



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 02/5060

18 พฤศจิกายน 2566

เรื่อง แจ้งผลการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล และนำส่งรายงานผลการเยี่ยมสำรวจฉบับสมบูรณ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกำแพงเพชร

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1) แนวทางการดาวน์โหลดรายงานผลการเยี่ยมสำรวจฉบับสมบูรณ์ จำนวน 1 แผ่น
2) กำหนดการกิจกรรมการปฏิบัติหลังได้รับการรับรองคุณภาพ จำนวน 2 แผ่น

ตามที่สถานพยาบาลของท่านได้ขอเข้าสู่กระบวนการต่ออายุการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนทั้งองค์กร ขึ้นมาตรฐาน ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 และรับการเยี่ยมสำรวจจากผู้แทนของสถาบัน เมื่อวันที่ 6 - 7 กรกฎาคม 2566 แล้วนั้น

สถาบันขอแสดงความยินดี และแจ้งผลการพิจารณารับรองคุณภาพแก่คณะผู้บริหารและผู้บริหารปฏิบัติงานของสถานพยาบาล ให้ทราบว่า สถานพยาบาลของท่านได้รับอนุมัติการต่ออายุการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนทั้งองค์กร ขึ้นมาตรฐาน ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 (ระยะเวลา 3 ปี) ตั้งแต่วันที่ 25 กรกฎาคม 2566 ถึง 24 กรกฎาคม 2569 และขอให้นำส่งรายงานผลการเยี่ยมสำรวจฉบับสมบูรณ์ในรูปแบบเอกสารอิเล็กทรอนิกส์เพื่อให้สถานพยาบาลได้ใช้ประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง (ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย 1) และขอให้ดำเนินการปฏิบัติหลังได้รับการรับรองคุณภาพ (ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย 2)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และขอให้ดำเนินการปฏิบัติหลังได้รับการรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

ขอแสดงความนับถือ

(นางปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ)

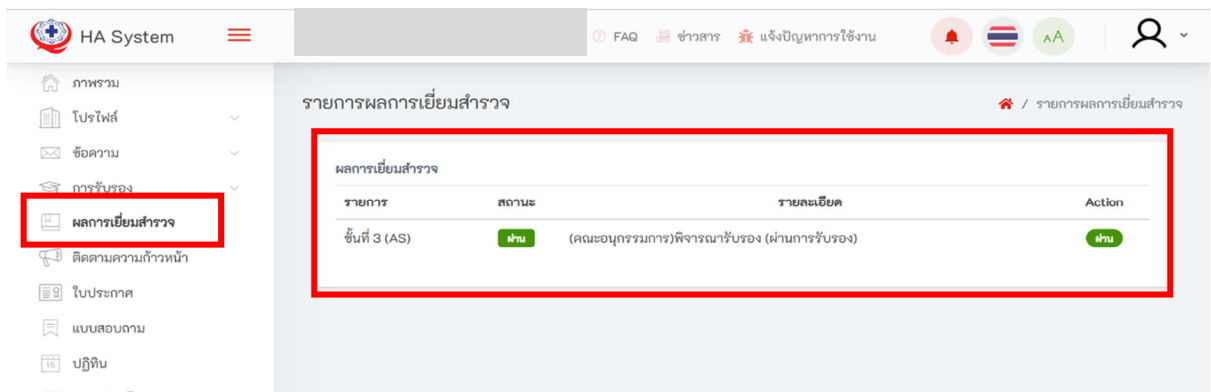
ผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

(สิ่งที่ส่งมาด้วย 1)

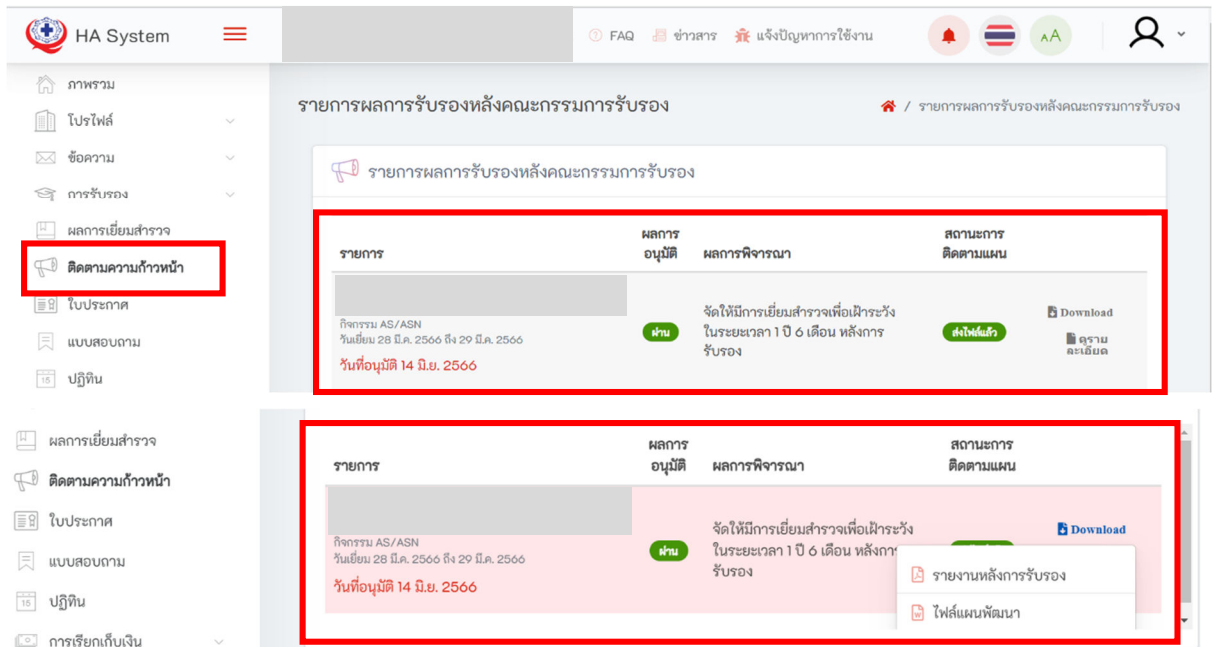
แนวทางการดาวน์โหลดรายงานผลการเยี่ยมสำรวจฉบับสมบูรณ์

สถาบันจะจัดส่งรายงานผลการเยี่ยมสำรวจ โดย upload ไฟล์ผ่าน Web based Application โปรแกรมระบบการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล <https://hospital.ha.or.th> มีแนวทางการดาวน์โหลดรายงาน ดังนี้

1. เลือกเมนู ผลการรับรอง เพื่อตรวจสอบผลการรับรอง



2. เลือกเมนู ติดตามความก้าวหน้า กด Download เลือกรายงานหลังการรับรอง



(สิ่งที่ส่งมาด้วย 2)

กำหนดการกิจกรรมการปฏิบัติหลังได้รับการรับรองคุณภาพ

ชื่อสถานพยาบาล: โรงพยาบาลกำแพงเพชร

ชื่อการรับรอง: การรับรองคุณภาพสถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนทั้งองค์กร ชั้นมาตรฐาน ตามมาตรฐาน
โรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

ระยะเวลารับรอง: วันที่ 25 กรกฎาคม 2566 ถึง 24 กรกฎาคม 2569

กิจกรรมการปฏิบัติหลังได้รับการรับรอง:

กิจกรรม	วัน เดือน ปี
1. จัดส่งแผนการพัฒนาคุณภาพตามข้อเสนอแนะ	-
2. จัดส่งรายงานความก้าวหน้าการพัฒนาคุณภาพ ครั้งที่ 1	ภายใน 11 ตุลาคม 2567
3. เตรียมรับการเยี่ยมสำรวจหรือกิจกรรมสร้างการเรียนรู้เพื่อ เฝ้าระวัง	ในระยะเวลา 18 เดือน (เดือนเมษายน 2568) หลังวันที่ได้รับอนุมัติการรับรองคุณภาพ
4. จัดส่งรายงานความก้าวหน้าการพัฒนาคุณภาพ ครั้งที่ 2 (ถ้ามี)	-
5. จัดส่งหนังสือแจ้งสถาบันเพื่อขอเข้าสู่กระบวนการต่ออายุ การรับรองคุณภาพไม่น้อยกว่า 6 เดือนก่อนวันที่อายุการ รับรองคุณภาพสิ้นสุดลง	ภายใน 24 มกราคม 2569

กรณีสถานพยาบาลที่ไม่สามารถดำเนินการส่งแผนการพัฒนาหรือรายงานความก้าวหน้าการพัฒนา
คุณภาพตามที่กำหนด สถานพยาบาลต้องทำหนังสือระบุเหตุผลความจำเป็นถึงสถาบันภายใน 30 วันจากวันที่
กำหนดและให้สถาบันจัดให้มีกระบวนการสร้างการเรียนรู้ เพื่อหาโอกาสพัฒนาและติดตามความก้าวหน้า และให้
สถานพยาบาลดำเนินการส่งแผนการพัฒนาหรือรายงานความก้าวหน้าไม่เกิน 90 วันนับจากวันที่สถาบันได้
ดำเนินการ กรณีสถานพยาบาลไม่ดำเนินการดังกล่าว ผู้อำนวยการจะเสนอเรื่องเพื่อขอคำแนะนำและข้อเสนอแนะ
จากคณะกรรมการในการพิจารณาระยะเวลาและสถานะการรับรองคุณภาพ

กรณีสถานพยาบาลไม่ได้จัดส่งหนังสือแจ้งสถาบันเพื่อขอเข้าสู่กระบวนการต่ออายุการรับรองคุณภาพไม่
น้อยกว่า 6 เดือนก่อนวันที่อายุการรับรองคุณภาพสิ้นสุดลง ให้ถือว่าใบรับรองคุณภาพสิ้นสุดลงเมื่อครบกำหนด
อายุใบรับรองประเภทนั้น ๆ หากสถานพยาบาลประสงค์จะให้สถาบันดำเนินการรับรองคุณภาพของ
สถานพยาบาลดำเนินการ ให้มีหนังสือแจ้งสถาบันเพื่อขอรับการประเมินการพัฒนาหรือการรับรองคุณภาพใหม่

(สิ่งที่ส่งมาด้วย 2)

กำหนดการกิจกรรมการปฏิบัติหลังได้รับการรับรองคุณภาพ

กรณีเมื่อเกิดเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อผู้มารับบริการอย่างรุนแรงโดยไม่คาดคิด หรือเกิดเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อความเชื่อมั่นของสังคมที่มีต่อสถานพยาบาลที่รับทราบโดยสังคม

- กรณีเมื่อเกิดเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อผู้มารับบริการอย่างรุนแรงโดยไม่คาดคิด หรือเกิดเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อความเชื่อมั่นของสังคมที่มีต่อสถานพยาบาลที่รับทราบโดยสังคม หรือรับทราบจากหน่วยงานองค์กร ข้อร้องเรียนโดยบุคคล หรือจากระบบรายงานอุบัติการณ์ที่สถาบันกำหนด สถาบันจะดำเนินการแจ้งสถานพยาบาลให้ส่งรายงานเหตุการณ์ดังกล่าวให้สถาบันทันที แต่ทั้งนี้ไม่เกินสามสิบวันนับถัดจากวันที่เกิดเหตุการณ์หรือวันที่สถาบันรับทราบเหตุการณ์นั้น
- กรณีเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่คณะกรรมการกำหนด และมีผลทำให้ผู้ป่วยหรือบุคลากรเสียชีวิต บาดเจ็บ หรือพิการ ให้สถานพยาบาลจัดทำรายงานเหตุการณ์ดังกล่าวแจ้งสถาบันทันที แต่ทั้งนี้ไม่เกินสามสิบวันนับถัดจากวันที่เกิดเหตุการณ์นั้น
- ให้สถาบันจัดกระบวนการสร้างการเรียนรู้หรือการเยี่ยมชมสำรวจเพื่อสร้างการเรียนรู้ เพื่อทบทวนการพัฒนาหรือปรับปรุงระบบภายใน 30 วัน หลังได้รับรายงานจากสถานพยาบาล และนำเสนอข้อมูลต่อคณะกรรมการเพื่อประกอบการพิจารณาในการให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะแก่ผู้อำนวยการในการพิจารณาสถานะและระยะเวลาการรับรองคุณภาพหรือเพิกถอนการรับรองคุณภาพ และให้ผู้อำนวยการรายงานคณะกรรมการให้ทราบในทุกกรณี
- หากสถานพยาบาลไม่ดำเนินการตามที่สถาบันกำหนด ให้สถาบันมีหนังสือสอบถามสถานพยาบาลภายใน 10 วันทำการหลังครบกำหนดการรายงานของสถานพยาบาลต่อสถาบัน โดยหากสถานพยาบาลไม่ดำเนินการตอบกลับใน 30 วัน ให้ผู้อำนวยการมอบให้บุคคลอื่น จำนวนไม่เกินสามคนเข้าเยี่ยมชมสำรวจสถานพยาบาลเพื่อรับฟังข้อมูลการดำเนินงานและข้อจำกัดอันเป็นเหตุให้ไม่สามารถดำเนินการได้ตามระยะเวลาที่กำหนด และนำเสนอข้อมูลต่อคณะกรรมการเพื่อประกอบการพิจารณาในการให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะแก่ผู้อำนวยการในการพิจารณาสถานะและระยะเวลาการรับรองคุณภาพหรือเพิกถอนการรับรองคุณภาพ และให้ผู้อำนวยการรายงานคณะกรรมการในทุกกรณี

อ้างอิง: ตามระเบียบคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ว่าด้วย หลักเกณฑ์และวิธีการในการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล พ.ศ. 2566



สรุปผลรายงานการเยี่ยมสำรวจเพื่อต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพ
ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5
โรงพยาบาลกำแพงเพชร
วันที่ 6 - 7 กรกฎาคม 2566

ตามที่สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ได้ส่งคณะผู้เยี่ยมสำรวจ
เข้าเยี่ยมสำรวจเพื่อต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการ
สุขภาพฉบับที่ 5 ดังรายชื่อต่อไปนี้

- | | |
|--------------------------|-----------------------------------|
| 1. นพ.มนตรี ลักษณะสุวงศ์ | ครูฝึกและหัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจ |
| 2. นพ.องอาจ เลิศขจรสิน | ผู้เยี่ยมสำรวจ |
| 3. นพ.ตุลกันต์ มัคคั่น | ผู้เยี่ยมสำรวจ |
| 4. นางสุภาเพ็ญ ศรีสดีใส | ผู้เยี่ยมสำรวจ |
| 5. ทพ.สรชัย เทพธรณินทรา | ผู้เยี่ยมสำรวจ |

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

การปฏิบัติตามข้อกำหนดมาตรฐาน

จากการเยี่ยมสำรวจของผู้เยี่ยมสำรวจพบสิ่งที่น่าสนใจและขอเสนอแนะสำหรับการพัฒนา
คุณภาพอย่างต่อเนื่องในช่วง 1 - 3 ปีข้างหน้า ซึ่งเป็นประเด็นที่ผู้แทนของ สรพ. จะติดตามใน
ระหว่างการเยี่ยมสำรวจเพื่อเฝ้าระวังเมื่อครบ 1 - 2 ปี หลังจากรับการรับรองแล้ว ดังนี้

สิ่งที่น่าสนใจ (Exceptional performance)

1. **การนำ:** ผู้นำระดับสูงมีความมุ่งมั่นในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยชี้แนะและทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ ผ่านการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และเข็มมุ่งที่ชัดเจน สื่อสารไปยังบุคลากรทั่วทั้งองค์กร พร้อมทั้งให้ความสำคัญในการติดตามผ่านการประชุมร่วมกับทีมอย่างต่อเนื่อง สร้างแรงบันดาลใจ จูงใจเพื่อให้บุคลากรสร้างผลการดำเนินการที่ดี มีการใช้ข้อมูลที่สะท้อนให้เห็นปัญหามาหนดเป็นความท้าทาย และมอบหมายความท้าทายให้กับทีมงาน พร้อมร่วมแก้ปัญหาและสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น เพื่อให้เกิดการดำเนินการที่ดี เช่น การพัฒนาระบบ KPHIS ของโรงพยาบาลให้เป็น paperless ทั้งโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดความสะดวก รวดเร็วในการทำงาน แก้ปัญหาความแออัดในการรับบริการ เป็นแบบอย่างที่ดี

