



(ร่าง) สรุปผลการเยี่ยมสำรวจเพื่อต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพ
ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5

ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน จังหวัดนนทบุรี

วันที่ 13 – 14 สิงหาคม 2567

คณะผู้เยี่ยมชมสำรวจ

- | | |
|---------------------------------|----------------------------|
| 1. ดร.นพ.สรรชวิทย์ อัครเวียงชัย | หัวหน้าทีมผู้เยี่ยมชมสำรวจ |
| 2. นพ.จิตติกร ไกรสรกุล | ผู้เยี่ยมชมสำรวจ |
| 3. ดร.สิริรัตน์ เนตรประภา | ผู้เยี่ยมชมสำรวจ |
| 4. ภก.สงกรานต์ มีชูนิ๊ก | ผู้เยี่ยมชมสำรวจ |

จากการศึกษาข้อมูลในแบบประเมินตนเองการรับฟังรายงานสรุปความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพ การสัมภาษณ์ทีมผู้นำ/ทีมพัฒนาคุณภาพ คณะผู้เยี่ยมชมสำรวจขอสรุปประเด็นสำคัญเพื่อประโยชน์ ต่อการพัฒนา ดังนี้

สิ่งที่น่าชื่นชม

1. I – 1 การนำ ทีมนาระดับสูงซึ่งนำองค์กร ด้วยการกำหนดวิสัยทัศน์ เป็น "โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่ง ปัญหา ที่มุ่งสู่ความเป็นเลิศ สร้างสภาพแวดล้อมเพื่อความสำเร็จ" ด้วยการกำหนดจุดเน้นเพื่อการ พัฒนาที่สำคัญในแต่ละปี สื่อสารให้บุคลากรทราบผ่านช่องทางที่หลากหลาย เช่น Walk rally ในกลุ่ม หัวหน้า, Leadership walk round กิจกรรม OD จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลงานพัฒนาคุณภาพอย่าง สม่าเสมอ ส่งผลให้บุคลากรรับรู้ยุทธศาสตร์และจุดเน้นองค์กรในระดับสูง
2. I – 3 ผู้ป่วย/ ผู้รับผลงาน โรงพยาบาลมีคณะกรรมการ VOC รับผิดชอบดำเนินการมีช่องทางรับฟัง ปัญหา ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการในการจัดบริการทั้งภายในและภายนอก เช่น ทาง line Facebook การทำแบบสอบถาม QR code การสำรวจความคิดเห็น ผู้รับข้อคิดเห็น/ข้อ ร้องเรียน (เอกสาร/จดหมาย/ทางโทรศัพท์) ข้อร้องเรียน มาวิเคราะห์และปรับปรุงการให้บริการที่ ตอบสนองต่อความต้องการและความคาดหวัง ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยสำคัญ เช่น ปรับสภาพแวดล้อม

ห้องน้ำ สร้างลิฟท์ให้เพียงพอ ระบบนัดหลาย คิวรักษา online เปิดบริการคลินิกนอกเวลา การผ่าตัดนอกเวลาเพื่อลดระยะเวลารอคอย เปิดคลินิกเฉพาะทาง เช่น AAIRC clinic คลินิกพระคุณเจ้า ในการให้คำปรึกษาเชิงพุทธร่วมกับการรักษาหลัก รวมถึงมีแผนจัดบริการสำหรับพระสงฆ์ ดึกสงฆ์อาพาธ เป็นต้น ส่งผลให้ความพึงพอใจของการบริการผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก การแนะนำบริการมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี

3. **I – 5 บุคลากร** ศูนย์การแพทย์ให้ความสำคัญในการบริหารบุคลากร กำหนดเป้าหมายในระดับยุทธศาสตร์ในด้านความเพียงพอ การเพิ่มความรู้และทักษะ มีการประเมินตามเกณฑ์และจัดทำแผนอัตรากำลังโดยเฉพาะการประเมิน FTES และนำข้อมูลมาจัดทำแผนสรรหาอาจารย์แพทย์ ด้านการสนับสนุนงานและสวัสดิภาพมีการพัฒนาระบบสารสนเทศสนับสนุนการทำงาน จัดพื้นที่สะดวกสำหรับการทำงานและประเมินด้านความปลอดภัยของสถานที่ จัดให้มีโปรแกรมเพื่อคุ้มครองสุขภาพ (เช่น การป้องกันการติดเชื้อจากการทำงาน การจัดหาเครื่องมือทำงานลดปัญหาด้านการยศาสตร์ สนับสนุนอุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล จัดหาวัคซีนสำหรับกลุ่มเสี่ยง) สนับสนุนให้บุคลากรรับการตรวจสุขภาพประจำปี (กว่าร้อยละ 95) และตรวจสุขภาพตามลักษณะงาน (เช่น งานบริการอาหาร งานซ่อมบำรุง งานยานพาหนะ เป็นต้น) สนับสนุนด้านชีวิตความเป็นอยู่ ทั้งการประเมินและจัดการความเครียดสำหรับกลุ่มเสี่ยง การประเมินระดับภาระงาน และจัดสิทธิประโยชน์ (เช่น ค่าตอบแทนพิเศษสำหรับวิชาชีพขาดแคลน) สสำรวจความผูกพันและความพึงพอใจของบุคลากร เรียนรู้การจำแนกรายกลุ่มวิชาชีพและนำมาปรับปรุง (เช่น การจัดกิจกรรมเพิ่มคุณค่าสำหรับบุคลากรที่มีผลงานดี, กิจกรรมพัฒนาทักษะสำหรับผู้นำในแต่ละระดับ, กิจกรรม) ด้านการพัฒนาบุคลากรมีการจัดทำแผนที่ตอบสนองการจัดบริการด้านการเรียนการสอนและบริการที่เชี่ยวชาญโดยเฉพาะในวิชาชีพแพทย์

4. **II-1.1x คุณภาพการดูแลผู้ป่วย**

4.1. **PCT อายุรกรรม Sepsis** มีการปรับปรุงการแนวทางการวินิจฉัย การประเมินสารน้ำโดยใช้เครื่องมือ POCUS ระบบ lab fast track ปรับ CPG ให้ low dose steroid ในกลุ่ม septic shock and severe CAP ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วย sepsis ได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมาย **Heart failure** มีการเปิดบริการ HF clinic เพื่อปรับยาให้เหมาะสมและได้ระดับเป้าหมายอย่างรวดเร็ว เสริมสร้าง continuity care and empowerment ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตลดลง อัตราการ readmit ใน 6 เดือน 23% มีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น 78.57% **Asthma** มีการเปิดบริการ AAIRC ในการรักษาผู้ป่วยหอบหืดเฉพาะโดยสหสาขาวิชาชีพมีการติดตามอย่างใกล้ชิด ส่งผลให้อัตราการเกิด acute asthma exacerbation มีแนวโน้มลดลง และอัตราการเข้ายาป้องกันได้ถูกต้องสูงขึ้น ตามเป้าหมายที่กำหนด

4.2. **PCT ตัลยกรรม** การดูแลผู้ป่วย **Breast Cancer** ทีมได้จัดการวินิจฉัยและรักษาได้ในเวลาที่เหมาะสม ผ่านระบบ Fast track มีระบบการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดโดยทีมสหวิชาชีพ และ

ฟื้นฟูหลังผ่าตัดอย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจชิ้นเนื้อภายใน 2 สัปดาห์ 90% ในปี 2567 อัตราข้อไหล่ติดที่ 3 และ 6 เดือนเป็น 0% ตั้งแต่ปี 2565 และผู้ป่วยรอดชีวิตมากกว่า 5 ปี 95% ในปี 2567

