



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 1734

2 พฤษภาคม 2566

เรื่อง แจ้งผลการรับรองและส่งสรุปผลรายงานการเยี่ยมสำรวจ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี

ตามที่โรงพยาบาลของท่านได้รับการเยี่ยมสำรวจจากผู้แทนของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2566 สถาบันได้พิจารณาและอนุมัติให้การรับรองกระบวนการคุณภาพ นับถัดจากวันที่ครบกำหนดอายุเดิมตั้งแต่วันที่ 13 สิงหาคม 2565 เป็นเวลา 3 ปี

สถาบันขอแสดงความยินดีกับคณะผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานของโรงพยาบาลที่ได้ร่วมกันสร้างระบบงาน ที่มีคุณภาพอันจะเอื้อประโยชน์ต่อผู้รับบริการของโรงพยาบาลและเป็นตัวอย่างที่ดีสำหรับโรงพยาบาลอื่นๆ พร้อมกันนี้ สถาบันขอส่งสรุปผลรายงานการเยี่ยมสำรวจ (upload ไฟล์ผ่าน Web based Application โปรแกรมระบบประเมินและรับรอง ที่ <https://hospital.ha.or.th> ในเมนูติดตามความก้าวหน้า และกดดาว์น โหลดเอกสาร) เพื่อให้โรงพยาบาลได้ใช้ประโยชน์ให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและขอความร่วมมือจากโรงพยาบาลเพื่อส่งเสริมการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

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

ทั้งนี้ โรงพยาบาลสามารถส่งเอกสารในรูปแบบ electronic file โดย upload file ผ่าน application ระบบการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลในเมนูติดตามความก้าวหน้า

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

ปิยวรรณ ล.
(นางปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ)

ผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

สำนักประเมินและรับรอง

เขมรุจิ มอญแก้ว

โทรศัพท์ 0 2027 8840 ต่อ 9214

e-mail: khamruji@ha.or.th



สรุปผลรายงานการเยี่ยมสำรวจจุดรูปเพื่อต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพ
ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 4
โรงพยาบาลประชาธิปัตย์ จังหวัดปทุมธานี
วันที่ 28 มกราคม 2566

ตามที่สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ได้ส่งคณะผู้เยี่ยมชมสำรวจเข้าเยี่ยมสำรวจจุดรูปเพื่อต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 4 ดังรายชื่อต่อไปนี้

- | | |
|------------------------------|----------------------------|
| 1. รศ.นพ.ธวัช ชาญชยานนท์ | หัวหน้าคณะผู้เยี่ยมชมสำรวจ |
| 2. ดร.สิริรัตน์ เนตรประภา | ผู้เยี่ยมชมสำรวจ |
| 3. นางสาวสุกัญญา บุญชมศุภชัย | ผู้เยี่ยมชมสำรวจ |

คณะผู้เยี่ยมชมสำรวจได้ศึกษาข้อมูลในแบบประเมินตนเอง รับฟังรายงานสรุปความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพ/การสร้างเสริมสุขภาพ และสัมภาษณ์ทีม หน่วยงานต่าง ๆ ของโรงพยาบาล คณะผู้เยี่ยมชมสำรวจมีข้อสรุปประเด็นสำคัญที่พบในการเยี่ยมชมสำรวจ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

การปฏิบัติตามข้อกำหนดมาตรฐาน

จากการเยี่ยมชมสำรวจของผู้เยี่ยมชมสำรวจพบสิ่งที่น่าสนใจและข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในช่วง 1 - 3 ปีข้างหน้า ซึ่งเป็นประเด็นที่ผู้แทนของ สรพ. จะติดตามในระหว่างการเยี่ยมชมสำรวจเพื่อเฝ้าระวังเมื่อครบ 1 - 2 ปี หลังจากได้รับการรับรองแล้ว ดังนี้

สิ่งที่น่าชื่นชม (Exceptional performance)

- กลยุทธ์:** ได้กำหนดทิศทางโรงพยาบาลในอนาคต โดยมีแผนการเปิดเป็น 60 เตียงในปี 2566 และ 90 เตียงในปี 2567 เพื่อรองรับปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพในพื้นที่ การปรับเป็นศูนย์ความเป็นเลิศ NCD เตรียมขยายพื้นที่ โครงสร้างรองรับปริมาณผู้ป่วย การเพิ่มคลินิก NCD โรคหัวใจ การพัฒนาบุคลากร ให้มีขีดความสามารถและสมรรถนะเพิ่มขึ้น เช่น พยาบาล หลอดเลือดหัวใจ stroke การส่งอบรม พยาบาลจิตเวช เวชกิกฉุกเฉิน การพยาบาลผู้สูงอายุ การทำ MOU กับแพทย์รังสิต ให้แพทย์มาตรวจที่โรงพยาบาล การดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยจัดทีมแพทย์มาตรวจให้ที่โรงพยาบาล รวมถึงแผนการทำ HR sandbox กำหนดกลยุทธ์เพื่อลดความแออัด โดยการปรับโครงสร้างของโรงพยาบาลให้รองรับ
- การจัดการความรู้และสารสนเทศ:** มีการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศให้เอื้อต่อการทำงานและเข้าถึงข้อมูลในระบบบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาล เช่น ระบบ EMR ในผู้ป่วยนอก

ระบบลงทะเบียนผ่านตู้ kiosk ระบบแจ้งเตือนการแพ้ยา ระบบ LIS/PACS โปรแกรม smart COC ในการส่งต่อข้อมูลการเยี่ยมบ้าน ระบบ telemedicine โปรแกรมบริหารลูกค้า (RCM) มีการกำหนด username password ในการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยตามระดับและหน้าที่ความรับผิดชอบ และมีการสำรองข้อมูลผู้ป่วยไปยังเครื่อง server สำรองแบบอัตโนมัติและสำรองแยกใน external hardisk มีการนำอุปกรณ์ระบบ IT ล่มมาทบทวนและปรับปรุงเพื่อเพิ่มความปลอดภัย มีการจัดทำแผนรองรับกรณีระบบ IT ล่มและซักซ้อมแผน รวมทั้งมีวางระบบการจัดการข้อมูลผู้ป่วยที่สอดคล้องต่อพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA)

3. **กำลังคน:** ทีมให้ความสำคัญกับบุคลากร มีการวิเคราะห์ความเพียงพอและหาแนวทางในการแก้ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนอย่างต่อเนื่อง สนับสนุนด้านการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรตาม service plan และกลุ่มโรคสำคัญของโรงพยาบาล มีการดูแลด้านสวัสดิการและสร้างขวัญกำลังใจให้กับบุคลากรอย่างต่อเนื่อง เช่น ปรับเพิ่มสวัสดิการ เพิ่มค่า OT/ค่าเสี่ยงภัย เพิ่มค่าตอบแทนให้แก่ลูกจ้างชั่วคราว สนับสนุนด้านการอบรมและศึกษา จัดกิจกรรมเพื่อสร้างความผูกพันและความสามัคคี สนับสนุนกิจกรรมชมรมต่างๆ เช่น ชมรมจริยธรรม นำความสุข โครงการจิตอาสาเราทำดีด้วยหัวใจ จากการสัมภาษณ์พบว่าบุคลากรทุกระดับมีความมุ่งมั่นทุ่มเท เสียสละ ร่วมแรงร่วมใจในการทำงานเป็นอย่างดีเห็นได้จากการปฏิบัติงานในช่วงสถานการณ์การระบาด COVID - 19 แม้จะมีภาระงานที่เพิ่มขึ้นมากแต่ทุกคนก็ไม่ได้ย่อท้อต่อการปฏิบัติหน้าที่ อีกทั้งยังพร้อมที่จะเรียนรู้ในการพัฒนาคุณภาพ มาตรฐานวิชาชีพ
4. **การบริหารงานคุณภาพ:** ทีมได้รับการสนับสนุนจากทีมในการพัฒนาคุณภาพทั้งด้านการจัดโครงสร้าง การสนับสนุนทรัพยากร ส่งเสริมการเรียนรู้ของทีมต่างๆ ในการเรียนรู้เครื่องมือคุณภาพ และพัฒนางานไปพร้อมกัน โดยมีทีมศูนย์พัฒนาคุณภาพร่วมเป็นสมาชิกทีมต่างๆ เพื่อร่วมรับทราบและสนับสนุนการพัฒนา ทีมเรียนรู้จากในช่วงสถานการณ์ COVID - 19 ในการพบโอกาสพัฒนาบทบาทของทีมต่างๆ ในภาพรวมเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
5. **ระบบบริหารความเสี่ยง:** ทีมส่งเสริมการรายงานอุบัติการณ์ทำให้สามารถมีหน่วยงานรายงานได้ครอบคลุม 90% และเพิ่มช่องทางการรายงานความเสี่ยง เช่น การรายงานในระบบ HRMS ไปรายงานอุบัติการณ์ ตั๋วรับฟังความคิดเห็น ข้อร้องเรียน สมุดบันทึกพนักงาน การค้นหาเชิงรุกโดยทีมระบบงานต่างๆ พบว่าจำนวนการรายงานความเสี่ยงมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นในปี 2563 - 2565 นอกจากนี้ได้ส่งเสริมทุกหน่วยงานให้มีการจัดทำบัญชีความเสี่ยง (risk profile) ส่งเสริมให้ความเสี่ยงระดับรุนแรงสูงได้รับการทบทวนตามเวลาที่กำหนด 100% เพื่อวางแผนป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำในเหตุการณ์ที่ได้มีการทบทวนแล้ว
6. **การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล:** ทีมพยาบาลมีความเข้มแข็งเป็นกำลังสำคัญในทีมระบบงานต่างๆ ด้านทีมบริหารการพยาบาลมีการจัดทำกำลังคนที่เพียงพอตามกรอบของโรงพยาบาล 30 เตียง วางแผนส่งนักเรียนทุนพยาบาลเพื่อทดแทนพยาบาลที่จะเกษียณอายุในช่วง 5 - 10 ปีข้างหน้า ทีมสนับสนุนการพัฒนาพยาบาลให้มีสมรรถนะที่สอดคล้องต่อความเชี่ยวชาญในทุกสาขา และฝึกอบรมฟื้นฟูความรู้ พัฒนาการประเมิน competency เพื่อนำมา

วางแผนพัฒนา พัฒนาระบบการนำเทศทางการพยาบาล เพื่อช่วยในการค้นหาความเสี่ยง และเรียนรู้ร่วมกับทีมปฏิบัติการพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมและปลอดภัย ในช่วงสถานการณ์ COVID - 19 ทีมบริหารอัตรากำลังในการให้บริการ สนับสนุนบริการฉีดวัคซีน ทีมได้สร้างขวัญกำลังใจโดยสนับสนุนอุปกรณ์ที่เพียงพอ ความผูกพันของพยาบาล อยู่ในระดับที่สูงกว่า 80%

7. **การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการแพทย์:** มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพทางคลินิก การใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบันเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ ประสานการทำงานกับเครือข่าย
8. **สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย:** มีการนำมาตรฐาน 5ส. green & clean hospital มาใช้ในการพัฒนาโรงพยาบาล มีการติดตามข้อร้องเรียนและอุบัติการณ์ด้านสิ่งแวดล้อม มีการสำรวจด้านวิศวกรรมความปลอดภัยโดยศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 4 เป็นประจำทุกปี พบการปรับปรุงที่สำคัญในช่วง 1 - 2 ปีที่ผ่านมา ได้แก่ การปรับปรุงและย้ายแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มาไว้ชั้น G จัด ARI clinic, cohort ward สร้างอาคารรักษัประชา สร้าง negative pressure ที่ ER, IPD ปรับปรุงระบบระบายอากาศที่แผนกทันตกรรมและแผนกผู้ป่วยนอก ปรับปรุงระบบบำบัดน้ำเสียใหม่ ปรับปรุงห้องน้ำผู้ป่วยให้ได้มาตรฐาน HAS มีการวางระบบรักษาความปลอดภัยและติดตั้งประตูอัตโนมัติที่หอผู้ป่วยใน มีการจัดเตรียมระบบสาธารณูปโภคที่สำคัญให้เพียงพอทั้งระบบไฟฟ้า ระบบน้ำใช้และระบบออกซิเจนเหลวพร้อมระบบสำรอง มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมโดยรอบให้สะอาด เป็นระเบียบ ปรับปรุงพื้นที่และอุปกรณ์ต่างๆ สำหรับการอำนวยความสะดวกต่อผู้ป่วย/ผู้พิการ จัดโครงการอนุรักษ์พลังงาน นำพลังงานแสงอาทิตย์ (solar cell) มาใช้ทดแทนพลังงานไฟฟ้า ส่งผลให้ได้รับรางวัล green & clean ระดับดีมาก plus ในปี 2565
9. **การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ:** มีการส่งเสริมให้บุคลากรทุกระดับนั้นหลัก standard precaution การล้างมือตาม 5 moment การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย การปฏิบัติตาม bundle สำคัญเพื่อป้องกันการติดเชื้อ บูรณาการการป้องกันการติดเชื้อภายใต้เครือข่ายสายรั้งร่วมกับหน่วยปฐมภูมิในเขตรับผิดชอบทั้ง 10 แห่ง ออกแบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อ HAI ที่ตำแหน่งเฉพาะ ได้แก่ CAUTI, HAP, omphalitis, episiotomy, phlebitis, eye infection ทีมเรียนรู้จากการพบการติดเชื้อที่สะดือเด็กโดยการสอบสวนย้อนหลังจากแฟ้มเวชระเบียนนำมาปรับปรุงรูปแบบการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยและประเมินความสามารถในการปฏิบัติก่อนกลับบ้านของผู้ดูแลและปรับวิธีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ป่วยแบบ active surveillance ตั้งแต่วันที่ 2563 - ปัจจุบัน การป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล ทีมกำหนดมาตรการ "RICHE" เพื่อเป็นมาตรการจัดการและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อหรือยา มีการติดตามประเมินการปฏิบัติตามแนวทางที่ได้กำหนด พบว่าสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องร้อยละ 75 ทีมติดตามเฝ้าระวังการเกิดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล/การเกิดเชื้อดื้อยาจากในชุมชนและการรับส่งกลับผู้ป่วยติดเชื้อได้ยามารักษาต่อในโรงพยาบาล พบว่าสามารถปฏิบัติได้ตามแนวทางไม่พบ

การเกิดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลตั้งแต่ปี 2561 ถึงปัจจุบัน สถานการณ์ COVID - 19: ทีมมีบทบาทสำคัญในการร่วมออกแบบการคัดกรอง การจัดพื้นที่บริการ/ดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้ออบรมให้ความรู้กับบุคลากร ฝึกซ้อมการใช้อุปกรณ์ป้องกันและมีระบบปฏิบัติงานขณะใส่และถอดอุปกรณ์ป้องกัน ส่งเสริมการให้วัคซีน พบว่าในปี 2564 บุคลากรในโรงพยาบาลติดเชื้อ COVID - 19 จากการดำเนินงานจำนวน 6 ราย (3.28%) และติดเชื้อจากครอบครัว ชุมชน 19 ราย (10.38%) ในปี 2565 บุคลากรติดเชื้อจากการดำเนินงาน 24 ราย (12.18%) และติดเชื้อจากครอบครัว/ชุมชน 63 ราย (31.98%)

10. **บริการรังสีวิทยา:** เปิดบริการตรวจทางรังสีทั่วไปได้ตลอด 24 ชั่วโมง มีการจัดสถานที่ห้องเอกซเรย์ อุปกรณ์การแจ้งเตือน/การป้องกันอันตรายจากรังสีของบุคคลที่เป็นไปตามมาตรฐาน มีการตรวจสอบความปลอดภัยทางรังสีจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ผลการตรวจสอบมีความปลอดภัยและได้รับการอนุญาตให้ครอบครองและใช้เครื่องเอกซเรย์ตามกฎหมาย มีการนำระบบ PACS มาใช้ส่งภาพทางรังสี มีการวางระบบป้องกันและเตรียมความพร้อมทั้งกรณีผู้ป่วย ตั้งครรภ์และผู้ป่วยหนักที่อาจต้องการช่วยเหลือฉุกเฉินร่วมกับหน่วยงานดูแลผู้ป่วย
11. **บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์:** เปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง มีการจัดสถานที่เป็นสัดส่วน มีเครื่องมืออุปกรณ์ที่เหมาะสม เครื่องมือตรวจวิเคราะห์ได้รับการบำรุงรักษาเชิงป้องกัน สอบเทียบตามระยะเวลาที่กำหนด นำระบบ LIS มาใช้เพื่อลดความผิดพลาดในการรายงานผล ในช่วงสถานการณ์ระบาดของโรค COVID - 19 ได้เปิดเพิ่มรายการตรวจ ATK, RT-PCR เพื่อให้การวินิจฉัยรวดเร็วขึ้น มีการกำหนดรายการค่าวิกฤต ติดตามความครอบคลุมและความทันเวลาในการรายงานค่าวิกฤต มีการทดสอบความชำนาญโดยการทำ Inter lab, IQC, EQA อย่างสม่ำเสมอ ยังคงดำรงมาตรฐานห้องปฏิบัติการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
12. **การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ:** ทีมมีประสิทธิภาพในการรายงานที่ทันเวลาครบถ้วนและการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาจากการรายงาน 506 ได้ 100% พบตัวอย่างการทำงานร่วมกับเครือข่ายอย่างเข้มแข็งในการป้องกันการเกิดโรค เช่น
 - 12.1. การป้องกันไข้เลือดออกโดยการทำงานร่วมกับเครือข่ายประชาสัมพันธ์และณรงค์การป้องกันการเกิดโรคก่อนเกิดการระบาด มีการสำรวจในหน่วยงานและการสำรวจค่าดัชนี ในชุมชน กำหนดมาตรการในการควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง มีการทำงานร่วมกับเครือข่ายในการป้องกัน พบอัตราการป่วยด้วยไข้เลือดออกลดลง
 - 12.2. การทำงานร่วมกับเครือข่ายในการดำเนินการ DOT และการค้นหาเพื่อป้องกัน ยุติวัณโรค ร่วมกับ สสจ. หน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่น และมูลนิธิศุภนิมิต ส่งผลให้สามารถคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้ 100%
 - 12.3. การทำงานในภาวะ COVID - 19 ในการสอบสวนและป้องกันการระบาด ได้รับการยกย่องจากการถอดบทเรียนร่วมกับ สคร4 ยกให้โรงพยาบาลเป็น role model ในการนำระบบบัญชาการเหตุการณ์ ICS มาใช้บริหารจัดการ COVID - 19

13. **การทำงานกับชุมชน:** มีการทำงานกับชุมชนที่โดดเด่น เช่น การพัฒนางานฝากครรภ์ในชุมชน โดยการส่งเสริมการสร้างเครือข่ายงานฝากครรภ์ในชุมชน โดยการเปิดเครือข่ายประสานงานกับ อสม.ทางไลน์ ประสานกับเครือข่ายบริการของเทศบาลและคลินิกเอกชนทางโทรศัพท์ ในการค้นหา ติดตามหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ มีการรับ ส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ในรายปกติหรือรายที่มีความเสี่ยง การช่วยเหลือในการติดตามค้นหาหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้มาฝากครรภ์ตามนัด นอกจากนี้ ยังได้มีการจัดทำโครงการติดตามเยี่ยมและส่งเสริมการดำเนินงานในส่วนที่เกี่ยวข้องกับงานฝากครรภ์ เช่น การบันทึกข้อมูลการฝากครรภ์ในศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลทุกแห่ง ทำให้สามารถค้นหาและติดตามหญิงตั้งครรภ์ในชุมชนทั้งในรายปกติ และในรายที่มีความเสี่ยงได้เร็วขึ้น การสร้างเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานค้นหาเด็กที่มีพัฒนาการไม่สมวัยในชุมชน การดูแลเพื่อแก้ปัญหาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทางแผนกกายภาพบำบัดจึงได้คิดค้นนวัตกรรม การฝึกกล้ามเนื้อมือ

14. การเข้าถึงและเข้ารับบริการ:

14.1. การประสานงานกับหน่วยงานที่ส่งผู้ป่วยมาโดยจัดตั้งศูนย์ refer โดยมีพยาบาลวิชาชีพประจำที่ศูนย์ ทำหน้าที่ประสานงานกับแพทย์ หน่วยงานที่ส่งผู้ป่วยมา และพยาบาลที่ห้องฉุกเฉิน ทำให้เกิดความรวดเร็วในการประสานงานมากขึ้น

14.2. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคฉุกเฉินแบบไร้รอยต่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ “เครือข่ายสายรู้” stroke, STEMI, sepsis

14.3. ตัวอย่างการพัฒนาการเข้าถึงบริการ เช่น มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดโดยมีการคัดกรองในกลุ่ม NCD โดย CVD risk ในกลุ่มเสี่ยงสูงและผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป การคัดกรองด้วยการทำ EKG ทุกรายส่งให้แพทย์ประเมินถ้าผลผิดปกติ consult แพทย์เฉพาะทางผ่านระบบ line ส่วนตัว การอบรมให้พยาบาลสามารถอ่าน EKG เบื้องต้นได้ทำให้ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองและการวินิจฉัยที่รวดเร็วขึ้น การพัฒนาองค์ความรู้ของหน่วยปฐมภูมิ อสม.ในการคัดกรองและช่องทางการส่งต่อ การพัฒนาชุมชนต้นแบบ FAST ด้วยสมอง สองมือและหัวใจ มีผลลัพธ์ door to EKG < 10 นาที (STEMI) มากกว่า 80%

14.4. โรค sepsis พัฒนาแนวทางการคัดกรอง โดยใช้ qSOFA คัดกรองในผู้ป่วยนอก และใช้ SOS score คัดกรองผู้ป่วยใน พัฒนางค์ความรู้ของแพทย์ พยาบาล triage nurse พัฒนางค์ความรู้ของ อสม. care giver จัดอาสา เพื่อค้นหาผู้ป่วย sepsis ในชุมชน และพัฒนาชุมชนต้นแบบ FAST ด้วยสมอง สองมือและหัวใจ

14.5. ผลการคัดแยก ปี 2564 - 2565 มี under triage 1 - 2 ราย จากปัญหาที่พบ นำมาวิเคราะห์องค์กรแพทย์ได้ตั้งเกณฑ์เพิ่มในการคัดแยกผู้ป่วยเพื่อความถูกต้องมากขึ้น พัฒนาสมรรถนะของ triage nurse โดยส่งอบรมเพิ่มพูนความรู้ เพื่อให้พัฒนาระบบงานให้ดีขึ้นลดความผิดพลาด

15. **การวางแผนจำหน่าย:** มีการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วย stroke โดยใช้ “ smart discharge plan stroke “ ที่มีกระบวนการต่อไปนี้ 1) อธิบายเรื่องโรค การวินิจฉัยของโรค การดูแลเมื่อกลับบ้าน โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ 2) มีการสอนและประเมินทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย 3) อธิบายยาที่ได้รับ การรับประทานยา ผลข้างเคียงของยาโดยเภสัชกร 4) ให้ความรู้เรื่องอาหารที่เหมาะสมกับโรคโดยนักโภชนาการ 5) วางแผนจำหน่ายร่วมกับเครือข่ายบริการปฐมภูมิ 6) มีกระบวนการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามดูแลอาการผู้ป่วยและประเมินศักยภาพผู้ดูแลเป็นระยะ โดยเครือข่ายชุมชน การวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยเบาหวานจนทำให้อัตราการ re-admit ในผู้ป่วยเบาหวานด้วย hypoglycemia 2561 - 2565 มีแนวโน้มลดลงตามเป้าหมาย โดยการหาปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะ hypoglycemia ร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ญาติ care giver และทีมสหวิชาชีพ มีการวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลร่วมกัน การให้ข้อมูลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อเสริมพลัง ในการดูแลตนเองไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวซ้ำ ติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพและเครือข่าย และให้ผู้ป่วย ญาติ care giver เข้ากลุ่มไลน์ DM school เพื่อให้เข้าถึง การประเมิน การเสริมพลัง และการดูแลอย่างต่อเนื่อง
16. **การฟื้นฟูสภาพ:** ทีมกำหนดกลุ่มผู้ป่วยสำคัญ กำหนดเป้าหมาย กระบวนการฟื้นฟู และการติดตามผลลัพธ์ที่ได้ผล เช่น ร้อยละของผู้ป่วย stroke ที่เข้าเกณฑ์ intermediate care ได้รับการฟื้นฟูและติดตามจนครบ 6 เดือน ผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อ มีอาการลดลงหลังรักษา 5 ครั้ง วัดจาก pain scale
17. **การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย:** มีการจัดตั้งทีม palliative care ร่วมกับเครือข่ายชุมชน ในการติดตามประเมิน วางแผนผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยระยะท้าย ได้รับการทำ advance care plan และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 100% ผู้ป่วยได้รับการจัดการอาการรบกวนอย่างเหมาะสม > 90%

ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง (Recommendation)

1. **การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้:**
 - 1.1. ควรทบทวนเรื่องการเลือกตัวชี้วัดที่ครอบคลุมพันธกิจ วิสัยทัศน์ กลุ่มผู้ป่วยสำคัญ เป้าหมายตามระบบงานสำคัญ การรวบรวม เชื่อมโยงตัวชี้วัด การมี alignment ทั่วทั้งองค์กร การใช้ประโยชน์เพื่อติดตามการปฏิบัติงานประจำวันและความก้าวหน้าตามกลยุทธ์ การเรียนรู้ใช้ประโยชน์จากคู่เทียบ ในการปรับปรุงกระบวนการทำงาน
 - 1.2. ควรทบทวนและใช้ประโยชน์จากการวิเคราะห์ข้อมูล นำไปปรับปรุงให้มีผลลัพธ์ดีขึ้น
2. **กำลังคน:** ควรส่งเสริมให้นำข้อมูลที่มีจากอุบัติการณ์ความเสี่ยง ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ผลงานที่ไม่บรรลุเป้าหมายมาวิเคราะห์และใช้วางแผนพัฒนาบุคลากรให้ครอบคลุมบุคลากรทุกระดับทุกสาขาวิชาชีพ กำหนดตัวชี้วัดสำหรับใช้ติดตามผลการดำเนินงานตามแผนและผลลัพธ์หลังการพัฒนา เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงาน สามารถรองรับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่ซับซ้อนเพิ่มขึ้นได้อย่างเข้มแข็งต่อไป