- ดีให้โรงพยาบาลอื่น สามารถบริหารการเงินการคลังได้เป็นอย่างดี เพื่อนำมาใช้พัฒนาโรงพยาบาลต่อไป
2. **บุคลากร:** โดยรวมแสดงออกให้เห็นถึงค่านิยมขององค์กรที่ยึดถือ ทำงานอย่างเต็มใจโดยยึดเอาประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นที่ตั้ง ไม่ปฏิเสธในการช่วยเหลือเครือข่ายบริการภายในจังหวัด แม้จะมีข้อจำกัดด้านบุคลากร ผลิตความร่วมมือเป็นทีมระหว่างคนรุ่นใหม่และรุ่นเก่าอย่างเหมาะสมและมีพลัง เคารพให้เกียรติและคอยเกื้อกูลกัน มีบรรยากาศของการยกย่องชมเชย ทำให้บุคลากรเห็นคุณค่าทั้งเพื่อนร่วมงานและงานที่รับผิดชอบ เจ้าหน้าที่สามารถแสดงผลงานจนเป็นที่ยอมรับของประชาชน มีบุคลากรได้รับรางวัลในระดับต่างๆ อย่างต่อเนื่อง เช่น รางวัลข้าราชการดีเด่นในระดับจังหวัด และรางวัลครูทองคำในระดับประเทศถึง 3 คน
 3. **การจัดการความรู้และสารสนเทศ:** ทีม IM มีศักยภาพการทำงานที่สูง คอยพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศอย่างต่อเนื่อง เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยขับเคลื่อนความสำเร็จขององค์กร มีการพัฒนา data center เข้าสู่ระดับ tier 2 จัดซื้อเครื่องแม่ข่ายใหม่แบบ hyperconverged วางระบบเครือข่ายสำรอง (disaster recovery site) ที่เป็นไปตามมาตรฐานสากล เพื่อเพิ่มความมั่นคงของระบบสารสนเทศ มีการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับในการรองรับภาวะฉุกเฉิน ไม่พบอุบัติการณ์ต่อความไม่ปลอดภัยของเครือข่าย และยังได้ถูกคัดเลือกเป็น 10 โรงพยาบาลนำร่องของประเทศในด้านความมั่นคงปลอดภัยทางเทคโนโลยีสารสนเทศ มีการพัฒนาต่อยอดโปรแกรม KPHIS จาก IPD ไปสู่ ER paperless อีกทั้งยังถูกนำไปใช้ที่โรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพอื่น นอกจากนี้ยังได้เริ่มมีการจัดทำฐานข้อมูลสารสนเทศ (dashboard) รวมถึงพัฒนาระบบ power BI ที่ช่วยให้ทีมระบบ/หน่วยงานใช้ติดตามผลลัพธ์และนำไปใช้พัฒนากระบวนการทำงาน เช่น งานห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน งานการพยาบาล
 4. **คุณภาพการดูแลผู้ป่วย:** ทีมนำทางคลินิกซึ่งมีแพทย์เป็นหลักในทุกสาขา ได้พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องด้วยหลักวิชาการที่ทันสมัย ร่วมกับปรับปรุงกระบวนการดูแลให้เหมาะสมมากขึ้น เช่น
 - 4.1. **PCT กุมารเวชกรรม** การจัดทำ fast track ในการส่งต่อทารกให้โรงพยาบาลลูกข่าย พัฒนา S.T.A.B.L.E program ในการดูแลผู้ป่วยเด็ก RDS ร่วมกับการเข้าถึง surfactant therapy ใน 2 ชั่วโมงของโรงพยาบาลในเครือข่าย ทำให้ลดอัตราการเสียชีวิตเหลือ 0.95:1000 การเกิดมีชีฟ พัฒนา CPG การดูแล DKA ในเด็กการทำ SMBG และเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง ลดการเกิด DKA ซ้ำ พัฒนา CPG การดูแล pneumonia ในเด็ก จัดทำ PEWS score ในการเฝ้าระวัง และใช้ high flow nasal canular ทำให้อัตราการเสียชีวิตเป็น 0 ในปี 2564 – 2566
 - 4.2. **PCT สูตินรีเวชกรรม** เพิ่มศักยภาพในการรักษาด้วย laparoscopic gynecologic surgery, one day surgery พัฒนาการตรวจคัดกรอง high risk pregnancy clinic, fast track สูติศาสตร์ฉุกเฉิน ปรับระบบ consult ทำให้อัตราการเสียชีวิตในมารดา การเกิด

- eclampsia เป็น 0 ลดการเกิด PPH เหลือ 0.91% จัดทำแนวทางการดูแลการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ลดการเกิด preterm เหลือ 7.51%
- 4.3. **PCT ศัลยกรรม** มีการพัฒนางานบริการ ODS เพื่อลดปัญหาอัตราครองเตียง ความแออัดในการบริการ พัฒนาระบบ fast track การบริการทางการแพทย์เฉพาะทาง Hepato-biliary การบริการ MIS พัฒนางานผ่าตัดให้กับโรงพยาบาลเครือข่ายที่มีความพร้อม และร่วมผ่าตัดสัณฐาน รพ.หล่มสัก พัฒนาการรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ Organ donor
- 4.4. **PCT จักษุ** จัดให้ผู้ป่วยเข้าถึงการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตาในกลุ่ม blinding cataract ภายใน 30 วันได้ร้อยละ 100 มีการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตาในผู้ป่วย cataract มีการมองเห็นดีขึ้นมากกว่าร้อยละ 99 และลดการขาดยาในผู้ป่วย glaucoma เหลือร้อยละ 1.24 ในปี 2566 มีการขยายบริการ เช่น การผ่าตัดต้อเนื้อที่ OPD การผ่าตัดต้อกระจกที่โรงพยาบาลลูกข่าย การตรวจและผ่าตัดคลินิกพิเศษ (SMC)
- 4.5. **PCT หูดอจุมุก** มีการขยายบริการสำคัญ เช่น การผ่าตัด head and neck cancer การตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดทุกรายในจังหวัด (universal newborn hearing screening) มีการติดตามการเกิดมะเร็งซ้ำในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการผ่าตัด และเริ่มเห็นผลลัพธ์ที่ดี คือ 3 year survival ร้อยละ 85 – 100
- 4.6. **PCT อายุรกรรม** มีการพัฒนาคุณภาพ เช่น การได้รับสารน้ำในผู้ป่วย sepsis ภายใน 30 นาทีร้อยละ 90.6 ผู้ป่วย sepsis ได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง ร้อยละ 99.4 ในผู้ป่วย acute ischemic stroke ได้รับยา rtPA ภายใน 60 นาที ทัน golden period ได้มากกว่าร้อยละ 80 และ NIHSS ดีขึ้นหลังได้รับยา rtPA กว่าร้อยละ 84 อัตราการป่วยตายผู้ป่วย STEMI ลดลงเหลือร้อยละ 6.12
5. **การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล:** ทีมบริหารทางการพยาบาลได้มีการเตรียมความพร้อมแก่ผู้มีศักยภาพในการขึ้นดำรงตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล และหัวหน้าหน่วยงาน (succession plan) ให้เกิดความต่อเนื่อง พัฒนาการจัดโครงสร้างการบริหาร 4 ฝ่ายร่วมขับเคลื่อน
- 5.1. ด้านวิชาการ ส่งอบรมเฉพาะทาง/nurse case manager ในทุกสาขาหลัก พัฒนาการนิเทศทางคลินิกที่พบว่าสมรรถนะหลักผ่านมากกว่าร้อยละ 95% นิเทศทางบริหารที่ผ่านการประเมิน QA ภายนอกที่ร้อยละ 68
- 5.2. ด้านบริหารผ่านการสร้างนวัตกรรม ร่วมกับทีม IT ในการสร้างโปรแกรมคำนวณภาระงาน ให้จัดอัตรากำลังที่เหมาะสมพร้อมอัตรากำลังเสริมเมื่อภาระงานเกินกว่าเกณฑ์ที่กำหนด พัฒนาโปรแกรมการเฝ้าระวังผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยผู้ใหญ่ และวางแผน plan fin จัดสรรทุนแก่นักศึกษาพยาบาลปีละ 30 คนเพื่อแก้ไขปัญหาความไม่เพียงพอของอัตรากำลัง

- 5.3. ส่งเสริม การพัฒนา ทำวิจัย เช่น การให้คำปรึกษาดูแล ostomy care แก่โรงพยาบาล เครือข่าย/ผู้ป่วย ญาติ การพัฒนารูปแบบการดูแลทางจิตเวชในเรือนจำ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเรื้อรังในระยะเปลี่ยนผ่านลดการเกิดซ้ำ
6. การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการแพทย์: องค์กรแพทย์ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะและร่วมวางแผนกับผู้บริหารในการจัดบริการทางการแพทย์ ที่มีคุณภาพโดยมีบทบาทในการเป็นส่วนหนึ่งของทีมบริหารองค์กร ร่วมเป็นคณะกรรมการในทีมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล มีบทบาทและเป็นผู้ดำเนินการทบทวนและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับสหวิชาชีพ ในการกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน พัฒนาให้โรงพยาบาล เป็นศูนย์แพทยศาสตรศึกษา โดยร่วมกับมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น
7. สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย: ทีม ENV มีการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมได้อย่างต่อเนื่อง นำปฏิบัติการต่างๆ และการสำรวจค้นหาความเสี่ยงในจุดต่างๆ มาวางแผนปรับปรุงพัฒนา เช่น ปรับปรุงที่พักคอยสำหรับผู้ป่วยและญาติ ปรับปรุงพื้นที่เสี่ยงเพื่อรองรับโรคอุบัติใหม่ในหน่วยงานต่างๆ นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (HS4) จนผ่านการประเมินในระดับ silver รวมถึงได้รับการรับรองตามมาตรฐาน green and clean ระดับดีมาก plus
8. การทำงานกับชุมชน: เป็นต้นแบบในการจัดบริการปฐมภูมิ PCC ที่ครอบคลุมทุกพื้นที่โดยทีมสหวิชาชีพที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก เกิดความร่วมมือในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง ผ่านประเด็นที่ได้จากการสำรวจความต้องการของชุมชน ได้แก่
 - 8.1. การดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียงและผู้พิการ ทำให้เกิดภาคีเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุระดับตำบล/ระดับอำเภอ โรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ ทำให้ผู้สูงอายุติดเตียงเป็นผู้สูงอายุติดสังคม มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
 - 8.2. กลุ่มวัยทำงาน การป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรัง เสริมพลัง อสม.ในการคัดกรอง ให้ความรู้ ติดตามดูแลในพื้นที่ร่วมกับ รพ.สต. สร้างเครือข่ายหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ การคัดกรองความเสี่ยงเชิงรุกในกลุ่มโรงงาน เพื่อนำมาปรับพฤติกรรมในโรงงาน และโครงการวัดส่งเสริมสุขภาพ
 - 8.3. การควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก สนับสนุนให้เด็กนักเรียนเป็นแกนนำด้านต่างๆ เช่น การเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก
 - 8.4. กลุ่มวัยเรียน ปรับพฤติกรรมเด็กวัยเรียนมีภาวะเริ่มอ้วน และอ้วน โครงการ ChoPa & ChiPa game ลดเรียนเพิ่มรู้ สู่เด็กไทยสูงดีสมส่วนแข็งแรง IQ, EQ ดี
 - 8.5. การจัดการสิ่งแวดล้อม เกิดแหล่งเรียนรู้ศึกษาดูงาน และนาร่องเป็นชุมชนเข้มแข็ง ด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยการคัดแยกขยะในชุมชน มีการแปรรูปวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้แล้วให้เป็นผลิตภัณฑ์ (ผลิตภัณฑ์กระเป๋าจากซองกาแฟ ผลิตภัณฑ์ใส่ซองจากซองผลิตภัณฑ์ซักผ้า) และต่อยอดเป็นสินค้าสร้างรายได้

9. การเข้าถึงและเข้ารับบริการ: ทีมนำทางคลินิกจัดระบบบริการร่วมกับเครือข่าย เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการจำเป็นได้โดยสะดวก มีการประสานงานที่ดีกับหน่วยที่ส่งต่อผู้ป่วยมารับบริการ ทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่เหมาะสม ปลอดภัย และมีประสิทธิผล เช่น การเข้าถึงยา streptokinase ในผู้ป่วย STEMI ได้ที่โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัด 100% การเข้าถึงยา HAART ในผู้ป่วยวัณโรคร่วมกับ HIV infection ได้ร้อยละ 90.32 ผู้ป่วยที่มี NEWS > 3 (national early warning scores) สงสัยภาวะ sepsis ได้รับการส่งต่อมาดูแลต่อในโรงพยาบาลครบร้อยละ 100

ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง (Recommendation)

1. การวัดผลการดำเนินการ ทีมนำเชิงระบบและหน่วยงาน ควรทบทวนการกำหนดตัวชี้วัดให้ตรงประเด็น สอดคล้องกับแผนกลยุทธ์ ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยที่ดำเนินการ และเสริมการใช้ประโยชน์จากการติดตามตัวชี้วัด การใช้ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบในทุกระดับ นำผลการวิเคราะห์ไปใช้ประโยชน์ในการบริหารจัดการ เรียนรู้พัฒนาอย่างต่อเนื่อง
2. บุคลากร: ควรส่งเสริมให้ทีม HR ร่วมกับทีมนำ ทบทวนการกำหนดสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับการขับเคลื่อนองค์กรภายใต้บริบทที่เปลี่ยนไป (BANI world) ออกแบบการพัฒนาสมรรถนะและแนวทางการประเมินผลลัพธ์ให้ชัดเจน นอกจากนี้ควรวางแผนการประเมินผลลัพธ์จากการพัฒนาสมรรถนะเชิงเทคนิค โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยให้ชัดเจน เพื่อให้มีข้อมูลมาใช้ในการพัฒนาสมรรถนะรายบุคคลให้เกิดผลลัพธ์การดูแลที่ดียิ่งขึ้น
3. ระบบบริหารความเสี่ยง:
 - 3.1. ทีมบริหารความเสี่ยงควรประเมินระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลและจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงขององค์กรให้มีความชัดเจนเพิ่มขึ้น สร้างความเข้าใจแก่บุคลากรถึงค่านิยม ระดับความรุนแรงของความเสี่ยงและอุบัติการณ์ มีการกำกับติดตามการดำเนินการตามแผนบริหารความเสี่ยง เพื่อปรับปรุงระบบให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
 - 3.2. ควรส่งเสริมการทบทวนอุบัติการณ์ โดยเฉพาะอุบัติการณ์ที่เกิดซ้ำ เพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุที่เป็นปัญหา นำไปจัดทำแนวทางปฏิบัติ work process, work instruction เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ มีการกำหนดเป็น process KPI เพื่อใช้ในการติดตามการปฏิบัติตามแนวทางที่ปรับปรุง
4. การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล: เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติทางการพยาบาลอย่างเหมาะสมกับอาการความรุนแรง ลดภาวะแทรกซ้อนและปลอดภัย ทีมนำทางการพยาบาลควรเสริมสร้างการเรียนรู้ให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถรวบรวมข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยซึ่งกระจายอยู่หลายแห่งในเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ เช่น ประวัติการป่วย อาการ อาการแสดง ผล lab แผนการรักษาของแพทย์ ยา HAD แบบประเมินต่างๆ มาสังเคราะห์ข้อมูลความรู้ทางคลินิกสรุปเป็นการวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลที่สะท้อนความเสี่ยง ความรุนแรง ครอบคลุมสถานะด้านจิตใจของผู้ป่วย โดยเฉพาะกลุ่มที่มีโรคร่วม เช่น cardiac arrhythmia, fetal distress, tetanic contraction, hypertensive crisis, sepsis, septic shock นำมาใช้วางแผนการพยาบาล

และประเมินผลการดูแลที่สอดคล้องกัน มีการประเมินซ้ำอย่างเหมาะสม บันทึกสื่อสารที่สะท้อนบทบาทวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง และตัดสินใจในการรายงานแพทย์ได้ทันต่อเหตุการณ์ ให้ได้รับการปรับแผนการรักษาอย่างปลอดภัย