- 4.3. **PCT จิตเวช ADHD (Attention deficit hyperactivity disorder)** มีการปรับกระบวนการคัดกรองร่วมกับโรงเรียน ผู้ปกครองในการติดตามการรักษา มีการเพิ่มการรักษาด้วยยา methylphenidate ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นภายใน 6 เดือนหลังได้รับการรักษามีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี และได้ตามเป้าหมายที่กำหนด 85.3%
- 4.4. **PCT ตา Corneal transplantation** ได้เปิดบริการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตาอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้ผลการรักษามีแนวโน้มดีขึ้นในทุกปี ระดับการมองเห็นหลังผ่าตัดดีกว่า 20/200 ที่ 3 เดือน สูงถึง 84.85% อัตราการเกิดgraft rejectionภายใน 2 ปีมีแนวโน้มลดลง และผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตาภายใน 3 ปี สูงถึง 95.46%
- 4.5. **PCT สูตินรีเวชกรรม** มีการจัดบริการคลินิกเฉพาะทางเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น คลินิกครรภ์เสี่ยง, teenage clinic, ultrasound clinic, คลินิกมะเร็งนรีเวช เป็นต้น กำหนดให้มี fast track ในผู้ป่วย fetal distress, hypovolemic shock ให้ สามารถผ่าตัดได้ภายใน 30 นาที มีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยรายโรคที่เกิดผลลัพธ์ที่ดี เช่น (1) **Preterm** ปรับให้มีการประเมิน cervical length ในผู้ป่วยหญิงตั้งครรภ์ทุกราย มีการคัดกรองความเสี่ยง และการให้ยาตาม guideline ส่งผลให้อัตราการเกิด pre-termมีแนวโน้มที่ลดลง (2) **PPH** พัฒนาการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดส่งผลให้มีแนวโน้มที่ลดลง (3) **CA cervix, CA ovary** มีปานพัฒนาให้สามารถผ่าตัดได้ภายในสี่สัปดาห์และการให้ยาเคมีบำบัดภายในหกสัปดาห์ หลังหลังการวินิจฉัย จัดตั้งกลุ่มในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่อยู่ในช่วง active และ กลุ่ม severance เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้อัตราการรอดชีวิต 3ปี ในผู้ป่วยมะเร็งระยะที่1 = 98-100%
- 4.6. **PCT กุมารเวชกรรม** มีการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคสำคัญที่มีผลลัพธ์ที่ดี เช่น (1) **Preterm** ให้ความสำคัญต่อการเข้ารับเด็กแรกเกิดที่ทันเวลา การให้ early CPAP, non-invasive ventilator ทำให้อัตราการเกิด BPD ลดลง พัฒนา parenteral nutrition ที่เหมาะสมตามแนวทาง ตั้งแต่แรกเกิดทำให้สามารถเพิ่มน้ำหนักเด็กได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้เร็วขึ้นจาก 11.8 วัน เป็น 7.6 วัน และ อัตราการ รอดชีวิต ELBW, VLBW, LBW มีผลลัพธ์ที่ดี (2) **neonatal sepsis** พัฒนาการนำ EOS calculator มาช่วยในการคำนวณเพื่อการตัดสินใจในการให้ antibiotics ที่รวดเร็วและเหมาะสม ส่งผลให้ อัตราการได้รับยา antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมงเพิ่มขึ้นเป็น 95-100% ในปี 2566-2567 (3) **asthma** มีการพัฒนาคุณภาพการให้ข้อมูลและฝึกทักษะผู้ป่วย ส่งผลให้อัตรา

การ re visit มีแนวโน้มที่ลดลง (4) **global development delay (GDD)** มีการพัฒนาในการประเมินโดยกุมารแพทย์ออกตรวจที่สถานสงเคราะห์ในทุกสัปดาห์ร่วมกับบทบาทสหวิชาชีพ ในการพัฒนาเด็ก ส่งผลให้ผลลัพธ์มีแนวโน้มที่ดีขึ้น (5) **breast-feeding** มีการพัฒนาร่วมกับที่มสุติกรรมตั้งแต่การฝากครรภ์เพื่อประเมินความพร้อมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ลูกกระตุ้นให้มี early breast-feeding ครอบคลุมถึงในกลุ่มเด็กป่วย ส่งผลให้อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีผลลัพธ์ที่เพิ่มขึ้นมากกว่า 60%