3. **ระบบบริหารความเสี่ยง:** ควรส่งเสริมการเรียนรู้ที่ทุกระดับในการบ่งชี้ความเสี่ยงที่ชัดเจนในแต่ละอุบัติการณ์ที่พบ เพิ่มการวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริงของแต่ละอุบัติการณ์และการสรุปภาพรวม เพื่อกำหนดแนวทางในการป้องกันความเสี่ยงที่ชัดเจน ลดการเกิดซ้ำ
4. **สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย:** ควรส่งเสริมบทบาททีม ENV ในการใช้กลไกการตามรอยระบบเพื่อติดตามประเมินประสิทธิภาพของระบบและสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติในระดับหน่วยงาน โดย
 - 4.1. เครื่องมือและระบบสารสนเทศ: ควรทบทวนการออกแบบระบบการตรวจสอบความพร้อมใช้ในเครื่องมือกลุ่มเสี่ยงสูงให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ครอบคลุมประเด็นสำคัญของเครื่องมือแต่ละชนิด เพื่อให้มั่นใจว่าเครื่องมือมีความพร้อมใช้ทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งทบทวนระบบสำรองก๊าซออกซิเจนให้มีความพร้อมใช้รองรับภาวะฉุกเฉินต่างๆ ที่เป็นระบบแบบอัตโนมัติ
 - 4.2. ระบบบำบัดน้ำเสีย: จากบริบทที่มีการปรับปรุงระบบบำบัดเสียใหม่และผลการตรวจค่าน้ำทิ้งยังไม่เสถียร ทีมควรเพิ่มการกำกับติดตามผลการตรวจสอบจากผู้ดูแลระบบอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ระบบบำบัดน้ำเสียสามารถบำบัดน้ำเสียได้อย่างมีประสิทธิภาพ
5. **ระบบการจัดการด้านยา:**
 - 5.1. เพื่อให้ระบบยามีความถูกต้อง ปลอดภัย เหมาะสม ทีมนาระบบยาควรติดตามข้อมูล medication error วิเคราะห์สาเหตุเพื่อวางแผนป้องกันที่ชัดเจนครอบคลุมเหตุที่รุนแรง เหตุที่เป็น potential error ที่เมื่อถึงผู้ป่วยจะมีผลกระทบสูง เช่น prescription error รวมทั้งสร้างความเข้าใจ กระตุ้นให้มีการรายงานเมื่อเกิดอย่างครอบคลุม ติดตามข้อมูล ADR/ADE ADR type A วิเคราะห์ข้อมูลที่พบเพื่อพัฒนาให้มีความปลอดภัยเพิ่มมากขึ้น การออกแบบระบบที่รัดกุมเกี่ยวกับการใช้ยาที่มีโอกาสเกิด drug interaction
 - 5.2. ควรทบทวนรายการยา HAD ให้ครอบคลุมมากขึ้น การติดตามการปฏิบัติ ผลลัพธ์ของการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง
 - 5.3. ควรทบทวน flow การทำ medication reconciliation เพื่อให้มั่นใจว่าจะทำให้บรรลุผลลัพธ์เป็นไปตามเป้าหมายที่ต้องการ การเก็บข้อมูลผลการปฏิบัติ ผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
 - 5.4. ควรทบทวนนโยบาย RDU และผลักดันให้ผ่านการประเมินในระดับที่สูงขึ้น
 - 5.5. จากการส่งยาที่ห้องฉุกเฉิน ไม่ผ่านระบบการตรวจสอบในคอมพิวเตอร์ทำให้ผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ ควรทบทวนและออกแบบระบบเพื่อป้องกันการแพ้ยาซ้ำที่รัดกุมมากขึ้น เป็น strong action
6. **การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ การทำงานร่วมกับชุมชน:** การกำหนดชุมชนที่ชัดเจน สอดคล้องกับบริบท เพื่อให้ทีมที่เกี่ยวข้องสามารถออกแบบการวิเคราะห์ชุมชน ปัญหาสุขภาพของชุมชน การใช้ผลการวิเคราะห์ในการจัดกลุ่มผู้รับผลงานในกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย การสร้างเสริมสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการและสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนอย่างต่อเนื่อง

7. **การเข้าถึงและเข้ารับบริการ:** ควรทบทวนระบบการคัดกรองคัดแยกที่ผู้ป่วยนอกและห้องฉุกเฉิน การฝึกอบรมบุคลากรให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องทั้งในและนอกเวลาราชการ การทบทวนอุบัติการณ์ over, under triage การวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริงของปัญหา นำมาสู่การปรับปรุงคัดกรองคัดแยกถูกต้องมากขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย เข้ารับบริการได้ตามความเร่งด่วนของโรค
8. **การประเมินผู้ป่วย:**
 - 8.1. ควรทบทวนการใช้ข้อมูลการประเมินร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีลักษณะเฉพาะหรือมีความเสี่ยงสูงและในกลุ่มผู้ป่วยสำคัญตามทบทวนของโรงพยาบาล เพื่อให้ได้ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่ถูกต้องครบถ้วน มีการระบุปัญหาที่เร่งด่วนและสำคัญที่ใช้สื่อสารระหว่างวิชาชีพในภาพรวมที่ชัดเจน รวมถึงการตัดสินใจเรื่องแผนการรักษา นอกจากนี้ควรทบทวนวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยที่ทรุดลงขณะรอตรวจหรือขณะรักษาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อกำหนดแนวทางในการประเมินซ้ำที่เหมาะสมกับภาวะผู้ป่วยและปรับเปลี่ยนแผนการดูแลได้อย่างทันเวลา
 - 8.2. ควรส่งเสริมการค้นหาอุบัติการณ์วินิจฉัยผิดพลาดให้ได้มากขึ้น โดยใช้ trigger tool และทบทวนวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริงของปัญหาและปรับปรุง นำสู่แผนป้องกันเพื่อลด miss หรือ delay diagnosis ในผู้ป่วยเพื่อให้มีแผนการรักษาที่รวดเร็ว เหมาะสม
9. **การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง:** ควรทบทวนกลุ่มผู้ป่วย/กลุ่มเหตุการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง เพื่อกำหนดระบบเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสมกับระดับความรุนแรง พัฒนาศักยภาพในการดูแล หรือทำหัตถการที่เสี่ยงตามที่กำหนดไว้ให้สามารถ early detection และรายงานแพทย์หรือขอคำปรึกษาได้ทันเวลา ปรับแผนการรักษาตามบทบาทของแต่ละสหสาขาวิชาชีพ การติดตามผลการปฏิบัติเพื่อให้มั่นใจว่ากระบวนการดูแลเป็นไปตามมาตรฐาน การติดตามอุบัติการณ์ที่สำคัญและสร้างการเรียนรู้จากการทบทวนเพื่อการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

สิ่งที่พบจากการเยี่ยมชมสำรวจ

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร		
I-1 การนำ		
1. การชี้นำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง [I-1.1ก (1)(2)(3)]	1. ด้านความรับผิดชอบต่อสาธารณะ มีการได้ดำเนินการจัดการระบบน้ำทิ้งของโรงพยาบาลที่มีการปนเปื้อนของเชื้อและสิ่งปฏิกูลต่างๆ ได้จัดมีการย้ายบ่อบำบัดจากหน้าโรงพยาบาลเปลี่ยนมาเป็นใต้ดินเพื่อจัดการสิ่งแวดลอมให้มีระบบบำบัดน้ำเสีย โดยมีผู้ดูแลระบบ มีการจัดการตามมาตรฐานการบำบัดน้ำเสีย ทำให้น้ำทิ้งมีคุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนด รวมถึงผู้ดูแลระบบได้รับการอบรมในเรื่องการบำบัดน้ำเสียทำให้มีความรู้ ความสามารถในการดูแลระบบได้เป็นอย่างดี และในช่วงการระบาดโรค COVID - 19 มีการจัดเก็บ ทำลายตาม	คำแนะนำ (Suggestion) 1. ผู้นำควรทบทวนบทบาทและรูปธรรมของการนำค่านิยมสู่การปฏิบัติ พฤติกรรมที่ต้องการและไม่ต้องการของการปฏิบัติตามค่านิยม 2. ผู้นำทบทวนบทบาทในการสร้างสิ่งแวดลอมที่ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จเรื่องวัฒนธรรมความปลอดภัย การกำหนดจุดเน้นที่การปฏิบัติ รวมถึงการปฏิบัติที่ต้องกระทำโดยผู้นำ ในการสนับสนุนให้สามารถนำจุดเน้นสู่การปฏิบัติที่ชัดเจนโดยการสนับสนุน การกำกับติดตามผลลัพธ์ของ 2P safety ที่โรงพยาบาลกำหนด การปรับปรุงแก้ไขตามการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัย เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย 3. ผู้นำควรทบทวนระบบการประเมินผู้นำ และระบบการนำมีการพัฒนาผู้นำและระบบการนำตามผลการประเมิน
2. การสื่อสาร สร้างความผูกพันโดยผู้นำ [I-1.1ข]		
3.การสร้างสิ่งแวดลอมที่เอื้อต่อการพัฒนา [I-1.1ค (1)(2)]		
4. ระบบกำกับดูแลองค์กร การประเมินผู้นำ/ระบบการนำ [I-1.2ก(1)(2)]		
5. ระบบกำกับดูแลทางคลินิก [I-1.2ก(3)]		
6. การปฏิบัติตามกฎหมาย ความรับผิดชอบต่อสาธารณะและการดำเนินงานอย่างมีจริยธรรม [I-1.2ข(1)(2)(3),ค(1)]		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	มาตรฐาน เช่น เติ่งสนามกระดาศที่เล็กใช้ มีการฆ่าเชื้อและมีการประสานมูลนิธิเอสซีเจ เพื่อนำกลับไปทำลาย 2. ประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ มีการตัดสินใจเรื่องการยุติการรักษา โดยการถอดท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องดูแลแบบประคับประคอง องค์กรมีการกำหนดแนวทางการยุติการรักษาโดยทีมคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และมีการทำ advance care plan ร่วมกับผู้ป่วยและญาติ มีการตัดสินใจเรื่องการใช้ living will โดยมีสมุดเบาใจที่สามารถให้ผู้ป่วยนำไปใช้หาพินัยกรรมชีวิตได้มากขึ้นส่งผลให้การตัดสินใจเรื่องการยุติการรักษาเป็นเรื่องที่ญาติ และผู้ป่วยเลือกปฏิบัติได้มากขึ้น การยุติการตั้งครรภ์ การแจ้งความลับเรื่องโรคที่เป็น	4. ควรทบทวนเรื่องระบบกำกับดูแลทางคลินิก ให้ครอบคลุมทุกเรื่องที่ต้องกำกับ การสรุปรายงานคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยให้คณะกรรมการที่ทำหน้าที่กำกับที่องค์กรกำหนดอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง รวมทั้งแผน ปฏิบัติการในรอบเวลาต่อไป มีการตอบสนองและติดตามจากคณะกรรมการ

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	เช่น ARV การตัดสินใจใช้ทรัพยากรยาที่มี ราคาแพงในผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะสุดท้าย มี คณะกรรมการพิจารณา	
I-2 กลยุทธ์		
7. กระบวนการจัดทำกลยุทธ์และการวิเคราะห์ ข้อมูล [I-2.1ก(1)(2)(3)(4)(5)]		คำแนะนำ suggestion การวางแผนกลยุทธ์ ควรทบทวนให้มีกระบวนการวางแผน กลยุทธ์ที่ชัดเจนตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ (ขั้นตอนมีอะไรบ้าง ผู้เกี่ยวข้อง กรอบเวลา) มีการวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็น (ใครทำ ทำเมื่อไร ทำอย่างไร) การระบุความท้าทายเชิงกลยุทธ์ที่ ครบถ้วน (การเงิน ผู้รับบริการ กระบวนการภายใน การ เรียนรู้และพัฒนาบุคลากร) กำหนดวัตถุประสงค์เชิง กลยุทธ์ที่ ตอบสนองความท้าทายทุกข้อ การจัดทำแผนปฏิบัติการที่ สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ และถ่ายทอดสู่การปฏิบัติที่ ชัดเจน มีการจัดสรรทรัพยากร (คน เครื่องมือ ครุภัณฑ์) ที่ สอดคล้องกับบริบทขององค์กรและวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ มี การกำหนดตัวชี้วัดสำคัญของแผนปฏิบัติการเพื่อติดตาม ความก้าวหน้าและความสำเร็จของการนำแผนสู่การปฏิบัติที่ ชัดเจน
8. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ตอบสนองความท้า ทาย ครอบคลุมคุณภาพ ความปลอดภัย การ สร้างเสริมสุขภาพ [I-2.1ข(1)(2)(3)]		
9. การจัดทำแผนปฏิบัติการ การถ่ายทอดสู่การ ปฏิบัติ และการจัดสรรทรัพยากร [I-2.2ก (1)(2)(3)(4)]		
10. การกำหนดตัวชี้วัดและใช้ในการติดตาม ความก้าวหน้า [I-2.2ก(5), ข]		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
I-3 ผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน		
11 การรับฟัง/เรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม [I-3.1ก(1)(2)]		คำแนะนำ suggestion 1. ควรทบทวนวิธีการรับฟัง/เรียนรู้ความต้องการด้วยวิธีการที่เหมาะสมในแต่ละกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มประชากรตามกลุ่มโรคสำคัญ การสรุปให้ได้เสียงของผู้รับบริการ นำมากำหนดคุณลักษณะบริการ (product offering) ใช้กำหนด health care service requirement ในการออกแบบบริการ 2. ควรใช้ผลการทบทวนข้อร้องเรียน มาวิเคราะห์สาเหตุ และออกแบบปรับปรุงในเชิงระบบ
12 การประเมินความพึงพอใจและความผูกพัน [I-3.1ข(1)]		
13 การใช้ข้อมูลเพื่อกำหนดบริการและการอำนวยความสะดวก [I-3.2ก(1)(2)(3)]		
14 การสร้างความสัมพันธ์และจัดการคำร้องเรียน [I-3.2ข(1)(2)]		
15 การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย [I-3.3]		
I-4 การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้		
16 การวัดผลการดำเนินการ [I-4.1ก]	การจัดการระบบสารสนเทศ มีการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศให้เอื้อต่อการทำงานและเข้าถึงข้อมูลในระบบบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาล เช่น ระบบ EMR ในผู้ป่วยนอก ระบบลงทะเบียนผ่านตู้ kios ระบบแจ้งเตือนการแพ้ยา ระบบ LIS/PACS โปรแกรม smart COC ในการส่งต่อข้อมูลการเยี่ยม	ข้อเสนอแนะ recommendation 1. ควรทบทวนเรื่องการเลือกตัวชี้วัดที่ครอบคลุมพันธกิจวิสัยทัศน์ กลุ่มผู้ป่วยสำคัญ เป้าหมายตามระบบงานสำคัญ การรวบรวม เชื่อมโยงตัวชี้วัด การมี alignment ทั่วทั้งองค์กร การใช้ประโยชน์เพื่อติดตามการปฏิบัติงานประจำวันและความก้าวหน้าตามกลยุทธ์ การเรียนรู้ใช้ประโยชน์จากคู่เทียบ การปรับปรุงกระบวนการทำงาน
17 การวิเคราะห์ข้อมูล การทบทวนผลการดำเนินการ และนำไปใช้ปรับปรุง [I-4.1ข, ค]		
18 คุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ [I-4.2ก]		
19 การจัดการระบบสารสนเทศ [I-4.2ข]		
20 ความรู้ขององค์กร [I-4.2ค]		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	บ้าน ระบบ telemedicine โปรแกรมบริหาร ลูกหนี้ (RCM) มีการกำหนด username password ในการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยตาม ระดับและหน้าที่ความรับผิดชอบ และมีการ สำรองข้อมูลผู้ป่วยไปยังเครื่อง server สำรอง แบบอัตโนมัติและสำรองแยกใน external hard disk มีการนำอุปกรณ์ระบบ IT ล่ม มาทบทวน ปรับปรุงเพื่อเพิ่มความปลอดภัย มีการจัดทำแผนรองรับกรณีระบบ IT ล่มและ ซักซ้อมแผน รวมทั้งมีการวางระบบการ จัดการข้อมูลที่สอดคล้องต่อพระราชบัญญัติ คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA)	2. ทบทวนและใช้ประโยชน์จากการวิเคราะห์ข้อมูล นำไปปรับปรุงให้มีผลลัพธ์ดีขึ้น คำแนะนำ (Suggestion) คุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ ควรส่งเสริมให้สำรวจ ความต้องการใช้ข้อมูลสารสนเทศเชิงรุก ร่วม กับหน่วยงาน และทีมในระบบชุดต่างๆ นำมาออกแบบระบบและพัฒนาระบบ เทคโนโลยีสารสนเทศให้สนับสนุนการรวบรวม ประมวลผล ข้อมูลสารสนเทศให้สะดวกในการนำไปใช้ประโยชน์ ตรงตาม ความต้องการ เพื่อสนับสนุนการนำไปใช้ปรับปรุงผลงานให้ บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้อย่างต่อเนื่อง
I-5 กำลังคน		
21 ขีดความสามารถและความเพียงพอของ กำลังคน [I-5.1ก]	1. ขีดความสามารถและความเพียงพอ มี การวิเคราะห์อัตรากำลัง หาแนวทาง แก้ไขปัญหาความไม่เพียงพอ โดยในปี 2564 - 2565 ได้จ้างเพิ่มลูกจ้างรายวัน	ข้อเสนอแนะ (Recommendation) การพัฒนากำลังคนและผู้นำ ควรส่งเสริมให้นำข้อมูลที่มีจาก อุบัติการณ์ความเสี่ยง ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ผลงานที่ไม่
22 สุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน [I-5.1ข, ค(1)*(3)(4)]		