5. **การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ:** เพื่อให้โรงพยาบาลมีระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่สามารถตรวจจับการติดเชื้อที่สะท้อนปัญหาได้จริงตามบริบท ทีมควรสร้างการเรียนรู้แก่ทุกหน่วยงานในการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่อาจเกิดในหน่วยงานตนตามบริบท ทั้งแบบ target, non-target ร่วมกับพัฒนาการเฝ้าระวังในรูปแบบ active surveillance ที่ช่วยให้เฝ้าระวัง ตรวจจับการติดเชื้อที่ไว นำมาเรียนรู้ในการวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุอย่างรอบด้าน ควรพัฒนาระบบการควบคุม กำกับมาตรการที่จัดทำไว้ให้ครอบคลุม สอดคล้องกับแต่ละหน่วยงาน ปรับเวลา/รูปแบบในการติดตามให้เหมาะสม เพียงพอต่อการสะท้อนความร่วมมือในการปฏิบัติที่ช่วยป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วย บุคลากร และสิ่งแวดล้อมได้
6. **ระบบการจัดการด้านยา:**
 - 6.1. ควรทบทวนวิธีการปฏิบัติในการใช้ยาเสพติด การนำส่ง การเข้าถึงจุดเก็บยาในหอผู้ป่วย รวมทั้งการเตรียม การบริหารยาเสพติดในห้องผ่าตัด เพื่อเพิ่มความปลอดภัยและความปลอดภัยในการใช้ยาเสพติดในโรงพยาบาล รวมทั้งการออกแบบระบบจัดการยาเสี่ยงสูง โดยใช้หลักการ visual management จัดทำแนวทางที่เอื้อให้พยาบาลเข้าถึงและใช้ข้อมูลที่สำคัญในการใช้ยาเสี่ยงสูง เช่น การผสมยา การเฝ้าระวังที่เหมาะสมตาม onset of action, duration of action กำกับให้มีการติดตามผลข้างเคียงและผลจากการใช้ยาอย่างจริงจัง เพื่อให้การใช้ยาเสี่ยงสูงมีความปลอดภัยเพิ่มขึ้น
 - 6.2. ควรทบทวนแนวทางป้องกันการแพ้ยาซ้ำให้มีความรัดกุมยิ่งขึ้น เสริมมาตรการในการค้นหาการแพ้ยา การนำข้อมูลเข้าสู่ระบบ การสื่อสารระหว่างวิชาชีพอย่างทันการณ์ การแจ้งเตือนและการปรึกษากับเภสัชกรเมื่อมีความจำเป็นต้องใช้ยา เพื่อลดอุบัติการณ์การแพ้ยาซ้ำและเพิ่มความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วยในการใช้ยา
7. **การวางแผนดูแลผู้ป่วย:** ทีมนำทางคลินิกควรทบทวนการวางแผนที่เป็นสหวิชาชีพ ครอบคลุมปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วยอย่างครบถ้วนในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ เช่น stroke, STEMI, sepsis มีการระบุเป้าหมายในแผนการรักษาทั้งระยะสั้นและระยะยาว เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยของทีมสหวิชาชีพหนุนเสริมซึ่งกันและกันในการบรรลุเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยที่ตั้งไว้
8. **การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง:** ควรดำเนินการ
 - 8.1. ทบทวน พัฒนาการทำหัตถการเสี่ยงสูงโดยเฉพาะการขูดมดลูก (ที่ IPD) ให้ปลอดภัยทั้งสถานที่ วิชาชีพเฉพาะในการให้/เฝ้าระวังขณะทำ deep sedation และประสาน IC ในการทบทวนการปฏิบัติที่ได้มาตรฐานในผู้ป่วยกลุ่มที่ใส่ central line
 - 8.2. สร้างการเรียนรู้แก่ผู้ปฏิบัติงาน ในการรับรู้ความเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวัง ประเมินซ้ำผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่ประเมินได้จากเกณฑ์ต่างๆ ที่กำหนด และเรียนรู้ความเสี่ยงที่อาจเกิดจาก

แผนการรักษา ด้วยบทบาทวิชาชีพ ที่ทำให้สามารถดักจับอาการ อาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงได้รวดเร็ว และตัดสินใจรายงานแพทย์ปรับแผนการรักษาที่เหมาะสม พร้อมจัดทำแนวทาง/เกณฑ์ที่ชัดเจนในการขอคำปรึกษาจาก staff แต่ละสาขาที่ชัดเจน

สิ่งที่พบจากการเยี่ยมสำรวจ

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร		
I-1 การนำ		
1. การชี้แจงองค์กรโดยผู้นำระดับสูง [I-1.1ก(1)(2)(3)]	ผู้นำระดับสูงมีความมุ่งมั่นในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยชี้แจงและทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ ผ่านการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และเข็มมุ่งที่ชัดเจน สื่อสารไปยังบุคลากรทั่วทั้งองค์กร พร้อมทั้งให้ความสำคัญในการติดตามผ่านการประชุมร่วมกับทีมอย่างต่อเนื่อง สร้างแรงบันดาลใจ จูงใจเพื่อให้บุคลากรสร้างผลการดำเนินการที่ดี มีการใช้ข้อมูลที่สะท้อนให้เห็นปัญหา กำหนดเป็นความท้าทาย และมอบหมายความท้าทายให้กับทีมงาน พร้อมร่วมแก้ปัญหาและสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น เพื่อให้เกิดการดำเนินการที่ดี เช่นการพัฒนา ระบบ KPHIS ของโรงพยาบาลให้เป็น	<ol style="list-style-type: none"> ควรส่งเสริมการประเมินผู้นำระดับสูง ระบบการนำ และนำผลการประเมินมาปรับปรุงเพื่อให้ได้ผลการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นโดยเฉพาะในด้านการสื่อสารเพื่อสร้างความผูกพัน ควรส่งเสริมการวางระบบกำกับดูแลทางคลินิก กำหนดทีมผู้รับผิดชอบติดตาม ส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยและผลลัพธ์ทางคลินิก นำมาปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ เพื่อสร้างหลักประกันในการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ
2. การสื่อสาร สร้างความผูกพันโดยผู้นำ [I-1.1ข]**		
3. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาและความสำเร็จขององค์กร [I-1.1ค(1)(2)(3)**		
4. ระบบกำกับดูแลองค์กร การประเมินผู้นำ/ระบบการนำ [I-1.2ก(1)(2)]		
5. ระบบกำกับดูแลทางคลินิก [I-1.2ก(3)] **		
6. การปฏิบัติตามกฎหมาย การทำประโยชน์ให้สังคมและการดำเนินงานอย่างมีจริยธรรม [I-1.2ข(1)(2)(3),ค(1)(2)]		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	paperless ทั้งโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดความสะดวก รวดเร็ว ในการทำงานและแก้ปัญหาความแออัดในการรับบริการ เป็นแบบอย่างที่ดีให้โรงพยาบาลอื่น สามารถบริหารการเงิน การคลังได้เป็นอย่างดี เพื่อนำมาใช้พัฒนาโรงพยาบาลต่อไป	
I-2 กลยุทธ์		
7. กระบวนการจัดทำกลยุทธ์และการวิเคราะห์ข้อมูล [I-2.1ก(1)(2)(3)(4)] **		<ol style="list-style-type: none"> 1. ควรส่งเสริมการใช้ข้อมูลที่มีอยู่และการใช้ประโยชน์จากสมรรถนะหลักขององค์กรในการจัดทำแผนกลยุทธ์ ที่มีเป้าหมายเพื่อตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพ ด้านการบริการของผู้รับบริการครอบคลุมไปถึงการสร้างเสริมสุขภาพ มีเป้าประสงค์ที่ชัดเจน วัดได้ สามารถติดตามในการดำเนินงานประจำวันได้ 2. ควรส่งเสริมการทบทวนตัวชี้วัดที่ใช้ติดตามความก้าวหน้าของแต่ละหน่วยงาน ให้ตอบสนองต่อแผนกลยุทธ์ขององค์กรและสามารถติดตามความก้าวหน้าได้จริง
8. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ตอบสนองความท้าทาย ความจำเป็นด้านสุขภาพ ความต้องการบริการสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพ [I-2.1ข(1)(2)(3)]		
9. การจัดทำแผนปฏิบัติการ การถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ และการจัดสรรทรัพยากร [I-2.2ก(1)(2)(3)(4)] **		
10. การกำหนดตัวชี้วัดการติดตามความก้าวหน้าและการทบทวนแผนปฏิบัติการ [I-2.2ก(5), ข]		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
I-3 ผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน		
11. การรับฟัง/เรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม [I-3.1ก(1)] **	ทีมนำได้มีการกำหนดจำแนกกลุ่มผู้ป่วย มีช่องทางในการรับฟัง/เรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ ที่มีความแตกต่างกันในแต่ละกลุ่ม เพื่อให้ได้ข้อมูลมาปรับระบบการทำงานที่มุ่งเน้นการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย	ควรส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากการจำแนกผู้ป่วย เช่น การวิเคราะห์ถึงการสร้างรายได้ของผู้ป่วยสิทธิต่างๆ เพื่อนำมาใช้กำหนด สร้างบริการที่เหมาะสมต่อไป และควรเสริมการจำแนกผู้ป่วยในแง่มุมต่างๆ รวมทั้งกลุ่มผู้ป่วยหรือกลุ่มประชากรที่จะมาใช้บริการมากขึ้นในอนาคตที่สามารถนำไปเป็นประโยชน์กับการดำเนินการของโรงพยาบาล เช่น จำแนกตามกลุ่มโรคสำคัญ จำแนกตามกลุ่มวัย กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ใช้แรงงานในโรงงานที่มีจำนวนมากในจังหวัด เพื่อปรับหรือพัฒนางานบริการให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยเหล่านั้น
12. การกำหนดกลุ่มผู้ป่วยและบริการสุขภาพ [I-3.1ข(1)(2)]		
13. การสร้างความสัมพันธ์และจัดการข้อร้องเรียน [I-3.2ก(1)(2)(3)]		
14. การประเมินความพึงพอใจและความผูกพัน [I-3.2ข(1)(2)]		
15. การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย [I-3.3]		
I-4 การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้		
16. การวัดผลการดำเนินการ [I-4.1ก] **	1. ทีมมีการเรียนรู้ร่วมกับหน่วยงาน/ทีมระบบต่างๆ ในการช่วยสนับสนุนการจัดหาสารสนเทศสำหรับแต่ละส่วน จัดช่องทางในการ quiet ข้อมูลด้วยตนเองจากระบบฐานข้อมูลกลางที่เชื่อมโยงกัน	1. ควรส่งเสริมให้ทีมงานนำข้อมูลที่มีอยู่มาวิเคราะห์ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงผลการดำเนินการ การกำหนดเป้าหมาย การสร้างโอกาสเชิงกลยุทธ์และการสร้างนวัตกรรม
17. การวิเคราะห์ข้อมูล ประเมินผลการดำเนินการ และนำไปใช้ปรับปรุง [I-4.1ข, ค]		
18. คุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ [I-4.2ก]		
19. ความรู้ขององค์กร [I-4.2ข] **		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	<p>ทั่วทั้งองค์กร ทำให้มีความน่าเชื่อถือของข้อมูล ยังมีการจัดทำ dashboard สำหรับผู้บริหารเพื่อใช้ดูแลองค์กร ระบบ power BI ที่ช่วยให้ทีมระบบ/หน่วยงานนำไปใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>2. โรงพยาบาลมีช่องทางให้เจ้าหน้าที่เข้าถึงความรู้เชิงประจักษ์ (explicit knowledge) ผ่านห้องสมุดโรงพยาบาล และส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในผ่านการประชุมวิชาการ รวมถึงการทำ journal club อย่างสม่ำเสมอ ออกแบบรวบรวมและเผยแพร่ความรู้สู่ภายนอกในรูปแบบวารสารวิชาการของโรงพยาบาลเอง ช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ เริ่มพบการพัฒนาแนวปฏิบัติที่ดี เช่น การใช้ NEWS เพื่อประเมินผู้ป่วย แต่การนำความรู้ไปใช้ยังไม่ครอบคลุมทั่วทั้งองค์กร</p>	<p>2. ทีมนำเชิงระบบและหน่วยงาน ควรทบทวนการกำหนดตัวชี้วัดให้ตรงประเด็น สอดคล้องกับแผนกลยุทธ์ ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยที่ดำเนินการเสริมการใช้ประโยชน์จากการติดตามตัวชี้วัด การใช้ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบในทุกกระดับ นำผลการวิเคราะห์ไปใช้ประโยชน์ในการบริหารจัดการ เรียนรู้พัฒนาอย่างต่อเนื่อง (continuous quality improvement) R2R, KM และต่อยอดไปเป็นนวัตกรรมของหน่วยงานและโรงพยาบาล</p> <p>3. ทีมนำทางคลินิกและทีม HR ควรส่งเสริมการนำ good practices ที่มีอยู่ในองค์กร ขยายลงสู่การปฏิบัติในหน่วยงานต่างๆ อย่างทั่วถึง วางแนวทางประเมินผล เพื่อนำผลลัพธ์กลับมาใช้ต่อยอดพัฒนาให้เกิดเป็น best practice ขององค์กร</p>

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
I-5 บุคลากร		
20. ชีตความสามารถและความเพียงพอของบุคลากร [I-5.1ก] **	1. บุคลากรโดยรวมแสดงออกให้เห็นถึงค่านิยมขององค์กรที่ยึดถือ แม้จะมีข้อจำกัดด้านบุคลากร เคารพให้เกียรติและคอยเกื้อกูลกัน มีบรรยากาศของการยกย่องชมเชย ทำให้บุคลากรเห็นคุณค่าทั้งเพื่อนร่วมงานและงานที่รับผิดชอบ เจ้าหน้าที่สามารถแสดงผลงานจนเป็นที่ยอมรับของประชาชน มีบุคลากรได้รับรางวัลในระดับต่างๆ อย่างต่อเนื่อง เช่น รางวัลข้าราชการดีเด่นในระดับจังหวัด และรางวัลครูทอทองคำในระดับประเทศ ถึง 3 คน 2. ทีมนำให้การสนับสนุนการทำงาน สวัสดิภาพ สุขภาพ ความปลอดภัย ชีวิตและความเพียงพอของบุคลากร เช่น ด้านสุขภาพจัดให้มีการตรวจสุขภาพประจำปี การตรวจตามความเสี่ยง รวมถึงการ	1. ควรส่งเสริมให้ทีม HR ร่วมกับทีมนำ ทบทวนการกำหนดสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับการขับเคลื่อนองค์กรภายใต้บริบทที่เปลี่ยนไป (BANI world) ออกแบบการพัฒนาสมรรถนะและแนวทางการประเมินผลลัพธ์ให้ชัดเจน นอกจากนี้ควรวางแนวทางประเมินผลลัพธ์จากการพัฒนาสมรรถนะเชิงเทคนิค โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยให้ชัดเจน เพื่อให้มีข้อมูลมาใช้พัฒนาสมรรถนะรายบุคคลให้เกิดผลลัพธ์การดูแลที่ดียิ่งขึ้น 2. ทีมนำควรสนับสนุนการประเมินสมรรถนะหลักและวางแผนการพัฒนาที่ชัดเจนในการกำหนดสมรรถนะหลักอื่นที่จะช่วยสนับสนุนการขับเคลื่อนองค์กรในอนาคต เช่น digital literacy, information literacy เพื่อให้บุคลากรมีความรู้และทักษะพร้อมรองรับความก้าวหน้าขององค์กร
21. การสนับสนุนการทำงานและสวัสดิภาพของบุคลากร [I-5.1ข]		
22. สุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร [I-5.1ค] **		
23. ชีวิตและความเป็นอยู่ของบุคลากร [I-5.1ง]		
24. ความผูกพันและวัฒนธรรมองค์กร [I-5.2ก, ข]		
25. การจัดการผลการปฏิบัติงานและการพัฒนาบุคลากร [I-5.2ค] **		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	<p>เข้าถึงวัดชื้นที่จำเป็นต่อการป้องกันโรค วางแนวทางเฝ้าระวังปัญหาการติดเชื้อ จากการทำงาน พบอัตราการเกิดบุคลากร สัมผัสกับเลือด/สารคัดหลั่ง รวมถึงอัตรา การติดเชื้อ TB มีแนวโน้มลดลง มีการ ดูแลสุขภาพกลุ่มป่วยให้ได้รับการรักษา ที่เหมาะสม พยายามส่งเสริมการสร้าง เสริมสุขภาพจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยน พฤติกรรม ส่งผลให้สุขภาพในภาพรวม ของบุคลากรมีแนวโน้มดีขึ้น กลุ่มที่มี BMI > 25 มีแนวโน้มลดลงจากมากกว่า ร้อยละ 50 เหลือเพียงร้อยละ 35 ในปี 2566 ด้านความเป็นอยู่ของบุคลากร มี การสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการทำงาน ทั้งการจัดสวัสดิการทั้งด้านที่พักอาศัย ด้านเงินช่วยเหลือและทุนสนับสนุน ครอบคลุมถึงครอบครัวเจ้าหน้าที่ และ การจัดกิจกรรมต่างๆ ที่ช่วยเสริมสร้าง</p>	

