**สรุปผลรายงานการเยี่ยมสำรวจลดรูปเพื่อต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี (14 ตุลาคม 2564)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **มาตรฐาน** | **สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ** | | | **แผนการพัฒนาคุณภาพ** | **รายงานความก้าวหน้า** |
|  | **สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม**  **(Evidence)** | | **ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ**  **(Recommendation/Suggestion)** |  |  |
| **ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร** | | | | | |
| **I-1 การนำ** | | | | | |
| 1. การชี้นำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง[I-1.1ก. (1)(2)(3)] | ทีมนำสูงสุดมีการกำหนดทิศทางในการเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ ผู้รับบริการประทับใจมีการกำหนดจุดเน้นในการดูแลกลุ่มโรคสำคัญและ 2P safety ทีมนำให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพโดยมีการนำมาตรฐานต่างๆมาใช้พัฒนาคุณภาพ มีการพัฒนาฐานะการเงินการคลังให้มีความเข้มแข็งมากขึ้น สนับสนุนการพัฒนาในระบบต่างๆ | **คำแนะนำ(Suggestion)**  1. ควรทบทวนการกำหนดทิศทางและจุดเน้นขององค์กรในการพัฒนาที่ชัดเจน สื่อสารทิศทางเหล่านั้นกับบุคลากรในองค์กร เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน ประเมินประสิทธิผลของการสื่อสารเพื่อนำผลไปกระตุ้น เสริมพลัง สร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ปฏิบัติงานรวมทั้งมีการควบคุมกำกับติดตามการพัฒนาคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติอย่างจริงจังทั่วทั้งองค์กร  2. เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพ ความปลอดภัยและการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ควรส่งเสริมการสำรวจวัฒนธรรม | |  |  |
| 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** | **สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ** | | | **แผนการพัฒนาคุณภาพ** | **รายงานความก้าวหน้า** |
|  | **สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม**  **(Evidence)** | | **ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ**  **(Recommendation/Suggestion)** |  |  |
| **ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร** | | | | | |
| **I-1 การนำ** | | | | | |
| 1. การชี้นำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง[I-1.1ก. (1)(2)(3)] | เช่น IT สิ่งแวดล้อม ในช่วงสถานการณ์โรค COVID-19 มีการจัดตั้งคณะกรรมการ EOC ระดับอำเภอในการบริหารจัดการภายใต้ความร่วมมือจากส่วนราชการ อปท. เครือข่ายชุมชนและเครือข่ายบริการสุขภาพต่างๆมีการจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม 50 เตียง ศูนย์พักคอย(CI,HI), cohort ward ในโรงพยาบาลจำนวน 24 เตียง มีการปรับการให้บริการแบบ | ความปลอดภัยและประเมินบรรยากาศที่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ นำผลการสำรวจเรียนรู้ในทีมนำรวมทั้งนำไปปรับปรุงระบบงานและเสริมพลังการทำงานของบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ  3. ควรส่งเสริมให้ทีมนำและคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกในกลุ่มโรคสำคัญ การทบทวนทางคลินิกอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง | |  |  |
| 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** | **สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ** | | **แผนการพัฒนาคุณภาพ** | **รายงานความก้าวหน้า** |
|  | **สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม**  **(Evidence)** | **ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ**  **(Recommendation/Suggestion)** |  |  |
|  | Telemedicine ในผู้ป่วย NCDs และการจัดส่งยาให้ผู้ป่วยที่บ้าน ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยในช่วงสถานการณ์โรค COVID-19 เป็นไปอย่างราบรื่น |  |  |  |
| **I-2 กลยุทธ์** | | | | |
| 7. กระบวนการจัดทำกลยุทธ์และการวิเคราะห์ข้อมูล [I-2.1ก. (1)(2)(3)(4)(5)] |  | **คำแนะนำ(Suggestion)**  ควรส่งเสริมการวิเคราะห์ข้อมูลและปัจจัยสำคัญที่เป็นบริบทขององค์กรอย่างรอบด้าน ทั้งในด้านผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ องค์กร ชุมชน เช่น ปัญหาและตัวชี้วัดที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายในกลุ่มโรคสำคัญ ความไม่ปลอดภัยที่เผชิญอยู่ เป็นต้น เพื่อกำหนดความท้าทายที่สำคัญขององค์กรอย่างครบถ้วน รวมทั้งควรทบทวนการกำหนด |  |  |
| 8. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ตอบสนองความท้าทายครอบคลุมคุณภาพ ความปลอดภัย การสร้างเสริมสุขภาพ[I-2.1ข. (1)(2)(3)] |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **มาตรฐาน** | **สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ** | | **แผนการพัฒนาคุณภาพ** | **รายงานความก้าวหน้า** |
|  | **สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม**  **(Evidence)** | **ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ**  **(Recommendation/Suggestion)** |  |  |
| **I-2 กลยุทธ์** | | | | |
| 9. การจัดทำแผนปฏิบัติการ การถ่ายทอดสู่การปฏิบัติและการจัดสรรทรัพยากร [I-2.2ก. (1)(2)(3)(4)] |  | วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ให้ตอบสนองต่อความท้าทายเหล่านั้นอย่างครอบคลุม กำหนดตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์รวมทั้งตัวชี้วัดเชิงเปรียบเทียบที่เหมาะสมทั้งในระยะสั้น ระยะกลางและระยะยาว เพื่อใช้ในการควบคุมกำกับติดตามและปรับเปลี่ยนแผน เมื่อมีความจำเป็น |  |  |
| 10. การกำหนดตัวชี้วัดและใช้ในการติดตามความก้าวหน้า [I-2.2ก. (5), ข] |
| **I-3 ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน** | | | | |
| 11. การรับฟัง/เรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม [I-3.1ก. (1)(2)] | มีการกำหนดค่านิยมในเรื่อง service mind (ยิ้มแย้มแจ่มใสมีจิตบริการ) มีช่องทางในการรับฟังและรับข้อร้องเรียนหลายช่องทาง มีการพัฒนาเพื่อตอบสนอง | **คำแนะนำ(Suggestion)**  1. เพื่อให้ได้ข้อมูลที่นำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนและปรับปรุงกระบวนการทำงาน ควรกำหนดวิธีการรับฟัง เรียนรู้ความต้องการและการประเมินความพึงพอใจที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ผู้รับ |  |  |
| 12. การประเมินความพึงพอใจและความผูกพัน [I-3.1ข. (1)] |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **มาตรฐาน** | **สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ** | | **แผนการพัฒนาคุณภาพ** | **รายงานความก้าวหน้า** |
|  | **สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม**  **(Evidence)** | **ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ**  **(Recommendation/Suggestion)** |  |  |
| **I-3 ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน** | | | | |
| 13. การใช้ข้อมูลเพื่อกำหนดบริการและการอำนวยความสะดวก[I-3.2ก. (1) (2)(3)] | ความต้องการของผู้รับบริการ เช่น การปรับเวลาตรวจของแพทย์ การปรับแผนในการให้บริการผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง โดยการใช้ telemedicine การจัดส่งยาที่บ้าน มีการจัดบริการในการดูแลผู้ป่วย COVID เพื่อตอบสนองจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นอย่างเพียงพอ มีการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย ชุมชน ภาคีเครือข่าย องค์กรภายนอก รวมทั้งมีการ | ผลงานอื่นแต่ละกลุ่ม รวมทั้งควรส่งเสริมให้มีการรับฟังข้อมูลป้อนกลับทันทีหลังเข้ารับบริการ (Immediate actionable feedback) และนำไปปรับปรุง พัฒนาในแต่ละหน่วยบริการ  2. ควรส่งเสริมการเรียนรู้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยโดยการตามรอยผู้ป่วยในแต่ละขั้นตอนของการให้บริการเพื่อนำไปสร้างความเข้าใจ เรียนรู้และปรับปรุงระบบงานอย่างต่อเนื่อง |  |  |
| 14. การสร้างความสัมพันธ์และจัดการคำร้องเรียน [I-3.2ข. (1) (2)] |
| 15. การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย  [I-3.3] |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **มาตรฐาน** | **สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ** | | **แผนการพัฒนาคุณภาพ** | **รายงานความก้าวหน้า** |
|  | **สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม**  **(Evidence)** | **ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ**  **(Recommendation/Suggestion)** |  |  |
| **I-3 ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน** | | | | |
| 13. การใช้ข้อมูลเพื่อกำหนดบริการและการอำนวยความสะดวก[I-3.2ก. (1) (2)(3)] | จัดการต่อข้อร้องเรียนอย่างเหมาะสมและทันท่วงที ส่งผลให้มีความพึงพอใจและความผูกพันของผู้รับบริการอยู่ในเกณฑ์สูงอย่างต่อเนื่อง |  |  |  |
| 14. การสร้างความสัมพันธ์และจัดการคำร้องเรียน [I-3.2ข. (1) (2)] |
| 15. การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย [I-3.3] |
| **I-4 การวัด วิเคราะห์ และจัดการเรียนรู้** | | | | |
| 16. การวัดผลการดำเนินการ [I-4.1ก] | 1. ใช้ระบบสารสนเทศในการจัดการข้อมูล คือ ระบบ HI, MYSQL Version 6 ปรับปรุงห้องเก็บ server ให้เป็นสัดส่วนมีการควบคุมอุณหภูมิ เพิ่มระบบสำรองข้อมูลไว้ที่ Google driver | **คำแนะนำ(Suggestion)**  1. ควรส่งเสริมการคัดเลือกตัวชี้วัดที่ตรงประเด็นกับเป้าหมาย ประเด็นคุณภาพที่สำคัญตามบริบทและสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันทั้งในระดับหน่วยงาน ทีมนำเฉพาะด้านและระดับโรงพยาบาล เพื่อให้สามารถสะท้อนการบรรลุเป้าหมาย |  |  |
| 17. การวิเคราะห์ข้อมูล การทบทวนผลการดำเนินการ และนำไปใช้ปรับปรุง [I-4.1ข,ค] |
| 18. คุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ [I-4.2ก] |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **มาตรฐาน** | **สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ** | | **แผนการพัฒนาคุณภาพ** | **รายงานความก้าวหน้า** |
|  | **สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม**  **(Evidence)** | **ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ**  **(Recommendation/Suggestion)** |  |  |
| **I-4 การวัด วิเคราะห์ และจัดการเรียนรู้** | | | | |
| 19. การจัดการระบบสารสนเทศ[I-4.2ข] | Notebook จัดให้มี UPS ที่สามารถสำรองไฟได้นาน1 ชั่วโมง  2. มีการพัฒนาเทคโนโลยีที่สำคัญในช่วง 1-2 ปี ได้แก่ พัฒนาระบบการเชื่อมต่อโปรแกรม HI กับโรงพยาบาลสนามเอื้อในการดูแลผู้ป่วย บันทึกข้อมูลการฉีดวัคซีนเชื่อมเข้าระบบ HI สามารถออกใบรับรองฉีดวัคซีน โปรแกรมเตือนยาที่เป็นคู่ DI & FDI รวมยาแผนไทยและแผนปัจจุบัน ระบบแจ้งเตือนในผู้ป่วย TB | อย่างเหมาะสมรวมทั้งส่งเสริมการวิเคราะห์ตัวชี้วัด/ข้อมูลผลการดำเนินงานในมุมมองที่หลากหลาย เช่น การวิเคราะห์สาเหตุ ปัจจัย การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มย่อยผู้ป่วยลักษณะต่างๆ การเปรียบเทียบระหว่างหน่วยงานภายในองค์กร เพื่อให้ได้ข้อสรุป สารสนเทศและนำไปสู่การจัดลำดับความสำคัญในการปรับปรุงและพัฒนาระบบงานอย่างต่อเนื่อง  2. คุณภาพข้อมูลและการจัดการสารสนเทศ การจัดการข้อมูลที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย เพื่อเอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพยังไม่ชัดเจน ควรส่งเสริมการนำข้อมูลที่จำเป็น |  |  |
| 20. ความรู้ขององค์กร [I-4.2ข] |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **มาตรฐาน** | **สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ** | | **แผนการพัฒนาคุณภาพ** | **รายงานความก้าวหน้า** |
|  | **สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม**  **(Evidence)** | **ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ**  **(Recommendation/Suggestion)** |  |  |
| **I-4 การวัด วิเคราะห์ และจัดการเรียนรู้** | | | | |
| 19. การจัดการระบบสารสนเทศ[I-4.2ข] |  | ในสถานการณ์ระบาดนำสู่การออกแบบการจัดการข้อมูลและสารสนเทาเพื่อตอบสนองความต้องการ เพิ่มความสะดวกในการรวบรวม การวิเคราะห์ข้อมูล ลดความซ้ำซ้อนในการทำงานและข้อมูลมีความถูกต้องน่าเชื่อถือ  **คำแนะนำ(Suggestion)**  การจัดการความรู้ ตามที่โรงพยาบาลส่งเสริม สนับสนุน การจัดทำโครงการวิจัย R2R, CQI มีการประกวดและมอบรางวัลปี 2563 มีผลงาน 13 เรื่อง ควรส่งเสริมความเข้าใจการจัดการความรู้ นำสู่การรวบรวมความรู้ทั้งที่มีในตัวบุคคล (tacit knowledge) ความรู้วิชาการ/ผลงานต่างๆ |  |  |
| 20. ความรู้ขององค์กร [I-4.2ข] |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **มาตรฐาน** | **สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ** | | **แผนการพัฒนาคุณภาพ** | **รายงานความก้าวหน้า** |
|  | **สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม**  **(Evidence)** | **ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ**  **(Recommendation/Suggestion)** |  |  |
| **I-4 การวัด วิเคราะห์ และจัดการเรียนรู้** | | | | |
| 19. การจัดการระบบสารสนเทศ[I-4.2ข] |  | (explicit knowledge) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลักดันสู่การนำไปปฏิบัติจริง เพื่อให้เกิดการนำไปใช้จริงและการสร้างองค์ความรู้ใหม่ๆ |  |  |
| 20. ความรู้ขององค์กร [I-4.2ข] |
|  |
| **I-5 กำลังคน** | | | | |