5. **II-2.1 การกำกับวิชาชีพ (พยาบาล)** ทีมบริหารการพยาบาลสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรในการศึกษาต่อเฉพาะทาง เพื่อรองรับการเพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาลตามความเชี่ยวชาญของแพทย์ที่เพิ่มขึ้น มีการใช้ระบบนิเทศทางการพยาบาลเป็นเครื่องมือเพื่อช่วยในการเรียนรู้ระหว่าง การปฏิบัติงานด้านการบริหารอัตรากำลังด้วย จำนวนบุคลากรที่มีอยู่อย่างจำกัดในขณะที่โรงพยาบาลมีการขยายบริการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทีมได้พยายาม บริหารอัตรากำลังที่มีให้ได้ productivity ตามมาตรฐานวิชาชีพพร้อมกับ ปรับวิธีการในการสรรหาบุคลากรใหม่โดยการให้ทุนนักศึกษาพยาบาล, การออกเยี่ยมที่คณะ พยาบาล, ปรับค่าตอบแทนเพื่อให้สามารถแข่งขันกับการจ้างงานในพื้นที่ได้ ทำให้สามารถสรรหาบุคลากรได้เพิ่มมากขึ้น
6. **II – 3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน** ศูนย์การแพทย์เข้าร่วมตรวจด้านโครงสร้างโดยหน่วยงานภายนอกทุกปี มีการสำรวจความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและนำมาปรับปรุง (เช่น การป้องกันพลัดตกจากที่สูง, การเพิ่มจุดรอยต่อระหว่างอาคาร, การจัดการปัญหาน้ำรั่วซึม) ผู้บริหารจัดหางบประมาณสำหรับการปรับปรุงอาคารเพื่อเพิ่มพื้นที่บริการและจัดสรรพื้นที่สำหรับผู้รับบริการแต่ละกลุ่มเป็นสัดส่วน มีแผนการปรับปรุงอาคารบริการหลังเดิมและสิ่งแวดล้อมโดยรอบ มีการพัฒนาโครงสร้างให้เป็นตามมาตรฐาน (งานบริการอุปกรณ์ปลอดเชื้อกลาง, บริหารอาหารและโภชนาบำบัด) การจัดการวัสดุของเสียอันตราย มีการจำแนกประเภท เก็บแยกบริเวณจุดพักเป็นสัดส่วน ส่งกำจัดโดยองค์การบริหารส่วนจังหวัดที่มีระบบตามมาตรฐาน ระบบการจัดการเครื่องมือแพทย์ จัดตั้งศูนย์เครื่องมือแพทย์จัดรวม 12 รายการแบบหมุนเวียน และบริษัทคู่สัญญาร่วมบริการบำรุงรักษา สอบเทียบ ซึ่งสามารถได้อย่างครอบคลุมรายการตามแผน ระบบสาธารณสุขปภคมีการติดตามปริมาณการใช้งานและนำมาจัดวางระบบสำรอง (เช่น เครื่องกำเนิดไฟฟ้าสำรอง 2 เครื่องทำหน้าที่ทดแทนกันได้, ระบบก๊าซทางการแพทย์ที่เพิ่มปริมาณและระบบ manifold สำรอง) ระบบการจัดการขยะมีการจัดพื้นที่บริการเป็นสัดส่วนตามแต่ละประเภท
7. **II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล :**
 - (1) ทีมให้ความสำคัญด้านการล้างมือโดย ส่งเสริมการล้างมือและเพิ่ม alcohol hand Rup ให้ครอบคลุมพื้นที่ตั้งแต่ปี 2564-ปัจจุบันได้มากกว่า 200 จุด จัดทำคู่มือในการปฏิบัติกรป้องกันติดเชื้อและมี