14/57

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	ประจำปีให้บุคลากรครบ 100% นำผลมาจัดกลุ่ม (ปกติ เสี่ยง ป่วย) มีการติดตามความเสี่ยงด้านการบาดเจ็บป่วยจากการทำงานอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้แนวโน้มการเกิดอุบัติเหตุบาดเจ็บจากการทำงานลดลง ไม่พบบุคลากรติดเชื้อ TB ตั้งแต่ปี 2561 - ปัจจุบัน 3. ความผูกพันของบุคลากร ที่มำให้มีความสำคัญกับบุคลากร มีการดูแลด้านสวัสดิการและสร้างขวัญกำลังใจให้กับบุคลากรอย่างต่อเนื่อง เช่น ปรับเพิ่มสวัสดิการ เพิ่มค่า OT/ค่าเสี่ยงภัย เพิ่มค่าตอบแทนให้แก่ลูกจ้างชั่วคราว สนับสนุนด้านการอบรมและศึกษาต่อเฉพาะทาง จัดกิจกรรมเพื่อสร้างความผูกพันและความสามัคคี สนับสนุนชมรมต่างๆ เพื่อส่งเสริมคุณธรรม จริยธรรม	ตอบสนองได้ตรงประเด็นยิ่งขึ้น เพื่อให้บุคลากรมีความผูกพันกับองค์กรตามเป้าหมายที่วางไว้

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	เช่น ชมรมจริยธรรมนำความสุข โครงการจิตอาสาเราทำดีด้วยหัวใจ และจากการสัมภาษณ์พบว่าบุคลากรทุกระดับมีความมุ่งมั่นทุ่มเท เสียสละ ร่วมแรงร่วมใจในการทำงานเป็นอย่างดี เห็นได้จากการปฏิบัติงานในช่วงสถานการณ์การระบาด COVID - 19 อีกทั้งยังพร้อมที่จะเรียนรู้ในการพัฒนาคุณภาพ มาตรฐานวิชาชีพ	
I-6 การปฏิบัติการ		
26 การออกแบบบริการและกระบวนการทำงาน การจัดการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน ประสิทธิภาพและประสิทธิผล [I-6.1ก ข, I-6.2ก]		คำแนะนำ Suggestion 1. ควรทบทวนเรื่องการออกแบบบริการและกระบวนการทำงาน โดยการระบุข้อกำหนดของบริการสุขภาพที่สำคัญ ที่เชื่อมโยงกับคุณลักษณะบริการในข้อ I-3.2 ก(1) และมาจากความต้องการที่สำคัญของผู้รับบริการ I-3.1 ก (1) การระบุกระบวนการที่สำคัญ ข้อกำหนดของกระบวนการตามพันธกิจของการให้บริการ (เช่น การ
27 การจัดการห่วงโซ่อุปทาน [I-6.1ค]		
28 การจัดการนวัตกรรม [I-6.1ง]		
29 การจัดการด้านการเรียนการสอนทางคลินิก [I-6.1จ]		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
30 ความพร้อมสำหรับภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน ต่าง ๆ [I-6.2ข]		เข้าถึง/เข้ารับบริการ การประเมินผู้ป่วย การวางแผน การดูแล การให้ข้อมูลเสริมพลังและการดูแลต่อเนื่อง) การปรับปรุงกระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง 2. ควรทบทวนเรื่องการจัดการเรียนการสอนทางคลินิกของ นักศึกษาแต่ละหลักสูตร ให้ได้ตามเป้าหมายของการฝึก ปฏิบัติและการกำกับเพื่อสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย 3. การจัดการห่วงโซ่อุปทาน ควรส่งเสริมการติดตาม กำกับ ประเมินผลการดำเนินการของผู้ส่งมอบ outsource อย่างสม่ำเสมอ มีการสะท้อนข้อมูลกลับเพื่อการปรับปรุง อย่างเป็นรูปธรรมในกรณีที่ผลงานไม่เป็นไปตาม ข้อกำหนด 4. ความพร้อมสำหรับภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉินต่างๆ ตามที่ได้มีการวิเคราะห์ภาวะฉุกเฉินที่มีโอกาสเผชิญไว้ ได้แก่ การเกิดอุบัติเหตุหมู่ อุทกภัย การเกิดอัคคีภัย การ เกิดสารเคมีรั่วไหลจากโรงงานอุตสาหกรรม การเกิดโรค ระบาด แต่ด้วยสถานการณ์การระบาดของโรค COVID - 19 ทำให้ไม่ได้ทำการซ้อม ควรทบทวนและหมุนเวียนให้มี

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
		การซ่อมแผนให้เหมาะสมตามสถานการณ์ โดยเฉพาะใน หน่วยงานสำคัญ หน่วยงานที่ขยาย/ปรับบริการใหม่ มี การสรุป ผลการซ่อมและนำปัญหาที่พบมาวางแผน ปรับปรุง เพื่อให้มั่นใจว่าโรงพยาบาลมีความพร้อมรับภัย พิบัติ ภาวะฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้น
ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล		
II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ		
31 ระบบบริหารงานคุณภาพ การประสานงาน และบูรณาการ การทำงานเป็นทีม [II-1.1ก (1)(2)(3)(4)(10)]	1. ภาพรวมการพัฒนาคุณภาพ 1.1. ทีมได้รับการสนับสนุนจากทีมนำ ในการพัฒนาคุณภาพทั้งด้านการ จัดโครงสร้าง การสนับสนุน ทรัพยากร ส่งเสริมการเรียนรู้ของ ทีมต่างๆ ในการเรียนรู้เครื่องมือ คุณภาพ และพัฒนางานไปพร้อม กัน โดยมีทีมศูนย์พัฒนาคุณภาพ ร่วมเป็นสมาชิกทีมต่างๆ เพื่อร่วม รับทราบและสนับสนุนการพัฒนา ทีมเรียนรู้จากในช่องสถานการณ์	ข้อเสนอแนะ (Recommendation) ระบบบริหารความเสี่ยง ส่งเสริมการเรียนรู้ทีมทุกระดับในการ บ่งชี้ความเสี่ยงที่ชัดเจนในแต่ละอุบัติการณ์ที่พบ เพิ่มการ วิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริงของแต่ละอุบัติการณ์และการสรุป ภาพรวม เพื่อกำหนดแนวทางในการป้องกันความเสี่ยงที่ ชัดเจน ลดการเกิดซ้ำ
32 การประเมินตนเองและจัดทำแผนพัฒนา คุณภาพ [II-1.1ก(5)(8)(9)]		คำแนะนำ Suggestion การพัฒนาคุณภาพ ควรสร้างการเรียนรู้กับทีมต่างๆ ในการ ใช้เครื่องมือคุณภาพด้วยความเข้าใจ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อ การพัฒนา เช่น การประเมินตนเองตามมาตรฐาน 2P safety
33 การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย [II-1.1ข(1)]		
34 การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย [II-1.1ข (2)(3)(4)]		
35 ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย [II-1.2ก(1) (5)* (6)]		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
36 กระบวนการบริหารความเสี่ยง [II-1.2ก(2)(3)]	COVID - 19 ในการพบโอกาสพัฒนาบทบาทของทีมต่างๆ ในภาพรวมเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น 1.2. การทบทวนส่งต่อ 2. จากการทบทวน วิเคราะห์ ข้อมูลผู้ป่วย refer out ในกลุ่มโรคสำคัญ ที่ส่งต่อล่าช้า ส่งต่อเมื่ออาการทรุดลง พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีอาการค่อนข้างรุนแรงและซับซ้อน มีโรคร่วมประเด็นสำคัญที่ได้จากการทบทวนผู้ป่วยเข้าถึงบริการล่าช้า 3. การประเมินล่าช้า ประเมินผิดพลาดขาดการประเมินซ้ำ การใช้กระบวนการพยาบาลและการบันทึกทางการแพทย์ไม่ครอบคลุม ไม่ต่อเนื่อง บุคลากรขาดทักษะ ในการดูแลผู้ป่วยรายโรค ไม่ปฏิบัติตาม CPG/CNPG	มาตรฐานสำคัญจำเป็นต้องความปลอดภัย 9 ข้อ การใช้ clinical summary
37 การเรียนรู้จากอุบัติการณ์ [II-1.2ก(4)] *		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	4. ขาดการติดตามผลการรักษาและดูแลต่อเนื่อง ให้ผู้รับผิดชอบงานชุมชนความล่าช้าจากระบบการส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่ายหรือโรงพยาบาลศูนย์ไม่สามารถรับเคสได้เนื่องจากเตียงเต็ม 5. แนวทางการพัฒนาเชิงระบบ 5.1. พัฒนาระบบการเข้าถึงบริการสุขภาพ ช่องทางการบริการฉุกเฉิน 1669 5.2. พัฒนาระบบการรับส่ง refer ผู้ป่วยฉุกเฉิน รวดเร็ว ทันเวลา 5.3. พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญลงสู่ระดับ รพ.สต. และเครือข่าย 5.4. ทบทวนระบบการส่งต่อร่วมกับเครือข่าย รวมทั้งคืนข้อมูลปัญหา	

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	เพื่อหาแนวทางการแก้ปัญหา ร่วมกัน 5.5. ทบทวนเกณฑ์ในการรับเคสของ โรงพยาบาลแม่ข่ายจาก โรงพยาบาลชุมชน 5.6. พัฒนาสมรรถนะของบุคลากรใน การดูแลผู้ป่วยรายโรคที่สำคัญ/ การดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤต 5.7. พัฒนาระบบการนิเทศทางการ พยาบาล 5.8. พัฒนารูปแบบในการดูแลผู้ป่วย แบบองค์รวม รวมทั้งทีมสห วิชาชีพ 5.9. ประเมินสมรรถนะบุคลากรในการ ใช้กระบวนการพยาบาลและการ บันทึกทางการพยาบาล	

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	5.10. ปรับปรุง CPG รายโรค standing order, CNPG ให้เป็นปัจจุบันและนำสู่การปฏิบัติจริง 5.11. พัฒนาระบบการนิเทศการปฏิบัติตาม CPG/CNPG 5.12. กำหนดแผนการทบทวนเคสอย่างต่อเนื่องทุกเดือน 6. ระบบบริหารความเสี่ยง ทีมส่งเสริมให้มีการรายงานอุบัติการณ์ทำให้สามารถมีหน่วยงานรายงานได้ครอบคลุม 90% และเพิ่มช่องทางการรายงานความเสี่ยง เช่น การรายงานในระบบ HRMS ใบรายงานอุบัติการณ์ ผู้รับฟังความคิดเห็น ข้อร้องเรียน สมุดบันทึกพนักงาน การค้นหาเชิงรุกโดยทีมระบบงานต่างๆ พบว่าจำนวนการรายงานความเสี่ยงมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นในปี 2563 - 2565 นอกจากนี้ได้ส่งเสริมทุกหน่วยงาน	