| 21. ขีดความสามารถและความเพียงพอของกำลังคน [I-5.1ก] | 1. ด้านความผูกพัน บุคลากรส่วนใหญ่เป็นคนในพื้นที่ ร่วมกับผู้นำสูงสุดและทีมนำเสริมพลังโดยกระตุ้นให้เกิดพลังวิชาชีพให้ทำงานเพื่อผู้ป่วย และแระชาชน แม้มีข้อจำกัดเรื่องงบประมาณในช่วงที่ผ่านมา ทำให้บุคลากรทุ่มเท มุ่งมั่น เกิดพลังในการ | **ข้อเสนอแนะ(Recommendation):**  **1. ขีดความสามารถและความเพียงพอ:** ในช่วงสถานการณ์ระบาด COVID-19 สะท้อนให้เห็นภาระงานที่เพิ่มขึ้นมาก และแผนกรอบกำลังคนทั้งในภาวะปกติและฉุกเฉินยังไม่ชัดเจน ควรส่งเสริมการใช้ข้อมูลวิเคราะห์ ถอดบทเรียนการดำเนินงานที่ผ่านมา นำสู่การกำหนด HR plan ที่ |  |  |
| 22. สุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน [I-5.1ข,ค(1)\*(3)(4)] |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **มาตรฐาน** | **สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ** | | **แผนการพัฒนาคุณภาพ** | **รายงานความก้าวหน้า** |
|  | **สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม**  **(Evidence)** | **ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ**  **(Recommendation/Suggestion)** |  |  |
| **I-5 กำลังคน** | | | | |
| 21. ขีดความสามารถและความเพียงพอของกำลังคน [I-5.1ก] | ทำงาน ส่งผลให้เกิดความร่วมมือกันผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนบุคลากรในทุกส่วนทุกวิชาชีพ มาช่วยในการเสริมกำลังคนให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน ทำให้สามารถจัดสรรกำลังคนให้บรรลุได้ทุกภารกิจ ร่วมกับนโยบายสนับสนุนการบรรจุข้าราชการและค่าตอบแทนในช่วงสถานการณ์ระบาด COVID-19 ทำให้ผลประเมินผูกพันความสุขมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และเพิ่มมากในปี 2564 สูงถึงร้อยละ 74.37 | ชัดเจน ในการสรรหา ขอสนับสนุนและหรือพัฒนาให้บุคลากรมีความพร้อม เพียงพอ ลด work load ที่มากเกินเพื่อให้โรงพยาบาลมีอัตรากำลังเพียงพอ สนับสนุนกำลังคนที่เหมาะสมสำหรับทำหน้าที่ตามภาระปกติและในภาระฉุกเฉิน  2. ตามที่มีการประเมินความผูกพัน การตรวจสุขภาพประจำปี ควรเพิ่มการวิเคราะห์ข้อมูลความผูกพัน ผลการตรวจสุขภาพ โดยแยกวิเคราะห์รายกลุ่ม ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง นำสู่การกำหนดประเด็นที่ต้องพัฒนาให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อเสริมสร้างความผูกพันให้เพิ่มขึ้น และส่งเสริม |  |  |
| 22. สุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน [I-5.1ข,ค(1)\*(3)(4)] |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **มาตรฐาน** | **สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ** | | **แผนการพัฒนาคุณภาพ** | **รายงานความก้าวหน้า** |
|  | **สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม**  **(Evidence)** | **ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ**  **(Recommendation/Suggestion)** |  |  |
| **I-5 กำลังคน** | | | | |
| 21. ขีดความสามารถและความเพียงพอของกำลังคน [I-5.1ก] | 2. มีการส่งเสริมจัดกิจกรรมส่งเสริมเจ้าหน้าที่รักษาสุขภาพตนเองให้บุคลากรเป็นแบบอย่างด้านสุขภาพ โดยสนับสนุนการออกกำลังกาย สถานที่ออกกำลังกาย เช่น จัดทำสนามฟุตบอล ลานแอโรบิกและมีรางวัลเป็นแรงจูงใจ เป็นต้น  3. สนับสนุนกระตุ้นให้บุคลากรได้รับวัคซีนในปี 2564 พบว่าได้รับ vaccine COVID-19 ครบ 100% เพื่อความปลอดภัยในการทำงาน มีการสนับสนุน PPE ให้กับพนักงานตัดหญ้า เก็บขยะ | สุขภาพให้บุคลากรมีสุขภาพดีขึ้น |  |  |
| 22. สุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน [I-5.1ข,ค(1)\*(3)(4)] |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **มาตรฐาน** | **สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ** | | **แผนการพัฒนาคุณภาพ** | **รายงานความก้าวหน้า** |
|  | **สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม**  **(Evidence)** | **ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ**  **(Recommendation/Suggestion)** |  |  |
| **I-6 การปฏิบัติการ** | | | | |
| 26. การออกแบบบริการและกระบวนการการทำงาน การจัดการและปรับปรุงกระบวนการทำงานประสิทธิภาพและประสิทธิผล [I-6.1ก ข, I-6.2 ก] | เนื่องจากมีอุบัติเหตุจราจรเกิดขึ้นเกือบทุกวัน มีการกำหนดการซ้อมแผนอุบัติเหตุหมู่ ปีละ 2ครั้ง มีการจัดทำแผนเพื่อรองรับอุบัติเหตุจราจร มีการจัดทำโครงการซ้อมแผนอุบัติเหตุหมู่ ทั้งโดยการซ้อมแผนบนโต๊ะและการซ้อมจากสถานการณ์จริง เพื่อนำมาปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วย ผลลัพธ์ปี 2562-2564 จำนวนเสียชีวิตลดลง | **ข้อเสนอแนะ(Recommendation):**  ควรส่งเสริมการทบทวนระบบบริการ กระบวนการทำงานขององค์กร เพื่อให้เกิดการทำงานที่ไร้รอยต่อและมีการสอดประสานกันตั้งแต่ pre-in hospital-intermediate care – long term care โดยใช้เครือข่ายต่างๆที่เข้มแข็งร่วมกับแนวคิด 3P ที่มีเป้าหมายและการประเมินผลที่ชัดเจน เพื่อสร้างและส่งมอบคุณค่าแก่ผู้รับบริการ  **คำแนะนำ (Suggestion)**  **การจัดการห่วงโซ่อุปทาน** ควรส่งเสริมการกำกับติดตามคุณภาพการปฏิบัติการ การจัดริการ ตามข้อกำหนดตาม TOR ในระบบงานที่จ้างเหมาจากผู้ประกอบการ |  |  |
| 27. การจัดการห่วงโซ่อุปทาน  [I-6.1ค] |
| 28. การจัดการนวัตกรรม  [I-6.1ง] |
| 29. การจัดการด้านการเรียนการสอนทางคลินิก[I-6.1จ] |
| 30. ความพร้อมสำหรับภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉินต่างๆ [I-6.2ข] |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **มาตรฐาน** | **สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ** | | **แผนการพัฒนาคุณภาพ** | **รายงานความก้าวหน้า** |
|  | **สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม**  **(Evidence)** | **ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ**  **(Recommendation/Suggestion)** |  |  |
| **I-6 การปฏิบัติการ** | | | | |
|  |  | ภายนอกและดำเนินการจัดการกรณีที่ผลงานไม่เป็นไปตามข้อกำหนด |  |  |
| **ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล** | | | | |
| **II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัยและคุณภาพ** | | | | |
| 31. ระบบบริหารงานคุณภาพ การประสานงานและบูรณาการ การทำงานเป็นทีม [II-1.1ก (1)(2)(3)(4)(10)] | มีการธำรงคุณภาพในหลายระบบ ดังนี้  1. ผ่านการรับรองห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ที่มีระบบบริการคุณภาพห้องปฏิบัติการ ตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการของกระทรวงสาธารณสุขและผ่าน LA วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2560  2. ผ่าน Reaccredit 4 ตุลาคม2563-3 ตุลาคม2566 | **ข้อเสนอแนะ(Recommendation):**  1. ควรทบทวนบทบาทของทีมระบบงานสำคัญต่างๆในการดูแลภาพรวม ชี้นำกำหนดเป้าหมายของระบบให้ชัดเจน ออกแบบระบบวางแผนแนวปฏิบัติ ส่งเสริมการใช้ข้อมูล เพื่อกำกับติดตามผลลัพธ์ภาพรวม และนำผลการวิเคราะห์มาใช้ประโยชน์ในการพัฒนา/ปรับปรุงระบบงาน เพื่อให้เกิดผลการดำเนินงานที่เป้นไปตามเป้าหมายโดยเฉพาะควรเน้นการ |  |  |
| 32. การประเมินตนเองและจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ [II-1.1ก (5)(8)(9)] |
| 33. การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย[II-1.1ข (1)] |
| 34. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย[II-1.1ข (2)(3)(4)] |
| **มาตรฐาน** | **สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ** | | **แผนการพัฒนาคุณภาพ** | **รายงานความก้าวหน้า** |
|  | **สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม**  **(Evidence)** | **ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ**  **(Recommendation/Suggestion)** |  |  |
| **ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล** | | | | |
| **II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัยและคุณภาพ** | | | | |
| 31. ระบบบริหารงานคุณภาพ การประสานงานและบูรณาการ การทำงานเป็นทีม [II-1.1ก (1)(2)(3)(4)(10)] | 3. ผ่านการประเมินคุณภาพงานยาเสพติด  4. ผ่านการประเมินระบบงานสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์  5. ผ่าน green and clean hospital ระดับดีมาก plus 30 กันยายน 2563  6. ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระบบบริการสุขภาพระดับคุณภาพ ปี 2563  7. สถานที่ประกอบอาหารผุ้ป่วยในโรงพยาบาลระดับดีมาก ปี 2563 | กำกับติดตาม ประเมินผลเพิ่มการเรียนรู้การพัฒนาทีมโดยการใช้แนวคิดในการพัฒนาคุณภาพเป้าหมายของมาตรฐานที่มีความเกี่ยวข้องกับทีม รวมถึงบทบาทการเชื่อมโยงกับทีมที่เกี่ยวข้องและทีมนำเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงเชิงระบบร่วมกัน  2. ควรทบทวนระบบบริหารความเสี่ยง ตั้งแต่การกำหนดนิยามความเสี่ยง การค้นหาความเสี่ยงโดยเฉพาะความเสี่ยงเกี่ยวกับการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพ การรวบรวมข้อมูล การนำ risk register มาใช้ในการจัดการความเสี่ยงสำคัญของโรงพยาบาล |  |  |
| 32. การประเมินตนเองและจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ [II-1.1ก (5)(8)(9)] |
| 33. การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย[II-1.1ข (1)] |
| 34. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย[II-1.1ข (2)(3)(4)] |
| **มาตรฐาน** | **สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ** | | **แผนการพัฒนาคุณภาพ** | **รายงานความก้าวหน้า** |
|  | **สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม**  **(Evidence)** | **ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ**  **(Recommendation/Suggestion)** |  |  |
| 35. ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย[II-1.2ก (1)(5)\*(6)] | 8. ผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม โรงพยาบาลชุมชนระดับเริ่มต้นพัฒนา ปี 2563 | โดยเฉพาะความเสี่ยงตาม 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย เพื่อส่งต่อผู้รับผิดชอบในการทบทวนค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา ปรับปรุงเชิงนโยบายและติดตามรวมถึงการประเมินประสิทธิภาพของระบบบริหารความเสี่ยง  **คำแนะนำ (Suggestion)**  การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย: ควรทบทวนการกำหนดประเด็นสำคัญ เป้าหมายในการพัฒนากลุ่มโรคสำคัญตามปัญหาและความเสี่ยงต่างๆให้ครอบคลุมทั้งด้านการรักษา ส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟูสภาพ พร้อมทั้งกำหนดและติดตามตัวชี้วัดตามมิติคุณภาพต่างๆที่สะท้อนเป้าหมายเหล่านั้น รวมทั้งส่งเสริมให้การตามรอย |  |  |
| 36. กระบวนการบริหารความเสี่ยง [II-1.2ก (2)(3)] |
| 37. การเรียนรู้จากอุบัติการณ์[II-1.2ก(4)] |
| **มาตรฐาน** | **สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ** | | **แผนการพัฒนาคุณภาพ** | **รายงานความก้าวหน้า** |
|  | **สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม**  **(Evidence)** | **ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ**  **(Recommendation/Suggestion)** |  |  |
|  |  | กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ได้ออกแบบไว้ เพื่อใช้เรียนรู้และติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกอย่างต่อเนื่อง |  |  |
| **II-2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ** | | | | |
| 38. ระบบบริหารการพยาบาล  [II-2.1 ก] | 1. การกำกับดูแลด้านวิชาชีพพยาบาล:ทีมพยาบาลเป็นแกนหลักในการประสานงานกับระบบงานอื่นๆและกำลังสำคัญในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องทั้งภายใน ภายนอกโรงพยาบาล สนับสนุนการใช้ความรู้ทางวิชาการมาพัฒนาระบบงานและวิชาชีพ เช่น การพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เป็นต้น | **คำแนะนำ (Suggestion)**  1. การกำกับดูแลด้านวิชาชีพพยาบาล:  1.1 ทีมบริหารพยาบาล ควรทบทวนบทบาทหน้าที่ในแต่ละอนุกรรมการบริหารของกลุ่มการ  พยาบาลให้ชัดเจน ที่จะดูแลภาพรวมของเรื่องนั้นๆในองค์กรพยาบาล เช่น เรื่องการพัฒนาบุคลากร ความเสี่ยงทางการพยาบาล เป็นต้น นำสู่การนิเทศกำกับติดตามที่จะทำให้น้องพยาบาลเก่งขึ้น ผู้ป่วยได้รับบริการ |  |  |
| 39. ปฏิบัติการทางการพยาบาล [II-2.1ข ] |
| 40. องค์กรแพทย์[II-2.2] |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **มาตรฐาน** | **สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ** | | **แผนการพัฒนาคุณภาพ** | **รายงานความก้าวหน้า** |
|  | **สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม**  **(Evidence)** | **ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ**  **(Recommendation/Suggestion)** |  |  |
| **II-2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ** | | | | |
|  | 2. การกำกับดูแลด้านวิชาชีพด้านการแพทย์ทีมแพทย์เป็นผู้นำในทีมนำระบบต่างๆ มีส่วนร่วมในการพัฒนคุณภาพอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งนำเอาหลักฐานทางวิชาการมาเป็นแนวทางวิชาการมาเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยส่งผลให้เกิดบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ | ที่มีคุณภาพสูงและปลอดภัย  1.2 ทีมบริหารพยาบาลควรทบทวนผลลัพธ์ที่เป็นบทบาทให้ครอบคลุมประเด็นสำคัญตามบริบทและทิศทางของโรงพยาบาล โดยเฉพาะเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มโรคสำคัญของพื้นที่เช่น อัตราผู้ป่วย HTได้รับการคัดกรอง CVD risk อัตราผู้ป่วยเบาหวานได้รับการคัดกรองความเสี่ยง และอัตราผู้ป่วย COPD พ่นยาถูกต้อง เป็นต้น  2. **การกำกับดูแลด้านวิชาชีพแพทย์** ควรส่งเสริมให้แพทย์มีส่วนร่วมในการทบทวนและการตามรอยทางคลินิก รวมทั้งกำหนดภาวะแทรกซ้อน แนวทางในการเฝ้าระวังร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีความปลอดภัยมากขึ้น |  |  |

