อเสนอแนะ (Recommendation) : 1. ควรส่งเสริมการคัดเลือกตัวชี้วัดที่ตรงประเด็นกับเป้าหมาย ประเด็นคุณภาพที่สำคัญตามบริบทและสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันทั้งในระดับหน่วยงาน ทีมงานเฉพาะด้านและระดับ โรงพยาบาล เพื่อให้สามารถสะท้อนการบรรลุเป้าหมายอย่างเหมาะสม รวมทั้งส่งเสริมการวิเคราะห์ตัวชี้วัด/ข้อมูลผลการดำเนินงานในมุมมองที่หลากหลาย เช่น การวิเคราะห์สาเหตุ ปัจจัย การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มย่อย ผู้ป่วยลักษณะต่างๆ การเปรียบเทียบระหว่างหน่วยงานภายในองค์กร เพื่อให้ได้ข้อสรุป สารสนเทศ และนำไปสู่การจัดลำดับความสำคัญในการปรับปรุงและพัฒนากระบวนการอย่างต่อเนื่อง 2. คุณภาพข้อมูลและการจัดการสารสนเทศ การจัดการข้อมูลที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยเพื่อเอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพยังไม่ชัดเจน ควรส่งเสริมการนำข้อมูลที่จัดเก็บ และข้อมูลที่จำเป็นในสถานการณ์การระบาด
17 การวิเคราะห์ข้อมูล การทบทวนผลการดำเนินการ และนำไปใช้ปรับปรุง [I-4.1ข, ค]		
18 คุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ [I-4.2ก]		
19 การจัดการระบบสารสนเทศ [I-4.2ข]		
20 ความรู้ขององค์กร [I-4.2ค]		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
		นำสู่การออกแบบการจัดการข้อมูลและสารสนเทศ เพื่อตอบสนองความต้องการ เพิ่มความสะดวกในการรวบรวม การวิเคราะห์ข้อมูล ลดความซ้ำซ้อนในการทำงานและข้อมูลมีความถูกต้องน่าเชื่อถือ คำแนะนำ (Suggestion) การจัดการความรู้ ตามที่โรงพยาบาลส่งเสริม สนับสนุน การจัดทำโครงการวิจัย R2R, CQI มีการประกวดผลงาน และมอบรางวัลในปี 2563 มีผลงาน 13 เรื่อง ควรส่งเสริมความเข้าใจการจัดการความรู้ นำสู่การรวบรวมความรู้ทั้งที่มีในตัวบุคคล (tacit knowledge) ความรู้วิชาการ/ผลงานต่างๆ (explicit knowledge) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผลักดันสู่การนำไปปฏิบัติจริง เพื่อให้เกิดการนำไปใช้จริง และการสร้างองค์ความรู้ใหม่ๆ
I-5 กำลังคน		
21 ขีดความสามารถและความเพียงพอของกำลังคน [I-5.1ก]	1. ด้านความผูกพัน บุคลากรส่วนใหญ่เป็น คนในพื้นที่ ร่วมกับผู้นำสูงสุดและทีมนำ เสริมพลังโดยกระตุ้นให้เกิดพลังวิชาชีพ ในทำงานเพื่อผู้ป่วย และประชาชน แม้มี	ข้อเสนอแนะ (Recommendation) : 1. ขีดความสามารถและความเพียงพอ : ใน ช่วง สถานการณ์โรคระบาด COVID - 19 สะท้อนให้เห็นภาวะ
22 สุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน [I-5.1ข, ค(1)*(3)(4)]		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
23 การสร้างเสริมสุขภาพของกำลังคน [I-5.1 ค(2)]	ข้อจำกัดเรื่องงบประมาณในช่วงที่ผ่านมา ทำให้บุคลากรทุ่มเท มุ่งมั่น เกิดพลังในการทำงาน ส่งผลให้เกิดความร่วมมือกัน ผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนบุคลากรในทุกส่วน ทุกวิชาชีพ มาช่วยในการเสริมกำลังคน ให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน ทำให้สามารถจัดสรรกำลังคนให้บรรลุได้ทุกภารกิจ ร่วมกันนโยบายสนับสนุนการบรรจุเป็นข้าราชการ และค่าตอบแทน ในช่วงสถานการณ์ระบาด COVID - 19 ทำให้ผลประเมินความผูกพัน ความสุขมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และเพิ่มขึ้นมากในปี 2564 สูงถึงร้อยละ 74.37 2. มีการส่งเสริมจัดกิจกรรมส่งเสริมเจ้าหน้าที่รักษาสุขภาพตนเองให้บุคลากรเป็นแบบอย่างด้านสุขภาพ โดยสนับสนุนการออกกำลังกาย สถานที่ออกกำลังกาย	งานที่เพิ่มขึ้นมาก และแผนรอบกำลังคนทั้งในภาวะปกติและฉุกเฉินยังไม่ชัดเจน ควรส่งเสริมการใช้ข้อมูลวิเคราะห์ ถอดบทเรียนการดำเนินงานที่ผ่านมา นำสู่การกำหนด HR plan ที่ชัดเจน ในการสรรหา ขอสนับสนุนและหรือพัฒนาให้บุคลากรมีความพร้อมเพียงพอ ลด work load ที่มากเกินไป เพื่อให้โรงพยาบาลมีอัตรากำลังเพียงพอ สนับสนุนกำลังคนที่เหมาะสมสำหรับทำหน้าที่ตามภาวะปกติ และในภาวะฉุกเฉิน 2. ตามที่มีการประเมินความผูกพัน การตรวจสอบสุขภาพประจำปี ควรเพิ่มการวิเคราะห์ข้อมูล ความผูกพัน ผลการตรวจสอบสุขภาพ โดยแยกวิเคราะห์รายกลุ่ม ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง นำสู่การกำหนดประเด็นที่ต้องพัฒนาให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย และปัญหา รวมทั้งการสร้างการมีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรมสร้างเสริมและส่งเสริมสุขภาพกับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อเสริมสร้างความผูกพันให้เพิ่มขึ้น และส่งเสริมสุขภาพให้บุคลากรมีสุขภาพดีขึ้น
24 ความผูกพันและผลการปฏิบัติงาน ระบบการจัดการผลการปฏิบัติงาน [I-5.2ก]		
25 การพัฒนากำลังคนและผู้นำ [I-5.2ข]		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	เช่น จัดทำสนามฟุตบอล ลานแอโรบิก และมีรางวัลเป็นแรงจูงใจ เป็นต้น 3. สนับสนุนกระตุ้นให้บุคลากรได้รับวัคซีน ในปี 2564 พบว่าได้รับ vaccine COVID - 19 ครบ 100% เพื่อความปลอดภัยในการทำงาน มีการสนับสนุน PPE ให้กับพนักงานตัดหญ้า เก็บขยะ	
I-6 การปฏิบัติการ		
26 การออกแบบบริการและกระบวนการทำงาน การจัดการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน ประสิทธิภาพและประสิทธิผล [I-6.1ก ข, I-6.2ก]	เนื่องจากมีอุบัติเหตุน้ำจืดเกิดขึ้นเกือบทุกวัน มีการกำหนดการซ้อมแผนรับอุบัติเหตุน้ำ ปี ละ 2 ครั้ง มีการจัดทำแผนเพื่อรองรับ อุบัติเหตุน้ำ มีการจัดทำโครงการซ้อมแผน อุบัติเหตุน้ำ ทั้งโดยการซ้อมแผนบนโต๊ะ และการซ้อมจากสถานการณ์จริง เพื่อนามา ปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วย ผลลัพธ์ปี 2562 - 2564 จำนวนการเสียชีวิตลดลง	ข้อเสนอแนะ (Recommendation) : ควรส่งเสริมการทบทวนระบบบริการ กระบวนการทำงาน ขององค์กรเพื่อให้เกิดการทำงานที่ไร้รอยต่อและมีการ สอดประสานกันตั้งแต่ pre - in hospital - intermediate care - long term care โดยใช้การมีเครือข่ายต่างๆ ที่ เข้มแข็งร่วมกับแนวคิดในเรื่อง 3P ที่มีเป้าหมายและการ ประเมินผลที่ชัดเจน เพื่อสร้างและส่งมอบคุณค่าแก่ ผู้รับบริการ
27 การจัดการห่วงโซ่อุปทาน [I-6.1ค]		
28 การจัดการนวัตกรรม [I-6.1ง]		
29 การจัดการด้านการเรียนการสอนทางคลินิก [I-6.1จ]		
30 ความพร้อมสำหรับภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน ต่างๆ [I-6.2ข]		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
		คำแนะนำ (Suggestion) การจัดการห่วงโซ่อุปทาน ควรส่งเสริมการกำกับติดตามคุณภาพการปฏิบัติการ การจัดบริการ ตามข้อกำหนดตาม TOR ในระบบงานที่จ้างเหมาจากผู้ประกอบการภายนอก และดำเนินการจัดการกรณีที่ผลงานไม่เป็นไปตามข้อกำหนด
ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล		
II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ		
31 ระบบบริหารงานคุณภาพ การประสานงานและบูรณาการ การทำงานเป็นทีม [II-1.1ก(1)(2)(3)(4)(10)]	มีการธำรงคุณภาพในหลายระบบ ดังนี้ 1. ผ่านการรับรองห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ที่มีระบบบริการบริการคุณภาพห้องปฏิบัติการ ตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการของกระทรวงสาธารณสุข และผ่าน LA วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2560 2. ผ่าน Reaccredit 4 ตุลาคม 2563 - 3 ตุลาคม 2566 3. ผ่านการประเมินคุณภาพงานยาเสพติด	ข้อเสนอแนะ (Recommendation) : 1. ควรทบทวนบทบาทของทีมีระบบงานสำคัญต่างๆ ในการดูแลภาพรวม ชี้นำกำหนดเป้าหมายของระบบให้ชัดเจน ออกแบบระบบวางแผนปฏิบัติ ส่งเสริมการใช้ข้อมูลเพื่อกำกับติดตามผลลัพธ์ภาพรวม และนำผลการวิเคราะห์มาใช้ประโยชน์ในการพัฒนา/ปรับปรุงระบบงาน เพื่อให้เกิดผลการดำเนินงานที่เป็นไปตามเป้าหมายโดยเฉพาะควรเน้นการกำกับติดตามประเมินผลเพิ่มการเรียนรู้การพัฒนาทีมโดยการใช้
32 การประเมินตนเองและจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ [II-1.1ก(5)(8)(9)]		
33 การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย [II-1.1ข(1)]		
34 การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย [II-1.1ข(2)(3)(4)]		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
35 ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย [II-1.2ก(1) (5)* (6)]	4. ผ่านการประเมินระบบงานสุขศึกษาและ ประชาสัมพันธ์	แนวคิดในการพัฒนาคุณภาพ เป้าหมายของ มาตรฐานที่มีความเกี่ยวข้องกับทีม รวมถึงบทบาท การเชื่อมโยงกับทีมที่เกี่ยวข้องและทีมนำเพื่อนำไปสู่ การปรับปรุงเชิงระบบร่วมกัน 2. ควรทบทวนระบบบริหารความเสี่ยง ตั้งแต่การ กำหนดนิยามความเสี่ยง การค้นหาความเสี่ยง โดยเฉพาะความเสี่ยงเกี่ยวกับการป้องกันและสร้าง เสริมสุขภาพ การรวบรวมข้อมูล การนำ risk register มาใช้ในการจัดการความเสี่ยงสำคัญของโรงพยาบาล โดยเฉพาะความเสี่ยงตาม 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อ ความปลอดภัย เพื่อส่งต่อผู้รับผิดชอบในการทบทวน ค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา ปรับปรุงเชิงนโยบาย และติดตาม รวมถึงการประเมินประสิทธิภาพของ ระบบบริหารความเสี่ยง คำแนะนำ (Suggestion) การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย: ควรทบทวนการ กำหนดประเด็นสำคัญ เป้าหมายในการพัฒนากลุ่มโรค สำคัญตามปัญหาและความเสี่ยงต่างๆ ให้ครอบคลุมทั้ง
36 กระบวนการบริหารความเสี่ยง [II-1.2ก(2)(3)]	5. ผ่าน green and clean hospital ระดับดี มาก plus 30 กันยายน 2563	
37 การเรียนรู้จากอุบัติการณ์ [II-1.2ก(4)] *	6. ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ระดับคุณภาพ ปี 2563 7. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาล ระดับดีมาก ปี 2563 8. ผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรม สิ่งแวดล้อม โรงพยาบาลชุมชนระดับ เริ่มต้นพัฒนา ปี 2563	