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	ให้มีการจัดทำบัญชีความเสี่ยง (risk profile) และส่งเสริมให้ความเสี่ยงระดับรุนแรงสูงได้รับการทบทวนตามเวลาที่กำหนด 100% เพื่อวางแผนทางป้องกันการเกิดซ้ำในเหตุการณ์ที่ได้มีการทบทวนแล้ว	
II-2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ		
38 ระบบบริหารการพยาบาล [II-2.1ก]	การกำกับวิชาชีพ (พยาบาล) ทีมพยาบาลมีความเข้มแข็งเป็นกำลังสำคัญในทีมระบบงานต่างๆ ด้านทีมบริหารการพยาบาลมีการจัดทำกำลังคนที่เพียงพอตามกรอบของโรงพยาบาล 30 เตียง วางแผนในการส่งนักเรียนทุนพยาบาลเพื่อทดแทนพยาบาลที่จะเกษียณอายุในช่วง 5 - 10 ปีข้างหน้า ทีมสนับสนุนการพัฒนาพยาบาลให้มีสมรรถนะที่สอดคล้องต่อความเชี่ยวชาญในทุกสาขา ฝึกอบรมฟื้นฟูความรู้ พัฒนาการประเมิน competency เพื่อนำมาวางแผนพัฒนา	คำแนะนำ (Suggestion) 1. การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ (พยาบาล) ควรส่งเสริมการพัฒนานิเทศทางคลินิกที่มุ่งเน้นการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการติดตามประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกที่ชัดเจน ใช้ข้อมูลผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย (เช่น การ re-admit การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การเกิดภาวะแทรกซ้อน/หตุตลงระหว่างการดูแล) ค้นหาโอกาสพัฒนาเพื่อนำมาพัฒนากระบวนการพยาบาลและพัฒนาคูดูแลที่รอบด้านมากยิ่งขึ้น 2. องค์กรแพทย์: ควรทบทวนบทบาทของแพทย์ในเรื่องต่อไปนี้
39 ปฏิบัติการทางการพยาบาล [II-2.1ข]		
40 องค์กรแพทย์ [II-2.2]		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	พัฒนากระบวนการนำเทศทางการพยาบาลเพื่อช่วยในการค้นหาความเสี่ยง และเรียนรู้ร่วมกับทีมปฏิบัติการพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมและปลอดภัย ในช่วงสถานการณ์ COVID - 19 ทีมบริหารอัตรากำลังในการให้บริการ สนับสนุนบริการฉีดวัคซีน ทีมได้สร้างขวัญกำลังใจโดยสนับสนุนอุปกรณ์ที่เพียงพอ ความผูกพันของพยาบาลอยู่ในระดับที่สูงกว่า 80%	2.1. เป็นผู้นำในการทบทวนการดูแลผู้ป่วย เหตุการณ์สำคัญ โดยใช้ข้อมูลจากเวชระเบียน ระบุประเด็นพัฒนาที่ได้จากการทบทวน นำไปสู่การออกแบบกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่สร้างความปลอดภัย และบรรลุเป้าหมายของโรคนั้น 2.2. การทำหน้าที่เพื่อสร้างความมั่นใจในการให้บริการที่มีคุณภาพ การสื่อสารปัญหา/ความเสี่ยงของผู้ป่วยให้กับทีม การสั่งจ่ายยาเพื่อลดความคลาดเคลื่อน การไม่สั่งยาที่ผู้ป่วยแพ้ โดยสั่งยาผ่านระบบที่มีการตรวจสอบการแพ้ยา ความเหมาะสมในการสั่งจ่ายที่ทำ DUE การใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสม ควรทบทวนการกำกับกับการปฏิบัติงานของแพทย์ที่อยู่ในระหว่างการฝึกอบรม นำผลการกำกับติดตามมาปรับปรุงการปฏิบัติงาน 2.3. การบันทึกเวชระเบียนให้มีคุณภาพ มีข้อมูลครบถ้วน ใช้เพื่อการสื่อสารกับทีมที่เกี่ยวข้อง เช่น การบันทึกความก้าวหน้า progress note การพัฒนา inform consent

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย		
41 ความปลอดภัยและสวัสดิภาพของโครงสร้างและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การจัดการกับวัสดุและของเสียอันตราย [II-3.1ก, ข]	1. โครงสร้างและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ : มีการนำมาตรฐาน 5ส. green & clean hospital มาใช้ในการพัฒนาโรงพยาบาล มีการติดตามข้อร้องเรียนและอุบัติการณ์ด้านสิ่งแวดล้อม มีการสำรวจจิตกรรมความปลอดภัยโดยศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 4 เป็นประจำทุกปี พบการปรับปรุงที่สำคัญในช่วง 1 - 2 ปีที่ผ่านมา ได้แก่ การปรับปรุงและย้ายแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมาไว้ชั้น G จัด ARI clinic, cohort ward จำนวน 60 เตียง สร้างอาคารรักษาประจำ สร้าง negative pressure ที่ ER, IPD ปรับปรุงระบบระบายอากาศที่แผนกทันตกรรมและแผนกผู้ป่วยนอก ปรับปรุงห้องน้ำผู้ป่วยให้ได้มาตรฐาน HAS มีการวางระบบรักษาความปลอดภัยตลอด 24 ชั่วโมง	ข้อเสนอแนะ (Recommendation) ควรส่งเสริมบทบาททีม ENV ในการใช้กลไกการตามรอยระบบ เพื่อติดตามประเมินประสิทธิภาพของระบบแบบเชิงรุก และสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานระดับหน่วยงาน โดย 1. เครื่องมือและระบบสารสนเทศยุค ควรทบทวนการออกแบบระบบการตรวจสอบความพร้อมใช้ในเครื่องมือกลุ่มเสี่ยงสูงให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ครอบคลุมประเด็นสำคัญของเครื่องมือแต่ละชนิด เพื่อให้มั่นใจว่าเครื่องมือมีความพร้อมใช้ทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งทบทวนระบบสำรองก๊าซออกซิเจนให้มีความพร้อมใช้ในการรองรับภาวะฉุกเฉินต่างๆ ที่เป็นระบบแบบอัตโนมัติ 2. ระบบบำบัดน้ำเสีย จากบริบทที่มีการปรับปรุงระบบบำบัดเสียใหม่และผลการตรวจค่าน้ำทิ้งยังไม่เสถียร ทีมควรเพิ่มการกำกับติดตามผลการตรวจสอบจากผู้ดูแลระบบอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ระบบบำบัดน้ำเสียสามารถบำบัดน้ำเสียได้อย่างมีประสิทธิภาพ
42 การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน และความปลอดภัยจากอัคคีภัย [II-3.1ค, ง]		
43 เครื่องมือและระบบสารสนเทศยุค [II-3.2ก, ข]		
44 สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ [II-3.3ก]		
45 การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม [II-3.3ข]		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	และติดตั้งประตูอัตโนมัติที่หอผู้ป่วยใน มีการจัดเตรียมระบบสาธารณูปโภคที่สำคัญให้เพียงพอทั้งระบบไฟฟ้า ระบบน้ำใช้และระบบออกซิเจนเหลวพร้อมระบบสำรอง มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมโดยรอบให้สะอาด เป็นระเบียบ ปรับปรุงพื้นที่และอุปกรณ์ต่างๆ สำหรับการอำนวยความสะดวกต่อผู้ป่วย/ผู้พิการ จัดโครงการอนุรักษ์พลังงาน และนำพลังงานแสงอาทิตย์ (solar cell) มาใช้ทดแทนพลังงานไฟฟ้า ส่งผลให้ได้รับรางวัล green & clean ระดับดีมาก plus ในปี 2565 2. การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม มีการวางระบบจัดการขยะโดยขยะติดเชื้อจะมีเทศบาลนครรังสิตดำเนินการขนส่งไปกำจัดที่ อบจ.ใกล้เคียง ในปี 2564 มีการปรับปรุงระบบบำบัดน้ำเสียใหม่ที่มีขนาดเพียงพอ	คำแนะนำ (Suggestion) ความปลอดภัยจากอัคคีภัย ตามที่ทีมได้ทบทวนแผนป้องกันและระงับอัคคีภัยและมีการซักซ้อมบนโต๊ะไปในบางหน่วยงานแล้วนั้น ควรวางแผนซักซ้อมจริงให้เหมาะสมกับสถานการณ์และบริบทที่มีการปรับปรุงและขยายพื้นที่บริการ สรุปผลการซ้อมและนำปัญหาที่พบมาปรับปรุง เพื่อสร้างความมั่นใจว่าเมื่อเกิดเหตุจะมีการจัดการอย่างเหมาะสม มีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยแต่ละกลุ่มได้อย่างปลอดภัย

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	ในการรองรับน้ำเสีย มีการนำผลการส่งตรวจคุณภาพน้ำทิ้งที่ยังพบปัญหาไม่เสถียร ได้แก่ TDS โคลิฟอร์มแบคทีเรีย และฟีคัลโคลิฟอร์ม มาวิเคราะห์สาเหตุร่วมกับวิศวกรของบริษัทที่ดำเนินการก่อสร้าง และปรับปรุงโดยสร้างบ่อเกรอะเพิ่มเพื่อรองรับสิ่งปฏิกูลก่อนเข้าสู่ระบบ และปรับปรุงระบบเติมคลอรีน ทำให้ผลการตรวจคุณภาพน้ำทิ้งครั้งล่าสุดเมื่อวันที่ 1 ธันวาคม 2565 ผ่านเกณฑ์ทุกพารามิเตอร์	
II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ		
46 ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Prevention & Control-IPC) [II-4.1ก]	1. ทีมการส่งเสริมให้บุคลากรทุกระดับนั้นหลัก standard precaution การล้างมือตาม 5 moment การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย การปฏิบัติตาม bundle สำคัญเพื่อป้องกันการติดเชื้อ บุคลากรการป้องกันการติดเชื้อภายใต้เครือข่าย	คำแนะนำ (suggestion) ควรส่งเสริมการใช้ข้อมูลผลการตรวจเพาะเชื้อ ผล antibiogram ในการติดตามเฝ้าระวังแนวโน้มการเกิดเชื้อดื้อยา การประสานกับทีมระบบงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันพัฒนาการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา การแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลและชุมชน
47 การเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ [II-4.1ข]		
48 การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป [II-4.2ก]		
49 การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ [II-4.2ข] *		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	สายรุ้งร่วมกับหน่วยปฐมภูมิในเขต รับผิดชอบทั้ง 10 แห่ง ออกแบบการเฝ้า ระวังการติดเชื้อ HAI และที่ตำแหน่งเฉพาะ ได้แก่ CAUTI, HAP, omphalitis, episiotomy, phlebitis, eye infection ทีมเรียนรู้จากการพบการติดเชื้อที่สะดือ เด็กโดยการสอบสวนย้อนหลังจากแพ้ม เวชระเบียนนำมาปรับปรุงรูปแบบการ ให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยและประเมิน ความสามารถในการปฏิบัติก่อนกลับ บ้านของผู้ดูแลและปรับวิธีการเฝ้าระวัง การติดเชื้อในผู้ป่วยแบบ active surveillance ตั้งแต่ปี 2563 - ปัจจุบัน 2. การป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา ทีมมีการ กำหนดมาตรการ “RICHE” เพื่อเป็น มาตรการจัดการ ควบคุมการแพร่กระจาย เชื้อหรือยา มีการติดตามประเมินการ ปฏิบัติตามแนวทางที่ได้กำหนด พบว่า	

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องร้อยละ 75 ที่มติดตามแผนการเกิดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล/การเกิดเชื้อดื้อยาจากในชุมชนและการรับส่งกลับผู้ป่วยติดเชื้อได้ยามารักษาต่อในโรงพยาบาล พบว่าสามารถปฏิบัติได้ตามแนวทางไม่พบการเกิดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลตั้งแต่ปี 2561 ถึงปัจจุบัน 3. สถานการณ์ COVID - 19 ที่มีบทบาทสำคัญในการร่วมออกแบบการคัดกรองการจัดพื้นที่บริการ/ดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อ อบรมให้ความรู้กับบุคลากร ฝึกซ้อมการใช้อุปกรณ์ป้องกัน มีระบบคู่มือปฏิบัติงานขณะใส่และถอดอุปกรณ์ป้องกัน ส่งเสริมการให้วัคซีน พบว่าในปี 2564 บุคลากรในโรงพยาบาลติดเชื้อ COVID - 19 จากการทำงานจำนวน 6 ราย (3.28%) และติดเชื้อจากครอบครัว	