**สรุปผลรายงานการเยี่ยมสำรวจลดรูปเพื่อต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **มาตรฐาน** | **สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ** | | **แผนการพัฒนาคุณภาพ** | **รายงานความก้าวหน้า** |
| **สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม**  **(Evidence)** | **ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ**  **(Recommendation/Suggestion)** |  |  |
| **II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย** | | | | |
| **41 ความปลอดภัยและสวัสดิภาพของโครงสร้างและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การจัดการกับวัสดุและของเสียอันตราย**(II-3.1ก, ข) | 1. มีการธงรงการตรวจสอบความปลอดภัยด้านโครงสร้างและสิ่งแวดล้อมโดยผู้เชี่ยวชาญจากสำนักงานจากสำนักงานบริการสนับสนุนปีละ 1 ครั้ง และ ENV & IC round นำผลมาแก้ไข ปรับปรุงที่สำคัญเพื่อความปลอดภัยและสอดคล้องตามกำหนด/มาตรฐาน ในปี 2563-2564 ได้แก่ | **คำแนะนำ (suggestion )**  1. การจัดการเครื่องมือ ควรส่งเสริมการทบทวนความต้องการใช้เครื่องมือกลุ่มเสี่ยง ที่จำเป็นให้ครอบคลุมหน่วยงานเสี่ยง เช่น ambulance (ที่พบว่าไม่มี)ระบบสำรองในกรณียืมและจำนวนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเช่นในกลุ่มได้รับยา HAD ผู้ป่วยเด็กและผู้สูงอายุเพื่อให้มั่นใจว่ามีเครื่องมือกลุ่มเสี่ยงสูงเพียงทั้งในภาวะปกติและฉุกเฉิน  2. ควรเพิ่มการวิเคราะห์/ทบทวนร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อระบุภาวะฉุกเฉินที่อาจเกิด จัดทำแผน |  |  |
| **42 การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน และความปลอดภัยจากอัคคีภัย** (II-3.1ค, ง) |
| **43 เครื่องมือและระบบสาธารณูปโภค** (II-3.2ก,ข) |