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	<p>ความสัมพันธ์อันดีร่วมกันภายในองค์กร ส่งผลให้อัตรา turnover rate อยู่ในระดับต่ำ และ staff engagement level เพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ยร้อยละ 60 ในช่วง 2562 – 2565 เป็นร้อยละ 71.9 ในปี 2566</p>	
I-6 การปฏิบัติการ		
<p>26. การออกแบบบริการและกระบวนการทำงาน การนำกระบวนการสู่การปฏิบัติและปรับปรุงกระบวนการทำงาน ประสิทธิภาพและประสิทธิผล [I-6.1ก ข, I-6.2ก] **</p>	<p>1. ทีมนำได้มีการจัดการ เตรียมความพร้อมของบุคลากรทั้งด้านอัตรากำลังและศักยภาพ ความสามารถในการจัดการเรียนการสอน และการฝึกอบรมทางคลินิก</p>	<p>1. ควรส่งเสริมการทบทวนการออกแบบบริการและกระบวนการทำงานที่สนับสนุนการดูแลร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ (integrated care หรือ multidisciplinary care) อย่างเป็นระบบและชัดเจนมากขึ้น เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่มีโรคซับซ้อน มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ดีขึ้น</p>
<p>27. การจัดการเครือข่ายอุปทาน [I-6.1ค]</p>	<p>2. ทีม IM มีศักยภาพการทำงานที่สูง คอยพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศอย่างต่อเนื่อง และเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยขับเคลื่อนความสำเร็จขององค์กร มีการพัฒนา data center เข้าสู่ระดับ tier 2 จัดซื้อเครื่องแม่ข่ายใหม่แบบ</p>	<p>2. ควรเสริมประสิทธิภาพการจัดการเครือข่ายอุปทาน เพื่อให้คุณภาพงานหรือบริการที่ส่งมอบมีคุณภาพตามต้องการอย่างสม่ำเสมอ มีการติดตามประเมินผลและให้ข้อมูลป้อนกลับ</p>
<p>28. การจัดการนวัตกรรม [I-6.1ง]</p>		
<p>29. การจัดการด้านการเรียนการสอนและการฝึกอบรมทางคลินิกของสถานพยาบาล [I-6.1จ]</p>		
<p>30. การจัดการระบบสารสนเทศ [I-6.2ข]**</p>		
<p>31. ความพร้อมสำหรับภาวะภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉินต่างๆ [I-6.2ค]**</p>		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	<p>hyperconverged วางระบบเครือข่ายสำรอง (disaster recovery site) ที่เป็นไปตามมาตรฐานสากล เพื่อเพิ่มความมั่นคงของระบบสารสนเทศ มีการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับในการรองรับภาวะฉุกเฉิน ไม่พบอุบัติการณ์ต่อความไม่ปลอดภัยของเครือข่าย และยังได้ถูกคัดเลือกเป็น 10 โรงพยาบาลนำร่องของประเทศในด้านความมั่นคงปลอดภัยทางเทคโนโลยีสารสนเทศ มีการพัฒนาต่อยอดโปรแกรม KPHIS จาก IPD ไปสู่ ER paperless อีกทั้งยังถูกนำไปใช้ที่โรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพอื่น นอกจากนี้ยังได้เริ่มมีการจัดทำฐานข้อมูลสารสนเทศ (dashboard) รวมถึงพัฒนาระบบ power BI ที่ช่วยให้ทีมระบบ/หน่วยงานใช้ติดตามผลลัพธ์และนำไปใช้พัฒนากระบวนการทำงาน</p>	<p>เป็นประจำ มีวิธีจัดการเมื่องานที่ส่งมอบไม่ได้ตามข้อกำหนด</p> <p>3. ควรส่งเสริมการวิเคราะห์ภาวะภัยพิบัติที่มีโอกาสเกิดขึ้นเพิ่มเติมให้ครอบคลุม เช่น การเกิดอุบัติเหตุในโรงงาน ออกแบบแนวทางเพื่อเตรียมรับหากเกิดภาวะดังกล่าว มีการฝึกซ้อมแผนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อหาโอกาสพัฒนาให้แผนมีความรัดกุมขึ้น</p>

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	เช่น งานห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน งานการพยาบาล	
ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล		
II-1 การบริหารงานคุณภาพ ความเสี่ยง และความปลอดภัย		
32. ระบบบริหารงานคุณภาพ การประสานงานและบูรณาการ การทำงานเป็นทีม [II-1.1ก(1)(2)(3)(9)]**	มีการสนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์และความเสี่ยง มีการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโดยมีแพทย์เป็นหลักในทีมนำทางคลินิก ปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยด้วยหลักวิชาการที่ทันสมัย เช่น	ข้อเสนอแนะ (Recommendation) : 1. ทีมบริหารความเสี่ยงควรประเมินระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลและจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงขององค์กรให้มีความชัดเจนเพิ่มขึ้น สร้างความเข้าใจแก่บุคลากรถึงค่านิยม ระดับความรุนแรงของความเสี่ยงและอุบัติการณ์ มีการกำกับติดตามการดำเนินการตามแผนบริหารความเสี่ยง เพื่อปรับปรุงระบบให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น 2. ควรส่งเสริมการทบทวนอุบัติการณ์ โดยเฉพาะอุบัติการณ์ที่เกิดซ้ำ เพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุที่เป็นปัญหา นำไปจัดทำแนวทางปฏิบัติ work process, work instruction เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ มีการกำหนดเป็น process KPI เพื่อใช้
33. การประเมินตนเองและจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ [II-1.1ก(4)(5)(6)(7)(8)]	1. PCT กุมารเวชกรรม การจัดทำ fast track ในการส่งต่อทารกให้โรงพยาบาล	
34. การทบทวนและพัฒนาคุณภาพการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย [II-1.1ข(1) (2)(3)(4)]**	ลูกชาย พัฒนา S.T.A.B.L.E program ในการดูแลผู้ป่วยเด็ก RDS ร่วมกับการเข้าถึง surfactant therapy ลดอัตราการเสียชีวิตเหลือ 0.95:1000 การเกิดมีซีฟพัฒนา CPG การดูแล DKA ในเด็กการทำ SMBG และเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง	
35. ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย [II-1.2ก(1) (3) (5)]*,**	พัฒนา CPG การดูแล pneumonia ใน	
36. กระบวนการบริหารความเสี่ยง [II-1.2ก(2)]		
37. การเรียนรู้จากอุบัติการณ์ [II-1.2ก(4)]*		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	<p>เด็ก จัดทำ PEWS score ในการเฝ้าระวัง ทำให้อัตราการเสียชีวิตเป็น 0 ในปี 2564 – 2566</p> <p>2. PCT สูตินรีเวช เพิ่มศักยภาพในการตรวจรักษาด้วย laparoscopic gynecologic surgery, one day surgery พัฒนาการตรวจคัดกรอง high risk pregnancy clinic, fast track สูติศาสตร์ฉุกเฉิน ปรับระบบ consult ทำให้อัตราการเสียชีวิตในมารดาที่เกิด eclampsia เป็น 0 ลดการเกิด PPH เหลือ 0.91% จัดทำแนวทางการดูแลการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ลดการเกิด preterm เหลือร้อยละ 7.51</p> <p>3. PCT ศัลยกรรม มีการพัฒนางานบริการ ODS เพื่อลดปัญหาอัตราครองเตียง ความแออัดในการบริการ พัฒนาระบบ fast track การบริการทางการแพทย์</p>	<p>ในการติดตามการปฏิบัติตามแนวทางที่ปรับปรุง</p> <p>คำแนะนำ (Suggestion)</p> <p>1. ควรส่งเสริมการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพโดยนำเข็มมุ่งทิศทางขององค์กรมาเป็นเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพให้มีความชัดเจนของระดับที่ต้องการบรรลุ กำหนดวิธีดำเนินการและติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การพัฒนาคุณภาพเป็นไปอย่างมีทิศทางและมีประสิทธิภาพ</p> <p>2. เพื่อให้องค์กรมีการบริหารงานคุณภาพที่สอดคล้องในทุกระดับ ศูนย์พัฒนาคุณภาพควรประสานกับทีมนำสูงสุดในการนำทิศทางองค์กรมาขับเคลื่อนผ่านทีมนำระบบต่างๆ ให้ลงไปสู่การปฏิบัติในงานประจำ โดยประเมินความเข้มแข็งของทีมนำระบบต่างๆ มีการทบทวนและชี้้นำการพัฒนา ผ่านแผนพัฒนาคุณภาพ ร่วมกับการกำหนดด้วยชีวิตที่เหมาะสมในการ</p>

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	<p>เฉพาะทาง Hepato-biliary การบริการ MIS พัฒนางานผ่าตัดให้กับโรงพยาบาล เครือข่ายที่มีความพร้อม และร่วมผ่าตัด สัญจรที่โรงพยาบาลชุมชนจังหวัด ไกล่เคียง พัฒนาการรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ Organ donor</p> <p>4. PCT จักษุ จัดให้ผู้ป่วยเข้าถึงการผ่าตัด เปลี่ยนเลนส์ตาในกลุ่ม blinding cataract ภายใน 30 วันได้ร้อยละ 100 มีการขยายบริการ เช่น การผ่าตัดต่อ เนื้อที่ OPD การผ่าตัดต่อกระจกที่ โรงพยาบาลลูกข่าย การตรวจและผ่าตัด คลินิกพิเศษ (SMC)</p> <p>5. PCT หูคอจมูก มีการขยายบริการสำคัญ เช่น การผ่าตัด head and neck cancer การตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดทุกรายในจังหวัด (universal newborn hearing screening) มีการ</p>	<p>ติดตามผลความก้าวหน้าในการดำเนินการตาม แผนพัฒนาคุณภาพ</p> <p>3. ควรใช้ประโยชน์จากทำ risk round ในการ ค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกเพื่อจัดทำ risk profile จัดทำแนวทางป้องกันความเสี่ยงที่เหมาะสม และครอบคลุมสำหรับแต่ละพื้นที่</p> <p>4. ควรส่งเสริมให้ทีม PCT ทบทวนกรณีที่มี adverse events หรืออุบัติการณ์รุนแรงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทุกราย เช่น unplan CPR, unplan moved to ICU, unexpected death เพื่อปรับปรุงแนวทางการประเมิน การให้การ วินิจฉัย และกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยให้มีความปลอดภัยเพิ่มขึ้น</p>

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	<p>ติดตามการเกิดมะเร็งซ้ำในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการผ่าตัด และเริ่มเห็นผลลัพธ์ที่ดี คือ 3 years survival ร้อยละ 85 – 100</p> <p>6. PCT อายุรกรรม มีการพัฒนาคุณภาพ เช่น การได้รับสารน้ำในผู้ป่วย sepsis ภายใน 30 นาที ร้อยละ 90.6 ผู้ป่วย sepsis ได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง ร้อยละ 99.4 ในผู้ป่วย acute ischemic stroke ได้รับยา rt-PA ภายใน 60 นาที ทัน golden period ได้มากกว่า ร้อยละ 80 และ NIHSS ดีขึ้นหลังได้รับยา rt-PA กว่าร้อยละ 84 อัตราการป่วยตายผู้ป่วย STEMI ลดลงเหลือร้อยละ 6.12</p> <p>7. PCT ทันตกรรม เริ่มมีการจัดตั้งทีม เพื่อให้เกิดการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ</p>	

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	มีการเชื่อมโยงกับทีมงานอื่นอย่างชัดเจน การบริการครอบคลุมทุกกลุ่มอายุ และเพิ่มบริการเรื่องศัลยกรรมช่องปากร่วมกับทีม ENT	
II-2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ		
38. ระบบบริหารการพยาบาล [II-2.1ก]	<p>1. ระบบบริหารการพยาบาล ทีมบริหารทางการพยาบาลได้มีการเตรียมความพร้อมแก่ผู้มีศักยภาพในการขึ้นดำรงตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล และหัวหน้าหน่วยงาน (succession plan) ให้เกิดความต่อเนื่อง พัฒนาการจัดโครงสร้างการบริหาร 4 ฝ่ายร่วมขับเคลื่อน</p> <p>1.1. ด้านวิชาการ ส่งอบรมเฉพาะทาง/nurse case manager ในทุกสาขาหลัก พัฒนาการนิเทศทางคลินิกที่พบว่าสมรรถนะหลักผ่าน > 95% นิเทศทางบริหารที่ผ่านการประเมิน QA ภายนอก 68%</p>	<p>ข้อเสนอแนะ (Recommendation) :</p> <p>ปฏิบัติการทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติทางการพยาบาลอย่างเหมาะสมกับอาการ ความรุนแรง ลดภาวะแทรกซ้อนและปลอดภัย ทีมนำทางการพยาบาลควรเสริมสร้างการเรียนรู้ให้ ผู้ปฏิบัติงานสามารถรวบรวมข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยซึ่งกระจายอยู่หลายแห่งในเวชระเบียน อิเล็กทรอนิกส์ เช่น ประวัติการป่วย อาการ อาการแสดง ผล lab แผนการรักษาของแพทย์ ยา HAD แบบประเมินต่างๆ มาสังเคราะห์ให้ข้อองค์ความรู้ทางคลินิก สรุปเป็นการวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล ที่สะท้อนความเสี่ยง ความรุนแรง ครอบคลุมสถานะด้านจิตใจของผู้ป่วย โดยเฉพาะกลุ่มที่มีโรคร่วม</p>
39. ปฏิบัติการทางการพยาบาล [II-2.1ข]		
40. องค์กรแพทย์ [II-2.2]		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	<p>1.2. ด้านบริหารผ่านการสร้างนวัตกรรม ร่วมกับทีม IT ในการสร้างโปรแกรมคำนวณภาระงาน ให้จัดอัตรากำลังที่เหมาะสมพร้อมอัตรากำลังเสริมเมื่อภาระงานเกินกว่าเกณฑ์ที่กำหนด พัฒนาโปรแกรมการเฝ้าระวังผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยผู้ใหญ่ และวางแผน plan fin จัดสรรทุนแก่นักศึกษาพยาบาลปีละ 30 คนแก้ไขปัญหาความไม่เพียงพอของอัตรากำลัง</p> <p>1.3. ส่งเสริม การพัฒนา ทำวิจัย เช่น การให้คำปรึกษาดูแล ostomy care แก่โรงพยาบาลเครือข่าย/ผู้ป่วย ญาติ การพัฒนารูปแบบการดูแลทางจิตเวชในเรือนจำ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยหัวใจ</p>	<p>เช่น cardiac arrhythmia, fetal distress, tetanic contraction, hypertensive crisis, sepsis, septic shock นำมาใช้วางแผนการพยาบาล ประเมินผลการดูแลที่สอดคล้องกัน มีการประเมินซ้ำอย่างเหมาะสม บันทึกสื่อสารที่สะท้อนบทบาทวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง และตัดสินใจในการรายงานแพทย์ได้ทันต่อเหตุการณ์ ให้ได้รับการปรับแผนการรักษาอย่างปลอดภัย</p> <p>คำแนะนำ (Suggestion)</p> <p>ระบบบริหารพยาบาล ที่มำทางการพยาบาลควรนำข้อมูลความเสี่ยง อุบัติการณ์ เช่น การทุบตลง การเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยในทุกสาขา การเกิด phlebitis, extravasation บริหารยาคลาดเคลื่อนทุกระดับ มาเรียนรู้ วิเคราะห์ความเชื่อมโยงกับบทบาทหน้าที่ของทีม เช่น ลักษณะการเกิดหน่วยงาน ช่วงเวลา ภาระงาน นำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนา ปรับปรุงประเด็นส่วนขาดที่ชัดเจน กำหนดจุดเน้นในการขับเคลื่อน ทั้งการบริหาร</p>

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	<p>ขาดเลือดเรื้อรังในระยะเปลี่ยนแปลงผ่านลดการเกิดซ้ำ</p> <p>2. องค์กรแพทย์ ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ และร่วมวางแผนกับผู้บริหารในการจัดบริการทางการแพทย์ ที่มีคุณภาพ โดยมีบทบาทในการเป็นส่วนหนึ่งของทีมบริหารองค์กร และร่วมเป็นคณะกรรมการในทีมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล มีบทบาทเป็นผู้นำในการทบทวนและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับสหวิชาชีพในการกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน พัฒนาให้โรงพยาบาล เป็นศูนย์แพทยศาสตรศึกษา โดยร่วมกับมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น</p>	<p>อัตรากำลังที่เหมาะสม การนิเทศทางคลินิก ทางการพยาบาล และระบบการประเมินสมรรถนะ พร้อมการติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ</p>