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	ชุมชน 19 ราย (10.38%) ในปี 2565 บุคลากรติดเชื้อจากการทำงาน 24 ราย (12.18%) และติดเชื้อจากครอบครัว ชุมชน 63 ราย (31.98%)	
II-5 ระบบเวชระเบียน		
50 ระบบบริหารเวชระเบียน [II-5.1 ก/ข]	ระบบบริหารเวชระเบียน มีการนำระบบ EMR มาใช้ในงานบริการผู้ป่วยนอกและพัฒนา ระบบสแกนในระบบเวชระเบียนผู้ป่วยใน กำหนดระดับการเข้าถึงข้อมูลเวชระเบียน โดยกำหนด user name, password เป็น รายบุคคลตามหน้าที่ภาระงาน มีการกำหนด นโยบายที่สำคัญด้านเวชระเบียน เช่น การ ยืม-คืนเวชระเบียน การบันทึกเวชระเบียน และการแก้ไข การขอประวัติการรักษา รวมถึงการรักษาความลับในผู้ป่วย OSCC, HIV มีความต่อเนื่องในการทบทวนความ สมบูรณ์ของเวชระเบียน นำปัญหาที่พบมา ปรับปรุงร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง ทำให้อัตราความ	คำแนะนำ Suggestion ควรส่งเสริมการรวบรวมส่วนขาดและความซ้ำซ้อนจากผล การทบทวนเวชระเบียนในการดูแลผู้ป่วย การปฏิบัติงานของ กลุ่มวิชาชีพต่างๆ ให้ครอบคลุมนำข้อมูลมาพิจารณาปรับปรุง การบันทึกให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้งาน และ บริบทที่เปลี่ยนไป
51 เวชระเบียนผู้ป่วย [II-5.2]		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	สมบรูณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยมีแนวโน้มดีขึ้น ในปี 2565 อัตราความสมบรูณ์เวชระเบียนผู้ป่วยใน 88.18% ค่า CMI 0.83	
II-6 ระบบการจัดการด้านยา		
52 การกำกับดูแลการจัดการด้านยา [II-6.1 ก] *		ข้อเสนอแนะ Recommendation 1. เพื่อให้ระบบยามีความถูกต้อง ปลอดภัย เหมาะสม ทีมนำระบบยาควรติดตามข้อมูล medication error วิเคราะห์สาเหตุเพื่อวางแผนทางป้องกันที่ชัดเจน ครอบคลุมเหตุที่รุนแรง และเหตุที่เป็น potential error ที่เมื่อถึงผู้ป่วยจะมีผลกระทบสูง เช่น prescription error ฯลฯ รวมทั้งสร้างความเข้าใจ และกระตุ้นให้มีการรายงานเมื่อเกิดอย่างครอบคลุม ติดตามข้อมูล ADR/ADE ADR type A วิเคราะห์ข้อมูลที่พบเพื่อพัฒนาให้มีความปลอดภัยเพิ่มมากขึ้น การออกแบบระบบที่รัดกุมเกี่ยวกับการใช้ยาที่มีโอกาสเกิด drug interaction 2. ควรทบทวนรายการยา HAD ให้ครอบคลุมมากขึ้น การติดตามการปฏิบัติและผลลัพธ์ของการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง
53 สิ่งแวดล้อมสนับสนุน การจัดหาและเก็บรักษา ยา [II-6.1 ข,ค]		
54 การสั่งใช้ยาและถ่ายทอดคำสั่ง [II-6.2 ก]		
55 การทบทวนคำสั่ง เตรียม เขียนฉลาก จัดจ่าย และส่งมอบยา [II-6.2 ข]		
56 การบริหารยาและติดตามผล [II-6.2 ค]		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
		3. ควรทบทวน flow การทำ medication reconciliation เพื่อให้มั่นใจว่าจะทำให้บรรลุผลลัพธ์เป็นไปตามเป้าหมายที่ต้องการ การเก็บข้อมูลผลการปฏิบัติ ผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย 4. ควรทบทวนนโยบาย RDU และผลักดันให้ผ่านการประเมินในระดับที่สูงขึ้น 5. จากการส่งยาที่ห้องฉุกเฉิน และไม่ผ่านระบบการตรวจสอบในคอมพิวเตอร์ทำให้ผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ ควรทบทวนและออกแบบระบบเพื่อป้องกันการแพ้ยาซ้ำที่รัดกุมมากขึ้น เป็น strong action
II-7 การตรวจทดสอบเพื่อการวินิจฉัยโรค และบริการที่เกี่ยวข้อง		
57 บริการรังสีวิทยา/ภาพทางการแพทย์ [II-7.1]	1. บริการรังสีวิทยา เปิดบริการตรวจทางรังสีทั่วไปได้ตลอด 24 ชั่วโมง มีการจัดสถานที่ห้องเอกซเรย์ อุปกรณ์ในการแจ้งเตือน/การป้องกันอันตรายจากรังสีของบุคคลที่เป็นไปตามมาตรฐาน มีการตรวจสอบความปลอดภัยทางรังสีจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ผลการ	คำแนะนำ (Suggestion) 1. บริการรังสีวิทยา ควรประสานกับองค์กรแพทย์ในการบันทึกการอ่านผลภาพเอกซเรย์ลงในเวชระเบียนผู้ป่วยให้ครบถ้วน เพื่อสื่อสารการดูแลผู้ป่วยและเป็นหลักฐานทางกฎหมายในการแสดงเหตุผลประกอบการวินิจฉัย รวมทั้งควรส่งเสริมให้มีการทบทวนการอ่านผลการตรวจทางรังสีวิทยาของแพทย์ GP โดยแพทย์เฉพาะทาง ใน
58 บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก [II-7.2] *		
59 ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต [II-7.4] *		
60 พยาธิวิทยากายวิภาค และบริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ [II-7.3 / 7.5]		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	ตรวจสอบมีความปลอดภัยและได้รับการอนุญาตให้ครอบครอง ใช้เครื่องเอกซเรย์ตามกฎหมาย มีการนำระบบ PACS มาใช้ในการส่งภาพทางรังสี มีการวางระบบป้องกันและเตรียมความพร้อมทั้งกรณีผู้ป่วย ตั้งครุฑ ผู้ป่วยหนักที่อาจต้องการช่วยเหลือฉุกเฉิน ร่วมกับหน่วยงานดูแลผู้ป่วย 2. ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ เปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง มีการจัดสถานที่เป็นส่วน มีเครื่องมืออุปกรณ์ที่เหมาะสม เครื่องมือตรวจวิเคราะห์ได้รับการบำรุงรักษาเชิงป้องกัน สอบเทียบตามระยะเวลาที่กำหนด นำระบบ LIS มาใช้เพื่อลดความผิดพลาดในการรายงานผล ในช่วงสถานการณ์ระบาดของโรค COVID - 19 ได้เปิดเพิ่มรายการตรวจ ATK, RT-PCR เพื่อให้การวินิจฉัย	กรณีที่ผลการวินิจฉัยผิดปกติ มีอาการรุนแรงหรือมีความเร่งด่วนในการตรวจรักษา เพื่อให้มั่นใจว่าการอ่านผลการตรวจทางรังสีมีความถูกต้อง น่าเชื่อถือ สนับสนุนการวินิจฉัยและการรักษาอย่างเหมาะสม 2. ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ ควรส่งเสริมการนำอุปกรณ์และตัวชี้วัดสำคัญ เช่น การรายงานผลผิดพลาด ผลการควบคุมคุณภาพภายใน ภายนอกที่ไม่ได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย มาทบทวน ใช้ปรับปรุงเพื่อเพิ่มความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของผล 3. งานบริการโลหิต ควรส่งเสริมให้นำข้อมูลปริมาณความต้องการในการใช้เลือด อุปกรณ์ที่ไม่สามารถจัดหาเลือดให้ผู้ป่วยได้ตามความต้องการ มาใช้ทบทวน ปริมาณการสำรองเลือดแต่ละหมู่ให้เพียงพอ เหมาะสมเพิ่มขึ้น รวมทั้งส่งเสริมการทบทวนการใช้เลือดร่วมกับทีม PCT นำมาใช้กำหนดแนวทางการขอใช้และหมุนเวียนเลือดให้มีความเพียงพอ เหมาะสม

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	รวดเร็วขึ้น มีการกำหนดรายการค่า วิกฤตและติดตามความครอบคลุมและ ความทันเวลาในการรายงานค่าวิกฤต มี การทดสอบความชำนาญโดยการทำ Inter lab, IQC, EQA อย่างสม่ำเสมอ และยังคงสร้างมาตรฐานห้องปฏิบัติการ แพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 3. งานบริการโลหิต มีการจัดทำแนวทาง การขอเลือด แนวทางการให้เลือด/การ ประเมินระหว่างการให้เลือดร่วมกับทีม ดูแลผู้ป่วย มีการวางระบบการตรวจสอบ ประวัติการรับเลือดของผู้ป่วย ติดตาม การเกิดปฏิกิริยา/การแพ้จากการให้ เลือด รวมทั้งมีการทดสอบความชำนาญ (EQA) มาอย่างต่อเนื่อง ไม่พบ อุบัติการณ์การจ่ายเลือดผิดคน ผิดหมู่ ตั้งแต่ปี 2563 จนถึงปัจจุบัน	

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ		
61 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ [II-8]	ทีมมีประสิทธิภาพในการรายงานที่ทันเวลา ครบถ้วนและการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา จากการรายงาน 506 ได้ 100% พบตัวอย่างการทำงานร่วมกับเครือข่ายอย่างเข้มแข็งในการป้องกันการเกิดโรค เช่น 1. การป้องกันไข้เลือดออกโดยการทำงานร่วมกับเครือข่ายประชาสัมพันธุ์และรณรงค์การป้องกันการเกิดโรคก่อนเกิดการระบาด มีการสำรวจในหน่วยงาน การสำรวจค่าดัชนี ในชุมชน กำหนดมาตรการในการควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง มีการทำงานร่วมกับเครือข่ายในการป้องกัน พบอัตราการป่วยด้วยไข้เลือดออกลดลง 2. การทำงานร่วมกับเครือข่ายในการดำเนินการ DOT และการค้นหาเพื่อป้องกัน-ยุติวัณโรคร่วมกับ สสจ.	

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	หน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่น และมูลนิธิศุภนิมิต ส่งผลให้สามารถคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้ 100% 3. การทำงานในภาวะ COVID - 19 ในการสอบสวนและป้องกันการระบาด ได้รับ การยกย่องจากการถอดบทเรียนร่วมกับ สคร 4 ยกให้โรงพยาบาลเป็น role model ในการนำระบบบัญชาการเหตุการณ์ ICS มาใช้บริหารจัดการ COVID - 19	
II-9 การทำงานกับชุมชน		
62 การทำงานกับชุมชน [II-9] ครบตามกลุ่มสำคัญ	การทำงานกับชุมชนที่โดดเด่น เช่น การพัฒนางานฝากครรภ์ในชุมชน โดยการส่งเสริมการสร้างเครือข่ายงานฝากครรภ์ในชุมชน โดยการเปิดเครือข่ายประสานงานกับ อสม.ทางไลน์ ประสานกับเครือข่ายบริการของเทศบาลและคลินิกเอกชนทางโทรศัพท์ ในการค้นหา ติดตามหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ และมีการรับ-ส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ในรายปกติ	ข้อเสนอแนะ recommendation ควรกำหนดชุมชนของโรงพยาบาลที่ชัดเจน สอดคล้องกับบริบท เพื่อให้ทีมที่เกี่ยวข้องสามารถออกแบบการวิเคราะห์ชุมชน ปัญหาสุขภาพของชุมชน การใช้ผลการวิเคราะห์ในการจัดกลุ่มผู้รับผลงาน ในกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย การสร้างเสริมสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการและสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนอย่างต่อเนื่อง

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	หรือรายที่มีภาวะเสี่ยง การช่วยเหลือในการติดตามค้นหาหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้มาฝากครรภ์ตามนัด นอกจากนี้ยังได้มีการจัดทำโครงการติดตามเยี่ยม ส่งเสริมการดำเนินงานในส่วนที่เกี่ยวข้องกับงานฝากครรภ์ เช่น การบันทึกข้อมูลการฝากครรภ์ในศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลทุกแห่ง ทำให้สามารถค้นหาและติดตามหญิงตั้งครรภ์ในชุมชนทั้งในรายปกติ และในรายที่มีความเสี่ยงได้เร็วขึ้น การสร้างเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานค้นหาเด็กที่มีพัฒนาการไม่สมวัยในชุมชน การดูแลเพื่อแก้ปัญหาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทางแผนกกายภาพบำบัดจึงได้จัดคั่นนวัตกรรม การฝึกกล้ามเนื้อมือ	คำแนะนำ suggestion ควรทบทวนเรื่องการวิเคราะห์ความต้องการของชุมชนในกลุ่มต่างๆ ให้มากขึ้น นำมากำหนดเป้าหมายของการทำงานร่วมกัน ที่เป็นลักษณะ work with กำหนดกิจกรรมการทำงานที่จะทำให้บรรลุเป้าหมาย รวมถึงการติดตามผลลัพธ์สะท้อนการบรรลุเป้าหมายในแต่ละเรื่องและปรับปรุงให้ผลลัพธ์ดีขึ้น

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย		
III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ		
63 การเข้าถึงบริการ [III-1(1-3*)]	1. การประสานงานกับหน่วยงานที่ส่งผู้ป่วยมาโดยจัดตั้งศูนย์ refer โดยมีพยาบาลวิชาชีพประจำที่ศูนย์ ทำหน้าที่ประสานงานกับแพทย์ หน่วยงานที่ส่งผู้ป่วยมา และพยาบาลที่ห้องฉุกเฉิน ทำให้เกิดความรวดเร็วในการประสานงานมากขึ้น 2. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคฉุกเฉินแบบไร้รอยต่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ “เครือข่ายสายรุ้ง” stroke, STEMI, sepsis 3. ตัวอย่างการพัฒนาการเข้าถึงบริการ เช่น มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดโดยมีการคัดกรองในกลุ่ม NCD โดย CVD risk ในกลุ่มเสี่ยงสูงและผู้ที่อายุ 35 ปีขึ้นไป การคัดกรองด้วย	ข้อเสนอแนะ recommendation ควรทบทวนระบบการคัดกรองคัดแยกที่ผู้ป่วยนอกและห้องฉุกเฉิน การฝึกอบรมบุคลากรให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องทั้งใน นอกเวลาราชการ การทบทวนอุบัติการณ์ over, under triage การวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริงของปัญหา นำมาสู่การปรับปรุงให้การคัดกรองคัดแยกถูกต้องมากขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย เข้ารับบริการได้ตามความเร่งด่วนของโรค
64 กระบวนการรับผู้ป่วย การให้ข้อมูล และ informed consent [III-1(4-8*)]		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	การทำ EKG ทุกรายส่งให้แพทย์ ประเมินถ้าผิดปกติ consult แพทย์ เฉพาะทางผ่านระบบ line ส่วนตัว การ อบรมให้พยาบาลสามารถอ่าน EKG เบื้องต้นได้ทำให้ผู้ป่วยได้รับการคัด กรองและการวินิจฉัยที่รวดเร็วขึ้น การ พัฒนาองค์ความรู้ของหน่วยปฐมภูมิ และ อสม.ในการคัดกรองและช่องทาง การส่งต่อ การพัฒนาชุมชนต้นแบบ FAST ด้วยสมอง สองมือและหัวใจ มี ผลลัพธ์ door to EKG < 10 นาที (STEMI) มากกว่า 80% 4. โรค sepsis พัฒนาแนวทางการคัดกรอง โดยใช้ qSOFA คัดกรองในผู้ป่วยนอก และใช้ SOS score คัดกรองผู้ป่วยใน พัฒนาองค์ความรู้ของแพทย์ พยาบาล triage nurse	