**สรุปผลรายงานการเยี่ยมสำรวจลดรูปเพื่อต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **มาตรฐาน** | **สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ** | | **แผนการพัฒนาคุณภาพ** | **รายงานความก้าวหน้า** |
| **สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม**  **(Evidence)** | **ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ**  **(Recommendation/Suggestion)** |  |  |
| **44 สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ** (II-3.3ก) | ทางเชื่อมระหว่างอาคาร กั้นห้องเวชระเบียนกั้นห้อง IT อาคารคลังยาใหม่ ที่พัก พขร. จัดพื้นที่ให้เอื้อต่อการคัดกรองผู้รับบริการทุกราย ห้องแยกโรค ห้องnegative pressure, ARI clinic, Cohort ward ขนาด 24 เตียง กริ่งสัญญาณเตือนอัคคีภัย CCTV ซ่อมบำรุงในส่วนที่ชำรุด ปรับระบบออกซิเจน และ Vacuum เป็นแบบ pipeline (ปี2564) เป็นต้น จากผล | รองรับภาวะฉุกเฉิน เตรียมความพร้อมอุปกรณ์เครื่องมือที่จำเป็น รวมทั้งอบรมและซ้อมแผนร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง  3. ควรเพิ่มการปรับปรุงแก้ไข จากข้อเสนอแนะหรือผลการประเมินการซ้อมแผน เพื่อการพัฒนาระบบการจัดการอัคคีภัยให้มีความพร้อม  4. ระบบบำบัดน้ำเสีย ที่พบว่าการทำลายเชื้อในน้ำเสียใช้คลอรีนแบบเม็ด ซึ่งมีข้อจำกัดที่การหยดคลอรีนไม่ต่อเนื่องหรือไม่สอดคล้องกับการจัดการทำลายเชื้อควรทบทวนร่วมกับร่วมกับเภสัชเร่งดำเนินการปรับการจัดการระบบคลอรีนให้น้ำเสียที่ปล่อยออกในทุกช่วงเวลาสัมผัสคลอรีน |  |  |
| **45 การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม** ( II-3.3 ข) |

**สรุปผลรายงานการเยี่ยมสำรวจลดรูปเพื่อต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **มาตรฐาน** | **สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ** | | **แผนการพัฒนาคุณภาพ** | **รายงานความก้าวหน้า** |
| **สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม**  **(Evidence)** | **ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ**  **(Recommendation/Suggestion)** |  |  |
|  | การดำเนินการที่ผ่านมาสามารถแก้ไขให้เป็นไปตามเป้าหมายได้ร้อยละ77.89 มีการจัดอบรมบุคลากรเพิ่มพูนทักษะที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแววล้อม ความปลอดภัย  2. มีการจักทำบัญชีสารเคมีของหน่วยงานและของเสียอันตรายในโรงพยาบาลและแนวทางการจัดการสารเคมีและของเสียของแต่ละประเภท  3. มีการฝึกซ้อมแผนอัคคีภัยปีละ 1 ครั้ง | อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มั่นใจว่าน้ำเสียที่ออกจากระบบมีการทำลายเชื้ออย่างต่อเนื่อง |  |  |