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน		
41. ความปลอดภัยและสวัสดิภาพของโครงสร้างและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การจัดการกับวัสดุและของเสียอันตราย [II-3.1ก, ข] **	<p>1. ทีม ENV มีการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมได้อย่างต่อเนื่อง นำอุบัติการณ์ต่างๆ และสำรวจค้นหาความเสี่ยงในจุดต่างๆ มาวางแผนปรับปรุงพัฒนา เช่น ปรับปรุงที่พักคอยสำหรับผู้ป่วยและญาติ ปรับปรุงพื้นที่เสี่ยงเพื่อรองรับโรคอุบัติใหม่ในหน่วยงานต่างๆ นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (HS4) จนผ่านการประเมินในระดับ silver รวมถึงได้รับการรับรองตามมาตรฐาน green and clean ระดับดีมาก plus</p> <p>2. ด้านการพิทักษ์สิ่งแวดล้อมพบว่า มีการออกแบบจัดการขยะชนิดต่างๆ ที่ดีครอบคลุมถึงขยะอันตราย เช่น เคมี บำบัด ทีมมีการกำกับติดตามอย่างสม่ำเสมอ ขณะที่ระบบบำบัดน้ำเสียมี</p>	<p>คำแนะนำ (Suggestion)</p> <p>1. เนื่องจากบริบทด้านสิ่งแวดล้อมขององค์กรมีการเปลี่ยนแปลงค่อนข้างมาก จึงควรส่งเสริมให้ทีม ENV ทบทวนจัดลำดับความสำคัญของประเด็นปัญหาที่ต้องการพัฒนาภายใต้ข้อจำกัดของงบประมาณ โอกาสการแพร่กระจายเชื้อของกลุ่ม airborne infection ในโซนผู้ป่วยนอก ความเสี่ยงต่อการโจรกรรมทรัพย์สิน ความเสี่ยงต่อร่างกายกับญาติและเจ้าหน้าที่ในบริเวณห้องตรวจจิตเวช และความเสี่ยงต่อความปลอดภัยต่อผู้ป่วยในกรณีเกิดเหตุอัคคีภัยในหอผู้ป่วย เพื่อให้สภาพแวดล้อมในภาพรวมมีความปลอดภัยต่อทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการยิ่งขึ้น</p> <p>2. ควรส่งเสริมให้ทีมเครื่องมือแพทย์ใช้ประโยชน์จากบัญชีรายการเครื่องมือ เพื่อทบทวนการบำรุงรักษาเชิงป้องกันในเครื่องมือสำคัญให้</p>
42. ความปลอดภัยจากอัคคีภัย [II-3.1ค] **		
43. เครื่องมือและระบบสาธารณสุขปลอดภัย [II-3.2ก, ข]		
44. สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ [II-3.3ก]		
45. การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม [II-3.3ข]		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	ขนาดเพียงพอเหมาะสมกับปริมาณน้ำในปัจจุบัน มีการดูแลรักษาโดยผู้ปฏิบัติงานที่มีความรู้ คุณภาพน้ำทั้งโดยรวมเป็นไปตามเกณฑ์กฎหมายกำหนด	ครบถ้วน รวมถึงควรวางแผนพัฒนาผู้ใช้งานเครื่องมือเพิ่มเติม เพื่อให้มีศักยภาพในการช่วยบำรุงรักษาในเบื้องต้นด้วยตนเอง
II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ		
46. ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Prevention & Control-IPC) [II-4.1ก]	1. ระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ คณะกรรมการ ICC วิเคราะห์โอกาสเกิดการติดเชื้อหรือแพร่กระจายเชื้อในทุกหน่วยบริการและเหตุการณ์ที่มี ทำให้เห็นภาพรวมการติดเชื้อ โอกาสเกิด นำมาพัฒนาการออกแบบระบบการคัดกรองผู้ป่วยทุกจุดบริการ พร้อมแนวทางการปฏิบัติ วางแผนปรับปรุงโครงสร้าง จุดคัดกรอง ได้แก่ ไตเทียม ทันตกรรม ER, OPD และเคมีบำบัดที่จัดให้มีการแยก zoning ผู้รับบริการที่เสี่ยง พัฒนาแนวปฏิบัติเรื่องการคัดกรองผู้รับบริการก่อน	ข้อเสนอแนะ (Recommendation) : 1. เพื่อให้โรงพยาบาลมีระบบการป้องกันที่สอดคล้องกับลักษณะการเกิดเชื้อ สามารถสะท้อนปัญหาที่ชัดเจน ทีมควรประสานทีม/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดทำ antibiogram ที่จำแนกตามตำแหน่ง และการเกิดเชื้อจาก community หรือ nosocomial infection เพื่อนำมาสู่การวิเคราะห์ใช้ประโยชน์กำหนดนโยบาย แนวทางปฏิบัติที่ลดการติดเชื้อตามบริบท และนำหลักวิชาการมาใช้วิเคราะห์การติดเชื้อการผ่าตัดรายเหตุการณ์ตามหลักของ NNIS
47. การเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ [II-4.1ข] **		
48. การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป [II-4.2ก]		
49. การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ [II-4.2ข] *		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	<p>ได้รับยาเคมีบำบัดและแนวปฏิบัติเรื่องการเฝ้าระวังในผู้ป่วยภูมิคุ้มกันต่ำ ปรับพื้นที่ในหอผู้ป่วยแผนกศัลยกรรม แผนกทรวงอกแก่การรับผู้ป่วยในห้อง AIIR ในกรณีโรคอุบัติใหม่ และมีการรับผู้ป่วยในกรณีมีโรครุนแรง</p> <p>2. การเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ ทีมนำอุบัติการณ์การติดเชื้อที่พบจากการเฝ้าระวัง เช่น VAP, CAUTI, SSI มาเรียนรู้ ทบทวน หาสาเหตุปัจจัยทั้งในด้านของผู้ป่วย บุคลากร อุปกรณ์ เครื่องมือ และสิ่งแวดล้อม นำมาพัฒนาแนวทางการป้องกัน เช่น การใช้ 4%CHG การให้ความรู้ก่อนผ่าตัดแก่ care giver ปรับห้อง set เป็น non-woven สนับสนุนการใช้ Tegaderm พัฒนาแนวทางดูแล sepsis ร่วมกับเพิ่มศักยภาพโรงพยาบาลลูกข่ายในการดูแล</p>	<p>2. เพื่อให้โรงพยาบาลมีระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่สามารถดักจับการติดเชื้อที่สะท้อนปัญหาได้จริงตามบริบท ทีมควรสร้างการเรียนรู้แก่ทุกหน่วยงานในการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่อาจเกิดในหน่วยงานตนตามบริบท ทั้งแบบ target, non-target ร่วมกับพัฒนาการเฝ้าระวังในรูปแบบ active surveillance ที่ช่วยให้เฝ้าระวังดักจับการติดเชื้อที่ไว ครอบคลุม นำมาเรียนรู้ในการวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุอย่างรอบด้าน</p> <p>3. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้ารับบริการได้เหมาะสมกับอาการ ความรุนแรง และลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ทีม IC ร่วมกับทีมนำทางคลินิกทุกสาขา ควรทบทวนระบบคัดกรอง (screening) ผู้ป่วยแรกรับในทุกจุดบริการของ OPD Clinic ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น มีเกณฑ์ที่สามารถจำแนกความรุนแรง พร้อมผู้ปฏิบัติงานประจำตลอดเวลาให้บริการ สามารถติดตาม เฝ้าระวัง</p>

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	<p>ผู้ป่วยหนัก จัดทำ high alert MDR ทำให้ช่วยลดอัตราการติดเชื้อ</p> <p>3. การป้องกันการติดเชื้อทั่วไปและกลุ่มเฉพาะ จากการจัดทำแนวทางปฏิบัติ 26 เรื่องนั้น ทีมมีระบบการกำกับติดตาม การปฏิบัติผ่านการทำ IC round พบว่า หน่วยงาน ร่วมมือปฏิบัติ 92.06% ปฏิบัติตามการป้องกัน CAUTI 90.03%, VAP 99% การล้างมือ 5 moment 89.61% สำรวจและปรับปรุงพื้นที่เสี่ยง เช่น ห้องผ่าตัดเล็ก/ศัลยกรรมประสาท ห้องแยกโรคศัลยกรรม ห้องพ่นยา OPD กุมารเวชกรรม CSSD โภชนาการ ส่งผลให้มีระบบที่ช่วยควบคุม ลดการแพร่กระจายเชื้อตามบริบทได้รัดกุมขึ้น</p>	<p>ร่วมกับคัดกรองผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ และส่งไปรับบริการในจุดที่เหมาะสม</p> <p>4. การป้องกันการติดเชื้อทั่วไปและกลุ่มเฉพาะ เพื่อให้แนวทางป้องกันการติดเชื้อได้รับความร่วมมือในการปฏิบัติ ช่วยลด/ป้องกันการติดเชื้อได้จริง ทีมควรพัฒนาระบบการควบคุม กำกับมาตรการที่จัดทำไว้ให้ครอบคลุม สอดคล้องกับแต่ละหน่วยงาน ปรับเวลา/รูปแบบ (เริ่มปรับเป็น 3 เดือน/ครั้ง) ในการติดตามให้เหมาะสม เพียงพอต่อการสะท้อนความร่วมมือในการปฏิบัติที่ช่วยป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วย บุคลากร และสิ่งแวดล้อมได้จริง นำปัญหา อุปสรรค มาพัฒนา เอื้อให้เกิดความร่วมมืออย่างครอบคลุม</p> <p>คำแนะนำ (Suggestion) การเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ ควรนำอุบัติการณ์ติดเชื้อของบุคลากรจาก COVID มาเรียนรู้การวินิจฉัยการระบาด ด้วยการจัดทำ line</p>

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
		listing ให้เห็นเส้นทาง ลักษณะการแพร่กระจายเชื้อ จุดสัมผัสร่วม และพัฒนาแนวทางการป้องกันที่ตรงประเด็นตามบริบท
II-5 ระบบเวชระเบียน		
50. ระบบบริหารเวชระเบียน [II-5.1 ก,ข]	1. มีระบบเวชระเบียนที่พัฒนาขึ้นเอง และถูกนำไปใช้งานในโรงพยาบาลต่างๆ ยังคงพบการพัฒนาบบเวชระเบียนอย่างต่อเนื่อง เช่น การพัฒนาโมดูล ER paperless ต่อยอดจาก IPD paperless ในโปรแกรม KPHIS ที่เอื้อให้ง่ายต่อการบันทึกและการติดตามการเปลี่ยนแปลง อาการสำคัญได้อย่างสะดวก ทีมยังมีการนำ digital tools มาช่วยเรื่องการบริหารจัดการด้านเวชระเบียน เช่น การใช้ตู้ kiosk การใช้ API เพื่อส่งข้อมูล vital sign เข้าสู่ระบบ นอกจากนี้ทีมยังคงติดตามการจัดการเวชระเบียนในประเด็นต่างๆ ทั้งด้านความสมบูรณ์ของ	
51. เวชระเบียนผู้ป่วย [II-5.2]		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	<p>การบันทึก ความทันเวลาของการสรุป เวชระเบียน โดยทีม audit ทำให้ค่า Adj- RW เพิ่มสูงขึ้น การเรียกเก็บมี ประสิทธิภาพที่ดีต่อเนื่อง</p> <p>2. มีการทบทวนเวชระเบียนเพื่อประเมิน ความสมบูรณ์ทุก 6 เดือน โดยความ สมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก 74.63% มีแนวโน้มดีขึ้น ความสมบูรณ์ ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน 93.34% โดย การประเมินความสมบูรณ์ของเวช ระเบียนทำในฐานข้อมูลโดยไม่พิมพ์เวช ระเบียนออกมาประเมิน</p>	
II-6 ระบบการจัดการด้านยา		
52. การกำกับดูแลการจัดการด้านยา [II-6.1 ก] * , **		ข้อเสนอแนะ (Recommendation) : 1. ควรทบทวนวิธีการปฏิบัติในการใช้ยาเสพติด การนำส่ง การเข้าถึงจุดเก็บยาในหอผู้ป่วย รวมทั้งการเตรียมและการบริหารยาเสพติดใน
53. สิ่งแวดล้อมสนับสนุน การจัดหาและเก็บรักษา ยา [II-6.1 ข,ค]		
54. การสั่งใช้ยาและถ่ายถอดคำสั่ง [II-6.2 ก]		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
55. การทบทวนคำสั่ง เตรียม เขียนฉลาก จัดจ่าย และส่งมอบยา [II-6.2 ข]		<p>ห้องผ่าตัด เพื่อเพิ่มความปลอดภัยและความปลอดภัยในการใช้ยาเสพติดในโรงพยาบาล</p> <p>2. ควรส่งเสริมการออกแบบระบบจัดการยาเสี่ยงสูง โดยใช้หลักการ visual management จัดทำแนวทางที่เอื้อให้พยาบาลเข้าถึงและใช้ข้อมูลที่จำเป็นในการใช้ยาเสี่ยงสูง เช่น การผสมยา การเผื่อระวังที่เหมาะสมตาม onset of action, duration of action กำกับให้มีการติดตามผลข้างเคียงและผลจากการใช้ยาอย่างจริงจัง เพื่อให้การใช้ยาเสี่ยงสูงมีความปลอดภัยเพิ่มขึ้น</p> <p>3. ควรทบทวนแนวทางป้องกันการแพ้ยาซ้ำให้มีความรัดกุมยิ่งขึ้น เสริมมาตรการในการค้นหาการแพ้ยา การนำข้อมูลเข้าสู่ระบบ การสื่อสารระหว่างวิชาชีพอย่างทันการ การแจ้งเตือนและการปรึกษากับเภสัชกรเมื่อมีความจำเป็นต้องใช้ยา เพื่อลดอุบัติการณ์การแพ้ยาซ้ำและเพิ่มความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วยในการใช้ยา</p>
56. การบริหารยาและติดตามผล [II-6.2 ค]		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
		<p>4. ควรทบทวนนโยบายการจัดการด้านยาให้ครอบคลุมการใช้ยาในหน่วยงาน outsource ที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยของโรงพยาบาล เช่น หน่วยงานไตเทียม CT, MRI เพื่อให้การใช้ยากับผู้ป่วยในหน่วยงานดังกล่าวมีความปลอดภัย รัดกุมและเกิดความมั่นใจกับผู้รับบริการ</p> <p>คำแนะนำ (Suggestion)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ควรเสริมแนวทางการทบทวนคำสั่งใช้ยาด้วย ทีมสหวิชาชีพ โดยเฉพาะการสั่งใช้ยาของ ผู้ป่วยใน เพื่อให้มีระบบการตรวจสอบและแจ้ง เตือนกรณีที่เกิด drug interaction, double drugs, drug allergy หรือกรณีมีข้อสงสัย เกี่ยวกับขนาดยาและการให้ยา เพื่อให้การใช้ยากับผู้ป่วยมีความปลอดภัยเพิ่มขึ้น 2. ควรทบทวนรายการยา แนวทางการสำรองยา และวัตถุประสงค์ของยาแต่ละรายการที่จำเป็นต้องสำรองไว้ที่หอผู้ป่วยต่างๆ รวมถึงยาใน emergency box ซึ่งอาจมีความซ้ำซ้อนกัน