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
		ด้านการรักษา ส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟูสภาพ พร้อมทั้งกำหนดและติดตามตัวชี้วัดตามมิติคุณภาพต่างๆ ที่สะท้อนเป้าหมายเหล่านั้น รวมทั้งส่งเสริมให้การตามรอยกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ได้ออกแบบไว้ เพื่อใช้เรียนรู้และติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกอย่างต่อเนื่อง
II-2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ		
38 ระบบบริหารการพยาบาล [II-2.1ก]	1. การกำกับดูแลด้านวิชาชีพพยาบาล: ทีมพยาบาลเป็นแกนหลักในการประสานงานกับระบบงานอื่นๆ และกำลังสำคัญในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องทั้งภายใน ภายนอกโรงพยาบาล สนับสนุนการใช้ความรู้ทางวิชาการมาพัฒนาระบบงานและวิชาชีพ เช่น การพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เป็นต้น 2. การกำกับดูแลด้านวิชาชีพด้านการแพทย์: ทีมแพทย์เป็นผู้นำในทีมในระบบต่างๆ มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพอย่าง	คำแนะนำ (Suggestion) 1. การกำกับดูแลด้านวิชาชีพพยาบาล: 1.1. ทีมบริหารพยาบาล ควรทบทวนบทบาทหน้าที่ในแต่ละอนุกรรมการบริหารของกลุ่มการพยาบาลให้ชัดเจน ที่จะดูแลภาพรวมของเรื่องนั้นๆ ในองค์กรพยาบาล เช่น เรื่องการพัฒนาบุคลากร ความเสี่ยงทางการพยาบาล เป็นต้น นำสู่การนิเทศกำกับติดตามที่จะทำให้น้องพยาบาลเก่งขึ้น ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพสูงและปลอดภัย 1.2. ทีมบริหารพยาบาลควรทบทวนผลลัพธ์ที่เป็นบทบาทให้ครอบคลุมประเด็นสำคัญตามบริบท
39 ปฏิบัติการทางการพยาบาล [II-2.1ข]		
40 องค์กรแพทย์ [II-2.2]		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	ต่อเนื่อง รวมทั้งนำเอาหลักฐานทางวิชาการมาเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ	และทิศทางของโรงพยาบาล โดยเฉพาะเรื่อง การสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มโรคสำคัญของพื้นที่ เช่น อัตราผู้ป่วย HT ได้รับการคัดกรอง CVD risk อัตราผู้ป่วยเบาหวานได้รับการคัดกรอง ความเสี่ยง และอัตราผู้ป่วย COPD พ้นยา ถูกต้อง เป็นต้น 2. การกำกับดูแลด้านวิชาชีพแพทย์ ควรส่งเสริมให้ แพทย์มีส่วนร่วมในการทบทวนและการตามรอยทาง คลินิก รวมทั้งกำหนดภาวะแทรกซ้อน แนวทางใน การเฝ้าระวังร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การ ดูแลผู้ป่วยมีความปลอดภัยมากขึ้น
II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย		
41 ความปลอดภัยและสวัสดิภาพของโครงสร้าง และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การจัดการกับวัสดุ และของเสียอันตราย [II-3.1ก, ข]	1. มีการทำการตรวจสอบความปลอดภัย ด้านโครงสร้างและสิ่งแวดล้อมโดย ผู้เชี่ยวชาญจากสำนักงานบริการสนับสนุน ปีละ 1 ครั้ง และ ENV & IC round นำ ผลมาแก้ไข ปรับปรุงที่สำคัญเพื่อความ	คำแนะนำ (Suggestion) 1. การจัดการเครื่องมือ ควรส่งเสริมการทบทวนความ ต้องการใช้เครื่องมือกลุ่มเสี่ยง ที่จำเป็นให้ครอบคลุม หน่วยงานเสี่ยง เช่น รถ ambulance (ที่พบว่าไม่มี) ระบบสำรองในกรณีฉุกเฉินและจำนวนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง
42 การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน และความ ปลอดภัยจากอัคคีภัย [II-3.1ค, ง]		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
43 เครื่องมือและระบบสารสนเทศ [II-3.2ก, ข]	ปลอดภัยและสอดคล้องตามข้อกำหนด/ มาตรฐาน ในปี 2563 - 2564 ได้แก่ ทางเชื่อมระหว่างอาคาร กันห้องเวชระเบียน กันห้อง IT อาคารคลังยาใหม่ ที่พัก พชร. จัดพื้นที่ให้เอื้อต่อการคัดกรองผู้รับบริการ ทุกราย ห้องแยกโรค ห้อง negative pressure, ARI clinic, cohort ward ขนาด 24 เตียง กรังสัญญาณเตือนอัคคีภัย CCTV ซ่อมบำรุงในส่วนที่ชำรุด ปรับระบบ ออกซิเจน และ vacuum เป็นแบบ pipeline (ปี 2564) เป็นต้น จากผลการดำเนินการที่ผ่านมาสามารถแก้ไขให้เป็นไปตามเป้าหมายได้ร้อยละ 77.89 มีการจัดอบรมบุคลากรเพิ่มพูนทักษะที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม ความปลอดภัย 2. มีการจัดทำบัญชีสารเคมีของหน่วยงาน และของเสียอันตรายในโรงพยาบาล	เช่น ในกลุ่มได้รับยา HAD ผู้ป่วยเด็กและผู้สูงอายุ เพื่อให้มั่นใจว่ามีเครื่องมือกลุ่มเสี่ยงสูงเพียงทั้งในภาวะปกติและฉุกเฉิน
44 สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ [II-3.3ก]		2. ควรเพิ่มการวิเคราะห์/ทบทวนร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อระบุภาวะฉุกเฉินที่อาจเกิด จัดทำแผนรองรับภาวะฉุกเฉิน เตรียมความพร้อมอุปกรณ์ เครื่องมือที่จำเป็น รวมทั้งอบรมและซ้อมแผนร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
45 การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม [II-3.3ข]		3. ควรเพิ่มการปรับปรุงแก้ไข จากข้อเสนอแนะหรือผลการประเมินการซ้อมแผน เพื่อการพัฒนาระบบการจัดการอัคคีภัยให้มีความพร้อม 4. ระบบบำบัดน้ำเสีย ที่พบว่าการทำลายเชื้อในน้ำเสียใช้คลอรีนแบบเม็ด ซึ่งมีข้อจำกัดที่การหยดคลอรีนไม่ต่อเนื่องหรือไม่สอดคล้องกับการจัดการทำลายเชื้อ ควรทบทวนร่วมกับเภสัชกรเร่งดำเนินการปรับการจัดการระบบคลอรีนให้น้ำเสียที่ปล่อยออกในทุกช่วงเวลาสัมผัสคลอรีนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มั่นใจว่าน้ำเสียที่ออกจากระบบมีการทำลายเชื้ออย่างต่อเนื่อง