**สรุปผลรายงานการเยี่ยมสำรวจลดรูปเพื่อต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **มาตรฐาน** | **สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ** | | **แผนการพัฒนาคุณภาพ** | **รายงานความก้าวหน้า** |
| **สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม**  **(Evidence)** | **ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ**  **(Recommendation/Suggestion)** |  |  |
|  | 4. ด้านเครื่องมือ มีการจักทำบัญชีรายการเครื่องมือแพทย์ดังนี้ เครื่องเสี่ยงสูง ปานกลางและพื้นฐาน มีการสอบเทียบล่าสุดปี 2563  5. น้ำประใช้น้ำบาดาล ผ่านกระบวนการกรองตามระบบ ตรวจสอบค่าคลอรีนคงเหลือที่ต้นทางและปลายทางทุกวันตรวจน้ำดื่มและน้ำประปาจากภายนอกปีละ2 ครั้งผลผ่านเกณฑ์ ยกเว้นค่าความกระด้างจึงมีการเพิ่มเครื่องกรอง |  |  |  |

**สรุปผลรายงานการเยี่ยมสำรวจลดรูปเพื่อต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **มาตรฐาน** | **สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ** | | **แผนการพัฒนาคุณภาพ** | **รายงานความก้าวหน้า** |
| **สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม**  **(Evidence)** | **ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ**  **(Recommendation/Suggestion)** |  |  |
|  | ในส่วนน้ำที่หน่วยจ่ายกลาง นอกจากนี้มีการกรวดน้ำบาดาล จากผู้เชี่ยวชาญจากกรมทรัพยากรน้ำบาดาลในการยืนยันการใช้น้ำบาดาล  6. ระบบบำบัดน้ำเสียเป็นแบบ onsite treatment 2 จุด (OPD, IPD) น้ำเสียทั้งหมดที่เข้าบ่อรวมมีการเพิ่มระบบการฆ่าเชื้อด้วยคลอรีนในปี 2561 ผลการตรวจวิเคราะห์น้ำทิ้งปี 2561-2564 ผ่านทุก |  |  |  |

**สรุปผลรายงานการเยี่ยมสำรวจลดรูปเพื่อต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **มาตรฐาน** | **สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ** | | **แผนการพัฒนาคุณภาพ** | **รายงานความก้าวหน้า** |
| **สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม**  **(Evidence)** | **ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ**  **(Recommendation/Suggestion)** |  |  |
|  | พารามิเตอร์  7. การจัดการขยะ: มีการกำหนดระบบการจัดการขยะ ครอบคลุมการคัดแยก ขนส่งจัดเก็บและทำลาย การประสานกำกับติดตามการจัดการขยะติดเชื้อทั้งในโรงพยาบาล CI , HI และที่ รพ.สต. โดยกำหนดสถานที่จัดเก็บในส่วน CI, HI และ รพ.สต. เทศบาลอำเภอใกล้เคียงจะไปจัดเก็บที่จุดรวมตามพื้นที่ที่จัดไว้ ทำให้โรงพยาบาล |  |  |  |

**สรุปผลรายงานการเยี่ยมสำรวจลดรูปเพื่อต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **มาตรฐาน** | **สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ** | | **แผนการพัฒนาคุณภาพ** | **รายงานความก้าวหน้า** |
| **สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม**  **(Evidence)** | **ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ**  **(Recommendation/Suggestion)** |  |  |
|  | ในปี 2563 ผ่าน green and clean hospital ระดับดีมาก plus และผลประเมินระบบสุขภาพผ่านระดับคุณภาพ |  |  |  |
| **II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ** | | | | |
| **46 ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ(Infection Prevention & Control-IPC)** (II-4.1 ก) | 1. พยาบาลควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาลเป็นกำลังสำคัญในการสอนใส่ PPE โดยเฉพาะในสถาณการณ์การระบาดของโรค COVID – 19 2. มีการออกแบบระบบการเฝ้าระวังผู้ป่วย | **ข้อเสนอแนะ (Recommendation) :** ทีมควรออกแบบระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในเชิงรุก โดยการเชื่อมประสานระบบงาน IC กับกระบวนการดูแลผู้ป่วย เช่น การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ครอบครัว ชุมชน ถึงวิธีการลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน กลุ่มintermediate careการearly detect |  |  |
| **47 การเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ** (II-4.1) |
| **48 การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป** (II-4.2ก) |

**สรุปผลรายงานการเยี่ยมสำรวจลดรูปเพื่อต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **มาตรฐาน** | **สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ** | | **แผนการพัฒนาคุณภาพ** | **รายงานความก้าวหน้า** |
| **สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม**  **(Evidence)** | **ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ**  **(Recommendation/Suggestion)** |  |  |
| **49 การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป** (II-4.2ก) | วัณโรค ที่ใช้ IT โดยพัฒนาโปรแกรม HIWIN integrate ที่ช่วยแจ้งเตือน (pop up ) ผู้ป่วยวัณโรคที่จะเข้ารับการรักษาตรวจในโรงพยาบาล เป็นการเฝ้าระวังการติดเชื้อจากบริการสุขภาพในเชิงรุก และได้พัฒนาระบบการเก็บข้อมูลการติดเชื้อให้ครอบคลุม โดยจัดทำแบบฟอร์มบันทึกการติดเชื้อจำแนกรายตำแหน่งการติดเชื้อ | และส่งต่ออย่างรวดเร็ว เพื่อให้เกิดการพัฒนางาน IC ในชุมชนอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ควรทบทวนระบบการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยเชื้อดื้อยาทั้งเกณฑ์ในการจำหน่ายมาตรการที่เกี่ยวข้องเมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน  **คำแนะนำ (suggestion )**  จากการที่โรงพยาบาลยังไม่มีพยาบาลควบคุมการติดเชื้อที่ได้รับการอบรมเฉพาะทางด้านดารป้องกันและควบคุมการติดเชื้อแบบ 4 เดือน จึงควรเสริมพลังให้บุคลากรมีแรงจูงใจที่จะเรียนเฉพาะทาง IC เพื่อให้สามารถมองภาพรวมและช่วยออกแบบระบบ |  |  |

**สรุปผลรายงานการเยี่ยมสำรวจลดรูปเพื่อต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **มาตรฐาน** | **สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ** | | **แผนการพัฒนาคุณภาพ** | **รายงานความก้าวหน้า** |
| **สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม**  **(Evidence)** | **ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ**  **(Recommendation/Suggestion)** |  |  |
|  | สำหรับใส่แฟ้มผู้ป่วย จัดระบบการรายงาน ICN เมื่อสงสัยมีการติดเชื้อ ICN ยืนยันวินิจฉัยการติดเชื้อ พยาบาลประจำหอผู้ป่วยลง บันทึกในฟอร์มการเฝ้าระวังแบบเป็นประจุบันขณะผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลส่งข้อมูลการติดเชื้อรวบรวมเป็นภาพรวมโรงพยาบาลและรายหน่วยงานโดย ICN มีการนำรายงานการติดเชื้อ เสนอต่อที่ประชุม | การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทได้ |  |  |

**สรุปผลรายงานการเยี่ยมสำรวจลดรูปเพื่อต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **มาตรฐาน** | **สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ** | | **แผนการพัฒนาคุณภาพ** | **รายงานความก้าวหน้า** |
| **สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม**  **(Evidence)** | **ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ**  **(Recommendation/Suggestion)** |  |  |
|  | คณะอนุกรรมการ IC ทุกครั้ง |  |  |  |
| **II-5 ระบบเวชระเบียน** | | | | |
| **50 ระบบบริหารเวชระเบียน** (II-5.1 ก/ข) | อัตราความสมบูรณ์เวชระเบียนของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในอยู่ในเกณฑ์สูงเกินเป้าหมาย(>80%) อย่างต่อเนื่อง | **คำแนะนำ (suggestion )**  ในการรักษาความลับของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงตามที่โรงพยาบาลกำหนด พบว่าการกำกับดูแลเวชระเบียนกลุ่มเสี่ยงอื่นและ OSCC การกำหนดระบบการเข้าถึงและการรักษาความลับไม่ชัดเจน ทีม IM ร่วมกับทีมที่เกี่ยวข้องควรร่วมกันกำหนดเวชระเบียนกลุ่มเสี่ยง กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเวชระเบียน การเข้าถึง การจัดเก็บ ให้จัดเจน สื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบ ร่วมกับการตาม |  |  |
| **51 เวชระเบียนผู้ป่วย** (II-5.2) |

**สรุปผลรายงานการเยี่ยมสำรวจลดรูปเพื่อต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **มาตรฐาน** | **สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ** | | **แผนการพัฒนาคุณภาพ** | **รายงานความก้าวหน้า** |
| **สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม**  **(Evidence)** | **ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ**  **(Recommendation/Suggestion)** |  |  |
|  |  | รอยประเมินระบบที่กำหนด เพื่อให้มั่นใจว่าเวชระเบียนกลุ่มเสี่ยงปลอดภัยมีการรักษาความลับที่มีประสิทธิภาพ |  |  |
| **II-6 ระบบการจัดการด้านยา** | | | | |
| 52 การกำกับการดูแลการจัดการด้านยา (II-6.1 ก)\* | ห้องยาเปิดให้บริการ08.00-20.00 น. มีระบบIT ที่ช่วยสนับสนุนในการสั่งยา มีการแจ้งเตือนDI การแพ้ยา มีการทำ medical reconciliation ในผู้ป่วยเรื้อรังที่มีการนอนโรงพยาบาลมียาความเสี่ยงสูงจำนวน 13 | **ข้อเสนอแนะ (Recommendation) :**ควรส่งเสริมการขับเคลื่อนเป้าหมายและการพัฒนาระบบยาโดยผ่านกลไกการนำข้อมูลคลาดเคลื่อนทางยา และข้อมูลความปลอดภัยด้านยามาสร้างการเรียนรู้ร่วมกันเพื่อนำมาสู่การปรับปรุงการใช้ยาในทุกๆ กระบวนการให้เกิดความปลอดภัยมากขึ้น รวมทั้งการกำหนดแนวทางที่ชัดเจนในการติดตามความร่วมมือใน |  |  |
| 53 สิ่งแวดล้อมสนับสนุน การจัดหาและการเก็บรักษายา (II-6.1 ข, ค) |
| 54 การสั่งใช้ยาและถ่ายถอดคำสั่ง (II-6.1 ก) |
| 55 การทบทวนคำสั่ง เตรียม เขียนฉลาก จัดจ่าย และส่งมอบยา (II-6.2 ข) |

**สรุปผลรายงานการเยี่ยมสำรวจลดรูปเพื่อต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **มาตรฐาน** | **สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ** | | **แผนการพัฒนาคุณภาพ** | **รายงานความก้าวหน้า** |
| **สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม**  **(Evidence)** | **ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ**  **(Recommendation/Suggestion)** |  |  |
| 56 การบริหารยาและการติดตามผล(II-6.2 ค) | รายการ มีการทำ DUE ในยา 4 รายการ ในปี 2563 มีผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ 1 ราย นำมาปรับปรุงการเตือนแพ้ยาในเวชระเบียนรวมทั้งมีการปรับวงรอบในการให้ยาร่วมกับทีมการพยาบาล | การปฏิบัติตามนโยบายหรือแนวทางในการใช้ยาต่างๆ ที่กำหนดขึ้นและนำลัพธ์การติดตามดังกล่าวมาวิเคราะห์และเรียนรู้ร่วมกันเพื่อปรับปรุงนโยบายหรือแนวทางต่างๆให้สอดคล้องกับบริบทปัญหาอย่างต่อเนื่อง  **คำแนะนำ (suggestion )**   1. ควรส่งเสริมและกระตุ้นให้เกิดการค้นหาและรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านยา ความคลาดเคลื่อนทางยาเพิ่มมากขึ้นในทุกประเภท วิเคราะห์ข้อมูลรวมทั้งหาสาเหตุที่แท้จริงในภาพรวมเพื่อกำหนดประเด็นในการแก้ไขให้ชัดเจนยิ่งขึ้น และนำมา |  |  |