ช่องทางการเข้าถึงผ่าน QR code, ปรับปรุงพื้นที่เพื่อลดความเสี่ยงของการแพร่กระจายเชื้อ เช่น จัดพื้นที่ isolation room ในการพ่นยาและ resuscitation ในห้องฉุกเฉิน, มีห้องแรงดันครอบคลุม หอผู้ป่วย ใน ทุกชั้น พัฒนา CSSD ให้ได้มาตรฐาน ผ่าน award certification center of excellence (bronze) เป็นต้น (2) มีการกำหนด targeted ในการเฝ้าระวังการติดเชื้อกำหนดมาตรการการป้องกันการติดเชื้อในตำแหน่งสำคัญและมีการกำกับติดตามการปฏิบัติตาม bundle of care โดย ICWN และหัวหน้าหอผู้ป่วยผ่านหลักสูตร ICWN), ICN, IC man นำผลจากการเฝ้าระวังการติดเชื้อนำมาพัฒนา เช่น ส่งเสริมการใช้ noninvasive ventilator, ให้บริการ RCU 6 เตียง การมุ่งเน้นการทำ perineum care, การให้ความสำคัญในการทำ scrub the hub ตาม CDC recommendation เป็นต้น ส่งผลให้ อัตราอัตราการเกิด VAP, CAUTI, CLABSI มีแนวโน้มที่ลดลง อย่างชัดเจนในปี 2566-2567 และมีผลลัพธ์ที่ดีเมื่อเปรียบเทียบกับ สี่สถาบันทางการแพทย์ในขนาดเดียวกัน (3) การเฝ้าระวังการเกิดเชื้อดื้อยา ในโรงพยาบาล มีการเฝ้าระวังใน แบททีเรียดื้อยา 8 ชนิด กำหนดมาตรการในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเชื้อดื้อยา MDRO Bundle, พัฒนาการทำงานร่วมกับสาขาชีพ เช่น LAB AMR surveillance, critical lab alert, การติดตาม DUE ซึ่งมีผลลัพธ์มากกว่า 95% และอัตรา de-escalate มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นสามารถปฏิบัติได้มากกว่า 80% ในปี 2566-2567 ซึ่งจากการพัฒนาส่งผลให้อัตราการเกิดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลมีผลลัพธ์ที่ต่ำกว่า 0.6 / 1000 วันนอน และอัตราการเกิด Pseudomonas MDR, E.coli MDR มีแนวโน้มที่ลดลง

8. II – 6 ระบบการจัดการด้านยา ศูนย์การแพทย์มีการพัฒนาระบบยาผ่านการเรียนรู้จากข้อมูลความเสี่ยงและอุบัติการณ์ด้านยา ดำเนินการตามนโยบายที่เกี่ยวข้อง งานเภสัชกรรมมีบทบาทสำคัญในการติดตามและวิเคราะห์ข้อมูล พบตัวอย่างพัฒนา เช่น PTC มีบทบาทชัดเจนในการทบทวนและปรับปรุงบัญชียาสม่ำเสมอทุกปี มีเกณฑ์การคัดเลือกและข้อมูลประกอบการนำเข้าและตัดออก, ติดตามยากกลุ่ม SMP และนำข้อมูลมาพิจารณาสำหรับนำเข้า, วางระบบป้องกันและเฝ้าระวัง preventable type B ADR ทำให้ไม่พบอุบัติการณ์ และครอบคลุม preventable type B ADR ที่รุนแรง, พัฒนาคัลยาที่สอดคล้องกับมาตรฐาน (ระบบแจ้งเตือนอุณหภูมิออนไลน์, ระบบดักจับและควบคุมอค์คิภัย, การป้องกันการเข้าถึง), ระบบสำรองยาที่ทีมร่วมกำหนดรายการและปริมาณที่เอื้อต่อความปลอดภัย มีระบบสำรองในรูปแบบพร้อมใช้เฉพาะรายสำหรับยากกลุ่มฉุกเฉิน, ส่งเสริม CPOE ทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ทำให้ระบบแจ้งเตือนด้านยามีประโยชน์มากขึ้น, พัฒนาการทบทวนคำสั่งใช้ยาโดยเภสัชกร, เริ่มใช้ระบบจัดยาอัตโนมัติในการจัดยาบางตัวสำหรับผู้ป่วยนอก, จัดระบบกระจายยา daily dose สำหรับผู้ป่วยใน, เพิ่มศักยภาพในการเตรียมและเฝ้าระวัง ADR สำหรับบริการเคมีบำบัด, ร่วมดูแลผู้ป่วยได้รับยา Warfarin เป็นต้น

9. II-9 การทำงานกับชุมชน : ทีมทำงานโดยความร่วมมือของชุมชน-จิตอาสา และพระคิลานธรรม มีการส่งเสริมชุมชนให้มีการจัดการสุขภาพด้วยตนเอง เช่น (1) การจัดตั้งศูนย์ผู้สูงอายุที่ดำเนินการโดยชุมชนมากกว่า 10 ปี การจัดโครงการวัดส่งเสริมสุขภาพโดยการร่วมกันจัดกิจกรรม 5ส ในวัด คัดกรองโรคเรื้อรังในพระภิกษุ มีการจัดโครงการ DM coach ในชุมชน ส่งผลให้อัตราการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมมีผลลัพธ์ที่ดี (มากกว่า 40%) มาตั้งแต่ปี 2565 (2) การทำงานร่วมกับสถานสงเคราะห์ในพื้นที่ ให้ความรู้แก่พี่เลี้ยงเด็ก ในการดูแล เพื่อร่วมกันป้องกันการเกิดปัญหาปอดอักเสบในเด็ก, การป้องกันการระบาดของโรค เช่น ไข้เลือดออก, มือเท้าปาก, ปอดอักเสบ เป็นต้นทำให้สามารถระงับการระบาดได้อย่างรวดเร็ว