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	และแนวทางการจัดการ สารเคมีและของเสียของแต่ละประเภท 3. มีการฝึกซ้อมแผนอัคคีภัยปีละ 1 ครั้ง 4. ด้านเครื่องมือ มีการจัดทำบัญชีรายการเครื่องมือแพทย์ดังนี้ เครื่องเสียงสูง ปานกลางและพื้นฐาน มีการสอบเทียบล่าสุดล่าสุดปี 2563 5. น้ำประปาใช้น้ำบาดาล ผ่านกระบวนการกรองตามระบบ ตรวจสอบค่าคลอรีนคงเหลือที่ต้นทางและปลายทางทุกวัน ตรวจน้ำดื่มและน้ำประปาจากภายนอกปีละ 2 ครั้งผลผ่านเกณฑ์ ยกเว้นค่าความกระด้าง จึงมีการเพิ่มเครื่องกรองในส่วนน้ำที่หน่วยจ่ายกลาง นอกจากนี้มีการตรวจน้ำบาดาล จากผู้เชี่ยวชาญจากกรมทรัพยากรน้ำบาดาลในการยืนยันการใช้น้ำบาดาล	

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	6. ระบบบำบัดน้ำเสียเป็นแบบ onsite treatment 2 จุด (OPD, IPD) น้ำเสียทั้งหมดที่เข้าบ่อรวมมีการเพิ่มระบบการฆ่าเชื้อด้วยคลอรีน ในปี 2561 ผลการตรวจวิเคราะห์น้ำทั้งปี 2561 - 2564 ผ่านทุกพารามิเตอร์ 7. การจัดการขยะ: มีการกำหนดระบบการจัดการขยะ ครอบคลุมการคัดแยก ขนส่ง จัดเก็บและทำลาย การประสานกำกับติดตามการจัดการขยะติดเชื้อทั้งในโรงพยาบาล CI, HI และที่ รพ.สต. โดยกำหนดสถานที่จัดเก็บในส่วน CI, HI และ รพ.สต. เทศบาลอำเภอใกล้เคียงจะไปจัดเก็บที่จุดรวมตามพื้นที่ที่จัดไว้ ทำให้โรงพยาบาล ในปี 2563 ผ่าน green and clean hospital ระดับดีมาก plus และผลประเมินระบบสุขภาพผ่านระดับคุณภาพ	