**สรุปผลรายงานการเยี่ยมสำรวจลดรูปเพื่อต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **มาตรฐาน** | **สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ** | | **แผนการพัฒนาคุณภาพ** | **รายงานความก้าวหน้า** |
| **สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม**  **(Evidence)** | **ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ**  **(Recommendation/Suggestion)** |  |  |
|  |  | ปรับปรุงในเชิงระบบแบบสหสาขาวิชาชีพ   1. ควรทบทวนแนวคิดและเป้าหมายในการดำเนินการ medication reconciliation ในแต่ละขั้นตอน ตั้งแต่ Verification, clarification, reconciliation เพื่อนำมาสู่การออกแบบกระบวนการและเอกสารที่มีข้อมูลที่จำเป็นโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ สามารถใช้ข้อมูลเหล่านี้ในการสื่อสารข้อมูลรายการยาเดิมได้อย่างทั่วถึงและเข้าถึงได้สะดวกรวมถึงการกำหนดตัวชี้วัดเหมาะสมที่สามารถใช้เพื่อประเมินประสิทธิภาพทั้งในเชิงกระบวนการและผลลัพธ์ |  |  |

**สรุปผลรายงานการเยี่ยมสำรวจลดรูปเพื่อต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **มาตรฐาน** | **สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ** | | **แผนการพัฒนาคุณภาพ** | **รายงานความก้าวหน้า** |
| **สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม**  **(Evidence)** | **ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ**  **(Recommendation/Suggestion)** |  |  |
|  |  | ของการดำเนินงาน   1. ควรส่งเสริมการกำหนดกลุ่มยาที่ต้องเข้มงวดในการบริหารยาให้ตรงเวลาให้มีความชัดเจน โดยเฉพาะยาในกลุ่มสำคัญ ทบทวนการติดตามผลข้างเคียงจากการใช้ยาความเสี่ยงสูงอย่างเหมาะสม รวมทั้งวางแนวทางในการประเมินและกำกับติดตามมาปรับปรุงบริหารยาเหล่านี้ให้เกิดประสิทธิภาพและความปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง |  |  |
| **II-7 การตรวจสอบทดสอบเพื่อการวินิจฉัยโรค และบริการที่เกี่ยวข้อง** | | | | |
| 57 บริการรังสีวิทยา/ภาพทางการแพทย์ ( II-7.1) | 1. **การบริการทางรังสี** ให้บริการ general X-ray ทั่วไป ตลอด 24 ชั่วโมง | **คำแนะนำ (suggestion )**  จากข้อมูลที่พบว่าอัตราการรายงานผลผิดพลาดเพิ่มขึ้นในปี2564 หลังพัฒนา |  |  |

**สรุปผลรายงานการเยี่ยมสำรวจลดรูปเพื่อต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **มาตรฐาน** | **สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ** | | **แผนการพัฒนาคุณภาพ** | **รายงานความก้าวหน้า** |
| **สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม**  **(Evidence)** | **ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ**  **(Recommendation/Suggestion)** |  |  |
| 58 บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก (II-7.2)\* | (นอกเวลาหลังเที่ยงคืน on call ) มีการตรวจสอบความปลอดภัยทางรังสีโดยเชี่ยวชาญทุกปี บุคลากรมีเครื่องวัดรังสีประจำตัวได้รับการตรวจสอบทุก 3 เดือน ปริมาณรังสีที่บุคคลอยู่ในเกณฑ์ปกติ ปรับเปลี่ยนเป็นเอกเรย์ดิจิทัล PACs เมื่อปลายปี 2561 ทำให้อัตราการส่งเอกเรย์ซ้ำลดลงและอุปกรณ์ป้องกันรังสีมี | ระบบรายงานผ่าน LIS ควรเพิ่มการทบทวน วิเคราะห์สาเหตุ และผลกระทบ นำสู่การปรับระบบการรายงาน เพื่อให้มั่นใจว่าการรายงานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการถูกต้อง แม่นยำ |  |  |
| 59 ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต (II-7.4)\* |
| 60 พยาธิวิทยากายวิภาค และบริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ (II-7.3/7.5) |

**สรุปผลรายงานการเยี่ยมสำรวจลดรูปเพื่อต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **มาตรฐาน** | **สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ** | | **แผนการพัฒนาคุณภาพ** | **รายงานความก้าวหน้า** |
| **สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม**  **(Evidence)** | **ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ**  **(Recommendation/Suggestion)** |  |  |
|  | เพียงพอตามมาตรฐาน ได้แก่ เสื้อตะกั่ว แว่นตากันรังสี thyroid shield gonad shield และอยู่ระหว่างรอใบอนุญาตครอบครองเครื่องฉายรังสีจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องซึ่งได้ดำเนินการขอแล้วพร้อมหลักฐาน  2. **บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์** ให้บริการตลอด 24 ชม. หลังเวลา16.00น.on callพื้นที่บริการจัดพื้นที่เป็น |  |  |  |

**สรุปผลรายงานการเยี่ยมสำรวจลดรูปเพื่อต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **มาตรฐาน** | **สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ** | | **แผนการพัฒนาคุณภาพ** | **รายงานความก้าวหน้า** |
| **สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม**  **(Evidence)** | **ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ**  **(Recommendation/Suggestion)** |  |  |
|  | สัดส่วนตามมาตรฐาน ได้แก่ พื้นที่ห้องเจาะเลือด พื้นที่ห้องปฏิบัติ-การ พื้นที่ทำงานเอกสาร คลังเก็บน้ำยา และที่พักบุคลากร มีการกำกับตรวจสอบคุณภาพตามมาตรฐาน IQC ได้ทุกรายการตรวจและ EQA ตรวจได้ร้อยละ 92.8 นำระบบ LIS ในการรายงานผลตรวจผ่านระบบ HI และได้รับการตรวจประเมินจากองค์กรวิชาชีพ(ต่ออายุ) |  |  |  |

**สรุปผลรายงานการเยี่ยมสำรวจลดรูปเพื่อต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **มาตรฐาน** | **สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ** | | **แผนการพัฒนาคุณภาพ** | **รายงานความก้าวหน้า** |
| **สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม**  **(Evidence)** | **ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ**  **(Recommendation/Suggestion)** |  |  |
|  | เมื่อปี 2563 ผลผ่าน LA ผ่าน reaccredit (หมดอายุปี 2566 ) |  |  |  |
| **II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ** | | | | |
| 61 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (II-8) | มีการเฝ้าระวังและตอบสนองต่อการระบาดของโรคติดต่อเชื้อ COVID -19 ในชุมชนได้ | **คำแนะนำ (suggestion )** |  |  |

| **มาตรฐาน** | **สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ** | | **แผนการพัฒนาคุณภาพ** | **รายงานความก้าวหน้า** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม(Evidence)** | **ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ(Recommendation/Suggestion)** |  |  |
| II-9 การทำงานกับชุมชน | | | | |
| II-9 การทำงานกับชุมชน [II-9] | โรงพยาบาลมีความโดดเด่นในการทำงานร่วมกับชุมชน ชุมชนมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้นำและศรัทธาในผลงานของโรงพยาบาลทั้งในสถานการณ์และสถานการณ์การระบาดของโรค covid-19 มีการจัดแผนยุทธศาสตร์แบบมีส่วนร่วมที่นำหลักเวชศาสตร์ครอบครัวมาดำเนินการในการเชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพของชุมชน โดยใช้เป้าหมายการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของประชาชนที่ดำเนินการโดยหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลในการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ | คำแนะนำ (Suggestion)  ควรส่งเสริมการกำหนดชุมชนให้ชัดเจนเพื่อให้มีการวิเคราะห์ภาวะสุขภาพและศักยภาพในการดูแลตนเองของชุมชนนำข้อมูลที่การติดตามมาสร้างการเรียนรู้และปรับปรุงกระบวนการในการดูแลตนเอง เช่น อัตราการเกิดผู้ป่วยรายใหม่ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อให้ผลลัพธ์ด้านส่งเสริมป้องกันได้มากขึ้น เป็นต้น |  |  |

| **มาตรฐาน** | **สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ** | | **แผนการพัฒนาคุณภาพ** | **รายงานความก้าวหน้า** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม(Evidence)** | **ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ(Recommendation/Suggestion)** |  |  |
|  | เช่น กลุ่มแม่และเด็ก พัฒนาระบบการเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยจากปฐมภูมิสู่โรงพยาบาลจนกลับถึงในชุมชน กลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนพัฒนาศูนย์เด็กเล็กคุณภาพตรวจสุขภาพประเมิน IQ/EQเสริมด้านพัฒนาการกลุ่มเด็กวัยเรียน วันรุ่น กิจกรรมการดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงสูง ดำเนินงานในโรงเรียนมัธยมขยายโอกาส และค้นหาผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพเตรียมการเพื่อจัดการติดตามดูแลประคับประครอง การเสริมพลังให้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงความร่วมมือกับชุมชนในจัดบริการ ระบบpre-hospital ที่ช่วยให้ผู้ป่วยSTEMI, stroke เข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว |  |  |  |

| **มาตรฐาน** | | **สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ** | | **แผนการพัฒนาคุณภาพ** | | **รายงานความก้าวหน้า** | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม(Evidence)** | **ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ(Recommendation/Suggestion)** |  | |  | |
| ตอนที่III กระบวนการดูแลผู้ป่วย | | | | | | | |
| III-1การเข้าถึงและเข้ารับบริการ | | | | | | | |
| 63 การเข้าถึงบริการ [III-(4-8\*)] | 1.มีการพัฒนา fast track อย่างต่อเนื่องในโรค STEMI, stroke, sepsis โดยมีการปรึกษาแพทย์โรงพยาบาลแม่ข่ายในการแปรผลEKG สามารถให้ SKได้พัฒนาสมรรถนะและแนวทางในการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยโรคดังกล่าว พัฒนาcheck list refer รวมทั้งมีการประเมิน pneumonia score เพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยเด็กที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจ | | คำแนะนำ (Suggestion)  1.ควรส่งเสริมการทบทวนผู้ป่วยกลุ่มโรคfast track ที่เข้าถึงล่าช้าและผู้ป่วยเร่งด่วนฉุกเฉินที่ยังได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินไม่ทันเวลา โดยการวิเคราะห์สาเหตุต่างๆ และมีการปรับปรุงที่ตรงประเด็น เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มเร่งด่วนได้เข้ารับบริการที่ทันเวลาและปลอดภัย | |  | |  |
| 64.กระบวนการรับผู้ป่วย การให้ข้อมูล และ informed consent [III-1(4-8\*)] |