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	5. พัฒนาการความรู้ของ อสม. care giver จิตอาสา เพื่อค้นหาผู้ป่วย sepsis ในชุมชนและพัฒนาชุมชนต้นแบบ FAST ด้วยสมอง สองมือและหัวใจ 6. ผลการคัดแยก ปี 2564 - 2565 มี undertriage 1 - 2 ราย จากปัญหาที่พบ นำมาวิเคราะห์ องค์การแพทย์ได้ตั้งเกณฑ์เพิ่มในการคัดแยกผู้ป่วยเพื่อความถูกต้องมากขึ้นและพัฒนาสมรรถนะของ triage nurse โดยส่งอบรมเพิ่มพูนความรู้ เพื่อให้พัฒนาระบบงานให้ดีขึ้น ลดความผิดพลาด	
III- 2 การประเมินผู้ป่วย		
65 การประเมินผู้ป่วย และการส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค [III-2 ก, ข]	1. เพื่อลดความผิดพลาดในการวินิจฉัย ในกลุ่ม STEMI/NSTEMI ได้พัฒนาความรู้แพทย์และพยาบาลเพื่อให้สามารถคัดกรองโรค ACS ได้อย่างถูกต้อง เพิ่มช่องทางการสื่อสาร warning signs ACS	ข้อเสนอแนะ recommendation 1. ควรทบทวนการใช้ข้อมูลการประเมินร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีลักษณะเฉพาะหรือมีความเสี่ยงสูงและในกลุ่มผู้ป่วยสำคัญตามทบทวน เพื่อให้ได้ปัญหาและความต้องการ
66 การวินิจฉัยโรค [III-2 ค] *		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมาโรงพยาบาลในทันทีที่มีอาการ หลังจากพัฒนาระบบดังกล่าวทำให้ในปี 2562 ไม่พบผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยผิดพลาด ลำหัดในลุ่มโรค acute coronary syndrome (ACS) ในปี 2563 พบ 1 ราย เนื่องจากมีเคสที่มาด้วยอาการจุกแน่นท้อง แน่นหน้าอก และได้ส่งตรวจ EKG ปกติ แพทย์จ่ายยาเกี่ยวกับโรคกระเพาะอาหารอักเสบ หลังจากนั้นผู้ป่วยกลับบ้านและไปนั่งทานอาหารที่ตลาดหมดสติล้มลง เสียชีวิต ALS นำส่ง เสียชีวิตที่เกิดเหตุส่งชันสูตรศพ พบว่าเสียชีวิตจากโรค AAA จึงได้นำปัญหากลับมาทบทวนโดยเชิญทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเรื่องโรคหัวใจมาร่วมในการประชุม สรุปออกมาเป็นแนวทางแก้ไขดังนี้ มีการตรวจ EKG ทุกเคส ที่มีอาการจุกแน่นท้อง แน่น	ของผู้ป่วยที่ถูกต้องครบถ้วน มีการระบุปัญหาที่เร่งด่วนและสำคัญที่ใช้สื่อสารระหว่างวิชาชีพในภาพรวมที่ชัดเจน รวมถึงการตัดสินใจเรื่องแผนการรักษา นอกจากนี้ ควรทบทวนวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยที่ทรุดลงขณะรอตรวจหรือขณะรักษาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อกำหนดแนวทางการประเมินซ้ำที่เหมาะสมกับภาวะผู้ป่วยและปรับเปลี่ยนแผนการดูแลได้อย่างทันเวลา 2. ควรส่งเสริมการค้นหาคำปฏิบัติการวินิจฉัยผิดพลาดให้มากขึ้น โดยการใช้ trigger tool และทบทวนวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริงของปัญหาและปรับปรุง นำสู่แผนป้องกันเพื่อลด miss หรือ delay diagnosis ในผู้ป่วยเพื่อให้มีแผนการรักษาที่รวดเร็ว เหมาะสม

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	หน้าอก มีการจัดทำแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการแน่นหน้าอกเพิ่ม หลังจากการแก้ไขยังไม่พบปัญหาเดิมเกิดขึ้น 2. ผู้ป่วย sepsis จากการทบทวนพบว่ามี missed diagnosis ในผู้ป่วยที่อาการไม่ชัดเจน ไม่มีไข้ โดยพัฒนาจุดเน้นที่การ early detection โดยใช้ quick SOFA ให้ผู้ป่วยกลุ่มที่มีอาการเสี่ยงได้รับการประเมินโดยมีการจัดทำแนวทางการประเมินอาการผู้ป่วย sepsis	
III-3 การวางแผน)		
67 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย [III-3.1]	มีการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วย stroke โดยใช้ “smart discharge plan stroke” ที่มีกระบวนการต่อไปนี้ 1. อธิบายเรื่องโรค การวินิจฉัยของโรค การดูแลเมื่อกลับบ้าน โอกาสเกิดภาวะ	คำแนะนำ (Suggestion) การวางแผนการดูแลผู้ป่วย ควรส่งเสริมให้ทีมติดตามอาการการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ทบทวนเพื่อปรับแผนการดูแลผู้ป่วยที่ระบุเป้าหมายที่ต้องการบรรลุ รวมถึงบันทึกให้เหมาะสมตามสถานะของผู้ป่วย
68 การวางแผนจำหน่าย [III-3.2]		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	แทรกซ้อน อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ 2. มีการสอนและประเมินทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย 3. อธิบายยาที่ได้รับ การรับประทานยา ผลข้างเคียงของยา โดยเภสัชกร 4. ให้ความรู้เรื่องอาหารที่เหมาะสมกับโรค โดยนักโภชนาการ 5. วางแผนจำหน่ายร่วมกับเครือข่ายบริการปฐมภูมิ 6. มีกระบวนการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามดูแลอาการผู้ป่วยและประเมินศักยภาพผู้ดูแลเป็นระยะ โดยเครือข่ายชุมชน 7. การวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยเบาหวาน จนทำให้อัตราการ re - admit ในผู้ป่วยเบาหวานด้วย hypoglycemia 2561 - 2565 มีแนวโน้มลดลงตามเป้าหมาย	

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	โดยการหาปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะ hypoglycemia ร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ญาติ care giver และทีมสหวิชาชีพ มีการวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพและการดูแลร่วมกัน การให้ ข้อมูลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อ เสริมพลัง ในการดูแลตนเองไม่ให้เกิด ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวซ้ำ ติดตาม เยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพและ เครือข่าย และให้ผู้ป่วย ญาติ care giver เข้ากลุ่มไลน์ DM school เพื่อให้เข้าถึง การประเมิน การเสริมพลัง และการดูแล อย่างต่อเนื่อง	
III-4 การดูแลผู้ป่วย		
69 การดูแลทั่วไป [III-4.1]	1. ตัวอย่างการดูแลผู้ป่วยเสี่ยงสูงใน sepsis ใช้เกณฑ์ qSOFA ประเมินผู้ป่วยโดยเร็ว ที่สงสัยว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย เริ่ม จากจุดคัดกรอง ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป	ข้อเสนอแนะ recommendation การดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง ควรทบทวนกลุ่มผู้ป่วย/ กลุ่มหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง เพื่อกำหนดระบบเฝ้าระวังการ เปลี่ยนแปลงให้เหมาะสมกับระดับความรุนแรง พัฒนา
70 การดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง [III-4.2]		
71 การระงับความรู้สึก [III-4.3 ก]		
72 การผ่าตัด [III-4.3 ข] *		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
73 อาหารและโภชนาบำบัด [III-4.3 ค]	ร่วมกับมีการติดเชื้อในร่างกาย และใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยของเครือข่ายจังหวัด ผู้ป่วย sepsis ได้รับการเจาะ H/C ก่อนให้ ATB ได้รับ ATB ภายใน 1 ชั่วโมงหลังวินิจฉัย ได้รับ IV fluid 30 ml/kg ใน 1 ชั่วโมงแรก ให้ levophed เพื่อ keep MAP $\geq$ 65 mmHg ภายใน 1 ชั่วโมง ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤต (ระดับการดูแล 2 - 3) ภายใน 3 ชม.หลังได้รับการวินิจฉัย และมีระบบ refer sepsis fast track 2. อาหารและโภชนาบำบัด มีการจัดแบ่งสถานที่เป็นส่วน มีการจัดบริการอาหารเฉพาะโรค อาหารทางสายยางให้ผู้ป่วย มีการวางระบบการตรวจสอบการปนเปื้อนของอาหารปรุงสุกและวัตถุดิบที่อย่างสม่ำเสมอ ผลไม่พบการปนเปื้อน นักโภชนาการได้เริ่มเข้าไปมีส่วนร่วมใน	ศักยภาพในการดูแล หรือทำหัตถการที่เสี่ยงตามที่กำหนดไว้ให้สามารถ early detection รายงานแพทย์หรือขอคำปรึกษาได้ทันเวลา ปรับแผนการรักษาตามบทบาทของแต่ละสหสาขาวิชาชีพ การติดตามผลการปฏิบัติเพื่อให้มั่นใจว่ากระบวนการดูแลเป็นไปตามมาตรฐาน การติดตามอุบัติการณ์ที่สำคัญและสร้างการเรียนรู้จากการทบทวนเพื่อการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง คำแนะนำ (Suggestion) 1. อาหารและโภชนาบำบัด : 1.1. ควรส่งเสริมการนำระบบ IT มาพัฒนาปรับปรุงระบบการสั่งอาหารและส่งต่อข้อมูลด้านโภชนาการเพื่อให้มีข้อมูลทางผู้ป่วยที่สำคัญครบถ้วน เช่น ข้อมูลผลการวินิจฉัยโรค ข้อมูลความเสี่ยงด้านโภชนาการ เช่น ข้อมูลการแพ้อาหาร สภาวะการกลืนหรืออาการเจ็บป่วยสำคัญเพื่อนำมาใช้ทบทวนความเหมาะสมของเมนูอาหารเฉพาะโรคให้มีความเหมาะสมและปลอดภัยแก่ผู้ป่วย
74 การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย [III-4.3 ง]		
75 การจัดการความปวด [III-4.3 จ]		
76 การฟื้นฟูสภาพ [III-4.3 ฉ]		
77 การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง [III-4.3 ช]		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	การให้ความรู้ด้านโภชนาการแก่ผู้ป่วย เบาหวาน การฝึกทักษะให้ care giver ในการเตรียมอาหารทางสายยาง 3. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย มีการจัดตั้งทีม palliative care ร่วมกับเครือข่ายชุมชน กำหนดกลุ่มผู้ป่วยระยะประคับประคอง ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็ง เช่น ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีอาการหัวใจวายช้าบ่อย ผู้ป่วยติดเชื้อโรคปอดเรื้อรัง โรคสมองเสื่อมที่สื่อสารไม่รู้เรื่อง AIDS ที่มีภาวะคุกคาม โรคตับแข็งระยะสุดท้าย โรคไตวายระยะสุดท้าย ที่มีข้อจำกัดเรื่องการล้างไต โรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่มีอาการโคม่ามากกว่า 3 วัน มีการติดตามประเมิน PPS และวางแผนการดูแลเชื่อมโยงการดูแลกับเครือข่ายร่วมกับโรงพยาบาลแม่	1.2. ควรประสานทีมดูแลผู้ป่วยในการพัฒนาระบบคัดกรองภาวะโภชนาการให้ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ตามบริบท นำมาจัดบริการโภชนาบำบัดและติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง 2. ควรส่งเสริมการติดตามประเมินผลลัพธ์ความ สามารถในการบรรเทาความปวด เพื่อนำผลมาพัฒนาการบริหารจัดการความปวดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	ช่วยเพื่อรับส่งต่อผู้ป่วยดูแลต่อเนื่องได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพิ่มช่องทางให้คำปรึกษาสำหรับผู้ป่วยและญาติทางโทรศัพท์ พบว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการทำ advance care plan และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 100% ผู้ป่วยได้รับการจัดการอาการรบกวนอย่างเหมาะสม > 90% 4. การจัดการความปวด มีการกำหนดแนวทางการจัดการอาการปวดด้วยการใช้ยาตามระดับความปวด 3 ระดับ และมีการเพิ่มทางเลือกอื่นเช่น การใช้แพทย์แผนไทย-การใช้สมุนไพร การฝึกการหายใจ จัดบริการบำบัดปวดด้วย strong opioid ให้กับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในกรณีผู้ป่วยที่ต้องได้รับยาที่บ้านจัดให้มีทีมให้ความรู้โดยผู้ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ แม่ข่าย ทบทวนความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการ	

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	ใช้ยาเกินขนาด โดยกำหนดเม็ดยาที่จ่าย เท่ากับจำนวนวันที่กำหนด พบว่าผู้ป่วย ระยะสุดท้ายได้รับยาบรรเทาอาการปวด ด้วย strong, opioid 34 คน สามารถลด อาการเหนื่อยอาการปวด และจากไป อย่างสงบ 17 คน 5. การฟื้นฟูสภาพ ทีมกำหนดกลุ่มผู้ป่วย สำคัญ กำหนดเป้าหมาย กระบวนการ ฟื้นฟู และการติดตามผลลัพธ์ที่ได้ผล เช่น ร้อยละของผู้ป่วย stroke ที่เข้าเกณฑ์ intermediate care ได้รับการฟื้นฟูและ ติดตามจนครบ 6 เดือน ผู้ป่วยที่มีอาการ ปวดกล้ามเนื้อ มีอาการลดลงหลังรักษา 5 ครั้ง วัดจาก pain scale 6. การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีการจัดตั้ง คลินิกชะลอไตเสื่อมโดยการทำงาน ร่วมกันกับสหวิชาชีพ กำหนดให้ผู้ป่วย CKD stage 4 ส่งไปรักษาต่อที่	