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ		
46 ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Prevention & Control-IPC) [II-4.1ก]	1. พยาบาลควบคุมการติดเชื้อของ โรงพยาบาลเป็นกำลังสำคัญในการสอน ใส่ PPE โดยเฉพาะในสถานการณ์การ ระบาดของโรค COVID - 19 2. มีการออกแบบระบบการเฝ้าระวังผู้ป่วย วัณโรค ที่ใช้ IT โดยพัฒนาโปรแกรม HIWIN integrate ที่ช่วยแจ้งเตือน (pop up) ผู้ป่วยวัณโรคที่จะเข้ารับการรักษา ตรวจในโรงพยาบาล เป็นการเฝ้าระวัง การติดเชื้อจากบริการสุขภาพในเชิงรุก และได้พัฒนาระบบการเก็บข้อมูลการ ติดเชื้อให้ความครอบคลุม โดยจัดทำ แบบฟอร์มบันทึกการติดเชื้อจำแนกราย ตำแหน่งการติดเชื้อสำหรับใส่ในแฟ้ม ผู้ป่วย จัดระบบการรายงาน ICN เมื่อ สงสัยมีการติดเชื้อ ICN ยืนยันวินิจฉัย การติดเชื้อ พยาบาลประจำหอผู้ป่วยลง	ข้อเสนอแนะ (Recommendation) : ทีมควรออกแบบระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน เชิงรุก โดยการเชื่อมประสานระบบงาน IC กับ กระบวนการดูแลผู้ป่วย เช่น การให้ข้อมูลและเสริมพลัง แก่ครอบครัว ชุมชน ถึงวิธีการลดความเสี่ยงต่อการติด เชื้อในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในชุมชน กลุ่ม intermediate care การ early detect และส่งต่ออย่างรวดเร็ว เพื่อให้เกิด การพัฒนางาน IC ในชุมชนอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ ควรทบทวนระบบการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจาย เชื้อของผู้ป่วยเชื้อดื้อยาทั้งเกณฑ์ในการจำหน่าย มาตรการที่เกี่ยวข้องเมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน คำแนะนำ (Suggestion) จากการที่โรงพยาบาลยังไม่พยาบาลควบคุมการติดเชื้อที่ ได้รับการอบรมเฉพาะทางด้านการป้องกันและควบคุม การติดเชื้อแบบ 4 เดือน จึงควรเสริมพลังให้บุคลากรมี แรงจูงใจที่จะเรียนเฉพาะทาง IC เพื่อให้สามารถมอง
47 การเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ [II-4.1ข]		
48 การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป [II-4.2ก]		
49 การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ [II-4.2ข] *		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	บันทึกในแบบฟอร์มการเฝ้าระวังแบบ เป็นปัจจุบันขณะผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล ส่งข้อมูลการติดเชื้อรวบรวมเป็นภาพรวม โรงพยาบาลและรายงานโดย ICN มีการนำรายงานการติดเชื้อ เสนอต่อที่ ประชุมคณะอนุกรรมการ IC ทุกครั้ง	ภาพรวมและช่วยออกแบบระบบการป้องกันและควบคุม การติดเชื้อที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทได้
II-5 ระบบเวชระเบียน		
50 ระบบบริหารเวชระเบียน [II-5.1 ก/ข]	อัตราความสมบูรณ์เวชระเบียนของผู้ป่วย นอกและผู้ป่วยในอยู่ในเกณฑ์สูงเกินเป้าหมาย (>80%) อย่างต่อเนื่อง	คำแนะนำ (Suggestion) ในการรักษาความลับของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงตามที่ โรงพยาบาลกำหนด พบว่าการกำกับดูแลเวชระเบียนกลุ่ม เสี่ยงอื่นและ OSCC การกำหนดระบบการเข้าถึงและการ รักษาความลับไม่ชัดเจน ทีม IM ร่วมกับทีมที่เกี่ยวข้อง ควรร่วมกันกำหนดเวชระเบียนกลุ่มเสี่ยง กำหนดแนวทาง การบริหารจัดการเวชระเบียน การเข้าถึง การจัดเก็บ ให้ ชัดเจน สื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบ ร่วมกับการตามรอย ประเมินระบบที่กำหนด เพื่อให้มั่นใจว่าเวชระเบียนกลุ่ม เสี่ยงปลอดภัยมีการรักษาความลับที่มีประสิทธิภาพ
51 เวชระเบียนผู้ป่วย [II-5.2]		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
II-6 ระบบการจัดการด้านยา		
52 การกำกับดูแลการจัดการด้านยา [II-6.1 ก] *	ห้องยาเปิดให้บริการ 8.00 - 20.00 น. มีระบบ IT ที่ช่วยสนับสนุนในการสั่งยา มีการแจ้งเตือน DI การแพ้ยา มีการทำ medical reconciliation ในผู้ป่วยเรื้อรังที่มีการนอนในโรงพยาบาลมี ยาความเสี่ยงสูงจำนวน 13 รายการ มีการ ทำ DUE ในยา 4 รายการ ในปี 2563 มี ผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ 1 ราย นำมาปรับปรุงการ เดือนแพ้ยาในระบบ HI ของโรงพยาบาล และการสื่อสารการแพ้ยาในเวชระเบียน รวมทั้งมีการปรับวงรอบในการให้ยาร่วมกับ ทีมการพยาบาล	ข้อเสนอแนะ (Recommendation) : ควรส่งเสริมการขับเคลื่อนเป้าหมายและการพัฒนาระบบ ยาโดยผ่านกลไกการนำข้อมูลความเคลื่อนไหวทางยา และ ข้อมูลความปลอดภัยด้านยามาสร้างการเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อนำมาสู่การปรับปรุงการใช้ยาในทุกๆ กระบวนการให้ เกิดความปลอดภัยมากขึ้น รวมทั้งการกำหนดแนวทางที่ ชัดเจนในการติดตามความร่วมมือในการปฏิบัติตาม นโยบายหรือแนวทางในการใช้ยาต่างๆ ที่ได้กำหนดขึ้น และนำผลลัพธ์การติดตามดังกล่าวมาวิเคราะห์และเรียนรู้ ร่วมกันเพื่อปรับปรุงนโยบายหรือแนวทางต่างๆ ให้สอดคล้องกับบริบทปัญหาอย่างต่อเนื่อง คำแนะนำ (Suggestion) 1. ควรส่งเสริมและกระตุ้นให้เกิดการค้นหาและรายงาน อุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านยา ความ คลาดเคลื่อนทาง ยาให้เพิ่มมากขึ้นในทุกประเภท วิเคราะห์ข้อมูล รวมทั้งหาสาเหตุที่แท้จริงในภาพรวมเพื่อกำหนด
53 สิ่งแวดล้อมสนับสนุน การจัดหาและเก็บรักษา ยา [II-6.1 ข,ค]		
54 การสั่งใช้ยาและถ่ายทอดคำสั่ง [II-6.2 ก]		
55 การทบทวนคำสั่ง เติริยม เขียนฉลาก จัดจ่าย และส่งมอบยา [II-6.2 ข]		
56 การบริหารยาและติดตามผล [II-6.2 ค]		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
		ประเด็นในการแก้ไขให้ชัดเจนยิ่งขึ้น และนำมาปรับปรุงในเชิงระบบแบบสหสาขาวิชาชีพ 2. ควรทบทวนแนวคิดและเป้าหมายในการดำเนินการ medication reconciliation ในแต่ละขั้นตอน ตั้งแต่ verification, clarification, reconciliation เพื่อนำมาสู่การออกแบบกระบวนการและเอกสารที่มีข้อมูลที่เป็นประโยชน์โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ สามารถใช้ข้อมูลเหล่านี้ในการสื่อสารข้อมูลรายการยาเดิมได้อย่างทั่วถึงและเข้าถึงได้สะดวก รวมถึงการกำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสมที่สามารถใช้เพื่อประเมินประสิทธิภาพทั้งในเชิงกระบวนการและผลลัพธ์ของการดำเนินงาน 3. ควรส่งเสริมการกำหนดกลุ่มยาที่ต้องเข้มงวดในการบริหารยาให้ตรงเวลาให้มีความชัดเจน โดยเฉพาะยาในกลุ่มสำคัญ ทบทวนการติดตามผลข้างเคียงจากการใช้ยาความเสี่ยงสูงอย่างเหมาะสม รวมทั้งวางแนวทางในการประเมินและกำกับติดตามการบริหารยา เพื่อนำข้อมูลการกำกับติดตามมาปรับปรุงการ

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
		บริหารยาเหล่านี้ให้เกิดประสิทธิภาพและความปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง
II-7 การตรวจทดสอบเพื่อการวินิจฉัยโรค และบริการที่เกี่ยวข้อง		
57 บริการรังสีวิทยา/ภาพทางการแพทย์ [II-7.1]	1. การบริการทางรังสี ให้บริการ general x-ray ทั่วไป ตลอด 24 ชั่วโมง (นอกเวลา หลังเที่ยงคืน oncall) มีการตรวจสอบความปลอดภัยทางรังสีโดยผู้เชี่ยวชาญ ทุกปี บุคลากรมีเครื่องวัดรังสีประจำตัว ได้รับการตรวจสอบทุก 3 เดือน ปริมาณรังสีที่บุคคลอยู่ในเกณฑ์ปกติ เปลี่ยนเป็นเอกซเรย์ดิจิทัล PACs เมื่อปลายปี 2561 ทำให้อัตราการส่งเอกซเรย์ต่ำลง และอุปกรณ์ป้องกันรังสีมีเพียงพอตามมาตรฐาน ได้แก่ เสื้อตะกั่ว แว่นตากันรังสี thyroid shield gonad shield และอยู่ระหว่างรอใบอนุญาตครอบครองเครื่องฉายรังสีจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้ดำเนินการขอแล้วพร้อมหลักฐาน	คำแนะนำ (Suggestion) จากข้อมูลที่พบว่าอัตราการรายงานผลผิดพลาดเพิ่มขึ้นในปี 2564 หลังพัฒนาระบบรายงานผ่าน LIS ควรเพิ่มการทบทวน วิเคราะห์สาเหตุ และผลกระทบ นำสู่การปรับระบบการรายงาน เพื่อให้มั่นใจว่าการรายงานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการถูกต้อง แม่นยำ
58 บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก [II-7.2] *		
59 ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต [II-7.4] *		
60 พยาธิวิทยากายวิภาค และบริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ [II-7.3 / 7.5]		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	2. บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง หลังเวลา 16.00 น. on call พื้นที่บริการจัดพื้นที่เป็นสัดส่วนตามมาตรฐาน ได้แก่ พื้นที่ห้องเจาะเลือด พื้นที่ห้องปฏิบัติการ พื้นที่ทำงานเอกสาร คลังเก็บน้ำยา และที่พัสดุกลาง มีการกำกับตรวจสอบคุณภาพตามมาตรฐาน IQC ได้ทุกรายการตรวจและ EQA ตรวจได้ร้อยละ 92.8 นาระบบ LIS ในการรายงานผลตรวจผ่านระบบ HI และได้รับการตรวจประเมินจากองค์กรวิชาชีพ (ต่ออายุ) เมื่อปี 2563 ผลผ่าน LA ผ่าน reaccredit (หมดอายุปี 2566)	
II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ		
61 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ [II-8]	มีการเฝ้าระวังและตอบสนองต่อการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID - 19 ในชุมชนได้	คำแนะนำ (Suggestion)