| **มาตรฐาน** | **สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ** | | **แผนการพัฒนาคุณภาพ** | **รายงานความก้าวหน้า** | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม(Evidence)** | **ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ(Recommendation/Suggestion)** |  |  | |
| ตอนที่III กระบวนการดูแลผู้ป่วย | | | | | |
| III-1การเข้าถึงและเข้ารับบริการ | | | | | |
|  | 2. ในสถานการณ์covid-19 มีการปรับบริการโดยมีการคัดกรองผู้ป่วยก่อนเข้ารับบริการ ปรับปรุงARI clinicแบบถาวรและon stop serviceโดยมีเจ้าหน้าที่ประจำกลุ่มเฉพาะ ปรับแนวทางในการรับผู้ป่วยโดยทีมEMS ตามระดับความเสี่ยงพร้อมอุปกรณ์การแพทย์ จำกัดจำนวนผู้ป่วยรอหน้าห้องตรวจ จัดตั้งศูนย์พักคอย(CI,HI) และโรงพยาบาลสนาม 50 เตียง มีการค้นหา คัดกรองและเฝ้าระวังผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชน รวมทั้งมีการมีระบบ telemedicine | 2.ควรส่งเสริมการประเมินสิทธิภาพของกระบวนการ triage ด้วยการเรียนรู้จากการตามรอยการปฏิบัติที่หน้างานและอุบัติการณ์หรือสถิติการส่งผู้ป่วยไปมาระหว่าง ERกับOPD เพื่อปรับเกณฑ์ในการคัดแยกให้ชัดเจนที่ครอบคลุมและมีความจำเพาะในการคัดแยกผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตามความเร่งด่วนและมีความปลอดภัย รวมทั้งส่งเสริมการกำกับติดตามและมีความปลอดภัย รวมทั้งส่งเสริมการกำกับติดตาม และประเมินผลการนำแนวทางมาสู่การปฏิบัติที่กำหนดไว้อย่างถูกต้องและเข้าใจตรงกัน |  | |  |

| **มาตรฐาน** | | | **สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ** | | | **แผนการพัฒนาคุณภาพ** | | | **รายงานความก้าวหน้า** | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | **สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม(Evidence)** | | **ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ(Recommendation/Suggestion)** |  | | |  | | |
| ตอนที่III กระบวนการดูแลผู้ป่วย | | | | | | | | | | | |
| III-1การเข้าถึงและเข้ารับบริการ | | | | | | | | | | | |
|  | | สำหรับผู้ป่วย NCDs และจัดส่งยาให้ผู้ป่วยที่บ้านโดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่ อสม. | | |  | | |  | | |  |
| III-2 การประเมินผู้ป่วย | | | | | | | | | | | |
| 65 การประเมินผู้ป่วยและการส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค[III-2 ก,ข]  66 การวินิจฉัยโรค [III-2 ค]\* |  | | | คำแนะนำ (Suggestion)  1.การประเมินผู้ป่วย: ควรส่งเสริมการใช้ข้อมูลการประเมินร่วมกันในทีมสหวิชาชีพโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีลักษณะเฉพาะหรือมีความเสี่ยงสูง | | |  | | |  | |

| **มาตรฐาน** | | **สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ** | | **แผนการพัฒนาคุณภาพ** | | **รายงานความก้าวหน้า** | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม(Evidence)** | **ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ(Recommendation/Suggestion)** |  | |  | |
| III-2 การประเมินผู้ป่วย | | | | | | | |
|  |  | | คำแนะนำ (Suggestion)  1.การประเมินผู้ป่วย: ควรส่งเสริมการใช้ข้อมูลการประเมินร่วมกันในทีมสหวิชาชีพโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีลักษณะเฉพาะหรือมีความเสี่ยงสูงและในกลุ่มผู้ป่วยสำคัญ เช่น เด็ก ผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้ปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยที่ครบถ้วนเหมาะสมรวมทั้งมีการระบุปัญหาที่เร่งด่วนและสำคัญอย่างชัดเจน นอกจากนี้ ควรทบทวนวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยที่ทรุดลงขณะสังเกตอาการหรือขณะรักษาอย่างสม่ำเสมอ | |  | |  |

| **มาตรฐาน** | | **สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ** | | **แผนการพัฒนาคุณภาพ** | | **รายงานความก้าวหน้า** | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม(Evidence)** | **ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ(Recommendation/Suggestion)** |  | |  | |
| III-2 การประเมินผู้ป่วย | | | | | | | |
|  |  | | เพื่อกำหนดแนวทางการประเมินซ้ำที่เหมาะสมกับภาวะผู้ป่วยปรับเปลี่ยนแผนการดูแลได้อย่างทันเวลา  2.การวินิจฉัยโรค: ควรส่งเสริมการทบทวนกลุ่มผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยตามอาการ(รหัสR)ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยผิดพลาดและล่าช้า ผู้ป่วยที่มีการส่งต่อซึ่งมีการเรียนรู้กับผู้เชี่ยวชาญหรือโรงพยาบาลแม่ข่ายผู้ป่วยRevisit เพื่อหาโอกาสพัฒนาและทบทวนการวินิจฉัยโรคอย่างถูกต้อง รวมทั้งทบทวนความเหมาะสมโรคอย่างถูกต้อง รวมทั้งทบทวนความเหมาะสมของการวินิจฉัยโรคที่สอดคล้องกับข้อมูลประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจinvestigation อย่างสม่ำเสมอ | |  | |  |

| **มาตรฐาน** | | **สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ** | | | **แผนการพัฒนาคุณภาพ** | **รายงานความก้าวหน้า** | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม(Evidence)** | **ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ(Recommendation/Suggestion)** | |  |  | |
| III-3 การวางแผน | | | | | | | |
| 67 การวางแผน การดูแลผู้ป่วย[III-3.1 ] |  | | คำแนะนำ (Suggestion)  1.การวางแผนการดูแลผู้ป่วย:ทีมสหสาขาวิชาชีพควรเพิ่มการระบุเป้าหมายที่ต้องการบรรลุแผนดูแลให้ชัดเจน มีการตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายหรือแต่ละกลุ่มโรคอย่างครบถ้วน(ปัญหาทั่วไป ปัญหาเร่งด่วนหรือความเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวัง ปัญหาที่ต้องวางแผนและเตรียมตัวก่อนกลับบ้าน)โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มโรคซับซ้อนที่ต้องดูแลร่วมกันหลายวิชาชีพพร้อมกับมีแนวทางในการประสาน การสื่อสาร ส่งต่อข้อมูล | |  | |  |
| 68 การวางแผนการจำหน่าย [III3.2]\* |
| **มาตรฐาน** | | **สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ** | | | **แผนการพัฒนาคุณภาพ** | **รายงานความก้าวหน้า** | |
|  | | **สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม(Evidence)** | | **ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ(Recommendation/Suggestion)** |  |  | |
| III-3 การวางแผน | | | | | | | |
|  |  | | | การเฝ้าระวังโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงสูงระหว่างทีมผู้ให้บริการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีการนำแผน การดูแลผู้ป่วยไปสู่การปฏิบัติที่สอดคล้องกัน รวมทั้งทบทวนและปรับแผนการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีข้อมูล/ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการหรืออาการของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป |  | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **มาตรฐาน** | **สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ** | | **แผนการพัฒนาคุณภาพ** | **รายงานความก้าวหน้า** |
|  | **สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม**  **(Evidence)** | **ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ**  **(Recommendation/Suggestion)** |  |  |
|  |  | **2. การวางแผนจำหน่าย** ควรส่งเสริมการค้นหาและระบุปัญหาความต้องการของผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้นหลังจำหน่ายเฉพาะราย ด้วยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติ มีการเตรียมความพร้อม ประเมินความรู้ ทักษะที่จำเป็นและส่งต่อข้อมูลให้กับเครือข่าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการปัญหาหลังจำหน่ายอย่างเหมาะสม |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **III-4 การดูแลผู้ป่วย** | | | | |
| **มาตรฐาน** | **สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ** | | **แผนการพัฒนาคุณภาพ** | **รายงานความก้าวหน้า** |
|  | **สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม**  **(Evidence)** | **ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ**  **(Recommendation/Suggestion)** |  |  |
| 69 การดูแลทั่วไป [III-4.2] | 1. **การดูแลทั่วไป :** มีการพัฒนาตึกผู้ป่วยให้เป็น cohort ward จำนวน 24 เตียง โดยมีการแยกแยกอัตรากำลังในการดูแลเฉพาะ มีการปรับปรุงห้อง AIIR จำนวน 1 ห้องและห้อง Modify AIIR จำนวน 1 ห้อง 2. **อาหารและโภชนบำบัด :** พบว่าเป็นการการจ้างเหมาผู้ประกอบอาหารจากภายนอกโดยจัดทำเป็นอาหารสำเร็จและส่งมาที่โรงพยาบาลแบบเฉพาะคน | **ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ :**  **(Recommendation)** **การดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง** ควรทบทวนและกำหนดกลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงสูงของโรงพยาบาลให้ครอบคลุมในทุกกลุ่มผู้ป่วย/การบริการต่างๆ กำหนดแนวทางการเฝ้าระวังที่ครอบคลุมและเหมาะสมตามความเสี่ยงที่ระบุไว้ รวมทั้ง early warning sign ซึ่งใช้เป็นสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติที่ต้องใช้รายงานแพทย์อย่างชัดเจน มีการพัฒนาทักษะทีมดูแลในการประเมิน เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสมกับความรุนแรงของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงมีความปลอดภัยมากขึ้น |  |  |
| 70 การดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง[III-4.2] |
| 71 การระงับความรู้สึก [III-4.3 ก] |
| 72 การผ่าตัด [III-4.3 ข] \* |
| 73 อาหารและโภชนบำบัด [III-4.3 ค] |
| 74 การดูแลผุ้ป่วยระยะสุดท้าย [III-4.3 ง] |
| 75 การจัดการความปวด [III-4.3 จ] |
| 76 การฟื้นฟูสภาพ [III-4.3 ฉ] |
| 77 การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง [III-4.3 ช] |
| **มาตรฐาน** | **สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ** | | **แผนการพัฒนาคุณภาพ** | **รายงานความก้าวหน้า** |
|  | **สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม**  **(Evidence)** | **ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ**  **(Recommendation/Suggestion)** |  |  |
|  | 1. **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย** มีการออกแบบระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่งเสริมให้มีพยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีการใช้เกณฑ์ PPS version 2 ในการประเมินผู้ป่วยและกำหนดระบบการดูแลเชื่อมโยงกับ COCในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจของผู้ป่วยที่ต้องการกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน มีอุปกรณ์ให้ผู้ป่วย และบรรเทาความทุกข์ทรมานจากการเจ็บปวดด้วย opioids | **คำแนะนำ (Suggestion)**  1. ตามที่โรงพยาบาลมีโภชนากร ควรดำเนินการกำหนดอาหารเฉพาะโรคที่ชัดเจน เรียนรู้การใช้ข้อมูลที่จำเป็นในการกำหนดอาหาร และสื่อสารให้ผู้ประกอบการจัดทำอาหารให้ได้ตรงตามที่กำหนดกำกับตรวจสอบอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการกำหนด KPI ที่สะท้อนกระบวนการจัดบริการตามหลักสุขาภิบาล และผลลัพธ์ทางโภชนาบำบัด เพื่อให้มั่นใจว่าการจัดบริการอาหารสอดคล้องตามมาตรฐานและถูกต้องเหมาะสมตามโภชนบำบัด |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **มาตรฐาน** | **สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ** | | | **แผนการพัฒนาคุณภาพ** | **รายงานความก้าวหน้า** |
|  | **สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม**  **(Evidence)** | | **ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ**  **(Recommendation/Suggestion)** |  |  |
|  | **4.การฟื้นฟูสภาพ :** มีการกำหนดกลุ่มผู้ป่วยสำคัญที่จำเป็นต้องรับการฟื้นฟูสภาพ เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้พิการ รวมถึงยังมีการจัดบริการเยี่ยมผู้ป่วยสูงอายุที่ติดเตียงและผู้พิการในชุมชน มีการจัดทำแนวทางการดูแลผู้พิการ ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง มีการจัดบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเพื่อตอบสนองความต้องการผู้ป่วย ได้แก่ นักกายภาพบำบัด วิเคราะห์ข้อมูลผู้พิการ วางแผนเยี่ยม และประสานชุมชนเพื่อออกให้บริการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ร่วมกันเป็นสหวิชาชีพ มีเครือข่ายชุมชนในการดูแลและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย | | 2. ควรติดตามประเมินผลการประเมินและการบำบัดอาการปวด ทั้งผลลัพธ์ของการจัดการความปวดและภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาระงับปวดในกลุ่ม opioids ในกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย |  |  |
| **มาตรฐาน** | **สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ** | | | **แผนการพัฒนาคุณภาพ** | **รายงานความก้าวหน้า** |
|  | **สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม**  **(Evidence)** | **ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ**  **(Recommendation/Suggestion)** | |  |  |
|  | **5. การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง** ให้บริการผู้ป่วย CKD stage 1-5 ได้พัฒนากราฟพยากรณ์โรคไต เพื่อใช้สื่อการเรียนรู้สำหรับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงระยะการทำงานของไต จักทำการ์ดสีเตือนไตในการสื่อสารระยะของโรคไต จัดทำ education program ที่เป็นแนวทางในการเสริมพลังผู้ป่วยโรคไต ให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อม |  | |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **มาตรฐาน** | **สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ** | | **แผนการพัฒนาคุณภาพ** | **รายงานความก้าวหน้า** |
|  | **สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม**  **(Evidence)** | **ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ**  **(Recommendation/Suggestion)** |  |  |
|  | ของไต ประกอบด้วยการให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยาโดยเภสัชกร แนะนำการรับประทานอาหารโดยนักโภชนาการ สอนสาธิต ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายโดยนักกายภาพบำบัดทุกครั้งที่ผู้ป่วยมารับบริการ ให้คำปรึกษาเรื่องการเตรียมความพร้อม การตัดสินใจ เรื่องการทำ RRT เพื่อวางแผนส่งต่อ |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว** | | | | |
| **มาตรฐาน** | **สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ** | | **แผนการพัฒนาคุณภาพ** | **รายงานความก้าวหน้า** |
|  | **สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม**  **(Evidence)** | **ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ**  **(Recommendation/Suggestion)** |  |  |
| 78 การให้ข้อมูลและเสริมพลัง [III-5] | ทีมดูแลผู้ป่วยมีการเสริมพลังในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ใช้สติ๊กเกอร์ปิงปอง 7 สี กระบวนการกลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ motivation interview เน้นการติดตามอย่างต่อเนื่อง พัฒนาเครือข่ายการเยี่ยมบ้านให้ครอบคลุม เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยและญาติมีกำลังใจและสามารถดูแลตัวเองได้ในชุมชน จนทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น | **คำแนะนำ (Suggestion)**  ควรถอดบทเรียนจากการให้ข้อมูลและเสริมพลังในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อขยายผลให้ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยสำคัญ เช่น COPD ที่พบว่ามีอัตรา re-admit สูง ให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สามารถควบคุมโรคและจัดการกับกับปัญหาสุขภาพได้ และลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับมารักษาซ้ำได้ |  |  |