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

1. I- 4 การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้ เพื่อให้โรงพยาบาลแสดงผลการดำเนินการได้บรรลุเป้าหมายของโรงพยาบาลตามวิสัยทัศน์และพันธกิจที่เป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งปัญญา ที่มุ่งสู่ความเป็นเลิศ โรงพยาบาลควร กำหนดให้ทุกระดับทบทวนการกำหนดตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์คุณภาพ การบริการ ที่สะท้อนประเด็นคุณภาพอย่างเหมาะสมตามมิติคุณภาพต่างๆ พร้อมการวิเคราะห์สาเหตุ ปัจจัย ความสัมพันธ์ รวมทั้งมีการเทียบเคียง (benchmarking) ที่ทำให้เห็นโอกาสในการพัฒนา มาปรับปรุงเพื่อยกระดับผลการดำเนินงาน
2. I – 5 บุคลากร ทีมบริหารทรัพยากรบุคคล ควรส่งเสริม
 - 1) ทบทวนแผนบุคลากรที่ครอบคลุมกลุ่มบุคลากรทั้งวิชาชีพและระบบสนับสนุน สอดคล้องกับข้อมูลปัญหาที่วิเคราะห์ได้ (เช่น รongรับการเกษียณ, ผลการคำนวณภาระงาน, การขึ้นเวรต่อเนื่องเกินกว่าที่ทีมกำหนด, ขีดความสามารถที่เพียงพอเพื่อรองรับบริการที่มีความเชี่ยวชาญและบริการด้านการเรียนการสอน) และเพิ่มการประเมินประสิทธิผลของแผนในแต่ละปี นำมาใช้ในการปรับแผนอย่างเหมาะสม
 - 2) เรียนรู้การตามรอยมาตรฐาน/ นโยบายที่ได้กำหนด และพัฒนาตามโอกาสที่พบ เช่น (1) ด้านการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสมเพื่อเป็นแบบอย่าง (2) ด้านการเรียนรู้และพัฒนาที่สอดคล้องกับผลการปฏิบัติงาน (เช่น ด้านความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ผลการประเมินสมรรถนะตามภาระงาน) มุ่งการเรียนรู้ในงานประจำ การเรียนรู้กับพี่เลี้ยง/ผู้ประสบการณ์ (โดยเฉพาะในหน่วยงานที่มีผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่อายุงานในช่วง 1 – 5 ปี) เป็นต้น
3. I-6 การจัดการเรียนการสอนและการฝึกอบรมทางคลินิก องค์กรมีระบบการจัดการเรียนการสอนในหลายวิชาชีพและหลายระดับ ได้แก่ นิสิตแพทย์ในระดับชั้นปีทางคลินิกให้มหาวิทยาลัย การฝึกอบรมแพทย์เพิ่มพูนทักษะ การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ซึ่งมีการจัดการให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานของ

แพทยสภา ที่มำนำควรเพิ่มระบบกำกับดูแล ทบทวนผลการปฏิบัติงานของผู้เรียน กำหนดและติดตามตัวชี้วัดที่จำเป็น เพื่อสร้างความมั่นใจในคุณภาพและความปลอดภัย ทั้งของผู้ป่วย และผู้เรียน เพิ่มขึ้น

4. II-1 การบริหารงานคุณภาพ ความเสี่ยง และความปลอดภัย เพื่อให้มีการบริหารความเสี่ยงที่เป็นระบบอย่างต่อเนื่อง ในทุกชั้นตอนที่ช่วยยกระดับคุณภาพความปลอดภัยตามบริบทขององค์กรโรงพยาบาล