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	อย่างมีประสิทธิภาพโดยร่วมมือกับเครือข่าย ได้แก่ สสอ. อบต. รพ.สต. ในการจัดบริการด้านการสร้างเสริมและเฝ้าระวังโรคระบาดในชุมชน ผู้นำชุมชน อสม. จัดบริการคัดกรองเฝ้าระวังในชุมชน จัดบริการ community isolation ประจำหมู่บ้าน มี home isolation ที่มีเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม. ให้การดูแลติดตามในช่วงการระบาดระลอก 2 พบว่าไม่มีการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน และไม่พบว่ามีบุคลากรติดเชื้อ COVID - 19 รวมถึงในช่วงการระบาดในปัจจุบัน ที่เปิดโรงพยาบาลสนามที่หอประชุมของอำเภอร่วมกับทีมชุมชน ในการให้บริการสุขภาพ ควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ COVID - 19	ควรส่งเสริมการค้นหาภัยสุขภาพให้ครอบคลุมกลุ่มโรคไม่ติดต่อและปัญหาด้านสุขภาพอื่นๆ นำสู่การคาดการณ์แนวโน้มการเกิดโรคไม่ติดต่อนำสู่การวางแผนส่งเสริมป้องกันร่วมกัน
II-9 การทำงานกับชุมชน		
62 การทำงานกับชุมชน [II-9]	โรงพยาบาลมีความโดดเด่นในการทำงานร่วมกับชุมชน ชุมชนมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้นำและศรัทธาในผลงานของโรงพยาบาล	คำแนะนำ (Suggestion) ควรส่งเสริมการกำหนดชุมชนให้ชัดเจนเพื่อให้มีการวิเคราะห์ภาวะสุขภาพและศักยภาพในการดูแลตนเองของ

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	ทั้งในสถานการณ์ปกติ และสถานการณ์การระบาดของโรค COVID - 19 มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์แบบมีส่วนร่วมที่นำหลักเวชศาสตร์ครอบครัวมาดำเนินการในการเชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพของชุมชน โดยใช้เป้าหมายการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของประชาชน ที่ดำเนินการโดยหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลในการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น กลุ่มแม่และเด็กปกติจัดบริการตามมาตรฐานบริการอนามัยแม่และเด็ก พัฒนาระบบการเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยจากปฐมภูมิสู่โรงพยาบาลจนกลับถึงในชุมชน กลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนพัฒนาศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ ตรวจสอบสุขภาพประเมิน IQ/EQ เสริมด้านพัฒนาการกลุ่มเด็กวัยเรียน วัยรุ่น กิจกรรมการดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงสูง ดำเนินงานในโรงเรียนมัธยมขยายโอกาส และค้นหาผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพเตรียมการเพื่อจัดระบบการ	ชุมชนนำข้อมูลที่ได้ติดตามมาสร้างการเรียนรู้และปรับปรุงกระบวนการในการดูแลตนเอง เช่น อัตราการเกิดผู้ป่วยรายใหม่ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อให้ผลลัพธ์ด้านส่งเสริมป้องกันได้มากขึ้น เป็นต้น

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	ติดตามดูแลแบบประคับประคอง การเสริมพลังให้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงความร่วมมือกับชุมชนในจัดบริการ ระบบ pre - hospital ที่ช่วยให้ผู้ป่วย STEMI, stroke เข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว	
ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย		
III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ		
63 การเข้าถึงบริการ [III-1(1-3*)]	1. มีการพัฒนา fast track อย่างต่อเนื่องในโรค STEMI, stroke, sepsis โดยมีการปรึกษาแพทย์โรงพยาบาลแม่ข่ายในการแปลผล EKG สามารถให้ SK ได้ พัฒนาสมรรถนะและแนวทางในการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยโรคดังกล่าว พัฒนา check list refer รวมทั้งมีการประเมิน pneumonia score เพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยเด็กที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจ 2. ในสถานการณ์ COVID - 19 มีการปรับบริการโดยมีการคัดกรองผู้ป่วยก่อนเข้า	คำแนะนำ (Suggestion) 1. ควรส่งเสริมการทบทวนผู้ป่วยกลุ่มโรค fast track ที่เข้าถึงล่าช้าและผู้ป่วยเร่งด่วนฉุกเฉินที่ยังได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินไม่ทันเวลา โดยการวิเคราะห์สาเหตุต่างๆ และมีการปรับปรุงที่ตรงประเด็น เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มเร่งด่วนฉุกเฉินได้เข้ารับบริการที่ทันเวลาและปลอดภัย 2. ควรส่งเสริมการประเมินประสิทธิภาพของกระบวนการ triage ด้วยการเรียนรู้จากการตามรอยการปฏิบัติที่หน้างานและอุบัติการณ์หรือสถิติการส่งผู้ป่วยไปมาระหว่าง ER กับ OPD เพื่อปรับเกณฑ์ใน
64 กระบวนการรับผู้ป่วย การให้ข้อมูล และ informed consent [III-1(4-8*)]		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	รับบริการ ปรับปรุง ARI clinic แบบถาวร และ one stop service โดยมีเจ้าหน้าที่ประจำกลุ่มเฉพาะ ปรับแนวทางในการรับผู้ป่วยโดยทีม EMS ตามระดับความเสี่ยงพร้อมอุปกรณ์การแพทย์ จำกัดจำนวนผู้ป่วยรอหน้าห้องตรวจ จัดตั้งศูนย์พักคอย (CI, HI) และโรงพยาบาลสนาม 50 เตียง มีการค้นหา คัดกรอง และเฝ้าระวังผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชน รวมทั้งการมีระบบ telemedicine สำหรับผู้ป่วย NCDs และจัดส่งยาให้ผู้ป่วยที่บ้านโดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่ อสม.	การคัดแยกให้ชัดเจนที่ครอบคลุมและมีความจำเพาะในการคัดแยกผู้ป่วยเข้ารับการรักษามาตามความเร่งด่วนและมีความปลอดภัย รวมทั้งส่งเสริมการกำกับติดตามและประเมินผลการนำแนวทางมาสู่การปฏิบัติที่ได้กำหนดไว้อย่างถูกต้องและเข้าใจตรงกัน
III- 2 การประเมินผู้ป่วย		
65 การประเมินผู้ป่วย และการส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค [III-2 ก, ข]		คำแนะนำ (Suggestion) 1. การประเมินผู้ป่วย: ควรส่งเสริมการใช้ข้อมูลการประเมินร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพโดย เฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีลักษณะเฉพาะหรือมีความเสี่ยง
66 การวินิจฉัยโรค [III-2 ค] *		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
		สูงและในกลุ่มผู้ป่วยสำคัญ เช่น เด็ก ผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้ปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยที่ครบถ้วนเหมาะสมรวมทั้งมีการระบุปัญหาที่เร่งด่วนและสำคัญอย่างชัดเจน นอกจากนี้ควรทบทวนวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยที่ทรุดลงขณะสังเกตอาการหรือการรักษาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อกำหนดแนวทางการประเมินซ้ำที่เหมาะสมกับภาวะผู้ป่วย ปรับเปลี่ยนแผน การดูแลได้อย่างทันเวลา 2. การวินิจฉัยโรค: ควรส่งเสริมการทบทวนกลุ่มผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยตามอาการ (รหัส R) ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยผิดพลาดและล่าช้า ผู้ป่วยที่มีการส่งต่อซึ่งมีการเรียนรู้กับผู้เชี่ยวชาญหรือ โรงพยาบาลแม่ข่าย ผู้ป่วย revisit เพื่อหาโอกาสพัฒนาและทบทวนการวินิจฉัยโรคอย่างถูกต้อง รวมทั้งทบทวนความเหมาะสมของการวินิจฉัย โรคที่สอดคล้องกับข้อมูลประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจ investigation อย่างสม่ำเสมอ