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	โรงพยาบาลประจำจังหวัด ในกรณีที่ เป็น stage 5 ได้รับคำแนะนำให้ล้างไต จะถูกส่งไปประเมินเรื่องการล้างไตและ รับการล้างไตที่โรงพยาบาลแม่ข่ายส่วน ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการล้างไตจะได้รับการ รักษาด้วยระบบการดูแลระดับประคอง เพื่อชะลอความเสื่อมของไต พบว่าอัตรา ชะลอความเสื่อมของไตอยู่ในระดับที่ มากกว่า 65%	
III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว		
78 การให้ข้อมูลและเสริมพลัง [III-5]	พบตัวอย่างการเสริมพลังในกลุ่มผู้ป่วยต่างๆ เช่น 1. หญิงตั้งครรภ์ มีการจัดตั้งกระบวนการ โรงเรียนพ่อแม่สอนการนั้บการดิ้นของ ลูก การเปลี่ยนแปลงของร่างกายใน ระยะคลอด การนวดผ่อนคลายโดยใช้ ลูกบอลยางในระยะคลอด และการเลือก การคลอด ระยะหลังคลอดให้ญาติมีส่วน	

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	ร่วมในการดูแลมารดาทารก แนะนำวิธีการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมโดยวิธีการต่างๆ 2. ผู้ป่วยติดเตียงมีการจัดตั้งทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยเพื่อวางแผนจำหน่ายร่วมกันให้ญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย จัดช่องทางในการขอความช่วยเหลือ คำปรึกษา มีทีมเยี่ยมบ้านจากโรงพยาบาล เชื่อมโยงการดูแล ไปถึงในชุมชน ส่งผลให้ไม่พบการ re-admit ในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวเนื่องจากพฤติกรรมดูแลไม่เหมาะสม 3. ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานจัดระบบรายงานจากพยาบาลผู้ป่วยในให้กับ case manager ในการประเมินปัญหา เสริมพลังผู้ป่วยให้เกิดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และดูแลร่วมกันกับผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแล ส่งผลให้อัตราการเกิด hypoglycemia มี	

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	แนวโน้มที่ลดลง และอัตราการควบคุมระดับ HbA1C < 7 สูงกว่าเป้าหมายและมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น	
III-6 การดูแลต่อเนื่อง		
79 การดูแลต่อเนื่อง [III-6]	มีการกำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่จะดูแลต่อเนื่อง ออกแบบการดูแล โดยเชื่อมโยงข้อมูลการดูแลในโรงพยาบาล	คำแนะนำ Suggestion ทีมดูแลผู้ป่วยควรติดตามผลลัพธ์ให้ครบถ้วนภายหลังจำหน่ายผู้ป่วย ทั้งการจำหน่ายแบบกลับบ้านและจำหน่ายโดยการส่งต่อ เช่น อุบัติการณ์ที่สำคัญระหว่างส่งต่อ การทบทวนวิเคราะห์เรียนรู้เพื่อการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง
ตอนที่ IV ผลการดำเนินการ		
IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ		
(1) ตัววัดสำคัญด้านการดูแลผู้ป่วย		
80 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยในภาพรวม [IV-1, III]	แสดงผลลัพธ์ที่มีระดับหรือแนวโน้มดี ในเรื่อง อัตราการ re-visit ใน 48 ชั่วโมงด้วยอาการที่ทรุดลง และไม่ได้นัดหมายที่ ER อัตราการ re-admit ในผู้ป่วยเบาหวานภายใน 28 วัน ด้วย hypoglycemia อัตรา	ควรแสดงผลลัพธ์ที่สำคัญในภาพรวมตามบริบท ครอบคลุม เช่น อัตราการเสียชีวิตในภาพรวม การวิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิตและปรับปรุงให้ดีขึ้น

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	การ re-admit ในผู้ป่วย COPD ที่ได้รับการดูแลในคลินิก	
81 ผลลัพธ์ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ [IV-1, III-1]	แสดงผลลัพธ์ที่มีระดับหรือแนวโน้มดี ในเรื่องการเข้าถึง เช่น ระยะเวลาเฉลี่ยในการให้บริการผู้ป่วยนอก การเข้าถึงโรคซึมเศร้า	ควรทบทวน หาสาเหตุและปรับปรุงให้ดีขึ้น เช่น ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วย stroke fast track ภายใน 4 ชั่วโมง ที่ผลลัพธ์ไม่คงที่
82 ผลลัพธ์ด้านความต่อเนื่องในการดูแล [IV-1, III-5, 6]	1. แสดงผลลัพธ์ที่มีระดับหรือแนวโน้มดี ในเรื่องการดูแลต่อเนื่อง เช่น อัตราผู้ป่วย intermediate care ได้รับการติดตามอาการจนครบ 6 เดือน 2. แสดงผลลัพธ์ที่มีระดับหรือแนวโน้มดี ในเรื่องกระบวนการและผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญ เช่น อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มี HbA1C <7 ร้อยละของผู้รับบริการ HT ที่สามารถรักษาระดับความดันโลหิตได้ <140/90 mmHg ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวาน	1. ควรแสดงผลลัพธ์ที่สำคัญในมิติความต่อเนื่องเพิ่มเติมในการดูแลในกลุ่มโรคสำคัญ เช่น ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการดูแลต่อเนื่อง 2. ควรแสดงผลลัพธ์กระบวนการและผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญให้ครบถ้วนตามบริบท การทบทวน หาสาเหตุและปรับปรุงให้ดีขึ้นในกระบวนการดูแลผู้ป่วย เช่น ร้อยละผู้ป่วย CKD มีอัตราการกรองของไตลดลงใน 1 ปี eGFR<5ml/min/1.73m2/year ที่ผลลัพธ์ไม่คงที่
83 ผลลัพธ์ด้านกระบวนการและผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญ (มิติความเหมาะสมและประสิทธิผล) [IV-1, III-2, 3, 4]		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
84 ผลลัพธ์ด้านการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย [IV-1, III-2, 3, 4]		ควรแสดงผลลัพธ์ที่สำคัญในมิติการใช้ทรัพยากรในการดูแลในกลุ่มโรคสำคัญ เช่น ระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล การตรวจ investigation ตามข้อบ่งชี้ การใช้ยาที่เหมาะสม
85 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ผ่าตัด (S) * [IV-1, III-4.3 ก, ข]		
86 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (I) * [IV-1, II-4]	มีการติดตามอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล และการติดเชื้อในตำแหน่งเฉพาะ อัตราการติดเชื้ออยู่ในระดับที่ต่ำกว่าเป้าหมายและลดการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้ดี	
87 ผลลัพธ์ระบบบริหารจัดการด้านยา และด้านความปลอดภัยในการใช้ยา/เลือด (M) * [IV-1, II-6, II-7.4]	แสดงผลลัพธ์ที่มีระดับหรือแนวโน้มดี ในเรื่องจำนวนครั้งของการให้เลือด ผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด	ควรทบทวนหาสาเหตุและปรับปรุงให้ดีขึ้น เช่น อุปกรณ์การแพทย์ การแพ้ยาซ้ำ ที่ได้รับการออกแบบที่เป็น strong action
88 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในกระบวนการดูแลผู้ป่วย (P) * [IV-1, III]		ควรทบทวนหาสาเหตุและปรับปรุงให้ดีขึ้น เช่น ร้อยละการวินิจฉัยคลาดเคลื่อน (diagnostic error) อุปกรณ์การเกิด การระบุตัวผิดพลาด (misidentification) patient falls
89 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการใช้ line/tube/catheter และตัววัดที่เกี่ยวข้องกับห้องปฏิบัติการ (L) * [IV-1, II-7.2]	แสดงผลลัพธ์ที่มีระดับหรือแนวโน้มดี ในเรื่องอัตราการรายงานค่าวิกฤติในเวลา	ควรส่งเสริมการรวบรวมจำนวนอุบัติการณ์การรายงานผลผิดพลาดในทุกระดับความรุนแรง นำผลมาวิเคราะห์ ปรับปรุงระบบและมาตรการป้องกันที่รัดกุมมากยิ่งขึ้น

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	กำหนด (ภายใน 5 นาทีหลังทราบผลการตรวจ)	
90 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการดูแลภาวะฉุกเฉิน (E) * [IV-1, III-4.2 (5)]		ควรเพิ่มเติมตัวชี้วัดในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินตามบริบท เช่น PPH, BA ทบทวน หาสาเหตุ ปรับปรุงให้ดีขึ้น
(2) ตัววัดสำคัญด้านการสร้างเสริมสุขภาพ		
91 ผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพของผู้รับบริการ 3-7 ตัว [IV-1 (2)]	แสดงผลลัพธ์ที่มีระดับหรือแนวโน้มดี ในเรื่องร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ ฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ < 12 สัปดาห์ ร้อยละของ healthy aging อัตราป่วยความดันโลหิตสูง รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงอัตราป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง ประชากร 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยความดันโลหิตสูงและเบาหวาน	ควรเพิ่มเติมผลลัพธ์ให้ครบถ้วนตามบริบทของโรงพยาบาล ทั้งในกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย
92 ผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน [II-8, II-9]		
IV-2 ผลด้านการมุ่งเห็นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น (มิติคนเป็นศูนย์กลาง)		
93 ตัววัด/ผลลัพธ์สำคัญด้านความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจ/ความผูกพัน ของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย[IV-2, I-3]	แสดงผลลัพธ์ที่มีระดับหรือแนวโน้มดี ในเรื่องร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และผู้ป่วยชุมชน	ควรเพิ่มเติมตัวชี้วัด เช่น ความผูกพันในกลุ่มผู้ป่วยหลัก ความรวดเร็วในการจัดการเรื่องร้องเรียน

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
IV-3 ผลด้านกำลังคน		
94 ผลลัพธ์ด้านกำลังคน [IV-3, I-5] *	แสดงผลลัพธ์ด้านบุคลากรติดเชื้อจากการทำงาน ในปี 2564 - 2565 มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นจากการติดเชื้อ COVID	ข้อเสนอแนะ (Recommendation) ควรกำหนดตัวชี้วัดเพื่อใช้ติดตามผลลัพธ์ด้าน กำลังคนที่ครอบคลุมโดยเฉพาะผลลัพธ์ด้านความสุข ความผูกพันและสมรรถนะของกำลังคน นำผลมาทบทวนเพื่อปรับปรุงระบบที่เกี่ยวข้องเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้
IV-4 ผลด้านการนำ		
95 ผลลัพธ์ด้านการนำ [IV-4, I-I, I-2]	แสดงผลลัพธ์ที่มีระดับหรือแนวโน้มดี ในเรื่อง ร้อยละของแผนงาน/โครงการที่บรรลุผลตามกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ ค่า CMI	ควรเพิ่มเติมตัวชี้วัด (เช่น ผลการจัดการสิ่งแวดล้อม การจัดการห่วงโซ่อุปทาน การบริหารความเสี่ยง) และควรทบทวนหาสาเหตุและปรับปรุงการบันทึกจากผลการติดตามอัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก
IV-5 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ		
96 ผลลัพธ์ด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ เช่น IM, BCM, Supply chain, RM, ENV [IV-5, II]	แสดงผลลัพธ์ที่มีระดับหรือแนวโน้มดี ในเรื่องอัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน	ควรเพิ่มเติมตัวชี้วัด เช่น ผลการจัดการสิ่งแวดล้อม การจัดการห่วงโซ่อุปทาน การบริหารความเสี่ยง การทบทวน หาสาเหตุและปรับปรุงให้ดีขึ้น เช่น อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน ผู้ป่วยนอก

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
IV-6 ผลด้านการเงิน		
97 ผลลัพธ์ด้านการเงิน [IV-6, I-2]	แสดงผลลัพธ์ที่มีระดับหรือแนวโน้มดี ในเรื่อง QR, CR, cash ratio	

ความเห็นเพิ่มเติมจากคณะกรรมการที่ปรึกษาเพื่อการรับรองคุณภาพ

คณะกรรมการที่ปรึกษาเพื่อการรับรองคุณภาพได้พิจารณารายงานผลการเยี่ยมสำรวจ มีความเห็นเพิ่มเติม ดังนี้

1. สิ่งที่เป็นโอกาสพัฒนา

- 1.1. ควรนำข้อมูลความเสี่ยง/อุบัติการณ์ ที่เก็บรวบรวมไว้ เช่น identification บุคลากรติดเชื้อจากการทำงาน เป็นต้น มาวิเคราะห์ ทบทวน เพื่อให้ได้สาเหตุที่แท้จริง เชื่อมโยงกับกระบวนการดูแลผู้ป่วย/ระบบงานสำคัญที่เกี่ยวข้อง นำมาแก้ไข/ปรับปรุงอย่างเป็นระบบ
 - 1.2. ควรทบทวนการคัดเลือกตัวชี้วัด ที่แสดงถึงพันธกิจ วิสัยทัศน์ กลุ่มโรคสำคัญ/ระบบงาน และการ alignment ของตัวชี้วัด และการวิเคราะห์ การใช้ประโยชน์จากข้อมูล
 - 1.3. การทบทวนการดูแลผู้ป่วย การพัฒนาในกลุ่มโรคผู้ป่วยฉุกเฉิน
 - 1.4. การบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย การติดตามการนำมาตรฐานสำคัญจำเป็น เพื่อความปลอดภัยลงสู่การปฏิบัติและการติดตามผลการดำเนินการเพื่อการปรับปรุง
2. ให้มีการเยี่ยมสำรวจเพื่อเฝ้าระวังในระยะเวลา 1 ปี 6 เดือน หลังจากรับการรับรอง และให้ติดตามประเด็น การปฏิบัติตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น