**37-45 หน้าถัดไป**

| **มาตรฐาน** | **สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ** | | **แผนการพัฒนาคุณภาพ** | **รายงานความก้าวหน้า** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม(Evidence)** | **ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ(Recommendation/Suggestion)** |  |  |
| III-6 การดูแลต่อเนื่อง | | | | |
| III-6 การดูแลต่อเนื่อง[ III-6] |  | มีระบบนัดหมายเพื่อการรักษาต่อเนื่อง โดยใช้ระบบIT เชื่อมโยงกับเครือข่าย รพ.สต ในการติดตามดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน กำหนดแนวทางปฏิบัติในการเตรียมความพร้อมก่อนการส่งต่อผู้ป่วย การประสานงาน สื่อสารการส่งต่อ โดยการวางแผนต่อเนื่อง ส่งข้อมูลเข้าศูนย์ COC ติดตามการดูแลต่อเนื่องโดย manager และทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น ผู้ป่วยเบาหวานติดเตียงให้ รพ.สต. เจาะเลือดวัดสัญญาณชีพ และให้ญาติมารับยาแทน |  |  |

| **มาตรฐาน** | **สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ** | | **แผนการพัฒนาคุณภาพ** | **รายงานความก้าวหน้า** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม(Evidence)** | **ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ(Recommendation/Suggestion)** |  |  |
| III-6 การดูแลต่อเนื่อง | | | | |
| III-6 การดูแลต่อเนื่อง[ III-6] |  | และทะเบียนติดตามผู้ป่วยขาดนัด เยี่ยมบ้าน ผู้ป่วย stroke จัดระบบการติดตามเยี่ยมบ้านโดยประสานกับทีมโรงพยาบาลแม่ข่ายและทีม HHC,PCU เพื่อติดตามผลการรักษา ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค จัดระบบการเก็บข้อมูลให้มีความเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ผ่านระบบการส่งต่อชุมชน เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ระบบการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **มาตรฐาน** | **สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ** | | **แผนการพัฒนาคุณภาพ** | **รายงานความก้าวหน้า** |
|  | **สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม**  **(Evidence)** | **ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ**  **(Recommendation/Suggestion)** |  |  |
| **IV-1ผลด้านการดูแลสุขภาพ** |  |  |  |  |
| (1)ตัววัดสำคัญด้านการดูแลผู้ป่วย | | | | |
| 80 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยในภาพรวม[IV-1,III] | ในรอบ 3ปี(2562-2564)อัตราการตายในภาพรวมไม่คงที่(6-14ราย) อัตราre-admitมีแนวโน้มลดลง ส่วนอัตราre-visitใน48 ชั่วโมงมีแนวโน้มสูงขึ้น | ควรทบทวนตัวชี้วัดที่ใช้ติดตามเพื่อใช้ประโยชน์ในการพัฒนาและสะท้อนคุณภาพในการดูแลรักษา เช่น การเสียชีวิตในกลุ่มที่ไม่ควรเสียชีวิตหรือเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีความรุนแรงระดับเดียวกัน เป็นต้น รวมทั้งเรียนรู้จากผลการวิเคราะห์และกาเปลี่ยนแปลงเพื่อหาโอกาสพัฒนาอย่างต่อเนื่อง |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **มาตรฐาน** | **สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ** | | **แผนการพัฒนาคุณภาพ** | **รายงานความก้าวหน้า** |
|  | **สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม**  **(Evidence)** | **ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ**  **(Recommendation/Suggestion)** |  |  |
| **IV-1ผลด้านการดูแลสุขภาพ** |  |  |  |  |
| (1)ตัววัดสำคัญด้านการดูแลผู้ป่วย | | | | |
| 81 ผลลัพธ์ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ[IV-1,III-1] | ในรอบ 3ปี(2562-2564) อัตราผู้ป่วย stoke ที่มาภายใน 3 ชั่วโมง อัตราผู้ป่วยได้รับการทำ EKG ภายใน 10 นาที และอัตราผู้ป่วยMI ได้มีการวินิจฉัยคลาดเคลื่อนมีแนวโน้มที่ดีขึ้น ส่วนอัตราผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการช่วยเหลือใน 10 นาทีมีแนวโน้มลดลง | ควรเพิ่มการติดตามตัวชี้วัดผลการเข้าถึงให้ตรงประเด็นและครอบคลุมในกลุ่มโรคสำคัญ รวมทั้งการวิเคราะห์หาสาเหตุตัวชี้วัดที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายเพื่อหาโอกาสพัฒนาปรับปรุงแก้ไขที่ตรงประเด็น |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **มาตรฐาน** | **สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ** | | **แผนการพัฒนาคุณภาพ** | **รายงานความก้าวหน้า** |
|  | **สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม**  **(Evidence)** | **ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ**  **(Recommendation/Suggestion)** |  |  |
| **IV-1ผลด้านการดูแลสุขภาพ** |  |  |  |  |
| (1)ตัววัดสำคัญด้านการดูแลผู้ป่วย | | | | |
| 82 ผลลัพธ์ด้านความต่อเนื่องในการดูแล[IV-1,III-5,6] | 1. ผลลัพธ์ด้านความต่อเนื่องในการดูแลโรงพยาบาลนำเสนออัตราผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการติดตามต่อเนื่อง ผลลัพธ์บรรลุเป้าหมาย 100% จำนวนผู้ป่วยstroke ที่ได้รับการลงทะเบียน IMC ซึ่งมีจำนวนน้อยลง  2. ในรอบ 3 ปี (2562-2564) มีผลลัพธ์ที่ดี ได้แก่ ความพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อัตราผู้ป่วย HTที่สามารถคุมระดับความดันโลหิตได้ดีอัตราผู้ป่วยเบาหวานที่คุมระดับน้ำตาลได้ดี | 1. ควรเพิ่มความครอบคลุมการติดตามตัวชี้วัดในการดูแลต่อเนื่องให้ครอบคลุมในกลุ่มโรคที่ผลการการดูแลต่อเนื่องที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย รวมทั้งการส่งเสริมการวัดผลในประเด็นผลลัพธ์สุขภาพจากการดูแลต่อเนื่องหรือคุณภาพชีวิต  2. ควรนำข้อมูลการขาดนัดของผู้ป่วยโรคเรื้อรังพิจารณาเพื่อหาโอกาสพัฒนา ปรับปรุง  3. ควรทบทวนการกำหนดตัวชี้วัดให้ครบถ้วนและสะท้อนประเด็นตามมิติคุณภาพของแต่ละกลุ่มโรคสำคัญที่ได้กำหนดไว้อย่างครอบคลุมรวมทั้ง |  |  |
| **มาตรฐาน** | **สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ** | | **แผนการพัฒนาคุณภาพ** | **รายงานความก้าวหน้า** |
|  | **สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม**  **(Evidence)** | **ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ**  **(Recommendation/Suggestion)** |  |  |
| **IV-1ผลด้านการดูแลสุขภาพ** |  |  |  |  |
| (1)ตัววัดสำคัญด้านการดูแลผู้ป่วย | | | | |
| 82 ผลลัพธ์ด้านความต่อเนื่องในการดูแล[IV-1,III-5,6] | อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารักษาด้วยภาวะแทรกซ้อน ต้นทุนการบริการบริการผู้ป่วยนอกเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลระดับเดียวกัน | มีการวิเคราะห์ความเชื่อมโยงในมิติความเหมาะสมและประสิทธิผล ในการดูแลเพื่อให้สามารถระบุขั้นตอนหรือประสิทธิผลในการดูแลเพื่อให้สามารถระบุขั้นตอนหรือปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ให้ดีขึ้นและใช้ประโยชน์จากการติดตามตัวชี้วัด  4.ควรเพิ่มความครอบคลุมการติดตามตัวชี้วัดในด้านการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมในกลุ่มโรคสำคัญหรือมีค่าใช้จ่ายสูง เช่น ความเหมาะสมในการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **มาตรฐาน** | **สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ** | | **แผนการพัฒนาคุณภาพ** | **รายงานความก้าวหน้า** |
|  | **สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม**  **(Evidence)** | **ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ**  **(Recommendation/Suggestion)** |  |  |
| **IV-1ผลด้านการดูแลสุขภาพ** |  |  |  |  |
| (1)ตัววัดสำคัญด้านการดูแลผู้ป่วย | | | | |
| 82 ผลลัพธ์ด้านความต่อเนื่องในการดูแล[IV-1,III-5,6] |  | จำนวนวันนอน การใช้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม เป็นต้น |  |  |
| 85 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด(S) \*[IV-1,III-4.3ก.ข] |  |  |  |  |
| 86 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ(I)\*[IV-1,II-4] | ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อโรงพยาบาลเสนออัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล ผลลัพธ์เป็นไปตามเป้าหมาย |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **มาตรฐาน** | **สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ** | | **แผนการพัฒนาคุณภาพ** | **รายงานความก้าวหน้า** |
|  | **สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม**  **(Evidence)** | **ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ**  **(Recommendation/Suggestion)** |  |  |
| **IV-1ผลด้านการดูแลสุขภาพ** |  |  |  |  |
| (1)ตัววัดสำคัญด้านการดูแลผู้ป่วย | | | | |
| 87 ผลลัพธ์ระบบบริหารจัดการด้านยา และด้านความปลอดภัยในการใช้ยา/เลือด (M)\*[IV-1.II-9,II-7.4] | ในรอบ3ปี (2562-2564) ผลลัพธ์ที่ดี ได้แก่อัตราคงที่คลังยา อัตรายาขาดคลัง และไม่พบอุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำ ส่วนอัตราความคลาดเคลื่อนทางยายังไม่คงที่ | ควรส่งเสริมการติดตามและกระตุ้นกลไกการค้นหาและดักจับข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมเพื่อนำมาวิเคราะห์ปัญหาได้อย่างชัดเจน นำสู่การพัฒนาได้ตรงประเด็น |  |  |
| 88 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในกระบวนการดูแลผู้ป่วย(P)\*[IV-1,III] | ในรอบ3ปี (2562-2564) พบอุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดคน 2ครั้ง อุบัติการณ์วินิจฉัยคลาดเคลื่อนผู้ป่วย MI 1 ครั้ง อัตราผู้ป่วยเสียชีวิตแบบไม่คาดหวังมีแนวโน้มลดลง | ควรกำหนดการวัดผลความปลอดภัยในกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมกลุ่มโรคสำคัญของโรงพยาบาลและครอบคลุมประเด็นในPSG รวมทั้งใช้ประโยชน์จากการติดตามตัวชี้วัดเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **มาตรฐาน** | **สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ** | | **แผนการพัฒนาคุณภาพ** | **รายงานความก้าวหน้า** |
|  | **สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม**  **(Evidence)** | **ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ**  **(Recommendation/Suggestion)** |  |  |
| **IV-1ผลด้านการดูแลสุขภาพ** |  |  |  |  |
| (1)ตัววัดสำคัญด้านการดูแลผู้ป่วย | | | | |
| 89 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการใช้line/tune/catheter และตัววัดที่เกี่ยวข้องกับห้องปฏิบัติการ(L)\*[IV-1,II-7.2] | 1.มีการกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพครอบคลุมประเด็นคุณภาพ ติดตามอย่างต่อเนื่องได้แก่ IQC,EQA การรายงานผลความผิดพลาดการรายงานค่าวิกฤติ ล่าช้า ความรวดเร็ว ความพึงพอใจและปลอดภัย  2.อัตราการรายงานผลLab ความคลาดเคลื่อนมีแนวโน้มลดลง |  |  |  |
| 90 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการดูแลภาวะฉุกเฉิน(E)\*[IV-1,III-4.2(5)] | อัตราผู้ป่วยAMI ที่ได้รับยาSK ใน30นาที ในปีล่าสุดจากปีก่อนหน้า |  |  |  |
| **มาตรฐาน** | **สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ** | | **แผนการพัฒนาคุณภาพ** | **รายงานความก้าวหน้า** |
|  | **สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม**  **(Evidence)** | **ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ**  **(Recommendation/Suggestion)** |  |  |
| **IV-1ผลด้านการดูแลสุขภาพ** |  |  |  |  |
| (2)ตัววัดสำคัญด้านการสร้างเสริมสุขภาพ | | | | |
| 91. ผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพของผู้รับบริการ3-7ตัว[IV-1(2)] | 1.ผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพของผู้รับบริการโรงพยาบาลนำเสนออัตราเด็กพัฒนาการช้าได้รับการติดตาม หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ 5ครั้ง ตามเกณฑ์และหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน12 สัปดาห์ ผลลัพธ์บรรลุเป้าหมาย  2.ผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน โรงพยาบาลนำเสนอประชาชนในกลุ่มเสี่ยงอายุ 40ปี ขึ้นไปได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี | ควรส่งเสริมการวัดผลที่แสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์กระบวนการและผลลัพธ์สุขภาพที่สะท้อนถึงการดูแลตนเอง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มโรคสำคัญ กลุ่มสุขภาพดี และกลุ่มเสี่ยง และปัญหาสุขภาพที่สำคัญตามกลุ่มวัยในชุมชน วิเคราะห์ปัจจัยเพื่อจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสม | การเปลี่ยนแปลงขอข้อมูลจาก run chart,control chart  เพื่อหาโอกาสพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ |  |
| 92ผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน[II-8,II-9] |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **มาตรฐาน** | **สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ** | | **แผนการพัฒนาคุณภาพ** | **รายงานความก้าวหน้า** |
|  | **สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม**  **(Evidence)** | **ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ**  **(Recommendation/Suggestion)** |  |  |
| **IV-1ผลด้านการดูแลสุขภาพ** |  |  |  |  |
| (2)ตัววัดสำคัญด้านการสร้างเสริมสุขภาพ | | | | |
|  | ด้วยผลอัลตราซาวด์ ปีละ1ครั้งและผู้ติดยาเสพติดได้รับการบำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดและได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง 1ปี บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **มาตรฐาน** | **สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ** | | | **แผนการพัฒนาคุณภาพ** | | **รายงานความก้าวหน้า** | |
|  | **สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม**  **(Evidence)** | | **ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ**  **(Recommendation/Suggestion)** |  | |  | |
| **IV-2 ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น(มิติคนเป็นศูนย์กลาง)** | | | | | | | |
| 93.ตัววัด/ผลลัพธ์สำคัญด้านความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจ/ความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย[IV-2,I-3] | | อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยในและอัตราข้อร้องเรียนได้รับการการแก้ไขอยู่ในเกณฑ์สูงอย่างต่อเนื่อง | 1. ควรขยายการระเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์เพื่อการตอบสนองให้ครอบคลุมกลุ่มผู้รับผลงานอื่น ชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียตามที่ได้จำแนกส่วนไว้  2. ควรส่งเสริมการติดตามตัวชี้วัด การใช้ประโยชน์จากการติดตามตัวชี้วัดอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอมากกว่าข้อมูลรายปี/ครึ่งปี เรียนรู้จากผลวิเคราะห์ | |  | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **มาตรฐาน** | **สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ** | | **แผนการพัฒนาคุณภาพ** | **รายงานความก้าวหน้า** |
|  | **สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม**  **(Evidence)** | **ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ**  **(Recommendation/Suggestion)** |  |  |
| **IV-3 ผลด้านกำลังคน** | | | | |
| 94 ผลลัพธ์ด้านกำลังคน [IV-3,I-5]\* |  | ควรส่งเสริมการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัดให้ครอบคลุมและวิเคราะห์ตัวชี้วัด นำสู่การปรับพัฒนาด้านกำลังคนให้สอดคล้องกับปัญหา ความต้องการของกลุ่มเป้าหมายเพื่อให้องค์กรมีกำลังคนที่เพียงพอ สมรรถนะเหมาะสมสุขภาพแข็งแรงและปลอดภัย |  |  |
| **IV-4 ผลด้านการนำ** | | | | |
| 95 ผลลัพธ์ด้านการนำ [IV-4, I-I, I-2] | อัตราการบรรลุผลตามกลยุทธ์องค์กรมีแนวโน้มสูงขึ้น ส่วน CMI มีแนวโน้ม ลดลง |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **มาตรฐาน** | **สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ** | | **แผนการพัฒนาคุณภาพ** | **รายงานความก้าวหน้า** |
|  | **สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม**  **(Evidence)** | **ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ**  **(Recommendation/Suggestion)** |  |  |
| **IV-5 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ** | | | | |
| 96ผลลัพธ์ด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ เช่น IM, BCM,Supply chain, RM,  ENV [IV-5, II]\* |  | ควรทบทวนการกำหนดตัวชี้วัดให้ครอบคลุมมากขึ้นในกระบวนการทำงานสำคัญ ในระบบ IM ,BCM, Supply chain, ENV ในการกำกับติดตามกระบวนงานสำคัญต่างๆให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างต่อเนื่อง และแก้ไขเมื่อไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เพื่อให้ทุกกระบวนการทำงานสำคัญมีประสิทธิภาพ |  |  |
| **IV-6 ผลด้านการเงิน** | | | | |
| 97ผลลัพธ์ด้านการเงิน[IV-6,I-2] | ค่าวิกฤติทางการเงิน(risk scoring)อัตราส่วนสินทรัพย์คล่องตัวและอัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนมีแนวโน้มดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง |  |  |  |

ความเห็นเพิ่มเติมจากคณะอนุกรรมการที่ปรึกษาเพื่อการรับรองคุณภาพ

คณะอนุกรรมการที่ปรึกษาเพื่อการรับรองคุณภาพได้พิจารณารายงานผลการเยี่ยมสำรวจมีความเห็น

1. สิ่งที่น่าชื่นชมเพิ่มเติม ดังนี้
   1. มีการธำรงการตรวจสอบความปลอดภัยด้านโครงสร้างและสิ่งแวดล้อมโดยผู้เชี่ยวชาญ จากสำนักงานบริการสนับสนุนปีละ 1 ครั้ง และ ENV & IC round นำผลมาแก้ไข ปรับปรุง
   2. ระบบบำบัดน้ำเสีย พบว่าผลการตรวจวิเคราะห์น้ำทิ้งปี 2561 – 2564 ผ่านทุกพารามิเตอร์
   3. อัตราความสมบูรณ์เวชระเบียนของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในอยู่ในเกณฑ์สูงเกินเป้าหมาย (>80%)อย่างต่อเนื่อง
2. สิ่งที่เป็นโอกาสพัฒนา
   1. MSO ควรวางระบบกำกับการดูแลนอกเวลาราชการที่ ER กรณีพยาบาลตรวจแทนแพทย์ให้ชัดเจน ตลอดทั้งส่งเสริมให้มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง
   2. มาตรฐานสำคัญจำเป็นโดยเฉพาะความคลาดเคลื่อนการวินิจฉัย (diagnostic error) โดยเรียนรู้ใน area การทบทวนโดยผู้ชำนาญกว่า และการทบทวนผู้ป่วยส่งต่อส่งไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า (refer out) เพื่อหาโอกาสพัฒนา และนำมาสู่การเพิ่มศักยภาพการดูแล และทีมที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งขยายการบริการ
   3. ทบทวนความเชี่ยวชาญขององค์กร (core competency) ให้เหมาะสมกับบริบท และนำไปสู่การออกแบบระบบ/กระบวนการให้ชัดเจน เป็นรูปธรรม
   4. ผลการดำเนินงานการบริหารจัดการด้านยา ควรนำเสนอการพัฒนาแนวทางป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาแต่ละประเภท รวมถึงการจัดการยาความเสี่ยงสูงและผลลัพธ์การดำเนินการประสานรายการยา (medication reconciliation) ให้ชัดเจน
3. ให้มีการเยี่ยมสำรวจเพื่อเฝ้าระวังในระยะเวลา 1 ปี 6 เดือน หลังจากได้รับการรับรอง และให้ติดตามประเด็น ตามข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง (recommendation) เพิ่มเติมจากที่ทีมเยี่ยมสำรวจให้ไว้