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
III-3 การวางแผน		
67 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย [III-3.1]		คำแนะนำ (Suggestion) 1. การวางแผนการดูแลผู้ป่วย : ทีมสหสาขาวิชาชีพ ควรเพิ่มการระบุเป้าหมายที่ต้องการบรรลุแผนการดูแลให้ชัดเจน มีการตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายหรือแต่ละกลุ่มโรคอย่างครบถ้วน (ปัญหาทั่วไป ปัญหาเร่งด่วนหรือความเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวัง ปัญหาที่ต้องวางแผนและเตรียมตัวก่อนกลับบ้าน) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มโรคซับซ้อนที่ต้องดูแลร่วมกันหลายวิชาชีพ พร้อมกับมีแนวทางในการประสาน การสื่อสาร ส่งต่อ ข้อมูลการเฝ้าระวังโดยเฉพาะในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ระหว่างทีมผู้ให้บริการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีการนำแผน การดูแลผู้ป่วยไปสู่การปฏิบัติที่สอดคล้องกัน รวมทั้งทบทวนและปรับแผนการดูแลผู้ป่วยเมื่อเมื่อมีข้อมูล/ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรืออาการของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป
68 การวางแผนจำหน่าย [III-3.2]		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
		2. การวางแผนจำหน่าย ควรส่งเสริมการค้นหาและระบุปัญหาความต้องการของผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้นหลังจำหน่ายเฉพาะราย ด้วยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติ มีการเตรียมความพร้อม ประเมินความรู้ ทักษะที่จำเป็นและส่งต่อข้อมูลให้กับเครือข่าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการปัญหาหลังจำหน่ายอย่างเหมาะสม
III-4 การดูแลผู้ป่วย		
69 การดูแลทั่วไป [III-4.1]	1. การดูแลทั่วไป: มีการพัฒนาดีผู้ป่วยในเป็น cohort ward จำนวน 24 เตียง โดยมีการแยกอัตรากำลังในการดูแลเฉพาะ มีการปรับปรุงห้อง AIIR จำนวน 1 ห้อง และห้อง modify AIIR จำนวน 1 ห้อง 2. อาหารและโภชนาบำบัด: พบว่าเป็นการจ้างเหมาผู้ประกอบอาหารจากภายนอก โดยจัดทำเป็นอาหารสำเร็จและส่งมาที่โรงพยาบาลแบบเฉพาะคน	ข้อเสนอแนะ (Recommendation) : การดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง ควรทบทวนและกำหนดกลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงสูงของโรงพยาบาลให้ครอบคลุมในทุกกลุ่มผู้ป่วย/การบริการต่างๆ กำหนดแนวทางการเฝ้าระวังที่ครอบคลุมและเหมาะสมตามความเสี่ยงที่ได้รับไว้ รวมทั้ง early warning sign ซึ่งใช้เป็นสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติที่ต้องใช้รายงานแพทย์อย่างชัดเจน มีการพัฒนาทักษะทีมดูแลในการประเมิน เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสมกับความรุนแรงของผู้ป่วยใน
70 การดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง [III-4.2]		
71 การระบุความรู้สึก [III-4.3 ก]		
72 การผ่าตัด [III-4.3 ข] *		
73 อาหารและโภชนาบำบัด [III-4.3 ค]		
74 การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย [III-4.3 ง]		
75 การจัดการความปวด [III-4.3 จ]		
76 การฟื้นฟูสภาพ [III-4.3 ฉ]		
77 การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง [III-4.3 ช]		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	3. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีการออกแบบระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่งเสริมให้มีพยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีการใช้เกณฑ์ PPS version 2 ในการประเมินผู้ป่วย และกำหนดระบบการดูแลเชื่อมโยงกับ COC ในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจของผู้ป่วยที่ต้องการกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านมีอุปกรณ์ให้ผู้ป่วย และบรรเทาความทุกข์ทรมานจากการเจ็บปวดด้วย opioids 4. การฟื้นฟูสภาพ: มีการกำหนดกลุ่มผู้ป่วยสำคัญที่จำเป็นต้องรับการฟื้นฟูสภาพ เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้พิการ รวมถึงยังมีการจัดบริการเยี่ยมผู้ป่วยสูงอายุที่ติดเตียงและผู้พิการในชุมชน มีการจัดทำแนวทางการดูแลผู้พิการ ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง มีการจัด	แต่ละราย เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงมีความปลอดภัยมากขึ้น คำแนะนำ (Suggestion) 1. ตามที่โรงพยาบาลมีโภชนากร ควรดำเนินการกำหนดอาหารเฉพาะโรคที่ชัดเจน เรียนรู้การใช้ข้อมูลที่เป็นในการกำหนดอาหาร และสื่อสารให้ผู้ประกอบการจัดทำอาหารให้ได้ตรงตามที่กำหนด กำกับตรวจสอบอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการกำหนด KPI ที่สะท้อนกระบวนการจัดบริการตามหลักสุขาภิบาล และผลลัพธ์ทางโภชนาบำบัด เพื่อให้มั่นใจว่าการจัดบริการอาหารสอดคล้องตามมาตรฐาน และถูกต้องเหมาะสมตามโภชนาบำบัด 2. ควรติดตามประเมินผลการประเมินและการบำบัดอาการปวด ทั้งผลลัพธ์ของการจัดการความและภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาบรรเทาปวดในกลุ่ม opioids ในกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	บุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเพื่อตอบสนองความต้องการผู้ป่วย ได้แก่ นักกายภาพบำบัด วิเคราะห์ข้อมูลผู้พิการวางแผนเยี่ยม และประสานชุมชนเพื่อออกให้บริการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ร่วมกันเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ มีเครือข่ายชุมชนในการดูแลและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย 5. การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ให้บริการผู้ป่วย CKD stage 1 - 5 ได้พัฒนากราฟพยากรณ์โรคไต เพื่อใช้สื่อการเรียนรู้สำหรับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงระยะการทำงานของไต จัดทำการ์ดสีเตือนไตในการสื่อสารระยะของโรคไต จัดทำ education program ที่เป็นแนวทางในการเสริมพลังผู้ป่วยโรคไต ให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต ประกอบด้วย การให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยาโดยเภสัช	