1) ควรทบทวนการขับเคลื่อนนโยบาย 2P safety/Zero event/Harm free care สู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ผ่านการออกแบบ process safety design อย่างมีประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงดังกล่าว รวมถึงมีกระบวนการในการติดตาม รวมถึงควรพิจารณาเป็นส่วนหนึ่งของแผนกลยุทธ์ เนื่องจากอาจต้องการสนับสนุนด้านทรัพยากรในการดำเนินงาน

2) ควรนำความเสี่ยงทั้งหมดที่ได้จากการค้นหา ผ่านระบบ รายงานความเสี่ยง trigger tool sentinel event ข้อร้องเรียน training risk การทบทวนเคส dead/unplanned ICU/revisit or readmit เพื่อจัดทำ risk register โดยกำหนด risk owner ออกแบบระบบเพื่อ risk treatment (prevention) และมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง

3) ควรทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระดับ E up ที่เกิดซ้ำ โดยเฉพาะความเสี่ยงในมาตรฐานสำคัญจำเป็นทั้ง 9 ข้อ ความเสี่ยงสำคัญของโรงพยาบาลและ Sentinel event มาหา Root cause analysis ที่แท้จริง และออกแบบการป้องกันความเสี่ยงในระดับ intermediate to strong action เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดซ้ำอย่างเป็นระบบ

5. II-2.1 การกำกับวิชาชีพ (พยาบาล) ส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกันของทีมปฏิบัติการพยาบาล ในการใช้กระบวนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ลดการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากกระบวนการพยาบาล

6. II – 3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย/ ผู้รับผลงาน ทีมสิ่งแวดล้อม ควรส่งเสริมการตามรอยการปฏิบัติตามมาตรฐาน/ นโยบาย และพัฒนาตามโอกาสที่พบ เช่น

1) เพิ่มความชัดเจนของการทำแผนบริหารความเสี่ยงทางสิ่งแวดล้อมตามลำดับความสำคัญและนำไปปฏิบัติ

2) ความพร้อมรองรับอัคคีภัยที่ออกแบบการเคลื่อนย้ายอย่างปลอดภัยในแต่ละกลุ่มผู้ป่วย การประเมินผลการซ้อมแผน/การอบรม ระบบตรวจสอบ ทดสอบบำรุงรักษาอุปกรณ์ดับ/ควบคุมตามที่กำหนด

3) ระบบเครื่องมือแพทย์ที่พร้อมใช้งาน (แนวทางการตรวจสอบความพร้อมโดยผู้ใช้งานที่สามารถปฏิบัติได้ พัฒนาระบบข้อมูลสำหรับนำมาบริหารจัดการ)

4) ระบบสาธารณสุขโรคที่พร้อมใช้งาน (แผนตรวจสอบ ทดสอบ บำรุงรักษาที่ปฏิบัติได้และติดตามกำกับในระยะเวลาที่เหมาะสม)