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
		<p>เพื่อลดความเสี่ยงในการให้ยาแก่ผู้ป่วยโดยไม่มีการตรวจสอบจากเภสัชกร</p> <p>3. ควรเสริมประสิทธิภาพและความเข้าใจในวัตถุประสงค์ของการประสานรายการยา (medication reconciliation) ในบทบาทของทีมสหวิชาชีพ ครอบคลุมทุกกระบวนการและทุกช่วงรอยต่อ ให้รับทราบถึงยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่และยามือสุดท้ายที่ผู้ป่วยได้รับ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการใช้ยา ลดความเสี่ยงในการสั่งยาซ้ำซ้อน, การเกิด drug interaction ในปี 2565 มีผู้ป่วยใน 39,859 ราย ได้ประสานรายการยา 5,910 ราย และทำได้ใน 24 ชั่วโมง 2,686 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.9</p>
II-7 การตรวจทดสอบเพื่อการวินิจฉัยโรค และบริการที่เกี่ยวข้อง		
57. บริการรังสีวิทยา/ภาพทางการแพทย์ [II-7.1]	1. บริการรังสีวิทยา/ภาพทางการแพทย์ ทีมบุคลากรมีศักยภาพในการจัดบริการตรวจทั่วไปและตรวจพิเศษที่ครอบคลุมโรคสำคัญขององค์กร สามารถให้บริการ	
58. บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก [II-7.2]*		
59. ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต [II-7.4]*		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
<p>60. พยาธิวิทยากายวิภาค เซลล์วิทยา, นิติเวช ศาสตร์และนิติเวชคลินิก [II-7.3 / 7.5]</p>	<p>ได้ตลอด 24 ชั่วโมง มีระบบควบคุมคุณภาพการบริการ เช่น ทบทวนการถ่ายภาพรังสีผิดคนผิดตำแหน่ง มีแนวทางประเมินความถูกต้องของการอ่านผลโดยแพทย์เจ้าของไข้ในช่วงนอกเวลา ปรับปรุงแนวทางการใช้สารทึบรังสีในผู้ป่วยให้มีความเหมาะสมขึ้น นอกจากนี้ยังเพิ่มเข้าถึงการตรวจพิเศษ โดยเช่าเครื่อง CT scan เพิ่มเพื่อดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน เพิ่มห้องตรวจ U/S เพื่อลดการรอคิวส่งผลให้หน่วยงานผ่านการรับรองมาตรฐานคุณภาพห้องปฏิบัติการทางรังสี และได้รับรางวัล smart X-ray award จากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ปี 2565</p> <p>2. ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์</p> <p>2.1. มีการออกแบบพื้นที่ให้บริการเจาะเลือดผู้ป่วยนัดเป็นพื้นที่</p>	

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	<p>เฉพาะ และแยกพื้นที่ให้บริการผู้ป่วยที่เดินไม่ได้ไว้ที่ชั้น 1 ของอาคารผู้ป่วยนอก เพื่อให้เกิดความสะดวกและรวดเร็ว</p> <p>2.2. เริ่มดำเนินการใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุสมผล (rational laboratory use) เป็นโรงพยาบาลนำร่อง</p>	
II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ		
61. การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ [II-8]	<p>ทีมประสานความร่วมมือในการเฝ้าระวังโรคกับเครือข่าย โดยมีแพทย์ นักวิชาการ ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรระบาดวิทยาเป็นแกนนำกำหนดโรคมุ่งเน้นตามบริบท คือ ไข้เลือดออก วัณโรค ไข้หวัดใหญ่ ปอดอักเสบ โคโรนาไวรัส โดยมีระบบในการรายงานโรคจากหน่วยงานโรงพยาบาล และจากชุมชน ผ่าน รง.506 และโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นเอง ให้สามารถเห็นข้อมูลภาพรวมของพื้นที่ได้เร็ว</p>	<p>คำแนะนำ (Suggestion)</p> <p>1. ทีมควรเพิ่มการเรียนรู้ในการวิเคราะห์ข้อมูลตามหลักระบาดวิทยา เพื่อกำหนดประเด็นภัยสุขภาพสำคัญตามบริบท เช่น โรงงานที่หลากหลาย เกษตรกร เส้นทางจราจร สถานการณ์ syphilis ที่เพิ่มขึ้น ร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูลเดิมที่จัดเก็บใน รง.506 ให้เห็นลักษณะการกระจายของโรคตาม time, place, person นำมาสื่อสารเครือข่ายในการร่วมวางแผน</p>

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	<p>ชั้น มีระบบการสื่อสารข้อมูลแก่ชุมชนในการป้องกัน ประสาน SRRT ในการลงควบคุมสอบสวนโรคในทุก รพ.สต.เพื่อไม่ให้เกิดการระบาด</p>	<p>ป้องกัน ที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ เช่น การเกิดไข้เลือดออกในกลุ่มเด็กเล็ก กลุ่มวัยทำงาน</p> <p>2. จากข้อมูล รง.506 ที่พบอุบัติการณ์เกินเส้นมัธยฐาน ทีมควรวิเคราะห์ปัญหา กระบวนการที่ทำให้เกิดความล่าช้า ทั้งการเฝ้าระวัง การรายงาน การรวบรวมข้อมูล การสื่อสาร การควบคุม นำมาพัฒนา ปรับปรุงกระบวนการให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น</p>
<p>II-9 การทำงานกับชุมชน</p>		
<p>62. การทำงานกับชุมชน [II-9]</p>	<p>โรงพยาบาลโดยทีมเวชกรรมสังคม เป็นต้นแบบในการจัดบริการปฐมภูมิ PCC ที่ครอบคลุมทุกพื้นที่โดยทีมสหวิชาชีพที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก เกิดความร่วมมือในการดูแลสร้างเสริมสุขภาพของภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง ผ่านประเด็นที่ได้จากการสำรวจความต้องการของชุมชนได้แก่</p>	<p>คำแนะนำ (Suggestion)</p> <p>การทำงานกับชุมชน เพื่อการประสานงานร่วมกับชุมชน ภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีทิศทาง มีเป้าหมายชัดเจน สะท้อนปัญหาตามบริบทนั้น ทีมเวชกรรมชุมชนควรเพิ่มการวิเคราะห์ข้อมูลการเจ็บป่วยทั้ง hospital base, community base ร่วมกับผลการดำเนินงานตามชุดสิทธิประโยชน์ ให้เห็นปัญหา ความท้าทายของแต่ละกลุ่มวัย นำมาใช้กำหนดจุดเน้นในการสร้างเสริม</p>

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	<ol style="list-style-type: none"> 1. การดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียงและผู้พิการ ทำให้เกิดภาคีเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุระดับตำบล/ระดับอำเภอ โรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ ทำให้ผู้สูงอายุติดเตียงเป็นผู้สูงอายุติดสังคม มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น 2. กลุ่มวัยทำงาน การป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรัง เสริมพลัง อสม.ในการคัดกรอง ให้ความรู้ ติดตามดูแลในพื้นที่ ร่วมกับ รพ.สต. สร้างเครือข่ายหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การคัดกรองความเสี่ยงเชิงรุกในกลุ่มโรงงาน เพื่อนำมาปรับพฤติกรรมในโรงงาน และโครงการวัดส่งเสริมสุขภาพ 3. การควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก สนับสนุนให้เด็กนักเรียนเป็นแกนนำด้านต่างๆ เช่น การเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก 	<p>สุขภาพ ร่วมกับภาคีเครือข่าย ทั้งในเชิงกลยุทธ์ ระดับองค์กร การวางแผนดำเนินงาน ที่มีทรัพยากรรองรับอย่างชัดเจน โดยเรียนรู้วิเคราะห์ศักยภาพของเครือข่าย ที่ประสบผลสำเร็จ มาสู่การขยายผล และเสริมพลัง เสริมส่วนขาดให้สามารถดำเนินการให้บรรลุผลสำเร็จได้ตามเป้าหมาย</p>

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	4. กลุ่มวัยเรียน ปรับพฤติกรรมเด็กวัยเรียน มีภาวะเริ่มอ้วน และอ้วน โครงการลด เรียนเพิ่มรู้ สู้เด็กไทยสูงดีสมส่วน แข็งแรง IQ, EQ ดี 5. การจัดการสิ่งแวดล้อม เกิด แหล่งเรียนรู้ ศึกษาดูงาน นำร่องเป็นชุมชนเข้มแข็ง ด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม โดย การคัดแยกขยะในชุมชน และมีการแปร รูปวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้แล้วให้เป็นผลิตภัณฑ์ (ผลิตกระเป๋าจากซองกาแฟ ผลิตถุงใส่ ของจากซองผลิตภัณฑ์ซักผ้า) และต่อ ยอดเป็นสินค้าสร้างรายได้	
ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย		
III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ		
63. การเข้าถึงบริการ [III-1 ก, ข]**	1. ทีมนำทางคลินิกจัดระบบบริการร่วมกับ เครือข่าย เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการจำ เป็นได้โดยสะดวก มีการประสานงานที่ดี กับหน่วยที่ส่งต่อผู้ป่วยมารับบริการ ทำ	คำแนะนำ (Suggestion) ทีมควรทบทวนประสิทธิภาพของกระบวนการ เข้าถึงบริการของกลุ่มผู้ป่วยสำคัญ เช่น stroke fast track การคัดกรองภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยเบาหวาน
64. กระบวนการรับผู้ป่วย การให้ข้อมูล และ informed consent [III-1 ค]		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	<p>ให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่เหมาะสม ปลอดภัย และมีประสิทธิผล เช่น การเข้าถึงยา streptokinase ในผู้ป่วย STEMI ได้ที่โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัด 100% การเข้าถึงยา HAART ในผู้ป่วย วัณโรคร่วมกับ HIV infection ได้ร้อยละ 90.32 ผู้ป่วยที่มี NEWS > 3 (national early warning scores) และสงสัยภาวะ sepsis ได้รับการส่งต่อมาดูแลต่อในโรงพยาบาลครบ 100% การเข้าถึง antibiotics ภายใน 1 ชั่วโมง ในผู้ป่วย ผู้ป่วย pneumonia และผู้ป่วย sepsis</p> <p>2. มีการออกแบบไบบนที่กการให้ ความยินยอมโดยเฉพาะในหัตถการรูกล้าที่ ให้บริการบ่อยในโรงพยาบาล โดยเก็บ บันทึกไว้ในเวชระเบียน</p>	<p>การคัดกรองวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง การได้รับยาของ ผู้ป่วยวัณโรค รวมทั้งกระบวนการรับผู้ป่วย sepsis, pneumonia เข้า ICU เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล รักษาอย่างเหมาะสม รวดเร็วทันการณ์ ป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้</p>

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
III- 2 การประเมินผู้ป่วย		
65. การประเมินผู้ป่วย และการส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค [III-2 ก, ข] **		คำแนะนำ (Suggestion)
66. การวินิจฉัยโรค [III-2 ค] *		ควรทบทวนแนวทางการประเมินผู้ป่วยในกลุ่มที่มีโอกาสเกิดปัญหาในการประเมิน เพื่อเพิ่มความแม่นยำและประสิทธิภาพของการประเมินให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมอย่างทันการณ์ เช่น กลุ่ม acute abdomen, atypical chest pain, traumatic brain injury, sepsis, NF โดยการใช้เกณฑ์ (criteria) ต่างๆ มาช่วยประเมิน มีแนวทางในการปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง แนวทางการส่งตรวจเพื่อวินิจฉัย การใช้ early warning signs
III-3 การวางแผน		
67. การวางแผนการดูแลผู้ป่วย [III-3.1]		ข้อเสนอแนะ (Recommendation) :
68. การวางแผนจำหน่าย [III-3.2]		ทีมนำทางคลินิกควรทบทวนการวางแผนที่เป็นสหวิชาชีพ ครอบคลุมปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วยอย่างครบถ้วนในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ เช่น stroke, STEMI, sepsis มีการระบุเป้าหมายในแผนการรักษาทั้งระยะสั้นและระยะยาว เพื่อให้การ

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
		<p>ดูแลผู้ป่วยของทีมสหวิชาชีพหนุนเสริมซึ่งกันและกันในการบรรลุเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยที่ตั้งไว้</p> <p>คำแนะนำ (Suggestion)</p> <p>การวางแผนจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่ายอย่างเหมาะสม ตรงประเด็น ทีมนำทางคลินิกควรกำหนดกลุ่มผู้ป่วยสำคัญที่ต้องการพัฒนาการวางแผนจำหน่าย สร้างการเรียนรู้แก่ทีมสหวิชาชีพในการประเมิน ค้นหาปัญหา อุปสรรคที่อาจจะทำให้ผู้ป่วย/ญาติไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำ/การสอนของทีมเมื่อผู้ป่วยกลับไปพักที่บ้าน เช่น กิจวัตรประจำวัน การทำงาน ขาดผู้ดูแล นำมาวางแผนจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วย/ญาติในการแก้ไข จัดการอุปสรรคที่พบ มีการติดตามประเมินผลที่ได้ร่วมกับทีมที่เกี่ยวข้อง</p>
III-4 การดูแลผู้ป่วย		
69. การดูแลทั่วไป [III-4.1]	ทีมนำทางคลินิกได้กำหนดเป้าหมายความปลอดภัยในการดูแลทั่วไป เช่น การป้องกัน	<p>คำแนะนำ (Suggestion)</p> <p>1. ทีมนำควรสนับสนุนให้ทีมร่วมดูแลผู้ป่วยเป็นสหวิชาชีพ ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ</p>

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	<p>การพลัดตกหกล้ม การป้องกันการเกิดแผลกดทับ และการติดตามการเกิด phlebitis</p>	<p>สังคมและจิตวิญญาณ มีการทบทวน สื่อสาร แลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างสมาชิกของทีมที่ดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอเพื่อติดตามความก้าวหน้า และปรับเปลี่ยนแนวทางการรักษาให้เหมาะสม</p> <p>2. ควรทบทวนการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมที่มีข้อจำกัดด้านสถานที่ในหอผู้ป่วยให้มีความเหมาะสมและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วย เช่น การป้องกันการติดเชื้อ การใช้สถานที่ในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ เครื่องติดตามสัญญาณชีพ หรือ ผู้ป่วยวิกฤติที่ไม่ได้เข้า ICU เพื่อเพิ่มความปลอดภัยในกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล</p> <p>3. ควรเสริมประสิทธิภาพของการใช้ early warning sings ในการตรวจจับการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ทรุดลงของผู้ป่วย มีการรายงานแพทย์อย่างรวดเร็ว เพื่อให้การดูแลรักษาที่</p>

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
		เหมาะสมกับอาการของผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยมากขึ้น
70. การดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง [III-4.2]**	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทีมสูติกรรมจัดระบบการดูแลมารดาและทารกกลุ่มเสี่ยงที่ ANC high risk โดยกำหนดเกณฑ์ให้แก่โรงพยาบาลในเครือข่าย สามารถส่งหญิงตั้งครรภ์มาพบสูติแพทย์ มีระบบ fast track ในการส่งเข้ารับบริการ และเกณฑ์คัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่ ANC ทุก visit ให้ได้รับการเฝ้าระวังประเมินซ้ำและปรับแผนการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม 2. ทีมกุมารเวชกรรม พัฒนาการจัดบริการ NICU จัดทำแนวทางการประเมินความเสี่ยงเด็ก PEWS score ตามช่วงอายุ ที่ใช้เป็นหลักในการประเมินซ้ำ 3. ทีม PCT Med กำหนดกลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงสูง เช่น stroke, STEMI, sepsis, pneumonia, TB มีการออกแบบระบบ 	<p>ข้อเสนอแนะ (Recommendation) :</p> <p>การดูแลและบริการที่เสี่ยงสูง เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงได้รับการดูแล รักษา เฝ้าระวังอย่างเหมาะสม ปลอดภัยที่มำทางคลินิกควร</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ทบทวน พัฒนาการทำหัตถการเสี่ยงสูงโดยเฉพาะการขุดมดลูก (ที่ IPD) ให้ปลอดภัยทั้งสถานที่ และวิชาชีพเฉพาะในการให้/เฝ้าระวังขณะทำ deep sedation และประสาน IC ในการทบทวนการปฏิบัติที่ได้มาตรฐานในผู้ป่วยกลุ่มที่ใส่ central line 2. สร้างการเรียนรู้แก่ผู้ปฏิบัติงาน ในการรับรู้ความเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวัง ประเมินซ้ำผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่ประเมินได้จากเกณฑ์ต่างๆ ที่กำหนด และเรียนรู้ความเสี่ยงที่อาจเกิดจากแผนการรักษา ด้วยบทบาทวิชาชีพ ที่ทำให้สามารถดักจับอาการ อาการแสดงที่เปลี่ยนแปลง

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	<p>บริการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงให้ทันเวลารวมทั้งกระบวนการดูแลให้เหมาะสม</p>	<p>แปลงได้รวดเร็ว และตัดสินใจรายงานแพทย์ปรับแผนการรักษาที่เหมาะสม เช่น Tachycardia จากการพ่นยาต่อเนื่องในเด็ก การเกิด fetal distress ความเสี่ยงสำคัญในกลุ่มผู้ป่วยโรคร่วม พร้อมจัดทำแนวทาง/เกณฑ์ที่ชัดเจนในการขอคำปรึกษาจาก staff แต่ละสาขาที่ชัดเจน</p> <p>คำแนะนำ Suggestion</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ควรส่งเสริมการทบทวนอุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่ทรุดลงหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างรับการดูแลรักษาในโรงพยาบาล รวมทั้งกลุ่มเสี่ยงสูงที่ผลลัพธ์ยังไม่บรรลุเป้าหมาย เพื่อค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง นำมาปรับปรุงกระบวนการดูแลรักษาให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น มีการกำหนดตัวชี้วัดที่ใช้ติดตามอย่างต่อเนื่อง 2. ทีมนำทางคลินิกควรส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากสารสนเทศมาออกแบบกระบวนการดูแลผู้ป่วย sepsis ทั้ง community acquired,