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	กร แนะนำการรับประทานอาหารโดย นักโภชนาการ สอนสาธิต ฝึกปฏิบัติการ ออกกำลังกายโดยนักกายภาพบำบัด ทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมารับบริการ ให้คำปรึกษา เรื่องการเตรียมความพร้อม การตัดสินใจ เรื่องการทำ RRT เพื่อวางแผนส่งต่อ	
III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว		
78 การให้ข้อมูลและเสริมพลัง [III-5]	ทีมดูแลผู้ป่วยมีการเสริมพลังในกลุ่มผู้ป่วย เบาหวาน โดยใช้ใช้สติ๊กเกอร์ป้องกัน 7 สี กระบวนการกลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดย ใช้ motivation interview เน้นการติดตาม อย่างต่อเนื่อง พัฒนาเครือข่ายการเยี่ยมบ้าน ให้ครอบครัวเพื่อสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยและ ญาติมีกำลังใจและสามารถดูแลตัวเองได้ใน ชุมชน จนทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น	คำแนะนำ (Suggestion) ควรถอดบทเรียนจากการให้ข้อมูลและเสริมพลังในการ ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อขยายผลให้ครอบครัวกลุ่มผู้ป่วย สำคัญ เช่น COPD ที่พบว่ามืออัตร re-admit สูง ให้ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สามารถควบคุมโรคและ จัดการกับปัญหาสุขภาพได้ และลดอัตราการเกิด ภาวะแทรกซ้อนและการกลับมารักษาซ้ำได้

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
III-6 การดูแลต่อเนื่อง		
79 การดูแลต่อเนื่อง [III-6]	มีระบบนัดหมายเพื่อการรักษาต่อเนื่อง โดยใช้ระบบ IT เชื่อมโยงกับเครือข่าย รพ.สต. ในการติดตามดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน กำหนดแนวทางปฏิบัติในการเตรียมความพร้อมก่อนการส่งต่อผู้ป่วย การประสานงาน สื่อสารการส่งต่อ โดยวางแผนดูแลต่อเนื่อง ส่งข้อมูลเข้าสู่ศูนย์ COC ติดตามการดูแลต่อเนื่องโดย manager และทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น ผู้ป่วยเบาหวานติดตามให้ รพ.สต.เจาะเลือดวัดสัญญาณชีพและให้ญาติมารับยาแทน จัดทำรายงานการมาตรวจตามนัดและทะเบียนติดตามผู้ป่วยขาดนัด เยี่ยมบ้าน ผู้ป่วย stroke จัดระบบการติดตามเยี่ยมบ้านโดยประสานกับทีมโรงพยาบาลแม่ข่ายและทีม HHC, PCU เพื่อติดตามผลการรักษา ฟันฟูสภาพผู้ป่วย และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค จัดระบบการเก็บข้อมูลให้มีความเชื่อมโยงการดูแล	

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	ผู้ป่วยจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ผ่านระบบการส่งต่อสู่ชุมชน เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ระบบการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง	
ตอนที่ IV ผลการดำเนินการ		
IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ		
(1) ตัววัดสำคัญด้านการดูแลผู้ป่วย		
80 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยในภาพรวม [IV-1, III]	ในรอบ 3 ปี (2562 - 2564) อัตราการตายในภาพรวมไม่คงที่ (6 - 14 ราย) อัตรา re-admit มีแนวโน้มลดลง ส่วนอัตรา re-visit ใน 48 ชั่วโมงมีแนวโน้มสูงขึ้น	ควรทบทวนตัวชี้วัดที่ใช้ติดตามเพื่อใช้ประโยชน์ในการพัฒนาและสะท้อนคุณภาพในการดูแลรักษา เช่น การเสียชีวิตในกลุ่มที่ไม่ควรเสียชีวิตหรือเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีความรุนแรงระดับเดียวกัน เป็นต้น รวมทั้งเรียนรู้จากผลการวิเคราะห์และการเปลี่ยนแปลงเพื่อหาโอกาสพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
81 ผลลัพธ์ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ [IV-1, III-1]	ในรอบ 3 ปี (2562 - 2564) อัตราผู้ป่วย stroke ที่มาภายใน 3 ชั่วโมง อัตราผู้ป่วยได้รับการทำ EKG ภายใน 10 นาทีและอัตราผู้ป่วย MI ได้มีการวินิจฉัยคลาดเคลื่อนมี	ควรเพิ่มการติดตามตัวชี้วัดผลการเข้าถึงให้ตรงประเด็นและครอบคลุมในกลุ่มโรคสำคัญ รวมทั้งการวิเคราะห์หาสาเหตุตัวชี้วัดที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายเพื่อหาโอกาสพัฒนาปรับปรุงแก้ไขให้ตรงประเด็น

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	แนวโน้มที่ดีขึ้น ส่วนอัตราผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการช่วยเหลือใน 10 นาทีมีแนวโน้มลดลง	
82 ผลลัพธ์ด้านความต่อเนื่องในการดูแล [IV-1, III-5, 6]	1. ผลลัพธ์ด้านความต่อเนื่องในการดูแล โรงพยาบาลนำเสนออัตราผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการติดตามต่อเนื่อง ผลลัพธ์บรรลุเป้าหมาย 100% จำนวนผู้ป่วย stroke ที่ได้รับการลงทะเบียน IMC ซึ่งมีจำนวนน้อยลง 2. ในรอบ 3 ปี (2562 - 2564) มีผลลัพธ์ที่ดี ได้แก่ ความพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อัตราผู้ป่วย HT ที่สามารถคุมระดับความดันโลหิตได้ดี อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่คุมระดับน้ำตาลได้ดี อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารักษาด้วยภาวะแทรกซ้อน ต้นทุนการบริการผู้ป่วยนอกเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลระดับเดียวกัน	1. ควรเพิ่มความครอบคลุมการติดตามตัวชีวิตในการดูแลต่อเนื่องให้ครอบคลุมในกลุ่มโรคสำคัญ วิเคราะห์ใช้ประโยชน์และปรับปรุงในกลุ่มโรคที่ผลการดูแลต่อเนื่องที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย รวมทั้งส่งเสริมการวัดผลในประเด็นผลลัพธ์สุขภาพจากการดูแลต่อเนื่องหรือคุณภาพชีวิต
83 ผลลัพธ์ด้านกระบวนการและผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญ (มิติความเหมาะสมและประสิทธิผล) [IV-1, III-2, 3, 4]		2. ควรนำข้อมูลการขาดนัดของผู้ป่วยโรคเรื้อรังมาพิจารณา เพื่อหาโอกาสพัฒนา ปรับปรุง
84 ผลลัพธ์ด้านการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย [IV-1, III-2, 3, 4]		3. ควรทบทวนการกำหนดตัวชีวิตให้ครบถ้วนและสะท้อนประเด็นตามมิติคุณภาพของแต่ละกลุ่มโรคสำคัญที่ได้กำหนดไว้อย่างครอบคลุมรวมทั้งมีการวิเคราะห์ความเชื่อมโยงในมิติความเหมาะสมและประสิทธิผล ในการดูแลเพื่อให้สามารถระบุขั้นตอนหรือปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ให้ดีขึ้นและเพื่อใช้ประโยชน์จากการติดตามตัวชีวิต

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
		4. ควรเพิ่มความครอบคลุมการติดตามตัวชี้วัดในด้านการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมในกลุ่มโรคสำคัญหรือมีค่าใช้จ่ายสูง เช่น ความเหมาะสมในการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม จำนวนวันนอน การใช้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม เป็นต้น
85 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด (S) * [IV-1, III-4.3 ก, ข]		
86 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (I) * [IV-1, II-4]	ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ โรงพยาบาลเสนออัตรา การติดเชื้อในโรงพยาบาล ผลลัพธ์เป็นไปตามเป้าหมาย	
87 ผลลัพธ์ระบบบริหารจัดการด้านยา และด้านความปลอดภัยในการใช้ยา/เลือด (M) * [IV-1, II-6, II-7.4]	ในรอบ 3 ปี (2562 - 2564) ผลลัพธ์ที่ดี ได้แก่ อัตราคงคลังยา อัตรายาขาดคลัง และไม่พบอุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำ ส่วนอัตราความคลาดเคลื่อนทางยายังไม่คงที่	ควรส่งเสริมการติดตามและกระตุ้นกลไกการค้นหาและดักจับข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุม เพื่อนำมาวิเคราะห์ปัญหาได้อย่างชัดเจน นำมาสู่การพัฒนาได้ตรงประเด็น
88 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในกระบวนการดูแลผู้ป่วย (P) * [IV-1, III]	ในรอบ 3 ปี (2562 - 2564) พบอุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดคน 2 ครั้ง อุตบัติการณ์	ควรกำหนดการวัดผลด้านความปลอดภัยในกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมกลุ่มโรคสำคัญของโรงพยาบาล