- 5) ระบบบำบัดน้ำเสียที่ส่งเสริมการตรวจคุณภาพน้ำเสียประจำวันอย่างสม่ำเสมอ นำข้อมูลมาใช้ติดตามการทำงานของระบบ และเพิ่มความชัดเจนในการพัฒนาตามแผนที่กำหนด (ระบบพักน้ำใต้เทียม, ระบบเติมอากาศที่มีประสิทธิภาพ) เป็นต้น
7. II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ทีมควรทบทวนกระบวนการในการคัดกรองและจัดบริการผู้ป่วยนอกที่ชัดเจน เพื่อลดความเสี่ยงของการแพร่กระจายเชื้อในแต่ละ transmission base ให้เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
8. II – 6 ระบบการจัดการด้านยา PTC และคณะกรรมการความปลอดภัยด้านยา ควรส่งเสริม
- 1) บทบาทของความเป็นสหวิชาชีพในการติดตามกำกับ กำหนดประเด็นสำคัญในการพัฒนาและออกแบบระบบ พร้อมสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ขยายความครอบคลุมในการใช้ยา/สารน้ำและสารทึบแสงของบริษัทภายนอกที่ร่วมบริการ (บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม, บริการ CT/MRI)
 - 2) การตามรอยการปฏิบัติตามมาตรฐานและนโยบาย นำมาจัดทำแผนพัฒนา เช่น (1) ระบบ medication reconciliation ที่มุ่งเน้นการเปรียบเทียบรายการยาระหว่างรอยต่อการดูแล (กลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัด, ผู้ป่วยย้ายระหว่างแผนก, ผู้ป่วยกลับบ้าน) (2) การจัดการยาเสพติดที่รัดกุมโดยทบทวนการสำรอง การเบิกจ่ายที่ใช้ยาสำรองก่อน การจัดทำใบยส.5 ที่มีข้อมูลครบถ้วนก่อนลงลายมือชื่อแพทย์ การตรวจสอบและลงลายมือชื่อพยานเมื่อทิ้งยา (3) ส่งเสริมการค้นหาและดักจับ medication error โดยเฉพาะระดับที่ยังไม่ถึงผู้รับบริการ นำข้อมูลมาใช้พัฒนาระบบที่เกี่ยวข้อง (การพัฒนาพื้นที่จัดยาสำหรับเภสัชกรรมผู้ป่วยใน, การตรวจสอบก่อนส่งมอบยาในยาที่มีการจัดล่วงหน้า, การใช้ประโยชน์จาก electronic MAR ในการตรวจสอบและบันทึกเวลาอย่างเหมาะสม) เป็นต้น
9. III-2 การประเมินผู้ป่วย ทีมนำทางคลินิกทุกทีม ควรมีระบบการทบทวนความคลาดเคลื่อนของการวินิจฉัยโรคผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนและมีความเสี่ยงสูง และหาสาเหตุของความคลาดเคลื่อนในเชิงระบบ เพื่อปรับปรุงให้การวินิจฉัยโรคมีความถูกต้องและทันเวลาอย่างเหมาะสม
10. III-4.2 การดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง เพื่อลดความเสี่ยงและเพิ่มความปลอดภัยในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ทรุดลงในโรงพยาบาล ทีมนำทางคลินิกทุกสาขา ควรทบทวนสาเหตุของปัญหาจากที่มีอาการทรุดลงหรือเข้าสู่ภาวะวิกฤตหลังรับไว้ เช่น การเข้า ICU/CPR โดยมีได้วางแผน นำมาพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเสี่ยงสูงของแต่ละสาขา วางระบบการเฝ้าระวังและติดตามการใช้ Early Warning Score ที่กำหนดไว้ เพื่อให้มีการรายงานแพทย์ตามเกณฑ์และตอบสนองที่รวดเร็วทันทั่วทั้งที่ รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพของทีมที่เกี่ยวข้อง

ประเด็นที่ให้มีการทบทวนปรับปรุง/พัฒนาและส่งข้อมูลเพิ่มเติมภายใน 30 วัน ก่อนเสนอเข้าสู่ อนุ
คณะกรรมการรับรอง

1. ขอให้ทีมสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับผู้เกี่ยวข้องดำเนินการดังนี้
 - 1.1 ความพร้อมรองรับอัคคีภัย (1) สำรวจเส้นทางเคลื่อนย้ายไปสู่จุดรวมพล และระบุตำแหน่งที่ควร
มีป้ายแสดงเส้นทางหนีไฟ (2) จัดลำดับความสำคัญของตำแหน่งที่ควรมีป้ายแสดงเส้นทางหนี
ไฟ (3) ดำเนินการติดตั้งในตำแหน่งที่มีความสำคัญระดับแรก และจัดทำแผนทำเพิ่มเติมสำหรับ
ตำแหน่งที่มีความสำคัญระดับรอง (ส่งข้อมูลจำนวน และตัวอย่างภาพการติดตั้งให้ผู้เยี่ยม
สำรวจ)
 - 1.2 ระบบสาธารณสุขปลอดภัย ดำเนินการ (1) ทบทวนและจัดทำแผนตรวจสอบ ทดสอบ บำรุงรักษา
ระบบสาธารณสุขปลอดภัยตามมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง และครอบคลุมทุกพื้นที่บริการของศูนย์
การแพทย์ (2) ดำเนินการปฏิบัติตามแผนและจัดบันทึกผลในระยะต่อเนื่อง 2 สัปดาห์ (ส่งผล
การดำเนินงานให้ผู้เยี่ยมสำรวจ)