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
		hospital acquired ให้ครอบคลุม pre-hospital, in-hospital, post-hospital care เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่ม sepsis ได้รับการดูแลที่เหมาะสมและทันที่
71. การระงับความรู้สึก [III-4.3 ก]	ทีมวิสัญญีมีการกำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง มีการกำหนดแนวทางในการดูแลเพื่อให้เกิดความปลอดภัย มีการประเมินความเสี่ยง การวางแผน ทั้งในผู้ป่วยกลุ่ม elective และกลุ่ม emergency มีการจัดตั้งศูนย์ประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด มีการให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการระงับความรู้สึก มีแผนการเยี่ยมดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด	
72. การผ่าตัด [III-4.3 ข] *	ทีมศัลยแพทย์มีการวางแผนดูแลผู้ป่วย ที่ต้องได้รับการผ่าตัด มีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ มีการส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางเพื่อช่วยเตรียม	

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	ผู้ป่วย มีการใช้ surgical safety checklist เพื่อความปลอดภัย เริ่มมีการใช้ consent form เฉพาะโรค	
73. อาหารและโภชนาบำบัด [III-4.3 ค]		<p>คำแนะนำ (Suggestion)</p> <p>ควรส่งเสริมการกำหนดเป้าหมายของกิจกรรม โภชนาบำบัดสำหรับกลุ่มต่างๆ ให้ชัดเจน เช่น การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพและภาวะสุขภาพทางกาย ออกแบบวิธีติดตามต่อเนื่องหลังจำหน่าย เพื่อนำผลลัพธ์มาทบทวนเพื่อพัฒนากระบวนการให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น</p>
74. การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง [III-4.3 ง]	<p>ทีมนำทางคลินิกกำหนดกลุ่มผู้ป่วยสำคัญ เฉพาะกลุ่ม end of life care เช่น ผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้าย ผู้ป่วย HIV ระยะสุดท้าย ผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะสุดท้าย รวมทั้งกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งในเด็กที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา มีทีมสหวิชาชีพร่วมวางแผนดูแลทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน มีการทำ family</p>	<p>คำแนะนำ (Suggestion)</p> <p>ทีมนำทางคลินิกควรส่งเสริมความชัดเจนและความครอบคลุมในการกำหนดกลุ่มผู้ป่วยระยะประคับประคอง เพื่อจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยแต่ละกลุ่มรวมทั้งผลลัพธ์ที่ต้องการให้เหมาะสม</p>

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	meeting โดยวางแผนดูแลอาการปวดเป็นหลัก	
75. การจัดการความปวด [III-4.3 จ]	<p>ทีมนำทางคลินิกกำหนดกลุ่มผู้ป่วยสำคัญในการคัดกรองและจัดการความปวด คือ ผู้ป่วยศัลยกรรมและสูติกรรมที่ผ่าตัดทางหน้าท้อง ผู้ป่วยผ่าตัดแบบ extensive operation ผู้ป่วย major amputation ผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง ผู้ป่วยเด็กที่ผ่าตัดกระดูก ผู้ป่วยผ่าตัด nephrectomy โดยมีการแจ้งโอกาสที่จะเกิดความเจ็บปวดและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเลือกรีวิวรรเทาความเจ็บปวดมีผลลัพธ์ความพึงพอใจในการจัดการความปวดในปี 2565 ร้อยละ 83.4</p>	<p>คำแนะนำ (Suggestion) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินอาการปวดและได้รับการบำบัดอาการปวดอย่างทั่วถึง ทีมนำทางคลินิกทุกสาขาควรส่งเสริมการประเมินอาการปวดให้ครอบคลุมผู้ป่วยทุกราย นอกเหนือจากผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด กำหนดให้การประเมินความปวดเป็นเกณฑ์มาตรฐานทั่วทั้งองค์กรที่หน่วยงานดูแลผู้ป่วยต้องประเมิน มีแนวทางการบรรเทาความปวดในแต่ละระดับช่วงคะแนนที่ชัดเจน อย่างเป็นระบบทั้งแบบใช้ยา ไม่ใช้ยา พร้อมการเฝ้าระวังประเมินซ้ำหลังบำบัดในเวลาที่เหมาะสม สอดคล้องตามความรุนแรง</p>
76. การฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพ [III-4.3 ฉ]	<p>ทีมนำทางคลินิกกำหนดกลุ่มผู้ป่วยสำคัญตาม service plan ที่พัฒนาการดูแลด้วยการฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพ คือ stroke, traumatic brain injury, spinal cord Injury,</p>	<p>คำแนะนำ (Suggestion) ทีมควรส่งเสริมกระบวนการเสริมพลังผู้ป่วยและญาติให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมกับสถานะของผู้ป่วย มีแนวทางประเมินการรับรู้ข้อมูล</p>

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	<p>fracture around the hip และกลุ่มผู้ป่วยที่ทีมนำทางคลินิกให้ความสำคัญ เช่น ผู้ป่วยแขนขาขาด ผู้ป่วยโรคกระดูก ข้อต่อและกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยเส้นประสาทส่วนปลาย ผู้ป่วยเด็กสมองพิการหรือพัฒนาการช้า รวมทั้งผู้ป่วยติดเชื้ทางเดินหายใจ มีการกำหนดความต้องการบริการจากความต้องการของผู้ป่วย จัดบริการฟื้นฟูสภาพอย่างมีคุณภาพและปลอดภัยโดยมีการติดตามผลลัพธ์ในกลุ่มเหล่านี้</p>	<p>ของผู้ป่วยหรือญาติเพื่อปรับปรุงการสื่อสารและการเรียนรู้ให้มีประสิทธิภาพ</p>
<p>77. การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง [III-4.3 ซ]</p>	<p>ทีมนำทางคลินิกจัดบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังครอบคลุมผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่มี CKD ระยะที่ 3 – 4 ที่คลินิก เฉพาะโรคโดยทีมอายุรแพทย์ ผู้ป่วย CKD ระยะที่ 5 โดยอายุรแพทย์โรคไต มีทางเลือก เช่น การฟอกเลือด (hemodialysis) การล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) การรักษาประคับประคอง แต่ยังไม่มีการปลูกถ่ายไต</p>	<p>คำแนะนำ (Suggestion) ควรทบทวนการกำกับดูแลการดำเนินงานของหน่วย hemodialysis ที่เป็น outsource โดยเฉพาะการควบคุมมาตรฐานในกระบวนการดูแลผู้ป่วย การรายงานอุบัติการณ์ เพื่อค้นหาปัจจัยที่เป็นโอกาสพัฒนาให้การดูแลผู้ป่วยมีความปลอดภัยเพิ่มขึ้น</p>

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
78. การแพทย์แผนไทย [III-4.3 ซ]	มีแพทย์แผนไทย 5 คน อายุรเวช 1 คน ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย 12 คน ให้บริการ ประคบสมุนไพร นวดหลัง ฤๅษีดัดตนและ มณีเวชในหญิงตั้งครรภ์ การทาบหม้อเกลือใน หญิงหลังคลอด การนวด/การใช้ยาสมุนไพร การประคบสมุนไพรในผู้ป่วยทั่วไป	คำแนะนำ (Suggestion) ควรส่งเสริมการทบทวนการประเมินผู้ป่วยเพื่อ ค้นหาและเฝ้าระวังความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการดูแลรักษา นำข้อมูลที่ได้จากการทบทวนมา ปรับปรุงการดูแลรักษาผู้ป่วยให้มีความปลอดภัย เพิ่มขึ้น
79. การแพทย์ทางไกล (Tele-Medicine) [III-4.3 ฉ]	ทีมนำทางคลินิกกำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่ให้ บริการแบบ tele-medicine เช่น ผู้ป่วย DM/HT ที่ควบคุมอาการได้ดี ผู้ป่วยโรค COVID ที่ไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อย มีการประเมินและการวางแผนการดูแลผ่าน ระบบ google meet, telehealth Thai, skype, line โดยบันทึกเวชระเบียนแบบ paperless ในโปรแกรม HosXP มีการ ติดตามจำนวนครั้งในการเข้ารับบริการและ ประเมินผลความพึงพอใจ	คำแนะนำ (Suggestion) ทีมควรทบทวนเรื่องเกณฑ์ที่ต้องมาพบแพทย์ที่ โรงพยาบาล การประเมินความเสี่ยงในการดูแล แบบ Tele-medicine ผลลัพธ์การดูแล เช่น ระดับ น้ำตาล ความดันเลือด ระดับ HbA1C การติดตาม ภาวะแทรกซ้อนรวมถึงการนัดมาคัดกรองตามรอบ ที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วยมากขึ้น
80. การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน [III-4.3 ฉ]		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว		
81. การให้ข้อมูลและเสริมพลัง [III-5]	การให้ข้อมูลและเสริมพลัง ทีมสูติกรรมจัดให้มีการให้ข้อมูล เสริมพลังแก่มารดาที่มาฝากครรภ์โดยทีมสหวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล เกสซักร นักโภชนาการ แพทย์แผนไทย ร่วมให้ความรู้ การปฏิบัติตัวในภาพรวมของการฝากครรภ์ในแต่ละ visit ผ่านโรงเรียนพ่อแม่ และให้คำปรึกษา เสริมพลังเฉพาะรายในมารดาที่มีปัญหาในการปฏิบัติตัว/มารดากลุ่มเสี่ยง เช่น PIH, GDM รวมทั้งให้ความรู้ ฝึกทักษะมารดาหลังคลอดในการเลี้ยงดูทารก	คำแนะนำ (Suggestion) ควรส่งเสริมการประเมินปัญหาที่ครอบคลุมปัญหาทางจิตใจในผู้ป่วยเฉพาะราย โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเสี่ยง กลุ่ม uncontrol ทั้ง OPD, IPD นำมาวางแผนการให้ความรู้ เสริมพลังโดยสหวิชาชีพเป็นระยะๆ มีการบันทึก ประเมินผลความเข้าใจ ความสามารถในการปฏิบัติ อุปสรรคในการปฏิบัติตน เช่น กลุ่มติดเชื้อ syphilis, HIV ที่มีผลคู่ต่าง หรือคู่ที่ไม่มาทำการตรวจเลือด กลุ่มมารดาวัยรุ่น กลุ่มขาดนัด revisit เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูล ความรู้ พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้
III-6 การดูแลต่อเนื่อง		
82. การดูแลต่อเนื่อง [III-6]** ก. การจำหน่าย ติดตาม และดูแลตามนัด (Discharge, Monitor and Follow-up) ข. การส่งต่อผู้ป่วย (Patient Referral) ค. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย (Patient Transport)	การดูแลต่อเนื่อง จากทิศทางโรงพยาบาลที่เป็นต้นแบบการจัดการบริการปฐมภูมิ ได้ออกแบบในการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรังที่ควบคุมได้ไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิ 34 แห่ง (ครอบคลุมส่วนที่ย้ายไป อบจ. 18 แห่ง) โดยมีแพทย์	คำแนะนำ (Suggestion) 1. ทีมทางคลินิกทุกสาขาควรประสานระบบงาน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการขยายการกำหนดกลุ่มผู้ป่วยสำคัญที่ต้องมีการติดตาม เมื่อขาดนัดให้ชัดเจน ครอบคลุมทั้ง OPD, IPD

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	<p>เวชกรรมครอบครัว 16 ท่านประจำ PCC ทุกวันอย่างครอบคลุม พร้อมเภสัชกร พยาบาล และลงให้บริการ รพ.สต.ที่รับผิดชอบอย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์ ให้คำปรึกษาผ่าน tele medicine นอกจากนี้มีการทำ family care team วางแผนติดตาม เสริมพลังผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน การจัดบริการเชิงรุก focus group ในชุมชน โดยมีระบบการนัดหมายและช่องทางการให้ความช่วยเหลือ โทรติดตามการขาดนัดหลังเลิกคลินิกต่างๆ ส่งผลให้กลุ่มผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น</p>	<p>กำหนดประเด็นในการติดตามที่เชื่อมโยงจากการวางแผนจำหน่าย พัฒนาระบบที่ติดตามการขาดนัด ให้ผู้ปฏิบัติงานมีความสะดวกในการมองภาพรวมสู่การติดตาม สื่อสารเครือข่ายร่วมกับติดตามผลมาพัฒนาปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอ</p> <p>2. ทีมนำทางคลินิกควรส่งเสริมการประสาน ส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่บันทึกใน EMR เช่น ระหว่าง ER หรือ OPD ไปยัง IPD ให้ชัดเจน ครอบคลุมทั้งการดูแลรักษาที่ผ่านมา อาการ อาการแสดงที่ต้องติดตามให้ stable เพื่อให้หน่วยงานรับช่วงต่อติดตามประเมินอาการได้อย่างเหมาะสม</p>
ตอนที่ IV ผลการดำเนินการ		
IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ		
(1) ตัววัดสำคัญด้านการดูแลผู้ป่วย		
83. ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยในภาพรวม [IV-1, III]**		<p>เพื่อลดอัตราการตายในกลุ่มโรคสำคัญ ทีมนำทางคลินิกควรส่งเสริมการวิเคราะห์ข้อมูลให้เห็นโอกาสพัฒนา</p>

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
		ชัดเจนเพิ่มขึ้นว่า สาเหตุการเสียชีวิตส่วนใหญ่ของผู้ป่วยที่มารับการรักษาเป็นกลุ่มใดบ้าง และกลุ่มที่นำมากำหนดเป็นกลุ่มโรคสำคัญในการพัฒนาคุณภาพครอบคลุมเป็นสัดส่วนเท่าใด
84. ผลลัพธ์ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ [IV-1, III-1]		ทีมนำทางคลินิกควรส่งเสริมการคัดเลือกตัวชีวิตในการเข้าถึงบริการสุขภาพในกลุ่มโรคสำคัญที่เป็นจุดเน้นตามบริบท มาใช้ติดตามความก้าวหน้าในการพัฒนาการเข้าถึงระดับโรงพยาบาล
85. ผลลัพธ์ด้านความต่อเนื่องในการดูแล [IV-1, III-5, 6]	พบตัวอย่างผลการดำเนินงานที่ดี ได้แก่ ผู้สูงอายุ 80 ปี ขึ้นไป ช่วยเหลือตนเองได้ (ADL \geq 12) 91.26% อัตราการมาตรวจติดตามอาการที่ stroke clinic 91.28%	ควรเพิ่มตัวชีวิตที่สะท้อนกระบวนการดูแลรักษาต่อเนื่องของผู้ป่วย เช่น อัตราการขาดนัดภาพรวม และวิเคราะห์แยกรายคลินิก ขยายการกำหนดตัวชีวิตกลุ่มเยี่ยมบ้าน (เพิ่มจากกลุ่ม stroke) และเรียนรู้วิเคราะห์กลุ่มผู้ป่วย พื้นที่ สาเหตุ ปัจจัยที่ส่งผลให้การดำเนินงานไม่สำเร็จ หรือบรรลุเป้าหมาย เช่น คะแนน Barthel ADL index ในกลุ่ม stroke ที่พื้นฟูลดลง การขาดนัด ความสำเร็จในการฟื้นฟูเพิ่ม ADL เพื่อนำมาปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง หรือขยายผลสำเร็จให้ครอบคลุมมากขึ้น