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	วินิจฉัยคลาดเคลื่อนผู้ป่วย MI 1 ครั้ง อัตราผู้ป่วยเสียชีวิตแบบไม่คาดหวังมีแนวโน้มลดลง	และครอบคลุมประเด็นใน PSG รวมทั้งใช้ประโยชน์จากการติดตามตัวชีวิตเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
89 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการใช้ line/tube/catheter และตัววัดที่เกี่ยวข้องกับห้องปฏิบัติการ (L) * [IV-1, II-7.2]	1. มีการกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพ ครอบคลุม ประเด็นคุณภาพ ติดตามอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ IQC, EQA การรายงานผลผลิตผลการรายงานค่าวิกฤต ลำช้า ความรวดเร็ว ความพึงพอใจและปลอดภัย 2. อัตราการรายงานผล lab คลาดเคลื่อนมีแนวโน้มลดลง	
90 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการดูแลภาวะฉุกเฉิน (E) * [IV-1, III-4.2 (5)]	อัตราผู้ป่วย AMI ที่ได้รับยา SK ใน 30 นาที ในปีล่าสุดลดลงจากปีก่อนหน้า	
(2) ตัววัดสำคัญด้านการสร้างเสริมสุขภาพ		
91 ผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพของผู้รับบริการ 3-7 ตัว [IV-1 (2)]	1. ผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพของผู้รับบริการ โรงพยาบาลนำเสนออัตราเด็กพัฒนาการช้าได้รับการติดตาม หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ 5 ครั้งตามเกณฑ์ และหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝาก	ควรส่งเสริมการวัดผลที่แสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์กระบวนการ และผลลัพธ์สุขภาพที่สะท้อนถึงการดูแลตนเอง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มโรคสำคัญ กลุ่มสุขภาพดี และกลุ่มเสี่ยง และปัญหาสุขภาพที่
92 ผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน [II-8, II-9]		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	ครั้งที่ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ ผลลัพธ์บรรลุเป้าหมาย 2. ผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน โรงพยาบาลนำเสนอประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 40 ปี ขึ้นไปได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยอัลตราซาวด์ ปีละ 1 ครั้ง และผู้ติดยาเสพติดได้รับการบำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดและได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด	สำคัญตามกลุ่มวัยในชุมชน วิเคราะห์ปัจจัยเพื่อจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสม
IV-2 ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น (มิติคนเป็นศูนย์กลาง)		
93 ตัววัด/ผลลัพธ์สำคัญด้านความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจ/ความผูกพัน ของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย[IV-2, I-3]	อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และอัตราข้อร้องเรียนได้รับการแก้ไขอยู่ในเกณฑ์สูงอย่างต่อเนื่อง	1. ควรขยายการประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์เพื่อตอบสนองให้ครอบคลุมกลุ่มผู้รับผลงานอื่น ชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียตามที่ได้จำแนกส่วนไว้ 2. ควรส่งเสริมการติดตามตัวชี้วัด การใช้ประโยชน์จากการติดตามตัวชี้วัดอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอมากกว่าข้อมูลรายปี/ครึ่งปี เรียนรู้จากผลวิเคราะห์

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ขึ้นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
		การเปลี่ยนแปลงของข้อมูลจาก run chart, control chart เพื่อหาโอกาสพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ
IV-3 ผลด้านกำลังคน		
94 ผลลัพธ์ด้านกำลังคน [IV-3, I-5] *		ควรส่งเสริมการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัดให้ครอบคลุมและวิเคราะห์ตัวชี้วัด นำสู่การพัฒนาด้านกำลังคนให้สอดคล้องกับปัญหา ความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้องค์กรมีกำลังคนที่เพียงพอ สมรรถนะเหมาะสม สุขภาพแข็งแรงและปลอดภัย
IV-4 ผลด้านการนำ		
95 ผลลัพธ์ด้านการนำ [IV-4, I-I, I-2]	อัตราการบรรลุผลตามกลยุทธ์องค์กรมีแนวโน้มสูงขึ้น ส่วน CMI มีแนวโน้มลดลง	
IV-5 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ		
96 ผลลัพธ์ด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ เช่น IM, BCM, Supply chain, RM, ENV [IV-5, II]		ควรทบทวนการกำหนดตัวชี้วัดให้ครอบคลุมมากขึ้น ในกระบวนการทำงานสำคัญ ในระบบ IM, ENV, supply chain, BCM ในการกำกับติดตามกระบวนการงานสำคัญต่างๆ ให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างต่อเนื่อง และแก้ไขเมื่อไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เพื่อให้ในทุกกระบวนการทำงานสำคัญมีประสิทธิภาพ

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
IV-6 ผลด้านการเงิน		
97 ผลลัพธ์ด้านการเงิน [IV-6, I-2]	ค่าวิกฤติทางการเงิน (risk scoring) อัตราส่วนสินทรัพย์คล่องตัวและอัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนมีแนวโน้มดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง	

ความเห็นเพิ่มเติมจากคณะกรรมการที่ปรึกษาเพื่อการรับรองคุณภาพ

คณะกรรมการที่ปรึกษาเพื่อการรับรองคุณภาพได้พิจารณารายงานผลการเยี่ยมสำรวจ มีความเห็นเพิ่มเติม ดังนี้

1. สิ่งที่น่าสนใจ
 - 1.1. มีการขำรงการตรวจสอบความปลอดภัยด้านโครงสร้างและสิ่งแวดล้อมโดยผู้เชี่ยวชาญจากสำนักงานบริการสนับสนุนปีละ 1 ครั้ง และ ENV & IC round นำผลมาแก้ไข ปรับปรุง
 - 1.2. ระบบบำบัดน้ำเสีย พบว่าผลการตรวจวิเคราะห์น้ำทั้งปี 2561 - 2564 ผ่านทุกพารามิเตอร์
 - 1.3. อัตราความสมบูรณ์เวชระเบียนของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในอยู่ในเกณฑ์สูงเกินเป้าหมาย (>80%) อย่างต่อเนื่อง
2. สิ่งที่เป็นโอกาสพัฒนา
 - 2.1. MSO ควรวางระบบกำกับกับการดูแลนอกเวลาราชการที่ ER กรณีพยาบาลตรวจแทนแพทย์ให้ชัดเจน ตลอดทั้งส่งเสริมให้มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง
 - 2.2. มาตรฐานสำคัญจำเป็นโดยเฉพาะความคลาดเคลื่อนการวินิจฉัย (diagnostic error) โดยเรียนรู้ใน area การทบทวนโดยผู้ชำนาญกว่า และการทบทวนผู้ป่วยส่งต่อส่งไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า (refer out) เพื่อหาโอกาสพัฒนา และนำมาสู่การเพิ่มศักยภาพการแล และทีมที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งขยายการบริการ
 - 2.3. ควรทบทวนความเชี่ยวชาญขององค์กร (core competency) ให้เหมาะกับบริบท และนำไปสู่การออกแบบระบบ/กระบวนการให้ชัดเจน เป็นรูปธรรม
 - 2.4. ผลการดำเนินงานการบริหารจัดการด้านยา ควรนำเสนอการพัฒนาแนวทางป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาแต่ละประเภท รวมถึงการจัดการยากลุ่มเสี่ยงสูงและผลลัพธ์การดำเนินการประสานรายการยา (medication reconciliation) ให้ชัดเจน
3. ให้มีการเยี่ยมสำรวจเพื่อเฝ้าระวังในระยะเวลา 1 ปี 6 เดือนหลังจากได้รับการรับรอง และให้ติดตามประเด็น ตามข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง (recommendation) เพิ่มเติมจากที่ทีมเยี่ยมสำรวจให้ไว้