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
86. ผลลัพธ์ด้านกระบวนการและผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญ (มิติความเหมาะสมและประสิทธิผล) [IV-1, III-2, 3, 4]**	พบการเรียนรู้วิเคราะห์ข้อมูลตัวชี้วัดทางกุมารเวชกรรมและสูตินรีเวชกรรม บางประเด็นนำมาพัฒนาระบบการดูแลรักษาพร้อมประสานรพ.ในเครือข่ายในการดำเนินงาน ได้แก่ LBW, preterm, BA	ที่สมควรเพิ่มการวิเคราะห์ข้อมูลที่สะท้อนกระบวนการภายในที่เป็นโอกาสพัฒนา วิเคราะห์พื้นที่โรงพยาบาลเครือข่ายและปัจจัย สาเหตุที่รอบด้าน พร้อมขนาดปัญหาของแต่ละสาเหตุ เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการปรับปรุง พัฒนาทั้งภายในโรงพยาบาล และเครือข่ายได้อย่างตรงประเด็น
87. ผลลัพธ์ด้านการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย [IV-1, III-2, 3, 4]		ผลลัพธ์บางตัวที่สำคัญยังไม่ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด เช่น อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยในโรงพยาบาลทุกประเภท อัตราผู้ป่วย sepsis ได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤติภายใน 3 ชั่วโมงหลังวินิจฉัย ที่ควรทบทวน หาแนวทางการดำเนินการที่เหมาะสมเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และที่ม้นำควรทบทวนตัวชี้วัดที่สะท้อนให้เห็นถึงการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่การประเมิน การวางแผนดูแลการวางแผนจำหน่าย การดูแลผู้ป่วยเสี่ยงสูง การดูแลผู้ป่วยเฉพาะ พร้อมการวิเคราะห์เพื่อนำไปพัฒนาให้เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
88. ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด (S) * [IV-1, III-4.3 ก, ข]		ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดหลายตัวชีวิตยังไม่ได้ตามเป้าที่กำหนด เช่น อุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ G H I การทบทวน RCA การเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค การเกิด medication error ที่สมควรทบทวนและหาแนวทางการดำเนินการเพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วยให้มากขึ้น ควรทบทวนตัวชีวิตอัตราเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด อัตราการผ่าตัดซ้ำใน admission เดียวกัน เพื่อเป็นการหาแนวทางป้องกันที่อาจเกิดขึ้นได้และเป็นการเพิ่มความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วย
89. ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (I) * [IV-1, II-4]	ทีมได้เริ่มวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุการติดเชื้อจากการไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดในบางประเด็น เช่น CAUTI, VAP การใช้ยาต้านจุลชีพที่เหมาะสม และวิเคราะห์ผลน้ำดื่มที่ไม่ได้ตามมาตรฐานมาปรับปรุงระบบท่อประปาเพื่อป้องกันการปนเปื้อนสู่ระบบ	ทีมควรเพิ่มการกำหนดตัวชีวิตทั้งการเฝ้าระวังการติดเชื้อโดยเฉพาะ SSI รายเหตุการณ์ตามระบบ NNIS การติดเชื้อ non target ตัวชีวิตกระบวนการป้องกันที่สำคัญ เช่น การปฏิบัติตามหลัก isolation precaution, transmission precaution การคัดกรองและเรียนรู้วิเคราะห์ข้อมูลอย่างรอบด้านให้เห็น

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
		ปัจจัย ความสัมพันธ์ที่หลากหลาย นำมาใช้ประโยชน์ได้อย่างตรงประเด็น
90. ผลลัพธ์ระบบบริหารจัดการด้านยา และด้านความปลอดภัยในการใช้ยา/เลือด (M) * [IV-1, II-6, II-7.4]		ผลลัพธ์ระบบบริหารยาและความปลอดภัยในการใช้ยา/เลือด ยังพบว่ามีอุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำ medication error การให้เลือดผิดหมู่ ที่สมควรทบทวนการดำเนินงานเชิงระบบเพื่อให้เกิดความครอบคลุมรัดกุมมากขึ้น รวมทั้งควรกำหนดตัวชี้วัดที่เป็น process KPI เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานอย่างชัดเจน ป้องกันการเกิดซ้ำ และส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย
91. ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในกระบวนการดูแลผู้ป่วย (P) * [IV-1, III]*		ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในกระบวนการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะด้านการบริหารยายังพบอุบัติการณ์ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่โรงพยาบาลกำหนด ทีมการพยาบาลและทีมเภสัชควรทบทวนร่วมกันในการหาแนวทางการทำงานที่สามารถป้องกันอุบัติการณ์ได้เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
92. ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการใช้ line/tube/catheter และตัววัดที่เกี่ยวข้องกับห้องปฏิบัติการ (L) * [IV-1, II-7.2]	มีการเก็บตัวชี้วัดติดตามความคลาดเคลื่อนในการรายงานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการรายงานผลตรวจค่าวิกฤต ผลลัพธ์บรรลุเป้าหมาย	
93. ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการดูแลภาวะฉุกเฉิน (E) * [IV-1, III-4.2 (5)]		ทีมควรพิจารณาตัวชี้วัดที่เหมาะสมที่สะท้อนถึงความปลอดภัยในการดูแลภาวะฉุกเฉิน ทั้งที่เกิดก่อนมาโรงพยาบาล (prehospital) ขณะอยู่โรงพยาบาลทั้งที่ห้องฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอก และที่หอผู้ป่วย พร้อมทั้งวิเคราะห์หาแนวทางป้องกัน เพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วย
(2) ตัววัดสำคัญด้านการสร้างเสริมสุขภาพ		
94. ผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพของผู้รับบริการ 3-7 ตัว [IV-1 (2)]		ทีมควรเรียนรู้การกำหนดตัวชี้วัดที่สะท้อนการสร้างเสริมสุขภาพ ที่เกิดจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
95. ผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน [II-8, II-9]		และตัวชี้วัดที่สะท้อนการขับเคลื่อนของชุมชน ผลลัพธ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจากการทำงานของชุมชน และวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ ปัจจัย กลุ่มผู้ป่วยอย่างรอบด้านให้เห็นกลุ่มที่สำเร็จ และกลุ่มสาเหตุที่ต้องพัฒนา

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
IV-2 ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน		
96. ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจ/ความผูกพัน ของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย[IV-2, I-3]		ผลลัพธ์ด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานเรื่องระยะเวลารอคอยเฉลี่ยผู้ป่วยนอกยังไม่ได้ตามเป้าหมาย ทีมควรทบทวนหาแนวทางออกแบบการบริการในการดำเนินการที่รวดเร็วมากขึ้นเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล สร้างความพึงพอใจที่สูงขึ้นและให้เกิดความผูกพันกับโรงพยาบาล
IV-3 ผลด้านบุคลากร		
97. ผลลัพธ์ด้านกำลังคน [IV-3, I-5] *		ผลลัพธ์ด้านกำลังคนบางตัวชีวิตยังไม่ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด เช่น ดัชนีความสุขของบุคลากร ความผูกพันของบุคลากร อัตราการลาออก การเตรียมพร้อมในงานบริหาร (succession plan) และ อัตรากำลัง ทีมควรทบทวนหาแนวทางการดำเนินการเพื่อให้เกิดการธำรงรักษาบุคลากรไว้ในองค์กร
IV-4 ผลด้านการนำและการกำกับดูแล		
98. ผลลัพธ์ด้านการนำ [IV-4, I-I, I-2]		ผลลัพธ์การนำองค์กรหลายตัวชีวิตยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย โดยเฉพาะตัวชีวิตทางด้านคลินิก และการบรรลุตามแผนยุทธศาสตร์ขององค์กรทีม

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
		นำควรทบทวนร่วมกับทีมทางคลินิกเพื่อหาแนวทางในการดำเนินงานให้เกิดการพัฒนาเป็นไปตามเป้าหมายขององค์กร เพื่อให้องค์กรสามารถบรรลุวิสัยทัศน์ได้
IV-5 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ		
99. ผลลัพธ์ด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ เช่น IM, BCM, Supply chain, RM, ENV [IV-5, II]		ผลลัพธ์ด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญที่ควรได้รับการทบทวนเพื่อให้เกิดประสิทธิผลดีขึ้น เช่น ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก เนื่องจากเป็น EMR ควรตรวจสอบ บริหารจัดการให้ถูกต้อง การบริหารจัดการความเสี่ยงกรณีการเกิดอุบัติการณ์ที่เป็น sentinel event ซ้ำควรได้รับการทำ RCA ที่ถูกต้องเพื่อได้ root cause ที่แท้จริง พร้อมหาวิธีแก้ปัญหา และการควบคุมติดตามการดำเนินงานที่ได้ประสิทธิภาพ
IV-6 ผลด้านการเงิน		
100. ผลลัพธ์ด้านการเงิน [IV-6, I-2.2ก(3)]	ผลลัพธ์การดำเนินการด้านการเงินอยู่ในระดับที่ดีและมีแนวโน้มดีขึ้นเนื่องจากมีการจัดตั้งคณะกรรมการดูแล และมีการทบทวน	

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	อย่างเป็นระบบส่งผลให้โรงพยาบาลมีเงิน บำรุงคงเหลือ ไว้สำหรับพัฒนาโรงพยาบาล ได้อย่างต่อเนื่อง	

ความเห็นเพิ่มเติมจากคณะกรรมการที่ปรึกษาเพื่อการรับรองคุณภาพ

คณะกรรมการที่ปรึกษาเพื่อการรับรองคุณภาพได้พิจารณารายงานผลการเยี่ยมสำรวจ มีความเห็นเพิ่มเติม ดังนี้

1. สิ่งที่น่าชื่นชม

- 1.1. วิเคราะห์ความท้าทาย ด้านการเป็นสถาบันร่วมผลิต ฝึกอบรมบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข และการเป็นโรงเรียนแพทย์ในอนาคต เพื่อจัดทำแผนงานรองรับ ทั้งการบริหารอัตรากำลังและการพัฒนาสมรรถนะบุคลากร
- 1.2. มีการทบทวนระบบการกำกับดูแล การบริหารความเสี่ยงของการฝึกอบรม (training risk) รวมทั้งระบบการกำกับดูแลและการประเมินผลการปฏิบัติงานของแพทย์ parttime เพื่อสอดคล้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน
- 1.3. มีบรรยากาศการทำงานที่ดี มีความร่วมมือเป็นทีมระหว่างคนรุ่นใหม่และรุ่นเก่าอย่างเหมาะสมและมีพลัง เคารพให้เกียรติและคอยเกื้อกูลกัน บุคลากรได้รับรางวัลในระดับต่างๆ อย่างต่อเนื่อง เช่น รางวัลข้าราชการดีเด่นในระดับจังหวัดและรางวัลครูทอทองคำในระดับประเทศถึง 3 คน
- 1.4. ทีม IM มีศักยภาพการทำงาน พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศอย่างต่อเนื่อง และเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยขับเคลื่อนความสำเร็จขององค์กร มีการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับในการรองรับภาวะฉุกเฉิน ได้รับคัดเลือกเป็น 10 โรงพยาบาลนำร่องของประเทศในด้านความมั่นคงปลอดภัยทางเทคโนโลยีสารสนเทศ
- 1.5. มีผลลัพธ์จากการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ดี ได้แก่ ผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้สูงอายุ DM TB PPH LBW อยู่ในเกณฑ์ดี, อัตราเสียชีวิตกลุ่มโรคเสี่ยงสูง อัตรา Re-admit ใน 28 วัน ไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนดไว้
- 1.6. การทำงานกับชุมชน: เป็นต้นแบบในการจัดบริการปฐมภูมิ PCC ที่ครอบคลุมทุกพื้นที่โดยทีมสหวิชาชีพที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก เกิดความร่วมมือในการดูแลสร้างเสริมสุขภาพของภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง
- 1.7. มีสภาพคล่องทางการเงินดีมาก

2. สิ่งที่เป็นโอกาสพัฒนา

- 2.1. การวัด วิเคราะห์และใช้ประโยชน์จากข้อมูล ควรศึกษาและปรับเปลี่ยนตัวชี้วัดให้ครอบคลุม สอดคล้องกับบริบท สามารถประเมินประสิทธิผลด้านการดูแลรักษา การบริหารจัดการและการปรับปรุง/พัฒนา
- 2.2. ควรกำหนดสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับการขับเคลื่อนองค์กรภายใต้บริบทที่เปลี่ยนไป (BANI world) ออกแบบการพัฒนาสมรรถนะจากประเด็นความท้าทายเป้าหมายการพัฒนา ข้อมูลการทบทวนอุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่ทรุดลงหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างรับการดูแลรักษาในโรงพยาบาลโดยเฉพาะผลลัพธ์การบริการผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย ครอบคลุมทั้ง pre-hospital, in-hospital, post-

- hospital care วางระบบและแนวทางการประเมินผลลัพธ์เพื่อใช้ข้อมูลในการพัฒนาที่สอดคล้องกับเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง
- 2.3. การพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยง การป้องกันการเกิดซ้ำในอุบัติการณ์สำคัญ Sentinel Event และติดตามผลจากการปฏิบัติตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย ได้แก่ ผ่าตัดผิดคนผิดข้าง, การวินิจฉัยคลาดเคลื่อน, ระบุตัวผู้ป่วย ผิดพลาด
- 2.4. บริหารการพยาบาล
- 2.4.1. ควรเสริมสร้างทักษะเชิงวิชาชีพและการกำกับติดตามให้พยาบาลใช้กระบวนการพยาบาล (การประเมิน (assess) ที่ครอบคลุมปัญหา/ความต้องการองค์กรรวมตามบทบาทวิชาชีพสามารถตรวจจับอาการ อาการแสดงที่เปลี่ยนแปลง การวินิจฉัย/กำหนดปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยรายบุคคล การวางแผนการพยาบาลและคาดการณ์ความเสี่ยงที่อาจเกิด การให้การพยาบาลตามแผนและการประเมินผล (re-assess) การปฏิบัติการพยาบาล) และบันทึกรายงานการพยาบาลที่สะท้อนคุณภาพการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์และส่งต่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพ
- 2.4.2. ความเพียงพอของอัตรากำลัง: ควรวิเคราะห์ภาระงานของพยาบาลและจัดทำแผนอัตรากำลัง ทบทวนระบบการมอบหมายงานและระบบการจัดอัตรากำลังที่เหมาะสมกับภาระงานเพื่อมิให้ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้รับบริการและบุคลากร (การ re-intubation, การให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด Medication error with harms การเกิดอุบัติเหตุจากการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งของบุคลากร อุบัติการณ์การบาดเจ็บจากการทำงาน เป็นต้น)
- 2.5. ควรพัฒนาความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน โดยเฉพาะ Informed consent Progress note Consultation record History Physical exam Nurses' note ให้มีความสมบูรณ์เพิ่มขึ้น
- 2.6. เรียนรู้ ทบทวน และพัฒนา clinical quality summary:
- 2.6.1. จัดทำ driver diagram โดยกำหนดเป้าหมายที่ครอบคลุมผลลัพธ์สำคัญของกลุ่มโรคนั้นๆ ทั้งระยะสั้นและยาว และออกแบบกระบวนการให้ครอบคลุม pre- hospital, in- hospital, post-hospital รวมทั้งการป้องกัน การสร้างเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพ นอกเหนือจากการดูแลรักษา อย่างเป็นองค์รวม บูรณาการ เป็นทีมสหสาขาและสร้างความมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ดูแล ชุมชนและเครือข่ายสุขภาพ กำหนดตัววัดกระบวนการที่เป็นจุดควบคุมสำคัญ

เพื่อสนับสนุนการบรรลุตัวชี้วัดประสิทธิผล และควรรขยายการพัฒนา clinical quality summary ในด้าน ทันทกกรรม

- 2.6.2. การดูแลผู้ป่วยระยะระดับประคอง: ควรทบทวนการกำหนดผู้ป่วยที่ครอบคลุมตามเกณฑ์ของ SP Palliative Care (7 กลุ่มโรค 2 กลุ่มวัย) กำหนดตัวชี้วัดในการประเมินผลลัพธ์งานบริการ Palliative Care และแผนพัฒนาระบบบริการ PC ตามระดับโรงพยาบาลที่สอดคล้องกับเป้าหมาย SP Palliative Care (มี PCN=2 คน)
 - 2.6.3. โรงพยาบาลมีการจัดบริการแพทย์แผนไทย: ควรกำหนดและแสดงผลลัพธ์การให้บริการแพทย์แผนไทย เพื่อใช้ข้อมูลในการพัฒนาระบบบริการและพัฒนาบุคลากร
3. ให้มีการเยี่ยมสำรวจเพื่อเฝ้าระวังในระยะเวลา 1 ปี 6 เดือน หลังจากได้รับการรับรอง และให้ติดตามประเด็นสิ่งที่เป็นโอกาสพัฒนาตามท่อนุกรมการฯ ให้ไว้ดังกล่าวข้างต้นเพิ่มเติมจากข้อเสนอแนะ (Recommendation) ที่ผู้เยี่ยมสำรวจให้ไว้